

〔論文〕

## 医療主導による地域包括ケアシステムの形成と展開

——広島県尾道市におけるモデル構築を事例に——

小 林 甲 一・市 川 勝

名古屋学院大学 / 大学院経済経営研究科博士課程

### 要 旨

わが国では、1990年代後半以降、地域包括ケアの推進や医療・介護の連携に向けた取り組みが進んでいるが、システムの構築にまで至っていない地域が多い。そうしたなか、比較的順調にしているのが「医療重視・医療機関先進型」であり、広島県尾道市にはその先進的モデルが3つ集まっている。そこで、本稿では、前稿での研究成果もふまえ、①尾道方式、②みつぎモデル、③因島医師会病院の地域連携システムを核とした、尾道市における地域包括ケアシステムの形成と展開について考察した。地域住民からの信頼と医業の継続性、これらは、地域の医療機関が在宅医療を推進し、保健・医療・介護・福祉にわたる多職種協働を展開するうえで大きな力となり、それを地域に広げ、定着させていくためのつながりの深さになっている。

キーワード：地域包括ケア，多職種協働，医療・介護の連携，尾道方式

## Building and Development of “Community Integrated Care” under the Leadership of the Medical Care

——in the Case of Onomichi City, Hiroshima Pref.——

Koichi KOBAYASHI, Masaru ICHIKAWA

Nagoya Gakuin University /  
Graduate School of Economics and Business Administration

---

発行日 2015年1月31日

## 目 次

- I はじめに ― 問題の所在と本研究の趣旨 ―
- II 尾道市の概況と地域包括ケア
- III 医療重視・医療機関主導型の取り組み  
：公立みつき総合病院と「尾道方式」
- IV 因島医師会病院による地域包括ケアシステムの構築
- V 尾道市における今後の地域包括ケア
- VI おわりに

### I はじめに ― 問題の所在と本研究の趣旨 ―

わが国の社会保障は、数多くの大きな問題に直面しているが、なかでも介護保障とそれに関わる地域の保健、医療および高齢者福祉の再構築が喫緊の政策課題であることは言うまでもない。これからの21世紀前半において、わが国の介護保障は、世界に類を見ないほどの超高齢社会を克服しなければならないのであり、しかも、いわゆる「団塊の世代」が75歳以上に達する2025年、さらにそうした多くの後期高齢者が要介護状態に陥る大きなリスクを抱えて生き抜く2030年代はすぐそこに迫っている。

そこで、地域の保健・医療・福祉・地域づくりにまたがる高齢者介護の新たなシステムとして構想されたのが「地域包括ケア」である。地域包括ケアシステムとは、「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援という目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す」ものであり、また、「介護」・「医療」・「予防」の3つに「住まい」と「生活支援・福祉サービス」を加えた5つの要素から構成され、これまで以上にボランティア活動や住民組織の活動による「互助」と民間の市場サービスも含めた「自助」を組み込んだ、まさに包括的ケアの仕組みを地域に創造しようとするものである。

老人福祉法（1963年）、老人医療費の無料化（1973年）、老人保健法（1983年）、「ゴールドプラン」（1989年）そして介護保険制度の導入（2000年）。今日の介護保障につながる、こうした戦後の高齢者医療と高齢者福祉の展開を振り返ると、地域包括ケアに組み込まれるそれらの構成要素はけっしてうまく絡み合うことはなかった。「高齢者保健福祉」が提唱され、保健・医療・福祉の連携が声高に叫ばれるようになった1980年代後半以降も、むしろ、それらはますます幅広い文句だけになっていった。地域の実態およびサービス提供の現場は、急増する高齢者と要介護問題の深刻化に対応するのが精一杯で、「とても連携どころではなかった」ということなのかもしれない。そして、介護保険の導入は、制度設計の目的が高齢者医療と高齢者福祉のはざまに「介護」分野を設定し、その対象を両者から切り出すことにあったため、保健、医療、福祉および介護のあいだにいつそう大きな亀裂が生じることとなったのである。

そうしたなか、介護保険制度の導入に前後して、地域包括ケアの推進や医療・介護の連携につながるさまざまな先進的な取り組みが出てくるが、そこには、大きくわけて2つの動き・モデルがあったと考えられる。1つは、地域福祉の向上に向けた行政の働きかけと市民参加を原動力とした「福祉重視・行政主導型」であり、もう1つは、高齢者介護の問題を目の当たりにした地域

の医療機関がそれぞれの立場から自覚的に動き出した「医療重視・医療機関先導型」である。医療と福祉のあいだで適切な切り分けと有機的な連携がはかられてこなかった高齢者介護の領域にあって、どちらの側にも、増大する要介護高齢者と介護サービス提供の実態に対する問題意識が十分にあったとすれば、こうした展開は当然の結果であったといっても言い過ぎではない。

前稿〔参考文献：小林甲一・市川勝（2013）〕では、こうした問題意識のもと、医療重視・医療機関先導型として広島県尾道市の「尾道方式」を、また福祉重視・行政主導型として愛知県高浜市を取り上げ、現地におけるヒアリング調査の結果をふまえて地域包括ケアの先行事例について考察した。その際、尾道市のなかでは、医療重視・医療機関先導型の地域包括ケアがその地域の特性を背景に多様な展開をみせていることがわかった。そこで、本稿では、尾道市におけるモデル構築を事例に、医療主導による地域包括ケアシステムの形成と展開に関する考察を深め、そのうえで、地域包括ケアの推進に向けた今後の課題について地域の実情をもとに検討してみたい。

## II 尾道市の概況と地域包括ケア

尾道市は、広島県の南東部、山陽地方の中央部に位置し、人口：約14万人・高齢化率32%の都市である。瀬戸内海に面する尾道水道とその港は、瀬戸内海のほぼ真ん中にあり、古くから海運による物流の集散地として発展し、それを基礎に山陽道の主要な商業都市として、かつ広島県東部（備後地方）の中心都市として繁栄してきた。しかし、戦後しばらくすると、海運業の低迷やそれに追い打ちをかけた造船業の構造不況によって市勢は急激に衰退し、重化学工業の企業城下町として急速に発展した福山市にその座を明け渡した。その街に残されたのは、よく映画の舞台となった「坂道が多く島影の美しい風光明媚な風景」のなかに収まった、シャッターの方が目立つ商店街、多くの古い住居が密集した中心市街地、周辺に点在するきわめて生活に不便な住宅地などであった。

その後、尾道市は、本四架橋尾道・今治ルートの開通、尾道港・JR尾道駅周辺ウォーターフロントの再開発、それをインフラとした「しまなみ海道」の推進、そしてこれらの波及効果と相乗効果による観光産業の着実な発展を通して再活性化し、街も少しずつ活気を取り戻した。そして、尾道市は、2005年には御調郡御調町・向島町を、さらに2006年には因島市・豊田郡瀬戸田町を編入合併し、現在の姿となっている。

