

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」
分担研究報告書(令和5年度)

地域実情分析班

佐藤大介 (藤田医科大学大学院医学研究科 病院経営学・管理学専攻 教授)
小林大介 (富山大学附属病院 地域医療総合支援学講座 客員准教授)
入江芙美 (九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座 助教)
柿沼倫弘 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官)
今村知明 (奈良県立医科大学 医学部 医学科公衆衛生学 教授)
野田龍也 (奈良県立医科大学 医学部 医学科公衆衛生学 准教授)

研究要旨

本研究では、市町村の医療・介護・予防に関する行政活動における現状と課題をインタビュー調査から明らかにし、地域医療構想における市町村の役割について検討を行うことを目的とする。インタビューの対象は市町村である。インタビュー調査は、①自治体が医療機関や関係機関と連携している事業と連携機関、②①の具体的な取り組みとして地域包括ケアシステム、予防事業に関連するものの現状と課題、③①の医療に関するものの現状と課題、④市町村における「まちづくり計画」との連携、⑤都道府県との連携の現状と課題から構成したインタビューガイドを用いて半構造化面接形式にて行った。

まちづくりの視点を含めた地域医療構想における市町村の役割について、3つのカテゴリーと9つのサブカテゴリーが抽出された。カテゴリーは【保健・医療・介護分野において市町村と連携している機関の現状と課題】、【市の「まちづくり計画」における保健・医療・介護分野の現状と課題】、【保健・医療・介護分野における基礎自治体としての市町村の役割】であった。サブカテゴリーでは、〈地域内の医師会との連携の現状と課題〉、〈地域内の医師会以外の機関との連携の現状と課題〉、〈保健・医療・介護施策全体に関する現状と課題〉、〈都道府県との対話の場、コミュニケーションに関する現状と課題〉、〈医療圏に関する考え方に関する現状と課題〉、〈地域住民の医療・介護に関する意識や地域住民との関係性〉等が抽出された。

地域医療構想調整会議のような場での都道府県と市町村の意見を聴取し議論を重ねる双方向的なコミュニケーション、地域医療構想の検討過程における地域医療介護総合確保基金を活用した事業やその提案方法等の検討、根拠となるデータの分析や解釈を行う人材の育成や確保が必要である。特に、地域医療構想アドバイザーの役割の発揮や医療政策研修会のような場への市町村の参加の機会の確保と促進が求められる。また、在宅医療・介護連携が市町村の所掌する範囲での医療計画上の医療提供体制との接点であるため、市町村は介護保険制度の保険者という立場から医療・介護提供体制をみる必要がある。これらの地域資源や場を地域医療構想と地域包括ケアシステムの両方の整備に活用し、効果的かつ効率的な医療・介護提供体制に向けた議論の蓄積をしていくことが今後さらに求められる。

A. 研究目的

各都道府県では、医療施設の最適配置の実現と連携を目指した地域医療構想が策定され、「地域医療構想の進め方について」（令和4年3月24日付け厚労省医政局通知）の記載に基づき、公立・公的・民間医療機関における対応方針の策定や検証・見直しを行うこととしており、当該検討状況について各都道府県で確認がなされている。

一方で市町村では、地域包括ケアシステムが重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい生活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・生活支援が包括的に確保される体制として提唱され、全国で多くの取り組みがみられる。これは、地域の超高齢者の増加と労働力人口の減少が進むなかで、地域住民にとって身近な基礎自治体である市町村が中心となって進めていくことが望ましい。

地域医療構想を含めた医療計画、介護保険事業支援計画の策定主体は都道府県であり、介護保険事業計画の策定主体は市町村であるため、医療・介護の提供体制を検討していくためには都道府県との連携も不可欠である。そこで本研究では、市町村の医療・介護・予防に関する行政活動における現状と課題をインタビュー調査から明らかにし、まちづくりの視点を含めた地域医療構想における市町村の役割の検討を行うことを目的とする。

