

A市医療法人K訪問看護ステーションの地域共生戦略

—A市地域包括ケアシステムの評価指標分析を通して—

松本 恭弘

キーワード：地域包括ケアシステム、評価指標、訪問看護、経営戦略

1. はじめに

我が国では、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても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、住まい・医療・介護・予防・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整備が進められている²⁾。

社会保障審議会介護保険部会の次期介護保険制度改正の内容は①介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）②保険者機能の強化（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）③地域包括ケアシステムの推進（多様なニーズに対応した介護の提供・整備）④認知症「共生」・「予防」の推進⑤持続可能な制度の構築・介護現場の革新であることが示された。（第75回社会保障審議会介護保険部会資料2019）

地域包括ケアシステムについては、2014年の医療介護総合確保促進法に「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」とされ、全国で市町村を中心に推進されている²⁾。

今後、いわゆる団塊世代が75歳以上となる2025年に向けて、大都市やその周辺都市、地方都市、中山間地域等、地域によって高齢化の状況及びそれに伴う介護需要も異なってくるが見込まれるため、各市町村においては、それぞれの地域が目指す

べき方向性を明確化し、地域実情に合わせた地域包括ケアシステムを深化・推進していくことが求められている⁴⁾。

地域包括ケアシステムの構築状況を分析する取り組みとして、広島県では独自の評価指標を作成し、日常生活圏の評価を行うことにより、それぞれの日常生活圏のマネジメントの仕組みを整備してきた。2020年度からは地域包括ケアシステムの構築から、より発展して質の向上に対する取り組みへと移行している¹⁵⁾。

また、2018年度から自治体への財政的インセンティブとして、市町村の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、地域包括ケアシステムの主要な課題となっている高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための交付金（保険者機能強化推進交付金）が創設された。これは、市町村の保険者能力を評価し、これに基づく交付金の支給が企図されたものである。さらに、2020年度においては、介護予防の位置付けを高めるため、保険者機能強化推進交付金に加え、介護保険保険者努力支援交付金を創設し、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価することにより配分基準のメリハリ付けが強化されたものである⁶⁾。

地域包括ケアシステムが対応すべき範囲は、医療、介護、健康・予防、生活支援から住まい方に至るまでの「地域づくり」全般に及ぶ。したがって、その地域が目指すべき地域包括ケアシステム全体の姿は、その地域が独自に考えなくてはいけない³⁾とされている。

そこで本研究においては、先行研究（倉橋 2019）を踏まえ広島県の地域包括ケアシステムの評価指標分析（定量的評価を除く）と2020年度保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金（市町村分）に係る評価指標の該当状況調査票を資料としてA市の地域包括ケアシステムの現状を把握し、A市で医療と介護サービスの提供を担う医療法人Kの訪問看護ステーションの地域包括ケアシステムと連動した経営戦略を検討し、その役割を明確にすることを目的とする。

2. 研究の方法

地域包括ケアシステムの評価は先行研究（倉橋 2019）と同様に広島県の評価指標分析を使用。評価指標における基本情報としてA市人口動態は2018年日本の地域別将来推計人口及び国勢調査による情報を用いた。

また市町・住民の意向に関しては、令和元年度川西市市民実感調査調査結果報告書¹⁶⁾から、定住意向情報を用いた。

さらに広島県の地域包括ケアシステム評価指標⁷⁾の定量的評価指標を用い、地域包

括ケアシステムの概況を把握した。比較のため全国、兵庫県、尼崎市の情報を示した。

専門職・関係機関のネットワーク、住民参画、行政の関与・連携に関しては、A市の2020年度保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金（市町村分）に係る評価指標の該当状況調査票からの情報を用いた。評価基準は均等割りし5段階評価とした。

このほか医療情報は病床機能報告、介護情報は介護サービス情報公表システム、地域包括ケア「見える化」システムを用い、A市の地域分析を行った。

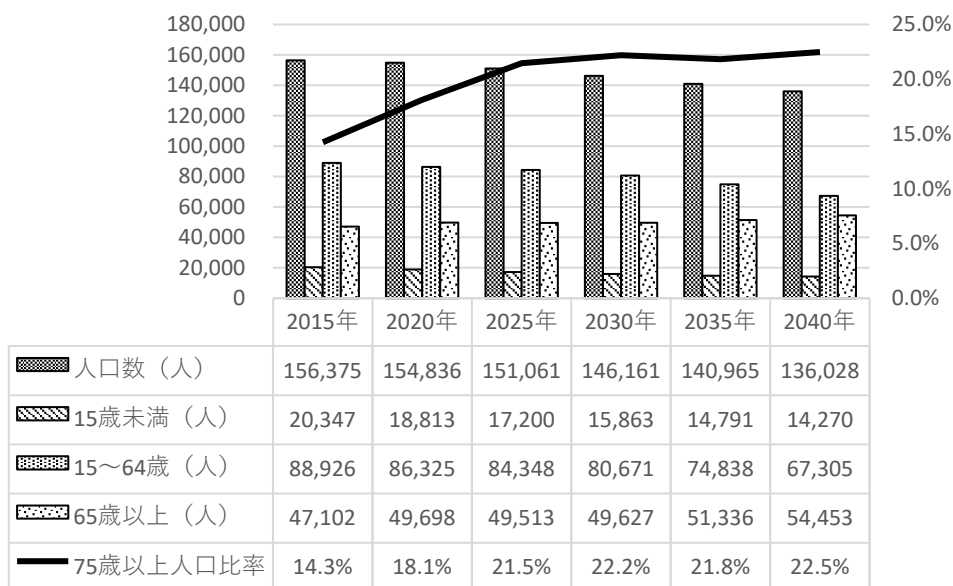
訪問看護ステーションの分析では、施設基準の届出受理状況を用いた。財務分析は2018年度から2020年度までの貸借対照表と損益計算書を用いた。

3. 研究結果

3-1. A市の地域包括ケアシステムの現状

3-1-1. A市の人口動態

A市の総人口は2015年の約15.4万人から2040年には約13.6万人へと約2.2万人（2015年対比で△13.0%）減少すると予測される。後期高齢者割合は、2025年時点で22.5%と上昇スピードが早い（図1）。平成27年度の国勢調査データより、市内エリアごとの割合をみると、市北部より中部・南部の方が高くなっている（表1）。



（出所：国立社会保障・人口問題研究所 2018年日本の地域別将来推計人口より筆者作成）

図1：A市の将来人口推計と後期高齢者の割合の推移

表 1：市内各エリアの後期高齢者が占める割合

エリア	人口（人）	75歳以上 人口（人）	75歳以上 人口の比率（%）
北部	32,263	4,441	13.8%
中部	57,255	8,216	14.3%
南部	66,874	9,594	14.3%

（出所：平成 27 年度の国勢調査データより筆者作成）

また、「現在の居住地に住み続けたいと思いますか」との、A 市への定住意向を問う住民調査では、「思う」と「少し思う」と肯定的に回答したのは全体の 72.9%（図 2）。また、年代別では 60 代が合計で 77.3%と最も多く、「思う」との回答が最も多かったのは 70 代で、40 代から 70 代にかけて次第に増えている（図 3）。また、図 4 より定住年数が長いほど定住意向が高いことがわかった。

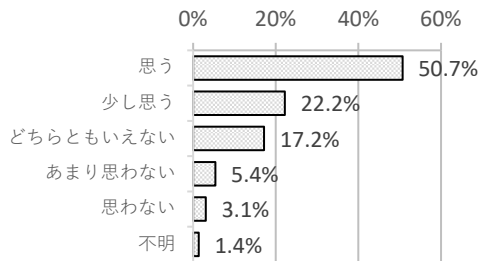


図 2：A 市定住の意向

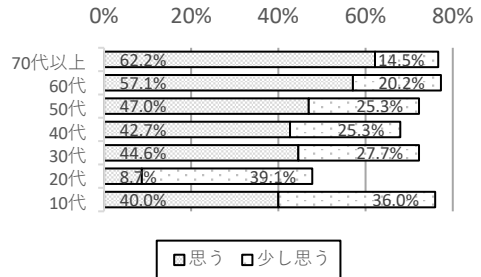


図 3：年代別 A 市定住意向

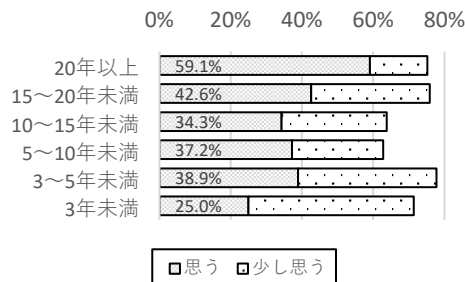


図 4：居住年数別 A 市定住意向

（出所：令和元年度 A 市市民実感調査調査結果報告書）

3-1-2. 医療、介護資源

A市内の人口10万人あたりの一般病床数1,031床、回復期病床数とともに全国・兵庫県より多く、療養病床は平均並みであった。75歳以上人口あたりの診療所数は全国・兵庫県よりも少ないが、在宅療養支援診療所は多かった（表2）。

