

平成17年度
老人保健健康増進等事業

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

平成18年3月
社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

はじめに

最近、全国各地域あるいは組織、学会などにおいて地域連携が声高に主張されるようになった。高齢社会において、地域住民に密着した有効なサービスの提供を考えた時、地域の関連組織、マンパワーが連携する事は最も有効な方法であり当然の成り行きであると言えよう。地域連携は今まさに時代から要請され地域に浸透しようとしている。

本会並びに国保直診は、従来から地域包括ケアの理念の下に総合保健施設を拠点に保健、医療、福祉（介護）の統合と地域の連携を推進してきた。その活動は当該地域における医療費の軽減、寝たきりの減少などに直結し、地域包括ケアがうまく展開されている地域ではいずれも評価に値する成果を上げてきた。このような私達の活動は国からも高く評価され本年4月からスタートする地域包括支援センター設置のきっかけにもなった。まさに私達国保直診の活動が時代を先取りしリードして来たと言えよう。

一方、怒濤のように進められた市町村合併はこうした私達の活動に少なからぬ影響を与える事となった。従来から地域包括ケアの構築には縦割り行政の打破、首長との理念の一致などが重要ポイントとして指摘されてきた。しかし広域化した自治体では従来とは比較にならない程、行政の縦割りが強く、首長との距離も遠い。このような背景の中、地域包括ケアの構築は決して容易ではなく、むしろで今まで構築して来た地域包括ケアが崩れつつある地域すら出てきている。

本研究事業は、地域包括ケア推進先進地域の事例を検証する中で、広域化した行政地域での地域連携のあり方を求めた。地域連携方法は、パートナー型、サポーター型、ネットワーク型に分類されたが、いずれの型であっても地域の各機関が自己完結ではなく、地域連携の中で自施設が受け持つ役割を明かにする事が重要であると示唆された。また時代が要請する地域連携は単に医療のみの連携ではなく介護関係施設との連携、さらに病気にならない健康づくり、予防をも含めた地域包括ケアそのものである。その意味で、従来から地域包括ケアを進めて来た国保直診の役割は大きく、困難は大きいが各国保直診が新自治体の中で地域連携の推進役となる事を期待する。

おわりに本研究事業にご協力頂いた全国の国保直診ならびに関係各位に感謝すると共に、事業推進にあたりご指導、ご尽力頂いた岩崎榮委員長はじめ各委員、作業部会員の方々に深甚の謝意を表します。

平成 18 年 3 月

全国国民健康保険診療施設協議会
会 長 冨 永 芳 徳

目 次

第1章 調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的	1
(1) 調査の問題意識	1
(2) 調査の目的	2
2. 調査研究の全体像	4
(1) アンケート調査	4
(2) ヒアリング調査	6
3. 調査の実施体制	7

第2章 地域ケア施設連携システムの構築状況

1. 施設の概要	9
(1) 開設年月	9
(2) 開設主体	9
2. 施設が所在する市町村の概況	10
(1) 人口等の状況	10
(2) 過疎地域等指定の状況	10
(3) 市町村合併の有無	11
(4) 所在市町村の介護保険事業計画への参画	12
3. 施設の機能等について	13
(1) 地域において果たしている役割について(診療圏域)	13
(2) 地域において果たしている役割について(地域包括ケアの実践)	14
(3) 地域において果たしている役割について	15
(地域介護保険サービス事業所との関係)	15
4. 市町村合併の影響について	16
(1) 市町村合併による診療圏域の変化について	16
(2) 市町村合併による診療圏域内での連携の状況変化について	16
(3) 連携の状況が「よくなった」具体的な内容について	17
(4) 連携の状況が「悪くなった」具体的な内容について	18
(5) 市町村合併が地域包括ケアシステムの構築に及ぼした影響	19
(6) 市町村合併が国保直診施設に与えた影響(自由記述)	22
5. 施設と他機関との連携の状況	24
(1) 併設している保健福祉施設	24
(2) 併設している保健センターの種類	25
(3) 機能連携を図っている保健福祉施設	26
(4) 医科と歯科との連携の状況	28

6. 施設が地域で果たしている役割について.....	29
(1) 地域連携室もしくは地域連携に関して専任で 担当している部署または担当者の有無	29
(2) 地域連携室等の機能.....	30
(3) 「退院後の継続的なケア」と回答した施設の状況	31
7. 地域包括ケアの推進について.....	33
(1) 中心となって地域包括ケアシステムを推進する予定・意向	33
(2) 中心となって地域包括ケアシステムを推進する際の阻害要因	34
(3) 中心となって地域包括ケアシステムを推進する際、 情報として必要なこと.....	35
(4) 地域包括ケアシステムに当たって国保直診施設が 果たすべき役割(自由記述).....	36
8. まとめ	39
(1) 地域包括ケアシステムの特色	39
(2) 市町村合併のインパクト	40
(3) 地域内の連携の状況.....	41

第3章 先進地域にみる地域包括ケアシステム構築の取組

1. 先進地域における取組	43
(1) 地域包括ケアシステムへの取組と市町村合併の影響	43
(2) 地域連携包括ケア推進のための取り組み	44
2. ヒアリング内容.....	46
(1) 訪問ヒアリング	46
(2) グループヒアリング	54

第4章 結果の考察

1. 調査結果から得られた示唆	57
2. これからの地域包括ケアシステムの課題	62

資料編

アンケート調査票(病院票・診療所票)

ヒアリングシート

第 1 章

調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的

(1) 調査の問題意識

①国保直診施設において取り組まれてきた“地域包括ケアシステム”

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

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

②市町村合併という外部環境の変化の影響

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

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

③地域連携の新しい形の構築の必要性

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

(2) 調査の目的

目的① 地域包括ケアシステムの特色を再整理する

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

パートナー型医療機関	事業所と協働して機動的に利用者に直接関わる ◇地域ケアの最前線にあつて、事業所の密接な協力医療機関として協働する。 ◇事業所が包括できない医療・保健サービス等を提供し、利用者に直接関わる。 ◇地域のニーズにあわせて、柔軟かつ機動的にサービスを提供する。
サポーター型医療機関	利用者に関わる事業所・機関を緊急時に備え後方支援する ◇パートナー型医療機関が主として日常的な医療サービスの提供を想定しているのに対して、緊急時、あるいは高度・専門的な医療を必要とする場合に備えて後方支援する。 ◇高いマネジメント能力、経験豊富なスタッフ、充実した医療設備を必要とするような、地域の最前線では提供できない医療サービスを提供する。 ◇事業所やパートナー型医療機関のニーズにあわせて、技術的な援助や職員に対する助言・指導を行う。
ネットワーク型包括ケア機関	利用者・事業所・医療機関等の地域資源を相互につなぐ ◇事業所や地域の個々の医療機関がどのようなサービスを提供でき、あるいはどのようなサービスを提供できないのかを踏まえ、利用者が住みなれた地域でその人らしい生活を続けることができるよう、医療だけでなく、保健・福祉（介護）等のケアサービスを相互につなぎ、必要なサービスを事業所・医療機関が連携して提供できるような体制づくりの調整役を努める。

目的② 市町村合併のインパクトを整理する

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

目的③ 地域連携の現状と在り方を整理する（地域連携室等の機能等に着目）

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

2. 調査研究の全体像

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

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

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

(1) アンケート調査

【調査の概要】

■実施方法：郵送配布・郵送回収

■実施期間：平成 18 年 2 月

【調査の内容】

基本属性	◇施設の名称等 施設名称 施設所在地 開設年月日 開設主体 許可病床 ◇所在市町村の概況 総人口 高齢者人口 要支援・要介護認定者数 診療圏人口 過疎地域等指定の有無 所在市町村の介護保険事業計画策定への参画の有無
施設の機能	◇施設の役割 診療圏域 地域包括ケアの実施状況 地域の介護保険サービス事業所等との関係
市町村合併の影響	◇市町村合併による診療圏域の変化 ◇市町村合併による診療圏域内での連携の状況の変化 連携の状況の変化の有無 具体的な変化の内容（良くなった場合・悪くなった場合） 市町村合併が国保直診施設に与えた影響 ◇市町村合併前後の地域包括ケアシステムの変化 行政の理解・協力の变化 他の医療機関の理解・協力の变化 介護サービス事業所の理解・協力の变化 地域包括ケアシステムの推進に必要な施設内の人材の数 地域包括ケアシステムの推進に必要な地域内の機関等

他機関等との連携の状況	◇施設に併設している保健福祉施設 ◇機能連携を図っている保健福祉施設 ◇医科と歯科との連携の状況 診療・ケアに関する連携の状況 歯科医師会や地域の歯科診療所との連携の状況
国保直診施設が地域で果たしている役割	◇地域連携を専任で担当している部署等の有無 ◇地域連携に関して有している機能 ◇退院後の継続的なケアの状況 地域内の関連機関間における共通の理解の有無 退院後の継続的なケアに関する具体的な方法
地域包括ケアの推進について	◇自らが中心となった地域包括ケアシステム推進の意向 ◇自らが中心となった地域包括ケアシステム推進の際の阻害要因 ◇先行事例において参考としたい項目 ◇地域包括ケアシステムの推進に当たって国保直診施設が果たすべき役割

【回収の状況】

	送付数	回収数	回収率
診療所	591	263	44.5%
病 院	360	190	52.8%
総 計	951	453	47.6%

(2) ヒアリング調査

【実施方法と対象】

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

【実施期間】

平成 18 年 3 月

【ヒアリング項目】

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

【ヒアリング対象施設】

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

3. 調査研究の実施体制

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

表 地域包括ケアシステム推進委員会・同作業部会委員一覧

◎印：委員長

○印：作業部会長

(委員会)

◎岩 崎 榮	横浜市病院事業管理者・病院経営局長
前 沢 政 次	北海道大学大学院医学研究科教授
松 田 鈴 夫	国際医療福祉大学客員教授
和 田 敏 明	ルーテル学院大学教授
青 沼 孝 徳	宮城県・涌谷町町民医療福祉センター長
阿 部 吉 弘	山形県・小国町立病院長
大 宮 東 生	神奈川県・大和市立病院長
大 山 正 巳	愛知県・一宮市立木曽川市民病院長
奥 田 聖 介	京都府・京丹後市立久美浜病院長
押 淵 徹	長崎県・国保平戸市民病院長
倉 知 圓	富山県・南砺市民病院長
坂 本 啓 二	大分県・杵築市立山香病院長
高 見 徹	鳥取県・日南町国保日南病院長
高 山 哲 夫	岐阜県・国保坂下病院長
向 井 憲 重	広島県・公立みつぎ総合病院長
粕 井 真 二	大分県・国東市民病院長

(作業部会)

○前 沢 政 次	
和 田 敏 明	
佐々木 宏 之	島根県・島根県環境保健公社医師
青 沼 孝 徳	
押 淵 徹	
坂 本 啓 二	
高 山 哲 夫	
南 温	岐阜県・郡上市国保和良歯科総合センター長
竹 内 嘉 伸	富山県・南砺市介護福祉支援センター社会福祉士
松 本 文 枝	岐阜県・国保坂下病院訪問看護ステーション所長
山 脇 みつ子	滋賀県・公立甲賀病院訪問看護ステーション所長

(事務局)

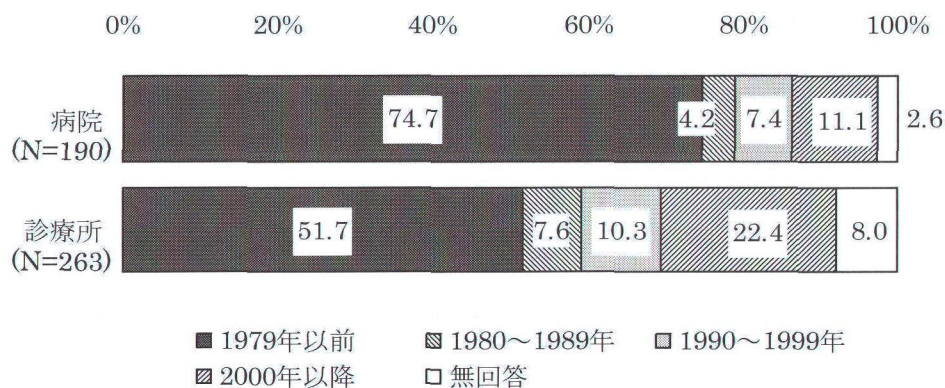
吉 村 衛	全国国民健康保険診療施設協議会常務理事・事務局長
鈴 木 智 弘	全国国民健康保険診療施設協議会
植 村 靖 則	みずほ情報総研株式会社 医療・福祉室 シニアコンサルタント
羽 田 圭 子	みずほ情報総研株式会社 医療・福祉室 チーフコンサルタント

第2章

地域ケア施設連携システムの 構築状況

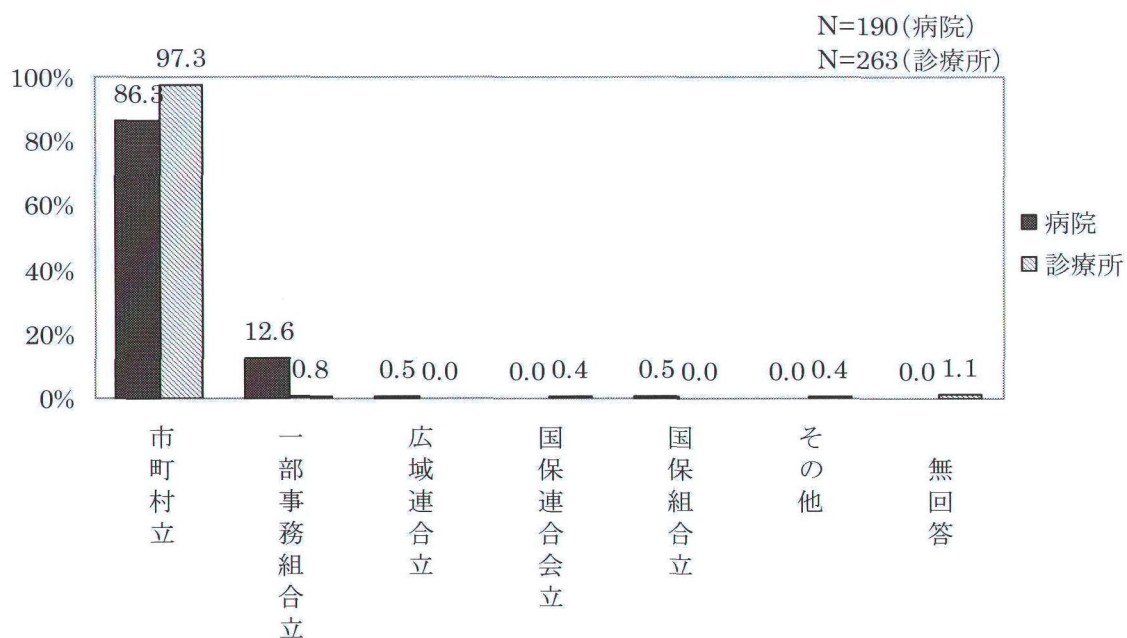
1. 施設の概要

(1) 開設年月



■施設の開設年月は、「1979年以前」が病院、診療所ともに最も多く（病院 74.7%、診療所 51.7%）、次いで「2000年以降」（病院 11.1%、診療所 22.4%）となっている。

(2) 開設主体



■開設主体は、病院、診療所ともに「市町村立」が最も多く（病院 86.3%、診療所 97.3%）、ほとんどを占めている。

2. 施設が所在する市町村の概況

(1) 人口等の状況

単位：人

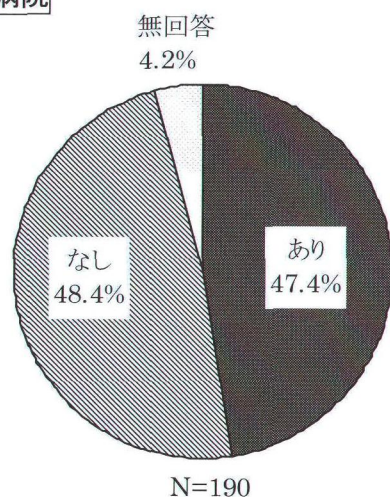
	総人口		65 歳以上人口		要支援・要介護 認定者数		診療圏域人口	
	N	平均	N	平均	N	平均	N	平均
病院	188	57,251	182	11,857	168	1,901	169	66,646
診療所	256	41,871	240	9,878	228	2,011	240	5,611

※数値は平均値

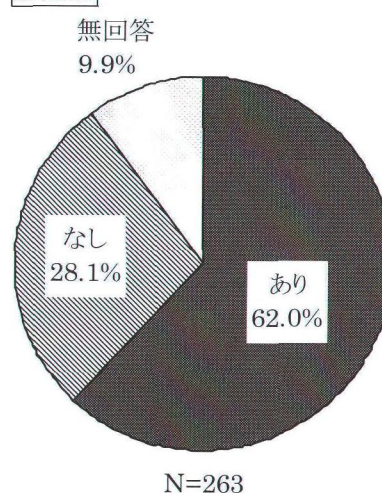
- 回答があった施設が所在する市町村の人口の状況は、「総人口」の平均値が病院で 57,251 人、診療所で 41,871 人となっている。
- また、「65 歳以上人口」は病院で 11,857 人、診療所で 9,878 人、「要支援・要介護認定者数」は病院で 1,901 人、診療所で 2,011 人、「診療圏域人口」は病院で 66,646 人、診療所で 5,611 人となっている。

(2) 過疎地域等指定の状況

病院



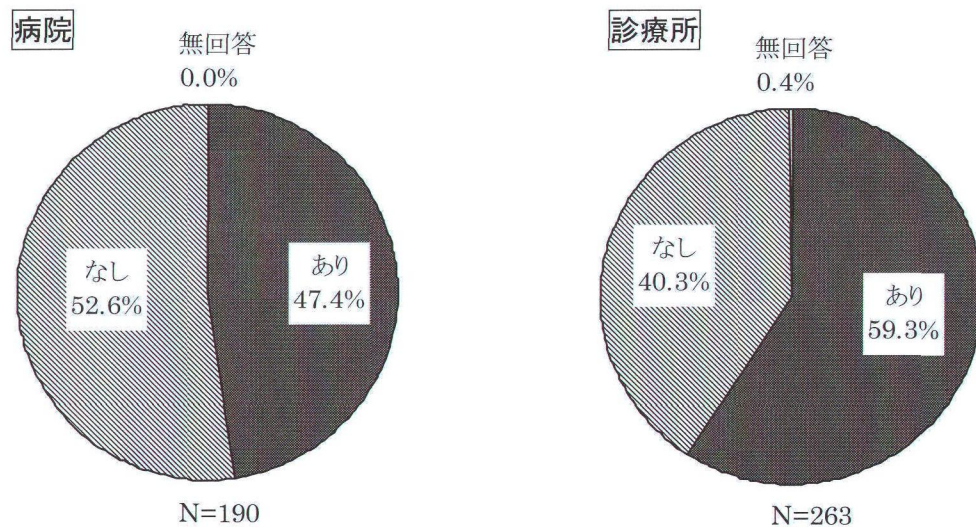
診療所



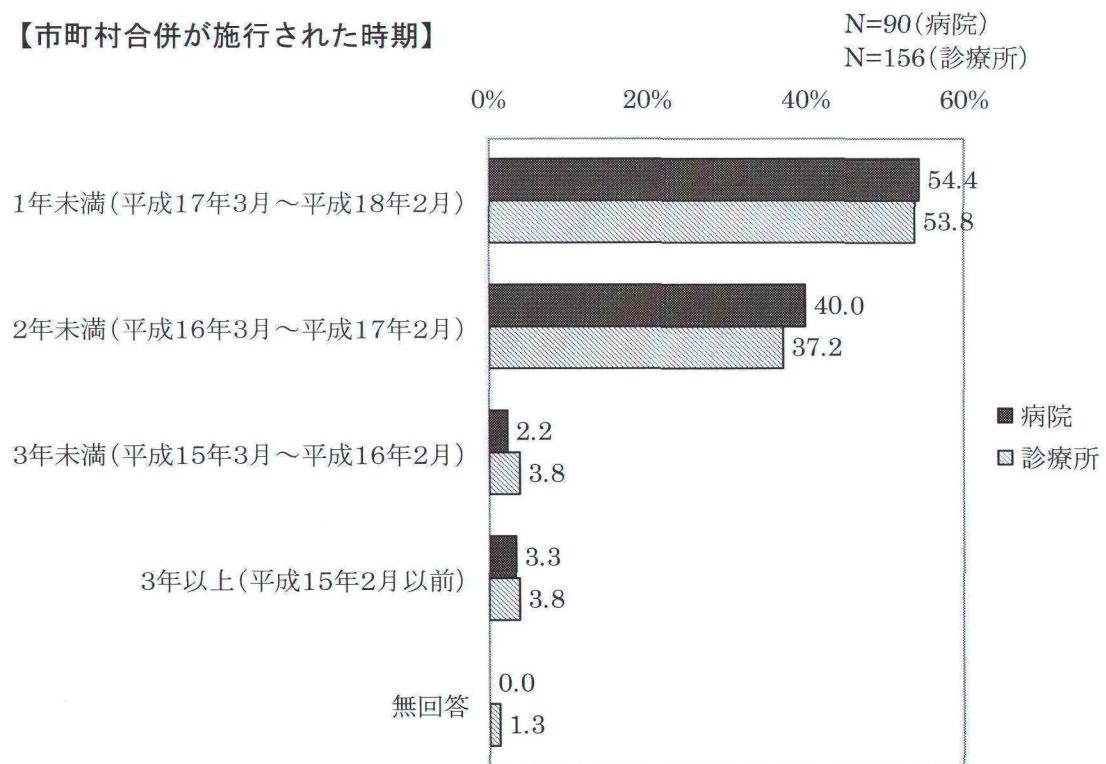
- 過疎地域等の指定の状況は、「あり」が病院で 47.4%、診療所で 62.0% となっており、診療所の約 6 割が過疎地域等指定の状況にある。

