

平成28年12月21日

三鷹市議会議長 後藤 貴 光 様

厚生委員長 大 城 美 幸

厚生委員会管外視察結果報告書

本委員会は、平成28年度管外視察を下記のとおり実施したので報告いたします。

記

1 視察期日

平成28年10月24日（月）から10月25日（火）まで

2 視察先

尾道市（広島県）、豊明市（愛知県）

3 視察項目

(1) 公立みつぎ総合病院 寝たきりゼロ作戦と保健・医療・福祉の連携について
(尾道市)

(2) 地域包括ケアシステム けやきいきいきプロジェクトについて（豊明市）

本市では、「三鷹市第六期介護保険事業計画」を策定し、高齢者一人ひとりが、いつまでも健康で生きがいを持ち、住み慣れた地域で安心して生活を送ることができる地域社会の実現をめざす「地域包括ケアシステムの構築」を基本目標に掲げている。

これからは、「在宅医療・介護の連携の推進」、「認知症施策の推進」、「介護予防・生活支援サービスの整備」、「高齢者の住まいの安定的な確保」、「地域包括支援センターの機能強化」といった事業を中心に介護保険サービスの充実に努めるとともに、地域で高齢者を支える仕組みづくりを早急に構築していくことが課題となっているところである。

そこで、本市議会としても、地域包括ケアシステムの構築の参考とするため、先進事例の視察を行った。

4 出張者

(1) 厚生委員

大城 美幸、宍戸 治重、大倉あき子、小俣美恵子、伊東 光則、
野村 羊子

※ 岩見 大三委員は欠席

(2) 同行職員

健康福祉部調整担当部長 小嶋 義晃

(3) 随員職員

議会事務局調査係書記 酒井 崇

尾道市

公立みつぎ総合病院 寝たきりゼロ作戦と保健・医療・福祉の連携について

1 取り組みの目的及び経緯

公立みつぎ総合病院は、尾道市御調町を中心に周辺の5市1町、人口約6万人を診療圏域とする地域の中核的総合病院である。同病院は、全国に先駆けて昭和40年代から「寝たきりゼロ」に向けた取り組みを開始した。そのきっかけは、当時、手術をして退院した高齢者が、半年から1年後に寝たきり状態になって再入院するケースが増加してきたことである。その多くが、介護力の不足、不適切な介護、医療・リハビリの中断、閉じこもり生活、不適當な住環境などを要因とする、いわゆる「つくられた寝たきり」であり、これを予防するためには「医療の出前」が有効であると考え、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を開始した。

しかし、「寝たきりゼロ」を目指すためには、医療だけではなく、ホームヘルプサービスなどの福祉サービスも重要であり、医療と福祉の連携が不可欠であると考えた。そこで、行政に働きかけ、地域住民の理解を求めたことにより、医療と行政部門の統合が実現した。昭和59年には、病院内に現在の保健福祉センターを併設し、サービスの一元化を図り、病院と行政が一体となって、保健・医療・介護・福祉サービスの提供に必要な拠点を整備し、公立みつぎ総合病院を核とした地域包括ケアを実践している。

御調で地域包括ケアがはじまった きっかけとその後の経緯（変遷）

- 1 在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦(S.49)
→ 最初はソフトからはじまった
- 2 保健・医療・福祉の連携・統合(S.59)
→ 病院と行政のドッキング(行政改革)
- 3 各種介護施設の併設(S.56)
→ 維持期(生活期)のリハビリセンターを合築
- 4 住民参画(S.60)
→ 住民組織とボランティア(互助)
- 5 地域包括ケアシステムの構築
(S.59.国へ提言・H.1.御調町で完成)