表2：人口10万人あたりの病床数と75歳以上人口1万人あたりの診療所数

	A市	尼崎市	兵庫県	全国
人口10万人あたりの一般病床数	1,031	699	758	769
人口10万人あたりの回復期病床数	129	52	67	64
人口10万人あたりの療養病床数	250	255	255	258
75歳以上人口1万人あたりの診療所数	76.7	107.6	91.6	80.3
75歳以上人口1万人あたりの在宅療養支援診療所数	15.9	18.4	12.7	8.9

（出所：日本医師会総合政策研究機構「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）」より筆者作成）

A市における医療・介護従事者数の偏差値は、病院医師数は偏差値47、診療所医師数は偏差値48とともに低かった（表3）。

介護サービスに従事する介護職員数の偏差値は42で介護職員数は施設等では偏差値43、在宅では偏差値44と低かった。

介護サービスに従事する看護師数の偏差値は43で、施設では偏差値45、在宅では偏差値44であった。

介護サービスに従事する療法士数の偏差値は49で介護支援専門員数は偏差値47であった。医療・介護従事者数に関する値は、すべて偏差値40台であった。

表3：医療・介護従事者数の偏差値

	総医師数	病院医師数	診療所医師数	介護サービス従事介護職員数	介護職員数（介護施設等）	介護職員数（在宅）	介護サービス従事看護師数	看護師数（施設）	看護師数（訪問）	介護サービス従事療法士数	介護支援専門員数
偏差値	47	47	48	42	43	44	43	45	44	49	47

（出所：日本医師会総合政策研究機構「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）」より筆者作成）

3-1-3. 地域包括ケアシステムの定量的評価

3-1-3-1. 医療・介護（ストラクチャー）

広島県の地域包括ケアシステムの定量的評価指標の基づいた分析結果から、在宅医療支援診療所数は偏差値 51 であった。訪問看護事業所数は 43 と低かった（表 4）。

介護のストラクチャー評価は表 5 に示したように、居住系サービスのうち認知症対応型生活介護の要支援・要介護者 1 人あたり定員は全国平均より低かった。地域密着型特定居住系入居者生活介護はデータがなかった。

通所系サービスの要支援・要介護者 1 人あたり定員は、地域密着型通所介護で 0.044 人と全国平均 0.038 人以上であったが、その他の通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護（宿泊・通い）は全国平均以下であった。通所系サービスの定員合計は 0.155 人で、全国平均より 0.069 人少なかった。

施設系サービスの要支援・要介護者 1 人あたり定員は、介護老人福祉施設が 0.097 人と全国平均 0.085 人と同等であった。介護老人保健施設は 0.024 人で全国平均 0.052 人の半数以下であった。介護療養型医療施設の設置はなかった。これら施設サービスの定員合計は 0.124 人で全国平均 0.157 人より低かった。ショートステイ利用日数は 10.6 日と全国平均 12.9 日より少なかった（表 5）。

3-1-3-2. 医療・介護（プロセス・アウトカム）

医療のプロセス評価に関して、A 市の公表データはなかった。アウトカムの在宅死亡率は 14.8% で全国平均 13.2% より高かった（表 4）。

介護のプロセス評価では、訪問看護で受給者 1 人あたりの利用回数は 9.2 回と全国平均 8.8 回より多かった。訪問リハビリテーションの受給者 1 人あたりの利用回数は 11.4 回で全国平均と同等であった。アウトカムの指標は算出できなかった（表 5）。

表 4：医療の定量的評価

		単位	A市	尼崎市	兵庫県	全国	時点
	在宅医療推進拠点				広島県独自事業		
	在宅医療推進医院				広島県独自事業		
ストラクチャー	在宅医療支援診療所数	(偏差値)	51	64	56	-	2019年度
	訪問看護事業所数	(偏差値)	43	55	52	-	
	在宅緩和ケア対応（24時間）訪問看護ST・薬局				不明		
プロセス	往診料件数	(人口1万人あたり)	(件)	不明	2.55	0.81	1.48
	在宅患者訪問診療科件数	(人口1万人あたり)	(件)	不明	332.74	14.22	17.73
	在宅患者訪問看護・指導料件数	(人口1万人あたり)	(件)	不明	2.16	0.95	1.93
	退院調整率				不明		
アウトカム	在宅死亡率	(%)	14.8	19.1	16.3	13.2	2019年度

(出所：日本医師会総合政策研究機構「地域の医療介護提供体制の現状 - 市区町村別データ（地域包括ケア関連）（2020年4月第5版）」、厚生労働省「医療施設調査」（2017年）より筆者作成）

表 5：介護の定量的評価

		単位	A市	尼崎市	兵庫県	全国	時点
	居住系サービス要支援・要介護者1人あたり定員						
	認知症対応型共同生活介護	(人)	0.022	0.016	0.023	0.032	2020年
	地域密着型特定居住系入居者生活介護	(人)	-	0.002	0.000	0.001	
	定員合計（居住系サービス）	(人)	0.064	0.046	0.078	0.077	
	通所系サービス要支援・要介護者1人あたり定員						
ストラクチャー	通所介護	(人)	0.076	0.095	0.097	0.117	2020年
	地域密着型通所介護	(人)	0.044	0.041	0.037	0.038	
	通所リハビリテーション	(人)	0.019	0.040	0.038	0.044	
	認知症対応型通所介護	(人)	0.004	0.006	0.006	0.006	
	宿泊（小規模多機能型居宅介護）	(人)	0.004	0.003	0.005	0.005	
	通い（小規模多機能型居宅介護）	(人)	0.008	0.006	0.012	0.012	
	宿泊（看護小規模多機能型居宅介護）	(人)	-	0.000	0.001	0.001	
	通い（看護小規模多機能型居宅介護）	(人)	-	0.000	0.001	0.001	
	定員合計（通所系サービス）	(人)	0.155	0.192	0.196	0.224	
		施設サービス要支援・要介護者1人あたり定員					
施設	介護老人福祉施設	(人)	0.097	0.056	0.076	0.085	2020年
	介護老人保健施設	(人)	0.024	0.040	0.048	0.056	
	介護療養型医療施設	(人)	-	-	0.003	0.005	
	定員合計（施設サービス）	(人)	0.124	0.099	0.136	0.157	
	ショートステイ利用日数	(日)	10.6	12.7	12.7	12.9	
	地域リハビリテーション広域支援センター数、協力病院・施設数				広島県独自事業		
		単位	A市	尼崎市	兵庫県	全国	時点
プロセス	受給者1人当たり利用日数・回数（訪問看護）	(回)	9.2	7.2	9.2	8.8	2020年
	受給者1人当たり利用日数・回数（訪問リハビリテーション）	(回)	11.4	11.8	11.9	11.5	
	通所介護月20日以上利用件数				不明		
アウトカム	ショートステイ月15日以上利用件数				不明		
アウトカム	ケアバランス指標				広島県独自指標		

(出所：地域包括ケア「見える化」システムより筆者作成)

3-1-3-3. 保健・予防

ストラクチャー評価では、人口10万人あたりの就業保健師数は14.3人と全国平均41.9人より大幅に少なかった。住民運営の通いの場の数は30.9箇所と全国平均118.1箇所より大幅に少なかった。

プロセス評価である特定健康診査実施率は35.0%で全国平均38.0%より低かった。アウトカム評価の調整済み重度認定率は5.6%と全国平均6.3%より低かったが、調整済み軽度認定率は13.1%と全国平均12.1%より高かった。健康寿命男性は81.5歳で全国平均より2.0歳長かった。健康寿命女性は84.5歳と全国平均より0.7歳長かった(表6)。

表6：保健・予防事業の定量評価

		単位	A市	尼崎市	兵庫県	全国	時点
ストラクチャー	人口10万人対就業保健師数	(人)	14.3	12.2	32.1	41.9	2018年
	住民運営通いの場の数 (65歳以上人口の10万人あたり)	(箇所)	30.9	135.4	289.9	118.1	2018年
プロセス	特定健康診査実施率	(%)	35.0	31.4	34.1	38.0	2019年
アウトカム	前期高齢者認定率	(%)			不明		2019年
	調整済み重度認定率	(%)	5.6	7.3	6.2	6.3	
	調整済み軽度認定率	(%)	13.1	15.5	14.0	12.1	
	認定の軽度化率	(%)			不明		
	健康寿命男性	(歳)	81.5	78.1	79.6	79.5	全国：2016年 その他：2015年
	健康寿命女性	(歳)	84.5	82.7	84.0	83.8	

(出所：A市・尼崎市・兵庫県・厚生労働省ホームページ、地域包括ケア「見える化」システムより筆者作成)

3-1-3-4. 住まい・住まい方

ストラクチャー評価では、高齢者1万人あたりサービス付き高齢者向け住宅戸数は82.3戸と全国平均76.6戸より多かった。高齢者1万人あたり有料老人ホーム定員数は85.2戸と全国平均85.1戸と同等であった。要支援・要介護1人あたりの特定施設生活介護定員は0.044人と全国平均0.043人と同等であった。

