

S 町 A 医療法人における地域共生戦略

－ S 町の地域包括ケアシステムに関する分析結果か －

倉 橋 利 成

キーワード：地域包括ケアシステム、地域分析、通所介護、経営戦略

1. はじめに

日本の高齢化率は急速に上昇し2016年には27.3%に達し、その後も上昇を続け2065年時点では38.4%に達すると見込まれ¹⁾、こうした急激な高齢化への対応として、社会保障・税一体改革が実施されている。すでに2013年の社会保障制度改革国民会議報告書には、①病院完結型から、地域全体で治し、支える地域完結型へ、②受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護の充実。川上から川下までのネットワーク化、③地域包括ケアシステムの構築、④国民の健康増進、疾病の予防及び早期発見の促進²⁾ が示された。

このうち、③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³⁾」とされ、全国で市町村を中心に推進されている。

厚生労働省でも地域包括ケアシステムの構築状況を分析することの意義について、『認定率や介護給付費に関するデータ等にもとづき、地域の現状の把握や将来に関する気付き、検証していくべきと考えられる仮説等を得ていくものです。その継続により、介護保険制度の適正な運営のみならず、地域特性を捉えた地域包括ケア体制の推

進に寄与するものです。』⁴⁾と示し、地域包括ケアシステムに関する分析を勧奨してきた。例えば、広島県では、すでに2014年度から地域包括ケアシステムの評価⁵⁾として独自の方式が導入されている。広島県が構築した評価方式（以下、広島方式と略す）は、①医療、②介護、③保健・予防、④住まい・住まい方、⑤生活支援・見守り等、⑥専門職・関係機関のネットワーク、⑦住民参画（自助・互助）、⑧行政の関与（連携）についての定量的、定性的評価である。この中で定量的な評価は、各種統計データから実施し、定性的評価は、市町村職員が地域包括支援センターの職員等からの聞き取りによって自己評価するもの、県の職員、外部有識者による評価を合わせて行うという重層的な内容となっている。

一方、医療分野には、DPC[DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System)]等の公開データがあり、昨今では、これを経営分析にも活用できるようになってきたが、介護分野では、未だ公開データを活用し、地域の介護サービスの整備状況やサービス内容の実態を把握し、分析する試みは少ない。

しかし、介護保険制度における介護サービスの提供量については、公開されているデータベースが十分とはいえず、地域全体としてのサービスの過不足や制度化されない取り組みの評価が難しい状況となっていた。

このため、2018年度からは、この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。しかも、この評価に用いられる指標は精度向上のため、配点の見直しや項目の追加が見込まれ⁶⁾、より評価項目の精度が高まることが予想される。

本研究においても、この指標による全国的なデータベースが公表されていれば、経営戦略策定のための分析資料として利用できたものと考えられるが、未だこの保険者能力に関する市町村別の資料は全国レベルでは公開されていない。

また、この資料の入手に際して、とくにS町の場合は、開示請求書が必要とされ、請求から、20日もの時間を必要とした。このような状況のため、現時点では、全国を網羅した地域包括ケアシステムの現状評価に関する先行研究はほとんどない。

そこで本研究においては、現時点で入手できる地域包括ケアシステムの評価に関する資料を収集し、S町で医療と介護サービスの提供を担うA医療法人が地域包括ケアシステムと連動した経営戦略を検討することを目的とする。

このため、まず、S 町の地域包括ケアシステム構築の現状については、前述した広島方式にて分析する。また、S 町の地域包括ケアシステムの中核を担う行政の保険者能力を把握し、これを鑑みた A 医療法人における地域包括ケアシステムと連動した経営戦略の在り方を検討することとした。

2. 目的

大阪府 M 郡 S 町で病院と介護事業を運営する A 医療法人における地域包括ケアシステムと連動した経営戦略を策定することを目的とした。

この目的を達成するために、①A 医療法人が事業を展開する S 町の地域包括ケアシステムの状況を広島方式により分析した。次に、②S 町の地域包括ケアシステムが必要とする介護資源を把握し、A 医療法人の介護事業の S 町におけるシェアを確認し、③A 医療法人傘下で課題となっている B 通所介護事業所の実態を明らかにし、この事業の強化を核とした A 医療法人における経営戦略を検討することとした。

以上の分析結果からは、S 町の地域包括ケアシステムに連動する A 医療法人の経営戦略が提案されることになる。

3. 研究方法

3-1. S 町の概況

大阪府 M 郡 S 町（以下、S 町）は人口 31,167 人、高齢化率 27.4%（2019 年）である。S 町の人口は、2019 年に公表された S 町の第五次総合計画の策定に係る人口推計資料⁷⁾を用いた。本資料の人口推計には住宅開発による増加を少なく見積もったものと多く見積もったものがあるため、その 2 パターンの差の中間の値を計算して採用した。S 町の第五次総合計画策定のためのアンケート調査・結果報告書⁸⁾より住民の意向に関するデータを得た。

A 法人は、S 町で唯一の病院と介護老人保健施設を運営している。A 法人の患者及び利用者の約 7 割が S 町の住民である。

3-2. S 町の地域包括ケアシステムの整備状況の評価

広島県の地域包括ケアシステム評価指標⁹⁾を用い、地域包括ケアシステムの概況を把握した。また、定量的評価については、地域包括ケア「見える化」システム¹⁰⁾、日本医師会地域医療情報システム¹¹⁾、日本医師会総合政策研究機構の「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) - (2018 年度版)」¹²⁾、大阪府^{13), 14), 15)}、高槻市^{16), 17), 18)}、S 町^{19), 20), 21)}、大阪市²²⁾、堺市²³⁾、豊中市²⁴⁾、吹田市²⁵⁾、守口市²⁶⁾、枚方市²⁷⁾、茨木市²⁸⁾、八尾市²⁹⁾、寝屋川市³⁰⁾、松原市³¹⁾、柏原市³²⁾、羽曳野市³³⁾、門真市³⁴⁾、東大阪市³⁵⁾、「岸和田市・泉大津市・貝塚市・和泉市・高石市・忠岡町広域事業者指導課」³⁶⁾、「池田市・箕面市・豊能町・能勢町広域福祉課」³⁷⁾、「南河内広域事務室広域福祉課」³⁸⁾、「泉佐野市・泉南市・阪南市・熊取町・田尻町・岬町広域福祉課」³⁹⁾の各ホームページ、政府統計サイト e-Stat⁴⁰⁾の公開データを用いた。ただし、定量的評価として算出した数値の評価判定基準は示されていないため、比較指標として全国および高槻市と大阪府のデータを示した。

介護サービスの定員数に対する受給者数での評価に関しては、厚生労働省介護保険事業状況報告⁴¹⁾を用いた。

自治会・町内会等加入率の都道府県、全国のデータは公開されておらず、澤田(2018)⁴²⁾による政令指定都市のデータを参考とした。前期高齢者認定率は不明であったので調整済み重度認定率と調整済み軽度認定率^{a)}を示した。

定性的評価は、A 医療法人のケアマネジャー3 名による評価とした。すなわち、各質問項目の平均点を大項目ごとに合計し、満点に対する割合を合計得点の割合とした。それを評価基準(表 19)に当てはめ、5 から 1 までの評価を算出した。

ただし、行政の関与の評価については、一般のケアマネジャーには困難であることから、S 町介護保険事業運営委員の経験のあるケアマネジャー2 名の評価とした。

S 町における A 医療法人のシェアは、介護サービス情報公表システム⁴³⁾より算出した。A 医療法人の各介護事業所の利用者数が S 町の他事業所を含めた合計利用者数に占める割合をシェアとした。ただし、利用者数には S 町外の利用者人数も含まれる。

^{a)}調整済み認定率とは、認定率の大小に大きな影響を及ぼす、「第 1 号被保険者の性・年齢別人口構成」の影響を除外した認定率。一般に前期高齢者の認定率は後期高齢者のそれよりも低いとその要因を取り除ける。重度認定率とは要介護 3 以上の認定者の人数を第 1 号被保険者の人数で除した値。軽度認定率とは要支援 1～要介護 2 の認定者の人数を第 1 号被保険者の人数で除した値。

3-3. A 医療法人 C 通所介護事業所の財務分析

A 医療法人の通所介護事業所の 2018 年度財務データと、運営実績によって経営状況を分析した。財務データは 2016 年度から 2018 年度の 3 年分の貸借対照表・損益計算書を用いた。ベンチマークとして福祉医療機構のデータ「平成 29 年度通所介護事業所の経営状況について」⁴⁴⁾を用いた。

4. 研究結果

4-1. S 町の地域包括ケアシステムの現状

4-1-1. 人口動態

近年、S 町の人口は住宅開発により、増加傾向にある。S 町の推計によると増加は 2028 年にピークを迎えるが、生産年齢人口増は 2030 年ごろまで続く。高齢化率は 2030 年まで 27%を維持し、その後 28%を超えて増加する。65 歳以上の人口は 2040 年においても増加し続ける。75 歳以上の人口の増加は 2030 年ごろまで続き、その後減少に転じる（表 1）。

表 1： S 町の人口推移

単位	2010年	2015年	2019年	→推計	2025年	2030年	2040年
人口 (人)	29443	30659	30694		32521	32102	29804
15歳未満 (人)	4131	4444	4485		4871	4876	4046
15-64歳 (人)	19152	18594	18152		18798	18252	16472
65歳以上 (人)	6160	7621	8530		8851	8973	9286
(75歳以上) (人)	2617	3206	4012		5119	5524	5086
高齢化率 (%)	20.9	24.9	27.8		27.2	28.0	31.2
後期高齢化率 (%)	8.9	10.5	13.1		15.7	17.2	17.1

(出所：S 町第五次総合計画の策定に係る人口推計資料より筆者作成)

また、S 町への定住意向を問う住民アンケートの結果（表 2）からは、「今の場所に住み続けたい」、「町内の別の場所に移りたい」、「また S 町に戻ってきたい」を合計した町内への居住意向を示す割合は 76.5%であった。居住意向を示す割合を高齢者で見ると 65 歳～74 歳は 82.6%、75 歳以上は 89.3%と高かった。

