

離島・中山間地域における「地域医療構想」
の実現と、それと連動する「地域包括ケア」の
継続・深化による「まちづくり」に向けた調査研究事業

報 告 書

令和3年3月

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

【 目 次 】

事業結果概要

第1章 調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的	1
2. 調査研究の全体像	3
3. 実施体制	5

第2章 医療提供体制等の継続及び地域包括ケアに関する実態調査 (アンケート調査)

1. アンケート調査実施概要	7
2. 調査結果(国保直診調査)	9
3. 調査結果(自治体調査)	86

第3章 先進的取り組み地域に対するヒアリング調査

1. 新潟県阿賀野市・あがの市民病院	115
2. 高知県高岡郡梶原町・国保梶原病院	124
3. 岐阜県郡上市・県北西部地域医療センター	132
4. 愛知県北設楽郡東栄町・東栄医療センター	144
5. 広島県庄原市・庄原市立西城市民病院	155
6. 茨城県筑西市・茨城県西部メディカルセンター	164

第4章 考察

1. アンケート調査結果から見える現状と課題	173
2. ヒアリング調査結果から見える現状と課題	184
3. まとめ	188

資料編

離島・中山間地域における「地域医療構想」の実現と、それと連動する「地域包括ケア」の継続・深化による「まちづくり」に向けた調査研究事業（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
離島・中山間地域における「地域医療構想」の実現と、それと連動する「地域包括ケア」の継続・深化
による「まちづくり」に向けた調査研究委員会

1. 事業目的

(1) 背景

国保診療施設（以下「国保直診」という。）は、地域住民が住み慣れた地域でその人らしい日常生活を継続し、必要な医療と介護を安心して受けられる「地域包括ケア」を支える施設としてその役割を果たしていく必要があるものの、その立地する地域は離島あるいは中山間地域といった過疎地域が多く、少子高齢化・人口減少が最も進んでいる地域であり、こうした社会背景の変化の中でどのように地域包括ケアを継続・深化させていくかは大きな課題である。

また、「地域医療構想」の推進を図るため、ダウンサイジングや機能連携・分化を含む再編統合を検討する病院として公表された医療機関のうちの5割弱が当会会員施設であり、今後の在り方を喫緊の課題として検討する必要がある。

更に、令和元年度老人保健健康増進等事業として当会が実施した調査研究で離島・中山間地域での介護サービス提供確保のためには医療の下支えが重要であることが明らかとなっており、地域医療構想実現のための地域包括ケアシステムの重要構成要素である医療提供体制の変化は、市町村の地域包括ケア体制へ影響し、医療提供体制の変化と連動させながらその地域の地域包括ケアを継続・深化させていくために、住民も交えた議論も含め取り組み方を明らかにする必要がある。

これらの課題に対して、少子高齢化・人口減少という社会的変化、これに伴う医療供給体制の検討、更にこれと連動した地域包括ケアシステムの構築において、住民の理解・協力も得ながら、住民・行政・医療者が三位一体となって取り組んでいけることができるよう取り組みの上での課題が明らかになり、その対応の在り方が整理・提示されることが求められる。

(2) 目的

「地域包括ケア」の継続・深化の在り方を検討し、その地域の状況に応じた「まちづくり」の実現及び住民参加も含め地域がどのように取り組んでいけばよいかを明らかにするため、こうした課題に対する取り組み事例の収集・整理を行い、今後様々な国保直診及び自治体が検討・取り組みを進める際の課題、その対応の在り方を提示することを目的とする。

2. 事業概要

(1) 医療提供体制等の継続及び地域包括ケアに関する実態調査

(アンケート調査)

【調査目的】「地域包括ケア」の継続・深化の在り方を検討し、その地域の状況に応じた「まちづくり」の実現及び住民参加も含め地域がどのように取り組んでいけばよいかを明らかにするため、国保直診向け及び自治体向けのアンケート調査を実施した。

【調査方法】全国国民健康保険診療施設協議会のホームページより調査票を配布、Eメールにより回収（一部については郵送発送・郵送回収）

【調査期間】令和2年12月～令和3年1月

【調査内容】(国保直診向け調査)

○施設の概況

○「再編統合」の状況とその影響、地域包括ケアへの取り組みの現状、自治体が果たすべき役割、国保直診が果たすべき役割、地域住民の理解・協力

○「再編統合」に伴う地域包括ケアシステム構築への取り組み、将来に向けた再編統合に関する考え方、管理者の承継、医師及び医師以外の職員の確保及び育成

(自治体向け調査)

○自治体の概況

○地域包括ケアへの取り組みの現状、自治体が果たすべき役割、国保直診が果たすべき役割、地域住民の理解・協力

○医療提供体制の変化の状況、自治体内の医療機関への影響、医療機関の管理者の承継に向けた取り組み、医師及び医師以外の医療機関の職員の確保及び育成に向けた取り組み

(2) 先進的取り組み地域に対するヒアリング調査

【調査目的】先進地域での地域包括ケアへの取り組みの現状及び工夫、「再編統合」の状況と地域包括ケアシステムへの影響等を明らかにするため、ヒアリング調査を実施した。ヒアリング先の選定にあたっては、前述のアンケート調査結果及び本研究事業の委員会等での検討結果等を参考に抽出した6つの国保直診及び当該国保直診が所在する自治体を対象とした。

【調査対象】新潟県阿賀野市・あがの市民病院、高知県高岡郡梶原町・国保梶原病院、岐阜県郡上市・県北西部地域医療センター、愛知県北設楽郡東栄町・東栄医療センター、広島県庄原市・庄原市立西城市民病院、茨城県筑西市・茨城県西部メディカルセンター

【調査方法】Zoomによるオンライン開催

【調査期間】令和3年2月～3月

【調査内容】○地域包括ケアへの取り組みの具体的内容と工夫

○「再編統合」の状況とその影響の詳細

○「再編統合」に伴う地域包括ケアシステム構築への取り組みの具体的

内容と工夫

- 管理者の承継、医師及び医師以外の職員の確保及び育成への取り組みの具体的内容と工夫

3. 調査研究の過程

(1) 調査研究委員会の実施

第1回調査研究委員会	令和2年9月15日
第2回調査研究委員会	令和2年11月20日
第3回調査研究委員会	令和3年1月22日
第4回調査研究委員会	令和3年2月19日
第5回調査研究委員会	令和3年3月15日

(2) 作業部会の実施

第1回作業部会	令和2年10月9日
第2回作業部会	令和2年11月13日
第3回作業部会	令和3年1月20日
第4回作業部会	令和3年3月8日

(3) 先進的取り組み地域に対するヒアリング調査

新潟県阿賀野市・あがの市民病院	令和3年2月4日
高知県高岡郡梶原町・国保梶原病院	令和3年2月10日
岐阜県郡上市・県北西部地域医療センター	令和3年2月12日
愛知県北設楽郡東栄町・東栄医療センター	令和3年2月12日
広島県庄原市・庄原市立西城市民病院	令和3年2月18日
茨城県筑西市・茨城県西部メディカルセンター	令和3年3月5日

4. 事業結果

(1) 結果

- 1) 医療提供体制等の継続及び地域包括ケアに関する実態調査（アンケート調査）

- 調査対象：①国保直診調査：全国の国保直診805施設
②自治体調査：国保直診設置自治体521市町村

○回収状況

調査対象	対象数	回収数	回収率
国保直診調査	805	469	58.3%
自治体調査	521	309	59.3%

○調査期間：令和2年12月～令和3年1月

○調査結果概要：アンケートからみえる主な現状、課題は下記の通りであった。

調査対象	主な現状と課題
国保直診	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアへの取り組みの前提として国保直診は地域包括医療・ケアを旗印として活動しており、その重要度は施設規模によらず高く、施設規模や所在自治体の状況によって多様性に富んでいる。 ・自施設の医療・介護連携に関する取り組みについては、病床規模の大きいほど取り組み割合が高い一方、無床診療所においては地域ケア会議を除いて50%にも至っていなかった。「具体的な取り組みはない」と回答している国保直診が全体の約20%あり、特に小規模施設で多かった。またICT(Information and Communication Technology)への取り組みが低かった。広域的な医療・介護連携に関する取り組みも、さらにできていない施設が多かった。 ・その他の地域包括ケアへの取り組みの現状として、実施・参加割合の低いものには「地域の住民活動の支援」が12%であり、一方で、施設の所在する自治体が行っている地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組みでは「医療提供体制の変化に対する地域住民の取り組み」が10%と低かった。 ・国保直診が果たすべきと思われる役割の達成状況では、「特定健診の実施」「医療・介護連携に関する取り組み」は達成割合が高く、達成割合が低い項目は施設規模によって異なっていた。再編統合については、469施設中93施設で実施しており、病床数削減、有床診療所から無床診療所への縮小などであった。主因は、「診療圏人口減少」、「医師確保困難」と回答した施設が多かった。所在地域への影響としては、「特に影響はない」という回答が最も多く、次いで「医療と介護の連携が進んだ」という回答であった。また、再編統合の有無と地域包括ケアへの取り組みでは、再編統合の有無にかかわらずおおむね差がなかった。 ・将来の再編統合の検討の必要性については、「検討し取り組む必要はあるがしばらく先の話である」と回答した施設が192施設、次いで「検討し取り組む必要があるとは思わない」という回答が119施設であった。 ・承継に関し、病院長の現年齢は60-65歳がピークである一方、診療所長は30-34歳と55-64歳の2つのピークを持ち年齢分布幅も広がっていた。後継者あるいはその有力候補者は、半数以上の施設でいない状況であった。 ・国保直診における医師確保の状況について医師の不足感は、診療所で半数程度の施設、病院では80%を超えていた。
自治体	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアへの取り組みの把握状況で把握割合が低い項目は、「65歳以上入院患者の在宅復帰率」1%、「介護老人保健施

	<p>設の在宅復帰率」4%、「在宅看取り割合」「基本チェックリストの点数における維持・改善者数」10%以下であった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自治体の医療・介護連携に関する具体的な取り組みに関しては、小規模自治体では、医療介護連携に関する検討会やイベント、研修会を実施・参加していると回答している割合が少なく、大規模自治体は総じて実施・参加割合が高かった。 ・地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組み等に関しては、「地域住民・住民団体と医療・介護専門職等との連携を推進する取り組み」が、大規模自治体ではその半数程度に取り組みが認められているが、小規模中規模自治体では3割にも至らない状況であった。また、「医療提供体制の変化に対する地域住民の取り組み」は取り組み状況が極めて低かった。 ・平成の大合併（2003～2005年）が行われた頃以降の自治体所在の医療機関の再編統合の有無に関しては、「あり」70自治体23%、「なし」176自治体57%であった。その主因は、「医師・歯科医師の確保困難」「地域医療構想」であった。また、その地域包括ケアシステムへの影響は、「医療と介護の連携が進んだ」も多く27自治体、次いで「特に影響はない」が22自治体であった。 ・自治体所在の医療機関（国保直診）の管理者の承継に関する自治体の対応については、小規模自治体は県への働きかけと回答する自治体が多い傾向にあり、大規模自治体は、大学への働きかけや現管理者への依存あるいはその他という回答が多い傾向であった。
--	--

2) 先進的取り組み地域に対するヒアリング調査

①新潟県阿賀野市・あがの市民病院

【本事例のポイント】

- ・公設民営の国保直診であり、市民病院でもあることから、自治体と密接な関係にある。
- ・健康寿命日本一を目指す自治体と病院との緊密な連携を背景に地域包括ケアシステムの構築に取り組んでおり、住民の保健・医療・介護・福祉及び生活全般にわたるシームレスな活動が実践されている。
- ・公設民営化により、組織的な幅広い人材の確保と育成が可能となり（管理者を含む）、経営の安定化と、地域のニーズに応じた継続的な医療機能の提供を行っている。

②高知県高岡郡梶原町・国保梶原病院

【本事例のポイント】

- ・梶原病院が町の保健福祉支援センター、社会福祉協議会等と同じ敷地内にあること、院長は町健康福祉課の役職にもあること等により、保健・医療・介護・福祉等の関係者が頻繁に情報を共有し、密に連携できる環境に

ある。

- ・在宅生活に不安がある人が、一時的に利用できる施設を活用しながら自宅で暮らし続けること、また、保健サービス等を利用しても在宅での生活が困難な高齢者に対し、住み慣れた地域で暮らし続けることを実現するための住まい、施設等が町内に整備されており、住み慣れた地域で安心して暮らしていける環境がある。
- ・長年行われてきた健康文化の里づくり推進員制度等により、住民の保健や健康、介護予防等に対する意識が高い。
- ・院長の交代・継承がシステム化されているわけではないが、院長その他の医師が数年毎に交代してもそのマインドが継承され、医療が地域包括ケアシステムの中に連動して機能している。しかし、最近では、専門医志向の医師や、医師1人の診療所の勤務経験がない医師も増えており、今後の交代・継承に関する課題と思われる。

③岐阜県郡上市・県北西部地域医療センター

【本事例のポイント】

- ・へき地医療の縮小傾向が続く中、県北西部地域医療センターの設置により、基幹医療機関からの医師の派遣等を通じ、へき地医療を一つのネットワークとして持続可能な広域医療連携システムを構築している。
- ・2004年の合併に伴い、旧和良村の地域包括ケアシステムのノウハウ（健康福祉推進計画、特定健診、住民との協働、多職種協働、人材育成等）が、全市に拡大している。
- ・県北西部地域医療センターの院長は郡上市健康福祉部の参与として、市の地域包括ケアシステムの構築に深く関わり、行政と密接に連携している。
- ・人材育成について、小中高校生、医学生・看護学生、看護師、市町村職員といった幅広い年代や属性等に応じ、様々な教育が行われている。

④愛知県北設楽郡東栄町・東栄医療センター

【本事例のポイント】

- ・規模・機能の縮小という厳しい状況が続く中、近隣の医療機関との連携等により地域包括ケアシステムへの影響を最小限に抑えるとともに、地域住民に対しては、地区懇談会や病院だより（診療所だより）などにより広く情報を発信するなど、規模・機能の縮小について理解を得られるよう試みた。
- ・病院の中に地域包括支援センターがあること、また併設する老人保健施設の閉鎖により、地域の中での医療の役割を「生活支援」と捉え、介護、医療に分けることなく、自宅での生活まで連続したケアを提供できるよう取り組んできた。
- ・介護保険事業計画や地域包括ケアシステム構想などを町の担当者とともに立案・企画することにより、行政の中に、地域を見据えられる視点を持つ人材の育成を目指してきた。

⑤広島県庄原市・庄原市立西城市民病院

【本事例のポイント】

- ・合併前の旧西城町の地域包括ケアに関する取り組みを、旧西城町以外の地域での講演、出前講座、健康祭りへの参加等により、庄原市全域に拡大した。
- ・病院と同じ敷地内に保健福祉総合センター（市の市民生活室、地域包括支援センター、社会福祉協議会、ボランティアセンター、シルバー人材センター、訪問看護ステーション、老人介護支援センターを併設）が設置されており、センターとの密な連携のもと、地域包括ケアを推進している。
- ・地域医療連携推進法人の設立により新たな医師確保の仕組みを構築するとともに、法人内の4病院が一丸となり、地域包括ケアの推進にも取り組んでいる。

⑥茨城県筑西市・茨城県西部メディカルセンター

【本事例のポイント】

- ・新公立病院改革プランや公的医療機関等 2025 プランの発表よりも早い時点から再編統合に取り組んでおり、公的病院だけでなく民間病院も含めた再編統合として先例となっている。
- ・医師確保のため、寄附講座として地域臨床教育センターを設置しており、大学のブランチャという位置付けで指導医が教育・研修を行っている。
- ・地方独立行政法人化したことにより、①救急等の行政的業務や高度医療等の不採算業務を担いつつ、地域医療の低下を招かない業務推進や、②民間的経営手法による経営基盤の安定化に向けて取り組んでいる。
- ・行政（筑西市）が、地域包括ケアシステムの構築に向けて積極的に取り組んでいる。

(2) 考察

1) アンケート調査結果から見える現状と課題

前述のアンケート調査結果から見える主な現状と課題は下記のとおりである。

分野	主な現状と課題
地域包括ケアへの取り組みの課題	<p>地域包括ケアにおける国保直診の役割はその規模や、所在自治体の状況により多様性に富んでおり、その状況を配慮した取り組みが求められる。こうした背景の中で所在自治体内の医療・介護連携に関する取り組みについて、「具体的な取り組みはない」という回答が全体の約20%を占めていて、特に小規模施設で顕著である。同様に、国保直診の所在自治体外の自治体・医療機関・介護事業所・地域住民等との広域的な医療・介護連携に関する取り組みについても「具体的な取り組みはない」という回答が全体の約40%を占めていて、こちらも小規模医療機関により多く認められている。</p> <p>その他の地域包括ケアへの取り組みの現状として、国保直診が実施・参加割合の低いものには「地域の住民活動の支援（ボ</p>

	<p>ランティア、サポーターの養成支援等)」が12%であり、一方で、国保直診が認識している施設の所在する自治体が既に行っている地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組みでは「医療提供体制の変化に対する地域住民の取り組み」が回答全施設の10%と低い。</p>
医療機関の再編統合に関する課題	<p>再編統合の主な要因については、「診療圏人口減少」、「医師確保困難」と回答した施設が多く、このことから診療圏における人口減少や医師確保困難ということが医療機関の存続に直接的に影響を及ぼし、結果、病床数削減、診療科の休止・廃止等に繋がっていることがわかる。</p> <p>こういった状況下でも、将来の再編統合の検討の必要性については、「検討し取り組む必要はあるがしばらく先の話である」と回答した施設が192施設、次いで「検討し取り組む必要があるとは思わない」という回答が119施設と、現時点では検討していない施設が多くある。</p>
施設の管理者（院長または所長）の承継への課題	<p>後継者あるいはその有力候補の有無については、「いる」と回答した施設が27%、「いない」と回答した施設が61%であり、半数以上の施設で後継者あるいはその有力候補がいない状況である。</p> <p>また、施設における医師確保の状況については、1人あるいは少数医師で運営されている診療所は医師の不足感、今後の確保の困難性という課題はあるものの、半数程度の施設であった一方、より多くの医師を必要とする病院はその不足感は病床規模にかかわらず80%を超えていた。</p>
自治体の地域包括ケアに関する課題	<p>地域包括ケアへの取り組みの把握状況で、自治体が「把握している」割合が最も低いのは「65歳以上入院患者の在宅復帰率」で1%、次いで「介護老人保健施設の在宅復帰率」の4%であった。「在宅看取り割合」や「基本チェックリストの点数における維持・改善者数」においても、「把握している」割合は10%以下となり、多くの自治体で把握できていない状況であった。</p> <p>既に行っている、地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組み等に関して、「地域住民・住民団体と医療・介護専門職等との連携を推進する取り組み」が、大規模自治体ではその半数程度に取り組みが認められているが、小規模中規模自治体では3割にも至らない状況であった。また、「医療提供体制の変化に対する地域住民の取り組み」は全体的に取り組み状況が極めて低かった。</p> <p>自治体の認識している再編統合の要因は「医師・歯科医師の確保困難」「地域医療構想」であり、「診療圏人口減少」は上位ではない。また、医師確保は大学や県、現管理者など他者への依存が多い。</p>

2) ヒアリング調査結果から見える現状と課題

ヒアリング調査による主な現状、課題、役割として下記の内容が挙げられた。

【再編統合による地域包括ケアシステムへの影響】

- 合併に伴い、合併町村のうちの1つの村の地域包括ケアシステムのノウハウ（健康福祉推進計画、特定健診、住民との協働、多職種協働、人材育成等）が、全市に拡大している。
- 合併後に訪問看護ステーションを増やす等、市全域で取り組んでいる。病院を中心としたもの、介護施設を基盤としたもの、ボランティアを活用し開業医が支えるもの等、地域によって様々な地域包括ケアが構築されている。また、地域医療連携推進法人化後、法人所属病院及び地域が一丸となって地域包括ケアの推進に取り組んでいる。
- 病院の中に地域包括支援センターがあり、医療と生活支援に連携して取り組むことができたが、スタッフの不足の状況に合わせて事業を縮小してきた。その後、地域包括支援センターが委託先変更となり、医療との関係が希薄化した結果、早期に施設入所する高齢者が目立つようになった。

【地域包括ケアに向けた課題】

- 合併後、各サービス提供施設の役割や強みが明確化されていない。住民自体の地域包括ケアに対する積極的参加も十分とは言えない。
- 広大な面積での地域包括ケアを維持するためには、保健福祉総合センターを中心とした地域包括ケアの再構築が必要になる。

【地域包括ケアシステムに対する 住民の理解・協力を得るための課題及び取り組み】

- 在宅医療に関する理解を深め、在宅での看護や看取りに対する不安の解消を図るため、地域住民が在宅医療に主体的に参加するための啓発の機会の充実を図っていく必要がある。
- 小規模自治体の医療機関では、総合診療を志向する医師を中心としたコンパクトな診療体制となることを、自治体・議会・住民に理解してもらうことが必要である。
- 自治会の集会や拠点となる居場所等での普及啓発の機会の充実を図り、移動手段の確保や支援、普及啓発に向けて大きな力となるボランティアの確保に取り組む必要がある。

【国保直診の役割】

- 地域の中においてこういった役割を果たすべきか明確にする必要がある。
- 医療・介護・福祉の各セクション、地域住民、自治体と有機的に連結してネットワークを構成することが必要であり、特に自治体と緊密に連携してネットワークの中核をなすべきである。
- この地域で生活をするための生活支援を医療の視点から行い、医療を継続させ地域医療の質と安全性を維持する必要がある。
- 今後、人口減少・少子高齢化や医師不足等が一段と進行することにより、地域包括ケアの広域化に伴う再構築、という困難な課題に取り組む必要がある。

【自治体の役割】

- 地域包括ケアシステムの現状分析及び課題の抽出、医療・介護・福祉施設等との連携強化、地域住民主体活動等の支援。
- 小規模自治体においては民間のサービス事業者が多数参入することが難しいと思われるため、病院とともに自治体が地域包括ケアシステムの中核を担う必要がある。
- 地域の将来像に基づく地域住民の生活像の提示・共有化とビジョン作成、具体的な仕組みづくりと人材育成、これらを包括的・継続的に行うための部門の設置。自治体中枢に地域全体と未来を見通す力を備えたコーディネーターを配置し、自治体を動かす力を蓄えることが重要であり、そのための仕組みづくりがポイントとなる。

【国保直診の管理者の承継に向けた課題及び取り組み】

- 管理者には、医療者としてではなく人間として、地域全体と未来を仲間と一緒に考え見通す力、ぶれない覚悟が大事である。
- 承継については、医師に限らず院内のチームが育ち、思いや考えを伝えていけばいい。
- 院長のマインドが継承され、医療が地域包括ケアシステムの中に連動して機能しているが、最近では、専門医志向の医師や医師1人診療所の勤務経験がない医師も増えているため、総合診療医志向の医学生や医師を増やすための教育や、医師1人診療所の勤務をキャリアとして位置付ける等、管理者の承継者候補を増やすための取り組みが課題と思われる。
- 根底に流れるフィロソフィーの共有、共に働く時間を作る、ある程度の年齢差を持っている、こうした人材を中長期的視点で確保しておくことが必要である。
- 日常の診療活動を通じて同じ価値観を共有できることが重要。いずれの大学出身であっても、価値観や思いを共有できる医師が望ましい。

【医師の確保及び育成に向けた課題及び取り組み】

- 基幹医療機関からの医師の派遣等を通じ、広域医療連携システムを構築した。
- 寄附講座として地域臨床教育センターを設置し、医師を確保・育成している。
- 医学生や医師に総合診療医の価値やその役割に対する認識が不足しており、総合診療医を目指す若手医師が少ない。また、地域住民についても、総合診療に対する認識が不足している。
- 最近では、へき地等での勤務の義務年限終了後に地域に残らない医師も増えているが、地域医療やへき地医療の魅力や理解を深めてもらう等、地域に残ってもらうための取り組みが課題と思われる。

【医師以外の職員の確保及び育成に向けた課題及び取り組み】

- 医療介護専門職は免許制であり、他地域からの採用もあるため、その確保は容易ではない。一方、当院の価値観、めざすところに合った職員確保も重要であるため、そのバランスを図るとともに、入職後の学びの環境にも取り組む必要がある。
- 地域の中で医療従事者を育てる発想が、現状では乏しい。
- 看護師の確保に非常に難渋している。新卒者もなかなか応募がなく、採用後の指導をどうしていくかなど、課題は多い。

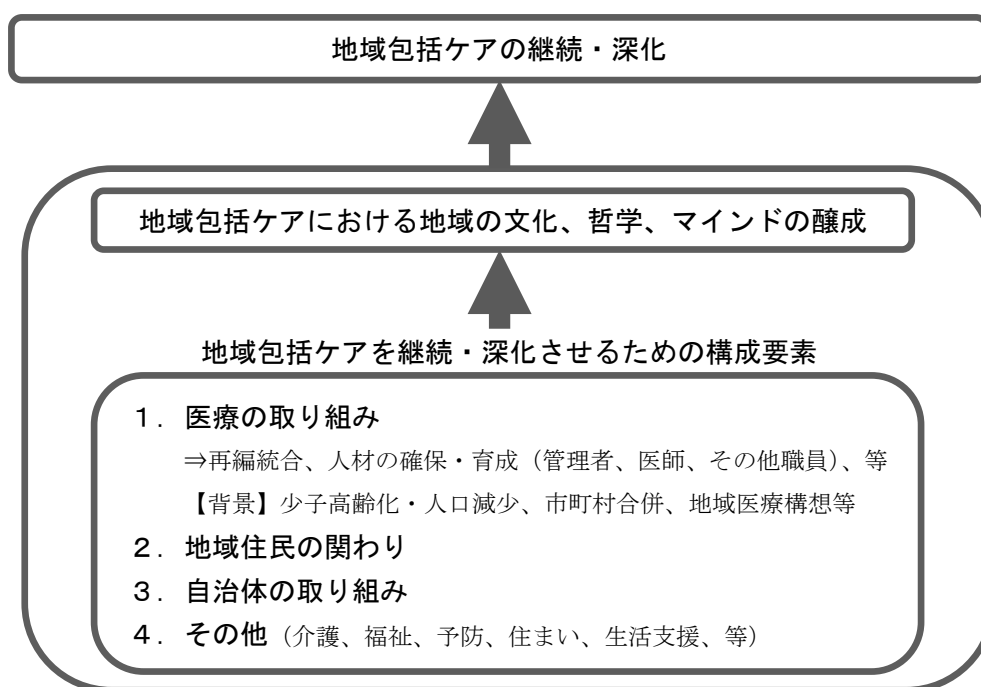
3) まとめ

○はじめに

地域包括ケアシステムは、それぞれの地域の実情に合った医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される体制を目指している。

今回の調査では、人口減少、市町村合併、医師不足、地域医療構想等の影響により、その多くが医療提供体制の維持・継続の危機に直面していると思われる国保直診が所在する離島・中山間地域における医療、及び地域包括ケアを継続・深化させる重要な要素である地域住民の関わり、自治体の取り組みに焦点を当て、特に、離島・中山間地域の地域包括ケアを継続・深化させる取り組みについて考察した。

これらの要素が、各々地域包括ケアの継続・深化に向けて活動し、また相互に関係性を深めていく過程で、徐々に、地域包括ケアにおける地域の文化や哲学、マインドといったものが根底に醸成されていくものと思われる。



○地域包括ケアの継続・深化を担う医療の取り組み

医療の取り組みは、医療・介護連携、地域住民の啓発や住民活動等の支援、自治体の医療介護関連施策の策定支援や人材育成支援等を通じて、地域包括ケアを継続・深化させる重要な要素の1つである。

医療機関の再編統合が地域包括ケアの継続・深化に与える影響について、今回のアンケート調査における「地域包括ケアシステムの構築において国保直診が果たすべき役割等の達成度」を再編統合の有無別にみると、各項目とも大きな違いは見られなかった。また、ヒアリング調査では、市町村合併や再編統合による「地域包括ケアのノウハウや地域の拡大モデル」となり得るものが見られた。

このようなことから、再編統合は地域包括ケアの継続・深化を妨げるものではなく、地域包括ケアシステムの構築において、国保直診等の医療機関が役割を十分に果たすことにより、そのノウハウや地域が拡大する場合もあるものと思われる。

○地域包括ケアの継続・深化を担う人材確保・育成に向けた取り組み

地域包括ケアの継続・深化には、医療提供体制の要となる人材の確保・育成が不可欠であるが、管理者、医師、その他職員のすべてにおいて厳しい状況にある。

国保直診の管理者の後継者あるいはその有力候補の有無については、6割以上の施設で後継者あるいはその有力候補がいない状況である。日常の診療活動を通じて、地域医療や地域包括ケア等に係る価値観や思いを共有できる人材を中長期的視点で確保しておくことにより、地域医療に係るマインドが承継され、医療が地域包括ケアの中で連動して機能していくことになると思われる。

医師の確保・育成については、地域医療やへき地医療の魅力や理解を深めてもらう等、地域に残ってもらうための取り組み、総合診療医志向の医学生や医師を増やすための教育や、医師1人診療所の勤務をキャリアとして明確に位置付ける、等の取り組みが課題と思われる。

○地域住民の関わり

地域包括ケアの根底にあると思われる地域の文化、哲学、マインドといったものの醸成には、地域住民の関わりが不可欠であり、地域包括ケアを継続・深化させる重要な要素の1つである。

住民自らが、自分や家族等の予防や健康、地域の医療や介護等の現状についての認識を高めるとともに、自治体による普及啓発や住民活動等の支援に向けた取り組みが重要である。医療側からは、在宅医療等の地域包括ケア、小規模自治体における総合診療医によるコンパクトな診療体制等への地域住民の理解を深め、地域における医療・介護サービスの提供体制等に対する不安の解消を図ることが重要である。

そのためには、自治体及び医療機関が一体となって、地域住民が地域包括ケアに主体的に参加できるよう、自治会の集会や拠点となる居場所等での普及啓発の機会充実のための移動手段の確保や支援、普及啓発の大きな力となるボランティアの確保等に取り組む必要がある。

○自治体の取り組み

自治体の取り組みは、医療・介護連携に関する支援、地域住民の啓発や住民活動等の支援、健康福祉推進計画及び介護保険事業計画等の策定・実施等を通じて、地域包括ケアを継続・深化させる重要な要素の1つである。

自治体と医療との連携については、特に、離島・中山間地域等の小規模自治体では民間のサービス事業者の参入が難しいと思われることから、国保直診等の公的医療機関と自治体がともに地域包括ケアシステムの中核を担う必要がある。

自治体には、「1地域1施設」というような限定されたコミュニティにおいては、国保直診等による地域住民の生活支援まで見据えた医療が、可能な限りの質と安全性を維持しつつ継続されるよう、支援していくことが求められる。「1地域多施設」という状況においては、地域におけるそれぞれの施設の強みや役割を明確にしたうえで、医療・介護・福祉の各セクションや地域住民等と緊密に連携し、ネットワークの中核をなすべきである。

国保直診等の支援により、自治体の中に、地域全体と未来を見通す力を備えたコーディネーターの役割を果たすことが出来る人材が育つことで、自治体と国保直診等

の医療機関の強力な連携体制が中長期的に継続していくものと思われる。

なお、地域包括ケアへの取り組み、地域の医療・介護専門職についての状況把握も重要である。

○さいごに

地域包括ケアを継続・深化させる構成要素として、特に医療には地域包括ケアの一端を担うプロとして、地域住民や自治体に対する発信力があり、その役割は大きい。

中でも離島・中山間地域のように医療資源が少ない地域では、国保直診等の公的医療機関が自治体への様々な支援等を通じて緊密に連携を図り、ともに地域包括ケアを担う中核となる必要がある。また、地域住民に対しては、在宅診療やコンパクトな診療体制等への不安を取り除き、総合診療医による医療体制の長所や必要性への理解を通じて住民自らが地域包括ケアの担い手となるよう、自治体との連携のもと、様々な啓発や支援が求められる。

管理者の後継者及び医師不足、再編統合等により、医療を取り巻く状況は厳しいが、本調査でも取り上げたように、医療資源が少なくても様々な取り組みや工夫によって困難な状況を克服し、地域包括ケアを継続・深化・拡大させている地域もある。

このような取り組みは、離島・中山間地域に限らず、都市部においても医療資源が少ない地域等においては参考になるものと思われる。

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

- 当会は「地域包括医療・ケア」を旗印に、各地域の国保診療施設（以下「国保直診」という。）が中心となって地域包括ケアシステムの構築に尽力してきた。今後も地域住民が住み慣れた地域でその人らしい日常生活を継続し、必要な医療と介護を安心して受けられる「地域包括ケア」を支える施設としてその役割を果たしていく必要があるものの、その立地する地域は離島あるいは中山間地域といった過疎地域が多く、少子高齢化・人口減少が最も進んでいる地域であり、こうした社会背景の変化の中でどのように地域包括ケアを継続・深化させていくかは大きな課題である。
- 国保直診が立地するような地域での取り組みが整理されることにより、今後都市部も含めて全国的に少子高齢化・人口減少が進む地域における地域包括ケアシステムの継続・深化に関する取り組みモデルとなる可能性がある。

【課題 1】

少子高齢化・人口減少における地域包括ケアの取り組みモデルが必要。

- 将来人口推計をもとに 2025 年に必要となる病床の必要量を 4 つの医療機能ごとに推計した上で、地域の医療関係者の協議を通じて病床の機能分化と連携を進め、効率的な医療提供体制を実現する取り組みである「地域医療構想」の推進を図るため、公立・公的の高度急性期あるいは急性期病院に関して診療実績や近隣医療機関での代替可能性などにもとづいたダウンサイジングや機能連携・分化を含む再編統合を検討する病院として公表された医療機関のうちその 5 割弱が当会会員施設であり、今後の在り方を喫緊の課題として検討する必要がある。このほかにも医師不足・医師偏在に関する課題、医師の働き方改革に関する課題もあり、これらを考慮しながら市町村の医療提供体制をどう継続するか、あるいはその在り方を検討するためにどのように住民の理解・協力も得ながら議論し構築していくか、そのプロセスモデルは明らかではない。
- 更に、令和元年度老人保健健康増進等事業として当会が実施した調査研究で離島・中山間地域での介護サービス提供確保のためには医療の下支えが重要であることが明らかとなっており、地域医療構想実現のための地域包括ケアシステムの重要構成要素である医療提供体制の変化は、市町村の地域包括ケア体制へ影響し、医療提供体制の変化と連動させながらその地域の地域包括ケアを継続・深化させていくために、住民も交えた議論も含め取り組み方策を明らかにする必要がある。
- これらの課題に対して、少子高齢化・人口減少という社会的変化、これに伴う医療供給体制の検討、更にこれと連動した地域包括ケアシステムの構築において、住民の理解・協力も得ながら、住民・行政・医療者が三位一体となって取り組んでいけることができるよう取り組みの上での課題が明らかになり、その対応の在り方が整理・提示されることが求められる。

【課題 2】

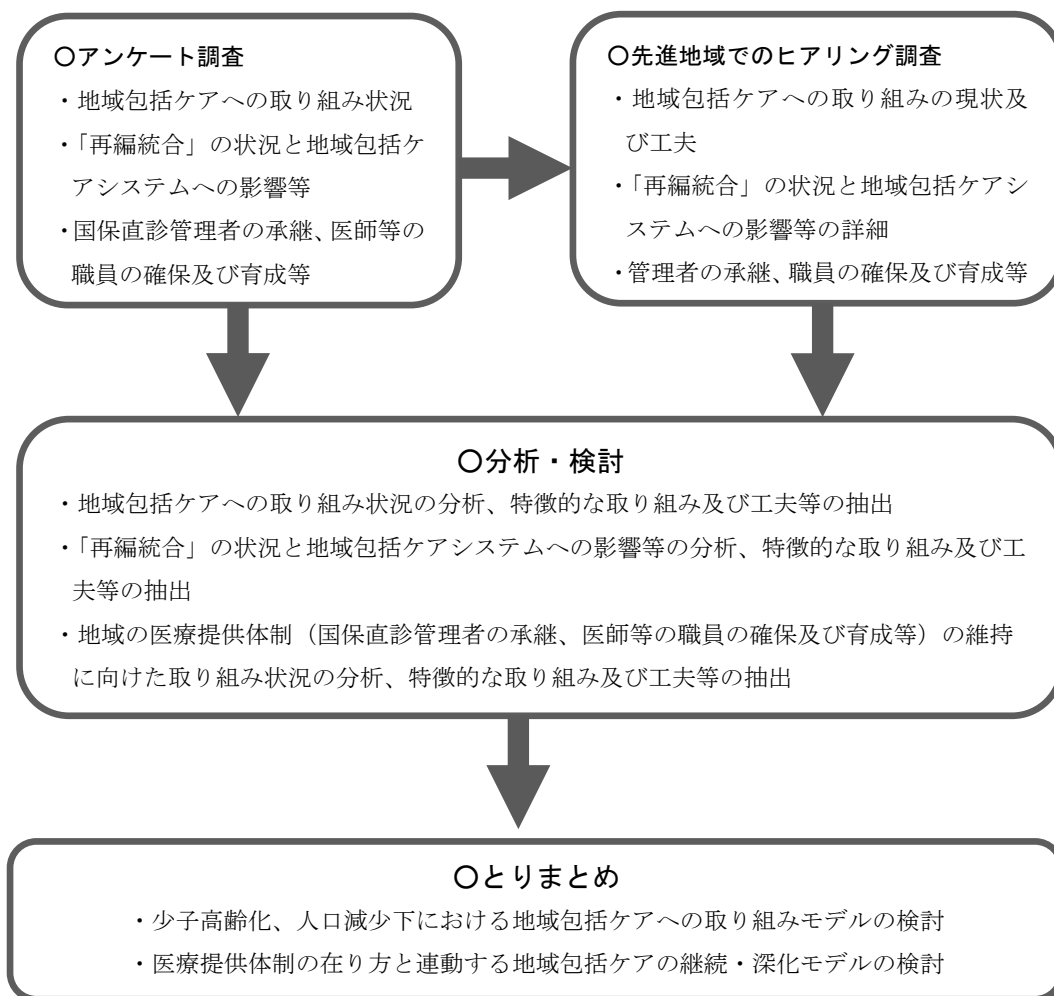
地域の医療提供体制の継続モデルあるいは在り方の検討と連動する地域包括ケアの継続・深化のプロセスモデルの明確化が必要。
--

(2) 調査の目的

- 少子高齢化・人口減少に伴い「地域医療構想」が推進され、医療機関の病床数や機能分化及び再編・統合が進んでいる。
- 医療は、地域住民が住み慣れた地域でその人らしい日常生活を継続し、必要な医療と介護を安心して受けられる「地域包括ケア」を支える重要構成要素であるため、こうした医療提供体制の変化にどのように対応し、どのように地域包括ケアを継続・深化させていくかが、今後のその地域における「まちづくり」のカギとなる。
- このことから、「地域医療構想」の実現とそれと連動する「地域包括ケア」の継続・深化の在り方を検討し、その地域に状況に応じた「まちづくり」を実現するために、住民参加も含め地域がどのように取り組んでいけばよいかを明らかにするために、特に人口減少の最先端地域である離島・中山間地域において、こうした課題に対する取り組み事例の収集・整理を行い、今後様々な自治体において検討・取り組みを進める際の課題、その対応の在り方を提示することを目的とする。

2. 調査研究の全体像

以下に、調査研究の全体像を示す。



(1) 医療提供体制等の継続及び地域包括ケアに関する実態調査 (アンケート調査)

○地域包括ケアへの取り組みの現状、「再編統合」の状況と地域包括ケアシステムへの影響等を把握することにより、「地域包括ケア」の継続・深化の在り方や、その地域の状況に応じた「まちづくり」の実現及び住民参加も含めた地域の取り組み方の参考となるよう、国保直診向け及び自治体向けのアンケート調査を実施した。

(2) 先進的取り組み地域に対するヒアリング調査

○先進地域での地域包括ケアへの取り組みの現状及び工夫、「再編統合」の状況と地域包括ケアシステムへの影響等の詳細を明らかにするため、ヒアリング調査を実施した。

○ヒアリング先の選定にあたっては、前述のアンケート調査結果及び本研究事業の委員会等での検討結果等を参考に抽出した6つの国保直診及び当該国保直診が所在する自治体を対象とした。

- ・新潟県阿賀野市・あがの市民病院 令和3年2月4日
- ・高知県高岡郡梶原町・国保梶原病院 令和3年2月10日
- ・岐阜県郡上市・県北西部地域医療センター 令和3年2月12日
- ・愛知県北設楽郡東栄町・東栄医療センター 令和3年2月12日
- ・広島県庄原市・庄原市立西城市民病院 令和3年2月18日
- ・茨城県筑西市・茨城県西部メディカルセンター 令和3年3月5日

3. 実施体制

本事業では「離島・中山間地域における「地域医療構想」の実現と、それと連動する「地域包括ケア」の継続・深化による「まちづくり」に向けた調査研究委員会」による各種検討を行ったほか、作業部会を設け、各検討事項における詳細な検討、アンケート調査票の内容検討やヒアリング調査等の実務を推進した。

委員会及び作業部会の委員構成は以下のとおりであった。

離島・中山間地域における「地域医療構想」の実現と、それと連動する「地域包括ケア」の継続・深化による「まちづくり」に向けた調査研究委員会 委員一覧

◇委員会

委員長	後藤 忠雄	岐阜県：県北西部地域医療センター長・国保白鳥病院長
副委員長	三枝 智宏	静岡県：浜松市国民健康保険佐久間病院長
委員	郷力 和明	広島県：庄原市病院事業管理者兼西城市民病院長
委員	和田 智子	秋田県：にかほ市国民健康保険小出・院内診療所長
委員	黒木 嘉人	岐阜県：飛騨市民病院長
委員	沖田 光昭	広島県：公立みつぎ総合病院長
委員	荻野 健次	岡山県：備前市病院事業管理者
委員	奥山 秀樹	長野県：佐久市立国保浅間総合病院医療技術部長 兼歯科口腔外科部長
委員	中村 伸一	福井県：おおい町国民健康保険名田庄診療所長
委員	大原 昌樹	香川県：綾川町国民健康保険陶病院長
担当役員	金丸 吉昌	宮崎県：美郷町地域包括医療局総院長
担当役員	安東 正晴	香川県：三豊総合病院企業団企業長兼院長
担当役員	海保 隆	千葉県：国保直営総合病院君津中央病院院長

◇作業部会

部会長	三枝 智宏	静岡県：浜松市国民健康保険佐久間病院長
副部会長	三上 隆浩	島根県：飯南町立飯南病院副院長
委員	内田 望	埼玉県：国民健康保険町立小鹿野中央病院長
委員	佐藤 幸浩	富山県：かみいち総合病院副院長
委員	廣瀬 英生	岐阜県：県北西部地域医療センター副センター長 兼国保白鳥病院副院長兼国保小那比診療所長
委員	田辺 大起	鳥取県：日南町国民健康保険日南病院主任理学療法士
委員	三浦 源太	大分県：姫島村国保診療所長
委員長	後藤 忠雄	岐阜県：県北西部地域医療センター長・国保白鳥病院長
担当役員	安東 正晴	香川県：三豊総合病院企業団企業長兼院長

◇事務局

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

株式会社日本経済研究所公共デザイン本部医療・福祉チーム

第2章

医療提供体制等の継続及び地域包括ケアに関する実態調査（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

「地域包括ケア」の継続・深化の在り方を検討し、その地域の状況に応じた「まちづくり」の実現及び住民参加も含め地域がどのように取り組んでいけばよいかを明らかにするため、国保直診向け及び自治体向けのアンケート調査を実施した。

(2) 調査方法

全国国民健康保険診療施設協議会のホームページより調査票を配布、Eメールにより回収（一部については郵送発送・郵送回収）

(3) 調査の対象

- ①国保直診調査：全国の国保直診 805 施設
- ②自治体調査：国保直診設置自治体 521 市町村

(4) 調査期間

令和2年12月～令和3年1月

(5) 主な調査項目

①国保直診調査

《施設の概況》

- 施設名、施設種別、併設及び実施事業、指定等

《地域包括ケアへの取り組み》

- 年間延患者数（入院、外来、在宅）、主な在宅サービスの実施状況
- 所在自治体内及び所在自治体外の医療・介護連携に関する取り組み
- 所在地域の地域包括ケアシステムの現状
- 自治体が果たすべき役割、国保直診が果たすべき役割
- 地域包括ケアシステム構築における地域住民の理解・協力

《再編統合》

- 平成の大合併の有無、再編統合のパターン、再編統合の主な要因
- 再編のプロセスにおける課題、再編統合における地域住民や他の組織の関わり
- 再編統合に伴う地域への具体的な影響
- 再編統合後に地域の医療確保のために行ったこと
- 地域医療構想への対応、再編統合による経営面を含む影響
- 将来に向けた再編統合検討の必要性、再編統合の検討が必要な要因、再編統合の検討に関する課題、再編統合後に目指す医療や地域包括ケアシステムの姿

《管理者の承継等》

- 管理者の年齢、就任時の年齢、就任の経緯、後継者の有無
- 管理者の承継に関する課題
- 管理者の承継に関する考え方
- 後継者の確保及び育成の工夫

- 《医師及び医師以外の職員の確保及び育成》
- 医師確保の状況、医師の確保・育成の課題及び工夫
 - 地域包括ケアシステムを推進する管理者以外のキーパーソンの有無
 - 医師以外の職員の確保及び育成の課題及び工夫

②自治体調査

- 《自治体の概況》
- 自治体名、人口及び要支援・要介護高齢者数、医療・介護資源の概況（医療機関数・病床数、施設数・定員数、職種別従業者数等）
- 《地域包括ケアへの取り組み》
- 介護保険の新規認定者数、要介護高齢者に占める軽度者（要介護1, 2）の割合、基本チェックリストの実施者数、基本チェックリストの点数における維持・改善者数、在宅看取り割合、特定健診受診率（国保）、総医療費（国保）、後期高齢者一人当たり医療費、65歳以上入院患者の在宅復帰率、介護老人保健施設の在宅復帰率
 - 所在自治体内及び所在自治体外の医療・介護連携に関する取り組み
 - 地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組み
 - 地域住民・住民団体の活動が地域包括ケアシステムに及ぼす影響
 - 地域住民の理解・協力を得るための課題及び具体的対応
 - 地域住民が果たすべき役割及び期待すること
 - 所在地域の地域包括ケアシステムの現状
 - 自治体が果たすべき役割、国保直診が果たすべき役割
- 《再編統合》
- 自治体所在地域の医療提供体制の変化の状況
 - 自治体所在地域の医療機関の再編統合の有無とその主な要因
 - 自治体所在地域の医療機関の医療提供体制の変化に伴う地域包括ケアシステムへの具体的な影響
- 《管理者の承継等》
- 医療機関（国保直診に限る）の管理者の承継に関する対応、承継に関する課題及び工夫
- 《医師及び医師以外の職員の確保及び育成》
- 自治体所在地域の医療機関の職員の人材確保及び人材育成に関する具体的な取り組み

(6) 回収状況

調査対象	対象数	回収数	回収率
国保直診調査	805	469	58.3%
自治体調査	521	309	59.3%

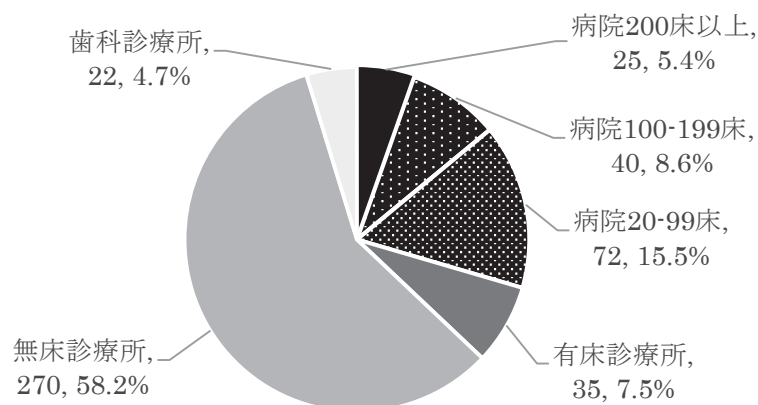
※なお、国保直診調査においては回収469施設のうち5施設については、回収はしたものの本調査には「回答しない」との意思表示があったため、以後の解析においてこれらを除外して464施設で、自治体調査においても、1市は全項目未回答であったため、以後の解析においてはこれらを除外して308自治体で検討した。

2. 調査結果（国保直診調査）

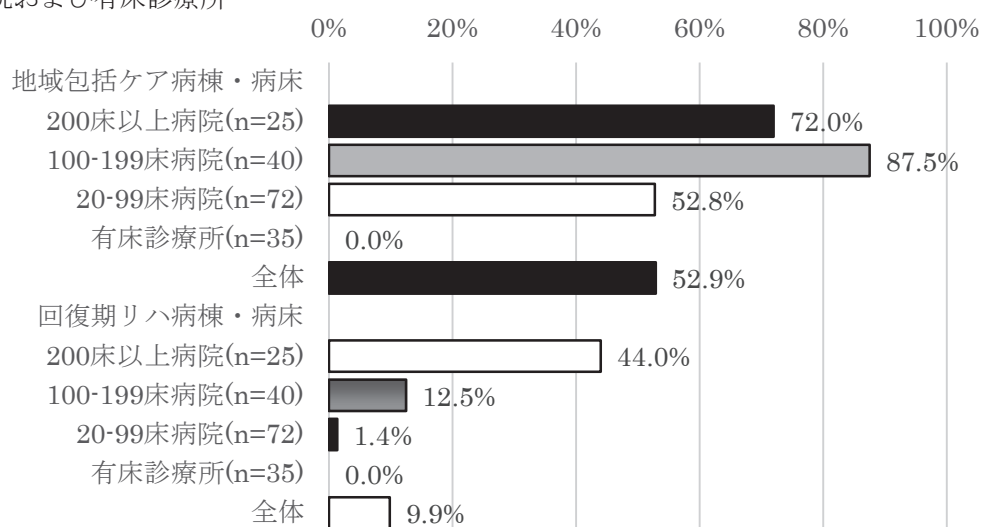
（1）施設の概況

■ 施設の種別

回答施設の種別については、無床診療所が 270 施設で 58.2%、病院が 137 施設で 29.5%（うち 200 床以上 25 施設 5.4%、100-199 床 40 施設 8.6%、20-99 床 72 施設 15.5%）、有床診療所が 35 施設で 7.5%、歯科診療所が 22 施設で 4.7%であった。



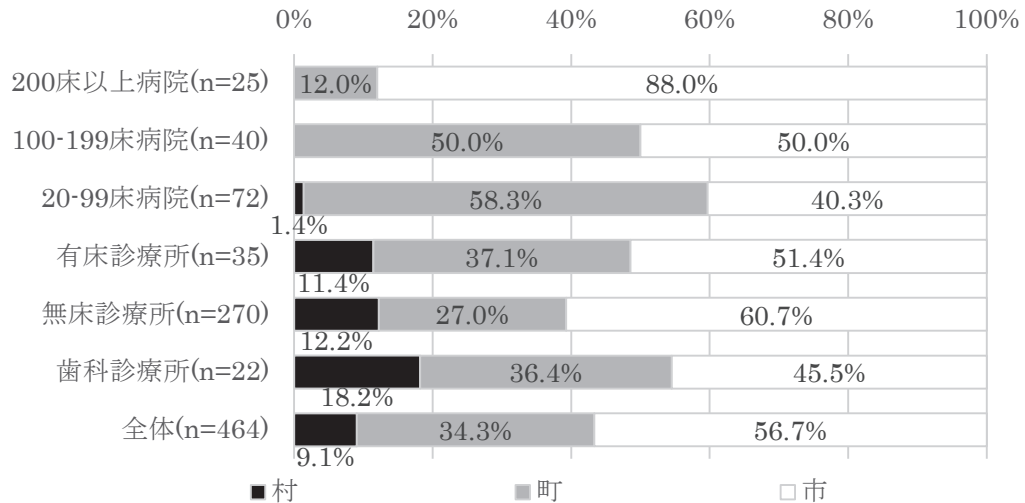
病院および有床診療所



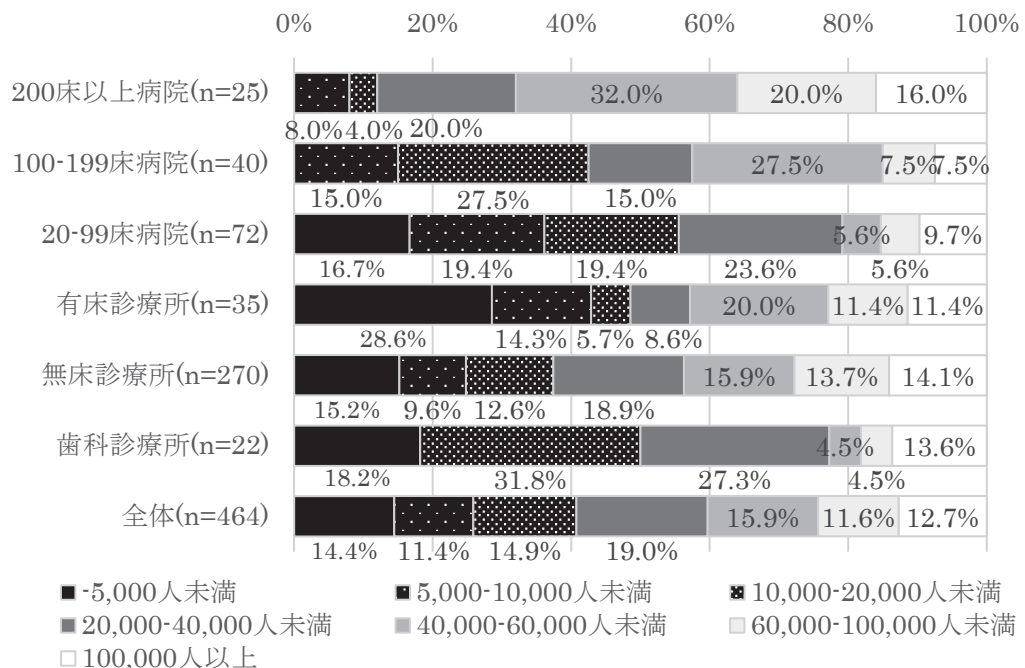
なお、病床を持つ病院あるいは有床診療所において地域包括ケア病棟・病床をもつと回答した国保直診は病院では半数を超え、特に 100-199 床の病院では 9 割近い施設が有していると回答した。一方、回復期リハ病棟・病床は地域包括ケア病棟・病床ほどその設置割合は高くなく、200 床以上の比較的大規模の病院において 44%の施設が有していると回答した。これらはリハビリ職の設置などの施設基準の差が表れていると思われる。有床診療所においては地域包括ケア病棟・病床、回復期リハ病棟・病床いずれも設置していると回答した施設は認められなかった。

■ 施設別の施設設置地域の行政区分および人口

回答が得られた国保病院の立地する自治体の行政区分は大部分が市又は町であり、100床未満病院の約1%が村となっている。病床規模が大きいほどその立地自治体は市である。一方、回答が得られた有床診療所や無床診療所あるいは歯科診療所の立地する自治体となると村が認められるが、半数は市であった。おそらく合併などにより大規模自治体のいくつかある診療所の一つで、特に合併周辺地域に立地している状況といった様々な背景の中で立地していることが予想される。



このことをさらに詳細に見るために、立地自治体の人口で見てみると回答施設のうち100床以上の国保病院の立地する自治体の人口はその8割が1万人以上であり、200床以上となるとその6割が4万人以上であった。100床未満の病院や有床診療所は立地する自治体人口が5,000人未満であることもあり、特に有床診療所は3割近くが5,000人未満であった。一方無床診療所はその立地する自治体人口が小規模のものから大規模なものまでまんべんなく分布しており、行政区分で示されたことと同様、小規模自治体内の1診療所という状況から、おそらく合併などにより大規模自治体のいくつかある診療所の一つ、特に合併周辺地域に立地している状況まで様々な背景の中で立地していることが予想された。

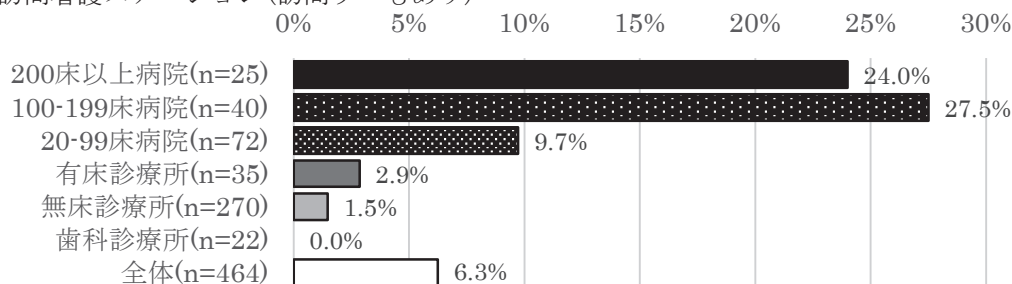


■ 併設及び実施事業

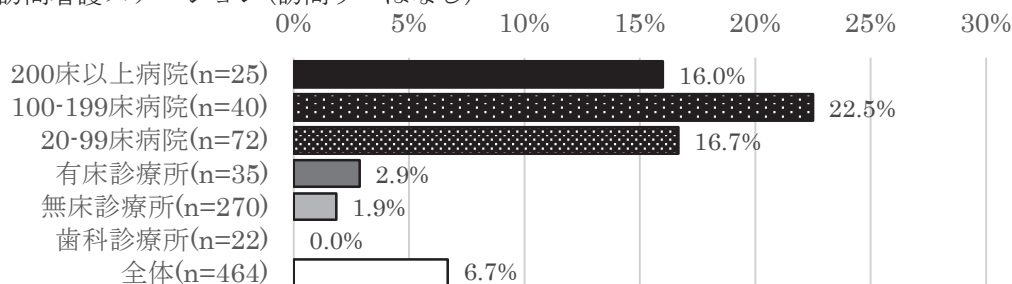
併設及び実施事業については、みなし訪問看護事業所が最も多い48施設であったが、全般的にはこうした介護サービス事業所の併設や事業実施は病床規模が大きく比較的資源が集中しやすい200床以上病院においても、多くて回答施設の3割以下であり、回答した全施設を対象とするといずれのサービス事業所併設や実施も1割に満たない取り組み状況であった。

訪問看護に関しては大規模医療機関の方が訪問看護ステーションを併設していることが多く、有床診療所や無床診療所ではみなし訪問看護事業所が多い傾向にあった。訪問リハビリも訪問看護ほどではないが、同様の傾向が認められた。通所リハビリは、有床診療所も含めて病床を持つ医療機関の取り組みが相対的に多かった。また、介護老人保健施設の併設や居宅介護支援事業所も医療機関規模の大きい方に併設が多く、一定の規模があることが様々な職種の雇用を可能とし、医療介護への取り組み幅が大きくなっていることが示唆された。国保直診を調査対象としているためか、大規模医療機関と言っても200床以上程度であること、国保直診の理念として「地域包括医療・ケア」が掲げられていること、保健・医療・福祉・介護を含めた複合施設の取り組みが一つのモデルとして提示されてきたこと、比較的医療機関の規模が大きくても大都市部での立地ではないためある程度複合的な取り組みが求められることなどと思われる要因で、必ずしも200床を超える病院が急性期医療にのみ特化しているわけではないことも示していた。なお、介護医療院、特別養護老人ホーム、生活支援ハウス、グループホームなどの併設や、訪問介護への取り組みは少なかった。

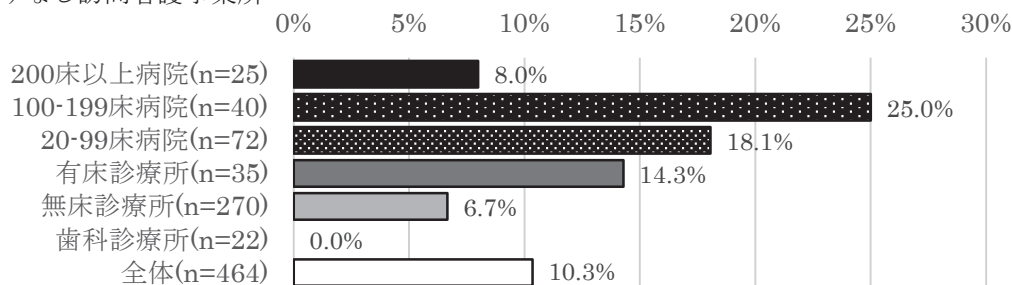
訪問看護ステーション(訪問リハもあり)



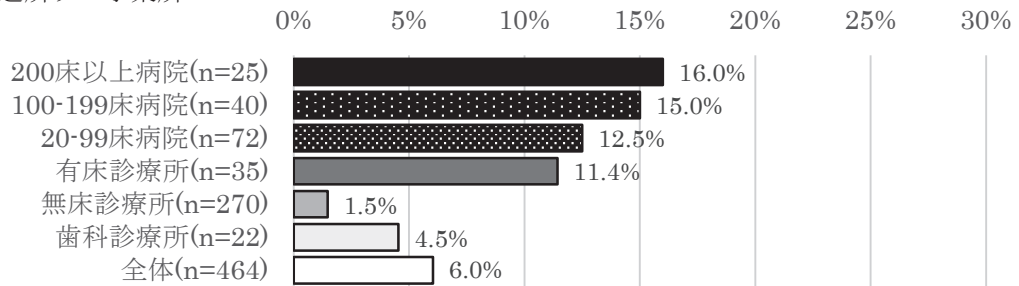
訪問看護ステーション(訪問リハはなし)



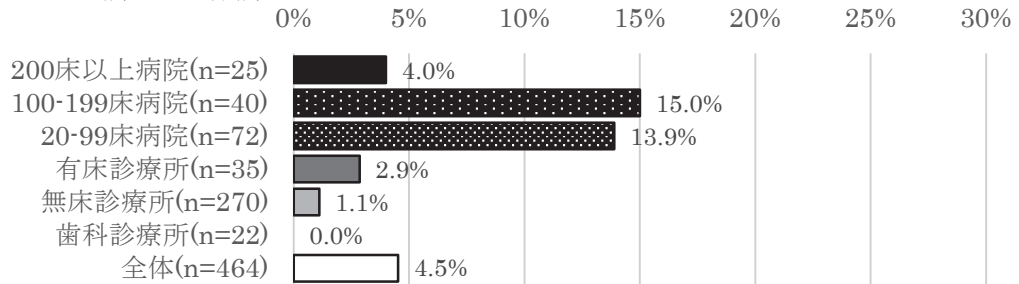
みなし訪問看護事業所



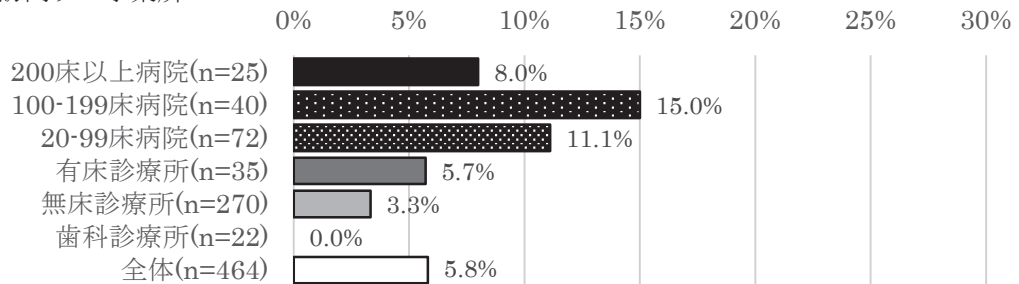
通所リハ事業所



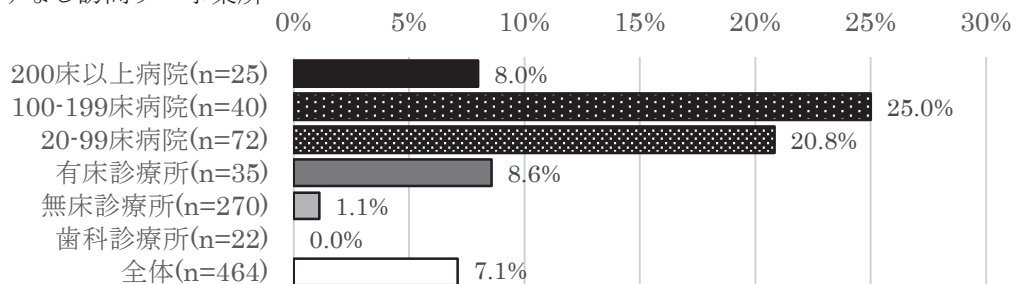
みなし通所リハ事業所



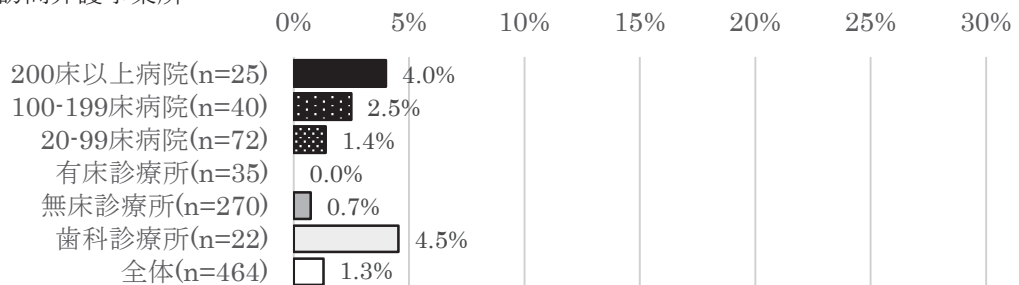
訪問リハ事業所



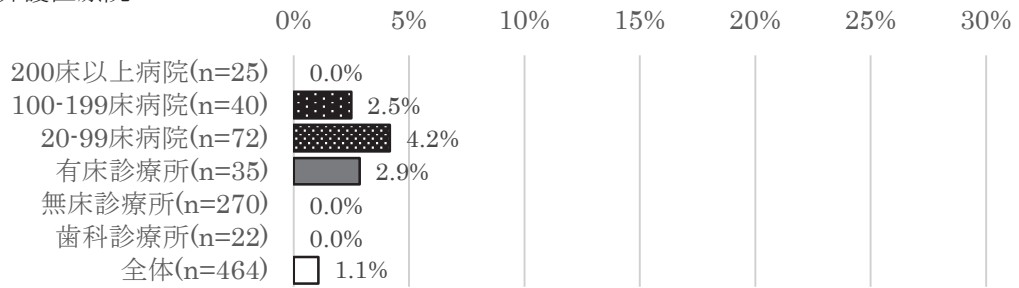
みなし訪問リハ事業所



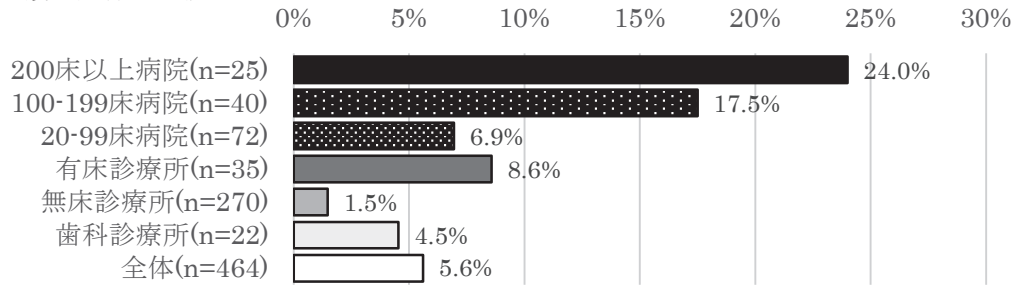
訪問介護事業所



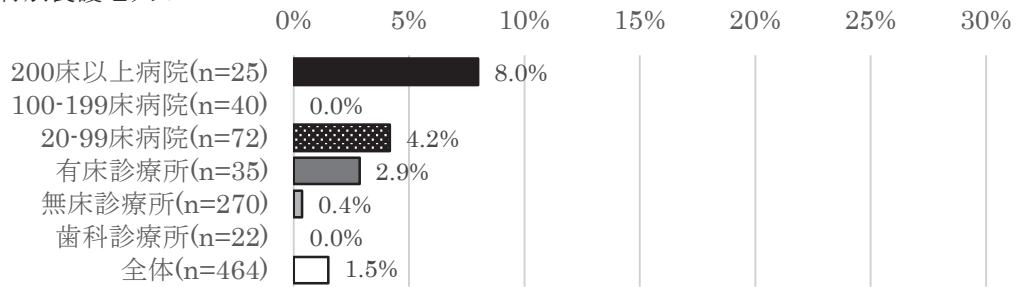
介護医療院



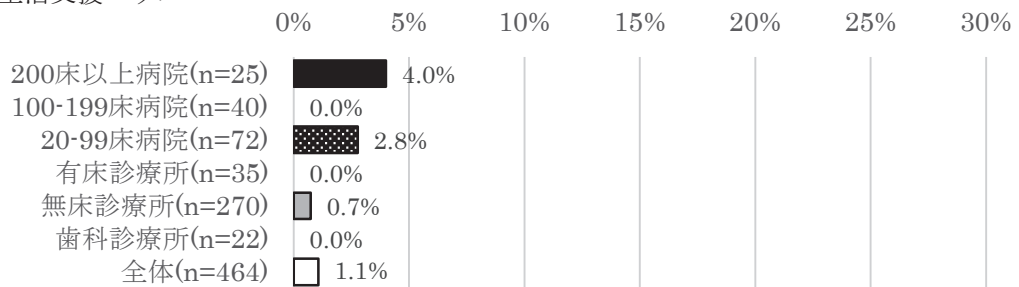
介護老人保健施設



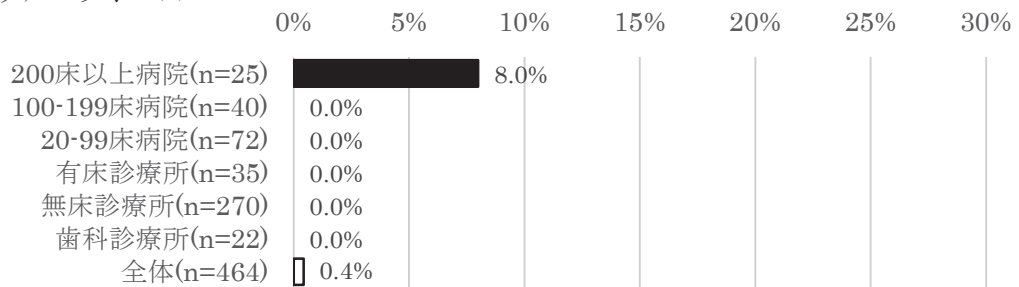
特別養護老人ホーム



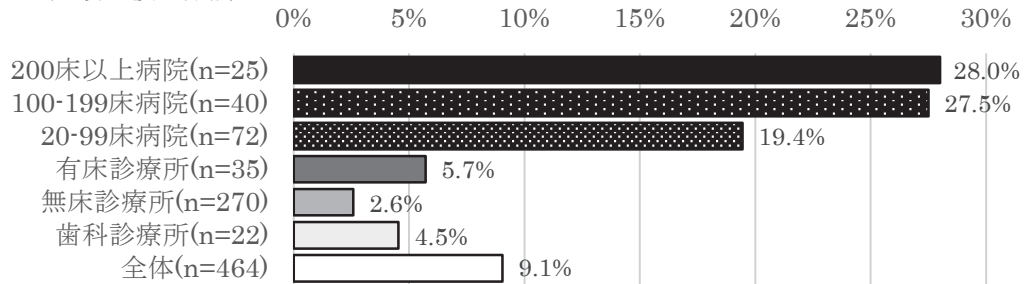
生活支援ハウス



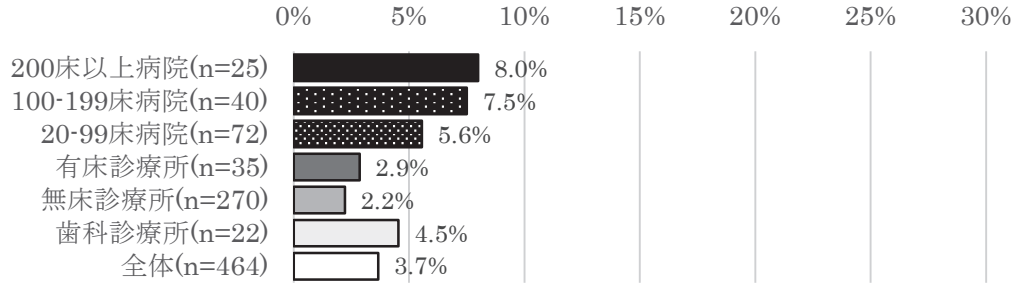
グループホーム



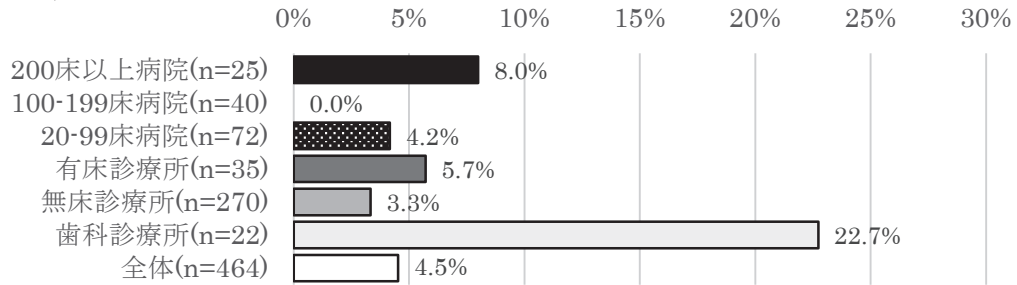
居宅介護支援事業所



地域包括支援センター

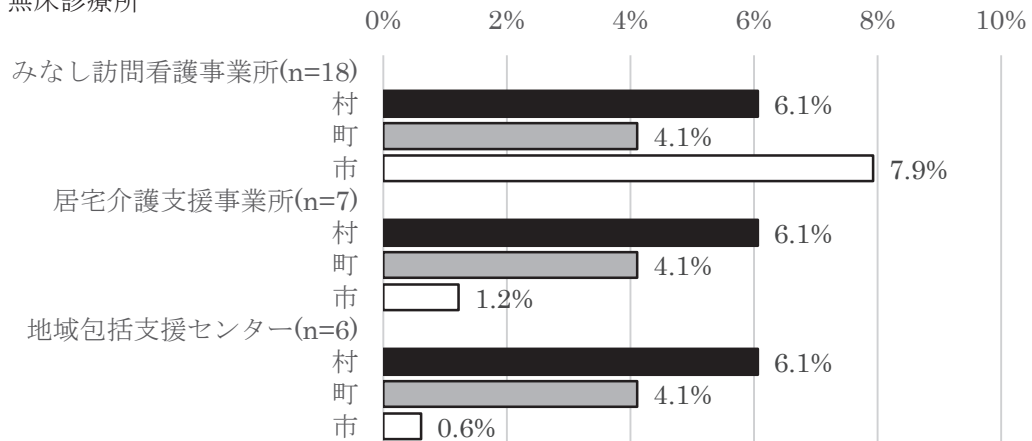


その他



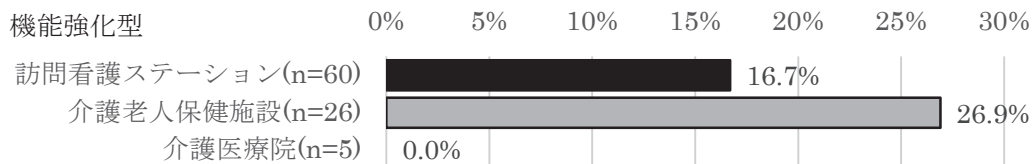
なお、前述のごとく無床診療所は行政区分あるいは人口区分においてその規模によらず分布していることが確認できているが、回答項目のうちみなし訪問看護事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターに関して無床診療所に限定して行政区分ごとの状況を見てみると、訪問看護事業所に関しては村といった小規模自治体でも市といった大規模自治体でも併設している割合にほぼ違いはなかった。村では訪問看護の診療所への依存が、市であってもおそらく国保直診が立地するような地域が周辺地域に多いことで、看護という専門職種を持っている施設としての役割を期待され取り組んでいることが示唆された。一方、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターに関しては、市においてはそうした業種に特化した事業所が設置されていることが予想されるが、村においては専門職の資源が乏しく診療所に依存せざるを得ない状況があることが示唆された。ただしこれらに関して本調査では検討に耐え得るほどの対象施設数が得られていない点には注意が必要である。

無床診療所



■ 併設及び実施事業（機能強化型）

訪問看護ステーションが 10/60 施設、介護老人保健施設は 7/26 施設が機能強化型であると回答した。介護医療院については、該当する施設がなかった。



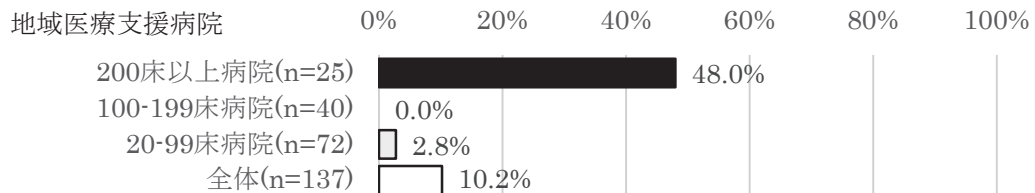
■ 施設の指定等

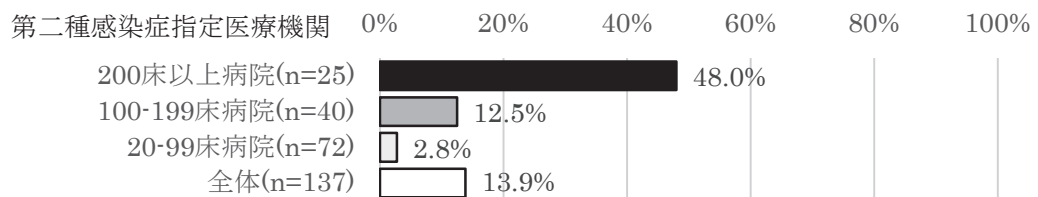
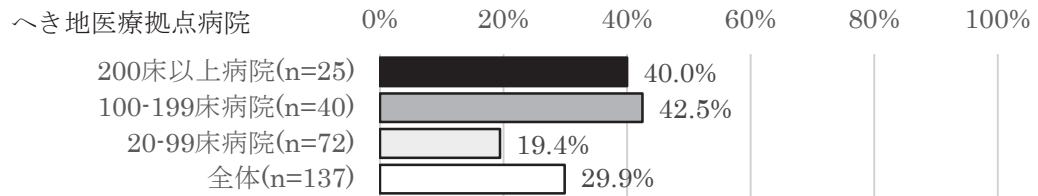
施設の指定等では、救急告示病院であると回答している病院が病院施設の約 9 割と最も多く認められた。

病院施設の 4 割がへき地医療拠点病院の指定を受け、20-99 床の小規模病院であっても 2 割の施設で指定されていると回答した。

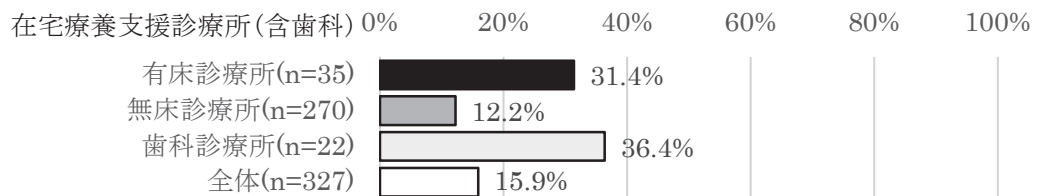
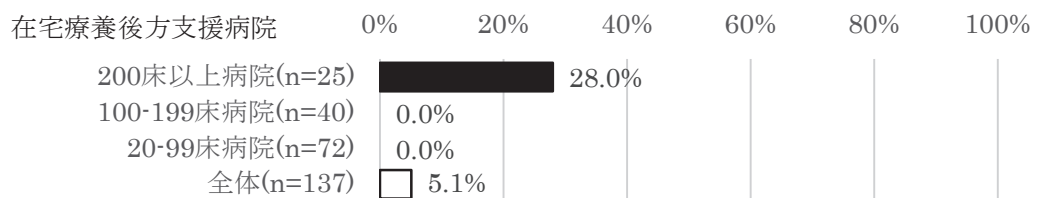
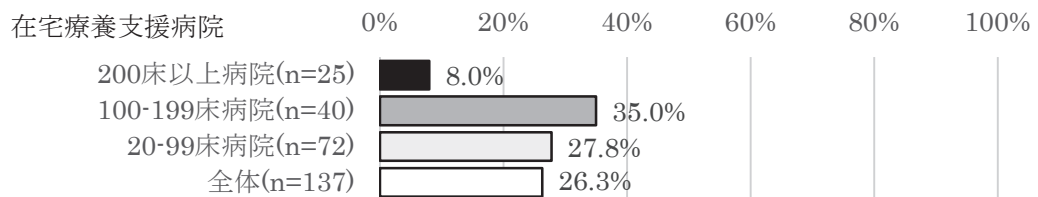
第二種感染症指定医療機関として 200 床以上病院ではその半数が指定を受けている一方、200 床未満病院では受けていないと回答していた。人的・物的に対応が難しいことが考えられた。

在宅関係では在宅療養支援病院あるいは在宅療養後方支援病院として病院の 3 割の施設が、また、在宅支援診療所として有床診療所及び歯科診療所の 3 割の施設が指定を受けていると回答した。無床診療所において指定を受けていると回答した施設は 1 割程度にとどまった。



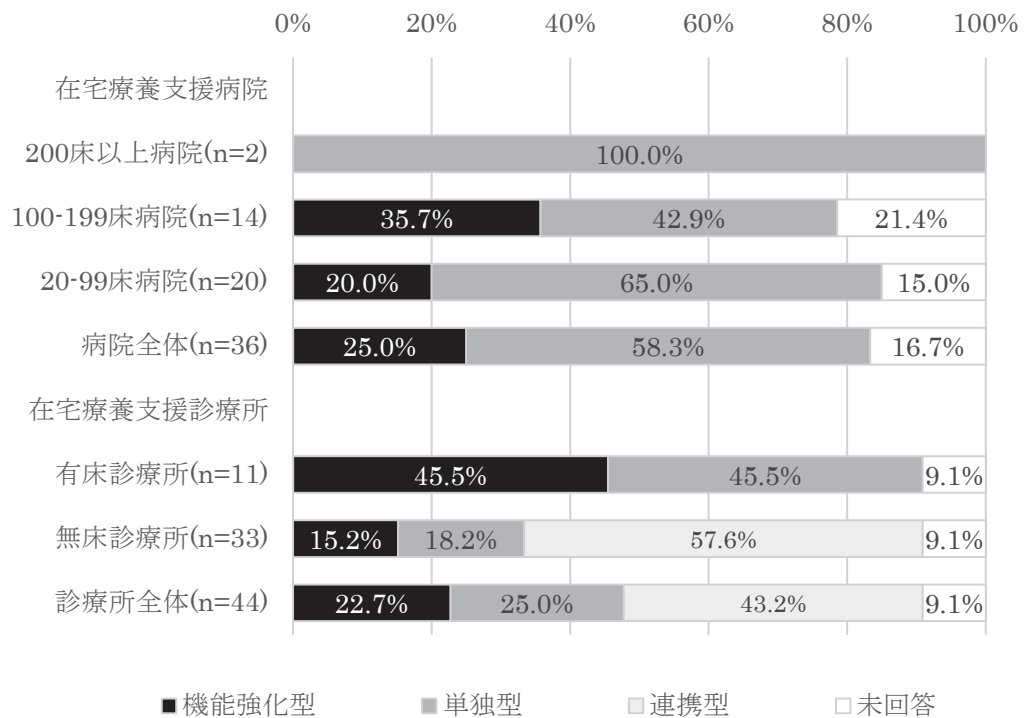


※特定感染症医療機関・第一種感染症指定医療機関はそれぞれ0施設



■ 施設の指定等（機能強化型、単独型、連携型）

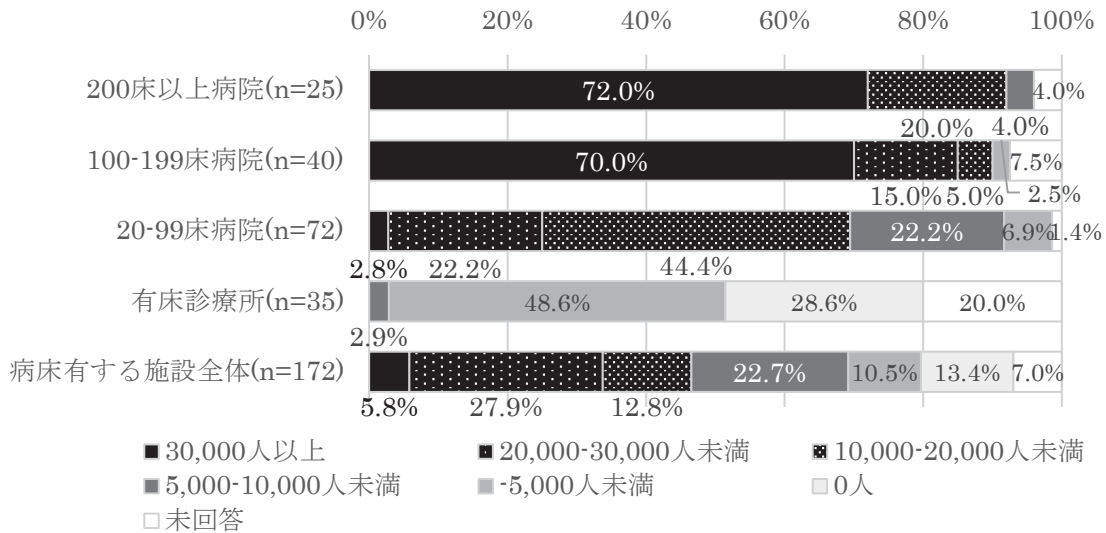
在宅療養支援病院もしくは在宅療養支援診療所の指定を受けている回答した施設のうち、その指定種別を見てみると、在宅療養支援病院ではどの施設規模においても単独型が最も多い割合を占めていたが、小規模施設（200床未満病院あるいは有床診療所）では機能強化型であると回答した施設が2-3割であった。一方、在宅療養支援診療所に関しては、病床を持つ有床診療所において機能強化型であると回答した割合が病院施設を含めても最も多く、病床を持つという強みを生かしながら在宅医療に取り組んでいることが見てとれた。病床を持たない無床診療所は在宅医療のためのバックベッド確保もあってか、連携型であると回答した施設が6割近く認められた。在宅療養支援病院/診療所の指定を受けている施設はそれぞれの状況に応じて在宅医療への取り組みを工夫していると思われた。



(2) 地域包括ケアへの取り組み

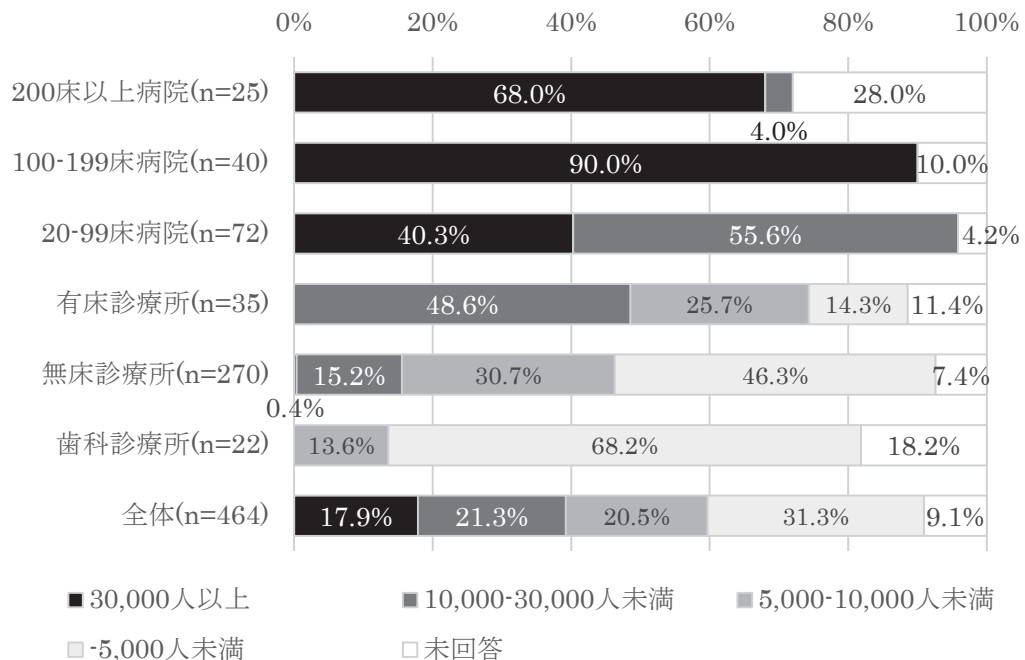
■ 年間延べ患者数（2019年度）（入院）

入院における年間延べ患者数は、病床規模に順じて増加していた。有床診療所においては、病床はあるものの入院がない（あるいは受け入れていない）と回答している施設が3割程度認められた。



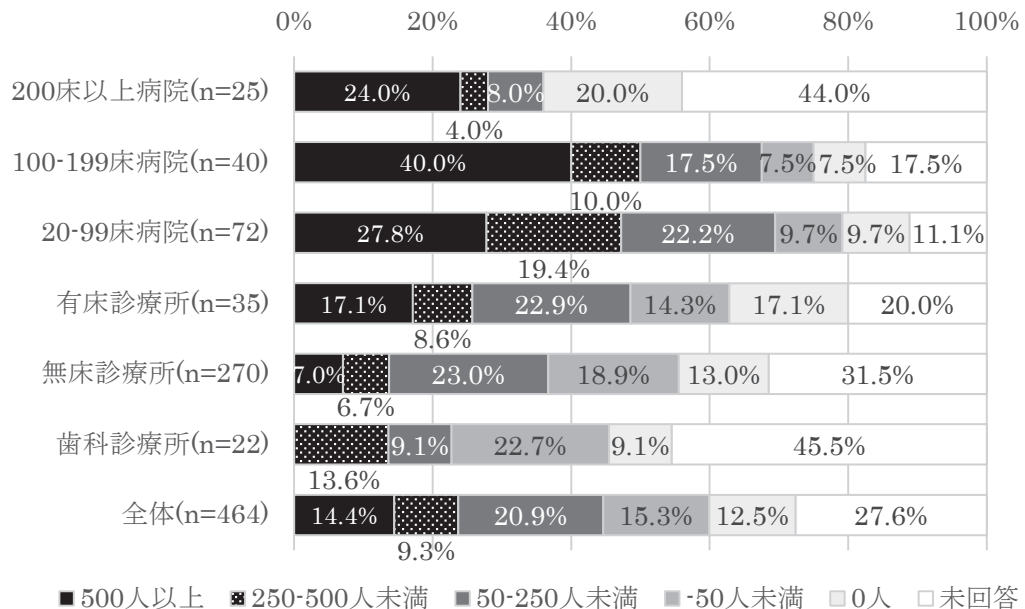
■ 年間延べ患者数（2019年度）（外来）

外来における年間延べ患者数も、入院における延べ患者数同様病床規模に順じてその数は増加していた。



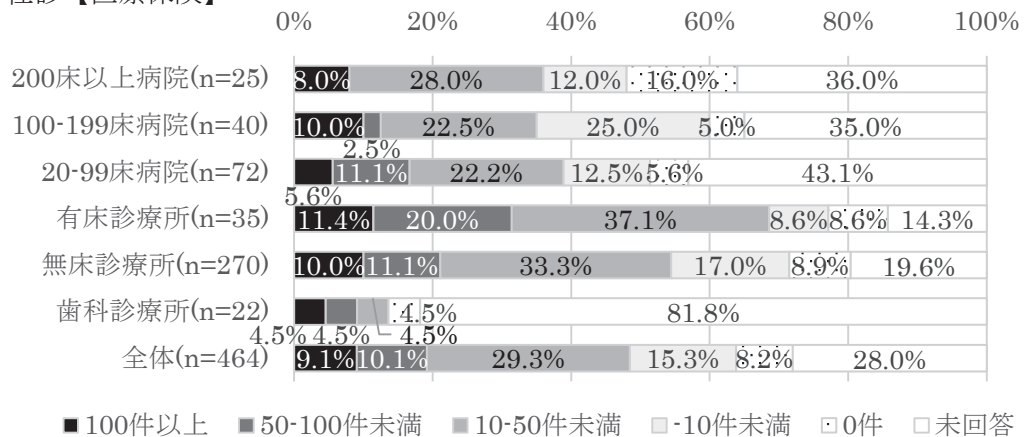
■ 年間延べ患者数（2019年度）（在宅）

在宅における年間延べ患者数は、200床未満の病院においてその数を多く回答している施設の割合が多かった。有床診療所でも同様の傾向が見られる一方、在宅患者を持たない施設の割合も2割弱認められた。無床診療所においても、在宅により取り組む医療機関とそうではない医療機関（ともに13%程度）とに分かれていた。



