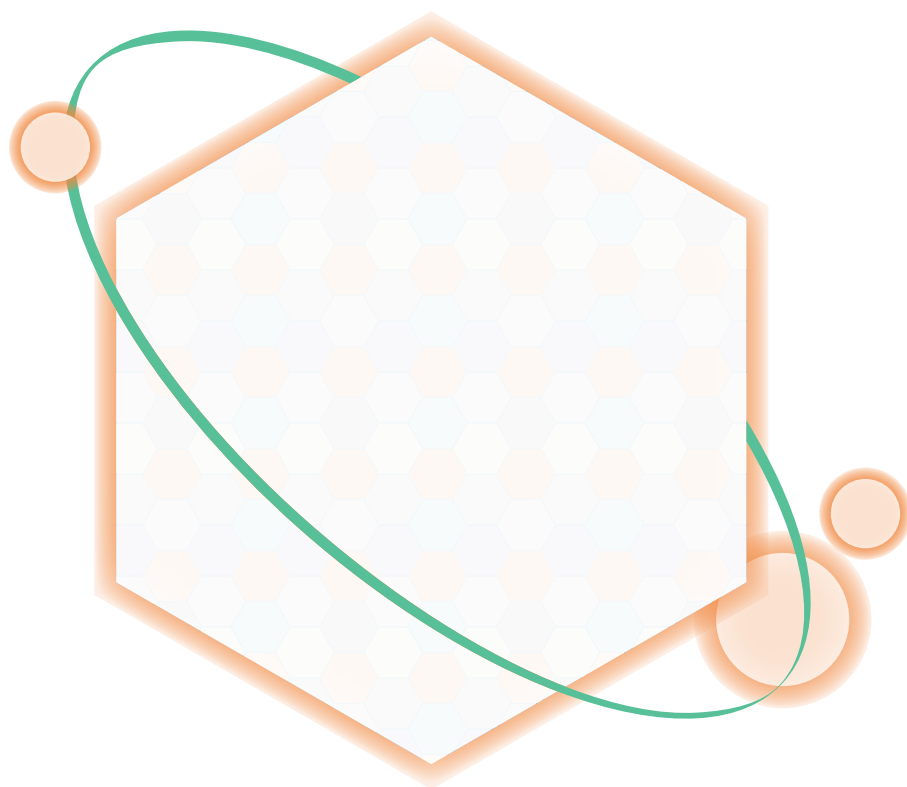


平成24年度老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

# 地域診断に基づく地域包括ケアの 推進に向けた医療機関と保険者の 連携促進に関する調査事業 報告書



平成25年3月

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

# 目 次

---

## 第1部 概要編

## 第2部 本編

<b>第1章 事業の概要</b> .....	<b>3</b>
1. 事業の背景・目的 .....	3
2. 事業の実施の基本的方針 .....	4
3. 事業実施フロー .....	5
<b>第2章 予備調査</b> .....	<b>6</b>
1. ヒアリング調査 .....	6
(1) ヒアリング調査の概要 .....	6
(2) ヒアリング調査結果 .....	7
2. 文献調査 .....	15
(1) 文献の概況 .....	15
(2) 地域診断に関する文献 .....	16
<b>第3章 モデル事業</b> .....	<b>20</b>
1. モデル事業の対象と方法 .....	20
(1) 対象 .....	20
(2) モデル事業の各プロセスの方法・内容 .....	20
(3) プログラムの実施 .....	21
2. モデル事業の実施結果 .....	23
(1) 秋田県・大森町 .....	23
(2) 岐阜県・中津川市 .....	40
(3) 鳥取県・日南町 .....	57
(4) 島根県・飯南町 .....	77
(5) 広島県・御調町 .....	92
(6) 大分県・国東市 .....	117
(7) 鹿児島県・薩摩川内市 .....	134

## 第4章 手引書の作成 ..... 147

1. 手引書のねらい ..... 147
2. 手引書の構成 ..... 147
3. 手引書の概要 ..... 148
4. 手引書の改定について ..... 148

## 第5章 まとめと提言 ..... 150

1. 事業のまとめと考察 ..... 150
  - (1) 実施体制 ..... 150
  - (2) 情報収集・整理 ..... 150
  - (3) 地域診断（分析の手法）について ..... 151
  - (4) 活動計画立案・活動の実践と評価について ..... 152
  - (5) 地域診断の活用（まとめ） ..... 152
  - (6) 医療機関と行政との連携促進による地域包括ケアの推進 ..... 153
2. 提言 ..... 154
  - (1) 地域診断の手法および手引書について ..... 154
  - (2) 地域診断～実践・評価のサイクルによる地域包括ケアシステムの推進 ..... 154
  - (3) 医療機関と行政との連携促進による地域包括ケアの推進 ..... 154

## 第6章 委員会・作業部会 ..... 156

## 参 考 資 料 ..... 157

実践につながる住民参加型地域診断の手引き ..... 159

# 第1部 概要編



地域診断に基づく地域包括ケアの推進に向けた医療機関と  
保険者の連携促進に関する調査事業  
調査結果概要（事業サマリ）

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会  
地域診断に基づく地域包括ケアの推進に向けた医療機関と  
保険者の連携促進に関する調査事業調査検討委員会

## 1. 背景と目的

### (1) 背景

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・ケアを推進してきたところである。平成 22 年度には「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」（老人保健健康増進等事業）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た。調査結果より、保健師活動として行われる「地域診断」の重要性は広く認識されているが、現状では必ずしも有効な地域診断が実施されていない、統計データを十分に活用できていない、地域診断の結果が十分に共有されていないなどの課題が把握された。

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」（老人保健健康増進等事業）は、国保直診地域におけるモデル事業および先行事例の調査に基づいて、地域診断で活用するデータの選定・収集方法や、データを分析し、地域の課題を明らかにするための手法、把握された課題に対して、優先度や活用可能な資源について判断し、具体的な計画を立案し、実践につなげるプロセスを全般的に支援するための「手引き」を作成した。手引きに沿って、地域診断を実践することにより、住民参加の重要性が改めて明らかになるとともに、病院と行政等の関係機関の多職種間の相互理解や連携促進や、日ごろ意識されていた健康課題の裏づけなどの効果が確認された。また、手引書がより実践的なツールとして全国で幅広く活用され、実効性を高めるためには、データ分析等の手法の具体化するとともに、多様な地域への適用可能性を広げることが必要であることも明らかとなった。

### (2) 目的

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明らかにすることは、地域における事業の見直しや新たな事業の予算化のための根拠となる。また、地域全体の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の必要性も明らかになり、地域包括ケアシステムの推進につながると考えられる。

本事業では、全国の多様な地域において地域診断が実施され、診断結果に基づいて地域課題の解決に向けた計画の策定、実践、評価を通して地域の関係機関の効果的な連携による地域包括ケアを促進することを目的として、平成 23 年度に作成した手引書をさらに充実させ、より実践的かつ実効性の高い手引書とすることを目的とした。

## 2. 事業内容

### (1) 課題の整理

地域の関係機関の連携による地域包括ケアを促進するためにも、地域診断は有効な手法であるが、多様な地域において「地域診断の実施」に導くプロセスが不足している。このことから、効果的かつ実効性のある「地域診断」の手引書が必要である。

平成 23 年度に作成した手引書をもとに、更なる充実を図るべく、具体的な課題や問題点等を整理し、取り組み例等を踏まえ手引書の作成について検討した。

以下のような点からの内容の充実が必要と考えられる。

- ・ 地域診断手法（データの収集、分析、課題抽出、整理等の具体的なプロセス）の具体化
- ・ 多様な地域への適用可能性の向上
- ・ 関係機関の役割、プロセス全般における関係機関、職種の関与、連携の具体的な方法の明確化
- ・ 手引書としての実用性（様式、ツールの使い勝手向上、機関や職種別の手引書の使い方のガイドの作成など）

### (2) 予備調査の実施

予備調査として、平成 23 年度調査においてモデル事業を実施した地域とは属性の異なる地域を対象として現地訪問調査（ヒアリング）を実施した。

#### ①調査対象地域

- ・ 平成 23 年度モデル地域と属性の異なる国保直診所在地域：日南町（鳥取県）
- ・ 国保直診所在地域が合併した市：中津川市（岐阜県）

#### ②調査内容

- ・ 地域における地域診断の実践方法（関係機関、実施体制、実施手順、必要なマンパワーと情報、手法や視点、結果の活用方法、効果と課題等）についての情報収集を行った。
- ・ 手引書についての意見（手順の相違、補足や拡張が必要な点）を聴取した。

また、地域診断に関する研究動向を調査し、下記の文献のレビューを行った。

- ・ 中板育美. 公衆衛生看護活動における評価の現状と課題, *J. Natl. Inst. Public Health*, 58 (4) : 2009. (特集)
- ・ 地区診断から始まる見える保健活動実践推進事業報告書（平成 22 年度地域保健総合推進事業）, 日本公衆衛生協会（平成 23 年 3 月）
- ・ 地域包括ケア推進のための地域診断の方法と活用事例（平成 22 年度老人保健健康増進等事業報告書）, 日本福祉大学（平成 23 年 3 月）
- ・ 西多摩保健医療圏 課題別地域保健医療推進プラン「地域の健康課題を見つけよう！～地域診断技術の向上をめざして～」やってみよう地域診断, 保健衛生担当者向け地域診断支援マニュアル, 東京都西多摩保健所.（平成 23 年 3 月）

### (3) モデル事業の実施

モデル事業を以下の手順で実施した。

#### 1) モデル事業の準備

##### ①モデル地域の選定

文献調査および平成 22・23 年度調査を参考として、人口規模、地理的特性を考慮して 6 地域選定する。

- ・ 平成 23 年度モデル地域と属性の異なる国保直診所在地域
- ・ 国保直診所在地域が合併した市
- ・ 平成 23 年度モデル地域と同じ地域

※ 予備調査の 2 に地域を含む

※ 平成 23 年度モデル地域として、秋田県横手市大森町（以下、大森町とする）、広島県尾道市御調町（以下、御調町とする）を選定

地域の特徴と重点検討事項

地域	特徴	重点検討事項
秋田県 大森町	・ 昨年度からの継続 （自殺予防）	・ 昨年度データを活用し、広い視点での分析 ・ 課題抽出プロセスの詳細化・具体化 ・ 「実践」「評価」プロセスの補足・充実
岐阜県 中津川市	・ 合併後の市 ・ 行政による取り組み	・ データの整理、分析手法の明文化 ・ 地域と市との連携のあり方
鳥取県 日南町	・ 高齢化率の高い地域 ・ 地域包括ケア推進	・ 先進的な取り組みの一般化、周知 ・ プロセス全般の確認（3ステップへの統合）
島根県 飯南町	・ 事業を通じて地域 がシステムを整備	・ 地域の関係者の連携体制等の具体例の提供 ・ プロセス全般の検証
広島県 御調町	・ 昨年度からの継続 （認知症）	・ 昨年度データを活用し、広い視点での分析 ・ 課題抽出プロセスの詳細化・具体化 ・ 「実践」「評価」プロセスの補足・充実
大分県 国東市	・ 地方の中規模市 ・ 医療資源が不足	・ 中規模市へ展開可能性の検証 ・ プロセス全般、特にデータ収集・分析の検証
鹿児島県 薩摩川内 市	・ 離島 ・ 小規模コミュニ ティ	・ 現状分析と限られた資源の有効活用に向けた検討 （既存データ等を活用し、可能な範囲で実施）

##### ②計画策定および実施要領等の作成

予備調査結果を反映し、モデル事業の具体的な実施計画を策定する。また、モデル事業を円滑かつ効果的に進められるよう、23 年度の手引書をもとにした実施要領およびシート類を作成する。

- ・ モデル実施要領

- ・地域診断・計画手法の枠組み【手引きの見直し案】
- ・地域診断シート、分析シート、計画シート、評価シート等【見直し案】
- ・その他

## 2) モデル事業の実施

モデル事業実施期間を3か月程度設け、地域診断事例として、データ収集、分析、対策の検討、計画立案を行う。

<想定する担当者>

地域診断を担当する保健師等

(地域包括支援センター、行政保健センター、国保直診施設他)

## 3) モデル事業実施結果のとりまとめ

モデル事業実施に関わる記録、および手法に関する評価結果を提出いただく。

モデル事業実施地域を対象に現地訪問調査（ヒアリング）を実施し、モデル事業において計画された活動の実施状況や評価結果について聞き取りを行い、手引きの改定に活用する。

(モデル事業実施全施設対象)。

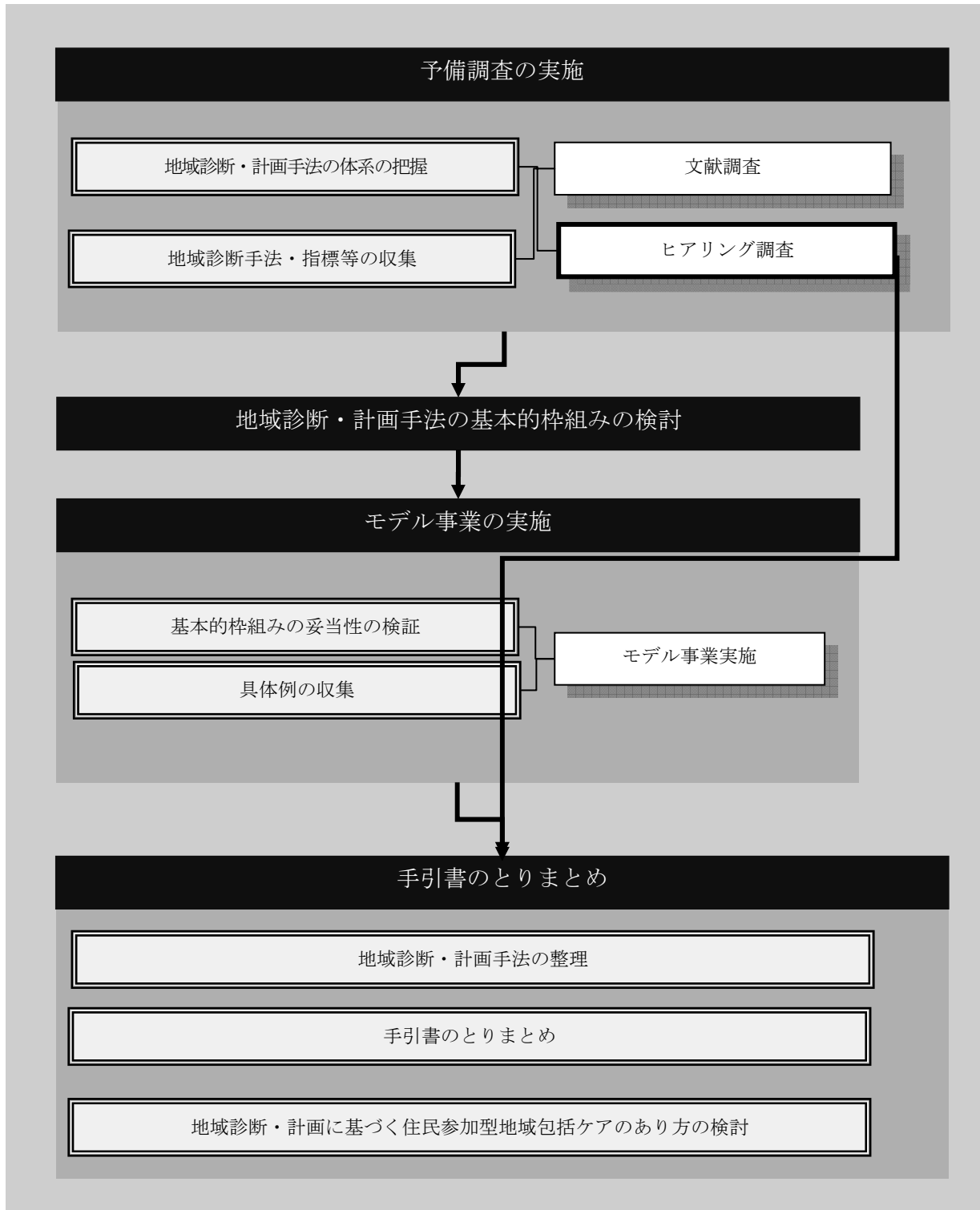
## (4) モデル事業実施結果を踏まえた手引きの改定、拡充

モデル事業実施結果をもとに、平成23年度に作成した手引きを改定し、多様な地域で活用可能な地域診断の手引きを作成した。

(5) 事業実施フロー

本事業は以下の事業実施フローに基づいて実施した。

図表 1 事業実施フロー



### 3. 結果と考察

#### (1) 実施体制

- 実施体制として、全ての地域において多職種・多組織から構成されており、さらに住民の参画があった。住民としては、保健推進委員や民生委員など地区組織の方や、老人クラブ、PTA役員などの地域のキーパーソンとなる人で構成されていた。
- 国保直診施設からは医師・歯科医師・看護師・MSW、歯科衛生士などが参画し、行政からは担当課の事務職・保健師、支所の保健師、地域包括支援センターの所長・保健師らが参画していた。
- モデル事業を実施した多くの地域では、国保直診施設が地域と密接に関わりながら地域の医療、地域包括ケアを支えている基盤がある。行政や地域包括支援センターの保健師とも日常的に住民の健康課題や支援を要する住民等に関する情報共有・連携が行われており、モデル事業で実施した診断においても、専門的見地からの助言がなされていた。
- 地域診断の実施や会議の調整・運営は主に保健師が中心となっていた。モデル事業期間中は、住民・多職種・多組織を含めた全体会議の開催回数、頻度は限定されているが、保健師などコアメンバー間では日常的に頻繁な打ち合わせを行いながら地域診断が進められていた。
- 実際のデータ収集や情報の整理は保健師等が中心に進められた。地域診断のアセスメントや保健計画立案にあたっては、住民の視点、行政の事務職、病院も含めた多職種・多機関からの視点が有用であることが示された。
- 参加した住民の意識が高まり、住民主体の自発的な活動へとつながった事例もあった。

#### (2) 情報収集・整理

- 地域診断に必要なデータや情報が行政の様々な部署に分散していたり、データのありかが分からないなどの問題があり、情報収集・整理に、多くの時間を要していた。
- 一方で、昨年より地域診断に取り組み、今年度研究事業に継続して取り組んだ地域からは、昨年実施の地域診断のためのデータを基に、今年度のデータに更新、さらにデータを追加することには多くの時間はかかっていなかった。地域診断の最初のデータ収集・まとめに時間がかかるが、一度枠組みを作成すると活用しやすくなり、作業の負荷が大幅に軽減されることから地域診断に取り組みやすくなる可能性が示された。
- 専門職種だけではなく行政の事務職が参画することで、地域に関する情報の収集、整理を円滑に進めることができることや、保健師の視点に偏らない助言が得られたケースなど、連携・協働による効果が確認された。
- 地域全体の地域診断ではなく、特定の課題についてアセスメントをする場合、コミュニティ・アズ・パートナーモデルでは、広く情報をとっても特定の課題に直接結びつかず、課題に関する情報を効率的に集められなという指摘があった。特定の課題に関連するデータ・情報ということを常に念頭におき、課題との関連を踏まえながら情報を収集・整理することが必要であると考えられる。ただし、特定の課題に関するものだけでは、地域の潜在的な課題に関連する重要なデータを見落とす可能性があるため、特定の課題に対して、多面的・多角的にデータを収集し、分析することも必要である。



- 住民の声を収集する手法として、ワールドカフェ方式を取り入れた地域があり、準備やデータ整理にある程度の手間が必要であるが、住民同士の交流促進などの副次的な効果が確認された。
- 前年度等にすでに独自に実施された地域診断結果について、手引書の手順、ワークシートに沿って再整理した地域では、あらためて体系的な視点で整理できたという意見もある一方で、あてはめにくいという意見もあった。本手法によらず、すでに地域診断を実施している地域ではあえて形式にこだわる必要はなく、必要な視点が網羅されていることが確認できればよいと考えられる。

### (3) 地域診断（分析の手法）について

- アセスメントから健康課題を特定するプロセスにおいては、多職種が参画し、異なる視点から検討することで地域の健康課題をより総合的・多面的に捉えられると考えられる。
- アセスメントや健康課題の特定については、保健師の経験や技量によっては難しい面があり、「現状」として上げる項目と、「課題」として上げる項目が混同される場面が見られた。また、検討にあたっては手引書の例示が参考にされており、アセスメントに関するより具体的なアドバイスや、詳細な例示があることで、より確度が高い地域診断実施の補助となる可能性が示された。
- また、地域診断においては、データ分析の仕方、統計結果の読み方が重要である。客観性を保ち実効性の高い地域診断を実施するためには、研究者や専門家がアドバイザーとして指導、助言するなどの体制をとることが有効であると考えられる。

### (4) 活動計画立案・活動の実践と評価について

- 活動計画立案にあたっては、モデル事業は短期であるため実現可能性を重視した優先度設定をする地域が多かった。課題から導かれた対策については、短期的にアクションすべき取組と、短期的な実現は困難であるが中長期的に体制を整えて取組むべき項目が想定される。実践的な計画を確実に実施して成果を積み上げていることが重要であるが、本質的な課題解決に向けて中長期的に取り組むべき項目についても着実に進めることができる計画立案が求められる。
- 活動計画の評価項目の設定の考え方に難しい部分があった。客観的かつ住民への効果、影響という観点から「評価」ができるように活動計画を立て、評価できる「評価指標」を検討する必要がある。
- 「評価指標」の立て方について、手引書において具体的な考え方や例などを示すとわかりやすくなると考えられる。手引書の改訂にあたっては、評価に関する解説を加え、評価の目的や評価の指標についての基本事項を説明した。

### (5) 地域診断の活用（まとめ）

- モデル事業の実地地域は、もともと地域の関係機関との連携が良好である地域であったが、地域診断を通じて行政、病院など多職種との相談・連携がさらに促進され、地域に関する情報が共有されることにより、地域の健康課題を共通認識として捉えることができていた。

- 地域診断により、データを根拠として課題を導く（確認する）プロセスを経ることで、挙げた健康課題が保健師の直観だけではなく、住民の課題であることが確認でき、客観的なデータ活用の有効性が実感されていた。
- 地域診断により地域の健康課題が明確になり、事業の優先順位が明確になり、事業の見直しにも活用できる可能性が示された。
- 地域診断の結果は、積極的に住民への情報提供に活用されており、よりエビデンスに基づいた健康教育・保健指導などへ活用されていた。
- 地域の現状把握と評価項目の明確化につながり、保健事業の質の担保につながると考えられる。
- 地域診断は、保健師の役割の再確認と資質向上のためのツールの1つとなると考えられる。新任の保健師や、異動などで新しい地域に着任した保健師が地域を深く理解するためのプロセスとしても非常に有効であるということが確認された。
- モデル地域において、地域診断の有効性が確認されたことで、次年度は市内の他地域にも展開が予定されているとの報告があった。積極的に情報を共有し、他者の目を取り入れ、意見をもらうことでよりよい地域診断や計画策定につなげるという意欲的な取組例であった。

#### (6) 医療機関と行政との連携促進による地域包括ケアの推進

- モデル事業においては、医療機関（国保直診施設）から医師・歯科医師・看護師・MSW、歯科衛生士などが参画した。これらの地域では、国保直診施設が地域と密接に関わりながら地域の医療、地域包括ケアを支えている基盤がある。行政や地域包括支援センターの保健師とも日常的に住民の健康課題や支援を要する住民等に関する情報共有や、地域住民への啓発などの活動においても連携が行われており、モデル事業で実施した診断においても、専門的見地からの助言が得やすく効果的に連携が進められていた。
- 行政からは担当課の事務職・保健師、支所の保健師、地域包括支援センターの所長・保健師らが参画していた。専門職種だけではなく行政の事務職が参画することで、地域に関する情報の収集、整理を円滑に進めることができることや、保健師の視点に偏らない助言が得られたケースなど、連携・協働による効果が確認された。
- モデル事業の実地地域は、もともと地域の関係機関との連携が良好である地域であった。地域診断を通じて行政、病院など多職種との相談・連携がさらに促進され、地域に関する情報が共有されることにより、地域の健康課題を共通認識として捉えることができていた。
- 地域包括ケアを推進するに当たっては、地域の実情に応じた優先課題を限られた職種だけではなく、住民も含めた多職種によって検討し、その取り組みを行っていくことにより医療機関、行政あるいは保険者さらには住民が、それぞれの価値観だけではなく、共通認識の下で活動実践できるという可能性が期待でき、既存事業の見直しや事業間の相互連携などへつながると思われる。



## 4. 提言

### (1) 地域診断の手法および手引書について

- 地域診断を継続的に実施することで、経年的にデータを積み上げること、データを更新していくことが重要であると思われる。
- 地域診断のためのデータ収集・まとめに、手間と時間がかかる現状がある。地域診断においてどのようなデータを収集し、整理していくかについては、ガイドラインや、データを整理する枠となるようなものを提示することも必要と考えられる。基本となるデータ収集・まとめ方が標準化されることも必要と考えられる。
- データが分散していることに関しては、データの一元化やシステム化し共有・収集しやすくする工夫が必要と考えられる。地域を包括的にみるためには、データを使用しやすいように1か所に集約することで、多職種が有効活用できるよう自治体等へ要望していくことも必要と考えられる。
- 地域診断については、専門家等の関与により積極的に進められている地域から、実践方法がわからず実際に取り組んでいない地域まで多様である。ここで提案する手引書は、主として、比較的経験の浅い地域でも、できることから実践して効果を実感し、継続的な実施につなげていくことをねらったものである。地域の取組レベルに応じた活用方法がありうると考えられる。
- 地域診断に関する知識や技術、あるいは地域資源は必ずしも潤沢とは言えず、大学や研究機関、あるいは県、国診協などが、そのノウハウや不足している資源を補うことができるような支援システムづくりも考慮する必要があると思われる。

### (2) 地域診断～実践・評価のサイクルによる地域包括ケアシステムの推進

- 地域診断から住民の視点を含め情報を共有していくことで、活動計画・評価においても、住民と協働しやすく、住民主体の活動につながる可能性がある。また、住民組織活動の育成にもつながると考えられる。
- 地域診断は、保健師だけのものではなく、住民・保健・医療・介護・福祉の連携を進めるためのツールとしての有用性が示され、活用が期待される。

### (3) 医療機関と行政との連携促進による地域包括ケアの推進

- 多くのモデル事業実施地域では、国保直診施設が地域と密接に関わりながら地域の医療、地域包括ケアを支えている基盤がある。行政や地域包括支援センターの保健師とも日常的に住民の健康課題や支援を要する住民等に関する情報共有や、地域住民への啓発などの活動においても連携が行われている。行政と一体的に地域包括ケアを推進してきた国保直診施設の機能を、他の地域において、医療機関と行政の連携によりどのような形で展開することが可能であるか、更なる検討が必要である。
- モデル事業では、行政からは担当課の事務職・保健師、支所の保健師、地域包括支援センターの所長・保健師らが参画していた。専門職種だけではなく行政の事務職が参画することで、地域に関する情報の収集、整理を円滑に進めることができることや、保健師

の視点に偏らない助言が得られたケースなど、連携・協働による効果が確認された。地域診断の実効性を高め、地域包括ケアの推進につなげるためには、地域の体制の実態を踏まえつつ職種や機関ごとの役割を明確にし、より効果的な連携のあり方を検討し、広く普及させることも有用であると考えられる。また、こうした体制を構築することは、地域における様々な場面で活用できるものと考えられる。

- モデル事業を通じて、住民をはじめ多職種・多機関が参画して、一連の地域診断の取り組みを実践することにより、互いに知り合い顔の見える関係を構築することや、地域に関する状況認識や目標を共有することができるなど、地域診断に直接関わる取組のみならず、地域診断をきっかけとしてその後の日常の業務においても効果が得られている。また、前年度に引き続きモデル事業に取り組んだ地域からは、事業の質の向上や住民意識の高まりなど継続することの効果が報告されている。地域診断およびその結果に基づく計画策定、実践、評価の一連のプロセスを地域で協働して実施する取組として定着させることが重要であると考えられる。
- 保険者の立場からは、医療保険制度の安定化、医療の適正化、市の財政の健全化の視点で地域診断を実施し、施策へとつなげることが重視されている。地域診断を実施し根拠に基づく計画の立案、実践によって効果的に住民の健康づくりが促進されることは、保険者にとっても有益な取組であると考えられる。また、保険者の立場で望むことは、地域住民の健康と安心・安全なまちづくりである。今回のモデル事業から、医師不足の現状で、地域の健康づくりのあり方についても一定の方向性が示されたと考える。
- 医療機関、行政あるいは保険者それぞれの立場がそれぞれの注目する課題と住民ニーズとのギャップ、例えば医療機関の専門性による健康課題の地域ニーズとのミスマッチや、行政の施策と地域ニーズのとのミスマッチ、財政的問題への傾注などを、地域ニーズや地域の疾病構造、地域資源と整合性を保ちながら、それぞれの機関と住民との協働の下で政策展開していくためにも、住民も含めた多職種による地域診断が重要な役割を果たすと考えられる。言い換えれば、地域診断に基づく計画づくりや政策展開が、その地域の実情に即した多職種連携による地域包括ケア実践の軸となると思われる。

## 第2部 本編

# 第1章 事業の概要

## 1. 事業の背景・目的

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・ケアを推進してきたところである。平成22年度には「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」（老人保健健康増進等事業）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た。調査結果より、保健師活動として行われる「地域診断」の重要性は広く認識されているが、現状では必ずしも有効な地域診断が実施されていない、統計データを十分に活用できていない、地域診断の結果が十分に共有されていないなどの課題が把握された。

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」（老人保健健康増進等事業）は、国保直診地域におけるモデル事業および先行事例の調査に基づいて、地域診断で活用するデータの選定・収集方法や、データを分析し、地域の課題を明らかにするための手法、把握された課題に対して、優先度や活用可能な資源について判断し、具体的な計画を立案し、実践につなげるプロセスを全般的に支援するための「手引き」を作成した。手引きに沿って、地域診断を実践することにより、住民参加の重要性が改めて明らかになるとともに、病院と行政等の関係機関の多職種間の相互理解や連携促進や、日ごろ意識されていた健康課題の裏づけなどの効果が確認された。また、手引書がより実践的なツールとして全国で幅広く活用され、実効性を高めるためには、データ分析等の手法の具体化するとともに、多様な地域への適用可能性を広げることが必要であることも明らかとなった。

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明らかにすることは、地域における事業の見直しや新たな事業の予算化のための根拠となる。また、地域全体の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の必要性も明らかになり、地域包括ケアシステムの推進につながると考えられる。

本事業では、全国の多様な地域において地域診断が実施され、診断結果に基づいて地域課題の解決に向けた計画の策定、実践、評価を通して地域の関係機関の効果的な連携による地域包括ケアを促進することを目的として、平成23年度に作成した手引書をさらに充実させ、より実践的かつ実効性の高い手引書とすることを目的とした。

## 2. 事業の実施の基本的方針

本事業では、平成 23 年度に作成した手引書を、以下の観点からさらに充実させ、より実践的かつ実効性の高い手引書を目指した。

### 方針 1：手順・手法の充実

- ・ **地域診断実施の目的に応じて、必要となる統計データを整理した。**  
平成 23 年度作成した手引書では、基本的なデータとして地域の実態を俯瞰するためのデータ収集項目を示している。原則として、基本的なデータ項目は、収集することを推奨しつつ、特定の課題についての診断、分析、計画立案を行う場合に特に必須となるデータ項目を整理することにより、負荷の小さい方法で実施することも可能とした。
- ・ **収集したデータを分析し、地域課題を導出するプロセスを明確化した。**  
平成 23 年度のモデル事業では、期間の制約があったためあらかじめテーマが想定されていた。保健師の経験により地域の課題を感じとり、それを裏付けるためにデータを用いることが可能であるが、データから課題を導出するプロセスを具体化することで、経験のない保健師であっても、一定の思考手順により課題を整理できるようにした。
- ・ **実践、評価部分の記述および事例紹介を充実させた。**  
平成 23 年度のモデル事業では、実施期間が 3 ヶ月と限られていたため、計画立案までの過程を中心として実施した。立案された計画に基づいて、実践し、一定期間を経て評価する過程については、モデル事業の期間内では実施できなかった。そこで、昨年度のモデル地域の協力を得て、計画の実践の状況や評価の内容について、情報を得て、手引書の記述および事例紹介を充実させた。

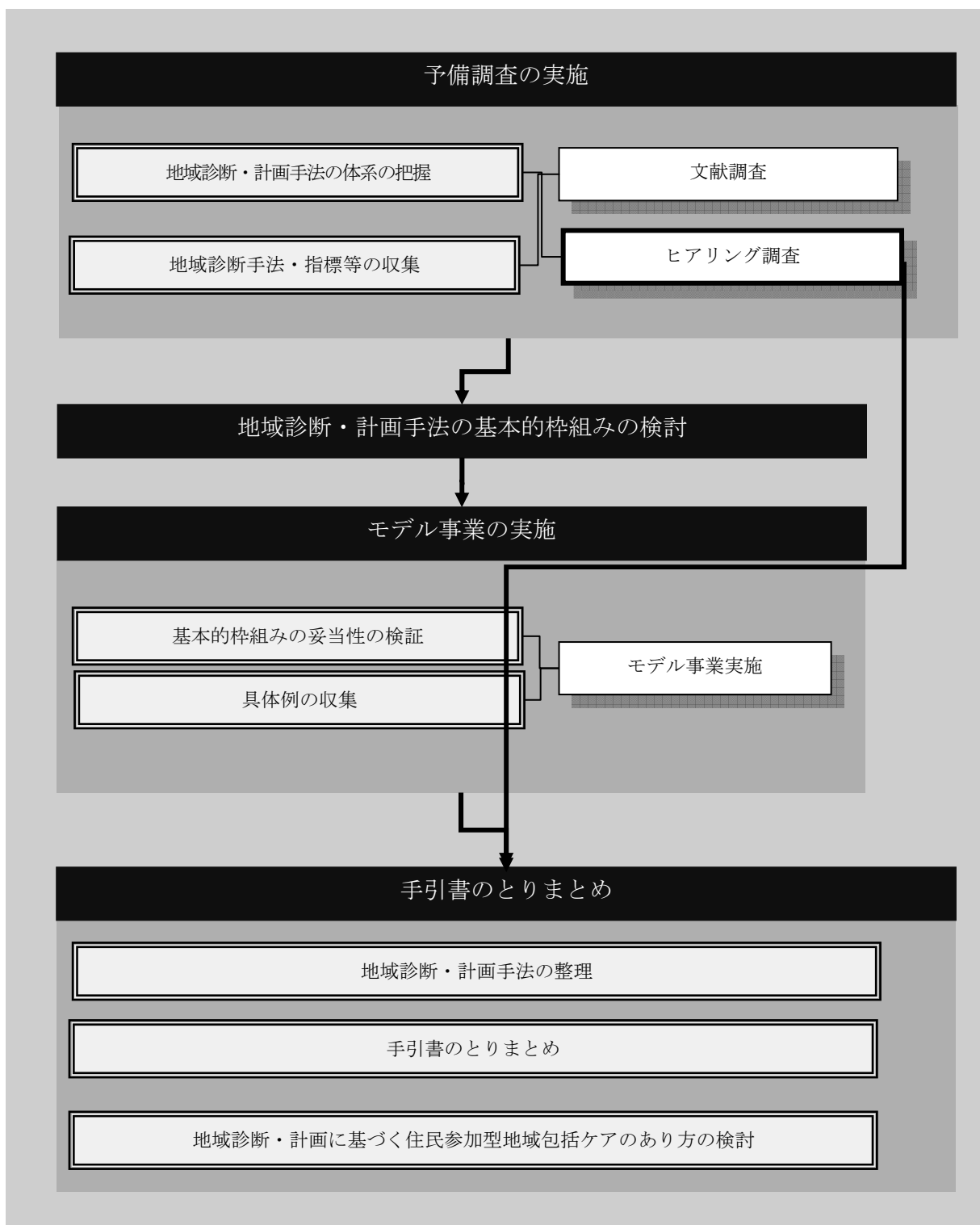
### 方針 2：多様な地域への適用可能性を高め、関係機関の役割や関与の方法を明確化

- ・ **国保直診施設を中心とした地域を主としつつ、多様な地域にも参考となる内容とした。**  
平成 23 年度のモデル事業は、国保直診施設が地域包括医療・ケアの中核を担い、地域づくりの基盤がある地域において実施された。そこで、手引書をより多くの地域にも適用可能とするために、これらの地域とは特性の異なる地域で検証を行い、実用性を高めた。本年度は、「国保直診施設を中心とした住民参加型の地域包括医療・ケアの推進」を目指すという方針に沿って、モデル地域として 23 年度とは規模の異なる国保直診地域や、旧来の国保直診地域が合併した市などを対象として、事例の幅を広げた。
- ・ 人口規模や高齢化率、地理的特性、各種機関の関係、体制の構成などを類型化し、類型ごとにポイントを整理した。  
読者は、近い類型の地域の事例を参考とすることができる。
- ・ 関係機関および職種ごとの関わり方を整理する。  
特に、医療機関と行政の役割分担と連携のあり方を明確にする。

### 3. 事業実施フロー

事業実施フローは、図表 2 の通り。

図表 2 事業実施フロー



## 第2章 予備調査

予備調査として、平成23年度調査においてモデル事業を実施した地域とは属性の異なる地域を対象として現地訪問調査（ヒアリング）および文献調査を実施した。

### 1. ヒアリング調査

#### (1) ヒアリング調査の概要

##### 1) ヒアリング対象者

###### ①調査対象地域

- ・ 平成23年度モデル地域と属性の異なる国保直診所在地域：日南町（鳥取県）
- ・ 国保直診所在地域が合併した市：中津川市（岐阜県）

###### ②調査内容

- ・ 地域における地域診断の実践方法（関係機関、実施体制、実施手順、必要なマンパワーと情報、手法や視点、結果の活用方法、効果と課題等）についての情報収集を行った。
- ・ 手引書についての意見（手順の相違、補足や拡張が必要な点）を聴取した。

##### 2) ヒアリング内容

地区診断から計画策定に至るプロセス全般にわたり、具体的な経過や内容を聞き取った。

- ・ 地域診断の目的・目標の設定の経緯
- ・ 地域の課題把握のための方法
- ・ 収集した情報項目、収集方法、シートの構成
- ・ 分析手法・評価の視点
- ・ 計画立案の方針、検討方法、計画の実現に向けた手順
- ・ 住民の参加・活動を促すための工夫
- ・ 保健・医療・福祉機関間相互の連携を強化するポイント
- ・ 行政との連携、行政への働きかけ、仕組みづくり など

上記について具体的なプロセス（進め方）を把握した。

- ・ 起案者、実施・推進の主体、参画者、関係者とそれぞれの役割
- ・ 各ステップにおける検討・調整の内容、経過
- ・ 推進する上での困難点、解決方法、特に配慮したことなど

##### 3) ヒアリング結果の活用

ヒアリング結果は、モデル事業を実施する上での参考とするとともに、具体的なノウハウを整理して、手引書に反映した。



## (2) ヒアリング調査結果

### 1) 中津川市

日時：平成 24 年 9 月 21 日 14 時～16 時

場所：中津川市 健康福社会館

出席者：

健康医療課 早川課長

古田課長補佐

和田保健師（地域総合医療センター担当）

訪問者：

伴委員長、松葉様、三上委員、千葉委員、原委員、国診協鈴木、MRI

ご提供資料：平成 23 年度 中津川市の保健

中津川市 第 5 期高齢者保健福祉計画 介護保険事業計画（平成 24-26 年度）

健康なかつがわ 21 策定に関する資料およびデータ集

#### <ヒアリング概要>

#### ア. 地域における地域診断事例および実践方法のご紹介

##### ① 目的・背景

- ・ 2 年前、国により保健師の地区活動およびそのための地域診断が推奨されたことを機に実施したものである。
- ・ 新任の保健師 3 人が着任し、勉強してきたことを現場で活かせるよう WG を立ち上げ、合併後はじめて地区診断を実施し、担当地区の情報収集、分析を行った。
- ・ 地域によって年齢構成など格差があるなかで活動が異なるはずであることを前提に、収集した情報をどう読み取るか、について学習会を開催した。
- ・ 地区活動をどう展開するか、その基礎資料として地区診断を実施したものである。保健師、栄養士が活動するため、健康課題を明確化し、解決のための具体的な行動計画を策定した。

##### ② 地域の特性

- ・ 生活の背景となる地域の特性として、農業が盛んであるが、商業、工業都市の側面もある。米を消費するため味噌しょうゆ文化が発達し、塩分を多くとる食習慣であり、高血圧が多い。血管が傷みやすい地域。腎不全、脳卒中も多い。
- ・ 米文化なので糖質に偏りがちである。宿場町のおもてなしの心で和菓子、寿司もつくる。
- ・ 虚血性の心疾患が、18 年以降 4 倍になっている。人口透析の伸び率も国、県より多い。人工透析の新規導入患者の半数が糖尿病であり、糖尿病対策が必要である。

##### ③ 中津川市の状況

- ・ 地域診断においては、行政課題を重視する必要がある。生産年齢人口が減少し税収が減っている。高齢化率は 34.3%



- ・ 社会保障の伸びが財政圧迫している。介護サービス給付費、後期高齢者医療保険給付費が増大している。生活保護も急増している。年間 4 億、うち市の持ち出しが 1 億円であり、厳しい財政状況となっている。
- ・ 歳出第二位が公債費で 61 億円ある。民生費が 91 億円。医療にかかるお金が国保、後期高齢、病院含め 210 億であり、市の規模からすると大きい。健康で過ごし、医療や介護を必要とする状態になることを予防しなければならない。緊迫感をもっている。
- ・ こうした背景から、医療保険制度の安定化、医療の適正化、市の財政の健全化の視点で地域診断を実施した。

#### ④ 中津川市の事業計画

- ・ 「中津川市の保健」は事業の実績報告として毎年発行している。
- ・ 事業計画では、特に生活習慣予防に力をいれている。特定保健指導は、国は 15% に対して 9.8% である。体を動かし、粗食で太っていないが血圧等でリスクの高い方がいる。
- ・ 事業計画は高齢支援課の課内室である介護保険室が作成している。介護保険料を決める計画書である。
- ・ 評価については、医療費、患者数の増減、個別の健康管理台帳を見る。地区担当が、高血圧の人をかならずフォローしている。糖は 7 以上血圧は 2 度以上をフォローし、3 度の人をどのくらい減ったかを保健師の活動の評価にあてている。
- ・ レセプトは 2 ヶ月後に入手している。検診データと同じ画面で見られるシステムを開発し、地区担当が管理している。

#### ⑤ 地域診断の効果と課題

- ・ 地域診断を行うことにより、保健指導対象者が明確になった。どこが問題か、どのような対象に働きかけるべきか明確になった。
- ・ 実践するマンパワーの確保が課題である。合併により人員削減され、退職者に対して補充がない。今後あと 2 割削減する計画となっているため、活動に支障がある。地域で保健指導を行うことが保健師の役割であるが、そのためのマンパワーが確保できなければ生活習慣病の予防は難しい。

#### ⑥ 解決方策・介入について

- ・ 性別、年代別でアプローチを変える必要がある。例えば、若い男性に糖尿病が多いが管理ができていない現状がある。こうした層には職域にも働きかけて健康管理することが有効と考えられる。そこで、労働基準監督署とも連携しているが、中小企業が多く、従業員 50 人未満が 8 割であり、検診を実施していない事業所が 2 割ある。協会健保に指導してもらっているが入れる企業は優良企業のみであり、健康に関心のない企業は野放しの状態である。従業員数 50 人未満の事業所については産業保健センターに委託している。
- ・ 行政として把握できる医療データは国保のみだが、国保の加入率 26% である。そこで、協会健保にワースト 10 の数値を出してもらって比較、検証している。
- ・ 病院が協会健保の被保険者に指導検診を実施した際のデータをもとに指導している。

大きい組織は管理すべきという考え方に理解があり受け入れてもらえるが、小さい組織には断られる。むしろ、そういう事業所のほうが問題がある。

- ・ 気持ちが変わるような指導のスキル向上が必要である。地域にいる保健師は、まず家族に働きかけ、家族から本人に働きかけて受診にむすびつけるなど、きめこまかく動ける。
- ・ 坂下地区は、コミュニティ、健康づくりと医療が一体的に進められているモデルだが、こうした地域ばかりではない。大小さまざまなエリアを設定して重層的にやっていく必要がある。地域によって診断方法、アプローチの仕方をかえるべきではないか。
- ・ 例えば、慢性腎臓病に関して、ライフステージに応じていろいろな市民への検診の機会を提供する、医師会や学校にも働きかけるなど、やり方がそれぞれ異なっている。

#### イ. 平成 23 年度手引書についてのご意見

##### ① 23 年度手引書について

- ・ 教科書と同じで、読んでも何してよいかわからないという印象を受けた。
- ・ 地域診断の手法は固定したものではなく、解決のアプローチはそれぞれ違うので臨機応変に活用できるとよい。
- ・ 住民参加という記載については、福祉サイドでは重要だが、ヘルスサイドでは一人の意見に左右されてしまうところがあるので、危険であるという見方もできる。声なき声を拾うためには、データを読む必要があるが、検診データを読むノウハウがない。そこが示されなければ、どう動いてよいかわからない。中津川では、学習会、先輩保健師から伝承されてきた部分である。

##### ② コミュニティの規模、地域診断の単位について

- ・ ある程度の規模の市町村であれば、検診データに基づき働きかける対象を決めて関わる。小規模の地域ではこうした取組はすでに実施されている。
- ・ 今回の地域診断は、地域のデータを共有することが目的であった。地区活動をいかに実行すべきかを、新任の保健師に理解してもらうことが課題であった。
- ・ 地区でデータをわけるのは難しいため、共通の指標で地域の特徴を把握していた。
- ・ 旧町村は地区という意識が強いが、現在は、原則として市一律のサービスとなる。「この地区の課題」というよりも疾患を見た上で、糖尿病、腎機能が問題、など全般の見方が多い。担当地区単位での分析を直接的に政策に結びつけるのではなく、市全体の大きな課題解決を優先し、市全体の事業に結び付けている。
- ・ 検診結果は今年度から、地区担当に返し、フィードバックの方法については地区担当が説明会、訪問など選択できるようにしている。
- ・ 高齢者の多い地域は高齢者の課題が多くなる、地区別に見るというよりも、問題が発生したら対応するという後付けになりがちではないか。
- ・ 多くの地域包括支援センターでは事後対応に振り回されている。介護予防、健康づくりは重要だが、介護予防に力を入れて取り組んでいる。市としての課題でもある。

### ③ 保健師の活動、連携について

- ・ 本庁の保健師は 21 名であり、健康医療課、高齢支援課に配属されている。全体方針の策定や学習会は本庁主体で行っている。
- ・ 課内会議で出先の保健師が集まって課題を話し合っている。3 箇所の拠点に 2 人ずつ配置されている。学習会は、全員参加は難しいが母子と成人とで 2 ヶ月に 1 回ずつ開催している。
- ・ 地域の保健師は子供から高齢まですべてを担当するが、本庁は担当でわけている。
- ・ 担当地区に分け、訪問活動している。1 万人から 3000 人程度を一人の保健師が担当している。地域拠点の保健師のほうが担当数は少ない。
- ・ 本庁と地域拠点の保健師の合同の会議はない。保健指導の統一化等目的で 1 度会議をしたが、福祉の保健師がはいらなかった。将来に備えて連携する機会があるとよい。

### ④ その他

- ・ 「地区担当」という言葉の定義が曖昧ではないか。細かい地域を指す場合と、東西など大きな区分けを指す場合がある。手引書内で定義、想定を記載したほうがよい。
- ・ 地区担当保健師の役割を明文化するべきである。「市の課題」＋「地区の課題」で実践していく。
- ・ 保健師の力量をどう育てていくかが課題である。

## 2) 日南町

日時：平成 24 年 10 月 22 日 13 時～15 時

場所：鳥取県日南町健康福祉センター研修室 1

対応者：日南病院（高見院長、榎尾看護師、坪倉部長代行、中島副部長代行）  
福祉保健課（梅林健康対策室長、長谷川保健師）

訪問者：伴委員長、後藤委員、三上委員、大浦委員、原委員  
国診協鈴木、MRI

### ア. 地域診断の具体的な内容

#### ① 背景、目的

- 健康づくり計画は、第一期計画 H15 年から 8 年が経過したため見直しを行った。住民全体を対象とした調査を実施して練り直したものである。

#### ② 計画について

- 第一期計画の反省として、全体を網羅したためにめりはりがつかず、どこに力をいれるべきかがわかりにくかったということが挙げられる。切り口は異なっても同じところに行き着くものであると考え、今回は網羅することを重視しすぎないようにした。
- 住民の声をまとめる過程においても、あまり大きすぎずはなく、一致したところにまとまった。住民の声は、意図的に取捨選択をしないように心がけた。新しい視点、生活の中で感じられていることを盛り込み、オリジナリティの高い計画を作成することができた。
- 第一期計画には 7 項目の柱があり重点がわかりにくかったが、今回は年度ごとに重点項目を決めた。
- PR のため、保健委員に地域の勉強会を企画してもらった。
- 住民参加の活動としていくためには、最初は保健医療介護福祉の職員が核になり種をまくプロセスが必要である。そこから中心的な役割を担える人を見つけて、その人を中心にして継続していく、という方法は実効性がある。
- 高齢化率が高い地域において機能を強化するためには、医師や保健師が地域に出かけることが重要である。

#### ③ 実施体制

- 健康づくりもあわせて一体的に協議するため、介護保険運営協議会において議論することとした。策定委員会の事務局は、栄養士、保健師、理学療法士等からなる。運営協議会は策定委員会と兼ねている。計画策定のために組織を新たに作りなおすより、既存の組織で兼ねたほうが効率的である。
- 前回は介護保険改訂の年でもあったので、業務の負担が高くなり、健康づくりを協議する時間が十分にとれなかった。今回は住民の意見を反映し、一緒につくった計画としたいという思いがあり、「健康について語る会」を開催した。旧小学校区の街づくり協議会 7 つ、その他心当たりのところに広く通知を出したところ、50 人集まってもらえた。
- 事務局が作業部会の役割を担った。

#### ④ 重視したこと

- ・ 個人、地域で取り組むことを明らかにした。住民と行政との協働により日南町らしさ、たとえば地元の農作物をおいしく食べるなど、第一期同様、家族、地域の団欒を第一に考えたい、というところを特色とした。
- ・ 検討の経過については、介護保険運営協議会がレビューをするほか、鳥取大学（医学部健康政策医学）の先生方に進め方、まとめ方、視点などについて助言をもらった。
- ・ 住民組織は、健康づくりの委員として地区保健員、食生活改善推進委員の活動を行っているが、平時の活動の見直し、活性化のため、活動計画のなかにグループワーク方式、KJ法をとり入れそこで出た意見を反映した。
- ・ 健康について語る会は、ワールドカフェという手法を用いた。参加者同士の交流を図ることができるのが利点であり、気軽に取り組める。模造紙を用意し、お茶とお菓子を口にしなが、小グループでテーマを持って話し合い、模造紙に書いて移動する。これを繰り返す。
- ・ 住民の意見を事務局で絞込み 4 領域にまとめて、第二回を開催した。参加者の表現を重視し、まとめすぎず、言葉を大事にして計画書に反映した。
- ・ 生活習慣調査も実施したが、回収率があまり高くなかった。記名式としたことが一因と考えられる。

#### ⑤ 他部署の関わりについて

- ・ 「健康について語る会」のメンバーとして、各種団体に声をかけ参加を募った。心の健康づくりネットワーク会議にも声をかけてもらった。
- ・ 教育委員会は社会教育を担当している。広く住民を対象とし町民大学を企画したり、生活支援ボランティア養成講座等を一緒に共有できないかと相談している。協力できる部分、共有できることは日ごろから連携を図っている。消費者被害窓口からの啓発なども行っている。
- ・ 介護保険事業計画書にも示されているように、高齢者ニーズ調査を行い、食品調達等について一緒に分析している。

#### ⑥ 保健師の体制

- ・ 人口 5500 人弱に対して保健師は 7 人（ただし 2 人は育休中）。1 人（管理職）は実務から離れているため、実際は 5 人未満だが、人口比では多い。高齢化が進んでおり、家族にキーパーソンがない場合など解決する必要あるため、保健師が必要である。病院は含まず福祉保険課に 7 名が配属しており、2 名は地域包括も兼務している。

#### ⑦ 検診の状況

- ・ 検診は鳥取県の事業団が実施している。特定検診の受診率は低い。
- ・ 病院で治療中の人は病院で人間ドックを受けているため特定検診を受けなくてよいとしてきたことも理由である。病院に通っている人を対象から除外すると受診率は低くなる。
- ・ 子宮がん検診も同様で、高齢者が多いので受診率が下がるため、年代別で評価すればよいと考えている。



#### ⑧ 地域の連携

- ・ 小学校等には教育委員会と申し合わせて調査を実施した。こうした連携は老人保健法のころから継続している。関係はいつも努力をして維持することが必要である。
- ・ 「住民の幸せのために」を共通目標とし、確認しあうことを重視している。在宅支援会議を開催し、毎週顔を合わせている。これが連携の基礎になっている。
- ・ 毎月、地域包括ケア会議が開催されている。さらに密度濃くするために企画会議を開催している。
- ・ このほか「グループワークのある飲み会」も開催し、形式にとらわれずに気軽に意見交換できる場を設けている。
- ・ 自治会では健康、人権、認知症の見守りなどの話をしている。
- ・ 地域包括ケアについては、病院からも参加し、食事サービスのボランティア、民生員と話す機会もあり、情報交換ができています。
- ・ 病院、医師が関わる行事には、地域の住民の参加率が高くなる。自治会単位で開催する行事であれば、必要な方は送迎して集まることができる。
- ・ 在宅支援会議、病院、福祉会、地域包括支援センターが検討して高齢者が地域の中で、在宅で暮らし続けられるようにがんばりたいという気持ちがある。連携してどのように支えるかを協議しているのが特徴であり、今後もさらに発展させたい。
- ・ 地域包括ケア会議は、多職種があつまるので情報交換の場として有効である。看護師という立場から医療面で地域住民を支えているが、この会議でケアマネジャー、デイサービスの職員からの相談があれば、訪問診療、臨時往診で対応し、結果を返すなど、連携をとることを続けていきたい。保健センターの取り組みには病院としても積極的に関わりたい。
- ・ 地域ケア会議主催のシンポジウムを予定している。自分の将来の見通しを持ち、家族と話し合っておくことが重要である。高齢化率が 46.8%、すなわち半分が高齢者の町ならではの状況である。

#### ⑨ ワールドカフェ方式による意見収集について

- ・ まとめに記載されている「自分を大切にしよう」という表現は、住民から出たものである。例えば「検診を受けよう」という言葉は、管理的、強制されている感じになりがちであるが、住民から出た表現はそうではない。
- ・ 言葉を大切に健康づくりは、80代の住民から提案されたものである。参加者は10代から90代の男女で、10グループを構成した。参加者が相互に幅広い年齢層と関わることができた。高齢者の意見を、20代の若い母親が素直に聞く場面もあり、このような語る場が重要であることが認識された。
- ・ 小グループでの議論は3回移動し、4回めにもとに戻る形とした。
- ・ 負担感がないのが特徴であり、比較的準備も楽である。テーブルマスターの役割が重要となるので最初はスタッフがついている。テーブルマスターは事前に申し合わせをした。
- ・ 参加者募集は、公募ではなく各組織から声をかけたところ自主的な申込があった。2回目の参加者は、1回目と同じ人もいるが違う人もいる。
- ・ 参加できない人の意見を拾うチャンスとして「まめな会」がある。自治会ごとに月に1回開催され恒常的に健康相談をしている。参加者が多い。

#### ⑩ 調査について

- ・ 小規模な地域であるため、よく地域を把握している、保健師、看護師、医師が地域に出かけ、持ち帰った情報は地域包括に一元化されている。さらに地域診断等のアンケート調査により住民の考えを把握した。この2つの方法で把握している。
- ・ 直接行って見たこと、話したことを持ち帰るという方法は、直接民主主義に近い。地域から代表を出すというより、出かけて地域の問題を肌で感じて戻り、地域包括に持ち寄り議論する。対策の一部まで議論される場合もある。医療機関、保健者、首長も含めていい連携ができています。町長、副町長、福祉保健課長等、月1回意見交換ができています。
- ・ 町長が安心して地域にいられる街づくりを宣言している。物理的に近いこともあり一緒に進めている。
- ・ 住民の声から導かれた結果と専門職として把握しているリスクファクターを減らそうとすることのギャップをどう考えるか。疫学的な評価と、住民から出たもののギャップはありうる。財政上の優先事項を考慮するとき、エビデンスが求められる。【委員意見】
- ・ 住民から導いた結果をつきつめていくと、データから得られることと合っていると実感している。
- ・ 日南町は変わってきた。地域包括ケアを掲げて地域に出ることはじめて、3年間は効果が出なかったが、8年目には寝たきりでも地域でみる姿勢ができ、住民が変わっていた。5年、10年かけて医師が外にでかけ、病院がバックアップしてくれることがわかれば住民の意識が変わる。
- ・ コミュニティは住民中心であるべきだが、住民任せにすべきではない。

#### ⑪ 鳥取大学との連携

- ・ 鳥取大学の黒沢教授をアドバイザーとして招聘している。日南病院は、教室と密な関係がある。約30年前、保健センター建設当時の能勢先生のところから、日常的な連携がある。
- ・ 最近では、健康日本21の動向や、住民の意見のまとめ方、アンケート調査のサンプリング数などについて相談している。
- ・ 鳥取大学は30年前から地域と連携をしている。町の様子をよく知っている。

#### イ. 手引書への意見

- ・ 地域診断を実施するためには広い視野が必要であることは理解できる。項目が網羅できているか点検することに意味がある。基礎知識として知っておくということと理解している。
- ・ 目標は数値で評価することが重要ではないか。
- ・ 診断そのものよりもそれ以降のプロセスが重要と考えている。日南町では地域診断は事務局が実施し、結果を住民に提示して何をすべきかという話し合いに力をいれている。
- ・ どうありたいという姿を描き、その実現のためのあり方を検討する、ブレークスルー方式のほうが、気持ちが楽になり、前向きに話し合いができるのではないか。
- ・ 目標の周知は、住民と一緒に取り組み、計画への進捗が住民に伝わるということが重要である。

## 2. 文献調査

### (1) 文献の概況

#### 1) 医中誌

- ・ キーワード「地域診断／地区診断」で検索を行うと過去5年間で227件、うち60件が原著論文。2005年頃から論文が増加してきている。
- ・ 地域診断に関する論文は、①政策評価や健康課題把握、保健師活動としての地域診断実施に関するもの、②保健師の教育・研修、キャリアディベロップメントでの地域診断の活用に関するもの、③保健師学生の教育や実習での活用に関するものの、3つの内容に大別される。

#### 2) Medline

- ・ キーワード「community-assessment」で検索を行うと過去5年間で98件であった。(2012年10月16日時点)
- ・ ほとんどが「住民調査」の意味で用いていて日本で意味する地域診断ではない。一部、ヘルスプロモーション活動として community assessment を実施し地域の課題を明らかにしている論文もある。(Ahari SS, Habibzadeh S, Yousefi M, Amani F, Abdi R. Community based needs assessment in an urban area: a participatory action research project. BMC Public Health, 2012, 12:161.)



