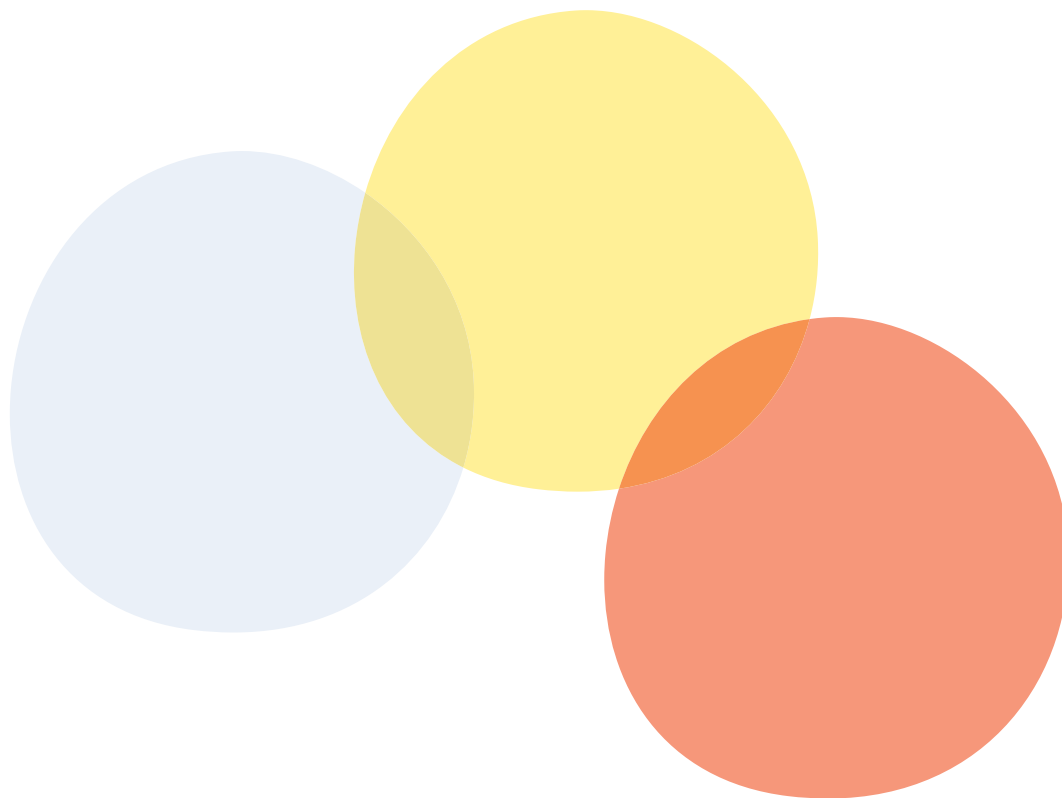


平成23年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

実践につながる住民参加型 地域診断の手引き

— 地域包括ケアシステムの推進に向けて —



平成24年3月

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

目次

I この手引きの概要

1. 背景と目的	1
2. この手引きの構成と使い方	2

II 地域診断・活動計画立案手法の手順

1. 目的に応じた地域診断	7
2. 情報収集・整理	11
3. 地域アセスメント	22
4. 地域診断	31
5. 地域保健活動計画の立案	36
6. 活動の実践と評価	38

III 取組事例

1. 「心の健康づくり・自殺予防事業」(大森地域)	43
2. 「高血圧を中心とした生活習慣病対策」(涌谷町)	50
3. 「なぜ糖尿病が多いのかを考える～糖尿病から透析に移行しないために～」(坂下地域) ..	57
4. 「認知症になってもこの地域で安心して住み続けていくための地域診断」(御調地域) ..	65
5. 「『まめなかな和良 21 プラン』の策定」(旧和良村)	72

付録

■ 参考資料	
■ 実施項目チェックリスト	90
■ 記録様式・ワークシート	94
様式1 地域診断体制表	95
様式2 会合記録	96
ワークシート① 基本データ整理表	97
ワークシート② コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる情報の整理 ..	98
ワークシート③ 健康問題・健康課題の関連図(地域の現状分析・課題抽出) ..	99
ワークシート④ 健康課題の特定	100
ワークシート⑤ 地域保健活動計画(案)	101
ワークシート⑥ 地域保健活動の評価	102
様式3 事業の振り返り	103

I この手引きの概要

1. 背景と目的

(社)全国国民健康保険診療施設協議会(以下、国診協)では、従来から保健・医療・介護・福祉を一体化した地域包括医療・ケアを推進しています。厚生労働省では、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画の計画以降を展望し、地域における保健・医療・介護・福祉の一体的提供の実現に向けた検討に当たって「地域包括ケア研究会」を立ち上げ、平成20年度より、論点整理等を進めてきています。

国診協は平成22年度に「保健師活動による住民参加型地域包括ケアシステムの構築事業」として、保健師が地域を客観的に分析して地域の課題を把握し、住民による主体的な活動を促し、地域包括ケアを推進する仕組みづくりに向けた調査研究を実施しました。調査結果からは、地域の健康課題やニーズを把握し、事業に反映させるための「地域診断」の重要性は広く認識されているものの、現状では有効な地域診断が十分にできていないことや、統計データを十分に活用できていないこと、地域診断の結果が十分に共有されていないことなどの課題があり、今後はさらに効果的な取組を進める余地があることが明らかになりました。

地域診断により、客観的なデータに基づいて地域の課題を把握することは、地域の事業の見直しや新たな事業の予算化のための根拠となります。また、地域診断により保健・医療・介護・福祉に関わる様々な課題が明らかになれば、分野横断的なアプローチによる地域包括ケアシステムの推進につながると考えられます。

このような背景から、地域包括ケアシステム推進に向けて効果的な地域診断を支援するため、地域診断の目的に応じたデータの選定、収集、分析、および課題の把握から計画立案、活動評価につなげるまでのプロセスを整理して、**地域診断の実践的な手引き**を作成しました。

この手引書では、1つの先進事例と4つの地域におけるモデル事業に基づいて、地域診断の目的の設定、収集する具体的なデータ項目、収集方法や既存データの活用方法、分析の視点や手法などについて具体的な手順を示し、事例を紹介しています。各地域における取組のご参考になれば幸いです。

2. この手引きの構成と使い方

(1) 地域診断～活動計画、実践・評価の手順

この手引きでは、地域診断～活動計画および実践、評価について、図表1のような手順を設定しています。以下の6つのステップに区分して具体的な方法を説明しています。

- 1) 目的に応じた地域診断
- 2) 情報収集・整理
- 3) 地域アセスメント
- 4) 地域診断
- 5) 地域保健活動計画の立案
- 6) 活動実践と評価

(2) この手引きの使い方

この手引きは、次のような使い方が可能です。

- 上記の6ステップに沿って、順序よく読み進めて実践していく
- 地域における実際の取り組み状況に応じて、特に詳しく知りたいステップや課題解決に関連する章を読み、参考にする
- モデル地域の実践例を読み、地域における取組を進める際のヒントにする

- ・ II章では、地域診断から活動計画、実践、評価にいたるまでの手順と考え方を6つのステップごとに紹介しています。
- ・ 一般的な手順とともに、モデル地域における実践例も掲載していますので参考にしてください。

- ・ III章では、モデル地域で実践した事例を掲載しています。
- ・ モデル事業として短期間で実施された事例と、地域の課題を網羅的に把握して包括的に取り組まれた事例があります。地域における実施目的や実施期間、体制などの実態に合わせて、適宜参考にしてください。

- ・ 付録では、参考となる文献と、「章で紹介した手順で実施する際に使用するチェックシート、記録様式やワークシートなどを掲載しています。
- ・ 様式等はそのまま活用していただくこともできますが、地域での取り組み内容に応じて、適宜、改変してもかまいません。

図表 1 地域診断～活動計画、実践・評価の手順

地域診断～活動計画、実践・評価の手順

参考ページ	様式・ワークシート	備考
<p>1. 目的に応じた地域診断</p> <p>1-1. 目的を明確化する <あなたの地域診断の目的は…> (1) 地域全体を総合的・多角的にアセスメントし健康問題とその解決策を検討したい (2) 日常生活で地域の健康課題に気づいたため何とかしたい ※どちらの目的であっても、大まかな流れは同様です</p> <p>1-2. 地域診断の取り組み体制・方法の検討</p> <p>① 地域診断に取り組み体制を検討する ■ 診断を行い、検討するメンバーを決める</p> <p>② 対象地域の特徴を把握する方法・手段を検討する ■ どのような情報を集めるのかを決める ■ 既存の資料を活用する他に、新たに調査を実施するのかを決める ■ 検討メンバー内の誰が情報を集めるのか、誰が分析するのかを決める</p> <p>③ スケジュールを検討する</p>	<p>8</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>【様式1・2】</p>	<p>・地域診断のキーパーソンは保健師になります。 ・メンバーを他職種協働を意識して集めると多角的な視点で議論することができます。 ・また、メンバーに住民に参加してもらい、住民の視点を取り入れることも重要です。</p>
<p>2. 情報収集・整理</p> <p>① 既存の資料を収集、整理する ■ 統計データを集める ・地域概要の基本となるデータを集める 過去の住民の意識調査結果を集める 人的・物的資源を把握する</p> <p>② 目的に沿った調査を実施する ■ 住民調査を行う ・量的データを集める(アンケート調査等) ・質的データを集める(ヒアリング、グループインタビュー等) ■ 関係機関へのヒアリングを行う</p> <p>③ 地区踏査・地区視診を実施する</p> <p>④ 情報源を整理する</p>	<p>11</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>19</p> <p>20</p> <p>【ワークシート①】</p>	<p>・既存の統計データ(人口動態統計や各種保健統計など)と統計データ、アンケート調査結果などを収集することで地域を客観的に見ることができず。 ・ヒアリングやグループインタビューを同時に行うことで、統計データでは見えてこない住民の生の声を集めることができず。 ・また地域に直接足を運び、保健師等担当者が実際の様子や雰囲気を感じ取ることも実効性のある活動計画作成には不可欠です。</p>

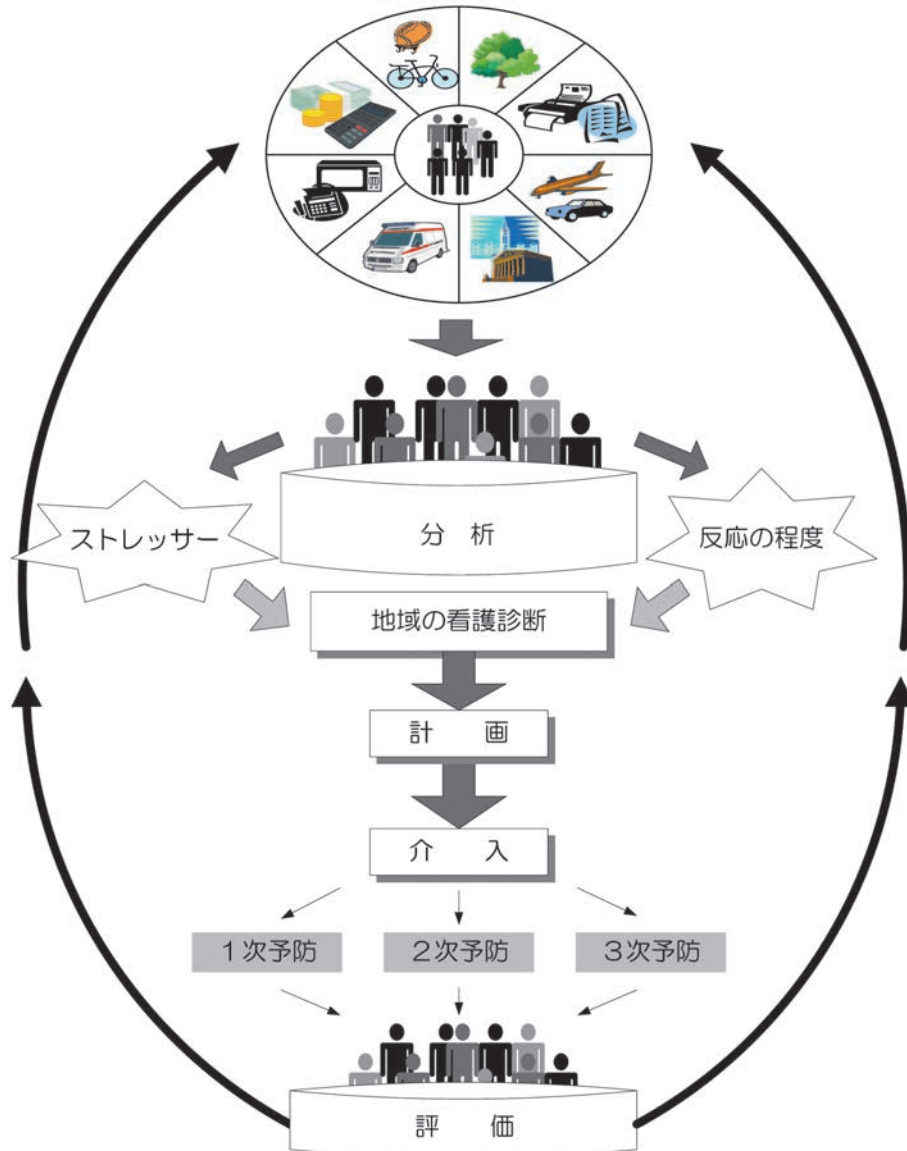
<p>3. 地域アセスメント</p> <p>3-1. アセスメント項目の設定</p> <p>① 目的に沿ったアセスメント項目を設定する</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 地域診断の目的に沿って、具体的なアセスメント項目を設定する <p>② 情報を整理する</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 設定したアセスメント項目に沿って、収集した情報を記入していく <p>3-2. 情報の分析(アセスメント)</p> <p>① 地域の基本データを分析する</p> <p>② 地域の健康状態を分析する</p>		<p>【ワークシート②】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・収集した基本情報を「コミュニティ・アズ・パートナーモデル」の8項目に合わせて整理していきます。 	
		<p>【ワークシート①・②】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・収集した情報について分析(アセスメント)を行います。その際に地域住民にも参加してもらうことで地域への多角的な視点を持つことができます。 	
		<p>31</p>	<p>【ワークシート③】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・収集および分析を行った情報を整理し、課題を抽出していきます。
		<p>34</p>	<p>【ワークシート④】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・抽出した課題についてさらに掘り下げていきます。
		<p>36</p>	<p>【ワークシート⑤】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・特定した課題に対応するための活動計画を策定します。 ・具体的な事業に結びつけ、目標値を設定します。
		<p>38</p>	<p>【ワークシート⑥】 【様式3】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・実際に立案した活動計画を実践し、その結果について振り返りを行います。 ・活動に対して状況をまとめ評価することで次回以降の計画策定・実行につなげていきます。
		<p>38</p>	<p>【ワークシート⑥】 【様式3】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・実際に立案した活動計画を実践し、その結果について振り返りを行います。 ・活動に対して状況をまとめ評価することで次回以降の計画策定・実行につなげていきます。
<p>4. 地域診断</p> <p>① 健康問題・課題を提示する</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ アセスメントの結果に基づいて、地域の健康問題・課題のモデル図を作成し、健康課題とその要因や影響などの関係性を明らかにする <p>② 健康課題を特定する</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ①で作成した健康問題・課題のモデル図をもとに地域の健康課題を特定する 				
<p>5. 地域保健活動計画の立案</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 健康課題に対応するための地域保健活動計画を検討する 				
<p>6. 活動の実践と評価</p> <p>① 活動計画に沿って活動を実践する</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 地域保健活動計画の立案で作成した活動計画に沿って、活動を実践する <p>② 計画と活動を評価する</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 活動計画をもとに実践した成果を評価する 				

付録の「実施項目チェックリスト」を使って、これらの項目の実施状況を1ステップずつ確認することができます。

II 地域診断・活動計画立案手法の手順

地域診断は図表2に示すように、データの収集・分析により明らかになった課題について、解決に向けた活動計画を立案し、実施（介入）し、その結果を評価して次の診断につなげる、といったサイクルとして実践します。

図表2 地域診断のサイクル
アセスメント



【出典】金川克子・早川和生監訳：コミュニティアズパートナー 地域看護学の理論と実際第2版.
医学書院ガイド. 医歯薬出版, 2009. を改変・加筆。

II章では、アセスメントから計画立案、実践・評価までの各プロセスについて具体的な手順を紹介します。

<参考>

地域診断には、様々な手法があります。この手引書では次のようなモデルを参考にしています。

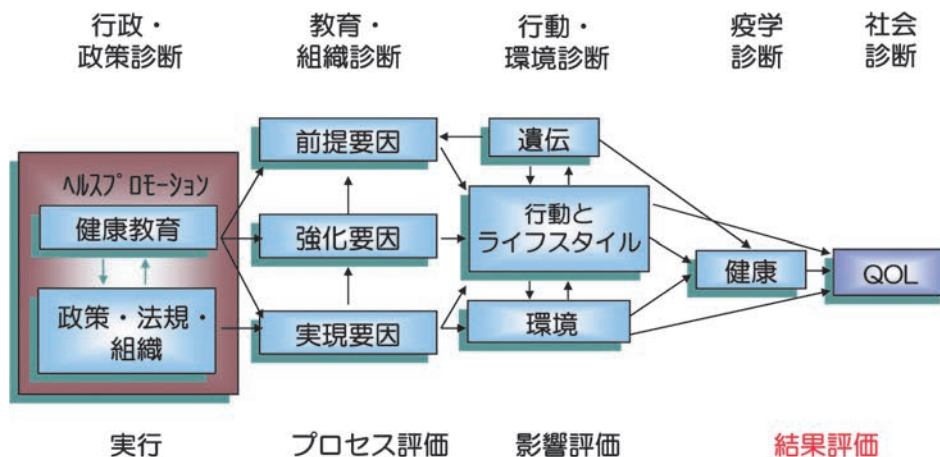
【コミュニティ・アズ・パートナーモデル】

地域全体を包括的な視点で捉え、分析から介入、評価までを実践的な過程で示したモデルです（図表2参照）。アセスメントにおいて、地域を構成する人々と、地域の情報を以下の8つの要素で整理しています。

- 地域を構成する人々（人口動態、世帯構成、就業状況など）
- ・ 物理的環境（地理的条件や住環境など）
- ・ 経済（基幹産業、地場産業、流通システムなど）
- ・ 政治と行政（行政組織、政策、財政力、住民参加など）
- ・ 教育（学校教育機関、社会教育機関など）
- ・ 交通と安全（治安、災害時の安全、ライフライン、交通など）
- ・ コミュニケーション・情報（地区組織、通信手段、近隣関係など）
- ・ レクリエーション（レクリエーション施設と利用状況など）
- ・ 保健医療と社会福祉（医療システム、保健システム、福祉システムなど）

【プリシード・プロシードモデル】

地域のヘルスプロモーションや保健プログラムを計画し、評価するためのモデルです。社会診断、疫学診断および行動・環境診断、教育組織診断、行政政策診断という4段階の診断プロセスと、実行、プロセス評価、影響評価、結果評価という実施～評価の4段階の8段階で構成されています。健康問題の実現要因、強化要因、前提要因を具体化して整理し、地域における自発的な健康増進プログラムの計画作成・実施・評価を理論的に進めることができます。



1. 目的に応じた地域診断

地域診断は、地域の現状を分析して、健康課題を把握し、その原因や背景を明確にするために実施します。

1—1. 地域診断の目的の明確化

地域における健康課題や事業、現在の取り組みなどを踏まえ、地域診断を行う目的を明確にします。目的としては、以下の2つに大別されます。

① 地域全体を総合的・多角的にアセスメントし健康問題とその解決策を検討するとき

- 保健福祉計画を策定するとき
- 地域を系統的にアセスメントしたいとき
- 健康や生活の実態を質的または量的なデータとして明らかにしておくため

などが目的となります。

具体的な内容は、**Ⅲ章の取組事例（岐阜県郡上市旧和良村）**を参照してください。

② 日常活動で地域の健康課題に気づいたとき

- 保健師等の実感で問題と思う事が本当に地域の健康課題であるかを確認する
- 明らかになった健康課題の原因やその構造、健康課題を解決するための対策を考える
- 現在実施している事業の見直しをする

などが目的となります。

例えば、「認知症高齢者への対応」、「自殺予防」など具体的な課題に絞り込んだ形で設定します。

具体的な内容は、**Ⅲ章の取組事例（秋田県横手市大森地域・宮城県遠田郡涌谷町・岐阜県中津川市坂下地域・広島県尾道市御調地域）**を参照して下さい。

この手引書では、「②日常活動で地域の健康課題に気づいたとき」の実践方法に重点を置き、4つの地域におけるモデル事業の結果を踏まえて具体的な進め方をご紹介します。

1—2. 地域診断の取り組み体制・方法の検討

① 地域診断に取り組む体制の検討

地域診断に取り組む体制を検討します。地域診断を行うキーパーソンとなる人は、保健師を想定しています。

地域診断を行い、検討をしていくメンバーとして以下のような関係者が考えられます。

- 国保直診の医師・歯科医師・保健師・看護師
- 保健所・保健センターの保健師
- ケアマネジャー
- 民生委員、その他住民の代表
- その他の関係機関等

例：地域の保健推進委員
老人クラブ役員
ボランティアなど、
地域で活動を行うキーパーソン

- ※ 住民に参加していただき、住民の視点を取り入れることが重要です。
- ※ 計画段階から住民が関わりをもち、データの分析、課題の把握、活動計画立案の一連のプロセスに参加していただくことで、活動の実践の際にも積極的な参加や協力が得られ、有効性を高めることが期待できます。

【御調地域の例】

御調地域では、一人暮らしの認知症の方であっても地域で安心して住み続けていくためにはどうすればよいかということテーマとして取り組みを行いました。

実施体制としては、以下のように多様なメンバーが参加しています。

- ・精神科医・開業医：認知症の専門医とゲートキーパーの役割
- ・民生委員：認知症の一人暮らしの方の問題が出ていた地域と会長
- ・保健推進員：会長・前会長（地域性も考慮して）
- ・老人クラブ：全体の会長と家族に認知症をもつ老人クラブの地区会長
- ・認知症家族：仕事を持ちながら長期間在宅で介護している家族（昼間独居でも生活できている）
- ・駐在所：地域防犯の最終ネットと考えたため
- ・金融機関：銀行が認知症サポーター養成講座を受講していたため

⇒上記のようなメンバーが参加する理由・背景を参考にして、担当する地区の実情に合わせて、メンバー構成を検討してください。

毎回、全員が出席することにこだわる必要はありません。内容や都合に応じて柔軟に対応しましょう。

（詳細はⅢ章（66 ページ）をご参照ください）

② 対象地域の特徴を把握する方法・手段の検討

地域診断の目的を踏まえ、収集する情報の範囲、収集方法、および情報の収集や分析の役割分担などを検討します。

- どのような情報を集めるのか
- 既存の資料を活用する他に、新たに調査を実施するのか
- 検討メンバー内の誰が情報を集めるのか、誰が分析するのか
- (検討する課題が想定される場合) 優先的に収集すべき情報は何か

※ 収集する情報の内容や方法の詳細については、「2. 情報収集・整理」を参照して、検討します。

【御調地域の例】

御調地域では、認知症をテーマとした地域診断を行うため、特に高齢者に関する情報の分析に重点をおきました。

地域全体の情報についても国勢調査等を利用して量的データを収集し、さらに専門職へのグループインタビュー等を行って、質的データも収集し、広く地域情報を集めました。

情報の収集については、保健師間で担当を決めて収集を行い、主に既存のデータを活用しました。

(情報源)

- 国勢調査
 - 御調町の人口・世帯数の推移
 - 人口動態の年次推移
 - 主要死因別死亡者数
 - 御調町の在宅高齢者の状況
 - 御調町の要介護認定状況・在宅サービス受給者等
 - ・ 尾道市の介護保険被保険者の推移
 - ・ 尾道市の生活圏域ごとの高齢化率
 - ・ 地域包括支援センターの圏域ごとの認知症日常生活自立度
 - ・ 認知症高齢者の日常生活度Ⅱ以上の高齢者の推計
 - 産業別就業者割合の推移 (国勢調査)
 - ・ 地域診断推進会議
 - ・ 保健・医療・介護部門スタッフのグループインタビュー
- 等

