

平成17年度  
老人保健健康増進等事業

**地域密着型のケアサービス推進のための  
地域ケア施設連携システムの構築事業  
報告書 概要版**

平成18年 3月

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会



---

## 目 次

---

1. 調査研究の背景と目的	1
(1) 調査の問題意識	1
(2) 調査の目的	2
2. 調査研究の全体像	4
(1) アンケート調査	4
(2) ヒアリング調査	5
3. 調査研究の実施体制	7
4. 調査結果の概要	8
(1) 地域において果たしている役割について	8
(2) 市町村合併の影響について	11
(3) 施設と他機関との連携の状況	14
(4) 地域包括ケアの推進について	16
(5) アンケート調査結果のまとめ	18
(6) 先進地域における地域連携包括ケア推進のための取組	20
5. 結果の考察	22
(1) 調査結果から得られた示唆	22
(2) これからの地域包括ケアシステムの課題	25

---



---

# 1. 調査研究の背景と目的

---

## (1) 調査の問題意識

### ①国保直診施設において取り組まれてきた“地域包括ケアシステム”

今回の介護保険制度改正の中で、「地域包括支援センター」や「地域密着型サービス」が創設されるように、“地域に密着して”“同じ視点で”各種サービスを提供するという考え方が、より一層重視されるようになった。

もっともこのようなコンセプトは、「地域において質の高いケアを継続して提供していくため、地域の医療機関やケア施設が連携して、専門性を生かしつつも、同じ視点でケアサービスを実施する」という形で、従来から国民健康保険直営診療施設（以下、国保直診施設）において取り組まれ、効果を上げてきたものである。

### ②市町村合併という外部環境の変化の影響

しかし、市町村合併という外部環境の変化が、国保直診施設の基盤となる環境を大きく変えようとしている。市町村合併という大きな変化に対応し、これまで国保直診施設が進めてきた地域包括ケアシステムを、今後どのようにして維持・発展させるのかを考え直し、再出発するための節目の時期を迎えている。

国保直診施設が進めてきた地域包括ケアシステムにおいては、保健と医療、福祉の各サービスが一体的に提供されてきたが、これまでは（市町村合併前の旧町村単位）、これらがハード面でも一体的に提供されてきたケースが多い。このように、これまで国保直診施設は、母体となる自治体内の医療と保健・福祉とを束ねてきたわけであるが、まず介護保険制度の導入により、小さな地域でも介護サービス事業所等との連携が必要となり、さらに市町村合併により、それまでの連携に変化が生じている。

### ③地域連携の新しい形の構築の必要性

このような市町村合併の影響で、カバーすべき範囲が、スモールエリアから拡大していくに当たっては、様々な課題がある。特にこれまでの、オール・イン・ワンでの提供だけでは広域化には対応できないため、どうしても他機関との連携が必要となり、保健・医療・福祉の各サービスの連携に関しても、新たに構築し直す必要性が生じている。

## (2) 調査の目的

### 目的① 地域包括ケアシステムの特徴を再整理する

国保直診施設が地域において果たしている役割には、いくつかの形態があると考えられる。既存の類似研究（国診協「新しいケアモデル確立のためのケアハウス、グループホーム、高齢者共同住宅等の位置づけとその利用実態に関する調査研究」平成17年3月）では、「ケア付き小規模居住系サービス」と医療機関との連携については、3つの形態に分類できるとしていることから、まず、これらの形態を仮説として後に述べるアンケート調査結果の分析ならびにヒアリングを実施した。

パートナー型医療機関	<p>事業所と協働して機動的に利用者に直接関わる</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◇地域ケアの最前線にあって、事業所の密接な協力医療機関として協働する。</li><li>◇事業所が包括できない医療・保健サービス等を提供し、利用者に直接関わる。</li><li>◇地域のニーズにあわせて、柔軟かつ機動的にサービスを提供する。</li></ul>
サポーター型医療機関	<p>利用者に関わる事業所・機関を緊急時に備え後方支援する</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◇パートナー型医療機関が主として日常的な医療サービスの提供を想定しているのに対して、緊急時、あるいは高度・専門的な医療を必要とする場合に備えて後方支援する。</li><li>◇高いマネジメント能力、経験豊富なスタッフ、充実した医療設備を必要とするような、地域の最前線では提供できない医療サービスを提供する。</li><li>◇事業所やパートナー型医療機関のニーズにあわせて、技術的な援助や職員に対する助言・指導を行う。</li></ul>
ネットワーク型包括ケア機関	<p>利用者・事業所・医療機関等の地域資源を相互につなぐ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◇事業所や地域の個々の医療機関がどのようなサービスを提供でき、あるいはどのようなサービスを提供できないのかを踏まえ、利用者が住みなれた地域でその人らしい生活が続けられることができるよう、医療だけでなく、保健・福祉（介護）等のケアサービスを相互につなぎ、必要なサービスを事業所・医療機関が連携して提供できるような体制づくりの調整役を努める。</li></ul>

## 目的② 市町村合併のインパクトを整理する

市町村合併は、単に診療圏域が広がったという問題だけではなく、地域包括ケアシステムの普及に当たって、潜在的に抱えていた課題を顕在化させる契機になったと捉えることができる。市町村合併をこのような視点で捉え、地域包括ケアシステムの維持・推進に当たって、市町村合併が及ぼしたインパクトを整理した。

## 目的③ 地域連携の現状と在り方を整理する（地域連携室等の機能等に着目）

一口に“連携”と言っても、その内容やイメージ等は様々である。しかし、地域包括ケアシステムの構築に当たり、関係機関が連携の必要性について共通の認識をもつことが必要となることから、まず、“連携”という概念に含まれる諸要素（“連携”の内容・範囲、手法、相手、コーディネーター役とその役割、等）を把握し、地域包括ケアシステムの構築において、不可欠な要素等を整理した。その際、地域連携を担当している部署等の役割・機能に着目した。

## 2. 調査研究の全体像

取り組みにあたっては「地域包括ケアシステム推進委員会」ならびに「同 作業部会」を設置し、アンケート調査票、ヒアリングシートといった実態調査に関する検討を行うとともに、市町村合併等の外部環境の変化が地域包括ケアシステムに及ぼす影響等に関する議論を行った。

実態調査としてはまず、全国の国保直診施設を対象としたアンケート調査を実施し、国保直診施設における地域連携の現状や市町村合併の影響を定量的に把握した。

さらに先進事例に対するヒアリングにより、現在のシステムに至った経緯、市町村合併や介護保険制度改正など新たに発生している課題等の有無と対応策、施設・地域内連携システムの効果等を把握した。

### (1) アンケート調査

#### 【調査の概要】

- 実施方法：郵送配布・郵送回収
- 実施期間：平成18年2月

#### 【調査の内容】

基本属性	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇施設の名称等               <ul style="list-style-type: none"> <li>施設名称    施設所在地    開設年月日</li> <li>開設主体    許可病床</li> </ul> </li> <li>◇所在市町村の概況               <ul style="list-style-type: none"> <li>総人口        高齢者人口    要支援・要介護認定者数</li> <li>診療圏人口   過疎地域等指定の有無</li> <li>所在市町村の介護保険事業計画策定への参画の有無</li> </ul> </li> </ul>
施設の機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇施設の役割               <ul style="list-style-type: none"> <li>診療圏域    地域包括ケアの実施状況</li> <li>地域の介護保険サービス事業所等との関係</li> </ul> </li> </ul>
市町村合併の影響	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇市町村合併による診療圏域の変化</li> <li>◇市町村合併による診療圏内での連携の状況の変化               <ul style="list-style-type: none"> <li>連携の状況の変化の有無</li> <li>具体的な変化の内容（良くなった場合・悪くなった場合）</li> <li>市町村合併が国保直診施設に与えた影響</li> </ul> </li> <li>◇市町村合併前後の地域包括ケアシステムの変化               <ul style="list-style-type: none"> <li>行政の理解・協力の变化</li> <li>他の医療機関の理解・協力の变化</li> <li>介護サービス事業所の理解・協力の变化</li> <li>地域包括ケアシステムの推進に必要な施設内の人材の数</li> <li>地域包括ケアシステムの推進に必要な地域内の機関等</li> </ul> </li> </ul>