表 2：S 町への定住意向の年代別集計

上段:件数 下段:%	調査数	け 今 た い の 場 所 に 住 み 続 け たい	り 今 た い の 場 所 に 移 りたい	い ら か も し れ な い が 、 ま た 移 り たい	い ら か も し れ な い が 、 ま た 移 り たい	わ か ら な い	不 明 ・ 無 回 答	上段:件数 下段:%	調査数	け 今 た い の 場 所 に 住 み 続 け たい	り 今 た い の 場 所 に 移 りたい	い ら か も し れ な い が 、 ま た 移 り たい	い ら か も し れ な い が 、 ま た 移 り たい	わ か ら な い	不 明 ・ 無 回 答		
																全体	16~19歳
全体	1,615 100.0	1,080 66.9	96 5.9	60 3.7	73 4.5	246 15.2	60 3.7	全体	1,615 100.0	1,080 66.9	96 5.9	60 3.7	73 4.5	246 15.2	60 3.7		
年 代 別	16~19歳	63 100.0	27 42.9	3 4.8	10 15.9	7 11.1	15 23.8	1 1.6	年 代 別	50~59歳	236 100.0	146 61.9	15 6.4	8 3.4	7 3.0	53 22.5	7 3.0
	20~29歳	101 100.0	36 35.6	3 3.0	20 19.8	11 10.9	23 22.8	8 7.9		60~64歳	125 100.0	81 64.8	5 4.0	2 1.6	10 8.0	24 19.2	3 2.4
	30~39歳	195 100.0	131 67.2	14 7.2	7 3.6	9 4.6	31 15.9	3 1.5		65~74歳	345 100.0	265 76.8	16 4.6	4 1.2	6 1.7	40 11.6	14 4.1
	40~49歳	256 100.0	165 64.5	19 7.4	7 2.7	16 6.3	42 16.4	7 2.7		75歳以上	244 100.0	198 81.1	18 7.4	2 0.8	4 1.6	13 5.3	9 3.7

(時点：2018年、出所：第五次総合計画策定のためのアンケート調査・結果報告書)

4-1-2. 医療、介護資源

S 町内の医療機関数は人口 10 万あたり 153.4 で、全国の 175.2 より少ない (表 3)。

表 3：人口 10 万あたり医療機関数

	S 町	高槻市	大阪府	全国
人口 10 万あたり医療機関数	153.4	185.3	203.4	175.2

(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) - (2018 年度版)」より筆者作成)

S 町における医療・介護従事者数の偏差値を確認する (表 4)。病院医師数が偏差値 42 で少ない。診療所医師数は偏差値 51 であった。

介護サービスに従事する介護職員数の偏差値は 44 であった。介護職員数は介護施設等で偏差値 42 と低かったが、在宅の介護職員数は偏差値 58 と施設より高かった。

また、介護サービスに従事する看護師数は、施設で偏差値 44 と低かったが、訪問では、偏差値 49 であった。介護サービスに従事する療法士数は、偏差値 61 と高かった。介護支援専門員数は偏差値 50 であった。

地域包括支援センターは、S 町直営で 1 か所であるが、2020 年度から外部委託の予定がある。日常生活圏域は 1 圏域である。

表 4：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	43	42	51	44	42	58	44	44	49	61	50

(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) - (2018 年度版)」より筆者作成)

4-1-3. 地域包括ケアシステムの定量的評価

4-1-3-1 医療・介護資源 (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に基づいた分析結果からは、医療のストラクチャーである在宅療養支援診療所数は偏差値 61 で全国平均より高かった。訪問看護事業所数は 49 であった。介護のストラクチャーの評価は表 6 に示したように、居住系サービスのうち認知症対応型共同生活介護の要支援・要介護者 1 人あたり定員は 0.032 人で全国と同等であった。

地域密着型共同生活介護は 0 人で居住系サービスの定員合計は 0.032 人と全国 0.075 人の半数以下であった。

通所系サービスの要支援・要介護者 1 人あたり定員は、通所介護で 0.054 人と全国の 0.118 人の半数以下であった。

地域密着型通所介護は 0.031 人、通所リハビリテーションは 0.048 人と両者ともに全国と同等であった。

認知症対応型通所介護や小規模多機能居宅介護、看護小規模居宅介護が設置されていない。

通所系サービスの定員合計は 0.134 人で、全国 0.219 人より少なかった。

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 0.036 人で全国 0.085 人の半数以下であった。介護老人保健施設は 0.064 人で全国と同等であった。介護療養型医療施設の設置は無かった。これらの施設サービスの合計定員は 0.1 人で全国の 0.15 人より低かった。ショートステイ定員は偏差値 50 で全国と同等であった。

4-1-3-2 医療・介護資源（プロセス）

プロセスの項目に関しては、S 町の公開データがなかった。アウトカムの在宅死亡率は 12.8%で全国よりやや低かった(表 5)。

介護のプロセス評価のうち訪問看護の受給者 1 人あたり利用回数は 7.8 回で全国 8.7 回より少なかった。

訪問リハビリテーションの受給者 1 人あたり利用回数は 11.8 回で全国と同等であった。アウトカム指標は算出できなかった。

表 5：医療の定量的評価

	単位	S町	高槻市	大阪府	全国	時点
				広島県独自事業		
				広島県独自事業		
ストラクチャー	在宅医療推進拠点 在宅医療推進医院					
	在宅療養支援診療所数	(偏差値) 61	59	59	-	2018年
	訪問看護事業所数	(偏差値) 49	49	57	-	
	在宅緩和ケア対応（24時間）訪問看護ST・薬局			不明		
	往診料件数（人口1万あたり）	(件) 不明	0.63	1.78	1.35	
プロセス	在宅患者訪問診療料件数（人口1万あたり）	(件) 不明	4.95	26.32	12.86	
	在宅患者訪問看護・指導料件数（人口1万あたり）	(件) 不明	0.06	2.49	1.86	
	退院調整率			不明		
アウトカム	在宅死亡率	(%) 12.8	14	15.9	13.2	2017年

（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） - （2018 年度版）」、厚生労働省「医療施設調査」（2017 年）より筆者作成）

表 6 : 介護の定量的評価

		居住系サービス要支援・要介護者1人あたり定員	単位	S町	高槻市	大阪府	全国	時点
ストラクチャー		認知症対応型共同生活介護	(人)	0.032	0.021	0.021	0.032	2018年
		地域密着型特定居住系入居者生活介護	(人)	-	0.004	0.001	0.001	
		定員合計 (居住系サービス)	(人)	0.032	0.071	0.061	0.075	
		通所系サービス要支援・要介護者1人あたり定員	単位	S町	高槻市	大阪府	全国	
		通所介護	(人)	0.054	0.091	0.084	0.118	2018年
		地域密着型通所介護	(人)	0.031	0.032	0.038	0.035	
		通所リハビリテーション	(人)	0.048	0.033	0.032	0.043	
		認知症対応型通所介護	(人)	-	0.005	0.004	0.007	
		宿泊 (小規模多機能型居宅介護)	(人)	-	0.004	0.002	0.005	
		通い (小規模多機能型居宅介護)	(人)	-	0.008	0.005	0.010	
		宿泊 (看護小規模多機能型居宅介護)	(人)	-	0.000	0.000	0.000	
		通い (看護小規模多機能型居宅介護)	(人)	-	0.001	0.001	0.001	
	定員合計 (通所系サービス)	(人)	0.134	0.174	0.168	0.219		
	施設サービス要支援・要介護者1人あたり定員	単位	S町	高槻市	大阪府	全国	時点	
	介護老人福祉施設	(人)	0.036	0.076	0.062	0.085	2018年	
	介護老人保健施設	(人)	0.064	0.044	0.039	0.057		
	介護療養型医療施設	(人)	-	-	0.003	0.008		
	定員合計 (施設サービス)	(人)	0.100	0.120	0.105	0.150		
	ショートステイ定員	(備差値)	50	45	48	-		
	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	S町	高槻市	大阪府	全国	時点	
プロセス		受給者1人あたり利用日数・回数 (訪問看護)	(回)	7.8	8.7	9.7	8.7	2018年
		受給者1人あたり利用日数・回数 (訪問リハビリテーション)	(回)	11.8	11.5	11.9	11.4	
		通所介護月20日以上利用件数		不明				
	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)

4-1-3-2 保健・予防資源

保健・予防のストラクチャーについては表7に示したように、人口10万人あたりの就業保健師数は、40.3人で全国と同等であった。

住民運営の通いの場の数(65歳以上の人口10万あたり)は482.7人と全国の261.7人より多かった。

プロセス評価である特定健康診査実施率は36.3%で全国と同等であった。

アウトカム評価の調整済み重度認定率は、6.1%と全国の6.3%と同程度であり、調整済み軽度認定率は11.2%と全国の11.7%と全国より低かった。

健康寿命男性は80.5歳で全国より1歳長く、健康寿命女性は84.5歳であり、全国より0.7歳長かった。

表7：保険・予防の定量的評価

		単位	S町	高槻市	大阪府	全国	時点
ストラクチャー	人口10万対就業保健師数	(人)	40.0	29.2	26.8	40.4	2017年
	住民運営の通いの場の数(65歳以上の人口10万あたり)	(箇所)	482.7	169.4	236.5	261.7	
プロセス	特定健康診査実施率	(%)	36.3	41	30	36.6	2016年
アウトカム	前期高齢者認定率		不明				2017年
	調整済み重度認定率	(%)	6.1	4.8	7.4	6.3	
	調整済み軽度認定率	(%)	11.2	12.8	14.9	11.7	
	認定の軽度化率		不明				
	健康寿命男性	(歳)	80.6	80.25	78.4	79.5	
健康寿命女性	(歳)	84.6	84.93	82.7	83.8		

(出所：S町ホームページ、高槻市ホームページ、大阪府ホームページおよび地域包括ケア「見える化」システムより筆者作成)

4-1-3-3 住まい・住まい方

住まい・住まい方のストラクチャーについては、表8に示した通り、サービス付き高齢者向け住宅戸数は0、高齢者1万人あたり有料老人ホーム定員数は93.4と大阪府の191.6の半分程度であった。全国の値は不明である。

特定施設入居者介護の定員は0であったが、これは全国でも0.042と少ない。

プロセス評価は住宅改修の第1号被保険者1人あたり給付月額で99円と全国90円より高かった。アウトカム項目は設定されていなかった。

表 8 : 住まい・住まい方の定量的評価

	単位	S町	高槻市	大阪府	全国	時点	
ストラクチャー	高齢者1万人あたりサービス付き高齢者向け住宅戸数	(戸)	0	63.0	116.3	72.6	住宅数： 2019年6月末 高齢者人口： 2015年
	高齢者1万人あたり有料老人ホーム定員数	(人)	93.43	113.26	191.63	不明	定員数： 2019年 高齢者人口： 2015年
	要支援・要介護者1人あたり特定施設入居者生活介護定員	(人)	0	0.046	0.04	0.042	2018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)	99	96	100	90	2018年
アウトカム	(項目なし)						