公立みつぎ総合病院提供資料より

2 公立みつぎ総合病院と地域包括ケアシステムを支える諸施設

(1) 公立みつぎ総合病院

ア 体制

公営企業法の全部適用、国民健康保険診療施設

イ 病床数

240床

ウ 診療科目

22診療科

エ 職員数

670人（うち医師数 28人）（臨時職を含む）

(2) 行政部門

ア 保健福祉センター（中高齢者、精神保健事業、母子保健など）

イ 地域包括支援センター（総合相談、包括的継続的マネジメント、権利擁護、介護予防マネジメントなど）

(3) 保健福祉総合施設（317床）

ア 介護老人保健施設「みつぎの苑」

イ 特別養護老人ホーム「ふれあい」

ウ 保健福祉総合施設附属リハビリテーションセンター

エ ケアハウス「さつき」

オ グループホーム「かえで」

カ デイサービスセンター



公立みつぎ総合病院提供資料より

3 公立みつぎ総合病院を核とした地域包括ケアシステムの特徴

(1) 農村型（中山間地域型）

病院が所在する農村部（中山間地域）においては、連携できる医療機関や介護施設がないため、必要なサービスをみずからつくり出していく、自己完結型として実施している。

(2) 病院と行政の保健・福祉部門との連携

昭和59年に行政の福祉と病院の医療を統合し、保健福祉センターと地域包括支援センターを病院に併設した。尾道市の保健師、ケアマネジャーが常駐し、在宅支援を強化・充実させている。患者や病院スタッフとの個別カンファレンスも即座に行うことができる。

(3) 保健福祉総合施設

病院から車で数分圏内に、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、リハビリテーションセンターなどの保健・医療・介護・福祉の総合施設群があり、利用者の在宅生活を支えている。

(4) 住民ニーズに応えたソフトとハードの整備

地域のニーズに応じて、ソフトである寝たきりゼロ作戦や在宅ケア、健康づくり等とともに、必要に応じてハードである保健福祉センターや保健福祉総合施設などの整備を段階的に行い、住民本位のサービスを提供している。

(5) 地域の住民参加

行政や専門職のみではなく、地域の住民によるネットワークづくりを重要視しており、健康づくり座談会（健幸わくわく21）などを通じて地域ぐるみの包括ケアシステムとしている。

(6) 多職種協働による地域包括ケアシステム

病院や施設、在宅などの場所（ハード）、保健や医療、介護・福祉などの役割（ソフト）、そして医師や看護師、保育士、ケアマネジャーなどの多職種協働（ハート）を最も重要とした地域包括ケアシステムを構築している。

4 地域包括ケアシステムの効果

(1) 寝たきり者（重度要介護者）の減少

昭和50年初めの地域包括ケアの実施開始から10年間で、寝たきり者が約3分の1に減少した。これは寝たきり者が健康になったのではなく、多くの寝たきり予備軍が寝たきりになることを予防できたことが最大の要因である。

(2) 保健・医療・福祉の連携・統合による総合窓口の設置

総合的・一体的なサービスの提供が可能になった。総合窓口の設置以前は住民が縦割りの窓口をそれぞれ訪れてサービスの申請をする必要があったが、1つの窓口で相談すれば、内部で調整し、サービスに結びつくことが可能となり、

利便性が向上した。

(3) 24時間、365日のケア体制の実現

家族の介護状況に合わせて、訪問看護や訪問介護などの介護保険サービスを、必要な時に提供できるようになった。ハイテク医療機器を必要とする人、終末期を家族と在宅で過ごすことを望む人などにも対応が可能である。

(4) 医療費の伸び率の鈍化

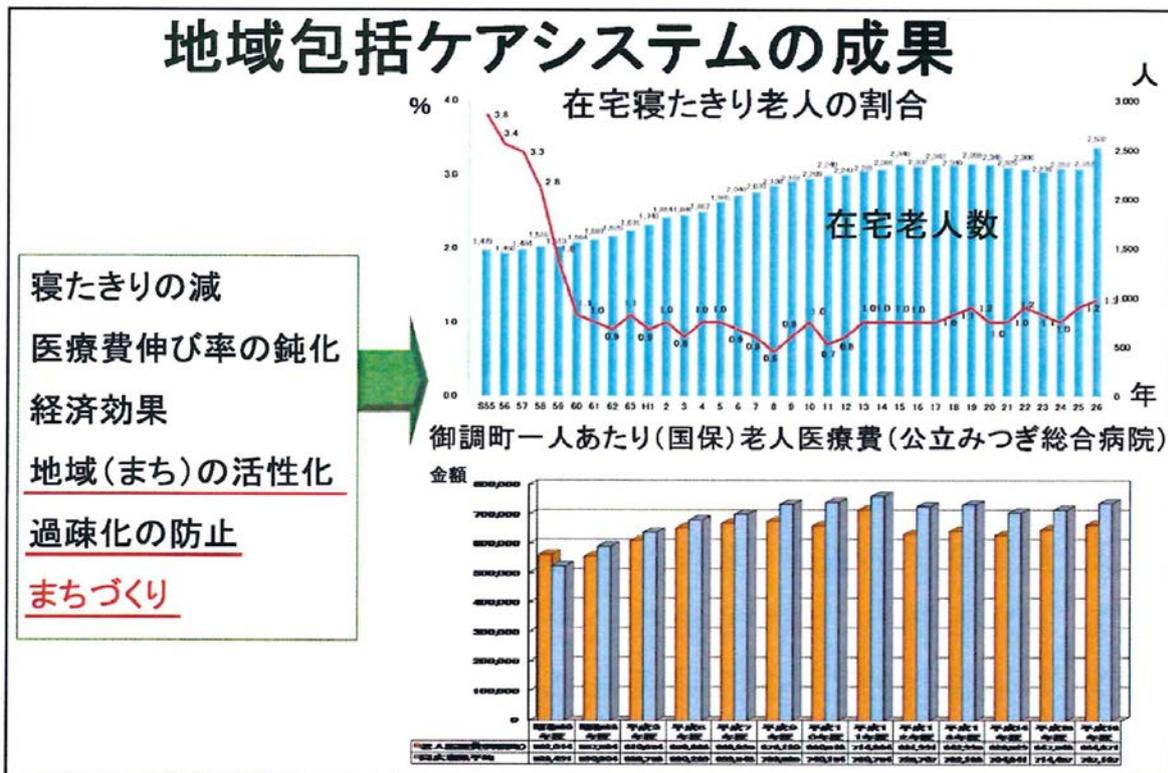
御調町の老人医療費は昭和60年ころまでは広島県の平均より高かったが、昭和63年には逆転し、以後県平均より低い状態を維持している。

