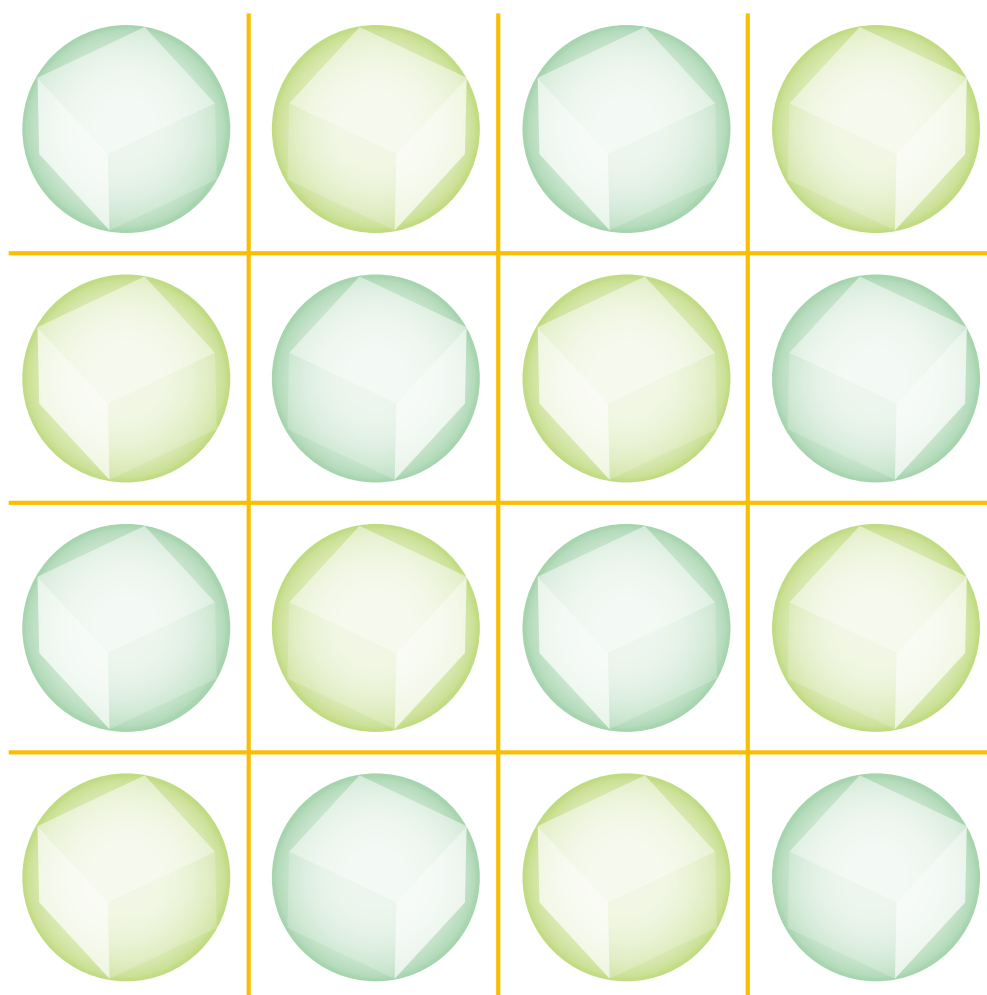


平成25年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

過疎地域等における地域包括 ケアシステムの構築に関する 調査研究事業 報告書



平成26年3月

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

過疎地域等における地域包括ケアシステム構築に関する調査研究事業 事業結果概要

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
過疎地域等における地域包括ケアシステムの構築に関する検討委員会

1. 事業目的

(1) 背景

わが国における大きな政策目標として地域包括ケアシステムの構築

現在厚生労働省においては、高齢化がピークを迎える 2025 年の医療・介護のあるべき姿として、日常生活圏域（30分でかけつけられる圏域）を基本とした、「地域包括ケアシステム」の構築を進めており、その実現するためには、次の5つの視点での取組が包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須とされている。

- ①医療との連携強化
- ②介護サービスの充実強化
- ③予防の推進
- ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
- ⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備

このような医療と介護のシームレスな連携の必要性については、「社会保障・税の一体改革大綱」の中でもうたわれているほか、社会保障制度国民会議での議論や本年 6 月に閣議決定された「日本再興戦略」においてもその推進の必要性が指摘されており、地域包括ケアシステムの構築がわが国における大きな政策目標ともなっている。

地域資源の状況の違いによるアプローチの違い

しかし、地域包括ケアシステムの構築が「自助」「互助」「共助」「公助」のバランスの上で成り立つため、そのアプローチについては人口規模はもちろんのこと、医療資源や介護資源等の各種地域資源の状況によって様々である。

そこで、地域包括ケアシステムを地域特性によってその姿は異なるとは言え、全国で構築していくためには、小規模自治体に適した姿、小規模自治体で取組可能な方法を示していくことが不可欠である。

参考にすべき地域包括ケアシステム構築に関する先行事例の存在

国診協では、従来より「地域包括医療・ケア」の実践を掲げ、国保直診を中心に、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、治療（キュア）のみならず、保健（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、介護、福祉まで全てのサービスを包含する全人的医療を行ってきており、寝たきり高齢者の減少、施設ケアから在宅ケアへの移行、医療費の節減、地域経済の活性化等の成果を出してきた。また、多くの地域においては、ハードが少ない状況のもと、住民と行政、

関係機関間との「つながり」を重視した取組を進めてきた。

そこで、国診協で長年取り組んできた「地域包括医療・ケア」の実践例等を整理することにより、現在国が進めている、地域包括ケアシステム構築の方策を示すことができると考える。国診協における取組は、主として医療機関が中心となっているが、生活支援までも含めた取組でもあり、さらに国保直診の所在地域には過疎地が多いことから、現在課題となっている、地域包括ケアシステムにおける過疎地モデルの提示が可能となる。

(2) 目的

本事業においては、国保直診における「地域包括医療・ケア」の取組と成果を整理し、過疎地における地域包括ケアシステム構築に向けての方策等について提言する。

2. 事業概要

(1) 先進的取組地域に対する現地訪問調査（ヒアリング調査）

【調査目的】 地域包括医療・ケアの推進に先進的に取り組んできており、かつ成果を上げていると考えられる地域を選定し、国保直診が進めてきた「地域包括医療・ケア」の取組状況と体制の構築過程における阻害要因とその克服方法、地域包括医療・ケアの評価指標等を把握することを目的として実施した。

【調査方法】 現地訪問ヒアリング調査

【調査期間】 平成 25 年 10 月～12 月

【調査対象】 高知県・国保栲原病院	滋賀県・東近江市永源寺診療所
岩手県・一関市国保藤沢病院	福井県・おおい町名田庄診療所
富山県・南砺市民病院	広島県・公立みつぎ総合病院
大分県・姫島村国保診療所	鳥取県・国保日南病院
鳥取県・南部町国保西伯病院	(訪問順)

(2) 地域包括ケアシステム構築に関する実態調査（アンケート調査）

【調査目的】 国保直診所在地域における地域包括医療・ケアの実践例と取組に至るまでのプロセス（うまくいった点、構築に当たったの阻害要因等）、地域包括医療・ケアの構築に当たって重要な要素となると考えられる、行政との連携、住民組織との協働等の状況について把握することを目的として実施した。

【調査方法】 郵送発送・郵送回収

【調査期間】 平成 25 年 12 月～平成 26 年 1 月

【調査対象】 国保直診全施設（832 施設） 回収数 195 施設（回収率 23.4%）

【調査内容】 ■施設の概要（施設種類、許可病床数、在宅療養支援病院・診療所の届出の有無等）

■国保直診所在市町村・地域の概要（人口・高齢者人口・要介護高齢者数等）

■地域包括医療・ケアの具体的取組（取組状況、取組の際の阻害要因等）

■市町村合併が地域包括医療・ケアに及ぼした影響

■住民ニーズの把握状況

■地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標

3. 調査研究の過程

(1) 委員会・作業部会の実施

事前打合	平成 25 年 7 月 18 日
第 1 回委員会・第 1 回作業部会合同会議	平成 25 年 7 月 26 日
第 2 回作業部会	平成 25 年 9 月 12 日
第 3 回作業部会	平成 26 年 1 月 26 日
第 4 回作業部会合同会議	平成 26 年 2 月 18 日
第 2 回委員会・第 5 回作業部会合同会議	平成 26 年 3 月 6 日

(2) 先進的な取組地域に対するヒアリングの実施（実施順）

高知県・国保梶原病院	平成 25 年 10 月 24 日
滋賀県・東近江市永源寺診療所	平成 25 年 10 月 30 日
岩手県・一関市国保藤沢病院	平成 25 年 11 月 11 日
福井県・おおい町名田庄診療所	平成 25 年 11 月 21 日
富山県・南砺市民病院	平成 25 年 11 月 22 日
広島県・公立みつぎ総合病院	平成 25 年 11 月 28 日
大分県・姫島村国保診療所	平成 25 年 12 月 9 日
鳥取県・国保日南病院	平成 25 年 12 月 10 日
鳥取県・南部町国保西伯病院	平成 25 年 12 月 11 日

(3) アンケート調査の実施

平成 25 年 12 月～平成 26 年 1 月

4. 事業結果

(1) 結果

1) ヒアリング調査の結果から得られた示唆

①地域にある資源の最大限の活用

中山間地域においては保健・医療・介護・福祉に関する地域資源が限られており、そのことが「地域包括ケア」推進の阻害要因として指摘されることもあるが、本調査においてヒアリングを行った地域においては、地域資源は限られていたり、専門職が少ないという状況があるものの、住民組織との連携等により、限られた資源での連携体制の構築・運営がなされていた。

その背景として、地域における保健・医療・介護・福祉の連携としての「地域包括医療・ケア」が目指す姿について、キーパーソンを中心に関係者間ならびに住民との間での共有が図られていることが挙げられる。また、保健・医療・介護・福祉、場合によっては行政の一部が同じ建物に所在していることから、ハード面、ソフト面両面において連携体制が構築しやすい環境にあったことも挙げられる。

②地域住民との協働

地域包括医療・ケアを進めていく際の中心は、そこに住む住民であり、住民の理解・支持・協力がなければ、地域での連携体制に向けた取組はスムーズに進まないと考えられる。

本調査においてヒアリングを行った地域においては、地域住民が、地域包括医療・ケアの担い手として、共に歩んでいる様子が伺われた。地域内をさらに細分化して、それぞれに健康づくりを推進する担当者がおり、例えば健康づくり活動、健康診断受診を働きかける、早期発見、相談、健康センターへの結び付け等を行い、地域の健康づくりのキーパーソンの役割を果たしている地域もあった。その結果、介護が必要な高齢者、医療が必要な高齢者だけでなく、介護や病気の予防の段階からの取組が行われていた。

その背景としては、地域包括医療・ケアを進める国保直診が、住民に対して当該地域が目指す「地域包括医療・ケア」の姿について説明し、住民の意見も反映させてきたことが挙げられる。上記のような住民の活動や自発的ボランティアの発生のみならず、例えば、いわゆる夜間受診やコンビニ受診の減少等もその効果として挙げられる。

このように、取組の中心となる国保直診が住民と目線をあわせ、住民とともに地域づくりを進めている点も、中山間地域における特徴の一つと考えられる。

③行政と連携した取組の推進

「地域包括ケア」の推進は行政の責務であり、取組の推進に当たっては、行政の理解・協力が不可欠である。しかし、未だ行政の理解・協力が不十分であるとの指摘もあると同時に、市町村合併によって行政との連携体制が崩れてしまいその影響が残っている地域も少なくない。

本調査においてヒアリングを行った地域の中で市町村合併を経験した地域においても、上記の通り市町村合併によって行政との連携体制が崩れ、それまでの取組の継続が困難になった地域が少なくない。しかし市町村合併直後は「他の地域に水準をあわせる」という方針の下、地域包括医療・ケアの取組の継続が困難になった時期はあったものの、現在では、市町村内における分権化が進み、「市町村内でも地域による独自性を認める」方針へと転換している例も見受けられた。

その背景としては、国保直診の取組が成果を挙げていることが行政に理解されるようになったことが挙げられる。地域によって成果については様々であろうが、小地域での取組を可能な限り継続してきたこと、その内容を情報発信してきたこと等により、行政の理解が進み、市町村全体の取組として広がっていったり、小地域での取組の継続が認められたりしていったと考えられる。

一方、特に市町村合併を経験していない地域においては、取組に関する行政ならびに市町村長の理解が進んでおり、定期的な会議が設けられている例もあった。行政ならびに市町村長の理解・協力が、地域包括医療・ケアの推進に当たっての大きな推進力の一つとなっていることの表れと考えられる。

④医療機関としての機能を活かした取組の推進

地域包括医療・ケアの推進は、地域住民が住み慣れた地域で住み続けるための取組であることから、必ずしも現時点で介護や医療を必要としている人や高齢者のみが対象となるわけではない。

本調査においてヒアリングを行った地域においては、国保直診が中心となって、住民の生活を支えるという視点で取組を推進しており、その対象も子どもから高齢者まで、そして予防から医療・介護の分野まで切れ目ない取組を推進している。

その背景としては、国保直診が医療機関であることが挙げられる。医療機関だからこそ、保健・医療・介護の分野において、また年齢層についても切れ目ない取組が可能となっていると考えられる。

2) アンケート調査結果から得られた示唆

①地域ケア会議の開催状況

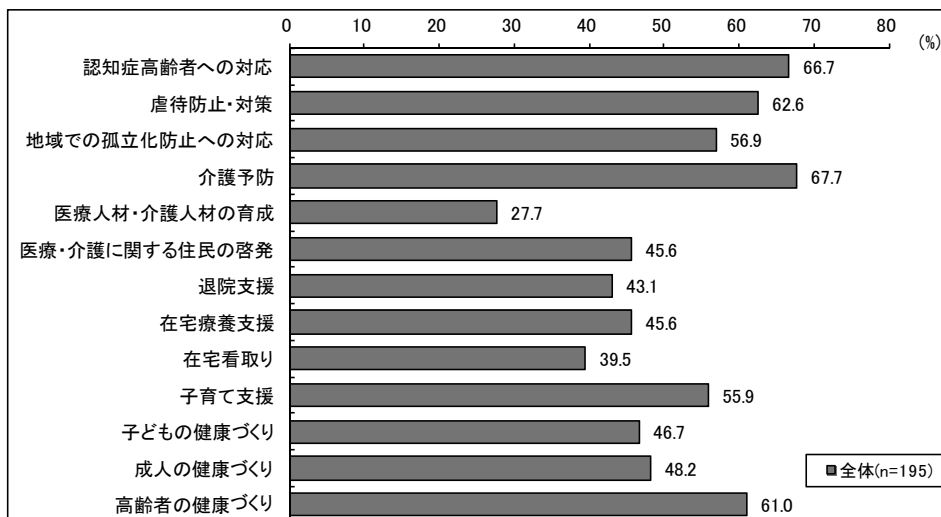
地域ケア会議のうち、「個別ケースの検討」を目的とした会議については約7割の地域で、「地域課題の検討」を目的とした会議については約5割の地域で開催していた。そして開催の中心機関は、「地域包括支援センター」が最も多かった（個別ケースの検討については63.4%）。

地域ケア会議への参加者としては、「ケアマネジャー」が最も多く（93.3%）、次いで「地域包括支援センター職員」（87.2%）、「介護保険サービス事業所」（73.2%）、「行政職員」（71.1%）。「主治医」の参加割合は32.2%。専門職以外では「社会福祉協議会」が59.7%、「民生委員」が43.6%であった。

②地域における「ネットワーク」の構築状況

地域において「ネットワーク」を構築している事例としては、「認知症高齢者への対応」「虐待防止・対策」「介護予防」「高齢者の健康づくり」が60%以上であった。「医療人材・介護人材の育成」を除き、他の項目も全て40%以上であった。

図表 地域における「ネットワーク」の構築状況

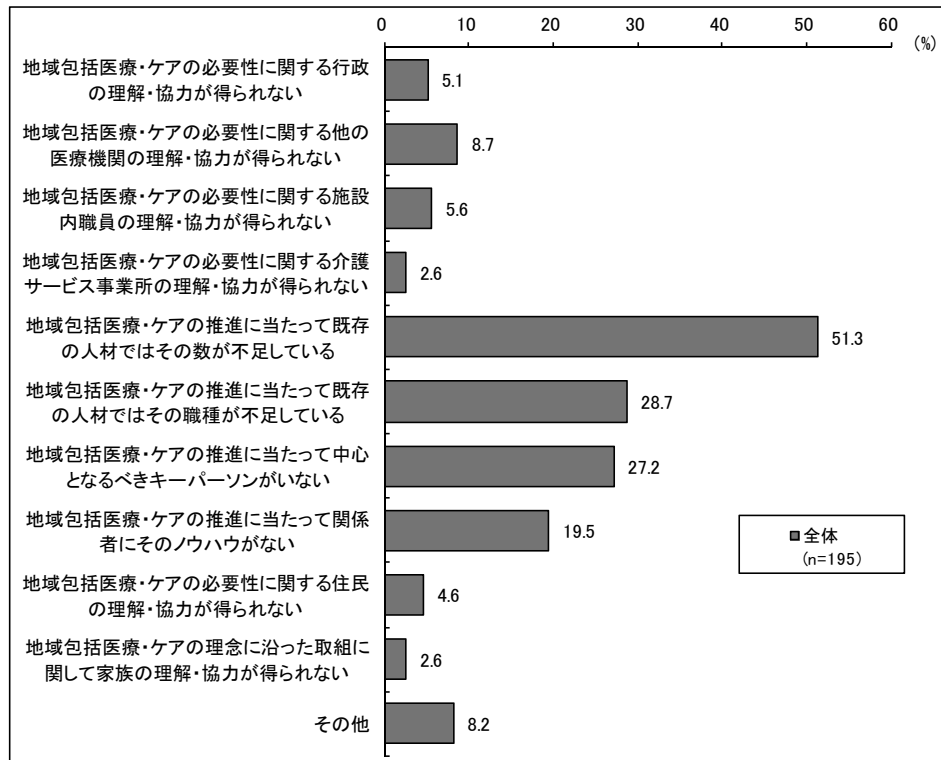


③地域包括医療・ケアへの取組状況

地域包括医療・ケアへの取組状況をみると、市町村全体では「現在すでに実践している」割合は40%程度であった。そして取組を進めるにあたっての工夫としては、「関係者間での話し合い」「行政を交えた話し合い」はいずれも50%以上であった。

地域包括医療・ケア推進に取り組む際の阻害要因としては、「既存の人材では数が不足している」が圧倒的に多く（51.3%）、次いで「既存の人材では職種が不足している」「中心になるべきキーパーソンがない」「関係者にノウハウがない」が20%前後であった。

図表 地域包括医療・ケアに取り組む際の阻害要因



診療圏域における虚弱高齢者や要介護高齢者の地域外転出が10年間で「減った（減ったように感じる）」は2%弱であるが、「増えた（増えたように感じる）」が30%弱であった。

④市町村合併が地域包括医療・ケアに及ぼした影響

市町村合併があった地域は60%弱であった。市町村合併前後での地域包括医療・ケア推進に際しての周辺環境の変化をみると、「地域包括医療・ケアの必要性に関する行政の理解・協力」については、これまでは市町村合併前の方が「あった」が、現在では合併前とほぼ同水準となっている。

図表 市町村合併前後の行政の理解・協力

		市町村合併前		市町村合併後		変化の 度合	(参考)	
		あった	なかった	ある	ない		H19年度 調査	H17年度 調査
地域包括医療・ケア の必要性に関する行政 の理解・協力	病院	58.3	22.9	59.5	7.1	1.2	-8.1	-20.2
	診療所	49.2	26.2	47.3	13.2	-1.9	-18.5	-15.1

※変化の度合＝合併後の「ある」－合併前の「あった」

⑤住民ニーズの把握状況・住民組織との連携状況

住民の医療・介護・健康づくり等に関するニーズを把握する取組を「行っている」施設は、病院では30%強であるのに対し、診療所では10%強であり、主な具体的取組としては、「地域ケア会議」「アンケート」「座談会・懇談会」が多く挙げられていた。

地域包括医療・ケアの推進に関して地域住民や住民と協働した取組としての協働相手としては、「民生委員」が25.6%、「ボランティア」が14.4%、「老人クラブ」が10.3%、「健康推進員等」が9.7%であった。

⑥地域包括医療・ケアの推進に対する行政の関与

行政が果たしている役割としては、地域ケア会議等の開催、関係機関との調整、研修会の実施等が挙げられており、行政に期待する役割としては、医療・介護連携の調整、人材の確保・育成、地域包括医療・ケアへの理解やリーダーシップの発揮等が挙げられていた。

⑦在宅看取りへの取組状況

在宅看取りへの取組状況をみると、「在宅での看取りに積極的に対応している」が36.9%、「在宅での看取りに対応しているが消極的」が25.6%で、「在宅での看取りには対応していない」は25.1%であった。

積極的に対応している理由としては、「本人の希望」「家族の希望」がそれぞれ50%前後であった。また対応していない理由としては、「医師の負担が大きい」が圧倒的に多く65.3%であった。特に診療所と比べ、病院においてこの傾向が強かった。

⑧地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標

地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標として例示した各種指標の把握状況は低調で、把握している割合が1割を超えているのは「介護保険の新規認定者数の減少」「要介護高齢者に占める軽度者の割合の低下」「健診受診率の向上」のみであった。

把握している施設において、地域包括医療・ケア推進の成果として認められるものとしては、半数の施設で「基本チェックリストにおける維持・改善者数の増加」「健診受診率の向上」を挙げている。また「医療費（国保）の減少」を挙げる施設も4割強であった。

(2) 考察

1) 行政と連携した取組の推進の必要性

「地域包括ケア」の推進は行政の責務であるが、未だ行政の理解・協力が不十分であるとの指摘もあると同時に、特に市町村合併によって行政との連携体制が崩れてしまいその影響が残っている地域も少なくない。

ただ、本調査においてヒアリングを行った地域の中で市町村合併を経験した地域の中には、上記の通り市町村合併によって行政との連携体制が崩れ、「他の地域に水準をあわせる」という方針によりそれまでの取組の継続が困難になったものの、現在では、市町村内における分権化が進み、「市町村内でも地域による独自性を認める」方針へと転換している例も見受けられた。

また実態調査の結果をみても、市町村合併前後での地域包括医療・ケア推進に際しての周辺環境の変化のうち、「地域包括医療・ケアの必要性に関する行政の理解・協力」については、市町村合併前の方が「あった」ことが伺われるが、合併前後の変化の度合いは、平成17年度および平成19年度に同様の設問で行った調査結果と比べると小さくなっている。

このような変化の背景には、行政の理解・協力を得るために、取組の成果を示してきたことが考えられる。地域によって成果については様々であろうが、まず定量的な効果を示すこと、同時に定性的な効果として取組を可能な限り継続してきたこと、その内容を情報発信していくことが必要であろう。その結果、行政の理解が進み、市町村全体の取組として広がっていったり、小地域での取組の継続が認められたりしていくようである。

2) 地域にある資源の最大限の活用

中山間地域においては保健・医療・福祉（介護）に関する地域資源が限られており、そのことが「地域包括ケア」推進の阻害要因として指摘されることもある。

しかし本調査においてヒアリングを行った地域においては、地域資源は限られていたり、専門職が少ないという状況があるものの、住民組織との連携等により、限られた資源での連携体制の構築・運営がなされていた。

しかしその一方で、実態調査の結果をみると、国保直診所在地域においても、地域包括医療・ケアへの取組状況をみると、「現在すでに実践している」割合は40%程度となっており、取組の阻害要因としては、「既存の人材では数が不足している」が圧倒的に多く50%強となっている。次いで「既存の人材では職種が不足している」「中心になるべきキーパーソンがない」「関係者にノウハウがない」が20%台となっている。

このように、取組が進まない地域においては、「人材不足」が理由とされており、しかしながら「先進的な事例を学んだ」地域も非常に少ない。

前述のように、本調査においてヒアリングを行った地域をはじめ、取組を進めている地域においては、地域資源は限られているからこそその様々な工夫がなされている。また専門職が少ない面は、住民との協働という形である程度カバーしているケースもある。そのような、地域資源を最大限に活用する創意工夫についてのノウハウを情報発信していくことも、中山間地域において先進的に地域包括医療・ケアに取り組んできた国保直診には求められるのではないかと。

3) 地域住民との協働の推進

地域包括医療・ケアの中心は、そこに住む住民であり、住民の理解・支持・協力がなければ、地域での連携体制に向けた取組はスムーズに進まないと考えられる。

本調査においてヒアリングを行った地域においては、地域住民が、地域包括医療・ケアの担い手として、共に歩んでいる様子が伺われ、また取組の範囲も、介護が必要な高齢者、医療が必要な高齢者のみならず、介護や病気の予防の段階から機能していることが確認できた。

また実態調査をみても、地域における取組の「ネットワーク」の構築状況として、半数程度の施設が、「健康づくり：子ども」「健康づくり：成人」を挙げており、高齢者のみでない、また医療や介護だけでなく取組を推進している状況が明らかとなった。

このような取組を進めるためには、住民の理解・協力が不可欠である。また、前述の取組の阻害要因として挙げられていた「人材不足」についても、住民組織との協働によりある程度はカバーすることが可能と考えられる。地域資源の少ない中山間地域においては、住民との連携は不可欠であるし、住民と専門職等の間で「顔の見える関係」が成り立ちやすいからこそ、都市部と比べると取り組みやすい分野とも考えられる。

4) 「伝える場」の必要性

地域包括医療・ケアを進めていく際には、そこに住む住民や行政の理解・協力が不可欠であり、そのためには、その方向性や具体的な取組内容、そして効果等について十分に「伝える場」を設けることが必要である。そのような場を設けることにより、相互の理解も進み、さらなる課題の抽出にもつながるものと考えられる。

実態調査の結果をみても、地域包括医療・ケアへの取組を推進していたり検討している地域においても、「顔の見える関係の構築を進めている」段階に留まっている地域が約5割となっていたが、

ヒアリングを行った地域においては、住民に対する説明や意見交換を行い、取組の内容について理解を求めるとともに、その後の取組に活かしている事例も多かった。

【岩手県・一関市国保藤沢病院】

～「地域ナイトスクール」における住民との意見交換～

○医療に対する考え（医療を受ける側）と医療サービスを提供する側のギャップがあったが、医療サービスを提供する側が地域に出向き、膝を交えて対話することでお互いを理解することができた。現在でも、継続中である。

【富山県・南砺市民病院】

～医師不足を機に住民との連携をより推進～

○南砺市の医師不足などで崩壊の危機に、南砺市地域包括医療・ケア局と富山大学総合診療部が協力して行った「地域医療再生マイスター養成講座」や「南砺の地域医療を守り育てる会」等の活動に参加し、地域住民との連携や啓発に努めている。

【滋賀県・東近江市永源寺診療所】

～家族との対話の重視と子どもたちに対する「命の授業」の実施～

○看取りについて、元気なうちから「ご飯が食べられなくなったらどうしたいか」「寝たきりになったら病院か施設に行くか」など、患者一人一人と医師がきちんと話をしている。同時に家族との面談も月に1回は行っている。そして、子どもたちへも家族の看取りの経験を踏まえながら命の授業にも取り組み、死（看取り）から逆算する健康づくりの大切さ、子どもたちからの教育にも取り組んでいる。

また、中には市町村長や行政との説明や意見交換の場が定期的に設けられており、そのような場を活用して取組の内容について理解を求めるとともに、その後の取組に活かしている事例もあった。

【富山県・南砺市民病院】

～市長・副市長、行政主要メンバーとの定例会議において施策を検討～

○市長・副市長・地域包括医療・ケア局長、南砺市立の2病院・診療所代表等がメンバーとなっている医療協議会において、今後の施策について協議している。

もちろん、地域包括医療・ケアの推進に当たっては、そこに携わるスタッフに対する集合研修のような形で事例紹介等を行うことにより各地での創意工夫例を紹介することは必要であろう。同時に取組を推進する各地域においても、これらの事例のように、様々な場を活用して「伝える場」を設けることが、当該地域における地域包括医療・ケア推進のための大きな力の一つとなっていくのではないだろうか。

5) 地域包括医療・ケアの取組状況の把握の必要性

地域包括医療・ケアを進めていく際には、住民の理解・協力、行政の理解協力を得るためには、その成果について十分な説明を行う必要がある。

地域包括医療・ケアの推進単位が市町村全域に及んでいる場合は様々なデータの収集・分析が可能であるが、日常生活圏域に代表される小地域別に把握可能なデータには限りはあるのも事実である。

しかし、ヒアリングや実態調査の結果から、下記のようなデータが各地域において地域包括医療・ケアの取組状況の把握にすでに活用されていたり、または今後活用していきたいと考えられていた。

したがって、このようなデータの把握を試み、当該地域において何が取組状況を把握する上で重要となるのか、といった点を検討することが、当該地域における地域包括医療・ケアについて関係者間で検討するきっかけとなるのではないだろうか。そして可能な限り、時系列でこのようなデータを確認することを通して、地域包括医療・ケアの進捗状況の把握にもつながると考えられる。

ただし、特定の指標についても、指標の高低に関してその前提となる条件（サービス基盤の整備状況等）が地域によって異なっているので、単純に他の地域と比べればよいということにはならない点については、留意が必要である。

