

地域医療構想における 保健師の役割

島根県県央保健所 中本 稔

E-mail: nakamoto-minoru@pref.shimane.lg.jp

山口看護協会保健師職能2017.6.24

1

県央保健所の管内概況

1. 管内 1市3町、人口54,609人 高齢化率40.0% (H27年国勢調査)

大田市 35,166 (高齢化率38.2%)

川本町 3,442 (高齢化率43.4%)

美郷町 4,900 (高齢化率45.1%)

邑南町 11,101 (高齢化率43.1%)

2. 医療機関数(H.28.4.1現在)

病院 4 一般診療所 73 歯科診療所 24

病床数

精神 168床

結核 - 床

感染症 4床

療養 178床

一般 378床

合計 728床



2

- これまでの保健師活動を振り返る
- 最近の医療情勢、医療構想
- 包括ケアシステム
- 医療構想の時代の保健師に期待する

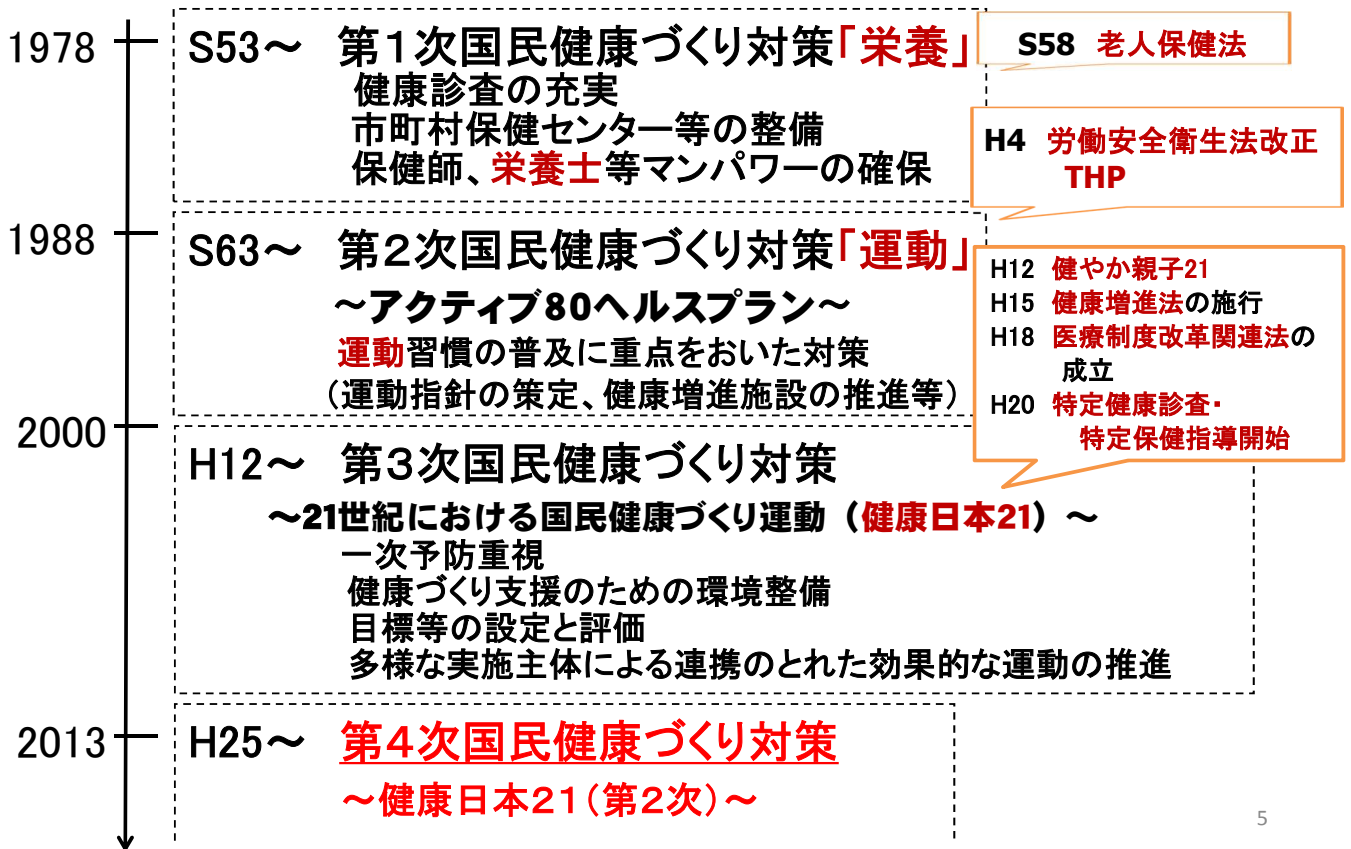
3

日本の健康政策をどうみるか

- 戦後からの70年を振り返ると、高齢化
感染症、脳卒中、がん対策が進み、長寿国
皆保険制度を始めとする社会保障制度
- 都会集中＝関係性の希薄化から、少子化
貧困・健康格差拡大、虐待・DV
孤独死、介護心中、震災関連死
皆保険制度(介護保険も)が疲労状態？
- 日本の国はどこに行くのか。

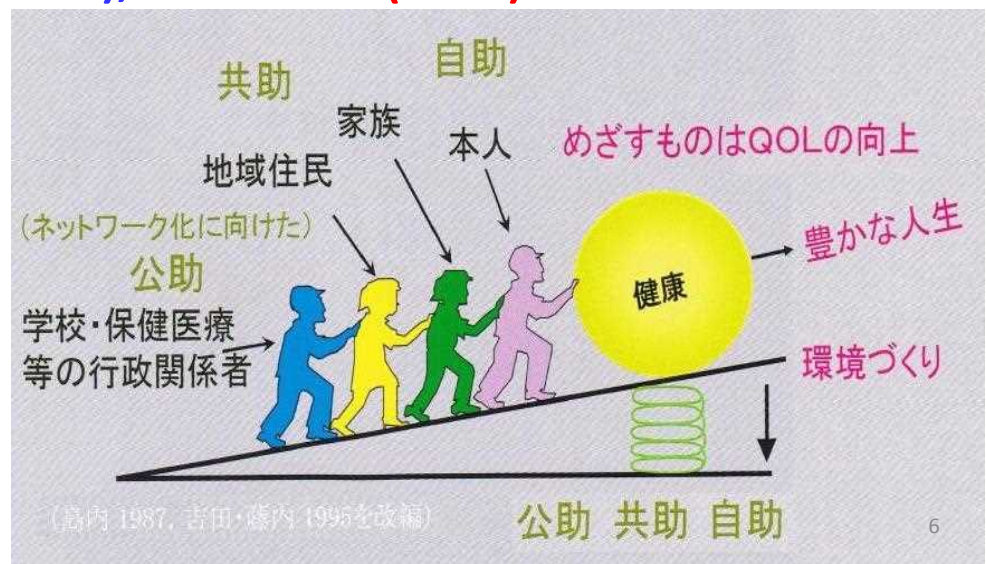
4

健康づくり対策の流れ



ヘルスプロモーションとは
 人びとが、自らの**健康とその決定要因**を
 コントロールし、改善することができるよう
 にするプロセスである。

(Kickbusch(1984), **バンコク憲章(2005)**)



ヘルスプロモーション バンコク憲章(2005)

- 唱道**：人権と連帯意識に基づいた健康を唱道すること
- 投資**：健康の決定要因に焦点を当てた持続的な政策、活動そして社会的基盤に投資すること
- 能力形成**：政策開発、リーダーシップ、ヘルスプロモーションの実践、知識移転や研究、そして健康識字のための能力を形成すること
- 規制と法制定**：すべての人の健康とwell-beingを達成するため、有害なものから高水準の保護と、平等な機会を保障するための規制と法律を制定すること
- パートナー**：持続的な活動を創造するためにパートナーと公的組織、民間組織、非政府組織そして市民社会による**同盟**をつくること

http://www.jshp.net/HP_kaisetu/kaisetu_head.html

7

保健活動の評価指標の構造(生活習慣病対策の例)