他機関等との連携の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇施設に併設している保健福祉施設</li> <li>◇機能連携を図っている保健福祉施設</li> <li>◇医科と歯科との連携の状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>診療・ケアに関する連携の状況</li> <li>歯科医師会や地域の歯科診療所との連携の状況</li> </ul> </li> </ul>
国保直診施設が地域で果たしている役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇地域連携を専任で担当している部署等の有無</li> <li>◇地域連携に関して有している機能</li> <li>◇退院後の継続的なケアの状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>地域内の関連機関間における共通の理解の有無</li> <li>退院後の継続的なケアに関する具体的な方法</li> </ul> </li> </ul>
地域包括ケアの推進について	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇自らが中心となった地域包括ケアシステム推進の意向</li> <li>◇自らが中心となった地域包括ケアシステム推進の際の阻害要因</li> <li>◇先行事例において参考としたい項目</li> <li>◇地域包括ケアシステムの推進に当たって国保直診施設が果たすべき役割</li> </ul>

### 【回収の状況】

	送付数	回収数	回収率
診療所	591	263	44.5%
病院	360	190	52.8%
総計	951	453	47.6%

## (2) ヒアリング調査

### 【実施方法と対象】

- 病院長、地域連携の担当者。施設によっては、連携事業者にもヒアリングを依頼。

### 【実施期間】

平成18年3月

## 【ヒアリング項目】

施設・地域の概要	開設の経緯 地域における医療資源の状況 人口の変化 市町村合併の有無と形態 地域における貴施設の位置づけ 地域包括ケアシステムの特徴	
市町村合併の影響	市町村合併によって起こった変化	行政サイド 事業者サイド 国保直診サイド
他機関との連携	地域連携室・担当者の果たしている役割・機能 介護・保健等との連携	
地域ケアシステムの推進に当たって		

## 【ヒアリング対象施設】

個別ヒアリング	青森県	深浦町国保関診療所
	岐阜県	中津川市国保坂下病院
		中津川市国保蛭川診療所
	広島県	公立みつぎ総合病院
	島根県	浜田市国保弥栄診療所
		浜田市国保波佐診療所
鹿児島県	薩摩川内市下甕手打診療所	
グループヒアリング	秋田県	市立大森病院
	富山県	南砺市民病院
	愛知県	一宮市立木曾川市民病院
	香川県	三豊総合病院
	大分県	杵築市立山香病院
	宮崎県	美郷町国保西郷病院

### 3. 調査研究の実施体制

本事業の実施に際しては、以下の学識経験者、実践的立場の国診協役員等から構成される「地域包括ケアシステム推進委員会」を設置し、調査研究の企画、調査研究結果の分析と問題点、支援策の検討を行った。

#### 地域包括ケアシステム推進委員会・同作業部会委員一覧表

##### (委員会)

◎印：委員長、○印：作業部会長

◎岩	崎	榮	横浜市病院事業管理者・病院経営局長
前	沢	政次	北海道大学大学院医学研究科教授
松	田	鈴木	国際医療福祉大学客員教授
和	田	敏明	ルーテル学院大学教授
青	沼	孝徳	宮城県・涌谷町町民医療福祉センター長
阿	部	吉弘	山形県・小国町立病院長
大	宮	東生	神奈川県・大和市立病院長
大	山	正巳	愛知県・一宮市立木曾川市民病院長
奥	田	聖介	京都府・京丹後市立久美浜病院長
押	淵	徹	長崎県・国保平戸市民病院長
倉	知	圓	富山県・南砺市民病院長
坂	本	啓二	大分県・杵築市立山香病院長
高	見	徹	鳥取県・日南町国保日南病院長
高	山	哲夫	岐阜県・国保坂下病院長
向	井	憲重	広島県・公立みつぎ総合病院長
舩	井	真二	大分県・国東市民病院長

##### (作業部会)

○前	沢	政次	
和	田	敏明	
佐々	木	宏之	島根県・島根県環境保健公社医師
青	沼	孝徳	
押	淵	徹	
坂	本	啓二	
高	山	哲夫	
南		温	岐阜県・郡上市国保和良歯科総合センター長
竹	内	嘉伸	富山県・南砺市介護福祉支援センター社会福祉士
松	本	文枝	岐阜県・国保坂下病院訪問看護ステーション所長
山	脇	みつ子	滋賀県・公立甲賀病院訪問看護ステーション所長

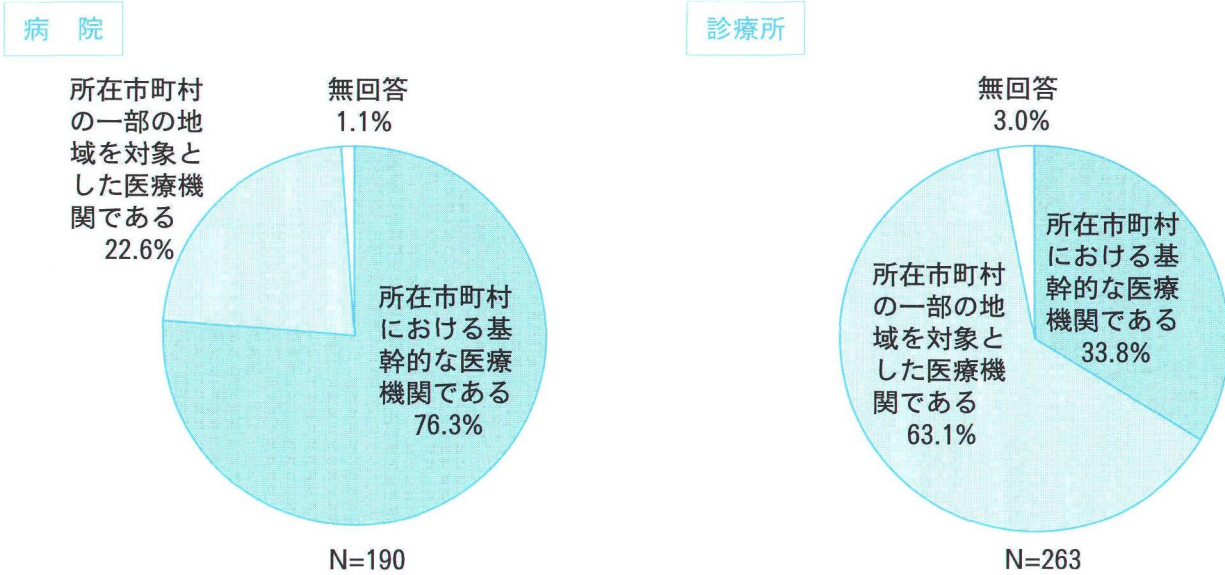
##### (事務局)

吉	村	衛	全国国民健康保険診療施設協議会常務理事・事務局長
鈴	木	智弘	全国国民健康保険診療施設協議会
植	村	靖則	みずほ情報総研株式会社 医療・福祉室 シニアコンサルタント
羽	田	圭子	みずほ情報総研株式会社 医療・福祉室 チーフコンサルタント