図表 地域包括医療・ケアの進捗度合いを把握するための指標案

地域包括医療・ケアの進捗度合いを把握するための指標(案)		
地域包括医療・ケアの評価の視点		指標
地域包括医療・ケアの体制確保	地域ケア会議	地域ケア会議の参加メンバー
	人材確保	地域包括医療・ケアの人材確保の長期計画・方針の有無
		確保できている人材(不足している人材) 不足している人材確保のための取組み
住民参加	互助で関わる組織の数、活動頻度	
健康づくりの推進	健康寿命	健康寿命
	特定健診受診率	特定健診受診率
	予防接種率	予防接種率
	脳血管疾患 罹患率	脳血管疾患 罹患率
	心疾患 罹患率	心疾患 罹患率
	悪性新生物 罹患率	悪性新生物 罹患率
	脳血管疾患 死亡率	脳血管疾患 死亡率
	心疾患 死亡率	心疾患 死亡率
	肺炎 死亡率	肺炎 死亡率
悪性新生物 死亡率	悪性新生物 死亡率	
介護予防・重症化予防の実現	要介護認定率	要介護認定率
	要介護高齢者数に占める軽度者の割合	要介護高齢者数に占める軽度者の割合
	要支援・要介護度の改善度	要支援・要介護度の改善度
	新規認定者数	新規認定者数
	基本チェックリストの点数における維持・改善者数	基本チェックリストの点数における維持・改善者数
住み慣れた地域での療養生活の維持	在宅復帰率	病院からの在宅復帰率
		医療依存度の高い患者の在宅復帰率
		施設からの在宅復帰率
	在宅(地域)療養生活の維持	施設入所の割合
		重度要介護者の在宅支援率
		65歳以上高齢者の転出割合
		介護が困難になり転出した高齢者の割合
		独居高齢者の転居割合
	高齢世帯の転居割合	
	満足度	在宅療養を支える家族の満足度
		在宅での主たる介護者の満足度
		在宅療養を支える関係者の満足度
住み慣れた地域での看取り	地域内での看取り	地域内での看取りの割合
		(うち)在宅での看取りの割合
		(うち)地域内医療機関死亡の割合
		(うち)地域内施設死亡の割合
	高齢者の希望	希望した場所での看取りが出来た高齢者の割合
医療・介護費の抑制	医療費	
	老人医療費	
	国民健康保険料	
	介護保険料	
保健・医療関連の行政計画への参画		地域の施設の保健・医療関連の行政計画策定への参画

第1章

調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的

(1) 調査の背景

わが国における大きな政策目標として地域包括ケアシステムの構築

■現在厚生労働省においては、高齢化がピークを迎える 2025 年の医療・介護のあるべき姿として、日常生活圏域（30 分でかけつけられる圏域）を基本とした、「地域包括ケアシステム」の構築を進めており、その実現するためには、次の 5 つの視点での取組が包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須とされている。

①医療との連携強化

②介護サービスの充実強化

③予防の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備

■このような医療と介護のシームレスな連携の必要性については、「社会保障・税の一体改革大綱」の中でもうたわれているほか、社会保障制度国民会議での議論や本年 6 月に閣議決定された「日本再興戦略」においてもその推進の必要性が指摘されており、地域包括ケアシステムの構築がわが国における大きな政策目標ともなっている。

地域資源の状況の違いによるアプローチの違い

■しかし、地域包括ケアシステムの構築が「自助」「互助」「共助」「公助」のバランスの上で成り立つため、そのアプローチについては人口規模はもちろんのこと、医療資源や介護資源等の各種地域資源の状況によって様々である。

■先般とりまとめられた「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」（平成 25 年 3 月）においては、「都市部」と「都市部以外の地域」における資源確保のアプローチの違いについて触れられているように、地域包括ケアシステムの構築を考えるにあたっては、両者を分けて考えなければならない面もある。

過疎地モデル構築の必要性

- また、高齢化の一層の進展や単身世帯の増加等、過疎地域で起きている課題は、今後都市部でも大きな課題となるものであり、過疎地域が都市部の課題を先取りしているとも言える。さらに地域包括ケアシステムの構築を進めていくべき市町村を考えると、市町村の数で比べると、市町村合併が進んだとは言え、未だに小規模自治体の方が多いのも事実である。
- すなわち、地域包括ケアシステムを地域特性によってその姿は異なるとは言え、全国で構築していくためには、小規模自治体に適した姿、小規模自治体で取組可能な方法を示していくことが不可欠である。

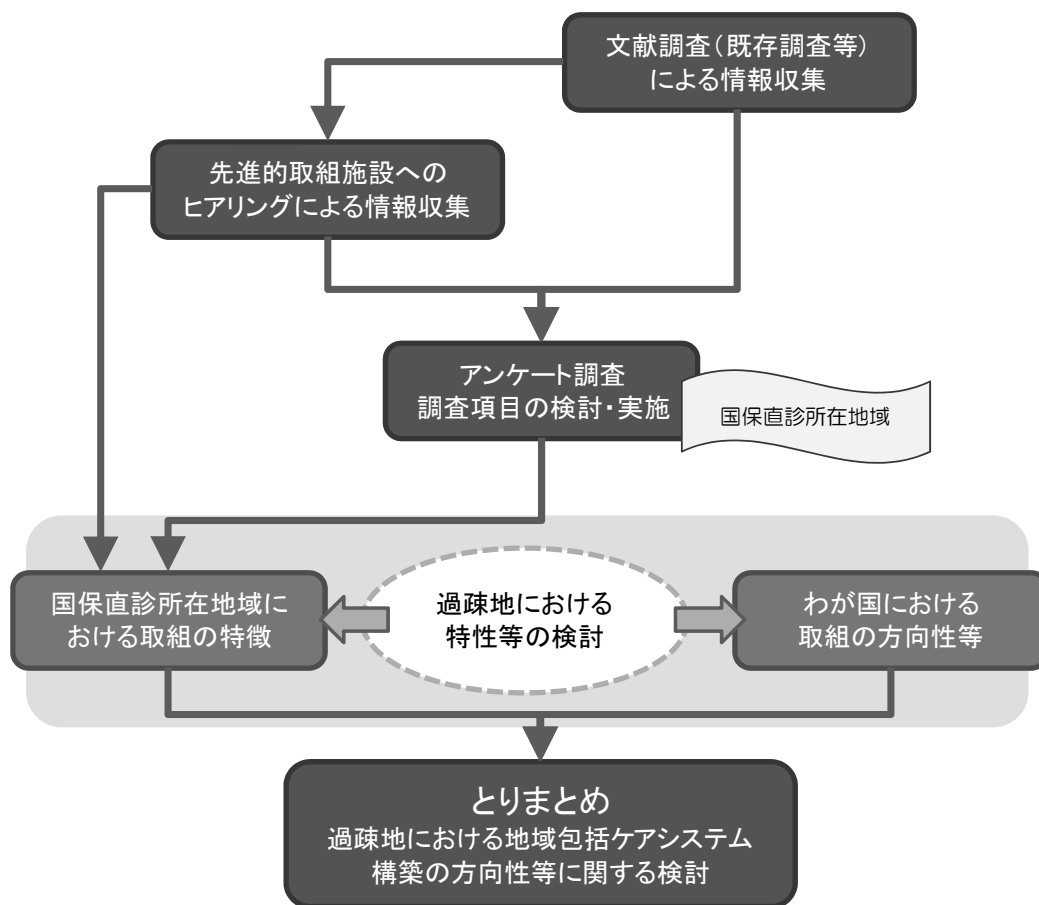
参考にすべき地域包括ケアシステム構築に関する先行事例の存在

- 国診協では、従来より「地域包括医療・ケア」の実践を掲げ、国保直診を中心に、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、治療（キュア）のみならず、保健（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、介護、福祉まで全てのサービスを包含する全人的医療を行ってきており、寝たきり高齢者の減少、施設ケアから在宅ケアへの移行、医療費の節減、地域経済の活性化等の成果を出してきた。また、多くの地域においては、ハードが少ない状況のもと、住民と行政、関係機関間との「つながり」を重視した取組を進めてきた。
- そこで、国診協で長年取り組んできた「地域包括医療・ケア」の実践例等を整理することにより、現在国が進めている、地域包括ケアシステム構築の方策を示すことができると考える。国診協における取組は、主として医療機関が中心となっているが、生活支援までも含めた取組でもあり、さらに国保直診の所在地域には過疎地が多いことから、現在課題となっている、地域包括ケアシステムにおける過疎地モデルの提示が可能となる。

（２）調査の目的

- 本事業においては、国保直診における「地域包括医療・ケア」の取組と成果を整理し、過疎地における地域包括ケアシステム構築に向けての方策等について提言するとともに、構築に向けてのモデルを提示する。

2. 調査研究の全体像と流れ



(1) 先進的取組地域に対する現地訪問調査（ヒアリング調査）

- これまで国診協が行ってきた各種調査結果等を基に、地域包括ケアシステムの構築に先進的に取り組んできており、かつ成果を上げている地域を選定し、ヒアリングを実施する。
- ヒアリングにおいては、国保直診が進めてきた「地域包括医療・ケア」と国が示している地域包括ケアシステムとの共通点・類似点・相違点についての詳細な確認はもちろんのこと、システムの構築過程における阻害要因とその克服方法等についても把握する。
- そしてヒアリング調査結果を通じて、地域包括ケアシステム構築の評価指標等を検討し、アンケート調査項目設定のための基礎資料とする。

(2) 地域包括ケアシステム構築に関する実態調査（アンケート調査）

- 各地域における地域包括医療・ケアの実践例と取組に至るまでのプロセス（うまくいった点、構築に当たっての阻害要因等）を把握する。
- 同時に、地域包括ケアシステムの構築に当たっては、各種の地域資源の状況が重要な要素となることから、医療・介護資源の状況のみならず、それらが不足している際にその役割をカバーしうる存在（各種の生活支援サービスや住民組織の活動状況等）についてもあわせて把握する。
- 集計に当たっては、人口規模やその他の属性別の分析も行い、その過程で、国保直診所在地域に限定はされるが、その中での「都市部」と「都市部以外の地域」の比較を行う。
- なお、最終的に過疎地域における地域包括ケアシステムの構築に関する類型化を目指していることから、ヒアリング調査結果を基に評価指標を検討し、その指標の把握が可能となるような調査項目を設定する。

3. 実施体制

「過疎地域等における地域包括ケアシステムの構築に関する検討委員会」ならびに「同作業部会」の委員構成は以下の通りであった。

過疎地域等における地域包括ケアシステムの構築に関する検討委員会・同作業部会委員一覧

◎印：委員長

*印：委員会・作業部会委員兼任

◇委員会

◎和田 敏明	ルーテル学院大学教授
梶井 英治	自治医科大学教授
高見 徹	副会長/鳥取県：日南町国保日南病院長
前沢 政次	北海道：ひまわりクリニックきょうごく所長
小野 剛	秋田県：市立大森病院長
阿部 吉弘	山形県：小国町立病院長
南 眞司	富山県：南砺市民病院長
佐々木 健	鹿児島県：枕崎市立病院長

◇作業部会

*和田 敏明	ルーテル学院大学教授
高橋 紘士	国際医療福祉大学大学院医療福祉学分野教授
三枝 智宏	静岡県：浜松市国保佐久間病院長
後藤 忠雄	岐阜県：郡上市国保地域医療センター国保和良診療所長
飯山 明美	北海道：本別町地域包括支援センター所長補佐（保健師）
高山 哲夫	岐阜県：中津川市国保坂下病院長
占部 秀徳	広島県：公立みつぎ総合病院歯科部長
山内 香織	広島県：公立みつぎ総合病院地域看護科長
内田 望	高知県：梣原町国保梣原病院長
金丸 吉昌	宮崎県：美郷町地域包括医療局総院長


◇事務局

伊藤 彰	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会事務局長
鈴木 智弘	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会業務部事業課課長補佐
大本 由佳	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会業務部事業課主事
植村 靖則	みずほ情報総研株式会社社会政策コンサルティング部シニアコンサルタント
志岐 直美	みずほ情報総研株式会社社会政策コンサルティング部コンサルタント

第2章

先進的な取組地域における 地域包括医療・ケアへの取組状況

1. 岩手県・一関市国保藤沢病院

自治体の状況 (平成22年度国勢調査)	地域概況	岩手県の最南端に位置する、県内第二の人口・面積を擁する市。平成17年に、旧一関市と西磐井郡花泉町、東磐井郡大東町、千厩町、東山町、室根村、川崎村が合併。さらに平成23年に東磐井郡藤沢町を編入合併。	
	総人口	118,578人	
	平均年齢	49.0歳 (全国平均45.0歳)	
	高齢者人口	35,496人	
	高齢化率	30.0% (全国平均23.0%)	
	面積	1133.1km ²	
	人口密度	104.6人/km ² (全国平均343.4人/km ²)	

※平成25年8月1日の総人口は123,779人(推計人口)

施設・地域の状況	診療圏域等の人口	総人口(8,826)人 高齢者人口(3,060)人 高齢化率:34.7% 時点:平成25年8月31日			
	地域包括支援センター	1箇所(直営)			
	診療圏域等の要介護者	620人 時点:平成25年8月31日			
	地域ケア会議	<table border="0"> <tr> <td>開催状況</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>01 開催している(定期 <input checked="" type="checkbox"/>不定期) <input type="checkbox"/>02 開催していない</td> </tr> <tr> <td>目的</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>01 個別ケースの検討を目的 <input checked="" type="checkbox"/>02 地域課題の検討を目的 <input type="checkbox"/>03 その他の目的()</td> </tr> </table>	開催状況	<input checked="" type="checkbox"/> 01 開催している(定期 <input checked="" type="checkbox"/> 不定期) <input type="checkbox"/> 02 開催していない	目的
開催状況	<input checked="" type="checkbox"/> 01 開催している(定期 <input checked="" type="checkbox"/> 不定期) <input type="checkbox"/> 02 開催していない				
目的	<input checked="" type="checkbox"/> 01 個別ケースの検討を目的 <input checked="" type="checkbox"/> 02 地域課題の検討を目的 <input type="checkbox"/> 03 その他の目的()				

(1) 現在実践している地域包括医療・ケアの特徴

価値ある長寿社会を目指し、健康と福祉の里づくりを推進するためには、医療を基本に据え、保健、福祉の連携が不可欠と考え、地域包括医療・ケアの構築に取り組んだ。

具体的には、専任管理者を置いた地方公営企業法全部適用として病院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、デイサービス、訪問看護ステーション、グループホーム、居宅介護支援事業所、高齢者総合相談センターなど 8 事業を一体的に経営し、住み慣れた地域で安心して生活できるよう密接な連携を図りながら特徴ある取り組みを行い、高齢化社会への対応を図っている。

「提供側の事情に合わせて患者に動いてもらう」ことが一般的であったところに、患者のニーズに合わせて提供側が動く、という考え方を持ち込んだため、取組当初は、周辺の医療機関との考え方の違いが大きな障壁であった。

「医療」という面だけでなく、住民の生活を支えるという視点でのサービス提供を目指している。ただこのような「生活モデル」への変化は、すぐにできた訳ではなく、20 年間に渡る取組の成果でもある。

このような「生活モデル」への変化により、適切な病院規模と老健、特養、在宅介護とのパッケージにより入院者を減らし、入院する際にも入院計画を立てる前に退院日を決める等して、入院長期化のマイナス面（活動力低下、自分で考えられない人をつくる、親切なようで残酷等）を明確にして取り組んでいる。

(2) 現在実践している地域包括医療・ケアにおける住民の関わり

医療に対する考え（医療を受ける側）と医療サービスを提供する側のギャップがあったが、医療サービスを提供する側が地域に出向き、膝を交えて対話することでお互いを理解することができた。現在でも、継続中である（地域ナイトスクール）。

また、臨床研修医の地域医療研修時の「外来実習」への協力を、住民に呼びかけ、成功している。平成 19 年度から研修医を受け入れ、最初の頃は、なかなか思うように外来実習ができなかったため、平成 20 年の地域ナイトスクールのときに、これからの若い医師を地域みんなで育てようと住民に呼びかけ、患者の立場だけではなく、地域住民としての立場として協力を求めたもので、今では、臨床研修医の研修期間終了時に開く研修報告会に多くの住民が参加し、研修医を激励している。

さらに、夜間診療を行うことで、行きたいときにすぐ受診できるという安心感が広がり、県外病院への受診やコンビニ診療、夜間診療が減少した

(3) 地域包括医療・ケアの実践において今後取り組んでいく課題

今後の課題としては、中・高生を対象に、将来を見据えた医療従事者育成が大事だと考えている。そのために、医療側から積極的に教育現場との交流・意見交換の機会をつくり、さらには、子供たちの医療・介護現場等の体験学習を活用するなど教育機関との連携を強化し、マンパワーを育成したい。きっと、その先には、当地域のすばらしい地域包括医療・ケアの姿があると考えている。

このように、地域包括医療・ケアの担い手づくりを住民と一緒に育てることが重要である。そのような取組の結果、住民と病院の考え方にあったギャップが埋まり、初めは健康教育が中心であったが、それが、自分たちの力でコミュニティをつくるという方向に変化してきた。現在は、小中学生を対象に10年後の支持者づくりを考え教育を重視している。病院への寄付が増加していることは、取組が理解され、支持されていることの表れと考えられる。

また、今後、ますます高齢化が進む中で、空き家を利用した小規模多機能施設の活用や高齢者が昼間集える場の提供などがこれからの高齢化における地域内の必須条件と捉え、それを企画・運営する地域団体、人材の育成が急務と考えている。

さらに、病院が地域の中心的な役割を果たすことは不動であり、常に連携を密にしながらより充実した地域包括医療・ケアの実践を進めるためには、安定した医師の充足が求められていると考えている。

(1) 現在実践している地域包括医療・ケアの特徴

患者・家族の QOL 向上と住民の安全・安心を守る事を目標とし、最終的に「家族の絆」「地域の絆」の再構築を目指している。

その目標達成に向けて、保健活動はもちろんこと、地域包括医療の展開、行政との連携構築、医療圏内医療機関との連携構築、在宅医療の構築等に取り組んでいる。

地域包括医療の展開としては、急性期・回復期リハビリ・在宅医療・終末期医療等に取り組んでいる。

行政との連携構築としては、医療協議会（市長・副市長・地域包括医療・ケア局長、南砺市立の2病院・診療所代表等と協議）、地域包括医療・ケアワーキング会議（地域包括支援センター、民生部、病院、訪問看護等の責任者で医療・介護・福祉・保健等の課題を検討）の運営に取り組んでいる。

医療圏内医療機関との連携構築としては、病院完結から地域完結へ、南砺市医師会や医療圏基幹病院の砺波総合病院等との連携構築に取り組んでいる。

そして在宅医療の構築としては、訪問看護・リハビリの充実に協力及び支援や在宅看取り体制整備等に取り組んでいる。特に訪問看護については、市町村合併時に数か所あった事業所を一つにまとめ、効率的・効果的なサービス提供が可能になるようにした。

この訪問看護ステーションの機能強化もあり、県内各市町村の訪問看護ステーションの訪問延べ件数はおおむね年間 5,000 件なのに対し、南砺市では年間 25,000 件を超えており、このことが病院から自宅への退院や、在宅看取りを可能とすることの基盤ともなっている。

(2) 現在実践している地域包括医療・ケアにおける住民の関わり

富山県の社会福祉協議会が中心に行っているケアネット事業（一人暮らしや老老世帯の見守り等）を地区社協と共に進めている。

南砺市の医師不足などで崩壊の危機に、南砺市地域包括医療・ケア局と富山大学総合診療部が協力して行った「地域医療再生マイスター養成講座」や「南砺の地域医療を守り育てる会」等の活動に参加し、地域住民との連携や啓発に努めている。

地域包括支援センターと協力し、認知症サポーター養成講座の取り組みを行い、住民の意識改革と協力を得る努力を行っている。

食事宅配等の生活支援の NPO 活動を地域包括支援センターなどと共に応援している。

(3) 地域包括医療・ケアの実践において今後取り組んでいく課題

南砺市全体で質の高い地域包括医療・ケアを展開するには、南砺市の公的 2 病院・4 診療所の総合的、一体的運営が必要である。各医療機関の専門職及び各大学の理解と協力、そして南砺市長の医療体制の方向性の決定が必要である。同時に南砺市医師会との連携も必要である。

一人暮らし・老老世帯への介護、生活支援が大きな課題となることから、質の高い介護職の確保と育成に全力を傾け、定期巡回・随時対応介護や小規模多機能型居宅介護等の構築を行う。民間や福祉法人の参入も促進し、24 時間対応の在宅介護体制を整備していくことが必要である。

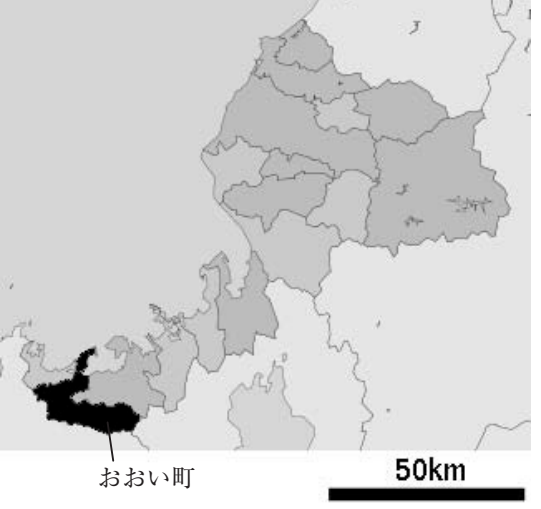
今後増加するである認知症高齢者対策としては、南砺市型オレンジプランを作成し、体制整備と必要な人材の確保や育成を進めていくことが必要である。

大きな方向性としては、社会貢献をしてきた高齢者を不幸にしてはいけないし、その高齢者を支える家族も犠牲にしてはいけないので、医療・保健・福祉・介護の関係者や行政、住民と苦楽を共にして QOL を支える地域包括医療・ケアを創造していくことが必要である。そのためのポイントとしては 4 つの「助け合い」のもと、医療機関や行政の専門職等で基礎をつくり、住民が「お互い様」の思いで活動し、家庭や地域の絆を強くすることで完成するのではないかな。

- ・ 共助：医療・介護保険（病院・施設等）
- ・ 自助：本人の努力と家族の協力
- ・ 公助：福祉・行政サービス
- ・ 互助：地域住民の意識改革と協力

地域包括医療・ケアの取組状況等を示す指標としては、病院からの在宅復帰率は一つの指標となりえる。また「支える側」の満足度も一つの指標となりえるのではないかな。

3. 福井県・おおい町名田庄診療所

自治体の状況 (平成22年度国勢調査)	地域概況	福井県南西部の町。平成18年3月に遠敷郡名田庄村と大飯郡大飯町が合併して誕生。	
	総人口	8,580人	
	平均年齢	47.4歳 (全国平均45.0歳)	
	高齢者人口	2,353人	
	高齢化率	27.8% (全国平均23.0%)	
	面積	212.21km ²	
	人口密度	40.4人/km ² (全国平均343.4人/km ²)	

※平成25年8月1日の総人口は8,429人(推計人口)

施設・地域の状況	診療圏域等の人口	総人口(2,571)人 高齢者人口(883)人 時点:平成25年10月1日	
	診療圏域等の要介護者	159人 時点:平成25年10月1日	
	地域包括支援センター	1箇所(ランチ)	
	地域ケア会議	開催状況	01 開催している (定期 不定期) 02 開催していない
		目的	01 個別ケースの検討を目的 02 地域課題の検討を目的 03 その他の目的 ()

(1) 現在実践している地域包括医療・ケアの特徴

「あっとほ〜むいきいき館」の中に、国保直診、おおい町役場なごみ保健課保健福祉室、社会福祉協議会名田庄支所が所在しており、定期的な会議等を通じてハード面・ソフト面の双方から連携を深め、医療・保健・福祉が一体となったサービスを実現している。

ハードを一体化することで、住民を健康な頃から見守り、支援が必要になったときに切れ目なく包括的なケアを提供することが可能である。また、住民にとっても、地域で暮らし続ける高齢者の姿が見えやすく、安心感につながっている。

多職種連携に向けては、日頃から会議やイベントの司会・運営を持ち回り制にしたり、ワークショップ形式で話し合いをする等を通じて、職種間の壁をなくし、連携しやすい風土を作っている。このような工夫により、意見が出やすくなったり、他の職種の役割を理解しやすくなったり、職員のスキルアップにもつながっている。

また、地域の個別ケースの検討を目的として定期ケースカンファレンスを月2回、同館内で実施しており、必要に応じて臨時ケースカンファレンスも実施している。カンファレンスで検討対象とするケースはケアマネジャーが挙げてくることが多く、多職種連携のキーパーソンとしての役割を發揮している。ただし、民生委員から気になる高齢者について報告・相談があることで問題が発覚するケースもあり、住民の役割も非常に大きい。

地域には入院施設がなく、車で30分程度離れた小浜病院が後方病院となっているが、研修医の受け入れ等を積極的に行い、人と人とのつながりを重視した連携を進めている。地域にリハスタッフはいないが、病院の協力のもと、入院中に機能評価をしてもらったり訪問指導してもらうことで対応している。

(2) 現在実践している地域包括医療・ケアにおける住民の関わり

社会福祉協議会のサロン活動が基盤となり、住民によるボランティア活動が根付いている。きっかけは住民からの「何か手伝えることはできないか」という自発的な提案であり、社会福祉協議会が支援してボランティアグループが立ち上がった。

現在、配食サービスとして、週1回、民生委員や福祉団体による弁当の調理・配達も行っている。この活動は地域住民の見守りとしての意義もある。

民生委員は月2〜3回、定例会議を行っており、そこに地域包括支援センターの職員も同席することで、地域の問題やニーズの把握につながっている。

医療機関は無床診療所のみであるが、住民の理解もあり、夜間や休日の不要不急の救急対応は少ない。

(3) 地域包括医療・ケアの実践において今後取り組んでいく課題


今後は小規模多機能施設を増やし、看取りも行えるようにすることも考えている。

合併に伴い、“名田庄地区の地域包括医療・ケア”が描きにくくなっている。旧大飯町と旧名田庄村では地域性・住民性が異なるため、住民の自主性・主体性を基盤とした名田庄の取組は広がりにくい。町長の理解が何よりも重要であり、今後に期待するところでもある。

地域によって支援ニーズが異なるため町として対策が取りづらい。名田庄では買い物が不便との声が挙がっているが、買い物支援は商店による自主的な送迎バスの運行に留まっている。

地域包括医療・ケアの取組状況等を示す指標としては在宅での看取りができていくかどうか等が考えられる。名田庄では死亡者のうち、在宅で最期を迎えた方が約4割にのぼる。その他、医療費が抑制されることや、保険料が安くなることなどが考えられる。

4. 滋賀県・東近江市永源寺診療所

自治体の状況 (平成22年度国勢調査)	地域概況	滋賀県東部にある市。平成17年2月に八日市市、神崎郡永源寺町・五個荘町、愛知郡愛東町・湖東町の1市4町が新設合併して誕生。平成18年1月には神崎郡能登川町・蒲生郡蒲生町を編入。	
	総人口	115,479人	
	平均年齢	43.6歳 (全国平均45.0歳)	
	高齢者人口	24,632人	
	高齢化率	21.5% (全国平均23.0%)	
	面積	388.58km ²	
	人口密度	297.2人/km ² (全国平均343.4人/km ²)	

※平成25年8月1日の総人口は114,628人(推計人口)

施設・地域の状況	診療圏域等の人口	総人口(5,821)人 高齢者人口(1,729)人 高齢化率:29.7% 時点:平成25年10月1日
	診療圏域等の要介護者	4,301人 時点:平成25年10月1日
	地域包括支援センター	1箇所(直営)
	地域ケア会議	開催状況 <input type="checkbox"/> 01 開催している(<input checked="" type="checkbox"/> 定期 不定期) <input type="checkbox"/> 02 開催していない 目的 <input type="checkbox"/> 01 個別ケースの検討を目的 <input type="checkbox"/> 02 地域課題の検討を目的 <input type="checkbox"/> 03 その他の目的()

(1) 現在実践している地域包括医療・ケアの特徴

東近江地域で、医療・保健・介護・福祉の切れ目のないサービスの提供体制を構築するため、関係機関の機能分担と連携のあり方を検討する研究会を月1回開催している（三方よし研究会）。ここには、地域の多職種が一堂に会し、勉強会・症例報告・困難事例の検討等を行っている。「顔の見える関係」から始まっているので、普段から連絡・連携をとりやすい状況を生み出している。

上記研究会の「地域版」として、永源寺地域での保健・医療・福祉の連携はもとより、各々の制度の隙間を埋めるため、非専門職である地域のボランティアグループや地域住民との連携を密に行っている（チーム永源寺）。永源寺地域は無床診療所が3箇所（うち1箇所は出張診療所）のみと医療資源が非常に少ないため、在宅医療を進めるためにはこの集まりは非常に重要であり、「顔の見える関係」から始まっているので、普段から連絡・連携をとりやすい状況を生み出している。

また、在宅医療・在宅看取りに取り組んでおり、永源寺地域での在宅看取りの割合は約5割となっている。同時に、地域内にある特別養護老人ホームにおいても、以前は入院先で亡くなる方も多かったが、現在ではホーム内で看取られる方が多くなっている。