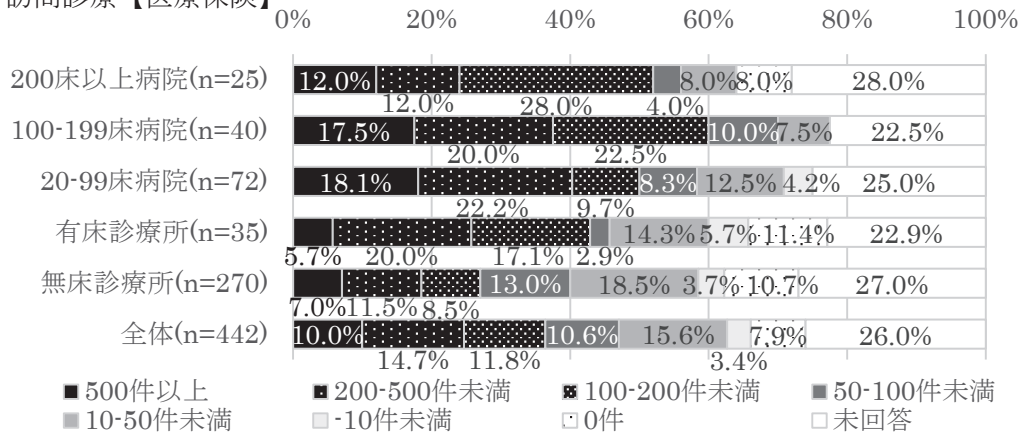
■ 主な在宅サービスの実施状況【医療保険による在宅サービス】

往診【医療保険】



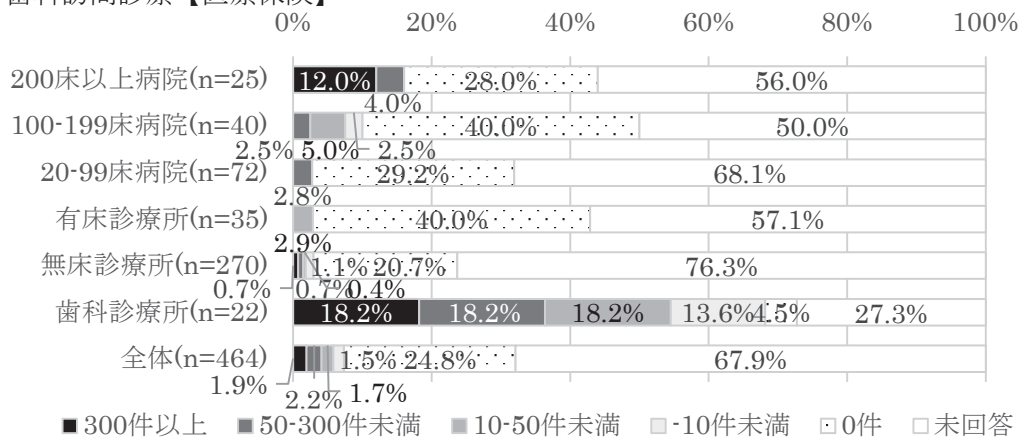
往診に関しては、有床あるいは無床診療所で取り組んでいる施設の割合が多かった。また、例え200床以上の病院であっても件数の大小はあるものの取り組んでいると回答している施設が半数を超えていた。

訪問診療【医療保険】



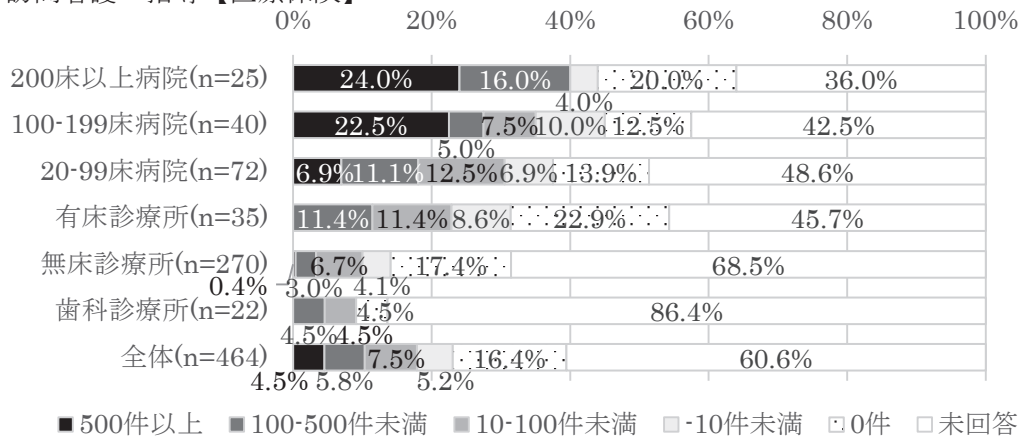
訪問診療に関しては、往診より取り組んでいると回答している施設は多く、また、200床未満の病院で取り組んでいる割合が多く認められた。

歯科訪問診療【医療保険】



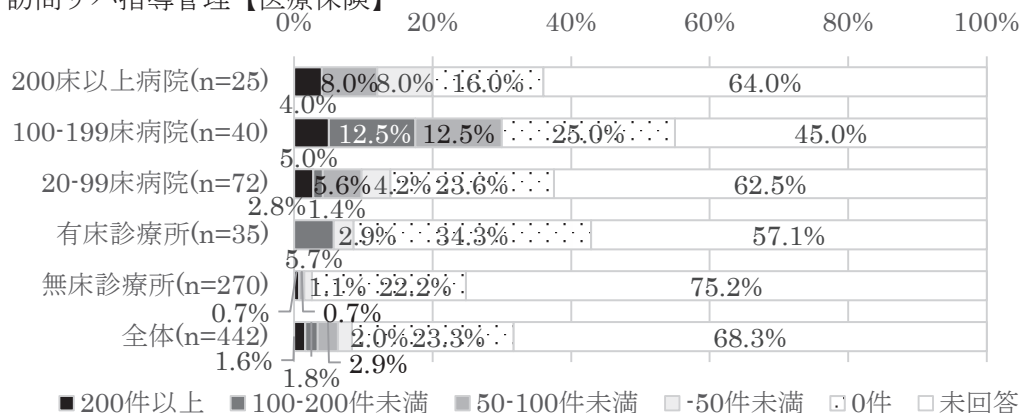
訪問歯科診療は、病院などの歯科部門の有無の情報がないために、歯科を持つ病院に限定して検討することは難しいが、おそらく200床以上の病院の歯科部門での取り組みが認められた。歯科診療所では訪問診療に取り組んでいると回答している施設が半数以上認められた。

訪問看護・指導【医療保険】



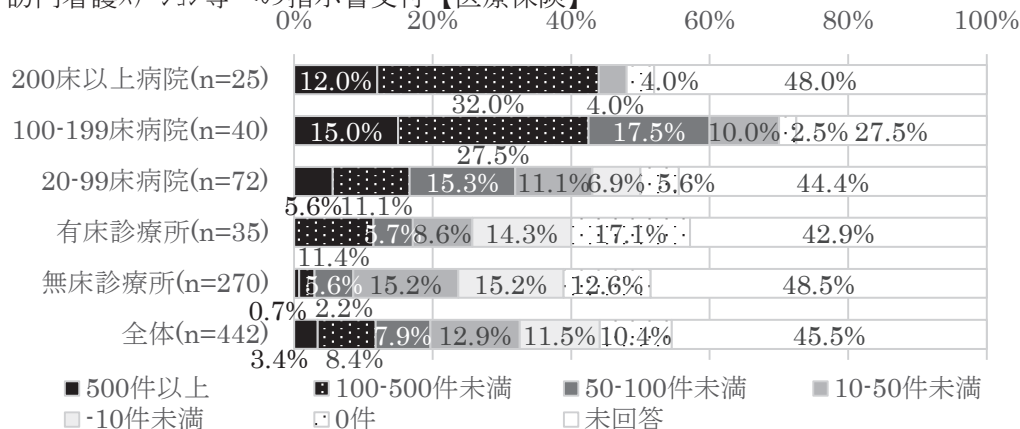
訪問看護は、病院及び有床診療所では4割前後の施設が取り組んでいると回答していた。一方無床診療所や歯科診療所は、訪問診療の実施件数と比較しても取り組んでいると回答した施設は少なく施設外の資源との連携が必要となる。

訪問リハ指導管理【医療保険】



訪問リハは、リハビリスタッフが確保できていないと自施設での取り組みは困難であり、リハビリスタッフの確保が一定数見込まれ、かつより生活に密着した対応ができるであろう100-199床病院での取り組み割合が一番多かった。

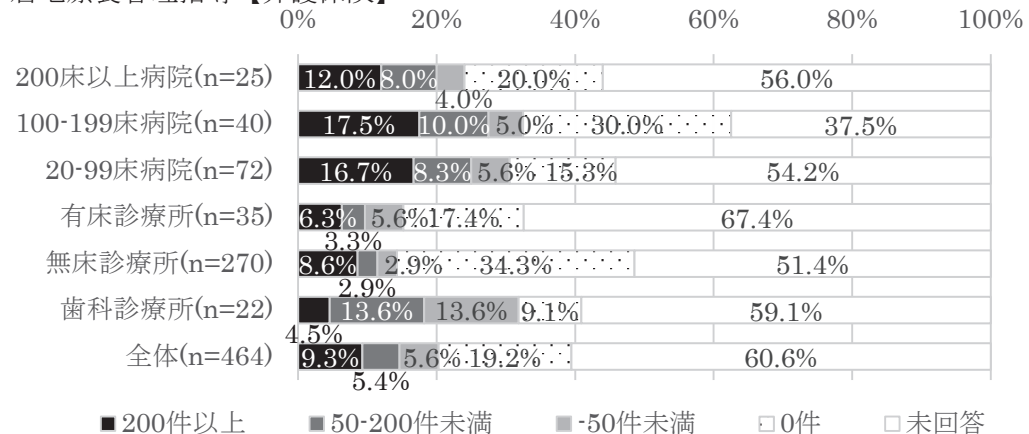
訪問看護ステーション等への指示書交付【医療保険】



訪問看護ステーションなどへの指示書交付数は、100床以上の病院にその割合が多く、ある程度の規模の病院が立地する地域には自施設も含めて訪問看護ステーションなどの交付先施設が存在していることを反映している可能性が示唆される。有床・無床診療所では、交付が必ずしも多くなく、自施設のみなし訪問看護の利用と、他の訪問看護実施施設への依頼が混在していることを反映しているのではないかと思われた。

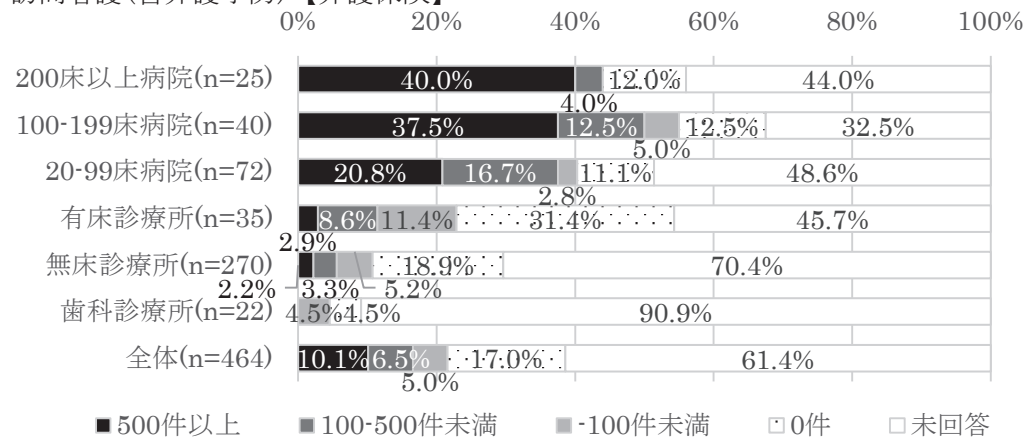
■ 主な在宅サービスの実施状況【介護保険による在宅サービス】

居宅療養管理指導【介護保険】

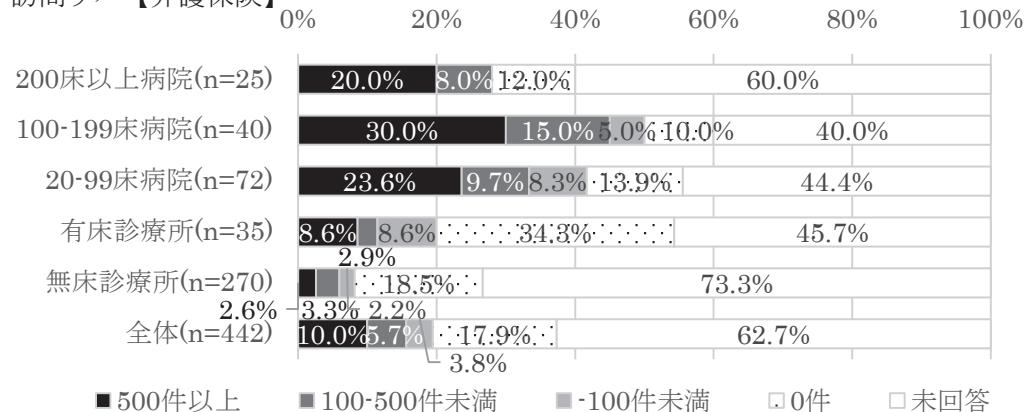


介護保険の居宅療養管理指導件数は、医療保険の訪問診療件数ほど多くはなく、200床未満の病院で取り組んでいると回答した施設が多かった

訪問看護(含介護予防)【介護保険】



訪問リハ【介護保険】

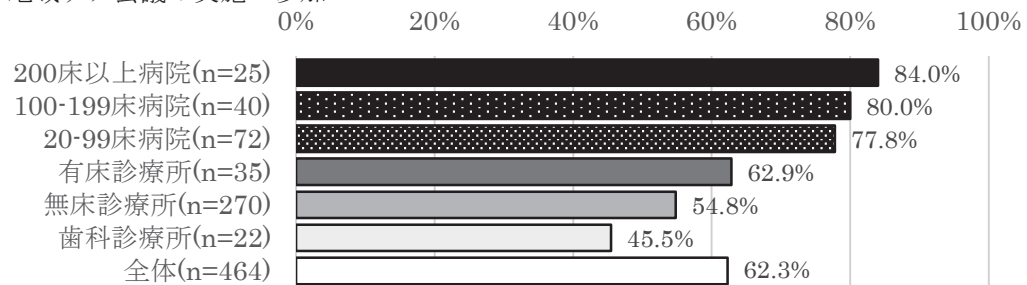


介護予防も含む介護保険の訪問看護、訪問リハはいずれも病院で実施割合が高く、こうした部門に対応できるスタッフが診療所より確保しやすいことが影響しているのではないかと考えられた。これらは医療保険における同様のサービスと似た割合分布であった。

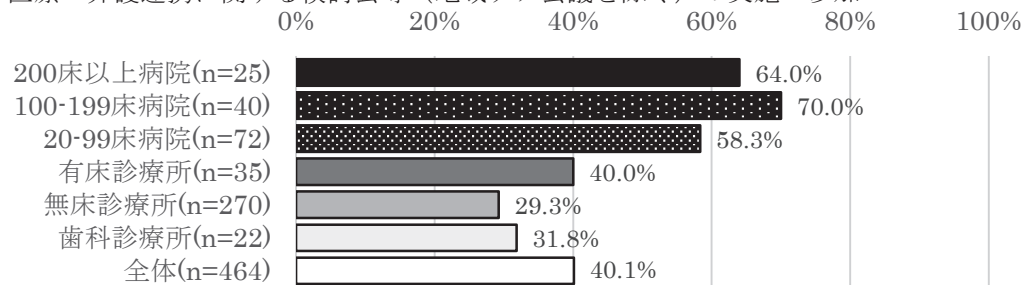
■ 施設の所在自治体内の医療・介護連携に関する取り組みについて、施設が実施・参加しているものについて

施設が所在する自治体内の医療・介護連携に関する取り組みで最も多かったのは「地域包括ケア会議の実施・参加」の289施設、次に「医療・介護連携に関する研修会、イベント等の実施・参加」の196施設であった。病床規模の大きいほどいずれの項目も取り組み割合が高く地域ケア会議を除いて、無床診療所は半数にも至っていなかった。またICTへの取り組みは2割あるいはそれ以下の取り組み状況であった。「具体的な取り組みはない」と回答した施設は全体の2割の施設であったが、無床診療所に多く、その約3割に認められた。

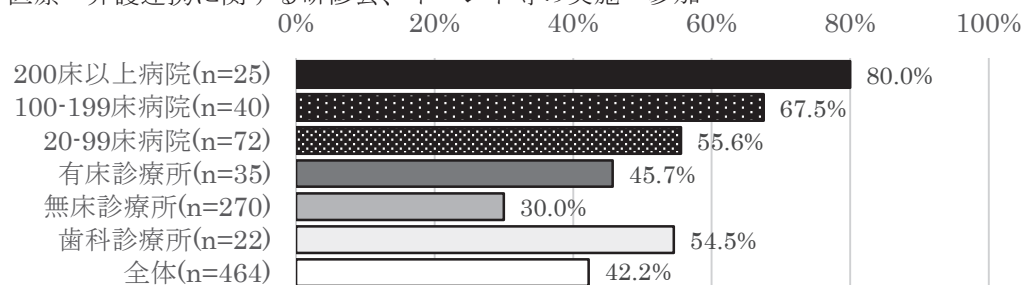
地域ケア会議の実施・参加



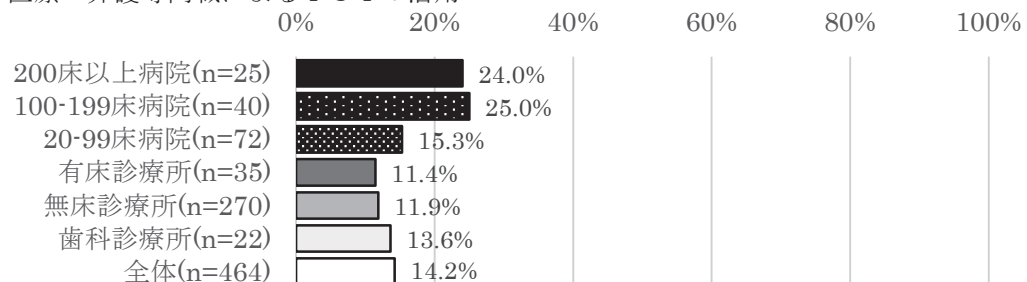
医療・介護連携に関する検討会等（地域ケア会議を除く）の実施・参加



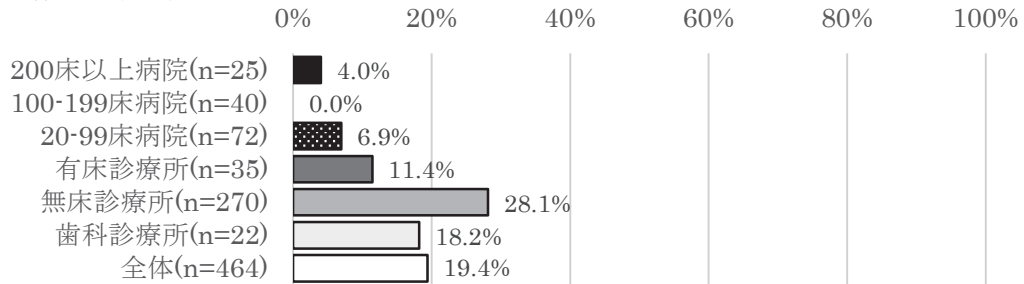
医療・介護連携に関する研修会、イベント等の実施・参加



医療・介護専門職によるICTの活用



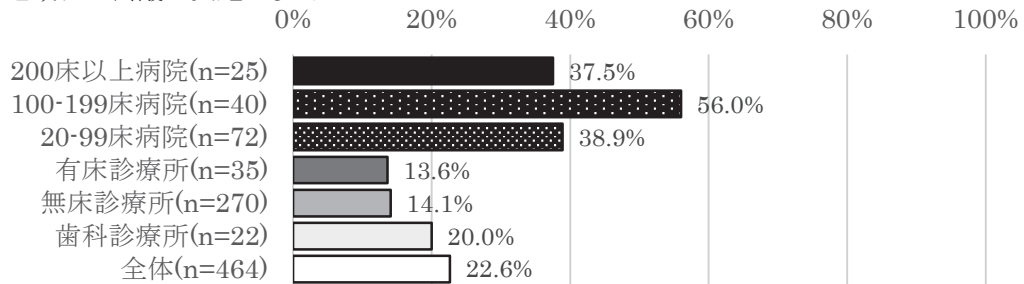
具体的な取り組みはない



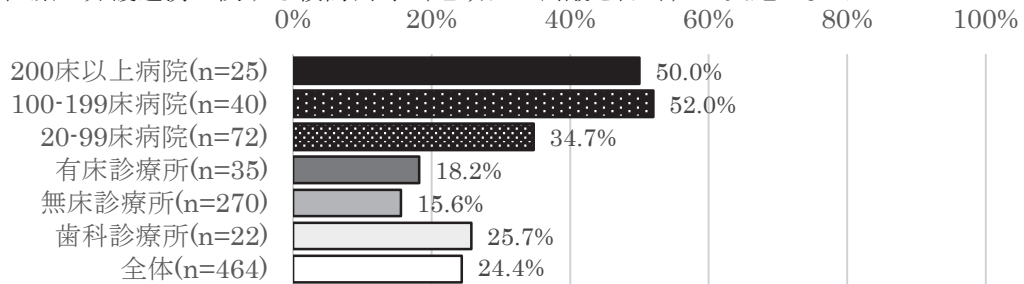
- 施設の所在自治体外の自治体・医療機関・介護事業所・地域住民等との広域的な医療・介護連携に関する取り組みについて、施設が実施・参加しているものについて

広域的な医療・介護連携に関する取り組みでは、「医療・介護連携に関する研修会、イベント等の実施・参加」が多く165施設であった。いずれの項目も施設が所在する自治体内の医療・介護連携に関する取り組みよりはその取り組み割合は少ないが、より広域的に患者・利用者との対応が考えられる比較的規模の大きい病院ではその取り組み割合は5割を超えていた。「具体的な取り組みはない」と回答した施設は所在自治体内の医療介護連携に関する取り組みに認められたより多く、無床診療所の約5割で認められた。

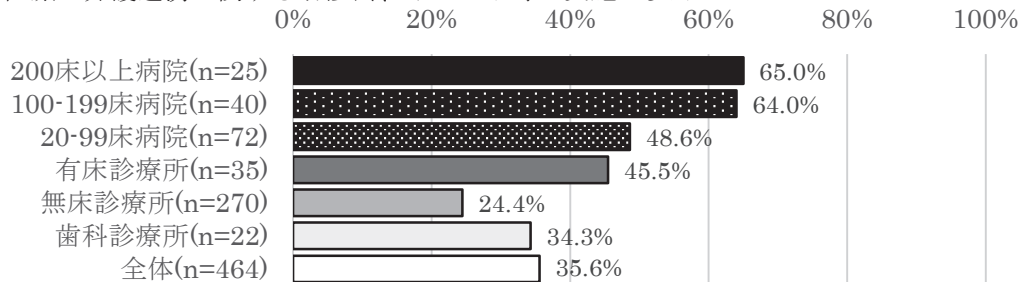
地域ケア会議の実施・参加



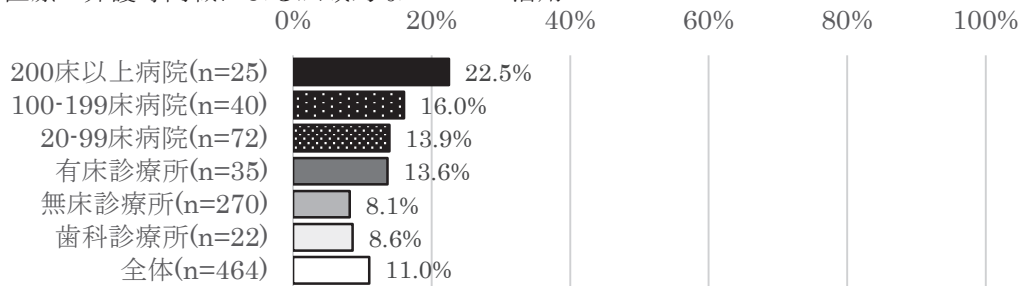
医療・介護連携に関する検討会等（地域ケア会議を除く）の実施・参加



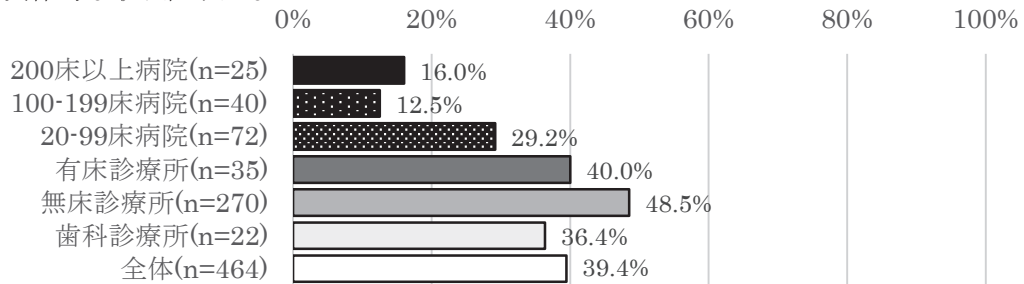
医療・介護連携に関する研修会、イベント等の実施・参加



医療・介護専門職による広域的なICTの活用

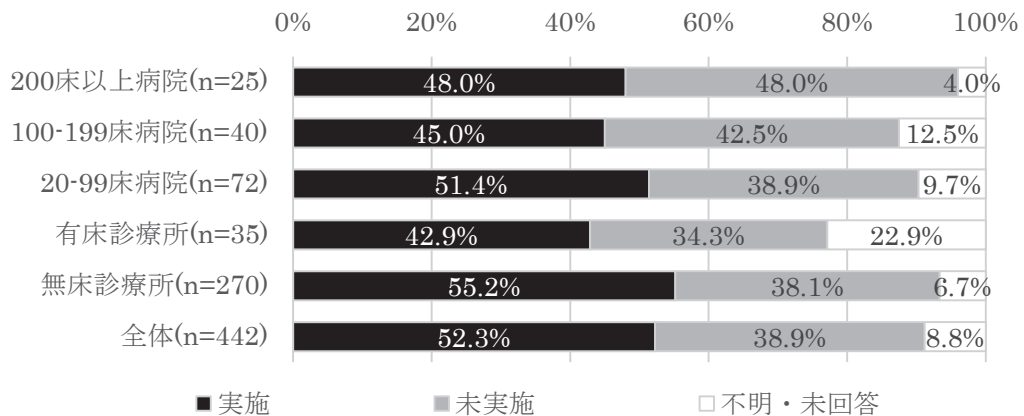


具体的な取り組みはない



■ 在宅看取り・施設看取り

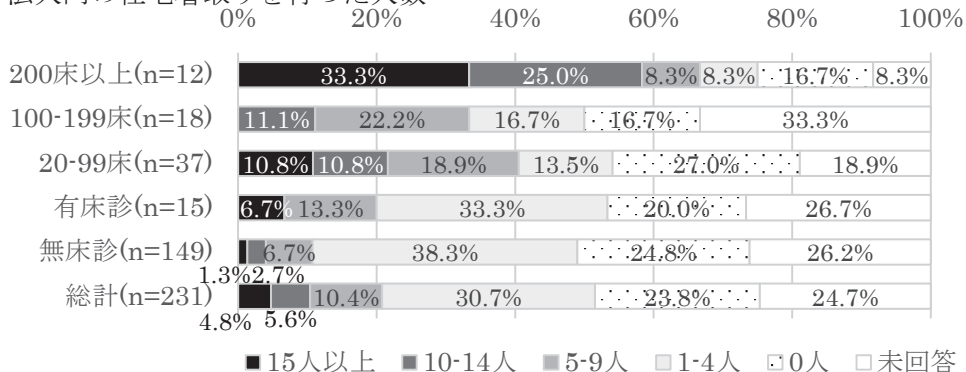
在宅看取りまたは施設看取りへの取り組みについては、実施施設が 231 施設であり、病院規模にかかわらずおおむね半数から半数弱の施設が取り組んでいた。無床診療所では 55% の施設に取り組みが認められた。



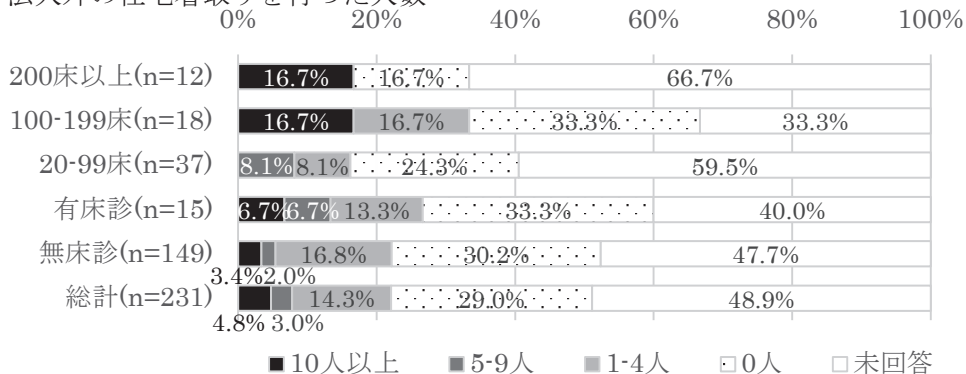
■ 在宅看取り・施設看取り実施施設の看取り人数（2019 年度）

在宅看取りまたは施設看取りへの取り組みはあるものの年間の実績として看取りのない施設も少なからず存在していた。200 床以上の病院は自施設に関連した在宅看取りが多くを占めたが、200 床未満の施設や診療所では同一法人外の在宅看取りあるいは施設看取りにも取り組んでいた。

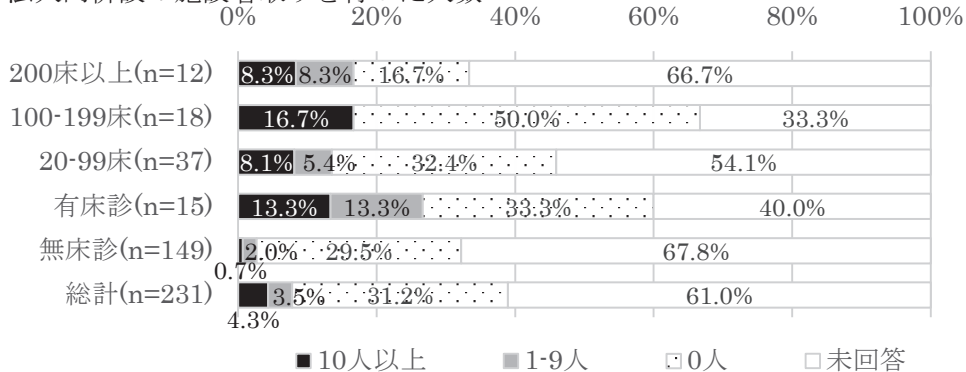
同一法人内の在宅看取りを行った人数



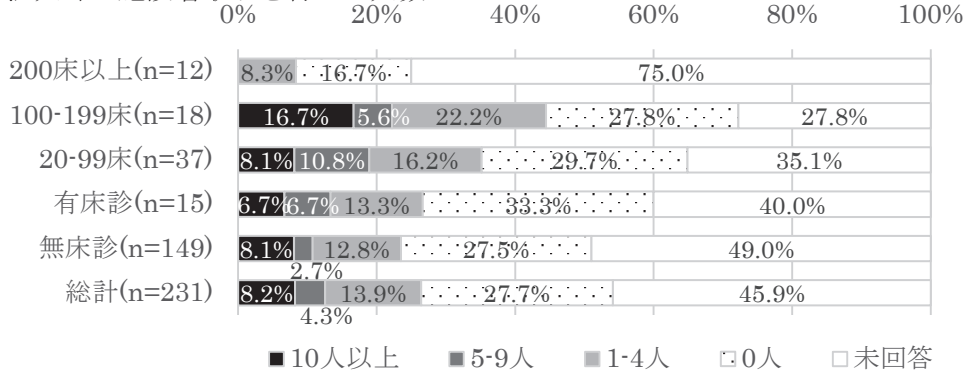
同一法人外の在宅看取りを行った人数



同一法人内併設の施設看取りを行った人数



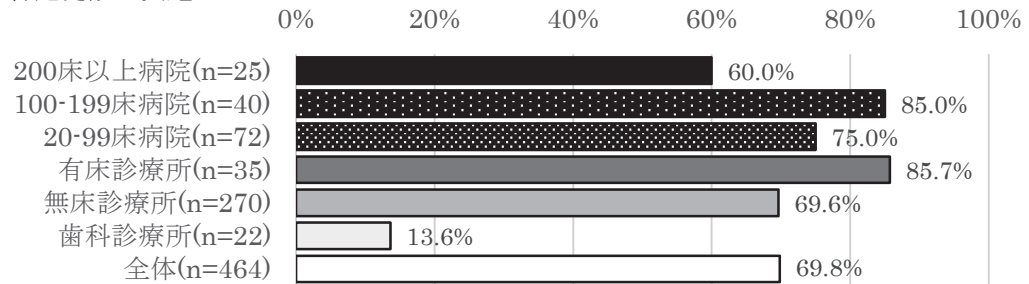
同一法人外の施設看取りを行った人数



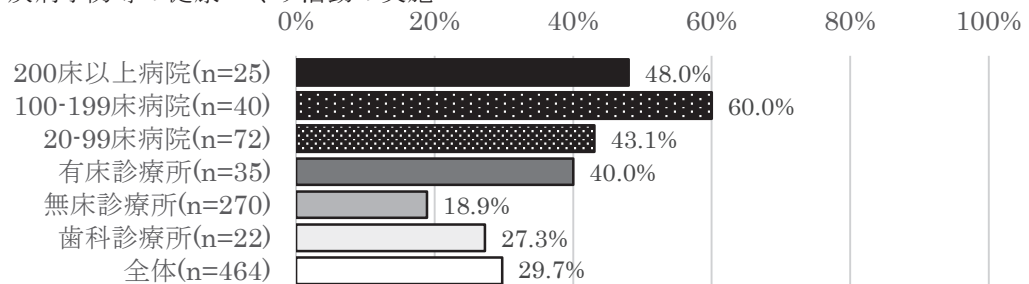
■ その他の地域包括ケアへの取り組みの現状について、施設で実施・参加しているものについて

施設で実施・参加しているもので最も多かったのは、「特定健診の実施」324施設、次に「医療・介護連携に関する取り組み」188施設という結果であった。200床未満の病院が比較的多項目に取り組んでいる傾向であった。ある程度の人材が確保できること、所在地域があまり広大ではないこと（町あるいは人口規模20,000人以下が多い）などといった背景要因が関与しているかもしれない。

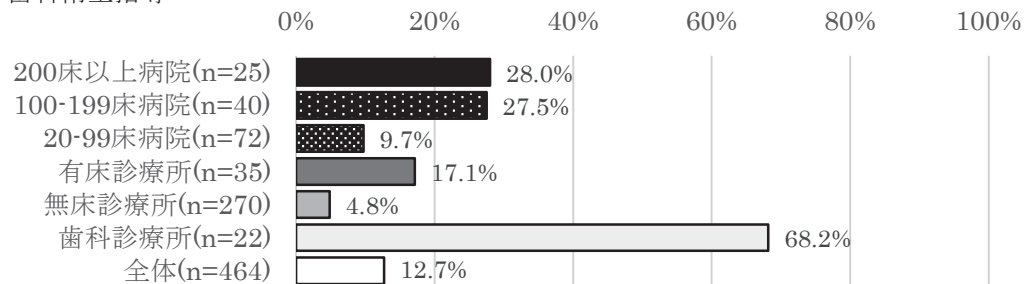
特定健診の実施



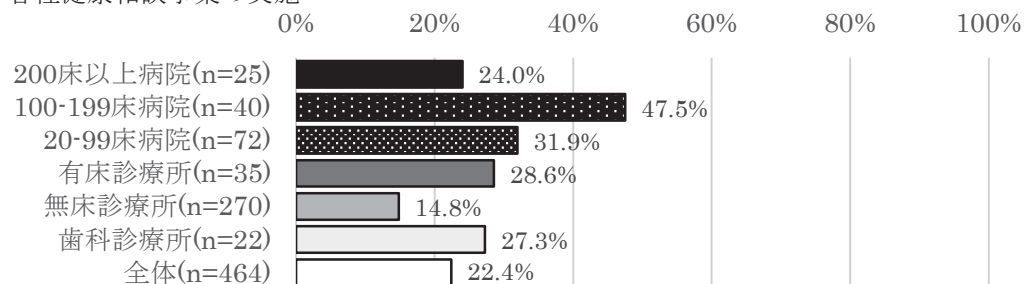
疾病予防等の健康づくり活動の実施



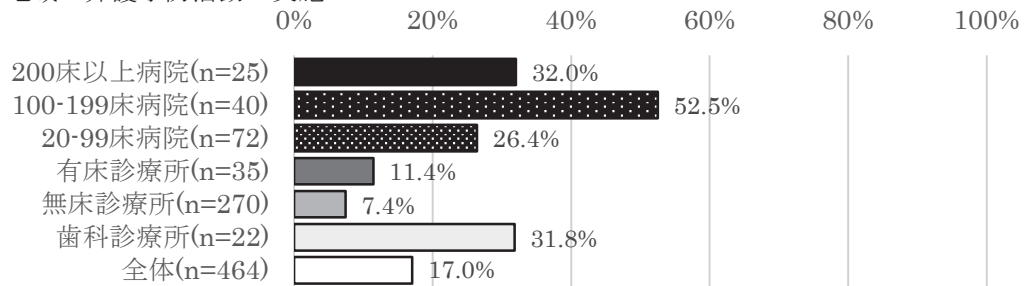
歯科衛生指導



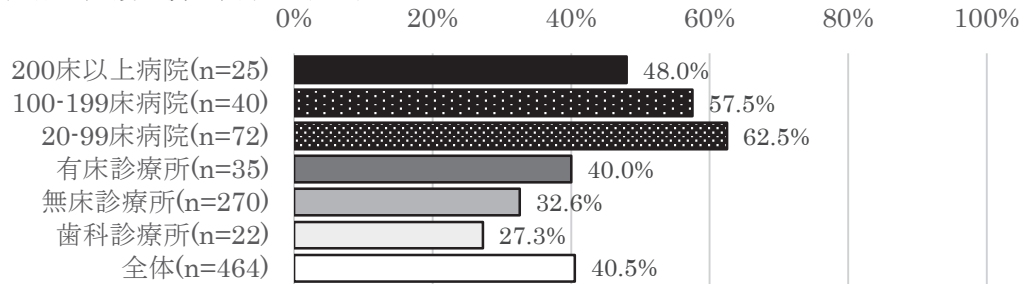
各種健康相談事業の実施



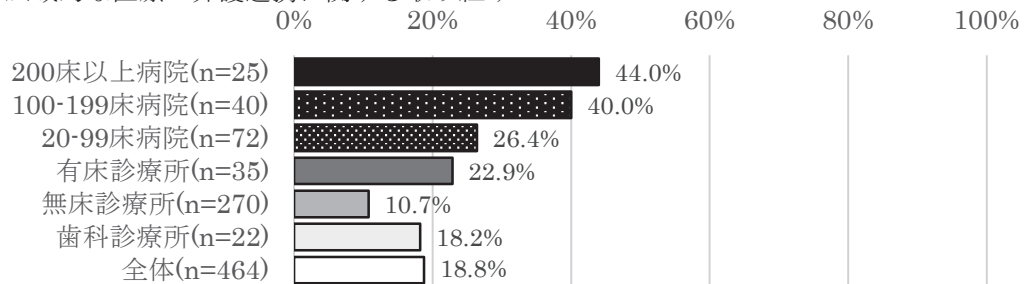
地域の介護予防活動の実施



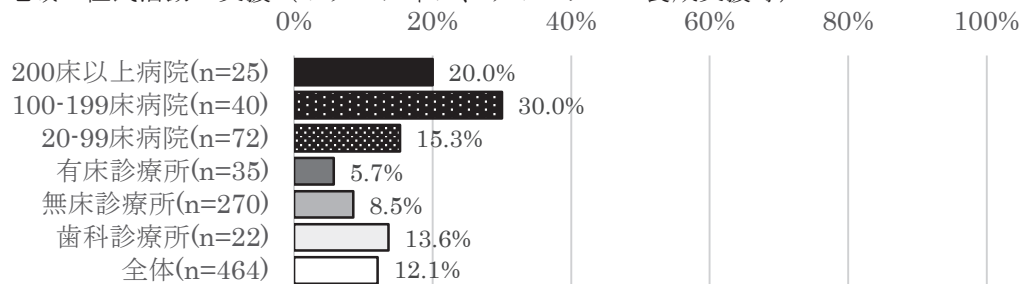
医療・介護連携に関する取り組み



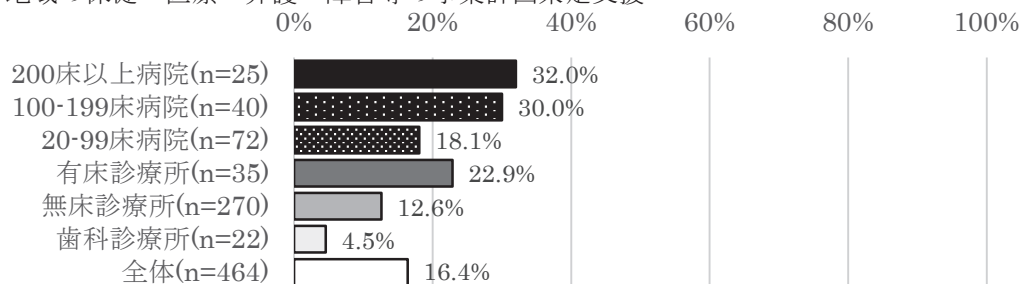
広域的な医療・介護連携に関する取り組み



地域の住民活動の支援 (ボランティア、サポーターの養成支援等)



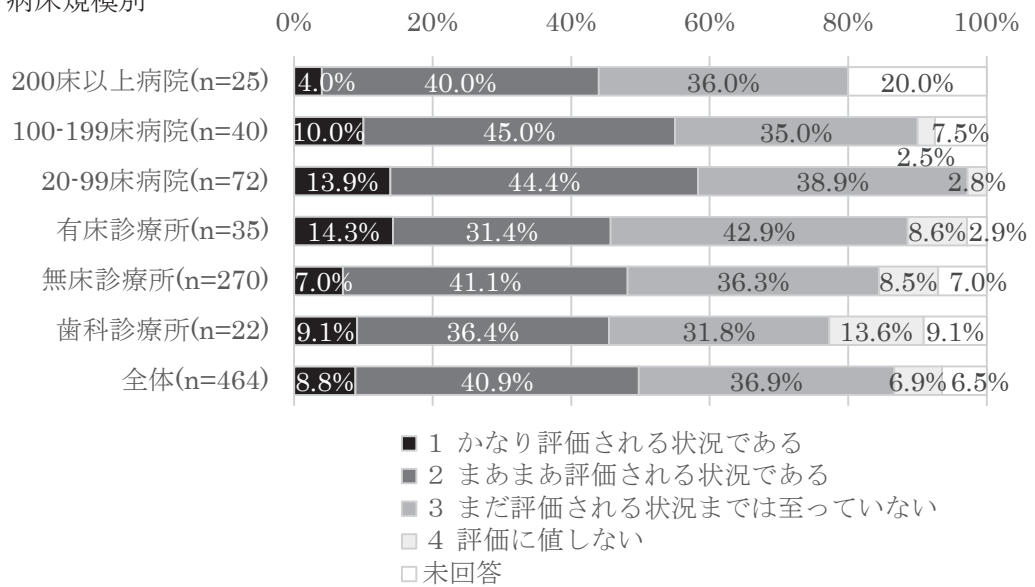
地域の保健・医療・介護・障害等の事業計画策定支援



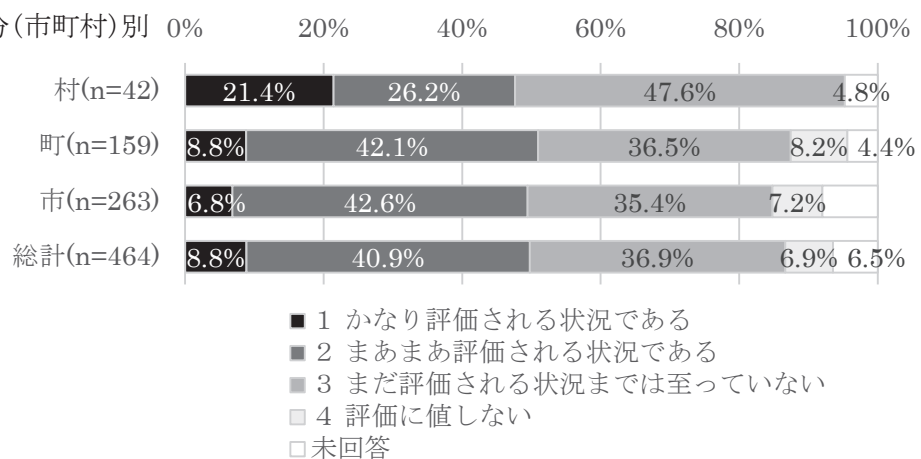
■ 施設の所在地域の地域包括ケアシステムの現状

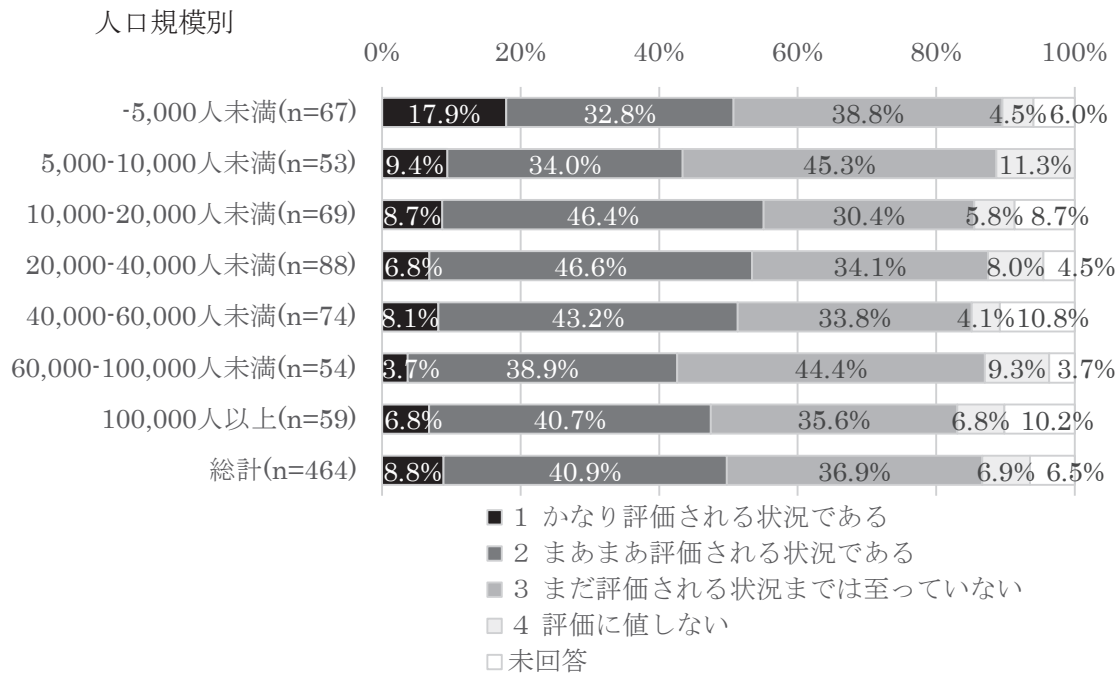
施設の所在地域の地域包括ケアシステムの現状は、「かなり評価される状況である」が9%、「まあまあ評価される状況である」が41%、「まだ評価される状況までは至っていない」が37%、「評価に値しない」が7%、「無回答」が7%という回答であった。200床未満の病院からの回答がやや評価する割合が多かったが、病床規模で大きな差は認められなかった。同様に行政区別、人口規模別で見てもあまり大きな差はなかったが、村ないしは人口規模が5,000人未満の自治体に設置されている施設からの回答では、「かなり評価される」という回答の割合が他より多かった。なお、行政区別あるいは人口規模別は、それぞれの区分に設置されている国保直診施設からの回答（国保直診側がそうとらえているという意味）であること、自治体と国保直診が必ずしも1対1対応でないこと（1自治体に複数の国保直診がある場合は、設置自治体の状況に関して複数の国保直診の回答がありえる）といった点に注意を要する。

病床規模別



行政区分(市町村)別





■ 施設の所在地域の地域包括ケアシステムの現状

施設の所在地域の地域包括ケアシステムの現状で、「かなり評価される状況である」「まあまあ評価される状況である」と回答した施設で、評価される点を聞いたところ、次のような回答があった。

【主な回答】(原文のまま掲載、以下同じ)

- 各病院と連携を取り、訪問診療から看取りまでを行っている。また、当県の医療介護情報ネットワークシステムを利用して、各ケアマネジャーやPTの方と情報共有をしている
- 医療、介護、福祉等多職種で密な連携をとれている
- 地域かかりつけ医療機関として関係者から相談も対応している
- 広義の地域包括ケアシステムは予防、健康増進、重症化予防も含みますが、それに取り組みながら昨今の狭義の地域包括ケアシステムである在宅医療、医療介護連携に長年取り組み、ある程度目に見える成果を上げて、かつそれを発信している
- 医療だけでなく介護や福祉、行政等とも連携し在宅療養を支援している
- 町と連携した保健予防活動や患者サポートセンターによる、高度機能病院、福祉施設、訪問看護ステーションとの連携
- 毎月開催をしている地域連携会議により、医療・介護事業者等の意志疎通が図られ連携が取れているため地域包括ケアシステムがある程度機能していると考えられるため
- 実質的に、介護上の問題点と医療上の注意点を共有し、相互の対応に活かされている点が評価される。システム化していないため柔軟に対応できる面と不確実な面がある
- 行政と病院と地域の介護事業所が協力し、共に地域づくりに関しての活動を行っている
- 月1回、病院地域連携室、ケアマネジャー、ヘルパーが情報交換を行う場を設け、関係構築・地域課題の共有・勉強会の企画・運営等自由に討論できる場を設けている点
- 町内唯一の医療機関で、かつ町立なので、行政との連携がうまくいっている
- 保健・医療・福祉の緊密な連携がとれていること。在宅医療・介護の支援が充実していること。健康づくりに力を入れていること。行政とも連携が取れ

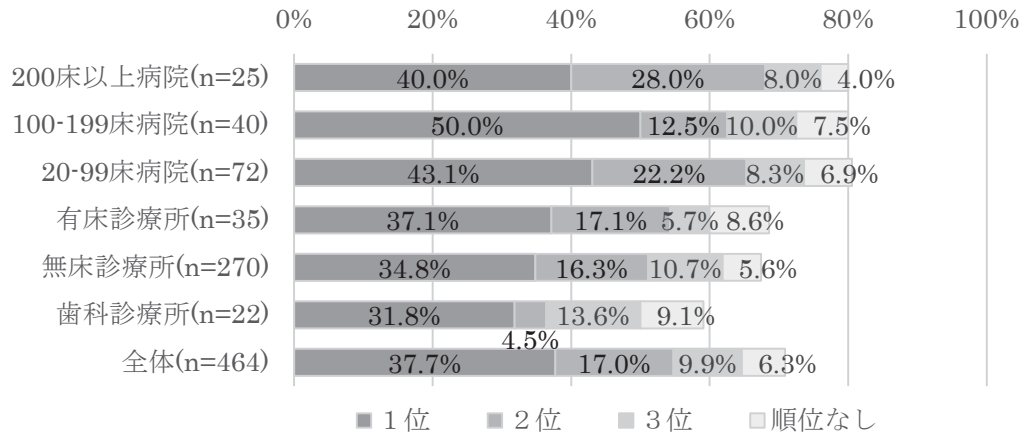
ていることなど

- 設立主体の異なる多団体、多職種の間でも密接なコミュニケーションをとることができている
- 顔見知りの多い地域柄を活かし、関係者がそれぞれの視点から意見を出すことで、支援の隙間にいる人たちへのアプローチを行った事例があった
- 人口減少・高齢化が進む中この地域の実情・変化に応じた取り組みを行い、住み慣れた地域でその人らしく生活できることを支援するため老人保健施設での看取り、訪問看護事業の開始など在宅医療を積極的に行った
- 診療所、民生員、警察、消防、振興事務所、ケアマネ、近隣のデイサービス、包括支援センター等の担当者で地域の高齢者の情報共有を月1回開催
- 住民の自主的に活動を行政、医師会、医療機関、関係団体が支援する体制が構築できつつある

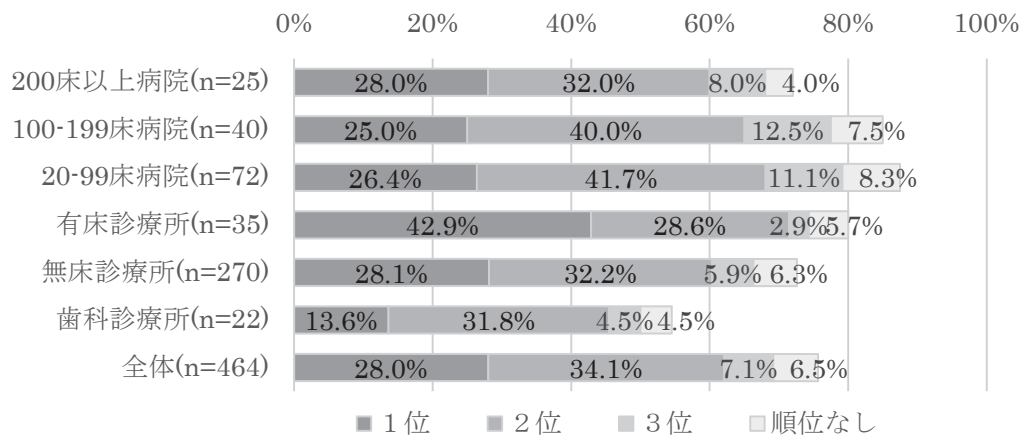
■ 施設の所在地域の地域包括ケアシステム構築において、当該自治体が果たすべきと思われる役割等について

地域包括ケアシステム構築において自治体が果たすべき役割等について特に重要と思われる項目とその優先順位を問うたところ、「医療・介護・福祉施設等との情報共有及び協議・支援・調整等」との回答が最も多く 351 施設、次いで「地域包括ケアシステムにおける現状分析と課題の抽出、具体的対応等の計画を関係者と策定する取り組み」との回答が 329 施設あった。また、これらを優先順位でも高くつける施設が多く見られた。

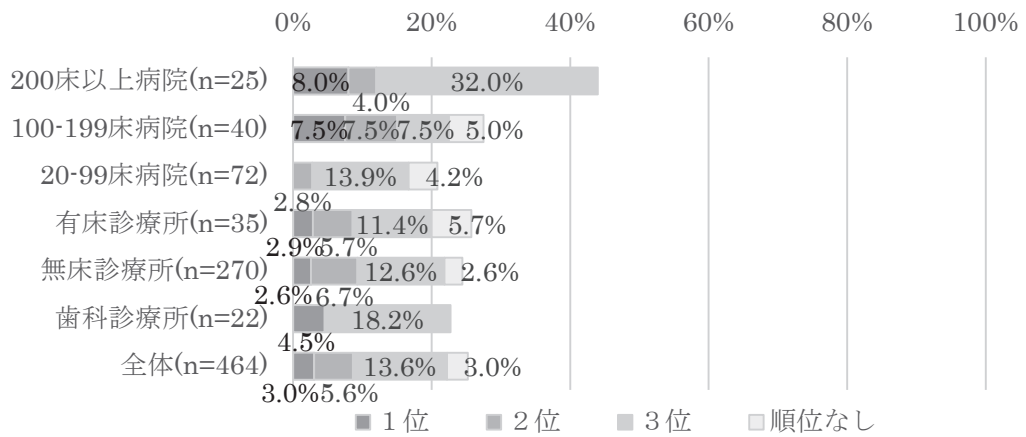
地域包括ケアシステムにおける現状分析と課題の抽出、具体的対応等の計画を関係者と策定する取り組み



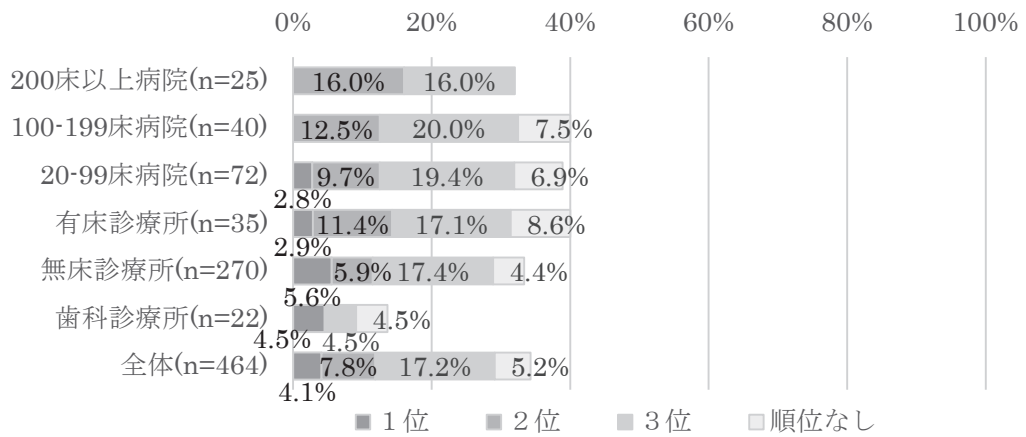
医療・介護・福祉施設等との情報共有及び協議・支援・調整等



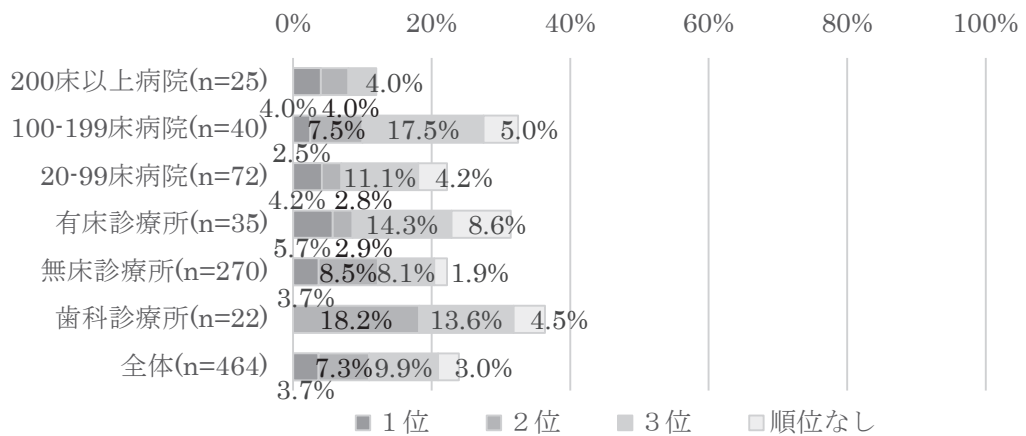
I C Tを活用した地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み



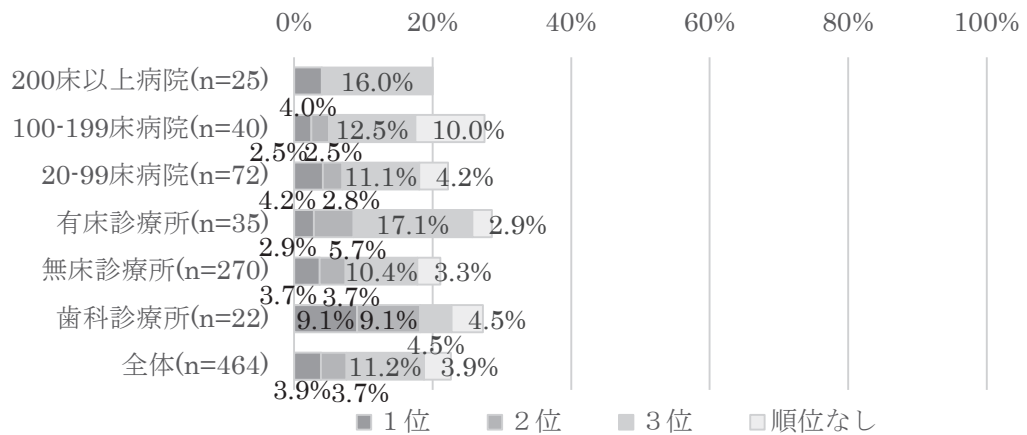
地域住民の啓発活動



地域住民主体活動等の支援



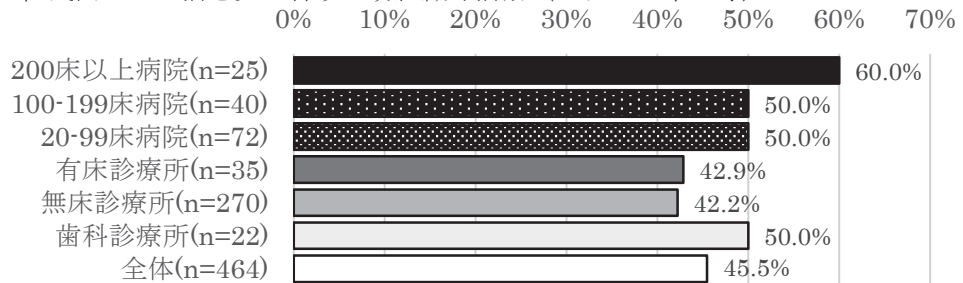
広域的な連携への取り組み



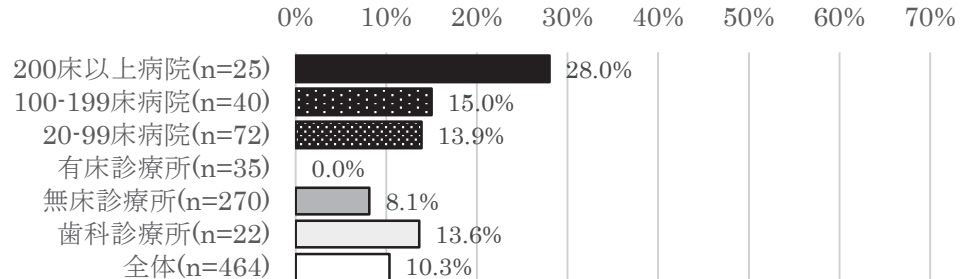
■ 施設の所在する自治体が既に行っている地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組みについて

施設の所在する自治体が既に行っている地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組みについては、「行政や社会福祉協議会等による住民の互助組織や活動を推進する取り組み」と回答した施設が最も多く、222施設であった。医療提供体制の変化に対する住民の取り組みに関しては、国保直診という医療サイドとして十分行われていないと認識していた。

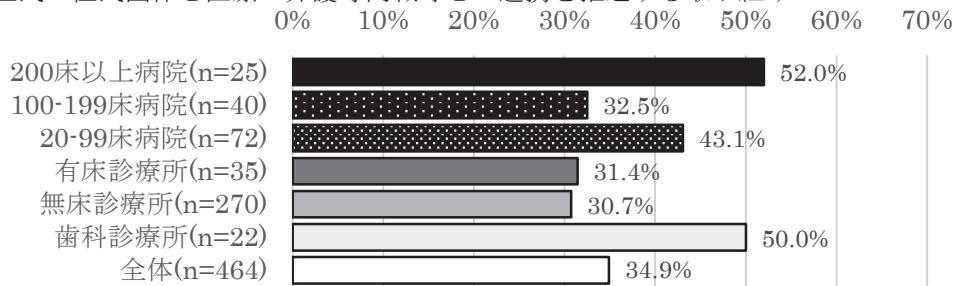
地域の住民同士が生活を支え合う互助組織や活動（ボランティア等）



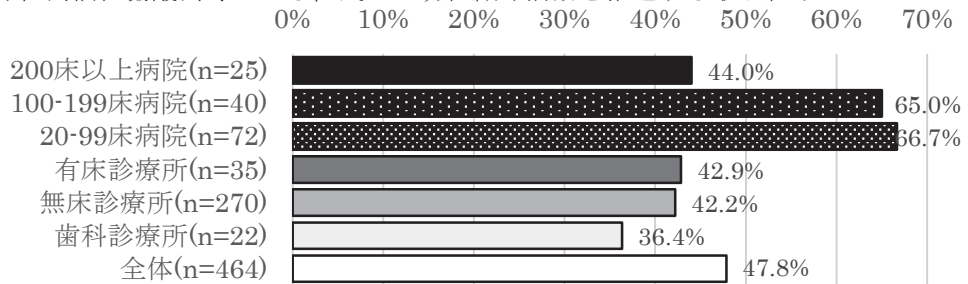
医療提供体制の変化に対する地域住民の取り組み



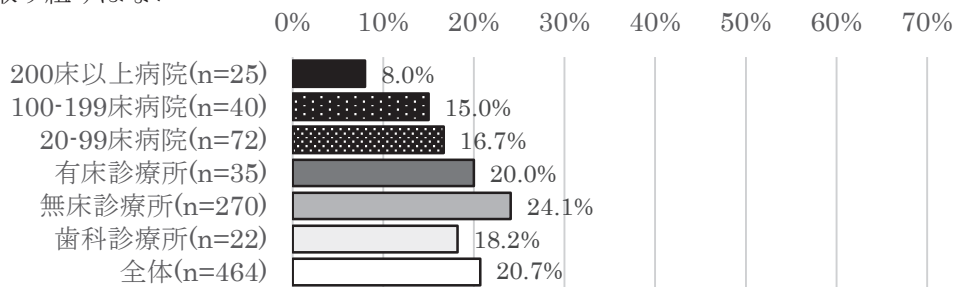
地域住民・住民団体と医療・介護専門職等との連携を推進する取り組み



行政や社会福祉協議会等による住民の互助組織や活動を推進する取り組み



特に取り組みはない



- 施設の所在地域の地域住民に地域包括ケアシステム構築に関して理解・協力を得るための課題及び具体的対応について（自由記載）

【主な回答】

- 公民館活動や地域活動に参加している住民以外へ理解・協力を得ることが難しくなっている。具体的な活動はないが、民生委員、介護予防サポーター、地域住民同士の地道な呼びかけが必要と考えられる
- 今後、地域へ出向いた座談会のような会を計画している
- ボランティアグループ（デイサービス・配食サービス・周辺整備・地域福祉・食生活改善等）の活動が活発である。
- 医療提供体制の内容と地域内での限界をさせていただきホームページ・広報誌の活用
- 地域住民や医療・介護専門職等との連携・協力を強化し、地域住民に対し啓発活動実施していくこと
- 高齢化が加速している地域であるため理解の程度や協力の程度は不明。理解・協力を少しでも得られるようにするには個別な働きかけが必要になって

くるのではないか

- 24時間安心して生活ができるように、夜間や緊急時の対応を明確にしておく必要がある。また、高齢者が特に多い当町では地域の特性に合わせた対応とマンパワー及び財政確保が必要と思われる
- 地域包括ケアシステムの実現のためには、地域住民の理解や協力が不可欠であり、さらなる普及啓発が必要。町独自のパンフレット作成・配布や広報誌・HPなどでの周知を図るとともに、老人クラブや地域のサロンなどでのあらゆる機会を通して普及啓発をしている
- 複数の世代で構成された家族でも、若い世代は仕事などが忙しく、高齢者世代の介護に対しても及び腰である。十分な話し合いを行い、そのような状況の家族でも対応してもらえることはないかを検討する。
- 高齢者の多い過疎地域であるため、独居や高齢者のみの世帯が多い。地域住民だけでなく遠方にいる家族とどのように連携していくかという課題があり。今後はICTを活用し家族面談を行うことも必要と思われる。
- 一部の住民の中に現在の医療に関する理解が悪く、病院や職員の批判をする人々がいる。また自発的なボランティア活動は少ない。
- 町行政（介護担当等）との一体的な取り組みが必要不可欠である。需要と供給のバランスを考慮しつつ財政的な支援が必要。また、医療・介護等の人材確保・育成が課題。
- 近所づきあい、親戚づきあい、職場、民生委員等を通じて、地域包括支援センターに相談しやすい環境にある
- 地域包括ケアシステムが地域住民にとって何をする機関なのかということが伝わっていないことが大きな課題の一つである。また、包括の専門職人材の不足によって、事業としての普及啓発活動にも着手できない現状がある。まずは、次年度からの任意事業である重層的支援体制整備事業の相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援を役割の第一に掲げて、普及啓発に力を入れること、また、へき地ならではの包括の魅力を整理し、それを生かした人材確保に取り組む

- 施設の所在地域の地域住民が地域包括ケアシステム構築に関して果たすべき役割及び期待することについて（自由記載）

【主な回答】

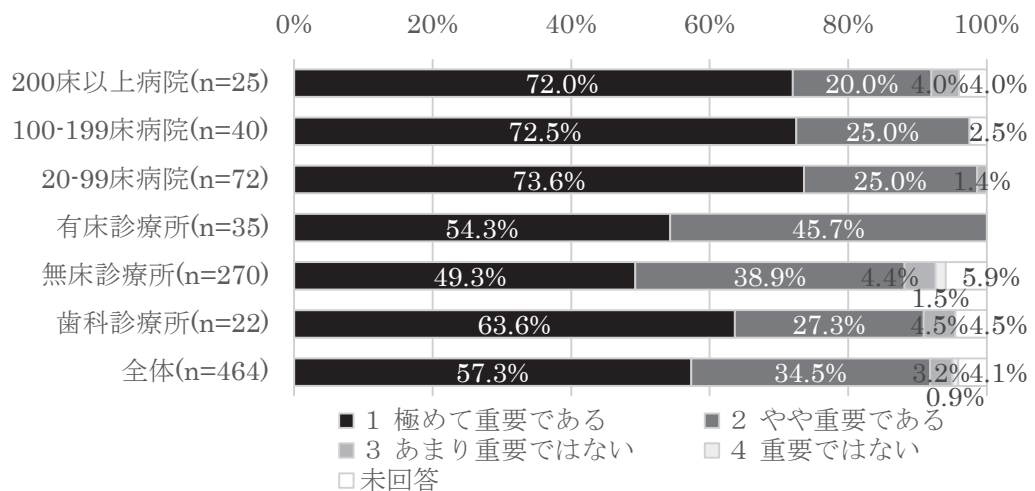
- 医療者と役場や介護関係者との連携が困難な面があり、当施設を、とっかかりにさせていただきたい部分は大きい。地域ケア会議などへは当診療所職員を参加させているものの、多医療機関からの参加がないのが現状。地域包括支援センターと診療所の協力のもと、医療関係者が参加できる形での会議や住民が自分事として地域を考えていく場の提供などを検討していきたい
- 市が行う予防活動、健診への積極的な参加
- 地域の特性に合わせた医療の提供。医療・介護を含めた生活に対するサポートの充実により、安心して老後が迎えられること
- 高齢であっても持病を抱えていても何等かの役割がある事を認識してもらえると良いのではないか
- 現在、医療や介護などのサービスを必要とされている方だけでなく、必要とするだろうすべての方が、一人一人『自分がどのような生き方をしたいのか』考える機会を持ってほしい、その為に必要な情報を積極的に取り入れる努力もしてほしい
- 地域の住人による支え合いの活動が大きな役割を果たすと考える。住民主体

のサロンや自主グループなどにより、高齢者が気軽に集える場があることで、お互いに支え合える役割を果たすことが期待される

- 地域の実情に合わせた住民同士の支え合いの仕組みづくり、地域ケア会議の開催や地域支え合い推進会議への参画。地域住民が「してもらう」から「自分たちで作りに上げていく」という考え方に変わっていく必要があるため、住民一人一人に伝えていくことや地域のリーダーを見つけていくことを住民と病院や介護の職員皆で活動する場を設けることが地域に求められていると思う
- 病院自体の経営の維持、医師の確保において地域に現状にあった診療科の実施。信頼される医療機関として、地域住民との関係を良好に保つイベント活動の励行。
- 過疎が極度に進行しつつあり、このために医療の効率性が損なわれつつある。このような状況のなかで、近所の方が地域的なつながりの意識を維持して、何らかの役割を持ち続けて頂くことを期待している。しかし、各地域が限界集落的になりつつあり、今後とも維持することは困難であるかもしれない。
- 病院職員と協力して、新しい事業ができることを期待する。中山間地域で採算がとれる病院経営が困難なことは理解して欲しい。
- いにしえから築き上げられてきた住民間の絆が時代の流れとともに薄らぎつつある。今一度互助の精神を再構築し資源の少ない地域であるが絆に支えられた心豊かな地域に復元したい。
- へき地といった人間関係が濃縮された地域では、お互い様文化が残されている一方で、弱った姿を他人に見せないといった関係性も存在している。また、弱った時にどこへ相談すればよいのか分からず、要介護状態になってから住民に関わるケースが少なくない。地域住民は包括の役割を認識し、困ったときは助けを求めるといった意識に変化していくことが必要

■ 国保直診は地域包括医療・ケアを旗印として活動しているが、こうした取り組みの重要度について

地域包括医療・ケアを旗印とした取り組みの重要度については、「極めて重要である」と回答した施設が57%、「やや重要である」が34%、「あまり重要でない」が3%、「重要でない」が1%、「無回答」が4%という結果であった。大部分の施設は重要であると認識しているが、200床以上病院及び無床診療所、歯科診療所で5%弱の施設は重要性が低いと回答した。



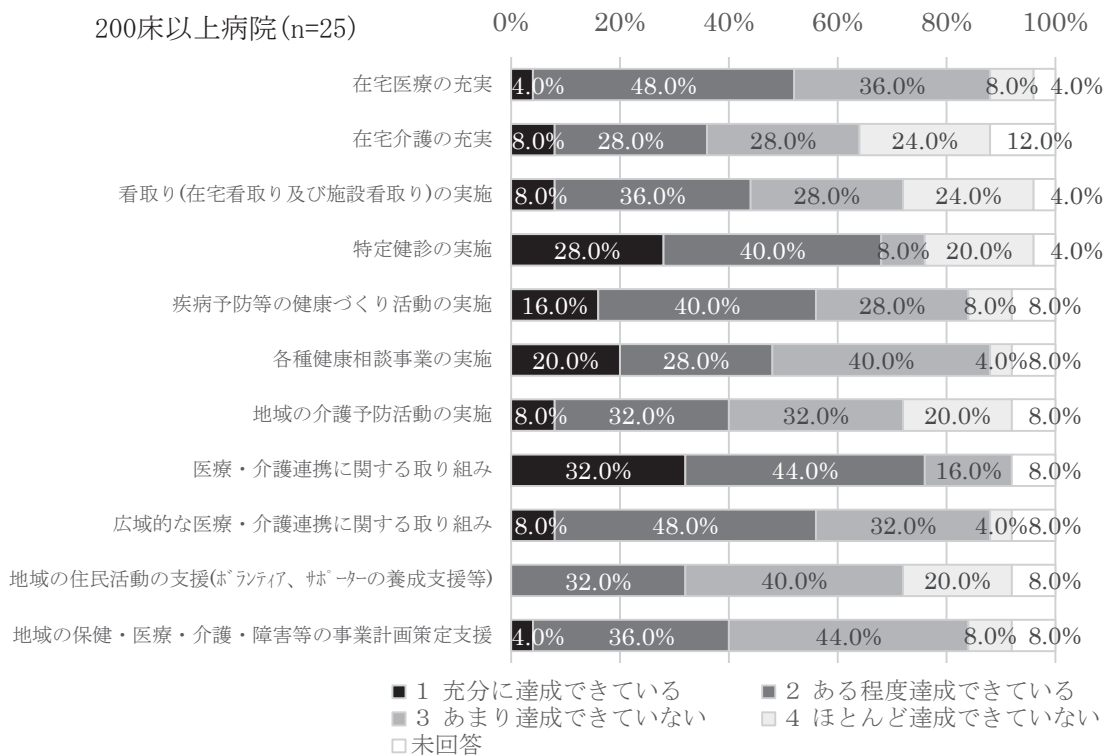
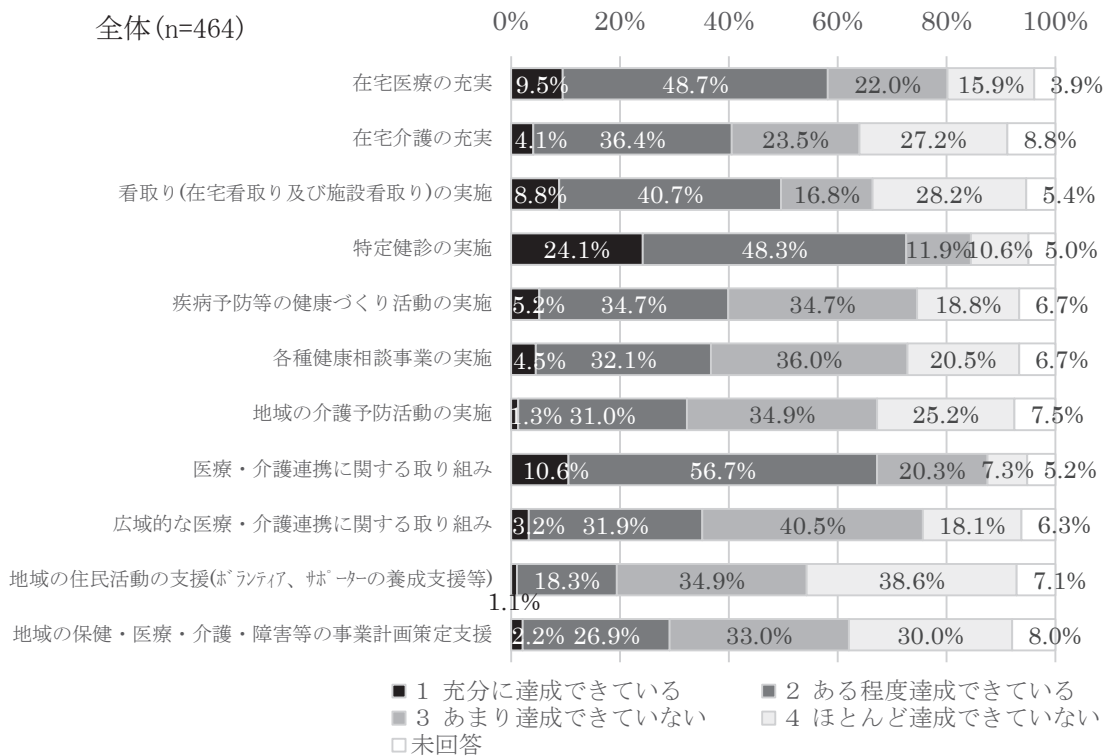
- 今後の貴施設の在り方は、貴施設の所在自治体における地域包括ケアにどのような影響を及ぼすと思われますか？（自由記載）

【主な回答】

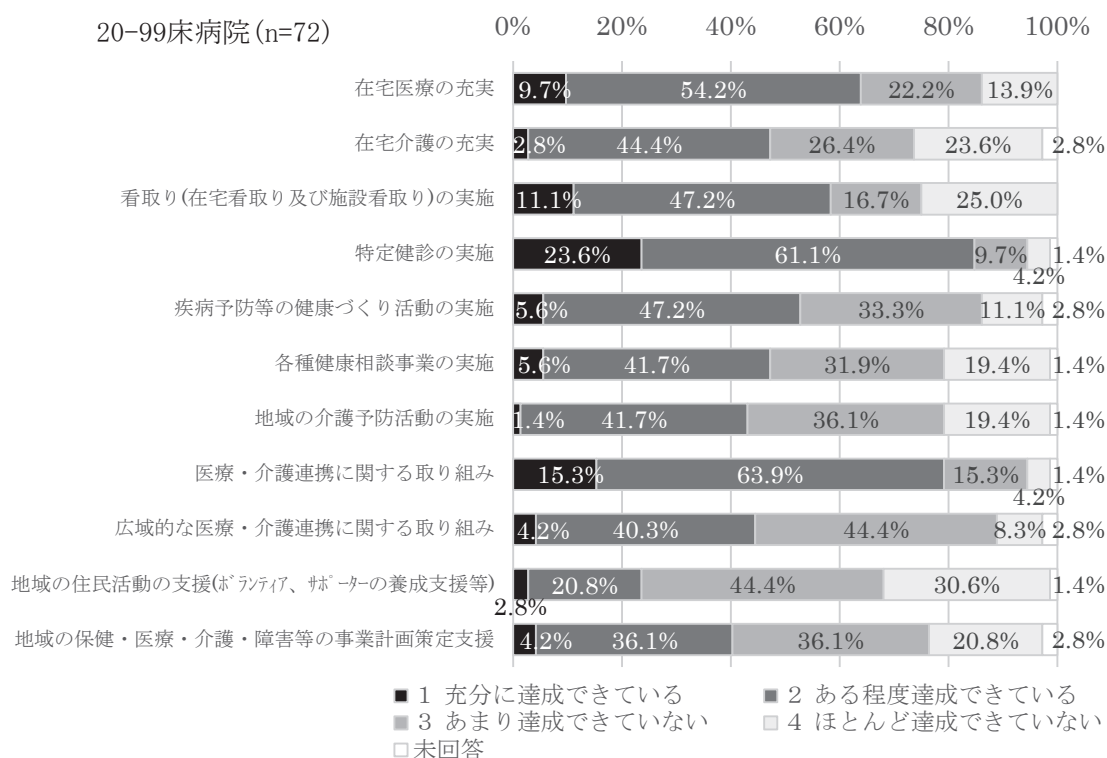
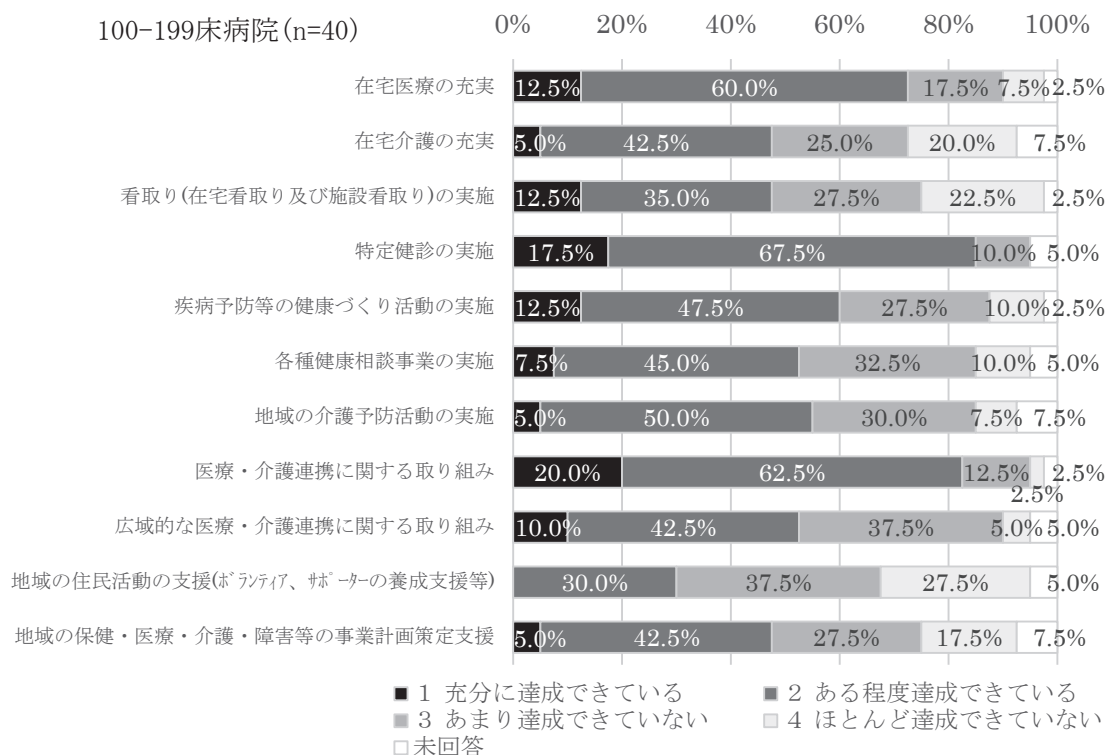
- 町村合併前の当地域で唯一の医療機関であることより、最後の砦としての役割がある。
- 民間医療資源が十分に参入できない中、医療・介護の垣根を越えて地域包括ケアのオールインワン型提供を目指していかなければならない
- 地域医療、地域包括ケアは、地方の過疎地域にとって重要な役割を担う仕組みであり、自治体病院が中心となる必要がある。当施設は回復期を担う医療機関であり、急性期病院と介護施設、在宅への橋渡しが今後求められる
- 現状では大きな影響を及ぼすことはないと考える。へき地でのインフラを最低限で維持しようとするのであれば変更の必要性はそれほど感じないが、保険診療で認められている診療にはしっかり対処していかなければならない
- だんだん受診に出てくるのが難しくなっている患者の為に他の医療機関と連携して在宅医療中心になくってはならない所であると思う
- 二次医療圏全体で、地域包括システムを構築するために、複数の自治体を巻き込んだ協議の場が必要であり、当院はその中心的な役割を担う必要がある
- 所在自治体の中の小さなエリアの地域包括ケアに関わっているので、自治体全体に大きな影響を及ぼすことはない。が、中山間地域のシステムの参考例となり得る
- 地域における立ち位置、役割を明確化してきており、地域包括ケアの中で特にどういった点を支えるかを内外に明示できそれに準じた地域住民の当院の利用方法が浸透してくるのではないかと期待している
- ハード面では保健・医療・福祉が一体となった構造となっています。病院がしっかりしたサービスサポートを提供できないと保健・福祉の分野での活動が広がりません
- 医療的な立場からの意見やサポートができる。例えば、訪問リハビリや訪問診察、訪問看護や老健施設でのトータルサポートが可能である
- 所在自治体は大きな都市で、人口も少ない中山間地にある当院はその中で位置づけは極めて小さいが、小さいがゆえに事業所間の競合のない比較的ピュアなモデルを提示できるので、都市部で応用するための基礎形として利用していただけると良い
- 自治体病院として、医療を中心に予防や介護をつなぎ、地域にもどって生活できるよう、入院や外来で患者様を支援する場として、重要である。医療従事者として、専門的な見識をもって住民や地域に貢献すること
- 地域包括ケアシステムを展開することにより、医療費の高騰抑制、介護保険認定率の低下、元気老人の増加、在宅看取り率の向上、診療所の黒字経営化など、住民サービスの向上、自治体が目指す「いいまちづくり」に大きく貢献してきた

■ 国保直診である施設が果たすべきと思われる役割について

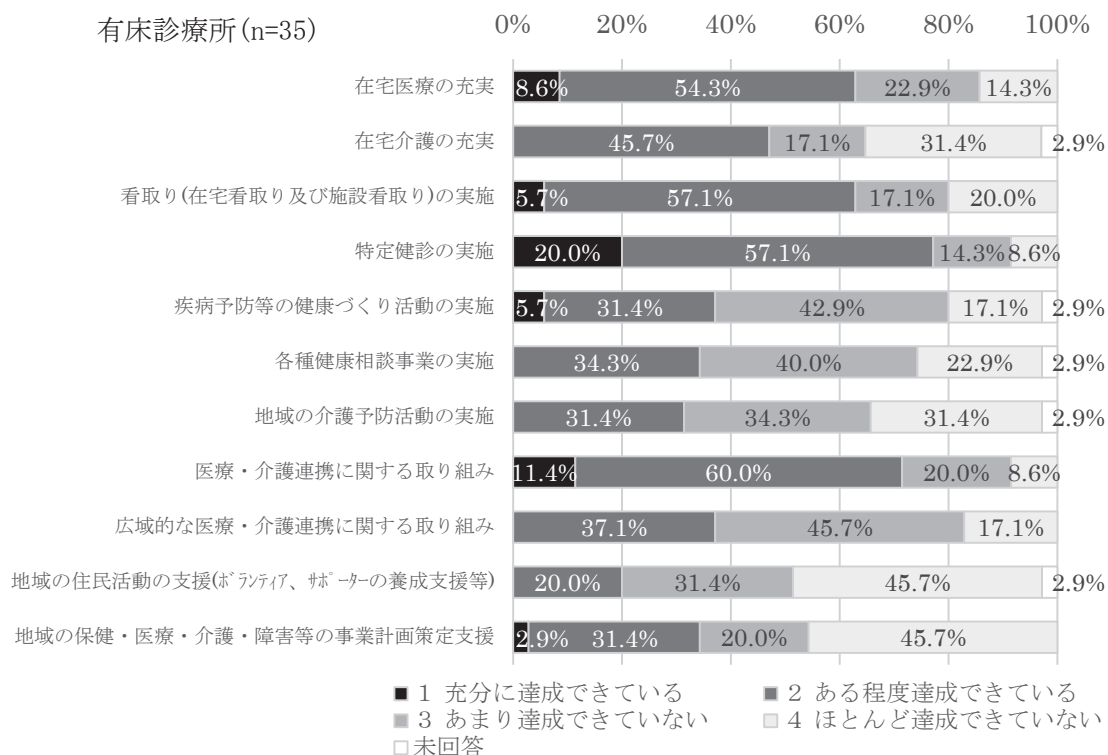
「十分に達成できている」または「ある程度達成できている」と回答した割合が最も高いのは「特定健診の実施」で72%、次いで「医療・介護連携に関する取り組み」で66%であった。