B. 研究方法

B-1 インタビュー対象の選定

インタビューの対象は市町村である。市町村の選定では、市町村の規模、地域性を踏まえて選定する。市町村の規模では、政令指定都市、中核市、その他の市の区分とする。地域性については、北海道、東北、関東、東海北陸、近畿、中国四国、四国、九州を参考に選定を行う。インタビューの対象者は、医療、介護、予防分野の担当者及び幹部クラス（市長、副市長等）の職員とする。

B-2 インタビューガイドの作成

インタビューガイドは、研究者間で議論した素案を基に、市町村の幹部経験者を対象に試行的インタビュー調査を実施した。試行的インタビュー調査によって得られた市町村の課題を基に再度研究者間で検討を行い、インタビューガイドを作成した。

インタビューガイドは、①自治体が医療機関や関係機関と連携している事業と連携機関、②①の具体的な取り組みとして地域包括ケアシステム、予防事業に関連するものの現状と課題、③①の医療に関するものの現状と課題、④市町村における「まちづくり計画」との連携、⑤都道府県との連携の現状と課題である。

B-3 インタビュー方法とデータ作成

インタビュー方法は、インタビューガイドを用いて半構造化面接形式にて行う。インタビューガイドに設定した質問以外でも聴講者の判断により関連する内容については追加の質問を行う。

インタビューは2023年12月～2024年2月とし、いずれのインタビューも研究協力市町村が希望する場所と時間で、1回あたり60分～90分程度の予定で実施する。録音した音声は、全ての内容を逐語録としてテキストデータへ変換する。

B-4 分析方法

インタビューを担当した研究者らで議論し、逐語録のうち、まちづくりの視点での市町村が関わる地域医療構想、医療・介護連携に関する文脈を単位として、抽出コードとする。

抽出コードはサブカテゴリーに分類し、複数のサブカテゴリーがまとまるカテゴリーとした。コードは可能な限りインタビュー対象者の言葉を使用する。

（倫理面への配慮）

特になし

C. 研究結果

本研究では、政令指定都市：福岡市、北九州市、中核市：奈良市、宮崎市、その他の市：蒲郡市、大牟田市、登米市、留萌市の8市より協力が得られた（表1）。地域別でみると、九州：4市、北海道：1市、東北：1市、東海北陸：1市、近畿：1市であった。本研究のインタビュー対象の全ての市では市立病院を有していた。

まちづくりの視点を含めた地域医療構想における市町村の役割について、3つのカテゴリーと9つのサブカテゴリーが抽出された。以下に、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは〈〉で示した。具体的なコードは代表的なものを表2に示した。

C-1【保健・医療・介護分野において市町村と連携している機関の現状と課題】

〈地域内の医師会との連携の現状と課題〉

すべての市で市医師会との連携について言及されていた。市が市医師会と連携している領域は、健診や予防、介護保険制度の地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業、初期救急体制の調整・検討、市民向けの講習会等であった。

医師会のみではなく関係機関との連携に結び付くまでの土壌、文化、歴史に関する言及もみられた。この点は、人口規模、政令指定都市、中核市、その他の市の区分に関わらず複数の市で述べられていた。

医師会を中心とした病診連携や診療所間の連携、顔のみえる関係づくりの推進と市の医療担当課の支援の必要性が述べられていた。また、地区医師会の話し合いにおける救急の受け入れや在宅で対応可能な範囲の議論の必要性について指摘があった。特にその他の市で医師の高齢化に関する発言がみられた。

〈地域内の医師会以外の機関との連携の現状と課題〉

医療・介護の連携における医師会以外の連携機関としては、すべての保健所設置市以外の市で保健所があげられていた。保健所や保健所支所の職員が市内の医療・介護連携における多職種間連携の要素の一つとしての役割、政策・制度、調査等に関する情報の窓口の役割を果たしていることがわかり、保健所を通じた都道府県との連携ととらえている市が複数みられた。

市では、市医師会を通じて診療所の状況を把握することはできる一方で、病院の状況を把握するためのカウンターパートがないといった意見が確認された。

〈市内の関係部署、関連機関間の連携の重要性に関する現状と課題〉

ある市では、医師会に委託した在宅医療・介護の連携を支援するために専門職種間の連携や専門職の相談を担当するセンターを設置し、地域包括支援センターとの役割分担を図っていた。このセンターは、地域包括支援センターとも状況に応じた連携ができており、対象に合わせた医療・介護の連携・相談のハブ機能を果たしていた。一部の市では、在宅医療に関する取り組みにおいて、人口分析に基づき、住宅部門との連携が取られていた。