(2) 現在実践している地域包括医療・ケアにおける住民の関わり

在宅療養を支える役割の一つに、保健・医療・介護・福祉の連携が掲げられているが、それだけでは十分ではない。地域にある様々な資源の活用が不可欠である。

- ・自立支援やセルフケアの「自助」
- ・地域のつながりやボランティアなどの「互助」
- ・医療保険や介護保険サービスの「共助」
- ・一般財源を利用した生活保護や高齢者対策などの「公助」

在宅療養を支えるためには、「互助」なくしては非常に困難である。したがって、医療・介護の専門職は、地域で支える人々と連携して、地域の人が安心して生活できるように取り組む必要がある。

看取りについて、元気なうちから「ご飯が食べられなくなったらどうしたいか」「寝たきりになったら病院か施設に行くか」など、患者一人一人と医師がきちんと話をしている。同時に家族との面談も月に1回は行っている。そして、子どもたちへも家族の看取りの経験を踏まえながら命の授業にも取り組み、死（看取り）から逆算する健康づくりの大切さ、子どもたちからの教育にも取り組んでいる。

また住民が住民を支える仕組としては、「生活支援サポーター絆」の活動がある。これは、制度や既存のサービスでは支え切れない日常の暮らしの中での「困りごと」を手伝う仕組で、話し相手やゴミ出し、掃除・季節の模様替え、子どもの見守り、電球交換、買い物支援等を有償で行う仕組である（短時間で終わる軽易や活動や話し相手は無料）。

(3) 地域包括医療・ケアの実践において今後取り組んでいく課題

地域住民には「住み慣れた地域で最期まで」と、終末期まで在宅での生活を希望する人が多いので、それを叶えるための取組が必要で、その一つは「看取りの分化」の成熟化である。

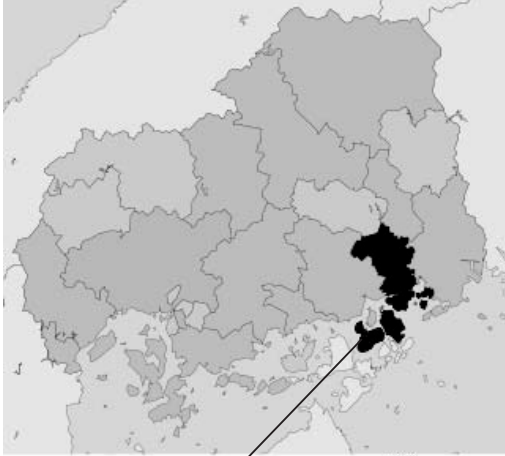
在宅療養を支えるために、医療・介護の専門性を高めることはもちろんのこと、地域に存在する「互助」の部分とうまく連携して、地域住民が安心して生活できる地域づくりが必要である。そのようなコミュニティーができれば、高齢になっても、認知症になっても、障害を抱えても、一人暮らしになっても、地域で安心して生活することができると感じている。

地域包括医療・ケアの取組状況等を示す指標は難しい。永源寺地域では地域住民の希望が希望する生活を送り続けることができるよう、在宅看取りに積極的に取り組んでいるが、概数として約5割という割合は分かっているものの、正確な数を把握することは難しい。

ただし、この数値も、年々上がってきている実感はあるし、地域内の特別養護老人ホーム内での看取りも増えており、「希望する場所で死を迎えること」ができている方の割合や増えている。しかし、この水準もこれ以上上がることはなく、現在の水準で頭打ちではないかと感じている。

また永源寺地域は、市町村合併があったことから、「地域」限定の指標がほとんど取れないことも課題となっている。

5. 広島県・公立みつぎ総合病院

自治体の状況 (平成22年度国勢調査)	地域概況	岡山市と広島市のほぼ中間に位置している。旧尾道市が平成17年に御調郡御調町、向島町を、平成18年に因島市、豊田郡瀬戸田町を編入。	
	総人口	145,202人	 <p>尾道市 50km</p>
	平均年齢	49.1歳 (全国平均45.0歳)	
	高齢者人口	43,964人	
	高齢化率	30.4% (全国平均23.0%)	
	面積	284.85km ²	
	人口密度	509.7人/km ² (全国平均343.4人/km ²)	

※平成25年8月1日の総人口は▲人(推計人口)

施設・地域の状況	診療圏域等の人口	総人口(19,800)人 高齢者人口(6,232)人 高齢化率:31.47% 時点:平成25年10月31日	
	診療圏域等の要介護者	1,437人 時点:平成25年10月31日	
	地域包括支援センター	6箇所(直営2箇所 委託4箇所)	
	地域ケア会議	開催状況	<input checked="" type="checkbox"/> 01 開催している(定期 <input checked="" type="checkbox"/> 不定期) <input type="checkbox"/> 02 開催していない
	目的	<input checked="" type="checkbox"/> 01 個別ケースの検討を目的 <input checked="" type="checkbox"/> 02 地域課題の検討を目的 <input type="checkbox"/> 03 その他の目的()	

(1) 現在実践している地域包括医療・ケアの特徴

地域包括ケアがはじまったきっかけとその後の経緯は下記の通り。

- ・在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦
→最初はソフトから始まった。
- ・保健・医療・福祉の連携・統合
→病院と行政のドッキング（行政改革）
- ・各種介護施設の併設
→維持期（生活期）のリハビリセンターを合築
- ・住民参加
→住民組織とボランティア
- ・地域包括ケアシステムの構築

病院の理念に「地域包括医療・ケアの実践と地域包括ケアシステムの構築及び住民のための病院づくり」を掲げて、住民と連携を図りながら、在宅ケア、保健・医療・介護・福祉サービスを総合的に提供している。当院に行政部門である御調保健福祉センターが併設され、同建物の中に、北部地域包括支援センター、訪問看護ステーション、ホームヘルパーステーション、居宅介護支援事業所、介護予防センター、社会福祉協議会などがあり、窓口が一元化され、顔の見える関係の中で住民のニーズに対応している。また保健福祉総合施設、各種団体など住民組織との連携も図っている。

取組自体は30年間を超え、例えば在宅医療の分野では、診療報酬の該当項目が創設されていない時期から、訪問診療や訪問看護を行ってきた。

市町村合併当初は、市全体での一律性が求められた時期もあったが、現在では、各々の旧市町村のやり方が認められている。

(2) 現在実践している地域包括医療・ケアにおける住民の関わり

旧御調町の時代から70地域ごとに「保健推進員」が1~2名配置され、健康づくり活動、健康診断受診を働きかける、早期発見、相談、健康センターへの結び付け等を行い、地域の健康づくりのサポートに留まらず、キーパーソンの役割を果たしてきた。この制度は現在でも存在し、現代は69名の保健推進員が活躍している。

また尾道市では、健康寿命が男女とも県内でも低い現状から、健康寿命の延伸と地域力の向上を目指して、平成25年度よりシルバーリハビリ体操事業に取り組んでいる。住民と行政が一体となり、指導士の養成と体操普及を通じて、住民参加の介護予防及び健康づくりを推進するものである。養成講座の受講資格は、概ね60歳以上の常勤職についていない、地域でボランティア活動ができる方で、今年度2回の養成を終え、37名の指導士が誕生して地域での活動の場が広がっている。

(3) 地域包括医療・ケアの実践において今後取り組んでいく課題

高齢社会は自分たちの課題であるという住民のネットワークづくりが重要である。自助・互助の仕組みづくりや住民の意識改革等、どれだけ住民を巻き込んでいけるかが大きく影響すると思われる。

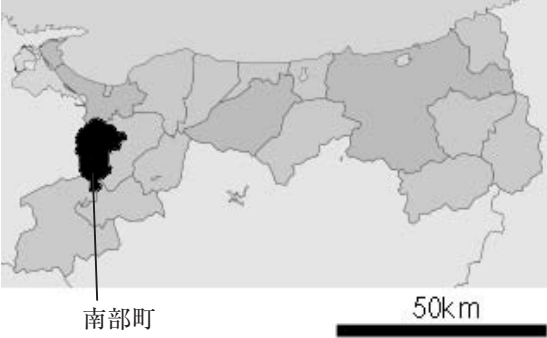
また、医師・看護師の確保はもちろんのこと、退院支援ナースなど、職員の人材育成も必要である。

さらに、子どもの頃からの福祉教育への支援として、児童や保護者を対象にした認知症サポーター養成講座開催や、命の教育の必要性も感じている。

施設及び在宅での看取り体制の強化も、本人・家族の希望に沿って、どれだけ選択肢を提供できるか、という視点から必要である。

地域包括医療・ケアの取組状況等を示す指標として、死にたい場所で死ぬる割合は、一つの指標になりえるが、把握が困難である。

6. 鳥取県・南部町国保西伯病院

自治体の状況 (平成22年度国勢調査)	地域概況	鳥取県の西部に位置する町。鳥取県西伯郡の西伯町と会見町が平成16年10月1日に合併して誕生。	
	総人口	11,536人	
	平均年齢	49.2歳 (全国平均45.0歳)	
	高齢者人口	3,448人	
	高齢化率	29.9% (全国平均23.0%)	
	面積	114.03km ²	
	人口密度	101.2人/km ² (全国平均343.4人/km ²)	

※平成25年8月1日の総人口は11,255人(推計人口)

施設・地域の状況	診療圏域等の人口	総人口(11,531)人 高齢者人口(3,649)人 時点:平成25年8月30日
	診療圏域等の要介護者	472人 時点:平成25年10月31日
	地域包括支援センター	1箇所(直営)
	地域ケア会議	開催状況 <input type="checkbox"/> 01 開催している(<input checked="" type="checkbox"/> 定期 不定期) <input type="checkbox"/> 02 開催していない 目的 <input type="checkbox"/> 01 個別ケースの検討を目的 <input type="checkbox"/> 02 地域課題の検討を目的 <input type="checkbox"/> 03 その他の目的()

(1) 現在実践している地域包括医療・ケアの特徴

福祉のまちづくりを進めたい、という意識から、町長が広島県のみつぎ総合病院を訪れ、そのモデルを参考とした取組を進めてきた。

元来より、個別ケースの支援を積み上げたものを基盤として、システム化にむけ取り組んできた。その中核的な役割を担う「訪問看護ステーション」所長を看護部長が兼務することで、在宅医療、ケアを医療面で支援する体制を確立している。

また敷地内には、町の健康管理センターがあり、保健師との連携が図りやすい環境があること、また、地域ごとに担当保健師（7か所）が配置されていることから、保健師との協働による個別支援が多いのが特徴である。また、同センター内には、地域包括支援センターが配置されており、保健・医療・介護・福祉の連携、また、在宅ケアの連携が図れている。

当院においては、個別ケースの支援を基盤にして、当院の持つ多様な機能も活用しながら、地域資源（保健・医療・介護・福祉）との協働支援を積み重ねることにより連携を推進・強化している。支援の軸は、早期連携と、多職種多機関との共同カンファレンスである。

ネットワークの構築について、南部町では、地域包括支援センター運営の担当地域ケア会議（居宅介護支援事業所・社協・保健師・町内医療機関・障害者施設などの地域の支援機関が参加）の取り組みがあり、継続して開催されている。その会議に当院地域連携室・訪問看護ステーションが参画することで、病院と地域との連携が強化されている。

(2) 現在実践している地域包括医療・ケアにおける住民の関わり

町民が地域の力を結集して主体的に地域活動を行い、かつ、町が町民の意見を町政の運営に反映し、町民と共に魅力ある地域づくりを行う新たな公共活動の場として、旧小学校区単位に7つの地域振興協議会を条例制定により平成19年7月に設置した。地域における様々な課題について地域住民自らが主体的に解決できる仕組を確立し、町はその運営資金を交付している。

地域における様々な課題について、地域住民自らが主体的に解決する取組みの中で、特徴的な取組みとして「あいのわ銀行」がある。本制度は地域住民の自助・互助・互恵の精神に基づき行われているシステムで、福祉サービスやボランティア活動をした者（協力会員）の労力の実績を点数で預託しておき、将来本人やその家族がサービスを必要とするとき、預けた点数に応じた福祉サービスを保障するものである。

また中山間地の振興協議会においては、共助交通システムを構築し、高齢者等の交通弱者への援助活動を行っているところもある。

さらに各集落においては、定期的に「いきいきサロン」を開催し高齢者の閉じこもり予防と地域コミュニティーの活性化を推進している。

(3) 地域包括医療・ケアの実践において今後取り組んでいく課題

今後の課題としては「町内医療機関との連携」「24時間訪問看護・介護サービスの実施」「予防事業の拡充」が挙げられる。まず、町内診療所（内科4、歯科2）との一層の連携が重要であり、病院と診療所との機能分化の推進も視野に入れた取組が必要である。また24時間訪問看護等の実施については、地域内の社会福祉法人が開始するサービスへの病院機能の活用が予定されているが、効率性・迅速性の確保のためにも人的資源の確保が必要である。そして予防事業の拡充については、主としてこれまで取り組んできたアミノ酸を活用したがん予防事業への取り組みを継続していくとともに、町民の健診等のデータの充実強化により、新たな保健事業の展開も視野に入れていきたい。

また病院として、退院後の生活を見据えた支援を効果的に行うにあたっては、地区担当保健師が地域との連携機関として大きな役割を担っている。南部町の特徴としては、地区担当の保健師が地域住民（例えば、独居、高齢者世帯、障がい者世帯など）の生活状況を広く把握してくれているため、何らかの支援が必要な場合や必要性が予測される場合には、早期に連携し、地域包括支援センターとの連携もスムーズである。地域包括支援センターは、個別ケースの具体的な支援や、個別ケースから吸い上げられる地域課題の明確化と、ネットワークづくり（会議の運営や地域資源の開拓）などの役割を担っている。このように、在宅医療を推進していくに当たっては、病院だけの取組だけでなく、行政の関係機関との密な連携が不可欠であり、その維持が今後の取組の継続の基盤ともなる。

ただし、事業所自体の数が少ないため、住民にとっては選択肢が限られているなかで、町内完結していいのかどうかは課題である。

(1) 現在実践している地域包括医療・ケアの特徴

33年前に前院長が広島県みつぎ総合病院を訪問して、地域包括医療・ケアについて学び、その仕組みを日南町にも導入しようとしたのが、取組の始まりである。

地域包括支援センターに情報を集約して、地域のニーズを把握している。そしてそのニーズにしたがって、アクションを起こし続けている。その代表が、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリである。

地域を把握することに力を入れており、地域を訪問して収集した情報については、週1回、地域包括支援センターが集約する。訪問する職種も、保健師だけでなく、病院の看護師も、訪問介護員もと様々である。これらの情報を「訪問連絡会」というケース検討会にあげ、さらに在宅支援会議という課題共有のための会議で検討する。

このように、どこで誰がどんな風に生活しているかを把握し、そこで得られたニーズに関係者がアクションを起こし続け、地域が変わり、地域づくりに向かうという流れをらせん状に進むことで住民や行政のトップとの間にしっかり連携が取れるようになる。したがって、まず現場に出向いていくことが何よりも重要である。

過疎の町が高齢化していくことは当然であるが、そのインパクトは都会の高齢化が進んだ場合の方が大きいのではないか。その意味で、都会での高齢化によって発生する課題を、過疎の町では先取りしていると考えている。

行政との関係では、町長が月1回、病院にきて意見交換をしている。

(2) 現在実践している地域包括医療・ケアにおける住民の関わり

住民との関わりについては下記のように考えており、このステップを踏むことにより、住民や行政のトップとの間にしっかりとした連携体制が構築できるようになった。

第1段階：どこで誰がどのように生活しているのかを把握し続ける。

第2段階：そこで得られたニーズに保健・医療・介護・福祉の関係者がアクションを起こし続ける。

第3段階：地域が変わり、地域づくりに向かう。

地域ケア会議への一般住民の参加や民生委員を介した住民とのつながりを重視しており、地域包括医療・ケアの推進に当たっては、住民との協働体制となっている。

さらに、民生委員や地域保健員、食事改善推進委員などの住民組織が中心となって、住民同士の支え合いの仕組みも構築できている。その結果、医療・介護が必要な高齢者についてだけでなく、比較的元気な高齢者についての情報も得られている。

また、コミュニティーの持続にはスムーズな世代交代がなされなければならないため、将来を担う子どもの成長への支援、子育てサポートは不可欠だと考えている。


(3) 地域包括医療・ケアの実践において今後取り組んでいく課題

今後、中山間地域は診療が縮小すると考えられ、高齢化にともなうダウンサイジングを上手に行っていく必要がある。

また社会資源として、子供の教育の充実も課題の一つである。子育てについても、地域全体で関われるような地域づくりを目指していきたい。

病院のスタッフが地域に出ていくことは、病院に残っているスタッフの負担が増えることにつながることから、地域包括医療・ケアに関わる全職種が、訪問診療や訪問看護等の重要性について理解し、実際に体験してもらうことが重要である。

8. 高知県・国保梶原病院

自治体の状況 (平成22年度国勢調査)	地域概況	高知県の西部にある町で、高岡郡に属する。	
	総人口	3,984人	
	平均年齢	54.2歳 (全国平均 45.0歳)	
	高齢者人口	1,569人	
	高齢化率	39.4% (全国平均 23.0%)	
	面積	236.51km ²	
	人口密度	16.8人/km ² (全国平均 343.4人/km ²)	

※平成25年8月1日の総人口は3,821人(推計人口)

施設・地域の状況	診療圏域等の人口	総人口 (3,743) 人	高齢者人口 (1,561) 人	時点：平成25年9月30日
	診療圏域等の要介護者	296人 時点：平成25年9月		
	地域包括支援センター	1箇所(直営)		
	地域ケア会議	開催状況	01 開催している (定期) 不定期) 02 開催していない	
	目的	01 個別ケースの検討を目的 02 地域課題の検討を目的 03 その他の目的(情報共有)		

(1) 現在実践している地域包括医療・ケアの特徴

保健、医療、福祉がソフト面・ハード面ともに近く、連携がスピーディである。

ハード面については、栲原病院の建物は、栲原町の保健福祉支援センターと同じ敷地内にあり、さらに居宅介護支援事業所等が同じ建物内に入っており、気になれば個別に関係者が声をかけ合う環境にある。

ソフト面では、週1回「ケアプラン会」として、基本的に在宅から栲原病院に入院してきた患者、退院後の患者、さらには在宅生活の気になる患者を対象とした検討会を行っている。さらには月1回、福祉サービスのあり方や地域の課題等を協議する「地域ケア会議」を開催している。会議には病院の医師、看護師等の職員や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、民生委員（月1回の会議）が参加している。必要に応じて臨時に会議を開催するなどの柔軟性も有しており、この重層的な会議の開催により、スムーズかつスピーディな連携が可能となっている。

特に連携の中心的機関となっている地域包括支援センターが担っている役割は下記の通りで、住民情報の把握から入退院者への支援等まで幅広く行っている。

- ・日頃からの住民（特に要介護（支援）者、障害者等）の情報把握と管理
- ・住民情報や地域資源について必要時に医療や介護機関への情報を提供
- ・入院者⇒退院移行への調整（病院と共に）とサービス導入支援、退院後のフォロー
- ・在宅者の健康や生活課題についての情報提示・在宅支援へのサービス調整

そのほか、隣町の地域包括支援センターとの2カ月に1回の定期的なケアプラン会を設けることで、お互い顔が見える関係となり、日頃の情報共有や相談等の連携がスムーズになった。

(2) 現在実践している地域包括医療・ケアにおける住民の関わり

健康づくり推進員制度が根付いており、健診受診勧奨や健診当日の運営支援、高齢者や障害者への声かけ活動等が推進されている。

また、病院と地区との座談会や栲原病院が行う研修会を通じた、地域医療への意識を高める、顔がつながる関係づくり、互いの情報交換も行われている。

住民と住民を支える仕組としては、さまざまな自主活動のグループがあり、その集まりに保健師が参加することで、住民のニーズを捉えるきっかけにもなっている。住民のニーズから、NPO法人による過疎地有償運送事業や配食事業も実現しており、町が運営を支援している。

(3) 地域包括医療・ケアの実践において今後取り組んでいく課題

「地域で暮らし続ける」ことを支援する施設や体制を充実させる必要がある。要介護度4・5の重度な利用者は施設や町外の療養型医療施設に入所しているが、待機者が非常に多い。療養病床が廃止された場合の受皿の確保が急務である。


山間地域で交通の利便性が悪いこともあり、デイサービスやヘルパーを希望どおりに利用することが難しい。利便性のある場所に高齢者向けの住居をつくり、独居の人でも安心して長く自宅で住めるような取り組みも必要であると考えられる。

また、地域包括医療・ケアの取組状況等を示す指標を考えると、梶原町の考える地域包括ケアとは、「この地域で最期まで過ごせること」である。この地域包括ケアシステムが実現されることによるアウトカムとして、在宅や施設で亡くなられた方が増えることが考えられる。ただし、死亡場所の統計は別途調べないと出すことはできない。

高齢者の転出率については、住民票を確認する必要がある。実際には年10人もないと思われる。転出理由については、事前に地域包括支援センターが家族からの相談等を通じて把握していることが多い。

寝たきりの減少や、施設から在宅への復帰率という点については、要介護度別の人数をみると、軽度者が増えている。10年前に比較して、在宅で過ごしている要介護度5の方が8人であったのが、現在は2人に減っており、寝たきりは減少していると感じている。ただし、施設入所や町外移動が増えている可能性もある。

9. 大分県・姫島村国保診療所

自治体の状況 (平成22年度国勢調査)	地域概況	大分県北東部にある離島姫島を行政区域とする一島一村の村で、東国東郡に属する。	
	総人口	2,189人	
	平均年齢	55.1歳 (全国平均 45.0歳)	
	高齢者人口	806人	
	高齢化率	36.8% (全国平均 23.0%)	
	面積	6.87km ²	
	人口密度	318.6人/km ² (全国平均 343.4人/km ²)	

※平成25年8月1日の総人口は2,042人(推計人口)

施設・地域の状況	診療圏域等の人口	総人口 (2274) 人	高齢者人口 (855) 人	時点：平成 25年 8月 31日	
	診療圏域等の要介護者	116人	時点：平成 25年 9月 30日		
	地域包括支援センター	1箇所(直営)			
	地域ケア会議	開催状況	01 開催している (<input checked="" type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期) 02 開催していない		
	目的	01 個別ケースの検討を目的 02 地域課題の検討を目的 03 その他の目的 (高齢者生活福祉センター姫寿苑の入居者の決定)			

(1) 現在実践している地域包括医療・ケアの特徴

一村一島の離島のため、医療介護資源は潤沢ではないものの、唯一の医療機関である有床診療所を中心に、役場、介護サービス事業所等のまとまりのある連携によって、地域包括医療・ケアを実現している。

診療所内の1階には地域包括支援センター、2階には役場の健康管理課があり、地域ケア会議等とは別に、毎朝の診療所内での会議を通じて情報共有し、連携を図っている。また、診療所の1階に地域包括支援センターがあることで、住民は何か困ったことがあればまず地域包括支援センターに相談する、という流れができています。

診療所の1階が入院病床であったり、高齢者生活福祉センターが隣接していたりするなど、在宅と入院施設の垣根が低い。また、島内に老人保健施設はないが、高齢者生活福祉センターがその機能の一部を代替していたり、村独自のショートステイを実施する等、限られた資源を有効活用している。そのため、最期を在宅、島村で迎えたい高齢者にとっては、何かあっても暮らし続けることができるという安心感につながっている。

現在の地域包括医療・ケアが構築・維持されている背景には、①村政のスローガン「光、水、医療の充実」に表されるように、村長の理解があること、②医師が定着せず継続的な医療を受けられなかった時代を経験していること、③複数主治医制のもと、安定した医療体制が確保できるようになったこと、がある。高齢者が活躍できる場があり、住民が主体となっていることも大きい。

(2) 現在実践している地域包括医療・ケアにおける住民の関わり

医師が定着せず、継続的な医療を受けられない時代を経験したこともあり、住民の間には「自身の健康は自身で守る」という意識が定着している。また、住民健診等は婦人会や村役場職員の応援参加などで、地域に根ざした行事として定着しており、健康づくりへの関心が高い。

近隣のつながりが強い地域性から、独居の老人であっても近所からの食事のお裾分けなどがあり調理負担が軽減しているほか、気になる高齢者がいれば互いに声を掛け合ったり、役場に相談につないだりといったことが自然と行われている。

子どもを対象に食生活について教育するなど、高齢者だけでなく子ども時代からの健康づくり、保健活動にも関わっている。

(3) 地域包括医療・ケアの実践において今後取り組んでいく課題

平成 32 年には高齢化率が 55%にのぼるとの推計結果があり、認知症の方も相当数になるものと考えられるが、認知症対策は在宅だけでは限界がある。近年グループホームが運営を開始したが、今後増床し、認知症のある方でも安心して住める環境を整えていく必要がある。

地域包括医療・ケアの取組状況等を示す指標としては、住民（本人、家族）、医療・介護職員等、関係者の満足度が考えられる。

島内で最期を迎えたいと考える高齢者が多く、実際に看取りの場所を見ても 7 割弱が島内であり、島外は約 2 割である。

そのほか参考となるデータについては以下のとおり。

- ・健診受診率や予防接種率も高く、特定健診の受診率は 7 割を超える。
- ・介護保険料月額が大分県平均が 4,155 円のところ、姫島村では 3,450 円。
- ・健康寿命（H19-23）は男性で約 80 歳と、大分県内 1 位。

10. ヒアリング対象地域の特徴

(1) 地域にある資源の最大限の活用

言うまでもないが、中山間地域においては保健・医療・介護・福祉に関する地域資源が限られており、そのことが国が唱えている「地域包括ケア」推進の阻害要因として指摘されることもある。

しかし本調査においてヒアリングを行った地域においては、地域資源は限られていたり、専門職が少ないという状況があるものの、住民組織との連携等により、限られた資源での連携体制の構築・運営がなされていた。

その背景として、地域における保健・医療・介護・福祉の連携としての「地域包括医療・ケア」が目指す姿について、キーパーソンを中心に関係者間ならびに住民との間での共有が図られていることが挙げられる。また、保健・医療・介護・福祉、場合によっては行政の一部が同じ建物に所在していることから、ハード面、ソフト面両面において連携体制が構築しやすい環境にあったことも挙げられる。

(2) 地域住民との協働

地域包括医療・ケアを進めていく際の中心は、そこに住む住民であり、住民の理解・支持・協力がなければ、地域での連携体制に向けた取組はスムーズに進まないと考えられる。

本調査においてヒアリングを行った地域においては、地域住民が、地域包括医療・ケアの担い手として、共に歩んでいる様子が伺われた。地域内をさらに細分化して、それぞれに健康づくりを推進する担当者があり、例えば健康づくり活動、健康診断受診を働きかける、早期発見、相談、健康センターへの結び付け等を行い、地域の健康づくりのキーパーソンの役割を果たしている地域もあった。その結果、介護が必要な高齢者、医療が必要な高齢者が中心になりがちな地域包括医療・ケアが、介護や病気の予防の段階から機能していた。

その背景としては、地域包括医療・ケアを進める国保直診が、住民に対して当該地域が目指す「地域包括医療・ケア」の姿について説明し、住民の意見も反映させてきたことが挙げられる。上記のような住民の活動や自発的ボランティアの発生のみならず、例えば、いわゆる夜間受診やコンビニ受診の減少等もその効果として挙げられる。

このように、取組の中心となる国保直診が住民と目線をあわせ、住民とともに地域づくりを進めている点も、中山間地域における特徴の一つと考えられる。

(3) 行政と連携した取組の推進

国が唱えている「地域包括ケア」の推進は行政の責務であり、取組の推進に当たっては、行政の理解・協力が不可欠である。しかし、未だ行政の理解・協力が不十分であるとの指摘もあると同時に、市町村合併によって行政との連携体制が崩れてしまいその影響が残っている地域も少なくない。本来であれば、中山間地域は地域資源が少ないこと等により行政との密な連携が取りやすいとも考えられるが、行政の理解が進まないために協力が得られにくいのも実情であろう。

本調査においてヒアリングを行った地域の中で市町村合併を経験した地域においても、上記の通り市町村合併によって行政との連携体制が崩れ、それまでの取組の継続が困難になった地域が少なくない。しかし市町村合併直後は「他の地域に水準をあわせる」という方針の下、地域包括医療・ケアの取組の継続が困難になった時期はあったものの、現在では、市町村内における分権化が進み、「市町村内でも地域による独自性を認める」方針へと転換している例も見受けられた。

その背景としては、国保直診の取組が成果を挙げていることが行政に理解されるようになったことが挙げられる。地域によって成果については様々であろうが、小地域での取組を可能な限り継続してきたこと、その内容を情報発信してきたこと等により、行政の理解が進み、市町村全体の取組として広がっていったり、小地域での取組の継続が認められたりしていったと考えられる。

一方、特に市町村合併を経験していない地域においては、取組に関する行政ならびに市町村長の理解が進んでおり、定期的な会議が設けられていた。このことも、行政ならびに市町村長の理解・協力が、地域包括医療・ケアの推進に当たっての大きな推進力となっていることの表れと考えられる。

(4) 医療機関としての機能を活かした取組の推進

地域包括医療・ケアの推進に当たっては、医療や介護が必要な高齢者がその対象と考えられてしまう傾向があるが、本来は、地域住民が、住み慣れた地域で住み続けるための取組であることから、対象は必ずしも医療や介護を必要とする高齢者に限定されるものではなく、健康な人や若年層を含めた幅広い世代を対象とするものである。