Quality of Lifeの指標 生活満足度や生きがい, エンパワメント, 自尊感情等		アウトカム指標	アウトカム指標	
健康の指標 健康寿命, 主観的健康度 年齢調整死亡率, 罹患率(受療率) 健診有所見率, 要介護認定率	関係性の指標 家族との絆 ※ 友人など周囲との絆 ※ 周囲からの支えられ感 ※			
生活習慣や行動の指標 生活習慣(6つの領域) 特定健診・がん検診受診率 ワクチン接種率等	社会参加の指標 外出の頻度 近所付き合い ※ 地域活動への参加 ※	プロセス指標		
学習の指標 生活習慣病等についての知識や態度 健康習慣の実践技術 コミュニケーション技術	組織・資源環境の指標 NPOや住民組織等の活動状況 ※ 健康に関する社会規範 食環境や運動環境等, 健康を支援する環境 健康に関する資源へのアクセスの容易さ			
保健活動の質と量の指標	普及啓発事業の回数, 参加者数, 住民組織との協働の状況 住民組織への支援, 関係機関との連携の状況	ストラクチャー		プロセス指標
基盤整備の指標	保健活動に必要なマンパワーの増員や施設の整備 連携のための協議会等の設置, 制度づくり, 条例等の法制化			

※ ソーシャル・キャピタルの指標⁸

行政がめざすもの

- 絶対多数の絶対幸福
「他人より幸せ」ではなく、「皆が幸せ」
「格差社会」は相対的ものだけど、
できるだけ「皆が幸せ」な地域をめざしたい。
- 仕事＝公務は、「まちづくり」の施策・事業
行政は、自助への支援、共助への支援
- Outcomeは、「このまちに住んでいて幸せ！」
「いいまちだなあ！」

そもそも幸福ってなんでしょう
事例検討は確認すること必須
個別だけではなく、家族や地域の「幸福」も必須

9

地域保健、地域医療、地域活動の 地域って何？

地理空間的に距離が近い

- 言葉が同じか、よく似ている
- 思考や行動、嗜好、文化が同じか、よく似ている
(平成の合併と日常生活圏域は？)

その地に住むことにより、

- よい体験が繰り返される。
- ご近所や住人からよい評価、お互いさま。
- **安心、安全、幸福**を実感している。
- 「共同体」と認識する範囲

「保健師学生実習の家庭訪問には
地図を読むように指導している。」
(A課長の言葉)

10

まちづくりで目指すものは何？

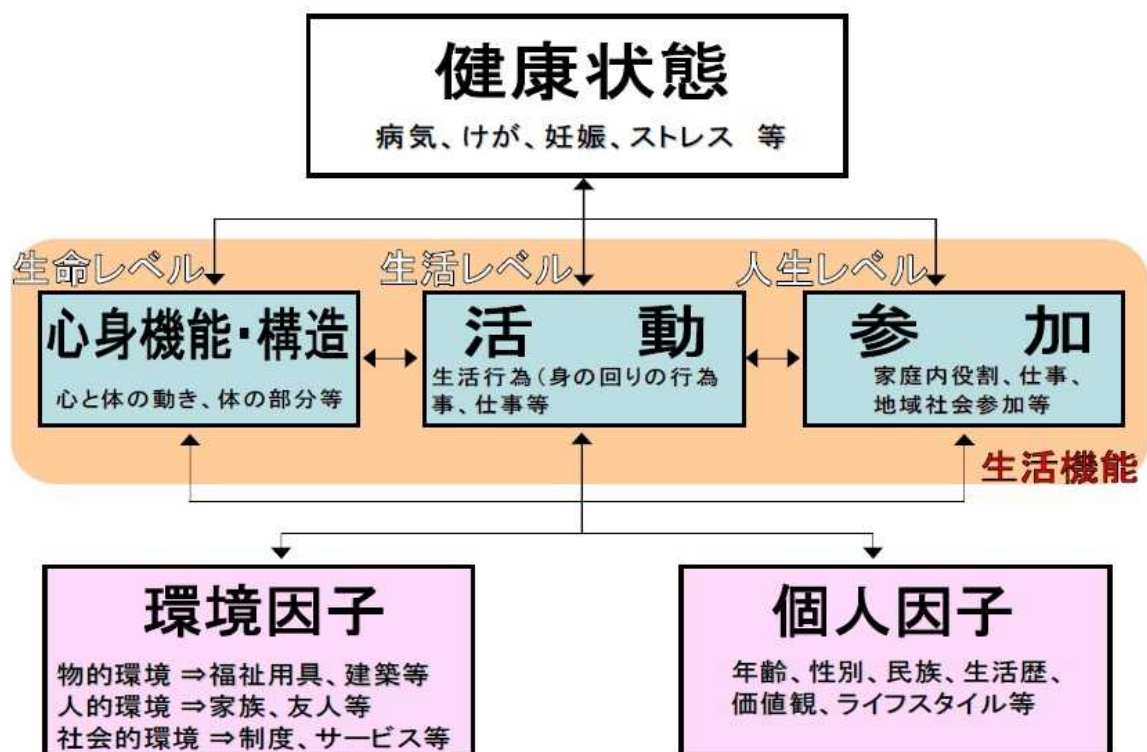
•このまちに住んで幸せ(幸福感)

- 平均寿命、健康寿命、自覚的健康観・幸福度
- ソーシャルキャピタル(互酬性、支え合い)
- P・ドラッカーのいう「顧客の創造」の視点では、
- 「幸せ」以上に「住んでもらえる(選ばれる)まち」
もつとえば、「地元の医療・福祉を選択する住民」
「医療職・介護職が住むまち」

•ちなみに 私の目標は「健康市民」

12

生活機能モデル ICF(WHO)



13

地域保健対策の推進の基本的な方向 (平成24年改正)

- 1 ソーシャルキャピタルを活用した自助及び共助の支援の推進
- 2 地域特性をいかした保健福祉の健康なまちづくりの推進
- 3 医療、介護及び福祉等の関連施策との連携強化
- 4 地域における健康危機管理体制の確保
- 5 学校保健との連携
- 6 科学的根拠に基づいた地域保健の推進
- 7 保健所の運営及び人材確保
- 8 地方衛生研究所の機能強化
- 9 快適で安心できる生活環境の確保
- 10 国民の健康増進及びがん対策等の推進
- 11 その他

14

地域対策の推進に関する基本的な指針(H24) 保健所の運営

- (1)健康なまちづくりの推進
- (2)専門的かつ技術的業務の推進
- (3)情報の収集、整理及び活用の推進
- (4)調査及び研究等の推進
- (5)市町村援助、市町村相互の連絡調整
- (6)健康危機管理の拠点としての機能強化
- (7)企画及び調整の機能の強化

政令市・特別区保健所は保健センター及び福祉部局との情報交換等の有機的な連携

15

地域における保健師の 保健活動に関する指針 平成25年4月

基本的な方向

- 1 地区診断に基づくPDCAサイクルの実施
- 2 個別課題から地域課題への視点及び活動展開
- 3 予防的介入
- 4 地区活動に立脚した活動強化
- 5 地区担当制の推進
- 6 地域特性に応じた健康なまちづくり
- 7 部署横断的な保健活動の連携及び協議
- 8 地域のケアシステムの構築
- 9 各種保健医療福祉計画の策定及び実施
- 10 人材育成

16

医療へのアプローチ？

- **医療計画**による5疾病・5事業在宅医療を通して
疾病構造・地区診断
病院診療所機能と連携
exがん精度管理、高血圧・DM・認知症の管理の質
- **データヘルス計画**、重症化予防の取り組みを通して
国保レセプトにみる住民の疾病構造
住民の受療行動、院所の医療機能
- **介護保険事業**を通して
要介護関連の疾患
高齢者や家族を支える地域資源、事業者の質？
終末期の緩和ケアから住民の理解、医療者の質？
事業が目的ではなく、事業を通して地域を診る、開発する、つくる
医療者を理解して医療を支援する、開発する、調整する
その最終目標は 地域の幸福、愛着、「まちづくり」.....