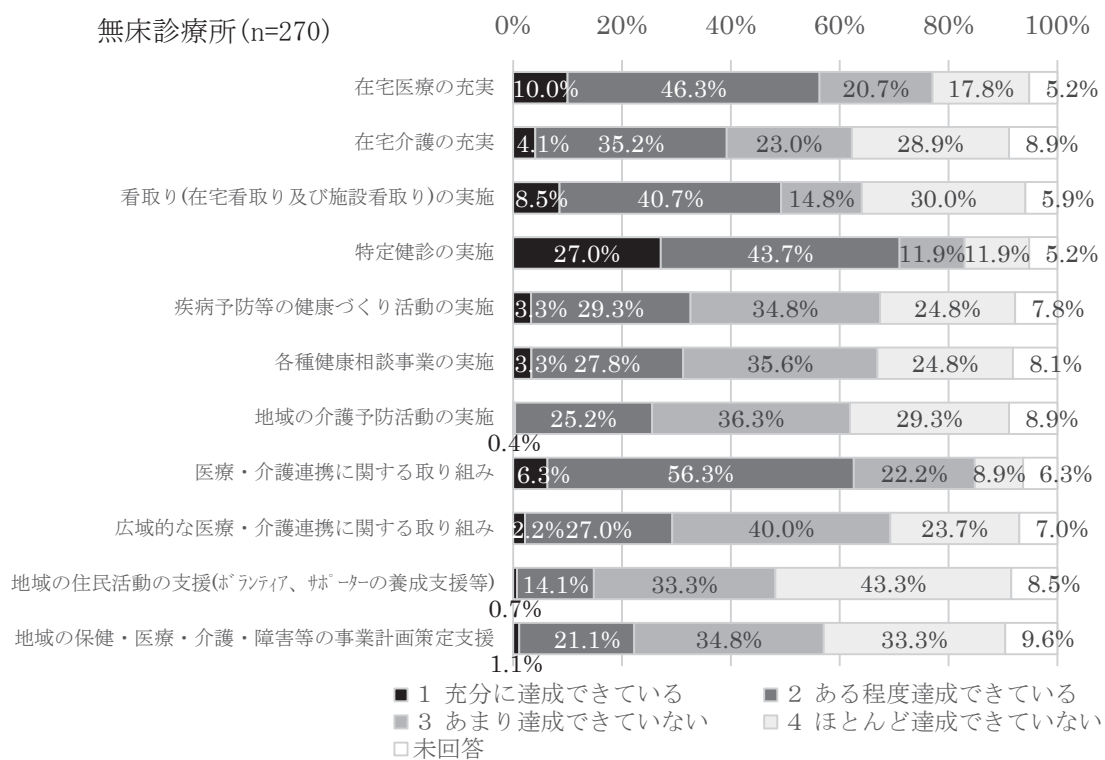
200床以上病院では「健康づくり活動」「健康相談事業の実施」「広域的な医療介護連携」の割合が相対的に全体の割合より達成割合が高かった。



20-199床病院では全項目にわたり比較的達成割合が高く、多くが50%近くあるいはそれを超える達成割合であった。比較的達成割合が低いのは「地域住民活動の支援」と「地域の保健・医療・介護・障害等の事業計画策定支援」であり、より行政や地域の様々な資源との連携が必要であると思われる。

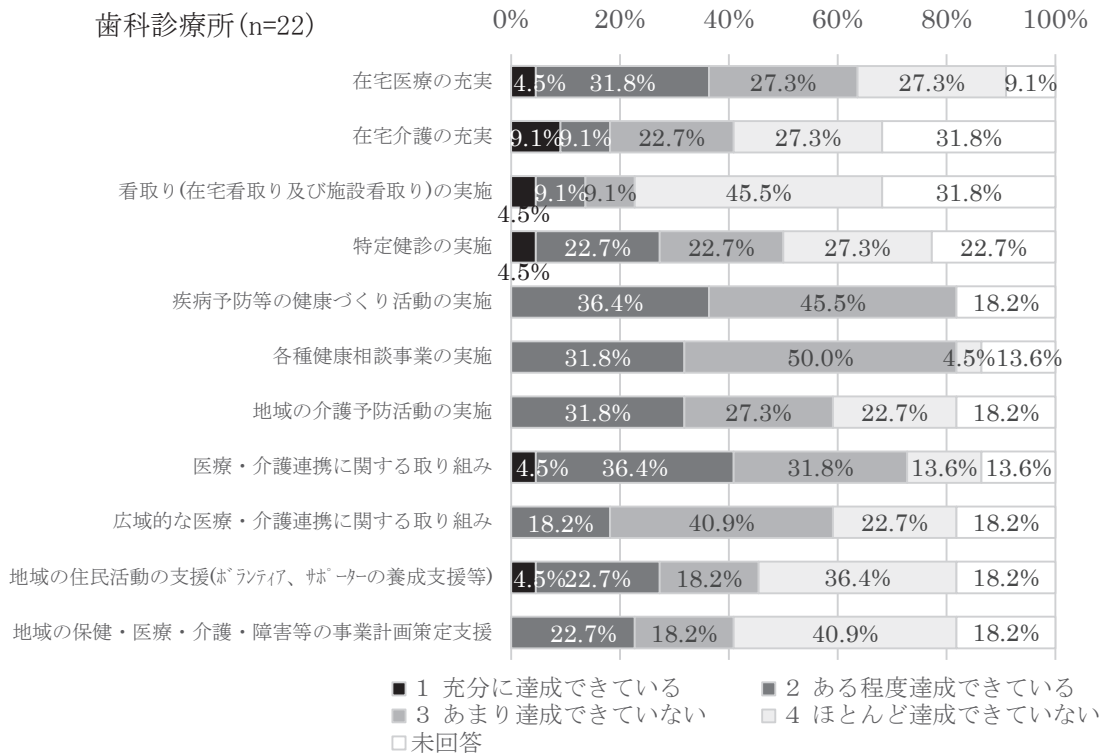


有床診療所では在宅関係は比較的高い達成割合を示しているが、健康づくりや介護予防、広域連携といった点では達成割合が比較的低かった。また、「十分に達成できている」と回答した施設が少なかった。



無床診療所も在宅関係は比較的高い達成割合を示しているが、「地域住民活動の

支援」や「地域の保健・医療・介護・障害等の事業計画策定支援」といったより多面的な連携が必要な項目は達成割合が低かった。



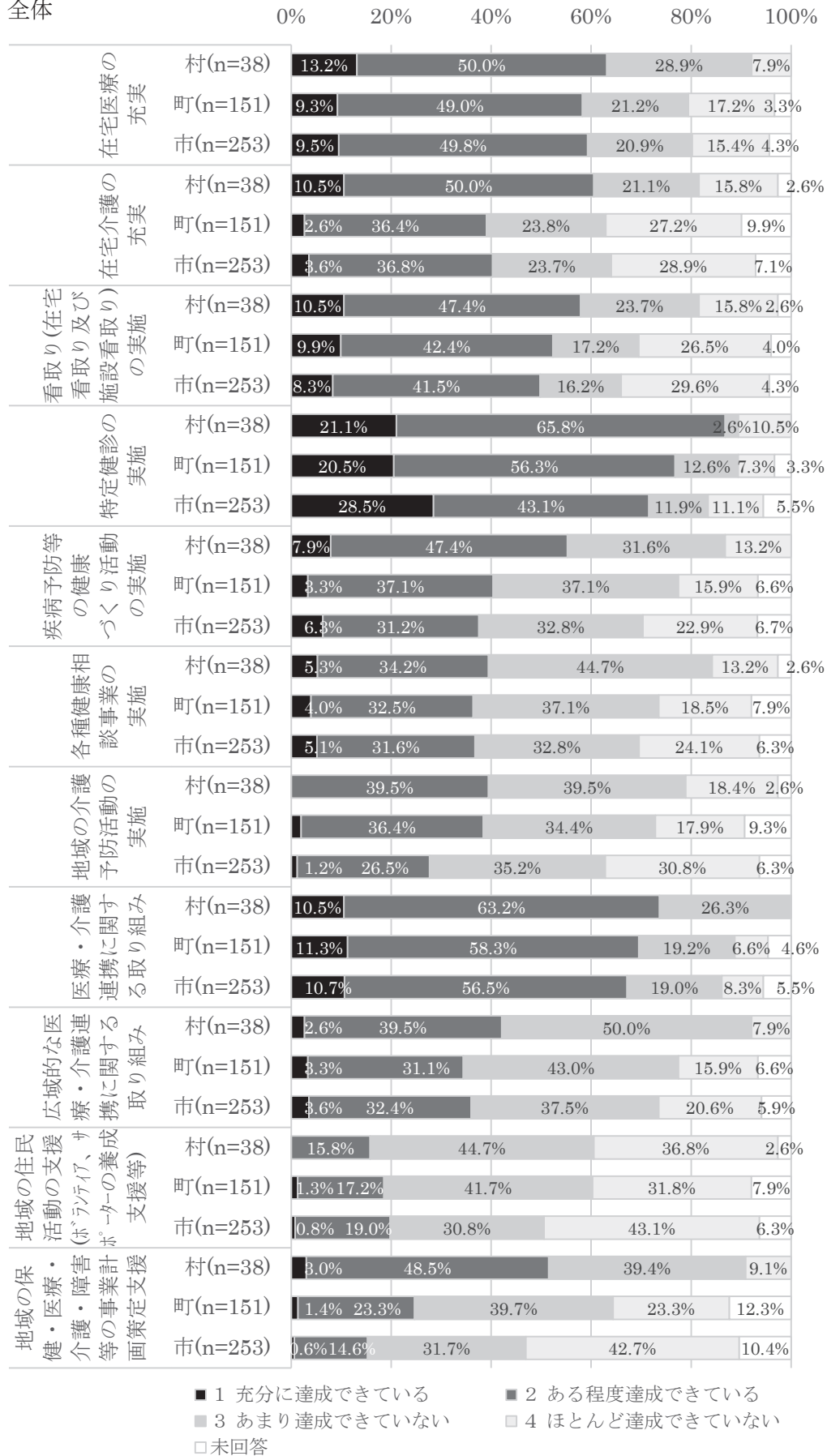
歯科診療所は医科とは異なるために単純な比較はできないが、健康づくりや健康相談事業は比較的高い達成割合を示していた。

■ 行政区別国保直診である施設が果たすべきと思われる役割について

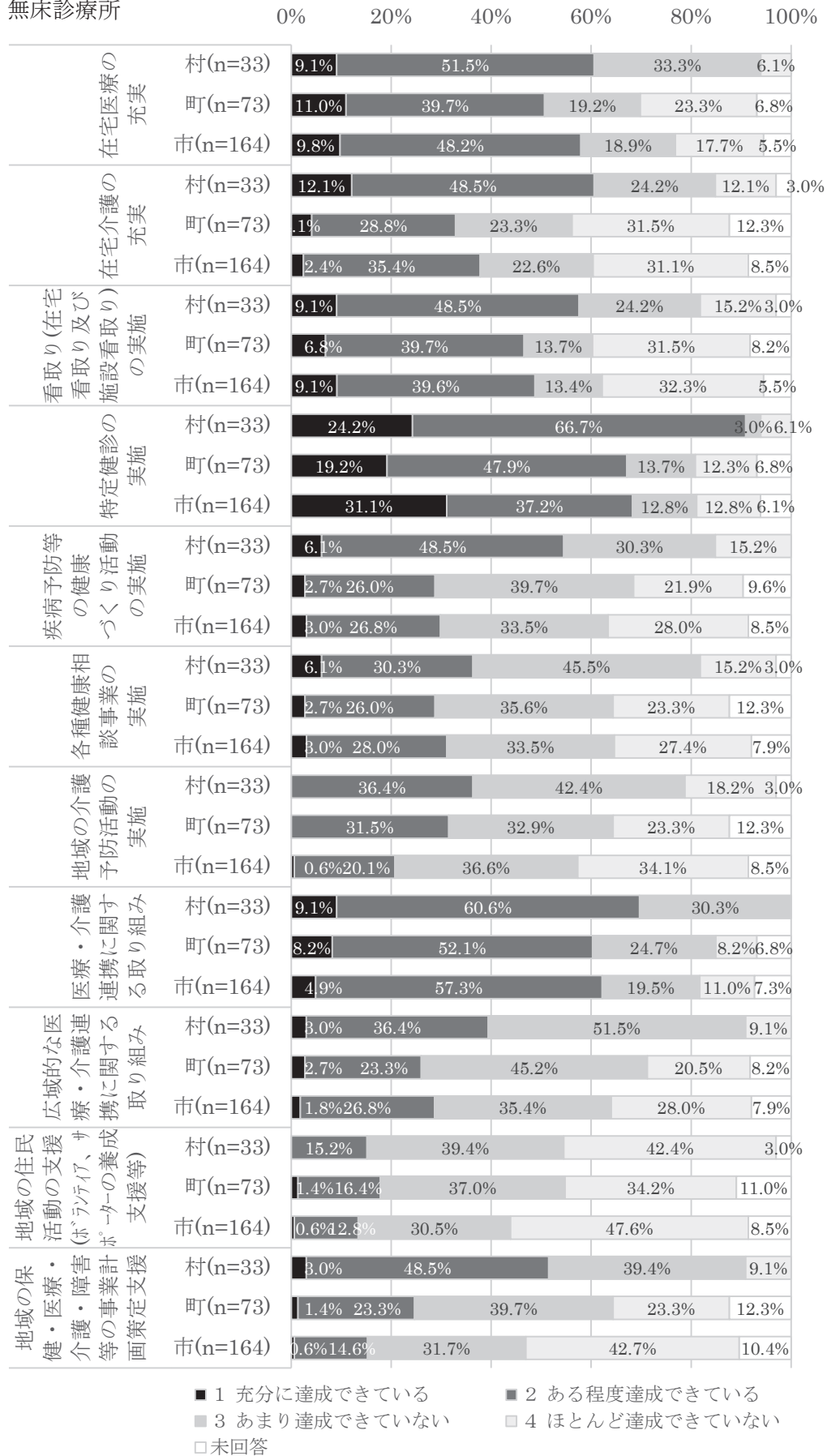
国保直診には診療所から200床を超える病院まで存在すること、またその立地自治体の背景が異なることから、施設種別および行政区別に集計を行った。立地自治体の人口や病院数、介護施設数の影響も考えられるが、行政区がこれらの因子を総括できる指標として扱うこととした(村は人口も少なく、他の医療介護資源も少ない、逆に市は人口も多く他の医療介護資源も複数ある)。

同じ無床診療所でも、村に立地する無床診療所と市に立地する無床診療所では村に立地する診療所のほうが各項目の達成割合が高かった。この傾向は20-99床病院及び有床診療所でも同様であった。回答数は減ってしまうが、100床以上の病院となると今回の回答施設においては村には立地しておらず市町に立地し、かつ、町より市に立地する病院のほうが一部の項目を除いて多くの項目で達成割合が高かった。ただし、達成割合自体は村に立地する診療所や小規模病院のほうがやや高いようであった。村では医療介護資源も少なく診療所や小規模病院が中心的集約的役割を果たしている一方、市では医療介護資源も多く、必ずしも国保直診が集約的役割を果たす必要はないものの、国保直診として多くの項目に少なからず関与していること、特に医療介護連携や広域的ネットワークへの取り組みが見てとれた。

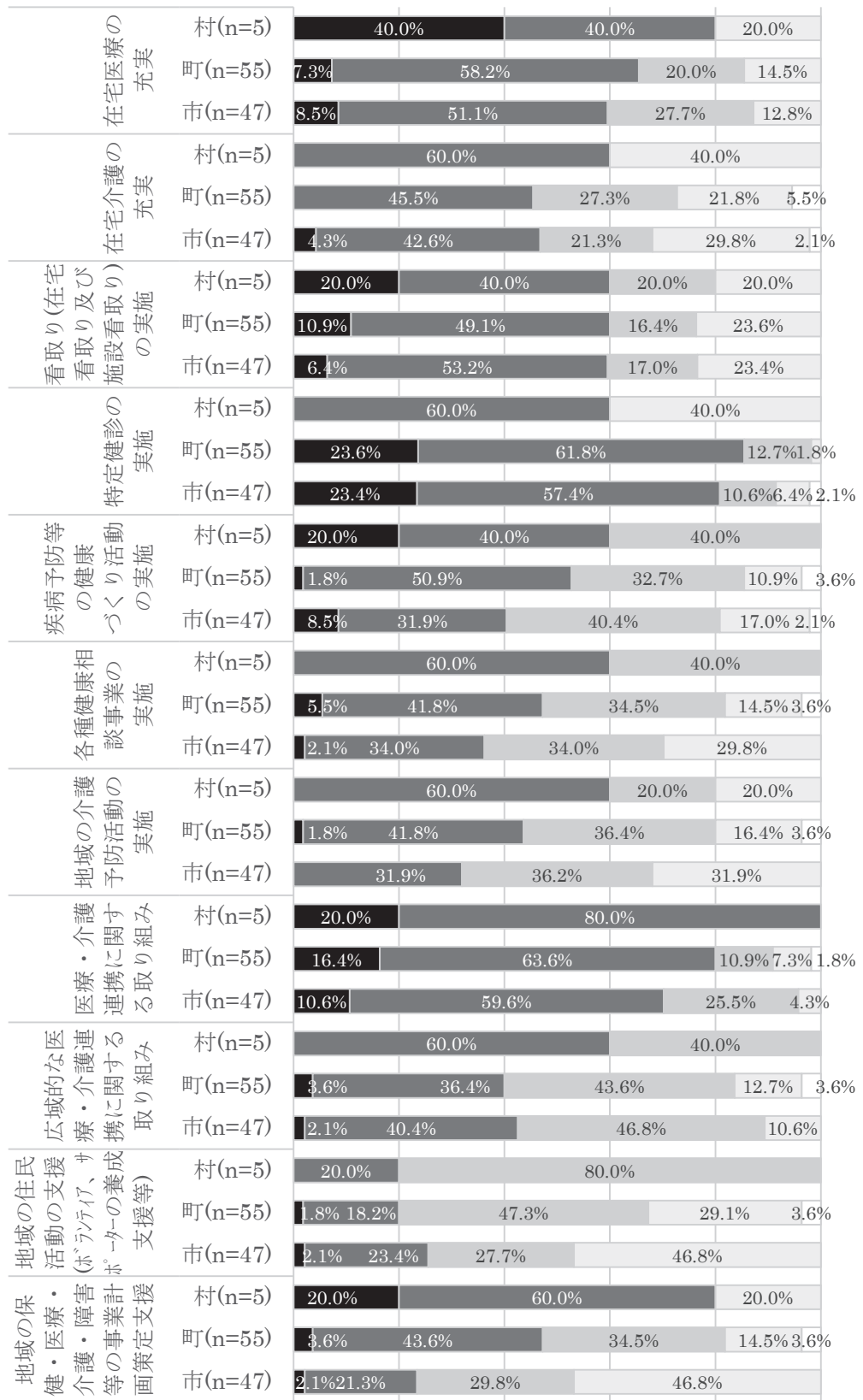
全体



無床診療所

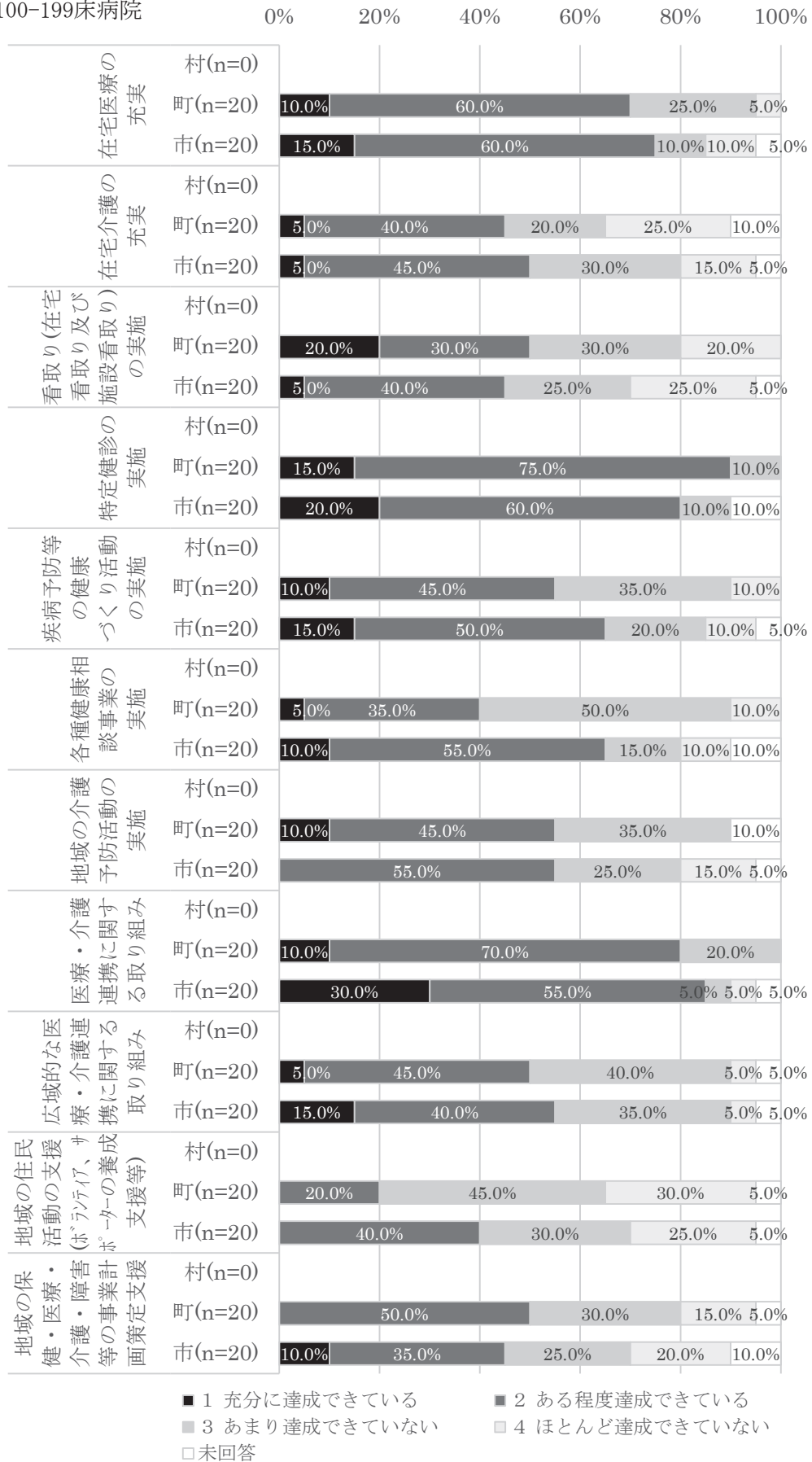


20-99床病院・有床診療所 0% 20% 40% 60% 80% 100%

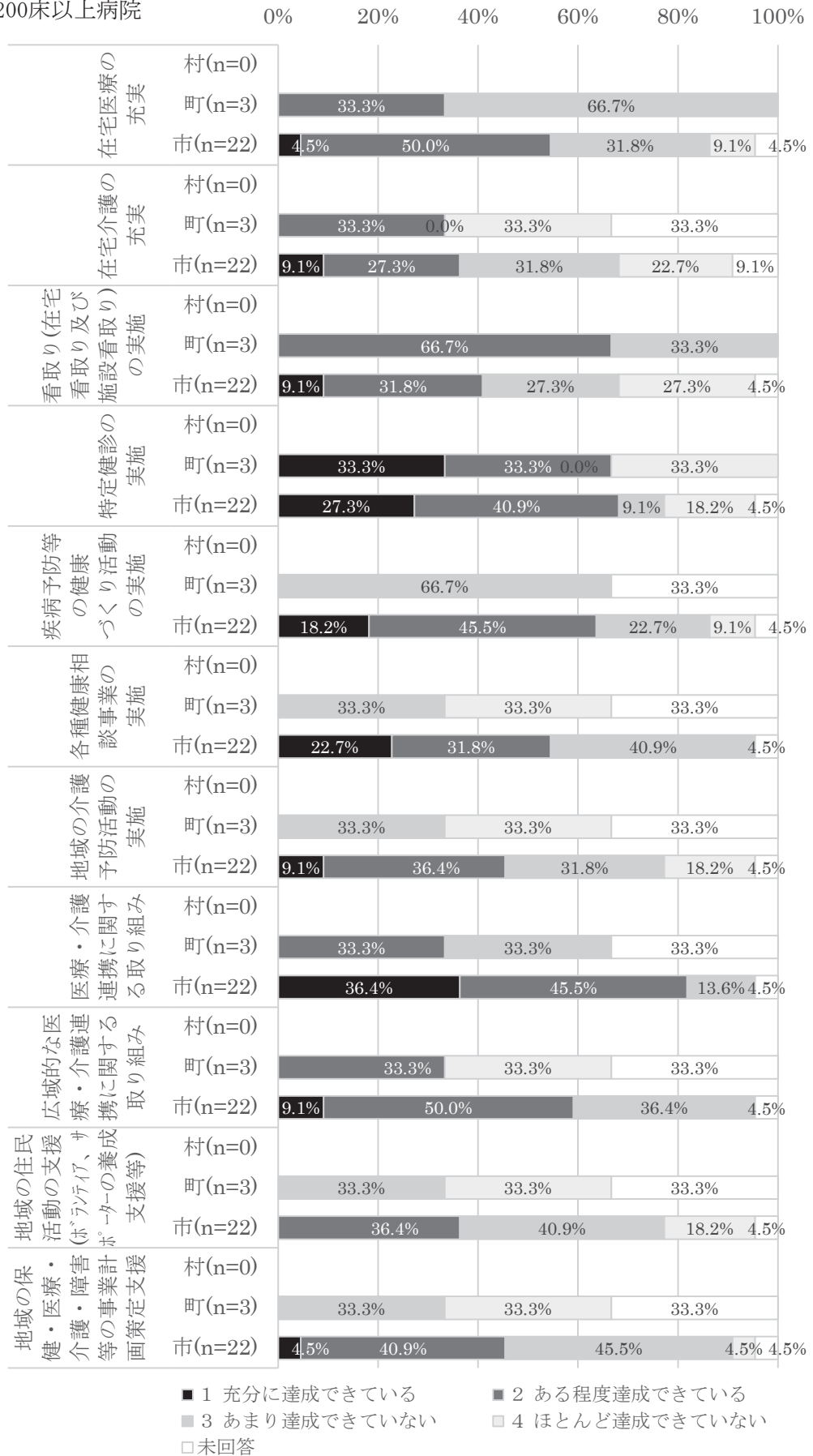


■ 1 十分に達成できている ■ 2 ある程度達成できている
 ■ 3 あまり達成できていない □ 4 ほとんど達成できていない
 □ 未回答

100-199床病院



200床以上病院



- 貴施設の所在地域の地域包括ケアシステム構築において、国保直診である貴施設が果たすべき役割等について（自由記載）

【主な回答】

- 町在宅での医療および介護の充実を更に進める
- 地道な啓蒙活動として、町の広報誌に連載枠をもっており、長年にわたり連載を続けている
- 患者さん一人一人に寄り添うことによって、見えたことに対し、私たちができることを行っていくこと。また、それを発信していくこと
- 地域包括ケア人材の不足が最も大きな課題であり、そうした地域包括ケア人材を養成していくことが重要と考える。人材不足の状況下では、地域包括ケアシステムの構築自体、厳しい状況となる
- 地域包括センターと連携を密にとり、個々にあったニーズに応えられるように努めて行く
- 地域に民間の業者があり、当院が地域包括ケア構築に関与することはない
- 独居高齢者の村外に住む家人に対し、適切な情報を早期に提供し協力体制をコーディネートする役割
- 高齢者保健・介護施設が果たすべき役割を施設間で共有する事業に介在
- 標準的医療を理解してほしいが、村として聞く耳を持ってくれない
- 専門職人材の育成・確保、ICTを活用した医療・介護連携の強化
- 統廃合し、無駄の削減
- 病院から発信力を利用しての介護予防・健康教育等の推進
- まちづくり（観光等）と健康を組み合わせた地域の魅力づくりへの参与
- 感染症などの専門的な知識の周知、支援、居宅支援事業所や町内施設に対し、支援していく役割。病院は敷居が高いといわれている。協働するために情報共有からはじめているので、今後お互いの課題を共有できるように強化したい
- 高齢化率が高い地域ではあるが、高齢者のみを対象にするのではなく、小児も含めて地域住民の全ての健康問題に関する窓口機能身体的問題だけではなく、精神的な問題（発達障害も含む）もあわせて対応すること

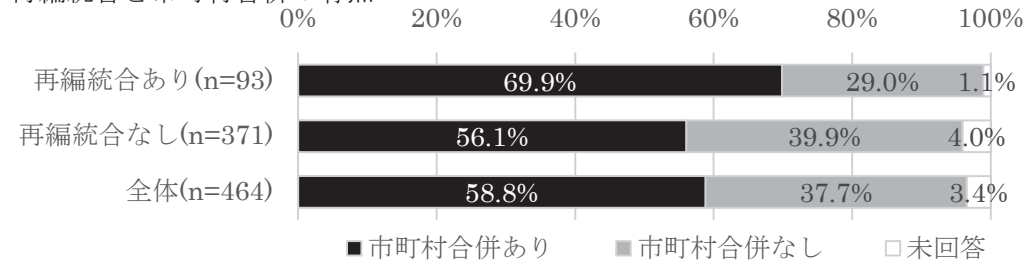
(3) 人口減少、市町村合併、地域医療構想等による「再編統合」に伴う地域包括ケアシステム構築への取り組み

■ 再編統合のパターン

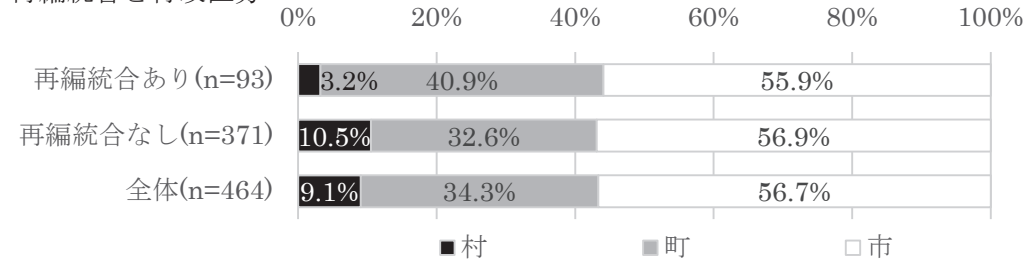
再編統合があったと回答した施設は93施設、延べ137件であった（下表では同一パターンが連続している場合はひとまとめにしてある）。再編統合に関してはすでに経年的にいくつかのパターンを経ている施設も存在していた。最も多いパターンは病床数削減であり、次いで有床診療所から無床診療所への縮小、一部診療科の休止・廃止、医療機関同士の合併による拡大あるいはこれの伴う縮小、病床機能の変更であった。

経時的再編統合の流れ	n
拡大:医療機関合併	7
拡大:医療機関合併 ⇒拡大:医療機関合併 ⇒拡大その他	1
拡大:医療機関合併 ⇒病床数削減 ⇒縮小:その他	1
拡大:医療機関合併 ⇒病床数削減 ⇒病床機能変更	1
拡大:無床診→有床診	1
拡大:有床診→病院 ⇒拡大その他	1
拡大:その他	2
拡大:その他 ⇒病床機能変更 ⇒拡大:その他 ⇒病床数削減	1
縮小:医療機関合併	6
縮小:病院→有床診	5
縮小:病院→有床診 ⇒一部診療科休/廃止	1
縮小:病院→無床診	5
縮小:病院→無床診 ⇒縮小:病院→介護施設	2
縮小:病院→無床診 ⇒一部診療科休/廃止	1
縮小:病院→有床診 ⇒拡大:有床診→病院	1
縮小:有床診→無床診	9
縮小:有床診→無床診 ⇒一部診療科拡充	1
縮小:病院→介護施設	4
縮小:その他	3
縮小:その他 ⇒病床数削減 ⇒一部診療科拡充	1
一部診療科拡充	4
一部診療科拡充 ⇒一部診療科休/廃止	1
一部診療科休/廃止	8
一部診療科休/廃止 ⇒縮小:診療所→介護施設	1
病床数削減	14
病床数削減 ⇒縮小:医療機関合併 ⇒拡大:その他	1
病床数削減 ⇒病床機能変更	2
病床数削減 ⇒病床機能変更 ⇒病床数削減	1
病床機能変更	6
病床機能変更 ⇒一部診療科拡充 ⇒一部診療科休/廃止	1

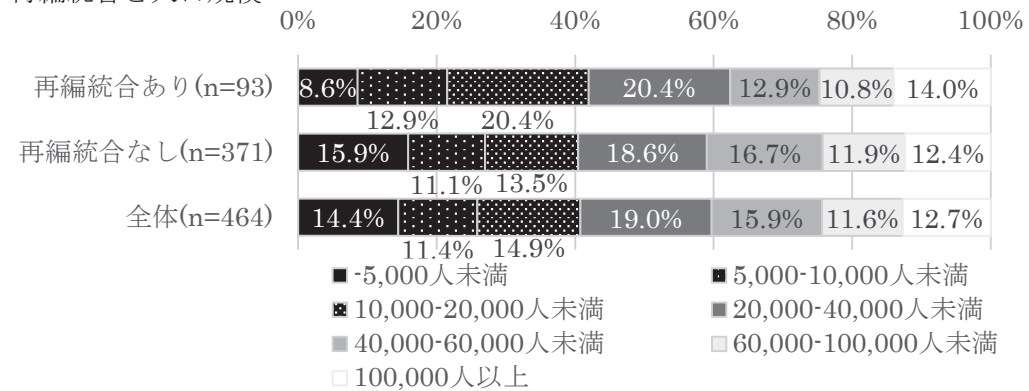
再編統合と市町村合併の有無



再編統合と行政区分



再編統合と人口規模

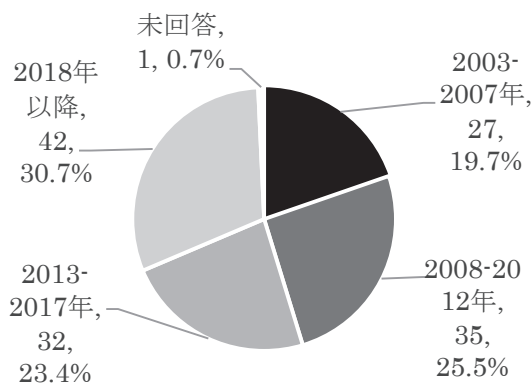


再編統合のあった施設は、市町村合併があった自治体にやや多く、行政区分としては町、人口規模では10,000～20,000人規模にやや多く認められた。

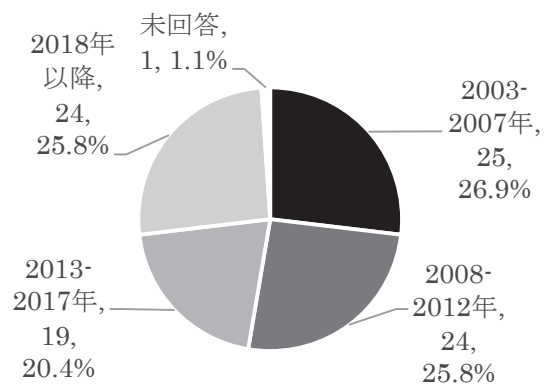
再編統合の実施年度（西暦について）

施設の再編統合の実施年度については、2003年～2005年の市町村合併以降取り組まれており、延べでは2018年以降にややその割合が多かった。

再編統合実施年度 (n=137)



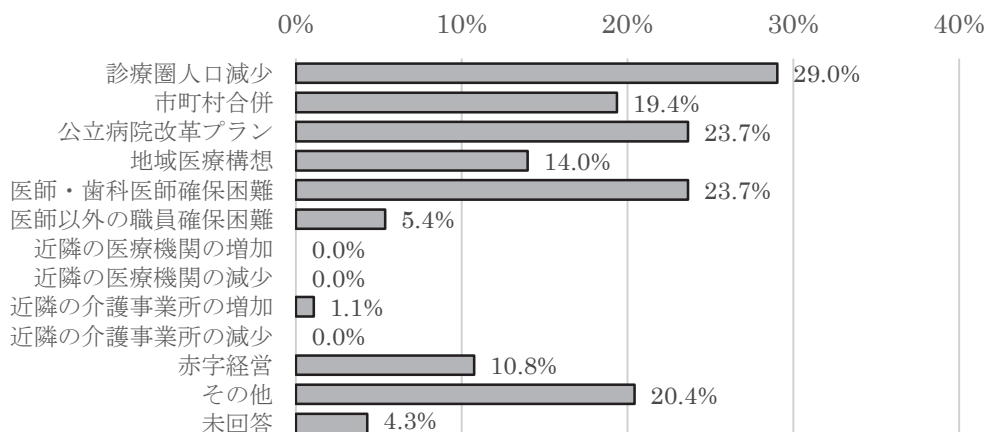
初回再編統合実施年度 (n=93)



■ 再編統合の主な要因について

再編統合の主な要因については、「診療圏人口減少」と回答した施設が最も多く 27 施設、次いで「医師確保困難」「公的病院改革プラン」が 22 施設であった。

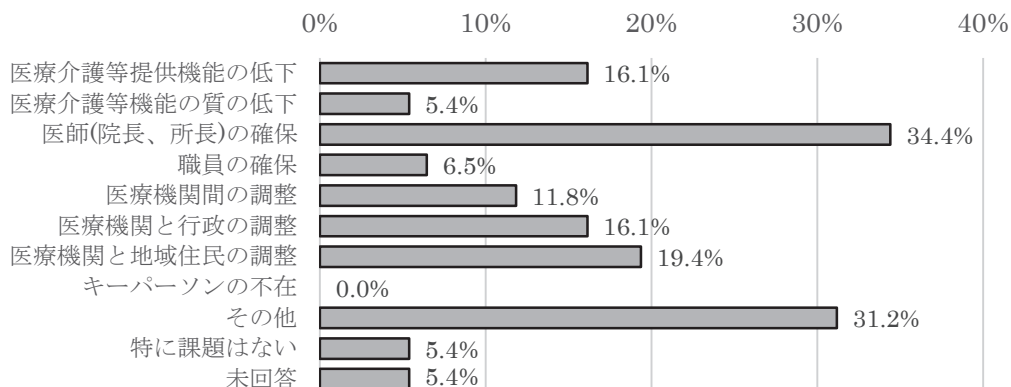
再編統合ありと回答93施設中(複数回答可、再編統合複数回の場合も複数回答)



■ 再編統合のプロセスにおける課題について

再編統合のプロセスにおける課題については、「医師(院長、所長含む)の確保」が最も多く 32 施設、「その他」「医療機関と地域住民の調整」が続いた。

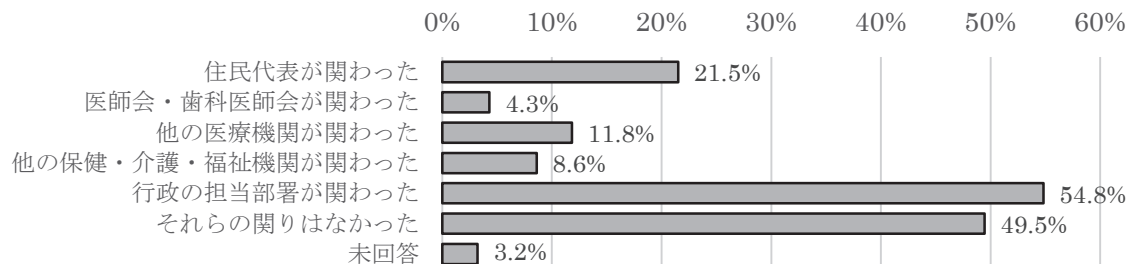
再編統合ありと回答93施設中(複数回答可、再編統合複数回の場合も複数回答)



■ 再編統合における所在地域の住民や他の組織との関わり

再編統合における所在地域の住民や他の組織との関わりについては、「行政の担当部署が関わった」という回答が最も多く 51 施設であった。

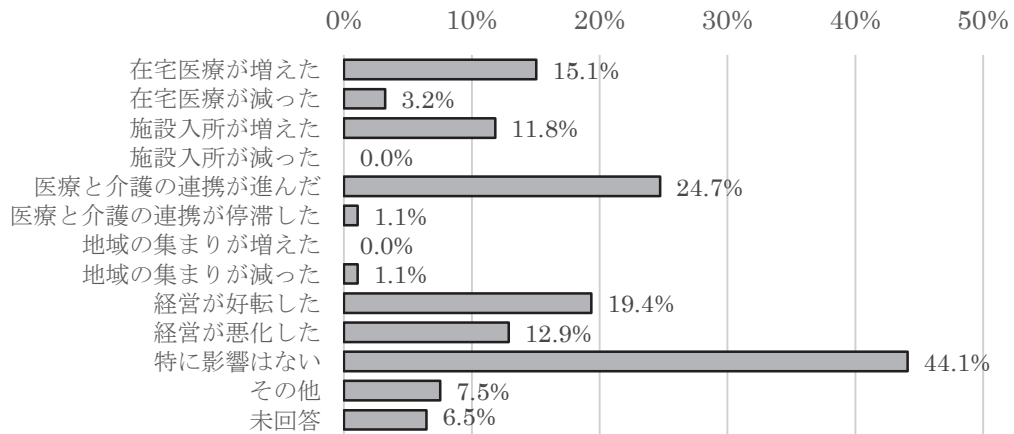
再編統合ありと回答93施設中(複数回答可、再編統合複数回の場合も複数回答)



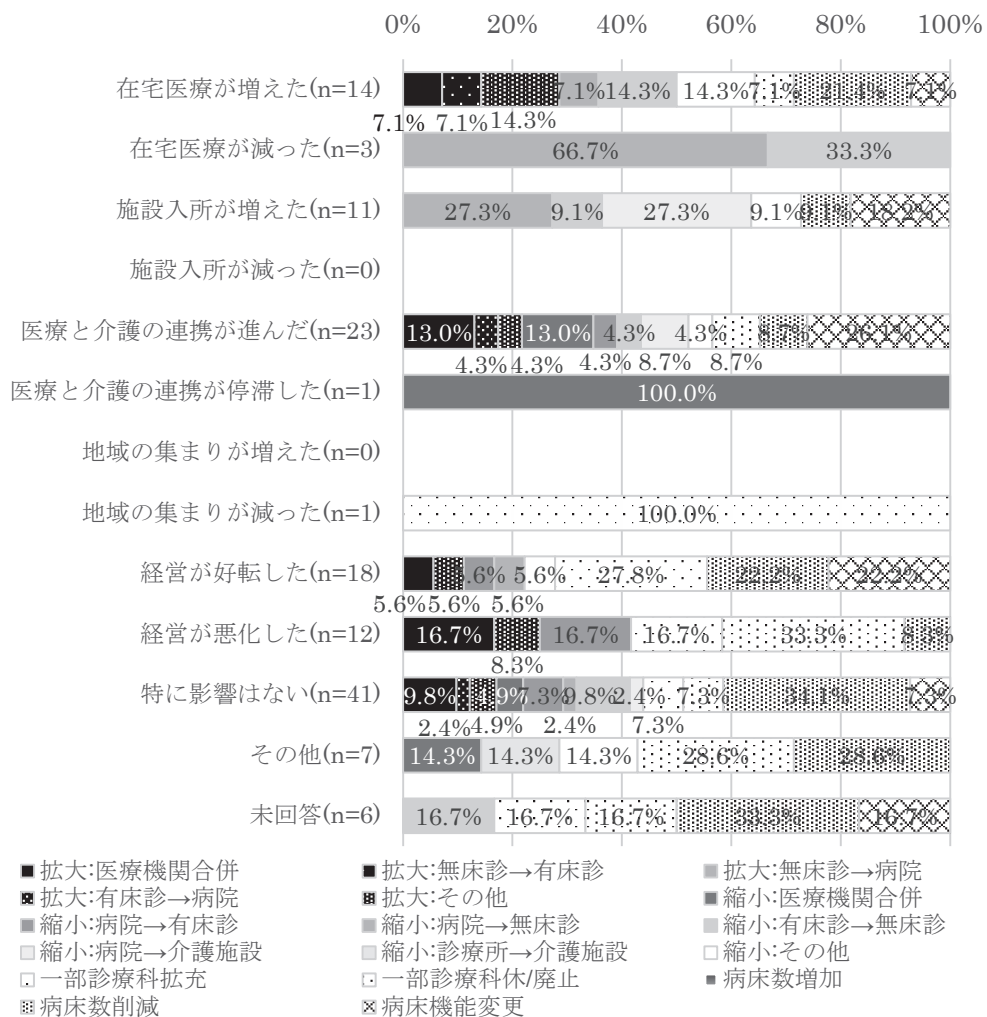
■ 再編統合に伴う所在地域への具体的な影響

再編統合に伴う施設の所在地域への具体的な影響については、「特に影響はない」という回答が最も多く 41 施設、次いで「医療と介護の連携が進んだ」という回答が 23 施設であった。

再編統合ありと回答93施設中(複数回答可、再編統合複数回の場合も複数回答)



地域への影響と再編統合パターン (延べ137件)



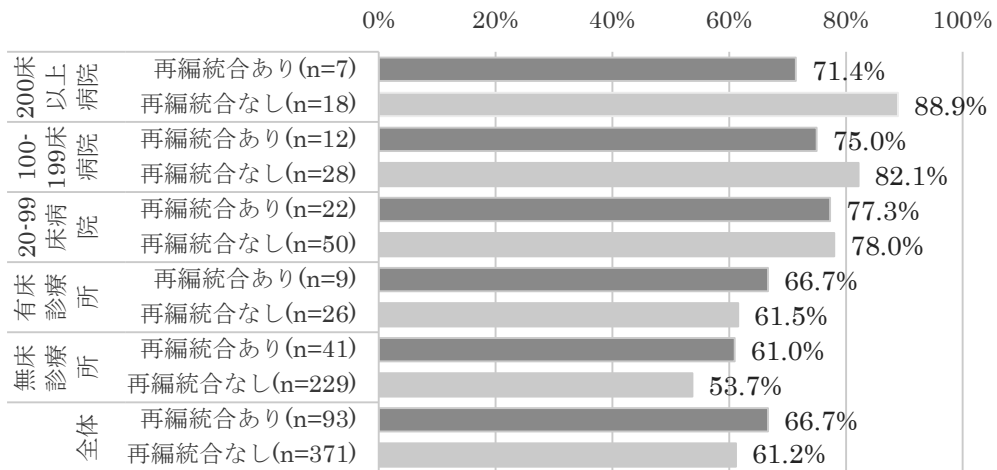
100%を占めるものはそれぞれ対象施設が1施設のため、関連を検討するのは困難であるが、医療機関の合併による縮小が医療介護連携を停滞させる可能性があり得る。病院から無床診療所へ縮小したパターンでも対象施設数は少ないが在宅医療が減り施設入所が増えたとの回答があった。病床数削減のパターンに関しては特に影響はないという回答から、経営が好転した、在宅医療が増えたという回答まで認められた。病床機能変更というパターンは経営が好転した、医療介護連携が進んだといった回答との関連が示唆された。

■ 再編統合の有無と地域包括ケアの取り組み状況

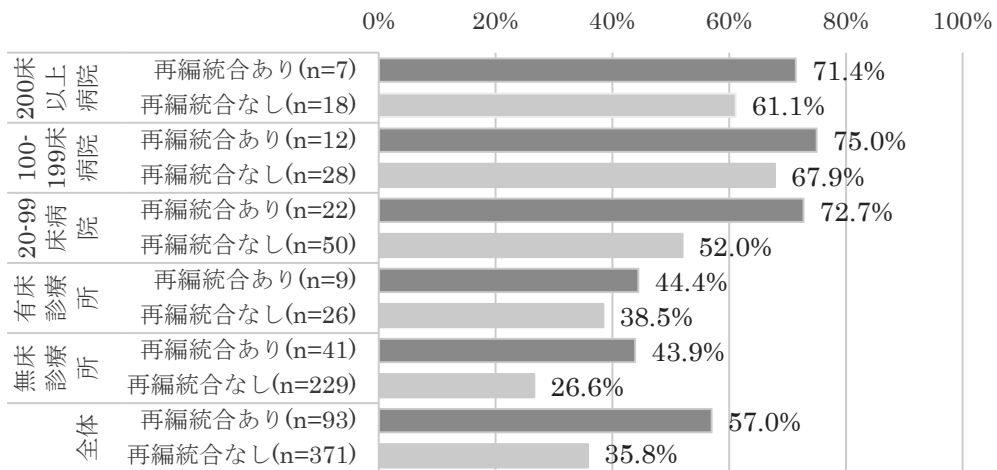
【所在自治体内の医療・介護連携に関する取り組みについて】

どの項目も施設規模によらず再編統合ありと回答している施設の方が自治体内医療介護連携に関する取り組み割合が高かった。もともと地域包括ケアに意識が高い施設が再編統合したため、再編統合によってより地域内資源との連携が求められるようになったためといった要因が考えられる。

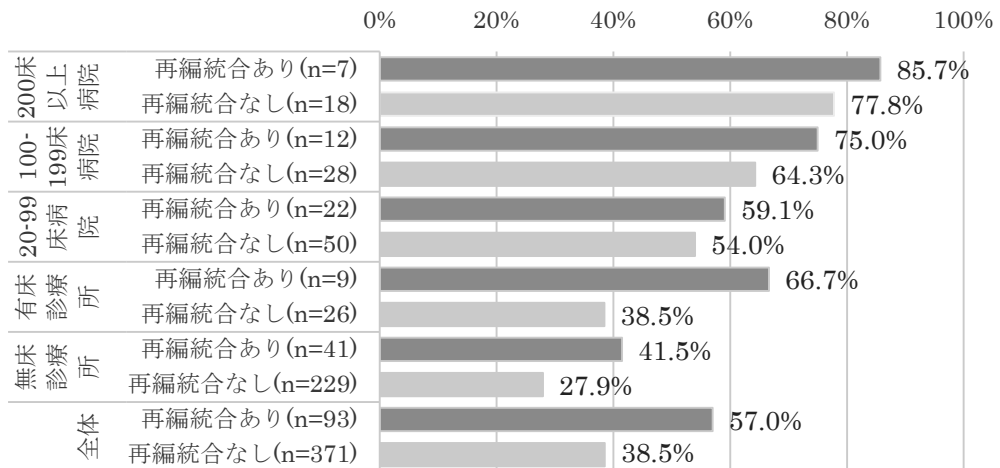
地域ケア会議の実施・参加



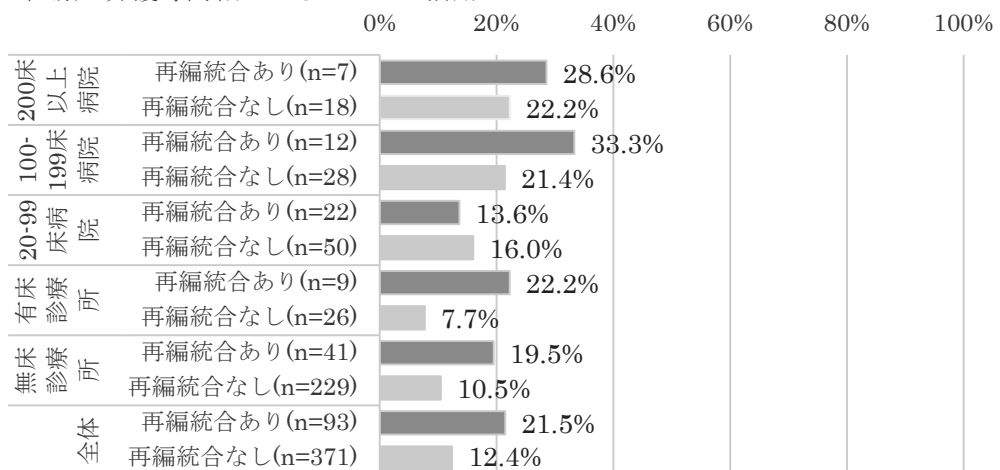
医療・介護連携に関する検討会等の実施・参加



医療・介護連携に関する研修会、イベント等の実施・参加



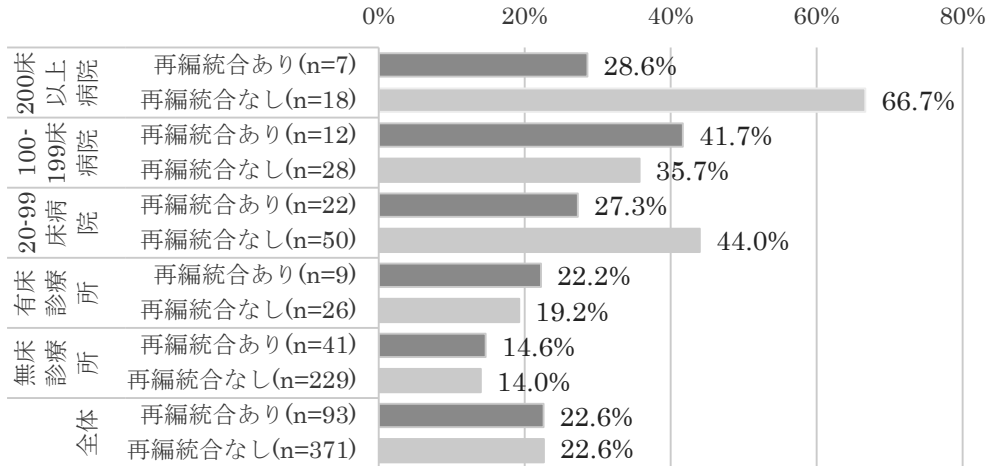
医療・介護専門職によるICTの活用



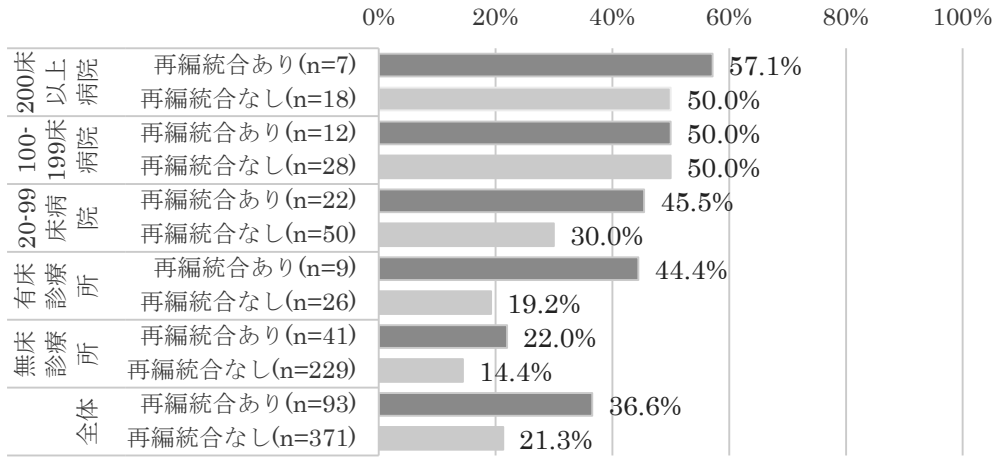
【所在自治体外・医療機関・介護事業所・地域住民等との広域的な医療・介護連携に関する取り組みについて】

広域的な取り組みに関しては、100床以上の病院では再編統合の有無によりあまり差はないが、100床未満の病院あるいは診療所においては一部の項目を除いて再編統合ありと回答した施設の方が、取り組み割合が高かった。再編統合の結果として広域的連携が求められている可能性がある。

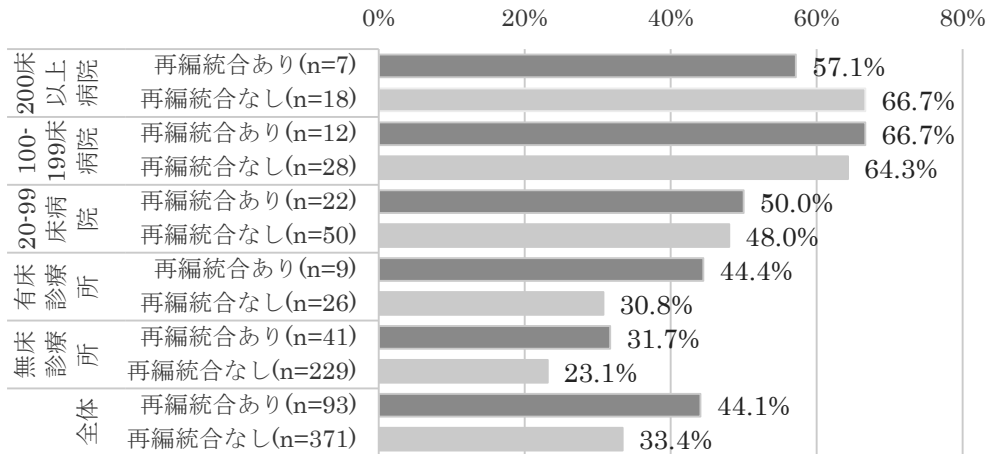
地域ケア会議の実施・参加



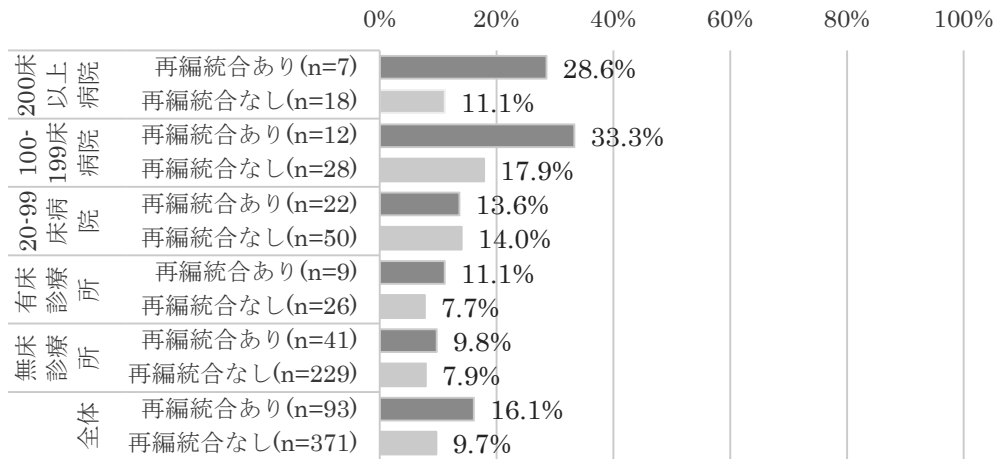
医療・介護連携に関する検討会等の実施・参加



医療・介護連携に関する研修会、イベント等の実施・参加



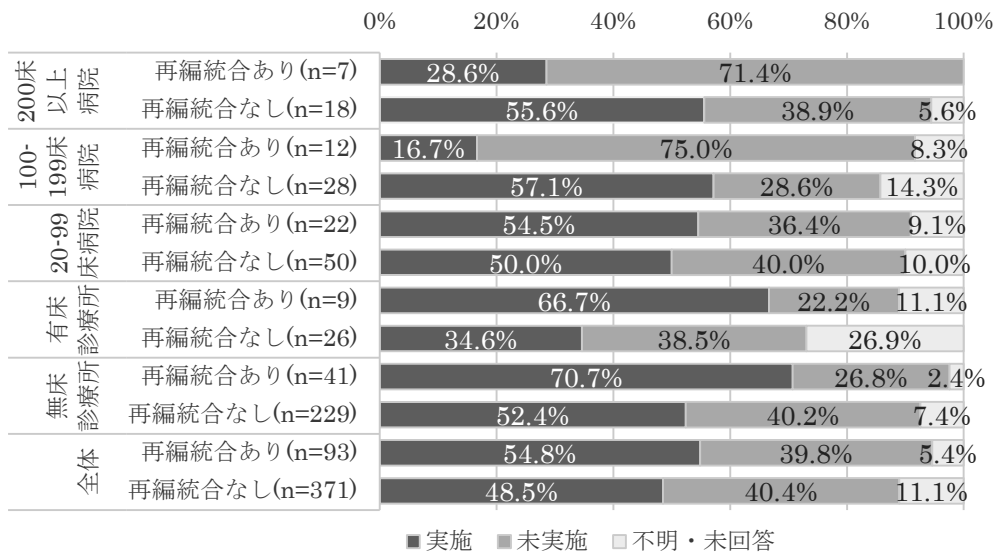
医療・介護専門職による広域的なICTの活用



【在宅看取りまたは施設看取りへの取り組み状況について】

看取りに関しては、100床以上の病院では再編統合ありと回答した施設の方が看取りの実施割合が低かった。100床未満の病院あるいは診療所においては逆に再編統合ありと回答した施設の方が、取り組み割合が高かった。再編統合の結果として機能分化が明確になった可能性がある。

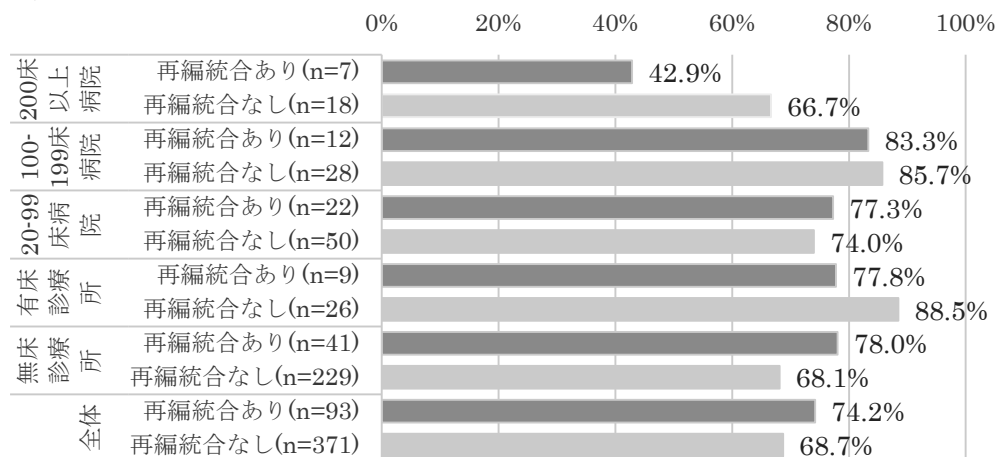
在宅看取りまたは施設看取りへの取り組み状況



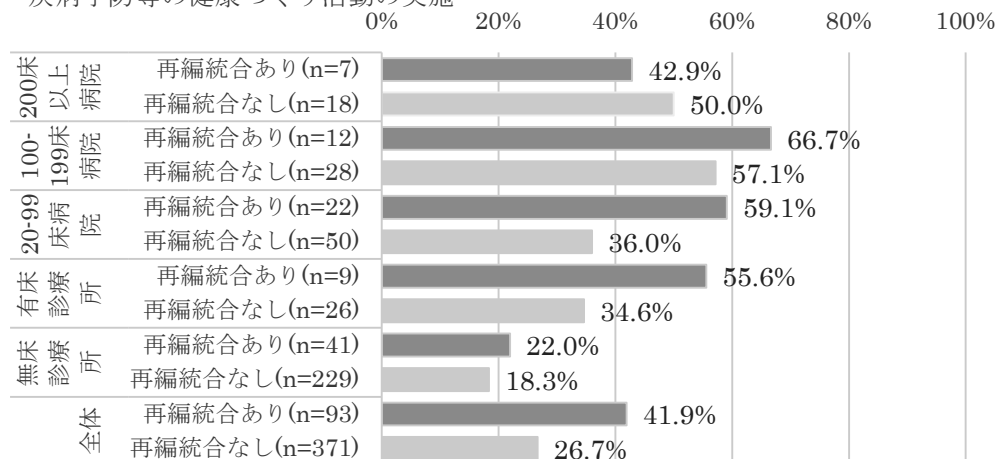
【地域包括ケアへの取り組みで実施・参加しているものについて】

項目及び施設規模によって取り組み割合は様々であるが、再編統合ありと回答した施設が再編統合なしと回答した施設より取り組み割合が極端に異なる項目は認められなかった。

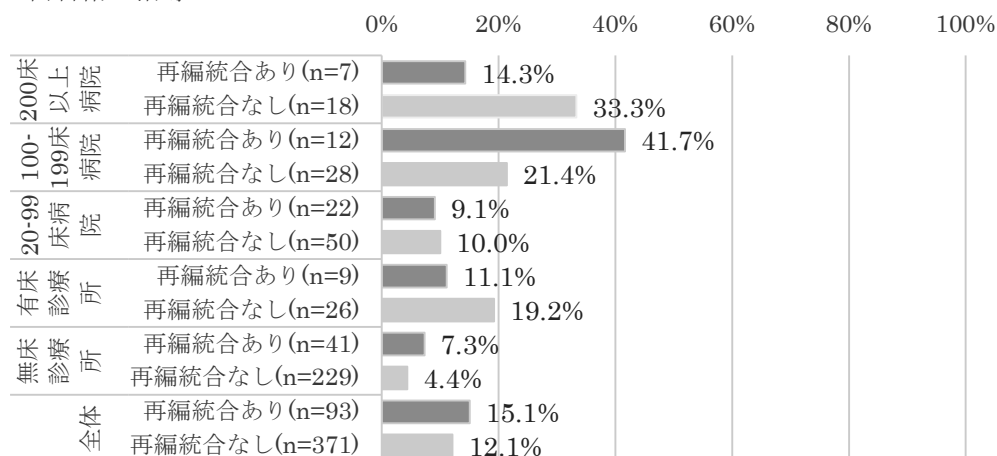
特定健診の実施



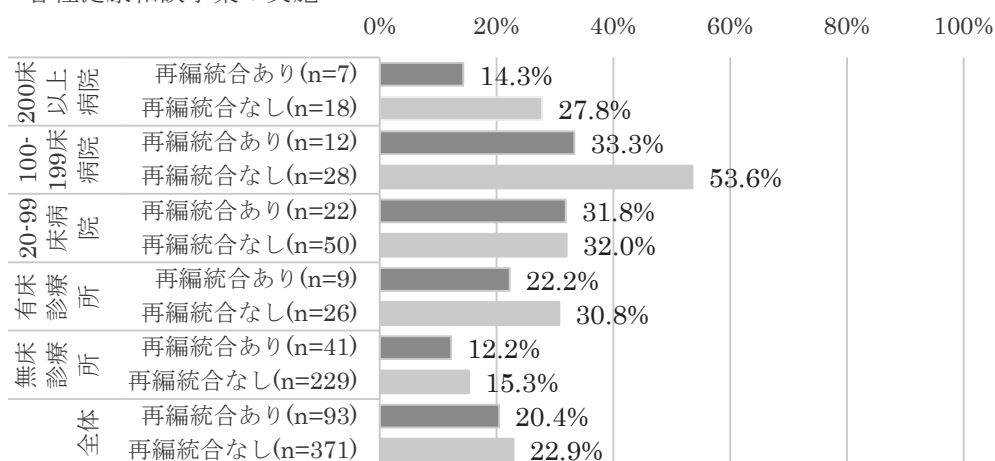
疾病予防等の健康づくり活動の実施



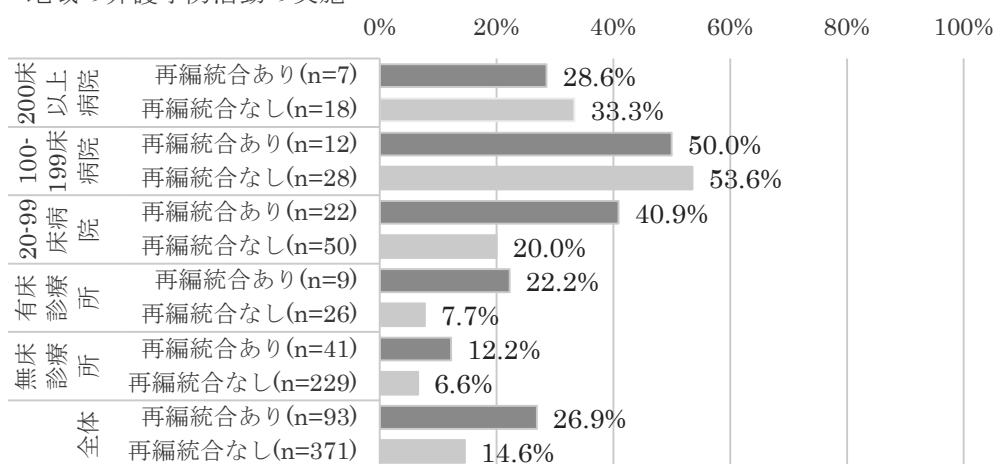
歯科衛生指導



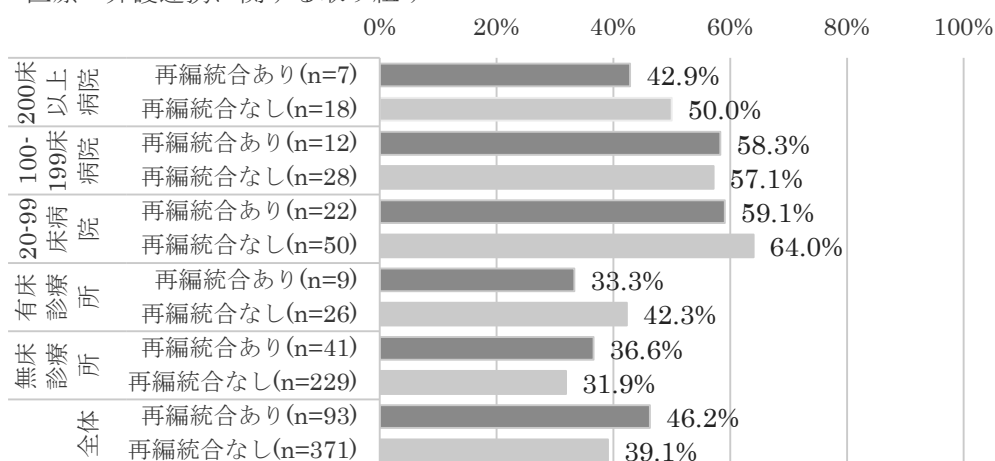
各種健康相談事業の実施



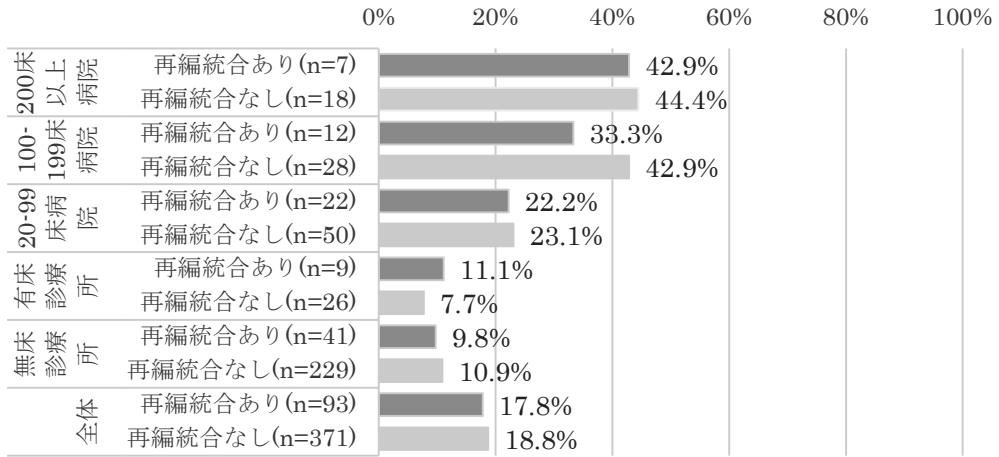
地域の介護予防活動の実施



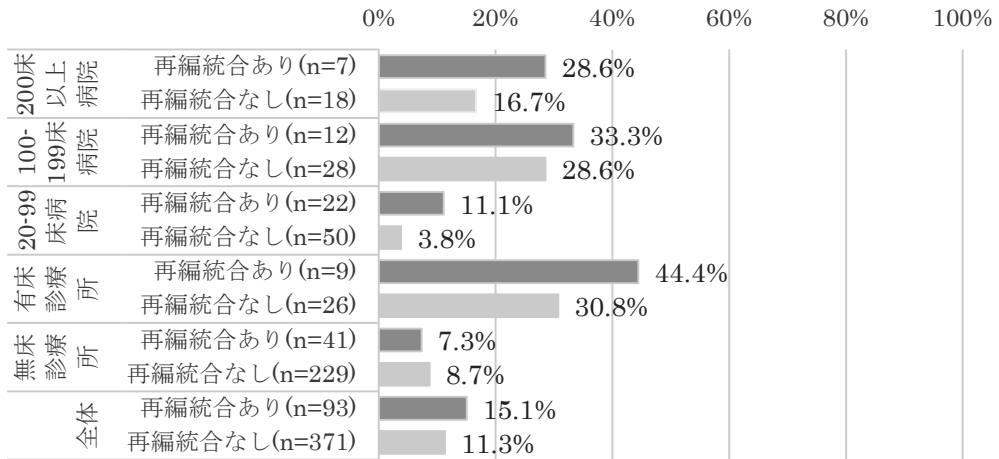
医療・介護連携に関する取り組み



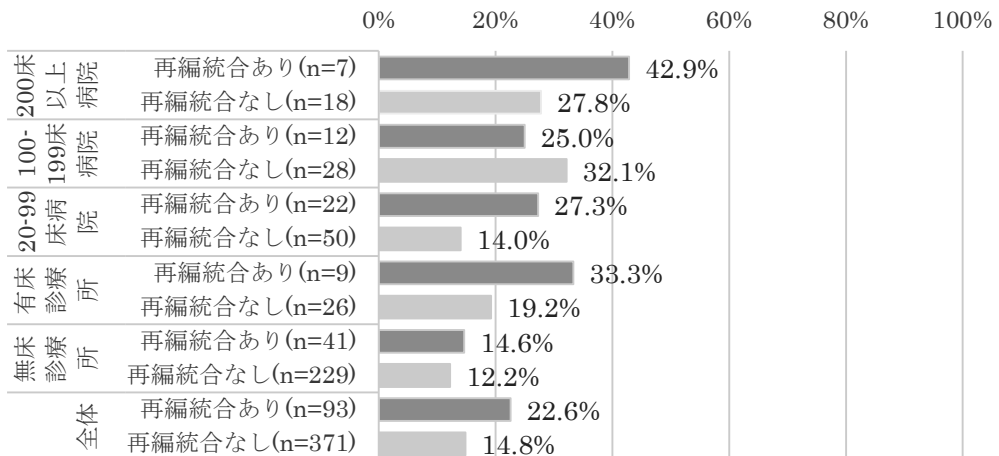
広域的な医療・介護連携に関する取り組み



地域の住民活動の支援（ボランティア、サポーターの養成支援等）



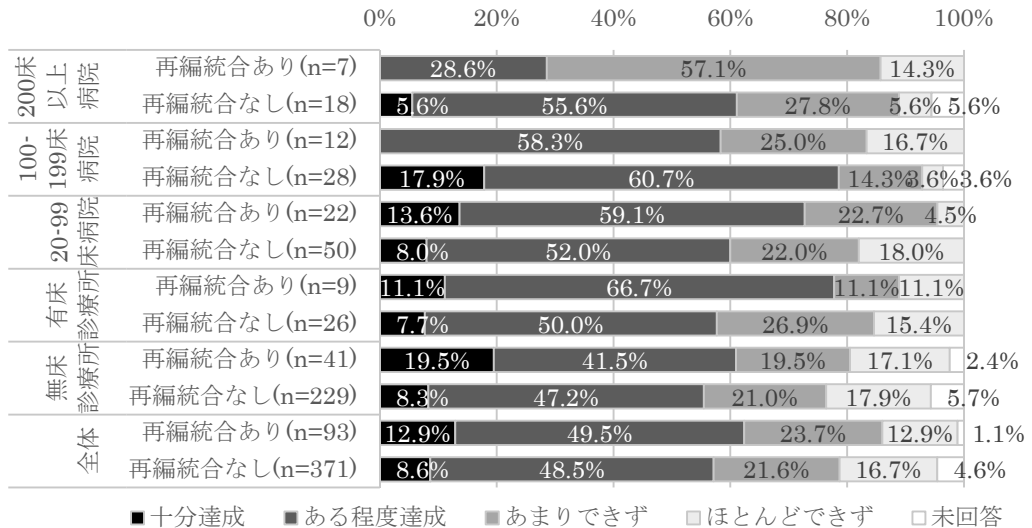
地域の保健・医療・介護・障害等の事業計画策定支援



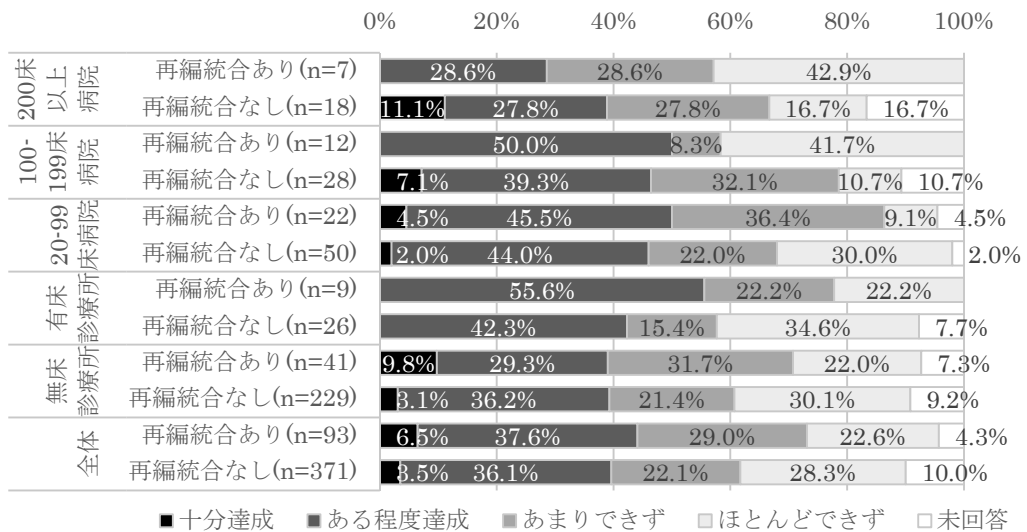
【地域包括ケアシステム構築において、国保直診が果たすべきと思われる役割等について】

施設規模によって多少の差はあるものの、各項目とも全体的には再編統合ありと回答した施設となしと回答した施設で大きな差は認められなかった。広域的連携に関しては再編統合ありと回答した施設の方がやや達成割合が高かった。

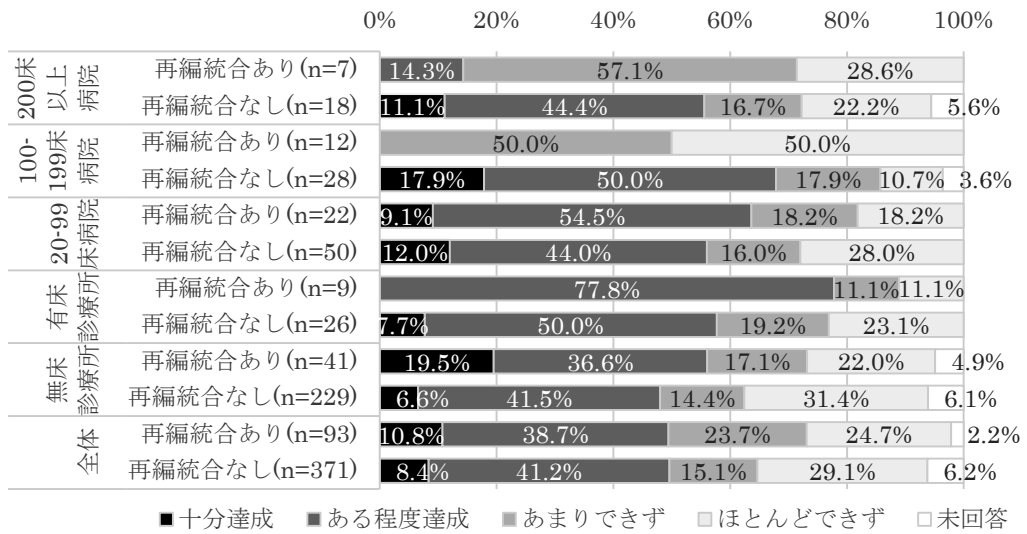
在宅医療の充実



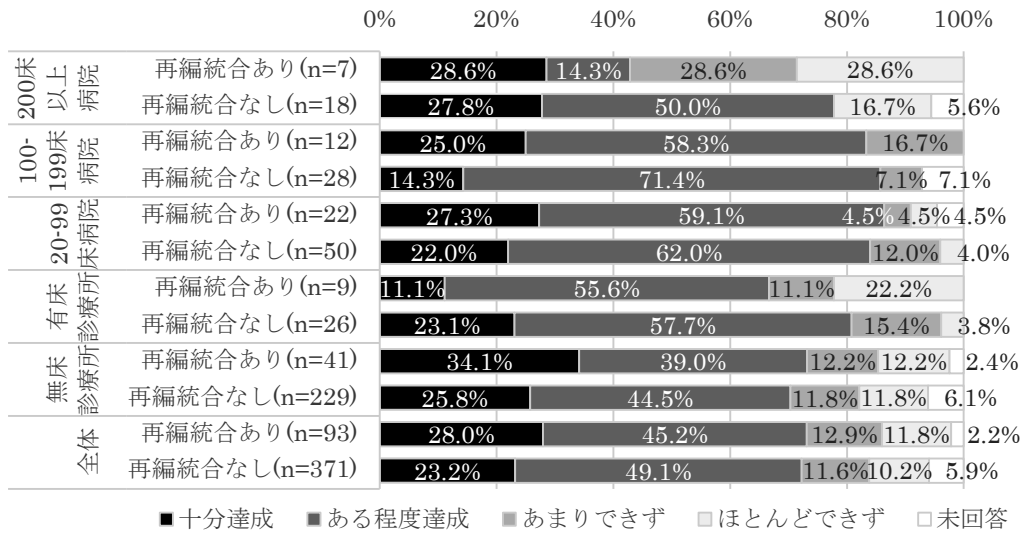
在宅介護の充実



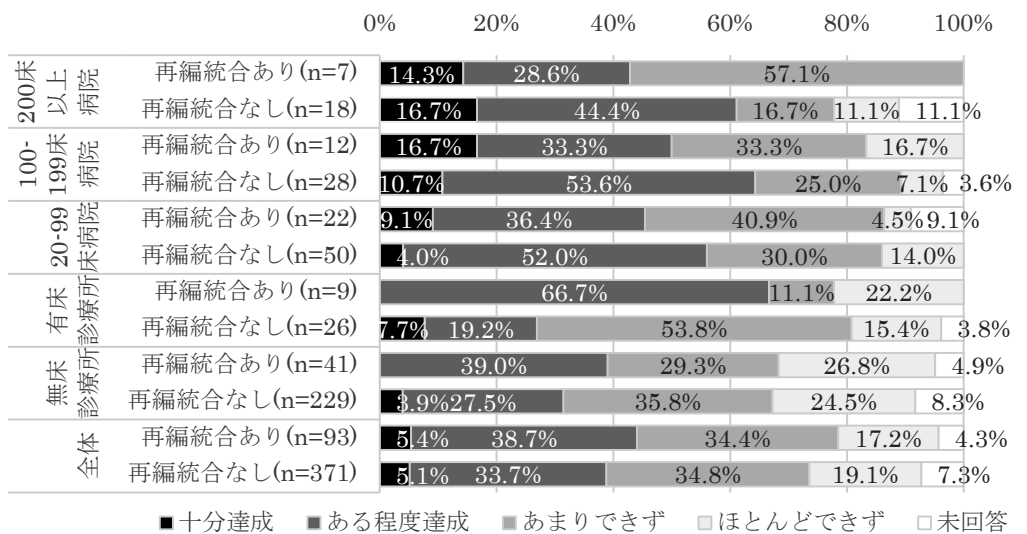
看取り（在宅看取り及び施設看取り）の実施



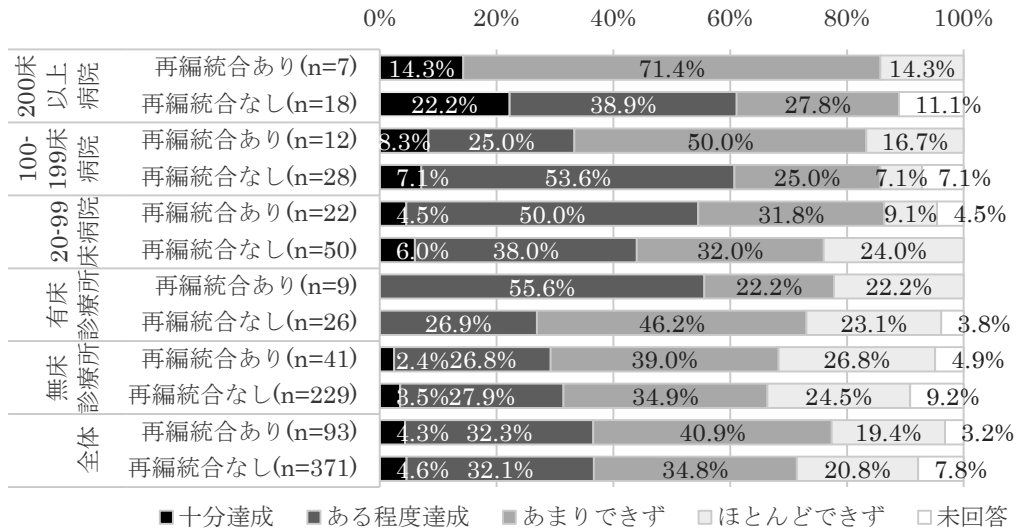
特定健診の実施



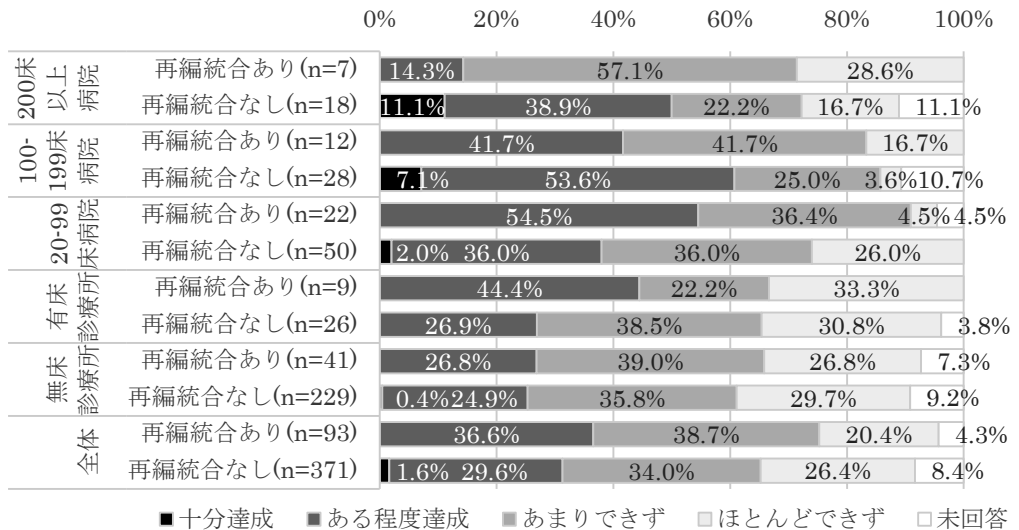
疾病予防等の健康づくり活動の実施



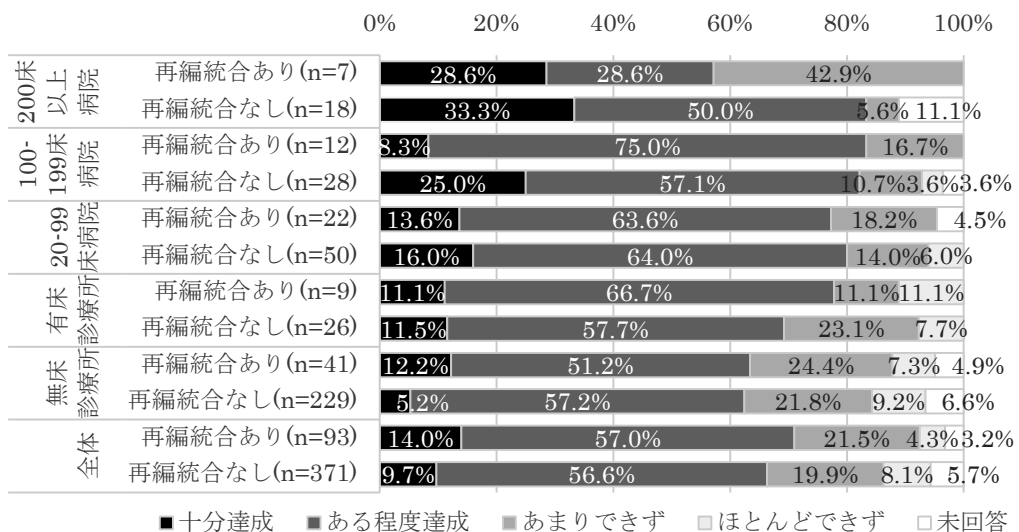
各種健康相談事業の実施



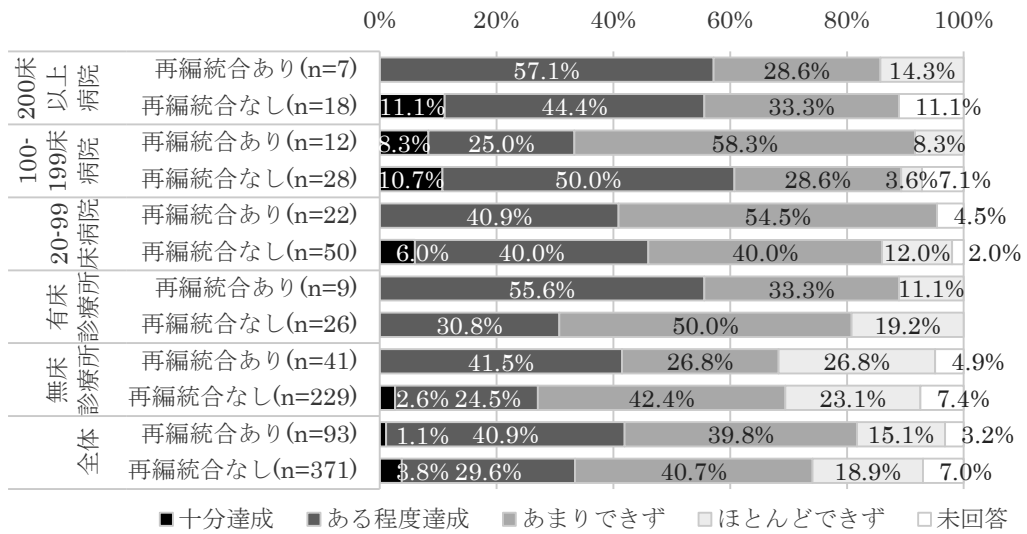
地域の介護予防活動の実施



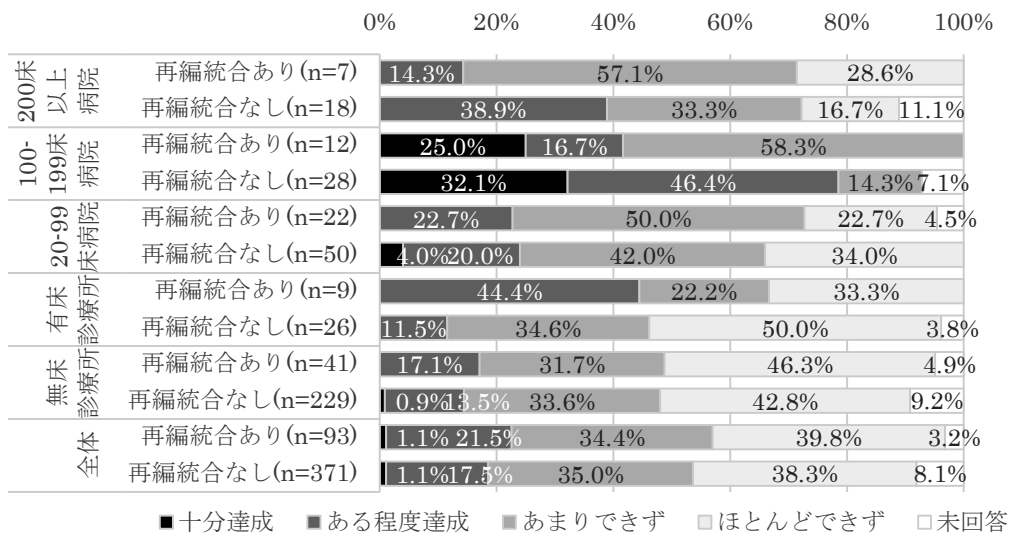
医療・介護連携に関する取り組み



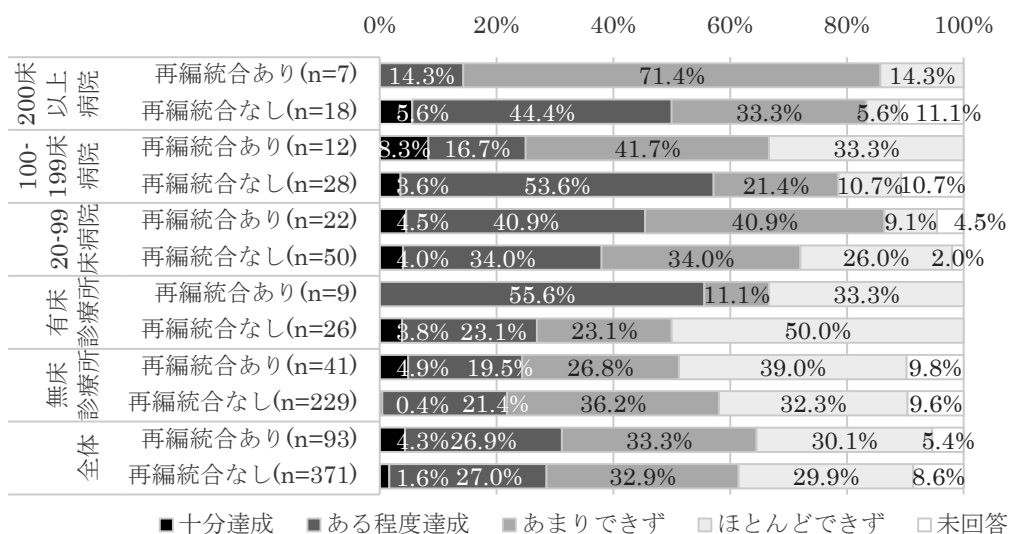
広域的な医療・介護連携に関する取り組み



地域の住民活動の支援（ボランティア、サポーターの養成支援等）



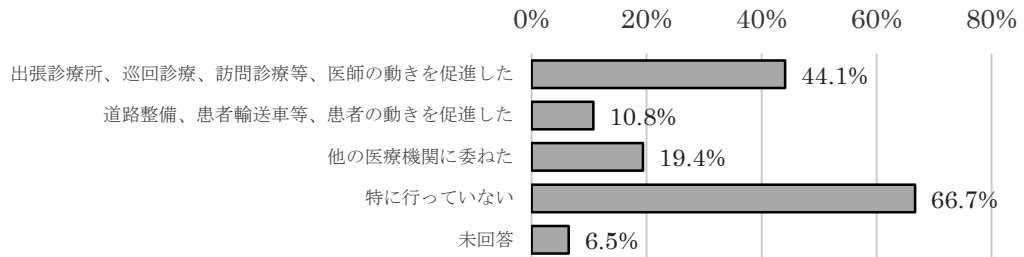
地域の保健・医療・介護・障害等の事業計画策定支援



■ 再編統合後に所在地域の医療確保のために行ったこと

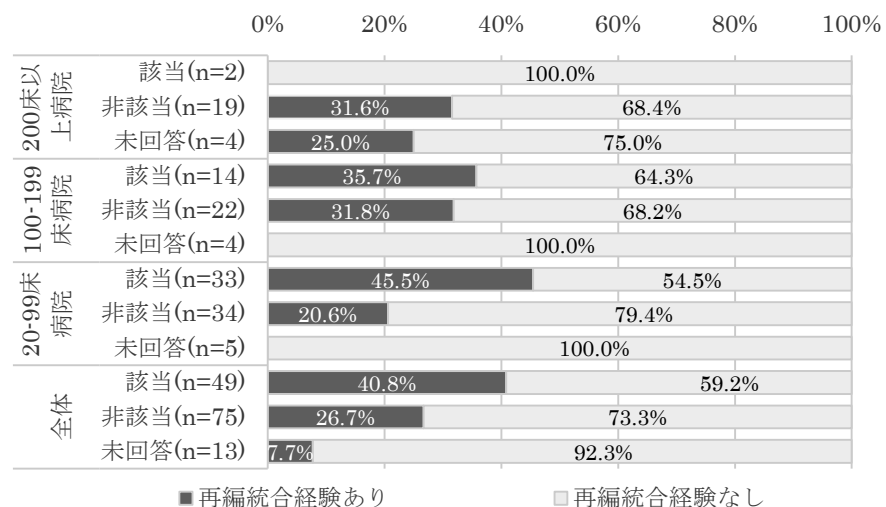
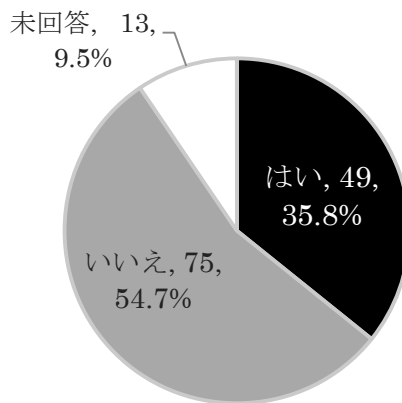
再編統合後に所在地域の医療確保のために行ったことについては、「特に行っていない」と回答した施設が最も多く 62 施設、次いで「出張診療所、巡回診療、訪問診療等、医師の働きを促進した」が 41 施設という結果であった。

