

平成30年度 文京区議会厚生委員会 視察報告書

1 視察日程

平成30年6月28日（木）・6月29日（金）

2 視察先及び目的

(1) 兵庫県神戸市

ICT地域包括ケアモデル（介護予防モデル）に関する調査・研究

(2) 広島県尾道市

総合病院を核とした寝たきりゼロの地域包括ケアシステムに関する調査・研究

3 視察参加者

委員長 田中 香澄

副委員長 佐藤 ごういち

委員 渡辺 智子

委員 浅田 保雄

委員 関川 けさ子

委員 白石 英行

委員 渡辺 雅史

委員 松下 純子

同行 坂田 賢司（認知症・地域包括ケア担当課長）

随行 望月 大輔（区議会事務局議事調査主査）

【1日目】 6月28日（木）

兵庫県 神戸市

■神戸市の概要

人 口 1,539,330 人 （平成30年6月30日現在）

世帯数 756,053 世帯 （平成30年6月30日現在）

面 積 552.3 k m²

概 要 1868年の開港によって近代化の第一歩を踏み出す。瀬戸内海と六甲山系に接する異国情緒豊かな港町。2006年2月に神戸空港が開港。2008年10月にユネスコ創造都市ネットワークに加盟し「デザイン都市」に認定。2010年8月に神戸港が大阪港とともに「阪神港」として国際コンテナ戦略港湾に選定された。また、まちの総合力を高める施策として、ITを活用した企業・創業の創出や人材育成などによる神戸経済の活性化と雇用創出の積極的な推進、都心の再開や医療産業都市など都市の魅力を高めるプロジェクトの展開、子育て・教育環境の充実、福祉、医療、防災、防犯といった市民のくらしの安全・安心を守る取組みを進めている。



神戸市会議場にて

「ICT地域包括ケアモデル（介護予防モデル）」

- 1 視察先名称
神戸市役所
- 2 視察日時
平成30年6月28日（月）13:30～15:00
- 3 視察目的
「ICT地域包括ケアモデル（介護予防モデル）」
に関する調査・研究
- 4 視察先対応者
神戸市保健福祉局高齢福祉部介護保険課
地域包括支援係介護予防担当係長 太田 亜紀氏



太田 亜紀氏

5 事業内容

神戸市では、サロン、趣味活動、体操教室等の介護予防事業の実施に際して、PHRシステムにより、住民の参加記録・活動量・問診情報を取得し、参加者にはPHRのグラフ化やゲーム性を加えたフィードバックを実施している。また、自治体が保有する医療・介護情報や個人の簡易問診データ等を情報連携基盤に統合し、分析結果をもとに要介護リスク、地域資源分布などの個人・地域の特性を示す指標を策定することで、PDCAサイクルによる介護予防事業を実施している。

神戸市の特徴

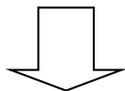
- ・要介護認定を5人に1人が受けているが、要支援1、2の軽度者の割合が半分程度を占めており、比較的軽度なうちから介護保険を使う傾向がある。一人暮らしの高齢者が多く、36%程度であるが、阪神淡路大震災の関係でお一人になられたという方が多く、何かあったときに不安で早く認定を受けておこうという方が多いという背景も考えられる。
- ・平成30年度から第7期介護保険計画が始まり、健康寿命の延伸を目的とし、市民と行政が一体的に取り組んで2025年までに健康寿命と平均寿命の差を2歳縮めるという目標を掲げている。
- ・従来は高齢者の見守り施策が比較的重要視されていたが、第7期介護保険計画ではフレイル対策を含めた介護予防を一番の柱に掲げている。これらを進めていくに当たってはデータ活用による効果的・効率的な事業展開が重要としている。
- ・地域の課題：介護予防・日常生活支援総合事業では、地域の特性を踏まえたPDCAサイクルによる介護予防施策が必要である、更に閉じこもり予防などの個々の介護予防事業の効果検証が必要であった。

神戸市における取組①

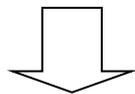
「健康と暮らしの調査」を活用した介護予防策

閉じこもり予防に効果のある介護予防事業の提供・・・サロン、趣味活動、体操教室等の介護予防事業を実施

・健康長寿社会を目指した予防政策の科学的な基盤づくりを目的とした、日本老年学的評価研究プロジェクトチームが実施している、全国 41 市町村の要介護認定を受けていない高齢者 20 万人を対象にした調査であり、神戸市では 2011 年、2013 年、2016 年に本調査を実施。65 歳以上の高齢者の男女 15,905 人の対象者に対して 11,805 人 (74.22%) の回答があった。



・その調査結果の地域診断に基づき、地域包括支援センター（あんしんすこやかセンター）圏域の単位で見える化し、地域の課題を把握、要介護リスクが高い地域をモデル地域に選定。



- ・立上げにかかるプロセスを重視しながら、『住民主体』にこだわり、地域に開かれた持続可能なつどいの場（介護予防サロン）の立ち上げを目指す。
（現在サロン数は 1300 で、必要数は 1500）