(3) 市町村合併の有無

【市町村合併の有無】

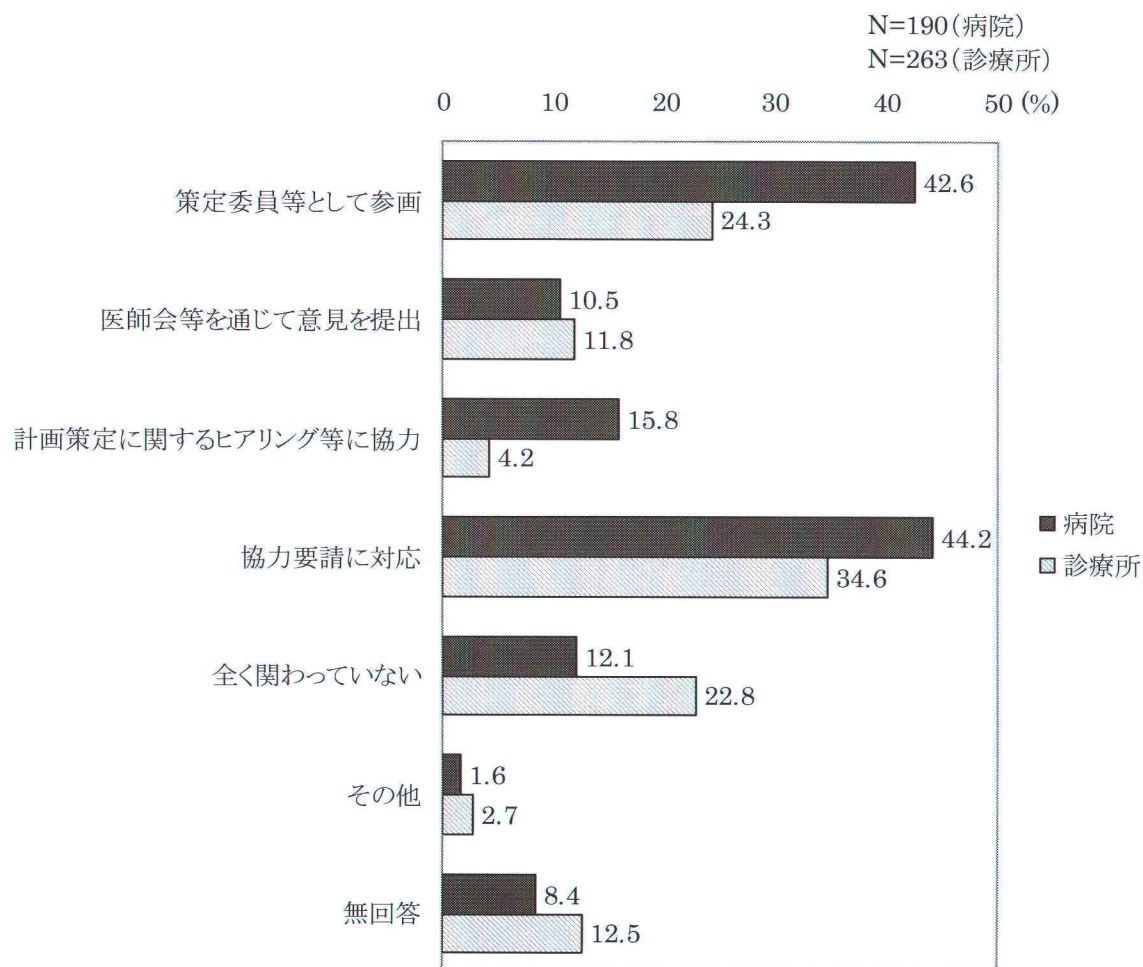


【市町村合併が施行された時期】



- 回答があった施設の市町村合併の有無については、「あり」が病院で47.4%、診療所で59.3%と、診療所で割合が高く半数以上を占めている。
- また、市町村合併が施行された時期については、病院、診療所ともに「1年未満(平成17年3月～平成18年2月)」が最も多くなっており、いずれも半数以上(病院54.4%、診療所53.8%)を占めている。

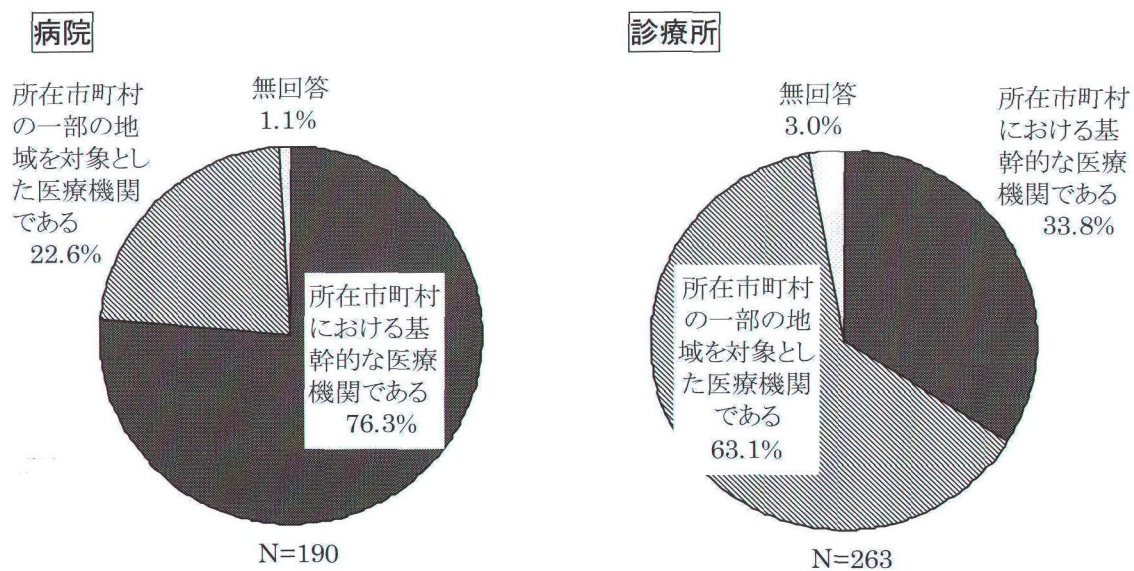
(4) 所在市町村の介護保険事業計画への参画



■ 介護保険事業計画への参画については、病院、診療所ともに「協力要請に対応」が最も多く（病院 44.2%、診療所 34.6%）、次いで「策定委員等として参画」（病院 42.6%、診療所 24.3%）となっている。

3. 施設の機能等について

(1) 地域において果たしている役割について（診療圏域）

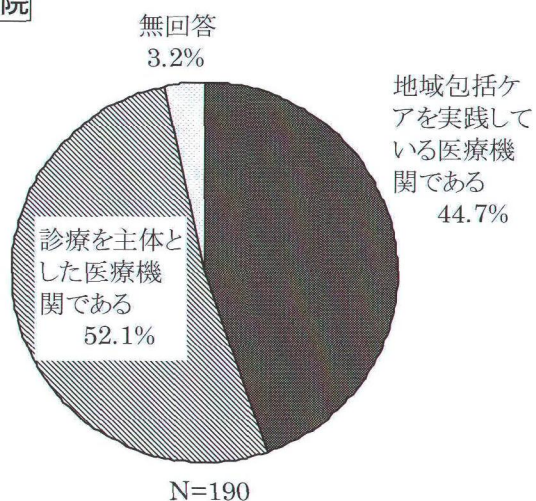


■地域において果たしている役割をみると、診療圏域での役割は病院で「所在市町村における基幹的な医療機関である」が76.3%、診療所で「所在市町村の一部の地域を対象とした医療機関である」が63.1%となっており、いずれも6割以上を占めている。

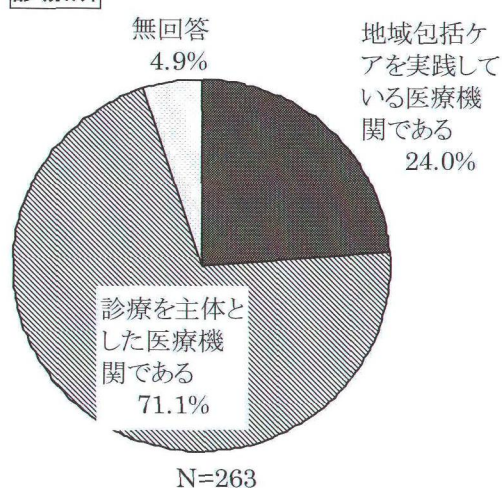
（２）地域において果たしている役割について（地域包括ケアの実践）

【地域包括ケアの実践】

病院

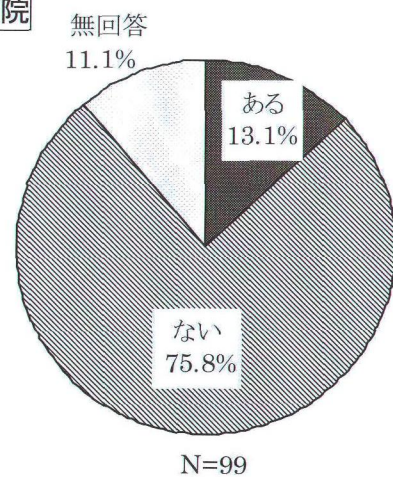


診療所

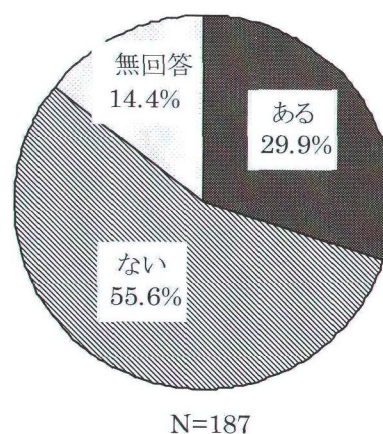


【所在市町村内で他に地域包括ケアを実践している医療機関の有無】

病院

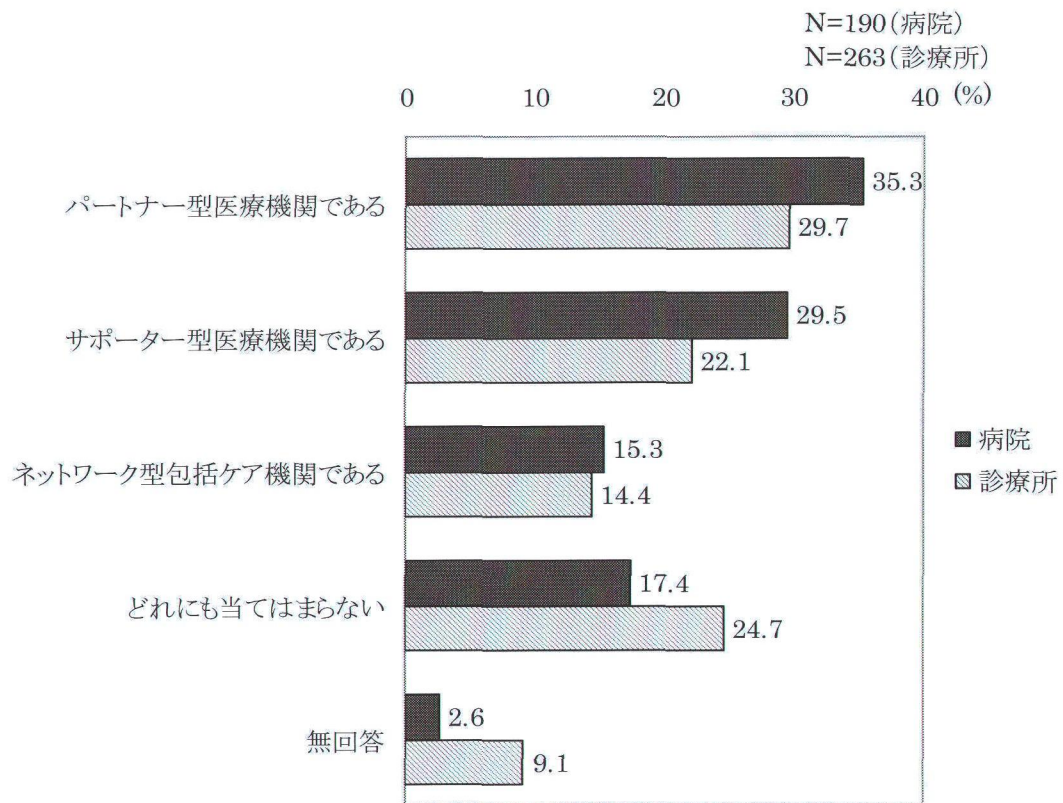


診療所



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

(3) 地域において果たしている役割について
(地域の介護保険サービス事業所との関係)

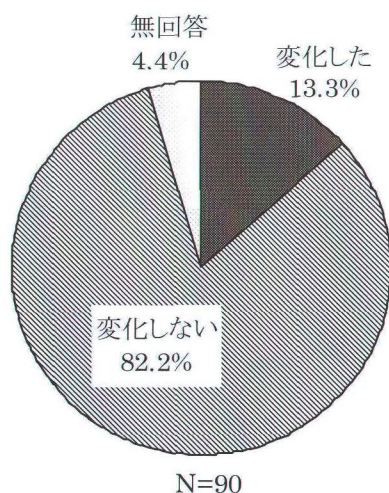


■地域の介護保険サービス事業所との関係では、病院、診療所ともに「パートナー型医療機関である」が最も多く（病院 35.3%、診療所 29.7%）、次いで病院では「サポーター型医療機関である」（29.5%）、診療所では「どれにも当てはまらない」（24.7%）となっている。

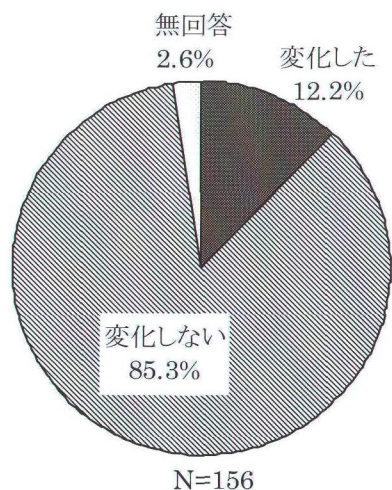
4. 市町村合併の影響について

(1) 市町村合併による診療圏域の変化について

病院



診療所

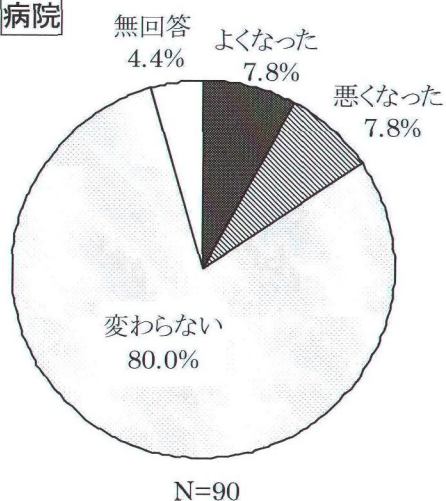


■市町村合併による診療圏域の変化については、病院、診療所ともに「変化しない」が8割以上（病院 82.2%、診療所 85.3%）を占めている。

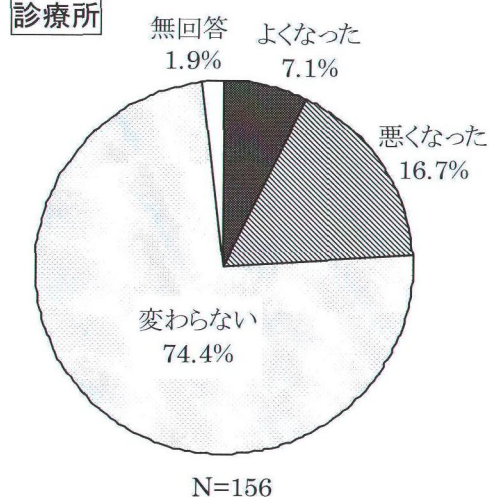
(2) 市町村合併による診療圏域内での連携の状況変化について

【診療圏域内での連携の状況変化】

病院

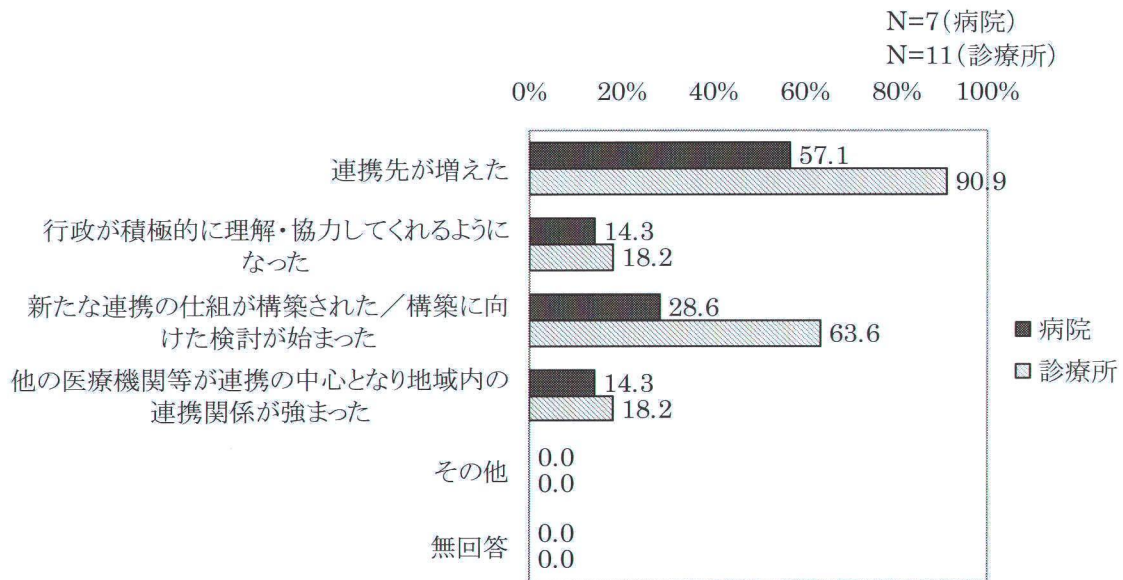


診療所

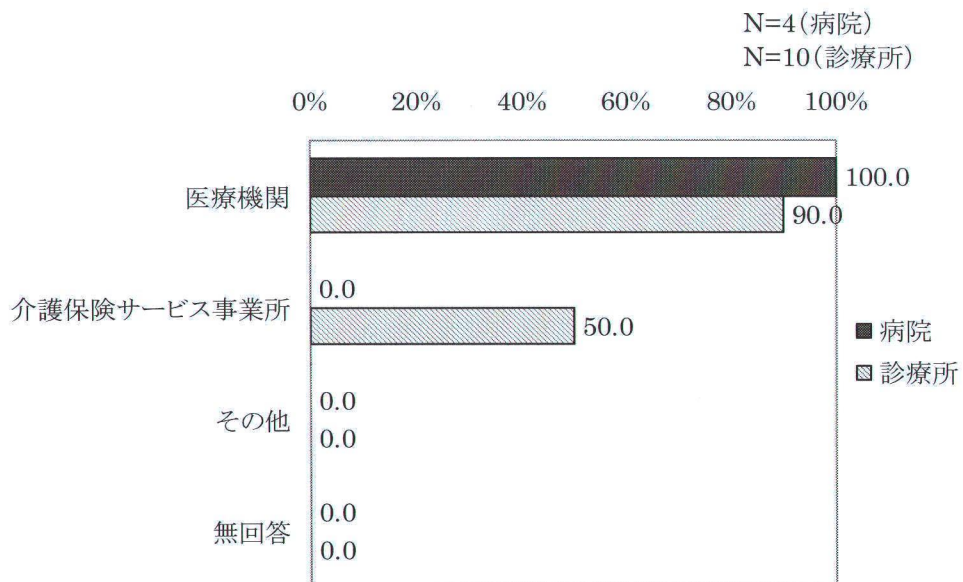


■市町村合併による診療圏域内での連携の状況変化については、病院、診療所ともに「変わらない」が7割以上（病院 80.0%、診療所 74.4%）と多数を占めている。また、「悪くなった」と回答した施設は病院では7.8%と少数であるのに対し、診療所では16.7%と2割弱を占めている。