地域包括支援センターが住民の相談窓口となっている点は、多くの市で共通しており、制度上で定められているような機能が発揮されていた。

医療介護連携会議を長寿介護課（介護保険に関連する業務を担当）、健康推進課（健康づくりに関連する業務を担当）、医療局の計画課（地域医療に関連する業務を担当）の三つの担当課が事務局となり運営している取り組みもみられたが、高齢者の課題が複数の担当課に関連することも多いため庁内連携や事業間の連携を課題とする市もみられた。

〈入退院関連、多職種間の連携の現状と課題〉

地域包括支援センターの役割も複数の市で指摘されていたが、特に顔のみえる関係づくりの重要性に関する内容が指摘されていた。

市によっては中学校区単位、小学校区単位でとらえた介護予防や健康づくりの取り組み、多職種参画の場の生成、介護保険制度開始時からの行政と介護保険サービス事業者との対話の積み上げを土壌にした地域密着型サービスを整備するための取り組みがみられた。

また、医師会、市立病院の地域医療連携室の職員、ケアマネジャー、介護保険サービス事業者が参加する会議体を設け、在宅医療・介護連携に関する情報共有を図る取り組みもみられた。

他方で、患者に関する相談時のケアマネジャーと医師や看護師等の医療職との意識的なハードルの高さに関する発言が複数の市でみられた。入退院時のMSWの重要性やその属人的な要素による支援の質のばらつきに関する発言がみられた。

連携のための方法に関するものでは、多職種間の会議等をオンライン化することにより関係職種の裾野が広がった一方で、関係性の希薄化が懸念されていた。

C-2【市の「まちづくり計画」における保健・医療・介護分野の現状と課題】

〈保健・医療・介護施策全体に関する現状と課題〉

データに基づく施策の重要性については、今回の8市すべてでみられた。外出支援や社会参加、医療・介護のみではなく福祉分野との連携、社会的処方への必要性に関する意見がみられた。医療へのアクセスを含めたバス等の交通面、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームの整備等の高齢者の住まいに関わる発言が散見された。

また、医療提供とアクセスのバランスの設計、健康づくりを含めたデザインをする役割は、市町村がより適しているが、医療計画の策定等のマネジメントが都道府県で、実際の現場での対応は市町村が担っているという役割を踏まえ、計画と実行の整合性が必要と考えている市もみられた。

〈医療・介護の情報システム構築、データベース構築〉

地域の医療介護情報システムでは、介護情報の一部を共有可能なことで多職種連携への活用に対する期待が述べられていたが、医療機関の積極的な呼びかけによる住民の登録数の増加が課題でもあることが分かった。

データに基づく施策を実行していくためにデータをハンドリングできる人材が必要であること、その育成は市町村内では難しいという指摘があった。

C-3【保健・医療・介護分野における基礎自治体としての市町村の役割】

〈都道府県との対話の場、コミュニケーションに関する現状と課題〉

地域医療介護総合確保基金は、政令指定都市と重点支援区域に位置する市などで言及されていた。また、全ての市で、都道府県と医療の調整をするための協議の場は、形式的にはあるものの、実質的なものではないという趣旨の発言がみられた。

重点支援区域の選定を受けていること、二次医療圏の面積が非常に広大である点、市町村の都道府県に対する要望という複合的な側面から、市町村単位のデータや指標の必要性に関する発言が一部の市で強調されるところもあった。

〈医療圏に関する考え方に関する現状と課題〉

自市が所在する二次医療圏レベルの医療資源の状況や二次医療圏内にとどまらない患者のアクセス、二次医療圏内の人口の多寡、高齢化率の地域差、地理的特性に関する発言が多くみられた。健診について、県は異なるが隣接する市間での協定を結んだ取り組みがみられた。

県境に位置する市では、県境をまたいだ患者の受診状況と医療資源投入に関する発言が多くみられた。二次医療圏の面積が広い場合の市単位でのデータ提示の対応や患者の搬送とその負担に関する発言もみられた。