## 4. 調査結果の概要

### (1) 地域において果たしている役割について

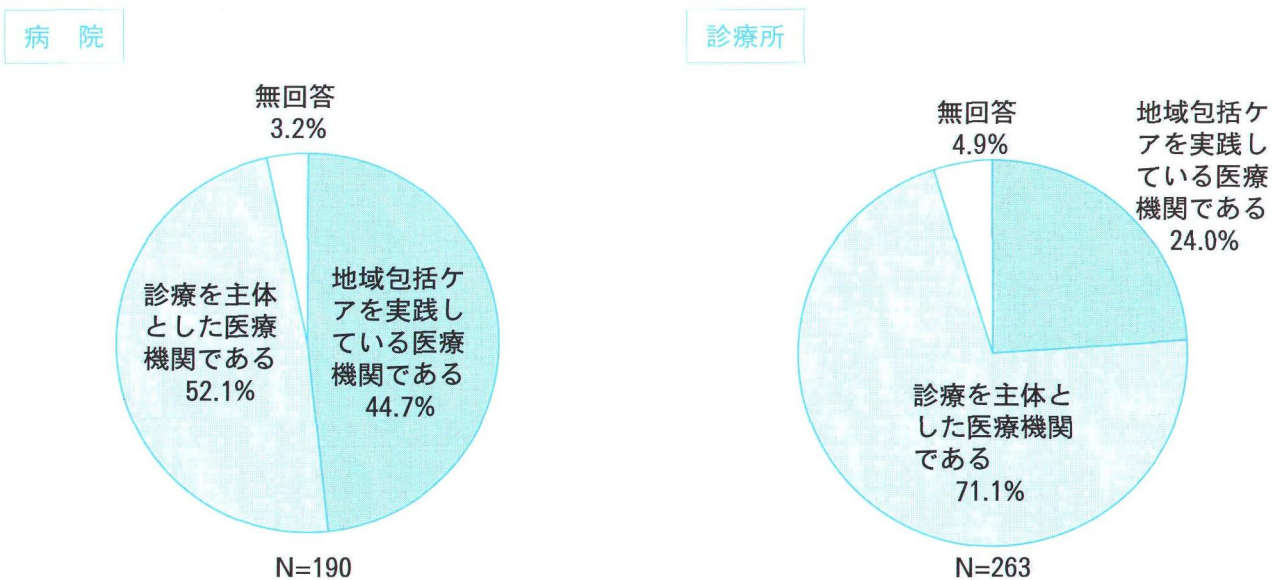
#### ① 診療圏域での役割



■ 地域において果たしている役割をみると、診療圏域での役割は病院で「所在市町村における基幹的な医療機関である」が76.3%、診療所で「所在市町村の一部の地域を対象とした医療機関である」が63.1%となっており、いずれも6割以上を占めている。

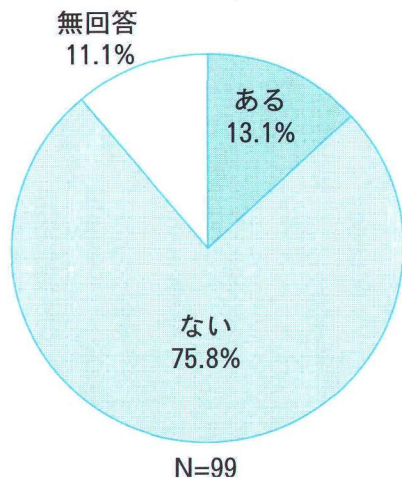
#### ② 地域包括ケアの実践

##### 【地域包括ケアの実践】

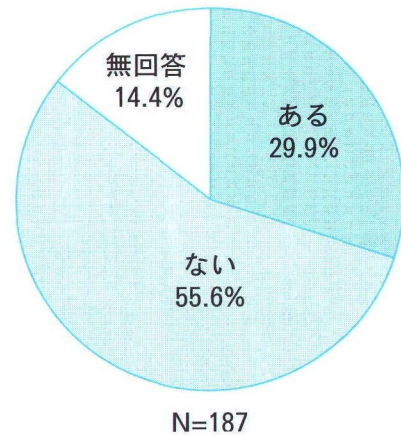


【所在市町村内で他に地域包括ケアを実践している医療機関の有無】

病 院



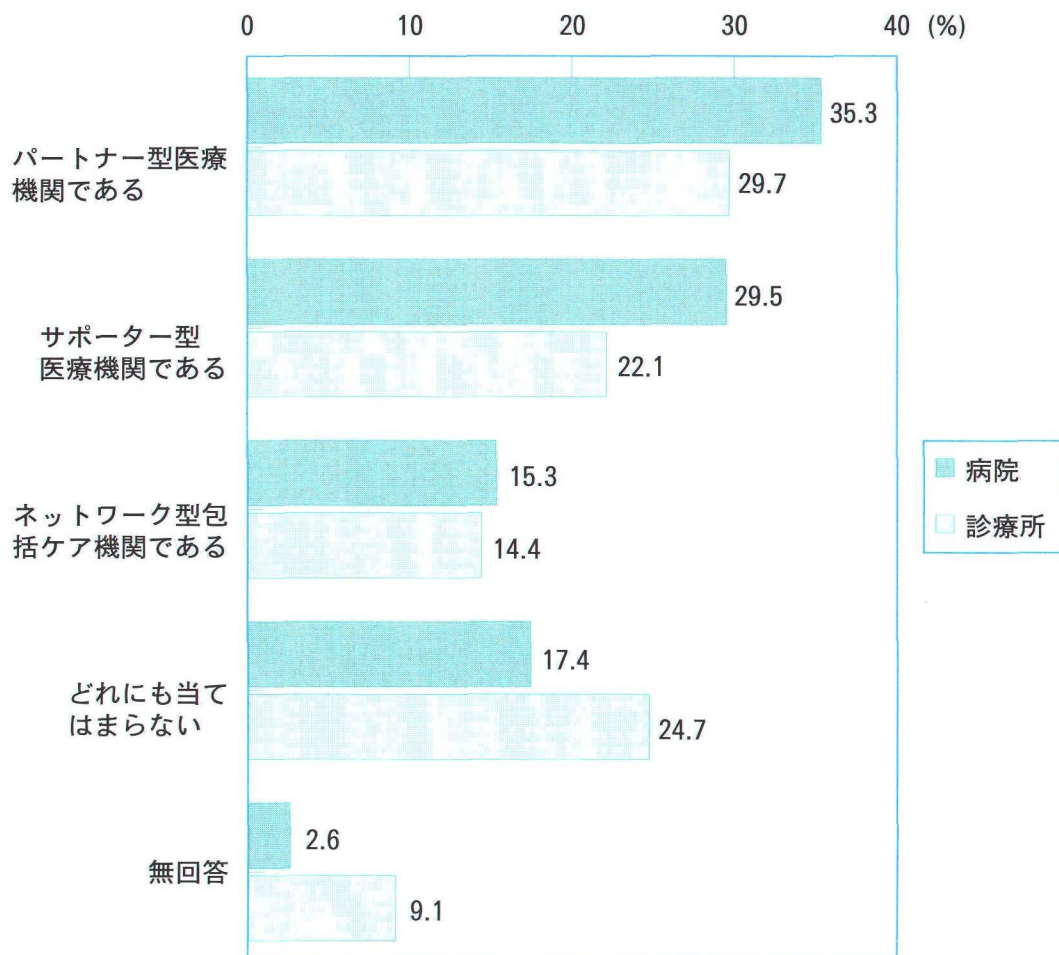
診 療 所



■地域包括ケアの実践については、「地域包括ケアを実践している医療機関である」が病院で44.7%、診療所で24.0%となっている。一方、「診療を主体とした医療機関である」と回答した施設は病院、診療所ともに半数以上であり、そのうち、「所在市町村内で他に地域包括ケアを実践している医療機関はない」と回答した施設が病院で75.8%、診療所で55.6%となっている。

### ③地域の介護保険サービス事業所との関係

N=190 (病院)  
N=263 (診療所)

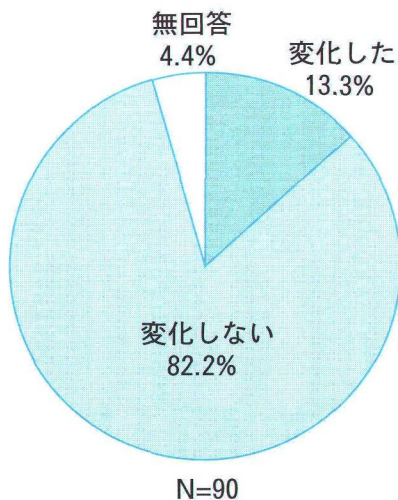


■地域の介護保険サービス事業所との関係では、病院、診療所ともに「パートナー型医療機関である」が最も多く（病院35.3%、診療所29.7%）、次いで病院では「サポーター型医療機関である」（29.5%）、診療所では「どれにも当てはまらない」（24.7%）となっている。