本調査においてヒアリングを行った地域においては、国保直診が中心となって、あるいは、地域における重要なパートナーやサポーターとして取組を推進し、子どもから高齢者まで、そして予防から医療・介護の分野まで切れ目のない地域包括医療・ケアを提供していた。

第3章

国保直診所在地域における 地域包括医療・ケアの実態に 関するアンケート調査

1. アンケート調査実施概要

(1) 調査の目的

従来より「地域包括医療・ケア」の実践を掲げ、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、治療（キュア）のみならず、保健（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、介護、福祉まで全てのサービスを包含する全人的医療を行い、成果を出してきた国保直診におけるこれまでの取組の経緯、現在の状況等について把握する。

(2) 調査の対象

国保直診全施設（832 施設） 回収数 195 施設（回収率 23.4%）

(3) 調査の内容

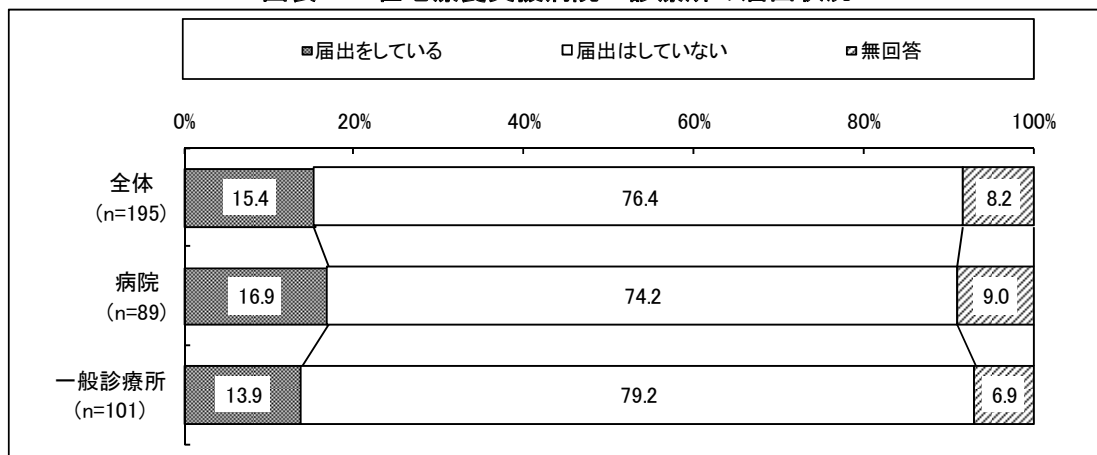
- 施設の概要（施設種類、許可病床数、在宅療養支援病院・診療所の届出の有無、在宅医療サービスの提供状況）
- 国保直診所在市町村・国保直診所在地域の概要
 - 人口・高齢者人口・要介護高齢者数
 - 地域包括支援センターの設置状況
 - 医療・介護に関する地域資源の状況
 - 地域ケア会議の開催状況
 - 開催の有無、開催の中心機関、開催頻度参加者、開催していない場合はその理由
 - 地域における「ネットワーク」の構築状況
 - 取組内容別の構築状況、関係機関との情報共有度合
- 地域包括医療・ケアの具体的取組
 - 地域包括医療・ケアへの取組状況
 - 取組状況と取組段階、取組の際の阻害要因、目指している地域包括医療・ケアの姿
- 市町村合併が地域包括医療・ケアに及ぼした影響
 - 市町村合併が行政の理解・協力を及ぼした影響
- 住民ニーズの把握状況
 - 住民の医療・介護・健康づくり等に関するニーズを把握する取組の有無
 - 住民組織との連携状況
 - 地域包括医療・ケアの推進に対する行政の関与
 - 在宅看取りへの取組状況
 - 地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標

2. 調査結果概要

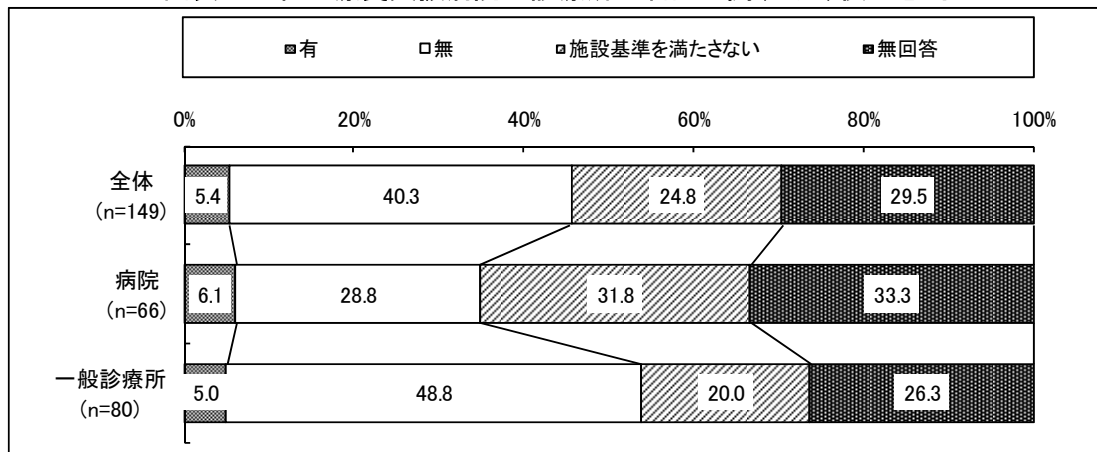
(1) 施設概要

在宅療養支援病院・診療所の届出を行っている施設は、病院・診療所ともに10%台半ばであった(図表1)。現在届出をしていない施設における今後の届出意向をみると、今後の意向もない施設が、病院では30%弱、診療所では50%弱であった(図表2)。

図表1 在宅療養支援病院・診療所の届出状況

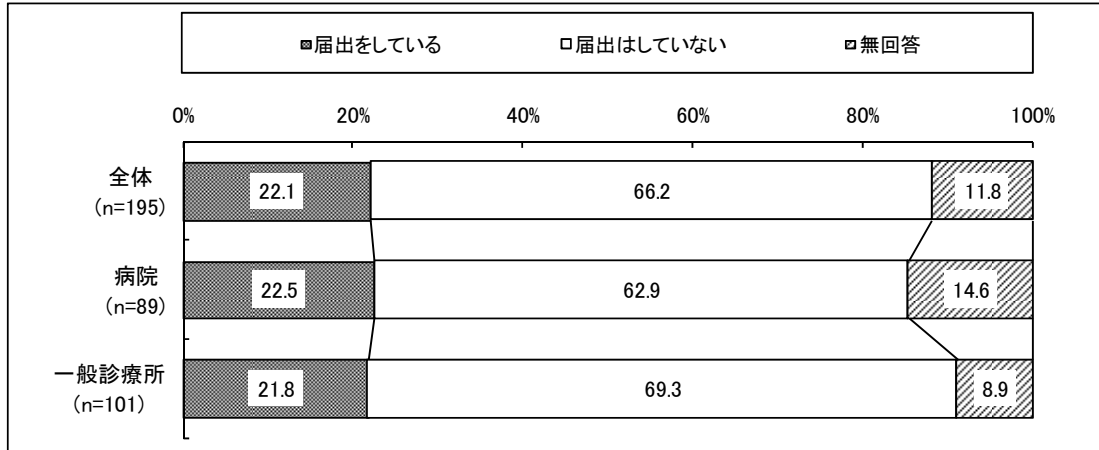


図表2 在宅療養支援病院・診療所の届出に関する今後の意向

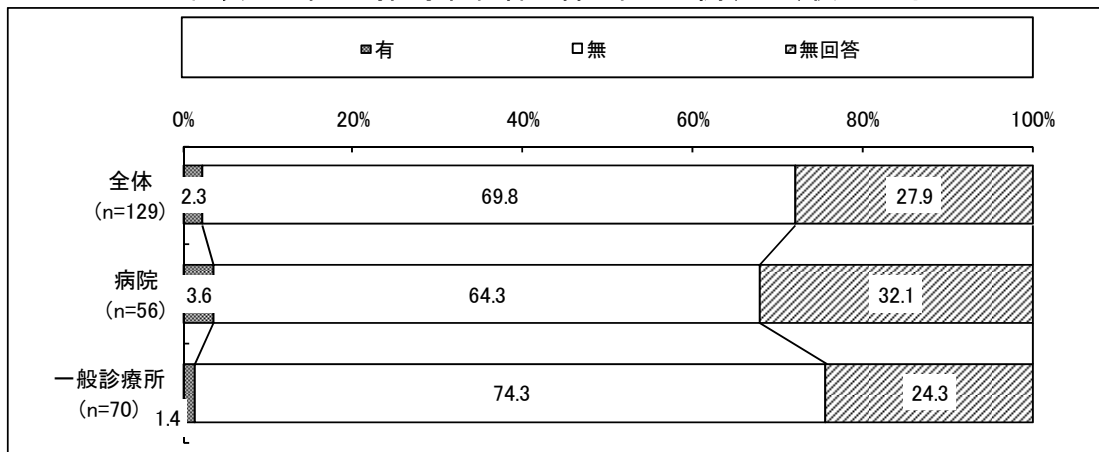


在宅時医学総合管理料については届出を行っている施設は、病院・診療所ともに 20%強であった（図表 3）。現在届出をしていない施設における今後の届出意向をみると、今後の意向もない施設が、病院では 60%強、診療所では 70%強であった（図表 4）。

図表 3 在宅時医学総合管理料の届出状況



図表 4 在宅時医学総合管理料の届出に関する今後の意向

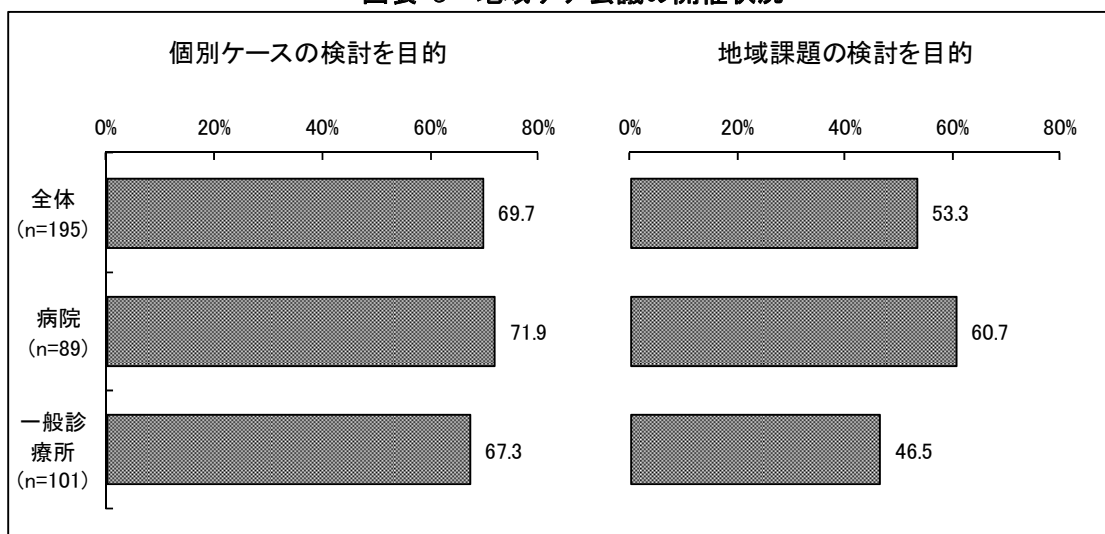


(2) 地域ケア会議の開催状況

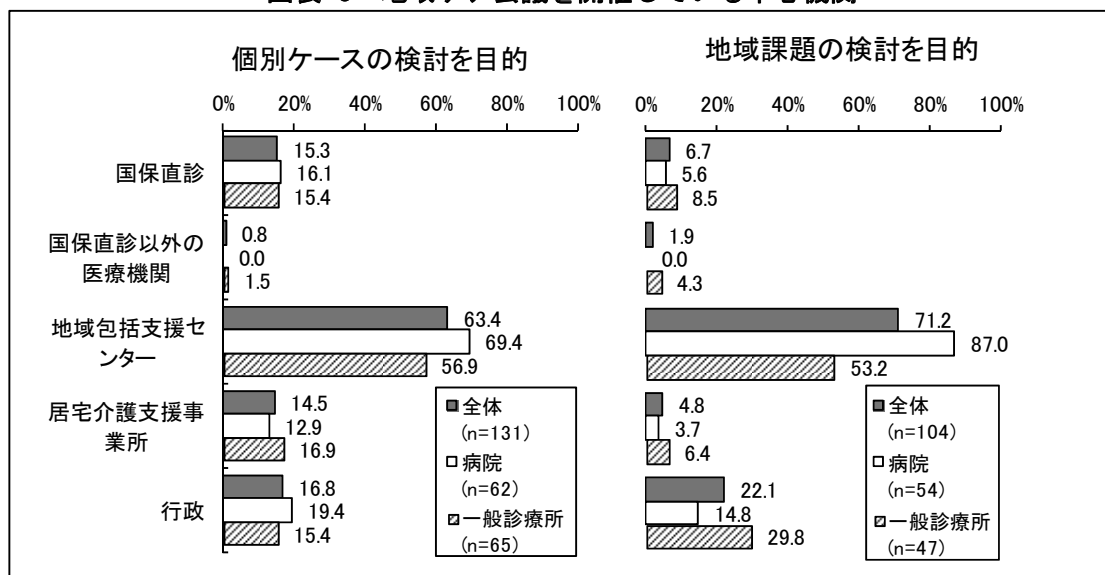
地域ケア会議の開催状況をみると、「個別ケースの検討」を目的とした会議については、7割前後の施設で開催していた。また「地域課題の検討」を目的とした会議については、病院では60%強であったのに対し、診療所では50%弱にとどまっていた（図表5）。

地域ケア会議開催の中心機関は「地域包括支援センター」が最も多く、6~7割であった。国保直診が中心になっている割合をみると、「個別ケースの検討」を目的とした場合は15%程度であるが、「地域課題の検討」を目的とした場合は7%程度にとどまっていた（図表6）。

図表5 地域ケア会議の開催状況

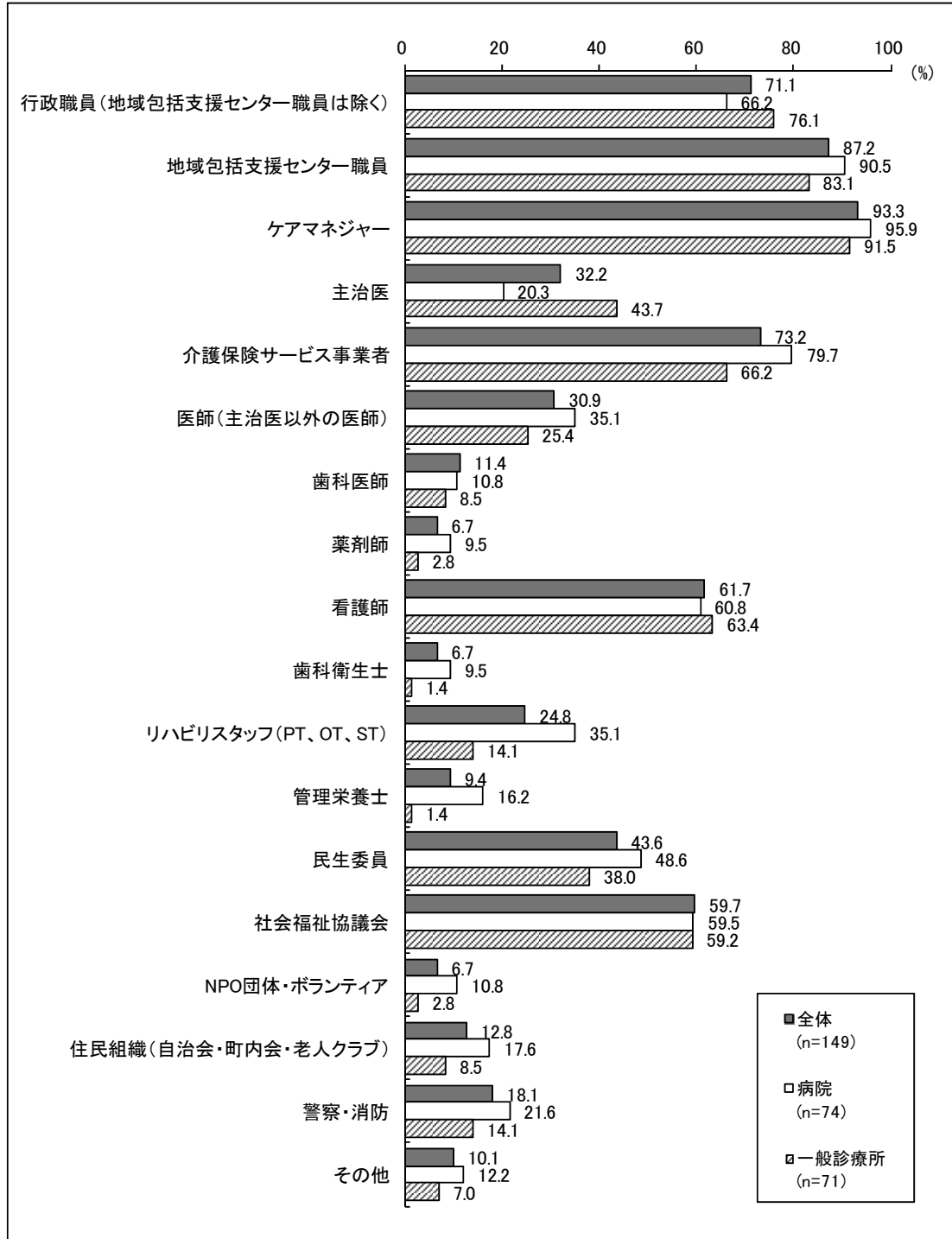


図表6 地域ケア会議を開催している中心機関



地域ケア会議への参加者としては、「ケアマネジャー」が最も多く（93.1%）、次いで「地域包括支援センター職員」（85.8%）、「介護保険サービス事業所」（72.2%）、「行政職員」（71.5%）であった。なお、「主治医」の参加割合は33.3%であった。専門職以外では「社会福祉協議会」が61.1%、「民生委員」が43.8%であった（図表7）。

図表7 地域ケア会議の参加者

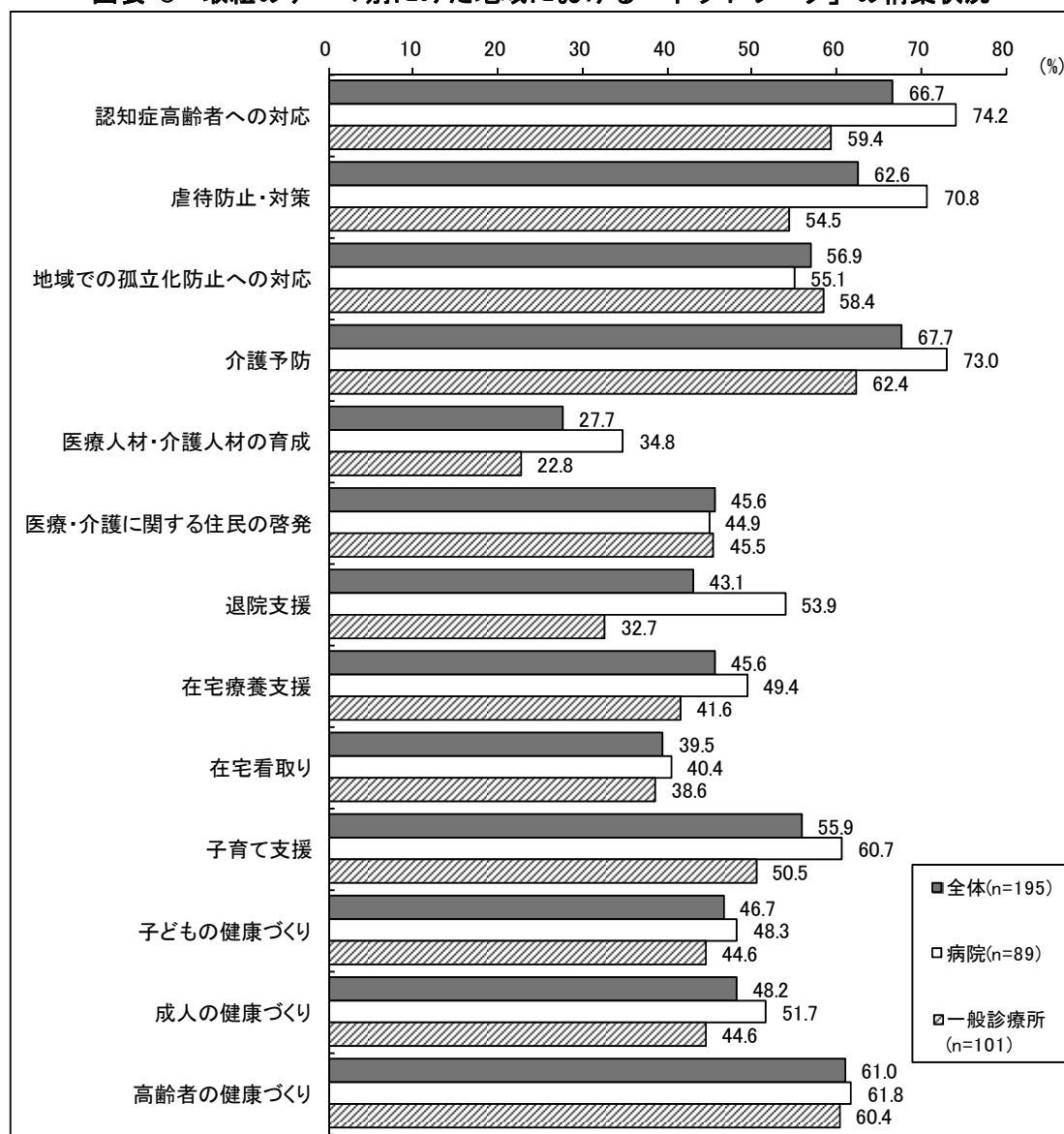


(3) 地域における「ネットワーク」の構築状況

地域において「ネットワーク」を構築している事例としては、「認知症高齢者への対応」「虐待防止・対策」「介護予防」「高齢者の健康づくり」が60%以上であり、「医療人材・介護人材の育成」を除き、他の項目も全て40%以上であった（図表8）。

関係機関との情報共有については、ほとんどの場合が「定期的にもしくは必要時に情報・課題を共有している」としていた（図表9）。

図表 8 取組のテーマ別にみた地域における「ネットワーク」の構築状況



図表 9 関係機関との情報共有の状況

	合計	市町村(市役所・町村役場)				
		情報を連絡 することは ない	情報の一方 的な提供に とどまってい る	定期的にも しくは必要 時に情報・ 課題を共有 している(連 絡会議や地 域ケア会議 等の開催)	情報が一元 化されてい る	無回答
全体	166	4	11	121	11	19
	100.0	2.4	6.6	72.9	6.6	11.4
病院	76	1	4	62	3	6
	100.0	1.3	5.3	81.6	3.9	7.9
一般診療所	85	2	7	56	8	12
	100.0	2.4	8.2	65.9	9.4	14.1

	合計	医療機関(病院)				
		情報を連絡 することは ない	情報の一方 的な提供に とどまってい る	定期的にも しくは必要 時に情報・ 課題を共有 している(連 絡会議や地 域ケア会議 等の開催)	情報が一元 化されてい る	無回答
全体	108	3	15	72	8	10
	100.0	2.8	13.9	66.7	7.4	9.3
病院	72	2	6	51	6	7
	100.0	2.8	8.3	70.8	8.3	9.7
一般診療所	35	1	9	20	2	3
	100.0	2.9	25.7	57.1	5.7	8.6

	合計	医療機関(診療所)				
		情報を連絡 することは ない	情報の一方 的な提供に とどまってい る	定期的にも しくは必要 時に情報・ 課題を共有 している	情報が一元 化されてい る	無回答
全体	135	9	18	87	4	17
	100.0	6.7	13.3	64.4	3.0	12.6
病院	70	3	10	48	3	6
	100.0	4.3	14.3	68.6	4.3	8.6
一般診療所	60	5	8	36	1	10
	100.0	8.3	13.3	60.0	1.7	16.7

	合計	社会福祉協議会				
		情報を連絡 することは ない	情報の一方 的な提供に とどまってい る	定期的にも しくは必要 時に情報・ 課題を共有 している	情報が一元 化されてい る	無回答
全体	160	14	11	117	2	16
	100.0	8.8	6.9	73.1	1.3	10.0
病院	76	6	5	59	2	4
	100.0	7.9	6.6	77.6	2.6	5.3
一般診療所	79	7	6	55	0	11
	100.0	8.9	7.6	69.6	0.0	13.9

	合計	訪問看護ステーション				
		情報を連絡 することは ない	情報の一方 的な提供に とどまってい る	定期的にも しくは必要 時に情報・ 課題を共有 している	情報が一元 化されてい る	無回答
全体	114	2	13	82	8	9
	100.0	1.8	11.4	71.9	7.0	7.9
病院	67	1	7	50	6	3
	100.0	1.5	10.4	74.6	9.0	4.5
一般診療所	46	1	6	32	2	5
	100.0	2.2	13.0	69.6	4.3	10.9

	合計	居宅介護支援事業所				
		情報を連絡 することは ない	情報の一方 的な提供に とどまってい る	定期的にも しくは必要 時に情報・ 課題を共有 している	情報が一元 化されてい る	無回答
全体	150	4	6	122	5	13
	100.0	2.7	4.0	81.3	3.3	8.7
病院	75	1	3	62	5	4
	100.0	1.3	4.0	82.7	6.7	5.3
一般診療所	72	3	3	57	0	9
	100.0	4.2	4.2	79.2	0.0	12.5

	合計	介護保険施設・サービス事業所				
		情報を連絡 することは ない	情報の一方 的な提供に とどまってい る	定期的にも しくは必要 時に情報・ 課題を共有 している	情報が一元 化されてい る	無回答
全体	148	4	10	117	4	13
	100.0	2.7	6.8	79.1	2.7	8.8
病院	77	1	6	61	4	5
	100.0	1.3	7.8	79.2	5.2	6.5
一般診療所	66	2	4	53	0	7
	100.0	3.0	6.1	80.3	0.0	10.6

	合計	薬局				
		情報を連絡 することは ない	情報の一方 的な提供に とどまってい る	定期的にも しくは必要 時に情報・ 課題を共有 している	情報が一元 化されてい る	無回答
全体	119	18	22	59	2	18
	100.0	15.1	18.5	49.6	1.7	15.1
病院	66	11	11	35	1	8
	100.0	16.7	16.7	53.0	1.5	12.1
一般診療所	51	6	11	23	1	10
	100.0	11.8	21.6	45.1	2.0	19.6

	合計	警察・消防				
		情報を連絡 することは ない	情報の一方 的な提供に とどまってい る	定期的にも しくは必要 時に情報・ 課題を共有 している	情報が一元 化されてい る	無回答
全体	148	30	44	56	1	17
	100.0	20.3	29.7	37.8	0.7	11.5
病院	71	11	18	36	1	5
	100.0	15.5	25.4	50.7	1.4	7.0
一般診療所	73	17	26	19	0	11
	100.0	23.3	35.6	26.0	0.0	15.1

	合計	民生委員				
		情報を連絡 することは ない	情報の一方 的な提供に とどまってい る	定期的にも しくは必要 時に情報・ 課題を共有 している	情報が一元 化されてい る	無回答
全体	159	42	28	67	1	21
	100.0	26.4	17.6	42.1	0.6	13.2
病院	72	16	13	36	0	7
	100.0	22.2	18.1	50.0	0.0	9.7
一般診療所	82	25	15	28	1	13
	100.0	30.5	18.3	34.1	1.2	15.9

	合計	健康推進員				
		情報を連絡 することは ない	情報の一方 的な提供に とどまってい る	定期的にも しくは必要 時に情報・ 課題を共有 している	情報が一元 化されてい る	無回答
全体	93	51	8	18	1	15
	100.0	54.8	8.6	19.4	1.1	16.1
病院	48	30	2	11	0	5
	100.0	62.5	4.2	22.9	0.0	10.4
一般診療所	42	20	6	6	1	9
	100.0	47.6	14.3	14.3	2.4	21.4