(5) 経済的な効果

保健福祉総合施設やサービス事業所などの設置により、雇用創出とまちの活性化につながり、過疎化にも歯止めがかかった。

(6) 住民のQOL（生活の質）の向上

老後も、また障がいを持ったとしても安心して住めるまちづくりにつながった。



公立みつぎ総合病院提供資料より

5 今後の課題

(1) 医師不足と財源の確保

地域包括ケアの成立には、財源の確保が必須である。収入の多くは病院収入であり、医師不足の状況では外来受診者、入院患者への対応が困難になることから、医師の確保は喫緊の課題である。

(2) 次世代への継承

40年間で築き上げた地域包括ケアシステムとそれに対する気概を、20代、30代の医師などの専門職や市の若手職員にどのように伝えていくかが課題である。

(3) 住民参加

昔ながらの地域コミュニティが失われつつある中で、まちの人々のつながりを基調とし、それを地域包括ケアが補完することを目指している。自治会やボランティアなど、それぞれ別々に活動している住民が、「一つのチーム」であるという意識を持ち行動してもらうことが重要である。

◎ 主な質疑

- ・地域包括ケアシステムにおける住民参加の到達目標について
- ・要介護状態になっても介護認定されない人への支援について
- ・介護老人保健施設から病院に入院する際の関係機関の連携について
- ・尾道市の介護予防・日常生活支援総合事業の取り組みについて
- ・医師不足解消のための地方創生加速化交付金の活用について
- ・多職種カンファレンスの重要性の継承について
- ・病院による患者のリハビリテーション実施計画について

◎ 主な提供資料

- ・地域包括ケアシステムの概要
- ・尾道市御調町における地域包括ケアシステム
- ・広島県における地域包括ケア推進センターの設置
- ・尾道市御調町における保健福祉活動 2016（平成28）年