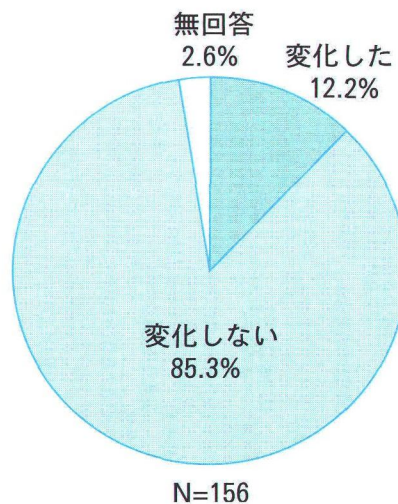
## (2) 市町村合併の影響について

### ①市町村合併による診療圏域の変化

病院



診療所

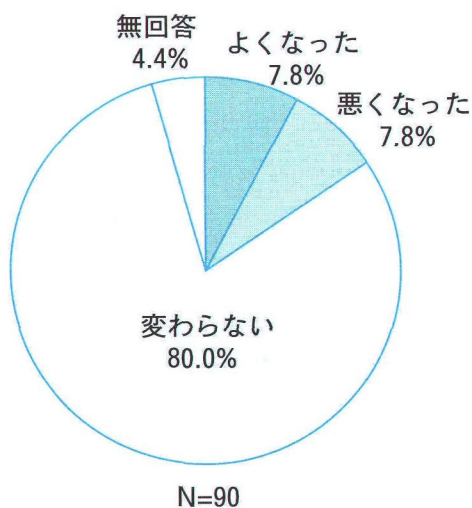


■市町村合併による診療圏域の変化については、病院、診療所ともに「変化しない」が8割以上（病院82.2%、診療所85.3%）を占めている。

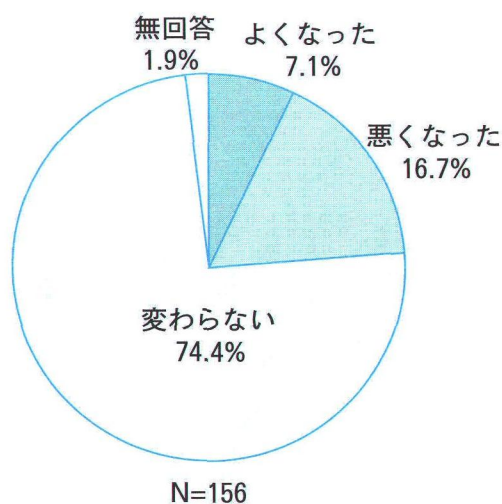
### ②市町村合併による診療圏域内での連携の状況変化

【診療圏域内での連携の状況変化】

病院



診療所



■市町村合併による診療圏域内での連携の状況変化については、病院、診療所ともに「変わらない」が7割以上（病院80.0%、診療所74.4%）と多数を占めている。また、「悪くなった」と回答した施設は病院では7.8%と少数であるのに対し、診療所では16.7%と2割弱を占めている。

③市町村合併が地域包括ケアシステムの構築に及ぼした影響

		市町村合併前			市町村合併後			
(1) 地域包括ケアシステムの必要性に関する行政の理解・協力		あった	なかった	無回答	ある	ない	無回答	変化の度合
	全体 (n=237)	52.7	27.8	19.4	35.9	42.6	21.5	-16.8
	病院 (n=84)	58.3	17.9	23.8	38.1	34.5	27.4	-20.2
	診療所 (n=153)	49.7	33.3	17.0	34.6	47.1	18.3	-15.1
(2) 地域包括ケアシステムの必要性に関する他の医療機関の理解・協力		あった	なかった	無回答	ある	ない	無回答	変化の度合
	全体 (n=237)	44.7	35.0	20.3	40.5	38.8	20.7	-4.2
	病院 (n=84)	50.0	27.4	22.6	42.9	32.1	25.0	-7.1
	診療所 (n=153)	41.8	39.2	19.0	39.2	42.5	18.3	-2.6
(3) 地域包括ケアシステムの必要性に関する介護サービス事業所等の理解・協力		あった	なかった	無回答	ある	ない	無回答	変化の度合
	全体 (n=237)	55.7	25.7	18.6	47.7	32.1	20.3	-8.0
	病院 (n=84)	61.9	16.7	21.4	51.2	25.0	23.8	-10.7
	診療所 (n=153)	52.3	30.7	17.0	45.8	35.9	18.3	-6.5
(4) 地域包括ケアシステムの推進に必要な施設内の人材の数		十分	不足	無回答	十分	不足	無回答	変化の度合
	全体 (n=237)	13.5	67.1	19.4	10.1	70.0	19.8	-3.4
	病院 (n=84)	11.9	66.7	21.4	9.5	70.2	20.2	-2.4
	診療所 (n=153)	14.4	67.3	18.3	10.5	69.9	19.6	-3.9
(5) 地域包括ケアシステムの推進の中心となる施設内の人材		いた	いなかった	無回答	いる	いない	無回答	変化の度合
	全体 (n=237)	31.2	48.9	19.8	27.8	52.3	19.8	-3.4
	病院 (n=84)	40.5	35.7	23.8	38.1	39.3	22.6	-2.4
	診療所 (n=153)	26.1	56.2	17.6	22.2	59.5	18.3	-3.9
(6) 地域包括ケアシステムの推進の中心となる地域内の機関・人材		あった/いた	なかった/いなかった	無回答	ある/ない	ない/いない	無回答	変化の度合
	全体 (n=237)	33.8	46.4	19.8	31.2	48.1	20.7	-2.6
	病院 (n=84)	36.9	40.5	22.6	34.5	41.7	23.8	-2.4
	診療所 (n=153)	32.0	49.7	18.3	29.4	51.6	19.0	-2.6



#### 【地域包括ケアシステムの必要性に関する行政の理解・協力】

- 病院では、合併前後で共通して「あった」（60.0%）、「ある」（38.9%）が最も多くなっているが、合併前に比べ合併後は21.1ポイント減少している。
- 診療所では、合併前は「あった」が最も多く50.0%と半数を占めているが、合併後は「ない」が46.8%と最も多くなっている。

#### 【地域包括ケアシステムの必要性に関する他の医療機関の理解・協力】

- 病院では、合併前後で共通して「あった」（50.0%）、「ある」（43.3%）が最も多くなっているが、合併前後で6.7ポイント減少している。
- 診療所では、合併前は「あった」が最も多く（42.3%）、合併後は「ない」が42.3%と最も多くなっている。

#### 【地域包括ケアシステムの必要性に関する介護サービス事業所等の理解・協力】

- 病院、診療所ともに、合併前後で共通して「あった」（病院62.2%、診療所52.6%）、「ある」（病院52.2%、診療所46.2%）が最も多くなっているが、いずれも割合は低くなっている。

#### 【地域包括ケアシステムの推進に必要な施設内の人材の数】

- 病院、診療所ともに、合併前後で共通して「不足（合併前）」（病院68.9%、診療所67.9%）、「不足（合併後）」（病院72.2%、診療所70.5%）が最も多くなっており、約7割を占めている。