〈地域住民の医療・介護に関する意識や地域住民との関係性〉

医療資源が充実している地域では、住民の医療へのアクセスが十分に確保されている一方で、医療へのアクセスへの考え方、看取りの考え方の啓発が課題である。

D. 考察

D-1 地域医療構想の立案 データ分析、アクセス分析

市町村は住民に最も身近な行政機関である。本研究のインタビュー対象の市でも住民の医療機関へのアクセス状況、交通手段とともに住民の生活圏域がよく把握されていた。二次医療圏は住民の生活圏域とは必ずしも一致しておらず、市の行政区域や都道府県を越えた患者の急患診療センター、市立病院等の受診も散見された。市の行政区域を超えた、二次医療圏単位、あるいは都道府県単位での検討が必要であるが、このような問題について、市町村と都道府県と協議する場が限られているのが現状である。

例えば、県境に位置する市の立場では、異なる都道府県の住民に対する市の医療資源投入量が一定以上の場合、資源運用の観点からの隣接都道府県との協議が難しい現状もある。市町村の役割の一つは、こうした課題を根拠資料に基づいて正確に自都道府県に伝え、都道府県は根拠資料やレセプト等の分析とともに、市町村の実情を把握し、隣接都道府県との協議、市町村とのコミュニケーションを図りながら医療計画の策定を行う必要がある。

現状の地域医療構想が将来の人口構造の変化を踏まえた医療需要の変化と求められる医療を

提供する病床機能と病床数を推計しているように、データ分析に基づく施策は、市町村のレベルにおいても重要である。しかし、本研究から、都道府県は医療機能別の病床の必要量や評価指標等を市町村単位では十分に提供していないこと、現在の市の体制ではデータの分析を十分に実施できるとは限らないことから、市町村が自地域における医療体制を検討することが難しい状況であることが示唆された。ただし、インタビュー結果にもある通り、市町村内で医療が完結していない現状もあることから、二次医療圏等の一定の範囲でのデータ分析結果が示されていることも理解する必要があると思われ、市町村単位でのデータ分析が必ずしも必要というわけではないと考えられる。一方で、都道府県に対しては国から医療計画作成支援データブックによる指標例等に関するデータの提供がなされており、在宅医療に関連する指標例等は市町村の参考になる点もあることから、その活用の程度や方法について確認する必要がある。

本研究のインタビュー対象の政令指定都市では大学と連携して医療提供体制に関するデータ分析結果の提供を受けている事例もあり、官学連携も視野に含めた取り組みが進められていた。すべての都道府県や市町村で大学等の研究機関との連携が難しい場合も十分に想定されることから、新たな地域医療構想の策定時には、都道府県からの一方向的な政策や制度の情報提供のみではなく、地域医療構想調整会議のような場を十分に活用して、上記のような課題を抱える市町村との双方向的な議論が求められる。

D-2 地域医療構想に関する権限と所掌

・市町村と都道府県の医療提供体制に関する協議の場

本研究のインタビュー対象の全ての市で都道府県と医療の調整をするための協議の場は、形式的にはあるものの、実質的な協議はないという趣旨の発言がみられた。そのため、市が抱える医療

に関する事情の反映が難しいと考えられた。他方で、本研究のインタビュー対象の複数の市でも地域医療構想調整会議に市の立場として参加する場所があることもわかった。「第13回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」の資料によると、地域医療構想調整会議の構成員で市町村の医療担当が参加している状況は68.9% (235/341) と約7割が参加している。このように、地域医療構想調整会議という都道府県と市町村が医療提供体制の協議の場に参加する機会は存在するものの、平時においても市町村側からの意見を聴取し議論するような双方向的なコミュニケーションが不十分である可能性がある。

また、市立病院を有する市には、「医療局」のような部署が多くみられたが、二次医療圏という地域全体の医療提供体制及び機能分化・連携等を見渡しているわけではないので、医療政策を所管することと必ずしも同義ではない。医師会を中心とした病診連携や診療所間の連携、顔のみえる関係づくり、それらが地域のソーシャルキャピタルとして醸成されるためには多くの時間を要する。市町村の担当課では在宅医療・介護連携推進事業等を通じた在宅医療や介護の支援が地域の医療・介護提供体制構築のための役割の一つとなると考えられた。