2012年3月に公表された『尾道市高齢者福祉計画及び第5期介護保険事業計画：安心・信頼のおのみち高齢者プラン』は、その最初に、「尾道市のケアシステム」として以下の3つを掲げ、その先進性を誇っている。

- A. 「尾道方式・新地域ケアおのみち2009」
- B. 「尾道市公立みつき総合病院を核とする地域包括ケアシステム」（みつきモデル）
- C. 「因島医師会による病院連携下での地域連携システム」

つまり、市町村合併によって、開業医＝「在宅主治医」を中核とした地域医療連携システムを構築し、地域における「多職種協働」と「ケアカンファレンス」による地域包括ケアのモデルと

なったA.「尾道方式」に、小さな公立病院の病院長であった山口 昇氏がわが国で初めて地域包括ケアを提唱し、実践したことで有名なB.「公立みつき総合病院」ならびに医師会病院主導による地域の医療・介護連携として大きな注目を集めているC.「因島医師会病院」の地域連携システムが加わり、尾道市という1つの市域に、地域包括ケアにおいて全国的にも有名な3つのモデルが集積することとなったのである。その結果、尾道市の地域包括ケアシステムは、こうしたきわめて先進的な3つのモデルを基本に構築されている。では、その概要を見てみよう。

尾道市は、瀬戸内海沿岸の中心とした都市部、編入合併で新たに加わった山間部と島しょ部という多様な地域によって構成されているが、そこには、以下のような7つの日常生活圏域が設定されている。

それぞれの日常生活圏域には、以下のような地域包括支援センターが設置されており、それらを基盤に地域包括ケアシステムが構築されている。そのなかで、新たに編入合併された、山間部

尾道市における日常生活圏域の設定

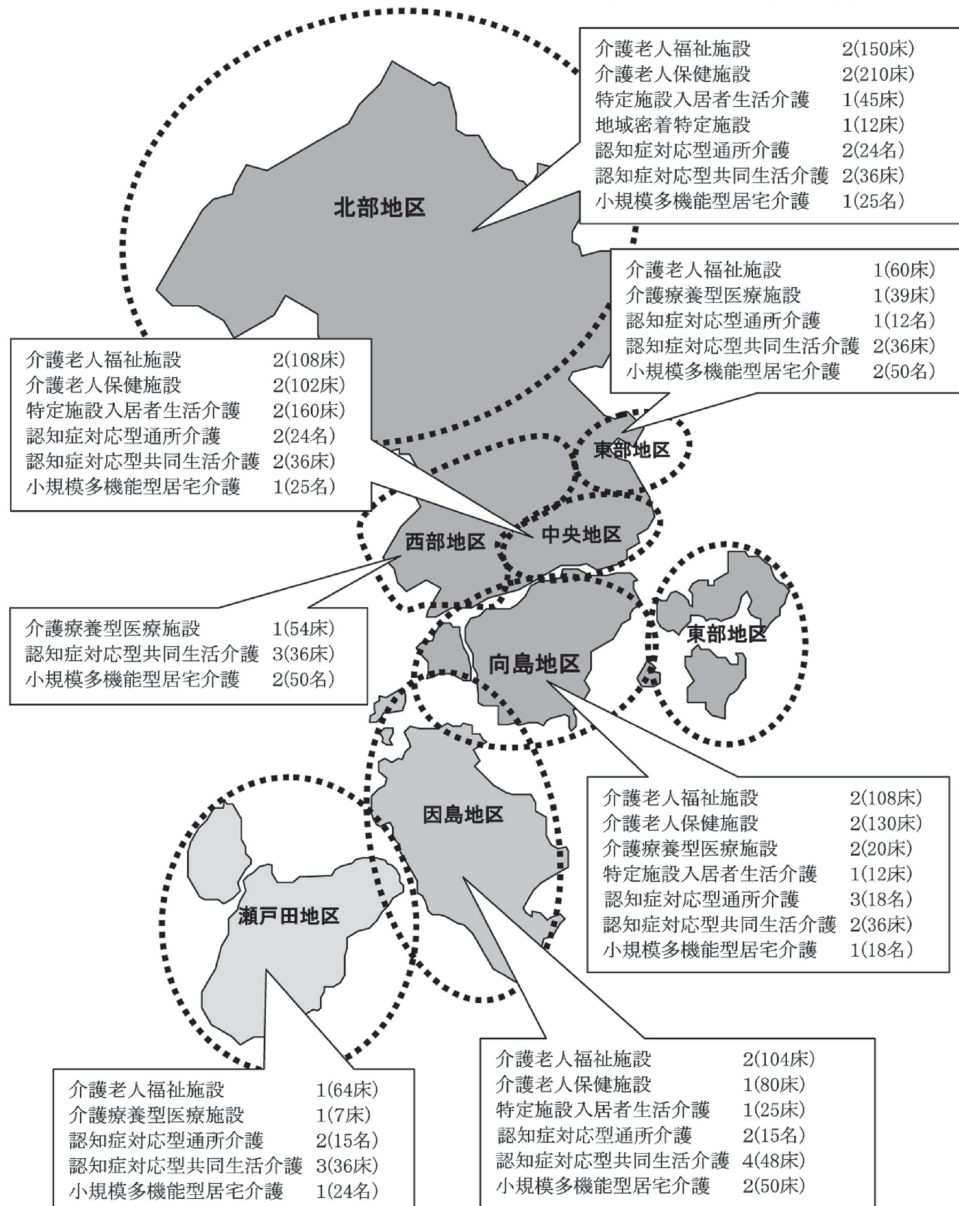
圏域名	中学校区名	人口（人）	高齢者数（人）	高齢化率（％）
①北部地区	御調中 美木中 原田中	19,997 人	6,007 人	30.0%
②中央地区	長江中 久保中 日比崎中	23,057 人	7,115 人	30.9%
③西部地区	栗原中 吉和中 日比崎中	26,431 人	7,480 人	28.3%
④東部地区	高西中 浦崎中 百島中	18,216 人	3,836 人	21.1%
⑤向島地区	向東中 向島中	24,636 人	8,005 人	32.5%
⑥因島地区	因島南中 因島北中 重井中	23,844 人	8,360 人	35.1%
⑦瀬戸田地区	瀬戸田中 生口中	10,281 人	3,884 人	37.8%
合 計		146,462 人	44,687 人	30.5%

※平成23年（2011年）12月末現在（住民基本台帳）

（出所：『尾道市高齢者福祉計画及び第5期介護保険事業計画』2012年3月，38ページ）

尾道市の日常生活圏域と地域密着型サービス

※平成23年(2011年)12末日現在



(出所：『尾道市高齢者福祉計画及び第5期介護保険事業計画』2012年3月，39ページ)