#### 【地域包括ケアシステムの推進の中心となる施設内の人材】

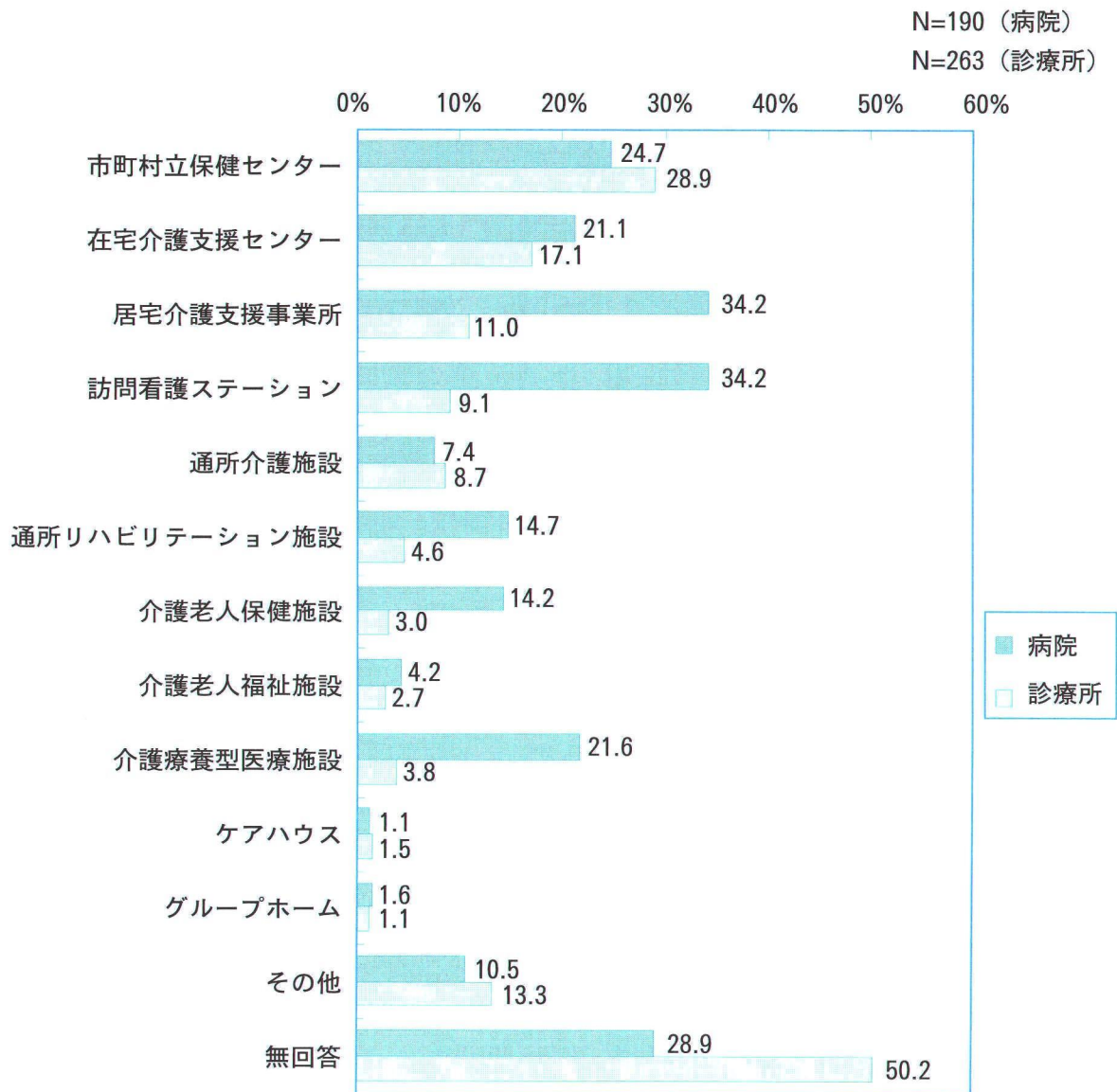
- 病院では、合併前で「いた」が43.3%と最も多くなっており、合併後では「いる」が42.2%と最も多くなっている。
- 診療所では、合併前後で共通して「いなかった」（57.1%）、「いない」（60.3%）が最も多くなっており、半数以上を占めている。

#### 【地域包括ケアシステム推進の中心となる地域内の機関・人材】

- 病院では、合併前で「あった／いた」が41.1%と最も多くなっており、合併後では「ない／いない」が41.1%と最も多くなっている。
- 診療所では、合併前後で共通して「なかった／いなかった」（50.6%）、「ない／いない」（52.6%）が最も多くなっており、半数以上を占めている。

### (3) 施設と他機関との連携の状況

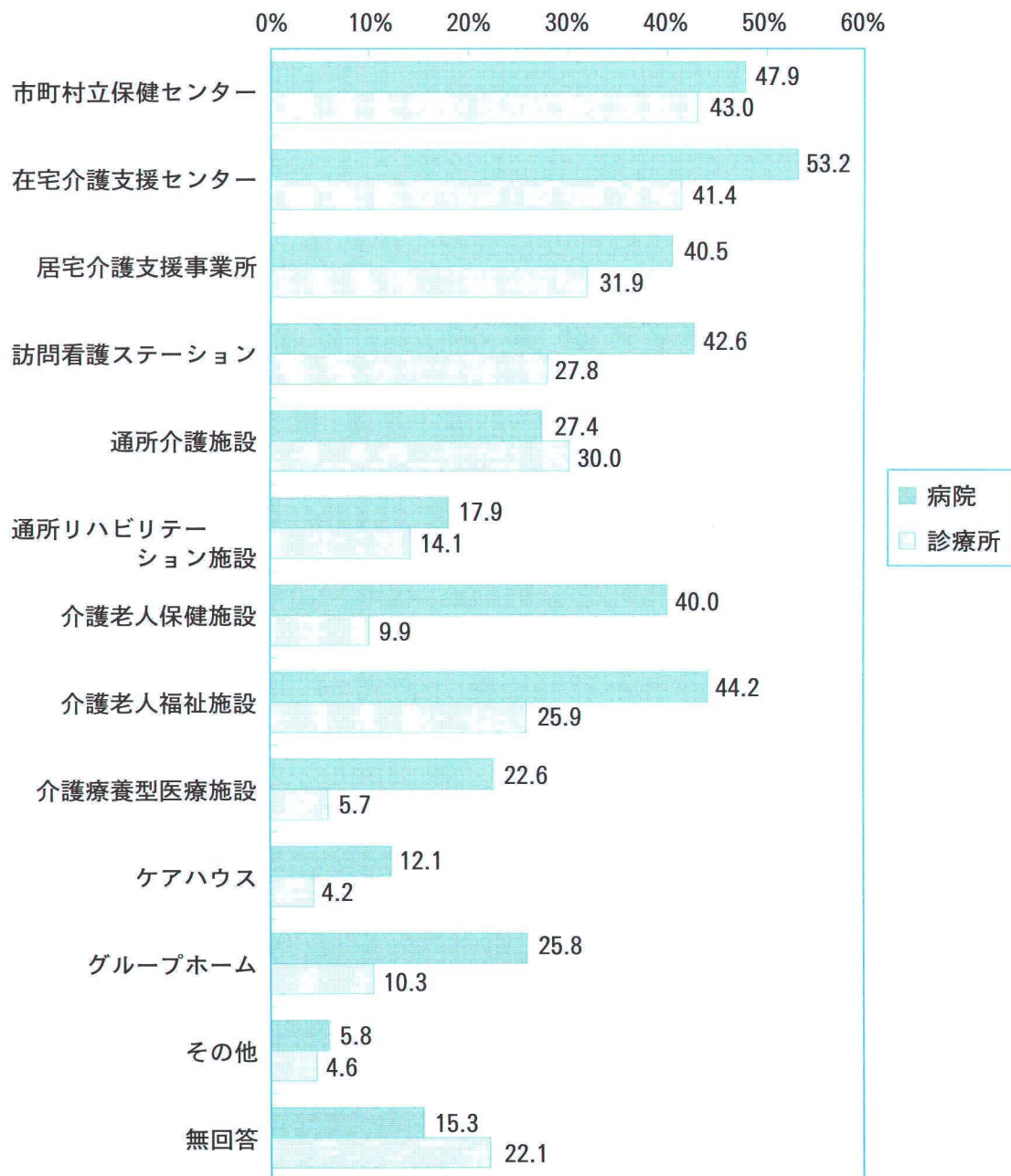
#### ① 併設している保健福祉施設



- 併設している保健福祉施設については、病院では「居宅介護支援事業所」、「訪問看護ステーション」が同じ割合（34.2%）であげられており、次いで「保健センター」（24.7%）となっている。
- また、診療所では「保健センター」（28.9%）が最も多く、次いで「在宅介護支援センター」（17.1%）となっている。

