

# 二次医療圏内の自治体間連携強化による managed care の方法論に関する一考察

山口 瑞彦

キーワード：地域包括ケアシステム、二次医療圏、保険者機能

## 1. はじめに

日本は他国と比較して、早いスピードで少子化と高齢化が同時に進行している。2025年には、65歳以上の高齢者が3,657万人を超え、2042年には3,878万人となりピークを迎えると予想される<sup>1)</sup>。2025年は、日本の高度成長を支えた団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる年でもあり、医療や介護需要の一層の増加が見込まれる<sup>2)</sup>。厚生労働省は、この時期を目途に各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「地域包括ケアシステム」の構築を目指している<sup>3)</sup>。

一方、医療サービスの供給体制においては、都道府県が地域医療構想を策定しており、これが超高齢化社会にも耐えうる医療提供体制構築への施策となっている。この構想に基づき、二次医療圏は、その地域の将来の高齢化等の状況に応じた病床の機能分化と連携を進めている<sup>4)</sup>。

介護サービスの供給に際しても、国の指針を受けて、市町村が介護保険事業（支援）計画を策定している。令和3年から第8期計画が開始となり、日常生活圏域に応じた介護等の需要見込み、またそれに対する提供資源の確保が進められている。

高齢化の状況や医療・介護サービス資源の状況は地域によって異なる。このため、地域包括ケアシステムを構築していくためには、地域の実情に応じた取組の推進が求められる<sup>5)</sup>。しかしながら、医療や介護サービス（地域密着サービスを除く）は他の市町村の住民に対して提供されることも多く、自治体の垣根を超えた医療圏での連携が必要となる。2市2町からなるH医療圏においても、圏域内に地域支援病院として承認さ

れているのは、A市医療センターとB市医療センターの2病院のみであり、例外ではない。

さらに、継続的かつ効率的な医療・介護提供体制の構築には、構成自治体の介護保険における保険者としての機能も大きく影響する。このため厚生労働省も保険者機能強化の必要性を認識しており、財政的インセンティブ制度などを通じて、その強化を行っている<sup>6)</sup>。

しかし、その実態は、自院の状況から鑑みるに、退院後に在宅希望する患者は、近所の開業医が在宅に積極的な場合のみしか、「在宅」に戻ることはできず、積極的でない場合は諦めるしかないという現状となっている。

病院の地域連携室スタッフが、患者の相談を自治体と共に実施しようとしても、同じ医療圏であっても、一緒に患者宅に行き、共に考えてくれる自治体もあれば、病院の責任で退院後の対応をすべきとの対応をしている自治体もあり、自治体間での医療との連携の強さには大きな相違があることを日常的に経験しており、市町村における地域包括圏域を対象とした地域包括ケアシステムを超えた、二次医療圏域レベルのマネジメントシステムが必要となっていると考えている。

そこで、本稿では、同じ医療圏という比較的、近い文化、連携しやすい地理的条件をもつ自治体が保険者機能を高め、連携し、結果として、自宅で最期まで生活することを目指す地域包括ケアシステムの構築、推進を目指すために、各自治体の保険者機能を把握し、その連携を促進するための方策を検討することを目的とする。

## 2. 目的と方法

本稿では、S県の同一の二次医療圏であるH医療圏内の4つの自治体の連携強化を図るための方策を検討することを目的とする。このため、まず、H医療圏内の医療や介護ニーズ、サービス提供体制を把握し、次に、これらの医療圏を構成する4市町の特性について、保険者機能得点などを用いて明らかにした後、今後、各自治体間の連携強化のための方策と課題を考察し、自病院での取り組みについての道筋を示すこととした。

なお、本研究にあたり兵庫県立大学大学院経営研究科倫理審査委員会の審査を受審した(2020-0009)。

### 3. 結果

#### 3-1. 先行研究のレビュー

地域包括ケアシステムは、『おおむね 30 分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏』を単位として想定する<sup>7)</sup>ため、二次医療圏、全体を通じた、広域的な視点での地域包括ケアシステムを論じた報告はほとんどない。しかしながら、システムの最小単位である日常生活圏域から始まり、各医療機関、各介護事業所、各自治体、二次医療圏域などを構成システムととらえると SoS(System of Systems)<sup>8)</sup>として考えることができる。この SoS には、国、都道府県、市町村のそれぞれの行政単位レベルにおけるガバナンス強化や、多様なサービス提供システムのモジュール化、最適化するマネジメントスキルが求められるとされている<sup>9)</sup>。

このシステムの構築に有用と考えられる内容として、島田(2017)による ICT の利用をテーマとした検討があり、医療・介護の分野で豊富にある患者データを一元管理することで、きめ細かい医療・介護ができるようになると述べている<sup>10)</sup>。

各市町村の総合介護計画で取り上げられている健康寿命をテーマとした論文では、内藤(2020)らは、二次医療圏レベルの健康寿命の関連について分析している。その結果から、高齢単身世帯の割合などは平均自立期間に対して負の関連を示し、認知症サポーターの割合などは正の相関を示したと報告している<sup>11)</sup>。

また、大沼(2016)は、1年以上訪問リハを継続している 510 名について利用開始時と、調査実施時の要介護度の関連要因について調査し、要介護度改善の要因として、年齢(OR=0.967)、早期訪問リハビリテーションの導入(OR=1.950)であったことを報告している<sup>12)</sup>。

介護予防をテーマとした論文では、清野(2019)は、国内の介護予防の取り組みのうち要介護認定またはフレイルを主要アウトカムとした研究をナラティブ・レビューで結果をまとめているが、その中で地域における介護予防の取り組みとその介護・フレイル予防効果に関するエビデンスを整理し、以下のような考察をしている。

第 1 に、ハイリスク戦略に基づく介護予防教室は、参加者のその後の要介護化リスクを有意に低減し、介護費および医療費を有意に抑制していた。教室参加による意義は大きいことが確認された一方で、このような介護予防教室に参加するフレイル高齢者は、対象高齢者人口に対して極めて少ない(集団レベルの予防効果を期待しにくい)という現実的な課題も明示された。

第 2 に、住民が運営する教室や自主グループ、サロンなどの創出・設置は、参加した個人のその後の要介護化リスクとフレイル発生リスクを有意に低減していると報告し

ていた<sup>13)</sup>。

このように先行研究では、このような身近な“集いの場”の数と対象高齢者人口に対する参加率の増大も併せて報告されており、個人だけでなく集団レベルの介護予防にも寄与する可能性が示唆された。

これらのことから、健康寿命の延伸や要介護度の変化においては、正の関連、すなわち改善に影響を及ぼす因子だけでなく、悪化に寄与する可能性がある因子もあることを認識し、取り組みを行う必要があるとされている。

介護保険サービス費用をテーマとした論文では、Olivares-Tirado ら(2011)は、要介護者が消費する介護保険サービス費用に関連する要因について検討し、被保険者の年齢などを多変量解析で調整した結果、要介護者の身体機能の低下、高い要介護度、施設サービスの利用が、高い介護保険サービスの費用に関連する予測因子であったことを報告している<sup>14)</sup>。

さらに、施設サービスの入所要因について秋山ら(2015)は、要介護認定高齢者の介護保険施設および居住系施設への入所要因を調査し、安易な施設入所への予防として、経済状況の安定があること、そして、要介護度の悪化予防および入院サービス/居宅サービスへの介入が有用であることが報告されている<sup>15)</sup>。

保険者機能をテーマとした論文では、笹井ら(2012)は、保険者機能の重要性について以下のように述べている。保険者(自治体)の特徴に応じた地域包括ケアシステムの構築にあたっては、保険者が示す長期的なビジョンに基づいた地域包括支援センターやその他の地域の社会資源との協働が望まれる。その際には、保険者と地域包括支援センターが、それぞれどのような役割を果たすか明確にされるべきであり、これについては、これまで十分な知見が得られていなかった<sup>16)</sup>。しかしながら、地域包括ケアシステム構築に際して、保険者の機能が強化されなければ、地域包括支援センターだけで、このシステムの構築や推進ができるはずもない。このことから、保険者機能を評価した保険者機能強化推進交付金に係る評価指標は、地域包括ケアシステム構築のための指標になると言える。

また、筒井(2019)は、各自治体の保険者機能の現状と課題を明らかにするための3つのステップを推奨している。ステップ1として、都道府県下の保険者機能の全体的な傾向を把握する。ステップ2として支援すべき自治体の特徴を明らかにして課題を抽出する。ステップ3としてベンチマークする自治体を決め、現状分析と課題抽出を行うとしている<sup>17)</sup>。

以上のことから、二次医療圏における地域包括ケアシステム構築を考える上では、

要介護状態、または、要介護状態になることを予防・改善する要因や、保険者機能や介護等の現状分析・課題抽出等、複数の要因が影響することから、少なくとも自治体を基盤とした検討が必要であると考えられた。