の①北部地区を担うのはB. の公立みつぎ総合病院であり，島しょ部の⑥因島地区と⑦瀬戸田地区を担うのはC. の因島医師会病院である。また，瀬戸内海沿岸にある都市部や再開発地域・新

興住宅地ならびにその対岸にある向島を構成する②中央地区、③西部地区、④東部地区および⑤向島地区では、それぞれ市・社会福祉協議会・社会福祉法人が地域包括支援センターを担っているが、そこには、各地域に立地する開業医と尾道市医師会によってA、「尾道方式」が行き渡っており、構築された地域医療連携システムのもと各地域包括支援センターとの連携・協働により重要な役割を演じている。

## 尾道市の地域包括支援センター

## ■地域包括支援センター

(単位：人)

センター名	圏域名	中学校 区名	包括的支援業務職員（人員）			介護予防 支援業務 専従職員	設置者
			保健師 看護師	社会福祉士	主任ケアマ ネジャー		
尾道市北部 地域包括支 援センター	北部地区	御調中, 美木中, 原田中	1.2	2	1	1.5	公立みつぎ 総合病院
尾道市地域 包括支援セ ンター	中央地区	長江中, 久保中, 日比崎中	4.5	1.7	1.5	0	尾道市
尾道市西部 地域包括支 援センター	西部地区	栗原中, 吉和中, 日比崎中	2	2	1	1	社会福祉 法人尾道市 社会福祉 協議会
尾道市東部 地域包括支 援センター	東部地区	高西中, 浦崎中, 百島中	1	1	1	1	社会福祉 法人浦崎会
尾道市向島 地域包括支 援センター	向島地区	向島中, 向東中	1	2.9	1	0	社会福祉 法人尾道 さつき会
尾道市南部 地域包括支 援センター	因島地区	因島南中, 因北中, 重井中	3	1	1	0.4	社団法人 因島医師会
尾道市南部 地域包括支 援センター 瀬戸田支所	瀬戸田地区	生口中, 瀬戸田中	1	1	0	1.5	

【平成23年（2011年）12月末現在】

※人数配置については、常勤換算による。主任ケアマネジャーと重複する資格取得者は、主任ケアマネジャーに計上しています。

(出所：『尾道市高齢者福祉計画及び第5期介護保険事業計画』2012年3月、56ページ)



### Ⅲ 医療重視・医療機関主導型の取り組み：公立みつぎ総合病院と「尾道方式」

尾道市における3つの先進的な地域包括ケアシステムが、医療主導によって形成され、それによって医療重視・医療機関主導型のモデルが構築されたことは言うまでもないが、これまで見てきたことから明らかなように、それらのあいだには大きな違いがある。それは、そのモデル構築に向けた取り組みを主導した医療機関がそれぞれ異なるという点である。つまり、A.「尾道方式」では開業医とそれに突き動かされた医師会が、B.「みつぎモデル」では地域の中核病院として唯一無二の存在である公立病院が、そしてC.「因島医師会病院」地域連携システムでは、医師会によって設立されていた医師会病院がそれぞれ先導的な役割を担ったのである。さらに、同じ医師会が重要な役割を果たしながら、A.「尾道方式」は、開業医がシステムの中核をなし、医師会機能がその周囲を取り囲むようなイメージであり、C.「因島医師会病院」地域連携システムは、病院を設立した医師会機能がその中核にあり、その周囲を開業医が取り囲んでいるようなイメージとなる。これらの違いは、モデルの構築に関係した方々にヒアリング調査で直接お話をうかがうと、歴史の偶然という側面がないわけでもないが、詳しく見ていくと、地理的な条件、地域社会の生活基盤、医療サービス提供体制の実態など各地域の特性や実情によるところが大きいと考えられる。いずれにしても、尾道市が医療主導の先進地であるという3つのモデルに共通する点もさることながら、編入合併の結果とはいえ、尾道市という1つの都市に特色ある3つのモデルが集積しており、そこが医療重視・医療機関主導型モデルの宝庫であるという点はきわめて興味深い。

こうした問題関心は、2012年度に、地域包括ケアにおける医療・介護の連携の展開に関する調査研究のなかで、「福祉重視・行政主導」による先行事例である愛知県高浜市との対比において、「医療重視・医師会主導」による先行事例として尾道市の「尾道方式」を取り上げて現地調査をおこなうことによって尾道市における地域包括ケアシステムの実態が詳細にわかってくる過程で浮かび上がってきたものである。そこで、今回の2013年度における尾道市の現地調査では、尾道市高齢者福祉課ならびに因島医師会病院に対するヒアリング調査をおこない、尾道市における医療主導による地域包括ケアシステムの多様な形成と展開に関する理解と考察をさらに深めることとした。その調査報告である因島医師会病院による地域包括ケアの構築についてはあとで述べるとして、ここでは、そのまえに、A.「尾道方式」とB.「みつぎモデル」の構築に向けた経緯と展開についてふれておきたい。

#### 1. 公立みつぎ総合病院と「みつぎモデル」

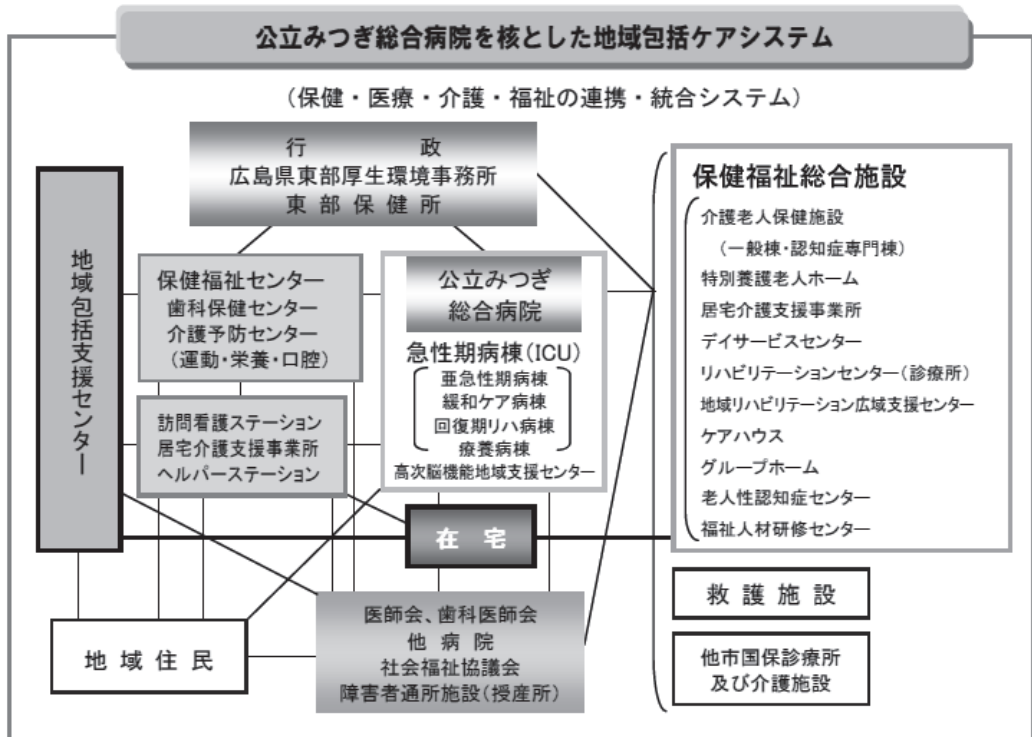
地域包括ケアの「聖地」とまで称される公立みつぎ総合病院の取り組みが生まれてきた経緯については数多くの文献や資料で紹介されているが、その始まりは、1970年代前半から実施された「医療の出前」（訪問看護や訪問リハビリ）であった。まだ、「人をみる医療」という理念のもと、しかも、まだ診療報酬の点数もつかない段階にもかかわらず、試行錯誤を繰り返しながら「医療の出前」が続けられていった。これによって、しだいに在宅で療養する住民のニーズが的確に