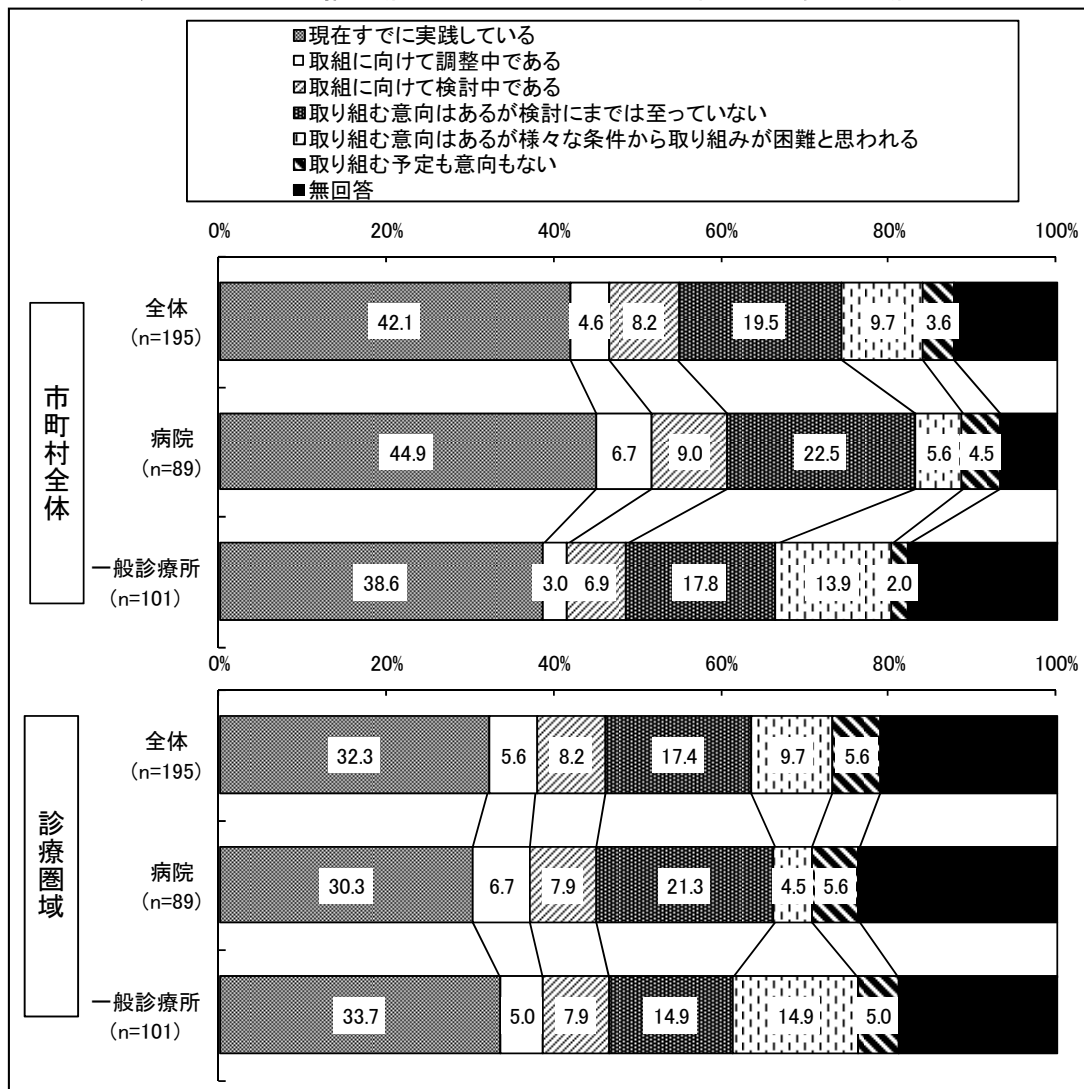
	合計	老人クラブ				
		情報を連絡 することは ない	情報の一方 的な提供に とどまってい る	定期的にも しくは必要 時に情報・ 課題を共有 している	情報が一元 化されてい る	無回答
全体	138	84	14	21	0	19
	100.0	60.9	10.1	15.2	0.0	13.8
病院	62	37	3	15	0	7
	100.0	59.7	4.8	24.2	0.0	11.3
一般診療所	71	45	10	5	0	11
	100.0	63.4	14.1	7.0	0.0	15.5

	合計	商店街・郵便局・新聞販売所				
		情報を連絡 することは ない	情報の一方 的な提供に とどまってい る	定期的にも しくは必要 時に情報・ 課題を共有 している	情報が一元 化されてい る	無回答
全体	139	96	9	13	0	21
	100.0	69.1	6.5	9.4	0.0	15.1
病院	61	40	2	9	0	10
	100.0	65.6	3.3	14.8	0.0	16.4
一般診療所	73	53	6	4	0	10
	100.0	72.6	8.2	5.5	0.0	13.7

(4) 地域包括医療・ケアへの取組状況

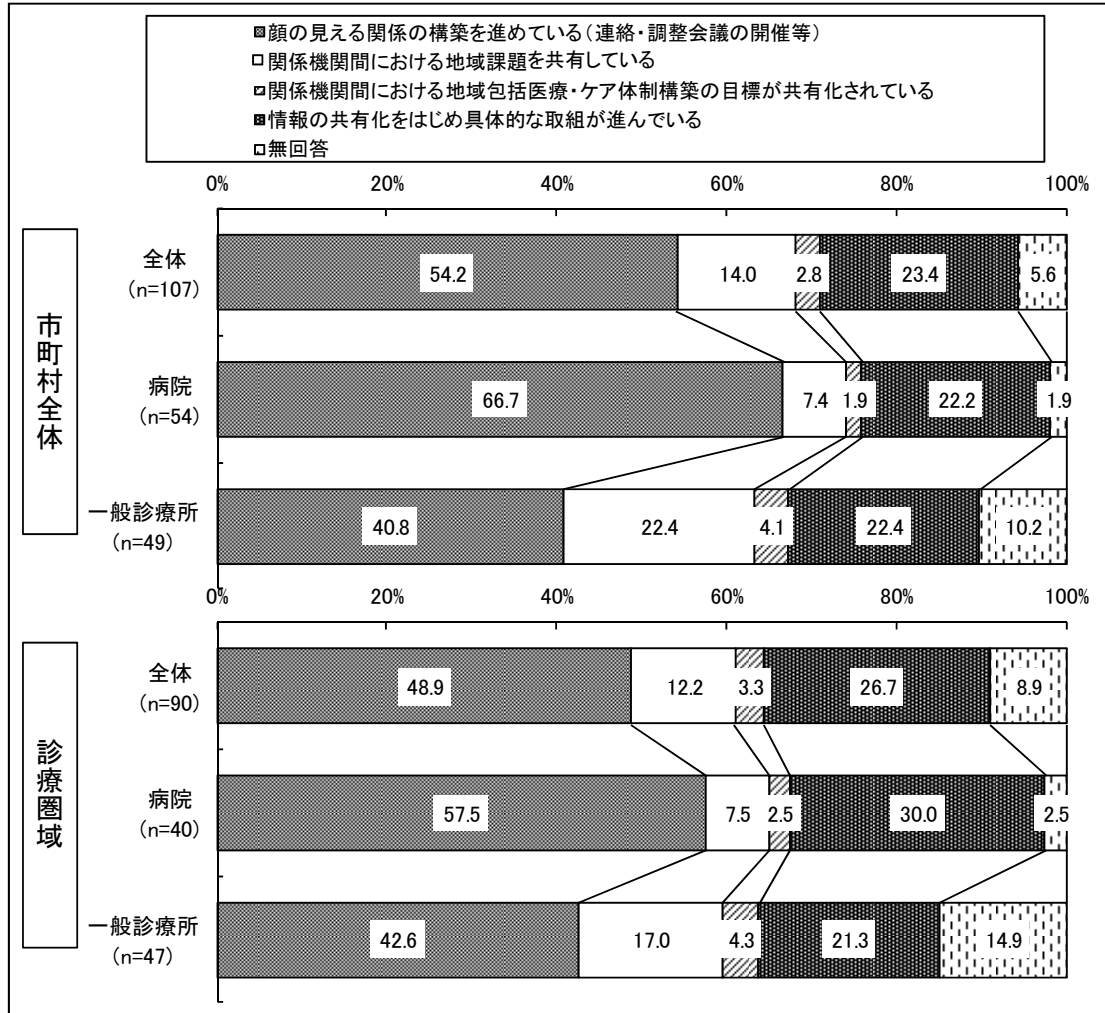
地域包括医療・ケアへの取組状況をみると、市町村全体では「現在すでに実践している」割合は40%程度であるが、診療圏域ではその割合は30%強であった（図表10）。

図表 10 地域包括医療・ケアへの取組状況（市町村全体・診療圏域）



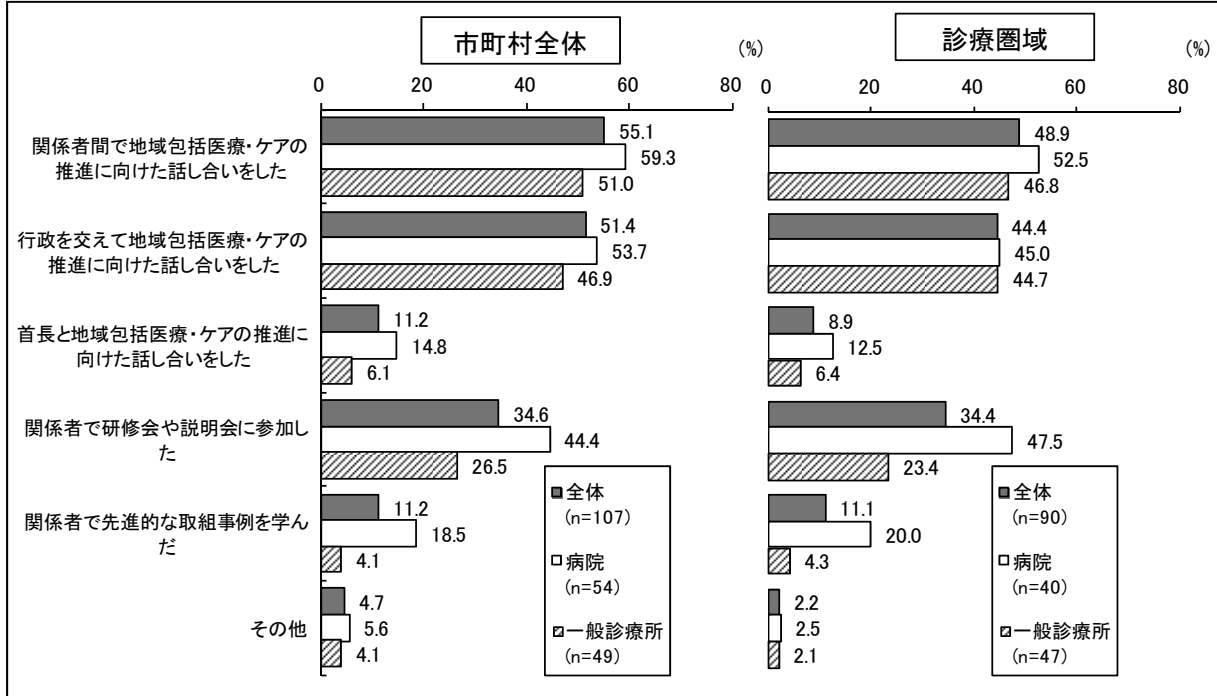
現在実践中・調整中・検討中の施設においてその取組段階をみると、「顔の見える関係の構築を進めている（連絡・調整会議の開催等）」割合が、市町村全体では50%強（病院では70%強）、診療圏域では50%弱（病院では60%弱）であった。

図表 11 地域包括医療・ケア推進に向けた取組段階（市町村全体・診療圏域）



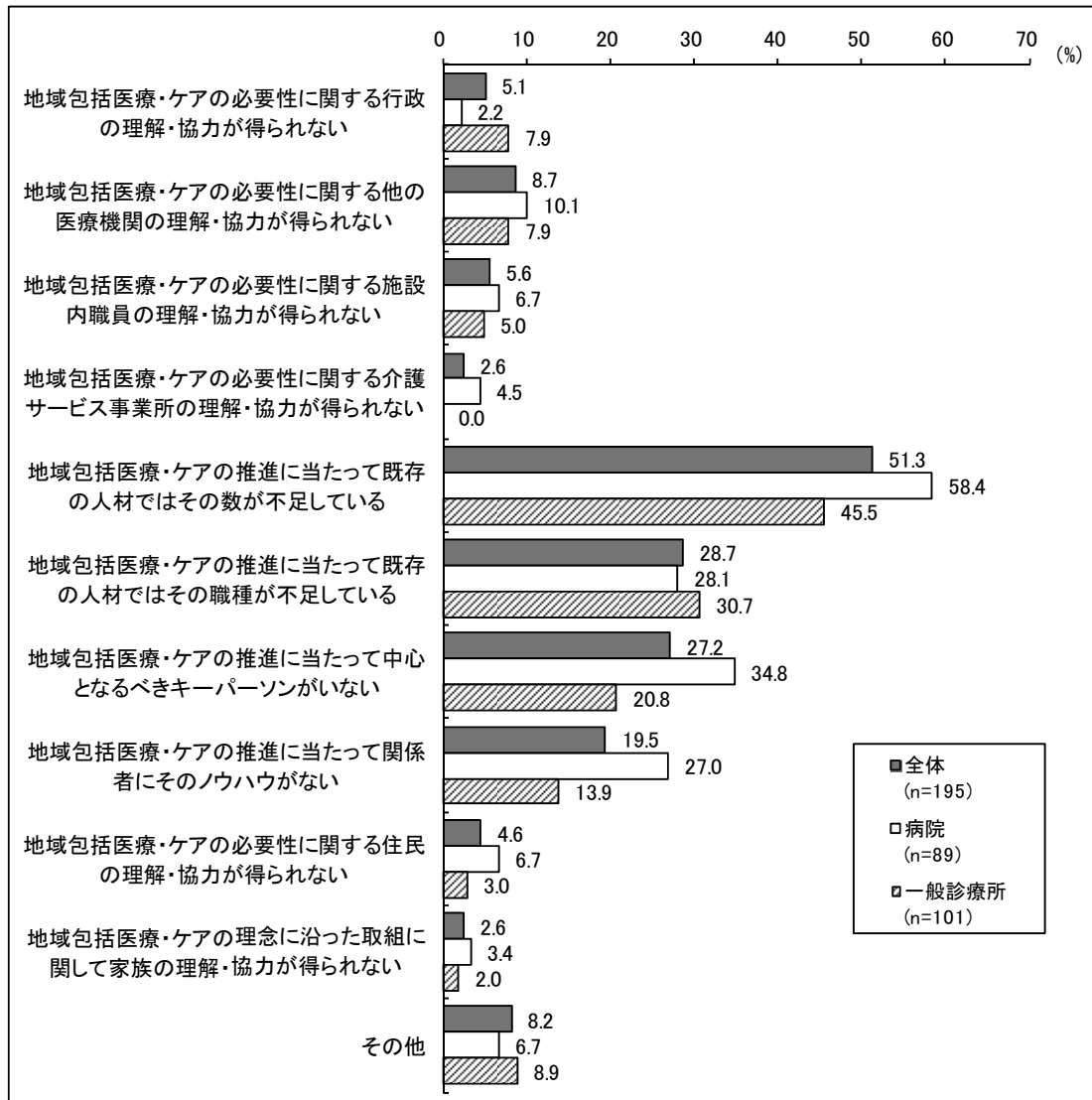
取組を進めるにあたっての工夫としては、「関係者間での話し合い」は50%以上であった。また「行政を交えた話し合い」も市町村全体では50%であった。ただし、「先進的な事例を学んだ」は10%程度にとどまっていた。

図表 12 地域包括医療・ケア推進に当たっての工夫等（市町村全体・診療圏域）



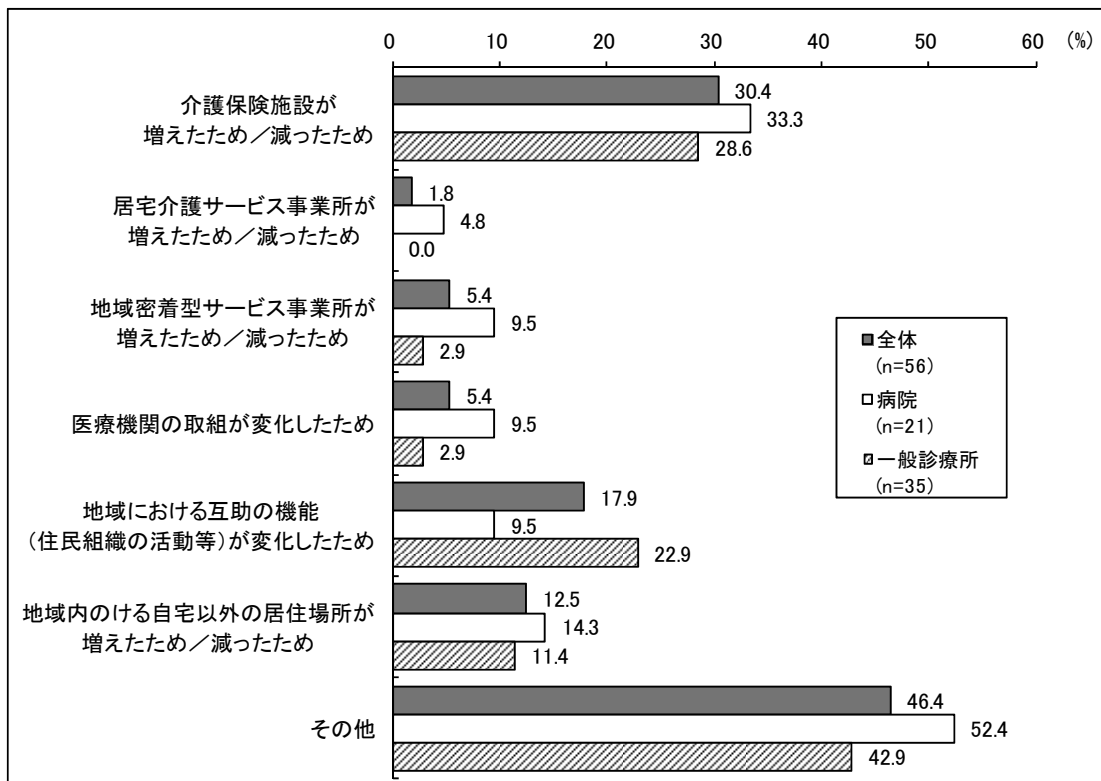
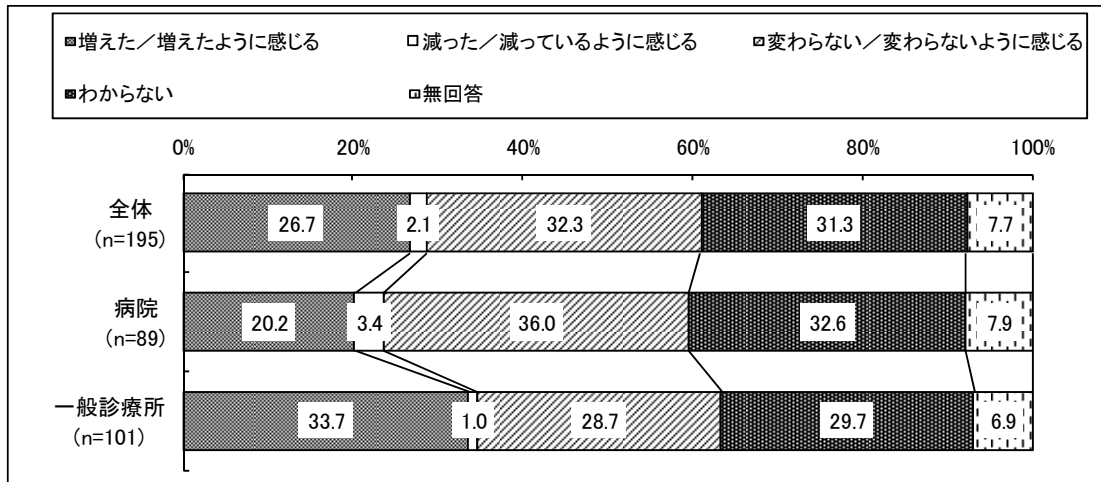
地域包括医療・ケア推進に取り組む際の阻害要因としては、「既存の人材では数が不足している」が圧倒的に多く 50%強となっている。次いで「既存の人材では職種が不足している」「中心になるべきキーパーソンがない」「関係者にノウハウがない」が 20%台となっている。なお、行政や他の医療機関等の「理解や協力が得られない」割合は、それぞれ 1割以下である。

図表 13 地域包括医療・ケア推進に取り組む際の阻害要因



診療圏域における虚弱高齢者や要介護高齢者の地域外転出の状況は、この10年間で「減った（減ったように感じる）」は2%弱で、「増えた（増えたように感じる）」が30%弱に達していた。増減の要因としては、「介護保険施設が増えた・減った」ことが突出して多かった。また「地域における互助の機能が変化したため」が、病院では10%であるのに対し、診療所では20%強と病院と比べて高い割合となっていた（図表14）。

図表 14 診療圏域における虚弱高齢者や要介護高齢者の地域外転出の状況とその要因



図表 15 現在実践している地域包括医療・ケアの特徴、各施設が目指す地域包括医療・ケア

<p>理念：人々の心を支える病院。</p> <p>目標：保健・医療・福祉の連携について以下の項目を掲げている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 診問看護ステーション・福祉関係団体との連携を強化し、在宅療養を支援する。 ・ 地域連携強化により、地域に貢献する。 ・ 各種健診等の予防医療の推進。 ・ 健康福祉センターとの合同の研修、共同事業の推進。 ・ 糖尿病の早期発見と治療、透析予防の推進。 ・ がん患者の在宅療養支援。 ・ 褥瘡保有者の在宅ケア支援。 <p>町立の病院であり、町民の健康、医療、在宅療養の相談の窓口となり、必要であれば訪問診療、訪問介護も当院の患者に限り行っている。</p> <p>町内の介護保健施設入所中の方に関しても、市長を通し相談の窓口となり、常時連携をとるように心がけている。</p>
<p>保健所や市町村が中心となり、ケアの中核をつくりつつある。個別ケースへの地域内での連携と併に、情報集積のもと、地域全体での取り組みやサービスの構築を図っている（サロンや牛乳屋とのお茶の共働配達等）</p> <p>地域での中核病院として、無床診療所との連携による入院対応や医療・介護の連携。個別ケースの学びを次のケースに広げていく役割を担っていると思われる。</p> <p>課題は以下の2点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域全体での取り組みを住民全体に理解してもらう為の発信力。 ・ 在宅を十分理解し、行動できるDr、NSなどのスタッフの確保と育成。
<p>医療と介護の建設を目的とした「ケアネット連絡協議会」の発足と運用。当院は中核医療機関として、次期病院改革プランにも包括ケア体制の構築を主要議題として掲げている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 村内に病院、入所施設がないため、もう少し大きな広域の病院、入所施設とうまく連携をとれるような方法が必要と考えている。 ・ 広域で行われている会議、研修会にできる限り参加し、他地域での取り組みの情報収集に努めている。
<p>昭和40年代から高齢化の進んだ地域であり、多くは作られた寝たきりが多かった。これを何とか防止しようと医療の出前が始まった。その後看護の出前、リハビリ出前を始め、次いで福祉の出前も行うために、行政部門の福祉、保健と病院の医療をドッキングさせる機構改革を行った。現在は様々な介護保険施設も造られ、保健、医療、介護、福祉を連携させ、総合的、一体的にサービスを提供する仕組みが構築され、地域包括医療ケアの推進を図っている。</p> <p>今後の課題としては以下の2点。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢社会は自分たちの課題であるという住民のネットワークづくり 自助、互助、住民の意識改革、どれだけ住民を巻き込んでいけるか医師、看護師の確保と職員の人材育成。 ・ 子供の頃からの福祉教育への支援 児童や保護者を対象にした認知症サポーター養成講座の継続、核家族の増加もあり、命の教育の必要性。
<p>医療施設や介護施設の関係者、保健福祉課、地域包括支援センター、ボランティア、住民等が連携し、町で高齢者が安心して暮らせる町づくりを目指し在宅復帰の支援体制の強化をはかっている。</p> <p>町には町立施設として、病院（一般、介護療養）、老健、特養、居宅介護支援事業所、地域包括等があり、各施設が情報を共有し、住民が安全・安心して生活できるよう共に考えることができるよう連携会を開催している。</p>

<p>へき地診療所が通常担っている一般的・標準的な事は行っているが、特徴的な取り組み等の実践には至っていない。</p> <p>主な実践内容</p> <p>一般的医療（入院含む）、在宅医療、一時救急医療、無医地区巡回診療、介護保険事業、（介護療養型病床、通所リハ（みなし）、訪問看護（みなし）、パワーリハビリテーション、各種健診、予防接種など。</p> <p>地域資源との連携</p> <p>週一回 ケア会議（ケース検討等）の開催（包括支援センター、居宅介護事業者、社協、特養、保健師等参加にて）</p> <p>課題</p> <p>医療機関としての事業継続上、最大の課題は医師の確保にある。へき地における医師確保は厳しい状況のままで光が見えてこない。</p>
<p>当院は回復期リハビリテーションと在宅療養支援の2つを大きな柱として、その役割を担っている。多職種との連携はもちろんのこと、今年度は行政とタイアップし、地域や学校への講座やリーダー養成に積極的に取り組み周知する方針。また、地域を結ぶICTシステムの構築を検討中である。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・町民一人一人の人生の価値観にも、より積極的に踏み込み啓発していく。 ・町民（市民）を中心に、暮らしが心豊かになるように、多職種でチームで取り組んでいく。
<p>地域の自然環境、文化、人のつながり、地域内で自給自足できる社会づくりを維持、確立する中で、弱い立場の人々が幸せと思う体制を構築する。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・各種疾病に対応出来る総合診療の実施。 ・住み慣れた自宅で最期を迎えたいという希望に応えるため、訪問診療・訪問看護の実施。 ・ケアマネ、ホームヘルパー、各種施設、医療機関等との患者情報の提供。
<p>急性期治療終了後のリハビリテーション。</p> <p>町内唯一の有床病院として地域の福祉施設と連携し、医療を提供すること。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・「住み慣れた場所で、その人らしく最期まで」を目指し各専門職が協働し、情報共有をして支える。 ・町立病院の赤字に対する今後の病院の体制づくりの変化 ・包括ケアシステムのさらなる充実
<ul style="list-style-type: none"> ・保健事業は肺がん、胃がん、肝炎、骨粗鬆症等の2次検診と乳がんのマンモグラフィー及びエコーによる1次検診と要精検者の2次健診を行ってきた。 ・介護老人施設内にデイケア、24時間対応の訪問看護ステーション居宅介護支援事業所を併設して施設から在宅へと切れ目のないサービスに努めている。 ・在宅ケアは新医師臨床研修制度後の急激な医師減少により、当院単独ではニーズに応えきれなくなり、地区医師会と積極的に連携し協同型のケアを行っている。医師会は県内最小だが、高いモチベーションの元、9名の医師による“在宅患者24時間支援システム”による、在宅患者の共同診療を行っている。当院は基幹病院としてバックバールドを保障すると共に、訪看を通じて必要な器材を提供する等の支援を行っている。 ・当市は平成5年より、医師会、病院、行政、保健所、施設等の職員が協力して“在宅ケアフォーラム”を開催し市民への啓発活動を続け、今年度で21回を数える。これにより顔がみえるだけでなく、気心の知れた関係を気付いてきた。地域を巻き込んだ地域包括ケアを進めていきたい。
<ul style="list-style-type: none"> ・地域内の特養のケアマネジャーとは月1回診療所内のケースカンファレンスにて20人～30人の情報交換をしています（主に在宅患者）。また、病院としては在宅患者が肺炎などになった時、すぐ受け入れてくれる地域医療センター病院があり入院が可能。全快期医療ともするケースは、15分離れた県立病院に搬送あるいは紹介しており、逆紹介は全て受け入れている。 ・療養型病院はなく在宅で診ているが、療養型病床が20万都市に1か所もないのは問題である。 ・現在は他施設、グループホームも出張先に入っており、区の民生委員と協力し訪問している。 ・現在の所問題はないが、行政ともっと密に連絡を取ることが今後の問題ととらえている。 ・合併後の予算問題で老人予防教室が無くなったが、町振興会が独自に再開した。

<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療を推進するにあたり、平成25年9月に市の在宅医療連携推進協議会が発足された（以後定期開催）。市における在宅医療連携グループは下記の通りである。 <ul style="list-style-type: none"> ・市医師会 ・市歯科医師会 ・薬剤師会支部 ・介護サービス事業者（居宅系＋地域密着型中心） ・病院（市民病院及び山中温泉医療センター地域医療連携室） ・市（包括支援センター医療政策担当） ・当院は急性期病院としての役割を担い、地域の医療や介護と連携を図り、行政をまじえながら地域包括ケアを行っていききたい。
<p>立地条件から中山間地、農村における急性期から在宅までの一連のサービス提供を目指している。このために地域連携室を設置し、地域連携会議などの開催をしている。また、急性期病棟の他、回復期リハ病棟の準備や訪問看護、リハにも力を入れている。</p>
<p>住み慣れた地域に長く住めるよう多職種、多施設で連携して支える。独居の方は増加しており、どこまでの外的サポートが良いかが難しい。ある程度、若い世代が地域に定着して（子、孫の世代）支えないと、地域の存続にも関わると思われる。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・当院は市北部の唯一の有床医療機関として、一般医療を幅広く提供しています。また、国民健康保険直営診療施設として保健事業の実施や、へき地医療拠点病院として無医地区への巡回診療、訪問診療、訪問看護などの活動を行っている。 ・また、当院の目的である市北部の地域医療を確保していくために平成24年度から26年度までの3ヵ年を期間として、目指すべき病院の姿と基本的な病院運営の方向を表した「基本計画」を策定した。基本計画では、「地域医療を確保し保健・医療・福祉・介護に切れ目のない連携体制が提供出来る病院」を目指し、今後も地域包括ケアの実践に取り組むこととしている。また、病気や予防の啓発として、定期的な「健康セミナー」や「出張、医療講座」の実施など、保健活動の取り組みについてもこれまで以上に充実を図る。
<p>少子高齢化は今後さらに進む事が予想されることから、今以上に地域で支え合う仕組み作りを進める必要がある。また、核家族化、地域社会の変化等子育てをめぐる環境が大きく変化したことにより、家庭のみでは子育てを負いきれなくなっており、地域ぐるみで高齢者世帯や子育て世代等を支援する取り組みが必要となって来ている。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・当病院が位置する市は面積が県内でも最大の地域である。海側に面し商工業や官公庁などの公共施設が集まっている地域から、少子高齢化が顕著に進行し、過疎化が懸念されている山間地域など、日常生活圏域によって様々な特色を帯びた地域である。 ・昨年、厚生労働省の事業である在宅医療連携拠点事業を受けた病院と連携し、主な活動範囲とした地区において多職種連携会議を発足し、地域包括医療・ケアの実現に努めた。平成25年度はこの取り組みが市全域で展開され、全4つの地域で多職種連携会議が行われている。 ・さらには、この4つの会議を束ね、上部組織として、位置づけられる市在宅医療連携協議会も発足された。このように、医療・介護等関係者間による緊密な連携体制の下、地域での課題の抽出、解決などに努め、地域住民が安心して療養・生活を送ることが出来るよう円滑なサービス提供に努めている。
<p>地域に密着した地元の診療所として、身近で予防から看取りまで、病気そのものではなく全てを人として見て、病気を持ちながらも地域で死ぬまで生活できるように関わる事。</p>
<p>患者、家族の話し合いに応じてくれる機関に連絡し、調整を促してもらい役目を積極的にやっている。</p>
<p>町では先進的に包括ケアに取り組んできた。また、当院でもこれと同様に、包括医療に取り組み、久しいが、町全体で社協や事業所も含め、話し合い（堅苦しい会議ではなくフリートークが良い結果になっている）が定期的に行われ、お互いのかかえているケースの問題を出し合い、色々な方々の協力を得ながら良い方向になるようになってきているため、仲間づくりは大きな力となって今に至っていると思う。</p>