プロセス評価は、住宅改修の第1号被保険者1人あたり給付月額が114円で全国平均85円より高かった。アウトカム評価の項目は設定されていなかった(表7)。

表7：住まい・住まい方の定量的評価

		単位	A市	尼崎市	兵庫県	全国	時点
ストラクチャー	高齢者1万人あたりサービス高齢者向け住宅戸数	(戸)	82.3	164.2	110.0	76.6	2021年7月
	高齢者1万人あたり有料老人ホーム定員数	(人)	85.2	68.4	118.5	85.1	2020年
	要支援・要介護1人あたり特定施設入居者生活介護定員	(人)	0.044	0.028	0.055	0.043	2020年
プロセス	第1号被保険者1人あたり給付月額(住宅改修)	(円)	114	79	108	85	2020年
アウトカム	(項目なし)						

(出所：サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム、地域包括ケア「見える化」システム、A市・尼崎市・兵庫県・厚生労働省ホームページより筆者作成)

3-1-3-5. 見守り等生活支援

ストラクチャー評価では、人口1万人あたりNPO法人認証数（保健・医療・福祉関係）は1.9法人と全国平均2.5法人より少なかった。

人口1万人あたり認知症初期集中支援チーム数は0.07チーム、人口1万人あたり認知症地域支援推進員数は0.52人であった。全国平均は不明であるが、兵庫県平均とは同等であった。

プロセス評価の自治会・町内会等加入率は52%であった。全国平均等のデータは不明であった。アウトカム項目は設定されていなかった（表8）。

表8：見守り等生活支援の定量的評価

	単位	A市	尼崎市	兵庫県	全国	時点
人口1万人あたりNPO法人認証数（保健・医療・福祉関係）	（法人）	1.9	1.9	1.7	2.5	2021年
ストラクチャー						
人口1万人あたり認知症初期集中支援チーム	（チーム）	0.07	0.02	0.07	不明	2020年
人口1万人あたり認知症地域支援推進員	（人）	0.52	0.33	0.53	不明	2020年
プロセス						
自治会・町内会等加入率	（%）	52	不明	不明	不明	2020年
アウトカム	（項目なし）					

（出所：A市・尼崎市・兵庫県・厚生労働省・総務省ホームページ
地域包括ケア「見える化」システムより筆者作成）

3-1-3-6. 共通項目（アウトカム）

共通項目のアウトカム評価である他市区町村への転出者数（65歳以上）人口比率は0.003%で全国平均より低かった。他市区町村から転入者数（65歳以上）人口比率も0.003%で全国平均より低かった（表9）。

表9：共通の定量的評価

	単位	A市	尼崎市	兵庫県	全国	時点
アウトカム						
他市区町村への転出者数（65歳以上）人口比率	（%）	0.003	0.003	0.052	0.046	2019年：全国・兵庫県
他市区町村からの転入者数（65歳以上）人口比率	（%）	0.003	0.003	0.014	0.046	2020年：A市・尼崎市

（出所：e-stat、住民基本台帳より筆者作成）

3-1-3-7. 専門職・関係機関のネットワーク

3-1-3-7. 専門職・関係機関のネットワーク、3-1-3-8. 住民参画（自助・互助）、3-1-3-9. 行政の関与・連携に関しては、A市の2020年度保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金（市町村分）に係る評価指標の該当状況調査票から情報を得た。

介護支援専門員のネットワークに関する情報はなかったが、顔の見える関係は進んでおり、多職種が参加する、在宅医療・介護連携推進協議会による勉強会が行われていた。また医療・介護等の専門職が住民主体の通いの場で講演会も行われていた。多職種連携の中心は、在宅医療・介護推進協議会であり、医師会会長である（表 10）。

表 10：専門職・関係機関のネットワーク

課題	実施内容
介護支援専門員のネットワークや、医療・介護等の多職種ネットワークはあり、事例検討や研修会等を通じて顔の見える関係があるか。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員のネットワークに関する情報は無い。 ・医療・介護等の多職種ネットワークは、在宅医療・介護連携推進協議会による。在宅医療・介護連携推進協議会による、「入退院支援の手引き」、「見守りノート」についての勉強会実施されている。 ・事例検討は地域ケア会議にて実施。
医療・介護等の専門職・機関が、住民向けの相談会や健康教室などに参画しているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師会（歯科衛生士）、長寿の会（栄養士）による、通いの場でフレイル予防や歯周病に関する講義を実施。
多職種ネットワークの活動の中心となるリーダー（キーパーソン）はいるか。	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・介護連携推進協議会であり、医師会会長

（出所：A 市 2020 年度保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金（市町村分）に係る評価指標の該当状況調査票より筆者作成）

3-1-3-8. 住民参画（自助・互助）

住民主体の通いの場は自治会等と連携して開催しており、介護予防のいきいき百歳体操を実施。ボランティア団体や NPO 法人についての記載はない。ボランティア活動の記載情報はなかった。住民主体のいきいき百歳体操は開催されているが、新たに住民主体サービスのサービス B 設置は人材難により見送られていた（表 11）。

表 11：住民参画（自助・互助）

課題	実施内容
住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域実現に向けて、様々な団体・組織（ボランティア団体、NPO法人、自治会等住民組織等）が取り組みを進めているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域福祉委員や自治会が連携して、公民館でいきいき百歳実施。参加者：500人
住民（個人またはグループ）のボランティア活動は活発におこなわれているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・記載情報なし
ふれあいサロン活動、健康づくり活動、住民の見守り等の住民主体の地域活動は活発に行われているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・住民主体によるサービスB設置を協議するが人材難で見送り。

（出所：A 市 2020 年度保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金（市町村分）に係る評価指標の該当状況調査票より筆者作成）

3-1-3-9. 行政の関与・連携

行政の関与として地域ケア会議の準備や「見える化」システムを利用した地域診断は行われているが、地域包括支援センターとの共働を通して行えているかの記載情報はない。

地域ケア会議で抽出された地域課題を受け、適宜、検討はされていたが、仕組みづくりができていないとの記載情報はなかった。

2025年に向けて地域の将来について、地域の関係者や住民が、介護保険事業計画の方針や目標の周知が行えているかの記載情報はなかった（表12）。

表12：行政の関与・連携

課題	実施内容
地域ケア会議のや地域診断について、市町が基本方針を明確にし、地域包括支援センターと共働した取り組みとなっているか。	・記載情報なし
地域ケア会議で抽出された地域課題を受け、必要に応じて介護保険計画等に反映する仕組みがあるか。	・ゴミ出しをきっかけとする高齢者見守り支援の地域課題に対する、ボランティアの在り方や人材確保について提言。介護保険運営協議会生活支援体制整備部会兼地域ケア推進会議で検討。
2025年の将来の姿（高齢者人口減少、生産年齢人口減少、介護保険料の推計等）を地域の関係者や住民が共有し、介護保険事業計画の方針や目標を周知しているか。（規範的統合）	・記載情報なし

（出所：A市2020年度保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金（市町村分）に係る評価指標の該当状況調査票より筆者作成）

3-1-3-10. 保険者機能

2020年度保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金（市町村分）に係る評価指標の該当状況調査票では、A市の合計得点は1,256点で全国平均1,271.4点を下回っている。兵庫県内41市町村における合計平均得点は1,376.6点とA市はどちらも平均以下であった。

評価項目別では大項目Ⅱ「自立支援、重度化防止等に資する施策の推進」における、中項目（3）在宅医療・介護連携で105点中100点と得点率95.2%であった以外は、大項目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」で180点中75点と得点率41.7%、大項目Ⅱ「自立支援、重度化防止等に資する施策の推進」の中項目（3）以外は得点率42.9%から68.2%、大項目Ⅲ「介護保険運営の安定化に資する施策の推進」の得点率は40%台であった（表13）。

表 13：2020 年度保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金（市町村分）に係る
評価指標の該当状況調査票から A 市の合計得点

項目	満点	A市	得点率 (%)	兵庫県平均	得点率 (%)	全国平均	得点率 (%)
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	180	75	41.7%	138.9	77.2%	148.7	82.6%
II 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進	1405	803	57.2%	820.5	58.4%	768.5	54.7%
(1) 介護支援専門員・介護サービス事業所等	80	43	53.8%	36.5	45.6%	31.4	39.2%
(2) 地域包括支援センター・地域ケア会議	310	190	61.3%	176.5	57.0%	182.5	58.9%
(3) 在宅医療・介護連携	105	100	95.2%	93.5	89.0%	87.5	83.3%
(4) 認知症総合支援	220	150	68.2%	155.7	70.8%	139.2	63.3%
(5) 介護予防/日常生活支援	450	193	42.9%	225.6	50.1%	188.3	41.8%
(6) 生活支援体制の整備	120	67	55.8%	67.6	56.3%	72.7	60.5%
(7) 要介護状態の維持・改善の状況等	120	60	50.0%	65.1	54.3%	67.0	55.8%
III 介護保険運営の安定性に資する施策の推進	290	125	43.1%	142.6	49.2%	115.9	40.0%
(1) 介護給付の適正化等	120	55	45.8%	66.1	55.1%	59.3	49.4%
(2) 介護人材の確保	170	70	41.2%	76.5	45.0%	56.6	33.3%
全体	1,875	1,256	67.0%	1,376.6	73.4%	1,271.4	67.8%
全国順位		917/1741					
兵庫県順位		30/41					