神戸市における取組②

効果的・戦略的な介護予防の推進に向けた課題に対する取組

- * タブレット端末や NFC 付き活動量計を用いた PHR システムによって住民の参加記録・活動量・問診情報を取得

【現状】

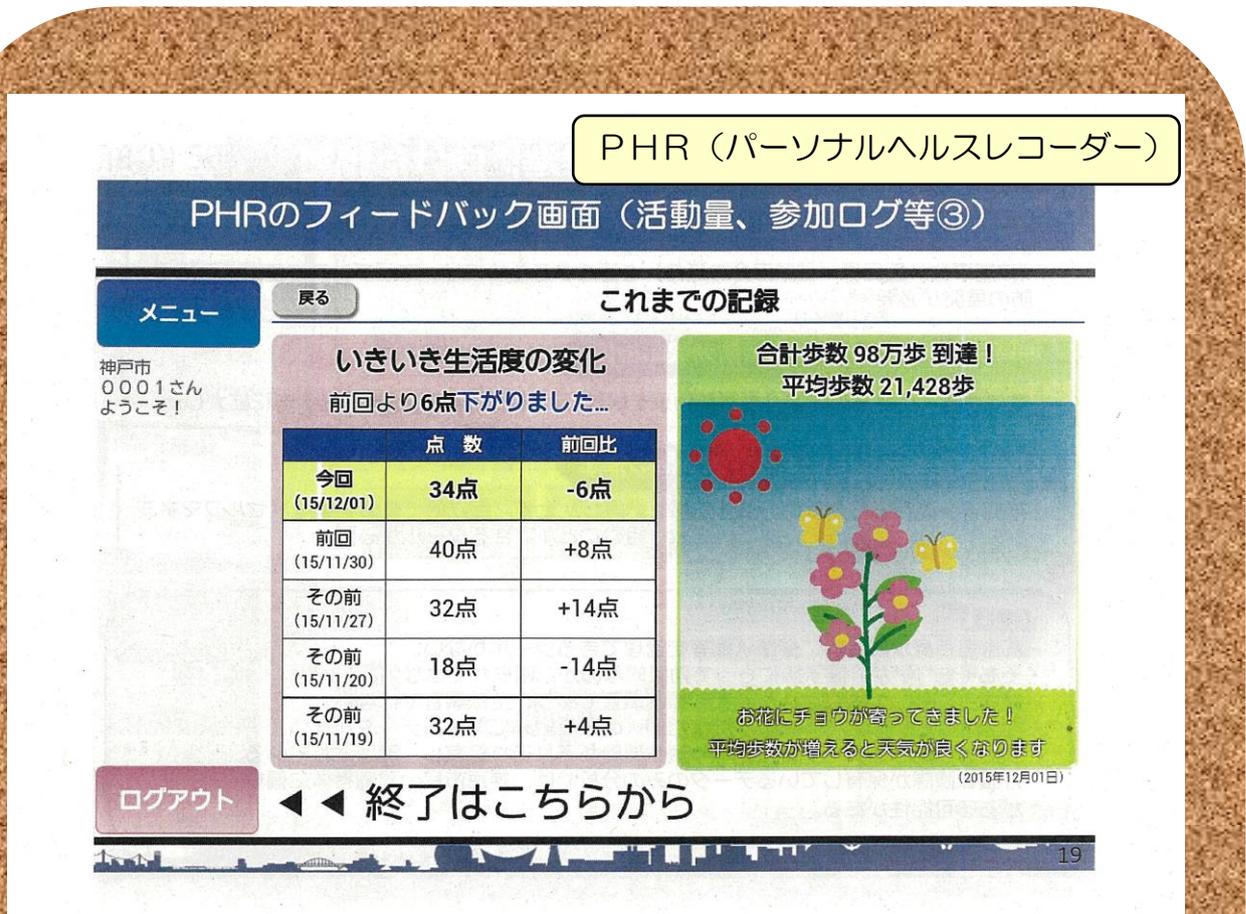
- ・高齢者自身が総合的に健康状態等を管理できるツールがない
- ・そもそも何が介護予防にとって効果的なのか、明らかではない。
（少し体操しているグループの方が良いのか、お茶だけ飲んでいても効果があるのか、趣味的文化活動なのか）
- ・健康と暮らしの調査は全数調査ではない。
- ・地域の集いの場への参加状況など個人の取組に関するデータがない。
（どのサロンに誰が入っているのか分からない。）
- ・介護保険課が保有しているデータのみの分析では、神戸市民の高齢者像に偏りがある可能性がある。

取組②－1

- ・総務省の協力を得て、各課のデータを繋げ、情報連携基盤を作った。
（健診データ、介護保険認定情報、健康と暮らしの調査結果、医療のレセプト等）

取組②-2

- ・NTTの協力を得て、地域の集いの場（サロン会場）にタブレット端末を設置し、ICTを利用したPHRのグラフ化やゲーム性を加えたフィードバックを実施した。



活動量計（万歩計のようなもの）をモデル地域の高齢者に持っていただき、サロン会場でタブレット端末にタッチすると活動量が取り込まれる。本日の気分など、そのほかの問診に答えて回を重ねていくと、画面に花が咲いたり、雨が降ったりという、たまごっちのような発想で行った。（もともとは課題であった、誰がどこにどれだけ参加しているのかを知るためと、ご本人にとっても外出のきっかけになる。名簿を自動的に作成できるというメリットもあった。）高齢者の反応としては意外と面白がって、他の人との会話（「あなた、曇っているじゃない。私はなかなか花が咲かない。」など）が生まれ、タブレット端末を介しての交流があった。

参加記録・活動量・問診情報を取得し、情報連携基盤に戻して、その人たちの効果がどれだけあったかを千葉大学に現在検証していただいているところである。

* 情報連携基盤と PHR の構築・データ分析・・・自治体が保有する医療・介護情報や個人の簡易問診データ等を情報連携基盤に統合し、分析結果をもとに要介護リスク、地域資源分布などの個人・地域の特性を示す指標を策定

要介護要支援リスク質問紙からその後要介護になった人を千葉大学に分析を依頼し、5年後の要介護状態になるリスクが分かるという指標（「5年後のおたっしや度」）を作成していただいた。アプリも開発したが、紙媒体の手帳も市民に配布している。



私のおたっしや度チェック

質問 (1問ずつ、すべてにお答えください)	当てはまる 方に○を つける	つけた 点数を 書き写す
① バスや電車で1人で外出していますか	はい 3点 いいえ 0点	→
② 日用品の買物をしていますか	はい 1点 いいえ 0点	→
③ 預貯金の出し入れをしていますか	はい 2点 いいえ 0点	→
④ 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい 5点 いいえ 0点	→
⑤ 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	はい 3点 いいえ 0点	→
⑥ 15分位続けて歩いていますか	はい 3点 いいえ 0点	→
⑦ この1年間に転んだことがありますか	はい 0点 いいえ 3点	→
⑧ 転倒に対する不安は大きいですか	はい 0点 いいえ 3点	→
⑨ BMI「体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)」が18.5未満ですか	はい 0点 いいえ 3点	→
⑩ 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい 0点 いいえ 3点	→
性	男性 1点 女性 0点	→
年齢	65~69歳 25点 70~74歳 17点 75~79歳 10点 80~84歳 4点 85歳以上 0点	→

★おたっしや度合計点数→

あなたの5年後のおたっしや度は何パーセント?