※ ●印は11ページの「地域の概要の基本となるデータ」(必須データ)に関連するデータです。

(詳細はⅢ章(67ページ)をご参照ください)

③ スケジュールの検討

実現可能性や、参加するメンバーの都合、成果をまとめる時期（目標）などを考慮して、地域診断を進める際の具体的なスケジュール案を検討します。

【大森地域の例】

	目的	月 日	時間	場所	議題・内容・メンバー等
第1回	今後のスケジュールについて	10月27日 (木)	PM4:00 ～5:30	保健福祉センター	モデル事業実施要領について。 今後のスケジュール案・講演会事業について。
第2回	モデル事業計画 策定・アセスメント項目検討・ 情報分析・課題抽出	11月18日 (金)	AM10時～ 11時30分	八沢木公民館	自殺予防講演会終了後、地域の自殺を減らすために私たちにできることは何か。みんなで考える。その中から課題等を抽出し、実際に活動できる内容を挙げる。
		11月30日 (水)	AM10時～ 12時	保健福祉センター	
第3回	活動計画の策定	12月15日 (水)	AM 10時 ～12時	保健福祉センター	具体的な活動策定。11月18日の講演会での住民の意見より保健師間で策定予定。
第4回	振り返り	1月19日 (木)	午後4時30分～	同上	評価と反省。

大森地域では、心の健康づくり・自殺予防事業をテーマに自殺予防の講演会や住民参加のワークショップを通して、活動計画の策定を行いました。3か月という期間の中で、計5回の会合を持ちました。

第1回の打ち合わせでは、モデル事業の方向性を決め、メンバー間の意思統一を図りました。また講演会を開催するにあたり、進行や周知方法を検討しました。

第2回①では、講演会を開催し、そのあとに「地域の自殺を減らすために、私たちにできること」をテーマに住民参加型のワークショップを行いました。

第2回②では、ワークショップを受けて課題の抽出・特定を行いました。

第3回の打合せで、住民が必要としている活動と住民が地域で実際に行える活動を整理し具体的な活動計画を策定しました。

第4回打合せは、計画策定から約1ヵ月後に担当者が集まり、事業の振り返り・評価を行いました。

(詳細はⅢ章(44ページ)をご参照ください)

2. 情報収集・整理

地域の現状分析・課題抽出では、「量的データ」「質的データ」の両方を活用します。

- ☞ 量的データとは…人口動態統計や各種保健統計など統計データ、アンケート調査結果など、数値化されたデータを指します。
- ☞ 質的データとは…インタビューや懇談会など住民の生の声のほか、専門職として普段感じていることなども含まれます。

量的・質的データの両方を組み合わせて活用することで、よりよい地域診断をすることが可能となります。

① 既存の資料を収集、整理

● 統計データ

医師・歯科医師や保健師など地域の健康づくりに関わる専門職が、統計データから地域の健康状態を診断します。国の人口動態統計のデータや、自治体の統計データを用いて、自分の地域と都道府県、全国の値を比較することにより、自分の地域が、客観的にどのような健康レベルにあるか知ることができます。

収集するデータ：

地方自治体の衛生統計に関する指標等から、自分の地域の健康レベルについて、数値データを集めます。県内平均や近隣の同規模の市町村のデータもあわせて確認し、比較することにより、自分の地域の特性を明らかにします。

【地域の概要の基本となるデータ】（必須データ）

データ項目	情報源	e-Stat
総人口と推移	人口動態統計ほか	◆
出生率、死亡率	人口動態統計ほか	◆
3区分別人口と割合	人口動態統計ほか	◆
死因別死亡率	人口動態統計ほか	
世帯数と推移	人口動態統計ほか	◆
高齢者世帯、高齢化率	「統計でみる市区町村のすがた」ほか	◆
介護保険要介護認定者数およびサービス利用者数	WAM-NET、市町村による地域保健計画資料 ほか	
産業別人口	「統計でみる市区町村のすがた」ほか	◆

- ※ 上記のデータの大半は、各地域の値がわかりやすいように適切に集約・加工された形で各市町村の「地域保健計画」「高齢者保健福祉計画」等に記載されています。これらの計画は、市町村のHPまたは市町村の地域保健担当課の窓口から入手することが可能です。
- ※ 国の主要な統計については、「[e-Stat 政府統計の総合窓口](http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do)」(http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do) から調べることが可能です。
「都道府県・市区町村のすがた」では、市区町村の各種の主要統計データから地域、項目を抽出して統計表表示、グラフ表示、ダウンロード等を行なうことが出来ます(上記の◆の項目はここから参照可能です)。
- ※ 診断対象とする地域のレベルでデータを集計、比較することが望ましいですが、データ取得が困難な場合は、都道府県レベルのデータで代替することも可能です。

⇒ここで、収集したデータは、ワークシート①に記入して整理してください。

図表3 ワークシート①基本データ整理表の書式および記入例

	優先度	データ (情報源も記入)	アセスメント	備考 情報の不足・不備																																																								
基本データ	◎	図1 【高齢者保健福祉計画・国民衛生の動向】	あらかじめ健康課題が認識されている場合には、収集する情報の優先度を決めておくことで、診断を効率的に進めることができます。 ◎；優先度高 ○：中 △：低																																																									
	◎	表1 表2																																																										
		図1																																																										
			<p>図1 総人口及び年齢区分別人口の推移</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3"></th> <th rowspan="3">総人口 (人口)</th> <th colspan="3">年齢3区分別人口割合</th> <th rowspan="3">老年人口 (県)</th> <th rowspan="3">老年人口 (全国)</th> </tr> <tr> <th>年少人口 15歳未満</th> <th>生産年齢人口 15~64歳</th> <th>老年人口 65歳以上</th> </tr> <tr> <th>昭和55年</th> <th>昭和60年</th> <th>平成2年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>昭和55年</td> <td>172,629</td> <td>22.0</td> <td>68.1</td> <td>9.8</td> <td>6.4</td> <td>9.1</td> </tr> <tr> <td>昭和60年</td> <td>175,495</td> <td>19.2</td> <td>69.6</td> <td>11.2</td> <td>7.5</td> <td>10.3</td> </tr> <tr> <td>平成2年</td> <td>174,307</td> <td>14.3</td> <td>71.3</td> <td>13.9</td> <td>8.5</td> <td>12.0</td> </tr> <tr> <td>平成7年</td> <td>170,329</td> <td>13.8</td> <td>68.9</td> <td>17.3</td> <td>10.6</td> <td>14.5</td> </tr> <tr> <td>平成12年</td> <td>167,583</td> <td>12.7</td> <td>67.3</td> <td>20.0</td> <td>13.5</td> <td>17.4</td> </tr> <tr> <td>平成17年</td> <td>171,122</td> <td>11.5</td> <td>64.8</td> <td>23.8</td> <td>16.2</td> <td>21.0</td> </tr> </tbody> </table> <p>(高齢者保健福祉計画:県・全国老年人口は「国民衛生の動向」より)</p>				総人口 (人口)	年齢3区分別人口割合			老年人口 (県)	老年人口 (全国)	年少人口 15歳未満	生産年齢人口 15~64歳	老年人口 65歳以上	昭和55年	昭和60年	平成2年	昭和55年	172,629	22.0	68.1	9.8	6.4	9.1	昭和60年	175,495	19.2	69.6	11.2	7.5	10.3	平成2年	174,307	14.3	71.3	13.9	8.5	12.0	平成7年	170,329	13.8	68.9	17.3	10.6	14.5	平成12年	167,583	12.7	67.3	20.0	13.5	17.4	平成17年	171,122	11.5	64.8	23.8	16.2	21.0
		総人口 (人口)	年齢3区分別人口割合					老年人口 (県)	老年人口 (全国)																																																			
			年少人口 15歳未満	生産年齢人口 15~64歳	老年人口 65歳以上																																																							
			昭和55年	昭和60年	平成2年																																																							
	昭和55年	172,629	22.0	68.1	9.8	6.4	9.1																																																					
	昭和60年	175,495	19.2	69.6	11.2	7.5	10.3																																																					
	平成2年	174,307	14.3	71.3	13.9	8.5	12.0																																																					
平成7年	170,329	13.8	68.9	17.3	10.6	14.5																																																						
平成12年	167,583	12.7	67.3	20.0	13.5	17.4																																																						
平成17年	171,122	11.5	64.8	23.8	16.2	21.0																																																						
	△	****																																																										
****		****																																																										
****		****																																																										

- ※ この時点では、「データ」欄に、該当するデータを示す図表番号とその情報源を記載します(上記の赤い枠線内)。図表は別途作成し、添付します。

【坂下地域の例】

坂下地域では、ワークシート①の作成にあたり、以下のようなデータを収集、整理しました。

<総人口と推移>

区分	世帯数	人口			1世帯あたり 人員
		計	男	女	
昭和 60 年	1969	6327	3086	3241	3.21
平成 2 年	1677	6080	2945	3135	3.63
平成 7 年	1697	5939	2850	3089	3.5
平成 12 年	1719	5834	2805	3029	3.39
平成 15 年	1747	5753	2780	2973	3.29
平成 16 年	1769	5691	2745	2946	3.22
平成 17 年	1720	5403	2576	2827	3.14
平成 18 年	1718	5333	2544	2786	3.1

<出生率・死亡率>

2-4. 人口動態率

単位：‰・‰

区分	自然動態		社会動態	
	出生率	死亡率	転入率	転出率
平成 19 年	8.5	10.4	2.62	3.12
平成 18 年	8.2	10.5	2.84	3.02
平成 17 年	8.9	9.7	2.99	3.17
平成 16 年	9.9	9.2	3.72	3.39
平成 15 年	9.4	8.3	3.74	3.65
平成 14 年	10.1	9.2	3.51	3.72
平成 13 年	9.3	8.3	3.70	3.63
平成 12 年	10.6	8.7	3.18	3.49

資料：岐阜県人口動態統計調査（各年の数値は前年 10 月 1 日から 9 月 30 日までの数値）

注：出生・死亡率は前年 10 月 1 日対人口比で、人口千人当たりの数値

注：転入・転出率は前年 10 月 1 日対人口比で、人口百人当たりの数値

<3区分別人口と割合>

	男	女	計
人口	2530	2676	5206
年少人口	672		672
生産年齢人口	2921		2921
高齢人口	715	942	1657

<死因別死亡率>

死亡統計	全年齢	中津川市	
	総数	896 人	
	順位	死因	10 万対
	1 位	悪性新生物	264.6
	2 位	心疾患	200.5
	3 位	脳血管疾患	135.3
	4 位	老衰	97.9
5 位	肺炎	87	

（詳細はⅢ章（59 ページ）をご参照ください）

● 住民の意識調査結果 等

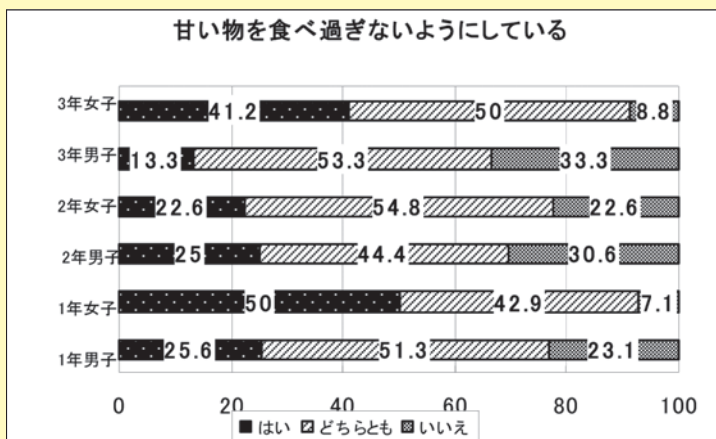
これまでに実施された住民へのアンケートの結果など、住民の意識や意向、行政との関わりを示すデータも、地域診断に有効活用することができます。

- ・ 過去に自治体等で実施した住民調査結果
- ・ 市町村や関係機関に寄せられた相談件数の内訳 等

【坂下地域の例】

坂下地域では、糖尿病を中心とした生活習慣病に関する調査を行うなかで、中学校食事調査の結果を活用しています。

<中学校食事調査から>



● 人的・物的資源

地域の健康課題に関わることができる人は誰か、活用できる物的資源はどれだけあるのかを把握します。

例えば、以下のような人的資源・物的資源が想定されます。

- ・地域の健康課題に関わることができる人
 - 医師、歯科医師、保健師、ケアマネジャー、専門家、NPO、民生委員、健康づくり推進員、住民、等
- ・活用できる物的資源
 - 病院、診療所、保健所、保健センター、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、通所事業所、福祉施設、教育施設、公民館、警察、等

【涌谷町の例】

(テーマ) 高血圧を中心とした生活習慣病対策

地域の健康課題に関わることができる人として、健康推進員に着目しました。健康推進委員は、地域の中で健康教室の開催、減塩活動・特定健診受診率の向上の役割を担っています。

【御調地域の例】

(テーマ) 認知症になってもこの地域で安心して住み続けていくための地域診断地域における生活を幅広く支えるためのキーパーソンとして以下のメンバーを招集し、検討会を設置しました。

- ・精神科医・開業医：認知症の専門医とゲートキーパーの役割
- ・民生委員：認知症の一人暮らしの方の問題が出ていた地域と会長
- ・保健推進員：会長・前会長（地域性も考慮して）
- ・老人クラブ：全体の会長と家族に認知症をもつ老人クラブの地区会長
- ・認知症家族：仕事を持ちながら長期間在宅で介護している家族（昼間独居でも生活できている）
- ・駐在所：地域防犯の最終ネットと考えたため
- ・金融機関：銀行が認知症サポーター養成講座を受講していたため

⇒涌谷町・御調地域では、モデル事業のテーマ（生活習慣病、認知症）と日常的な関わりがあるキーパーソンと連携し、保健師の視点以外にも広がりを持たせることができました。

こうしたキーパーソンは、地域活動において協力を求めることができます。すなわち、こうした人的資源の情報は、活動計画立案を行う際に活用できます。

②目的に沿った調査の実施

必要に応じて、目的に沿って新たに調査を実施してデータを補足することも考えられます。例えば、以下のようなデータの収集方法（調査）が考えられます。

● 住民調査

量的データ：アンケート調査等

質的データ：ヒアリング、グループインタビュー等

● 関係機関へのヒアリング

ヒアリング、グループインタビューなどの方法によって、住民の意見や、医師・歯科医師や保健師など地域の健康づくり専門家の意見から、地域の健康課題の抽出を行うことができます。対象者が自由に意見を出し合える場を設定し、意見を引き出し、集約していきます。

このように、住民や専門家から意見を集約する方法としては、例えば、以下のような例が考えられます。

- 地域診断を行うメンバー間のディスカッションにより、各メンバーが日頃の活動を通して感じていることから、健康課題を抽出します。
- 既設の相談窓口へ寄せられている相談内容から、健康課題を抽出します。
- グループインタビューとして、対象者を5~8人くらい集めます（グループの構成にも配慮します）。知りたいテーマについて自由に意見を出し合えるように、議事を進行します。
- 特定の情報を持つ人（例：認知症専門の精神科医）に対し、面接方式で重要な情報を収集します。

※ 特に住民の生の声を聞く機会を設定し、多様な住民の方をプロセスの初期の段階から巻き込んでいくことで、最終的に活動を実践する段階でも主体的な住民参加を促すことができます。

【旧和良村の例】

旧和良村では、グループインタビューを実施するにあたり、調査者（司会者）によらず効果的なグループインタビューが実施されるよう、関係者にレクチャーを実施しています。

以下にその抜粋を示します。

＜グループインタビューの流れ＞

1. 導入

■ 挨拶

- 感謝、テストではない、ご意見を教えて欲しいことを伝える

■ 目的説明

- 計画策定のために行うことを伝える

■ ルール説明

- 必ず発言しなければならないわけではない
- ほかの人の発言中は発言しないでほしい
- 一人ひとりのご意見を伺いたい
- ご自身のご意見で結構、賛成・反対は問わない
- 時間が限られているため、途中で止めたり、話題を変えたりすることもあることを了承いただく

2. アイスブレイク

■ 場を和ませる、しゃべりやすくする

■ 自己紹介を兼ねて

■ 技をいろいろ持つ

- じゃんけんで 15 秒間野菜の名前を言う
- 他己紹介
- 隣の人を順番に紹介
- テーマに沿ったものなど

3. 質問、インタビューへ

■ 最初は軽く

■ どんなことを聞いていくか？

- インタビューガイドに従って
- 質問内容も少し書いておくと楽

■ 最後に言い足りなかったことはないか確認する

■ 簡単な要約

4. お礼

■ これからもよろしくお願いします

※このほかに、グループ形式で学ぶ際の手順やポイントを紹介しています。

※グループインタビューの進行・対応上のテクニック（訊き方、聴き方、観方、対応の仕方、進め方）についても紹介しています、

<グループインタビューの例>

1. 対象：在宅独居高齢者 10 人（男女半々）

2. 時間：1 時間 30 分

3. 内容

■ アイスブレイク

■ 主観的健康感を挙手で聞く

「まず皆さんの一人ずつに伺います。非常に健康・まあまあ健康・あまり健康ではない・健康ではない、さてどこに当てはまりますか？手を挙げてみてください」

■ QOL の把握

「健康だと感じられるのはなぜですか？健康でないと感じられるのはなぜですか？」

■ 課題の把握

「今の状況からどんなふうになったらよいと思いますか？どんなふうにはなりたくないですか？」

■ 現状把握

「そのためにご自身で実際に生活の中で心がけていることは何ですか？」

■ サービスニーズ

「そのためにどのような事業や政策、取り組みや環境があるとよいと思いますか？」

■ 住民参画の可能性

「そのためにご自身としてはこれからどのようなことができると思いますか？」

■ 社会全体としての背景も考慮して

「もし市長さんだったらあなたの望む状況を実現するために何をしますか？」

「その他何か良いアイデアがありましたら夢のようなものでも結構ですから教えてください」

③ 地区踏査・地区視診の実施

必要に応じて、地区踏査や地区視診により、地域の現状を把握します。改めて、地区踏査・地区診断を実施しない場合でも、日常の地区活動を行う中で、気づいた点を質的データとして活用することも可能です。

<地区踏査・地区視診で確認しておきたいことの例>

- ・家屋と街並み（集落・家々の様子）
- ・集う人々と場所（場所・時間・集団の種類）
- ・交通事情と公共交通機関（車・道路・バス・鉄道の状況）
- ・社会サービス機関（種類・目的・利用状況・利用者）
- ・医療施設（種類・診療科・規模・立地条件）
- ・街を歩く人々（外見や人々から受ける印象）
- ・地区の活気と住民自治（自治会・掲示板・チラシ・ゴミ）
- ・人々の健康状況を表すもの（疾病・災害・事故・環境リスク）
- ・地域のサークル活動（活動内容、主催者・参加者、活動状況）

【大森地域の例】

大森地域では、以下のような地区踏査・地区視診を行いました。

家屋と街並み	持ち家が多く、平野部、山間部は庭付き・作業小屋付きの大きな家に住んでいる。
集う人々と場所	スーパー・ホームセンター各1カ所・洋品店2カ所が町部にあり、酒店（雑貨もあり）は各地区にある。
交通事情と公共交通機関	高齢者について買い物は家族の協力を得られると問題はないが、免許もなく物理的に距離が離れている地域の高齢者にとっては移手段の確保が課題となっている。
社会サービス機関	駐在所1カ所・消防署・消防団（10分団）・救急病院（市立大森病院）・西部環境保全センター（ごみ処理施設）
医療施設	市直営の保健医療福祉複合施設があり、医療・保健・福祉が一体となった総合的なサービスを提供し、各施設が連携を図りながらより質の高い地域包括ケアを目指している。
地区の活気と住民自治	昔からの地域の伝統行事を継承しているが、参加者はだいぶ少なくなっている。地域の会館に集まるのは総会や祭礼等の地域行事のみ、と言う住民が大多数である。
人々の健康状況を表すもの	65歳以上の一人暮らし高齢者を毎年全数把握し、民生児童委員・保健師が一緒となり全数訪問している。
地域のサークル活動	自分の関心のある趣味や各種団体の会合には参加しているが、地域の会合にはなかなか参加しない。

④ 情報源の整理

①～③で収集した情報については、情報源を整理して記録しておくことで、必要に応じて確認したり、今後データ収集を行う際に活用し、効率よくデータ収集することができます。また、必要なデータが入手できないといった問題点なども整理しておきます。例えば、以下のような内容を記録しておくといよいでしょう。

- ・統計データや質的データの出典、統計年
- ・上記情報の入手元（どこから情報や文献等を入手したのか）
- ・入手した情報をそのまま活用できたか、入手したデータを使って目的に沿って作成・加工する必要があったのか
- ・必要な情報が漏れなく入手できたのか、不足があったのか など

⇒ここで整理した結果はワークシート①に追記してください。

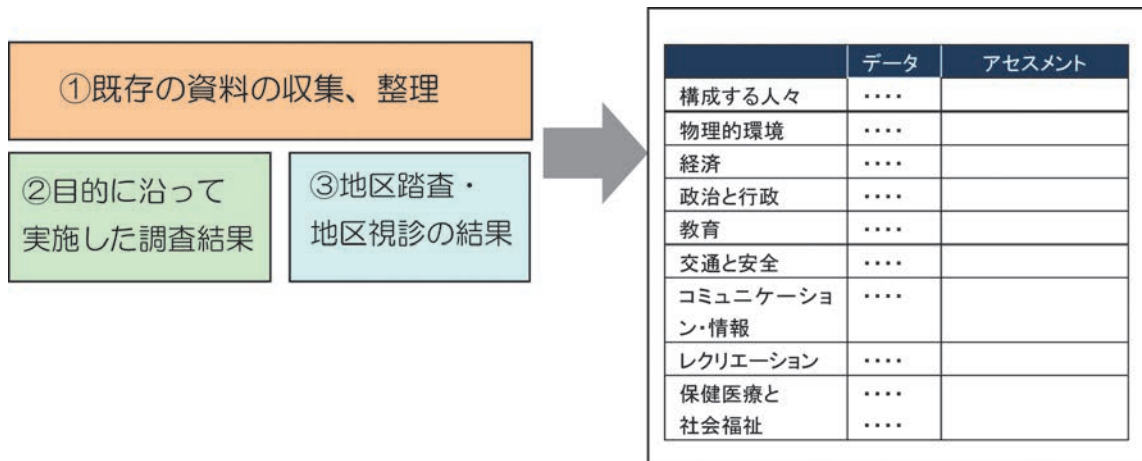
図表4 ワークシート①基本データ整理表の書式および記入例

	優先度	データ (情報源も記入)	アセスメント	備考 情報の不足・不備
基本データ		表1 ・国勢調査 ・尾道市御調地区の人口・世帯数の推移	この欄に追記します。	H 22 年の国勢調査の数字が出たため評価しやすかった
	出生率、死亡率	表3 ・人口動態の年次推移 ・保健活動計画書		H17 年以降は尾道市の統計のみ (H17 年尾道市に合併)
	3区分別人口と割合	表1 ・国勢調査 ・尾道市御調地区の人口・世帯数の推移	枠内に数値が書ききれない場合、別添資料を作成し、資料に「表〇」などタイトルをつけましょう。また、情報源についても欄内に記入しましょう。	
	死因別死亡率	表4 ・主要死因別死亡者数 ・保健活動計画書		H17 年以降は尾道市の統計のみ
	世帯数と推移	表1 ・国勢調査 ・尾道市御調地区の人口・世帯数の推移		
	高齢者世帯、高齢化率	表5 ・御調町の在宅高齢者の状況 ・地域福祉班		
	介護保険要介護認定者数およびサービス利用者数	表6-1~6-3 ・御調町の要介護認定状況・在宅サービス受給者等 ・尾道市の介護保険被保険者の推移 ・尾道市の生活圏域ごとの高齢化率	情報の不足があったり、注意事項がある場合、この欄に記入しましょう。	H17 年以降は尾道市の統計のみ
	産業別人口	表2 ・産業別就業者割合の推移 (国勢調査)		H17 年は、尾道市の統計

