

平成29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

# 中山間地域等（離島及び中山間地域）の 小規模自治体（保険者）における地域包括 ケアシステム構築の好事例の実態把握と 都道府県、地方厚生（支）局の支援方策の あり方に関する研究事業 報告書

平成30年3月

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

## 事業概要

1. 事業目的	
(1) 背景	(1)
(2) 目的	(1)
2. 事業概要	
(1) 中山間地域等の地域包括ケアシステム実態調査（アンケート調査）	(2)
(2) 先進的取組地域現地訪問調査	(2)
(3) 「住まいと住まい方」の構築に係る支援方策の検討	(3)
(4) 地域包括ケアシステム構築のあり方に関する研修会の開催	(3)
3. 調査研究の過程	
(1) 検討委員会の実施	(3)
(2) 中山間地域における医療介護の連携、人材育成・確保等に関する 検討部会の実施	(3)
(3) 中山間地域における住まいのあり方に関する検討部会の実施	(3)
(4) 先進地域現地訪問調査	(4)
(5) 地域包括ケアシステム構築のあり方に関する研修会の開催	(4)
4. 事業結果	
(1) 結果	(4)
(2) 考察・提言	(9)

## 本文

第1章 調査研究の概要	
1. 調査研究の背景と目的	1
2. 調査研究の全体像	3
3. 実施体制	6
第2章 中山間地域等の地域包括ケアシステム実態調査（アンケート調査）	
1. アンケート調査実施概要	9
2. 調査結果（自治体調査）	12
3. 調査結果（国保直診施設調査）	69
第3章 先進地域現地訪問調査	
1. 鳥取県智頭町	91

2. 島根県雲南市 .....	99
3. 岡山県高梁市 .....	109
4. 広島県北広島町 .....	118
5. 山口県萩市 .....	128
6. 徳島県那賀町 .....	137
7. 香川県小豆島町 .....	146
8. 愛媛県西予市 .....	155
9. 高知県梶原町 .....	162
<b>第4章 「住まいと住まい方」の構築に係る支援方策の検討</b>	
1. 「住まいと住まい方」の構築に係る検討概要 .....	171
2. 検討マニュアル .....	172
<b>第5章 地域包括ケアシステム構築のあり方に関する研修会</b>	
1. 研修会実施概要 .....	245
2. 研修会内容 .....	246
<b>第6章 考察・提言</b>	
1. アンケート結果から見える課題 .....	257
2. ヒアリング結果から見える課題 .....	267
3. 国や都道府県・地方厚生（支）局等の支援のあり方に関する提言 .....	270
<b>資料編</b>	

## 中山間地域等（離島及び中山間地域）の小規模自治体（保険者）における 地域包括ケアシステム構築の好事例の実態把握と都道府県、地方厚生（支）局の 支援方策のあり方に関する研究事業（事業概要）

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会  
中山間地域等の小規模自治体における地域包括ケアシステム構築実態把握と  
支援方策のあり方に関する検討委員会

### 1. 事業目的

#### (1) 背景

主に保健・医療分野は保健所、介護分野は市町村単位で実施されているが、地方厚生（支）局に地域包括ケア推進課が設置され、地方厚生（支）局が地域包括ケアシステムの支援を担うことも期待される。資源の少ない離島を含む中山間地域等での地域包括ケアシステム構築では、単一の自治体で必要な医療・介護に関する資源をすべて整備することが難しいケースもあるため、小規模自治体が複数連携した広域的な構築、市町村合併後における旧自治体単位内での構築など、市町村のエリアを一圏域にとらえずに、より生活に即し、資源を有効に活用する工夫が求められる。その中で、活用可能な人的・物的資源の情報を集約・展開するなど、効果的に資源を活用するための工夫も重要となる。

また、中山間地域等は持ち家が多いため住まいは確保されていることが多く、血縁地縁に支えられた生活を営んでいる。しかしそのために独居でも生活を続ける高齢者が過疎により隣家と距離が離れ、孤立化する事態も起こりがちであり、住まいの在り方の工夫が求められる。

このような課題から中山間地域等において構築された、あるいは構築されつつある地域包括ケアシステムの中で特徴あるものを抽出、検討し、特に市町村横断的な取組み（資源の共有化や地域住民の安心が得られるリソースネットワーク等）に対する国や都道府県・地方厚生（支）局の支援のあり方を検討することは重要と思われる。

また、中山間地域等の住まいのあり方を含め、在宅医療・介護連携や介護予防、社会資源のリソース化における好事例を整理し、そのカギとなるプロセス、ポイント等を示すとともに、不足している医療・介護を支える人的資源及び物的資源の状況下での医療介護連携のあり方を検証することは、中山間地域等の地域包括ケアシステムを支えるうえで重要である。

#### (2) 目的

本事業では、中山間地域等における地域包括ケアシステム構築の現状を調査するとともに、少ない人材、資源の中で、地域独自の工夫、エリアを市町村単位と考えずより広域あるいは逆に市町村を分割した取組みなどについての情報も収集して地域の実情に対応した地域包括ケアシステムの好事例集を作るとともに、中山間地域等の地域包括ケアシステムの体制構築に向けた国や都道府県・地方厚生（支）局による支援のありかたについて検討することを目的とする。

あわせて、中山間地域における住まい方の実態を把握するとともに、その適切なあり方の工夫等についても検討を加える。

## 2. 事業概要

### (1) 中山間地域等の地域包括ケアシステム実態調査（アンケート調査）

【調査目的】中国四国厚生局所管エリアの中山間地域等における地域包括ケアシステム構築の現状を明らかにするため、自治体向けおよび国保直診施設向けのアンケート調査を実施した。また、アンケート調査の結果は、先進地域現地訪問調査の対象自治体選定にも活用した。

【調査方法】郵送発送・郵送回収

【調査期間】平成 29 年 9 月～10 月

【調査内容】（自治体向け調査）

- 地域ニーズの把握および地域診断
- 医療・介護連携の状況
- 地域社会資源に関する情報の集約・展開の状況
- 高齢者の住まいに関する取組状況
- 複数の自治体を含む広域連携の状況
- 自治体の地域包括ケアシステムに対する評価
- 国や都道府県に求める支援

（国保直診施設向け調査）

- 施設で実施している（予定含む）医療・介護連携の概要
- 地域住民が主体となる介護・福祉関係の活動への参加状況
- 施設の建物内の部屋や敷地等の活用
- 施設の在宅看取りの取組状況
- その他、施設の各種取組や課題
- 施設が所在する自治体の地域包括ケアシステムに対する評価

### (2) 先進的取組地域現地訪問調査

【調査目的】先進地域での地域包括ケア構築のための工夫を明らかにするため、アンケート調査結果等を参考に抽出した自治体を対象としたヒアリング調査を実施した。ヒアリング先の選定にあたっては、前述のアンケート調査結果および本研究事業の委員会等での検討結果等から、中国四国地方の自治体を各県 1 自治体抽出し、計 9 自治体を実施した。（鳥取県智頭町、島根県雲南市、岡山県高梁市、広島県北広島町、山口県萩市、徳島県那賀町、香川県小豆島町、愛媛県西予市、高知県梼原町）

【調査方法】現地訪問調査

【調査期間】平成 30 年 1 月～平成 30 年 2 月

【調査内容】○ 各自治体の地域包括ケアに関する取組の背景  
○ 地域包括ケアに関する各種取組の内容・具体的効果  
○ 地域包括ケアに関する取組において必要な支援

### **(3) 「住まいと住まい方」の構築に係る支援方策の検討**

【実施目的】 住まいおよび住まい方に関して、特に小規模の市町村の高齢者福祉担当部署では検討に苦慮することが多い背景を踏まえ、国などから公表されている既存の統計情報や、市町村の多くが保有していると想定される各種データ、計画などの既存情報を用いて、高齢者の住まいに関する問題の把握や解決方法の検討を行える「検討マニュアル」を作成した。

- 【作成方法】
- 本事業委員会および検討部会でのマニュアル内容の検討
  - 広島県府中市をモデル地域として、実際のデータの活用や、市町村の立場からより使いやすいマニュアルとするため記載内容等を検討

### **(4) 地域包括ケアシステム構築のあり方に関する研修会の開催**

【実施目的】 本調査研究の事業実施経過を報告するとともに、中山間地域における地域包括ケアシステムのあり方に関する講演や事例報告、鼎談を行う研修会・報告会を開催した。

【参加者】 199名（委員・事務局除く）

---

## **3. 調査研究の過程**

---

### **(1) 検討委員会の実施**

第1回検討委員会	平成29年9月8日
第2回検討委員会	平成29年10月19日
第3回検討委員会	平成29年12月20日
第4回検討委員会	平成30年2月12日

### **(2) 中山間地域における医療介護の連携、人材育成・確保等に関する検討部会の実施**

第1回検討部会	平成29年10月19日
第2回検討部会	平成29年12月20日
第3回検討部会	平成30年2月12日

### **(3) 中山間地域における住まいのあり方に関する検討部会の実施**

第1回検討部会	平成29年9月28日
第2回検討部会	平成29年12月11日
第3回検討部会	平成30年2月6日

#### (4) 先進地域現地訪問調査

鳥取県智頭町	平成 30 年 1 月 31 日
島根県雲南市	平成 30 年 1 月 24 日
岡山県高梁市	平成 30 年 2 月 14 日
広島県北広島町	平成 30 年 1 月 29 日
山口県萩市	平成 30 年 1 月 30 日
徳島県那賀町	平成 30 年 1 月 21 日
香川県小豆島町	平成 30 年 1 月 11 日
愛媛県西予市	平成 30 年 1 月 26 日
高知県梶原町	平成 30 年 1 月 17 日

#### (5) 地域包括ケアシステム構築のあり方に関する研修会の開催

開催日時：	平成 30 年 2 月 12 日（月・祝）13：00～17：00
開催場所：	広島県国民健康保険団体連合会 大会議室

### 4. 事業結果

#### (1) 結果

##### 1) 中山間地域等の地域包括ケアシステム実態調査（アンケート調査）

- 調査対象：①自治体調査：中国四国厚生局所管エリアに所在する市町村のうち、過疎地域自立促進特別措置法の規定に該当する自治体および国保直診施設の所在する自治体（155 か所）  
②国保直診調査：中国四国厚生局所管エリアに所在する国保直診施設（全数：179 か所）

○ 回収状況：	種 類	発送件数	回収件数	回収率
	自治体調査	155	62	40.0%
	国保直診施設調査	179	106	59.2%

- 調査時期：平成 29 年 9 月～10 月
- 調査結果概要：アンケートからみえる主な現状、課題は下記の通りであった。

分野	主な現状・課題
◆地域ニーズの把握 および地域診断	地域ニーズの把握等にあたり、情報の分析が適切にできない、施策反映ができないと考える自治体が多い。
◆医療・介護連携	医療・介護連携の取組を行っている医療機関の 8 割が効果を実感。課題には各医療機関が工夫を凝らし対応。
◆介護予防	取組は多くの自治体で行われているものの、活動内容、質が十分できない（評価できない）と考える自治体が多い。

分野	主な現状・課題
◆地域の社会資源に関する情報の集約・展開	地域の社会資源・活動は多種のものが行われているが、実施主体は高齢者や多世代、団体等、活動により様々。
◆高齢者の住まいに関する取組	・高齢者等、住宅確保要配慮者の実態把握を行っていない自治体が多く、理由は「担当部署が不明確」「手法が分からない」など ・人口が小さいほど、県の居住支援協議会に参加していない自治体が増加。
◆看取りの状況	在宅看取りの割合、対応可能な医療機関の有無等基礎的な情報について、自治体が把握していない割合が高い。
◆複数の自治体を含む広域連携	必要性を感じているができていない自治体が3割強である。

## 2) 先進的取組地域現地訪問調査

### ①鳥取県智頭町

#### 【ここがポイント】町の保健、医療、福祉、介護の集約であらゆる課題に対応

##### 1. 保健・医療・福祉総合センター「ほのぼの」

センターを中心に、住民の啓発、個別ケース検討、政策検討など、ミクロからマクロまでの多様な取組を効果的に展開している。病院、行政、社会福祉協議会などが日常的に顔を合わせることで円滑な協力関係を構築している。

##### 2. 住民主体で楽しい介護予防

住民が主体的に、楽しく、やらされ感なく介護予防活動に取り組んでいる。

### ②島根県雲南市

#### 【ここがポイント】巧みな仕掛けづくりの街

##### 1. 幸雲南塾

行政主導のキャリア形成塾、様々なアイディアと人材が集まる。

##### 2. 地域自主組織

小学校区単位で住民自ら地域の課題に取り組み、自治意識の向上が見られる活動。

##### 3. 円卓会議

地域と行政が対等の立場で、地域課題に対する検討・協議を進める。

### ③岡山県高梁市

#### 【ここがポイント】多彩なリーダーシップが融合する地域包括ケア

##### 1. ICT（やまぼうし）を活用した在宅医療連携

在宅や施設での訪問診療に活用し、診療の効率化と情報共有が向上。

##### 2. 医療セクションの構築

市民ニーズ調査により、行政・医師会・保健所等の関係者が、同じ方向に向かっ

て集まり、動きを加速。

### 3. 元気なからだづくり隊とお助け隊

住民の自主的集まりに、行政の巧みなシステムづくりと地元大学の連携協力により展開される介護予防事業と生活支援。

## ④広島県北広島町

### 【ここがポイント】医師・医療から発展する多職種連携・地域づくり

#### 1. 医師がつくり、介護につないだ多職種連携

診療所医師が医療・介護専門職の連携を主導しながら、地域のチームリーダーがケアマネジャーであることを明確化し、医療・介護の良好な連携体制を形成していった。

#### 2. 地域住民を主体とする認知症対策

地域住民向けに1年かけて行った認知症研修会、地域住民主体での立ち上げ、運営を仕掛けた認知症カフェにより、住民の意識変容・主体性の向上を促進した。

## ⑤山口県萩市

### 【ここがポイント】多種多様な主体がつくる、地域包括ケアシステム

#### 1. 診療所を中心に、地域包括ケアシステムを推進

むつみ地域、川上地域の診療所医師が、介護側を含む様々な関係機関の連携の柱となり、包括的な支援体制を構築。

#### 2. 医療・介護以外の団体を含む、多様な見守り・助け合いの実践

駐在所や消防団、総合事務所市民窓口、地域住民からなる「むつみ元気支援隊」など、様々な活動主体が「お互い様」の精神で見守り・助け合い活動を行っている。

## ⑥徳島県那賀町

### 【ここがポイント】地域ニーズ優先で町を動かす

#### 1. 現場のスタッフの意見が政策に反映される仕組み

「各支所ケア会議」で個別課題を抽出し、「健康福祉検討会」で政策提言につなげる流れが確立している。

#### 2. ICTで情報共有を合理化し、ケアの質を向上

情報共有ツール「新・みまもるくん」が、日常の緊密な情報共有と、効率的な会議運営を実現。節約された時間はケアに充てることで質の向上にもつながっている。

#### 3. いろいろな人を上手に巻き込む

医師が「各支所ケア会議」の日程調整、PC入力を担当するなどのルール化により、医師の参画を促進。また、大学等外部組織と良好な関係を築きICT開発等の支援を受けている。医療・福祉関係者の他、商工会や警察など多様な組織も巻き込んで会議や事業を実施。

## ⑦香川県小豆島町

### 【ここがポイント】未架橋の離島でのシステム構築

1. 複数自治体・病院の協働の場 「地域包括ケア連絡会」  
行政、医療・介護連携の場が病院の統合で更に効率的、活動的になった。
2. 医療機関再編を核とした生活環境のデザイン  
公共交通機関や教育施設などの統合、整理を実施、計画している。
3. 地域で生活を支え合う仕組み「有償ボランティア」  
介護予防事業に関する多様な取組が進められ、利用者側にも評価されている。

## ⑧愛媛県西予市

### 【ここがポイント】人がつながる場所・仕組みづくり

1. 活発なサロン活動を支える「トリアージ」と地域での話し合い  
市内では 121 ものサロンが活動しており、住民の介護予防に向けた取組の場として役立っている。継続支援が必要なサロンの見極めや、地域住民自らが取り組むべき課題を考えることによって、活発な活動の維持・発展につながっている。
2. 医療・介護 さまざまな手段で情報共有  
医療・介護関係者の連携に向け、処遇困難事例の検討会議「連携せいよ」や、クラウドシステム kintone を用いた日常的な情報共有といった、特徴的な取組を行っている。

## ⑨高知県梼原町

### 【ここがポイント】全員参加の健康づくり

1. 住民に浸透している健康文化の里づくり推進員制度  
各区からの推薦で選出された「健康文化の里づくり推進員」が、その活動で高い健診率と健康意識の向上に貢献している。
2. 定期的なケアプラン会で細やかなケアを提供  
地域をよく知る関係専門職が週 1 回集まり情報交換することで細やかな支援や対応が可能となっている。
3. 利用者の状況に応じた居住施設の整備  
町外に依存していた軽中度の介護が必要な高齢者の居住施設を整備するなどして、住み慣れた地域で安心して暮らしていける環境をつくっている。

### 3) 「住まいと住まい方」の構築に係る支援方策の検討

- 作成した検討マニュアルの内容は本編を参照。

#### 4) 地域包括ケアシステム構築のあり方に関する研修会の開催

○ 研修会の開催概要は下記のとおり。

時間	内容
<b>開会</b>	
13:00- 13:15	○開会のあいさつ 主催者挨拶：全国国民健康保険診療施設協議会会長 押淵 徹 全国国民健康保険診療施設協議会名誉会長 山口 昇 来賓挨拶：厚生労働省中国四国厚生局長 片岡 佳和 氏
<b>基調講演</b>	
13:15- 13:45	「地域包括ケアシステムの構築について～次期介護報酬改定を踏まえて～」 厚生労働省老健局振興課長 込山 愛郎 氏 …医療・介護連携における課題、介護報酬改定、総合的・包括的な課題検討、地域づくりの重要性等についてご講演
<b>報告</b>	
13:50- 14:20	「中山間地域における地域包括ケアの展開を考える ～事業経過報告より～」 地域包括ケアシステム構築実態把握と支援方策のあり方に関する検討委員会委員長 阿波谷 敏英 氏（高知大学医学部家庭医療学講座教授） …本研究事業の概要、調査結果の紹介（途中経過）
<b>事例報告</b>	
14:25- 15:25	「実践！地域を診る目が地域包括ケアの充実を生み出した ～地域力を生かした地域包括ケアシステムの展開～」 事例1「多職種連携による看取りと認知症の者にやさしい地域づくり」 広島県・北広島町／北広島町国保雄鹿原診療所長 東條 環樹 氏 事例2「栲原町の「保健・医療・福祉・介護」の連携」 高知県・栲原町／栲原町保健福祉支援センター長 橋田 淳一 氏 事例3「高齢者の住まいと地域包括ケアの展開」 広島県・府中市／府中市健康福祉部長寿支援課長 唐川 平 氏
<b>鼎談</b>	
15:35- 17:00	「中山間地域における地域包括ケアシステムの未来を創造する」 ：後藤 忠雄 氏（岐阜県・県北西部地域医療センター長兼国保白鳥病院長） ：白山 靖彦 氏（徳島大学大学院医歯薬学研究部地域医療福祉学分野教授） ：堀田 聡子 氏（慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授）
<b>開会</b>	
17:00	閉会

## (2) 考察・提言

### ≪要点（国や都道府県・地方厚生（支）局等の支援のあり方に関する提言）≫

#### (1) 地域特性に応じた柔軟な支援

地域包括ケアシステムに関する各地域の既存の様々な取組を尊重し、発展させるために必要な支援をオーダーメイドで考える意識が必要。

#### (2) 高齢者の住まいに関する状況把握・施策繁栄の手法提示

市町村が住宅確保要配慮者の現状を十分把握し、連携した課題検討を行えるよう、県の福祉、医療、住宅施策、都市計画等各担当部署が支援していくことが望ましい。

#### (3) 医療に関する連携体制の構築支援

市町村の医療・介護連携において医師会等各種団体との良好な連携は不可欠であり、そのきっかけ作りや連携体制の維持・発展を支えることは県（保健所）の役割として重要。

#### (4) データの分析方法、結果の活用方法の啓発

データ分析におけるノウハウの啓発や、具体的な施策への反映方法を、国・都道府県単位で研修会を開催するなどの方法で提示・支援することが重要。

#### (5) 客観的・専門的な支援・助言・情報提供

都道府県や地方厚生（支）局が客観的・専門的視点から、地域診断等の結果を踏まえた確にアドバイス。俯瞰的な視点から市町村の置かれる状況を説明することなどが想定される。

#### (6) 基礎的・総論的事項に関する広域的な住民教育、市民啓発

在宅医療や終末期ケア・ACP、介護予防・重症化防止の重要性等、基礎的事項のリテラシー向上は広域自治体等が担うことも検討すべき。

### 1) アンケート結果から見える課題

前述のアンケート結果（主な現状・課題）に対する対応案は、下記のとおりである。

分野	主な現状・課題（再掲）	対応案
◆地域ニーズの把握および地域診断	地域ニーズの把握等にあたり、情報の分析が適切にできない、施策反映ができないと考える自治体が多い。	データの適切な分析方法や、分析した結果の活用方法を啓発していくなどの支援が必要では。
◆医療・介護連携	医療・介護連携の取組を行っている医療機関の8割が効果を実感。課題には各医療機関が工夫を凝らし対応。	医療機関の様々な工夫を自治体等が集約・展開することで、医療・介護連携等の取組をより普及させられるのでは。
◆介護予防	取組は多くの自治体で行われているものの、活動内容、質が十分できない（評価できない）と考える自治体が多い。	介護予防を目的とした自治体の取組を客観的に評価し、アドバイスできるような仕組みが有るとよいのでは。
◆地域の社会資源に関する情報の集約・展開	地域の社会資源・活動は多種のものが行われているが、実施主体は高齢者や多世代、団体等、活動により様々。	住民ボランティアによる支え合い活動、配食サービスなどを地域で展開させる場合は、多世代の住民、NPO、民間事業者等の多様な主体を巻き込む工夫が必要では。

分野	主な現状・課題（再掲）	対応案
◆高齢者の住まいに関する取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者等、住宅確保要配慮者の実態把握を行っていない自治体が多く、理由は「担当部署が不明確」「手法が分からない」など</li> <li>・人口が小さいほど、県の居住支援協議会に参加していない自治体が増加。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住まいに関する状況把握・施策反映等の手法の提示が必要では。</li> <li>・小規模な自治体への協議会の周知、参加の働きかけについて、必要性を考慮して検討してはどうか</li> </ul>
◆看取りの状況	在宅看取りの割合、対応可能な医療機関の有無等基礎的な情報について、自治体が把握していない割合が高い。	自治体の看取りの現状を的確に把握するための積極的な情報提供が必要では。また、公表済の既存情報が自治体に活用されない理由のさらなる分析や、情報の存在の積極的な周知も必要では。
◆複数の自治体を含む広域連携	必要性を感じているができていない自治体が3割強である。	複数自治体の連携に関して、県・厚生（支）局等が、関連自治体や医師会等も含めた連携の橋渡しをすることが効果的ではないか。

## 2) ヒアリング結果から見える課題

9 か所のヒアリング調査による各地の課題、県や地方厚生（支）局等に求められる役割としては、下記が挙げられた。

役割案	具体的内容（一例）
データ分析のためのツール・普及啓発	データを十分に活用した取組等はできていない自治体も多い。医療職種向けの介護保険に関する勉強会、行政や地域包括支援センター職員向けの統計データの処理方法に関する研修が必要。前者は退院支援における選択肢の拡大につながり、後者は小規模自治体職員にとっての煩雑な業務である統計データの活用を省力化することに資する。
地域特性にあわせた柔軟な支援	国や県からの支援は、市町村にとっては「やらなければならないこと」と受け止められ、縦割り行政に陥りやすいという弊害もありうる。地域の実情に応じて規制を緩和したり、自治体自ら工夫できたりするような支援が必要。
地域特性にあわせた財政的支援	中山間地域や離島では点在する生活圏域にサービスを届ける必要があるため、都市部と比較してコストが高くなるとも考えられる。地域特性に応じた全国一律でない施策を検討する必要がある。
県・厚生（支）局等による客観的な支援・助言	10年後、30年後といった中長期的なコミュニティの在り方、行政の将来予測（人口動態、産業構造）を正しく評価し、その上で必要とされる医療、介護の量、質、機能とそれに至るための道標を、客観的・専門的に示すことが必要。
広域的な住民啓発、専門職の情報共有	特に住民啓発が重要。例えば「開業医をかかりつけ医にする」「不急、不要の時間外受診は控え、医師・医療介護専門職を大切にする」「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を形成する」など。
人材確保	地域には必ずしも人材が豊富にいるわけではない。介護予防・生活支援について、地域のリーダーとなる人材の育成支援などのシステムがあれば効果的ではないか。

役割案	具体的内容（一例）
在宅療養における多職種チームの育成支援（医師会等との連携の橋渡し）	地域の実態に即した持続可能な地域医療の方策に関しては、単独の自治体のみで検討・解決できる問題ではなく、従来、地域医療対策を担っていた県が主体での対策が望ましい。

### 3) 国や都道府県・地方厚生（支）局等の支援のあり方に関する提言

アンケート・ヒアリングの考察結果から、国や都道府県、地方厚生（支）局に求められる市町村等地域支援のあり方に関する提言を、下記の通りまとめた。

実際には下記の内容を、都道府県の置かれている状況も踏まえつつ、都道府県や地方厚生（支）局が各々の得意分野を生かして協働で取り組んだり、国が全国一律の対応として進めることなどが検討されることが望ましい。

<b>地域特性に応じた柔軟な支援</b>	地域包括ケアシステムは、すでに各地で様々な取組が進められている。これを尊重し、より発展させていくために必要な支援をオーダーメイドで考える意識が必要では。制度面では、様々な取組にも柔軟に対応できる補助金メニュー等を検討してはどうか。これらは、地域医療介護総合確保基金、地域支援事業（介護保険特別会計）からの支出が難しい場合に有用なツールとなる。
<b>高齢者の住まいに関する状況把握・施策充実の手法提示</b>	市町村が高齢者を含む住宅確保要配慮者の現状を十分把握し、市町村内の多部署が居住支援協議会等の場で連携した課題検討を行えるよう、県の福祉、医療、住宅施策、都市計画等各担当部署が支援していくことが望ましい。（本事業で作成した検討マニュアルも適宜活用）
<b>医療に関する連携体制の構築支援</b>	市町村は医療を専門とする部署の設置が難しいことが多く、医療関係団体との連携のノウハウは少ないが、医療・介護連携において医師会をはじめとする各種団体との良好な連携は不可欠であり、少なくとも医師会等と行政の連携のきっかけを作ること、連携体制の維持・発展を支えることは県（保健所）の役割として必要。
<b>データの分析方法、結果の活用方法の啓発</b>	データ分析におけるノウハウの啓発や、具体的な施策への反映方法について提示・支援。例えば、県単位・ブロック単位（中国四国地方等）の複数自治体を集めた研修会などを国・都道府県等において検討してはどうか。
<b>客観的・専門的な支援・助言・情報提供</b>	都道府県や地方厚生（支）局が客観的・専門的視点から、地域診断等の結果を踏まえた的確なアドバイスを実施。市町村と同レベルの詳細な地域概要まで都道府県等がすべて把握することは難しいが、俯瞰的な視点から市町村の置かれる状況を説明すること、また他の地域の有用な取組の情報提供など、広域的観点から可能な支援を提供することが想定される。
<b>基礎的・総論的事項に関する広域的な住民教育、市民啓発</b>	地域の具体的な取組の周知等は、各地の市町村が担う必要があるが、在宅医療や終末期ケア・ACP、介護予防・重症化防止の重要性等、基礎的事項のリテラシー向上は、啓発内容の統一化・均一化および事務の効率化等の観点から、広域自治体等が担うことも検討してはどうか。全国一律の制度的な内容は、国が実施することも想定される。

# 第1章

## 調査研究の概要

---

# 1. 調査研究の背景と目的

## (1) 調査の背景

- 主に保健・医療分野は保健所、介護分野は市町村単位で実施されているが、地方厚生(支)局に地域包括ケア推進課が設置され、地方厚生(支)局が地域包括ケアシステムの支援(特に医療・介護資源の少ない小規模自治体では、資源確保のための広域的連携構築等)を担うことも期待される。
- 資源の少ない離島を含む中山間地域等での地域包括ケアシステム構築では、単一の自治体に必要な医療・介護に関する資源をすべて整備することが難しいケースもあるため、小規模自治体が複数連携した広域的な構築、市町村合併後における旧自治体単位内での構築など、市町村のエリアを一圏域ととらえずに、より生活に即し、資源を有効に活用する工夫が求められる。その中で、活用可能な人的・物的資源の情報を集約・展開するなど、効果的に資源を活用するための工夫も重要となる。
- また、中山間地域等は持ち家が多いため住まいは確保されていることが多く、血縁地縁に支えられた生活を営んでいる。しかしそれがために独居でも生活を続ける高齢者が過疎により隣家と距離が離れてしまい孤立化するという事態も起こりがちであり、住まいの在り方の工夫が求められる。

### 【具体的な課題】

#### 【課題1】住民の生活実態等に合わせたエリアでの地域包括ケアシステムの構築

中山間地域等では市町村内を住民の利便性に合わせて分割したり、複数市町村で広域化したエリアで地域包括ケアシステムを構築することが求められるが、現状では分割や広域化の道筋が明らかでなく、国や都道府県の関わりが求められる(特に広域化)。また、市町村間における人的・物的資源の情報集約・展開(社会資源のリソース化)も多くないことが想定される。

#### 【課題2】住まい方の工夫

中山間地等では持ち家に独居している高齢者が孤立する恐れがあり、その対策として住まい方の工夫が求められるが、様々な提案がある中でベストプラクティスは確立していない。

#### 【課題3】医療・介護連携および介護予防事業のあり方の検討

社会資源が不足する中山間地域等では、医療と介護の緊密な連携により、包括的な支援の効率的な提供が求められる。複数市町村にわたって医療・介護連携に取り組む場合、その主体となるのは複数の市町村、医師会、地域包括支援センターなどが想定されるが、その役割分担や連携体制構築までの具体的な道筋は明らかでない。さらに、医療・介護ニーズの今後の増大を見据え、中山間地域における介護予防事業のあり方等についても検討が必要となる。

#### 【課題4】地域差を踏まえた地域包括ケアシステムの構築

要介護認定率や1人あたり介護費用、施設サービスと居住サービスの割合等には地域差が存在していることから、地域資源とサービスの供給量を見極め、地域差を踏まえた地域包括ケアシステムのあり方の検討が重要である。

#### 【課題5】既存調査研究を踏まえた検討

平成27年度「中山間地域等におけるサービス提供のあり方に関する調査研究事業」では、中山間地域等のある市町村におけるサービス提供の効果的な施策・取組として、「1. 事業者の工夫(①ICTの活用、②サテライト、③介護保険事業と他の事業の多機能拠点)」、「2. 多様な主体による協働・連携」、「3. 制度による対応(①基準該当サービスの活用、②離島等相当サービスの活用)」の3つが示されている。このため、この分析上に、市町村、都道府県、国の具体的な効果的な対応策について論究を行う。

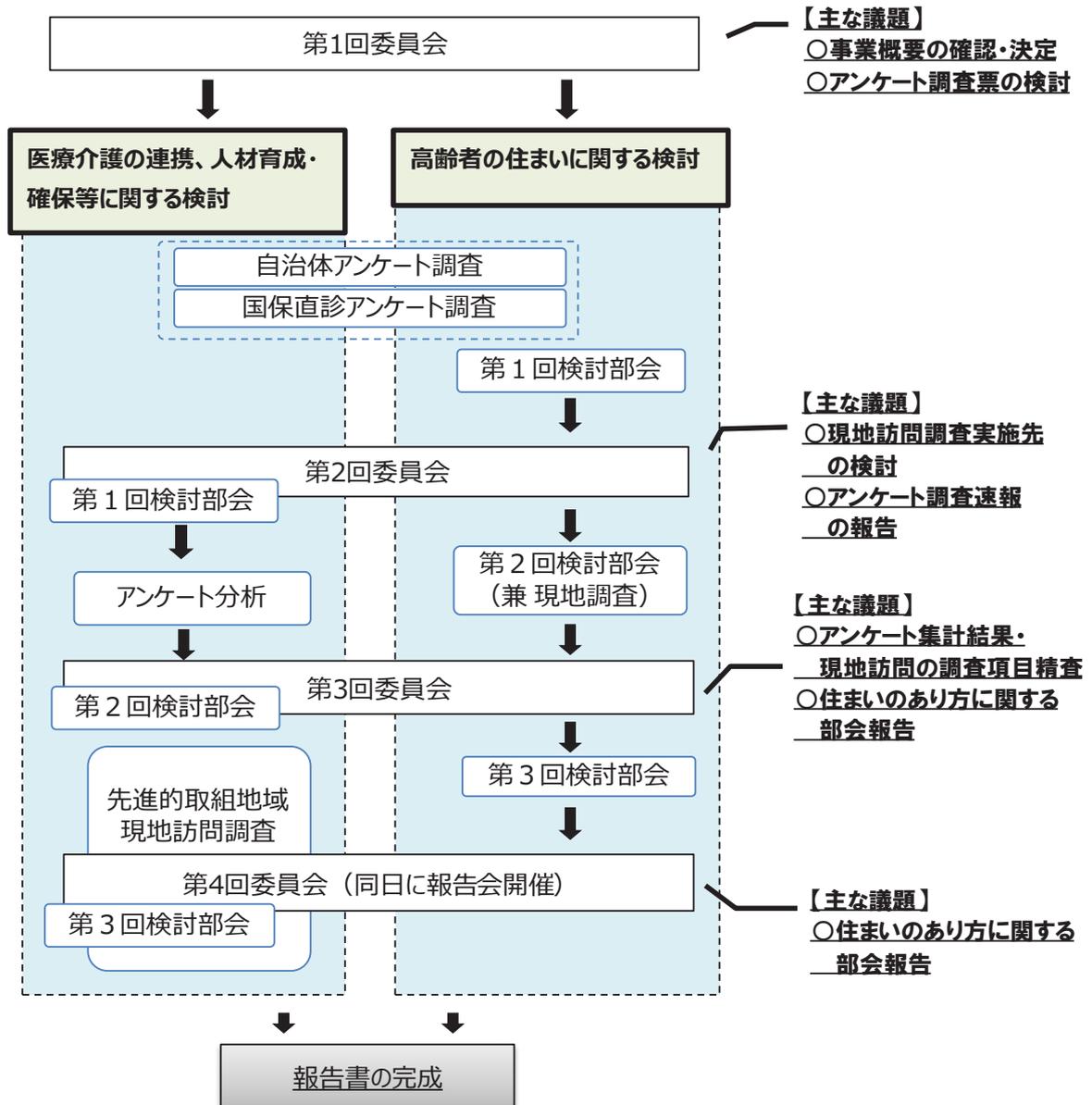
- このような課題から中山間地域等において構築された、あるいは構築されつつある地域包括ケアシステムの中で特徴あるものを抽出、検討し、特に市町村横断的な取組み（資源の共有化や地域住民の安心が得られるリソースネットワーク等）に対する国や都道府県・地方厚生（支）局の支援のあり方を検討することは重要と思われる。
- また、中山間地域等の住まいのあり方を含め、在宅医療・介護連携や介護予防、社会資源のリソース化における好事例を整理し、そのカギとなるプロセス、ポイント等を示すとともに、不足している医療・介護を支える人的資源及び物的資源の状況下での医療介護連携のあり方を検証することは、中山間地域等の地域包括ケアシステムを支えるうえで重要である。

## （2）調査の目的

- 本事業では、中山間地域等における地域包括ケアシステム構築の現状を調査するとともに、少ない人材、資源の中で、地域独自の工夫、エリアを市町村単位と考えずより広域あるいは逆に市町村を分割した取組みなどについての情報も収集して地域の実情に対応した地域包括ケアシステムの好事例集を作るとともに、中山間地域等の地域包括ケアシステムの体制構築に向けた国や都道府県・地方厚生（支）局による支援のありかたについて検討することを目的とする。
- あわせて、中山間地域における住まい方の実態を把握するとともに、その適切なあり方の工夫等についても検討を加える。

## 2. 調査研究の全体像

以下に調査研究の全体像を示す。



### (1) 中山間地域等の地域包括ケアシステム実態調査（アンケート調査）

- 中国四国厚生局所管エリアの中山間地域等における地域包括ケアシステム構築の現状を明らかにするため、アンケート調査を実施した。
- また、アンケート調査の結果は、先進地域現地訪問調査の対象自治体選定にも活用した。

### (2) 先進地域現地訪問調査

- 先進地域での地域包括ケア構築のための工夫を明らかにするため、アンケート調査結果等を参考に抽出した自治体を対象としたヒアリング調査を実施した。
- ヒアリング先の選定にあたっては、前述のアンケート調査結果および本研究事業の委員会等での検討結果等から、中国四国地方の自治体を各県1自治体抽出し、計9自治体を実施した。

○鳥取県智頭町（平成30年1月31日）

○島根県雲南市（平成30年1月24日）

○岡山県高梁市（平成30年2月14日）

○広島県北広島町（平成30年1月29日）

○山口県萩市（平成30年1月30日）

○徳島県那賀町（平成30年1月21日）

○香川県小豆島町（平成30年1月11日）

○愛媛県西予市（平成30年1月26日）

○高知県梶原町（平成30年1月17日）

### (3) 「住まいと住まい方」の構築に係る支援方策の検討

- 住まいおよび住まい方が、地域包括ケアシステムにおいて「医療」「介護」「予防」「生活支援」と並び重要な要素に位置づけられている一方、特に小規模の市町村の高齢者福祉担当部署では、その検討に苦慮する実情があるものと考えられる。
- こうした背景を踏まえ、本事業ではすでに国などから公表されている統計情報や、市町村の多くが保有していると想定される各種データ、計画などの既存情報を用いることで、高齢者の住まいに関する問題の把握や解決方法の検討を行うための「検討マニュアル」を作成した。
- 検討マニュアルの作成にあたっては、広島県府中市をモデル地域として、実際のデータのご提供や、市町村の立場からより使いやすいマニュアルとするための各種検討を協働で実施した。

#### (4) 地域包括ケアシステム構築のあり方に関する研修会の開催

- 本調査研究の事業実施経過を報告するとともに、中山間地域における地域包括ケアシステムのあり方に関する講演や事例報告、鼎談を行う研修会（報告会）を開催した。

開催日時：平成30年2月12日（月・祝）13：00～17：00

参加者数：199名（委員・事務局除く）

開催概要：

時間	内容
13：00- 13：15	○開会 主催者挨拶：全国国民健康保険診療施設協議会 来賓挨拶：厚生労働省中国四国厚生局長 片岡 佳和
13：15- 13：45	○基調講演 「地域包括ケアシステムの構築について～次期介護報酬改定を踏まえて～」 込山 愛郎（厚生労働省老健局振興課長）
13：50- 14：20-	○報告 「中山間地域における地域包括ケアの展開を考える～事業経過報告より～」 阿波谷 敏英（高知大学医学部家庭医療学講座教授）
14：25- 15：25	○事例報告 事例1「多職種連携による看取りと認知症の者にやさしい地域づくり」（広島県北広島町） 事例2「梶原町の「保健・医療・福祉・介護」の連携」（高知県梶原町） 事例3「高齢者の住まいと地域包括ケアの展開」（広島県府中市）
15：35- 17：00	○鼎談「中山間地域における地域包括ケアシステムの未来を創造する」 ：後藤 忠雄（岐阜県・県北西部地域医療センター長兼国保白鳥病院長） ：白山 靖彦（徳島大学大学院医歯薬学研究部地域医療福祉学分野教授） ：堀田 聡子（慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授）
17：00	○閉会

### 3. 実施体制

本事業では「中山間地域等の小規模自治体における地域包括ケアシステム構築実態把握と支援方策のあり方に関する検討委員会」による各種検討を行ったほか、「中山間地域における医療介護の連携、人材育成・確保等に関する検討部会」および「中山間地域における住まいのあり方に関する検討部会」の2部会を設け、各検討事項における詳細な検討、現地訪問調査やマニュアル作成等の実務等を推進した。

また、委員会では、より多様な視点から検討を深めるため、地域包括ケアに関する多様な実践例を「ゲストスピーカー」からご紹介いただいた。

委員会および部会の委員構成は以下の通りであった。

#### 中山間地域等の小規模自治体における地域包括ケアシステム構築実態把握と

#### 支援方策のあり方に関する検討委員会

#### 委員一覧

##### ◇委員会

委員長	阿波谷敏英	高知大学医学部家庭医療学講座教授
委員	堀田 聡子	慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授
委員	白山 靖彦	徳島大学大学院医歯薬学研究部地域医療福祉学分野教授
委員	後藤 忠雄	岐阜県：北西部地域医療センター長・国保白鳥病院長
委員	中津 守人	香川県：三豊総合病院副院長
委員	土岐 太郎	岡山県：高梁市政策監
委員	倉田 朋子	愛媛県保健福祉部生きがい推進局長寿介護課主幹
委員	荒木 和美	広島県地域包括・在宅介護支援センター協議会理事 庄原市老人介護支援センター相扶園センター長
委員	長谷 絵美	広島県：庄原市立西城市民病院看護師長

##### ◇中山間地域における医療介護の連携、人材育成・確保等に関する検討部会

部会長	阿波谷敏英	高知大学医学部家庭医療学講座教授
委員	田辺 大起	鳥取県：日南町国民健康保険日南病院主任理学療法士
委員	三上 隆浩	島根県：飯南町立飯南病院副院長（歯科医師）
委員	東條 環樹	広島県：北広島町雄鹿原診療所長
委員	大原 昌樹	香川県：綾川町国民健康保険陶病院長
委員	篠岡 有雅	香川県：綾川町健康福祉課地域包括支援センター事務次長

◇中山間地域における住まいのあり方に関する検討部会

部会長	園田真理子	明治大学理工学部建築学科教授
委員	堀田 聡子	慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授
委員	福田由美子	広島工業大学工学部建築工学科教授
委員	三上 隆浩	島根県：飯南町立飯南病院副院長（歯科医師）
委員	唐川 平	広島県府中市健康福祉部長寿支援課長
委員	杉島 賢治	広島県府中市建設産業部まちづくり課長
委員	河野 龍	広島県土木建築局住宅課長
委員	藤田 善久	広島県地域包括ケア・高齢者支援課長

◇オブザーバー

全体	片岡 佳和	厚生労働省中国四国厚生局長
全体	高原 伸幸	厚生労働省中国四国厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課長
全体	鯨井 佳則	厚生労働省四国厚生支局長
全体	高橋 英二	厚生労働省四国厚生支局健康福祉部地域包括ケア推進課長
全体	高橋 孝一	厚生労働省中国四国厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課地域包括ケア推進官
全体	佐藤 功	厚生労働省中国四国厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課地域支援事業係長
全体	光井 聡	厚生労働省中国四国厚生局健康福祉部医事課臨床研修審査専門官
作業部会②	原 朋久	国土交通省中国地方整備局建政部都市・住宅整備課長
作業部会②	塚本 文	国土交通省四国地方整備局建政部都市・住宅整備課長

◇アドバイザー

金丸 吉昌 国診協副会長／宮崎県：美郷町地域包括医療局総院長

◇ゲストスピーカー

西村 みずえ	広島国際大学看護学部看護学科准教授
中西 敏夫	広島県・市立三次中央病院長
矢田 明子	Community Nurse Company 株式会社 代表取締役
十時 奈々	特定非営利活動法人みんなの集落研究所コミュニティナース

◇事務局

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会  
みずほ情報総研株式会社社会政策コンサルティング部

## 第2章

# 中山間地域等の地域包括 ケアシステム実態調査 (アンケート調査)

---

# 1. アンケート調査実施概要

## (1) 調査の目的

- 中国四国厚生局所管エリアの中山間地域等における地域包括ケアシステム構築の現状を明らかにするため、地域包括ケアシステムに関連する各分野の取組状況、効果、課題、工夫等を把握するためのアンケート調査を実施した。
- アンケートは、①中国四国地方の中山間地域を有する自治体を、および国保直診施設の所在する自治体を対象とする「自治体調査」のほか、国保直診施設が中山間地域等の地域包括ケアシステムに関する取組を長きにわたり実践してきたことや、様々な取組を自治体と協働で実施してきた経緯があることから、②中国四国地方に所在する国保直診施設を対象とする「国保直診施設調査」をあわせて実施することとした。
- また、アンケート調査の結果は、先進地域現地訪問調査の対象自治体選定にも活用した。

## (2) 実施方法

郵送配付・郵送回収（自記式）

## (3) 調査の対象

- ①自治体調査：中国四国厚生局所管エリアに所在する市町村のうち、過疎地域自立促進特別措置法の規定に該当する自治体および国保直診施設の所在する自治体（155 か所）
- ②国保直診調査：中国四国厚生局所管エリアに所在する国保直診施設（全数：179 か所）

## (4) 調査時期

平成 29 年 9 月～10 月

## (5) 回収状況

種 類	発送件数	回収件数	回収率
自治体調査	155	62	40.0%
国保直診施設調査	179	106	59.2%

## (6) 調査項目

### ①自治体調査

#### 《自治体の概況》

- 自治体名、近隣自治体との合併の有無、合併前の自治体数、合併年
- 地区医師会のエリアに含まれる自治体数、自治体に含まれる地区医師会数

#### 《地域ニーズの把握および地域診断》

- 地域ニーズの把握および地域診断にあたっての情報の収集・把握状況
- 把握・収集した情報の分析および施策への反映

#### 《医療・介護連携》

- 自治体における医療・介護連携の推進体制
- 自治体で不足している医療・介護関係の職種
- 医療・介護連携における ICT の活用状況
- 自治体の認知症施策における連携状況
- 自治体の医療・介護連携に関する取組の評価

#### 《介護予防の取組》

- 自治体における介護予防に関する取組全般
- 基準該当サービス、離島等相当サービス
- 自治体の介護予防に対する評価

#### 《地域の社会資源に関する情報の集約・展開の状況》

- 自治体における、地域の社会資源に関する情報の集約・展開
- 自治体の地域の社会資源に関する情報の集約・展開に対する評価

#### 《高齢者の住まいに関する取組》

- 自治体における住宅確保要配慮者、住宅確保に配慮が必要な高齢者への支援
- 自治体の住宅確保に配慮が必要な高齢者への支援に対する評価 等

#### 《看取りの状況》

- 看取りを行っている医療機関数・在宅死の割合
- 自治体の看取りに対する評価

#### 《複数の自治体を含む広域連携の状況》

- 地域包括ケアシステムに関し、他の自治体と連携して、また共同で実施している取組
- 取組の具体的内容、共同で実施している理由またはできていない理由

#### 《自治体の地域包括ケアシステムに対する評価》

- 当該自治体の地域包括ケアシステムに対する評価
- 近隣自治体における地域包括ケアシステムに対する評価

#### 《国や都道府県に求める支援》

- 地域包括ケア構築に必要な施策のうち、支援があると良いと考えること

## ②国保直診施設調査

### 《施設の概況》

- 施設の所在自治体、施設名、施設種別
- 併設施設、施設の受けている指定・施設基準等

### 《施設で実施している（予定含む）医療・介護連携の概要》

- 医療・介護連携に関する取組
- 取組の具体的な内容、課題、課題克服のための工夫
- 取組の具体的な効果、取組の工夫

### 《地域住民が主体となる介護・福祉関係の活動への参加状況》

- 施設職員のうち、地域住民が主体となる介護・福祉関係の活動への参加者の有無
- 施設を退職した職員のうち、地域住民が主体となる介護・福祉関係の活動への参加者の有無

### 《施設の建物内の部屋や敷地等の活用》

- 部屋や敷地を地域活動のために貸与・開放することがあるか
- 貸与・開放する活動の具体的な内容および効果

### 《施設の在宅看取りの取組状況》

- 在宅看取りの実施の有無
- 在宅看取りおよび病院で亡くなった人の人数・割合
- 在宅看取りに直接関わる職種、在宅看取りの際に連携する施設・事業所等

### 《その他、施設の各種取組や課題》

- 施設退職者の再雇用の状況
- 健診データの集計・分析による保健事業や取組の実施の有無
- 複数自治体による広域連携の状況
- 複数自治体による広域連携の具体的な内容、効果および課題
- 退院支援における課題

### 《施設が所在する自治体の地域包括ケアシステムに対する評価》

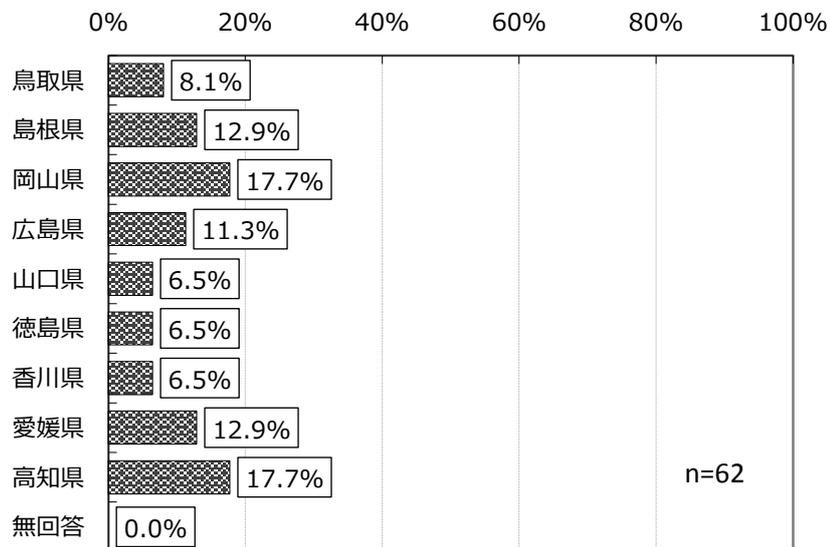
- 施設が所在する自治体の地域包括ケアシステムの点数
- その点数をつけた理由

## 2. 調査結果（自治体調査）

### （1）自治体の概況

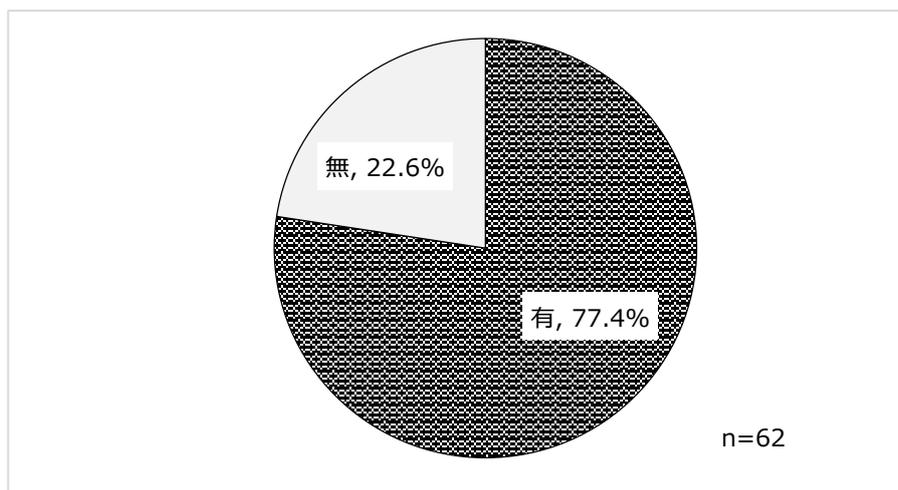
#### ■回答のあった自治体の所在する県

対象としたすべての県から、各 4 自治体以上の回答が得られた。



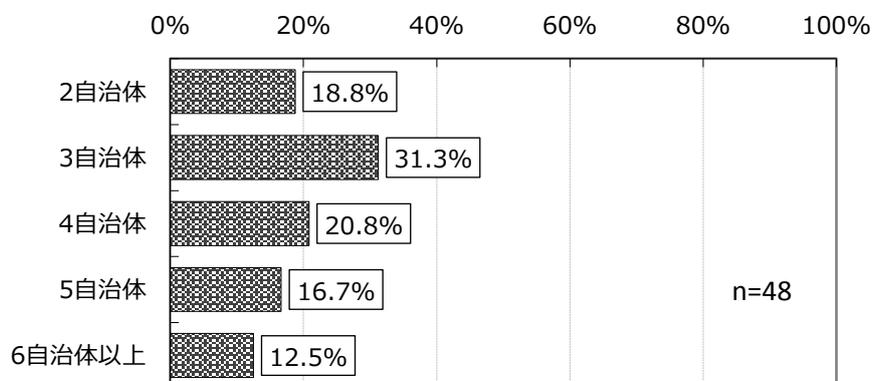
#### ■1999 年以降の、近隣自治体との合併の有無

回答した自治体のうち 77.4%が、1999 年以降に近隣自治体との合併を行っていた。



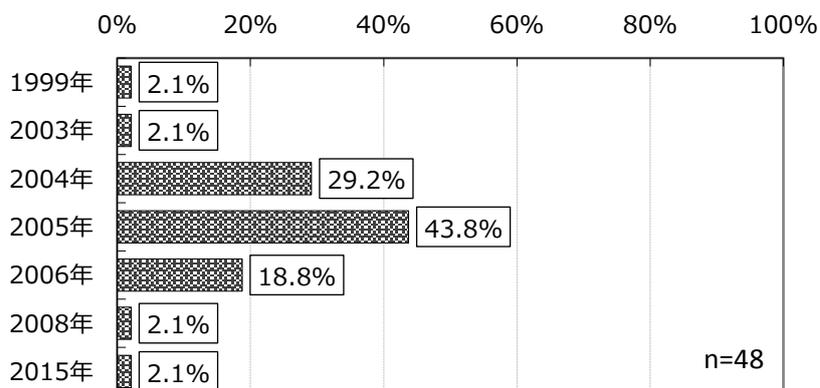
### ■合併前の自治体数

合併を行った自治体では、合併前の自治体数は「3自治体」が最も多く31.3%であり、次いで「4自治体」20.8%、「2自治体」18.8%であった。



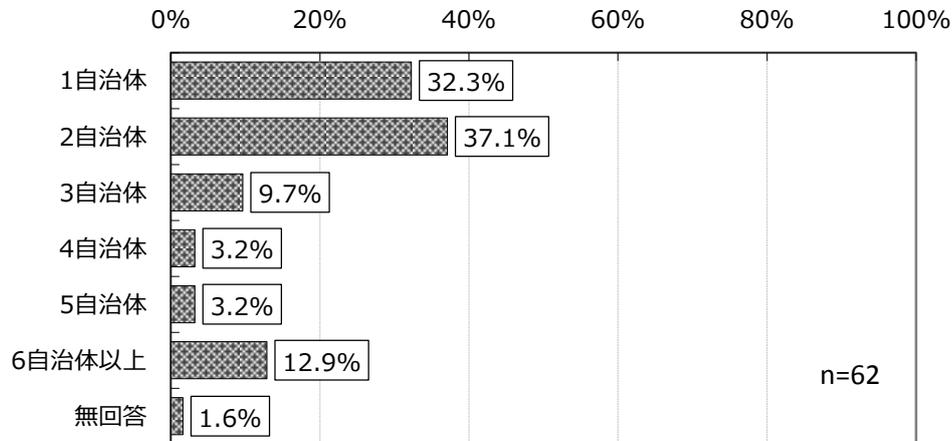
### ■合併した年(西暦)

合併を行った自治体では、2005年に合併を行った自治体が43.8%で最も多く、その前後の2004年、2006年にそれぞれ29.2%、18.8%の自治体が合併を行っていた。



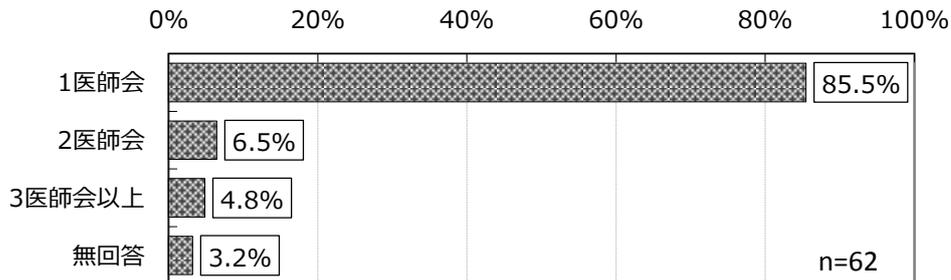
### ■自治体の地区医師会のエリアに含まれる自治体数（回答自治体も含む）

「2自治体」と回答した自治体37.1%で最も多く、次いで「1自治体」32.3%であった。



### ■自治体に含まれる地区医師会数（エリアの一部のみが含まれる地区医師会も対象）

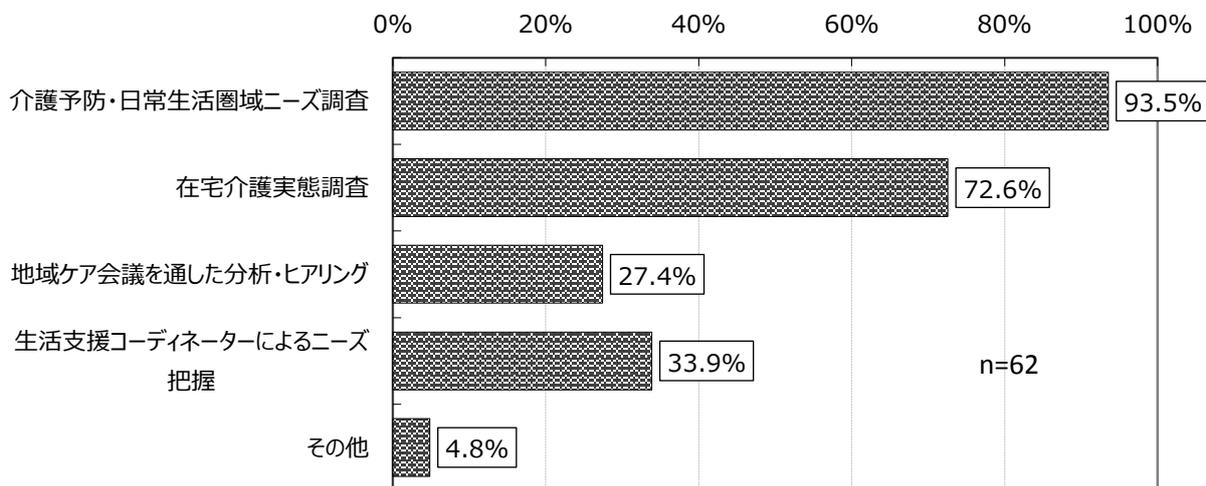
「1医師会」と回答した自治体が85.5%で最も多かった。



## (2) 地域ニーズの把握および地域診断について

### ■地域ニーズの把握及び地域診断にあたり実施した取組（複数回答）

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」は、93.5%の自治体が実施していると回答した。次いで実施が多かったのは「在宅介護実態調査」であり、72.6%の自治体が実施していると回答した。



#### ◆「その他」の内容

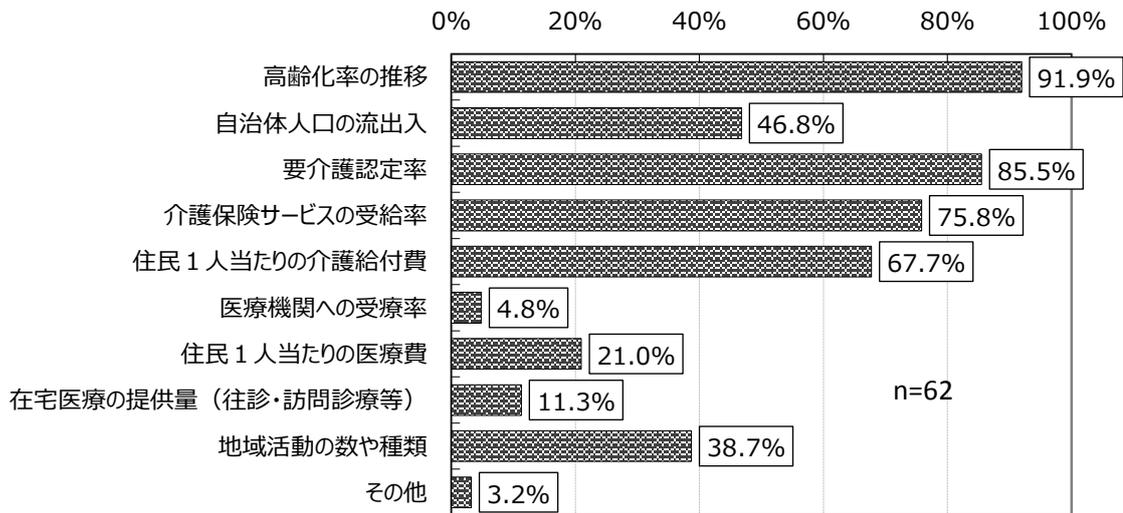
医療介護連携実態調査

介護事業者ヒアリング

研修会等の活用、見える化システム

## ■地域ニーズの把握及び地域診断にあたり収集・把握している情報等

地域ニーズの把握及び地域診断にあたって把握されている情報としては、「高齢化率の推移」が最も多く、91.9%の自治体が把握していると回答した。次いで「要介護認定率」85.5%、「介護保険サービスの受給率」75.8%などがあった。把握している自治体が少なかった情報は「医療機関への受療率」4.8%、「在宅医療の提供量（往診・訪問診療等）」11.3%、「住民1人当たりの医療費」21.0%など、いずれも医療関連のものであった。