17

- これまでの保健師活動を振り返る
- **最近の医療情勢、医療構想**
- 包括ケアシステム
- 医療構想の時代の保健師に期待する

18

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための 関係法律の整備等に関する法律(概要)

- (1) 医療と介護の連携を強化する総合確保方針を厚生労働省が策定**
 - 医療提供体制と介護保険事業の実施を総合的に確保するための基本方針
- (2) 消費税増収分を活用した新たな財政支援制度を設置**
 - 都道府県が地域の実情に応じた事業を実施するための基金
- (3) 2025年をめざす地域医療構想を各都道府県が策定**
 - 将来の医療需要、目指すべき医療提供体制、これを実現するための施策
- (4) 地域医療構想を達成するため「協議の場」を地域ごとに設置**
 - 将来目指すべき地域の医療提供体制や解決すべき課題について関係者で協議
- (5) 医療を適切に受けるよう努めるとした国民の責務を明示**
 - 医療機関が提供する医療の機能に応じて、医療機関を適切に選択する責務

19

地域医療介護総合確保推進法

平成26年6月18日成立

- 新たな基金の創設と医療介護の連携強化
消費増税分（H26は904億円、H27は介護事業と）
- 効率的かつ効果的な地域医療提供体制の確保
病棟ごとの病床機能報告
都道府県は**医療構想**を策定
構想に沿う施設整備やソフト事業を基金で助成
- 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化
予防給付を地域支援事業に、特養は要介護3以上
低所得者の保険料軽減拡充
一定以上の収入ある利用者は2割負担に

20

「地域医療構想」とは？

背景

- 高齢化の進展により全国的に増大する医療・介護サービスの需要
(2025年には「団塊の世代」が全て75歳以上に)
→→ 国は、社会保障制度改革の一環として、病床機能の分化・連携を進め、入院医療から在宅医療への移行を促進

趣旨

- 「医療介護総合確保推進法」成立により、国は「医療法」において**都道府県**に「地域医療構想」策定を義務付け
- 「地域医療構想」は、県、市町村、医療・介護関係者、保険者、住民等が、2025年に向けた医療需要の変化の状況を共有し、地域の実情に対応した医療・介護の提供体制の構築に向けた検討を進めるためのもの

内容

- ① 国の定めた算定式(**全国標準**)に基づき推計した**2025年の患者数と必要病床数**
- ② 構想区域ごとの課題と**医療提供体制の構築の方向性**

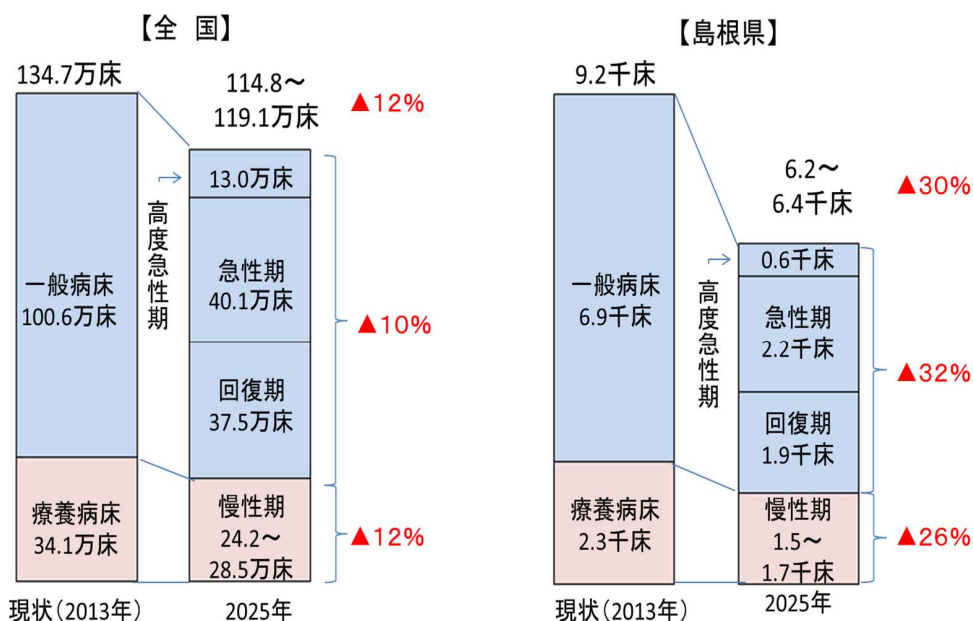
ポイント

あくまで各地域や医療機関において今後のあり方を検討するための指標
→議論の過程で明らかになった課題をどう解決していくかが重要

21

地域医療構想とは①

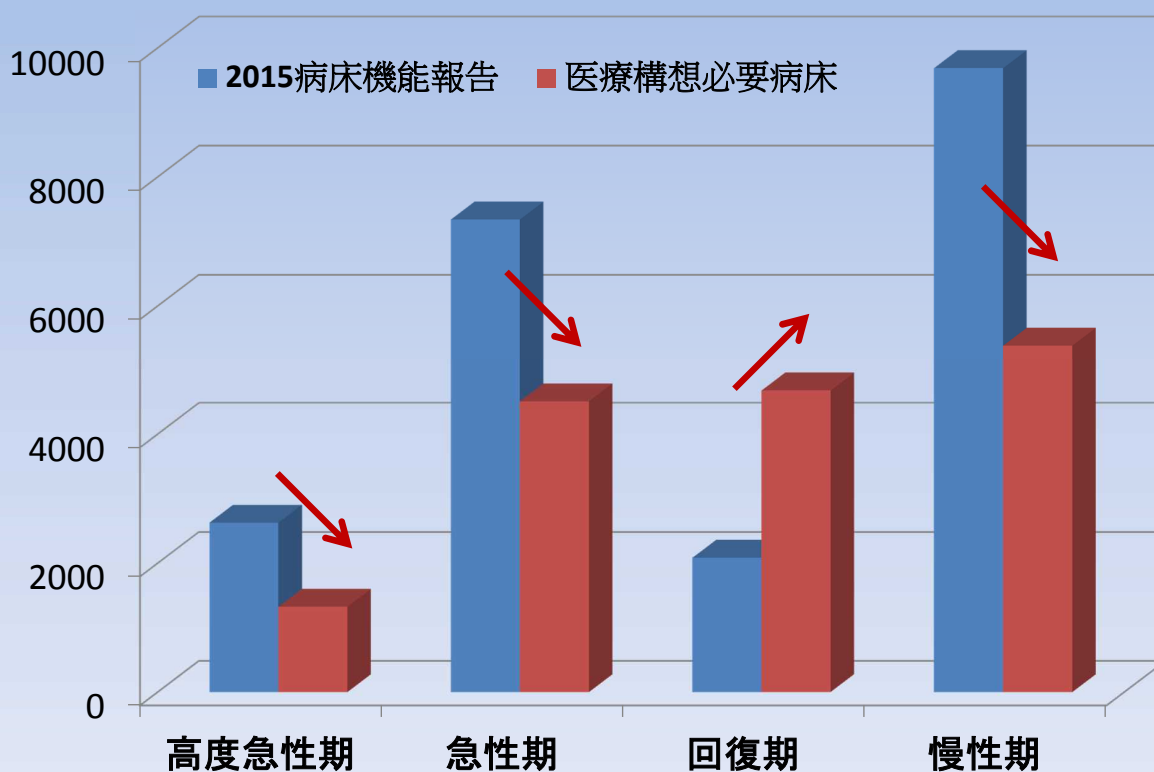
国が目指す医療の形が実現した場合に、将来(2025年)はこうなるだろうという推計値



※注: 島根県は医療機関所在地ベースの試算値

22

山口県医療構想 病床機能別病床数と必要病床数



23

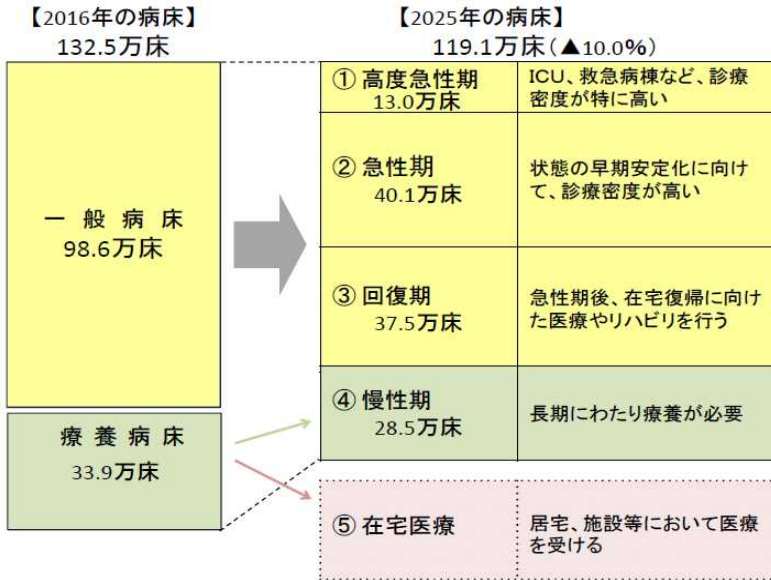
国が示す2025年の「必要病床数」

※「必要病床数」は、国の定めた計算方法により機械的に推計した参考値
 ⇒病床を強制的に削減させるものではなく、適切な医療提供体制の構築のための目安

必要病床数 = 推計人口 × 入院受療率 × (1 / 病床利用率)