(出所：保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金の集計結果について
厚生労働省より筆者作成)

3-1-4. A 市地域包括ケアシステムの現状評価

広島県における地域包括ケアシステムの評価指標とされている住民アンケート結果、基本情報、定量的評価と 2020 年度保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金（市町村）に係る評価指標を合わせて A 市地域包括ケアシステムを総合的に評価した（図 5）。

医療は、病院・診療所医師数、診療所数も全国・兵庫県平均より少なかったが、在宅療養支援診療所は多く、病床数も平均以上であった。訪問看護数は少なかったが、在宅死亡率は全国平均以上であったことから、「できている」と評価した。

介護は、居住系、通所系、施設系の要支援・要介護者 1 人あたり定員は全国より少なく、介護系従事者数は全国よりすべて少なかった。

表 14 に 2021 年 5 月の A 市の各サービス受給者数を示した。定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所は 1 箇所あるが、夜間対応型訪問介護はない。このことから総合的には「あまりできていない」と評価した。

保健・予防は、人口 10 万人あたりの就業保健師数、住民運営の通いの場の数ともに大幅に少なかった。健康寿命男性、女性は 84.5 歳とも平均以上であったが、「あまりできてはいない」と評価した。

住まい・住まい方は、高齢者 1 万人あたりサービス付き高齢者向け住宅戸数は全国平均より多く、高齢者 1 万人あたり有料老人ホーム定員数は全国平均と同等であった。要支援・要介護 1 人あたりの特定施設生活介護定員も同等であった。住宅改修の第 1

号被保険者 1 人あたり給付月額は全国より高かった。以上のことから総合評価は「まあまあできている」とした。

表 14：2021 年 5 月のサービス受給者

居宅（介護予防）サービス	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	居宅療養管理指導	通所介護	通所リハビリテーション	短期入所生活介護	短期入所療養介護（介護老人保健施設）	短期入所療養介護（介護療養型医療施設等）	短期入所療養介護（介護医療院）	福祉用具貸与	特定施設入居者生活介護	介護予防支援・居宅介護支援	
受給者数（人）	198	15	187	15	285	208	54	37	7	-	-	457	109	658	
施設サービス	介護老人福祉施設	介護老人保険施設	介護療養型医療施設	介護医療院											
受給者数（人）	66	60	-	3											
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	夜間対応型訪問介護	地域密着型通所介護	認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護	地域密着型特定施設入居者生活介護	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	複合型サービス						
受給者数（人）	11	-	106	-	10	25	-	-	-						

（出所：厚生労働省介護保険事業状況報告（暫定）2021 年 5 月より筆者作成）

見守り等生活支援は、人口 1 万人あたり NPO 法人認証数（保健・医療・福祉関係）は全国平均より少なかった。人口 1 万人あたり認知症初期集中支援チーム数、人口 1 万人あたり認知症地域支援推進員数の全国平均は不明であるが、兵庫県平均とは同等であった。2020 年度保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金（市町村分）に係る評価指標の該当状況調査票の生活支援体制整備は全国平均以下であり、総合評価は「あまりできていない」とした。

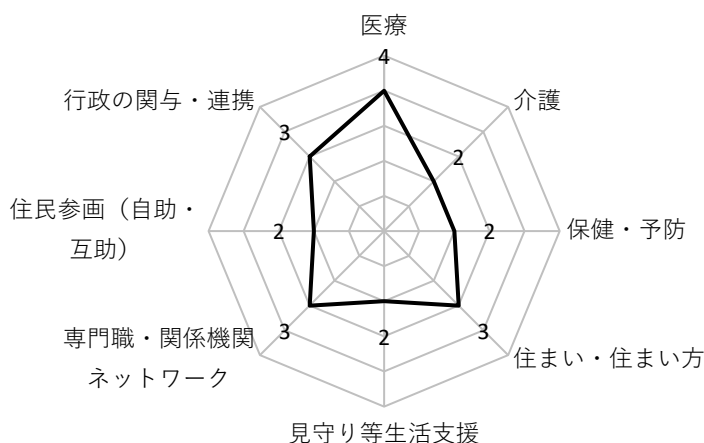
専門職・関係機関のネットワークは、専門職が住民主体の通いの場に参加する体制ができており、在宅医療・介護連携推進協議会を中心に顔の見える関係が進んでいるため総合評価は「まあまあできている」とした。

住民参画は、住民主体の通いの場が自治会等と連携して開催されており、介護予防実施は評価されるが、新たに住民主体サービスは人材難により見送られていることから総合評価は「あまりできていない」とした。

行政の関与は、地域ケア会議の準備や「見える化」システムを利用した地域診断は行われていた。地域ケア会議で抽出された地域課題を受け、適宜検討することは行っているが、仕組みづくりができていないかの記載情報はなかった。保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金の集計結果からは、得点率 67.0%であり全国平均と同等ではあることから、総合評価は「まあまあできている」とした。

全体としては「できている」が 1 項目、「まあまあできている」3 項目、「あまりできていない」が 4 項目で、合計得点は 21 点となった。合計 28 点以上で地域包括ケア

システムが概ね構築されているとの基準が示されており¹⁵⁾、A市の地域包括ケアシステムは「まあまあできている」と判断した。



割合	80～100%	60～80%	40～60%	20～40%	0～20%
得点	5	4	3	2	1
評価	よくできている	できている	まあまあできている	あまりできていない	できていない

図5：A市の地域包括ケアシステムの評価

3-2. A市の医療地域分析

3-2-1. A市医療行政の動向

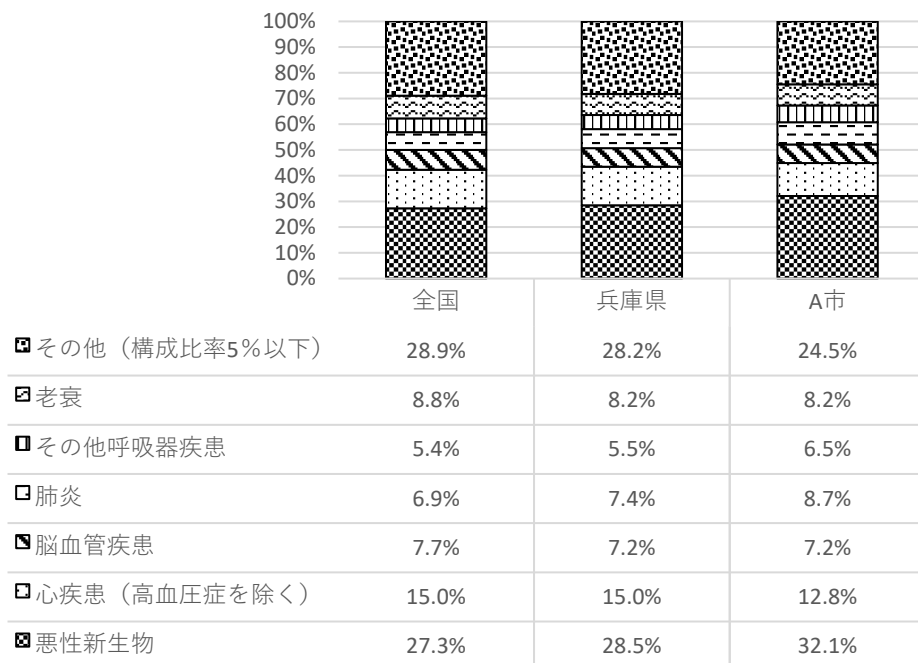
A市においては、赤字が続く病院経営を早急に立て直す必要があることから、民間的経営手法を活用した経営形態である指定管理者制度を導入することになり、2019年4月1日から市立A病院は公設民営となり、医療法人Kが指定管理者として管理運営を開始した。

市立A病院は、立地の問題、施設の老朽化、病院スタッフ確保の観点から、現在の市北部から中心部に新設移転し、A市立総合医療センターとして2022年9月開院予定となっている¹⁾。

3-2-2. A市疾患別死因割合

疾患別死因割合をA市と全国、兵庫県と比較すると、悪性新生物、心疾患（高血圧症を除く）、肺炎の順で死亡する割合が高かった。悪性新生物は全国より4.8ポイント

ト、兵庫県より 3.6 ポイント高かった。心疾患（高血圧症を除く）は全国・兵庫県より 2.2 ポイント低い。肺炎も全国より 1.8 ポイント、兵庫県より 1.2 ポイント高かった（図 6）。



注：構成比率 5%以上の疾患を抜粋、5%以下はその他とした

（出所：令和元年度兵庫県保健統計年報、厚生労働省 人口動態統計月報年系より作者作成）

図 6：疾患別死因割合の比較

3-2-3. 医療提供体制

兵庫県地域医療構想において、H 北医療圏は急性期病床が過剰で、2025 年に向けて、既存急性期病床の 3 割程度を高度急性期病床と回復期病床に移行する必要があるとされた。A 市には現在高度急性期病床はなく、市外周辺医療機関に頼らざるおえない現状がある^{13) 9) 10)}。