3. 地域アセスメント

収集・整理したデータに基づいて、地域のアセスメントを行います。

ここでは、「2. 情報収集・整理」で収集した情報を、ワークシートで設定しているアセスメント項目に沿って、整理していきます。



3-1. アセスメント項目の設定

① 目的に沿ったアセスメント項目の設定

地域診断の目的に沿って、具体的なアセスメント項目を設定します。

総合的、多角的に地域のデータを収集し、分析することで地域全体の網羅的な調査が可能になります。

ここで用いるワークシートでは、「コミュニティアズパートナーモデル」に基づき、コミュニティを構成する人々と8つの要素（物理的環境、経済、政治と行政、教育、交通と安全、コミュニケーション・情報、レクリエーション、保健医療と社会福祉）の観点からアセスメント項目を整理しています。

また、あらかじめ具体的な健康課題（「認知症対策」、「自殺予防」など）を想定し、関連する項目について選択的にデータを収集・分析するという方法も想定されます。

② 情報の整理

設定したアセスメント項目に沿って、「2. 情報収集・整理」で収集した情報を記入していきます。

⇒ここで整理した結果はワークシート②に記入してください。

図表5 ワークシート②コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる情報の整理の書式および記入例

項目	データ (情報源も記入してください)	アセスメント	備考 情報の過不足
コミュニティを構成する人々	表2 産業別就業者割合の推移 表3 参考資料 全国未婚率の推移等 図2 満足度調査 地域コミュニティ	《推進会議から》 商店街等の機能が低下している ポラティアの発掘育成や活動の場が少ない(認知症サポーターが少ない) 地域診断の推進会議で出された意見も質的データとして追加しています。	
1 物理的環境	量的データ 表1 尾道市役所の位置及び面積等 月別気象 気温 平均 16.1℃	質的データ 図1 尾道市の地図(合併の歴史) この欄に記入します。	気象データ福山分のみ
2 経済			
3 政治と行政	表4 御調町及び尾道市の財政力指数の年度別推移	ワークシート①と同様に別添で資料を作成してもかまいません。	投票率データ入手困難
4 教育	表5 幼、保、小、中、高校の概況	《推進会議から》 一部の小学校での認知症サポーター養成講座実施だから△の評価が適当	
5 交通と安全	表6 刑法犯罪の認知検挙件数及び検挙人員等	《推進会議から》 悪質商法増えている認知症に対する近隣の不安は火の元..... 情報の過不足について記入します。	御調の現状は不明

項目	データ (情報源も記入してください)	アセスメント	備考 情報の過不足
6 コミュニケーション・情報	表7 高齢者の困りごとと相談相手に関する こと 表8 尾道市御調地区 における行政関連 ボランティア等活動 状況の概要	通信手段:無線放 送(ほぼ全戸、2回/ 日放送) 市広報(全戸配布) 電話等 《推進会議から》 お金の入った財布が 駐在所に届けられ る。……	ネット利用状況 不明
7 レクリエーション	表9 御調町ソフトボ ール球場利用状況 等	ふれあいの里やソフ トボール球場は、公 式大会などで市内 外から利用者も多 い	
8 保健医療と社会福 祉	表10 御調町内医療機 関の状況 表11 平成23年度保健 福祉及び介護予 防事業等の概要 について 図3 介護保険における 尾道市の日常生 活圏域別の居住 系及び地域密着 型サービス事業所 表14 尾道地区介護保 険事業所関係 表15 尾道市御調地域 の介護サービス関 連事業所名	総合病院及び併設 施設職員数637人 (うち医師29) 臨床心理士(H23 年~精神科医常 勤) 一般開業医:3 歯科診療所:3 保健福祉センター 心の健康相談 1回/2ヵ月 《グループインタビューか ら》 認知症患者の当院 内対応スムーズ 《推進会議から》 男性の行く場がない 認知症サポーター養 成のPRが不十分 《保健師の話合 から》……	「8. 保健医療と社会福祉」に該当するデータが、他 に比べて多くなると考えられます。適宜、記入欄を拡 大してください。また、テーマに沿ってデータを絞り 込んで記入していただいてもかまいません。 質的データにグループインタビューや保健師の話合 いから出された意見をあげています。

- ※ 各項目に該当するデータの種類のページは次のページの図表6を参考にしてください。
- ※ データ欄には、データ項目とその内容を示した図表番号を記入し、データ内容は別途添付してください。

図表6 コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる項目およびデータ、アセスメントの視点の例示

大項目	小項目	データの例示	アセスメントの視点（判断・解釈）の例示
1 物理的環境	①面積 ②地理的条件 ③気候 ④大気・水質・土壌 ⑤住環境	地図 面積 位置、地形 気候 空気、水、土壌、街並、住宅、土地利用 騒音	生活圏域 安全で健康的な環境の確保と危険因子 災害の危険性 公害の有無 生活の豊かさや困難さ
2 経済	①基幹産業 ②地場産業 ③流通システム ④購買圏	産業別人口、産業分布 事業所数、生産高、失業率 購買力と購買圏	基幹産業と自治体の発展、安定性 雇用の機会 個々人の生活の安定 購買圏と商業の中心地
3 政治と行政	①行政組織 ②政策 ③財政力 ④住民参加	行政組織・自治体の機構 法体系・条例 意思決定機関（議会と首長） 政策（総合計画、保健福祉計画） 自治体財政、財政力指数 政治的風土、投票率	地域の政治的意思決定の構造と決定者 組織における保健師の位置づけ 保健福祉の政策の実際 財政力 住民の政治への関心と行動 民主的運営か専制的か
4 教育	①学校教育機関 ②社会教育機関	学校・教育機関の数と配置 生涯教育の機関、図書館社会教育活動	教育の機会と保障 資源としての教育機関
5 安全と交通	①治安 ②災害時の安全 ③安全なライフライン ④交通	治安機関の数と配置 犯罪発生率と検挙率 救急車出動率、緊急対策体制 ライフライン（上下水道、ガス、電気）の整備 道路網、公共交通機関	安全な生活を護る社会的なシステムの働き 緊急時の防災と安全体制確保 安全で衛生的な生活の保障 移動の範囲と利用のしやすさ
6 コミュニケーション・情報	①地区組織 ②機能的組織 ③通信手段 ④近隣関係	地域の公的または民間組織 ボランティア組織他 通信手段の種類と普及状況 インターネット利用状況 近隣との人間関係	情報の伝達経路と速度 地域の生活の共同性と相互扶助 地域の情報伝達のパターン 地域のネットワーク
7 レクリエーション	①レク施設と利用	文化・スポーツ・娯楽施設 公園	生活を楽しむ機会 再生産の場の確保
8 保健医療と社会福祉	①医療システム ②保健システム ③福祉システム ④マンパワー ⑤連携・調整システム	医療機関と診療科目 医療圏 医療費・健康保険 保健施設と提供サービス 母子・成人・老人・感染症 福祉施設と提供サービス 障害者支援、介護保険 年金 保健医療福祉の従事者数 連携および調整のためのシステム	医療の最低保障 施設の分布とサービス内容の実態 公的サービス・民間サービス・NPO サービスや制度の利用しやすさ、困難さ 住民のニーズとサービス提供 マンパワーの充足状況 システムの機能の状況

3-2. 情報の分析（アセスメント）

① 地域の基本データの分析

ワークシート①に記入したデータについて、分析を行います。また、アセスメントを行う際も委員を含む住民の代表に参加してもらうことで、その地域の実情を住民の視点を取り入れ多角的に分析することができます。

⇒ここで分析した結果はワークシート①に追記してください。

図表7 ワークシート①基本データ整理表の書式および記入例（アセスメント欄）

		優先度	データ (情報源も記入)	アセスメント	備考 情報の不足・不備
基本データ	総人口と推移		表1 ・国勢調査 ・尾道市御調地区の人口・世帯数の推移	H2年から人口徐々に減少、H22年には、S60年と比べ約1,000人減少。 H7年からみると5年毎に約100人単位で減少している。 人口減少は著明で、今後ますます減少の見込み。人口減少は消費需要の減少につながる。	H22年の国勢調査の数字が出たため評価しやすかった
	出生率、死亡率		表3 ・人口動態の年次推移 ・保健活動計画書	出生率:少子の現状。 死亡率:大きな変動はない。	H17年以降は尾道市の統計のみ (H17年尾道市に合併)
	3区分別人口と割合		表1 ・国勢調査 ・尾道市御調地区の人口・世帯数の推移 この欄に追記します。	老年人口には変化はなく、特に年少、生産年齢人口の減少が著明。 S55年は老年人口と年少人口の割合は同じくらいだったが、平成に入って老年人口の増加が著明。 平成に入ってから少子高齢化の傾向が見え、更にそのスピードが全国平均よりも速く進むことが予測される。...	
	死因別死亡率		表4 ・主要死因別死亡者数 ・保健活動計画書	全国平均と同様の順位 全国平均と同様の順位、割合	H17年以降は尾道市の統計のみ

	優先度	データ (情報源も記入)	アセスメント	備考 情報の不足・不備
世帯数と推移		表1 ・国勢調査 ・尾道市御調地区の人口・世帯数の推移	人口は減少、世帯は、H17 年まで増加。H22 年 30 世帯減少。 人口減、世帯増→核家族化。平均世帯数は減少を続ける見込み。	
高齢者世帯、高齢化率		表5 ・御調町の在宅高齢者の状況 ・地域福祉班	高齢化率は、年々上昇。国、県の平均を約 10%上回っている。 尾道市とは同等。今後も国、県より速いペースで上昇する見込み。 高齢者の独居、二人暮らしが増加→家族力の低下が予測される。 世帯、家族間のつながりを弱め、地域コミュニティの弱体化をきたしやすい。...	
介護保険要介護認定者数およびサービス利用者数		表6-1～6-3 ・御調町の要介護認定状況・在宅サービス受給者等 ・尾道市の介護保険被保険者の推移 ・尾道市の生活圏域ごとの高齢化率	要介護認定者数： H12 年～ 5 年間で 100 人増 尾道市の認定者数も増加傾向、重度化傾向。 サービス利用者数：尾道市は居宅、地域密着型サービスの受給者数が増加。施設サービスについては、H13～16 年までは、増加傾向。H20～22 年(尾道市)は、横ばい。...	H17 年以降は尾道市の統計のみ
産業別人口		表2 ・産業別就業者割合の推移(国勢調査)	第一次、二次産業が減少。第三次産業が増加傾向。特に H2～12 年の増加率大きい。バブルの影響か。	H17 年は、尾道市の統計

この欄に追記します。

- ※ 地域の概要を把握するための基本データについてのアセスメントの視点は、次のページの図表 8 を参考にしてください。
- ※ アセスメントの際は、収集したデータに基づき、対象とする地域の状況と市町村の状況を意識して、必要に応じて区別して記入してください。

図表8 地域の基本データに関するアセスメントの視点の例示

項目	データの例示	アセスメントの視点（判断・解釈）の例示
人口規模と変遷 人口動態 人口の移動 年齢別人口構成 生産力人口，年少人口，老年人口	総人口と推移 出生率，死亡率 人口の増減，流出入，定住人口，昼夜人口 性別年齢別人口（5歳） 3区分別人口と割合	規模と推移から保健活動対象の数量的把握 地域の安定性と流動性 地域社会の発展と将来予測 ライフサイクルごとの保健ニーズと予測
疾病構造 寿命	死因別死亡率 平均余命	主な疾病
家族形態 世帯構造	世帯総数と推移	健康課題に対する家族の対処力 家族と社会の安定性 ハイリスク家族
就業産業	産業別人口	労働形態と健康の関連 労働と生活の関連

② 地域の健康状態の分析

ワークシート②で収集した情報を分析し、設定したアセスメント項目に基づいて、地域の概要を要約します。特に、地域において特徴的なものを提示します。アセスメントを行うことにより、実態やその背景、要因等を明らかにします。

こうした分析の際、専門職だけでなく住民の代表が参加することにより、地域のデータを共有するとともに、地域に暮らす住民の感覚を取り入れた分析を行うことができます。

⇒ここで分析した結果はワークシート②に追記してください。

図表9 ワークシート②コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる情報の整理の書式および記入例（アセスメント欄）

項目	データ (情報源も記入してください)		アセスメント	備考 情報の過不足
コミュニティを構成する人々	表2 産業別就業者割合の推移 表3 参考資料 全国未婚率の推移等 図2 満足度調査地域コミュニティ	《推進会議から》 商店街等の機能が低下している ボラティアの発掘育成や活動の場が少ない(認知症サポートが少ない)	少子高齢化の傾向著明 高齢者の独居、二人暮らしの増加、未婚率上昇から、世帯や家族間のつながりが脆弱化してきている 地域のつながりの弱さから高齢者が孤立化する可能性も 商店街等町の機能も低下している	
1 物理的環境	量的データ 表1 尾道市役所の位置及び面積等 月別気象 気温 平均 16.1℃	質的データ 図1 尾道市の地図(合併の歴史)	御調町の面積は、尾道市の面積(284.85 平方 km)の約 3 割を占める 御調町は 400m を超える山も多い中山間地域で、気温は最高気温が毎年上昇。降水量の変化隔年毎にあり	気象データ福山分のみ
2 経済				
3 政治と行政	表4 御調町及び尾道市の財政力指数の年度別推移		御調町は御調支所の位置づけ 財政力指数は合併した結果上昇 生産年齢人口が減少することで経済規模が縮小する可能性あり	投票率データ入手困難
4 教育	表5 幼、保、小、中、高校の概況	《推進会議から》 一部の小学校での認知症サポーター養成講座実施だから△の評価が適当	小学校数は、尾道市との合併により統合が進み、現在は横ばい状態 御調町においては、児童数は減少傾向にあり、特に山間部は児童数の減少が目立つ。そのため教育施設等も中心部に集約されている	
5 交通と安全	表6 刑法犯罪の認知検挙件数及び検挙人員等	《推進会議から》 悪質商法増えている認知症に対する近隣の不安は火の元	犯罪検挙数は、凶悪犯より窃盗が多い。検挙数は減少 救急出動は増加、急病が多い H18 年～自然災害での搬送:0 火事の発生件数増加。焼損面積は減少、損害額減少	御調の現状は不明

項目	データ (情報源も記入してください)		アセスメント	備考 情報の過不足
6 コミュニケーション・情報	表7 高齢者の困りごとと相談相手に関する こと 表8 尾道市御調地区における行政関連ボランティア等活動状況の概要	通信手段:無線放送(ほぼ全戸、2回/日放送) 市広報(全戸配布)電話等 《推進会議から》 お金の入った財布が 駐在所に届けられる。……	行政からの情報はほぼ全戸に届く仕組みはある 高齢者の困っている時の相談相手有り:8割 老人クラブ7か所あるが加入率はやや低いように思われる 地域で高齢者を支える仕組みはあり、ボランティアグループ多いが活動する年齢は65歳以上の高齢者が多い	ネット利用状況 不明
7 レクリエーション	表9 御調町ソフトボール球場利用状況等	ふれあいの里やソフトボール球場は、公式大会などで市内外から利用者も多い	レクリエーション施設は、スポーツ施設、文化施設共にそろっている	
8 保健医療と社会福祉	表10 御調町内医療機関の状況 表11 平成23年度保健福祉及び介護予防事業等の概要について 図3 介護保険における尾道市の日常生活圏域別の居住系及び地域密着型サービス事業所 表14 尾道地区介護保険事業所関係 表15 尾道市御調地域の介護サービス関連事業所名	総合病院及び併設施設職員数637人(うち医師29) 臨床心理士(H23年~精神科医常勤) 一般開業医:3 歯科診療所:3 保健福祉センター心の健康相談1回/2ヵ月 《グループインタビューから》 認知症患者の当院内対応スムーズ 《推進会議から》 男性の行く場がない 認知症サポーター養成PRが不十分 《保健師の話から》……	医療機関、介護保険施設及び事業所、障害者支援関連、福祉施設共に充実している。(島しょ部に比べ介護保険事業所や医療機関は充実していることも人口減少の歯止めとなっているように思われる) これまでの地域包括ケアシステムの構築により訪問系サービス、施設系サービスがバランスよくあり、隣接市のサービスも受けやすい場所にある。しかし今後は高齢化に伴いサービス不足の可能性は高い 地域住民ボランティアの発掘・育成が少ない 認知症サポーター養成講座が知られていない 医師、看護師の絶対数が少なく、中山間の地域医療の足元が揺らいできている	

- ※ 量的データ、質的データに基づいて、地域の特徴をアセスメント欄に記入します。
- ※ アセスメントの視点については、図表6の例示を参考にしてください。
- ※ アセスメントの際は、収集したデータに基づき、対象とする地域の状況と市町村の状況を意識して、必要に応じて区別して記入してください。

4. 地域診断

アセスメントの結果に基づき、地域の健康課題を多面的に整理して、その構造を明らかにします。

① 健康問題・課題の提示

「3. 地域アセスメント」で行ったアセスメントの結果に基づいて、地域の健康問題・課題のモデル図（関連図）を作成し、健康課題とその要因や影響などの関係性を明らかにします。

ワークシート①・②のアセスメント欄の記載内容について、相互の関係を整理して構造化し、そこから導き出される課題を書き出します。

問題を生じている背景や要因、問題解決に資する対処力や資源などを明確にしておく、活動計画を検討しやすくなります。

また、課題が人々や地域に与える影響を記載しておく、課題への対応の優先順位を検討する際に役立ちます。

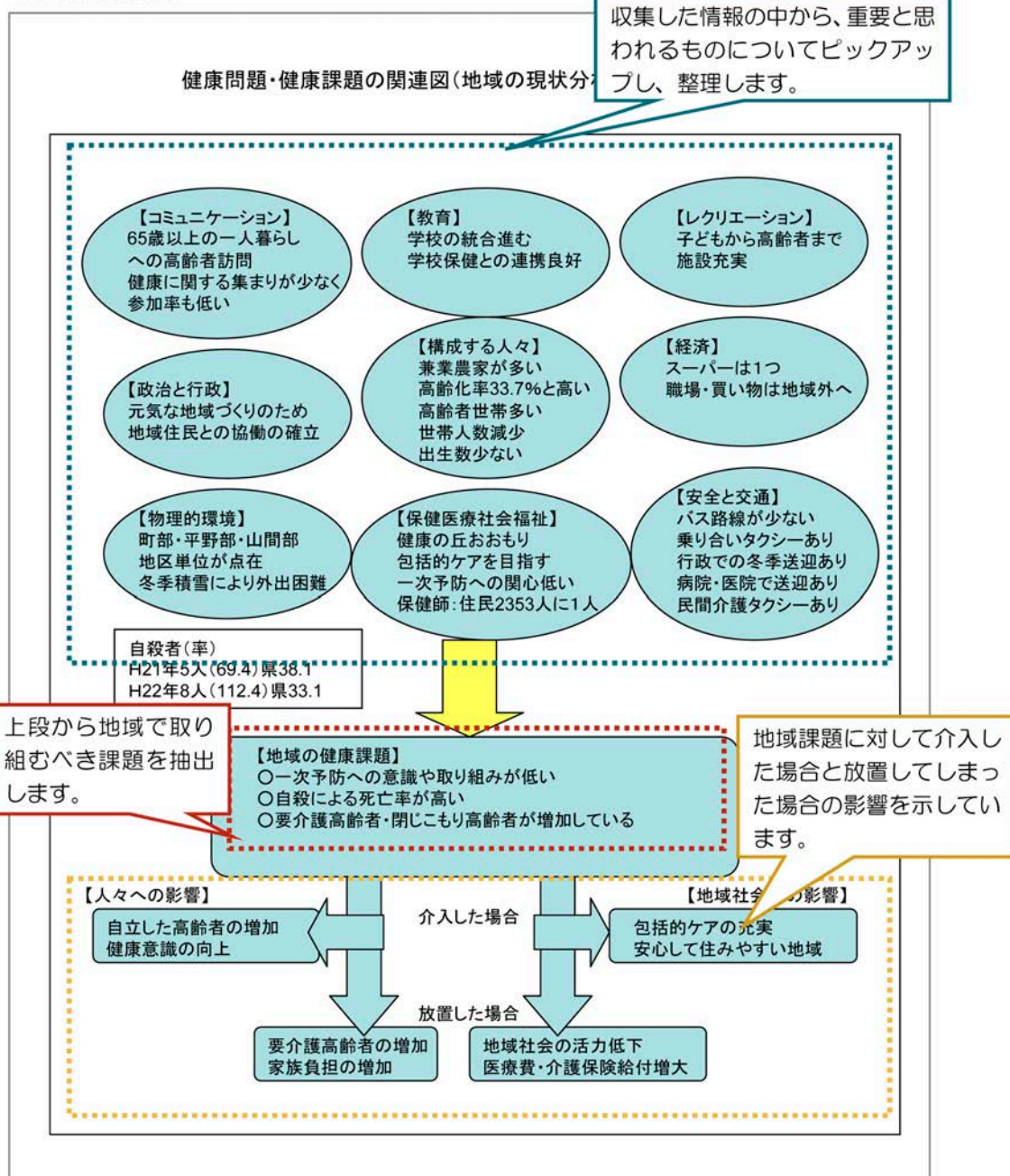
⇒ここで検討した結果はワークシート③に記入してください（特に定まった書式はなく、課題とその要因の関連を自由に図示してください。手書きでもかまいません）。

例えば、以下のような構成で表現することも一つの方法です。

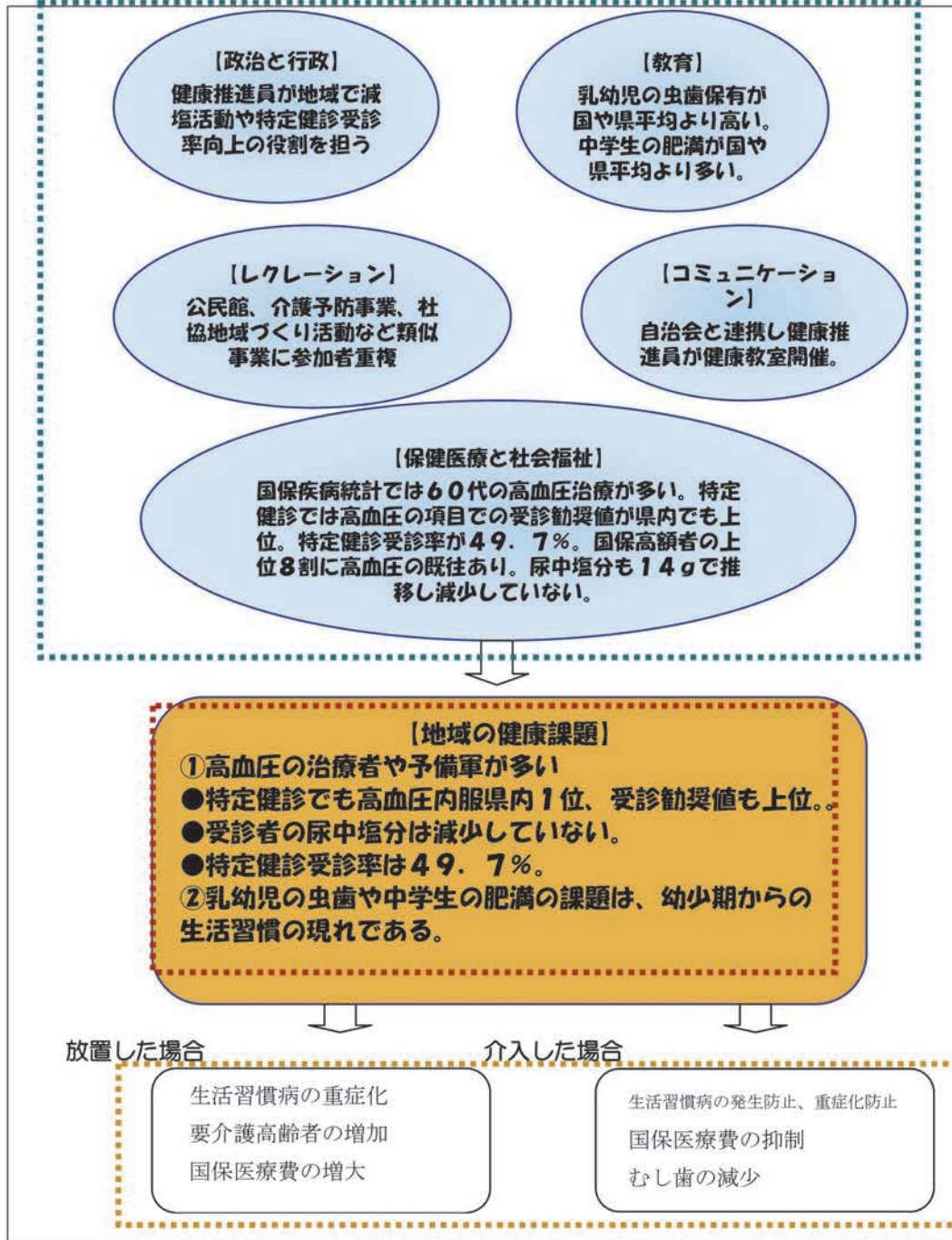
- ・ワークシート②で整理した8つの要素のそれぞれのアセスメント結果を図中に配置する。
（このとき、よい点（地域の強み）を○、問題点（地域の弱み）を×とし、区別して示すと地域の特徴がわかりやすく、活動計画につながりやすい。）
- ・そこから導き出される地域の健康課題を列挙する。この段階では、絞り込んだり課題と課題の相互関係を整理する前に、想定されるものを多数列挙しておく。
- ・こうした健康課題に対して、介入した場合、放置した場合に、地域の人々や地域社会に与える影響について、予測し、記入する。