*ただし大阪府の有料老人ホーム定員数及び高齢者人口に大東市、摂津市、交野市、藤井寺市、四條畷市を含まない

(出所：「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」、「国勢調査」、地域包括ケア「見える化」システムおよび大阪市、堺市、豊中市、吹田市、高槻市、守口市、枚方市、茨木市、八尾市、寝屋川市、松原市、柏原市、羽曳野市、門真市、東大阪市、S町、「岸和田市・泉大津市・貝塚市・和泉市・高石市・忠岡町広域事業者指導課」、「池田市・箕面市・豊能町・能勢町広域福祉課」、「南河内広域事務室広域福祉課」、「泉佐野市・泉南市・阪南市・熊取町・田尻町・岬町広域福祉課」の各ホームページより筆者作成)

4-1-3-4 生活支援見守り等

生活支援見守り等のストラクチャー評価は表9に示したように、人口1万人あたりNPO法人認証数(保健・福祉関係)は1.31法人で、全国の2.4法人より少なかった。ただし、なお大阪府の数値に大阪市と堺市は含まれていない。

人口1万人あたり認知症初期集中支援チーム数は0.33チーム、人口1万人あたり認知症地域支援推進員数は0.33人であった。両項目の全国の数値は不明であるが、高槻市や大阪府よりは多かった。

プロセス評価の自治会・町内会加入率は69%で全国の数値は不明であるが、高槻市、大阪市よりは高く、政令指定都市15都市の平均値73.2%よりは、やや低かった。

アウトカム項目は設定されていない。

表 9：生活支援見守り等の定量的評価

	単位	S町	高槻市	大阪府	全国	時点	
ストラクチャー	人口1万人あたりNPO法人認証数（保健・福祉関係）	(法人)	1.31	1.62	1.93	2.40	2019年
	人口1万人あたり認知症初期集中支援チーム	(チーム)	0.33	0.03	0.16	不明	
	人口1万人あたり認知症地域支援推進員	(人)	0.33	0.06	0.25	不明	
プロセス	自治会・町内会等加入率	(%)	69	50.87	(大阪府66)	(政令指定都市15都市平均73.2)	2015年
アウトカム	(項目なし)						

(出所：大阪府、高槻市、S町の各ホームページおよび澤田（2018）より筆者作成)

4-1-3-5 共通項目のアウトカム

共通項目のアウトカムである他市区町村への転出者数（65歳以上）人口比率は0.27%で全国の0.1%より高かった。

他市区町村からの転入者数（65歳以上）人口比率も0.3%で全国の0.09%より高かった(表10)。

表 10：共通の定量的評価

		S町	高槻市	大阪府	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	(%)	0.27	0.25	0.10	0.09	2018年
	他市区町村からの転入者数（65歳以上）人口比率	(%)	0.30	0.21	0.09	0.09	

(出所：e-statより筆者作成)

4-1-4. 定性的評価

医療は、合計得点割合が42.9%と、最も高い3で「まあまあできている」(表11)とされていた。一方、介護は、合計得点割合が最も低く18.8%で、1の「できていない」(表12)と評価された。

保健・予防は2で「あまりできていない」(表13)とされ、住まい・住まい方は1で「できていない」(表14)、生活支援・見守り等は2で「あまりできていない」(表15)、専門職・関係機関のネットワークは2で「あまりできていない」(表16)、住民参画(自助・互助)は2で「あまりできていない」(表17)、行政の関与は3で「まあまあできている」(表18)と評価された。

医療が比較的、得点が高かったのは、退院支援や在宅医療体制の評価が高いことが理由であった。一方、介護が低かったのは、人材育成に関する評価がとくに低いためであった。また、評価者によって評価結果が分かれる 56 項目中 8 項目あった。

表 11：医療の定性的評価

評価の視点	平均点
■退院支援	
□入院医療機関（※）に退院支援担当者が配置され、他機関との連絡調整が取られていますか。 ※当該日常生活圏域内にある入院医療機関や当該日常生活圏域周辺の主な入院医療機関等	0.5
□退院前の調整（精神障害者の地域移行を含む）のため、入院医療機関からケアマネジャー、地域包括支援センター等へ連絡がありますか。 ※病院ごとで対応が異なる場合は退院調整率のデータ等を参照しながら、地域全体を総合的に評価してください。	0.7
□退院前のカンファレンスに医師をはじめ、多職種・多機関の参加がありますか。	0.5
■（退院後の）日常の療養支援、急変時の対応	
□本人や家族の希望に応じて、在宅医療（往診、訪問診療、訪問看護等）が提供できる体制があるとともに、通院に困難な状況はないですか。	0.8
□在宅緩和ケアを含めた在宅医療（往診、訪問診療、訪問看護等）の提供が行われる際に、24時間365日への対応として休日・夜間の連絡先等のルールについて家族や専門職等の関係者で共有されていますか。	1.0
□在宅医療を行う診療所・かかりつけ医をバックアップする体制がありますか。 ・診診連携（主治医、副主治医担当制等） ・病診連携（後方支援病院、中核となる医療機関との連携等） ・一次・二次・三次救急医療の連携	0.3
□退院後の経過や在宅医療の質をモニタリング評価するため、関係者によるカンファレンスが行われていますか。	0.0
□医療・介護等の多職種の関係者が互いに果たす役割や日頃から抱えている悩みなどについて情報交換したり、在宅医療の推進のための研修の場がありますか。（顔の見える関係づくり）	0.3
□一体的なサービス提供を行うため、医療・介護等の多職種連携の仕組みとして、連携のためのツールの活用（クリティカルパス、連携シート、ICT等）や、連絡調整のローカルルールづくり等に取り組まれていますか。	0.0
□認知症の疑いなど本人や家族がちょっとした変化に気づいたとき、気軽に相談できる窓口や身近な医療機関等に相談できる体制がありますか。	0.5
■看取り	
□本人や家族の希望に応じて、看取りを行う体制（医療・介護等）がありますか。	0.8
□在宅医療、終末期医療、自宅・特別養護老人ホーム等での看取り等に関する住民への情報提供（ACP（アドバンス・ケア・プランニング）、エンディングノート等）や理解促進の取組がされるとともに、住民が気軽に相談ができる窓口等がありますか。	0.0
□看取りを含めた本人が望む終末期の療養生活について、本人の想い（本人の選択）が尊重されるとともに、QOL（生活の質）やQOD（死の質、死に方）の向上に向けたチーム医療や医療・介護の連携がなされていますか。	0.3
□看取りの事例を多職種で共有する場（多職種による事例検討、家族の体験を聞く場等）はありますか。	0.2
合計得点割合	42.9%

表 12：介護の定性的評価

評価の視点	平均点
■介護保険サービスの基盤等	
□在宅で生活する高齢者（特に中重度者）の身体介護を担うサービス（訪問介護、訪問看護等）の提供量は充足していますか。（計画と実績の乖離、事業所のサービス提供エリアの制約等）	0.7
□小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護（旧複合型サービス）等の在宅サービスが、地域特性やニーズに応じて整備されていますか。（整備が計画的に進んでいますか。） また、それらのサービスが在宅限界点を引き上げる方向で機能していますか。	0.0
□訪問介護等の訪問系サービスの提供時間は、在宅限界点やQOL（生活の質）の向上に資するため、特にモーニングケア・ナイトケアの時間帯の提供に制限はありませんか。	0.2
□保険者や介護サービス事業者等が介護予防・重度化予防の視点、目標を共有し、排泄の自立、服薬の確認、適切な食事（栄養）摂取などについて、様々な関係者が連携して在宅生活の継続に向けた取組や働きかけを行っていますか。	0.2
□社会福祉法人等の地域で中核となる法人が、在宅で生活する高齢者の生活支援サービス（配食・洗濯サービス等）の提供や、介護人材の育成、地域住民の交流の場として施設を提供するなど、地域の拠点として地域貢献活動を行っていますか。	0.5
■人材育成	
□介護人材が不足する将来の姿を行政、事業所等が共有し、地域を支える人材の問題として捉え、複数の法人・事業所合同での求人説明会や研修会の開催を行うなど、地域全体の問題として認識され取り組まれていますか。	0.0
□ケアマネジャー等の専門職ネットワーク（事例検討、研修会等）による資質向上の活動と併せて、市町（保険者）が基本方針を明確にした上で、地域の専門職等の関係者に対して目指す目標の共有や必要な情報提供を行っていますか。	0.0
□小・中・高校等の学校教育や地域の様々な活動等の場を通して、若年層に対して健康づくり、介護・福祉、地域の互助活動などへの理解を深める機会がありますか。	0.0
合計得点割合	18.8%

表 13：保険予防の定性的評価

評価の視点	平均点
■健康づくり	
□住民が自らが望む場での生活の継続に向けて、日常生活習慣、健康づくり、介護予防など、自身の健康状態・生活機能の維持・向上への意識を醸成していくため、ライフステージに応じた意識啓発等の取組を進めていますか。	0.3
□生活習慣病予防、疾病予防、介護予防、重度化予防などの一次予防、二次予防、三次予防を効果的に行うため、各種データ分析等により、関係部署が連携して地域の健康課題の把握・分析を行っていますか。	0.2
■住民の主体的な活動	
□健康づくり、介護予防などの推進に当たっては、近隣住民の交流・地域活動への参加の促進や、そうした共生意識の中での住民主体の通いの場・自主グループの創設など、住民主体の「地域づくり」を意識した施策・取組が進められていますか。	0.5
□住民運営の通いの場などに、リハビリ専門職等が関与することにより、生活機能の低下の程度に応じた安全な動き方などの助言を受けて、社会参加が可能となるような取組を進めていますか。	0.5
合計得点割合	37.5%

表 14 : 住まい・住まい方の定性的評価

評価の視点	平均点
<p>■住環境</p> <p><input type="checkbox"/> 手すりの設置や床段差の解消等の住宅改修に当たっては、リハビリ等の専門職との連携がなされていますか。</p>	0.5
<p><input type="checkbox"/> 高齢者世帯の持家率や、主として高齢者が居住する中層住宅（3～5階）等へのエレベーターの設置状況、低所得者の居住状況、高齢者世帯の住み替え状況の把握など、地域の居住環境の把握はされていますか。</p>	0.3
<p><input type="checkbox"/> ハードとしての「住まい」だけでなく、「だれと関わり、どのように生活していくのか」といった観点である「住まい方」を一体として捉え、生活交通の確保等と併せて、住民の互助による見守り・生活支援の取組などを地域コミュニティに位置付けていくことが意識されていますか。</p>	0.2
<p><input type="checkbox"/> 自然環境及び生活環境等による生活のしづらさを抱える地域において、住民（地域）力の再構築と、住まいや住民の交流の場の資源として空き家（シェアハウス等）、廃校施設等の地域資源の再発掘を行うなど、必要な検討が行われていますか。</p>	0.0
<p>■サービス付き高齢者向け住宅</p> <p><input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅では、医療機関や介護事業所等との連携により、適切な医療・介護のケアが受けられる体制が取られているか把握していますか。 ※日常生活圏域内にサービス付き高齢者向け住宅がない場合は、市区町内の状況で評価してください。 市区町内にもない場合は評価を「—」（バー）にしてください。</p>	0.2
<p>■居住支援</p> <p><input type="checkbox"/> 高齢者世帯、障害者世帯等の入居を受け入れることとして登録された民間賃貸住宅（あんしん賃貸住宅）の情報提供や居住支援を行うなど、市町の住宅部局・福祉部局、不動産関係者等が協力して取り組んでいますか。 ※日常生活圏域内に「あんしん賃貸住宅」の登録がないなど評価が難しい場合は、市区町の状況で評価してください。市区町内にも「あんしん賃貸住宅」の登録がないなど評価が難しい場合は評価を「—」（バー）にしてください。</p>	0.0
合計得点割合	19.4%