## (2) 地域診断に関する文献

1) 【文献1】中板育美. 公衆衛生看護活動における評価の現状と課題, J. Natl. Inst. Public Health, 58 (4) : 2009. (特集)

### ①内容

- ・ 公衆衛生看護活動においては、専門分野ごとの事業化が進み、事業をこなすことが目的化しやすくなってきている。本稿では、保健師活動の使命を再確認し、その成果を映し出すツールとして評価活動の意義と手順を概観する。
- ・ 保健師は、「一人ひとりの健康問題を地域社会と切り離さずにとらえ、対象地区の伝統や風土（地理的条件・歴史的条件・文化社会的条件など）と、個々の生活意識や行動を結びつけて理解し、個人はもちろん、環境や周囲に働きかけ、ひいては健康の格差を縮めながら地域全体の健康水準の向上をもたらしていく活動」を担っており、それを地区に入り込む手法で成し得てきた。この使命を果たす手段として実施している「評価」は、事業が地域住民の健康問題を課題とし、それを改善するための一方策と位置づけ、一連の過程であることを再認識し、意識前例踏襲や法令重視、効率性重視の風潮に翻弄され過ぎることなく、また、組織の使命、住民の将来像、および目標（mission, vision and objectives）を見失ったまま事業の執行者になることから脱する道筋として活かしたいものである。
- ・ PLAN（地域診断）：PLANの段階でまず大切なのは、地域診断（現状分析）である。保健師が行う地域診断は、「公衆衛生看護活動の展開にむけて、受け持ち地域（地区）に住まう人々をより観察し、集団として捉えて、健康の切り口から正しい現状把握を導くプロセス」である。方法は、大別すると①実地調査 ②統計分析 ③住民や関係機関からの意見の分析である。科学的分析からの妥当性を保持しつつも家庭訪問や健康教育、住民との協働を通じた地区活動で得られる質的情報も重視している。

### ②メモ

- ・ 評価は保健師活動や事業評価として重要であることを示している。
- ・ 評価は「Plan-Do-Check-Action」サイクルに組み込まれており、地域診断はそのPLANで行う現状分析のことである。

2) 【文献2】 地区診断から始まる見える保健活動実践推進事業報告書（平成 22 年度地域保健総合推進事業），日本公衆衛生協会（平成 23 年 3 月）。

①内容

- ・ 緊縮予算、人員削減の潮流の中で組織は細分化され、地域社会を俯瞰的に眺め、医療、健康、経済、教育、安全等人が生きてゆくために必要な諸条件を総合的に判断するための地域診断スキルが脆弱になりつつある。
- ・ 実践現場における地域診断のあり方を再確認すると同時に、地域診断と事業、施策、政策の密接な関係であることを前提に、市町村・都道府県保健所・衛生研究所の多機関協働体制が促される。
- ・ 地域保健の活動において、より広域を対象とした数値化されやすい疾病統計などを踏まえつつ、さらに小地域の特性に合わせた、より具体的かつ実践的な施策立案・実行・評価ができる技術（情報収集能力・分析能力や還元能力）を現任教育にて習得できる体制を整える必要がある。

・ 地域診断ガイドライン

地域診断を「公衆衛生を担う専門家が、地区活動を通して地域課題を明らかにし、地区活動を通して個人のケアに留まらず、集団あるいは地域を対象にケアを行い、地域課題を軽減／解消していく一連のプロセスである」と整理している。

▶ ガイドラインの項目

I 序章	
II 地域診断とは	
III 地域診断の方法	1. 地域診断の企画
	2. 量的データの収集
	3. 質的データの収集
	4. 診断へ（アセスメントを含む）
IV 地域診断を活動計画（施策）に活かす	
	1. 地域診断は PDCA サイクルの中で捉える
	2. 地域診断と PDCA—活動が成長する仕組み—
V 地域診断の推進体制。	

②メモ

- ・ 地域診断の事例を 6 事例紹介している。
- ・ 「保健師」のための地域診断ガイドラインを提示したものである。
- ・ 地域診断の実施体制は、市町村、都道府県（保健所）、地方衛生研究所・大学等の多機関協働で取り組める体制が必要とされていた。

3) 【文献3】地域包括ケア推進のための地域診断の方法と活用事例（平成22年度老人保健健康増進等事業報告書），日本福祉大学（平成23年3月）。

#### ①内容

- ・ これまで蓄積してきた介護保険給付実績を中心としたデータベースに、介護保険では把握が難しい情報を付加することで、一人の人を包括的に支援するための基礎的データベースを構築し、地域診断のためのツールとして活用することを目指した。
- ・ 今回我々が提案する地域診断の手法は、今回の国が示す調査（国では、第5期の事業計画策定にむけて、地域のニーズを把握するために、「日常生活圏域ニーズ調査」を実施することを進めている）のように新たにアンケート調査等を行うのではなく、これまでに行政が把握している既存のデータや資料を用いて、どれだけの診断が可能かを検討するものである。
- ・ 地域診断には、各地域（日常生活圏域）に1）支援を提供しなければいけない人がどれだけいて、2）その地域に現在どのような資源・サービスがあり、3）対象者は既存サービスをどのように利用しているのかを把握・分析したうえで、4）足りない資源・サービスは何かを把握することが求められる。そのうえで、今度どのようなサービスをどれだけ整備する必要があるかを計画として立てることになる。
- ・ 芦屋市をモデル地域として、新たな地域診断の方法やデータベース構築のためのツール開発を試みた。

#### ②メモ

- ・ ここでの地域包括ケアは介護保険の内容が中心であるが、介護保険と地域福祉とつなぐ試みとして実施されている。

4) 【文献 4】西多摩保健医療圏 課題別地域保健医療推進プラン「地域の健康課題を見つけよう！～地域診断技術の向上をめざして～」やってみよう地域診断, 保健衛生担当者向け地域診断支援マニュアル, 東京都西多摩保健所. (平成 23 年 3 月)

#### ①内容

- ・ 保健衛生担当者を対象とした地域診断支援マニュアルを提示したものである。
- ・ 地域診断のシートを 2 種類独自に作成した。①「地域シート」とは、地域全体の実態や健康課題について、包括的に把握し分析するために作成するものである。②「テーマシート」とは地域シートの作成により明らかになった地域の実態や健康課題、保健衛生担当者が日常の活動を通じて得た気づきや疑問等について、あらかじめテーマを定めて検証分析を行い、具体的な対応策に結び付けていくために作成するものである。

#### ②メモ

- ・ 保健担当者向けの地域診断マニュアルであり、職場で実施することを想定している。

#### <参考>

##### ■地域診断に関するテキスト

- 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.
- 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.
- 金川克子編：地域看護診断—技術と実際—. 東京大学出版会, 2009.
- 「最新 保健学講座 5 公衆衛生看護管理論」編集 平野かよ子、メヂカルフレンド社、2010.
- 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.
- 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.

### 第3章 モデル事業

#### 1. モデル事業の対象と方法

##### (1) 対象

文献調査および平成 22・23 年度調査を参考として、人口規模、地理的特性を考慮して 7 地域を選定した。

- ・ 平成 23 年度モデル地域と属性の異なる国保直診所在地域
- ・ 国保直診所在地域が合併した市
- ・ 平成 23 年度モデル地域と同じ地域

※ 平成 23 年度モデル地域として、秋田県横手市大森町（以下、大森町とする）、広島県尾道市御調町（以下、御調町とする）を選定

地域の特徴と重点検討事項

地域	特徴	重点検討事項
秋田県 大森町	・ 昨年度からの継続 （自殺予防）	・ 昨年度データを活用し、広い視点での分析 ・ 課題抽出プロセスの詳細化・具体化 ・ 「実践」「評価」プロセスの補足・充実
岐阜県 中津川市	・ 合併後の市 ・ 行政による取り組み	・ データの整理、分析手法の明文化 ・ 地域と市との連携のあり方
鳥取県 日南町	・ 高齢化率の高い地域 ・ 地域包括ケア推進	・ 先進的な取り組みの一般化、周知 ・ プロセス全般の確認（3ステップへの統合）
島根県 飯南町	・ 事業を通じて地域 がシステムを整備	・ 地域の関係者の連携体制等の具体例の提供 ・ プロセス全般の検証
広島県 御調町	・ 昨年度からの継続 （認知症）	・ 昨年度データを活用し、広い視点での分析 ・ 課題抽出プロセスの詳細化・具体化 ・ 「実践」「評価」プロセスの補足・充実
大分県 国東市	・ 地方の中規模市 ・ 医療資源が不足	・ 中規模市へ展開可能性の検証 ・ プロセス全般、特にデータ収集・分析の検証
鹿児島県 薩摩川内 市	・ 離島 ・ 小規模コミュニ ティ	・ 現状分析と限られた資源の有効活用に向けた検討 （既存データ等を活用し、可能な範囲で実施）

##### (2) モデル事業の各プロセスの方法・内容

###### 1) 実施要領等の作成

モデル事業を円滑かつ効果的に進めるため、以下の資料等を作成した。

- ・ モデル事業実施要領
- ・ 地域診断シート、分析シート、計画シート、評価シート等

## 2) モデル事業の実施

モデル事業実施期間を3か月程度設けて（平成24年10月～平成25年1月）、地域診断事例として、データ収集、分析、対策の検討、計画立案を行った。ただし、限定された実施期間の中での試行となるため、テーマは実現可能性を考慮して地域における現状の取組みを活用しつつ「認知症」「介護予防」等、絞り込んだ形で設定した。

＜想定する担当者＞

地域診断を担当する保健師等

（地域包括支援センター、行政保健センター、国保直診施設他）

## 3) モデル事業実施結果のとりまとめ

モデル事業実施結果について、次の方法で収集・整理した。

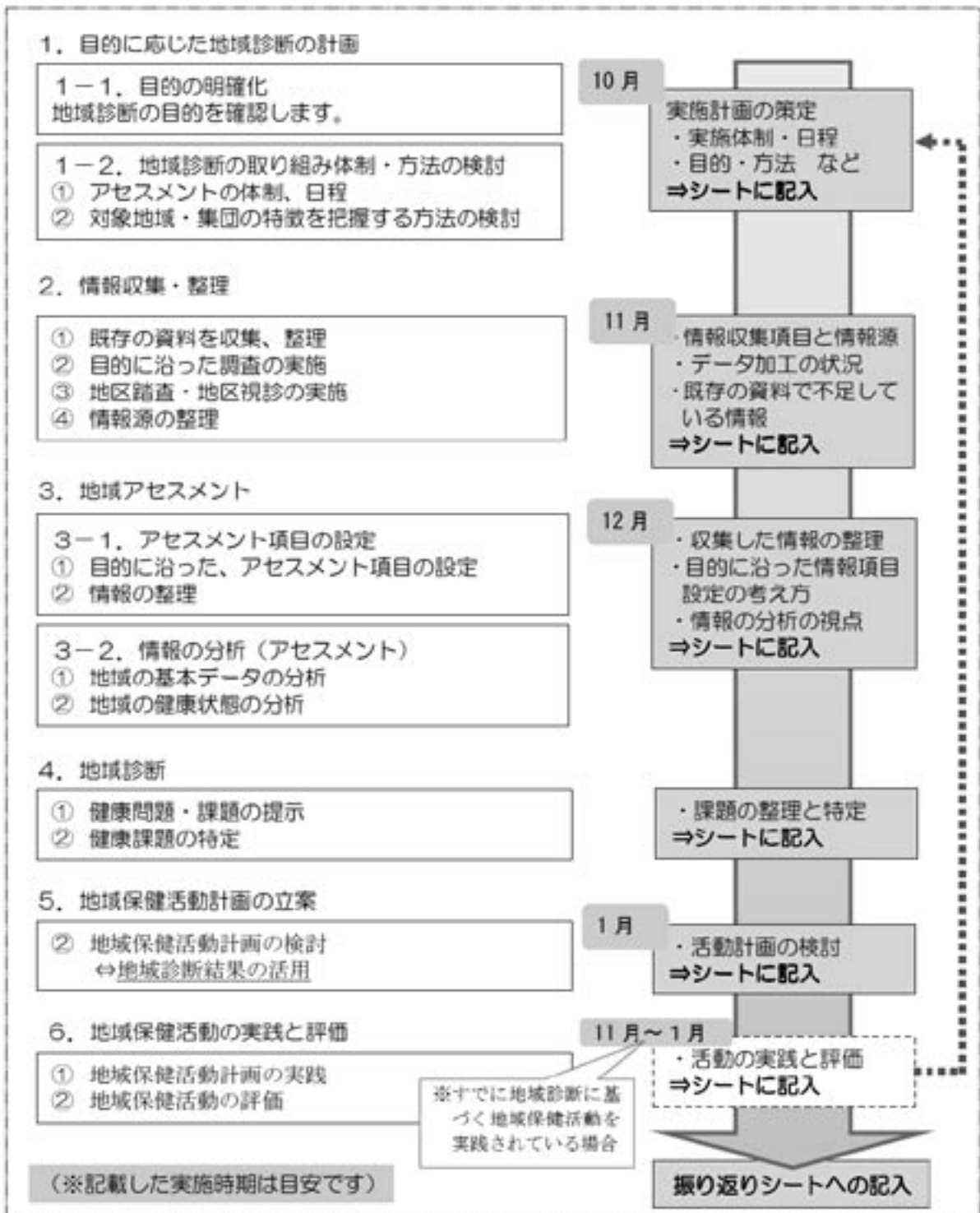
1. モデル事業実施期間中および実施後に、モデル事業の実施に関わる記録、および手法・実施要領に関する評価結果を提出。
2. モデル事業実施後、報告会を開催し、モデル地域の事業担当者により取組内容を共有。

- ・地域特性（人口、高齢化率、地域資源の状況、関連機関の組織体制等）
- ・モデル事業実施結果（実施体制、収集したデータ、分析方法、分析結果、課題検討内容、計画内容、計画に対する評価等）
- ・提案する手法およびモデル事業に対する評価

## (3) プログラムの実施

モデル事業は、モデル地域ごとに、平成24年10月初旬から平成25年1月にかけて以下の手順で実施された。

図表 3 モデル事業の実施手順





## 2. モデル事業の実施結果

### (1) 秋田県・大森町

地域診断（モデル事業）の目的、テーマ：心の健康づくり・自殺予防

#### （目的）

自殺の現状を詳細に分析しながらこれまでの計画を見直し、自死遺族ケアも含め「地域住民の声」を活かした活動計画を立案し実践する。

#### 1) 実施体制

##### 【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	保健活動支援・総括
	市立大森病院	MSW	MSW としての立場
	市立大森病院	看護師	病院看護師としての立場
行政	市民福祉課	事務職	行政の立場
	市民福祉課	保健師	行政の立場
	地域包括支援センター	所長	行政（地域包括）の立場
	地域包括支援センター	保健師	行政（地域包括）の立場・事務局
	地域包括支援センター	精神保健福祉士	行政（地域包括）の立場
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
	婦人会	地区婦人会員	婦人会の立場

##### 【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	11月20日	16:30 ~18:00	保健福祉 センター	目的の再検討・今後のスケジュール・収集データの確認・役割分担等について
第2回	情報分析・課題抽出	11月30日	16:30 ~18:00	保健福祉 センター	・収集データの詳細分析 ・具体的な課題の抽出
第3回	活動計画の策定	12月7日	14:30 ~16:00	保健福祉 センター	具体的な事業計画について ワークシート⑤
第4回	振り返り	1月17日	14:00~ 16:00	保健福祉 センター	事業の評価(ワークシート⑥) を兼ねて様式3を記入

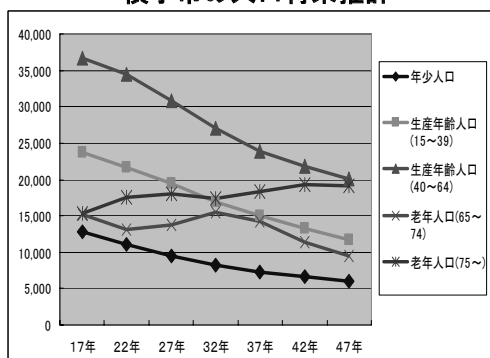


## 2) 地域の概要 (基本データ)

### 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			世帯数
		年少人口	生産年齢人口	老年人口	
H19.3.31	7493				2266
H20.3.31	7363				2286
H21.3.31	7268				2300
H22.3.31	7164				2294
H23.3.31	7060	691 (9.8%)	3990 (56.5%)	2379 (33.7%)	2296
H24.3.31	6934	660	3883	2391 (34.48%)	2307

横手市の人口将来推計



### 出生率(人口千人)

	出生数	出生率
H20	35	4.8
H21	41	5.6
H22	38	5.3
H23	38	5.4

横手市6.6 全国8.7 県6.7  
 横手市6.3 全国8.5 県6.4  
 横手市6.4 全国8.5 県6.2

### 死亡率(人口千人)

H21	14.0
H22	14.8
H23	12.7

### 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の次に多い地域であり、市と比較して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。

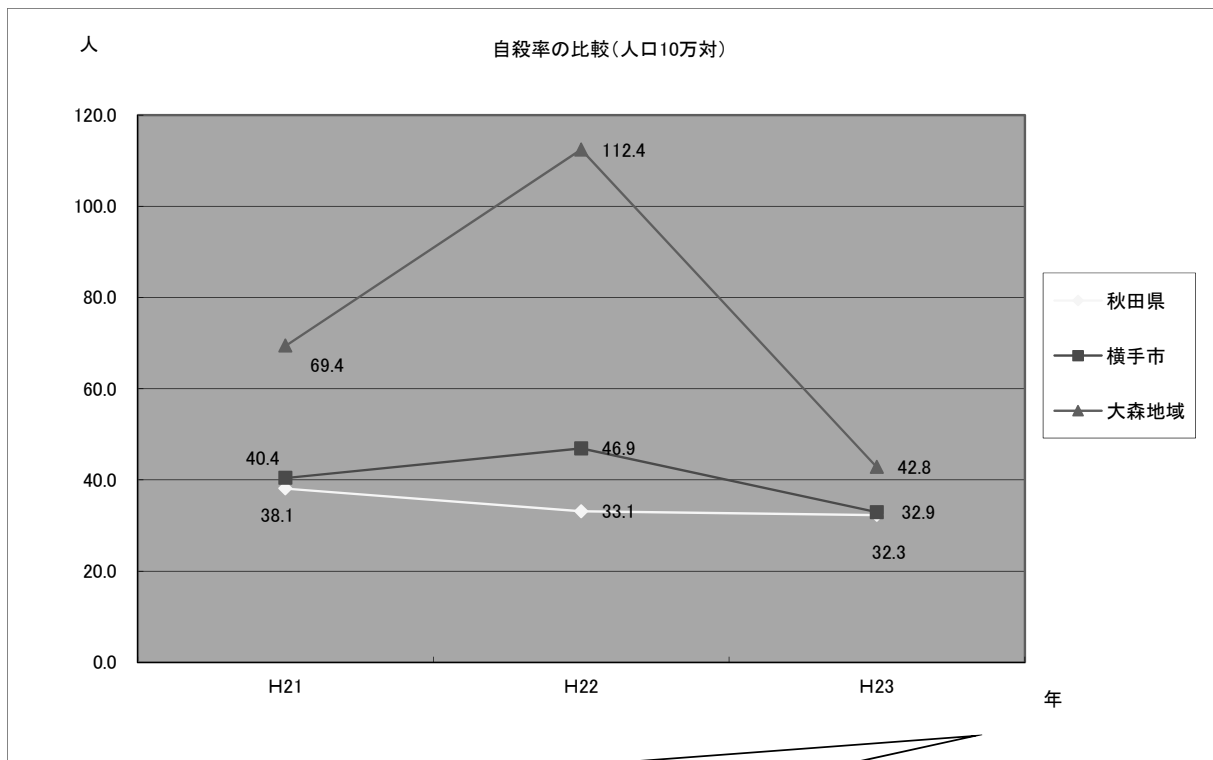
### 死因別順位

H21.12 ①心疾患 ②悪性新生物 ③肺炎 ④老衰 ⑤脳血管疾患 ⑥不慮の事故 ⑦自殺  
 H22.12 ①肺炎 ②悪性新生物 ③心疾患 ④自殺 ⑤老衰 ⑥脳血管疾患  
 H23.12 ①悪性新生物 ②肺炎 ③心疾患 ④脳血管疾患 ⑤不慮の事故 ⑥敗血症 ⑦自殺

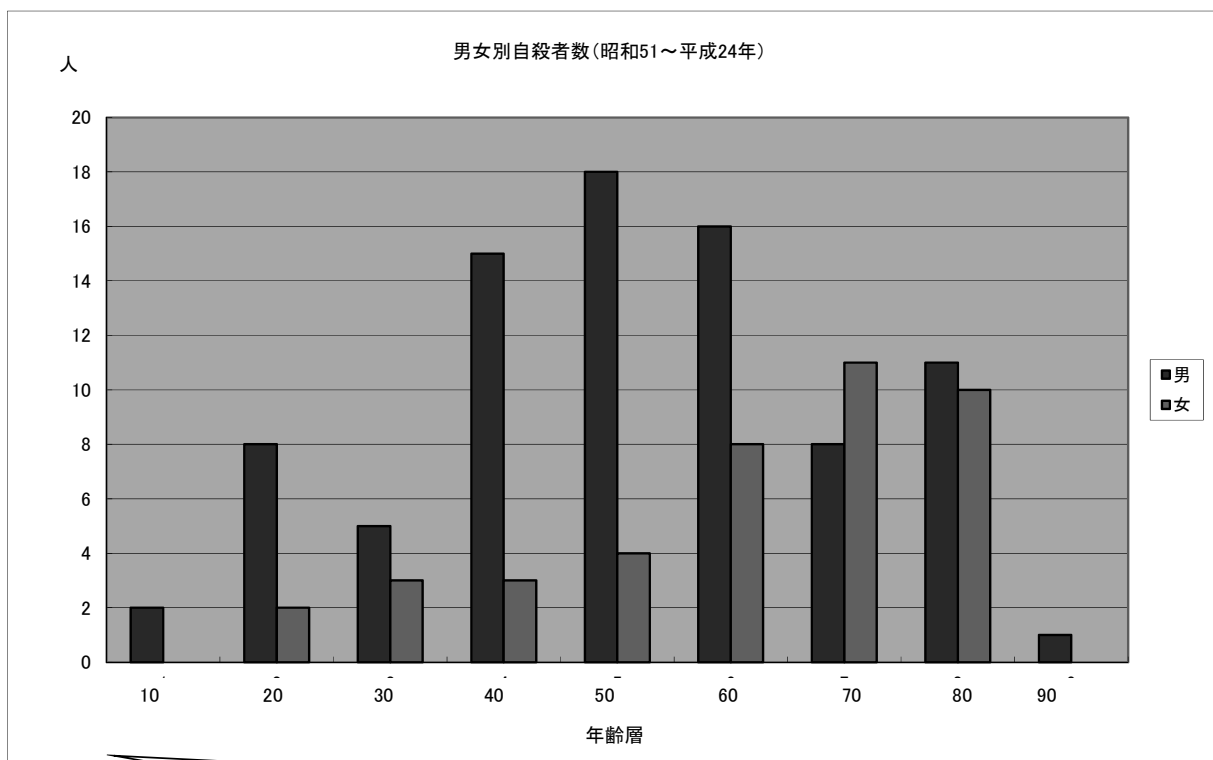
### アセスメント

H23年は前年と比較し悪性心疾患と脳血管疾患の順位がアップし、自殺がダウンした。不慮の事故は雪や入浴中の事故であった。  
 なお、この数字は大森地域独自の数字の取り方であり、直接死因すべては抽出していない。

(別添資料1)

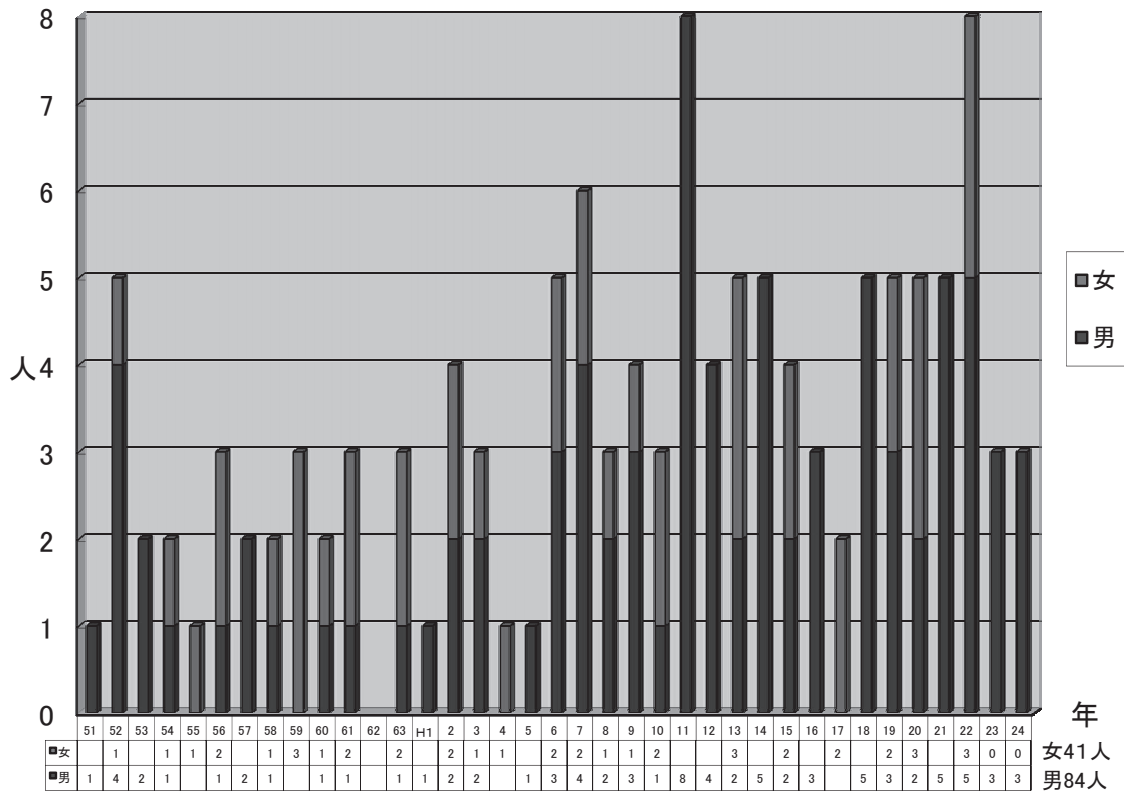


自殺率全国1位の秋田県の中でも大森地域は高い値を示している。



昭和51年から平成24年までの男女の自殺者は県や横手地域と同様の傾向を示しており、男性では働き盛りである40~60歳代に多い状況である。また、女性では年齢が上がる毎に上昇し、70歳代で最も高くなっている。

男女別自殺者数の推移



昭和51年から平成24年までの自殺者数の推移を示している。平成5年までは多くて5人だが、それ以降は全体的に増加し、多い年では8人となっている。自殺者は男性が84人と女性の41人の2倍であり、男性の自殺者が多い。

3) 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						
1 物理的環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・昭和30年大森町・八沢木村が合併して大森町となり、昭和31年川西村が合併。昭和33年大内町の坂部地区を編入。平成17年に8市町村が合併し新横手市となった。</li> <li>・町内は大きくわけて大森（町部）八沢木（山間部 70%）川西（平野部）の3地区に分かれる。</li> <li>・気候は典型的な積雪寒冷気候。 平均気温 11.7℃ 最低気温 -10.4℃ 年間平均降水量 1942.5mm 年間積雪量（22年度）1,036cm 最深降雪量（22年度）190cm</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・町部は民家が隣接し合っている一方、山間部は各地区単位が小さく点在している。</li> <li>・保健の拠点となるセンターは町部とセンター周辺在住者が利用することが多い。</li> <li>・山間部へはセンターから車で30分ほど山道を走る。</li> <li>・物理的に各地区が遠い環境にあり、事業の開催については拠点である保健センターへ来てもらうのではなく、各地区へ出向いて実施する等考慮する必要がある。</li> <li>・冬期間は約2mの積雪となるため、住民は閉じこもり傾向になり活動量が低下する。</li> </ul>							
2 コミュニティを構成する人々	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スーパー・ホームセンター各1か所・洋品店2か所が町部にあり、酒店（雑貨もあり）は各地区にある。移動販売車もある。</li> <li>・郵便局3局（各地区にあり）</li> <li>・民間金融機関3か所（町部のみ）</li> <li>・名産品：大森ワイン、造り酒屋大納川原木しいたけ</li> <li>・産業別人口(人)</li> </ul> <table border="1" data-bbox="359 1592 874 1731"> <thead> <tr> <th>第1次産業</th> <th>第2次産業</th> <th>第3次産業</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>669(17.9%)</td> <td>1180(31.6%)</td> <td>1884(50.4%)</td> </tr> </tbody> </table>	第1次産業	第2次産業	第3次産業	669(17.9%)	1180(31.6%)	1884(50.4%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・購買圏は隣接する由利本荘市や大仙市へ出掛けることが多い。（車で20～30分と短時間で移動可能である。）</li> <li>・第1次産業の中でも兼業農家が多く、現役で従事している高齢者も多い。</li> </ul>	
第1次産業	第2次産業	第3次産業							
669(17.9%)	1180(31.6%)	1884(50.4%)							
3 政治と行政	<ul style="list-style-type: none"> <li>・横手市役所大森地域局(町部にあり)平成17年10月1日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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大森地域局管内の人口比では保健師一人当たり人口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。</li> </ul>	平成24年度保健師1名減。保健師一人当たり人口3,467人						

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
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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。)</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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、尻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。</li> </ul>	
4 教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小学校1校（H21年3地区が統合） 遠距離通学者はスクールバスで対応。</li> <li>・中学校1校（H24大雄・雄物川と統合するため、大森地区には中学校がなくなる。）</li> <li>・学校給食センター</li> <li>・保育園3ヶ所（市立2・社会福祉法人1）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・統合が進み、学校の数が減少している。</li> <li>・保健分野との連携は養護教諭や教師・保育士を窓口にして取れており、療育支援、フッ素洗口事業、食育事業、防煙教室、予防接種等で児童・生徒の健康管理を実施してい</li> </ul>	

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
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 公民館3か所（各地区）</li> <li>・ 生涯学習センター</li> <li>・ 図書館</li> <li>・ 県立保呂羽山少年自然の家</li> </ul>	<p>る。</p>	
5 交通と安全	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 羽後交通バス（2時間に1本程度）</li> <li>・ 乗り合いタクシー</li> <li>・ 冬季シャトルバス運行（11～3月）</li> <li>・ タクシー会社1か所</li> <li>・ 駐在所1か所（大森地区）</li> <li>・ 消防署（大森・大雄分署） 消防団（10分団）</li> <li>・ 救急病院（市立大森病院）</li> <li>・ 西部環境保全センター（ごみ処理施設）</li> <li>・ H24年度デマンド交通試験運行の実施（平成24年4月～）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 中学校までの通学は自家用車による親の送迎が多い。</li> <li>・ 高校はなく、通学手段について親の送迎がないとさらに通学が難しくなる。</li> <li>・ 高齢者についても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動手段の確保が課題となっている。</li> <li>・ 自家用車がない住民は、目的別に行政と民間の交通機関を選択し利用する必要あり。</li> </ul>	<p>デマンド交通</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>横手市において高齢化に対応したモビリティの確保。交通不便地域への対応を含めた横手市にふさわしい公共交通システムを実証するため。</p>
6 コミュニケーション・情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 防災無線あり</li> <li>・ 婦人会</li> <li>・ 老人クラブ</li> <li>・ 町内会</li> <li>・ 民生児童委員協議会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 緊急時や行事のお知らせは防災無線で呼びかけ。</li> <li>・ 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。</li> </ul>	
7 レクリエーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「大森地域元気なスポレク祭」毎年1回10月に開催。老若男女が集う運動会。</li> <li>・ 大森元気祭り&amp;病院際</li> <li>・ 温泉保養施設「さくら荘」</li> <li>・ 健康温泉</li> <li>・ 南部シルバーエリア（各種教室、軽運動、室内プール、屋内運動場、乳幼児の遊び場、大浴場）</li> <li>・ 町営プール</li> <li>・ スキー場（芝桜フェスティバル開催）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 様々な施設があり充実している。近隣の市町村からの利用も多い。今後は、各施設の利用状況を把握し、住民の満足度や声を反映させ、より充実させることが必要である。</li> <li>・ 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。</li> </ul>	

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
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ゴルフ場・グランドゴルフ場・ゲートボール場・パターゴルフ場</li> <li>・野球場</li> <li>・大森公園（桜の名所）</li> <li>・地域伝統行事（八沢木獅子舞・えびす講・念仏講など）</li> <li>・保呂羽山波宇志別神社の「霜月神楽」 国の重要無形民俗文化財</li> </ul>		
8 保健医療と 社会福祉	<ul style="list-style-type: none"> <li>・H10年 横手市保健医療福祉総合施設「健康の丘おおもり」を設立。 (市立大森病院・高齢者等保健福祉センター・地域包括支援センター・介護老人保健施設老健おおもり・特別養護老人ホーム白寿園・居宅支援センター森の家で構成されている。) 住民の健康増進、保健衛生・高齢者福祉に関する総合的サービス拠点とし設立している。</li> <li>・H10年～市民福祉課へ 在宅健康管理システム「うらら」を導入</li> <li>・開業医2か所</li> <li>・歯科医院2か所</li> <li>・薬局3か所</li> <li>・秋田県南部老人福祉総合エリア養護老人ホーム(50名)</li> <li>・秋田県南部老人福祉総合エリア軽費老人ホーム(50名)</li> <li>・秋田県南部老人福祉総合エリア老人マンション(24名)</li> <li>・居宅介護支援事業所(4事業所)</li> <li>・グループホーム(2か所)</li> <li>・デイサービス・デイケア(曾根医院・森の家・老健)</li> <li>・ヘルパー事業所(1か所)</li> <li>・ショートステイ(3カ所)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・より質の高いケア・サービスを提供するためにも、職員間のスキルアップを図ることも必要である。</li> <li>・民間事業所の参入も多く、施設は充実している。</li> <li>・月1回のケア会議では民間・行政・医療のスタッフが出席し、困難事例・専門的な判断が必要な事例を検討し、必要なサービスが提供できるよう連携を図っている。</li> <li>・H10年度在宅健康管理システムを整備し、物理的に離れた場所であっても、保健師・医師が健康状態をチェックできるようにし、住民の安心につながっている。しかし耐用年数の問題もあり、今後についての検討が必要である。</li> </ul>	



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
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護タクシー</li> <li>・H23 年度より地域包括支援センター（3 箇所）へ物忘れ相談プログラム（タッチパネル式）を導入し、認知症スクリーニングを実施。24 年度は全地域局へ設置。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症予備軍の早期発見・早期受診につなげることを目的に実施。医師会の協力のもと、市民にとっては一番身近な「かかりつけ医」への相談や、認知症予防教室への参加を促す等、医療・保健・福祉の連携が進むよう努めている。</li> </ul>	

#### 4) 地域の現状分析・課題抽出

##### 自殺の現状からの分析

・S51年からH24年まで大森地域では125人の自殺者がいた。

・自殺者はH5年までは多くても年間5人だったが、H6年以降は増加傾向にあり、多い年では8人だった。

・自殺者の男女比は2:1で、男性は働き盛りの年代、女性は高齢者が多い。

家族を4人、左右前後の近隣世帯を4人×4世帯とすると、1人の自殺者から20人前後の方が心に深い傷を抱えている。統計を取り始めてから37年間で125人の自殺者がおり、2500人が自死遺族または自死に近いところにいたと推測される。これは現在の大森地域人口の35.7%である。親類、友人、職場等での人間関係を考えるとさらに多くの方が心を痛めていると考えられる。

##### 過去の心の健康・自殺予防対策

大森地区ではH15年度から「心の健康づくり・自殺予防事業」に取り組んできた。H18.6月に自殺対策基本法が成立するまで、「うつ病」の普及啓発が中心で、「自殺」というキーワードは保健師も住民もタブー視していた。そのため、住民の自殺に対する生の声を聞くことをしてこなかった。今だからこそ「自殺」ということばを保健師が口にできるようになり、一歩踏み込んだ活動に取り組む状態となっている。

##### 地域特性

・大森地域は他地区に比べ、早い時期から福祉のまち宣言をし、高齢者施設が整備され住みなれたまちで安心して暮らせるまちづくりを実施してきた。

・人の世話にはなりたくない(人のやかにならない)ということばが地区に出るとよく聞かれるが、自らの健康づくり、介護予防の意識が高いと言うよりは、働くこと(農業中心)や暮らすことそのものに忙しく、保健行動に関する優先順位は低い位置にある。

・土着の文化が根強く、その土地の風土や風習、伝統を守っている。

##### 住民の声

・「以前辛いことがあった時に、自殺を考えた」との話を数人から聞いた。

・心やうつに関する個別相談の際に、自死遺族または自殺者に近いところにいたという話を聞いた。

・遺族は自殺したという事実を隠して生きている。周囲の人にもそれにはふれない。

・遺族から「予防なんてできないと思う」という声を聞いたことがあった。

##### 保健師の思い

・今までの保健活動の中で、遺族ケアは実施できなかった。

・小地区へ介入する際に、過去の自殺者や遺族のことを考えると、開催地区や内容について保健師側での戸惑いがある。

・人間関係や住民意識が固定化しているため、今までと違った新しいことへの抵抗感が強い。変化、多様な生き方を受け入れない傾向や偏見の目があるのではないかな。

・早期に相談するよりも、1人で悩みや辛さを抱え込んでしまい、追い詰められて死を選ぶのではないかな。

・「自殺予防」という言葉が自死遺族を傷つけているのではないかなという懸念がある。

・地域内に自殺者が多く、住民の心の中に「辛いときは死を選ぶ」という選択肢が無意識のうちに刷り込まれているほど身近であるのではないかな。

・自殺者は単年で見ると数人ではあるが、遺族や周囲の人々にとっては亡くなった方々に対する思い、自責感など負の感情を忘れることはないのではないかな。

・自死に納得できなくても、無理にその死を納得させるために「仕方がなかったんだ」と思うことで、何もできなかった自分や自死遺族を守ろうとしているのではないかな。

##### 健康課題

- ①人口が減少していく中でも毎年自殺者がおり、自死遺族や心に深い傷を抱えた方が地域に累積していく。
- ②長年心に深い傷を抱えた方が地域内に多数存在し、自殺の連鎖を生む危険性がある。

##### 今後の課題

・死なずにいられる何か(大切なもの、守るもの、生きる力)を持って生きている人を増やす必要がある。  
・今までは遺族ケアをおなざりにしていたが、今後は遺族ケアと地域への介入の両面へ、遺族への配慮をしつつ展開していくことが必要か。  
・自殺をただひとつの死として見るのではなく、その方の人生としてとらえることが必要(それをどう対策にいかすのか?)  
・小さい頃から「生と死」や「いのちの教育」等の、健康教育を実施していく必要がある。

## 5) 健康課題の特定

問題	その根拠となる状況
<p>人口が減少していく中でも毎年自殺者があり、自死遺族や心に深い傷を抱えた方が地域に累積していく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 昭和51年から平成24年まで、125人の自殺者がいた。</li> <li>・ 自殺者は平成5年までは多くても年間5人だったが、平成6年以後は増加傾向にあり、多い年では8人であった。</li> <li>・ 自殺者の男女比は2：1で、男性は働き盛りの年代、女性は高齢者が多い。</li> <li>・ 家族を4人、左右前後の近隣世帯を4人×4世帯とすると、1人の自殺者から20人前後の方が心に深い傷を抱えている。統計を取り始めてから37年間で125人の自殺者があり、2500人が自死遺族または自死に近いところにいたと推測される。これは現在の大森地域の人口の35.7%である。</li> </ul>
<p>地域内に自殺者が多く、長年心に深い傷を抱えた方が地域内に多数存在し、自殺の連鎖を生む危険性がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健康や予防に関して、住民は日頃の生活の中での優先度が低いと感じていること。また、心の問題に向き合うことに抵抗を感じているため、心の健康や自殺予防に関する知識の普及が不十分である。</li> <li>・ 従来からの地域内のつながりが強いため、今までと違った新しいことへの抵抗感が強い。変化・多様な生き方を受け入れない傾向や、偏見の目がある。</li> <li>・ 早期に相談するよりも、1人で悩みや辛さを抱え込んでしまい、追い詰められて死を選ぶ。</li> <li>・ 地域内に自殺者が多く、住民の心の中に、「辛い時に自殺を選ぶ」という選択肢が無意識のうちに刷り込まれているほど身近である。</li> <li>・ 住民の中から「辛いことがあった時に自殺を考えた。」との話を聞いた。</li> <li>・ 心やうつに関する個別相談の際に、自死遺族または自死に近いところにいたとの告白を受けた。</li> <li>・ 自殺予防の地域介入をする際に、小地区での過去の自殺者や遺族を配慮し、開催地区設定や内容について保健師側での戸惑いがある。</li> <li>・ 今までの保健活動の中で、遺族ケアを実施してこなかった。</li> <li>・ 遺族は「自殺した。」という事実を隠して生きている。周囲の人もそれにはふれない。</li> </ul>

6) 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
<b>【テーマ】 心の健康づくり・自殺予防</b>					
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(3箇所。過去に自殺のあった2地区と、職域1箇所)	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。地域での仲間作りの機会とする。	予算 時間 人	◎	年度毎
	② 地区巡回の心の健康づくり教室4箇所(保健師と栄養士の講話と試食。うち1箇所は自殺予防の寸劇を含む)	地域での仲間づくり。自殺の現状と心の健康に関する正しい知識の普及。相談場所の周知。	予算 時間 人	◎	年度毎
	③ 訪問事業の強化を図る。 ・50～64歳の1人暮らし男性への訪問10人(健診申し込み調査票未提出者) ・65歳以上の1人暮らしへの訪問169人(大森79、八沢木48、川西42)。民生委員、福祉担当、保健師での同行訪問。 ・高齢者のうつ訪問。基本チェックリストにて、うつと閉じこもりの項目にチェックされた人への訪問。対象者12人。 ・自立支援(精神)の新規や更新時に福祉担当と保健師での同行訪問。対象者40人程度。 ・自死遺族への訪問	・心身の健康に関する相談と、相談場所の周知。各訪問対象者の生活実態の把握。 ・行政として、地域とのつながりを密にする。 ・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、病気など)	時間 人	◎	年度毎
	④ 随時、心の個別健康相談(訪問・電話・面接)	・グリーフケアの実施。訪問を受け入れてもらい、遺族の心の負担を軽減する。  ・心身の健康に関する相談と、相談場所の周知。	時間 人	◎	年度毎

7) 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
<b>【テーマ】心の健康づくり事業・自殺予防</b>								
	⑤ 自殺予防・心の健康講演会の実施（3箇所。過去に自殺があった2地区と、職域1箇所）	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。地域での仲間作りの機会とする。	予算 時間 人	◎	年度 毎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・H15年からの継続事業。大学の准教授に講師依頼し、地域での自殺予防活動について講演を実施した。講演では住民が皆、熱心に聞いており、過去に自殺に関わった体験を持つ方や、自身がつ病で治療中の方など、今までなかなか話せなかったことを住民自ら告白して下さる方もいた。</li> <li>・職域では、今年自殺者が出た職場の職員を対象に、心のケアも含めた講演内容を実施。</li> <li>・H15年からの継続事業。心の健康づくり教室4箇所（保健師・栄養士の講話と試食。うち1箇所は自殺予防の寸劇を含む）実施。参加者は興味深く聞いていた。</li> <li>・今回開催地区1箇所について、地区会館直近の家で過去に自殺者が出ていたため、遺族へ教室開催についての思いを聞きたく、保健師による訪問を行った。→開催を見合わせた。</li> </ul>	<p>地域での参加者は、横沢地区10人 板井田地区25人。</p> <p>職域での参加者は39人。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・参加者数は、葛が沢地区7人、金井神・上坂部地区11人。松田地区は1月実施予定。健康温泉（寸劇含む）は24人。</li> <li>・訪問結果、遺族の気持ちを考慮し、今回は地区での教室開催を見合わせた。</li> </ul>	<p>地域の講演では、住民自ら自殺予防に関する思いを語りあい、考えるよい機会になったようだ。</p> <p>職域の講演では、自殺者のことを振り返りながら、それぞれ心のケアにつながったようだ。</p> <p>自殺の現状と心の健康に関する正しい知識の普及につなげた。</p> <p>①と②の事業の開催地区選定について、自殺者との関連や自死遺族への配慮について検討が必要。</p>
	⑥ 地区巡回の心の健康づくり教室4箇所（保健師と栄養士の講話と試食。うち1箇所は自殺予防の寸劇を含む）	地域での仲間づくり。自殺の現状と心の健康に関する正しい知識の普及。相談場所の周知。	予算 時間 人	◎	年度 毎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・H15年からの継続事業。心の健康づくり教室4箇所（保健師・栄養士の講話と試食。うち1箇所は自殺予防の寸劇を含む）実施。参加者は興味深く聞いていた。</li> <li>・今回開催地区1箇所について、地区会館直近の家で過去に自殺者が出ていたため、遺族へ教室開催についての思いを聞きたく、保健師による訪問を行った。→開催を見合わせた。</li> </ul>	<p>自殺の現状と心の健康に関する正しい知識の普及につなげた。</p> <p>①と②の事業の開催地区選定について、自殺者との関連や自死遺族への配慮について検討が必要。</p>	

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
	<p>⑦ 訪問事業の強化を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・50～64歳の1人暮らし男性への訪問10人(健診申し込み調査票未提出者)</li> <li>・65歳以上の1人暮らしへの訪問169人(大森79、八沢木48、川西42)。民生委員、福祉担当、保健師での同行訪問。</li> </ul>	<p>心身の健康に関する相談と、相談場所の周知。</p> <p>各訪問対象者の生活実態の把握。</p> <p>行政として、地域とのつながりを密にする。</p>	時間 人	◎	年度 毎	<p>・1人暮らし男性(60代前半)の自殺が続いたことから必要性を感じ、H23年から実施。面接できた方からは、生活している中でいろいろ辛い辛さを聞くことができた。</p> <p>・不在の方については訪問した旨の手紙と、検診や心の健康に関するチラシを置いてきた。また、近隣の市職員等から情報を得るように努めている。</p> <p>・毎年12月に訪問実施。不在についてはがけ(高齢者福祉や健康管理について)を置いてくるとともに、後日福祉担当や民生委員が再訪問し、状況把握している。H20年から継続している事業であり、対象者からは心身に関してや冬期間の雪への不安等、さまざまな訴えが聞かれた。また、12月以外でも年度途中で独居になった方には随時福祉担当と保健師が訪問し、不安解消に努めた。</p> <p>1月には福祉担当と保健師で検討会を開催し、経過観察が必要なケース等について職員間での共通理解を図る。</p>	<p>1人暮らし男性への訪問 10人中3人と面接。7人は不在。</p> <p>169人中、大森12人、川西9人については、保健師の都合が合わず、民生委員・福祉担当での訪問となった。</p> <p>保健師も訪問した148人については、100人(大森45、八沢木32、川西23)、不在48人(大森22、八沢木16、川西10人)となっている。</p>	<p>訪問は、地域とのつながりが少なく自殺のリスクが高い独居男性と保健師とをつなぐ機会になっている。実施後(平成23年度から)は、1人暮らし男性の自殺者は0である。</p> <p>独居高齢者への訪問は、心のケアは勿論、震災・風害・豪雪等非常時の安否確認の基礎となり、安心につながっている。</p> <p>また、行政と民生委員の連携強化に役立っている。</p>



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
	<p>・高齢者のうつ訪問。基本チェックリストにて、うつと閉じこもりの項目にチェックされた人への訪問。対象者 12 人。</p> <p>・自立支援（精神）の新規や更新時に福祉担当と保健師での同行訪問。対象者 40 人程度。</p> <p>・自死遺族への訪問。</p>	<p>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、病気など）</p>				<p>高齢者のうつ訪問。1 月以降に訪問予定。</p> <p>精神障害者の自殺が続いたことから、H23 年から実施。面接した本人や家族からは、生活している中でのいろいろな思い・辛さを聞くことができた。訪問後に、保健師への電話相談を継続するケースも見られた。</p> <p>②にも記載したが、教室開催への思いを聞きたく、開催予定地域に住んでい る自死遺族へ訪問を実施。この訪問を きっかけに、両親からは今まで誰にも 話す事のできなかった、10 年前の息 子の自死に対する思いや感情があらわ れ出た。（ケース①）</p> <p>・また、今年自死した方の妻の心身状 況を心配し、自死の 2 週間後に訪問を 実施した。（ケース②）</p>	<p>4 月～12 月までに 25 ケース訪問済み。 （本人 21 人、家族 14 人と面接） 1～3 月にかけても、13 人の訪問予定あり。</p> <p>自死遺族への訪問：2 ケース。ケース①は 1 回の訪問で終了。1 ケース②は、訪問後も 3 回の面接実施。今後も子どもの健診等で継続して関わる予定である。</p>	<p>自殺のリスクが高いとされる精神疾患治療中の本人、支える家族と保健師とのつながりができるよい機会となった。実施後は、精神障害者の自殺は 0 である。</p> <p>訪問は、保健師 2 人で実施することで、重い感情を 1 人で抱えこまずに相談しながら臨むことができた。</p> <p>今後も遺族ケア及び自殺の連鎖を断ち切るため、地域で地道な活動を展開していかなければならぬ。そうすることで自殺を</p>



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
	④ 随時、心の個別健康相談 (訪問・電話・面接)	心身の健康に関する相談と、相談場所の周知。	時間 人	◎	年度 毎	2ケースとも保健師は以前からの顔見知りであったが、自死をきっかけとして介入するのは初めてであった。どのように接したらよいか、保健師自身の悩みや葛藤があったため、大学准教授や保健所保健師などからグリーンケアのアドバイスを受けた後に訪問した。不安を抱きながらの訪問であったが、遺族は心よく受け入れてくれ、これまででの感情を表出し心の内の思いを涙ながらに話してくれた。 自立支援訪問後や、本人・家族・近隣・民生委員等から情報を得たケースなど、さまざまな形で、随時、心の個別健康相談を実施している。	4月～12月まで 訪問実人数 12人 訪問延べ人数 18人 電話実人数 15人 電話延べ人数 54人 面接実人数 25人 面接延べ人数 52人 (訪問人数は、1人暮らし男性訪問と自立支援訪問を除いた数)	ただ1つの死として見るのではなく、その方の人生としてとらえられることができないのではないかと考えている。  ・関係機関との連携、ハ イリスク者への訪問、市 全体の各種PRにより、 心身の健康に関する相談 の場として、保健センター(保 健師)が地域に認知・活 用され始めたようだ。 ・心身の健康保持のために 1人で悩まず、相談するこ とを選択する方が少し ず増えてきていると感じる。

## 8) モデル事業の振り返り

### 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

- ・ 目的についてはある程度理解していたが、日頃の目の前にある業務の忙しさを理由に体験や感覚から得られた情報だけで健康問題に取り組んでいたことに気づいた。
- ・ ひとつひとつメンバーで共通理解を図るためお互いを尊重し、自由に話し合いができたことがスムーズに進んだ理由のひとつである。

#### ■障害になった点とその解決策

- ・ メンバーそれぞれのスケジュール調整がうまくいかず、打ち合わせを細かく実施する事ができなかった。
- ・ 担当する保健師は同じフロアにいるため、保健師間の連絡調整はスムーズにできた。

### 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

- ・ 法的なものや実施すべき保健事業が多くある中で、地域の健康課題について改めて考え、保健師間で
- ・ 共通認識を持って重点的に取り組むよいきっかけになった。
- ・ 先入観にとらわれず、様々な情報をくまなく取るように意識した。
- ・ 住民の声を計画に反映する事を念頭に置き、地域へ出向き足を使った活動に心がけた。

#### ■困難点と解決方法

- ・ 客観的資料を作成することは、他職種の理解を得るため、保健師の資質の向上、地域の健康度アップ
- ・ プのために必要と思っている。合併してからデータが一本化されているものが多く、地域毎に抽出するためには多くの時間を費やしたが、他課への協力を得ながらデータ収集に努めた。具体的な形式があれば取り組みやすいと感じた。
- ・ これまでの経過を掘り起こす作業をしたが、文書・資料等がバラバラに綴られている状態であり、系統だてた整理がされていなかったため、必要な情報を探すのに難儀した。年度毎のまとめ、評価の必要性を改めて感じた。

### 3. 今後の展開について

#### ■地域診断の活用について

- ・ まとめることで、様々な健康教育や家庭訪問など保健指導の場面で、客観的数値を住民へ公表する事ができる。
- ・ 地域に対して、一般的なことは誰でも言えるが、地域の現状を伝えていくのは保健師の役割であると再認識した。現状を伝えることそのものが健康問題に取り組む第一歩であると気づいた。
- ・ 的確な評価をするためには、地区診断はかかせないし、楽しんで事業に取り組む事ができる。
- ・ 一連の作業を行う上で、仕事上のパートナーの理解があり、相談できる関係があり、相談できる相手がいるということは実施する上で大きな力になるのだと痛感している。

#### ■改善ポイント

- ・ 顕在している問題は勿論、潜在化している問題もすくい上げ顕在化する前に未然に防ぐ事ができるような予防活動へと繋げていきたい。

## (2) 岐阜県・中津川市

地域診断（モデル事業）の目的、テーマ：

- ・ 中津川市は人口 8 万人の町である。平成 23 年度に地域診断事業が行われてきたモデル地区と比較すれば、人口規模の大きな地区である。また 2005 年に現在の中津川市街地域に 6 つの町村が合併して現在の中津川市となった。そのため、同じ中津川市内と言えども、地域によっては合併前の地域色を色濃く残しているところも多い。このような規模、経緯をもつ「町」における地域診断でも、本手引書が有効であるのか否かを検証することを、第一の目的とする。
- ・ これまで中津川市では、独自に地域診断が行われてきた。これまでの地域診断事業で得られたデータや資料を、本手引きの手順に従って、再検証することにより、中津川市として独自で行ってきた手法、および手引書が推奨する手法、双方を評価することを第二の目的とする。
- ・ なお中津川市では、現在「健康なかつがわ 21」に沿って、保健事業が進められているため、今回の地域診断によって得られたアセスメントをもとに、新たに保健事業を実施する予定はない。その代わりとして、「健康なかつがわ 21」に沿って実施されている保健事業が、どのようなプロセスを経て、実施内容が決定されたのかについて記述する。

### 1) 実施体制

【メンバー】

機関	所属・団体名	職種	役割
国保直診施設	川上診療所	医師	統括、辺地モデル策定
国保直診施設	川上診療所	事務長	辺地モデル策定（今回はアドバイザーとして参加）
中津川市	健康福祉部	健康医療課長	
	健康福祉部	課長補佐	これまでの地域診断事業を統括
	健康福祉部	保健師	今回の地域診断事業を統括
	地域総合医療センター		運営委員会、実務者会議メンバー

（地域総合医療センター）

中津川市と名古屋大学医学部総合診療科が協力して 2011 年 4 月に開設した。

地域包括ケアを推進するとともに、地域医療・ケアを担う医療従事者を育成することを目的として活動している。地域包括ケアの推進については、保健・医療・介護・福祉の現状を把握し、これらのサービスが切れ目なく一体的に提供できるよう、他職種が連携できるシステムの構築を目指している。

(地域総合医療センター運営委員会および実務者会議)

地域総合医療センターの運営方針は運営委員会(年1回)および実務者会議(年3回)で決定される。メンバーとして行政(主に健康医療課), 医療機関(中津川市民病院, 国保坂下病院, 国保診療所の医師, 事務長), 大学(名古屋大学医学部総合診療科), 地域医師会(中津川市医師会, 恵北医会)が参加している。

今回のモデル事業では、地域総合医療センターの実務者会議の場を利用して頂きながら、さまざまな意見を聴取することにした。

#### 【会合スケジュール】

	目的	月日	時間	場所	議題
第1回	事業説明	2012年 10月31日	16:00 ~ 18:00	健康福社会館	国診協・地域診断モデル事業への参加について
第2回	分担確認	2012年 11月15日	13:00 ~ 14:00	健康福社会館	事業実施についての打合せと役割分担
第3回	健康づくり推進協議会	2012年 11月27日	13:30 ~ 15:00	健康福社会館	中津川市における健康課題の確認
第4回	進捗状況の確認	2012年 12月25日	15:00 ~ 18:00	健康福社会館	進捗状況の確認 作業を進める上で生じた問題点の整理
第5回	ヒアリング	2013年 1月22日	11:00 ~ 19:00	健康福社会館	2010年度に行われた地域診断事業について
第6回	フィードバック	2013年 2月27日	17:00 ~ 20:00	健康福社会館	国診協・地域診断モデル事業を終えて

2) 地域の概要 (基本データ)

		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		表1 (中津川市統計書： 市民課住民基本台帳) 図1 (中津川市第5期高 高齢者保健福祉計画・介 護保険事業計画)	人口は減少傾向	
	出生率、死亡率		表2 (中津川市統計書： 岐阜県人口動態統計調 査)	出生率は減少傾向にある。死亡率は 上昇傾向にあるため人口の自然減少 が続く。	
	3区分別人口 と割合		表3 (国勢調査)	年少人口比率は減少傾向、老年人口 の増加に伴い割合も増加。生産年齢 人口も減少傾向にある。	
	死因別死亡率		表4 図2-1, 2-2 (患 那の公衆衛生より算出)	高齢化に伴い死亡者数が増加してい る。主要死因でみると多い順に悪性 新生物、心疾患、老衰、脳血管疾患 となっている。死亡割合の経年変化 をみると老衰、腎不全の上昇、脳血 管疾患が減少している。年齢調整死 亡率の状況では腎不全の上昇、脳血 管疾患の減少が見られる。老衰の件 数も増加し高齢化に伴い健康で終末 期を迎える人も増加している。	
	世帯数と推移		表1	人口減少があるものの世帯数は横ば いであり一世帯あたりの世帯構成人 数は減少しており、核家族世帯、独 居世帯が増加している。	
	高齢者世帯、 高齢化率		表5、図3 (住民基本台帳、高齢者 調べより)	高齢化に伴い高齢世帯、独居高齢世 帯が増加している。高齢者人口推移 から今後も増加が予想される。	
	介護保険要介 護認定者数お よびサービス 利用者数		表6 (介護保健事業報告 年報) 表7 (介護保険室認定状 況、国保診療分レセプト データ)	介護保険の認定者数は被保険者数の 増加に伴い増加している。また、後 期高齢者人口の増加に伴い今後も増 えることが予想される。2号被保険 者認定者数は増加している。原因疾 患の1位は脳血管疾患であり、若い 頃からの予防が重要である。	
	産業別人口		表8 (国勢調査) 第1次産業に従事する人 の割合が減少している。		

<参考データ(抜粋)>

表1 総人口等の推移

区分	男女別人口(人)			世帯数	一世帯当たりの人
	計	男	女		
H23	83,567	40,527	43,040	29,308	2.85
H22	84,056	40,720	43,336	29,091	2.89
H21	84,711	40,992	43,719	28,934	2.93
H20	85,197	41,216	43,981	28,786	2.96
H19	85,605	41,413	44,192	28,454	3.01

中津川市統計書:市民課(住民基本台帳各年4月1日現在)

表2 人口動態統計年次推移

	出生率	死亡率	転入率	転出率
H22	7.8	11.6	2.33	2.77
H21	8.5	10.5	2.56	2.16
H20	8.1	11.0	2.84	3.02
H19	8.5	10.4	2.62	3.12
H18	8.2	10.5	2.84	3.02

中津川市統計書:岐阜県人口動態統計調査

表3 年齢3区分別人口推移

	年少人口	生産年齢人口	老年人口
H22	11,086	47,053	22,489
H17	12,100	50,751	21,229

国勢調査

表4 中津川市の主要死因の変化

年	H17	H22
全死亡	856人	939人
1位	悪性新生物 240人(28.0%)	悪性新生物 268人(28.5%)
2位	心疾患 140人(16.4%)	心疾患 135人(14.4%)
3位	脳血管疾患 120人(14.0%)	老衰 99人(10.5%)
4位	肺炎 75人(8.8%)	脳血管疾患 90人(9.6%)
5位	老衰 41人(4.8%)	肺炎 75人(8.0%)
6位	不慮の事故 34人(4.0%)	腎不全 26人(2.8%)
7位	自殺 22人(2.6%)	不慮の事故 24人(2.6%)
8位	腎不全 20人(2.3%)	自殺 16人(1.7%)

恵那の公衆衛生

表5 高齢者世帯と高齢者数

	高齢世帯	独居世帯	高齢者数
H23	3,258	3,362	22,588
H22	3,232	3,223	22,716
H21	3,144	3,099	22,506
H20	3,004	2,943	22,184

援課 4月1日現在住民基本台帳・外国人登録による数値

表6 介護保険認定者数とサービス利用者数

	1号被保険者数	1号被保険者 介護保険 認定者数	認定率	居宅サービス 利用件数	2号被保険者 認定者数
H22	22,612	3,731	16.5%	28,343	90
H21	22,757	3,606	15.8%	27,085	87
H20	22,537	3,499	15.5%	26,161	88
H19	22,203	3,493	15.7%	25,858	82
H18	21,916	3,478	15.9%	25,726	86

介護保険事業報告年報

表7 介護保険2号認定者 認定期由と基礎疾患

介護 保険2 号認	治療歴の ある者 (人)	認定期由						基礎疾患(再・重複あり)							
		脳血管疾患		初老期における認知症		それ以外の疾患		高血圧		脂質異常症		糖尿病		糖尿病による合併症	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
100	67	43	64%	8	12%	16	24%	43	64%	20	30%	23	34%	7	10%

資料: H22年4月1日~H23年3月31日認定状況  
国保H20年12月~H23年3月診療分レセプト

表8 産業別人口推移

	第1次産業	第2次産業	第3次産業
H22	1,948	15,347	20,210
H17	2,737	17,470	22,372

国勢調査



表14 人工透析患者(身体障害者1級)の推移(中津川市) (人)