## **3-2. 県内におけるH圏域の状況分析**

### **3-2-1. 一人当たり医療密度指数、介護充足度指数、病院数、診療所数**

一人当たり急性期医療密度指数(その地域の住民がどの程度の医療を利用できるかの指標。数値が小さいと少ない)は、急性期の医療は少ないが、慢性期の医療は多い。75歳以上介護充足度指数(高齢者住宅・施設の受け入れ充実指標)は、2025年で-55%と予測されている<sup>18)</sup>。

一般病床数は偏差値45とやや少なく、療養病床は56と全国平均より多い。回復期病床数と地域包括ケア病床は偏差値48と全国平均より、やや低いレベルである<sup>18)</sup>。

### **3-2-2. 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、介護保険施設定員数、 高齢者住宅定員数**

在宅療養支援診療所数は偏差値51と全国平均レベルであるが、訪問看護ステーション数は偏差値44とS県で最も少ない。介護保険施設定員数は偏差値48と全国レベルよりやや低いレベルであるが、高齢者住宅は偏差値34とかなり少ない<sup>18)</sup>。

表1：H医療圏での医療密度指数、介護充足度指数、医療資源、介護資源一覧

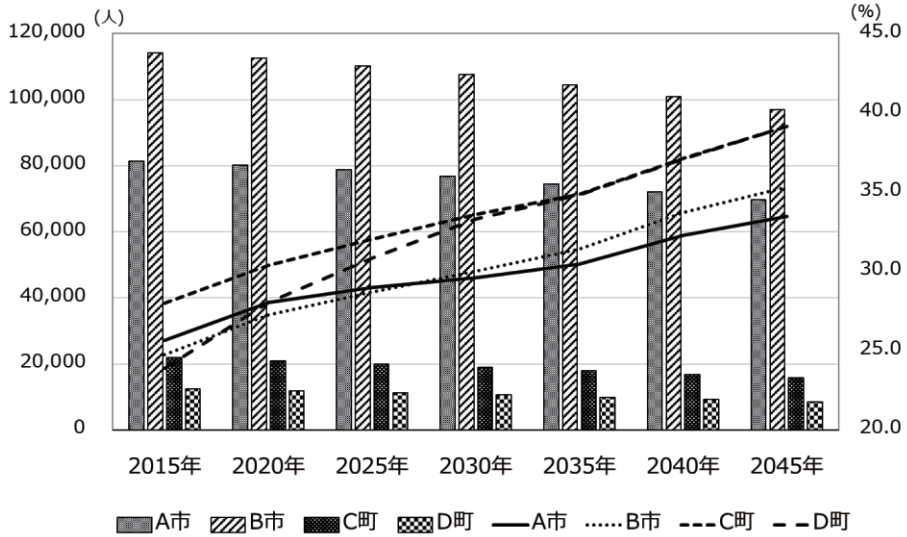
| 二次医療圏                |             | 全国        | S県     | H医療圏   |
|----------------------|-------------|-----------|--------|--------|
| 一人当たり急性期医療密度指数       |             | 1.00      | 0.95   | 0.78   |
| 一人当たり慢性期密度指数         |             | 1.00      | 0.77   | 1.12   |
| 75歳以上<br>介護充足<br>度指数 | 2019年ベッド数   | 1,499,244 | 12,145 | 1,922  |
|                      | 2025年目標ベッド数 | 1,772,098 | 18,202 | 2,980  |
|                      | 2025年充足度指数  | -18.2%    | -49.9% | -55.0% |
| 病院数                  |             | 8,372     | 57     | 11     |
| (人口10万当たり偏差値)        |             | -         | 44     | 45     |
| 診療所数                 |             | 102,105   | 1,089  | 149    |
| (人口10万当たり偏差値)        |             | -         | 48     | 42     |
| 一般病床数                |             | 890,712   | 9,127  | 1,336  |
| (人口10万当たり偏差値)        |             | -         | 48     | 45     |
| 療養病床数                |             | 319,506   | 2,796  | 868    |
| (人口10万当たり偏差値)        |             | -         | 47     | 56     |
| 回復期病床数               |             | 80,806    | 808    | 130    |
| (人口10万当たり偏差値)        |             | -         | 49     | 48     |
| 地域包括ケア病床数            |             | 79,543    | 889    | 119    |
| (人口10万当たり偏差値)        |             | -         | 50     | 48     |
| 在宅療養支援診療所数           |             | 14,484    | 154    | 26     |
| (75歳以上千人当り偏差値)       |             | -         | 52     | 51     |
| 訪問看護ステーション数          |             | 11,549    | 129    | 16     |
| (75歳以上千人当り偏差値)       |             | -         | 54     | 44     |
| 介護保険施設定員数            |             | 1,004,501 | 9,426  | 1,643  |
| (75歳以上千人当り偏差値)       |             | -         | 48     | 48     |
| 高齢者住宅定員数             |             | 71,460    | 4,994  | 511    |
| (75歳以上千人当り偏差値)       |             | -         | 42     | 34     |

(出典：日医総研ワーキングペーパーNo.444 地域の医療提供体制の現状(2020年4月)  
より筆者編集)

### 3-3. H圏域内の各自治体の状況

#### 3-3-1. 人口・高齢化率

H医療圏の人口は減少を続け、反対に高齢化率は増加と続ける。2015年から40年の人口減少率は、A市11.4%、B市11.6%、C町22.9%、D町25.8%、高齢化率の上昇は、A市6.6ポイント、B市9.0ポイント、C町9.1ポイント、D町13.2ポイントと予測されている<sup>19)</sup>



(出典：国立社会保人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」より筆者作成)

図1：総人口推移と高齢化率

### 3-3-2. 世帯・持ち家

65歳以上の高齢単身世帯率はA市8.4%、B市8.2%、C町7.7%、D町4.5%とD町が低い割合となっている。高齢夫婦世帯率（夫65歳以上妻60歳以上の夫婦のみ）はA市12.5%、B市10.6%、C町11.6%、D町9.0%であり、今後高齢夫婦世帯から高齢単身世帯への移行が進む可能性が高い。また、D町のデータはないが、65歳以上の持ち家率は高い。その他の住まいとしては、H医療圏には有料老人ホームはなく、サ高住が偏在している状況にある<sup>20)21)22)</sup>。

### 3-3-3. 看取り場所

各自治体で最も多い看取り場所は病院であり、72~80%の割合となっている。老人ホームでの割合はC町が7.5%やや高くなっている。自宅での割合は、D町が21.5%となっており、他の自治体より6~9ポイント高くなっている<sup>23)</sup>。



表 2：高齢者単独世帯、高齢夫婦世帯数、持ち家率、高齢者住宅定員数、看取り場所

|                      | A市             | B市    | C町     | D町    |       |
|----------------------|----------------|-------|--------|-------|-------|
| 65歳以上の高齢単身世帯         | 8.4%           | 8.2%  | 7.7%   | 4.5%  |       |
| 高齢夫婦世帯（夫65歳以上妻60歳以上） | 12.5%          | 10.6% | 11.6%  | 9.0%  |       |
| 持ち家割合（65歳以上の単身世帯）    | 80.2%          | 81.1% | 83.7%  | -     |       |
| 持ち家割合（65歳以上の夫婦世帯）    | 91.3%          | 96.3% | 100.0% | -     |       |
| グループホーム数             | 117            | 108   | 27     | 27    |       |
| （75歳以上千人当り偏差値）       | 12.1           | 7.8   | 8.5    | 18.9  |       |
| 特定施設数                | -              | -     | -      | -     |       |
| （75歳以上千人当り偏差値）       | -              | -     | -      | -     |       |
| サ高住数                 | -              | 232   | -      | 99    |       |
| （75歳以上千人当り偏差値）       | -              | 16.7  | -      | 69.3  |       |
| 〔看取り場所〕              | 病院             | 79.3% | 75.9%  | 76.2% | 72.0% |
|                      | 介護医療院・介護老人保健施設 | 1.2%  | 0.3%   | 0.4%  | 0.0%  |
|                      | 老人ホーム          | 5.3%  | 5.9%   | 7.5%  | 4.7%  |
|                      | 自宅             | 12.0% | 14.5%  | 15.1% | 21.5% |