～おたっしや度チェックの合計点数と照らし合わせてみましょう～

おたっしや度結果 (%)	合計点数
35%	0
39%	11
44%	13
46%	15
54%	17
57%	19
61%	21
62%	22
69%	24
76%	26
76%	28
80%	30
84%	32
86%	33
89%	35
92%	37
93%	39
94%	41
96%	43
98%	45

無理せず 少しずつ 出かけよう! 黄色信号! 今より積極的に 出かけよう! その調子! すばらしい!

おたっしや度とは?
これから約5年間、あなたが「やりたい!」と思った身の回りのことを、人の助けを借りずにご自身の力でやり続けることができる可能性をあらわす数字です。
千葉大学などの研究グループによって開発されました。
(辻大士ほか, 日本公衆衛生雑誌, 2017)

私のおたっしや度チェックを行う委員



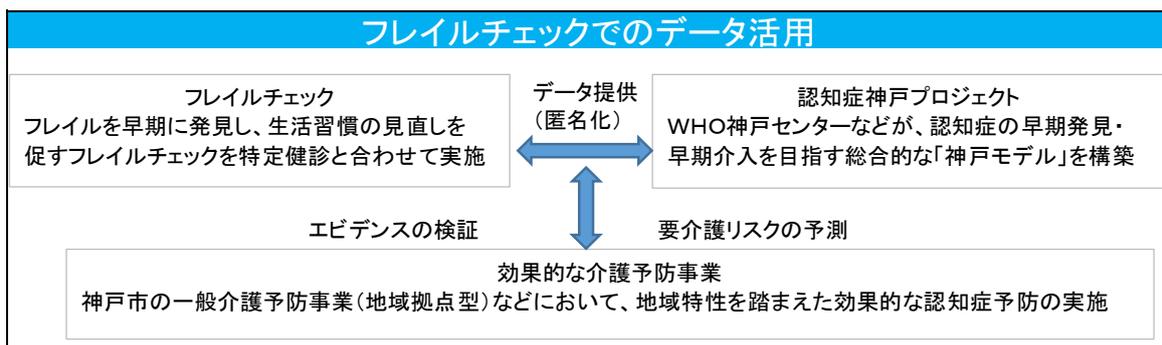
主な成果

- * PHR システムによる介護予防事業への効果・・・サロン参加者の3割以上に「知り合いの数」「会話の機会」「友人と会う機会」の増加が見られた。
PHR システムによるフィードバックが参加者の介護予防への意欲醸成に貢献できた。
- * 情報連携基盤の導入・活用による効果・・・課題や仮説の明確化、地域の多様な担い手の巻き込み、PDCA 実践による施策品質向上・最適化等により、神戸市全域に展開すると年間4億円の介護給付費抑制効果と試算。

健康寿命延伸の取組～フレイル

薬剤師会との連携による「全国初」の試みとして、薬局での「フレイルチェック」を実施。

⇒ 市内の65歳市民（約2万1千人）を対象に、薬局（345ヵ所）で医療機関の実施する特定検診と合わせて実施。（※「フレイル」病気ではないけれど、年齢とともに全身の予備能力、筋力や心身の活力が低下している状態）また、サロンのような集団の場でもフレイルチェックを導入していく予定であり、東京大学の飯島教授が開発している簡単な赤と青のシールを張るフレイルチェック（簡易チェック）という別のツールの導入も予定している。



メタボ予防からフレイル予防にギアチェンジ

これまでメタボ予防のために、食事量を控えていた方も、65歳ごろからは切り替えが必要、栄養の見直し・身体活動の取り組み・社会参加に努める

フレイル チェックの ご案内

©神戸市国民健康保険加入の65歳の方対象

「**フレイル**」とは… 年齢とともに全身の予備能力、筋力や心身の活力が低下する、介護が必要な状態になりやすい状態のことをいいます。



など、思い当たることはありませんか？

フレイルは、早めに気づいて、適切な食事・運動を心がければ、再び元気な状態に戻る可能性があります。

まず、今の元気な状態を知って、

フレイル予防を意識した生活をおくりましょう。



「フレイルチェック」の受け方

実施機関

市内の実施機関で受診できます。同封のフレイルチェック実施機関一覧からご希望の機関をお選びいただき、お電話にてお申し込みください。

←実施機関はこのステッカーが目印!

市民健診集団健診会場

神戸市で実施している市民健診集団健診会場で健康診査と同時に受診できます。集団健診の日程は、神戸市国民健康保険特定健診の案内※や広報紙KOBE、神戸市ホームページで確認できます。[神戸市 市民健診 検索]

★フレイルチェック単独受診はできません

「フレイルチェック」では、

質問票の記入、握力測定、ふくらはぎ周囲長計測、ガムによる噛む力の計測などを行います。動きやすい服装・靴でお受けください。

※身体状況に合わせて、実施可能な項目のみ計測することも可能ですので、スタッフにご相談ください

所要時間 約10分
(質問票記入を除く)

お問い合わせ先 神戸市けんしん案内センター (兵庫県予防医学協会内)

☎078-262-1163 FAX 078-262-1165 8:30~17:00 土・日曜、祝日、年末年始(12/29~1/6)を除く

神戸市けんしんキャラクター ハラ デタゾウ(仮)



6 主な質疑応答

Q 「健康とくらしの調査」の回収率が74%と高い。何故か。

A 返信率を上げるため、送付後1週間後に回答をいただいた方に、「ありがとうございます。」まだの方は「よろしくお願ひします。」と手紙を送付することで、1割程度回答率が向上した。

Q 得た情報に対するフィードバックはどこまで進んでいるのか。

A 地域包括支援センターへ情報提供し、地域の課題の検討まではやっており、そこから「地域のつどいの場」づくりが課題として抽出された。各所管課が保有するデータをつなぎ、希望する方に提供することについては、個人情報の壁があり、現状ではフィードバックできていない。

Q 個人情報の扱いはどのように行われているのか

A 個人情報保護の観点からの適正な取り扱いが求められる。特に、セキュリティ対策は重要である。行政データ、病院データ、介護事業者データ、など分散している個人情報を一元化し整理することは限界もある。しかし、それを超えていかないと前に進まない。庁内外の関係部局で調整に入っている。