図表 10 ワークシート③ 健康問題・健康課題の関連図の例示

【大森地域の例】



健康問題・健康課題の関連図（地域の現状分析・課題抽出）



② 健康課題の特定

①で作成した「ワークシート③」の関連図をもとに地域の健康課題を特定します。

「関連図」中に示された地域の健康課題のそれぞれについて、根拠（関連図において、その問題に関連づけられたアセスメントの内容）を明確にして整理します。

健康課題を整理する際も、専門職だけで行うのではなく住民の代表が参加し、地域住民の視点に立った検討を行うことが重要です。

⇒ワークシート④に「問題」と「その根拠となる状況」を記入してください。

図表 11 「ワークシート④健康課題の特定」の書式および記入例（涌谷町の例）

問題	その根拠となる状況
特定健診において、高血圧内服者割合が県内1位、受診勧奨値も毎年上位である。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国保治療者は50歳代から急増し、60歳代では高血圧治療者は生活習慣病の8割、糖尿病は3割を占める。又高血圧症の3人に1人が糖尿病を合併している。 ・ 高血圧治療中の者が健診を受診している割合が高い可能性ある。 ・ 治療環境が整い、受診しやすい。
受診者の尿中塩分は減少していない。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 10年前より健診時に、町独自の検査項目として尿中塩分測定を行っている。1日の尿量を推測しての塩分量であるので目安の値であるが、平成15年に10gに達したが以後は14gで推移。 ・ 健康推進員協議会で健康教室開催時に「減塩レシピ」を作成、町民に試食をしているが、青年、壮年期への浸透が不十分である。
特定健診受診率が49.7%で目標値62%には届いていない。 ワークシート③で整理・抽出した課題からピックアップし、掘り下げていきます。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診体制が毎年変化している。 ・ 特定健診の意味が住民に浸透していない。わかりづらいという意見が多い。 ・ 受けやすい体制を考えたが、受診には地域隣人の声掛けが重要と健康推進員より意見があった。 ・ 受けてほしい人は関心がなく、未健者健診でフォローしても率の向上にはつながらない。 ・ 積極的に受けようという人が少ない。 ・ 健康推進員の受診勧奨や申し込みの回収は、率の向上に寄与している。
乳幼児の虫歯保有が国や県平均より高い。中学生の肥満が国や県平均より多い。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 乳幼児全体の罹患率は減少しているが、1人当たりの保有数は多い。 ・ 幼稚園、保育所、小学校でピカピカ教室で歯磨き指導を10年以上継続している。 ・ 健康ステップ21計画で小中学校と連携し、「生活に関するアンケート調査」を毎年実施。朝食を毎日食べる割合は幼児保護者で増加、肥満者の割合も中学で増加。肥満者は歯磨き回数も少ないなど、生活習慣への影響が見られている。

左欄にピックアップした課題の状況や、課題として取上げる理由を記入します。

※ 「問題」欄に、ワークシート③で整理、抽出した課題を記入してください。

※ 「その根拠となる状況」は、その問題と関連するアセスメント結果等を記入してください。

<参考：課題の整理・構造化について>

健康課題の関連図に記載した課題の数が多く、内容が多岐にわたる場合があります。

例えば以下のような観点から課題を整理して構造化すると、課題の特定や計画立案につながりやすくなります。

【例】

地域の健康課題のリスト

- ・ 認知症高齢者の増加
- ・ 要介護認定者の増加および重症化
- ・ 高齢者世帯（独居、二人暮らし（老老・老親））増加
- ・ 地域のコミュニティ能力の低下（ネットワーク不十分）
- ・ 早期相談につながりにくい
- ・ 市外に居住する家族に対する相談窓口の周知不足



認知症に関する情報共有

- ・ 認知症の知識不足
- ・ 早期相談につながりにくい

認知症予防の取り組み

- ・ 認知症高齢者の増加
- ・ 要介護認定者の増加および重症化
- ・ 高齢者世帯（独居、二人暮らし（老老・老親））増加

認知症高齢者を地域で支える仕組み

- ・ 市外に居住する家族に対する相談窓口の周知不足
- ・ 地域のコミュニティ能力の低下（ネットワーク不十分）

この例では、「認知症」という特定のテーマに関して複数の課題が抽出されました。あらかじめテーマが設定されていない地区診断では、「認知症」「自殺予防」「母子」等、多様な分野の課題が列挙されることも想定されます。その場合には、分野の優先順位をつけたり、分野ごとにブレークダウンして、健康課題を整理しましょう。

5. 地域保健活動計画の立案

把握した地域の健康課題に対応するための保健活動計画を検討します。

「ワークシート④」に記載した健康課題に対応するための地域保健活動計画を検討します。実施体制のメンバーが集まり、それぞれの視点や専門性を活かして、実施可能かつ有効な計画を検討します。

はじめに、テーマごとに活動の対象と目標を明確にしたうえで、具体的な活動内容について検討します。

さらに、必要な資源を踏まえ、コストや必要とする期間、実現可能性や想定される障害、対応の緊急度や重要度などを総合的に判断して、優先度を評価します。

また、その活動の成果を評価するための指標についてもあらかじめ検討し、目標を具体的に定めます。目標への達成状況を評価する時期（一定の成果が期待できる時期）についても検討しておきます。

⇒ワークシート⑤の書式に沿って、以下の項目を検討し、記入します。

- ・ テーマ
- ・ 対象と目標
- ・ 具体的な事業計画
- ・ 評価指標や目標値
- ・ 必要な資源（予算・時間・人員）
- ・ 優先度
- ・ 評価時期

※テーマは複数あってもかまいません。

次ページの図表 12 では、大森地域の例を掲載しています。

大森地域では、以前から自殺率の高さが課題としてあり、37 ページの例のように地域課題を整理する中から、特に対応すべき課題として自殺対策に関する計画作成しました。このように、日常の保健師活動等により認識されていた課題について、統計データ等を収集し分析・整理することで、具体的な根拠を持った計画を作成することができます。

図表 12 「ワークシート⑤地域保健活動計画（案）」の書式および記入例（大森地域の例）

対象および目標	具体的な事業計画	評価指標や目標値	予算・時間・人	優先度	評価時期
<p>【テーマ】こころの健康づくり・自殺予防対策</p> <p>①全体的なテーマを設定します。</p>					
<p>自殺予防に関する地域の理解を深め、自殺による死亡者を減少する。</p>	<p>① 自殺予防・心の健康講演会の実施。 (H23 年度自殺者が出た地区2ヶ所)</p>	<p>自らの心の健康について気づき、地域において心豊かに暮らすことができる機会とする。地域での仲間作り。</p>	<p>予算 時間 人</p>	<p>◎</p>	<p>年度毎</p>
<p>②テーマと関連する全体的な目標を設定します。</p>	<p>②訪問事業の強化を図る。 ・50～64歳の一人暮らし男性への訪問。(健診申し込み調べ未提出者22人。) ・65歳以上の一人暮らしへの訪問。164人。(大森75・八沢木58・川西31) 民生委員・福祉担当・保健担当で同行訪問。 ・自立支援(精神)更新時にあわせて訪問。(福祉担当と同行。)対象40人程度。 ・高齢者へのうつ訪問。基本チェックリストにてうつ項目にチェックされた人への訪問。対象者18人。</p>	<p>心身の健康に関する相談の実施。相談場所の周知。 地域とのつながりを密に。(行政として)生活実態把握。 高齢者の人と人とのつながりの強化。 喪失体験でのリスクを減らす。(配偶者・友との死別・病気や外傷)</p>	<p>時間 人</p>	<p>◎</p>	<p>年度毎</p>
<p>③目標を達成するための具体的な行動計画を立てます。</p>	<p>③男性の料理教室1回。 対象は30歳以上の男性 (全町へ回覧で周知)</p>	<p>地域での仲間作り。 引きこもり予防。</p>	<p>予算 時間 人</p>	<p>○</p>	<p>事業後</p>
	<p>④随時、心の健康相談・家庭訪問の実施。 ・巡回相談・こころ(3箇所)</p>	<p>相談場所の周知。 うつ病に関する正しい知識の普及。 地域への身近な介入として実施。</p>	<p>時間 人</p>	<p>◎</p>	<p>年度毎</p>

④各事業計画単位の目標等を設定します。

⑤「予算・時間・人」とは、各事業を行うために、経費が多くかかるのか、長期間に渡るものなのか、多くの人員を必要とするのか、といったことを表します。

6. 活動の実践と評価

立案した保健活動計画に沿って活動を実践します。また、あらかじめ計画された時期、方法で活動状況や成果を評価し、次の計画につなげます

① 活動の実践

「5. 地域保健活動計画の立案」で作成した活動計画に沿って、活動を実践します。実践にあたっては、以下にあげる2つの要素が重要となります。

- ・他職種協働・他機関との連携
- ・活動への住民参加

【他職種協働・他機関との連携】

計画策定までの流れと同様に、地域の保健活動の実施の段階でも、保健師のみならず様々な職種の協力を得ることで、多角的な視点を持ったアプローチを行うことができます。

また、病院と行政、行政と地域包括支援センターなど複数の機関が協働して事業を行う際には、地域診断を行うにあたって収集した情報を共有することで、例えば健康教室・運動教室等を合同で実施する際にも、足並みを揃えた活動を行うことができます。

【活動への住民参加】

効果的な活動計画の策定段階では、地域情報の収集のため地域に足を運び住民の声を聞くことが必要です。同様に、計画の実行段階においても住民の積極的な参加がなければ実効性が伴いません。

計画の実施や評価にあたって、住民と集まって話し合える場の設定やその中心的役割を果たす機関を配置することが1つの有効な方法であると考えられます。例えば認知症がテーマであれば地域包括支援センターが中心機関となって講演会や座談会を開催するなどが考えられます。

② 活動の評価

活動計画を実践した成果を評価するためには、地域保健活動計画をもとに以下の項目の記入欄を追加します。

- ・今年度の実施状況
- ・実施結果
- ・評価

あらかじめ設定した「評価時期」に上記項目について、メンバー内で検討します。

図表 13 「ワークシート⑥地域保健活動の評価」の書式および記入例（大森地域の例を元に作成）

対象および目標	具体的な事業計画	評価指標や目標値	予算・時間・人	優先度	評価時期	実施状況	実施結果	評価
自殺予防に関する地域の理解を深め、自殺による死亡者を減少する。	② 自殺予防・心の健康講演会の実施。 (H23 年度自殺者が出た地区2ヶ所)	自らの心の健康について気づき、地域において心豊かに暮らすことができる機会とする。 地域での仲間作り。	予算 時間 人	◎	年度毎	○○地区・△△地区において各1回ずつ講演会を開催。	○○地区では○○人、△△地区では△△人が参加し、地域の仲間作りのきっかけとなった。	◎
	②訪問事業の強化を図る。 ・50～64歳の一人暮らし男性への訪問。(健診申し込み調べ未提出者22人。) ・65歳以上の一人暮らしへの訪問。164人。(大森75・八沢木58・川西31)民生委員・福祉担当・保健担当で同行訪問。 ・自立支援(精神)更新時にあわせて訪問。(福祉担当同行。)対象40人程度。 ・高齢者へのうつつ訪問。基本チェックリストにてうつつ項目にチェックされた人への訪問。対象者18人。	心身の健康に関する相談の実施。相談場所の周知。 地域とのつながりを密に。(行政として)生活実態把握。 高齢者の人と人とのつながりの強化。 喪失体験でのリスクを減らす。(配偶者・友との死別・病气や外傷)	時間 人	◎	年度毎	以下の対象者への訪問を実施。 ・50～64歳の一人暮らし男性のうち健診申し込み未提出者 ・65歳以上の一人暮らしの方 ・自立支援(精神)受給者:○○人 ・基本チェックリストのうつつ項目に該当する高齢者:○○人	以下のとおり訪問。 ・50～64歳の一人暮らし男性:○○人 ・65歳以上の一人暮らし:○○人 ・自立支援(精神)受給者:○○人 ・基本チェックリストのうつつ項目に該当する高齢者:○○人 対象者数のうち、○%を訪問。	○
	③男性の料理教室1回。 対象は30歳以上の男性(全町へ回覧で周知)	地域での仲間作り。 引きこもり予防。	予算 時間 人	○	事業後	料理教室の開催 ○月○日(1回)	参加人数○○人 全町へ回覧を行ったが予定人数は集まらなかった。	○

(参考) 旧和良村の活動の評価 (まめなかな和良21プラン中間報告書から)

旧和良村では、地域全体を総合的・多角的に分析することで乳幼児から高齢期までのライフステージごとの課題を明らかにし、その課題克服のため住民の主体的な取り組みのもと、総合的な地域保健福祉計画「まめなかな和良21プラン」を策定しました。

以下は、「まめなかな和良21プラン中間報告書」から、ライフステージごとの健康課題の概要および中間調査における評価、今後の方向性について一部抜粋してご紹介します。

【ライフステージごとに取り組む健康課題】

計画策定時には、各種のデータの分析に基づきライフステージごとの健康課題を抽出し、重要度と取り組みやすさの観点から、取り組むべき課題を以下のように整理しました。

ライフステージごとに濃い色がついている課題が優先課題となっています。

	栄養・食習慣	運動	たばこ	休養・心の健康	事故予防	歯の健康
乳幼児期						
学童期						
思春期						
青壮年期						
中年期						
前期高齢期						
後期高齢期						

【中間調査全体における評価と今後の方向性】

	中間調査全体における評価	今後の方向性
栄養・食習慣	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養食生活は、思春期まではおおむね望ましい方向に変化した項目が多いが、必ずしも目標値まではいたっていない。青壮年期から中年期ではむしろ望ましくない方向への変化が見られる項目も多い。 ・ 学童期の虫歯本数は永久歯で1本以下となっているが、中年期以降の歯科健診の受診割合は低下している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養素・栄養、食の内容、食事の取り方など食行動、地産地消など社会的な側面、食の取捨選択や料理等技術的な側面など、どのライフステージでどのようなことが知識技術態度として必要か明確にし、それに応じた地域での取り組みを考慮することが必要。

	中間調査全体における評価	今後の方向性
運動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 運動習慣に関して、中年期は横ばい、青壮年期は増加傾向にあるがまだ充分ではない。 ・ 外出や地域活動への参加という観点では、中年期以降の望ましいほうに変化しており、特に高齢期においてはその変化が著しい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢期は軽スポーツの振興や公民館活動（まめなかな体操など）、子どもの見守り役としての外出などにより、関連項目はいずれも望ましい方向に向いており、今後もこれらの継続的な推進が必要。 ・ より多くの人の参加が得られる取り組みの検討、他のライフステージの方や医療従事者の支援の充実が必要。
たばこ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 成人の喫煙率の低下、思春期の喫煙率、喫煙経験の低下、小中学生の喫煙経験や喫煙勧誘経験の低下など全般的に望ましい方向へ変化している。 ・ 乳幼児周辺の喫煙など、プライベートの場所での受動喫煙予防は充分ではない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会的動きもあり、効果的取り組みが可能であった課題ではあるが、ここまで築いてきた様々な資源を継続的に提供しながら、更なる禁煙防煙への取り組みを継続していく必要がある。
休養・心の健康	<ul style="list-style-type: none"> ・ 育児にかかわるストレス、その他のストレスも含め望ましくない方向への変化が目立つ。但しストレス対処行動やそうした場への参加は望ましい方向へ変化している。 ・ 高齢者において、友人を訪ねる、地域活動に参加するといった項目は増加方向に変化している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特に青壮年期のストレスの増加が認められているが、ストレス自体を減らすことは容易ではないこともあり、ストレス対処行動が誰もが行えるような取り組みが必要。

Ⅲ 取組事例

ここでは、この手引書の手順に沿って「モデル事業」として実施された4つの地域における実践例と、ヒアリング調査による先進的な取り組み事例を紹介します。

【モデル事業における取組】

地域	テーマ	概要	特徴など
大森地域 (秋田県 横手市)	心の健康づくり・自殺 予防事業	自殺対策について住民 も一緒に参加できる取り 組みを検討する	住民共同型事業とし て計画段階から住民 と作り上げる
涌谷町 (宮城県 遠田郡)	高血圧を中心とした 生活習慣病対策	網羅的に地域情報を収 集する中で生活習慣病 が課題になっていること が見えてきた。	「健康づくり座談会」 という形で住民にグ ループインタビューを 行った
坂下地域 (岐阜県 中津川市)	なぜ糖尿病が多いの かを考える	以前から糖尿病が多か ったため、地域の情報を 集めて、その原因を探る	地域課題について病 院と行政が連携して 対応する
御調地域 (広島県 尾道市)	認知症になってもこ の地域で安心して住 み続けていくための 地域診断	認知症対策のため広く 地域情報を収集するとと もにグループインタビ ューを行う	駐在所・金融機関な ど多くの関係者が検 討会議に参加してい る

【ヒアリングによる先進事例調査】

旧和良村 (岐阜県郡上市 和良地域)	「まめなかな和良 21 プラン」の策定	保健師を中心として住民 参加による包括的なデ ータ収集、分析を行い、 地域健康計画を策定し た。世代別の活動計画 を実施し、評価。	住民参加で、独自性 があり、トータルライ フを考慮し、地域づく りを念頭においた計 画を立案した。
--------------------------	------------------------	--	---

※モデル事業では、約2ヶ月の実施期間の中で、活動計画案の策定までを行っています。

1. 「心の健康づくり・自殺予防事業」(大森地域)

目的と背景：

当該地域では自殺率が高いことが問題となっていた。平成15年度から心の健康づくり事業を実施しており、住民共同型事業として、計画段階から地域住民と一緒に作り上げ、地域の自殺予防を推進することを目的とした。

取り組みの概要：

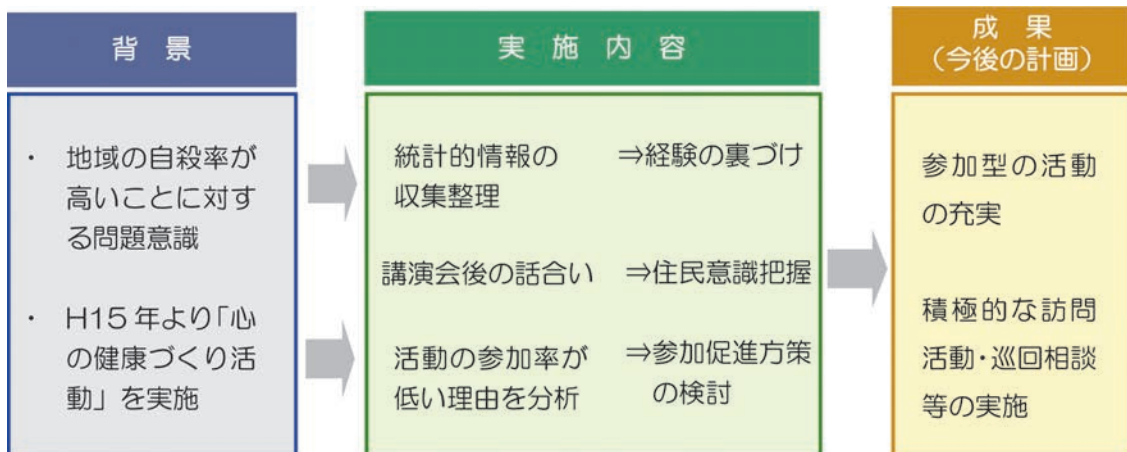
以前から課題であった自殺率の高さについて、統計的な情報を集めそれらを整理することであらためてその要因を分析した。またその過程で介護予防や健康教室などの取り組みについて、住民の関心があっても参加に結びついていないことが見えてきたため、地域住民と一緒に参加できる取り組みについて検討していくことで、引きこもりや自殺の予防を図った。

成果：

- ・担当地域の実態と住民のニーズを把握し、根拠のある保健活動の実施につながった。
- ・地域間での健康に対する意識の相違に気づくことができた。

今後の課題など：

- ・保健活動の成果を見るためにも事業毎の評価が大切。事業のマンネリ化にならないように、記録だけではなく評価をこまめに実施していくことが必要である。
- ・保健師等の専門職だけでなく、様々な職種を取り巻いて事業を実施していく



1-1 目的と概要

当該地域では以前から他地域と比べて自殺率が高いことが問題となっていました。平成15年度から心の健康づくり事業を実施しており、平成22年度からは住民共同型の自殺予防事業の取り組みが始まっています。今後もこれらの事業について、住民共同型事業として、計画段階から地域住民と一緒に作り上げ、地域の自殺予防を推進することを目的としています。

1-2 実施計画

・地域診断の体制とスケジュール

心の健康づくり・自殺予防事業 地域診断体制表					
1. メンバー					
機関	所属・団体名	職種	役割		
国保直診施設	市立大森病院	院長	行政の保健活動を支援		
	市立大森病院	MSW	MSWとしての支援		
	市立大森病院	看護師	看護師としての支援		
行政	市民福祉課	課長	行政としての支援		
	市民福祉課	保健師	行政としての支援		
	市民福祉課	事務職	行政としての支援		
	地域包括支援センター	所長・社会福祉士	地域包括としての支援		
	地域包括支援センター	保健師・精神保健福祉士	地域包括としての支援		
自治会 老人クラブ その他住民組織	民生・児童委員協議会	地区民生委員	民生委員としての支援		
	老人クラブ連合会	地区老人クラブ代表	老人クラブとしての支援		
	食生活改善推進協議会	地区食改推進員	推進員としての支援		
	大森地域婦人会	地区婦人会員	婦人会員としての支援		

※メンバーの記入欄は適宜、追加してください。

2. 会合スケジュール					
	目的	月日	時間	場所	議題・内容・メンバー等
第1回	今後のスケジュールについて	10月27日 (木)	PM4:00 ~5:30	保健福祉センター	モデル事業実施要領について。 今後のスケジュール案・講演会事業について。
第2回	モデル事業計画策定・アセスメント 項目検討・情報分析・課題抽出	11月18日 (金)	AM10時~ 11時30分	八沢木公民館	自殺予防講演会終了後、地域の自殺を減らすために私たちにできることは何か。みんなで考える。その中
		11月30日 (水)	AM10時~ 12時	保健福祉センター	から課題等を抽出し、実際に活動できる内容を挙げる。
第3回	活動計画の策定	12月15日 (水)	AM 10時 ~12時	保健福祉センター	具体的な活動策定。11月18日の講演会での住民の意見より保健師間で策定予定。
第4回	振り返り	1月19日 (木)	午後4時30分~	同上	評価と反省。

【ポイント】

☞病院、行政以外にも地区民生委員や老人クラブの代表、食生活改善推進員など地域の代表者にも参加してもらいます。

1-3 実施内容

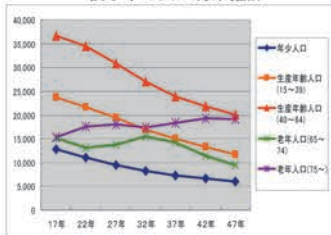
・ワークシート①【基本データ整理表】

大森地域局人口及び世帯数の推移

	人口	年齢3区分別人口・割合		
		年少人口	生産年齢人口	老年人口
H19.3.31	7493			
H20.3.31	7363			
H21.3.31	7268			
H22.3.31	7164			
H23.3.31	7060	691 (9.8%)	3990 (56.5%)	2379 (33.7%)
横手市		11.4%	58.0%	30.6%