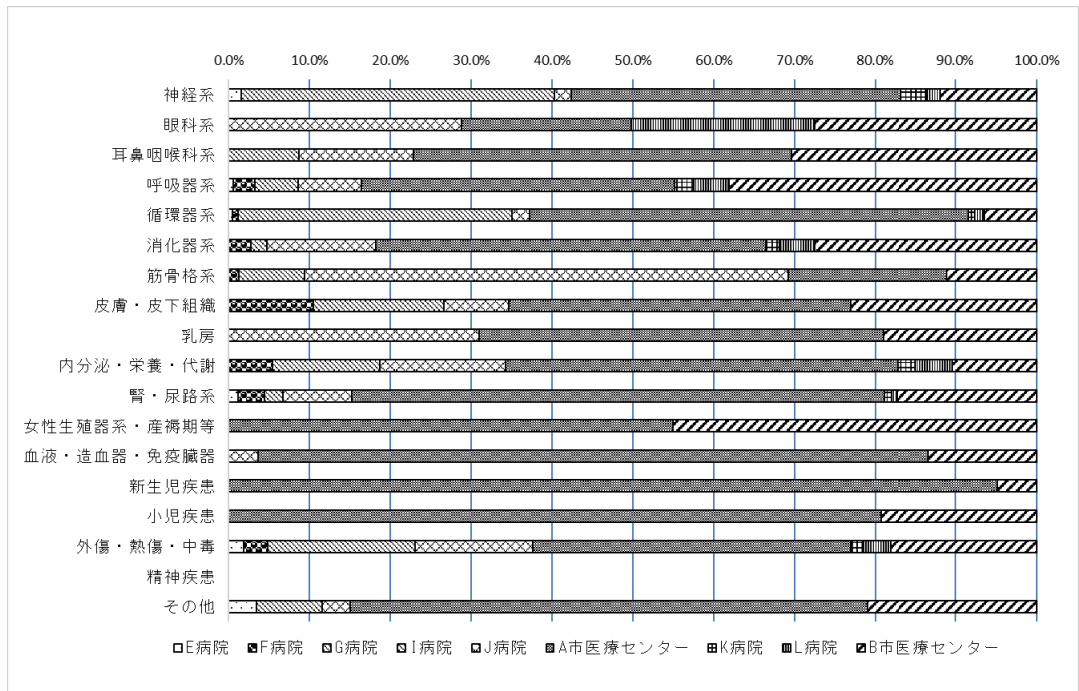
（出典：平成 27 国勢調査（総務省統計局）、日医総研ワーキングペーパーNo. 444、高齢者住宅協会データ、人口動態調査 都道府県編 死亡・乳児死亡 2017 より筆者作成）

### 3-4. H圏域内の医療・介護資源の現状

#### 3-4-1. 入院医療の状況

H医療圏の病院数は、200床未満が6病院、200～499床が5病院の合計11病院が存在している。所在はA市3病院、B市7病院、C町1病院、D町0となっており、H30年のMDC別H医療圏シェアをみると、全体の7割程度をA市医療センターとB市医療センターで対応していることがわかる。診療所数はA市53施設、B市73施設、C町12施設、D町8施設となっている<sup>22)24)25)</sup>。





(出典：平成 30 年度 DPC「MDC 別医療機関別件数 (割合)」より筆者作成)

図 2: MDC 別医療圏シェア分析

### 3-4-2. 在宅医療の状況

H 医療圏は地域包括ケア病床数を 119 床有している。A 市では、在宅療養支援病院を中心に在宅医療が提供されている。B 市では、特に東部を中心に在宅医療が提供されている。C 町では、各診療所が対応している。D 町では、在宅療養支援診療所は一つであるが、機能強化型 (単独) であり同施設訪問看護ステーションとともに積極的に在宅医療サービスを提供している<sup>26)</sup>。

### 3-4-3. 介護サービスの状況

75 歳以上人口 1000 人当たりで比較すると、居宅サービス施設数は、D 町が 13.8 と最も充実しており、他の自治体と 2 倍程度の差が開いている。地域密着サービス施設数は、D 町が 4.6 と最も多いが、他自治体との差は小さくなっている。C 町は 1.9 と少なくなっており、居宅・地域密着サービス共に他自治体よりも少ないことがわかる。H 医療圏の介護保険施設の半数以上が B 市に集中している<sup>27)</sup>。

### 3-4-4. 介護人材の状況

総介護職員は、A市とC町においてやや少ない。D町のみ介護施設等よりも在宅介護職員数偏差値が高くなっている<sup>22)</sup>。

表3：在宅医療機関、介護サービス情報制度公表対象事業所数、介護職員数

| 在宅医療関連施設               | A市                  | B市               | C町              | D町               |
|------------------------|---------------------|------------------|-----------------|------------------|
| 地域包括ケア病床数              | 64                  | 55               | -               | -                |
| 在宅療養支援病院数（機能強化型）       | 1                   | -                | -               | -                |
| 在宅療養支援診療所数（機能強化型単独）    | -                   | -                | -               | 1                |
| 在宅療養支援診療所数（機能強化型連携）    | 1                   | 4                | 1               | -                |
| 在宅療養支援診療所数（従来）         | 11                  | 4                | 3               | 1                |
| 訪問看護ステーション数            | 6                   | 8                | 1               | 1                |
| 公表サービス種類名              | 事業所数(75歳以上1000人当たり) |                  |                 |                  |
|                        | A市                  | B市               | C町              | D町               |
| 居宅介護支援                 | 22 (2.0)            | 27 (1.8)         | 5 (1.5)         | 6 (3.9)          |
| 指定療養通所介護               | - (0.0)             | 1 (0.1)          | - (0.0)         | - (0.0)          |
| 短期入所生活介護               | 4 (0.4)             | 10 (0.6)         | 2 (0.6)         | 1 (0.7)          |
| 短期入所療養介護(介護老人保健施設)     | 2 (0.2)             | 3 (0.2)          | 1 (0.3)         | - (0.0)          |
| 通所リハビリテーション            | 5 (0.5)             | 9 (0.6)          | 1 (0.3)         | 1 (0.7)          |
| 通所介護                   | 14 (1.3)            | 26 (1.7)         | 4 (1.2)         | 7 (4.6)          |
| 特定福祉用具販売               | 2 (0.2)             | 3 (0.2)          | 1 (0.3)         | - (0.0)          |
| 福祉用具貸与                 | 1 (0.1)             | 2 (0.1)          | 1 (0.3)         | - (0.0)          |
| 訪問リハビリテーション            | 1 (0.1)             | 8 (0.5)          | - (0.0)         | 1 (0.7)          |
| 訪問介護                   | 13 (1.2)            | 21 (1.4)         | 2 (0.6)         | 4 (2.6)          |
| 訪問看護                   | 6 (0.5)             | 7 (0.5)          | 1 (0.3)         | 1 (0.7)          |
| 訪問入浴介護                 | 1 (0.1)             | 1 (0.1)          | - (0.0)         | - (0.0)          |
| <b>居宅サービス 計</b>        | <b>71 (6.4)</b>     | <b>118 (7.7)</b> | <b>18 (5.6)</b> | <b>21 (13.8)</b> |
| 小規模多機能型居宅介護            | 5 (0.5)             | 7 (0.5)          | 1 (0.3)         | 1 (0.7)          |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護   | 1 (0.1)             | 2 (0.1)          | - (0.0)         | - (0.0)          |
| 地域密着型通所介護              | 12 (1.1)            | 22 (1.4)         | 2 (0.6)         | 1 (0.7)          |
| 認知症対応型共同生活介護           | 9 (0.8)             | 11 (0.7)         | 2 (0.6)         | 3 (2.0)          |
| 認知症対応型通所介護             | 5 (0.5)             | 4 (0.3)          | 1 (0.3)         | 2 (1.3)          |
| 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護) | 1 (0.1)             | - (0.0)          | - (0.0)         | - (0.0)          |
| <b>地域密着サービス 計</b>      | <b>33 (3.0)</b>     | <b>46 (3.0)</b>  | <b>6 (1.9)</b>  | <b>7 (4.6)</b>   |
| 介護療養型医療施設(現在は介護医療院)    | -                   | 1                | -               | -                |
| 介護老人福祉施設               | 5                   | 8                | 2               | 1                |
| 介護老人保健施設               | 2                   | 4                | 1               | -                |
| <b>施設サービス 計</b>        | <b>7</b>            | <b>13</b>        | <b>3</b>        | <b>1</b>         |
| 介護職員数                  | A市                  | B市               | C町              | D町               |
| 介護サービス従事介護職員数          | 699                 | 1,198            | 207             | 119              |
| (75歳以上千人当り偏差値)         | 43                  | 48               | 41              | 47               |
| 介護職員数〔介護施設等〕           | 640                 | 1,067            | 192             | 101              |
| (75歳以上千人当り偏差値)         | 46                  | 49               | 44              | 47               |
| 介護職員数〔在宅〕              | 59                  | 131              | 15              | 18               |
| (75歳以上千人当り偏差値)         | 40                  | 44               | 38              | 48               |

(出典：令和元年度S県「介護サービス情報の公表」制度 公表対象事業所一覧、近畿厚生局R2年7月介護サービス情報公表システム、日医総研ワーキングペーパーNo.444(2020年)より筆者編集)

### 3-5. 第1号被保険者あたりの認定率、受給率、給付金額

#### 3-5-1. 第1号被保険者あたりの要介護（支援）認定率

第1号被保険者における要介護（支援）認定率は、A市14.7%、B市15.6%、C町16.2%、D町16.9%となっている。要介護別に4自治体平均と比較すると、A市は要介護1,2,3で割合が高く、B市は要支援1,2と要介護4で割合が高く、C町は要介護2,3,4,5で割合が高く、D町は要支援1,2と要介護1,3で割合が高かった。

また、年代別でみると85歳以上になるとA市54.1%、B市54.1%、C町52.4%、D町65.3%と半数以上の住民が要介護認定を受けていた。とくにD町は85歳以上の要介護認定率が他自治体よりも10ポイントほど高かった<sup>19)28)</sup>。A市、C町、D町は介護認定審査会を共同で設置している。