Q 文京区では、医療介護連携について、「ライン」のような仕組みを活用してネットワーク作りが始まっているが、神戸市のアプリ活用などの現状はどうか。

A 神戸市では行政内の医療や健康情報を本人に見てもらって、かかりつけ医やケアマネジャーなどに相談するというような、健康行動に結びつけようという仕組みを作ろうとしており、医療介護情報を他者が見てという仕組みとは違う。別のプロジェクトで、お薬手帳を電子化する動きが進んでおり、カード化することで薬剤師や医師がデータが見られる。災害時にも役立つ。

Q PHRのアプリは個人でダウンロードできるのか。また、フレイルチェックの薬剤師会に係る費用はいかがか。

A アプリは実験段階中であり、NTTに、神戸市のタブレットにのみ入れていただいているため、市場には出回っていない。

フレイルチェックの予算については薬剤師会に協力いただき、フレイルチェックをやっていたら1回1000円から1500円程度、それ以外に啓発や、事務的負担に対しての費用を薬剤師会本部にも支払っている。

Q 地域のサロンづくりの予算や規模などの現状はどのようになっているか。また、サロンの継続性を保つため、何か工夫はあるか。

A 予算は、ほとんどかかっていない。地域主体、住民主体が基本である。補助金制度もあるが、自分たちでお茶代や会場費を払っている。健康活動につながれば、活動内容も自由である。住民のリーダーを人材発掘していき、活動してもらっている。規模は5人くらいから多くて40人くらいで、開催頻度は月1回のサロンが多い。人的支援を地域包括支援センターが担っていて、お金はかけていない。サロンの継続支援として、地域包括支援センターが代表者に声掛けして交流会を開き、リーダー間の交流の中でお互いの悩みや、情報の交換をして、リーダーを支援する取組をしている。

【2日目】 6月29日（金）

広島県 尾道市

■尾道市の概要

人 口 138,184人 （平成30年6月30日現在）

世帯数 64,677世帯 （平成30年6月30日現在）

面 積 285.11k㎡

概 要 県東南部にあり、1169年の尾道港開港以来、瀬戸内の代表的商港都市として発展。また多くの文人墨客が足跡を刻み、優れた芸術・文化を育むとともに、映画のロケ地としても有名。全長約70kmのしまなみ海道は、世界からも魅力的なサイクリングロードとして注目を集める。2005年3月に御調町・向島町と、2006年1月には因島市・瀬戸田町と合併。瀬戸内のほぼ中央に位置し、広域拠点としての機能は高まり、「瀬戸内の十字路」としての発展が大いに期待される。空き家再生や文化財保存活用、フィルムコミッション等を通じた映画文化の振興が評価され、2014年3月に文化芸術創造都市部門の文化庁長官表彰を受賞、2015年4月には「尾道水道が紡いだ中世からの箱庭的都市」が、2016年4月には今治市と共同の「日本最大の海賊本拠地：芸予諸島よみがえる村上海賊の記憶」が2年連続で文化庁から日本遺産に認定された。



公立みつぎ総合病院 保健福祉総合施設にて

総合病院を核とした寝たきりゼロの地域包括ケアシステム

- 1 視察先名称
公立みつぎ総合病院
- 2 視察日時
平成 30 年 6 月 29 日（金）9：30～12：15
- 3 視察目的
「総合病院を核とした寝たきりゼロの地域包括ケアシステム」に関する調査・研究
- 4 視察先対応者
尾道市立総合医療センター公立みつぎ総合病院
院長 沖田 光昭 氏
事務部総務課秘書資料室参与 正尺 忠憲 氏
- 5 施設の概要



沖田 光昭 氏



正尺 忠憲 氏

公立みつぎ総合病院（平成 30 年 5 月現在）
理念：地域包括ケアの実践と地域包括ケアシステムの構築及び住民のための病院づくり
体制：○公営企業法の全部適用（平成 15 年より）
○国保直診（直営診療施設）
病床数：240 床 一般病棟：145 棟（緩和病棟 6 床を含む）
回復期病棟：72 床 療養病棟：23 床
併設施設：保健福祉総合施設（老人保健施設等）317 床
合計 557 床

診療科目：22 診療科
診療圏域人口 約 6 万人
職員数：660 人（正職：514 人 臨職 156 人）
医師数 32 人（歯科医師・研修医を含む 非常勤医師：44 名）
保健師数 15 人

特性：○二次医療を行う地域の中核的総合病院
※リハビリテーション（急性期・回復期・生活維持期）
※緩和ケア（病棟・在宅・施設）
○二次救急指定病院
○かかりつけ医の役割
○⇒地域包括ケア連携室を設置
○在宅ケア（訪問診療・訪問看護など）と寝たきりゼロ作戦を実施
○病院に保健福祉センター（行政部門）を併設
○介護関連施設を運営
○日本医療機能評価機構による病院機能評価認定施設
○人間ドック・健診施設機能評価認定施設
○緩和ケア機能評価認定施設
○地域包括医療・ケア認定施設

6 事業概要
施設の沿革（抜粋）

	病院	施設	在宅
昭和31年	御調国保病院	第1段階	
昭和49年		寝たきりゼロ作戦	医師・看護師による出前医療 病院保健師の採用 本格的訪問看護（専任）
昭和54年	病院保健師採用 （健康づくりと専任の本門看護に従事）		第2段階 町の機構改革で保健・福祉業務を病院内に移行
昭和56年		県立特養運営受託	
昭和59年	公立みつぎ総合病院 （名称変更）	第3段階 介護関連施設群の併設	院内に健康管理センターを併設 （保健師全員病院職員として採用） （行政とのドッキング）
平成元年		老人保健施設「みつぎの苑」新設	
平成4年		デイケア開始	
平成5年		ケアハウス開始	病院内に訪問看護ステーション
平成9年			
平成10年		デイサービス開始	病院に保健福祉センターを合築
平成12年		リハビリテーションセンター 新設（有床診） 県立特養病院へ移管	
平成13年	回復期リハビリ病棟新設		
平成14年	緩和ケア病棟新設	グループホーム設置	

(1) 在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦（S49）⇒第1段階

⇒退院後在宅で寝たきりとなり、再入院する人が増えた

長崎大学から赴任された初代院長は外科医で、手術で大勢の患者の命を救ってきたが、一度は自宅に戻った患者が大きな褥瘡を作ってまた病院に戻ってくる実態を目の当たりにし、何が背景にあるのかを深く考えさせられた。