・地域医療介護総合確保基金

地域医療介護総合確保基金の活用は、地域医療構想における市町村の役割を考えるうえで重要なテーマである。本研究では政令指定都市と重点支援区域に所在する市、特殊な地理的な事情を有する市からの発言があったが、その背景は異なる。政令指定都市では、権限の一部委譲と人材と財源を確保したいという視点からの発言であったと考えられる。自治体の特性として、入院医療以外の医療提供に関する権限が都道府県とほぼ同じという制度上の特性と認識が背景にあると考えられた。

重点支援区域に所在する市、特殊な地理的な事情を有する市では、ヒト・モノ・カネ・情報といった財政的支援や技術的支援の必要性が背景にあると考えられた。制度の運用のしやすさへの要望、遠距離の救急搬送や転送に関する独自の取り組みへの負担に対する財源としての期待や活用方法について述べられていた。

D-3 地域医療構想の実践

・病院、診療所等への働きかけ、在宅医療・介護連携

市町村が地域医療構想と関わる医療提供体制については、在宅医療、健診、予防、休日の急患診療体制の担当という住民の生活に近い部分で医療サービスに関わっており、介護保険制度の地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業等を通じて、政策面での接点もある。本研究のインタビュー対象の市では、これらのいずれかの分野での医師会との連携について言及されていた。市の立場では、市医師会を通じて医師の高齢化を含めた地域の診療所の実情を把握することが可能なことから、在宅医療および在宅医療・介護連携が入り口となって医療提供体制が所掌範囲と近接すると考えられる。

他方で、保健所設置市以外のすべての市では、在宅医療・介護連携の機関として保健所が挙げられていた。保健所設置市では、地域包括支援センターや独自の在宅医療・介護連携にかかわる部署を設置し、住民からの相談のみではなく専門職の支援も行っていた。保健所は都道府県の出先機関としての立場とともに、地域医療構想調整会議の事務局を担当することも多いことから、医療提供体制の面での都道府県と市町村のコミュニケーションを円滑に進めるうえでより重要な役割が期待される。

これらに共通する点は、市が直接的に都道府県や医療機関と連携を図るのではなく、医師会、保健所、地域包括支援センター等が地域の実情に応

じて市の在宅医療、医療・介護連携のためのハブ機能を果たしていることである。たとえば、市が医師会との話し合いにおいて、救急の受け入れや在宅で看取りを考える際の対応可能な範囲の検討の必要性について議題としている点などは、地域医療構想の実践において、市町村が地域の医療提供体制のあり方に関与する方法の一つであると考えられた。

また、特に介護保険制度における地域密着型サービスの整備では、介護保険サービス事業者と市町村職員との対話の必要性が示唆された。これは、市町村が地域密着型サービスの指定・監督を行うためである。地域密着型サービスには、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護などの看取りとかわるサービスがあり、在宅医療とも関連するためである。換言すれば、地域医療構想と地域包括ケアシステムの両輪の整備と関連する。効果的かつ効率的な医療・介護提供体制を構築していくためには、介護保険制度で重要な役割を果たす市町村の役割は不可欠であり、医療計画と介護保険事業（支援）計画の連動がますます重要となる。

D-4 地域の現場のニーズ把握、人材育成

地域住民の上手な医療のかかり方に関する住民への啓発は、今後の地域の医療提供体制を考えていくうえでの市町村の役割といえる。実際に都道府県では各市町村の住民にまで十分に対応することは難しいことが想定される。地域包括ケアシステムの構築に必要な在宅医療の提供に関しては患者の生活の場である日常生活圏域での整備が求められる。本研究のインタビュー対象の市でも医師会等と連携した受診行動の啓発を実施している事例もみられたが、特に医療資源が豊富な地域においては、その希少性への認識が希薄と推察される住民の健康に関する行動もみられることから、より積極的な介入が必要と考えられた。わが国の医療制度の特徴であるフリーアクセスについて歴史的に「いつでもどこでも好きな医療