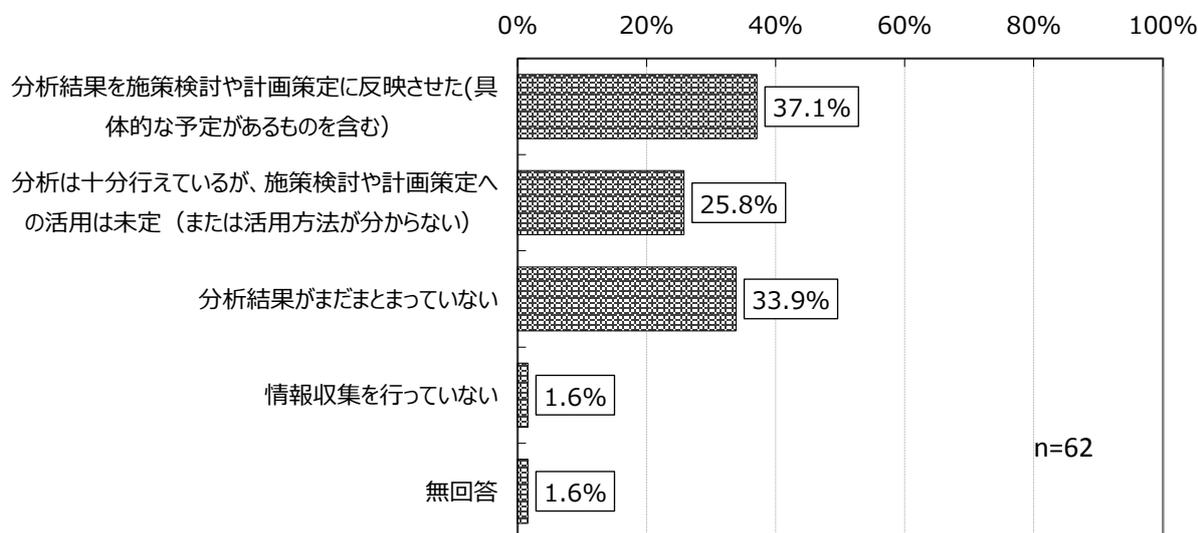
### ◆「その他」の内容

活動ボランティアの人数

医療機関 薬局等の数

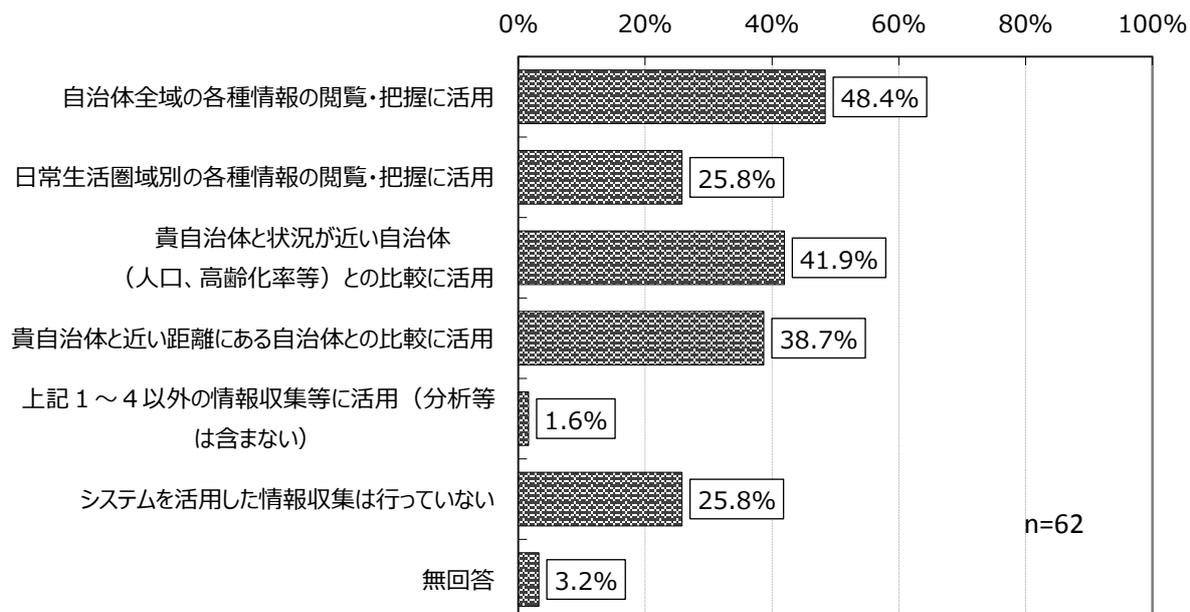
## ■地域ニーズの把握及び地域診断にあたり収集・把握している情報の活用状況（複数回答）

把握した情報の分析・活用の状況については、「分析結果を施策検討や計画策定に反映させた(具体的な予定があるものを含む)」と回答した自治体が37.1%であった。次いで多かったのは「分析結果がまだまとまっていない」との回答で、33.9%であった。



## ■厚生労働省の提供する『地域包括ケア「見える化」システム』の活用状況

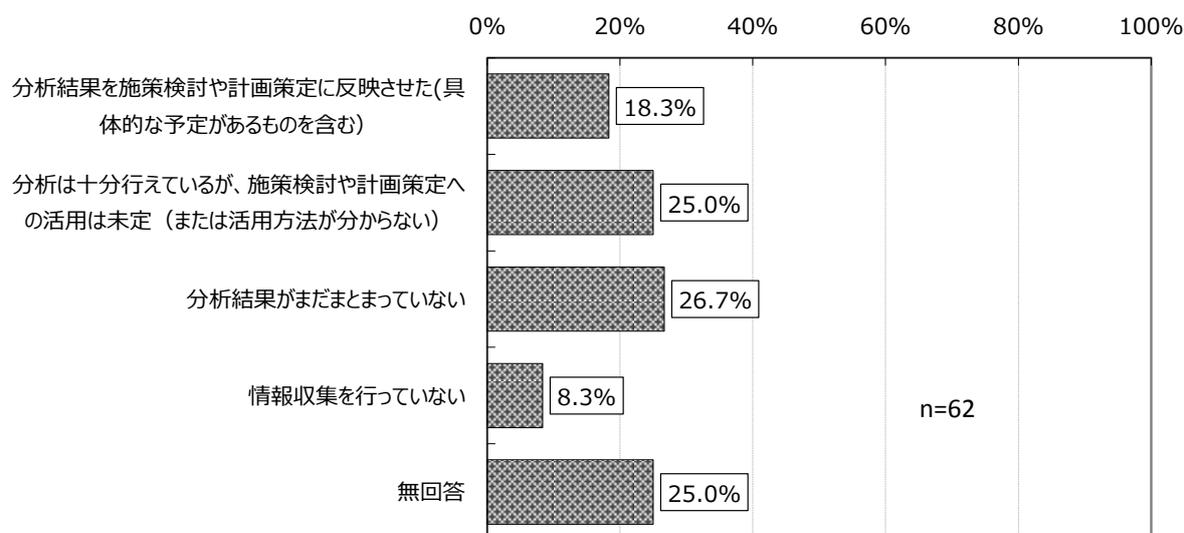
『地域包括ケア「見える化」システム』の活用については、「自治体全域の各種情報の閲覧・把握に活用」と回答した自治体が最も多く、48.4%であった。その他に多かった活用方法は「貴自治体と状況に近い自治体(人口、高齢化率等)との比較に活用」(41.9%)、「貴自治体と近い距離にある自治体との比較に活用」(38.7%)などであった。また、「システムを活用した情報収集は行っていない」と回答した自治体が25.8%存在した。



## ■『地域包括ケア「見える化」システム』を通して得た情報の活用状況

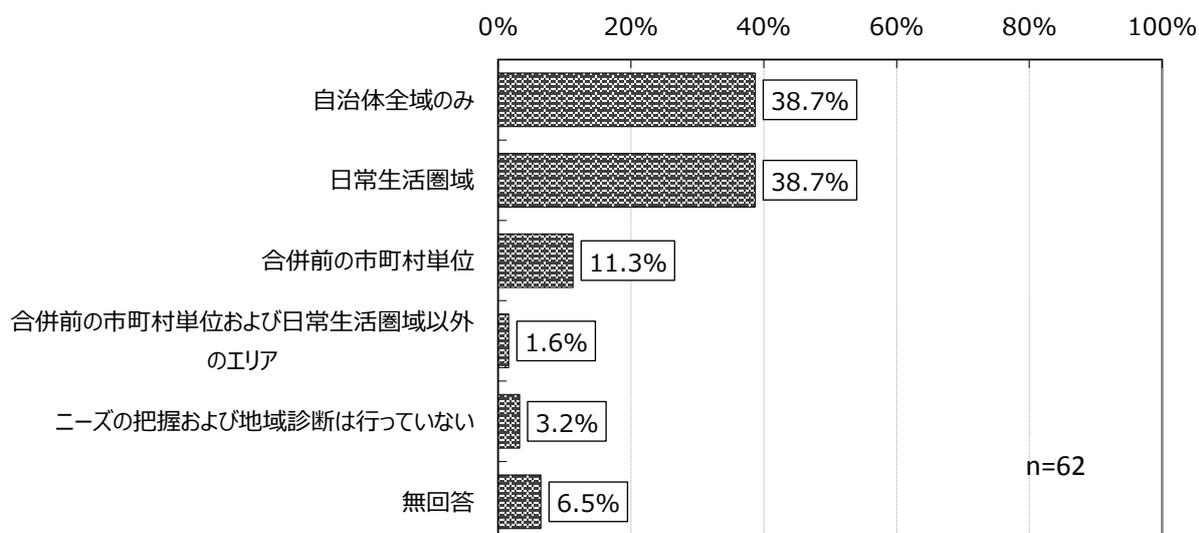
『地域包括ケア「見える化」システム』で得た情報の活用については、「分析結果がまだまとまっていない」との回答が26.7%で最も多く、次いで「分析は十分行えているが、施策検討や計画策定への活用は未定（または活用方法が分からない）」25.0%など、活用に至っていない自治体が多いことが伺えた。

なお、本アンケートは自治体の高齢者保健福祉関連部署宛に回答を依頼したが、「見える化」システムを主に扱う部署が介護保険担当部署（担当者）である自治体も相当数あると思われることから、下記よりも多くの自治体が「見える化」システムを活用している可能性について留意すべきと考えられる。



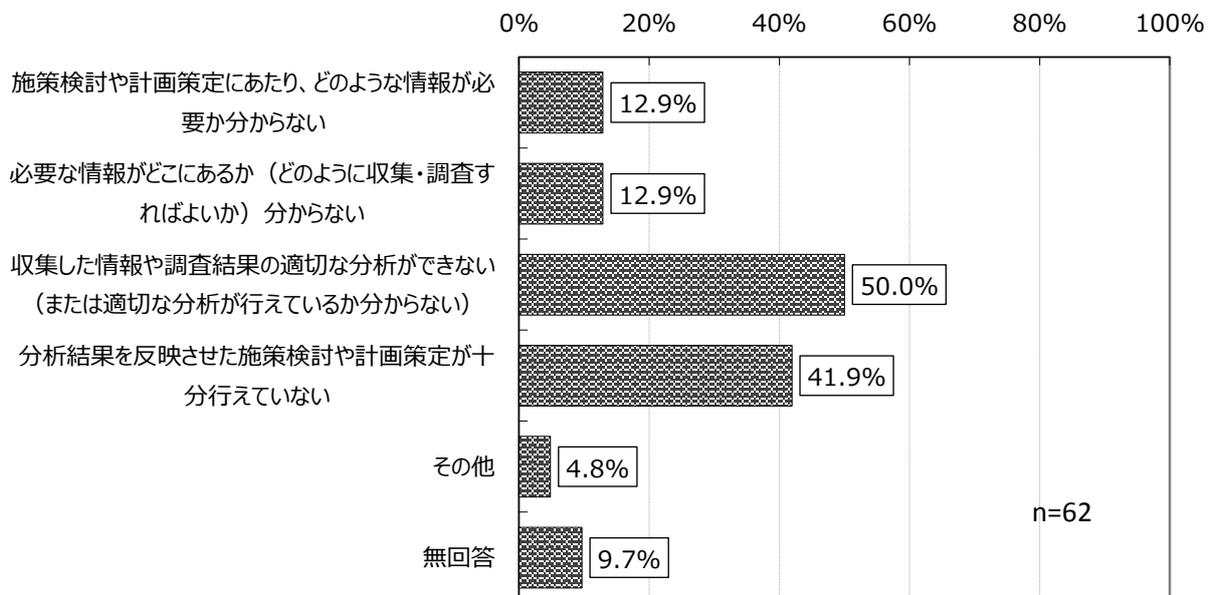
## ■情報収集等を通じた地域ニーズの把握および地域診断の範囲

地域ニーズを把握している範囲については、「自治体全域のみ」と回答した自治体と、「日常生活圏域」と回答した自治体がいずれも38.7%で同率であった。「合併前の市町村単位および日常生活圏域以外のエリアについて分析を行っている自治体は1.6%であった。



## ■情報の分析結果を施策検討や計画に反映させる際、課題となること（複数回答）

収集した情報を施策に反映させる際に課題となることについては、「収集した情報や調査結果の適切な分析ができない（または適切な分析が行えているか分からない）」が50.0%で最も多く、次いで多かったのは「分析結果を反映させた施策検討や計画策定が十分行えていない」41.9%であった。分析の実施、分析結果の施策反映という2つのステップにハードルを感じている自治体が目立った。



### ◆「その他」の内容

特に課題はない

特にない

## ■分析や施策反映にあたり、国や県、地方厚生（支）局などから提供してほしい情報、支援

国や県、地方厚生（支）局などから提供してほしい情報、支援としては、下記の回答が寄せられた。

訪問診療、看護の実績値（ニーズ量を推計するため）

データの利用方法や分析方法などの例示

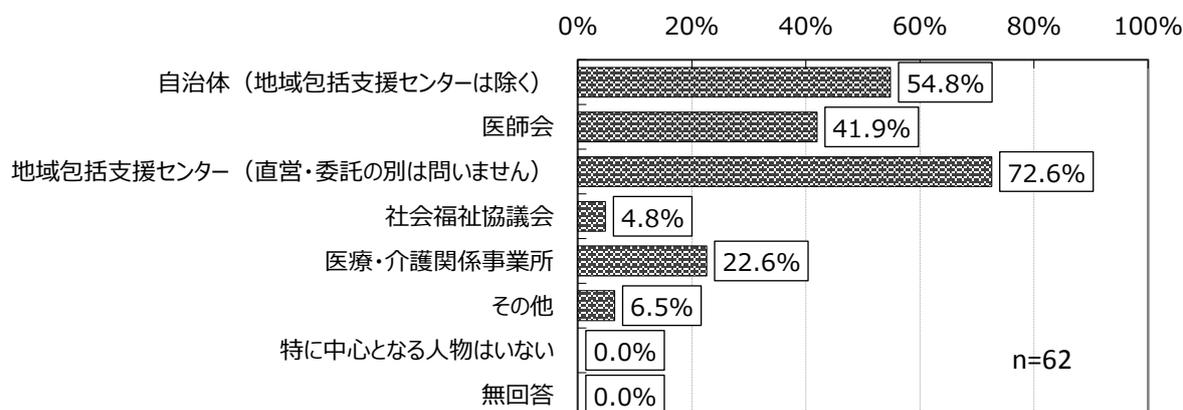
医療レセプト等の分析等

実際に施策反映された事例（特に、施策を進めるにあたり整備された実施要項や申請書式等の具体的な事務等なし

### (3) 医療・介護連携の状況について

#### ■医療・介護連携を中心的に進めている人物の所属団体（複数回答）

医療・介護連携を中心的に進めている人物が所属している団体については、「地域包括支援センター（直営・委託の別は問いません）」が72.6%で、最も多かった。次いで「自治体（地域包括支援センターは除く）」54.8%、「医師会」41.9%であった。



#### ◆「その他」の内容

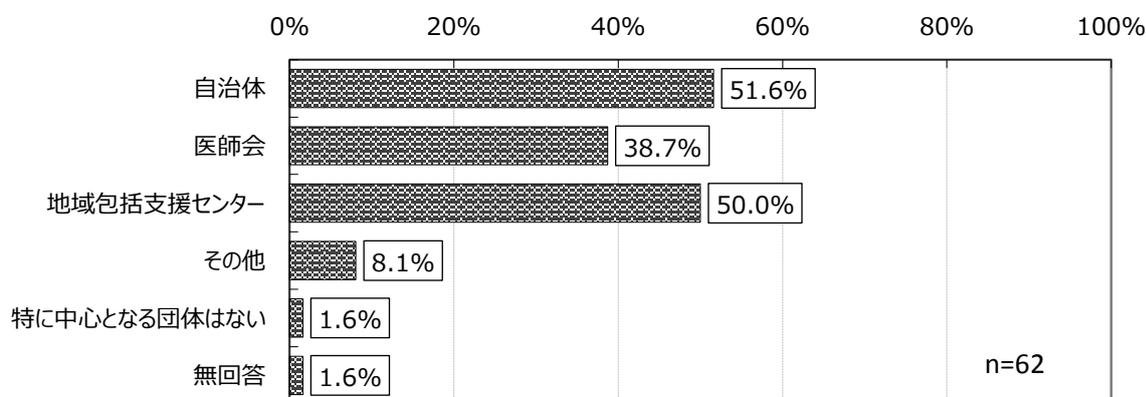
五師士会（専門職の団体）

保健所

医療機関

#### ■医療・介護連携を中心的に進める役割を担っている団体（事務局が設置されている等）（複数回答）

事務局が設置されている等、医療・介護連携を中心的に進める役割を担っている団体については、「自治体」51.6%、「地域包括支援センター」50.0%との回答が多数であり、次いで「医師会」が38.7%であった。



#### ◆「その他」の内容

広域の中で核病院となる

五師士会

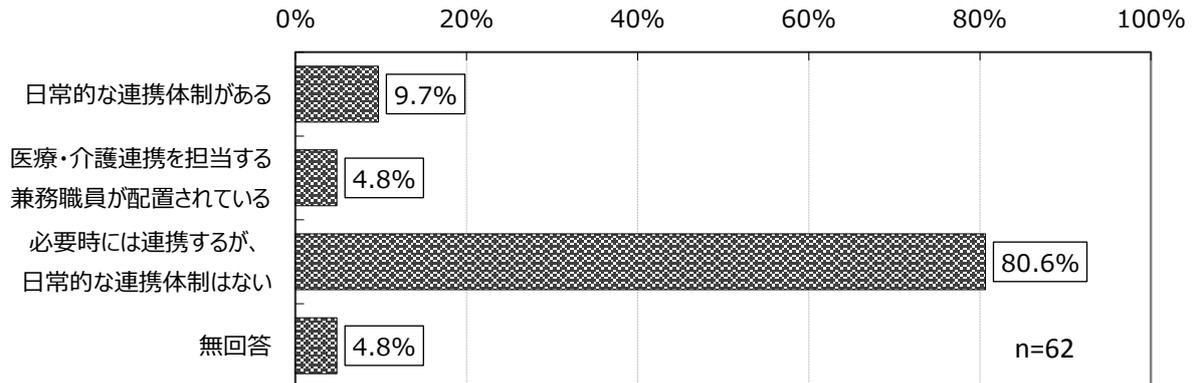
介護事業所

特定の医療機関

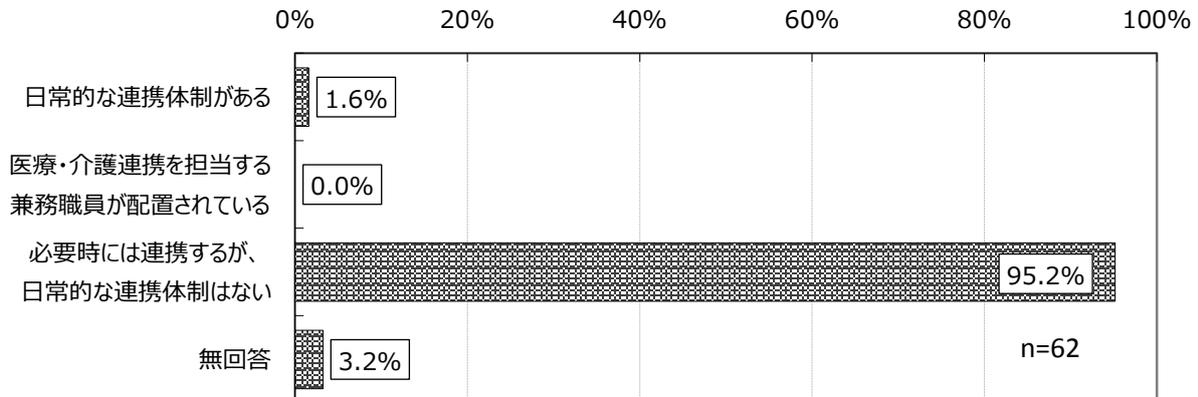
## ■医療・介護連携に関する他部署との連携体制

医療・看護連携に関する他部署との連携体制について、「日常的な連携体制がある」との回答が最も多かった部署は「保健事業の担当部署」であり41.9%であった。次いで「障害者福祉の担当部署」30.6%が続いた。「保健事業の担当部署」に「医療・介護連携を担当する兼務職員が配置されている」自治体も11.3%存在した。

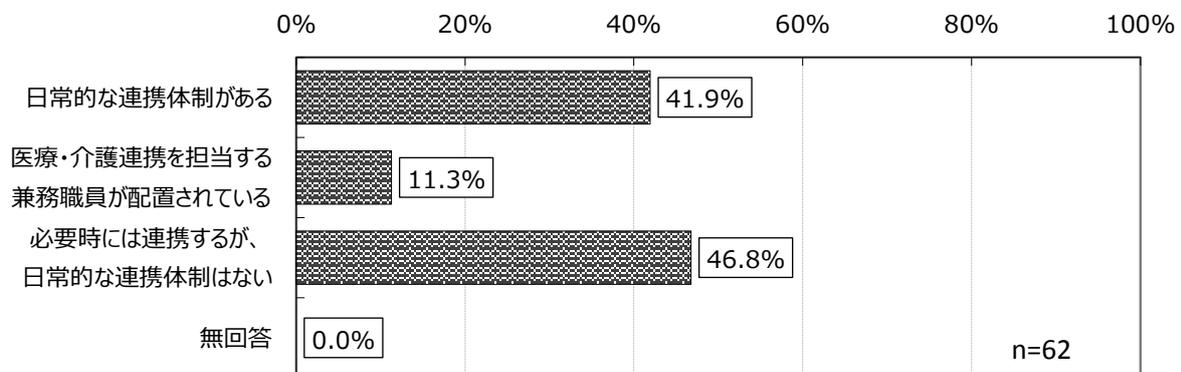
### ① 市民との協働の担当部署



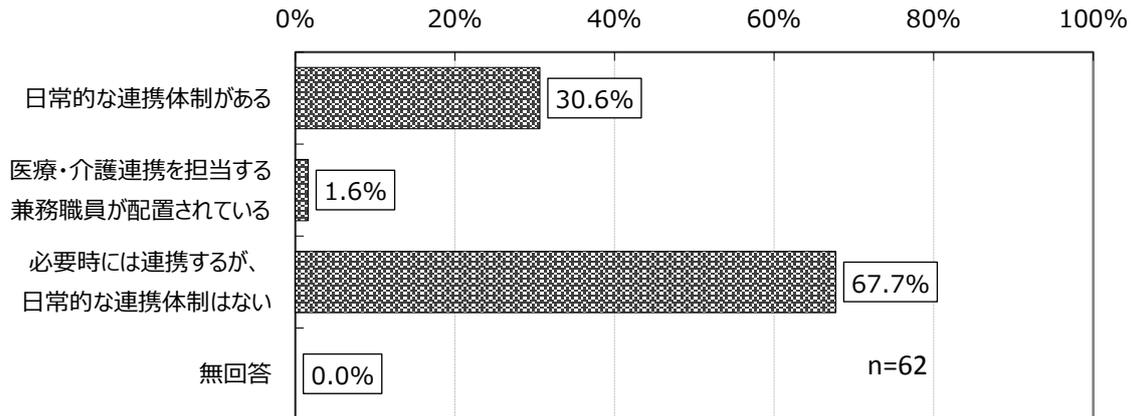
### ② 産業振興の担当部署



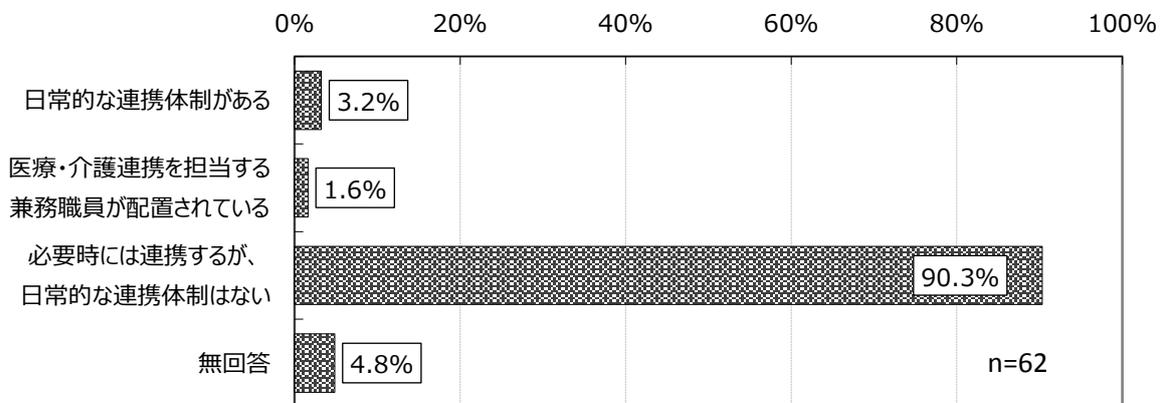
### ③ 保健事業の担当部署



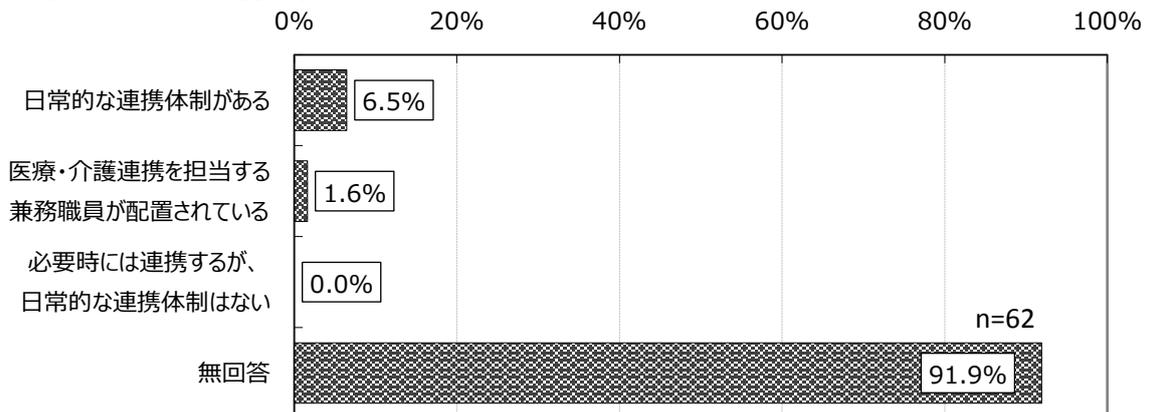
④ 障害者福祉の担当部署



⑤ 都市計画・住宅施策の担当部署



⑥ その他の連携部署

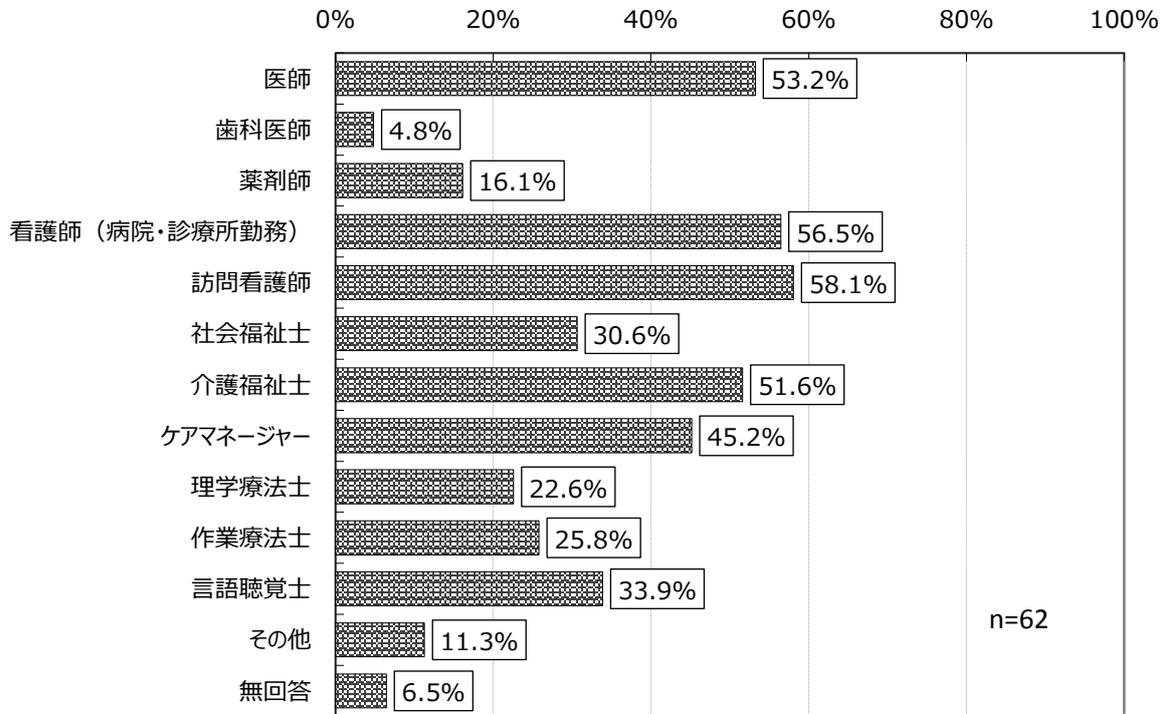


◆「その他の連携部署」の内容

教育担当部署	高齢者支援
町立病院	国保担当部署

## ■自治体内で不足している医療・介護関係の職種（複数回答）

自治体内で不足している職種については、「訪問看護師」が58.1%で最も多く、次いで「看護師（病院・診療所勤務）」56.5%、「医師」53.2%、「介護福祉士」51.6%などがあった。

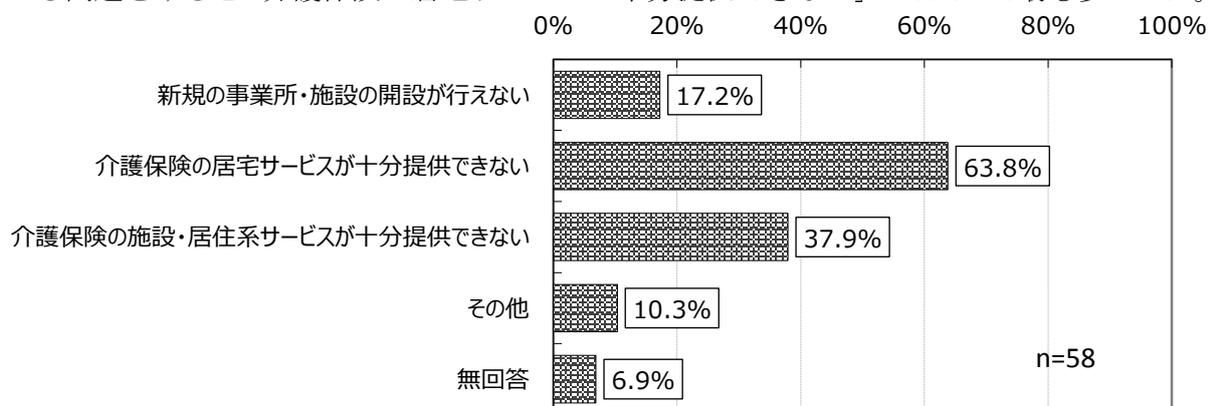


### ◆「その他」の内容

保健師	介護職員
管理栄養士、歯科衛生士	ヘルパー
整形外科医	

## ■職種の不足によって生じている問題（複数回答）

何らかの職種が不足していると回答した自治体について、職種の不足によって生じている問題をみると「介護保険の居宅サービスが十分提供できない」が63.8%で最も多かった。

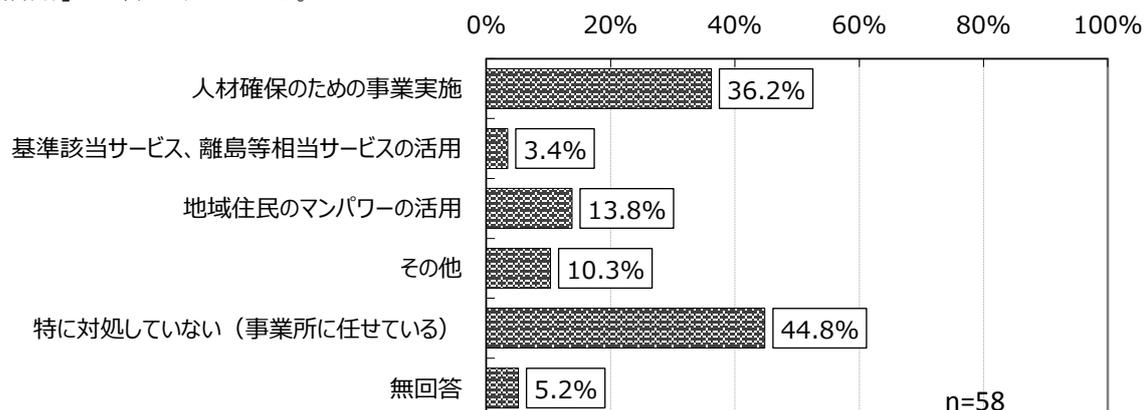


### ◆「その他」の内容

医療機関での提供。	各機関が抱えている課題である。
在宅医療が十分提供出来ない。	救急体制
整形の診療科が休止状態。	在宅での服薬管理指導。

## ■職種の不足によって生じている問題への対処（複数回答）

何らかの職種が不足していると回答した自治体について、職種の不足への対処をみると「特に対処していない（事業所に任せている）」と回答した自治体が44.8%で最も多く、次いで「人材確保のための事業実施」36.2%であった。また「その他」の取組を行っている自治体においては、「医師、看護師、介護福祉士奨学金制度」、「シルバー人材センターの活用」が行われていた。

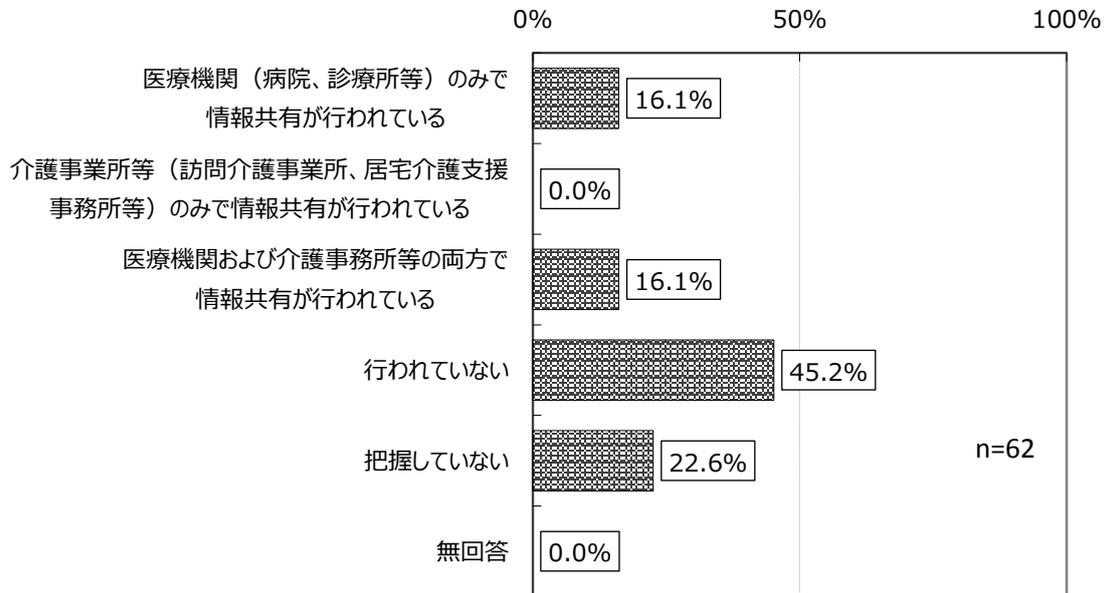


### ◆「その他」の内容

医師、看護師、介護福祉士奨学金制度	シルバー人材センターの活用
今後、在・医・介護連携の中で話し合っていく内容	研修会でのスキルアップ

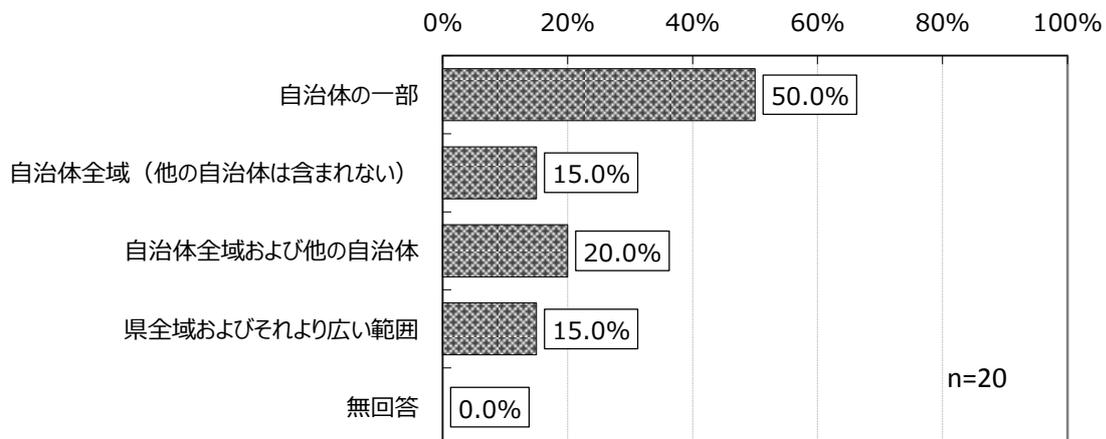
## ■ICT を活用した医療・介護専門職の情報共有の有無

ICT を活用した医療・介護専門職の情報共有については「行われていない」と回答した自治体が最も多く 45.2%であり、回答した自治体の半数近くを占めた。また、「把握していない」と回答した自治体も 22.6%存在した。



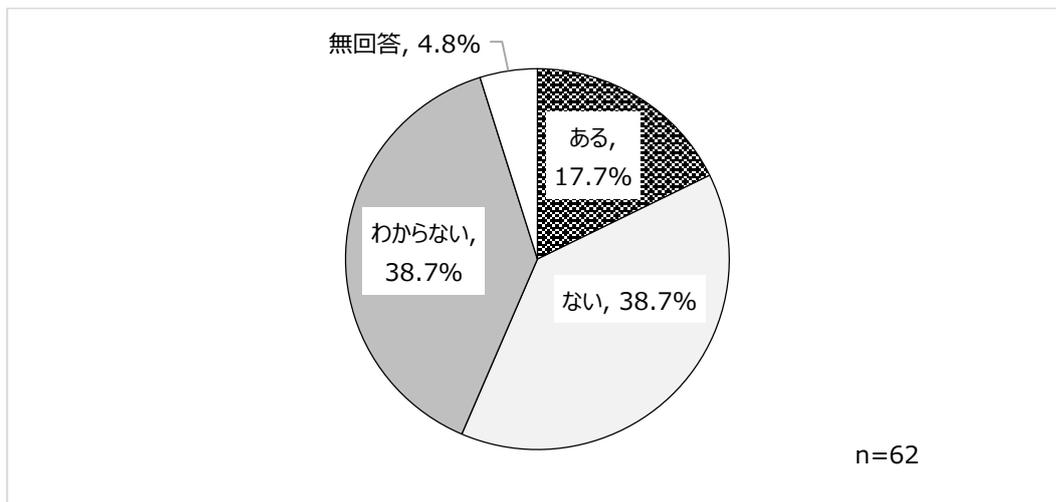
## ■ICT を活用して情報共有が行われている範囲

ICT を活用した医療・介護専門職の情報共有を行っている自治体について、情報共有が行われている範囲をみると「自治体の一部」が最も多く 50.0%であった。他の自治体との情報共有を行っている自治体は 20.0%、県全域よりも広域において情報共有を行っている自治体も 15.0%存在した。



### ■ICT を活用した医療・介護専門職の情報共有についての7期介護保険事業計画記載予定の有無

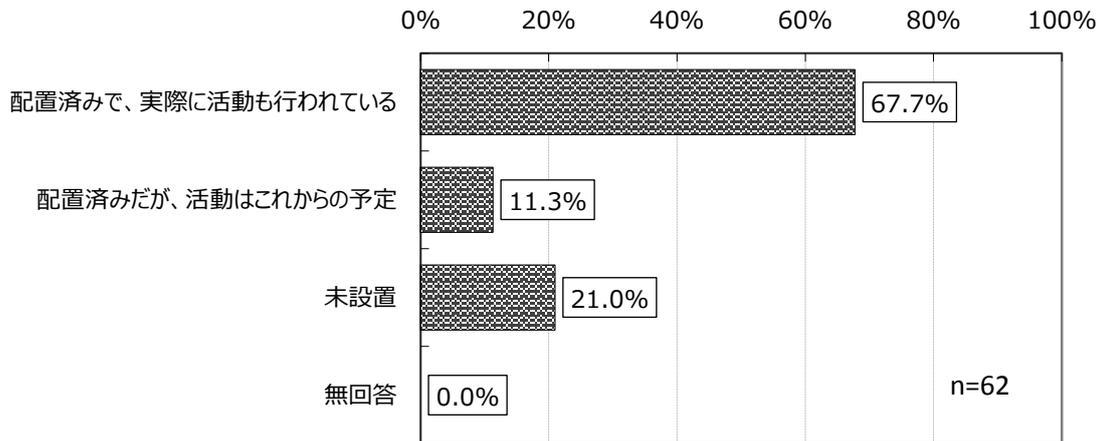
ICT を活用した医療・介護専門職の情報共有についての内容を7期介護保険事業計画に記載する予定については、「ない」、「わからない」がどちらも38.7%であり、「ある」の17.7%を上回った。



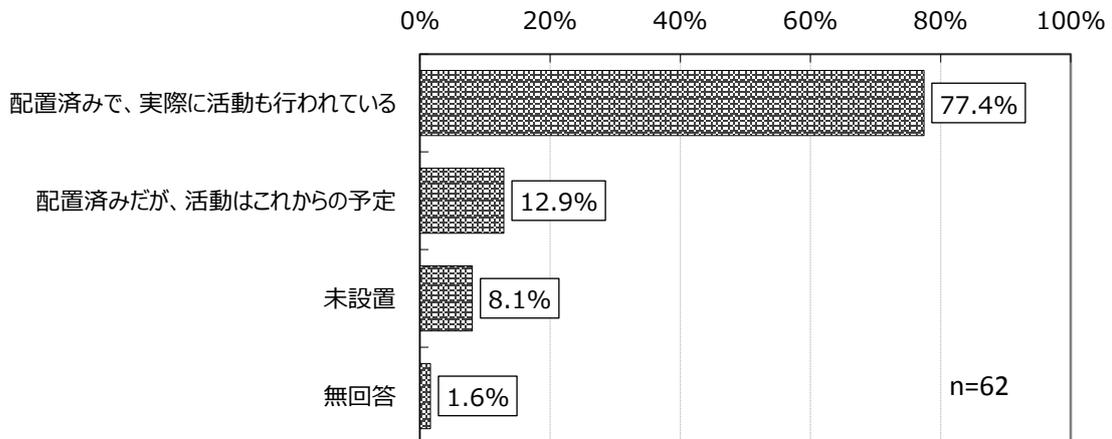
## ■認知症初期集中支援チームおよび認知症地域支援推進員の配置・活動状況

認知症初期集中支援チームおよび認知症地域支援推進員の配置・活動状況については、「配置済みで、実際に活動も行われている」との回答が認知症初期集中支援チームで67.7%、認知症地域支援推進員で77.4%と、いずれも最も多かった。

### ① 認知症初期集中支援チーム

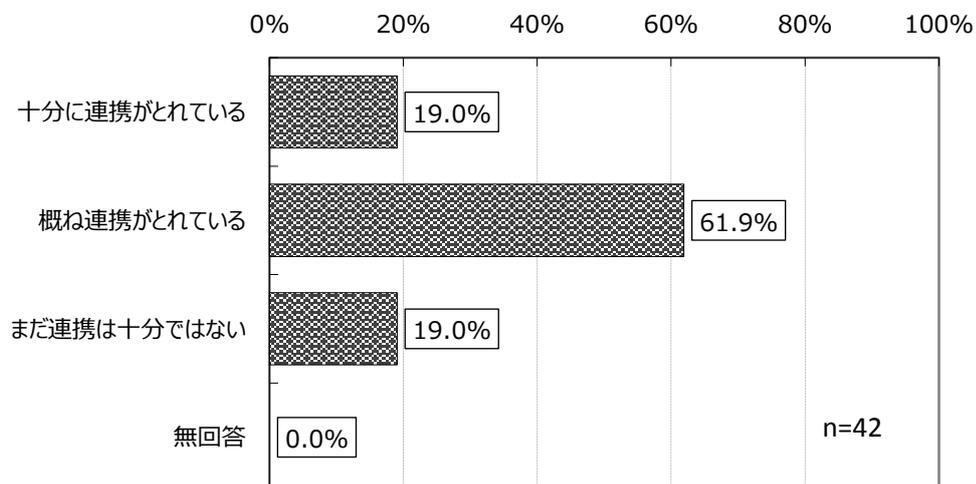


### ② 認知症地域支援推進員



## ■認知症初期集中支援チームの活動における医療職、介護職の連携

認知症初期集中支援チームの活動における医療職、介護職の連携については、「概ね連携がとれている」と回答した自治体が61.9%と最も多く、次いで「十分に連携がとれている」、「まだ連携は十分ではない」が19.0%と同率であった。



## ■認知症初期集中支援チームの活動において、医療・介護職の連携強化のための工夫や、連携による効果の高い取組事例

認知症初期集中支援チームの活動において、医療・介護職間で「十分に連携がとれている」と回答した自治体においては、以下のような工夫や取組事例が挙げられた。

---

常にチームの専門医と密に連絡を取っている。

---

認知病疾患医療センターHPと連携し定例会議、各地域での予防教室。

---

認知症疾患センターを核として連携体制が出来ている。

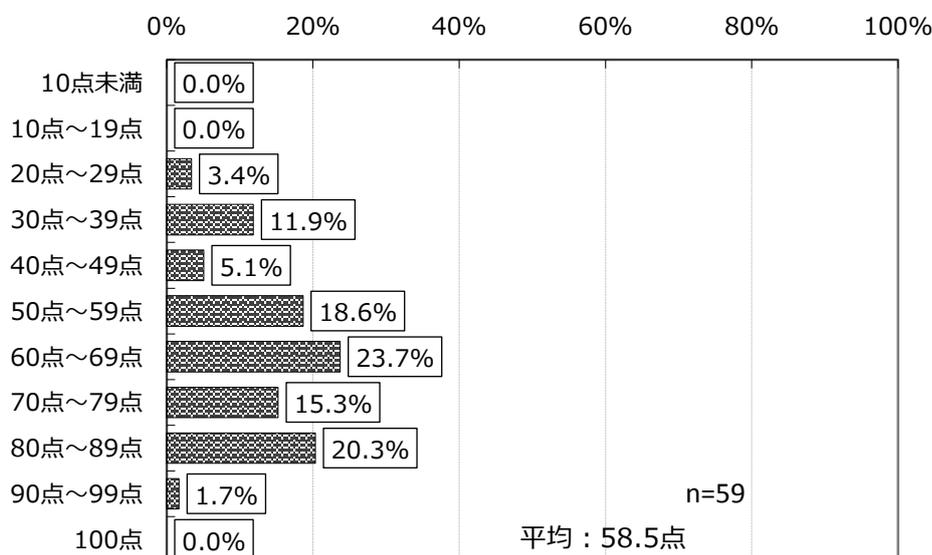
---

地域包括支援センター職員が兼務しているため。

---

## ■自治体における医療・介護連携に関する取組の評価点

自治体における医療・介護連携に関する取組の評価としては、60～69点をつけた自治体が23.7%で最も多く、次いで80～89点が20.3%であった。一方で、20～29点と比較的低い点数をつけた自治体も3.4%存在した。



## ■医療・介護連携に関する取組の評価点をつけた理由

医療・介護連携に関する取組の評価点をつけた理由については、下記の回答が寄せられた。

### 【評価点：30点以下】

目に見える形での成果がでていない。

現在取り組みをはじめたところ。

個別の連携に終始し、組織（またはチーム）としての連携にはなっていないため。

連携に向けた課題が多くあるため。

実績効果をあまり感じられないため。

ケアマネがそれぞれ連携を図っている。

医療の診療料が少ないこと。介護サービス事業者が少ないこと。医療と介護連携を+複数自治体と協議しているが、まだまだ取組が不十分であることが明らかとなった項目が次々に出てくるのが理由となっています。

### 【評価点：31点～70点未満】

研修会企画など、連携に向けて開催されている。よりよい連携のあり方として、ツール（連携シート）が作成され、取り組みの努力をしている。

取り組みを行っているが、不十分な点もあり、評価・改善の必要がある。

まだ取組が遅い

体制は整備したが、実働が十分にともなっていないため。

評価指標等を設定しておらず、点数化は困難。

高・中・低で区分すれば中レベル。

取り組みは行っているが、充分ではない。

I C Tを活用している。

医療と介護の関係者の交流会を開催している。

在宅医療・介護連携にあたって、まずは連携するための手段や窓口となる人同士のつながりが必要ということで、(ア)～(ク)の必須事業をクリアすることもあわせて、手段や事業を実施すること自体を成果としてきた。現状では、地域課題や我が町の医療のあり方を共通した上での取り組みにはなっていない。医療・介護関係者が以前より前進してきたと思う人が増えたという点ではよいと思えるが、目指す姿の共有化や地域課題解決の地道な検討をした上での取り組みが必要だ。

I C T等も普及・啓発しているが、事業所の登録が増えない。

連携について協議が始まったばかり。

在宅医療、介護連携に関する課題の抽出ができていない。医療機関や事業所など、お互いの業務や役割等の共有が十分に図られていない。

(ア)～(ク)の十分な取組みではないと思われる。

現在それぞれにおいてなされている取組みを統合することが必要と考え取り組めていないから。

やっていないことはないし、全体的なシステムはまだだが個別ケースとして対応している。(個人的努力の面が大きい)

ア～クの項目でまだ取り組めてない項目がある。

いくつかの取組を実施しているが、医療介護連携の課題抽出や対応策の検討はこれからであり、目に見える成果が上がっていない。

医療、介護連携における課題であった、入退院時の支援ルールの運用をしている。

まだ、住民への情報提供が十分ではない。

関係スタッフと顔の見える関係づくりはできているが、中身の部分が十分でない。

多職種で現状や課題等について話し合える場が出来た。実態把握のためのアンケート調査を実施しているところで、今後の取り組みに活かせると思う。

多職員による研修会の実施と、退院調整ルールを検討中。

人員不足等により事業への関わりが薄く、十分に取り組めていないため。

国が事業の実施項目にあげている(ア)～(ク)について全て着手できているから。

本町内に居宅支援事業所が1件しかない等、社会資源が他市町村の資源の活用となっている。マンパワーの活用をまだまだ充分進めることが出来ていないが、連携は、顔の見える関係作りに努め、医・介護事業所に連絡、情報共有、相談は出来る関係である。

医療機関、介護事業所とも顔が見える関係と必要時には連携が出来るとは思っているが、全体的に見ると苦慮されているとの声があり、全体の底上げする支援は必要。

#### **【評価点：70点以上】**

県東部地域で1市4町が連携しながら取り組んでいる。

医師、歯科医師、薬剤師他医療関係者と介護関係者及び保健所等と多職種連携による事業(勉強会)や、共有ツールの作成、連携課題を論じる会議等も定期的に行い、あらためて「地域包括ケア推進連絡会」の立ち上げには中核病院、専門病院、医師会や関係団体の方々による意見交換の場も整備できた。

早い段階から医師会と協議し、平成29年4月に医師会への業務委託により在宅医療・介護連携支援センターを

---

設置した。

・医師が参加する地域ケア会議を月2回開催している。・ICTを利用した情報共有が課題。

町内や近隣の医療機関とは、常に連携をとっている。

認知症対策についても介護サービスと連携をとりながら実施している。

協議会を通して様々な事業等を展開しており、徐々にではあるが関係づくり、利連携が進んできている。

医師と多職種の懇談会、真庭共通シートなどを通じた顔の見える関係づくりを約10年間進めてきており、一定の成果がある。

積極的な医師会の協力により事業委託を医師会にしている連携をとりながら実施している。

医師会等の協力のもと、様々な取り組みを行っていることから。

小さな自治体で連携が以前よりとれていた。

これまでに加え、専門職のネットワークが組織され、関係性が深まっているため。

郡を単位として協議会を設置、運用済であるが、町を単位として考えると、医療との連携が十分でない。

医療圏で多職種連携会議を開催しており、医療・介護等の関係者の顔の見える関係が出来ている。

医師会としての連携がまだ十分とは言えない。

ワーキング部会を設置しており、積極的に事業展開をしている。

・地域ケア連絡会 1回/週（松野町国保診療所医師、保健師、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問介護）

・ネットワーク会議 1回/月（上記に特老、デイサービス施設、小規模多機能、サービス付き高齢者住宅、グループホーム、薬剤師会、など、多職種が参加）

※上記の会議等により、情報の共有、連携づくりに取り組んでいる。

・年3回、医療・介護連携プロジェクト会議を行っている。・看取りフォーラムの開催。・医療・介護従事者のケアカフェを開催している。

平成24年度から在宅医療連携拠点事業により、協議会を設置し取り組んでいる。顔の見える関係づくりから退院時支援、相談窓口強化等具体的な取り組みが進んでいる。

退院調整ルールと情報共有シートは4年前に作成済み。在宅側からの情報シートは活用しているが、病院側が活用しているのか不明。退院時情報シートがなく、病院のサマリーが欲しい情報がない等で不十分。顔つながりがあり、聞きやすいので、その分を補っている。町内の全職が集まる機会はないが、病院との連絡会や介護事業所との会は参加。

---

**【評価点：回答なし】**

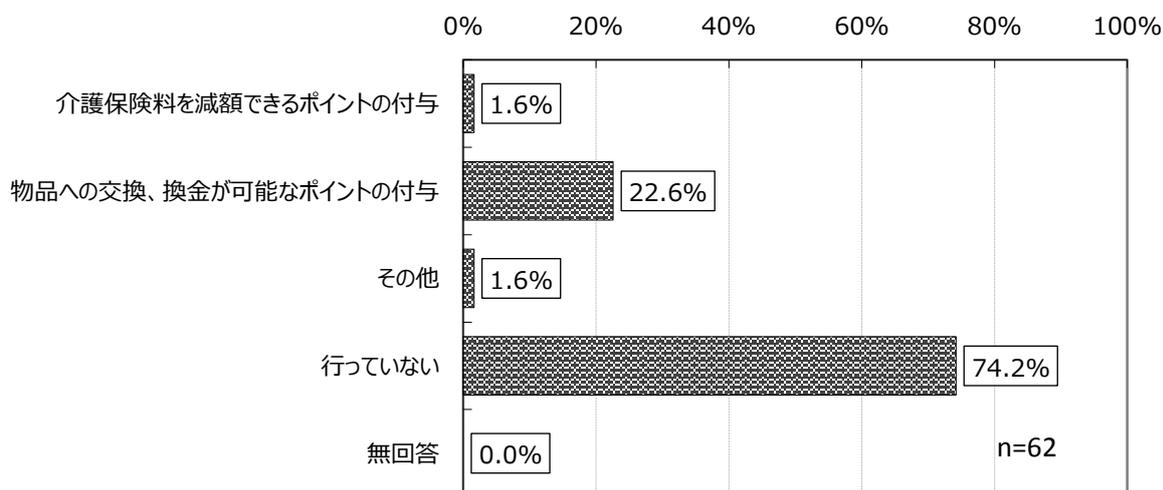
基準が明確でないため、採点不可とさせていただきます。地域支援事業の在宅医療介護連携推進事業で示されている（ア）～（ク）までの取り組みはすべて行っている。一方で、在宅医療介護の取り組みについて課題も多く抱えているのが現状である。

---

#### (4) 介護予防の取組について

##### ■介護ボランティア等へのインセンティブの付与（複数回答）

介護ボランティア等へのインセンティブの付与については、「行っていない」と回答した自治体が74.2%と最も多かった。行われている取り組みは「物品への交換、換金が可能なポイントの付与」が22.6%と最も多かった。

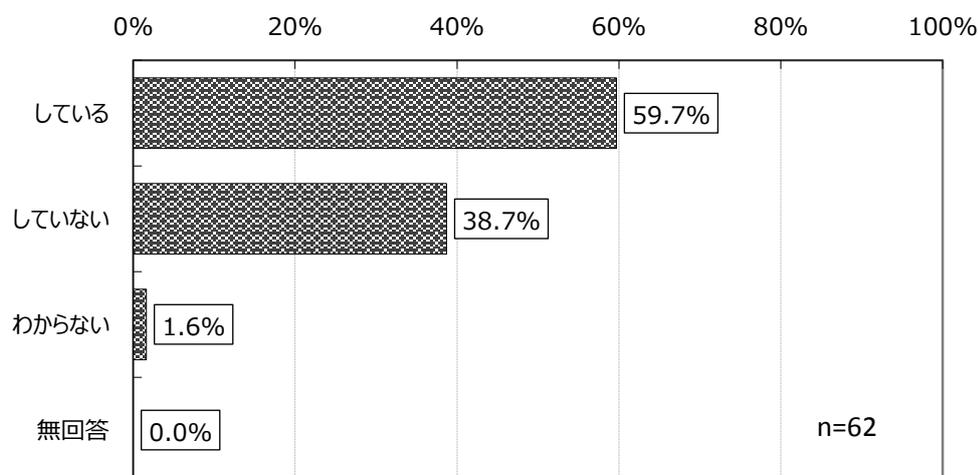


##### ◆「その他」の内容

報奨費

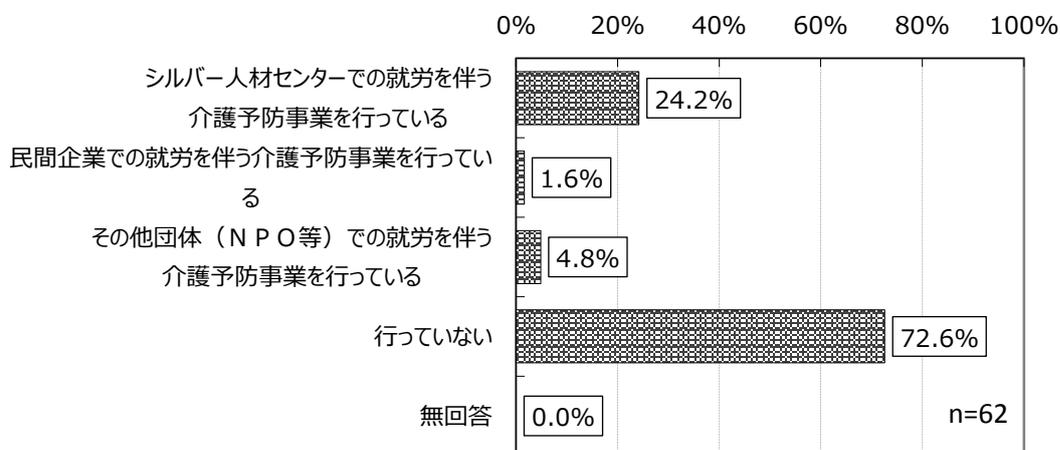
##### ■介護予防サポーター等、介護予防を担う住民ボランティアの育成の有無

介護予防を担う住民ボランティアの育成については、「している」が59.7%で、「していない」38.7%を上回った。



## ■介護予防を目的とした、高齢者の就労に関する取組状況（複数回答）

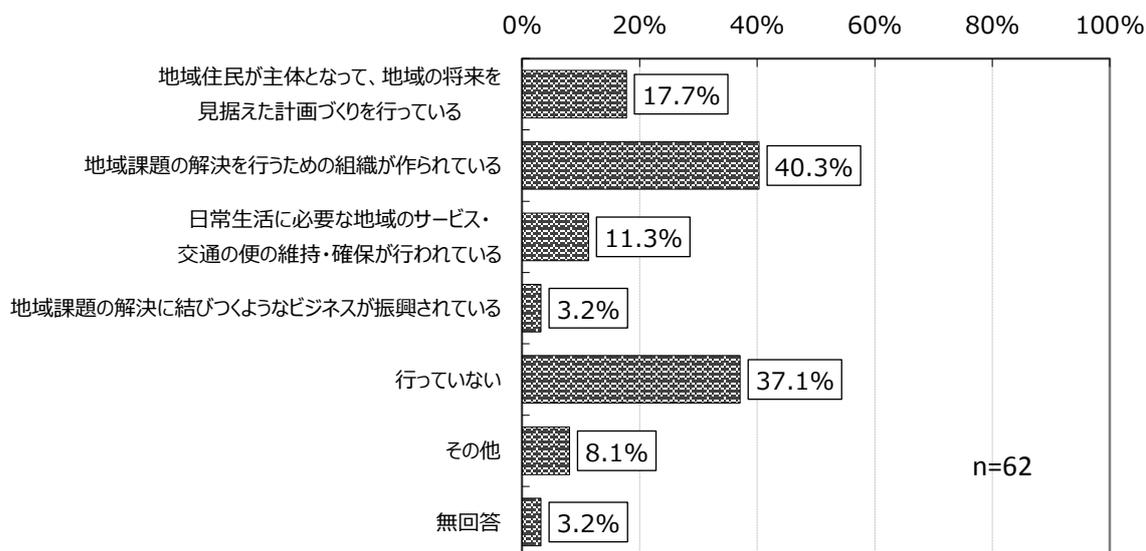
介護予防を目的とした、高齢者の就労に関する取組については「行っていない」と回答した自治体が72.6%と多数であった。行われている取組は「シルバー人材センターでの就労を伴う介護予防事業」が24.2%で最も多かった。



## ■「小さな拠点」づくりへの取組状況（複数回答）

「小さな拠点」づくりについては「地域課題の解決を行うための組織が作られている」40.3%が最も多く、次いで「行っていない」37.1%であった。また「地域課題の解決に結びつくようなビジネスが振興されている」自治体が3.2%（2件）であった。

※小さな拠点：中山間地域等の複数の集落を含む生活圏で、必要な生活サービスを受け続けられる環境維持のために、地域住民が自治体や事業者、団体と協力・役割分担しながら、生活支援機能を集約・確保したり、地域資源を活用して仕事・収入を確保する取組



### ◆「その他」の内容

一部地域のみ取り組んでいる。

町版「生涯活躍のまち」構想を策定、拠点整備の準備中。

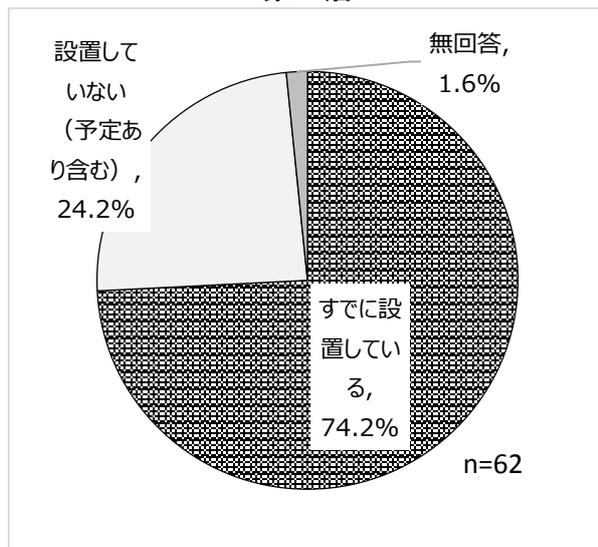
介護予防・日常生活支援総合事業の住民主体型サービスの取り組み。

地域振興に寄与する委員会（仮）を設置し、検討している。

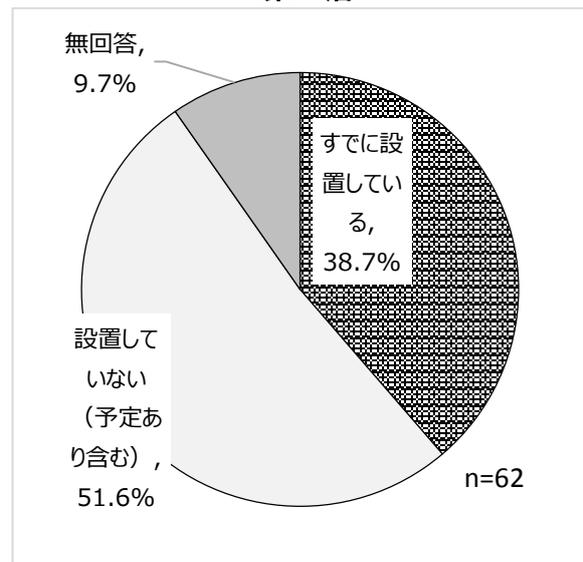
■「生活支援コーディネーター」「協議体」（いずれも、生活支援体制整備事業によるもの）の設置状況