(3) 連携の状況が「よくなった」具体的な内容について

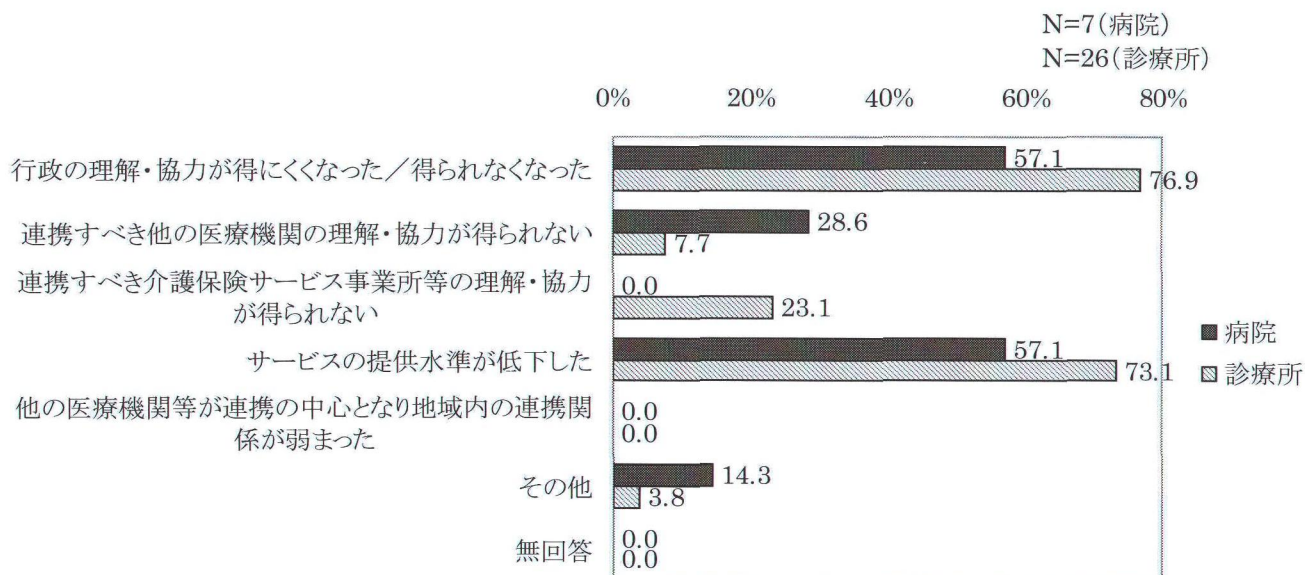


【「連携先が増えた」と回答した場合、その連携先】

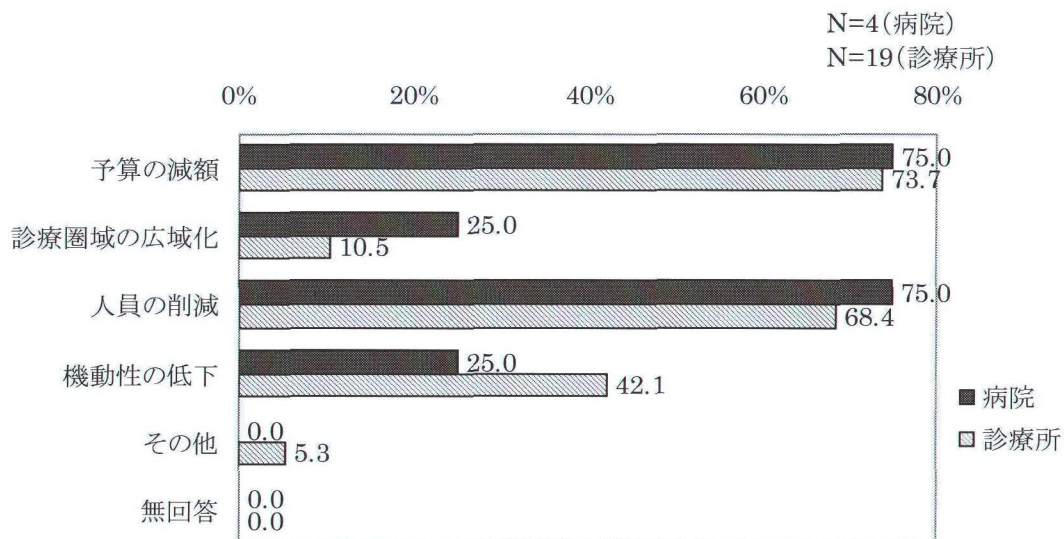


- 前問で、診療圏域内での連携の状況が「よくなった」と回答した施設に、その内容を聞いたところ、病院、診療所ともに「連携先が増えた」が最も多く（病院 57.1%、診療所 90.9%）、診療所においては約 9 割を占めている。
- また、その連携先については病院、診療所ともに「医療機関」がほとんど（病院 100.0%、診療所 90.0%）を占めている。

(4) 連携の状況が「悪くなった」具体的な内容について



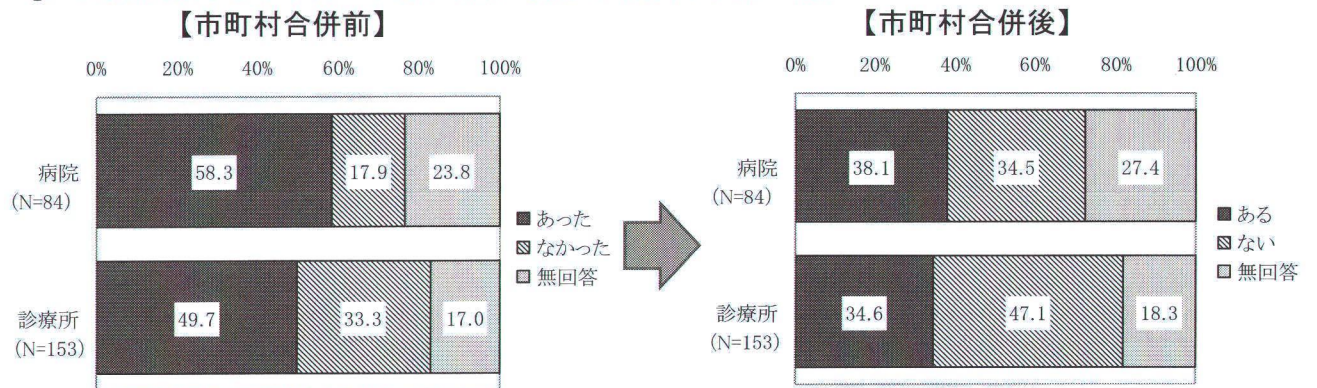
【「サービスの提供水準が低下した」と回答した場合、その内容】



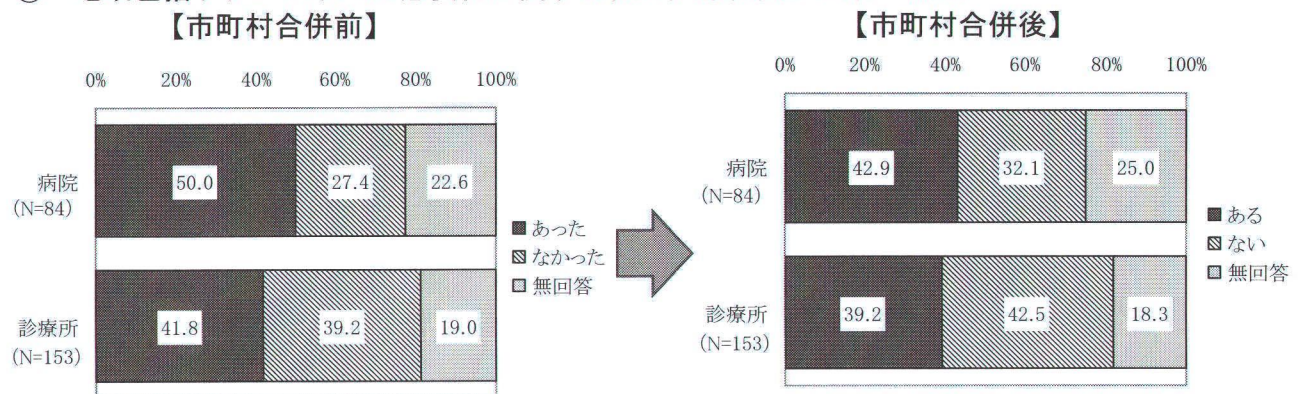
- 前々問において、診療圏域内での連携の状況が「悪くなった」と回答した施設に、その内容を聞いたところ、病院、診療所ともに「行政の理解・協力が得にくくなった／得られなくなった」や（病院 57.1%、診療所 76.9%）、「サービスの提供水準が低下した」（病院 57.1%、診療所 73.1%）が多くなっている。
- また、提供水準が低下したサービスの内容については、病院、診療所ともに「予算の減額」「人員の削減」などが多くあげられた。

(5) 市町村合併が地域包括ケアシステムの構築に及ぼした影響

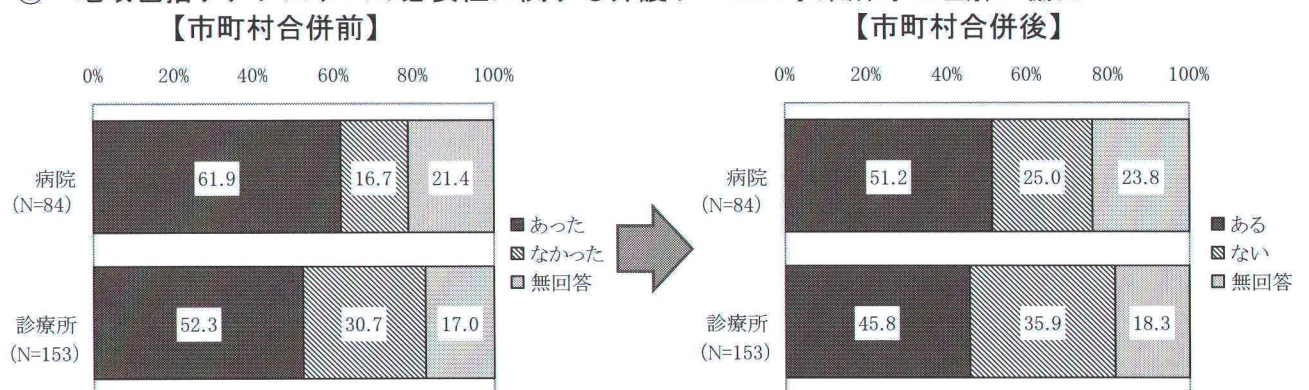
① 地域包括ケアシステムの必要性に関する行政の理解・協力



② 地域包括ケアシステムの必要性に関する他の医療機関の理解・協力

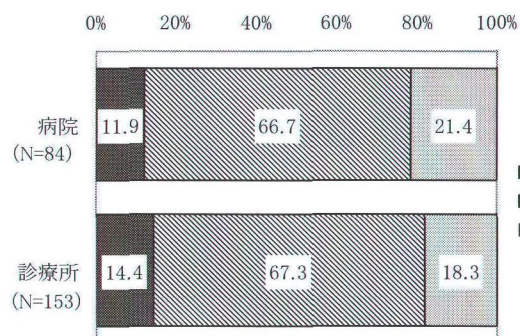


③ 地域包括ケアシステムの必要性に関する介護サービス事業所等の理解・協力

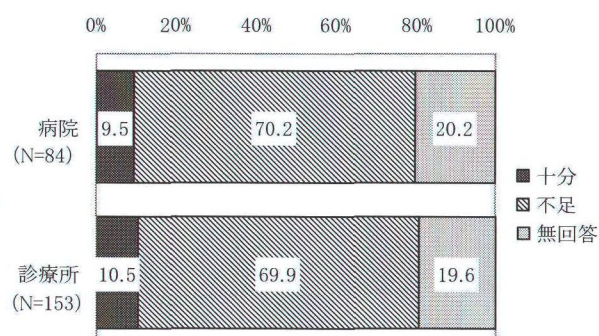


④ 地域包括ケアシステムの推進に必要な施設内の人材の数

【市町村合併前】



【市町村合併後】



⑤ 地域包括ケアシステムの推進の中心となる施設内の人材

【市町村合併前】

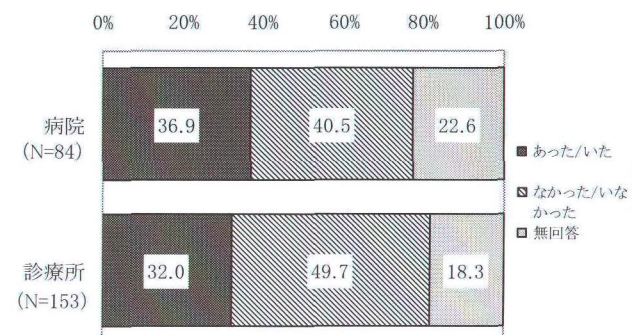


【市町村合併後】

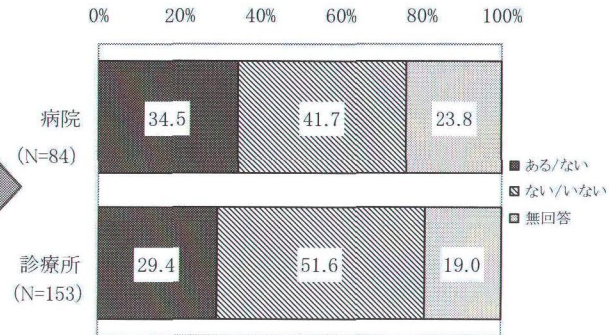


⑥ 地域包括ケアシステム推進の中心となる地域内の機関・人材

【市町村合併前】



【市町村合併後】



市町村合併が地域包括ケアシステムの構築に及ぼした影響について、合併前後の状況をそれぞれたずねた。

①地域包括ケアシステムの必要性に関する行政の理解・協力

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

②地域包括ケアシステムの必要性に関する他の医療機関の理解・協力

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

③地域包括ケアシステムの必要性に関する介護サービス事業所等の理解・協力

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

④地域包括ケアシステムの推進に必要な施設内の人材の数

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

⑤地域包括ケアシステムの推進の中心となる施設内の人材

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

⑥地域包括ケアシステム推進の中心となる地域内の機関・人材

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

(6) 市町村合併が国保直診施設に与えた影響（自由記述）

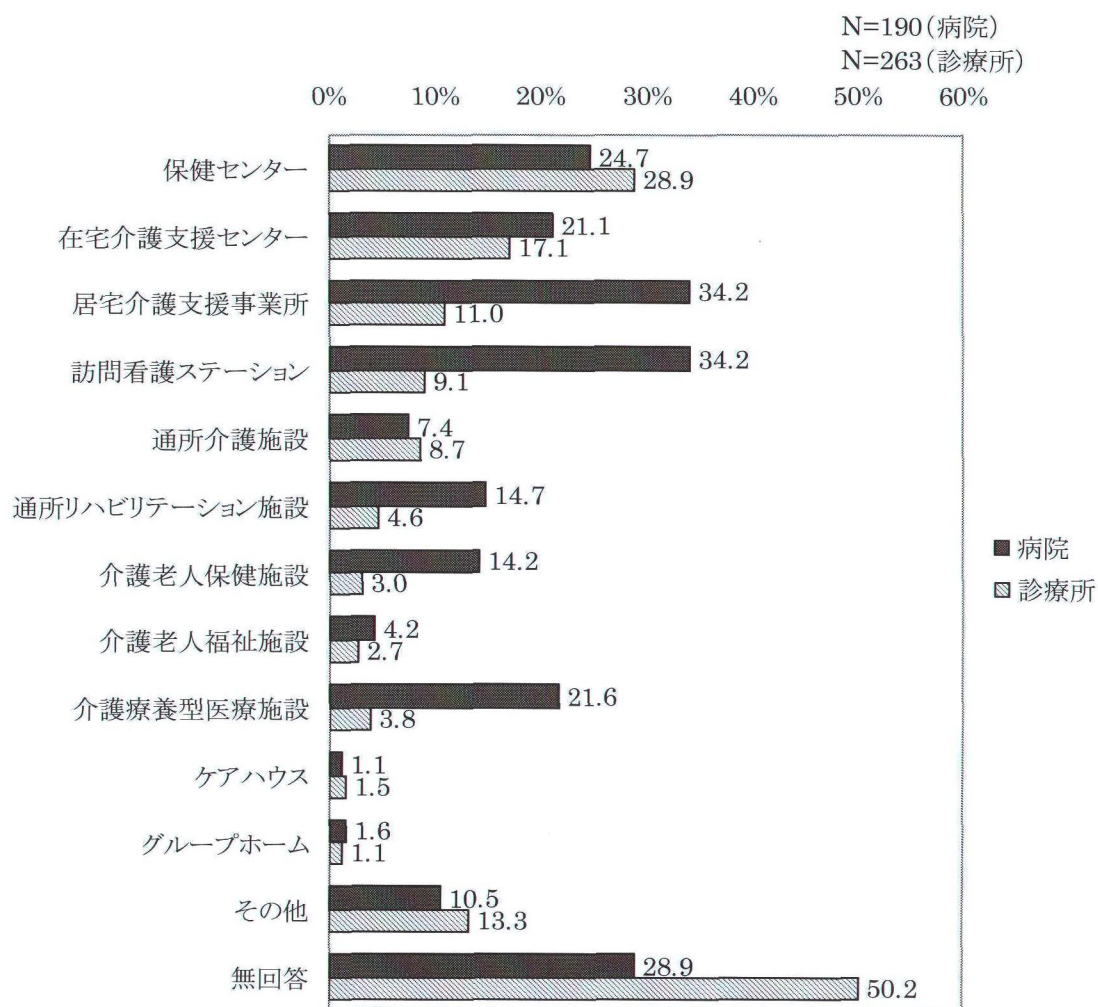
- 市町村合併により行政の理解・協力が得られなくなったという点に関しては、
- 「合併後は赤字ばかりが指摘されるようになり予算面・人員面でも十分に確保できなくなりつつある」
- 「地域包括ケアにたずさわる人員が、縦割りの各部課に分かれてしまったので、地域としてまとまった事業ができなくなった」
- 「決定権が地域から離れた中央地区の庁舎に移ったため、現場での判断が生かされなくなった。行政トップとの距離が遠くなった。」
- 「地域包括ケアの無い他地域との平等性を考慮すると、現在の地域包括ケア機能を維持することは困難な（新自治体住民の理解を得にくい）状況となった。」
- 等の指摘がなされている。