把握できるようになり、さらに、そのニーズに応えるために在宅医療に対して福祉や保健のサービスを結びつけていった。その後、健康づくり座談会の開催や福祉相談との連携などの積み重ねが、病院内に「健康管理センター」（現在の保健福祉センター）を併設することへとつながり、その後は、高齢者介護施設や介護サービスも在宅医療と連携していった。「寝たきりゼロ」をめざした保健・医療・福祉・介護の連携・統合システムという「みつぎモデル」は、こうした経緯のなかで、「人をみる医療」という営みが、住民の生活形成で配慮すべきさまざまな要素と自然に結びつき、その連携が折り重なり、定着することで構築されてきたのである。

公立みつぎ総合病院が立地する御調町は、尾道の市街からそれほど離れていないが、比較的山あいが目立つ山間部にあり、人口が1970年代初めの12,000人から合併前には8,000人まで減少した、過疎化の進む町でもあった。そこでの生活の不便さと町の外に出る交通の不便さが、旧尾道市内の病院への通院や入院よりも在宅での治療や療養を選択させたことはまちがいない。そうした町の公立病院。その存在の大きさは言うまでもないが、生まれ育った地域に住み続ける住民はその公立病院を信頼するしかなかったのであり、病院は、その信頼に応えることがもっとも重要な使命であり、住民も、病院を信頼し続けることで、それを安心に変えることができたのである。在宅での治療や療養に臨む住民やその家族にとっては、なおのことその信頼と安心が重要であったことは言うまでもない。また、行政との連携という意味でも公立病院が発揮できる力は大きかった。御調町のような町では、公共体としての公立病院が病院を出て、住民の生活に近接した在宅医療に向かい動き出せば、行政が束ねる保健・福祉・介護をそれに連携させることにそれほど大きな障害はなかったにちがいない。そして、こうした展開の原動力となったのが、病院長として公立みつぎ総合病院と御調町の取り組みを主導した山口 昇氏のリーダーシップとそれに携わった人びとの使命感であったと考えられる。これらの背景や要因が、「みつぎモデル」の構築と定着を促進したのである。

以下は、こうして構築された「みつぎモデル」の実績と成果をもとに、今後も、公立みつぎ病院を核として展開される、保健・医療・介護・福祉の連携・統合にもとづく地域完結型の地域包括ケアを体系的に図示したものである。地域の公立病院を中核に病院機能の総合化・複合化をはかり、在宅を基本に「医療の出前」だけではなく「福祉の出前」を促進し、地域全体で支え合う仕組みづくりのコンセプトが表現されている。また、このモデルの根幹には、「寝たきりゼロ」の理念が脈々と受け継がれ、保健福祉センターと病院の協働による疾病予防のための健康づくりや介護予防・寝たきり防止のための取り組みがしっかり組み込まれている。





（出所：『尾道市高齢者福祉計画及び第5期介護保険事業計画』2012年3月，9ページ）

## 2. 「尾道方式」と多職種協働によるケアカンファレンス

「尾道方式」の構築に向けた独自の地域医療の取り組みは、1986年に前尾道市医師会長の片山壽医師が医師会理事（老人保健担当）に就任し、尾道市における高齢化問題に直面したことから始まっている。当時、尾道市の高齢化は、全国平均の10年先を行く早さで進行しており、地元の開業医である片山医師の強力なリーダーシップによって、市内の保健・医療・福祉に携わる多くの人びとが、今日の医療・介護連携につながる地域医療のスキームを構築することでそれに立ち向かっていった〔参考文献：片山壽（2009）〕。これには、尾道市の地形的特性ならびにそれによる医療圏の特質が大きく作用したと考えられる。尾道の旧市街は、前は瀬戸内海、後ろは山に挟まれ、急な坂が多いことが知られ、狭い平地の中心部に住宅地が密集している。そのなかで、さらに戦後は、市全体が大きく衰退していったため、流入人口も比較的少なかった。それゆえ、海運・商業都市として早くから栄えていた頃から立地し、その後も営々と医業を続ける多くの開業医が、比較的狭い地域のなかで「往診」＝在宅医療のニーズにも応えながら、長い間、住民の信頼を受けて「親子代々同じかかりつけ医」という雰囲気醸成することができてきたと考えられる。こうした背景と要因にもとづいて、医師会の支援ならびに他の医師（開業医）との協働により、かかりつけ医（開業医）が「在宅主治医」機能を十二分に発揮することを通して、さらにそれにもとづいて多職種協働および急性期基幹病院や高齢者介護施設との連携をはかることに