2025年の2010年に対する増減率
 ・総人口は、▲5.5% (島根県 ▲13.3%)
 ・75歳以上人口は、+53.5% (島根県 +14.8%)

高度急性期0.75
 ~慢性期0.92



【一般病床】
診療報酬点数に基づく区分の明確化
 ※入院している患者のうち、
 3000点以上は**高度急性期**
 600点以上は**急性期**
 175点以上は**回復期**
 175点未満の患者は**在宅医療**へ移行

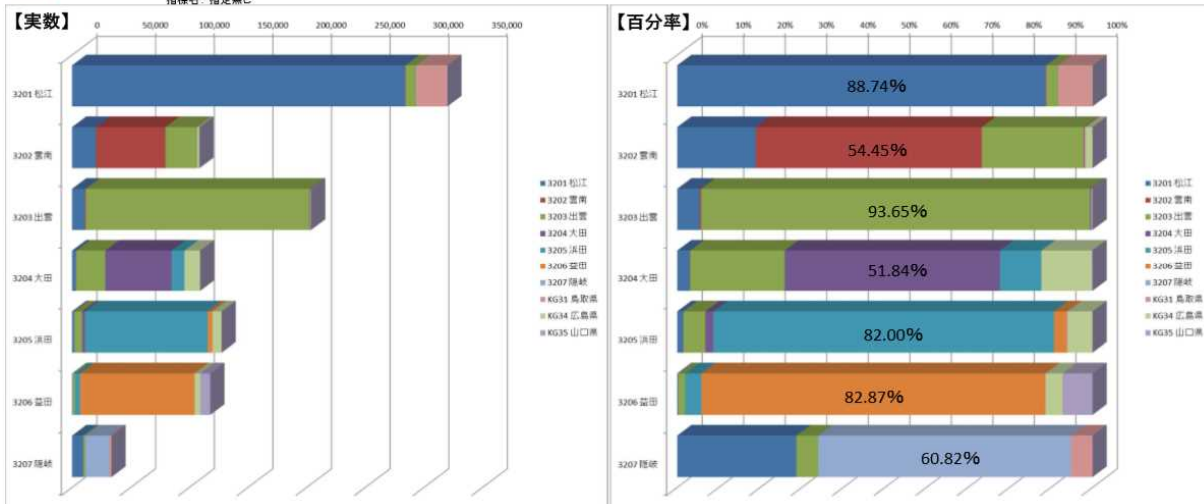
【療養病床】
 ・軽度な患者(医療区分1)の7割は在宅医療へ移行
 ・さらに、入院受療率が最も低い県(山形県)を目指した在宅移行

高齢化により医療ニーズは増加するが、在宅医療への移行により、「必要病床数」は減少する。

患者流出状況(圏域別)

資料7

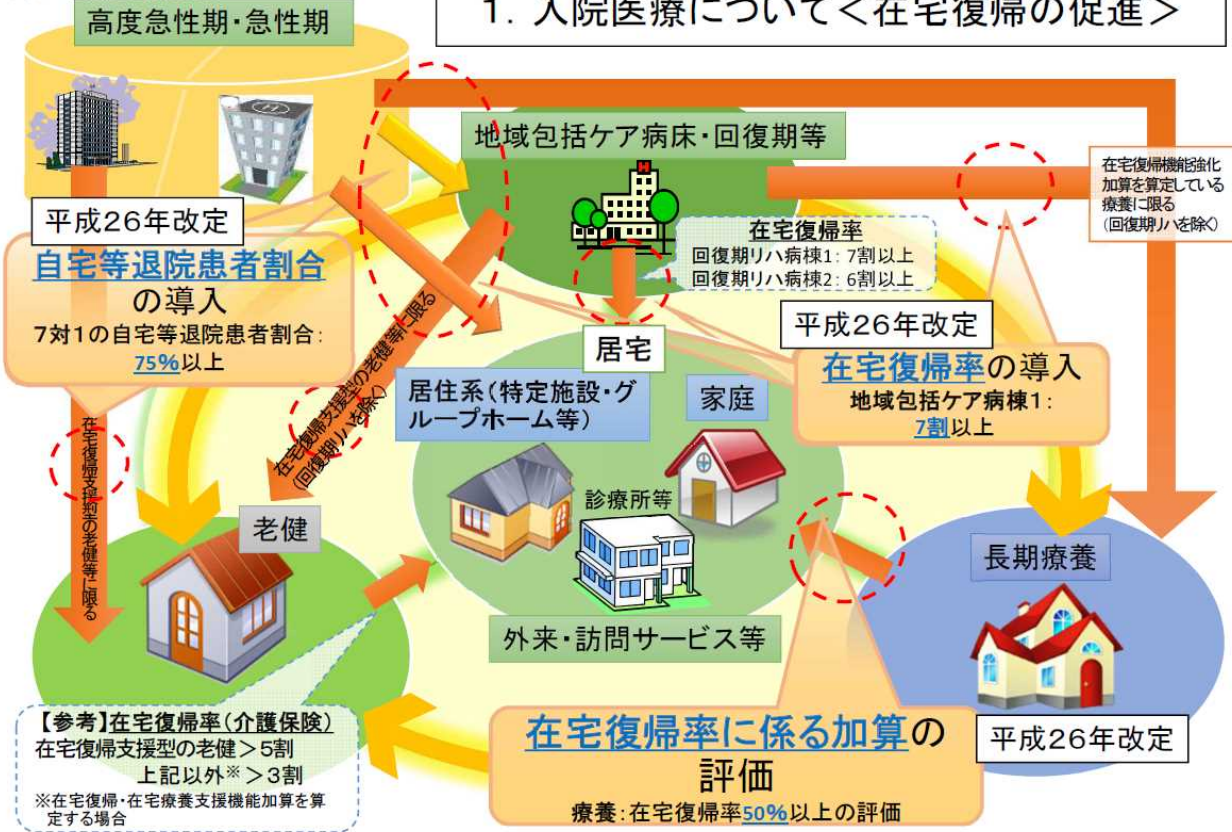
クロス表 流出 検索条件 大分類 指定無し
 表示形式 パーセント表示 中分類 指定無し
 指称名 指定無し
 年齢区分: 全年齢
 入外区分: 入院