現状はあまり変化していない。しかし、これから地域としてのシステムを考える時に市の縦割の壁は大きい。又、 <u>地域包括ケアについての理解もなかなか得られない。</u>
<u>予算の減額進む。病床の縮小進む。</u> 基幹病院も医師派遣できない状態が続いている。
合併前までは町でひとつの自治体の病院として、行政・近隣の医療機関・介護サービス事業所との連携で保険・医療・福祉のネットワークを構築しながら地域医療を展開してきたが、合併後は、 <u>赤字経営のみが指摘されやすく、地域医療に対しての行政からの理解と評価が得られにくくなった。</u> また、市立病院が2箇所となり自治体病院としての存続の危機も感じている。
<u>一般会計からの繰り入れが厳しくなり減少した。</u>
合併前地域で福祉サービスが異なっていたため調整が容易でない。
止むを得ない事だと思うが、 <u>小回りが出来なくなった</u> （予算面・人的な面）。
・今迄、黒字経営できていたが合併によって、隣の国保直診の赤字経営施設と統合するために自施設の経営負担が生じた。 ・<u>自施設がこれまで辿った事情を知らない議員が増えたので、すべてのことで理解が得られないことが多い。</u>
今まで地域の病院として行政・住民が一体となって支援を受けてきた。合併により経営第一主義的な背景から非常にやりにくくなった。経営が安定することはとても大事であり、これまでも努力してきたが、大きな組織に入ると埋没してしまい、合併先には民間の大規模病院が2～3ヶ所あり、小規模で運営されている赤字病院は廃止とならざるを得ない。 <u>過疎の医療は将来的な展望が見い出せない状況である。</u>
医療、福祉に対する考え方が違うため、対応が大きく変わってしまった。当然、予算も少なく、放置されている状態。合併前は比較的手厚い行政的介入あり→現在は全くない状態となっている。
ますます、予算がつけてもらえなくなった

医師数の確保が難しくなり、実質的な診療日数が減
・ <u>地域包括ケアにたずさわる人員が、縦割りの各部課に分かれてしまったので、地域としてまとまった事業ができなくなった</u> ・ <u>決定権が地域から離れた中央地区の庁舎に移ったため、現場での判断が生かされなくなった。</u> ・ <u>地域包括ケアの無い他地域との平等性を考慮すると、現在の地域包括ケア機能を維持することは困難な（新自治体住民の理解を得にくい）状況となった。</u>
合併前は、町の中核を成す医療機関として、認知されてきたが、合併後、トップの「民のできることは民で」という考えの中で厳しい運営を迫られている。 <u>不採等部門である病棟も休止とする状態である</u>
合併前は行政がリーダーシップをとり、保健、福祉、医療三位一体のサービスを展開していたが、 <u>合併後は行政の出先機関の機能が弱まり、連絡や会議開催がとどこおるようになった。</u> このため地域ケア会議等の定期的な開催が出来なくなった
合併により議員も新しくなり当診療所の役割、歴史等について理解がみられず、又行革委員にしても民営化を望む声が大きくなってきている
合併によりいろいろなことを決定するにあたり、時間がかかるようになった。職員の待遇等、新市に合わせるようになり、 <u>職員にとっては不利な条件となった。</u> そのため職員のモチベーションも下がり気味
・ <u>職員の勤務形態がかわり、確保が難しくなった</u> ・ <u>隣接の保健センターの人員が減りサービスが低下した</u> ・ <u>介護保険の担当が本庁となり、情報が流れてこない</u> ・ <u>色々な担当が縦割に分かれ、総合的な視野、情報が得られない</u>
<u>意思決定機関が市民病院へ移行した。</u>
住民の関心が高くなると共に果たすべき役割や機能について、より明確にしていかなければならない
市町村合併に伴い一つの市において2つの公立病院を持っており今後の市への役割及び病院のあり方等の中長期計画を策定中であり、 <u>病院運営と地域医療のバランスを検討している所である</u>

5. 施設と他機関との連携の状況

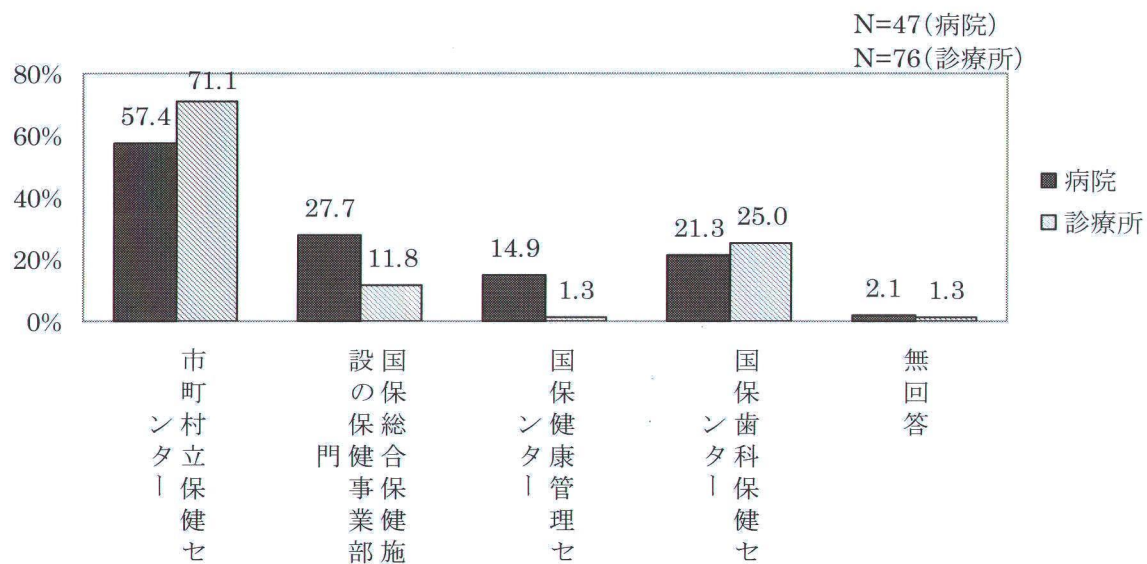
(1) 併設している保健福祉施設



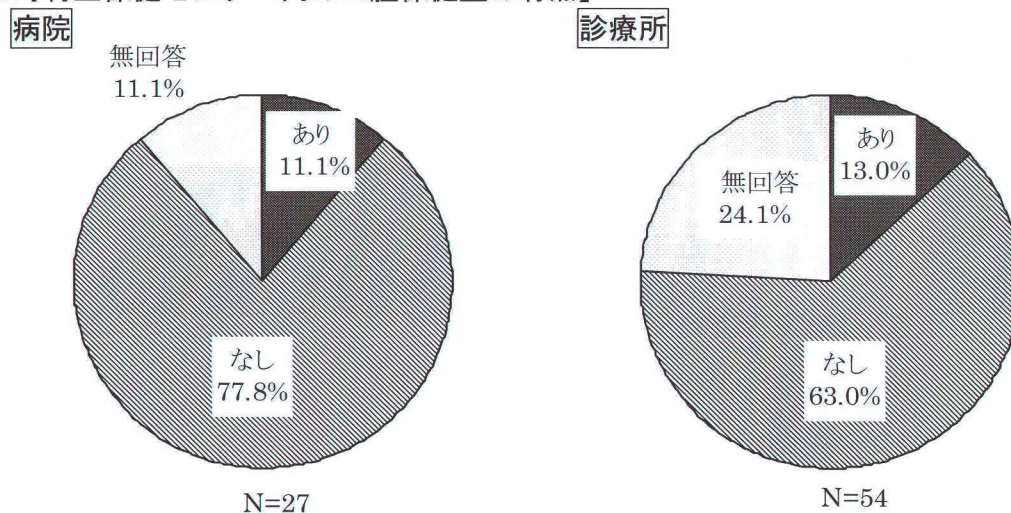
■併設している保健福祉施設については、病院では「居宅介護支援事業所」、「訪問看護ステーション」が同じ割合（34.2%）であげられており、次いで「保健センター」（24.7%）となっている。

■また、診療所では「保健センター」（28.9%）が最も多く、次いで「在宅介護支援センター」（17.1%）となっている。

(2) 併設している保健センターの種類



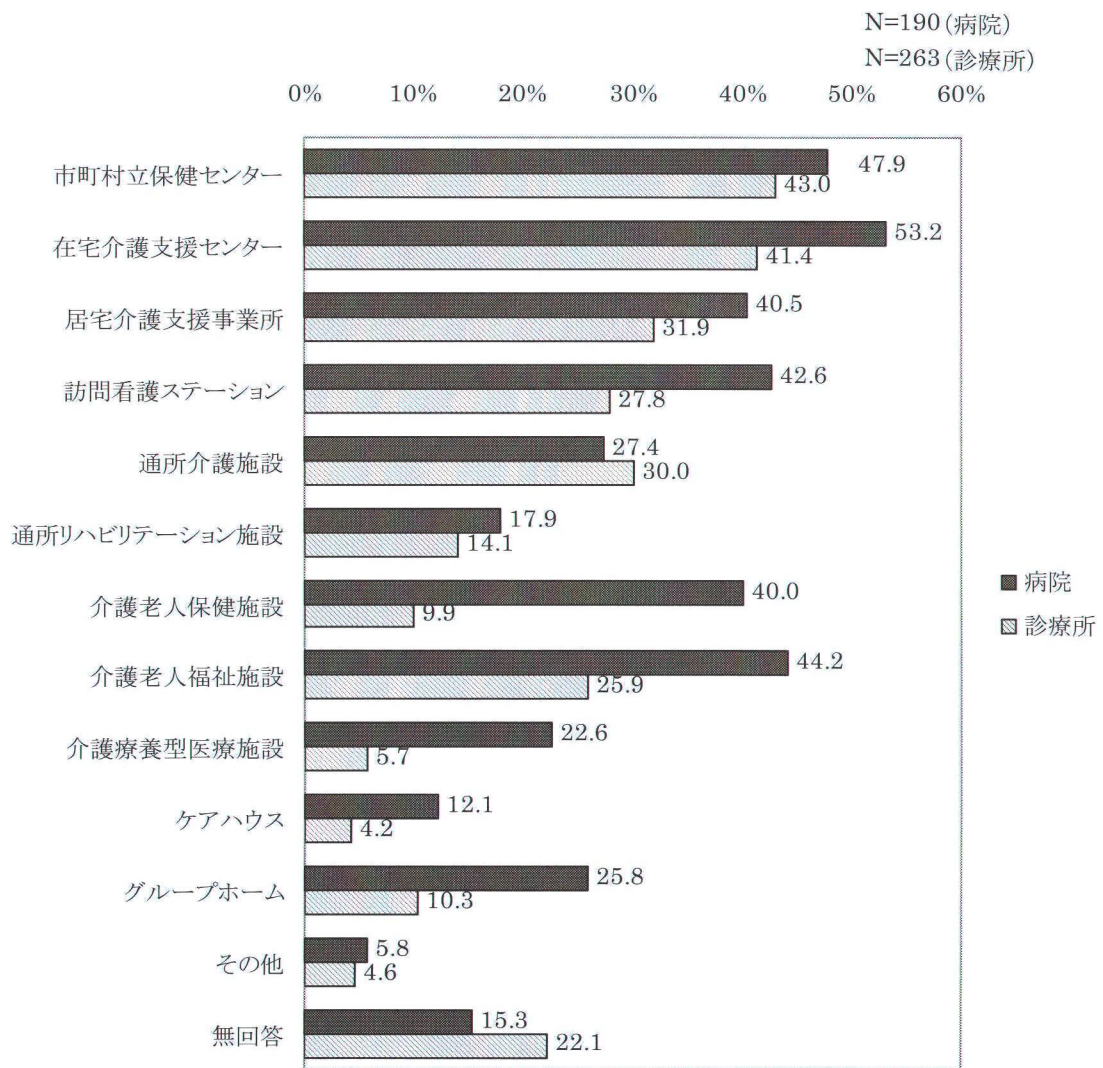
【市町村立保健センター内の口腔保健室の有無】



■併設している保健センターの種類については、病院、診療所ともに「市町村立保健センター」(病院 57.4%、診療所 71.1%) が最も多くなっており、次いで病院では「国保総合保健施設の保健事業部門」(27.7%)、診療所では「国保歯科保健センター」(25.0%) となっている。

■また、市町村立保健センター内の口腔保健室の有無については、病院、診療所ともに「なし」(病院 77.8%、診療所 63.0%) が多くなっている。

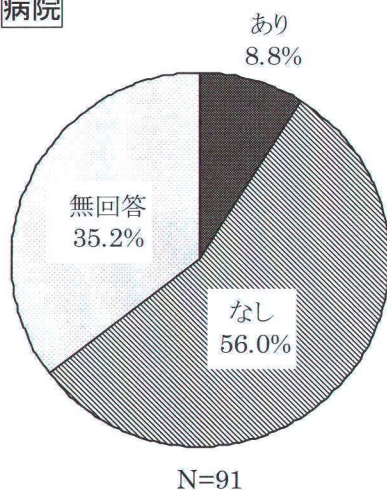
(3) 機能連携を図っている保健福祉施設



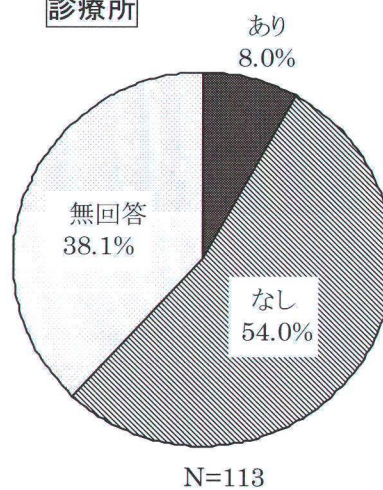
■機能連携を図っている保健福祉施設については、病院では「在宅介護支援センター」(53.2%)が最も多く、次いで「市町村立保健センター」(47.9%)となっている。診療所も病院と同様に、「市町村立保健センター」(43.0%)、「在宅介護支援センター」(41.4%)が多くあげられている。

【市町村立保健センター内の口腔保健室の有無】

病院



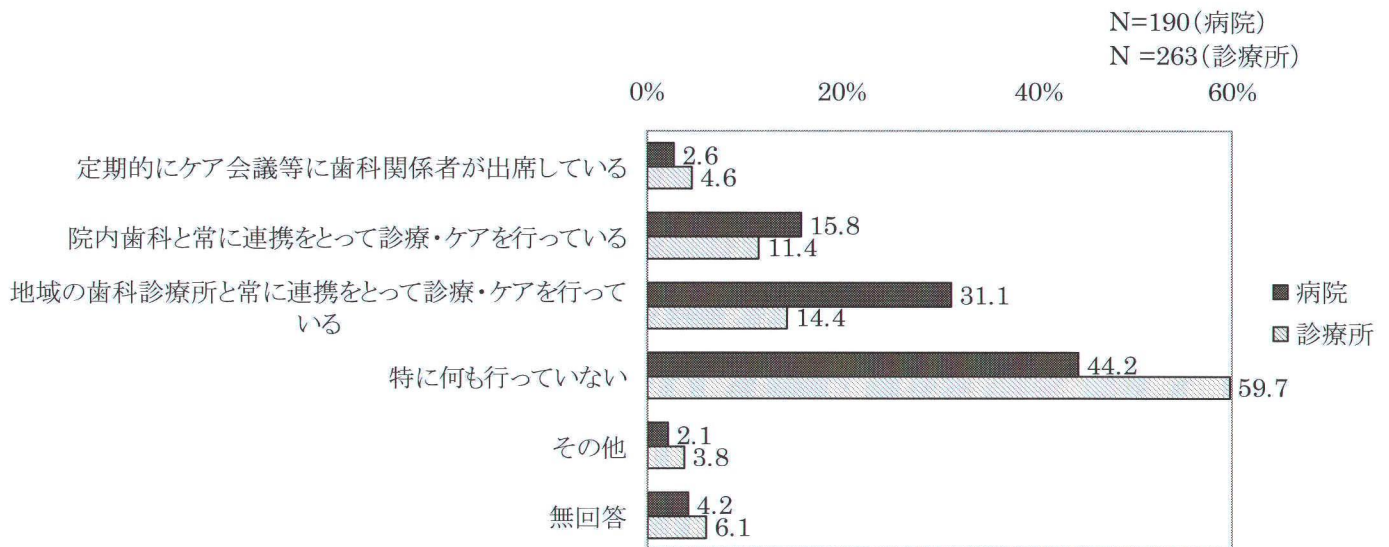
診療所



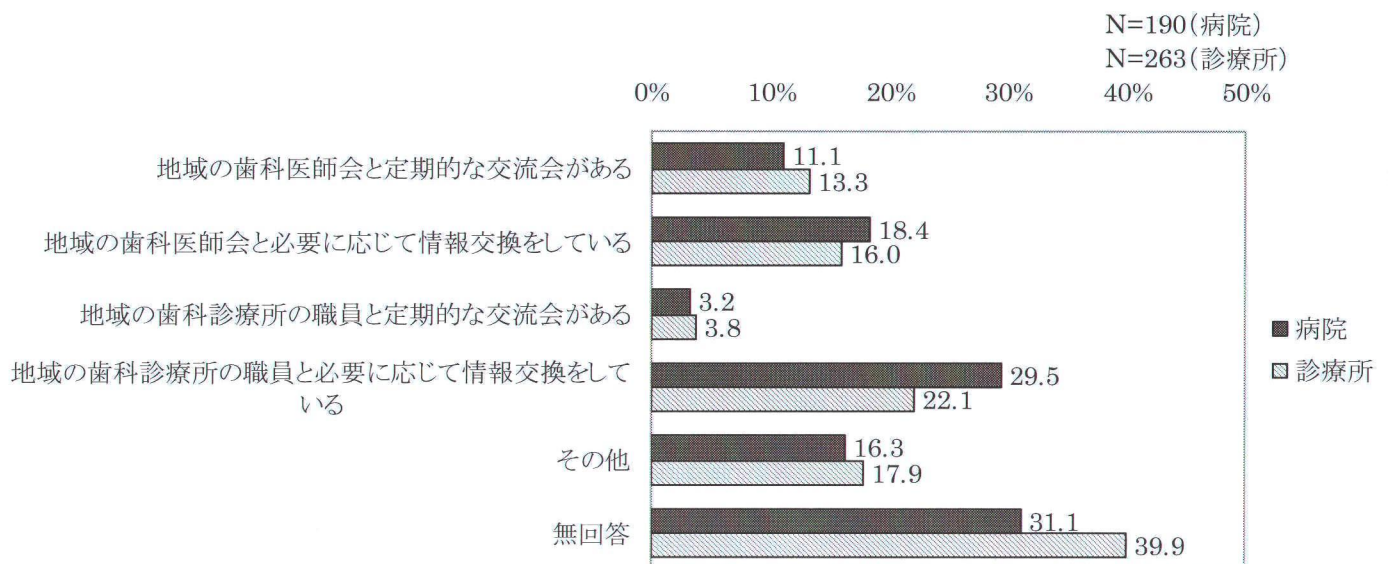
■また、市町村立保健センター内の口腔保健室の有無については、病院、診療所ともに「なし」（病院 56.0%、診療所 54.0%）が半数以上を占めている。