130
95
104
104

横手市の人口将来推計



アセスメント

毎年約100人の人口減少あり。老年人口の割合は市の中で山内地域に次、多い地域であり市と比較し老年人口割合が高い。高齢者福祉施設が多いことも老年人口が高い要因と考えられる。出生率は地域としては横ばいだが、市と比べると低い。(市自体が国、県と比べると低い。)
少子高齢化の状態である。人口将来推計からもますます少子高齢化が促進される予想である。

死亡率(H22.12)

死亡率 14.75(人口千人)

死因別死亡率(H22.12)

①肺炎4.0 ②悪性新生物3.6 ③心疾患1.7
④自殺1.2 ⑤老衰1.2 ⑥脳血管疾患0.4

自殺者 (率)

H21年 5人 (69.4) (県38.1)
H22年 8人 (112.4) (県33.1)

アセスメント

1位、2位、3位が国の死亡順位とは異なり、肺炎が1位、自殺4位、老衰5位であるのが特徴である。老年人口が高いことがその要因と考えられる。中でも自殺率は全国ワースト1の秋田県と比較しても断とつに高く、自殺予防対策事業の取り組みが急務である。また、脳血管疾患が6位であることから、脳血管疾患になっても障害を抱え生活している可能性が高い。

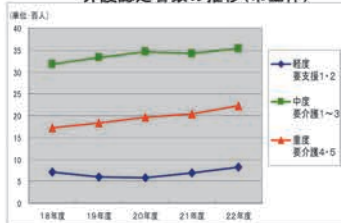
大森地域局高齢者世帯、高齢化率(H23.3現在)

高齢者世帯 650
高齢化率 33.7(横手市 30.7)

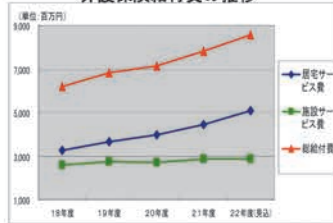
介護保険要介護認定者数およびサービス利用者数(H23.9現在)

介護保険要介護認定者数 581人
サービス利用者数 410人

介護認定者数の推移(市全体)



介護保険給付費の推移



アセスメント

人口は減少しているが、世帯数は横ばいで核家族化している。核家族化が進行し、高齢者世帯も増加し、健康問題(子育て、介護等)に対する家族の対処力が低下する可能性がある。また、年々、介護認定者、介護保険給付費とも増加していることもあわせると、介護保険料の税率の引き上げにもつながり家計を圧迫する可能性がある。そのため、今後は特に一次予防や二次予防への取り組みが重要となる。高齢者福祉施設が多いためか、経済事情上世帯分離世帯が多いのも特徴である。

【ポイント】

☞市全体と比較したときに老年人口の割合が高く、少子高齢化の状態であることがわかります。

☞死因別死亡率からも自殺率が高いことがわかります。

☞地域の高齢化率の高さに合わせて介護認定者数および介護保険の給付費も伸びています。

・ワークシート②

【コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる情報の整理】

<p>3 政治と行政</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・横手市役所大森地域局(町部にあり)平成17年10月1市7町村により合併し「横手市」となる。 使命:元気な地域づくりのため、地域住民との協働の確立。 ・保健師は市民福祉課に所属しており、保健センターへ配属されている。 市民福祉課:保健師3人 ・地域包括支援センター:保健師 1人 (包括センターは東部・西部・南部3カ所あり、保健師は各センター1人ずつ配置。西部は保健センターと同じフロアにあり。) ・大森地域づくり協議会 H17年の合併後住民主体による地域の特性を活かしたまちづくりを推進し、地域の意見を市政に反映させるために設置される。 	<ul style="list-style-type: none"> ・大森地域局管内の人口比では保健師一人当たり住民2,353人で、きめ細やかな対応が可能であり、保健師に対する住民の認知度も高い。 ・地域で開催する保健事業はチラシ配布だけでなく、積極的に呼びかけを行っているが参加者は1割に満たないのが現状である。集う場の提供の仕方や、健康意識の向上へむけての取り組み等が今後の課題である。 ・自分の関心のある趣味や各種団体の会合には参加しているが、地域の会合にはなかなか参加しない。地域の会館に集まるのは総会や祭礼等の地域行事のみ、と言う住民が大多数である。健康についての集まりは参加者が特に少なく関心が低い。粗品等を配り人集めをしていた時期もあった。 ・健康に関して関心はあるが、講演会や健康学習となると抵抗感があり、戻込みしているのが実状であり、参加者も同じ顔ぶれである。また、関心度の高い人と低い人の差があり、今後地域で健康づくりや疾病予防に取り組む基盤づくりが必要である。
<p>6 コミュニケーション・情報</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・防災無線あり ・婦人会 ・老人クラブ ・町内会 ・民生児童委員協議会 	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時や行事のお知らせは防災無線で呼びかけ。 ・65歳以上の一人暮らし高齢者を毎年全数把握し、民生児童委員・保健師が一緒となり全数訪問している。

【ポイント】

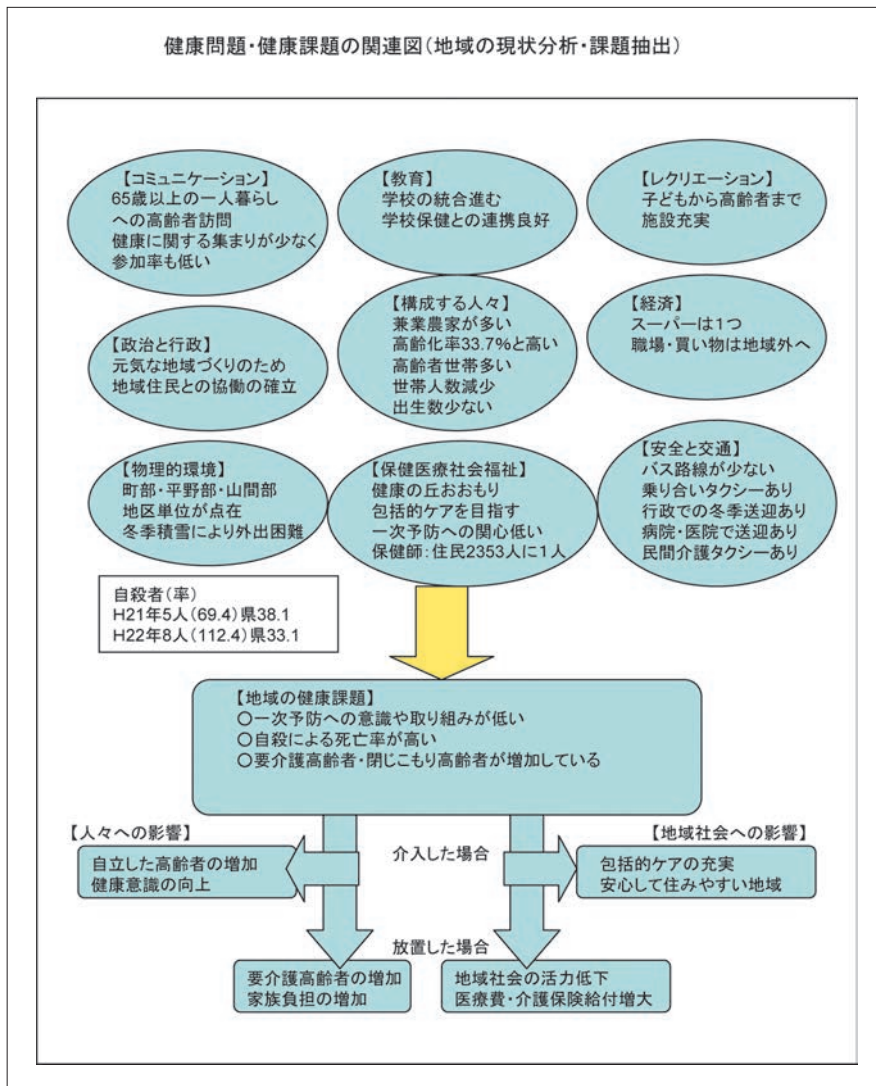
☞人口比では住民の人口に対して保健師がきめ細やかな対応ができる人数であることがわかります。

☞地域で開催する保健事業について積極的に呼びかけを行っていますが、参加率が低いことが課題となっています。

☞自分の関心のあることや趣味への会合については参加がありますが、地域の会合や特に健康についての集まりへの関心が低い、という課題もあります。

☞健康について関心があっても、講演会や健康学習の場には抵抗がある、という声もあります。

・ワークシート③【健康問題・健康課題の関連図】



【ポイント】

☞ ワークシート①・②で収集した情報を整理するために、まず地域の現状および課題についてワークシートの上段に書き出しています。

☞ 高齢化率が高く、高齢者世帯も多いこと、健康に関する集まりが少なく参加率が低い、一次予防への関心が低い、冬季は積雪により外出困難になるという、などの課題が見えてきます。

☞ その中から一次予防への意識の低さ、要介護高齢者・閉じこもり高齢者の増加、および当初から課題となっている自殺による死亡率の高さ、これらを地域の健康課題として抽出しました。

・ワークシート④【健康課題の特定】

健康課題の特定	
問題	その根拠となる状況
地域での自殺予防対策が十分とはいえない。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自殺は個人的なもの、周りはどうしようもできないという認識がある。 ・ 自殺という言葉を公的に使うことに抵抗感がある。 ・ 自殺に対する偏見がある。 ・ 自殺予防対策に関する行政内の連携が弱い。 ・ 地域での「つながり」「仲間づくり」が希薄になっている。 ・ 自殺の背景として重要な「うつ病」に関する知識が不十分。 ・ 一人で悩み苦しんでいる。→相談場所がはっきりわからない。 ・ 自死遺族が集う場が近隣にない。
健康に関する意識・予防が不十分。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「健康の丘おおもり」等施設が充実しているため予防に関する危機感がない。 ・ 健康問題に関心はあるが、参加者は少なく同じ顔ぶれが多い。 ・ 地域で健康づくりの基盤（キーパーソン・設備等）となる人がいる箇所・いない箇所とでは健康に関する意識に差がある。
介護予防に関する意識が低い。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重症化してからやっと相談に来る家族が多い。 ・ 高齢世帯が多く、老老介護の現状である。 ・ 介護教室等開催の周知はしているが参加者が少ない。 ・ 要介護高齢者・閉じこもり高齢者が多い。

【ポイント】

☞抽出した健康課題をさらに分析します。

☞その中で、地域のつながり・仲間作りが希薄になっていること、特に健康問題に関心があっても参加者が少なく同じ顔ぶれが多いこと、介護教室の開催についても同様であることが見えてきます。

☞また、自殺については、公的に自殺について話すことに抵抗があったり、偏見があるため、一人で悩んでしまう実態があることが見えてきます。

・ワークシート⑤【地域保健活動計画案】

地域保健活動計画（案）					
対象および目標	具体的な事業計画	評価指標や目標値	予算・時間・人	優先度	評価時期
【テーマ】 ころの健康づくり・自殺予防対策					
自殺予防に関する地域の理解を深め、自殺による死亡者を減少する。	①自殺予防・心の健康講演会の実施。(H23年度自殺者が出た地区2ヶ所)	自らの心の健康について気づき、地域において心豊かに暮らすことができる機会とする。地域での仲間作り。	予算 時間 人	◎	年度毎
	②訪問事業の強化を図る。 ・50～64歳の一人暮らし男性への訪問。(健診申し込み調べ未提出者22人。) ・65歳以上の一人暮らしへの訪問。164人。(大森75・八沢木58・川西31) 民生委員・福祉担当・保健担当で同行訪問。 ・自立支援(精神)更新時にあわせて訪問。(福祉担当と同行。)対象40人程度。 ・高齢者へのうつ訪問。基本チェックリストにてうつ項目にチェックされた人への訪問。対象者18人。	心身の健康に関する相談の実施。相談場所の周知。 地域とのつながりを密に。(行政として)生活実態把握。 高齢者の人と人とのつながりの強化。喪失体験でのリスクを減らす。(配偶者・友との死別・病気や外傷)	時間・人	◎	年度毎
	③男性の料理教室1回。 対象は30歳以上の男性(全町へ回覧で周知)	地域での仲間作り。引きこもり予防。	予算 時間・人	○	事業後
	④随時、心の健康相談・家庭訪問の実施。 ・巡回相談・ころ(3箇所)	相談場所の周知。うつ病に関しての正しい知識の普及。地域への身近な介入として実施。	時間・人	◎	年度毎

【ポイント】

☞整理した課題に対応するための具体的な活動計画を作成します。

☞ころの健康づくりと自殺予防のための講演会を開くとともに地域のつながり、特に高齢者のつながり・仲間作りを強化することで、引きこもりや自殺予防を図ります。

1-4 成果とまとめ

当初からの課題である自殺対策を中心にしながらも、地域のことをよく把握するために、情報を集め、実際に地域に出向いて住民の実情を見聞きすることができました。そのことにより地域住民と一緒に地域の課題を考えることができ、地域の実情にあった根拠のある計画につなげることができました。

また、地域診断を実施するにあたり、広い視野で地域全体を見ること、日頃から地域にある情報をキャッチし、その情報を共有する体制づくりが必要なこと、様々な職種と協働で実施していくこと、地域全体を包括的に捉える視点を持つことなどの必要性をあらためて再認識しました。

2. 「高血圧を中心とした生活習慣病対策」(涌谷町)

目的と背景：

近年、個々の業務をこなすことが中心になってしまい地域全体について見られていない実情があった。行政や地域包括支援センターなど関係者が情報交換を行うことで、あらためて地域の課題を探った。

取り組みの概要：

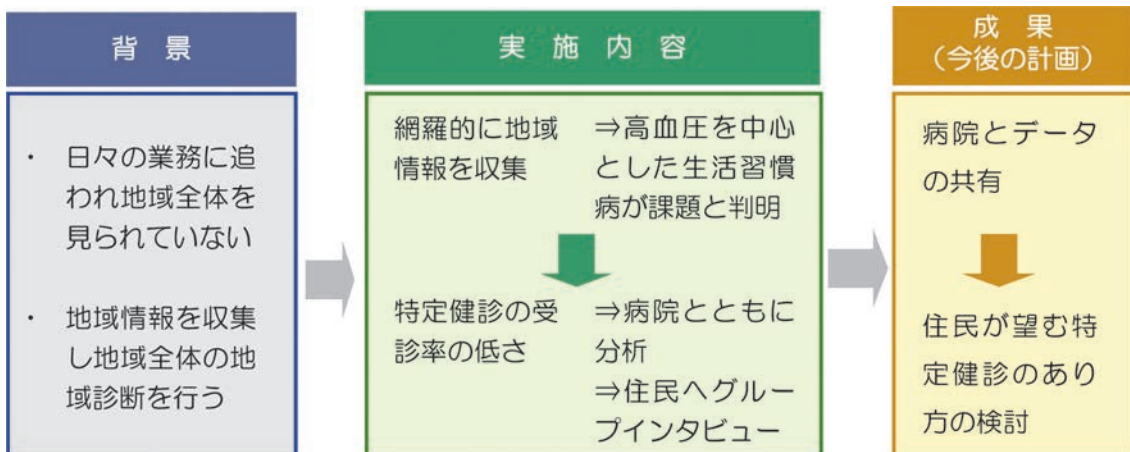
当初は地域全体の情報を満遍なく収集することで網羅的に地域課題を見ていったが、その中で高血圧症を中心とした生活習慣病が大きな課題であることがわかった。特定健診の受診率の低さについて、医局とともに分析を行い、グループインタビューにより住民の声を聞くことで、住民が受けやすい特定健診のあり方を検討した。

成果：

- ・役割分担してデータを収集することで、これまでできなかったような複数のデータを分析することができた。
- ・病院と同じデータや指標に基づき、生活習慣病対策について話し合い等を持つことができた。

今後の課題など：

- ・必要とされるデータが入手できないこともあった。
- ・地区担当ごとの打合せにしたが、業務の都合で継続が難しいこともあった。



2-1 目的と概要

近年、地域全体を見るというよりは個々の業務をこなすだけになっている部分があったため、あらためて地域の情報を収集し、地域全体の地域診断を行うことを考えました。

情報を収集し、それらを分析するうちに高血圧を中心とした生活習慣病が地域にとって大きな課題であることが明確になったため、高血圧症、特に特定健診の受診率の低さを解消するための対策を重点的に行うこととしました。

2-2 実施計画

・地域診断の体制とスケジュール

地域診断体制表					
1. メンバー					
機関	所属・団体名	職種	役割		
国保直診施設	医局	医師	地域診断・健康教室参加		
行政	健康福祉課	保健師	地域診断・健康教室企画・運営		
	(健康推進班)	栄養士	地域診断・健康教室企画・運営		
		歯科衛生士	地域診断・健康教室企画・運営		
	地域包括支援センター	主任ケアマネ 社会福祉士・保健師	地域診断		
	居宅介護支援事業所	ケアマネジャー	地域診断		
健康推進員協議会	健康推進員協議会	健康推進員	健康教室企画・運営		
※メンバーの記入欄は適宜、追加してください。					
2. 会合スケジュール					
	目的	月日	時間	場所	議題・内容・メンバー等
第1回	モデル事業 計画策定	10月3日	16時	応接室	推進班へ説明
		10月13日	13時	医局	医局へ説明
第2回	アセスメント項目検討 情報分析・課題抽出	10月18日	16時	応接室	行政区毎の健康課題の確認
		10月19日	9時	応接室	行政区毎の健康課題の確認
第3回	活動計画の策定	10月24日	16時	応接室	健康づくり座談会実施打合せ
第4回	情報分析・課題抽出	11月21日	9時	応接室	健康課題の確認
第5回	情報分析・課題抽出	12月19日	9時	応接室	健康課題の確認
第6回	評価	12月26日	15時	医局	健康づくり座談会評価

【ポイント】

☞行政（健康福祉課、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター）間で定例的な打合せを行うとともに地域の健康推進員と連携して地域診断の体制作りを行いました。

2-3 実施内容

・ワークシート①【基本データ整理表】

基本データ整理表				
地域の概要（必須データ）				
		データ (情報源も記入)	アセスメント	備考 情報の不足・不備
基本データ	総人口と推移	図1、表1 第四次総合計画	人口が年々減少傾向にある。 23年9月 17,742人 (町民税務課より)	高齢者福祉計画や介護保険事業計画が24年度見直しの時期で現在調整中です。 人口集計表は関係課のみ共有の資料にて、外部への提出困難で添付は出来ませんでした。
	出生率、死亡率	表2 保健活動計画書	出生は5年前に比し、30人減少。 死亡は横ばいである。	
	3区分別人口と割合	図3 高齢福祉計画書	後期高齢が前期高齢を上回り、高齢化が進行。14以下の幼少人口が減少し、少子化傾向が著しい。	
	死因別死亡率	表3 保健活動計画書	1位は悪性新生物、2位は肺、気管支炎である。	
	世帯数と推移	図2、図4、表4 第四次総合計画	世帯数は減少傾向にあったが、21年度からは微増傾向にある。	
	高齢者世帯、高齢化率	表4 地域福祉班	高齢化率は27.2%で、国や県平均よりも高い。	
	介護保険要介護認定者数およびサービス利用者数	表5 介護保険事業計画	認定者数は計画値通りであるが、居宅利用者数は計画値を30人上回っている。	
	産業別人口	表6 第四次総合計画	平成17年の統計資料が最終の県との比較資料です。農業の割合が高い傾向にある。	

【ポイント】

☞人口が年々減少し、少子高齢化が進行しています。また国・県の平均よりも高齢化率が高くなっています。

・ワークシート②

【コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる情報の整理】

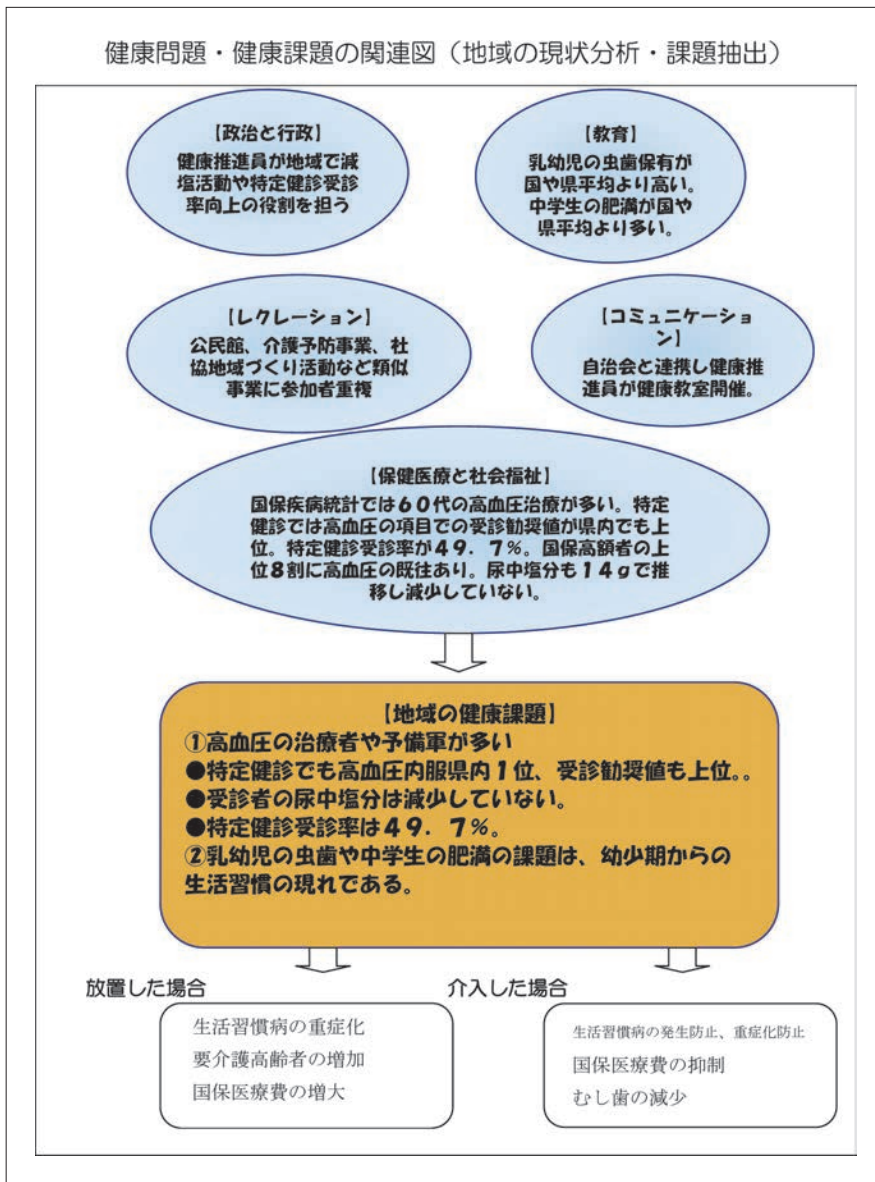
3 政治と行政	涌谷町の機構 健康推進員協議 会規約		町民医療福祉センターが23年前に開設し、保健・医療・福祉・介護の連携のもと町民へ各種サービスを提供している。 全行政区に314名の健康推進員を委嘱、町の健康づくり活動への協力や日赤奉仕団、食生活改善推進員として活動をしている。健康教室を開催し減塩活動や特定健診受診率向上の役割を担っている。
8 保健医療と 社会福祉	図7 保健活動計画 国保医療費 図6 国保全疾病分析 表9 特定健診結果 県内比較 表10 尿中塩分の推移 表11 がん検診結果 図8 むし歯罹患率 表12 三障害手帳保持数 表13 高額レセプト 表14 行政区毎地区診 断表 行政区毎健康推 進員活動表	図7 保健活動計画 国保医療費 図6 国保全疾病分析 表9 特定健診結果 県内比較 表10 尿中塩分の推移 表11 がん検診結果 図8 むし歯罹患率 表12 三障害手帳保持数 表13 高額レセプト 表14 行政区毎地区診 断表 行政区毎健康推 進員活動表	国保1人当費用額の推移では、平成10年より国や県平均よりも下回っている。 国保全疾病統計では生活習慣病の治療者は50歳代から急増し、60歳代では高血圧治療者は生活習慣病の8割、糖尿病は3割を占める。又高血圧症の3人に1人が糖尿病を合併している。 特定健診結果受診率は49.7%で国の目標値以下である。高血圧で内服者が県1位で、受診勧奨値が県内でも上位である。健診時の尿中塩分の平均は14gで目標値を大きく上回る。特定健診は無料であり、特定健診を申し込まない方に受診勧奨を何度も行うが、受診率向上にはつながらない。行政区毎の受診率の経年変化を見ると、差異がみられる。その背景を把握する必要がある。 癌検診の受診率が目標値以下である。 乳幼児の虫歯罹患率では、3歳児では低下しているが、平均保有数は多く、県内でも上位。 三障害手帳保持率は、療育手帳保持率が県の倍であった。 国保高額レセプト分析により、八割の人に高血圧症があり、5割が糖尿病や高脂血症を合併している。 町内39行政区毎の健康診断や健康推進員活動の評価項目を検討し、表13の内容で検討した。活動の差が生じる要因を検討した。