## ②機能連携を図っている保健福祉施設

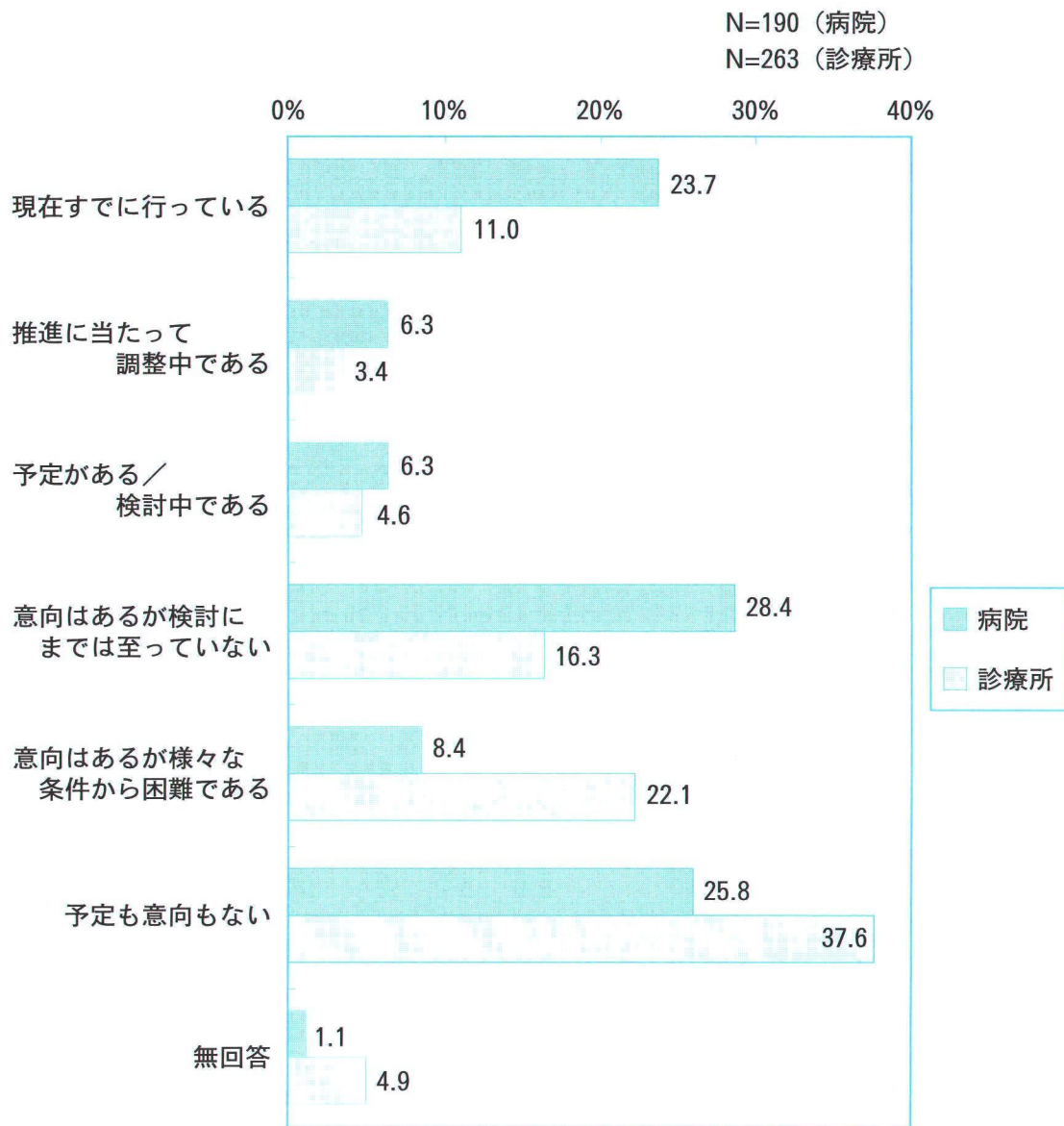
N=190 (病院)  
N=263 (診療所)



■機能連携を図っている保健福祉施設については、病院では「在宅介護支援センター」(53.2%)が最も多く、次いで「市町村立保健センター」(47.9%)となっている。診療所も病院と同様に、「市町村立保健センター」(43.0%)、「在宅介護支援センター」(41.4%)が多くあげられている。

#### (4) 地域包括ケアの推進について

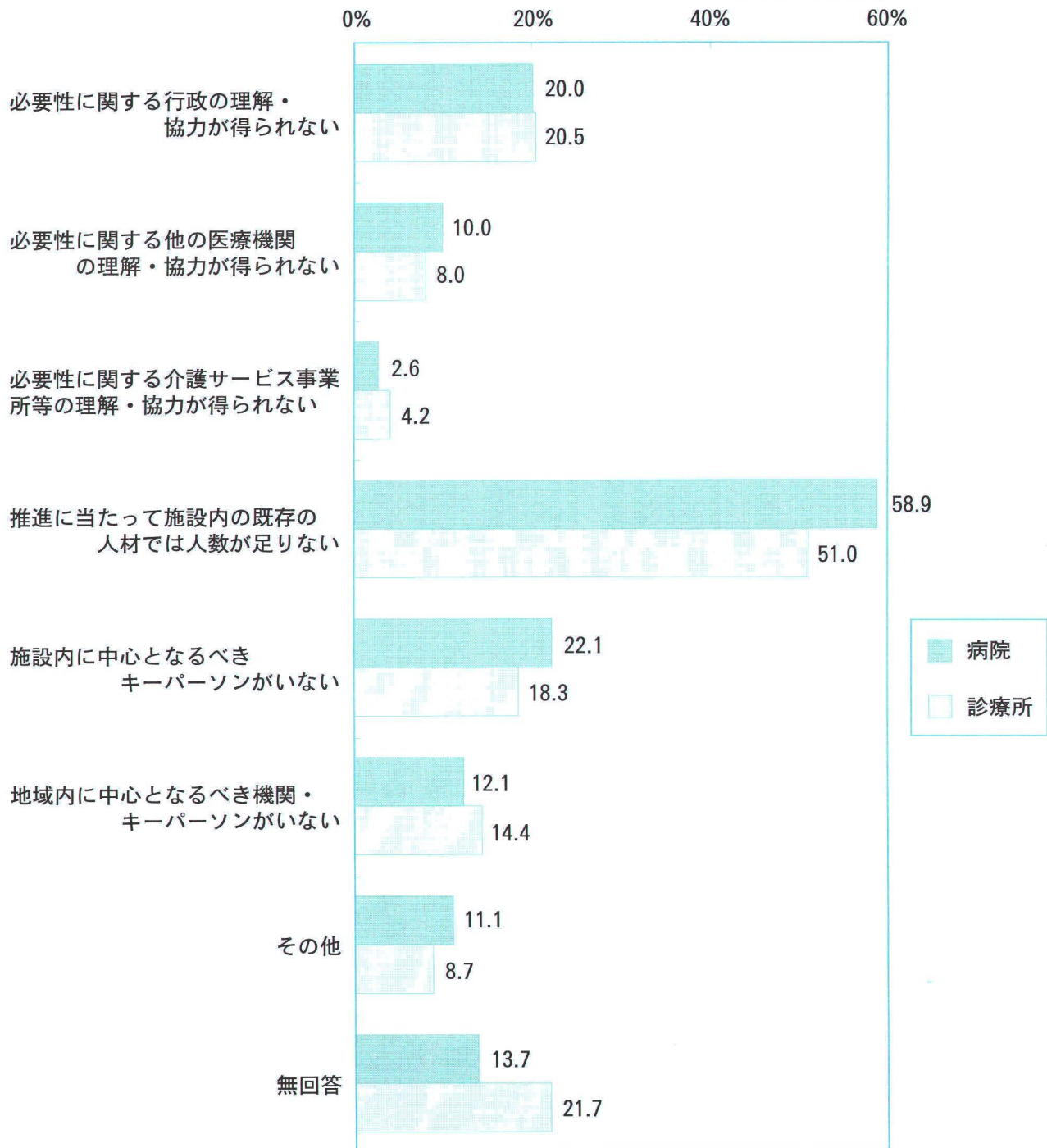
##### ①中心となって地域包括ケアシステムを推進する予定・意向



- 中心となって地域包括ケアシステムを推進する予定・意向については、病院では「意向はあるが検討にまでは至っていない」が最も多く（28.4%）、次いで「予定も意向もない」（25.8%）となっている。
- 診療所では「予定も意向もない」が最も多いが（37.6%）、これ以外では「意向はあるが様々な条件から困難である」（22.1%）となっている。

②中心となって地域包括ケアシステムを推進する際の阻害要因

N=190 (病院)  
N=263 (診療所)



■ 中心となって地域包括ケアシステムを推進する際の阻害要因については、病院、診療所ともに「推進に当たって施設内の既存の人材では人数が足りない」が最も多く（病院58.9%、診療所51.0%）、次いで病院では「施設内に中心となるべきキーパーソンがない」（22.1%）、診療所では「必要性に関する行政の理解・協力が得られない」（20.5%）となっている。