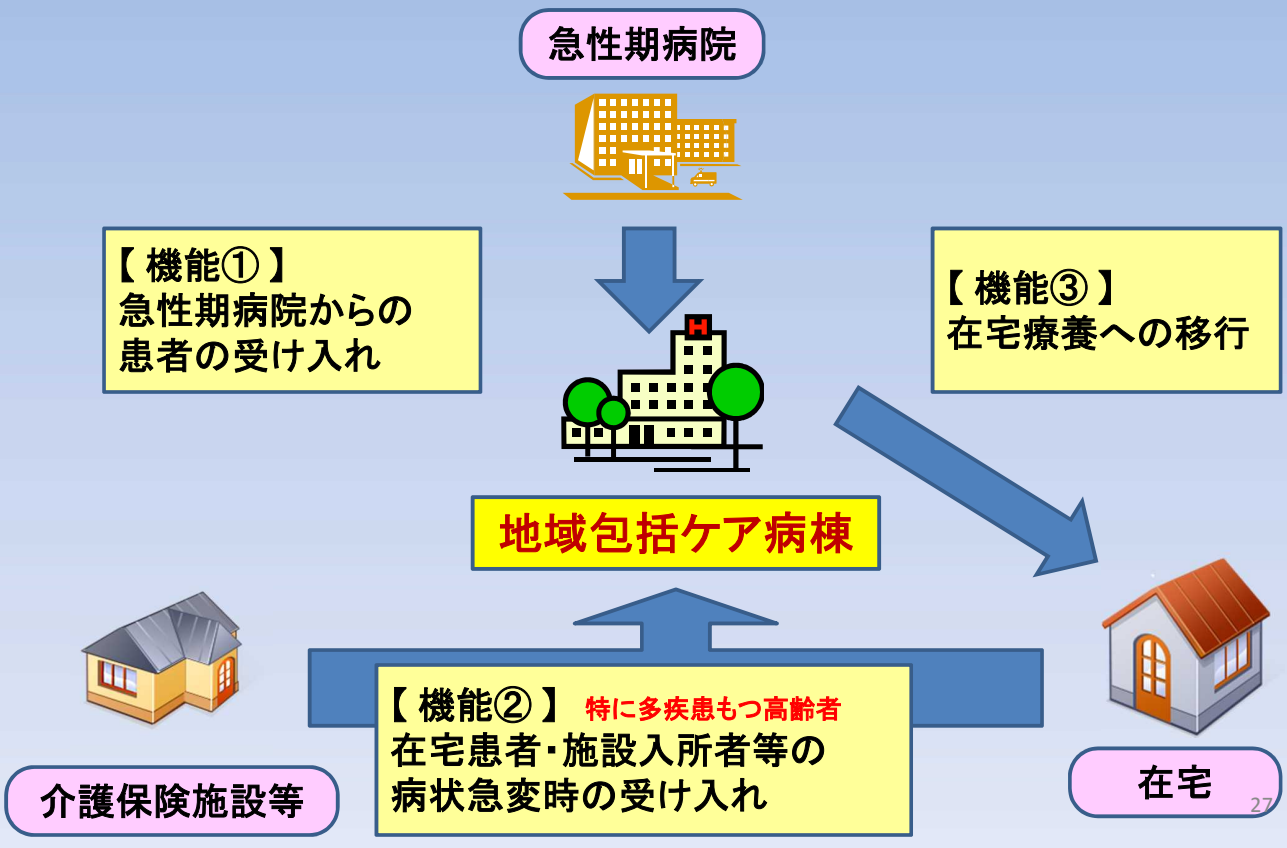
合計 / 圏	松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐	島根	広島	山口
3201 松江	18.88%	0.13%	2.78%	0.04%			8.26%	0.05%		319,948
3202 雲南	18.88%	24.57%	0.18%				0.31%	1.60%		108,591
3203 出雲	5.44%	0.30%	81.52%	0.21%	0.11%		0.17%	0.07%	0.05%	203,805
3204 大田	3.02%	0.10%	22.74%	81.52%	9.96%		0.01%	12.11%	0.20%	108,259
3205 浜田	1.48%		5.28%	1.93%	82.00%	3.10%	0.21%	5.95%	0.05%	127,507
3206 益田	0.27%		1.64%		3.86%	82.87%	0.10%	4.09%	7.17%	117,840
3207 隠岐			28.68%		5.27%		82.87%	5.23%		39,389
総計	330,648	60,258	261,751	59,742	120,354	101,988	20,430	29,244	27,673	8,841,102,939

受療動向分析ツールについて
 ①平成25年4月～平成26年3月診療分(後期高齢者医療及び国民健康保険のみ)
 ②二次医療圏単位では10未満のセルは空白出力
 ③市区町村単位では100未満のセルは空白出力
 (注)①、②、③の影響により、特に市町村単位は実態とかけ離れた数値となる場合があります。

1. 入院医療について<在宅復帰の促進>



地域包括ケア病棟の3つの機能



これから重要な「切れ目ない」の連携

① 転棟時における病棟スタッフ間での連携

高度急性期

急性期

回復期

病院



連携の質！

② 転院時における
病院スタッフ間での連携

病院



③【施設への退院時】
病院スタッフと施設スタッフの連携



特養・老人保健施設

④【在宅への退院時】
病院スタッフと在宅スタッフの連携



居宅 28

⑤【施設退所時】
施設スタッフと在宅スタッフの連携

医療

○治療を目的とする「**治す医療**」

- ・高度な治療(手術等)ほど、人や設備が必要
- ・医師の専門分化が進み、確保が難しい。

○病気と共存しながらQOL(Quality of Life)の維持・向上を目指す「**支える医療**」

- ・高血圧症など、病状のコントロールが中心
- ・複数の疾患を抱える患者を総合的に診断

支える医療はようになる

受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく(社会保障国民会議報告書H25.8)

在宅医療とは？

居宅や介護施設など病院以外の場所で、医療を受けること。

訪問診療・訪問看護・訪問リハ・訪問薬剤指導・訪問歯科診療などにより、入院中と同等の医療を受けること。

その実現には「地域包括ケアシステム」が必須

30

見える化 レセプト情報

地域の医療資源が見える、病床機能が見える

- 受療疾病(入院、入院外) = 得意な医療
- 連携(退院先、入院元) = 関係の強さ

地域の疾病の特性が見える

- データヘルス計画(KDB)の医療費分析
- 年齢調整レセプト出現率(SCR)
- 全国平均100に対して、圏域や市町村は？

31

在宅医療連携の分析ツール

(大江、保健師ジャーナル232-237,73(3)2017)

- 医療計画作成支援データブック
- 病床機能報告
- 医療機能情報、薬局機能情報、介護サービス情報
- 診療報酬施設基準
- 医療施設調査(静態調査)