表4：第1号被保険者と年齢区間別の要介護（支援）認定率

| 第1号被保険者における認定率 | A市    | B市    | C町    | D町    |
|----------------|-------|-------|-------|-------|
| 要支援1           | 0.8%  | 2.3%  | 1.2%  | 1.8%  |
| 要支援2           | 0.9%  | 2.0%  | 1.5%  | 2.4%  |
| 要介護1           | 4.2%  | 3.8%  | 3.7%  | 4.9%  |
| 要介護2           | 3.6%  | 2.4%  | 3.7%  | 2.8%  |
| 要介護3           | 2.2%  | 1.8%  | 2.3%  | 2.2%  |
| 要介護4           | 1.8%  | 2.1%  | 2.1%  | 1.9%  |
| 要介護5           | 1.1%  | 1.2%  | 1.8%  | 1.1%  |
| 計              | 14.7% | 15.6% | 16.2% | 16.9% |
| 年齢区間別認定率       | A市    | B市    | C町    | D町    |
| 65歳以上75歳未満の認定率 | 2.7%  | 2.9%  | 3.1%  | 2.4%  |
| 75歳以上85歳未満     | 14.4% | 14.4% | 12.9% | 18.3% |
| (再掲) 85歳以上     | 54.1% | 54.1% | 52.4% | 65.3% |

(出典：介護保険事業状況報告月報 令和2年3月末時点より筆者作成)

#### 3-5-2. 第1号被保険者あたりのサービス受給率

第1号被保険者における居宅サービス受給率は、4自治体ともS県平均よりも低かった。特にB市が9.3%と最も低かった。地域密着サービス受給率も4自治体ともS県平均よりも高いところはなかった。B市、C町が2.3%、2.0%と低かった。施設サービス受給率は、C町がS県平均よりも1.3ポイント高く、他自治体よりも高かった<sup>29)</sup>。

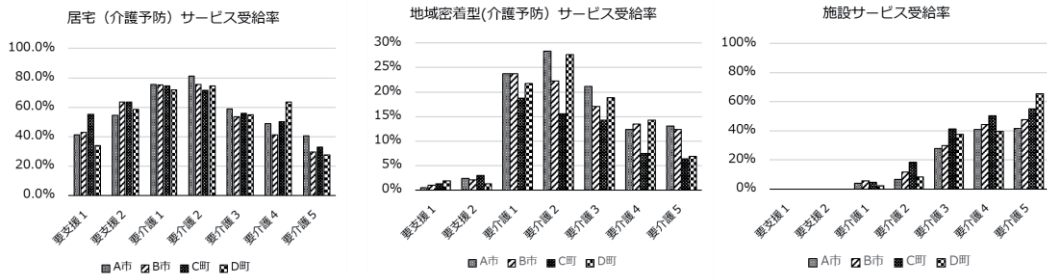
表 5：第 1 被保険者あたりのサービス受給率

|             | A市   | B市   | C町    | D町    |
|-------------|------|------|-------|-------|
| 居宅サービス受給率   | 9.8% | 9.3% | 10.1% | 10.3% |
| 地域密着サービス受給率 | 3.0% | 2.3% | 2.0%  | 2.7%  |
| 施設サービス受給率   | 2.3% | 2.5% | 3.8%  | 2.5%  |

(出典：介護保険事業状況報告月報 令和 2 年 1 月分より筆者作成)

### 3-5-3. 要介護度別 介護サービス受給率

居宅サービスについては、各市大きな違いはなかった。地域密着サービスについては、C 市において要介護 1～5 すべてで地域密着サービスの受給率が低かった。一方、施設サービスでは要介護 2～5 の受給率が高かった。D 町は要介護 5 のみ施設サービス受給率が高かった<sup>29)</sup>。

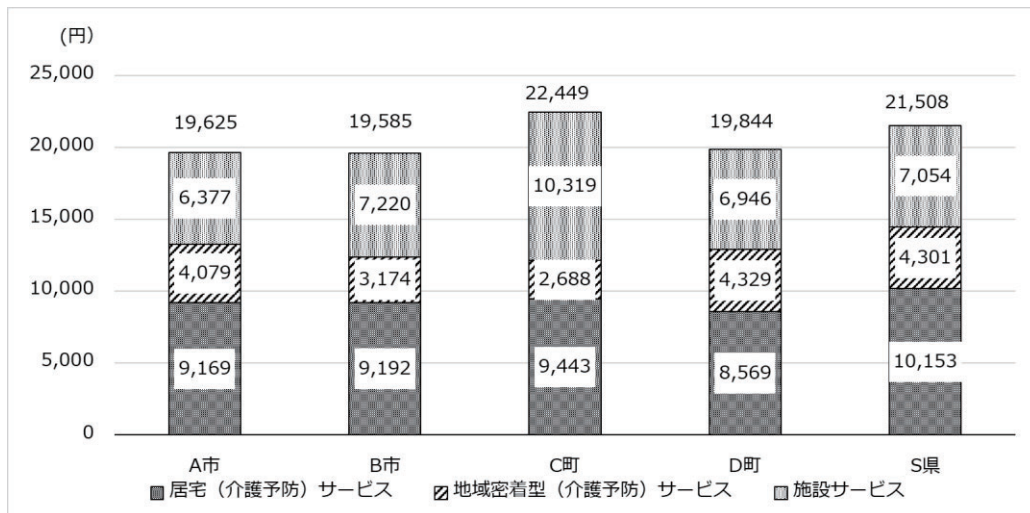


(出典：介護保険事業状況報告月報 令和 2 年 1 月分より筆者作成)

図 3：要介護度別 居宅（介護予防）、地域密着型（介護予防）施設サービス受給率

### 3-5-4. 第 1 号被保険者あたりの給付金額

C 町が突出して多かった。居宅サービスは、いずれも S 県平均よりも低かったが、C 町と D 町で 900 円の差があった。D 町がほぼ S 県平均であり他は低値となっている。施設系サービスは、B 市と C 町で S 県平均より高く、特に C 町が大幅に多くなっている<sup>29)</sup>。

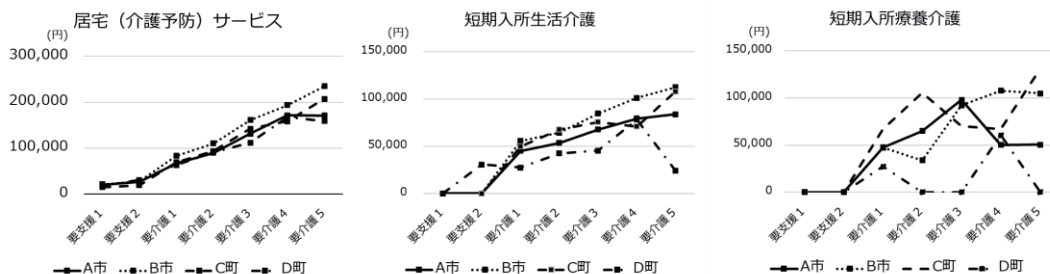


(出典：介護保険事業状況報告月報 令和2年1月分より筆者作成)

図4：第1号被保険者当たりの給付月額

### 3-5-5. 要介護度別 サービス受給者一人あたり給付金額

サービス受給者一人当たりで比較すると、居宅（介護予防）サービスでは、ほとんどの要介護度においてB市の給付金額が高値であった。この内訳をみると、ショートステイの給付金額が高かった。



(出典：介護保険事業状況報告月報 令和2年1月分より筆者作成)

図5：要介護度別 居宅（介護予防）短期入所生活介護、短期入所療養介護サービス受給者一人あたり給付金額

### 3-5-6. 保険料基準額

B市を除き各自治体とも3年ごとに上昇を続けており、改定毎に高くしてきたといえる。保険料基準額の増加額をみると、第5期から6期への増加金額と第6期から第

7期への増加金額を比較すると、3自治体は増加金額が減少しているが、C町のみ同金額となっている<sup>30)</sup>。

表6：保険料基準額

| (円) | 第5期   | 第6期   | 趨勢率(5→6期) | 第7期   | 趨勢率(6→7期) |
|-----|-------|-------|-----------|-------|-----------|
| A市  | 4,100 | 4,900 | 120%      | 5,400 | 110%      |
| B市  | 4,150 | 5,200 | 125%      | 5,200 | 100%      |
| C町  | 4,500 | 5,350 | 119%      | 6,200 | 116%      |
| D町  | 3,920 | 5,600 | 143%      | 5,900 | 105%      |

(出典：見える化システムよりより筆者作成)

### 3-6. 保険者機能評価分析(2019)

#### 3-6-1. 保険者機能評価総合得点率

総得点率でみると、A市とC町はS県平均よりも得点率が高かった。大項目別には、「I PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築」は、A市、C町、D町でS県平均より高く、B市は得点率が低かった。「II 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進」は、A市とC町でS県平均より高く、B市とD町は低かった。「III 介護保険運営の安定化に資する施策の推進」では、一転、B市のみがS県平均よりも得点率が高かった<sup>31)</sup>。