再編統合ありと回答93施設中(複数回答可、再編統合複数回の場合も複数回答)



■ 「再編統合を検討すべき医療機関」への該当の有無

病院 137 施設中、地域医療構想において「再編統合を検討すべき医療機関」に当てはまったか、については、「はい」と回答した施設が 36%、「いいえ」と回答した施設が 55%であった。20-99 床病院の約 50%、100-199 床病院の約 40%が該当し、これらの 30-40%は公表以前も含めて何らかの再編統合経験があると回答していた。



- 「再編統合を検討すべき医療機関」への当該如何にかかわらず、地域医療構想に対して貴施設で対応していることについて（自由記載）

【主な回答】

- 一部病床を介護医療院とする
- 将来、急性期の病床が過剰になると予想されるため、回復期病床である地域包括ケア病床を導入し、急性期から回復期病床への機能転換を図った
- 県主催の地域医療構想の会議への参加
- 改革事例集に取り上げられた通り早くから全適移行による改革を進め黒字化を実現した。そのため、脆弱な市の本体からの政策医療実現のため負担金が望めないため持つべき機能、持たざる機能を別けて改革を進めたため政策医療の星取表より厚労省のターゲットとなったのは極めて心外である
- 適正な病床数（病床数削減）の検討
- 以前は当院の代表的な医療機能を急性期として報告していたため、再編統合を検討すべき医療機関に該当しておりましたが、2017年（平成29年）の報告において、今後、近隣住民の一層の高齢化の進展等に伴い、回復期の患者が主体となるとして、代表的な医療機能は回復期として報告しており、この再編統合を検討すべき医療機関の対象から外れている。当院の代表的な医療機能は回復期となつてはいるものの、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、それぞれの患者が入院されており、引き続き当地域の中核医療機関として、「過疎地等における一般医療の提供」、「救急などの不採算な医療の提供」を行っているところ
- 常に地域住民の必要な医療を考え、訪問診療、訪問看護等を実施し、取り組んでいる
- 「再編統合」の影響ではなく、地域のニーズにより総病床数の変更はなく、緩和ケア病棟の病床数を5床→6床に、回復期リハビリテーション病棟を20床→30床に変更した。経過中さらに当二次医療圏域でのリハビリテーション病棟の不足もあり、回復期リハビリテーション病棟を2病棟72床に変更した。これは後の「地域医療構想」とも合致した
- 公立病院改革プランの策定。急性期医療機関から回復期医療機関への転換、在宅医療の推進
- 基本的に統合するべき他の医療機関が存在しない。今後、自治体内の他地域の医療機関（民間を含めて）が存続できなくなる。事態が生じることを予想しており、その地域をも医療圏にした対応を考える必要がある。この場合、本診療所の立地場所を変更させて、さらにサテライトの診療所を設定する必要があると判断している
- 急性期病棟3単位から、急性期1単位と亜急性期（地域包括ケア病棟）2単位に変更

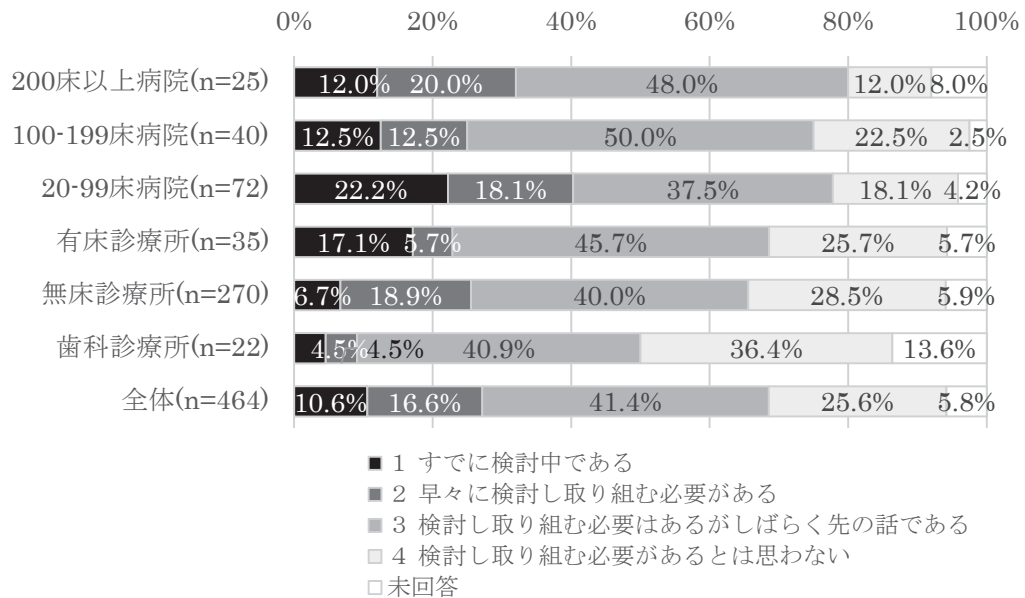
■ 再編統合による経営面を含む貴施設への影響について（自由記載）

【主な回答】

- 現施設をそのまま利用しつつ、規模が縮小されるため収支は悪化する。収入減に併せた経費の圧縮の課題となっている
- 2施設が1施設になる為、職員の負担は軽減される。1施設が閉鎖となる為、患者数は2か所分にはならないことが予測される。また、施設維持費については、軽減される可能性はある。統合してみないと、実際の動きは予測不能
- 法人化して、給与体系が変更できれば、人件費が低下して、経営は安定する
- 病床数全体としては削減の一途だが、新規事業を始めるための人員確保により職員数は増加している。新型コロナウイルス感染症の影響等で患者数が見込めなくなると人件費の増加が経営を圧迫してきている
- 不採算特別交付税を受け経営を維持してきたが病床削減による減額にみあう介護保険給付額とはならず、長期的に見たら経営に負の要因をもたらした
- 人口減少（診療実績の減少）は自然の流れでありそれらを考慮しても、無床としコンパクトな診療所になったことで、かつての負債は少しずつ圧縮できていると考えられる
- 現状よりも収入減が見込まれ、現職員の処遇について慎重な対応が必要
- 合併前は毎年黒字を重ねたが、医療の集約化（人員を病院優先配置としたことなど）により、診療所機能は低下し、経営は悪化した
- 患者受入れ不可による他施設からの紹介数の減少、病院の機能維持困難が予想される
- 無床診療所になったことにより医師数の減に伴い、人件費は下がったが、専門家のある他病院への患者移行及び人口減少の影響で年々収益も下がってきている。近年では、看護師の人件費や多岐にわたる業務委託料の増加により、経営を圧迫している
- 趣旨に賛同する医師確保がなり医師の平均年齢が若年化。経営的には人口減に伴う患者数減のスピードが予想以上に早く改善基調となっていない
- 規模縮小に伴う、町からの繰入金の減少
- 療養病床の入院単価が低いため、また今後、一般病床の入院単価も減少していくようなら病床転換が必要と考える。また介護医療院への転換も視野に入れている
- 人口減少、過疎化が進む本町の様な民間参入が期待できない地域に存在することからこそ、国診協施設であり経営面が大きく改善することは望めない
- 今後の人口減少を考慮し、医師減員のため、やむを得ず診療所化を目指しスリム化を図る
- 市立病院の附属診療所としたことにより、医師・看護師等の確保が安定化したと考える。経営統合によるメリットである人件費・経費等の削減も一定程度図ることが出来たが、来年度以降の課題である

■ 将来の再編統合の検討の必要性について

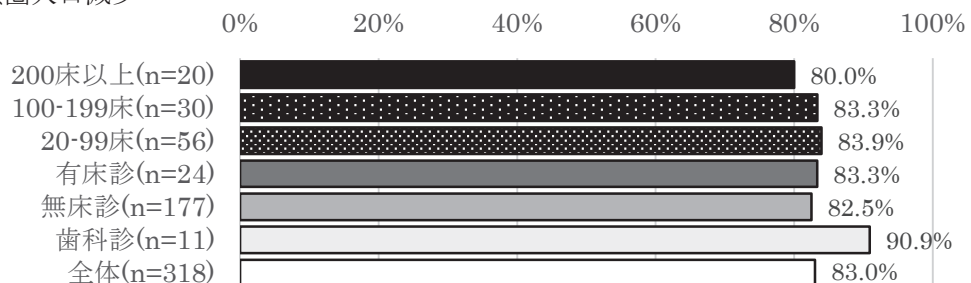
将来の再編統合の検討の必要性については、「検討し取り組む必要はあるがしばらく先の話である」と回答した施設が 192 施設、次いで「検討し取り組む必要があるとは思わない」という回答が 119 施設であった。20-99 床病院や有床診療所では「すでに検討中である」と回答した施設が 2 割前後認められた。



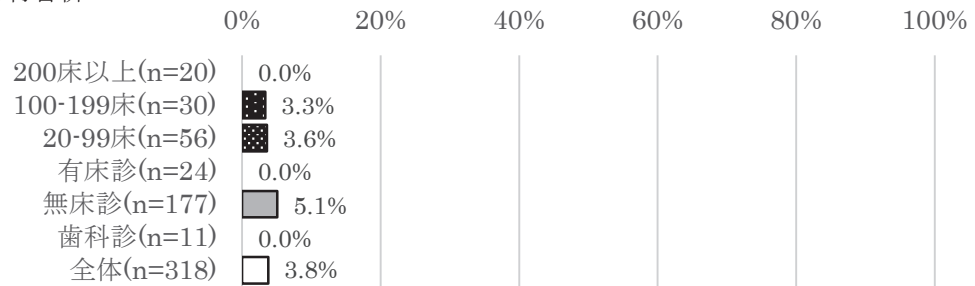
■ 再編統合の検討が必要と思われる主な要因について

将来の再編統合の検討の必要性について、「すでに検討中である」「早々に検討し取り組む必要がある」「検討し取り組む必要はあるがしばらく先の話である」のいずれか回答した 318 施設を対象に再編統合の検討が必要と思われる主な要因について回答してもらったところ、「診療圏人口減少」という回答が最も多く 264 施設、次いで「医師確保困難」という回答が 204 施設、「赤字経営」という回答が 142 施設であった。すでに市町村合併の影響は薄れ、施設運営の上での患者あるいは利用者といった対象者の確保、医療や介護を提供する側の確保、これらの困難さから生まれる経営の困難さといった、人口減少に起因すると思われる要因が大きく、回答も診療圏人口減少が抜きんでて大きな要因としてあげられていた。

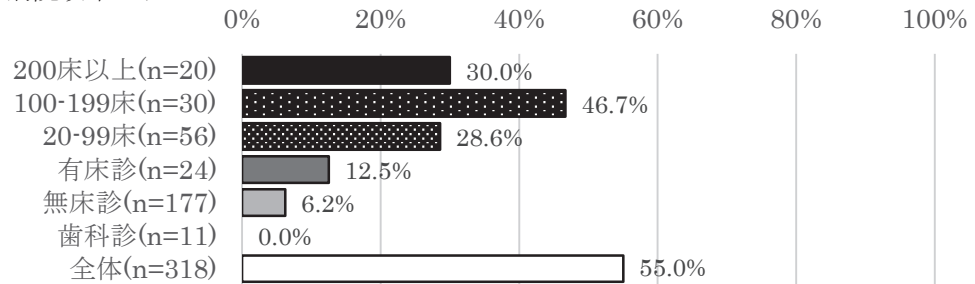
診療圏人口減少



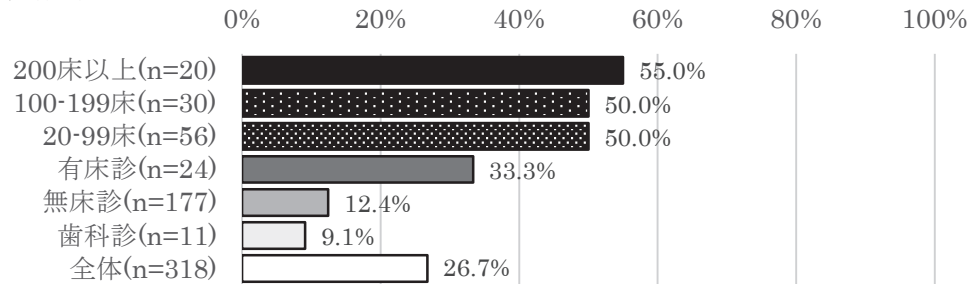
市町村合併



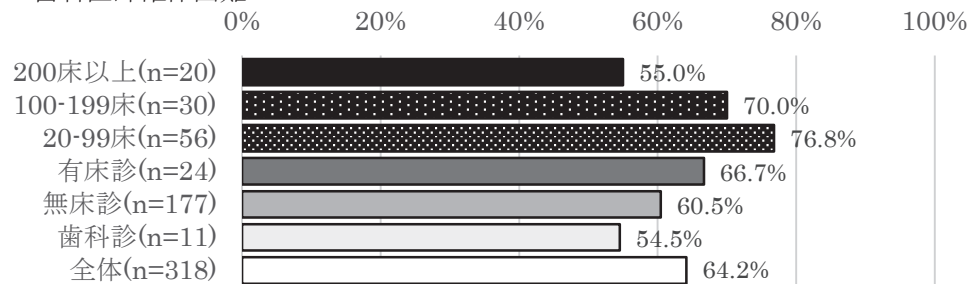
公立病院改革プラン



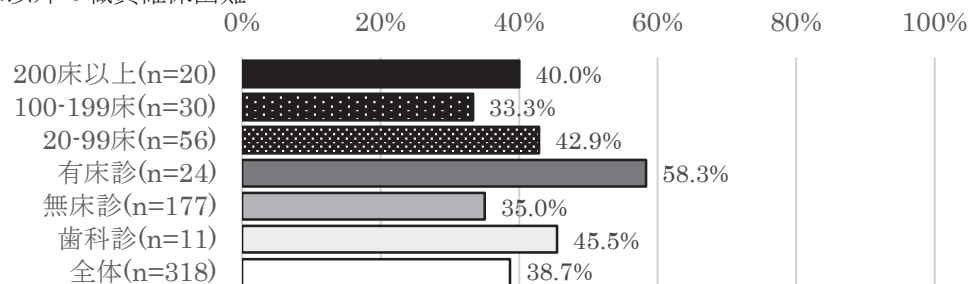
地域医療構想



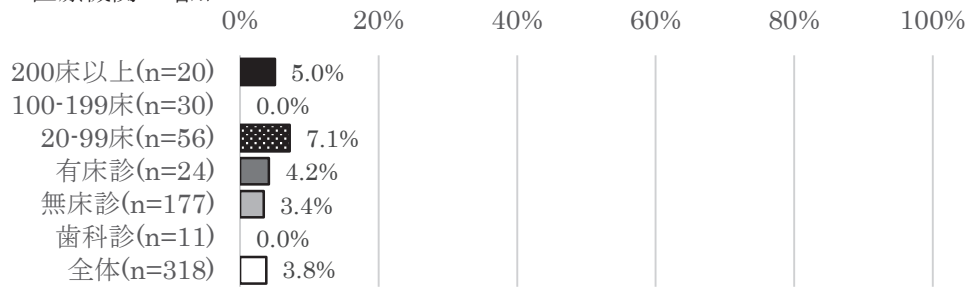
医師・歯科医師確保困難



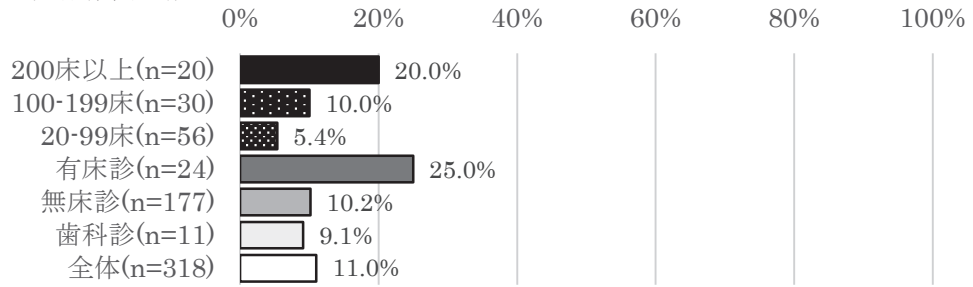
医師以外の職員確保困難



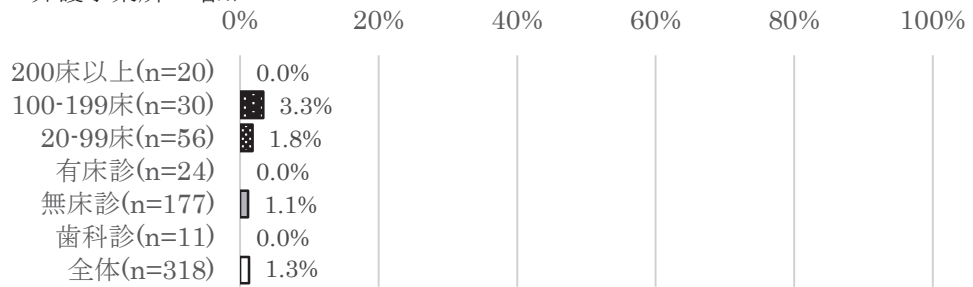
近隣の医療機関の増加



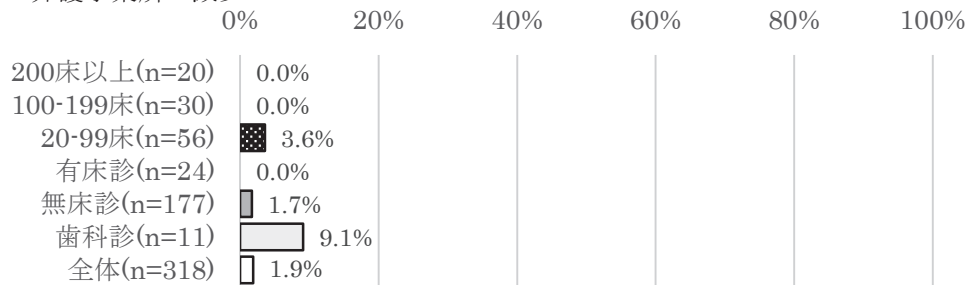
近隣の医療機関の減少



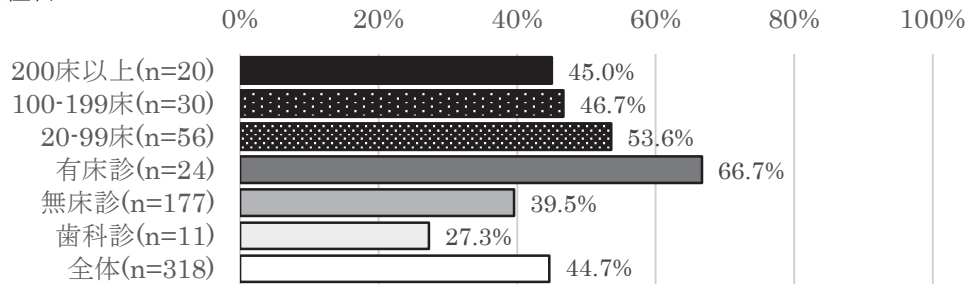
近隣の介護事業所の増加



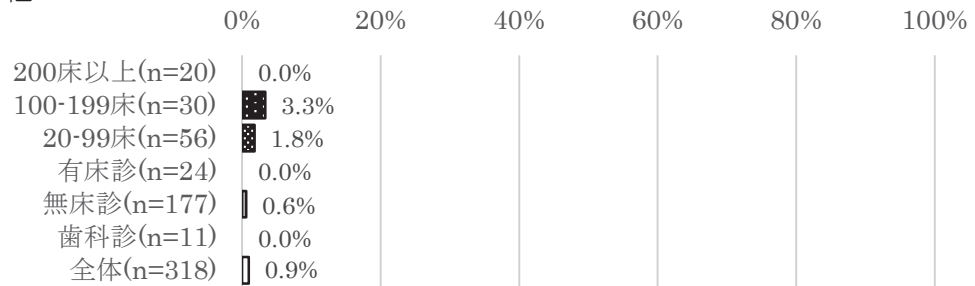
近隣の介護事業所の減少



赤字経営



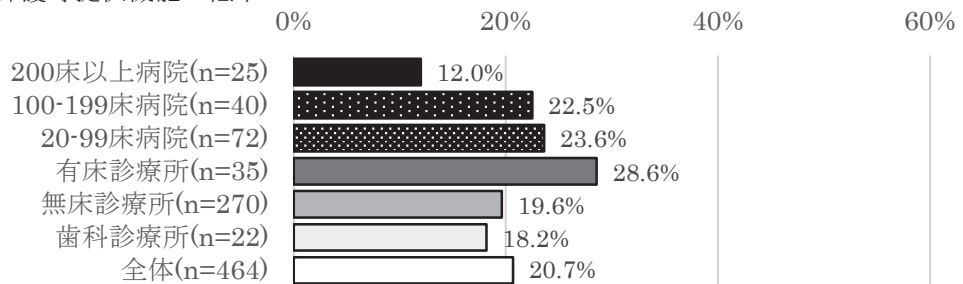
その他



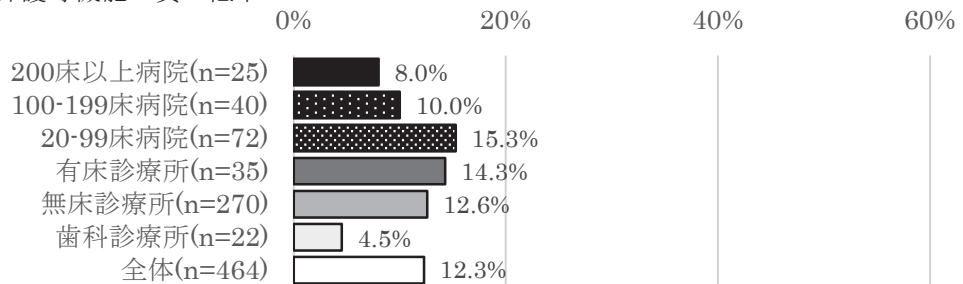
■ 再編統合の検討に関する課題について

再編統合の検討に関する課題については、「医師（院長、所長）の確保」と回答した施設が最も多く 193 施設、次いで「職員の確保」と回答した施設が 158 施設であった。100 床未満の病院や診療所では特に医師や職員の確保といった人材確保の点が大きな課題としてとらえられている一方、100 床以上の病院になると、医療機関間や行政との調整が大きな課題としてとらえられていた。

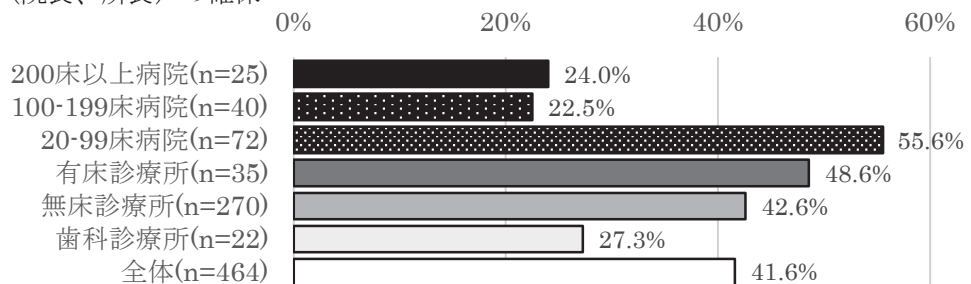
医療介護等提供機能の低下



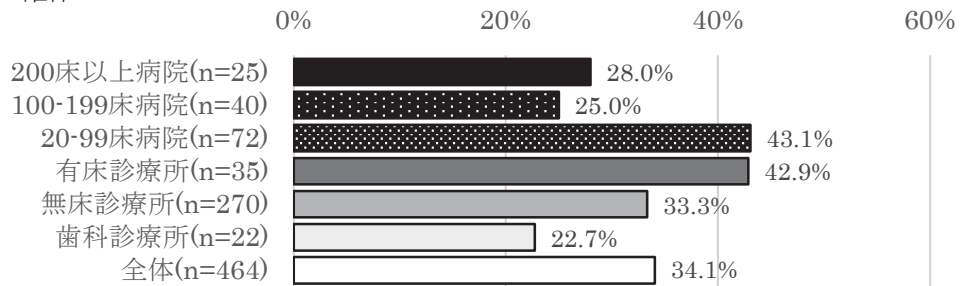
医療介護等機能の質の低下



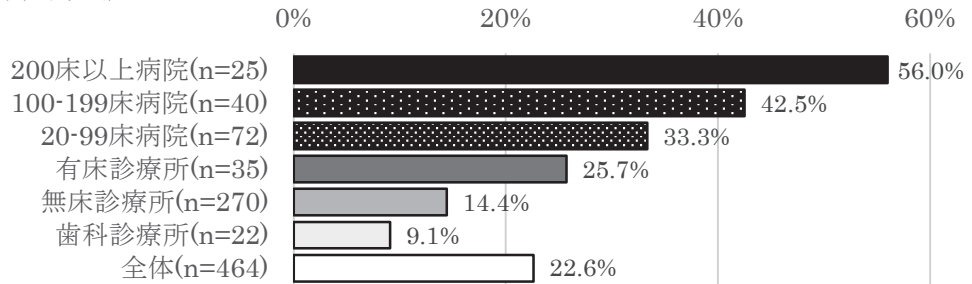
医師（院長、所長）の確保



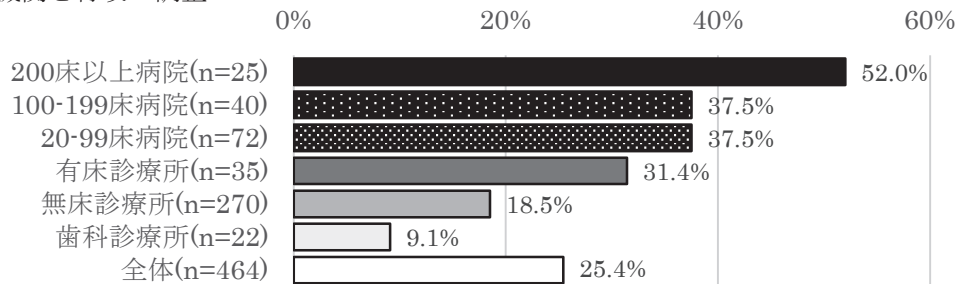
職員の確保



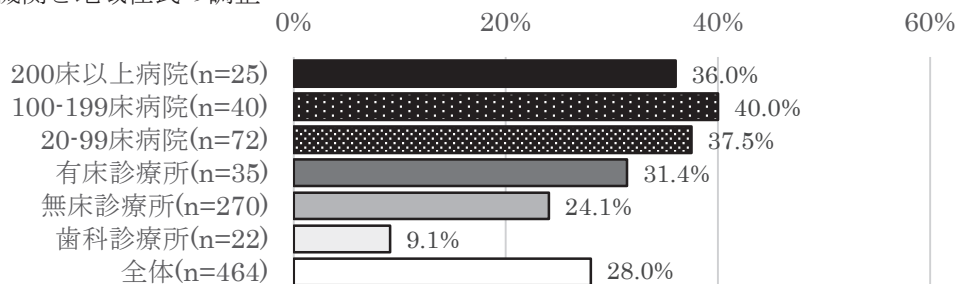
医療機関間の調整



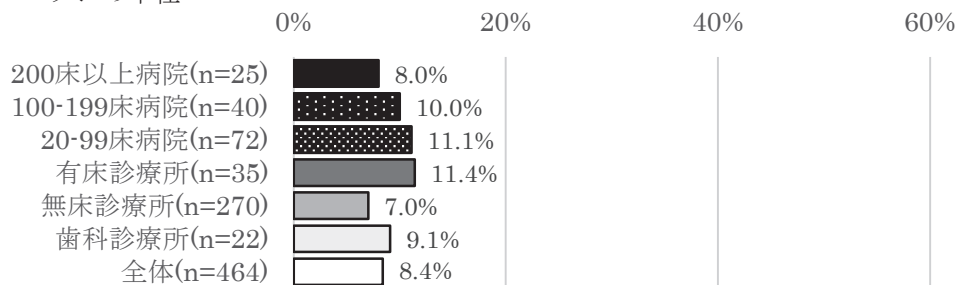
医療機関と行政の調整



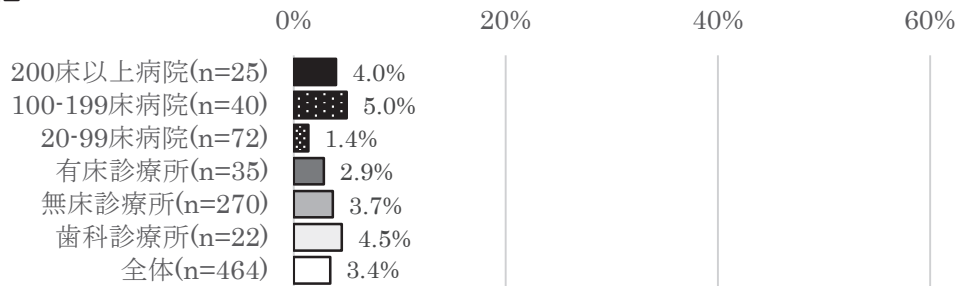
医療機関と地域住民の調整



キーパーソンの不在



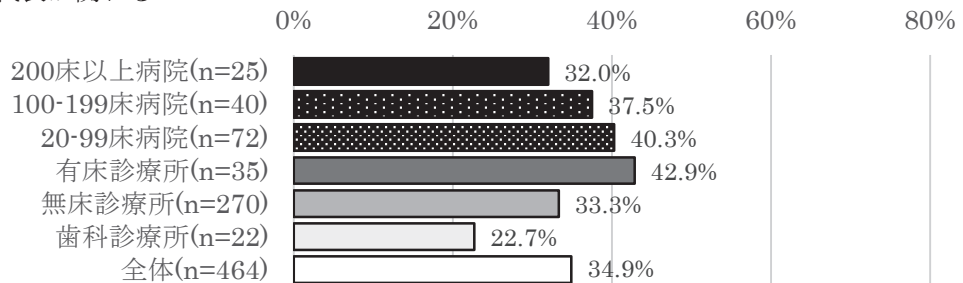
その他



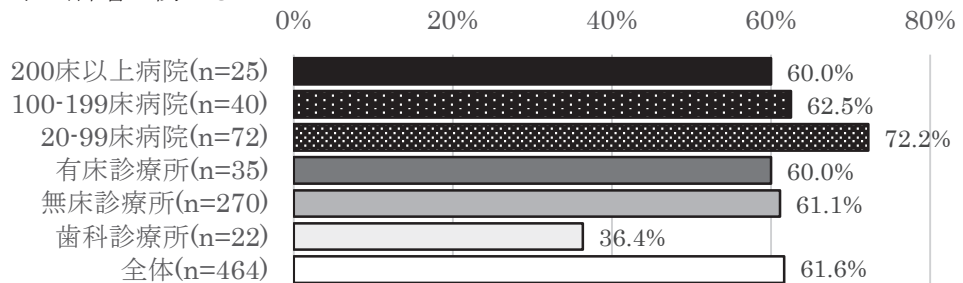
■ 再編統合の検討にあたり、地域住民、他の組織との関わりについて

再編統合の検討にあたっての、地域住民、他の組織との関わりについては、「行政の担当部署が関わる」と回答した施設が 286 施設と最も多く、次いで「住民代表が関わる」と回答した施設が 162 施設であった。

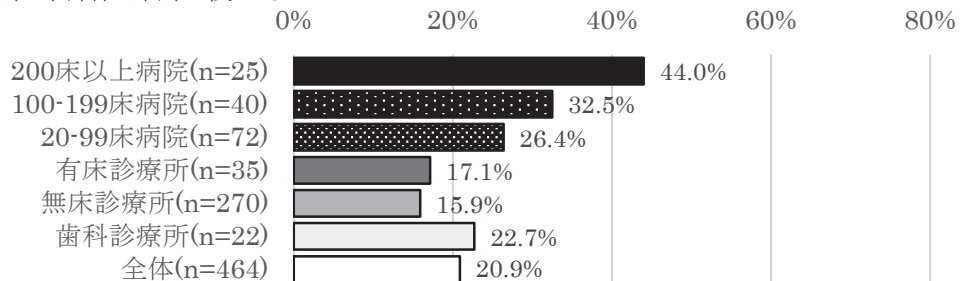
住民代表が関わる



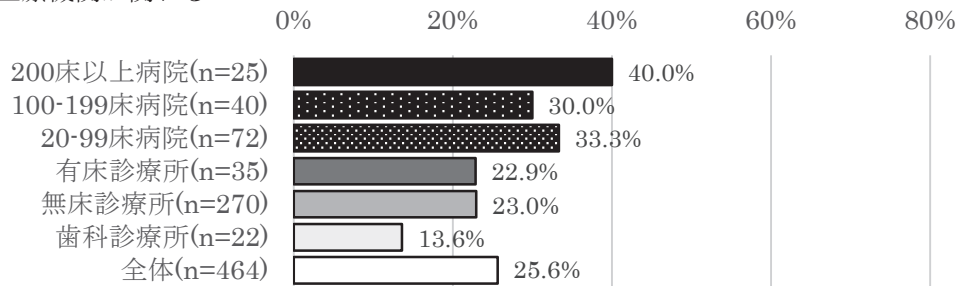
行政の担当部署が関わる



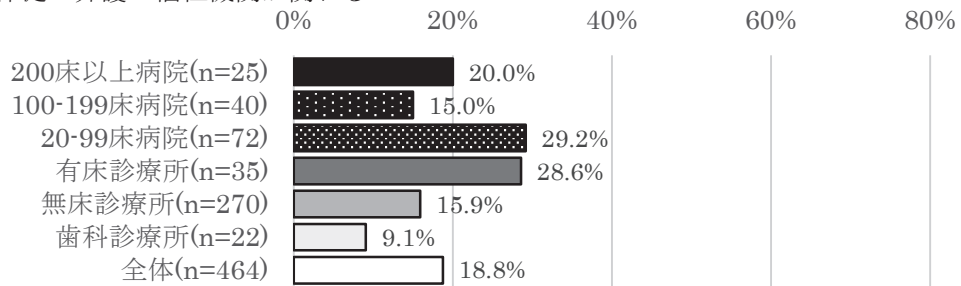
医師会・歯科医師会が関わる



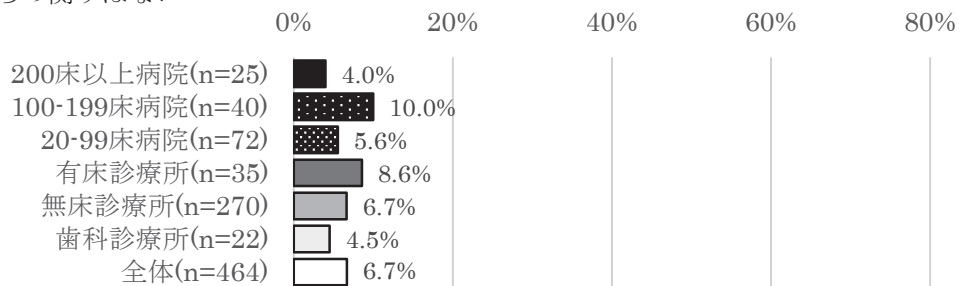
他の医療機関が関わる



他の保健・介護・福祉機関が関わる



それらの関りはない



■ 再編統合後に目指している医療や地域包括ケアシステムの姿について（自由記載）

【主な回答】

- 統合によるマンパワーの有効利用と経営の効率化が期待できる
- 一人暮らしの老人の雪かきや限界集落でも頑張っている農家への支援の形の検討→ボランティアの養成など。診療所がコミュニティとなるような診療所のあり方の検討→お年寄りの買い物援助を商工会と検討。待ち時間に健康づくり講座の開設。季節行事を地域内で企画・多世代にわたる交流を検討
- 市町の面積は広いが、一部地域に医療サービスが偏らないこと
- 周辺の急性期医療機関からの受け皿や、在宅医療を望む患者の希望を叶えること
- 安定した医師確保、経営健全化、医療介護提供体制の維持を図る
- 24時間救急医療を提供できる急性期基幹病院として存続・維持していく
- 当院と隣市の公立病院の建物を合併する形で、新たにどこかに病院を建設。広域組合を作っての運営となれば良いと思う。当町は現在地に病院と保健福祉課が隣接する形で存在しているので、当院においては入院機能をなくし、現在地に外来部門だけ継続する形で残す。そのことで行政との連携も引き続き

き可能となろう

- 地域の特性に応じた在宅医療提供体制や在宅医療・介護連携の構築による、継続した在宅生活への支援
- 救急医療、在宅復帰やリハビリでの回復、施設からの救急憎悪の受け入れ、寝たきり患者の医療的なケア等、地域に寄り添った医療
- 在宅医療の充実
- 医師看護師の不足により療養病床を廃止して一般病棟1看護単位体制になる。療養病床がなくなる分在宅医療を充実させる予定である。ただし地域全体として人口減、医療介護従事者減はますます進むため、明るいビジョンは今のところ描けていない
- 町民に適切な医療サービスを提供できなくなるため、これ以上の再編統合は望まない
- 人生の大部分を住み慣れた地域で過ごせるように、その地域に存在する資源（保健医療福祉に限定しない）を総動員して支援する仕組みを作ること。その中での医療の役割、自院の役割を明確化して取り組むこと
- 複数国保直診を複数の医師や看護師が共同で、フレキシブルな人事で運営する
- 二次医療圏全体における医療・介護体制の再構築が必要である
- 可能性として、将来地域内にある民間病院との再編ということも予想されるが、この場合、現在病院で取り組む「地域包括医療ケア」を、その民間病院にも広げていくこと
- 現時点では通常の外来診療のみであるため、将来的には在宅診療・介護などが可能な施設になっていくべきと考える

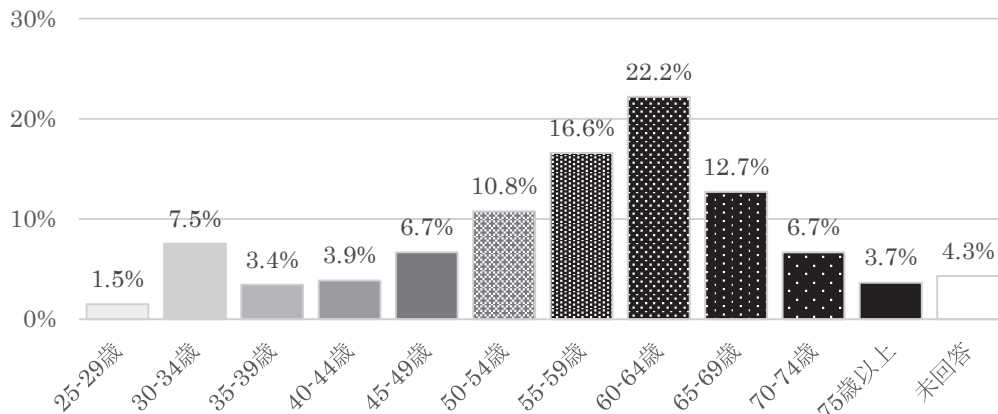
(3) 管理者（院長または所長）の承継について

■ 施設の管理者（院長または所長）の現年齢、就任年齢について

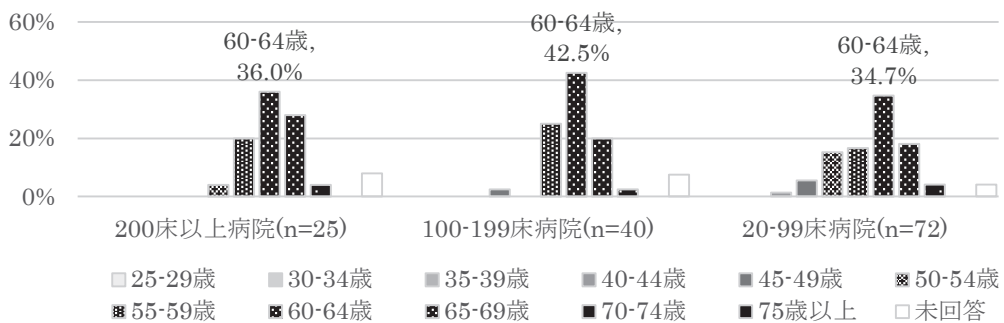
院長または所長の方の年齢については、60代と回答した施設が最も多く162施設、次いで50代が127施設であった。また、現職就任年齢は、50代と回答された施設が最も多く121施設、次いで30代が110施設であった。

病院においては、院長あるいは所長の現年齢は60-65歳がピークである一方、有床診療所や無床診療所では30-34歳と55-64歳の2つのピークがあった。加えて、年齢分布自体も病床数が少なくなるにつれて、その幅が広がっていた。200床以上の病院においては、就任年齢が55-59歳であり、就任期間も10年未満となっているが、病床数が減るにつれて就任年齢にも幅が生じるとともに、就任期間も長くなっている。20-99床の病院あるいは有床診療所や無床診療所では、就任期間が短い群と25年を超える群が認められる。つまり、若年で就任し短期的に循環していく院長あるいは所長と、若年で就任しそのまま長期にわたってその役職を継続するという2つの群の存在が認められた。

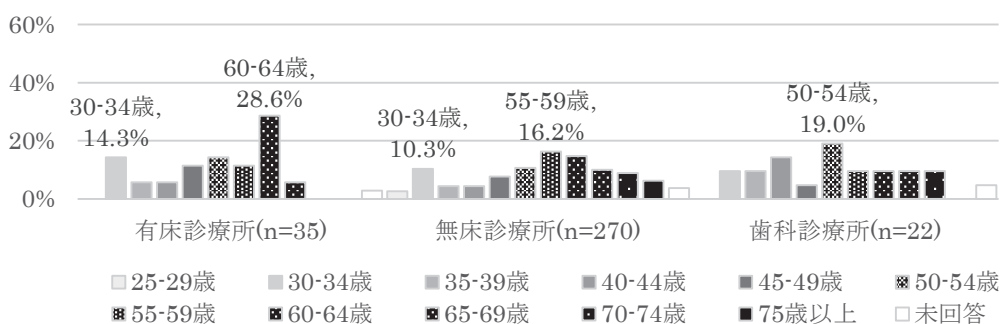
院長・所長の現年齢分布 (n=464)



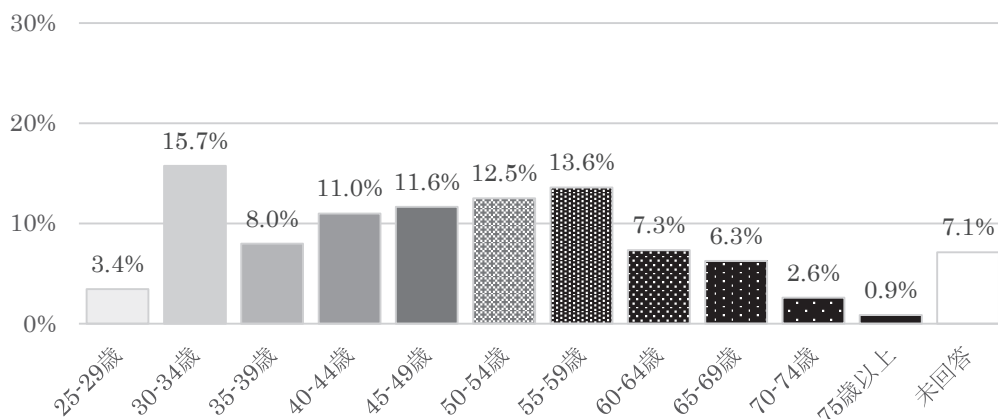
施設別院長年齢分布 (病院)



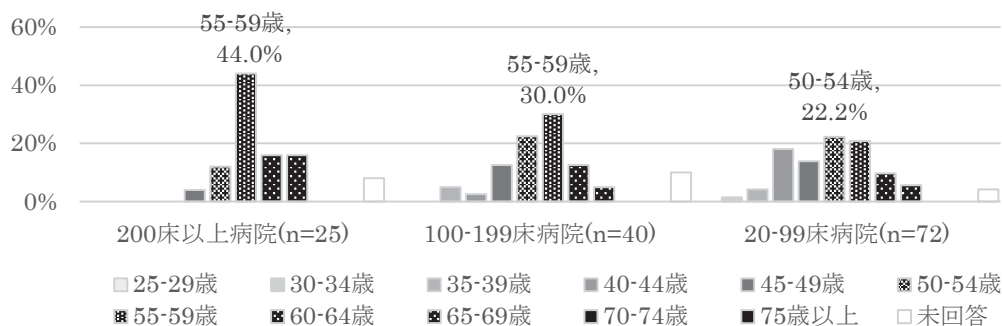
施設別所長年齢分布 (診療所)



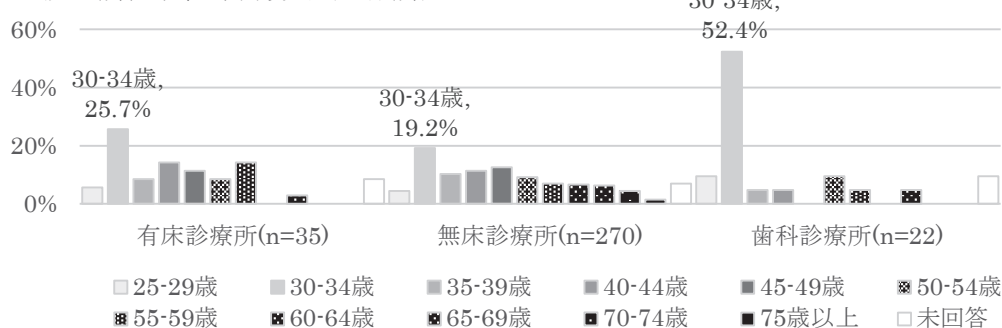
院長・所長の就任年齢分布 (n=464)



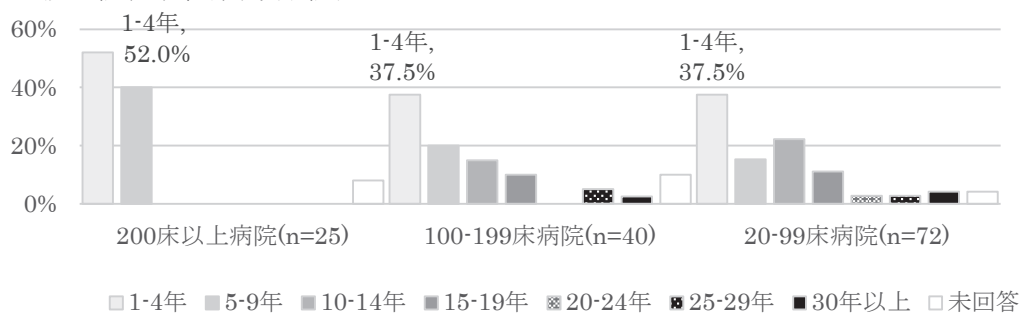
施設別院長就任年齢分布 (病院)



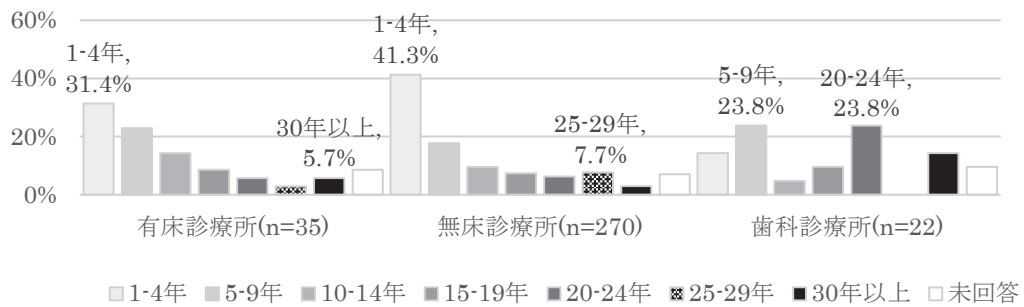
施設別所長就任年齢分布 (診療所)



施設別院長就任期間 (病院)



施設別所長就任期間(診療所)



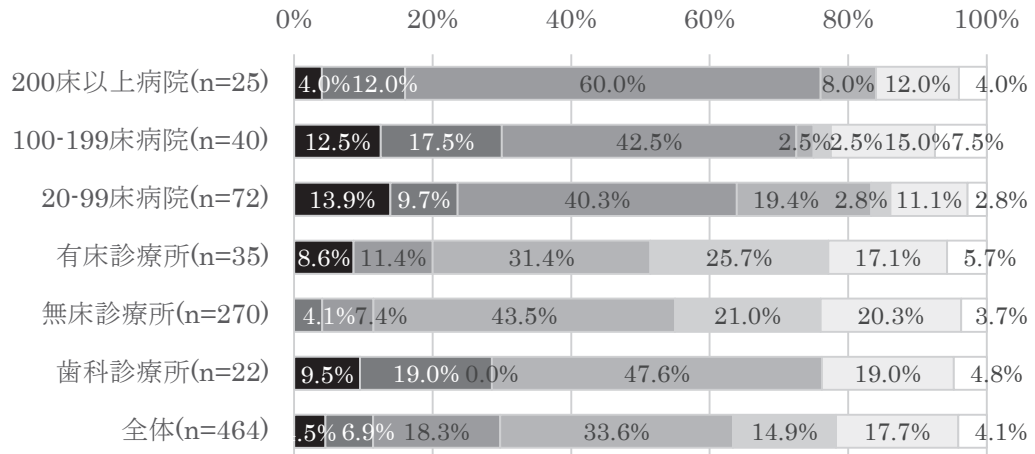
■ 現在の役職に就任された経緯について

現在の役職に就任された経緯等については、「他施設で勤務しており、大学医局人事とは無関係で前任者退職に伴い就任した」と回答した施設が最も多く 156 施設、次いで「現施設で勤務しており、大学医局人事とは無関係で前任者退職に伴い就任した」が 85 施設であった。

就任経緯としては、大学医局人事というよりは現施設で勤務しており、そのままその大学医局人事とは無関係に施設の院長あるいは所長になることが多かった。ただし、中小規模病院では大学医局人事が関連することが多いことも見て取れた。有床診療所あるいは無床診療所においては、自治医大出身者等により義務内ローテーションで院長あるいは所長に就任している割合が比較的多いことが特徴的であった。

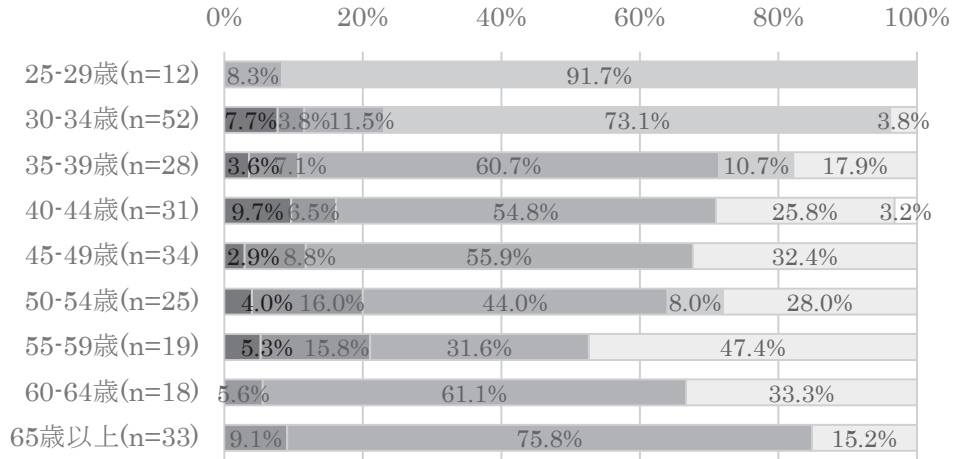
無床診療所の所長就任時の年齢別経緯を見てみると、25-34 歳の群において約 7~9 割がこうした理由（自治医大出身者等による義務内ローテーション）による就任となっていた。

就任経緯



- 現施設で勤務しており、大学医局人事で前任者退職に伴い就任した
- 他施設で勤務しており、大学医局人事で前任者退職に伴い就任した
- 現施設で勤務しており、大学医局人事とは無関係で前任者退職に伴い就任した
- 他施設で勤務しており、大学医局人事とは無関係で前任者退職に伴い就任した
- 自治医大出身などで義務内のローテーションとして就任した
- その他
- 未回答

無床診療所所長就任時年齢別経緯



- 現施設で勤務しており、大学医局人事で前任者退職に伴い就任した
- 他施設で勤務しており、大学医局人事で前任者退職に伴い就任した
- 現施設で勤務しており、大学医局人事とは無関係で前任者退職に伴い就任した
- 他施設で勤務しており、大学医局人事とは無関係で前任者退職に伴い就任した
- 自治医大出身などで義務内のローテーションとして就任した
- その他
- 未回答

■ 現在の役職に就任された時にお考えになったことや思いについて（自由記載）

【主な回答】

- 所長として地域医療を支えていけるのか少し不安であった
- 民営化され、引き継ぐことになったので赤字経営の改善。医療介護の連携体制の構築
- 高齢の患者様に気軽に來ていただける診療所でありたいと思った
- 病院経営を改善し、持続可能な形で次世代につなげる
- 地域貢献し住民の健康を守るために予防医学へ展開し可能な限りエビデンスに基づいた治療に努め、地域間格差が減るように努める
- 国保の歯科診療の地域医療に貢献したかった
- 近隣の医療機関や介護事業所などと連携しながら、地域住民の健康問題に取り組んでいきたい
- 地域住民の医療を充実させたい。在宅医療を充実させたい
- 奨学生時代から、地元のこの施設で働くつもりであったので楽しみでもあったが、将来の診療所のビジョンも定まらず、わからないことだらけでもあり、無我夢中でもあった
- 前任者と同様に、地域医療を支えていく所存
- 村民に認めてもらうよう努力する
- 歴代先生方の診療をうまく引継ぎ、地域に還元できるように努力する必要がある

- 管理者（院長または所長）の交代について課題と思われたことについて
（自由記載）

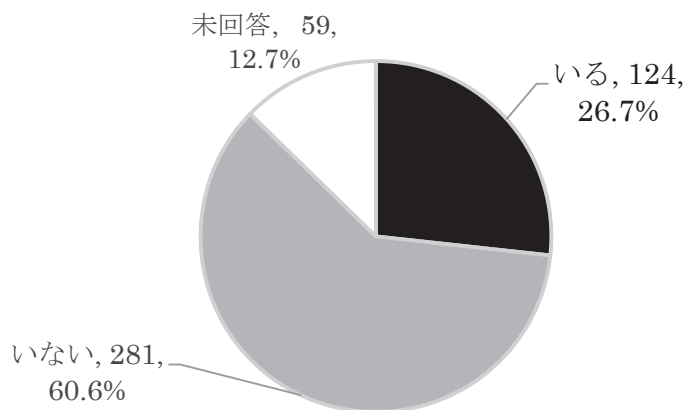
【主な回答】

- 所長人材、適任者の確保
- 後継者の育成
- 自分が院長に就任する以前は、かなりの長期間「院長不在」で副院長が代行を務める体制だった。自分の退職後も同様の事態になるのではないかと不安に感じている
- 医師数そのものが少なく、外から招こうにも来る人材もおらず候補者そのものがいない
- いずれも高齢になってからの就任で長期の在職が困難
- 病院施設の老朽化
- 多岐にわたる疾患に対応ができ、各診療科の医師を取りまとめていく経験値を持った人材の確保が課題
- 地域医療に勤めようとする管理者がいたとしても、自治体の指示・支援がないと代替わりは困難であると考えている
- 次期管理者との年齢ギャップが大きい
- 自治医科大学の派遣で現在は院長を交代している。しかし、1-2年で交代するので医師が行政や福祉にしっかりと入り込むことができていないと感じる。非常に難しく、やむを得ないことでもあるとは思いつつも、地域も継続的に勤務して下さる医師を見つける努力をすべきと考えている
- 自治医大の義務内派遣があると思われる
- 医師確保のシステムが確立していない、医師確保に不安定なへき地の現状ではこれまで積み重ねてきた地域包括ケアシステムを継承してくれる後継者を見出すことは至難である。医師確保に窮するあまりに、全国公募に応じた人物が実は医師としては日の当たる場所に勤めるのには難のある経歴の持ち主を採用寸前までに至った苦い経験がある。このような類の集団の食い物にされない国保直診の現場でありたいと願うのは小生だけではないだろう
- 前任者が、その面影を残すことなくいい形で交代してくれ、余計なことを言わず必要時だけバックアップしてくれるのが理想の形であろう。当院はどちらかというとそういう形で交代ができた
- 課題はとにかく人選。地域包括ケアに理解のある医師が上に立つことが大前提。あとは行政や地域住民の理解。行政主導でどこかから医師を引っ張ってくるひと昔前のギャンブルのようなことがあってはいけないと思う
- 現管理者定年後の後継者が見つからない
- 体制上、2年毎の医師交代となるため、ナラティブデータの共有や引き継ぎを十分に行っていくことができないことが課題
- 病院管理者としての院長の資質として病院全体を俯瞰してみられる人物像であり、その他協力者の有無などを考慮して選定すべきと考える

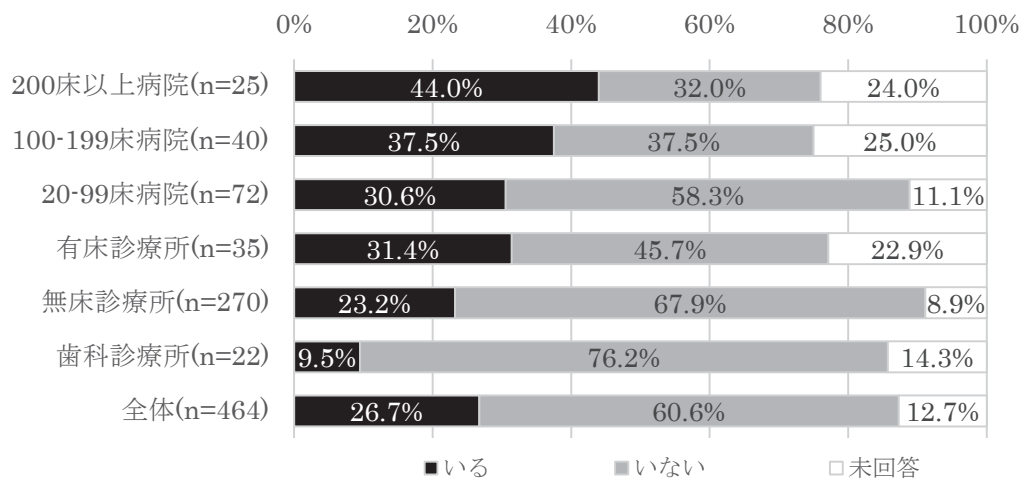
■ 後継者・有力候補者の有無

ご自身の後の後継者あるいはその有力候補の有無については、「いる」と回答した施設が27%、「いない」と回答した施設が61%であった。

病床規模が大きいほど、自身がそうであったように自施設生え抜きの医師を後継としやすいこともあってか、後継者やその有力候補が存在するとともに工夫としてもそれほど必要としない可能性はあるが、病床規模が小さくなるにつれ、後継者あるいはその有力候補がない割合が増加し、工夫が必要となっている可能性が示唆された。一方生え抜きがあまり期待できない無床診療所においては後継者やその有力候補が存在する割合が少なく、なかなか工夫もできないといった状況が見て取れた。歯科診療所はさらにその後継者やその有力候補の存在が少ないようであった。



後継者の有無



■ 管理者の承継に関する考えについて
(自由記載)

【主な回答】

- 引きつぐ人材探しをしつつ、しばらく一緒に働く環境が欲しい。
- 誰が承継しても問題なく、住民が不利益を被らないような体制をつくりたい。
- 歴代自治医大卒業義務年限内医師が赴任しており、管理者についての継承に

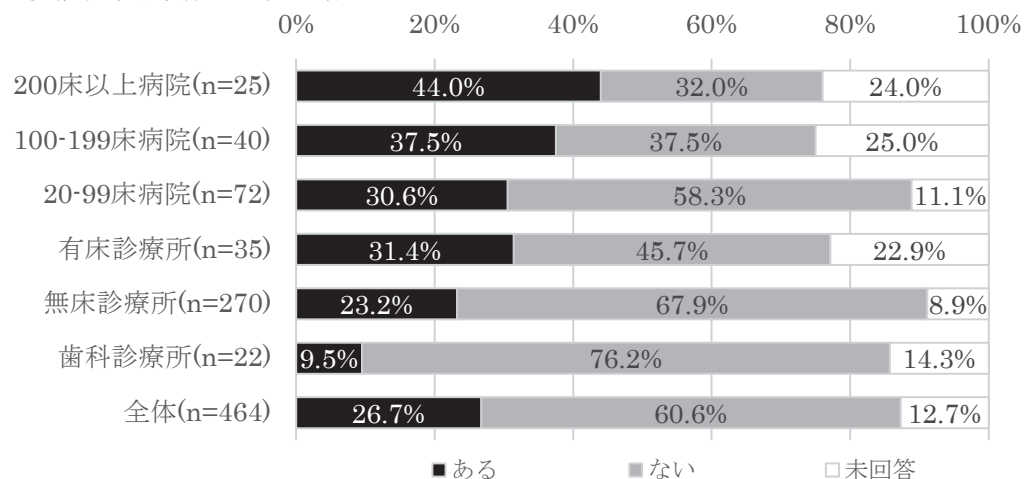
については問題ないと考えている。

- 自分の自治体から医師を出すこと。
- 世代交代が自然にできること。
- 自身が交代を考えるようになった際には、現在は緩やかになっている大学総合診療科への協力を要請。後期研修医の研修を兼ねて交代できる人材を得たい。
- この地域に長くいる人に管理者を承継してほしい 世代交代になるので、同年代での継承は難しい
- なるようにしかならない
- 後任管理者が入りやすい環境を、前任管理者が意識して構築しながら承継に結びつける。
- マニュアルなどを作成し、十分に診療が継続できるような努力をしたいと思っている。
- いずれはどなたか来るのではないかと考えている。
- 当院は地方自治体の管轄下にあるため、承継に関しては私的な意見はありません。
- 後継者については同じような体制での診療を継続することは困難ではないかと思う。
- 多くの地方がそうであろうが、医師確保は難しい。私がいなくなれば閉院と考えているので、承継は課題として現在は考えていない
- 後任者と共に働く時間を持ちたい。
- 今のところよく分からない。
- 地域医療に熱意を持ち協調性がある人物の選択が必要。
- 積極的に人事に関わる大きな組織が必要である。
- 自治医大卒業生が望ましい
- 意欲のある人に引き継ぎたい
- このような山間地での勤務を、可能なら数年間は続けてもらえる人。
- 地域医療の充実を目指す方ならどなたでもよい。
- 県や大学の派遣にはこだわらない。この地域に親和性を持つ医師がほしい。
- 根底に流れるフィロソフィーを共有しておくこと、ともに働く時間を作ること、あまり年齢が近いと次の院長の実動期間が短くなるためにある程度の年齢差を持っていること、こうした人材を中長期的視点で確保しておくことが必要。
- 地域包括ケアのリーダーシップが取れる人材が必要
- 地域医療に理解のある、可能であれば総合診療医に継いで欲しい。
- 地域医療、総合診療、地域包括ケアシステム、多職種連携、緩和ケアに理解のある医師に継承してもらいたい。
- 大学医局の意向に準じたいと思う。
- 自治体病院のため首長との協議により検討する
- 地域でのそれまでの病院のあり方、立ち位置を理解している方に継承していただきたい。
- 自施設より管理者を輩出する
- 病院のことを第一に考え、リーダーシップを持ち合わせた生え抜きの職員
- 地域の実情を理解した人を後継者にしなければならない。
- 次の後継者に引き継いでもらえるような組織作りをする必要がある。

■ 後継者の確保及び育成のために工夫されていること

後継者の確保及び育成のために工夫していることの有無については、「ある」と回答した施設が 21%、「ない」と回答した施設が 60%であった。病床規模が大きいほど、後継者の確保及び育成のために工夫していることが「ある」と回答した施設が多くなる傾向があり（200 床以上の場合を除く）、病床規模が小さくなるにつれて「ない」と回答した施設が多くなる傾向がある。

後継者確保育成の工夫の有無



■ 後継者の確保及び育成のための工夫について
(自由記載)

【主な回答】

- 県立病院や保健所長に力を貸してくれるようお願いしている
- 複数の診療所を複数の医師等が協力して支えるシステムを構築していること。
- 町内の中学生から高校生、医学部学生、初期研修医、後期研修医と早期からの研修受け入れを町全体で行っている
- 大学などからの研修医や医学生の地域医療教育を積極的に受け入れる。
- 地元大学と連携。学生実習／初期研修医研修の実施。
- 教育（医学生、研修医）への参加
- 地域医療研修で訪れる初期研修医を積極的に地域に出して興味を持ってもらうようにしている。
- 共に働く時間を作り、できるだけミーティングを頻回に行うこと
- 県への交渉
- 大学医局への医師派遣の依頼
- 専門研修プログラムを実施している。
- 研修医の地域医療研修や医学生の研修を積極的に引き受け、地元の高校生や中学生に授業などを通して地域医療の魅力を伝える。
- 機会があるごとに知り合いを勧誘するのみ
- 権限と責任委譲による能力の開発。
- 次期院長候補者を選定するにあたり、なるべく多くの候補者に対し、院内で

の重要事項の責任者を指示してその実行性や統率能力をみるよう心掛けている

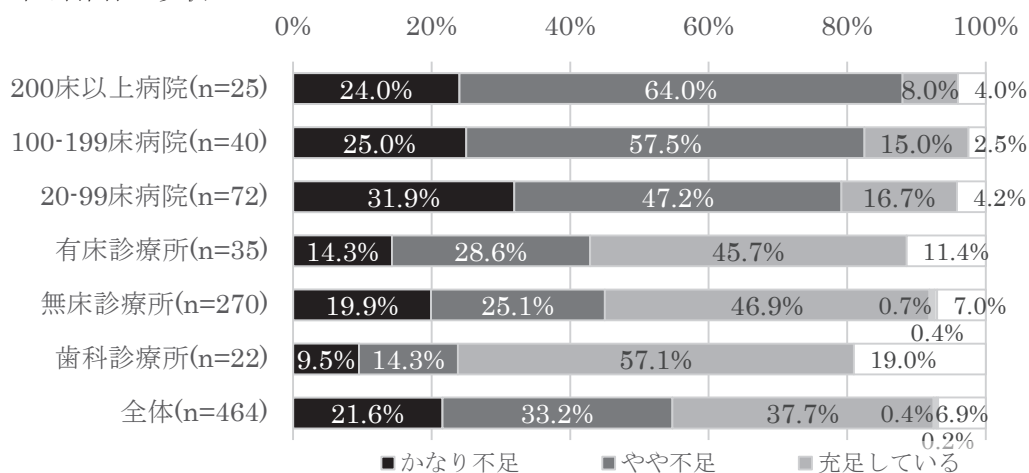
- 必要な業務をシェアするなどしている。
- 機会があるごとに、自治医大卒業医師への呼びかけを行っている
- 病院のみではなく保健福祉センター（行政部門など）、保健福祉総合施設（介護施設群）での管理業務や会議に参加してもらっている
- 大学病院との人脈の拡充。医師にとって病院の価値があがる・ブランド化をめざす。まず、優秀な医師をなるべく多く確保する。

■ 施設における医師確保の状況

施設における医師確保の状況については、「充足している」と回答した施設が最も多く 38%、次いで順に「やや不足している」と回答した施設が 33%、「かなり不足している」と回答した施設が 22%であった。

医師確保の状況としては 1 人あるいは少数医師で運営されている診療所は、そもそも定員数も多くないため医師の不足感は、今後の確保の困難性という課題はあるものの、半数程度の施設であった。一方、より多くの医師を必要とする病院はその不足感は病床規模にかかわらず 80%を超えていた。

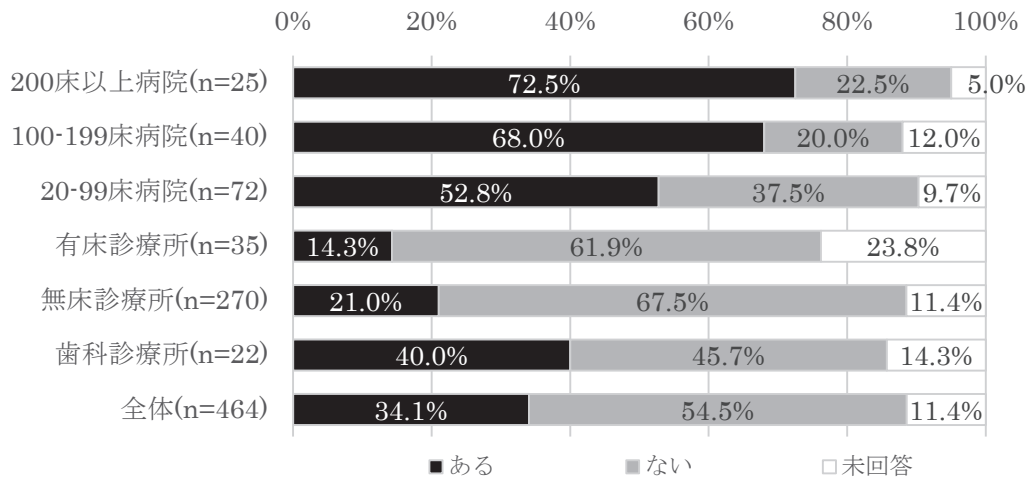
医師確保の現状



■ 医師の確保及び育成のために施設で工夫している点

医師の確保及び育成のために施設で工夫していることの有無については、「ある」と回答した施設が 34%、「ない」と回答した施設が 55%であった。医師確保の工夫に関しては、病床数の多い病院の方が小病院よりは受入工夫がしやすいこともあるためか工夫のある施設の割合が高かった

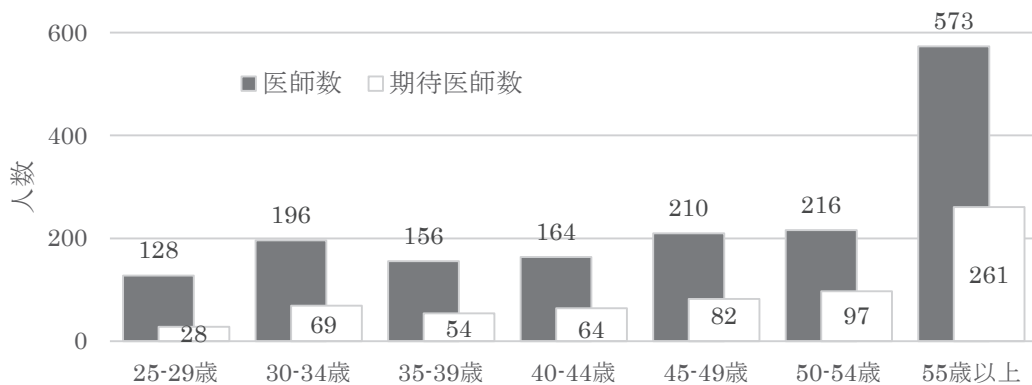
医師確保育成の工夫の有無



■ 施設医師の年齢分布及びそのうち(主観的判断に基づくが)将来施設所在地域の地域包括ケアや施設運営継続に大きく携わると考えられる医師(期待医師)の年齢分布について

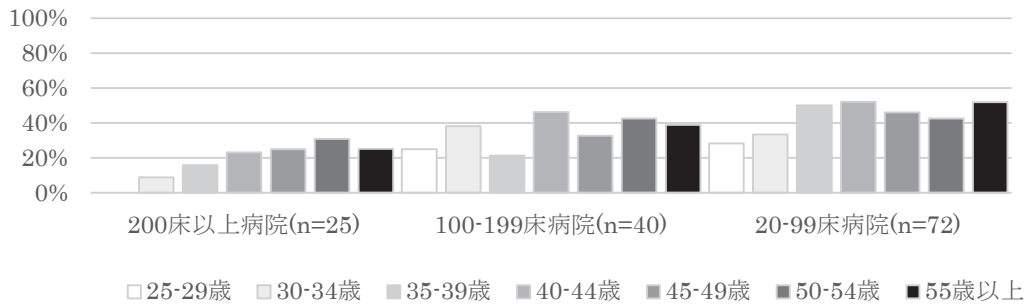
医師の年齢分布については、「55歳以上」が最も多く573人、次いで多い方から順に、「50～54歳」が216人、「45～50歳」が210人、「30～34歳」が196人、「40～44歳」が164人、「35～39歳」が156人、「25～29歳」が128人という結果であった。

院長・所長の現年齢分布 (n=464)

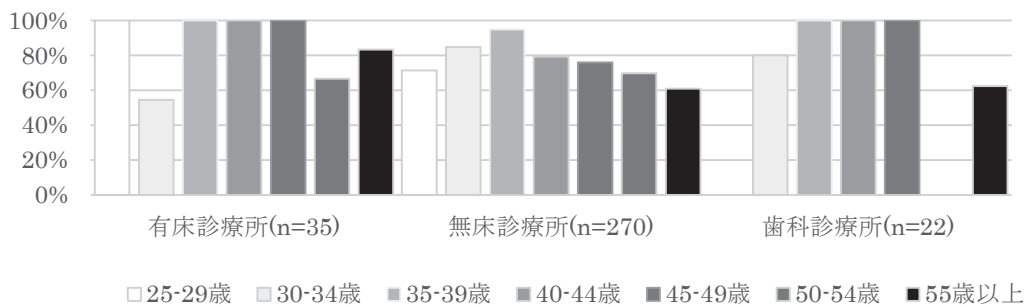


将来の地域包括ケアの担い手が期待できる医師数に関しては、病院においては年齢とともに増加傾向は認められるもののその割合はそれほど多くなかった。こうした分野に興味のあると思われる医師は一定数いるであろうといった程度の認識と思われた。有床診療所や無床診療所、あるいは歯科診療所においては今まさにこういったところで就労している医師への期待もあってか、その割合は高かった。特に30～40歳代の医師に対する期待は大きいと思われた。

将来地域包括ケアや施設運営継続にかかわると思われる医師の割合



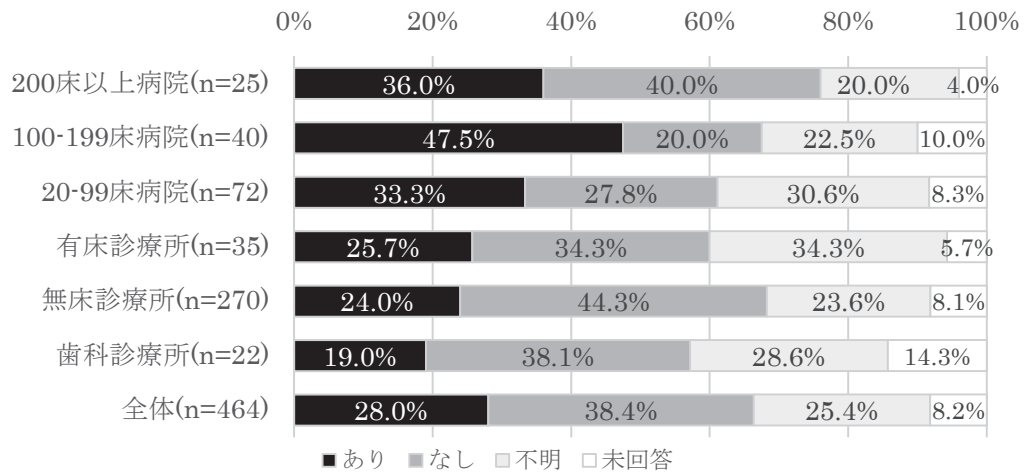
将来地域包括ケアや施設運営継続にかかわると思われる医師の割合



■ 域包括ケアシステムを推進する管理者以外のキーパーソンについて

地域包括ケアシステムを推進する管理者以外のキーパーソンについては、「あり」と回答した施設が28%、「なし」と回答した施設が38%、「不明」と回答した施設が25%であった。

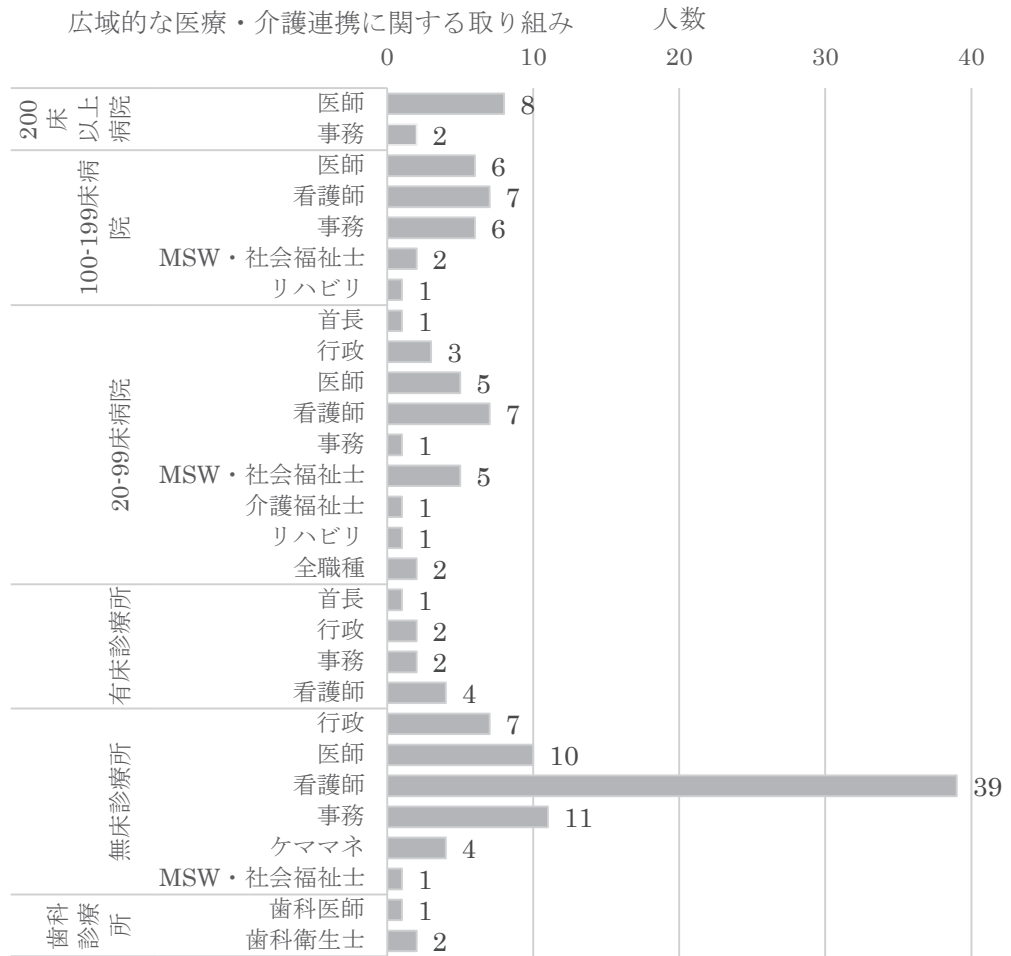
地域包括ケアシステムを推進する管理者以外のキーパーソン



■ 地域包括ケアシステムを推進する管理者以外のキーパーソンについて

地域包括ケアシステムを推進する管理者以外のキーパーソンの職種については、「看護師」と回答した施設が最も多く38%、次いで「医師」と回答した施設が20%、「事務職」と回答した施設が15%となっていた。施設を運営する上において、管理者以外のキーとなるスタッフは様々存在している。病院診療所の幅で考えると、病床規模が大きいほど施設内スタッフでかつリーダーシップを期待する人が

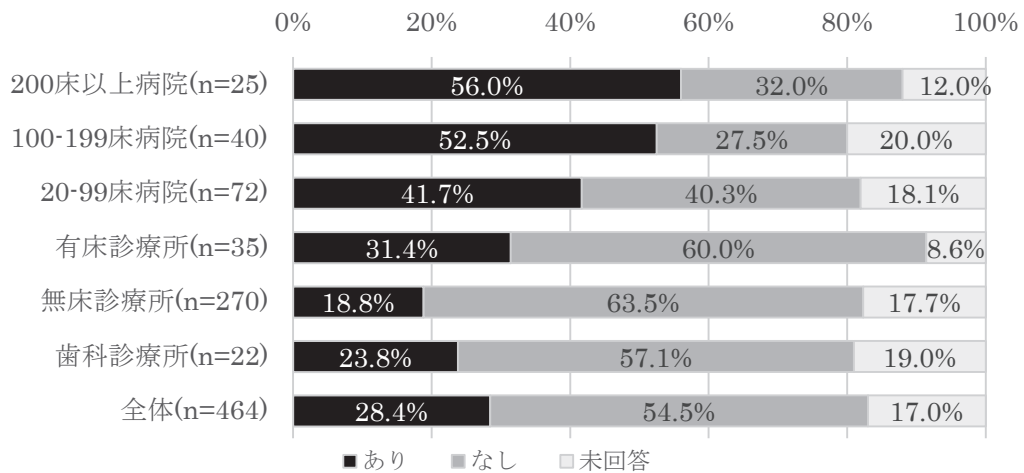
キーパーソンと考えられている一方、小規模病院や診療所では行政職員などがあげられており、施設規模と行政との関係性による影響が見てとれた。



■ 医師以外の職員の確保及び育成のための工夫点

医師以外の職員の確保及び育成のために工夫していることの有無については、「あり」と回答した施設が28%、「なし」と回答した施設が55%という結果であった。

地域包括ケアシステムを推進する管理者以外のキーパーソン



3. 調査結果（自治体調査）

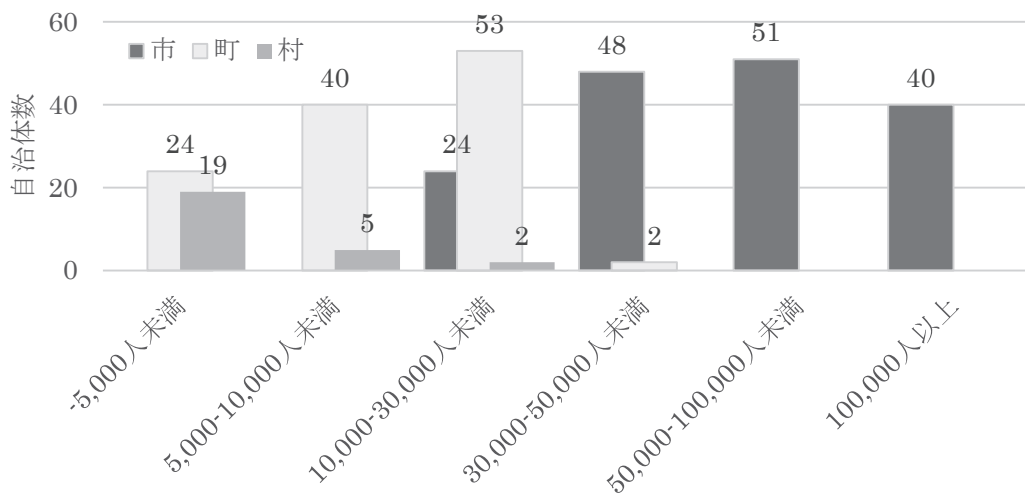
(1) 自治体の概況

■ 総人口

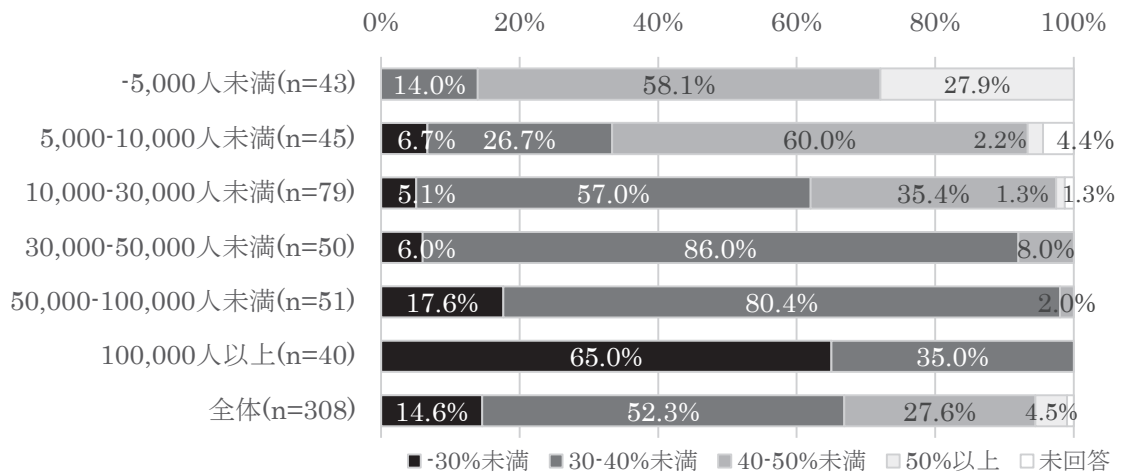
総人口については、「1万人～3万人未満」と回答した自治体が最も多く79自治体、次いで「5万人～10万人未満」が51自治体であった。村はおおむね1万人未満、町はおおむね3万人未満であった。

高齢化率は、人口5,000人未満と回答した自治体ではすべて30%以上であり、3割の自治体は50%以上の高齢化率であった。一方人口50,000人以上と回答した自治体のほとんどは高齢化率が40%未満であり、50,000～100,000人未満と回答した自治体ではその2割弱が、100,000人以上と回答した自治体の7割弱が、高齢化率が30%未満であった。

人口分布 (n=308)