<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療、在宅看取りの充実（機能強化型在宅療養支援病院、年間訪問件数1,600～2,200件、在宅看取り10～15人、入院病床や老健、地域の関係機関との連携、在宅医療連携拠点事業実施） ・シームレスケア研究会の開催（平成17年から2-3か月に1回定期開催） ・医療・介護地域連携パス作成・普及活動（マニュアル・事例集作成） ・「医療・介護地域連携パス整備事業」（地域医療再生基金）実施 ・IT化事業—セキュリティが高く、比較的安価な汎用ソフトMicrosoft Share Pointを用いたネットワーク構築。 ・地域での定期的な研究会開催（3ヵ月に1回）地域の在宅、施設、地域包括センターなど幅広い職種・事業所が集まる勉強会の開催。 ・当町から始め、現在県内4地域（4市3町）に広がっている。 ・当町での「在宅勉強会」の定期開催。町内の医療、介護施設が参加（3ヵ月に1回） ・各事業所・サービス紹介、多施設多職種で関わった事例検討、IT化事業報告、グループワークなどを行っている。 ・全体として、地域包括医療・ケア構築のため、ネットワーク構築に取り組んでいる。
<ul style="list-style-type: none"> ・本院は、町における医療提供の拠点病院であり、医療圏域においては後方支援病院の役割を担い、また精神科専門医療の提供機関でもある。敷地内には地域包括支援センターを有する健康管理センターがあり、とりわけ地域振興協議会ごとに配置された7人の保健師を中心に保健・医療・介護・福祉の連携により在宅ケアの推進等本町健康福祉施策との連携が図りやすい環境がある。 ・また町民が主体的に地域活動を行い、かつ町民意見を町政に反映し魅力ある地域作りを行う。 <ul style="list-style-type: none"> ・本町の特徴的な取り組みである地域振興協議会（H19.7条例制定）と連携し、地域コミュニティの活性化、住民同士が支え合う仕組みの充実強化を推進し、以下の項目をキーワードに本院の地域包括医療・ケアシステムの構築を図る。 <ol style="list-style-type: none"> ①在宅生活支援 ②メンタル ③IT ④アミノ酸を活用したがん撲滅対策 ⑤町内医療機関との連携 ⑥地域振興協議会と連携した住民の健康づくり支援
<ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリテーション病棟を開設し、急性期患者の治療から在宅へ向けてのリハビリテーションをはじめとした取り組みを行っている。 ・当院でも救急医療、急性期医療を担っているが、医療圏内他の2次及び3次医療機関で急性期医療を受ける患者もいる。これらの医療機関から退院した際、在宅療養をスムーズに移行できるよう、郡医師会とともに立ち上げた「在宅ネットワーク」に参加し、急性期病院から退院し在宅主治医が決まっていない場合の調整作業（在宅主治医の決定）を行うとともに、在宅医療を受けている患者の状態悪化時の後方ベッドの役割も担っている。 ・また、家庭医療センターを開設し、当院からも訪問診療を行っており、特に開業医からの訪問診療が困難な医療依存の高い患者や、がん終末期患者などについて積極的に訪問診療に取り組んでいる。 ・町内の地域包括支援センター及び訪問看護ステーションは町の運営であるため、町立病院であることを生かし、お互い密に連携をとって、地域包括医療・ケアにおける役割を担っている。また、町内の特別養護老人ホームの嘱託医としての役割も担っており、定期的に内科医及び精神科医が診療を行うとともに、NSTスタッフが定期的に訪問し、嚥下評価、指導を行うことで、施設での肺炎発生、入院を減らすことに成功している。 ・今後、より多くの民間施設とも連携を進めていくことが必要と考えている。また、在宅での生活が困難な方が居住し生活できる場の確保が課題である。

<p>【当院の役割】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①入院病床を有し、本町をはじめ近隣地域において一定の急性期慢性期疾患の医療を担う。 ②専門病院での急性期治療が終了した方の回復を促す医療または緩和医療、在宅への調整など。 ③地域連携パス拠点病院から地域連携パス運用患者の受入。 ④特養、老健施設等からの病状急変時の受入。 ⑤円滑な在宅移行に向けての退院支援、関連機関との情報交換や継続的な連携。 ⑥社会的入院の受入（患者家族の体調悪化時） <p>【地域資源との連携状況】 は下記の通りである</p> <ul style="list-style-type: none"> ①夜間、休日の一次救急を担っている。 ②高度急性期病院よりリハビリや緩和医療を目的とする転院依頼がある。 ③本年度は大腿骨頸部骨折パス4件の受入実績あり。 ④町内特養・老健からの入院は80%を占めている。 ⑤退院支援として病棟担当看護師との連携を取り入院早朝からの患者家族への関わりを実施。困難事例は保健福祉課（包括支援センター、保健推進係）、訪問看護ステーション、当院看護師長、連携室が出席し「ケース会議」にて情報交換、検討を行っている。担当ケアマネジャーからの状況照会や確認、サービス担当者会議への参加、退院後のフォローもおこなっている。 <p>【現在の課題と今後の展開】 は下記の通り</p> <ul style="list-style-type: none"> ①入院時における退院後の生活を意識した関わり（在宅療養支援なのか施設入所支援なのか） ②患者家族の施設志向の意識改革（国が在宅医療を押し進めている） ③在宅医療、介護サービスの不足（訪問医療、訪問リハビリ、24時間相談窓口など） ④医療依存度の高い患者のレスパイト入院などの対応。
<ul style="list-style-type: none"> ・地域で一つしかない医療施設である為、医療が必要な方が入院できるよう、在宅・あるいは介護施設への移行をている。施設側もつねに満床状態であるため、いわゆる社会的入院患者をかかえることになる ・医師、看護師が不足の状況で訪問診療や在宅看取りも難しい。家族が希望してもすすめられない状態。 ・目標は「本人が好きな環境で療養できるようにしたい」を目指してはいるが、介護者の状況、地区での介護サービスの格差がある。 ・都市と地方での問題、課題が違うと考える。
<p>この土地で生まれ、生きて亡くなるまでその人に寄り添える医療機関になることが目標。医療はもちろんの事、健康教育（介護予防も含む）や、他機関との連携を企って活動していきたいと考えている。症例数は少ないが、問題のある事例に関しては、市の保健、福祉、介護部門などと情報共有し解決に向けた取り組みをしている。システムを先に構築するのではなく、事例に応じた丁寧な対応をしていくことでシステムも出来上がっていくのではないかと考えている。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・チーム医療の実践 ・近隣事業所を取り込む医療中心の展開 ・相互連携の充実
<p>人材不足の問題もあり、システムとしては構築できていないが、個々の事例について、その都度、関係各所と連絡を取っている。</p>
<p>当院は「町健康づくりの里構想」に基づく保健・医療・介護・福祉が一体となった中核施設である。救急告示病院として、24時間体制での救急患者の受け入れを行っており、地域に密着した病院として重要な役割を担っている。また、医療圏における中核医療機関と密接な連携を図り、地域住民が安心できる医療体制を整えている。</p>

- ・いきいきネットワークの広域化
- ・介護シンポジウムの充実

当地では介護保健導入時より、ネットワーク研究会、行政シンポジウムが行われている。継続されている理由は医師会を中心に医師が積極的に参加しているためであると思われる。

【基本理念】人を大切に、よい医療・やさしいケア・安心を提供できる病院を目指します。

<理念>地域の皆さまが自分らしく、健康で安心して暮らせるよう支援します。

<基本方針>

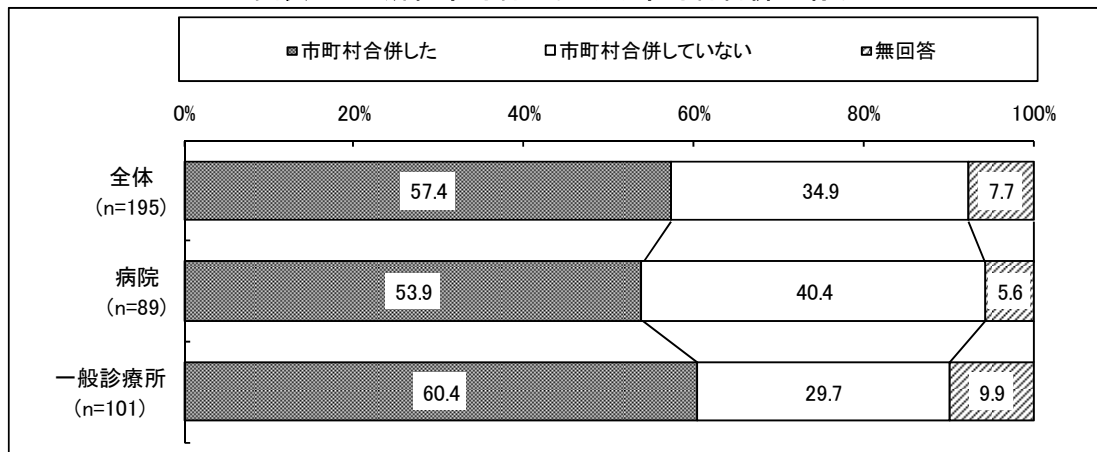
- 1) 保健・医療・福祉が連携した地域包括システムを推進します。
- 2) 利用者の立場に立ってケアします。
- 3) 地域の人々と交流し、地域づくりを目指します。

当市は、脳血管疾患による標準化死亡率が県内でも高い比率となっている。住民が健康で長生きという理念の下、迫り来る超高齢化社会を見据えた対応をしていくために、市の施策として地域包括ケアシステムの導入を決定し、今年4月から具体的な検討を行う「市地域包括ケアシステム推進委員会」を立ち上げた。市立病院が「市民の健康保持に必要な医療を提出する」ことを目的に設置されていることを考えても、その一翼を担うことは当然であり、それが市民に貢献していくことである。

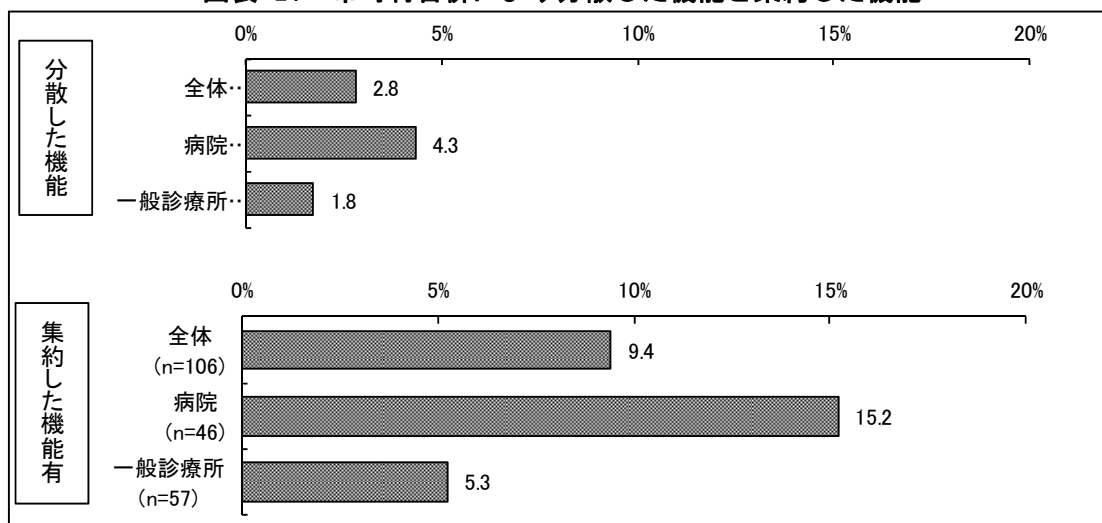
(5) 市町村合併が地域包括医療・ケアに及ぼした影響

市町村合併があった地域は 60%弱であった（図表 16）。また、市町村合併により分散した機能があると回答した施設は 3%弱である一方、集約した機能があると回答した施設は 10%弱であり、病院においてはその割合は 15%であった（図表 17）。

図表 16 所在市町村における市町村合併の有無



図表 17 市町村合併により分散した機能と集約した機能



市町村合併前後での地域包括医療・ケア推進に際しての周辺環境の変化をみると、「地域包括医療・ケアの必要性に関する行政の理解・協力」については、市町村合併前の方が「あった」ことが伺われる。合併前後の変化の度合いは、病院で 1.2 ポイント、診療所で-1.9 ポイントであった。この値は、平成 17 年度および平成 19 年度に同様の設問で行った調査結果と比べると、次第にマイナス幅が小さくなり、今年度調査では、病院はプラスに転じている。ただし人材の数等に関しては、特に診療所において以前よりもその差が大きくなっている。

図表 18 地域包括医療・ケア推進に当たっての市町村合併前後の変化

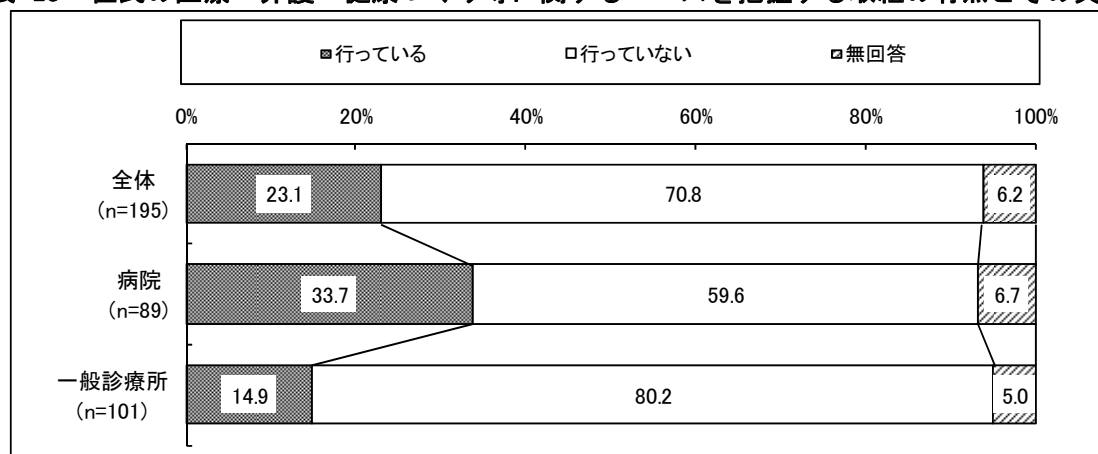
		市町村合併前		市町村合併後		変化の 度合	(参考)	
		あった/ 十分/ いた	なかった/ 不足/ いなかった	ある/ 十分/ いる	ない/ 不足/ いない		H19年度 調査	H17年度 調査
地域包括医療・ケアの必要性に関する行政の理解・協力	病院	58.3	22.9	59.5	7.1	1.2	-8.1	-20.2
	診療所	49.2	26.2	47.3	13.2	-1.9	-18.5	-15.1
地域包括医療・ケアの必要性に関する他の医療機関の理解・協力	病院	45.8	31.3	50.0	15.5	4.2	6.5	-7.1
	診療所	39.3	34.4	38.5	19.8	-0.9	-4.2	-2.6
地域包括医療・ケアの推進に必要な施設内の人材の数	病院	14.6	64.6	9.5	59.5	-5.1	-1.6	-2.4
	診療所	23.0	54.1	11.0	50.5	-12.0	-8.4	-3.9
地域包括医療・ケアの推進の中心となる施設内の人材	病院	39.6	37.5	34.5	33.3	-5.1	3.2	-2.4
	診療所	36.1	39.3	28.6	33.0	-7.5	-9.2	-3.9
地域包括医療・ケアの推進の中心となる地域内の機関・人材	病院	39.6	39.6	39.3	28.6	-0.3	3.2	-2.4
	診療所	39.3	36.1	29.7	31.9	-9.7	-9.2	-2.6

※変化の度合＝合併後の「ある（十分・いる）」－合併前の「あった（十分・いた）」

(6) 住民ニーズの把握状況・住民組織との連携状況

住民の医療・介護・健康づくり等に関するニーズを把握する取組を「行っている」施設は、病院では30%強であるのに対し、診療所では10%強にとどまっていた。主な具体的取組としては、「地域ケア会議」「アンケート」「座談会・懇談会」が多くあげられていた。保健師の訪問とは別に、地域内を巡回してニーズ把握に努めているケースもあった(図表19)。

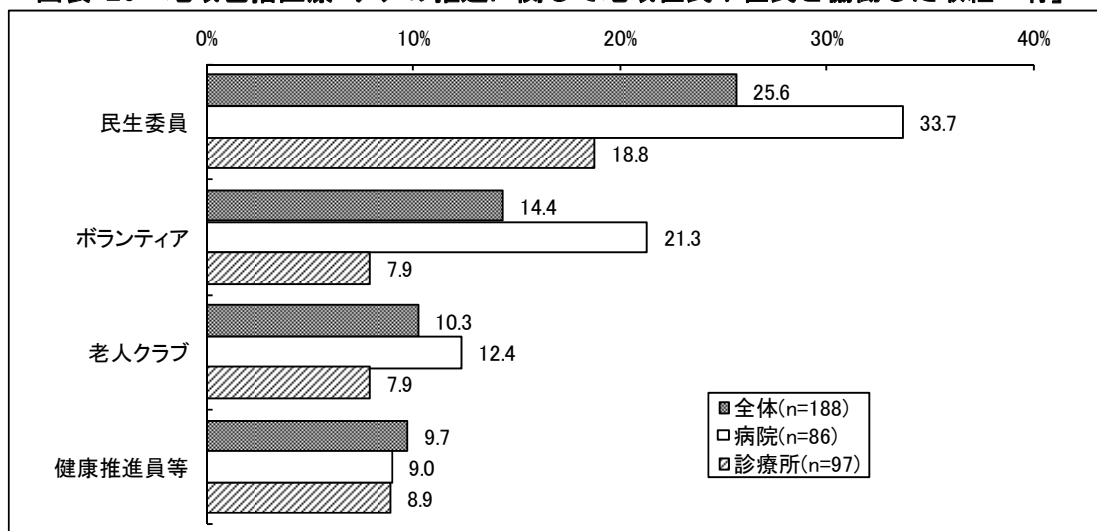
図表 19 住民の医療・介護・健康づくり等に関するニーズを把握する取組の有無とその具体例



訪問、アンケート調査、住民懇談会
毎年座談会を町内全公民館で実施。
関係機関との連絡会。
医療を考える会等の集会を開催(医療、行政、大学、住民、社協、福祉施設etc参照)。
地域ケア会議において、住民アンケート調査結果を検討。その現状を職場において共有。
出前講座、シンポジウム等
地域包括支援センターの担当圏域内の介護認定を受けていない全高齢者に基本チェックリストを配布、回収することで、高齢者の実態を把握。また、平成25年11月以降、圏域内の1部地域において「地域診断」を目的に生活実態アンケートを実施。
地域包括支援センターの主催する地域ケア会議への参加や患者満足度調査(年1~2回)の実施。
毎月5~6つの集落を巡回。保健師とは問題ケースのある時には話し合い。月一回のケアマネジャーとのケアカンファレンス。
地域ケア会議。保健師との話し合い。アンケート調査。
民生委員会に参加しニーズを把握。
地域連携室を設置。外来患者や入院患者、地域の福祉機関の相談窓口として機能。
患者満足度調査を毎年実施
移動健康教室や各公民館での講演会の際などに住民と対話(年10回程度)
地域の住民の方によるボランティア作業時の懇親会
地域ケア会議等による把握
・ナイトスクール 市町村全域 5、6か所/年
病院モニター会議を開催し、住民の各分野の方々に委員になっていただき意見を収集。
・ニーズ把握: 訪問、地域ケア会議、行政、社会福祉協議会特別養護施設からの情報提供
・訪問の実施: 町内全域を2地域に分け、それぞれ月1回程度
地域ケアマネジャーから、必要時情報が来る。
訪問看護を通じた地域情報の収集。

地域包括医療・ケアの推進に関して地域住民や住民と協働した取組としての協働相手としては、「民生委員」が25.6%、「ボランティア」が14.4%、「老人クラブ」が10.3%、「健康推進員等」が9.7%であった。これを病院と診療所とで比べると、総じて病院の方が「連携あり」とする割合が高かった（図表20）。

図表 20 地域包括医療・ケアの推進に関して地域住民や住民と協働した取組「有」



(7) 地域包括医療・ケアの推進に対する行政の関与

地域包括医療・ケアの推進に関して行政が果たしている役割としては、地域の中での連携の調整役等が挙げられていた。

また、今後期待する役割としては、現在果たしている役割でもある連携の調整役に加え、人材の育成・確保、研修の実施等が挙げられていた。

行政が果たしている役割

<ul style="list-style-type: none"> ・ケア会議の主催や情報提供 ・課題に対しての市全体での対策
市直営の地域包括支援センターが中心となり、連絡協議会の発足、運営を行っている。
医師確保の問題
保健、福祉サービスの統合と指令塔の役目を果たすため設置された保健福祉センターが地域包括医療ケア推進の中心として活動している。
行政と地域包括支援センターが主体となって推進している。
地域住民への働きかけ、各種機関との連携には欠かせない存在である。
保健福祉センター内に行政部門の窓口があり、高齢者福祉及び障害者福祉などの申請手続きや相談が容易に出来る体制にある。
町立施設間及びケアマネジャー等とのスムーズな連携を取るための中心的役割。
<ul style="list-style-type: none"> ・健診事業において、行政の保健師、事務職と共同で実施、問診や保健指導を担当している。 ・介護予防教室など介護予防事業の企画を包括支援センターが担っている。
当該医療機関の地域包括支援センターと連携し、入院中から退院後の介護保険サービス利用の調整を行っている。また、通院患者においても必要に応じて上記の調整を行っている。
国、県、周辺地域の動向を常時情報提供し、積極的に制度を組織化している。
関係機関の連携、つなぎ役。
全面支援
地域包括支援センターが市直営型であり、ケアマネジャー連絡会の開催を行い、地域医師会、市民病院の医療連携をはじめ、関係機関と意見交流が持てる場をセッティングしている。
<ul style="list-style-type: none"> ・保健師が区内の問題ケースを民生の職員とともにフォローアップし、診療所や病院へ来ない問題ケースを把握して、診療所を訪問するよう呼びかけ、医療、ケアとのみちすじをつけるよう努めている。 ・旧村では、首長や市の職員と意見交換はよくあったが、合併後は市・本庁の動きが見えない。
行政（地域包括支援センター）が調整役となり、多職種協働のネットワーク構築・推進に取り組んでいる。具体的には「高齢者支援ネットワークの構築」「多職種による地域ケア会議の実施」「ケアマネ連絡会の定期開催」。
地域包括支援センターが中心となり、全体をまとめている。
ケース毎の会議に行政担当者が出席する包括支援センターからの情報提供。
<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーと医師や、医療・介護関係者等の連携を図ることを目的とした研修会、事例検討会、意見交換会などを行政（地域包括支援センター）が主体となって実施している。 ・また、地域ケア会議においても多職種との均衡を図り中立的な立場である行政（地域包括支援センター）が中心的な役割を担っている。
一人暮らし高齢者の状況確認を行い、何かあれば医療機関へ相談してもらうようにしている。
地域の介護に携わる事業所と行政の連携を図るため、年10回程度の定例会を行い、勉強会や事例検討を行っている。
地域リーダーの育成とリーダーを中心とした在宅医療の推進
個別ケースにおいては、各地区担当保健師との連携のもと、支援を行っている。行政は民生委員との連絡調整、地域状況などの情報提供、独居、高齢世帯、障害者の把握を行っている。

<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活圏域における地域ケア会議の開催 ・多職種連携会議の開催 ・顔の見える関係を作り、住民が住み慣れた地域で自立した生活ができるよう早期からの介護予防を浸透させ、介護・医療・保健・福祉等の密な連携により地域住民の元気作りに取り組む。
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の漏れのない実態把握により、高齢者の状況やニーズの全体把握を実施。包括ケアの推進に向け介護（予防）基盤の整備、認知症ケアシステム構築、権利擁護施設（法人後見センター、市民後見人の養成）、生活介護支援サポーターによる地域支援の充実、高齢者住宅の整備等を行ってきており、福祉的な観点からの自助、共助、公助の仕組作りは進んでいる。 ・包括医療、ケアの観点では、国保直診や保健（健康づくり）との連携、協力体制づくりは今後の課題である。
行政が設置する地域包括支援センターとの連携
個別の医療から在宅でのケアが必要な事例について、ケア会議に参加して行政サービスを提供している。
<ul style="list-style-type: none"> ・先行事例、先駆的取り組みをしている地域からの講演会・学習会・視察などの実施計画 ・地域ケア会議の会議体の見直し ・各関係機関・団体からの意見・相談の集約を行う中核的役割
健診や栄養指導など健康教育や予防医学に力を入れている。
多職種による在宅チーム医療を担う人材育成事業を実施中。2025年問題を念頭に町の在宅医療、介護・福祉を支えるため、関係する多職種間で緊密に連携し、来るべき超高齢化社会に備えるための準備作業を推進中。
町に1つある直営の地域包括支援センターが中心になって合併前4ヶ所だった地域を同じレベルに持って行こうと努力している。地域包括の職員がケア会議の主体となり、情報提供、問題点の発掘・講演会の開催等行っている。

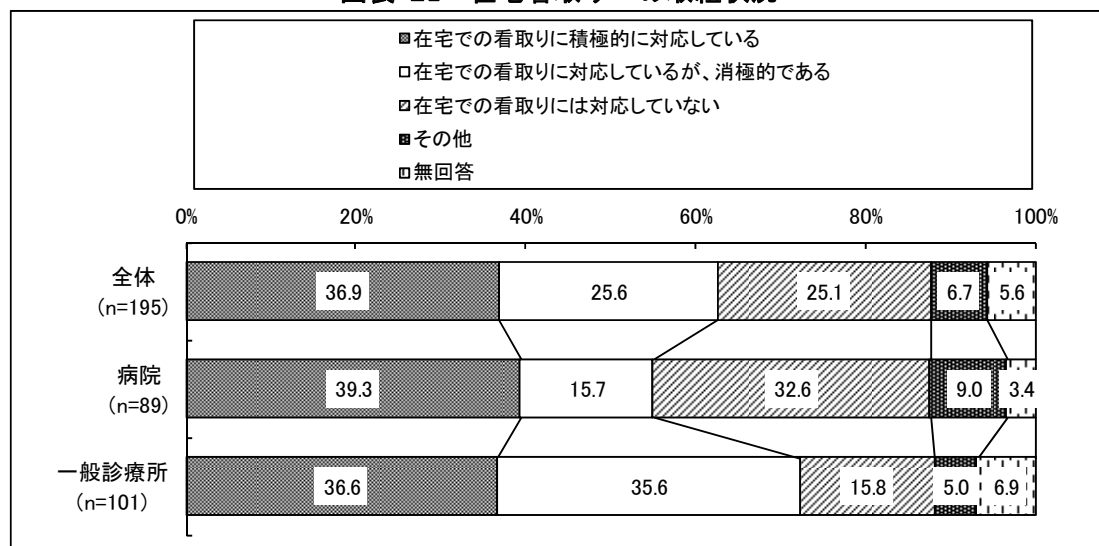
行政に期待する役割

人材育成
関係機関と協働して地域包括ケア計画の作成等の中心的役割
<ul style="list-style-type: none"> ・包括支援センターが取り組む介護予防事業に於いて目標値を設定して積極的に進めてほしい。公的病院として支援していく。 ・包括ケアシステム推進の中心的役割の強化
現在の役割の継続。職員と関連予算の確保。
<ul style="list-style-type: none"> ・各課が縦割りで業務している部分が多い為関連部署合同でのイベント計画。 ・認知症予防、認知症になっても生活していける地域作り。
行政との話し合いの場の提供
医師及びスタッフの安定確保と財源の確保
指針の策定と、それに基づいた職員配置、専門職の正規職員の採用と育成。充実した研修制度。
地域のまとめ役
医療と介護の連携の推進について、医師会と協力しながら市町村が主体となって取り組む仕組みが必要。
医療、介護関係機関から住民組織まで幅広い連携の仕組みづくり。
医療・介護・福祉・保健等の様々な機関との連携の中心的役割。
医療と介護の連携の推進について、医師会と協力しながら市町村が主体となって取り組む仕組み。
住民ニーズの把握と実態
複数事業所の連携の調整役。住民の意思に沿ったサービス提供、人材確保。
地域包括ケア会議への他職種参加の呼びかけ。
地域包括医療ケアの理解。