【ポイント】

☞地域の「健康推進員」が健康づくり活動への協力をを行い、健康教室の開催や、特定健診の受診率向上を働きかけています。

☞50代以上の生活習慣病の患者の増加がありますが、特定健診の受診率が向上していないという課題が見えてきました。

・ワークシート③【健康問題・健康課題の関連図】



【ポイント】

☞ワークシート②で書き出した情報を整理していきます。

☞地域の大きな課題として、生活習慣病である「高血圧」の患者が多いこと、その反面、特定健診の受診率が国の目標値を下回っていて、尿中塩分の平均値も高い、といったことがわかります。

☞それ以外の地域課題として「乳幼児の虫歯」や「中学生の肥満」があがりましたが、これらも生活習慣に問題があることが原因となっています。

・ワークシート④【健康課題の特定】

健康課題の特定	
問題	その根拠となる状況
特定健診において、 高血圧内服者割合が県内1位、受診勧奨値も毎年上位である。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国保治療者は50歳代から急増し、60歳代では高血圧治療者は生活習慣病の8割、糖尿病は3割を占める。又高血圧症の3人に1人が糖尿病を合併している。 ・ 高血圧治療中の者が健診を受診している割合が高い可能性ある。 ・ 治療環境が整い、受診しやすい。
受診者の尿中塩分は 減少していない。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 10年前より健診時に、町独自の検査項目として尿中塩分測定を行っている。1日の尿量を推測しての塩分量であるので目安の値であるが、平成15年に10gに達したが以後は14gで推移。 ・ 健康推進員協議会で健康教室開催時に「減塩レシピ」を作成、町民に試食をしているが、青年、壮年期への浸透が不十分である。
特定健診受診率が 49.7%で目標値62%には届いていない。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診体制が毎年変化している。 ・ 特定健診の意味が住民に浸透していない。わかりづらいという意見が多い。 ・ 受けやすい体制を考えたが、受診には地域隣人の声掛けが重要と健康推進員より意見があった。 ・ 受けてほしい人は関心がなく、未健者健診でフォローしても率の向上にはつながらない。 ・ 積極的に受けようという人が少ない。 ・ 健康推進員の受診勧奨や申し込みの回収は、率の向上に寄与している。
乳幼児の虫歯保有が 国や県平均より高い。中学生の肥満が国や県平均より多い。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 乳幼児全体の罹患率は減少しているが、1人当たりの保有数は多い。 ・ 幼稚園、保育所、小学校でピカピカ教室で歯磨き指導を10年以上継続している。 ・ 健康ステップ21計画で小中学校と連携し、「生活に関するアンケート調査」を毎年実施。朝食を毎日食べる割合は幼児保護者で増加、肥満者の割合も中学で増加。肥満者は歯磨き回数も少ないなど、生活習慣への影響が見られている。

【ポイント】

☞ワークシート③
で整理した課題をさらに詳しく見ていきます。

☞「高血圧」に関して、高血圧内服者割合が県内1位であること、受診勧奨値も上位となっています。

☞「尿中塩分」に関して、健康推進員が減塩レシピを作成するなどの取り組みを行っていますが、浸透が不十分なところがあります。

☞「特定健診の受診率」については、住民の関心が低く、特定健診を受ける意味がわかりづらい、という意見がありました。

・ワークシート⑤【地域保健活動計画案】

地域保健活動計画（案）					
対象および目標	具体的な事業計画	評価指標や目標値	予算・時間・人	優先度	評価時期
【テーマ】生活習慣病早期発見のための特定健診受診率向上作戦					
住民が望む特定健診の在り方を探る。 特定健診受診率の差に影響する要因の分析	健康づくり座談会の実施 ・座談会を6地区で実施 地理的に近い行政区で健診率に差がみられる地区を選定する。 ・国保病院医師も参加する。 ・グループインタビューにより住民との意見交換を実施 ・KJ法により意見を集約化する。	①座談会実施地区の次年度の特定健診率が前年度よりアップする。 ②健診率の差に起因する要因を明確化する。	国保病院医師 健康推進班 健康推進員	◎	10月～

【ポイント】
☞ここまでにあってきた課題に対応するための計画を作成します。

☞「高血圧」の問題があるにも関わらず、特定健診の受診率が低いため、「健康づくり座談会」という形でグループインタビューを実施し、住民の声をもとに受診しやすい健診の実施方法を検討します。

☞また、地区によって特定健診の受診率に差があるため、病院の医師にも参加してもらい、その要因を分析します。

2-4 成果とまとめ

地域診断を実施して特に効果があったと思われることは、これまでできなかった複数の情報を収集し、データの分析を行うことができたという点があります。また、今回はじめて病院と一緒にデータを検討することができ、データに基づいて健康教室を実施することで、その評価も一緒に行うことができました。

病院とデータを共有し、生活習慣病対策を話し合うことで受診率の低かった特定健診のあり方や申込書について詳細な意見をもらうことができました。また、「健康づくり座談会」という形で住民にグループインタビューを行うことで住民が望む特定健診のあり方について意見交換を行うことができました。

3. 「なぜ糖尿病が多いのかを考える～糖尿病から透析に移行しないために～」(坂下地域)

目的と背景：

以前から保健師の印象として糖尿病が多いイメージがあった。糖尿病から人工透析に移行してしまう人数も多いため。病院と行政が連携してこれらの健康課題に対応することで、各所属の保健師間での連携を図った。

取り組みの概要：

当該地域に糖尿病が多いというイメージがあったため、地域内の様々な情報を収集することでその原因を探った。また、情報を分析することで住民に対して根拠に基づいた説明ができ、根拠に基づいた対策を立てられるようになることを目指した。

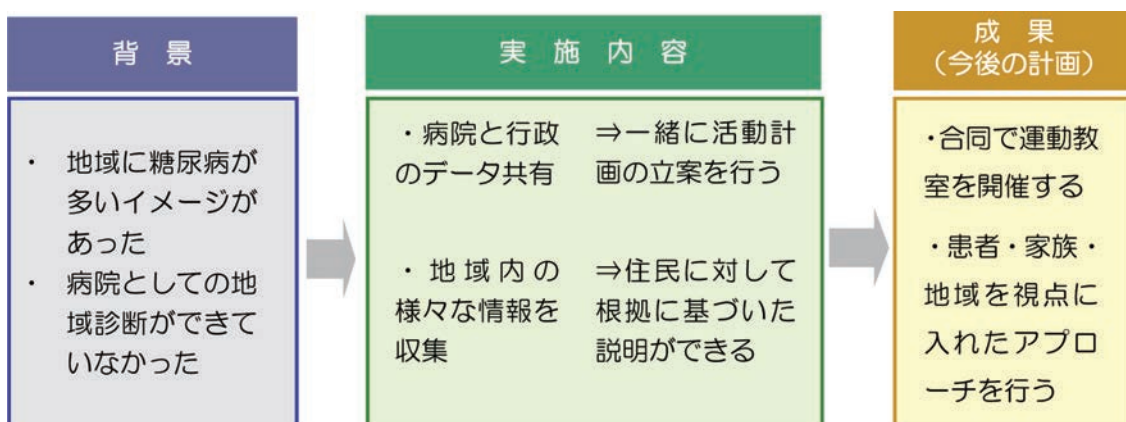
また、地域の課題について病院と行政が情報を共有することで、その対策についてもお互いが協働して取り組んだ。

成果：

- ・病院と行政が健康課題について情報を共有することで、保健活動計画について一緒に計画を立案し健康教室の実施についても合同で開催をするための話し合いを持つことができた。
- ・様式を参考にしてデータを収集し、項目に沿って並べるだけでも地域の概況を理解することができた。

今後の課題など：

- ・データ収集だけでなく、住民と交流する機会を持ち、住民の意見を取り入れながら活動計画を立案する必要がある。
- ・情報によってはどこから情報を取り寄せていいのかわからない項目もあった。



3-1 目的と概要

以前から地区の印象としてヘモグロビン A1c が高く糖尿病が多いイメージがありましたが、今まで病院として地域診断ができておらず、必要なデータが揃っていませんでした。そこで行政に相談し病院の保健師と行政の保健師が連携することでこれらの課題に対応することとしました。

糖尿病だけに限らず様々な情報を収集し、地域の概況を客観的に理解することで具体的な対策を検討しました。

3-2 実施計画

・地域診断の体制とスケジュール

「坂下地区になぜ糖尿病が多いのかを考える
～糖尿病から透析に意向しないために～」 地域診断体制表

1. メンバー

機関	所属・団体名	職種	役割
国保直診施設	院長	医師	統括
	地域医療科	科長	地域医療科の立場
		保健師	病院保健師の立場
		保健師	〃
行政	中津川市 健康医療課	保健師	中津川市行政の立場
		保健師	行政から坂下地区担当の立場
		保健師	行政から坂下地区担当の立場
自治会 老人クラブ その他住民組織			

※メンバーの記入欄は適宜、追加してください。

2. 会合スケジュール

	目的	月 日	時間	場所	議題・内容・メンバー等
第1回	モデル事業 計画策定 アセスメント 項目検討 情報分析・ 課題抽出	12月上旬	未定	坂下病院	1. モデル事業実施要領について。 2. 地区実績統計から糖尿病に関する課題を見つける。 3. 今後、病院・行政の立場からどのように活動すべきか考える。
第2回	活動計画の 策定 振り返り	1月 月上旬	未定	坂下病院	具体的活動計画 反省・今後への課題

【ポイント】

☞以前から糖尿病が多いというイメージがあったため、あえて病院と行政のみで体制づくりを行っています。

3-3 実施内容

・ワークシート①【基本データ整理表】

地域の概要（必須データ）				
		データ (情報源も記入)	アセスメント	備考 情報の不足・不備
基本データ	総人口と推移	5247人 (H23.11 現在) 表1	出生数が減少しており、H22年度は20人以下になる見込み。また、総人口の3人に1人は高齢者であり、老年人口のうち4人に1人は独居高齢者。	
	出生率、死亡率	中津川市 表4	出生率が減少、市全体でも高齢者が増加しているため死亡率が上昇している。	坂下地区のみのデータなし
	3区分別人口と割合	表2		
	死因別死亡率	中津川市 表5、表6	国・県と同様に1位悪性新生物、2位心疾患3位脳血管疾患である。悪性新生物の死亡率は国・県より低いが、心疾患・脳血管疾患は健・国より高い。	死亡率のデータなし
	世帯数と推移	表1	世帯数は年々減少傾向にある。	
	高齢者世帯、高齢化率	65歳以上人口 1668人 (31.8%)	市の27.0%と比較してみても高い。16地区のうち5位と比較的高齢者の多い地域。	高齢者世帯数：不明
	介護保険要介護認定者数およびサービス利用者数	介護保険認定者は214名、内4%が要介護認定		
	産業別人口	表3	国保坂下病院、老健施設がある。医療福祉従事者：11.4% 高峰楽器を始め、中小企業が多い。	

【ポイント】

☞人口の3分の1が高齢者であり出生数も減少しているため少子高齢化が進んでいます。また、老年人口のうち4分の1は単身高齢者となっています。

・ワークシート②

【コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる情報の整理】

5 交通と安全	派出所：1箇所 犯罪発生状況・ 検挙数：表9 救急出動状況： 表8 (中津川市)	【主要道路】 国道19号線、 256号線、県道 3号線、6号線 【公共交通機 関】 北恵那交通バス JR 東海中央本 線 【ライフライン】 上水道普及率： 表14 簡易水道普及 率：表15 電気：表16 (中津川市)	やさかの中心部として、坂 下地区に派出所がある。 主要道路は国道19号線で あり、中津川まで20分弱 のため自動車で移動する ことが多い。 各家庭に自家用車が平均 2台以上はあるため、交通 機関はあまり発達してい ない。 坂下巡回バスがあるが、3 時間に1本程である。	・ 災害時の 安全 ・ 安全なラ イフライン (下水道 普及率)
7 レクリエー ション	文化施設：1 運動施設：1	坂下公民館 和合グラウンド	ワークショップ	レク施設の利用状況
8 保健医療と 社会福祉	公的医療機関 医科：6 歯科：29 保健施設：7 福祉施設：19 児童館：4 (中津川市)	【医療圏】 2次医療圏：中 津川市・恵那市 1次医療圏：各 地域 母子保健：表 10 成人保健：表 11 老人保健：図4 感染症：表13 障害者支援：図 3 介護保険：図5 (中津川市)	市の条例に基づき、各地区 で事業が行われている。 母子保健では、坂下地区で は低出生体重児が多く、そ れと連動して喫煙妊婦も 多い。 介護保険では、要介護認定 率が高い。 成人保健では、生活習慣病 延べ件数が多く、高血圧、 糖尿病、脳血管疾患、高尿 酸が市内で一番多い。	・ 年金 ・ 保健医療 福祉従事 者数 ・ 連携およ び調整の ためのシ ステム

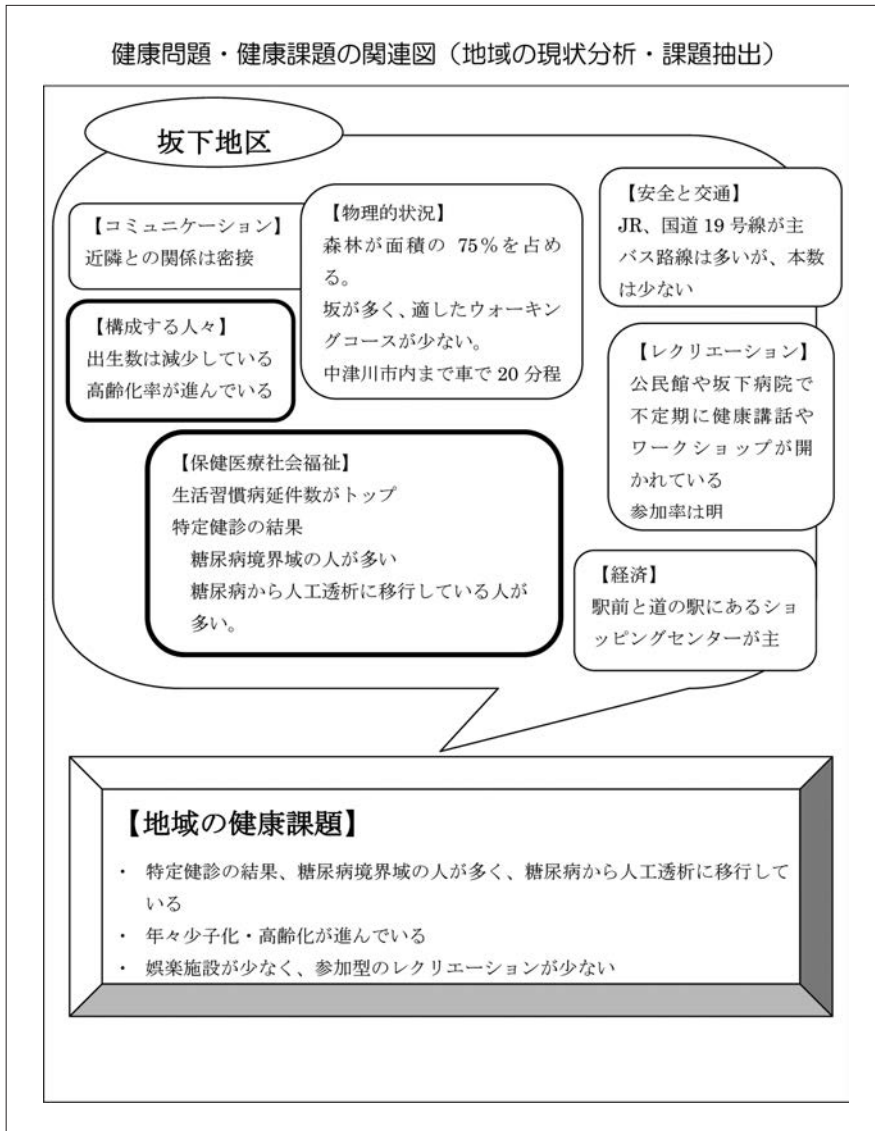
【ポイント】

☞市内へは自動車
での移動が多いこ
とから、歩く機会
が少ないことが予
想されます。

また、運動ができ
るレクリエーショ
ン施設等も少ない
ことが窺えます。

☞保健医療につい
て生活習慣病の延
べ件数が多く、中
でも市内では高血
圧、糖尿病、脳血
管疾患、高尿酸が
多いことが見えて
きます。

・ワークシート③【健康問題・健康課題の関連図】



【ポイント】

☞ これまでに収集してきた情報から課題を見つけ出します。

☞ 特定健診の結果から、生活習慣病の延べ件数が多いという課題がありますが、その中でも糖尿病境界域の人が多く、糖尿病から人工透析に移行している人が多いことがクローズアップされました。

☞ それ以外の課題として、少子高齢化の進行や参加型のレクリエーションが少ないことがあげられました。

・ワークシート④【健康課題の特定】

〈坂下地区の全体像〉～糖尿病から透析に移行しないために～(抜粋)

【身体】

〈治療状況〉H22年5月レセプトより

	高血圧	脂質異常	糖尿病	脳血管疾患	高尿酸	虚血性心疾患	動脈硬化	肝機能	大動脈疾患	透析
受診割合	26.9%	23.0%	17.1%	8.1%	6.5%	5.4%	4.7%	2.3%	0.5%	0.3%
地区順位	1位	1位	1位	1位	1位	6位	1位	4位	1位	5位
市割合	22.2%	18.1%	11.7%	5.7%	4.5%	5.4%	2.3%	2.0%	0.2%	0.2%

4割が生活習慣病で受診しており、市内の他の地区で一番高い受診率となっている。
疾患別で見ても、1位となっている疾患がほとんどである。

〈特定健診受診率〉

H21年 28.7% 16地区中14位
H22年 31.9% 16地区中15位
60代70代の受診率が低い

〈透析原因疾患内訳〉

	坂下地区	市
患者数	12人	201人
糖尿病性	7人(58%)	59人(29%)
腎性	5人(42%)	140人(70%)
その他		2人(1%)

【生活背景】

●生活

JR中央線、国道19号が通っており、中津川市内へは電車で10分、自動車でも20分で行けるため、通勤や買い物は中津川市内に行く人が多い。自動車での移動が殆どである。
坂が多く、ウォーキングや運動できる場所が少ない。
女性は運動する意識が高く、運度等参加しているが、男性の参加は少ない。

【まとめ】

1. H20、21年の健診結果

ヘモグロビンA1c境界域の割合が多く、市内で上位。
尿蛋白(+)以上の割合が上昇傾向にある。
女性においては、高血圧の割合も多い。

2. 生活習慣病治療状況

市内で一番多くの方が生活習慣病で治療している。
高血圧、脂質異常症、糖尿病、脳血管疾患、高尿酸が市内で一番多い。
(医療機関に受診している人が多く、医療機関できちんと管理されている)

3. 透析患者

透析患者数の割合は、他地区と変わらないが、
原因を見ると、糖尿病による透析が半数以上と多い。

4. 日常生活

お菓子は常にあり、菓子パンを間食として食べている事が多い。また、柏餅、からすみ、栗きんとん等甘い物を自宅で作り食べることも多い。
殆どが自家用車で移動。歩く事が少ない。
ウォーキングコースもない。

【ポイント】

この地域では標準的な様式によらず、収集したデータを図表化することで健康課題の特定につなげています。

特定健診の受診結果からヘモグロビンA1c境界域の割合が市全体よりも高いことがわかりました。

生活習慣病治療状況から多くの方が治療を受けており、また、透析の原因として半数以上が糖尿病であることがわかりました。

中学校食事調査等から間食が多いことがわかり、また、自動車での移動がほとんどであるため歩くことが少ない、特に男性の運動への参加が少ないことがわかりました。

・ワークシート⑤【地域保健活動計画案】

地域保健活動計画（案）					
対象および目標	具体的な事業計画	評価指標や目標値	予算・時間・人	優先度	評価時期
【テーマ】 糖尿病の重症化予防					
健診による肥満割合の減少	①行政と病院とが連携を摂り、病院の運動教室参加までつなげる。 ②ウォーキングマップの作成・配布	保健指導から運動教室参加率の増加 ウォーキング人口の増加 健診の結果と運動教室参加者の中で、平均体重を3kg減少	行政保健師 病院保健師	◎	1年

3-4 成果とまとめ

病院と行政が健康課題について同じデータを共有することで、地域保健活動計画についても協働して計画を立案し、合同で運動教室を開催するための話し合いをすることができました。

医療機関でも地域診断をすることにより、患者・家族・地域を視点に入れたアプローチをすることができました。

また、様々な情報を収集することで、効果的で住民に対して根拠に基づいた説明のできる取り組みを行うことができます。

今後の課題として、データの収集に力点を置いていたため住民の声をあまり聞くことができませんでした。住民と交流する機会を作り住民の意見を取り入れた活動計画が作成できれば、なお効果的な取り組みにつながると考えられます。

【ポイント】

☞特定した健康課題に対応するための計画を作成します。

☞糖尿病をはじめとする生活習慣病の治療者が多く、かつ歩くなどの運動をする機会が少ない、という課題を解消するため、行政と病院が連携して運動教室を開催します。

☞地域全体に坂が多く、歩きやすい場所が少ないため、ウォーキングマップを作成し、ウォーキング人口の増加を目指します。

4. 「認知症になってもこの地域で安心して住み続けていくための地域診断」(御調地域)

目的と背景：

病気をきっかけに引きこもりになったり、ごみの分別ができなくなって近所から苦情がくるなど、地域から一人暮らしの認知症に対する問題が出ていた。また、地域のつながりが薄くなったことも認知症の増加の背景にあることが想定されるため、一人暮らしの認知症の高齢者でも地域で安心して生活できる地域を目指した。

取り組みの概要：

病院・行政に限らず地域の多くの関係者が話し合える場を設定した。国勢調査や市の統計から全体的な統計データを集めるとともに、それだけでは得られない情報については、専門職へのグループインタビューも行うことで情報を収集した。

そのことにより高齢者のみ世帯の増加による地域のつながりの弱さや高齢者が活躍できる場所が以前に比べて少なくなっていることがわかった。

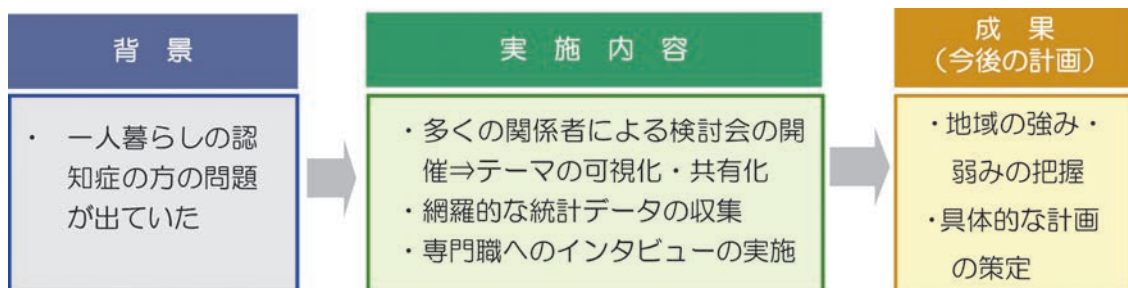
これらの課題に対応するために認知症の人を支えるボランティアの育成や認知症に関する知識の普及啓発が行う必要がある。

成果：

- ・ 認知症というテーマで自分の地域を振り返り話し合う機会が得られ、地域の強い部分と弱い部分を知る機会ができた。
- ・ 同じテーマで少なくとも2~3回集まる機会となり、認知症について可視化ができる関係になった。