表 15：生活支援見守り等の定性的評価

評価の視点	平均点
<p>■地域資源の把握・周知</p> <p>□見守り、外出支援、買い物・掃除等の家事支援、日常のちょっとした困りごと支援などを行う事業主体（地域資源）の把握と、そうした地域資源が住民、関係者に周知されていますか。 （例）尾道市「ねこのて手帳」</p>	0.2
<p>□地域の様々な関係者（NPO法人、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人等）が参画する生活支援に関する体制整備が進むとともに、生活支援コーディネーター等が地域の様々な資源を把握したり、住民の声（ニーズ）を聞くような活動（出前講座、勉強会等）を行っていますか。</p>	0.2
<p>■地域福祉活動、ニーズ把握等</p> <p>□生活支援・見守り、ボランティアの育成等については、多様な事業主体が関わりながら地域全体で取り組むことが望まれるため、行政、社会福祉協議会、警察、民生委員、老人クラブ、民間事業者等が連携し、効果的な地域福祉活動が実施されていますか。</p>	0.2
<p>□自主防災組織が設置され、住民の勉強会が開催されたり、防災について話し合う機会が設けられていますか。</p>	0.0
<p>□住民が困ったときに、民生委員及び地域包括支援センター以外に気軽に相談できる窓口があったり、サロンなどの住民の通いの場などで住民がお互いに相談し合える関係性が築かれているなど、社会的孤立の防止や早い段階から住民ニーズをキャッチする資源（人、場所、仕組み等）がありますか。 例：出前住民相談会の開催、自治振興区（自治会）の見守り、住民運営の通いの場、新聞販売所・宅配業者等との見守り協定、相談活動等</p>	0.3
<p>■認知症への対応</p> <p>□認知症サポーター（地域住民）の養成・普及、効果的な活用や、認知症カフェの設置など認知症の人とその家族への支援に関する取組が推進され、認知症に対する理解が地域へ広がっていますか。</p>	0.8
<p>□地域住民、行政、警察・消防、社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ、タクシー会社等事業者等の協力の下、徘徊SOSネットワークなどの見守りシステムが構築されていますか。</p>	0.2
<p>■権利擁護（成年後見制度等）、高齢者虐待防止対策の取組</p> <p>□本人の意向が尊重（自己決定）されるよう、成年後見制度や福祉サービス利用援助事業（かけはし）の利用支援・普及啓発などに取り組んでいますか。</p>	0.2
<p>□虐待防止ネットワークが設置されるとともに、定期的な会議が開催され、関係団体等との連携・協力体制が構築されることなどにより、虐待通報に対する迅速・適切な対応が図られていますか。</p>	0.2
合計得点割合	24.1%

表 16：専門職・関係機関のネットワークの定性的評価

評価の視点	平均点
<input type="checkbox"/> ケアマネジャー等の同職種の専門職ネットワークや、医療・介護等の多職種ネットワークがあり、事例検討や研修会等を通じて顔の見える関係性が築かれていますか。	0.7
<input type="checkbox"/> 顔の見える関係は、一方通行の「信用関係」レベルから相互の「信頼関係」が築かれているレベル（例：無理の言える関係）まで発展し、個別の連携に寄与していますか。	0.5
<input type="checkbox"/> 医療・介護等の多職種ネットワークの活動のリーダー（キーパーソン）はいますか。	0.2
<input type="checkbox"/> 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ますか。	0.5
<input type="checkbox"/> 多職種ネットワークの活動等を通して、情報連携のための共通シート（連携パス、共通様式等）の活用や検討が進められていますか。	0.2
<input type="checkbox"/> 病病連携、病診連携、診診連携、医療と介護の連携等の「線」の連携に留まらず、行政、住民を加えた「面」の連携となるよう、行政、住民、専門職が同じ目標（例：寝たきりゼロ作戦）を共有し、それぞれが自らの役割を認識した上で、各サービスが同じ目標に向かってシームレスに提供されていますか。（以下の「住民参画」、「行政の関与」の項目と関連項目）	0.0
合計得点割合	33.3%

表 17：住民参画自助互助の定性的評価

評価の視点	平均点
<input type="checkbox"/> 行政の方針（地域包括ケアシステムの構築、市民協働のまちづくり、市町の総合計画等）を踏まえ、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の実現に向けて、様々な団体・組織（ボランティア団体、NPO法人、自治会等住民組織など）が取組を進めていますか。	0.3
<input type="checkbox"/> 地域や施設（病院、介護保険施設等）における地域住民の交流の場及び住民（個人又はグループ）のボランティア活動（有償・無償）が活発ですか。また、学生ボランティアや民間企業・事業所の地域貢献活動（ボランティア活動）の実態はありますか。	0.2
<input type="checkbox"/> 災害時を想定し、高齢者や障害者等の要援護者一人ひとりに対する避難支援者、避難方法等について、住民等の関係者で話し合いが行われていますか。	0.0
<input type="checkbox"/> ふれあいサロン活動、住民主体の健康づくり活動（体操教室等）、高齢者の見守り等の住民の地域活動が活発に行われていますか。	0.8
<input type="checkbox"/> 住民運営の通いの場の創設の取組を進めていますか。また、地域に何か所整備するかなどの具体的な目標が設定されていますか。	0.2
<input type="checkbox"/> 生きがい就労（※）やコミュニティビジネスなどの活動を通して、高齢者の生きがいづくりや地域の担い手を増やす取組が進んでいますか。 ※生きがい就労：慣れ親しんだ生活スタイルである”働く”ことと、人との関わりを持ちながら地域貢献できる”生きがい”を両立させる新たな就労形態	0.0
<input type="checkbox"/> プラチナ世代（概ね55歳以上）等の現役世代に向けて、地域活動等の社会参画への動機付けのための学びの機会がありますか。（啓発イベント、ライフプランセミナーなど）	0.2
<input type="checkbox"/> 上記のような地域活動を通して、住民の自主的な取組が増えることなどにより、地域の互助力が向上していますか。	0.0
合計得点割合	20.8%

表 18：行政の関与の定性的評価

評価の視点	平均点
□地域包括ケアシステムの構築・地域づくりに向けて、市町の関係課は組織横断的に連携していますか。	0.5
□行政は、市町の総合計画や市民協働のまちづくりの指針等に基づき、住民互助力や地域の福祉力が向上するよう、主体性を持った住民への働きかけや、関係機関・団体等との連携を積極的に行っていますか。	0.25
□地域ケア会議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協働した取組となっていますか。	1
□市町（保険者）は、自立支援に資するケアマネジメントの視点（自立支援型ケアプラン）について、地域包括支援センターや介護支援専門員等に普及する取組を行っていますか。	1
□地域ケア会議で抽出した地域課題等を受け、必要に応じて介護保険事業計画等の施策に反映する仕組みがありますか。	0.25
□平成37（2025）年の将来の姿（高齢者人口増加・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と共有し、介護保険事業計画の基本方針や目標等を周知する取組を行っていますか。（介護保険事業計画の基本方針・目標の明確化と関係者による共有）（地域包括ケアロードマップ）（規範的統合）	0.25
□地域包括ケアシステムの重要なコンセプトである「本人の選択と本人・家族の心構え」を住民に促していく前提として、市町が住民に対する意識啓発（自助介護保険法で規定される自立支援や健康状態・生活機能の維持向上等）を市町の窓口や出前講座等の小規模の説明会等で行っていますか。	0.25
□市町から地域包括支援センターに対して、担当圏域の高齢者人口、高齢者世帯数、要介護認定者数、介護サービスの利用特性等の基礎データが提供されていますか。	1
□市町は日常生活圏域ニーズ調査等により、住民のサービス利用に関する意向調査や要介護者の生活ニーズ等を把握し、介護保険事業計画等の施策へ反映していますか。	0.75
□市町や地域包括支援センター等の関係者が介護保険法に規定される自立支援の原点を再確認するとともに、住民自らが意欲的に介護予防に取り組むような働きかけや介護予防マネジメントの効果的な実施方法について、市町窓口での相談対応の流れを含め関係者で共有されていますか。	0.75
□福祉ニーズの多様化・複雑化などに対応するため、高齢者、障害者、児童等の支援を単独の機関のみで対応するのではなく、包括的な相談支援体制（ワンストップ型等）や多分野との連携強化による総合的な支援の提供体制について検討がされていますか。	0.25
□認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームの設置がされ、早期診断、早期対応に向けた体制づくりが進んでいますか。	1
□市町、地域包括支援センターはできるだけ早い段階での相談対応や早期対応によるリスク軽減のため、地域の高齢者の実態を家庭訪問やアンケート調査、民生委員からの情報提供等により把握していますか。（支援を必要とする人の台帳整備等）	0.5
合計得点割合	26.9%

表 19：評価基準

割合	80～100%	60～80%	40～60%	20～40%	0～20%
点数	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

4-1-5. S 町の地域包括ケアシステムの現状評価

S 町の地域包括ケアシステムに関する定量的及び定性的評価を合わせた総合的評価については、図 1 に示したように、医療は病院医師数が少ないものの在宅医療の体制は比較的整っており、「まあまあできている」と評価された。

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かった。介護職員数は、施設では少なかったが在宅では多かった。

表 20 に 2019 年 5 月の S 町の各サービスの受給者数を示したが、小規模多機能居宅介護の受給者数が 1 となっているが、S 町内には事業所はない。また看護小規模多機能居宅介護の事業所もないことから、全体としての体制は、未整備で「できていない」と評価した。

保健・予防は住民運営の通いの場が充実していた。調整済み認定率は、全国より低かった。定性的評価は低かったが、健康寿命も長く、定量的評価は高かった。総合的には「まあまあできている」と評価した。

住まい・住まい方は、定量的評価においては、特定施設入居者生活介護の定員が 0 であるが、表 20 では受給者は 49 人となっていた。これは他市町村の介護付き有料老人ホームを利用していることを示す。