年 度	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度
原因疾患	腎炎ほか	118	132	140	139	143	141
	糖尿病	34	41	45	49	58	67
	合 計	152	173	185	188	201	210

障害援護課

表15 新規人工透析導入患者原因疾患(身体障害者1級)の推移(中津川市) (人)

年 度	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度
原因疾患	腎炎ほか	12	14	20	10	14	12
	糖尿病	8	7	8	8	14	9
	割合	40.0%	33.3%	28.6%	44.4%	50.0%	47.4%
	合 計	20	21	28	18	28	19

障害援護課

表16 中津川市のがん検診受診率の推移 (%)

		H20年度	H21年度	H22年度	H23年度
胃がん (40-69歳)	総数	10	10.6	9.4	9.1
	男	9.8	10.1	8.5	8.3
	女	10.1	10.9	10	9.6
肺がん (40-69歳)	総数	23.4	24.5	23.6	21.6
	男	16.6	18	17.4	16.6
	女	27.8	28.7	27.6	24.8
大腸がん (40-69歳)	総数	9.7	10.4	9	11.4
	男	9.3	9.9	7.8	9.7
	女	10	10.7	9.7	12.4
子宮頸がん(20-69歳)		21.3	27.1	36.7	35.4
乳がん(30-69歳)		27.9	33.9	39.2	37.7

受診率：「がん検診事業の評価に関する委員会」で提案された計算方法で算出

資料：H20～H23年度 市健康医療課実績

表17 国民健康保険における生活習慣病の受療順位

被保険者数(A)	生活習慣病での受療者数(B)	B/A (%)	人工透析		虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		高血圧症		脂質異常症		肝機能障害		高尿酸血症	
			人数(C)	C/A	人数(C)	C/A	人数(C)	C/A	人数(C)	C/A	人数(C)	C/A	人数(C)	C/A	人数(C)	C/A	人数(C)	C/A
21,002	10,429	49.7	68	0.32	1,055	5.0	1,120	5.3	2,406	11.5	4,695	22.4	3,917	18.7	468	2.2	1,026	4.9
県内順位	11位		4位		4位		2位		2位		4位		3位		2位		2位	

国民健康保険H23.5月診療分レポート

表18 特定健診異常者割合 県内21市中の順位

特定健診受診者数	健診項目	Ⅱ度～Ⅲ度 160mg/hg以上 100mg/hg以上	LDLコレステロール 120mg/dl以上	HbA1c 6.1%以上	γ-GTP 51u/L以上	尿蛋白 (+)以上	メタボリック 該当者
5,358人	該当人数	386	3,026	355	756	317	787
	割合	6.7%	52.8%	6.2%	13.2%	5.5%	13.7%
	県内順位	4位	17位	17位	17位	15位	16位

H22年度 国保特定健診法定報告 県内21市比較

表20 学校血液検査(LDLコレステロール120mg/dl以上者数) 表21 特定健診受診者における血糖コントロール不良者の状

	小学6年生		中学2年生	
	男子	女子	男子	女子
21年度	45人 (10.7%)	39人 (10.0%)	25人 (6.3%)	49人 (11.7%)
22年度	29人 (7.2%)	38人 (9.4%)	12人 (3.0%)	35人 (9.0%)
23年度	24人 (5.9%)	31人 (7.6%)	22人 (5.3%)	35人 (9.3%)

H23年度 中津川市教育委員会

年代	健診受診者	A1c8.0%以上の人	割合	治療あり	割合
30歳代	257	1	0.38	0	0
40歳代	348	3	0.86	1	33.3
50歳代	544	5	0.91	3	60
60歳代	2,464	7	0.28	4	57.1
70歳代以上	1,682	3	0.17	3	100
合計	5,295	19	0.35	11	57.9

平成23年度国保特定健診・30歳代健診結果

表21 子供の欠食、共食(家族と共に食べる)割合

	欠食割合 (%)			共食割合 (%)	
	朝食	昼食	夕食	朝食	夕食
1歳6ヶ月児 ※1	1.4	0	0	—	—
3歳児 ※1	4.4	0	0	—	—
5歳児(保育園)※2	0.0	—	未把握	92.8	未把握
小学生 ※3	0.3	—	未把握	84.9	未把握
中学生 ※3	2.0	—	未把握	63.1	未把握
高校生 ※4	24.0	7.3	8.7	51.4	85.9

※1母子保健事業計画、※2園児朝食調査、※3H23年度学校給食実態調

※4平成23年度高校生の食生活実態調査



3) コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる情報の整理

A: 中津川市として取り組まれた地域診断に基づく整理

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
コミュニティ を構成する 人々	量的データ	質的データ 地域により同級生や自治会等で無尽という集まりがある。(平成17年に6カ町村が市に吸収合併)	コミュニティが各地域で盛んな場合もあり、飲んだり食べたりする機会があるため、アルコールや糖分、塩分の過剰摂取に繋がりやすい。
1 物理的環境	東西に28km 南北に49km 面積676.38km <sup>2</sup> 、県内6番目に面積が大きい。森林面積が大部分を占める(表9、図4岐阜県都市政策課)	旧市内までのアクセスは、車で1時間かかる地域もある。	旧市街地や旧町村の中心地まで遠い。行政サービスを実施する上で配慮が必要。
2 経済	産業別従業者数は製造業が一番多く、次いで卸売・小売業が多い(表10、国勢調査)。従業員数の少ない事業所が多い(表11経済センサス基礎調査)。製造業の出荷額はここ数年低下傾向にある(表12図5工業統計調査)。		製造業による三交替制やここ近年の景気の状態、小規模の事業所が多いことなどにより、事業所での健康管理の体制がまちまちであり徹底が困難。
3 政治と行政	本庁と旧町村であった地区に総合事務所が設置され、窓口業務等を行っている。保健部門については旧市と3か所の旧町村ブロックで地区担当制になっている。	保健師は健康管理部門から、国保、高齢福祉(地域包括支援センター)、児童福祉部門への分散配置が進む。	合併によって旧市町村が整備していた施設を持ちよったので、多くの資産があると同時に負債が多く残っている。維持管理に、多くの費用もかかっている。財政力指数は県内下位の傾向が続く。合併後職員数は減っているが、保健師については定員数を維持。限られた予算で効果的な事業展開が求められる。
4 教育	10の幼稚園 19の小学校 12の中学校 4の高等学校	高校については、近くにないため通学に対する負担が大きい地区がある。	
5 交通と安全	一台あたりの人数(表13中津川市自動車組合(H23.3.31現在))	公共交通機関が少なく、交通手段は自家用車が多い。近くでも車に乗ってしまう人がいる。	生活全般的に車が必需品。door to doorの生活になりやすく、運動量の確保が難しくなる。

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
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			医療機関は市立の一般病院2カ所 市立の一般診療所3カ所、歯科診療所1カ所、その他開業医が点在する。 保健事業を実施する施設は、旧町村に7カ所、旧市内に1カ所ある。対象者に応じ回数を考慮し実施。	
	介護保険、後期高齢者医療保険、国民健康保険 給付費の推移（図6,図7,図8）		介護保険、医療給付費は増加している。今後も高齢化に伴い社会保障費の増加が予想される。	
	がん検診の受診率が低い (表16 健康医療課実績)			
	国保加入者の生活習慣病治療者割合が県下でも高い。 (表17 国保5月診療分レセプト)	食文化による塩分過剰摂取		
	人工透析患者が年々増加。糖尿病が原因の場合が増加している。(表14、表15、図9、図10)		新規人工透析導入患者の原因疾患は、糖尿病が約半数になり対策が必要。	
	健診受診者の高血圧の割合が県内でも高い。(表18 国保特定健診結果) 介護保険2号認定者の原因疾患は脳血管疾患が一番多い。(表7)		健診結果は、県内比較で高血圧者割合が高い。高血圧は、脳血管疾患のリスクであり、血圧コントロールの重要性についてPRが必要。	
	健診受診者で HbA1C8.0以上は、40歳~50歳代、未治療は30代に多い(表19 国保特定健診結果)		生活習慣病予防のためには、早期からの取り組みが必要。働き盛りの年代も多いため、職域との連携が必要。	
	小中学生の脂質異常者がいる(表20 中津川市教育委員会) 欠食などの生活習慣がある。(表21)		小児期からの生活習慣病発症予防対策が必要。	

B:テーマを絞りこんで新たに行われた整理

項目	データ (情報源も記入してください)	データ (情報源も記入してください)	アセスメント
1 物理的環境	面積は 676.38 km <sup>2</sup> (岐阜県で 6 番目に大きな市) 東西に 28km, 南北に 49km	中津川市の機能的な中心である市街地域 (旧・中津川市) は、中津川市の南部に位置する。(地理的に中心ではない) 気候的には中山間地域で、内陸性気候に分類される。昼夜の気温差が大きい。地域によっては降雪がみられる。市街地域よりも高度の高い辺地地域 (加子母地区など) でその傾向が強い。	地域によっては冬の降雪量が多いことから、「保存食」も中津川市の食文化の一つの特色である。塩分の摂取量が多くなり、高血圧を始めとする生活習慣病を増加させる一因である可能性がある。  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>&lt;地域特産物の糖分・塩分量&gt;◆朴葉寿司 1 個: 225 kcal, 砂糖 8.2 g, 塩分 1.5 g (通常、1 食に 2-3 個食べる) ◆五平餅 (3 個 1 串): 297 kcal, 砂糖 10.5 g, 塩分 1.2 g ◆自家製漬物: いずれも 100 g あたり塩漬け: 2.2-2.5 g 醤油漬け: 4.0 g 味噌漬け: 2.2 g 辛子漬け: 3.3 g。いずれも全国並みであり、特別に塩辛いわけではない。ただし家で作るため、食べる量・回数が多い。 &lt;中津川市・市街地域の喫茶店店舗数&gt;平成 4 年: 183 件 → 平成 20 年: 369 件</p> </div>
2 経済	<p>&lt;産業別人口割合&gt; 1 次産業: 6.4% (県全体より↑) 2 次産業: 41% (県全体より↑) ※とくに製造業の割合が高い</p> <p>&lt;小規模事業所&gt; 従業員 4 人以下の小規模事業所が 6 割を占める</p>	<p>市街地には大手電機関連企業、自動車関連企業の事業所がある。</p> <p>事業所の規模としては、従業員数の少ない中小零細事業所が多く、健康保険者は協会けんぽに所属するものが多い。(協会けんぽ加入者は市として状態を把握することが難しい)</p> <p>製造業に従事する人口が多く、不規則な生活 (三交代勤務、夜勤) を送るものが少ない。</p>	<p>三交代勤務、深夜勤務は好ましくない食習慣の原因になりうる。</p> <p>協会けんぽ加入者は、健診データでも芳しくない印象がある。協会けんぽ加入者がリタイアした後、国民健康保険に加入してくるのであるが、健診データが大きく乱れていることも少ない。</p> <p>若い年代からの健康づくり活動が重要である。職域との連携が必要であり、とくに協会けんぽとの連携については、重要な課題である。</p>
3 政治と行政	<p>平成 17 年に旧・中津川市に周辺の 7 つの町村が合併して、現・中津川市が誕生した。人口も 5.5 万人から 8.5 万人となった。</p> <p>財政力指数は県下でも下位に低迷しており、合併後は職員数が減らされているが、保健師については定員数を維持されている。</p>	<p>(合併による変化について) 旧・町村ごとには総合事務所が設置され、窓口業務等を行っている。</p> <p>健康福祉部は健康医療、国民健康保険、高齢支援、社会福祉の各部門に分かれており、保健師もそれぞれの部門への分散配置が進んだ。</p> <p>健康保健事業については、旧・7 町村を 3 つのブロックに分けて、それぞれを地域の単位としている。</p> <p>中津川市内には中津川市民病院と国保坂下病院の 2 つの基幹病院が存在することになった。今後はこれら 2</p>	<p>医療機関の運営は政治課題の一つである。</p> <p>合併前に、それぞれの町村で運営されていた病院や診療所があり、それらを中津川市が引き継ぐことになったため、多くの資産と同時に、多くの負債がある状態であると言える。今後、それらを総合的に考えて維持・管理していく必要がある。</p> <p>現在の健康保健事業計画は、旧・中津川市 (現在の市街地域) で行われてきた健康保健事業を基準として考えている。上記のような事情もあり、限られた予算の中で、効果的な事業展開が求められている。</p>

<30-40 歳代男性の食生活: 市民アンケートより>  
※この年代の男性は肥満が多い◆甘い飲み物を飲む (コーヒー飲料 (加糖), 炭酸飲料, ドリンク剤等)  
◆野菜を食べない (毎日野菜を食べる: 6-7 割) → 3-4 割は毎日食べていない、◆夜遅くに食べる (夜 8 時以降に食べる: 約 5 割が「毎日」or「週 3 回以上」)、◆朝食の欠食 (40 歳代では 約 1 割)

項目	データ (情報源も記入してください)		アセスメント
	つの病院の機能分担も含めて、そのあり方が重要な検討課題となる。一方で、国保坂下病院は、長野県南部地域にとっても重要な医療資源でもあることから、事情は複雑である。		
4 教育	<p>&lt;子どもの生活習慣病リスク要因に関するデータ&gt;</p> <p>肥満傾向の子どもの割合（小学5年生） 男子：5.15%，女子：4.29%</p> <p>一方で、中学2年生女子の「やせ」は7.57%</p> <p>LDL-C &gt; 120 の子どもの割合 小学6年生 男子：5.9%，女子：7.6% 中学2年生 男子：5.3%，女子：9.3%</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>※ 全国平均 肥満傾向の子どもの割合（小学5年生）は、男子：4.6%，女子：3.4% 中学2年生女子「やせ」3.84%，岐阜県平均：2.03%</p> </div>	<p>子どもの頃から好ましくない生活習慣があるのではないか。学校教育の中でも、正しい食習慣に関する啓蒙活動を推進していくことが大切ではないかと考える。これは、健康医療課だけで取り組むことができるテーマではない。教育委員会等と連携して取り組む必要がある。</p> <p>※ 国家レベルでは厚生労働省と文部科学省が連携する必要があるということ</p>
5 交通と安全	<p>&lt;自家用車1台あたりの人口比&gt;</p> <p>中津川市：1.15人/台、岐阜県：1.26人/台</p>	<p>公共交通機関網が乏しい。市街地域から遠い地域では、自家用車が必需品である。</p> <p>自家用車を使用しても、市街地域まで1時間以上かかる地域もある。</p>	<p>自家用車を使用しなければならぬ環境で暮らしていることから、つい近いところに出掛けるにも、自家用車を使用してしまう習慣が染みついている。Door to Door の生活から日常的な活動量の低下を招きやすいことも、生活習慣病が増加してしまう原因ではないか。</p>
6 コミュニケーション・情報		<p>無尽（むじん） 月々お金を集め、必要な人に順番に渡す。人が集まるので飲み食いをする機会になる。女性でも「無尽だから」と言えば、外出が許されやすい。</p>	<p>風習として「人が集う場」が多い。その影響もあって、間食（お茶の時間が多い、和菓子を常備しておく etc.）や飲酒の機会も多くなる。</p>
7 レクリエーション		<p>山口地区は「馬籠宿」として有名な観光地である。</p>	<p>観光地であるが、そのこと自体を健康保健活動に繋げるのは難しい。むしろ名産品である和菓子が生活習慣病の増加を促進してしまう可能性があるかもしれない。</p>

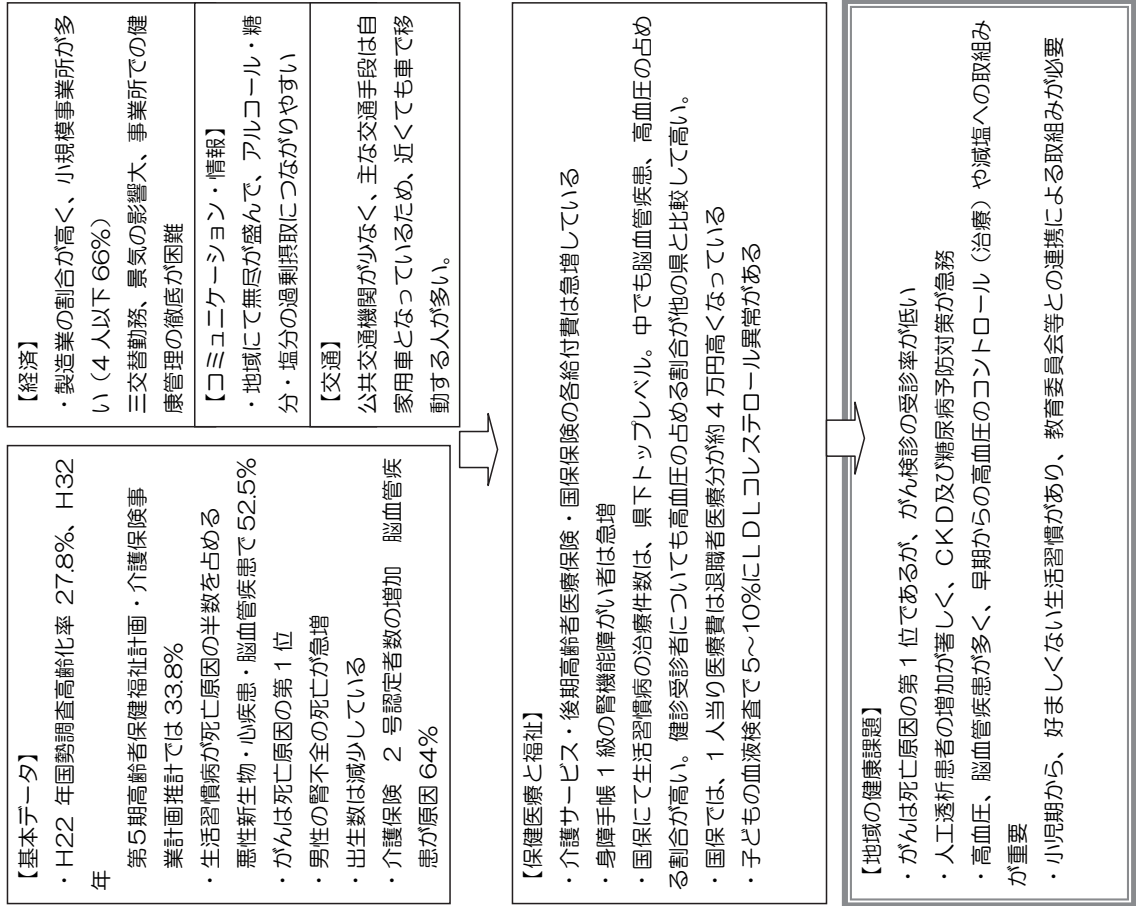
C:地域レベルで実施された整理

項目	データ	アセスメント
基本データ	川上地区の人口：909人(平成24年4月1日現在) 高齢化率：28.6% 世帯数：299世帯、内65歳以上の世帯員のいる世帯が180(全体の6割)。65歳以上の世帯員のみは、81世帯。	高齢化率は市全体と比べやや高い。市全体では人口は減少傾向にあるが、高齢化率は年々上昇。今後さらに高まることが予想される。夫婦のみ、単身世帯が多く家族介護力が弱い家族形態。
1 物理的環境	ほとんどが山林で、わずかに残された平坦部に集落、田畑が点在。11の地区に分かれており、それぞれが20~40の世帯で構成されている。最近では、空き家、耕作放棄地もところどころみられる。	
2 経済	1次産業の就業人口70人(14.5%)、2次産業の就業人口157人(32.6%)、3次産業の就業人口255人(52.9%)(平成22年国勢調査)。 1次産業は、稲作、畑作など農業が中心で高齢者の多くも現役。通勤流動が示すように多くが地区外へ働きに出ている。地域内に商業施設もなく、買い物など坂下、市内が中心。	
3 政治と行政	平成17年に川上村が中津川市と合併し、現在に至っている。合併後は、総合事務所が行政の窓口となっている。規模は縮小され、建設関係、保険関係の業務は、拠点化(坂下総合事務所、本庁対応)されている。地域づくりは重要なテーマとして、地域住民からなる川上まちづくり推進協議会により住民主体の地域づくりが進められている。	
5 交通と安全	公共交通機関は路線バスが唯一の交通手段だが、1日に上り7本、下り6本と少なく朝夕に集中。利用手段の多いのが自家用車、世帯で複数台自家用車を所有。	自家用車は住民の足となっているが、自家用車を持たない、運転できない高齢者にとって買い物、通院など困難な状況がみられる。
6 コミュニケーション・情報	地域住民が気軽に集える場：かたらいの館。総合事務所、公民館、図書館、温泉、プール、診療所が併設されており、情報交換の場ともなっている。11の自治会にはそれぞれ集会所があり交流の場となっている。	
7 レクリエーション	夕森公園は、観光の名所。夏のキャンプ、秋のもみじなど季節ごとに訪れる観光客も多くみられる。ビーチボール大会、運動会、グランドゴルフ、ゲートボール、温泉などレクリエーションは盛んに行われている。	
8. 保健医療福祉サービス	医療・福祉施設：診療所、デイサービスセンターすずらん、かたらいの館。 拠点の坂下には、地区担当の保健師は●名配置されており各種の健康づくり事業など幅広い保健活動を行っている。診療所ではストレッチ教室などの健康づくり取り組んでいる。まちづくり推進協議会では高齢者等要支援者安心訪問事業を展開している。地区には歯医者がなく、高齢者や要介護者の口腔ケアについては、手つかずの状態課題がありそうである。	診療所⇄保健師⇄社会福祉協議会それぞれの担当者は、定期的に情報交換を実施しているが、それぞれの訪問活動や得られた情報を共有する仕組みづくりが課題。



4) 地域の現状分析・課題抽出

A: 中津川市として取り組みられた地域診断に基づく課題の整理

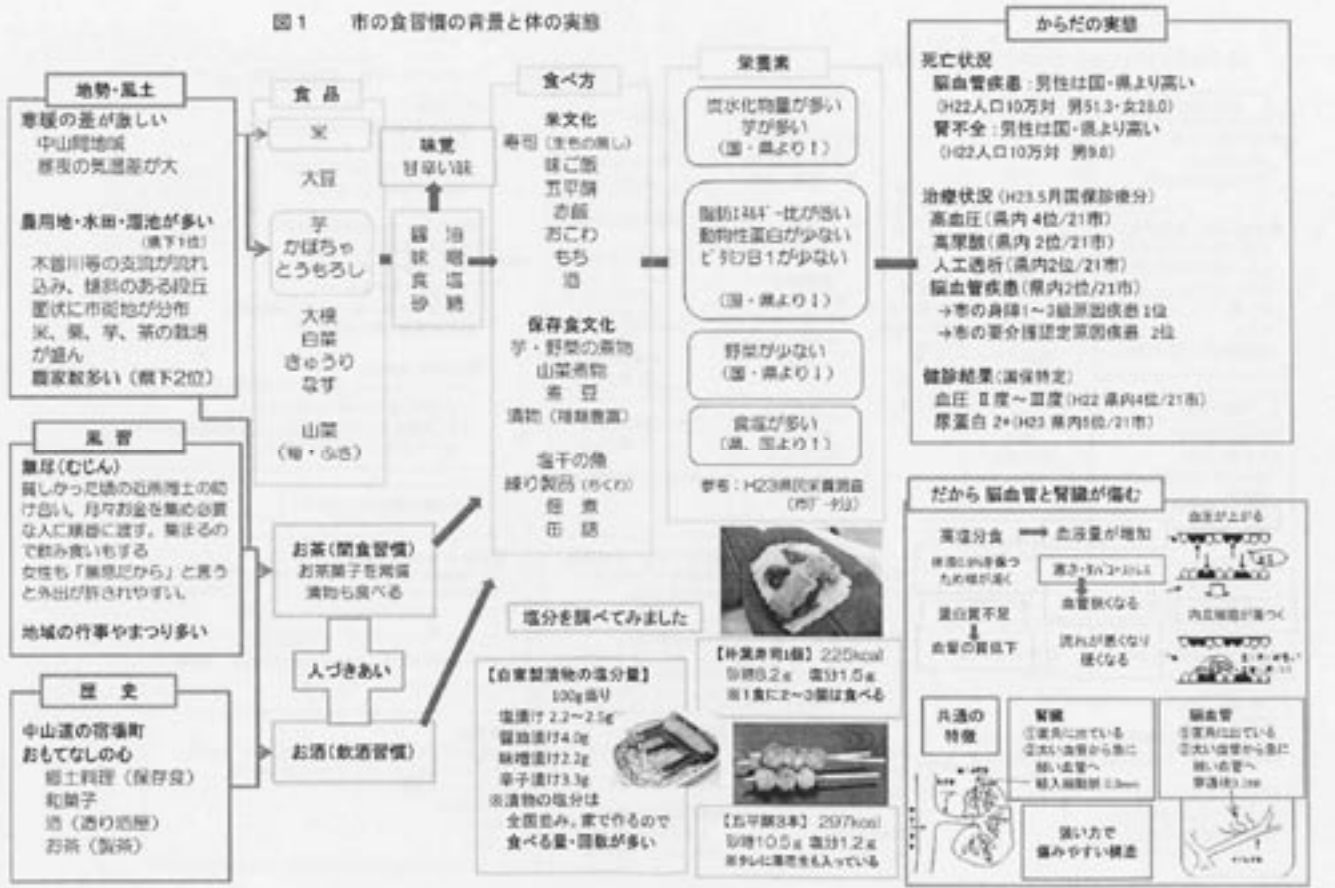


1) 健康課題の特定

問題	その根拠となる状況
<p>がんは死亡原因の第1位であるが、がん検診の受診率が低い</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・75歳未満のがん年齢調整死亡率は、H14 91.8→H22 80.2と減少しているが、依然として死亡原因の第1位であり、県H22 79.8と比較して高い。</li> <li>・検診受診率H23年度 胃 9.1% 肺 21.6% 大腸 11.4% 子宮 35.4% 乳 37.7%</li> </ul>
<p>人工透析患者の増加が著しく、CKD及び糖尿病予防対策が急務</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人工透析患者の伸びは、H17 152人→H22 210人で 138.2 (国 115.3、県 116.0) と急増している</li> <li>・新規透析導入者の原因疾患は、H21年末から糖尿病によるものが約5割となっている</li> <li>・国保特定健診にてHbA1c8.0以上の人は、40~50歳代に多く、治療率の低いのは30~40歳代。</li> </ul>
<p>高血圧、脳血管疾患が多く、高血圧のコントロール（治療）や減塩への取り組みが重要</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳血管疾患の年齢調整死亡率は、男性H17 71.3→H22 51.3 女性H17 38.9→H22 28.0 と減少しているが、国のH34年度目標値より依然として高い</li> <li>・介護保険 2号認定者数の増加 脳血管疾患が原因 64%。</li> <li>・国保治療状況県内ランキングは、脳血管疾患 2位、高血圧 4位</li> <li>・国保特定健診異常割合は、Ⅱ度~Ⅲ度高血圧が県内 4位</li> <li>・地域特有の食文化がある（米、漬物、煮物など高塩分保存食文化）</li> </ul>
<p>小児期から、好ましくない生活習慣があり、教育委員会等との連携による取り組みが必要</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもの血液検査 LDLコレステロール 120以上は、小6 男子 5.9% 女子 7.6%、中2 男子 5.3% 女子 9.3%</li> </ul>

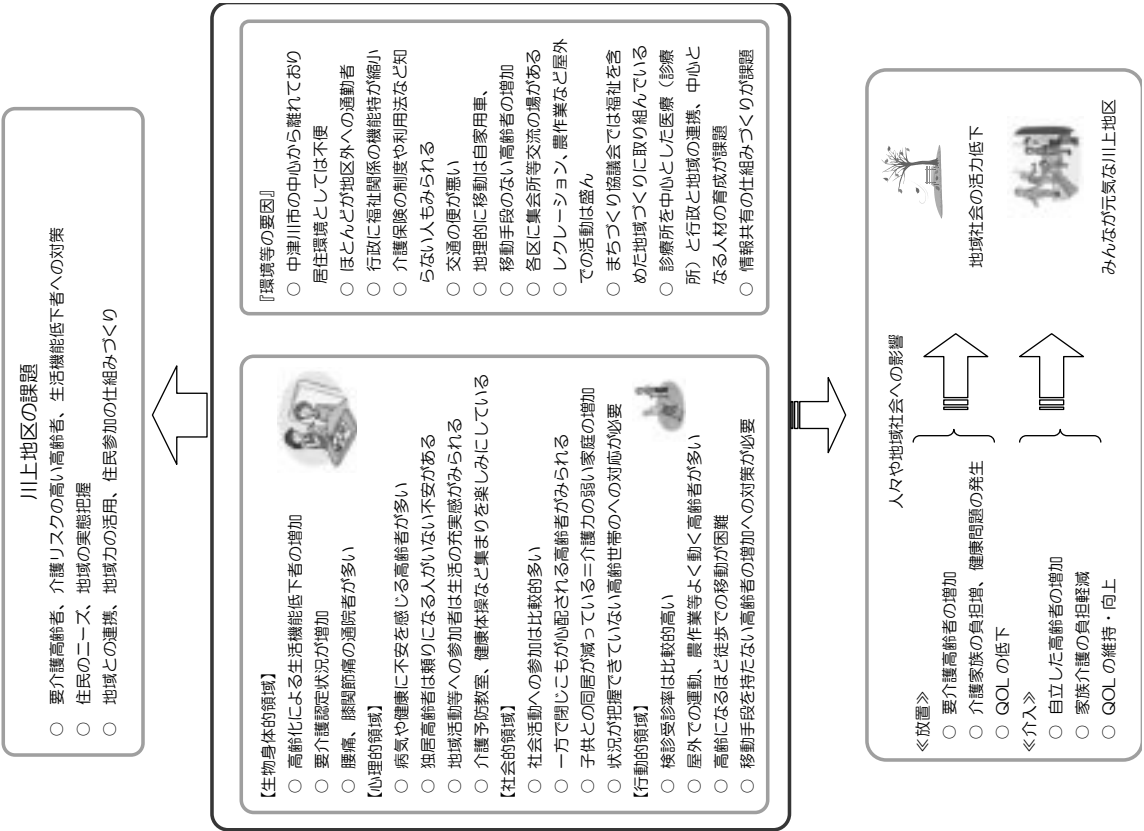
B：テーマを絞り込んだ地域診断に基づく課題の整理

図1 市の食習慣の背景と体の実態





C：地域レベルで取り組みられた地域診断に基づく課題の整理



課題への対策

診療所が中心となり、地域・関係部署が連携した対策を具体化することで、高齢者が生き生きと生活できる川上地域を目指します。

- 川上地区の課題
- 要介護高齢者、介護リスクの高い高齢者、生活機能低下者への対応
  - 住民のニーズ、地域の実態把握
  - 地域との連携、地域力の活用、住民参加の仕組みづくり

《実態把握》・《原因・リスク削減》・《現状改善》・《地域力向上》



- 具体的な対応策
- ① 個人・家族への支援（実態の把握と把握率の向上）
    - 1) 訪問活動の計画的実施
      - 定期的な独居高齢者の訪問による把握
      - 緊急時連絡表の活用等
    - 3) 病院、介護、福祉の連携を密にし、患者や家族にやさしい医療活動の展開
      - 病診連携などマニュアル活用によるきめ細かい対応
  - ② 集団への支援（コミュニケーションの場づくり、かかりつけ医）
    - 1) 地域の高齢者を対象とした介護予防、閉じこもり防止活動
      - \* 遊楽会への勧誘促進
      - \* ストレスリッチ教室、太極拳ゆったり体操の実施
    - 2) 関係部署と連携した啓発活動
      - \* 特定健診の勤め、栄養指導等
      - \* 各種制度の説明、普及等
  - ③ 地域への支援（協働）
    - 1) 区長会・川上まちづくり推進協議会との協働
      - \* 地域づくりへの参画
      - \* 各地区での普及啓発活動（集会所を利用した介護予防教室など）
    - 2) 情報共有の仕組みづくり
      - \* システム構築（台帳等医療・介護・保健、関係機関が共有できる仕組み）
    - 3) 総合事務所との連携
      - \* 地域福祉担当との協働
      - \* 区長会と関係づくり

4) 地域保健活動計画 (A 中津川市として取り組まれた地域診断に基づく)

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】 糖尿病発症予防・重症化予防					
<p>糖尿病予防に関する理解を深め、糖尿病の発症予防や重症化予防をする</p> <p>【対象】 一般市民及び健診受診者</p>	<p>①恵那医師会及び健康推進員の協力のもと、一般市民向け各地区で「糖尿病予防講演会」を開催</p> <p>②国保特定健診HbA1c7.0以上者への対面での指導と本人・地区担当保健師による疾病管理と栄養士による指導</p> <p>③HbA1c5.2~6.0者への二次検査(OGTT)の実施、栄養士による指導及び運動教室の実施</p>	<p>糖尿病の発症予防の普及啓発を、医師や地区健康推進員と共同で実施</p> <p>・HbA1c8.0以上の増加の抑制 ・治療継続者割合の増加</p> <p>・HbA1c6.1以上の増加の抑制</p>	<p>予算：医師報酬費 時間：19~20時</p> <p>保健師 栄養士</p> <p>保健師 栄養士 理学療法士</p>	<p>◎</p> <p>◎</p> <p>◎</p>	<p>事業終了後</p> <p>年度末</p> <p>年度末</p>

5) 地域保健活動の評価 (A 中津川市として取り組まれた地域診断に基づく)

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
<b>【テーマ】 糖尿病発症予防・重症化予防</b>								
糖尿病予防に関する理解を深め、糖尿病の発症予防や重症化予防をする	①患那医師会及び健康推進員の協力のもと、一般市民向け「糖尿病予防講演会」を開催 ②国保特定健診HbA1c7.0以上者への対面での指導と本人・地区担当保健師による疾病管理と栄養士による指導 ③HbA1c5.2~6.0者への二次検査(OGTT)の実施、栄養士による指導及び運動教室の実施	糖尿病の発症予防の普及啓発を、医師や健康推進員と共同で実施 ・HbA1c8.0以上の増加の抑制 ・治療継続者割合の増加	予算：医師報酬費 時間：19時~20時 保健師 栄養士	◎	事業終了後 年度末	市内11カ所で11月に実施 参加者数 241人 受診勧奨と治療放置防止の徹底を実施中 希望者には栄養指導を実施中	・地元医師や健康推進員と共同で実施出来た ・参加者の理解度は、9割がわかったと回答 H23年度結果 ・78.6%に保健師面接 ・40%に管理栄養士指導 H23年度結果 ・OGTT96人、境界型、糖尿病型の人への継続支援徹底 ・運動教室 終了時の悪化者0	◎
【対象】一般市民及び健診受診者		・HbA1c6.1以上の増加の抑制	保健師 栄養士 理学療法士	◎	年度末	二次検査実施中 運動教室(適当生 活セミナー)開催中		

## 6) モデル事業の振り返り

### 1. 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

・項目全部をアセスメントするには時間と労力がかかるため、あらかじめこちらが問題ととらえているところを中心にデータ等を抽出した。

### 3. 今後の展開について

#### ■地域診断の活用について

・健康課題が課職員の共通認識となり、全体としての取組みや情報発信が可能となった。

#### ■改善ポイント

・生活習慣病発症予防と重症化予防を、小児期から展開していく。

## モデル事業により得られた知見

#### ■地域診断の目的について

中津川市では、市全体で「生活習慣病の予防」に取り組むことが計画されていた。市全体で8万人、地区によってその生活背景はかなり異なる地域を含んでいる中、健康課題が絞り込まれている状況の下で、地域診断をする意味として以下の2つが想定される。

- ① 健康課題について深く知るためのステップとして地域診断を行う
- ② 担当の小さな地域において健康保健活動をスムーズに展開していくため、すなわちその地域を知るために地域診断を行う

①のためには、健康課題に関するイメージを豊かにすべく、基本的な地域の情報に加えて、テーマに応じた、さまざまなデータを加えながらアセスメント、②のためには、小さな地区の生活実態を、健康課題に取り組むためのリソースという視点からアセスメントが必要と考えられる。①の例として、「中津川市の食習慣」についてまとめた図表を、②の例として、中津川市の中でも、最も小さな地区の一つである川上村における健康保健活動を展開していくためのアセスメント例を示した。

#### ■アセスメントの目的・モノサシ

同じ事象であっても、それを眺める「視点」によって、捉え方は大きく異なる。中津川市では糖尿病対策が重要であると判断されたが、その背景には、健康医療課として「住民全体（mass）の健診データが改善されること」が大きな指針として掲げられていた。そのような背景であれば、あらゆる健診データの中で糖尿病に関するデータに着目されたこと、これらのデータが改善されるように事業計画を策定されたことは、きわめて妥当な判断と考えられる。

モデル事業において、あらためて地域診断を行ったことによって、視点から物事を眺める視点の違いに気付かれた。例えば、「地域支援のネットワーク」というリソースの評価は、「健診データの改善」という指針では重視されないがモデル事業のテーマである「地域包括ケアを実現」という指針においては重要となる。「アセスメントをする際には「どんなモノサシでアセスメントをしようとしているのか」ということを意識する」そして、ア「そのモノサシはアセスメントの目的に相応しいモノサシかどうかは慎重に検討する必要がある。

## ■共通的な課題

### 【地域保健計画に関して】

1：立案：立案方法としては外部委託されることが多い

→「健康なかつがわ21」が保健師を中心に立案されているという点は、先進的であると言える

2：実行：

3：評価：あまり評価されることがない

理由1：あとから評価できるような計画ではない

理由2：数値として評価できることは極めて限られている

※SMARTな目標は評価可能であるが、あくまで物事の一面でしかない

(Specific, Measurable, Achievable, Result-Oriented, Time …etc.)

→我々の取り組みは、最終的な評価指標を「住民満足度」であると定めている。評価方法については慎重にデザインする必要がある。

### 【アセスメントに関して】

1：なんのためのアセスメントなのか

アセスメントの目的によっては、同じリソースに対して異なる評価がなされる

共有できる「ビジョン」を掲げなければ、アセスメントの視座にブレが生じる

→健康なかつがわ21では、健康医療課では保健事業のビジョンとして「生活習慣病に関するデータの改善」が掲げられ、それ自体は周知徹底されていることは確認できた。そのことについての是非、健康医療課以外の部会で掲げられているビジョンなど、もう一度確認しておくべきことがあるように思われる。

2：アセスメントをするために必要な情報を再確認する

→一般的にはデータの収集に多大な労力を要する。中津川市では様々なデータがかなり整理して保管されていることが確認できた。情報の管理体制が整備できれば、他の地区に対して先進的な取り組み事例として提案できる可能性もあると感じている。

### 【未知の健康課題は存在するのか】

地域診断の目的は「健康課題を抽出し、それに対する有効な施策を講じること」にあるとされているが、果たして均質な国・日本において、未知の健康課題は存在するのであろうか。もし未知の健康課題がないとすれば、しばしば用いられる Community as Partner モデルはあまり有効ではない。

→健康課題はほぼ共通であると考え。それは中津川市でも然りであろう。バリエーションが生じるのは、それらの健康課題に対してどのような施策を講じるかという点において、地区ごとにリソースが異なることによると考えている。

### 【事業の重複に関して】

同じような事業が（異なる担当課によって）重複して行われている

例えば、子どもたちへの取り組みとしては、学校を通じた取り組みと、地域保健事業を通じた取り組みが混在していることが多い。高齢者に対しても同じく、保健医療事業としての取り組みと、社会福祉事業としての取り組みが混在していることも多い。

→メリット：取り組みが何層構造にもなっていることで、取りこぼす可能性は低くなる。

デメリット：ムダが生じる。

### (3) 鳥取県・日南町

地域診断（モデル事業）の目的、テーマ：

日南町では、平成 24 年 3 月に健康づくり計画「第 2 期にここ健康にちなん 21」と「第 5 期介護保険事業計画」を策定し、平成 24 年度から計画の周知と推進に取り組んでいる。今回のモデル事業を機に地域診断について見直し、住民代表を交えた関係者と活動計画を共有、包括的な実践へとつなげていきたい。

#### 1) 実施体制

### 地域診断体制表

【メンバー】

機関	所属・団体名	職種	役割
国保直診施設	日南病院	院長	総括
	日南病院	事務部長	事務局
	日南病院	看護部長	
	日南病院	一般病棟看護師長	
	日南病院	療養病棟看護師長	
	日南病院	外来看護師長	
	日南病院	理学療法士	
行政	住民課	事務	国保・後期高齢者医療担当
	企画課	室長、事務	まちづくり、消費者相談担当
	建設課	室長、事務	住宅政策担当
	教育課	事務	社会教育担当
	福祉保健課	課長 1・事務 1・保健師 5・栄養士 1	健康対策・介護保険担当
	地域包括支援センター	社会福祉士 2・介護支援専門員 1・看護師 1・理学療法士 1	高齢者対策全般担当
	日野総合事務所	福祉保健局長	県からの助言
	長寿社会課	課長	県からの助言
	警察署	課長、駐在	生活相談、防犯
	消防署	副署長	火災予防、
自治会 老人クラブ その他住民組織	まちづくり協議会	代表	住民組織
	老人クラブ	代表	住民組織
	地区保健委員	代表	住民組織
	食生活改善推進協議会	会長	住民組織
	男女共同参画推進員	代表	住民組織
	シルバー人材センター	事務局長	住民組織
	民生児童委員協議会	会長	福祉関係者
	障害者福祉団体	代表	福祉関係者
	社会福祉協議会	事務局長	福祉関係者



機関	所属・団体名	職種	役割
	配食ボランティア	代表	住民組織
介護サービス事業所	日南福祉会	施設長・在宅課長	介護サービス提供者
中山間見守り協定事業所	協定事業所 20社	事業主、事業担当者	町内での営業中の見守り活動 異変の際の通報、連絡
教育・研究機関	鳥取大学環境予防医学講座	教授	教育・研究機関からの助言

### 【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	モデル事業の計画策定・アセスメント項目検討	10月24日	8:30～ 10:00	健康福祉センター相談室2	・モデル事業の概要説明 ・地域診断の目的、テーマの検討 ・地域診断体制の検討 ・アセスメント項目の検討・分担 ・今後の日程の検討 (保健担当・包括職員事業検討会)
第2回	情報分析・課題抽出・計画案の策定	11月7日	16:00～ 17:30	健康福祉センター相談室2	・モデル事業の概要説明 ・データの分析 ・課題の抽出 ・対策案の検討 (地域包括ケア会議企画会議)
第3回	情報分析・課題抽出・計画案の策定	11月27日	13:00～ 15:00	健康福祉センター相談室2	・データの分析 ・課題の抽出 ・対策案の検討 (保健担当・包括職員事業検討会)
第4回	活動計画の策定	12月6日	15:00～ 16:30	健康福祉センター研修室1	・現状のデータを提示 ・課題抽出と計画案の検討 ・意見交換 (健康づくり計画推進・介護保険運営委員会で協議)
第5回	活動計画の具体化	1月30日	13:30～ 15:00	健康福祉センター研修室1	・活動計画の共有と具体化 ・県長寿社会課長を迎え、施策化への助言を得る (地域包括ケア会議拡大企画会議)
第6回	活動計画の具体化	2月6日	13:00～ 16:00	健康福祉センター研修室1	・活動計画の共有と具体化 ・鳥大環境予防医学講座尾崎教授を迎え、施策化への助言を得る (保健担当・包括職員研修会として)
第7回	地域診断・活動計画の共有と、課題の整理	2月8日	13:30～ 15:00	健康福祉センター研修室1	・住民・関係者間で活動計画を共有し、連携を強化しながら実践につなげよう (地域包括ケア会議)
第8回	振り返り	2月8日	14:00～ 15:00	健康福祉センター相談室2	・事業全体の成果と課題をまとめる (地域包括ケア会議企画委員・保健担当・包括職員)

4) 地域の概要 (基本データ)

	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	1. 総人口と推移 (基本データ P1~)	総人口は 5,460 人。 (22 年国勢調査)	人口は年々減少している。 自然減が毎年 100 人ある。	資料は別紙
	2. 出生率、死亡率 (基本データ P8~)	出生率 3.4 (人口千対) 合計特殊出生率 3.56 (平成 22 年鳥取県人口動態統計) 年齢調整死亡率 492.6 75 歳未満年齢調整死亡率 294.1 (平成 23 年鳥取県人口動態統計)	出生数は 20 人前後。出生率は横ばいで推移。合計特殊出生率が高いが、若いカップルが少ない。 死亡者数は 120 人前後。年齢調整死亡率は、横ばいで推移しているが県平均よりやや高い。 75 歳未満年齢調整死亡率は、平成 22 年は県平均と同じだが、23 年は県平均より 74.8 ポイント高くなっている	
	3. 3区分別人口と割合 (基本データ P8~)	1~14 歳：442 人 (8%) 15~64 歳：2,462 人 (45%) 65 歳以上：2,556 人 (47%)	若年層は少なく、高齢者人口割合が多くなっている。人口の約半数は高齢者人口。	
	4. 死因別死亡 (基本データ P10~)	75 歳未満年齢調整死因別死亡率 (人口 10 万対) 1 位：悪性新生物 90.1 2 位：自殺 62.6 3 位：脳血管疾患 48.6 (平成 23 年鳥取県人口動態統計)	75 歳未満年齢調整死亡率、性別では、男：悪性新生物 198、脳血管疾患 57、肝疾患 36 女：自殺 150、心疾患 67、脳血管疾患 44 男性のがん対策と女性の自殺対策が特に重要である。	
	5. 世帯数と推移 (基本データ P1)	世帯数 2,095 (平成 22 年国勢調査)	年々減少。 地域力の低下に繋がる。	
	6. 高齢者世帯、高齢化率 (基本データ P2~)	高齢者のいる世帯：1,636 65 歳以上のみ複数の世帯：421 65 歳以上 1 人世帯：417 (平成 22 年国勢調査) 75 歳以上 1 人世帯：403 うち 85 歳以上 1 人世帯：163 (住民基本台帳)	高齢者人口は減少に転じたが、高齢者 1 人世帯、高齢者のみの世帯は年々増加している。 住民基本台帳で見ると、1 人暮らし世帯の年齢構成も高齢化している。 米国勢調査と住民基本台帳では 1 人暮らし世帯数に 100 件の差があることに注意。国勢調査が実態に近い。	
	7. 介護保険要介護認定者数およびサービス利用者数 (基本データ P13~)	要介護認定者数：628 人 (25 年 1 月末、日南町介護保険統計) 施設サービス利用者数：138 人 居住系サービス：54 人 在宅サービス利用実人数：288 人 (平成 24 年 12 月利用、日南町介護保険統計)	平成 24 年 7 月の要介護認定率は 24.7%であり、全国 17.5%、鳥取県 19.6%と比較して高い。人口の高齢化のためと思われる。必要な人に行き届いているとも言える。早期に認定を受けサービスを利用しながら重症化を防ぐことが大切。介護力の低下により、施設サービス利用者の割合が高い。 高齢者集合住宅など、新しい住まいの整備が必要。	
	8. 産業別人口 (基本データ P19~)	第 1 次産業従事者：913 人 35% 第 2 次産業従事者：480 人 18% 第 3 次産業従事者：1,257 人 47%	農家数は 1,056 戸だが兼業が多く、第 3 次産業の従事者が約半数を占める。	

5) 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
コミュニティ を構成する 人々	量的データ P1~P8 人口の 推移と推計 世帯の推移	質的データ 地域包括ケア会 議企画会議、地 域包括ケア会 議、介護保険運 営会議から	地域の高齢化が進んでいる。高齢者のみの世帯、高齢者1人暮らし世帯が多くなっている。同居世帯でも日中は高齢者のみであり、防災上も不安がある。 認知症のある高齢者が今後増えると予測されている。	
1 物理的環境	①面積②地理的 条件③気候：町 政のしおり	訪問活動からの 地域診断 在宅支援会議 地域包括ケア会 議から	日南町の面積は340平方キロ。県の10分の1を占める広さ。9割が山林であり、7つの谷に別れて集落が散在している。島根、岡山、広島県に接する中国山地の中央部である。冬は降雪積雪量も多い。持ち家が多いが古く寒く段差が多い。	
2 経済	① 基幹産業 ② 地場産業 ③ 流通システム ④購買圏：町政 のしおり ⑤ 高齢者の経 済状況：基本 データ P17 高齢者の所 得段階	高齢者ニーズ調 査結果（第5期 介護保険事業計 画）	農林業の町であるが、兼業が多い。就業人口は、第3次産業が多い。町内で最も大きな事業所は、介護保険サービス事業所である日南福祉会である。 購買圏は若い世代は米子、高齢者は町内。県境の町であるため、県境付近では県外が購買圏となっている地域もある。高齢者では、非課税世帯に属する人が4割をしめ、ニーズ調査では経済的に「苦しい・やや苦しい」と答えた人が65%を占めた。	
3 政治と行政	行政組織・政 策・財政力・住民 参加：町政のし おり	まちづくり懇談 会での意見交換 アンケートの行 政への意見	福祉保健課は役場から2キロほど離れ日南病院と隣接。保健・福祉・医療の一体化が図られている。健康福祉センター長は日南病院長が兼務。福祉保健課、福祉事務所・地域包括支援センターが同居している。保健師は福祉保健課に集中配置。子ども支援室、福祉事務所、包括と兼務。 住民参加：旧小学校区である7つのまちづくり協議会が中心となって、様々な活動を行っている。	

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
4 教育	① 学校教育機 関 ② 社会教育機 関 ：町政のしおり	子ども支援連絡 会等での意見交 換 生涯学習まちづ くりフォーラ ム、人権学習小 地域懇談会等 での意見交換	幼稚園・保育園一元化で保育園一園化（分園 4園）。小学校統合して1校に。中学校1校。 保・小・中の連携・支援の継続化に保健師も 参画。学校保健との連携良好。 社会教育に保健担当・包括支援センターも参 画している。（健康づくり、障がい者の人権尊 重、高齢者の人権尊重、認知症の理解など）	
5 交通と安全	① 治安 ② 災害時の安 全 ③ 交通 町政のしおり	介護予防教室で 意見交換。  まちづくり懇談 会で意見交換  高齢者ニーズ調 査「出かける手 段」「買い物に不 便」	・町内3つの駐在所と隣町にある本署との連 携による、防犯活動、相談がスムーズに行な われている。 ・災害時要援護者台帳を福祉保健課で整備し ている。 ・災害時個別非難計画が未整備。 ・町有バス、デマンドバス、福祉有償運送な どで交通の便を確保しているが、手帳や要介 護認定がなくバス停から遠い人には、利用し にくい状況。買い物に不便で困っている人が 91人あった。今は何とかなっているが将来 が不安だと答えた人が471人あった。	
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 町政のしおり	まちづくり懇談 会で意見交換      高齢者ニーズ調 査	・35の自治会、7つのまちづくり協議会あ り。高齢化に伴い自治組織の維持に苦慮して いる地域がある。町の中心部では自治会に属 さない単身者が増加している。 ・地区保健委員会、健康づくりサークル、子 育てサークル、老人クラブなどの組織がある。 給食ボランティア、生活支援ボランティア、 認知症サポーターなどのボランティア組織が ある。 ・広報にちなん、防災無線、日南チャンネル、 IP電話などの広報・通信システムがあり、活 用している。 ・近隣関係は良好に保たれているが、 高齢化により、交流が疎になりつつある。 ・自分の最期をどのように迎えたいか考え たり、書いたり、家族と話し合ったりしている 人が少ない。	

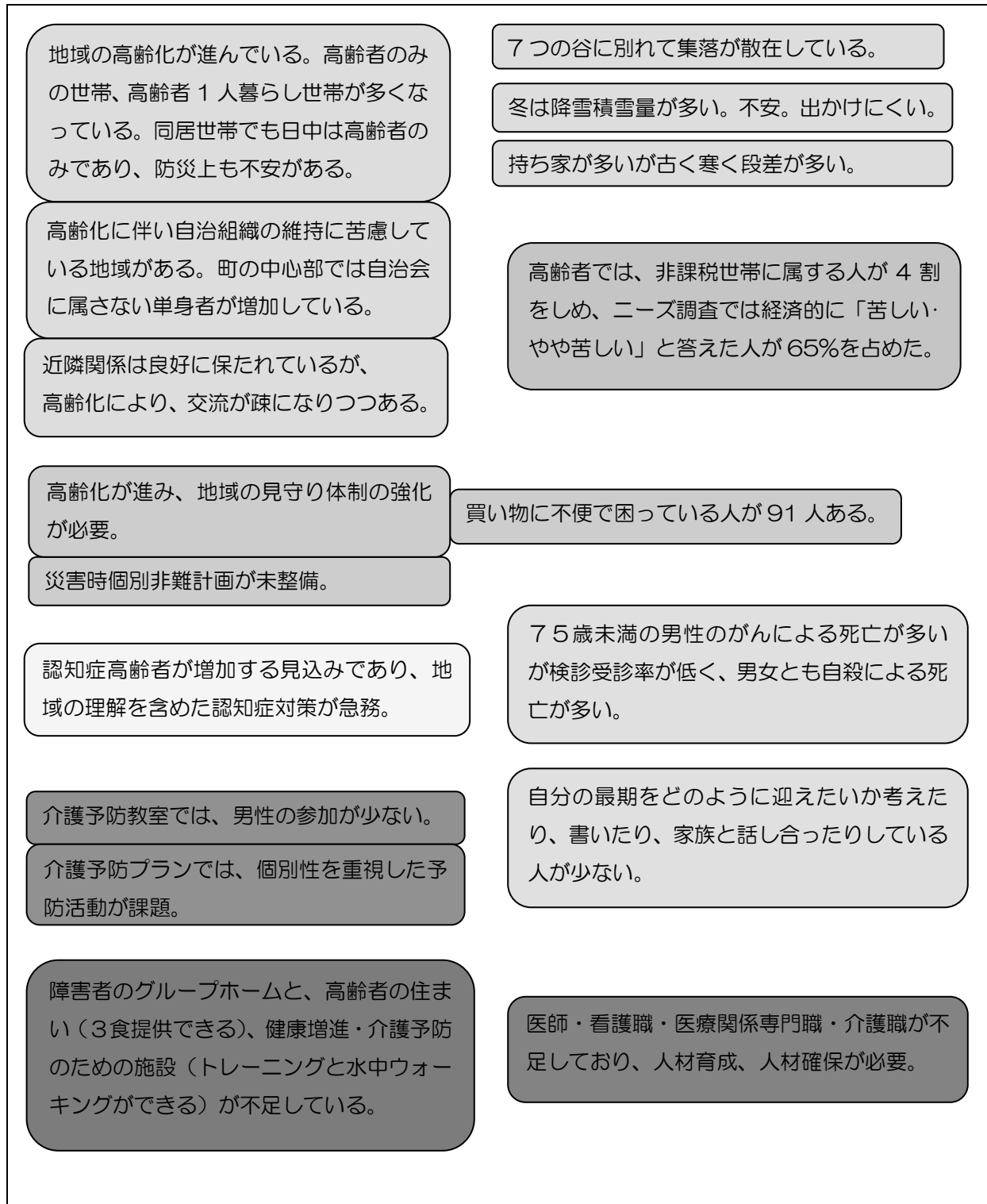
項目	データ (情報源も記入してください)		アセスメント	備考 情報の 不足・ 不備
	私の生き方、死に方を考えるシンポジウム			
7 レクリエーション	① レク施設と利用 社会体育館 町営グラウンド グラウンド ゴルフ場	健康について語る会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日南体育協会を中心に、ラジオ体操、各種球技大会、陸上競技大会、スキー大会などが開催されている。</li> <li>・グラウンドゴルフ協会には多くの高齢者が登録し、各地域での練習に励んでいる。大会遠征もしている。</li> <li>健康づくり、介護予防に寄与している。</li> <li>・健康について語る会では、トレーニング室、歩くプールの希望が多く出されていたが、現在は未整備。</li> </ul>	データ未把握
8 保健医療と社会福祉	① 医療システム 日南病院の診療科目・医療圏 (日南病院事業報告) ② 保健システム ③ 福祉システム (福祉保健課事業報告) ④ マンパワー (日南町の概要) ⑤ 連携・調整システム (地域支援事業報告)	在宅支援会議 地域包括ケア会議 介護保険運営協議会 地区保健委員会 健康について語る会 まちづくり懇談会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療、保健、福祉、介護サービス事業所はほぼ充足されている。障害者のグループホームと、高齢者の住まい(3食提供できる)、健康増進・介護予防のための施設(トレーニングと水中ウォーキングができる)が不足している。</li> <li>・健康づくりでは、75歳未満の男性のがん検診受診率が低いこと、男女とも自殺による死亡が多いことが課題である。</li> <li>・介護予防教室では、男性の参加が少ないことが課題である。</li> <li>・介護予防プランでは、個別性を重視した予防活動が課題である。</li> <li>・高齢化が進み、地域の見守り体制の強化が必要である。</li> <li>・認知症高齢者が増加する見込みであり、地域の理解を含めた認知症対策が急務である。</li> <li>・日南病院と町執行部、福祉保健課長の定例会を毎月開催し、協議をしているので、トップの意思決定がスムーズ。</li> <li>・日南病院を中心とした保健・医療・福祉・介護の実務者の連携については、地域包括支援センターが事務局となり、関係機関の代表者が集まって週1回の在宅支援会議、月1回</li> </ul>	

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
			<p>の地域包括ケア会議で協議を重ねている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社会福祉協議会、民生児童委員、まちづくり協議会、配食ボランティアなど、住民代表にも参画を求めて協議している。</li> <li>・ 町内の社会資源は少ないが、反面連携をとしやすい環境にある。</li> <li>・ 参加者は皆熱心。今後いっそう住民の参画を求めていく必要がある。</li> <li>・ 医師・看護職・医療関係専門職・介護職が不足しており、人材育成、人材確保が課題である。</li> </ul>	

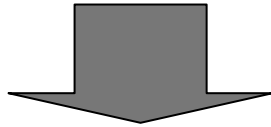


## 6) 地域の現状分析・課題抽出

### 健康問題・健康課題の関連図



前ページの現状・課題から



【地域の健康課題】を抽出

1. 75歳未満の男性のがん死亡、女性の自殺率が高い。
2. 自分がどのように最期を迎えたいか、考えて行動している人が少ない。
3. 地域の見守り体制、支えあい体制が不十分。
4. 地域の理解を含めた認知症対策が十分でない。
5. 高齢者の多様な住まいが整備されていない。

- 介入した場合の  
人々への影響
- ・若年死亡者が減少する。
  - ・最期を考えて今を丁寧に生きることが出来る。
  - ・支えあって暮らせる。
  - ・認知症になっても安心。
  - ・住み替えることにより町内で安心して暮らせる。
  - ・自宅にも行き来できる

- 放置した場合の人々への影響
- ・若年者が多く亡くなる。
  - ・望まない最後を迎える可能性が高まる。家族は、本人の望みがわからず支援や判断に困る。判断したあとも良かったのか悩む。
  - ・異変の発見が遅れる。孤独死の増加。
  - ・認知症が悪化する。家族が疲弊する。
  - ・町外の高齢者住宅へ転出するか施設入所するしかない。

介入した場合の  
地域への影響

- ・地域が疲弊しない。
- ・その人らしさを尊重して支援することが出来る。
- ・支えあって暮らせる地域になる。
- ・認知症にやさしい地域になる。
- ・高齢者住宅から自宅に行き来でき空き家が減る。

- 放置した場合の地域への影響
- ・若い人が減り地域が疲弊する。
  - ・その人らしさを尊重した支援が出来ない。
  - ・地域での支え愛が出来ない。
  - ・認知症への理解が進まず、居てもらっては困るという意見が出る。住めなくなる。
  - ・市部への転居や施設入所が増え、地域の人口が減る。施設入所が増えれば介護保険料が上がる。