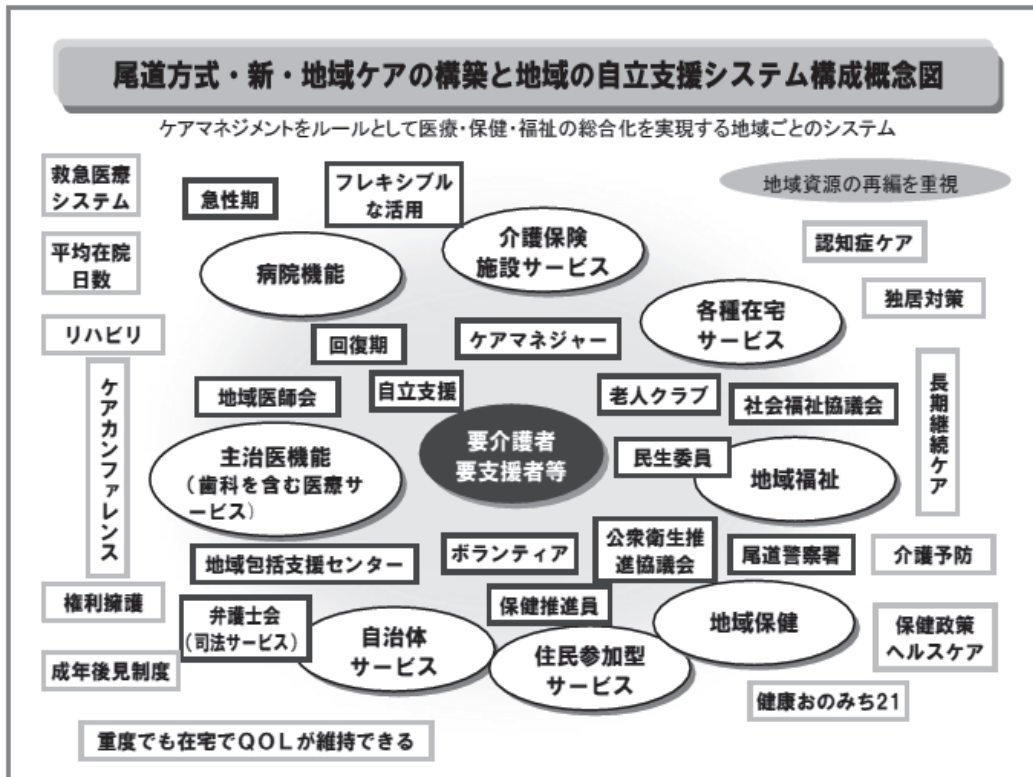
よって、地域医療連携システムにもとづく地域包括ケアのシステムとして「尾道方式」が確立されたのである。

「尾道方式」の取り組みのなかでもっとも特徴的なものが、「多職種協働によるケアカンファレンス」である。これは、在宅主治医（開業医）を中心に患者の在宅療養を支援するプログラムのなかで高齢者医療・介護の長期継続ケアを実践する手法であり、多職種が参加したカンファレンスを通じてケアの分担・協働をおこなうことにより高齢者の在宅療養を可能するものである。たとえば、退院時の場合、このケアカンファレンスは、患者と患者の家族を前に、担当のケアマネージャーによる司会で、病院主治医、病棟看護師長、在宅主治医、薬剤師、必要に応じて各種の介護職や介護サービス事業者などが参加して開催される。ここでは、ケアマネージャーがきわめて重要な役割を担っている。ケアマネージャーは、事前に、参加する関係者に十分なヒアリングをおこなったうえで在宅主治医としっかり情報共有しながら適切かつ綿密ケアプランを作成しなければこのケアカンファレンスに臨むことはできない。そして、こうしたプロセスを通じた多職種協働が、その後の在宅療養に対する医療や介護のケアに大きなプラスの作用を及ぼす。こうして「尾道方式」では、「在宅主治医」である開業医（かかりつけ医）を中核とし、急性期の基幹病院を始めとした医療、介護および福祉が連携をとる多職種協働により、住民が住み慣れた在宅で療養できるシステムを構築し、在宅での緩和ケア・看とりにまで対応している。

いま、地域包括ケアシステムの構築において、さらに在宅医療・療養・介護の推進にあたって改めて問題となっているが、医療と福祉・介護の連携にほかならない。公的介護保険の導入に際して、意図的に医療保険と介護保険、ひいては医療サービスと福祉・介護サービスのあいだに明確な線引きをしたことがかえって問題を複雑にさせた実態もある。この問題を解消・緩和するには、双方のあいだに連携や協働ができる場と機会を設けることしかないが、尾道市における医療主導の事例からも明らかのように、医療の側が福祉・介護の側にアプローチをする方がスムーズにことが運び、その相乗的な力や作用も大きい。しかし、医師や開業医の側には、そのアプローチをしなければならないという必要性は乏しく、かえって、福祉・介護の側の方がその必要性が大きいのが実情である。こうしたなか、尾道市の開業医と医師会は、多職種協働やケアカンファレンスを活用して福祉・介護の側に積極的にアプローチし、それに福祉・介護の側も積極的に応じたのである。その道は決して平坦ではなかったと思われるが、そこに係わった人びとの使命感に「尾道方式」の真髓がある。とはいえ、そこに利がなかったわけでもないだろう。地域で少子高齢化および人口減少が進行するなか、開業医にとって患者数の減少は必至である。往診やかかりつけ医が定着した限定的な地域で、開業医がただ病院で患者を待つだけではなく患者の自宅や在宅医療に向かうのは自然の流れと考えることもできる。開業医が、「在宅主治医」として、急性期の基幹病院や介護施設・介護サービス事業者とのあいだで多職種協働やケアカンファレンスを通して中核的機能を果たすことは医業の持続性を確保するうえで重要な使命だったのである。

以下は、こうして構築された「尾道方式」の実績と成果をもとにさらなる発展をめざす地域包括ケアを体系的に図示したものである。そこには、多職種協働によるケアカンファレンスによって確立されたケアマネジメントを根幹においたうえで、地域包括ケアシステムを構成する要素の

ほとんどすべてが組み込まれている。いっけん、総花的で、バラバラに盛り込み過ぎているようにも見えるが、「尾道方式」は、これらの要素を動かし、連携・協働させていく機動力とリーダーシップをもっている。



（出所：『尾道市高齢者福祉計画及び第5期介護保険事業計画』2012年3月，8ページ）

#### IV 因島医師会病院による地域包括ケアシステムの構築

因島地域は、戦前から日立造船因島工場が立地して造船業で栄え、戦後は中小の造船工場も含めて造船景気で活況を呈した。1970年には、人口が45,000人近くになり、因島市は最盛期を迎えた。その後、1974年の第1次オイルショックを境に、島の基幹産業である造船業界に陰りが見えはじめ、造船業は、いわゆる「構造不況業種」に指定されるまでに陥った。この危機的状況に対応するため、日立造船因島工場は、他事業への転換（クレーン、ボイラー等の大型鉄鋼構造物を製造するなど）をはかったが、それでも3,300人の従業員が200人にまで減少し、「島が沈む」とまで吹聴されるようになった。

その後、1983年には、本四架橋尾道・今治ルート of 因島大橋が開通し、向島を介して島に住みながら本土に通勤できるようになったこと、日立造船が造船関連の事業（修理を始めとしたメンテナンス等）を一部継続したこと、さらにドックの跡地などに新たな工場や産業が立地したこ