「生活支援コーディネーター」と「協議体」の設置状況については、第一層ではいずれも「すでに設置している」がそれぞれ74.2%、58.1%と最も多かった。第二層では、いずれも「設置していない（予定あり含む）」が上回り、各51.6%、54.8%であった。

① 生活支援コーディネーター  
第一層

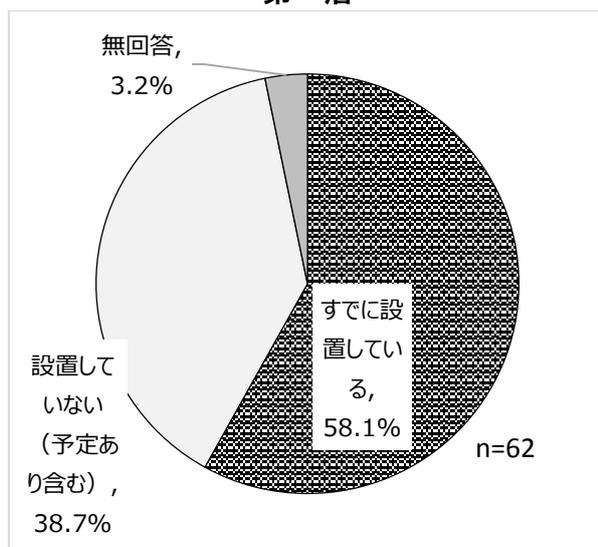


第二層

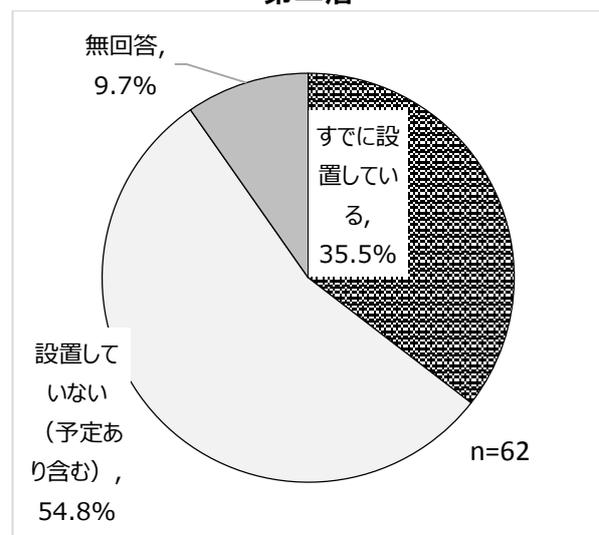


② 協議体

第一層



第二層



## ■生活支援コーディネーターおよび協議体における介護予防に関する取組の内容・効果

生活支援コーディネーターおよび協議体における介護予防に関する取組の内容・効果については以下の回答が寄せられた。

---

町内旧小学校区 14 地区のうち9地区に「まちづくり委員会」が設置されており、地域福祉の拠点づくりを行う中、介護予防教室を実施、生活支援コーディネーターの関わりにより、活動が円滑に行われている。

高齢者の社会参加を通じた介護予防の推進の観点から、集いの場の充実に向けた取り組みの推進を行っている。

サロン活動、通いの場の推進。一部の地域では見守り隊を結成し活動している。

協議体（第2層）の話し合いから、地域でのサロンや見守り、移送支援などのサービスを住民全体で検討し、事業実施をすすめている。

地域のニーズ調査→課題の抽出。通いの場、生活支援の具体的な取り組みを検討し、システムの構築を行っている。健康なからだづくり隊登録者を養成→ロコモ予防体操を普及。生活支援を行う地域の組織を養成。

地域支え合いフォーラムの開催、生活支援情報の収集及び情報発信等。

ワーキンググループを設置し、検討や見直しを行っている。

各地区集会所において、介護予防に繋がる体操や脳トレ等行うよう、啓発等を行っている。

生活支援サポーター養成の取り組み。「通いの場」を地域で立ち上げている。徐々に増えてきている。

地区診断、課題の分析。

サロン交流会、いきいき100歳体操交流会の開催。

住民主体の生活支援体制整備に向けた地域組織の育成準備。

サービスBを増やしていく。

社協との協働で声かけ、見守りの事業を展開。地区ごとに協力員と民生委員で会議を開いている。

今後予防に関する取組は一般介護予防事業で行っており、生活支援体制整備事業においては地域のニーズ及び資源の把握に取り組んでいるところである。

各種団体などの会で介護予防についての重要性や、互助を基本とした意識の醸成をはかるため講演を行っている。

サロン事業のバックアップや開設支援。

協議体の設置が実施であるため、コーディネーターの活動が少ない。

地域住民や介護事業所に対してニーズ調査等を行い、そこからでてきた課題について協議体において検討を行っている。外出支援や集まる場づくり等について。

介護予防リーダーを養成し、地域での活動や、教室でのボランティアとして活動してもらっている。

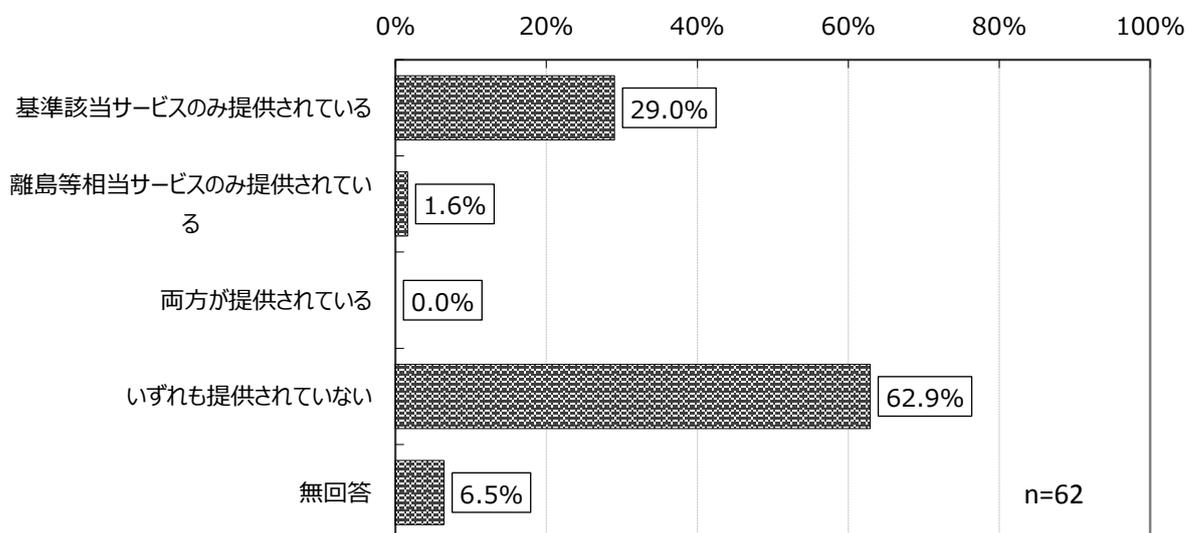
地域の情報共有をすすめている。

地域で支援が必要とされる方（特に運動）は、介護予防教室への参加を促しております。結果については、今は具体的にしていません（今後、検討します）。

---

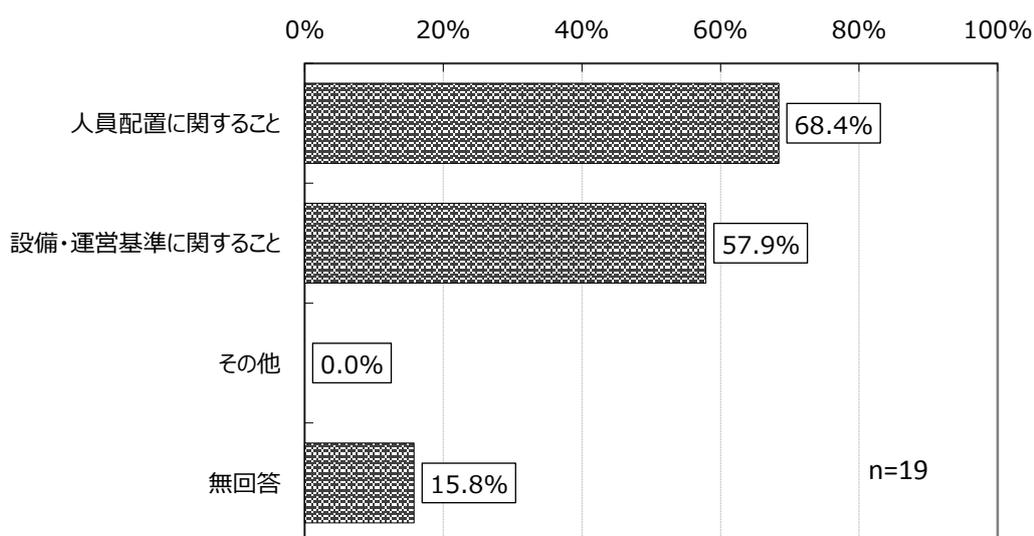
## ■「基準該当サービス」および「離島等相当サービス」提供の有無

「基準該当サービス」および「離島等相当サービス」については、「いずれも提供されていない」自治体が62.9%と多数であった。サービスを提供している自治体では「基準該当サービスのみ提供されている」自治体が29.0%で最も多かった。



## ■基準該当サービスおよび離島等相当サービスの提供にあたる指定要件の緩和（複数回答）

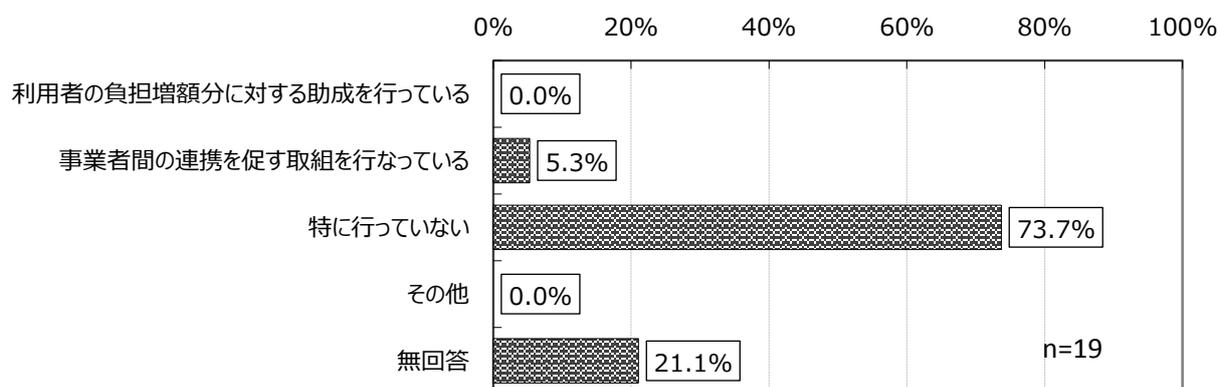
基準該当サービスおよび離島等相当サービスを提供している自治体について指定要件緩和の内容をみると、「人員配置に関すること」が68.4%で最も多く、次いで「設備・運営基準に関すること」57.9%であった。



※「その他」の具体的な記載はなし

## ■基準該当サービスおよび離島等相当サービスの提供にあたっての独自施策 (複数回答)

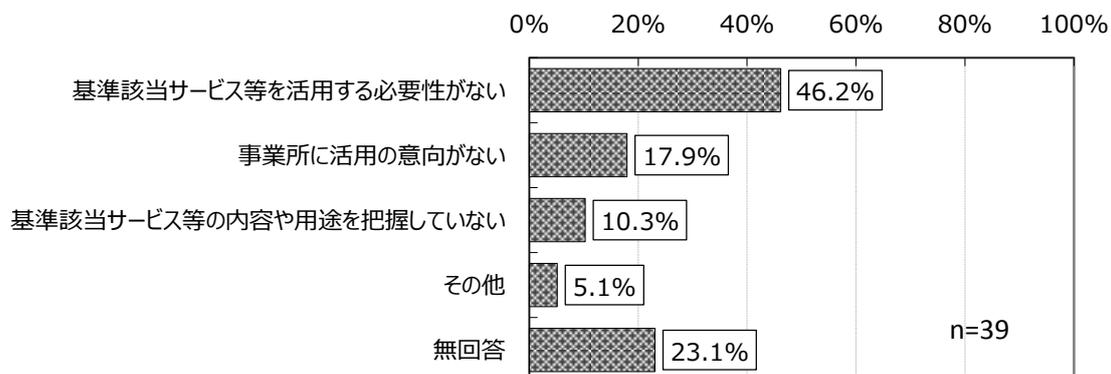
基準該当サービスおよび離島等相当サービスを提供している自治体において、サービス提供に関する自治体独自の施策を行っているかどうかをみると「特に行っていない」が73.7%と多数であった。独自施策を行っている自治体では「事業者間の連携を促す取組を行っている」との回答が5.3%（1件）であった。



※「その他」の具体的な記載はなし

## ■基準該当サービスおよび離島等相当サービスを活用しない理由（複数回答）

基準該当サービスおよび離島等相当サービスを活用しない理由については、「基準該当サービス等を活用する必要性がない」が46.2%と最も多く、次いで「事業所に活用の意向がない」17.9%であった。



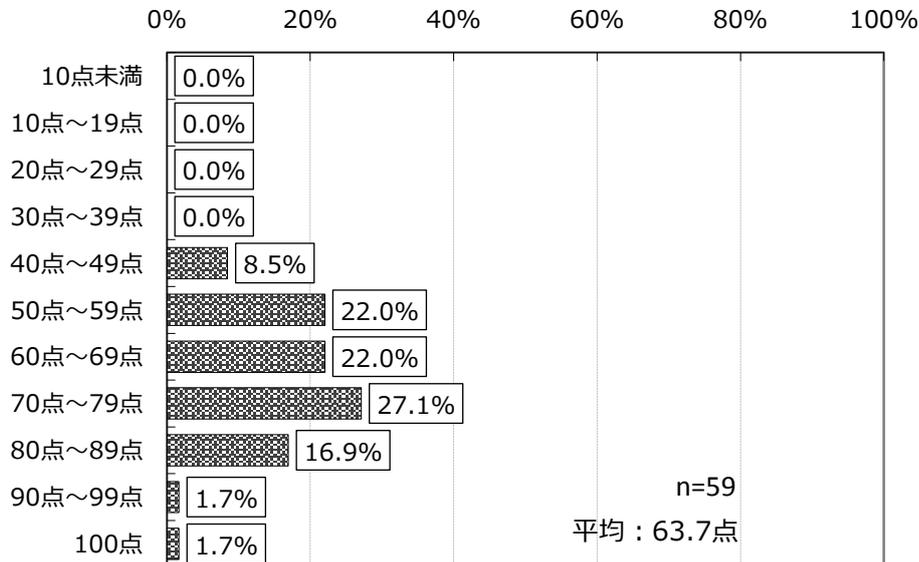
### ◆「その他」の内容

要介護認定率の伸びがゆるやかである

検討中

## ■自治体における介護予防の取組に関する取組の評価点

自治体における介護予防の取組の評価点としては、70～79点が多めで27.1%であり、次いで50～59点、60～69点の22.0%であった。



## ■介護予防の取組に関する取組の評価点をつけた理由

介護予防の取組の評価点をつけた理由については、以下の回答が寄せられた。

### 【評価点：50点以下】

民間や公民館サークルで、運動を中心とした取り組みも行われているが、介護予防の効果になっているかどうかは分からない。

取り組みについては概ね中レベル。

住民主体の介護予防の取り組みが無い。

平成28年度より「元気なからだづくり隊」を養成し、ロコモ予防を積極的に行っており、地域に広がりつつある。

一つ一つの事業の評価（効果の検証）ができていない。

取り組んでいるが始めたばかりであるため。

介護資源・人的支援があまりにも限られていること。若年層からの介護予防（健康づくりも含めた）になっていないこと。

地域づくりにおける介護予防に着眼した取り組みが十分でないため。

介護予防サポーターの養成は行っているが、今後の活用について検討中。

地域包括支援センターが実施する多事業に比較して企画、頻度共に低い。

相当サービスのみの実施であり、他のサービスの実施に至っていない。

人材育成が急激な高齢化、少子化に対応できていない。町づくりに課題が大きい。

現在、取組可能な活動を行っているが、次の段階の取組が促されていないことや、他の機関と協力することで、より効果的な取組ができるよう検討すべきと考えているため。

### 【評価点：51点～70点以下】

介護予防の体系化には至っていないが、住民への動機付けについては効果がでているため。

介護予防、日常生活支援統合事業が実施されたが、十分な効果検証は行っておらず、不明な部分があること。地域診断等を導入、活用し、制度のサービスを横並びで活用する体制づくりが進みつつあること。

100歳体操の普及に取り組んでおり、年々拡大している。しかし、医療費、介護給付費、介護認定率へはまだ影響していない。

通いの場やサロン活動は良いが、就労に不足がある。

介護認定率が低下し、介護給付費も年々減少している。

平成24年度より介護予防センターを設置して、地域においてリハビリテーション専門職等による自立支援による取組を通所・訪問事業、住民の通いの場の支援、個別け化会議での助言等を行っている。地域支援コーディネーターを要に、関係各課、機関等が連携して戦略的に地域づくりを推進している。

介護予防コーディネーターを配置し、独自のエクササイズの普及に取り組んでいるが、取組団体がまだ少なく、これからの課題である。

各取組のつながりに不足している。単発で終わっているものがあり、連続性がない。

住民主体の通いの場（W1回）を推進中で、保健部門で担い手を育成し地域包括、社協と連携して行っている。

協議体について、また十分な動きはできていない。

場の提供はある程度進んでいるが、住民全体の意識づけ、底上げがまだまだ必要と感ずるため。

普及啓発は行っているが、個人や地域での継続した取組への支援が充分できていない。

サロンが52グループ。いきいき100歳体操グループが72箇所構築されているため。

介護予防教室は、運動面では教室の開催、自主グループ育成、市オリジナル体操普及に努めている。認知症予防面でも一般高齢者向けの教室は行っているが、軽度認知症等対象を絞った取り組みはしていない。また、介護予防を担うボランティアの育成は行っているがサービスBの創出につながっていない。

地域で実施しているサロンに介護予防の活動を取り入れて頂いたり、体操を実施する自主グループの育成支援を実施しており、今後も介護予防の取組を広げていく予定である。

様々な取り組みや多様な主体が連携できていない。

住民主体の介護予防に取り組んでおり、集いの場が広がっている。

取り組み自体は行っているが、その効果の検証が充分に行われていない。

10年前から取り組んできた、地域の集いづくりはほぼ市内全体に広がり、継続できていることから一定の評価は出来ると思います。それ以外の取り組みが不十分だと思うので60点にしています。

市内各地区での住民主体のサロン活動、運動機能向上の取り組みを推進している。

要支援認定者が増加していない。

地区集会所へ集まって、自主活動をする場を作ってきた。集会所へ出かけてこれない人達への働きかけが出来ていない。送迎がある通所系サービスは、集会所活動に参加できなくなった人達の受け皿となって運動機能向上、口腔機能向上を実施している。

#### 【評価点：71点以上】

住民主体の取り組みで、効果が見られはじめている。

住民運営の通いの場が市内にたくさんできており、全国的に見ても先進的な取り組みができているため。

100歳体操を始めとする介護予防教室の開催を進めており、市内約60カ所で開催している。

地域に運動グループを設置し、それを進めていく運動サポーターの育成をH21～から行ってきた。予防の考えが広まり、介護保険認定率も低下、各地からの視察も増えている。

シルバーリハビリ体操等に積極的に取り組んでいる。

住民主体の介護予防の取り組みとして、百歳体操や居場所づくりの支援を行っている。

地域での百歳体操の実施など。

全地区に浸透していない・全庁的な取り組みが必要。

介護予防の取組は住民主体の活動として市内に広がって継続しているため。

いきいき百歳体操、あつたかふれあいセンター運営支援、ボランティアポイント（あき元気応援マイレージ）制度、地域ハビリ活動支援事業、など取り組んでいる。

地区主体による介護予防事業の実施率が79%に加え、市が実施している一般介護予防事業における介護予防教室の参加者の満足度が高いため。

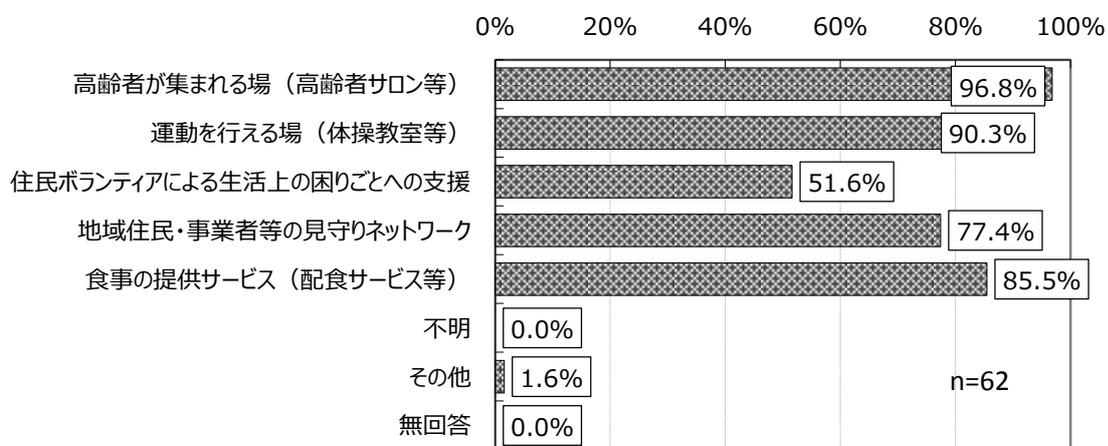
**【評価点：回答なし】**

具体的な点数がつけられません。

**(5) 地域の社会資源に関する情報の集約・展開の状況について**

**■自治体内にある社会資源・活動（複数回答）**

自治体内にある社会資源・活動としては、「高齢者が集まれる場（高齢者サロン等）」96.8%、「運動を行える場（体操教室等）」90.3%、「食事の提供サービス（配食サービス等）」85.5%、「地域住民・事業者等の見守りネットワーク」77.4%などが挙げられた。

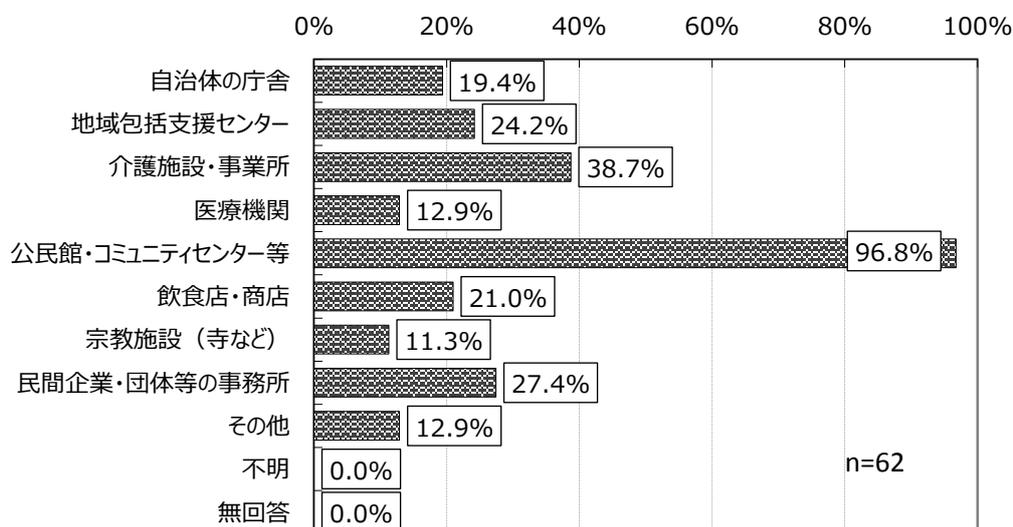


**◆「その他」の内容**

カフェ

## ■社会資源・活動が提供される場所（複数回答）

社会資源・活動が提供されている場所については、「公民館・コミュニティセンター等」を挙げた自治体が96.8%に上った。また、「飲食店・商店」や「宗教施設（寺など）」を活用している自治体も、少数であるが存在した（それぞれ21.0%、11.3%）。

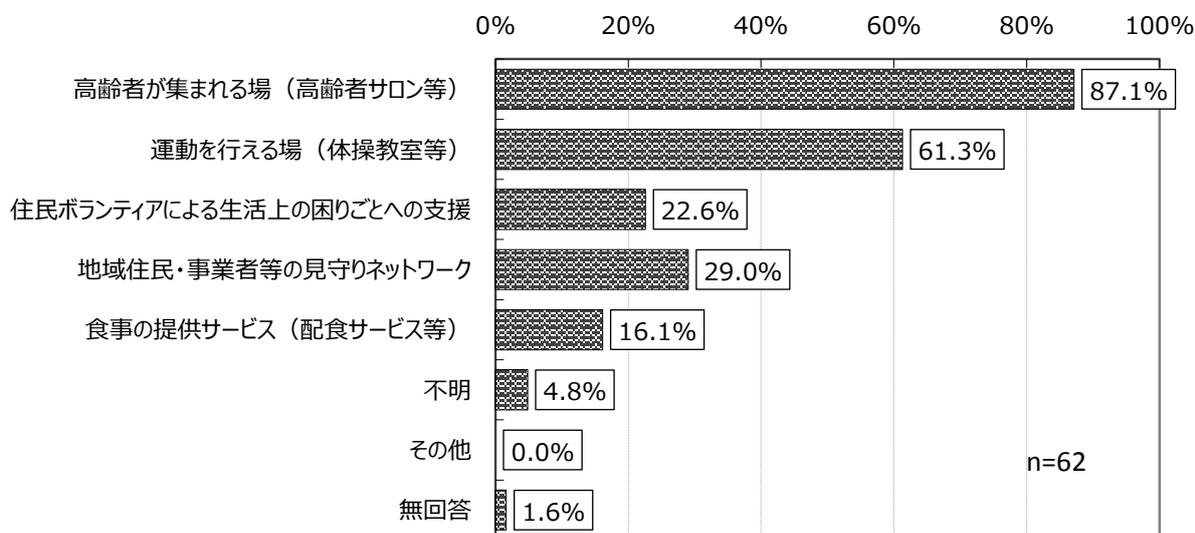


### ◆「その他」の内容

地域自主組織、運営施設	自治会の集会所
個人宅	地域集会所・公民館
地区社会福祉協議会	

## ■社会資源・活動について、主に高齢者が主体となっていて行われているもの（複数回答）

社会資源・活動について、主に高齢者が主体となっていて行われているものについては「高齢者が集まれる場（高齢者サロン等）」87.1%、「運動を行える場（体操教室等）」61.3%との回答が多数であった。



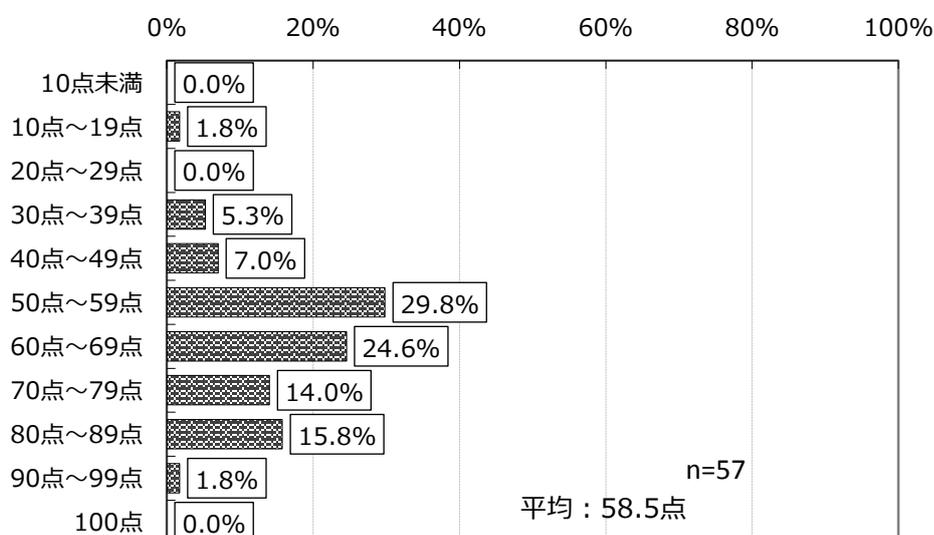
## ■社会資源を増やす・組織化するための工夫・実例

社会資源を増やす・組織化するための工夫・実例については、以下の回答が寄せられた。

福祉担当部局とまちづくり担当部局の連携。
ボランティアポイント事業の実施。ボランティア養成講座の開催。サロン運営者の意見交換会や研修会の実施。・有償ボランティア団体への支援。
公民館単位で形成する小さな拠点づくりとのコラボ。
生涯現役センターや介護予防センターの設置。
第2層協議体で、体制を検討している。
サポーターの育成。
生活支援コーディネーターによる支援に加え、コーディネーターのサポート役である「お互いさまの”つながり支援隊”」を配置し、地域の課題の把握と支援に向けて活動している。
移動支援
社会福祉協議会、NPOとの連携。
ボランティアポイント事業の活用促進
担い手を増やすために介護予防ボランティア養成講座を開催している。徘徊SOSネットワークでは市広報や新聞に掲載して広く知ってもらうよう努めている。市の地域資源マップを作成している。
研修事業を通じた「人づくり」
社会福祉協議会と連携し、住民ボランティアの育成を行っている。また生活支援コーディネーターとも協同して、必要な社会資源の発掘を行っている。
実施主体者の連携の場の提供や、先進事例の紹介を行っている。
高齢者サロンのお世話役の育成支援、研修会を開催している。
各地域において、出来ることから挑戦することを始めることが必要であるため、地域の意見を聞くことから始める必要がある。

## ■自治体における社会資源に関する情報の集約・展開に関する評価点

自治体における社会資源に関する情報の集約・展開に対する評価点は50～59点が最も多く29.8%であり、次いで60～69点が24.6%であった。



## ■社会資源に関する情報の集約・展開に関する評価点をつけた理由

社会資源に関する情報の集約・展開に関する評価点をつけた理由については、以下の回答が寄せられた。

### 【評価点：50点未満】

情報の集約途中、その後展開を上手く出来るかどうか不明。

情報はそれぞれの立場で持っているが、それを集約・整理していく会議体がまだ稼働していない。

把握が十分にできていないと思う。

サロンや公民館活動など公的な資源は把握できるが地域住民が主体となり活動する資源についての把握が充分できていない。

集約は終わっていますが、展開は全く出来ていないため。

情報不足を補う活動ができていないため。

### 【評価点：50点～70点未満】

地域自治組織など、住民との対話の方法に確立したが、実績は今後上げていく必要があるため。

情報の集約が不十分。

人口が減少していく中で、新たな組織の立ち上げや、既存組織の継続に課題がある。

高齢者自身が中心となってと言う面で低いと思う。

現在インフォーマルサービス業について把握中。

市として、社会資源に関する情報はある程度は集約しているが、発信は、不十分だと思う。今後、情報集約を徹底し、マップ等にまとめ、地域に発信していきたいと考えている。

情報配信が充分できておらず、これからの課題である。地域ごとの資源マップを作成している地域が5割である。

(6生活圏域中3)

住民に対して十分に情報提供ができていない。

集約がまだできていない(情報としてある部分もあるが)。

2016年度(平成28年度)から生活支援コーディネーターを配置し、地域資源の把握とコーディネートをすすめている。2017年度(平成29年度)から、コーディネーターのサポート役も配置している。

まだ社会資源と結びつけるところが弱い一般、専門職にも周知不足。

高齢化の進む中、地域の方の頑張りに依存している点が大きいため。

転換期にあたるため。

第2層協議体等から情報の集約ができています。

まだ十分ではない。

民間企業や商工会等の協力が不十分。交通手段に関する取り組みが難しい。

把握した社会資源を有効に活用できる体制が充分でない。

地域資源の情報を収集・整理しているが、公開していない。

住民への効果的な情報発信について検討し、住民主体の集いの場については、チラシを作成中である。

医療・介護の資源マップを毎年作成し、全世帯に配布している。またサロンや運動教室等の情報提供も行っている。

資源が少ないが、その分把握が出来るが、展開は充分とは言えない。

### 【評価点：70点以上】

概ね小学校区単位に地域自主組織(住民組織)が設置され、活発に活動されている。

小さな町なので情報、実態はほとんど把握しており、支援の必要なグループへは、役場が支援している。  
活動できる住民の力を生かさせていない。  
「ねこのて手帳」（便利帳）を作成したほか、地域差はあるが、まずは充実して活動しているため。  
民間資源の情報集約がまだまだ不十分なところがあるため。  
人口減少、事業者の廃業、高齢化を考えると……………。  
隣町と共同で資源マップを作成している。  
地域のニーズに対応出来ていると考えている。  
小規模自治体の割には社会資源は充実している。  
百歳体操や元気クラブ等、集える場が各地に存在している。しかし、男性の参加が少ないことが課題である。  
各地域でのいきいき 100 歳体操実施地区 35 か所、公民館単位でのふれあいサロン 15 か所実施している（住民主体）。  
社会資源に関する情報の見える化として「高齢者在宅生活支援ガイドブック」「いきいき活動」を発行しており、評価されているため。  
社会資源のパンフレットを作成している。

---

**【評価点：回答なし】**

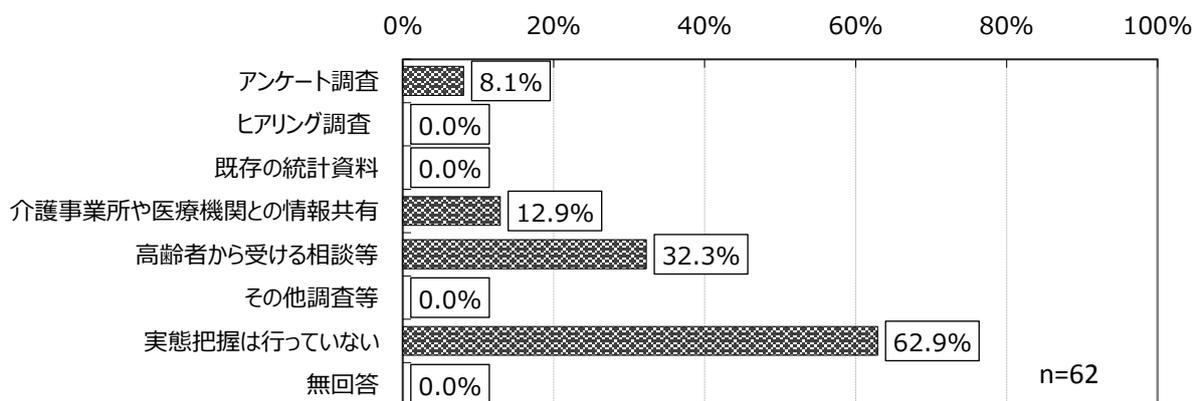
社会資源の一覧が無い。

---

## （6）高齢者の住まいに関する取組について

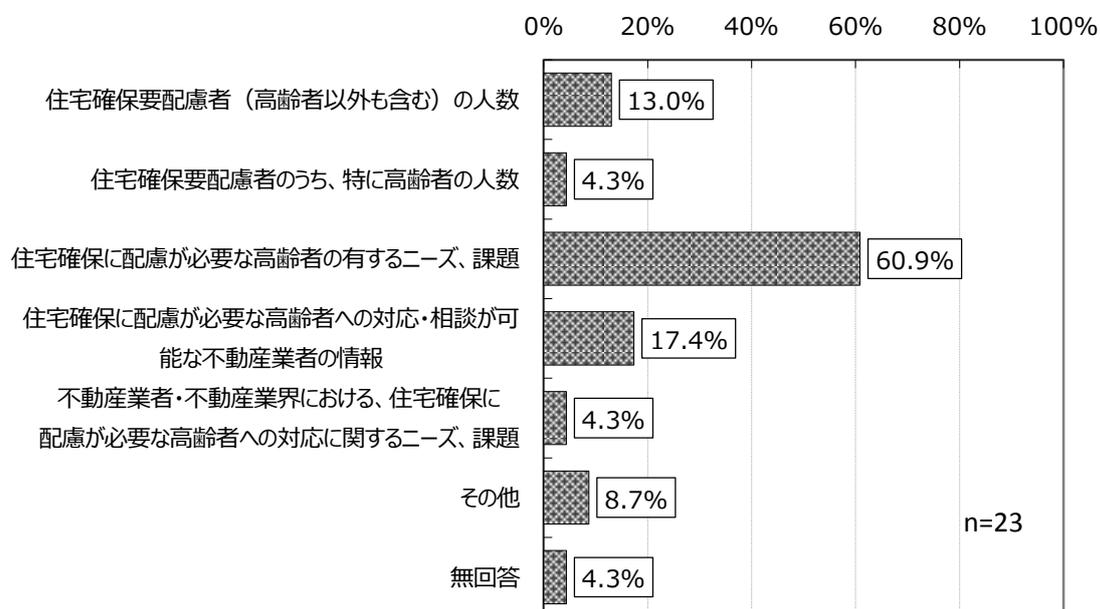
### ■自治体内の住宅確保要配慮者に関する実態把握の方法（複数回答）

自治体内の住宅確保要配慮者に関する実態把握については、「実態把握は行っていない」との回答が 62.9%で最も多かった。実態把握の方法の中では「高齢者から受ける相談等」が最も多く 32.3%と、特別な対応は行っていない自治体が多いことが伺えた。少数ではあるが、アンケート調査を行っている自治体が 8.1%（5 件）であった。



## ■住宅確保要配慮者に関して把握している情報（複数回答）

実態把握を行っている自治体において、住宅確保要配慮者に関して把握している情報は「住宅確保に配慮が必要な高齢者の有するニーズ、課題」との回答が最も多く、60.9%であった。高齢者からの相談をベースとして情報を把握しているケースが多いと考えられた。

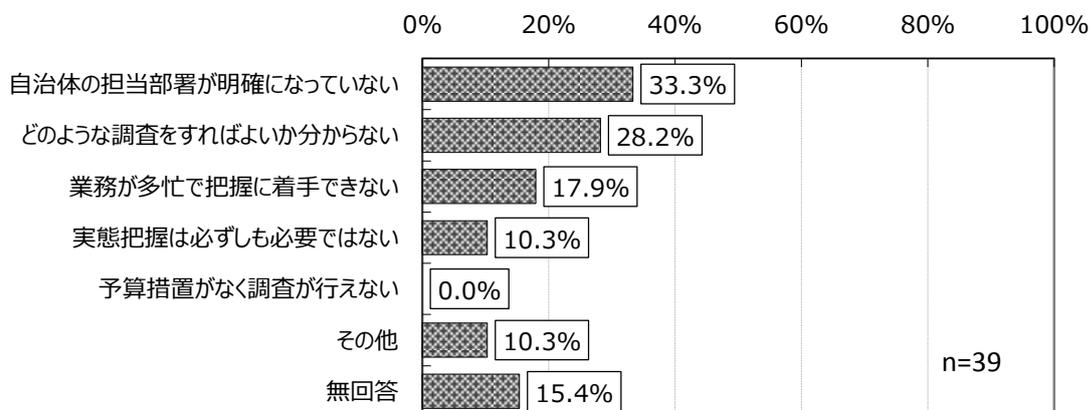


### ◆「その他」の内容

地域から相談を受けた方への支援にとどまっている。

## ■住宅確保要配慮者に関して実態把握をしていない理由（複数回答）

自治体の実態把握をしていない理由は、「自治体の担当部署が明確になっていない」が最も多く 33.3%であり、次いで「どのような調査をすればよいか分からない」28.2%であった。「実態把握は必ずしも必要ではない」と考える自治体も 10.3%存在した。



### ◆「その他」の内容

庁内関係部署で検討中

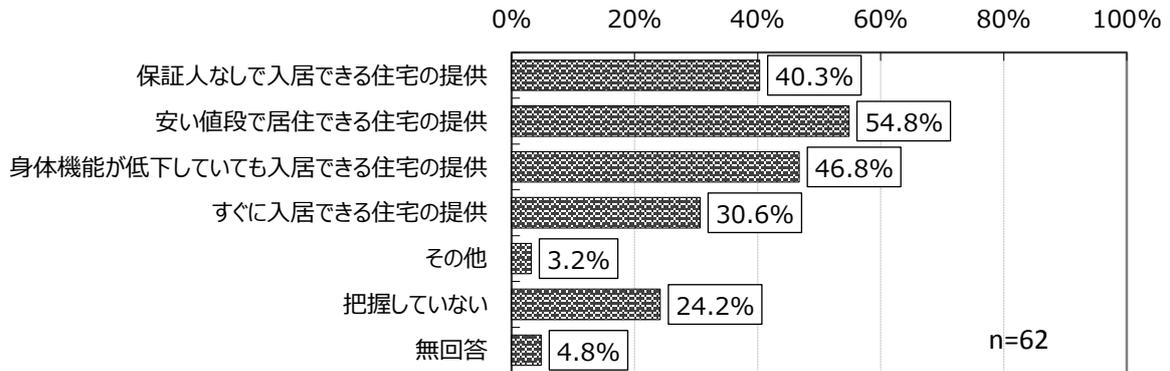
その都度対応している。

今後予定している。

住宅確保に動いている。

## ■自治体内の住宅確保に配慮が必要な高齢者が必要とする支援（複数回答）

自治体内の住宅確保に配慮が必要な高齢者が必要とする支援については「安い値段で居住できる住宅の提供」との回答が最も多く 54.8%であり、次いで「身体機能が低下していても入居できる住宅の提供」46.8%であった。低所得高齢者や、身体機能の低下した高齢者の居住支援ニーズがあると考えられていることが伺えた。

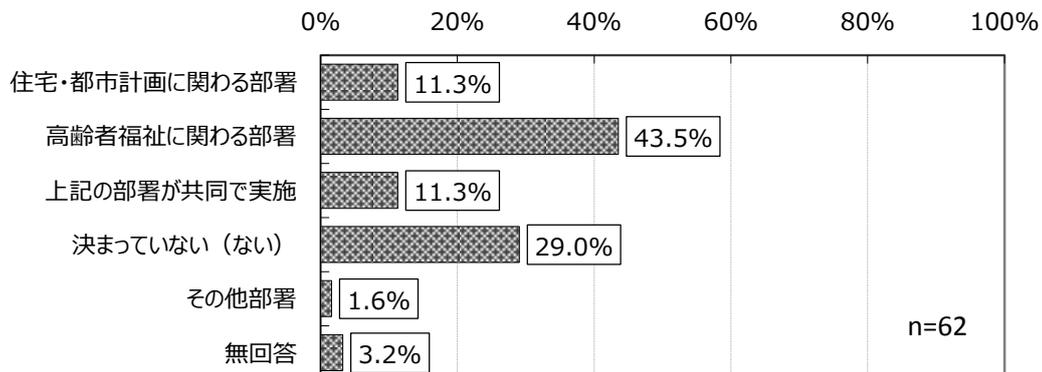


### ◆「その他」の内容

冬期間宿泊できる住宅

## ■住宅確保に配慮が必要な高齢者への対策を担当している部署

住宅確保に配慮が必要な高齢者への対策を担当している部署は「高齢者福祉に関わる部署」が最も多く、43.5%であった。住宅・都市計画に関わる部署と高齢者福祉に関わる部署が協働で施策実施を行っている自治体が 11.3%存在する一方、「決まっていない（ない）」と回答した自治体も 29.0%あった。また、「その他」として地域包括支援センターに相談内容を引き継ぐという記述もみられた。

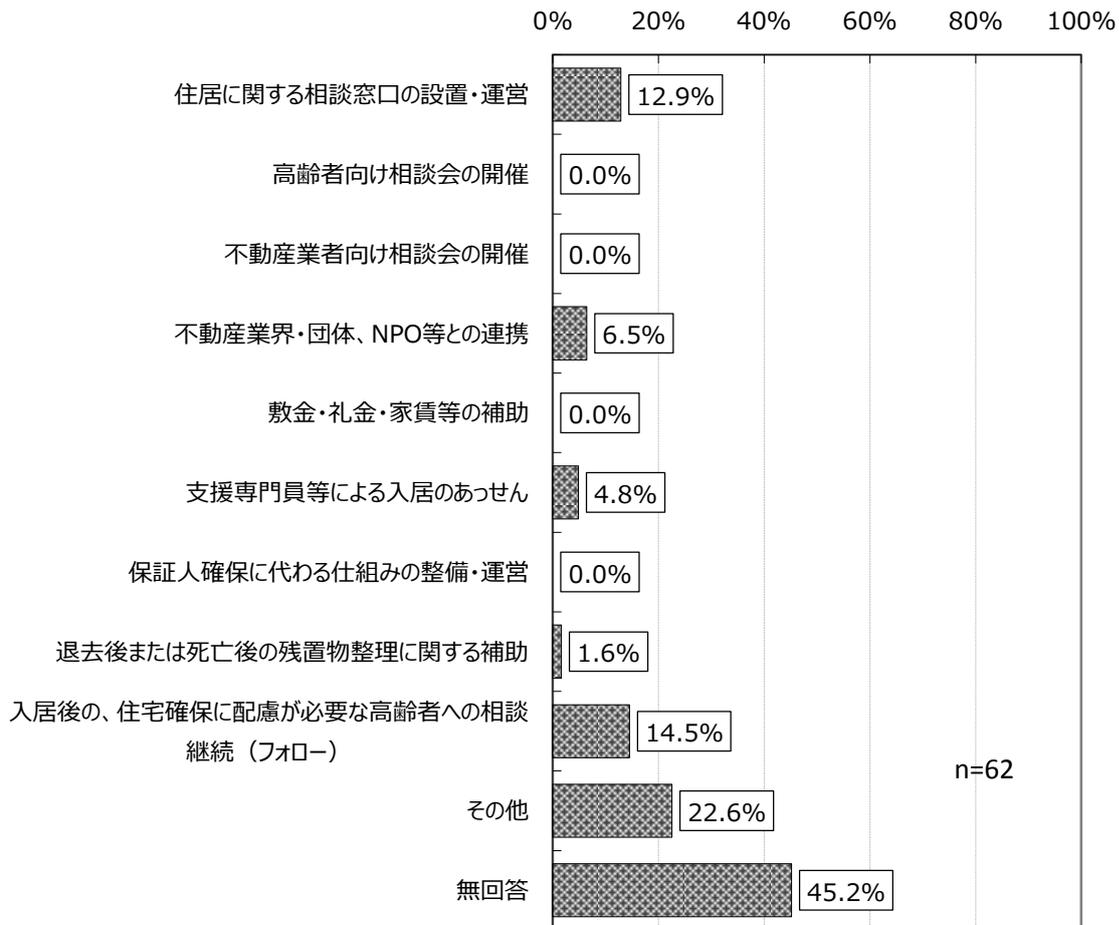


### ◆「その他部署」の内容

相談が来たら包括

## ■住宅確保に配慮が必要な高齢者への支援・政策（複数回答）

住宅確保に配慮が必要な高齢者に対して自治体が行っている支援・政策については、「入居後の、住宅確保に配慮が必要な高齢者への相談継続（フォロー）」が最も多く14.5%であった。「住居に関する相談窓口の設置・運営」を行っている自治体も12.9%存在した。「その他」としては、シルバーハウジングの提供や、他の相談先（地域包括支援センター、不動産会社）との連携が挙げられた。



### ◆「その他」の内容

シルバーハウジングの計画的整備。

高齢者に限っていないが、生活困窮者に対する相談窓口を設置している。

高齢者住宅の設置。

地域包括支援センターによる相談・支援

市営等の優先入居。

見守り付き住宅（シルバーハウジング）の提供。

不動産会社等へ繋ぐ。

社協の思いやりネットワーク事業。

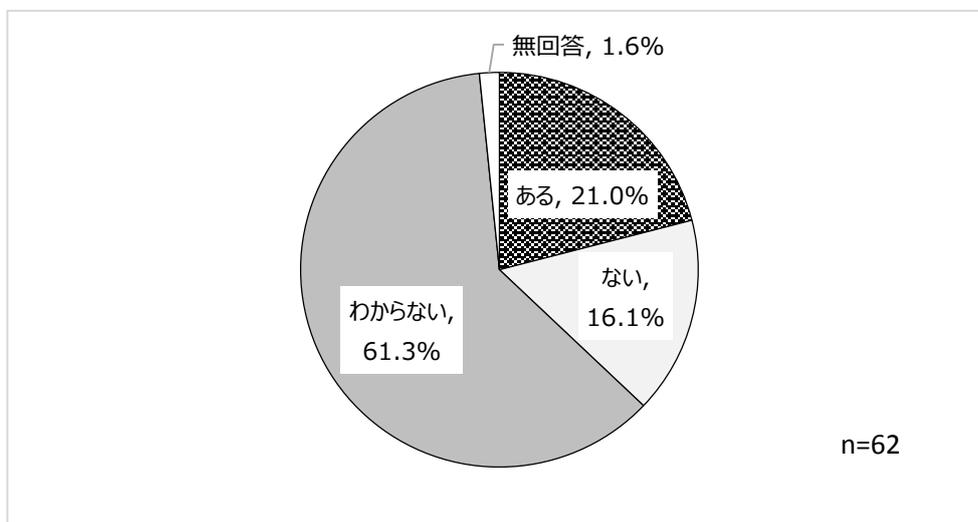
今後、「新たな住宅セーフティネット制度」を活用していく予定。

市営住宅への入居、低所得高齢者向け住宅。

町営住宅等への転居支援など。

## ■住宅確保に配慮が必要な高齢者への支援についての第7期介護保険事業計画記載予定の有無

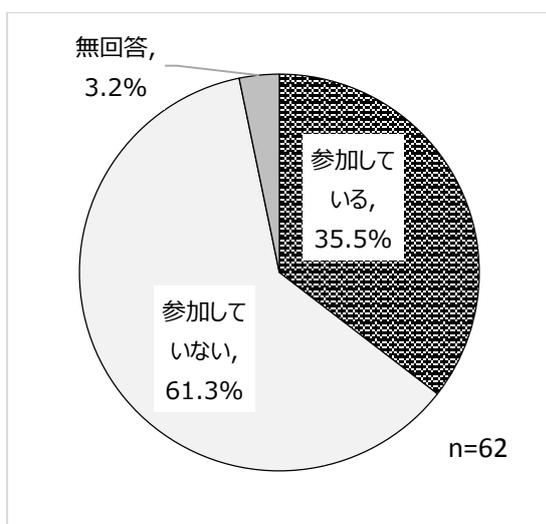
住宅確保に配慮が必要な高齢者への支援について、第7期介護保険事業計画に記載する予定については、「わからない」と回答した自治体が61.3%と最も多かったが、「ある」と回答した自治体は21.0%で「ない」16.1%を上回った。



## ■県の居住支援協議会への参加の有無

県の居住支援協議会には「参加していない」と回答した自治体が61.3%で、「参加している」35.5%を上回った。

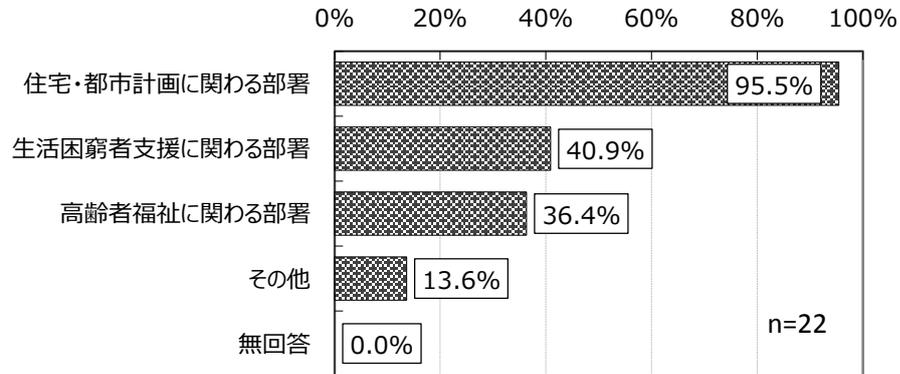
また、これを自治体の高齢者人口別にみると、高齢者人口が「3000人未満」の自治体では「参加していない」90.0%が最も多く、20,000人以上の自治体では「参加している」75.0%が最も多かった。人口規模が大きくなるほど、県の居住支援協議会に参加する割合が高くなる傾向がうかがえた。



	調査数	参加している	参加していない	無回答
3000人未満	10	0.0%	90.0%	10.0%
3000～7000人未満	17	29.4%	64.7%	5.9%
7000～13000人未満	9	11.1%	88.9%	0.0%
13000～20000人未満	14	50.0%	50.0%	0.0%
20000人以上	12	75.0%	25.0%	0.0%

## ■県の居住支援協議会に参加している部署（複数回答）

県の居住支援協議会に参加している自治体において、参加している部署をみると「住宅・都市計画に関わる部署」を挙げた自治体が95.5%であった。「生活困窮者支援に関わる部署」、「高齢者福祉に関わる部署」が参加している自治体はそれぞれ40.9%、36.4%であった。



### ◆「その他」の内容

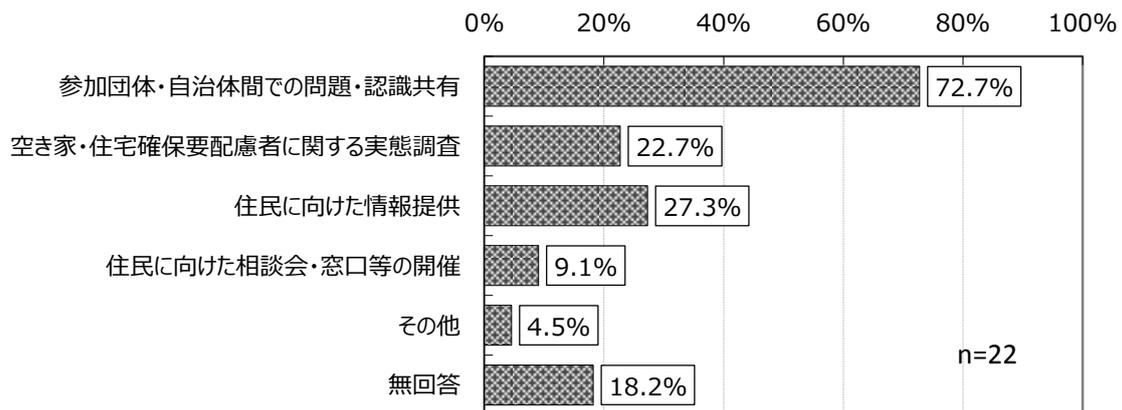
障害者福祉

子育て・母子に関わる部署。

移住促進

## ■居住支援協議会の活動内容（複数回答）

居住支援協議会の活動内容については、「参加団体・自治体間での問題・認識共有」が72.7%と多数を占めた。

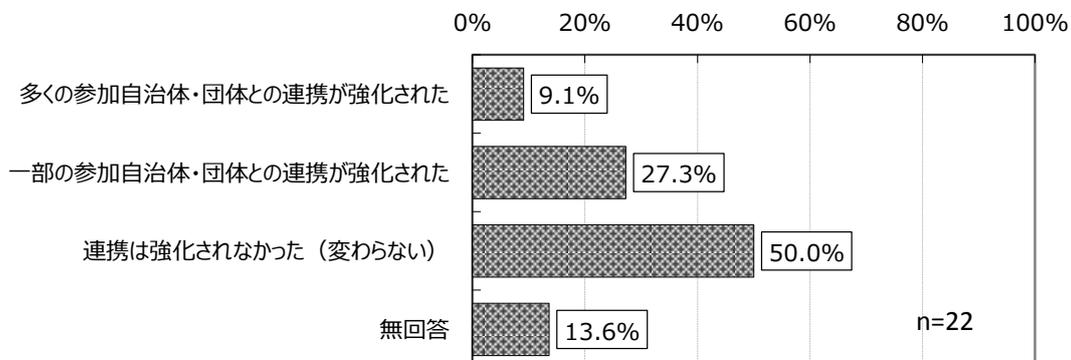


### ◆「その他」の内容

参加したばかりなので、なし

## ■居住支援協議会への参加による自治体・団体間の連携状況の変化

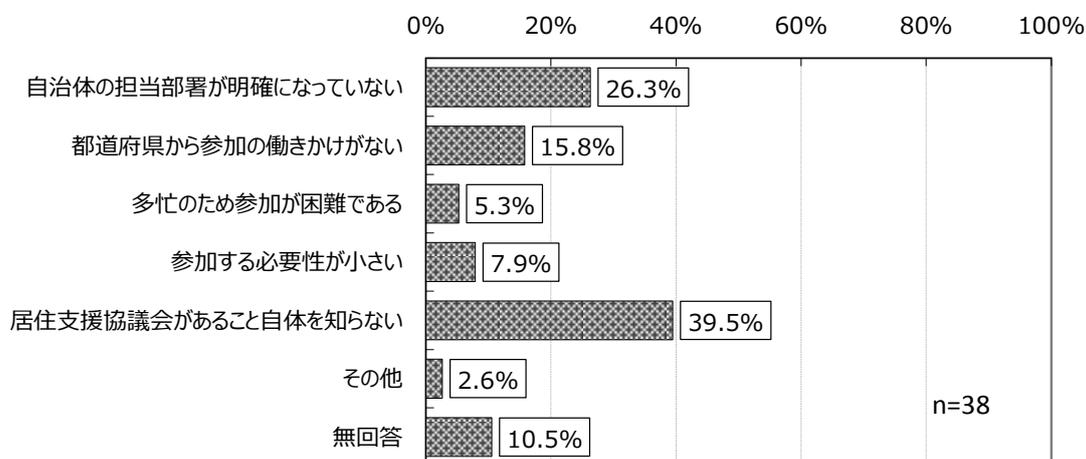
居住支援協議会への参加による自治体・団体間の連携状況の変化については、「連携は強化されなかった（変わらない）」との回答が最も多く、50.0%であった。



## ■居住支援協議会に参加していない理由（複数回答）

居住支援協議会に参加していない自治体において、参加していない理由をみると「居住支援協議会があること自体を知らない」が最も多く39.5%であり、次いで「自治体の担当部署が明確になっていない」26.3%であった。

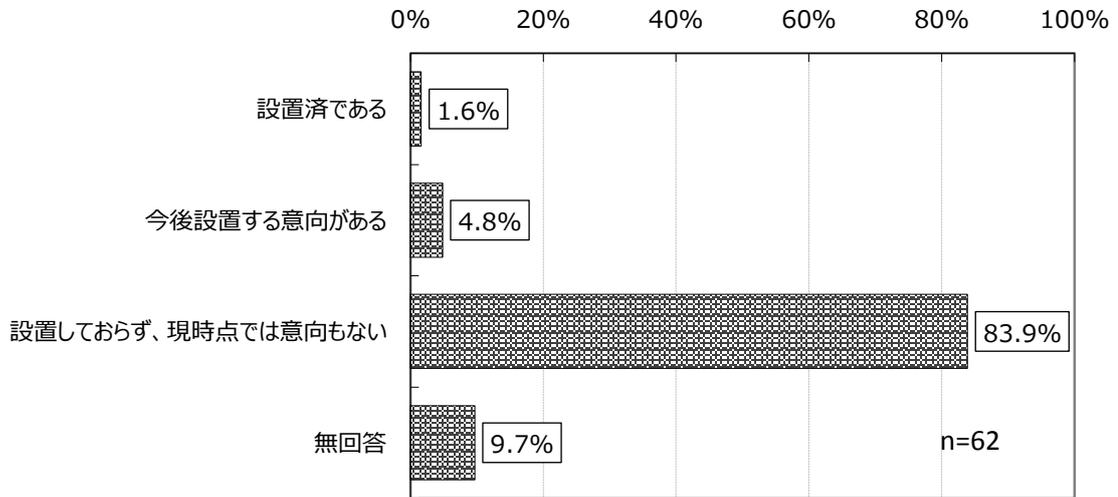
また、これを人口規模別に見ると、参加していない自治体の割合が最も高かった「3000人未満」の自治体では、「居住支援協議会があること自体を知らない」55.6%が最も多く、協議会の周知の重要性がうかがえた。



	調査数	自治体の担当部署が明らかになっていない	都道府県から参加の働きかけがない	多忙のため参加が困難である	参加する必要性が小さい	居住支援協議会があること自体を知らない	その他	無回答
3000人未満	9	22.2%	0.0%	22.2%	0.0%	55.6%	0.0%	0.0%
3000～7000人未満	11	27.3%	27.3%	0.0%	9.1%	27.3%	0.0%	9.1%
7000～13000人未満	8	0.0%	25.0%	0.0%	12.5%	37.5%	12.5%	37.5%
13000～20000人未満	7	57.1%	14.3%	0.0%	14.3%	28.6%	0.0%	0.0%
20000人以上	3	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%

## ■市町村における居住支援協議会の設置の有無

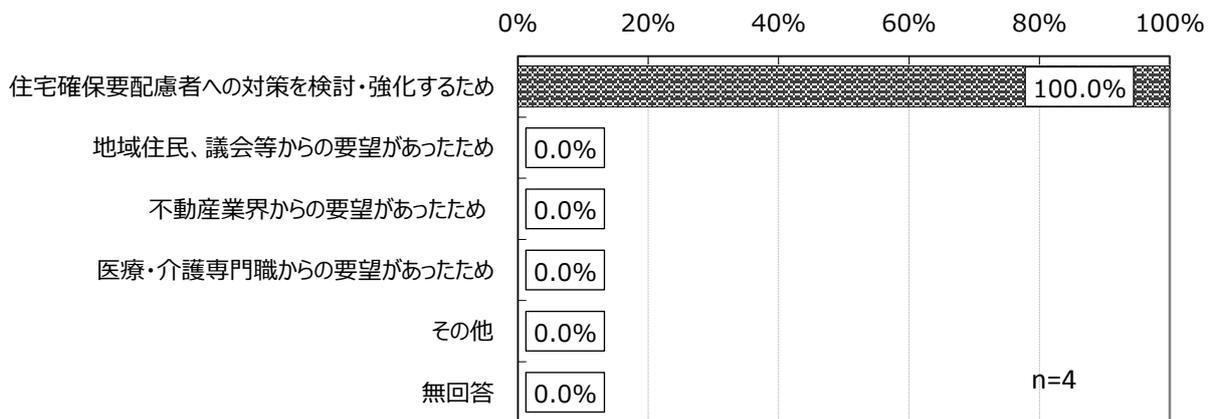
市町村における居住支援協議会の設置については、「設置しておらず、現時点では意向もない」自治体が83.9%と多数を占めた。「設置済である」自治体が1件存在した。