(4) 医科と歯科との連携の状況

【診療・ケアに関して】



【歯科医師会・地域の歯科診療所との連携に関して】

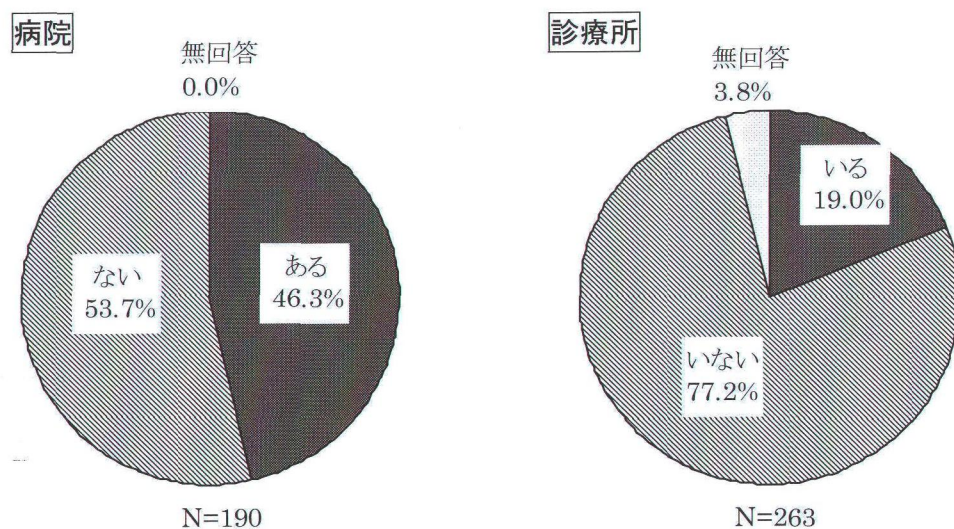


■ 医科と歯科との連携の状況については、病院、診療所ともに「特に何も行っていない」が最も多い（病院 44.2%、診療所 59.7%）。これ以外では「地域の歯科診療所と常に連携をとって診療・ケアを行っている」（病院 31.1%、診療所 14.4%）が多くなっている。

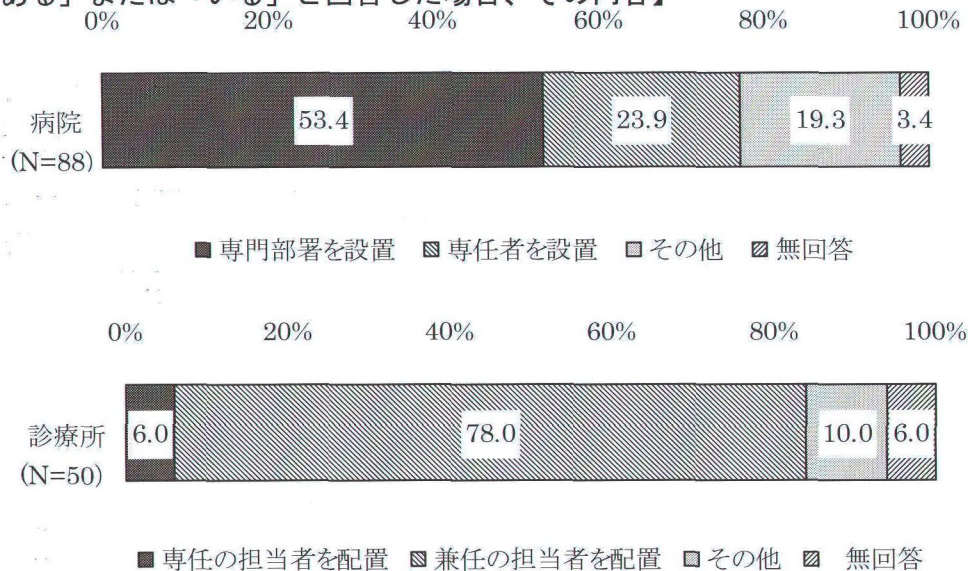
■ また、歯科医師会・地域の歯科診療所との連携に関しては、病院、診療所ともに「地域の歯科診療所の職員と必要に応じて情報交換をしている」が最も多く（病院 29.5%、診療所 22.1%）、次いで「地域の歯科医師会と必要に応じて情報交換をしている」（病院 18.4%、診療所 16.0%）となっている。

6. 施設が地域で果たしている役割について

(1) 地域連携室もしくは地域連携に関して専任で 担当している部署または担当者の有無

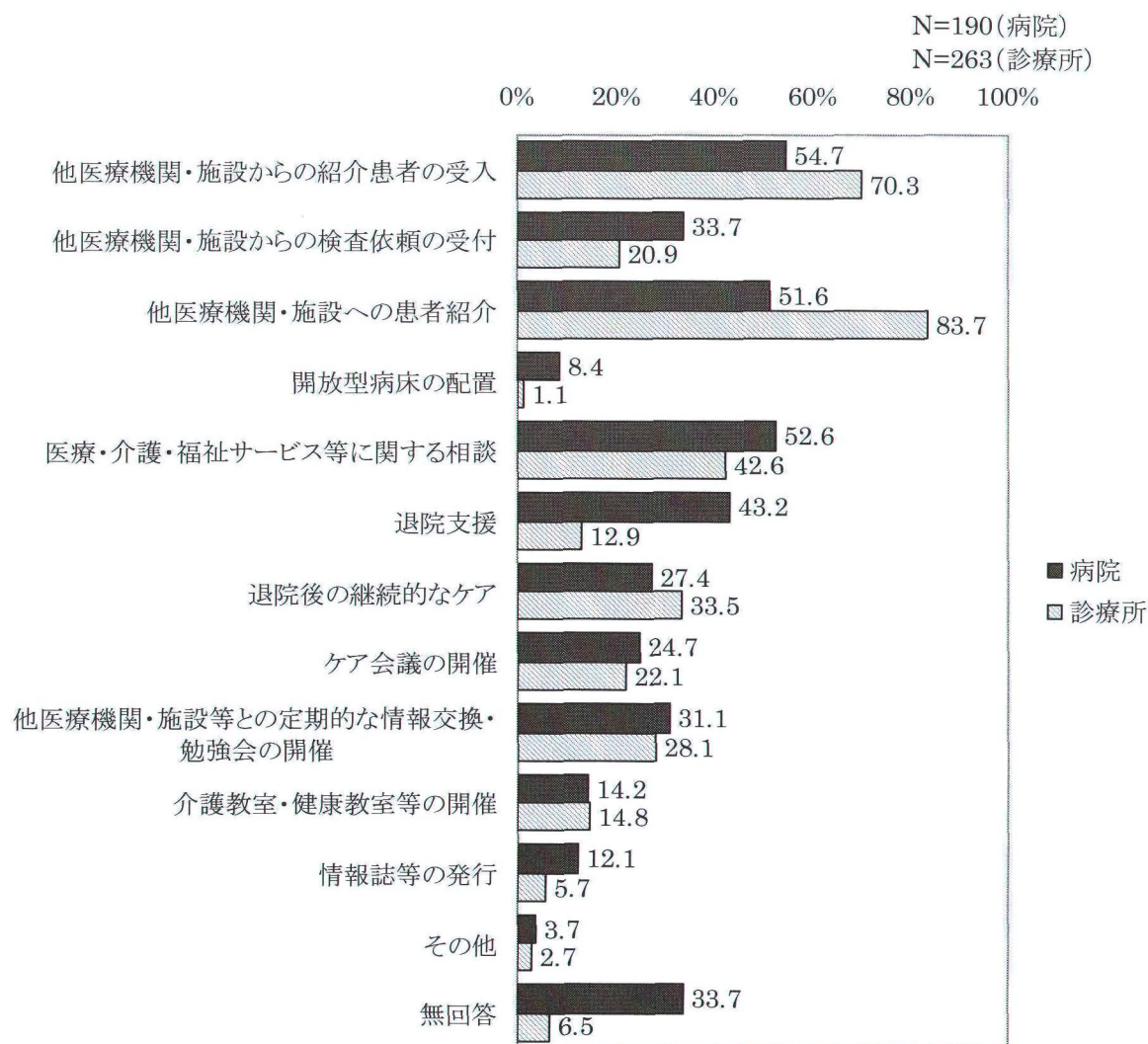


【「ある」または「いる」と回答した場合、その内容】



- 地域連携に関して専任で担当している部署または担当者の有無については、病院、診療所ともに「ない」(53.7%)、「いない」(77.2%)が最も多くなっており、診療所では7割以上を占めている。
- 「ある」または「いる」と回答した場合、その内容は、病院で「専門部署を設置」(53.4%)、診療所で「兼任の担当者を配置」(78.0%)が多くなっている。

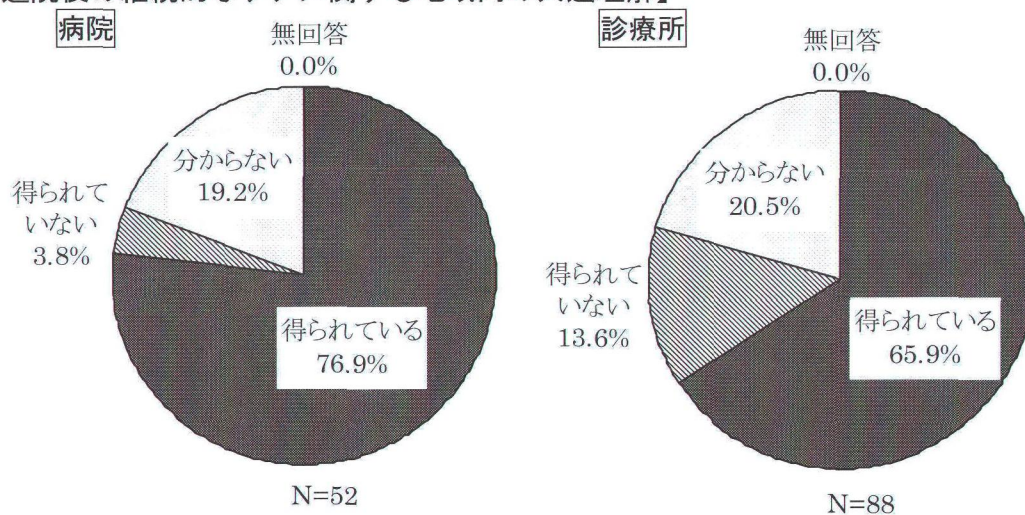
(2) 地域連携室等の機能



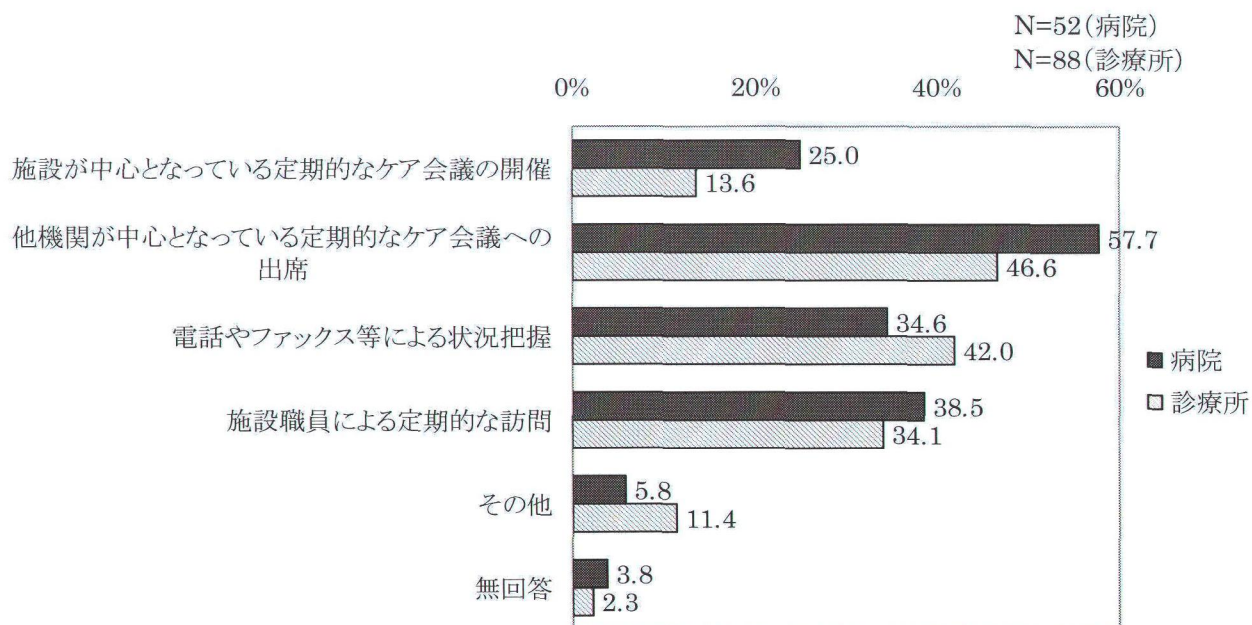
- 地域連携室等の機能については、病院では「他医療機関・施設からの紹介患者の受入」が最も多く（54.7%）、次いで「医療・介護・福祉サービス等に関する相談」（52.6%）、「他医療機関・施設への患者紹介」（51.6%）となっている。
- また、診療所では「他医療機関・施設への患者紹介」が最も多く（83.7%）、次いで「他医療機関・施設からの紹介患者の受入」（70.3%）となっている。

(3) 「退院後の継続的なケア」と回答した施設の状況

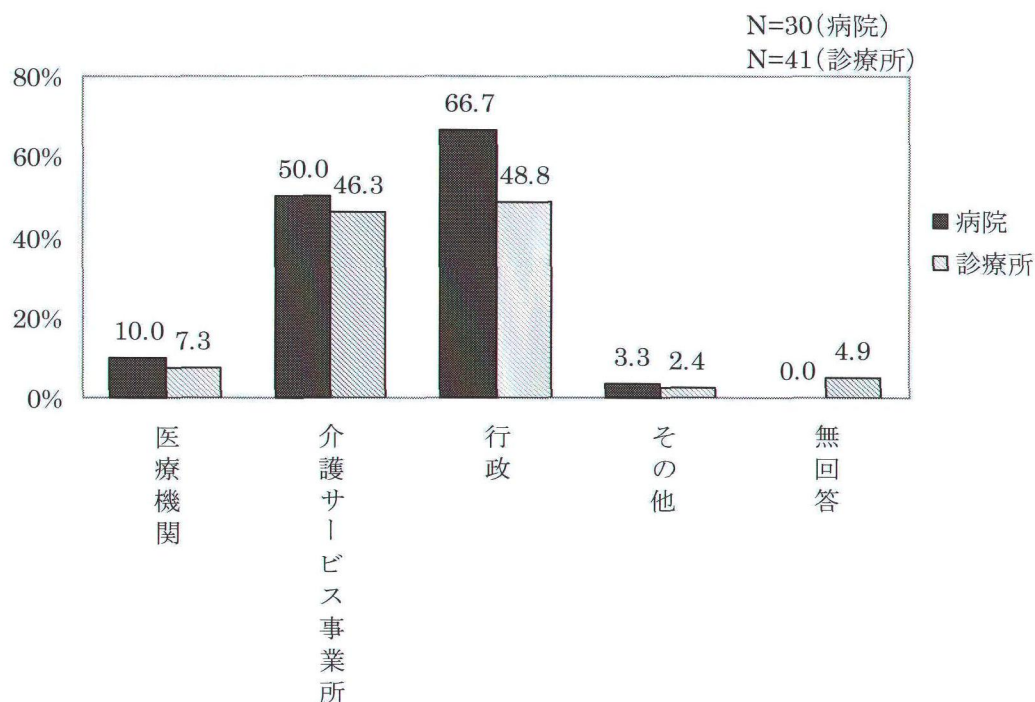
【退院後の継続的なケアに関する地域内の共通理解】



【退院後の継続的なケアの具体的な方法】



【定期的なケア会議で中心となっている他機関】



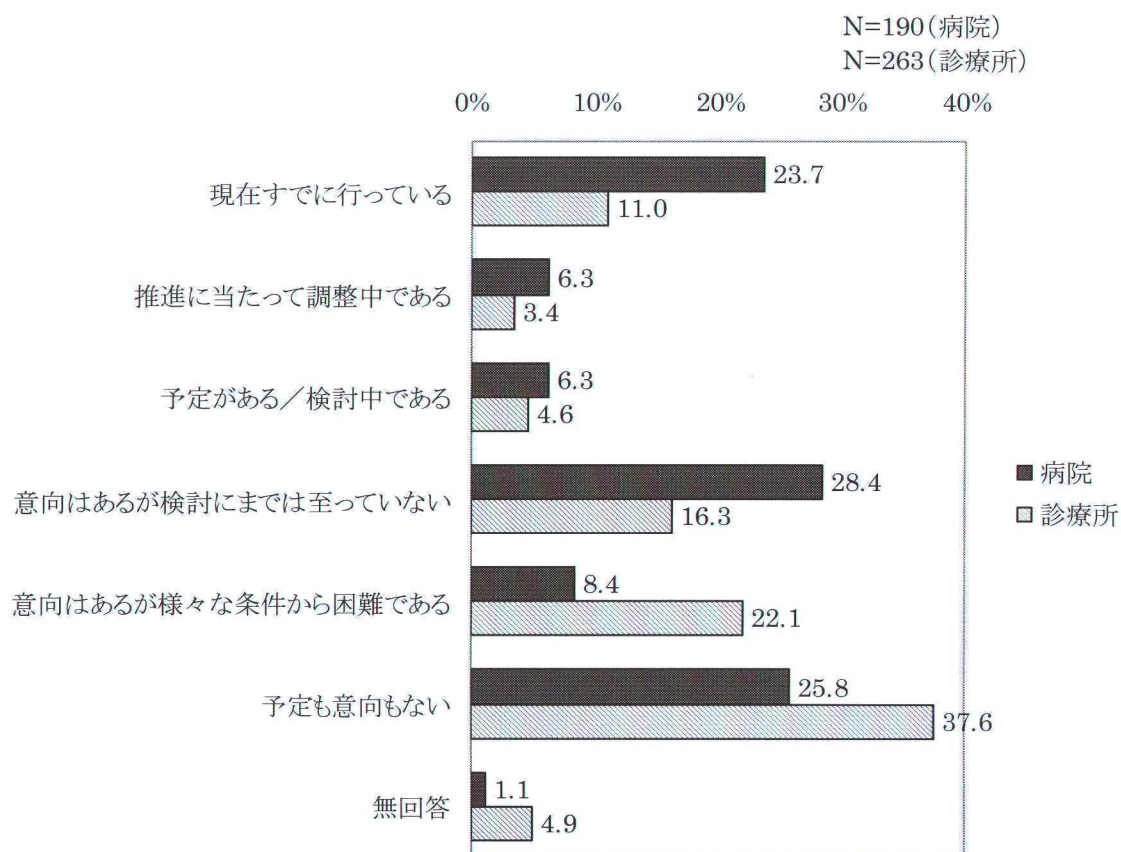
■前問で「退院後の継続的なケア」と回答した施設に、退院後の継続的なケアの仕組みについて、地域内の保健・医療・福祉サービスを提供する機関・事業所等で共通の理解が得られているかたずねたところ、病院、診療所ともに「得られている」が最も多く（病院 76.9%、診療所 65.9%）、「得られていない」との回答は病院で 3.8%、診療所で 13.6%であった。