などによって、本当に島が沈んでしまうほどの事態には至らなかった。しかし、それでも、現役世代や若者の島外流出に歯止めをかけることはできず、そのため、急激に高齢化が進んだ（ちなみに、2013年に因島地域の高齢化率は35%に達した）。

島の医療を支える病院施設としては、1917年に、日立造船が職員と家族の福利厚生のために工場に病院を併設したことに始まった。その後、第2次世界大戦中に直営病院として増床するとともに、地域の要望に応えて一般住民の診察も開始したことで地域医療を支える病院となった。戦後、1961年には、病院の運営が会社直営から日立造船健康保険組合へと改編されるとともに病院施設が新築され、1973年には入院病棟も増築された。こうして、因島市において地域医療を担う総合病院にまで発展し、1978年には「因島総合病院」と改称され、いよいよ名実ともに因島地域の基幹病院となったのである。

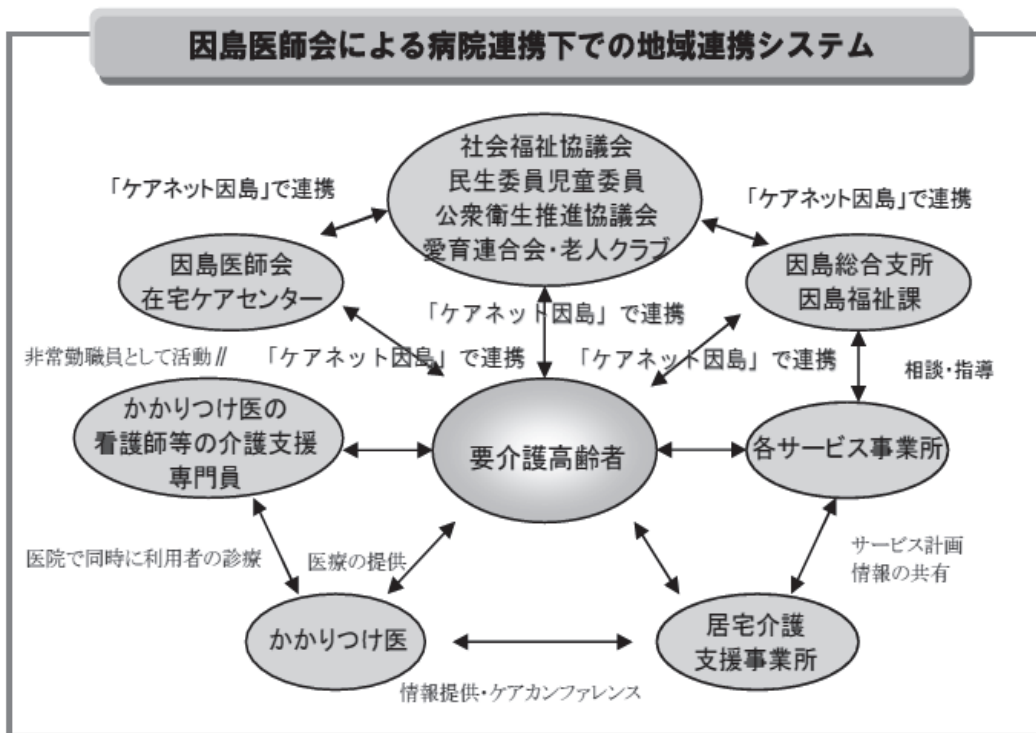
しかし、その頃には、造船業の構造不況が因島を直撃しており、日立造船因島工場は撤退・縮小を余儀なくされ、まさに因島は沈みかかった。その当時、因島では、「工場だけではなく総合病院も撤退するのではないかな」とささやかれていたのも事実である。こうした状況のなか、危機感を募らせた地元の開業医の要望や働きかけにより、1982年に、因島市医師会が設立したのが「因島市医師会病院」である。因島市医師会は、1953年に（社）御調郡医師会から独立した、それほど会員の多くない医師会（現在の会員数は17）であったが、因島市の支援を受けることにより、かつ「島」という地域特性のもとで、むしろ少数であるがゆえにしっかり団結して、病院の運営という協同事業に乗り出したのである。

また、因島総合病院が救急医療（2次救急指定病院）と透析を担っていた関係で、因島市医師会病院は、それと棲み分けするかたちで地域医療に特化し、会員の開業医が診療した患者に入院治療や検査などの必要がある場合に、患者を紹介し、病院の医師と連携して診療にあたることのできる「病診連携」の開放型病院として設立された。そして、このことが、医師会病院の歩むべき方向を決定的なものにした。つまり、因島市医師会病院は、その後、会員の開業医を自然に巻き込むかたちで、因島地域で急増し、開業医から紹介されてくる高齢の患者や要介護状態に陥る高齢者に対して開業医の在宅医療や福祉・介護サービスとの連携を深めることで地域の医療連携システムを構築していった。こうした医師会病院の取り組みとそれに連動したさまざまな動きが因島地域において地域包括ケアを推進したのである。そして、因島市が尾道市に編入合併されたことにより、医師会の名称は「因島医師会」に変更されるとともに病院の名称も「因島医師会病院」となった。

因島地域における地域包括ケアシステムの構築において特筆すべきこととして、介護保険施行の際に重要なケアマネの育成について、会員である医院の職員をケアマネとして養成する事業を医師会としておこない、養成したケアマネを「医療の現場が介護の現場との考え」から医院の職員のまま医師会が運営するケアマネステーションに契約勤務させたことや退院前カンファレンス等のアプローチにより開業医と医師会病院の連携を強固にすることで介護との連携も強固にすることができたことなどがあげられる。さらに、介護需要が高まり、介護施設等のインフラ整備が必要となってくるとみるや、医師会の事業として病院の隣地に老人保健施設を建設することで、

医療・介護の連携強化とさらなる事業展開を可能とした。こうした事業展開ができた背景には、会員のニーズに応じた事業を展開するという大義名分と民間医療機関であるために補助金に頼らず自立した展開であるという環境によって、医師会のなかで迅速な意思決定ができ、つねに先手、先手の事業展開が可能となり、すべてが好循環につながっていったことがあると考えられる。

以下は、こうして構築された因島医師会による地域医療連携：病院連携の下での地域包括ケアを体系的に図示したものである。2008年からは、因島医師会が、尾道市南部地域包括ケアセンターを受託し、因島・瀬戸田地域で地域包括ケアを推進している。また、因島地域では、新たな核となる連携組織として「ケアネット因島」を立ち上げ、行政、社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ、警察など地域の社会資源を活用した、高齢者見守りのネットワークづくりや要介護高齢者に安心・安全な地域社会づくりに取り組んでいる。



(出所：『尾道市高齢者福祉計画及び第5期介護保険事業計画』2012年3月、10ページ)