(8) 在宅看取りへの取組状況

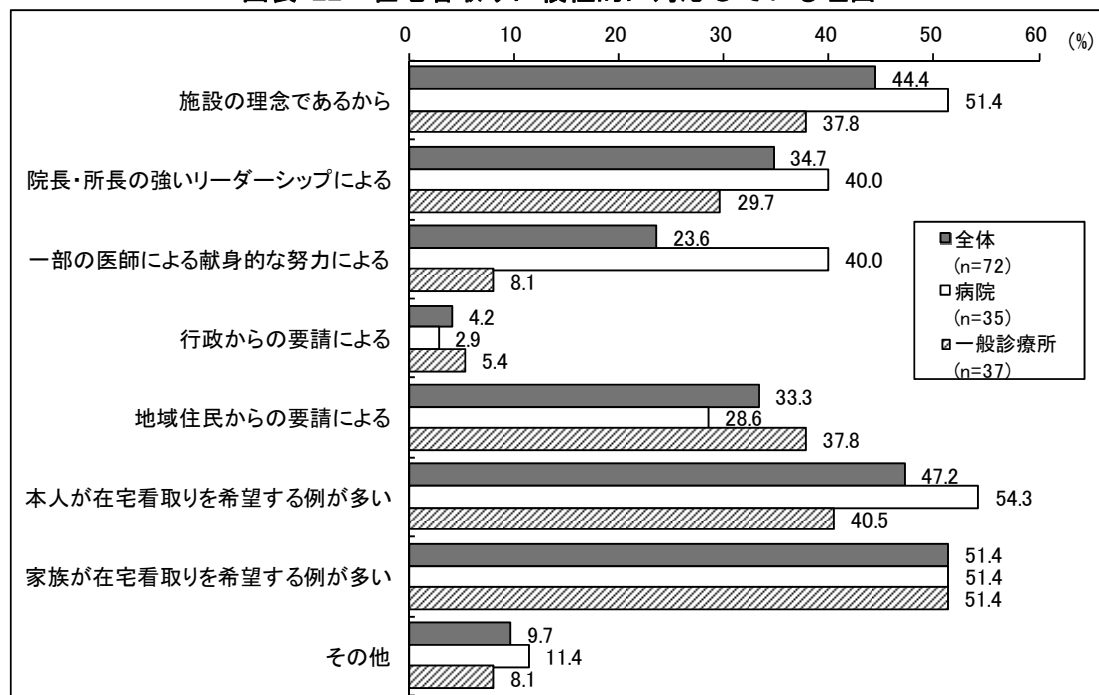
在宅看取りへの取組状況をみると、「在宅での看取りに積極的に対応している」が36.9%、「在宅での看取りに対応しているが消極的」が25.6%であった。一方、「在宅での看取りには対応していない」は25.1%で、この割合は、病院では32.6%であるのに対し、診療所では15.8%であった(図表21)。

図表 21 在宅看取りへの取組状況



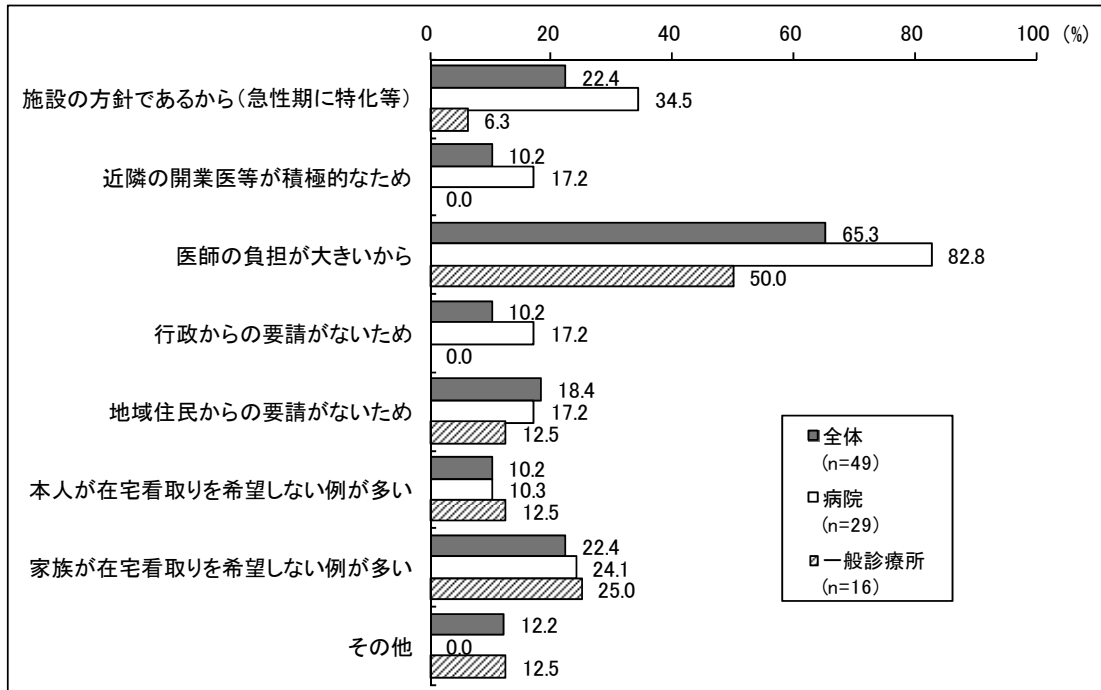
積極的に対応している理由としては、「本人の希望」「家族の希望」がそれぞれ50%前後となっている。病院においては「施設の理念」「院長の強いリーダーシップ」「一部の医師の献身的な努力」の割合も4~5割となっている。

図表 22 在宅看取りに積極的に対応している理由



対応していない理由としては、「医師の負担が大きい」が圧倒的に多く、病院では8割強にも達している（図表23）。

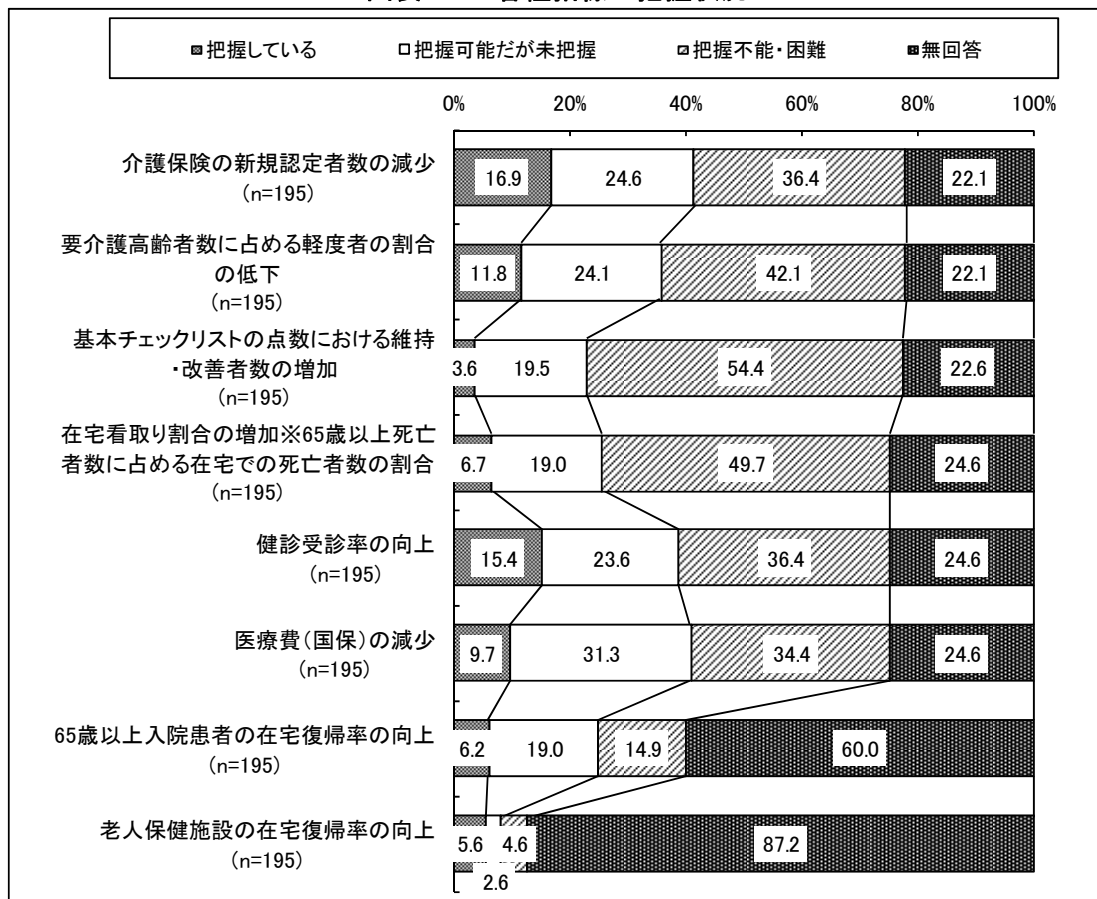
図表 23 在宅看取りに対応していない理由



(9) 地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標

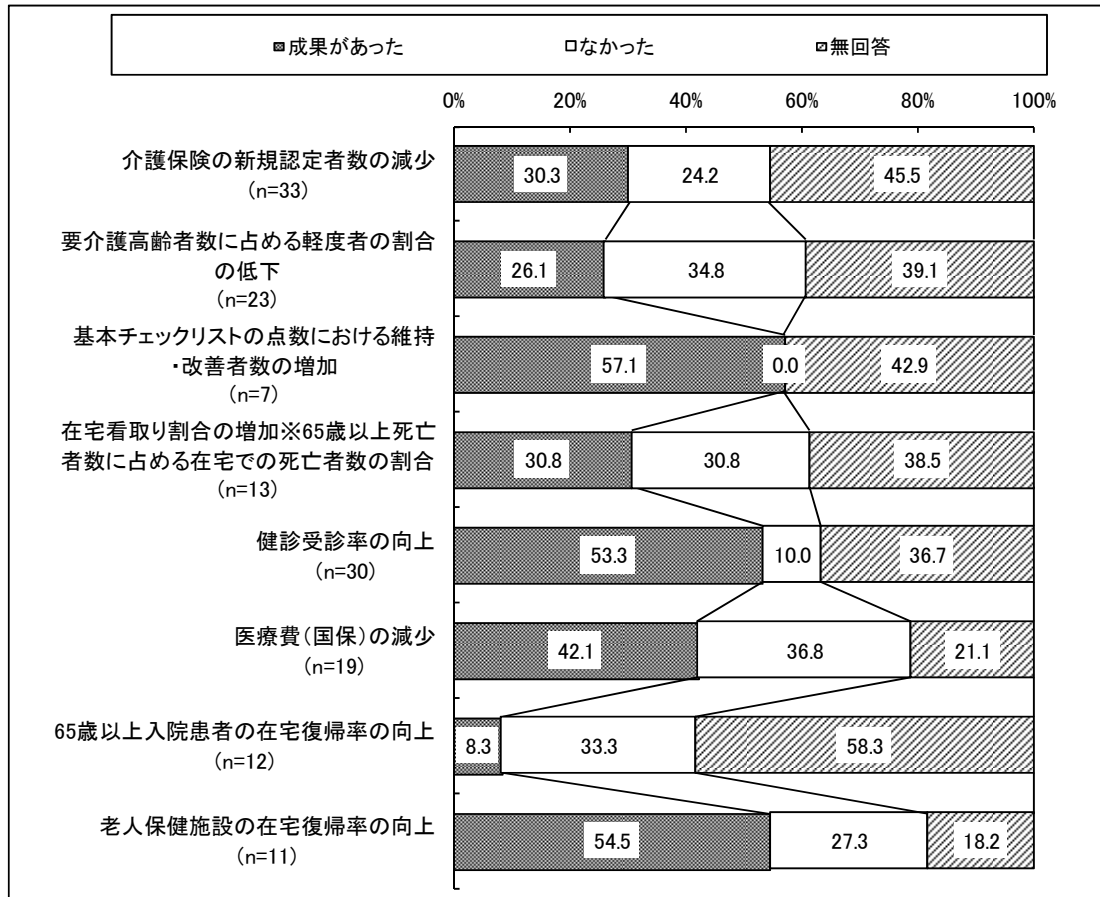
地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標として例示した各種指標の把握状況は低調で、把握している割合が1割を超えているのは「介護保険の新規認定者数の減少」「要介護高齢者に占める軽度者の割合の低下」「健診受診率の向上」のみであった（図表24）。

図表 24 各種指標の把握状況



把握している地域において、地域包括医療・ケア推進の成果として認められるものとしては、半数の地域で「基本チェックリストにおける維持・改善者数の増加」「健診受診率の向上」を挙げている。また「医療費（国保）の減少」を挙げる地域も4割強であった（図表25）。

図表 25 指標として把握できるもののうち平成24年度に成果があったもの



地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標として考えられるもの ①プロセス指標

地域ケア会議や多職種連携会議の定期開催とそこでの参加者の主体的取り組みへの発展。
自主グループ活動の把握。
・組織、施設、職種、団体、存在しているネットワークなどの社会資源の把握
・現在の連携状況（連携の密度）の把握
・国診協モデル事業への参画
・出張、夜間、休日健診の実施回数
地域のニーズの聞き取り、ニーズの把握。
地域ケア会議等を通じ、見える関係づくり、ネットワークの形成やボランティア団体の支援。
IPWの参加回数、参加人数
連携会議の回数
地域の医療福祉関係従事者との連携、顔の見える関係づくり
上記例に加えて、新規介護認定の申請経緯、原因疾患
住民への事業の理解を求める啓発学習会等を行う。
他職種が地域住民と一緒にあった包括的連携（地域で支える取り組み）
地域学習・生活の知恵学習の高齢指導者認定
地域包括支援センターからの報告
多職種連携の組織の組成
地域ネットワークの存在など
運動教室
地域のインフォーマルサービス、地域の公的サービスの数値化
各々への住民参加数。
住民参加者の参画、関連機関との連携。

地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標として考えられるもの ②アウトプット指標

地域での小グループ活動の件数、小・中学生へ出張教室など。
・認知症サポーター養成講座の開催件数。
・認知症キャラバンメイト養成講座の開催件数。
・ネットワーク別、団体別、職種別の参加状況（人数、参加率）
・件数
健診受診率
デイサービス施設の設置（リハビリを入れるように…）
地域ケア会議。開催件数。
ボランティア団体による在宅高齢者支援などの取り組み件数。
高齢者の基本チェックリストの実施率と、そのデータの医療機関への提供立。
在宅死亡率
多職種連携会議の実施件数、住民への普及・啓発に関する取り組みの実施件数。
地域の医療福祉関係者同士による意見交換の開催件数。
上記例全てがそれに当たると思います。
多職種連携会議の実施件数、住民への普及・啓発に関する取り組みの実施件数
住民への事業の理解を求める啓発学習会等を行う。
住民が主体となった健康づくり参加者数（身体を動かす＝全ての運動）
生き甲斐の舞台づくり ○○名人の人数
地域包括支援センターからの報告
教室、健康づくり事業、実施件数、参加人数
地域ケア会議の開催件数、参加人数など
介護予防教室、健康増進の教室開催（数）、多職種連携の研修会等。
各事業の参加人数、実施回数・件数。

地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標として考えられるもの ③アウトカム指標

現在理解している上記介護保険や医療の実績。
・65歳以上の1000人当たりの要介護者の減少 ・介護保険基準額の減少
在宅用介護高齢者の割合 在宅末期ガン患者の割合（看取りが全てではない。在宅で療養できることが重要）。
住民組織のボランティア数増加。
コスト（医療／介護の両面）の削減
在宅死亡率の向上
紹介・逆紹介率の向上
地域医療福祉の体制強化。
上記に加え、要介護度の維持数、各種在宅サービスの利用、未利用者数
紹介・逆紹介率の向上
住民への事業の理解を求める啓発学習会等を行う。
医療費増加の抑制 健診受診率の向上 高齢者イベントへの参加者増（＝元気老人の人数）
地域包括支援センターからの報告
要介護者の介護費軽減、医療費の減少など
介護保険の介護4～5の割合の減少、在宅療養機関の延期、在宅死亡率。
訪問医療数、健診受診率、医療費、要介護認定者数。

アウトカム指標に関連した地域包括医療・ケアの推進の成果

・全体としては数字で出せるデータではありません。 ・歯科と行政の歯科保健の取り組みとしては、乳幼児、保育園児の虫歯の減少があります。
介護療養病床平均在院日数 2011年 395.2日 → 2013年 251.5日 一般病床平均在院日数 2011年 19.4日 → 2013年 18.5日
高齢化の一方で、人口減少が進行し、町内の介護保険サービス事業所が急増している状況で、評価が難しい。在宅のがん緩和医療については医療技術的にも行政の支援上も近年著しく進歩してきたと考えている。
当院地域内に於いては、患者様のスムーズな診療、看護、介護体制がとれるようになるが、看取りにもあるように、医療費に直結した患者・その家族への意識づけにまで発展していない。
行政との関わりがないため、情報提供が進まず、具体的な結果（数値）が得られていない。
情報が早く来るようになり、他機関との連携ができやすくなった。
特に無し、現状のケアシステムを拡大し、他地域のモデルとなるよう努力したい。
外来受診患者(慢性) に対して、積極的に長期処方（60日など）を行ったところ、国保の払い出し負担が大幅に減少した。受診回数の抑制がかかった。
医療費が安く、女性の平均寿命が県下一。
健診受診率の向上（H23：29%→H24：41%）

第4章

中山間地域における 地域包括医療・ケアの 方向性と課題

1. 行政と連携した取組の推進の必要性

国が唱えている「地域包括ケア」の推進は行政の責務であり、取組の推進に当たっては、行政の理解・協力が不可欠である。しかし、未だ行政の理解・協力が不十分であるとの指摘もあると同時に、市町村合併によって行政との連携体制が崩れてしまいその影響が残っている地域も少なくない。本来であれば、中山間地域は地域資源が少ないこと等により行政との密な連携が取りやすいとも考えられるが、行政の理解が進まないために協力が得られにくいのも実情であろう。

本調査においてヒアリングを行った地域の中で市町村合併を経験した地域においても、上記の通り市町村合併によって行政との連携体制が崩れ、それまでの取組の継続が困難になった地域が少なくない。しかし市町村合併直後は「他の地域に水準をあわせる」という方針の下、地域包括医療・ケアの取組の継続が困難になった時期はあったものの、現在では、市町村内における分権化が進み、「市町村内でも地域による独自性を認める」方針へと転換している例も見受けられた。

実際、実態調査の結果をみても、市町村合併前後での地域包括医療・ケア推進に際しての周辺環境の変化をみると、「地域包括医療・ケアの必要性に関する行政の理解・協力」については、市町村合併前の方が「あった」ことが伺われる。合併前後の変化の度合いは、病院で1.2ポイント、診療所で-1.9ポイントであった。この値は、平成17年度および平成19年度に同様の設問で行った調査結果と比べると、次第にマイナス幅が小さくなり、今年度調査では、病院はプラスに転じている。ただし人材の数等に関しては、特に診療所において以前よりもその差が大きくなっている。

		市町村合併前		市町村合併後		変化の度合	(参考)	
		あった/ 十分/ いた	なかった/ 不足/ いなかった	ある/ 十分/ いる	ない/ 不足/ いない		H19年度 調査	H17年度 調査
地域包括医療・ケアの必要性に関する行政の理解・協力	病院	58.3	22.9	59.5	7.1	1.2	-8.1	-20.2
	診療所	49.2	26.2	47.3	13.2	-1.9	-18.5	-15.1
地域包括医療・ケアの必要性に関する他の医療機関の理解・協力	病院	45.8	31.3	50.0	15.5	4.2	6.5	-7.1
	診療所	39.3	34.4	38.5	19.8	-0.9	-4.2	-2.6
地域包括医療・ケアの推進に必要な施設内の人材の数	病院	14.6	64.6	9.5	59.5	-5.1	-1.6	-2.4
	診療所	23.0	54.1	11.0	50.5	-12.0	-8.4	-3.9
地域包括医療・ケアの推進の中心となる施設内の人材	病院	39.6	37.5	34.5	33.3	-5.1	3.2	-2.4
	診療所	36.1	39.3	28.6	33.0	-7.5	-9.2	-3.9
地域包括医療・ケアの推進の中心となる地域内の機関・人材	病院	39.6	39.6	39.3	28.6	-0.3	3.2	-2.4
	診療所	39.3	36.1	29.7	31.9	-9.7	-9.2	-2.6

※変化の度合＝合併後の「ある（十分・いる）」－合併前の「あった（十分・いた）」

ヒアリング対象地域におけるこれまでの取組からは、行政の理解・協力を得るためには、取組の成果を示すことが重要と考えられる。地域によって成果については様々であろうが、まず定量的な効果を示すこと、同時に定性的な効果として取組を可能な限り継続してきたこと、その内容を情報発信していくことが必要と考えられる。その結果、行政の理解が進み、市町村全体の取組として広がっていったり、小地域での取組の継続が認められたりしていくようである。

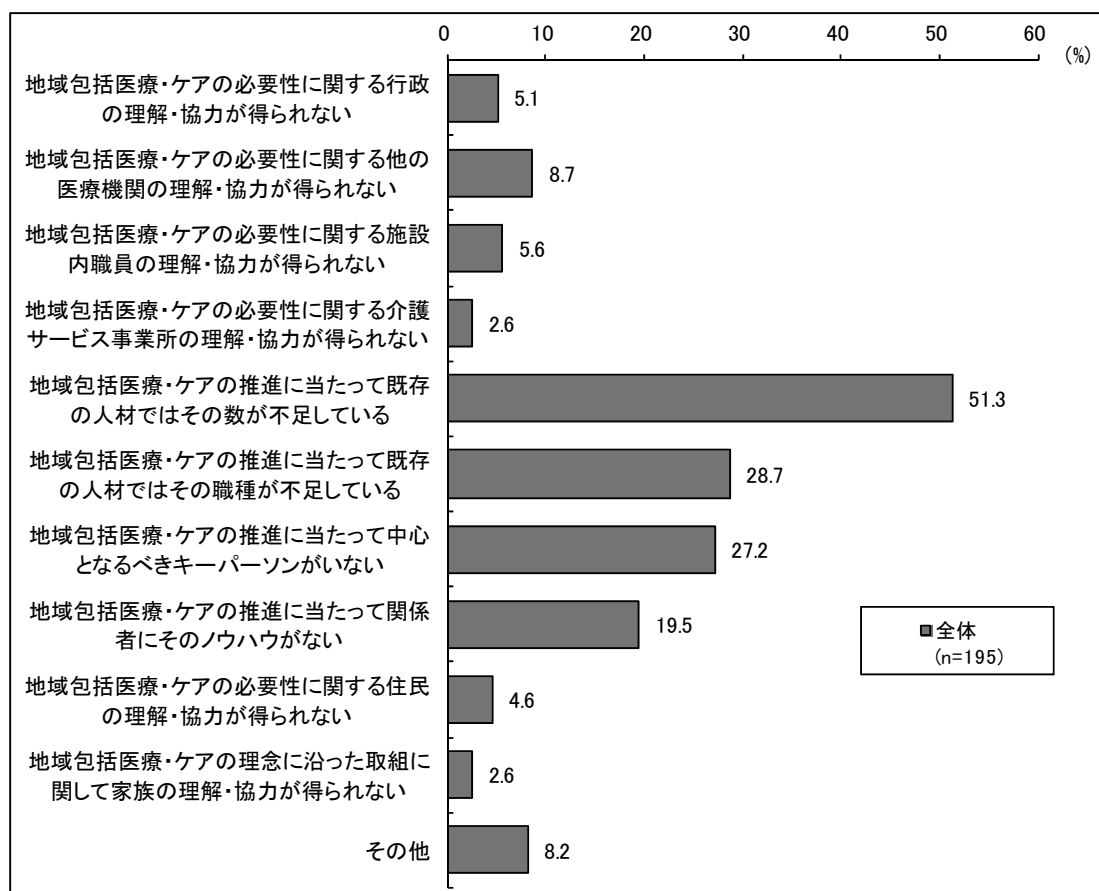
2. 地域にある資源の最大限の活用

言うまでもないが、中山間地域においては保健・医療・介護・福祉に関する地域資源が限られており、そのことが国が唱えている「地域包括ケア」推進の阻害要因として指摘されることもある。

しかし本調査においてヒアリングを行った地域においては、地域資源は限られていたり、専門職が少ないという状況があるものの、住民組織との連携等により、限られた資源での連携体制の構築・運営がなされていた。

しかしその一方で、実態調査の結果をみると、国保直診所在地域においても、地域包括医療・ケアへの取組状況をみると、市町村全体では「現在すでに実践している」割合は40%程度であるが、診療圏域ではその割合は30%強となっている。

そして地域包括医療・ケアの推進に取り組む際の阻害要因としては、「既存の人材では数が不足している」が圧倒的に多く50%強となっている。次いで「既存の人材では職種が不足している」「中心になるべきキーパーソンがない」「関係者にノウハウがない」が20%台となっている。また、取組を進めるにあたっての工夫として「先進的な事例を学んだ」は10%台にとどまっている。



このように、取組が進まない地域においては、「人材不足」が理由とされており、しかしながら「先進的な事例を学んだ」地域も非常に少ない。

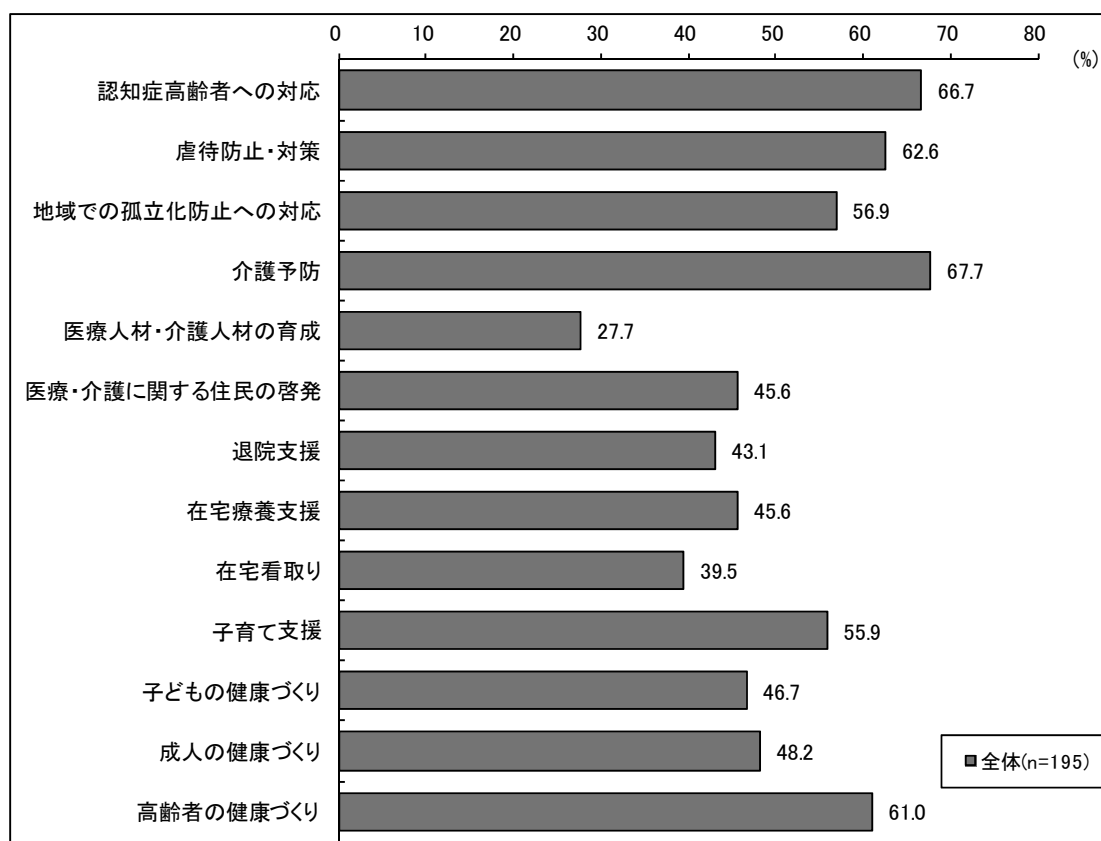
前述のように、本調査においてヒアリングを行った地域をはじめ、取組を進めている地域においては、地域資源は限られているからこそその様々な工夫がなされている。また専門職が少ない面は、住民との協働という形である程度カバーしているケースもある。そのような、地域資源を最大限に活用する創意工夫についてのノウハウを情報発信していくことも、中山間地域において先進的に地域包括医療・ケアに取り組んできた国保直診には求められるのではないかと。