■また、退院後の継続的なケアについて具体的な方法を取っているかたずねたところ、病院、診療所ともに「他機関が中心となっている定期的なケア会議への出席」が最も多く（病院 57.7%、診療所 46.6%）、次いで病院では「施設職員による定期的な訪問」（38.5%）、診療所では「電話やファックス等による状況把握」（42.0%）となっている。

■「他機関が中心となっている定期的なケア会議への出席」の具体的機関については、病院、診療所ともに「行政」が最も多く（病院 66.7%、診療所 48.8%）、次いで「介護サービス事業所」（病院 50.0%、診療所 46.3%）となっている。

7. 地域包括ケアの推進について

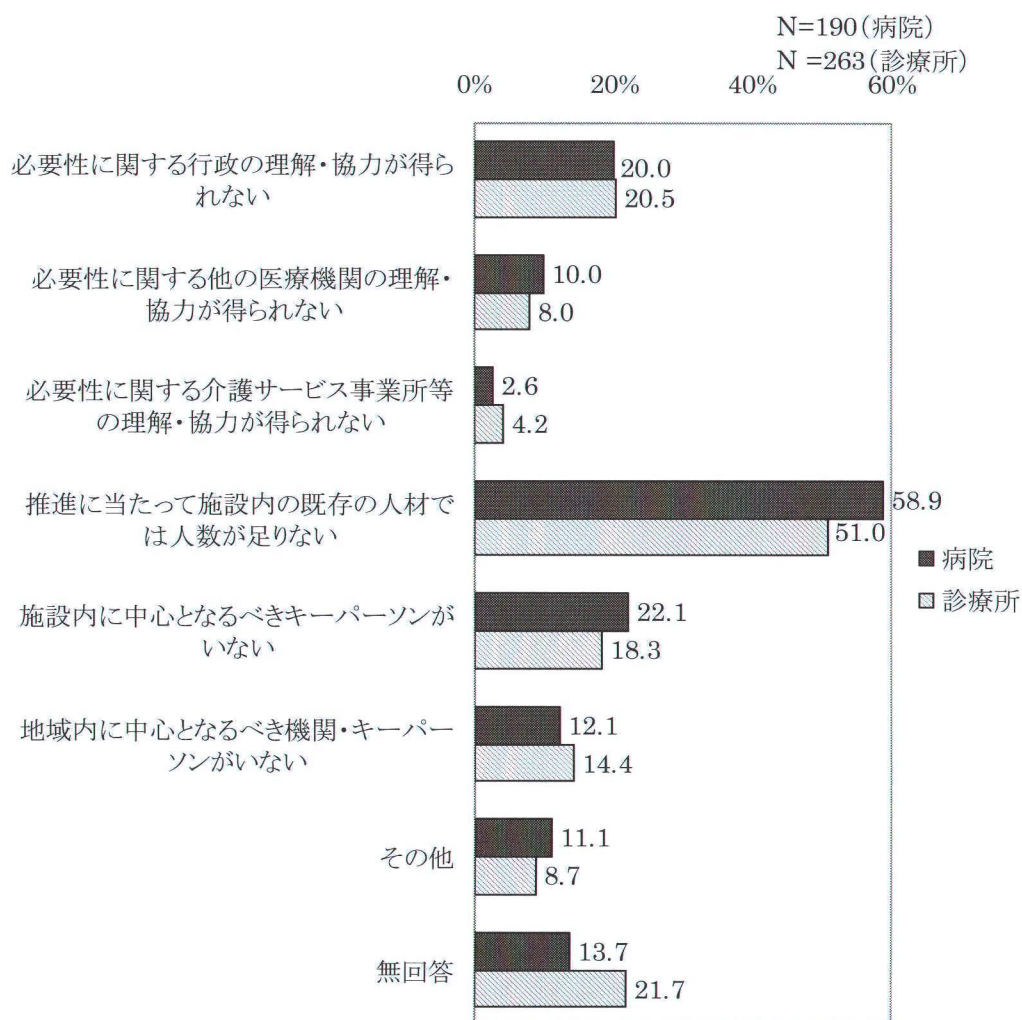
(1) 中心となって地域包括ケアシステムを推進する予定・意向



■ 中心となって地域包括ケアシステムを推進する予定・意向については、病院では「意向はあるが検討にまでは至っていない」が最も多く（28.4%）、次いで「予定も意向もない」（25.8%）となっている。

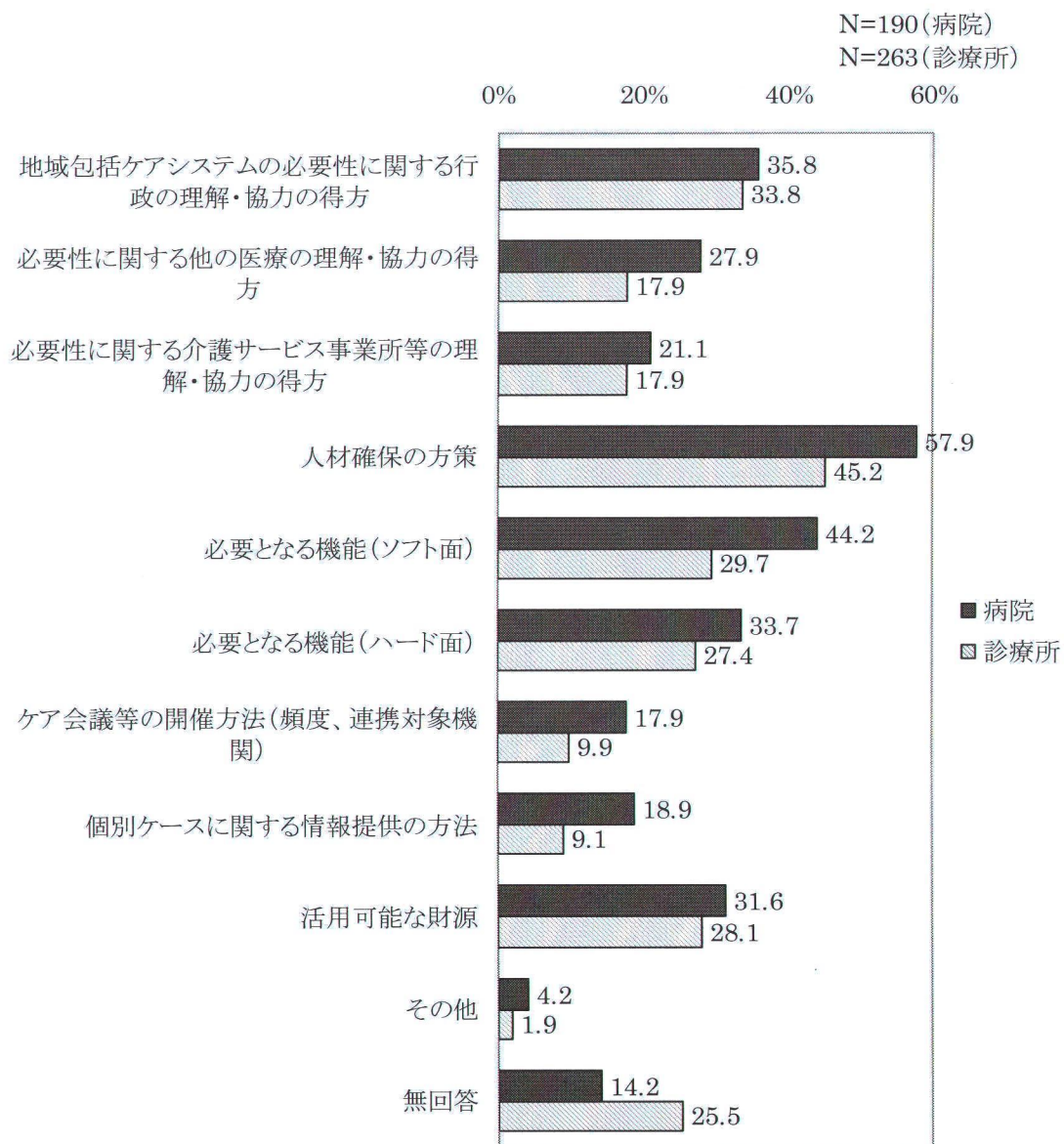
■ 診療所では「予定も意向もない」が最も多いが（37.6%）、これ以外では「意向はあるが様々な条件から困難である」（22.1%）となっている。

(2) 中心となって地域包括ケアシステムを推進する際の阻害要因



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

(3) 中心となって地域包括ケアシステムを推進する際、 情報として必要なこと



■ 中心となって地域包括ケアシステムを推進する際、先行事例等における情報として必要なことについては、病院、診療所ともに「人材確保の方策」が最も多く（病院 57.9%、診療所 45.2%）、次いで病院では「必要となる機能（ソフト面）」（44.2%）、診療所では「地域包括ケアシステムの必要性に関する行政の理解・協力の得方」（33.8%）となっている。

（４）地域包括ケアシステムに当たって国保直診施設が 果たすべき役割（自由記述）

行政が中心的役割を担い、福祉も巻き込んで町全体として位置づけて展開していくべきである。当院も連携した（参加）体制でケア会議を開き、推進していく。
合併した市の中では国保直診より大きな病院が存在する場合、直診の役割をきちんと位置づけ、理解してもらう事が大切である。大きな病院の下請機関のようになっては地域包括ケアシステムは構築しがたい。
退院後の在宅医療に必要な医療情報の提供 保健・福祉・介護への情報の連携
国保直診ヒューマンプランを実現するために、各地域において国保直診が中心的な役割を果たしていくべきだと思う。
合併により地域差があつて、地域包括ケアの推進が困難になった。
今後の地域包括ケアシステムの推進について、当院としてもご指導頂けましたら幸いと存じます
・医師の確保、地域周辺の開業医との連携 ・地域住民の視点に立ち安全で安心できる医療の提供
民間に不可能なサービスを補い地域住民の総合的な支援を行う
今回の介護保険の改正で、地域包括支援センターが創設されるが、介護保険制度ということもあり、対象は65才（2号被保険者40才以上）以上となっている。しかし0才から対象とした介護保険適用者のために国保直診が担う役割は大きいと思います
地域包括ケアシステムの推進にあたり、国保直診には地域医療の要として、地域の実情に応じた多様な対応・内容が求められている。そのためには医療内容の充実だけでなく、機動力も不可欠である。しかし、それを担う医師不足は深刻で、すでに各医療機関レベルで解決できる問題ではなくなっている。今後、国保直診として住民の期待に応えていくためには、医師の確保という問題に対して、国レベルで早急な対応を考えるべきだと思う。
保健、医療、福祉活動の拠点として「町づくり」に貢献する
能力開発、人材育成に対する研修を開催してほしい
いつ、いかなる時も連携を図っている施設等のバックアップ
地域包括ケアシステムは過疎の地域でまず必要となるが、東京大阪の大都市が高齢化すれば必ず大都市でも必要となるシステムとなる
地域の患者、要介護者情報の把握（個人情報をいかにクリアーするか）
地域密着型、参加、活動に眼を向けた情報発信と評価
町や村の範囲であれば国保直診が中心となれるが、合併で広域となると市全体をまとめる事はやや困難と考えます
介護に関しては優秀なケアマネがいるので、スムーズに行っている 医療に関しての人材確保が急務である
既存施設との協力体制
保健、医療、福祉が一体となったシステムの構築を推進し、患者の情報の共有化によりサービスの提供を目指す
医療保険との付き合いだけではもう国保直診としての事業は不十分で、介護保険を生かしながら医療保険と付き合う生き方ができないと、住民は不幸である

国保直診は行政である保健福祉と最も連携を取りやすい立場にあり地域包括ケアシステムを推進する核となることが求められる
医療機関単体ではなかなか困難です。後方支援及び方法等の助言をお願いします。
非営利の公的医療機関として、公平・公正の立場から地域包括ケアシステム推進の中心的存在となるべきである
ねたきり予防、廃用予防生活習慣病予防に積極的に参画するべきと思います
来年度より介護保険システム改正となり予防事業がより一層重視される中直診として行政や包括センターに積極的に協力し、又現在の地域連携的役割も拡大していく必要がある
・医療、保健、福祉のコーディネーターとしての役割 ・ケースの早期発掘
地域包括ケアを推進するべく努力中だが、医師不足のため収支が悪化している。経営の安定なくして行政の理解はありえない。直診が中心となるべきとは思いますが、医療も確保できないようでは推進は無理だ。
首長の理解を得られるだけの財源的裏付けがあれば。
このシステムに国保直診は積極的に企画、参加し、行政へ協力して共働で推進していくことをめざしている
合併が住民の意志によるものなのか、不透明ななかで、国保直診は存在感が無くなりつつある。使命として地域包括ケアシステムの推進は必要と思われるが、経営第1主義の中では埋没のおそれがあると思われる。
行政がすべき事を描出し、具体的にどのようなことをすれば住民にとって健康の維持、増進につながるかを伝達するブリッジの役割が果たせればと思います。
ペイしない事業に金を出す余裕はどここの自治体でもなくなっているのです、こういった事業を紹介されても仕方がない。金と人、交通の便を図ってくれないと困難である。
重要性のアピール及び包括とはわからない。行政マンがいるのではないかな？
週2回の開設、医師の高齢化、人材不足等、診療所が役割を果たす事はなかなかむずかしい様に思う。
行政側に地域包括ケアに対する理解も熱意も乏しい、独居／高齢／配食等の支援もないのが実情
住民中心の医療を行うことだと思います 合併直後で充分なご回答をすることができず、すみませんでした
国保直診が中心となって推進すべきであり、国はもっと国保直診の役割について理解を深め、診療報酬等の面で直診が経営していける施策を考えるべき、現状では役割を充分果たせない赤字です
合併して大きな自治体となっても財政的な余力は少なく、行政のスリム化、コンパクト化は避けられない。一部周辺地域のみで国保が地域包括ケアを推進することについて、新自治体が（他地域との整合性をふまえて）価値を見い出せるか、難しい状況
中規模の民間病院が複数あり、地域包括ケアに力を入れているので、小さな診療所が活動する余地も必要性もない
医療従事者だけでなく行政担当者にももっと理念を普及すべきである
保健、福祉、行政この連帯を大切にしている
診療所内に専門スタッフを配置し、地域住民のケアをつねに把握して、個々の状況にあったサービス、治療に努力ひていく姿勢が大切である。
僻地では中心的役割が必要であろうが、そうでなければやはり、地域の中核的病院が中心となるものと思います

国保直診が中心となり、必要な人に必要なケアが速やかに行えること
医療、介護、福祉サービス等に関する相談
バックベットの保証もないへき地診療所では、主体的な推進困難。地域の支援してくれる病院（国保にかかわらず）との連携が不可欠
「地域包括ケアシステム」を言葉で言う事は簡単だが、実践する為の基礎作りが非常に困難！！基礎作りの為の基盤整備（法的根拠）を作っていただきたい
国保直診が単なる協力機関に終わっている
当院では診療に大部分の時間、エネルギーが使われ、他医療機関や行政と連携、協力が少ない
いずれにしても地域がうまくいくように可能なかぎりの参加、協力を行なっていくことだと思います
診療所の存続、予算削減等現時点では、地域包括ケアを行う体力がない
国保直診＝地域包括ケアシステムの中心という考え方には、人材的、経済的に無理がある。各施設は独立したものであるべき
今後も国保直診が積極的に居宅介護支援事業所や訪問看護ステーション等を併設、もしくは連携することにより中心的な役割を担っていくべき
引き続き地域を誠実に支援する
まず、地域包括ケアという考え方、概念自体が行政においてもほとんど理解されていないのが現状である。医療は柱の1つであり、その役割は重要であると考え。現状では各地域でつくり上げていくものと考えられるが、非効率的であり、地域格差が出易いのではないかと考える。むしろ、国として、都市部～過疎地域でいくつかに分け、一定のモデルを構築し、そのモデルから欠点を減じていく方法が良いのではないかと考える。しかし待ち続けるのではなく、むしろ遂に国保直診こそが提案、実践していけば良いと積極的に考えていきたい。
国保直診は行政である保健福祉と最も連携を取りやすい立場にあり、地域包括ケアシステムを推進する核となることが求められる

8. まとめ

(1) 地域包括ケアシステムの特色

①国保直診施設がこれまで取り組んできた地域包括ケアシステムの特色

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

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

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

②地域包括ケアシステム普及に当たっての課題

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

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

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

(2) 市町村合併のインパクト

①市町村合併による診療圏域の変化

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

②市町村合併が地域包括ケアシステムの推進に及ぼした影響

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

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

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

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

「決定権が地域から離れた中央地区の庁舎に移ったため、現場での判断が生

かされなくなった。行政トップとの距離が遠くなった。」

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

等の指摘がなされている。

（３）地域内の連携の状況

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

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

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

第3章

先進地域にみる地域包括ケア システム構築の取組

1. 先進地域における取組

(1) 地域包括ケアシステムへの取組と市町村合併の影響

既存の研究によれば※、地域包括ケアシステムを推進するために重要となる国保直診施設の保健・医療・福祉（介護）機能の方向性は、下記のようにまとめられている。

併設施設	保健福祉の関連施設の併設 在宅サービス機能、地域保健医療サービス機能、自治体組織の取込み・一体化・連携推進、マンパワーの補完
施設機能の方向性	介護保険への取組 自治体との連携推進、患者・住民への情報提供・相談機能、地域保健医療サービス機能
自治体等との連携体制	自治体との連携 地域の研修会への協力、患者・住民への情報提供・相談機能、地域保健医療サービス機能
人員体制	人員体制の充実（教育・研修を含む） 自治体との連携体制、地域の研修会への協力、在宅サービス機能、患者・住民への情報提供・相談機能、ケアマネジメント機能

先進地域におけるヒアリングを通して共通して確認できたことは、これまで国保直診施設が地域包括ケアを推進する際に、「比較的小さな単位であったこと」「行政の理解が得られていたこと」「住民と一体となった取組を行ってきたこと」といった背景があったことである。前述のアンケート調査でも、市町村合併により特に前2者が揺らいでいることは確認できたが、このことはこれまで先進的な取組を進めてきた地域においても同様であり、これまでの取組の充実や新たな取組を推進している。

※ 国診協「市町村における地域包括ケアシステム推進の方策に関する研究」平成11年3月

(2) 地域連携包括ケア推進のための取り組み

①対外的な窓口の機能強化

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

～ヒアリングから～

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

～ヒアリングから～

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

②福祉・介護サービス提供機関との連携

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

～ヒアリングから～

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

③地域住民の健康づくり活動への支援

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

～ヒアリングから～

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

2. ヒアリング内容

(1) 訪問ヒアリング

①病院

		広島県 公立みつぎ総合病院	岐阜県 中津川市国保坂下病院 岐阜県 中津川市国保蛭川診療所
地域の 基本属性	自治体の概要	広島県尾道市 人口 153,548 人 高齢者人口 41,912 人（高齢化率 27.3%） 合併前人口 8,111 人	岐阜県中津川市 人口 86,451 人 高齢者人口 21,426 人（高齢化率 24.8%） 合併前人口 5,834 人
	診療圏域人口	70,000 人	35,000 人（坂下病院） 3,659 人（蛭川診療所）
	市町村合併の形態	編入合併（被編入自治体）	編入合併（被編入自治体）
施設の 特性	地域における位置付け	・旧御調町エリア、旧診療圏域における保健・医療・福祉の守備範囲は変わっていない。 ・しかし、尾道市は従来から医師会が在宅福祉に力を入れてきており、公的医療機関でなく民間でやればよいという発想。 ・また、行政トップも同じような意識であることから、本院の取組を新市全域に広める方向に進むことはないと考えている。	・リーダーシップとバックアップの二つの機能を有している。特養一旧恵北地域で後方支援病院となっているし、周辺地域についても後方支援している。 ・地域包括ケアは中津川市がいくつかに分けて、やらなければならないと考えている。その中で、坂下病院はモデルにならないといけない。 ・市にもそういう認識をしてもらわなければならない。