## 7) 健康課題の特定

問題	その根拠となる状況
1. 75歳未満の男性はがん、女性は自殺による死亡率が高い。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成23年の75歳未満の年齢調整死亡率は1位悪性新生物、2位自殺。</li> <li>・男性の75歳未満年齢調整死亡率死因別では、1位悪性新生物197.7、女性は1位自殺149.5である。</li> <li>・男性のがん死亡の部位別に見ると、食道・胃・直腸・肝臓・白血病各1名であった。健診で発見できるがんもあり、受診率向上が課題。</li> <li>・今までは検診案内の全戸配布と、広報誌による啓発、ケーブルテレビによる案内等、全体に呼びかけるだけで、個別の受診勧奨がなかった。</li> <li>・平成22年度から検診料金を無料にしたが、受診率が大きくは伸びなかった。</li> <li>・平成23・24年度には40歳代、50歳代に大腸がん検査キットを郵送した。23年度は126名の初回受診者があったが、24年度は前年より受診者数が減少した。</li> <li>・自殺対策は、「ほっと安心日南町心の健康づくりネットワーク」を充実し今後も継続して取り組む必要がある。</li> </ul>
2. 自分がどのように最期を迎えたいか、考えて行動している人が少ない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅での最期を希望しながら、現実には病院や施設で最期を迎える人が多い。日南町では10大死因死亡者(全死亡の8割をカバー)のうち自宅死亡者の割合は9.1%であり、県平均の13.2%よりも低く、県下で低いほうから4番目である。(厚労省人口動態調査平成16年～22年平均)</li> <li>・自治体病院が身近にあり入院しやすい環境にあること、高齢化により家庭での介護力が低下していることも影響していると考えられる。</li> <li>・胃ろう造設や延命治療について、家族に判断を迫られることも多くなってきているが、本人がどういう希望を持っていたのか話し合ったことがなく、判断に窮する事例も多くなっている。</li> <li>・本人の望む最善をどう実現していくのか、元気なうちから共有しておくことが必要となっている。最期のときばかりでなく、より個別性のある支援をしていくためにも重要である。</li> </ul>
3. 地域の見守り体制、支えあい体制が不十分。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総人口5,460人、高齢者人口2,556人、高齢化率46.8%、後期高齢者人口1,676人、後期高齢者人口割合30.7%、一般世帯総数2,095のうち、高齢者のいる世帯1,636、高齢者のみの世帯421、高齢者の1人世帯417(平成22年国勢調査)となっている。</li> <li>・340平方キロの町内に七つの谷があり、集落が点在している。冬季は積雪が多い。</li> <li>・地域ごとに見ると、高齢化の著しい地域、世帯数が激減している地域もある。</li> <li>・生活上の課題として、買い物に不便と答えた人が91人あった。</li> </ul>

問題	その根拠となる状況
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 中山間見守り事業で 20 社と協定を結んでいるが、一堂に会したことがない。</li> <li>・ 地域にどんな見守り体制があるか住民が理解していない。</li> </ul>
<p>4. 地域の理解を含めた認知症対策が十分でない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症のある在宅者が多いが、今後さらに増加する見込み。</li> <li>・ 認知症予防のための健康管理について啓発が必要。(栄養、水分摂取、排便、運動)</li> <li>・ タッチパネル等を用いた早期発見の仕組みづくりが必要。</li> <li>・ 町内に精神科医療機関がなく、相談できる体制作りが必要。</li> <li>・ 認知症に対する正しい理解を促すため、認知症サポーター養成を進める必要がある。</li> <li>・ 介護家族の負担が大きいため、家族の交流会を開催するなど、負担軽減と学習のための場が必要。</li> </ul>
<p>5. 高齢者の多様な住まいが整備されていない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者の居宅は、段差が多く寒い家屋が多い。</li> <li>・ 冬季間の降雪や買い物不便のため、中心地域に住み替えたい希望者が 119 人ある。</li> <li>・ 3食が提供できる高齢者の住まいが町内にないため、町内に居たい希望がありながらも、米子市内の高齢者住宅に住み替えたり、施設に入所したり、町外の子ども宅へ転居する高齢者が多い。</li> </ul>

8) 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
<b>【テーマ】</b>					
1.75歳未満の男性のがん検診受診率を高め、がんによる死亡を減少させる。	①40～60才のがん検診対象者に、無料受診券を発行し、町長メッセージをつけて個人通知する。 ② 40～60歳の3年間未受診者に電話・訪問で受診勧奨する。 ③ 「がん検診を受けて旅に行こう」景品を設けて無関心層の関心を高める。	40～59歳男性受診率を 胃がん 10%→20% 大腸がん 30%→40% 肺がん 23%→30%にする。	がん検診委託料他 8,000千円 通知文書発送準備 14人役 保健担当と囑託職員	1	26年3月
2.住民がどのように最期を迎えたいかを、元気なうちから考えることが出来るようにする。	①健康づくり計画の重点課題を健康教室や介護予防教室で紹介する。 ② 「もしものときの幸せノート」を活用する。	もしものときの幸せノートを800冊、説明して配布する。	ノートは24年度予算で作成。保健担当と包括で実施。	2	25年3月 26年3月
3. 関係機関と連携し、地域の見守り体制を再確認し、より良くしていくための協議をする。	①関係者が一同に会し、現状と課題を話し合う。 ② 生活支援ボランティアの養成を進める。 ③ 生活支援ボランティアの活動者を増やす。	全ての関係者が集う会を年1回は開催する。  生活支援ボランティアの修了生を100人にする。 活動実績を30人にする。	地域包括ケア会議として開催。 報償費等 150千円	3	25年3月
4. 認知症に対する理解を深め、予防、早期発見、治療、対応方法、家族支援の体制を整え、なっっても安心な地域づくりを進める。	①認知症サポーターを増やす。 ②タッチパネル利用者を増やす。 ④ 認知症相談者を増やす。 ⑤ 家族交流会の参加者を増やす。	人にする。  年間60人にする。  年間12人にする。 年間36人にする。	認知症相談医師報償費等 96千円 家族の会謝金 120千円	4	25年3月

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
5.高齢者の多様な住まいが整備されていない。	<p>①自宅で住み続けられるように住宅改修を勧める。</p> <p>②冬季間不安なく過ごせるように、かすみ荘居住の利用を促す。たんぽぽの家も利用できるように整備する。</p> <p>③ 中心地域に3食提供できる高齢者住宅の整備を求めていく。</p>	<p>住宅改修の件数を増やす。</p> <p>かすみ荘居住 11 室が満室になるよう必要の人に PR する。</p> <p>たんぽぽの家の整備について協議する。</p> <p>中心地域への高齢者住宅整備計画が具体化するよう協力する。</p>	在宅支援 会議関係者 地域包括 ケア会議	5	25年3月  26年3月  26年11月 26年3月



9) 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】 1. 75歳未満の男性のがん死亡を減らす								
1.75歳未満の男性のがん検診受診率を高め、がんによる死亡を減少させる。	①40～60才のがん検診対象者に、無料受診券を発行し、町長メッセージをつけて個人通知する。 ② 40～60歳の3年間未受診者に電話・訪問で受診勧奨する。 ③ ミニ人間ドックの受診者を増やす。 ④ 受けやすい体制作り。セット検診を1日増やす。休日検診を2日に増やす。 ⑤ 事業所と連携してがん検診受診を促す。 ⑥ 抽選景品を設ける。	40～59歳男性受診率を胃がん10%→20%大腸がん30%→40%肺がん23%→30%にする。	がん検診委託料他8,000千円 通知文書発送準備14人役 保健担当と嘱託職員	1	26年3月	平成24年度は1月に補足検診を企画した。40～50歳代男女の未受診者に保健師が電話で受診勧奨した。3月には来年度に向けて事業所を回り、がん検診をPRする。〈25年度計画〉 40～60歳に無料受診券と町長メッセージを個人通知する。 検診日程を1日増やす。 休日検診を2回に増やす。 3年間未受診者に訪問する。 精密検査受診勧奨を充実し100%を目指す。	24年度は年末からの取り組みであり、受診者は前年より少なかった。25年度は左記の予算を確保できたので、24年度末から準備して焦点を絞った受診勧奨に取り組みたい。	△ 来年度末 再評価
対象及び目標	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

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
<b>【テーマ】 2. 見通しを持って自分らしく生きる</b>								
2.住民がどのよう に最期を迎えたいかを、元 気なうちから考えるこ とができるようになる。	①健康づくり計画の重点 課題「見通しを持って自 分らしく生きる」を健康 教室や介護予防教室で 紹介する。 ② 「もしものときの幸 せノート」の活用を促 す。	「もしものときの幸せノ ート」を800冊、説明し て配布する。	ノートは 24年度 予算で作 成。 保健担当 と包括で 実施。	2	25年3月  26年3月	24年度に「私の生き方・ 死に方を考える」シンポジ ウムを開催し150人の参 加があった。 地域での介護予防教室、健 康教室で、第2期健康づ くり計画を紹介している。 「もしものときの幸せノ ート」は好評である。 最期をどのように迎えた いか家族と話しあってお くということがタブーで なく受け入れられ、意見交 換が盛り上がっている。	24年1月末現在300 冊を提供済み。	○  来年度 末 再評価
対象 及び目標	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

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
<b>【テーマ】 3. 地域の見守り体制を強化</b>								
3. 地域の見守り体制を再確認し、より強化する。	①関係者が一同に会い、現状と課題を話し合う。 ②生活支援ボランティアの養成を進める。 ② 生活支援ボランティアの活動者を増やす。	全ての関係者が集う会を年1回は開催する。 生活支援ボランティアの修了生を100人にする。 活動実績を30人にする。	地域包括ケア会議として開催。 報酬費等 150千円	3	25年3月	25年2月に地域包括ケア会議として、「地域の見守り活動と関係者の連携」を開催。57人の参加あり。生活支援ボランティア養成講座:山上地区で開催20名修了。活動実績は3月に集計。	見守り活動実践者が一堂に会い、現状と課題を共有できた。顔の見える関係となり、連携がますますスムーズになると期待できる。 生活支援ボランティアの活動を促していく。	◎  年度末に評価 評価
対象及び目標	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

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
4.認知症に 対する理解 を深め、予 防、早期発 見、治療、 対応方法、 家族支援の 体制を整 え、なっ ても安心な 地域づくり を進める。	①認知症サポーターを増やす。 ②タッチパネル利用者を増やし早期発見に努める。 ③ 町報に漫画による啓発記事を連載する。 ④ 認知症相談者を増やす。 ⑤ 家族交流会の参加者を増やす。	累計 800 人にする。 年間 60 人にする。 年 6 回掲載する 年間 12 人にする。 年間 36 人にする。	認知症相談医師報酬 96 千円 家族の会 謝金 120 千円	4	25 年 3 月	認知症サポーター養成は自治会や班、自主グループといった小集団で地道に開催している。 タッチパネルは健康教室や集団検診会場で体験コーナーを設け、気軽に触れるよう工夫している。 4 こま漫画による対応方法の啓発を隔月に掲載している。 認知症相談会は医師の確保が困難で年 4 回実施している。 家族交流会は月 1 回開催している。	認知症サポーター養成数は、現在対高齢者人口割合で県下 2 位である。認知症に理解あるやさしい町を目指したい。 タッチパネルによる早期発見を目指しているが、不安のある人は触れることをためらう傾向がある。 4 こま漫画による啓発は、わかりやすく受け入れやすいようである。 認知症相談では専門医の助言が得られる貴重な場となっている。医師の確保が困難で回数を増やせないのが残念である。 家族の交流会は少人数だが継続している。家族が心置きなく話せ、助言を得る貴重な場となっている。	○  ○  ○  ○  ○
【テーマ】 4. 認知症対策の充実								

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
<b>【テーマ】 5. 高齢者の多様な住まいの整備</b>								
5.高齢者の 多様な住ま いが整備さ れているな い。	①自宅で住み続けられる ように住宅改修を勧め る。 ②冬季節間不安なく過ごせ るように、かすみ荘居住 の利用を促す。たんぼぼ の家も利用できるよう に整備する。 ③ 中心地域に3食提供 できる高齢者住宅の 整備を求めていく。	住宅改修の件数を増やす。  かすみ荘居住 11 室が満 室になるよう必要な人に PR する。 たんぼぼの家の整備につ いて協議する。 中心地域への高齢者住宅 整備計画が具体化するよ う協力する。	在宅支援 会議関係 者 地域包括 ケア会議	5	25年3月 26年3月  26年11 月  26年3 月	介護保険による住宅改 修、高齢者・障害者の 住宅整備事業につい て、広報誌やケーブル テレビで案内をする予 定。 かすみ荘居住について 広報する予定。 介護予防施設たんぼぼ の家について、活用方 法を協議する予定。 高齢者住宅の併設機能 等について希望案を提 出した。	今後年度内に取り組み 予定。      地域包括ケア会議から の提案として副町長に 提案書を提出した。 具体的に協議されるの は25年度とのこと。	今年度 末          ◎

## 10) モデル事業の振り返り

### 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

- ・健康づくり計画「にこにこ健康にちなん21」第1期、第2期、第5期介護保険事業計画が策定済みであり、直近の統計データ、アンケート調査結果、ワールドカフェ方式によるグループワークの意見等の資料がある程度そろっていたので、抵抗感なく取り組めた。不足している情報が明らかとなり、分担して収集が出来た。
- ・健康づくり計画に基づく日常活動をより具体化していくために、地域診断を活用することができた。
- ・保険事業検討会、地域包括支援センター業務検討会をそれぞれ月1回開催しているので、内部での分担や検討がスムーズに出来た。
- ・関係機関での協議は、週1回の在宅支援会議、月1回の地域包括ケア会議、企画会議を定例で開催しているので、その機会を利用することが出来た。国保直診を中心とした日常的な連携体制があり、スムーズに取り組めた。
- ・鳥取県長寿社会課日野課長、鳥取大学環境予防医学分野尾崎教授を招いての学習会を計画したことで、多角的な助言を得られ参考になった。
- ・地域包括ケア会議に住民や民間事業者の参加を求めたことで、広がりのある協議ができた。

#### ■障害になった点とその解決策

- ・短時間で多くの資料作成が必要となり、日常業務との同時進行が困難であった。じっくり取り組めたら興味深い作業であるが、時間の捻出に苦慮した。役割分担と勤務時間外の作業で作成した。
- ・データの分析や計画の評価等が十分に出来ていない。今後も毎年データ更新しながら協議していくこととしたい。

### 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

- ・既存のデータが色々あるが、計画書ごとにばらばらに存在していたので、この機会にひとつにまとめてみることにした。
- ・基本データシートの項目分類が使いにくく（人口と世帯が別など）順番どおりになっていないところがあるが、ページを表示し順不同でまとめた。

#### ■困難点と解決方法

- ・シートの使い方に慣れていないため、記載内容が適切でないかもしれない。今後も検討を重ねる中で修正していきたい。
- ・手引書が事務局職員にいきわたるだけあるとよいと思った。コピーで対応した。



### 3. 今後の展開について

#### ■地域診断の活用について

- ・年度末に評価し、次年度の活動計画に反映させていく。
- ・統計データなどを入手した際には、随時更新していく。
- ・計画に基づいた活動を蓄積し、次期計画に反映させていく。
- ・データの中から必要な部分を選択し、予算要求・会議資料・啓発資料等として活用する。

#### ■改善ポイント

- ・今回は成人期～高齢期の課題を包括的にまとめたが、関係領域が広いのでむしろ分野別にポイントを絞って各担当者がまとめていくほうが取り組みやすいかもしれないと感じた。
- ・現在は形式を定めず自由筆記で事業のまとめをしているが、共通理解のもとでシートに書き込むことにより、現状の理解や評価がしやすくなると感じた。

(4) 島根県・飯南町

地域診断（モデル事業）の目的、テーマ：

お口の健康を切り口とした、乳幼児期からの子育て支援と生活習慣改善
----------------------------------

1) 実施体制

【メンバー】

機関	所属・団体名	職種	役割
国保直診施設	飯南病院	院長	
	飯南病院	副院長	
	飯南病院	歯科衛生士	
行政	保健福祉課	課長	
	保健福祉課	課長補佐	
	保健福祉課	保健師	データ収集
	保健福祉課	保健師	
自治会 老人クラブ その他住民組織	健康なまちづくり協議会 母子保健専門部会 歯科保健専門部会 (別添委員名簿参照)	養護教諭 保育所所長 栄養教諭 歯科衛生士	課題の提供、検討。
	子育てサークル	代表	
	子育て支援センター	保育士	

【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	10/30	18:00~ 19:00	保健福祉セ ンター	目的、テーマを決める 今後のスケジュールの確認
第2回	テーマの確 認	11/1	18:00~ 19:00	保健福祉セ ンター	目的、テーマの確認 収集データの確認、記録の確認
第3回	地域課題の 確認	11/22	15:30~ 16:40	保健福祉セ ンター	実施要領について、地域課題の再 確認、活動方法の検討
第4回	情報分析・課 題抽出	1/17	17:30~ 18:00	保健福祉セ ンター	シートに記入した内容の確認
第5回	活動計画の 策定	1/21	18:00~ 20:00	保健福祉セ ンター	健康づくりの考え方、活動の進め 方の再確認、ヒアリングに向けて
第6回	振り返り	2/12	13:30~ 15:30	保健福祉セ ンター	平成24年度の活動報告、課題の 整理、モデル事業の評価

2) 地域の概要（基本データ）

		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		5520人 (H24年11月) 表1 表2	年々人口は減少傾向。昭和35年の人口と比較して、約57%減少している。近年も男女ともに減少傾向にあり、過疎化・高齢化が進行している。飯南町総合振興計画では、平成22年度の人口の見通しを5,700人としていましたが、それを上回る人口の減少がすすんでいる。総人口の2.5人に一人は高齢者である。また、高齢者の独居は約260人である。	
	出生率、死亡率		出生率 H21 4.4 H22 5.3 H23 5.8 死亡率 H21 15.71 H22 21.63 H23 18.68		
	3区分別人口と割合		年少人口577人 生産年齢2,777人 高齢人口2,180人 (総務省 平成22年国勢調査)	年少人口と生産年齢の減少は顕著であり、高齢人口は増加傾向である。	
	死因別死亡率		がん 23% 心臓病 12% 脳血管疾患 6% 肺・気管支 18% 老衰 9% 自殺 3% 事故 1% その他 28%	平成19年～21年の3年間の死因原因では、4割を3大生活習慣病が占めている。全国平均と比べてがん、心臓病、脳血管疾患、事故は少ない。高齢化率が高いため、肺・気管支、老衰が多く、自殺も全国平均と比べて多い傾向。	
	世帯数と推移		表1	世帯数は減少傾向。	

		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
	高齢者世帯、 高齢化率		65歳以上人口 2,150人 (38.9%)	島根県の29.9%と比較して高い。19市町村中8位と比較的高齢者の多い地域。 高齢化率の上昇により、今後、後期高齢者の割合がさらに増加することが見込まれ、これまで以上に要介護者の増加が予想される。よって、介護サービスの充実とともに、介護予防対策が重要になると思われる。	
	介護保険要 介護認定者 数およびサ ービス利用 者数		要介護認定者数 437人 64歳以下 8人 65～69歳 5人 70～74歳 19人 75～79歳 50人 80～84歳 90人 85～89歳 134人 90歳以上 131人 (H22年12月)	75歳以上の方が9割。 90歳以上では約7割 (66.5%)、80歳代では約3割 (31.2%)の人が認定を受けている。	
	産業別人口		表3	主力産業は農林業である。過疎化の進行と経済情勢の変化で産業構造も次第に変化している。 第1次産業の就業人口比率が大幅に減少している。	

3) 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
コミュニティを構成する人々	量的データ	質的データ		
1 物理的環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・面積 242.84km</li> <li>・田 1,365 ヘクタール</li> <li>・畑 202 ヘクタール</li> <li>・宅地 169 ヘクタール</li> <li>・沼地 8 ヘクタール</li> <li>・雑種地 365 ヘクタール</li> <li>・山林・原野・その他 22,175 ヘクタール</li> </ul> 島根県中南部にあり、広島県との県境、中国山地の脊梁部に位置し、周囲を1,000 m前後の琴引山や大万木山などに囲まれ、平坦地の標高が約 450 m の高原地帯。町の南端にある女亀山を源とする神戸川が北へ貫流し、谷地区を南に流れる塩谷川は江の川に注いでいる。 表4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・昭和32年には赤名町（赤名村と谷村が合併）と来島村が合併し赤来町、同じく32年に頓原町と志々村が合併し頓原町となった。</li> <li>・平成17年1月1日、赤来町と頓原町が合併し飯南町となった。</li> </ul>	約 90 %を山林・原野が占めている。 町部は民家が隣接し合っているが、山間部は各地区単位が小さく点在している。 町内を端から端へ移動するには、車で 40 分ほどかかり、保健福祉センターから一番遠い地区へは 30 分ほど山道を走る。 物理的に各地区が遠い環境にあり、事業の開催については拠点である保健福祉センターへ来てもらうために、送迎の実施等考慮する必要がある。 冬期間は約 1 m の積雪となるため、住民は閉じこもり傾向になり活動量が低下する。	
2 経済	表3			
3 政治と行政	保健師は保健福祉課に所属しており、保健福祉センターへ配属されている。 保健福祉課：保健師 5人	飯南町総合振興計画（小さな田舎からの生命地域宣言）は食育（食農）計画と健	子供の食事の管理をする親が、児の欠食や偏食について関心が低い。また、欠食は朝食	

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
	<p>地域包括支援センター：保健師 1人</p> <p>表5より3歳児の欠食児5.7%、偏食児48.9%、食事についての相談件数11.3%であった。</p>	<p>康ないいなん21計画からなり、基本目標は、飯南町民のすべてが生涯を通じて健やかで安心して暮らせるまちづくりである。</p> <p>また、健康なまちづくり重点施策はお口からはじめる健康づくりであり、8条からなる施策を飯南町健康なまちづくり推進協議会が実施している。</p>	<p>を食べていない子供がほとんどであった。子供は1回に食べれる量が少ないため、1日に必要な栄養を食事から取るためには、1日3回の食事が必要である。朝食の欠食は午前中のエネルギー供給が不十分となり体調が悪くなる等の問題点がある。</p>
4 教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保育所4か所</li> <li>・小学校4か所</li> <li>・中学校2か所</li> <li>・高校1か所</li> <li>・学校給食センター</li> <li>・生涯学習センター</li> <li>・図書館2か所</li> <li>・公民館4か所（各地区）</li> </ul>		<p>過疎化、少子化に伴い町内の児童生徒数は減少している。</p>
5 交通と安全	<p>備北交通バス</p> <p>町内巡回バス</p> <p>タクシー会社 1ヶ所</p> <p>駐在所 4か所</p> <p>消防署</p> <p>消防団 8分団</p> <p>いいしクリーンセンター（ごみ処理施設）</p>		<p>バスの便数は少なく、電車による交通手段は無く、移動手段には車が必要。車を運転出来ない高齢者は家族に頼る、バス、タクシーによる移動となる。</p>
6 コミュニケーション・ 情報	<p>防災無線あり</p> <p>婦人会</p> <p>老人クラブ</p> <p>サロン</p> <p>町内会</p>		



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
	民生児童委員協議会 食育推進委員協議会			
7 レクリエーション	琴引フォレストパークス キー場 森林セラピー もりのす 牡丹・ポピー・コスモス祭			
8 保健医療と 社会福祉	町立の飯南病院 来島診療所 志々出張診療所及び谷出張診療所 民間の医療機関として、内科1ヶ所と歯科1ヶ所	医師確保が課題となっているが、島根大学医学部付属病院、島根県立中央病院などの三次医療機関とも連携を図りながら、医療体系の体制整備を行っている。	小児科が月曜と木曜の2日間のみ受診可能であり、それ以外の日は町外に出なければならぬ。そのため、すぐ受診出来る環境では無いため、不安に感じている母親も少なくない。小児科の受診可能日を増やすことは難しいため、サポート体制が必要であり、育児の不安や悩みを相談しやすい環境作りと、子育てしやすい環境を作ることが課題である。	

#### 4) 地域の現状分析・課題抽出

人口減少進んでいる  
出生数減少 35 人/年  
高齢化率 38.9%  
少子高齢化が進んでいる

<医療機関>  
飯南病院  
来島診療所  
和田医院  
出張診療 2 か所

保育所 4 か所  
小学校 4 か所  
中学校 2 か所  
高校 1 か所

子育て中の親同士の集いの場  
・ほっと Café  
・こがもちゃん  
・スマイルりんご

公民館 5 か所

死亡原因では 4 割をがん、心臓病、脳血管疾患が占めている

<買い物>  
A コープ 3 件  
産直市 2 か所  
道の駅 2 か所

<面積、山林、交通>  
面積 242.84km<sup>2</sup>。約 90 %を山林・原野が占めている。  
町内を端から端へ移動するには、車で 40 分ほどかかり、保健福祉センターから一番遠い地区へは 30 分ほど山道を走る。冬期間は約 1mの積雪となるため、住民は閉じこもり傾向になり活動量が低下する。  
主力産業は農林業。過疎化の進行。

バスの便数少ない。移動手段は車

<現状>

3歳むし歯有病率

図 2

就寝時間

図 1

図 2

図 3

<むし歯のある子の生活環境、生活習慣>

- ・出生順位第 3 子以降、家族形態複合家族、就寝時間 22 時以降、父母以外の家族とのふれあい毎日ある子が 1 歳 6 か月までにむし歯ができています。
- ・1 歳 6 ヶ月から 3 歳にかけてむし歯有病率の急増（図 1）
- ・祖父母との同居、両親の就労状況がむし歯に影響している。
- ・就寝時間が遅いと夕食後の間食が増え、朝食への影響あり。（図 3）
- ・砂糖の入ったおやつを食べることが 3 歳児のむし歯を増やす。（図 2）

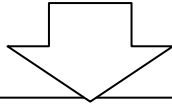
<母子保健活動のシステムづくり>

- ・乳幼児期の保健活動全般において、小児の生活習慣の問題点を十分に把握できていない。
- ・その問題点が課内や関係者間で共有化できていない。

<育児中の母親の声、要望>

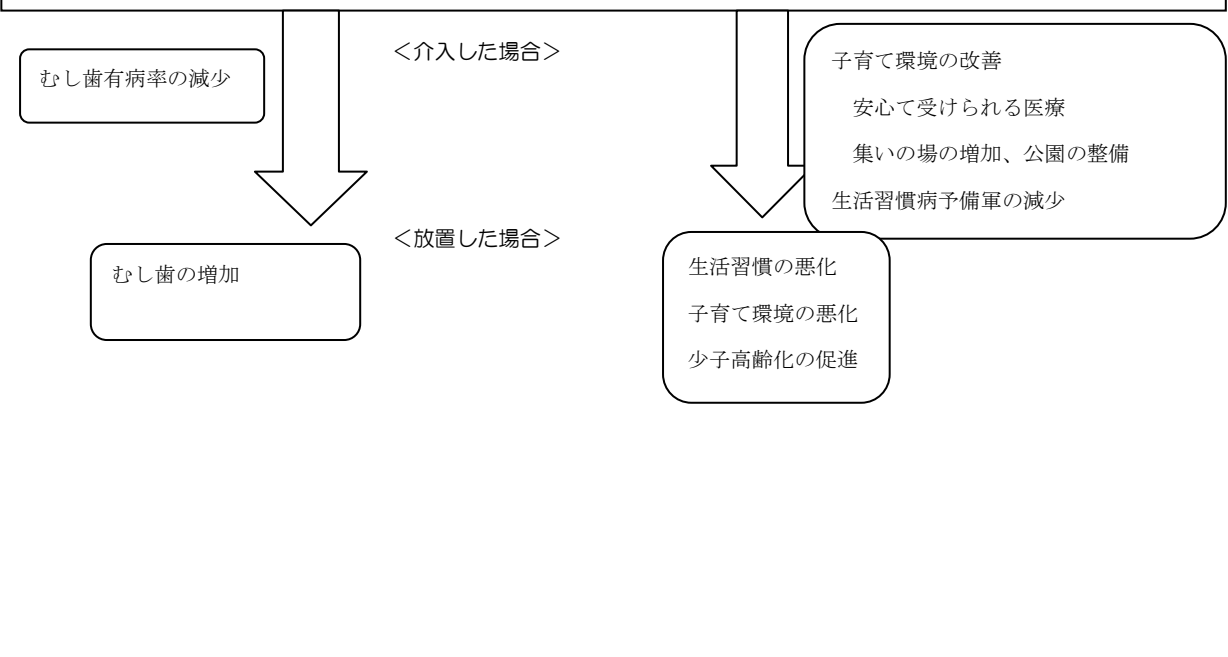
- ・小児科が毎日あれば安心。午後診もほしい。夕方 17 時以降の診療も希望したい。
- ・毎日好きな時間に集まれる場所がほしい。
- ・公園がほしい。

- ・小さい子供がいても働ける職場がほしい。
- ・ベビー用品を売っているところがほしい。
- ・子どもと一緒にいける歯科医院、美容室がほしい。



**地域の健康課題**

- ・少子高齢化のため、生まれる子供の数が少ない。子育て中の保護者が横の連携を取りづらい。
- ・共稼ぎの家が多く、子どもを日中祖父母や保育所に預ける家庭が多いため、食生活やお菓子の面では親の目が届きにくい。
- ・就寝時間が遅くなる傾向にあり、朝起きれず、朝食が食べにくいのが小中学校の課題となっている。
- ・女性の一人あたりの出生数は3人以上が多くなっている。
- ・むし歯有病率が高く、特定の子のむし歯保有本数が多い傾向。
- ・むし歯の多い子は家庭環境に原因があることが多く、なかなか保育所、学校等でむし歯対策をしても、改善されない。
- ・歯科医院が町内で2か所、夕方と土曜日の診察ができるところが1か所。治療する気持ちがあっても、受診しづらい環境にある。
- ・健康課題を定期的に確認する、まちづくり協議会専門部会はあるが、部会として一つのテーマに取り組むということはなく、それぞれの機関が行っていることを確認し合う会になっている。



## 5) 健康課題の特定

問題	その根拠となる状況
<p>むし歯有病率、一人平均むし歯数とも島根県に比べて多い状況。</p>	<p>(1歳6か月まで)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・むし歯有病者の一人平均むし歯数が多い。</li> <li>・母親に対し、正しい歯科保健情報が提供されていない。</li> <li>・「出生順位第3子以降」、「家族形態複合家族」、「就寝時間22時以降」、「その他家族とのふれあいが毎日ある」という児にむし歯が多い傾向があった。</li> <li>・甘味食品の接種時期が早いほど、むし歯発症、重症化の要因となる。</li> </ul> <p>(1歳6か月から3歳まで)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・むし歯有病率、一人平均むし歯本数とも、1歳6か月から3歳にかけて急増している。</li> <li>・砂糖の入ったおやつ摂取が3歳児のむし歯を増加させる。</li> <li>・間食回数が多い、間食の規則性のない子にむし歯が多い。</li> <li>・3歳児の一人平均むし歯本数について有意差の認められた家庭環境・生活習慣は「男」、「核家族」、「父とのふれあい毎日ある」、「くせがある」であった。</li> <li>・「手づくりおやつ」の摂取が3歳児のむし歯発症と関連がある。</li> <li>・3歳児におやつを食べる環境として「就寝時間が遅い」に有意差が認められた。</li> <li>・特に赤来地区は歯科医院がないため、保護者の意識がないと、健診後の治療につながらないケースがある。</li> </ul>
<p>生活習慣特に、早寝早起き、朝食の摂取、朝食の内容に問題のある子が多い。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学校では朝食を欠食する子、就寝時間23時以降の子、テレビ、ゲームも問題になっている。保護者からはメディアに対してどう動機づけをしていったらよいかわからないという意見もある。</li> <li>・朝食の内容として3つのお皿を目指しているが、そろっていない。量も少ない。</li> <li>・子どもの生活習慣病（肥満等）も増えている。</li> <li>・生活習慣の点検として、保、小中一環となった取り組みとして年3回の運動を行っている。早寝早起き、朝食の摂取、テレビ等のメディアの視聴時間等のチェックを家庭でも行ってもらい、意識変容、行動変容を目指している。この運動が運動期間中だけ取り組んでいたりと、マンネリ化していたりと問題点もある。</li> </ul>
<p>乳幼児期の保健活動全般において、小児の生活習慣の問題点を十分に把握できていない。その問題点が課内や関係者間で共有化できていない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・乳幼児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診において保健師それぞれが個々で主観的に生活習慣の問題点を漠然ととらえて活動していた。特にデータ入力等していなかった。</li> <li>・問題点も個々で感じているのみで、課の中での共有、健康なまちづくり協議会専門部会等での共有ができていない。</li> <li>・実際子育て中の父母の声を聞き、まとめる場がない。</li> <li>・定住対策により、1ターンの受け入れが進んでいるが、ニーズが多様化し、問題点の共有化が難しい。</li> </ul>

6) 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】「お口の健康を切り口とした、乳幼児期からの子育て支援と生活習慣改善」					
食育に関する取組	保・小・中一貫して取り組む生活習慣改善対策	① 家族そろった食事 ② 食事時のあいさつの励行 ③ 早寝早起き ④ しっかり噛んでゆっくり食べる ⑤ メディアは時間を決めて	人 時間 予算	◎	1～2年
	地産地消の取り組み	① 地元産野菜、地元産のコメを給食へ使用	予算、人	○	2年
	望ましい食習慣や知識の習得を図るための健康教育・体験 老人クラブ、地域との交流	① いきいき田んぼでの田植え、稲刈り体験 ② 調理実習、お弁当の日の取り組み ③ 栄養教諭、栄養士、保健師等の授業	予算 人 人	○	1年 1年 2年
歯科保健に関する取組	1歳6か月健診で母に対し、個々に合った正しい歯科保健の啓発	① 歯科衛生士による個別歯科保健指導 ② 1歳6か月までに甘味食品を与えないように。	予算 人 人	◎ ◎	1～2年 2年
	母子手帳交付時、新生児訪問での食生活指導	① 甘味食品とむし歯との関連を説明し、早い時期におやつを与えないように母への指導を行う。	人	◎	1年

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
生活習慣に関する取組	<p>(3歳児) 砂糖の入った間食の回数、間食の規則性、間食の量について両親に対して指導を行う。 3歳児健診の問診内容の改良</p> <p>歯科健診に合わせた歯科健康教室</p> <p>講演会、研修会の実施</p> <p>各保育所、学校が連携した取り組み ・さわやかチャレンジウィーク ・マイメディア運動 親子健康教室の実施 保護者向け講演会の実施 学校保健委員会の実施</p>	② 離乳食を始めるにあたり、甘味食品開始時期について母へ指導する。	人	○	2年
		① 「手づくりおやつ」の内容や量について乳幼児健診での聞き取りを行う。	人	◎	1年
		② おやつを手作りする既製品に含まれる砂糖の量などの注意点を啓発する。	人	○	2年
		③ 就寝時間と夕食後の間食との関連性も聞き取る。	人 予算	◎	1年
		① 年2回の歯科健診	人	◎	1年
		② 歯科衛生士によるブラッシング指導、そめだし	予算 人	◎	1年
		① いいにゃんかみかみフェスタ(むし歯予防啓発イベント)の実施	予算 人	◎	1年
		① 生徒会中心のポスター展示、地域での啓発活動	人	◎	2年
		② 結果を保護者へ還元する		○	2年
		③ ヘルスカウンセリング(学期末の個別指導)	予算 人	◎	1年



7) 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
食育に関する取組	保・小・中一貫して取り組む生活習慣改善対策  地産地消の取組み  望ましい食習慣や知識の習得を図るための健康教育・体験老人クラブ、地域との交流	① 家族そろった食事 ② 食事時のあいさつの励行 ③ 早寝早起き ④ しつかり噛んでゆっくり食べる ⑤ メディアは時間を決めて  ① 地元産野菜、地元産のコメを給食へ使用  ① いきいき田んぼでの田植え、稲刈り体験、菜園活動 ② 調理実習、お弁当の日の取り組み ③ 栄養教諭、栄養士、保健師等の授業	人 時間 予算  予算、人  予算 人  人	◎  ○  ◎ ◎ ○	1～2年  2年  1年 1年 2年	保・小・中一貫した生活習慣改善の意識づけを目的とした取り組みの実施。マイメディア運動、さわやかチャレンジウィーク。  農家と提携し、給食に地元産野菜、コメの使用。給食週間には地元の特産品を取り入れたり、地域の方との会食をする。  田んぼ作りの体験、地域の方との会食、総合学習での畑づくりや加工品づくり体験、お弁当の日に向けての調理実習。	マイメディア運動（年3回）、さわやかチャレンジウィークの実施。  地域の田んぼを借りた米づくり体験を年間通して実施。収穫祭を地域の方を招いて実施。  給食週間では、調理場の見学（適宜）、ヤマトイモ、ヤマメの塩焼きなど、飯南町の特産品を地域の方も呼んで会食を実施。給食に野菜を提供してくださる農家を取材し、給食便りで家庭に知らせる。  保護者に対し、乳幼児健診、育児サロン等でおやつを試食、朝食の展示を行った。小学校と公民館の連携により、長期宿泊体験学習として、3泊4日で食事作り等を体験した。  保育所で朝食アンケートを実施。	生徒の現状が分かる。  菜園活動は作った野菜をクッキング等で使うことにより自分たちの健康についての興味を持ってもらう機会になる。作る楽しさ、それをおいしく食べるといふ体験は今後も必要。

【テーマ】「お口の健康を切り口とした、乳幼児期からの子育て支援と生活習慣改善」

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
歯科保健に関する取組	1 歳6 か月健診で母に対し、個々に合った正しい歯科保健の啓発  母子手帳交付時、新生児訪問での生活指導  (3 歳児) 砂糖の入った間食の回数、間食の規則性、間食の量について両親に対して指導を行う。 3 歳児健診の問診内容の改良	① 歯科衛生士による個別歯科保健指導 ② 1 歳6 か月までに甘味食品を与えないように。  ① 甘味食品とむし歯との関連を説明し、早い時期におやつを与えないように母への指導を行う。 ② 離乳食を始めるにあたり、甘味食品開始時期について母へ指導する。  ① 「手づくりおやつ」の内容や量について乳幼児健診での聞き取りを行う。 ② おやつを手作りする既製品に含まれる砂糖の量などの注意点を啓発する。 ③ 就寝時間と夕食後の間食との関連性も聞き取る。  ① 年2 回の歯科健診 ② 歯科衛生士によるブラッシング指導、そめだし  ① いいにゃんかみかみフェスタ(むし歯予防啓発イベント)の実施	予算 人  人  人  人 予算 人  予算 人	◎  ◎  ◎  ○  ◎ ◎  ○	1～2 年  1 年  1 年  2 年  1 年 1 年  3 年	1 歳6 か月健診での歯科衛生士の個別指導の実施。甘味食品を与えないように指導。食改調理によるおやつのおやつ試食。  妊娠中の歯科健診の重要性、婚姻届提出時の歯科健診PRの実施。  食生活指導の中で、甘味食品についての指導。離乳食開始時に栄養士より集団指導。 甘味食品開始時期の指導。  問診で手作りおやつのおやつ聞き取り実施。両親のおやつ摂取習慣、内容の聞き取り。 おやつ、ジュースに入っている砂糖の量を展示、啓発。 問診で就寝、起床時間の聞き取り、生活習慣の指導。  小学校での染めだし等でのブラッシング指導。歯科健診後の受診勧奨。 学校で食後の歯磨き指導。 子育て支援センターと連携した歯のイベントの実施。	1 歳6 か月健診での歯科衛生士の個別指導の実施。甘味食品を与えないように指導。食改調理によるおやつ試食。  乳児、3 歳児健診でも歯科健診、歯科指導。  母子手帳発行時、妊娠中の歯科健診の重要性を説明し、無料歯科健診券を渡す。離乳食開始前に栄養士より甘味食品開始時期について説明を行う。  どの年代の健診でも両親のおやつ摂取の習慣を聞き取り、指導につなげる。特に3 歳児健診では、祖父母も含めた生活環境も聞き取る。 起床、就寝の問診で生活習慣の乱れ等ある児に関して、むし歯も視野に入れ、改善への指導を行う。  小学校歯科健診に合わせ、歯科医師、歯科衛生士の健康教室を行う。 今年度初めて、歯科のイベントを行い乳幼児を連れた親への啓発につなげた。	むし歯のある児は数人であり、特定の子どもがむし歯が多い。これは、保護者の意識の問題であり、個別指導の必要性がある。  歯科医院へ受診勧奨してもいかなる家庭もあり、家庭との連携の難しさがある。  フッ化物の影響はある。保育所、学校歯科健診、歯科指導が年2 回あるのはこの体制のまま、継続したい。引き続き、保育所、学校でもブラッシング指導が必要。 家庭では治療につなげるための工夫が必要。 今後も歯科のイベントは啓発として継続させたい。

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
生活習慣に関 する取組	各保育所、学校が連携した取り組 み（保、小中高一貫） ・さわやかチャレンジウィーク （年3回） ・マイメディア運動（年4回） 親子健康教室の実施 保護者向け講演会の実施 学校によっては親子での講演会 実施 学校保健委員会の実施	① 生徒会中心のポスター展 示、地域での啓発活動 ② 結果を保護者へ還元する ③ ヘルスカウンセリング（学 期末の個別指導）	人  予算 人	◎  ○ ◎	2年  2年 1年	保・小・中・高一貫した 生活習慣改善の意識づけ を目的とした取り組みの 実施。マイメディア運動、 さわやかチャレンジウィ ーク。 学校保健委員会での地域 の情報提供、それに対す る意見の集約、課題策の 検討。 保育所では親子での食育 に対する活動の実施。	学校保健委員会への参加。 早寝早起き、朝食の摂取量、 内容が課題であることかわ かったため、養護教諭、栄 養教諭による啓発の実施。 データの取りまとめを保護 者へ還元。次回さわやかチ ャレンジウィーク、マイメ ディア運動に生かす。 保育所では、食改、調理の 先生との手作りおやつ作り を実施。家庭に還元。野菜 作り、焼きサバ、干しイモ づくりなど、体験を行う。	保護者の協力に より、実際の生 活習慣の様子が わかる。生活習 慣について保護 者へ声をかける いい機会になっ ている。保護者 からも生活習慣 の問題は困りご ととして出てく る。相談を受け を合わせて行う 必要がある。就 寝時間遅い。メ ディアの多様化 が課題。大人が ついていけない 世界をどう教え ていくか。

## 8) モデル事業の振り返り

### 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

テーマが具体的であったため、メンバー構成や地域診断実施体制づくりが行いやすかった。普段より連携があるため、お互いの活動内容や飯南町の現状を踏まえた上での意見をスムーズにいただくことができた。

#### ■障害になった点とその解決策

メンバーは拠点となる保健福祉センターから遠いかたも含まれており、普段の業務もあり、多忙の中全員が集まるということが難しいと感じた。メールや電話を使用して、情報共有を行うことが解決策である。

### 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

母親へアンケートを行い、不十分ではあるが、ニーズの把握が出来たため、課題と一致しているか検討が出来た。

#### ■困難点と解決方法

住民の直接の意見を聞くことが難しいが、事業をする中で聞き取りを行い、要望に対する解決策を話し合っていく必要がある。意見は聞けるが、なかなか改善策までつながらないことが多く、多くの職種との話し合いや連携が必要と感じた。

### 3. 今後の展開について

#### ■地域診断の活用について

健康づくり活動を進めるうえでは地域診断は必須であり、今回1年目の保健師が地域診断をする機会をいただき、地域を知り、人を知り、活動につなげていけたらよいと思う。また、地域のリーダーを知り、話をする事ができれば、活動に幅が出てくるので、人を知っていくことが必要である。

#### ■改善ポイント

地域診断のノウハウ等、再確認する必要がある。また、地域診断したことが理解につながっていないと活動へつながらないため、調べただけでなく、実際に地域に出かけ、確認していく作業が必要である。

## (5) 広島県・御調町

地域診断（モデル事業）の目的、テーマ：

### 【目的】

一人暮らしの認知症が、一定の地域に増加が見られた。更に特に一人暮らしの高齢者が増加することが懸念される状況にあり、地域包括支援センターと連携する中で、「地域力」の診断や認知症対策を考える良い機会となることを考えてテーマを設定した。

### 【テーマ】

「認知所になってもこの地域に安心して住み続けるためには」

## 1) 実施体制

### 【メンバー】

機関	所属・団体名	職種	役割
国保直診施設	病院 副院長（地域医療担当）	医師	統括
	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
	広島県認知症介護指導者	看護師	地域のアドバイザー
	介護老人保健施設	作業療法士	施設の認知症リハビリ
行政	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
	御調保健福祉センター係長	保健師	行政の立場
	御調保健福祉センター職員 2人	保健師	行政の立場
自治会 老人クラブ その他住民 組織	開業医	医師	開業医師の立場
	民生委員・児童委員協議会 2人	民生委員代表	民生委員の立場
	保健推進員協議会 2人	保健推進員代表	保健推進員の立場
	老人クラブ連合会 2人	老人クラブ代表	老人クラブの立場
	社会福祉協議会（認知症サポーター）	認知症サポーター事務局	サポーター養成の立場
	金融機関	農協	防犯・安全の立場
	認知症の家族	保健師	家族の立場
	にこにこサロン	代表	サロンの責任者
	山岡振興区	振興区長	地域の代表
	御調中央小学校	PTA副会長	保護者の立場
	オープンスペース0123みつぎ	代表	若い人の立場
	尾道しまなみ商工会	経営支援課長	商工の立場
	駐在所	警部補	防犯・安全の立場
	尾道市消防局	消防署長	消防・救急の立場

尾道市健康推進課保健師2人及び政策企画課課員、社会福祉協議会職員がオブザーバーとして参加

【会合スケジュール】

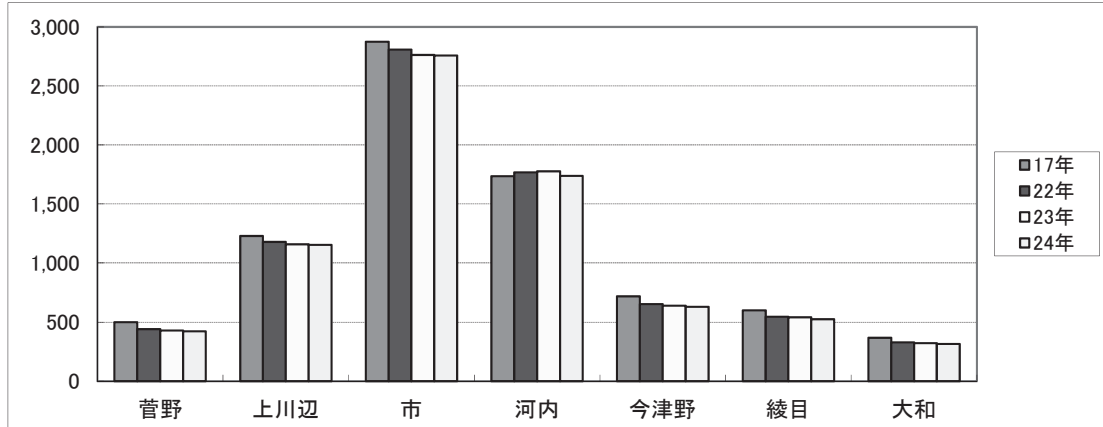
	目的	月 日	時間	場所	議題・内容・メンバー等
1 回目 打合せ	24年度の事業実施の方向について話し合い	11月5日	9時半～11時半	御調保健福祉センター	1. モデル事業の概略説明 2. 当院の役割及びスケジュール 3. 委員の人選 4. 昨年度の活動計画の進捗状況
第1回 地域診断推進会議	モデル事業計画策定・アセスメント	12月6日	午後1時半～3時	同上	1. 平成24年度のモデル事業の要綱説明 2. 委員紹介 3. 「尾道市の13年後は」から今後の高齢化を見据える 広島県地域包括ケア推進センター次長の講演 4. 23年度の地域診断から
2 回目 打合せ	ワールドカフェ方式によるグループワークの方法と役割について	1月7日	9時半～11時半	同上	1. ワールドカフェ方式による会議の方法について 2. カフェエチケットについて 3. 会議の流れと準備及び役割分担
第2回 地域診断推進会議	健康課題・健康課題の関連図、健康課題の特定	1月8日	午後1時半～3時15分	ふれあいの里	1. ワールドカフェ方式によるグループワーク
第3回 打合せ	第2回の推進会議の振り返り	1月10日	8時半～10時	御調保健福祉センター	1. 1月8日の会議の振り返りとまとめ 2. 次回に向けての打合せ
第4回 打合せ	3回目の会議の最終打合せ	1月24日	8時50分～10時	同上	1. 1月25日の資料確認 2. 会議の流れと次第の作成
第3回 地域診断推進会議	3回の会議の事前打合せ	1月25日	午後1時半～3時	同上	1. 健康課題とその対策について委員から意見の聴取 2. 山岡地区の実態報告 3. 今後の地域保健活動計画と24年度の地域保健活動の評価
第5回 打合せ	活動計画の策定振り返り	1月29日	9時半～10時半	同上	振り返りと次年度の方向作り ヒヤリング資料・様式3について



2) 地域の概要 (基本データ)

		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	図表 1 住民基本台帳	町全体の人口減少は著明。推移をみると河内地区が若干の増加はあるものの、他地区は減少が続いている	
	出生率、死亡率	図表 2 企画統計系の資料 図表 2 - (1) 御調町乳幼児管理簿	出生数はばらつきがあるものの減少しており少子化傾向 上川辺・市・河内地区に集中化の傾向、平成 23 年は市地区 (59.6%) に集中している	
	3 区分別人口と割合	図表 3 国勢調査	昭和 35 年と平成 22 年を比較すると、15 歳未満の年少人口割合は 29.8%から 12.0%へ、65 歳以上の老年人口は、10.6%から 33.2%と年少人口と老年人口の割合が逆転。少子高齢化が進んでいる	
	死因別死亡率	別紙 1 尾三地域保健所統計	全国と同様の順位	昨年度の統計活用
	世帯数と推移	別紙 2 国勢調査	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	昨年度の統計活用
	高齢者世帯、高齢化率	図表 4. 図表 4 (1) 在宅高齢者実態調査 図表 5 図表 5 - (1) 図表 5 - (2) 住民基本台帳	高齢者世帯のなかで一人暮らし・二人暮らし及び世帯全員が 65 歳以上の世帯の割合が多い。一人暮らし・二人暮らしを合わせると、菅野・綾目・大和地区は 50%を超えている 65 歳以上の高齢化率は、綾目地区が高く、次いで菅野、大和となっている。字別では山岡が 68.9%と高く、そのうち 75 歳以上が 90%を超えている	
	介護保険要介護認定者数およびサービス利用者数	図表 6. 図表 6 - (1) 高齢者福祉課資料	今津野地区の認定率が特段に低く、認定者の大半は 75 歳以上である 介護保険認定者の内、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上が御調全体では、64.6%、地区別でみると 70%を超える地域もある	
	産業別人口	別紙 3 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	昨年度の統計活用

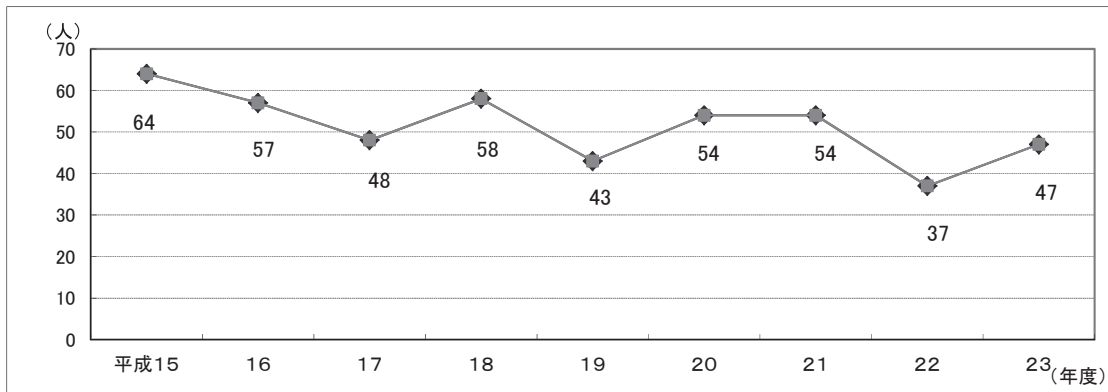
尾道市御調地区  
図表1 人口の年次推移



平成	17年	18年	19年	20年	21年	22年	23年	24年	17年度を100とした減少率
菅野	498	494	480	474	459	440	428	421	84.5
上川辺	1,229	1,209	1,196	1,189	1,196	1,180	1,158	1,154	93.9
市	2,875	2,863	2,885	2,868	2,831	2,807	2,762	2,757	95.9
河内	1,735	1,761	1,770	1,775	1,778	1,767	1,776	1,737	100.1
今津野	719	711	676	673	665	653	639	628	87.3
綾目	600	589	575	568	559	545	541	523	87.2
大和	366	350	344	341	344	327	322	314	85.8
合計	8,022	7,977	7,926	7,888	7,832	7,719	7,626	7,534	93.9

(資料:住民基本台帳 H24.3月末現在)

図表2 出生数年度別推移



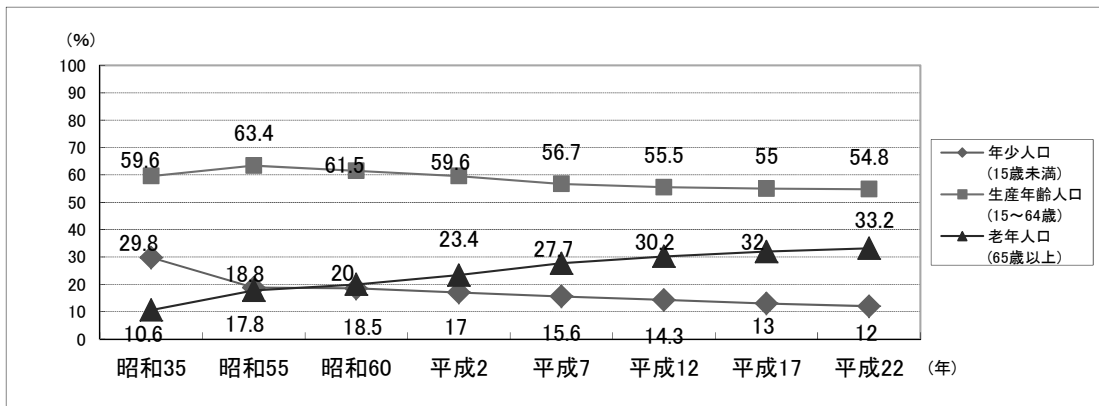
(資料:企画統計係)

図表2-(1) 出生数年度別推移

平成	19年	20年	21年	22年	23年
菅野	1	4	5	1	1
上川辺	11	5	9	6	8
市	18	26	25	18	28
河内	11	10	10	5	4
今津野	1	5	3	4	3
綾目	0	2	1	1	1
大和	0	0	2	3	2
計	42	52	55	38	47

(資料:御調町乳幼児管理簿)

図表3 年齢3区分別人口割合の推移



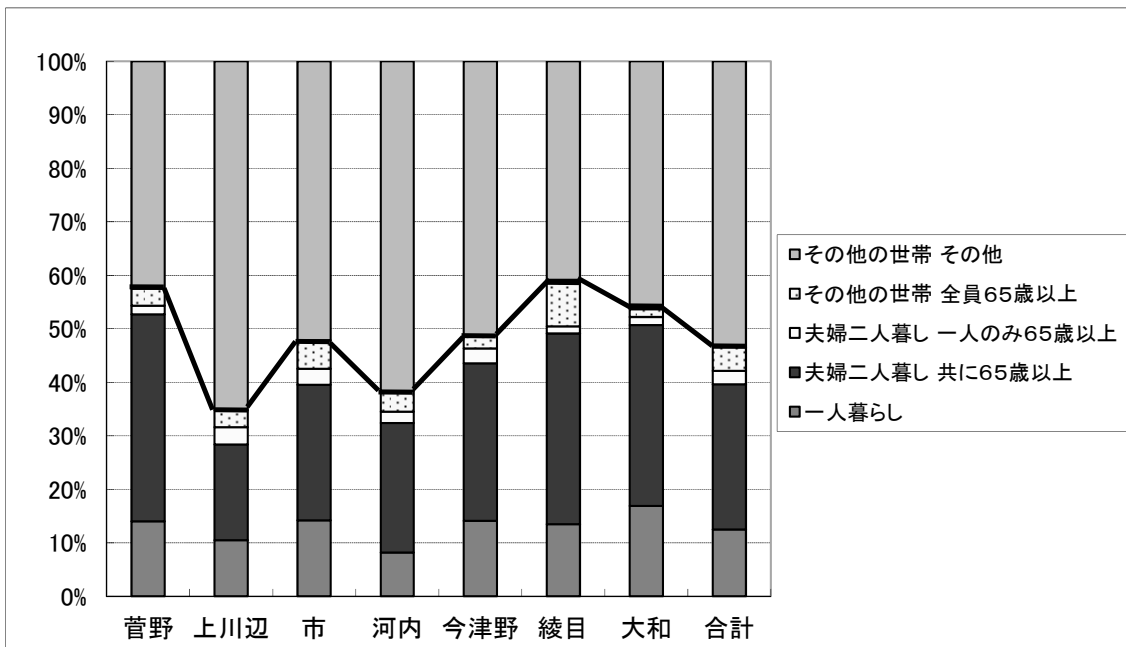
(資料: 国勢調査)

図表4 高齢者世帯状況(人数・年)

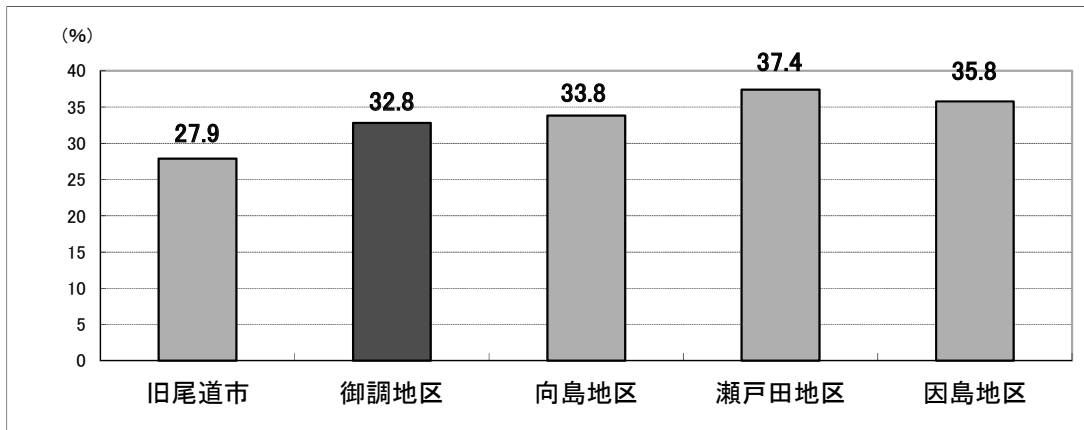
	菅野		上川辺		市		河内		今津野		綾目		大和		合計		
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
一人暮らし	26	14.0	33	10.5	99	14.2	38	8.2	35	14.1	31	13.5	23	16.9	285	12.5	
夫婦二人暮らし	共に65歳以上	72	38.7	56	17.9	176	25.3	113	24.2	73	29.4	82	35.7	46	33.8	618	27.2
	一人のみ65歳以上	3	1.6	10	3.2	21	3.0	10	2.1	7	2.8	3	1.3	2	1.5	56	2.5
その他の世帯	全員65歳以上	6	3.2	10	3.2	37	5.3	18	3.9	6	2.4	20	8.7	2	1.5	99	4.4
	その他	79	42.5	204	65.2	362	52.1	287	61.6	127	51.2	94	40.9	63	46.3	1,216	53.5

(資料: 平成23年度御調地区における在宅高齢者実態調査H23.8.1現在)