県型保健所だけではもったいない

32

医療構想の時代の保健師の役割

基本的な方向

①住民の生活支援と②地域づくりの延長

地域の医療を見る

病院**病床機能**、在宅医療(介護)の資源、それらの**連携**

ex 入退院時連携＝連携室と訪看St・包括C、ときに医師会

(県)医療計画の具体化＝構想区域の課題の解決

将来の医療(看護・介護)サービス(資源)の確保

資源＝ヒト・モノ・カネ・情報

行政の立場でいえば、「**安心・幸福**」な地域(づくり)＝**地域包括ケアシステム**

ex人材(病院職員、訪看・介護事業者)が住んでくれる

情報(「顔の見える関係」)がやり取りできる、垣根ない

介護保険事業や地域のネットワークが進む「**包括ケア**」

対住民には、**医療連携**を理解してもらい、最期まで住んでもらえるまち

事業が目的ではなく、事業を通して地域を診る、開発する、つくる

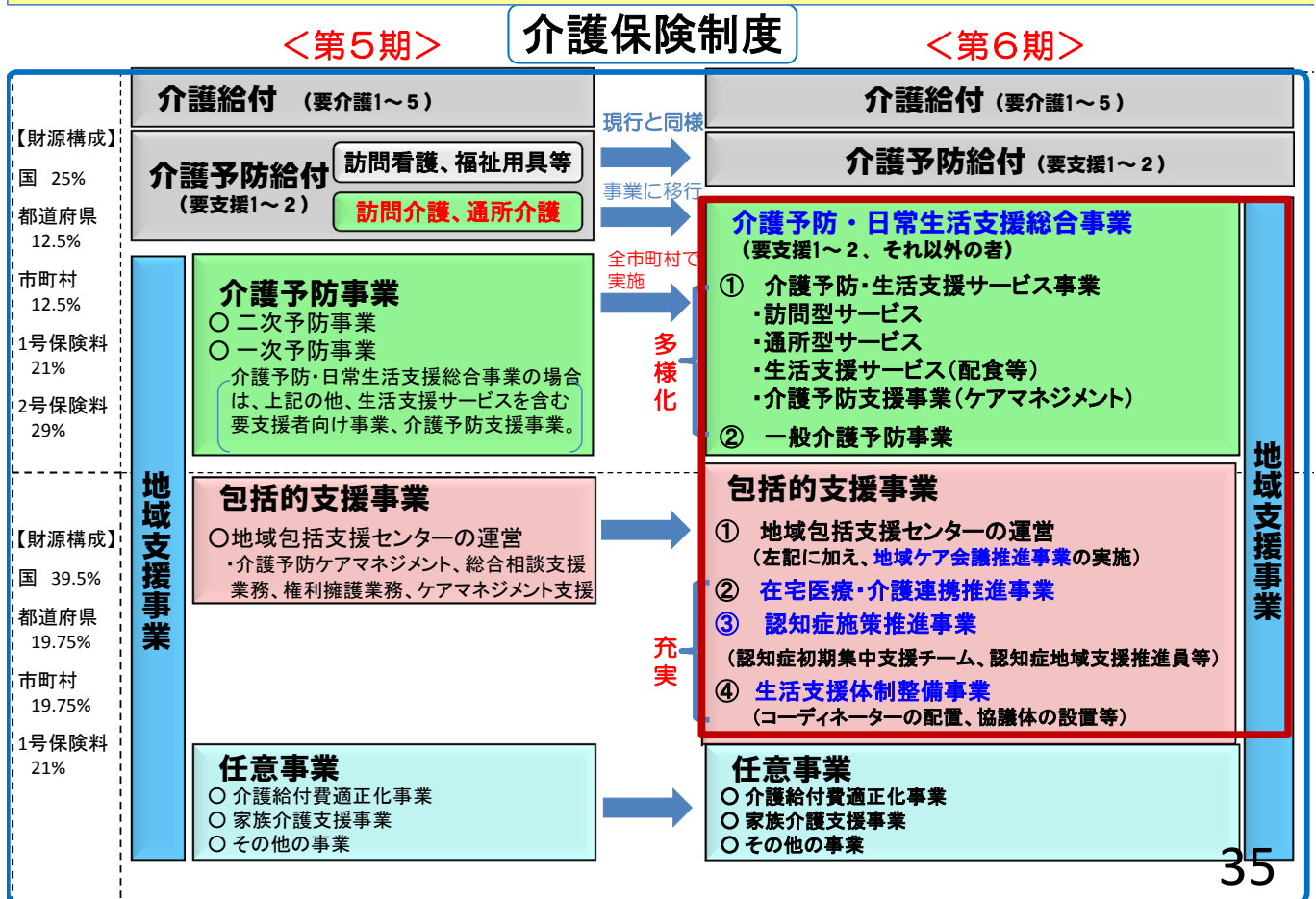
医療者を理解して医療を支援する、開発する、調整する

その最終目標は 地域の幸福、愛着、「まちづくり」.....

33

- これまでの保健師活動を振り返る
- 最近の医療情勢、医療構想
- 包括ケアが提供できる地域をつくる
- 医療構想の時代の保健師に期待する

「介護給付」及び「地域支援事業」の全体像



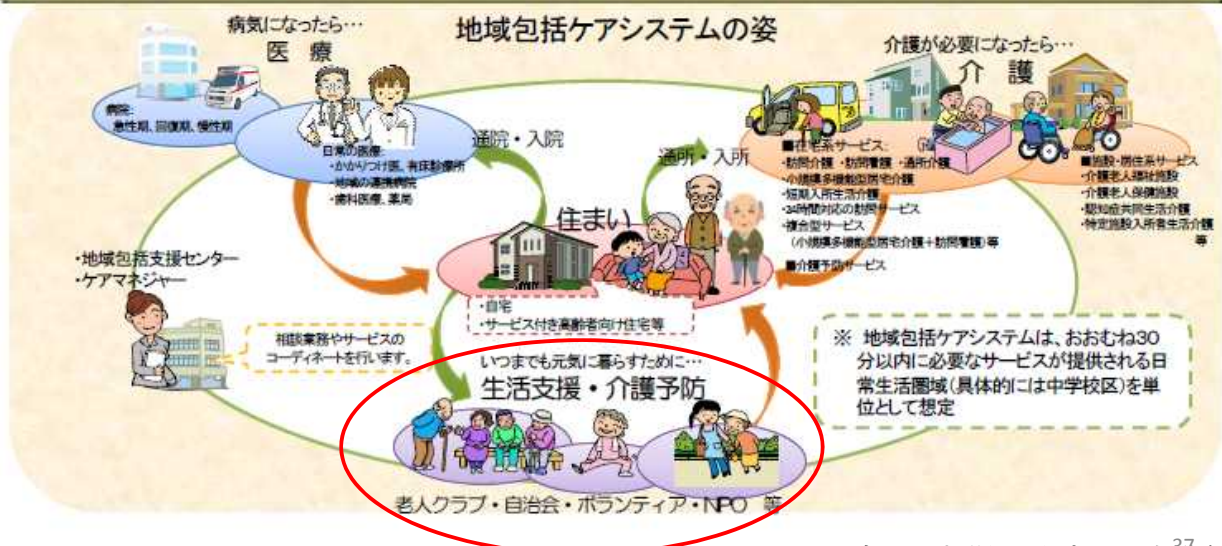
地域包括ケアシステムとは

(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第2条)

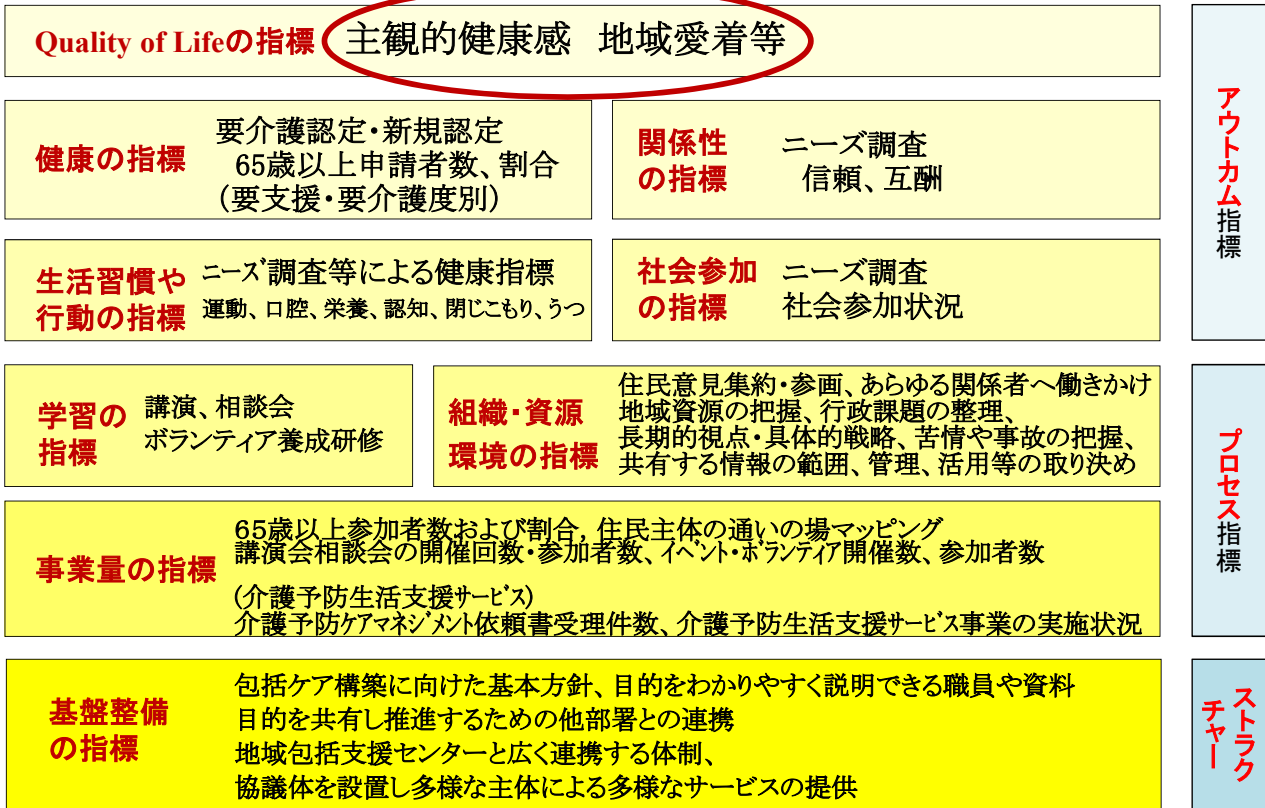
- 地域の実情に応じて、 **←地域で考える！**
- 高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、 **←高齢者だけでない！**
- 「医療」「介護」「介護予防」「住まい」及び自立した「日常生活の支援」が包括的に確保される状態をいう。 **←連携の質が問われる！**

地域包括ケアシステムの構築について

- 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、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