表 15 より A 市内病院の現在稼働している機能別病床数は急性期で 739 床、回復期で 360 床、慢性期で 731 床である。その内の医療法人 K の病院は指定管理している市立 A 病院の他、B 病院、C 病院、D 病院と 4 箇所ある。

表 15 : A 市内病院の機能別病床数（稼働病床数）と医療法人 K 病院のシェア率

A 市内病院の機能別病床数（稼働病床数）				
（許可病床数）	急性期	回復期	慢性期	合計
市立 A 病院（指定管理）（250 床）	234			234
B 病院（313 床）	265	48		313
C 病院（425 床）	40	151	234	425
D 病院（465 床）		88	377	465
E 病院（199 床）	159	40		199
F 病院（176 床）	41			41
G 病院（82 床）			82	82
H 病院（85 床）		33	38	71
合計	739	360	731	1,830
（医療法人 K 法人内病院） 市立 A・B・C・D 病院シェア	72.9%	79.7%	83.6%	78.5%

（出所：令和元年度病床機能報告より筆者作成）

3-2-4. 在宅医療の需給状況

兵庫県地域医療構想における推計によると、H 北圏域において 2025 年時点で在宅医療を必要とする患者数は 2013 年と比べ、約 5,700 人（内訪問診療は約 3,200 人）増加すると考えられている（表 16）^{14) 12)}。

A 市内の在宅療養支援診療所数は 23 箇所。人口 10 万人当たりの施設数では全国平均 11.54 より 14.71 と多くなっている。在宅療養支援病院は A 市内に存在しない。

表 16 : H 北医療圏内における在宅医療患者数将来推計

	① 2013年患者数 (人/日)	② 2025年患者数 (人/日)	③ 増加総定数 (②-①)	増加率
在宅医療等	5,832人	11,554人	5,722人	198.1%
うち訪問診療分	3,429人	6,691人	3,262人	195.1%

（出所：兵庫県地域医療構想より筆者作成）

3-3. 医療法人Kの現状

3-3-1. 医療法人Kの医療介護事業の状況

医療法人Kは、A市において病院・介護施設として病院を4施設（うち1つは指定管理）、老人保健施設を2施設、居宅サービスとして訪問看護、訪問介護を各2事業所、地域密着型サービスとして看護小規模多機能居宅介護を1事業所運営している。居宅介護支援として居宅介護支援事業所を2事業所運営している。そのほか地域包括支援センターをA市からの委託事業として2事業所運営している（表17）。

表17：医療法人Kの病院・介護施設と在宅介護サービスの事業所

病院・介護施設		
病院	市立A病院（250床）（指定管理）	（24時間診療救急告示病院）一般病床、地域包括ケア病床、緩和ケア病床
	B病院（313床）	（24時間診療救急告示病院）一般病床、地域包括ケア病床
	C病院（425床）	一般病棟、回復期リハビリテーション病床、緩和ケア病床
	D病院（465床）	一般病棟、回復期リハビリテーション病床、地域包括ケア病床、療養病床
介護老人保健施設	E（150床）	一般療養棟、認知症専門棟、デイケア、ショートステイ
	F（100床）	一般療養棟、認知症専門棟、デイケア、ショートステイ

在宅介護サービス	
地域包括支援センター（業務委託）	2事業所
居宅介護支援事業所	2事業所
訪問看護	1ステーション、1サテライト
訪問介護	2事業所
看護小規模多機能型居宅介護	1事業所

3-3-2. 医療法人KのA市におけるシェア

表15よりA市内病院の稼働病床数における病床機能別シェアは、急性期で72.9%、回復期で79.7%、慢性期で78.5%を占めている¹¹⁾。

施設・在宅介護サービスシェアは、市内事業所数が30箇所を超える施設入所、居宅介護支援のシェアは10%台であるが、市内事業所箇所が少ない短期入所、訪問看護、通所リハビリテーションでは高いシェアを占めている（表18）。

表 18 : A 市内施設・在宅介護サービス事業所数と医療法人 K 事業所シェア

	施設入所	短期入所	訪問看護	通所リハ	居宅介護 支援
市内事業所数 (箇所)	31	11	12	5	34
合計利用者数 (人)	1,734	519	864	298	4,583
医療法人 K の事業所数 (箇所)	2	2	2	2	2
医療法人 K の利用者数 (人)	274	123	306	220	616
医療法人 K のシェア (%)	14.0	23.7	35.4	73.8	13.4

(時点：2020 年、出所：介護サービス情報公表システムより筆者作成)

3-3-3. 医療法人 K 訪問看護ステーションについて

地域医療構想のもと医療法人 K が A 市北部に位置する市立 A 病院の指定管理者となり、新病院（A 市立総合医療センター）を A 市中心部（現 B 病院立地近隣）で現在建設中である。跡地近隣には医療法人 K による 400 床の療養と回復期病棟を有する病院があり、跡地には地域医療連携推進法人を設立して、隣接 I 町から医療法人 S があらたに回復期リハビリテーション病院を開院予定となっている。医療と介護をつなぐ後方支援のため、医療法人 K は一旦閉鎖していた A 市北部の訪問看護ステーションのサテライトを 2021 年 2 月立ち上げたところである。

医療法人 K 訪問看護ステーションは A 市内にサテライトを含め 2 事業所、N 市にサテライト 1 事業所、その他大阪府内にサテライトを含め 2 事業所ある。A 市内 2 事業所利用者 9 割が A 市在住、残りは隣接する T 市、I 町、大阪府 I 市、T 町在住である。

3-3-4. 医療法人 K 訪問看護ステーションの財務分析（N 市サテライト除く）

N 市のサテライト事業所を除いた 2018 年度から 2020 年度までの収支状況を表 19 に示した。事業収益は 2020 年度で 1 億 7,076 万 3,054 円と 2018 年度より 2,746 万 5,977 円、2019 年度より 3,730 万 5,477 円減少していた。

人件費は 2020 年度で 1 億 2,357 万 8,847 円と 2019 年度より 2,807 万 4,935 円減少していたが、構成比率では 72.4%と変わりはなかった。変動費は 2018 年度から毎年増えている。固定費は 2020 年度で 333 万 1,833 円減少していたが構成比は 1.1 ポイント増加した。減価償却費は毎年構成比率 0.4%から 0.5%で大きな変動はなかった。その他費用は 2018 年度から毎年減少していた。償却前利益、税引き前利益ともに 2020

年度は2019年度より大幅な減益となっていた（表19）。

表19：収支状況

	2018年度		2019年度		2020年度	
	(円)	(%)	(円)	(%)	(円)	(%)
事業収益	198,229,031	100.0	208,068,531	100.0	170,763,054	100.0
人件費	148,019,343	74.7	151,653,782	72.9	123,578,847	72.4
変動費	3,025,644	1.5	3,242,906	1.6	3,541,711	2.1
固定費	28,311,138	14.3	28,710,698	13.8	25,378,865	14.9
減価償却費	846,110	0.4	799,065	0.4	779,889	0.5
その他費用	7,389,526	3.7	6,959,863	3.3	6,889,622	4.0
償却前利益	11,483,380	5.8	17,501,281	8.4	11,374,010	6.7
税引き前利益	10,637,270	5.4	16,702,216	8.0	10,594,122	6.2

3-3-5. 医療法人K訪問看護ステーションの機能性分析

医療法人K訪問看護ステーションとA市内の訪問看護ステーションの医療保険における訪問看護療養費及び加算の算定状況と介護保険、介護予防における加算算定状況を表20と表21に示した。

医療法人K訪問看護ステーションが主に算定していた医療保険における訪問看護療養費及び加算は、機能強化型訪問看護管理療養費1、24時間対応体制加算、特別管理加算、退院時共同指導加算、ターミナルケア加算であった。A市内のその他の訪問看護ステーションでは、機能強化型訪問看護療養費を算定しているところはなく、1箇所を除いて全てで24時間対応体制加算と特別管理加算は算定していた。

医療法人K訪問看護ステーションが主に算定していた介護保険、介護予防における加算は、看護体制強化加算（介護予防のみ）、サービス提供体制加算（I）、緊急時訪問看護加算、特別管理加算（I）、特別管理加算（II）、退院時共同指導加算、ターミナルケア加算であった。A市内のその他の訪問看護ステーションでは、看護体制強化加算、サービス提供体制加算を算定しているところはなく、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、退院時共同指導加算、ターミナルケア加算は6割以上で算定していた。

表 20：医療法人 K 訪問看護ステーションと A 市内訪問看護ステーションの
医療保険における訪問看護療養費、加算算定状況

医療保険	医療法人 K 訪問看護ステーション	その他訪問看護ステーション（19箇所）
訪問看護管理療養費		
機能強化型訪問看護管理療養費1	あり	0/19
機能強化型訪問看護管理療養費2	—	0/19
機能強化型訪問看護管理療養費3	—	0/19
訪問看護管理療養費加算		
24時間対応体制加算	あり	18/19
特別管理加算	あり	18/19
退院時共同指導加算	あり	※
看護・介護職員連携強化加算	なし	※
訪問看護ターミナルケア療養費		
ターミナルケア療養費	あり	※