#### 3-6-2. 保険者機能評価各得点率

##### 3-6-2-1. I:PDCAサイクル

B市は、得点率が県平均以下であった。認定者数、受給者数、サービスの種類別給付実績の定期的モニタリング、第7期計画の進捗管理やその目標未達の場合の取り組みに関する指標で得点率が低かった<sup>31)</sup>。

##### 3-6-2-2. II:自立支援、重度化防止等に資する施策の推進

###### (a) II(1) 地域密着サービス

A市が機能訓練・航空機能向上・栄養改善の項目で低かった。B市とC町は地域密着サービスの評価得点率が県よりも高かったが、地域密着サービスの受給率は県平均より低かった。加えて、C町は75歳以上1000人当たりの地域密着サービス施設数が医療圏内の他の自治体より少なかった<sup>31)</sup>。

###### (b) II(2) 介護支援専門員・介護サービス事業所

4自治体とも県平均よりも低かった<sup>31)</sup>。

(c) II (3) 地域包括支援センター

地域包括支援センターの3職種一人当たり高齢者数の状況が1,500人以下の項目は、比較的对象者の少ないC町とD町のみが達成していた<sup>31)</sup>。

地域ケア会議における個別事例の検討割合の指標では、A市以外は得点が得られなかった。地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法である。

(d) II (4) 在宅医療・介護連携

A市の得点率が低かった<sup>31)</sup>。

(e) II (5) 認知症総合支援

A市の得点率がS県平均より低かった。認知症初期集中支援チームの体制構築が他の自治体よりも遅れていたためであると推測される<sup>31)</sup>。

(f) II (6) 介護予防／日常生活支援

B市の得点率が低かった。介護予防・生活支援サービス事業における多様なサービス等の計画的な整備、介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の参加者数の項目で得点率が他自治体より低かった<sup>31)</sup>。

(g) II (7) 生活支援体制の整備

4自治体全てで県平均を上回っていた<sup>31)</sup>。

(h) II (8) 要介護状態の維持・改善の状況等

A市以外は得点が得られなかった<sup>31)</sup>。

### 3-6-2-3. III:介護保険運営の安定化に資する施策の推進

(a) III (1) 介護給付の適正化

B市は満点であったが、他の3自治体はS県平均以下であった。A市とC町におけるケアプラン点検数の割合は、全保険者の上位5割以上にも満たなかった。しかしながら、各介護サービス受給者一人当たりの給付金額は他自治体よりも高くなかった。また、A市とD町では住宅改修の際に建築専門職やリハビリテーション専門職に係わる仕組みがなく得点が得られなかった<sup>31)</sup>。

(b) III (2) 介護人材の確保

介護人材の確保については「介護に関する入門的研修」が実施されていなかった。しかしこの対象期間では、他のS県自治体でも実施はなかった<sup>31)</sup>。



表 7 : 2019 年度保険者機能強化推進交付金（市町村分）評価結果（中カテゴリ）

|                         | 県平均   | A市     | B市     | C町     | D町     |
|-------------------------|-------|--------|--------|--------|--------|
| 全体                      | 76.6% | 76.9%  | 68.4%  | 80.1%  | 73.0%  |
| I PDCAサイクル              | 77.4% | 82.5%  | 40.0%  | 100.0% | 95.0%  |
| II 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進 | 78.0% | 80.2%  | 69.9%  | 79.4%  | 72.8%  |
| III 介護保険運営の安定化に資する施策の推進 | 67.0% | 50.6%  | 85.5%  | 65.1%  | 53.0%  |
| II (1)地域密着型サービス         | 56.9% | 48.9%  | 80.9%  | 66.0%  | 70.2%  |
| II (2)介護支援専門員・介護サービス事業所 | 72.8% | 66.7%  | 50.0%  | 66.7%  | 66.7%  |
| II (3)地域包括支援センター        | 86.3% | 86.0%  | 75.5%  | 91.6%  | 70.6%  |
| II (4)在宅医療・介護連携         | 95.6% | 70.6%  | 92.6%  | 100.0% | 100.0% |
| II (5)認知症総合支援           | 75.3% | 67.4%  | 82.6%  | 76.1%  | 80.4%  |
| II (6)介護予防/日常生活支援       | 83.2% | 100.0% | 69.7%  | 100.0% | 92.1%  |
| II (7)生活支援体制の整備         | 78.0% | 97.8%  | 100.0% | 100.0% | 95.7%  |
| II (8)要介護状態の維持・改善の状況等   | 51.3% | 75.0%  | 0.0%   | 0.0%   | 0.0%   |
| III (1)介護給付の適正化         | 73.9% | 50.8%  | 100.0% | 71.2%  | 54.2%  |
| III (2)介護人材の確保          | 50.0% | 50.0%  | 50.0%  | 50.0%  | 50.0%  |

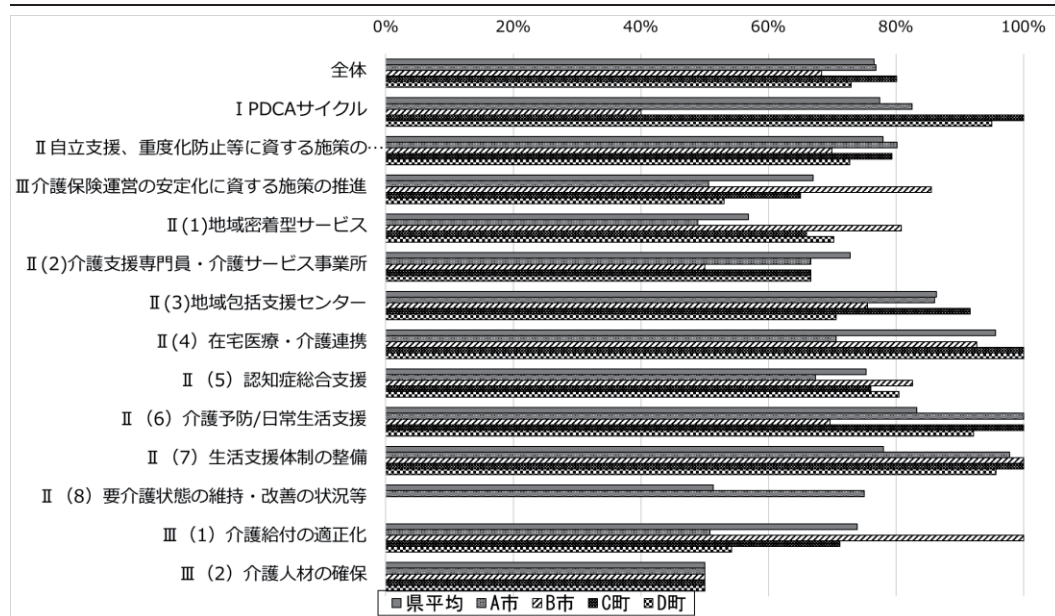


図 6 : 2019 年度保険者機能強化推進交付金（市町村分）評価結果（中カテゴリ）

（出典：2019 年度保険者機能強化推進交付金（市町村）に係わる評価指数結果より筆者作成）

### 3-6-3. 各自治体の SWOT 分析と結果

これまでの分析と第7期介護保険計画<sup>32) 33) 34) 35)</sup>から各自治体について SWOT 分析を行った(図7)。それを基に、各市の戦略を以下に示す。

#### 3-6-3-1. A市

高齢単身者世帯と高齢夫婦世帯率が高く、認知症総合支援への保険者機能が弱いことは、健康寿命の延伸への障害となる可能性がある。

他自治体との連携を進め認知症総合支援への取組を積極的に進めるべきであろう。地域支援病院、在宅療養支援病院、地域包括ケア病床を保有しており、入院医療・在宅医療・介護医療連携において積極的な参画が求められる。

#### 3-6-3-2. B市

保険者機能のPDCAマネジメントの機能が弱い。他の自治体と連携を進め、情報や取組を共有し、介護保険給付適正化の仕組みと同等のガバナンスの強化が必須となる。

一方で介護保険施設が多いため、今後、他の自治体で高齢者の施設サービス利用が減少した際のB市高齢者の施設サービスの利用動向に注意する必要がある。

この他に地域支援病院、地域包括ケア病床を保有しており、入院医療・在宅医療・介護医療連携への積極的な参画が求められる。

#### 3-6-3-3. C町

要介護認定率や施設サービス費用が高く、保険料基準額が圏域内で最も高く、その増加率も高水準で高止まりしている。今後の人口減少も大きく、高齢化も進行するため、さらなる介護保険財政の悪化が予想される。

このため、優先して介護保険財政の適正化に取り組む必要がある。他自治体と連携を深め保険者機能を強化しながら、要介護認定の手順の見直しによる要介護認定率の適正化、地域密着サービスの充実化による、施設サービスから居宅サービスへの移行を目指す。

アンケート結果からは、介護離職の前段階の住民が一定数、存在すると推測される。経済状況の不安定が施設入居に繋がることから、介護者支援強化に取り組む必要性がある。

#### 3-6-3-4. D町

要介護認定率が高く、趨勢率は低下しているが、保険料基準額が圏域内でやや高い。現在は、高齢単身者世帯率と高齢夫婦世帯率は低いが、人口減少と高齢化が圏域内で最も進行するため、丁寧なモニタリングが必要である。