		広島県 公立みつぎ総合病院	岐阜県 中津川市国保坂下病院 岐阜県 中津川市国保蛭川診療所
施設の 特性	地域包括ケアシステム の特色	・地域包括ケアシステム構築のきっかけは、いわゆる「つくられた寝たきり」が多かったこと。 ・要因としては、①介護力の不足、②不適切な介護、③閉じこもり生活、④医療の中断、⑤不適當な住環境などであった。こうした要因を取り除くために、病院の訪問看護、訪問リハビリテーションを開始した。 ・昭和 59 年に保健福祉センターを併設し、医療と行政をドッキングしてサービスの一元化をはかり、保健・医療・福祉の統合のための機構改革を行った。 ・平成元年以降ゴールドプランに基づく施設・拠点などのハード面の整備を行う一方、並行してケア担当者会議、在宅ケア連絡会議の開催、ケアマネジメント・ケアプラン手法を取り入れるなど、ソフト面の充実も図ってきた。 ・病院併設の福祉施設を開設し、ハード、ソフト両面で地域包括ケアシステムを構築し運用してきたことによって、社会的入院をつくらないようにすることが可能であった。	・医療機関の中で、「予防」の使命は国保直診しかない。予防をきちんとやれば医療費が下がるというデータも出てきた。高齢社会の中でのあり方として、一体としてのサービスを提供をしていかなければならない。国保直診だけでなく、地域でやらなければならない。 ・また、地域のケアのレベルを上げることを目的として、合併前から当院が地域内の介護サービス事業所等に声かけをして、定期的な勉強会を実施している。 ・それまでは、医療側、福祉（介護）側双方に、お互いに対する不満等もあったが、そのような問題も含めて、話し合いの場、勉強の場を設けた。 ・年間 3 回の勉強会と 1 回の研究発表会ではあるが、それぞれの業務を勘案すると、この程度が精一杯である。しかし、それぞれの問題意識や情報の共有化は図られるようになっている。 ・また、消防（救急）にも声をかけて参加してもらうようにしている。

		広島県 公立みつぎ総合病院	岐阜県 中津川市国保坂下病院 岐阜県 中津川市国保蛭川診療所
市町村合併の影響	行政サイド	・合併協議会で病院についての協議はあったが、個々の事業をどうやっていくかの話し合いで、病院全体のマネジメントについての協議はされなかった。 ・合併協議会では病院が意見をいう場は設けられず、「旧御調町の地域包括ケアは残す」ということは、合併の際に約束したが、それを新市全域に広げるという意味ではない。 ・公式な国保に関する会議には出られるが、行政計画の会議には事務局としては出られなくなった。 ・合併後も、地域包括ケアは従来通りで、保健福祉サービスは低下させないという約束だが、人手がかかるので難しくなっていくことが予想される。 ・財務や事務の流れが違うので、慣れるのに2～3年かかる。	【坂下病院】 ・各町村単位だったところに比べ、協議が多くなり、行政トップとの距離が遠くなった。また、タテ組織が強く、ヨコの連携がないため、各セクションに話が通っていないことが多い。 ・旧町村は、自分たちでセンターを持っていたが、中津川市は全て社協や事業所へ委託。考え方にギャップがある。・収入がないとできないという意識がすごく強いため、すぐに結果の出ない予防事業に対する認識にずれがある。 ・現在、保健福祉医療の連携の確立を進めているところで、働きかけにより、多少意識の変化が出始めている。 【蛭川診療所】 ・合併前は行政がリーダーシップをとって、社協が会議運営を行っていたが、合併によりなくなってしまった。それではまずいということになり、福祉センターの所長と1月に1回くらいは開こうという話になった。 ・行政側はこちらから働きかけない限り、自分たちから動こうという雰囲気はない。

		広島県 公立みつぎ総合病院	岐阜県 中津川市国保坂下病院 岐阜県 中津川市国保蛭川診療所
市町村合併の影響	事業者サイド	・合併により特に変わったことはない。旧御調町エリアにも民間の事業者は若干おり（診療所の通所介護、グループホームなど）、月1回診療所に集まってケアカンファレンスを開催している。 ・入院患者については、どこの居宅介護支援事業者かの情報が入力されているので、病棟の看護師が退院時には関係機関、部門にすぐ連絡をする。ようにしている。	・ケアマネの所属が変わった。郡部は直営でやっていたところが多いが、民間に委託になり、今までは地域性を把握できていたが、それができなくなってしまったというデメリットが出ている。 ・ケアマネ研究会を自主的に開いている。旧坂下社協が事務局として、周辺の事業所に呼びかけ、ケース検討をメインに2ヶ月に1回定期的に開催している。
地域包括ケア構築に向けて	地域連携室等が果たしている役割	・地域包括医療連携（ケア）室に、元看護師長である室長とソーシャルワーカー（ケアマネジャー、精神保健福祉士の2人）、事務職1人を配置し、毎週1回、連携のためのミーティングを開催している。 ・連携室と在宅部門が定期的に会議をもち、退院が近くなると対応を話し合う。医療的ケアが必要なときは退院前に医師とも話し合う。 ・地元のサービスで生活を組み立てるために、入院時と退院時にケアマネジメントをしている。なお、地域包括医療連携（ケア）室は、退院患者すべてのケースに関わることとなっている。	・これまで病院において対外的な窓口は、それぞれの現場で有していたが、地域包括ケアを推進していくに当たっては、地域連携のパスを構築することが必要であり、またそのためには責任をもって地域連携に当たる部署が必要という考えの元、マンパワーも集約することとした。 ・これまでも地域の介護サービス事業者等とは、定期的な勉強会やケア会議を通じて意識の共有化を図ってきたが、地域包括ケアをより一層推進するため、また医療に関する相談相手としての機能を十分に果たすため、病院のシステムとして一つの部署に集約した。

②診療所

		青森県 深浦町国保関診療所	島根県 浜田市国保弥栄診療所 島根県 浜田市国保波佐診療所	鹿児島県 薩摩川内市下甕手打診療所
地域の 基本属性	自治体の概要	青森県深浦町 人口 11,264 人 高齢者人口 3,792 人 (高齢化率 33.7%) 合併前人口 8,954 人	島根県浜田市 人口 63,000 人 高齢者人口 18,000 人 (高齢化率 28.6%) 合併前人口 1,789 人(弥栄診療所) 合併前人口 5,216 人(波佐診療所)	鹿児島県薩摩川内市 人口 104,065 人 高齢者人口 26,907 人 (高齢化率 25.8%) 合併前人口 2,803 人
	診療圏域人口	4,867 人	1,000 人(波佐診療所)	—
	市町村合併の形態	編入合併(編入自治体)	編入合併(被編入自治体)	編入合併(被編入自治体)
施設の 特性	地域における位置付け	・民間を含めて、地域にある3つの医療機関はすべて診療所であるが、公立という点もあり、地域包括ケアの中心としてのリーダーシップは当診療所が担っている。 ・基幹型在宅介護支援センターや訪問看護ステーションと連携した、在宅重視の介護・医療の実践は他では行われておらず、在宅重視の地域医療と介護・福祉・保健活動の拠点と考えている。 ・二次医療については、近隣の町立病院と連携して行っている。	・合併前から弥栄診療所は小規模自治体の国保診療所の利点を発揮し、情報発信ができていた。域内の国保診療所とも連携、協力ができていた。 ・地域内の基幹医療機関は浜田医療センターであるが、国保診療所への赴任前の研修の受入等を通して、病診連携に必要な人的なネットワークが構築されている等、両者の連携は強い。	・下甕島全体の中核的医療機関である。「重装備診療所」として、医療機器の充実により、診療所ではあるが、病院的作用を果たしている(離島でも高度な医療を提供)。

		青森県 深浦町国保関診療所	島根県 浜田市国保弥栄診療所 島根県 浜田市国保波佐診療所	鹿児島県 薩摩川内市下甕手打診療所
施設の 特性	地域包括ケアシステム の特色	・地域包括ケアシステムの構築により、地域内の関係施設・事業所・職員との連携がしやすくなった。住民、特に高齢者に対してのサービスがしやすくなったと感じている。 ・また歯科については、歯科医師のいない歯科保健センターではあるが、歯科衛生士の変わりに看護師が民間の歯科医の協力を得て活動している。成人の歯科検診や高齢者の口腔指導など、充実していると思われる。	・弥栄診療所は、脳卒中患者が多かったので、地域の脳卒中を減らすことを、行政と診療所の目標とした。 ・国保のメリットとして、住民全員のカルテを先に作って、集落ごとに分類し、健診データ、医療データ、生活データをリンクさせた。総合的な患者情報からリスク分析を行い、ハイリスク者に対しては行政と一体となってアプローチできる基盤があった。 ・脳卒中患者が減ってきたことを診療所年報等を通じて、住民に情報発信するとともに、島根県レベルの各種会議においても村長、所長がPRして、県にも顔を覚えてもらい、支援が必要なきに支援をしてもらえる関係づくりを行ってきた。	・島内には民間の医療機関がないため、住民の健康は国保直診と、手打診療所に併設の保健センターが担っている。 ・集落と集落とが離れており、また島内は山が多いため、手打診療所と長浜診療所それぞれが担当している出張診療所が不可欠である。

		青森県 深浦町国保関診療所	島根県 浜田市国保弥栄診療所 島根県 浜田市国保波佐診療所	鹿児島県 薩摩川内市下甕手打診療所
市町村合併の影響	行政サイド	・合併を契機とした問題はない。活動範囲が広がったことにより、業務量が増えた程度で、連携なども比較的スムーズに行っている。 ・行政のトップも、旧深浦町の元助役なので、それまでとスタンスも変わっていない。	・合併による影響はない。合併協議会に対し、早い段階で合併後の市全体の医療体制に関するビジョンを呈示し、受入れられたことが大きかった。行政が具体的に、国保診療所医師の提言をふまえた内容の報告書（『地域医療についての報告書－新しい保健・医療・福祉の連携をめざして－』を合併前にきちっと作ってくれたことが良かった。 ・旧浜田市の保健・医療・福祉の水準は、町村部に比べ低かったことから、行政側も、合併を契機に旧町村部の行政や国保診療所のノウハウを全市で生かしてもらいたいと期待している。	・離島の診療所は、行政のバックアップが必要不可欠であるが、合併により、効率化に関する目が厳しくなっているように感じている。 ・これまで基本健診は、全地区を回って行っていたが、合併後は、鹿児島市内の医療機関に委託することになり、全地区を回ることとはなくなった。その結果、受診率が低下した。介護予防からの観点からも、未受診者へのアプローチをどうしていくのかが課題となっている。 ・合併により、これまでの取組が薄れてしまう危険性は感じているが、逆に、時間をかけてでも広げていかなければならないと考えている。
	事業者サイド	・特にない。介護サービス事業者を含め、関係団体とは介護保険制度の開始前からケース検討会や勉強会を定期的に開催してきた経緯からか、合併によって理解や協力に変化が生じたということはない。	・特にない。	・特にない。

		青森県 深浦町国保関診療所	島根県 浜田市国保弥栄診療所 島根県 浜田市国保波佐診療所	鹿児島県 薩摩川内市下甕手打診療所
地域包括 ケア構築 に向けて	地域連携室等が果たしている役割	・入院がないので、地域連携室の名称は設けていないが、基幹型在宅介護支援センターの主任ケアマネジャーが中心となっている。 ・診療所では主任看護師が中心となって、他の施設や事業所と連携を図っている。また訪問看護ステーションは、隣町の町立病院と定期的に情報交換を行っている。 ・入院に関しては、診療圏域内の患者が入院する2箇所の公立病院に情報提供を依頼している。 ・連携に際しては、地域内の関係者が定期的に顔をあわせる機会が必要と考えている。	・住民ニーズの高い中山間地域における良質な医療の安定的確保を目指すために、新しく地域医療対策課を設置した。市内の4国保診療所の一体的管理、医師会・浜田医療センター等との連携、新市における保健・医療・福祉施策の充実を図ることを目的としている。 ・弥栄診療所は、毎朝、近くの特養の併設ヘルパーステーションの打ち合わせに参加して連携している。 ・市域が広くなる一方で、在宅介護支援センターが廃止されるので、地域の人々の情報がはいりにくくなるのが課題。 ・なお、浜田医療センターは独立行政法人化以降、地域連携に力を入れていて、地域医療連携室は6人体制となっている。	・医療ケアのウェイトの高い住民のケアに関しては、診療所を中心として、関係機関内で、情報は常に共有化している。なお、医療面で島内で対応できない場合に関しては、本土の医療機関との協力体制を、疾患別に構築している。 ・また旧下甕村内では、在宅介護支援センターを中心として、診療所の医師や看護師、ホームヘルパー、村役場職員等による、地域ケア会議を開催していた。しかし合併後は開催されなくなった。今後の地域ケアシステムにおいては、これまで以上に予防という概念がキーワードになると考えられるので、医療・保健・福祉の連携の上からも、再開を望んでいる。

(2) グループヒアリング

①市町村合併の影響

- 市町村合併により、市内に4つの公的な病院が存在することとなったが、全ての病院が赤字である。以前の首長は地域包括ケアの推進に積極的であったが、新市の市長は、民間でできることは民間でやるべきではないか、という考え方をもっており、現在、4つの病院のあり方について、検討が進められている。
- 国保の診療所については、市は民間委託したいと考えているが、本来であれば、国保の病院と診療所が一緒になって、病院から人を送り出す形にしたかった。
- 自治体が大きくなると首長は経営重視になる。保健との距離が一番の課題であり、医療・保健・福祉の組織の再編成が必要である。
- 市町村合併後、複数の国保直診病院が、一つの自治体に存在するようになった。それぞれ、地域包括ケアシステムに対する視点は異なるものの、全体を見渡すことが必要との問題意識から、市役所の中に管理的なポジションを設ける予定である。
- 合併前は、地域の保健師が地域の目配りをしていたが、合併後、保健師の配置がばらばらになってしまった。人口9万の市になったのに、地域包括支援センターは1箇所しかなく、住民サポートをどうしていくかが課題である。訪問看護ステーションは、住民にとっての地域包括ケアの視点から、病院と住民の橋渡しを目指していく。
- 医療システムは合併後に改編することとなっており、まだ合併間もないこともあり、職員の再配置、事務の引継ぎ、会計処理は滞っている。
- 地域内の要介護高齢者のうち70%が在宅で生活しているが、この値は、近隣と比べても非常に高い。財政面では1億円程度違ってくる。行政は当初の費用だけをみて「お金がかかる」と言うが、その後の影響が大きいことも考えて欲しい。

②地域包括ケアに対する職員の理解

- 職員の地域包括ケアに対する理解に関しては、現在の人員(740~750人)を超えると難しくなる。
- 病院の基本理念に地域包括ケアシステムの構築がうたわれており、病院機能評価を受けるときに、衆知徹底が図られた。
- 合併前自治体の首長が地域包括ケアの推進については意欲的だったため、シームレスな仕組を目指し、ハード面、ソフト面の両面を充実させてきたが、それでも、医師により地域包括ケアに対する考え方には温度差がある。
- 訪問看護ステーションからみると、病棟の看護師との温度差を感じる。病棟の看護師は、退院後のことを考えて看護していない。地域のことをわかってもらうのも難しいので、地域連携室に託すしかない状況である。

③地域における連携の状況

- 特養との連携に関しては、職員の勉強会を開催している。また訪問診療については多くの診療所が取り組んでいるが、その意味では、病診連携が必要である。また、別の病院から“追い出される”ケースもあり、病病連携が必要となっている。
- グループホームに対して往診をしている他、特養に対しては、職員の勉強会を開催している（診療は診療所の医師）。
- 地域内の施設の相談員やケアワーカーとの集まりを開いている。施設側にアピールすることが必要である。お互いの信頼関係が必要である。
- ケアマネとの関係では、できるだけ、ケアマネと家族が一緒の場をつくって話をするようにしている。その際、在宅が可能な根拠の示し方が重要である。
- 病院の看護師からは病状のことばかりになってしまい、患者や家族には、家に帰ってからどうなのか、という不安はある。この点はケアマネについても同様であるが、ケアマネの理解力によっても異なる。
- 保健センターを併設しているので、要介護高齢者の認定調査も行っており、保健師には情報が入りやすくなっている。
- 必要な機能を一箇所に集め、完結型のサービスを行ってきたが、病院は医師不足の状況でもあり、他機関との連携は不可欠である。また住民の声を聞くことも大切である。住民と乖離しないようにすべきである。

④地域連携における国保直進施設のあり方

- 地域連携に当たっては、サポーター型からコーディネーター型へと転換する方向にある。両面が必要だが、事業者が多く、医師会も在宅医療に熱心なので、コーディネーター型の役割が求められている。
- 国保直進施設の活動を展開していくには、住民の理解や信頼がベースとなる。介護予防も医療機関だけではできず、地域の助け合いが有効であり、必要である。保健活動においても、生活習慣病予防には食習慣や運動習慣の改善には、住民の理解と協力が欠かせない。
- 地域包括ケアシステムは多くの国民が望んでいる仕組であり、否定する人はいないはずである。したがって、まず住民にどう理解してもらおうか。そのためには住民に入って話をするべきであろう。支えてくれるのは住民である。手間はかかっても確実な手法である。

- 顔がみえてくることが大切である。住民との連携はとりにくい面もあるが、当院が開催している保健・福祉祭りについて、市町村合併後、祭りのエリアを拡大したいと住民側から申し出があり、住民パワーのすごさを知った。また、住民が地域のNST*を担っていくという活動も進めている。
- 今後、合併前自治体程度の地域で地域包括ケアを推進していこうと計画しているが、一気に全市に広げるのは困難であるので、まず、自らが自地域で推進して、周囲からも「いい仕組みである」と認められるようにしないといけない。
- 市内をいくつかの地域で分割して考えているが、他の地域では地域包括ケアは理解されていないし、その地域の核となるべき医療機関も存在しない。今後は、地域包括支援センターが中心となって、医療機関と連携をとっていく必要があるだろう。
- 様々な要因により、地域包括ケアの推進を、主導的にやれるところとそうでないところがあるのだろう。また、合併後の地域割りに関しては、合併前のエリアが、結果的に生きてくる可能性もあるのではないかな。

* NST

Nutrition Support Team の略。栄養管理はすべての治療法の基盤といえることから、医師を中心として看護師、薬剤師、栄養士、言語聴覚士などの、専門知識と技術をもった専門職がチームを組んで、一定のレベルを保った栄養管理を実施すること。

第4章

結果の考察

1. 調査結果から得られた示唆

調査結果を、市町村合併前後で比べ、どのような項目が悪化しているのかをみたものが下表である。

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

市町村合併前後の地域包括ケアシステムの変化

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

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

地域包括ケアシステムの成果

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

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

～ヒアリングから～

- ・地域包括ケアシステム構築のきっかけは、いわゆる「つくられた寝たきり」が多かったこと。
- ・要因としては、①介護力の不足、②不適切な介護、③閉じこもり生活、④医療の中断、⑤不適当な住環境などであった。こうした要因を取り除くために、昭和49年から病院の訪問看護、昭和56年から訪問リハビリテーションを開始した。
- ・昭和59年に保健福祉センターを併設し、医療と行政をドッキングしてサービスの一元化をはかり、保健・医療・具駆使の統合のための機構改革を行った。平成元年以降ゴールドプランに基づく施設・拠点などのハード面の整備を行う一方、並行してケア担当者会議、在宅ケア連絡会議の開催、ケアマネジメント・ケアプラン手法を取り入れるなど、ソフト面の充実も図ってきた。地域包括ケアシステムの構築は介護保険実施のためのハード、ソフト両面での基盤となり、円滑なスタートが可能となった。
- ・病院併設の福祉施設を開設し、ハード、ソフト両面で地域包括ケアシステムを構築し運用してきたことによって、社会的入院をつくらないようにすることが可能であった。