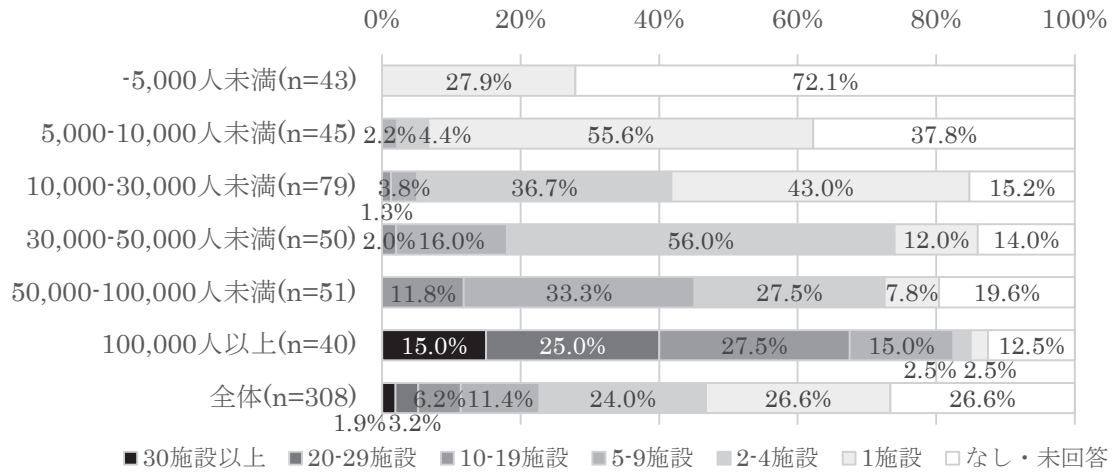
高齢化率



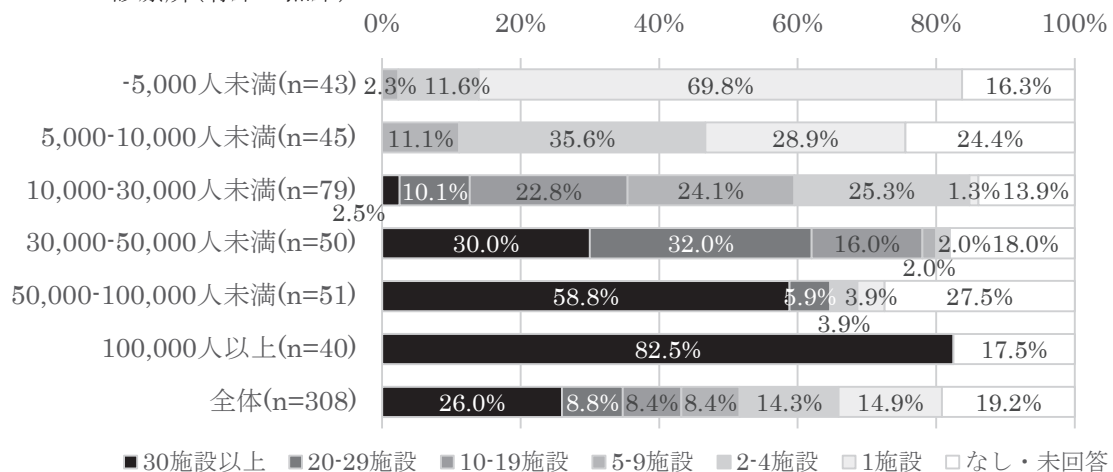
■ 自治体内に所在する医療・介護資源について

自治体内に所在する医療・介護資源の概況については、下の図のとおりである。介護医療院については、「施設なし・未回答」という回答が最も多かった。

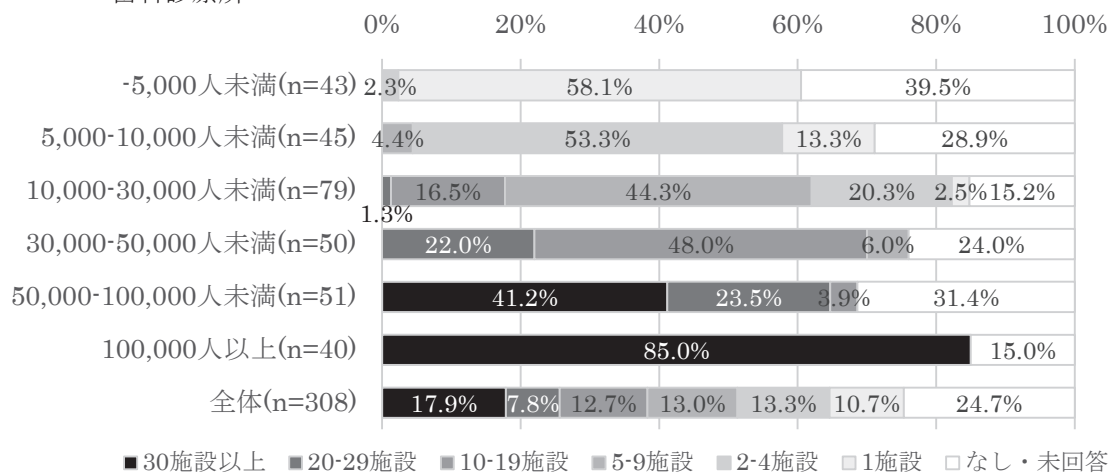
病院



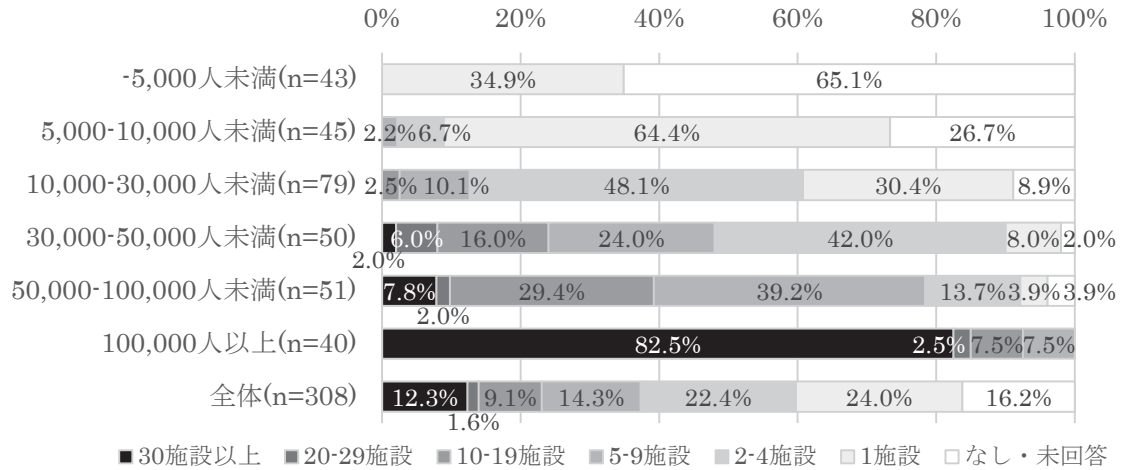
診療所(有床・無床)



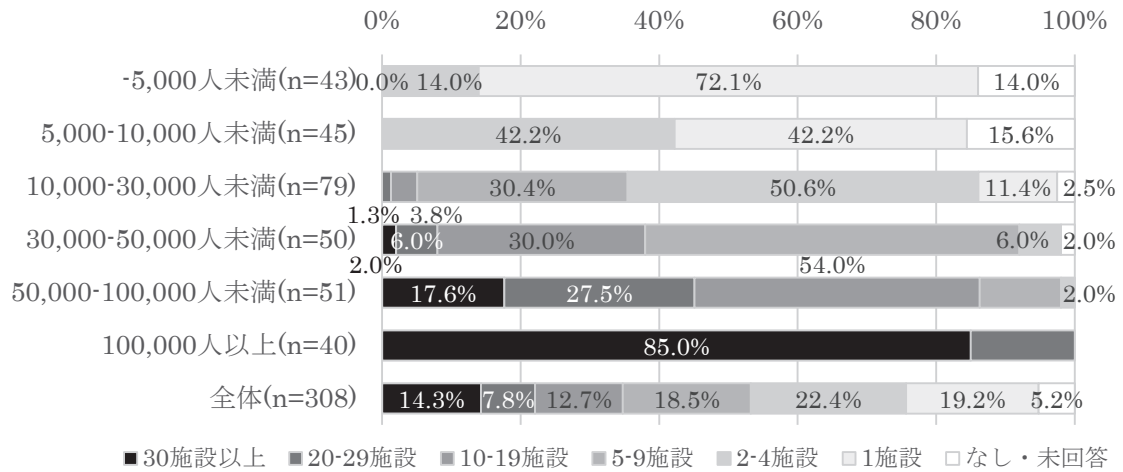
歯科診療所



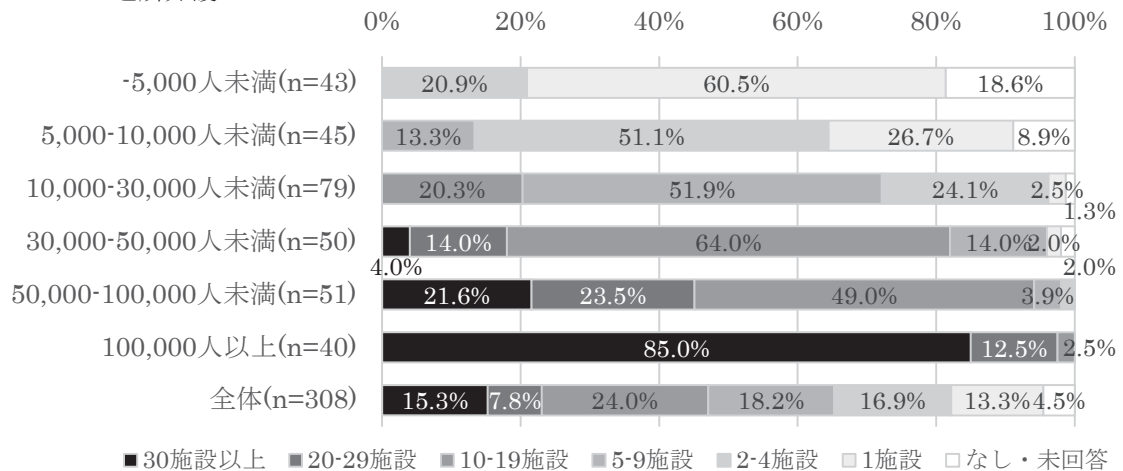
訪問看護ステーション(みなし指定含む)



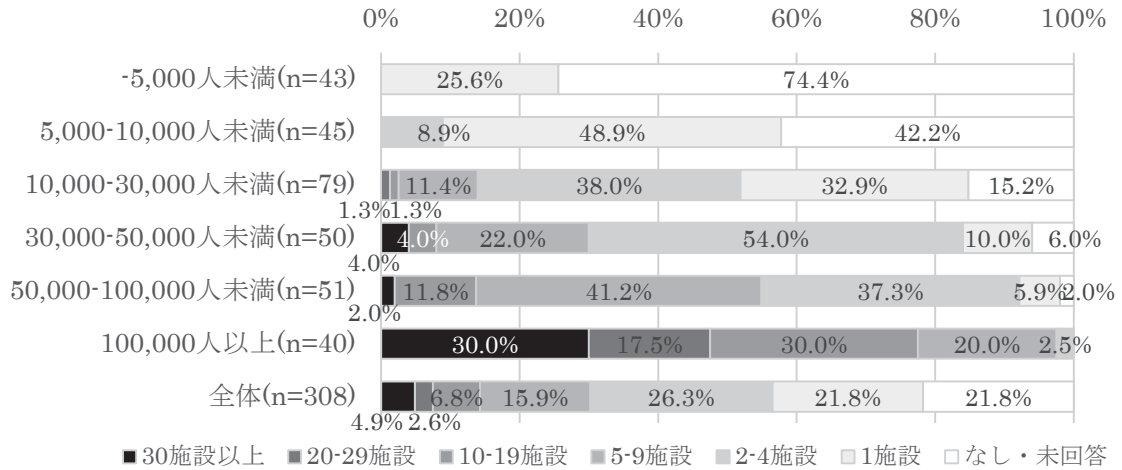
訪問介護



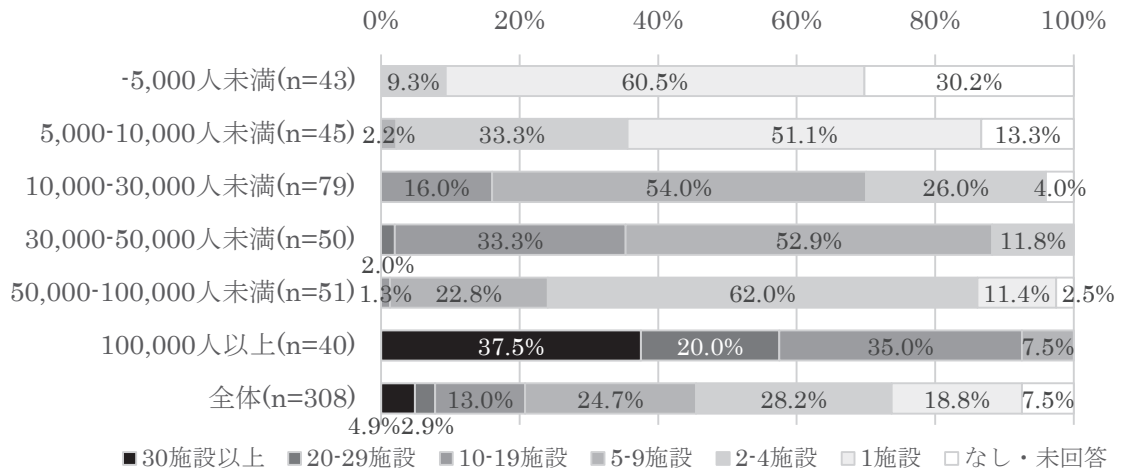
通所介護



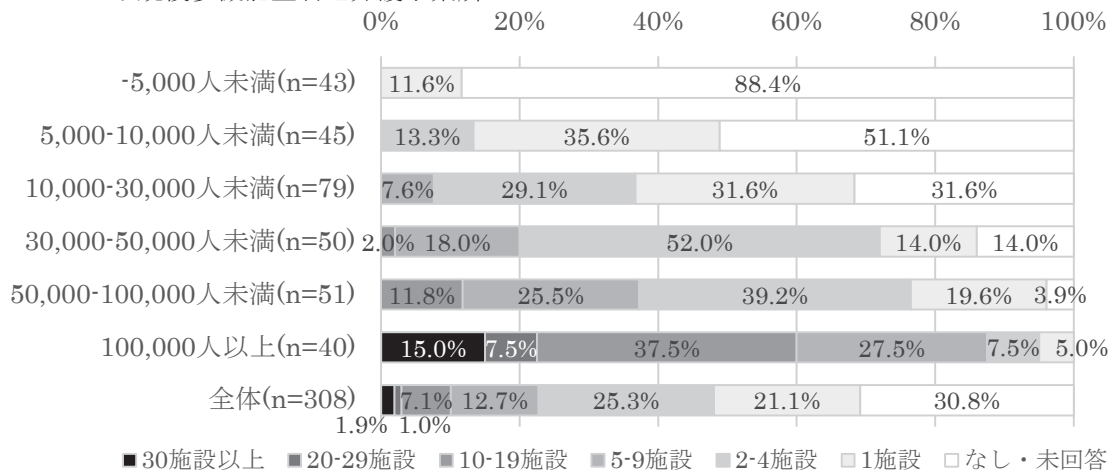
通所リハビリテーション(みなし指定含む)



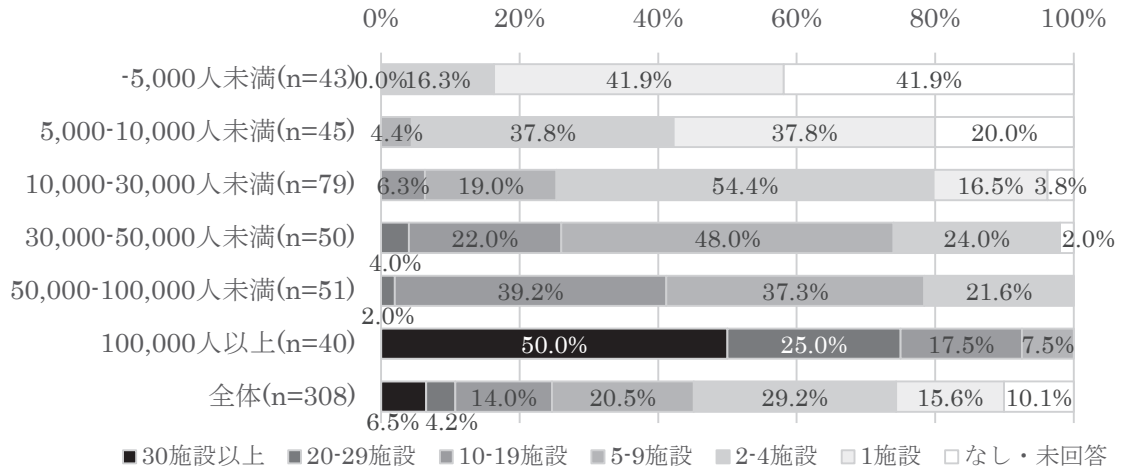
短期入所生活介護



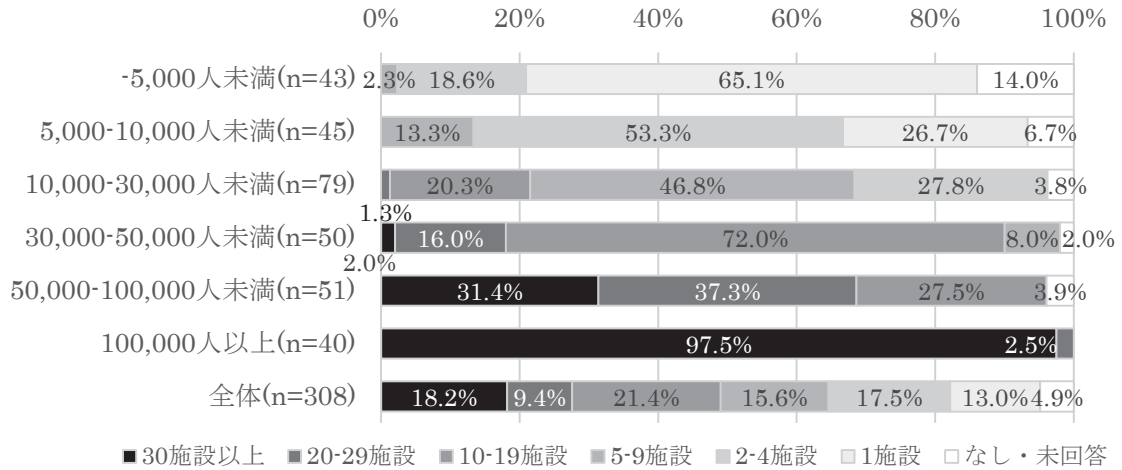
小規模多機能型居宅介護事業所



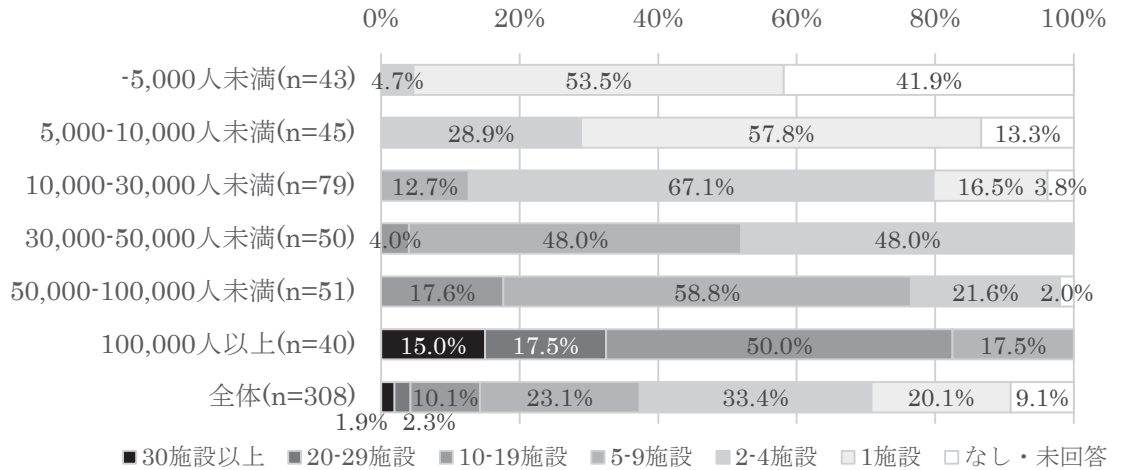
認知症対応型共同生活介護



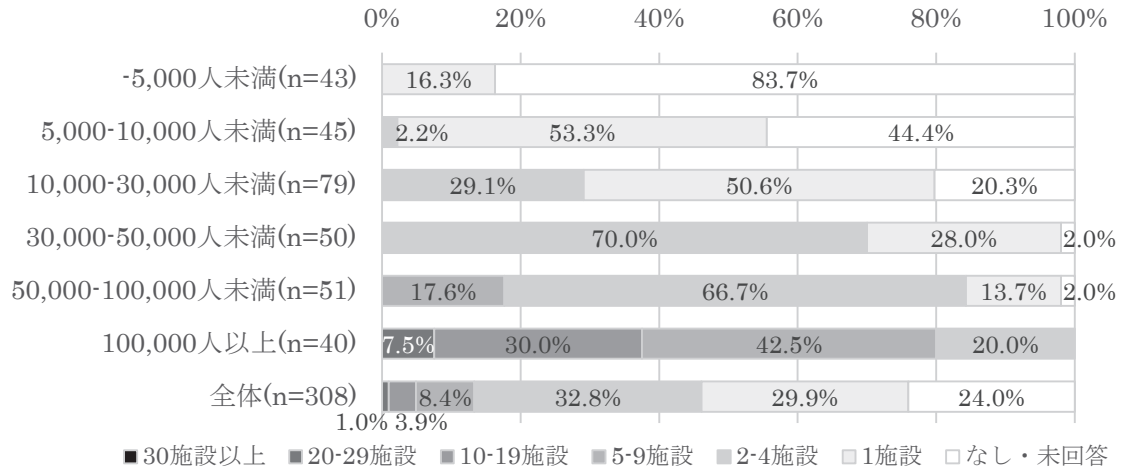
居宅介護支援事業所



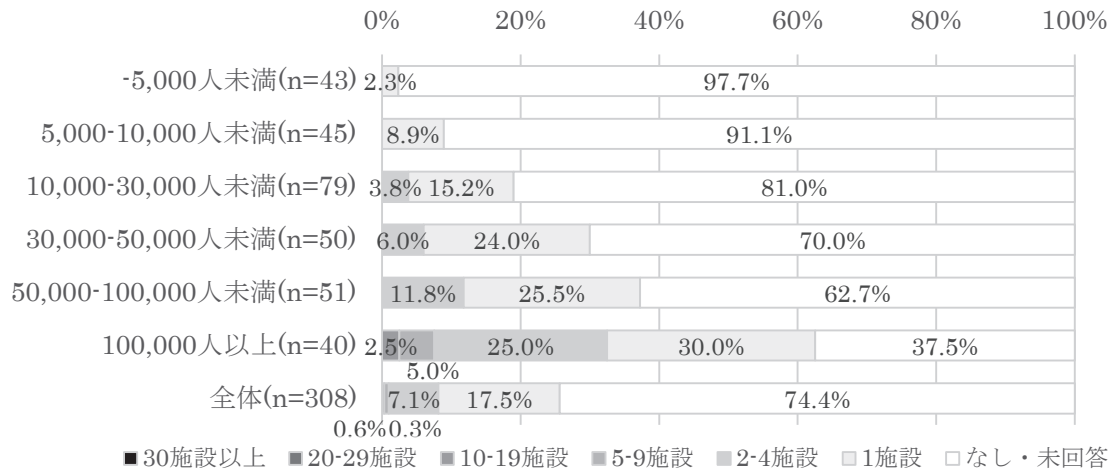
介護老人福祉施設



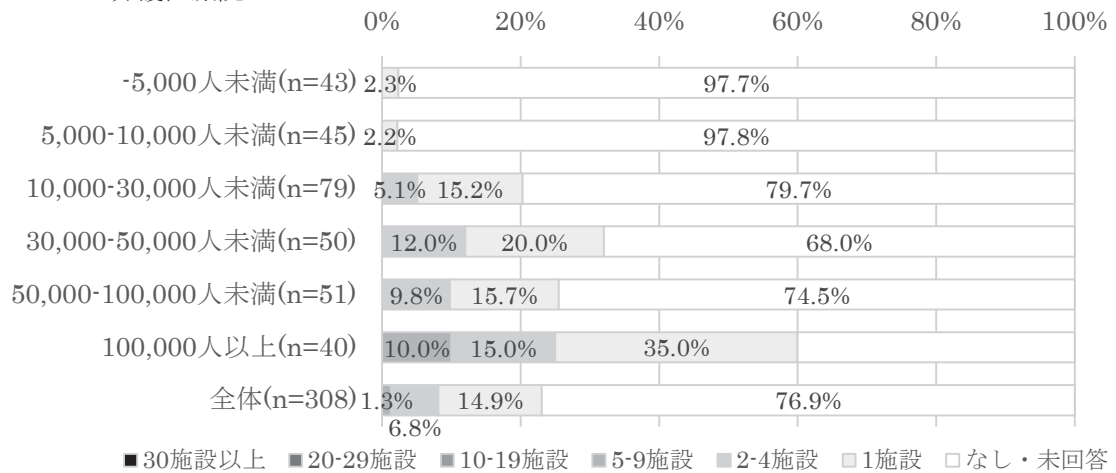
介護老人保健施設



介護療養型医療施設



介護医療院

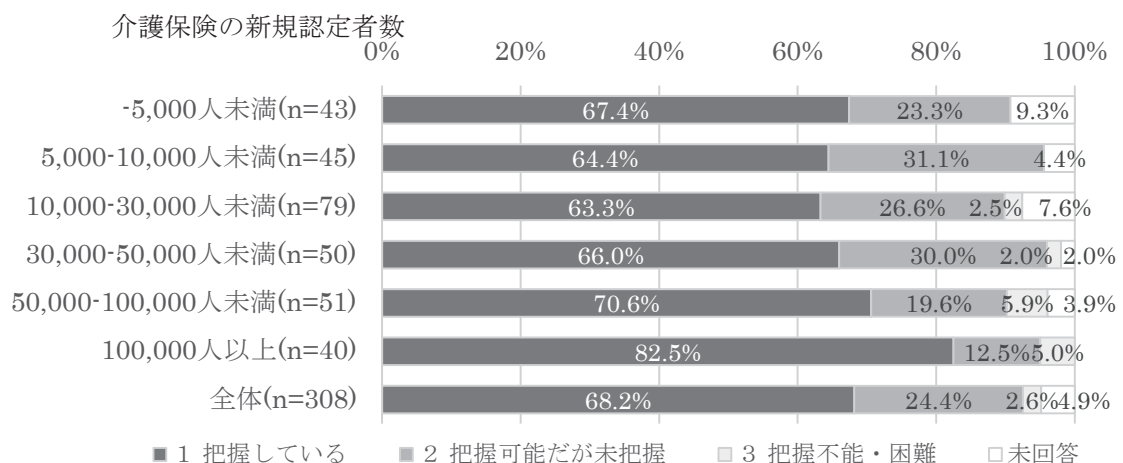
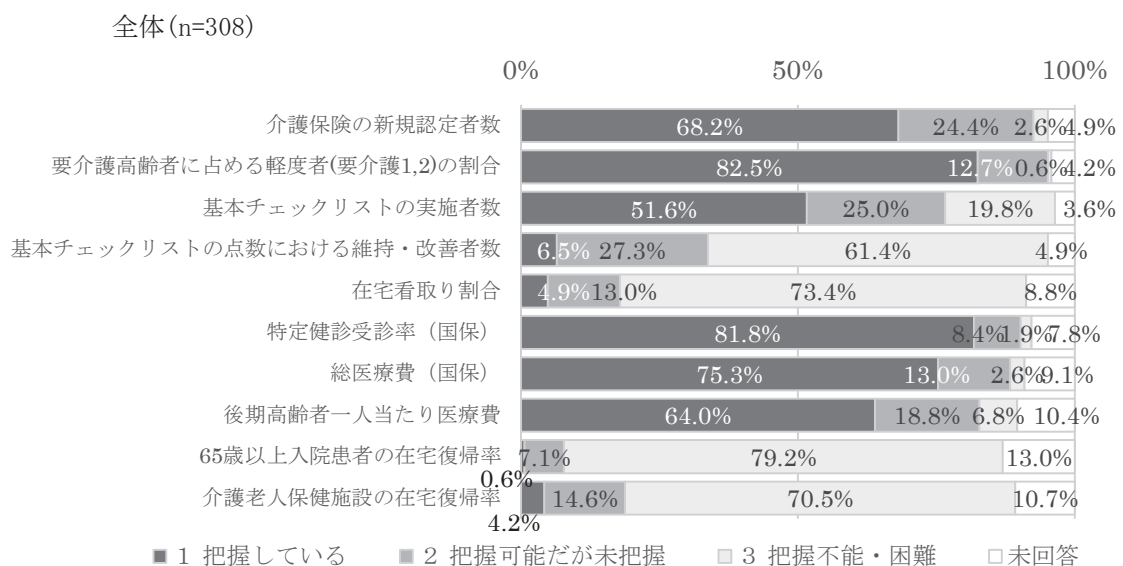


(2) 自治体全域における地域包括ケアへの取り組み

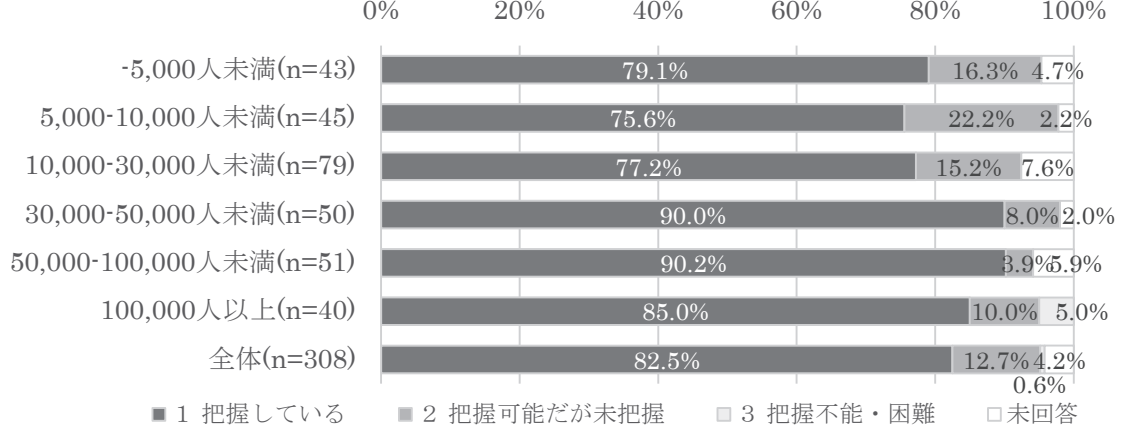
■ 各項目の把握状況について

自治体における各項目の把握状況については、「要介護高齢者に占める軽度者（要介護1、2）の割合」が、「把握している」という回答の割合が最も高く83%であった。一方、「把握している」割合が最も低いのは「65歳以上入院患者の在宅復帰率」で1%、次いで「介護老人保健施設の在宅復帰率」で4%であった。

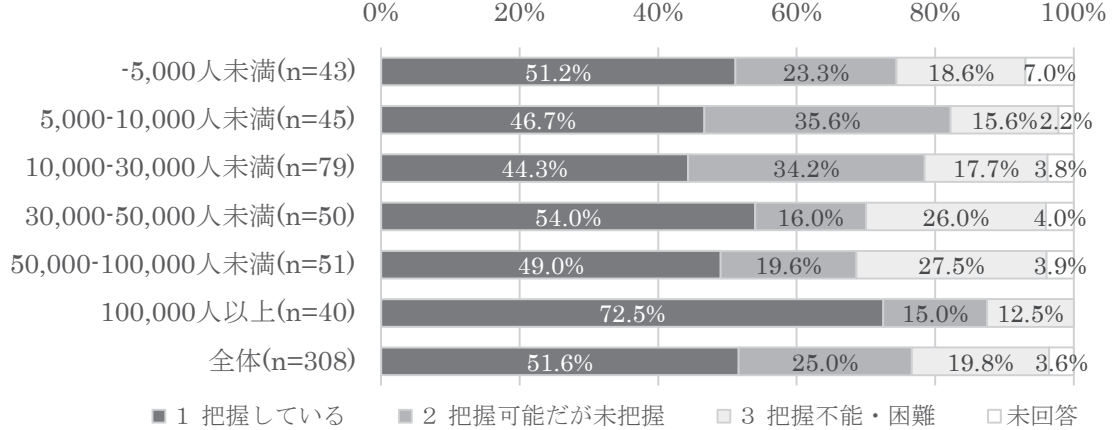
全体的に自治体により関与がより強い項目は把握しているあるいは把握可能であることが多いが、在宅看取り率や在宅復帰率などサービス提供者側からの情報収集が必要なものは把握が難しいことが多かった。大規模自治体は総じて把握できると回答している割合が高いが、一方サービス提供者側からの情報収集が必要な項目も含めてサービス提供機関が少ない小規模自治体も把握しやすい傾向にあった。



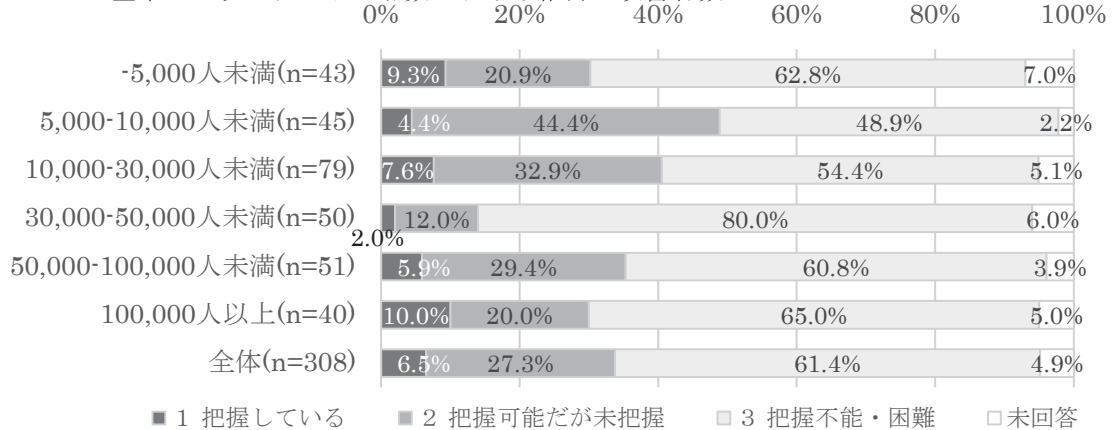
要介護高齢者に占める軽度者(要介護1, 2)の割合



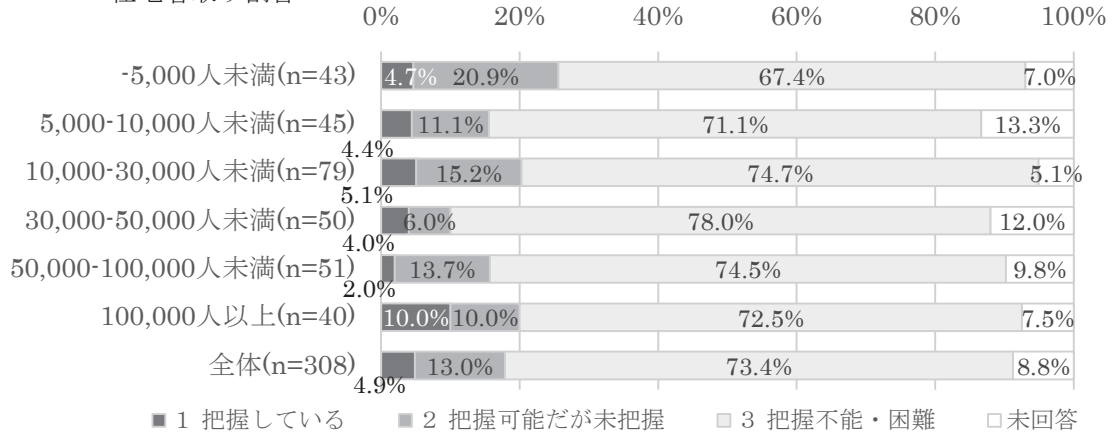
基本チェックリストの実施者数



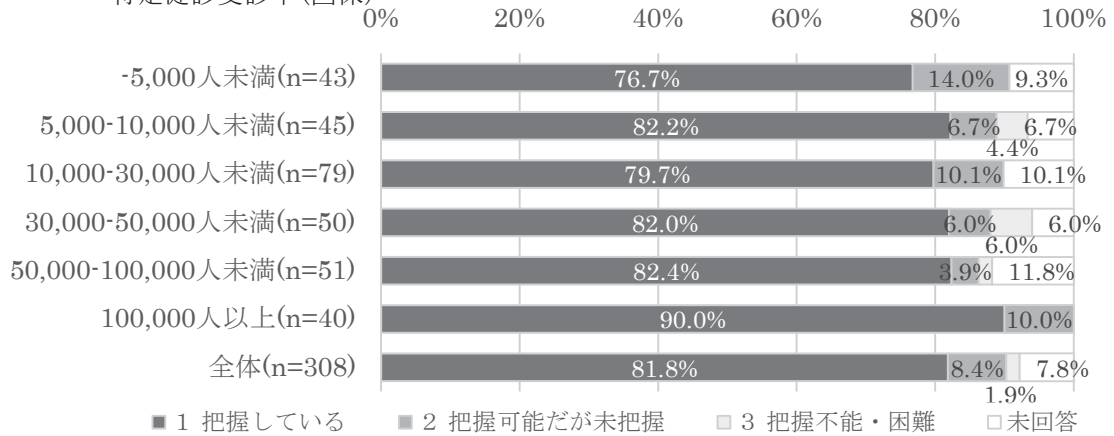
基本チェックリストの点数における維持・改善者数



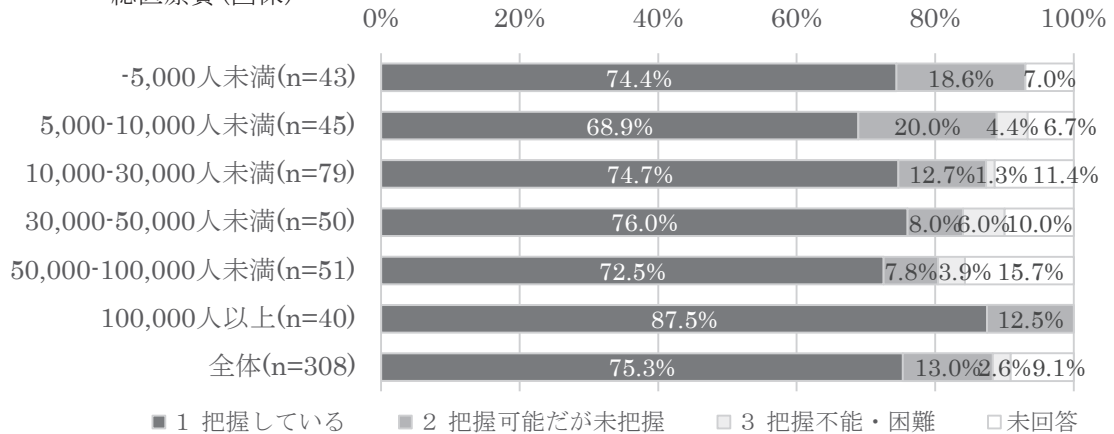
在宅看取り割合



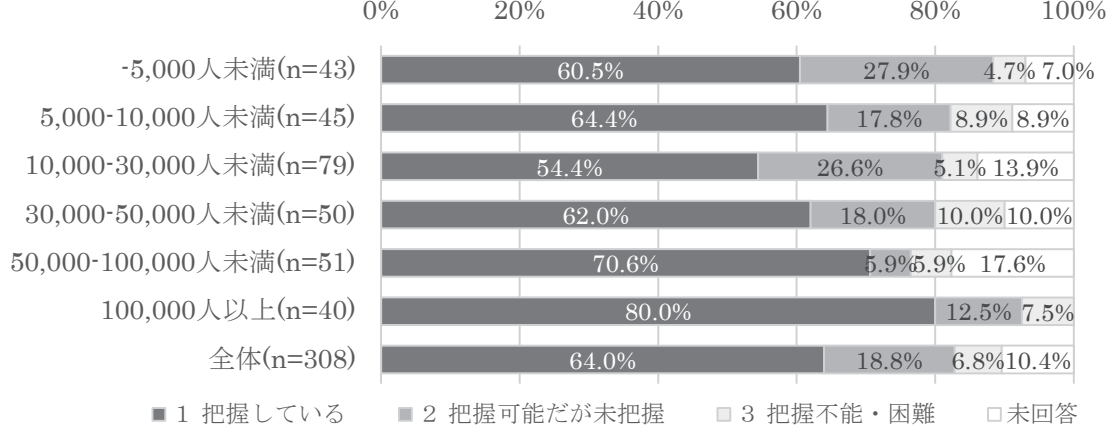
特定健診受診率(国保)



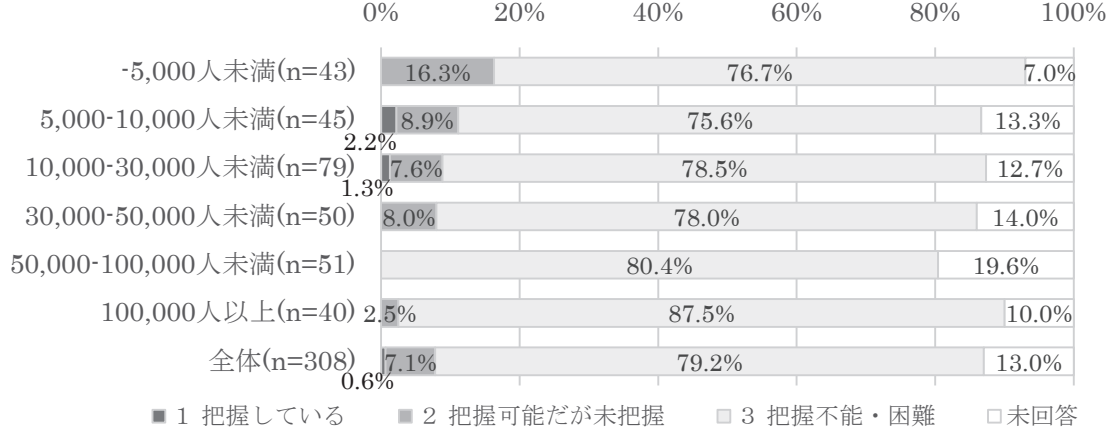
総医療費(国保)



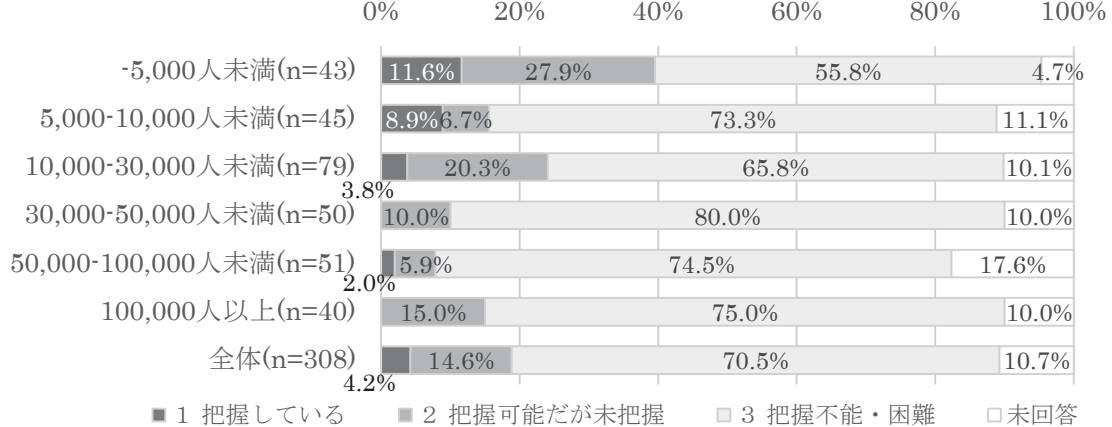
後期高齢者一人当たり医療費



65歳以上入院患者の在宅復帰率



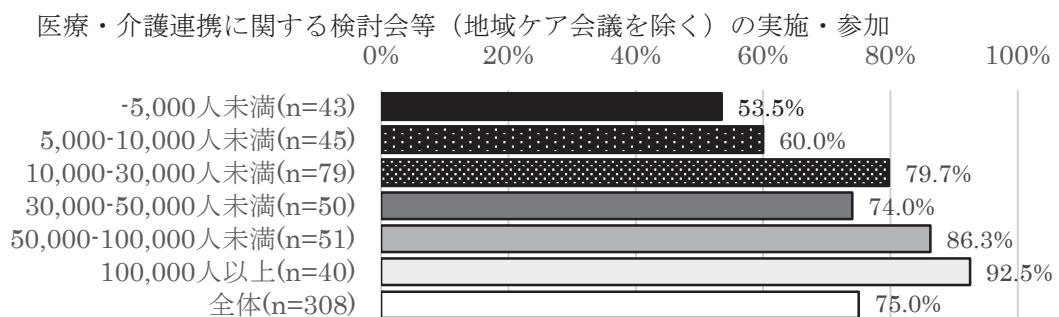
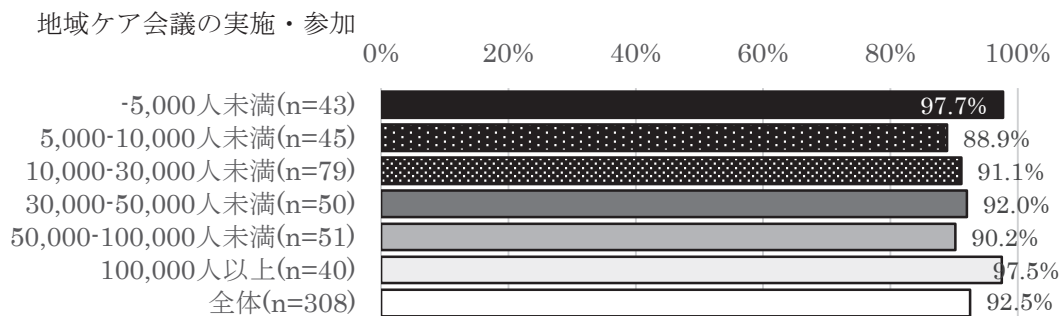
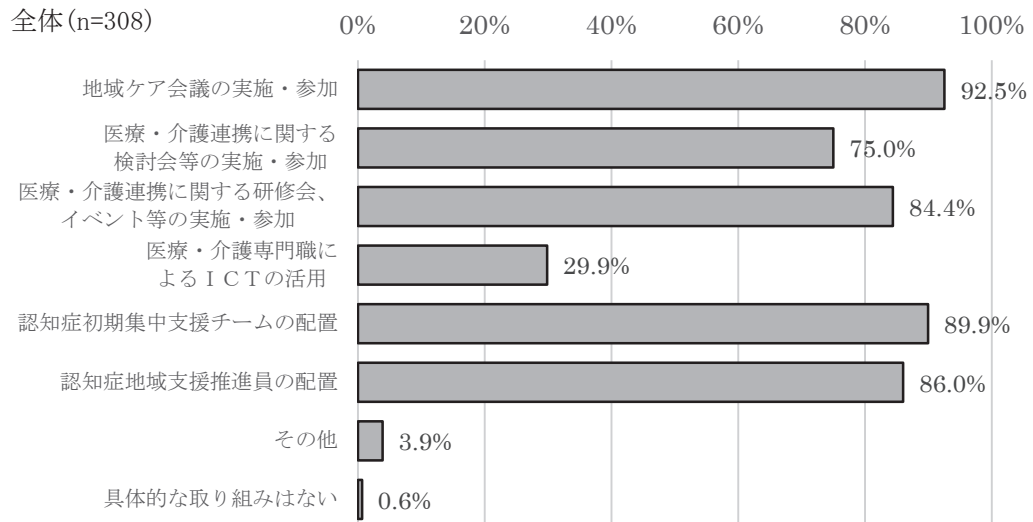
介護老人保健施設の在宅復帰率



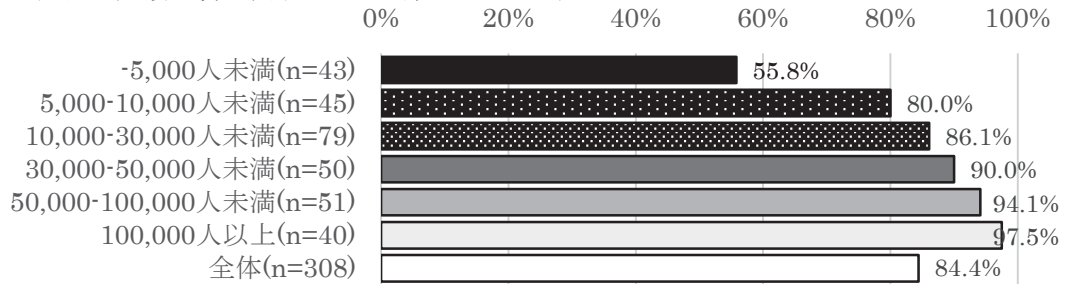
■ 自治体の医療・介護連携に関する具体的な取り組みについて

自治体の医療・介護連携に関する具体的な取り組みについては、「地域ケア会議の実施・参加」が最も多く 285 自治体であった。

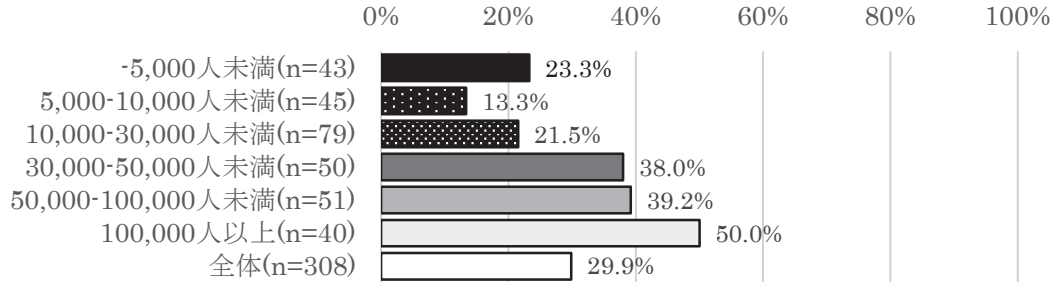
小規模自治体においては、医療介護連携に関する検討会やイベント、研修会を実施参加していると回答している自治体の割合が少なかったが、地域ケア会議の実施参加割合は高く、一定の補完が示唆された。大規模自治体は総じて実施参加割合が高いが、一方でサービス事業所や提供従事者も多いことからどの程度のカバー率があるのか検討も必要である。



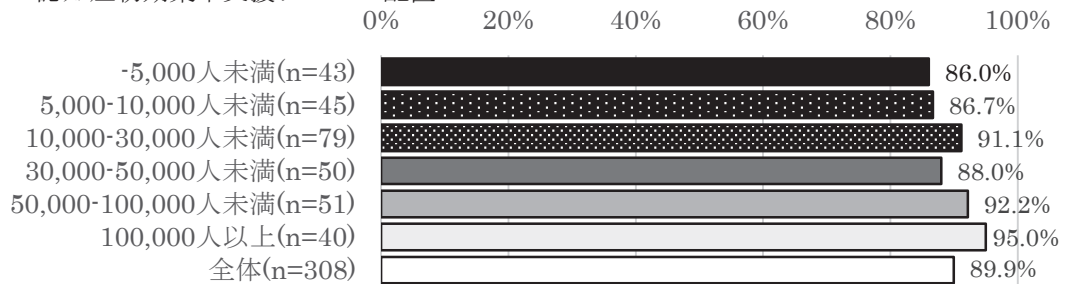
医療・介護連携に関する研修会、イベント等の実施・参加



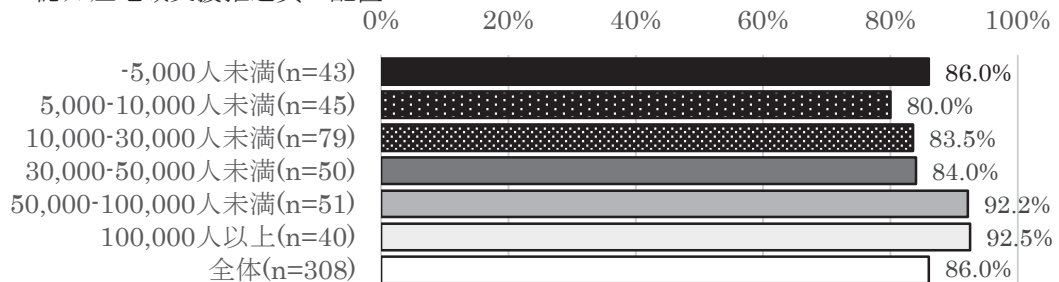
医療・介護専門職によるICTの活用



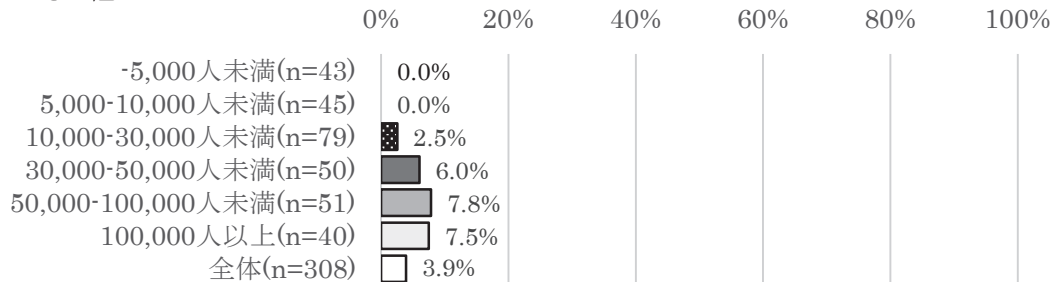
認知症初期集中支援チームの配置

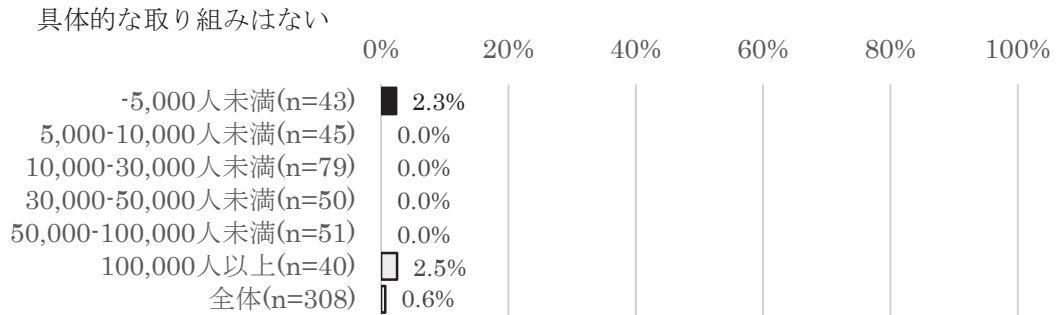


認知症地域支援推進員の配置



その他



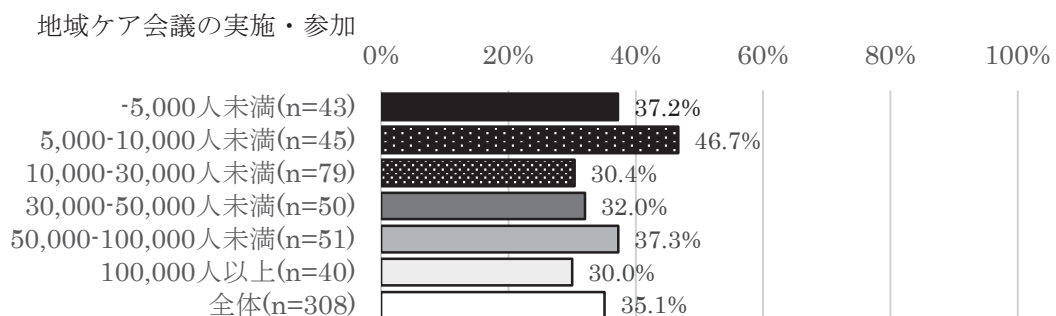
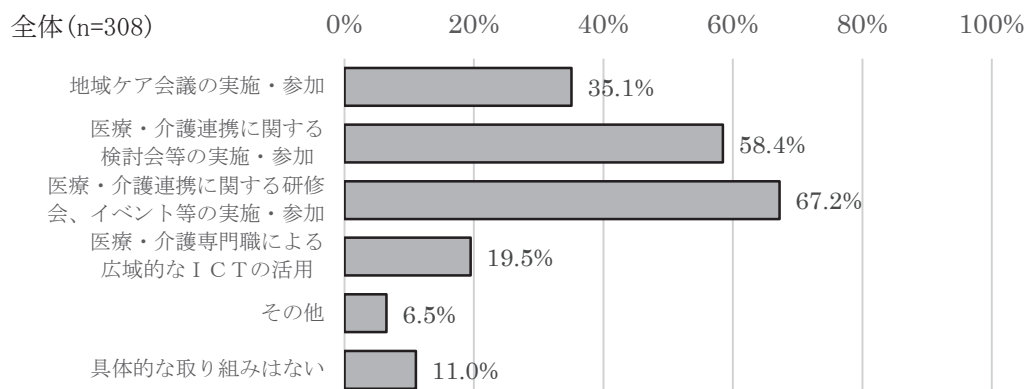


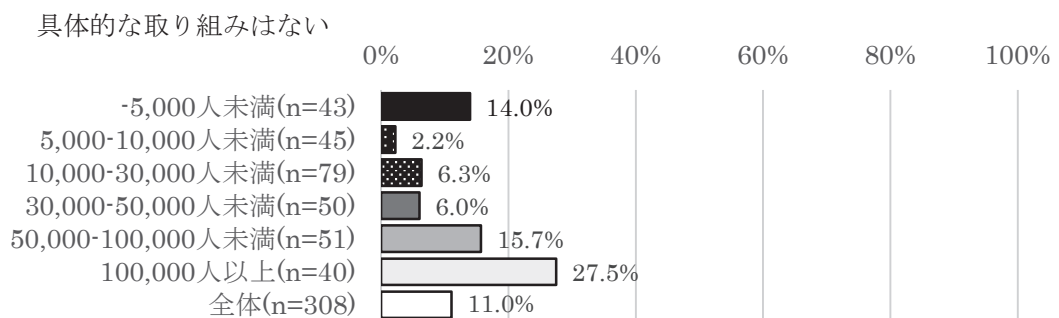
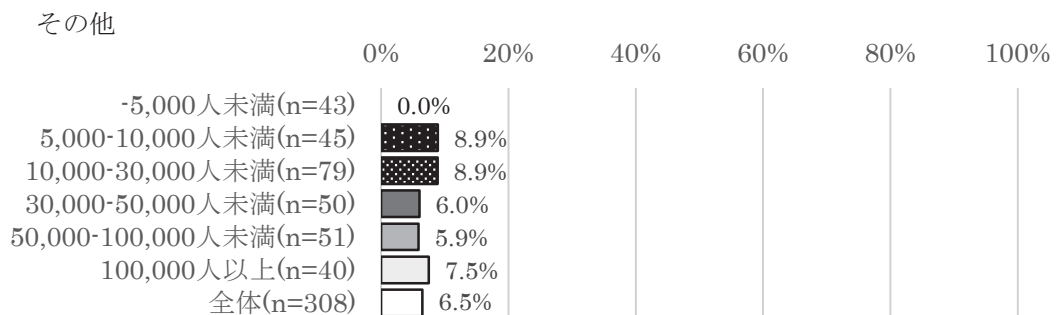
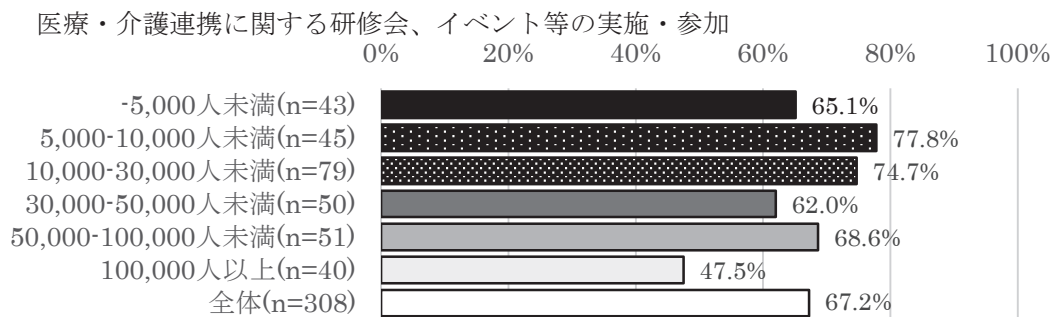
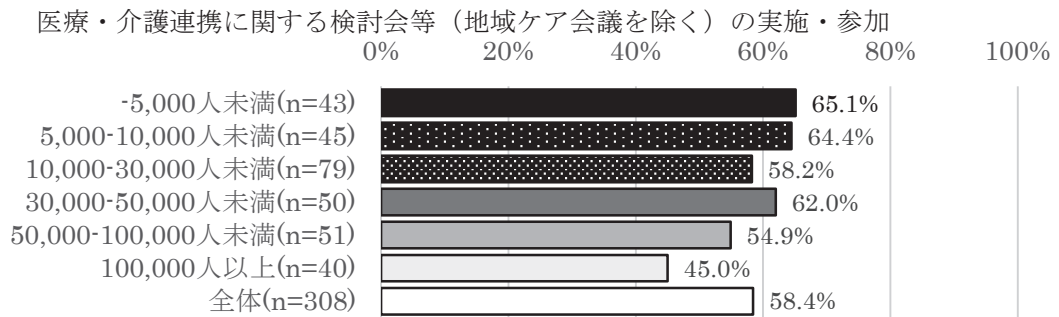
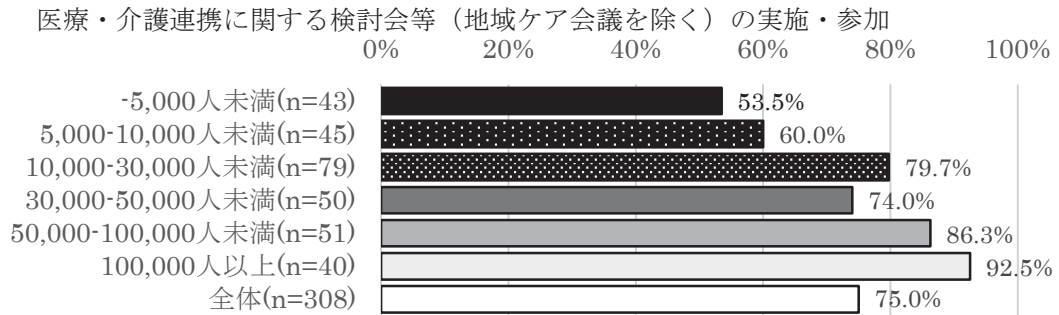
■ 貴自治体以外の自治体・医療機関・介護事業者・地域住民等との広域的な医療・介護連携に関する具体的な取り組みについて

広域的な医療・介護連携に関する具体的な取り組みについては、「医療・介護連携に関する研修会、イベント等の実施・参加」と回答した自治体が最も多く 207 自治体、次いで「医療・介護連携に関する検討会等（地域ケア会議を除く）の実施・参加」が 180 自治体であった。

小規模自治体では、研修の広域的参加はあるものの、地域ケア会議も含めて検討会の割合は高くなかった。一方大規模自治体は自治体内での完結が多いのか、検討会は行っているものの他の項目はその割合がそれほど高くはなかった。

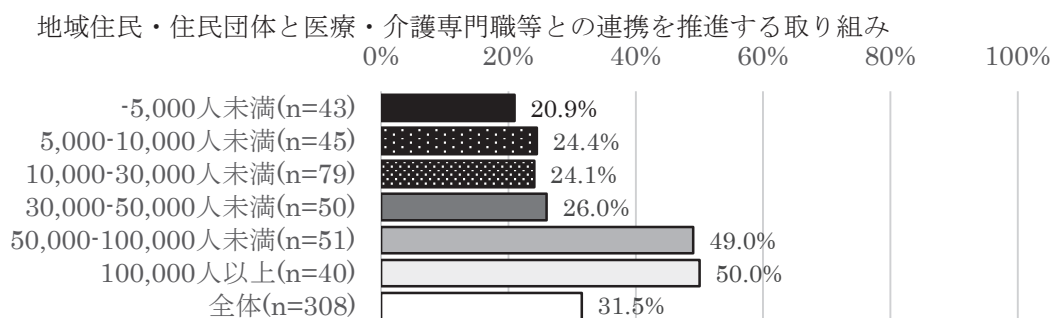
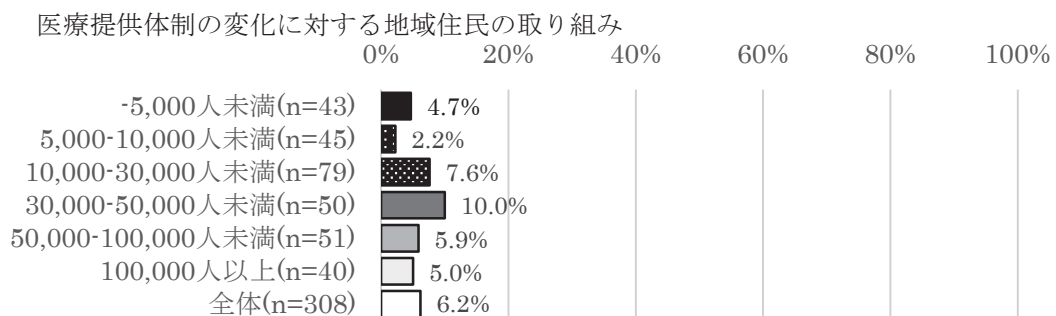
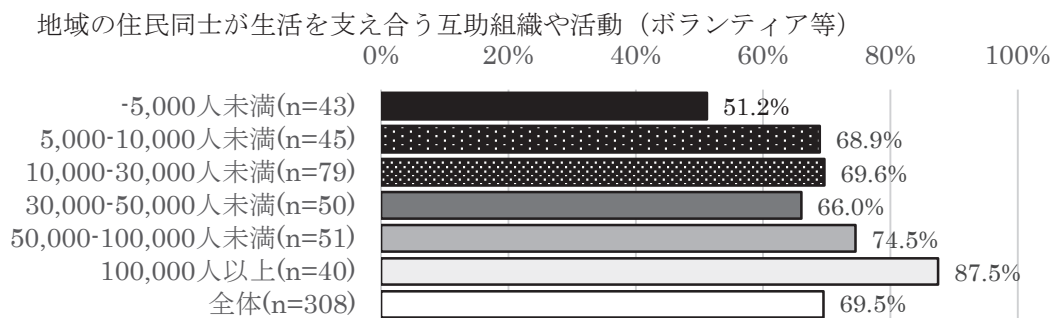
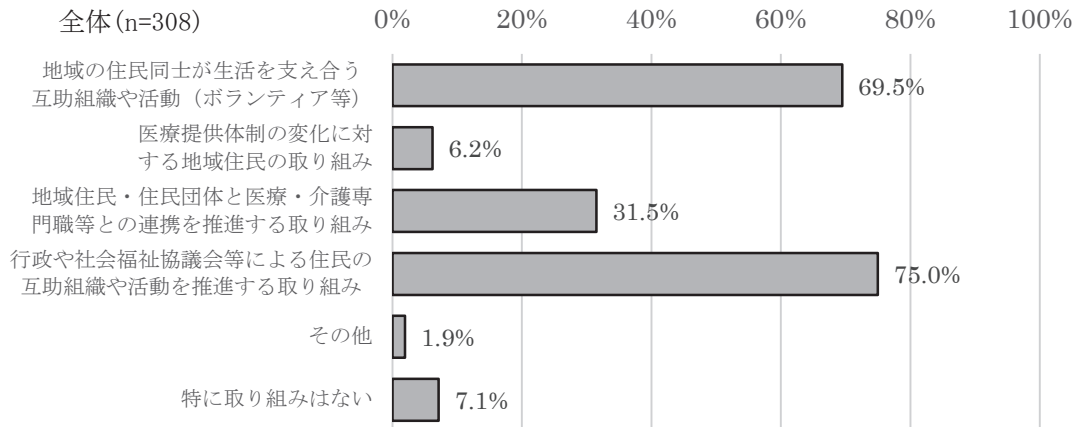
「具体的な取り組みはない」と回答している自治体は人口 5,000 人未満の自治体か、50,000 人以上の自治体であり、特に 100,000 人以上の自治体では回答自治体の 3 割に認められた。

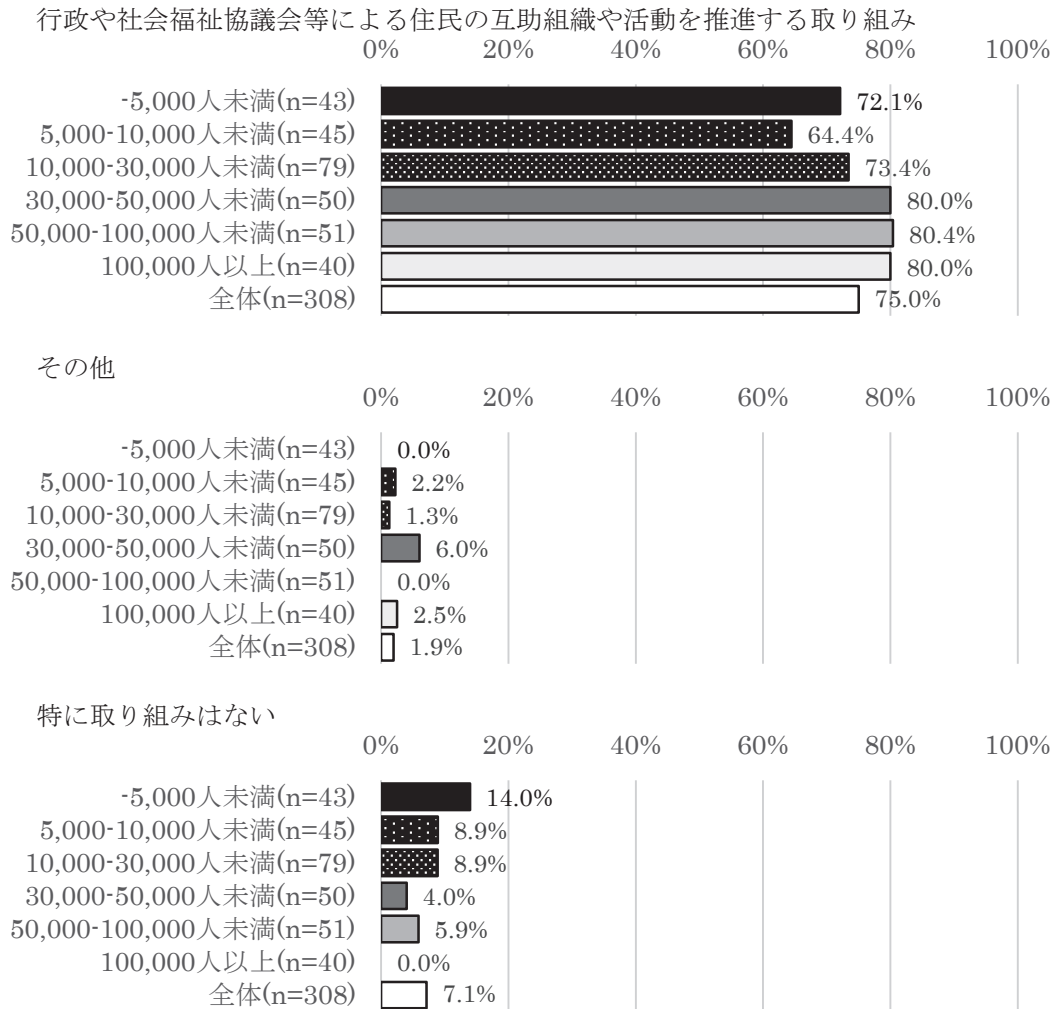




■ 既に行っている、地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組み等について
既に行っている地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組みについては、「行政や社会福祉協議会等による住民の互助組織や活動を推進する取り組み」と回答した自治体が最も多く 231 自治体であった。

「地域住民・住民団体と医療・介護専門職等との連携を推進する取り組み」に関しては、大規模自治体はその半数程度に取り組みが認められているが、小規模中規模自治体では3割にも至らない状況であった。





■ 地域住民・住民団体の活動が、地域包括ケアシステムに及ぼす影響について
(自由記載)

【主な回答】

- 地域の見守りネットワークの充実、生活支援・介護予防体制の推進、高齢者の社会参加及び生きがいがづくり
- 地域住民・住民団体による活動が見守り等の役割を果たしており、互助活動につながっている
- 通いの場等が地域で積極的に行われるようになり、お互いを思いやる精神や行動が生まれることで、個人が恩恵を受けるだけでなく、地域として総合的に恩恵が生じ、住みやすい地域にするための意識や活動が広がっていく
- 地域協議会を設置し、住民主体による高齢者通いの場づくり活動は、地域包括ケアシステムにおける住民活動として有効な手段として考えている
- 人生会議や看取りについての講演会において住民の知識が豊かになり、予防活動の意識付けになる。ボランティア活動にも繋がると思われる
- 地域の団体が活動し、住民の交流食堂や買物支援を行うことで、行政では手

の届かない生活支援が可能となり、実は支援者自身の介護予防につながっている点

- 交流事業や生活支援を通して出来上がった「顔と顔の見える関係」づくりが、災害時における住民による被災者支援につながった点（平成30年豪雨災害において）

■ 地域住民の理解・協力を得るための課題及び具体的対応について（自由記載）

【主な回答】

- 人口が減少する中、制度の維持や十分な浸透、公的サービス以外を担う地域のマンパワー不足。地域の担い手が集まって方向性を決めるなどの場の設定
- 公的サービス（介護保険制度等）だけでは、人の生活を支えることには限界がある。住み慣れた環境の中で、なじみのある人たちで支えるということが地域で生活し続けるために大切なことであると共通理解が必要
- 様々な普及啓発事業は実施しているが、参加状況が同じ顔ぶれであり、広く市民に投げかけることが難しい中で、地域力を向上させる効果的手法が見いだせない状況。地域の自主性や住民が課題に対して互助の取り組みを整備していかなければならない現実への意識の薄さと、地域のつながりといった地域力の弱さがある
- 個人の意識を変える住民への学習機会の提供と参加を促進する起爆要素を見つけること
- 町内においても住民間の意識が異なるため、地域を合併前市町村単位で分け、各地域に応じた内容の地域づくり講演会などを、生活支援コーディネーターや社会福祉協議会を中心に実施している
- 介護予防・日常生活支援総合事業、生活支援サービスの増加・充実が、介護予防の推進・生きがいつくりにつながり、結果、健康寿命の延伸にも影響すると思われる

■ 地域住民が果たすべき役割及び期待することについて（自由記載）

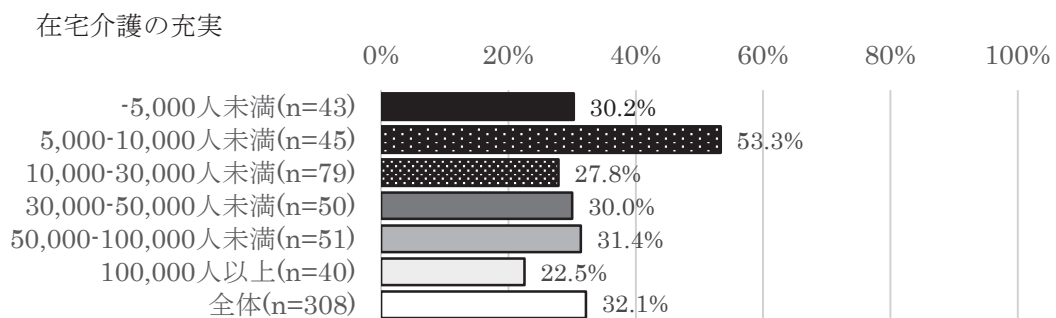
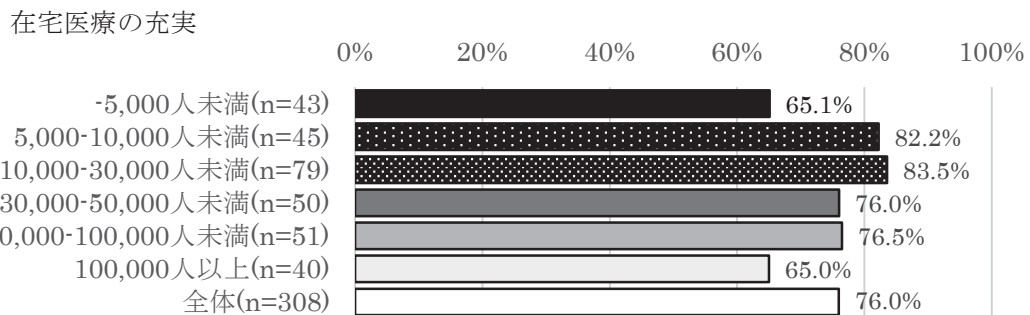
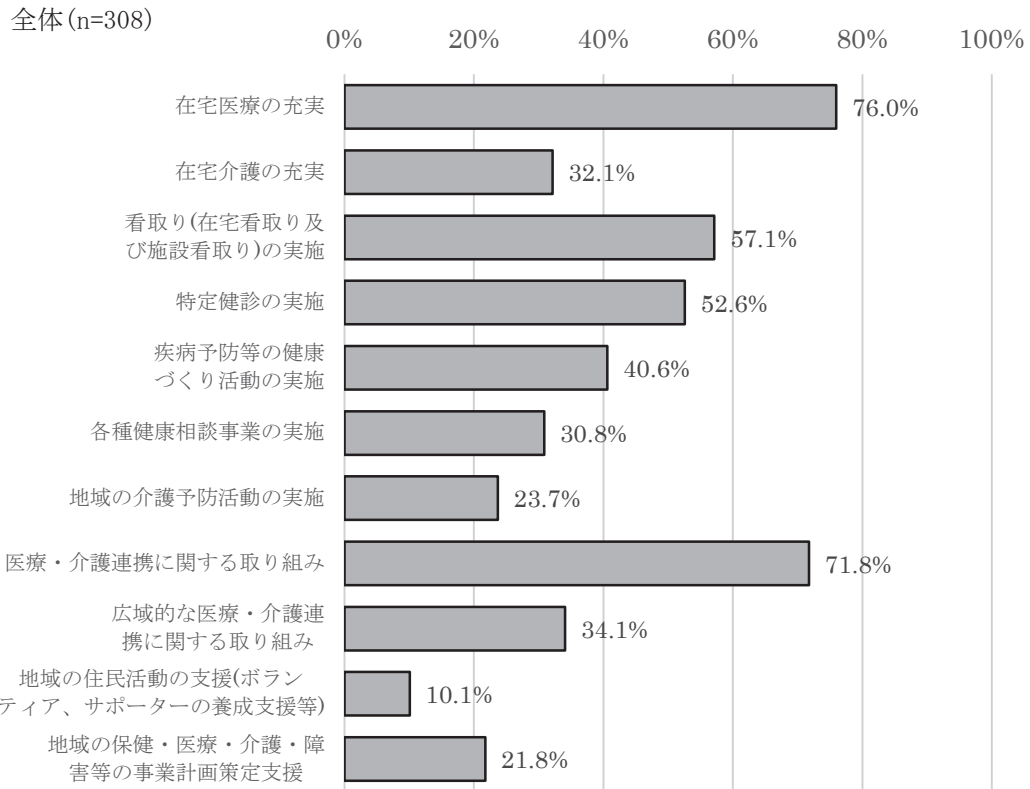
【主な回答】

- 市民ひとりひとりが自立した日常生活を続けられるよう、健康づくりや生活習慣病の予防、改善に心がけ、健康的な生活を維持していくこと。隣近所のちょっとした困りごとを助けあえる地域づくりを目指せるよう働きかけを行っていく必要がある
- 地域への問題意識を持ち実情に応じて住民等の多様な主体が活動に参加すること
- 住民一人ひとりが、地域に住む一員として主体的に支え合いに参画すること
- 声かけ、見守り、サロンなどの集いの場、住民主体による百歳体操などの実施、ちょっとした手助け

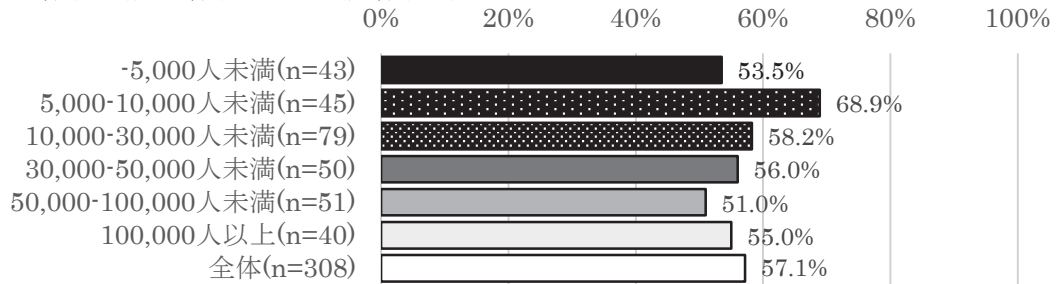
- 自助、互助活動の意識向上
- 支えられる側の人、地域で済み続けられるように、支えられる側支える側がお互い様の関係で（支えられる人がいつも支えられる側でなく、支える側になれることもある）協力しあえることが大切。支援が必要になったら地域で居づらくなるような地域になってはいけない
- それぞれの地域特性を活かした方法で、やりたい事を楽しみながら無理なく継続できる活動の展開。将来的には、高齢者だけではなく地域に住む人や社会資源など全てを含んだ「地域共生社会」のまちづくりを目指した活動に繋げていく
- 地域住民が地域の実態に応じた体制で、今後も活動が継続できる体制を整備し実施していただきたい
- 高齢化が進む中、老老介護であることは当然のこととして、誰かが支える側、誰かが支えられる側という形を作らず、一人ひとりが互いにできることをして支えあっていける地域になることを期待しています。救急医療の継続、急性期医療から回復期までのシームレスな医療提供、へき地診療所の診療継続、健診、予防接種、学区保健等の保健事業の推進
- 高齢者が「支援される側」となるだけでなく、ボランティアなどに参加して「支援される側」になること、上記のことが本人の介護予防につながる
- 社会参加、生活支援、介護予防は、相互に重なり合う部分が非常に多く、地域住民が役割をもって地域活動に参加していくこと自体が介護予防につながっていく
- 住民同士が生活を支え合い、公的サービスでまかなえない部分を補う役割
- 地域自治組織を単位として生活課題の発見や相談支援の体制が構築され、住民主体の多様な地域福祉活動が展開されること

■ 地域包括ケアシステム構築において、自治体内に所在する国保直診が果たすべき役割について

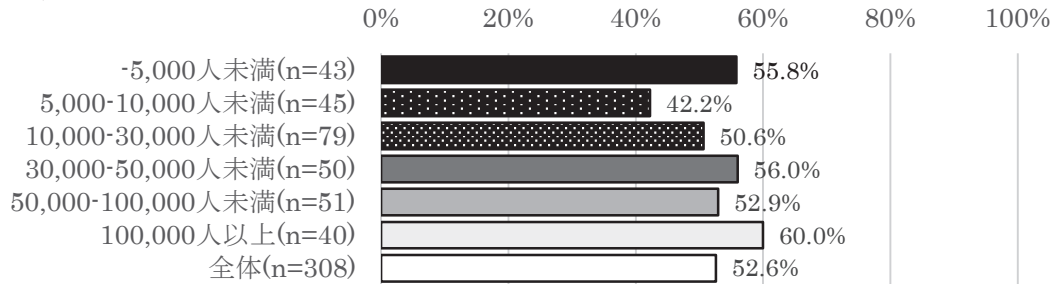
地域包括ケアシステム構築において、自治体内に所在する国保直診が果たすべき役割については、「在宅医療の充実」と回答した自治体が最も多く 234 自治体で次いで「医療・介護連携に関する取り組み」の 221 自治体であった。これらは自治体規模によらず認められたが、特に 5,000～10,000 人未満の人口規模の自治体でより認められた。



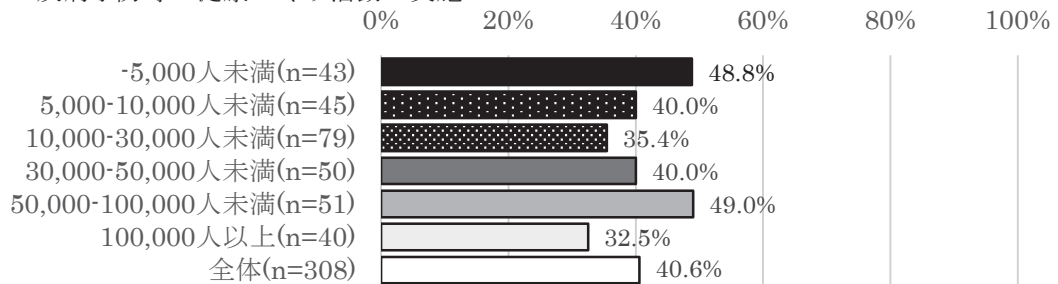
看取り(在宅看取り及び施設看取り)の実施



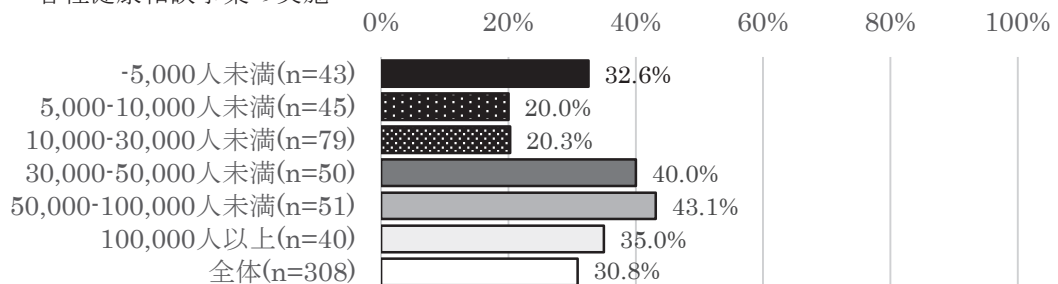
特定健診の実施



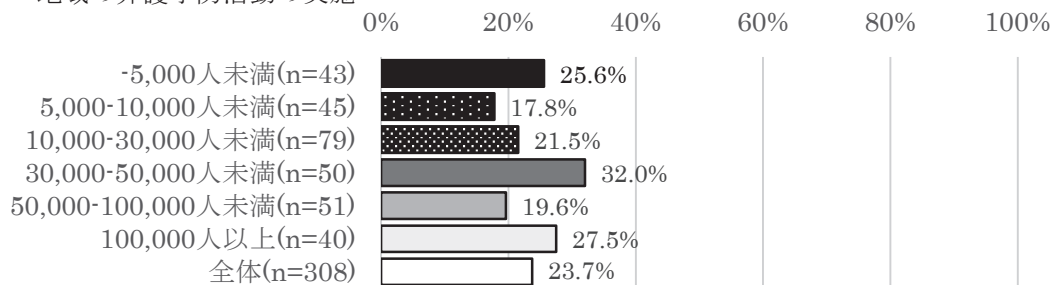
疾病予防等の健康づくり活動の実施



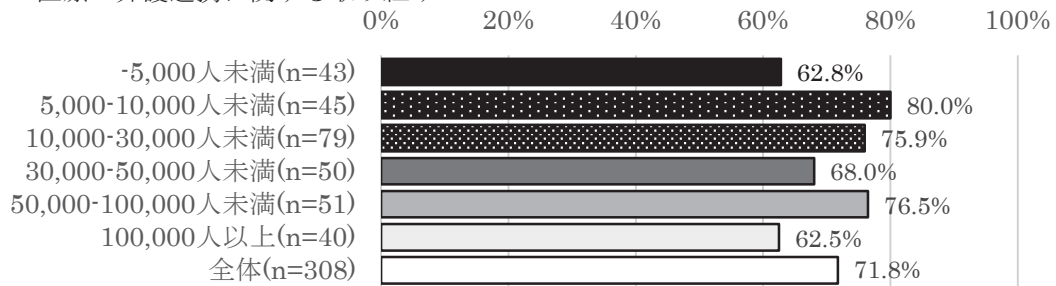
各種健康相談事業の実施



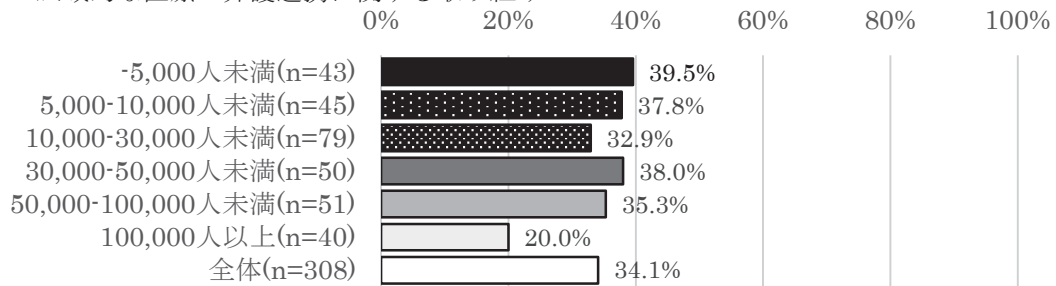
地域の介護予防活動の実施



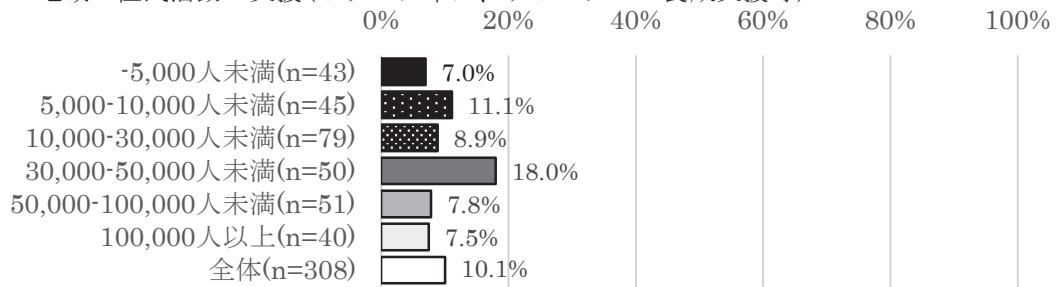
医療・介護連携に関する取り組み



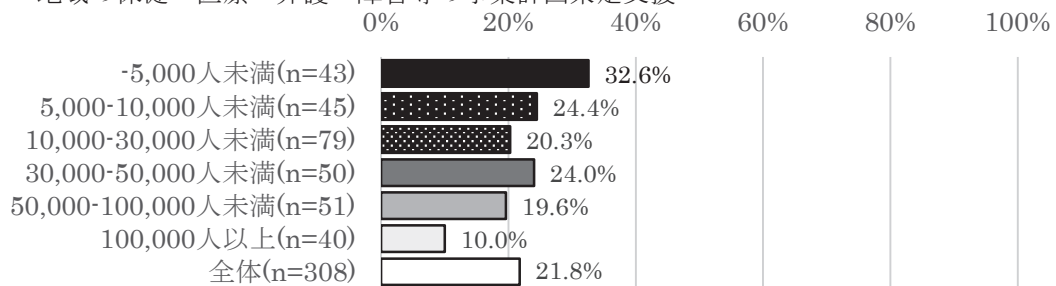
広域的な医療・介護連携に関する取り組み



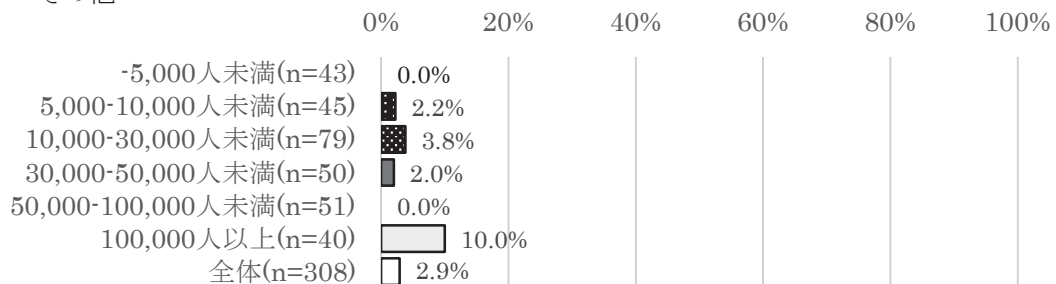
地域の住民活動の支援(ボランティア、サポーターの養成支援等)