## ■市町村居住支援協議会の設置理由（複数回答）

市町村の居住支援協議会を「設置済である」、「今後設置する意向がある」と回答した自治体について、設置の理由をみると、「住宅確保要配慮者への対策を検討・強化するため」との回答が100.0%であった。

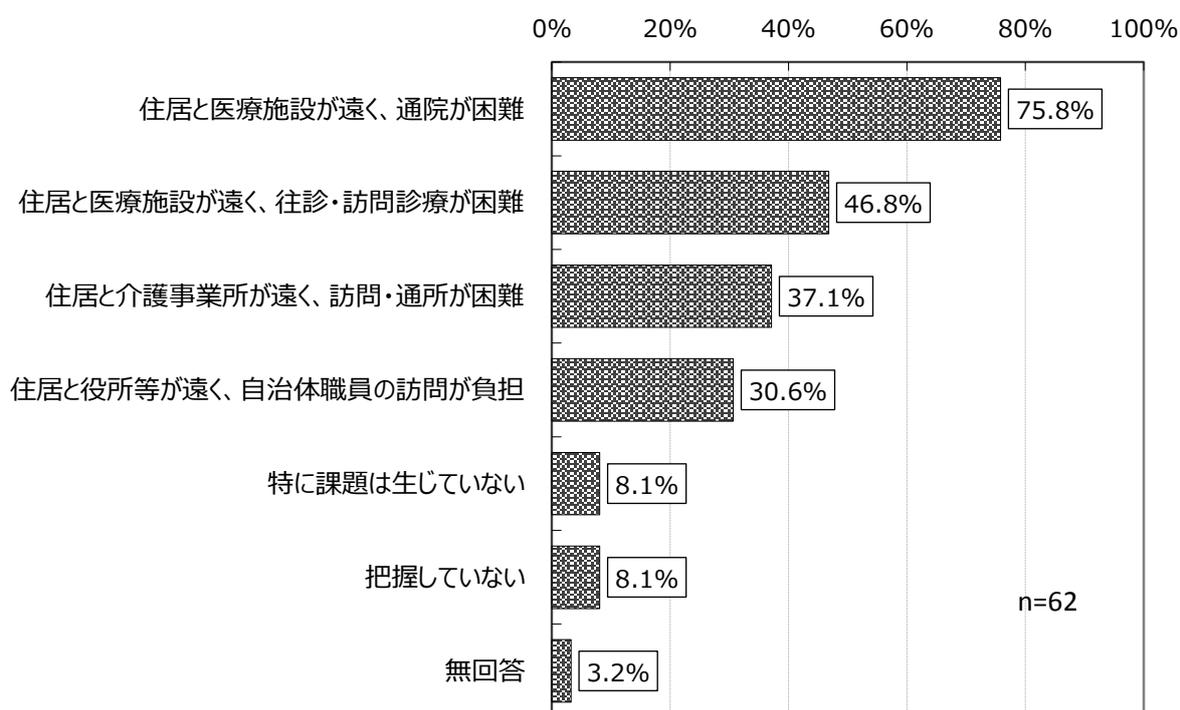
※調査票における設問「設置時期」はすべて非該当・無回答のため図表なし



## ■自治体内の高齢者の医療・介護サービスへのアクセス面の課題（複数回答）

自治体内の高齢者の医療・介護サービスへのアクセス面の課題については「住居と医療施設が遠く、通院が困難」が最も多く、75.8%であった。「住居と医療施設が遠く、往診・訪問診療が困難」（46.8%）、「住居と介護事業所が遠く、訪問・通所が困難」（37.1%）、「住居と役所等が遠く、自治体職員の訪問が負担」（30.6%）との回答も一定数存在した。

また、これを自治体の面積別にみると、いずれの課題においても面積が大きい自治体のほうが回答割合が多い傾向がみられ、アクセス面に関する課題が多く生じている可能性がうかがえた。



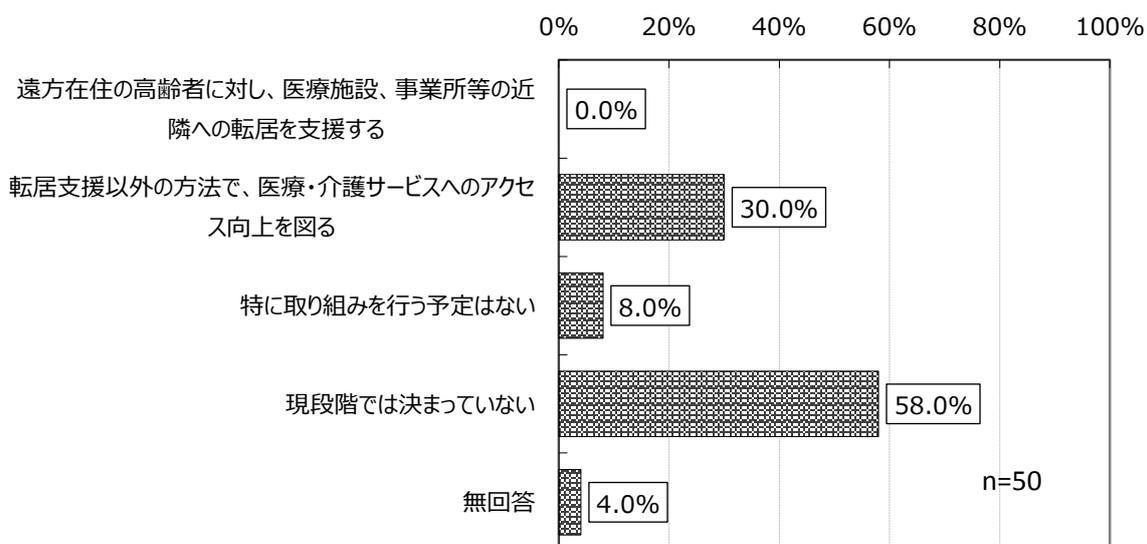
	調査数	住居と医療施設が遠く、通院が困難	住居と医療施設が遠く、往診・訪問診療が困難	住居と介護事業所が遠く、訪問・通所が困難	住居と役所等が遠く、自治体職員の訪問が負担	特に課題は生じていない	把握していない
100km <sup>2</sup> 未満	7	57.1%	28.6%	42.9%	14.3%	28.6%	14.3%
100～200km <sup>2</sup> 未満	14	71.4%	42.9%	28.6%	21.4%	7.1%	7.1%
200～300km <sup>2</sup> 未満	15	73.3%	33.3%	20.0%	20.0%	6.7%	13.3%
300～500km <sup>2</sup> 未満	12	66.7%	50.0%	41.7%	50.0%	8.3%	8.3%
500km <sup>2</sup> 以上	14	100.0%	71.4%	57.1%	42.9%	0.0%	0.0%

※面積は平成27年度国勢調査より（以下同様）

## ■アクセス面の課題解決に向けた具体的な方針

アクセス面の課題解決に向けた具体的な方針については、「現段階では決まっていない」とした自治体が最も多く 58.0%であった。次いで「転居支援以外の方法で、医療・介護サービスへのアクセス向上を図る」30.0%であった。

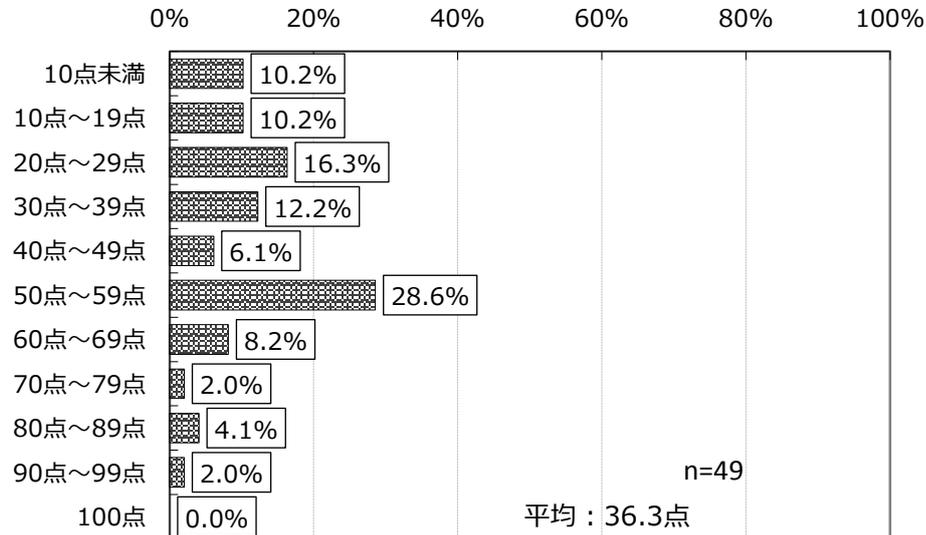
また、これを自治体の面積別にみると、面積が大きい自治体ほど「転居支援以外の方法で、医療・介護サービスへのアクセス向上を図る」割合が少なく、「特に取り組みを行う予定はない」「現段階では決まっていない」割合が高かった。面積の大きな自治体は、アクセス面の課題を有する割合が多い一方で、具体的な解決策が決まっていない可能性がうかがえた。



	調査数	遠方在住の高齢者に対し、医療施設、事業所等の近隣への転居を支援する	転居支援以外の方法で、医療・介護サービスへのアクセス向上を図る	特に取り組みを行う予定はない	現段階では決まっていない	無回答
100km <sup>2</sup> 未満	4	0.0%	75.0%	0.0%	25.0%	0.0%
100～200km <sup>2</sup> 未満	12	0.0%	41.7%	0.0%	41.7%	16.7%
200～300km <sup>2</sup> 未満	12	0.0%	25.0%	8.3%	66.7%	0.0%
300～500km <sup>2</sup> 未満	8	0.0%	25.0%	12.5%	62.5%	0.0%
500km <sup>2</sup> 以上	14	0.0%	14.3%	14.3%	71.4%	0.0%

## ■自治体における高齢者の住まいに関する取組の評価点

自治体における高齢者の住まいに関する取組の評価点については、50～59点が多く28.6%であった。



## ■高齢者の住まいに関する取組の評価点をつけた理由

高齢者の住まいに関する取組の評価点をつけた理由については、以下の回答が寄せられた。

### 【評価点：30点以下】

ほぼ何も検討できていない状態であるため。

シルバーハウジング、生活支援ハウスがあるが、今後の増設については財政的に難しい。

65歳以上の高齢者を対象とした住宅を12戸は確保している。（現在7戸入居中）地域包括ケアシステムの中での住まいがどうあるべきか等の検討は進んでいない。

個別の相談には対応しているが、施策の実施はしていない。

出来ることは限られている。

現在、高齢者の住まいに関し、関係部局で検討している段階にあるため。

高齢者のほとんどが持ち家であり、特に計画はないため、ケアハウス、老人ホーム、住改などの対策は充実させている。

積極的に取り組んでいない。

山間部で広域。対策に多額の予算必要だがない。

担当課が明確でない。身元保証人なしで入居できる住宅がない。

部署が連携取れていない。

山間部に高齢者生活センターがある。

具体的に決っていない。把握の段階。

住まいに関する取り組みについて、現状が把握できていない。

実態の把握が実施されていない。

取り組み自体を知らなかったのだ。

ほとんどできていないため。

できることはやっていますが対応できず、現状維持のケースが多いため。

---

**【評価点：31点～60点未満】**

シルバーハウジング事業の拡大は図っているが高専賃等の住宅建設推進までには至っていない。

高齢者が低負担で居住できる施設や住宅が少ない。これから検討を行っていく段階である。

取り組みについては概ね中レベル。

冬季のみ利用出来る宿泊センターを設置しているが、年々ニーズが高く町内1カ所では不足がみ。又、自宅で生活できなくなった時の住み替え出来る所が少ない。

関係機関との調整は実施しているが、予算確保等が未。

具体的な施策は実施していないが、市内には県営住宅が約1,000戸あり、バリアフリーではないものの安価な住宅については充足している。

安価での高齢者住宅を設置している。

実態把握や課題の分析には至っていない。

住宅関係の部署との連携が不十分のため。

評価と考えるにわかりません。

高齢者向け市営住宅に加えて、低所得者向け住宅の整備を進めている。

唯一の高齢者住宅の活用が充分と言えていない。これからの取り組みにかかる。

---

**【評価点：60点以上】**

具体的な施策としては十分でないが、各既存施設の紹介や近隣住民、民生委員などによる情報提供などにより、個別に対応できている。

住宅部局では、市営住宅の入居募集の際に、高齢者に対する優先的な抽選を行っていること、また福祉部局でも生活困窮者（高齢者等も含む）に対する相談窓口を設置しており、居住に対する相談を受けているため。

住宅へのニーズがそれほどなく、福祉バスの運行等により遠方在住の高齢者も、役場・病院・買い物にてかけることができる。

特に具体的な取り組みはないが、大きな問題等もないため。

実態把握を行ってはいないが、高齢者に関しては住宅確保が出来ず、問題となっている事例が現状ではない。

持ち家に居住されている方がほとんどであり、サービス付き高齢者向け住宅等、町営の高齢者向け住宅に、転居する方は少ない（住み慣れた自宅で、周囲の方々との交流を大切にされながら、田畑を耕作し、最期を自宅でと考えている方がほとんどである）。

市営住宅も多く、生活支援ハウスもあり、一定充足していると考えられる。

---

**【評価点：回答なし】**

評価の指標 etc 不明であり、点数化困難。

事例に応じて対応している（点数にはしにくい）。

具体的な点数はつけられません。

今後、新たな住宅セーフティネット制度が施行されるにあたり、活用が見込まれるため、現時点では支援を行っていない。

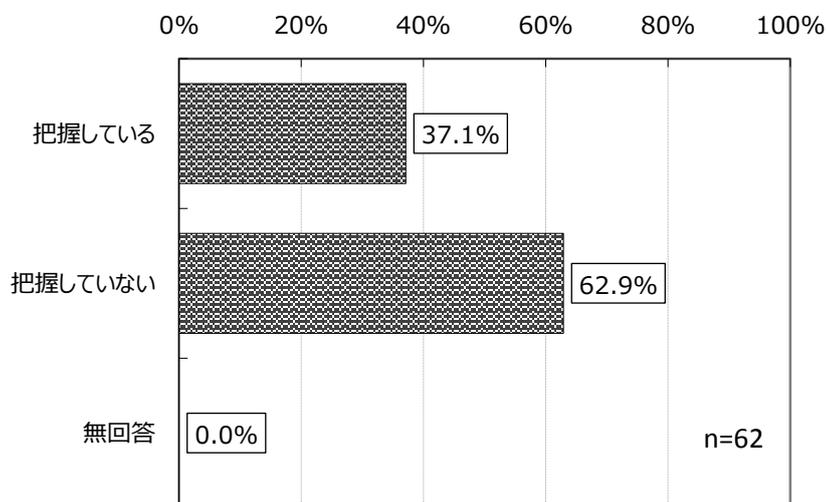
実施していないので評価できない。

---

## (7) 看取りの状況について

### ■在宅看取りを実施している自治体内の医療機関数の把握の有無

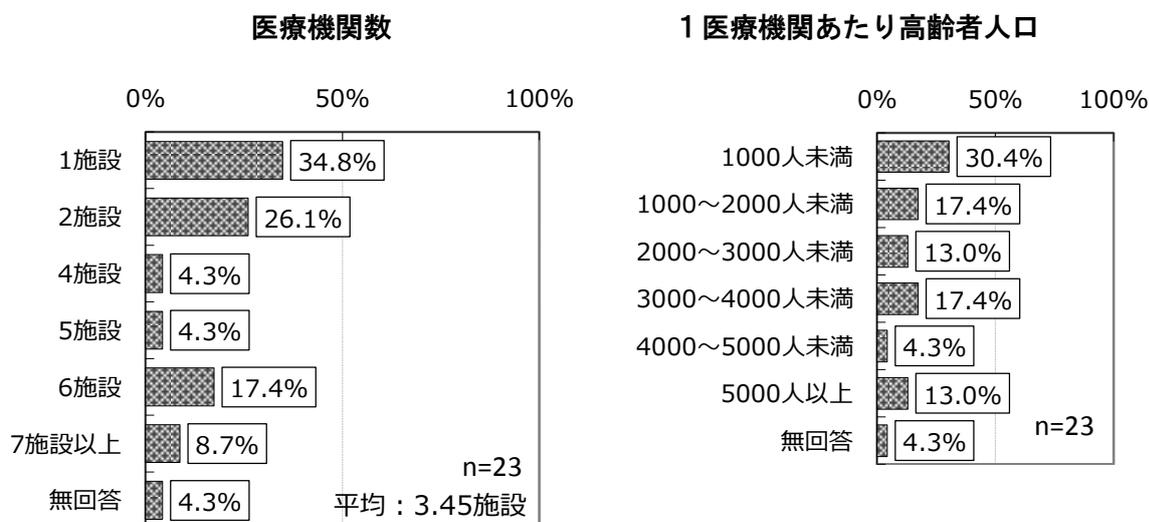
在宅看取りを実施している自治体内の医療機関数について「把握していない」と回答した自治体が62.9%で「把握している」37.1%を上回った。



### ■在宅看取りを実施している医療機関数

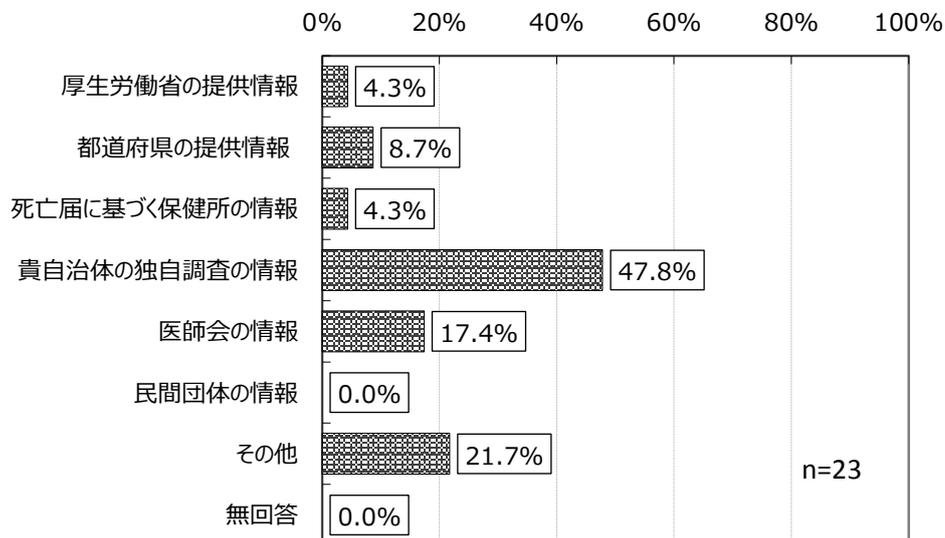
「把握している」と回答した自治体において、在宅看取りを実施している医療機関数は「1施設」が最も多く34.8%であり、次いで「2施設」26.1%であった。

また、各自治体における1医療機関あたりの高齢者人口をみると、「1000人未満」30.4%が最も多く、次いで「1000～2000人未満」「3000～4000人未満」17.4%と、医療機関数と高齢者数のバランスに自治体間の差があることがうかがえた。



## ■医療機関数の把握に活用する主な情報源（複数回答）

医療機関数の把握に活用する主な情報源としては、「自治体の独自調査の情報」が最も多く47.8%であり、次いで「医師会の情報」17.4%であった。また「その他」の記述から地域の協議会で情報源を作成しているケースの存在が伺えた。



### ◆「その他」の内容

東部地区在宅医療介護連携推進協議会作成「資源マップ」

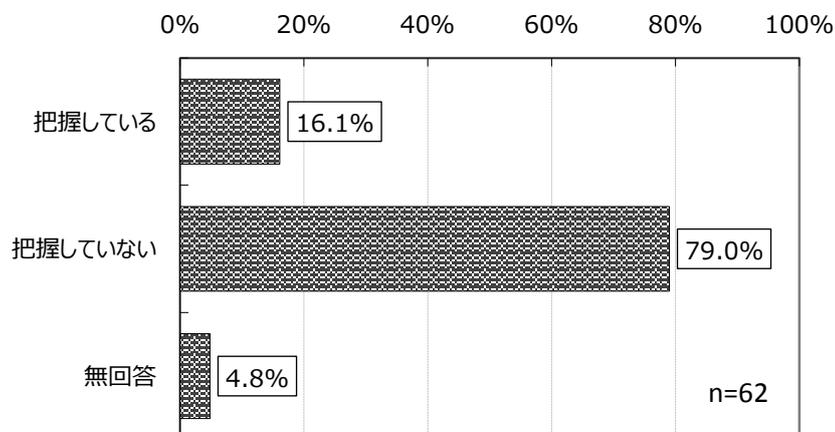
保健所を中心に、二次医療圏域の各団体が集まり作成。

町営病院の情報

日常業務内の情報。

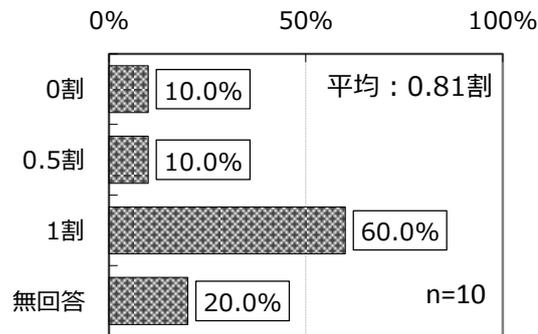
## ■自治体内における在宅死の割合の把握の有無

自治体内における在宅死の割合については「把握していない」と回答した自治体が79.0%で、「把握している」16.1%を上回った。



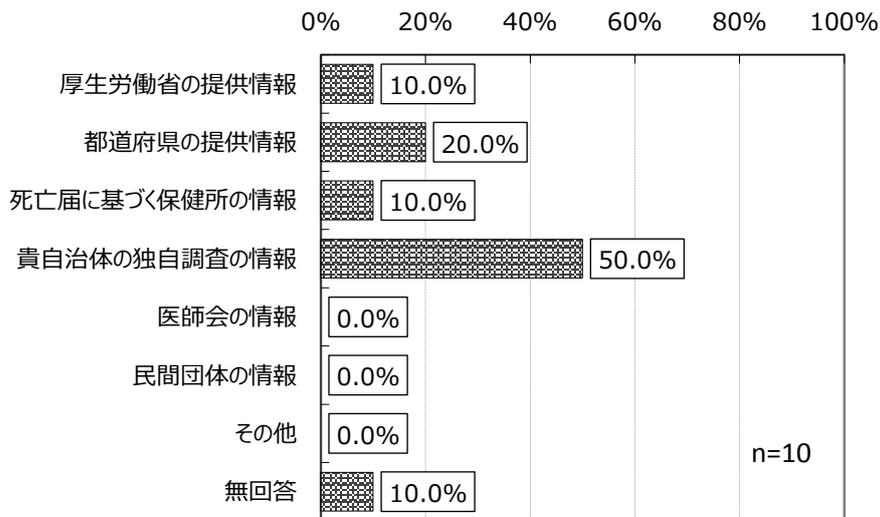
## ■在宅死の割合

「把握している」と回答した自治体において、在宅死の割合は「1割」が最も多く60.0%であった。



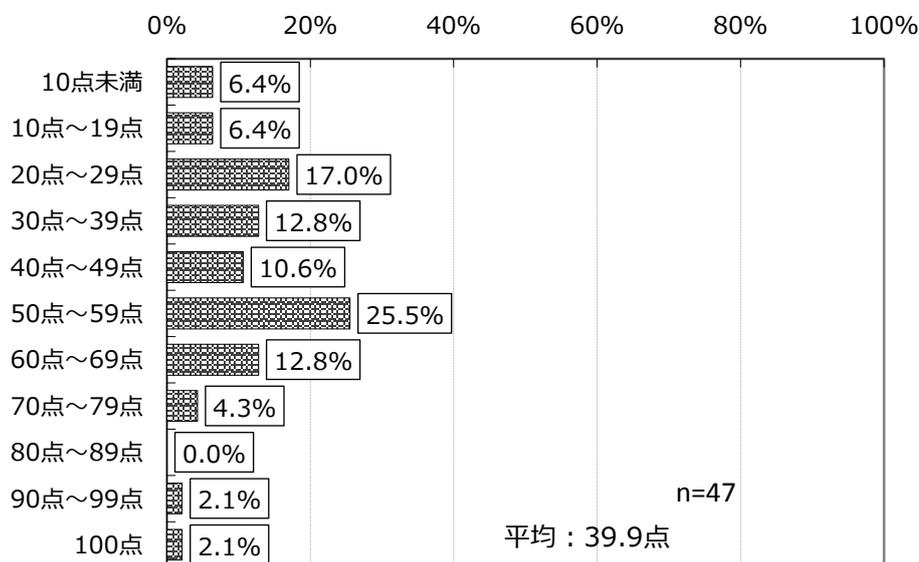
## ■在宅死の割合の把握に活用する主な情報源

在宅死の割合の把握に活用する主な情報源については、「自治体の独自調査」が最も多く50.0%であり、次いで「都道府県の提供情報」20.0%であった。



## ■自治体における看取りの評価点

自治体における看取りの評価点としては、50～59点が多く 25.5%であり、次いで20～29点が多く 17.0%であった。



## ■看取りの評価点をつけた理由

看取りに関する評価点をつけた理由については、以下の回答が寄せられた。

### 【評価点：40点以下】

医療、介護体制が十分でないこと、また、介護者の意識も在宅で看取りは困難だと希望は多くない。

本人の強い希望があり、主治医の指示のもと、家族等と医療・介護の関係者によるケア会議を行い、在宅看取りのケースも少しずつ包括支援センターへ相談が上がるようにはなったが、全市的には、まだ医療機関における看取りが中心である為。

医師・訪問看護師などに委ねている状態であり、自治体としての取組みは十分でない。

看取り可能なDrが著しく少ない。また家族介護力も乏しく、看取りを希望する者も少ない。

特定の病院、診療所で取組が進められているが、市全体への広がりは見られず、取組レベルとしては低。

市民フォーラムで看取りについての講演会を計画中。

導入編としての取組みを始めているが、住民一人ひとりが自分の人生のあり方や最期のときについてしっかりと考えることが大切であり、その上で話となるようにするべきと考えるので、まだまだ、その取組みができていない状況である。また、看取りを希望しても受け入れ体制が十分とは言えない。

市民も関係者も意識開拓はこれからだから。

中山間に位置し、高齢化が一段と進む本町においては、一人暮らし世帯・高齢者のみの世帯も多く、在宅で介助（介護、看取りなど）が難しい状況にあり、最期は施設等にお世話になりたいという考えが強い（本意でなくても）ため。

連携ははかっているのが、具体的な把握はしていない。

在宅医療体制の構築に向けた取組を行っている所。在宅における看取りについて希望する市民は多いが現実とは違っている。

現在、在宅看取りは医師個人の裁量により成り立っており、医師会等も含めた地域全体の取り組みとなっていない。市として情報が不足している。

看取りに関する住民への啓発や多職種での検討が始まったばかりである。

まだ実態を聞き取りにて把握したのみの状態。どのように行われているかも把握しているが、たまたま在宅での看取りとなったのみで、体制として整っているかどうかは検討出来ていない。グループホームや施設での看取りに関してはこれから。

ターミナルケア等の検討・協議を進めているが具体化していない。

全く行っていないため。

看取りを実施している医療機関が少ない。

---

**【評価点：41点～70点未満】**

医師会会員の有志が在宅での看取りを実施している。医師会による看取りに関する勉強会の開催。

関係機関との協議中。

実態が把握しきれていない。

緊急時の訪問看護や入院時の医療機関との連携は比較的取りやすいが往診できる医師不足等がある。

看取りの現状が把握できていないため評価困難だが、緩和ケア研究会が定期的に開催され、在宅看取りについて症例検討に多職種で取り組んでいる。

がんに対する在宅医療システムは構築できているが、その他の疾患については十分に構築できていない。

医療・介護従事者の看取りに対する関心が高まっており、研修会を実施している。看取りに対する実態把握のためのアンケート調査を実施しているところである。

積極的に在宅での看取りをされている「在宅療養支援診療所」があるので…。

老老介護となる世帯が多く、看取りの希望をされる方が少ない。2世代、3世代家族の中で、看取りを自宅で希望される場合、国保診療所、訪問看護、介護等の支援を受け看取りを自宅でされる家庭もある。1回／年程度。

看取りを行う医師が少ないから、看取りを行う医師に負担がかかっている。

高齢化、山間部、独居もあり、医療機関での終末が多い。

家族やHP etc より相談があった事例は意向に沿うような支援につないでいるが、全数を網羅していない。また、家族の満足度もきいていない。

県のモデル事業として2015年度（平成27年度）に検討委員会を行ったが、その後の取り組みについては検討中である。

---

**【評価点：70点以上】**

自宅での看取りは少ない（介護力不足）が、施設看取りが増えている（施設看取りを含めると約2割）。しかし施設も看護師不足により十分ではない。

医師会調査によると病院の8割、診療所の6割が看取り、ターミナルケアを実施している。

県のモデル事業として2015年度（平成27年度）に検討委員会を行ったが、その後の取り組みについては検討中である。

在宅での看取りを希望した人は、ほぼ全員達成できている。訪問看護も充実している。

---

**【評価点：回答なし】**

把握をしていないため評価不能。

評価できるほど看取りについて把握していない。

情報不十分のため評価できないため。

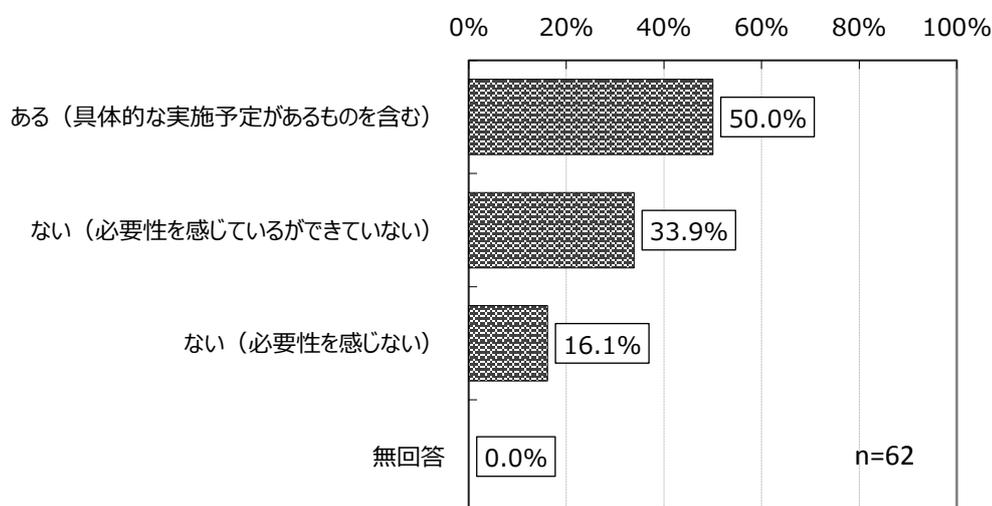
---

(8) 複数の自治体を含む広域連携の状況について

■地域包括ケアシステムに関して、他の自治体と連携、または共同で実施している取組の有無

地域包括ケアシステムに関して、他の自治体と連携、または共同で実施している取組については、「ある（具体的な実施予定があるものを含む）」と回答した自治体が50.0%で、「ない（必要性を感じているができていない）」33.9%、「ない（必要性を感じない）」16.1%の合計と同率となった。

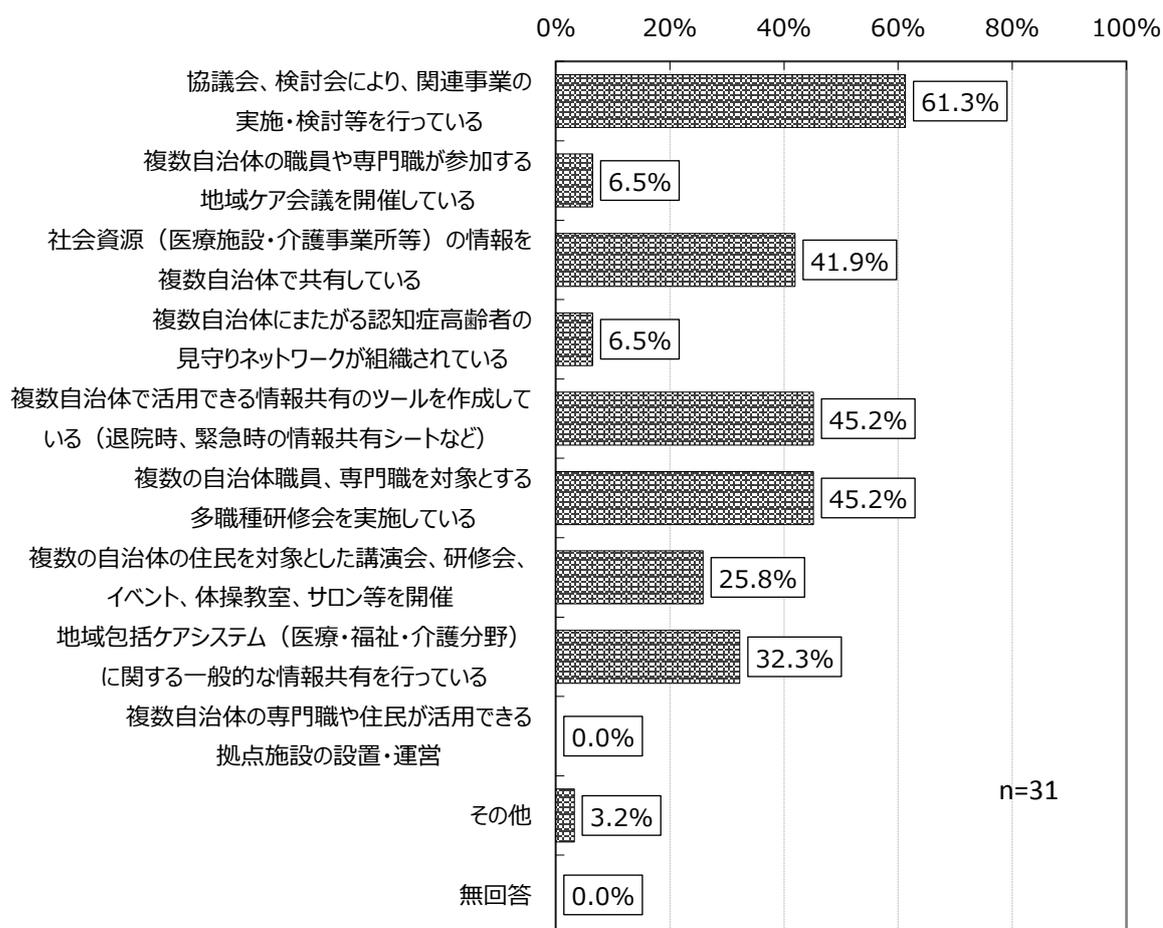
なお、これを、当該自治体が属する地区医師会のエリアに含まれる自治体数（回答自治体も含む）別にみると、「ある（具体的な実施予定があるものを含む）」は自治体数の増加に伴い割合が増えていく傾向がみられ、地区医師会のエリアに複数自治体が含まれる場合は他の自治体と比較的多く連携している状況がうかがえた。



	調査数	ある（具体的な実施予定があるものも含む）	ない（必要性を感じているができていない）	ない（必要性を感じない）	無回答
1自治体	20	30.0%	35.0%	35.0%	0.0%
2自治体	23	56.5%	39.1%	4.3%	0.0%
3自治体以上	18	66.7%	22.2%	11.1%	0.0%

## ■地域包括ケアシステムに関して、他の自治体と連携、または共同で実施している取組の内容（複数回答）

地域包括ケアシステムに関して他の自治体と連携、または共同で実施している取組がある自治体について、取組の内容を見ると、「協議会、検討会により、関連事業の実施・検討等を行っている」が最も多く 61.3%であり、次いで「複数自治体で活用できる情報共有のツールを作成している（退院時、緊急時の情報共有シートなど）」、「複数の自治体職員、専門職を対象とする多職種研修会を実施している」が同率で 45.2%であった。

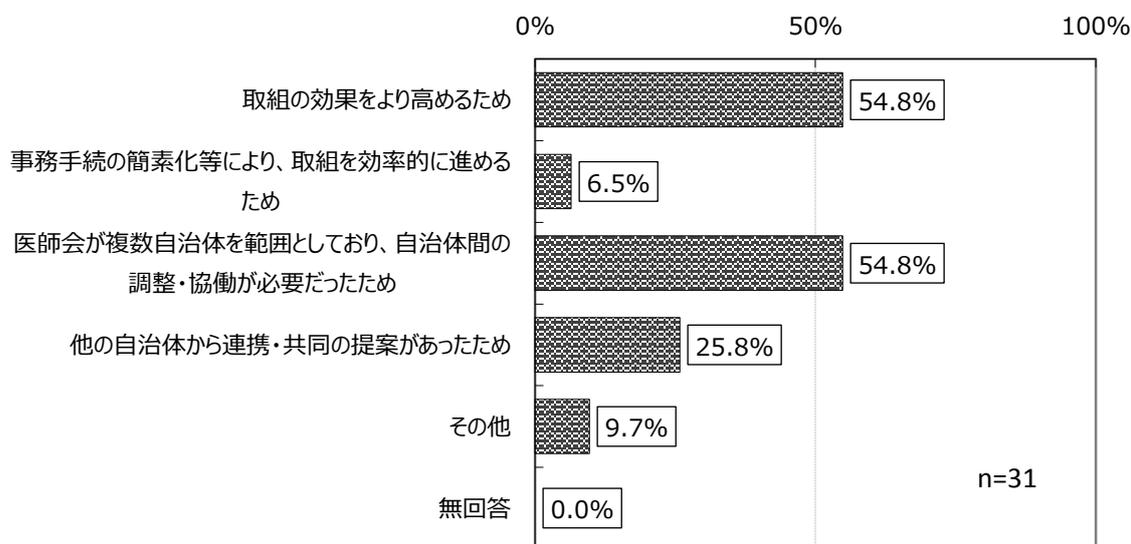


### ◆「その他」の内容

症例検討会

■地域包括ケアシステムに関して、他の自治体と連携、または共同で取組を実施している理由（複数回答）

地域包括ケアシステムに関して他の自治体と連携、または共同で実施している取組がある自治体について、取組を行っている理由をみると、「取組の効果をより高めるため」と「医師会が複数自治体を範囲としており、自治体間の調整・協働が必要だったため」が同率で54.8%挙げられた。



◆「その他」の内容

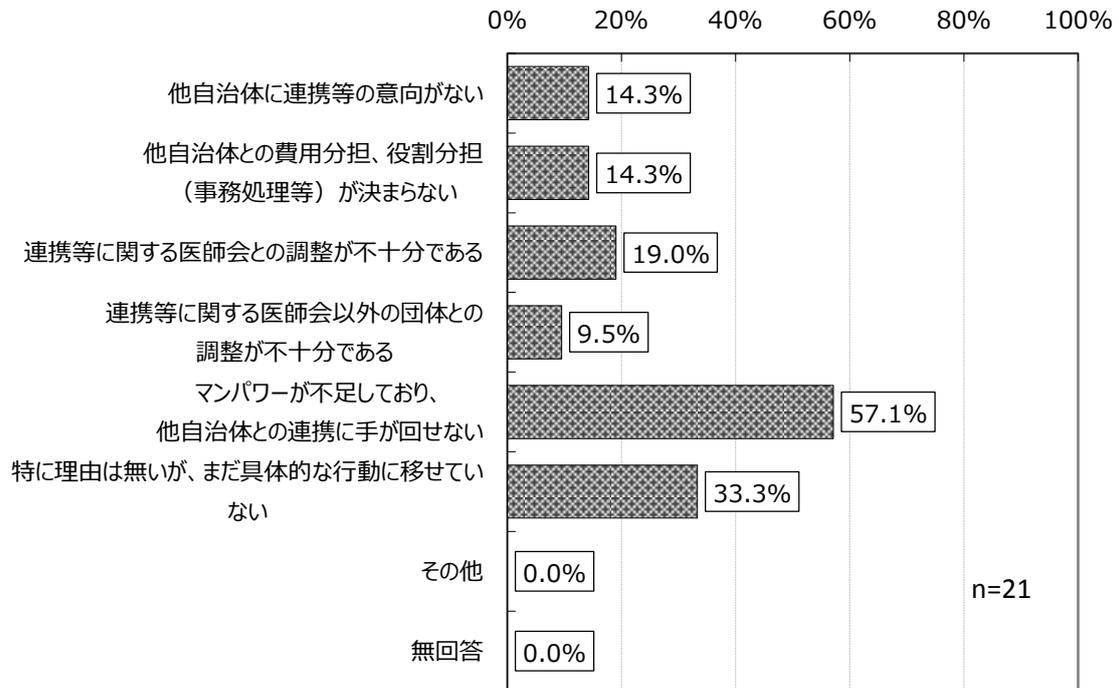
保険者が広域組合の為。

連携中枢都市構想による。

二次医療圏

## ■他自治体との連携、または共同での取組ができていない理由（複数回答）

地域包括ケアシステムに関して他の自治体と連携、または共同で実施している取組を行っていない自治体について、取組ができていない理由をみると「マンパワーが不足しており、他自治体との連携に手が回せない」が最も多く、57.1%であった。また、「特に理由は無いが、まだ具体的な行動に移せていない」との回答が次に多く、33.3%であった。



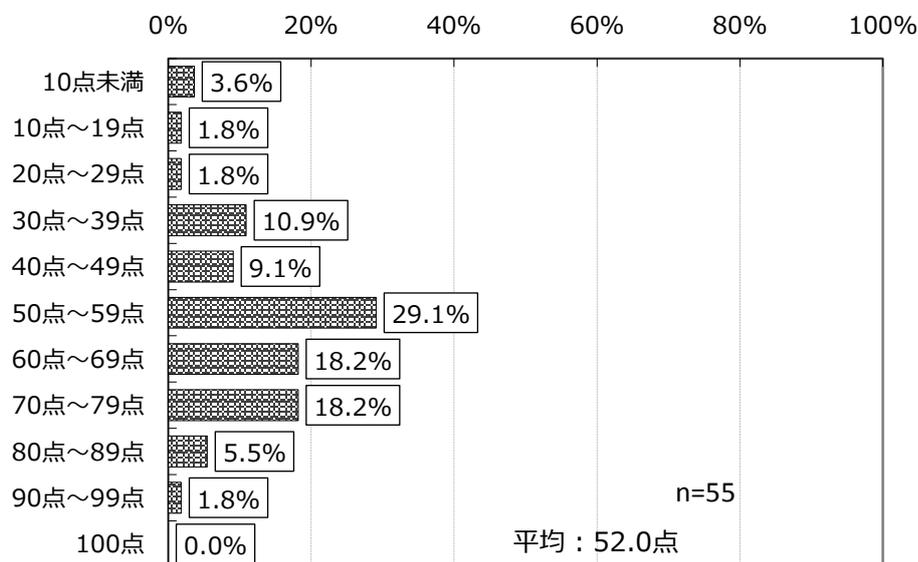
### ◆「その他」の内容

地域包括ケアシステムの構築は単独の方が構築しやすい。

## (9) 自地域・他地域の地域包括ケアシステムに対する評価について

### ■自治体の地域包括ケアシステムに関する評価点

自治体の地域包括ケアシステムに関する評価点については、50～59点が多く29.1%であり、次いで60～69点、70～79点と同率で18.2%であった。



### ■地域包括ケアシステムに関する評価点をつけた理由

地域包括ケアシステムに関する評価点をつけた理由については、以下の回答が寄せられた。

#### 【評価点：40点以下】

2025年に向け、どのような地域包括ケアシステムを作るのか、そのための手段も含めて、イメージが確立できていない。  
地域住民の意識が低く、それを高める努力が不足している。

市としてシステムのイメージが描ききれしていない。

5本柱の施策をそれぞれがすすめていて、総合的・計画的な取り組みになっていない（仕組み、体制整備が不十分）。  
連携が取れていない部分がある。

内容が十分でない。

各事業の推進は図っているが、成果は不明。

はじまったばかり（今年度から直営化）。

医療・介護の連携が取れた段階である。まだ幅広い取組ができていない。

システムが出来ていないから。

地域ケア会議等で、関係組織には地域包括ケアシステムがどのような取り組みかは浸透してきたと思うが、実際の取組自体はこれからのものが多々あるため。

地域包括ケアに関する新たな項目が、次々と生じてくるため、評価に至っていない。

#### 【評価点：41点～70点未満】

包括的支援事業の4本柱を中心に事業の体制構築が進みつつある。5～6年前から取り組んでいる事業もあれば、最近稼働し始めた事業もあるため。

---

市内では、地区により医療・介護・福祉サービスの事業所の整備状況が大きく異なっている。特に中山間地域では、買い物、交通手段が無いなど多くの問題を併せ持っている。市内全域での地域包括ケアシステムの構築には、非常に時間がかかる。

---

それぞれの分野で取り組みが進みはじめている。とり分け地域自主組織の取組はすすんでいると感じる。今後は地域包括ケアの仕組を文章・図化し、見える化した上で、取組を充実させていく必要があると考える。

---

ケア体制構築に向けた会議体制は整備しているが、効果について評価ができていない。

---

地域によって、かなりの差があり、市の中心部等で、医療機関、学校、商店が生活圏域にある地域もあるが、中山間地域で交通の便も悪く、民家が点在しており、医療機関、介護保険サービス事業所も遠く、十分な医療、サービスを受けることが難しい地域もある。今後、住まいの工夫や、生活支援サービスの充実、在宅医療の充実等、役割分担をしながら、地域包括ケアシステムの構築をすすめていく必要がある。

---

まだ構築の途中である。

---

在宅医療・介護連携、生活支援サービス、認知症の各部会を設け、施策や今後の方向性について検討している。

---

住み慣れた地域で、いつまでも楽しく生き生きと暮らし続けるため、地域資源を有機的に連携させたケアシステムの確立が必要である。

---

ケアシステムは、○在宅生活を送るための支援サービス提供体制の強化・充実、さらには○ケアシステムのネットワークによる高齢者等を支える地域社会の実現のため、地域資源の有機的な連携、が必要となるが、本町のような中山間地域においては、地形的制約等から集落が少数散在しており、特に周辺集落においては地域力（地域互助）及び介護力（家族支援）が著しく機能が低下しており、在宅での生活自体が過ごしにくくなってきている。

---

この状況を少しでも変えていくため、現在、安芸太田町版「生涯活躍のまち」構想を策定し、解決に取り組む活動に参加する仕組み（「出番」）と、誰もが安心感を得ることが出来る場所（「居場所」）を構築する、さらに「出番」と「居場所」を創出することにより、出番を求める田舎志向の高齢者や、社会貢献の意識の高いアクティブシニア等の移住を促進するとともに、住み慣れた地域で安心して暮らすことができる「（居場所）」を創出することにより、転出を抑制することを目指して取り組んでいる途中である。

---

在宅高齢者の生活支援等、小さい単位の取り組みを広げていこうとしている最中で、効果が出るのはまだ先の話。

---

医療・介護の連携など専門職間の連携、支援体制づくりはすすんでいるが地域をまきこんでの互助を高める支援や生活支援を今後充実させる必要がある。

---

生活支援・介護予防：住民ボランティア育成後のサービスへのつながりが不十分。住まい：今後、要配慮者への対策検討が必要。介護医療連携：専門職同志の顔の見える関係づくりはできつつある。

---

現状では医療、介護、生活支援、住まいが不足なく確保できている。

---

効果を見るための指標がわからない。医療と介護の連携、介護予防、認知症施策等、様々な切り口で地域包括ケアシステムの構築に向け、ネットワークを活用しながら推進している。

---

どこを到達点（評価）とするのかわからない。相談のある方については、その方の状況を検証しながら方向性を（その相談者とともに）考えていっている。

---

医療介護・福祉の連携、住民主体の介護予防活動等、本市の地域性・独自性を活かした取り組みを進めている。今後、地域のネットワークづくり、取り組みの充実、深化が求められている。

---

効果をはかる具体の指標がない。

---

### 【評価点：71点以上】

---

既存の取り組みである程度の効果が上がっていると思われる。

---

医療と介護福祉の連携は取れてきている。行政も一緒に取り組んでいる。暮らし続ける仕組みづくりが地域包括ケアシステムであると思うので、その点で言えばまだ不十分（住まい、働き続けられる仕事など）。

医療介護連携、認知症施策については10年前から取組を進めているため、認知症になっても在宅で暮らし続けている事ができやすくなっていると思う。全体的にはまだ課題も多い。

市内複数の地域で、これまでも取組みがされてきたから。

まだ住民から見てノンストップでつながりがあるサービスの一体化は実現できていない。

認知症施策、地域ケア会議、住民主体体制整備については取組みが進んでおり、ある程度の効果を上げてきているが、医療・介護連携については、まだまだ課題が多いため。

家族だけで介護を負担するのではなく、社会全体で介護を支える介護保険制度をどの様に感じているか市民アンケートで尋ねた所、「良いと思う」と「まあ良いと思う」が全体の89.3%と高い評価であったため。

小規模自治体のメリット（医療・保健・福祉の顔の見える関係性や行政の柔軟性）を最大限生かしながら事業等を展開している。

#### 【評価点：回答なし】

何をもって点数化してよいか不明。

基準が明確ではないため、採点不可とさせていただきます。住宅医療介護連携や、地域づくり（支え合い）の取組み等を行っています。課題も多く抱えているのが現状。

具体的な効果として見えていないため、評価できない。

### ■地域包括ケアシステムに対する評価が高いと思われる近隣自治体

地域包括ケアシステムに対する評価が高いと思われる近隣自治体については、以下の回答が寄せられた。

自治体名	理由
吉賀町	子どもから高齢者までをカバーする相談のワンストップ機関を社協内に設置。包括的な相談支援体制の構築に取り組んでいる。
尾道市	地域包括ケアシステム発祥地だから。
岩国市	住民互助の取組みが進んでいる。 医療介護連携に向けた取組も積極的に行われている。
システムの一部で優れている自治体はあるが（自治会輸送等）、トータルで優れている所はないように思う。	-

## ■地域包括ケア構築に必要な施策のうち、市町村で取り組むことに限界があると思われることや、国・県などから得られると良いと思う支援

国・県などから得られると良いと思う支援については、以下の回答が寄せられた。

### 【情報・データの提供】

様々なデータがある中、分析として、地域に足りないもの等、アドバイスがいただけたらと思います。

広域的なデータの提供。

広域や先進地の情報

### 【人材確保・人材育成】

医療・介護人材の育成。医療機関の整備。

介護資源及び人員不足からどうしても諸施策の構築・推進が後手に回ってしまうので、（人的な支援も含め）施策形成等に係る定期的なアドバイスがいただきたい。

離島及び中山間地域における医師等専門職の確保。

小さな町だけの取り組みでは、若手人材不足で困難さを感じている。

### 【医療面の調整】

医師不足（資源不足）等はどうにもできない面である。生活資源も不足。国・県が全体としての仕組みを構築してほしい。各自治体では何にしても限界です。

医療と介護の連携については、広域的に整理すべきことも多く、また多職種で検討すべきと考える。将来的なことも踏まえて、他の圏域等とも調整可能な立場である県の役割は大きい。

医療機関、特に医師に関しては要であると思うが、業務上、地域ケア会議や他研修に出てくる機会もなく、一番苦勞する部分であると感じているので、そこへの働きかけを行ってほしい。

医師会との連携（在宅医療、介護連携事業、認知症施策、要介護認定等）

二次医療圏で取り組む必要のあるものには保健所の役割が大きいので支援してほしい（受け皿となる入院施設等、医－医連携）。

### 【国・都道府県・市町村の連携】

国や県は縦割りに市町村へ事業下ろしてくるが、一番最前線では扱いにくい。市町村が使いやすい様工夫してほしい。

国の考えをしっかりと県に伝えて、市町村が動けるような支援をお願いしたい。強化すべき取り組みについて各県全体で同じように伝達できるよう、人材派遣・予算措置・企画提案の支援をお願いしたい。

広域調整は県に実施してほしい。

### 【財源確保】

市独自の事業、施策を展開するための財源充実、制度の改正が必要である。

財政的な更なる支援（地域支援事業の拡充）。専門家の派遣。

金がない。金よこせ。

介護予防訪問介護及び介護予防通所介護が総合事業に移行→一般会計の持ち出しの増加→国はしっかりと財政的支援をしてほしい。

### 【その他】

県内の地域包括支援センターは直営が多く、行政としての業務を飽食しながら稼働している。行政と直営型地域包括支援センターの役と機能を明確化していくことも島根モデルとして必要と考えている。

認知症対策の中で、行方不明の場合、市だけでは限界がある。

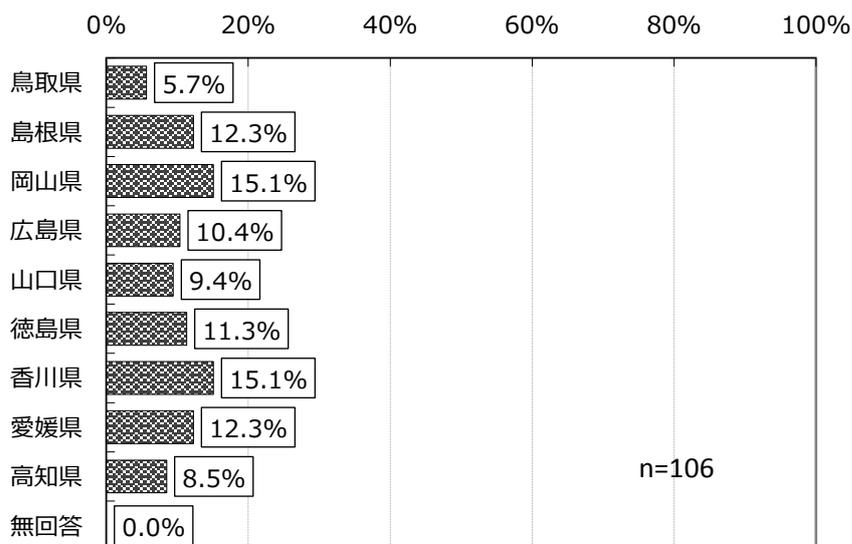
地域包括ケアの到達点（達成点）をどこにするのかによって、評価に差が出てくると思われる。小規模自治体では、出来る範囲で、可能な体制づくりには取り組んでいる。全国統一的な、大きな市町に標準をあてた体制づくりは、人的・質的・量的にも限界がある。

### 3. 調査結果（国保直診施設調査）

#### （1）施設の概況

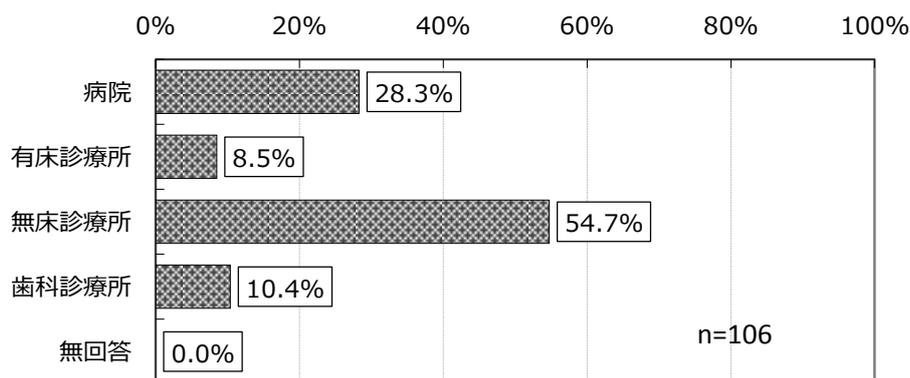
##### ■回答のあった施設の所在する県

回答のあった施設の所在する県の割合をみると、最も多かったのは「岡山県」「香川県」15.1%であり、次いで「島根県」「愛媛県」12.3%であった。



##### ■施設の種別

回答のあった国保直診施設は、「無床診療所」54.7%が最も多く、次いで「病院」28.3%、「歯科診療所」10.4%であった。

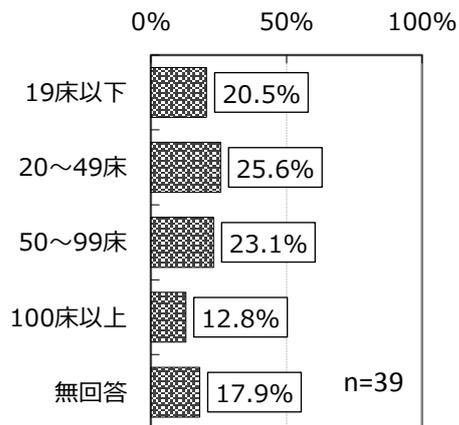


## ■ 病床数

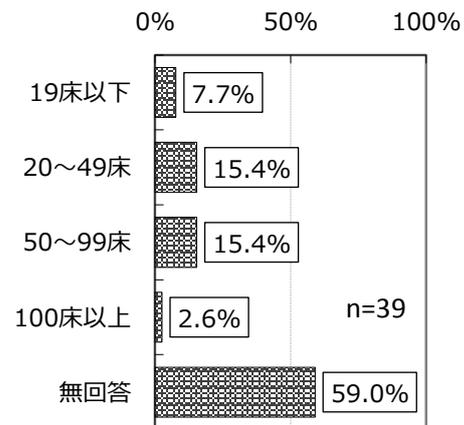
一般病床数・療養病床数・精神病床数のいずれかに回答のあった施設について、病床数の分布をみると、一般病床では「20～49床」25.6%、療養病床では「20～49床」「50～99床」15.4%、精神病床では「19床以下」10.3%が、それぞれ最も多かった。

「100床以上」との回答があった国保直診施設は、一般病床において12.8%、療養病床・精神病床において2.6%であり、比較的病床規模の小さい施設が多い傾向がうかがえた。

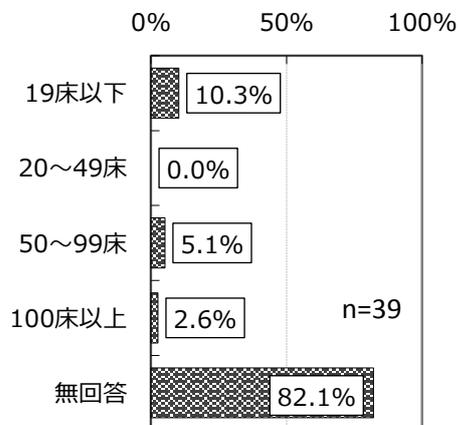
### ① 一般病床



### ② 療養病床

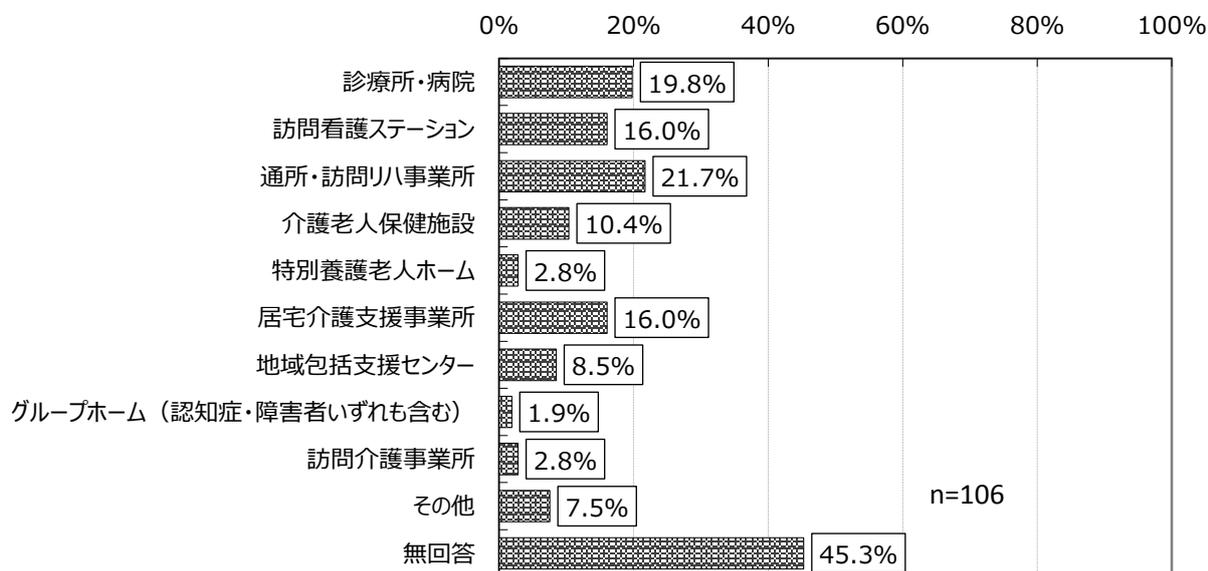


### ③ 精神病床



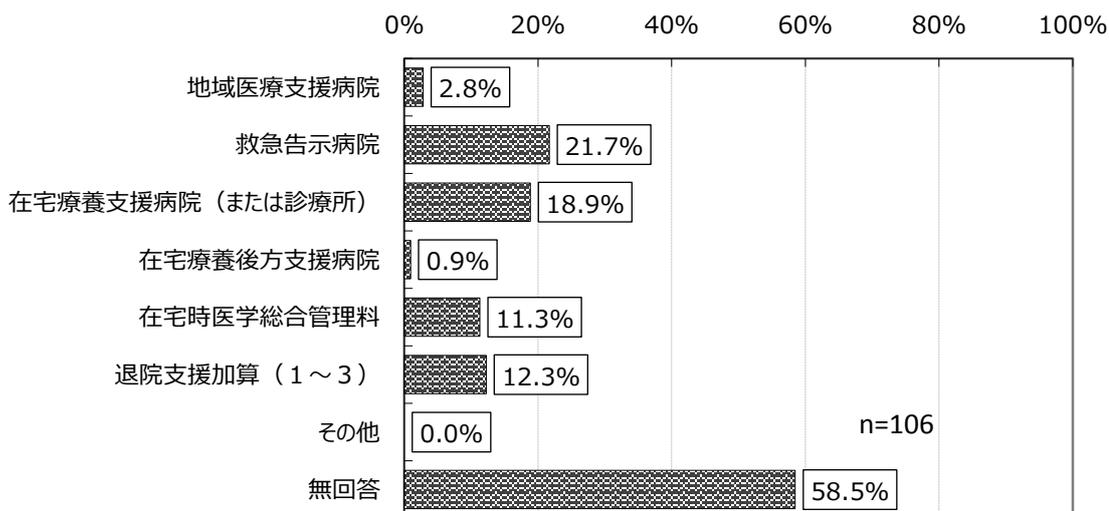
### ■併設施設（複数回答）

併設施設として最も多かったのは「通所・訪問リハ事業所」21.7%であり、次いで「診療所・病院」19.8%、「訪問看護ステーション」「居宅介護支援事業所」16.0%であった。