※ 算定情報取得できず。

（出所：訪問看護ステーションに係る施設基準の届出受理状況（令和3年6月1日現在 届出受理
指定訪問看護事業所名簿より）近畿厚生局 より筆者作成）

表 21：医療法人 K 訪問看護ステーションと A 市内訪問看護ステーションの
介護保険と介護予防における加算算定状況

介護保険/介護予防	医療法人 K 訪問看護ステーション	その他訪問看護ステーション（11箇所）
加算		
看護体制強化加算（Ⅰ）（予防を除く）	なし	0/11
看護体制強化加算（Ⅱ）（予防を除く）	なし	0/11
看護体制強化加算（予防のみ）	あり	0/11
サービス提供体制加算（Ⅰ）	あり	0/11
サービス提供体制加算（Ⅱ）	—	0/11
緊急時訪問看護加算	あり	9/11
特別管理加算（Ⅰ）	あり	8/11
特別管理加算（Ⅱ）	あり	8/11
退院時共同指導加算	あり	8/11
看護・介護職員連携強化加算	なし	1/11
定期巡回・随時対応型訪問介護看護との連携	なし	1/11
ターミナルケア加算（予防を除く）	あり	7/11

（出所：介護サービス情報公表システムより筆者作成）

医療法人K訪問看護ステーション（A市内サテライト1箇所を含む）の新規紹介利用者内訳を表22に示した。

2018年度から2020年度までの新規紹介利用者の総数、保険種別、紹介元、指示医療機関の集計である。総数は前年度より2020年度は68件減少し、保険種別では医療保険件数が2018年度77件から2020年度65件へと減少していたが、割合は2018年度の33.8%から55.6%へと増加し、介護保険を逆転した。

紹介元は法人内と地域のケアマネジャーが約6割を占めていた。2020年度は前年より法人内ケアマネジャーで15件、他法人ケアマネジャーで25件、その他急性期病院で20件、B病院で4件、その他法人内病院で6件減少。指示医療機関は在宅療養支援診療所で約3割、その他医院、その他急性期病院で約3割、法人内病院でそれぞれ約3割を占めていた。

表22：新規紹介利用者の内訳

		2018年度		2019年度		2020年度	
総数		228	割合	185	割合	117	割合
保険種別	医療	77	33.8%	65	35.1%	65	55.6%
	介護	151	66.2%	120	64.9%	52	44.4%
紹介元	法人内ケアマネジャー	72	31.6%	58	31.4%	43	36.8%
	他法人ケアマネジャー	68	29.8%	51	27.6%	26	22.2%
	在宅療養支援診療所	21	9.2%	12	6.5%	12	10.3%
	その他急性期病院	36	15.8%	37	20.0%	17	14.5%
	B病院	13	5.7%	16	8.6%	12	10.3%
	市立A病院（指定管理）	3	1.3%	0	0.0%	2	1.7%
	その他法人内病院	15	6.6%	11	5.9%	5	4.3%
指示医療機関	在宅療養支援診療所	66	28.9%	47	25.4%	36	30.8%
	その他医院	28	12.3%	19	10.3%	11	9.4%
	その他急性期病院	64	28.1%	51	27.6%	31	26.5%
	B病院	38	16.7%	40	21.6%	24	20.5%
	市立A病院（指定管理）	5	2.2%	2	1.1%	2	1.7%
		その他法人内病院	27	11.8%	26	14.1%	13

退院時共同指導加算とは、病院等から退院・退所する利用者に入院していた医療機関や施設等の医師やスタッフと共同して指導を行うことで算定できる加算のことで、退院前の情報連携を目的に実際に出向き、退院初日からの生活の仕方を話し合うものである。2018年度は21.9%の新規紹介利用者に算定していたが、2020年度は17.9%と

低下していた。

退院支援指導加算は退院当日に居宅を訪問し療養上の指導を行った場合に算定される加算のことで、2018年度4.4%から2020年度は17.9%に増加していた（表23）。

表23：退院共同指導加算と退院時支援指導加算の内訳

	2018年度		2019年度		2020年度	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
総数	228		185		117	
退院時共同指導加算	50	21.9%	51	27.6%	21	17.9%
退院時支援指導加算	10	4.4%	16	8.6%	21	17.9%

（医療保険）24時間対応体制加算、（介護保険）緊急時訪問看護加算の契約者は約8～9割であった。

特別な管理を必要とする利用者に対して計画的な管理を行う体制を構築し、計画的な管理を行うことで算定できる（医療保険・介護保険）特別管理加算には特別管理加算Ⅰと特別管理加算Ⅱがある。

在宅悪性腫瘍等患者指導管理（末期がんの状態、鎮痛剤の経口投与ができず、注射による鎮痛剤の注入が必要な状態であること）・在宅気管切開患者指導管理を受けている、または気管カニューレ・留置カテーテルを使用している場合は特別管理加算Ⅰ、在宅自己腹膜灌流指導管理・在宅血液透析指導管理・在宅酸素療法指導管理・在宅中心静脈栄養法指導管理・在宅成分栄養経管栄養法指導管理・在宅自己導尿管理・在宅人工呼吸指導管理・在宅持続要圧呼吸療法指導管理・在宅自己疼痛管理指導管理・在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている、または人工肛門また人工膀胱を留置している、真皮を超える褥瘡の状態、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している場合は特別管理加算Ⅱが算定できる。

より重度医療的管理が必要な特別管理加算Ⅰの割合は毎年増加していた。合計して約3割が特別管理加算を算定していた。

在宅看取りの件数は、2020年度で20件であった（表24）。

表 24：24 時間対応体制加算、緊急時訪問看護加算、特別管理加算 I・II

ターミナルケア療養費・ターミナルケア加算の内訳

		2018年度		2019年度		2020年度	
総数		228	割合	185	割合	117	割合
24時間対応体制加算/緊急時訪問看護加算		200	87.7%	164	88.6%	99	84.6%
特別管理加算	I	15	6.6%	17	9.2%	18	15.4%
	II	34	14.9%	26	14.1%	18	15.4%
ターミナルケア療養費 1/ターミナルケア加算		21		20		20	

利用者疾患別分類内訳は図 7 に示したように 2020 年度の延べ利用者総数 418 名における疾患分類は、悪性新生物が 24.7%、認知症（アルツハイマー病を含む）が 11.8%、糖尿病が 10.6%、脳血管疾患が 9.1%、心疾患（高血圧を除く）が 8.9%、筋骨格系疾患が 7.2%、呼吸器疾患が 5.8%、精神系疾患が 4.8%、進行性疾患が 4.6%、その他が 12.5%であった。

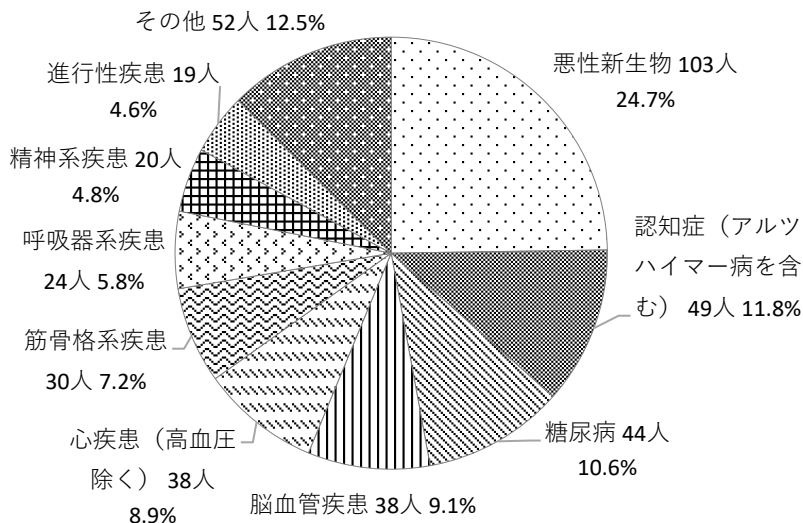


図 7：2020 年度利用者疾患別分類の内訳

3-3-6. 看護体制強化加算算定（I）（II）のシミュレーション

看護体制強化加算（I）の算定要件は、算定日が属する月の前 6 月間において、利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の割合が 50%以上であること。算定日が属する月の前 6 月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の割合が 20%以上であること、算定日が属する月の前 12 月間において、

ターミナルケア加算を算定した利用者が 5 人以上であること、指定訪問看護ステーションの場合、従業者の総数のうち看護職員の占める割合が 60%以上であることである。

また、看護体制強化加算（Ⅱ）の算定要件は、算定日が属する月の前 6 月間において、利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の割合が 50%以上であること、算定日が属する月の前 6 月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の割合が 20%以上であること、算定日が属する月の前 12 月間において、ターミナルケア加算を算定した利用者が「1 人以上」であること、指定訪問看護ステーションの場合、従業者の総数のうち看護職員の占める割合が 60%以上であることが求められている。

現在、医療法人 K 訪問看護ステーションでは、緊急時訪問看護加算割合は 50%以上を安定的にクリアできている。ターミナルケア加算割合は看護体制強化加算（Ⅱ）の算定要件「1 人以上」はクリアしていることは多いが、特別管理加算割合の算定条件「算定日が属する月の前 6 月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の割合が 20%以上であること」を安定的にクリアできていない。