機関にアクセスできる」であった地域での認識を社会保障制度改革国民会議の報告書にあるような「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という認識へと変化させていくことは非常に難しい。国、都道府県、市町村等のスローガンの提示のみではなく、住民の生活、受診行動に埋め込まれた周知と制度設計が求められる。

また、一部の市では、医療・介護のデータの分析や解釈を担当する人材の確保や育成は難しいという意見がみられた。広大な二次医療圏に所在する市町村、県境に位置する市町村など、その背景は異なるが、市町村に医療・介護のデータを基に施策に結び付けるニーズが存在すると考えられた。当該分野の人材の育成や確保は即時的なものではないが、地域医療構想アドバイザーの役割は、都道府県の地域医療構想を見渡しこのような市町村を含む構想区域と都道府県を技術的支援を通してつなぐ役割も期待されており、そのような人材の選定と紹介や周知も必要となる。医療計画を事例にすれば、都道府県とともに希望する市町村、あるいは自治体立病院を有すること、県境に位置するなどの研修目的と条件を設けたペアと地域医療構想アドバイザーが医療政策研修会に参加する選択肢を設けるなど、機会の確保が必要である。

最後に、本研究の解釈をする際には、インタビュー対象の市が、全ての市町村を代表するものではないことには注意が必要である。人口規模、市立病院を有していないこと、より多様な地理的条件など地域の実情は異なるため、より多くの意見を蓄積したうえでの議論が求められる。

E. 結論

本研究では、保健・医療・介護に関するまちづくりの視点を含めた地域医療構想における市町村の役割について実態把握を試み、検討した。

地域医療構想の策定・推進においては、地域医療構想調整会議のような場で、都道府県が市町村の意見を聴取し議論を重ねる双方向的なコミュ

ニケーションが必要となる。そのためには、適切な地域医療構想アドバイザーの選定・活用や医療政策研修会のような場への市町村の参加の機会の確保と促進が求められる。

それに対し、市町村は、在宅医療・介護連携を所掌し介護保険制度の保険者という立場において医療提供体制との接点である。そのため、市町村は「ハブ機能」的役割として、地域医療構想と地域包括ケアシステムの両方に対し、効果的かつ効率的な医療・介護提供体制に向けた都道府県との双方向的議論をしていくことが今後さらに求められる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

表 1

	市名	ヒアリング実施日	人口(人)	高齢化率(%)	政令指定都市	中核市	保健所設置主体該当
1	福岡県福岡市	2023年12月22日	1,644,734	22.4	○		○
2	奈良県奈良市	2024年1月16日	355,011	31.2		○	○
3	福岡県北九州市	2024年1月19日	915,416	32.3	○		○
4	宮城県登米市	2024年1月25日	76,037	35.5			
5	福岡県大牟田市	2024年2月14日	105,787	38.7			※
6	愛知県蒲郡市	2024年2月14日	79,538	29.4			
7	北海道留萌市	2024年2月26日	20,114	36.9			
8	宮城県宮崎市	2024年2月27日	397,258	29.4		○	○
※大牟田市は、現在は保健所設置市に該当しないが、かつては政令で定める市							

福岡県内の人口及び高齢化率は令和5年12月1日現在福岡県人口移動調査 第2表市区町村別・年齢別人口より https://ckan.open-governmentdata.org/dataset/401000_jinkouidouchousa-shikuchouson-nenrei_2
奈良市の人口及び高齢化率は令和2年（2020年）10月1日現在 第8期介護保険事業計画素案より https://www.city.nara.lg.jp/uploaded/attachment/125181.pdf
登米市の人口及び高齢化率は2020年の数値 日本医師会地域医療情報システムより https://jmap.jp/cities/detail/city/4212
蒲郡市の人口及び高齢化率は2020年の数値 日本医師会地域医療情報システムより https://jmap.jp/cities/detail/city/23214
留萌市の人口及び高齢化率は2020年の数値 日本医師会地域医療情報システムより https://jmap.jp/cities/detail/city/1212
宮崎市の人口及び高齢化率は令和5年10月1日現在 宮崎県の高齢化の状況 市町村別高齢化状況より https://www.pref.miyazaki.lg.jp/choju/kurashi/koresha/20200213101721.html