## V 尾道市における今後の地域包括ケア

ここでは、尾道市高齢者福祉課でのヒアリング調査の結果を中心に、尾道市における地域包括ケアの今後の展開と課題について検討を加えてみたい。

まず、尾道市が全国に誇る3つの先進的な地域包括ケアシステムについて、これらを安易に、何かシステムの的に統合して市内全域に広げていくというような考えはないとのことであった。当



然ではあるが、これら3つの地域包括ケアシステムは、そもそも地域の特性や歴史的な背景のもとでそれぞれの地域に定着してきたものであり、同じように医療主導による地域包括ケアの推進によって構築されたものであるとはいえ、あえてそれらを統合するには大きな無理があると考えられる。また、そうした一種の「つまみ食い」や「いいところ取り」ではけっして地域包括ケアのシステムを構築することできないであろう。つまり、尾道市でもこれら3つを先進モデルとして市内各地域で地域包括ケアのシステム化を推進することを今後の政策課題としたのである。

尾道市人口推移予測

(単位：人)

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
0～14歳	17,284	18,586	14,277	12,725	11,463	10,668	10,084
15～64歳	83,852	75,750	70,185	66,084	62,756	58,851	53,611
65歳以上	44,066	47,291	47,726	46,128	43,331	40,584	39,095
75歳以上(再掲)	23,425	24,427	26,140	28,543	28,448	26,750	24,274

(出所：日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）：社会保障・人口問題研究所)

尾道市における要介護（支援）認定者数の推移と推計

■要介護（支援）認定者数

(単位：人)

区 分	平成22年度 (2010年度)	平成23年度 (2011年度)	平成23年度 (2012年度)	平成25年度 (2013年度)	平成26年度 (2014年度)
総認定者数	8,980	9,305	9,465	9,624	9,785
要支援1	858	738	745	752	759
要支援2	1,363	1,370	1,386	1,401	1,417
要介護1	1,346	1,366	1,385	1,404	1,424
要介護2	1,753	2,011	2,046	2,080	2,115
要介護3	1,440	1,499	1,530	1,562	1,593
要介護4	1,078	1,125	1,151	1,177	1,204
要介護5	1,142	1,196	1,222	1,247	1,273

(出所：『尾道市高齢者福祉計画及び第5期介護保険事業計画』2012年3月、17ページ)

国勢調査の結果によると、尾道市では、ここ5年間で約5,000人の人口が減少した。また、将来人口推計によると、高齢者数は2020年頃まで増加することとなっており、第5期介護保険事業計画では、高齢者数の増加に比例して高齢者の要支援・要介護認定者数も高増加するものと見込んでいる。しかし、そのスピードは、他の地域・市町村に比べて緩やかであり、尾道市内のいくつかの地域では、高齢化がある程度定常状態に入っていると考えられる。それゆえ、行政としても、成熟した地域ですでに地域包括ケアシステムが十分に機能しているところではその維持に腐心し、まだ十分でないところではシステム化に努めることが求められている。また、それに合わ

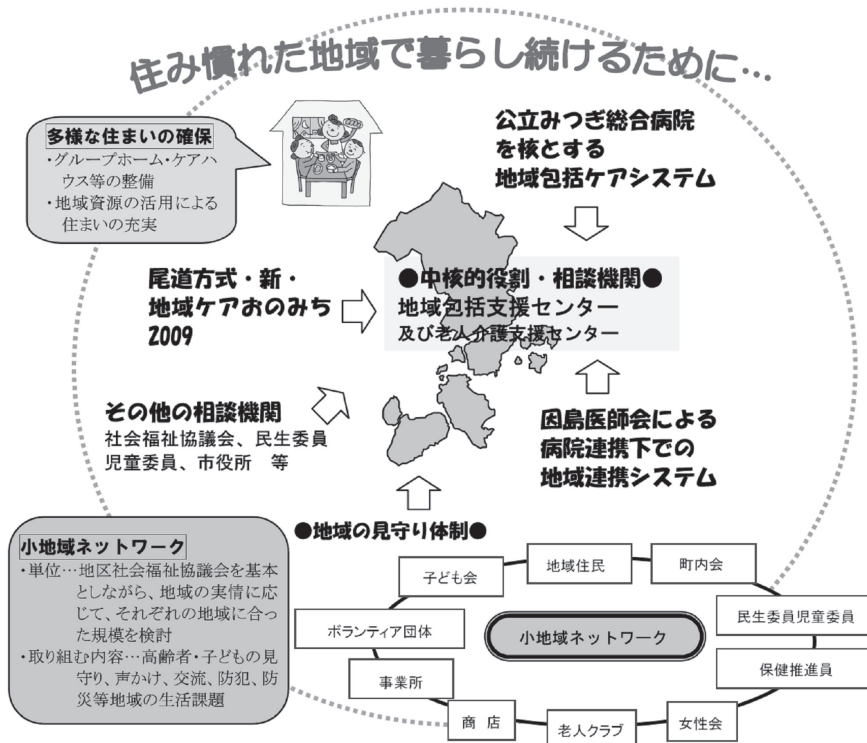


せて、介護保険事業では、介護度の低い要介護認定者が高い介護度に移行して重度の要介護者が増加しないように配慮し、給付費を抑える努力（予防等）を継続することが重要であり、さらに要介護認定における適正化が必要であるとのことである。

『尾道市高齢者福祉計画及び第5期介護保険事業計画』においても、その基本目標は、「安心・信頼」をキーワードに、尾道市に住むすべての高齢者が、住み慣れた地域で自立し、生き生きと暮らせるまちをめざすことにおかれている。「安心」のためには地域医療の充実が不可欠であり、尾道市独自の地域包括ケアシステムを展開させながら、さらなる医療と保健・福祉・介護の一体化をめざすとされている。また、「信頼」のためには心と心の通い合いが重要である。高齢者アンケート調査によると、サービス利用者のケアマネージャーの対応や提供されたサービスに対する満足度は着実に上がってきており、今後も引き続き地域福祉との連携や介護給付等の適正化に努めるとされている。つまり、行政としては、今後も、すでに構築されている地域包括ケアシステムをさらに進化させることで介護給付等の適正化をはかり、高齢者施策の充実に努めるとの考えが貫かれている。

以下の図は、尾道市が地域福祉をベースにめざす、より広範な「地域ケア体制」をイメージしたものであるが、ここでも、A.「尾道方式・新地域ケアおのみち2009」、B.「尾道市公立みつぎ総合病院を核とする地域包括ケアシステム」およびC.「因島医師会による病院連携下での地域連携システム」

尾道市がめざす「地域ケア体制」のイメージ



(出所：『尾道市高齢者福祉計画及び第5期介護保険事業計画』2012年3月，72ページ)