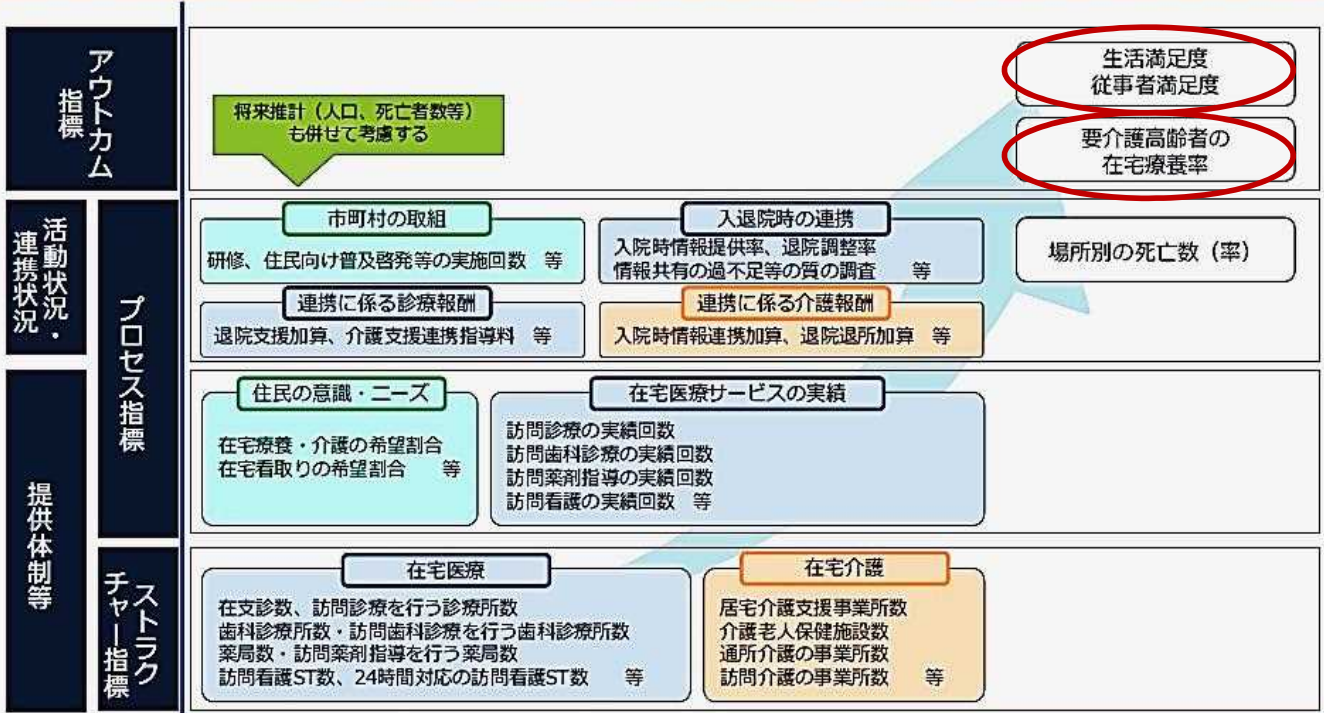
介護保険・地域支援事業の評価指標の構造



38

在宅医療・介護連携推進事業における指標のイメージ (案)

○ 地域の課題や取組に応じて、必要な評価指標を検討、選択することが重要。



※実績値は「後期高齢者1万人対」など人数比で把握するようにして、規模の異なる市町村間での横比較ができるようにする必要あり

参考) <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

出所) 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況および先進事例等に関する調査研究事業 (平成28年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 野村総合研究所) 2

包括ケア フレイルの概念

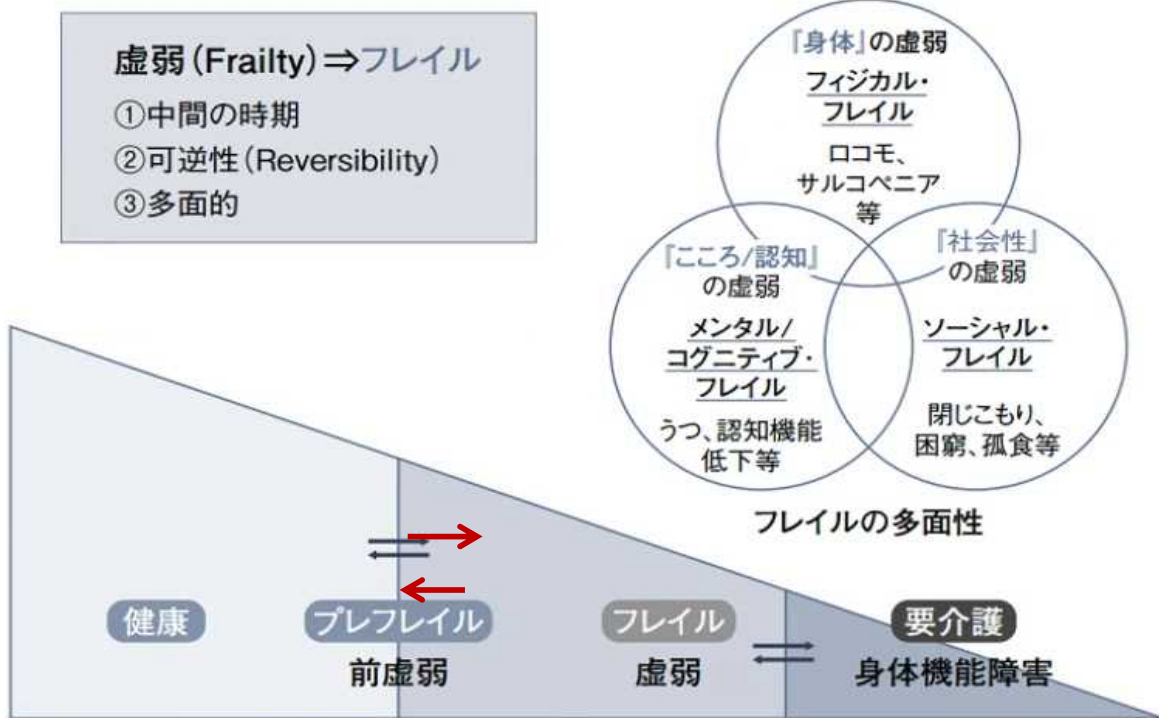
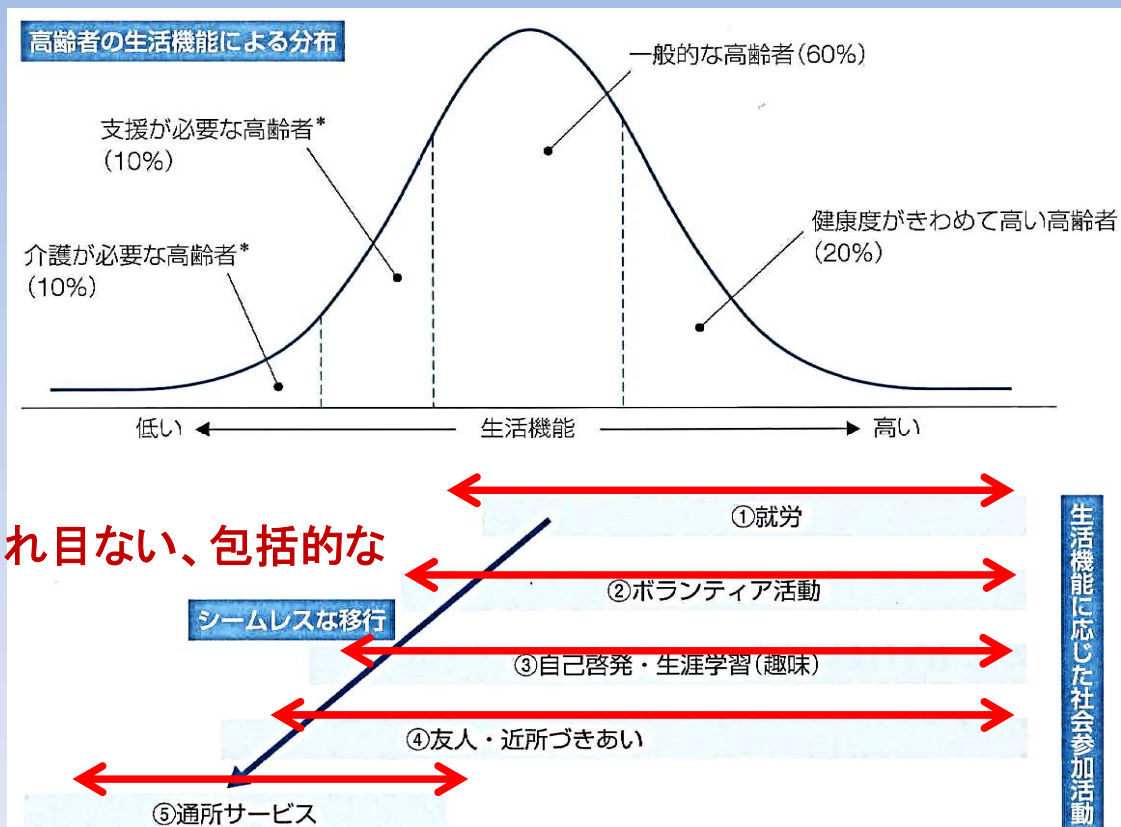