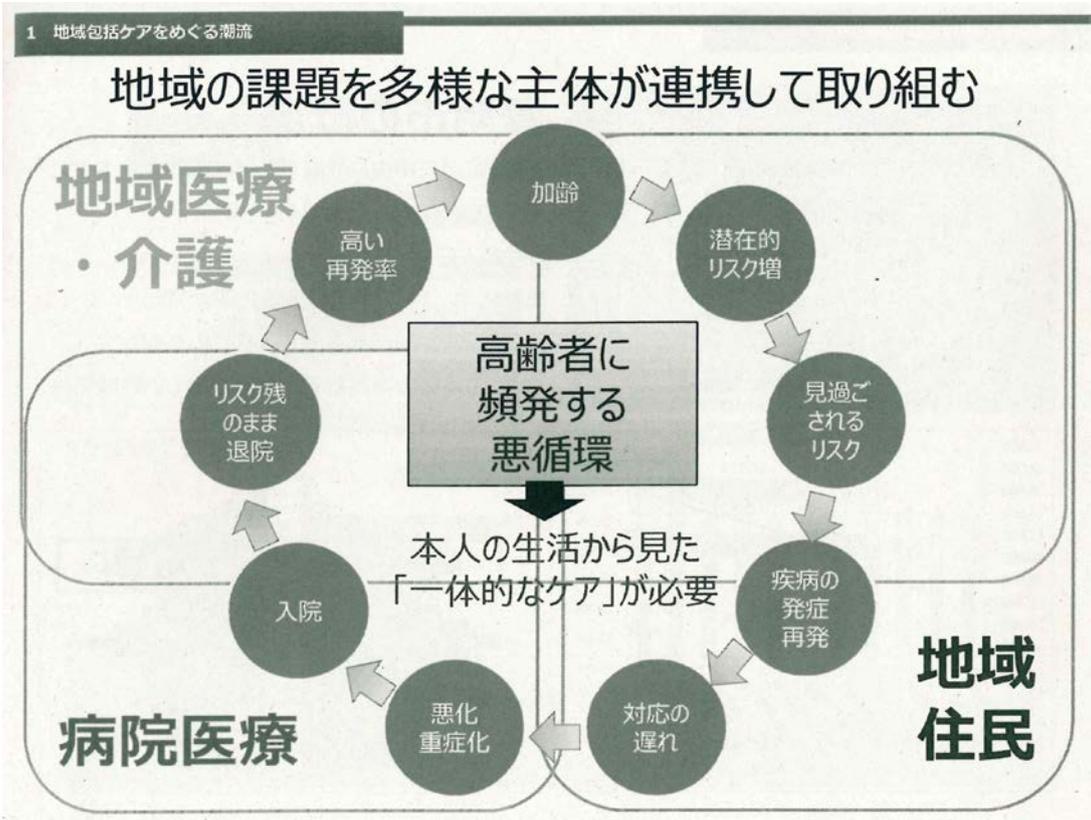
豊明市

地域包括ケアシステム けやきいきいきプロジェクトについて

1 地域包括ケアシステムの構築の目的及び経緯

豊明市は、高齢化率が愛知県の高齢化率より高く、今後の後期高齢者の伸びが著しい地域特性があった。さらに後期高齢期を迎え、様々な疾病を患う高齢者が多く出てきた。単身や、精神疾患、認知症を持った高齢者の発症リスクが見過ごされ、重症化して入院するが、病気を発症した生活環境がなにも改善されないまま、数週間後には退院させられてしまう。そしてさらに重症化して入退院を繰り返すという、「高齢者に頻発する悪循環」が顕在化してきた。

このような問題を解決するためには、本人の生活から見た「一体的なケア」が必要と考え、ICT情報連携ツールの整備や地域の職能団体組織化支援、患者の通院・入院動向調査などに取り組み、高齢者ケアに関わる病院、介護施設、地域住民などの利害関係者を取りまとめ先導した。そして、単身高齢者世帯の割合がとりわけ高い豊明団地において、互いに支えあう地域づくりを推進するため、藤田保健衛生大学やUR都市機構と包括協定を締結・連携し、豊明団地における地域包括ケアシステム「けやきいきいきプロジェクト」を構築している。



豊明市提供資料より

2 地域包括ケアシステム構築に向けた豊明市の重点的な取り組み

(1) ICT情報連携ツール「いきいき笑顔ネットワーク」の活用

名古屋大学が開発した医療福祉統合ネットワークシステムであり、ケアマネジャーや訪問看護師、医師など、患者のケアに関わるメンバーが、ウェブ上の閉じられたグループで情報共有・情報交換ができる。平成23年度から運用を開始し、平成28年6月現在、482人の患者、約2,330人の介護認定者、143事業所の医療・介護関係機関が登録されている。患者のケアにかかわる全員が、ケアの段階ごとに誰がどのようにかかわっていくべきか、常に考えるようになり、よりよいケアが可能となった。

(2) 医療介護人材育成事業

ア 合同研修会の開催

平成25年度から医療・福祉の多職種による検討会議や研修会、同職種勉強会などを実施している。

イ 地域の職能団体組織化支援

医師会、歯科医師会、薬剤師会のような組織がなかった看護師、療法士、介護支援専門員等についても、地域包括ケアを担う職能団体としての専門的な立場を確立し、責任を果たしていくべく、組織化を進めた。

(3) 医療介護連携に関する政策研究

ア 退院経過実態把握

市内の急性期病院（藤田保健衛生大学病院）への入院を契機に、新規要介護認定申請をした患者（約54人）について、医療保険・介護保険レセプト（診療報酬明細書）を分析し、約1年間患者動向及び経過を追跡調査した。この調査により、「一体的・継続的なケアを提供する調整役の不在」など、高齢者に起きている課題が明確になり、地域包括ケアシステム構築の目的を徹底的に意識し理解することができた。