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

～ヒアリングから～

- ・合併前は福祉が中心となって地域住民の健康づくりやケアに取り組んできた。公的な医療機関は当診療所のみであったので、それらの取組に関して全面的にバックアップをしてきた。
- ・しかし合併後は、それまで社会福祉協議会が主催していたケア会議等もなくなり、個々に連絡は取り合うものの、地域の仕組みとしては機能しなくなった。したがって、地域住民の健康に関する情報が共有化されなくなった。
- ・さらに、合併前までは学校医をしていたことから、子どもの頃からの健康づくりに関しても取り組んできたが、行政のスタンスが変わったため、学校医は地元医師会に委託されることになり、地域外の医師が来るようになった。

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

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

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

また、これまでの先進的な取組の成功要因を考えると、地域包括ケアは、比

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

～ヒアリングから～

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

～ヒアリングから～

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

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

～ヒアリングから～

- ・県内の国保直診施設のある地域とない地域との医療費を比べたところ、国保直診施設のある地域の方が、医療費が安く、かつ平均寿命も長いことが分かった。このようなデータは、国保直診施設の取組が効果のあることを行政に説明する時の材料となる。
- ・医療機関の中で予防に積極的に取り組んできたのは国保直診施設である。予防を十分に取組みれば医療費も下がるというデータもあり、また介護保険制度や医療保険制度においても、予防の重要性がうたわれている。

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

～ヒアリングから～

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

～ヒアリングから～

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

2. これからの地域包括ケアシステムの課題

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

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

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

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

資料編

国保直診所在地における地域ケア施設連携システムの構築状況調査

～ 病 院 票 ～

ご回答者のお名前		役職	
ご 連 絡 先	〒		
	TEL:		FAX:

貴施設の概要等についてお伺いします。

問1 貴施設の名称等についてご記入下さい。

施設名					
施設の所在地	〒 TEL:				
開設年月	西暦 年 月				
開設主体	1 市町村立 2 一部事務組合立（構成市町村名： ） 3 広域連合立 4 国保連合会立 5 国保組合立 6 その他（ ）				
許可病床数	一般病床	療養病床等	結核病床	精神病床	感染症病床
	床	うち医療型 床 うち介護型 床	床	床	床

問2 貴施設が所在する市町村の概況についてご記入下さい。

総人口	人
65 歳以上人口	人
要支援・要介護認定者数	人
診療圏域人口*	人
過疎地域等指定（○は1つ）	1 あり 2 なし
市町村合併の有無（○は1つ）	1 あり→西暦 年 月 2 なし
所在市町村の介護保険事業計画への参画（複数回答可）	1 策定委員等として参画 2 医師会等を通じて意見を提出 3 計画策定に関するヒアリング等に協力 4 協力要請に対応 5 全く関わっていない 6 その他（ ）

*診療圏域人口については、市町村合併を経ている自治体の場合は、旧市町村ベースでお答え下さい。

貴施設の機能等についてお伺いします。

問3 貴施設が地域において果たしている役割について、それぞれお答え下さい（それぞれ○は1つ）。

(1) 診療圏域	1 所在市町村における基幹的な医療機関である 2 所在市町村の一部の地域を対象とした医療機関である ※2を選んだ方は具体的に 例：合併前の旧市町村エリア、合併前の複数の旧市町村エリア、介護保険制度における日常生活圏域、等
(2) 地域包括ケアの実施	1 地域包括ケアを実践している医療機関である 2 診療を主体とした医療機関である ↳ア 他に地域包括ケアを実践している医療機関がある イ 他に地域包括ケアを実践している医療機関はない
(3) 地域の介護保険サービス事業所等との関係	1 パートナー型医療機関である 事業所と協働して機動的に利用者に直接関わる医療機関 2 サポーター型医療機関である 利用者に関わる事業所・機関を緊急時に備え後方支援する医療機関 3 ネットワーク型包括ケア機関である 利用者・事業所・医療機関等の地域資源を相互につなぐ医療機関 4 上記のどれにも当てはまらない

貴施設の診療面における特徴についてご自由にご記入下さい。

問6 市町村合併が地域包括ケアシステムの構築に及ぼした影響についてお伺いします。下記の項目それぞれについて、市町村合併前後の変化について

	市町村合併前		市町村合併後	
(1)地域包括ケアシステムの必要性に関する行政の理解・協力	1 あった	2 なかった	1 ある	2 ない
(2)地域包括ケアシステムの必要性に関する他の医療機関の理解・協力	1 あった	2 なかった	1 ある	2 ない
(3)地域包括ケアシステムの必要性に関する介護サービス事業所等の理解・協力	1 あった	2 なかった	1 ある	2 ない
(4)地域包括ケアシステムの推進に必要な施設内の人材の数	1 十分	2 不足	1 十分	2 不足
(5)地域包括ケアシステムの推進の中心となる施設内の人材	1 いた	2 いなかった	1 いる	2 いない
(6)地域包括ケアシステムの推進の中心となる地域内の機関・人材	1 あった/いた	2 なかった/いなかった	1 ある/ない	2 ない/いない

上記項目について、もしくはそれ以外の事柄について、市町村合併が地域包括ケアシステムの構築に及ぼした影響として特筆すべきことがございましたら、ご自由にご記入下さい。

--

貴施設と他機関等との連携の状況についてお伺いします。

問7 貴施設が併設している保健福祉施設はございますか（当てはまるもの全てに○）。

1 保健センター	ア 市町村立保健センター（口腔保健室：あり・なし）
	イ 国保総合保健施設の保健事業部門
	ウ 国保保健管理センター
	エ 国保歯科保健センター
2 在宅介護支援センター	3 居宅介護支援事業所
4 訪問看護ステーション	5 通所介護施設
6 通所リハビリテーション施設	7 介護老人保健施設
8 介護老人福祉施設	9 介護療養型医療施設
10 ケアハウス	11 グループホーム
12 その他（	）

問8 貴施設が機能連携を図っている保健福祉施設はございますか（当てはまるもの全てに○）。

1 市町村立保健センター（口腔保健室：あり・なし）	
2 在宅介護支援センター	3 居宅介護支援事業所
4 訪問看護ステーション	5 通所介護施設
6 通所リハビリテーション施設	7 介護老人保健施設
8 介護老人福祉施設	9 介護療養型医療施設
10 ケアハウス	11 グループホーム
12 その他（	）

問9 「医科」と「歯科」との連携の状況はいかがですか。

（1）診療・ケアに関して（○は1つ）

1 定期的にケア会議等に歯科関係者が出席している	
2 院内歯科と常に連携をとって診療・ケアを行っている	
3 地域の歯科診療所と常に連携をとって診療・ケアを行っている（患者の紹介を含む）	
4 特に何も行っていない	
5 その他（	）

（2）歯科医師会・地域の歯科診療所との連携に関して（当てはまるもの全てに○）

1 地域の歯科医師会と定期的な交流会がある	
2 地域の歯科医師会と必要に応じて情報交換をしている	
3 地域の歯科診療所の職員と定期的な交流会がある	
4 地域の歯科診療所の職員と必要に応じて情報交換をしている	
5 その他（	）

地域包括ケアの推進についてお伺いします。

問14 貴施設が中心となって地域包括ケアシステムを推進するご予定・ご意向はございますか（○は1つ）。

- 1 現在すでに行っている
- 2 推進に当たって調整中である
- 3 予定がある／検討中である
- 4 意向はあるが検討にまでは至っていない
- 5 意向はあるが様々な条件から困難である
- 6 予定も意向もない

問15 貴施設が中心となって地域包括ケアシステムを推進する際の阻害要因としてどのようなことが想定されますか（当てはまるもの全てに○）。

- 1 地域包括ケアシステムの必要性に関する行政の理解・協力が得られない
- 2 地域包括ケアシステムの必要性に関する他の医療機関の理解・協力が得られない
- 3 地域包括ケアシステムの必要性に関する介護サービス事業所等の理解・協力が得られない
- 4 地域包括ケアシステムの推進に当たって施設内の既存の人材では人数が足りない
- 5 施設内に中心となるべきキーパーソンがいない
- 6 地域内に中心となるべき機関・キーパーソンがいない
- 7 その他（ ）

問16 貴施設が中心となって地域包括ケアシステムを推進する際に、先行事例等における情報としてどのようなものが必要ですか（当てはまるもの全てに○）。

- 1 地域包括ケアシステムの必要性に関する行政の理解・協力の得方
- 2 地域包括ケアシステムの必要性に関する他の医療の理解・協力の得方
- 3 地域包括システムの必要性に関する介護サービス事業所等の理解・協力の得方
- 4 人材確保の方策
- 5 必要となる機能（ソフト面）
- 6 必要となる機能（ハード面）
- 7 ケア会議等の開催方法（頻度、連携対象機関）
- 8 個別ケースに関する情報提供の方法
- 9 活用可能な財源
- 10 その他（ ）

問17 地域包括ケアシステムの推進に当たって、国保直診が果たすべき役割等について、ご自由にご記入下さい。

質問はこれで終わりです。ありがとうございました。

国保直診所在地域における地域ケア施設連携システムの構築状況調査

～ 診 療 所 票 ～

ご回答者のお名前		役職	
ご 連 絡 先	〒 TEL: FAX:		

貴施設の概要等についてお伺いします。

問1 貴施設の名称等についてご記入下さい。

施設名	
施設の所在地	〒 TEL:
開設年月	西暦 年 月
開設主体	1 市町村立 2 一部事務組合立（構成市町村名： ） 3 広域連合立 4 国保連合会立 5 国保組合立 6 その他（ ）
許可病床数	一般病床 床 療養病床等 床（うち医療型 床 介護型 床）

問2 貴施設が所在する市町村の概況についてご記入下さい。

総人口	人
65 歳以上人口	人
要支援・要介護認定者数	人
診療圏域人口*	人
過疎地域等指定（○は1つ）	1 あり 2 なし
市町村合併の有無（○は1つ）	1 あり→西暦 年 月 2 なし
所在市町村の介護保険事業計画への参画（複数回答可）	1 策定委員等として参画 2 医師会等を通じて意見を提出 3 計画策定に関するヒアリング等に協力 4 協力要請に対応 5 全く関わっていない 6 その他（ ）

* 診療圏域人口については、市町村合併を経ている自治体の場合は、旧市町村ベースでお答え下さい。

貴施設の機能等についてお伺いします。

問3 貴施設が地域において果たしている役割について、それぞれお答え下さい（それぞれ○は1つ）。

(1) 診療圏域	1 所在市町村における基幹的な医療機関である 2 所在市町村の一部の地域を対象とした医療機関である ※2を選んだ方は具体的に 例：合併前の旧市町村エリア、合併前の複数の旧市町村エリア、介護保険制度における日常生活圏域、等
(2) 地域包括ケアの実施	1 地域包括ケアを実践している医療機関である 2 診療を主体とした医療機関である ↳ア 他に地域包括ケアを実践している医療機関がある イ 他に地域包括ケアを実践している医療機関はない
(3) 地域の介護保険サービス事業所等との関係	1 パートナー型医療機関である 事業所と協働して機動的に利用者に直接関わる医療機関 2 サポーター型医療機関である 利用者に関わる事業所・機関を緊急時に備え後方支援する医療機関 3 ネットワーク型包括ケア機関である 利用者・事業所・医療機関等の地域資源を相互につなぐ医療機関 4 上記のどれにも当てはまらない

貴施設の診療面における特徴についてご自由にご記入下さい。

市町村合併の影響についてお伺いします。(合併していない場合は回答不要)

問4 市町村合併により、貴施設の診療圏域は変化しましたか。(○は1つ)

1 変化した

2 変化しない

問5 市町村合併により診療圏域内での連携の状況の変化についてお伺いします。

(1) これまでの診療圏域内での連携の状況は変化しましたか。(○は1つ)

1 よくなった

2 悪くなった

3 変わらない

(2) 【(1)で「1 よくなった」と答えた方】具体的にどのような変化がありましたか(当てはまるもの全てに○)。

1 連携先が増えた

↳ア 医療機関

イ 介護保険サービス事業所

ウ その他(

)

2 行政が積極的に理解・協力してくれるようになった

3 新たな連携の仕組が構築された／構築に向けた検討が始まった

4 他の医療機関等が連携の中心となり地域内の連携関係が強まった

5 その他(

)

(3) 【(1)で「2 悪くなった」と答えた方】具体的にどのような変化がありましたか(当てはまるもの全てに○)。

1 行政の理解・協力が得にくくなった／得られなくなった

2 連携すべき他の医療機関の理解・協力が得られない

3 連携すべき介護保険サービス事業所等の理解・協力が得られない

4 サービスの提供水準が低下した

↳ア 予算の減額

イ 診療圏域の広域化

ウ 人員の削減

エ 機動性の低下

オ その他(

)

5 他の医療機関等が連携の中心となり地域内の連携関係が弱まった

6 その他(

)

(4) その他、市町村合併が貴施設に与えた影響について、ご自由にお書き下さい。

問6 市町村合併が地域包括ケアシステムの構築に及ぼした影響についてお伺いします。下記の項目それぞれについて、市町村合併前後の変化について

	市町村合併前		市町村合併後	
(1)地域包括ケアシステムの必要性に関する行政の理解・協力	1 あった	2 なかった	1 ある	2 ない
(2)地域包括ケアシステムの必要性に関する他の医療機関の理解・協力	1 あった	2 なかった	1 ある	2 ない
(3)地域包括ケアシステムの必要性に関する介護サービス事業所等の理解・協力	1 あった	2 なかった	1 ある	2 ない
(4)地域包括ケアシステムの推進に必要な施設内の人材の数	1 十分	2 不足	1 十分	2 不足
(5)地域包括ケアシステムの推進の中心となる施設内の人材	1 いた	2 いなかった	1 いる	2 いない
(6)地域包括ケアシステムの推進の中心となる地域内の機関・人材	1 あった/いた	2 なかった/いなかった	1 ある/ない	2 ない/いない

上記項目について、もしくはそれ以外の事柄について、市町村合併が地域包括ケアシステムの構築に及ぼした影響として特筆すべきことがございましたら、ご自由にご記入下さい。

--

貴施設と他機関等との連携の状況についてお伺いします。

問7 貴施設が併設している保健福祉施設はございますか（当てはまるもの全てに○）。

1 保健センター	ア 市町村立保健センター（口腔保健室：あり・なし）
	イ 国保総合保健施設の保健事業部門
	ウ 国保保健管理センター
	エ 国保歯科保健センター
2 在宅介護支援センター	3 居宅介護支援事業所
4 訪問看護ステーション	5 通所介護施設
6 通所リハビリテーション施設	7 介護老人保健施設
8 介護老人福祉施設	9 介護療養型医療施設
10 ケアハウス	11 グループホーム
12 その他（	）

問8 貴施設が機能連携を図っている保健福祉施設はございますか（当てはまるもの全てに○）。

1 市町村立保健センター（口腔保健室：あり・なし）	
2 在宅介護支援センター	3 居宅介護支援事業所
4 訪問看護ステーション	5 通所介護施設
6 通所リハビリテーション施設	7 介護老人保健施設
8 介護老人福祉施設	9 介護療養型医療施設
10 ケアハウス	11 グループホーム
12 その他（	）

問9 「医科」と「歯科」との連携の状況はいかがですか。

（1）診療・ケアに関して（○は1つ）

1 定期的にケア会議等に歯科関係者が出席している	
2 院内歯科と常に連携をとって診療・ケアを行っている	
3 地域の歯科診療所と常に連携をとって診療・ケアを行っている（患者の紹介を含む）	
4 特に何も行っていない	
5 その他（	）

（2）歯科医師会・地域の歯科診療所との連携に関して（当てはまるもの全てに○）

1 地域の歯科医師会と定期的な交流会がある	
2 地域の歯科医師会と必要に応じて情報交換をしている	
3 地域の歯科診療所の職員と定期的な交流会がある	
4 地域の歯科診療所の職員と必要に応じて情報交換をしている	
5 その他（	）

地域包括ケアの推進についてお伺いします。

問14 貴施設が中心となって地域包括ケアシステムを推進するご予定・ご意向はございますか（○は1つ）。

- 1 現在すでに行っている
- 2 推進に当たって調整中である
- 3 予定がある／検討中である
- 4 意向はあるが検討にまでは至っていない
- 5 意向はあるが様々な条件から困難である
- 6 予定も意向もない

問15 貴施設が中心となって地域包括ケアシステムを推進する際の阻害要因としてどのようなことが想定されますか（当てはまるもの全てに○）。

- 1 地域包括ケアシステムの必要性に関する行政の理解・協力が得られない
- 2 地域包括ケアシステムの必要性に関する他の医療機関の理解・協力が得られない
- 3 地域包括ケアシステムの必要性に関する介護サービス事業所等の理解・協力が得られない
- 4 地域包括ケアシステムの推進に当たって施設内の既存の人材では人数が足りない
- 5 施設内に中心となるべきキーパーソンがいない
- 6 地域内に中心となるべき機関・キーパーソンがいない
- 7 その他（ ）

問16 貴施設が中心となって地域包括ケアシステムを推進する際に、先行事例等における情報としてどのようなものが必要ですか（当てはまるもの全てに○）。

- 1 地域包括ケアシステムの必要性に関する行政の理解・協力の得方
- 2 地域包括ケアシステムの必要性に関する他の医療の理解・協力の得方
- 3 地域包括システムの必要性に関する介護サービス事業所等の理解・協力の得方
- 4 人材確保の方策
- 5 必要となる機能（ソフト面）
- 6 必要となる機能（ハード面）
- 7 ケア会議等の開催方法（頻度、連携対象機関）
- 8 個別ケースに関する情報提供の方法
- 9 活用可能な財源
- 10 その他 → 下欄へご記入下さい

問17 地域包括ケアシステムの推進に当たって、国保直診が果たすべき役割等について、ご自由にご記入下さい。

質問はこれで終わりです。ありがとうございました。

地域ケア施設連携システムの構築に関する調査研究とその普及促進事業
ヒアリング項目

1. 施設長、地域連携の責任者向けヒアリング項目

貴施設名	
施設長名	
地域連携の責任者名	

ヒアリング項目		想定質問とポイント
問1～3： 施設・地域の概要	開設の経緯	
	地域における医療資源の状況	
	人口のトレンド。 市町村合併の有無と形態	
	地域における貴施設の位置づけ	
	地域包括ケアシステムの特色	

ヒアリング項目			想定質問とポイント
問 4～6 : 合 併 の 影 響	市町村合併によって起こった変化	行政サイド	
		事業者 サイド	
		国保直診 サイド	
	変化をなるべく具体的な数値で把握する（直近3年程度）		
問 7～13 : 他 機 関 と の 連 携	地域連携室・担当者の果たしている役割・機能		
	介護・保健等との連携		
問 14～16 地域ケアシステムの推進			

2. 連携先事業者の責任者向けヒアリング項目

貴 施 設 名	
連 携 先 事 業 者 名 (開設主体の異なる介護・保健・医療事業者)	
連 携 先 事 業 者 の 責 任 者 名	

ヒアリング項目		想定質問とポイント
問 1～3 : 施設・地域の概要	地域における国保直診施設の位置づけ	
	地域包括ケアシステムの特色	
問 7～13 : 他 機 関 と の連携	国保直診施設の地域連携室・担当者への期待	
	介護・保健等からみた医療との連携	
問 14～16 地域ケアシステムの推進		

この事業は、平成 17 年度老人保健健康増進等事業助成により行ったものです。

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

平成 18 年 3 月

発 行 社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
〒100-0014 東京都千代田区永田町一丁目 11 番 35 号
TEL: 03-3597-9980 FAX: 03-3597-9986
ホームページ URL: <http://www.kokushinkyo.or.jp>
E-mail: office@kokushinkyo.or.jp

印 刷 株式会社 白峰社
〒170-0013 東京都豊島区東池袋 5-49-6
TEL: 03-3983-2312