昭和40年代の御調町は寝たきりの方が非常に多い町であり、介護力の不足、不適切な介護、医療・リハビリの中断、閉じこもり生活等の寝たきりの要因を取り除き、寝たきりを予防するため、昭和49年から病院の外来看護師による訪問看護（「待ち」の医療から「出ていく」医療への転換）、昭和54年に病院に専任の訪問看護師としての病院保健師をおき、高齢者や家族との人間関係を作り、訪問看護を行うことにした。さらに昭和56年から訪問リハビリを開始するなどして、今日の地域包括医療・ケアのさきがけの体制を構築していった。現在、御調町には公立みつぎ総合病院の保健師も含めて、15名の保健師（すべて常勤）がいるが、これらはいずれも2～3年は病院で看護師として勤務してもらい、臨床看護の技術を十分身に付けた後に保健師として配置転換して訪問看護等を行うようにしている。



(2) 保健・医療・福祉の連携・統合 (S59) ⇒ 第2段階

⇒病院と行政のドッキング (行政改革)

訪問看護を開始して福祉の壁にあたった。在宅で療養している高齢者やその家族には色々な問題があり、身体障害者手帳や介護手当ての交付、車イスやベットの貸与、ホームヘルパーの派遣等、これは町住民課の所管であり、福祉との連携が縦割りであった。福祉の壁をクリアするには、医療と福祉をドッキングさせることが大切と考えた。当時の町長は地域包括医療の考えを最もよく理解してくれている一人であり、まず町長に話しをし、次に、議会にも理解を求めた。その後、保健・医療・福祉の連携のための機構改革を行うことについて、町当局、議会、住民のコンセンサスを得ることができた。そして、昭和58年の第5次病院全面増改築工事の際に、病院内に健康管理センター（後に保健福祉センターと改称）を併設し、町住民課の福祉担当部門と社会福祉協議会のホームヘルパー、厚生課の保健担当部門の保健師等、更に、平成10年には国保担当部門もここへ移管し、所長は病院長が兼務した。こうして、病院の医療と行政部門が合体することにより、保健・医療・介護・福祉の連携・統合が可能になり、今日の地域包括ケアシステムへと発展してきた。その人のQOLの向上ということ、全職種の認識のために研修を重ねてきたことも、今日の地域包括ケアシステムの発展へと繋がった。



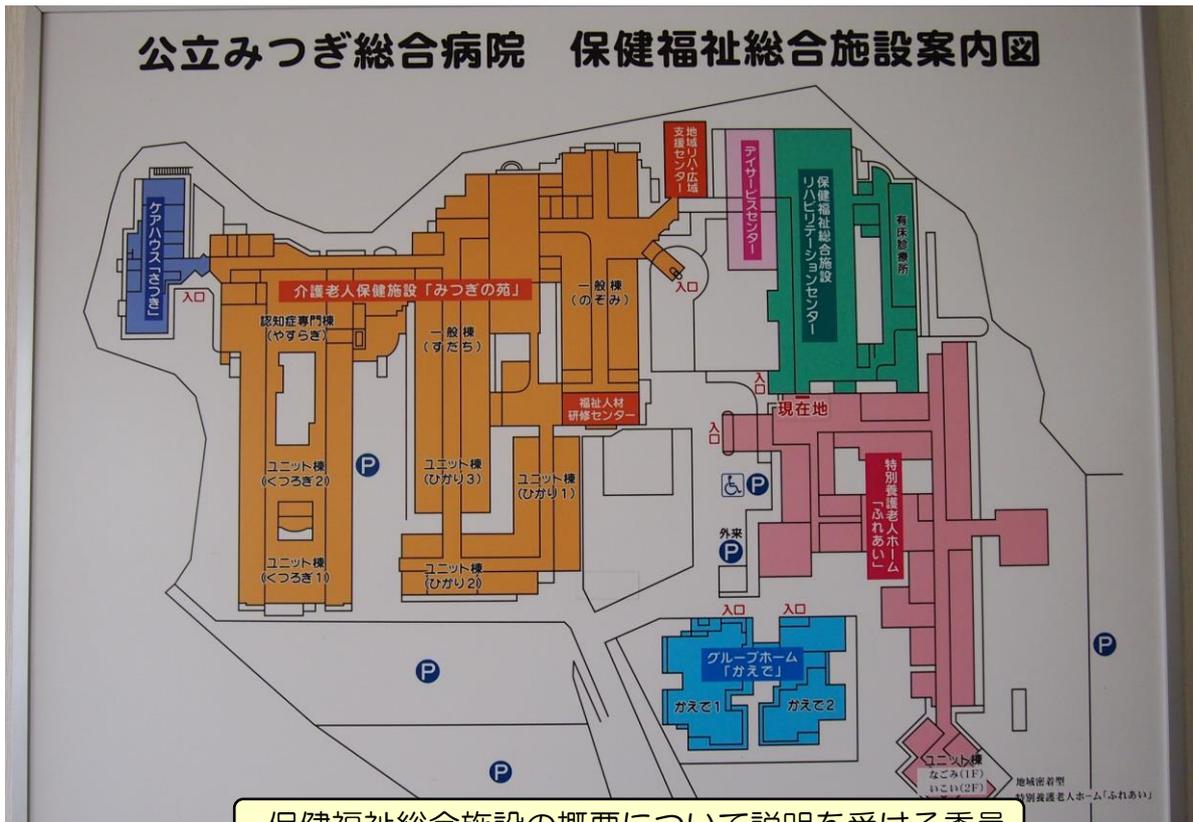
保健福祉センターを病院に併設 (介護保険の申請等も可能)

(3) 各種介護施設の併設 (S56) ⇒ 第3段階

⇒維持期 (生活期) のリハビリセンターを合築

県立の特別養護老人ホームが御調町に昭和56年に開設され、医師や看護師のスタッフを派遣するようになった。県は、4.8ヘクタールの土地に開設済の特別養護老人ホームとリハビリセンターの他、老人病院や研究所をつくる予定であったが、県の予算がつかずに経年していることに町長と病院長が着目し、介護施設群の建設のために貸してほし