図1：フレイル
(東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢『フレイル予防ハンドブック』から一部。改変)

高齢者の生活機能と参加・活動 (藤原、保健師ジャーナル、73(05)2017)



切れ目ない、包括的な

- これまでの保健師活動を振り返る
- 最近の医療情勢、医療構想
- 包括ケアが提供できる地域をつくる
- 医療構想の時代の保健師に期待する

42

邑智郡食事栄養支援協議会 平成28年5月設立

「連携は口から」

- ・郡内における食事栄養支援に関する意見交換の場を提供
- ・口腔ケアサポーターの養成研修制度の運営
- ・食事栄養支援に関する普及啓発事業(研修会、講演会等)
- ・摂食嚥下障害患者のマネジメントに関する連携システムの構築
- ・食事栄養摂取に関する医療・保健・福祉における
統一した指標と包括した取組の構築
- ・終末期医療(特に栄養関連)に関する意見交換とコンセンサスの醸成
- ・郡内を対象とした食事栄養に関する調査研究

(邑智郡歯科医師会 富永歯科医院 富永一道院長の提案)

メンバー： 医師会、歯科医師会、3町、2病院 顧問に大学、保健所
事務局： 社会医療法人仁寿会

43

邑智郡の取組「連携は口から」

国の在宅医療連携推進事業

「口腔ケアサポーター」養成研修(2014-)

摂食嚥下障害の評価とリスクアセスメントを「標準化」

診療情報に口腔アセスメント結果

誤嚥性肺炎の入院患者には、嚥下評価と嚥下訓練、歯科医師の関与

在宅療養を病院NSTが議論

2病院の食事処方箋を「標準化」(例「とろみ」の統一)

経管栄養からアドバンスドケアプランニングACP

<社会医療法人仁寿会加藤病院>

病院(包括、慢性期)、診療所、訪問看護、訪問介護、サ高住、近接住宅ほか

医師に加えて多職種が集まる 地域の雇用確保、人材養成

<歯科医師会>

後期高齢者には無料の歯科検診(県下)(8020の評価にも)

残存歯、歯周疾患、入れ歯、BMI、下腿周囲径

邑南町コホート(島根大、町、医師会・歯科医師会)の歴史

<3町>

食と関連するフレイル対策、認知症予防、糖尿病管理、腎臓病対策

直営の包括支援センターと包括ケアシステム、

介護保険事務組合、公立邑智病院の事務組合で課題を共有

44

皆さんの地域の 包括ケアを考えてみてください。



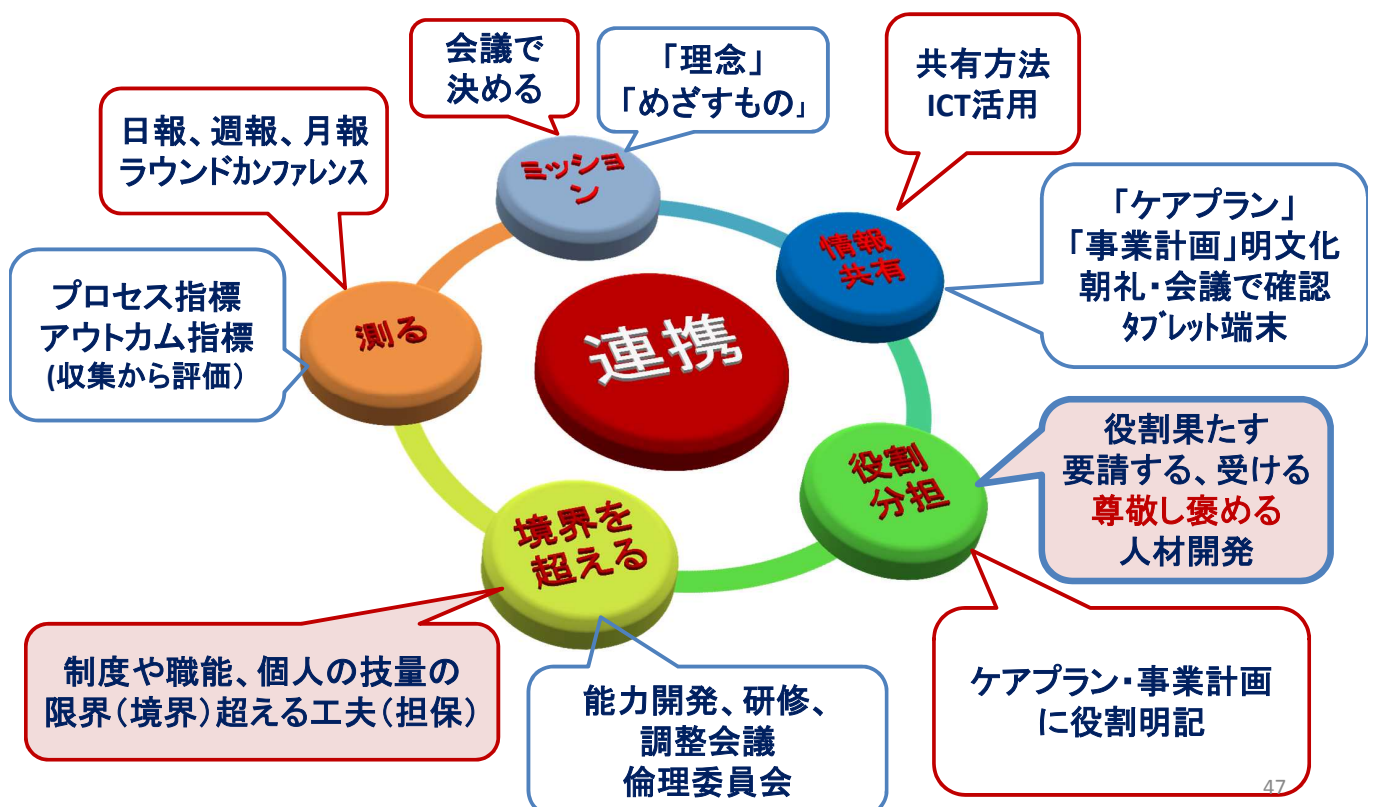
45

「包括ケア」システムへの課題

- 医療、介護からのアプローチで始まった。
- 保健(介護予防)は、健康づくり・介護予防から？「ピンピンコロリのコロリ」
- 高齢者に限らない、母子、障がい、認知症、結核も
- 生活支援、地方創生(小さな拠点)は？
食生活改善推進委員の地域活動
外出(買物)支援(美郷町別府地区NPO)
「通いの場」を呼び水に、コンパクトタウン

46

コミュニケーション力を高めつつ、**時間軸を意識しながら**
真の“**組織内・地域内連携**”を進める (加藤2015,中本改)



47

医療構想・包括ケアの時代の 保健師活動

- (いつの時代も)事業が目的ではなく、
事業を通して地域を診る、開発する、つくる
- 医療者を理解して
医療を支援する、開発する、調整する
- その最終目標は「顧客の創造」
地域の幸福、愛着
「まちづくり」

48

保健師(へ)の想い

専門職として

疾病予防、病気回復、障がい克服、ネットワーク

行政職として

法・条例、事業化、公平、説明責任、まちづくり

生活者として

家族や地域支援、社会の流れ、社会システム

ひととして

豊かな感性 喜(怒)哀楽 問われる生き方

<http://blogs.yahoo.co.jp/jh5uph>「健康市民」

49