### ■施設の受けている指定、施設基準（複数回答）

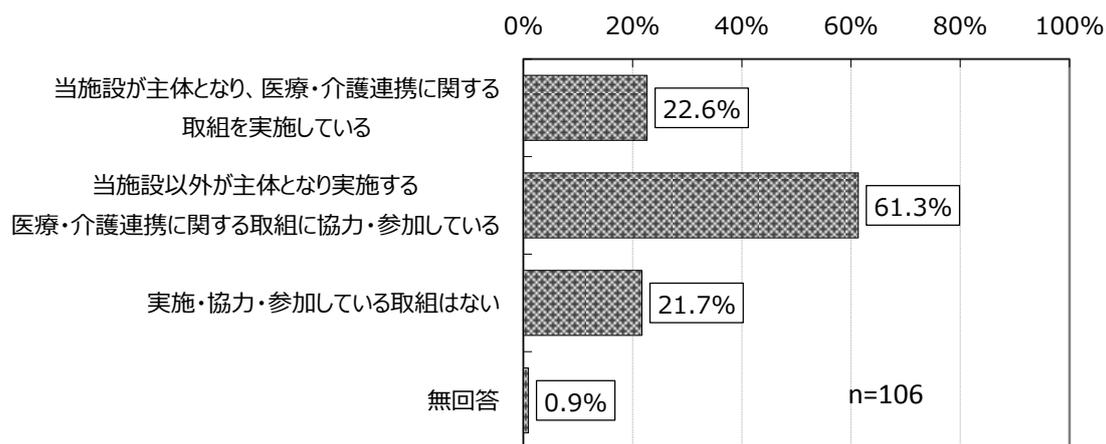
国保直診施設の受けている指定、施設基準として最も多かったのは「救急告示病院」21.7%であり、次いで「在宅療養支援病院（または診療所）」18.9%、「退院支援加算（1～3）」12.3%であった。



## (2) 施設で実施している（予定含む）医療・介護連携について

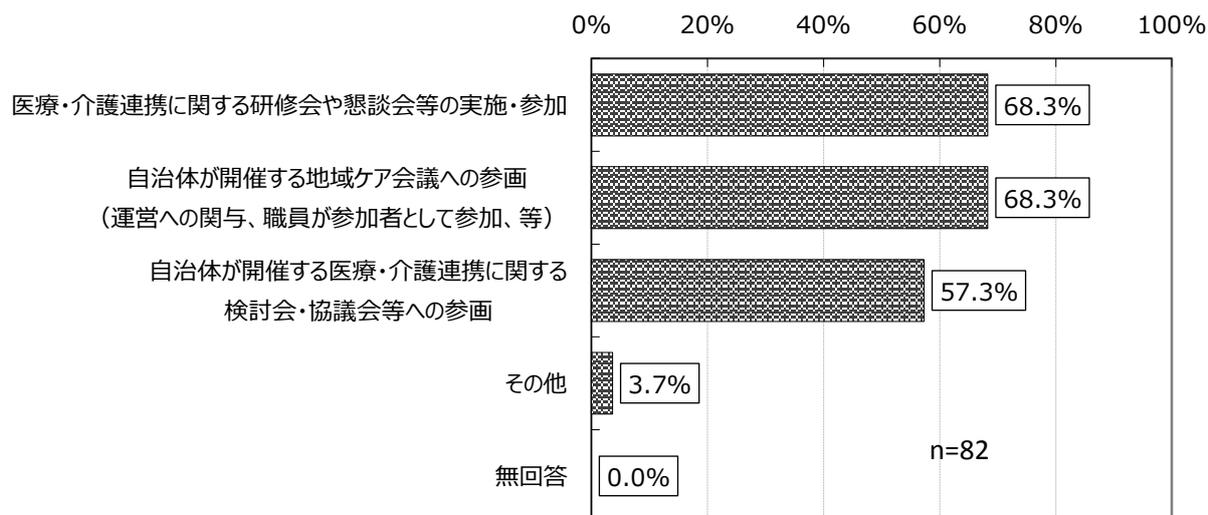
### ■医療・介護連携に関する取組状況

国保直診施設で実施している医療・介護連携に関する取組としては、「当施設以外が主体となり実施する医療・介護連携に関する取組に協力・参加している」61.3%が最も多く、次いで「当施設が主体となり、医療・介護連携に関する取組を実施している」22.6%であった。8割以上の施設が、何らかの形で医療・介護連携に関する取組に関わっている状況であった。



### ■取組の具体的な内容（複数回答）

医療・介護連携に関する取組の具体的な内容としては、「医療・介護連携に関する研修会や懇談会等の実施・参加」「自治体が開催する地域ケア会議への参画（運営への関与、職員が参加者として参加、等）」68.3%が最も多かった。



## ■取組を実際に始めるまでに生じた課題および工夫

取組を実際に始めるまでに生じた課題、および課題の克服にあたり行った工夫については、下記の回答が寄せられた。

### 【課題：会議等への参加依頼・調整】

課題	工夫
アクセス上の問題（離島であり船代がかかる）。顔の見える関係の乏しさ。地域自体の包括ケアに対する認識の少なさ。	ケーブルテレビを利用した情報発信。地域包括ケア会議の定期開催。島外訪問看護ステーションとの連携。
時間帯、場所	医療側が決めている（工夫ではないかも）
勤務時間内での審査会参加	審査会の開催場所を診療所の近くにしてもらった
各専門員が各所から集まってくるため、ケア会議の時間・場所の決定・会議後の報告に手間暇を要した。	「包括支援センター」として建物を設け、専門員も集約し、情報交換がスムーズになった。
ケア会議が毎回開催されていたが、多忙な介護業者は時間の無駄と感じていた。	包括担当者と病院担当医師が前もって会議の内容、方向性など話し合い、テーマを絞って問題点・課題について話し合うようにした。
在宅医療介護連携拠点事業を病院中心に行っていたが、地区医師会が関わらないという課題があった。	病院が主体となる事業を中止。地域包括支援センターと医師会が主体となって行う事業とした。

### 【課題：人員体制・人員の不足】

課題	工夫
スタッフが少ない。他事業所のやる気に温度差がある。	定期的な会合。ホスト役の持ち回り。
以前は医師の参加もあったが、昨年度から医師1人体制になり、看護師の人員減も重なり、現在は理学療法士だけの参加となっている。	何もできていない。
限られた人員の中で業務を行っていることで、参加するあたり他の職員への負担が増える。また離島でもあり、島外への研修会は日程が長期化する。	離職者を臨時的に確保し、参加可能となるようつとめている。

### 【課題：元々の多職種の連携不足】

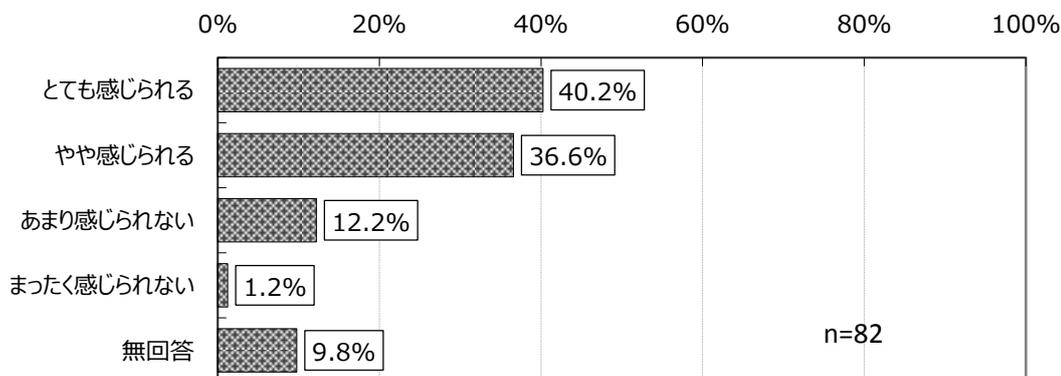
課題	工夫
1. 医師の参加が少ない。 2. 地域とも連携した入退院支援。	1. 会議を夜間に実施。開業医の場合は医師会から関係機関に文書を出してもらう主旨の説明。 2. 院内及び施設内職員に向けた研修会の充実・強化。（事例検討、地域ケア会議について等）
各専門職間に壁があり、そこがネックとなり連携が進まなかった。	顔が見えるように、専門職間の垣根を取り除けるよう話ができる会議形式を取り入れた。
顔の見える関係ができておらず、連携がうまく取ることができなかった。	病院の地域医療連携室よりケアマネ、施設、他医療機関との情報交換を密に行うようにした。
医療・介護の連携ということで、多職種への連絡調整に難航した。	自治体の担当者と定期的に連絡を取り合っている。

【課題：その他】

課題	工夫
医療・介護連携においては当診療所の場合、現所長（医師）が赴任後、行政職（現在参事）にいたるため、スムーズに連携は図れている。むしろ地域包括支援センターのメンバーの一部が経験年数がなく、連携を図ることに指導力不足を感じており、専門職（医師、保健師など）がサービス提供機関と調整を行っている。	-
歯科には在宅患者の全ての情報は開示されない（口腔内だけ）	「キーマン」が必要
指示だけでは行動してもらえない	人間関係づくり
山間部での独居老人または老人のみの世帯の増加。在宅サービスを利用するにも、山間部では遠距離のため支援にも限界がある。	住居・家族支援状況等、患者情報を常に把握し、各々に応じてきめ細かな相談、説明を行っている。
行政が本来ならしなければならないところを、病院発信で継続できるのかどうか？ 地域の問題解決能力が向上するのか？	近隣病院の医師に参加していただくため、病院（医療）からの発信にしたため、医師の参加や多職種が参加しやすいようにグループワーク化した。
町全体へのアプローチでは、現場に携わっていない〇〇課長、〇〇会会長が出席し、具体的な問題の把握、解決に繋がらない。	診療所が所在する地区に限定した医療介護の連絡会を立ち上げ、行政一般職が会の運営をすることにより参加しやすく、発言しやすい雰囲気作りができた。
プライバシーを保つこと。	少人数で開催する。
情報共有の仕組み	医療・介護連携シートを作成し、情報共有の標準化を進めた。
一応取組はあるが、自治体内の取組があまり進んでいない。隣接する市のシステムに加わる形となることも関係する。	-

■医療・介護連携の取組による効果

医療・介護連携の取組による効果については、「とても感じられる」40.2%が最も多く、次いで「やや感じられる」36.6%であった。8割弱の自治体が、取組による何らかの効果を感じていることがうかがえた。



## ■効果の具体的内容、取組にあたり工夫したこと

医療・介護連携の取組による効果の内容、工夫については、下記の回答が寄せられた。

### 【情報共有・情報交換の促進】

困難事例や急な状況変化時に迅速な対応、情報共有ができる。

地域ケア会議で情報共有を積極的に行う。日常診療で気になることがあれば、担当ケアマネやヘルパーに直接連絡する。

支援、介護が必要な患者に対しての情報交換がしやすくなった

医療・介護が必要な人に対して、連携する人との情報共有がやりやすくなった。

各施設における看護職との連携を取ることで、問題提起や必要とされる情報の提供を行い交流し、連携を取るようつとめている。

情報の共有によりそれぞれ個別に対応する際に、留意点等が役立っている。

高齢者の個別ケース（特に困難事例）について、情報共有することができている。デイサービスセンターを利用者だけでなく、地域の独居高齢者等に対しても、円滑な受診・服薬指導を行っている。

### 【スムーズな連携・対応の迅速化】

紹介が増え、対応が早くなった

地域の他職種と関わることで、地域連携が以前よりスムーズになった

会議を通して面識ができたり、カンファレンスがスムーズに運ぶ。事例検討により、色々な意見を聞くことができた。

前年度より月1回の会議を週1回しており、より顔の見える関係ができ、スムーズな連携となっている。

顔の見える関係ができ、話がスムーズに進む。

担当者会議などを行う時にも、顔と顔が既にわかっているため、連携が非常に取りやすい。

医療（病院）と介護（施設や介護事業所）との連携がスムーズになった。

訪問看護を利用開始し、在宅でできる行為の幅が広がった（看取りまで）。電話ではなく実際に足を運んで会議を行うことで、顔の見える関係が構築された。

顔の見える関係作りをすすめて質問しやすくなったし、地域の課題解決能力が少しずつ、回を増すことによってお互いの役割だったり、地域住民のために話が早くつく（切れ目のない）関係作りができつつある。

月2回の河辺・脇川地域の地域包括ケア会議で地域の問題のある患者さんや、地域高齢者の相談を早くして、早く対応することができる。大洲喜多地域で行政、医師会、薬局、居宅支援事業所、訪問看護ステーション、病院（支援病院）、在宅医療をしている診療所で、在宅医療介護連携事業で勉強会等をして、関係諸機関で連携を深めて地域での在宅医療の推進を図っている。

地域の医療、介護関係職種との顔の見える関係が構築できている。

多職種での連携がとりやすくなりました。

初動が早くなり、ムダな時間を要することが減っている。

各スタッフとの視線合わせができる。スピーディーな連携ができる。

### 【連携先の職種・団体等の拡大】

自治体の担当者と定期的な会の開催。医師会の代表者も参加し、多職種での意見交換を行っている。

医療介護のみの連携ではなく、民間事業所（宅配弁当）、社協、議会議員、民生委員も参加するようになり、生活支援に関する取り組みに発展できた。地域内にはないサービスでも、町外の病院、事業所に依頼し、会議にも参加してもらった。

民間事業所が積極的に介入することにより、横のつながりができ、全員で地域の人を見ていくという認識が生まれた。

介護保険施設や居宅において、歯科訪問診療と在宅支援センターとの連携。特養での口腔ケア、ミールラウンド、ミ

ールミーティングによる経口摂取の維持。

**【多様な職種・活動主体間の理解促進】**

福祉関係の現状が把握できる。

それぞれの施設の状況や体制の確認に役立った。情報共有シートを提案できた。

顔の見える関係を構築できた。各サービス、事業所の課題について十分ではないが理解できた。

**【その他】**

医師が行政職を兼ねているので、課題解決には的確に判断を行っているが、他のメンバーの指導力不足が、その判断が下されたとおりに実行できていなかったり、時間がかかってしまったりして、効果を上げられていない面が見受けられる。

地域ケア会議、研修会（合同）

患者の反応

会議へ積極的に参加するようにしている。

医療・介護に係る社会資源の共有化が進められた。

定期的なケア会議などの参加も良いが、普段の個々の事例に関して、その都度連絡、連携をしていくようにしている。

介護保険については自治体での運営になるので、議論が進んでいる。他にも自治体として取り組まないといけない問題が多く、手がまわらない。（人口 900 人の小さな自治体なので）

居宅介護支援事業所のケアマネを通して病院を受診、入院等。

地域の集会所等で積極的に生活習慣病予防等の健康教室を実施。

施設、自治体という枠組がなく連携が取れ顔の見える関係性、協力が取れている。

自治体として「地域包括ケア推進局」を設置し、病院長が局長として統括している。

解決は簡単ではないが、少なくとも問題点は抽出できている。

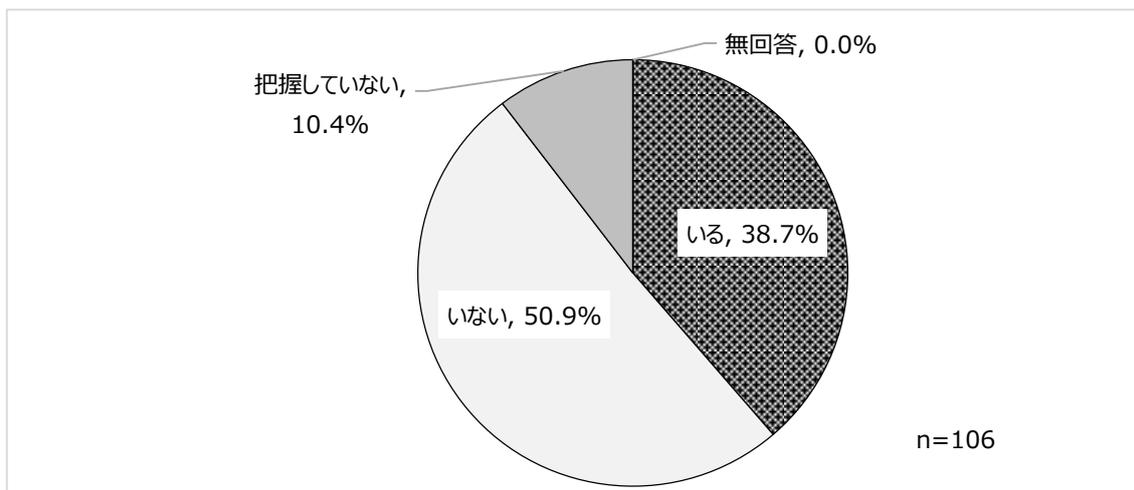
当院においては、早くから保健・医療・介護・福祉の連携、総合システム（地域包括ケアシステム）を構築し、展開している。一人ひとりの自立を支える一体的で切れ目のない効率的な多職種連携の生活支援サービスと提供をめざしている。今後は地域住民との連携を一層深めていく。

### (3) 地域住民が主体となる介護・福祉関係の活動への参加状況について

#### ■地域住民が主体となる介護・福祉関係活動への、施設職員の参加の有無

国保直診施設の職員（医師や看護師、リハビリスタッフ、社会福祉士等の専門職）のうち、地域住民が主体となる介護・福祉関係活動に参加している人がいるかについては、「いる」38.7%、「いない」50.9%であった。

具体的な活動としては、体操教室やサロンへの師派遣等、専門性を生かした活動が傾向として多く見られ、4割弱の職員が地域内で何らかの活動を行っていることがうかがえた。



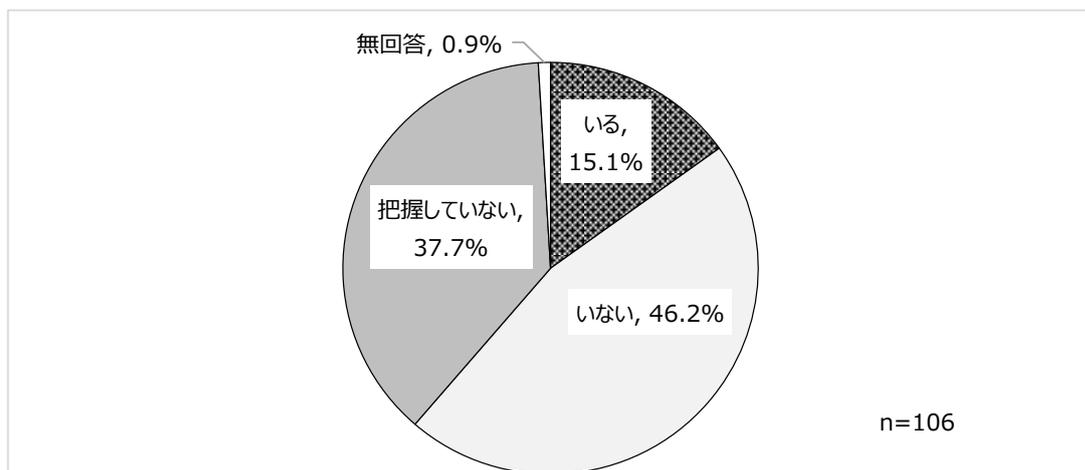
#### ◆「いる」と回答した場合の、具体的に参加している活動の概要

体操教室への派遣	高齢者サロンへの理学療法士の派遣
糖尿病友の会（患者会）	認知症カフェ
「徘徊」に関する勉強会やシミュレーションへの参加。	地域住民への健康教室
高齢者サロン等でのセミナー	健康体操の講師等で参加
地域会議など	摂食嚥下、口腔ケアについてなど
各種会議への参加	地域のサロン活動の講師
理学療法士による体力保持の体操指導など	「健康相談」の講師
介護予防教室への講師としての参加。	地域サロンでの健康教室
イベント救護や医療相談、サロンでの講演。	地区の福祉祭りで、看護師による健康相談
高齢者の健康づくりと介護予防。	地域住民交流研修会
ことなみ未来会議、宅配弁当へのボランティアとしての参加、山カフェ 昭和の給食（集落）、地域での生活支援に関する住民参加ワークショップ、他出子の会、サロンでの昼食づくり・講話、通院・買い物のためなど移動手段の確保についての検討（ボランティアによる）。	
健康づくり活動、住民が企画した講演会などの講師（夜の健康づくり座談会をグループワーク方式で実施（病院、行政と住民との意見交換の場））。	

## ■地域住民が主体となる介護・福祉関係活動への、施設を退職した職員の参加の有無

国保直診施設の退職者のうち、地域住民が主体となる介護・福祉関係活動に参加している人があるかについては、「いる」15.1%、「いない」46.2%であり、現職の職員より参加割合が少ないことがうかがえた。

具体的な活動としては、サロン等の支援活動や訪問活動等が多くみられるが、体操の指導士といった専門性のある活動を挙げる回答もみられた。

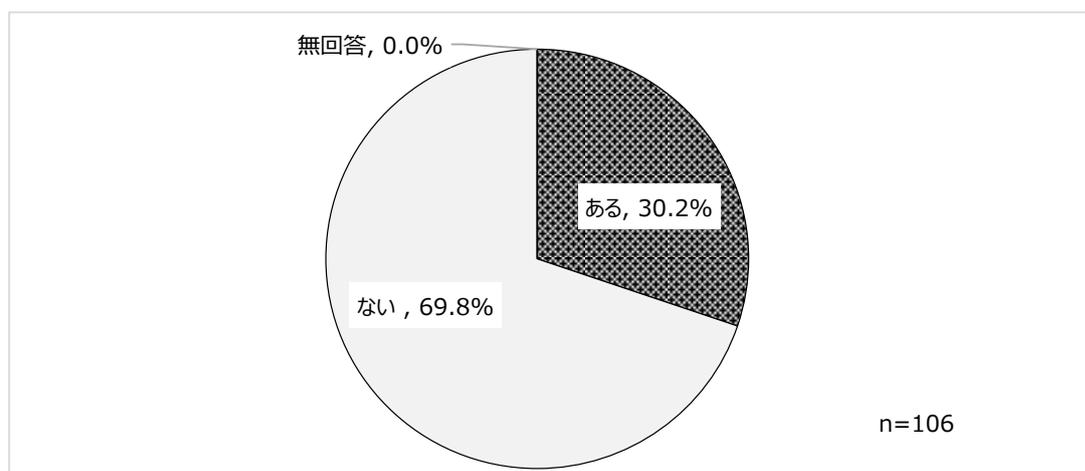


### ◆「いる」と回答した場合の、具体的に参加している活動の概要

高齢者が集まるサロン、食事会の支援活動	評議員、放課後クラブ活動など
市の検診の手伝い	配食サービス（ボランティア）
認知症カフェ	シルバーリハビリ体操指導士として活動
社会福祉協議会の安心お届け員、高齢独居の方の訪問	在宅看護職「虹の会」施設への支援訪問
食生活研究グループの給食サービス	ボランティアによるふれあいサロン

## ■地域活動に向けた施設の貸与・開放の有無

国保直診施設の建物内の部屋や敷地を地域活動のために貸与・開放することがあるかについては、「ある」30.2%、「ない」69.8%であった。



## ■貸与・開放した施設内で実施された地域活動の具体的な内容およびその効果

施設を貸与・開放した際の地域活動の具体的な内容および効果については、下記の回答が寄せられた。

### 【研修会・勉強会】

具体的な内容	効果
有志の勉強会にスペースを提供	-
地域住民を対象にした研修会。災害時の避難場所、避難所に利用予定。	-
地域の訪問看護ステーション合同研修会。	訪問看護ステーション横の連携の強化。
総合福祉施設であるので、健康イベント、研修会、文化イベント等に貸し出している。	小さな自治体なので、住民が集える場（ホール、会議室等）が少ない。そこで以前から有効に活用している。医療施設としての効果はまだ無い。

### 【医療・保健に関する活動・イベント】

具体的な内容	効果
健康体操教室	健康意識の高まり
自治体と一緒に健康推進員会議ウェルビクス（運動）教室など、診療所にある総合健康福祉センター内で様々な地域活動が行われている。	地域住民にとっては地域活動する場に医療機関があることがごく当たり前のことで、公共交通機関の集まる利便性の良い場所にセンターがあるので、地域住民にとっては生活の一部であり、安心の場でもある。
健康フェスティバル	地域住民に好感をもらえた。中学生による吹奏楽部などの発表や、両親学級など全年齢を対象とした、住民にとって波及効果が得られた。
院内での健康教室。	地域住民の健康に対する意識の向上。
1.健康福祉展 2.保健福祉推進大会 3.健康福祉大学など	地域住民も参加しての地域ぐるみの地域包括ケアシステムを発展させるための効果を得ている。
会議室、サロン、お祭り（健康祭り）	親しみを持ってもらった
住民主体となる島民会議が、当院の会場で研修会、健康フェスタ等を開催している。	病院の施設内で開催することにより、相互理解が深まり連携協力体制強化が図れた。
賢友の会、・食生活改善推進委員会、・体操サークル	行政主導で行っていた時より参加者のすそ野が広がり、運動が定着してきた。
乳癌患者の会の会場。	患者間の交流が深まる。予防検診に向けて発信を積極的に行おうと努力している。
職能団体や医療活動ネットワークへの開放。	研修機会が職員に増え、院外の人々とのつながりの拡大や地域へ広がること。
病院ボランティアへ部屋を開放している。	各団体との一体感が生まれ、活動の活性化が図られている。
小学校の診療所見学	教育効果がある
RA オープンカンファレンス、歯科衛生講習会	病院の敷居を下げ、来やすい環境ができている。

具体的な内容	効果
多職種連携の会は参加人数が多いので、当院に隣接する国保総合保険施設の多目的ホールを活用している（駐車場も広いため）。	-
地区の集団健診の場として利用。	
水道組合総会、ヘルスマイト総会。	ヘルスマイト総会ではヘルスチェックを実施しているので、血圧・尿に異常値の場合は、即受診可能である。

【福祉・介護に関する活動・イベント】

具体的な内容	効果
ケア会議	意見交換
地域ケア会議を診療所施設内で行う。	互いの敷居が低くなる。
地域住民サロン	薬剤師などによる指導などを行っている。
認知症ボランティアの会	病院を身近に感じてもらえる。
介護者の集い（社会福祉協議会主催）	介護者同士の意見交換ができていた。
授産施設作業所、認知症カフェ	現在評価中（始まったばかり）
当施設は主催でなく関わっていない場合も多いが、介護予防教室や乳児・育児相談、健診結果説明会や地域住民の会議など。	この施設（当院も一部である）が住民のわかりやすい場となっている。

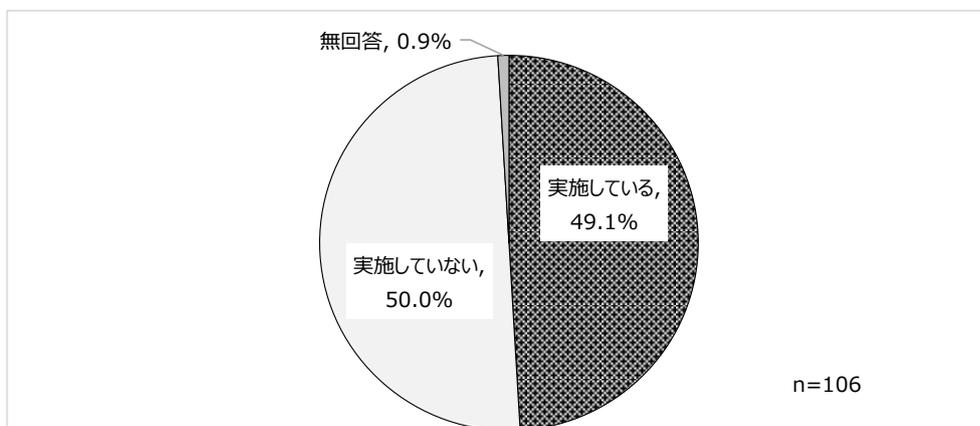
【その他の活動・イベント】

具体的な内容	効果
大正琴の発表会。おひな様、手まりの展示。	看名様、お見舞いの方などから好評を得ている。和やかな感じが得られる（病院にとって）。
冬のイベント：住民が企画・運営して心や体が元気になるような様々なプログラムを	町内外の多くの参加があり、概ね好評。新患も増えた。
駐車場をイベントに際して貸与・開放している。	当院における効果は感じないが、地域においては利便性が高いと思われる。
日野川流域講演会	-

#### (4) 在宅看取りの取組状況について

##### ■在宅看取りの実施の有無

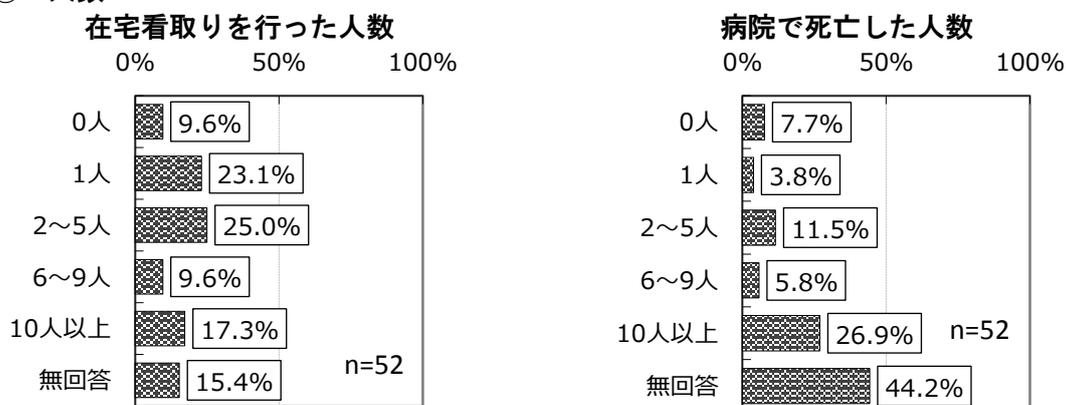
国保直診施設による在宅看取りの実施の有無については、「実施している」49.1%、「実施していない」50.0%であった。



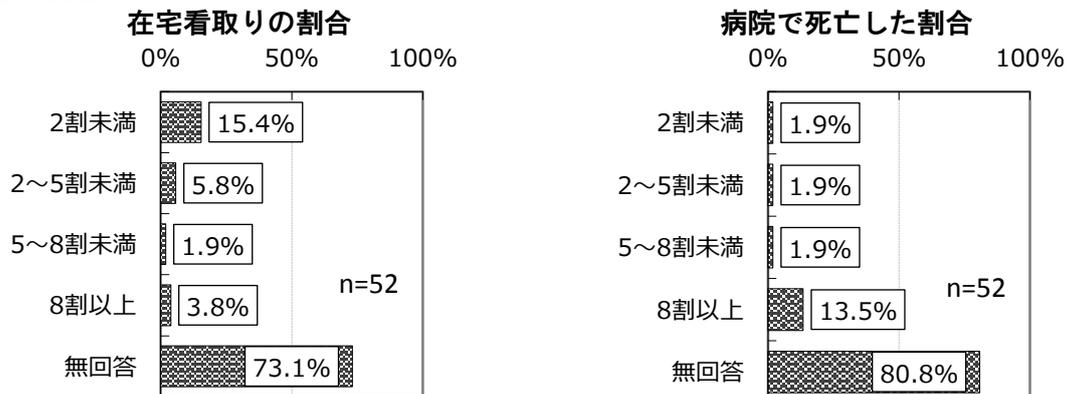
##### ■在宅看取りを行った人数と、病院で亡くなった人数およびその割合

在宅看取りを「実施している」と回答した施設における、在宅看取りを行った人数は、「2～5人」25.0%が最も多かった。また、在宅看取りの割合についてみると、「2割未満」15.4%が最も多く、次いで「2～5割未満」5.8%であった。

###### ① 人数

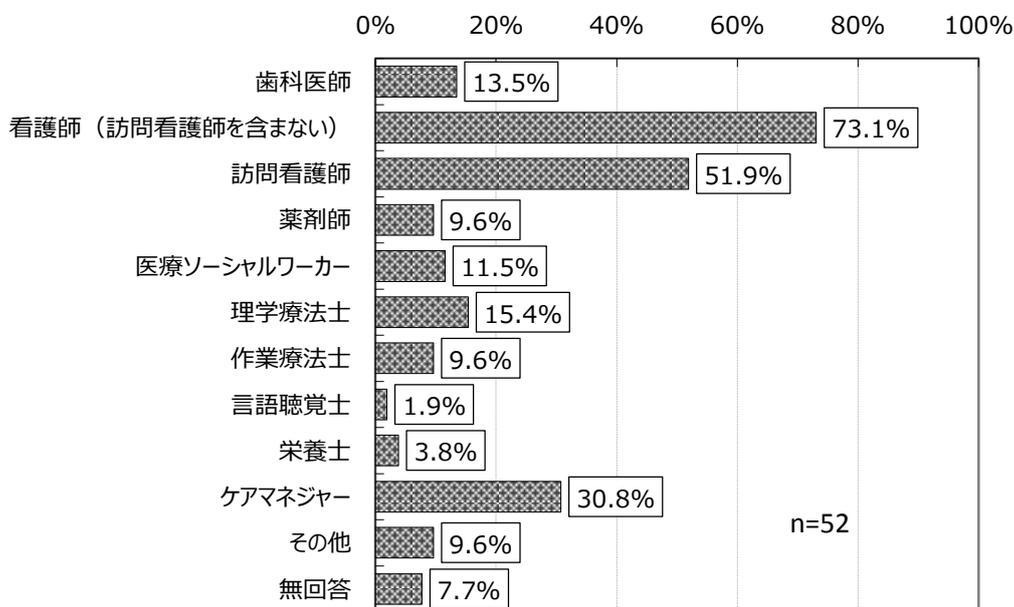


###### ② 割合



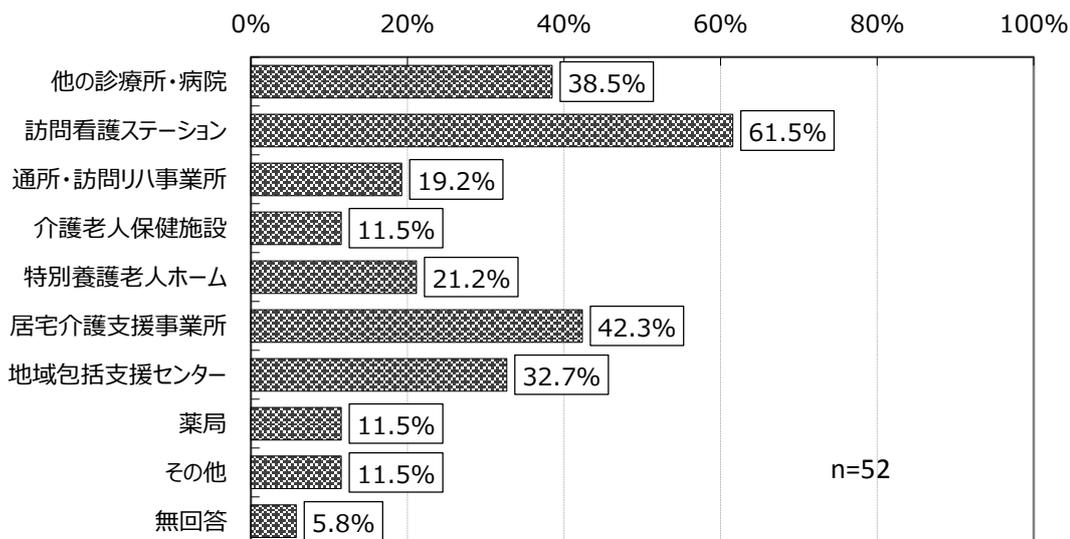
### ■医師以外に在宅看取りに直接関わる職種（複数回答）

看取りまでの在宅療養生活全般について、医師以外に直接関わる職種については、「看護師（訪問看護師を含まない）」73.1%が最も多く、次いで「訪問看護師」51.9%であった。



### ■在宅看取りを行う際に連携する施設・事業所等（複数回答）

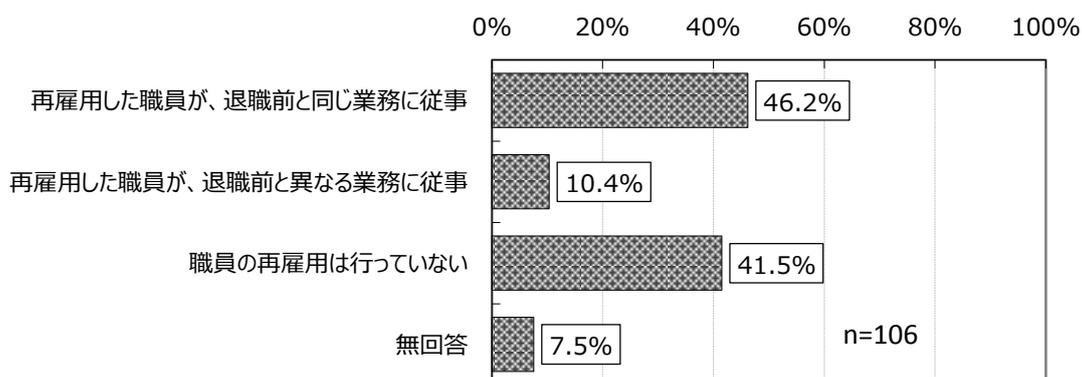
在宅看取りを行う際の連携施設・事業所としては「訪問看護ステーション」61.5%が最も多く、次いで「居宅介護支援事業所」42.3%であった。



## (5) その他、施設の各種取組や課題について

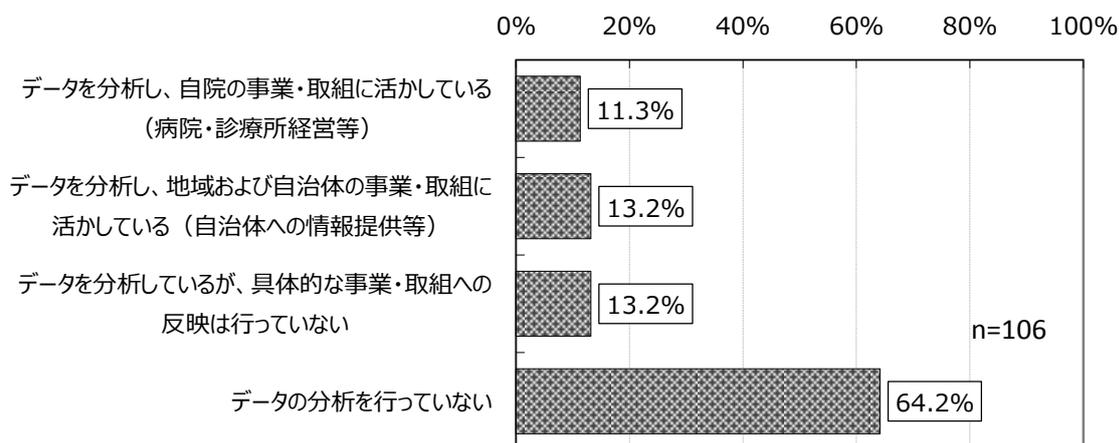
### ■施設を退職した職員の再雇用の状況と、再雇用した職員の業務内容（複数回答）

職員の再雇用の状況についてみると、「再雇用した職員が、退職前と同じ業務に従事」46.2%が最も多く、次いで「職員の再雇用は行っていない」41.5%であった。約4割の施設では、退職した職員の再雇用が行われていない状況がうかがえた。



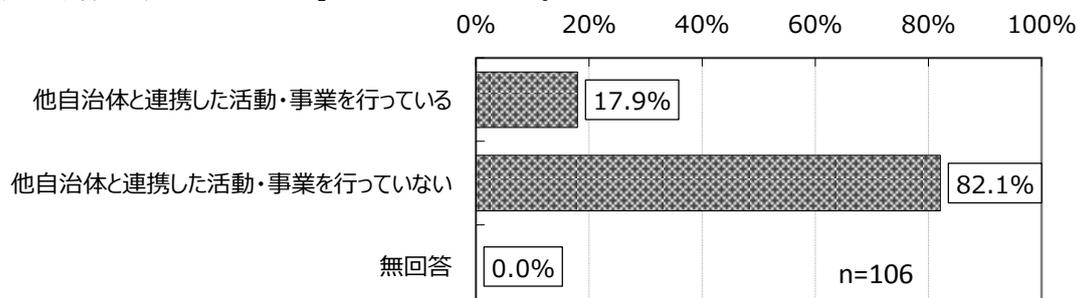
### ■健診データの集計・分析による保健事業や取組の有無（複数回答）

健診データを保健事業や各種取組に生かしているかについては、「データの分析を行っていない」64.2%が最も多く、次いで「データを分析し、地域および自治体の事業・取組に活かしている（自治体への情報提供等）」「データを分析しているが、具体的な事業・取組への反映は行っていない」13.2%であった。



## ■他自治体と連携した医療・介護連携の取組の有無

他自治体（他自治体にある医療機関、介護事業所等を含む）との広域的な連携の状況については、「他自治体と連携した活動・事業を行っている」17.9%、「他自治体と連携した活動・事業を行っていない」82.1%であった。



## ■他自治体と連携した医療・介護連携の取組の内容、効果および課題

他自治体と連携した活動・事業の具体的内容、効果および課題としては、下記の回答が寄せられた。

### 【連絡会・協議会・勉強会等の開催】

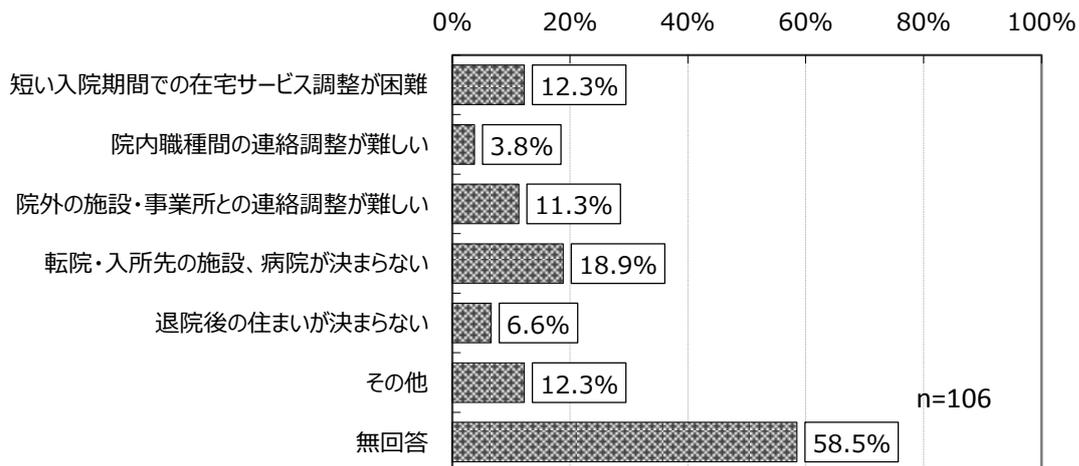
具体的内容	効果および課題
地域で医師会を中心に市町の行政、薬局支援病院 居宅支援事業所、訪問看護ステーションとで在宅医 療介護連携事業で勉強会等を開催している。	各関係機関との顔の見える関係づくりから協力や相談 がしやすく問題解決に役立っている。
広域（4町村）での連携窓口担当者会、退院支援 スケジュール作成。保健所管内での公立病院連絡会 など（地域包括ケアシステムでの活動、報告、検討）	4町村をカバーする医療圏の唯一の公立病院として 認識されているが、広域（4町村）の医療機関との WinWin な関係の構築には至っていない。人材不 足。
研修会	-
回復期病院のリハビリスタッフ（訪問リハ）に、在宅医 療介護の連絡会に参加してもらっている。	社会資源の少ない地域でも、遠くても訪問リハが活用 できるようになった。
在宅医療介護連携推進協議会、在宅医療介護推 進フェア、講演会、特設コーナー。	専門の講師による講演会での研修。サービス利用や 対処方法を学べる。
国保連合会主催の研修会等で、口腔ケア、食事支 援の講演や指導を行っている。	岡山県内での普及に効果を示している。
グループワークまたは設置主体以外の病院医療、介 護、福祉、行政との新しい人脈作りのための会に参加 している。	自治体による温度差がかなりある。しかし、これから現 在も活動中である。継続し続けることが重要。

【その他】

具体的内容	効果および課題
歯周病検診、SOS ネットワーク、退院時のバスの運用	-
保健所が主体となった保健医療計画の施策を行っている。	医療機関単独では取り組めない施策を実施し、効果を上げている。
当院を核として島内の二町と連携協力して、限られた地域資源との連携を図っている。	小豆島内の医療介護資源マップを作成。二町医師会等、多職種で連携を図っているが、医師会の協力が一部に限られている。
自治体内に特養がないので、隣接する真庭市の特養と連携している。	隣接する真庭市の多職種連携に関する会合に参加している。
病病・病診連携。	地域住民に安心な退院調整。
医療機関、介護施設等が連携して、患者データを共有する医療圏域全体での取り組み。	負担金の増
姉妹病院提携	意識の醸成
圏域で実施されていた医療・介護情報の連携体制構築事業に参画して入退院の共通ルールについて協議活動を行った。	他機関との連携が強化され、退院支援がスムーズになった。
・医療機関、介護事業所との連携の集い等への参加。 ・他市の健康まつりで脳卒中予防啓発への参加。	・連携を図る上での関係づくりの機会となる。 ・広域的に予防活動ができる。

■退院支援にあたり課題となること（複数回答）

退院支援にあたっての課題としては「転院・入所先の施設、病院が決まらない」18.9%が最も多く、次いで「短い入院期間での在宅サービス調整が困難」12.3%であった。



## ■住まいの確保に関する課題の具体的内容および対応策

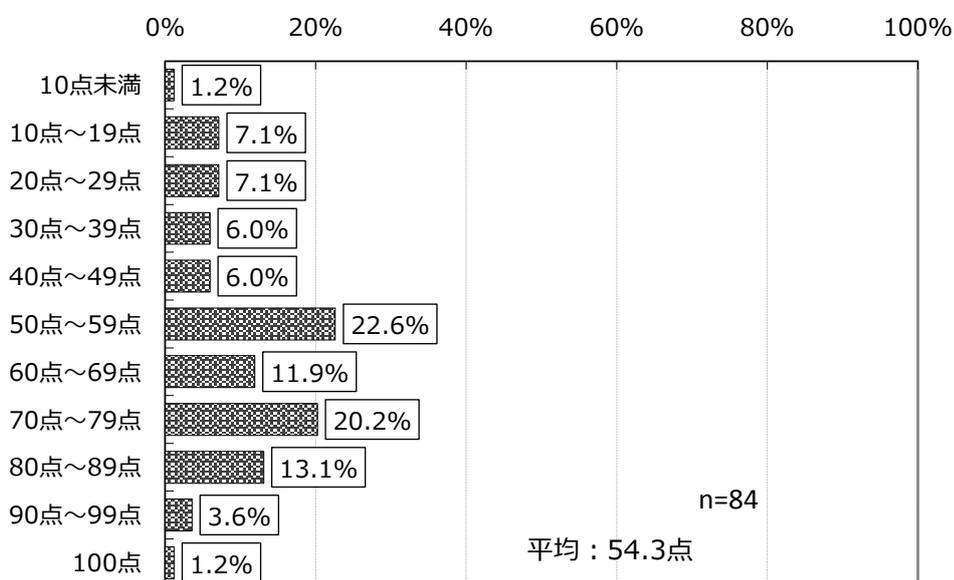
退院支援にあたり課題となることとして「退院後の住まいが決まらない」と回答した施設における、住まいの確保に関する課題の具体的内容および対応策としては、下記の回答が寄せられた。

具体的内容	効果および課題
入院時より ADL 低下などあり、独居生活が困難であるが、施設入所も満床で難しい。	短期入所→病院入院を繰り返している
老々介護、認々介護が多く、患者本人が在宅を希望しても難しく、ジレンマを感じる	できる限り住み慣れた地域でという思いだけは尊重したいので、町内の施設を探すようにしている
中山間地区で高齢独居であったり、子供達が都市に暮らしているケース。また、家まで道のない家など、支える者も通う困難な状況にある。	中山間地区で暮らす人達に町へおりにてきてもらう（高齢者アパートなど）。支える者の人数、時間も限りがあるため、動線を最短になるよう行政に手伝ってもらい、協働であたるよう心がける。
一般病床は6床あるが、入院の実績はない。	
独居や高齢諸世帯が多く介護力不足のため、通常であれば在宅生活ができる方も、なかなか在宅退院に結びつけることが難しい。	-
独居老人で自宅での介護者がいないため、次の住まいが見つからない。	施設への申し込み。
独居、老人世帯が多く自宅復帰が難しい。その場合の受け皿、資源が乏しく困っている。	-
医療が必要になった時の入院の受け入れを保障する。	家族が遠方あるいは独居の為に施設に入って、医療が必要になった時に対応が難しい。
・介護力の問題。 ・経済的な問題、身元引受人が不在。 ・頸髄損傷など専門的リハの継続の受入が少ない。	・一般社団法人による身元保証制度の活用。 ・低料金で利用できる施設のリサーチ（高齢者住宅仲介センターの生活と連携）。

## (6) 施設が所在する自治体の地域包括ケアシステムへの評価について

### ■自治体の地域包括ケアシステムへの評価点

施設が所在する自治体の地域包括ケアシステムを点数化すると、「50～59点」22.6%が最も多く、次いで「70～79点」20.2%、「80～89点」13.1%であった。



### ■自治体の地域包括ケアシステムへの評価点をつけた理由

上記の点数をつけた理由、考え方としては、下記の回答が寄せられた。

#### 【肯定的な理由】

町内に介護福祉施設が複数あり、ケアマネを中心に在宅看護の体制は整っている。

中山間地域における医療機関の医師として、介護施設職員や包括支援センターのケアマネージャーと連携を執っている。又、自治体や福祉関係の講演やセミナー等の講師も務める等、地域住民からも慕われている。

研修会も地域全体の施設に声掛けしている。

高齢者の生活拠点に根付いた医療サポートを行っている。

中心となる病院を軸に連携がとれている。

概ね、連携も十分で問題なく感じる。

在宅看取り割合（4～5割）と特定健診受診率（7割）は全国トップレベルだと思います。それを地域に広げていけないジレンマはあります。

自助互助を強くしようと住民が意識している。行政がバックアップすべく、研究をすすめている段階です。

所在する自治体というよりは、所在する地域がへき地であり、介護医療資源は限定されるものの、1対1の対応ができる（各施設が地域に1つつしかない）ので有機的につながることができている。

各種教室の開催や相談業務などを積極的に行っている。

地域包括支援センターが、医師、保健、福祉・介護、そして住民のネットワークの基点となり活動している。特に住民と協働した活動（介護予防サポーター活動、介護支援ボランティア制度など）は他地域のモデルになっている。

いろいろな諸機関と顔の見える関係づくりが着実にできつつあると思うが、今後さらに地域組織住民との連携の関係づくりを深めていく必要がある。

在宅に向けた様々な取組を行っているため。

連携がよく取れていると思っています。しいて言えばもう少し在宅で看取る数を増やしたいので、もっと広報すべきと思っています。

島という限定された地域のため、島内の自治体施設、事業所等との連絡調整には恵まれている。ある程度、住民の情報も把握されており、多職種同士での協力介入が取れやすい。

特に問題なし。

連携における定期（随時）連絡会により情報の共有、連携づくりに取り組んでいる。

一対一の関係ではあるが、密に連携を取る事が出来ている。

#### 【肯定的ではない理由】

佐治町に入院設備、施設がなく、自宅で介護困難になると市内に出ざるを得ない。24時間の訪問看護もなく、80代の老々介護では自宅看取りも困難。

冬期間に積雪が多く、通院、デイサービスをはじめ日常生活を暮らすことに困難な面があるため、住宅などの生活を支える点の将来計画ができていない点が低い点の理由と地域包括支援センターの指導力不足。

連携のため情報は「口コミ」でしか来ないので、ほとんどわからない。連携のための責任者がいない。

まちづくりでの視点での活動がほとんどみられない。当診療所では在宅医療、在宅看取りに力を入れているが、高梁市の他地域では在宅での看取りはきわめて少なく、在宅医療に関して、地域間格差が大きいままである。

診療所職員が非常勤で週に4時間だけの診療状況の為。

独居も多く、在宅へ帰れる割合も減少している。当院も土日休みであり、十分なケアを行えない。

連携や統合がまだまだできていないため。

少子高齢化が進む過疎地域であり、社会的資源が少なく、在宅での介護に困難を感じ、施設入所に頼る傾向がある。

精神科単科病院であるため包括ケアシステムにのらないところが多い。かつ、過疎地であるため、身体科患者が利用できる包括ケアシステムが無い。

意識はあるが、マンパワー不足や連携、情報の共有がほとんどできていない。

自治体は地域包括ケアシステムにとりこんでいないように思われる。

もう私達の地域は、高齢者は人口の44.8%（高齢化率）であり、町民・限界集落となっている。現在ある資源を活かし、効率的に切れ目のない生活を送ってもらうことを意図している。しかし、住民も生活習慣病予防行動するなどお互いの努力が望まれる。

入院後、病院の方からの連絡での動きが中心となり、入院前の情報が遅くなる場合が多い。

基幹病院との連携の点で、支援病院としての機能が十分果たせていない。

看護、福祉サービスの体制が皆無のため。幾度となく首長はじめ関係部署に働きかけを行うが応答はない。

離島であるため、交通機関が限られており、行動するのに制限があり、思うように活動ができない。

当施設が所在する自治体は、地域包括ケアシステムの取り組みを始めたところで、現在、システムの構築までに至っていないため。

高齢者の一人暮らし及び高齢者夫婦のみの世帯であっても、在宅で支えるだけのケアシステムは確立できていないように思うので。

訪問診療は極一部の医師によってしか行われていない。

包括との連携が低い。

基本的な取り組みは実施されているが、病院の関与、連携が十分でない。

地域包括ケアシステム自体が現在構築中であり、今だ効果が乏しい。

訪問診療や看取りなどは行っているが、マンパワーなどの関係で十分とはいえないため。

医療、福祉、介護の現場では行動をおこしているが、市としての政策、対策があまり感じられない。つながりが薄い感じがする。

入院・入所施設を持たない自治体（人口 900 人）であるので、隣接する真庭市（人口 40,000 人）との連携が必須である。この事があまり話し合われていない。

地域包括ケアに関わる自治体職員の知識不足、取組に対して専門職ほど積極的でないことが不満。

病診連携において、開業医として病院勤務医の一部しか連携が取れていない。総合的にまだ不十分である。

自治体が主体となる地域ケア会議や、医療・介護連携に関する検討会等の開催が少ない。

近隣に市民病院はあるが、医療・介護連携に関する取組はあまり見られない。市民病院がイニシアティブを取って進めてもらいたい。

当診療所は非常勤医師により、午前中のみ診療を行う小規模な診療所のため、具体的な取組が困難。

地域包括ケアの概念が浸透していない。

医療介護連携に関する協議会が発足し、検討会、研修会等が行われているが、まとまりを感じられない。個々の考えが 1 つの同じゴールに向かっていないように思う。

医療、介護の連携、あり方に検討が必要。

旧御調町と旧尾道市との合併後、旧尾道市の一部地域が圏域に変わり、その地域を従来から担当している行政との連携が十分とは言えないため。

#### **【いずれでもない（いずれも含む）理由】**

システムができているが実際の運用には人的問題（スタッフおよび住民）が大い。

今後において、様々な課題が出てくると思う。今はまだ、スタートしたばかりの為。

仕組みはできているが、実務の連携ができていない。

当院では、以前、在宅医療に力を注いでいたが、職員が疲弊し、中止した。現在、近くの開業医が、在宅医療を頑張っている。

動きがない訳ではないが、住民との協働等の動きは見えない。道半ばということで。

町内でも地域によって連携のしっかりできているところ、今からのところとばらつきがある。特に当院は地域医療連携室を立ち上げたばかりで今から機能していくと期待する。

在宅での看取りなど医療介護連携については進んでいると感じている。一方で地域住民の積極性などは乏しく、その意識をあげる試みはまだ出来ていない。

キヨリ的な問題もある。

離島診療所であり、これまで本土との連携が乏しかったため、できることが限られる。昨年、定期的に地域包括ケア会議、部門看護の利用開始など新しいこころみが始まっている。これからより密な連携をし、島内で看取りができる環境づくりをしたい。

当市の地域包括ケアシステム構築については、2025 年を見据え中長期的な視点に立ち介護保険事業計画に基づき（健康福祉部として）各種施策に取組んでいる。各種事業は計画どおり進めており、構築目標年に向けて取組んでいる途中である。

まんのう町全体では、医師会、歯科医師会、薬剤師会の協議する場さえなく、医療と介護の連携体制は全くできていない。地域包括の活動も限定的である。人口 2400 人の琴南地区では町立内科診療所、歯科診療所、町役場支所、社会福祉協議会、民生委員など一体的に医療、介護、生活支援のシステムづくりがかなりできあがってきた。

行政以外の職種は互いに連携していて、特に在宅看取りに対して協力的ではあるが、医療行政の担当科が積極的でなく、介護度が上がるまでサービスが入らない。

---

一般的な取組だと思います。

---

可もなく不可もなし。サービス等の内容が一般住民に衆知されていない。

---

高齢化が進展する中で、市民が住み慣れた地域で自分らしい生活を送るためには、住民同士の支え合い（自助互助）をさらに推進するとともに、医療・介護の強化を図る必要がある。当院では、地域連携室を設置しており、今後とも保健・福祉行政との連携の一層の強化を図り、患者サポートに努めることが課題である。

---

当施設は、公設の診療所で、診療業務が主であり、地域包括ケアシステムに対しては、後方支援（主は、他の所管課が担当）である。

---

①在宅移行支援は100点 ②在宅支援は50点 ③地域支援は30点。②③について、もっと充実させて広げたいと考えています。

---

雲南市では本年度から健康福祉部健康づくり政策課内に医療介護連携室を新たに設置し、誰もが住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで送ることができるよう、雲南市版の地域包括ケアシステムの構築に向け全庁的に検討を進めています。こうした中、地域自主組織「躍動と安らぎの里づくり鍋山」において、このほど総務省の補助授業を導入され、生活全体の困りごとの解決に向けた支えあいの地域づくりに取り組まれますので、この活動に関係部署や関係機関に係ることにより、雲南市版の地域包括ケアシステムの構築にいかして参りたいと存じます。

---

システムとして取り組んでいる分、見えてこないので評価できない。

---

できるだけ長く自宅で暮らしたいと願う多くの高齢者とその家族のため、役場（保健福祉）、社会福祉協議会（介護）、診療所（医療）が常に連携して支援にあたっているが、施設規模等に限界があり、高度医療機関への入院や介護施設への入所を余儀なくされていることから。

---

現時点では困難事例が無いに等しいので。

---

町内の全関係者で組織する「地域包括ケア推進局」を設置し、地域包括ケアを推進する体制を構築している。ケア会議や研修会などを実施している。将来を見据えた町内施設の体制について協議中。

---

プラス点：病院と地域の各事業所間それぞれが、顔の見える関係を作っている。病院と地域事業所がネットワークを形成し、在宅療養を支えている。

---

マイナス点：地域の介護スタッフ、ケアマネ、在宅施設事業所の不安。在宅に帰れないケースで地域内施設が不足している為、地域外の施設へ送らざるを得ない事例が少なからずある。

---

## 第3章

# 先進地域現地訪問調査

---

# 1. 鳥取県智頭町

## 智頭町 ★ここがポイント★

「町の保健、医療、福祉、介護の集約であらゆる課題に対応」

### 1. 保健・医療・福祉総合センター「ほのぼの」

センターを中心に、住民の啓発、個別ケース検討、政策検討など、ミクロからマクロまでの多様な取組を効果的に展開している。病院、行政、社協などが日常的に顔を合わせることで円滑な協力関係を構築している。

### 2. 住民主体で楽しい介護予防

住民が主体的に、楽しく、やらされ感なく介護予防活動に取り組んでいる。

## ◆ 自治体の状況

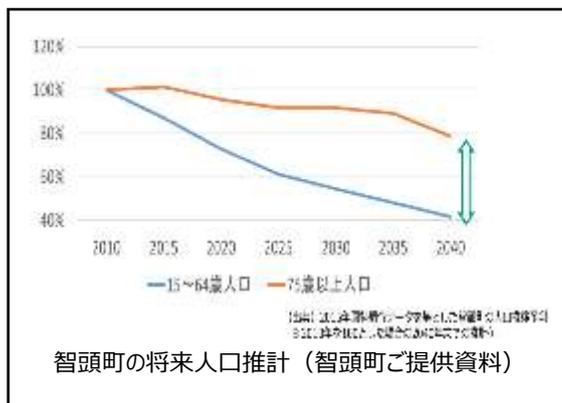
総人口	7,154 人			 <p>国土地理院ウェブサイト地理院地図を加工して作成</p>
平均年齢	54.4 歳（全国平均 45.0 歳）			
高齢者人口	2781 人			
高齢化率	38.9%（全国平均 25.6%）			
面積	224.7 km <sup>2</sup>			
人口密度	31.8 人/km <sup>2</sup> （全国平均 340.8 人/km <sup>2</sup> ）			
要介護認定者	494 人			
施設数	病院	1 か所	訪問介護事業所	1 か所
	診療所	1 か所	訪問看護ステーション	1 か所
	歯科診療所	3 か所	特別養護老人ホーム	1 か所
	地域包括支援センター	1 か所	介護老人保健施設	1 か所
	居宅介護支援事業所	1 か所	介護療養型医療施設	0 か所
その他	岡山県との県境に位置し、面積の 93%が山林地域。			

※総人口～人口密度は平成 27 年国勢調査、施設数は医療情報ネット・介護サービス情報公表システムおよび自治体ご提供資料より

## (1) 地域包括ケアに関する取組の背景

### <背景>

- 後期高齢者人口は平成 26 (2014) 年度をピークに減少傾向にあり、今後の将来推計でも長期的な減少が見込まれている。
- 一方、生産年齢人口は後期高齢者以上に大きな割合で減少し、平成 52 (2040) 年では平成 27 (2015) 年の約 4 割まで落ち込む。後期高齢者人口と生産年齢人口のギャップは年を追うごとに広がり、平成 52 (2040) 年では 0.9 人で 1 人の高齢者を支えることが必要となってくる。