いと要望した。その背景として、在宅を充実させた結果、ショートステイの要望や、リハビリの調子が落ちてきたのでリハビリをさせてほしいということが在宅で起こるようになったことがある。病院でもある程度対応はしていたが、介護施設群が必要だということで、平成元年に老人保健施設ができたのを始め、ケアハウス、デイサービスセンターなどの介護施設群を開設した。平成12年の介護保険開始の年、県立の特別養護老人ホームと老人リハビリセンターが御調町に移管されたことに伴い、従来公立みつぎ総合病院の施設として運営してきた介護老人保健施設などの施設群と併せて、御調町保健福祉総合施設としてスタートした。後に病院事業に含め病院附属施設となる。平成14年、総合施設にグループホームを新設、病院では回復期リハビリ病棟、平成14年に緩和ケア病棟を開設し、円滑な地域連携を進めるために地域包括医療・ケア連携室を開設した。



保健福祉総合施設の概要について説明を受ける委員



(4) 住民参加 (S60)

⇒住民組織とボランティア (互助)

- ・健康わくわく 21(健康づくり座談会)旧御調町の集会所を2年間で一巡りする健康座談会を開催、その企画は行政(保健福祉センター)、保健師、地域の自治会長とテーマを決めてそれに見合うスタッフ(研修医等)を病院・施設から派遣し、グループワークで実施する。
- ・健康福祉展(年に1回病院にて土日開催、医療スタッフによる体力測定等を企画、ボランティア・一般住民が参加する。)
- ・保健福祉大学 保健・医療・福祉・介護のスペシャリストを招いて、住民対象に話をさせていただく。保健師が企画する。
- ・保健福祉推進大会 年に1回7月、住民活動家によるシンポジウムを開催。コーディネーターは保健師、

行政部門で企画し、病院・施設職員が在宅や病院で住民とともに実施している。

(5) 地域包括ケアシステムの構築

(S59 国へ提言・H1御調町で完成)

地域包括ケアシステム(共通概念)
本人(乳幼児～高齢者)がどんな状態(保健、医療、介護、福祉)であろうが、どこ(在宅、施設、病院・診療所)におられようが、本人や家族のニーズ(人生・生活)に専門職(共助)、行政(公助)、地域住民(互助)が連携して継続的に答えていくシステム



- ・シームレス(きれめのない)な医療・介護連携

病院を早く退院したが、在宅に戻れることをケアマネジャーやスタッフは知らなかった(医療と介護の分断)という事態を避けるため、入院中にカンファレンスを在宅のスタッフを呼んで行うことが重要。在宅生活にスムーズに移行できるよう支援を行う。

- ・地域ケア担当者会議

10～30名の保健・医療・福祉スタッフによるケアカンファレンスで、どのようなサービスが必要か、またどのようなケアチームを編成するかを決め、ケアプランを作成して週間プログラムをつくる。これらの会議は平成4年から実施しているが、市町村合併後の現在では地域看護科或いは地域包括支援センターが主催して開催。

- ・リハビリテーションは予防にも医療にも介護福祉にも、場所に関しても、病院・施設・在宅すべてに関わる、地域包括ケアシステムを支える大きな柱である。急性期の場合は外来も含めて病院、回復期は回復期リハビリテーション病棟、維持期は保健福祉総合施設で、在宅の訪問リハビリテーション、その人の時期に合わせてやっていく。病院で急性期と回復期を担当、保健福祉総合施設の方で維持期（生活リハビリテーション）を担当することでフルカバーができています。



理学療法室（維持期）

地域包括ケアシステムの成果⇒まちづくり

- ・寝たきりの減
寝たきり者（重度要介護者）の減少。昭和 40 年代には多かった寝たきり者が地域包括ケアの実施（治療のみではなく、健康づくり（保健）から寝たきり予防（介護予防）までを包括的に取り組むこと）により徐々に減少した。数字として効果が確認できるまでには約 10 年を要した。（10 年後には 3 分の 1 に減少）
- ・医療費伸び率の鈍化
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、その後逆転し、以後県平均より低い状態が続いている。
- ・経済効果
保健福祉総合施設など施設やサービス事業所などの設置により、職員の雇用にもつながり、町の活性化に貢献し、過疎化に歯止めがかかった。福祉・介護の充実のために県外或いは、他市町村から移住してくるケースが増えつつある。

6 主な質疑応答

Q 小さい町で病院が生まれ、これだけの環境が整ったことは住民にとっては喜ぶべきことだが、行政の財政的な負担は大変なものがあったと想像できるがいかか。

A 当時の町長のリーダーシップと議会の理解が大きかった。医師と行政のトップがタ

ッグを組み、議会の理解も得て行ってきた。昭和40年代は赤字だった。病院が昭和51年から99床になり、病院が大きな収入源として支えた。介護施設群は年間全収益が63億円、そのうちの3分の2強が医療保険関係、後の3分の1弱が介護保険関係である。経営面としては健全経営を維持しているものの、緩和ケア病棟などの赤字部門も抱えている。保健師の9人分の人件費のうち、半分はみつぎ総合病院で負担している。しかしながら、一つ一つ赤字か黒字かで判断しては、地域包括ケアは成り立たない。近年は特に中山間地域での医師確保が全国的に難しい状況にあり、当院においても医師数の減少により経営が厳しい状況になっている。

Q 職種や専門性の立場を超えて関心を持つということが重要ということだが、医師の側からすれば専門性を深めていくことと、患者本位という考え方をどう共存させ、モチベーションを上げているのか。自分の専門性を深めれば深めるほど縦割りになっていくという側面もあるのではないか。

A 課題と認識している。ミクロの部分でその専門を極めるのはどの職種も当たり前であり、一方で、つながるというマクロの意識、両方を持たないと地域包括ケアシステムは成り立たない。無駄な会議は無くしていくべきだが、連携のための会議を行うことで、一人一人の患者さんに対して即座に対応できる。自分の専門しかできませんではなくて、各職種がいろんなところで頑張っていることを理解し、制度は皆が理解して話ができるようにということが理想である。自然にできるようになるものではない。

Q 経営側からの個人情報の簡略化や対応について伺う。

A 電子カルテは共有している。施設、病院、訪問看護ステーション、在宅にもつなげている。会議の時には紙ベースで行うが、必ず個人情報を記載された紙は持ち帰らせない。個人情報に厳しい時代になっており、そのために連携がとりにくいという側面はある。