住民アンケート調査からは、高齢者の 8 割以上が S 町へのサービス付き高齢者向け住宅の設置がないため、他市区町村での利用や転出が多く、住まい・住まい方の総合評価は「できていない」と評価した。

表 20 : 2019 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	短期入所介護（介護施設）	短期入所介護（介護施設）	短期入所介護（介護施設）	短期入所介護（介護施設）	福祉用具貸与	特定居生活介護	施設介護	介護・予防・居宅支援
受給者数（単位：人）	207	23	125	46	192	259	162	55	28	-	-	-	511	49	738	

施設サービス	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	介護医療院
受給者数（単位：人）	83	102	2	-

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居者生活介護	複合型サービス
受給者数（単位：人）	3	-	53	-	1	30	-	30	-

（出所：厚生労働省介護保険事業状況報告（暫定）2019 年 5 月分より筆者作成）

生活支援見守り等は定量的評価の4項目中3項目が比較指標より高かった。定性的評価は項目数が9項目で認知症への対応1項目以外は「あまりできていない」とされ、総合評価は「あまりできていない」と評価した。

専門職・関係機関のネットワークは定性的評価によると、顔の見える関係の構築は進んでいるものの、行政や住民を加えた面の連携に到っていないため、総合評価は「あまりできていない」と評価した。

住民参画（自助・互助）は、定性的評価において住民運営の通いの場が評価されているものの、それ以外の活動は不足しており、「あまりできていない」と評価した。

行政の関与は定性的評価では、地域ケア会議や自立支援に資するケアマネジメント普及の取組、町から地域包括支援センターへの基礎データ提供、認知症の早期診断や対応への取組みはできていると評価されており、「まあまあできている」と評価した。

全体としては、「まあまあできている」が3項目、「あまりできていない」が3項目、「できていない」が2項目で、合計得点は17点となった。

広島県では、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⁴⁵⁾、S町の地域包括ケアシステムは、「あまりできていない」と判断された。

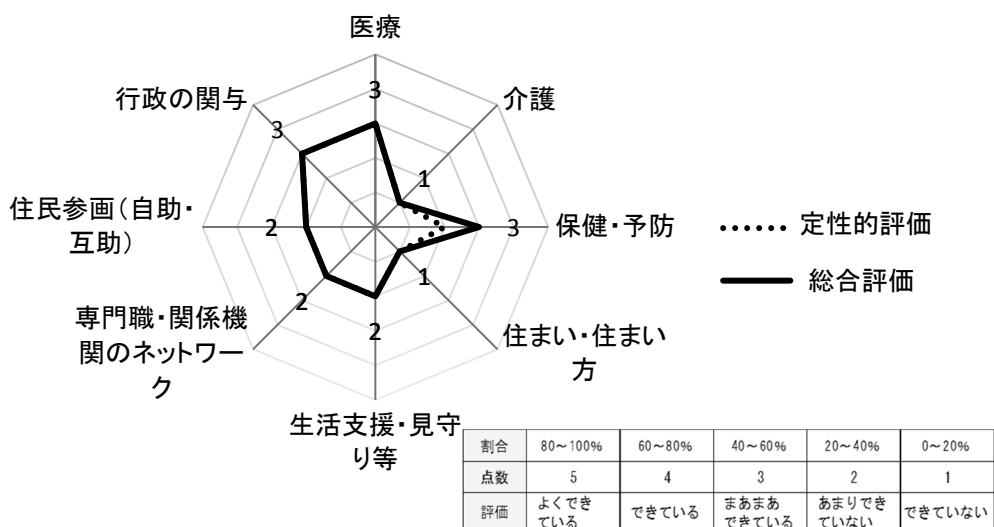


図1：S町の地域包括ケアシステムの評価結果

4-1-6. S 町の保険者機能

地域包括ケアシステムの構築、推進の中核的役割を担う S 町の保険者機能について、保険者強化推進交付金に係る評価指標から、その得点状況の資料⁴⁶⁾を入手した。

S 町の合計得点は 421 点で、全国平均の 411 点よりも低い点数であった。評価項目別では、「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」は 59 点、「自立支援、重度化防止等に資する施策の推進」は、332 点と全国平均の 57.9 点、313.2 点より、わずかに高かったが、「介護保険運営の安定化に資する施策の推進」は、30 点と、得点率は 42.9% とかなり低く、全国平均の 39.9 点を下回っていた。また、すべての項目において、S 町は、大阪府の平均値よりも下回っていた。(表 21)

表 21：保険者機能強化推進交付金に係る評価指標の得点

項目	満点	S町	得点率(%)	大阪府 平均	得点率(%)	全国平均	得点率(%)
全体	612	421	68.8	505.4	82.6	411	67.2
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	82	59	72.0	69.2	84.4	57.9	70.6
II 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進	460	332	72.2	380.6	82.7	313.2	68.1
III 介護保険運営の安定化に資する施策の推進	70	30	42.9	55.6	79.4	39.9	57.0

(出所：S 町平成 30 年度保険者機能強化推進交付金（市町村分）に係る評価指標の該当状況調査および、厚生労働省社会保障審議会介護保険部会（第 76 回）参考資料¹⁴⁷⁾より筆者作成)

4-2. A 医療法人の現状

4-2-1. A 医療法人の概要

A 医療法人は、病院と介護老人保健施設において訪問リハビリテーション事業を併設し、介護老人保健施設では通所リハビリテーションを運営している。その他に居宅介護支援事業所を 3 事業所、訪問看護、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護を各 1 事業所、運営している（表 22）。

事業	概要
病院	117床(急性期一般入院料5:57床、回復期リハビリテーション病棟1:40床、地域包括ケア病床1:20床) 訪問診療、訪問リハビリテーションあり
介護老人保健施設	88床 通所リハビリテーション37名/日 訪問リハビリテーションあり
居宅介護支援事業所	3事業所
訪問看護	1事業所
訪問介護	1事業所
通所介護	1事業所 長時間47名/ 短時間15名
地域密着型通所介護	1事業所 短時間のみ午前15名/ 午後15名

表 22 : A 医療法人の事業概要

(出所 : A 医療法人ホームページ⁴³⁾より筆者作成)

4-2-2. A 医療法人の S 町におけるシェア

施設入所、通所リハビリテーション、通所介護、居宅介護支援で S 町のシェアの約 5 割を占めている。ただし、通所介護と居宅介護事業所は、S 町に近接する事業所も含まれる。短期入所は、約 3 割、訪問介護は約 2 割である。訪問看護は、S 町外の事業所からのサービス提供とサテライト事業所 1 か所の利用者数は把握できなかった。町内事業所のシェアは約 9 割である。各サービスの利用者数に要支援者、総合事業対象者は含まない(表 23)。

表 23 : A 医療法人のシェア

(単位)	施設入所	短期入所	訪問看護	訪問介護	通所介護 (地域密着 型含む)	通所リハ	居宅介護 支援
町内事業所数 (箇所)	3	3	2	9	7	2	10
合計利用者数 (人)	174	65	150	383	347	158	953
A 法人の利用者数 (人)	96	21	139	84	157	88	474
A 法人シェア (%)	55.2	32.3	92.7	21.9	45.2	55.7	49.7

(時点 : 2018 年、出所 : 介護サービス情報公表システムより筆者作成)

S 町に事業所がないサービスは訪問入浴、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型サービス、療養通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護、介護医療院である(表 24)。なお住宅型有料老人ホームは 3 施設で定員 72 名である。

表 24 : A 医療法人の事業所数と S 町内の A 法人外の事業所数

		A法人	S町内A法人外
ケアプラン	居宅介護支援	3	6
	訪問介護	1	4
訪問	訪問入浴		
	訪問看護	1	2
	訪問リハビリ	1	1
	夜間対応型訪問介護		
	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護		
	通所介護	2	5
	通所リハビリ	1	1
通所	療養通所介護		
	認知症対応型通所介護		
	多機能型		
施設	小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型 居宅介護		
	介護老人福祉施設		2
	介護老人保健施設	1	
	介護療養型医療施設		
	特定施設入居者生活介護		
	介護医療院		
	認知症対応型共同生活 介護		2
短期入所	短期入所生活介護		2
	短期入所療養介護	1	

(時点：2018年、出所：介護サービス情報公表システムより筆者作成)

S 町の介護予防体操や地域ケア会議への協力、介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービス C などは A 医療法人のリハビリテーション専門職が担っている。

4-2-3.A 医療法人の B 通所介護事業所について

A 医療法人の B 通所介護事業所（以下、B 通所介護）は大阪府高槻市にあり、S 町に近接している。利用者の約 7 割が S 町の住民である。定員は 3-4 時間を中心とした短時間型が午前、午後で各 15 名、7-8 時間を中心とした長時間型が 47 名で合計 62 名の大規模型^b（Ⅱ）である。2018 年の介護報酬改定で大規模型（Ⅱ）の基本報酬は下がっ

^b 大規模型のうち月平均利用者数が 750 名から 900 名以内が「大規模型（Ⅰ）」、900 名以上が「大規模型（Ⅱ）」である。

たため、B 通所介護は、当初は時間区分 7-9 時間が主体であったが、1 時間ごとの時間区分になったため、7-8 時間が主体となり、基本報酬は約 5.2%減少した。

4-2-4. B 通所介護の財務分析

2016 年から 3 年間の収支状況は表 25 に示した。事業収益は 2016 年度に 1 億 8,089 万円、2017 年度に 421 万円減少し 1 億 7,668 万円、2018 年度には 730 万円増加し 1 億 8,398 万円である。償却前利益は 2016 年度に 5.4%、2017 年度はマイナス 3.6%、2018 年度はマイナス 4.1%となっている。人件費は 2016 年度から 2018 年度にかけて 1,786 万円増えている。

福祉医療機構の経営分析参考指標⁴⁸⁾によると 2017 年度の通所介護の地代家賃は 0.7%と示されている。これに比べて B 通所介護の地代家賃は約 7%と高い。税引前利益は 2016 年度に 549 万円の黒字であったが、2017 年度に 943 万円の赤字、2018 年度には 1,001 万円の赤字となっている。

表 25：収支状況

	2016年度		2017年度		2018年度	
	(千円)	(%)	(千円)	(%)	(千円)	(%)
事業収益	180,899	100.0	176,689	100.0	183,983	100.0
人件費	104,630	57.8	108,746	61.5	122,498	66.6
減価償却費	4,390	2.4	3,048	1.7	2,395	1.3
地代家賃	12,666	7.0	12,666	7.2	12,666	6.9
その他固定費	5,310	2.9	5,004	2.8	5,721	3.1
変動費	57,049	31.5	60,411	34.2	55,517	30.2
償却前利益	9,887	5.4	△ 6,389	△ 3.6	△ 7,619	△ 4.1
税引前利益	5,497	3.0	△ 9,437	△ 5.3	△ 10,014	△ 5.4