要介護認定の手順の見直しによる要介護認定率の適正化にも取り組む必要がある。併設事業所を利用しているサ高住の介護サービス利用料が高い傾向にあるとの報告<sup>36)</sup>がある。このため、サ高住が多いD町では、これを利用する者のケアプランチェックを実施し、介護保険適正化のための保険者機能を強化していかなければならない。

|    |   |   |
|----|---|---|
| A市 | <p><b>Strengths</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア病床がある</li> <li>・在宅療養支援病院(機能強化型)がある</li> <li>・急性期の地域支援病院がある</li> <li>・高齢者の通いの場への参加率が高い</li> <li>・要介護認定率が低い</li> <li>・〔保〕介護予防・日常生活支援への取組が強い</li> <li>・〔保〕進捗管理などのマネジメントが強い</li> <li>・〔保〕要介護状態維持改善のアウトカム達成している</li> </ul>   | <p><b>Weaknesses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サ高住がない</li> <li>・〔保〕地域密着サービス支援の取組が弱い</li> <li>・〔保〕認知症総合支援への取組が弱い</li> <li>・〔保〕在宅医療・介護連携支援の取組が弱い</li> <li>・〔保〕介護保険給付の適正化に対する取組が弱い</li> </ul>              |
|    | <p><b>Opportunities</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・見える化システムの整備</li> <li>・県内ICT(医療情報連携ネットワーク)の整備</li> <li>・高齢者(要介護なし)の52%が要介護時に自宅生活を希望</li> </ul>   | <p><b>Threats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人口減少と高齢化</li> <li>・高齢単身世帯率と高齢夫婦世帯率が高い</li> <li>・高齢者の39.2%が身近な居場所・通いの場なし</li> <li>・高齢者の31.9%が地域づくりの活動に参加意向なし</li> <li>・介護人材の不足</li> </ul>                    |
| B市 | <p><b>Strengths</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア病床がある</li> <li>・急性期の地域支援病院がある</li> <li>・介護保険施設が多い</li> <li>・サ高住がある</li> <li>・介護福祉士受験資格を得られる短期大学がある</li> <li>・住民や多職種が参画する広域研究会がある(広域化している)</li> <li>・保険料基準額の上昇を抑えられている</li> <li>・〔保〕地域密着サービス支援の取組が強い</li> <li>・〔保〕認知症総合支援への取組が強い</li> <li>・〔保〕介護保険給付の適正化に対する取組が強い</li> </ul> | <p><b>Weaknesses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービスの受給者一人当たり給付金額が高い</li> <li>・〔保〕進捗管理などのマネジメントが弱い</li> <li>・〔保〕介護支援専門員・介護サービス事業所支援の取組が弱い</li> <li>・〔保〕介護予防/日常生活支援の取組が弱い</li> </ul>                    |
|    | <p><b>Opportunities</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・見える化システムの整備</li> <li>・県内ICT(医療情報連携ネットワーク)の整備</li> <li>・高齢者(要介護なし)の47.3%が自宅看取りを希望</li> <li>・要介護認定者等での67.3%が自宅生活を希望</li> </ul>  | <p><b>Threats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人口減少と高齢化</li> <li>・介護人材の不足</li> </ul>   |
| C町 | <p><b>Strengths</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者の通いの場への参加率が高い</li> <li>・〔保〕介護予防・日常生活支援への取組が強い</li> <li>・〔保〕進捗管理などのマネジメントが強い</li> <li>・〔保〕全体としては圏域内で最も保険者機能が強い</li> </ul>   | <p><b>Weaknesses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期病院が少ない</li> <li>・居宅・地域密着サービス施設が少ない</li> <li>・介護職員数が少ない</li> <li>・要介護認定率が高い</li> <li>・施設サービス受給率が高い</li> <li>・保険料基準額とその趨勢比が高い</li> </ul>                |
|    | <p><b>Opportunities</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・見える化システムの整備</li> <li>・県内ICT(医療情報連携ネットワーク)の整備</li> <li>・高齢者の44.9%が自宅看取りを希望</li> <li>・高齢者の65.6%が在宅医療を希望</li> <li>・高齢者の52.7%が要介護時に自宅生活を希望</li> </ul>   | <p><b>Threats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人口減少(率大きい)と高齢化</li> <li>・高齢者の29.2%が地域づくりの活動に参加意向なし</li> <li>・主介護者の47.6%が、問題があるが何とか就労を継続している</li> <li>・介護人材の不足</li> </ul>                                    |
| D町 | <p><b>Strengths</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養支援診療所(機能強化型単独)がある</li> <li>・グループホームが多い</li> <li>・サ高住が多い</li> <li>・居宅・地域密着サービス資源が多い</li> <li>・認知症サポーター数が多い</li> <li>・自宅死亡率が高い</li> <li>・〔保〕進捗管理などのマネジメントが強い</li> <li>・〔保〕地域密着サービスへの取組が強い</li> </ul>  | <p><b>Weaknesses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期病院がない</li> <li>・要介護認定率が高い</li> <li>・保険料基準額が高い</li> <li>・要介護5の施設サービス受給率が高い</li> <li>・〔保〕地域包括支援センター支援の取組が弱い</li> <li>・〔保〕介護保険給付の適正化に対する取組が弱い</li> </ul> |
|    | <p><b>Opportunities</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・見える化システムの整備</li> <li>・県内ICT(医療情報連携ネットワーク)の整備</li> <li>・高齢者(要介護なし)の51.4%が介護予防に取り組んでいる</li> <li>・高齢単身世帯率と高齢夫婦世帯率が低い</li> </ul>  | <p><b>Threats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人口減少(率大きい)と高齢化(率大きい)</li> <li>・高齢者の23.2%が地域づくりの活動に参加意向なし</li> </ul>   |

(出典：各自治体の第7期介護保険計画より筆者作成)

図7：各自治体のSWOT分析

## 4. 考察

### 4-1. 介護保険財政の観点からの戦略

介護保険費用で地域差を生じる要素として、要支援・要介護認定率、サービス受給率、サービス利用者一人当たり費用があげられている<sup>37)</sup>。要支援・要介護認定率をみると、D町では85歳以上の認定率が他の自治体よりも10ポイントほど高かった。介護認定審査会は3自治体共同設置であるため、適正化に向けては、一次判定確定までのプロセスの見直しが求められる。

また、サービス受給率からは、C町での施設サービス受給率が、S県平均よりも1.3ポイント高かった。反対に、地域密着サービス受給率は他の自治体よりも低かった。これは、地域密着サービス体制が不十分である結果、施設サービスへ移行している可能性がある。しかしながら、C町の地域密着型サービスカテゴリの得点率は高く、取り組みはされている。したがって、単なる得点率だけでなく、その実施内容を吟味することが必須となる。

さらに、地域密着サービス受給率が高いD町などと連携を強化し、適正なサービス提供を担保するための方策を検討する必要がある。

サービス利用者一人当たり費用をみると、居宅（介護予防）サービスにおいてB市の給付金額がやや高値であった。内訳をみるとショートステイの費用がやや高く、この影響と考えられた。

一方で、第7期介護保険計画策定時にB市が行った調査結果をみると、介護支援専門員が介護保険供給量不足と感じている介護保険サービスは、「短期入所生活介護」（44.7%）がトップであった。しかも仕事と介護の両立や介護負担の軽減に効果的な支援として「必要な時にショートステイが利用できる体制の整備」が33.8%と最も多かった<sup>33)</sup>。つまり、他自治体よりもやや高い給付費用でも、B市にとっては、十分ではないとされる理由を明らかにする必要がある。真のニーズとそれに至る状況を分析し、単なる保険費用の削減だけを目指すのではなく、サービスの適正化を目指すために、どのような方策が必要かについて、十分に議論していく必要がある。

介護給付適正化への取組は、現時点では任意事業であるため、自治体間の差が大きいが、B市のように介護保険適正化に関する保険者機能が強い自治体もある。

B市の取組みの特徴は、まず介護保険事業計画の策定時に庁内に専門部会を設置し、介護保険料・適正化の検討を行っていることである。また、その計画の進捗管理と評価・公表に関しては、年度ごとの数値目標、達成時期及び実施効果について、介護保険運営協議会にて評価し、毎回、点検をする仕組みが機能しているようである<sup>33)</sup>。この

ようなマネジメントサイクルを回す仕組みを有することで、ガバナンスが構築され、結果として保険料基準額の上昇を抑えることに成功していると推察される。

## 4-2. 保険者機能の分析に基づく医療介護連携の戦略

### 4-2-1. VRIO 分析による保険者機能のまとめ

地域包括ケアシステムを完成させるためには、最終的に、日常生活圏域でのシステムのガバナンスを構築する必要がある。これを目標に、各自治体は外部環境に対応しながら、全体のガバナンス構築に取り組まなければならない。これには integrated care や community-based care の進展が必要であり、それをマネジメントする managed care としての役割が各自治体に求められる<sup>17)</sup>。各自治体は、どのように managed care に必要な保険者機能を強化していくか、医療・介護体制を整備していくかについて検討する必要がある。