イ 通院・入院動向調査

国民健康保険・後期高齢者医療保険・介護保険レセプトを独自に集計し、前期及び後期高齢者の市民の通院・入院・転院動向の傾向を把握し、連携すべき医療機関を絞りこんだ。この調査手法は近隣市にも共有し、調査依頼・分析をしており、今後の地域医療連携に活用する予定である。

ウ 多職種合同ケアカンファレンス

「自立型ケアマネジメントの強化」、「多職種の視点によるケアの質の向上」、「在宅療養生活における地域課題の把握」を目標に掲げ、月に2回程度実施している。地域包括支援センターや集中リハ事業所の専門職、医師、看護師など多数の関係者が参加し、互いに認め合い、連携を強化する場にもなっている。

エ 認知症初期集中支援チーム

地域包括支援センター・専門医療機関・豊明市による月1回のチーム員会議により、支援方法を検証し、ケースの進捗はICT「いきいき笑顔ネットワーク」により常に情報共有している。

(4) 地域介護予防活動の支援

地元の集会所、公民館など歩いて行ける場所で、週1回（1時間）の運動プログラム「まちかど運動教室」を提供している。会場の確保、会場費負担、住民への周知などは市民が行い、市はインストラクターの派遣と統一チラシの作成のみを支援している。住民同士の支え合いやコミュニティの創生につながっており、また、軽度の要介護者の参加を促すことにより、デイサービスに対する給付が抑えられ、介護保険料の削減にもつながっている。

3 豊明団地における地域包括ケア「けやきいきいきプロジェクト」

(1) 概要

愛知県地域包括ケアモデル事業（医療・福祉一体提供モデル）として、平成26年4月より3カ年事業を実施している。豊明市と、病院を運営する藤田保健衛生大学、団地を管理するUR都市機構が包括協定を締結し、前述の患者の動向調査、ICT情報連携ツールの整備、医療介護人材育成などを経て、豊明団地から広がる地域包括ケアシステムを展開している。

けやきいきいきプロジェクト-地域医療福祉の総合拠点へ



豊明市提供資料より

(2) まちかど保健室

豊明団地商店街内の空き店舗を活用し、UR都市機構中部支社と藤田保健衛生大学による共同プロジェクトとして開所した。大学の教員、医療専門職が、健康や医療に関する相談に応じている。相談料は無料で、団地外の住民も利用できる。部屋の初期改築投資はUR、家賃、運営費、人件費は大学が負担し、広報や他団体との折衝は豊明市が行っている。

5 モデル地区けやきいききプロジェクト

まちかど保健室概要

開室時間 : 平日10～15時
料金 : 無料
対象 : 市内外誰でも
対応者 : 看護・保健師、ケアマネ
理学・作業療法士、薬剤師
相談方法 : 面接、電話、メール
相談記録 : 利用者ごとの記録簿管理
主な相談 : 健康不安（8割）、
薬剤、治療など
平均相談時間 : 30分程度
ミニ講座 : 毎日実施



利用実績（4月末～5月末まで13ヶ月間）

開所日数 : 264日
延べ来室者数 : 3,719人(平均 14人/日)
講座参加者数 : 1,845人(平均 6.9人/日)
個別相談件数 : 435件(平均 1.6件/日)
認知症疑い早期発見: 18件