## (5) アンケート調査結果のまとめ

### ①地域包括ケアシステムの特徴

#### 【国保直診施設がこれまで取り組んできた地域包括ケアシステムの特徴】

国保直診施設がこれまで取り組んできた地域包括ケアシステムは、「包括的総合的な医療を基本に、健康づくりや介護を含めたサービスとして提供する」仕組であるが、その多くは、自施設に併設している保健福祉施設もしくは市町村立の保健センター等との連携において行われてきた。

今回の調査で、地域包括ケアを実践している国保直診施設は、病院では44.7%、診療所では24.0%であった。

また、国保直診施設が地域包括ケアを実施していない地域のうち「他に地域包括ケアを実施している医療機関はない」とする地域が半数以上を占めていることから（病院：75.8%、診療所：55.6%）、地域包括ケアは国保直診施設において積極的に進められてきた仕組と言えよう。

#### 【地域包括ケアシステム普及に当たっての課題】

国保直診施設が取り組んできた地域包括ケアシステムには様々な特徴があるにも関わらず、それが広く普及しているわけではない。地域包括ケアの推進に関して「予定も意向もない」施設も、病院では25.8%、診療所では37.6%存在している。

地域包括ケアシステム推進に当たっての阻害要因としては、人材に関する課題（「推進に当たって施設内の既存の人材では人数が足りない」「施設内に中心となるべきキーパーソンがいない」「地域内に中心となるべき機関・キーパーソンがいない」）と、「必要性に関する行政の理解・協力が得られない」が多く挙げられている。特に「必要性に関する行政の理解・協力が得られない」という要因に関しては、市町村合併の有無による差が大きく、次に述べる市町村合併による行政のスタンスが大きく影響していると考えられる。

		調査数	必要性に関する行政の理解・協力が得られない	必要性に関するほかの医療機関の理解・協力が得られない	必要性に関する介護サービス事業所等の理解・協力が得られない	推進に当たって施設内の既存の人材では人数が足りない	施設内に中心となるべきキーパーソンがいない	施設内に中心となるべき機関・キーパーソンがいない	その他	無回答
病院	市町村合併あり	90 100.0	26 28.9	9 10.0	1 1.1	54 60.0	20 22.2	13 14.4	7 7.8	12 13.3
	市町村合併なし	100 100.0	12 12.0	10 10.0	4 4.0	58 58.0	22 22.0	10 10.0	14 14.0	14 14.0
診療所	市町村合併あり	156 100.0	36 23.1	14 9.0	10 6.4	76 48.7	32 20.5	28 17.9	15 9.6	27 17.3
	市町村合併なし	106 100.0	17 16.0	7 6.6	1 0.9	58 54.7	16 15.1	10 9.4	8 7.5	30 28.3

## ②市町村合併のインパクト

### 【市町村合併による診療圏域の変化】

市町村合併によって診療圏域が変化したケースは1割強に過ぎないが、診療圏域内での連携について「悪くなった」とする病院は7.8%に留まっている一方、診療所では16.7%と、倍近くの割合となっている。

### 【市町村合併が地域包括ケアシステムの推進に及ぼした影響】

しかし、市町村合併が地域包括ケアシステムの構築に及ぼした影響をみると、市町村合併前は病院のうち58.3%が、地域包括ケアシステムの必要性について「行政の理解が得られていた」が、市町村合併後はその割合は38.1%にまで低下している。これに代表されるように、影響の度合の差はあるものの、市町村合併は地域包括ケアシステムの構築にマイナスの影響を及ぼしている。

市町村合併により行政の理解・協力が得られなくなったという点に関しては、具体的には、

「合併後は赤字ばかりが指摘されるようになり予算面・人員面でも十分に確保できなくなりつつある」

「地域包括ケアにたずさわる人員が、縦割りの各部課に分かれてしまったので、地域としてまとまった事業ができなくなった」

「決定権が地域から離れた中央地区の庁舎に移ったため、現場での判断が生かされなくなった。行政トップとの距離が遠くなった。」

「地域包括ケアの無い他地域との平等性を考慮すると、現在の地域包括ケア機能を維持することは困難な（新自治体住民の理解を得にくい）状況となった。」

等の指摘がなされている。

## ③地域内の連携の状況

国保直診施設が地域連携に関して有している機能の上位は、病院、診療所ともに「他の医療機関や施設への患者の紹介」「他の医療機関や施設からの紹介患者の受入」「医療・介護・福祉サービス等に関する相談」となっている。

また、退院後の継続的なケアに関しては、病院では76.9%が、診療所では65.9%が、地域内の保健・医療・福祉サービスの提供機関内で「共通の理解が得られている」としている。

さらに退院後の継続的なケアの具体的な方法としては、病院、診療所ともに「他機関が中心となっている定期的なケア会議への出席」が最も多く、「施設が中心となっている定期的なケア会議の開催」は病院でも24.0%にとどまっている。

## (6) 先進地域における地域連携包括ケア推進のための取組

### ① 対外的な窓口の機能強化

地域包括ケア推進の取組の一つは、対外的な窓口の一本化等による、地域における医療機関としての役割の明確化である。

#### ～ヒアリングから～

- これまで病院において対外的な窓口は、それぞれの現場で有していた。
- しかし、地域包括ケアを推進していくに当たっては、地域連携のパスを構築することが必要であり、またそのためには責任をもって地域連携に当たる部署が必要という考えのもと、マンパワーも集約することとした。
- これまでも地域の介護サービス事業者等とは、定期的な勉強会やケア会議を通じて意識の共有化を図ってきたが、地域包括ケアをより一層推進するため、また医療に関する相談相手としての機能を十分に果たすため、病院のシステムとして一つの部署に集約することとした。

#### ～ヒアリングから～

- 地域包括医療連携（ケア）室に、元看護師長である室長とソーシャルワーカー（ケアマネジャー、精神保健福祉士の2人）、事務職1人を配置し、毎週1回、連携のためのミーティングを開催している。
- 連携室と在宅部門が定期的に会議をもち、退院が近くなると対応を話し合う。医療的ケアが必要なときは退院前に医師とも話し合う。
- 地元のサービスで生活を組み立てるために、入院時と退院時にケアマネジメントをしている。なお、地域包括医療連携（ケア）室は、退院患者すべてのケースに関わることとなっている。

### ② 福祉・介護サービス提供機関との連携

また、地域のケアのレベルを上げるために、特定の患者のケースに限らず、福祉・介護サービスの提供機関に対して医療的ケアに関する適切なアドバイスをする等、共通の理解を深めていくための取組も進められている。



～ヒアリングから～

- 地域のケアのレベルを上げることを目的として、合併前から当院が地域内の介護サービス事業所等に声かけをして、定期的な勉強会を実施している。
- それまでは、医療側、福祉（介護）側双方に、お互いに対する不満等もあったが、そのような問題も含めて、話し合いの場、勉強の場を設けた。
- 年間3回の勉強会と1回の研究発表会ではあるが、それぞれの業務を勘案すると、この程度が精一杯である。しかし、それぞれの問題意識や情報の共有化は図られるようになっている。
- また、消防（救急）にも声をかけて参加してもらうようにしている。

③地域住民の健康づくり活動への支援

さらに、地域住民の健康づくり活動支援への取組も、先進地域の特徴として挙げられる。

～ヒアリングから～

- "サロン事業"を展開して、「とじこもらない生活」を目指している。
- この事業では、要請があれば保健師は必ず行くようにしている。保健師は血圧測定、ゲームの盛り上げ役などに徹し、呼んでもらって行く形をとっている。公民館13箇所ボランティアなど地域住民により自主運営されており、行政は補助金を出している。
- この他にも、地域の老人グループに働きかけ、機械を使わない転倒予防教室を行ったりしている。
- 病院にはいろいろな専門スタッフがいることから、それらのもつ技術やノウハウを地域の中に持っていくことは、寝たきり・介護予防にはとても有効である。
- 確かに病院スタッフも忙しいが、各スタッフが地域包括ケアの意義、病院のミッションを共有化しているため、各人が少しの時間なら提供してもらえる。