### <従来、医療・介護・福祉等分野で抱えていた問題・課題意識>

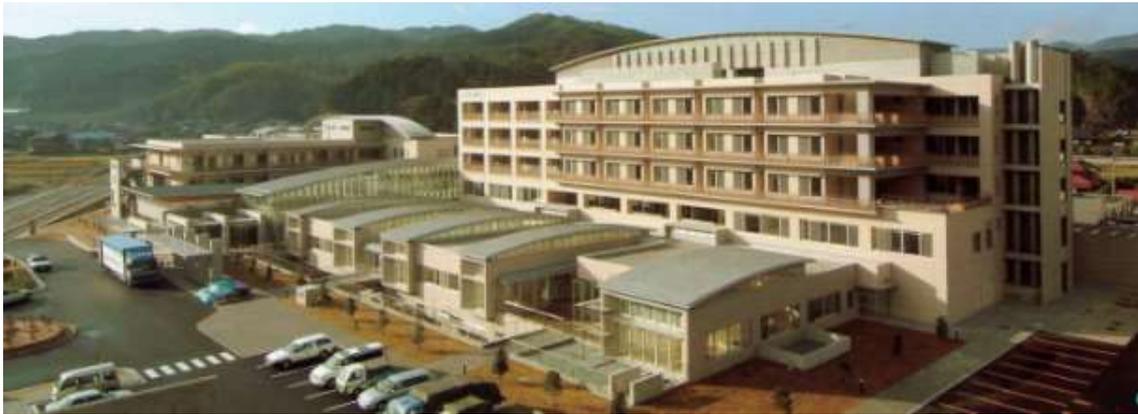
- 高齢化の進展の中、介護人材不足が深刻であり、事業所を閉鎖せざるを得ない状況になったり、ショートステイ等サービスを長期間休止せざるを得ない状況が生じた。また介護サービス事業所における調査では現在の介護スタッフの高齢化も明らかになり、大きな課題と認識されている。
- 東南アジアからの外国人労働者の受け入れ、(仲介組織を通じて県全体で検討されている) 高齢者を介護士として募集することを検討中。
- 中心部から離れた集落の独居、高齢者のみの世帯、家族などの支援者が近隣にいない人も多くなっており公共のサービス利用のみでは暮らしづらくなるなどの問題も生じている。

## (2) 地域包括ケアに関する各種取組の内容・具体的効果

### ① 医療・介護連携に関する取組<「ほのぼの」を中心とした連携>

#### <取組の具体的内容>

- 平成 17 (2005) 年 2 月に、智頭病院、福祉課 (地域包括支援センター含む)、社会福祉協議会、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、デイサービス、デイケア、訪問看護ステーション等が一体となった智頭町保健・医療・福祉総合センター「ほのぼの」を新築した。
- 関係機関、各課が物理的に近接した環境にあるが、さらにほのぼのの内部では各機関等が連携・協議するための機会が設けられている。



ほのぼの（智頭町ご提供資料）

会議等	概要	頻度
ほのぼの連絡・調整会	病院、社会福祉協議会、給食センター、町福祉課の幹部職員による定例会	月1回
ほのぼのフェスタ	ほのぼのを会場に実施する町民健康・福祉まつり	年1回
合同担当者会	病院長、医療連携室、介護・看護事業所、社会福祉協議会、地域包括支援センター等現場の担当者レベルで行われる患者・利用者のケース検討会	週1回
地域福祉推進会議	病院、社会福祉協議会、福祉課管理職員が集まり町の福祉の課題の洗い出し、問題解決に向けた取組や提案を協議	月1回

### 【町民のまつり「ほのぼのフェスタ」】

- ほのぼのフェスタでは、病院の健康チェックコーナーや各種講演などが行われる。
- 講演会には160～170名が参加しているが、建物外でも様々なブースがあるので実際の参加者数はもっと多い。多くの町民が参加しているので、ほのぼのの存在、機能を広く町民に知ってもらうための良いきっかけとなっている。

### 【担当者間のケース検討「合同担当者会」】

- 合同担当者会では、病院職員や介護・看護事業所、社会福祉協議会、地域包括支援センター職員などが参加し、短時間（30～40分）かつ定期的な情報共有を実施。
- 栄養士やリハビリ専門職、薬剤師等も必要に応じて出席し、15～16人ほどが参加。
- 合同担当者会では、複数の専門職が1ケースを支援する際の記録媒体の分散を防ぐ



合同担当者会（智頭町ご提供資料）

ため、A5サイズのノートを患者・利用者ごとに1冊用意し、そこに記録をすべて集約するなどの取り決め・運用を実現。カルテ等別途記録の作成が必要な職種については、関係者に周知すべき内容のみをノートに記録する運用となっている。

### 【町の課題を解決「地域福祉推進会議」】

- 地域福祉推進会議は、病院、社会福祉協議会、福祉課の管理職員（課長等）が集まり、各現場で感じられる町の課題を抽出し、解決に向けた役割分担、取組の推進を行う。当初は町長、副町長もオブザーバーであったが、会議が固くなりすぎないように、現場により近い職員で会議するようになった。
- 町には様々な組織があり、理想的な連携をすぐに実現することは難しいが、結局、町民から見れば1つの団体である。様々な組織の足並みをそろえた意思決定の中枢が地域福祉推進会議という位置づけである。

### 【ほのほの以外の取組：広域的な医療・介護連携】

- 広域での在宅医療・介護連携に関しては、鳥取市、八頭町、智頭町、岩美町、若桜町の1市4町が県東部医師会に委託して、在宅医療介護連携推進室を立ち上げて実施。
- 課題に向けて、総合企画ワーキンググループ（WG）、行政WG、地域資源WG、多職種研修WG、住民啓発WGの5つの小グループで問題に取り組んだ。平成29(2017)年5月に東部地区医療・介護資源マップのウェブ化が完了し、活用が始まったため、地域資源WGは終了。
- 多職種研修WGでは、初学者向け多職種研修を3回シリーズで実施し、多くの参加者に学びがあった。住民啓発WGでは寸劇を利用した住民啓発学習会DVD「我が家（うちげえ）に帰りたい」の作成等に取り組んだ。

### <取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

- 元々町内の施設、事業所等が点在していた地域であったが、平成12(2000)年の介護保険制度開始をきっかけに、訪問介護事業所を病院の空き部屋で置くなど徐々に集約化が進む。
- 平成17(2005)年の病院の建替時に、関係機関の連携がしやすい建物として多くの関係機関等が集まることとなった。

### <取組の具体的な効果>

#### 【ケース検討、政策立案、広報啓発何でもほのほの】

- 同じほのほのの建物内で日常的に顔を合わせることで、連携が促進される。
- ほのほの合同担当者会、地域福祉推進会議などにより、個別ケースの検討、情報共有はもちろんのこと政策課題の抽出、調整なども行われている。こうした会議は、

職員同士の意識を統一し迅速に対応する一次的な効果だけでなく、顔の見える関係が構築され日常的に相談しやすい状況をつくる、人事異動があっても会議出席により業務をすぐ理解し、馴染めるようになるなど、人材育成のような二次的な効果もある。

- こまめに網羅的な情報共有となるので、例えば患者が入院すると退院日、退院時の予後、必要なサービス等が早々に検討・共有され、各種調整が非常にスピーディーに行われるようになった。ケース対応だけでなく、町としての意思決定も、各組織が一体化されていることでスムーズに行われている。

### 【町単独では難しい取組も、協力すればできる】

- 多職種連携や住民啓発のために、圏域の在宅医療介護の資源マップの作成やそれをデータベースにまとめるなどの取組みは、小さな自治体では困難であり、1市4町と医師会が一緒になった取組は、意義があった。
- また、広域的に多職種研修会やファシリテーター研修の実施や在宅介護や終末をどこで迎えたいか等のDVDなどの住民啓発用の教材も町のみでは作成が難しく、高い効果があったものと思われる。

### ＜取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫＞

#### 【ボトムアップが有効に機能】

- 首長は、「町民が自分でできることはやってもらう」という方針。保健・医療・介護・福祉の統合に関しては、そうなることが当然という現場の考え、雰囲気があり、執行部が強引に推し進めたものではなく、現場からの発案・調整により進められた。
- ほのぼの合同担当者会議の開催を病院長自らが提案するなど、医師・医療側の理解が大きい。医師から連携に関する前向きな提案があることが、多職種連携を進める大きな要因となる。
- 保健・医療・介護・福祉のハード面の統合は望ましいことであるが、ハードを統合したとしても、組織の異なる専門職同士が連携することは容易ではない。専門職同士が自ら敷居を下げる努力、意識共有をするためのソフト面の整備はとくに重要。

#### 【大規模な自治体のリーダーシップ】

- 県東部の小規模な個々の町なので周囲の市町との連携は大切なことであり、そこを一番大きな市が中心になって取り組むことは取組の円滑な取組推進にあたり重要。
- 近隣自治体と合同で資源マップ作成、啓発用のDVD制作、研修会などがあれば、個々の専門職にとって資質向上になるだけでなく、単独自治体ではマンパワー不足で困難なことができたり、専門職同士顔の見える関係ができたりという効果もある。そのような場の設定は、県、地方厚生（支）局が提供することも可能であると思われる。

## ②介護予防に関する取組<「森のミニデイ」など様々な活動展開>

### <取組の具体的内容>

○ 当町の介護予防に関する取組は、下記のように多様に展開されている。

取組名	概要	
元気にすてっぴ教室	各地区で月に2～4回、7地区8カ所で開催。参加者は延べ1,868人。講師派遣費用は半分まで町から補助を行っている。	
脳の健康教室	週1回、3ヶ月コースで実施。1教室約20名が学習サポーターと一緒に、公文式の脳の健康教室とレクリエーションを実施。	
いきいき脳元気教室	週1回、脳の健康教室を終了された方が対象の会。学習サポーターは少人数で、参加者同士で楽しく学習	
お元気ですかメール	独居・高齢者世帯を対象に、毎朝、端末へ「お元気ですか」とメールを配信。登録利用者はメールのボタンを押し、現状を送付。ゆるやかな見守りの一部として機能している	
森のミニデイ	一般介護予防事業として実施される、サロン、健康体操、昼食提供（有料）が行われる場を設置。各地区の住民自治組織やシルバー人材センターが運営主体となり実施。	
	①やまがた「森のミニデイ」	平成24年度開始、週2回・7名参加
	②那岐駅舎「森のミニデイ」	平成28年度開始、週2回・9名参加
	③シルバー人材センター森のミニデイ	平成28年度開始、週2回・15名参加
	④森のミニデイ どんぐりの郷	平成29年度開始、週1回・9名参加
⑤森のミニデイ 土師の里	平成29年度開始、週1回・3名参加	

- 森のミニデイは平成24（2012）年、山形地区で始まった。山形地区振興協議会が、地域活動を行う中で生まれた。
- 配食サービスをして、「一人で食べても楽しくない」という高齢者の声を聴き、住民自らデイサービスを始めることとなった。この中心になった人物は、役場のOBの方である。
- 「遊び心をもって楽しみながらやる」「自分も将来このようなものが必要なので、当事者意識をもってやる」のようなスタイルが貫かれている。この取組がモデルとなり、他の地域にも波及している。



森のミニデイ チラシ（智頭町ご提供資料）

## <取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

### 【地域福祉推進会議の検討から誕生】

- 前述の地域福祉推進会議の検討の中で生まれた。閉じこもりの方への支援が届きにくいという課題がある中、日中の居場所をつくり、時々集まってもらうような支援ができるのではということで社会福祉協議会と福祉課で地区への働きかけを行い生まれた。立ち上げ時には社会福祉協議会の運営面のサポートも多く行われた。
- 町行政は、過疎・高齢化の状況を説明し、町民自らできることをやってもらうことを期待しつつ、自主的なミニデイを紹介したりして、地区住民の立候補を待つようにした。住民自らがやりたいことをやるので、スタイルは様々。いきいき百歳体操のほか、カラオケをしている地区もある。こうした取組には地域包括支援センターから委嘱されている地域支援コーディネーターが支援するほか、町として活動費も補助している。
- また、利用者と変わらない年齢層の住民がボランティアスタッフとして関わっている。

## <取組の具体的な効果>

### 【様々な状態の方が、ゆるやかな支援の中自分らしく過ごす】

- 介護認定を受けて介護保険のサービスを利用している人もいるが、森のミニデイを利用することで介護保険サービスを利用することなく過ごせている利用者もいる。森のミニデイで関係を持ったことにより、生活の場でもスタッフに気にかけてもらい、ゴミ捨ての手伝いなどをしてもらっている利用者もいる。
- また、住民自身が課題意識を持ち活動に取り組んでおり、自然発生的に起こった活動を他地域にも広げることが可能となっている。

## <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

### 【楽しい活動、やらされ感の無い活動の心がけ】

- 地区の中には様々な住民の組織体がある。地区内の組織体が協力し合って事業を進めていけるよう、行政側が意識して誘導することが必要。
- 森のミニデイは町外の大学関係者からも支援を受けつつ、フィールドとして提供することで良好な関係を築いている。運営主体の住民自治組織、地域住民には地域包括ケアシステムを構築するという行政的な意識はそこまで高くなく、あくまで住民自身が自分たちのこととして当事者意識をもち、楽しみながら実施していることが、継続のポイントと考えられる。
- これに関して、行政として補助金を提供はしているが、「補助金を出してミニデイをやってもらう」ではなく、「行っている活動を支援する」という姿勢が、住民に

とつても「やらされている感」がなく、円滑な運営につながる。

### (3) 地域包括ケアに関する取組において必要な支援

#### <県・地方厚生(支)局等に望まれる支援内容>

- 介護予防・生活支援は、地域主導でおこなわれるべきではあるが、地域には必ずしも人材が豊富にいるわけではない。地域のリーダーとなる人材の育成支援、外部からの人材派遣などのシステムがあれば効果的ではないか。
- 中山間地域の先進地は、住民サービスの向上のためという意識が共有され、必然的に専門職同士、さまざまな住民組織との連携が進んでいる。こうした意識共有は、それぞれの自治体における企業風土のようなもの、首長の方針も影響すると考えられ、また、自治体の個別性に合わせた方策が求められることから、国や県等による一律の支援は必ずしも適さない場合がある。地域包括ケアシステムの構築面だけでなく、地方自治そのものを支援する方策(実務的な研修会などによる人材育成、人事交流)が有用な場合もあるのでは。
- 中山間地の専門職確保が厳しくなっている。景気回復により労働者が都市部に集中する傾向にあり、これから予想される都市部での爆発的な医療・介護需要の増加により、中山間地の医療・介護の専門職の確保は厳しさを増す可能性がある。国レベルでは診療報酬、介護報酬の見直し、県レベルでは広域的な人材確保策が必要。

## 2. 島根県雲南市

### 雲南市 ★ここがポイント★ 「巧みな仕掛けづくりの街」

#### 1. 幸雲南塾

行政主導のキャリア形成塾、様々なアイデアと人材が集まる。

#### 2. 地域自主組織

小学校区単位で住民自ら地域の課題に取り組み、自治意識の向上が見られる活動。

#### 3. 円卓会議

地域と行政が対等の立場で、地域課題に対する検討・協議を進める。

#### ◆ 自治体の状況

総人口	39,032 人			
平均年齢	52.1 歳 (全国平均 45.0 歳)			
高齢者人口	14,228 人			
高齢化率	36.5% (全国平均 25.6%)			
面積	553.18 km <sup>2</sup>			
人口密度	70.6 人/km <sup>2</sup> (全国平均 340.8 人/km <sup>2</sup> )			
要介護認定者	4,291 人			
施設数	病院	3 箇所	訪問介護事業所	11 箇所
	診療所	25 箇所	訪問看護ステーション	4 箇所
	歯科診療所	15 箇所	特別養護老人ホーム	7 箇所
	地域包括支援センター	2 箇所	介護老人保健施設	2 箇所
	居宅介護支援事業所	17 箇所	介護療養型医療施設	0 箇所
その他	平成 16 (2004) 年 11 月、6 町の対等合併により誕生した市で、全域が過疎指定を受けている。			



国土地理院ウェブサイト地理院地図を加工して作成

※総人口～人口密度は平成 27 年国勢調査、施設数は医療情報ネット・介護サービス情報公表システムより

## (1) 地域包括ケアに関する取組の背景

### <背景>

- 当市の面積は約 553km<sup>2</sup>、東京 23 区の 9 割ほどの大きさ。全域が過疎指定を受けている中山間地域である。
- 平成 22 (2010) 年から平成 52 (2040) 年にかけて人口が 66%まで減少する一方、平成 27 (2015) 年時点では約 37%の高齢化率は、平成 52 (2040) 年には 43.3%となることが見込まれており、人口減少・少子高齢化が年を追うごとに進行していく。
- 日本全国の高齢化率が 37%程度まで上昇するのは平成 52 (2040) 年頃であり、当市は全国平均を 25 年先行する高齢化率となっている。当市の人口減少・少子高齢化は日本の将来の縮図とも考えられる。

### <従来、医療・介護・福祉等分野で抱えていた問題・課題意識>

- 医療分野では医師遍在傾向にある中、医療人材が不足する地方では開業医の高齢化が進み、これ以上在宅医療を増やしていく具体的方策をイメージできないでいる。地域医療連携推進法人など新制度の活用も模索しながら、当市、当圏域の実態に即した持続可能な地域医療のあり方を検討することが必要。
- 保健分野では、地域自主組織と連携し、健康教室・介護予防活動等の取り組みを既に進めている。一方、参加する高齢者は限定的で、取組の裾野が広がらないことが大きな課題。地域包括ケアを進める上で、住民一人ひとりの意識高揚、行動変容を図る必要がある。自治会単位での普及・啓発を行う予定だが、限られた人員で対応するため大きな負担を伴うことが予想される。
- 介護分野は医療分野と同様、人材が不足している。施設の人材も不足する中、在宅サービスの拡大に困難が生じている。

### <医療機関の状況>

- 雲南市立病院が核となり医療分野における取組を進めている。具体的には在宅療養後方支援病院としての活動、地域ケア科を中心に、診療所との連携による在宅医療体制構築に取り組んでいる。
- 診療所も訪問診療を行っているが、医師の高齢化に伴う体力の低下などの問題から将来に渡り対応量を確保することは困難。

(2) 地域包括ケアに関する各種取組の内容・具体的効果

① **地域の力を発揮する活動**

**<「地域自主組織」「幸雲南塾」など、多様な活動の展開>**

<取組の具体的内容>

**【多種多様な活動展開】**

○ 当市の地域活動は、下記のように様々な内容のものが実施されている。

取組名	概要
地域自主組織	<ul style="list-style-type: none"> <li>・従来型の地域運営を見直し、住民自ら地域の課題に取り組むための組織。自治会を基礎として地区を広域的に取りまとめ自治会だけでは対応できない課題に取り組む。</li> <li>・概ね旧小学校区を単位に設定。各自主組織には常設の事務局があり、スタッフ数は様々（ある地区を例にあげると、運営の中心となるスタッフが 5 名、活動にかかわる職員が 15 名（給与は 8000 円～16 万円まで様々）、有償・無償ボランティアが計 67 名）。</li> <li>・雲南市地域自主組織連絡協議会が毎月開催され、市の地域づくり担当職員のもと運営。</li> </ul>
幸雲南塾	<ul style="list-style-type: none"> <li>・起業・創業を志す若者向けの学びの場として平成 23（2011）年に開講した地域プロデューサー（地域で様々な活動を行う人材）養成講座。卒業生は 98 名、うち起業 7 件、家業承継 3 件など多数の活動につながっている。</li> <li>・塾生がメンター（行政職員）と一緒に問題解決力を養うカリキュラムで構成。</li> </ul>
地域運動指導員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・雲南市が設置している「身体教育医学研究所うんなん」で養成される市民が担っており、身近な地域の人への健康啓発、体操や手軽な運動あそびによる地域や市の取組支援、地域自主組織等が主催するサロン活動などにも参画している。</li> </ul>
円卓会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 25（2013）年度から導入。地域と行政が対等の立場で、円卓を囲んで直接協議を行う。</li> <li>・テーマは防災や地域福祉、生涯学習等。共通のテーマを設けることで意見が出やすく一緒に考える雰囲気も醸成されている。</li> </ul>



- 上記のうち、地域自主組織では地域福祉推進員（福祉部）が中心となり高齢者対策を中心とした福祉に関する取り組みを実施している。具体的な活動内容は、生活支援（草刈り・雪かき支援、見守り事業、送迎支援）、社会参加（高齢者サロン等）、介護予防（サロンを活用したご当地体操普及等）といったものがある。地域福祉推進員は第 2 層の生活支援コーディネーターとして位置づける予定。
- なお、医療分野に関する直接的な取組を地域自主組織が直接担うことはない。ただし、活動の一環として出前講座等を活用し、学習会などを開催している地域はある。

## <取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

### 【地道な「地域自主組織」の育成】

- 人口減少や高齢化の問題にいち早く直面することとなった当市では、平成 16（2004）年の町村合併の時期から、住民自治の最小単位である自治会機能の将来的な低下を予想し、従来の集落機能を補完する新たな住民自治の仕組みとして地域自主組織の育成に努めてきた。
- 当初、住民側の理解が得られなかったが、市政懇談会を始め自治会長会など様々な場面で行政説明を行った結果、各地域で地域自主組織が編成されるに至った。
- 地域自主組織の予算、組織は各地で様々である。ある地区（組織内人口 1400 人）を例にみると、組織に含まれる 28 人の各自治会長が地域自主組織の運営議決権を持っており、自治会が地域自主組織の下部組織に位置づけられている。また、当該地区の予算は約 1000 万円の交付金と、委託事業などの自主財源約 1000 万円で運営している。住民側も交付金を受ける自覚をもって申請しており意識が高い。
- 発足当初より、地域自主組織の活動は地域づくり、生涯学習、地域福祉を柱として行われてきた。平成 25（2013）年に地域自主組織のあり方を見直し、交流センター職員と地域自主組織の一本化のため職員の地域での直接雇用制に移行し、それまで社会福祉協議会の委嘱であった福祉推進員を地域自主組織での配置とするなどして現在に至っている。
- 地域自主組織と直接対話方式により、共有、協議、協働を促進するために、円卓会議の技法を活用。行政と地域の間だけでなく、複数の組織が参画し、情報交換、意見交換等を行いながら、互いの活動を参考に、取り組む内容を徐々に充実させてきている。



### 【若手人材を掘り起こしネットワーク化する「幸雲南塾」】

- 政策企画部が企画・実施。最初は小中学校生のためのキャリア教育としてスタートしたが、地域課題を解決できる人材を育てることを目的とし、こうした地域課題を解決する人材育成に向け課題解決ビジネスの創出、起業人材の誘致のため事業を拡大。1年実施してみたところ多くの人が集まり、これを知った優秀な方が集まり、近年は市内若者の参加も増加といった流れで発展していった。
- 現在は NPO 法人に事業を委託して実施している。



## 【行政・市民の対等な議論を行う「円卓会議」】

- 行政と地域が対等な立場で直接対話する方式により、共有、協議、協働を促進する場として開始。
- 最初は地域自主組織を集めての住民さんの「自慢大会」からスタートし、課題に応じてテーマを設定し、複数の地域自主組織が参加、行政部署も横断的に連携し、地域・行政との協議ができる場に発展させた。

### <取組の具体的な効果>

#### 【地域住民の力が、地域包括ケアシステムの強固な基盤として機能】

- 地域包括ケアシステムでは、医療・介護の連携とともに住民主体による日常生活場面での生活支援・介護予防の推進が重要となるが、地域自主組織等による住民レベルでの取組が本市ではすでに進められている。地域包括ケアの基礎が地域自主組織によって作られていることは、大きな効果と感じている。
- 現在の大きな課題として、地域自主組織が住民主体の組織として成熟する地域がある一方、それを構成する自治会や地区住民との意識の乖離がみられることもある。各地域自主組織において、住民一人ひとりのレベルまで活動の意図や趣旨を浸透させ、取り組みの裾野を広げていくことが課題である。
- 幸雲南塾に関しては、町外からも塾生が集まるようになり様々な活動が生まれ医療、福祉分野においても下記のような波及効果が見られるようになった。

具体例	概要
塾生と地元医学生による「ガン検診啓発プロジェクト」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・塾生が地元医学生と「LINE スタンプと啓発で島根の人へがん検診を広めたい」との思いを実現するため、クラウドファンディングに挑戦</li> <li>・目標額（200 千円）を大きく上回る 299 千円の活動資金を獲得</li> </ul>
地元医学生による「うんなん医療見学ツアー」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関等の見学、グループワーク、市内観光等を 4 回開催、49 人が参加</li> <li>・雲南市への移住者にもつながった</li> </ul>
島根大学医学部との連携	島根大医学部生が「コミュニティナース部」を設立し、独居高齢者の見守りと買い物支援を組み合わせた活動
訪問看護ステーション コミケアの誕生	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 27（2015）年、若手看護師 3 名が、在宅医療の空白地帯となっていた地域で訪問看護ステーション「コミケア」をオープン</li> <li>・訪問看護により自宅療養が受けられる地域が拡大、在宅看取数の増加にもつながる。また、サロン活動での健康教室など、地域の健康づくり支援にも取り組んでいる</li> </ul> 

若手医師の招へい	・塾生の想いに共感した沖縄の医師 2 名が当地域に赴任し地域ケア科を雲南病院内に設置。地域ケア科の新設につながった
----------	---

## <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

### 【柔軟でゆるやかな組織運営を大切に】

- 運営のコツとしては、ある程度ファジーな側面を残すことが重要。行政は各自主組織の主体性に任せて各地区で取組の違いは許容している。もちろん重要性が高く優先順位が高いところを優先に支援するようにするが、各地区の取り組みが自主的に推進されていくよう促すようにしている。
- 各地区にリーダーとなる人材は存在する。人材の掘り起こしも課題だが、各地域では、おおよそ人材を把握されていることが多い。現在、各組織の次世代の育成が喫緊の課題であり、今後地域と行政で議論を重ね、各地区で先述の人材を中心に次の役員等組織を担っていく人材の育成を行う必要がある。
- 雲南市内においても各自治組織でそれぞれ思いはあるが、「どこから手を付けて行けば良いかわからない」という現状がある。そうした中で、鍋山地区では住民アンケートを実施した。とりまとめ結果から地域の課題が明らかになり議論が進んだ。これを参考にする形で、他の自主組織でもアンケート活用することでやる気の創設や方向性の議論が可能となった。

### 【一緒に考え、相談する姿勢を大切に】

- 本当であれば行政が担い難い「無理」な要望も、あの手この手で何とか解決策を切り開くことで、信頼関係の構築、成功体験の積み重ねにつなげる。そのためには、行政職員も自らひとりの住民として地域活動に参加する、各部署の業務のみをこなすのではなく協働の意識を多くの職員がもち職務にあたるよう管理職の理解も重要。
- 成功事例を積極的に内外に情報発信することで、参加希望者を多く集めることができている。今年も幸雲南塾の最終報告会に 100 名以上集まったが半分が市外からの参加者であった。
- 従前の会議については、住民参加型にもかかわらず市民の質問に行政が回答するというようなスタイルが定番であり、住民の主体性が出にくかった。そこで円卓方式を導入し、行政・住民がフラットな関係でどう課題を解決するかを一緒に考える設定とした。
- 積極的な議論が交わされるように人を集める。それぞれの参加者が役割を感じることを重要だと思っている。発言を促す仕掛けとしてファシリテーター（行政や外部講師など）が重要。地域を分析して参加者、議題等の設定をコーディネートすることが重要。
- 最後に議事録をとってみんなに配り、情報共有することが大切。

## ②医療・介護連携に関する取組〈病院を核とした連携構築〉

### 〈取組の具体的内容〉

- 市立雲南病院では、地域連携、医療・介護連携に関する下記のような取組を実施。

取組名	概要
地域医療人 育成センター	「地域に必要な医療人材は、地域で生み育てる」を合い言葉に、雲南市立病院内に、平成 21（2009）年に設置された組織。医学生の地域医療実習、小学生・中学生・高校生向けの職場体験や見学機会を充実させるなど、多くの世代を積極的に受け入れ、地域の医療人材の育成・確保に努めている。
地域連携室	医療に関する総合相談窓口機能、入退院連携機能強化として平成 27（2015）年 4 月より健康管理センター内に設置。患者家族や地域住民の相談に対応し、疑問や不安等の解消にあたるとともに、連携体制構築の調整役を担いながら、入退院調整、在宅復帰支援等、地域医療充実等に取り組む。 介護分野では当市の地域包括支援センターと役割・機能を分担しながら、相互連携による対応に努めている。
地域ケア科	沖縄県の離島より家庭医 2 人が雲南病院に赴任したことを契機に、平成 28（2016）年に在宅医療推進のための診療科となる当科を設置。在宅医療後方支援制度をベースに、市内診療所と連携した在宅医療体制の充実に向けた取組を進めている。 介護との連携に関しては、訪問介護士との学習会を平成 29（2017）年 7 月より開始。医療・看護・介護が一体となった在宅医療体制構築に向け、訪問診療・看取り等をテーマとする住民向け出前講座も開催。

### 〈取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯〉

#### 【経営危機を機に、地域に求められる病院へ変革】

- 平成 16（2004）年の初期臨床研修医制度施行以降、平成 14（2002）年にいた 34 名の常勤医は 17 名まで激減。このことが大きな要因となり、雲南市立病院は一時経営危機に陥った。
- その後「地域に親しまれ、信頼され、愛される病院」をスローガンに、医師、看護師、事務職員が一丸となり、経営改善の努力・取組を行った。

### 〈取組の具体的な効果〉

#### 【医療と介護の継続的なつながり】

- 地域ケア科と訪問介護士の学習会は、元々訪問介護士の勉強会に地域ケア科に医師が講師として参加していたが、やがてアンケートを実施するなど、連携に関する問題点を洗い出し、勉強会をしたことに端を発する。訪問介護士等の多職種連携における課題が明らかにはなってきたので、どうしたら良くなるかを検討できる段階になりつつある。

- また、地域ケア科、地域連携室の様々な取組を背景に、後述の看取りの推進にもつながっている。

#### <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

##### **【推進役となる人材の強力なサポート・支える側の主体の機能発揮】**

- 取組推進の原動力については、雲南市立病院内の職員の努力はもとより、それを支えた市民団体（がんばれ雲南病院市民の会、ボランティアの会、地域医療を考える会、NPOなど）の存在も大きかった。
- 地域ケア科ができたことは、2名の医師が赴任してきたことが最大の要因。「幸雲南塾」の取組が引き寄せた縁であった。
- 取組を強力に推進できる人材を引き寄せるための病院をつくること、地域の魅力づくりに取り組むとともに、推進役となる人材を支える環境（人的・物的）が極めて重要になってくると思われる。

### **③看取りに関する取組<地域づくりから進む在宅看取り推進>**

#### <取組の具体的内容>

- 市民団体（がんばれ雲南病院市民の会、病院ボランティアの会）が雲南市立病院（地域ケア科）と連携し、「看取り」に関する研修会を開催。雲南市立病院は、出前講座を実施しており、市民向け啓発活動が少しずつ進められている。あわせて在宅療養後方支援病院の取り組みを契機に、病診連携による看取り体制の整備が進められ、徐々にではあるが実績が出てきた。
- また、保健所主催で開業医間での在宅医療意見交換会（3ヶ月/回）が開催され、病院も出席し意見交換、情報共有に努めている。
- 幸雲南塾の取組から平成27(2015)年に訪問看護ステーションが創設されたことや、平成29(2017)年8月から開始された市立病院の訪問診療によっても、看取りの体制整備が促進されている。

#### <取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

##### **【「幸雲南塾」から生まれた訪問看護ステーション・地域ケア科の活躍】**

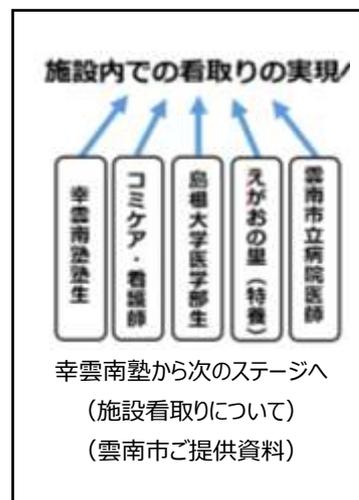
- 起業者向け学習会「幸雲南塾」での学びが発展し、医療資源の乏しい地域に対応するため訪問看護ステーション「コミケア」が設立された。同時に、取組の熱意に引きつけられる形で沖縄県から医師2名が雲南市立病院に赴任し、地域ケア科が新設。その後、医師自体も「在宅看取りが選択できるまち」をテーマに「幸雲南塾」に参加した。

- 市立病院側の理解も得ながら、看取り体制の構築に向け、取組を進めている。また、医療・介護関係者、医学生など多くの有志と現在も定期的に勉強会を開催し、施設での看取りを増やす取組や無関心層へのアプローチなどを継続的に行っている。

### <取組の具体的な効果>

#### 【看取り件数が徐々に増えつつある】

- 看取り件数実績は、平成 26 (2014) 年は市全体で 5 件 (厚労省医療施設調査) だったが、雲南病院で実施した在宅看取りの延べ件数は平成 29 (2017) 年度で 12 件 (30 年 1 月ヒアリング当時) と取り組みの成果が得られている。
- 施設看取りは施設の人員体制等によっても差があるが、どのように取り組むか、幸雲南塾から派生した勉強会で地域の医師、看護師、学生等若い方も入り、検討されているところ (検討体制は右図を参照)。



### <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

#### 【がん末期患者の支援を中心に。人材確保は今後の課題】

- 雲南病院では、がん末期患者の看取りを中心に実施している。比較的期間が短く、負担も少ないので家族にも受け入れられやすいことが理由の一つである。
- 在宅看取りの流れでは、訪問看護、訪問介護側のサポートが家族の負担軽減を図る上で重要となるが、人員確保が難しく、医療と同様に十分な量を確保できる見通しが立っていない。安定的にサービスを供給できる見込がたてづらい中、積極的に市民側への啓発活動を行うこともしにくく、今後の発展の方向性が大きな課題となっている。
- 可能であれば、「がん末期患者等に関する看取り」に特化した市民啓発を行うことで、在宅医療やアドバンス・ケア・プランニングに関する住民意識を少しずつ高めていきたい。

### (3) 地域包括ケアに関する取組において必要な支援

#### <県・地方厚生(支)局等に望まれる支援内容>

- 地域の実態に即した持続可能な地域医療の方策に関しては、当市のみで検討・解決できる問題ではなく、従来、地域医療対策を担っていただいていた県が主体となり対策にあたることが望ましい。
- 地域包括ケア推進に関する資料として、好事例が紹介されているが、取組が進まないことに対する事例調査などがあっても良いと感じる。地域包括ケアの理念実現が、極めて実現困難な課題であることを早い段階で認識する必要があると感じており、「何を、何処まで」構築すればよいのかなど、段階的・具体的な構築プロセスが国により示されると推進に対するイメージが描きやすくなり、取り組みも加速するのではないかと考える。
- 国・県レベルで行われる調査結果のうち、地域包括ケアの成果指標となり得る数値について整理・公表されるとありがたい。例えば看取り件数や訪問診療実施件数などについても実数把握ができないため、数値の公表が進むとシミュレーション等の検討を行いやすい。
- 上記に関連し、地域包括ケア構築のための基礎データ(医師年齢や疾病別患者数など幅広く関連したデータ)が、容易に収集・分析できるようになると大変望ましい。

### 3. 岡山県高梁市

#### 高梁市 ★ここがポイント★

「多彩なリーダーシップが融合する地域包括ケア」

#### 1. ICT（やまぼうし）を活用した在宅医療連携

在宅や施設での訪問診療に活用し、診療の効率化と情報共有が向上。

#### 2. 医療セクションの構築

市民ニーズ調査により、行政・医師会・保健所等の関係者が、同じ方向に向かって集まり、動きを加速。

#### 3. 元気なからだづくり隊・お助け隊

住民の自主的集まりに、行政の巧みなシステムづくりと地元大学の連携協力により展開される介護予防事業と生活支援。

#### ◆ 自治体の状況

総人口	32,075 人			 <p>国土地理院ウェブサイト地理院地図を加工して作成</p>
平均年齢	52.9 歳（全国平均 45.0 歳）			
高齢者人口	12,243 人			
高齢化率	38.6%（全国平均 25.6%）			
面積	546.99 km <sup>2</sup>			
人口密度	58.6 人/km <sup>2</sup> （全国平均 340.8 人/km <sup>2</sup> ）			
要介護認定者	3,019 人			
施設数	病院	4 箇所	訪問介護事業所	6 箇所
	診療所	24 箇所	訪問看護ステーション	4 箇所
	歯科診療所	17 箇所	特別養護老人ホーム	7 箇所
	地域包括支援センター	1 箇所	介護老人保健施設	2 箇所
	居宅介護支援事業所	14 箇所	介護療養型医療施設	1 箇所
その他	県中西部に位置し、2004 年の 1 市 4 町合併（高梁市、有漢町、備中町、川上町）により誕生。駅周辺と山間部で交通、人口構成等の特性が大きく異なる。			

※総人口～人口密度は平成 27 年国勢調査、施設数は医療情報ネット・介護サービス情報公表システムおよび自治体ご提供資料より

## (1) 地域包括ケアに関する取組の背景

### <背景>

- 当市の高齢化は国や県平均を大きく上回る速度で進み、独り暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯も増加している。今後、高齢者人口は減少するが、過疎化・少子化により高齢者を支える世代の減少は進み、高齢化率はさらに上昇していくことが見込まれる。また、要介護（要支援）認定率は県内で2番目、全国で23番目に高い状況。
- 中山間地域で交通手段が不足しており、住民が点在する西部地域では医療機関や介護サービス事業も選択できる状況でないため、十分なサービス提供を得られるとは言えない。旧町地域によっては介護事業所が一つしかないところもあり、サービスが受けにくくなっているような状況も生じている。
- 直営で地域包括支援センターを運営しているが、専門職の確保が困難。ケアプラン作成は市内の居宅介護事業所へ委託しているが、その受け入れも上限となっている。
- 各事業所の従事者も高齢化している。こうしたことから、介護福祉士養成奨学金貸付などを実施して対応している。

### <医療・介護・福祉等分野の動向>

- 市では在宅医療・介護連携推進協議会を設置し、委員として医師会所属の病院、診療所の医師や専門職等が在宅医療の普及啓発、連携システムの協議を行うほか、現場の課題を取り上げた、多職種連携研修会を企画運営している。
- 成羽、川上、備中地域では、定例で、ケアマネジャー、診療所（病院）医師等と、情報共有やサービス調整が行われている。
- 医療計画関連では、高梁市医療計画検討委員会を設置し、医師会をはじめ、保健所、介護支援専門員協会、大学、病院、診療所医師等に委員となってもらい、平成37（2025）年度を目途とした持続可能な地域医療体制の構築に向けての協議を行っている。
- 保健所主催で市内の中核病院が集まり、定期的に情報交換を行う会議を開催しており、市も参加している。



## (2) 地域包括ケアに関する各種取組の内容・具体的効果

### ①医療・介護連携に関する取組 <行政組織の改変を伴う連携促進>

#### <取組の具体的内容>

- 当市では医療・介護連携の推進および医療提供体制の構築にあたり、下記などの様々な取り組みを進めている。

取組	概要
ICT ツール「やまぼうし」による連携支援	県が整備している、医療機関の連携のための ICT を用いたツール「晴れやかネット」の拡張機能を活用し、各職種からの情報を連携ツール上で交換する。（使用方法は LINE 等のイメージ）患者の同意が得られれば、様々な情報を書き込み、多職種で共有。
市の医療セクションの新設	平成 28（2016）年 4 月から医療連携課がスタート。また、7 月に政策監ポストが新設され、市の医療計画策定等を推進。
多職種連携研修会	年 3 回、協議する議題を定め（地域課題等）多職種での協議と同職種での協議をワールドカフェのようにグループ移動して組み合わせながら、協議し、最後に共有する。

#### <取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

- 第 6 期介護保険事業計画策定にあたり実施した日常生活圏域ニーズ調査では、これからの高梁市で特に重要となる施策として、一般の高齢者も要介護認定者も、医療・介護連携、介護予防、生活支援を上位に挙げていた。ここから、医療・介護連携の取り組みや後述の「元気なからだづくり隊」の活動につながっている。

#### 【やまぼうし：従来の連携体制を前提に、ICT ツールを導入】

- 医師会理事（現医師会長）が、県の ICT に関する研修会で情報を得て取り入れを提言し、推進した。
- 当市では元々、市全体で共通の「入退院支援ルール」「情報共有書」が作られていた。これらは実務者が協議を重ねて作成したもので、アナログでの多職種連携に有用なツールとして実際に活用されていたが、忙しい医師との連携をより効率的にスムーズに行うため、全市で導入することとした。
- 導入に当たっては、連携システム検討部会（市在宅医療・介護連携推進協議会の部会）の中で協議し、医療、介護連携の重要性を普及啓発する研修会の中で広報していった。加入者の伸び悩みもある中、利用者 ID 取得を当初、医師だけとしていたが、ケアマネジャー、看護師等連携に関わる専門職にも広げ、「やまぼうしサポーター」として利用者拡大を図っている。

### 【医療セクション新設：地域医療へのでこ入れがねらい】

- 県の医療計画は高梁新見という広域で見た計画になっているが、高梁市内でも山間部、駅周辺の市街地では交通や人口構成が大きく異なっており、県の計画だけできめ細やかな医療提供体制を整備することは大変難しい状況であった。
- このため、地域医療の立て直しを図る観点から、医療セクションの構築・育成を急務と捉え、平成 28（2016）年 4 月に医療連携課、7 月に政策監ポストを新設し、市医療計画の策定等医療政策の推進体制を整備した。
- 医療計画策定にあたっては、医療に関する市民向け・医療従事者向けアンケート調査等や国民健康保険のレセプトを用い、旧中学校区の 7 圏域をベースに医療需要を独自に推計し、それらを踏まえて医療計画を策定している。策定は平成 30（2018）年 5 月頃を予定しているが、他市町村からもその手法について問い合わせが来ている。

### 【多職種連携研修会：県事業の移管を契機に、市独自の運営に組み替え】

- 元々は県の在宅医療連携拠点事業で、多職種が一堂に会する研修会を行っていたが、在宅医療・介護連携推進事業が地域支援事業に位置づけられたことをきっかけに、市のほうで担当することとなった。
- 市への移管を契機に、コメディカルを中心として集まることとした。初めは集まりに消極的な意見もあったが、顔が見える関係構築が進むことで、参加者もその意義に気が付いてきた。現在では、企画の話し合いになると行政が先導する必要なく、実務者部会（高梁市在宅医療・介護連携推進協議会の部会）が自主的にすすめるようになってきている。
- 部会は参加者が多いので、時間が足りない場合などは部会のコアメンバー 10 人弱ほどが集まり、コアメンバー会議で詳細を検討している。

### <取組の具体的な効果>

#### 【やまぼうし：スタッフの効率的なサービス提供を実現】

- 訪問リハビリのスタッフが利用者の状況を撮影し、動画を医師が訪問診療に行く前にチェックすることで往診時間を効率的に使えるようになるなど、医師等の効率的な在宅医療提供が可能となった。
- 介護施設においては、週一回程度の医師の訪問に合わせ、施設の看護師が事前に変化の状況を入力し時間を有効活用している。
- 本ネットワークへの病院の加入率は 100%である。診療所、歯科診療所はまだ加入率が低い状況。患者の同意については、病院で説明すればほぼ同意をもらえている。

## 【医療セクション構築：「高梁市医療計画」の作成】

- 市外の医療機関を利用している現状や、市内の中山間地域に住む高齢者が日常的な医療アクセスに不安を感じていること、出産・子育て期の医療に対する不安が大きいことなどがアンケートによって明らかとなった。
- このような結果を踏まえ、高梁市では医療計画における4つの基本方針を定めている。その根底にあるのは「地域医療とは、まちづくり」という考え方であり、まちのあるべき姿に向かって持続可能な医療提供体制を構築すること、全国の中山間地域の地域医療施策のモデルとなることである。また、計画内容の個別具体の検討にあたっては、レセプト分析等のデータを活用し、根拠立てた検討を進めた。
- 計画策定においては、策定のプロセスを大切にし、関係者による検討と合意を経て、向うべき方向性について共有を図った。今後は、関係者による協議の場を設け、より具体的な事業の検討に入っていく。
- 医療セクションの新設により、上記のような調整、検討等を強力に推し進めることができたものと考えられる。

<b>基本理念 「地域医療は、まちづくり」</b>	
<b>基本方針</b>	<b>取組例</b>
<b>①住民の医療需要が変化しても、適切な医療が受けられること</b>	<b>病病連携、病診連携推進</b>
<b>②医療従事者が誇りを持って働ける、持続可能な地域医療</b>	<b>人材育成、教育・研修</b>
<b>③子供を産み育てやすいまちを目指した出産・子育てサポート体制の整備</b>	<b>出産、子育てしやすい環境整備</b>
<b>④地域での自立した生活に寄り添う基盤の整備</b>	<b>地域包括ケアシステム構築に向けた医療分野の関与強化</b>
高梁市医療計画 基本理念と4つの基本方針	

## 【多職種連携研修会：専門職の主体性、意識の高まりを実現】

- 実務者部会（各種専門職）が自ら企画運営に携わることで、連携が推進された。これまで、この地域では、医師との連携は必ずしもスムーズではなく、連携が進みにくいところがある中で、医師も出席するこの会議は、直接連携の話ができる機会となった。また、コアメンバー会議の運営により、専門職が会議の企画運営に自主的に関わってもらえるようになるなど、意識の高い人材も育ってきている。
- 研修会では同職種で1つのテーブル（グループ）を作る取組をしているが、同職種で意見をそろえて発表できることで、意見をよりはっきり言える場になり相互理解に効果を感じている。
- 患者・利用者支援においては、多職種のコミュニケーションが問われる支援場面で、お互い顔見知りであるために連携のハードルが下がったことが実感できている。例えば、困難ケースの支援にあたり〇〇さんの意見を聞いてみよう、など連絡がとりやすくなった。

## <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

### 【やまぼうし：ICTに不慣れな場合はサポーターが支援】

- 導入の背景として、医師会長の強いリーダーシップ、医師会としても進めていきたいという意思があった。また、両者（医師会と行政）の関係が良好であったことが要因として大きい。
- ICT ツールは、によっては使い慣れない、抵抗感を持つ場合もある。そのため、ケアマネジャーなどが医師に代わって対象者の同意取得などを行う「やまぼうしサポーター」制度を作り対応している。
- 導入している介護施設では、医療指示後の対応について、短時間で巡回する医師に前回までの様子を「やまぼうし」で伝えることにより、巡回時間を有効に使えることができるよう工夫されている。
- 運営費は県の地域医療介護総合確保基金を活用して拠出。基金がなくなった時の運用が課題となっている。

### 【医療セクション構築：20年後のまちづくりを踏まえたアンケート調査の実施】

- アンケート調査の実施に当たり、最初の3か月間は市役所の幹部をあつめて20年後の町について意見を集約した。その後、5か月をかけて集約した意見を踏まえ、高梁市医療計画検討委員会からの意見を聴取した上で、未来予想と仮説を立ててそれを裏付ける調査をする運びとしたため、大きな労力を費やしている。

### 【多職種連携研修会：意見を言いやすい雰囲気醸成】

- 多職種連携を進める中で、同職種間でも互いの状況や働き方も共有したいという意見が高まり、同職種で課題を確認したり、多職種で協議したりとグループを動きながらの検討を研修会に取り入れた。
- 実務者部会は、意見を出しやすい雰囲気醸成に留意し、コメディカルだけで設定した。また、実務者のコアメンバーは実務者部会参加者から手挙げ方式で募り、主体的な運営を促進した。
- 行政は事務局機能を担うが、課題の整理や参加者のコーディネート、テーマなど助言をするようにした。保健所はオブザーバーとして支援。

## ②介護予防・生活支援に関する取組 <元気なからだづくり隊・お助け隊>

### <取組の具体的内容>

#### 【地域住民によるロコモ予防運動の展開「元気なからだづくり隊」】

- 日常生活圏域内での「通いの場」の提供を目的として実施。まず、「元気なからだ

づくり隊」隊員として住民に登録してもらい、隊員には 30 分程度の DVD を見ていただきながら、講師によるスキルアップ研修、体力測定を受講してもらい、ロコモ予防体操の普及につなげた。市内 7 つの日常生活圏域で年間 2 回ずつ行った。

- 受講者は、身近な地域で体操を自主的に行うことで、介護予防につながる。また、平成 29 (2017) 年度は 1 ポイント 50 円のポイント制が導入されており、1 回の体操で 1 ポイントがたまる仕組みになっている。

### 【ちょっとした生活支援を行う「お助け隊」】

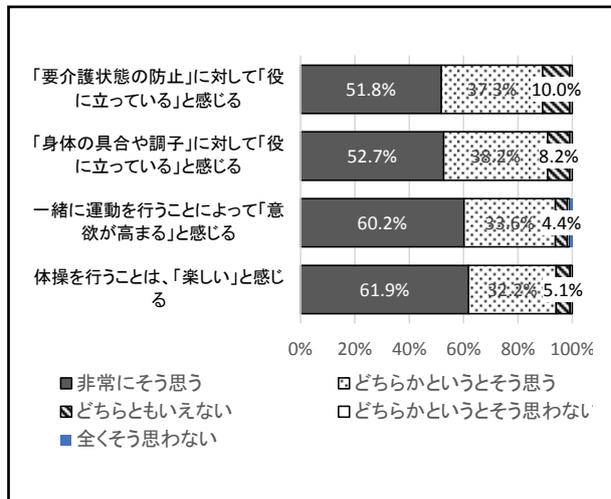
- 社会福祉協議会が主体となり、ボランティアによる生活支援の仕組み「お助け隊」を作っているところ。1 時間 300 円程度で買い物や窓拭きなどの軽易な生活支援サービスを行えるようにする。
- シルバー人材センターの活動よりもう少し軽作業であるものが、お助け隊に依頼されてくる傾向にある。

## <取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

### 【地域の大学と協働した「通いの場」創出の検討が契機】

- 元気なからだづくり隊については、地域ケアシステムを検討する中で「通いの場」の必要性が明確になったことから、場の創出に向けた仕組みづくりを検討したことがきっかけ。吉備国際大学准教授が地域で介護予防を推進しているとの情報を入手したため、協力を依頼。准教授との検討を進めた結果、ロコモ予防体操を地域に広めることとなった。

- 仕組みとしては、市内 14 ヶ所（日常生活圏域 1 つあたり 2 か所）に出向き、体操を広めてくれるリーダーである「元気なからだづくり隊」隊員を養成することにした。具体的な活動として、元気なからだづくり隊養成講座を平成 28 (2016) 年末と 29 (2017) 年夏に実施した。



- 平成 29 (2017) 年度末に再度、市内 14 ヶ所をまわって、体力測定、座談会を開催し、体操の評価を行った。回答は集計中ではあるが、「一緒に運動を行うことによって「意欲が高まる」と感じる」「「身体の具合や調子」に対して「役に立っている」と感じる」などの設問に対し概ね 9 割ほどの人が「非常にそう思う」「どちらかというと思う」と肯定的な回答をしている。
- 元気なからだづくり隊は地域支援事業として、介護保険事業の枠組みで行っている。
- お助け隊は、高梁市社会福祉協議会の組織である地区社会福祉協議会が、市内の小

地域（第二層）の協議体で地区の課題に対応することが必要では、との流れから出てきた事業である。

### <取組の具体的な効果>

#### **【ポイントをモチベーションとした体操の拡大を通し、体操の有効性を住民が認識】**

- 当事業は体操を継続して実践することを目的に、個人ポイントを3人1組で体操を実践すれば、1ポイント（50円）となり、上限100ポイント（5,000円）まで集めて換金できる仕組みとしている。
- 最初はポイントを集めることが目的だった参加者が、1年間体操を継続して肩こりがよくなった、腰痛が改善した、人と集まって体操することが楽しい、人と交流できてよかった、体の調子が良くなったということで、体操の有効性を理解し、継続しようと思ってもらえるようになった。

### <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

#### **【「3人集まる」ことを条件とし、地域住民のグループを自然発生させた】**

- 3人集まるのがポイントをつけるために必要なので、地域で体操を実践するグループが自然発生した。自宅の車庫や倉庫、地域の市民センターや公会堂、近所の商業施設の中にあるフリースペースなど、様々な場所が利用され、活動促進につながった。
- 3人集まらないとポイントがつかないという設定でグループが多く自然発生したが、こうしたグループは当初時間や場所が流動的でも、徐々に開催日時や場所が固まってくる。そうすると、この場所で何時から体操が始まるということが口コミで広がり、新しい方の既存グループへの参加にもつながる。
- 現時点では、自分の介護予防、ロコモ予防の観点から参加する人が多いが、これを次年度以降どのように発展させるかが課題。平成30（2018）年3月に、現在の隊員約50名を集めてワークショップを開催する予定であり、来年度の取組に向けて、士気を高めていきたいと考えている。

#### **【男性・女性の意向、得意分野を生かした住民活動の仕掛け】**

- 元気なからだづくり隊は女性の参加者が多いが、お助け隊はちょっとした修理や草刈り、お墓の掃除などに要望があり、男性が担い手として多くなっている。住民の意向により様々な活動の場が用意されている点は、担い手の増加にもつながっていると考えられる。
- 元気なからだづくり隊で取り入れた体操は、2～3年ほど前に二次予防教室を大学の支援で実施した際に効果が見られた体操を採用した。また、この二次予防事業でのグループが終了後も継続されていた地域があり、この活動を基本としてポイント制も導入したことで、活動が円滑に進んだ地域があった。

### (3) 地域包括ケアに関する取組において必要な支援

#### <県・地方厚生（支）局等に望まれる支援内容>

- 市の医療・介護連携における医療側への働きにおいては、保健所による大きなリードがあった。医師会、行政、保健所による会議開催のきっかけを作る役割など。他地域でもそういう動きがあると、行政や医師会としても動きやすくなる。特に市町村は医療専門部署の設置が困難な場合が多く、県や保健所がある程度入ってもらえないとなかなか動けない。
- 専門職の人材不足は直近の問題であり、介護支援専門員や主任介護支援専門員など、運営に必要な有資格者の人材確保が難しく、少ない人数で兼務対応しながら事業を実施しているため、十分なサービス提供には至っていない。また、地域医療を目指す医師の人材育成と地域での医師の確保の為の仕組みづくりといった、人材不足、人材育成における支援が望まれる。

## 4. 広島県北広島町

### 北広島町 ★ここがポイント★

#### 「医師・医療から発展する多職種連携・地域づくり」

##### 1. 医師がつくり、介護につないだ多職種連携

診療所医師が医療・介護専門職の連携を主導しながら、地域のチームリーダーがケアマネジャーであることを明確化し、医療・介護の良好な連携体制を形成していった。

##### 2. 地域住民を主体とする認知症対策

地域住民向けに1年かけて行った認知症研修会、地域住民主体での立ち上げ、運営を仕掛けた認知症カフェにより、住民の意識変容・主体性の向上を促進した。

#### ◆ 自治体の状況

総人口	18,918人			
平均年齢	52.1歳（全国平均45.0歳）			
高齢者人口	7,054人			
高齢化率	37.4%（全国平均25.6%）			
面積	646.2km <sup>2</sup>			
人口密度	29.3人/km <sup>2</sup> （全国平均340.8人/km <sup>2</sup> ）			
要介護認定者	1,685人			
施設数	病院	5か所	訪問介護事業所	5か所
	診療所	9か所	訪問看護ステーション	1か所
	歯科診療所	11か所	特別養護老人ホーム	4か所
	地域包括支援センター	1か所	介護老人保健施設	1か所
	居宅介護支援事業所	7か所	介護療養型医療施設	1か所
その他	島根県との県境にあり、4つの日常生活圏域（平成17（2005）年に合併した旧町圏域）で構成される。女性会や老人クラブの高齢化により地域での見守り体制が希薄になりつつある。			



国土地理院ウェブサイト地理院地図を加工して作成

※総人口～人口密度は平成27年国勢調査、施設数は医療情報ネット・介護サービス情報公表システムおよび自治体ご提供資料より

## (1) 地域包括ケアに関する取組の背景

### <人口構成等>

- 当町は平成 17 (2005) 年に、芸北、大朝、千代田、豊平の各町合併により誕生。
- 死亡数が出生数を上回る自然減の状況で、平成 52 (2040) 年には現役世代(15 歳～64 歳)1.1 人が高齢者 1 人を支える状況が予測される。全国・県に比較し高齢化の進行が速く、またひとり暮らし高齢者 (75 歳以上) は 10.7%と、県平均 6.8%より高い。また、町外の家族のもとや施設・病院等へ入所・入院せざる得ない状況にある独居高齢者が増えている。
- 人口減少の進行等により、地域の役割がこれまで以上に高齢者を中心とした一部のみに集中して負担が大きくなっている (75 歳は、若者の 1 人 3 役以上の兼職。民生委員に過重な負担)。耕作放棄地の増加、住民税の減少、人口密度が低く面積が広い、公共交通機関が乏しく自家用車がないと移動困難、買物できる店の減少など課題が山積している。



### <人材不足>

- 介護職員常勤換算 1 人に対する要介護認定者数は、平成 27 (2015) 年の 2.9 人に対し、平成 37 (2025) 年では 4.1 人と、1.4 倍になると予測される。平成 37 (2025) 年に平成 27 (2015) 年の介護職員 1 人 (常勤換算) に対する要介護認定者数の水準を維持するためには、介護職員は常勤換算で 176 人不足する。特に訪問系サービスの人材確保が難しい。

### <医療機関の役割>

- 地域のケアマネジャー等専門職と町内病院の医療連携室の相談員との関係は良好で、適宜連携し入退院調整・支援を行っている。町外ではあるが広島市立安佐市民病院は、町民の二次医療救急病院として高度医療を担っており、安佐市民病院を核とした入退院支援体制ができている。
- 日常生活圏域の一つである芸北地区 (旧芸北町) では、平成 6 (1994) 年に保健、医療、福祉の町立総合施設である芸北ホリスティックセンターを開設した。当センター内の診療所である雄鹿原診療所は、地域における多職種連携に大きな影響を与えている。このように町内の各医療機関が、それぞれの特性を活かし病院運営をしている。
- 課題としては、町の地域包括ケアシステムの中で、地域医療構想を踏まえ各医療機関の役割やあるべき姿について協議する場が設けられていないことが挙げられる。

## (2) 地域包括ケアに関する各種取組の内容・具体的効果

### ①医療・介護連携、看取りに関する取組

#### <医師がつくり、介護につないだ多職種連携>

##### <取組の具体的内容>

#### 【芸北ホリスティックセンターを中心とした多職種連携の実現】

- 保健・医療・介護・福祉の総合施設である芸北ホリスティックセンター診療所医師が、ケアマネジャー、社会福祉協議会、特別養護老人ホーム等、地域の専門職をメンバーとするチームを結成。
- 当初は医療主導であったが、研修会や勉強会による働きかけの結果、多職種で構成される在宅ケアチームは、ケアマネジャーをリーダーとして地域の患者、利用者の支援にあたっている。

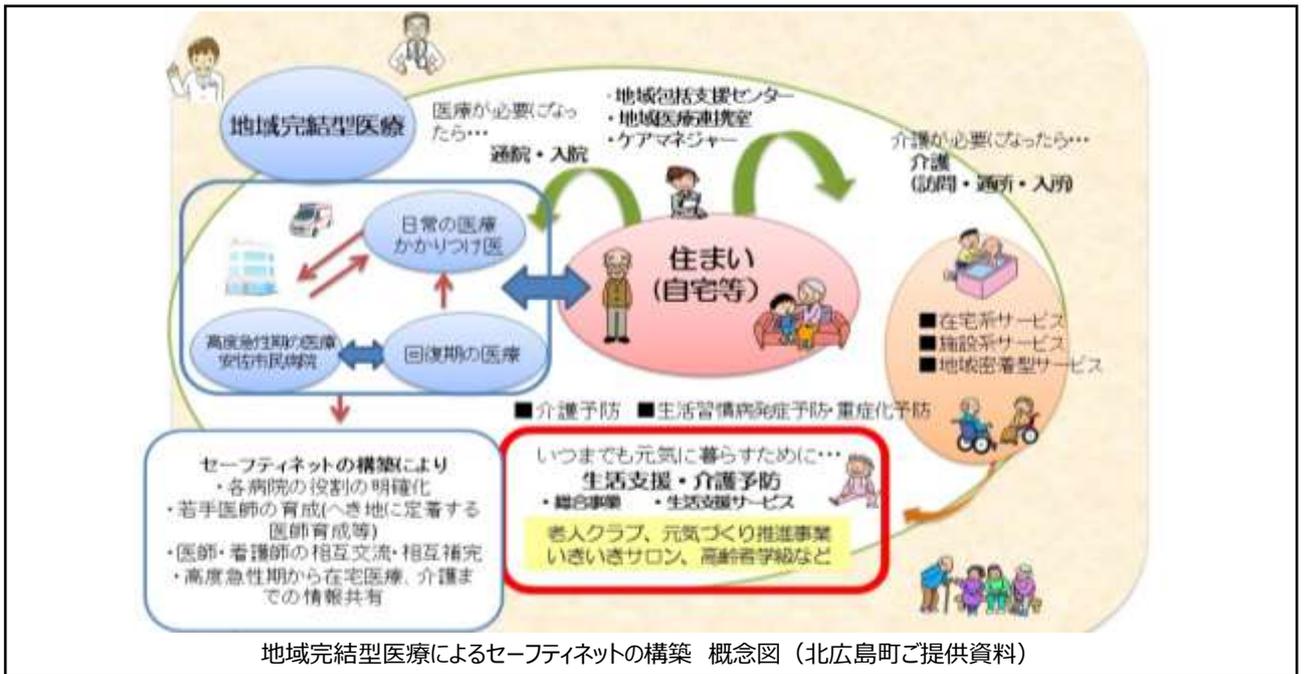
#### 【多職種連携を推進する2つの仕掛け】

- チームの目標維持、雰囲気作りのために、①カンファレンスの充実、②楽しい多職種連携研修会、勉強会の開催を継続している。

①カンファレンスの充実	<ul style="list-style-type: none"><li>・複数の医療・介護サービスを利用している在宅療養者に対し、年に1回、介護保険更新時等の機会に、自宅で家族や関係職種が一堂に会したカンファレンスを開催している。</li><li>・これは多職種協働のためのOJT(on the job training)も狙っており、各専門職の役割の明確化、責任感の醸成とモチベーションの維持につながっている。また、チームの結束を視覚的に見せることで家族の安心が担保される副次的な効果もある。</li><li>・また、高齢者施設でも年に1回、入所者と家族が出席するカンファレンスを開催し、終末期となった時の対応までを率直に話し合い、情報と気持ちを共有する。</li></ul>
②楽しい多職種連携研修会	<ul style="list-style-type: none"><li>・各職能のリーダー役数人がコアメンバーとなり、不定期ながら年に2、3回開催。地区内の全医療、介護関係団体に声をかけて、毎回多くの参加者が集まる。地元小学校校長、地元寺院の住職など講師も多彩。</li><li>・講演とグループワークの組み合わせで開催されることが多い。顔の見える関係を超え、熱い思いを共有し地域を変えていく同志として、お互いを認識できる場に育ちつつある。</li></ul>

#### 【行政的視点から：地域完結型医療によるセーフティネットの構築】

- 北広島町の地域包括ケアシステムは、地域完結型医療の実現によるセーフティネットの構築に重きが置かれている。へき地での医師確保や、医師・看護師の相互交流、相互補完が行えるようになることを目指している。
- 芸北地区は他地区と比較して当診療所を受診する外来患者数も多く、また健診受診率も高い地域であり、町のこうした施策とも合致した取組となっている。