表 2

カテゴリ	サブカテゴリ	代表的なコード
保健・医療・介護分野において市町村と連携している機関の現状と課題	地域内の医師会との連携の現状と課題	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症の重症化事業は、医師会に協力してもらいながら医療政策課と協会けんぽが連携して進めています。 ・市町村と医療機関等々との絡み方について最も多いのは、医療機関個別というよりは、医師会があるので、そこと連携しながら進めていくというのが基本的な流れです。
	地域内の医師会以外の機関との連携の現状と課題	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療介護連携推進事業の中で、〇〇地区の保健所と連携しています。取り組みの中でどのような状況になっているのかを把握するために、県と県医師会で実施されている関係の調査結果を提供していただき、それを分析しています。 ・診療所レベルだと医師会を通じてさまざまな話が聞けますが、病院になった途端に全然、分からなくなります。 ・最もネックな点は、医療の中で働いている専門職なので地域の現場が分からないということです。
	市町村部署、関連機関間の連携の現状と課題	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・介護連携支援センターはどちらかというと、医師会に委託しているというところもあって医療側の担当であり、地域包括支援センターは予防や介護の悩みという部分で、地域包括支援センターと役割分担をしています。 ・高齢者の課題が局をまたぐことの多さと局間連携
	入退院関連、多職種間の連携の現状と課題	<ul style="list-style-type: none"> ・事業者のかたがたと行政職員の距離の近さがあります。先ほどの小規模多機能型居宅介護の話もそうですが、介護保険事業の開設時から膝を突き合わせて話をしてきた土台がある… ・医療機関と介護事業所との関係、協議と連携を図ることを目的に、在宅医療介護連携会議を設けています。この会議には、医師会や市民病院、ケアマネジャー、事業者等のかたがたに参加してもらいます。

市町村の「まちづくり計画」における保健・医療・介護分野の現状と課題	保健・医療・介護施策全体に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ・医療や介護に関するデータベース化のためのプラットフォームを構築しています。 ・将来的には、高齢者人口ももちろん減ってくるので、事業所としてどのような運営をしているのか、事業所側と話を始めています。 ・地域包括支援センターの中にも生活支援コーディネーターを配置していますが、そういった人たちの中でも交通の話が課題
	医療・介護の情報システム構築、データベース構築	<ul style="list-style-type: none"> ・やり始めてみると、介護情報も一部共有できる部分があるので、そういった意味では、例えば急な入院の状況でも、多職種連携にも活用できればと思っています。 ・データベース一つとっても、そのデータをどのように分析していけばいいのかというのは、私たち事務職や技術職は、そのデータにひもづいているところについてのノウハウは持ち合わせていません。
保健・医療・介護分野における基礎自治体としての市町村の役割	都道府県との対話の場、コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県と政令市を含めた市の関係で見ると、やはり市は、医療における立ち位置がはっきりと包括的には持てないところがあると思います。今は、マネジメントは都道府県、オペレーションは団体と供給者、インターフェースは市町村のように見えます。 ・技術的支援をいただいている中で、財政的支援の地域医療介護総合確保基金の使い勝手の面での要望では、どうしても施設が老朽化しているため、いつかの時点では再整備が必要になってくると思います。そういったときに使いやすいとありがたいです。
	医療圏に関する考え方	<ul style="list-style-type: none"> ・〇〇市の休日急患体制は8医療機関で手厚く対応してもらっていますが、県境に位置する関係で、△△市や地域外の■■県の方や、医療圏を越えて他市町村からも〇〇市は開いているからという形で来られるので、医療機関の負担が増えていることが数字上でも如実に出ています。 ・医療交渉も県単位でしか話がないので、どうしても医療提供体制を考えるとときには、県レベルでの話になっているので、今のような話はなかなかできません。
	地域住民の医療・介護に関する意識や地域住民との関係性	<ul style="list-style-type: none"> ・受診のあり方に関する住民の意識改革も、県でそこまでサービス提供の部分を全部マネージし切れないところがあるので、きちんと市町で最後に詰めていくというのか、最適化していくことは、とても大きな役割として担っています。