看護体制強化加算（Ⅰ）の算定条件である、「算定日が属する月の前 12 月間において、ターミナルケア加算を算定した利用者が 5 人以上であること。」に関しては、安定的に条件を満たすことは現実的には困難である。対象となる利用者は慢性疾患などの複数の疾病にかかり、要介護状態である人になる。在宅療養しながら比較的長い期間の経過をたどるが、最期は急にやってくる場合が多く想定することは困難である。看護体制強化加算（Ⅱ）の算定条件は「算定日が属する月の前 12 月間において、ターミナルケア加算を算定した利用者が 1 人以上であること。」表 25 は 2021 年度 7 月における利用者総数から、訪問看護体制強化加算（Ⅰ）（Ⅱ）に係る算定をシミュレーションしたものである。

現時点では看護体制強化加算（Ⅱ）の算定条件はクリアできている。緊急時訪問看護加算算定割合は 90.2%と大幅に条件をクリアしているが、特別管理加算算定割合は 20.4%と算定条件の 20%からの余裕はない。実利用者数 226 名のうち 45.2 名以上が条件となるが、現状は 46 名である。ターミナルケア加算算定数は 3 名と算定条件の 1 名をすでに上回っている。

表 25 : 2021 年 7 月看護体制強化加算に係る算定表

看護体制強化加算 (I)				
	実利用者総数	算定総数	割合	算定条件
緊急時訪問看護加算	226	204	90.3%	≧50%
特別管理加算	226	46	20.4%	≧20%
ターミナルケア加算	226	3		≧5名
看護体制強化加算 (II)				
	実利用者総数	算定総数	割合	算定条件
緊急時訪問看護加算	226	204	90.3%	≧50%
特別管理加算	226	46	20.4%	≧20%
ターミナルケア加算	226	3		≧1名

収益面では、看護体制強化加算 (II) を算定した場合、単価は 2,140 円となり実利用者総数を 2021 年 7 月現在と同数と想定すると、ひと月で 48 万 3,640 円、一年間では 580 万 3,680 円の増収となる。

3-3-7. 医療法人 K 訪問看護ステーションの経営状況

2019 年 9 月に A 市内北部位置していたサテライトを一旦閉鎖、2021 年 2 月に再開。さらに 2020 年 7 月から COVID-19 による法人内病院でのクラスター発生の影響による入退院制限やその他急性期病院からの紹介が減少。紹介総数は 2019 年度より 36.8%減となった。

全体の新規紹介利用者総数は減少していたが、年々医療保険での訪問看護が増え、医療依存度がより高い方の加算である特別管理加算 I を算定する割合が増えてきた。

2020 年度の延べ利用者における疾患別分類では、A 市の疾患別死因割合同様に悪性新生物が多く 24.7%を占め、次いで認知症、糖尿病、脳血管疾患、心疾患（高血圧症を除く）と続く。

新規紹介元は法人内と地域のケアマネジャーが約 6 割、指示医療機関は在宅療養支援診療所で約 1 割、その他急性期病院、法人内病院でそれぞれ約 1 割 5 分を占めていた。A 市北部に立地する法人内市立 A 病院（指定管理）からの紹介及び指示による訪問看護は少なかった。

連携面の評価として、退院時共同指導加算算定数は減少していたが、退院支援指導加算算定数は増えた。これは COVID-19 による感染対策として病院への退院前訪問が制

限された影響と退院当日も医療処置を行う必要があるような医療依存度の高いケースが増えたためと考えられる。在宅看取り数は通年変わらず20名前後で推移していた。

事業収益は2020年度で1億7,076万3,054円と2018年度より2,746万5,977円、2019年度より3,730万5,477円減少していた。人件費は2020年度で1億2,357万8,847円と2019年度より2,807万4,935円減少していた。これはスタッフ数の減少と新規利用者数減少による訪問減によると考えられた。

3-3-8. 医療法人K訪問看護ステーションのSWOT分析

A市における地域包括ケアシステムと保険者機能の分析結果を外部環境とし、医療法人K訪問看護ステーションの分析を内部環境として、SWOT分析を行った(表26)。

表26: SWOT分析

内部環境
強み
<ul style="list-style-type: none"> ・機能強化型訪問看護ステーションはA市内唯一である ・A市内における病院シェアは法人で70%を占めている ・法人内病院だけでなく在宅療養支援診療所、他急性期病院からの紹介が多い ・法人内病院とは入退院支援の連携がとりやすい ・法人内介護サービスとも連携がとりやすい
弱み
<ul style="list-style-type: none"> ・医療依存度が高く、職員負担が重い ・利用者入院に伴う、稼働率の上下動がある
外部環境
機会
<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者の割合は、2025年時点で21.3%と上昇スピードが早い。 ・新病院(A市立総合医療センター)が市内中部にて2022年開院予定 ・在宅医療患者数及び訪問診療患者数は増加している ・医療依存度の高い利用者の在宅療養が増加している ・A市医療・介護連携の公的機能がある ・訪問看護に対する医療介護報酬改定はプラス改訂が見込まれる
脅威
<ul style="list-style-type: none"> ・A市総人口は2040年には約12.4万人へと約3.0万人減少すると予測される ・看護師確保の困難さ

SWOT 分析の結果から、ニーズを捉える背景としては、1. 後期高齢者人口の増加、2. 医療ニーズを有する要介護者の在宅療養が増加、3. 在宅療養者の医療依存度上昇があるとした。これらを踏まえたニーズを「A 市で暮らし続けるために疾患の再発予防・重度化予防を図りながら、安心して在宅療養を継続できること」とし、ターゲットとなる利用者は、慢性疾患などの複数の疾病にかかり、要介護状態で、医療と介護の両方を必要とする人とした。

これらから、より医療ニーズの高い要介護状態の在宅療養者に対して重点的に訪問看護を行うことを戦略とした。

4. 考察

A 市地域包括ケアシステムの現状評価と保険者機能の状況を踏まえた地域分析から、医療法人 K 訪問看護ステーションにおける経営戦略を考察し、その経営戦略を A 市地域包括ケアシステムのなかで展開していく方法を検討する。

4-1. A 市の医療介護資源の現状と地域特性

A 市の地域包括ケアシステムの現状と保険者機能の状況を踏まえた医療介護資源の分析から、医療ニーズが高く複合疾患を伴う要介護状態の在宅療養者は、今後、増加することが分かった。

「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」¹⁾である地域包括ケアシステム構築のためには、在宅療養生活の限界点を引き上げる必要がある。そのためには切れ目なく在宅医療、介護が一体的に提供される必要があり、病院と居宅、医療と介護の連携が課題となると考える。

本研究の結果、退院時共同指導加算算定数は減少していたが、退院支援指導加算算定数は増えていた。これは COVID-19 による感染対策として病院への退院前訪問が制限された影響と退院当日も医療処置を行う必要があるような医療依存度の高いケースが増えたためと考えられる。このような在宅医療と介護の連携については、従前から問われ続けてきた重要課題の一つであるが、それぞれを支える保険制度が異なることにより、多職種間の相互理解や情報の共有が十分にできていないことで必ずしも円滑に連携がなされていない現状があると考えられる。

訪問看護は両保険制度を利用する在宅療養者を対象とするため、医療と介護をつな

ぐ役割を担うことができる。医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた場所で在宅療養を継続できるように、地域における訪問介護や訪問看護、訪問診療等の医療・介護資源の状況に応じた持続可能な仕組みを検討すべきである。つまり、在宅では、昼夜を問わず 24 時間発生する医療・介護ニーズに、医療・介護関係者が対応するためには、在宅療養者が受診を必要とした時に、直ぐに医療機関への受診・搬送ができるバックアップ体制が整っていることが必須となる。

具体的には、夜間は、訪問看護や医療機関と介護施設等の看護師が、お互いに連携していることなどと合わせて、総合的に日常の療養生活を支援する体制の整備が求められ、今回の研究結果からは、A 市では、医療法人 K の訪問看護ステーションがこの役割を担っていることがわかった。このため、ステーションの経営の安定化が A 市の地域包括ケアシステムにとっては重要となる。

4-2. 医療法人 K 訪問看護ステーションの経営戦略とその展開

SWOT 分析から明らかにした、戦略のターゲットとなる医療的ケアが必要な要介護者が在宅療養を継続できるためには、地域で支える体制整備が必要である。看護体制強化加算は、在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応を強化する観点から、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算について一定割合以上の実績等がある事業所を評価する加算で、2021 年度の介護報酬改定では、医療ニーズのある要介護者等の在宅療養を支える環境を整える観点や訪問看護の機能強化を図る観点から、単位数と算定要件に見直しが行われている。

医療法人 K 訪問看護ステーションでは医療保険による機能強化型訪問看護管理療養費 1 の基準は算定出来ているが、介護保険では要介護を対象とする看護体制強化加算（Ⅰ）（Ⅱ）は算定出来ていない（2021 年 7 月から介護予防において訪問看護体制強化加算開始している）。