## <取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

### 【医師の思いをきっかけに取組が開始】

- この取組のキーパーソンである診療所医師の赴任当初（平成 13 年）は、まだ在宅看取りの件数も少なく、多職種連携のチームが十分緊密に連携できていない部分があった。このため、当医師が中心となり、地域におけるチーム立ち上げと育成を進めることとした。
- チームの立ち上げ、育成には、その核となった医療機関（芸北ホリスティックセンター）が保健・医療・介護・福祉の総合施設であり多くの職種が密に関わる素地があったこと、それにより多職種連携がなされてきた歴史と発展しやすい背景があった。

### 【「リーダーはケアマネジャー」を前提としてチームを構築：発信者が医師であることの効果】

- チーム育成の過程では、特に医療専門職（医師）が地域における生活サポートの重要性を認識、理解し、ケアマネジャーをはじめとする福祉・介護専門職が活躍できる環境と雰囲気づくりに徹してきた。「医者ではなくケアマネジャーが中心」という意識を医者から発信していく。それにより個々の事例でのコーディネーター兼リーダーはケアマネジャーであるという共通認識が多職種間に浸透してきた。
- 加えて研修会などの多職種連携のための企画は意識の高い有志が担ってくれており、これによりシステムの持続性と継続性が担保されている。
- また、生活圏域内に入院病床を持った医療機関がなかったことも、在宅医療・ケア、施設での終末期ケアについて多専門職種、住民が必要・関心を持つ背景につなが

っている。

## <取組の具体的な効果>

### 【在宅等での看取り割合が増えていった】

- 多職種連携による在宅療養患者の支援により、高齢者施設、地域（病院外）での看取りは着実に増えてきた。芸北ホリスティックセンター診療所長赴任時（平成13年）は15%程度であった芸北地区の看取り率は、平成25年（2013年）時点では54%となった。
- 平成25（2013）年以降は概ね40%～50%の割合を維持しているが、在宅・施設での看取り率向上が一律に望ましいわけではないが、個人が自身の意向によって最期を決めるべきという観点からは、このような割合が保たれることは妥当とも考えられ、「最期は家で」の希望に寄り添い、叶えることが出来る取り組みが継続されている。



### 【介護職のモチベーション、積極性の向上】

- 日々の多職種連携の中で、理学療法士やケアマネジャーからは、「介護ってこんなにやりがいのある仕事なんです」といったコメントが聞かれる。介護職が主体的に関わることが出来ず、「医療」に対して受け身であったことの現われとも考えられる。
- 医師（医療側）からの積極的な働きかけや関係構築を行い、特に介護職のモチベーションが上がり、日々の業務の中での積極性が育まれたことで、上記の発言につながったものと思われる。

## <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

### 【効率的な住民向け広報啓発】

- 地域で在宅ケア、終末期ケアを展開するためには、そもそも住民が在宅ケアを選択しなければいかに優秀なチームがあっても役に立たない。このため、在宅ケア等に関する住民啓発、教育は不可欠であるが、そのための周知啓発の手法検討、実践も芸北ホリスティックセンター職員が担った。具体的には、各集落での勉強会、健康教室、民生児童委員の研修会、老人会などで在宅ケアチームが行なっている取組などをボランティア、手弁当で地道に発信、広報してきた。
- 本来、住民への情報発信、周知の手法は行政の得意分野であり、行政のバックアップがあればより効率的に行えたものと考えられる。

## 【OJT・OffJTの活用】

- 本事例では年1回のカンファレンス等を参加者のOJT(on the job training)としても捉えており、この機会に多職種間の結びつきを強め、学び合うなど、連携推進に不可欠な取組としている。また、同時に「楽しい多職種連携研修会」などの別の機会も確保して(OffJTにより)それぞれの持つ思いを共有しており、両者から別々な学びを得ることができている。
- これら両方を継続的に行うことはマンパワー的に大きな負担ではあるが、それを補ってもなお余るメリットが得られている。

## 【行政の立場からの関与・支援】

- 雄鹿原診療所の取組の現場への直接的支援が、行政からは行われていなかったのが現状ではある。

## 【今後の課題(行政的立場から)】

- 北広島町内においては、雄鹿原診療所の取り組みを芸北地区以外にも展開することが望ましいが、本人や家族の希望に応じて看取りを行う体制が整っているとは言い難い。
- 住民一人ひとりが、自分はどう生き、どう死にたいかを、考え、発言し伝えておくことが必要であることを住民に伝えていくことの取り組みが不足している。
- 在宅医療を担う人材の確保と知識や技術の向上などの人材育成の支援が不十分である。

## ②認知症に関する取組<地域住民を主体とする認知症対策>

### <取組の具体的内容>

#### 【平成28年度：住民を対象とした研修会】

- 平成28(2016)年度に、住民向け認知症研修会として1年を通じて研修会を開催。診療所が主導ではあったが、講師は医師、薬剤師、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士、地域の介護経験者、介護事業所(小規模多機能ホーム等)、社会福祉協議会など、多職種を招いて開催することができた。

日時	内容
平成28年4月	認知症とは何か問題なのか
6月	認知症の予防(総論、各論)
7月	認知症の予防(料理教室)
8月	認知症の受診のきっかけ、早期発見、早期治療
10月	認知症の介護、体験談の共有
11月	認知症に対する現在の取り組み
12月	認知症に対してどのように向き合っていくか

八幡地区認知症研修会概要(北広島町ご提供資料)

- 研修会は、下記を目標に実施。
  - ①認知症に少しでも意識・知識をもち、認知症の予防、早期発見、早期治療を行っていくことで、元気に生活を維持していくこと。
  - ②認知症の方を含め、地域のみんなで、今後どのように生活していくか考えること。

## 【平成 29 年度：住民の主体性を発揮したサロン開催】

- 平成 29（2017）年度には、地域住民をより主体とした認知症対策を行うべく、従来町内の一部地区（千代田地区）で行われていた認知症カフェを芸北地区でも開催しようとの機運が高まり、実施。開催場所を芸北ホリスティックセンターの空きスペースとし、開催時間を 9 時～14 時と比較的長くしたことで、芸北ホリスティックセンター内の雄鹿原診療所の受診の前後にカフェに寄ることができ、その利便性も参加者に好評を博した。



### <取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

## 【住民の意識を変え、取り組んでもらうための多様な支援】

- 高齢化の進展により認知症への対策は必須であるが、予防・早期発見は個人や家族、地域住民の努力、早期治療は医療、介護は介護とやや寸断されている状況が従来みられていた。
- このような経過の中、認知症に対して正しい知識を地域住民にどう持ってもらうかということ考えた。研修会開始前に、認知症に対してどういったイメージを持っていますかという質問をすると、ネガティブな意見しかでてこなかった。これをどのようにしてポジティブに変えていくか、常に考えながら研修会を行った。
- 1 年を通して研修会を行ったが、一方で、参加者の平均年齢が 70 歳を超えており若年層が少なかったこと、地域住民が自主的に対策を考える機会が少なかったことなどが課題に挙げられた。このため、平成 29（2017）年度は、地域住民をより主体として認知症対策を行っていくべきと考えた。
- 北広島町ではすでに千代田地区で認知症カフェが開催されている。しかし、芸北地域からは 30km 以上離れた場所で開催されており、芸北地域からの参加者は皆無の状況であったため、認知症カフェを芸北地域で開催、その主体者を地域住民に依頼することとした。地域住民に依頼する前にまず、介護事業所に対してカフェにおいて協力をしてもらうよう予め呼びかけた。
- 主体となる地域住民への依頼は、認知症に一定の理解・興味がある方に対し、各介護事業所などから多方面に実施。結果、介護経験者、元保健師、元介護士、元ケアマネジャーな



どこれまで認知症に関わってきた住民が集まり、カフェ開催に向けて実行委員会を開催した。実行委員会にて認知症カフェの意義、役割などを再確認し、3か月の準備期間を設けた後、開催となった。

### <取組の具体的な効果>

#### 【研修会には、全住民の6分の1が参加】

- 認知症研修会を開催した旧芸北町の八幡地区は人口規模300人程度の地区であるが、そのうち40～50人が毎回参加しており、人口の6分の1ほどの参加者があったこととなる。
- 参加者のネガティブな意識の変革は今後も継続的に行わなければならないが、認知症に対してどのように取り組んでいけばいいのかが分かった、こういう所に頼れば自分自身も安心して過ごせることが分かった、というポジティブな意見も最終回に近い段階で頂いた。

#### 【サロン活動を通じた家族支援、住民の積極性の高まり】

- サロンの検討・運営により、地域の体操の教室に色々な人が集まれるような働きかけが生まれたり、お互いに声掛けをしたり、「あの人は最近様子がおかしい」というような情報が近所の人から診療所に入ってきたり、というような住民の自発的な行動が徐々に感じられるようになった。
- 認知症カフェについては、今後どのように存続していくかなど検討すべき事項も多いが、認知症に対して地域住民を主体として地域全体で少し動き始めることができるようになってきている。また、介護に疲れた方がカフェにやってくる涙ながらにゆっくりと話をし、すっきりとした表情で帰って行かれるというような直接的な効果も表れている。

### <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

#### 【継続的な草の根活動での周知啓発】

- 最初から認知症をポジティブに捉えることの出来る方は少なく、ポジティブに思っていない人をいかに参加していただくかというのは、支援者側が熱心に働きかけるしかない。研修会にしても、1回だけでは効果がなく、1年間を通して支援者の思いを伝えることを繰り返すことで、ネガティブなイメージを持った人も徐々にではあるが変わっていくと感じる。
- 芸北地区はより小さな班で構成されており、月に1回は区長会、班長会という、各世帯の誰かが参加する定例会が開催されている。この会の情報は家に持ち帰るシステムになっているため、区長班長会での書類配布をお願いするなどの手法で研修会の周知を行った。実際に参加されるのは雄鹿原診療所を受診する顔見知りの方が多

かったが、1回につき2～3人ほど、それ以外の参加者も散見されていた。

### 【地域づくり、住民を巻き込む工夫】

- 住民参加のための仕掛けとしては、退職した住民への働きかけが重要。仕事を辞めて、次はどうしようと考えておられる方が多く、そういう方に対して次はこれを頑張ってみませんかと話をする、その年代が顔の知られた間柄同士で、新たなことに対して動き出していく。
- そこに消防団や地域協議会などの30～40代の方が、自分たちも何かやってみようかというように思える情報提供ときっかけづくりができれば大きな組織につながってくるのではないか。

### 【若い年齢層を引き込む重要性（課題）】

- 50～60代の方は仕事上重要なポジションにいるなど、なかなか地域活動等に目を向ける余裕がない方も多。認知症研修会も土曜日の午後19時半といったような時間設定にし、参加をやすくしていたが、それでも参加者40～50人中3、4人ぐらいと、なかなか難しい。それでも、やはり来られる方に積極的に声をかけていくことは大事である。

### (3) 地域包括ケアに関する取組において必要な支援

#### <県・地方厚生（支）局等に望まれる支援内容>

##### 【地域特性にあわせた財政的支援】

- 当町は面積の広さに加え積雪が多く、サービス提供時間以上に移動時間がかかり、人件費がかさむことなどで介護事業所の経営が悪化する。除雪加算やガソリン加算など地域の特性にあわせた財政的支援が望ましい。
- また、中山間地域の在宅看護に取り組む看護師の育成と就労支援・人材確保に関して、県規模の奨学金や人材の相互補完などのネットワーク体制などがあるとよい。

##### 【住民向け普及啓発（終末期ケアを含む在宅医療について）】

- 一般的・総論的な在宅医療に関する事項、アドバンス・ケア・プランニングを含んだデスエデュケーションの普及、啓発が国または県レベルで行われることで、現場での膨大な労力を節約することができる。
- 国民が自然な形で在宅ケアを希望し、終末期ケアを病院外でも受けることが普通であると認識、納得していればよりスムーズに在宅移行できる。「看取り文化の再興」とも言い換えることができるが、これは市町村、現場レベルでは対処しきれない。

##### 【在宅療養における多職種チームの育成支援（医療専門職への働きかけ）】

- 在宅医療・ケア提供チームは絶対的に足りていない、もしくは地域ニーズを充足させるだけの働きをしていない。主にチームリーダーとなる医師数、能力が不足しており、養成と教育が必須である。
- ここ数年で在宅医療に関する研修会や講演会などは目立って増えているが、それらが現場で機能的に活動できていないのが現状。良質なケアを提供するための実践的な多職種連携研修、在宅医療の同行研修やチームビルディングへの助言、実施した在宅ケアに対する診療報酬以外のインセンティブが期待される。

## 5. 山口県萩市

### 萩市 ★ここがポイント★

#### 「多種多様な主体がつくる、地域包括ケアシステム」

#### 1. 診療所を中心に、地域包括ケアシステムを推進

むつみ地域、川上地域の診療所医師が、介護側を含む様々な関係機関の連携の柱となり、包括的な支援体制を構築。

#### 2. 医療・介護以外の団体を含む、多様な見守り・助け合いの実践

駐在所や消防団、総合事務所市民窓口、地域住民からなる「むつみ元気支援隊」など、様々な活動主体が「お互い様」の精神で見守り・助け合い活動を行っている。

#### ◆ 自治体の状況

総人口	49,560 人			
平均年齢	53.9 歳（全国平均 45.0 歳）			
高齢者人口	19,591 人			
高齢化率	39.6%（全国平均 25.6%）			
面積	698.31 km <sup>2</sup>			
人口密度	71 人/km <sup>2</sup> （全国平均 340.8 人/km <sup>2</sup> ）			
要介護認定者	3,933 人			
施設数	病院	7 か所	訪問介護事業所	7 か所
	診療所	41 か所	訪問看護ステーション	4 か所
	歯科診療所	27 か所	特別養護老人ホーム	8 か所
	地域包括支援センター	2 か所	介護老人保健施設	2 か所
	居宅介護支援事業所	19 か所	介護療養型医療施設	3 か所
その他	平成 17（2005）年 3 月、1 市 2 町 4 村（萩市、須佐町、田万川町、むつみ村、福栄村、川上村、旭村）合併で誕生。離島や山間部など様々なへき地を有する。			



国土地理院ウェブサイト地理院地図を加工して作成

※総人口～人口密度は平成 27 年国勢調査、施設数は医療情報ネット・介護サービス情報公表システムより

## (1) 地域包括ケアに関する取組の背景

### <背景>

- 市の面積は 698.31 km<sup>2</sup>と東京 23 区より広大だが、人口密度は 71 人/km<sup>2</sup>で、東京 23 区の 14,796 人/km<sup>2</sup>と比べ差が大きい。将来人口推計は、平成 22 (2010) 年の約 5 万 3 千人から、平成 52 (2040) 年には約 3 万人、平成 72 (2060) 年には約 1 万 8 千人までの減少が見込まれ、特に生産年齢人口の減少幅が顕著。3 万人を切るあたりからショッピングセンターや法律事務所など、都市機能が維持できなくなる懸念がある。
- 高齢化率は平成 29 (2017) 年 1 月末には市全体で 40%を超え、限界集落、集落崩壊が懸念される地域の増加、高齢者の単身世帯の増加と認知症患者の増加にいかに対応するかが大きな課題。
- 日本海側の萩保健医療圏(萩市、阿武町)に属しているが、医療圏の人口は約 5 万 3 千人であり、厚生労働省が言う二次保健医療圏の目安の人口 30 万人と比べてバランスが取れていないが、人口規模で医療圏を考えると面積が非常に広大となるため、医療圏の見直しは行われていない。

### <医療機関の整備状況、役割>

- 過疎化・高齢化が進行している旧郡部(旧 2 町 4 村)においては、国保直診を中心とした小規模地域包括ケアを展開している地域が多く、人口が最も多い萩地域(旧萩市)において地域包括ケアシステムの構築が遅れている。
- 川上診療所が所在する川上地域、むつみ診療所が所在するむつみ地域など旧郡部は、過疎化・高齢化(50%超)が進行しているからこそ、顔の見える関係で地域が成り立っており、国保直診が在宅医療・介護連携推進事業のほか、認知症施策推進事業、生活支援体制整備事業等にも深い関わりをもっている。
- 市内の 7 つの病院は全て萩地域に所在しており、診療所も偏在している。数的には複数の医療機関があるが、高度急性期、回復期の病床が不足し、急性期、慢性期の病床が大幅に超過しているなど、圏域内で不足・欠落している医療があるため、一般・療養病床の入院患者の 24.7%が圏域外に流出している(平成 26 年患者調査;厚生労働省)。



## 【地域ケア会議を介した患者・利用者の情報共有】

- 上記の情報共有は、月1回開催の地域ケア会議でも多く行われる。在宅介護支援センター、介護保険サービス事業所、医療機関など、それぞれの患者・利用者との関わりの中での状況を報告しながら、支援方策の検討や役割分担を行っている。



当市の地域ケア会議の様子（萩市ご提供資料）

- 地域ケア会議がむつみ地域の地域包括ケアシステムの中核となっており、単なる情報共有の場ではなく、普段から地域内でさまざまな連携している関係者が集まって、より関係が強化されている。

### <取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

#### 【重度化予防を防ぐための手立てとして、緊密な連携が進められた】

- 利用者の状況が悪化し、手を付けにくくなってから介護・医療が動くと、各担当者の負担が増え、機関間の不信感も高まる。このような状態を避けたいという意識が働き、自然な流れで連携の実績が積み重ねられてきた。
- 結果として、情報共有も実働も早めに行い、関わる者全体の消耗感を減らし、効率的に各担当が動くことができています。

### <取組の具体的な効果>

#### 【地域ケア会議に集約された情報をもとに、多職種が迅速にそれぞれの支援を実施】

- 地域ケア会議では、医師から、「医療がどう動けば介護が動きやすいか」と介護関係側に問いかけ、医師から患者・家族へ病状や処遇等を説明したり、迅速に他医療機関へ直接連絡しつなぐので、介護側からは非常に心強く感じられている。
- また、要介護状態の方やサービス利用者に限らず、ちょっと気になるという段階から地域ケア会議に情報が集まるため、医療においては介護現場での服薬管理も含めた日頃の患者の生活の状況がこの会議で医師に伝わり、診療にも役立ち、介護・地域での見守り等においては比較的軽度な段階から介護予防、見守りや生活支援サービスにつなぎ、重度化を防ぐことができています。
- 利用者に接する介護現場の人たちが、多職種で共有・検討した情報を基に場数を踏み、難しい利用者や在宅で急変する可能性のある利用者への対応に柔軟に対応することができてきた。

## 【診療所・ケアマネジャー（医療・介護）の連携強化】

- むつみ園のケアマネジャーから診療所に、利用者の情報や他の医療・介護施設の情報が入る。それらの情報は治療につながるだけでなく、利用者の介護・治療状況に合った施設を選択する根拠ともなる。例えば、認知症患者本人の性格や家族の人柄に合わせ、紹介する医療機関を選ぶことが可能。
- 逆に、診療所から特別養護老人ホーム・社会福祉協議会に必要な患者情報を提供することもある。互いの施設に出入りしやすい雰囲気があるため、こうした連携体制をとることができる。

### <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

#### 【医師の理解、積極性の高さ】

- むつみ診療所の医師のリーダーシップ（自分の患者でなくとも、全てのことを一緒に考えるスタンスで関わる存在）があるからこそ、関係機関の動きやすい環境が整ってくる。
- 介護従事者が連携を望んでも医師に遠慮する傾向にあり、自ら垣根を下げしてくれる医師の存在が大きい。川上地域も同様に診療所医師のリーダーシップがあり、活発な活動が展開されている。
- むつみ地域は、旧むつみ村の時代から医療機関、介護事業所等が少なく、専門職も地域住民の家族関係、ご近所関係などを熟知している状況にあった。限られたリソースの中で、何とかやっていくために自然発生的に連携体制が構築されたことが連携強化の一要因である。

#### 【「ヒーロー」を作らない】

- 誰か一人、どこか一つの機関に負担が偏らないようにする。ヒーローができてしまうと、そのヒーローが疲弊し、ヒーローがいなくなるとシステムが動かなくなる。普通の人たちが続けられる流れをつくるのが大切である。また、「できないことはできない」と言ってよい、という基本ラインを大事にすることで間口を広くしている。
- 地域の専門職一人ひとりのキャラクターがあり、むつみ地域の地域包括ケアシステムが構築されている。これが1人変わったら、違う形のシステムが必要になるかもしれない。地域特性に応じたシステムが必要。

#### 【思い悩む点：努力しても良好な経営は見込めない】

- 種々の取組は、診療所の医業収入に直結しない。自治体の診療所だから可能な限定的な取組だと考えることもある。また、大きな労力を継続的に費やす取組は、利用者や各施設にとってはそれが当たり前の取組となってしまう、実施側のモチベーション低下等につながる恐れもある。
- 診療報酬、介護報酬の面からは、当地域で多い遠方への訪問診療、介護サービス提

供は収益上マイナスで、看護小規模多機能型居宅介護などは当地域ではほぼ実施不可能。当地域の場合はもう少し診療所の看護師等を多く配置できるように費用面の配慮がなされると良い。

## ②地域の見守り・支え合いに関する取組<多様な主体による見守り・支え合い>

<取組の具体的内容>

### 【医療・介護以外の主体も参加する地域包括ケアシステム】

- 介護・医療に限らず、下記のように非常に様々な地域の団体、コミュニティが、一体的に見守り・支え合いの機能を発揮している。

主体	取組（事例）
①駐在所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の精神行動障害や精神疾患による妄想など様々な通報が駐在所に寄せられ、その都度訪問をして、被害の訴えに対し現場検証、萩警察署がパトロール等で対応。</li> <li>・高齢の運転者について、運転免許返納については警察が、交通手段欠如による生活面の相談支援については地域包括支援センターがお互いに連携して対応。</li> </ul>
②むつみ元気支援隊	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 25（2013）年より活動している、住民主体の通所系・訪問系サービス。総合事業における通所型サービスB，訪問型サービスBの担い手となっている。</li> <li>・サービスを提供する側も介護予防になっているという考えから、提供する側、受ける側という考えがなく、全員が参加費を払う。仕事をもつ多忙な人も、できる範囲のことをするという考え方で様々な支援に関与。</li> </ul>
③むつみ保育園・小中学校	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者サロンと子育てサロンの開催日時を合わせて一緒に昼食、サロンに参加する高齢者が小学校の季節行事や運動会前のグラウンドの草取りなどの環境整備を担当する、子供たちがサロンを訪問し、一緒に行事を楽しむといった3世代交流に取り組んでいる。</li> <li>・子どもの日常診療、予防接種、学校健診はむつみ診療所が担い、また、月1回診療所の医師、保健師が子供達と一緒に給食を食べながら、健康や病気・食事や運動などの話をする「ふれあい給食」など、学校が子供達への様々な知識の普及啓発の場ともなっている。</li> </ul>
④消防団	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 25（2013）年の水害発生時、消防団が一軒一軒高齢者宅を回り、そこから動かない頑固な方も何とか避難所に連れてきてくれたなどの災害対応に尽力。消防団自身が地域住民であり、地域のことも個人の悩みも分かっているため、安否確認やいざという時のマンパワーとなる。</li> </ul>
⑤むつみ地区社会福祉協議会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険におけるサービスBの事務局など様々な事業を担当。支援が必要な地域住民をサービスBにつなげるなど、様々な支援、見守りのネットワークの橋渡しを行う。</li> <li>・地区社会福祉協議会のある場所は世代間交流施設という名前になっており、むつみ元気支援隊の活動拠点、診療所、小学校、保育園が集中している。また、徒歩30秒程度の近隣に駐在所などもあり、情報共有がしやすいというメリットがある。</li> </ul>

⑥行政の 説明窓口部 門	・むつみ地域には常駐の保健師がいないため、相談業務が毎日ではできないが、戸籍事務を日常業務とする市民窓口部門でも見守りをしており、何かあったら地域担当の保健師に連絡をするなど、情報把握や支援を要する人をつなぐ役目を担っている。
⑦キッチンばあ ～ば うり坊の郷 (道の駅)	キッチンばあ～ば：60代の元気な女性が始めた食事処 うり坊の郷：地域の方が自分たちが作った野菜などを売ること、ちょっとしたお小遣い稼ぎや生きがいがいづくりにつながっている

- 当地域では、医療・介護などに直接関係ない主体もすべて含め、地域包括ケアシステムと考えている。また、萩市では、地域ぐるみによる健康長寿への取組や地域共生社会の実現に向けた取組、併せて若い世代が安心して子供を生み育てることができるような環境の整備を進めていることも理由となる。

### <取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

#### 【災害時の助け合いをきっかけに「できる人ができることをできるときにやる」取組が開始】

- 今の活動の素地は30年以上前に、非常に活動的な自治体職員が行政、住民を巻き込みながら積極的に地域活動に取り組んできたところに端を発している。その職員と活動を共にしたPTAの方々が、むつみ元気支援隊として現在活動している。
- むつみ元気支援隊の活動は、元々平成25(2013)年7月、萩市須佐、田万川、むつみ地域の3地域で未曾有の豪雨災害が発生した際の土砂搬出をきっかけに始められた。この住民共助による支え合い活動(土砂搬出)を一時的なものとして終了するのではなく、その後も「できる人ができることをできるときにやる」をモットーに精力的に取り組む、継続している。
- その他、駐在所など様々な主体を含めた地域づくり、地域包括ケアシステムの構築を行うこととなっていくが、背景に過疎・高齢化がある中、少ない担い手でどのように支えあっていくかということで、出てきた課題一つ一つの対応がこのような形になっていった。



### <取組の具体的な効果>

#### 【地域住民によるサービス創出、見守り体制の構築】

- 地域住民が主体的にサービスの創出、運営に取り組んでいる。具体例として、限られた人材でサロン運営をするため、地域の様々な団体が当番制でサロンの担い手と

なり、サロン運営の負担の分散を図るといった創意工夫がなされた。こうした住民が主体的に取り組んでいる地域が萩市には多くある。

- 多岐に渡る見守り・支援のネットワークの中から早期に情報をつかみ、在宅介護支援センター相談員による実態把握から、必要な支援へつなぐ活動も円滑に行われており、介護予防や早期からの支援が実現できている。

#### <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

##### **【「お互い様」の精神で、できること、必要なことをする】**

- 行政は決して地域に丸投げしないこと、地元を大切にすることを意識し、自分達の生活の場を「お互い様」で守っていこうとする土壌があった。
- 他地域でむつまじ地域と同じ取組はすぐには求められない。地域性や住民性、生活スタイルや生活習慣や考え方など、同じものはないので、「本当にいつまでもここに住み続けたいと思っているか、我が地域で足りないものは何か、自分達に何ができるか、どのようにしたら続けられるか」など、話し合いを丁寧に積み重ねることが大切だと考えている。

##### **【行政内・行政間の連携、適切な支援】**

- 市と外部団体との連携だけでなく、市役所内の他部署との連携も重要である。例えば、移動支援を考えるにあたっては交通担当部局との連携が重要。また、事業を進めるにあたって市が抱いた疑問は、遠慮なく県の担当課に尋ねており、県も必要に応じて国に問い合わせするなど県のサポートにも恵まれている。
- 地域支援事業（デイサービス B 型、認知症カフェなど）について、予算が付くことで逆に手続きが煩雑になり従来の活動が阻害される要因になることがある。この点に考慮・配慮が必要である。

### (3) 地域包括ケアに関する取組において必要な支援

#### <県・地方厚生(支)局等に望まれる支援内容>

- 医療保険と介護保険の両制度に並存し、各々のサービスが細分化されている中で、両制度の全体を俯瞰して理解し、政策に反映させる能力が市町村レベルでも必要である。地域の実情等に応じて、制度やルール等を最適化して適用・活用するべきであり、そのための具体的支援を県等が担えないか。
- 医療・介護の一体改革が推進されているが、市の医療・介護の現場や行政が一体改革の進捗に追従できないでいる。さらに一体改革に障害福祉サービス等も加えられた。縦割りではなく、一体でという意図等は理解できるが、現場には、これまでのバラバラのサービス等をつなげていく手間やコストが発生しており、一体化への支援が求められる。
- 地域包括ケアシステムの構築や在宅医療・介護連携推進事業等に関するセミナー等を、県が自ら主催し、県内市町を強力に啓発することが望ましい。
- 高齢者にとって「住まい」の確保は非常に重要だが、身寄りのない高齢者世帯が賃貸住宅へ入居する際には、連帯保証人や緊急連絡先、身元保証人の確保など大きな障壁がある。高齢化が急速に進行し、先取りした対策が求められる中で、身寄りのない高齢者の入居債務を保証する賃貸住宅入居支援制度を各県とも創設することが必要。
- 地域支援事業の国の補助金額に上限があるため、当市で十分と考える介護予防等の活動を進めようとする、市の持ち出し(一般会計)で介護予防を行わざるを得ない現実がある。中山間地域や離島では点在する生活圏域にサービスを届ける必要があるため、都市部と比較してコストが高くなるとも考えられる。中山間地域では事業実施のコストが多く必要だとすれば、地域特性に応じた全国一律でない施策を検討する必要があるであろう。

## 6. 徳島県那賀町

### 那賀町 ★ここがポイント★ 「地域ニーズ優先で町を動かす」

#### 1. 現場のスタッフの意見が政策に反映される仕組み

「各支所ケア会議」で個別課題を抽出し、「健康福祉検討会」で政策提言につなげる流れが確立している。

#### 2. ICTで情報共有を合理化し、ケアの質を向上

情報共有ツール「新・みまもるくん」が、日常の緊密な情報共有と、効率的な会議運営を実現。節約された時間はケアに充てることで質の向上にもつながっている。

#### 3. いろいろな人を上手に巻き込む

医師が「各支所ケア会議」の日程調整、PC 入力を担当するなどのルール化により、医師の参画を促進。また、大学等外部組織と良好な関係を築き ICT 開発等の支援を受けている。医療・福祉関係者の他、商工会や警察など多様な組織も巻き込んで会議や事業を実施。

### ◆ 自治体の状況

総人口	8,402 人			 <p>国土地理院ウェブサイト地理院地図を加工して作成</p>
平均年齢	58.1 歳（全国平均 45.0 歳）			
高齢者人口	3,914 人			
高齢化率	46.9%（全国平均 25.6%）			
面積	694.98 km <sup>2</sup>			
人口密度	12.1 人/km <sup>2</sup> （全国平均 340.8 人/km <sup>2</sup> ）			
要介護認定者	870 人			
施設数	病院	1 か所	訪問介護事業所	3 か所
	診療所	6 か所	訪問看護ステーション	0 か所
	歯科診療所	2 か所	特別養護老人ホーム	3 か所
	地域包括支援センター	1 か所	介護老人保健施設	1 か所
	居宅介護支援事業所	9 か所	介護療養型医療施設	0 か所
その他	面積が広大で集落が点在している。集落では昔から住んでいる住民が多く、住民同士の顔の見える関係が構築されている。			

※総人口～人口密度は平成 27 年国勢調査、施設数は医療情報ネット・介護サービス情報公表システムおよび自治体ご提供資料より

## (1) 地域包括ケアに関する取組の背景

### <背景>

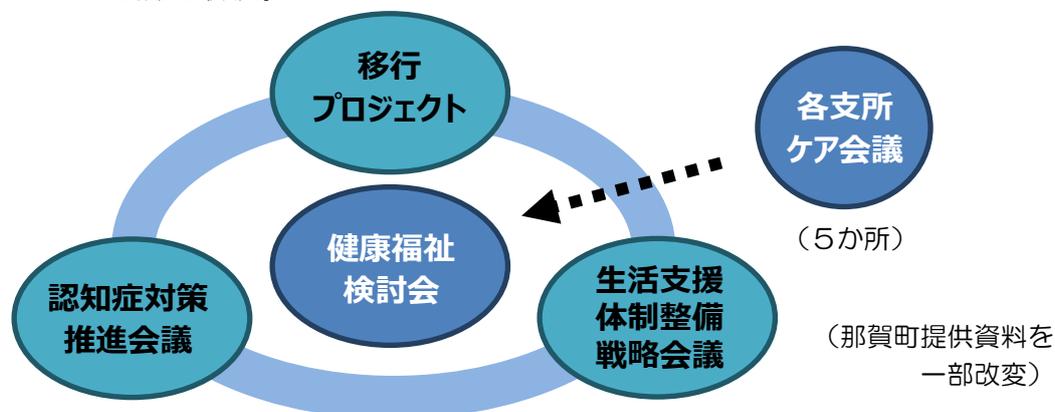
- 平成 17 (2005) 年に鷲敷町・相生町・上那賀町・木沢村・木頭村が合併して那賀町が誕生した。徳島県内では 2 番目に面積の広い自治体となっている。面積は広大であるが居住可能面積はうち 5 % であり、居住地域が各所に点在している。
- 人口減少および少子高齢化が進展しており (高齢化率 46.6%, 後期高齢者の割合は 29.3%)、また社会資源が少ない。具体的には、デイサービスが町内に 6 か所 (うち 2 か所は週 3 日のみ営業)、地域包括支援センターは町内に直営で 1 ケ所のみとなっている。

## (2) 地域包括ケアに関する各種取組の内容・具体的効果

### ① 地域ニーズの把握・地域診断の取組<各支所ケア会議・健康福祉委員会>

#### <取組の具体的内容>

- 当町の地域ケア会議は、個別ケース等を検討する「各支所ケア会議」と、各支所ケア会議で町全体の課題とされた事項を検討する「健康福祉検討会」で構成される (それぞれ、地域ケア個別会議と推進会議に該当する)。また、目的別の検討を行う観点から、①移行プロジェクト、②認知症対策推進会議と、③生活体制整備戦略会議の 3 つの会議を併設。



#### 【各支所ケア会議・健康福祉検討会の概要】

- 各支所ケア会議は平成 18 (2006) 年から始まり、旧町村単位で、高齢者担当、医療従事者、社会福祉協議会、サービス事業、ケアマネジャー、地域包括支援センターが集まり、地域の高齢者の情報交換等を実施。主に医師が司会を進行し、月 1 ~ 2 回の頻度で開催される。ケース数は 1 回あたり概ね 5 ~ 15 件、2 時間ほど。
- 各支所ケア会議からの地域課題を検討する場として、平成 19 (2007) 年度に健康福祉検討会を設置。これは町内の健康福祉に関する問題を分析・協議して問題解決の

計画を立てること、現場と事務、支所と本所との情報共有、意思統一を図ることが目的。概ね2ヶ月に1回程度。

健康福祉検討会 構成メンバー		
保健医療福祉課長	保健医療福祉課担当職員	保健センター
社会福祉協議会	各支所高齢福祉担当	地域包括支援センター
医師		

○ 健康福祉検討会では、以下のような議題について検討が行われた。(一例)

認知症サポーター協力事業所表彰制度(新設)	災害時保健衛生活動マニュアル検討
介護保険・高齢者福祉に関するニーズ調査検討	那賀町成年後見制度利用支援事業実施要綱(改正)
那賀町見守りネットワーク事業実施要項(新設)	高齢者認知症等SOSネットワークシステム(新設)

### 【目的別会議 ①移行プロジェクト：新しい地域支援事業への移行方法等の検討】

- 移行プロジェクトは、認知症や生活支援体制整備など、地域支援事業(包括的支援事業)の移行に向け、認知症初期支援チームの運営・活用や、生活支援コーディネーターの活動等を検討するための会議体。
- 平成27(2015)年10月から月1回、保健医療福祉課、町社会福祉協議会、地域包括支援センターで、介護保険における地域支援事業の展開方策を協議。生活支援コーディネーターを社会福祉協議会の正規、専任職員とすることなどがこの場で検討された。

### 【目的別会議 ②生活体制整備事業戦略会議：住民主体の活動支援も検討】

- 生活支援体制整備事業における協議体の構築を目的に、健康福祉検討会メンバーに加え、町のまちひとしごと戦略課、商工会、介護サービス事業所、さわやか福祉財団等を交えて実施。
- 移行プロジェクトの制度的・全体的な検討を踏まえ、詳細を当戦略会議で検討。具体的には、住民主体で行われるまちづくりのフォーラム勉強会などの活動に繋げ、地域での取組開始のきっかけとした。
- 協議体の形成をもって生活体制整備戦略会議は終了予定である。

### 【目的別会議 ③認知症対策推進会議：認知症対策に力を入れて検討】

- 平成28(2016)年12月から、3～4ヶ月に1回程度の頻度で開催。認知症等SOSネットワークシステムや認知症見守りネットワーク模擬訓練などの事業内容を検討する。健康福祉検討会メンバーに加え役場防災課、商工会、警察、介護サービス事業所等が参加する。
- 各支所ケア会議および健康福祉検討会では、認知症対策の必要性が強いとの意見が

多く挙げられた。このため、認知症対策推進会議について、那賀町では特に力を入れている。

- 経過として、認知症支援は当町の大きな課題となっていたことから、平成 25 (2013) 年度に認知症サポーターを 2 年で 350 人増やすことを目標に掲げたことがある。この目標は 1 年で達成され現在は 2,000 人を超えている。増加率は徳島県 24 市町村の中で一番である。
- また、若い世代への対応として、社会貢献を望んでいる職場に働きかけ職場研修の一環としてサポーター養成講座を実施してもらい、「認知症サポーター養成協力事業所事業」に取り組んだほか、役場の福祉担当、地域包括支援センターや社会福祉協議会が事業所をまわり、認知症が疑われるなど気になる方を見かけたら地域包括支援センター等に連絡してもらい「見守りネットワーク事業」への登録依頼を行い、219 事業所の協力が得られた。
- さらに、認知症へのかかわり方について、認知症の方が行方不明になったと想定した「認知症見守りネットワーク模擬演習・模擬訓練」を学校など様々な場で実施。目的としては行方不明者を見つけることではなく、行方不明になりそうな人に気がつき声掛けできる住民を作ることである。
- 訓練だけで終わらないよう、警察等に認知症で捜索願が出た時に行政から登録されたメールアドレスに一斉送信する「認知症高齢者等 SOS ネットワークシステム」を構築している。SOS ネットワークは捜索の送信だけではなく、認知症対策や啓発、地域づくりに関する情報も定期的に発信する予定。
- こうした取組を通し、当町では認知症対策をコンセプトにしたまちづくり、地域包括ケアシステムの構築を進めていく。

#### <取組の具体的な効果（把握できたこと）>

##### **【やりっぱなしにならない、効果の高い地域ケア会議（各支所ケア会議）】**

- 支所ケア会議に医療・介護関係者が官民間問わず参加することで、顔の見える関係が構築できている。
- 情報共有は日頃からの ICT の活用で合理的に行われるため、各支所ケア会議では施策立案につながる検討時間を持つ余裕を生んでいる。
- 現場から出た課題解決案は言って終わりにせず、何らかの結論につなげる。これが関係者のやりがいと責任感に繋がっている。町全体に自由に意見を言い合える風土が醸成されている。

##### **【実効的な地域課題の検討・解決策の実践】**

- 健康福祉検討会で決まったことはスムーズに進む。これは、当検討会の重要性が幹部を含む町職員と参加者に認識されているため。また、交通問題など組織横断的な内容は関係課にも参画してもらい、共通認識を得ながら議論することもできている。

- 情報共有、方向性の共有や、実施の労力に見合うだけの実りがあるという感覚を参加者が持っており、これは検討会が大きな役割を果たすための重要な要素である。

### <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

#### 【最重要キーパーソン 医師が必ず出席／他の多様な主体の参加を呼びかけ】

- 医師を中心として会議を構築してきた。一般に、こうした会議は多忙な医師が参加しない傾向があるが、那賀町では医師が日程調整を行うというルールがあり、必ず出席する体制ができている。
- 地域住民に身近な検討課題を取り上げるには、行政だけの議論では地に足がつかない。守秘義務へ配慮しつつ、議論の裾野を広げるため、商工会や介護サービス事業所などに会議の参加を呼び掛けた。
- ICT の活用や会議運営にあたり、徳島大学やさわか福祉財団などの参加が、これまで前例がない新事業を行う強力な支援となった。限られた専門職の中での実践だけでなく、大学の力も借りて取り組むことは、効果的な住民啓発および職員支援の観点から重要である。
- なお、地域包括ケアシステムの構築に関して言えば、中学校区規模の 3000～4000 人程度の人口規模でシステムを検討することが望ましい。専門職が直感的に「あの人は〇〇さんの孫だ。子どもは結婚していない。介護は難しいかもね」など、家庭環境の把握までできるのがこの規模である。大きな自治体であってもこのレベルまで区分けして対応するのが良いのではないか。

## ②医療・介護連携に関する取組<「(新・)みまもるくん」による情報共有>

### <取組の具体的内容>

- 地域の高齢者、障害者等の情報をタブレット等を活用して入力・関係者間の共有を図る「みまもるくん」を平成 26 (2014) 年に導入・運用。
- 平成 27 (2015) 年、各支所のケア会議に参加する保健医療福祉の関係機関(民間事業者も含めて)にタブレットを配布して、だれもが「みまもるくん」でリアルタイムで情報共有ができるように展開してきている。
- 平成 28 (2016) 年、みまもるくんのシステムをリニューアルしたことで、呼び方を「新・みまもるくん」と変えている。



みまもるくん 画面 (那賀町ご提供資料)

<取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

**【災害対応を契機にシステムが脚光を浴びる】**

○ 主な経過は下記の通りである。

年度	経過
平成 26 年 以前	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村合併による業務範囲の拡大、各支所の職員減少等により、各支所ケア会議から健康福祉検討会への地域課題の提示が困難になることが増加。</li> <li>・また、各支所ケア会議でのケース検討にあたり従来の紙記録では不便ということで、データでの記録をネットワーク上に保管することを検討したが、個人情報保護の関係で町総務部門が反対・却下。 →データのクラウド化のニーズはあったものの、実現には至らず</li> </ul>
平成 26 年 8 月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・町で豪雨災害があり、多くのボランティアが支援にきてくれたが、手書き資料でのマッチングで大変不効率だったので、見かねた診療所医師がクラウドを使ってマッチングシートを運用。</li> <li>・県や町長が参加する災害対策の反省会で当システムが大変評価され、役場が消失してもクラウド上にデータがあれば瞬時に共有できるとし、導入の流れとなる。</li> </ul>
平成 26 年 10 月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・iPad を 21 台配布（医療機関・役場関係・社会福祉協議会など）</li> <li>・費用は、県の在宅医療ネットワーク推進事業を活用。ここで、みまもるくんのクラウド上での使用が実現した。</li> </ul>
平成 27 年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・試験運用（20 台追加し、民間事業所にも配布）</li> <li>・平成 26（2014）年度は災害時の要援護者台帳色が強かったが、運用拡大後は、情報の定期的な更新を各支所ケア会議で行うこととし、要援護者の情報整理・更新と各支所ケア会議での活用の 2 つの目的で運用。</li> </ul>
平成 28 年 ～29 年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・那賀イ〜とプロジェクト（徳島大学と連携した食支援連携促進事業（平成 29 年度老健事業））で当システムを活用することとなり、「新・みまもるくん」にリニューアル →現在は、配付の iPad や私用パソコン等でデータの閲覧が適切なセキュリティー管理のもと、条件付きで可能である。</li> </ul>

- 平成 26（2014）年 8 月に活用したマッチングシートは、医療・介護関係者の情報共有の重要性を認識していた診療所医師（町の顧問・アドバイザー的な立場にいる）が、会議のたびに情報更新ができるデータベースを作成しており、これを活用したもの。
- 従来、個人情報保護等の関係で町全体への活用は却下されていたが、豪雨災害のマッチングで日の目を見て活用されることとなった。

<取組の具体的な効果>

**【リアルタイムで漏れ無い情報共有：地域ケア会議も効率化】**

- 当町は面積が広く過疎地域であり、各事業所や患者・利用者宅間にも相応の距離が

あることが想定されるが、みまもるくんの活用により迅速かつ漏れのない合理的な情報共有が可能となっていた。夜間や休日関係なしにリアルタイムで情報が更新され、新・みまもるくん以降は、タイムライン機能を活用したこまめなやり取りにより、関係性の距離も縮まった。

- 各支所ケア会議の開催前に必要な情報のやり取りができるので、情報共有の時間が削減され、より深い話し合いができるようになった。
- また、みまもるくんの導入にあたっては、勉強会を頻回に開催したほか、各支所ケア会議の記録は医者が打ち込むというルールにした結果、他の職種も医師と交流が持てるようになり多職種の連携が促進した。

### <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

#### **【システムは手段：前提として良好な多職種連携が必要】**

- 取組が円滑に進んだ背景として、元々情報共有の必要を重視する専門職が多かったこと、保健・医療・福祉の専門職間の関係が良好であったことが挙げられる。ICTが入ってきたから連携が取れるようになったのではなく、もともと普段から連携がとれている中に ICT が導入され連携の質が高まったものと考えられる。
- また、強力な医師のリーダーシップがあったことも理由である。医師が参加しないのは、この患者の主治医は誰か、この地域の患者に関わってよいのか、と医師同士が配慮するテリトリーの問題、また他職種が医師に大きな配慮をするため調整がうまくいかないという問題がある。会の運営やシステムの運用におけるルールを明確化することで、テリトリーの問題等を緩和することが重要と思われた。
- 会議では紙媒体での配布を廃止して、みまもるくんを触らないと情報が閲覧できない状況にすることが効果的だった。情報が必要であればみまもるくんの操作が半ば必ず必要、という雰囲気を作った。
- 利用者のデータ登録に関しては、地域包括支援センターが最初に基本情報等を打ち込む。月 2～3 例であり負担感はない。

### **③介護予防に関する取組 <筋トレクラブ／100 歳体操>**

#### <取組の具体的内容>

#### **【診療所で筋肉トレーニング】**

- 診療所の一部にトレーニングマシンを置き、自由に使用できる「筋トレクラブ」を開催。初期投資はマシン代の 200 万円で、その後機器の増設により 400 万円が投じられた。参加者は月 500 円で使い放題で、ここに来ると元気になると口コミで広がりサロン化した。筋肉を鍛える者、話をしに来る者、何かを作って渡しに来る者など様々。Tシャツの作成、販売により自主的な運営ができている。

- 「いきいき 100 歳体操」が平成 28（2016）年から始められ、約 20 か所で実施。住民が主体的に運営に関与している。

#### <取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

##### **【健康福祉検討会で提案、実現】**

- 「筋トレクラブ」は、診療所独自の発想で開始。やがて介護予防事業とリンクするよう、健康福祉検討会で、他地域に展開するよう協議し実施した。生きがいデイ（誰でも参加できるデイサービス）廃止に合わせて場づくりとして提案された。
- 「いきいき 100 歳体操」は県の支援を受けて勉強会が始まり、有用と判断されたことで導入。事業実施にあたり一つの組織では人員を確保できないため、保健医療福祉課・町社会福祉協議会・地域包括支援センターが協働で運営している。

#### <取組の具体的な効果>

- 筋トレクラブはリピーターが多く、ほぼ毎日参加する高齢者もいる。筋トレクラブに参加するので通所介護等を利用しなくてよくなった（利用しなくてもいい）高齢者がいる。
- 100 歳体操は週 1～2 回の頻度で、旧町村全域で開催されている。参加者が 30 名を超えている会場もある。

#### <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

- 100 歳体操は県からの導入支援があって実現した。
- 当初は他の予防教室もあり、「同じことをまた始めるのか」という声もあったが、淡路島から実際に行っている専門職にきていただき、専門職や住民に話していただいた。そこでこの体操は効果があると認識されて広がった。

### (3) 地域包括ケアに関する取組において必要な支援

#### <県・地方厚生(支)局等に望まれる支援内容>

- 県南部や徳島県全体での広域的な取組に関する支援があると良い。当町では外出支援が課題となっており、具体的には交通機関の問題、資金面の課題がある。こうした課題解決が柔軟に検討できるよう、地域づくりをしやすいルールを作ってはどうか。また、医療や福祉などの講師の紹介があると良い。
- 新・みまもる君のようなシステムは、自治体ではハードルが高い面もある。特に小規模自治体の場合、予算の問題もある。大学、県や地方厚生(支)局によるプラットフォームの整備は有効ではないか。
- 国や県からの支援は、市町村にとっては「やらなければならないこと」と受け止められる、縦割り行政に陥りやすい、というような弊害もありうる。地域の実情に応じて規制を緩和したり、自治体自ら工夫できたりするような支援が必要と感じた。
- 現場の意見を踏まえた柔軟な対応が必要。一方、柔軟な対応を重視することは、取組が活発な自治体を大きく後押し地域格差につながりうる。そこで、地域づくりのノウハウの提供、または地域づくりにおける評価手法の開発等により、本来業務がうまくいっていない理由を診断し、自治体に合った取組、解決策の提示を行えるようにしてはどうか。

## 7. 香川県小豆島町

### 小豆島町 ★ここがポイント★ 「未架橋の離島でのシステム構築」

#### 1. 複数自治体・病院の協働の場「地域包括ケア連絡会」

行政、医療・介護連携の場が病院の統合で更に効率的、活動的になった。

#### 2. 医療機関再編を核とした生活環境のデザイン

公共交通機関や教育施設などの統合、整理を実施、計画している。

#### 3. 地域で生活を支え合う仕組み「有償ボランティア」

介護予防事業に関する多様な取組が進められ、利用者側にも評価されている。

#### ◆ 自治体の状況

総人口	14,862 人			 <p>国土地理院ウェブサイト地理院地図を加工して作成</p>
平均年齢	54.9 歳（全国平均 45.0 歳）			
高齢者人口	6,136 人			
高齢化率	41.3%（全国平均 25.6%）			
面積	95.59 km <sup>2</sup>			
人口密度	155.5 人/km <sup>2</sup> （全国平均 340.8 人/km <sup>2</sup> ）			
要介護認定者	1,249 人			
施設数	病院	3 か所	訪問介護事業所	6 か所
	診療所	3 か所	訪問看護ステーション	1 か所
	歯科診療所	6 か所	特別養護老人ホーム	3 か所
	地域包括支援センター	1 か所	介護老人保健施設	2 か所
	居宅介護支援事業所	5 か所	介護療養型医療施設	1 か所
その他	未架橋の離島（小豆島）内にある自治体。島は他に土庄町があり、2 町で構成されている。			

※総人口～人口密度は平成 27 年国勢調査、施設数は医療情報ネット・介護サービス情報公表システムより

## (1) 地域包括ケアに関する取組の背景

### <沿革>

- 平成 18 (2006) 年 3 月、内海町と池田町が合併して小豆島町が誕生。小豆島は小豆島町と土庄町の 2 町の自治体により構成されている。
- 小豆島町は県内で最も高齢化率が高い。平成 18 (2006) 年度の自治体合併時は高齢者数が 5,800 人ほど、うち要介護認定者は 1,000 名弱であったが、現在は高齢者が 6,000 人を超え、要介護認定者は 1,150 人ほど。この 10 年間で高齢化が急速に進行した。
- 介護保険給付費も 1 人あたり金額が増えつつあるが、介護保険サービスは民間事業者の活躍もあり、高い水準のサービス提供ができていのではないかと考える。調整交付金が 8%ほどになっていることも大きい。

### <従来、医療・介護・福祉等分野で抱えていた問題・課題意識>

- 専門職 (医師、看護師、助産師、薬剤師、介護職等、病院や介護現場で働く専門職) の人材確保に窮していた。現在、町直営で特別養護老人ホーム 60 床、介護老人保健施設 28 床を運営しているが、特に夜勤職員の不足で 4 階層のうち 1 階層の運営に支障がでていた。
- 医療に関しても病院の看護師の平均年齢が 46~47 歳であるなど、体力的・精神的余裕がない状況にあり、退職後の方の再雇用等を検討している。若年層が不足しており、また退職者も少なくない。進学先として島外の学校を選ぶ学生が多く、当町で修学資金を貸与 (月額 5 万円・8 万円) するなど力を入れて取り組んでいるが、それでも当町に帰ってくる人は少ない。いかに戻ってもらうかが町の重要な課題。
- 当町のナースサポートセンターでは、OB の保健師、看護師、助産師が、看護だけでなく介護も含め人を無料であっせんする取組をしている。当センターへの登録を呼びかけたところ、130~140 人の住民の登録があった。センターでは、それら登録者と求人を出している医療機関等のマッチングを行っている。この取組を介護分野にも広げ、例えば看護師の介護分野における活躍を進めるなどして、介護の質を高めることを考えている。
- 小豆島は離島のため、夜間・悪天候時の移動制限があることから、ある程度のことは島内で完結できるようにする必要があった。一方、日常的にはある程度利便性が確保されているので、住民は医療の確保等に関して大きな懸念は持っていないように感じられる。大学病院等三次医療機関にも 1 時間程度で行くことが可能で、そちらを受診する住民も多い。島内にかかりつけ医を持つことの重要性を啓発している。
- 開業医と小豆島中央病院との連携としては、普段から医師会等と交流を持っており確保できている。開業医レベルで何かあれば中央病院が入院対応を行う。が、手術対応が必要となると、これまで合併前の病院が手術できなかったという歴史的経過もあり、高松市内の病院に紹介することが多い (患者側からの希望も多い)。

## (2) 地域包括ケアに関する各種取組の内容・具体的効果

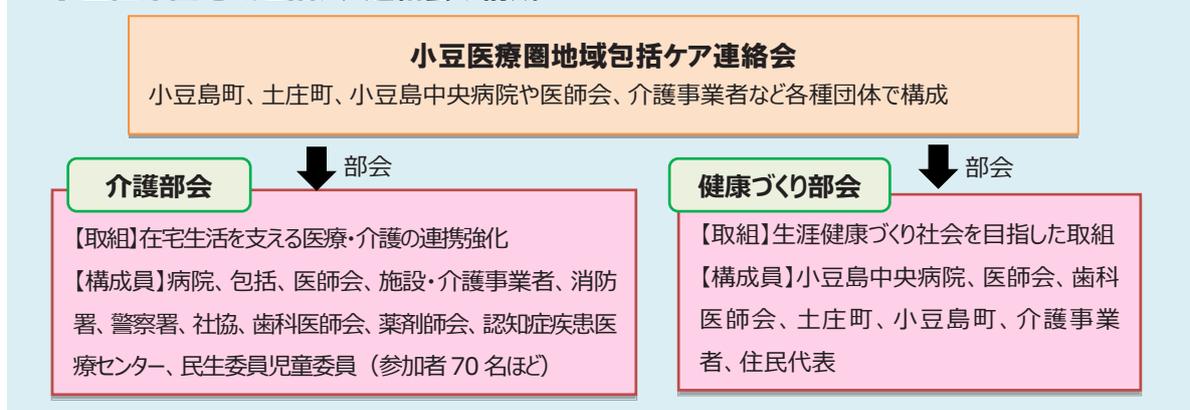
### ①医療・介護連携〈小豆島中央病院・地域包括ケア連絡会を中心とした連携〉

#### 〈取組の具体的内容〉

#### 【両町・病院合同の「地域包括ケア連絡会」】

- 小豆島町・土庄町の両町を含む小豆島が一体となり地域包括ケアの取組を進めるべく、「小豆医療圏地域包括ケア連絡会」を開催している（概ね年1回程度）。
- 当連絡会は両町が合同で事務局を担っており、連絡会本体のほか2つの部会を有する。「介護部会」では医療資源マップの作成、研修会の開催、見守りカードの作成等を行い、「健康づくり部会」では島内のウォーキングマップの作成・配付、小児生活習慣病の予防活動等を実施、検討している。事業内容は両町担当者、病院、事業者等が課題を出し合い、話し合いにより次年度の事業計画を立てることで決定する。
- 部会は概ね3ヶ月に1回程度の開催頻度（夜間や休日等の開催が多い）。事務局は、介護部会は小豆島町、健康づくり部会は土庄町がメインで担っている。将来的には元気高齢者部会、医療部会、住まい部会の設置も検討している。
- なお、連絡会や部会の費用は、地域医療介護総合確保基金等など、様々な会計・補助金等の活用により工面している。

#### 〈小豆医療圏地域包括ケア連絡会の構成〉



#### 【小豆島中央病院による健康づくり】

- 平成29（2017）年度から、小豆島中央病院のリハビリ職と町役場保健師等が連携して、町が実施する健康づくり事業のエビデンス検証に取り組んでいる。また、両町と小豆島中央病院が合同で健康づくりに関する啓発キャンペーン、健康教室の開催等に取り組んでいる。
- 健康づくり部会で健康・取組が進められている小児生活習慣病の予防についても、病院が実務に関わる予定である。

### オリーブヘルスケアシステムのエビデンス検証

…リハビリ職のサポートを受け、継続的に健康づくりに取り組むグループ（オリーブヘルスケアシステム利用者群）と一般のグループ（非利用者群）の健康面の比較検証を行う

### オリーブヘルスケアシステム

歩数や体重、血圧等のデータを計測・蓄積し、自身での健康管理やテレビ電話を用いた相談事業等に活用

### 【小豆島中央病院が生活の様々な場面を支援】

- 当病院は島内唯一の救急医療機関、感染症指定医療機関であるため、健康づくりのほか、救急医療、災害分野において、小豆島中央病院を中心に2町、医師会、薬剤師会等が連携して対応する体制が組まれている。また、特別支援学校が当病院近隣の小学校に併設されるため、障害福祉分野でも当病院の大きなサポート力が今後期待される。
- 医療・介護分野だけでなく、障害、子どもなども含めた多分野の総合的・包括的な支援を当病院が行っている。

### <取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

#### 【病院統合を契機とした一体的な取組推進：「ピンチをチャンスに」】

- 元々、小豆島町と土庄町にはそれぞれ公立病院が設置されていたが、人員不足により両病院の維持が困難となった。また、経営悪化等の理由もあり、地域医療を守るため2つの公立病院を統合し、平成28(2016)年4月に小豆島中央病院が誕生した。
- 病院統合に際して、島全体で小豆島の地域医療を守り育てる必要性の認識が深まり、地域住民も参加した学習会、意見交換会等が開催され、また小豆島中央病院を活用し、島全体で医療・介護を充実させ、安心して暮らせる小豆島をつくろうという機運が高まった。これが、行政の枠を超えた地域包括ケアの構築につながった。
- また、小豆島中央病院が島唯一の病院となることから、両町の医療・介護におけるあるべき姿も統一が必要だろう、との考えが生まれた。こうした背景・島民運動を元に発足したのが「小豆医療圏地域包括ケア連絡会」である。病院の存続困難というピンチを契機に地域包括ケアシステムの一体的構築が推し進められた事例と考えられる。
- 連絡会に関しては、小豆島町（町長）の発案で、土庄町、医師会等もこれに賛同したことで、円滑な連絡会の発足が実現された。連絡会発足は、関係団体トップの相互理解の上に成り立っている取組である。

### <取組の具体的な効果>

#### 【調整・検討・会議のワンストップ化の推進：効率的な事業推進】

- 連絡会ができたことで、小豆島の中で統一的、効率的に事業を実施できるようにな

った。関係会議も1つに統一できるものが多くなり、これにより各町で同じ事項を別々に検討して後ですり合わせが生じたり、同種の会議に重複して出席するといったことがなくなり、業務の効率化が大きく進んだ。

- 地域支援事業においても、在宅医療・介護連携推進事業の多職種研修や、認知症総合支援事業における初期集中支援チームの研修会等、両町合同で行うほうが望ましいと思われる事業は合同で行えるようになった。一方、生活支援体制整備事業（コーディネーター配置）等各町で独自に行った方が望ましいと思われる事業はそれぞれで行っており、事業の特性や必要性等に応じた使い分けが柔軟に行えている。
- 病院が1つになったことで、同じ場所に頻度高く集まるようになり、連携が強化された各町に病院があった時は、各町の病院に個別に事業等を依頼していた。2つの病院が現在も併存していたならば、行政もどちらの病院にお願いしようか、といった葛藤や検討が生じ、このように活動が円滑に進まなかった可能性もある。ただし、1病院に事業実施等の負担が集中する点はデメリットとも思われる。

#### <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

- 小豆島中央病院、土庄町、小豆島町の事務局が十分連携を図ったこと。また、元々両町は現場レベルでの連携がよくとれていたことが、連絡会を円滑に回せていた理由と考えられる。

## ②介護予防の取組<介護ボランティア制度・サロン・運動教室>

### <取組の具体的内容>

#### 【①介護予防支援ボランティア制度】

- 見守り、サロン活動の企画運営、配食サービスの配送安否確認、ごみ出し、買い物支援等を、地域住民のボランティアが行い、町は活動実績に合わせポイントを付与する。たまったポイントは、年間上限1万2千円までの範囲で換金できる。

<b>対象者</b>	ボランティアの対象者：介護予防支援ボランティア登録者 ポイント換金の対象者：介護予防支援ボランティア登録者のうち、65歳以上で介護保険等のサービスを利用していない方
<b>活動内容</b>	①高齢者の見守り訪問：自宅へ訪問し、安否確認と話し相手になる。病院、施設等も対象。 ②地域のサロン活動の企画・運営：サロン活動等の企画や運営の手伝いを行う。 ③買い物・ゴミだし支援：自宅へ出向き、安否確認やゴミだし、買い物を行う。 ④配食サービスの配送：地区の拠点で弁当を受け取り、対象者宅へ届け、安否確認を行う。 ⑤町の実施する介護予防事業等の補助：ヘルスケアシステムの補助等
<b>評価方法</b>	ボランティア1時間あたり100ポイント（1日4時間400ポイントまで） ※配食サービスの配送は1回30ポイント、ゴミだし支援は1回50ポイント ポイントの上限は年間12,000ポイント（12,000円）

- ボランティアが行える支援は前ページ表のとおりで、これ以外の家事援助は総合事業（訪問型サービス A）で対応することとなり、サービス内容により担い手が明確に分けられている。こうしたサービスは地域包括支援センターが、各地域のボランティアの有無、利用者の総合的なアセスメント結果等をもとにコーディネートする。

### 【②介護予防グループ活動事業の実施（サロン活動）】

- 月 1 回、定期的に運動・口腔・栄養・こころの健康・いきがいをテーマに、介護予防に取り組む団体に対して活動費を助成する（月額 5 千円）。

### 【③介護予防運動教室の実施（総合事業）】

- 事業対象者・要支援者を対象に、通所型の運動教室（概ね 2 時間程度、週 1～2 回）を開催。従前相当のデイサービス（介護的支援）が必要な方と、介護予防・重症化防止が必要な比較的元気である方で、サービスの使い分けができるようにしている。
- 事業は、指定介護予防事業所または人員基準を緩めた事業所に委託して実施。

## <取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

### 【①介護予防支援ボランティア制度】

- 一人暮らし高齢者が増える中、見守り体制を確保することをきっかけとして平成 22（2010）年から介護予防支援ボランティア制度を発足させた。
- 当初は個別の高齢者宅への見守り訪問中心のボランティア活動であったが、ボランティア数の増加と地域ニーズに合わせ、ごみ出し支援や買い物支援等も活動の対象に加え拡大させた。高齢者の見守り訪問も地域ぐるみで取り組む地域も増えてつある。
- 有償ボランティアという形式上、対価をもらってボランティアをすることに気が引けるといふ人もいるが、逆に対価が発生したほうが行政事業というきちんとした形をとれるため、支援者・利用者双方ともサービスを気兼ねなく利用できるという声もある。