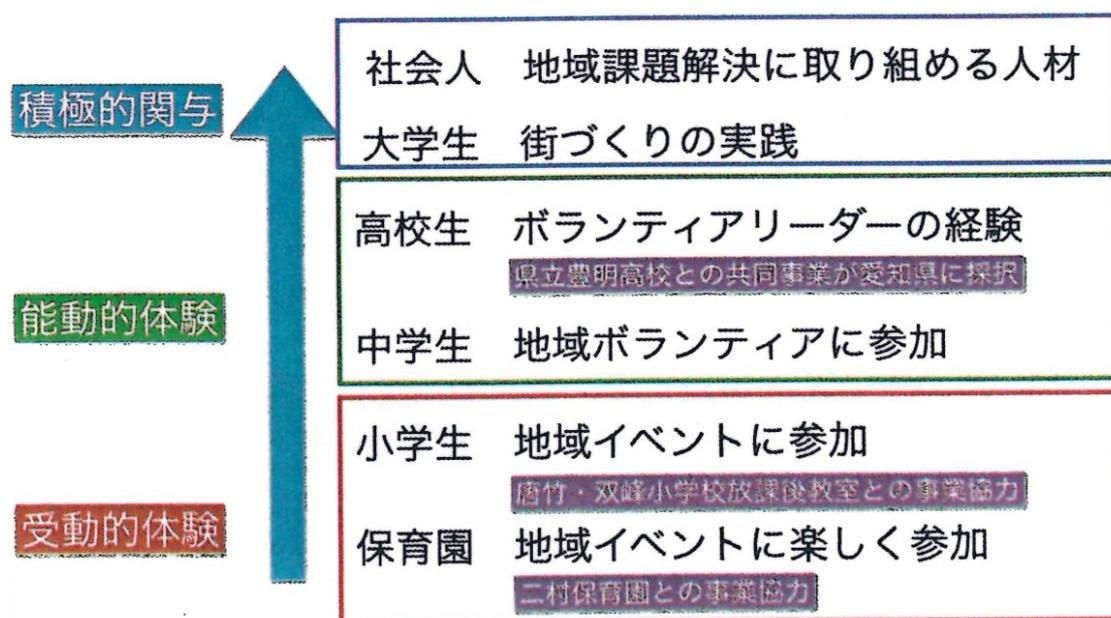
豊明市提供資料より

(3) 学生・職員の豊明団地居住及び地域活動

「学生が団地に住むことで高齢者が抱える現実の生活課題を学ぶ」ことを目的として、UR都市機構と海外の民間企業が共同で改装した部屋に、低価格で居住させている。（平成28年10月現在、学生と職員合わせて42名が居住している。）居住要件として、自治会会議への参加、買い物支援、防災訓練、独居高齢者とのふれあい会食、夏祭りなど、年間30時間程度の地域活動を義務づけているが、学生みずから子ども向けのイベントを企画・運営するなど、自発的に活動し地域に貢献している。

(4) 「地域課題解決に取り組める人材」の育成

大学生が積極的に子ども向けイベントを企画し、高校生をボランティアとして参加させて協働で活動することにより、地域包括ケアにおける目指すべき未来の姿や地域住民で支えあう精神を伝えている。高校生が大学生になった際には、みずから積極的に活動し、また、イベントに参加した子どもは楽しかった記憶を持つことにより、自分が高校生、大学生、社会人になった際に、自発的に地域課題解決に取り組める人材となり活躍することを目指し、一貫した人材育成を実施している。



藤田保健衛生大学提供資料より

4 事業の成果と今後の方向性

医療・介護関係者との連携の強化、介護保険料の削減、コミュニティ創生、学生による地域貢献、地域課題解決に取り組める人材の育成などが挙げられる。また「けやきいきいきプロジェクト」において、藤田保健衛生大学やUR都市機構との連携など、様々な地域資源の力を結集させたことにより、新たに実現可能となった事業が増え、取り組みがさらに広がっている。具体的には、移動介助ロボット、生活支援機器を備えた高齢者向けスマートホームプロジェクトなど、国内だけでなく海外からも注目される事業を計画し、愛知県産業への波及効果も期待されている。

今後は、さらに豊明団地内集会所をUR都市機構と改修し、地域医療連携センターや、コミュニティスペースなどを設ける予定であり、「生活・医療・介護のワンストップ相談支援拠点」として発展させていく予定である。

◎ 主な質疑

- ・まちかど運動教室の浸透状況と周知のあり方について
- ・団地における地域包括ケアシステムのマンションへの応用について
- ・豊明団地から始まった地域包括ケアシステムの全市展開について
- ・ICT情報連携ツール「いきいき笑顔ネットワーク」の使用状況等について
- ・職能団体の組織化及び連携に至る経緯について
- ・医師会や薬剤師会などの専門職の取りまとめにおける調整について

◎ 主な提供資料

- ・地域包括ケア「豊明モデル」 ～理論から実践へ～
- ・藤田保健衛生大学地域包括ケア中核センターとふじたまちかど保健室における取り組み

〔最後に〕

以上、調査事項について資料等による説明、施設の視察、各委員の質疑等によって判明したことを含め、視察の概要を記した。

なお、視察項目の設定に当たっては、前述のとおり本市における現在の行政課題等を念頭に行ったものである。

また、視察時間を有効に活用するため、事前に視察項目に関する資料を収集し、本市事業との比較、検討を行った上で視察に臨んだ。

本委員会は、これらの成果を今後の委員会活動はもとより、市行政に反映させていくことを確認し、管外視察の結果報告とする。