福祉医療機構⁴⁹⁾の大規模型(Ⅱ)の収支、機能性の指標を用いてベンチマーク分析を行った(表 26)。2017 年度の黒字・赤字施設と比較すると、定員数は B 通所介護が 62 人に対して黒字施設の 58.6 人より多く、赤字施設の 69.6 人より少なかった。

年間営業日数は B 通所介護が 364 日で黒字施設の 326.4 日より多く、赤字施設は 312 日で黒字施設より少なかった。

利用率は 66%で黒字施設の 77.5%より低く、赤字施設の 69.6%より低かった。要介護度は、黒字・赤字施設別の数値はないが大規模型(Ⅱ)は 2.12 に対して、B 通所介護は 2.32 で重度者の割合が高かった。

利用者1人あたり収益は、B通所介護が11,240円で黒字施設の9,232円よりも高かった。人件費率は、B通所介護が61.5%で黒字施設の58.8%でより高かった。赤字施設の68.9%よりも低かった。

減価償却費率は、B通所介護では、1.7%で、黒字施設の4.6%、赤字施設の8.9%より低かった。

平均従事者数は、B通所介護が30.3人で、黒字施設の22.3人、赤字施設の23.9人より多かった。

表 26 : ベンチマーク分析

	2016年度		2017年度				2018年度
	B通所介護	大規模型 (Ⅱ)	B通所介護	大規模型 (Ⅱ)	黒字施設	赤字施設	B通所介護
(単位)							
定員数 (人)	62	59.2	62	60.3	58.6	69.6	62
年間営業日数 (日)	365	325.4	364	324.2	326.4	312	362
利用率 (%)	68	77.5	66	76.1	77.5	69.6	67
要介護度(要介護のみ)	2.41	2.07	2.32	2.12	—	—	2.22
利用者一人あたり収益 (円)	11,226	8,920	11,240	9,173	9,232	8,856	9,663
人件費率 (%)	57.8	61.0	61.5	60.4	58.8	68.9	66.6
減価償却費率 (%)	2.4	4.3	1.7	4.6	3.8	8.9	1.3
平均従事者数 (人)	31.6	21.9	30.3	22.6	22.3	23.9	31.7
事業利益率 (%)	-1.7	12.3	-7.5	12.6	16.1	-7.1	-8.1

(出所 : B通所介護の実績データと福祉医療機構「平成29年度老人デイサービス(通所介護・認知症対応型通所介護)の経営状況」より筆者作成)

4-2-5. B通所介護の機能性分析

B通所介護とS町内の通所介護事業所の加算の算定状況を表27に示した。

B通所介護が算定していた加算は、入浴介助加算、中重度ケア体制加算、生活機能向上連携加算、個別機能訓練加算(Ⅰ)および(Ⅱ)、認知症加算、栄養スクリーニング加算、口腔機能向上加算、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)であった。

B通所介護とS町内の通所介護事業所の全てにおいて算定していなかったのは、生活相談員配置等加算、ADL維持等加算(Ⅰ)および(Ⅱ)、若年性認知症利用者受入加算、栄養改善加算であった。

表 27：通所介護事業所の加算取得状況

	B通所介護	C通所介護	D通所介護	E通所介護	地域密着型		
					F通所介護	G通所介護	H通所介護
生活相談員配置等加算							
入浴介助の実施	あり	あり	あり	あり	あり		
中重度者ケア体制加算	あり						
生活機能向上連携加算	あり						
個別機能訓練加算（Ⅰ）	あり						
個別機能訓練加算（Ⅱ）	あり					あり	あり
ADL維持等加算（Ⅰ）							
ADL維持等加算（Ⅱ）							
認知症加算	あり						
若年性認知症利用者の受入							
栄養改善サービスの実施							
栄養スクリーニング加算	あり						
口腔機能向上サービスの実施	あり		あり				あり
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	あり						
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ		あり	あり				あり
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）					あり		
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	あり	あり		あり			あり
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）					あり	あり	
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）			あり				
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）							
介護職員処遇改善加算（Ⅴ）							

（出所：介護サービス情報公表システムより筆者作成）

利用できる時間はB通所介護が9時から16時であったが、他の通所介護は8時30分から17時30分までが多かった。

定休日はB通所介護が元日のみであるが、他の通所介護は日曜と年末年始の定休日が多かった。

利用可能な時間帯はB通所介護のみが3～4時間の短時間から7～8時間までの長時間を併設し、D通所介護が8～9時間に対応していた。

定員はB通所介護が62人で、他の通所介護は25人以下であった（表28）。

表 28：通所介護事業所の利用時間、定休日、利用可能な時間帯

	B通所介護	C通所介護	D通所介護	E通所介護	地域密着型		
					F通所介護	G通所介護	H通所介護
利用できる時間	9時00分～16時00分	8時30分～17時30分	8時00分～17時30分	8時30分～17時30分	8時30分～17時30分	8時30分～17時30分	9時00分～17時00分
定休日	元日のみ	日曜・12月31日～1月3日	日曜・12月30日～1月3日	日曜・12月31日～1月3日	日曜・12月30日～1月3日	土日曜・夏季・年末年始	日曜・年末年始
利用可能な時間帯	3～4時間						
	4～5時間						
	5～6時間						
	6～7時間		6～7時間	6～7時間	長時間	短時間	短時間
	7～8時間	7～8時間	7～8時間	7～8時間			
			8～9時間				
定員（単位：人）	62	25	25	25	15	10	18

（出所：介護サービス情報公表システムより筆者作成）

地域密着型以外の通所介護事業所の食堂及び機能訓練室の利用者1人当たりの面積を比較したところ、B通所介護は、4.05 m²で他の事業所は約3 m²であった（表28）。

表 29：通所介護事業所の利用者1人当たり面積

	B通所介護	C通所介護	D通所介護	E通所介護
食堂及び機能訓練室の利用者1人当たりの面積（単位：m ² ）	4.05	3.01	3	3.13

（出所：介護サービス情報公表システムより筆者作成）

4-2-6.B 通所介護の経営状況の考察

多数の加算の算定と重度者の受け入れで事業収益は比較的高かった。費用面では人件費率は高くなく、地代家賃の比率が高い。利用者1人あたり面積は広いが利用率が低いいため、面積あたりの収益は低いと考えられた。

利用率の低迷が赤字の要因であり、2018年度改定による基本報酬の減少により事業利益率のマイナスがさらに大きくなっていった。

機能性については加算の多さや日曜営業など特色があり、他の通所介護事業所に比べて高い機能があると考えられたが、これが利用者の獲得につながっていない。

5. 考察

S 町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、A 医療法人傘下の B 通所介護における経営戦略を考察し、その経営戦略を地域包括ケアシステムの構築に展開する方法を検討する。

5-1.S 町の地域分析を踏まえた B 通所介護の経営戦略

S 町の地域包括ケアシステムの分析結果を外部環境とし、B 通所介護の財務状況と機能性分析を内部環境として、SWOT 分析を行った（表 30）。

B 通所介護の利用率の低さは、定員数が多さに対して、需要が少ない状況を示していた。しかし、S 町の人口当たり通所介護の定員数は、全国の半数以下である。

また、今後の後期高齢者人口の増加から、通所介護への需要は高まるものと考えられるため、B 通所介護が現状の定員のまま利用率を高めることを前提とした。

表 30 : SWOT 分析

内部環境
強み
<ul style="list-style-type: none">・ 近隣事業所では唯一日曜営業で元日以外休みなし・ 各種加算を算定しており機能が充実している・ 法人内の病院からリハビリテーション専門職や栄養士の人材が得やすい・ 短時間と長時間の両方に対応している・ 介護度が高く、利用者一人当たりの単価が高い・ 利用者 1 人あたりの面積が広い・ 町内で法人としてのシェアが高く、利用者の情報が得やすい・ 利用者が受診が必要な場合も法人内の病院と連携し易い・ 法人内の介護事業所間での人材確保がやり易い
弱み
<ul style="list-style-type: none">・ 利用率が低い・ 介護度が高く、職員に負担がかかる・ 地代家賃が高い・ 利用者 1 人あたりの面積が広く、利用者も多いため家庭的雰囲気ではない・ 法人内の通所リハビリテーションも長時間/短時間を併設しており機能が重複している

外部環境	
機会	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者人口は2030年までに2019年の約1.4倍に増加する ・生産年齢人口が2030年までは減少しない ・65歳以上人口は2040年にかけて増加していく ・通所介護の人口あたり定員は高槻市や全国の値を下回っている ・認知症対応型通所介護や小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能の設置なし ・人口の規模が小さく顔の見える関係が図りやすい ・健康寿命が全国より約1歳長い ・自立支援やアウトカム志向の高まり
脅威	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者人口は2030年から2040年にかけて減少する ・今後の介護報酬の大幅なプラス改訂は見込めない ・住民主体の通いの場が充実していることで通所介護の代替となっている可能性がある ・住まい機能の不足により在宅生活を送る高齢者が少なくなる可能性がある

SWOT分析から戦略ドメイン^{c,50)}の設定を行った(図2)。

ニーズを捉える背景は3つあり、1つ目は後期高齢者人口の増加、2つ目は高齢者の定住意向が8割以上であること、3つ目は高齢者向け住まいや施設の不足のため自宅での生活ができなくなると他市町村に行く可能性が高いことである。

これらの3つを踏まえたニーズを『S町で暮らし続けるための「健康」の維持』とする。そこでターゲットとなる顧客は、認知症や脳卒中、パーキンソン病等による心身の障害や慢性疾患などで在宅生活に不安、支障をきたしている人とする。

一般に、後期高齢者人口が増加すれば、複数の病気を抱えた人が増加する⁵¹⁾。複数疾患を抱えた利用者は、入退院を繰り返しながら、日常生活能力が低下し、いずれは在宅生活が困難になる可能性が高くなる。