図表4-(1) 高齢者世帯の割合

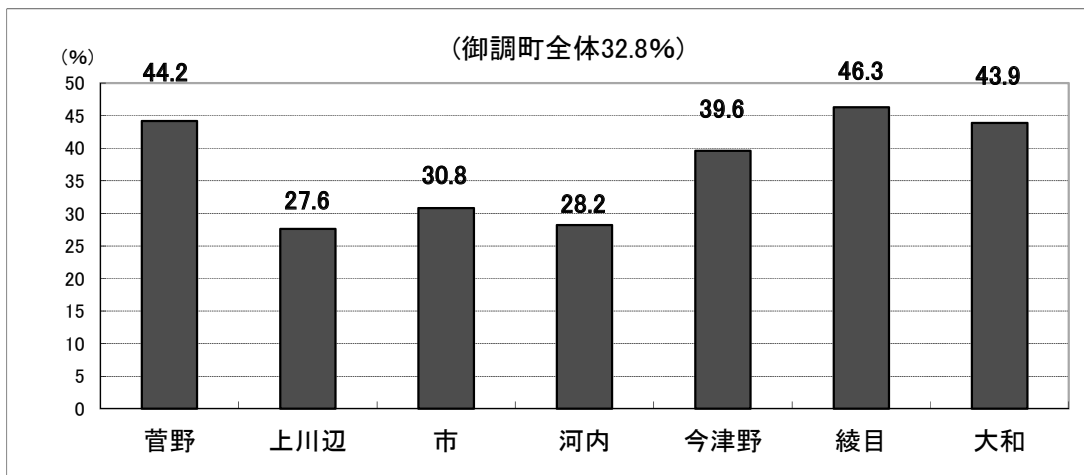


図表5 尾道市旧市町別高齢化率



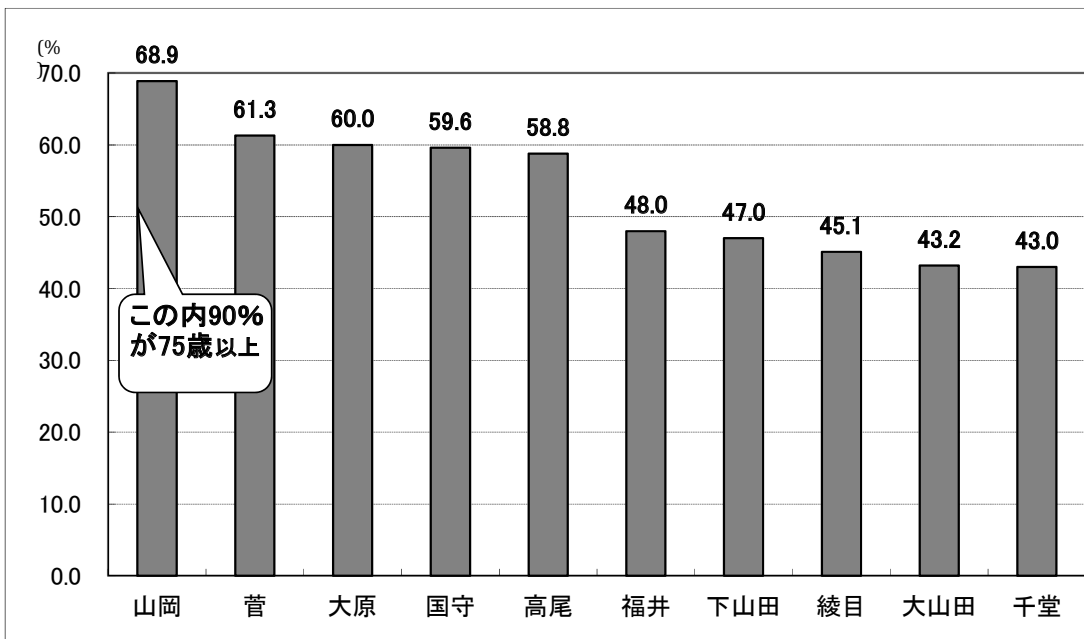
(資料:住民基本台帳 H24.3月末現在)

図表5-(1) 御調町地区別高齢化率(65歳以上)



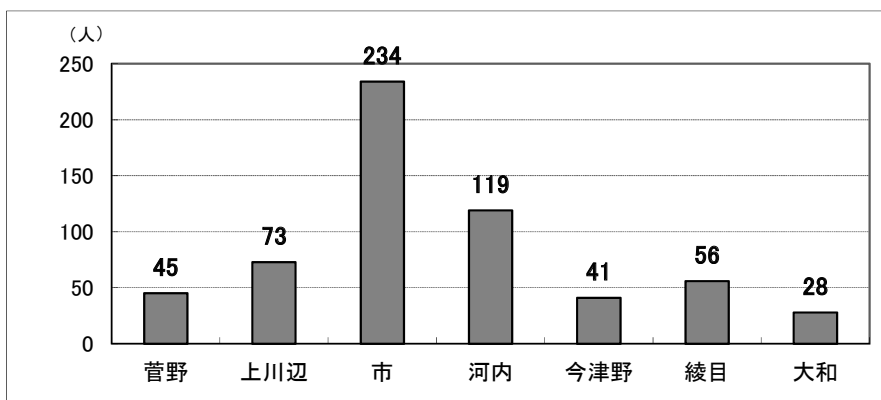
(資料:住民基本台帳 H24.3月末現在)

図表5-(2) 御調地区の高齢化率が高い地区(字別)



(資料:住民基本台帳 H24.3月末現在)

図表6 地区別要介護認定者状況



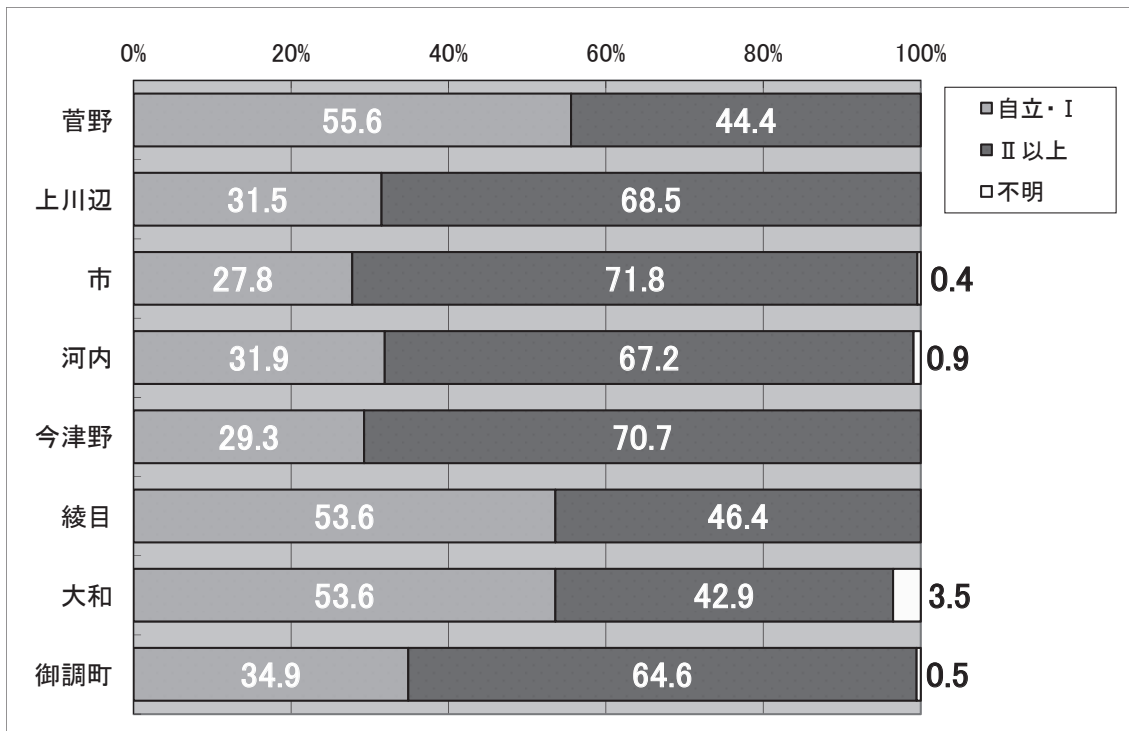
地区	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	65歳以上人口	認定率
菅野	5	13	6	7	7	3	4	45	186	23.7
上川辺	7	10	16	16	10	3	11	73	319	23.5
市	16	22	42	34	31	32	57	234	850	27.6
河内	16	12	12	19	16	17	27	119	489	24.5
今津野	3	4	10	7	4	6	7	41	249	16.9
綾目	9	10	13	8	3	9	4	56	242	23.1
大和	4	6	2	10	3	1	2	28	138	19.7
御調地区	60	77	101	101	74	71	112	596	2473	24.2

尾道市全体の認定率21.3%(H24.4月現在)

地区名	年齢分布	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
菅野	75歳以上	5	13	6	7	7	3	4	45
	65~74歳	1	4	4	2	1	0	3	15
上川辺	75歳以上	6	6	12	14	9	3	8	58
	65~74歳	2	2	2	3	3	3	5	20
市	75歳以上	14	20	40	31	28	29	52	214
	65~74歳	1	2	0	5	1	6	2	17
河内	75歳以上	15	10	12	14	15	11	25	102
	65~74歳	0	0	0	0	0	0	1	1
今津野	75歳以上	3	4	10	7	4	6	6	40
	65~74歳	1	1	1	0	0	1	0	4
綾目	75歳以上	8	9	12	8	3	8	4	52
	65~74歳	0	0	0	1	0	0	0	1
大和	75歳以上	4	6	2	9	3	1	2	27
	65~74歳	5	9	7	11	5	10	11	58
御調地区	75歳以上	55	68	94	90	69	61	101	538

(資料:高齢者福祉課資料 H24.3月末現在)

図表6-(1) 要介護認定者の認知症状況



地区名	年齢分布	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	自立	不明	合計
菅野	75歳以上	16	2	10	5	1	1	1	9	0	45
	75歳未満	3	3	1	0	1	0	1	6	0	15
上川辺	75歳以上	8	5	21	10	3	5	0	6	0	58
	75歳未満	3	0	2	1	2	2	2	8	0	20
市	75歳以上	36	13	50	45	25	23	3	18	1	214
	75歳未満	3	1	3	3	1	2	0	4	1	18
河内	75歳以上	19	13	19	19	7	11	1	13	0	102
	75歳未満	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
今津野	75歳以上	5	4	12	8	2	3	0	6	0	40
	75歳未満	2	1	0	0	0	0	0	1	0	4
綾目	75歳以上	16	4	11	9	1	0	0	11	0	52
	75歳未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
大和	75歳以上	7	3	6	2	0	0	0	8	1	27
	75歳未満	11	5	7	4	4	4	3	20	1	59
御調	75歳以上	107	44	129	98	39	43	5	71	2	538

(資料: 高齢者福祉課資料 H24.3月末現在)

別紙1 主要死因別死亡者数（上位5位）

	総数	第1位		第2位		第3位		第4位		第5位	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
昭和40年		脳血管障害		心疾患		老衰		悪性新生物		気管支炎及び肺炎	
		39	32.0	28	23.0	22	18.0	7	5.7	7	5.7
昭和45年		脳血管障害		心疾患		気管支炎及び肺炎		悪性新生物		事故及び自殺	
		20	15.6	18	14.1	18	14.1	15	11.7	13	11.7
昭和50年		脳血管障害		悪性新生物		心疾患		老衰		事故及び自殺	
		28	23.5	20	16.8	19	16.0	15	12.6	13	10.9
昭和55年		悪性新生物		心疾患		老衰		脳血管障害		自殺	
		19	23.1	17	20.7	13	15.8	12	14.6	4	4.9
昭和60年	90	心疾患		悪性新生物		脳血管障害		気管支炎及び肺炎		老衰	
		23	25.6	18	20.0	14	15.8	5	5.6	5	5.6
平成 2年	96	心疾患		気管支炎及び肺炎		悪性新生物		その他		老衰	
		22	22.9	17	17.7	16	16.7	11	11.5	8	8.3
平成 7年	101	悪性新生物		心疾患		肺炎		脳血管障害		老衰	
		22	21.8	20	19.8	13	12.9	11	10.9	8	7.9
平成 8年	87	悪性新生物		心疾患		脳血管障害		肺炎		不慮の事故	
		25	28.7	16	18.4	7	8.0	7	8.0	5	5.7
平成 9年	98	悪性新生物		心疾患		肺炎		脳血管障害		不慮の事故	
		26	26.5	19	19.4	14	14.3	11	11.2	3	3.1
平成10年	107	悪性新生物		脳血管障害		肺炎		心疾患		不慮の事故 自殺	
		22	20.6	20	18.7	17	15.9	15	14.0	4 4	3.7 3.7
平成11年	113	悪性新生物		脳血管障害		心疾患		肺炎		肝疾患・老衰・不慮の事故	
		23	20.4	20	17.7	19	16.8	16	14.2	2 2	1.8 1.8
平成12年	99	悪性新生物		心疾患		脳血管障害		肺炎		不慮の事故	
		25	25.3	15	15.2	14	14.1	13	13.1	9	9.1
平成13年	112	悪性新生物		心疾患		肺炎		脳血管障害		不慮の事故	
		27	24.1	18	16.1	17	15.2	13	11.6	6	5.4
平成14年	107	悪性新生物		心疾患		脳血管障害		肺炎		腎不全	
		21	25.3	19	22.9	11	13.3	5	6.0	3	3.6
平成15年	102	悪性新生物		心疾患		脳血管障害		肺炎		自殺 老衰	
		34	33.3	17	16.7	14	13.7	11	10.8	2 2	2.0 2.0
平成16年	108	悪性新生物		心疾患		脳血管障害		肺炎		不慮の事故	
		29	26.9	26	24.1	17	15.7	6	5.6	3	2.8
平成17年	1,776	悪性新生物		心疾患		脳血管障害		肺炎		不慮の事故	
		542	30.5	253	14.2	201	11.3	190	10.7	60	3.4
平成18年	1,880	悪性新生物		心疾患		脳血管障害		肺炎		不慮の事故	
		530	28.2	291	15.5	213	11.3	207	11.0	69	3.7
平成19年	1,783	悪性新生物		心疾患		肺炎		脳血管障害		不慮の事故	
		537		301		192		170		51	
平成20年	1,944	悪性新生物		心疾患		脳血管障害		肺炎		不慮の事故	
		580		316		208		167		75	
平成21年	1,874	悪性新生物		心疾患		脳血管障害		肺炎		不慮の事故	
		519		311		195		193		60	

平成17年からは尾道市の統計 尾三地域保健所



別紙2 尾道市御調地区の人口・世帯数の推移

	世帯数	人口 (数)			年齢3区分別人口割合						老年人 口割合 (広島 県)	老年人 口割合 (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)			
		総数	男	女	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
昭和35年	2,360	11,064	5,327	5,737	3,300	29.8	6,594	59.6	1,170	10.6		5.7
昭和55年	2,358	8,599	4,130	4,469	1,618	18.8	5,448	63.4	1,533	17.8	10.2	9.1
昭和60年	2,405	8,563	4,107	4,456	1,582	18.5	5,269	61.5	1,712	20.0	11.5	10.3
平成 2年	2,326	8,397	3,977	4,420	1,425	17.0	5,002	59.6	1,970	23.4	13.4	12.1
平成 7年	2,366	8,207	3,848	4,359	1,279	15.6	4,654	56.7	2,274	27.7	15.9	14.6
平成12年	2,431	8,111	3,757	4,354	1,162	14.3	4,498	55.5	2,451	30.2	18.5	17.4
平成17年	2,532	7,839	3,659	4,180	1,016	13.0	4,314	55.0	2,509	32.0	21.0	20.2
平成22年	2,502	7,555	3,522	4,033	907	12.0	4,137	54.8	2,509	33.2		

☆県及び国の老年人口については年齢不詳を除く

(国勢調査)

別紙3 産業別就業者(15歳以上)割合の推移

	%			
	第一次 産業	第二次 産業	第三次 産業	不明
昭和40年	60.2	18.8	21.0	0.0
昭和45年	44.6	31.7	23.7	0.0
昭和50年	28.9	42.5	28.5	0.1
昭和55年	25.0	41.6	33.4	0.0
昭和60年	25.4	39.4	35.1	0.1
平成 2年	22.8	38.2	38.6	0.4
平成 7年	21.6	34.2	43.8	0.4
平成12年	17.7	30.9	51.2	0.2
平成17年	7.9	32.9	58.5	0.7

★平成17年:尾道市の国勢調査 (国勢調査)

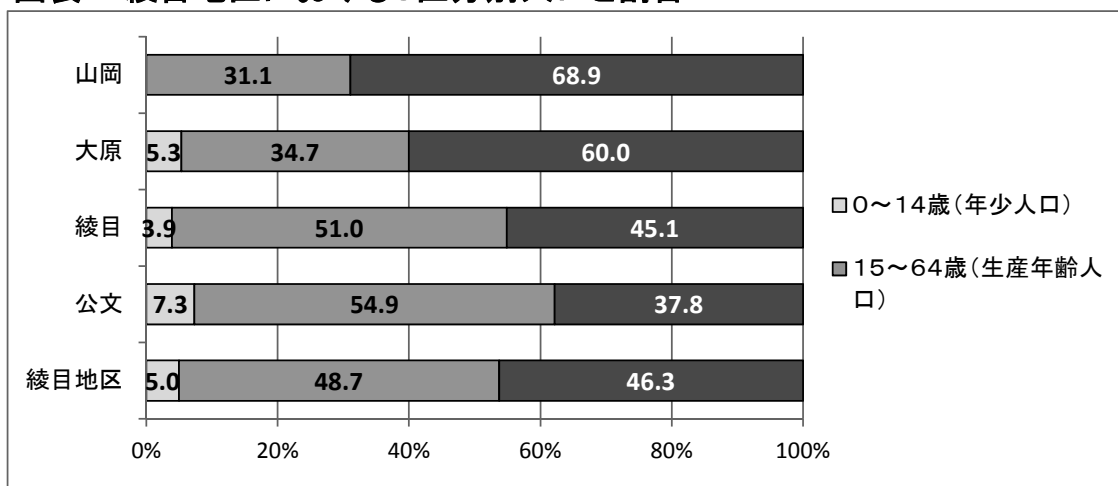
3) コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる情報の整理

<尾道市御調町 綾目地区>

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		
1 物理的環境		保健師の目から  住民からの聞き取り	一軒家、持ち家がほとんど。空き家となっているところもある。アパート等の集合住宅はなく、転入もほとんどない。 子どもが遊べるような施設・公園はない。  徐々に田畑の作り手、後継者が減り、依頼して作ってもらう人もある。	
2 コミュニティを構成する人々	図表7 図表8 8(1)	保健師の目から  住民からの聞き取り	人口は、綾目、公文に集中している。 山岡は、年少人口0人、生産年齢人口は9人、老年人口は20人、1人で2人の高齢者を支える計算になる。 高齢化率は、7地区でトップの46.3%。うち50%を超える字名が2カ所（山岡69.8%、大原60%）  子どもの姿を公文や大原で見かけることがあるが、ごく稀。高齢化率の高い地域であるが、若い人を「支えよう」という意識が強く、神楽教室など開催され、伝統の継承と若い層の活躍の場となっている。 健康相談での聞き取りでは、高血圧の内服中の方が約半数と多い印象。  19年前に綾目FCクラブ（会員50人、33歳～83歳）が発足し、地域の活性化を推進する目的で活動されている。また地域の仲間で「歩こう会」を作られ、夕方ウォーキングをされている。一人では継続しにくいウォーキングの機会となっており、実際に血糖値が下がり体重が減った人もいて効果を感じている人もいる。 消防団はあるが、後継者がいないため、50歳を過ぎても退団できないという悩みがある。 商店はない。買物に出るのが難しい人は、農協マート号、ヨシケイ、生協などを利用。	

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
3 政治と行政			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。	昨年度資料
4 教育			小学校は平成 15 年 3 月廃校、4 月に御調中央小学校に統合。 旧校舎はあやめの里（知的障害者通所授産施設）となっている。	
5 交通と安全		住民からの聞き取り	中国バスが 1 日数便、片道だけバスを利用して片道はタクシーを利用する人も多いよう。バス停まで遠い地域もあり、一人暮らしや車のない人の移動はタクシーが主な手段。小学生はスクールバス。	
6 コミュニケーション・情報		公民館長からの聞き取り	綾目公民館がある。敷地内に簡易郵便局がある。駐在所は市に統合。農協も統合され閉鎖している。  公民館が主に集う場所。11 種類の講座やサークルがある。コーラス、大正琴などの教室は以前からあり、公民館祭りや健康福祉展などで発表されている。特徴的なのは神楽教室で、30 歳代をリーダーに小学生から活動している。ソフトボールのチームもある。 年度始めには「出前サロン」で各地区の集会所を巡回し、公民館から遠い人も参加しやすいように工夫されている。	
		住民からの聞き取り	雨迫に岩倉寺・千体仏があり、「岩倉の水」を商工会が設置。環境整備（掃除、賽銭管理、ガードレールの掃除など）を雨迫地区の住民が担う。  体協新聞（年 5 回発行、27 年の歴史）、「田舎の話題」（松井さん発行）、神楽教室の活動経過をケーブルテレビが取材。 (宗教) 8 割は照源寺（浄土真宗）。以前は綾目地区の中にも 6 つの寺があったが、維持が困難となり、ほとんどがなくなってしまった。	
7 レクリエーション			御調グラウンドゴルフ場がある。	
8 保健医療と社会福祉		住民からの聞き取り	地区内に医療機関はない。若菜あやめの里とつくしの里（グループホーム）がある。あやめの里の通所者による草刈作業を利用する人もある。	

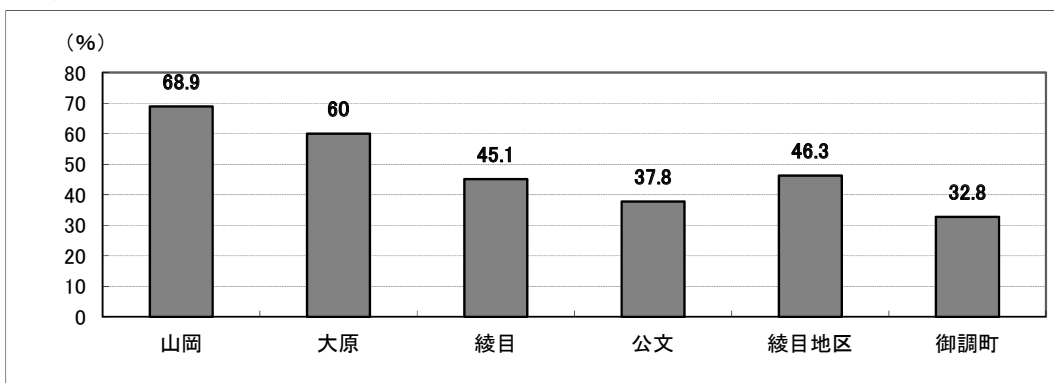
図表7 綾目地区における3区分別人口と割合



	0~14歳(年少人口)				15~64歳(生産年齢人口)				65歳~(老年人口)				合計
	男	女	小計	率	男	女	小計	率	男	女	小計	率	
山岡	0	0	0	0.0	4	5	9	31.1	7	13	20	68.9	29
大原	3	1	4	5.3	12	14	26	34.7	19	26	45	60.0	75
綾目	5	5	10	3.9	66	64	130	51.0	49	66	115	45.1	255
公文	6	6	12	7.3	44	46	90	54.9	22	40	62	37.8	164
綾目地区	14	12	26	5.0	126	129	255	48.7	97	145	242	46.3	523

(資料:住民基本台帳 H24.3月末現在)

図表8 綾目地区における高齢化率(字別)



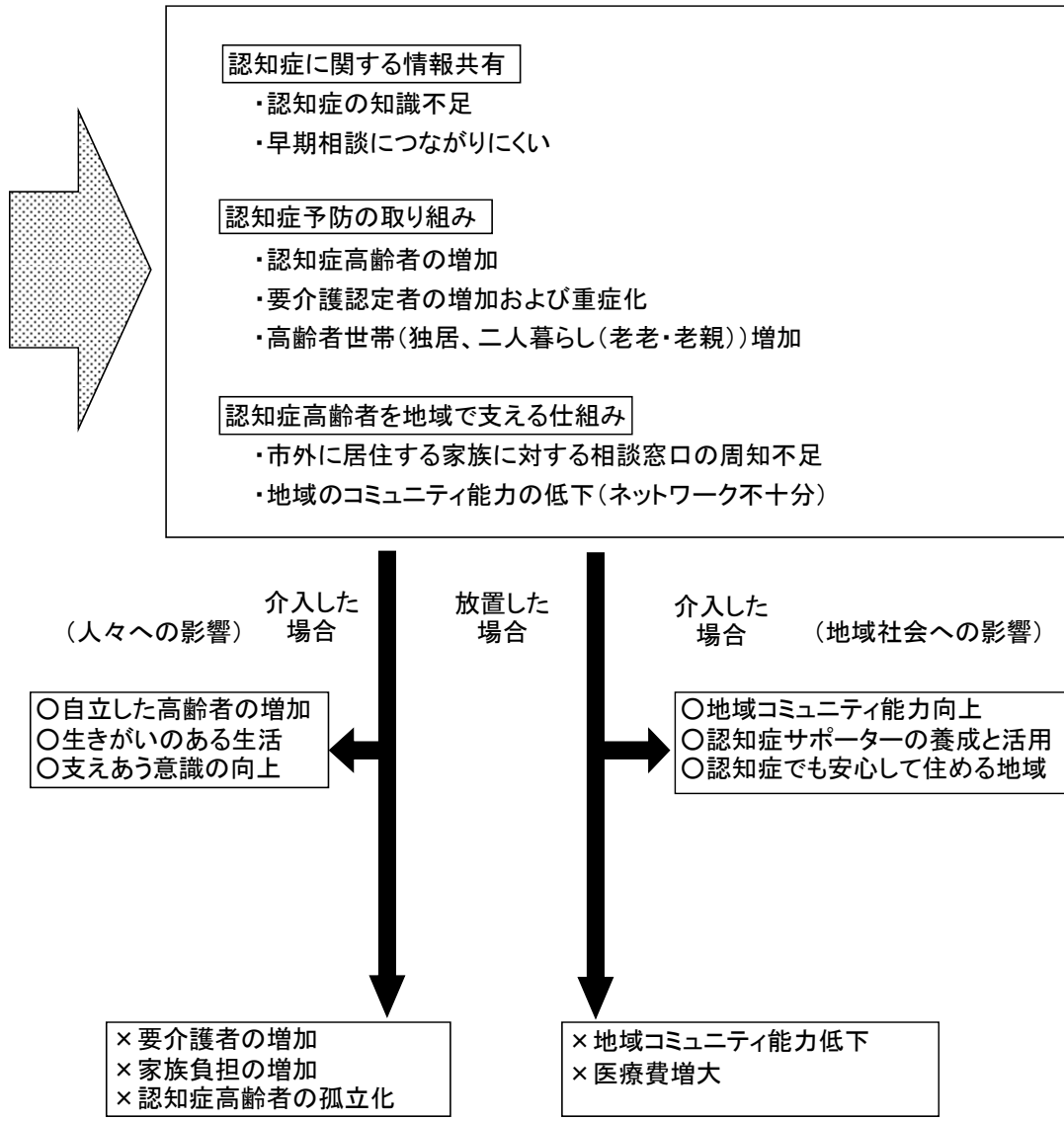
図表8-1) 綾目地区における世帯数と高齢者の状況

	世帯数	計			65歳以上				75歳以上	
		男	女	計	男	女	計	%	人	%
山岡	15	11	18	29	7	13	20	68.9	18	90.0
大原	32	34	41	75	19	26	45	60.0	34	75.5
綾目	105	120	135	255	49	66	115	45.1	72	62.6
公文	64	72	92	164	22	40	62	37.8	41	66.1
綾目地区	216	237	286	523	97	145	242	46.3	165	68.2
御調町	2,901	3,526	4,008	7,534	989	1,484	2,473	32.8	1,548	62.6

(資料:住民基本台帳 H24.3月末現在)

#### 4) 地域の現状分析・課題抽出

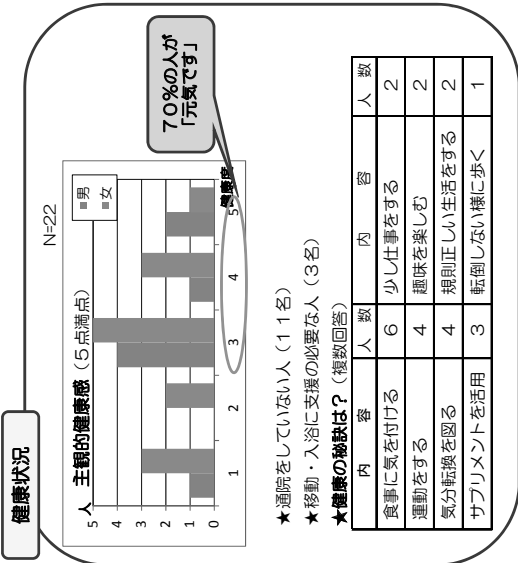
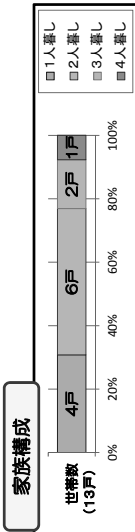
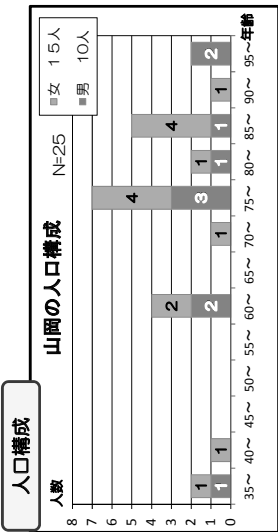
構成 人々	H24.3月末：15世帯 29名 65歳以上20名 75歳以上18名 × 独居・二人暮らしが多く、介護力が不足しやすい
物理的 環境	△ 車で移動すれば世羅・久井が近く買い物ができる × 山間地帯で商店はない × 坂道が多く、隣近所と離れている。
教育	× “子どもつながり”の“親つながり”が今ではなくなっている × ボランティア養成講座などが広がっていない
交通と 安全	× バスの便が1日2回（朝・夕）、ステップが高いため利用が難しい × スクールバスはあるが、住民は利用できない × 巡回型の車がなく、出かける方法が限られる
コミュニ ケーシ ョン	○ 動けるものが動き、出来るものが出来る事をする ○ 子どもが何かの時（受診時）には帰ってくれる ○ 家族や近所のつながりがある ○ 普段からの付き合いがある ○ 高齢になっても住み続けたいと皆思っている ○ 年をとっても元気で役割を持って暮らす（いきがいがある） ○ 小地域サロンを巡回的に行っている × 地域のリーダー（サービスをつなぐ者）不足 × 子ども・若者・高齢者の交流がない × PTA、サロンなどそれぞれの活動のつながりがない × 高齢となり田や畑をやめたため外で会うことがない × 車で移動するため人と会わない × 男性が集まる場がない × 御調の資源、地域にどんなサービスがあるか共有できていない × 自分が住んでいる地域の現状の把握・周知が難しい
レシ ョリ ン エ ー	○ 皆が集える行事や交流の場がある。伝統を引き継いでゆく ○ 地域の行事に参加する事で、自助にも共助にもつながっていく × 若い人が喜ぶような行事が少ない
保健 医療 福祉 と 社会	× 自分の健康づくり、地域・家族の協力、公的な協力（自助・共助・公助）の連携不足 × 他機関・多職種の者が一同に会する場、結びつきがない × 施設サービスに依存しやすくなる △ 自分が元気な時に後見人や財産管理を考えておく



# 山岡地域の実態調査より

(数字の単位：人)

調査期間：平成24年11月26日～平成25年1月4日  
 対象者：平成24年11月1日現在 山岡地区に在住の方  
 回収数：27人中25人 (93%)  
 調査方法：面接法による聞き取り調査 (一部留置きによる)



### 家事

自分でする	15
役割分担していない	8
全くできない	2

工夫・役割分担をしながら自立

### 趣味・楽しみ

ある	21
ない	4

手芸・読書・書道  
歌を聞く・園芸  
等々

体調不良でできない  
 多くの人に趣味や楽しみあり

### 外出

★ 外出する時は？

介助がないと外出できない	4
連れて行ってもらえる	6
ひとりで外出できる	15

誰の支援で外出？

同居家族	6
外に出ている子	4

★ 買物は自分で行く

バス	4
タクシー	3
自家用車	10

6割がひとりで外出  
 今後マート号・バスがなくなると困る

### 困りごと

★ 生活の中

ある	10
ない	15

公的：交通が不便  
バスの時間が変われば外出しやすい  
私的：体調が気になる  
家の周りの草刈りなどが大変

★ 地域のこと

ある	8
ない	17

若い人が居なくなり、地域の事を伝えて行く人がいなくなった  
 ① 冠婚葬祭  
 ② 月替で歩いて回るのが大変  
 ③ 道づくり・管理は大変で、次の日に履れが壊る

### 10年後の山岡はどうか？

3年後	大きな変化はない
5年後	人口が減少し、高齢者ばかりで、住みにくくなる
10年後	家の数が半分以上になり、通勤や車の守が難しくなる

10年後の山岡はどうか？

① 生活が難しくなれば「共同生活」をすることで不安なく暮らせるのではないかと  
 ② 道を広げたり、空き家活用で、地域外の人を温かく迎える事も必要と思う  
 ③ 外に出ている若い人にも、今から地域の行事に巻き込んで行き、山岡に若者の声が聞こえるようになれば良い  
 ④ 温泉が出れば、活気づくかも知れない



### 地域を知る

- ・「御調をもっと知ろう」子ども～若者～高齢者
- ・この町で、出来る事がわかれば、助けられるかも
- ・若い世代も、もっと御調を知ることから始めよう
- ・御調を知ること…知る・集まる・考える
- ・御調の資源(色々な意味)を共有する(一堂に会する)
- ・地域ごとどんなサービスがあるか知る必要がある
- ・地位の魅力再発見!
- ・自分が住んでいる地域の現状を知り、それを皆が周知できる
- ・仕事・家庭以外に地域の文化や価値を大切にしたいと思うようになった
- ・より広くつながると、町の事をもっと見えてくる

### 地域行事

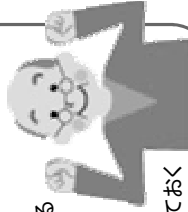
- ・人間関係を良くするには、昔からの行事への参加が大
- ・祭好き⇒子どもが頻繁に帰る
- ・皆が集える行事や交流の場がある。伝統を引き継いでいく
- ・地域の行事に参加する事で、自助にも共助にもつながる
- ・若い人が喜ぶような行事をする
- ・行事を大切に、世代を超えた集まり
- ・地域の行事の大切さが良くなった
- ・地域活動への参加
- ・寄って話をする機会をつくり、人の集まりを大切にする
- ・生きがいづくり、集まる機会を作る

### 地域のつながり

- ・『いつも』を知っている強さ、『いつもと違う』気づきを共有できる、これが地域力
- ・それぞれの世代の集まり・つながりが必要になってくる
- ・住み続けたいと言う気持ちを大切に、地域の力を強く結びつけたい
- ・地域のコミュニケーションをいかに広報するか、積極的に行う
- ・近所の人は何かあれば、ちよっと手伝い
- ・周りの人とのつながりがある
- ・地域のつながり・絆・住めば都
- ・普段からのつき合いが必要である
- ・地域の中で生かされる仕事を作る
- ・趣味的なものを考えて、集まる機会を作る
- ・まずはつながる事!つながりが原動力となる
- ・高齢になっても住み続けたいと皆思っている
- ・共助が大切

### 高齢者

- ・高齢者が元気で役割を持って暮らす
- ・なしみの人とのつながりが健康寿命につながる
- ・年をとっても元気
- ・小地域サロンを巡回的に行っている
- ・サロンをもっと
- ・知らず知らず、デイケア!
- ・動ける間に、どう死を迎えるか、意志表示をしておく



### 家族のつながり

- ・地域・家族の適度なつながりが大切
- ・地域と遠方の家族とのつながりを大切に
- ・家族関係が良いと人がつながる
- ・地域のつながりだけでなく、家族(親戚)の役割が重要
- ・地域のつながりも大事だが、子どもが何かの時(受診時など介助してくれる)には帰って来てくれる親子のつながりも大切
- ・地域の力も大切、家族も力を出そう(離れて暮らしていても)
- ・家族や近所のつながりが大切
- ・子ども・若者・高齢者が交流出来たら良い

### 動けるものが動こう

- ・動けるものが動こう
- ・出来る者が出来る事をする
- ・地域のリーダーが必要

### 子ども

- ・現状は、子どものつながり=親のつながりではない
- ・子どもとのふれあいの場

### その他

- ・スクールバスにお年寄りも乗せて!町に行こう!
- ・スクールバスを活用して誰でも乗れる
- ・少子高齢化とよく言われるが、“少子化”と“高齢化”を並立的に言うのはいかがなものか。“高齢化”はよろこぶべきこと、“少子化”は人口減の問題で国勢の基本に関わることだ
- ・高齢化は本来高齢者が元気で長生きする様になつてきたという喜ばしい事である
- ・共助が大切と言えど、“地域でみる”ことはきれいなことではできない。そんな甘いものではない
- ・会は忙しかつたが、意外と自分の思いが皆さんと同じだった事に気づかされた
- ・ふれあいサービスの利用サービス会員をもっと増やす
- ・JAでの貯金の入出金の宅配が出来る事をアピールする
- ・元気の源は、計画をつくること

## 5) 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"> <li>・ ボランティアも高齢者</li> <li>・ 地域の中の人間関係（なじみの関係）の希薄化</li> <li>・ 認知症の知識不足</li> <li>・ 認知症サポーターが少ない</li> <li>・ 相談窓口は明確だが、早期相談につながりにくい</li> </ul> <p>&lt;平成24年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>独居・二人暮らしが多く、介護力が不足しやすい</b></li> </ul>
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"> <li>・ インフォーマルサービスの周知不足</li> <li>・ 認知症の知識不足</li> <li>・ 相談窓口は明確だが、早期相談につながりにくい</li> <li>・ 地域ボランティアの活動の場がない</li> </ul> <p>&lt;平成24年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>ボランティア養成講座などが広がっていない</b></li> <li>・ <b>地域にどんなサービスがあるか共有できていない</b></li> </ul>
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"> <li>・ 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</li> <li>・ 各関係機関の活動内容が周知されていない</li> </ul> <p>&lt;平成24年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>他機関、多職種の方が一同に介する場、結びつきがない</b></li> <li>・ <b>自分の健康づくり、地域・家族の協力、公的な協力（自助・共助・公助）の連携不足</b></li> <li>・ <b>地域のリーダー（サービスをつなぐ者）不足</b></li> <li>・ <b>PTA、サロンなどそれぞれの活動のつながりがない（子ども・若者・高齢者の交流がない）</b></li> </ul>
高齢者が孤立化しやすい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者の身近な交流の場が少ない。地域の中で関る機会の減少（なじみの関係作りの減少）</li> <li>・ 地域ボランティアの活動の場が少ない</li> </ul> <p>&lt;平成24年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>男性が集まる場がない</b></li> </ul>
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"> <li>・ 高齢者世帯【独居、二人世帯（老老・老親）】の増加</li> <li>・ 要介護認定者、認知症高齢者の増加</li> <li>・ 家族介護者の集う場が少ない</li> <li>・ 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</li> <li>・ インフォーマルサービスの周知不足</li> </ul>
サービスの不足で生活がしづらい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 配食サービスを利用できない地域がある</li> <li>・ バスの便が少ない</li> </ul> <p>&lt;平成24年度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>バスが少なく、ステップが高いため利用が難しい</b></li> <li>・ <b>スクールバスはあるが、住民は利用できない</b></li> <li>・ <b>巡回型の車がなく、出かける方法が限られる</b></li> </ul>

※ 太字は、24年度付け加え

6) 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
<b>【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</b>					
<p>認知症高齢者が在宅で安心して生活できる</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>①認知症にならないための予防活動</p> <p>②認知症の啓発活動</p> <p>③早期発見システムにつなげる働きかけ</p> <p>④認知症の人の支援</p> </div>	<p>研修会の実施</p> <p>①地域づくり講演会</p> <p>②小学校保護者への勉強会</p> <p>③認知症サポーター養成講座（社協と連携）</p>	<p>参加者 100人</p> <p>尾道市立御調中央小学校保護者</p>	<p>予算未定</p>	<p>◎</p>	<p>1～2年</p>
	<p>地域のネットワークづくり強化</p> <p>ネットワークの幅を広げる（若年者・PTA、商工会、消防署等）</p>	<p>地区診断推進会議 1回/年</p> <p>民生委員、ケアマネ、保健師との意見交換会 1回/年</p> <p>専門職会議 1回/年</p>	<p>◎</p> <p>◎</p> <p>◎</p>	<p>◎</p> <p>◎</p> <p>◎</p>	<p>1～2年</p> <p>1年</p> <p>1年</p>
	<p>医療機関との連携強化</p>	<p>共同保健連絡会議 1回/年</p>	<p>◎</p>	<p>◎</p>	<p>1年</p>
	<p>相談窓口の啓発活動の実施（高齢者に限らず）</p>	<p>各相談窓口の周知（連絡先等全戸配布）</p> <p>ホームヘルプ開設等</p> <p>集会所での健康相談</p> <p>47カ所</p>	<p>○</p>	<p>○</p>	<p>2～3年</p>
	<p>高齢者の集う場作り（なじみの関係の見直し）</p>	<p>サポーターの立ち上げ</p> <p>サポーター支援員の支援</p> <p>支援員の交流会など</p> <p>シルバーリハビリ体操指導士の養成 30人</p> <p>シルバーリハビリ体操指導士の活動の場をつくる</p>	<p>○</p> <p>◎</p>	<p>○</p> <p>◎</p>	<p>2～3年</p> <p>1年</p>
	<p>家族介護者交流会の実施</p>	<p>専門職も参加 3回/年</p>	<p>◎</p>	<p>◎</p>	<p>1年</p>
	<p>民間サービスの充実を図る</p>	<p>住民ニーズ調査実施 1回</p> <p>行政及び民間業者への協力要請（ネットワーク会議参加）</p>	<p>○</p>	<p>○</p>	<p>5年</p>



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】 認知症高齢者が在宅で安心して生活できる	地域のネットワークづくり強化 ネットワークの幅を拡げる (若年者・PTA、商工会、消防署、サロン代表者、オープンスペース0・1・2・3み つぎ代表者等)	平成24年度地区診断推進会議 3回/年	100,000	◎	1～2年	・昨年の意見を生かし新たにPTA、商工会、消防署、農協、サロン代表者、オープンスペース0・1・2・3みつぎ代表者等に委員として参加してもらいワールドカフェ方式による会議を実施 テーマ「高齢化率70%以上になっても住み続けるためには」 ・専門職会議として、社会資源マップづくり(民生委員、介護支援専門員、包括支援センター、保健師との意見交換会を1回実施)	・自由な雰囲気の中で多種の立場でお互い活発な意見交換ができ、多くの気づきを得ることができた。	◎
	医療機関との連携強化 (医療と介護の連携強化)	専門職会議1回/年 医療機関との連絡会実施	0	◎	1～2年	・医療機関との連絡会については未実施	・各地域に分かれ、地域課題や社会資源について情報共有する機会を持った。 ・個別のケースを通じた連携はできている。	◎  △

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
<b>【テーマ】</b>								
認知症高齢者が在宅で安心して生活できる	相談窓口の啓発活動の実施。(高齢者に限らず)	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	・月1回、こころの健康相談、もの忘れ何でも相談を開設し、広報無線で周知した。ポスター掲示も実施	・定期的に広報、実施することで周知されてきたように思う	○
	高齢者の集う場作り (なじみの関係の見直し)	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		◎	2～3年	・介護予防講演会を1回実施。今年度も1回実施予定	・支援員の参加も多くサロンの内容の充実にもつながると思われる	○
		保健福祉大学「これからの介護予防」講演会 年1回 介護予防講演会 平成25年3月3日			2～3年	・11/13に実施。131人の参加  ・平成25年3月3日に実施 310人が参加	いずれの講演会も参加者の関心の高さがうかがえた	◎
		シルバーリハビリ体操事業実施 7カ所 シルバーリハビリ体操指導士の養成 30人			2～3年		・来年度の指導士養成開始に向け、更なる啓発が必要である	△

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
<b>【テーマ】</b>								
認知症高齢者が在宅で安心して生活できる	家族介護者交流会の実施	2回/年		◎	年度毎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今年度2回実施。今年度中にもう1回実施予定(平成25年3月)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎回、新規参加者もあり、ピアカウンセリングの場として、横のつながりもできつつある。参加スタッフも多くの学びを得ている。</li> <li>・認知症アドバイザーの参加も得られ、より質の高いアドバイスも可能となっている。</li> </ul>	◎
	配食、買い物サービスの充実を図る	住民ニーズ調査実施1回		○	5年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・町内の限界集落1カ所で悉皆調査を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の現状や困りごと等を地域の健康(生活)課題を把握することができた。対照群の地区調査を今後検討</li> </ul>	◎
		行政及び民間業者への協力要請(ネットワーク会議参加)				<ul style="list-style-type: none"> <li>・会議への参加の声かけは未実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域課題の可視化により、協力要請も必要と思われる。</li> </ul>	×



## 8) モデル事業の振り返り

### 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

- ・昨年度の課題をストレートに出し、実施できた。委員に地域の若い人（PTA・子育てサークル代表等）に参加の声をかけたら応じてくれた。今までのつながりも大事だった。
- ・高齢化率が高い地域を選んだ（地区を絞った）ことで委員の人選が行いやすかった。目的を明確にすることで、委員が選定しやすかった。
- ・実施期間は短かったが、昨年度事業を行っていたため、体制づくりもスムーズで、まとめることができた。

#### ■障害になった点とその解決策

- ・期間、時間ともに短く、平成24年度に新しい委員となった人への説明不足となりやすいため、昨年資料を添付するなど工夫した。

### 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

- ・ワールドカフェ方式のグループワークを試みた。会場を変え、少人数の気軽に話ができる雰囲気作りをした。  
おもてなしにコーヒーやお茶・お菓子を準備し、セルフサービスにすると、休憩時間には各自で取りに行くなどリラックスした空間となった。参加者の関心も高かったようで、委員全員の出席となった。このワールドカフェによるグループワークを行ったことで、出身母体の会議にも、グループワークを行った話し合いをしてみようという気風が生まれた。
- ・地区を絞り、保健師が全戸訪問した事によって、地域の人たちが自分の地区に関心が高まり、住民自らも自分の住む地域の地区診断を実施された。地域の人にも良い意味で波及効果があった。その地域の70代男性の力・地域力に気づくことができた。
- ・尾道市の政策企画課の職員も、参加委員の声かけにより、推進会議に参加希望があり、参加をしてもらった。

#### ■困難点と解決方法

- ・時間が短かったため十分な議論までには至らなかった。

### 3. 今後の展開について

#### ■地域診断の活用について

- ・平成 23 年度にモデル事業を行ったことで、平成 24 年度に担当地区保健師の地区診断に活用し実施した。住民への声かけ、地域の特色等気づきの機会を得た。
- ・委員として保健推進員さんなどの参加により、住民が町づくりを考える機会となり、自らの会議にグループワークを取り入れたいなど波及効果がみられた。
- ・他の事業への影響、展開。
- ・行政からの参加依頼があった。(生涯学習課 政策企画課など)
- ・会議の手法を変えたことにより、人と人とのつながりを広げる、一緒に町づくりを考える、アクションを起こすのに役立った。

#### ■改善ポイント

- ・時間の関係もあり、認知症専門とする地域の事業所との交流ができていない。

## (6) 大分県・国東市

地域診断（モデル事業）の目的、テーマ：

### 【目的】

当該地域は、高齢化率が高く、限界集落も増え始めている地域である。また、地方の中規模市でコミュニティも偏在し、地域資源・医療資源も限られている。

今回、国保直診施設である市民病院と協働により、行政が主体で地区診断した結果をもとに住民組織である国東市保健推進委員と、この地域の健康課題を考え、予防活動を推進することを目的として取り組む。

### 【テーマ】

国東市の健康実態を知り、生活習慣病を予防しよう。～地域の健康課題に沿った保健活動を実践するために～

### 1) 実施体制

#### 【メンバー】

機関	所属・団体名	職種	役割
国保直診施設	国東市民病院	院長	統括
	国東市民病院	副院長	
	国東市民病院	内科部長	
行政	国東市民健康課	課長、係長	事務局 行政の立場
	国東市民健康課	保健師	事務局 行政の立場
	国東市民健康課	管理栄養士	行政の立場
	各支所担当(4ヶ所)	課長・保健師	行政の立場
	包括支援センター	保健師	行政の立場
	国東市市民健康課	事務職	国保年金係 行政の立場
自治会老人クラブ	国東市保健推進委員	住民	住民組織の立場
その他住民組織	健康づくり推進会議	委員	住民組織の立場

【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
	連絡報告	10月22日	13:30～ 15:30	国東保健 センター	・モデル事業への取り組み提案 ・今後の取組みの方向性の提案
第1回	モデル事業 計画策定	11月5日	10:00～ 11:30	国東市民 病院	・目的、テーマの検討 ・地域診断体制の検討 ・今後のスケジュールの検討
	打ち合わせ	11月9日	10:00～ 12:00	国東市民 病院	・作業の確認や他のモデル事業の 経過報告等の情報交換
	打ち合わせ	11月16日	16:00～ 17:00	国東市民 病院	・19日の代表者会議の要旨や流れ 等の確認
第2回	保健推進委 員の代表者 会議	11月19日	15:00～ 16:30	国東保健 センター	・健康づくり推進会議の報告 ・地区診断の情報提供と問題提起
	打ち合わせ	11月22日	15:00～ 17:00	国東保健 センター	・12月、1月の研修会の内容確認 ・国東市の保健活動の重点課題に ついて
	その他	11月30日	14:00～ 16:00	国東保健 センター	・第2期特定健診等実施計画の 見直し ・国東市の健康課題について
	打ち合わせ	12月6日	19:00～ 19:30	国東市民 病院	・12月の研修会の講話内容確認
第3回	保健推進委 員の研修会 (旧町毎)	12月11日	午後	安岐総合 支所	・「国東市のすがた」について (地域診断の結果) ・「生活習慣病の予防と治療」 (市民病院医師講話) ・グループワーク(講話を聞いて の感想、今後どのような取り組 みが必要か)
		12月14日	午後	国見保健 福祉セン ター	
		12月17日	午後	武蔵保健 福祉セン ター	
		12月21日	午後	国東保健 センター	
	その他	12月26日	10:00～ 11:00	国東保健 センター	・11月30日の会議を踏まえ、健康 課題に対する国東市の取り組み の方向性の検討
	打ち合わせ	12月28日	16:00～ 17:00	国東市民 病院	・1月の研修会の講話内容を医師 と確認 ・国東市の現状について医師の 視点からの助言
第4回	保健推進委 員の全体研 修会	1月15日	午後	アスト くにさき	・生活習慣病は予防が大切であり、 改善可能であることを医師から 講話
	その他	1月30日	10:00～ 11:00	国東保健 センター	・11月30日、12月26日の会 議を踏まえ、健康課題への国東 市の取り組み内容の検討

2) 地域の概要（基本データ）

		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		総人口：32,002 (H22) -2204 (比H17) 国勢調査資料①	大分県と国東市はともに人口 が減少。国東市は県下でも 5 番目の減少率の高さ。	
	出生率、死亡率		出生率 5.7(H22) 死亡率 15.7(H 22) 資料②平成 24 年 度保健所報	出生率は徐々に減少。また、全 国の 8.7 に比べても 5.7 とか なり低い。	
	3 区分別人口 と 割合		0～14 歳 3328 15～64 歳 16,437 65 歳以上 11,350 資料③	国東市の生産人口割合は 52.8%。大分県の 60.2%に 比べてもかなり低い。反対に 65 歳以上の高齢者人口割合 は 36.5%で大分県の 26.8% に比べると高くなっており、出 生率の低さもあわせると国東 市の少子高齢化が進んでいる ことがわかる。	
	死因別死亡率		主要死因別死亡率 1 位 悪性新生物 心疾患 2 位 脳血管疾患 肺炎 資料④	循環器系疾患の死亡が 3 割を 占め、がんより多い。結核の死 亡率は全国 1.7 に対し国東は 3.1 で、結核対策は今後も必 要。	
	世帯数と推移		世帯数 12,966 (H23) 資料③	H22 年と比べると-878 戸。 人口とともに世帯数も減少傾 向。	
	高齢者世帯、 高齢化率		高齢化率 36.5% 高齢者世帯（一般高齢者） 一人暮らし 14.3% 資料⑥第 5 期介護 保険事業計画	高齢化率は大分県の 26.8% に対し 36.5%と高い。また高 齢者一人暮らし及び高齢の夫 婦二人暮らしをあわせると一 般高齢者全体の約半数を占め る。	
	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:2354 名 サービス利用者 数 :1939 名 (82.4%) (H22)	介護認定率は 20.3% 県平 均が 18.9%であるので比較 すると高い	
	産業別人口		1次 25 % → 18.6% 2次 21 % → 31.2% 3次 54 % → 50.2% 資料⑤国勢調査よ り	H17 年と H22 年の比較。一 次産業就業者が減少し、2 次産 業就業者が増加。農村地帯で あるが農業従事者が減少。ソニ ー、キヤノンなど大手企業が市 内に点在。2 次産業就業者割合 が増加。	

3) コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる情報の整理

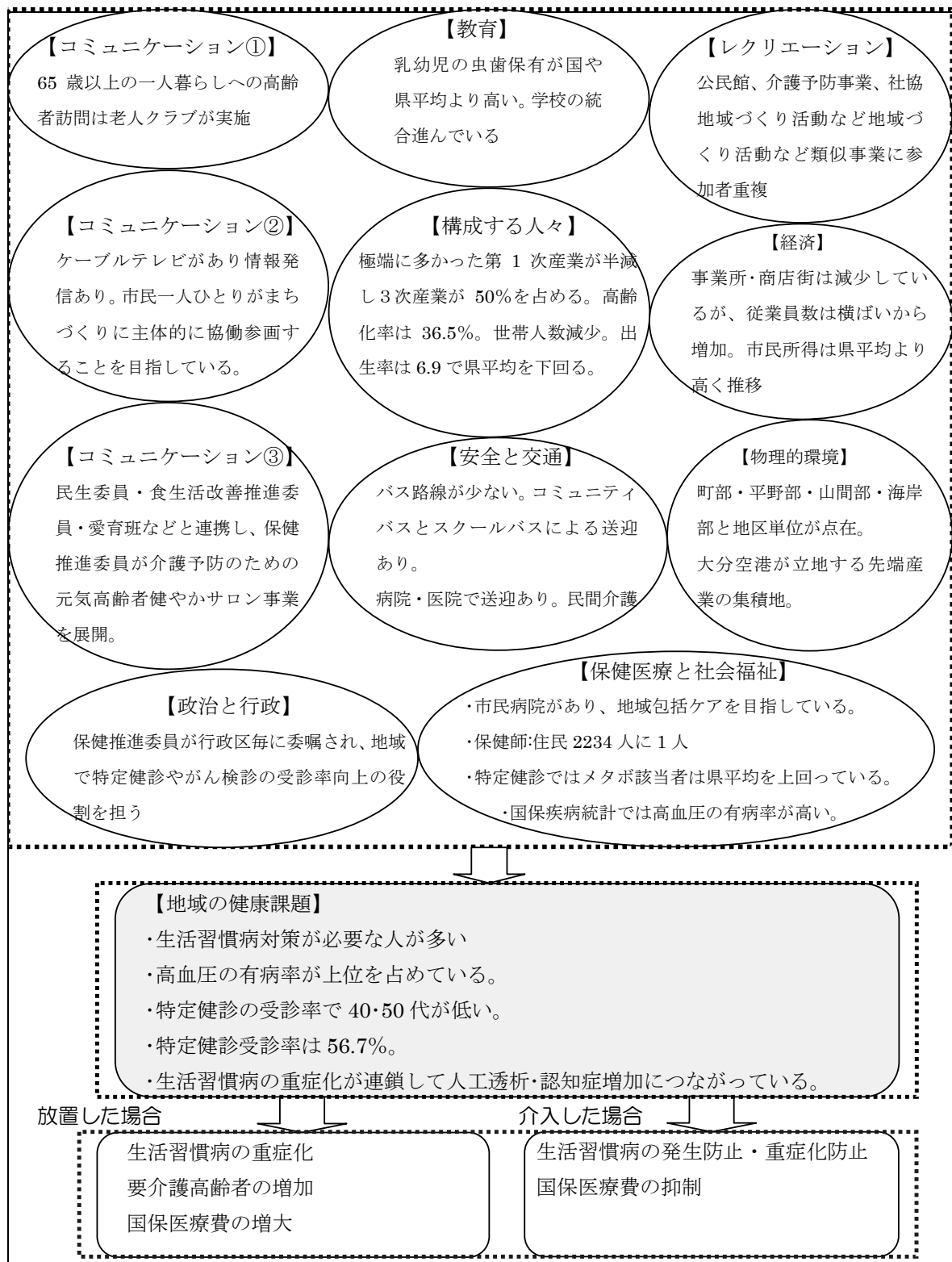
項目	データ (情報源も記入してください)	アセスメント	備考 情報の不足・不備
コミュニティを構成する人々	国政調査資料① 資料② 資料③ 資料④ 資料⑤ 資料⑥	質的データ 大分県と国東市はともに人口が減少。国東市は県下でも5番目の減少率の高さ。出生率は徐々に減少。また、全国の8.7%に比べても5.7%とかなり低い。国東市の生産人口割合は52.8%。大分県の60.2%に比べてもかなり低い。反対に65歳以上の高齢者人口割合は36.5%で大分県の26.8%に比べると高くなっており、出生率の低さもあわせると国東市の少子高齢化が進んでいることがわかる。人口の減少とともに世帯数も減少。高齢化率は大分県の26.8%に対し35.6%と高い。また高齢者一人暮らし及び高齢の夫婦二人暮らしをあわせると一般高齢者全体の約半数を占める。一次産業就業者が減少し、2次産業就業者が増加。農村地帯であるが農業従事者が減少。ソニー、キャノンなど大手企業が市内に点在。2次産業就業者割合が増加。	
1 物理的環境	国東市総合計画4p参照 シート1物理的環境参照	<位置と面積>：大分県北東部に位置し面積は317.8km <sup>2</sup> 。北は周防灘、東は伊予灘に面し、西は両子山を境として豊後高田市、南は杵築市に隣接。 <地勢>国東半島の中央部に位置する両子山、文殊山を中心とする斜放谷からなる。山の間をぬって水量の少ない小河川が流れ、狭長な平地が形成されている。瀬戸内海国立公園及び国東半島県立自然公園に指定されている。	
2 経済	シート2経済参照	・第1次産業；農家個数3,948戸（うち販売農家2,615戸） 専業農家948戸、第一種兼業農家264戸 第二種兼業農家1,403戸 主要作物は、米を中心に野菜、花きなどの施設園 林業は従事者の減少や高齢化に伴い、生産活動が停滞し、森林機能の総合的な低下が懸念されている 水産業は好漁業に恵まれ、沿岸の漁業が中心。漁獲量の減少や魚価低下従事者の高齢化で経営悪化傾向 ・第2次産業 商業は商店街を中心に小売業が主 H16：商店数546店 従業者数2,223人 年間販売額299億円 工業は工業団地への誘致企業を中心に展開 H17：製造業の事業所数83事業所 従業者数4,440人 製造品出荷額2,599億円	
3 政治と行政	① 行政組織 シート3政治と行政参照	2012年4月市報 保健師の組織図	課内室とは ①政策企画課に庁舎建設室 ②秘書広報課に広報室 ③財政課に債権回収対策室
	② 政策 シート3政治と行政参照	・国東市総合計画H20策定（1次）改訂はH25年度 ・国東市健康づくり計画（H20～H29） 健康増進計画 食育推進基本計画 特定健康診査実施計画 ・国東市地域福祉計画（H20.3月～5年） ・第5期介護保険事業計画及び老人保健福祉計画（H24.3月～H26年度まで）	H24年は健康づくり計画の中間年にあたり、中間評価を実施して見直す予定 第2期地域福祉計画がH25よりスタート
	③ 財政力 シート3政治と行政参照	財政力指数 H21～H23年度の平均0.3 県内18市町村中ランキング14位	
	④ 住民参加		住民参加のデータが不足し、今後補足が必要

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
4  教育	シート4教育参照	<p>(一覧からは読み取れないが) H22現在 小学校数18→14校、児童数1767→1542人、中学校数7→4校、生徒数936→906人と児童、生徒数の減少、学校の統合化が進んでいる。また、学校の統合化に伴い遠距離通学者が増加。H24年には小学校数は11まで減り急速な生徒数の減少が見られる。</p> <p>&lt;教育施設&gt;市内スポーツ施設は26か所ある。野球場、グラウンド、各種運動広場は、旧町1か所ずつそろっている。文化・学習施設は、市内29か所ある。図書館は、旧町1か所ずつそろっている。</p>	
5  交通と安全	シート5交通参照	<p>国東市の公共交通は、主に乗合バスにより構成されているが、人口減少、少子高齢化、マイカーの増加等により、乗合バス利用者は年々減少し、一部の乗合バス路線を除いてほとんどが赤字路線となっており、さらに市内には多くの交通空白地域が散在している。また、空港を起点に空港特急エアライナーや快速リムジンバスが運行され、海上輸送として竹田津港と山口県周南市を結ぶスオーダフェリーが運航している。民間路線バスの平均乗車密度はH14年度 1.7 H15年度 1.5 H16年度 1.4 H17年度 1.4 H18年度 1.3 と下降傾向である。自家用車利用状況は、自家用車を利用する人は約5割、自転車は2割、所有している乗り物がない人が2割弱もいる。主に利用している交通手段は自分で運転する車が4割となり、人に乗せてもらう車と併せて6割を占めている。一方路線バスやタクシーは1割未満となっている。又約2割は人に乗せてもらうと答えている。大分空港と別府・湯布院とを結ぶ空港特急も6便から9便に増加している。その反面空港から国東市内へのバスの便が少ない。道路網は国道213号をはじめ、県道19路線、市道1,267路線及び農道によって構成されている。また、市の南部には大分空港へのアクセス道路が走り、安岐ICが設置されている。整備状況は、関係機関と連携しながら道路網の整備を計画的に進め、国道213号を中心に両子山から放射状に延びる県道、産業道路としての大規模農道(オレンジ道路)により道路網が形成されているが、交通量の増加や車両の大型化、高齢化が進む中、県道の拡幅や交差点改良、歩道整備をはじめ、より一層安全な整備等が課題となっている。</p>	
6  コミュニケーション・情報	シート6コミュニケーション1・2参照	<p>市民健康課が関与している地区組織のうち、保健推進委員、愛育班、食生活改善推進協議会、子育てボランティアの代表者に活動に関する聞き取り調査を行った。</p> <p>地区組織の種類毎で見ると、委員型13組織、自助型6組織、その他1組織、ボランティア16組織、地縁型4組織でボランティア型がいちばん充実している。近年、NPO法人の数が増え、活動も活発化している。市役所市民健康課が関与している地区組織は10組織ある。</p> <p>&lt;聞き取り調査より&gt;保健推進委員から保健師や行政に望むこととして、住民と行政のパイプ役となって欲しい等の意見があった。保健推進委員の理解が薄いため、活動を住民に広く知って欲しいとの意見が複数あった。愛育班は、後継者がいないという悩みがあり、愛育班の活動を若い世代に伝えていきたいという意見であった。生活改善推進協議会は、活動は活発であるが、「(行政に)おんぶに抱っこ」であるという意見が聞かれた。子育てボランティアは、まだ「組織」といえる段階ではなく、個人が単発でボランティアに参加しているという意識の人が多く、今後、仲間が増えるという意見があった。どの組織も、それぞれに悩みを抱えており、活動内容や方向性を決めるうえで、行政(保健師・栄養士)の関与が不可欠のようである。</p>	
7  レクリエーション	シート7レクリエーション参照 シート4教育参照	<p>市営公園は58箇所。実際子ども用公園として使用できるであろう公園は23箇所。又旧町村ごとでも整備状況にばらつきがあり、国見、国東の順に整備が遅れていることがわかる。市内スポーツ施設は26か所ある。野球場、グラウンド、各種運動広場は、旧町1か所ずつそろっている。文化・学習施設は、市内29か所ある。図書館は、旧町1か所ずつそろっている。</p>	
8  保健医療と社会福祉	シート8保健医療と社会福祉参照	<p>市内医療機関数は病院3(国見町、国東町、安岐町に1つずつ)、診療所17、歯科診療所14、助産所0。</p> <p>国東市民病院の診療科目のうち、婦人科・精神科・皮膚科・耳鼻咽喉科・整形外科の医師は非常勤。国東市民病院の精神科は週2回大分大学の医師が来て診療しているが、入院はできない。</p> <p>活動の拠点となる国東市の保健・衛生部門は各町に1箇所ずつある。また保健所は管内管轄が東部保健所であるが、国東保健部が国東町にあるため連携は取りやすい。</p>	



#### 4) 地域の現状分析・課題抽出

### 健康問題・健康課題の関連図（地域の現状分析・課題抽出）



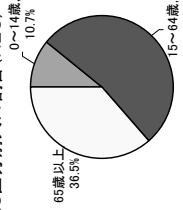
## 5) 健康課題の特定

### 特性

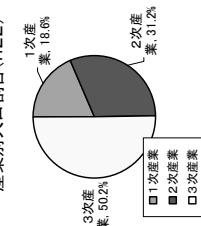
■ **人口動態** (H23)  
人口 31,277人  
世帯数 12,966世帯

■ **人口動態** (H22)  
(H22年人口動態統計より)  
出生 182人  
死亡 514人

### 年齢3区分別人口割合 (H23)



### 産業別人口割合 (H22)



## 保健・医療・介護統計から見る国東市のすがた

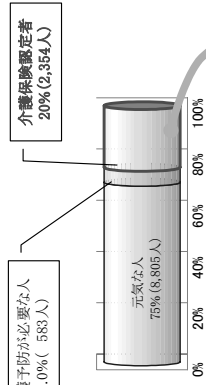
(平成24. 10月作成)

### 障がい期間 (H17～21統計)

区分	男性	女性
平均寿命①	79.28歳	85.86歳
健康寿命②	76.45歳	79.30歳
障がい期間 (①-②)	2.83年 (10位)	6.56年 (9位)

男女共に障がいの期間が長い (特に女性)

■ **高齢者の実態** (H22.3)  
高齢者人口 11,742人  
高齢化率 35.5%  
介護認定率 20.3% (県平均 18.9%) (H22.3)



◆ **主要死因別死亡割合** (H22年)  
1位 がん(悪性新生物) 18.3%  
2位 心疾患(心筋梗塞etc) 13.3%  
3位 脳血管疾患(脳卒中etc) 12.6%  
13位 結核 0.6%

※SMR(標準化死亡率)で高いのは、女性の心疾患  
※結核の有病率・罹患率・死亡率が高い

### 課題2

●循環器疾患での死亡が3割あり、がんが多い。  
●結核対策は今後必要。

### 健診の状況

#### ◆ 特定健診受診率 (国保H22年度)

全体 56.7% (市町村国保平均38.4%)  
40代 33.5%  
50代 45.0%

#### 課題3

40代・50代の受診率が低い!!