各自治体の保険者機能評価得点をみると、同じ地域医療構想下、近い文化に係わらず、得点率が大きく異なる。しかし、ほとんどの項目において、それぞれの項目別にみれば、他の自治体は弱みであっても、いずれかの自治体が強みとなっているという構造が示された。このことから、情報の共有や連携を強めることで互いの保険者機能を強化できる可能性が改めて示唆された。

自治体間の連携方法を検討するにあたり、各自治体の保険者機能とサービス資源の特質を明確にすることを目的に、外部環境への価値を V (Value) として VRIO 分析を行った。

模倣困難性 (Inimitability) に注目すると、保険者機能は模倣困難性が低いカテゴリが多いことが分かる。すなわち、これらのカテゴリについては、各自治体が情報や取組を共有するために連携することで、その機能が弱い自治体の保険者機能を強化できると予測される。

一方で、模倣困難性が高いサービス資源に関連する取組については、各自治体がより強い連携とされる integration を行うことで、二次医療圏全体のサービス資源の開発ができる可能性もある (図 9)。

| 保険者機能                  | Value | Rarity | Inimitability | Organization |
|------------------------|-------|--------|---------------|--------------|
| I PDCAサイクル             | ○     | ○      | △             | -            |
| II(1)地域密着型サービス         | ○     | ○      | △             | -            |
| II(2)介護支援専門員・介護サービス事業所 | ○     | ○      | △             | -            |
| II(3)地域包括支援センター        | ○     | ○      | △             | -            |
| II(4)在宅医療・介護連携         | ○     | △      | △             | -            |
| II(5)認知症総合支援           | ○     | ○      | △             | -            |
| II(6)介護予防/日常生活支援       | ○     | ○      | △             | -            |
| II(7)生活支援体制の整備         | ○     | ○      | △             | -            |
| II(8)要介護状態の維持・改善の状況等   | ○     | ○      | ○             | -            |
| III(1)介護給付の適正化         | ○     | ○      | △             | -            |
| III(2)介護人材の確保          | ○     | ○      | ○             | -            |

| サービス資源       | Value | Rarity | Inimitability | Organization |
|--------------|-------|--------|---------------|--------------|
| サ高住          | ○     | ○      | ○             | -            |
| 急性期病院        | ○     | ○      | ○             | -            |
| 在宅療養支援病院・診療所 | ○     | ○      | ○             | -            |
| 居宅サービス       | ○     | △      | △             | -            |
| 地域密着サービス     | ○     | △      | △             | -            |
| 施設サービス       | ○     | ○      | ○             | -            |
| 介護職員         | ○     | ○      | ○             | -            |

図 8 : VR10 分析

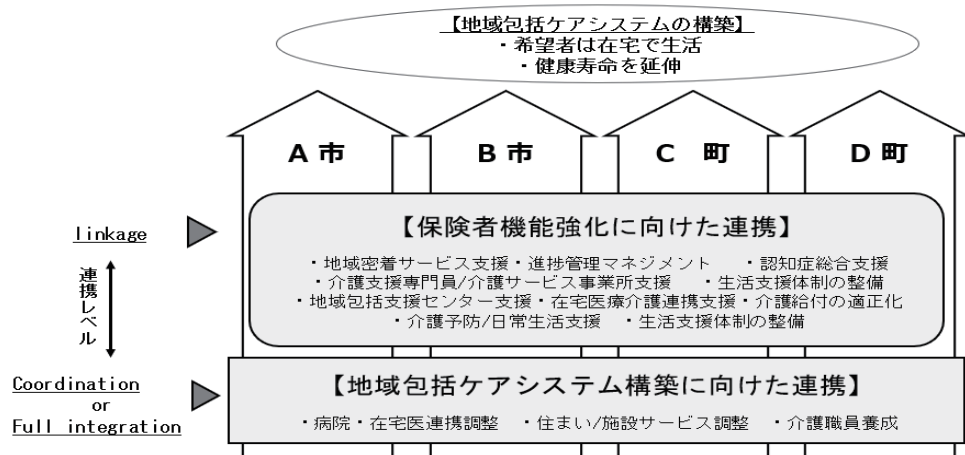


図 9 : 自治体間連携モデル

#### 4-2-2. 病院・在宅医連携における自院の役割

全国的な流れと同じく、H医療圏でも地域医療構想に沿って、病床数を調整し、地域で生活できる環境づくりを推進することが求められている。在宅医療実態モデル構築



のための実態調査報告書(2018)では、地域包括ケアシステムの正否の鍵を握るのは在宅医療であり、今後、増大する慢性期の医療ニーズに対応するためには、地域の医療資源を踏まえた医療機関間の適切な役割分担により、在宅医療の提供体制を整備していくことが求められる<sup>38)</sup>とされている。

H医療圏でも、一部の地域で積極的に在宅医療が行われているが、全体ではまだ十分ではない。このため、在宅医療希望者に対しては、病院から、在宅医へ繋げるためのシステムが必要と考えられる。

前記の報告書では、病院と在宅医との仲介機能を持つ新組織を設置している在宅医療連携モデルがいくつか紹介されている。急性期病院や在宅療養支援医療機関が偏在しているH医療圏でも、医師会の協力のもと二次医療圏を範囲とする連携センターの設立など、Full integrationレベルでの連携が期待される。その際、在宅医療の中心と想定されるのが、2006年に制度化された、24時間往診に対応する機能をもつ在宅療養支援診療所である。2012年には、さらに機能を強化した、機能強化型の在宅療養支援診療所も制度化された。だがH医療圏では、これらの診療所は、偏在しており、自治体間の差が大きい。

今後の需要の増加を想定すると、一般の診療所の在宅医療への積極的な参画が求められるが、在宅療養支援診療所となるための要件を明らかにし、在宅医療システムへの参画を容易にするために、H医療圏におけるA市医療センターが果たすべき役割もあると考える。

先の報告書によると、診療所のある地域での在宅医療を推進する上での課題については、「在宅医療に係わる医療従事者の確保」が最も多く、次いで「急変時等に対応するための後方支援体制の整備」とされている<sup>38)</sup>。ここで示されている在宅医療の後方支援の仕組みとして、在宅医療での緊急時における後方病床の確保を目的に、平成26年度診療報酬改定で在宅療養後方支援病院が新設されているが、現在H医療圏にはこの病院が存在していない。そこで、A市医療センターが在宅療養後方支援病院となり、率先して急変時の在宅患者受け入れる医療機関となることを考えたい。加えて、届け出在宅患者の在宅医に対して、7割以上の地域医療支援病院が実施している医師派遣の取組強化、特に在宅医不在期間の代診医派遣を行うことを提案したい。さらに在宅療養後方支援病院は届け出患者の診療情報を、3ヶ月に1回以上の頻度で在宅医療機関と情報交換をおこなうため、連携が取りやすいメリットを生かすこともできる。

例えば、岩手医師会在宅医療支援センターでは、在宅医不在時の代診医派遣のスキームを構築している<sup>39)</sup>。これらと同様の取組を行うことで、地域の在宅医療をA市医

療センターは支援するという明確な意思を医療圏で示すことが有用と考えられる。

### 4-2-3. 医療・介護・多職種連携

在宅医療提供体制の整備と共に、それに呼応するサービスを提供できる看護・介護サービス提供体制の構築ができて初めて、終末期まで対応した在宅・介護の体制が構築される。

退院直後の在宅療養支援に関しては、平成 28 年に退院後訪問指導料が新設されており、医療ニーズが高い患者が安心して在宅医療に移行できる取組が強化されている。在宅部門を持たない A 市医療センターでも、退院後訪問を徐々に始めており、今後は、積極的に退院後訪問を行い、病院と訪問看護とのつなぎ役としての役割の強化に取り組む。

地域密着型サービスは市町村に指定・監督の権限があるため、会議体などを利用し、医療圏内自治体間で情報や取組を共有しながら、地域のニーズに合わせたサービスの整備を進めていく。実際に在宅療養支援診療所機能強化型（単独）、24 時間対応の訪問看護、在宅・地域密着サービスが充実している D 町では、自宅看取り率も高くなっている。

このような integrated care の進展には、その基盤となる多職種連携が重要である。幸いなことに、H 医療圏にはこの体制基盤が整っており、専門職や行政に加え市民までが参画する広域研究会を筆頭に、H28 年時点で 12 団体が活動し地域ケア統合に向けた活動を継続している<sup>40)</sup>。これらの顔の見える連携を臨床レベルでさらに深めるためには、情報共有ツールの重要性が増してくる。これについても S 県は、地域医療連携ネットワーク（以降、EHR）構築に早くから取り組んでおり、患者診療・介護・療養情報を共有する EHR がすでに整備されている。登録人数は 66,582 人（R2.7 月）、令和 5 年度末目標数が 100,000 人となっている<sup>41)</sup>が、要介護（支援）認定率の上昇する 75 歳以上人口（令和 2 年 1 月 1 日時点）約 18 万人よりは少ない数字となっている。この年齢層の事前登録を進めることで、仮に緊急で病院に入院した際でも、現在の医療介護情報を入手でき、地域から病院へのシームレスな医療提供体制が進む。75 歳以上の高齢者を登録する仕組みとしては、後期高齢者医療制度に加入すると同時期に、EHR への登録同意を取得する方法がある。