地域の保健・医療・介護・障害等の事業計画策定支援



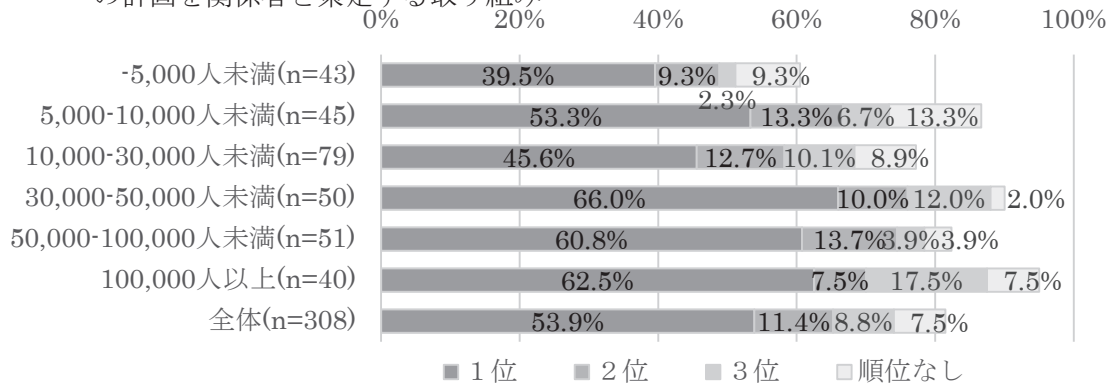
その他



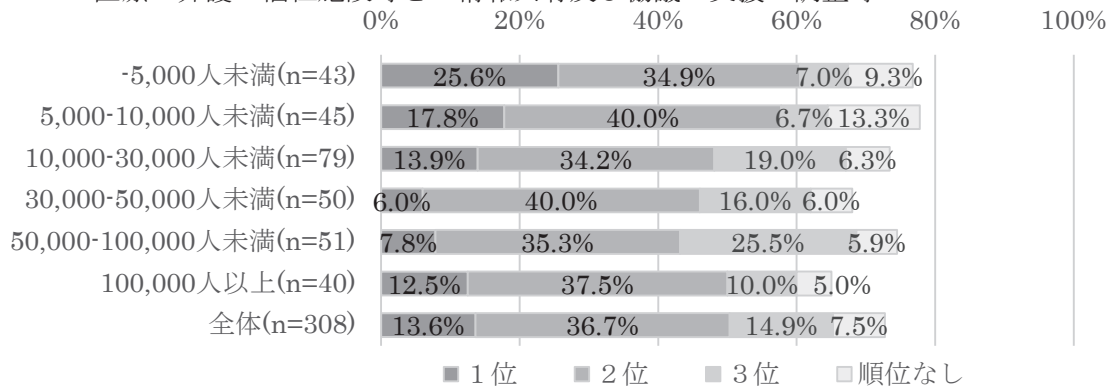
■ 地域包括ケアシステム構築において、行政が果たすべきと思われる役割等について

地域包括ケアシステム構築において、行政が果たすべきと思われる役割等については、「地域包括ケアシステムにおける現状分析と課題の抽出、具体的対応等の計画を関係者と策定する取り組み」と回答した自治体が最も多く 251 自治体であった。国保直診施設への調査では、「医療・介護・福祉施設等との情報共有及び協議・支援・調整等」が最も多かったが、自治体調査においても 224 自治体が重要としており、両者の考え方に乖離はないのではないかと考えられた。

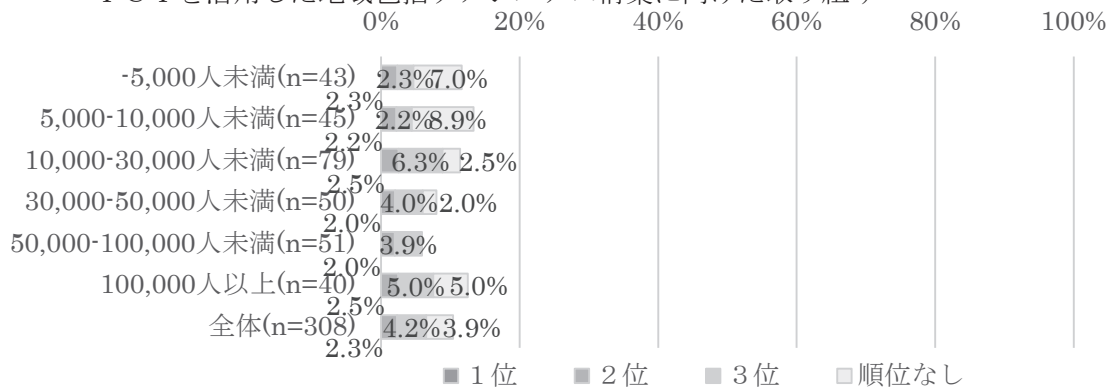
地域包括ケアシステムにおける現状分析と課題の抽出、具体的対応等の計画を関係者と策定する取り組み

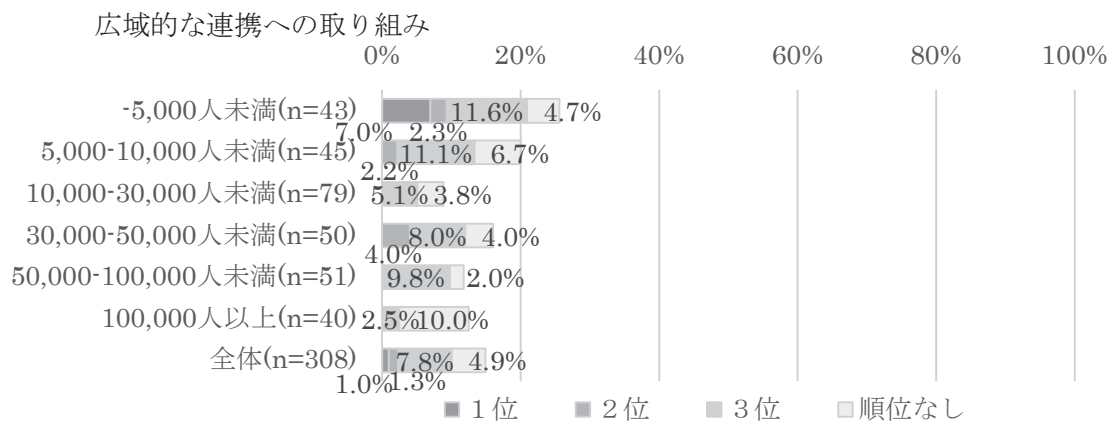
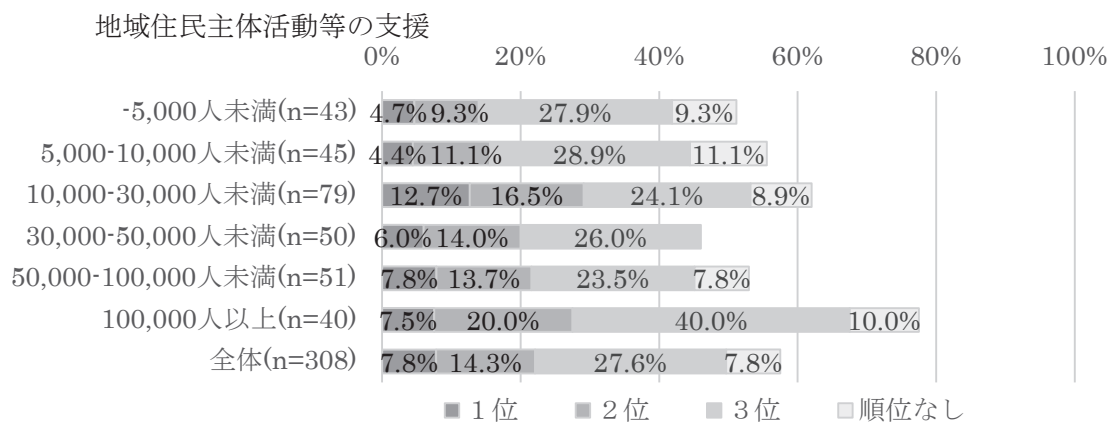
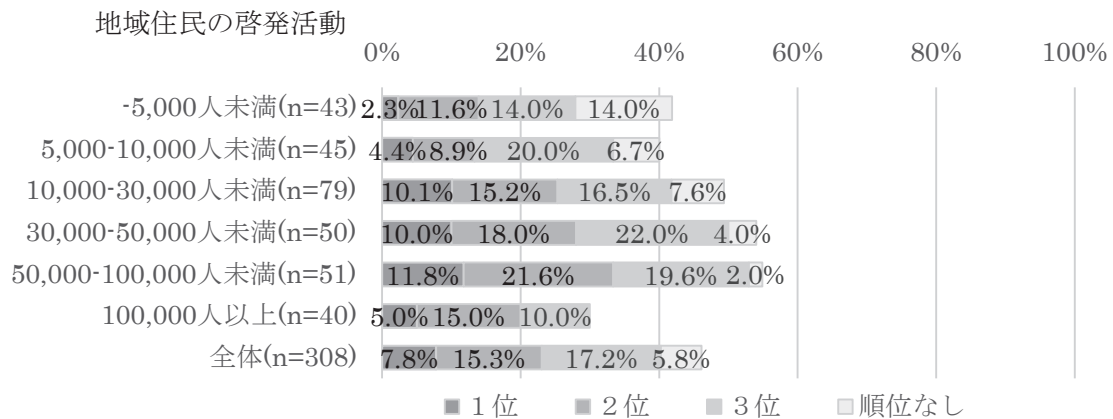


医療・介護・福祉施設等との情報共有及び協議・支援・調整等



I C Tを活用した地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み

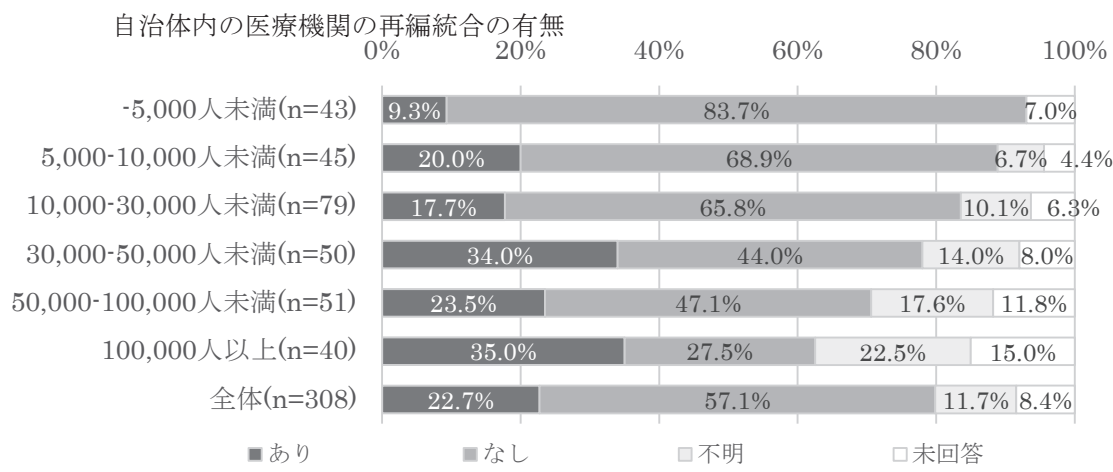




(3) 人口減少、市町村合併、地域医療構想等による医療提供体制の変化に伴う、自治体の地域包括ケアシステム構築への影響

■ 平成の大合併（2003～2005年）が行われた頃以降の自治体所在の医療機関の再編統合の有無について

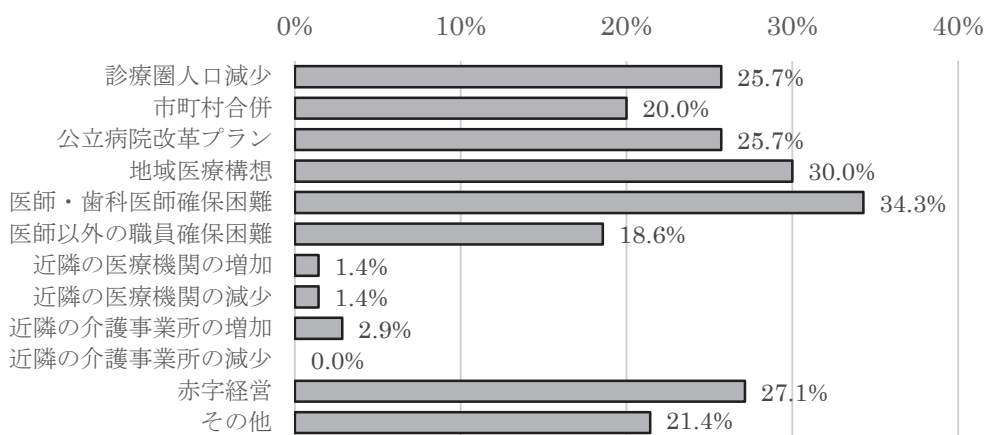
自治体所在の医療機関の再編統合の有無については、「あり」と回答した自治体が70自治体23%、「なし」と回答した自治体が176自治体57%であった。自治体規模が大きくなるほど、民間医療機関も含めて医療機関数が多くなり不明という回答が増えたのではないと思われる。



■ 自治体所在の医療機関の再編統合の主な要因について

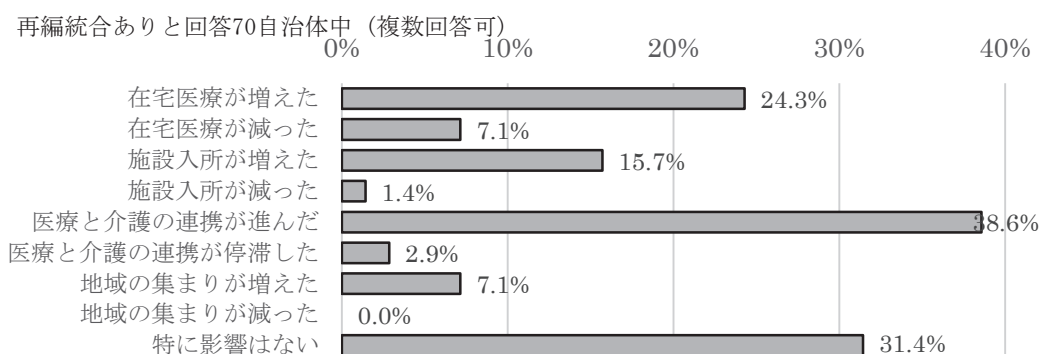
再編統合ありと回答した 70 自治体中、自治体所在の医療機関の再編統合の主な要因は、「医師・歯科医師の確保困難」が 24 自治体、次いで「地域医療構想」と回答した自治体が 21 自治体であった。診療圏の人口減少より医師・歯科医師確保困難の方が要因としてより多くの自治体を選択した。

再編統合ありと回答70自治体中（複数回答可）



■ 自治体の医療提供体制の変化に伴う地域包括ケアシステムへの具体的な影響

自治体の医療提供体制の変化に伴う地域包括ケアシステムへの具体的な影響については、「医療と介護の連携が進んだ」と回答した自治体が最も多く 27 自治体、次いで「特に影響はない」と回答した自治体が 22 自治体であった。在宅医療が増えたとの回答がある一方施設入所も増加したとの回答も一定数認められた



■ 医療提供体制の変化に伴う地域包括ケアへの具体的な影響の詳細（自由記載）

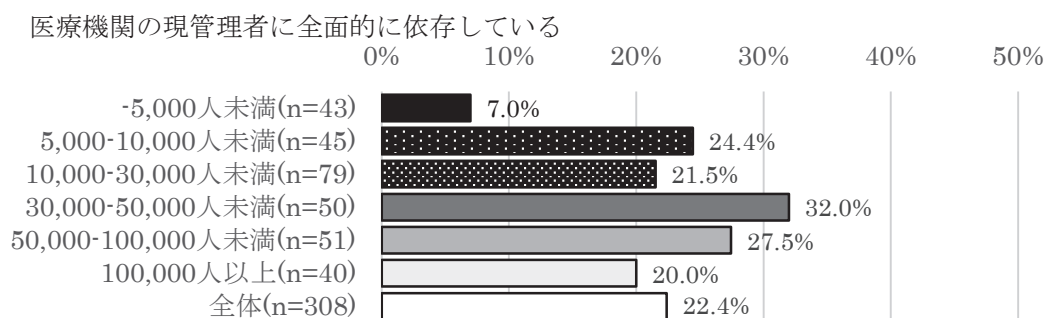
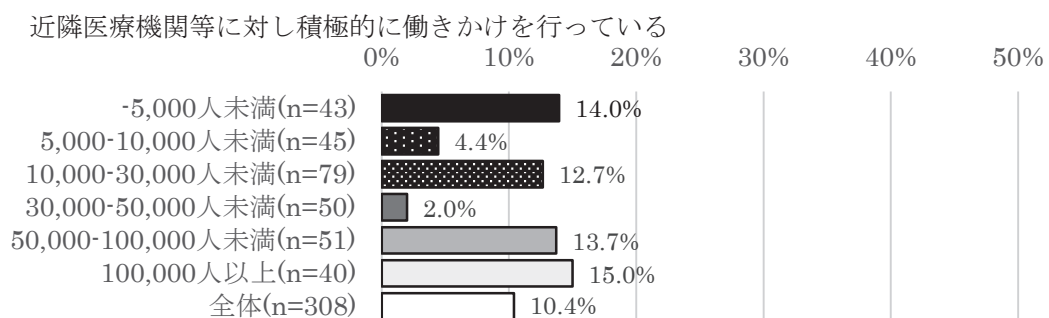
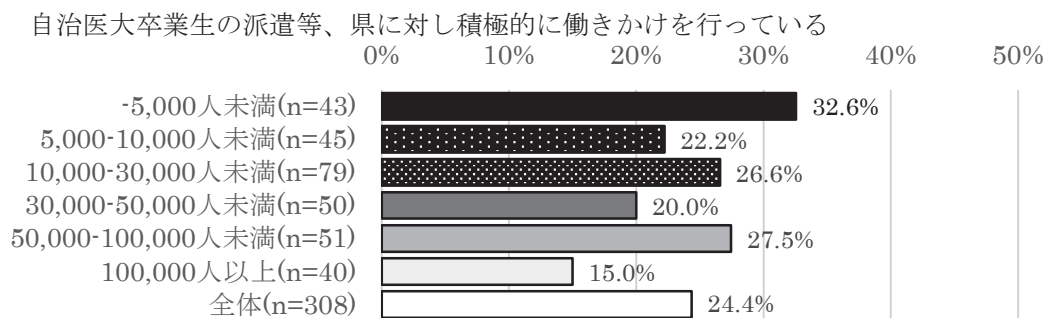
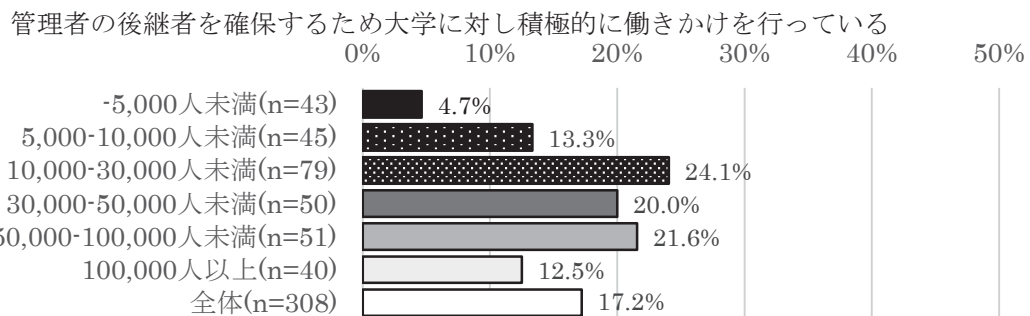
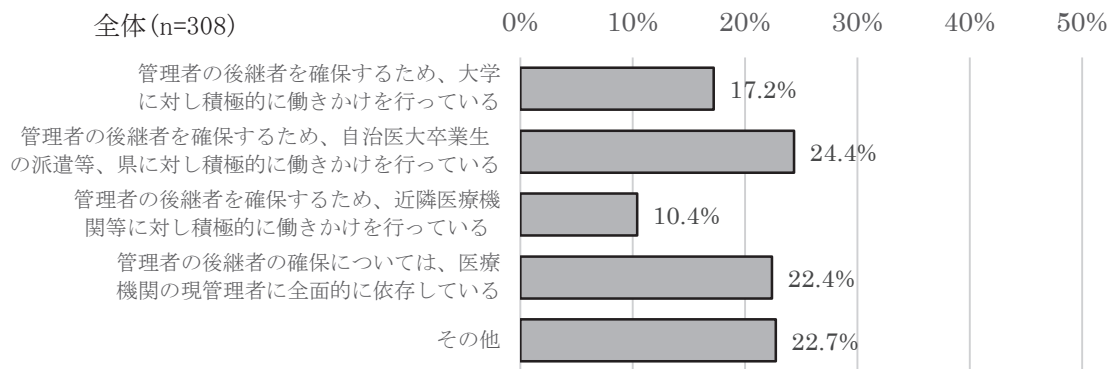
【主な回答】

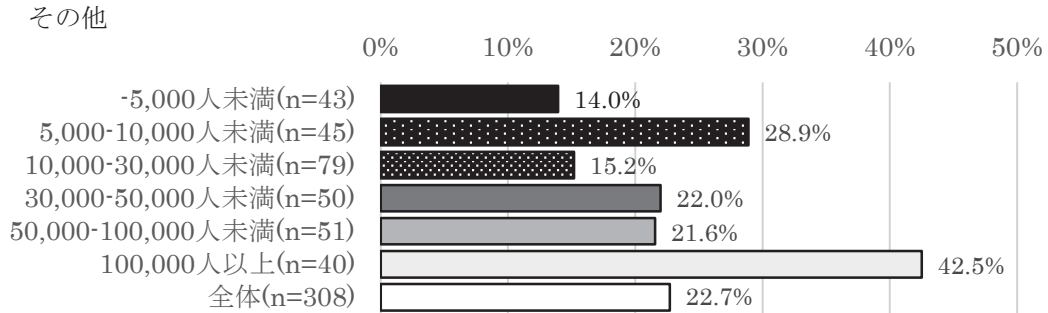
- 退院調整ルールが軌道にのり、円滑に情報共有シートの活用がなされていることから医療（医師を含む）と介護の連携推進が進んでいる
- 国保診療所医師が家庭医ということで、在宅医療に力を入れていたが、R1より医療と介護をつなぐコーディネーターを配置したことで、連携がスムーズになり、在宅医療を希望する人や看取りの件数が増加傾向である
- 地域医療（へき地医療）を支え継続するために在宅医療の強化、医療介護連携を進めていく中での体制変化であり、体制の変化が原因で在宅が増え、医療介護連携が進んだわけではないと考える
- 現時点で大きな影響は出ていないが、小規模な自治体は特に、医師の地域医療や地域包括ケアシステムに対する理解、考え方により体制に影響が出やすいと考える
- 今現在目につく変化はないと思う
- 地区医師会を拠点とした在宅医療・介護連携推進事業により、徐々にではあるが連携が進んでいる
- 周囲の公立病院が急性期医療機関のため、慢性期・回復期としての地域での役割を果たしている

■ 自治体所在の医療機関（国保直診）の管理者の承継に関する自治体の対応について

自治体所在の医療機関（国保直診）の管理者の承継に関する自治体の対応については、「管理者の後継者を確保するため、自治医大卒業生の派遣等、県に対し積極的に働きかけを行っている」と回答した自治体が最も多く75自治体であった。

自治体規模別では、小規模自治体は県への働きかけと回答する自治体が多い傾向にあり、大規模自治体は、大学への働きかけや現管理者への依存あるいはその他という回答が多い傾向であった。小規模自治体は、診療所ないしは小規模病院が多いためにこうした傾向になることが予想される。





- 貴自治体所在の医療機関（国保直診に限る）の管理者の承継に関する課題、及びその課題に対して貴自治体が行った工夫等について（自由記載）

【主な回答】

- 全国自治体病院協議会に登録されている医師の斡旋を受ける、県医師会の週報誌に求人情報を掲載してもらう
- 管理者の確保について自治体病院（市立病院）と協議を進めている
- 関係団体へのホームページなどで医師募集している
- 医師の確保と定着並びにキャリアアップが課題。後期医療研修「課程医療専門プログラム」を作成し、県派遣の自治医大卒業生3名が義務年限中に専門医を取得。義務年限終了後2名が常勤医として定着した
- 学会等の参加、休暇を取得等、医師のモチベーションを保つため、中核病院からの定期的医師の派遣、不在時の医師派遣、近隣病院からの応援医師の派遣等、働きやすい環境づくりを行っている
- 県・大学等と連携した継続的な医師確保
- 複数大学との円滑な意思疎通に努めている
- 病院から無床診療所への変換を図り、医師の勤務体形を変えて招聘に努める

- 貴自治体所在の医療機関の職員の人材確保について、貴自治体が行った具体的な取り組み等について（自由記載）

【主な回答】

- 医師については、大学、県への派遣依頼及び民間の医師紹介会社に依頼している。また、医師紹介会社は採用の実績がある。看護師については、併設している看護学生に奨学金貸与、社会人枠による卒後、市内の医療機関に勤務する要件を取り入れている
- 市立の医療機関への勤務を前提とした奨学金の貸与（医師・看護師を対象）
- 医師・看護師・薬剤師等 修学資金貸付制度の導入
- 市からの寄附により大学医学部に講座を開設するとともに、その実習及び研修の拠点として自治体病院内にサテライトキャンパスを開設している
- 当市に個人の耳鼻咽喉科が無くなったため、開業医が新しく市内に耳鼻咽喉科を開設するにあたり、家賃補助を行った
- 市職員を一名国保直診病院に派遣している
- 医学生の実習・見学を受け入れる体制を整備している
- 医師：人材派遣会社、大学医局、ホームページ等、その他職種：ハローワーク、ホームページ、新聞チラシ、機関紙等

- 貴自治体所在の医療機関の職員の人材育成について、貴自治体が行った具体的な取り組みについて（自由記載）

【主な回答】

- 学生の地域医療の研修に対し、宿泊施設の提供や、研修及び指導等を毎年積極的に医師中心にサポートしている
- 医学会等の医師の研修参加、認定看護師・特定行為研修等の取得を支援し、積極的に行っている
- 人材育成が必要と思われる事務職員、社会福祉士、栄養士等については、行政側からの異動ではなく、病院事業採用を行っている
- 近隣の医療機関と職員の資質向上のための教育研修について連携する協定書を締結した
- 定住自立圏が企画する研修への参加
- 看護協会主催の研修会等への参加
- 未来の医療従事者育成事業（未来の医療従事者の育成に資する、圏域内学生の教育を目的とする。）
- 看護職の人材育成について医師会へ委託し、市内看護職を対象に研修会等を実施している
- 日本専門医機構認定の総合診療専門研修プログラムを実施
- 認定看護師資格取得の補助として、認定看護師の研修期間中に発生する給与の半額相当を病院に補助している

第3章

先進的取り組み地域に対するヒアリング 調査

1. 新潟県阿賀野市・あがの市民病院

【本事例のポイント】

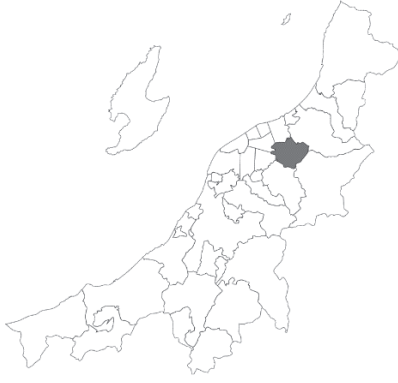
1. 公設民営の国保直診であり、市民病院でもあることから、自治体と密接な関係にある。
2. 健康寿命日本一を目指す自治体と病院との緊密な連携を背景に地域包括ケアシステムの構築に取り組んでおり、住民の保健・医療・介護・福祉及び生活全般にわたるシームレスな活動が実践されている。
3. 公設民営化により、組織的な幅広い人材の確保と育成が可能となり（管理者を含む）、経営の安定化と、地域のニーズに応じた継続的な医療機能の提供を行っている。

本事例のポイントは、公設民営化の後、①管理者を含め、厚生連の組織全体から幅広い人材の確保と育成が可能になったこと、②地域包括医療ケアを充実させるために病院内に地域医療・連携センターを設置し、地域包括ケアのハブとして運営していること、である。

管理者の承継については、自院だけではなく、厚生連組織全体の中から人材を確保して継承させることもあるため、選択の幅が広がる。また、コメディカルについても、一定数以上の職員は厚生連組織全体の中で確保することができる。なお、公設民営化により、自治体からの働き掛けが少なくなったことも職員のモチベーション維持に寄与している面がある。

地域医療・連携センターは、地域住民が住み慣れた自宅や地域で安心して暮らし続けられるよう、地域包括ケアのハブとして活動している。医療福祉相談、退院支援、医療連携、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所の各部門があり、地元自治体や各医療機関、施設等と連携をとっている。公設民営化の後も、健康寿命日本一を目指す自治体と協力して、地域包括ケアを充実させる取り組みに力を入れている。

■ 阿賀野市の状況（令和2年4月1日現在）

地域概況	平成16年4月1日に、2町2村（安田町・京ヶ瀬村・水原町・笹神村）が合併し、阿賀野市となった。	
総人口	41,702人	
65歳以上人口	13,907人	
（うち75歳以上）	（6,984人）	
高齢化率	33.3% （県平均32.8%）	
要支援者数	572人	
要介護者数	1,929人	
面積	192.7km ²	
人口密度	216.4人/km ² （県平均175.3人/km ² ）	

■ 阿賀野市の主な医療・介護施設数（令和2年4月1日現在）

病院	2	総病床数333（一般240、療養93） （うち地域包括ケア病床104）	
有床診療所	1	総病床数18（一般18、療養0）	
無床診療所	15	歯科診療所	18
訪問介護	5	訪問看護ステーション （みなし指定の訪問看護を含む）	2
通所介護	15	通所リハビリテーション （みなし指定の通所リハを含む）	2
短期入所生活介護	6	小規模多機能型居宅介護事業所	1
認知症対応型共同生活介護	5	居宅介護支援事業所	12
介護老人福祉施設	10	定員数583	
介護老人保健施設	2	定員数146	
介護療養型医療施設	0	定員数0	
介護医療院	1	定員数54	

■ あがの市民病院の状況（令和2年4月1日現在）

病床数	一般病床 196（うち地域包括ケア病床 104）
併設施設	訪問看護ステーション（訪問リハビリを含む）、介護医療院（定員 54）、介護老人保健施設（定員 50）、居宅介護支援事業所
年間延患者数（令和元年度）	入院 67,266、外来 99,788、在宅 237
在宅サービス実施状況（令和元年度）	在宅患者訪問診療 240、歯科訪問診療 266、訪問看護ステーション等への指示書の交付 396、訪問看護（介護予防含む） 6,191
在宅看取り・施設看取り数（令和元年度）	施設看取りを行った人数 21（同一法人内の併設施設）

(1) 再編統合の概要及び地域包括ケアシステムへの影響

<再編統合プロセスの概要及び地域包括ケアシステムへの影響>

【公設民営化となった背景等】

- 平成16年4月1日に、2町2村（安田町・京ヶ瀬村・水原町・笹神村）が合併し、阿賀野市となる。以前（昭和29年）からの水原郷病院は、住民の「コンビニ受診」等による多数の医師の離職の影響等から、県内最大の医療機関である厚生連に、医師の派遣と病院の運営を依頼することとなった。平成22年10月より、指定管理者（新潟県厚生連）制度による運営が開始された。

【公設民営化の影響等】

- 自治体病院だと自治体だけの力になり、人材確保は難しい。新潟県では厚生連の医師数が最も多く、経営手腕もある。市からの働き掛けがしにくくなったことが職員のモチベーション維持に寄与しているというメリットがある。
- あがの市民病院の地域医療・連携センターは、地域住民が住み慣れた自宅や地域で安心して暮らし続けられるよう、地域包括ケアのハブとして活動している。医療福祉相談、退院支援、医療連携、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所の各部門があり、阿賀野市や各医療機関、施設等と連携をとっている。

（あがの市民病院ホームページより一部改変）

- 阿賀野市は、がん検診、特定健診などの受診率が県平均以下となっているが、健康教室の参加者などが増えていると感じている（阿賀野市）。
- 阿賀野市は家族が施設志向である一方で、単身者はギリギリまで在宅で定期受診もしていない状態という場合などに、あがの市民病院の地域医療・連携センターに依頼して状況を調べたり、入院などをお願いしたりしている。病院には緊急事態の場合に対応を頂いており、救える患者が増えたと感じている（阿賀野市）。

<再編統合の経営面への影響>

- 最近の病院実績は、平成27年度から令和元年度までで、病床利用率は、順に61.3%、65.1%、70.2%、75.7%、78.5%に増加している。一般外来数は、順に9.40万人、9.95万人、9.89万人、9.95万人、10.00万人に増加している。単価に大きな変化はなく、収益金、当期利益金は増加している。当期利益金では、順に-3.58億、-2.34億、-1.83千万、-79万、+94万であった。地域包括ケアを重視して対応する病院の方針により、病床利用を確保し収支バランスを改善させている。病院の方針を職員に確実に伝えることが重要であり、医療介護の連携、介護施設からの患者は断らないという方針のもと、介護施設からの患者が増えた。初期臨床研修医が増えたことも大きい。

<将来に向けた再編統合の可能性>

- 新潟県の面積は全国都道府県中5位であり、冬季には豪雪があり、公共交通網が脆弱であり、首都圏のような考え方で医療施設を再編統合することは住民への影響が多大であり、社会保障の低下は必至である。
- 当院は再編統合対象病院に挙げられたが、現在の病院機能を維持し、将来にわたり継続させていく。病床数に関しては現在4病床=196床で運営しているが、3病床=156

床とすることは検討中である。これにより、病床稼働率を高く維持し人員を削減し、収益をアップし経営をより安定化させ、継続性を担保する。

(2) 地域包括ケアシステムの現状

<地域包括ケアに向けた課題及び取り組み>

- 阿賀野市の人口は約 4.1 万人、高齢化率約 33.8%、高齢者単身世帯・高齢者世帯が全体の世帯数の約 23%であり、増加している。阿賀野市には 2 つの病院があるが、1 つは脳神経の専門病院であり、総合病院はあがの市民病院しかない。
- このような中で、当院は総病床数 196 床、一般急性期病床 92 床、地域包括ケア病床 104 床で、令和 2 年 1 月からは療養病床 54 床を介護医療院 54 床とし、院内に併設している。加えて、老人保健施設、訪問看護ステーション、健康管理センターを併設している。すなわち、急性期から、回復期、慢性期、在宅医療、予防まで幅広く対応する、地域になくてはならない医療施設群である。
- 地域は高齢化しており、高齢者の単身世帯・夫婦世帯が増加している。当院のある新潟医療圏では、慢性期、在宅医療のニーズがある。急性期では退院調整が難しいということもあり、在宅復帰できるように 60 日間のリハビリができる地域包括ケア病床の方が地域のニーズに合っている。また、介護医療院は、要介護高齢者（中でも、重篤な身体疾患を有する者や身体合併症を有する認知症高齢者）が日常生活上の医療処置を受けながら長期療養する生活施設としての役割がある。看取りやターミナルケアにも対応している。介護医療院は病院に併設しており、夜間・休日の医療対応が可能で、利用者の安心につながる。
- 健康寿命日本一を目指す自治体と協力して、地域包括医療ケアを充実させる取り組みとして、「自助」に力を入れている。ヘルスプロモーション活動として、年 8 回の糖尿病教室、年数回の地域講演会・出前健康講座、中学校での「たばこの害」・「こわ〜い薬物依存」の講演、地域医療フォーラムや病院祭での講演、地域のサロンでの健康体操教室・地域リハビリテーション活動、市の企画による年 10 回の新潟大学医学部健康講座塾など様々な健康情報提供の場を作っている。さらに地域活動として、七夕コンサート、クリスマスコンサート、民謡流し参加などを通して、地域の方々との「ふれあい」「交流」を図っている。加えて、近隣の医療施設と医療機器の共同利用や在宅療養後方支援病院のシステム化を図っている。
- また、病院に、糖尿病・生活習慣病・予防治療センター、消化器病センター、骨関節疾患センター、地域医療・連携センターの 4 つのセンターを作り、かつ、透析、呼吸器診療にも力を入れている。糖尿病・生活習慣病・予防治療センター、消化器病センター、骨関節疾患センターでは、常勤医とともに、地元新潟大学からの非常勤医師と協力して、市民における生活習慣病、消化器病、骨関節疾患の発症・進行に関する実態と要因を明らかにし、市民の健康寿命を延ばすための施策立案を、科学的かつ効果的に進めるための研究も行っている。
- 市民の健康の保持増進を図るため、「運動」「栄養」「休養」「健診」「生きがい」の 5 つの要素を基本の柱に据えて健康づくりを推進する。高齢化の進展とともに、運動不足や食生活の乱れを原因とする生活習慣病が増加しており、課題となっている。特定健診受診率の向上と重症化予防に取り組むことや、運動不足解消のためラジオ体操の普及や健康講座、運動教室などに参加する人が増えるような施策を検討し、健康寿命延伸を図る。また、生活調査を行い、健康で長生きしている人の共通点等があれば今後の介護予防事業に生かしていく（阿賀野市）。

- 在宅医療については、特養の数が人口の割に多く、要介護度3を満たすと施設を希望する家族が多い。高齢者単身世帯・高齢者世帯が全体の世帯数の約23%であり、在宅でみるのは難しい。新潟県の中では介護施設が最も多い地域となっている（阿賀野市）。
- 平成26年度から多職種研修を実施している。病院医師、開業医、薬剤師等、繰り返してやってきたが、特に介護職部門などは集まりが良い（阿賀野市）。

<医療・介護連携に関する具体的な取り組み>

- 市内介護施設と、「あがの介護・病院連携の会」を設立し、隔月で定期開催している。この連携の会では、「患者情報連絡票」を作成し、外来受診をよりスムーズにし、顔の見える関係性作りを行っている。病院では、原則、「介護施設からの急変対応依頼を断らない」を方針としている。
- 地域ケア会議の開催・参加による現状分析・課題抽出・対応策の検討を行っている。
- 医療と介護の連携・相談窓口の設置、また情報の共有の観点から医療・介護の共通様式（阿賀野市作成）、福祉施設入所申請時の介護支援専門員の意見書の共通様式、福祉施設からの受診をスムーズに行うことを目的とした受診連絡票等を作成している。

<地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組み>

- 新潟大学医学部健康講座塾、地域医療フォーラム、地域講演会などにより、生活習慣病の予防等の様々な健康情報提供を自治体と協力して行っている。また、認知症カフェや地域サロンを開催・支援している。
- ボランティア活動の推進のため、「地域ポイントカード事業」として講演会参加やボランティア活動を行った人に、市内の協賛店舗で使えるポイントを付与する事業を実施している（阿賀野市）。

<地域ポイントカード事業>

市が指定するボランティアや健康増進の活動、講演会などに参加するとポイントが付与される。このポイントは、加盟店で貯まるポイントと同じように、1ポイント1円分として加盟店での買い物に利用できる。

■ 令和元年度 主なポイント付与事業（イベント）とポイント数

- ・あがの市民病院での分娩事業：1回あたり10000
- ・あがの市民病院健康管理センターでの人間ドック：1回あたり3000
- ・40～74歳の健診結果提供事業：1回あたり100
- ・人間ドック（後期高齢者医療保険被保険者）：1回あたり100
- ・新潟大学医学部健康講座塾：1回あたり50
- ・糖尿病教室：1回あたり50
- ・生活習慣病予防教室：1回あたり50
- ・施設検診：1回あたり50
- ・集団検診：1回あたり50

（出典：阿賀野市ホームページより作成）

(3) 今後の地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みについて

<地域住民に理解・協力を得るための課題及び取り組み>

- 「コンビニ受診」を控え、健康に過ごすための自らの取り組み（禁煙、アルコールを控える、運動習慣などの「自助」）を強化する。
- 平成27年度から、市民の介護に関する知識向上のため、地域ささえ合い推進会議を開催している。各自治会で推進会議を進め、実際の拠点となる居場所でボランティアが工夫して人は増えているが、ボランティアも高齢化しているため、ボランティア人材の確保などに力を入れなければならない（「互助」）（阿賀野市）。
- 受診・買い物等の日常生活のための移動の手助けや支援が必要であり、自治会の集会等での普及啓発や拠点の居場所でのささえ合いが今後の課題と考えている。要介護度が上がった場合や入所要件を満たすと施設入所志向が強くなる反面、単身・高齢者世帯では限界まで在宅介護を行う場合もあり、適切な情報共有と支援が求められている（阿賀野市）。
- 介護保険サービスに頼らない自助・互助の充実に繋がるよう、重症化する前に事前に防げるよう介護予防に自ら取り組み、自立した高齢者が増えるような社会を目指したい（阿賀野市）。

<国保直診の役割及び取り組み>

- 「地域を守る」ための地域包括医療ケアの中心となる病院として、健康・医療・福祉を包括的に提供するハブとして病院の経営基盤を安定させることにより、医療を継続させ、地域医療の質と安全性を担保する。具体的には、在宅医療の推進（訪問診療及び訪問看護の強化）、開業医との連携・バックアップシステムの強化、地域サロンでの健康体操教室・地域リハビリテーション活動への参加、研修会や講演会開催・参画等である。
- 市民の安心安全と健康を守る中核病院としての役割を担うため、急性期、回復期、慢性期から在宅まで包括的な医療の提供を行う。社会の高齢化に対応した地域包括ケアシステムを構築していくため、地域の医療機関や介護施設と連携し、地域医療体制の確保を図る（阿賀野市）。

<自治体の役割及び取り組み>

- 高齢者がいつまでも健康でいきいきと豊かな生活が送れるよう、自ら積極的に介護予防に取り組める環境づくりを推進する。重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自立した生活を送れるよう、地域包括システムの構築が求められており、地域の医療・介護の関係機関が連携して、在宅医療・介護を一体的に提供出来る体制を構築するよう取り組む。
- 自助（健康管理教育）及び互助（ご近所同士の協力体制）。また、地域住民主体活動の強化として、独居・高齢者世帯の増加を地域で見守る仕組みづくりを支援する（あがの市民病院）。

<人材の確保及び育成に向けた課題及び取り組み>

【国保直診の管理者の承継に向けた課題及び取り組み】

- 医療安全、感染管理、救急、災害医療、教育の5本柱の責任者を任せ、その対応能力、処理能力を見極め、対応できるように育て、適切な人材を選択すべきである。
- 「人を育てる」には、「やってみせ、言って聞かせて、させてみせ、ほめる」(山本五十六、新潟県長岡出身)である。
- 病院内で優秀な人材がいれば継承すべきであるが、厚生連全体の中で人材を確保し他の厚生連病院を継承することもあるため、選択の幅が広がる。

【国保直診の医師の確保及び育成に向けた課題及び取り組み】

- 新潟県は医師不足県で、厚生労働省の示した「医師偏在指標」は47位である。新潟大学で研修医は20名程度、全国5番目の面積、病院数は約130であり、大学から医師を派遣しなければならない病院も多い。また、新潟県には20の市があるが、阿賀野市の医師数は20市中19位である。人口10万あたりの医師数が約87人(全国平均は約254人)で、相当の医師不足の市である。
- 初期臨床研修医の地域医療研修病院として、基幹型研修病院から受け入れ、共に勉強している。訪問診療、連日の外来研修とそこからの入院診療、午後の救急当番とそこからの入院診療、週1回程度の当直業務、毎週の内科回診、内科検討会での発表、職員の前で15分程度の教育講演担当などを行っている。週末には「地域を診る」ために、地域の名勝地を訪れ、特産食品を味わい、伝統と文化に触れてもらっている。それまで臨床研修医はゼロで、平成29年に4名、平成30年に15名、令和元年に19名で、令和2年は18名、令和3年は22名が内定している。
- 臨床研修後の医師の定着については、希望して残ってくれれば良いが、若手を教育して病院の良さを知ってもらうことが重要。新専門医制度に対応すべく、各種学会認定施設となり、研究医を受け入れやすくすることも必要である。
- 市としても、医師確保のために、大学に市長や院長などが数回訪問している。中学生の糖尿病に関する共同研究等から寄付講座につながったこともある(阿賀野市)。

【国保直診の医師以外の職員の確保及び育成に向けた課題及び取り組み】

- 厚生連組織であり、一定数以上の職員は、組織全体で確保していく。
- コメディカルは1割から2割くらい、定期的に人事異動がある。人事交流があることはメリットである。デメリットは優秀な人材を引き抜かれること。厚生連の400～500床の病院に人材が引き抜かれていく。厚生連本部には、優秀な人を引き抜かないようお願いしている。
- コメディカルの育成のためにも、年に1、2回は病院の方針について話をしている。病院の方針が全職員に伝わるよう、月1度の責任者会議がある。
- 市としても、コメディカル確保のために奨学金制度を利用できるようにしている(阿賀野市)。

2. 高知県高岡郡梶原町・国保梶原病院

【本事例のポイント】

1. 梶原病院が町の保健福祉支援センター、社会福祉協議会等と同じ敷地内にあること、院長は町健康福祉課の役職にもあること等により、保健・医療・介護・福祉等の関係者が頻繁に情報を共有し、密に連携できる環境にある。
2. 在宅生活に不安がある人が、一時的に利用できる施設を活用しながら自宅で暮らし続けること、また、保健サービス等を利用して在宅での生活が困難な高齢者に対し、住み慣れた地域で暮らし続けることを実現するための住まい・施設等が町内に整備されており、住み慣れた地域で安心して暮らしていける環境がある。
3. 長年行われてきた健康文化の里づくり推進員制度等により、住民の保健や健康、介護予防等に対する意識が高い。
4. 院長の交代・継承がシステム化されているわけではないが、院長その他の医師が数年毎に交代してもそのマインドが継承され、医療が地域包括ケアシステムの中に連動して機能している。しかし、最近では、専門医志向の医師や、医師1人の診療所の勤務経験がない医師も増えており、今後の交代・継承に関する課題と思われる。

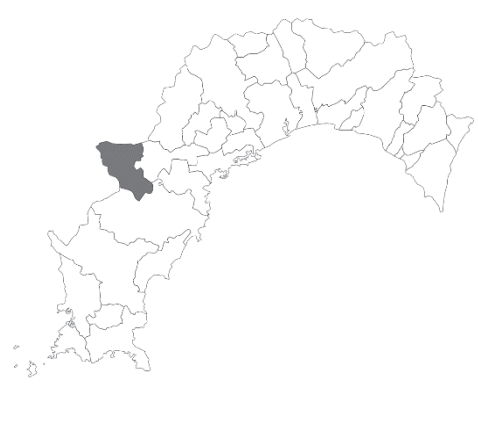
本事例のポイントは、院長その他の医師が数年毎に交代してもそのマインドが継承され、医療が地域包括ケアシステムの中に連動して機能していることである。

その背景には、①医師が総合診療医として、地域包括ケアの視点から地域に関わっていること、②高知県へき地医療協議会による継続的な医師の供給があるため、医師の交代について首長の理解があること、③院長その他の医師が交代しても、ほぼ同じ水準の医療機能等が継続して提供されていることにより、地域住民及び行政も特段の問題意識を持っていないこと、などがあるものと思われる。

また、行政が地域包括ケアシステムの維持継続のために保健師等の専門職を育成しつつ地域住民にも働きかけを行っていることや、地域住民が健康文化の里づくり推進員制度等の影響から健康に対する意識が高いことなど、地域全体に「自分たちの健康は自分たちから」というマインドが浸透していることも大きい。

しかしながら、最近では、専門医志向の医師や、医師1人の診療所の勤務経験がない医師も増えていることから、今後の交代・継承に関する大きな課題と思われる。

■ 栲原町の状況（令和2年4月1日現在）

地域概況	標高 1455mの四国カルストの山間に位置し、町面積の91%を森林が占めている。	
総人口	3,422 人	
65歳以上人口	1,558 人	
（うち75歳以上）	(920 人)	
高齢化率	45.5% (県平均 35.5%)	
要支援者数	44 人	
要介護者数	219 人	
面積	236.5 km ²	
人口密度	14.5/km ² (県平均 97.4 人/km ²)	

■ 栲原町の主な医療・介護施設数（令和2年4月1日現在）

病院	1	総病床数 30（一般 30）	
有床診療所	0		
無床診療所	2	歯科診療所	1
訪問介護	1	訪問看護ステーション (みなし指定の訪問看護を含む)	0
通所介護	1	通所リハビリテーション (みなし指定の通所リハを含む)	0
短期入所生活介護	1	小規模多機能型居宅介護事業所	0
認知症対応型共同生活介護	0	居宅介護支援事業所	1
介護老人福祉施設	1	定員数 80	
介護老人保健施設	0		
介護療養型医療施設	0		
介護医療院	0		

■ 栲原病院の状況（令和2年4月1日現在）

病床数	一般病床 30
併設施設	地域包括支援センター
指定等	救急告示病院、へき地医療拠点病院
年間延患者数（令和元年度）	入院 6,775、外来 27,721、在宅 26
在宅サービス実施状況 （令和元年度）	往診 17、在宅患者訪問診療 76、在宅患者訪問看護・指導 18、訪問看護ステーション等への指示書の交付 8、訪問看護（介護予防含む） 13、訪問リハビリテーション（介護予防含む） 68
在宅看取り・施設看取り数 （令和元年度）	不明

(1) 再編統合の可能性及び地域包括ケアシステムへの影響

<将来に向けた再編統合の可能性>

- 人口推計によると、全体の人口は減るが、後期高齢者人口は2030年くらいまではほぼ変わらないと推計されており、入院病床は維持すべきと考えている。しかし20年後となると総人口・高齢者人口とも減少は間違いなく、いずれ診療所化を考えていく時期が来ると思われる。また、医師・看護師などのスタッフの人材確保が困難になればその時期が早まる可能性はある。
- 病院を診療所化するとなると入院病床数は当然減らすこととなるが、それ以外の医療のスタイルはできれば現状を維持したい。しかし、やはりスタッフ確保が最もネックとなってくると思われる。
- 梶原町は同医療圏の他病院と地理的に大きく離れており、他病院との合併・統合による病床再編などは難しいと思われる。
- 診療圏の拡大については、隣町の一部の住民が梶原病院に罹ることはあるが、県境を越えてくる患者は稀なので難しいと思われる。
- コロナの影響などによる発熱外来の設置に伴い、独立した2つの町立診療所（松原診療所、四万川診療所）の診療日を、それぞれ1日ずつ減らした。四万川診療所は車で15～20分くらい、松原診療所もトンネルが開通すれば20分くらいに短縮できる。患者の負担は大きいですが、バスを走らせるなどの施策があれば、患者数の状況からみて梶原病院への統合で十分に対応できる。病院の縮小の前に、独立した2つの町立診療所の統合が先と思われる。
- 現在のところ梶原病院の再編統合については考えていない。しかし町立の2診療所については縮小の方向で考えるべきである。しかし、地域住民や議会の理解を得るのが非常に難しい。

<住民等への対応>

- 診療所の体制縮小の都度、各地区を回り、梶原病院がどのような機能を果たしているのか、総合診療を中心とした医師をメインとして専門医とコンパクトな連携をしていくことなどを座談会で話している。また、議会に対しては、診療所の縮小をどれだけ説明しても、理解はしているが納得や同意は難しいというのが現状である。
- 診療所の縮小には最終的には納得しているような感じで、抗議を受けるまではない。ヘルパーも地域住民の一員であり、高齢で仕事ができなくなるということも理解している。

(2) 地域包括ケアシステムの現状

- 医療サービス提供は栲原病院、介護サービス事業は社会福祉法人・民間サービス事業者、福祉は社会福祉協議会をそれぞれ核として、それらを町の担当者が仲介しつつまとめている。
- 栲原病院の建物は、栲原町の保健福祉支援センター、社会福祉協議会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、頻繁に情報を共有できる環境にある（栲原町）。

< 連繋に対する取り組み >

- 医療介護の連繋に対する取り組みは、病院・役場・介護サービス提供者でごく日常的なことである。必要があれば毎日でも各担当者が顔を合わせて情報交換をし、対象患者・家族に必要なサービス提供について一つ一つ一緒に考えて行くことに尽きる。
- 栲原病院の院長は栲原町健康福祉課のゼネラルマネージャーという役職にも就いており、代々引き継がれている。他の医師についても、保健福祉課と情報を共有する等、常にコミュニケーションを取っている。

< 保健・医療に対する取り組み >

- 病床機能については、急性期といっても大きな病院とは違い、その後のリハビリも含まれるため、2~3 カ月入院する人もいる。在宅復帰する人もいれば、在宅復帰できない人は町内にある特別養護老人ホームに入所、他は町外。家族が元々町外の場合は帰ってこないケースもあるが、家族が町内にいる場合は戻ってくる。一番近い病院まで1時間かかるため、脳梗塞などの急性期から亜急性期へ移る際のバックベッド的な機能もある。受け皿としての機能を果たすには、回復期機能が必須と考える。
- 透析については、1時間離れた市の診療所で透析を行っている。医療機関から患者輸送バスが出ている。
- 在宅看取りはできる限り対応するようにはしているが、在宅患者が少なくなっているため在宅看取りも減っている。逆に、施設看取りは増えている。
- 特定健診についてはほとんどが集団検診、病院等で健診を受けるのは1割程度。なお、昨年度の健診受診率は約78%。医師には、住民や学校の健康教室の講師をお願いしている（栲原町）。

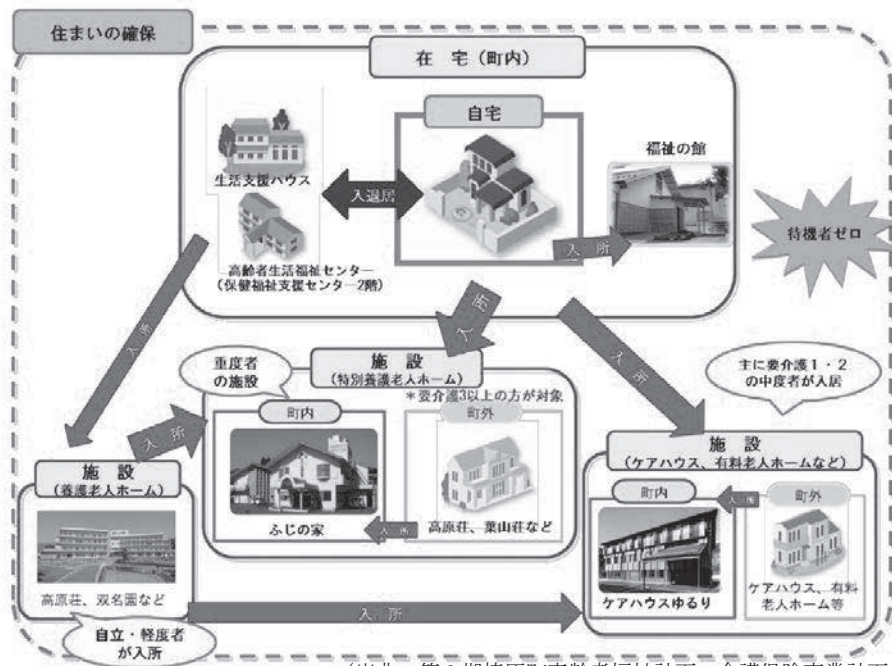
<安全な住まいの確保に対する取り組み>

○高齢者の住まいと施設が町内に整備されており、住み慣れた地域で安心して暮らしている環境がある。

<安全・安心に暮らせる環境づくり（安全な住まいの確保）>

在宅生活に不安がある人が、一時的に利用できる生活支援ハウスや高齢者福祉センターを活用しながら自宅で暮らし続ける仕組みの充実を図ります。

また、保健サービス等を利用しても在宅での生活が困難な高齢者に対しては、家族など的高齢者を取り巻く人々も含め、福祉の館、高齢者合宿施設、ケアハウスゆりり、特別養護老人ホームふじの家など、住み慣れた地域で暮らし続けることを実現していきます。生活支援ハウスについては、施設入所まで利用できる特例措置（条件あり）も設けており、安全な住まいの場の確保に取り組んでいます。



(出典：第8期梶原町高齢者福祉計画・介護保険事業計画(案))

<地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組み>

○健康文化の里づくり推進員をほぼ全町民が経験しており、町民に「自分たちの健康は自分たちから」というマインドが浸透している。

<健康文化の里づくり推進員制度>

1977年から始まった町独自の健康文化の里づくり推進員によって、住民同士が話し合っ、2年任期の保健衛生推進員（現健康文化の里づくり推進員）が20戸に1人の割合で推薦される。選ばれた住民は講習会などに参加して病気の知識を蓄え、医療者と町民の間をつなぐ役割として、特定健診やがん検診への参加を住民に呼び掛ける活動などを行っている。その結果、特定健診率は県内で1位となっている。しかし、人口減少の進展により、集落によって推進員を担当できる者が限定されるなど、推進員にかかる負担に地域差が生じている。

(出典：2016年度日本地理学会発表要旨集(高知県梶原町における地域包括ケアの地理的多様性 中村 努)を一部改変)

(3) 今後の地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みについて

<地域住民に理解・協力を得るための課題及び取り組み>

- 梶原町のような小規模自治体のへき地医療機関では、確保できる医師数・設備・診療体制が都市部と比べて大きく制限される。そのため、多診療科の専門医を確保することは不可能であり、総合診療を志向する医師を中心としたコンパクトな診療体制が必要であることを自治体・議会・住民に理解していただくことが必要である。そのために議会で答弁し、住民理解のための座談会を開催している。

<国保直診の役割及び取り組み>

- 地域包括ケアのために梶原病院が存在している。地域包括ケアは医療・介護・福祉の各セクション、また高次医療機関や救急隊、さらには地域住民もその構成要素となりそれぞれが有機的に連結してネットワークを構成することが必要である。病院はその構成要素の一つであるとともに、自治体と緊密に連携してネットワークの中核をなすべきと考える。
- 病院単独で医療を行うのではなく、行政・保健福祉・介護部門などと協働しつつ町全体で梶原町民の健康を守ることを考えている。住民の方々の「住み慣れた地域でできるだけ長く暮らし続けたい」という思いを支え、「梶原病院があって良かった」といわれる病院をつくるのが、我々の目指す地域包括医療・ケアであると考えている。

(国保梶原病院ホームページより一部改変)

<自治体の役割及び取り組み>

- 梶原町のような小規模でかつ高齢者が非常に多い自治体においては、介護・医療・福祉の連携は必須である。かつ、民間のサービス事業者が多数参入することが経営上難しいと思われることから、病院とともに自治体が地域包括ケアシステムの中核を担う必要がある。

<人材の確保及び育成に向けた課題及び取り組み>

【国保直診の管理者の承継に向けた課題及び取り組み】

- 現在まで院長は5人交代しているが、院長の交代・継承に関してシステム化されたものはない。前任者の仕事に共感し感銘を受けたことで、自然に院長を引き継いだ。過去に医師1人の診療所を任された経験が大きいと思う。ただし、今の若手の医師は医師1人の診療所を任された経験がない人が増えているため、今後はどうなるかわからない。
- 病院の職員、行政、地域住民にとって、院長が交代するのは特別なことではなく、普通のことと思っている。院長が交代しても、その他の職員が変わらずに基盤がしっかりしていれば、「梶原」を支えるものは変わらないので、院長が交代することで困ることはない。
- 職員には梶原の地域包括ケアを担っているという思いがあり、誰がいなくなっても続いていくのではないかと。また、若い保健師の研修などでも、梶原の地域包括ケアについて伝える場がある(梶原町)。

【国保直診の医師の確保及び育成に向けた課題及び取り組み】

- 高知県のへき地医療協議会という組織がある。県庁及びへき地の公的医療機関を抱える市町村、及び主に自治医大卒業医師を中心とする医師で構成される協議会で、そこが中心となって構成市町村の医療機関に医師を配置している。「一本釣り」で医師が来ることはない。最近、自治医大卒業医師がへき地勤務の義務年限終了後に地域に残らないことが課題となっている。
- 当院は、へき地医療協議会で一番交通の便が悪く、冬通勤のときに雪が降ると通勤が難しいと思われる。

【国保直診の医師以外の職員の確保及び育成に向けた課題及び取り組み】

- 看護師の確保に関しては綱渡り状態で非常に難渋しており、1人2人やめると病院継続に影響がある。町内に新たな人材は非常に乏しく、町から奨学金を出しているが、確実に町に帰ってきてくれる保証はない。地理的・気候的にも町外から通勤するには厳しい環境にあり、看護師募集をかけてもなかなか応募がない状況にある。看護師資格を既にもっている経験者が近隣にいないか、当院で働く気がないかどうか、などの情報を人づてに得つつアプローチを図るなどしている。新卒者の採用も考えてはいるが、なかなか応募がないことと、採用後の指導をどうしていくかなど課題は多い。
- 地域医療について、医師と同様に、高知市内の大きな病院等から看護師を1年研修などで派遣するシステムについて考えたこともあるが、現実には単身赴任になってしまうことなどもあり、難しい。
- 6年前、社会人枠による新人看護師を受け入れた際に、高知県看護協会作成のプログラムその他の文献等を参考に、病院の新人看護師教育プログラムを作った。病院内での研修の他、看護協会の研修も1年間受講させた。今後は「梶原」の魅力を上手に発信し、若い新人看護師の募集をしていきたい。

3. 岐阜県郡上市・県北西部地域医療センター

【本事例のポイント】


1. へき地医療の縮小傾向が続く中、自治体枠を超えた県北西部地域医療センターの設置により、基幹医療機関とへき地診療所との相互支援体制等を通じ、へき地医療を一つのネットワークとして持続可能な広域医療連携システムを構築している。なお、構成自治体間の協定書だけによる連携から組織基盤を安定化させること、医師以外の職員の派遣に関する派遣法への対応等のため、2020年4月に地域医療連携推進法人県北西部地域医療ネットを設立した。
2. 2004年の合併に伴い、旧和良村の地域包括ケアシステムのノウハウ（健康福祉推進計画、特定健診、住民との協働、多職種協働、人材育成等）が、全市に拡大している。
3. 県北西部地域医療センターのセンター長は郡上市健康福祉部の参与として、市の地域包括ケアシステムの構築に深く関わり、行政と密接に連携している。
4. 人材育成について、小中高校生、医学生・看護学生、看護師、市町村職員といった幅広い年代や属性等に応じ、様々な教育が行われている。

本事例のポイントは、①自治体枠を超えた県北西部地域医療センターの設置により、基幹医療機関とへき地診療所との相互支援体制等を通じ、へき地医療を一つのネットワークとして持続可能な広域医療連携システムを構築したこと、②旧和良村の地域包括ケアシステムのノウハウが全市に拡大したこと、である。

このうち、県北西部地域医療センターの設置については、その背景に、①少子高齢化・人口減少の進展、②へき地医療の継続のため、一人診療所医師の負担を軽減する必要があること、③医師のバッファー機能のため診療所数より多い医師が必要なこと、などがあった。

国保白鳥病院を基幹医療機関とする郡上市、高山市、白川村2市1村による医療広域連携により、国保白鳥病院は急性期医療から地域包括ケアに主軸を置き、へき地医療を支援する役割を担い、へき地医療を一つのネットワークとして持続可能な広域医療連携システムを構築した。

■ 郡上市の状況（令和2年4月1日現在）

地域概況	平成16年3月1日、郡上郡の八幡町、大和町、白鳥町、高鷲村、美並村、明宝村、和良村の7か町村が合併し、新たな郡上市となった。	
総人口	40,882人	
65歳以上人口	14,806人	
(うち75歳以上)	(8,345人)	
高齢化率	36.2% (県平均30.1%)	
要支援者数	682人	
要介護者数	2,031人	
面積	1,030.8km ²	
人口密度	39.7人/km ² (県平均186.4人/km ²)	

■ 郡上市の主な医療・介護施設数（令和2年4月1日現在）

病院	5	総病床数 811 (一般 291、療養 125、精神 395)	
有床診療所	2	総病床数 27 (一般 27、療養 0)	
無床診療所	25	歯科診療所	15
訪問介護	8	訪問看護ステーション (みなし指定の訪問看護を含む)	8
通所介護	14	通所リハビリテーション (みなし指定の通所リハを含む)	6
短期入所生活介護	7	小規模多機能型居宅介護事業所	2
認知症対応型共同生活介護	6	居宅介護支援事業所	11
介護老人福祉施設	4	定員数 300	
介護老人保健施設	3	定員数 190	
介護療養型医療施設	0	定員数 0	
介護医療院	0	定員数 0	

■ 県北西部地域医療センター国保白鳥病院の状況（令和2年4月1日現在）

病床数	一般病床 46（うち地域包括ケア病床 46）
併設施設	訪問看護ステーション（訪問リハビリを含む、機能強化型）、通所リハ事業所、居宅介護支援事業所
指定等	救急告示病院、在宅療養支援病院（機能強化型）
年間延患者数（令和元年度）	入院 12,284、外来 42,550、在宅 1,064
在宅サービス実施状況（令和元年度）	往診 86、在宅患者訪問診療 978、在宅患者訪問看護・指導 1,359、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理 361、訪問看護ステーション等への指示書の交付 660、居宅療養管理指導（介護予防含む）791、訪問看護（介護予防含む）3,980、訪問リハビリテーション（介護予防含む）995
在宅看取り・施設看取り数（令和元年度）	在宅看取りを行った人数 19（同一法人内） 施設看取りを行った人数 2（同一法人外）

(1) 再編統合の概要及び地域包括ケアシステムへの影響

<再編統合プロセスの概要及び地域包括ケアシステムへの影響>

【県北西部地域医療センター国保和良診療所】



和良

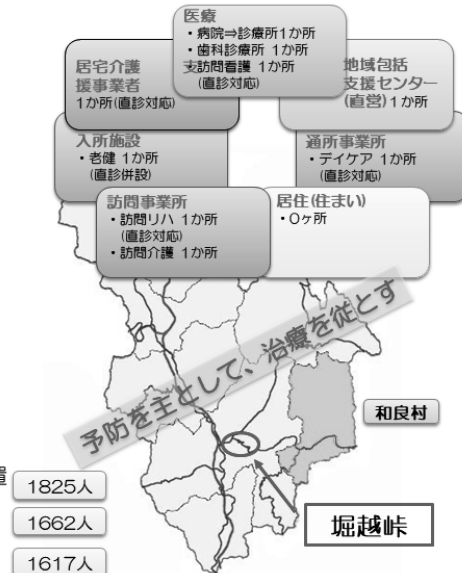
- 和良人口
- 1955年(昭和30年)国保和良診療所
 - 1966年(昭和41年)30床の病院へ
 - 1976年(昭和51年)60床へ拡大
 - 1991年(平成3年) 2601人
 - 1994年(平成6年)老健併設(27床)病院50床へ
 - 1997年(平成10年)一般21床、療養25床へ
 - 2000年(平成12年)保健福祉歯科総合施設併設
 - 2004年(平成16年)合併 2344人
 - 2005年(平成17年)療養病床廃止一般30床へ
 - 2007年(平成19年)有床診療所8床+老健40床へ
 - 郡上市地域医療センター(市内のへき地医療機関を包括しプライマリケアと保健医療福祉事業を支える)設置 2211人
 - 2015年(平成27年)県北西部地域医療センター設置 1825人
 - 2019年(令和元年)有床診療所休床+老健40床 1662人
 - 2020年(令和2年)時間外診療中止 1617人

小規模自治体での保健医療福祉提供モデル

≡小規模自治体内完結モデル

≡1施設内完結モデル

医療機関+福祉施設(老健等)+保健センターといったハードの整備・一体化を柱に展開



(出典：県北西部地域医療センター作成資料)

○1955年(昭和30年)国保和良診療所として開設

- ・「予防を主として、治療を従とす」のキャッチフレーズのもと、現郡上市の東部地域旧和良村内の唯一の医療機関として同地域の保健医療福祉を支えてきた。

○2004年(平成16年 和良村人口 2,344人)合併

- ・この合併までの間に、自治医大コホート研究開始。検診システムを変更し、集団検診後日報告型から集団健診事前採血当日説明+保健指導型、さらに通年施設個人健診+がん検診同時実施+受診者全員保健指導型へ。地域の保健福祉計画まめなかな和良21プラン策定。

○2007年(平成19年 和良村人口 2,211人)診療所化及び老健増床、診療所化に伴い郡上市地域医療センターを設置

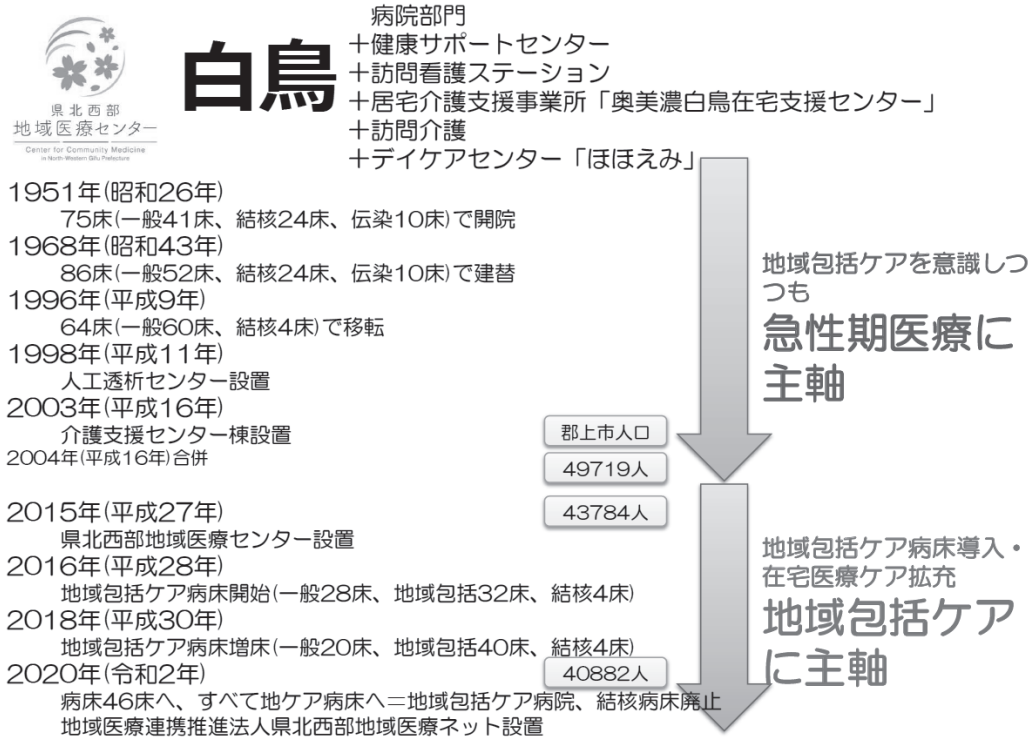
- ・診療所化に関しては、人口減少・少子高齢化・経営悪化などにより合併以前から検討されており、合併により考えられたものではない。
- ・合併に伴い、従来、和良村だけを対象地域としていた1地域1施設モデルから、1地域多施設モデル(資源拡大)となった。
- ・また、社会問題として生じていた医師不足により、へき地医療の優先性の低下や地域医療、特にへき地医療の専門性が軽視され、合併周辺地域の地域医療は量的にも

質的にも縮小傾向となったため、合併後は一定の質を担保しながら合併周辺地域の地域医療を維持するため、一人の診療所医師だけではなく、複数の診療所をネットワーク化し複数の医師で支える仕組みを導入し、市内の国保診療所をネットワーク化したものが郡上市地域医療センターである（市内のへき地医療機関を包括し、プライマリケアと保健医療福祉事業を支える）。

- ・なお、合併に伴い、和良村の地域包括ケアシステムのノウハウを、次のように全市的に拡大した。
 - まめなかな和良 21 プラン→郡上市健康福祉推進計画
 - 和良保健福祉歯科総合施設での健診→郡上市特定健診システム
 - “まめなかな”等を通じた住民との協働→郡上市の地域医療を考える市民フォーラム、地域医療懇話会
 - 多職種協働による地域包括ケア→郡上市包括ケアネットワーク研究会
 - 住民の参加も得る人材育成→医学生・研修医教育 高校生、看護学生へも など

○2015年（平成27年 和良村人口1,825人）郡上市地域医療センターを発展拡大し県北西部地域医療センター設置

【県北西部地域医療センター、県北西部地域医療センター国保白鳥病院】



○2015年、院長の定年退職に伴う後任院長の確保が困難であったため、市内公立医療機関の診療所長（現当院院長）に就任要請がなされた。その際、郡上市、高山市荘川地区、白川村の7つの公立診療所（国保診療所）と、1つの出張診療、1つの公立歯科診療所（国保歯科診療所）、1つの公立介護老人保健施設白鳥病院とで緩やかなネットワーク体制「県北西部地域医療センター」を設立し、近隣自治体も含んだへき地医療の確保とそれによる医師確保を目指した。

- 国保白鳥病院としては、県北西部地域医療センター設立前は、健康サポートセンター、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、訪問介護、デイケアを併設しており、地域包括ケアを意識しつつも急性期医療に主軸を置いていたが、センター設置後は、地域包括ケア病床導入、在宅ケア拡充などを中心とする地域包括ケアに主軸を置いた医療機関に変化した。
- この間、ネットワークを組む自治体間で協議し、「県北西部地域医療センター」の構成自治体で、地域医療連携推進法人設立に向けて2019年に「一般社団法人県北西部地域医療ネット」を設立し、2020年4月に地域医療連携推進法人県北西部地域医療ネットを設立した（県下初、全国17番目、自治体のみでの法人は全国初）。
- また、時期を同じくして、結核病床4床は利用者が少ないことと陰圧換気など十分な療養環境になかったため廃止し、一般病床をすべて地域包括ケア病床（1病棟のため地域包括ケア病院化）に転換し、合わせて60床を46床に減床した。
- ただし、これらの変更は地域医療構想による再編統合候補病院として挙げられる前から検討していたことであり、直接的には地域医療構想とは関係しておらず、同じタイミングで行われていたという状況である。
- 地域医療連携推進法人化の主な目的は、構成自治体間の協定書だけによる連携から組織基盤を安定化させること、医師以外の職員の派遣に関する派遣法への対応である。2021年4月から、在籍型出向としての職員派遣による人材交流を考えている。あくまで、へき地医療を守ることが目的であり、スケールメリットなどは現状それほど大きくはない。

<再編統合の経営面への影響>

- 趣旨に賛同する医師を確保できたことにより、医師の平均年齢が若年化した。一方、多くの医師が定年の時期を迎え退職し、外科、整形外科と一定の専門性を持っていたためにその部分は廃止となり、総合診療科を全面展開することとなった。
- 人口減に伴う患者数減のスピードが予想以上に早く、経営的には改善基調とはなっていない。また、医師の退職も重なり、かつ退職医師が近隣民間医療機関に再就職したために一部の患者の移動が生じ、外来患者数の減少をもたらしたのに加え、新型コロナウイルス感染症流行も重なって当院利用患者が減少しており、経営は現状では改善困難な状況。ただし、訪問診療や訪問看護は増加しており、ネットワーク地域からの患者受入れなどの増加もあり、一定の医師の動きが落ち着けば安定化していく可能性もあると考えている。

<将来に向けた再編統合の可能性>

- 当院を中心とした地域医療支援体制構築はいったん現段階までと思われる。今後は、さらに人口減少が進行した時に地域内でどの程度の医療あるいは介護需要が必要か（日本医師会の将来推計では、医療需要は低下の一途、介護需要は2025年に向けて7%程度の増加はあるがその後は減少に転じる）、また、医療介護専門職の確保が可能かなどを検討したうえで、統合を選択するか、役割分担の明確化による複数医療機関のネットワークによる形式上の1医療機関化を目指すかの検討が必要であり、民間医療機関も含めた検討にならざるを得ない。また、全市的な取り組みとなるため、行政の関与は必須である。

<再編統合後に目指している医療や地域包括ケアシステムの姿>

○当院はあくまで当地域の地域包括ケアの一翼を担うのが役割であり、当施設として地域包括ケアシステムの姿を持っているわけではない。医療としては、総合診療を中心とした生活に密着した医療の展開を行っていく。

(2) 地域包括ケアシステムの現状

<地域包括ケアネットワーク推進協議会>

- 医療、介護、福祉関係者からなる地域包括ケアネットワーク推進協議会を中心に、次のような取り組みを進めている（郡上市）。
 - ・県北西部地域医療センターによる運営支援（世話人会への医師4名、看護師1名、ケアマネジャー1名、MSW1名の参加と、ネットワーク研究会あるいはその関連事業への病院職員の積極的参加促進）
 - ・医療福祉介護連携支援ブックの作成配布
 - ・共通連携ノートの活用（属人的な情報の医療・介護の横断活用、要介護認定者の「共通のカルテ」という位置付け）
 - ・ケアカフェ（専門職同士の集いの場）

<郡上市の医療体制に関する検討>

- 市内病院院長、事務局長、市長、副市長による医療連携体制に関する懇談会の開催
- 地域医療確保検討委員会の開催
 - ・市内保健医療福祉関係団体の代表、市長、副市長、健康福祉部長、市内公立病院院長、事務局長、およびアドバイザーとして管轄保健所長、岐阜大学地域医療医学センター教授が参加
 - ・市内の医療体制確保、公立医療機関の運営などを検討

<県北西部地域医療センター国保白鳥病院の取り組み>

- 県北西部地域医療センターのセンター長（白鳥病院院長、地域医療連携推進法人県北西部地域医療ネット代表理事）は郡上市健康福祉部の参与という役職に就いており、地域包括ケアの構築について行政と密接に連携している。
- 次のような取り組みが進められている。
 - ・ケアマネジャーが相談しやすい環境を作るためのケアマネタイムの設置
 - ・リハビリ部門の言葉の教室や運動教室などの市の事業支援
 - ・訪問リハスタッフの他法人デイサービスに出向いてのリハビリ相談
 - ・訪問診療を行っている開業医不在時の臨時往診や看取り代診といった訪問診療実施開業医との診病連携事業
 - ・特定健診：市内の特定健診の仕組みづくりのサポート（和良診療所方式の拡大）、市内特定健診の集団健診部分の受託
 - ・健康づくり活動：出前健康講座の開催（各専門職が地域の依頼に応じて対応）、市民健康講座（院内開催）、市内外各種団体からの講演依頼への対応
 - ・健康相談事業：認知症相談窓口→物忘れ外来、健康サポートセンターでの相談対応
 - ・介護予防活動：一般介護予防事業として地域公民館などでの元気アップ教室支援、院内マシントレーニングなどによるワイワイトレーニング事業、地域サロンなど通いの場への支援、リハビリ相談、フレイル予防教室支援など
 - ・広域的連携：県北西部地域医療センター事業として、県北西部地域内での健康講演、多職種連携研修会開催支援など
 - ・事業計画策定支援：健康福祉推進計画など市内各計画の策定支援、策定チーム運営

- ・市町村職員に対する地域医療に関する研修会の開催
- <地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組み>
- 郡上市社会福祉協議会によるボランティア活動支援、郡上市市民協働センターによる活動のネットワーク形成などがある。
 - 市民団体「地域医療を守るためのガヤガヤ会議」の支援及び市民フォーラムの開催。
 - 平成 29 年度から生活支援コーディネーター8 人を配置、生活支援サポーター養成講座、フォローアップ会議等を経て、一部の地域で生活支援活動を行う自主グループの発足に至っている（郡上市）。

(3) 今後の地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みについて

<「公民多施設連携ネットワーク」の実現に向けた課題>

- 7つの町村の対等合併により成立し、かつ広域な市（東京都の半分の大きさ）であるため、市内に医療介護関係施設が多施設となった状況にあり、医療介護連携の取り組み（医師会委託事業だが当院スタッフが世話人会に参加、世話人会代表が県北西部地域医療センター国保白鳥病院長）などを行っているものの、いまだ各サービス提供施設の役割や強みが明確化されていない。内向きベクトル（利用者を囲い込む傾向、自施設第一主義的傾向）から抜け出せておらず、公民多施設連携ネットワークが不十分であるとともに、住民自体の地域包括ケアに対する積極的参加も十分とは言えない。
- 多様な価値観の中で、地域包括ケアシステムがどうなることが良いのかを明確にしてそこにベクトルを合わせていくことが必要であるが、健康福祉推進計画にその方向性は提示されているものの、住民、専門職などのベクトルの一致までにはまだ時間が必要である（そもそも旧市町村の枠組みからブレークスルー出来ていない、対等合併の課題でもある）。

<地域住民に理解・協力を得るための課題及び取り組み>

- 住民の地域活動を俯瞰する場がなく、市民協働センターなどがその一翼を担っているものの、今後は、地域資源が少ない中で選択と集中を考えていく必要がある。
- 地域包括ケアシステムの構成要素である医療、介護、生活支援、住まいの中で、最も住民力に期待したい部分は生活支援にあると考えている。住民力の掘り起こしを始めているが、住民が自ら行動するまでは試行錯誤の連続であり、様々な助け合い・支え合いの仕組みを創り出し発展させていく必要がある。住民の主体性が重要と捉えており、時間をかけながら生活支援体制整備事業等を通じて取り組んでいる。（郡上市）。
- 活動に至らずとも、住民として医療・介護等の社会資源を適切に理解し利用することが重要であり、先述した医療介護連携の取り組みとして広報紙等による啓発を行っている（郡上市）。
- 住民への説明は丁寧にやっていくしかない。モニタリング会議、自治会での懇談会等で説明している。郡上市には4つの病院があるが、病床が一番多くても200床はない。将来人口が減れば1病院になるというのはあり得るが、それぞれの病院が機能を分担し、強みをどう活かすかなどを考えるべきで、過程が重要であると考えている。

<国保直診の役割及び取り組み>

- 地域の中においてこういった役割を果たすべきか明確にする必要がある。市内には2公立病院3民間病院（1つは精神科病院）があり、特に精神科病院を除く4病院間での役割分担は今後地域包括ケアを推進するうえで重要な課題であるが、会議を繰り返す中で全体の方向性がなかなか生まれてこない（地域全体を見る方向に向きにくく、自施設の継続を中心とした見方が強い）ため、当院はむしろ一定の役割を担うことを明確に示す方向に転換した。
- 当院は、地域包括ケア病院・小規模多機能病院として、ポストアキュートケア・サブアキュートケア・レスパイトケア・在宅復帰在宅支援、予定入院（教育入院や機能評

価入院など)・地域ヘルスプロモーション支援、特定健診などの保健事業、医療介護連携、介護予防事業さらにはへき地医療支援を担い、その対象コミュニティを白鳥町、郡上市北部地域、郡上市、岐阜県北西部地域とその時々で定義し、その地域で生活する人生の大部分を支えることを役割と考えている。

- 郡上市の国保診療施設はへき地に点在しており、周辺に社会資源が乏しいことから、保健、医療、介護、福祉を包含する住民の窓口としての役割を果たしている。国保診療施設を起点とした小地域の保健医療福祉のネットワーク、また国保白鳥病院を基幹病院として他の診療所群と一体となった地域医療センターとして自治体をまたぐ広域連携による仕組みを通じて、機能補完をしながら保健医療福祉を横断する取り組みを進めている(郡上市)。

<自治体の役割及び取り組み>

- 方向性は健康福祉推進計画によって明示されており、それを推進するためにベクトルを合わせる支援と、住民及び専門職の地域包括ケアへの理解の向上が重要であり、そのためには住民や専門職に分かり易く提示することに取り組む必要がある。
- 様々な協議体、会議、団体があるが、有機的に連携するために更なる調整が必須であり、全体を俯瞰できるコーディネーターの養成を検討する必要がある。
- 住民主体活動も旧町村間で格差があり、旧町村内においても地域間格差が認められることもある。資源が乏しいため、郡上市全体のビジョンをベースにいろいろな活動をリンクさせる必要があるが、自領域以外に目を向けることは必ずしも多くなく、縦割りのな取り組みになりがちであり、この点の解消に取り組む必要がある。
- 地域包括ケアシステムにおける現状分析と課題を抽出し、その内容を医療、介護、福祉施設等で情報共有するとともに、公立、民間一体となって連携への取り組みを推進する(郡上市)。

<人材の確保及び育成に向けた課題及び取り組み>

【国保直診の管理者の承継に向けた課題及び取り組み】

- 国保直診などの公立医療機関には定年退職があるものの、医師確保が困難であるため定年後も雇用が維持されるが、それもいずれは限界が来るため、より早い時期から中長期的な構想を検討しておく必要がある。大学に依存する場合も同様である。
- 根底に流れるフィロソフィーを共有しておくこと、共に働く時間を作ること、あまり年齢が近いと次の院長の実動期間が短くなるためある程度の年齢差を持っていること、こうした人材を中長期的視点で確保しておくことが必要である。
- 働く価値を発信し続けられるかが重要。多様な価値観の中で、その価値を共有出来る必要があると思われる。そのためにはいろいろとコミュニケーションをとる場が必要である。

【国保直診の医師の確保及び育成に向けた課題及び取り組み】

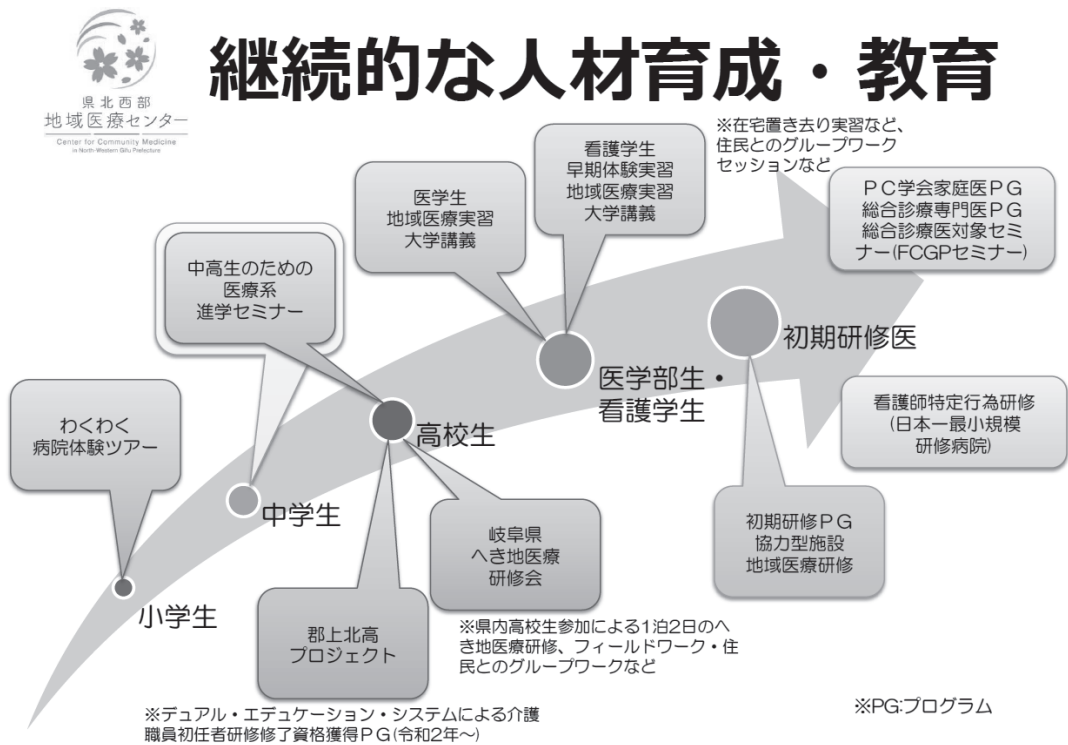
- 総合診療医を求めているが、そもそも医学生や医師に総合診療医の価値やその役割に対する認識が不足していることから、総合診療医を目指す若手医師が少ない。また、地域住民についても、総合診療に対する認識が不足している。
- 岐阜大学の教育に関与することで、へき地医療を学ぶ場として県内で位置づけられ

ている。

- センターの体制により複数の医師が診療所一人医師をバックアップする体制を構築しており、へき地診療所に勤務する医師への負担を軽減することにより、一人診療所で勤務するハードルを少しでも下げられるようにしている（郡上市）。
- 自治医科大学卒業医師の派遣を県に要望したり、医師を目指す高校生に対する岐阜県へき地医療研修会を県と共同で開催したりしている（郡上市）。

【国保直診の医師以外の職員の確保及び育成に向けた課題及び取り組み】

- 支える側の人口も減るため異種業者間での獲得競争となるが、医療介護専門職は免許制であるため、ハードルが高くなる。他地域からの確保も容易ではない。
- 一方、県北西部地域医療センターの価値観、めざすところに合った職員確保も重要であり、単に数合わせのためだけの職員雇用は組織を維持するうえでマイナスになるリスクもはらんでいる。そのバランスを図るとともに、入職後の学びの環境にも取り組む必要がある。
- 看護学生向けの地域医療実習、看護師向けの特定行為研修を実施している。
- 中高生のための医療系進学セミナーの開催（県北西部地域医療センター主催）、郡上北高校との介護職員初任者研修修了資格獲得プログラム（デュアル・エデュケーション・システム）の導入、医療職を目指す学生に対する就学資金の貸付等を行っている（郡上市）。



(出典：県北西部地域医療センター作成資料)

4. 愛知県北設楽郡東栄町・東栄医療センター

【本事例のポイント】

1. 規模・機能の縮小という厳しい状況が続く中、近隣の医療機関との連携等により地域包括ケアシステムへの影響を最小限に抑えるとともに、地域住民に対しては、地区懇談会や病院だより（診療所だより）などにより広く情報を発信するなど、規模・機能の縮小について理解を得られるよう試みた。
2. 病院の中に地域包括支援センターがあること、また併設する老人保健施設の閉鎖により、地域の中での医療の役割を「生活支援」と捉え、介護、医療に分けることなく、自宅での生活まで連続したケアを提供できるよう取り組んできた。
3. 介護保険事業計画や地域包括ケアシステム構想などを町の担当者とともに立案・企画することにより、行政の中に、地域を見据えられる視点を持つ人材の育成を目指してきた。

本事例のポイントは、医師、夜勤を担う看護師、介護職員等の不足による医療提供体制の変化を要因とする規模・機能の縮小という厳しい状況が続く中、地域住民の理解を得られるよう試みたことである。その背景には、地域住民に対する適切な情報発信とともに、地域包括ケアシステムへの影響を最小限に抑えられたことがあると思われる。


具体的には、次のとおり。

- ・救急の受け入れ制限については、平成 19 年の公設民営化の当初から住民に説明し、体制としてはやむを得ない、と概ね認識してもらっていた（公設民営化後は 1 日に 1～2 人程度）。
- ・透析については町外からの患者が多く（町内 5 人、町外 10 人）、急変時の対応も難しくなり、安全性が担保できなくなったため、昨年中止した。
- ・在宅看取り（年 10～15 人）などはあまり変わっていない。
- ・新城市民病院の勤務医師の体制が強化され、バックベットの役割も同院が担うことから、急性期の医療提供体制はある程度確保できている。

また、もう 1 つのポイントとして、2016 年、併設する老人保健施設の閉鎖を機に、地域の中での医療の役割を「生活支援」と捉え、病棟を「地域の暮らし応援病棟」と称して、介護、医療に分けることなく、自宅での生活まで連続したケアを提供してきたことがある。

具体的には、認知症ケアの徹底と各種勉強会の開催、認知症ケア専門士、おむつフイッター等の資格取得の励行である。

■ 東栄町の状況（令和2年4月1日現在）

地域概況	愛知県の東部、北設楽郡の南東部に位置し、東は静岡県浜松市（佐久間町）、西は北設楽郡設楽町、南は新城市、北は北設楽郡豊根村に接し、総面積の約91%が山林・原野で占められている。	
総人口	3,107人	
65歳以上人口	1,540人	
（うち75歳以上）	932人	
高齢化率	49.6% （県平均24.9%）	
要支援者数	85人	
要介護者数	271人	
面積	123.4km ²	
人口密度	25.2人/km ² （県平均1,458.2人/km ² ）	

※要支援者数、要介護者数については、独立行政法人福祉医療機構のホームページによった（平成29年5月現在）。

■ 東栄町の主な医療・介護施設数（令和3年3月20日現在）

病院	0	総病床数	0
有床診療所	1	総病床数	19
無床診療所	1	歯科診療所	1
訪問介護	1	訪問看護ステーション （みなし指定の訪問看護を含む）	2
通所介護	2	通所リハビリテーション （みなし指定の通所リハを含む）	0
短期入所生活介護	0	小規模多機能型居宅介護事業所	
認知症対応型共同生活介護	1	居宅介護支援事業所	1
介護老人福祉施設	1	定員数	80
介護老人保健施設	0	定員数	0
介護療養型医療施設	0	定員数	0
介護医療院	0	定員数	0