◆ **内臓脂肪型糖尿病該当者割合** (国保H22年度)  
全体 22.3% (県平均 17.0%)  
男性 29.3% (県平均 25.5%)  
女性 16.9% (県平均 11.5%)

◆ **健診結果** (H23年度 住民健診)  
受診者数 2501人 (生活習慣病治療あり者 964人:38.5%)  
治療中うち血圧異常有り 284人(38.3%)・2グループ  
血圧治療なし者 1537人(61.5%)  
血圧異常有り 318人(20.7%)・3グループ  
血圧異常なし 1219人(79.3%)

◆ **健診結果の高い高血圧に注目**  
有病率の高い高血圧に注目  
メタボ該当者は県平均を上回っている

◆ **健診結果** (H23年度 住民健診)  
受診者数 2501人 (生活習慣病治療あり者 964人:38.5%)  
治療中うち血圧異常有り 284人(38.3%)・2グループ  
血圧治療なし者 1537人(61.5%)  
血圧異常有り 318人(20.7%)・3グループ  
血圧異常なし 1219人(79.3%)

◆ **早期発見後の対策が取れていない**  
生活習慣病と精神疾患が医療費の上位を占める

◆ **がん健診受診率**  
受診率はすべてのがんで50%以下

種別	受診率	がん発見者数
胃がん	16.9%	3人
肺がん	42.4%	2人
大腸がん	22.5%	4人
子宮がん	22.8%	1人
乳がん	26.0%	1人

◆ **健康診断**  
受けてはなしにしていませんか?

### 医療の状況

#### ◆ 医療費総額

《国保医療費総額》 (H22)  
(H20) (H21) (H22)  
35.6億円→35.5億円→37.4億円  
《後期高齢者医療費総額》 (H22)  
(H20) (H21) (H22)  
約51.9億円→約59.9億円→約64.0億円

◆ **国保一人あたり医療費** (H22年度)  
一般被保険者 約98.3万円(県下6位)  
(内訳) 入院 16万円(県下8位)  
入院外 12万円(県下7位)

◆ **医療費疾患割合** (H23. 5月診療分)  
順位 国保(0～74歳) 入院外 入院 入院外 入院外  
1位 精神疾患等 高血圧性疾患 高血圧性疾患 高血圧性疾患  
2位 その他の消化器系疾患 その他の他の疾患 その他心疾患 脳筋症  
3位 神経系の疾患 内分泌・代謝疾患 虚血性心疾患 視及び付随部の疾患

◆ **国保高齢医療者疾患割合** (H22/上位50人)  
がん19% 腎不全0% その他4%  
脳血管疾患18% 外周循環系 8%  
循環器系22% 腎不全6% 神経系6%

◆ **国保高齢医療者疾患割合** (H22/上位50人)  
がん19% 腎不全0% その他4%  
脳血管疾患18% 外周循環系 8%  
循環器系22% 腎不全6% 神経系6%

◆ **国保高齢医療者疾患割合** (H22/上位50人)  
がん19% 腎不全0% その他4%  
脳血管疾患18% 外周循環系 8%  
循環器系22% 腎不全6% 神経系6%

◆ **国保高齢医療者疾患割合** (H22/上位50人)  
がん19% 腎不全0% その他4%  
脳血管疾患18% 外周循環系 8%  
循環器系22% 腎不全6% 神経系6%

◆ **国保高齢医療者疾患割合** (H22/上位50人)  
がん19% 腎不全0% その他4%  
脳血管疾患18% 外周循環系 8%  
循環器系22% 腎不全6% 神経系6%

◆ **国保高齢医療者疾患割合** (H22/上位50人)  
がん19% 腎不全0% その他4%  
脳血管疾患18% 外周循環系 8%  
循環器系22% 腎不全6% 神経系6%

◆ **国保高齢医療者疾患割合** (H22/上位50人)  
がん19% 腎不全0% その他4%  
脳血管疾患18% 外周循環系 8%  
循環器系22% 腎不全6% 神経系6%

◆ **国保高齢医療者疾患割合** (H22/上位50人)  
がん19% 腎不全0% その他4%  
脳血管疾患18% 外周循環系 8%  
循環器系22% 腎不全6% 神経系6%

◆ **国保高齢医療者疾患割合** (H22/上位50人)  
がん19% 腎不全0% その他4%  
脳血管疾患18% 外周循環系 8%  
循環器系22% 腎不全6% 神経系6%

◆ **国保高齢医療者疾患割合** (H22/上位50人)  
がん19% 腎不全0% その他4%  
脳血管疾患18% 外周循環系 8%  
循環器系22% 腎不全6% 神経系6%

◆ **国保高齢医療者疾患割合** (H22/上位50人)  
がん19% 腎不全0% その他4%  
脳血管疾患18% 外周循環系 8%  
循環器系22% 腎不全6% 神経系6%

### 介護の状況

#### ◆ 介護サービスの利用状況 (H22介護保険認定者 約2,354人)

1割は自己負担 約84万円  
約3.7割 約311万円

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆ **介護が必要になった原因疾患** (H21新規申請者)  
1位 脳血管疾患  
2位 循環器疾患  
3位 筋骨格系疾患

◆生活習慣病予防に重点を置いた保健事業へのプロセス(イメージ) 『保健師は予防できる疾患を予防できているか?重症化を防げているか?』

<p>平成20年度</p> <p>国東市の特徴</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 高血圧有病率 県内1位</li> <li>● 糖尿病有病率 県内10位</li> <li>● 脂質異常症有病率 県内3位</li> </ul> <p>特定健診受診率は、県内3位 特定保健指導実施率は、県内9位</p> <p>保健指導の課題</p> <p>☆健診の結果説明会はしていない。 ☆教室をしても来るのは関心の高い人のみ。(関わる人数はごく僅か) ☆特定保健指導の実施率が低い(特定保健指導に限らず、健診後のフォローができていない) ☆健診結果で要精密・要医療の人にも関わっていない。 ☆治療中の人には、検査値がどんなに悪くても殆ど関わらない。 ☆教室で関わる以外の人の生活実態や思いを保健師が知らない</p> <p>老人保健法からの脱却、できているか?</p> <p>資料 「老人保健事業と何が変わったのか」</p> <p>○特定健診は「保健指導を必要とする者を抽出するため」の健診 ○特定保健指導は「生活習慣病のリスクに応じて優先順位をつけ」保健指導を提供するもの ○事業実施量ではなく、実績(糖尿病等の有病者・予備軍減少)で評価されるもの</p>	<p>平成23年度</p> <p>地区診断の実施</p> <p>特定健康診査等実施計画</p> <p>保健活動からの実態把握</p> <p>・シフト分析 ・健診結果の状況分析(あなみツール) ・透析患者への訪問</p> <p>(住民の生の声) ・高血圧や蛋白尿が続くとうなっていくのかよく知らなかった。自覚症状が出てから受診したが手遅れでわずか1年で透析になってしまった。</p> <p>わかったこと・気づいたこと</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高血圧の有病率は高いが、正常～軽症(1度)でコントロールできている人が多い。(95%)</li> <li>・糖尿病は有病率も伸びてきており、HbA1c 6.1以上のコントロール不良者の割合が高い。(70.6%)実態把握の中でも病院にかかっていたのに、いきなり透析になった…!という声もあつた。糖尿病性腎症や人工透析の有病率も伸びている。</li> <li>・糖尿病は、受診勧奨者の割合も高く(県下3位)、しかも進行した状態のまま放置している人の割合が高い。(HbA1c 6.5以上が46.1%)</li> </ul> <p>課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○糖尿病の重症化予防への対策が必要ではないか。</li> <li>○コントロール不良者の生活実態はどうなっているのだろうか?(生活習慣は?指示どおりに服薬できている?治療中断者はいないか?)</li> <li>○実態を知らないと、具体的な対策は立てられない。何が問題の背景なのかかわからない。保健師がもっと地域に出ていかなければいけないのでは。</li> <li>○機能的に対象者を追えない。(指導の対象だった人が、健診を受診しなく</li> </ul>	<p>平成24年度</p> <p>健康づくり計画</p> <p>地域の「健康課題」に沿って「保健活動」を実践していくために...</p> <p>取り組みべき柱は何か?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 実態把握 (特に住民の生活実態や意識について)</li> <li>2. 健診後フォロー体制の見直し</li> <li>3. かかりつけ区との連携</li> <li>4. 40～50歳代の未受診者対策</li> </ol>	<p>平成25年度</p> <p>第2期計画期間 開始</p> <p>まず保健師が「よっしゃ!やるぞっ!」と思え</p> <p>実践計画をどうするか?</p>
<p>資料</p> <p>○被訪問指導実人員 224人(延人員 265人) ○訪問指導従事者延人員 保健師76日 栄養士3日 看護師50日</p>	<p>資料</p> <p>○被訪問指導実人員 444人(延人員 475人) ○訪問指導従事者延人員 保健師10日 栄養士1日 看護師92日</p>		
<p>保健師の思い</p> <p>健診を実施しているが、健診結果が無視されていないか?健診結果を入り口にした事業を計画実施できているか?今、取り組んでいる事業は地域の健康課題に就いてやられているか?取り組むべき課題は明確になっているか?向き合うべき対象が明確になっているか?その対象(住民)の声を聞くことできてきているか?</p>	<p>保健師の訪問実績がかなり減っている...成人への訪問は看護師任せになっている。訪問対象者が明確になっていないから、訪問が後回しになってしまふ。健診データを見たら、気になる人はたくさんいるのに...保健師がもっと訪問に出ることができるような実施計画にしたい!</p>		

6) 地域保健活動計画

地域保健活動計画 (1)

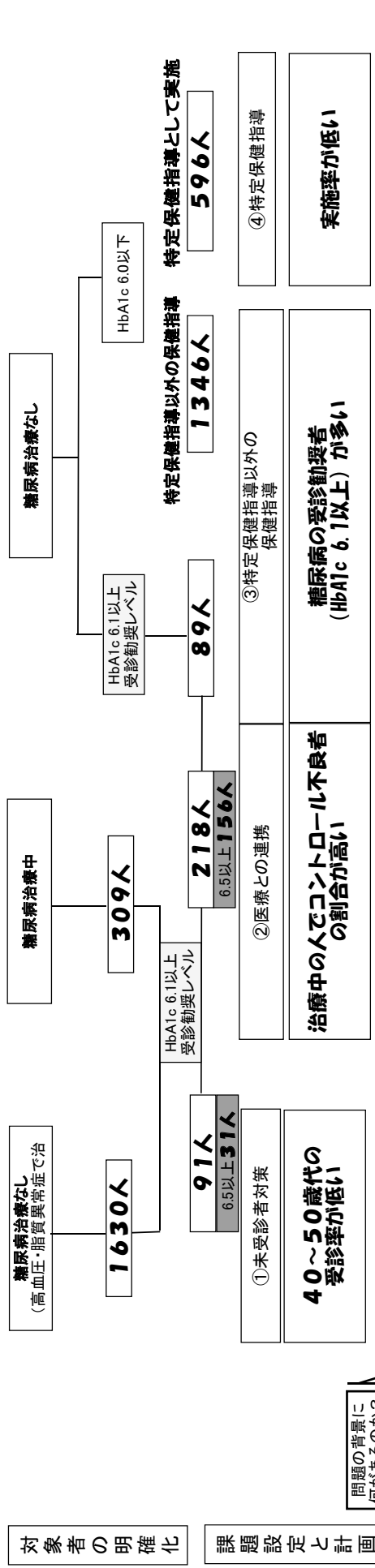
対象および目標	具体的な事業計画	評価指標や目標値	予算・時間・人	優先度	評価時期
<b>【テーマ】国東市の健康実態を知り、生活習慣を予防しよう</b>					
<p>・保健推進委員の研修会で国東市の健康実態を伝え、問題提起する。</p>	<p>①保険推進委員代表者会議で、提案する。 11/19 国東保健センターで 15 時～開催</p>	<p>・保健推進委員の代表者が、<u>国東市のすがた</u>（地区診断の結果）がわかり問題意識をもてる、生活習慣予防が大切だと思う。「どんな取り組みが可能か考える研修」に向けて意見をもらう。</p>	<p>院長 代表者 15 支所 PHN 4 課長・係長</p>		<p>・会議後 ・打ち合わせ</p>
	<p>②研修会に先がけて仏の里ネットワーク事業で「生活習慣予防」の講演会開催 12/6 18:30～国東市民病院 終了後に意見交換</p>	<p>・保健推進委員が話を聞いて、生活習慣病のメカニズム、重症化の恐ろしさを知ることができる内容か？どうか</p>	<p>PHN 5 課長・係長 栄養士 2 市民 HP 職員 市内コーディネーター等</p>		<p>・講演会後</p>
	<p>③各町毎に保健推進委員の研修会を開催する。 12/11 安岐支所 12/14 国見町保健福祉センター 12/17 武蔵町保健福祉センター 12/21 国東保健センター この時に市民病院の医師からも生活習慣病予防の話をしてもらう。</p>	<p>・国東市の健康の実態を見て、問題意識がもてる。（課題が連鎖している） ・医師の講話で生活習慣病のメカニズム、重症化の恐ろしさを知る。 ・グループワークで、自分達で取り組めることは何か？考えることができる。</p>	<p>安岐委員 40 国見委員 23 武蔵委員 23 国東委員 44 支所 PHN 4 NHS 課長 4 本庁 PHN 2 担当 NHS</p>		<p>・研修会後 ・市内会議 ・打ち合わせ</p>

地域保健活動計画（2）

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
<b>【テーマ】国東市の健康実態を知り、生活習慣を予防しよう</b>					
<p>・保健推進委員の研修会で国東市の健康実態を伝え、問題提起する。</p>	<p>④保険推進委員の全体研修会 1/15 13:30～ アストくにさき アグリホール</p>	<p>・12月の各町毎の研修会の復習と生活習慣病予防が大切というおさえ、意識づけができる。</p>	<p>国東市全体の保健推進委員 130名 院長・内科医 支所 PHN NHS 課長 本庁 PHN NHS</p>		<p>・研修会后 ・打ち合わせ</p>
	<p>⑤保険推進委員の代表者会議 25年3月中旬予定  12月・1月の研修会でのグループワークやアンケート結果からの振り返りとまとめを行う。</p>	<p>・自分自身としてどうするか、地域としてどうするかが言葉としてでてくる。 ・行動に移せるよう計画がたてられる。 個人の目標から地域の取り組み目標へ町毎の取り組み目標へ市全体の取り組み目標へ</p>	<p>保健推進委員 代表者 15 支所 PHN 課長 担当 PHN NHS 本庁 PHN 栄養士 医師</p>		<p>・会議後</p>



◆ 糖尿病の重症化予防のための保健活動実践計画



問題の背景に何かあるのか？

対象者の明確化	課題設定と計画	実 践 計 画	評 価	
実態把握	<p>Step.1 ひたすら住民に会いに行く</p> <p><b>40代50代の未受診者訪問を行う。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活実態の聞き取り (未受診の背景、健康に対する意識、生活習慣等)</li> </ul>	<p>Step.1 ひたすら住民に会いに行く</p> <p><b>治療中でHbA1c 6.5以上の者への訪問を行う。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活実態の聞き取り (生活習慣、服薬状況、治療中断者はいないか、治療に対する思い等)</li> </ul> <p>糖尿病治療を行なう病</p> <p>Step.2 課題に応じた連携のあり方を</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>県が行なっている「糖尿病重症化予防地域連携推進事業」の活用を検討 (連携により、新規治療開始者や治療中のコントロール不良者への保健指導ができるようになるように)</li> </ul>	<p>○ 受診率 (年代別受診率)</p> <p>○ 訪問実績</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>未治療者の減少 (訪問により受診に繋がった件数、治療中断者で治療再開に繋がった件数)</li> <li>糖尿病1人あたり医療費等</li> <li>事例共有会議の開催回数</li> </ul>	
健診後フォロー	<p>Step.1 ひたすら住民に会いに行く</p> <p><b>治療なし受診勧奨者 (HbA1c 6.1以上) 全員訪問を行う。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活実態の聞き取り (何が問題の背景にあるのか)</li> </ul>	<p>Step.1 ひたすら住民に会いに行く</p> <p><b>治療なし受診勧奨者 (HbA1c 6.1以上) 全員訪問を行う。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活実態の聞き取り (何が問題の背景にあるのか)</li> </ul>	<p>○ 受診率</p> <p>○ HbA1c 5.2以上6.1未満の者への健康増進事業による個別健康教育の実施 (受診勧奨レベルへの移行を防ぐ)</p>	<p>○ 糖尿病有病率、糖尿病性腎症有病率、人工透析有病率</p> <p>○ 糖尿病による透析新規導入者</p> <p>○ 糖尿病1人あたり医療費等 (高コレステロールの分析)</p>
かかりつけ医との連携	<p>Step.1 ひたすら住民に会いに行く</p> <p><b>動機づけ支援対象者への訪問を行う。</b></p> <p>(血糖リスクで上がっている人を優先)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定保健指導対象者には、健診当日に初回面接の約束をとる。</li> <li>約束の取れなかった動機づけ支援対象者は全員訪問。保健指導に繋がらなくても根強く馴染みの関係を作っていく。</li> </ul>	<p>Step.1 ひたすら住民に会いに行く</p> <p><b>動機づけ支援対象者への訪問を行う。</b></p> <p>(血糖リスクで上がっている人を優先)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定保健指導対象者には、健診当日に初回面接の約束をとる。</li> <li>約束の取れなかった動機づけ支援対象者は全員訪問。保健指導に繋がらなくても根強く馴染みの関係を作っていく。</li> </ul>	<p>○ 受診勧奨</p> <p>○ 特定保健指導の実施</p>	<p>○ 特定保健指導実施率</p> <p>○ 健診所見異常</p> <p>○ 生活習慣改善度 (改善した人の割合)</p> <p>○ 糖尿病予備軍の割合</p>
評価指標	<p>○ 受診率 (年代別受診率)</p> <p>○ 訪問実績</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>未治療者の減少 (訪問により受診に繋がった件数、治療中断者で治療再開に繋がった件数)</li> <li>糖尿病1人あたり医療費等</li> <li>事例共有会議の開催回数</li> </ul>	<p>○ 受診率</p> <p>○ HbA1c 5.2以上6.1未満の者への健康増進事業による個別健康教育の実施 (受診勧奨レベルへの移行を防ぐ)</p>	<p>○ 糖尿病有病率、糖尿病性腎症有病率、人工透析有病率</p> <p>○ 糖尿病による透析新規導入者</p> <p>○ 糖尿病1人あたり医療費等 (高コレステロールの分析)</p>	<p>○ 特定保健指導実施率</p> <p>○ 健診所見異常</p> <p>○ 生活習慣改善度 (改善した人の割合)</p> <p>○ 糖尿病予備軍の割合</p>

7) 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
<b>【テーマ】国東市の健康実態を知り、生活習慣を予防しよう</b>								
・保健推進委員の研修 会 で 国東市の健康実態を伝え、問題提起する。	①保健推進委員代表者会議で、提案する。 11/19 国東保健センターで15時～開催	・保健推進委員の代表者が、 <u>国東市のすかた</u> （地区診断の結果）がわかり問題意識をもてる、生活習慣予防が大切だと思ふ。「どんな取り組みが可能か考える研修」に向けて意見をもちらう。	院長 代表者15 支所PHN4 課長・係長		会議後	・11/19に開催、代表者15人中11人参加した。地区診断の結果から国東市のすかた、生活習慣病での有病率が高く医療費も高いという現実を統計でももたらった。また、医療とも切り離せないことなので、市民HPの院長からも保健推進委員と共に取り組んでいきたい旨の話があった。	・グループワークまとめ参照 12月各町毎での研修会開催になる。 各町とも総合健診が終わり、特定保健指導が始まっていたりこれからはとまちなちだれが、各種統計から感じたり意見交換するところまで再確認したようだ。	・保健推進委員と実態と意見を共有すきっかけとなった ・組織として取り組み組むことの必要性を再確認
	②研修会に先がけて仏の里ネットワーク事業で「生活習慣予防」の講演会開催 12/6 18:30～国東市民病院 終了後に意見交換	・保健推進委員が話を聞いて、生活習慣病のメカニズム、重症化の恐ろしさを知ることができると内容か？どうか、どう伝えたらよいか関係者で確認する。	PHN 5 課長・係長 栄養士 2 市民HP職員 市内コメディカル等		講演会後	・仏の里ネットワーク講演会として、市内保健医療福祉従事者対象に「生活習慣病予防について」の講演会実施した。各町の保健の研修会に使用する内容に検討も行った。	市内のコメディカル約1人参加した。 終了後に全体で意見交換したあと、担当者（体制メンバー）で意見交換した。	・一般市民である保健さんに何を伝えたいのかを、はっきりさせる医師の講話をお願いする。



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																						
<b>【テーマ】国東市の健康実態を知り、生活習慣を予防しよう</b>																														
・保健推進委員の研修会で国東市の健康実態を伝え、問題提起する。	③各町毎に保健推進委員の研修会を開催する。 12/11 安岐支所 12/14 国見町保健福祉センター 12/17 武蔵町保健福祉センター 12/21 国東保健センター — この時に市民病院の医師からも生活習慣病予防の話をしてもらおう。	・国東市の健康の実態を見て、問題意識がもてる。(課題が連鎖している) ・医師の講話で生活習慣病のメカニズム、重症化の恐ろしさを知る。 ・グループワークで、自分達で取り組めることは何か？考えることができる。	安岐委員 40 国見委員 23 武蔵委員 23 国東委員 44 支所PHN 4 NHS 課長 4 本庁PHN 2 担当NHS		研修後打ち合わせ時	・各町毎に保推の研修会を開催した。「生活習慣病とは？」という題で、各病態とメカニズム・生活習慣病から生じるものについてを中心に講話、その後質疑応答。	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">日時</th> <th rowspan="2">会場</th> <th colspan="2">参加者</th> </tr> <tr> <th>推進員</th> <th>医師</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12/11</td> <td>安岐</td> <td>24</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>12/14</td> <td>国見</td> <td>11</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>12/17</td> <td>武蔵</td> <td>11</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>12/21</td> <td>国東</td> <td>26</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	日時	会場	参加者		推進員	医師	12/11	安岐	24	1	12/14	国見	11	2	12/17	武蔵	11	1	12/21	国東	26	2	意見集約参照
日時	会場	参加者																												
		推進員	医師																											
12/11	安岐	24	1																											
12/14	国見	11	2																											
12/17	武蔵	11	1																											
12/21	国東	26	2																											

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
<b>【テーマ】国東市の健康実態を知り、生活習慣を予防しよう</b>								
・保健推進委員の研修会で国東市の健康実態を伝え、問題提起する。	④保険推進委員の全体研修会 1/15 13:30～ アストくにさき アグリホール	・12月の各町毎の研修会の復習と生活習慣病予防が大切というおさえ、意識づけができる。	国東市全体の保健推進委員 130名 院長・内科医 支所PHN NHS 課長 本庁PHN NHS		研修後 打ち合わせ	◎国東市全体研修の第二弾として位置づけた研修会として開催。 12月研修の内容を踏まえ「健康に過ごすために生活習慣の見直しは必要なんですか？」をテーマに講演、実際の事例を紹介してもらい、現実性のある話にしてもらった。 ・3月中旬に開催予定	・1/15にアストくにさきアグリホールで全体研修会開催 ・85/130人参加 ・支所PHN、課長、担当者などが参加 市民HP 院長、内科医 長が講師	アンケート結果参照 ・PHNがねらいとしていた自分自身として地域として考える場とあったのではないかと
	⑤保険推進委員の代表者会議 25年3月中旬予定  12月・1月の研修会でのグループワークやアンケート結果からの振り返りとまとめを行う。	・自分自身としてどうか、地域としてどうするか言葉としてでてる。 ・行動に移せるよう計画がたてられる。 個人の目標から地域の取り組み目標へ町毎の取り組み目標へ市全体の取り組み目標へ	保健推進委員 代表者 15 支所PHN 課長 担当 PHN NHS 本庁PHN 栄養士 医師		会議後			今後の取り組みとして必要と思うことも幅があるが、これから(25年に)どう取り組むか健康する材料ができたのではないかと。

## 8) モデル事業の振り返り

### 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

取り組んだ目的は、合併後の市全体のことを改めて知りたいという思いからだった。旧町におけるこれまでの保健事業の取り組みのうえに現在があるのであり、合併してもそこに暮らす住民は変わらない。客観的なデータ・情報・状況を皆で共有していこうということで管内の保健師・栄養士で2年間かけて地域診断に取り組んだ。その結果を上司や各関係機関へ報告し、これから住民に向けて周知しようとしていた今年度の途中にモデル事業の話があった。

地域診断の実施体制に住民は参加していなかったが、地区組織への聞き取り調査を通じて住民の声や思いを聞くことが出来た。また、地域診断の実施に対し重要とされている住民の視点を取り入れる為、今回は保健推進委員という地区組織の方々に対して、地域の中核病院である市民病院の医師とともに協働で働きかけるという取り組みも行った。

市民病院は保健事業の展開の中で連携体制があった。これまでも転倒予防教室等の介護予防事業や特定健診の委託、特定保健指導での医師派遣など多くの実績があり、保健師・栄養士とも連携体制が取れていた。また地域包括ケアを推進するためのホットネットでも顔なじみの関係にあった事が事業展開がスムーズに進んだ点としてあげられる。

#### ■障害になった点とその解決策

すでに地域診断が終了していたので、モデル事業で何かできるかと迷った。しかし地域診断時に欠けていた医師や地区組織などの人的資源を活用すること・住民の視点を取り入れることについて、“生活習慣病予防”という課題を通じ取り組みを行う事ができた。

### 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

地域診断を実施する際には目的に応じた地域診断の方法があると思う。今回はすでに行政で地域診断を終えていた。その結果を地区組織である保健推進委員に向けて「～生活習慣病の実態を知り重症化を予防しよう～まず自分たちに何が出来る？」をテーマに投げかけた。その際には、生活習慣病の実態だけではなく生活習慣病と切り離せない“医療”の部分について理解を深め、保健推進委員一人一人が自分のこととして考えられるよう、市民病院と協働して働きかけを行った。健康に関する各教室の参加者や特定保健指導の対象者なら耳にすることがあるかもしれないが、健康な人が大半を占める保健推進委員へ働きかけを行うことは予防への第1歩になる。また、このような取り組みの継続が、予防活動のポピュレーションアプローチの1つになると考える。

#### ■ 困難点と解決方法

- ・ 実施体制メンバー全員参加での会議や打ち合わせは時間的にも調整できなかった。ただ、市役所内での打ち合わせは頻回にすることができた。
- ・ 保健推進委員担当保健師と特定健診を含む健康増進担当保健師が中心となり、本庁の保健師・栄養士・支所の課長・保健師・看護師、国保年金係とも地域診断の結果をもとに話し合いを重ね、活動計画を練ることができた。
- ・ 協働する市民病院との打ち合わせでも上記2名の担当保健師が主となり、医師との情報の共有をすることができた。
- ・ 打ち合わせの時間についても調整を行い、会議や研修の前後に実施するなど工夫した。
- ・ 今回の生活習慣病の予防に関しては、合併前の旧町毎のデータ収集・分析を行うことが出来たが、他の部分では市全体としてのデータしか取れないものもあり、今後の検討が必要である。また、国保のデータのみで協会けんぽや組合健保のデータを含めた分析も出来ない状況である。この点についても今後の検討が必要である。
- ・ コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる情報の整理では「政治と行政」の部分が全体的に弱く、不足していたと感じた。住民参加の部分はおさえておくべきポイントだと思うのできちんとアセスメントできるように今後も追加項目としておさえたい。

### 3. 今後の展開について

#### ■ 地域診断の活用について

- ・ 日頃感じていた「ちょっと気になること」が数値化でき、目で見ることができた。
- ・ 忙しくても毎日に流されないために「ここだけは大事！譲れない！」という部分を保健事業を担当する皆（保健師だけでなく、課長、係長、係の事務職員、一緒に働く看護師）と共有する事が大切。そして、何より住民と共有する中で、活動計画、健康づくり計画へと反映させることが必要と感じた。どうしても国や県から下りてきた事業やこれまで実施してきた継続事業が優先される傾向にあるが、今回のことで地域での課題や事業の優先順位が明確になると感じた。
- ・ 取り組んでいく過程を皆で共有できてよかった。
- ・ 分析したデータを取り組みにつなげていかねば…。(個からのデータの積み上げ・更新も大切)
- ・ 実際に～地域の健康課題に沿った「保健活動」を実践していくための活動計画をどうするかを皆で協議していく過程を通じて、保健師・栄養士・課長・係長の中で共通のイメージで計画を立てる事が出来た。
- ・ かかりつけ医との連携は古くて新しい課題であるが、まず今回協働した市民病院内科医、糖尿病専門医との連携を足がかりに、市全体、医師会へと広がっていかうと考えている。これまでも個々のケースでの医療との連携は必要に応じてなされてきたが、さらに協働を強化して、医師不足の中においても予防活動を積極的に行っていく体制を確立したい。
- ・ 保健推進委員への働きかけについては「最後のまとめ」と「平成25年度の方向性」が行政（保健師間）でも決まっていなかったが、保健推進委員からは「地域の人にももっと国東市の実態を知

ってもらいたい」という声が上がっていた。それも含めて今後、検討していく必要がある。また、市民病院が地区組織の人と今回のように膝を交えることが少ないので、これを契機に地区組織の育成を協議できる体制が確立できればとも思う。

■ 改善ポイント

- ・ 平成25年度活動計画立案の際に、課長・系の事務職・国保担当者とは協議することが出来たが住民の代表等の参加はなかった。地域診断の時から住民の視点が入っていれば計画・実践評価の部分でも住民が推進役となり協働できるだろうという思いを強くした。。。。。。  
今後の保健活動の実践においては、保・栄・看と医師も地域に出て行く機会を増やしていくことで、今回まとめた国東市の実態を保健推進委員をはじめとする地域住民に伝えていくこと、また、住民の声や生活実態を、ひろっていくことに力を入れていきたい。

(7) 鹿児島県・薩摩川内市

地域診断（モデル事業）の目的、テーマ

<p>【目的】</p> <p>当該地域は、高齢化率が高く、ひとり暮らし高齢者も多い地域である。また、離島であり、コミュニティも偏在し、地域資源も限られている。</p> <p>今回、ソーシャルキャピタルの活用による自助及び共助の支援も視野に入れ、医療・保健・介護福祉の実効的な連携を推進することを目的として取り組む。</p> <p>【テーマ】</p> <p>・限られた資源の活用による地域包括ケアの推進</p>
--

1) 実施体制

【メンバー】

機 関	所属・団体名	職 種	役 割
国保直診施設	市立手打診療所	所 長	統括
	市立手打診療所	事 務 長	事務局
行 政	市民健康課	事 務 職	行政の立場(医療担当)
	市民健康課	保 健 師	行政の立場(保健担当)
	下甕支所市民生活課	事 務 職	行政の立場(支所統括)
	下甕支所市民生活課	保 健 師	行政の立場(保健担当)
	下甕支所市民生活課	事 務 職	行政の立場(福祉担当)
	下甕支所市民生活課	事 務 職	行政の立場(介護保険担当)
社会福祉協議会	下甕支所	支 所 長	社会福祉協議会の立場
	下甕支所	事 務 職	
	下甕在宅介護支援センター-甕島敬老園	SW	
その他住民組織	下甕地域民生委員児童委員協議会	会 長	住民組織の立場
	下甕地域地区コミュニティ協議会連絡会	会 長	

【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	モデル事業取組の概要について	11月9日	13:30~ 14:15	下甕健康管理センター	・目的、テーマの検討 ・地域診断体制の検討 ・今後のスケジュールの検討
第2回	情報の整理及びアセスメント	11月26日	13:30~ 15:30	テレビ会議	・情報の整理とアセスメント
第3回	地域保健活動計画案の作成	12月25日	13:00~ 17:00	下甕健康管理センター	・健康問題、健康課題の絞り込み ・地域保健活動計画案の作成
		12月26日	9:00~ 12:00		
		12月26日	14:00~ 14:50		
第4回	地域保健活動計画の策定	1月21日	15:30~ 17:00	下甕支所	・地域保健活動計画の策定

2) 地域の概要 (基本データ)

		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		表1 人口の推移と将来推計 (国勢調査、統計さつませんだい)	年々減少しており、今後も減少傾向は続くと推計されている。H42年の人口推計値とH22年の実績値を比較すると、市全体の減少率が13.4%であるのに対して、下甌地域は24.6%と減少率が大きい。	
	出生率、死亡率		表4 出生率(人口千対)の推移 (鹿児島県衛生統計年報) 表5 死亡率(人口千対)の推移 (鹿児島県衛生統計年報)	出生率は国・県よりはやや高い。死亡率も国・県よりはやや高い。	下甌地域の出生率・死亡率
	3区分別人口と割合		表2 年齢3区分構成比 (国勢調査、統計さつませんだい、薩摩川内市エリア別将来推計人口に関する調査)	老年人口が年々増加し、年少人口・生産年齢人口は減少している。下甌地域も同様の状況であるが、より少子高齢化となっている。	
	死因別死亡率		表6 死因別死亡者数 (鹿児島県衛生統計年報)	H22年の人口動態統計死因4位までは、国・県と同様で、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、肺炎、5位は国が老衰で県・本市は不慮の事故となっている。	下甌地域の死因別死亡者数
	世帯数と推移		表7-① 世帯数 (統計さつませんだい) 表7-② 1世帯当たり人員 (市民便利帳)	人口が減少するなか、世帯数はH18以降5年間をみても増加している。今後、1世帯当たりの人員も減少していくことが見込まれる。下甌地域の1世帯当たりの人員は、H20.3.1時点で1.77人となっており、市全体の2.27人を下回っている。	・1世帯当たり人員及び世帯数の将来推計
	高齢者世帯、高齢化率		表8 地域別高齢化率及びひとり暮らし高齢者 (薩摩川内市ひとり暮らし高齢者調査)	H22年の高齢化率27.0%は、国・県を上回っている。今後も年々増加し、H42年には、34.3%に達すると見込まれているが、下甌地域は	高齢者世帯数



		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
			表2 年齢3区分構成比 (国勢調査、統計さつま せんだい、薩摩川内 市エリア別将来推計人 口に関する調査)	H24.4.1 時点で既に 38.2% に達している。 また、ひとり暮らし高齢者は約 4 人に一人であるが、下甌地域 はH24.4.1 時点で約3 人に一 人となっている。	
	介護保険要介 護認定者数お よびサービス 利用者数		表9-① 認定率 (H24.8) 表9-② 認定結果 (H24.8) 表9-③ 居宅・地域密着型・施 設介護サービス受給者 数 (H24.8) (高齢・介護福祉課) 表32 居宅サービス事業者数 (統計さつませんだ い) 表33 地域密着型サービス (統計さつませんだ い) 表34 施設サービス (統計さ つませんだい) 表35 老人福祉施設数 (統計 さつませんだい)	H22 年度末時点の本市の認定 率は国・県よりも高い。 下甌地域の認定率は市平均よ りは低いが、国・県よりは高い。 下甌の認定結果は、要介護1が 最も多く、次いで要介護2、要 介護4となっている。 サービス受給者割合は、市全体 の87.7%に対して、下甌地域 は65.2%となっており、介護 認定を受けてもサービスを受 ける人の割合が少ない。 一つの要因として、サービス事 業者やサービスの種類が少な いことが挙げられる。	サービスの種別 ごとの利用状況
	産業別人口		表10 産業別人口 (国勢調査)	構成比で見ると、第1次産業、 第2次産業が減少し、第3次産 業が増加傾向となっている。下 甌地域も同様の状況であるが、 人口の減少に伴い第3次産業 の産業別人口そのものは減少 している。	

3) 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
コミュニティを構成する人々	<p>表1 人口の推移と将来推計</p> <p>表2 年齢3区分構成比</p> <p>表7-① 世帯数</p> <p>表7-② 1世帯当たり人員</p> <p>表8 地域別高齢化率及び一人暮らし高齢者</p>	<p>図1 あなたは、将来も今住んでいる所に住み続けたいですか</p> <p>図2 あなたは、暮らしの中で地域のつながりは必要だと思いますか</p> <p>図3 あなたは、急なけがや病気などで緊急に誰かの助けが必要になったとき、誰に連絡しますか。</p> <p>図4 あなたは、将来の生活に不安を感じますか。</p> <p>図5 前問で「とても不安を感じる」、「多少不安を感じる」と答えた方にお尋ねします。不安を感じることはどのようなことですか。</p> <p>図7 あなたが、最後を迎えたいと思う場所はどこですか。</p> <p>《会議にて》 意識調査は市全体のものだが、下甗地域も同じ傾向だと思われる。</p>	<p>・人口の減少と少子高齢化の進展が続く。また、1世帯当たりの人員の減少とひとり暮らし高齢者の増加が見込まれる。 今後の地域のつながりの如何によっては、高齢者の閉じこもりの増加や孤立が発生する恐れがある。</p> <p>・高齢者の意識調査（全市）では、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・将来も今住んでいる所に住み続けたい人は、「そう思う」「どちらかといえばそう思う」と回答した人は81.0%となっている。</li> <li>・暮らしの中で地域のつながりは必要だと思う人は、「とても必要だと思う」「どちらかといえば必要だと思う」を合わせて93.7%となっている。</li> <li>・急なけがや病気などで緊急に誰かの助けが必要になったときに連絡する相手は、「配偶者など同居の家族」「別居の子ども、親戚」に次いで、「近所の人」が多い。</li> </ul> <p>これらのことから、多くの高齢者が地域のつながりの必要性や重要性を感じていることがうかがえる。</p> <p>また、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・将来の生活に不安を感じる人は、「とても不安を感じる」「多少不安を感じる」を合わせて63.0%となっており、「不安は感じない」「あまり不安は感じない」を合わせた26.0%を大きく上回っている。</li> <li>・不安を感じる人が不安に思うことは、「自分や配偶者の健康や病気のこと」「自分や配偶者が介護を必要とする状態になること」が多い。</li> </ul> <p>これらのことから、病気の予防や</p>	<p>・1世帯当たり人員及び世帯数の将来推計</p> <p>・高齢者世帯数</p>

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
			<p>介護予防といったことが不安を軽減するためのキーワードと考えられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・最後を迎えたいと思う場所は、「自宅」が 63.1%となっており、「病院」の 12.3%、「施設」の 3.1%を大きく上回っている。</li> </ul>	
1 物理的環境	表 1 1 地域別人口及び人口密度 表 1 2 下甌地域の面積 表 1 3 下甌地域の主要山岳 表 1 4—② 下甌地域の気象状況	図 8 市の位置 図 9 本庁・支所・出張所の所在地	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本庁所在地から長浜港までの所要時間は、串木野港まで車で約 25 分、その後、高速船なら 65 分、フェリーなら 100 分を要する。</li> <li>・人口は市全体の 2.3%、面積は市全体の 8.4%で、人口密度は市全体で最も少ない地域である。</li> <li>・森林面積が 76.7%を占め、急傾斜のまま海に接している地形で坂道等も多い。</li> <li>・三方を海に囲まれ、黒潮の影響を受けて気候温暖、降雨量が多く、年間ほとんど霜が降りない。夏から秋にかけて台風が襲来する。</li> </ul>	
2 経済	表 1 6 小売店舗の状況		<ul style="list-style-type: none"> <li>・基幹産業は水産業、建設業である。</li> <li>・流通は島外からはフェリーのみとなっている。</li> <li>・小売店舗のないコミュニティが 1 コミュニティある。</li> </ul>	
3 政治と行政	図 1 0 市の組織図 図 1 1 財政力指数（類似団体比較）		<ul style="list-style-type: none"> <li>・下甌支所は 8 つある支所のひとつで、支所管内は各種証明書発行のための巡回移動連絡車を運行し、市民の利便性を図っている。</li> <li>・市の財政力指数は 0.46 で、財源的には厳しい状況にある。</li> </ul>	
4 教育	表 1 7—① 幼稚園、小学校、中学校、高校数 表 1 7—② 園児、児童、生徒数		<ul style="list-style-type: none"> <li>・下甌地域を含む甌島には高校が無い。</li> <li>・小学校、中学校の統廃合がある。</li> <li>・市民大学や自主学級等の生涯学</li> </ul>	

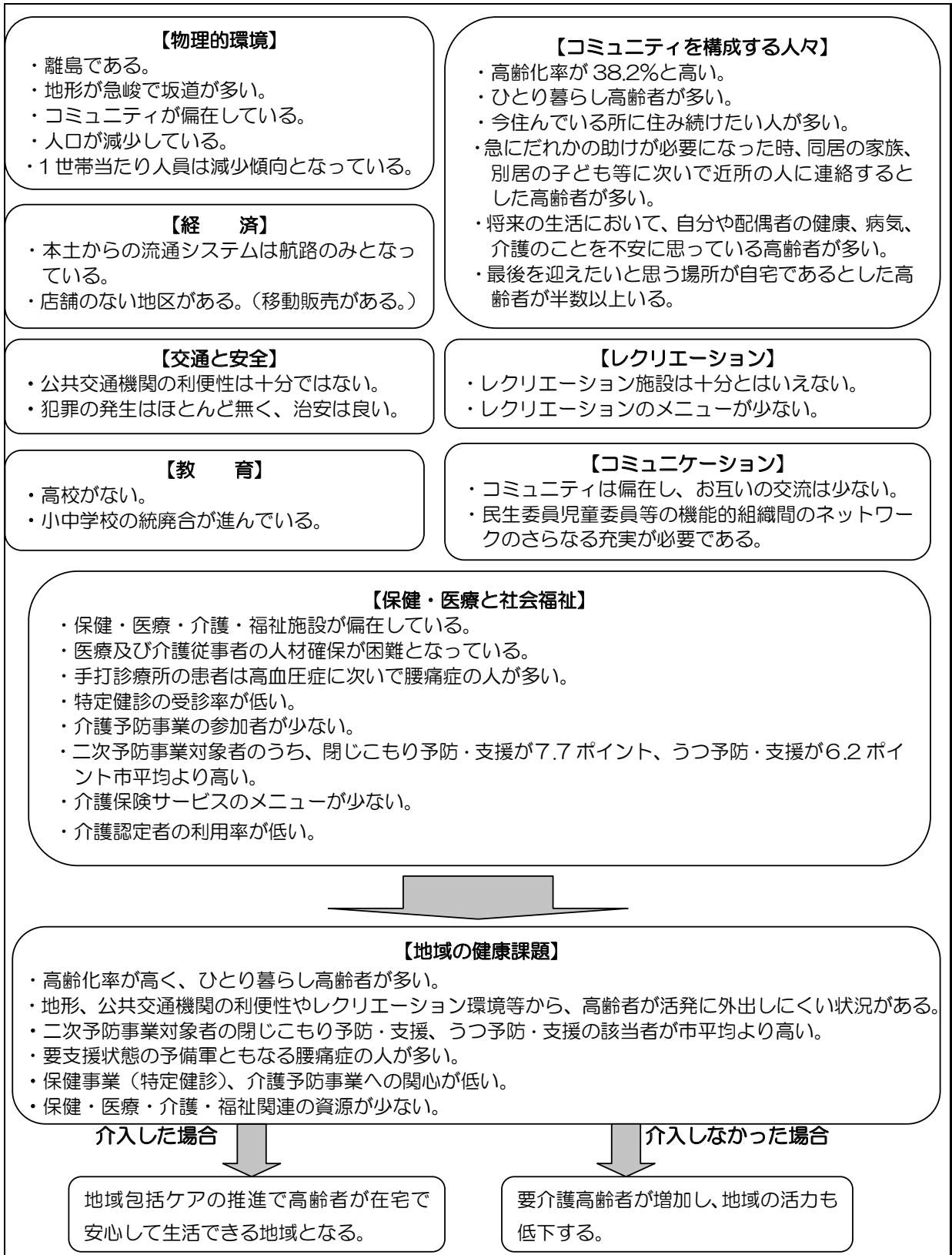
項目	データ (情報源も記入してください)		アセスメント	備考 情報の不足・不備
			<p>習の機会はある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・移動図書館車による巡回があり、利便性は図られている。</li> </ul>	
5 交通と安全	<p>表18—① 甌島航路利用者数 表18—② 下甌地域コミュニティバス「甌かのこゆりバス」路線等</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・公共交通機関の利便性は十分ではなく、特に航路の運行は波の状況に左右される。</li> <li>・地域内の移動手段として特徴的なものとして漁船がある。また、緊急時の本土への重要な移送手段ともなっている。</li> <li>・犯罪の発生はほとんど無く、治安は良い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域内の高齢者の移動手段の実態</li> </ul>
6 コミュニケーション・情報	<p>表19 地区コミュニティ協議会・自治会</p>	<p>図12 「地区コミュニティ」と「行政」の関係の考え方（イメージ）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行政と地域が協働するための仕組みとして、地区コミュニティ協議会・自治会がある。</li> <li>・機能的組織として、民生委員児童委員、健やか支援アドバイザー、母子保健推進員、食生活改善推進員、障害者相談員、介護予防事業リーダー、介護予防ボランティア等が配置されている。これらの組織の個別の活動やネットワークが充実することで、地域が活性化すると見込まれる。また、限られた資源を補完するものとなり得る。</li> <li>・行政からの情報はほぼ全戸に届く仕組みがある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・機能的組織のネットワークの実態</li> </ul>
7 レクリエーション			<ul style="list-style-type: none"> <li>・レクリエーション施設は十分とはいえない。</li> </ul>	
8 保健医療と社会福祉	<p>表20 医療施設 表21 医療業務等従事者数 図13—① 国保の地域別の受診率(入院外) 図13—②</p>	<p>《会議にて》 介護業務従事者も人材確保が困難な状況である。 図6 あなたは、「介護予防」という言葉を聞かれたこ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下甌地域の保健医療等関連の施設は、手打、青瀬、長浜地区に集中している。</li> <li>・医療・介護業務従事者は、常に人材確保が困難な状況にある。</li> <li>・国保加入者の入院外の受診率は市平均を下回っているが、入院の</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険サービスの種別ごとの利用状況</li> <li>・二次予防事業対象者のうち事業不参加者の理由</li> </ul>

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
	国保の地域別の受診率（入院） 図14-① 国保の1件あたり医療費 図14-② 国保の1人あたり医療費 表22 手打診療所における病名別延患者数 表23 手打診療所の退院患者の平均在院日数 表24 手打診療所の研修医及び学生実習受入実績 表25 平成23年度特定健診地域別・個別・集団健診状況 表29-① 平成24年二次予防事業対象者内訳 表29-② 平成24年度にここに教室参加者（下甑地域） 表29-③ 平成23年度二次予防事業対象者の参加による改善状況（下甑地域） 表30 平成23年度ふれあいいきいきサロン事業実施状況 表31	とがありますか。 図15 医療・保健・福祉・介護関係施設位置（下甑地域）	受診率は1.5ポイント上回っている。  ・手打診療所におけるH23年度の延外来患者数は、高血圧、腰痛症、糖尿病・狭心症が多い。同じく入院患者数は、高血圧、腰痛症、狭心症が多い。腰痛があると、体を動かす機会が減ってしまうことがあり、それが原因で外出の頻度が減少したり、筋肉が衰えたり骨がもろくなったり転びやすくなったりして要支援状態になる危険性がある。  ・手打診療所における退院患者の平均在院日数は、国・県を下回っている。  ・手打診療所は医師1名であるが、診療業務支援を得ながら、研修医や医学部生等の実習を積極的に受入れている。  ・特定健診の受診率は市平均を18.1ポイント下回っており、対策をとる必要がある。  ・二次予防事業の日常生活全般、閉じこもり予防・支援、うつ予防・支援、口腔機能の向上の4項目の該当者は、市平均を5ポイント以上上回っている。高齢化が進んでいることや、ひとり暮らし高齢者が多いこと、坂道が多い地形や、公共交通手段の利便性がよくないこと、手打診療所での腰痛症の患者数が多いこと等とも相まって、閉じこもり、うつ対策を始めとする包括的な介護予防事業を展開する必要がある。  ・二次予防事業対象者の事業参加率は市平均を10.4ポイント上回っているものの16.7%と低い。	

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
	平成 23 年度介護予防事業リーダーによる「わっはっは教室」開催状況 表 32 居宅サービス事業者数 表 33 地域密着型サービス 表 34 施設サービス 表 35 老人福祉施設数	<p>参加後の維持を含めた改善率は、運動機能で 93.8%、生活機能で 87.5%と高く事業としての効果があるため、今後、事業内容の充実等を図りながら参加者の掘り起こしに努め、地域全体の介護予防に資する事業として継続していく必要がある。</p> <p>また、「介護予防」という言葉を聞いたことがある人は市全体で 47.0%であることから、「介護予防」そのものの重要性・必要性を広く周知・啓発する必要もある。</p> <p>・ふれあいいいききサロン事業は全てのコミュニティで開催されている。この機会を捉えて、さらに運営方法や内容の充実を図ることで、高齢者の交流の場にとどまらない、介護予防も大きな目的とする事業となり得る。</p> <p>・介護予防に係るボランティアとして、介護予防事業リーダー、介護予防ボランティアが配置されているが、地域資源が限られていることから、今後、増員を図り全体の活動量を増やしていく必要がある。</p> <p>・介護保険サービスは、サービス事業者もサービスの種類も少ないため、可能なものについては代替の仕組みをつくる必要がある。</p>	



4) 地域の現状分析・課題抽出





## 5) 健康課題の特定

問題	その根拠となる状況
<p>高齢者が閉じこもりがちになりやすい。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地形が急峻で坂道が多い。</li> <li>・二次予防事業対象者のうち、閉じこもり予防・支援が7.7ポイント、うつ予防・支援が6.2ポイント市平均より高い。</li> <li>・手打診療所の患者は、体を動かす機会が減ってしまうおそれがある腰痛症の人が多い。</li> <li>・公共交通機関の利便性は十分ではない。</li> <li>・レクリエーション施設は十分とはいえない。</li> <li>・レクリエーションのメニューが少ない。</li> </ul>
<p>健康や介護予防に関する意識が低い。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診の受診率が低い。</li> <li>・介護予防事業の参加者が少ない。</li> <li>・介護認定者の利用率が低い。</li> <li>・「介護予防」という言葉を聞いたことがある人は市全体で47.0%と半数に満たない。</li> </ul>
<p>保健・医療・介護・福祉関連の資源が限られている。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 今住んでいる所に住み続けたい人が多い。</li> <li>② 将来の生活において、自分や配偶者の健康、病気、介護のことを不安に思っている人が多い。</li> <li>③ 最後を迎えたいと思う場所が自宅であるとした人が半数以上いる。</li> </ol> <p>にもかかわらず、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険サービス事業者が少ない。</li> <li>・介護保険サービスのメニューが少ない。</li> <li>・医療・介護・福祉施設が偏在している。</li> <li>・民生委員児童委員等の機能的組織の組織間のネットワークが不十分である。</li> </ul>

6) 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
<b>【テーマ】限られた資源の活用による地域包括ケアの推進</b>					
<p>高齢者が在宅で安心して生活できる。</p> <p>保健事業・介護予防事業の充実と既存の地域のネットワークの連携・強化を図る。</p>	<p>(1) 各種事業に関する周知啓発</p> <p>① 個別通知や広報誌の活用による各種事業の周知・啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個別通知 1回/年</li> <li>・ 広報誌への掲載 2回/年</li> <li>・ うつ・閉じこもり予防のチラシの全戸配布 2回/年</li> </ul> <p>② ネットワークの活用による各種事業への参加（受診）勧奨</p> <p>③ 二次予防事業不参加者への訪問による実態調査</p> <p>(2) 各種事業の充実</p> <p>① 特定健診受診率向上のための関係者による検討会の開催 1回/年</p> <p>② 講演会の開催 テーマは脳卒中と介護予防 2回/年</p> <p>③ 地区コミュニティや高齢者クラブ連合会等へ出向いての、介護予防ボランティアや介護予防事業リーダーの存在のPR</p> <p>(3) 保健・医療・福祉・介護分野の関係者の合同研修会の開催 年1回</p>	<p>各種事業の周知・啓発による事業内容の理解度の向上</p> <p>参加（受診）率の向上</p> <p>不参加理由の把握</p> <p>特定健診受診率の向上</p> <p>疾病予防や介護予防の重要性の啓発</p> <p>ネットワークの連携・強化のためのPR</p> <p>ネットワークを構成する各団体等の役割やメンバー等の相互理解を深めることによるネットワークの連携・強化</p>	<p>予算 時間 人</p> <p>時間 人</p> <p>予算 時間 人</p> <p>人</p> <p>人</p> <p>予算 人</p>	<p>◎</p> <p>◎</p> <p>◎</p> <p>◎</p> <p>◎</p> <p>◎</p> <p>◎</p>	<p>年度毎</p> <p>年度毎</p> <p>事業毎</p> <p>事業毎</p> <p>年度毎</p> <p>年度毎</p> <p>事業毎</p>

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>(4) 保健・医療・福祉・介護分野の関係団体等の個別研修会・連絡会等の開催</p> <p>①地区民生委員 研修会 1回/年</p> <p>②健やか支援アドバイザー 研修会 3回/年</p> <p>③食生活改善推進員 研修会 3回/年</p> <p>④在宅介護支援センター 圏域担当者会議 1回/月 研修会 1回/年</p> <p>⑤介護予防事業リーダー 研修会 3回/年</p> <p>⑥介護予防ボランティア 随時/通年</p> <p>⑦診療所と情報交換・連携 随時/通年</p> <p>⑧その他 上記以外にも必要に応じ、必要な団体や関係者等とタイムリーに連絡・連携をとる。</p>	<p>ネットワークを構成する各団体等の活動の充実</p>	<p>人</p> <p>人</p> <p>人</p> <p>人</p> <p>人</p>	<p>◎</p> <p>◎</p> <p>◎</p> <p>◎</p> <p>◎</p>	<p>年度毎</p> <p>年度毎</p> <p>年度毎</p> <p>年度毎</p> <p>年度毎</p> <p>年度毎</p> <p>年度毎</p>

## 7) モデル事業の振り返り

### 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

メンバー決定、地域診断実施体制づくりは比較的スムーズに進んだ。これは、診断対象を離島の1地域としたことで関係団体や関係者等が限られたことや、それぞれが顔見知りで日常的にも協力関係であったためと思われる。

#### ■障害になった点とその解決策

目的を明確化するにあたって、「地域全体を総合的・多角的にアセスメントとし健康課題とその解決策を検討する。」としたことで、情報の収集・整理に時間を要した。

今回あらためて収集した情報も含め、日頃から、基本的な情報として取りまとめておくことが解決策となるとともに、地域診断のみならずいろいろな場面でタイムリーに役立つと考えられる。

### 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

本事業への取り組みの決定がずれ込んだこともあり、最も時間を要した情報の収集・整理については既存のデータを活用した。

(その過程で、既存のデータにも地域診断に活用可能な多くのものがあることを認識できた。)

#### ■困難点と解決方法

質的データの収集のためのヒアリング等が実施できなかったが、地域診断を行うメンバーでの協議等のなかで一部補うことができた。

### 3. 今後の展開について

#### ■地域診断の活用について

今回実施した地域診断を基本として、継続していきたい。また、今後の活動計画の実施状況等も勘案し、市内全域での地域診断の実施も検討したい。

#### ■改善ポイント

基本的な情報については、地域診断のためだけでなく日常的に収集・整理しておきたい。

## 第4章 手引書の作成

### 1. 手引書のねらい

平成22年度調査で明らかになった地域診断における現状の課題を踏まえ、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の各地域の取組の参考となる実践的でわかりやすい手引書を作成することを目的としたものである。この手引書では、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いる。

モデル事業では、2か月という短期間ではあるが、一連のプロセスを実施し、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関する記録や成果などを提供いただいた。これらの事例および先進事例のヒアリング調査結果を活用し、具体的かつ実践的な内容とし、多様な地域において、医師・保健師をはじめ地域診断や地域の保健計画、保健活動の計画立案、実践、評価に携わる多職種の方々の参考としていただくことを想定したものである。