また、表 25 で示すように看護体制強化加算（Ⅱ）は 2021 年 7 月単月では基準に到達しているが、算定には算定月から前 6 月間の実績を要する。これは全体の利用者総数が医療保険より介護保険の方が多く、末期がんに移行した場合は医療保険に切り替えて訪問看護を行うとの側面と、法人内医療機関との連携の未整備によるところが考えられる。

2019 年 4 月 1 日から市立 A 病院は公設民営となり、医療法人 K が指定管理者として管理運営を開始したが、表 22 の新規紹介利用者の内訳からもわかるように、従来から紹介利用者は少ない状況が続いている。現在の市北部から中心部に新設移転し、2022

年にはB病院と統合され、A市立総合医療センターとして2022年9月開院予定となっており、医療法人K訪問看護ステーションとも立地的にも近くなることから、今後は、さらに強い連携が必要となる。

現在、市立A病院とは定期的に緩和ケアカンファレンスと称して、市立A病院緩和ケア病棟に入院申し込みしている利用者のケースについて等の情報共有は行っている。しかし、一病棟とのlinkage（連携）となっており、市立A病院全体と訪問看護ステーションとのcoordination（協調）は進んでいない。

A市立総合医療センターでは開設にあたり入退院マネジメント強化の手法であるPFM（Patient Flow Management）の導入を検討している。切れ目なく在宅医療、介護が一体的に提供するとの規範的統合を法人内全体で進めたいうえで、一病棟だけではなく病院と訪問看護ステーションまでを含めた垂直的統合を進める必要があると考える。

また、これら医療機関間の連携だけではなく、介護事業所との連携についても課題がある。多職種との連携に関して、2012年4月から一定の研修を修了した介護職員による痰の吸引等が医師の指示の下で可能となった。その際、看護職員との情報共有や適切な役割分担の下で行われる必要があるため、訪問介護事業所と連携して利用者についての計画の作成支援を行うことが考えられる。この支援については、看護・介護職員連携強化加算（250単位/月）として評価される。だが、医療法人K訪問看護ステーションでは算定出来ていない。

実際には、訪問する介護福祉士に吸引指導を行っているが、医療ニーズが高い利用者の場合、ケアも看護師が担っていることが多く、業務分担が十分、行えていないためである。在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応を強化するためにはシステムとして、訪問看護を核とした医療法人Kの4病院、地域の在宅介護サービス事業所とのintegration（統合）を進める必要がある。

これら体制の充実を図り、「A市で暮らし続けるために疾患の再発予防・重度化予防を図りながら、安心して在宅療養を継続できること」を支える訪問看護を、医療、介護と連携して展開していかなければならない。

A市における医療法人Kの4病院のシェアは、表15に示すように全体で78.5%を占めている。そのため、それぞれの病院による急性期から回復期、慢性期、そして更に訪問看護までを含めたケア・パスウェイを構成することができると思う。さらに、訪問看護を含めた地域の在宅介護サービス事業所と水平統合によるケア情報の共有により、適切な業務分担を図ることができる体制の構築を目指すことを提案する。在宅療養者の医療ニーズに対応する体制を評価する、医療保険における機能強化型訪問

看護管理療養費 1 は算定していたが、介護保険における看護体制強化加算（Ⅰ）（Ⅱ）は算定出来ていない。2020 年 7 月から介護予防では訪問看護体制強化加算を算定し始めている。

こういった収益向上だけでなく、訪問看護が医療と介護をつなぐ役割を担うことで、地域における在宅介護サービスが途切れることなく提供されることを目指す地域包括ケアシステムの構築に寄与することに意味があると考えられる。

4-3. 地域包括ケアシステムにおける垂直的水平的統合戦略の推進

地域包括ケアシステムを構築するために integrated care の取り組みのための方法論は、未成熟であり、自治体においては、いまだ PDCA サイクルで計画立案し、進めていく方向性が良いという理解はされているが、実効性を伴うような実践はほとんどされていない⁵⁾とされている。

現時点での A 市保険者機能評価では「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」の得点率は 41.7%とかなり低く自治体主導の integration ではなく、地域の中核病院等が他の介護や福祉機関と coordination を進める、協働型モデルを A 市では採用することを提案したい。在宅要介護高齢者と地域における保健・医療・福祉サービスの間の垂直水平統合を進めるにあたり、医療においては医療法人 K が病院シェアの 78.5%を占めていることから、可能性はあるだろう。

2025 年に向けて地域社会全体でイメージやビジョンを共有する社会の構築が前提として必要であり、地域包括ケアシステムはそれを実現するための「仕組み」であると考えられる。その中で住み慣れた地域で過ごすことができる選択肢を持てる状況を医療と介護の間で担うことができるのは訪問看護であり、医療法人 K 訪問看護ステーションがとりうる戦略は地域における医療介護資源と連携する垂直的水平的統合戦略と考えた。

今後は A 市における地域包括ケアシステム構築に向けて、実効性のある働きかけを行っていければと考える。

5. 結論

A 市地域包括ケアシステムの現状評価と保険者機能から考え、医療法人 K 訪問看護ステーションにおける経営戦略の検討を試みた。本研究では、先行研究（倉橋 2019）を踏まえ、広島県で採用されている地域包括ケアシステムの評価指標と A 市 2020 年度保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金（市町村分）に係る評価

指標の該当状況調査票を分析に使用した。これらに係る評価指標の集計結果は全市町村における A 市の取り組み結果を点数と順位として「見える化」されたもので、地域独自の地域包括ケアシステムの構築に向けて、目指すべき地域の理念の設定・共有とともに、その進捗を評価するため有意義なものではある。

しかし、公表されている集計結果は都道府県、市町村の獲得点数と順位が示されているだけで、他都道府県や市町村との数字上の高低の比較はできるが、定量的・定性的評価は示されていないため、実際の取り組み内容と結果については該当状況調査票を取り寄せて分析する必要がある。

地域包括ケアシステム構築に向けて適切な介護サービスが提供できているのか、その地域によって異なる「適切さ」の評価も含めて、地域マネジメントによる地域包括ケアシステムの深化が着実に進むよう、評価内容をすべて公表していくこと、これは、今後、自治体が保険者として果たすべき機能を向上させていくうえでもとくに重要といえる。

謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院社会科学研究所 筒井孝子教授、小山秀夫特任教授、木下隆志教授より、熱心かつ丁寧なご指導を賜り深謝申し上げます。また、兵庫県立大学大学院経営研究科の医療・介護マネジメントコースでご教授頂きました講師の皆様にも感謝申し上げます。そして、大学院同期の皆様には、多くの支援と刺激を頂きました。重ねて御礼申し上げます。

引用参考文献（ホームページを含む）

- [1] (仮称) 川西市立総合医療センター基本構想
<https://www.city.kawanishi.hyogo.jp/shiseijoho/gyozaisei/1003532/1007282.html> (2021年7月17日アクセス)
- [2] 厚生労働省 地域包括ケアシステム
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2021年7月24日アクセス)
- [3] 厚生労働省老健局介護保険計画課(2017年) 地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000170568.pdf> (2021年7月17日アクセス)

- [4] 地域包括ケア研究会（2016） 地域包括ケア構築に向けた制度及びサービスの在り方に関する研究事業報告書-地域包括ケアシステムと地域マネジメント
https://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160518_c1.pdf（2021年7月17日アクセス）
- [5] 筒井孝子（2014）「地域包括ケアシステムのためのマネジメント戦略」中央法規出版
- [6] 日本能率協会総合研究所（2021年） 保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金の評価指標と活用方策に関する調査研究一式報告書
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000762957.pdf>（2021年7月10日アクセス）
- [7] 広島県添付資料
http://homecarenetwork.umin.jp/ipw/files/network/170515/170515_ppt4_2_2.pdf（2021年7月24日アクセス）
- [8] 広島県ホームページ 地域包括ケアシステムの質の向上に向けた取組について
<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/263/coa-concept.html>（2021年7月24日アクセス）
- [9] 兵庫県地域医療構想（概略版） 兵庫県
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/documents/kousougaiyou.pdf>（2021年7月10日アクセス）
- [10] 兵庫県地域医療構想（第3部）地域医療構想 兵庫県
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/documents/dai3bu.pdf>（2021年7月10日アクセス）
- [11] 兵庫県病床機能報告（令和元年度） 阪神圏域
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/r1byoushoukinouhoukokuhanshin-n.html>（2021年7月10日アクセス）
- [12] 兵庫県保健医療計画（圏域版）（平成30年）
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/keikaku2018.html>（2021年7月10日アクセス）
- [13] 兵庫県保健医療計画（令和3年中間見直し） 兵庫県
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/documents/gaiyou.pdf>（2021年7月10日アクセス）
- [14] 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針 厚生労働省

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/index.html (2021年7月10日アクセス)

- [15] 三菱UFJ リサーチ&コンサルティング「都道府県はいかにして市町村を支援すべきか

https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_05/houkatsu_05_1_honpen.pdf (2021年7月17日アクセス)

- [16] 令和元年度川西市市民実感調査調査結果報告書

https://www.city.kawanishi.hyogo.jp/_res/projects/default_project/_page/001/003/561/H31zikkann.pdf (2021年7月17日アクセス)