■ 東栄医療センターの状況（令和2年4月1日現在）

病床数	一般病床 19
併設施設	なし
指定等	在宅療養支援診療所
年間延患者数（令和元年度）	入院 2,850、外来 27,364、在宅 510
在宅サービス実施状況 （令和元年度）	往診 98、在宅患者訪問診療 510、在宅患者訪問看護・指導 6、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理 120、訪問看護ステーション等への指示書の交付 10、居宅療養管理指導（介護予防含む） 213、訪問リハビリテーション（介護予防含む） 2,229
在宅看取り・施設看取り数 （令和元年度）	在宅看取りを行った人数 8（同一法人内） 施設看取りを行った人数 21（同一法人外）

(1) 再編統合の概要及び地域包括ケアシステムへの影響

<再編統合プロセスの概要>

【公設民営化】

- 公設民営化する前、病院の経営が最も厳しかったのは平成 15～16 年頃であった。平成 17 年に総務省公営企業等経営アドバイザー派遣事業が実施され、公設民営化への移行を主とした報告書が提出された。これを受け、町として公設民営とする基本方針を固め、経営はすでに改善傾向にあったものの、平成 19 年に公設民営化するに至った（指定管理者：医療法人財団せせらぎ会）。
- 公設民営化のメリットは、経営判断のスピードが速いことであり、経営の面でも医療の質の面でも有利に働いた。デメリットとしては、医療が住民の手から離れてしまったこと、議会も住民も公設民営化に満足していたこと、指定管理者である医療法人財団せせらぎ会の負担が大きかったことであった。
- 公設民営化の契約期間である 10 年間は病院を維持する、という計画であった。医療需要のピークが平成 25～26 年くらいであったが、ピークを乗り切ることが最優先課題と思っていた。自治体として中長期的な見通しは立てられず、1 年 1 年が危機的な状況にあった。

【再び公設公営化】

- 人口減少、高齢化などにより入院患者が激減し、医師、看護師などの確保の問題などから公設民営での運営が大変厳しい状況となり、2018 年 4 月に再び公設公営（町の直営）となった。
- 2018 年度末で東栄病院を廃止し、2019 年度から東栄医療センター（19 床の有床診療所）として現在に至っている。
- 経営の見通しも含め、民営化の維持は難しいと東栄町に訴え続けて実現した。
- 議会で医療に関する議論をお願いしてきたが、公設民営化が終わるときにはじめて話題となった。それまで規模を縮小しても議会で議論されることはなかった。無床診療所化を掲げる町長が再選する時点までで、対住民、対議会で苦勞することはなかった。

【機能の縮小】

- ひたすら機能の縮小を行ってきた。主な理由は看護師の夜間の勤務体制である。
 - ・2010 年 介護療養病床 30 床を老人保健施設へ転換
 - ・2014 年 夜間救急受け入れ制限
 - ・2016 年 老人保健施設を廃止
 - ・2017 年 地域包括支援センターの受託終了
 - ・2019 年 病床を 19 床として有床診療所化、同時に救急受け入れ停止
 - ・2020 年 透析医療中止
 - ・2022 年 無床診療所化を予定（背景として、人口減少、自治医大医師派遣による新城市民病院の体制強化等）
- ※その他、町内でデイサービス事業所、居宅介護支援事業所の廃止あり。

<地域包括ケアシステムへの影響>

- 病院の中に地域包括支援センターがあり、医療と生活支援に連携して取り組むことができた。
- 地域包括支援センターの受託先が社会福祉協議会になり、医療と介護と福祉の連携が上手くいっていない（東栄町）。
- 地域包括ケアシステムの中で、東栄病院は医療だけでなく、生活そのものを支えるという面でも重要な役割を担っており、システムのリーダー的存在であった。そのため、多くの関係事業所が東栄病院に依存していた。医療センターとなって規模機能の縮小が進む中、センターに役割を依存していた事業所は新たな課題を抱える状況となった（東栄町）。
- 救急の受け入れ制限については、公設民営化の当初から住民に説明し、体制としてはやむを得ないのではないかと概ね認識してもらっていると考えていた。公設民営化後には、深夜の時間外診療は1日に1~2人となり、0人のときもあった。
- 透析は生活に基づく医療なので、できるだけ継続すべきだと考えていたが、町外からの患者が多く（町内5人、町外10人）、急変時の対応も難しくなり、安全性が担保できなくなったため、昨年透析医療を中止した。現在、救急医療、透析の存続、入院医療の継続を望む住民活動が一部で発生している。
- 在宅看取り（年10~15人）などはあまり変わっていないと思う。
- 住民が求める医療（急性期）と東栄病院の医療が合わなくなってきた。新城市民病院に自治医科大学卒業医師が勤務するようになり、この地域の急性期医療が行われている。
- バックベットの役割は新城市民病院が担うが、移動に40分程度かかるので負担はある。
- 機能の縮小については、住民はそこまで困ってはいないと感じている。
- システムは医師が変わると大きく揺らぐ。これまで過去の延長線上で行ってきたと思う。医師に限らず、スタッフ、住民に大切なことが伝わっていれば、何か残っていくものもあると考えている。

<将来に向けた再編統合の可能性>

- 地域医療構想とは関係なく、町内部の事情により無床診療所化へと進んでいる。周囲の医療機関との連携の枠組みは、義務後も含めた自治医科大学卒業生の所属をもとに、4つの選択肢がある。
 - ・新城市民病院を中心とした東三河北部公的医療機関の連携
 - ・北設楽郡内の2~3の公的医療機関の連携
 - ・新城市民病院に附属する形での東栄診療所（仮）
 - ・東栄診療所（仮）単独

(2) 地域包括ケアシステムの現状

<地域包括ケアシステムの現状>

- 東三河北部は人口約5万人で、中心となる医療機関は新城市民病院である。その新城市民病院はプライマリケア、総合診療を得意として、高次医療には対応できていない。医療圏としては不完全であるが、広大な面積を理由に特別に2次医療圏の存続を許されている。
- 医療圏内の医師、看護師不足は長らく続いており、すでにここ数年で一般病床を廃止した病院、無床診療所化した病院、当院のように有床診療所から無床診療所へ転換していく病院があり、特に紹介しなくても急性期病床が消失していった。
- 当院は、もっぱら看護師、介護スタッフの不足の状況に合わせて事業を縮小してきた。2014年夜間救急受け入れ制限、2016年老人保健施設廃止、2019年有床診療所化、同時に救急受け入れ停止、2020年透析医療中止、さらに2022年7月無床診療所化での新築移転を計画している。町内では、介護事業もデイサービス事業所の廃止、居宅介護支援事業所の廃止と、縮小が続いている。2017年東栄病院の地域包括支援センターが委託先変更となり、社会福祉協議会が受託した。これまでの蓄積が一気に消失するとともに、医療との関係が希薄化した。
- これらの結果、ここ2~3年で早期に施設入所する高齢者が目立つようになり、訪問診療、在宅介護を要する高齢者は地域の中から流出し続けている。町内には特養80床とグループホーム27床がある。介護需要のピークは数年前に過ぎており、在宅で困ればすぐに入所というケースが増えていて、在宅が可能と考えていた住民でも入所となることもある。
- 在宅福祉と施設福祉のバランスが悪い。要介護2でも施設に入ってしまうため、在宅福祉の規模が縮小されている（東栄町）。
- 町役場自体も含め、各事業所は人材確保も経営状態も厳しい状態が続いている。自転車操業を繰り返すことにより事業所間の連携は薄れ、システムとしては崩壊しつつある。

<地域包括医療ケアに向けた取り組み>

- 2001年の新病院建設委員会分科会で、1年半かけて東栄町の医療の在り方を検討した。2007年の公設民営化以降は、3年毎の介護保険事業計画について、東栄町の介護医療福祉を考える会、東栄町医療の在り方検討委員会、東栄病院整備検討委員会などで時間をかけ、町担当者とともに立案・企画してきた。2016年には町介護保険担当者と地域包括ケアシステム構想（案）を作成し、同年9月議会に提出したが、施策として実行するのは難しかった。
- おいでん家：最期まで家、地域で生活し続けるための拠点とするべく、2015年より順次11地区で「おいでん家」（高齢者サロン）が立ち上げられた。このおいでん家に対し、勉強会開催に対する講師の派遣、病院スタッフの研修の場として、さらには昨年からのコロナ感染症対策の一環として、スタッフの派遣を行ってきた。おいでん家の支援員に対する勉強会を地域包括支援センターで開催し、おいでん家に関連するテーマでの勉強会を繰り返し行った。
- 運動器検診：2012年より浜松医科大学整形外科学教室の支援の下、ロコモティブシ

ンドロームに対する検診、各種事業を行っている。2014年からは介護予防事業「ロコンティア」で認知症対策と併せて運動器対策事業を実施、さらに2019年～2020年にはモデル地区での介入研究を行った。

<医療・介護連携に関する具体的な取り組み>

- 地域包括支援センターの受託：2007年東栄病院の公設民営化に合わせて、地域包括支援センターを受託した（2007～2017年）。高齢者世帯の全戸訪問、町や社協、介護事業所と連携した認知症対策事業、各種勉強会、計画策定に参画した。
- 北設医療支援チーム：郡内公的診療所の常勤医師不在を機に、2014年東栄病院内に北設医療支援チームを立ち上げた。2015年からは県医師会から受託する形で在宅医療サポートセンターに移行、在宅医療介護連携推進事業の取り組みを北設楽郡3町村と医師会の連携する事業として活動を行った。
- 地域まるごとケア勉強会：北設楽郡医師会認知症対策事業並びに地域包括支援センターの共催の形で、2015年10月より月1回の勉強会を始めた。町、町内の病院、介護事業所等の有志によって運営され、講師は町内の地域包括ケアに携わるものとし、専門職のみならず一般住民も含めた勉強会となった。
- 認知症対策：2010年に行われた東栄町の介護医療福祉を考える会での議論をもとに、地域包括支援センター、ケアマネジャー、役場職員、社協職員と協働した網羅的な認知症対策を行った。地域のお年寄りの集まる場所のみならず、学校、職場、さらにはお寺にて、認知症サポーターの養成を基にする勉強会を開催した。
- 地域の暮らし応援病棟：2016年に併設する老人保健施設を閉鎖した。それを機に、地域の中での医療の役割は生活支援であると捉え、介護、医療に分けることなく、自宅での生活まで連続したケアを提供できるよう心掛けた。認知症ケアの徹底と各種勉強会の開催、認知症ケア専門士、おむつフitter等資格取得の励行を実施した。病院から地域に出た職員の意識が一番変わったのではないかと。在宅看取りをした家族などは、一緒に苦楽を共にしてきた仲間となっている。
- 町内の連携としては、長きにわたり医療・介護の連携の場としてケアマネジャー主体の「サービス調整会議」が存在していたが、自分の担当者に関わることに重きが置かれ、単なる情報交換になり上手く機能しなくなった。そのため、地域ケア会議の見直しの中で、新たに専門職会議を設置。地域包括支援センターが主体となり、地域の課題の共有、課題解決に向けた協議の場としている（東栄町）。
- 広域的な取り組みとして、「在宅医療介護サポートセンター事業」を北設楽郡3町村で東栄医療センターに委託している。個別的なケース対応の他、広域的な連携に係るサポートを担っている。特に行政と医療を繋げる役割を担っており、今後も重要と考えている。現在、多くの課題を抱えている連携ツールとして数年前に導入した「電子@連絡帳」について、3町村全体で医療・介護の連携に活用できるよう見直しを進めている（東栄町）。

<地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組み>

- おいでん家（既述）。
- 地域の横のつながりの存続と「最期まで地域で生活し続けられる」町づくりのため、多機能拠点施設を各地域に設置（当初12施設→現在11施設）。2018年度は延べ12,438

人、2019年度は延べ11,035人の住民が利用し、介護予防を中心とした活動に参加している（東栄町）。

(3) 今後の地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みについて

<地域住民に理解・協力を得るための課題及び取り組み>

- 多職種が連携し地域の問題を共有し目的を一致させ、地域の中の一人の住民をいろいろな角度、目線で支援していく。多職種のみでなく、地域住民や他地域に住んでいる家族に、地域包括ケアシステムの必要性を理解して頂くための啓発も必要。地域ケア会議、事例検討会で問題を抽出している。
- 次のような取り組みを行っている。
 - ・東栄病院主催の地区懇談会：2006年公設民営化についての説明会を発端とし、以後毎年町内10～11地区において地区懇談会を開催した。東栄病院の現状についての報告とともに、地域包括ケアシステムにかかわる勉強会、さらには若い医師、医療従事者の発表の場として活用したが、公設民営化の終了とともに中止した。
 - ・病院だより（診療所だより）：2004年に開始した。地区懇談会と同様、情報伝達の手段として町内全戸配布、病院での配布を行っている。
- 住民は「難しいことはわからないので病院に任せる」姿勢を続けた。状況が悪くなってからは「しょうがない」と受け入れるものが多いが、これまで通りのサービスを維持するよう要望する意見もある。議会も同様である。
- 今の地域包括ケアシステムの考え方は、個人の尊厳と自立のため「細分化された事業所、住民がそれぞれの領分を守りつつ、連携を進めている」ように見える。役割分担のあまり、目的を一致させた協働になっていないことを実感することが多い。介護保険の限界が地域包括ケアシステムの足かせになっているのではないか。地域包括ケアシステムは、地域存続のためのツールである。地域のお年寄りが最期まで役割を持って自宅で生活し続けるために、専門職も家族も近所の人も一緒に力を合わせて協力するのが理想の姿であると思う。
- 多機能拠点施設は、最初の地区での取り組みから6年となるが、行政主導の取り組みであるため継続している面がある一方で、中身の拡充が図れない現状もある。今後も必要な拠点施設であり、地域包括ケアシステムの中で重要な役割が果たせる場と考えているが、現状のままでは地域の高齢化、特に現場で活動にあたる支援員の高齢化により事業の継続が難しくなると考えており、今後の重要な課題である（東栄町）。
- 現状、地域包括ケアシステムについて、地域住民や団体等と共通理解ができる場を設けることができていない。他課が主催する「町づくり座談会」や自主組織の地域の勉強会はあるがうまく活用できていない。担当係のマンパワー不足もあり、手が回らない現状である（東栄町）。
- 今年度、地域ケア会議の見直しを行った。また、来年度は生活支援コーディネーターを地域包括支援センターに配置することとし、より地域の声をケア会議につなげられるよう、地域包括支援センターとともに体制づくりの検討を行っている（東栄町）。

<国保直診の役割及び取り組み>

- 東栄病院並びに東栄医療センターにおいては、地域の医療は生活支援であり、また地域で生活するための避難場所であると定義した。救急、急性期医療など非日常の医療はそれを目的とした医療機関に依頼し、この地域で生活するための生活支援を医療の視点から行うことが最も重要な役割と考えている。自宅で最期まで生活するという目標から離れてしまった介護とどう関わるか、これが現時点で最も大きな課題である。
- 東栄医療センターは「病気を診る」だけでなく「生活を診る」ことができる医療機関と考えている。『最期まで地域で生活し続けられる町』であるためには、住民の地域での生活を知っている、理解している視点を持つ人材を育成してきた東栄医療センターの役割は非常に大きいと考えている（東栄町）。
- 外来～入院～在宅看取りを通じて「生活を診る」役割を果たしていた東栄医療センターが、今後無床診療所となることで大きくその機能が変化することは考えられるが、「生活を診る」ことで住民の健康な生活を守っていく役割は継続して欲しいと考えている（東栄町）。

<自治体の役割及び取り組み>

- 地域の将来像に基づく地域住民の生活像の提示・共有化とビジョン作成、具体的な仕組みづくり及び人材育成、これらを包括的・継続的に行うための部門の設置。町の中核に地域を見据えられる人材を配置し、町を動かしていくだけの力を蓄えることが重要で、そのための仕組みづくりが肝だと思う。
- まず、地域全体で地域の課題を共有すること、その上でどんな町を目指していくのかを共有することができて初めて様々な事業が活きてくるように思われる。そこに取り組んでいくことが行政としての役割と考えるが、地域のことを理解できていない職員も多く、その役割を果たせるだけの余力がない現状がある（東栄町）。
- 医師確保については、新城市民病院では自治医科大学卒業医師の派遣が増え、医師不在であった公的診療所の常勤医が確保できたこともあり、自治体間（新城市、北設楽郡3町村）の連携は進んでいない。

<人材の確保及び育成に向けた課題及び取り組み>

【国保直診の管理者の承継に向けた課題及び取り組み】

- 規模機能の縮小といった姿を変えていく状況において、地域の将来像を基に日々の臨床、医療機関の管理運営を共に経験することが重要と考える。
- 後継者の確保のため、この地域で生活できる環境整備をはじめ、処遇の改善に取り組んでいる（東栄町）。

【国保直診の医師の確保及び育成に向けた課題及び取り組み】

- 地域で医師を育てる視点が大きい不足している。東栄で生まれ育った町民から東栄病院に奉職した新たな医師、看護師は、この20年で1人だけであった。
- 地域の中での医療の視点を、五感を通して伝えることが重要である。病院での目の前の患者、家での姿、地域での様子、そして最期の姿とその前後の家族の変化、それらの違いや変化を実感できる場の提供により、その医師の地域の中での役割を感じる

ことができれば、それを医療に携わる者の育成の第一歩としたい。

【国保直診の医師以外の職員の確保及び育成に向けた課題及び取り組み】

- 地域の中で医療従事者を育てる発想が、現状では乏しい。自分の子供達をこの地域で働かせたいと考えている者はわずかだと思ふ。また、医療をうまく活用するためのしぐみがない。
- 医師と同じで、医療機関の中には生活支援にかかわることはできないし、その視点も獲得できない。
- 次のような制度がある（東栄町）。
 - ・東栄町医療介護職等修学資金貸与：各種専門職を養成する学校等に在学する者で、将来町内の事業所に就労しようとする者に対し、一月5万円から15万円の範囲で修学資金の貸与を行う。
 - ・東栄町看護師就職支度金貸与：看護師又は准看護師として医療センターに勤務する意志のあるものに対し、支度金として1人あたり300万円を上限に貸与を行う。
 - ・東栄町介護職員就職助成金：町内の医療機関、介護事業所等に就職する介護職員に対し、助成金として30万円を交付。
 - ・北設楽郡看護師就職助成金：北設楽郡内の診療所又は訪問看護ステーションに就職する者に対し、助成金として30万円を交付する。

5. 広島県庄原市・庄原市立西城市民病院

【本事例のポイント】

1. 合併前の旧西城町の地域包括ケアに関する取り組みを、旧西城町以外の地域での講演、出前講座、健康祭りへの参加等により、庄原市全域に拡大した。
2. 病院と同じ敷地内に保健福祉総合センター（市の市民生活室、地域包括支援センター、社会福祉協議会、ボランティアセンター、シルバー人材センター、訪問看護ステーション、老人介護支援センターを併設）が設置されており、センターとの密な連携のもと、地域包括ケアを推進している。
3. 地域医療連携推進法人の設立により新たな医師確保の仕組みを構築するとともに、法人内の4病院が一丸となり、地域包括ケアの推進にも取り組んでいる。

本事例のポイントは、①合併前の旧西城町の地域包括ケアに関する取り組みを、庄原市全域に拡大したこと、及び、②設立母体が異なる4病院による地域医療連携推進法人の設立により新たな医師確保に取り組むこと、法人内の4病院で地域包括ケアが推進されていることである。


①については、国が地域包括ケアを推奨し旧西城町をモデルケースとして取り上げたこともあり、合併後には庄原市としても拡大化に取り組むようになった影響が大きかったものと思われる。シームレスな保健・医療・介護システムとなるよう、訪問看護ステーションを増やす等、市全域で取り組んでいる。

また、旧西城町では病院を中心とした地域包括ケアを構築していたが、介護施設を基盤としたり、開業医がボランティアを支えたりといった、地域によって様々な地域包括ケアが構築されていることも興味深い。

②については、医師その他の医療従事者が少ないために地域医療にも地域包括ケアにも満足に取り組めていない、という強い危機感を4病院の院長が共有していたことから、設立母体の枠を超えた地域医療連携推進法人の設立が実現した。

また、法人の目標の1つに「地域包括ケアの推進」を掲げ、4病院及び地域が一丸となって地域包括ケアの推進に取り組んでいる。医師及び医療従事者の確保のための地域医療連携推進法人の設立という再編統合を逆手に取った「新たな地域包括ケアの拡大モデル」ともいえることから、再編統合は地域包括ケアの取り組みを拡大させるチャンスとも捉えられる。

■ 庄原市の状況（令和2年4月1日現在）

地域概況	平成17年3月31日、近隣の1市6町（西城町、東城町、口和町、高野町、総領町）が合併し、庄原市となった。	
総人口	34,559人	
65歳以上人口	14,865人	
（うち75歳以上）	（8,671人）	
高齢化率	43.0% （県平均29.0%）	
要支援者数	805人	
要介護者数	2,431人	
面積	1,246.5 km ²	
人口密度	27.7人/km ² （県平均330.0人/km ² ）	

■ 庄原市の主な医療・介護施設数（令和2年4月1日現在）

病院	5	総病床数 577 （一般 311、療養 264、感染症 2）	
有床診療所	2	総病床数 21（一般 12、療養 9）	
無床診療所	34	歯科診療所	18
訪問介護	11	訪問看護ステーション （みなし指定の訪問看護を含む）	16
通所介護	11	通所リハビリテーション （みなし指定の通所リハを含む）	5
短期入所生活介護	12	小規模多機能型居宅介護事業所	6
認知症対応型共同生活介護	7	居宅介護支援事業所	19
介護老人福祉施設	8	定員数 342	
介護老人保健施設	3	定員数 187	
介護療養型医療施設	0	定員数 0	
介護医療院	1	定員数 40	

■ 庄原市立西城市民病院の状況（令和2年4月1日現在）

病床数	一般病床 54
併設施設	歯科診療所、訪問看護ステーション（訪問リハビリを含まない）、通所リハ事業所、訪問リハ事業所、介護老人保健施設
指定等	救急告示病院、在宅療養支援病院（単独型） へき地医療拠点病院
年間延患者数 （令和元年度）	入院 16,180、外来 38,600、在宅 357
在宅サービス実施状況 （令和元年度）	往診 30、在宅患者訪問診療 357、歯科訪問診療 19、在宅患者訪問看護・指導 4,534、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理 576、訪問看護ステーション等への指示書の交付 600、居宅療養管理指導（介護予防含む） 300、訪問看護（介護予防含む） 4,534、訪問リハビリテーション（介護予防含む） 576
在宅看取り・施設看取り数 （令和元年度）	在宅看取りを行った人数 9（同一法人内） 施設看取りを行った人数 5（同一法人内）

(1) 再編統合の概要及び地域包括ケアシステムへの影響

<再編統合プロセスの概要>

【合併】

- 平成17年3月、近隣の1市6町（西城町、東城町、口和町、高野町、総領町）が合併し、庄原市となった。総面積は広島県の約14%を占め、近畿以西では最大の広さとなっている。
- 合併した地域には医療機関が少なく、地域包括ケアが浸透していないにも拘わらず高齢化率は50%に近く、地域包括ケアの構築は喫緊の課題であった。当院による旧西城町以外の地域での講演、出前講座、健康祭りへの参加等により、庄原市全域に地域包括ケアの考え方が拡大した。

【地域医療連携推進法人化】

- 広島県三次市、庄原市で構成される備北医療圏は約2000k㎡という広大な土地に、当時の人口はわずかに約9万4000人という過疎地域であり、急性期医療を担う病院は4病院（市立三次中央病院、三次地区医療センター、庄原市立西城市民病院、庄原赤十字病院）のみであった。
- 各病院は長年医師の確保に悩まされてきた背景があり、医師その他の医療従事者が少ないために地域医療にも地域包括ケアにも満足に取り組めていない、という強い危機感を共有していた。4病院の院長全員が広島大学出身で元々連携がうまくいっていたこともあり、これまでも中山間部病院連携地域医療研修プログラムを共同で立ち上げる等、様々な医師確保対策を講じてきたが、目に見える効果が得られなかった。
- 地域医療連携推進法人制度ができたことに加え、県からの働き掛けもあり、この制度による新たな医師確保の仕組みを提案したところ、設立母体である三次市、庄原市、三次市医師会、日赤本社の賛同が得られ、平成29年4月の設立につながった。なお、庄原赤十字病院は本部の承認後に遅れて参加した。①医療従事者を確保・育成する仕組みづくり、②地域包括ケアの推進、③共同購買の仕組みづくり、④共同研修の仕組みづくり、の4つの目標を掲げ、効果を上げている。
- 元々、三次市と庄原市は保健所が同じであり、顔を合わせる機会も多かった。三次市と庄原市の首長も前向きであり、市の幹部も乗り気になった。三次市医師会も賛同し、特に反対意見は出なかった。
- 法人化に対する住民の反応はあまりなかった。住民は今まで通りの医療が提供されれば良いという考えであり、特に反対意見はなかった。
- 庄原市単独では人口も少なく、全国への発信力も小さいということがあり、三次市を含む2次医療圏単位での法人化となった。

<地域包括ケアシステムへの影響>

【合併】

- 旧西城町では病院を中心に地域包括ケアを構築していたが、介護施設が基盤となっている地域もある。シームレスな保健・医療・介護システムとなるよう、市全域で取り組んでいる。
- 国が地域包括ケアを推奨し、旧西城町をモデルケースとして取り上げたため、合併後、庄原市も拡大化に取り組み始めた。訪問看護ステーションを地域包括ケアの肝と捉えており、サテライト型の訪問看護ステーションを増やしている。
- 合併後、地域包括ケアへの取り組みに関し、開業医はスタッフを抱えるのが難しいため、ボランティアを確保して開業医が支える等、様々な形の地域包括ケアが出来上がった。
- 地域包括ケアは、ケアマネジャーを中心に浸透してきた。ケアマネジャー抜きでは地域包括ケアは成り立たない。
- ボランティアの育成のため、シルバーリハビリ体操への参加等を通じ、地域包括ケアシステムについても理解を深めてもらっている。

【地域医療連携推進法人化】

- 法人化の前は各病院が患者の抱え込み等をしていたが、現在は地域包括ケアに対する意識は高い。三次市では、開業医が地域包括ケアの要となっている。
- 合併後に開催されている市や医師会主催の開業医を含む多職種研修会で、地域包括ケアの考え方を説明してきた。グループワークなどで様々な方々との交流があったが、地区の代表も参加しており、内容を広げてもらった。

<将来に向けた再編統合の可能性>

- 人口減少が続いており、将来的には病院の経営が困難になることも想定される。また、人口減少の影響は、自治体の合併や医療機関同士の機能分化、再編及び統合といった議論に発展することも懸念されるが、あくまでも、地域住民の安心・安全をどう確保するか、いわゆる地域医療を守っていくための検討をする時期がくるものと考えている。

< 地域医療連携推進法人（備北メディカルネット） >

○平成 29 年 4 月 1 日設立

○参加法人

・日本赤十字社：庄原赤十字病院、三次市：市立三次中央病院、庄原市：庄原市立西城市民病院、一般社団法人三次地区医師会：三次地区医療センター

○理念：医療機関相互の業務の連携を推進し、地域において、良質かつ適切な医療を効果的に提供できる地域完結型医療の実現を目指す。

○運営方針：安全かつ安心な医療提供体制を迫及する、医療従事者がやりがいを持って働くことができる環境作り、医療機関の安定的経営を迫及する。

○医療機関の連携に関する事項及び目標

① 医療従事者を確保・育成する仕組みづくり

中山間地域で安定的に医療サービスを提供するため、地域全体で医療従事者を確保、育成する仕組みを構築する。

② 地域包括ケアの推進

地域包括ケアシステムの構築に向けた地域の取り組みを支援する。

③ 共同購買の仕組みづくり

医薬品、診療材料、医療機器の購入に際して、参加病院が共同で価格交渉することでスケールメリットを活かしたコスト削減を図る。

④ 共同研修の仕組みづくり

各病院が行っている各種研修（接遇、医療安全、クレーム対策等）を参加病院において共同で実施することにより、研修効果の向上、受講機会の拡大を図る。

⑤ 介護事業、その他地域包括ケアの推進に資する事項

地域の地域包括ケアシステム構築に向けた地域の取り組みを支援する。

○地域医療連携推進法人の効果

・各病院に大型テレビを導入し、連結して研修会等に利用している。特に、コロナ禍においては好評である。

・医師、看護師の研修に対して補助をしている。

・今後は、看護職員の実習を兼ねた相互派遣も考えている。

・病院診療所、公立私立を問わず医師派遣を行い、地域医療の確保に貢献している。

・医療資材、薬剤の共同購入でスケールメリットを活かし、安価に仕入れている。

・高額医療機器の購入にもメリットが出ている。

（出典：庄原市立西城市民病院提供資料を一部改変）

(2) 地域包括ケアシステムの現状

<地域包括ケアシステムの現状>

- 当院の位置する広島県備北医療圏には急性期病院が4つあるが（三次市に2病院、庄原市に2病院）、地域医療構想調整会議では現状維持で了承されている。
- 介護保険制度が施行された平成12年、病院と同じ敷地内に保健福祉総合センターが設置された。センターとの密な連携のもと、地域包括ケアを推進している。センターには、市の市民生活室、地域包括支援センター、社会福祉協議会、ボランティアセンター、シルバー人材センター、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、老人介護支援センター、デイサービスが設置されている。
- ボランティアの意識が高く、地域包括ケアの考え方をしっかり持って活動しており、地域包括ケアを広げる役割を担っている。

<地域包括ケアに向けた取り組み>

- 現在当院は急性期病床のみであるが、急性期、回復期、慢性期の患者が3:3:3くらいであり、急性期病床については維持していきたい。
- 地域包括ケアシステムには訪問看護が不可欠であり、訪問看護ステーションが無い地域にサテライト型を立ち上げ、在宅リハビリも行っている。
- 庄原市の介護予防事業として、シルバーリハビリ体操指導士を養成している。現在、庄原市内に約150人の指導士がいる。
- 保健福祉総合センターを中心にした地域包括ケアの再構築が必要になる。広大な面積での地域包括ケアを維持するためには、スモールタウン構想、ICTを利用した見守り、通院のための全自動運転による移動手段、医療介護人材の育成・確保が必要であり、地域医療連携法人等の役割が重要になる。
- 地域医療連携推進法人制度を活用した、各医療機関のコメディカルを含む人材支援における相互の協力関係が必要である。

<医療・介護連携に関する具体的な取り組み>

- 庄原市は1市6町の合併により広大な面積を有する地域となったが、当院は旧西城町にあり、保健福祉介護連携を密にして活動している。
- 広域的には、介護予防を含め、尾道市、安芸郡熊野町とともにシルバーリハビリ体操を取り入れ、シルバーリハビリ指導士を養成し、地域で介護予防活動を行っている。

<地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組み>

- 本人及び家族と地域とのつながりを再構築するための活動、見守り合い、支え合いのあるコミュニティづくりとして、各種カフェ活動、ボランティアコーディネーターを配置し、高齢者のボランティアの育成、リハビリ体操指導士養成を行っている。

(3) 今後の地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みについて

<地域住民に理解・協力を得るための課題及び取り組み>

○西城地域は高齢者単独世帯や 2 人世帯が多く、家族が都会に出ていることが多いため、理解を求めるときに出前講座等を行って理解を深めている。

○ACP*を住民に広めている。

※ACP (アドバンス・ケア・プランニング) : 将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと。

○住み慣れた地域で最期まで生活するためには、保健医療介護システムはもとより、①本人と家族の心構え、②専門職による切れ目のない連携と支援体制の構築、③認知症に対する理解と支援、④エンディングノートの理解と普及、が必要である。

○住民の不安や要望を医療機関に伝えるために、見守りや相談ボランティアが必要である (自助、互助)。

○過疎地においては医療や介護の資源に限りがあり、今後も減少が見込まれる一方、地域の結びつきの強さが大きな社会資源である。「誰もが住み慣れた地域で暮らし続ける」ことを目指す中で、身近な地域のつながりや見守り合い、支え合い等の活動は特に重要で欠かせない役割を果たすものである (庄原市)。

○いかにして自分ごと、自分たちごととして理解し、取り組んでもらえるか。生活支援体制整備事業の推進に力を入れ、市として実施方針を策定し、2 層の委託先である社協との定例会議等による連携強化等を行いながら、地道に地域と関わっている。市民啓発研修会、生活支援体制整備事業実践報告会といった学びの機会をつくるとともに、日常生活圏域より更に身近な単位である自治振興区の地域包括ケアを進める取り組みにも着手している (庄原市)。

○安心して暮らし続けることができる地域づくりに向け、「自分ごと、自分たちごと」として地域福祉活動に取り組んでいただき、身近な地域のつながりづくりや見守り合い、支え合い等を進めていただきたい (庄原市)。

<国保直診の役割及び取り組み>

○地域になくってはならない医療機関となるため、地域への出前講座、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、無医地区への移動診療車派遣、健康講座、市行政の活動への支援、教育委員会への協力を行っている。また、各種検診事業、人間ドック等を通じて、生活習慣病の早期発見と生活相談を行っている。

○人口減少の中で当院が行っている地域包括ケアは 1 つの目標となっているが、医療機関の減少、医師の高齢化が問題となっており、今後広域での在り方等に取り組まなければならない。

<自治体の役割及び取り組み>

- 自治振興区を対象に地域包括ケア研修会を実施するなど、地域における身近な単位の構築のあり方について、システムの構築が必要である。

<人材の確保及び育成に向けた課題及び取り組み>

【国保直診の管理者の承継に向けた課題及び取り組み】

- 大学医局の関連病院であるため大学より医師の派遣を受けており、管理者の承継に関しても依頼している。
- 後継者には、この地域の地域包括ケアシステムを維持発展させて欲しい。

【国保直診の医師の確保及び育成に向けた課題及び取り組み】

- 地域医療推進連携法人による研修、地域医療特別講座等により、若手医師の研修を行っている。
- 総合診療専門医の将来像が描けていないことや、当院が内科専門研修の認定施設ではないことから、医局からの医師派遣が難しい。
- 現在は、地域医療連携推進法人に医師を送るという仕組みにはなっていない。診療科で違うが、大学から派遣された医師が、派遣された病院以外の法人内の他の病院を支援する形にはなっている。
- 地域医療連携推進法人として雇い入れを行い、その中でローテーション、研修等を行うことができれば、医師及び医療従事者の確保も順調になると思われる。庄原市は、奨学金制度を設けており活用されている。

【国保直診の医師以外の職員の確保及び育成に向けた課題及び取り組み】

- 庄原市は看護師、薬剤師、理学療法士等の奨学金制度を設けている。本制度及び養成学校へ出向いての就職の案内を行っており、地域包括ケアに関する地域医療特別講座も行っている。
- 法人化したことで、理学療法士や薬剤師などの職員が地域包括ケアに関する講座等の講師をする機会が増えた。また、法人が研修費用の一部を補助する仕組みもある。
- 介護人材の応募がなく確保に難渋している。外国人労働者を雇い入れるための国の取り組み等、行政のシステム作りが急務である。

6. 茨城県筑西市・茨城県西部メディカルセンター

【本事例のポイント】

1. 新公立病院改革プランや公的医療機関等 2025 プランの発表よりも早い時点から再編統合に取り組んでおり、公的病院だけでなく民間病院も含めた再編統合として先例となっている。
2. 医師確保のため、寄附講座として地域臨床教育センターを設置しており、大学のブランチという位置付けで指導医が教育・研修を行っている。
3. 地方独立行政法人化したことにより、①救急等の行政的業務や高度医療等の不採算業務を担いつつ、地域医療の低下を招かない業務推進や、②民間的経営手法による経営基盤の安定化に向けて取り組んでいる。
4. 行政（筑西市）が、地域包括ケアシステムの構築に向けて積極的に取り組んでいる。


本事例は、公的病院 2 病院と民間病院 1 病院による再編統合事例であるが、その背景には、①新医師臨床研修制度の影響等による医師不足により医療提供機能が低下したこと、②東日本大震災により医療機能の縮小を余儀なくされたこと、といった地域の医療提供体制の危機的状況があった。

医師確保に向けた取り組みとして、筑波大学と自治医科大学との 2 大学合同の地域臨床教育センター（筑波大学附属病院・自治医科大学合同茨城県西部地域臨床教育センター）を設置し、研究や教育だけでなく、地域の 2 次救急医療を充実させつつ、地域医療を支える医師の育成を推進しており、医師が継続的に確保されている（現在、両大学から教員 9 名在籍）。

また、地域包括ケアシステムの構築に向け、行政（筑西市）が積極的に取り組んでいる。具体的には、次のとおり。

- ・レセプトデータやアンケート調査等を活用した地域包括ケアシステムの現状分析及び課題の抽出
- ・地域医療連携推進協議会の開催等による医療・介護・福祉施設等との連携強化
- ・地域医療推進センターの設置・運営、「いきいき寺子屋」の開催等による地域住民主体活動等の支援、等

■ 筑西市の状況（令和2年4月1日現在）

地域概況	平成17年3月28日、1市3町（下館市、関城町、明野町、協和町）が合併し、筑西市となった。	
総人口	103,750人	
65歳以上人口	31,943人	
（うち75歳以上）	（15,213人）	
高齢化率	30.8% （県平均29.7%）	
要支援者数	1,384人	
要介護者数	3,659人	
面積	205.3km ²	
人口密度	505.4人/km ² （県平均468.8人/km ² ）	

■ 筑西市の主な医療・介護施設数（令和2年4月1日現在）

病院	5	総病床数 931 （一般282、療養307、精神342）	
有床診療所	5	総病床数 85（一般85、療養0）	
無床診療所	76	歯科診療所	56
訪問介護	20	訪問看護ステーション （みなし指定の訪問看護を含む）	52
通所介護	20	通所リハビリテーション （みなし指定の通所リハを含む）	9
短期入所生活介護	15	小規模多機能型居宅介護事業所	1
認知症対応型共同生活介護	12	居宅介護支援事業所	36
介護老人福祉施設	9	定員数 546	
介護老人保健施設	4	定員数 371	
介護療養型医療施設	1	定員数 50	
介護医療院	0	定員数 0	

■ 茨城県西部メディカルセンター及び筑西診療所の状況（令和2年4月1日現在）

病床数	250
併設施設 ※筑西診療所	訪問看護ステーション（機能強化型、訪問リハビリを含む）
指定等	救急告示病院、茨城県災害拠点病院、茨城県 DMAT 指定医療機関、臨床研修病院（協力型）、在宅療養支援診療所（連携型、※筑西診療所）
1日平均患者数 （令和元年度）	入院 149.3、外来 350.8、在宅 40（年間延患者数、※筑西診療所）
在宅サービス実施状況 （令和元年度）※筑西診療所	往診 184、在宅患者訪問診療 863、訪問看護ステーション等への指示書の交付 344、居宅療養管理指導（介護予防含む） 804、訪問看護（介護予防含む） 467
在宅看取り・施設看取り数 （令和元年度）※筑西診療所	在宅看取りを行った人数 11（同一法人内）

(1) 再編統合の概要及び地域包括ケアシステムへの影響

<再編統合プロセスの概要>

- 茨城県の医療機関の人口 10 万人当たりの施設数・病床数はいずれも全国平均以下で、人口 10 万人当たりの医師数は全国ワースト 2 位、2 次医療圏別の最大格差は 4 倍以上と、深刻な医師不足・地域偏在がある状況となっていた。茨城県に 9 つある保健医療圏のなかでも、筑西・下妻医療圏において中核を担ってきた公立病院等で深刻な医師不足や経営悪化が起き、他医療圏や他県へ患者流出が増加していた（筑西市）。
- 筑西市民病院及び県西総合病院（国保直診）においても、新医師臨床研修制度の影響等による医師不足のため機能が低下した。さらに東日本大震災がもたらした病院建物への直接被害により医療機能の縮小を余儀なくされた（筑西市）。
- 医療提供体制の確保を目指すべく、茨城県は平成 21 年に「医師確保や小児・周産期、救急医療を軸とした地域医療体制の整備」を目的とした茨城県地域医療再生計画を発表。これに基づき、筑西市及び桜川市は、筑西市民病院、県西総合病院の公立 2 病院に、地域で長年にわたり医療提供を行ってきた医療法人隆仁会山王病院を加えた 3 病院を再編統合した。3 病院による再編統合となった背景には、新病院を筑西市内に建設する方向性となり、桜川市内に公立病院が無くなることから、民間病院を枠組みに入れたことがある（筑西市）。
- 再編統合後の 2 病院と診療所、2 大学病院をはじめとする 3 次医療機関、かかりつけ医である 1 次医療機関との役割分担を掲げ、筑西・桜川地域において 2 次救急医療までを完結できる医療提供体制の構築を目指すこととした（筑西市）。
- 再編統合にあたっては、候補地の選定、経営形態を含む再編統合の姿、2 市のコンセンサスの形成等の困難な課題もあったが、県にも入ってもらい、公立 2 病院、医師会等との調整を行った。地域医療構想の調整会議で検討されている新公立病院改革プランや公的医療機関等 2025 プランの発表よりも早い時点から再編統合に取り組んできたことにより、公的病院だけでなく民間病院も含めた統合例として先例となっている（筑西市）。
- 茨城県西部メディカルセンター（筑西診療所を含む）は地方独立行政法人、さくらがわ地域医療センターは公設民営（指定管理者制度）と別組織で運営されているが、定期的に連携協議を行っている。

筑西市民病院（173床（一般173床））	➔	独 法	茨城県西部メディカルセンター （250床（一般250床））
県西総合病院 （299床（一般253床、療養46床））		指 定 管 理	さくらがわ地域医療センター （128床（一般60床、地域包括ケア20床、 療養48床））
医療法人隆仁会山王病院 （79床（一般43床、療養36床））			

※病床数は再編当時

<医師の確保>

- 県の協力もあり、筑波大と自治医大から市医療監として、まず 2 人の医師を招聘するため（将来の理事長、院長）、筑波大と自治医大に医師派遣を依頼した。
- 市の寄附講座として、臨床教育センター（現在は、筑波大学附属病院・自治医科大学合同茨城県西部地域臨床教育センター）を設置した（筑波大 5 年、自治医大 3 年の協定）。大学のブランチャという位置付けで、指導医が教育・研修を行う。平成 30 年度は

医師 7 名が派遣された。

- 現在は、筑波大、自治医大、日医大（旧筑西市民病院への医師派遣元、現在も医師 3 名を市の寄付講座により派遣）の医師が中心になっている。

<地方独立行政法人化>

- 市の影響をあまり受けない運営が可能になる地方独立行政法人を選択した。指定管理者制度については、応募先を確保できる見込みがなかった。
- 地方独立行政法人化について、職員、特にコメディカルに対して事務局が丁寧に説明し、公立 2 病院の職員の約 8 割が新病院に移籍した。
- 地方独立行政法人化のメリットは、①救急等の行政的業務や高度医療等の不採算業務を担いつつ、地域医療の低下を招かない業務推進ができること、②民間的経営手法（運営方針に係る意思決定の迅速化等）により、経営基盤の安定化を図ることが可能になること、等である。

※地方独立行政法人：住民の生活、地域社会及び地域経済の安定等の公共上の見地から、その地域において確実に実施されることが必要な事務及び事業で地方公共団体が自ら主体となって直接実施する必要のないもの、民間の主体にゆだねた場合には必ずしも実施されないおそれがあるものを、効率的かつ効果的に行わせることを目的に、地方公共団体が設立する法人。

<再編統合にあたり特に留意すべき点>

- 地元住民等の理解、地元医師会等及び高度医療機関との連携・協力関係の構築が重要。
- 住民は大病院志向があり、なかなか理解が得られなかった。市と協力しながら少しずつ理解を得ていくしかない。
- 医師会の理解を得るのにも非常に苦労した。ほぼ全ての診療所を訪問し説明を行ったが、「期限がある」ということで何とか納得して頂いた。ただし、コロナ禍により関係性が変わり、西部メディカルセンターに発熱者が行かないように医師会が協力している。また、筑西市・桜川市・結城市による筑西広域において 4 病院の輪番制による 2 次救急を行っており、4 病院をはじめとして病院間の連携も進んできた。
- 経営形態毎の病院の経営状況、及び市の財政支援の試算

<再編統合の経営への影響>

- 再編統合前の繰出金は約 15.7 億円だったが、再編統合後は約 8 億円に減少しているが、想定していたほどは減っていない。病院の診療実績においても DPC 準備病院として術前検査を外来シフト、DPC 導入後は入院期間を意識し単価アップをしている。
- 2 病院の移転、新築に伴い通院困難となる旧筑西市民病院の高齢患者を筑西診療所で引き続き診療し、同時に平日午後は訪問診療を行い、在宅医療に力を入れることになった。診療所内に居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションを設置し、在宅医療を支える職種の連携が容易になった（筑西診療所）。

(2) 地域包括ケアシステムの現状

<地域包括ケアシステムの現状>

- 茨城県西部メディカルセンターは急性期中心の病院として地域の 2 次救急医療の完結を目指し、医療を提供。一方、さくらがわ地域医療センターは、高次医療機関や茨城県西部メディカルセンターの後方支援として役割を担い、回復期・維持期を中心とした医療を提供。
- 在宅医療の体制強化（特に在宅療養支援診療所の機能充実）、地域包括支援センターの機能強化が必要。地域ケア会議の頻度が少ない。介護老人福祉施設の看取りへの取り組みが不十分（筑西診療所）。

<地域包括ケアに向けた取り組み>

- 在宅や介護施設への復帰に向けた医療や支援を行うため、茨城県西部メディカルセンターに地域包括ケア病棟 45 床を整備するとともに、在宅からの救急患者を受け入れる在宅療養後方支援病院を掲げ、さくらがわ地域医療センターには回復維持期を受け入れる療養病床 48 床を整備、さらには西部医療機構内に在宅療養支援診療所として筑西診療所を整備した。これらの施設と地域の診療所、在宅療養支援診療所、介護施設等とが連携する体制は確立してきた。今後は、これらが円滑かつ効率的に地域包括ケアシステムに対応できるよう協議していくとなっている。なお、平成 30 年 10 月開院のため、明確に判別できていない状況であるが、筑西診療所は、2 診療所（在宅療養支援診療所）と連携して在宅医療に取り組むなど体制が充実してきている状況にある（筑西市）。
- この地域の医療資源は少ないため、3 次救急医療機関等の 2 次医療圏外の医療機関との連携を密にしていく必要がある（既存の医療圏の枠に捉われない取り組み）。
- 平成 25 年度から、筑西市民病院は介護連携拠点事業に参加していた。平成 30 年 9 月に筑西市民病院を閉院後も、在宅医療に力を入れる無床診療所として、引き続き在宅医療・介護連携推進委員会に参加。令和元年 12 月より連携による強化型在宅療養支援診療所を立ち上げた。今後さらに連携施設を増やしていくための取り組みを展開中である（筑西診療所）。

<地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組み>

- 市の事業として「在宅医療・介護連携推進事業」を実施。主な取り組みは次のとおり。
 - ・医療・介護関係者間の連携に対し、在宅医療機関や介護事業所等の情報をまとめたリストマップや地域連携パス等の情報共有ツールを活用し、より円滑な連携ができるように支援を行う。また、多職種による勉強会や研修会、講演会を開催し、グループ討議を併せて行うなど、積極的に顔の見える関係づくりを行った。
 - ・市民に対しては、講演会の実施、パンフレットの配布により、在宅医療やその機能等について情報提供を行い、地域医療づくりにおける地域住民・住民団体等の活動の重要性についても周知した。また、「いきいき寺子屋」と称して、市内の 7 中学校区において既存の健康づくり推進員を巻き込み、地域住民に健康・医療の小講演を行い、情報提供と気づきの場を設けるとともに、地域医療づくりにおける住民活動の重要性を伝えてきた。

(3) 今後の地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みについて

<地域住民に理解・協力を得るための課題及び取り組み>

- 地域の在宅医療に関する理解を深め、在宅での看護や看取りに対する不安の解消を図ることが重要と考える。そのためには、患者がどのような医療を望んでいるのか、自ら考え、意思表示をする等、地域住民が在宅医療に主体的に参加するための啓発の機会の充実を図っていく。病院から退院する事例については、退院後に在宅医療・介護サービスが一体的に提供されるように情報提供を行っていく。住民に対して期待することとしては、在宅医療に対する理解、急変時の対応（救急車）や在宅看取りなどを受け入れることに対する意識の変化が必要である。
- 住民には、「病院づくり＝地域医療づくり＝まち（地域）づくり」を合言葉として説明している。

<国保直診の役割及び取り組み>

- 看護小規模多機能型介護事業所の設立。認知症ケアカフェの設立（筑西診療所）。
- 特定健診の実施（筑西市）
 - ・現在の国民健康保険の状況は、人口減少に加え、国民健康保険に加入しない、いわゆる社会保険等加入者の増加や後期高齢者医療への移行により、被保険者数が減ってきている。しかしながら、後期高齢者医療や介護保険における診療報酬を抑制する意味でも、国民健康保険加入中に、これらに移行しても多大な診療報酬費を発生させないように特定健診を行い将来に向けて健康を維持する必要がある。現在、国民健康保険の運営は、県と各市町村に委ねられているが、国民健康保険と後期高齢者医療や介護保険が連携して、特定健診と特定保健指導の効果を測定する必要がある。保険者の壁があり、なかなか連携共有することは困難であるが、国民健康保険直診医療施設として、こうした課題に取り組む必要があると考える。
- 在宅療養後方支援病院としての役割（筑西市）
 - ・茨城県西部メディカルセンター整備の基本構想の段階から、「病気や介護が必要になっても、できるだけ住み慣れた地域で QOL を低下させることなく暮らせる医療環境への貢献を目指し、地域に根差した医療・サービスを提供する必要がある。また、医療・介護・福祉の各機関との連携を強化し、在宅医療やかかりつけ医などの地域の医師をサポートする地域医療連携を推進する必要がある」との考えから、在宅医療の患者の容体が急変した際の救急受け入れ先として在宅療養後方支援病院を目指すことが決定している。それは、市が定める茨城県西部メディカルセンターの中期目標に掲げられ、平成 31 年 4 月には、実際に在宅療養後方支援病院の指定を受け、受け入れを開始している。

<自治体の役割及び取り組み>

- レセプトデータ等を活用した地域包括ケアシステムにおける現状分析と課題の抽出を行い、その情報を活用しながら医療・介護・福祉が連携できる仕組みの構築等、具体的対応等の計画を関係者と策定する取り組み。住民と医療福祉施設との意見交換や情報提供の場を設け、現状の課題や医療福祉への関わり方の意識向上を図る。
- 課題の抽出に向け、その前段として、国民健康保険、介護保険等を統合したプラットフォーム

フォーム化を目指して、自治医大と連携して地域医療アドバイザー制度を立ち上げ、国民健康保険と後期高齢者医療のレセプトデータの分析を行っている。まずは、公立病院等の再編統合に関係した桜川市のデータ分析に向けて準備をしているところである。また、平成25年から行っている介護連携拠点事業において、当初に行ったアンケートにより見出した課題について、令和元年に行った同様のアンケートとの比較を行い、これまでに行ってきた事業の評価を行い、不足する項目、新たに策定する項目の洗い出しを行っている。来年度においては、課題の解消に向けた新たな施策や補填する施策等を見極めていくところである（筑西市）。

○医療・介護・福祉施設等との情報提供及び協議・支援・調整等（筑西市）

・平成25年度より多職種からなる地域医療連携推進協議会を立ち上げ、地域包括ケアシステムの確立に向け、協議等を行ってきた。令和元年度より、推進協議会の下部組織である実行委員会を在宅医療・介護連携推進委員会として在宅医療・介護連携推進事業に特化し、具体的施策の検討と推進を図ることとした。なお、高齢者や在宅にかかわらず、あらゆる住民を対象とする多職種からなる地域医療連携推進協議会を再び位置付け、諮問機関となっていた協議会を実働も含めた機関として、医療・介護・福祉施設等との情報提供及び協議・支援・調整を推進していくこととした。

○地域住民主体活動等の支援（筑西市）

・市の組織として、筑西市地域医療推進センター（センター長：茨城県西部メディカルセンター病院長、担当課：地域医療推進課（新設））を令和元年度に立ち上げ、この地域の1次2次医療機関、保健、介護、福祉関係者の連携調整など、地域医療の充実を図るために必要な事業を進めていくものとした。その活動の一つとして、「地域医療を守り育てる意識の醸成」を目的とする「いきいき寺子屋」を開催し、住民と医療福祉関係者、行政の意見交換の場、情報提供の場として地区10カ所で毎月1回取り組んできた。その中で、健康づくり推進員（住民ボランティア）を巻き込み、これまでの取り組み、またそこから学んだ見識を披露できる場を提供した。その他、地域医療の在り方を考える団体等の積極的な参加を得るなど、行政と連携した地域医療体制確立の可能性を感じたところである。

<人材の確保及び育成に向けた課題及び取り組み>

【国保直診の管理者の承継に向けた課題及び取り組み】

○管理者には、医療者としてではなく人として、地域全体と未来を仲間と一緒に考え見通す力、ぶれない覚悟が大事である。一つの行政圏域のみで完結させるのではなく、周囲にある医療資源の豊富な複数医療圏との連携を視野に入れ、この地域の医療の充実についてどう考え行動するかに尽きる。

○承継については、医師に限らず院内のチームが育ち、思いや考えを伝えていければいい。地域医療に関する議論を通して組織を強化し、地域を動かせる人を育て、職員、時には住民も含め1人1人にバトンを渡せればいいのではないかと考えている。

○日常の診療活動を通じて、同じ価値観を共有できる仲間を増やしていき、そのなかからしかるべき方にあとを任せたい。（筑西診療所）。

○管理者の後継者の確保については、医療機関の現管理者の了解のもと、現管理者と共に大学に対し積極的に働きかけを行う予定（筑西市）。

【国保直診の医師の確保及び育成に向けた課題及び取り組み】

- 筑波大学と自治医科大学との 2 大学合同の地域臨床教育センターを設置し、研究や教育だけでなく、地域の 2 次救急医療を充実させつつ、地域医療を支える医師の育成を推進している。現在は、両大学から教員 9 名在籍。
- 筑波大学及び自治医科大学の医学生に対する事前教育受け入れ。筑波大学附属病院の初期研修医の受け入れ（筑西診療所）。
- 外来診療については、西部メディカルより支援していただいているが、訪問診療に関しては常勤医 2 名のみで対応している。今後、訪問診療を担当できる常勤医（または、非常勤医）を確保する必要がある（筑西診療所）。
- 自治医科大学卒業の地元茨城県人会の方々と交流を深め、できれば義務年限内の勤務先としての位置づけることを目標としている（筑西診療所）。
- 医師修学資金貸与制度を設けている。主な内容は次のとおり（筑西市）。
 - ・目的：将来、筑西市内の病院で勤務しようとする意思を有する者に対し、修学に必要な資金を貸与し、将来当市内の病院に勤務することにより貸与額を免除することで、医療機関において必要な医師の確保を図る。
 - ・指定病院：茨城県西部メディカルセンター、協和中央病院（※2 次救急患者受入れ輪番制事業の構成病院）
 - ・貸与額：月額 30 万円（年 360 万円/6 年計 2,160 万円、初年度納付金 1,000 万円限度）

【国保直診の医師以外の職員の確保及び育成に向けた課題及び取り組み】

- 特に看護師の確保に苦慮しており、優秀な看護師を確保するため、近隣の看護学校への積極的な情報提供とアプローチを行い、現状でできる広報媒体の活用、ホームページの効果的な PR 方法などを吟味しながら人材確保に注力している。なお、看護師確保に繋がる方策は費用対効果を考慮しつつも積極的に実行。また、看護教育機関からの学生実習を継続的に受け入れ、看護学校授業における講義は可能な限り担当し人材確保の一助としていく。
- 中学生、高校生の職場体験学習を提供する事で医療及び看護を知ってもらい、将来の進路決定の選択肢として機会提供していく。

第4章

考察

1. アンケート結果から見える現状と課題

本アンケートにおける対象の特徴としては、国保直診調査では、無床診療所あるいは歯科診療所から200床を超える病院までが含まれているが、その約6割は無床診療所であること、100床以上の病院は人口10,000人以上の自治体の立地が多く、100床未満あるいは有床診療所は人口5000人未満でもその立地が認められる一方、無床診療所は自治体人口が小規模のものから大規模なものまでまんべんなく分布していること（1地域1診療所～比較的大規模自治体周辺地域に立地する複数の診療所が想定される）、こうした背景により併設施設や提供サービスの組み合わせが施設ごとで多様性に富むことなどが挙げられる。自治体調査においても人口5,000人未満の自治体から100,000人を越える自治体までを含み、自治体内に所在する医療・介護資源も様々な状況にあることが挙げられる。

(1) アンケートから分析した課題内容

アンケート結果をもとに、国保直診及び自治体の地域包括ケアへの取り組みに関する課題について考察し、下記の表にまとめている。

分野	主な課題
地域包括ケアへの取り組みの課題	<p>地域包括ケアにおける国保直診の役割はその規模や、所在自治体の状況により多様性に富んでおり、その状況を配慮した取り組みが求められる。こうした背景の中で所在自治体内の医療・介護連携に関する取り組みについて、「具体的な取り組みはない」という回答が全体の約20%を占めていて、特に小規模施設で顕著である。同様に、国保直診の所在自治体外の自治体・医療機関・介護事業所・地域住民等との広域的な医療・介護連携に関する取り組みについても「具体的な取り組みはない」という回答が全体の約40%を占めていて、こちらも小規模医療機関により多く認められている。</p> <p>その他の地域包括ケアへの取り組みの現状として、国保直診が実施・参加割合の低いものには「地域の住民活動の支援（ボランティア、サポーターの養成支援等）」が12%であり、一方で、国保直診が認識している施設の所在する自治体が既に行っている地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組みでは「医療提供体制の変化に対する地域住民の取り組み」が回答全施設の10%と低い。</p>
医療機関の再編統合に関する課題	<p>再編統合の主な要因については、「診療圏人口減少」、「医師確保困難」と回答した施設が多く、このことから診療圏における人口減少や医師確保困難ということが医療機関の存続に直接的に影響を及ぼし、結果、病床数削減、診療科の休止・廃止等に繋がっていることがわかる。</p> <p>こういった状況下でも、将来の再編統合の検討の必要性については、「検討し取り組む必要はあるがしばらく先の話である」と回答した施設が192施設、次いで「検討し取り組む必要があるとは思わない」という回答が119施設と、現時点では検討していない施設が多くある。</p>

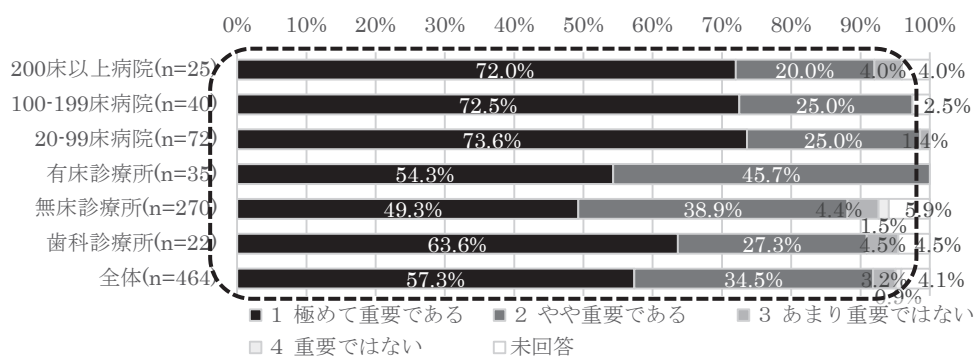
<p>施設の管理者（院長または所長）の承継への課題</p>	<p>後継者あるいはその有力候補の有無については、「いる」と回答した施設が27%、「いない」と回答した施設が61%であり、半数以上の施設で後継者あるいはその有力候補がいない状況である。</p> <p>また、施設における医師確保の状況については、1人あるいは少数医師で運営されている診療所は医師の不足感、今後の確保の困難性という課題はあるものの、半数程度の施設であった一方、より多くの医師を必要とする病院はその不足感は病床規模にかかわらず80%を超えていた。</p>
<p>自治体の地域包括ケアに取り組むに関する課題</p>	<p>地域包括ケアへの取り組みの把握状況で、自治体が「把握している」割合が最も低いのは「65歳以上入院患者の在宅復帰率」で1%、次いで「介護老人保健施設の在宅復帰率」の4%であった。「在宅看取り割合」や「基本チェックリストの点数における維持・改善者数」においても、「把握している」割合は10%以下となり、多くの自治体で把握できていない状況であった。</p> <p>既に行っている、地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組み等に関して、「地域住民・住民団体と医療・介護専門職等との連携を推進する取り組み」が、大規模自治体ではその半数程度に取り組みが認められているが、小規模中規模自治体では3割にも至らない状況であった。また、「医療提供体制の変化に対する地域住民の取り組み」は全体的に取り組み状況が極めて低かった。</p> <p>自治体の認識している再編統合の要因は「医師・歯科医師の確保困難」「地域医療構想」であり、「診療圏人口減少」は上位ではない。また、医師確保は大学や県、現管理者など他社への依存が多い。</p>

(2) 地域包括ケアへの取り組みの課題

【主な現状・課題】

- 地域包括ケアへの取り組みの前提として国保直診は地域包括医療・ケアを旗印として活動しており、こうした取り組みに対する重要度は施設規模によらず高い。

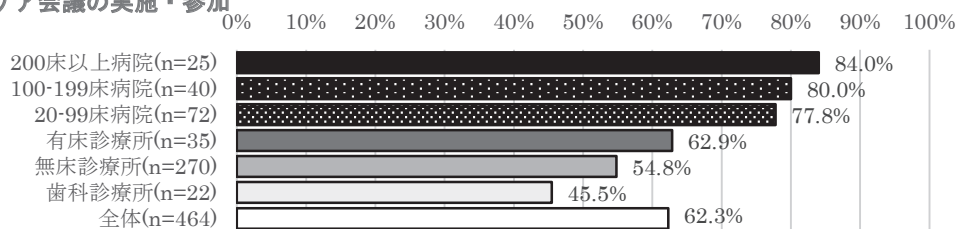
■ 国保直診は地域包括医療・ケアを旗印として活動しているが、こうした取り組みの重要度について



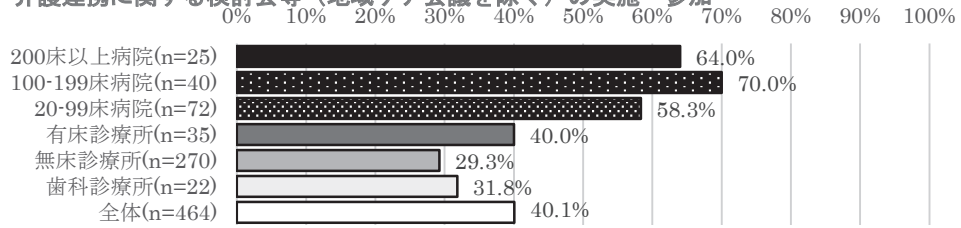
- 国保直診の地域包括ケアへの取り組みは、その施設規模（職員・職種数、併設施設の状況）や所在自治体の状況（人口、合併の有無）によって多様性に富んでいる。その地域の中での役割を明確化しながらの取り組みが求められる。
 - ✓ 例えば、小規模自治体では、そもそも自治体内に医療・介護・保健・福祉資源が少ないため、特に専門職を必要とされる事業に関しては国保直診にその役割が求められる一方、国保直診も、無床診療所であれば職員職種数も多いわけではなくより広域的な連携に取り組む必要が生じるし、有床診療所や小規模病院であれば、併設施設も含めて複合的な取り組みが可能となる。
 - ✓ また、(比較的)大規模自治体では、医療・介護・保健・福祉資源が多くなり、国保直診も中規模あるいは大規模病院であれば職員・職種数も多く複合的に取り組むことができたり、自治体内の資源と連携したりすることにより事業展開をすることが可能となる。加えて、近隣自治体からの患者・利用者もあり、より広域的な連携への取り組みにも進展し得る。一方、大規模自治体内に存在する無床診療所は、合併などにより周辺地域に立地することも多く、自治体中心部からの距離もあって自治体内の多様な資源との連携が容易ではない中で事業展開を継続したり、周辺地域立地でない場合も自治体内の様々な資源の中での役割を認識しながら事業展開したりすることとなる。
- こうした背景の中で、自施設の医療・介護連携に関する取り組みについては、病床規模の大きいほどいずれの項目も取り組み割合が高い一方、無床診療所においては地域ケア会議を除いて50%にも至っていない。「具体的な取り組みはない」と回答している国保直診が全体の約20%あり、施設規模別では有床診療所の11%、無床診療所では28%であり、特に小規模施設では一定数取り組みができていない状況がある。
- 情報共有ツールであるICTへの取り組みは20%前後あるいはそれ以下の取り組み状況であった。
- 国保直診の所在自治体外の自治体・医療機関・介護事業所・地域住民等との広域的な医療・介護連携に関する取り組みについても、いずれの項目も施設が所在する自治体内での取り組みよりその割合が低く、より広域的に患者・利用者との対応が考えられる比較的規模の大きい病院ではその取り組み割合は50%を超えているものの、「具体的な取り組みはない」と回答している施設が全体で約40%あり、無床診療所においては約50%に認められるなど広域的な連携についてはさらに取り組みができていない施設が多かった。

■ 施設の所在自治体内の医療・介護連携に関する取り組みについて、施設が実施・参加しているものについて

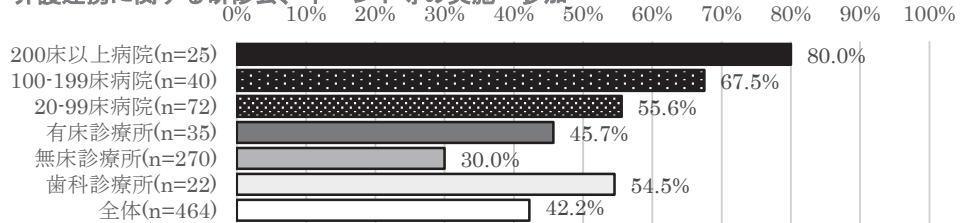
地域ケア会議の実施・参加



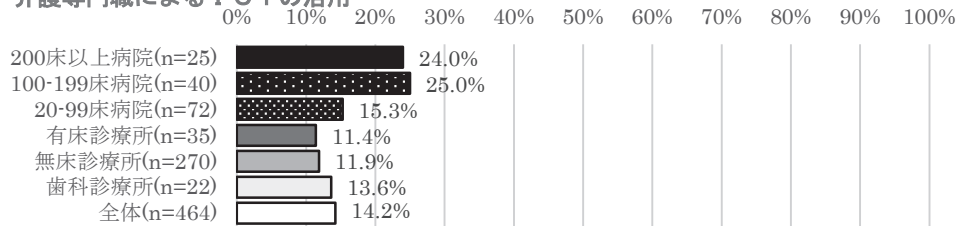
医療・介護連携に関する検討会等（地域ケア会議を除く）の実施・参加



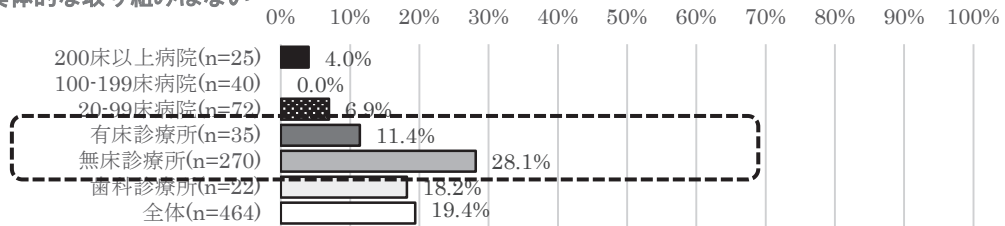
医療・介護連携に関する研修会、イベント等の実施・参加



医療・介護専門職によるICTの活用



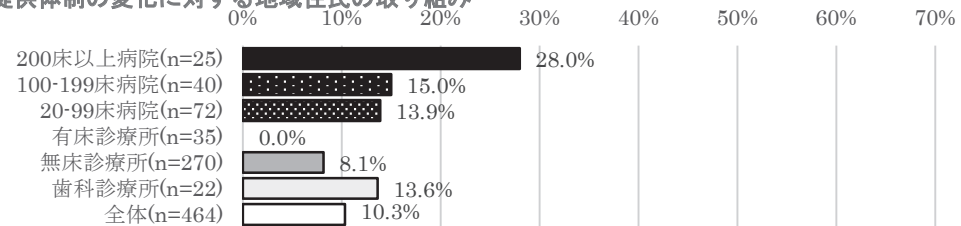
具体的な取り組みはない



- その他の地域包括ケアへの取り組みの現状として、国保直診が実施・参加割合の低いものには「地域の住民活動の支援（ボランティア、サポーターの養成支援等）」が12%であり、一方で、国保直診が認識している施設の所在する自治体が既に行っている地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組みでは「医療提供体制の変化に対する地域住民の取り組み」が回答全施設の10%と低かった。

■ 施設の所在する自治体が既に行っている地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組みについて

医療提供体制の変化に対する地域住民の取り組み



- 国保直診が果たすべきと思われる役割の達成状況では、「特定健診の実施」が72%の施設で、次いで「医療・介護連携に関する取り組み」が66%施設で充分あるいはある程度達成できていると回答していたが、施設規模別でみると、20-199床病院では「地域住民活動の支援」と「地域の保健・医療・介護・障害等事業計画策定支援」が、有床診療所や無床診療所では「疾病予防等の健康づくり活動の実施」「各種健康相談事業の実施」「地域の介護予防活動の実施」「地域住民活動の支援」が比較的達成割合が低かった。

<今後の方向性>

- 国保直診のほとんどの施設はその旗印である「地域包括医療・ケア」を重要視しており、各地域の実情に応じた事業展開を行っているものの、更なる人口減少や医療の再編統合の下で継続していくために、自施設の役割、立地自治体内での住民も含めた様々な資源との連携と役割分担などを考慮した取り組みが求められる。
- 高齢化が進む地域が多くなり、医療・介護の連携が必須となってくる中で、地域包括ケア会議等の実施・参加の重要性は増していく。議論の場に参加することも重要だが、現在実施している医療機関と介護施設の患者・利用者の双方のやり取りの状況を可視化することも重要であり、それ自体が医療・介護連携の取り組みの一つであると考えられる。例えば、医療・介護専門職によるICTの活用等については、まだ取り組みが出来ている施設は少ないが、今後の人材不足や広域連携などへの対応策として、ICTのさらなる活用促進が望まれる。
- 医療提供体制の変化なども含め地域住民との相互理解、相互支援の中での地域包括ケア展開を目指し、更なる地域住民との連携に取り組む必要がある。
- 国保直診それぞれが、地域の実情と自施設の果たすべき役割を検討しながら、その達成が十分でないと思われる領域に関して、すでに連携している資源との連携強化やより多面的な連携のもとで取り組んでいくことが望まれる。

(3) 医療機関の再編統合に関する課題

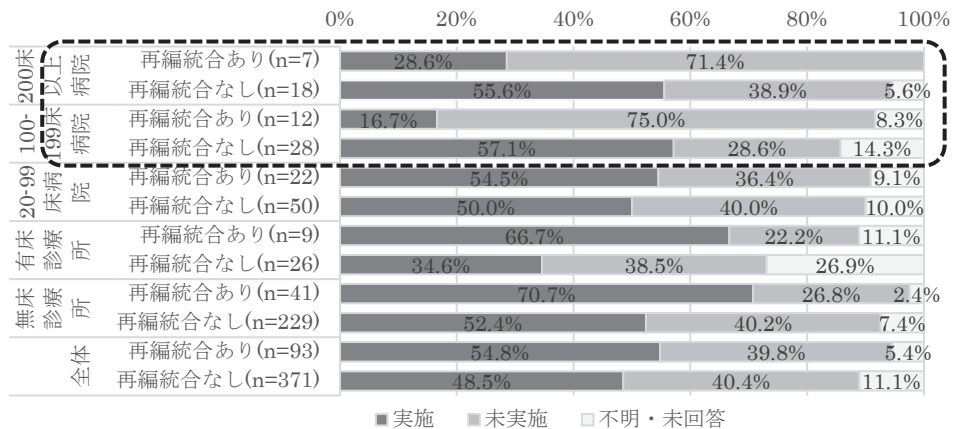
【主な現状・課題】

- 国保直診の再編統合のパターンについては、「診療機能改編：組織を改編することなく病床数削減」と回答した施設が最も多く、次いで有床診療所から無床診療所への縮小、一部診療科の休止・廃止、医療機関同士の合併による拡大あるいはこれの伴う縮小、病床機能の変更となっている。再編統合の主な要因については、「診療圏人口減少」、「医師確保困難」と回答した施設が多い。また、再編統合のプロセスにおける課題としては、「医師(院長、所長含む)の確保」「医療機関と地域住民の調整」「医療介護など提供機能の低下」が挙げられた。診療圏における人口減少や医師確保困難という状況が医療機関の存続に直接的に影響を及ぼし、結果、病床数削減、診療科の休止・廃止に繋がっていることがわかる。
- 再編統合に伴う所在地域への具体的な影響としては、「特に影響はない」という回答が最も多く、次いで「医療と介護の連携が進んだ」という回答であ

った。再編統合別のパターンでは対象施設数が減って一般化するのは難しいが、病床数削減パターンでは特に影響はないという回答から、経営が好転した、在宅医療が増えたという回答まで認められ、病床機能変更パターンでは経営が好転した、医療介護連携が進んだといった回答が認められた。病院から無床診療所へ縮小のパターンでは在宅医療が減り施設入所が増えたとの回答を認め、医療機関の合併による縮小パターンでは医療介護連携を停滞させたといった回答が認められた。

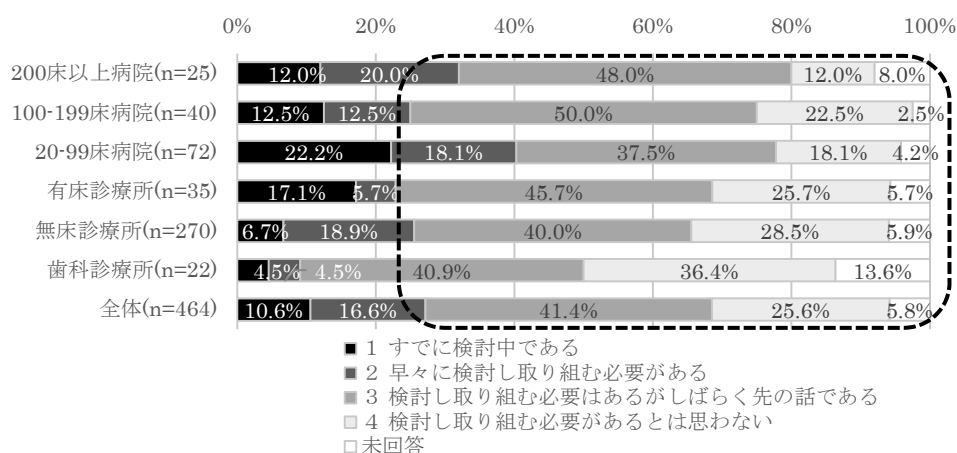
- 再編統合の有無と地域包括ケアへの取り組みを見てみると、所在自治体内あるいは外の医療介護連携に関する取り組み、地域包括ケアの取り組みで実施参加しているものの割合、地域包括ケアシステム構築において国保直診が果たすべきと思われる役割等の達成割合は、再編統合の有無にかかわらずおおむね差がなく、一部項目に関しては再編統合ありと回答した施設の方がその割合が高いことも認められた。在宅あるいは施設見取りへの取り組みに関しては、100床以上の病院では再編統合ありと回答した施設の方が看取りの実施割合が低く、100床未満の病院あるいは診療所においては逆に再編統合ありと回答した施設の方が、取り組み割合が高かった。

在宅看取りまたは施設看取りへの取り組み状況



- 将来の再編統合の検討の必要性については、「検討し取り組む必要はあるがしばらく先の話である」と回答した施設が192施設、次いで「検討し取り組む必要があるとは思わない」という回答が119施設という結果であり、再編統合の検討の必要性については感じているが、現時点では検討していない施設が多くある。再編統合の検討が必要と思われる要因については、「診療圏人口減少」という回答が最も多く次いで「医師確保困難」「赤字経営」であり、すでに市町村合併の影響は薄れ、施設運営の上での患者あるいは利用者といった対象者の確保、医療や介護を提供する側の確保、これらの困難さから生まれる経営の困難さといった、人口減少に起因すると思われる要因が大きかった。

■ 将来の再編統合の検討の必要性について



<今後の方向性>

- 診療圏の人口減少や医師確保困難については多くの自治体が当てはまるが、地域の課題解決に向けた取り組みとして、診療機能の分化や縮小、医師確保を目的とした地域医療連携推進法人の設立等、ヒアリング調査の中でも参考となる内容や手法が提示されている。地域の環境や、今後の状況が類似しているような地域、自治体は参考にするべきであると考え。
- 再編統合による地域包括ケアへの影響は、自施設の役割を考慮したうえでの取り組みであるためか特に影響が生じないことが多いだけではなく、医療介護連携が進んだ、機能分化が明確化したととらえる施設もある一方、在宅医療が減り施設入所が増えた、医療介護連携を停滞させたのととらえる施設もあり、再編統合に当たってはその地域の地域包括ケアの状況に十分配慮して取り組む必要がある。

(4) 施設の管理者（院長または所長）の承継への課題

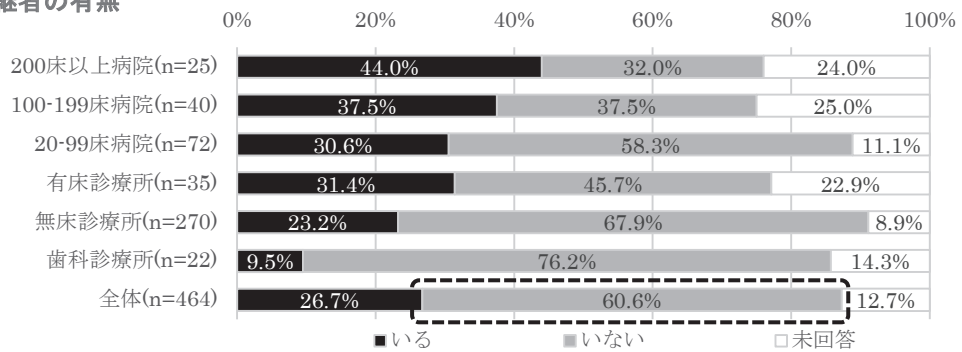
【主な現状・課題】

- 所在地域の地域包括ケアに対し、その重要性を認識し要としてあるいは一つの要素として施設運営している国保直診ではあるが、それを継続していくためには後継者が必要不可欠である。病院における院長の現年齢は60-65歳がピークである一方、有床診療所や無床診療所では30-34歳と55-64歳の2つのピークを持ち年齢分布幅も広がっていた。20-99床の病院あるいは有床診療所や無床診療所では、就任期間が短い群と25年を超える群が認められ、若年で就任し短期的に循環していく院長あるいは所長と、若年で就任しそのまま長期にわたってその役職を継続するという2つの群の存在が示唆された。また、就任経緯は病院では「他施設で勤務しており、大学医局人事とは無関係で前任者退職に伴い就任した」という回答が多く、有床診療所あるいは無床診療所においては、自治医大出身者等により義務内ローテーションで院長あるいは所長に就任している割合が比較的多いことが特徴的であった
- 後継者あるいはその有力候補者の有無については、「いる」と回答した国保直診が27%、「いない」と回答した施設が61%であり、半数以上の施設で後継者あるいはその有力候補者がいない状況であった。

- 国保直診における医師確保の状況については、1人あるいは少数医師で運営されている診療所は、そもそも定員数も多くないため医師の不足感は、今後の確保の困難性という課題はあるものの、半数程度の施設であった。一方、より多くの医師を必要とする病院はその不足感は病床規模にかかわらず80%を超えていた。

■ 後継者・有力候補者の有無

後継者の有無



<今後の方向性>

- 後継者あるいはその有力候補者の有無については、半数以上の国保直診で後継者あるいはその有力候補者がいない状況であるが、ヒアリング調査では後継者の継承の好事例となっている施設もあるため、詳細については、第3章の「先進的取り組み地域に対するヒアリング調査」を参照されたい。
- 国保直診における医師確保の状況についても、医師確保が難航している施設が病院を中心として多いが、医師の確保及び育成のために施設で工夫していることの有無については、「ある」と回答した施設が33%あり、取り組みを行っている施設の手法等が共有されることが期待される。
- 自施設勤務者からの院長就任、あるいは自治医大出身者等により義務内ローテーションで院長あるいは所長に就任というパターンが多く、医学生教育も含め若い世代からの地域包括ケアの教育や暴露が重要である。

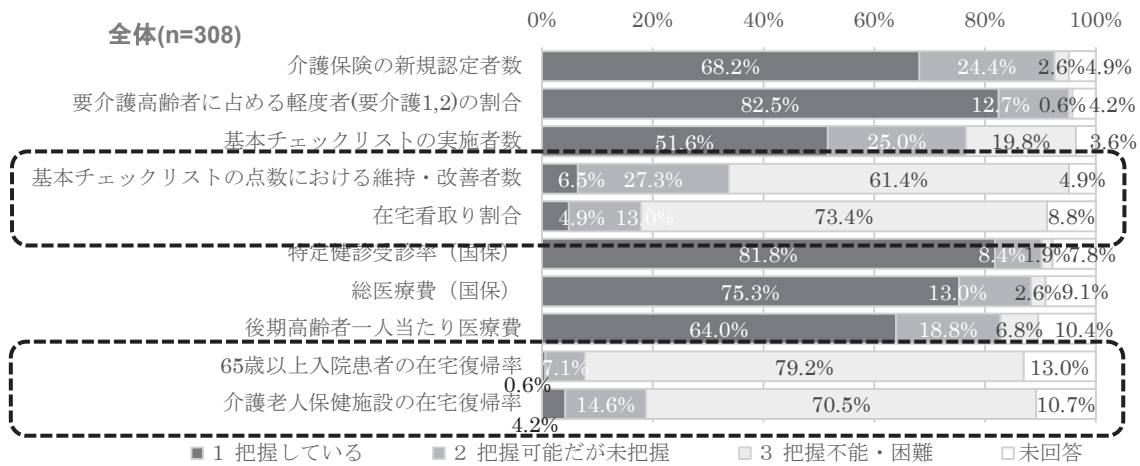
(5) 自治体の地域包括ケアへの取り組みに関する課題（医療提供体制の変化や自治体所在医療機関（国保直診）の承継に関することも含む）

【主な現状・課題】

- 地域包括ケアへの取り組みの把握状況では、「要介護高齢者に占める軽度者（要介護1、2）の割合」が、「把握している」という回答の割合が最も高く83%の自治体が把握していた。「把握している」割合が最も低いのは「65歳以上入院患者の在宅復帰率」で1%、次いで「介護老人保健施設の在宅復帰率」で4%であった。全体的に自治体の関与がより強い項目は把握しているあるいは把握可能であることが多いが、在宅看取り率や在宅復帰率などサービス提供者側からの情報収集が必要なものは把握が難しいと回答していることが多かった。

- 「在宅看取り割合」や「基本チェックリストの点数における維持・改善者数」においても、「把握している」割合は10%以下となり、多くの自治体で把握できていない状況であった。

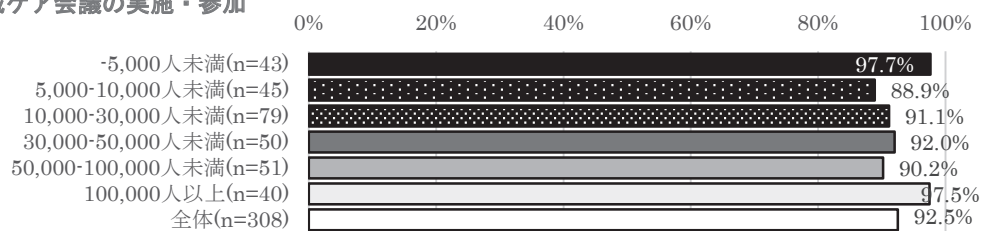
■ 各項目の把握状況について



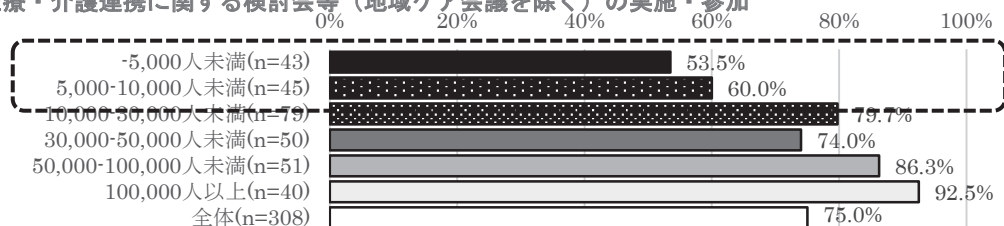
- 自治体の医療・介護連携に関する具体的な取り組みに関しては、小規模自治体においては、医療介護連携に関する検討会やイベント、研修会を実施・参加していると回答している自治体の割合が少なかったが、地域ケア会議の実施・参加割合は高く、一定の補完が示唆された。一方大規模自治体は総じて実施・参加割合が高いが、一方でサービス事業所や提供従事者も多いことから、どの程度のカバーできているのかの検討も必要と思われた。広域的な医療・介護連携に関する具体的な取り組みに関しては、「具体的な取り組みはない」と回答している自治体は人口5,000人未満の自治体か、50,000人以上の自治体であり、特に100,000人以上の自治体では回答自治体の3割に認められた。

■ 自治体の医療・介護連携に関する具体的な取り組みについて

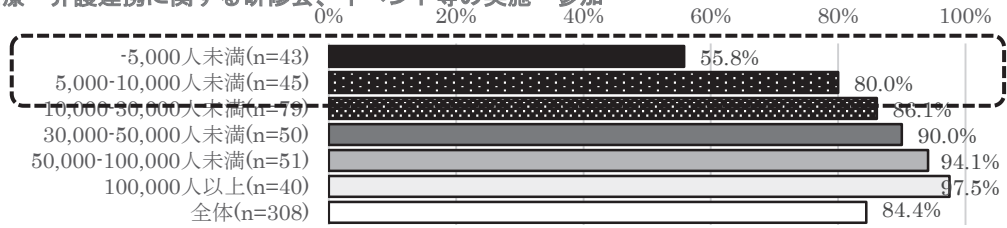
地域ケア会議の実施・参加



医療・介護連携に関する検討会等(地域ケア会議を除く)の実施・参加



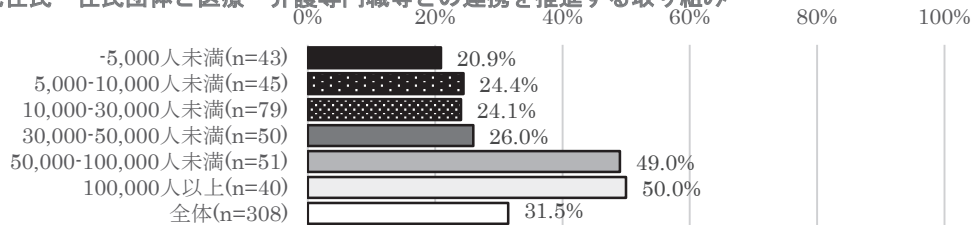
医療・介護連携に関する研修会、イベント等の実施・参加



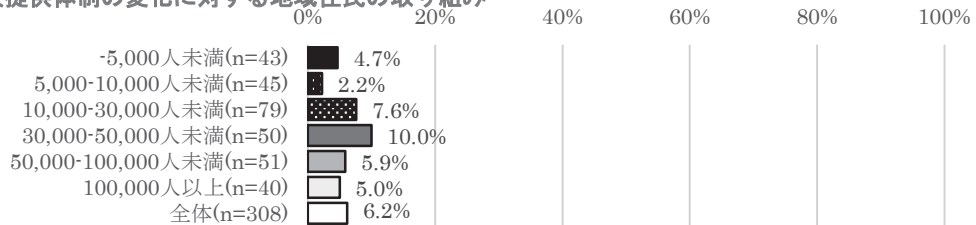
- 既に行っている、地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組み等に関しては、「地域住民・住民団体と医療・介護専門職等との連携を推進する取り組み」が、大規模自治体ではその半数程度に取り組みが認められているが、小規模中規模自治体では3割にも至らない状況であった。また、「医療提供体制の変化に対する地域住民の取り組み」は取り組み状況が極めて低かった。

■ 既に行っている、地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組み等について

地域住民・住民団体と医療・介護専門職等との連携を推進する取り組み



医療提供体制の変化に対する地域住民の取り組み



- 平成の大合併（2003～2005年）が行われた頃以降の自治体所在の医療機関の再編統合の有無に関しては、「あり」70自治体23%、「なし」176自治体57%であった。再編統合の主な要因は、「医師・歯科医師の確保困難」「地域医療構想」と回答しており「診療圏の人口減少」より上位であった。また、その地域包括ケアシステムへの影響は、「医療と介護の連携が進んだ」と回答した自治体が最も多く27自治体、次いで「特に影響はない」と回答した自治体が22自治体であった。
- 自治体所在の医療機関（国保直診）の管理者の承継に関する自治体の対応については、小規模自治体は県への働きかけと回答する自治体が多い傾向にあり、大規模自治体は、大学への働きかけや現管理者への依存あるいはその他という回答が多い傾向であった。

<今後の方向性>

- 地域包括ケアへの取り組みにおいては、在宅復帰率や在宅看取り割合、基本チェックリストの点数における維持・改善者数の把握は、地域の地域包括ケ

ア推進の参考指標となると思われるため、地域全体での指標としての算出や公表等により、現状と課題が明確になるものと考えられる。

- 自治体の把握状況については、部署による違いもあると思われるため、今後は組織内でのデータ連携や書類の電子化等により、組織全体で地域包括ケアに関するデータを一体的に管理し、参考指標や分析等に活用することが考えられる。
- 特に高齢化に伴い、今後の医療・介護サービスの需要が増えていく中では、医師のみならずサービス供給の担い手となる人材の充足を把握し、補充や育成を計画的に行っていく必要がある。特に医師確保においては単に大学や県への働きかけではなく、育成への関与や自治体内でこういった医療体制を構築していくのかを検討し、その一環としての医師確保システムも検討する必要がある。
- 地域包括ケアの重要要素である医療提供体制を検討するにあたり地域住民にどのように参画してもらうか検討する必要がある。地域包括ケアシステムが地域の重要課題と認識され、人口減に伴い医療提供体制を再編統合せざるを得ない状況になっても地域包括ケアが維持され深化していくような文化の形成が地域に求められる。

2. ヒアリング調査結果から見える現状と課題

本調査研究事業におけるヒアリング先の特徴

- 新潟県阿賀野市・あがの市民病院
 - ✓ 医師離職の影響から病院運営継続が困難となり指定管理者制度による公設民営を導入
- 高知県高岡郡梶原町・国保梶原病院
 - ✓ 院長その他の医師が数年毎に交代してもそのマインドが継承され、医療が地域包括ケアシステムの中に連動して機能
- 岐阜県郡上市・県北西部地域医療センター
 - ✓ 基礎自治体の枠組み、二次医療圏の枠組みを超えてネットワーク化した県北西部地域医療センターの設置により、基幹医療機関とへき地診療所の相互支援遣等を通じ、へき地医療を一つのネットワークとして持続可能な広域医療連携システムを構築、更に地域医療連携推進法人化
- 愛知県北設楽郡東栄町・東栄医療センター
 - ✓ 人口減が続く中、病院の指定管理者制度による公設民営化、更に運営状況が厳しくなり公設公営化とし、病院から有床診療所へ、更に無床診療所化を予定
- 広島県庄原市・庄原市立西城市民病院
 - ✓ 設立母体が異なる4病院による地域医療連携推進法人の設立により新たな医師確保に取り組みつつ、法人内の4病院で地域包括ケアを推進
- 茨城県筑西市・茨城県西部メディカルセンター
 - ✓ 公的病院2病院と民間病院1病院による再編統合事例、2病院（地方独立行政法人と指定管理者制度による公設民営）1診療所化。