Q 病院経営について、市一般会計からの繰り入れや国の補助金はどうなっているか。

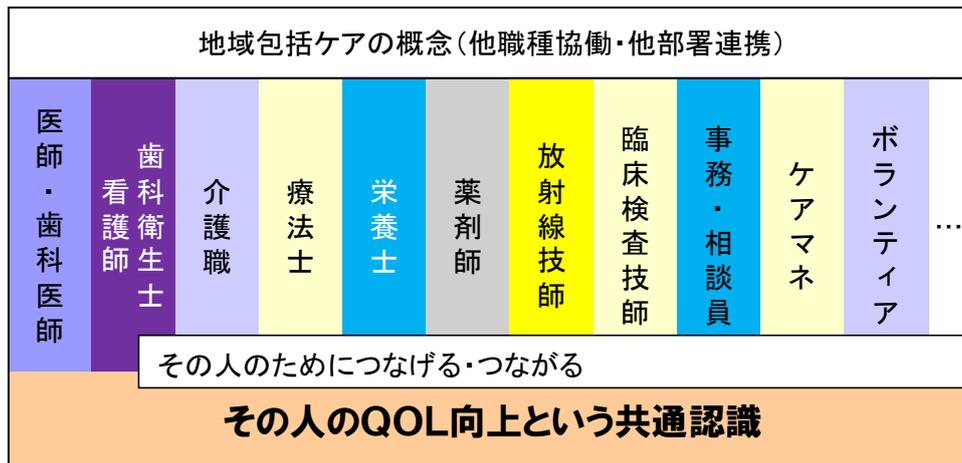
A 尾道市からの繰り入れはゼロである。国の補助金はあるがいわゆる赤字補填はない。

Q 医師不足について伺う。

A かつては大学病院からの派遣が主であったが、今は専門医志向で、大学に行かずに医局に入らないという傾向があり、大学病院の医師が減るので地域医療が厳しくなるという状況もある。いろんな大学病院等に回って医師派遣のお願いをしている。

Q 患者のQOL向上のための研修はどのように行っているか。

A 一人ひとりの患者に全職員が関わるという意識を持ってもらうことが大切であり、自分の専門性以外に、他の職員が頑張っている様子を理解してもらえらるような研修を心がけている。



Q 地域包括ケアを進めていくことに、当初住民が反対した理由について伺いたい。

A 今から40年前は医療と介護の連携について、なぜ病院がそこまでやるのか。と住民の理解が深まっていかなかった。そうした中でも行政や議会は理解していただき感謝している。

Q 尾道市として、このみつぎ病院のシステムを市全体として取り入れていこうとしないのは何故か。

A このシステムは御調町という単位だったからこそ成功した。まとめやすかった。旧尾道市はすでに尾道方式が定着しており、医師の目が届くまでという点では成果を挙げている。こうした歴史的なものや縦割りの要因があるのではないかと思う。



視察を終えて

田中 香澄 委員長



この度、神戸市の ICT を活用した介護予防の取組について視察させていただきました。平成 12 年から始まった介護保険制度は、開始より 18 年という時が流れましたが、その目的を果たすために制度が熟していく一方で、想像以上に高齢化のスピードが早く、施設やサービス、人材が足りない等、我が文京区も早急に改善し取り組むべき最重点施策の一つであります。健康とくらしの調査データを基に、神戸市にて管理している健康情報・介護情報等を連携させることにより、生活環境因子と要介護状態の関

係を仮説により推計したデータを介護予防に活用されていることを伺い、大変勉強になりました。電子お薬手帳やPHR等の生活行動の情報をもとにした分かりやすい指標の設定や、介護予防事業参加データや身体機能測定データ等（PHR）を活用した介護予防施策の評価とセルフマネジメントの推進を図る等、介護予防のエビデンスを蓄積し今後活用していくという取組は、本区にも取り入れたいところです。人生 100 年時代と言われる昨今、介護予防も含め、健康寿命延伸をどう具現化していくか、費用対効果を鑑みながら、効果的に ICT を活用し、更にスピード感をあげて介護予防に取り組んでいきたいと思いました。

佐藤 ごういち 副委員長



神戸市の ICT 地域包括ケアモデルを視察した。神戸市では阪神・淡路大震災による人口流出後、復興とともになだらかに人口回復するも高齢化比率は急こう配に上がり 30%を超えている。健康寿命延伸の取組を市民と行政が一体的に取り組み、2025 年までに健康寿命と平均寿命の差を 2 年縮めるため、大学、研究機関と連携し、認知症施策の総合的推進、リハビリテーションの充実、介護予防の推進等を推進するための地域ごとのデータ

活用をしており、効果的・効率的な事業展開が重要としていた。取組の一つである地域包括支援センター圏域ごとの重点地域抽出シートのきめ細かさは管理の行き届きを感じた。尾道市では、みつぎ総合病院を核とした住民参加の地域包括ケアシステムについて調査・研究した。昭和 49 年からの地域包括ケアシステムに取り組む地域包括ケア発祥の地でもあり、長い実績の上に構築された話には説得力があり高齢者の在宅支援や病院と行政と地域の方々の三位一体の取り組みを感じ取ることができた。迫りくる 2025 年問題を考えた中

で地域包括ケアサービスを考えた中でボランティアや地域の企業や商店など様々な方々をどうやって理解と参加させるかが課題であると話していた。文京区に置き換えても地域包括ケアサービスの窓口は人口から鑑みても地域活動センター毎に存在する必要性を感じた。

渡辺 智子 委員



神戸市における、健康長寿社会を目指した予防政策の科学的な基盤づくりを目的とした「健康とくらしの調査」では、要介護認定を受けていない市内に居住する65歳以上高齢者の男女73.34%の回答があり、地域包括支援センター圏域ごとのデータ活用による効果的・効率的な事業展開や、きめ細かな取り組み「見える化」の成果を学ぶことができます。2025年度までに市民と行政が一体となり健康寿命と平均寿命の差を2年縮める健康寿命延伸の取り組みをしている中で、第6期の神戸市介護保険事業計画では、介護保険料の抑制をすることができ、効果が見られます。2025年度までの目標も明確になっており、第7期の介護保険事業計画では、メタボ予防からフレイル予防にギアチェンジされ、今後の取り組みが期待されます。我が会派でもフレイル予防対策について要望をさせていただいておりますが、フレイルチェックシートを活用し、特定健診に合わせて実施している状況は、大変参考になりました。