### 2. 手引書の構成

手引き書は以下のような構成とした。

I章：手引きの背景、概要、使い方などを紹介。

II章：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以下の6つのステップごとに紹介。

- 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) 課題の整理
- 5) 地域保健活動計画の立案
- 6) 活動実践と評価

III章：モデル地域で実践した事例の概要を掲載。

付録：参考となる文献、手法と、II章で紹介した手順で実施する際に使用する記録様式やシートなどを掲載。

### 3. 手引書の概要

次頁に示す手引書の枠組み（地域診断～活動計画、実践・評価の手順）は、予備調査に基づいて検討し、モデル事業において検証されたものである。

モデル事業では、「モデル事業実施要領」に記載された実施手順に沿って検討が進められ、様式やワークシートを用いて情報の整理、分析が行われた。モデル事業終了後のヒアリングにおいて、様式に記載すべき内容について説明が不足している点などが指摘されたが、地域診断の実施手順や手法としては実践可能であり、一定の成果につながるものであるということが確認された。

そこで、この枠組みに沿って、モデル事業により実践された具体的な取組内容を交えて、具体的なイメージを示す形で「手引書」をとりまとめた。作成した手引きは別冊とした。

### 4. 手引書の改定について

手引書の改定および構成について、主に以下の方針に基づいて改定を行った。

- ・全体のモデル事業の報告部分の分量を削減し、わかりやすくシンプルな構成とした。
- ・手順は23年度構成に準じて6ステップとした。
- ・手順を簡潔、明快に示した。必要に応じて例示を示した。
- ・モデル事業の結果は地域特性と概要を示し、具体的な内容は報告書を参照する形とした。

また、改定内容については、以下の点について、モデル事業および文献レビューに基づき記述を充実させた。

- ・目的に応じたデータの収集について、テーマを絞った簡略に実施する場合の例示を示した（住民の声などの質的収集手法の具体化）。
- ・課題抽出、分析プロセスについて、各地域における検討の視点、着目したデータ、まとめ方の工夫などを示した。また、他のモデルにおける検討枠組みを紹介した。
- ・実施と評価について、客観的な評価指標の例示などを示した。
- ・関係機関との連携と役割分担について、関係者と役割分担を示した。

○構成（目次）

H23 年度版	H24 年度版	検討・変更点
<p>I この手引きの概要</p> <p>1. 背景と目的</p> <p>2. この手引きの構成と使い方</p>	<p>I この手引きの概要</p> <p>1. 背景と目的</p> <p>2. この手引きの構成と使い方</p>	<p>（改定内容に合わせて調整）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 簡潔にする</li> <li>・ 効果的な活用方法を示す</li> </ul>
<p>II 地域診断・活動計画立案手法の手順</p> <p>1. 目的に応じた地域診断</p> <p>2. 情報収集・整理</p> <p>3. 地域アセスメント</p> <p>4. 地域診断</p> <p>5. 地域保健活動計画の立案</p> <p>6. 活動の実践と評価</p>	<p>II 地域診断・活動計画立案手法の手順</p> <p>1. 目的に応じた地域診断</p> <p>2. 情報収集・整理</p> <p>3. 地域アセスメント</p> <p>4. 地域診断</p> <p>5. 地域保健活動計画の立案</p> <p>6. 活動の実践と評価</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 4. 地域診断を4. 課題の整理と特定に変更</li> <li>・ モデル地域の例示を効果的に活用</li> <li>・ 文献レビュー結果を活用して手順の説明を補強</li> <li>・ 必要に応じてポイントを解説</li> <li>・ 情報収集・分析、評価等についてコラムを追加</li> </ul>
<p>III 取組事例</p> <p>1. 「心の健康づくり・自殺予防事業」（大森地域）</p> <p>2. 「高血圧を中心とした生活習慣病対策」（涌谷町）</p> <p>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）</p> <p>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」（御調町）</p> <p>5. 「『まめなかな和良21プラン』の策定」（旧和良村）</p>	<p>III 取組事例</p> <p>事例一覧表＋各地域について概要を簡潔（見開き2ページ程度）に示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ テーマ</li> <li>・ 地域特性</li> <li>・ 実施体制</li> <li>・ 実施プロセス上の特徴</li> <li>・ 地域課題と計画</li> <li>・ その他</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 読者が参考としたい地域を見つけられるようにする。</li> <li>・ 詳細な内容は報告書に掲載する。</li> </ul>
<p>付録</p> <p>■ 参考資料</p> <p>■ 実施項目チェックリスト</p> <p>■ 記録様式・ワークシート</p>	<p>付録</p> <p>■ 参考文献リスト</p> <p>■ 実施項目チェックリスト</p> <p>■ 記録様式・ワークシート</p> <p>■ ワールド・カフェについて</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 様式・ワークシートは適宜改定</li> </ul>



## 第5章 まとめと提言

### 1. 事業のまとめと考察

本調査事業では、全国の多様な地域において、地域診断ならびにその結果に基づく計画策定、実践、評価を通じて地域の関係機関の連携による地域包括ケアを促進することを目的として、平成23年度に作成した「実践につながる住民参加型地域診断の手引き」を改訂した。手引きの改訂にあたっては、7地域においてモデル事業を実施した。モデル事業の実施結果より、以下のことが把握された。

#### (1) 実施体制

- 実施体制として、全ての地域において多職種・多組織から構成されており、さらに住民の参画があった。住民としては、保健推進委員や民生委員など地区組織の方や、老人クラブ、PTA役員などの地域のキーパーソンとなる人で構成されていた。
- 国保直診施設からは医師・歯科医師・看護師・MSW、歯科衛生士などが参画し、行政からは担当課の事務職・保健師、支所の保健師、地域包括支援センターの所長・保健師らが参画していた。
- モデル事業を実施した多くの地域では、国保直診施設が地域と密接に関わりながら地域の医療、地域包括ケアを支えている基盤がある。行政や地域包括支援センターの保健師とも日常的に住民の健康課題や支援を要する住民等に関する情報共有・連携が行われており、モデル事業で実施した診断においても、専門的見地からの助言がなされていた。
- 地域診断の実施や会議の調整・運営は主に保健師が中心となっていた。モデル事業期間中は、住民・多職種・多組織を含めた全体会議の開催回数、頻度は限定されているが、保健師などコアメンバー間では日常的に頻繁な打ち合わせを行いながら地域診断が進められていた。
- 実際のデータ収集や情報の整理は保健師等が中心に進められた。地域診断のアセスメントや保健計画立案にあたっては、住民の視点、行政の事務職、病院も含めた多職種・多機関からの視点が有用であることが示された。
- 参加した住民の意識が高まり、住民主体の自発的な活動へとつながった事例もあった。

#### (2) 情報収集・整理

- 地域診断に必要なデータや情報が行政の様々な部署に分散していたり、データのありかが分からないなどの問題があり、情報収集・整理に、多くの時間を要していた。
- 一方で、昨年より地域診断に取り組み、今年度研究事業に継続して取り組んだ地域

からは、昨年実施の地域診断のためのデータを基に、今年度のデータに更新、さらにデータを追加することには多くの時間はかかっていなかった。地域診断の最初のデータ収集・まとめに時間がかかるが、一度枠組みを作成すると活用しやすくなり、作業の負荷が大幅に軽減されることから地域診断に取り組みやすくなる可能性が示された。

- 専門職種だけではなく行政の事務職が参画することで、地域に関する情報の収集、整理を円滑に進めることができることや、保健師の視点に偏らない助言が得られたケースなど、連携・協働による効果が確認された。
- 地域全体の地域診断ではなく、特定の課題についてアセスメントをする場合、コミュニティ・アズ・パートナーモデルでは、広く情報をとっても特定の課題に直接結びつかず、課題に関する情報を効率的に集められなという指摘があった。特定の課題に関連するデータ・情報ということを常に念頭におき、課題との関連を踏まえながら情報を収集・整理することが必要であると考えられる。ただし、特定の課題に関するものだけでは、地域の潜在的な課題に関連する重要なデータを見落とす可能性があるため、特定の課題に対して、多面的・多角的にデータを収集し、分析することも必要である。
- 住民の声を収集する手法として、ワールドカフェ方式を取り入れた地域があり、準備やデータ整理にある程度の手間が必要であるが、住民同士の交流促進などの副次的な効果が確認された。
- 前年度等にすでに独自に実施された地域診断結果について、手引書の手順、ワークシートに沿って再整理した地域では、あらためて体系的な視点で整理できたという意見もある一方で、あてはめにくいという意見もあった。本手法によらず、すでに地域診断を実施している地域ではあえて形式にこだわる必要はなく、必要な視点が網羅されていることが確認できればよいと考えられる。

### (3) 地域診断（分析の手法）について

- アセスメントから健康課題を特定するプロセスにおいては、多職種が参画し、異なる視点から検討することで地域の健康課題をより総合的・多面的に捉えられると考えられる。
- アセスメントや健康課題の特定については、保健師の経験や技量によっては難しい面があり、「現状」として上げる項目と、「課題」として上げる項目が混同される場面が見られた。また、検討にあたっては手引書の例示が参考にされており、アセスメントに関するより具体的なアドバイスや、詳細な例示があることで、より確度が高い地域診断実施の補助となる可能性が示された。
- また、地域診断においては、データ分析の仕方、統計結果の読み方が重要である。客観性を保ち実効性の高い地域診断を実施するためには、研究者や専門家がアド

バイザーとして指導、助言するなどの体制をとることが有効であると考えられる。

#### (4) 活動計画立案・活動の実践と評価について

- 活動計画立案にあたっては、モデル事業は短期であるため実現可能性を重視した優先度設定をする地域が多かった。課題から導かれた対策については、短期的にアクションすべき取組と、短期的な実現は困難であるが中長期的に体制を整えて取組むべき項目が想定される。実践的な計画を確実に実施して成果を積み上げていることが重要であるが、本質的な課題解決に向けて中長期的に取り組むべき項目についても着実に進めることができる計画立案が求められる。
- 活動計画の評価項目の設定の考え方に難しい部分があった。客観的かつ住民への効果、影響という観点から「評価」ができるように活動計画を立て、評価できる「評価指標」を検討する必要がある。
- 「評価指標」の立て方について、手引書において具体的な考え方や例などを示すとわかりやすくなると考えられる。手引書の改訂にあたっては、評価に関する解説を加え、評価の目的や評価の指標についての基本事項を説明した。

#### (5) 地域診断の活用（まとめ）

- モデル事業の実地地域は、もともと地域の関係機関との連携が良好である地域であったが、地域診断を通じて行政、病院など多職種との相談・連携がさらに促進され、地域に関する情報が共有されることにより、地域の健康課題を共通認識として捉えることができていた。
- 地域診断により、データを根拠として課題を導く（確認する）プロセスを経ることで、挙げた健康課題が保健師の直観だけではなく、住民の課題であることが確認でき、客観的なデータ活用の有効性が実感されていた。
- 地域診断により地域の健康課題が明確になり、事業の優先順位が明確になり、事業の見直しにも活用できる可能性が示された。
- 地域診断の結果は、積極的に住民への情報提供に活用されており、よりエビデンスに基づいた健康教育・保健指導などへ活用されていた。
- 地域の現状把握と評価項目の明確化につながり、保健事業の質の担保につながると考えられる。
- 地域診断は、保健師の役割の再確認と資質向上のためのツールの1つとなると考えられる。新任の保健師や、異動などで新しい地域に着任した保健師が地域を深く理解するためのプロセスとしても非常に有効であるということが確認された。
- モデル地域において、地域診断の有効性が確認されたことで、次年度は市内の他地域にも展開が予定されているとの報告があった。積極的に情報を共有し、他者の目を取り入れ、意見をもらうことでよりよい地域診断や計画策定につながると

いう意欲的な取組例であった。

#### (6) 医療機関と行政との連携促進による地域包括ケアの推進

- モデル事業においては、医療機関（国保直診施設）から医師・歯科医師・看護師・MSW、歯科衛生士などが参画した。これらの地域では、国保直診施設が地域と密接に関わりながら地域の医療、地域包括ケアを支えている基盤がある。行政や地域包括支援センターの保健師とも日常的に住民の健康課題や支援を要する住民等に関する情報共有や、地域住民への啓発などの活動においても連携が行われており、モデル事業で実施した診断においても、専門的見地からの助言が得やすく効果的に連携が進められていた。
- 行政からは担当課の事務職・保健師、支所の保健師、地域包括支援センターの所長・保健師らが参画していた。専門職種だけではなく行政の事務職が参画することで、地域に関する情報の収集、整理を円滑に進めることができることや、保健師の視点に偏らない助言が得られたケースなど、連携・協働による効果が確認された。
- モデル事業の実地地域は、もともと地域の関係機関との連携が良好である地域であった。地域診断を通じて行政、病院など多職種との相談・連携がさらに促進され、地域に関する情報が共有されることにより、地域の健康課題を共通認識として捉えることができていた。
- 地域包括ケアを推進するに当たっては、地域の実情に応じた優先課題を限られた職種だけではなく、住民も含めた多職種によって検討し、その取り組みを行っていくことによって医療機関、行政あるいは保険者さらには住民が、それぞれの価値観だけではなく、共通認識の下で活動実践できるという可能性が期待でき、既存事業の見直しや事業間の相互連携などへつながると思われる。

## 2. 提言

### (1) 地域診断の手法および手引書について

- 地域診断を継続的に実施することで、経年的にデータを積み上げること、データを更新していくことが重要であると思われる。
- 地域診断のためのデータ収集・まとめに、手間と時間がかかる現状がある。地域診断においてどのようなデータを収集し、整理していくかについては、ガイドラインや、データを整理する枠となるようなものを提示することも必要と考えられる。基本となるデータ収集・まとめ方が標準化されることも必要と考えられる。
- データが分散していることに関しては、データの一元化やシステム化し共有・収集しやすくする工夫が必要と考えられる。地域を包括的にみるためには、データを使用しやすいように1か所に集約することで、多職種が有効活用できるよう自治体等へ要望していくことも必要と考えられる。
- 地域診断については、専門家等の関与により積極的に進められている地域から、実践方法がわからず実際に取り組んでいない地域まで多様である。ここで提案する手引書は、主として、比較的経験の浅い地域でも、できることから実践して効果を実感し、継続的な実施につなげていくことをねらったものである。地域の取組レベルに応じた活用方法がありうると考えられる。
- 地域診断に関する知識や技術、あるいは地域資源は必ずしも潤沢とは言えず、大学や研究機関、あるいは県、国診協などが、そのノウハウや不足している資源を補うことができるような支援システムづくりも考慮する必要があると思われる。

### (2) 地域診断～実践・評価のサイクルによる地域包括ケアシステムの推進

- 地域診断から住民の視点を含め情報を共有していくことで、活動計画・評価においても、住民と協働しやすく、住民主体の活動につながる可能性がある。また、住民組織活動の育成にもつながると考えられる。
- 地域診断は、保健師だけのものではなく、住民・保健・医療・介護・福祉の連携を進めるためのツールとしての有用性が示され、活用が期待される。

### (3) 医療機関と行政との連携促進による地域包括ケアの推進

- 多くのモデル事業実施地域では、国保直診施設が地域と密接に関わりながら地域の医療、地域包括ケアを支えている基盤がある。行政や地域包括支援センターの保健師とも日常的に住民の健康課題や支援を要する住民等に関する情報共有や、地域住民への啓発などの活動においても連携が行われている。行政と一体的に地域包括ケアを推進してきた国保直診施設の機能を、他の地域において、医療機関と行政の連携によりどのような形で展開することが可能であるか、更なる検討が必要である。



- モデル事業では、行政からは担当課の事務職・保健師、支所の保健師、地域包括支援センターの所長・保健師らが参画していた。専門職種だけではなく行政の事務職が参画することで、地域に関する情報の収集、整理を円滑に進めることができることや、保健師の視点に偏らない助言が得られたケースなど、連携・協働による効果が確認された。地域診断の実効性を高め、地域包括ケアの推進につながるためには、地域の体制の実態を踏まえつつ職種や機関ごとの役割を明確にし、より効果的な連携のあり方を検討し、広く普及させることも有用であると考えられる。また、こうした体制を構築することは、地域における様々な場面で活用できるものと考えられる。
- モデル事業を通じて、住民をはじめ多職種・多機関が参画して、一連の地域診断の取り組みを実践することにより、互いに知り合い顔の見える関係を構築することや、地域に関する状況認識や目標を共有することができるなど、地域診断に直接関わる取組のみならず、地域診断をきっかけとしてその後の日常の業務においても効果が得られている。また、前年度に引き続きモデル事業に取り組んだ地域からは、事業の質の向上や住民意識の高まりなど継続することの効果が報告されている。地域診断およびその結果に基づく計画策定、実践、評価の一連のプロセスを地域で協働して実施する取組として定着させることが重要であると考えられる。
- 保険者の立場からは、医療保険制度の安定化、医療の適正化、市の財政の健全化の視点で地域診断を実施し、施策へとつなげることが重視されている。地域診断を実施し根拠に基づく計画の立案、実践によって効果的に住民の健康づくりが促進されることは、保険者にとっても有益な取組であると考えられる。また、保険者の立場で望むことは、地域住民の健康と安心・安全なまちづくりである。今回のモデル事業から、医師不足の現状で、地域の健康づくりのあり方についても一定の方向性が示されたと考える。
- 医療機関、行政あるいは保険者それぞれの立場がそれぞれの注目する課題と住民ニーズとのギャップ、例えば医療機関の専門性による健康課題の地域ニーズとのミスマッチや、行政の施策と地域ニーズのとのミスマッチ、財政的問題への傾注などを、地域ニーズや地域の疾病構造、地域資源と整合性を保ちながら、それぞれの機関と住民との協働の下で政策展開していくためにも、住民も含めた多職種による地域診断が重要な役割を果たすと考えられる。言い換えれば、地域診断に基づく計画づくりや政策展開が、その地域の実情に即した多職種連携による地域包括ケア実践の軸となると思われる。

## 第6章 委員会・作業部会

本事業の実施に際し、学識経験者、国診協役員・国保直診施設長等から構成される「地域診断に基づく地域包括ケアの推進に向けた医療機関と保険者の連携促進に関する調査検討委員会（委員会・作業部会）」を設置し、調査研究の企画、調査研究結果の分析、報告書作成等の検討を行なった。

### ○委員会

委員長	伴 信太郎	名古屋大学医学部附属病院総合診療部教授
委員	阿波谷敏英	高知大学医学部医学科家庭医療学講座教授
委員	高見 徹	副会長/鳥取県・日南町国保日南病院長
委員	大船 昭宏	青森県：深浦町国保関診療所事務長
委員	佐藤 元美	岩手県：一関市国民健康保険藤沢病院事業管理者兼院長
委員	五十嵐俊久	神奈川県：大和市立病院長
委員	高山 哲夫	岐阜県・国保坂下病院長
委員	奥野 正孝	三重県：公立紀南病院地域医療研修センター長
委員	徳田 道昭	香川県：さぬき市民病院長
委員	初井 眞二	大分県：国東市民病院長
委員	金丸 吉昌	宮崎県：美郷町地域包括医療局総院長
委員	瀬戸上健二郎	鹿児島県：薩摩川内市下甕手打診療所長

### ○作業部会

部会長	伴 信太郎	名古屋大学医学部附属病院総合診療部教授
委員	阿波谷敏英	高知大学医学部医学科家庭医療学講座教授
委員	高見 徹	副会長/鳥取県・日南町国保日南病院長
委員	高橋 智子	秋田県・横手市西部地域包括支援センター保健師主査
委員	千葉 昌子	宮城県・涌谷町健康福祉課副参事
委員	後藤 忠雄	岐阜県・郡上市国保地域医療センター国保和良診療所長
委員	原 しおり	岐阜県・国保坂下病院保健師
委員	三上 隆浩	島根県・飯南町立飯南病院歯科口腔外科部長
委員	大浦 秀子	広島県・公立みつぎ総合病院参与
委員	津野 陽子	東邦大学医学部看護学科地域看護学助教
オブザーバー	松葉 泰昌	名古屋大学大学院医学系研究科 地域総合ヘルスケアシステム開発寄附講座講師

### ○事務局

伊藤 彰	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会事務局長
鈴木 智弘	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会業務部事業課課長補佐
江崎 郁子	株式会社三菱総合研究所ヒューマン・ケアグループ主任研究員
杉山 恵	株式会社三菱総合研究所ヒューマン・ケアグループ 研究員



# 参 考 资 料

# 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 ——

## Version 2

平成25年3月

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

# 目 次

<b>I</b>	<b>この手引きの概要</b> .....	<b>1</b>
1.	背景と目的.....	1
2.	この手引きの構成と使い方.....	2
	（1）地域診断～活動計画、実践・評価の手順.....	2
	（2）この手引きの使い方.....	2
<b>II</b>	<b>地域診断・活動計画立案手法の手順</b> .....	<b>5</b>
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.....	21
4.	課題の整理と特定.....	31
5.	地域保健活動計画の立案.....	37
6.	活動の実践と評価.....	41
<b>III</b>	<b>取組事例</b> .....	<b>45</b>
1.	「心の健康づくり・自殺予防事業」（大森地域）.....	48
2.	「市と地域の連携のあり方」（中津川市）.....	50
3.	「「地域診断」から「地域包括ケア＝総力戦」の輪を広げよう」（日南町）.....	52
4.	「お口の健康を切り口とした、乳幼児期からの子育て支援と生活習慣改善」（飯南町） .....	54
5.	「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に」（尾道市御調町）..	56
6.	「国東市の健康実態を知り、生活習慣病を予防しよう。～地域の健康課題に沿った保健 活動を実践するために～」(国東市).....	58
7.	「限られた資源の活用による地域包括ケアの推進」（下甕地域）.....	60
<b>付 録</b>	.....	<b>63</b>
■	参考資料.....	64
■	実施項目チェックリスト.....	65
■	「ワールド・カフェ」の実施方法.....	69
■	記録様式・ワークシート.....	75

## 1. 背景と目的

(社)全国国民健康保険診療施設協議会では、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。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「地域診断」により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、「地域診断」の重要性は広く認識されているものの、有効な地域診断の実施、統計データの活用、結果の共有などにおいて課題があることが明らかになりました。

平成 23 年度には、地域診断のプロセス、すなわち活用するデータの選定・収集方法や、データを分析して地域の課題を明らかにし、優先度や活用可能な資源について判断し、具体的な計画を立案し、実践につなげることを支援するための「手引き」を作成しました。手引きに沿って地域診断を実践することにより、住民参加の重要性が改めて明らかになり、病院と行政等の関係機関の多職種間の相互理解と連携促進、日ごろ意識されていた健康課題の裏づけなどの効果が確認されました。一方で、手引書の実効性を高めるためには、手法を具体化し、多様な地域への適用可能性を広げる必要があることも明らかとなりました。

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、全国の多様な地域において地域診断が実施され、診断結果に基づいて地域課題の解決に向けた計画の策定、実践、評価を通して地域の関係機関の効果的な連携による地域包括ケアを促進することを目的として、平成 23 年度に作成した手引書をさらに充実させ、より実践的かつ実効性の高い手引書を作成しました。

この手引書では、モデル事業に基づいて、地域診断の目的の設定、収集するデータ項目、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、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) 課題の整理と特定
- 5) 地域保健活動計画の立案
- 6) 活動の実践と評価

### (2) この手引きの使い方

この手引書は、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概要を掲載しています。
- ・ 地域の特性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。
- ・ モデル事業の詳細は、報告書<sup>1</sup>に記載しています。ご参照ください。

- ・ **付録**では、参考となる文献や手法の詳細、II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。

<sup>1</sup>地域診断に基づく地域包括ケアの推進に向けた医療機関と保険者の連携促進に関する調査事業報告書（平成25年3月）

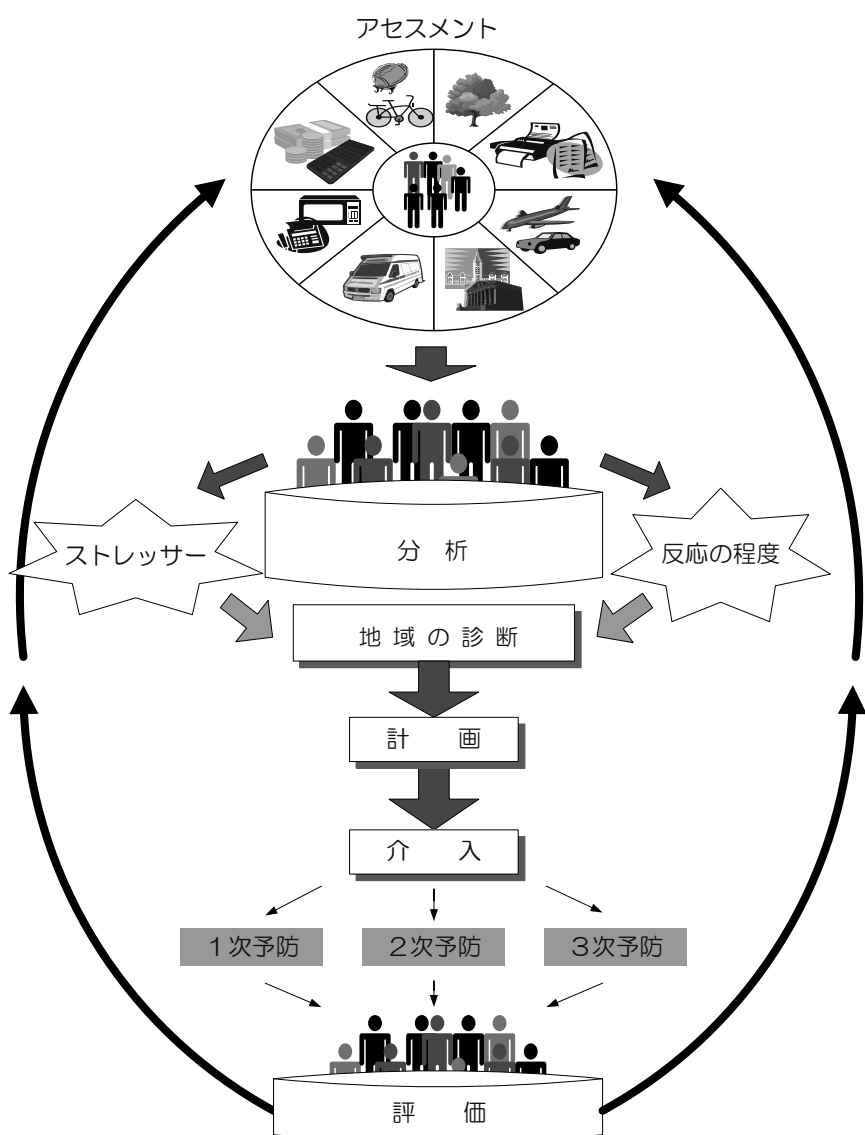
[http://www.kokushinkyō.or.jp/index/principalresearch/principalresearch\\_detail/tabid/169/Year/2013/Default.aspx](http://www.kokushinkyō.or.jp/index/principalresearch/principalresearch_detail/tabid/169/Year/2013/Default.aspx)

参考ページ	様式・ワークシート	備考
<p><b>1. 目的に応じた地域診断</b></p> <p>1-1. 目的を明確化する                      &lt;あなたの地域診断の目的は…&gt;                      (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) 日常活動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 地域診断に取り組む体制を検討する                      ■ 診断を行い、検討するメンバーを決める                      ■ 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>		
8		・地域診断のキーパーソンは保健師になります。 ・職種協働を意識してメンバーを集め、多角的な視点で議論しましょう。 ・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。
9	【様式1・2】	
10		
11		・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出来ます。 ・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ます。 ・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。
15		
16		
17	【ワークシート①】	
18		
19		
<p><b>2. 情報収集・整理</b></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                      ■ 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)</p> <p>② 地区調査・地区視診を実施する</p> <p>③ 地区調査・地区視診を実施する</p> <p>④ 情報源を整理する</p>		
<p><b>3. 地域アセスメント</b></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                      ■ 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                      ■ 情報を整理する                      ■ 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> <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>		
21	【ワークシート②】	・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。
22		
25		・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ったことで地域への多角的な視点を持つことができます。
28	【ワークシート①・②】	
<p><b>4. 課題の整理と特定</b></p> <p>① 健康問題・課題を提示する                      ■ 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> <p>② 健康課題を特定する                      ■ 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>		
31		
32	【ワークシート③】	・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。
	【ワークシート④】	・抽出した課題についてさらに掘り下げていきます。
<p><b>5. 地域保健活動計画の立案</b></p> <p>■ 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>		
37	【ワークシート⑤】	・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><b>6. 活動の実践と評価</b></p> <p>① 活動計画に沿って活動を実践する                      ■ 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> <p>② 計画と活動を評価する                      ■ 活動計画をもとに実践した成果を評価する</p>		
41		・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。
42	【ワークシート⑥】 【様式3】	・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。



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



【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：地域診断に用いるモデルについて＞

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。

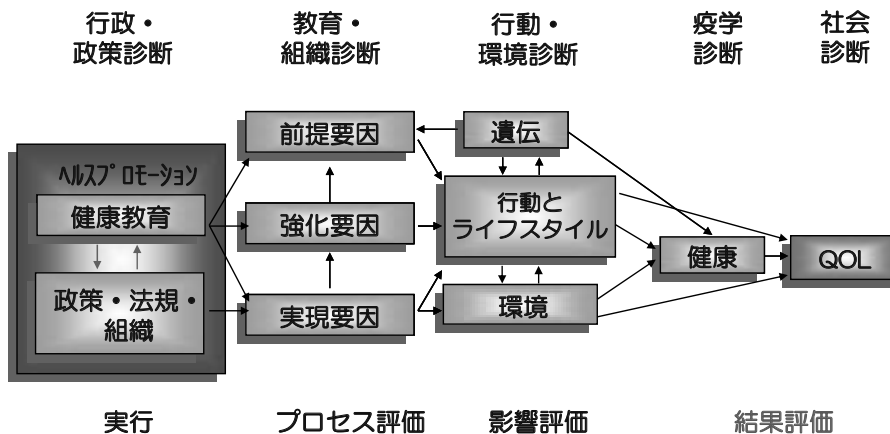
【コミュニティ・アズ・パートナーモデル】

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)

【フリシード・フロシードモデル】

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。

具体例は報告書※を参照

#### 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。

具体例は報告書※を参照

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、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。

※平成 23 年度報告書「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」  
[http://www.kokushinkyō.or.jp/index/principalresearch/principalresearch\\_detail/tabid/169/Default.aspx?ItemId=159](http://www.kokushinkyō.or.jp/index/principalresearch/principalresearch_detail/tabid/169/Default.aspx?ItemId=159)

## 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。

- 地域の機関となる医療機関（国保直診施設など）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
- 行政担当課（保健福祉課等）の担当者（専門職・事務職）
- 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。
- ※ 行政の事務職の参加により、データ収集を円滑に行ったり、異なる視点からの意見を得ることが可能になります。
- ※ 毎回、全員が出席することにこだわらず、内容や都合に応じて柔軟に対応しましょう。

#### 【事例①】

A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うため、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

⇒それぞれのメンバーの役割や参加する理由を考慮して、地区の実情に合わせて、メンバー構成を検討しましょう。

## 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
- どのような既存資料が活用可能か
- 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。

## 【事例②】

A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。

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。

地域全体の情報については国勢調査等を活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。

(情報源)

- 国勢調査
  - A地域の人口・世帯数の推移
  - 人口動態の年次推移
  - 主要死因別死亡者数
  - A地域の在宅高齢者の状況
  - A地域の要介護認定状況・在宅サービス受給者等
    - ・ 市全体の介護保険被保険者の推移
    - ・ 市全体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

●は「地域の概要の基本となるデータ」(P 11)に関連するデータ

### ③ スケジュールの検討

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。

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、会合の開催時期、時間帯、各回の議題などをあらかじめ計画します。

中核となるメンバーは、日常の業務を通じて密に連絡を取り合いながら検討を進め、重要なポイントでは、関係者全員が集まる場を設定するなど、多忙なメンバーの負担を最小限とするよう工夫をしましょう。

多忙な業務の合間に実施するため、参加者には負担がかかりがちですが、他の目的の会合で関係者が集まる機会を活用し、その前後の時間帯に設定する、という方法もあります。

#### 【事例③】

B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、住民の声を集め活動計画の策定を行いました。

第1回	モデル事業の方向性を決め、メンバー間の意思統一を図る。講演会を開催するにあたり、進行や周知方法を検討。
第2回	講演会後に「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開催。
第3回	ワークショップを受けて課題の抽出・特定。
第4回	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。
第5回	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。

## 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

#### i) 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＝地域を構成する人々】（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-NE T、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>) 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できます(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																																																								
地域を構成する人々 (基本データ)	総人口と推移	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																																																									
	出生率、死亡率	表1 表2																																																										
	3区分別人口と割合	図1 図2																																																										
	死因別死亡率	....																																																										
	世帯数と推移	図1 総人口及び年齢区分別人口の推移																																																										
	高齢者世帯、高齢化率	<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</th> <th>生産年齢人口</th> <th>老年人口</th> </tr> <tr> <th>15歳未満</th> <th>15~64歳</th> <th>65歳以上</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	生産年齢人口	老年人口	15歳未満	15~64歳	65歳以上	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			生産年齢人口	老年人口																																																								
15歳未満			15~64歳	65歳以上																																																								
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																																																						
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																																																												
....		....																																																										

※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。



## 【事例④】

C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＞

	出生率	死亡率
平成19年	8.5	10.4
平成18年	8.2	10.5
平成17年	8.9	9.7
平成16年	9.9	9.2
平成15年	9.4	8.3
平成14年	10.1	9.2
平成13年	9.3	8.3
平成12年	10.6	8.7

## ＜3区分別人口と割合＞

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

## ＜死因別死亡率＞

死	全年齢	中津川市	
	総数	896人	
統	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
計	5位	肺炎	87

## コラム

## データの収集は大変？！

## &lt;継続がポイント&gt;

人口や死亡率、世帯数、特定検診に関する情報・・・たくさんの種類のデータ収集をすることは、忙しい業務の合間には、難しいと思われるかもしれませんが。確かに、様々なところに散在するデータを集め、整理することには労力がかかります。でも、できるところから、できる範囲で取り組んでみるのが重要です。

初めて集める情報は、ありかを探し、関係者との調整をし、入手するまでに手間暇がかかることはやむを得ません。でも、2回目はどうでしょう。一度集めたデータを見直し、必要に応じて追加したり更新したりするだけでよいのです。データの場所も、調整先もすでにわかっています。集めたデータの整理・処理の手順も、2回目なら1回目の方法を踏襲したり1回目の経験を下にして工夫することができます。集計プログラムを作っておけば、再利用することもできます。

収集するデータ項目が共通ならば、継続的に実施することによって、2回目以降は驚くほど負担が軽くなることを、モデル事業参加地域の皆さんは実感しています。また、取組を継続することで、「関係者との連携が深まる」「事業を振り返り評価できる」「地域の課題を中長期的な観点から捉えることができる」などの利点があります。

取組を継続し、効率的に効果をあげるためには以下のことが重要です。

- ・ データの参照元、照会先を明らかにし、協力関係を作っておくこと
- ・ 手順を明らかにし、問題点や改善を要する点は記録しておくこと
- ・ 集計プログラムを作成し、再利用できるようにしておくこと

## &lt;目的に応じた取捨選択&gt;

地域に潜在する課題を洗い出すためには、幅広い分野のデータを偏りなく集め、分析することが重要です。でも、ありとあらゆるデータを集める時間がない、今気になっているこのテーマについて、ひとまず分析しておきたい・・・そんなときには、すべての情報項目を集めることにこだわらず、テーマに沿った情報のみを収集し、分析してみることもひとつの方法です。気になっていた課題について、客観的なデータから、その根拠を明らかにしたり、対策を講じることは十分可能です。

ただし、そのような場合であっても、視点が偏らないよう、極力、幅広くバランスのとれた情報収集をすることを心がけましょう。保健師の「独断と偏見」に陥らないよう、他職種、他の立場からの意見も取り入れながら進めることが重要です。

## ii) 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

このような自治体が持っているデータを活用するときには、自治体のホームページを確認する、自治体の担当者にお問い合わせなどの方法があります。

## 【事例⑤】

モデル事業では、以下のように住民の意識調査結果が有効に活用されています。

地域名	テーマ	調査名等	データ項目
A地域	なぜ糖尿病が多いのか	中学校食事調査	・ 甘いものを食べ過ぎないようにしている中学生の割合
B地域	地域包括ケア	高齢者ニーズ調査	・ 経済的に苦しい・やや苦しいの割合 ・ 出かける手段、買い物のしやすさ ・ 将来が不安と感じる割合等
C地域	資源の有効活用	高齢者等実態調査	・ 将来も今住んでいる場所に住み続けたいか。暮らしの中で地域のつながりは必要か。 ・ 将来の生活に不安を感じるか。 ・ 介護予防という言葉をきいたことがあるか。 ・ 最期を迎えたい場所はどこか 等

- 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

## ② 目的に沿った新規調査の実施

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、ワークショップ（ワールド・カフェ方式等）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、ワークショップ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。

手法	概要	事前準備	事例 (報告書参照)
メンバー間のディスカッション	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	メンバー間の打合せ セッティング	(各モデル地域において実施)
ヒアリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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</li> </ul>	ヒアリング先探し、 ヒアリングアポイント取り、日程調整、 謝礼等	日南町（各関係機関の方へ出席を依頼し、会合で現状と課題を報告）
グループインタビュー	対象者を5～8人くらい集め（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。	対象者の選定、対象者集め、司会者、記録者	和良地域 H23 報告書
ワークショップ	ワークショップの一つの手法として『ワールド・カフェ』（付録参照）がある。グループ討論を行い、メンバーを入れ替えながら、多様な意見を集約する（1回の討論約20分）。	会場、メモ紙、ペン、 テーブルマスター（テーブルごとの司会）等	御調町 H 24 報告書 付録

※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。

### 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）

#### 【事例⑥】 地区踏査結果のまとめ方の例

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。

#### コラム

##### 経年的変化や他地域との比較を考えてみよう

何となく自分の担当する地域で「こんな健康課題があるのでは？」と思うことは大切なことです。しかしそれは何か代表的な事例に遭遇して感じたり、誰かにそう言われて感じたりした思い込みの罠にはまりこんでいるかもしれません。その健康課題が本当にその地域の健康課題かどうか、決めることは容易ではありませんが、一つの方法として比較を考えてみましょう。例えば経年的に増加している、つまり以前と比較するとか、他の地域、例えば他の市町村や県、あるいは国との比較ができれば、その健康課題がその地域の本当の健康課題かどうか考える一助になると思います。

##### 経年比較のために

経年的な比較をしたいとき、人口が少なかったり、事例が少なかったりするとばらつきが大きくなってしまったり、経年的変化が読み取りにくいときがあります。こうした場合は「移動平均」という手だてがあります。何年間分の人口及び事例数をひとまとめにして、それを1年ずつずらして経年的変化をみるという方法です。あまりに多くの年数を重ねてもとは思いますが、経年的変化をつかむためにはよい一つの方法だと思えます。



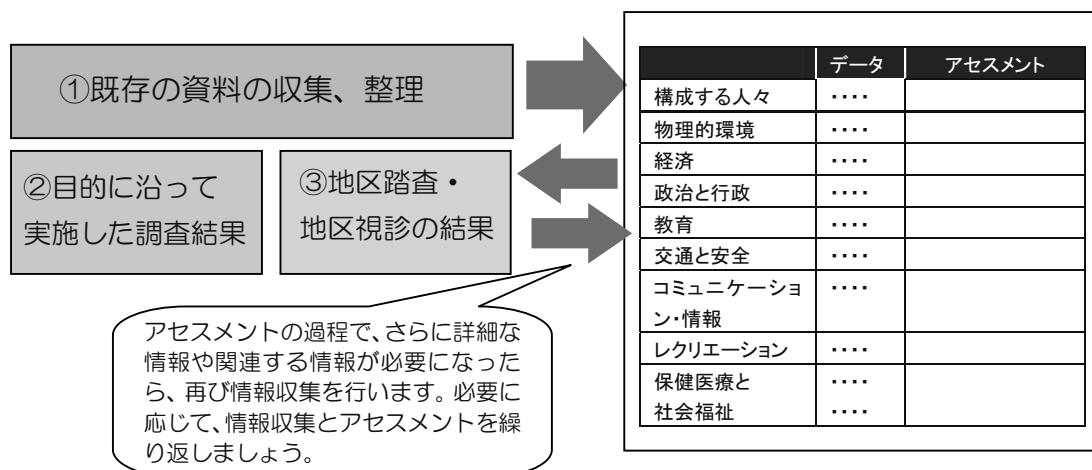
図表4 ワークシート①基本データ整理表の書式および記入例

		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II地域を構成する人々	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		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	この欄に追記します。	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、地域を構成する人々と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重点的にデータを収集・分析するという方法も想定されます。

すべての項目を視野にいれると特定の課題に対する問題意識が不明確になってしまう懸念がある場合には、関連するデータ・情報ということを常に念頭におき、情報を収集・整理しましょう。ただ、特定の課題に関するものだけでは、重要なデータを見落とす可能性があるため、関連するデータを多面的に収集しましょう。

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
地域を 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)  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カ月  《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種類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 生活の豊かさと困難さ
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 II 地域を構成する人々	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、平成に入ってから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。

「正しいアセスメント」にこだわりすぎる必要はありません。根拠を持ってアセスメントを行い、そのプロセスを残しておくことに意義があります。アセスメントを行う目的を意識して、目的にあった視点、“モノサシ”で捉えることが重要です。同じ事象であっても、目的によって捉え方が異なり、答えが違ってくることがあります。



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	総人口と推移 出生率, 死亡率	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
人口の移動	人口の増減, 流出入, 定住人口, 昼夜人口	地域社会の発展と将来予測
年齢別人口構成 生産力人口, 年少人口, 老年人口	性別年齢別人口(5歳) 3区分別人口と割合	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

## コラム

## 真実・偶然・バイアス

物事を考えるときの呪文「真実・偶然・バイアス」を常に考えましょう。目の前の事象は「真実なのか」「たまたまそうだったのか」「何かそうさせてしまうようなものがあるのか」と言うことです。「〇〇さん、今回の事業の出来は今までに素晴らしかったよ」と言われた時あなたはどうか考えるでしょうか？それを真実・偶然・バイアスと言う切り口で考えてみましょうということです。ぜひ心がけみてください（あまり考えすぎて、人間不信に陥らないように、時には素直に受け取ることも大事です）。

## 代表性に注意

「健診受診結果を見ると血糖値の悪い人が多いようですが・・・」といった話はよく聞きます。健診受診率が低い場合、健診受診結果がその地域の特性と言ってよいのでしょうか？健診受診者は健康意識が高い人が受診しているかもしれませんが、逆に医療機関にはかかりたくないがせめて健診ぐらいは、というあまり健康状態のよくない人が受診しているといったことがあるかもしれません。もちろんデータがすべてきれいにそろって出そろってわけではありませんので、そうしたデータの限界を理解しながら検討する必要があります。データをじっくり眺める癖をつけましょう。

## 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、専門職だけで行うのでは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。

コラム

### 群比較のために

自分の地域の死亡データは代表性の高い比較的集めやすいデータです（大体県や保健所がその数値を持っています）。さてそこで、自分の地域と、他の市町村や県、国と比較しようとする、自分の地域は高齢化率が高いから死亡する割合が多いのは当たり前だと思ったことは当然ありますよね。そこで群比較をするときに少なくとも年齢分布は考慮して比較しようというのが年齢調整死亡率（直接法）と標準化死亡比（間接法）です。

年齢調整死亡率は基準集団の年齢別人口分布（よく使われるのが昭和60年モデル人口）と観察集団の年齢別人口と年齢別死亡数によって、基準人口の分布で観察集団の割合で死亡が起きた場合どういった死亡率になるかを計算したものです。一方標準化死亡比は、基準集団の年齢別人口と年齢別死亡数で計算される割合で観察集団の年齢別人口で死亡が起きた場合、その合計が観察集団地域で何人死亡が起きるかの期待値となり、その合計数（期待数）と実際観察集団で起きた死亡総数との比をみることで、基準集団より多い少ないを見るものです。いずれの方法も基準集団をどういった集団に設定してもかまいません。いろいろな比較に応用できる手立てです。

### 比のマジックに注意

A地域ではある事象が100人に10人起き、B地域では100人に5人起きましたという時と、A地域ではある事象が10,000,000人に2人起き、B地域では10,000,000人に1人起こましたという時、A地域とB地域を比較する際、比で考えるといずれの場合もA地域がB地域の2倍起きていることとなりますね。しかし差で見ると、前者の例では、AB両地域の差は100人に5人ですが、後者の例では10,000,000人に1人です。比は実数を隠してしまいます。常に比だけではなく差、つまり実数に目を向けるようにしましょう。そういった点では標準化死亡比も比ですよね。相手があつての数字ですから、標準化死亡比を経年的にみて大きくなっている場合は、①観察集団も基準集団も増加ただしその増加が観察集団のほうが大きい、②観察集団も基準集団も減少ただしその減少が基準集団のほうが大きい、③観察集団は増加、基準集団は減少、といったことが起きている可能性があります。比には注意です。

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	
地域を 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カ月 《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. 課題の整理と特定

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こと、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こと、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。

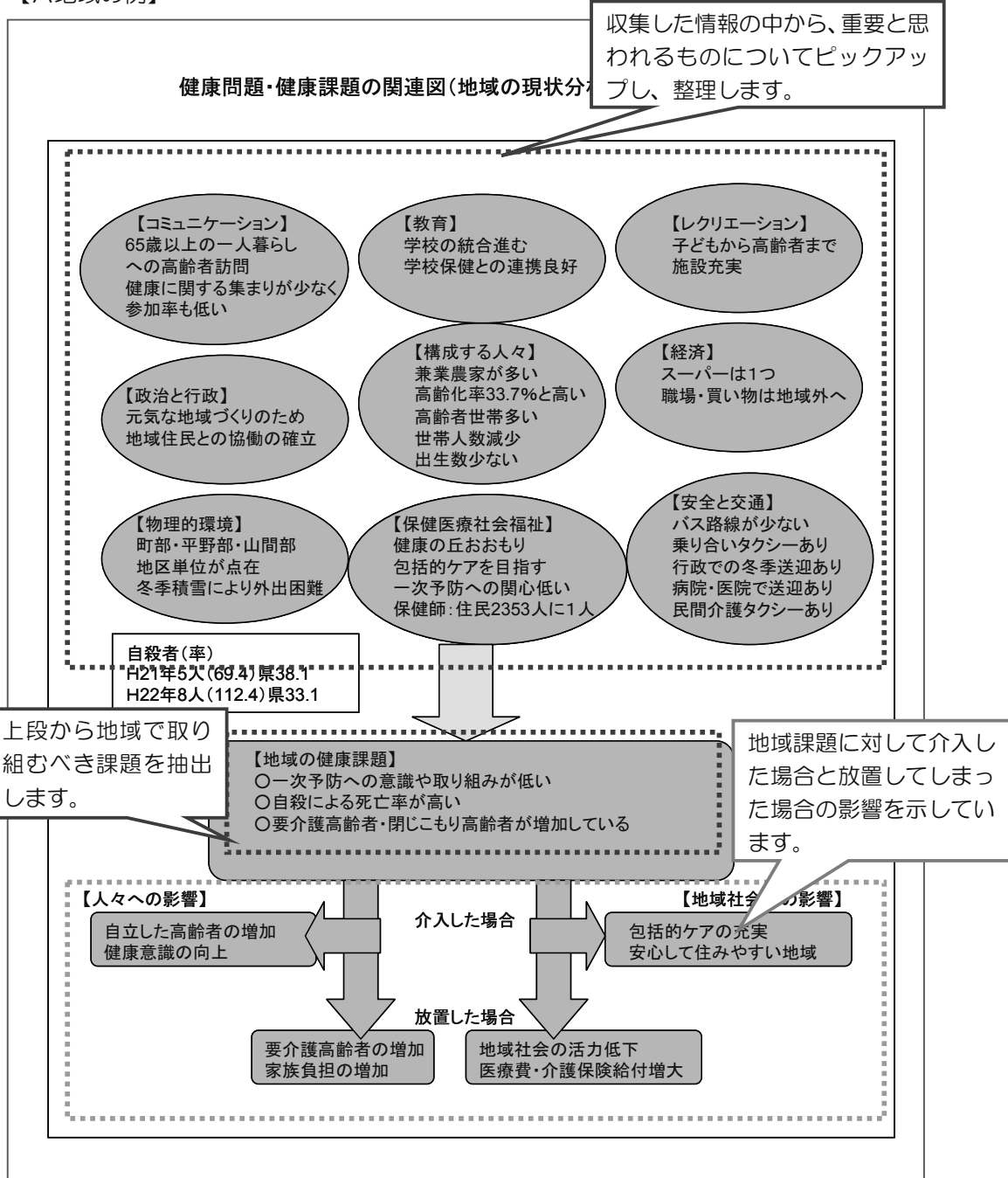
- ・ ワークシート②で整理した8つの要素のそれぞれのアセスメント結果を図中に配置する。  
(このとき、よい点（地域の強み）を○、問題点（地域の弱み）を×とし、区別して示すと地域の特徴がわかりやすく、活動計画につながりやすい。)
- ・ そこから導き出される地域の健康課題を列挙する。この段階では、絞り込んだり課題と課題の相互関係を整理する前に、想定されるものを多数列挙しておく。
- ・ こうした健康課題に対して、介入した場合、放置した場合に、地域の人々や地域社会に与える影響について、予測し、記入する。

※報告書では、モデル事業の詳細を紹介しています。上記とは異なる構成で、わかりやすく表現を工夫している例がありますので、ぜひ参考にしてください。

[http://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/principalresearch\\_detail/tabid/169/Default.aspx?ItemId=197](http://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/principalresearch_detail/tabid/169/Default.aspx?ItemId=197)

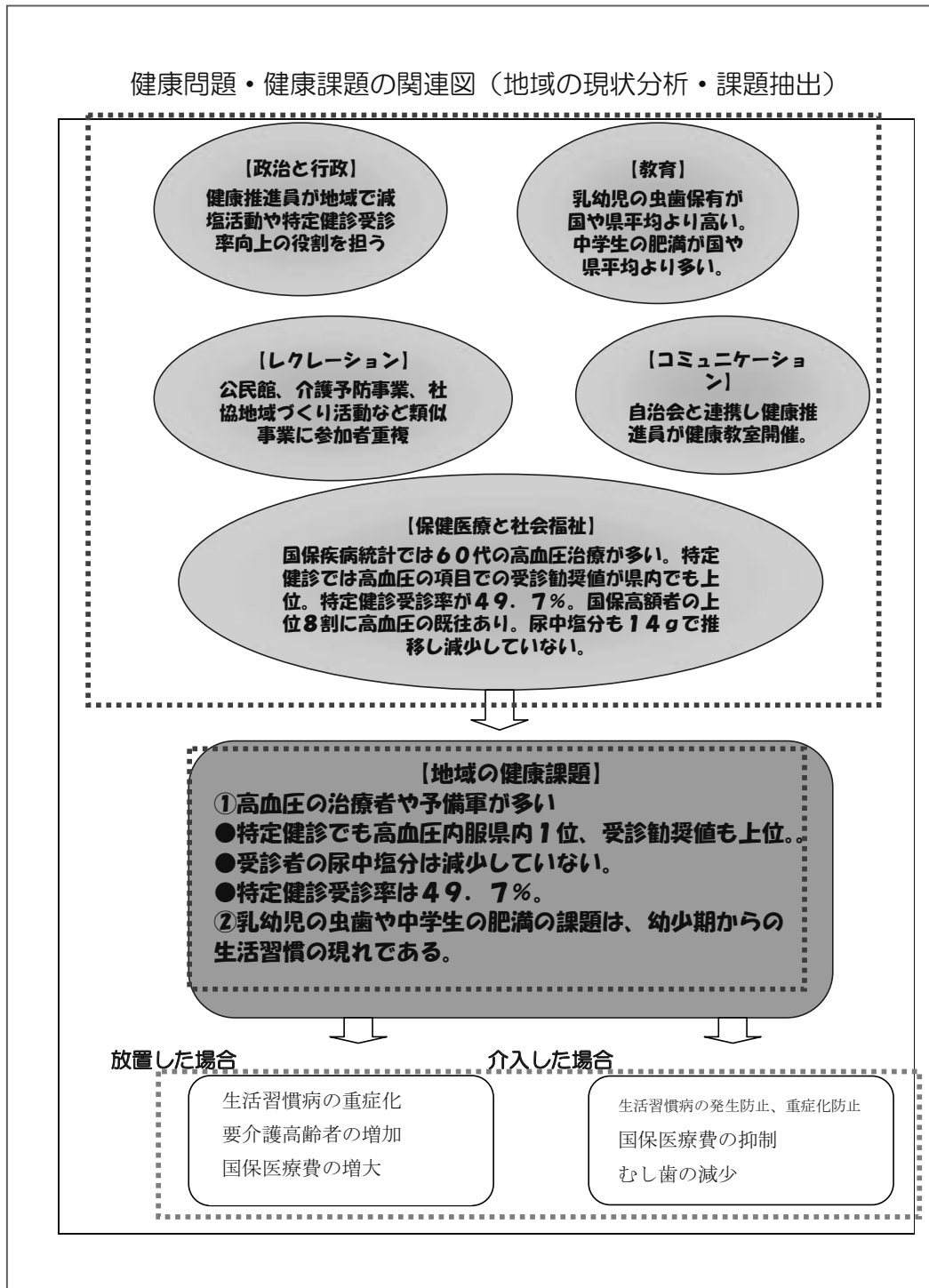
図表10 ワークシート③ 健康問題・健康課題の関連図の例示

【A地域の例】





【C地域の例】





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 1-1 「ワークシート④健康課題の特定」の書式および記入例（C地域の例）

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"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>治療環境が整い、受診しやすい。</li> </ul>
受診者の尿中塩分は減少していない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
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"> <li>健診体制が毎年変化している。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>積極的に受けようという人が少ない。</li> <li>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。</li> </ul>
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"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>健康ステップ2-1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。</li> </ul>

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。

## コラム

## 外部エビデンスもうまく使おう

年齢調整死亡率や標準化死亡比、あるいは死亡や罹患の経年的比較であなたの地域における重要疾患がわかったとします。ではそれを減らすためにどうしたらよいでしょうか？そうした疾患の危険因子あるいは予防因子を知ることが必要ですね。そうした因子まで地域ごとに調査検討するのは大変なことです。そこで、外部エビデンスを頼りましょう。あなたが取り組むべきと考えた疾患の、すでに明らかになっている危険因子や予防因子を文献的にチェックしましょう。ここでの注意点はあなたが検討した文献の質が保証されているか否かということです。このことは EBM（根拠に基づく医療）の教育を受けている人にぜひ相談してみましよう。あなたの近くにいる医師はそうした勉強をしている人が多いはずで、医師との壁を取っ払う良いきっかけになるかもしれません（なんのこっちゃと言われたらごめんなさい、素直に引き下がっててください）。

## 危険因子がわかったら人口寄与割合を考えてみよう

例えば総死亡に対する喫煙のリスクは相対リスク（吸わない人に対する吸う人のリスク）は 2~3 ぐらいですね。仮に 2 とします。A 地域での喫煙率が 30%、B 地域での喫煙率が 60%で、喫煙者が全員非喫煙となった場合、その地域の死亡がどのぐらい減るかという、A 地域 23.1%では B 地域 37.5%となります。喫煙によって増えていた過剰死亡がその地域全体の死亡のどれぐらいの割合になるかを見た数字で、人口寄与危険割合（PAR）と言います（詳しく知りたい人は成書を見てください）。危険因子が地域にどれぐらい分布しているかによって影響され、その割合が大きいほうが取り組むべき優先度の高い危険因子になります。危険因子の地域内分布はおそらく地域ごとの特性があると思います。これをアンケート調査などによって把握すれば求めることができます。取り組むべき健康行動を決める一つの指標になると思います。

## 5. 地域保健活動計画の立案

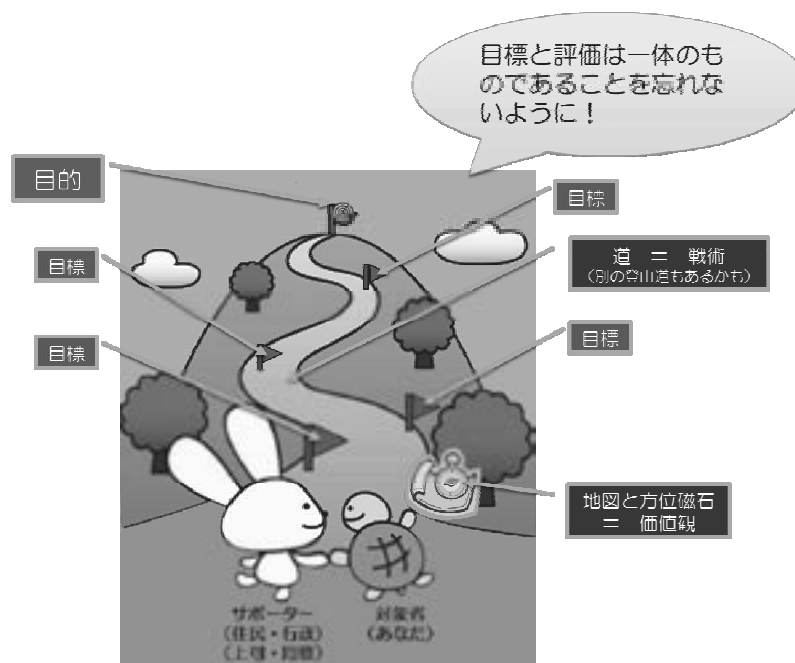
把握した地域の健康課題に対応するための保健活動計画を検討します。

「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。

### 【目的と目標】

はじめに、こうした取り組みの前提となる「目的」を意識することが重要です。目的とは、「何のために行動するのか」に重点を置いたもので、個別の目標の達成後にも継続するものです。

これに対して「目標」は、目的を達成するための道標となるものです。「行動がもたらす結果をどのようなものにするか」に重点を置いたもので、「達成可能であること」が必要です。目標を達成するための具体的な方法、手段が「戦略」となります。



### 【計画の検討】

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。

計画の検討にあたっては、保健師のみではなく多機関、多職種が参加し、それぞれの立場、視点から多面的な検討を行うことが有効です。

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。

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（シナリオ）
- ・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、A地域の例を掲載しています。

A地域では、「「地域診断」から「地域包括ケア＝総力戦」の輪を広げよう」というテーマを掲げ、いくつかの目標を設定しています。そのうち、「75歳未満の男性のがん検診受診率を高め、がんによる死亡を減少させる」という目標は、最終的にはがんによる死亡を減少させることを目指したものですが、ここでは検診受診率を高めることをそのための戦略として、「40～59歳男性受診率を、胃がん 10%→20%、大腸がん 30%→40%、肺がん 23%→30%にする」という具体的な指標を設けて、評価をしやすくしています。

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（A地域の例）

	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】「地域診断」から「地域包括ケア＝総力戦」の輪を広げよう		①全体的なテーマを設定します。			
1.75歳未満の男性のがん検診受診率を高め、がんによる死亡を減少させる。	① 40～60才のがん検診対象者に、無料受診券を発行し、町長メッセージをつけて個人通知する。 ② 40～60歳の3年間未受診者に電話・訪問で受診勧奨する。 ③ 「がん検診を受けて旅に行こう」景品を設けて無関心層の関心を高める。	40～59歳男性受診率を 胃がん 10%→20% 大腸がん 30%→40% 肺がん 23%→30% にする。	がん検診委託他 8,000千円 通知文書発送準備 14人役 保健担当と嘱託職員	1	26年3月
2.住民がどのように最期を迎えたいかを、元気なうちから考えることが出来るようにする。	① 健康づくり計画の重点課題を健康教室や介護予防教室で紹介する。 ② 「もしものときの幸せノート」を活用する。	④各事業計画単位の目標等を設定します。 もしものときの幸せノートを800冊、説明して配布する。	ノートは24年度予算で作成。 保健担当 包括で実	2	25年3月 26年3月
3. 関係機関と連携し、地域の見守り体制を再確認し、より良くしていくための協議をする。	① 関係者が一同に会し、現状と課題を話し合う。 ② 生活支援ボランティアの養成を進める。 ③ 生活支援ボランティアの活動者を増やす。	全ての関係者が集う会を年1回は開催する。 生活支援ボランティアの修了生を100人にする。 活動実績を30人にする。	地域包括ケア会議とて開催。 報償費等 150千円		
4. 認知症に対する理解を深め、予防、早期発見、治療、対応方法、家族支援の体制を整え、なっても安心な地域づくりを進める。	① 認知症サポーターを増やす。 ② タッチパネル利用者を増やす。 ③ 認知症相談者を増やす。 ④ 家族交流会の参加者を増やす。	人にする。 年間60人にする。 年間12人にする。 年間36人にする。	認知症相談 医師報償費等 96千円 家族の会謝金 120千円	4	25年3月
5.高齢者の多様な住まいが整備されていない。	① 自宅で住み続けられるように住宅改修を勧める。 ② 冬季間不安なく過ごせるように、かすみ荘居住の利用を促す。たんぼぼの家も利用できるように整備する。 ③ 中心地域に3食提供できる高齢者住宅の整備を求めている。	住宅改修の件数を増やす。 かすみ荘居住11室が満室になるよう必要な人にPRする。 たんぼぼの家の整備について協議する。 中心地域へ的高齢者住宅整備計画が具体化するよう協力する。	在宅支援会議関係者 地域包括ケア会議	5	25年3月 26年3月 26年11月 26年3月