3. 地域住民との協働の推進

地域包括医療・ケアを進めていく際の中心は、そこに住む住民であり、住民の理解・支持・協力がなければ、地域での連携体制に向けた取組はスムーズに進まないと考えられる。

本調査においてヒアリングを行った地域においては、地域住民が、地域包括医療・ケアの担い手として、共に歩んでいる様子が伺われた。地域内をさらに細分化して、それぞれに健康づくりを推進する担当者があり、例えば健康づくり活動、健康診断受診を働きかける、早期発見、相談、健康センターへの結び付け等を行い、地域の健康づくりのキーパーソンの役割を果たしている地域もあった。その結果、介護が必要な高齢者、医療が必要な高齢者が中心になりがちな地域包括医療・ケアが、介護や病気の予防の段階から機能していた。

また実態調査をみても、地域における取組の「ネットワーク」の構築状況として、半数程度の施設が、「子どもの健康づくり」「成人の健康づくり」を挙げており、高齢者のみでない、また医療や介護だけでない取組を推進している状況が明らかとなった。



このような取組を進めるためには、住民の理解・協力が不可欠である。また、前述の取組の阻害要因として挙げられていた「人材不足」についても、住民組織を活用することによりある程度はカバーすることが可能と考えられる。地域資源の少ない中山間地域においては、住民との連携は不可欠であるし、住民と専門職等の中で「顔の見える関係」が成り立ちやすいからこそ、都市部と比べると取り組みやすい分野とも考えられる。

4. 「伝える場」の必要性

前述の通り、地域包括医療・ケアを進めていく際には、そこに住む住民や行政の理解・協力が不可欠であり、そのためには、その方向性や具体的な取組内容、そして効果等について十分に「伝える場」を設けることが必要である。そのような場を設けることにより、相互の理解も進み、さらなる課題の抽出にもつながるものと考えられる。

実態調査の結果をみても、地域包括医療・ケアへの取組を推進していたり検討している地域においても、「顔の見える関係の構築を進めている」段階に留まっている地域が約5割となっており、「関係機関間による地域課題を共有している」「関係機関間における地域包括医療・ケア構築の目標が共有化されている」段階までは十分に進んでいない状況も確認できた。

しかしヒアリングを行った地域においては、住民に対する説明や意見交換を行い、取組の内容について理解を求めるとともに、その後の取組に活かしている事例も多かった。

【岩手県・一関市国保藤沢病院】

～「地域ナイトスクール」における住民との意見交換～

- 医療に対する考え（医療を受ける側）と医療サービスを提供する側のギャップがあったが、医療サービスを提供する側が地域に出向き、膝を交えて対話することでお互いを理解することができた。現在でも、継続中である。

【富山県・南砺市民病院】

～医師不足を機に住民との連携をより推進～

- 南砺市の医師不足などで崩壊の危機に、南砺市地域包括医療・ケア局と富山大学総合診療部が協力して行った「地域医療再生マイスター養成講座」や「南砺の地域医療を守り育てる会」等の活動に参加し、地域住民との連携や啓発に努めている。

【福井県・おおい町名田庄診療所】

～住民の理解が進むことにより“コンビニ受診”が減少～

- 地域内に医療機関は無床診療所のみであるが、住民の理解もあり、夜間や休日の不要不急の救急対応は少ない。

【高知県・梶原病院】

～住民のニーズから日常生活を支援する事業の立ち上げへ～

- さまざまな自主活動のグループがあり、その集まりに保健師が参加することで、住民のニーズを捉えるきっかけにもなっている。住民のニーズから、NPO法人による過疎地有償運送事業や配食事業も実現しており、町が運営を支援している。

【滋賀県・東近江市永源寺診療所】

～家族との対話の重視と子どもたちに対する「命の授業」の実施～

- 看取りについて、元気なうちから「ご飯が食べられなくなったらどうしたいか」「寝たきりになったら病院か施設に行くか」など、患者一人一人と医師がきちんと話をしている。同時に家族との面談も月に1回は行っている。そして、子どもたちへも家族の看取りの経験を踏まえながら命の授業にも取り組み、死（看取り）から逆算する健康づくりの大切さ、子どもたちからの教育にも取り組んでいる。

また、中には市町村長や行政との説明や意見交換の場が定期的に設けられており、そのような場を活用して取組の内容について理解を求めるとともに、その後の取組に活かしている事例もあった。

【富山県・南砺市民病院】

～市長・副市長、行政主要メンバーとの定例会議において施策を検討～

○市長・副市長・地域包括医療・ケア局長、南砺市立の2病院・診療所代表等がメンバーとなっている医療協議会において、今後の施策について協議している。

【鳥取県・日南病院】

～町長が月1回病院を訪問し、病院長と意見を交換～

○町長が月1回、病院にきて意見交換をしている。これが行政との連絡会議としての役割を果たしている。病院長は忙しくてなかなか病院を離れられないだろう、という町長側の配慮である。

さらに、住民との意見交換の場を若手医師の育成の場としても活用している事例もあった。

【岩手県・一関市国保藤沢病院】

～住民からの協力を得た臨床研修医の育成～

○臨床研修医の地域医療研修時の「外来実習」への協力を、住民に呼びかけ、成功している。地域ナイトスクールのときに、これからの若い医師を地域みんなで育てようと住民に呼びかけ、患者の立場だけではなく、地域住民としての立場として協力を求めたもので、今では、臨床研修医の研修期間終了時に開く研修報告会に多くの住民が参加し、研修医を激励している。

もちろん、地域包括医療・ケアの推進に当たっては、そこに携わるスタッフに対する集合研修のような形で事例紹介等を行うことにより各地での創意工夫例を紹介することは必要であろう。同時に取組を推進する各地域においても、これらの事例のように、様々な場を活用して「伝える場」を設けることが、当該地域における地域包括医療・ケア推進のための大きな力の一つとなっていくのではないだろうか。

5. 地域包括医療・ケアの取組状況の把握の必要性

前述の通り、地域包括医療・ケアを進めていく際には、住民の理解・協力、行政の理解協力が不可欠であるが、そのためには取組の内容やその成果について十分な説明を行う必要がある。

地域包括医療・ケアの推進単位が市町村全域に及んでいる場合は様々なデータの収集・分析が可能であるが、日常生活圏域に代表される小地域別に把握可能なデータには限りはあるのも事実である。

しかし、ヒアリングや実態調査の結果から、下記のようなデータが各地域において地域包括医療・ケアの取組状況の把握にすでに活用されていたり、または今後活用していきたいと考えられていた。

したがって、このようなデータの把握を試み、当該地域において何が取組状況を把握する上で重要となるのか、といった点を検討することが、当該地域における地域包括医療・ケアについて関係者間で検討するきっかけとなるのではないだろうか。そして可能な限り、時系列でこのようなデータを確認することを通して、地域包括医療・ケアの進捗状況の把握にもつながると考えられる。

ただし、特定の指標についても、指標の高低に関してその前提となる条件（サービス基盤の整備状況等）が地域によって異なっているため、単純に他の地域と比べればよいという点にはならない点については、留意が必要である。

地域包括医療・ケアの進捗度合いを把握するための指標(案)

地域包括医療・ケアの評価の視点		指標
地域包括医療・ケアの体制確保	地域ケア会議	地域ケア会議の参加メンバー
	人材確保	地域包括医療・ケアの人材確保の長期計画・方針の有無
		確保できている人材(不足している人材)
		不足している人材確保のための取組み
住民参加	互助で関わる組織の数、活動頻度	
健康づくりの推進		健康寿命
		特定健診受診率
		予防接種率
		脳血管疾患 罹患率
		心疾患 罹患率
		悪性新生物 罹患率
		脳血管疾患 死亡率
		心疾患 死亡率
		肺炎 死亡率
		悪性新生物 死亡率
介護予防・重症化予防の実現		要介護認定率
		要介護高齢者数に占める軽度者の割合
		要支援・要介護度の改善度
		新規認定者数
		基本チェックリストの点数における維持・改善者数
住み慣れた地域での療養生活の維持	在宅復帰率	病院からの在宅復帰率
		医療依存度の高い患者の在宅復帰率
		施設からの在宅復帰率
	在宅(地域)療養生活の維持	施設入所の割合
		重度要介護者の在宅支援率
		65歳以上高齢者の転出割合
		介護が困難になり転出した高齢者の割合
		独居高齢者の転居割合
		高齢世帯の転居割合
	満足度	在宅療養を支える家族の満足度
		在宅での主たる介護者の満足度
		在宅療養を支える関係者の満足度
	住み慣れた地域での看取り	地域内での看取り
(うち)在宅での看取りの割合		
(うち)地域内医療機関死亡の割合		
(うち)地域内施設死亡の割合		
高齢者の希望		希望した場所での看取りが出来た高齢者の割合
医療・介護費の抑制		医療費
		老人医療費
		国民健康保険料
		介護保険料
保健・医療関連の行政計画への参画		地域の施設の保健・医療関連の行政計画策定への参画

資料編

国保直診所在地域における地域包括医療・ケアの実態に関するアンケート調査

【アンケート調査へのご協力のお願い】

- 現在厚生労働省においては、高齢化がピークを迎える 2025 年の医療・介護のあるべき姿として、日常生活圏域（30 分でかけつけられる圏域）を基本とした、「地域包括ケアシステム」の構築を進めております。その必要性については、社会保障制度国民会議での議論や本年 6 月に閣議決定された「日本再興戦略」においてもその推進の必要性が指摘されており、地域包括ケアシステムの構築がわが国における大きな政策目標ともなっています。
- しかし、地域包括ケアシステムの構築が「自助」「互助」「共助」「公助」のバランスの上で成り立つため、そのアプローチについては人口規模はもちろんのこと、医療資源や介護資源等の各種地域資源の状況によって様々です。また、高齢化の一層の進展や単身世帯の増加等、過疎地域で起きている課題は、今後都市部でも大きな課題となるものであり、過疎地域が都市部の課題を先取りしているとも言えます。
- そこで、従来より「地域包括医療・ケア」の実践を掲げ、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、治療（キュア）のみならず、保健（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、介護、福祉まで全てのサービスを包含する全人的医療を行い、成果を出してきた国保直診におけるこれまでの取組の経緯、現在の状況等についてお伺いしたく、アンケート調査票をお送りさせていただきました。
- お忙しいところ恐縮ですが、調査趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。

◎お問い合わせ先

- ご不明な点などがございましたら、下記問合せ先までお願い致します。
(お問合わせ先・回答送付先)

○事務局

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会（担当：鈴木・大本）

〒105-0012 東京都港区芝大門 2-6-6 芝大門エクセレントビル 4F

TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499 E-mail office@kokushinkyo.or.jp

○事務局支援

みずほ情報総研株式会社（担当：植村、志岐）

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3

TEL 03-5281-5277 FAX 03-5281-5443 E-mail yasunori.uemura@mizuho-ir.co.jp

貴施設名			
ご回答者名		職種	

■ 貴施設の概要

問1 貴施設の概要（施設種類、許可病床数、在宅療養支援病院・診療所の届出の有無、在宅医療サービスの提供状況）についてご記入下さい。					
施設種類	01 病院		02 一般診療所（有床）		03 一般診療所（無床）
	04 歯科診療所				
許可病床数	合計	一般病床	医療療養病床	介護療養病床	その他
	床	うち急性期 うち回復期 床 床	床	床	床
在宅療養支援病院・診療所の届出	01 届出をしている → 連携病院・診療所数（ ）施設 02 届出はしていない → 今後の意向：有・無・施設基準を満たさない				
在宅時医学総合管理料の届出	01 届出をしている 02 届出はしていない → 今後の意向：有・無				
在宅医療サービスの実施状況	医療保険による在宅サービス			2012年度実施件数	
		往診			件
		在宅患者訪問診療			件
		歯科訪問診療			件
		在宅患者訪問看護・指導			件
		在宅患者訪問リハビリテーション指導管理			件
		訪問看護ステーションへの指示書の交付			件
	介護保険による在宅サービス				
		居宅療養管理指導（介護予防含む）			件
		訪問看護（介護予防含む）			件
	訪問リハビリテーション（介護予防含む）			件	

■ 国保直診所在市町村・国保直診所在地域の概要

問2 人口・高齢者人口・要介護高齢者数（65歳以上）について、市町村全体の数と貴施設の診療圏域別にご記入下さい。				
		総人口	高齢者人口	要介護高齢者数
市町村全体 （時点：西暦 年 月 日）		人	人	人
診療圏域 （時点：西暦 年 月 日）		人	人	人

※診療圏域とは、貴施設の診療範囲（来院患者の居住範囲・訪問診療の範囲）を想定して下さい（以下同じ）。

問3 地域包括支援センターの設置状況について、市町村全体の数と貴施設の診療圏域別にご記入下さい（ランチ等の数は含めないで下さい）。				
		総数	うち直営	うち委託
市町村全体 （時点：西暦 年 月 日）		箇所	箇所	箇所
診療圏域 （時点：西暦 年 月 日）		箇所	箇所	箇所

問4 医療・介護に関する地域資源の状況について、市町村全体の数と貴施設の診療圏域別にご記入下さい。			
		市町村全体	診療圏域
医療機関 (貴施設を含めて)	病院	施設	施設
	一般診療所(有床)	施設	施設
	一般診療所(無床)	施設	施設
	歯科診療所	施設	施設
居宅介護支援事業所		事業所	事業所
訪問介護事業所		事業所	事業所
訪問看護事業所(訪問看護ステーション)		事業所	事業所
通所介護事業所・通所リハ事業所		事業所	事業所
短期入所事業所(生活介護・療養介護)		事業所	事業所
認知症グループホーム		事業所	事業所
小規模多機能型居宅介護事業所		事業所	事業所
特別養護老人ホーム		施設	施設
老人保健施設		施設	施設
介護療養型医療施設		施設	施設

■地域ケア会議の開催状況

問5 貴施設が所在する地域では地域ケア会議は開催されていますか。	
個別ケースの検討を 目的とした会議	01 開催している →西暦()年頃から 02 開催していない
地域課題の検討を 目的とした会議	01 開催している →西暦()年頃から 02 開催していない

問6 (開催している場合) 開催している中心的機関はどこですか。		
個別ケースの検討を 目的とした会議	01 国保直診	04 居宅介護支援事業所
	02 国保直診以外の医療機関	05 行政
	03 地域包括支援センター	06 その他()
地域課題の検討を 目的とした会議	01 国保直診	04 居宅介護支援事業所
	02 国保直診以外の医療機関	05 行政
	03 地域包括支援センター	06 その他()

問7（開催している場合） 定期的に開催していますか。開催の目的別にお答え下さい。		
実施目的	実施状況	実施頻度（実施状況が「01 開催している」の場合）
個別ケースの 検討を目的	01 実施	01 定期的に開催している → 011 月1回程度 012 週1回程度 013 その他（ ）
	02 未実施	02 開催は不定期である →2012年度開催回数（ ）回
地域課題の 検討を目的	01 実施	01 定期的に開催している → 011 月1回程度 012 週1回程度 013 その他（ ）
	02 未実施	02 開催は不定期である →2012年度開催回数（ ）回
その他の目的 （ ）	01 実施	01 定期的に開催している → 011 月1回程度 012 週1回程度 013 その他（ ）
	02 未実施	02 開催は不定期である →2012年度開催回数（ ）回

※ 定期的に開催している場合の「013 その他」につきましては、「年間〇回予定」等、おおよその開催回数（予定）回数が分かるようにお書き下さい。

問8（開催している場合） どのような方が参加していますか。（当てはまるもの全てに○）	
01 行政職員（地域包括支援センター職員は除く）	10 歯科衛生士
02 地域包括支援センター職員	11 リハビリスタッフ（PT、OT、ST）
03 ケアマネジャー	12 管理栄養士
04 主治医	13 民生委員
05 介護保険サービス事業者	14 社会福祉協議会
06 医師（主治医以外の医師）	15 NPO 団体・ボランティア
07 歯科医師	16 住民組織（自治会・町内会・老人クラブ）
08 薬剤師	17 警察・消防
09 看護師	18 その他（ ）

問9（開催している場合） 地域ケア会議の主な機能として挙げられている下記の項目について、どの程度機能していると考えられますか。（それぞれの項目について○は1つ）				
	十分に機能している	どちらかと言うと機能している	どちらかと言うと機能していない	全く機能していない
個別課題解決機能	01	02	03	04
地域課題発見機能	01	02	03	04
地域づくり・資源開発機能	01	02	03	04
連絡調整機能	01	02	03	04
政策形成機能	01	02	03	04

問10（開催していない場合） なぜ、地域ケア会議を開催していないのですか。（それぞれの項目について当てはまるもの全てに○）	
個別ケースの 検討を目的	01 地域ケア会議に代替できる会議が既に存在する →具体的に（ ）
	02 必要とする人材（職種・機関・団体）が集まらないから
	03 多様な人材が集まると個別事例についての情報について守秘義務を守ることが難しい
	04 その他（ ）
地域課題の 検討を目的	01 地域ケア会議に代替できる会議が既に存在する →具体的に（ ）
	02 必要とする人材（職種・機関・団体）が集まらない
	03 多様な人材が集まると個別事例についての情報について守秘義務を守ることが難しい
	04 その他（ ）

■地域における「ネットワーク」の構築状況

問11 貴施設の所在市町村ならびに所在地域において、「ネットワーク」を構築して活動している取組はありますか。市町村全体・貴施設所在地域別に該当するもの全てに○をつけて下さい。

	貴地域での取組の有無 (取り組んでいる場合○)	市町村内の他の地域での取組の有無 (該当するもの1つに○)				
		市町村全域で取り組んでいる	一部の地域で取り組んでいる	貴地域以外の地域で取り組んでいる	他のどの地域でも取り組んでいない	他の地域の状況は分からない
認知症高齢者への対応						
虐待防止・対策						
地域での孤立化防止への対応						
介護予防						
医療人材・介護人材の育成						
医療・介護に関する住民の啓発						
退院支援						
在宅療養支援						
在宅看取り						
子育て支援						
健康づくり	子ども					
	成人					
	高齢者					

問12 貴施設の所在地域において、どのような機関・団体等とどの程度情報を共有していますか。

	貴施設の所在地域での存在の有無(存在している場合○)	情報共有のレベル (該当するもの1つに○)			
		情報を連絡するこ とはない	情報の一方的な提 供にとどまってい る	催 地域ケア会議等の開 催 している(連絡会議や 課題を共有 している)	定期的にもしくは必要 時に情報・課題を共有 している
市町村(市役所・町村役場)					
医療機関(病院)					
医療機関(診療所)					
社会福祉協議会					
訪問看護ステーション					
居宅介護支援事業所					
介護保険施設・サービス事業所					
薬局					
警察・消防					
民生委員					
健康推進員					
老人クラブ					
商店街・郵便局・新聞販売所					

■地域包括医療・ケアの具体的取組

問13 貴施設における地域の健康づくり（子ども・成人・高齢者）への取組について。		
他の機関と連携した取組事例の有無	01 ある	02 ない
（取組事例がある場合）その取組に参画している機関・団体等	01 他の国保直診 02 国保直診以外の医療機関 03 地域包括支援センター 04 行政の保健センター 05 学校・教育委員会	06 社会福祉協議会 07 健康推進員 08 住民組織（ボランティアを含む） 09 その他（ ）
（取組事例がある場合）具体的な内容	※取組の経緯、中心的機関、参画した機関・団体それぞれの役割等	

問14 貴施設における介護予防への取組について。		
他の機関と連携した取組事例の有無	01 ある	02 ない
（取組事例がある場合）その取組に参画している機関・団体等	01 他の国保直診 02 国保直診以外の医療機関 03 地域包括支援センター 04 居宅介護支援事業所 05 介護サービス事業所	06 社会福祉協議会 07 患者会や家族会 08 住民組織（ボランティアを含む） 09 その他（ ）
（取組事例がある場合）具体的な内容	※取組の経緯、中心的機関、参画した機関・団体それぞれの役割等	

問15 貴施設における在宅の認知症高齢者のケアについて。	
他の機関と連携した 取組事例の有無	01 ある 02 ない
(取組事例がある場 合) その取組に参画し ている機関・団体等	01 他の国保直診 02 国保直診以外の医療機関 03 地域包括支援センター 04 居宅介護支援事業所 05 介護サービス事業所 06 社会福祉協議会 07 患者会や家族会 08 住民組織 (ボランティアを含む) 09 その他 ()
(取組事例がある場 合) 具体的な内容	※取組の経緯、中心的機関、参画した機関・団体それぞれの役割等

問16 貴施設における在宅の脳卒中患者のケアについて。	
他の機関と連携した 取組事例の有無	01 ある 02 ない
(取組事例がある場 合) その取組に参画し ている機関・団体等	01 他の国保直診 02 国保直診以外の医療機関 03 地域包括支援センター 04 居宅介護支援事業所 05 介護サービス事業所 06 社会福祉協議会 07 患者会や家族会 08 住民組織 (ボランティアを含む) 09 その他 ()
(取組事例がある場 合) 具体的な内容	※取組の経緯、中心的機関、参画した機関・団体それぞれの役割等

■ 地域包括医療・ケアへの取組状況

※本調査では、地域包括医療・ケアを、以下のように定義します。

- ・ 地域に包括医療・ケアを、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民が住み慣れた場所で安心して生活出来るようにそのQOLの向上をめざすもの
- ・ 包括医療・ケアとは、治療(キュア)のみならず保健サービス(健康づくり)、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを包含するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに、地域ぐるみの生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療・ケア
- ・ 換言すれば保健(予防)・医療・介護・福祉と生活の連携(システム)である
- ・ 地域とは単なるAreaではなく、Communityを指す

問17 地域包括医療・ケアへの取組状況について。

市町村全体	01 現在すでに実践している →西暦()年頃から 02 取組に向けて調整中である 03 取組に向けて検討中である 04 取り組む意向はあるが検討にまでは至っていない 05 取り組む意向はあるが様々な条件から取り組みが困難と思われる 06 取り組む予定も意向もない
診療圏域	01 現在すでに実践している →西暦()年頃から 02 取組に向けて調整中である 03 取組に向けて検討中である 04 取り組む意向はあるが検討にまでは至っていない 05 取り組む意向はあるが様々な条件から取り組みが困難と思われる 06 取り組む予定も意向もない

問18 (既実践している・調整中・検討中の場合) 地域包括医療・ケア推進に向けた取組段階について。

市町村全体	01 顔の見える関係の構築を進めている(連絡・調整会議の開催等) 02 関係機関間における地域課題を共有している 03 関係機関間における地域包括医療・ケア体制構築の目標が共有化されている 04 情報の共有化をはじめ具体的な取組が進んでいる
診療圏域	01 顔の見える関係の構築を進めている(連絡・調整会議の開催等) 02 関係機関間における地域課題を共有している 03 関係機関間における地域包括医療・ケア体制構築の目標が共有化されている 04 情報の共有化をはじめ具体的な取組が進んでいる

■市町村合併が地域包括医療・ケアに及ぼした影響

問22 貴施設の所在市町村では市町村合併が行われましたか。	
01 市町村合併した（西暦 年 月）	02 市町村合併していない

問23 市町村合併が、地域包括医療・ケアの構築に及ぼした影響についてお伺いします。下記の項目それぞれについてお答え下さい（○はそれぞれ1つ）。なお、市町村合併していない市町村に所在する施設については、「市町村合併後」の欄に現在の状況をお答え下さい。

	市町村合併前		市町村合併後	
	01 あった	02 なかった	01 ある	02 ない
地域包括医療・ケアの必要性に関する行政の理解・協力	01 あった	02 なかった	01 ある	02 ない
地域包括医療・ケアの必要性に関する他の医療機関の理解・協力	01 あった	02 なかった	01 ある	02 ない
地域包括医療・ケアの推進に必要な施設内の人材の数	01 十分	02 不足	01 十分	02 不足
地域包括医療・ケアの推進の中心となる施設内の人材	01 いた	02 いなかった	01 いる	02 いない
地域包括医療・ケアの推進の中心となる地域内の機関・人材	01 いた	02 いなかった	01 いる	02 いない

問24 市町村合併後の地域包括医療・ケアの推進において、国保直診が有する機能を分散したり、逆に国保直診に機能を集約化した事例はありますか。

分散した機能の有無と その内容	01 分散した機能がある 02 分散した機能はない
	※分散した機能がある場合は、その機能の具体例と分散した理由・効果等についてご記入下さい。
集約した機能の有無と その内容	01 集約した機能がある 02 集約した機能はない
	※集約した機能がある場合は、その機能の具体例と集約した理由・効果等についてご記入下さい。

■地域包括医療・ケアの推進に対する行政の関与

問27 貴施設の所在地域において地域包括医療・ケアの推進に当たって、現在、行政が果たしている役割がございましたら、ご自由にご記入下さい。

--

問28 貴施設の所在地域における地域包括医療・ケアの推進に当たって、行政に期待する役割がございましたら、ご自由にご記入下さい。

--

■在宅看取りへの取組状況

問29 貴施設では在宅（患者の自宅）での看取りに対応していますか。

- | |
|---------------------------|
| 01 在宅での看取りに積極的に対応している |
| 02 在宅での看取りに対応しているが、消極的である |
| 03 在宅での看取りには対応していない |
| 04 その他（ ） |

問30 （積極的に対応している場合） その理由はなんですか。（当てはまるもの全てに○）

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 01 施設の理念であるから | 05 地域住民からの要請による |
| 02 院長・所長の強いリーダーシップによる | 06 本人が在宅看取りを希望する例が多い |
| 03 一部の医師による献身的な努力による | 07 家族が在宅看取りを希望する例が多い |
| 04 行政からの要請による | 08 その他（ ） |

問31 （対応していない場合） その理由はなんですか。（当てはまるもの全てに○）

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 01 施設の方針であるから（急性期に特化等） | 05 地域住民からの要請がないため |
| 02 近隣の開業医等が積極的なため | 06 本人が在宅看取りを希望しない例が多い |
| 03 医師の負担が大きいから | 07 家族が在宅看取りを希望しない例が多い |
| 04 行政からの要請がないため | 08 その他（ ） |

■ 地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標

問32 地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標として考えられる以下の指標について、数値を把握することは可能ですか。可能な場合、平成24年度実績値をご記入ください。			
アウトカム指標	把握の有無	実績（平成24年度）	
		成果の有無	実績値
介護保険の新規認定者数の減少	01 把握している 02 把握可能だが未把握 03 把握不能・困難	01 成果があった 02 なかった	H23 () 人 H24 () 人
要介護高齢者数に占める軽度者の割合の低下	01 把握している 02 把握可能だが未把握 03 把握不能・困難	01 成果があった 02 なかった	H23 () % H24 () %
基本チェックリストの点数における維持・改善者数の増加	01 把握している 02 把握可能だが未把握 03 把握不能・困難	01 成果があった 02 なかった	H23 () % H24 () %
在宅看取り割合の増加 ※65歳以上死亡者数に占める在宅での死亡者数の割合	01 把握している 02 把握可能だが未把握 03 把握不能・困難	01 成果があった 02 なかった	H23 () % H24 () %
健診受診率の向上	01 把握している 02 把握可能だが未把握 03 把握不能・困難	01 成果があった 02 なかった	H23 () % H24 () %
医療費（国保）の減少	01 把握している 02 把握可能だが未把握 03 把握不能・困難	01 成果があった 02 なかった	H23 () % H24 () %
【貴施設が病院・有床診療所の場合】 65歳以上入院患者の在宅復帰率の向上	01 把握している 02 把握可能だが未把握 03 把握不能・困難	01 成果があった 02 なかった	H23 () % H24 () %
【貴施設が老人保健施設を併設している場合】 老人保健施設の在宅復帰率の向上	01 把握している 02 把握可能だが未把握 03 把握不能・困難	01 成果があった 02 なかった	H23 () % H24 () %

問33 地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標があるとしたら、どのようなものだと思いますか。プロセス指標・アウトプット指標・アウトカム指標それぞれについて、思いつくものをご記入下さい。	
<p>プロセス指標 ※取組を効果的・効率的に実施するための実施過程等に関する指標</p>	<p>※多職種連携のための組織の組成、特定の目的を有する地域のネットワークの存在、地域活動組織の把握、取組における住民参加の参画、等</p>
<p>アウトプット指標 ※取組成果の目標を達成するために必要となる事業の実施量に関する指標</p>	<p>※介護予防教室の実施件数、二次予防事業・健康づくり事業の実施件数、健康教室の開催件数、住民の自主的な健康づくり・介護予防活動の立ち上げ件数、地域ケア会議等の開催件数、等</p>
<p>アウトカム指標 ※取組の成果に関する指標</p>	<p>※介護保険の新規認定申請者数の減少、要介護高齢者数に占める軽度者の割合の低下、基本チェックリストの点数における維持・改善者数の増加、在宅看取り割合の増加、健診受診率の向上、医療費の減少、等</p>

<p>上記アウトカム指標に関連して、貴地域において地域包括医療・ケアの推進の結果、どのような成果がございましたか。可能な限り具体的な数字とともにご紹介下さい。</p> <p>※在宅看取りの数の増加が医療費の削減につながった：2000年●●円/人→2010年▲▲円/人、等</p>

～質問は以上です。ご協力ありがとうございました。～

平成25年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

過疎地域等における地域包括ケアシステムの構築に関する調査研究
事業報告書

平成26年3月

発行： 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 4F
TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499
ホームページURL <http://www.kokushinkyo.or.jp/>

印刷： 中和印刷株式会社