今後の課題など：

- ・ 情報収集の段階の難しさと時間がかかることで、保健師が地域診断を行うことを諦めてしまう可能性があるのではないか。
- ・ 若い人の力が大事という意見から、子どもの親へのアプローチや消防団や商工会などへのかかわりを検討していく必要がある。



4-1 目的と概要

ゴミの分別ができなくなると民生委員に近所から苦情があるなど地域から一人暮らしの認知症の問題が出ていたため、テーマを認知症に絞りました。

国勢調査や市の統計から量的データを収集するとともに、それだけでは得られない情報については専門職へのグループインタビューを行いました。また病院、行政に限定せず、駐在所、金融機関、認知症の家族など多くの関係者による検討会議を行うことで広く地域の意見を聞くことができました。

4-2 実施計画

・地域診断の体制とスケジュール

「認知症になってもこの地域で安心して住み続けていくため」の地域診断体制表

1. メンバー 22人

機関	所属・団体名	職種	役割
国保直診施設	病院 副院長（地域担当）	医師	統括
	病院 部長	医師	精神科医の立場
	病院 歯科部長	歯科医師	歯科医の立場
	病院 参与	保健師	事務局
	地域包括支援センター所長	保健師	地域包括の立場
行政	広島県認知症介護指導者	看護師	地域のアドバイザー
	御調保健福祉センター所長	保健師	行政の立場
	御調保健福祉センター所長補佐	事務職	行政の立場
	御調保健福祉センター係長	保健師	行政の立場
自治会 老人クラブ その他住民 組織	御調保健福祉センター職員	保健師	行政の立場
	開業医	医師	開業医師の立場
	民生委員・児童委員協議会	民生委員代表	民生委員の立場
	保健推進員協議会	保健推進員代表	保健推進員の立場
	老人クラブ連合会	老人クラブ代表	老人クラブの立場
	社会福祉協議会（認知症ボーター）	認知症ボーター事務局	ボーター養成の立場
	駐在所	警察官	防犯・安全の立場
	金融機関	地方銀行	防犯・安全の立場
認知症の家族	保健師	家族の立場	

※メンバーの記入欄は適宜、追加してください。

2. 会合スケジュール 案（専門職や機関へのグループインタビューは別に検討する）

	目的	月 日	時間	場所	議題・内容・メンバー等
第1回	モデル事業計画策定・アセスメント項目検討	11月25日	午後1時半～3時半	御調保健福祉センター	1. 統計から見た認知症に対する地域の課題 2. 地域の中で感じる課題等の聞き取り
第2回	情報分析・課題抽出	12月16日	同上	同上	1 回目の会議内容を整理し、地域における活動の方向と計画策定
第3回	活動計画の策定振り返り	1月27日	同上	同上	振り返りと次年度の方向作り

【ポイント】

☞病院、行政以外にも開業医、駐在所、金融機関、認知症の家族など幅広い関係者に呼びかけています。

☞精神科医・開業医：認知症の専門医とゲートキーパーの役割として。

☞駐在所：地域防犯の最終ネットと考えたため。

☞金融機関：認知症サポーター養成講座を受講していたため。

4-3 実施内容

・ワークシート①【基本データ整理表】

<p>高齢者世帯、 高齢化率</p>	<p>表5 御調町の在宅高齢者の 状況</p>	<p>高齢化率は、年々上昇。国、県の平均を約10%上回っている。尾道市とは同等。今後も国、県より速いペースで上昇する見込み。高齢者の独居、二人暮らしが増加→家族力の低下が予測される。世帯、家族間のつながりを弱め、地域コミュニティの弱体化をきたしやすい。【山陽日日新聞11月9日号に、高齢化率を旧市町別にみると、トップは限界集落の多くなった御調町だと思っていたが、意外にも瀬戸田町で37.2%(前回33.2%)次いで因島市34.8%(31.5%)と島しょ部で高齢化が進んでいるという記事】医療や介護施設が充実が御調町の高齢化率鈍化に影響を与えているのかも</p>	
<p>介護保険要介護認定者数およびサービス利用者数</p>	<p>表6-1～6-3 御調町の要介護認定状況・在宅サービス受給者等 表7 尾道市の介護保険被保険者の推移 表8 尾道市の生活圏域ごとの高齢化率 表9、9-1～9-3 地域包括支援センターの圏域ごとの認知症日常生活自立度 表10-1～10-5 認知症高齢者の日常生活度Ⅱ以上の高齢者の推計等</p>	<p>要介護認定者数： H12年～5年間で100人増 尾道市の認定者数も増加傾向、重度化傾向。 サービス利用者数：尾道市は居宅、地域密着型サービスの受給者数が増加。施設サービスについては、H13～16年までは、増加傾向。H20～22年（尾道市）は、横ばい。 認知症自立度Ⅱ以上の65歳以上の人口比は、御調町を含む北部エリアが国より10年進んでいる。更なる増加が予測される。</p>	<p>H20年以降は尾道市の統計 圏域より小さい単位の統計はなし</p>

【ポイント】

☞高齢化率が上昇し、国・県の平均を10%上回っていることが見えてきました。

☞高齢者の独居・二人暮らしの増加から、家族間ひいては地域のコミュニティが希薄になっていることが予測されます。

☞要介護認定者数も増加傾向、重度化傾向にあり、認知症自立度Ⅱ以上の65歳以上の人口比が国よりも進んでいることが見えてきました。

・ワークシート②

【コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる情報の整理】

2 コミュニティを構成する人々	表2-1 産業別就業者割合の推移 表15-1~15-6 参考資料 全国未婚率の推移等図2(36) 満足度調査 地域コミュニティ満足度は他地区に比べやや高い	《推進会議から》 商店街等の機能が低下している かけはし等インフォーマルなサービスが知られていない ボランティアの発掘育成や活動の場が少ない(認知症サポーターが少ない) コミュニティで関わる機会が減少	少子高齢化の傾向著明 高齢者の独居、二人暮らしの増加、未婚率上昇から、世帯や家族間のつながりが脆弱化してきている 地域のつながりの弱さから高齢者が孤立化する可能性も 商店街等町の機能も低下している	
8 保健医療と社会福祉	表25及び25-1 御調町内医療機関の状況 表26 平成23年度保健福祉及び介護予防事業等の概要について 図3 介護保険における尾道市の日常生活圏域別の居住系及び地域密着型サービス事業所 表27-1 尾道地区介護保険事業所関係 表27-2 尾道市御調地域の介護サービス関連事業所名 表25-2 御調町内も障害者自立支援関係 通所施設4(民間) 入居施設:2 訪問介護事業所1【満足度調査】 図2(27) 健康づくりに対する支援の充実→他地区に比べ満足度が大幅に高い 図2(28) 医療体制やサービスの充実→他地区に比べ満足度高い 図2(29) 高齢者がいきいきと暮らしている→他地区に比べ満足度が高	総合病院及び併設施設職員数637人(うち医師29) 臨床心理士(H23年~精神科医常勤) もの忘れ外来(月)(木) 一般開業医:3 歯科診療所:3 保健福祉センターの健康相談 1回/2ヵ月 もの忘れ何でも相談第3(木) 保健部門に保健師10人 《グループワークから》 認知症患者の当院内対応スムーズ つながっていると思っていた専門職に弱い部分あり 本人・家族・地域の不安解消のためのサービスの間にできる「空き時間」のサポートが弱い 介護者が近所にいないストレスや思いを吐き出す場が少ない 別に住む家族へ	医療機関、介護保険施設及び事業所、障害者支援関連、福祉施設共に充実している。(島しょ部に比べ介護保険事業所や医療機関は充実していることも人口減少の歯止めとなっているように思われる) これまでの地域包括ケアシステムの構築により訪問系サービス、施設系サービスがバランスよくあり、隣接市のサービスも受けやすい場所にある。しかし今後は高齢化に伴いサービス不足の可能性は高い 地域住民ボランティアの発掘・育成が少ない 認知症サポーター養成講座が知られていない 医師、看護師の絶対数が少なく、中山間の地域医療の足元が揺らいできている 国保医療費:広島県は1人当たりの医療費全国1位、尾道市は県内9位と高い。高齢化の進展に伴い増加傾向	

【ポイント】

☞ワークシート①

と同様に、高齢者の独居・二人暮らしの増加があり、地域のつながりの弱さから高齢者が孤立化してしまう可能性が考えられます。

☞医療機関、介護保険施設・事業所数は多いことがわかりましたが、その反面、地域ボランティアの育成が弱い、認知症サポーター要請講座が知られていない、医師・看護師の絶対数が少ないなどの課題も見えてきました。

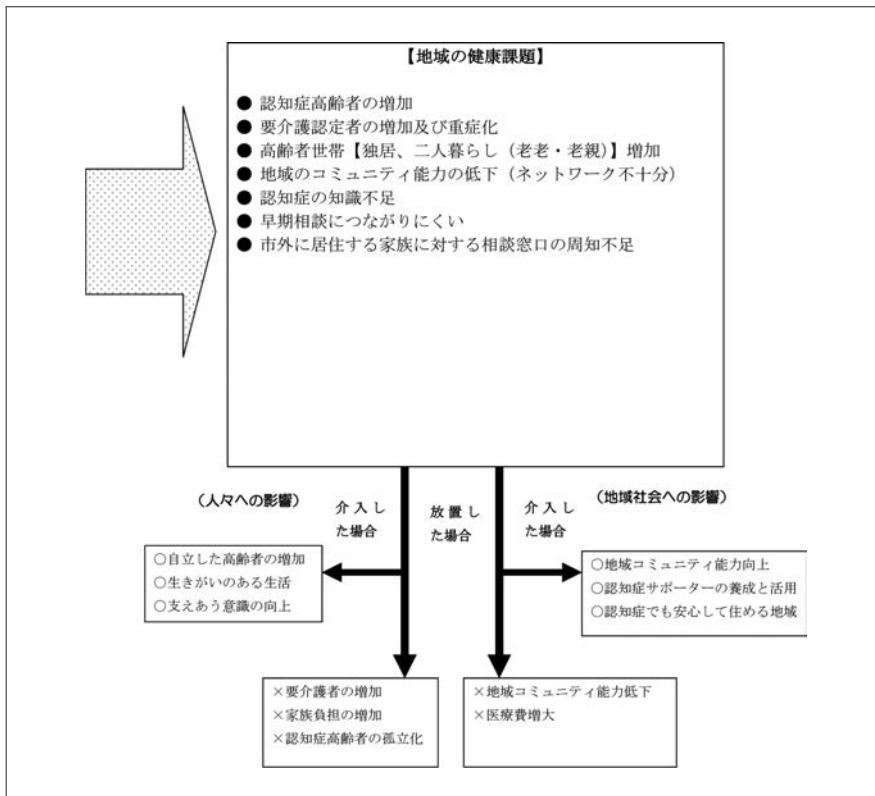
・ワークシート③【健康問題・健康課題の関連図】



【ポイント】

☞これまでに収集した情報を上段に整理していきます。（○・×によってこの地域の強み・弱みを表しています）

☞そのことによって高齢化率が高い、高齢者のみの世帯の増加などの課題がある反面、医療機関、介護施設・事業所等が充実している。相談窓口が明確である、などの地域のよいところも見えてきます。



☞そして下段の地域の健康課題を抽出した結果、上記に加えて地域のコミュニティ能力の低下、認知症の知識不足、早期相談につながりにくいなどの地域課題が見えてきました。

・ワークシート④【健康課題の特定】

健康課題の特定	
問題	その根拠となる状況
認知症高齢者への対応が不十分	<ul style="list-style-type: none"> ・ ボランティアも高齢者 ・ 地域の中の人間関係（なじみの関係）の希薄化 ・ 認知症の知識不足 ・ 認知症サポーターが少ない ・ 相談窓口は明確だが、早期相談につながりにくい
サービスの知識不足のため早期相談やサービスの導入がしにくい	<ul style="list-style-type: none"> ・ インフォーマルサービスの周知不足 ・ 認知症の知識不足 ・ 相談窓口は明確だが、早期相談につながりにくい ・ 地域ボランティアの活動の場がない
地域のネットワークが不十分で相談が早期につながりにくい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症に特化してみると、保健・医療・介護・福祉等それぞれの関係機関や地域と顔を合わせる機会が少ない ・ 各関係機関の活動内容が周知されていない
高齢者が孤立化しやすい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者の身近な交流の場が少ない。地域の中で関わる機会の減少（なじみの関係作りの減少） ・ 地域ボランティアの活動の場が少ない
認知症高齢者の介護者の健康問題の悪化のおそれがある	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者世帯【独居、二人世帯（老老・老親）】の増加 ・ 要介護認定者、認知症高齢者の増加 ・ 家族介護者の集う場が少ない ・ 医療機関、介護施設等充実も高齢化に伴い不足する可能性もある ・ インフォーマルサービスの周知不足
民間サービスの不足で生活のしづらい地域がある	<ul style="list-style-type: none"> ・ 配食サービスを利用できない地域がある ・ バスの便が少ない

【ポイント】

☞ワークシート③で抽出した課題について分析していきます。

☞認知症高齢者への対応が不十分という課題については、地域の中の人間関係の希薄化、認知症サポーターが少ない、という要因が見えてきました。

☞早期相談やサービスにつながりづらいという課題についてはインフォーマルサービスの周知不足や、地域ボランティアの活動の場がない、という要因が見えてきました。

☞高齢者が孤立しやすいという課題については、高齢者の身近な交流の場が少ないという要因が見えてきました。

・ワークシート⑤【地域保健活動計画案】

地域保健活動計画						
対象および目標	具体的な事業計画	評価指標や目標値	予算・時間・人	優先度	評価時期	
【テーマ】「認知症になってもこの地域で安心して住み続けていくため」の地域診断						
認知症高齢者が在宅で安心して生活できる ① 認知症にならないための予防活動 ② 認知症の啓発活動 ③ 早期発見システムにつなげる働きかけ ④ 認知症の人の支援	研修会の実施 ① 認知症サポーター養成講座 ② シンポジウムの研修会 ③ ワークショップ	研修会：3回シリーズ 参加者 100人以上	会の運営 時間 人 予算未定	◎	1～2年	
	地域のネットワークづくり強化 ネットワークの幅を広げる(若年者・PTA、商工会、消防団等)	(仮称)御調ネットで安心ネットワーク作り会議 1回/年 専門職会議1回/年 医療機関との連絡会実施			◎	1～2年
	医療機関との連携強化	各相談窓口の周知(連絡先等全戸配布) ホームページ開設、啓発カレンダー配布			◎	1～2年
	相談窓口の啓発活動の実施(高齢者に限らず)	サロンの立ち上げ サロン支援員の支援 支援員の交流会など 地域づくり講演会(仮称シルバーリハビリ事業として) 2回/年 仮称シルバーリハビリ体操指導士の養成 30人 仮称シルバーリハビリ体操事業実施 7カ所		予算未定	◎	2～3年
	高齢者の集う場作り(なじみの関係の見直し)	2回/年			◎	1年
	家族介護者交流会の実施	住民ニーズ調査実施 1回 行政及び民間業者への協力要請(ネットワーク会議参加)			○	5年
	配食、買い物サービスの充実を図る					

【ポイント】

☞特定した課題に対応するための活動計画を策定します。

☞認知症高齢者が在宅で安心して生活できることを大テーマに以下のような取り組みを行います。

☞周囲に認知症を理解してもらうため、また認知症の人を支える人たちを養成するための研修を開催します。

☞地域のネットワークの幅を広げるために商工会や消防団などの若年層とのネットワーク作り会議を開催するとともに、医療機関との連携を強めるために連絡会を実施します。

4-4 成果とまとめ

テーマを認知症という一つのテーマに絞りながらも、多くの関係者が話し合うことで、自分たちの地域を振り返り、地域の弱い部分だけではなく、強い部分を知る機会にもなりました。また、同じテーマで関係者が集まることで、認知症について可視化ができる関係を作ることができました。

統計情報等の収集については、確かに保健師一人で作業を行うには困難なことも多くありますが、複数の保健師で分担することで、必要な情報の選別がスムーズに行うことができました。

認知症高齢者を地域で支えるためのネットワーク作りやボランティアの育成、また、高齢者の集まる場を作ることに具体的な計画を作成することができました。

5. 「『まめなかな和良21プラン』の策定」(旧和良村)【先進事例ヒアリング】

目的と背景：

国保病院との連携の下で健診を中心とした保健事業を展開してきたが、健康づくりに対する住民の主体性不足、住民の健康行動支援方法に関する反省から、「健康日本21」「健やか親子21」の開始、母子保健計画や高齢者保健福祉計画の見直しを行った。

保健師が主体となり独自の保健計画を立てることを目指し、村や保健所の理解のもとで実現した。

取り組みの概要：

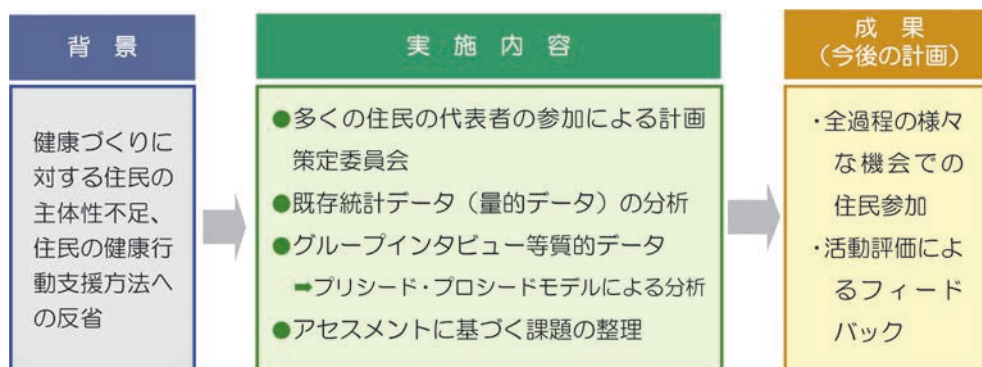
スタッフの理解と勉強を出発点とし、各種団体の長からなる策定委員会を設置した。既存資料を活用するとともに、悉皆に近い健康調査を実施した。また、住民参加を重視して数値データのみではなく、グループヒアリングにより住民の声を集約した。データの分析には、PRECEDE-PROCEED Model を利用した。多面的なデータを分析し、健康課題を整理し、世代別の課題として位置づけた。これに沿って「まめなかな和良21プラン」を策定し、たばこ対策、食育、高齢者等の分野ごとに活動を実施した。推進委員会と評価委員会を設置し、定期的に評価を実施している。

成果：

- ・保健師が中心となり、住民参加による独自の健康計画を策定した。中間評価では、計画に基づく健康づくりは、おおむね効果的に機能していた。
- ・推進委員会を設置したことにより、参加団体や住民が健康づくりや計画推進に寄与することが可能となった。

今後の課題など：

- ・推進委員会のメンバー交代によりモチベーションの維持が困難となる。
- ・継続的な活動によりマンネリ化する懸念がある。
- ・市町村合併により、地域の独自性が出しにくくなった。
- ・評価委員会における評価の視点や方法が浸透していない。



5-1 目的と概要

和良地域では、国保病院との連携の下で健診を中心とした保健事業を展開してきましたが、健康づくりに対する住民の主体性不足、住民の健康行動支援方法に関する反省もありました。「健康日本21」「健やか親子21」の開始を契機として、保健師が主体となり母子保健計画や高齢者保健福祉計画を包括する村独自の保健計画を立てることを目指し、村や保健所の理解と協力のもとで実現しました。

5-2 実施計画

1) 実施体制

住民参加型で進める一環として住民代表者会議（まめなかな和良21プラン策定委員会）を設置しました。

【構成メンバー】

- ①議会代表 ②教育委員代表 ③民生児童委員協議会代表
 - ④区長代表 ⑤公民分館長代表 ⑥農事委員代表
 - ⑦保健衛生委員代表 ⑧保健推進委員代表 ⑨体育委員代表
 - ⑩体育指導委員代表 ⑪商工会代表 ⑫婦人会代表
 - ⑬老人クラブ代表 ⑭青年団代表 ⑮食生活改善推進委員代表
 - ⑯乳幼児学級代表 ⑰学校地域保健委員代表
 - ⑱国保病院代表 ⑲歯科診療所代表
- オブザーバー 中濃地域保健所

2) スタッフの理解と勉強

事前の準備として、スタッフの理解を深めるため、以下のような勉強の機会を設けました。

- ・健康日本21計画策定検討会座長の講演
- ・中濃地域保健所長、国保病院長のレクチャー

【学習内容】

- ・健康日本21地方計画の重要性
- ・保健計画策定の重要性
- ・住民参加の重要性
- ・プリシード・プロシードモデル

こうした勉強の機会を通して常に住民参加を意識しながら進めることを確認しました。

☞住民による、住民のための、村ならではの計画を策定するという目標に向かって、データに基づき健康課題を抽出し、村の資源を最大限に活用する保健計画を策定したものです。

☞あらゆる分野の住民代表が参画しています。

☞計画策定の前提となる関係者の理解と意識をそろえるため、勉強の機会を設定しています。

5-3 実施概要

1) データの収集

和良地域の健康状況を評価するため、健診データのみではなく実態調査（世代に応じたアンケート調査）も実施し、和良地域の社会資源等の把握、不足分の調査、調査結果の公表と課題の抽出を行いました。

既存資料として健診データ、県の衛生年報などを活用しました。ただし、把握しきれない項目も多く、健診データなどは受診者のバイアスの存在も想定されます。そこで小規模の地域ならではの悉皆性の高い健康調査を実施するとともに、数字の一人歩きの危険を回避し、住民参加の原則の保持するため、グループインタビュー、グループワークを実施しました。

【既存データ】

- 人口動態（住民基本台帳、国勢調査）
- 主観的健康感
- 長期追跡調査（JMS コホートのデータなど）
- 健診・検診（10年間、受診率、肥満・高血圧・糖尿病の有病割合）
- 介護保険（年齢調整要介護認定割合、標準化要介護認定比、和良村の要介護認定状況）
- 医療費分析（国保医療費推移ほか）

【実態調査】

- 世代別の健康調査（アンケート）
- 食物摂取頻度・24時間蓄尿・歩数調査
- グループインタビュー

以下に実態調査の概要を紹介します。

■ 「まめなかな健康調査」

目的：健康日本21、健やか親子21に準拠した健康状況の把握

対象：乳幼児から80歳以上の高齢者

方法：直接郵送又は乳幼児学級、保育園、地域学校保健委員会、保健推進委員会を介して、健康調査票を配布回収

☞ アンケートやグループインタビューなどの質的データについて収集を行います。

■ 「まめなかな生活習慣実態調査」

目的：質問票だけでは得られない項目の把握

対象：20～70 歳代の各年齢層から計 149 名を抽出

方法：食生活習慣実態調査、24 時間蓄尿によるナトリウム・カリウム摂取量調査、歩数調査

■ 「まめなかな調査」

小児	健やか親子 21 あるいは郡上郡母子保健計画に準拠して 小学校高学年・中学生は地域学校保健委員会を介し、喫煙飲酒に関して調査、食事運動に関し追加
高校生～19 歳	成人分を減らし、性・薬物について追加
20～64 歳	健康日本 21 に準拠したベースセット
65 ～79 歳	高齢者は老研式 IADL 調査追加
80 歳以上	80 歳以上は老研式 IADL・基本的 ADL、情報関連機能のみ

■ 「まめなかなインタビュー」

目的：地区や年代層の健康問題の把握。住民参加のニーズを聞き出す

対象：地区別 4 団体、団体別 13 団体、健康レベル別 10 団体、計 27 団体

内容：参加者の主体的健康感

個人の QOL

健康の秘訣（80 歳の方）

健康維持のためのサービスニーズ

健康課題を把握

住民が参画できるニーズ

方法：インタビューを録音、二人のスタッフで独立して言葉を抽出しカードに住民の言葉で記載、その後プリシード・プロシード方式等を利用して解析

■ グループワークの実施

策定委員会や保健推進委員会等でラベルトーク（ポストイットにニーズを書き、模造紙に貼る）による健康づくりに必要な課題を抽出

2) データの分析

■既存統計データの分析

【人口動態から】

◆住民基本台帳・国勢調査をもとにしたデータ

- 人口、世帯数等関連統計
→人口推移人口ピラミッド・年少生産老年人口割合・世帯数世帯構造・就業状況
- 出生関連統計
→出生率、出産年齢、低出生体重児出生率、婚姻率・離婚率
- 死亡関連統計（20年間の死亡状況より）
→年齢調整死亡率、標準化死亡比（SMR）
→主要死因別割合、死因別年齢調整死亡率、死因別 SMR
→性年齢階級別死亡率
→部位別悪性新生物死亡割合、部位別悪性新生物年齢調整死亡率、部位別悪性新生物 SMR
→死亡場所、終末期希望調査