最近では、厚生労働省もより良い方向に導くために、行動経済学のナッジ理論などを用いた取組みを推奨している<sup>42)</sup>。EHR の登録においても、他の同年代の登録状況を伝える (herding-effect) や、参加同意ありにデフォルトを変更する (default effect)

など、ナッジの利用を取り入れる。

さらに、地域包括ケアシステムにおける薬局薬剤師の役割として、かかりつけ医や他職種と連携した住民の薬物療法全体への関与、OTC や健康食品等の適切な使用促進による健康確保、医療・介護の住民窓口機能などが期待されている<sup>43)</sup>。病院薬剤師も医師を含め他職種と連携し、ポリファーマシー解消や在宅に向けた薬剤適正化などに取り組んでいる。トレーシングレポート（服薬情報提供書）等を用いて、薬局と病院間での情報共有を進めており、副作用重篤化の回避などその有効性も報告されている<sup>44)</sup>。

この地域の薬剤師会では、移動式クリーンベンチを購入し貸出体制を整え、薬剤師会としても在宅医療のサポート体制構築に取り組んでいる。最近では、強みの異なる薬局薬剤師と病院薬剤師の連携促進やスキル習得（病院チーム医療、感染管理、栄養管理、注射剤無菌調製等）を目的に、いくつかの病院では薬局薬剤師向け実地研修を行っており、その有効性も報告されている<sup>45)</sup>。

すでに A 市医療センターでは定期的な合同研修会を行っているが、薬局薬剤師を対象とした実地研修を行っていないため、早急に研修体制を構築する。薬局薬剤師と病院薬剤師の連携強化により、H 医療圏の在宅医療の基盤である多職種連携をさらに活性化させたいと考えている。

## 5 おわりに

現在は、生活圏から二次医療圏まで様々な組織の連携が求められ、各自治体にはそれをマネジメントする役割が求められている。このためには、サービス資源や住まいの整備、保険者機能の強化が必須である。

そのために、遠方自治体の好取組事例の導入や、2019 年度（都道府県分）保険者機能強化推進交付金評価得点が高い S 県との垂直連携を各自治体が個別に進めていくことも有効だろう。

しかし、多くの文化や課題を共有する二次医療圏自治体が、互いの強みを生かし課題に応じたレベルでの連携を進めることが、最も迅速かつ効率的だと考える。その連携により、各自治体の保険者機能が強化され、住民にとって望ましい地域包括ケアシステムの構築が促進される。また、A 市医療センターにおいては、H 医療圏の在宅医療の後方支援に積極的に取り組むことが求められている。課題ごとの連携レベルを意識した二次医療圏内自治体連携は、managed care の強化を促し、地域包括ケアシステムを深化させるのである。

## 謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の筒井孝子教授、小山秀夫特任教授、貝瀬徹教授、木下隆志教授、大塚賀政昭先生より熱心かつ丁寧なご指導を賜りましたことに深く感謝の意を表します。また、共に学び多くの刺激と支援を頂いた同期の皆様にも深く感謝いたします。

## 参考文献（引用ホームページを含む）

- [1]内閣府 令和元年版高齢社会白書（2019）  
[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s1s\\_01.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf)（2020年2月7月29日アクセス）
- [2]厚生労働省（2016）中医協資料「医療と介護を取り巻く現状と課題等」  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000167844.pdf>（2020年2月7月15日アクセス）
- [3]厚生労働省 地域医療構想  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>（2020年2月7月15日アクセス）
- [4]地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書（2016）  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000126435.pdf>（2020年2月7月15日アクセス）
- [5]第76回社会保障審議会 介護保険部会 資料1 介護予防・健康づくりと保険者機能の強化 <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000490338.pdf>（2020年2月7月15日アクセス）
- [6]第86回社会保障審議会 介護保険部会 資料3 保険者機能  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000571172.pdf>（2020年2月7月15日アクセス）
- [7]厚生労働省 「地域包括ケア研究会報告書」  
<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf>（2020年2月7月15日アクセス）
- [8]MW Maier(1998)Architecting principles for systems of systems. In Systems Engineering1(4), 267-284
- [9]筒井孝子（2020）「筒井孝子論考集 地域包括ケアシステムの理論と政策」カイ書

林, p93-97

[10]島田達巳(2017)「地域包括ケアシステムと ICT」日本情報経営学会誌, 37 巻 1 号:8-24.

[11]内藤優美(2020) 「要介護データを用いた二次医療圏レベルの健康寿命(平均自立期間)の算出および関連要因の探索」日本医療・病院管理学会誌, 57 巻 1 号, 2-10.

[12]大沼剛(2016)「訪問リハビリテーション利用者の要介護度変化とその要因」理学療法学, 43 巻 6 号: 501-507.

[13]清野諭(2019)「地域における介護予防のエビデンス」体力科学, 68 巻 5 号, 327-335.

[14]Olivares-Tirado(2011)Predictors of the highest long-term care expenditures in Japan BMC health services research (11), 103, 2011-05

[15]秋山直美(2015)「要介護認定高齢者の施設入所に関連する要因について」日本医療・病院管理学会誌, 52 巻 2 号, 79-86

[16]笹井肇(2012)「地域包括ケアシステム推進のための自治体の保険者機能の評価項目の策定」保健医療科学, 61 巻 2 号, 83-95.

[17]筒井孝子(2019)「地域包括ケアシステムの深化」中央法規出版. p263-283

[18]日医総研(2020)「地域の医療提供体制の現状」日医総研ワーキングペーパーNo. 443

[19]国立社会保人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」

[20]平成27国勢調査(総務省統計局)

[21]社会・人口統計体系 / 統計でみる市区町村のすがた2020 / 基礎データ

[22]日医総研(2020)「地域の医療提供体制の現状」日医総研ワーキングペーパーNo. 444  
地域の医療介護提供体制の現状 - 市区町村別データ集(地域包括ケア関連)(2020年4月第5版)

[23]人口動態調査 確定数 保管統計表 都道府県編 死亡・乳児死亡2017

[24]病院情報局

<https://hospia.jp/hoslist?prefectureId=25&zoneId=2504&hospitalName=>  
(2020年2月7月15日アクセス)

[25]平成30年度DPC「MDC別医療機関別件数(割合)」

[26]近畿厚生局R2年7月1日、介護サービス情報公表システム

[27]令和元年度S県「介護サービス情報の公表」制度 公表対象事業所一覧

[28]介護保険事業状況報告月報 令和2年3月末

[29]介護保険事業状況報告月報 令和2年1月分

- [30]見える化システム <https://mieruka.mhlw.go.jp/> (2020年2年8月1日アクセス)
- [31]2019年度保険者機能強化推進交付金（市町村）に係わる評価指数結果
- [32]A市第7期介護保険計画
- [33]B市第7期介護保険事業計画
- [34]C町第7期介護保険事業計画
- [35]D町第7期介護保険事業計画
- [36]国土交通省（2020）第3回サービス付き高齢者向け住宅に関する懇談会資料  
<https://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/content/001326861.pdf>（2020年2年7月15日アクセス）
- [37]厚生労働省老健局（2016）「介護費の動向について」  
<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/280323/shiryoku4.pdf>（2020年2年8月1日アクセス）
- [38]株式会社日本能率協会総合研究所（2018）「在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書」<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000341065.pdf>（2020年2年8月1日アクセス）
- [39]一般社団法人岩手県医師会「在宅医療体制支援事業に係る代診医派遣等事業実施要領」[http://www.iwate.med.or.jp/pdf/daishin\\_haken.pdf](http://www.iwate.med.or.jp/pdf/daishin_haken.pdf)（2020年2年8月14日アクセス）
- [40]平成28年 都道府県在宅医療介護連携担当者会議 事例発表  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/shiga.pdf>（2020年2年7月15日アクセス）
- [41]平成30年度 S 県 ICT 推進戦略実施計画に係る取組状況  
<https://www.pref.shiga.lg.jp/file/attachment/5110739.pdf>（2020年2年8月1日アクセス）
- [42]平成31年度保健師中央会議 最近の健康づくり施策の動向  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000508483.pdf>（2020年2年7月15日アクセス）
- [43]厚生労働省（2018）「地域包括ケアシステムにおいて かかりつけ薬剤師・薬局に期待される役割」<https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/000363822.pdf>（2020年2年8月14日アクセス）
- [44]吉留実慧子（2016）「保険薬局による電話連絡とトレーシングレポートを利用した経口抗がん剤服用外来患者に対する情報提供方法の確立」日本医療薬学会, 42 巻 6

号, 476-482.

[45]炭昌樹 (2018)「保険薬局薬剤師を対象とした二日間の病院実地研修の実践と評価」  
日本薬学会, 138 巻 1 号, 715-722.