ヒアリング調査による現状、課題、役割として、下記のような内容が挙げられた（主なものを一部要約し記載）。

【再編統合による地域包括ケアシステムへの影響】

- 2004年の合併に伴い、従来、1つの村だけを対象地域としていた1地域1施設モデルから、1地域多施設モデル（資源拡大）となる中で、合併町村のうちの1つの村の地域包括ケアシステムのノウハウ（健康福祉推進計画、特定健診、住民との協働、多職種協働、人材育成等）が、全市に拡大している。
- 平成17年の合併後、シームレスな保健・医療・介護システムとなるように訪問看護ステーションを増やす等、市全域で取り組んでいる。また、病院を中心とした地域包括ケア、介護施設を基盤としたもの、開業医がボランティアを支えるもの等、地域によって様々な地域包括ケアが構築されている。
- 地域医療連携推進法人化の前は各病院が患者の抱え込み等をしていたが、法人の目標の1つに「地域包括ケアの推進」を掲げ、病院及び地域が一丸となって地域包括ケアの推進に取り組んでおり、現在は地域包括ケアに対する意識は高い。開業医が地域包括ケアの要となっている地区もある。
- 病院内の地域医療・連携センターが地域包括ケアのハブとして活動しており、健康教室の参加者なども増えている。また、緊急事態への対応により救える患者が増えた。

- 病院の中に地域包括支援センターがあり、医療と生活支援に連携して取り組むことができた。
- 看護師、介護スタッフ等の不足の状況に合わせて事業を縮小してきた。また、2017年、地域包括支援センターが医療機関から委託先変更となり、医療との関係が希薄化した結果、ここ2～3年で早期に施設入所する高齢者が目立つようになり、訪問診療、在宅介護を要する高齢者は地域の中から流出し続けている。
- 公設民営化により、組織的な幅広い人材（管理者を含む）の確保と育成が可能となった。
- 公設民営化のメリットは、経営判断のスピードが速いことであり、経営の面でも医療の質の面でも有利に働いた。デメリットとしては、医療が住民の手から離れてしまったこと、議会も住民も公設民営化に満足していたこと、指定管理者の負担が大きかったことであった。
- 地方独立行政法人化のメリットは、①救急等の行政的業務や高度医療等の不採算業務を担いつつ、地域医療の低下を招かない業務推進ができること、②民間の経営手法（運営方針に係る意思決定の迅速化等）により、経営基盤の安定化を図ることが可能になること、等である。

【地域包括ケアに向けた課題】

- 合併後、市内に医療介護関係施設が多施設となった状況にあるが、いまだ各サービス提供施設の役割や強みが明確化されていない。内向きベクトル（利用者を囲い込む傾向、自施設第一主義的傾向）から抜け出せておらず、連携ネットワークが不十分であるとともに、住民自体の地域包括ケアに対する積極的参加も十分とは言えない。健康福祉推進計画にその方向性は提示されているものの、住民、専門職などのベクトルの一致までにはまだ時間が必要である。
- 保健福祉総合センターを中心にした地域包括ケアの再構築が必要になる。広大な面積での地域包括ケアを維持するためには、スモールタウン構想、ICTを利用した見守り、通院のための全自動運転による移動手段、医療介護人材の育成・確保が必要であり、地域医療連携法人等の役割が重要になる。

【地域包括ケアシステムに対する 住民の理解・協力を得るための課題及び取り組み】

- 地域の在宅医療に関する理解を深め、在宅での看護や看取りに対する不安の解消を図ることが重要と考える。そのためには、患者がどのような医療を望んでいるのか、自ら考え、意思表示をする等、地域住民が在宅医療に主体的に参加するための啓発の機会の充実を図っていく必要がある。「病院づくり＝地域医療づくり＝まち（地域）づくり」を合言葉として説明している。
- 小規模自治体のへき地医療機関では多診療科の専門医を確保することは不可能であり、総合診療を志向する医師を中心としたコンパクトな診療体制が必要であることを自治体・議会・住民に理解していただくことが必要である。
- 住み慣れた地域で最期まで生活するためには、保健医療介護システムはもとより、①本人と家族の心構え、②専門職による切れ目のない連携と支援体制の構築、③認知症に対する理解と支援、④エンディングノートの理解と普及、が必要である。
- 受診・買い物等の日常生活のための移動の手助けや支援が必要であり、自治会の集会

等での普及啓発や拠点の居場所でのささえ合いが今後の課題である。

- 住民の不安や要望を医療機関に伝えるために、見守りや相談ボランティアが必要であるが、ボランティアも高齢化しているため、人材確保に力を入れなければならない。

【国保直診の役割】

- 地域の中においてどういった役割を果たすべきか明確にする必要がある。
- 地域包括ケアは医療・介護・福祉の各セクション、また高次医療機関や救急隊、地域住民もその構成要素となり、それぞれが有機的に連結してネットワークを構成することが必要であるが、医療機関はその構成要素の一つであり、自治体と緊密に連携してネットワークの中核をなすべきである。
- 地域の医療は生活支援であり、地域で生活を続けるための避難場所である。救急、急性期医療など非日常の医療はそれを目的とした医療機関に依頼し、この地域で生活を続けるための生活支援を医療の視点から行うことが最も重要な役割と考える。
- 健康・医療・福祉を包括的に提供するハブとして病院の経営基盤を安定させることにより、医療を継続させ地域医療の質と安全性を担保する必要がある。
- 医療機関の減少、医師の高齢化が問題となっており、今後広域での在り方等に取り組まなければならない。

【自治体の役割】

- 小規模でかつ高齢者が非常に多い自治体においては、介護・医療・福祉の連携は必須である。また、民間のサービス事業者が多数参入することが経営上難しいと思われることから、病院とともに自治体が地域包括ケアシステムの中核を担う必要がある。
- 地域の将来像に基づく地域住民の生活像の提示・共有化とビジョン作成、具体的な仕組みづくり及び人材育成、これらを包括的・継続的に行うための部門を設置する。自治体の中枢に地域を見据えられる人材を配置し、自治体を動かしていくだけの力を蓄えることが重要であり、そのための仕組みづくりがポイントとなる。
- 地域包括ケアシステムの現状分析及び課題の抽出（国民健康保険、介護保険等を統合したプラットフォーム化等）、医療・介護・福祉施設等との連携強化、地域住民主体活動等の支援。
- 様々な協議体、会議、団体があるが、有機的に連携するために更なる調整が必須であり、全体を俯瞰できるコーディネーターの養成を検討する必要がある。

【国保直診の管理者の承継に向けた課題及び取り組み】

- 管理者には、医療者としてではなく人間として、地域全体と未来を仲間と一緒に考え見通す力、ぶれない覚悟が大事である。行政圏域のトリックに惑わされず、地域に合わせてどう考え行動するかに尽きる。
- 承継については、医師に限らず院内のチームが育ち、思いや考えを伝えていければいい。地域医療に関する議論を通して組織を強化し、地域を動かせる人を育て、職員、時には住民も含め1人1人にバトンを渡せばいい。
- 院長のマインドが継承され、医療が地域包括ケアシステムの中に連動して機能している。しかし、最近では、専門医志向の医師や医師1人診療所の勤務経験がない医師も増えているため、総合診療医志向の医学生や医師を増やすための教育や、医師1人診療所の勤務をキャリアとして位置付ける等、管理者の承継者候補を増やすための取

り組みが課題と思われる。

- 根底に流れるフィロソフィーを共有しておくこと、共に働く時間を作ること、ある程度の年齢差を持っていること、こうした人材を中長期的視点で確保しておくことが必要である。
- 日常の診療活動を通じて同じ価値観を共有できることが重要。いずれの大学出身であっても、価値観や思いを共有できる医師が望ましい。

【医師の確保及び育成に向けた課題及び取り組み】

- 自治体枠を超えたへき地医療機関のネットワーク組織の設置により、基幹医療機関とへき地診療所の相互医師支援等を通じ、へき地医療を一つのネットワークとして持続可能な広域医療連携システムを構築した。
- 寄附講座として地域臨床教育センターを設置し、研究や教育だけでなく、地域の2次救急医療を充実させつつ、地域医療を支える医師の育成を推進しており、医師が継続的に確保されている。
- 病院での目の前の患者、家での姿、地域での様子、そして最期の姿とその前後の家族の変化、それらの違いや変化を実感できる場の提供により、地域の中での医師の役割を、五感を通して伝えることが重要である。
- 医学生や医師に総合診療医の価値やその役割に対する認識が不足していることから、総合診療医を目指す若手医師が少ない。また、地域住民についても、総合診療に対する認識が不足している。
- 最近では、へき地等での勤務の義務年限終了後に地域に残らない医師も増えているが、地域医療やへき地医療の魅力や理解を深めてもらう等、地域に残ってもらうための取り組みが課題と思われる。
- 地域医療連携推進法人として雇い入れを行い、その中でローテーション、研修等を行うことができれば、医師及び医療従事者の確保も順調になるとと思われる。
- 臨床研修後の医師の定着については、病院の良さを知ってもらうことが重要。新専門医制度に対応すべく、各種学会認定施設となり、研究医を受け入れやすくすることも必要である。

【医師以外の職員の確保及び育成に向けた課題及び取り組み】

- 医療介護専門職は免許制であり、他地域からの採用もあるため、その確保は容易ではない。一方、当院の価値観、めざすところに合った職員確保も重要であるため、そのバランスを図るとともに、入職後の学びの環境にも取り組む必要がある。
- 地域の中で医療従事者を育てる発想が、現状では乏しい。
- 看護師の確保に非常に難渋している。新卒者もなかなか応募がなく、採用後の指導をどうしていくかなど、課題は多い。
- 介護人材の確保について、外国人労働者を雇い入れるための国の取り組み等、行政のシステム作りが急務である。
- 地域医療連携推進法人制度を活用した、各医療機関のメディカルスタッフを含む人材支援における相互の協力関係が必要である。
- 定期的に人事異動があり、メリットと捉えているが、優秀な人材を引き抜かれるのがデメリットである。

3. まとめ

調査結果をもとに、少子高齢化・人口減少、市町村合併、医師不足、地域医療構想等による医療提供体制の変化や在り方と連動する、地域包括ケアの継続・深化による「まちづくり」に向けた取り組みの方向性について整理した。

実際には、地域の置かれている状況を踏まえつつ、住民・行政・医療者が三位一体となって取り組んでいくことが求められる。

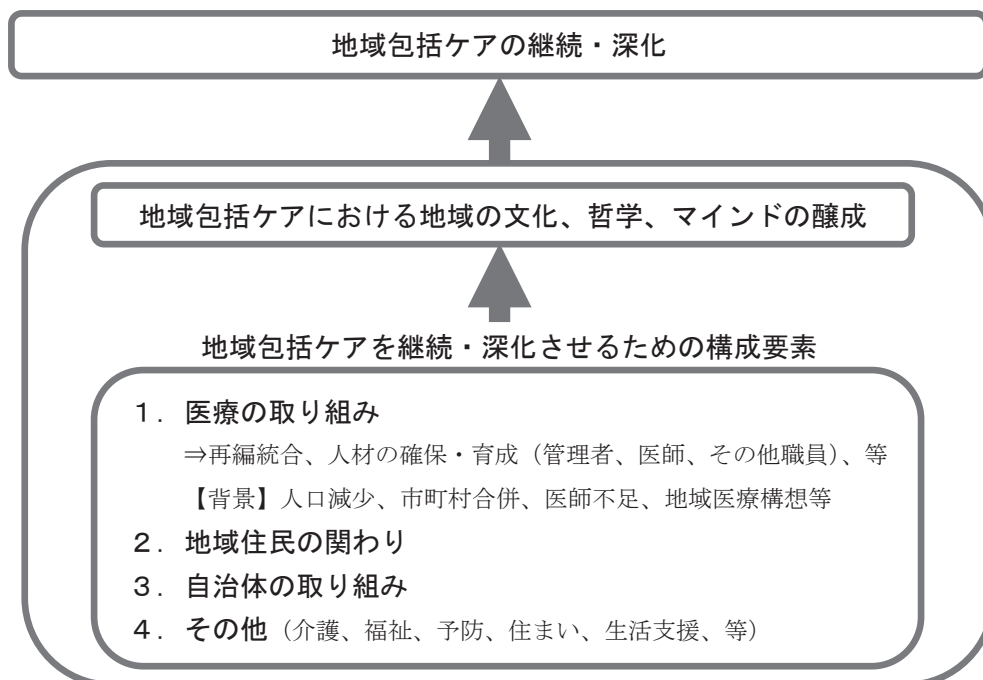
(1) はじめに

地域包括ケアシステムは、それぞれの地域の実情に合った医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される体制を目指している。

今回の調査では、人口減少、市町村合併、医師不足、地域医療構想等の影響により、その多くが医療提供体制の維持・継続の危機に直面していると思われる国保直診が所在する離島・中山間地域における医療、及び地域包括ケアを継続・深化させる重要な要素である地域住民の関わり、自治体の取り組みに焦点を当て、特に、離島・中山間地域の地域包括ケアを継続・深化させる取り組みについて考察した。

これらの要素が、各々地域包括ケアの継続・深化に向けて活動し、また相互に関係性を深めていく過程で、徐々に、地域包括ケアにおける地域の文化や哲学、マインドといったものが根底に醸成されていくものと思われる。

なお、ヒアリング調査では、こうした文化、哲学、マインドがあるとされている地域には、医療提供体制を維持していく力があり、多少の医療提供体制の変化・縮小等があっても、それを吸収し最小限に抑制させるだけの適応力を感じられた事例も見られた。



以下では、地域包括ケアの継続・深化に向けた取り組みの方向性について、その構成要素別に検討する。

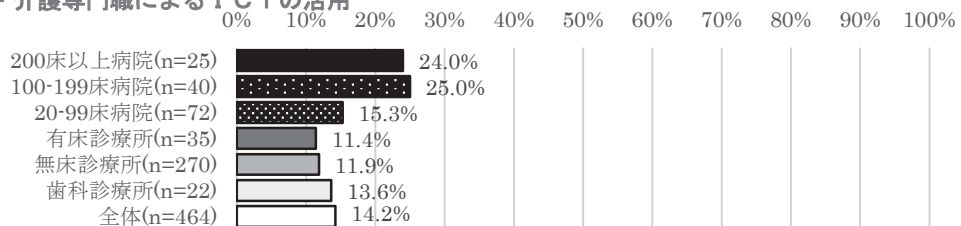
(2) 地域包括ケアの継続・深化を担う医療の取り組み

医療の取り組みは、医療・介護連携、地域住民の啓発や住民活動等の支援、自治体の医療介護関連施策の策定支援や人材育成支援等を通じて、地域包括ケアを継続・深化させる重要な要素の1つである。

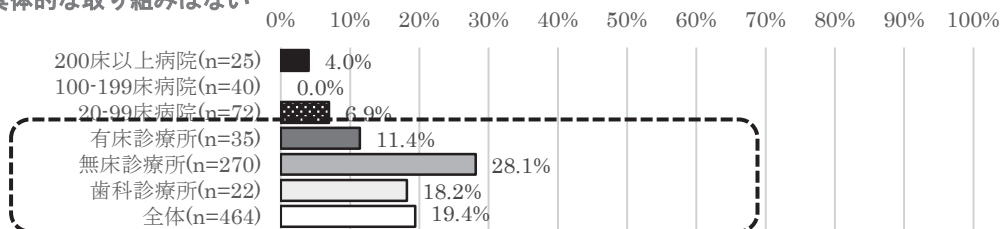
国保直診の医療・介護連携に関する具体的な取り組みについては、「具体的な取り組みはない」が90施設(19.4%)、「医療・介護専門職によるICTの活用」が66施設(14.0%)となっており、今後の課題と思われる。

- 施設の所在自治体内の医療・介護連携に関する取り組みについて、施設が実施・参加しているものについて

医療・介護専門職によるICTの活用



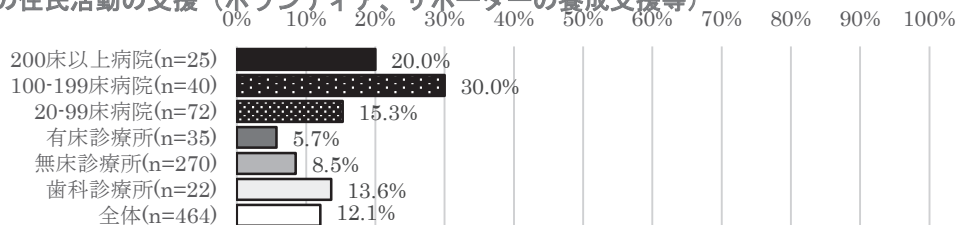
具体的な取り組みはない



また、「地域の住民活動の支援(ボランティア、サポーターの養成支援等)」を実施している国保直診は56施設(12.1%)しかなく、さらなる支援が求められる。また、施設の所在する自治体が既に行っている地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組みのうち「医療提供体制の変化に対する地域住民の取り組み」も充分行われているとは言えず、医療機関・地域住民の連携を深め相互理解・相互支援を進めることが必要である。

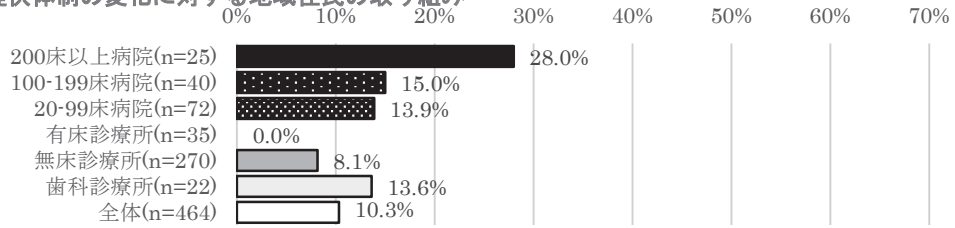
- その他の地域包括ケアへの取り組みの現状について、施設で実施・参加しているものについて

地域の住民活動の支援(ボランティア、サポーターの養成支援等)



- 施設の所在する自治体が既に行っている地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組みについて

医療提供体制の変化に対する地域住民の取り組み



少子高齢化・人口減少、市町村合併、医師不足、地域医療構想等を背景とした医療機関の再編統合が増えている。

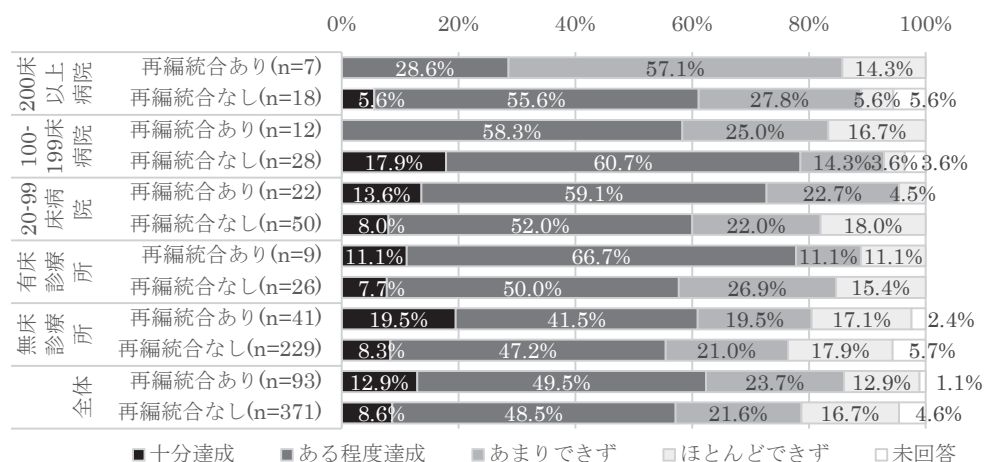
再編統合には、組織改編を伴う拡大・縮小、組織改編を伴わない診療機能の拡大・縮小等、様々なパターンがあるが、再編統合が地域包括ケアの継続・深化に与える影響について、地域包括ケアシステムの構築において国保直診が果たすべき役割等の達成度を再編統合の有無別にみると、各項目とも大きな違いは見られなかった。

また、ヒアリング調査では、「平成の大合併」に伴って地域包括ケアのノウハウや地域が拡大している事例が見られた。地域包括ケアの拡大にあたり、病院を中心としたもの、介護施設を基盤としたもの、開業医を基盤としたもの等、地域の状況に応じて様々な地域包括ケアが構築されていた。この事例では、その後の地域医療連携推進法人化により、法人に所属する病院を含め地域が一丸となって地域包括ケアの推進に取り組んでいた。

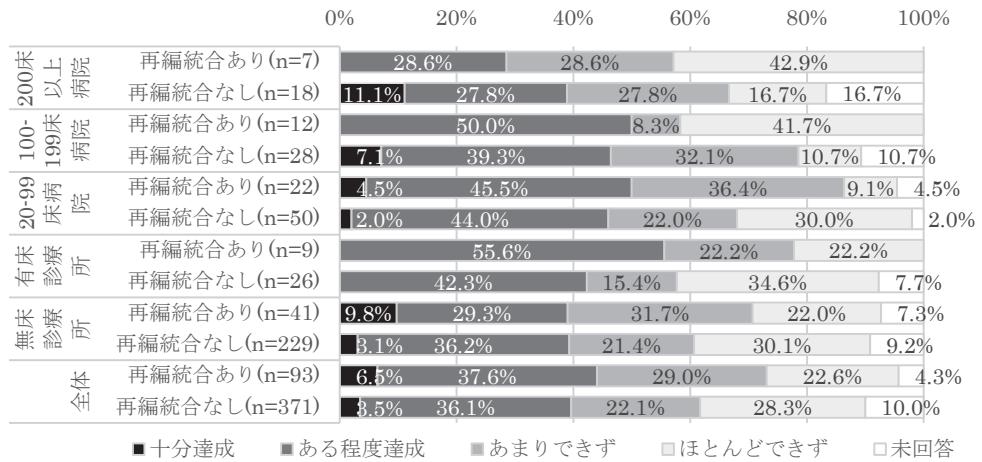
上記の事例は、市町村合併や再編統合による「地域包括ケアのノウハウや地域の拡大モデル」となり得るものであるが、医師不足等を要因とする地域医療崩壊の危機感を地域の関係者の間で共有できていたことが地域包括ケアの拡大につながったものと思われる。

■ 地域包括ケアシステム構築において、国保直診が果たすべきと思われる役割等について

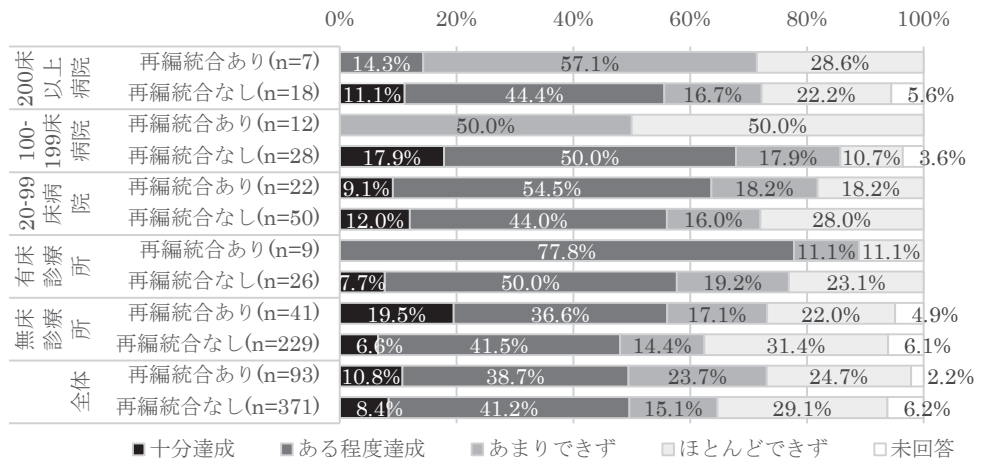
在宅医療の充実



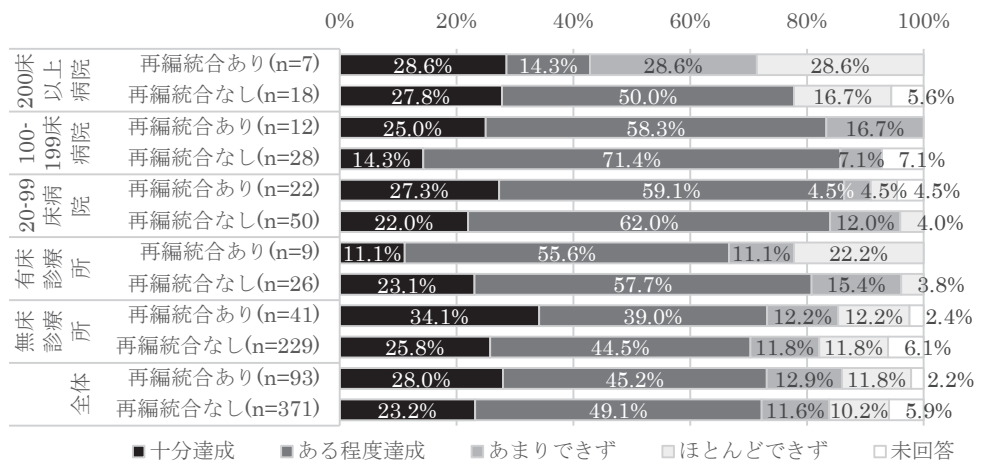
在宅介護の充実



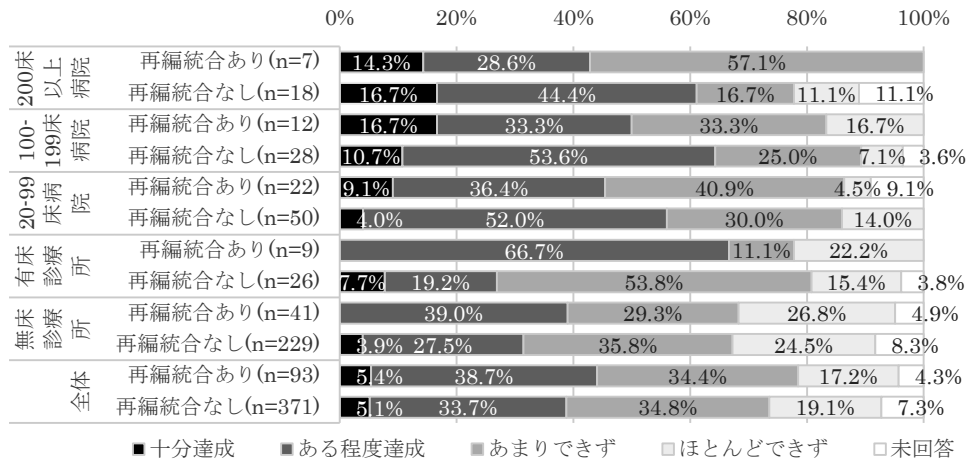
看取り（在宅看取り及び施設看取り）の実施



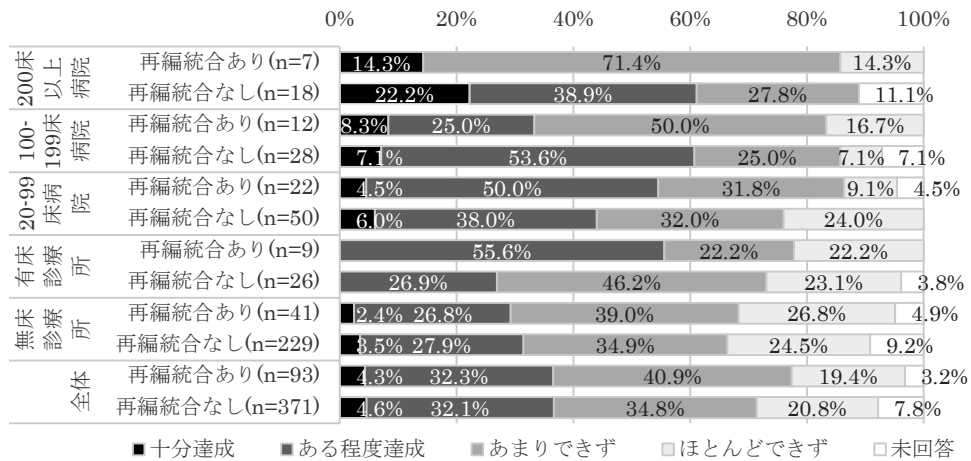
特定健診の実施



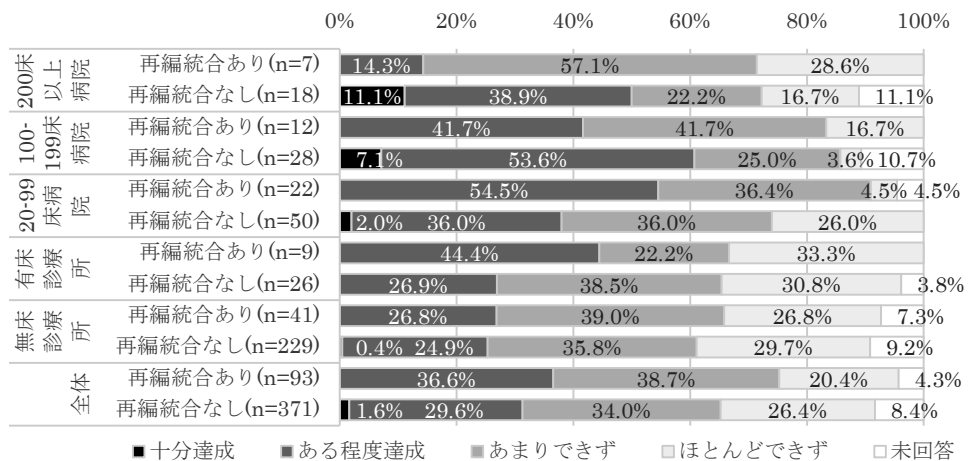
疾病予防等の健康づくり活動の実施



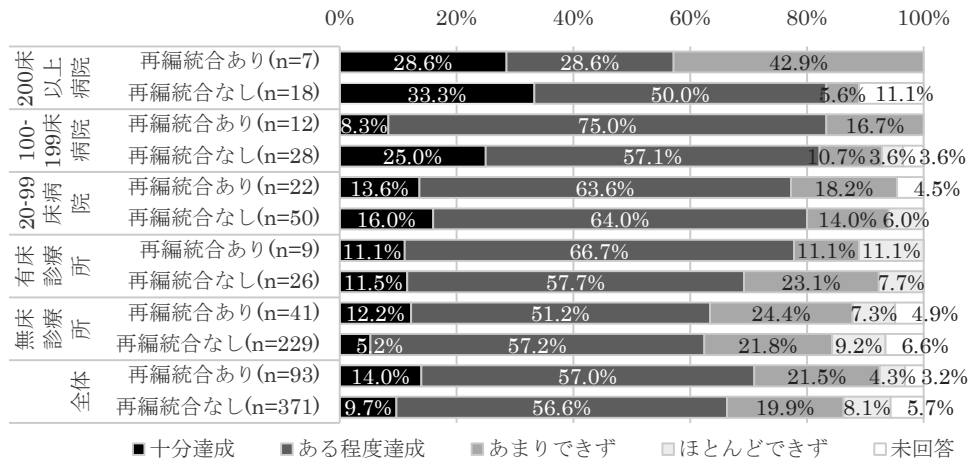
各種健康相談事業の実施



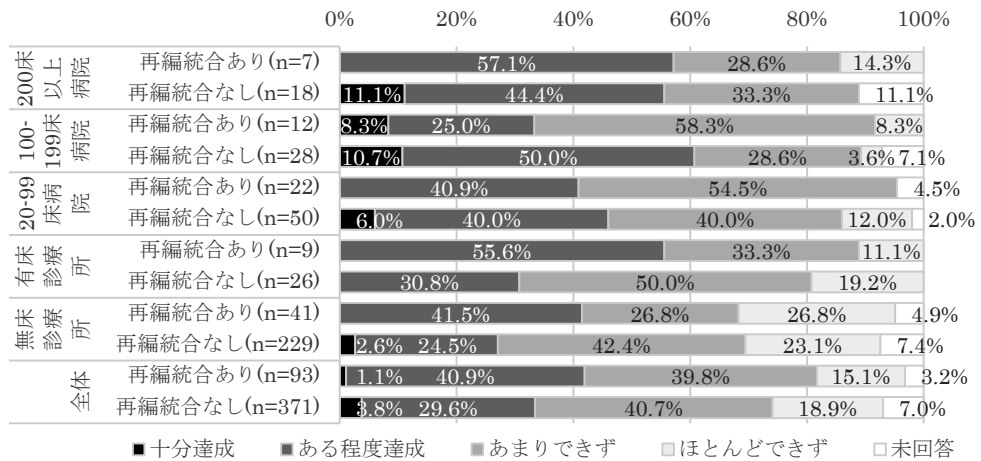
地域の介護予防活動の実施



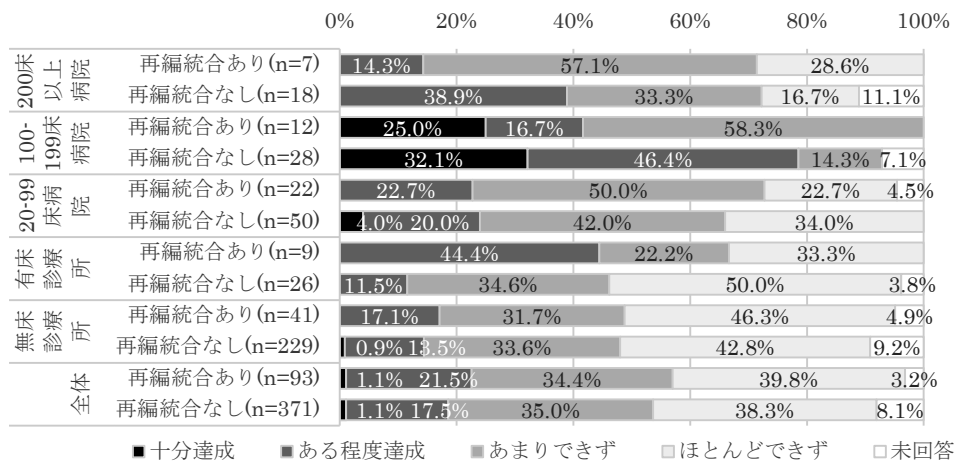
医療・介護連携に関する取り組み



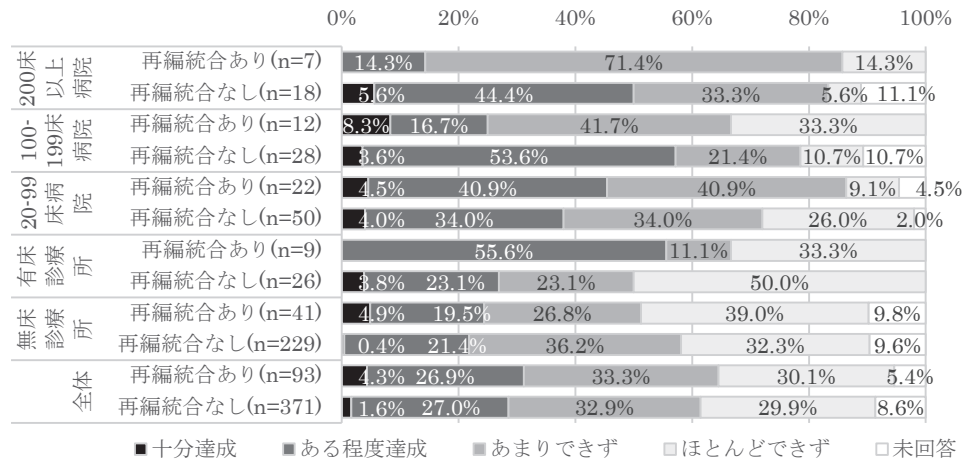
広域的な医療・介護連携に関する取り組み



地域の住民活動の支援（ボランティア、サポーターの養成支援等）



地域の保健・医療・介護・障害等の事業計画策定支援



このようなことから、再編統合は地域包括ケアの継続・深化を妨げるものではなく、地域包括ケアシステムの構築において、国保直診等の医療機関が役割を十分に果たすことにより、そのノウハウや地域が拡大する場合もあるものと思われる。

なお、今回の調査では、へき地における広域医療連携システムの構築、公設民営化や地域医療連携推進法人化による医師確保、診療機能の連携・分化・縮小等、再編統合に関して参考となる事例が複数提示されている。

ただし、公設民営化でも、大きな組織の傘下に入ることで医師等の職員の確保が容易になった事例がある半面、看護師等の職員不足による規模・機能の縮小が続いたことによる経営難等から再び公設公営に戻さざるを得なかった事例も見られた。地域医療連携推進法人についても、医師確保を目的とする事例や、組織基盤の安定化と医師以外の職員の派遣対応を目的とする事例等、様々である。

このようなことから、まず、地域の置かれている状況をきちんと踏まえることが重要である。再編統合の目的や目指すべき姿を明確にしたうえで再編統合の内容を検討し、さらに組織改編や経営形態の変更等が避けられない場合には、再編統合の目的を実現できる組織や経営形態等について、改めて検討するべきであると思われる。

(3) 地域包括ケアの継続・深化を担う人材確保・育成に向けた取り組み

地域包括ケアの継続・深化には、医療提供体制の要となる人材の確保・育成が不可欠であるが、管理者、医師、その他職員のすべてにおいて厳しい状況にある。

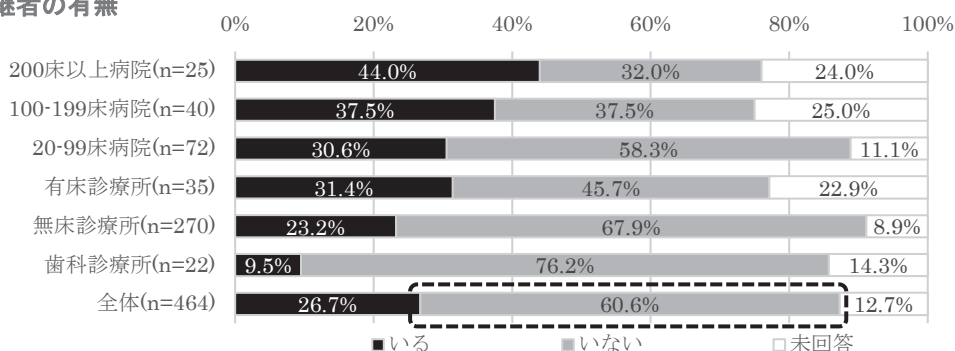
国保直診の管理者の後継者あるいはその有力候補の有無については、6割以上の施設で後継者あるいはその有力候補がいない状況である。

日常の診療活動を通じて、地域医療や地域包括ケア等に係る価値観や思いを共有できる人材を中長期的視点で確保しておくことにより、地域医療に係るマインドが承継され、医療が地域包括ケアの中で連動して機能していくことになるとと思われる。

なお、ヒアリング調査では、承継については医師に限定されない院内のチームが思いや考えを伝えていく、という考え方も示された。

■ 後継者・有力候補者の有無

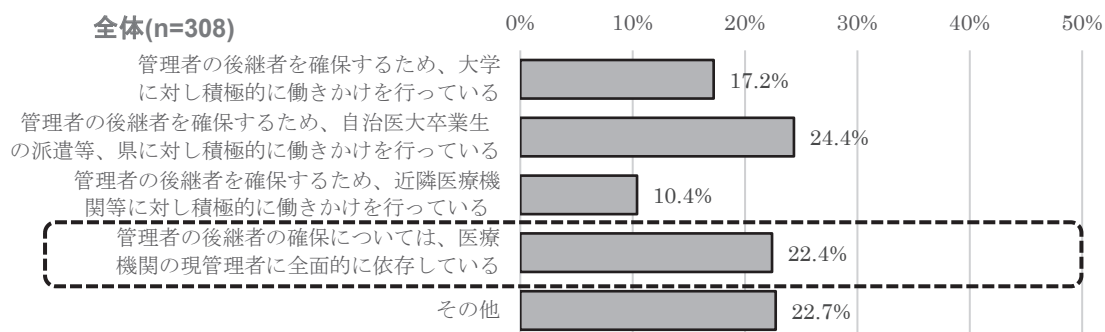
後継者の有無



また、自治体所在の国保直診の管理者の承継に関する自治体の対応については、県や大学、近隣医療機関等に働きかけている自治体がある反面、現管理者に全面的に依存している自治体もあり（69自治体、22.4%）、管理者承継の課題の1つである。

■ 自治体所在の医療機関（国保直診）の管理者の承継に関する自治体の対応について

全体 (n=308)



医師の確保・育成については、基幹医療機関からの医師の派遣等による広域医療連携システムの構築、寄附講座としての地域臨床教育センターの設置による医師の確保・育成、といった事例が見られた。

なお、最近では、へき地等での勤務の義務年限終了後に地域に残らない医師も増えているが、地域医療やへき地医療の魅力や理解を深めてもらう等、地域に残ってもらうための取り組みが課題と思われる。

また、専門医志向の医師や医師1人診療所の勤務経験がない医師も増えているため、総合診療医志向の医学生や医師を増やすための教育や、医師1人診療所の勤務をキャリアとして明確に位置付ける等、管理者の承継者候補を増やすための取り組みについても課題と思われる。

医師以外の職員の確保・育成についても厳しい状況にあるが、価値観や思いの共有とのバランスを図るとともに、入職後の教育の環境にも取り組む必要がある。

(4) 地域住民の関わり

地域包括ケアの根底にあると思われる地域の文化、哲学、マインドといったものの醸成には、地域住民の関わりが不可欠であり、地域包括ケアを継続・深化させる重要な要素の1つである。

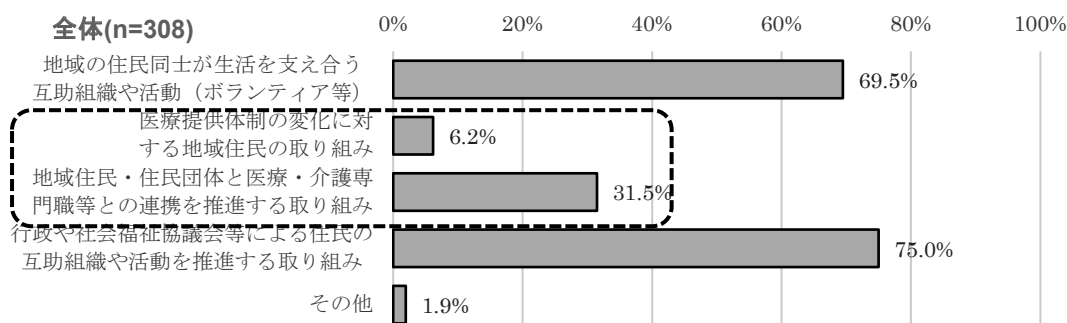
自治体が、地域包括ケアシステムの維持継続のために、保健師等の専門職を育成し

つつ地域住民に働きかけを行っていること等により、地域住民の健康や地域包括ケアに対する意識が高いという事例もある。住民が自ら、自分や家族等の予防や健康、地域の医療や介護等の現状についての認識を高めるとともに、自治体による普及啓発や住民活動等の支援に向けた取り組みが重要である。

住民・住民団体等の活動を推進する自治体の取り組みを見ると、住民の互助組織や活動を推進する取り組みについては多くの自治体が取り組んでいるが、「医療提供体制の変化に対する地域住民の取り組み」が19自治体（6.2%）と特に少なく、次いで「地域住民・住民団体と医療・介護専門職等との連携を推進する取り組み」が97自治体（31.5%）となっている。

今後、自治体がこうした取り組みを推進することにより、地域住民の地域包括ケアに対する認識が高まることが期待される。

■ 既に行っている、地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組み等について



また、医療側からの働きかけとして、在宅医療等の地域包括ケア、小規模自治体における総合診療医によるコンパクトな診療体制等への地域住民の理解を深め、総合診療、在宅医療・看護や看取りといった地域における医療・介護サービスの提供体制等に対する不安の解消を図ることが重要である。

そのためには、自治体及び医療機関が一体となって、地域住民が地域包括ケアに主体的に参加できるよう、自治会の集会や拠点となる居場所等での普及啓発の機会充実のための移動手段の確保や支援、普及啓発の大きな力となるボランティアの確保等に取り組む必要がある。なお、前述したとおり、ボランティアやサポーターの養成支援等も求められる。

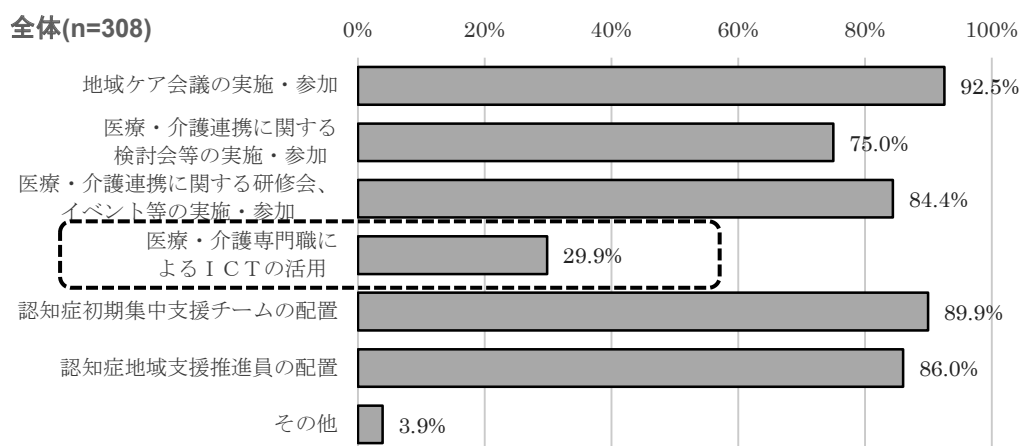
(5) 自治体の取り組み

自治体の取り組みは、医療・介護連携に関する支援、地域住民の啓発や住民活動等の支援、健康福祉推進計画及び介護保険事業計画等の策定・実施等を通じて、地域包括ケアを継続・深化させる重要な要素の1つである。

先に見たように、住民・住民団体等の活動を推進する取り組みについては課題があるものと思われる。

医療・介護連携に関する具体的な取り組みについては、「地域ケア会議の実施・参加」をはじめ、多くの取り組みが行われているが、「医療・介護専門職によるICTの活用」については91自治体（29.6%）にとどまっており、今後の課題と思われる。

■ 自治体の医療・介護連携に関する具体的な取り組みについて



また、自治体と医療との連携については、特に、離島・中山間地域等の小規模自治体では民間のサービス事業者の参入が難しいと思われることから、国保直診等の公的医療機関と自治体がともに地域包括ケアシステムの中核を担う必要がある。

自治体には、「1地域1施設」というような限定されたコミュニティにおいては、国保直診等による地域住民の生活支援まで見据えた医療が、可能な限りの質と安全性を維持しつつ継続されるよう、支援していくことが求められる。

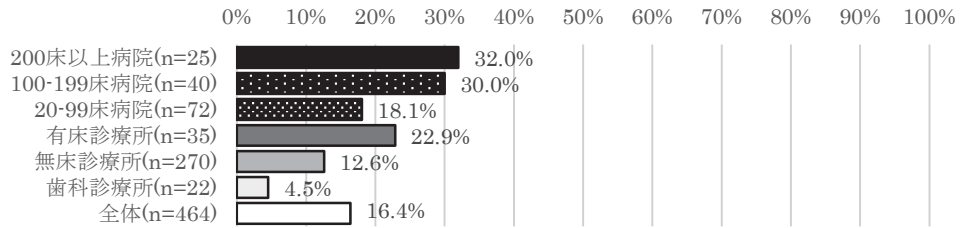
一方、「1地域多施設」という状況においては、地域におけるそれぞれの施設の強みや役割を明確にしたうえで、医療・介護・福祉の各セクションや地域住民等と緊密に連携し、ネットワークの中核をなすべきである。

自治体と国保直診の連携に関して、国保直診による地域医療の推進に関する自治体内新組織の提案と設置、国保直診の管理者による自治体の役職兼務、健康福祉推進計画及び介護保険事業計画等の策定支援、自治体の保健・医療・介護・福祉等の担当者の人材育成支援、等の事例が見られた。

なお、国保直診による保健・医療・介護・障害等の事業計画策定支援について、「十分に達成できている」または「ある程度達成できている」国保直診は3割に満たないことから、さらなる支援が求められる。

■ 国保直診としてその他の地域包括ケアへの取り組みの現状について、施設で実施・参加しているものについて

地域の保健・医療・介護・障害等の事業計画策定支援

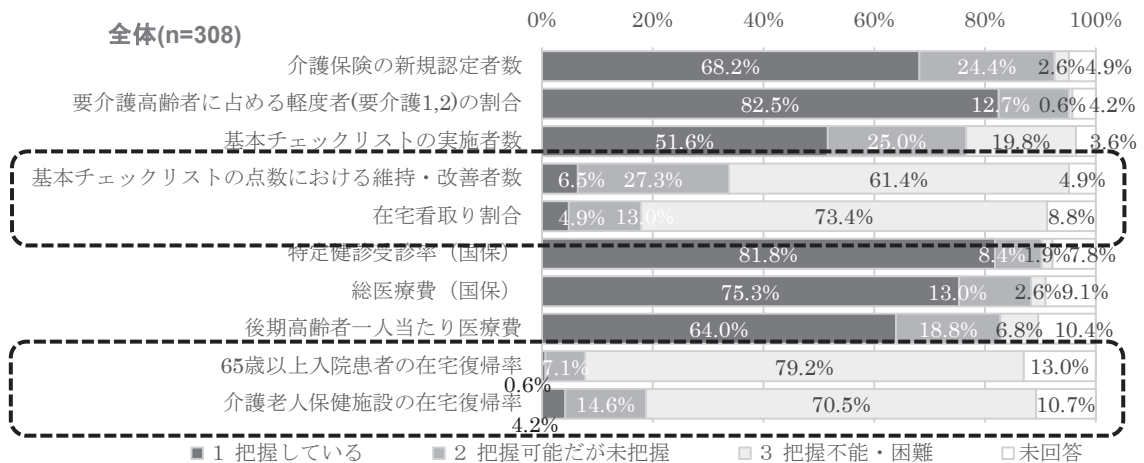


このような取り組みを通じて、地域包括ケアシステムの中核を担うべき自治体の中に、地域全体と未来を見通す力を備えたコーディネーターの役割を果たすことが出来る人材が育つことにより、自治体と国保直診等の医療機関の強力な連携体制が中長期的に継続していくものと思われる。

なお、今回の自治体向けアンケート調査では、地域包括ケアへの取り組み、地域の医療・介護専門職について、多くの自治体で十分に把握できていなかった。

在宅復帰率や在宅看取り割合、基本チェックリストの点数における維持・改善者数等を把握することにより、地域包括ケアへの取り組みにおける現状と課題が明確になるものと思われる。

■ 各項目の把握状況について



また、多くの医療・介護専門職の職種別職員数(特に、リハビリ専門職及び介護職)の把握も、健康福祉推進計画や介護保険事業計画等の地域包括ケアに係る重要な施策の策定・実施に大きく影響することから、重要である。

(6) さいごに

地域包括ケアを継続・深化させる構成要素として、医療、地域住民の関わり、自治体の取り組みを見てきたが、特に医療には地域包括ケアの一端を担うプロとして、地域住民や自治体に対する発信力があり、その役割は大きい。

中でも離島・中山間地域のように医療資源が少ない地域では、国保直診等の公的医療機関が自治体への様々な支援等を通じて緊密に連携を図り、ともに地域包括ケアを担う中核となる必要がある。

また、地域住民に対しては、在宅診療やコンパクトな診療体制等への不安をとり除き、総合診療医による医療体制の長所や必要性への理解を通じて住民自らが地域包括ケアの担い手となるよう、自治体との連携のもと、様々な啓発や支援が求められる。

管理者の後継者及び医師不足、再編統合等により、医療を取り巻く状況は厳しいが、本調査でも取り上げたように、医療資源が少なくても様々な取り組みや工夫によって困難な状況を克服し、地域包括ケアを継続・深化・拡大させている地域もある。

このような取り組みは、離島・中山間地域に限らず、都市部においても医療資源が少ない地域等においては参考になるものと思われる。

医療には、地域包括ケアを継続・深化させる要としての役割に期待したい。

資料編

- ①アンケート調査票（国保直診）
- ②アンケート調査票（市町村）

【令和2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分）】

医療提供体制等の継続及び地域包括ケアに関する実態調査

（国民健康保険診療施設アンケート調査票）

【アンケート調査の目的】

少子高齢化・人口減少等に伴い、医療機関の病床数や機能分化及び再編・統合の検討が進められています。

医療は、地域住民が住み慣れた地域でその人らしい日常生活を継続し、必要な医療と介護を安心して受けられる「地域包括ケア」を支える重要な構成要素であるため、こうした医療提供体制の変化にどのように対応し、どのように地域包括ケアを継続・深化させていくかが、今後のその地域における「まちづくり」のカギとなります。

このことから、「地域包括ケア」の継続・深化の在り方を検討し、その地域の状況に応じた「まちづくり」の実現及び住民参加も含め地域がどのように取り組んでいけばよいかを明らかにするため、こうした課題に対する取り組み事例の収集・整理を行い、今後様々な国民健康保険診療施設（略称：国保直診）が検討・取り組みを進める際の課題、その対応の在り方を提示することを目的としています。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨をご理解の上、アンケート調査へのご協力を賜りますよう、お願い申し上げます。

【ご回答の注意点】

- 貴施設の管理者様（院長または所長）にご回答をお願いいたします。回答にあたり、必要に応じ他の部署や組織等に照会・相談もお願いいたします。
- 特に断りがなければ、可能な限り 2020年4月1日時点の状況をご記入ください。
- 国診協ホームページからダウンロードした調査票は、12月24日（木）までに、別紙記載のE-メールアドレス宛に送信いただきますようお願いいたします。なお、E-メールによるご回答が難しい場合には、別途事務局までご連絡をいただければ幸いです。

【お問い合わせ先】

- 事務局（調査票の内容以外（調査票の入手等）に関するお問い合わせ先）
公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会（担当：迫、竹内、鈴木）
〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 VORT芝大門4F
TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499 E-mail office@kokushinkyo.or.jp
- 事務局支援（調査票の内容（調査項目への質問等）に関するお問い合わせ先）
株式会社日本経済研究所（担当：丸田、前田）
〒100-0004 東京都千代田区大手町1-9-2 大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 15F
TEL 03-6214-4641 FAX 03-6214-4602 E-mail:maruta@jeri.co.jp

問1 貴施設の概況

(1) 貴施設の概況についてご記入ください。			
貴施設の所在自治体		市・町・村	
貴施設名		ご回答者名	
電話番号		メールアドレス	
① 貴施設の種別	1 病院 2 有床診療所 3 無床診療所 4 歯科診療所 (該当する番号に○を付けてください。選択肢について以下同様。) (病床がある場合は以下もご記入ください。) 一般病床 () 床 療養病床 () 床 精神病床 () 床 ※うち地域包括ケア病床 () 床 回復期リハ病床 () 床 ※なお、歯科診療所については、ご回答にあたり、貴診療所が該当する箇所についてのみご回答ください。		
②-1 併設及び実施事業 (複数回答可)	1 歯科診療所 2 訪問看護ステーション (訪問リハビリを含む) 3 訪問看護ステーション (訪問リハビリを含まない) 4 みなし訪問看護事業所 5 通所リハ事業所 6 みなし通所リハ事業所 7 訪問リハ事業所 8 みなし訪問リハ事業所 9 訪問介護事業所 10 介護医療院 () 人 11 介護老人保健施設 () 人 12 特別養護老人ホーム () 人 13 生活支援ハウス 14 グループホーム (認知症・障害者いずれも含む) 15 居宅介護支援事業所 16 地域包括支援センター 17 その他 () ※選択肢10~12については () 内に定員もご記入ください。		
②-2 併設及び実施事業 (機能強化型)	※「機能強化型」については下記の該当するものの () に○を付けてください (施設名の記載がない場合は【 】内に記入)。 () 訪問看護ステーション () 介護老人保健施設 () 介護医療院 () 【 】 () 【 】 () 【 】		
③-1 貴施設の指定等 (複数回答可)	1 地域医療支援病院 2 救急告示病院 3 へき地医療拠点病院 4 特定感染症指定医療機関 5 第一種感染症指定医療機関 6 第二種感染症指定医療機関 7 在宅療養支援病院 8 在宅療養後方支援病院 9 在宅療養支援診療所 10 在宅療養支援歯科診療所 11 その他 ()		
③-2 貴施設の指定等 (機能強化型、単独型、連携型)	※在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所については、下記の該当するものの欄に○を付けてください。		
	貴施設の指定等	機能強化型	単独型
	在宅療養支援病院		
	在宅療養支援診療所		

問2 貴施設の地域包括ケアへの取り組み

(1) 貴施設の地域包括ケアへの取り組みの現状についてご記入ください。		
①年間延患者数 (2019年度)	入院 (人)、外来 (人)、在宅 (人)	
②主な在宅サービスの実施状況 (前頁の併設施設を含む)	【医療保険による在宅サービス】※診療報酬の対象	2019年度延実施件数
	往診	
	在宅患者訪問診療	
	歯科訪問診療	
	在宅患者訪問看護・指導	
	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	
	訪問看護ステーション等への指示書の交付	
	【介護保険による在宅サービス】※介護報酬の対象	2019年度延実施件数
	居宅療養管理指導 (介護予防含む)	
	訪問看護 (介護予防含む)	
	訪問リハビリテーション (介護予防を含む)	
<p>③貴施設の所在自治体内の医療・介護連携に関する取り組みについて、貴施設が実施・参加しているもので該当するものの番号に○を付けてください (複数回答可)。</p> <p>1 地域ケア会議の実施・参加</p> <p>2 医療・介護連携に関する検討会等 (地域ケア会議を除く) の実施・参加</p> <p>3 医療・介護連携に関する研修会、イベント等の実施・参加</p> <p>4 医療・介護専門職によるICTの活用</p> <p>5 その他</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-left: 20px;"></div> <p>6 具体的な取り組みはない</p>		
<p>④貴施設の所在自治体外の自治体・医療機関・介護事業所・地域住民等との広域的な医療・介護連携に関する取り組みについて、貴施設が実施・参加しているもので該当するものの番号に○を付けてください (複数回答可)。</p> <p>1 地域ケア会議の実施・参加</p> <p>2 医療・介護連携に関する検討会等 (地域ケア会議を除く) の実施・参加</p> <p>3 医療・介護連携に関する研修会、イベント等の実施・参加</p> <p>4 医療・介護専門職による広域的なICTの活用</p> <p>5 その他</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-left: 20px;"></div> <p>6 具体的な取り組みはない</p>		

⑤貴施設は在宅看取りまたは施設看取り（同一法人内及び同一法人外、いずれも「看取り加算」を算定したもの）への取り組みをしていますか？している場合は実施した人数の記入もお願いします。

- 1 している 2 していない 3 不明

※「1」の場合、以下の「2」～「5」もご記入ください。

- 2 （同一法人内の）在宅看取りを行った人数（2019年度） （ ）人
3 （同一法人外の）在宅看取りを行った人数（2019年度） （ ）人
4 （同一法人内の併設の）施設看取りを行った人数（2019年度） （ ）人
5 （同一法人外の）施設看取りを行った人数（2019年度） （ ）人

⑥その他（設問②～⑤で貴施設が実施・参加しているもの以外）の地域包括ケアへの取り組みの現状について、貴施設が実施・参加しているもので該当するものの番号に○を付けてください。

- 1 特定健診の実施 2 疾病予防等の健康づくり活動の実施
3 歯科衛生指導 4 各種健康相談事業の実施
5 地域の介護予防活動の実施 6 医療・介護連携に関する取り組み
7 広域的な医療・介護連携に関する取り組み
8 地域の住民活動の支援（ボランティア、サポーターの養成支援等）
9 地域の保健・医療・介護・障害等の事業計画策定支援
10 その他（ ）

※上記の中で、特に特徴的な取り組みの具体的な内容及び効果等について、（ ）に番号を記入の上、以下にご記入ください（2つまで）

（ ）

[]

（ ）

[]

(2) 貴施設の所在地域の地域包括ケアシステムの現状等についてご回答ください。

①貴施設の所在地域の地域包括ケアシステムの現状について、該当するものの番号に○を付けてください。

- 1 かなり評価される状況である
- 2 まあまあ評価される状況である
- 3 まだ評価される状況までは至っていない
- 4 評価に値しない

②上記①の設問で「1」または「2」と回答された方にお伺いします。どういった点が評価されるのでしょうか（自由記載）。

[]

③上記①の設問で「3」または「4」と回答された方にお伺いします。どういった点が不足していると思われますか（自由記載）。

[]

(3) 貴施設の所在地域の地域包括ケアシステム構築において当該自治体が果たすべきと思われる役割等について、ご回答ください。

貴施設の所在地域の地域包括ケアシステム構築において当該自治体が果たすべきと思われる役割等について、特に重要と考えられるものの番号に○を付け（3つまで）、（ ）に優先順位（1、2、3のいずれか）をご記入ください。

- 1 () 地域包括ケアシステムにおける現状分析と課題の抽出、具体的対応等の計画を関係者と策定する取り組み
- 2 () 医療・介護・福祉施設等との情報共有及び協議・支援・調整等
- 3 () ICTを活用した地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み
- 4 () 地域住民の啓発活動
- 5 () 地域住民主体活動等の支援
- 6 () 広域的な連携への取り組み
- 7 () その他

[]

(4) 貴施設の所在地域の地域包括ケアシステム構築における地域住民の理解・協力等について、ご回答ください。

①貴施設が所在する自治体が既に行っている地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組み等について、該当するものの番号に○を付けてください（複数回答可）。

- 1 地域の住民同士が生活を支え合う互助組織や活動（ボランティア等）
- 2 医療提供体制の変化に対する地域住民の取り組み
- 3 地域住民・住民団体と医療・介護専門職等との連携を推進する取り組み
- 4 行政や社会福祉協議会等による住民の互助組織や活動を推進する取り組み
- 5 その他

[]

- 6 特に取り組みはない

②貴施設の所在地域の地域住民に地域包括ケアシステム構築に関して理解・協力を得るための課題及び具体的対応についてご記入ください（自由記載）。

[]

③貴施設の所在地域の地域住民が地域包括ケアシステム構築に関して果たすべき役割及び期待することについてご記入ください（自由記載）。

[]

(5) 貴施設の所在地域の地域包括ケアシステム構築において貴施設が果たすべき役割等について、ご回答ください。

①国保直診は地域包括医療・ケアを旗印として活動していますが、こうした取り組みほどの程度重要と思われますか。該当するものの番号に○を付けてください。

- | | |
|-------------|-----------|
| 1 極めて重要である | 2 やや重要である |
| 3 あまり重要ではない | 4 重要ではない |

②今後の貴施設の在り方は、貴施設の所在自治体における地域包括ケアにどのような影響を及ぼすと思われますか（自由記載）。

③貴施設の所在地域の地域包括ケアシステム構築において、国保直診である貴施設が果たすべきと思われる以下の役割等について、どの程度達成されていますか。次の選択肢のうち、項目毎に該当するものの番号を達成状況の欄にご記入ください。

- | | |
|---------------|----------------|
| 1 十分に達成できている | 2 ある程度達成できている |
| 3 あまり達成できていない | 4 ほとんど達成できていない |

No.	項 目	達成状況
1	在宅医療の充実	
2	在宅介護の充実	
3	看取り（在宅看取り及び施設看取り）の実施	
4	特定健診の実施	
5	疾病予防等の健康づくり活動の実施	
6	各種健康相談事業の実施	
7	地域の介護予防活動の実施	
8	医療・介護連携に関する取り組み	
9	広域的な医療・介護連携に関する取り組み	
10	地域の住民活動の支援（ボランティア、サポーターの養成支援等）	
11	地域の保健・医療・介護・障害等の事業計画策定支援	

④設問③以外に、貴施設の所在地域の地域包括ケアシステム構築において、国保直診である貴施設が果たすべき役割等があればご記入ください（自由記載）。

問3 人口減少、市町村合併、地域医療構想等による「再編統合」に伴う地域包括ケアシステム構築への取り組み

(1) 貴施設における「再編統合」の状況とその影響についてご回答ください。

※なお、ここでの「再編統合」は、以下のようなパターンを言うものとします。

- A-① 組織改編（拡大） 他の医療機関との合併
- A-② 組織改編（拡大） 無床診療所から有床診療所へ転換
- A-③ 組織改編（拡大） 無床診療所から病院へ転換
- A-④ 組織改編（拡大） 有床診療所から病院へ転換
- A-⑤ 組織改編（拡大） その他
- B-① 組織改編（縮小） 他の医療機関との合併
- B-② 組織改編（縮小） 病院から有床診療所に転換
- B-③ 組織改編（縮小） 病院から無床診療所に転換
- B-④ 組織改編（縮小） 有床診療所から無床診療所に転換
- B-⑤ 組織改編（縮小） 病院から介護施設等（介護老人保健施設、介護医療院等）へ転換
- B-⑥ 組織改編（縮小） 診療所から介護施設等（介護老人保健施設、介護医療院等）へ転換
- B-⑦ 組織改編（縮小） その他
- C-① 診療機能改編 組織を改編することなく一部の診療科を拡充
- C-② 診療機能改編 組織を改編することなく一部の診療科を休止・廃止
- C-③ 診療機能改編 組織を改編することなく病床数増加
- C-④ 診療機能改編 組織を改編することなく病床数削減
- C-⑤ 診療機能改編 組織を改編することなく病床機能変更

①貴施設の所在自治体では、いわゆる平成の大合併（2003～2005年）がありましたか？

1 あった ⇒ 合併年度（ ）年 2 なかった

②平成の大合併が行われた頃以降、貴施設において再編統合が行われた場合、再編統合年度と再編統合のパターンを次頁の表にご記入のうえ（再編統合のパターンは「A-①」等と記入、再編統合が複数回ある場合は再編統合順にそれぞれの年度とパターンを記入）、各設問（②-(1)～②-(4)、及び②-(6)）における選択肢の中から、該当するものの番号をそれぞれご記入ください（複数回答可、再編統合が行われなかった場合は回答不要です）。

※なお、貴施設において再編統合が行われた場合は以下の③～⑦について、再編統合が行われなかった場合は③、④、⑦についてご回答ください。

【ご回答一覧表】

No.	年度 (西暦)	再編統合のパターン ※「A-①」等と記入	設問				
			②-(1)	②-(2)	②-(3)	②-(4)	②-(6)
1							
2							
3							
4							
5							

②-(1) 貴施設の再編統合の主な要因

- | | |
|---------------------------------|---------------|
| 1 診療圏人口減少 | 2 市町村合併 |
| 3 公立病院改革プラン | 4 地域医療構想 |
| 5 医師（歯科医師含む、以下当アンケートにおいて同じ）確保困難 | |
| 6 医師以外の職員確保困難 | 7 近隣の医療機関の増加 |
| 8 近隣の医療機関の減少 | 9 近隣の介護事業所の増加 |
| 10 近隣の介護事業所の減少 | 11 赤字経営 |
- 12 その他（表のNo. を（No. : ）にご記入のうえ、ご回答ください）
 （No. : ）
 { }
 （No. : ）
 { }
 （No. : ）
 { }

②-(2) 貴施設の再編統合のプロセスにおける課題

- | | |
|------------------|----------------|
| 1 医療介護等提供機能の低下 | 2 医療介護等機能の質の低下 |
| 3 医師（院長、所長含む）の確保 | 4 職員の確保 |
| 5 医療機関間の調整 | 6 医療機関と行政の調整 |
| 7 医療機関と地域住民の調整 | 8 キーパーソンの不在 |
| 9 特に課題はなかった | |
- 10 その他（表のNo. を（No. : ）にご記入のうえ、ご回答ください）
 （No. : ）
 { }
 （No. : ）
 { }
 （No. : ）
 { }

②-3) 貴施設の再編統合における貴施設の所在地域の住民や他の組織の関わり

- | | |
|----------------|---------------------|
| 1 住民代表が関わった | 2 医師会・歯科医師会が関わった |
| 3 他の医療機関が関わった | 4 他の保健・介護・福祉機関が関わった |
| 5 行政の担当部署が関わった | 6 それらの関りはなかった |

②-4) 貴施設の再編統合に伴う貴施設の所在地域への具体的な影響

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1 在宅医療が増えた | 2 在宅医療が減った |
| 3 施設入所が増えた | 4 施設入所が減った |
| 5 医療と介護の連携が進んだ | 6 医療と介護の連携が停滞した |
| 7 地域の集まりが増えた | 8 地域の集まりが減った |
| 9 経営が好転した | 10 経営が悪化した |
| 11 特に影響はない | |

12 その他(表のNo.を(No. :))にご記入のうえ、ご回答ください)

- (No. :)
 { }
 (No. :)
 { }
 (No. :)
 { }

②-5) 上記の設問②-4)のほか、貴施設の再編統合に伴う貴施設の所在地域への具体的な影響についてのお考えや思いについてご回答ください(自由記載)。

(Empty rounded rectangular box for free text response)

②-6) 貴施設の再編統合後に、貴施設の所在地域の医療確保のために行ったこと

- 1 出張診療所、巡回診療、訪問診療等、医師の動きを促進した
- 2 道路整備、患者輸送車等、患者の動きを促進した
- 3 他の医療機関に委ねた
- 4 特に行ってない

③地域医療構想において、貴施設はいわゆる「再編統合を検討すべき医療機関」に当てはまりましたか。

1 はい

2 いいえ

④「再編統合を検討すべき医療機関」への該当如何にかかわらず、地域医療構想に対して貴施設で何か対応されておられましたらご記入ください（自由記載）。

[]

⑤貴施設においていずれかの再編統合のパターンが行われた場合（単回、複数回に関係なく）、その全体的プロセスとしての概要についてご記入ください（自由記載）。

※内容については、例えば以下のような観点でご回答ください。

・病床削減、診療所化、他施設への転用、施設閉鎖、地域医療連携推進法人化、等

[]

⑥再編統合による経営面を含む貴施設への影響についてご記入ください（自由記載）。

[]

⑦貴施設を含め、再編統合に関する好事例（国保直診に限る）がありましたら、以下でご紹介ください。

1 医療機関名

[]

2 再編統合の具体的な内容等

[]

(2) 今後の人口減少や医療需要の変化に伴う、将来に向けた貴施設の再編統合に関する考え方について、下記にご回答ください。

①貴施設では、今後将来に向けて再編統合の検討が必要と考えますか？(既に再編統合を行った施設においてもさらに再編統合が必要になるかどうかの観点でご回答ください)。

- 1 すでに検討中である
- 2 早々に検討し取り組む必要がある
- 3 検討し取り組む必要はあるがしばらく先の話である
- 4 検討し取り組む必要があるとは思わない

②貴施設の再編統合の検討が必要と思われる主な要因について、該当するものの番号に○を付けてください(複数回答可：上記の設問①で「4」以外を回答された場合はご回答ください)。

- | | |
|---------------|----------------|
| 1 診療圏人口減少 | 2 市町村合併 |
| 3 公立病院改革プラン | 4 地域医療構想 |
| 5 医師確保困難 | 6 医師以外の職員確保困難 |
| 7 近隣の医療機関の増加 | 8 近隣の医療機関の減少 |
| 9 近隣の介護事業所の増加 | 10 近隣の介護事業所の減少 |
| 11 赤字経営 | |
| 12 その他 () | |

③貴施設の再編統合の検討に関する課題について、該当するものの番号に○を付けてください(複数回答可)。

- | | |
|----------------|----------------|
| 1 医療介護等提供機能の低下 | 2 医療介護等機能の質の低下 |
| 3 医師(院長、所長)の確保 | 4 職員の確保 |
| 5 医療機関間の調整 | 6 医療機関と行政の調整 |
| 7 医療機関と地域住民の調整 | 8 キーパーソンの不在 |
| 9 その他 () | |
| 10 特に課題はない | |

④貴施設の再編統合の検討にあたり、地域住民、他の組織との関わりについて、該当するものの番号に○を付けてください(複数回答可)。

- | | |
|--------------------|---------------|
| 1 住民代表が関わる | 2 行政の担当部署が関わる |
| 3 医師会・歯科医師会が関わる | 4 他の医療機関が関わる |
| 5 他の保健・介護・福祉機関が関わる | 6 それらの関りはない |
- 1～5の具体的内容についてご記入ください(自由記載)。

()

⑤貴施設が再編統合後に目指している医療や地域包括ケアシステムの姿についてご記入ください（自由記載）。

[]

(3) 貴施設の管理者（院長または所長）の承継についてご回答ください。

①院長または所長の方は現在何歳ですか。 () 歳

②現在の役職に就任されたのは何歳の時でしたか。 () 歳

③現在の役職に就任された経緯等について、該当するものの番号に○を付けてください。

- 1 現施設で勤務しており、大学医局人事で前任者退職に伴い就任した
 - 2 他施設で勤務しており、大学医局人事で前任者退職に伴い就任した
 - 3 現施設で勤務しており、大学医局人事とは無関係で前任者退職に伴い就任した
 - 4 他施設で勤務しており、大学医局人事とは無関係で前任者退職に伴い就任した
 - 5 自治医大出身などで義務内のローテーションとして就任した
 - 6 その他
- []

④現在の役職に就任された時にお考えになったことや思いについてご記入ください（自由記載）。

[]

⑤管理者（院長または所長）の交代について課題と思われたことがありましたらご記入ください（自由記載）。

[]

⑥ご自身の後、後継者あるいはその有力候補者はいますか。

1 いる 2 いない

⑦管理者の承継に関してどのような考えをお持ちですか（自由記載）。

[]

⑧後継者の確保及び育成のために何か工夫されていることはありますか。

1 ある（「1」と回答された場合、具体的内容についてご記入ください。）

2 ない

（4）貴施設での医師及び医師以外の職員の確保及び育成等についてご回答ください。

①現在の貴施設における医師確保の状況をどのようにお考えですか。該当するものの番号に○を付けてください。

- | | |
|-------------|------------|
| 1 かなり不足している | 2 やや不足している |
| 3 充足している | 4 やや過剰である |
| 5 かなり過剰である | |

②医師の確保及び育成のために、貴施設で何か工夫していることはありますか。

- 1 ある

※「1」と回答された場合、その具体的内容についてご記入ください。

2 ない

③貴施設における医師の年齢分布、及びそのうち、（主観的な判断で結構ですが）将来貴施設の立地地域の地域包括ケアや貴施設の運営継続に大きく携わると考えられる医師は何人おられますか？（大きくかわる医師数/その年齢群の医師数）でご記入ください。

※例：1/3（その年齢群の医師は3人、うち1人は将来立地地域の地域包括ケアや施設の運営継続に大きく携わると考えられる人数という意味になります。）

- | | |
|----------------|----------------|
| 1 25～29歳（ / ）人 | 2 30～34歳（ / ）人 |
| 3 35～39歳（ / ）人 | 4 40～44歳（ / ）人 |
| 5 45～50歳（ / ）人 | 6 50～54歳（ / ）人 |
| 7 55歳以上（ / ）人 | |

④貴施設において、医師の確保及び育成について課題と思われたことがありましたらご記入ください（自由記載）。

（自由記載欄）

⑤貴施設において、地域包括ケアシステムを推進する管理者以外のキーパーソンがいるかどうかについて、該当するものの番号に○を付けてください。

キーパーソンの有無 1 有 2 無 3 不明

※「1」と回答された場合、その職種・役職、及び異動・交代が有り得るかどうかについても、以下にご回答ください（異動・交代については該当するものの番号に○）。

職種（ ） 役職（ ）
異動・交代 1 有り得る 2 有り得ない 3 不明

⑥貴施設において、医師以外の職員の確保及び育成のために何か工夫されていることはありますか。

1 ある

※「1」と回答された場合、その具体的内容についてご記入ください。

（自由記載欄）

2 ない

⑦貴施設において、医師以外の職員の確保及び育成について課題と思われることがありましたらご記入ください（自由記載）。

質問は以上です。ご協力いただきありがとうございました。

【令和2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分）】
医療提供体制等の継続及び地域包括ケアに関する実態調査
（市町村アンケート調査票）

【アンケート調査の目的】

少子高齢化・人口減少等に伴い、医療機関の病床数や機能分化及び再編・統合の検討が進められています。

医療は、地域住民が住み慣れた地域でその人らしい日常生活を継続し、必要な医療と介護を安心して受けられる「地域包括ケア」を支える重要な構成要素であるため、こうした医療提供体制の変化にどのように対応し、どのように地域包括ケアを継続・深化させていくかが、今後のその地域における「まちづくり」のカギとなります。

このことから、「地域包括ケア」の継続・深化の在り方を検討し、その地域の状況に応じた「まちづくり」の実現及び住民参加も含め地域がどのように取り組んでいけばよいかを明らかにするため、こうした課題に対する取り組み事例の収集・整理を行い、今後様々な自治体が検討・取り組みを進める際の課題、その対応の在り方を提示することを目的としています。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨をご理解の上、アンケート調査へのご協力を賜りますよう、お願い申し上げます。

【ご回答の注意点】

○ 貴自治体の国民健康保険担当部署の責任者様にご回答をお願いいたします。回答にあ

たり、介護保険及び地域包括ケア関連等の他の部署や組織、実際に高齢者支援に従事される職員の方々等にも照会・相談をいただけると幸いです。

- 本アンケート調査は、各自治体の現状や取組の把握等を目的とするものであり、本調査の回答内容により交付金の調整や公的な指導等が行われることは一切ありません。貴自治体の現状やご認識について、率直にご回答賜りますようお願い申し上げます。
- 特に断りがなければ、可能な限り 2020年4月1日時点の状況をご記入ください。
- 国診協ホームページからダウンロードした調査票は、12月24日(木)までに、別紙記載のE-メールアドレス宛に送信いただきますようお願いいたします。なお、E-メールによるご回答が難しい場合には、別途事務局までご連絡をいただければ幸いです。

【お問い合わせ先】

- 事務局（調査票の内容以外（調査票の入手等）に関するお問い合わせ先）
公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会（担当：迫、竹内、鈴木）
〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 VORT芝大門4F
TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499 E-mail office@kokushinkyo.or.jp
- 事務局支援（調査票の内容（調査項目への質問等）に関するお問い合わせ先）
株式会社日本経済研究所（担当：丸田、前田）
〒100-0004 東京都千代田区大手町1-9-2 大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 15F
TEL 03-6214-4641 FAX 03-6214-4602 E-mail:maruta@jeri.co.jp

問1 貴自治体の概況

(1) 貴自治体の概況についてご記入ください。									
貴自治体名	市・町・村								
ご担当部署			ご回答者名						
電話番号			メールアドレス						
人口及び要 支援・要介 護高齢者数	総人口	0～14歳	15～64歳	65歳以上	(うち75歳以上)				
	人	人	人	人	人				
	要支援1	要支援2		要介護1	要介護2				
	人	人		人	人				
	要介護3	要介護4		要介護5					
	人	人		人					
(2) 貴自治体内に所在する医療・介護資源の概況についてご記入ください。									
施設名	施設数	総病床数	病床内訳 (病床種別及び機能別)						
			一般	療養	(うち地域 包括ケア)	(うち回復 期リハ)	精神	感染症	結核
病院									
有床診療所					—	—	—	—	—
無床診療所		—	—	—	—	—	—	—	—
歯科診療所		—	—	—	—	—	—	—	—
施設名		施設数	施設名		施設数				
訪問看護ステーション (みなし指定の訪問看護を含む)			訪問介護						
通所リハビリテーション (みなし指定の通所リハを含む)			通所介護						
小規模多機能型居宅介護事業所			短期入所生活介護						
認知症対応型共同生活介護			居宅介護支援事業所						
施設名	施設数	定員数	施設名	施設数	定員数				
介護老人福祉施設			介護老人保健施設						
介護療養型医療施設			介護医療院						
職種	従業者数	職種	従業者数	職種	従業者数				
医師		歯科医師		薬剤師					
保健師		助産師		看護師					
准看護師		理学療法士		作業療法士					
言語聴覚士		介護福祉士		介護ヘルパー					
生活相談員		介護支援専門員		—	—				

※施設数、従業者数は貴自治体内の総数をご記入下さい。

※介護における施設数・従業者数データは「介護保険事業計画策定に向けた諸調査」、「介護サービス施設・事業所調査」等、また医療における従業者数データは「医師・歯科医師・薬剤師統計」、「医療施設調査」、「衛生行政報告例」等の市区町村データを参考に、把握可能な範囲でご記入下さい。

問2 貴自治体全域における地域包括ケアへの取り組み

(1) 貴自治体全域での地域包括ケアへの取り組みの現状についてご回答ください。				
①下記の項目について、各項目の把握状況、実績値をご記入ください。 ※各項目の実績値については、「介護保険事業計画」(第6期～第8期、第8期は案)の策定時に把握可能な下記年度1年間の実績値を基準に、可能な範囲でご記入下さい。				
項目	把握状況 (※該当する番号に○)	介護保険事業計画策定時の実績値		
		平成25年度	平成28年度	令和元年度
介護保険の新規認定者数	1 把握している 2 把握可能だが未把握 3 把握不能・困難	人	人	人
要介護高齢者に占める軽度者(要介護1,2)の割合	1 把握している 2 把握可能だが未把握 3 把握不能・困難	%	%	%
基本チェックリストの実施者数	1 把握している 2 把握可能だが未把握 3 把握不能・困難	人	人	人
基本チェックリストの点数における維持・改善者数	1 把握している 2 把握可能だが未把握 3 把握不能・困難	人	人	人
在宅看取り割合(介護老人保健施設、老人ホーム、助産所、自宅の死亡者数合計/総死亡者数)	1 把握している 2 把握可能だが未把握 3 把握不能・困難	%	%	%
特定健診受診率(国保)	1 把握している 2 把握可能だが未把握 3 把握不能・困難	%	%	%
総医療費(国保)	1 把握している 2 把握可能だが未把握 3 把握不能・困難	百万円	百万円	百万円
後期高齢者一人当たり医療費	1 把握している 2 把握可能だが未把握 3 把握不能・困難	円	円	円
65歳以上入院患者の在宅復帰率	1 把握している 2 把握可能だが未把握 3 把握不能・困難	%	%	%
介護老人保健施設の在宅復帰率	1 把握している 2 把握可能だが未把握 3 把握不能・困難	%	%	%

②貴自治体の医療・介護連携に関する具体的な取り組みについて、該当するものの番号に○を付けてください（複数回答可）。

- 1 地域ケア会議の実施・参加
- 2 医療・介護連携に関する検討会等（地域ケア会議を除く）の実施・参加
- 3 医療・介護連携に関する研修会、イベント等の実施・参加
- 4 医療・介護専門職によるICTの活用
- 5 認知症初期集中支援チームの配置
- 6 認知症地域支援推進員の配置
- 7 その他



- 8 具体的な取り組みはない

③貴自治体と、貴自治体以外の自治体・医療機関・介護事業所・地域住民等との広域的な医療・介護連携に関する具体的な取り組みについて、該当するものの番号に○を付けてください（複数回答可）。

- 1 地域ケア会議の実施・参加
- 2 医療・介護連携に関する検討会等（地域ケア会議を除く）の実施・参加
- 3 医療・介護連携に関する研修会、イベント等の実施・参加
- 4 医療・介護専門職による広域的なICTの活用
- 5 その他



- 6 具体的な取り組みはない

(2) 貴自治体の地域包括ケアシステム構築における地域住民の理解・協力等について、ご回答ください。

①貴自治体が既に行っている、地域住民・住民団体等の活動を推進する取り組み等について、該当するものの番号に○を付けてください（複数回答可）。

- 1 地域の住民同士が生活を支え合う互助組織や活動（ボランティア等）
- 2 医療提供体制の変化に対する地域住民の取り組み
- 3 地域住民・住民団体と医療・介護専門職等との連携を推進する取り組み
- 4 行政や社会福祉協議会等による住民の互助組織や活動を推進する取り組み
- 5 その他

()

- 6 特に取り組みはない

②貴自治体の地域住民・住民団体の活動が、地域包括ケアシステムに及ぼす影響について、ご記入ください（自由記載）。

()

③貴自治体の地域包括ケアシステム構築において、地域住民の理解・協力を得るための課題及び具体的対応について、ご記入ください（自由記載）。

()

④貴自治体の地域住民が果たすべき役割及び期待することについて、ご記入ください（自由記載）。

()

(3) 貴自治体の地域包括ケアシステム構築において、貴自治体内に所在する国民健康保険診療施設（以下「国保直診」という）が果たすべき役割等について、ご回答ください。

地域包括ケアシステム構築において国保直診が果たすべき役割等について、該当するものの番号に○を付けてください（複数回答可）。

- 1 在宅医療の充実
- 2 在宅介護の充実
- 3 看取り（在宅看取り及び施設看取り）の実施
- 4 特定健診の実施
- 5 疾病予防等の健康づくり活動の実施
- 6 各種健康相談事業の実施
- 7 地域の介護予防活動の実施
- 8 医療・介護連携に関する取り組み
- 9 広域的な医療・介護連携に関する取り組み
- 10 地域の住民活動の支援（ボランティア、サポーターの養成支援等）
- 11 地域の保健・医療・介護・障害等の事業計画策定支援
- 12 その他

[]

(4) 貴自治体の地域包括ケアシステム構築において、貴自治体が果たすべきと思われる役割等について、ご回答ください。

地域包括ケアシステム構築において行政が果たすべきと思われる役割等について、重要と考えられるものの番号に○を付け（3つまで）、（ ）に優先順位（1、2、3のいずれか）をご記入ください。

- 1 () 地域包括ケアシステムにおける現状分析と課題の抽出、具体的対応等の計画を関係者と策定する取り組み
- 2 () 医療・介護・福祉施設等との情報共有及び協議・支援・調整等
- 3 () ICTを活用した地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み
- 4 () 地域住民の啓発活動
- 5 () 地域住民主体活動等の支援
- 6 () 広域的な連携への取り組み
- 7 () その他

[]

問3 人口減少、市町村合併、地域医療構想等による医療提供体制の変化に伴う、貴自治体の地域包括ケアシステム構築への影響

(1) 貴自治体の医療提供体制（病床種別毎の病床数）の変化の状況について、「病床機能報告」をもとに、把握可能な範囲でご記入ください。

病床種別	2018 (H30) 年度	2016 (H28) 年度	2014 (H26) 年度
高度急性期	床	床	床
急性期	床	床	床
回復期	床	床	床
慢性期	床	床	床

(2) 医療提供体制の変化に伴う貴自治体内の医療機関への影響（複数ある場合は最も大きな影響）及び地域包括ケアシステム構築への影響についてご回答ください。

① いわゆる平成の大合併（2003～2005年）が行われた頃以降の貴自治体所在の医療機関の再編統合の有無について、いずれかの番号に○を付けてください。

1 有 2 無 3 不明

※「1」の場合は、以下の②～⑧をご回答ください。「2」「3」の場合は、以下の④～⑧をご回答ください。

※なお、ここでの「再編統合」は、以下のようなパターンを言うものとします。

A-①	組織改編（拡大）	他の医療機関との合併
A-②	組織改編（拡大）	無床診療所から有床診療所へ転換
A-③	組織改編（拡大）	無床診療所から病院へ転換
A-④	組織改編（拡大）	有床診療所から病院へ転換
A-⑤	組織改編（拡大）	その他
B-①	組織改編（縮小）	他の医療機関との合併
B-②	組織改編（縮小）	病院から有床診療所に転換
B-③	組織改編（縮小）	病院から無床診療所に転換
B-④	組織改編（縮小）	有床診療所から無床診療所に転換
B-⑤	組織改編（縮小）	病院から介護施設等（介護老人保健施設、介護医療院等）へ転換
B-⑥	組織改編（縮小）	診療所から介護施設等（介護老人保健施設、介護医療院等）へ転換
B-⑦	組織改編（縮小）	その他
C-①	診療機能改編	組織を改編することなく一部の診療科を拡充
C-②	診療機能改編	組織を改編することなく一部の診療科を休止・廃止
C-③	診療機能改編	組織を改編することなく病床数増加
C-④	診療機能改編	組織を改編することなく病床数削減
C-⑤	診療機能改編	組織を改編することなく病床機能変更
D	全ての診療機能を廃止	

②貴自治体所在の医療機関の再編統合の主な要因について、該当するものの番号に○を付けてください（複数回答可）。

- | | |
|----------------|--------------------|
| 1 診療圏人口減少 | 2 市町村合併 |
| 3 公立病院改革プラン | 4 地域医療構想 |
| 5 医師・歯科医師の確保困難 | 6 医師・歯科医師以外の職員確保困難 |
| 7 近隣の医療機関の増加 | 8 近隣の医療機関の減少 |
| 9 近隣の介護事業所の増加 | 10 近隣の介護事業所の減少 |
- 11 赤字経営
12 その他

{ }

③貴自治体の医療提供体制の変化に伴う地域包括ケアシステムへの具体的な影響について、該当するものの番号に○を付けてください（複数回答可）。

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1 在宅医療が増えた | 2 在宅医療が減った |
| 3 施設入所が増えた | 4 施設入所が減った |
| 5 医療と介護の連携が進んだ | 6 医療と介護の連携が停滞した |
| 7 地域の集まりが増えた | 8 地域の集まりが減った |
- 9 特に影響はない

上記の具体的な内容についてご回答ください（自由記載）。

{ }

④貴自治体所在の医療機関（国保直診に限る）の管理者（院長または所長）の承継に関する貴自治体の対応について、該当するものの番号に○を付けてください（複数回答可）。

- 1 管理者の後継者を確保するため、大学に対し積極的に働きかけを行っている
- 2 管理者の後継者を確保するため、自治医大卒業生の派遣等、県に対し積極的に働きかけを行っている
- 3 管理者の後継者を確保するため、近隣医療機関等に対し積極的に働きかけを行っている
- 4 管理者の後継者の確保については、医療機関の現管理者に全面的に依存している
- 5 その他

{ }

⑤貴自治体所在の医療機関（国保直診に限る）の管理者の承継に関する課題、及びその課題に対して貴自治体が行った工夫等があれば、ご記入ください（自由記載）。

[]

⑥貴自治体所在の医療機関の職員の人材確保について、貴自治体が行った具体的な取り組み等があれば、ご記入ください（自由記載）。

[]

⑦貴自治体所在の医療機関の職員の人材育成について、貴自治体が行った具体的な取り組み等があれば、ご記入ください（自由記載）。

[]

⑧貴自治体所在の医療機関（国保直診に限る）の再編統合に関する好事例がありましたら、以下でご紹介ください。

医療機関名

[]

再編統合の具体的な内容等

[]

質問は以上です。ご協力いただきありがとうございました。

令和2年度 老人保健健康増進等事業

離島・中山間地域における「地域医療構想」の実現と、それと連動する
「地域包括ケア」の継続・深化による「まちづくり」に向けた調査研究
事業 報告書

令和3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 VORT芝大門4F
TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499
ホームページURL <https://www.kokushinkyo.or.jp/>

印刷： 中和印刷株式会社



令和2年度 老人保健健康増進等事業

**離島・中山間地域における「地域医療構想」の実現と、
それと連動する「地域包括ケア」の継続・深化による
「まちづくり」に向けた調査研究事業 報告書**

.....

発行

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

Japan National Health Insurance Clinics and Hospitals Association

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 VORT 芝大門4階

ホームページ <https://www.kokushinkyo.or.jp/>

印刷 中和印刷株式会社

令和3年3月