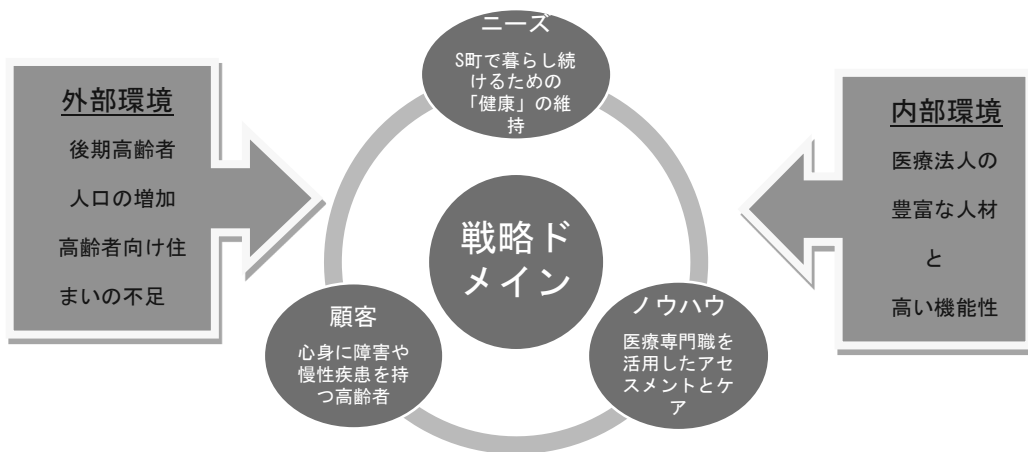
このようなケアサイクルを前提として、前述したニーズに応えるためには、A医療法人の医療専門職を活用したアセスメントと、これに基づくケアといえる。

A医療法人では、この戦略ドメインは、老健併設の通所リハビリテーションの長時間型が担っている。しかし、この長時間型通所リハビリテーションの利用率も低下し

^c 戦略ドメインとは企業の経営理念を達成するために必要な、自社が生存していくべき事業領域のこと。どのようなニーズを捉え、そのニーズをもつ顧客に対し、どのような自社の経営資源をもって対応するのかということ。

ている。これは、同一法人内での機能の重複が利用率の低下を招いているものと考えられる。

そこで、老健の通所リハビリテーションは、短時間に注力し、長時間の利用者は B 通所介護が担うと考えた。



2:戦略ドメイン

ターゲット顧客のセグメントを疾患別、重症度別に分け、利用する曜日やユニットを設定する。これによりケアの効率が高まるとともに大規模型の弊害である周りの利用者と自分とのミスマッチ感を軽減し、顧客満足度を向上させる。

見学、体験利用者についても、利用者の状態に応じた曜日やユニットを案内すれば、安心して見学、体験してもらえると考えた。

しかし、「健康の維持」というニーズに応えられたかどうかを成果として見える化することは難しいものである。例えば、入院してしまえば、通所介護を利用しなくなるが、この入院という事象の情報をこれまで通所介護側で把握してこなかった。

今後は、利用者が入院した場合には、ケアマネジャーから入院の理由に関する情報を収集し、通所介護の職員が病院を訪問する仕組みを新たに構築する。これにより入院の原因が転倒や誤嚥性肺炎などの予防可能なものなのかといった情報を把握し、提供してきたケアの適切性を判断することとしたい。

また、通所介護利用時の状況を入院中の病院の看護師等に情報共有できれば、病院では、この情報を適切な看護やリハビリテーションへとつなげることができると考えられる。

5-2-1.戦略ドメインの展開

これまでも A 医療法人は、行政が実施する介護予防事業等へのリハビリテーション専門職の供給を担ってきた。現在、A 医療法人以外の S 町内の通所介護には、リハビリテーション専門職はいないが、ここにリハビリテーション専門職を派遣することで、戦略ドメインを S 町内の法人外の通所介護事業所にも展開する。

そのための仕組みとしては、生活機能向上連携加算を活用する。生活機能向上連携加算は、病院や老健などに所属するリハビリテーション専門職が介護事業所で利用者のアセスメントを行い、個別機能訓練計画などの策定を介護事業所の職員と共同して作成できる。

リハビリテーション専門職のうち理学療法士は身体機能障害、作業療法士は生活機能障害や認知症、言語聴覚士は嚥下障害やコミュニケーション障害のアセスメント等の業務を担う。そして、派遣した療法士の判断に応じて、次回、訪問する職種を変える仕組みを構築する。

A 医療法人外の通所介護事業所は、S 町に 5 事業所が存在するため、少しずつ拡大し、介護老人福祉施設 2 施設や認知症対応型共同生活介護 2 事業所でもリハビリテーション専門職の派遣を目指すことを提案する。

5-2-2. 生活機能向上連携加算のシミュレーション

生活機能向上連携加算は派遣を受託した側への支払いは設定されておらず、委託した側の介護報酬^dから委託料を相互の契約により設定するものである。リハビリテーション専門職の派遣は A 法人の病院から行う。

派遣は 2 時間までとし 13,000 円の委託料とする。1 回あたり 10 名までのアセスメントを行う。3 か月に 1 回は進捗状況を見直す必要があるので 1 か月に 1 回の派遣を 3 か月間継続していけば、3 か月目以降は毎月 25 名の加算算定が継続できる。事業所のこの加算による 1 年目収益合計は 404,000 円となる(表 31)。

^d 生活機能向上連携加算の単位数は 200 単位/月。ただし個別機能訓練加算を算定している場合は 100 単位/月。

表 31：生活機能向上連携加算のシミュレーション

		1か月目	2か月目	3か月目以降	1年目合計
委託料	(円)	13000	13000	13000	156000
算定人数	(人)	10	20	25	
報酬	(円)	20000	40000	50000	
事業所収益	(円)	7000	27000	37000	404000

5-2-3.戦略ドメイン展開の意義

生活機能向上連携加算によってA法人が受け取る委託料はリハビリテーション専門職の時間あたり収益相当の金額設定で収益性は無い。しかし、地域でサービスが分断されずに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あたっての意義は深いと考えられる。

これまでの地域における医療や看護、介護サービスは、疑似市場下で公的機関や医療法人などの病院、診療所が、それぞれの組織単位ごとにマネジメントされてきた。そして、これらを監督官庁が管理する伝統的なガバナンス構造によって運営されてきた。つまり、それぞれの市町村の、それぞれの医療機関や介護事業所といった組織単位の経営がなされ、効率や質の必要に応じて、これらの組織が「連携」という linkage レベルの形態とされてきた。

しかし、今日、推進される地域包括ケアシステムは、ひとつの医療機関だけで、しかも一度で完結するサービスの提供を想定されることにはならず、一連のケアサイクルの変化点で必要とされるサービスを組み合わせて提供する必要がある。こういった複雑な組み合わせを可能とするためには、先進的経営戦略が必要となる。

しかも、患者個々人の状況を追跡できる情報システムが必須となるため、企業や病院の単体経営のために必要とされる「戦略的経営情報システム」を地域包括ケアシステムのために地域全体で持たねばならないことを意味する。

integrated care の理論によれば、この取り組みは単なる情報による連携を超えた協調のレベルとなる⁵²。こういった協調を継続しながら「健康の維持」や「自立支援」の目標を共有することで、規範的統合を目指すことが可能となる。

こういった規範的統合は、いわばビジョンの共有といえる。これを基礎としてPDCAサイクルを回していけば、加算の名前通りに「生活機能が向上する連携」が見込まれるものと考えている。

だが、一般に医療法人が介護事業を運営する場合でも、法人内事業所間で医療と介護の連携が図られる例はそれほど多くない。法人内で利用者の情報共有ができ、切れ目のないサービス提供ができるためには、法人内での臨床的統合が図られなければならないからである。

現在、日本で推進されている地域包括ケアシステムは、同一の地域包括ケア圏域における臨床的統合を核とした医療と介護サービスの統合的な提供体制を中核とする。本研究の対象となったA医療法人は、同一法人内に医療と介護サービスの提供体制を独立して持っている。現時点では、これらのサービス体制の統合化は十分ではなく、法人が立地するS町の保険者機能も全国の平均値にも及ばない状況にある。

こういった状況下でA医療法人がとりうる戦略は、地域のすべてのステークホルダーと相互に成長する、いわば「地域価値共創戦略」であると考えられた。

6. 結論

S町の地域包括ケアシステムの構築状況に関する評価と、これを基礎としたA医療法人における経営戦略の策定を試みた。本研究では、全国を網羅した保険者機能評価のデータを入手したが、S町では公開情報とされておらず、分析には、広島県で開発された指標を用いた。だが、広島県独自の評価指標や、一部項目は不明なものもあった。今後は保険者機能強化推進交付金の評価指標の活用が見込まれる。

この指標で求められている数値や取り組みは、マクロ環境分析のデータとして活用できる。マクロ環境分析のフレームワークとしてPEST分析がある。PEST分析とはPolitics（政治）、Economy（経済）、Society（社会）、Technology（技術）の各要素を網羅的に挙げる手法である。

Politicsに関して、事業者は診療報酬、介護報酬についてのみに目が行きがちであるが、今後は、各市町村では保険者機能強化推進交付金を活用し、地域密着型サービスにおいて独自の内容を求めたり、介護予防事業等を充実させていくことが望まれる。

評価指標において得点できなかった項目への対策もなされ、それを把握すれば市町村行政の動向に即した戦略が導き出されることになるといったことも期待される。

これまで地域包括ケアシステムの現状を分析した上での経営戦略を策定した事例は、これまでほとんどないことから、重要な知見が得られたものと考えている。

7.おわりに

Economy に関して重要な要素は市町村の介護保険財政である。そしてそれを端的に反映するのが介護保険料の額と将来の推計である。他市町村との比較を行い、もし介護保険財政の悪化が見込まれるなら公的保険に頼らない自費事業の戦略を立案する等が検討できる。

Society に関しては、高齢者人口、介護人材の必要数の推移やサービスの提供体制、住民主体の通いの場の整備状況など、地域づくりの状況等が当てはまる。地域ケア会議から導き出された地域課題が示されれば、医療・介護の事業者が地域づくり、まちづくりに貢献するヒントを得られるだろう。Society は幅広い情報収集が必要な分野であり、保険者からの情報が十分に活用され得る。

Technology は、Politics や Economy、Society と関係づけて考える必要がある。これを把握すればケア技術、連携のための IT システム、介護ロボットなどの必要性、設備投資の方向性を検討することができる。

今回の研究では、地域分析のデータ収集に時間を費やしたが、保険者機能強化推進交付金の指標の結果は公表される予定とされる。各市町村で統一的指標が用いられているので複数の市町村に渡って事業展開する場合にも容易に外部環境分析の比較ができる。データの幅広さ、入手の容易さ、比較可能性という意味で保険者機能強化推進交付金の評価指標を地域分析資料として活用することは意義深いと考える。

これからは、地域の現状と保険者としての意図を共有する事業者が地域包括ケアシステムの中で信頼を得て事業を継続していくことになるだろう。

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 小山秀夫特任教授、筒井孝子教授、木下隆志先生より、熱心なご指導を賜りましたことに厚く御礼申し上げます。質問紙での評価にご協力いただいた A 法人のケアマネジャーや施設のデータを提供いただいた B 通所介護事業所の職員の皆様に心から感謝を申し上げます。また、兵庫県立大学大学院経営研究科 介護マネジメントコースでご教授いただきました鳥邊晋司教授、貝瀬 徹教授、藤江哲也教授に感謝申し上げます。兵庫県立大学大学院経営研究科 医療マネジメントコース、介護マネジメントコースの同期の皆様には多くの刺激と支援をいただき重ねて厚く御礼申し上げます。