②テーマと関連する全体的な目標を設定します。

③目標を達成するための具体的な行動計画を立てます。

⑤「予算・時間・人」とは、各事業を行うために、経費が多かるのか、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。

II 地域診断・活動計画立案手法の手順



## コラム

### 取り組むべき健康行動がわかったら

再び EBM（根拠に基づく医療）に登場いただいて、効果の証明されている介入方法を外部エビデンスから検討し保健事業に入れればよいのですが、なかなかそうもいきませんね。一つの取り組み方として、そうした行動に対する住民や介入対象の価値観、信念、考え方（前提因子）、そうした行動をとるときの支援者や行動の強化あるいは弱体化因子（強化因子）、そうした行動をとるための技術や環境（実現因子）の3つの因子を住民の方々と考え、どういう取り組みをすればこれら3つの因子が望ましい方向に向くかも住民の方々と考えてみましょう。住民は思いもしないアイデアを持っていますよ。

### 事業の入れ子構造を理解しよう

事業を考える際、あなたが検討している事業レベルはどんなところにあるでしょうか？理念や方針を示す政策レベルか？政策を実現するための方策である施策レベルか？施策をより具体的方法と示した事業レベルか？さらには事業の中にあるそれぞれの会議や活動一つひとつをどう行うためのレベルか？いずれにしても、こうしたものには目的とより具体的結果を示した目標、更にはそれを実現するための方略、資源といった内容を含む計画書を作成する必要があります。政策施策レベルはいわゆる保健計画にあたると思います。明日行う会議の目的目標方略を考えているのか、明日の会議も含めたあるテーマに関する目的目標方略を考えているのか、どういったレベルを議論しているのかを共有しないと目指すべき頂がわからなくなってしまいますし、議論もちぐはぐになります。こうした入れ子構造に注意しましょう。

### 評価はすでに計画にはじまる

目的と目標の違いはなんでしょうか？目的は理念的、何のためにその行動をするかといったもので、目標は求めるべき結果です。したがって目標は、期限付き（き）、特異的（具体的）（と）、現実的（げん）、理解可能（り）、測れるつまり測定可能（は）、行動（こ）、目標との関連あり（かんれんのれ）、達成可能（た）といった要素を含む必要があります（「きっとげんりはこれだ」と覚えましょう）。このような要素を含む明確な目標が立っていれば、評価は極めて簡単、それができたかどうかをみるだけで評価は終了となります。評価は計画の目標設定ですでに始まり、それが意味全てです。繰り返します。目標は具体的で測定可能、みることができる物でなければなりません。もう一度あなたの事業の目標を検討してみてください。



## 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。

- ・ 多職種協働・他機関との連携
- ・ 活動への住民参加

#### 【多職種協働・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

あらかじめ設定した「評価時期」に、活動計画を実践した成果を振り返り評価を行います。

多機関、多職種からなるプロジェクトメンバーが参加して、それぞれの取組の実施状況を報告し、相互に意見交換をしながら、多面的に評価を行うことが重要です。

⇒ワークシート⑥の書式に沿って、以下の項目を検討し、記入します。

- |   |   |                              |
|---|---|------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・テーマ</li> <li>・対象と目標</li> <li>・具体的な事業計画（シナリオ）</li> <li>・評価指標や目標値</li> <li>・必要な資源（予算・時間・人員）</li> <li>・優先度</li> <li>・評価時期</li> </ul> | } | ワークシート⑤の「地域保健活動計画」の内容を転記します。 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・今年度の実施状況</li> <li>・実施結果</li> <li>・評価</li> </ul>   | } | 計画の実施状況について記入します。            |

※計画の内容に変更があった場合には、変更後の計画を記載します。

※単に達成状況のみに注目するのではなく、次年度以降にどのようにつなげるか、という視点で評価します。

※実施のプロセスや達成・未達成となった要因、実施による効果、今後のなどについて、関係者間で十分に議論を行います。

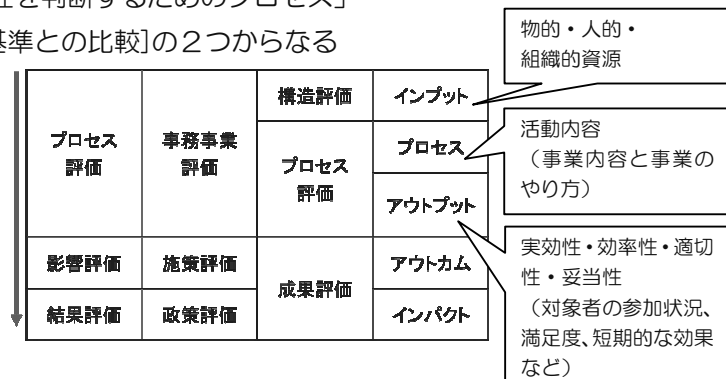
## 事業の評価について

### ① なぜ評価をするのか

- 事業の効果を立証するため
  - － 成果（アウトカム）の評価が重要
  - － 行政評価の流れ、責任
- 事業の見直しや改善のため
  - － 経過（プロセス）の評価が重要
  - － 効果が見られない→事業見直し（改善）のチャンス
- 人材育成のため
- 住民との達成感共有のため

### ② そもそも評価とは

- 「あるものの価値や有用性を判断するためのプロセス」
  - － [観察と測定]、[判断基準との比較]の2つからなる
- いろいろな分類がある



### ③ 何を評価するのか

- 成果を評価する指標から経過を評価する指標まで、評価指標の体系が整理されていることが必要

	概要	例	エリア・活用等
プロセス 評価	事業の活動・質・誰に影響を及ぼしているかを想定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 形成的評価が主体（地域など小集団主体、意欲と能力を上げる、いわゆるフィードバック）</li> <li>・ 個々の事業評価（3つのステージ：インプット（物的・人的・組織的資源）、プロセス（活動内容）、アウトプット）</li> </ul>	
影響評価	プログラムの短期的な効果を測定する（目標を達成したか）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各数値目標</li> <li>・ 市全体の進行状況の評価</li> </ul>	市全体および地域データ 定期的な調査（中間調査、最終調査など）
結果評価	プログラムの長期的な効果を測定する（目的を達成したか）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ QOL の評価指標</li> <li>・ 脂肪状況・疾病状況</li> <li>・ 要介護状況</li> </ul>	主に市全体での評価（地域データも） モニタリング

II 地域診断・活動計画立案手法の手順

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（A地域の例を元に作成）

対象 及び目標	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】75歳未満の男性のがん死亡を減らす							
1. 75歳未満の男性のがん検診受診率を高め、がんによる死亡を減少させる。	① 40～60才のがん検診対象者に、無料受診券を発行し、町長メッセージをつけて個人通知する。 ② 40～60歳の3年間未受診者に電話・訪問で受診勧奨する。 ③ ミニ人間ドックの受診者を増やす。 ④ 受けやすい体制作り。 ⑤ セット検診を1日増やす。休日検診を2日に増やす。 ⑥ 事業所と連携してがん検診受診を促す。 ⑦ 抽選景品を設ける。	40～59歳男性受診率を 胃がん10%→ 20% 大腸がん30%→ 40% 肺がん23%→ 30% にする。	がん検診委託料 他 8,000千円 通知文書発送準備 14人役 保健担当と嘱託職員	26年3月	平成24年度は1月に補足検診を企画した。40～50歳代男女の未受診者に保健師が電話で受診勧奨した。3月には来年度に向けて事業所を回り、がん検診をPRする。〈25年度計画〉 40～60歳に無料受診券と町長メッセージを個人通知する。 検診日程を1日増やす。 休日検診を2回に増やす。 3年間未受診者に訪問する。 精密検査受診勧奨を充実し100%を目指す。	24年度は年末からの取り組みであり、受診者は00人となり、前年より少なかった。25年度は左記の予算を確保できたので、24年度末から準備して焦点を絞った受診勧奨に取り組みたい。 <b>具体的に記載します</b> ◎や○などの記号だけではなく、コメントを書いておくことも有効です。次年度につなげることを目的です。	△ 来年度末再評価

---

## 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7つの地域における実践例を紹介します。地域の特性や問題意識などが似ている地域を見つけて参考にしてください。

地域	テーマ	人口・高齢化率	合併の有無・地域の特徴
大森地域 (秋田県 横手市)	心の健康づくり・自殺 予防事業	人口 6,934 人 高齢化率 34.5%	平成 17 年合併。 冬季は積雪量が多く、閉じこ もりがち。
中津川市 (岐阜県)	地域と市の連携の在 り方	人口 : 83,600 人 高齢化率 : 27.3%	平成 17 年合併。 地域によっては合併前の地域 色を色濃く残している。
日南町 (鳥取県)	「地域診断」から「地 域包括ケア＝総力 戦」の輪を広げよう	人口 : 5,460 人 高齢化率 : 47%	集落が散在。冬は降雪量積 雪量が多い。 高齢者のみ世帯、一人暮らし 世帯が多い
飯南町 (島根県)	お口の健康を切り口 とした、乳幼児期か らの子育て支援と生 活習慣改善	人口 : 5,520 人 高齢化率 : 38.9%	人口は減少傾向。過疎化・高 齢化が進行している。主力産 業は農林業である。
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 み続けていくために	人口 : 7,500 人 高齢化率 : 33.2%	平成 17 年に編入合併。人口は減 少傾向。65 歳以上の割合が高く、 50%を超える地域がある。介護保 険認定者のうち、認知症高齢者の 日常生活自立度Ⅱ以上が御調全 体で 64.6%、地区別では 70%を超 える地域もある。
国東市 (大分県)	国東市の健康実態を 知り、生活習慣病を 予防しよう。～地域 の健康課題に沿った 保健活動を実践す るために～	人口 : 31,300 人 高齢化率 : 35.5%	平成 18 年合併。 人口は減少、県下でも5番目の 減少率の高さ。農村地帯である が農業従事者が減少。
下飯地域 (鹿児島県薩摩 川内市)	限られた資源の活用 による地域包括ケア の推進	人口 : 2,338 人 高齢化率 : 37.6%	平成 16 年 9 市町村が合併。 離島。地形が急峻で坂道が 多い。コミュニティが偏在。

取り組みの概要	取組のポイント	参照頁
統計的な情報を収集・整理することで自殺の要因を分析。計画に基づき、事業を実施、評価。	・先入観にとらわれず、様々な情報をくまなく取るように意識。地域へ出向き足を使った活動にこころがけた。	P48 (報告書 P22)
過去に実施した地域診断の結果を、手引書の手順にあてはめて再整理した。	データの整理、分析の視点、および市と地域の連携の在り方について検討した。	P50 (報告書 P39)
住民代表を交えた住民代表と活動計画を共有し、包括的な実践へとつなげる。	・既存の組織や会議を活用して効果的に取り組んだ。 ・多機関・多職種の参画。	P52 (報告書 P56)
関連データの収集、整理とヒアリングにより課題を抽出した。	新任保健師が手引書に沿って取り組んだ事例。	P54 (報告書 P76)
地域を絞り込んだ全戸訪問を実施。ワールド・カフェ方式による住民の意見集約を実施。	昨年度事業の結果を踏まえた、委員構成を変え、実施計画を立案した。	P56 (報告書 P91)
過去に実施した地域診断の結果を、手引書の手順にあてはめて再整理した。	市の姿が一覧できるよう、健診、医療、介護のそれぞれの状況と、そのつながりの中から課題を整理。	P58 (報告書 P116)
様々な既存データを活用した情報の整理、分析に基づき、地域保健活動計画を策定した。	・地域診断における既存データの有効性を認識。	P60 (報告書 P133)



## 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、平成 23 年度は、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、平成 24 年度は、自殺の現状を詳細に分析しながらこれまでの計画を見直し、自死遺族ケアも含め「地域住民の声」を生かした活動計画を立案し分析することを目的とした。

### 地域特性：

- ・平成 17 年に 8 市町村が合併し、新横手市となった。
- ・冬季は積雪量が多く、閉じこもりがちになる。

### 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。2 年目は、計画に基き、①自殺予防・心の健康講演会の実施、②地区巡回の心の健康づくり教室、③訪問事業（自死遺族ケア含む）の強化を図り、評価を行った。

### 実施体制：

- ・国保直診施設：院長、MSW、看護師
- ・行政：市民福祉課（事務職、保健師）、地域包括支援センター（所長、保健師、精神保健福祉士）
- ・住民組織：民生児童委員協議会、老人クラブ連合会、婦人会

- ☆ 保健師だけの偏った視点にとらわれないように事務職にも積極的に相談した。
- ☆ 物理的な環境（保健センターと病院が併設等）により、保健師活動への理解があり、諸機関との連携がとりやすかった。
- ☆ メンバー全員での合同会議は開催できなかったが、院外メンバーへは出向いて説明・意見聴取を行った。

**実施プロセスの特徴：**

- ・15年度から実施していた事業についての振り返りを行い、整理した（これまでの経過を見るための掘り起し作業に時間を費やした）。
- ・保健師だけでなく、事務職等、地域に密着し精通した方の意見も反映しながら分析し、課題を抽出した。

**地域課題：**

- ・人口が減少していく中でも毎年自殺者がおり、自死遺族や心に深い傷を抱えた方が地域に累積していく。
- ・地域内に自殺者が多く、長年心に深い傷を抱えた方が多数存在し、自殺の連鎖を生む危険性がある。

**成果：**

- ・地域の健康課題について改めて考え、保健師間で共通認識を持って重点的に取り組む良いきっかけとなった。先入観にとらわれず、様々な情報をくまなく取るように意識した。地域へ出向き足を使った活動を心がけた。
- ・地域の現状を伝えていくのは保健師の役割であることを再認識した。

**今後の課題など：**

- ・課題からの計画づくりについて、現在のマンパワーでは限られた計画しか立案できていない。
- ・潜在化している問題もすくい上げ顕在化する前に未然に防ぐことができるような予防活動へとつなげていきたい。

**モデル事業担当者より「地域診断のすすめ」**

地域診断を実施することで、おのずと自分（保健師は）何をすべきかが見えてきます。やらされ感がないので、チーム（多職種）で地域診断を実施することで、チームで保健師本来の活動をする喜びがあります。活動の過程や成果を仲間とわかちあうことができますよ。

**大変だったこと・**

工夫したこと  
時間を有効に使うことができず、持ち帰り仕事になってしまい大変でした。でも、チーム（仲間）で声をかけ、話し合うことで苦しみを乗り越え、楽しみを感じることができました。

## 2. 「市と地域の連携のあり方」(中津川市)

### 目的と背景：

中津川市では健康保健事業計画「健康なかつがわ 21」を策定する際に、独自で地域診断が行われている。今回はその際に用いられた資料を、もう一度、本手引書に沿って再検証することによって、以前行われた地域診断および現在施行されている事業計画を評価することを目的とした。

従って、本モデル事例では、地域診断によって新たな健康課題を抽出することよりも、すでに抽出されている健康課題に対する取り組み方を考えたい場合や、現在行われている健康保健事業を見直したい場合に、参考になる事例ではないかと考えている。

### 地域特性：

- ・ 中津川市は人口 8 万人の町である。平成 23 年度に地域診断事業が行われてきたモデル地区と比較すれば、人口規模の大きな地区である。また平成 17 年に現在の中津川市街地域に 7 つの町村が合併して現在の中津川市となった。そのため、同じ中津川市内と言えども、地域によっては合併前の地域色を色濃く残しているところも多い。
- ・ 人口 8 万人のうち、市街地域（旧・中津川市）の人口が 5.5 万人を占める。市街地域が都市の機能的な中心として位置づけられるのであるが、地理的には市街地域は中津川市の南端に位置する。従って、合併された郡部でも、市街地から近いと地域もあれば、遠い地域もある。とくに郡部では公共交通網が整備されているとは言い難く、郡部での生活には自家用車が不可欠である。

### 取り組みの概要：

中津川市では、これまでも独自に地域診断が行われてきた。今回使用したデータや資料のほとんどは、その時に使用されたものである。今回は、それらのデータに対して、どのようなアセスメントが行われてきたのか、今後どのようなアセスメントを行うべきか、という点が明らかになるようにミーティングを行った。

### 実施体制：

<2010 年実施時>

- ・ 行政：健康医療課（課長、課長補佐、保健師）、地域包括支援センター（所長、保健師、精神保健福祉士）
- ・ 住民組織：社会福祉協議会、医師会、歯科医師会、区長会連合会、健康推進委員会、国保運営協議会

<今回>

- ・ 国保直診施設：川上診療所（医師、事務長）
- ・ 行政：健康医療課（課長、課長補佐、保健師）  
地域総合医療センター

**実施プロセスの特徴：**

- ・ これまで中津川市では、独自に地域診断が行われてきた。これまでの地域診断事業で得られたデータや資料を、本手引書の手順に従って、再検証することにより、中津川市として独自で行ってきた手法、および手引書が推奨する手法を比較しながら、双方を評価することにした。

**地域課題：**

- ・ 宿場町として発展してきたという歴史から、おもてなしの文化が色濃く残り（その最たるものが栗きんとんであろう）、現在でも糖分摂取量が多い。これらの背景から糖尿病予防対策は、これまでも最重要課題であった。
- ・ 近年、人工透析導入者数が多く、糖尿病予防対策と同時に CKD 予防対策が大きな課題となっている。

**成果：**

- ・ 同じデータでも、アセスメントする視点が異なれば、アセスメントそのものが変わるということを実感することができた。
- ・ 中津川市が独自で行ってきた地域診断では、情報収集をして、それに対してアセスメントするだけではなく、そのアセスメントを検証するために、さらなる情報収集を行っていたのだということ初めて「意識」した。そのことによって深いアセスメントができていたことを実感した。

**今後の課題など：**

- ・ 現在行われている健康保健事業は、とにかく「健康診断のデータを改善すること」に絞られた事業計画であったことを、今更ながらに実感した。地域包括ケアを推進していくのであれば、その視点からアセスメントをしなければならぬと感じた。

**モデル事業担当者より「地域診断のすすめ」**

「地域診断」というのは、決して新しい取り組みではありません。これまで何らかの健康保健事業が実施されていたのであれば、それを「地域診断」であると意識していたかどうかはともかくとして、地域診断そのものは行われていたはずで、是非、手引書に従いながら、無意識で行っていた地域診断を「言語化」してみてください。新しい気づきがたくさんあるはずです。

**大変だったこと・**

工夫したこと  
 実りあるアセスメントをするためには「ビジョン」が必要です。自分たちは、この町をどんな町にしたいのか、そのためにはどんな保健事業が必要なのか、それを実現するためには…。ヒアリングでは意識して「コーチング」の手法を用いてみました。

### 3. 「地域診断」から「地域包括ケア＝総力戦」の輪を広げよう」（日南町）

#### 目的と背景：

当該地域では、平成24年3月に健康づくり計画「第2期にこころ健康にちなん21」と「第5期介護保険事業計画」を策定し、平成24年度から計画の周知と推進に取り組んでいる。今回のモデル事業を機に地域診断について見直し、住民を含めた関係者と活動計画を共有することにより、それぞれの立場でできることから実践し、包括的な取り組みとする。

#### 地域特性：

- ・7つの谷に分かれて集落が散在。冬は降雪量積雪量が多い。
- ・高齢者のみの世帯、高齢者一人暮らし世帯が多くなっている。
- ・福祉保健課は日南病院と隣接している。

#### 取り組みの概要：

住民代表を交えた住民代表と活動計画を共有し、それぞれの立場からできることから実践し、包括的な実践へとつなげる。

#### 実施体制：

- ・ 国保直診施設：院長、事務部長、看護部長、一般病棟看護師長、療養病棟看護師長、外来看護市長、理学療法士
- ・ 行政：住民課（事務）、企画課（室長、事務）、建設課（室長、事務）、教育課（事務）、福祉保健課（課長、事務、保健師、栄養士）、地域包括支援センター（社会福祉士、介護支援専門員、看護師、理学療法士）、日野総合事務所福祉保健局長、長寿社会課（課長）、警察署（課長、駐在）、消防署（副署長）
- ・ 住民組織等：まちづくり協議会、老人クラブ、地区保健委員、食生活改善推進協議会、男女共同参画推進員、シルバー人材センター、民生児童委員協議会、障害者福祉団体、社会福祉協議会、配食ボランティア
- ・ その他：介護サービス事業所、中山間見守り協定事業所、教育研究機関（鳥取大学環境予防医学講座）

☆ 既存の定例会議（在宅支援会議、地域包括ケア会議等）を活用して協議を進め、関係者への共有を図った。

☆ 住民はもとより、多機関、多職種の参画を求めた。県や大学から助言を得ながら取り組んだ。

#### 実施プロセスの特徴：

- ・情報の分析を効果的、効率的、円滑に進めるために、担当者が素案づくりを行った。素案作りの段階で、現在重点課題としていることと一致するように誘導してしまいがちだが、複数で協議することで、偏りが解消され優先順位が共通認識となった。
- ・計画の立案は、日常業務で取組可能な具体策をあげた。目標は、評価しやすいように数値で示すように努めた。

#### 地域課題：

- ・75歳未満の男性はがん、女性は自殺による死亡率が高い。
- ・自分がどのように最期を迎えたいか、考えて行動している人が少ない。
- ・地域の見守り体制、支えあい体制が不十分。
- ・地域の理解を含めた認知症対策が十分でない。
- ・高齢者の多様な住まいが整備されていない。

#### 成果：

- ・国保直診を中心として形成されている連携体制であるため、データや計画を共有していく過程を大切にしたいと感じた。

#### 今後の課題など：

- ・データ収集に時間をとられ、計画立案からの協議が十分にできなかった。今後も定期的に時間をとり、修正や見直しが必要。
- ・まちづくり協議会・自治会など地域に出かけて住民と共有し、意見交換していくことが必要。

## 「お口の健康を切り口とした、乳幼児期からの子育て支援と生活習慣改善」(飯南町)

### 目的と背景：

飯南町の健康なまちづくり重点課題施策は「お口からはじめる健康づくり」～恵まれた自然の中で よりよい食べ物をつくり 健康な口でしっかりかんで食べよう～である。飯南町の3歳児の虫歯有病率が島根県や雲南圏域と比べて高いため、原因を調査したいと考えた。また、乳幼児健診のアンケートで就寝時間が遅く、朝食を食べていないなど生活習慣が良いとは言えない状況であるため、改善に向けた対策をたてたい。

### 地域特性：

人口は減少傾向。過疎化・高齢化が進行している。高齢化率が高いため、肺・気管支、老衰が多く、自殺も全国平均と比べて多い傾向にある。

主力産業は農林業である。過疎化の進行と経済情勢の変化で産業構造も次第に変化している。

### 取り組みの概要：

子育て支援を進めていくうえで、乳幼児期から親世代の現状、問題点、課題を再確認し、親子の生活習慣改善を目指していくことを目的とし、事業を整理した。

歯科保健データ、子どもの生活習慣に関するデータ、食育に関するデータ、親世代(壮年期)の生活習慣に関するデータを収集分析するとともに、子育て支援センター事業ほっとCafe参加者への聞き取りや、健康なまちづくり推進協議会の意見聴取を行い、地域課題を整理した。

### 実施体制：

- ・ 国保直診施設：院長、副委員長、歯科衛生士
- ・ 行政：保健福祉課 課長、課長補佐、保健師2名
- ・ 住民組織：健康なまちづくり協議会、母子保健専門部会、歯科保健専門部会、子育てサークル代表、子育て支援センター保育士

☆ 行政と病院だけではなく、各小学校の養護教諭、保育所の所長にも入っていただき、学校や保育所の情報をいただいた。

☆ 実際の母の声も聞けるよう、子育て支援センターや地域の子育てサークルの代表者にも入っていただいた。



#### 実施プロセスの特徴：

- ・ 新任の保健師が手引書に基づいて取り組んだ事例。
- ・ 既存のデータや取組の内容を整理した。
- ・ 母親へアンケートを行い、ニーズの把握をして、課題と一致しているか検討した。

#### 地域課題：

- ・ 生まれる子供の数が少ない。子育て中の保護者が横の連携を取りづらい。
- ・ 共稼ぎの家が多く、子どもを日中祖父母や保育所に預ける家庭が多いため、食生活やお菓子の面では親の目が届きにくい。
- ・ 小中学生の就寝時間が遅くなる傾向にあり、朝起きられず朝食が食べにくい。
- ・ むし歯有病率が高く、特定の子のむし歯保有本数が多い傾向。
- ・ 歯科医院が町内で2か所、夕方と土曜日の診察ができるところが1か所。受診しづらい環境にある。
- ・ 健康課題を定期的に確認する、まちづくり協議会専門部会はあるが、それぞれの機関が行っていることを確認し合う会になっている。

#### 成果：

- ・ 活動の実践から見えてきたもの、来年度に生かしたい活動、具体的な実践方法について、各機関の取り組みで参考となるものを意見として出し合い、まとめた。

#### 今後の課題など：

- ・ 全ての事業を把握し出来ておらず、ワークシート⑤⑥を新人が記入するのは難しい
- ・ 各機関との随時連携、情報交換が必要。
- ・ 地域診断のノウハウ等、再確認する必要がある。また、地域診断したことが理解につながっていないと活動へつながらないため、調べただけでなく、実際に地域に出かけ、確認していく作業が必要である。

## 5. 「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に」 (尾道市御調町)

### 目的と背景：

一人暮らしの認知症が一定の地域に増加が見られ、今後は特に一人暮らしの高齢者が増加することが懸念される。そこで「地域力」や地域包括支援センターとの連携の中で今後の認知症対策を考える機会とするために、テーマを設定した。

### 地域特性：

- ・ 平成 17 年 3 月御調郡御調町、御調郡向島町が尾道市に編入合併。
- ・ 町全体の人口は減少傾向。世帯全員が 65 歳以上の割合が高く、1 人暮らし・2 人暮らしを合わせると 3 地区では高齢化率 50%を超えている。
- ・ 介護保険認定者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上が御調全体で 64.6%、地区別では 70%を超える地域もある。

### 取り組みの概要：

2 年目の取組であり、昨年度に抽出した課題に取り組んだ。高齢化率が高い地域に絞り、全戸訪問をした。ワールド・カフェ方式のグループワークにより、住民の意見の収集を行った。

### 実施体制：

- ・ 国保直診施設：副院長、参与（保健師）、地域包括支援センター所長（保健師）、広島県認知症介護指導者（看護師）、介護老人保健施設（作業療法士）
  - ・ 行政：保健福祉センター所長（保健師）、所長補佐（事務職）、係長（保健師）、職員（保健師 2 名）
  - ・ 住民組織：開業医、民生委員・児童委員協議会 2 名、保健推進員協議会 2 名、老人クラブ連合会 2 名、社会福祉協議会（認知症サポーター）、サロン、振興区、金融機関、認知症高齢者の家族、小学校（PTA 副会長）、商工会、駐在所、消防局
- ☆ 昨年度のモデル事業の委員の意見を活かし、若い世代の参加、商工会や消防署の職員を委員に組み入れた。
- ☆ 高齢化率が高い地域を対象として絞り込み、委員を選出してより小さい単位のコミュニティで議論できるようにした。
- ☆ 健康推進課保健師 2 名、政策企画課、社会福祉協議会がオブザーバーとして参加

#### 実施プロセスの特徴：

- ・ 情報収集にあたり、地域を限局して訪問形式で全戸訪問を行った。
- ・ ワールド・カフェ方式で住民の意見を収集した。ワールド・カフェの開催に際しては、手法について情報収集を行い、入念に準備を行った。
- ・ 平成 23 年度に計画した保健活動計画をより具体的なものとし、実施した。

#### 地域課題：

- ・ 認知症高齢者への対応が不十分
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 高齢者が孤立化しやすい
- ・ 認知症高齢者の介護者の健康問題悪化の恐れがある
- ・ サービスの不足で生活しづらい

#### 成果：

- ・ ワールド・カフェの参加により住民の交流や町への愛着を持つことの意味の理解が深まった。また、それぞれの組織でもグループワークによる話し合いをしてみようという気風が生まれた。
- ・ 全戸訪問により、地域の人により波及効果があった。特に、70 歳代の男性の力、地域力に気づくことができた。
- ・ 委員として参加した住民が、街づくりを考える機会となった。
- ・ 地域診断の意義や必要性が認識され、継続して取り組みたいという機運が生まれた。

#### 今後の課題など：

- ・ 認知症専門とする地域の事業所との交流を進める。

#### モデル事業担当者より「地域診断のすすめ」

「地域診断」をすることは、地域の「見える化」を進めるとともに、地域住民の思いを明確にすることができた。

地域包括ケアという立場から、地域保健活動を推進するため、難しいと思わず、まずは自分の担当地域、1つのテーマから実施してみよう。

実施したことは評価しよう。

#### 大変だったこと・

#### 工夫したこと

昨年度の委員の意見を活かし、①新たに委員を加えたこと、②ワールド・カフェ方式のグループワークを実施したことにより、参加者に新鮮なイメージを与え、地域に新たな風を吹かせたように思う。

## 6. 「国東市の健康実態を知り、生活習慣病を予防しよう。～地域の健康課題に沿った保健活動を実践するために～」(国東市)

### 目的と背景：

国保直診施設である市民病院との協働により、行政が主体となって地区診断した結果をもとに、住民組織である国東市保健推進委員と、この地域の健康課題を考え、予防活動を推進することを目的として取り組む。

### 地域特性：

- ・ 平成 18 年に 4 町が合併。
- ・ 高齢化率が高く、限界集落も増え始めている地域である。また、地方の中規模市でコミュニティが分散・偏在し、地域資源・医療資源が限られている。

### 取り組みの概要：

平成 23 年度に管内保健活動研究協議会の中で専門的な立場の国保連保健専門員から助言をうけ、地域診断に取り組んだ。その結果を健康づくり推進のパートナーである保健推進委員に伝え、活動につなげることを目的として実施した。国東市の健康課題を知ってもらい、感じてもらうことを狙いとして、健康問題・課題の提示を行った。

### 実施体制：

- ・ 国保直診施設：院長、副院長、内科医
- ・ 行政：市民健康課（課長、係長、保健師、管理栄養士、事務職）、各支所担当（課長・保健師各 4 名）、地域包括支援センター（保健師）
- ・ 住民組織：保健推進委員、健康づくり推進委員

☆ 目的、テーマに沿って、保健推進委員と特定・健康増進担当の 2 名の保健師を中心に体制を組んだ。

☆ 本庁だけでなく、支所の保健師や課長、看護師等の関係者と連絡調整を行った。

### 実施プロセスの特徴：

地域診断はすでに実施済みであったため、結果の提示をねらいとした取組であった。わかりやすさに配慮して入念に資料を作成した。市の姿が一覧できるよう、健診、医療、介護のそれぞれの状況と、そのつながりの中から課題を整理した。地域診断のつながりの中で、生活習慣病予防の大切さが見えてきた。

### 地域課題：

- ・生活習慣病対策が必要な人が多い
- ・高血圧の有病率が上位を占めている。
- ・特定健診の受診率は40・50代が低い。
- ・特定健診受診率は56.7%。
- ・生活習慣病の重症化が連鎖して人工透析・認知症増加につながっている。

### 成果：

- ・モデル事業を通じて、自分たちの行ってきた地域診断の意味、意義を再確認できた。
- ・保健師が考えるべきこと（あるべき姿）や公衆衛生活動の根本をあらためて意識することができた。
- ・これまでの事業のやり方を見直すことができ、市民病院との連携強化ができた。

### 今後の課題など：

- ・平成25年度活動計画立案の際に、課長・係の事務職・国保担当者とは協議することが出来たが住民の代表等の参加はなかった。地域診断の時から住民の視点が入っていれば計画・実践評価の部分でも住民が推進役となり協働できるだろうという思いを強くした。
- ・今後の保健活動の実践においては、保・栄・看と医師も地域に出て行く機会を増やしていくことで、今回まとめた国東市の実態を保健推進委員をはじめとする地域住民に伝えていくこと、また、住民の声や生活実態を、ひろっていくことに力を入れていきたい。

### モデル事業担当者より「地域診断のすすめ」

今後、いっそう進展する超高齢社会のこの地域においては、医療との連携が必要不可欠。この中で保健師等で行われることは、限られているので、連携すべき人(地域住民・医師など)たちを、うまくつないでいくためにも地域診断していこう！地域診断時からつながると尚いいよ。

### 大変だったこと・

#### 工夫したこと

事業の前後を利用して事務職も含めての話し合いを重ね思いを共有していったこと。医師が地域に出て予防活動する足がかりがくれたこと。

## 7. 「限られた資源の活用による地域包括ケアの推進」(下甌地域)

### 目的と背景：

当該地域では、高齢化率が高く、ひとり暮らし高齢者も多い地域である。また、離島であり、コミュニティも偏在し、地域資源も限られている。

今回、ソーシャルキャピタルの活用による自助及び共助の支援も視野に入れ、医療・保健・介護・福祉の実効的な連携を推進することを目的として取り組んだ。

### 地域特性：

- ・離島で、地形が急峻で坂道が多い。
- ・コミュニティが偏在しており、お互いの交流は少ない。
- ・高齢化率が38%と高く、一人暮らし高齢者が多い。

### 取り組みの概要：

様々な既存データデータを活用し、コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる情報整理、分析等をふまえ、地域の課題を特定し、テーマを「限られた資源の活用による地域包括ケアの推進」とした。

目標は、「高齢者が在宅で安心して生活できる（保健事業・介護予防事業の充実と既存の地域のネットワークの連携・強化を図る）」とし、(1) 各種事業に関する周知啓発、(2) 各種事業の充実、(3) 保健・医療・福祉・介護分野の関係者の合同研修会の開催、(4) 保健・医療・福祉・介護分野の関係団体等の個別研修会・連絡会等の開催を具体的な内容とする事業計画を作成した。

### 実施体制：

- ・ 国保直診施設（診療所）：所長、事務長
- ・ 行政：市民生活課（保健師、事務職）、市民健康課（事務職、保健師）
- ・ 住民組織等：地区コミュニティ協議会、民生委員児童委員協議会、社会福祉協議会、在宅介護支援センター

☆ 地域診断の対象エリアを離島の1地域としたため、関係団体や関係者等が限られたことやそれぞれが顔見知りで日常的に協力関係であったため、スムーズに実施体制をつくることができた。

☆ 多様なメンバーで検討を行うことで、同じ方向性に向かうことができ、有意義だった。

**実施プロセスの特徴：**

- ・ 既存データを活用した情報整理を通して新たな発見があった。

**地域課題：**

- ・ 高齢者が閉じこもりがちになりやすい。
- ・ 健康や介護予防に関する意識が低い。
- ・ 保健・医療・介護・福祉関連の資源が限られている。

**成果：**

- ・ 情報の収集・整理については既存のデータを活用したが、その過程で、既存のデータにも地域診断に活用可能な多くのものがあることを認識した。

**今後の課題など：**

- ・ 今回実施した地域診断を基本として、継続する。また、今後の活動計画の実施状況等も勘案し、市内全域での地域診断の実施も検討する。
- ・ 基本的な情報については、地域診断のためだけでなく、日常的に収集・整理しておく。

**モデル事業担当者より「地域診断のすすめ」**

保健活動の中で気づいた地域の健康課題が、統計データを用いた客観的な地域分析の結果から裏付けられると、より一層地域診断の有用性を実感できます。

大変だったこと・  
工夫したこと

統計データの収集に結構な時間を要しました。

日頃から取りまとめておくことの重要性を痛感しました。



---

# 付 録



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.
  - 地域診断の入門書的 1 冊。図や例がたくさん示されているので実践的に参考にしやすい内容である。コミュニティアズパートナーモデル以外の領域別のデータ収集の技法なども載っている。
- 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.
  - コミュニティアズパートナーモデルの考え方を理論から学べるテキスト。地域診断のプロセスだけでなく、理論から実践までを解説した訳本である。
- 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.
  - 地域診断の教科書的 1 冊。エスノグラフィックアプローチの技法を用いた地域診断のプロセスを詳細に解説しているテキストである。
- 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.
  - プリシード・プロシードモデルの教科書的 1 冊。保健活動の企画から実践まで評価の視点を含めて実践的な内容を含む訳本である。
- 8) 香取一昭・大川恒著：ワールド・カフェをやろう 日本経済新聞出版社, 2009.
- 9) 香取一昭・大川恒著：決めない会議 ビジネス社, 2009.
- 10) 中板育美.：(特集) 公衆衛生看護活動における評価の現状と課題, J. Natl. Inst. Public Health, 58 (4)：2009.
  - 「Plan-Do-Check-Action」サイクルでの保健活動が重要であり、地域診断はその PLAN で行う現状分析のこと、評価は保健活動や事業評価として重要なことを解説した記事である。
- 11) 地区診断から始まる見える保健活動実践推進事業報告書（平成 22 年度地域保健総合推進事業），日本公衆衛生協会, 平成 23 年 3 月.
  - 保健師のための地域診断ガイドラインが提示されている報告書である。

## ■ 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**

- 地域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？
- 地域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？
- 地域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ーの状況の情報」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、地域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、コミュニティー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.課題の整理と特定

- ワークシート①で把握した、地域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、地域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？

## ■ 「ワールド・カフェ」の実施方法

---

「ワールド・カフェをやろう」(香取一昭・大川恒著、日本経済新聞出版社, 2009.) (P62 参考文献リストの文献8) を参考として実践されたモデル事業の成果に基づいてまとめたものです。

**ワールド・カフェ方式：**

グループワークの手法の1つ。おおよそ以下の手順で進行する。

1. 5名程度のグループを複数構成し、各グループがそれぞれのテーブルで、テーマに沿って議論する。各テーブルには「テーブルマスター」が決められており、テーブルマスターの司会により、一定時間(20分～30分程度)議論をする(ラウンドという)。
2. メンバーは他のテーブルに自由に移動する。「テーブルマスター」は移動しない。
3. 各テーブルで、前ラウンドでの議論の内容を紹介した上で、さらに一定時間議論する。その後、再度メンバーが移動する。
4. これを3～4回繰り返し、最終ラウンドでは、元のテーブルに戻る。
5. 各テーブルでの議論の内容を発表し、全体のまとめをする。

カフェにいるときのようなリラックスした雰囲気の中で、初めてあった人と、自由に明るく本音を前向きに話すことで、表面的でない出会いの場を可能にする。堅苦しくなく、リラックスした雰囲気、座席を決めず、枠にはめこまれた会議ではない。【文献8より転載】

**ワールド・カフェの7原則：**

- ①コンテキスト(前提条件)を設定する  
目的、参加者、時間と予算、開催場所など十分検討する
- ②温かいもてなしの空間を作る  
リラックスした会話ができるよう
- ③大切な問いを探求する  
協働を引き出すような強い力をもつ問いに対し集約的に関心を高める
- ④全員の貢献を促す  
アイデアの他花受粉を促す。カフェホストは参加者全員の貢献を促すことが大切
- ⑤多様なものの見方、視点を他花受粉させてつなげる
- ⑥パターンや洞察、より深い問いにともに耳を澄ます  
全体セッションの冒頭に数分間時間を設け、最も印象に残ったことをメモしてもらう。(ポストイットを使うなど)
- ⑦皆で発見したことを収穫し、共有する

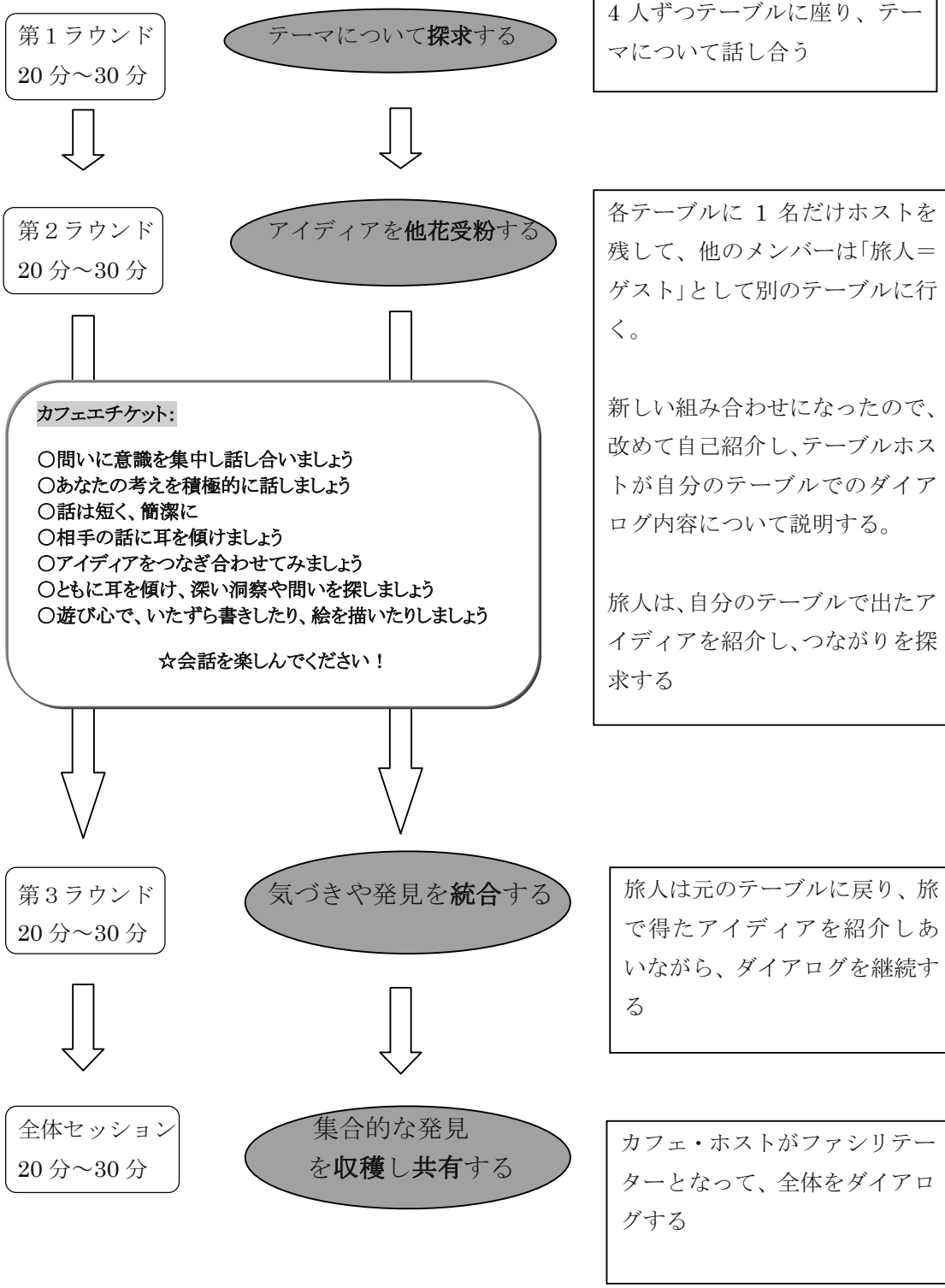
【文献8に基づき作成】

**事前準備：**

1. 役割分担を決める(①会場の手配・備品の手配②プレゼン資料・配布資料の作成等)
2. 当日の役割分担(①受付、②誘導係、③会場設営係、④総合司会、⑤カフェ・ホスト⑥テーブル・ホスト、⑦タイムキーパー・記録係、⑧写真係、⑨接待係等)
3. 招待状の作成と送付(内容：開催の背景、目的、目指すもの、参加者、開催日時、場所、等)
4. 必要物品(例)：テーブル(グループ数分+ $\alpha$ )、椅子(人数分+ $\alpha$ )、花一輪と花瓶(グループ数分)、模造紙(グループ数+ $\alpha$ )、マジックペン(カラー)、マイク2～3本、ポストイット(テーブルの数分)、ガムテープ、セロテープ、ホワイトボード、お菓子、飲み物、受付用テーブル・椅子
5. 掲示物・配布資料の作成(入り口に案内・スケジュール、ワールド・カフェの流れ、カフェ・エチケットの作成等)



ワールド・カフェの標準的プロセス： 【文献8に基づき作成】



☆全体のセッションの前に、最も印象に残ったことを、ポストイットに記載をしてもらう

台本：(地域診断で用いた地域の事例より)【文献8に基づき作成】

## 1. 第1ラウンド開始前

### ① 歓迎のあいさつ

この会議に参加していただきありがとうございます。私は本日の進行役をAがつとめます。

「認知症になってもこの町で住みつづけるためには」もう少し具体的に「高齢化率 70%になっても住みつづけられるのは」というテーマです。

本日は、参加者の皆さんの相互理解を深めることが目的で、結論を出す必要はありません。自由にのびのびと話し合ってください。ただ、本日のテーマからあまり外れないようにしてください。

### ② ワールド・カフェの説明

本日の話し合いは「ワールド・カフェ」という方法で行います。

ワールド・カフェでは、その名が示すように、カフェのようなリラックスした雰囲気の中でテーマに集中した話し合いができるように工夫されています。

具体的には、メンバーの組み合わせを変えながら、4, 5人単位の小グループで話し合いを続けていただきますが、その結果、あたかも参加者全員が話し合っているかのような効果が得られることに、その特徴があります。

参加者数は最低16人から実施できますが、1000人以上の参加者によるワールド・カフェも行われています。ワールド・カフェは2, 3時間程度あれば実施できるという手軽さや、プロセスが比較的単純で、ファシリテーションがしやすいなどの特徴があります。

### ③ 流れの説明

本日の流れをご説明します。ワールド・カフェは、参加者が各テーブルに分かれて行う3回の会話と、全体セッションから構成されています。

まず、第1ラウンドでは、現在皆さんが座っている4人から5人のテーブルごとに本来は20分から30分間ですが、今回は15分で話し合いをしていただきます。

次に、第1ラウンドが終わると、各テーブルでお一人だけ「テーブル・ホスト」を決めていただきます。手をあげてください。今回は時間がないのであらかじめ「テーブル・ホスト」を決めさせていただきます。

テーブル・ホストの方は、そのテーブルに残っていただき、それ以外の参加者は全員それぞれ別のテーブルに移動して、新しいメンバーで第2ラウンドの話し合いをしていただきます。

15分話し合っていたいただいた後は、再び元のテーブルに戻って、旅先での土産話を持ち寄って話し合いを続けていただきます。

最後に全員で本日の気づきなどについて話し合います。以上が本日の話し合いの流れです。

### ④ カフェ・エチケットの説明

次に、ワールド・カフェをより効果的な場にするために、参加者の皆さんにお願いしておきたいことがあります。(壁に掲示した「カフェ・エチケット」を説明)参加者の皆さんにお願いしたいこと記した「カフェ・エチケット」を壁に張り出してありますので、ご覧ください。

### ⑤ 模造紙の使い方の説明

テーブルの上に置いてある模造紙の使い方についてご説明します。

この模造紙は、皆さんが会話をしながら自由に落書きをしていただくためのものです。後で発表をするためのものではありませんので、きれいに整理して書く必要はありません。模造紙に書かれたものは、テーブルを移動して新しく来た人に、そのテーブルでどのような話し合いが行われたかを説明するのに使うことができます。

ご自分の近くのスペースだけを使って小さい字でメモを書いている方も見受けられます。しかし、できるだけ真真中に大きく書いてください。それを見ながら全員が自由に付け加えていくと新しいアイデアが生まれやすくなるからです。

それでは、これから15分間話し合いをしていただきます。時間が来ましたら私が手を挙げますので、気がついた方は同じように手を上げてください。大きな声で強制的に話し合いを中断させたくないのです、ご協力ください。それでは、始めてください。

## 2. 第2ラウンド開始前

(手挙げに) ご協力いただきありがとうございました。

それではこれから第2ラウンドに移ります。

テーブル・ホストの方は、テーブルに残りますが、他のメンバーの皆さんは「旅人」として、他のテーブルに同じ人が集まらないよう移動していただきます。

テーブル・ホストは新しい仲間を温かく迎えてください。そして、簡単に自己紹介から始めてください。

自己紹介が終わったら、テーブル・ホストはそのテーブルでどのような会話が交わされたのか、どのようなアイデアが出されたかを簡単に説明してください。印象に残った主要なアイデアだけで結構です。

続いて旅人が自分のいたテーブルでどのようなアイデアが出されたかについて語ります。その際旅人は自分の考えではなく、テーブルでの話し合いの内容を話すようにしてください。この時も、印象に残った主要なアイデアだけで結構です。

そして、それぞれのアイデアにどのようなつながりがあるか考えてみてください。

テーブルの上にどんどんアイデアや、それらのつながりを書き込んでいってください。

そして、何か新しい考えが浮かんできたかどうか耳を澄ませてください。

それでは、皆さん移動を始めてください。

15分後に私がまた手を挙げますので、その時は皆さんも手を挙げて会話を中断してください。それではどうぞ。

## 3. 第3ラウンド開始前

それでは第3ラウンドに移りましょう。今度は皆さん、元いたテーブルに戻ってください。

恐らくあなたのテーブル・ホストは「おかえりなさい」といって皆さんを迎えてくれるでしょう。

第3ラウンドは今までのアイデアをつないでいく段階です。

テーブルの上の模造紙には、前のラウンドで旅人が付け加えていったアイデアが書き込まれていることでしょう。テーブル・ホストは、どんなアイデアがもたらされたのかを説明してください。

旅人からどのようなアイデアを持ち帰ったかを披露してください。そして、すべてのアイデアがどのように気づきが得られたかについても話し合ってください。

実際に話された言葉や、書かれたことだけでなく、その行間から聞こえてくることにも耳を傾けてみてください。

## 4. 振り返り

前のラウンドで、印象に残った発言、気づいたことなどを、ポストイットに記入してください。

## 5. 全体セッション

皆様が発見したことを収穫する段階です。時間の関係もありますが、テーブル・ホストの右(左)の人、そのグループを代表してお話ください。

## 6. 最後に

本当にご協力ありがとうございました。

初めてこのワールド・カフェという方法で会議を行いました。いかがでしたでしょうか。そこにあるポストイットに感想を書いていただければと思います。・・・

ワールド・カフェ実施による気づきのまとめ： 地域診断で用いた地域の事例より

平成25年1月8日 第2回「地域診断」推進会議のまとめ

**地域を知る**

- ・「御調をもっと知ろう」子ども～若者～高齢者
- ・この町で、出来る事がわかれば、助けられるかも
- ・若い世代も、もっと御調を知ることから始めよう
- ・御調を知ること…知る・集まる・考える
- ・御調の資源(色々な意味)を共有する(一堂に会する)
- ・地域ごとどんなサービスがあるか知る必要がある
- ・地位の魅力再発見!
- ・自分が住んでいる地域の現状を知り、それを皆が周知できる
- ・仕事・家庭以外に地域の文化や価値を大切にしたいと思うようになった
- ・より広くつながると、町の事がもっと見えてくる

**地域のつながり**

- ・「いつも」を知っている強さ、「いつもと違う」気づきを共有できる、これが地域力
- ・それぞれの世代の集まり・つながりが必要になってくる
- ・住み続けたいと言う気持ちを大切に、地域の力を強く結びつきたい
- ・地域のコミュニケーションをいかに広報するか、積極的に行う
- ・近所の人とは何かあれば、ちょっと手伝い
- ・周りの人とのつながりがある
- ・地域のつながり・時・住のばら
- ・普段からのつき合いが必要である
- ・地域の中で生かされる仕事を作る
- ・趣味的なものも考えて、集まる機会を作る
- ・まずはつながる事! つながりが原動力となる
- ・高齢になっても住み続けたいと思っている
- ・共助が大切

**動けるものが動こう**

- ・動けるものが動こう
- ・出来る者が出来る事をする
- ・地域のリーダーが必要

**子ども**


- ・現状は、子どものつながりが親のつながりではない
- ・子どもとのふれあいの場

**地域行事**

- ・人間関係を良くするには、昔からの行事への参加が大
- ・祭好き→子どもが頻りに来る
- ・皆が集える行事や交流の場がある。伝統を引き継いでいく
- ・地域の行事に参加する事で、自助にも共助にもつながる
- ・若い人が喜ぶような行事をする
- ・行事を大切に、世代を超えた集まり
- ・地域の行事の大切さが良(わ)かった
- ・地域活動への参加
- ・寄って話をする機会をつくり、人の集まりを大切に作る
- ・生きがいづくり、集まる機会を作る

**高齢者**

- ・高齢者が元気で役割を持って暮らす
- ・なじみの人とのつながりが健康寿命につながる
- ・年をとっても元気
- ・小地域サロンを巡回的に行っている
- ・サロンをもっと
- ・知らず知らず、デイケア!
- ・動ける間に、どう死を迎えるか、意思表示しておく



**家族のつながり**

- ・地域・家族の適度なつながりが大切
- ・地域と遠方の家族とのつながりを大切にする
- ・家族関係が良いと人がつながる
- ・地域のつながりだけでなく、家族(親戚)の役割が重要
- ・地域のつながりも大事だが、子どもが何かの時(受診時など)介助してくれるには帰って来てくれる親子のつながりも大切
- ・地域のカも大切、家族も力を出そう(離れて暮らしていても)
- ・家族や近所のつながりが大切
- ・子ども・若者・高齢者が交流出来たら良い

**その他**

- ・スクールバスにお年寄りも乗せて! 町に行こう!
- ・スクールバスを活用して誰でも乗れる
- ・少子高齢化とよく言われるが、「少子化」と「高齢化」を並立的に言うのはいかげんものか。「高齢化」はよろこぶべきこと、「少子化」は人口減の問題で国勢の基本に関わることだ
- ・高齢化は本来高齢者が元気で長生きする様になってきたという喜ばしい事である
- ・共助が大切と言えど、「地域でみる」ことはきれいでできない。そんな甘いものではない
- ・会はずいぶん忙しかったが、意外と自分の思いが皆さんと同じだった事に気づかされた
- ・ふれあいサービスの利用サービス会員をもっと増やす
- ・JAでの貯金の入出金の宅配が出来る事をアピールする
- ・元気の源は、計画をつくること

(ワールドカフェ方式での会議による意見のまとめ)

ワールドカフェ実施の様子 (写真)



ワールドカフェ参加者の感想 (一部) :

- ・ざっくばらんに話げできた。いろいろな意見が具体的に聞くことができる。
- ・いろいろな立場の人と話げでき、知り合うきっかけになる。
- ・より多くの人の意見と触れ合うことができた。
- ・開放的で良い雰囲気話し合いげできた。
- ・模造紙に思っことを自由に書き出すのが整理しやすかった。 等

## ■ 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。

様式2 会合記録

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	



付  
録

※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（P27）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

コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる情報の整理

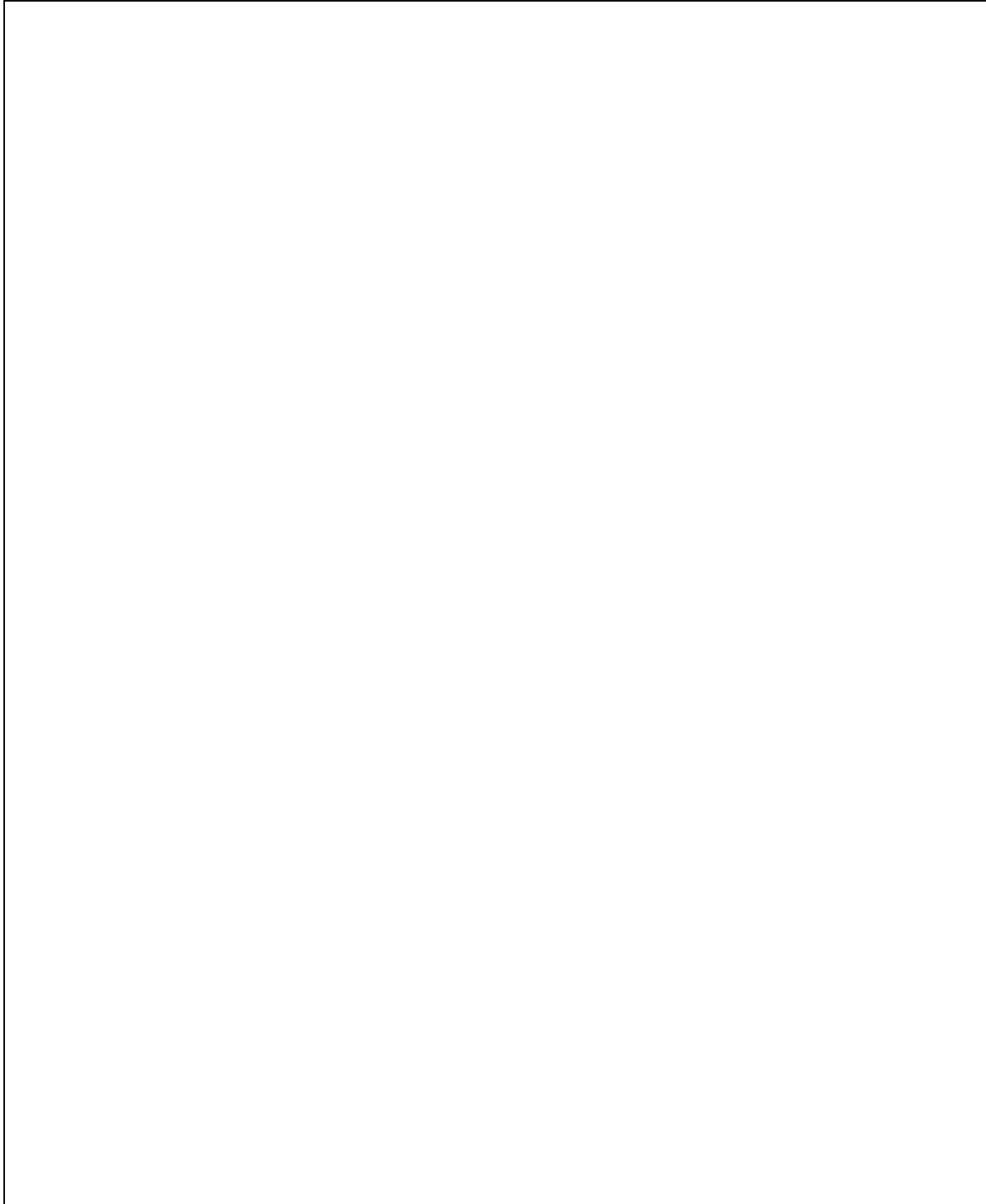
項目	データ (情報源も記入してください)		アセスメント	備考 情報の不足・不備
	量的データ	質的データ		
地域を構成する人々				
1 物理的環境				
2 経済				
3 政治と行政				
4 教育				
5 交通と安全				
6 コミュニケーション・情報				
7 レクリエーション				
8 保健医療と社会福祉				

- ※ 「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（P24）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。

ワークシート④ 健康課題の特定

地域名： \_\_\_\_\_

健康課題の特定

問題	その根拠となる状況



付  
録

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）

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】					

※記入方法はP39 および記入例（図表12）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



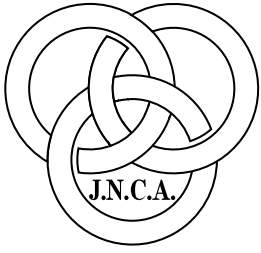
この事業は、平成 24 年度地域包括ケアシステム推進のための地域ごとの課題の整理分析・解決方策等に関する調査研究事業により行ったものです。

**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 —  
Version2

平成 25 年 3 月

発行 **公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会**  
〒105-0012 東京都港区芝大門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 **株式会社サンワ**



\*この手引きは、平成24年度老人保健事業推進費等補助金による「地域診断に基づく地域包括ケアの推進に向けた医療機関と保険者の連携促進に関する調査事業」により作成したものです。

## 公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

〒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/>

平成24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

地域診断に基づく地域包括ケアの推進に向けた医療機関と保険者の連携  
促進に関する調査事業 報告書

---

平成25年3月

発行： 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 4F  
TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499  
ホームページURL <http://www.kokushinkyo.or.jp/>

印刷： 中和印刷株式会社

---