## 5. 結果の考察

### (1) 調査結果から得られた示唆

調査結果を、市町村合併前後で比べ、どのような項目が悪化しているのかをみると、市町村合併前は58.3%の病院が、地域包括ケアシステムの必要性について「行政の理解が得られていた」が、市町村合併後はその割合は38.1%にまで低下している。これに代表されるように、影響の度合の差はあるものの、市町村合併は地域包括ケアシステムの構築にマイナスの影響を及ぼしている。

国保直診施設が推進してきた地域包括ケアの大きな特徴の一つに、保健活動への取組が挙げられる。この保健活動への取組が「包括的総合的な医療を基本に、健康づくりや介護を含めたサービスとして提供する」ことを可能とし、下記のような成果を挙げてきた。

#### 地域包括ケアシステムの成果

- 寝たきりの減少
- 総合窓口の実現 →保健・医療・福祉の連携・統合
- ケアミックス ↗  
→ 総合的・一体的サービスの提供
- 24時間ケア
- 医療費伸び率の鈍化
- 経済効果
- 町の活性化 → 過疎化に歯止め
- 老後安心して住めるまちづくり → 住民のQOL
- 介護保険制度との一体化

(資料) 第3回新しい医療計画の作成に向けた都道府県と国との懇談会資料  
(平成17年11月17日) (参考3：地域包括ケアシステムの成果 広島県  
作成)

また特に診療所においては、市町村合併前は当該自治体内の医療の中心となってきたにもかかわらず、合併後には市町村合併により自治体内での位置づけが大きく変化し、それまでの取組を維持することが困難になっているケースも見受けられる。これは、合併後の自治体における、医療資源の状況や医療に対する考え方の変化が影響している。具体的には、市町村長の交代や包括医療に対する理解の乏しさ、縦割り行政への逆行、人材の拡散などが阻害要因となりやすい。

特に市町村合併により行政の考え方が変化した地域においては、従来の取組を維持・推進することが非常に困難になっている。同時に、自治体内での他の医療機関との意識の共有化も図られにくくなっている。

このような状況は、これまで先進的な取組を進めてきた地域においても同様で、合併前の自治体エリアでの取組はかろうじて維持できているもののそれが新市全域には普及していない、もしくは旧自治体エリアでの取組さえ維持しにくくなっている地域もある。その多くが、行政のスタンスの変化が影響している。

しかしそのような“逆風”の中でも、様々な阻害要因を克服するための取組も進みつつある。その一つが、地域包括ケアシステムの中心機関として、地域全体のマネジメント機能、コンダクターとしての役割を目指すことである。つまり、目標を立てて、最適な形で実現させていくための方法を考え、実行していく役割・機能である。地域包括ケアシステムの理解・協力が十分でない行政へのアプローチはもちろんのこと、他機関へのアプローチ、さらにシステムを円滑に運営していくための人材育成も求められる。その意味では、本調査の仮説として設けた3つの類型のうち、「ネットワーク型包括ケア機関」となっていくことが必要とされているのではないかと。

また、これまでの先進的な取組の成功要因を考えると、地域包括ケアは、比較的小さな単位（地域）において機能してきたと考えられる。したがって、広域化に対応した地域包括ケアシステムの構築に当たっては、これまでの取組を他地域に広める、という視点も必要であろう。

#### ～ヒアリングから～

- ・市内全域で地域包括ケアを進めていくに当たっては、市内をいくつかの地域に分け（介護保険上の日常生活圏域が適当か）、それぞれの地域において、核となる拠点を確保することが必要である。
- ・核となる拠点数のない地域に対しては、国保直診施設が人的支援も含めてバックアップしていくことも必要である。
- ・また、必ずしも医療が中心になる必要はないが、地域のケアを考えた場合に、医療は重要な一員でなければならない。

#### ～ヒアリングから～

- ・地域包括ケアシステムの構築に当たっては、縦割り行政の壁が大きい。市町村合併により設置目的の違う医療機関が同一自治体に存在することとなるが、全体を統括するポジションをつくる必要がある。

さらに、行政や住民代表でもある議員へのアプローチも重要である。国保直診施設がこれまで取り組んできた地域包括ケアの必要性・重要性とその効果を理解してもらい、十分な協力を仰ぐことが必要である。

そして、これらを実現させるためには、何よりも住民からの支持が必要不可欠である。行政からの理解・協力を得るためにも、また他の機関との連携を図るためにも、国保直診施設の取組が住民から信頼され、支持されていることが必要であり、そのための取組も求められる。

#### ～ヒアリングから～

- これからの高齢社会においては、予防から始まる一連のケアを一体として提供していくことが必要である。それには、国保直診施設だけが取り組むのではなく、地域住民とともに行っていくことが必要である。
- 医師会はもちろんのこと、住民にも参加してもらい、地域ぐるみで考えていくことが必要である。そのためには、勉強会から始めてそれを発展させることことや、今回の介護保険制度改正で創設された地域支援事業を住民参加型で運営できるよう、バックアップすることとも必要である。

#### ～ヒアリングから～

- 健康日本21計画に基づいた健康づくりを実践している。国の9領域に介護予防（食生活、運動）と感染症予防の2領域を追加し、11領域で展開している。
- 具体的な方法の一つは、公民館で実施している住民参加型のサロン事業である。サロン事業では、要請があれば保健師は必ず行くようにしているが、あくまで血圧測定やゲームの盛り上げ役などに徹しており、運営はボランティアなど地域住民の自主性に任せている。
- 行政の持つ技術、ノウハウは限られているが、病院にはいろいろな専門スタッフがいる。病院の持つ技術、ノウハウを地域の中に持っていくことが、寝たきり・介護予防にはとても有効である。確かに通常業務も忙しいが、皆が少しずつの時間を提供することで大きな効果が得られるし、そのことは病院のミッションとして職員間で共有化されている。
- これら全ては、病院スタッフ、行政、住民が関わって長年、取り組んできたことが結びついている。

## (2) これからの地域包括ケアシステムの課題

さらに、地域連携が効果的に機能するためには、患者（利用者）を中心においた場合、具体的には、二つの機能が必要と考えられる。一つは「次の機関へ円滑に引継ぐ」ことであり、もう一つは「複数の機関が情報を共有しながら同じ視点・意識でサービスを提供する（総合的なケア）」ことである。これらを実現させるためには、地域連携のパスを構築し、関係機関が役割分担をしながらも、同じ視点・意識で運用することが必要である。

このように標準的な地域連携パス（急性期から慢性期に至る医療機関の連携パスを地域まで延長し、保健・福祉のサービスを連動させるもの）を構築することが、地域包括ケアシステムを普及させるために必要なことであり、多くの医療機関で取り組んでいる退院支援のみならず、退院後のフォローについても、他機関と連携を取りながら進めていけるようにすることが必要である。

また、今回の介護保険改正において創設される地域包括支援センターには、多様な職種が配置され、介護予防に取り組むこととなるが、これはこれまで国保直診施設が特に保健センター等において取り組んできたものである。単に医療機関間の連携だけでなく介護施設や介護サービスとの連携、さらに病気にならない健康づくりや悪化予防のための健康づくりが連動しなければならないものであり、まさに地域包括ケアシステムそのものといえることができる。したがって、そのためのノウハウを最も有している国保直診施設が、今後、どのように地域包括ケアシステムを再構築していくかが期待されている。

その意味でも、今後の国保直診施設の取組の重要性は大きく、早期に上記のような地域連携パスを構築することが必要である。さらにその過程では、地域（地域住民、介護施設、介護サービス等）からの信頼感を得ることが必要不可欠である。

**地域密着型のケアサービス推進のための地域ケア施設  
連携システムの構築事業報告書 概要版**

平成18年3月発行

発行 **社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会**

〒100-0014 東京都千代田区永田町一丁目11番35号

TEL: 03-3597-9980 FAX: 03-3597-9986

H-page: <http://www.kokushinkyo.or.jp>

E-mail: [office@kokushinkyo.or.jp](mailto:office@kokushinkyo.or.jp)

印刷 株式会社 白峰社

TEL: 03-3983-2312 FAX: 03-3983-2307

〒170-0013 東京都豊島区東池袋5-49-6

この事業は、平成17年度老人保健健康増進等事業助成により行ったものです。