参考文献（引用ホームページを含む）

- [1] 内閣府（2018）、平成30年版高齢社会白書、
<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/gaiyou/pdf/1s1s.pdf>（2018年8月22日アクセス）。
- [2] 社会保障制度改革国民会議（2013）、社会保障制度改革国民会議報告書
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>（2019年8月23日アクセス）。
- [3] 電子政府の総合窓口、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」
https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=401AC0000000064（2019年8月23日アクセス）
- [4] 厚生労働省老健局介護保険計画課（2017）、『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>（2019年7月20日アクセス）。
- [5] 広島県地域包括ケア推進センター、「広島県における地域包括ケアシステムの評価指標（確定版）」
<http://chiikihoukatsucare.net/02news/kiji.php?id=1113&nd=&p=3>（2019年7月11日アクセス）。
- [6] 厚生労働省社会保障審議会介護保険部会（2019）、「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>（2019年7月20日アクセス）。
- [7] 大阪府 M 郡 S 町（2019）、「第五次総合計画の策定に係る人口推計資料」
http://www.shimamotocho.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/27/dai5ji_soukai_jinkou_suikai_R0106.pdf（2019年7月14日アクセス）。
- [8] 大阪府 M 郡 S 町（2018）、「第五次総合計画策定のためのアンケート調査・結果報告書」
http://www.shimamotocho.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/27/dai5jisoukai_enquete_houkokusho.pdf（2019年8月14日アクセス）。
- [9] 在宅医療推進のための地域における他職種連携研修会「広島県添付資料」、

http://homecarenetwork.umin.jp/ipw/files/network/170515/170515_ppt4_2_2.pdf
(2019年7月21日アクセス)。

[10] 厚生労働省、地域包括ケア「見える化」システム、
<https://mieruka.mhlw.go.jp/> (2019年7月21日アクセス)。

[11] 日本医師会、地域医療情報システム、
<http://jmap.jp/> (2019年7月21日アクセス)。

[12] 日本医師会総合政策研究機構 (2019)「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) - (2018年度版)」

<http://www.jmari.med.or.jp/download/WP426/WP426-27.pdf> (2019年7月21日アクセス)。

[13] 大阪府、特定健診・保健指導
http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/5211/00068940/h_28_kensin.sidou.xlsx
(2019年7月21日アクセス)。

[14] 大阪府、大阪府内における特定非営利活動法人認証状況
<http://www.pref.osaka.lg.jp/fukatsu/v-npo/v-npo-ninsyohojin.html> (2019年7月21日アクセス)。

[15] 大阪府、認知症に関する相談窓口
<http://www.pref.osaka.lg.jp/kaigoshien/ninnshishou-gyakutai/soudan.html>
(2019年7月21日アクセス)。

[16] 大阪府高槻市 (2018)「第3次・健康たかつき21」第2章 健康をとりまく状況
<http://www.city.takatsuki.osaka.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/54/2syou.pdf> (2019年7月21日アクセス)。

[17] 大阪府高槻市 (2018)、「高槻市総合戦略プラン基本計画28」(素案)全体版
<http://www.city.takatsuki.osaka.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/9/03soan.pdf> (2019年7月21日アクセス)。

[18] 大阪府高槻市 住所地特例対象施設一覧 (有料老人ホーム)
http://www.city.takatsuki.osaka.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/46/yuryu_0108.pdf (2019年8月18日アクセス)。

[19] 大阪府M郡S町(2019)第4期S町地域福祉計画・第1期S町自殺対策計画
<http://www.shimamotocho.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/32/chiikihukushi4%20public%20comment.pdf> (2019年7月21日アクセス)。

- [20] 大阪府M 郡S 町(2019) S 町国民健康保険 第2期データヘルス計画
<http://www.shimamotocho.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/42/datahealth2.pdf> (2019年7月21日アクセス)。
- [21] 大阪府M 郡S 町(2019) 住所地特例用(住所地特例対象施設一覧)
<http://www.shimamotocho.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/33/yuuryouitirann31.1.1.pdf> (2019年8月18日アクセス)。
- [22] 大阪府大阪市 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅一覧
<https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000307/307697/1shousai8.1.xls> (2019年8月18日アクセス)。
- [23] 大阪府堺市 住所地特例対象施設一覧(有料老人ホーム)
<https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/kaigo/shisetsu/yuryohome/index.files/R1.8.1.yuuryou.xlsx> (2019年8月18日アクセス)。
- [24] 大阪府豊中市 豊中市有料老人ホーム 住所地特例対象施設一覧
https://www.city.toyonaka.osaka.jp/kenko/kaigo_hukushi/you_sako_carehouse/uryou.files/201908.yuuryou.pdf (2019年8月18日アクセス)。
- [25] 大阪府吹田市 吹田市内の有料老人ホーム情報開示事項一覧について
https://www.city.suita.osaka.jp/home/soshiki/div-fukushi/fukushido/_72694/_83719.html (2019年8月18日アクセス)。
- [26] 大阪府守口市 住所地特例対象施設一覧(有料老人ホーム)
<http://www.city.moriguchi.osaka.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/26/yuuryoujyouhou.xlsx> (2019年8月18日アクセス)。
- [27] 大阪府枚方市 枚方市有料老人ホーム一覧
https://www.city.hirakata.osaka.jp/cmsfiles/contents/0000010/10554/yuryou_ichiran20190801.pdf (2019年8月18日アクセス)。
- [28] 大阪府茨木市 住所地特例対象施設一覧
https://www.city.ibaraki.osaka.jp/material/files/group/85/jyuusyochi_yuuryouu310322.pdf (2019年8月18日アクセス)。
- [29] 大阪府八尾市 住所地特例対象施設一覧(有料老人ホーム)
[https://www.city.yao.osaka.jp/cmsfiles/contents/0000025/25576/20190715_jyutoku\(yuryou\).xls](https://www.city.yao.osaka.jp/cmsfiles/contents/0000025/25576/20190715_jyutoku(yuryou).xls) (2019年8月18日アクセス)。
- [30] 大阪府寝屋川市 有料老人ホームの一覧表(住所地特例用)

https://www.city.neyagawa.osaka.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/39/hp_yuryosaisin.pdf (2019年8月18日アクセス)。

[31] 大阪府松原市 住所地特例対象施設一覧

<https://www.city.matsubara.lg.jp/material/files/group/16/20190701.pdf> (2019年8月18日アクセス)。

[32] 大阪府柏原市 有料老人ホーム一覧(住所地特例用)

http://www.city.kashiwara.osaka.jp/_files/00192538/R0701yuryoichiran_jutoku.pdf (2019年8月18日アクセス)。

[33] 大阪府羽曳野市 住所地特例対象施設(有料老人ホーム)一覧

<https://www.city.habikino.lg.jp/material/files/group/24/20190701jyuutoku.xlsx> (2019年8月18日アクセス)。

[34] 大阪府門真市 住所地特例対象施設に該当する門真市有料老人ホーム

https://www.city.kadoma.osaka.jp/kenkofukushi/k_fukushi/yuryo_home/pdf/30_yuryo_kaiji.xls (2019年8月18日アクセス)。

[35] 大阪府東大阪市 有料老人ホーム詳細情報

https://www.city.higashiosaka.lg.jp/cmsfiles/contents/0000010/10604/4300701_jouhoukaiji.xlsx (2019年8月18日アクセス)。

[36] 岸和田市・泉大津市・貝塚市・和泉市・高石市・忠岡町広域事業者指導課、有料老人ホーム一覧(住所地特例対象施設)

<https://www.city.kishiwada.osaka.jp/uploaded/attachment/72672.pdf> (2019年8月18日アクセス)。

[37] 池田市・箕面市・豊能町・能勢町広域福祉課 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅一覧

<https://www.city.minoh.lg.jp/kouikifukusi/yuuryouitiran.html> (2019年8月18日アクセス)。

[38] 南河内広域事務室広域福祉課 有料老人ホーム一覧

http://www.kouiki321.jp/fukushi/download/yuryou/14_yuryou.pdf (2019年8月18日アクセス)。

[39] 泉佐野市・泉南市・阪南市・熊取町・田尻町・岬町広域福祉課 有料老人ホーム(住所地特例用)

http://www.city.izumisano.lg.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/76/30.zy_uusyotitokurei.xlsx (2019年8月18日アクセス)。

- [40] 政府統計の総合窓口 (e-Stat)
<https://www.e-stat.go.jp/> (2019年7月21日アクセス)。
- [41] 厚生労働省. 介護保険事業状況報告 (暫定) 令和元年5月分
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m19/1905.html> (2019年8月6日アクセス)。
- [42] 澤田道夫 (2018) 「地縁組織の加入率と活性化に関する一考察」『アドミニストレーション』第24巻第2号、p. 11。
- [43] 厚生労働省、介護情報公表システム
<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/> (2019年7月21日アクセス)。
- [44] 福祉医療機構 (2019) 「平成29年度通所介護事業所の経営状況について」
https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/190628_No002.pdf (2019年7月21日アクセス)
- [45] 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」(平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)
https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_05/houkatsu_05_1_honpen.pdf
(2019年7月21日アクセス)。
- [46] 大阪府M郡S町 (2018)、S町平成30年度保険者機能強化推進交付金 (市町村分) に係る評価指標の該当状況調査。
- [47] 厚生労働省社会保障審議会介護保険部会、(第76回) 参考資料1
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000490342.pdf> (2019年8月22日アクセス)。
- [48] 福祉医療機構 (2019)、「平成29年度通所介護事業所の経営状況について」
https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/190628_No002.pdf (2019年7月21日アクセス)。
- [49] 福祉医療機構「平成29年度老人デイサービス(通所介護・認知症対応型通所介護)の経営状況」、
https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/roujinndei_digest.pdf (2019年7月28日アクセス)。
- [50] 田中滋, 古川俊治 (2009) 『MBAの医療・介護経営』, 医学書院, pp. 366-367。
- [51] Mitsutake S, Ishizaki T, Teramoto C, Shimizu S, Ito H. Patterns of Co-Occurrence of Chronic Disease Among Older Adults in Tokyo, Japan. *Prev Chronic Dis* 2019;16:180170.

[52] 筒井孝子(2014)、『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略』中央法規出版。

[53] 野口恭平；栗木契；東浦和宏；山岡隆志；立川麻理；本間充. (2016)、『マーケティング基礎』宣伝会議。