域連携システム」という3つの先進的な地域包括ケアシステムが重要な位置におかれている。これらは、単なる地域医療の連携システムではなく、開業医の在宅主治医機能の強化による高齢者の在宅医療ケア、医療と介護の連携、公立病院や医師会病院による保健・福祉・介護とのシームレスな連携など、地域における医療連携の推進を通して地域包括ケアの構築に必要なシステムと協働の態勢をつくり出してきたのである。医療重視・医療機関先導型すなわち医療主導によって構築された地域医療連携と多職種協働、それらをベースに在宅と急性期病院のあいだで保健、医療、福祉および介護が一体となった地域の統合ケアを可能にした地域包括ケア、そしてそのシステムを中核として、さらに地域資源や福祉ネットワークを最大限に活用した「地域ケア体制」の拡充……。尾道市の地域包括ケアシステムはさらなる進化を続けている。

## VI おわりに

以上のように、広島県尾道市における3つの先進的なモデル構築を事例に、医療主導による、「医療重視・医療機関先導型」の地域包括ケアシステムの形成と展開についてみてきた。それらの経緯や実情から明らかなように、B.「みつぎモデル」とC.「因島医師会」地域連携システムは、その地域の特性とそれによって形成された地域医療の特性によるところが大きかった。つまり、B.「みつぎモデル」は、いわゆる「国保直診」（「国民健康保険診療施設」の略で、市町村が国民健康保険をおこなう事業の1つとして設置した診療した診療施設こと）という当時の御調町と強く結ばれた公立病院だからこそできた地域包括ケアシステムだったのであり、また、C.「因島医師会」地域連携システムも、地理的に閉じた地域の医師会会員である因島の開業医が力を合わせてつくった医師会病院がその中核にあったからこそ構築できたものだったのである。そのため、これら2つのモデルを他の地域でそのまま普遍的に展開するのはそれほど容易なことではないが、とはいえ、それによって、これら2つのシステムがもつ地域包括ケアの理念や先進的モデルとしての価値が毀損されるわけでもない。

その一方で、A.「尾道方式」は、開業医＝「在宅主治医」を中核として、その周りに、地域の基幹病院による理解、医師会によるバックアップ、そして地域の保健・介護・福祉に係わる組織や人びとの積極的な協力が取り囲む「連携と協働の輪」を築くことさえできれば、全国どの地域でも展開できるシステムであると考えられる。もちろん、そうはいつでも、この「尾道方式」を採り入れるのもそれほど容易なことではない。それは、尾道の地でこの方式が定着するまでの難しさとそれに立ち向かった取り組みを知れば明らかである。しかし、多職種協働とそれにもとづくケアカンファレンス、それらを通してケアマネジメントのルールを地域に定着させること、というようにそのツボはきわめてシンプルである。いまや、全国で「多職種協働」と「地域ケア会議」を2枚看板にして地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みが推進されているが、そのモデルとなったのがこの尾道方式であることは言うまでもない。

いずれにしても、尾道市における地域包括ケアシステムを概観して改めて強く感じるのは、地域における医療、あるいは「医業」の力強さとそれが抱えるつながりの深さである。開業医や診

療所が、日々、患者と向き合うことで地域の人びとから全幅の信頼を獲得してきたこと、ならびにそれら地域の医療機関が、医療サービスを提供することで自然に、持続的に医業を継続してきたこと、これらが、地域で在宅医療を推進し、それを中核として保健・医療・介護・福祉にわたる多職種協働を展開するうえで大きな力となり、それを地域に広げ、定着させていくためのつながりの深さになっている。

いま振り返ると、戦後のわが国では、老人医療費の無料化（1973年）に始まり、老人保健法（1982年）による高齢者保健福祉の推進を経て、医療主導の老人福祉と高齢者医療による介護保障が地域の保健・医療・介護・福祉を突き動かしてきた。こうした実態にくさびを打ち込んだのが公的介護保険の導入（2000年）であり、それは、社会保障制度改革と財源調達の側からの強いメッセージであった。しかし、それが、かえって医療と介護・福祉のあいだに意味のない壁と無益なわだかまりを生じさせている。迫りくる超高齢社会に備え、多くの高齢者が住み慣れた場所でいつまでも生活、生涯を閉じることができるよう、地域のなかで医療・介護の連携を推進し、地域包括ケアシステムを構築していくためには、医療と介護のトータルな給付費の抑制を前提に、地域におけるこうした医療の潜在的な力と連携可能性をよりよいかたちで再活性化させていかなければならない。

## 〈謝辞〉

本稿作成にあたり、尾道市の現地調査では、次の方々に大変お世話になった。尾道市福祉保健部高齢者福祉課長 安藤誠子氏、同高齢者福祉係長 原田政晴氏、森田環氏、同尾道市地域包括支援センター課長補佐兼主査 砂田清勢美氏、福祉保健部保険年金課 倉本昌裕氏、ならびに一般社団法人因島医師会事務長（因島医師会病院事務部長）楠見由活氏、因島医師会病院地域連携室主任 豊永智和氏。ここに記して感謝を申し上げたい。もちろん、本文中の誤りについてはすべて筆者の責に帰するものである。

## 【参考文献】

- 太田卓司（2009）『医療制度改革と地域ケア』，光生館
- 尾道市（2012）『尾道市高齢者福祉計画及び第5期介護保険事業計画』，尾道市
- 片山壽（2009）『父の背中の中地域医療』，社会保険研究所
- 川越雅弘（2008）「我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題」『海外社会保障研究』，No. 162，pp. 4-15
- 国立社会保障・人口問題研究所（2013）『地域包括ケアシステム』，慶応義塾大学出版会
- 小林甲一・市川勝（2013）「『高齢者保健福祉』から『地域包括ケア』への展開」，名古屋学院大学論集社会科学篇，Vol. 50，No. 1，pp. 1-20
- 高橋紘士（2009）『地域包括ケアシステム』，オーム社

【参考サイト】

因島医師会 <http://www.innoshima.com/ishikai/index.html>  
因島医師会病院 <http://www.innoshima.com/ishikai/hospital/index.html>  
因島総合病院 <http://www.innoshima.org/sogobyoin/>  
尾道市 [http://www.city.onomichi.hiroshima.jp/www/normal\\_top.html](http://www.city.onomichi.hiroshima.jp/www/normal_top.html)  
尾道市医師会 <http://www.onomichi-med.or.jp/>  
厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>  
公立みつぎ総合病院 <http://www.mitsugibyoin.com/>  
社会保障・人口問題研究所 <http://www.ipss.go.jp/>  
全国国民健康保険診療施設協議会 <http://www.kokushinkyo.or.jp/>

【付記】

本稿は、2013年度名古屋学院大学大学院教育研究振興補助金による研究成果として公表したものである。