私は監査委員会と重なり、初日だけの視察となりましたが、有意義な視察となりました。

浅田 保雄 委員



地域包括ケアシステム作りは重要であるが、多くの困難な課題を抱えていることを痛感した。住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステムの構築で、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようにする。ということが目的に掲げられている。核家族化が進み家族や親族などの距離が遠くなり、さらに近隣の絆も薄くなっているなかで、こうした高い理想がさらに具体化していくことはハードルが高いのが現状である。さらに地域包括システムは「ボランティア、NPO、社会福祉法人、企業、町会・自治会、高齢者クラブなど様々な主体が生活支援に取り組む」内容となっている。文京区においても、地域包括、社協などが中心となり、地域の人材発掘、リーダーの育成などこれまでにない地域の核づくり、サロンづくりが行われている。これを、地域包括ケアシステム作り結び付けていくことが今後の重要課題であると痛感した。介護保険における新しい介護予防・日常生活支援総合事業では、在宅医療の推進や医療介護連携、認知症ケアなど、事業の対象が狭められている感もある。地

域包括ケアの最大の問題点は、崇高な理念に対して、具体的な政策で「なぜ地域包括ケアを推進しなければならないのか」、この点が不鮮明との指摘もある。今後の課題でもある。

関川 けさ子 委員



山間の小さな町であった御調町が、昭和 40 年代より御調病院を核として寝たきりゼロを実現するため、保健・医療・介護・福祉の連携を早くから実践し、医師や看護師、保健師などの職員の確保、町政、議会との調整等、様々な困難や苦勞を乗り越えて、今日の地域包括ケアシステムを作り上げたことに感動しました。その背景には外科医であった現名誉院長山口先生が、オペをして患者さんの命を救うだけでなく、今から 30 年も前に地域に必要な包括ケアを、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民(高齢者)が住み慣れた場所で、安心して一生その人らしい自立した生活ができるように、その QOL の向上をめざす、という考え方を提唱し実践してきた先見性と、それを全職員に徹底してきたことはなかなかできないことであり、とても素晴らしいことだと思いました。病院から車で数分離れたところには保健福祉総合施設があり、その後、グループホーム、特養、介護老人保健施設も併設され、317 人が総合施設でケアを受け、通所リハビリ、通所介護を含めると昼間は 377 人がケアを受けている地域包括ケアを支える拠点になっている施設を見学し、理想ともいえる施設だと思いました。都心では、このような施設はなかなかできないと思いますが、文京区にもこのような施設があればとつくづく思いました。

白石 英行 委員



神戸市では、総務省の次世代医療・介護・健康 ICT 基盤高度化事業において、健康状態を管理するツールがないこと、介護予防にとって何が効果的なのか、地域のつどいなどの参加状況などの情報を分析する手段としてタブレットとアプリを活用し、情報連携基盤と Personal Health Record の構築を図っています。現在、各課との情報のマッチングは課題となっていますが、2025 年までに様々なライフステージの分析・ICT を活用した健康管理・介護予防に止まらない健康医療事業評価と連携・健康ポイント制度などへ展開する計画を策定しています。本区においても、フレイルチェックの実施などから得た情報をどのように管理し、その後、在宅医療と介護連携につなげる体制を構築するか検討が必要です。ICT を活用し、タブレットやアプリ開発など整備し、プラットフォームを作成することを期待しています。みつぎ総合病院は地域包括ケアの発祥の地であり、訪問介護から得た経験から、保険・医療・福祉の連携を図っており総合病院として利用者の

安心が得られる施設でした。これらに取り組む病院スタッフのきめ細かい対応が行えること
との環境整備を本区でどのように構築するかは、人口規模など環境が異なるので、施設面
で対応ができないからこそ、ケアシステムで包括していく各情報をどのように ICT を活用
し、実施していくかが求められています。

渡辺 雅史 委員



初日神戸市では、地域包括ケアシステム推進に向け様々な先進
的な取り組みがおこなわれていることが確認できた。特に、地域
に根差した市民一人ひとりへのケアが実にきめ細かくまた市民参
画のもとに実施されていることについては注目すべきことである
と感じた。2日目、尾道市公立みつぎ総合病院では、小さな町で
これだけケアシステムの環境が整ったその背景に、病院長・町長・
および議会のリーダーシップがあったこと。また時間をかけなが
ら一歩一歩地に足を据えて取り組みを前進させていくなかで町民
の理解を得ていったことなど、現場で生の声を聞くことができとても有意義であった。総
じて2日間を通じ、地域包括ケアシステムを今後わが区でも推進していく中で必要な要素、
例えば医療機関・介護事業者・行政・議会等の連携のありかたや、リーダーシップ、また
区民理解を進めていくための方策など、具体的な課題も見通すことができた。あわせて ICT
化についても課題だと感じる。今回の視察で得た知見にのみに文京区でのあるべき地域
包括ケアシステムの導入について、具体的な提案をしていきたいと思う。

松下 純子 委員



地域包括ケアシステム発祥の地と言われる「尾道市御調町」で
みつぎ公立総合病院は、地域包括ケアシステム発祥の地と言われ
ています。昭和 41 年に着任した山口昇元院長の「大きな褥瘡を予
防し、寝たきりを無くせないか。」という強い思いから始まったそ
うです。昭和 49 年から、在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦(医療、
介護の出前)が始まり、保健と医療は別々との考えの縦割りによ
り、大切な情報が共有出来ない課題を克服する為に、昭和 59 年
には役所にあった保健福祉センターが病院内に移転された事は画期
的な事で、35年経った今でも文京区を始めさまざまな地域での課題と言われる保健(予防)・
医療・介護・福祉の連携・統合の答えがこのシステムにあるのでは?と、感じました。合
わせて、地域包括ケアシステム構築には保健師の増員の必要性を強く感じました。文京区
の地域包括ケアシステムの発展につなげていきたいと思えます。神戸市が行っている ICT
地域包括ケアモデルでは、課題は集めた情報をどのように保存し活用できるかの仕組みづ
くりとのこと、今後に期待します。神戸市では介護予防サロン推進事業の実施にも力を入

れており、1300もの住民主体のサロンが活動して、予想以上の波及力が出ているそうです。視察両地で共に感じた事は、地域のボトムアップ力です。文京区でも各地域でそれぞれの団体が活動されていますが、区や区議会も今以上に様々な応援をして行くべきと感じました。