【主観的健康感から】

◆主観的健康感調査のデータ

- 16歳以上に対して
→常に健康・健康なほう・あまり健康でない・健康でないの4項目で評価
- 小中学生に対して
→健康度を100点満点で評価
- 20～79歳に対して
→主観的健康感と健康行動との関連を評価
 - ・横断研究
 - ・対象：2002年1月1日現在和良村に住民票のある20歳～79歳の男性861人、女性902人
 - ・4項目のうち2つを主観的健康感高値群、後者2つを主観的健康感低値群とし目的変数とした
 - ・説明変数として自記式質問票により食習慣、運動習慣、ストレス、休養、疾病の状況などを評価
 - ・解析は多重ロジスティックモデルを使用

☞統計データなどの量的データについても収集し分析を行います。

【長期追跡調査から】

- ◆ JMS コホート (Jichi Medical School Cohort Study) のデータ
 - 1992 年より、自治医科大学、和良村も含め全国 12 の町村との共同による、住民健診のデータを元にした、心血管疾患に対する追跡調査
 - 今回は和良村のデータのみ使用
 - ・ コホート研究
 - ・ 対象：35 歳以上の男性 484 人、女性 626 人で、自記式質問票上脳卒中、心筋梗塞、癌の既往のない人を対象
 - ・ 約 10 年間の追跡結果
 - ・ 死亡、脳卒中罹患、心筋梗塞罹患をエンドポイントとする

【健診・検診から】

- ◆ 約 10 年間のデータ
 - 健診受診率：対象とする 35 歳以上全住民の約 50 %
 - 解析項目
 - ・ 健診受診率の推移
 - ・ 性年代別受診率の推移
 - ・ 肥満、高血圧、糖尿病の有病割合の変化
 - がん検診に関しても受診率の経年変化を解析

【介護保険から】

- 年齢調整要介護認定割合 (旧郡内比較)・標準化要介護認定比 (旧郡内比較)・和良村内の要介護認定状況
 - 平成 11 年 10 月 1 日～平成 14 年 9 月 30 日の要介護認定者を対象とする
 - 要介護認定原因疾患の検討
 - 新規要介護認定で要支援～要介護度 3 と認定された 154 人中平均追跡期間 1.5 年間で 2 ランク以上要介護度が悪化した対象者による、要介護度悪化要因の検討

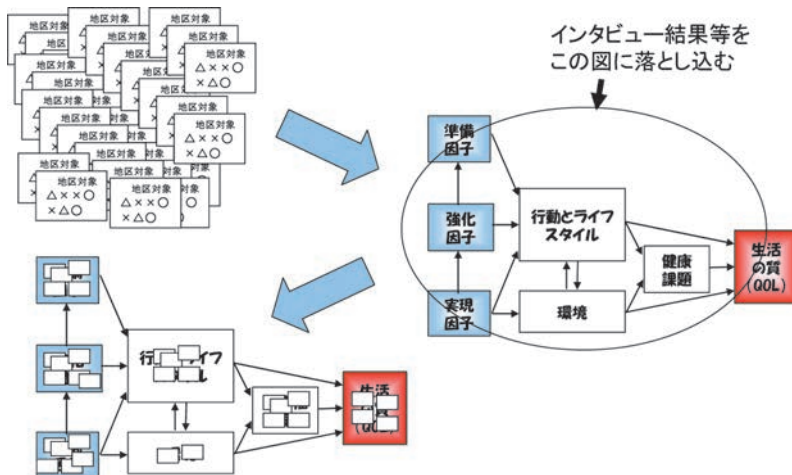
【医療費分析から】

- 国保医療費推移ほか
 - ・ 横断研究
 - ・ 和良村在住の住民のうち、1 年間 (2001.1.1～12.31) の国保医療費が最高額から上位 100 人を抽出して検討

■インタビュー結果の分析

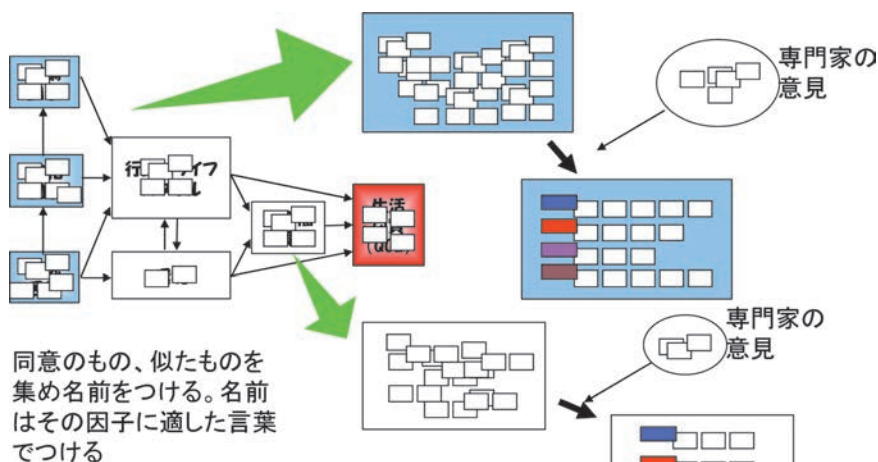
住民へのグループインタビューの結果を以下の方法で分析しました。

- ① インタビューを録音し記録する
- ② 解析者二人が独立してテープおこしをし、「言葉」を抽出する
- ③ カードに住民の言葉で記載する
- ④ 解析者がプリシード・プロシードモデルの「準備因子・強化因子・実現因子・保健行動・環境因子」に分類しながら大まかに落とし込む

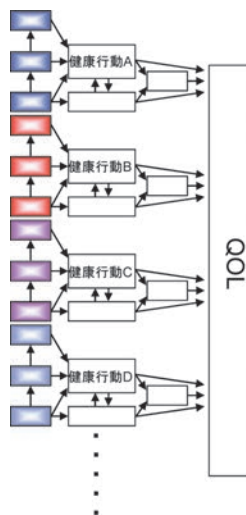


☞インタビューから抽出できたキーワードをポストイットに記載し、分類しながら貼っていきます。

- ⑤ まめなかな和良 21 策定委員会の作業部会で整理検討する。
 - ・ 分類する中で同意の意見を集約する言葉に置換
 - ・ 集約したカード間の相互の関係を検討
 - ・ 領域間の相互の関係を検討
 - ・ 領域の修正・追加・整理



☞同じ意見、似た意見について集めて、それらを一言で言い表したタイトルをつけます。



健康課題、あるいは行動や
ライフスタイルごとに3因子がつけ
られる。QOLは共通。

この図に既存資料を整理したものや
調査結果、疫学データなどを入れ込む

☞健康課題ごとに
集約を行い、最終
的には地域の
QOL（生活の質）
の向上につなげて
いきます。

■最終的な目標＝QOL の設定

グループインタビューなどから得られた QOL を、以下のように整理しました。

- 「全ての世代の人々が、自分の状況にあった健康づくりを、家庭や地域の支援を受けながら実践し、この和良村（和良地域）でいきいきと楽しくまめな生活を送ろう」
- いきいきと楽しくまめな生活＝良好な健康感・病気にならない・病気と上手に付き合うことができる

これに関する指標として、主観的健康感、死亡、要介護状態の3つを選定しました。

3) アセスメントに基づく課題の整理

■ 3つの指標に基づく課題の整理

選定した3つの指標について、収集した既存データおよび実施した実態調査のデータを分析したことにより様々な課題が見えてきました。

【主観的健康感から見た課題（主観的健康感に関連する因子）】

- 疾病予防
 - ：治療中の疾患がない
- 閉じこもり防止と運動
 - ：運動習慣、地域活動への参加、外出などの行動がある
- ストレス軽減
 - ：十分な休養があると感じる
 - ：ストレスが少ないあるいは相談者を含め対処方法がある
- 望ましい食習慣
 - ：野菜、海藻、豆類大豆製品などの摂取頻度が多い
 - かつ楽しく食事が摂れるという食習慣がある

【死亡の指標から見た課題】

- 死因として多くあがったもの
 - ・ 悪性新生物
 - ・ 心疾患・脳血管疾患
 - ・ 肺炎
- SMR（全国との比較）で高いもの
 - ・ 男性の慢性閉塞性肺疾患

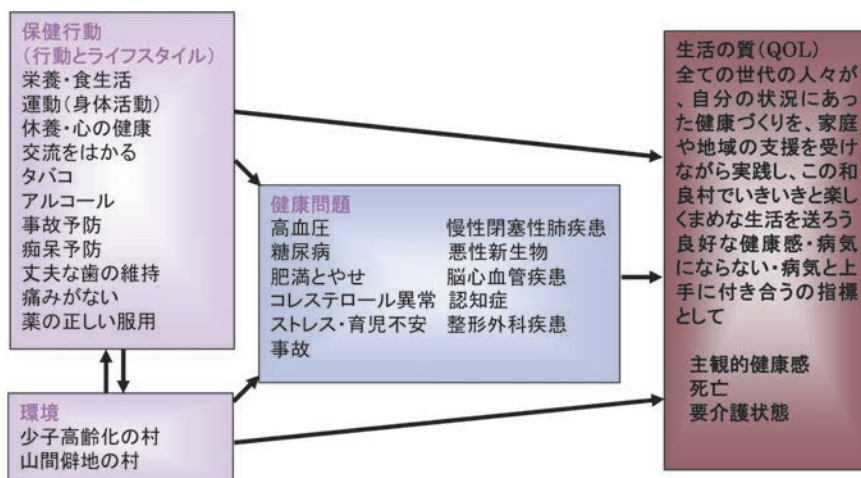
【要介護状態の指標から見た課題】

- 要介護状態の原因疾患
 - ・ 変形性膝関節症・変形脊椎症
 - ・ 脳血管疾患
 - ・ 認知症
- 要介護度悪化の関連疾患
 - ・ 認知症
 - ・ 廃用症候群

☞収集したデータごとに課題を見つけ抽出していきます。

■抽出した課題の関連付け

上記の分析を通して抽出された課題を、プリシード・プロシードモデルに合わせて以下のように整理しました。



保健行動と健康問題は1対1の関係ではなく、1つの保健行動に対していくつかの健康問題が関連する。また保健行動から直接的なQOLとの関連も1対1の関係ではない。更に、健康問題に挙げられている項目も問題間で相互に複雑に関連しているし、そのQOLへの関連も直接的であったり、別の健康問題を介したりして関連している。

☞抽出した課題をプリシード・プロシードモデルに合わせて分類し整理していきます。

■ライフステージごとに取り組む健康課題

上記の課題について、ライフステージごとに特に重点的に取り組むべき健康課題を以下のように設定しました。

	栄養・食習慣	運動	たばこ	休養・心の健康	事故予防	歯の健康
乳幼児期						
学童期						
思春期						
青壮年期						
中年期						
前期高齢期						
後期高齢期						

☞この表は縦軸を世代別にとり、横軸に代表的な健康課題をとっています。色の濃い部分が、その世代で重点的に取り組むべき主な健康課題です。

4) 活動計画立案

分類・整理した課題をもとに、それらの地域課題に対応するための活動計画を立案しました。

以下のような書式で、基本計画および事業推進計画を策定しました。

【基本計画】

健康課題	QOLと健康指標	生活習慣と保健行動の指標と現状	それを達成するための条件と現状	取り組み（保健事業）の現状	取組の方向

【事業推進計画】

項目	事業	伝えたい情報・事業内容	対象者	担当者関係者	実施年度	期間回数	場所	住民へのインタビューやグループでの話し合いでの意見

☞基本計画を作成する際に使用した表です。

☞事業推進計画を作成する際に使用した表です。

5) 活動の実施

上記までの住民参加型の取り組みにより、「まめなかな和良 21 プラン」が策定されました。

計画の実行にあたっては、計画策定委員会とは別に、計画推進のための委員会を設置し、たばこ対策、食育、高齢者等の分野ごとに活動しました。また、委員会メンバーには各種団体の代表のほか、公募の形で住民が参加しています。

<活動例>

◆高齢者対策の概要



左の図は「まめなかな和良 21 プラン」から高齢者対策の活動例をあげています。

6) 活動の評価

■まめなかな和良 21 プラン評価委員会

「まめなかな和良21プラン」に基づく活動の評価を行うため、「まめなかな和良 21 プラン評価委員会」が設置され、年1回～2回開催されています。メンバーに住民の代表が参加することで、地域保健計画に対して住民の声を反映することができる仕組みを構築しています。

委員会の役割は、計画推進状況の評価・助言であり、委員会ではライフステージごとの活動内容が報告され、それに対するコメントが集約され、活動や計画の見直しにつながられています。

■中間調査

「まめなかな和良 21 プラン」策定から5年後に中間調査が行われました。

中間調査では、ライフステージごとの対策内容の効果を把握するための調査項目からなるアンケート調査が実施され、活動ごとに結果がまとめられ、10年後の数値目標として設定した健康指標項目数のうち、改善が見られる項目数は以下のとおりでした。

	目標として設定した 健康指標項目数	望ましい変化があった 項目数
乳幼児期	18	11
学童期	10	8
思春期	7	4
青壮年期	16	7
中年期	12	4
前期高齢期	4	3
後期高齢期	3	3

5—4 成果とまとめ

推進委員会から健康づくりや計画推進のための提言がいくつかなされました。活動の実行段階においても参加団体や住民が様々な機会を通じて健康づくりや計画推進に寄与することが可能となりました。また、健康福祉に関する事業全体の方向性に対する位置づけが明確となり、より取り組みやすいものとなりました。

評価委員会から前向きのフィードバックが多く、推進検討委員会などの活発化に寄与することが可能となりました。

付 録



■ 参考資料

- 1) 佐伯和子編著：地域看護アセスメントガイド．医歯薬出版，2007.
- 2) 金川克子・早川和生監訳：コミュニティアズパートナー 地域看護学の理論と実際 第2版．医学書院ガイド．医歯薬出版，2009.
- 3) 金川克子編：地域看護診断—技術と実際—．東京大学出版会，2009.
- 4) 木下由美子編：エッセンシャル 地域看護学 第2版．P89～134（Ⅲ-1. コミュニティの支援），医歯薬出版株式会社，2009.
- 5) 宮崎美砂子 他編：最新 地域看護学 第2版 総論．P116～138（Ⅱ 地区活動計画づくり），日本看護協会出版会，2010.
- 6) 週刊保健衛生ニュース平成23年9月12日号 地域診断ガイドライン
- 7) ローレンス W. グリーン・マーシャル W. クロイター著・神馬征峰訳：実践 ヘルスプロモーション PRECEDE-PROCEED モデルによる企画と評価．医学書院，2005.

■実施項目チェックリスト



地域診断～活動計画、実践・評価の手順チェックリスト

1. 地域診断の目的の明確化とその手順の確認

- 地域診断を行う目的を明確にしましたか？
- 地域診断を行い検討していくメンバーを決めましたか？
- 地域診断を行い検討していくメンバーに住民代表を入れましたか？
- 地域診断の目的に沿ってどのような情報を集めるか検討しましたか？
- 地域診断の目的に沿って集める情報の優先順位を決めましたか？
- 集める情報の情報源（新たな調査実施も含めて）を検討しましたか？
- 誰が情報を集め分析するのか決めましたか？
- 地域診断を進めるスケジュールを検討しましたか？

2. 情報収集・整理

- コミュニティーを構成する人々の状況を把握するために、ワークシート①の基本データを収集しましたか？
- コミュニティーを構成する人々の状況を把握するために、ワークシート①の基本データの下段に追加すべき「目的に沿った情報項目」とその優先順位を列挙しましたか？
- コミュニティーを構成する人々の状況を把握するために、ワークシート①の基本データの下段に列挙した「目的に沿った情報」を収集しましたか？
- コミュニティーの状況を把握するために、ワークシート②の8つの要素に準じて少なくとも「目的に必要なコミュニティの状況の情報」を収集しましたか？
- コミュニティーの状況を把握するために、ワークシート②の8つの要素に準じたデータを可能な範囲で収集しましたか？
- 情報収集に当たり既存資料を確認しましたか？
- 情報収集に当たり必要に応じ量的データを得るための調査を行いましたか？
- 情報収集に当たり必要に応じ質的データを得るための調査（ヒアリングやグループインタビュー、地区踏査、地区視診など）を行いましたか？
- 地域の健康課題にかかわることができる人的物的資源を把握しましたか？
- ワークシート①に従い、コミュニティを構成する人々の状況を把握するための情報の整理（データ及びその情報源の記載）をしましたか？
- ワークシート②に従い、コミュニティの状況を把握するため情報の整理（データ及びその情報源の記載）をしましたか？

3. 地域アセスメント

- ワークシート①に従い、基本データおよび追加データに関して、アセスメント（データの分析）および情報の不足不備の確認をしましたか？

- ワークシート②に従い、8つの要素に関して、アセスメント（データの分析）および情報の不足不備の確認をしましたか？
- 収集した情報の基づきアセスメントを行う際、住民代表も含め多職種の参加をのもで行いましたか？

4. 地域診断

- ワークシート①で把握した、コミュニティを構成する人々の状況をワークシート③の上段中央に配置しましたか？
- ワークシート②で把握した、8つの要素によるコミュニティの状況を、コミュニティを構成する人々の状況の周囲に配置しましたか？
- この図から考えられる地域の健康課題を列挙し、ワークシート③の下段に配置しましたか？
- 列挙された健康課題とその根拠となる状況をワークシート④に記入しましたか？
- 健康課題同士の関連の検討や構造化を行い、健康課題を整理しワークシート③に記載しましたか？
- 列挙された健康課題に関し、介入した場合と放置した場合の地域の人々や地域社会に与える影響について予測し、ワークシート③に記入しましたか？
- 健康課題が複数挙げられた場合、その優先順位を決めましたか？
- 健康課題の抽出、その根拠の検討、関連の検討、構造化、介入あるいは放置の影響、優先順位の決定の際、住民代表も含め多職種の参加をのもで行いましたか？

5. 地域保健活動計画の立案

- 健康課題ごとに、構造化した際の内容を参考にしながら健康課題に取り組む対象および目標を明確にして、ワークシート⑤に記入しましたか？
- 各対象および目標に対して、具体的な事業計画を検討して、ワークシート⑤に記入しましたか？
- 各具体的な事業計画に対して、評価指標や目標値、予算・時間・人、優先度、評価時期を検討して、ワークシート⑤に記入しましたか？
- 保健活動計画立案の際、住民代表も含め多職種の参加をのもで行いましたか？

6. 実践と評価

- 事業の実践に際し、住民参加を得て取り組みましたか？
- 事業の実践に際し、多職種協働で取り組みましたか？
- 事業の実践に際し、他機関連携で取り組みましたか？
- 事前に計画した評価時期、評価指標に基づいて評価を行いましたか？
- 評価の際、住民代表も含め多職種の参加をのもで行いましたか？

■記録様式・ワークシート

様式 1	地域診断体制表
様式 2	会合記録
ワークシート①	基本データ整理表
ワークシート②	コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる情報の整理
ワークシート③	健康問題・健康課題の関連図（地域の現状分析・課題抽出）
ワークシート④	健康課題の特定
ワークシート⑤	地域保健活動計画（案）
ワークシート⑥	地域保健活動の評価
様式 3	事業の振り返り

地域名： _____

地域診断体制表

1. メンバー

機関	所属・団体名	職種	役割
国保直診施設			
行政			
自治会 老人クラブ その他住民組織			

※メンバーの記入欄は適宜、追加してください。

2. 会合スケジュール

	目的	月 日	時間	場所	議題・内容・メンバー等
第1回	モデル事業 計画策定				
第2回	アセスメン ト項目検討				
第3回	情報分析・ 課題抽出				
第4回	活動計画の 策定				
第5回	振り返り				

※各回の会合の目的は標準的なものです。実態にあわせて適宜変更してください。

※会合開催の際には、様式2：会合記録を作成してください。

地域名： _____

会合記録

目的	第 回 打ち合わせ・連絡報告・その他（ ）
日時	月 日 : ~ :
場所	
出席者	
議題	
議事要旨	

※この様式はコピーをとり、会合ごとに記入してください。

地域名： _____

基本データ整理表

地域の概要（必須データ）

		優先度	データ (情報源も記入)	アセスメント	備考 情報の不足・不備
基本データ	総人口と推移				
	出生率、死亡率				
	3区分別人口と割合				
	死因別死亡率				
	世帯数と推移				
	高齢者世帯、高齢化率				
	介護保険要介護認定者数およびサービス利用者数				
	産業別人口				

- ※「データ」欄は図表番号と情報源を記入し、内容（図表、グラフ等）別紙で添付してください。
- ※「アセスメント」欄は図表8（P28）の視点を参考にして、分析した結果を記入してください。
- ※「備考」欄には、入手できなかった情報、入手困難だった情報などについて記入してください。

コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる情報の整理

項目	データ (情報源も記入してください)		アセスメント	備考 情報の不足・不備
	量的データ	質的データ		
コミュニティを構成する人々				
1 物理的環境				
2 経済				
3 政治と行政				
4 教育				
5 交通と安全				
6 コミュニケーション・情報				
7 レクリエーション				
8 保健医療と社会福祉				

※ 「データ」欄は図表番号と情報源を記入し、内容（図表、グラフ等）別紙で添付してください。

※ 「アセスメント」欄は図表6（P25）の視点を参考にして、分析した結果を記入してください。

※ 「備考」欄には、入手できなかった情報、入手困難だった情報などについて記入してください。

ワークシート③ 健康問題・健康課題の関連図（地域の現状分析・課題抽出）

地域名： _____

健康問題・健康課題の関連図（地域の現状分析・課題抽出）



※様式は自由です（手書きでもかまいません）。

アセスメントの結果をもとに、課題の関連を整理して、図で示してください。

地域の現状分析・課題抽出にあたり独自にまとめた表などは別途、添付してください。

地域名： _____

健康課題の特定

問題	その根拠となる状況

ワークシート③の関連図をもとに作成してください。

※「問題」欄に、ワークシート③で整理、抽出した課題を記入してください。

※「その根拠となる状況」は、その問題と関連するアセスメント結果等を記入してください。

地域名： _____

地域保健活動計画（案）

問題	その根拠となる状況

※記入方法は P36 および記入例（図表 12）を参照してください。



地域名： _____

地域保健活動の評価

対象および 目標	具体的な 事業計画	評価指標や 目標値	予算・ 時間・ 人	優先度	評価 時期	実施状況	実施結果	評価
【テーマ】								

※記入方法はP38 および記入例（図表13）を参照してください。

地域名： _____

事業の振り返り

1. 地域診断の目的検討、メンバー決定、地域診断実施体制づくりのプロセスについて

■スムーズに進んだ点とその理由

■障害になった点とその解決策

2. 地域診断を実施して、実施上の工夫点、困難点、解決方法、特に配慮したことなどについて

■工夫点

■困難点と解決方法

3. 今後の展開について

■地域診断の活用について

■改善ポイント

この事業は、平成23年度地域包括ケアシステム推進のための地域ごとの課題の整理分析・解決方策等に関する調査研究事業により行ったものです。

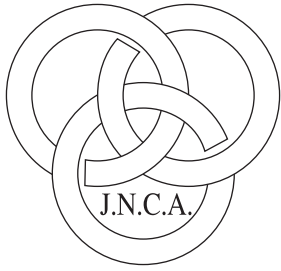
実践につながる住民参加型地域診断の手引き

— 地域包括ケアシステムの推進に向けて —

平成24年3月

発行 **社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会**
〒105-0012 東京都芝大門2-6-6 4F
TEL: 03-6809-2466 FAX: 03-6809-2499
ホームページURL: <http://www.kokushinkyō.or.jp>

印刷 **東京リスマチック株式会社**



社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

地域包括ケアシステム推進のための地域ごとの課題の整理分析・解決方策等に関する調査検討委員会

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 芝大門エクセレントビル4F

TEL: 03-6809-2466 FAX: 03-6809-2499 URL: <http://www.kokushinkyo.or.jp/>