### 【②介護予防グループ活動事業の実施（サロン活動）】

- 老人クラブ補助金が年々減少する中、補助金の増額を求める声が高まっていた。そこで、地域支援事業を利用し、自主的に介護予防に取り組む団体に対して、活動費を助成する介護予防グループ活動支援事業を実施した。
- 資金確保と介護予防双方のメリットがあり、徐々に取り組む団体も増えている。

### 【③介護予防運動教室の実施（総合事業）】

- 総合事業が国から提示された当初は、介護予防訪問介護・通所介護が今後無くなる

可能性についても示唆されていたため、これに代わる市町村事業として本事業を実施したことがきっかけである。

### <取組の実績>

○実績は下記の通り。なお、要介護認定率等における効果は未検証である。

取組	実績	備考
介護予防支援 ボランティア活動実績	【平成 26 年度】 71 人（換金額 331,000 円） 【平成 28 年度】 109 人（換金額 482,000 円）	・一般介護予防事業で実施。 ・平成 28（2016）年度の 109 人のうち、実際に生活支援に携わる方は 50 人弱ほど。他の方はグループ活動、サロン活動のコーディネートなどを行っている。
介護予防グループ 活動事業の実施	【平成 26 年度】 取組団体 26 団体 【平成 29 年度】 取組団体 32 団体	-

### <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

#### 【行政による地域住民の支援：地域づくりの雰囲気醸成】

- 介護予防の活動がうまくいった背景としては、介護予防に関して意識の高い地域住民が元々行っていた活動を、補助対象事業として位置づけモチベーションを高めるなど、うまく地域住民の力を活用するよう行政が働きかけたことが想定される。
- 地域住民の力の発揮を支援することで、地域づくりや共助・互助の雰囲気づくりという副次的な効果も期待される。
- また、小豆島町は介護保険における総合事業のモデル事業地域であり、様々な取組に先駆的・試行的に取り組んだ経過がある。その活動がきっかけとなり介護支援ボランティア制度等が進んだことから、一つのきっかけを生かし、広域的な取組として育てる機運があったと思われた。

### ③広域連携に関する取組 <小豆島オーリーブバス等>

#### <取組の具体的内容>

- 小豆島オーリーブバス（民間の株式会社による運営）の路線の再編成、運賃の見直しを実施した。運賃は、最大 1180 円を最大 300 円（初乗り 150 円）に減額。

#### <取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

#### 【施設開設に伴う住民ニーズの充足に向けた、大幅な料金体系等の変更】

- 当地域では、消防、可燃ごみの焼却、養護老人ホーム・特別養護老人ホームの運営、水道水源の管理など単独町で実施が困難な事業を広域で実施していた。このような

中、小豆島中央病院の開院、その1年後の小豆島中央高校開校により人の移動の流れが変わっていくことを受け、利用者の視点に立った公共交通（オーリーブバス）の料金、路線、頻度を抜本的に見直すこととした。

- 再検討は、「地域公共交通の活性化及び再生に関する法律」に基づき「小豆島地域公共交通協議会」を小豆島町・土庄町の2町で共同設置し、当協議会で実施した。協議会では、バス事業単体での採算性のみを考えるのではなく、病院事業の採算や利用者の利便性等を総合的にとらえ、全体最適を考えた上で、料金の減額や路線の再検討を行うに至った。

### <取組の具体的な効果>

#### 【バス利用の促進・住民ニーズ充足の両立】

- 路線、料金の見直しにより、元々空席が目立っていたバスが学生、通院患者等で大幅に旅客数が増加し、利益を上げるまでになった（詳細は下記の通り）。

年度	利用者数	備考
平成 24 年度（23 年 10 月～24 年 9 月）	336,410 人	
平成 25 年度（24 年 10 月～25 年 9 月）	493,513 人	
平成 26 年度（25 年 10 月～26 年 9 月）	441,278 人	
平成 27 年度（26 年 10 月～27 年 9 月）	407,262 人	平成 28 年 3 月 20 日 運賃・路線再編
平成 28 年度（27 年 10 月～28 年 9 月）	518,422 人	
平成 29 年度（28 年 10 月～29 年 9 月）	659,780 人	

- この取組は住民の生活導線の政策的誘導と見ることもでき、病院の新たな開院、高校の開校による住民のニーズ充足を、可能な限りコストを抑え実現した例と考えられる。

### <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

- バスの利便性を高めたが、それでも通院が困難な人（肢体不自由者（1・2級）、重度の要介護認定者（3以上）等）に対し、平成 29（2017）年度から2町が足並みをそろえ、タクシーチケットの助成を開始。対象は約 30 人、月額 1000 円を助成。
- 実績は町の支出額として 30 万円程度であり、今後利用促進に向けたさらなる検討を進めていく。

### (3) 地域包括ケアに関する取組において必要な支援

#### <県・地方厚生(支)局等に望まれる支援内容>

- 人材確保が可能となるように、働きたくなるような給与水準が確保できる介護報酬体系の整備(人材がより集めやすくなるように)や、介護度改善に対する成功報酬的な支援があると望ましい。要介護度が低い方が多くなると収益が減るという報酬設定は、事業者等のモチベーションに影響する。
- 10年後、30年後といった中長期的なコミュニティの在り方を正確な分析、予測のもとでイメージする。行政の将来予測(人口動態、産業構造)は恣意的、希望的で現実と異なることも多い。それらを正しく評価、指摘すること、その上で必要とされる医療、介護の量、質、機能とそれに至るための道標を、客観的・専門的に示すことが必要。
- 自治体に関しては、特に住民教育。例えば小豆島町であれば「小豆島中央病院や島内の開業医をかかりつけ医にしましょう」「不急、不要の時間外受診は控え、医師・医療介護専門職を大切にしましょう」「ACPを形成しましょう」など。それと並行した健康増進、疾病予防、介護予防の取り組みが望まれる。
- 自治体が部署横断的に取り組むために、担当者レベルで必要性を問うだけでなく、そのように取り組んだことを評価する交付金等の仕組みやトップダウンとなるトップセミナーもあればいいのではないかと。
- 小規模自治体で取り組むためには広域的な取り組みも必要で、今後は県、保健所等の関わりも必要になると思われる。

## 8. 愛媛県西予市

### 西予市 ★ここがポイント★ 「人がつながる場所・仕組みづくり」

#### 1. 活発なサロン活動を支える「トリアージ」と地域での話し合い

市内では 121 ものサロンが活動しており、住民の介護予防に向けた取組の場として役立っている。継続支援が必要なサロンの見極めや、地域住民自らが取り組むべき課題を考えることによって、活発な活動の維持・発展につながっている。

#### 2. 医療・介護 さまざまな手段で情報共有

医療・介護関係者の連携に向け、処遇困難事例の検討会議「連携せいよ」や、クラウドシステム kintone を用いた日常的な情報共有といった、特徴的な取組を行っている。

### ◆ 自治体の状況

総人口	38,919 人			
平均年齢	54.2 歳（全国平均 45.0 歳）			
高齢者人口	15,867 人			
高齢化率	40.8%（全国平均 25.6%）			
面積	514.34 km <sup>2</sup>			
人口密度	75.7 人/km <sup>2</sup> （全国平均 340.8 人/km <sup>2</sup> ）			
要介護認定者	3,275 人			
施設数	病院	3 か所	訪問介護事業所	9 か所
	診療所	33 か所	訪問看護ステーション	5 か所
	歯科診療所	20 か所	特別養護老人ホーム	6 か所
	地域包括支援センター	1 か所	介護老人保健施設	3 か所
	居宅介護支援事業所	19 か所	介護療養型医療施設	0 か所
その他	海と山に囲まれた地形で標高差が大きい。			

※総人口～人口密度は平成 27 年国勢調査、施設数は医療情報ネット・介護サービス情報公表システムより

## (1) 地域包括ケアに関する取組の背景

- 平成 16 (2004) 年に東宇和郡 4 町 (宇和町・野村町・城川町・明浜町) と西宇和郡 1 町 (三瓶町) の 5 町が新設合併して誕生した。海拔 0m の海岸地域から四国カルストの標高 1,400m まで、海あり山あり高原ありの広大な地域である。
- 人口減少と高齢化が進み、独居高齢者や高齢者のみの世帯が増加している。病院や地域の医療機関へ通院することが困難になる人が増え、在宅医療の充実が求められている。医療に関しては、人材不足等も問題視されている。

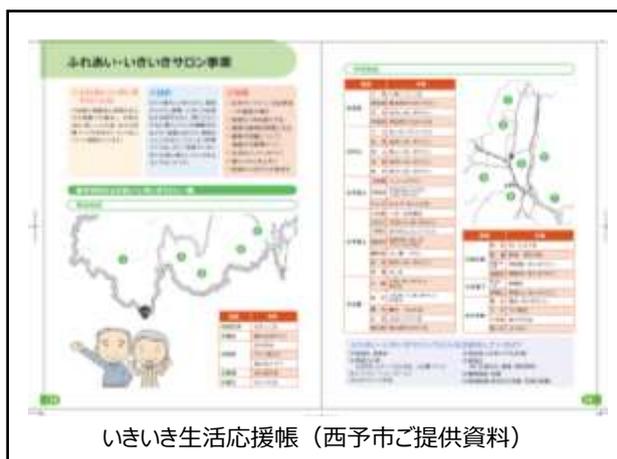
## (2) 地域包括ケアに関する各種取組の内容・具体的効果

### ① 元気で暮らし続けるためのサロン活動支援～みんなで考える、みんなでつくる～

#### <取組の具体的内容>

#### 【市内のサロン等情報を見える化・発信】

- 地域包括支援センターで、市内で開催されているサロンの情報や路線バス、スポーツクラブ等の情報を「いきいき生活応援帳」としてガイドブックにまとめ、地域の高齢者にも利用可能な形にして配布した。市内で 121 件のサロン活動が行われていることが明らかになった。



#### 【サロンリーダーへの聞き取り調査と支援】

- それぞれのサロンの実態や、運営継続にあたっての課題などを把握するため、実際にサロンに出向き、サロンの様子を見たり、リーダーに現在困っていることや、運営を今後継続していく上で気がかりなことについて訪問・聞き取りを行い、実態を調査した。
- 調査の結果を参照し、特に継続が困難と思われるサロンの洗い出しを行った。

#### 【サロンの効果把握のため、アンケートを実施】

- サロンへの聞き取りのほか、サロンの担い手が過度な負担を抱えていないか、利用者の自立支援の観点から手厚すぎるサービス提供を行っていないかなどを把握するため、また介護保険料を使って実施する事業としての妥当性を検証するために、市内 121 か所のサロンを対象としたアンケートを実施 (回収率 100%)。サロンリーダー

一と参加者を対象に、介護予防や社会参加の面でどのような効果がサロンにあるかを調査した。

- サロンにどのような効果があるかという設問では、「閉じこもりや孤独防止」、「健康状態の確認ができる」等の効果があるという回答が多く得られた。代表者側からの意見は、自分の楽しみにもなるサロンであり、参加者から感謝の気持ちを言われるので、それが励みになっているとか、地域や福祉への貢献につながっている、貢献したいという思いでしているといった声が上がっている。

### 【介護予防に向けた取組について、地域で話し合うモデル事業を運営】

- 介護予防の取組について話し合いの場を設けるモデル事業を、旧5町の各々で平均1か所程度で実施。
- 旧小学校区で住民に集まってもらい、介護予防に向けての課題や、自分たちが何をすべきかということ地域住民同士で話し合ってもらった。



地域での話し合いの様子（西予市ご提供資料）

### <取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

#### 【介護予防活動の支援にあたり、まず現状把握を実施した】

- 地域包括支援センター等では住民から「病院や施設でなく、住み慣れたこの町で自分らしく長く暮らしたい」、「子供に世話をかけずに暮らしたい」という声が多く聞かれていた。そのためには、住民の理想を実現する助けとなる、介護予防や見守りに役立つ場が地域にどれくらいあるのかをまず把握し、適切な支援をすすめるべきだと考えたことがきっかけ。ここから、アンケートや聞き取り調査につながっていった。
- 小学校区での話し合いについては、元々地域支援事業で実施した基本チェックリストの情報を有効活用したいというところから来ている。例えば認知症の方が多いと思われる地域が地区分析で明らかになったので、そこに認知症対策の事業をする前提でモデル事業を行うなど。実際にはなかなか円滑な実施には時間がかかっている。

### <取組の具体的な効果>

#### 【調査によるサロンの効果、必要性の検証・把握】

- サロンへの聞き取りやアンケートでは、利用者の多くが、ひとり暮らしや高齢者夫婦、あるいは昼間ひとり暮らし高齢者が多く、人とかかわらないとますます年をとるという意見、1日誰とも話さないことがあるという人もいるというような実際の

状況も聞くことができた。「孤独感の解消や、安否確認、生きがいをづくりに一定の効果も挙げていることがわかる」と、サロンの代表者が考えており、サロンが介護予防につながっていることも把握できたことで、実際にこういう集いの場は必要であるとの認識に至った。

- 継続に困っており、消滅が危惧されるサロンについては、地域包括支援センターから職員を派遣し、これからの運営方針を一緒に考えていくことができた（サロンのトリアージと呼ぶこともできる）。
- 市内のサロン活動をこれからも活発なものとしていくため、「もともとある地域の関係性や力を壊さない」、「本人や家族の力も活かしていく」、加えて「ひとつの活動だけでなく横のつながりを大切にする」といった、今後の活動・支援の方向性を定めることができた。

### <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

- 継続が難しくなっているサロンに対しては、ボランティアなど外部から人員を派遣するよりも、参加者のできることを生かし、それぞれに役割を持たせることにより解決を図った。
- 小地域での話し合いは、地域の意向も踏まえ小学校区で設定した。住民が適切と思う区分を、課題に合わせて自発的に設定してもらおう（例えば認知症による徘徊対策に適切な地域区分など）ことにより、無理なく開始することができる。

## ②対面・ICT を利用した情報共有～みんなに伝える、みんなで行き届く～

### <取組の具体的な内容>

#### **【地域ケア会議「連携せいよ」での情報共有】**

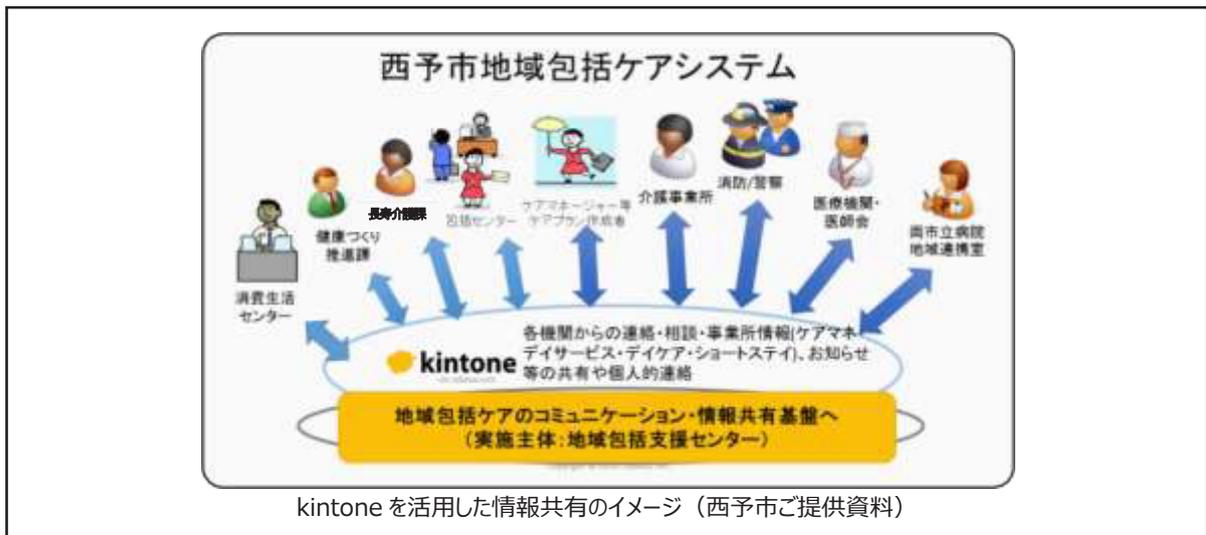
- 市の地域ケア会議「連携せいよ」には、市民病院地域連携室、施設職員、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、保健所（医師を含む）、市役所（健康づくり推進課、長寿介護課、福祉課）など、多様な職種・事業所が参加している。
- 月に1回検討会議を行っているが、平成29（2017）年度は在宅・入院患者で認知症、経済的困窮、身寄りがないなどの処遇困難事例について、「支援シート」を作成している。シートの活用により、経験年数の多寡や支援シートへの慣れ・不慣れに関わらず一定の支援が行えるよう工夫している。
- 元々年6回であったが、現在連携シートの作成を「連携せいよ」で進めており、完成に向けて毎月会議が開催されている。

#### **【ICT を活用した情報共有】**

- 平成25（2013）年度から、関係者間で、クラウドシステム kintone を使って、ショー

トステイやケアマネジャーの空き状況、認知症徘徊高齢者に関する情報などを共有している。個人情報原則書き込まないようにしており、情報を取捨選択し、工夫しつつ使用している。

- そのほかにも、日常的にサロンなどの活動報告や、架空請求やごみ排出困難世帯などの注意情報が掲載される。
- 市役所長寿介護課、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、短期入所生活介護、社会福祉協議会、デイサービスセンターがコアメンバーである。医療分野からは保健所、公立病院医療連携室、看護部長、医師会、訪問看護事業所、調剤薬局も参加し、平成 29（2017）年度には、223 人の関係者が利用している。



<取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

### 【セミナー参加者が、セミナーの内容をもとに自らの地域で具体的な活動を開始】

- 平成 22（2010）年に近隣地方（県南予地方）で、医療機関が少なく、交通の便が悪い地域での地域連携を考えるためのスキルアップセミナー（県主催）が行われた。セミナー受講だけでは西予市の地域づくりには直結しない、地域づくりを実効的に行うためには西予地域での連携会議が必要とのことで、そのセミナーの参加者で平成 23（2011）年から実施。
- 連携せいの日程調整は、当月の会議終了時に、翌月は何日に開催しようとの日程調整をするほか、kintone の通知により情報共有を行う。

### 【ICT を活用した情報共有】

- 平成 25（2013）年度にサイボウズ社がクラウドシステムを利用し、地域包括ケアを推進するためのツールとして利用してみないかと提案があり、医療介護連携分野での活動を検討した。
- 導入を検討するために地域包括支援センターへの聞き取りを行うと、新しく慣れな

いシステムの導入により業務を圧迫するのではないかといった不安があり、最初は導入しないことに決定した。しかし、何かに活用できるのではないかと検討を進め、現在の方法に至った。

### <取組の具体的な効果>

#### 【事例検討、支援シートの作成等、マイクロ～メゾレベルの支援方策の検討】

- 当初は2カ月に1回などの頻度で、まず最初は顔の見える関係づくりということで、医療、介護、福祉、行政を含め、関係者が集まって事例を持ち寄っての会議というところから始まったが、会議を進める中で、こうしたマイクロレベルの事例検討だけではなく、メゾレベルの支援と言える支援シート作成など、幅広い取組が展開されている。
- また、処遇困難事例について、担当者が一人で抱え込んでしまう（私しかいないのでやっている）状況が解決した。

#### 【ICTを活用した情報共有】

- 利用アンケートでは、「緊急連絡」で行方不明者の身元が早く分かった」、「詐欺などの情報が細かに分かり注意できた」、「分からない事も他の専門職に気軽に聞けるようになった」、「ショート空き情報が分かりやすく相談しやすくなった」といった意見がみられた。
- また、アンケートに回答した人の83%が「今までより、情報が多く入る様になった」と感じているほか、51%の回答者が「案内・記録・連絡がタイムリーに入手できた」と回答しており、緊密な情報共有への有効性が伺えた。

### <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

- kintone は関係者内で、使用に抵抗がある人も多く、使用してもらうまでに丁寧な説明が必要であった。事業開始の際は、事業説明会を2か所で、2回にわたり開催した。普及にあたっては、抵抗感を排除できるよう「携帯やパソコンをこんなに使うと思っていましたか?」、「ラインみたいなものですよ」、「みんなのアイデアで無限に発展するかも」ということを話した。
- kintone は初年度、無償でサービスを提供してもらえそうな契約とし、「うまくいかなかったらやめてもOK」ということで利用へのハードルを下げることができた。
- 参加する際は、どの職種も顔写真を撮影して登録してもらっているため、実際には会ったことがない他職種の人に対しても「こんな人なんだな」という見当がつくようになっている。
- 連携せいよを含む各種会議に関しては、現在、ケース検討や健康づくりなど、目的・施策別に設置された会議が当市で非常に多く、重複が見られることから、整理を進める方針。

- kintone は、個別の利用者について、それに関わる専門職での情報共有には現在活用していない。今後の検討課題である。

### (3) 地域包括ケアに関する取組において必要な支援

#### <県・地方厚生（支）局等に望まれる支援内容>

- 在宅医療介護関係者に関する相談支援については、地域包括支援センターが窓口になって行っており、これから利用を増やすべく PR を行っていく予定である。相談支援者の教育のために、広域での相談支援者の情報交換や研修を行ってほしい。対面での情報交換等が難しい場合は、ICT を活用した情報共有でもよい。
- 医療機関からの情報発信について、市内では市民に向けた医療・介護フォーラムを行って啓発活動を行っている。今後取組を推進していくにあたり、県内の好事例をモデルとして紹介するなど、情報提供があると有益と思われる。
- 今回のヒアリングのような「地域包括ケアシステム構築」を見直す機会を与えられると、市の事業全体を俯瞰し、再確認や、停滞していた業務を整理・推進するきっかけとなる。また、部局間の連携も整理されるため、今後も、県や厚生（支）局から定期的にこのような機会の提供が期待される。

## 9. 高知県梼原町

### 梼原町 ★ここがポイント★ 「全員参加の健康づくり」

#### 1. 住民に浸透している健康文化の里づくり推進員制度

各区からの推薦で選出された「健康文化の里づくり推進員」が、その活動で高い健診率と健康意識の向上に貢献している。

#### 2. 定期的なケアプラン会で細やかなケアを提供

地域をよく知る関係専門職が週1回集まり情報交換することで細やかな支援や対応が可能となっている。

#### 3. 利用者の状況に応じた居住施設の整備

町外に依存していた軽中度の介護が必要な高齢者の居住施設を整備するなどして、住み慣れた地域で安心して暮らしていける環境をつくっている。

#### ◆ 自治体の状況

総人口	3608人			 国土地理院ウェブサイト地理院地図を加工して作成
平均年齢	54.9歳（全国平均45.0歳）			
高齢者人口	1,527人			
高齢化率	42.3%（全国平均25.6%）			
面積	236.45 km <sup>2</sup>			
人口密度	15.3人/km <sup>2</sup> （全国平均340.8人/km <sup>2</sup> ）			
要介護認定者	246人			
施設数	病院	1か所	訪問介護事業所	1か所
	診療所	2か所	訪問看護ステーション	0か所
	歯科診療所	1か所	特別養護老人ホーム	1か所
	地域包括支援センター	1か所	介護老人保健施設	0か所
	居宅介護支援事業所	1か所	介護療養型医療施設	0か所
その他	愛媛との県境に所在。面積の91%は森林で、自然豊かな中山間地域。			

※総人口～人口密度は平成27年国勢調査、施設数は医療情報ネット・介護サービス情報公表システムより

## (1) 地域包括ケアに関する取組の背景

### <沿革>

- 昭和 30 年代、伝染病、結核予防対策、母子保健活動の時代に、住まいの衛生環境の向上のために、衛生組織連合会が発足した。また貧しい中でも子育てを良好な環境でできるよう母子保健センターを設置した。昭和 39 (1964) 年 3 月に「福祉村宣言」をし、また昭和 41 (1966) 年に町制が施行された。昭和 40 年代には無医地区の時代があり、医師確保が大きな課題となった歴史的背景から、国診協や県、各種協議会とも強く結びついた地域医療の積極的な推進がなされてきている。
- 平成 26 (2014) 年 11 月 3 日に「福祉のまちづくり宣言」をし、住み慣れた地域で暮らし続けるため「健康」「環境」「教育」「産業」「文化」「暮らし」の幸せを感じられる街づくりを目指している。

### <梶原病院・保健福祉センターの併設>

- 平成に入った頃から、独居高齢者等、退院後すぐに在宅復帰ができず、行先が決まらないなど本人が困るケースが出ており、本人や家族、病院、行政（保健師）が退院後の生活を一緒になって考える必要が生じた。そこで平成 7 (1995) 年に梶原診療所を梶原病院として新築し、平成 8 (1996) 年に保健福祉支援センターを併設し、地域包括ケアの中核とした。
- 保健福祉支援センターは役場に属する部署（課）である。職員は 25～26 名と、梶原町の課の中で職員が一番多く、国保、後期高齢、介護保険特別会計、福祉、健康増進、母子保健等に関する一般会計の予算（事業）を担い、本町予算規模の 3 割程度を占める。



- ハード整備や課の編成により、栲原病院の医師、看護師、理学療法士、管理栄養士、保健福祉支援センターの保健師、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが週に1回集まり、スムーズな退院調整に向けた情報共有や各種サービスの準備ができています。こうした定期的な連携の機会により、地域包括支援センターの職員が病棟内を歩き必要な情報を得ているなど、多職種間の連携がスムーズである。
- また、新任の専門職もこうした会議を通じて連携を当たり前ものと感じるようになり、多職種の人材育成にもつながっている。

## (2) 地域包括ケアに関する各種取組の内容・具体的効果

### ① 医療・介護連携に関する取組〈多職種検討の実践の場「ケアプラン会」〉

#### 〈取組の具体的内容〉

#### 【医療・介護専門職が週1回集まるケアプラン会】

- 入院患者や地域で支援が必要な方の情報を交換し、サービスの利用や支援の方法を検討する「ケアプラン会」を週1回開催している。当会には、病院（医師・看護師・管理栄養士・理学療法士等）、行政（地域包括支援センター保健師・社会福祉士・健康増進係保健師）、居宅介護支援事業所のケアマネジャー等の関係職員が集まる。ケアプラン会は業務時間内、医師の診察が終わった後に支援センターの会議室で実施。その場で電子カルテも確認できる。
- 全職種が保健福祉支援センターという同一建物内にいるため、すぐに連携が取りやすい環境が整備されている。
- また、月1回病院、歯科診療所、行政と「医科歯科連携検討会」を開催し、入院患者、外来等の口腔に関する情報を共有し、年3回ほど、職員を対象とした勉強会を開催している。

#### 〈取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯〉

#### 【情報共有の機運が高まる中、物理的に近い距離も後押しとなり会が開催】

- ケアプラン会は、高齢者サービス調整会議ができ始めた1980年代後半頃から始められた。当時は医師・保健師などが参加し、月1回開催されていたが、平成17(2005)年に地域包括支援センターが設置され、地域包括支援センターが在宅と医療機関のスムーズな移行におけるマネジメント機能を担ったころから、週1回になった。
- 元々病院の医師も、退院前に地域との情報共有を行うことが望ましいとの意向があり、支援センターの保健師もタイムリーに退院支援ができる介入場面を求めている。一方両者が直接話す機会は多くなかったが、保健福祉支援センターができたこと、同じ建物内にあるようになったことで、外来や病棟に保健師やケアマネジャーが出

入りしたり、病院医師が気軽に支援センターに顔を出すなどして、患者さんの情報共有がより図られるようになった。

### <取組の具体的な効果>

#### **【医学的状況・社会的背景を踏まえた総合的な患者・利用者支援の実現】**

- 入院中の方がスムーズに在宅に移行ができた。具体的には、サービスの調整、介護認定を入院中から受けることで退院時にはサービスの利用ができたことや、申請のタイミングについて医師等との合意形成がしやすく、本人や家族の負担も少なくてよかった。
- 事前の情報共有を医師が診察場面で活かしたり、薬剤師がより適切な服薬管理の方法を検討できたり、誰か特定の職種しか聞いていない情報、本人の思いを共有・確認できたりなど、様々な副次的効果もある。また、高齢者だけでなく障害者などの支援を要する方を包括的に検討対象として議論できていること、家族の社会的背景を踏まえた一体的な対応ができていることも効果と考えられる。
- 在宅で生活している方の情報の共有をすることで、生活の状況を医療に知ってもらい、治療に役立てることができる。また、医療側から説明等をしてもらうことで、本人家族の理解を得やすくスムーズに支援ができた。

### <取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

#### **【参加しやすく、参加者にメリットの大きい会議体運営】**

- このような取組は、医療側が地域のケアマネジャー等介護側へ情報提供することに、いかにメリットを感じてもらえるようにするかが重要。当病院の医師は、退院支援がスムーズに進むことが喜ばれており、メリットをしっかりと感じてもらえている。参加者への肯定的かつ積極的なフィードバックが重要である。
- 会における規約等はないが、個人情報の保護については徹底を図った。情報の取り扱いについても、その場で話し合っている。また、状況をみてケアプラン会で患者の情報を出すことについて、事前に本人に確認をとっている。
- 医療側の出席しやすい時間や曜日を優先し、計画している。
- 普段から顔と顔の見える関係を築いておくことが、こうした様々な活動の素地になっている側面もある。

## **②介護予防に関する取組<「健康文化の里づくり推進員」の活動>**

### <取組の具体的な内容>

#### **【長年の歴史を誇る地域活動「健康文化の里づくり推進員」】**

- 昭和 52 (1977) 年から、町民の健康づくりを積極的に推進するため、各地区での保

健・福祉・環境の向上に努めることを目的とする「健康文化の里づくり推進員」が設置されている。

- 具体的な活動としては、健診対象者を個別に訪問して問診票等を配布し、受診勧奨を行う。このほか、6区のそれぞれの実情にあわせて、月1回利用者と昼食づくり、食事等をする「いきいきふれあい広場」、年1回行っている町内の80歳以上を対象とした「まごころ弁当」への調理、配食等への協力など。時代にあわせ目的を変えながら活動している。
- 平成26(2014)年度から始まった、3世代の健康への意識を高めるための「健康づくり発信事業」にも参加している。この事業は、これまで行ってきた健康フォーラムや健康のつどいといった主に町中央部で開催される健康づくりの行事を、子どもから高齢者までが、参加でき学習し交流する身近な場を提供し、区民の健康に対する意識向上を図ることを目的としている。

### <取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

#### **【町の歴史に裏付けられた、活動の必要性に対する町民の理解からスタート】**

- 元々は「保健衛生推進員」との名称で、健診中心の健康づくり活動を進めていた。やがて、「自分の健康は自分で創る」を合言葉に、健康づくり活動や福祉活動へ活動の場を広げてきた。
- 背景には、過去に伝染病や無医地区を経験した、医師確保苦勞の歴史があり、安定的な医療確保の必要性、疾病予防、健康づくりの必要性から、住民参加の健康づくり、命を守る仕組みづくりが根付いてきた。
- 2年の任期で現在10期目であるが、8～9期目頃から次期推進員の確保が難しいなどの声も聞かれ始め、それまでの毎月の研修を必修とする流れや報酬体系の変更など、時代に合わせた変更を行いながら制度を維持している。

### <取組の具体的な効果>

#### **【突出した健診受診率、健康に対する町民の高い意識】**

- 健診の個別訪問による受診勧奨は、県内1位という高い受診率(平成27(2015)年:80.4%)を実現しているとともに、地域での声かけによる見守りなどにもつながっている。
- 住民が健診当日のスタッフとして参加したり推進員活動に取り組むことで、健診会場での動線の変更や段差の解消、チラシの内容の検討など、住民目線での改善ができており、これが健診受診率向上につながっていると考えられる。また、住民自身にとっても、健診の仕組みの理解や健康への意識向上につながり、これが本人だけでなく家族、地域にも広がるなど、好循環を生んでいる。

<取組を効果的・円滑に進めるために行った工夫>

**【「いずれ誰もが推進員」の意識の醸成、そのための研修等の工夫】**

- 推進員は2年の任期であるが、選出は住民（区長）推薦や輪番制等により、委嘱は町長が行う。住民は「いずれ役目が回ってくる」という認識であり、住民の大半が推進員活動を通じた健康づくり、介護予防等の活動を自分のこととして考える機会になっていると思われる。また、町長による委嘱は、公的な役職としての位置づけ・地位を付与できるため、推進員のモチベーション向上にもつながっていると思われる。
- 選出された推進員には行政（健康増進係）が研修を行う。1年目は全体研修2回、2年目は地区別研修（6か所）への参加であり、これにより推進員の健康に関する知識や予防に対する知識が高まっている。
- 研修会等の増加・重複により、研修参加の意識が低下しそうになったため、地域の課題を各地域で考える形式にするなど、研修の内容にも工夫を凝らしている。

**③高齢者の住まいに関する取組 <複合福祉施設等、様々な施設の有効活用>**

<取組の具体的内容>

- 町内には様々な施設があり、目的に応じた利用がなされている。

施設名	設備等	目的、利用状況等
●福祉の館	6室/風呂、トイレ共有 （対象者：自立した生活が可能なる方）入居期限：原則6ヶ月	お互いが助け合い支え合うことを基本に、生活に不安をもつ高齢者や障害者が集う場として利用。 住民参画の運営母体「福祉の館運営協議会」を指定管理者として、利用する人の「自助」、地域住民の「共助」による支え合いの仕組みづくりに取り組む。 «利用状況» 長期利用者3名、冬季利用者3名
●高齢者生活福祉センター	8室/各室トイレ付（対象者：自立した生活が可能なる方または家族介護、介護サービスにより居住可能な者）入居期限：原則6ヶ月	袴原病院と同じ建物内にあるため、通院やリハビリにも通いやすく、退院後在宅生活に不安のある方が一時的に利用する場合も多い。 «利用状況» 冬場は満室（越冬など）
●複合福祉施設 -30年 4月開所-	1F：デイサービスセンター、 高齢者向けフィットネス、町民交流室 2F：ケアハウス/9室 3F：生活支援ハウス/18室	ケアハウスについて、主に要介護1～2の方が入居可能。ただし、要介護3以上でも、特別養護老人ホーム待機者が入居可能。また、地域密着型特定施設入居者生活介護の指定を受けている。

<取組を始めたきっかけ、取組を始めるまでの検討・調整の経緯>

**【軽中度の方の住まいを確保する必要性】**

- 在宅での生活が困難になった軽中度の方は、在宅生活を余儀なくされるか町外の施設等に入所する現状であった。併せて、特別養護老人ホームの入所基準が要介護3以上に限定されたことから、町内で安心して住み続けられる仕組みづくりを検討した結果、ケアハウス（地域密着型特定施設入居者生活介護）の建設に至った。
- ケアハウスは30床弱ないと採算的に厳しく、町内高齢者のみで満床になる見込みは立てづらかった。小規模多機能な形の複合施設を町長の発案で検討し、最終的には町長の判断として施設建設を決定した。
- また、ケアが必要な方だけでなく見守りがあれば生活ができる方も、高齢者生活支援ハウスに入居することで安心して在宅生活を継続することができるようにした。

<取組の具体的な効果>

**【安心して暮らせる場所が、町内に整備されている】**

- 高齢者の多様な状況に応じ、適切な住まいで安心して在宅生活を継続できる。また、複合福祉施設については平成30（2018）年4月オープンの予定で建設を進めているため、効果としてはまだ示せないが、問い合わせも多くなっており住民からの期待は大きいと考えている。
- 費用は自己負担分で5万2千円と、年金受給額の範囲で入れるようにした。町としては年間7,000万円ほどの出費が出るが、3,600万円程度は収益として確保できる。これまで住所地特例で町外に支払う分が300万円程度あったので、差し引き3,000万円程度の町の負担が生じるが、雇用確保等で経済的効果が見込める部分もあると考えられる。
- 雇用・人材確保については、複合福祉施設ができるということで注目され、集めることができた。当町では他課で移住・定住政策も進めており、そちらと連携し町で住まいを用意し、住んでいただく方策がとられた。

### (3) 地域包括ケアに関する取組において必要な支援

#### <県・地方厚生(支)局等に望まれる支援内容>

##### 【自治体間の制度運用の相違を埋める調整】

- 介護認定申請を提出する時期やサービスの利用に関する事など、介護保険制度について医療専門職により周知することで、更なる連携強化に繋がる。現在は人により制度や実情の理解に差がある。
- 自治体により、認定にかかる期間や申請のタイミング等、制度運営の詳細は異なる部分があり、町外、県外の退院調整において影響する。こうした部分を広域自治体等の視点から調整することが望まれる。例えば、厚生(支)局から各医療機関に向けて、自治体でこうした制度運用の詳細が異なること、こうした相違による退院調整の停滞を避けるために地域包括支援センターに相談することが有効であることなどを周知する、などが考えられる。

##### 【地域資源に関するデータの処理・分析支援】

- 当町では様々な取組、計画策定を進めているが、データを十分に活用した取組等は十分できていないとの認識である。医療職種に向けた介護保険に関する勉強会、行政や地域包括支援センター職員に向けた統計データの処理方法に関する研修が挙げられる。
- 前者は上記の会議を開催する意義や退院支援における選択肢の拡大につながり取り組みを促進する可能性がある。後者は人材が少なく一人で多業務を担う小規模自治体職員にとって統計データの活用は煩雑な業務の一つになっている。取り扱うポイントや既存のソフトウェアの紹介など省力化に資する情報が望まれる。

##### 【人材確保】

- 当町の専門職はどの職種も不足しているが、少ない人数を、チームワークとネットワーク、状況に合わせた柔軟な対応でカバーしている。こうした課題に対し、県の保健師などの人材の教育システムの一環で、へき地への勤務を義務付けるなどの制度があれば、広く様々な地域の実情および各地域での工夫などが学べるのではないかと。

## 第4章

# 「住まいと住まい方」の構築に係る支援方策の検討

---

---

## 1. 「住まいと住まい方」の構築に係る検討概要

---

### (1) 検討の概要

- 住まいおよび住まい方が、地域包括ケアシステムにおいて「医療」「介護」「予防」「生活支援」と並び重要な要素に位置づけられている一方、特に小規模の市町村の高齢者福祉担当部署では、その検討に苦慮する実情があるものと考えられる。
- こうした背景を踏まえ、本事業ではすでに国などから公表されている統計情報や、市町村の多くが保有していると想定される各種データ、計画などの既存情報を用いることで、高齢者の住まいに関する問題の把握や解決方法の検討を行うための「検討マニュアル」を作成した。

### (2) マニュアル内容の検討・作成手法

- 検討マニュアルの作成にあたっては、広島県府中市をモデル地域として、実際のデータのご提供や、市町村の立場からより使いやすいマニュアルとするための各種検討を協働で実施した。
- 具体的には、本検討マニュアルは、活用すべき既存データ・統計情報の内容、ありか、および収集したデータから必要な分析を効率的に行うための手法で検討されており、当マニュアルを活用することで、新たなアンケート調査や多大なマンパワーを要するデータ集計等によらず、地域の住まいと住まい方に関する一定の分析を行うことが可能となる。
- さらに、これらの分析を府中市の実際のデータをもとに行い、その結果を本マニュアルに実践例として掲載した。これにより、マニュアルに沿った作業を分析の実例も見ながら、より円滑に行うことができると考えられる。

### (3) マニュアルの内容

- 次ページ以降に記載のとおり。

---

## 2. 検討マニュアル

---

# 中山間地域等の基礎自治体における高齢者等の 「安定的な住まいと住まい方」 府中市における検討マニュアル

### 目次

#### ■はじめに

1. 中山間地域の「住まいと住まい方」に関する課題の背景
2. 地域包括ケアシステムの推進に関連して把握しておくべき行政計画・施策の一覧

### PHASE 1

#### STEP1 基礎作業

1. 人口・世帯動向等の基礎データの把握
2. 高齢者の居住等に係る基礎データの把握
3. 地域資源の把握
4. 介護・医療等に係る対応の特質把握
5. 関係分野の動向把握

#### STEP2 地区別データの作成

#### STEP3 地区カルテの作成（緊急度の高いところを優先）

1. 問題点・課題の洗い出し
2. 問題・課題の設定

### PHASE 2

1. 居住支援のあり方を協議するプラットホームの形成
2. 居住困難世帯の個別事案への対応
3. 居住関連プロジェクトの立案と実施

#### ■おわりに

## ■はじめに

### 1. 中山間地域の「住まいと住まい方」に関する課題の背景

- 中山間地域は、20世紀最後の激しい少子高齢化の局面を経て、現在は後期高齢者が極めて多い状況に直面しているが、数年後には、高齢者人口も減少に向かい、人口・世帯数減少の消滅危機に直面する。
- こうした状況に対して、地方創生等の各種の対応策が講じられているが、今後は地域そのものが主体となって、地域の持てる力を合力して、総力戦として、地域の今後のあり方に立ち向かう必要がある。
- その際には、旧来の分業型、縦割り型の行政手法や取り組みは意味をなさず、分野横断的に取り組む必要がある。反対の面からみれば、中山間地域では、比較的小規模な自治体が多く、その小規模さが分野横断的な取り組みを可能にする“強み”となる。
- 各自治体が、地域包括ケアシステムを現実的に推進し実効性を高めるには、「植木鉢の図」を構成する要素について、各要素に関連する行政内部の計画及び施策の全貌を把握し、その関連性を理解しておくことが出発点になる。
- 「植木鉢の図」の構成要素のうち、各自治体の厚生（老健）部局からみて最もどう対応して良いのかがわかりにくのが「住まいと住まい方」の部分である。この課題は、出来る限り在宅で最後まで暮らすという「地域包括ケア」を実現する上での基盤となる部分であるが、一般的な住まいと住まい方について、厚生部局はこれまで直接的には関与してこなかった経緯がある。
- 特に、中山間地域等では持家居住が多く、これまでは血縁・地縁に支えられた生活が可能であった。しかし、過疎化により、独居や高齢者のみの世帯が集落に離散して孤立して生活している傾向が近年顕著になっている。過疎化が進む中山間地域等ならではの対策が求められている。



資料：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書 地域包括ケア研究会 報告書—2040年に向けた挑戦—」（平成29年3月）（平成28年度老人保健健康増進等事業）

## 2. 地域包括ケアシステムの推進に関連して把握しておくべき行政計画・施策の一覧

- 市町村では、人口減・少子高齢化が進む中で、様々な行政計画が立案されているが、その所管が個別バラバラであり、各種行政計画間の関係性の把握や整合性が図られているわけではない。そこで、高齢者等の「住まいと住まい方」に関連して、どのような行政計画が立案され、その所管がどこであるかを把握するためのチェックリストを作成した。
- 例えば、市町村の住宅部局では、一般的には公営住宅に携わっている人しかいないため、民間の賃貸住宅事情を把握していない。そのため、地域包括ケアシステムにおいて「住まいと住まい方」が重要視されており、それに自分たちが関係あるとは明確には認識していない場合も多い。逆に言うと、福祉部局の方が「住まいと住まい方」への関心が強まっている。両部局の現状の立ち位置を相互に認識する必要がある。
- 地方創生の関連で、人口ビジョンや総合戦略を策定しているが、総合計画との整合性が取れているかは確認してみないとわからない。都市部局においても、都市計画マスタープランに加えて立地適正化計画が策定されている可能性があるが、相互の整合性が取れているかは確認しないとわからない。
- また、まちのダウンサイジングでは、「福祉・医療」がキーワードになっている。住宅については住宅セーフティネット法が加わったが、まだ施行間もないため、住宅部局の方は制度そのものの把握も十分ではない。空き家対策計画については、総務や企画部門、都市部門が所掌している場合があり、公営住宅担当が関与していないこともある。
- そこで、次ページの「地域包括ケアシステムの推進に関連して把握しておくべき行政計画・施策の一覧」のリストを埋めてもらうだけで、関係分野、関係者の広がり分かる。高齢者等の「住まいと住まい方」問題の検討に際して、委員や行政のメンバーが招集されるが、「なぜここに集められたのか」「何を議論するのか」ということを相互が認識することがまず出発点になる。そのためのエビデンスを作っておくことで、「何を話しているのか分からない」「必要性を感じない」という議論を抑止できる。

チェックリスト：地域包括ケアシステムの推進に関連して把握しておくべき行政計画・施策の一覧

分野	計画・施策名称	根拠法	＜自治体・チェックリスト＞	
			計画・取組みの有無	所管課
総合	総合計画（基本構想・基本計画・実施計画）	地方自治法	有・無	総務部企画財政課
	人口ビジョン	まち・ひと・しごと創生法	有・無	総務部企画財政課
	地方創生総合戦略	同上	有・無	総務部企画財政課
都市	都市計画マスタープラン	都市計画法	有・無	建設産業部まちづくり課
	立地適正化計画	改正都市再生特別措置法	有・無	建設産業部まちづくり課
住宅	住宅セーフティネット制度	住宅セーフティネット法	有・無	-
	公営住宅制度	公営住宅法	有・無	建設産業部整備保全課
	空家等対策計画	空家特措法	有・無	建設産業部まちづくり課
介護・医療等	介護保険事業計画	介護保険法	有・無	健康福祉部長寿支援課
	地域福祉計画	社会福祉法等	有・無	健康福祉部地域福祉課
	地域医療再生計画	医療法等	有・無	健康福祉部健康政策室
その他福祉等	生活困窮者自立支援制度	生活困窮者自立支援法	有・無	健康福祉部地域福祉課
	生活保護制度	生活保護法	有・無	健康福祉部地域福祉課
	障害者計画・障害福祉計画	障害者基本法・障害者総合支援法	有・無	健康福祉部地域福祉課
保健等	健康増進計画	健康増進法	有・無	健康福祉部健康医療課

※所管課の記載は府中市の例

# PHASE 1

## 「中山間地域等における高齢者の住まいと住まい方」に関する 問題把握の方法

### STEP1 基礎作業

分析を始めるにあたり、まず自治体全体の基礎情報を整理し、概況を把握する。把握する項目は下記の通り。

#### 1. 人口・世帯動向等の基礎データ

自治体内の人口・世帯数推移について整理し、自治体の将来像を意識する。

#### 2. 高齢者の居住等に係る基礎データ

居住について問題を抱える可能性のある高齢世帯数について把握する。

#### 3. 地域資源

高齢者の支援に必要な地域資源として、医療・介護・コミュニティ・福祉分野の施設や事業所についてリスト化する。

#### 4. 介護・医療等に係る対応の特質

近隣の自治体や人口構成の近い自治体との比較により、自治体内で行われている高齢者向け施策の特質を把握する。

#### 5. 関係分野の動向

まちづくり、人口・世帯数、空き家対策など、それぞれの部署で行われている施策の方針を確認し、整合性を確保する。

## 府中市をモデルにした分析で利用した各データの所管課

利用したデータ	所管課（データ提供元）
人口の推移・将来推計	（「空家等対策計画」を利用）
世帯数の推移・将来推計	（国勢調査データを利用）
住宅数	（「空家等対策計画」を利用）
空家・空室数（全域）	（「空家等対策計画」を利用）
空家・空室数（地区別）	建設産業部まちづくり課（空家）、建設産業部整備保全課（公営住宅）
要介護認定者数	健康福祉部長寿支援課
低所得高齢世帯数（全域）	（国勢調査データを利用）
低所得高齢世帯数（地区別）	健康福祉部長寿支援課
介護サービス事業所リスト	健康福祉部長寿支援課
医療機関リスト	健康福祉部健康政策室
高齢者に関するボランティア団体のリスト	健康福祉部地域福祉課
公民館リスト	（WEBサイトから入手）
学校リスト	（WEBサイトから入手）
自治会リスト	総務部総務課
高齢者介護以外の福祉施設等のリスト	健康福祉部地域福祉課
要介護認定率	（「見える化システム」を利用）
介護保険料	（「見える化システム」を利用）
場所別死亡割合	（人口動態調査を利用）
各介護サービス定員割合	（「見える化システム」を利用）
都市計画マスタープラン	建設産業部まちづくり課
道路（地図データ）	建設産業部まちづくり課
鉄道（地図データ）	建設産業部まちづくり課
地形（地図データ）	建設産業部まちづくり課

# 1. 人口・世帯動向等の基礎データの把握

ここでは、人口や世帯数、居住状況（住宅の種類、賃貸／持ち家 等）の推移から将来推計を行うとともに、要介護度別人口を整理することで、自治体の将来像を意識する。

## 分析項目とデータ元

項目	指標・データ元・分析内容等
①人口	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人口の推移（過去～現在）：国勢調査</li> <li>・人口の将来予測：地域人口ビジョン他</li> </ul>
②世帯	<ul style="list-style-type: none"> <li>・世帯数の推移：国勢調査</li> </ul>
③居住状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住宅・土地統計調査</li> </ul>
④要介護度別人口	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険事業計画</li> </ul>

## 分析のポイント

①人口	過去の人口推移を把握し、将来の人口についても予測をする。年齢別の人口推移を把握することにより、自治体が①高齢者の増加、②高齢者を含めた人口全体の減少のうち、どちらのフェーズにあるのかを判断することができる。
②世帯	住まいについて検討を行う上では世帯数の把握がベースとなるため、過去にさかのぼり世帯数の推移を把握する。
③居住状況	必要な居住支援の方向性を知るために、住宅数と空き家率の推移、また住宅の所有関係を把握する。
④要介護度別人口	高齢者数を状態像別に整理し、対応が必要な高齢者のおおよその人数を把握する。

# 府中市をモデルにした分析例

## ①人口

府中市の人口は、昭和 45 年にピークを迎えて以降、減少を続けており、とくに平成 2 年以降は、毎年 500 人程度の人口減少が続いている。一方で高齢者人口は増加が続いていたが、平成 32 年をピークに減少に転じる見込みであり、少子高齢化のフェーズから全年齢人口が減少するフェーズへ移行すると予測される。

### ①人口の推移

本市の人口状況をみると、平成 27 年は人口 40,069 人、世帯数 15,039 世帯で、一世帯当たり人員は 2.59 人となっています。

また、高度経済成長を背景とした工業の発展による雇用の拡大等に伴い、昭和 30 年頃から人口が徐々に増加し、昭和 45 年には 58,364 人に達しましたが、その後は減少が続いたまま、現在に至っています。

年齢階層別でみると、生産年齢人口（15～64 歳）と年少人口（15 歳未満）の減少が進んでいるのに対し、老年人口（65 歳以上）の増加が急激に進んでいる状況です。

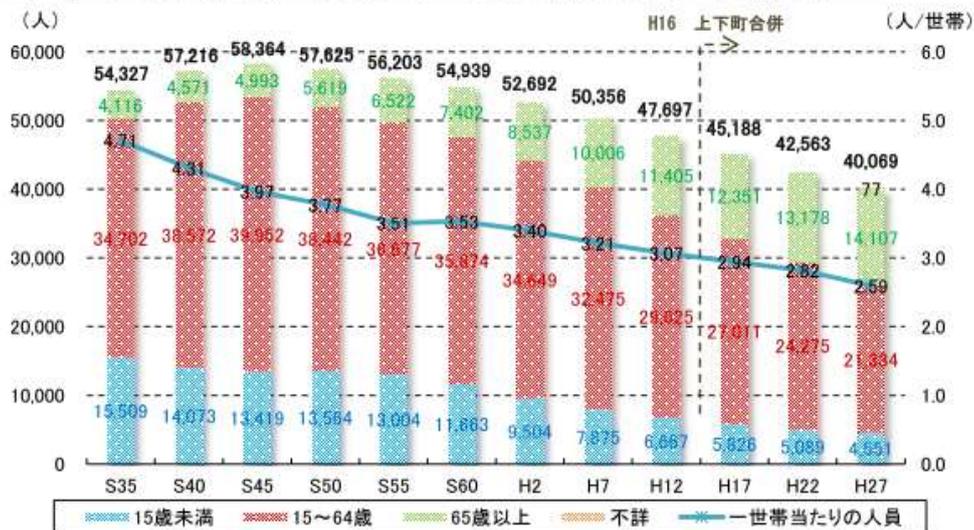


図 年齢3区分別人口と一世帯当たりの人員の推移

資料：国勢調査

### ②人口の将来推計

本市の 10 年後までの人口推計をみると、人口は平成 22 年の 42,563 人（実績値）以降も年々減少が続き、平成 37 年には 34,950 人、高齢化率は 40%に達すると推計されています。

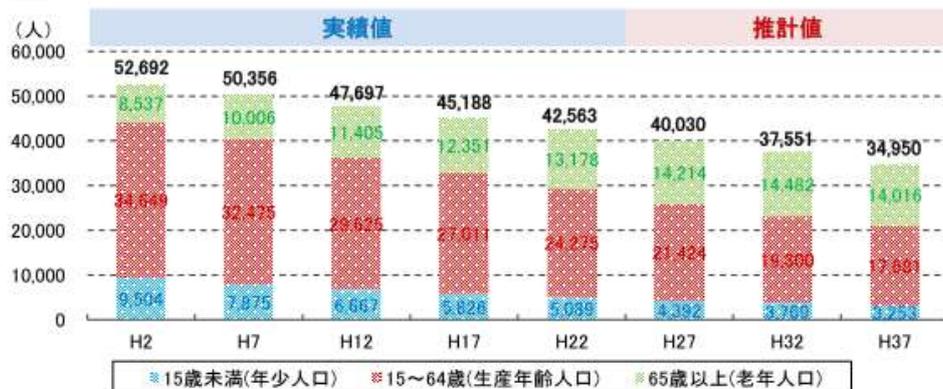


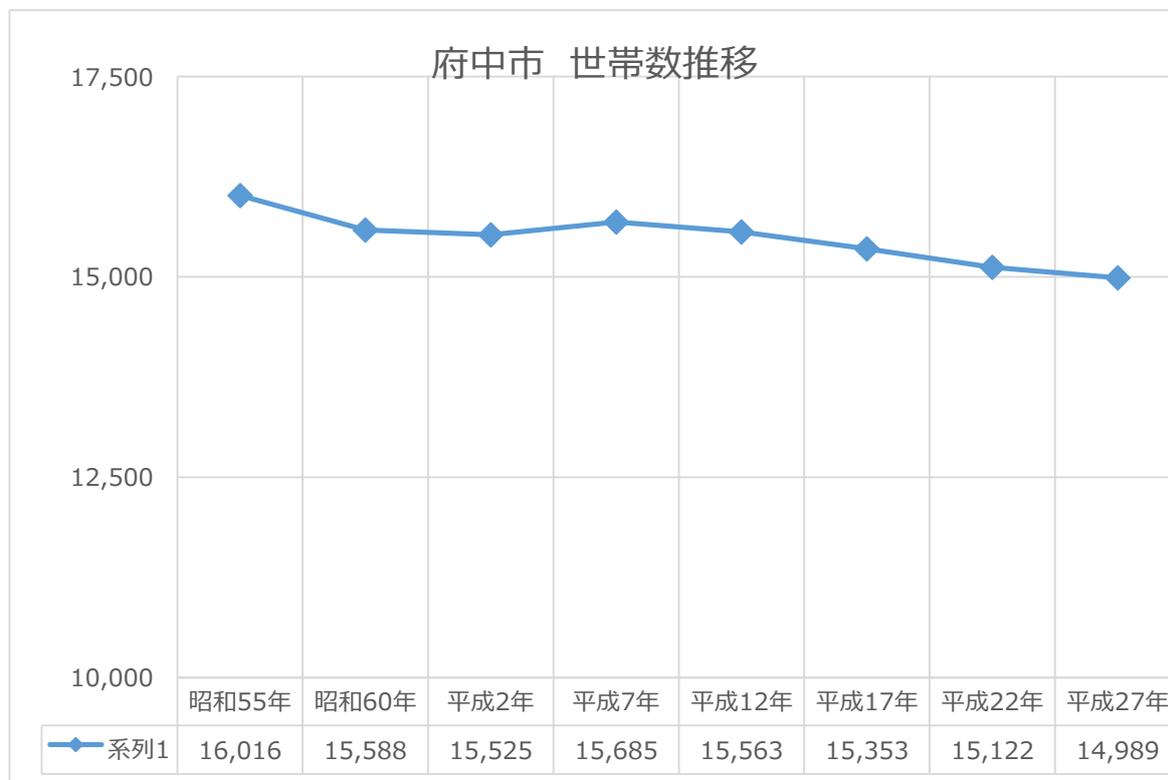
図 年齢3区分別将来推計人口の推移

資料：第 4 次府中市総合計画  
(総数には不詳を含む)

出典：府中市空家等対策計画（平成 29 年 3 月）

## ②世帯

府中市 では、平成2～7年に世帯数が増加したのちは、以降減少が続いており、平成27年には15,000世帯を下回った。



出典：昭和55年～平成27年国勢調査（平成12年以前については府中市・上下町の世帯数を合計したもの）

### ③居住状況

居住状況をみると、世帯数の減少にもかかわらず住宅数は増加しており、また空き家率も5年間で3.7%上昇し、市内の住宅の約2割弱が空き家という状況になっている。既存の資源を活用した居住の推進や、老朽化等により利用不可能な空き家については、除却を推進していくことが必要であると考えられる。

#### 2) 住宅

##### ①住宅数の推移及び住宅の構成

平成20年から平成25年までの5年間で、本市の総住宅数は約2.2%増加、総世帯数は約1.6%減少しています。また、本市と全国や広島県の空き家率との推移を比較すると、平成25年には18.3%と全国平均や広島県平均を上回る状況となっています。その他に、総住宅数に占めるその他の住宅の割合も増加傾向にあります。広島県全体の総住宅数と総世帯数は、増加の一途をたどっており、空き家率についても上昇しています。

本市の住宅の持ち家率は65.3%と高く、全国、広島県より10%以上高い状況となっています。その内訳としてはほぼ一戸建(63.8%)となっています。一方、本市の民間借家率は14.0%で、全国、広島県と比較すると約10%低い状況となっています。その内訳としては共同住宅が多くなっています。また、公営借家の割合は0.7%に留まっている状況です。

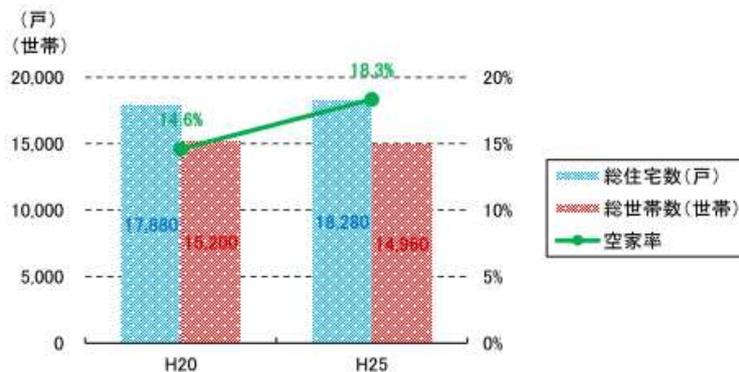


図 総住宅数・総世帯数・空き家率の推移

資料：住宅・土地統計調査

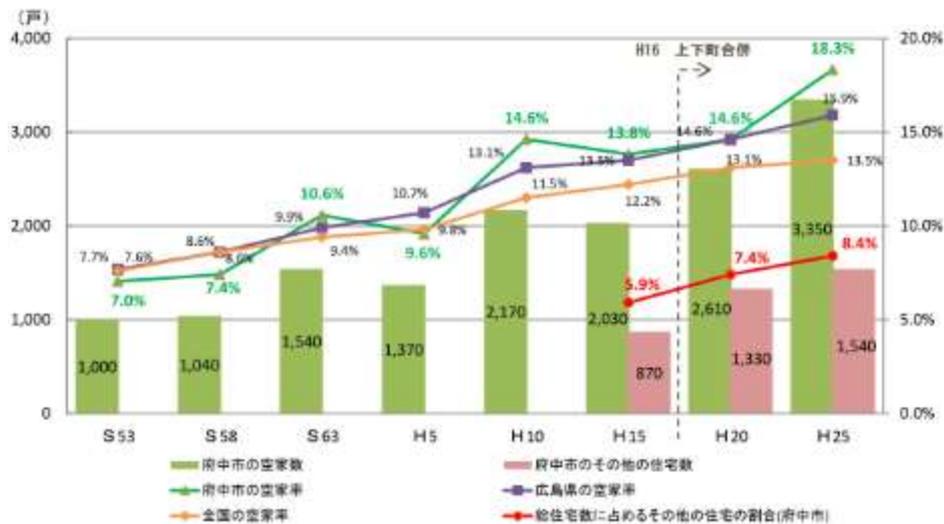
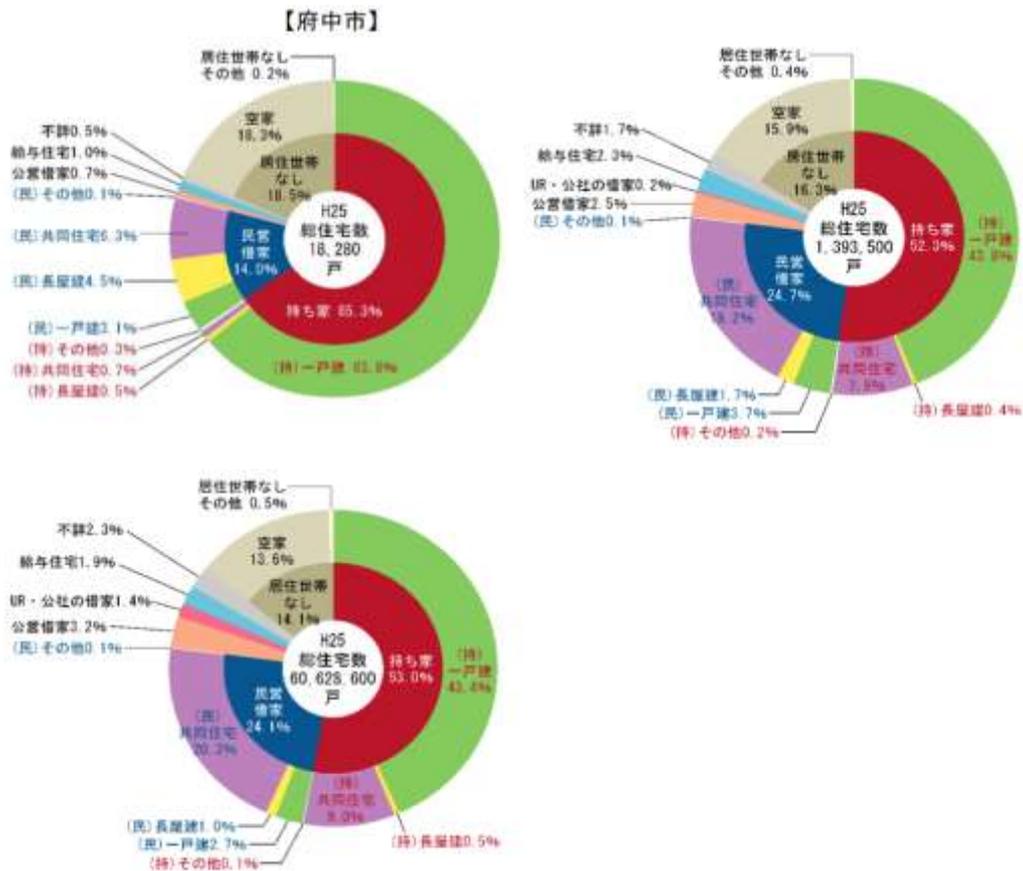
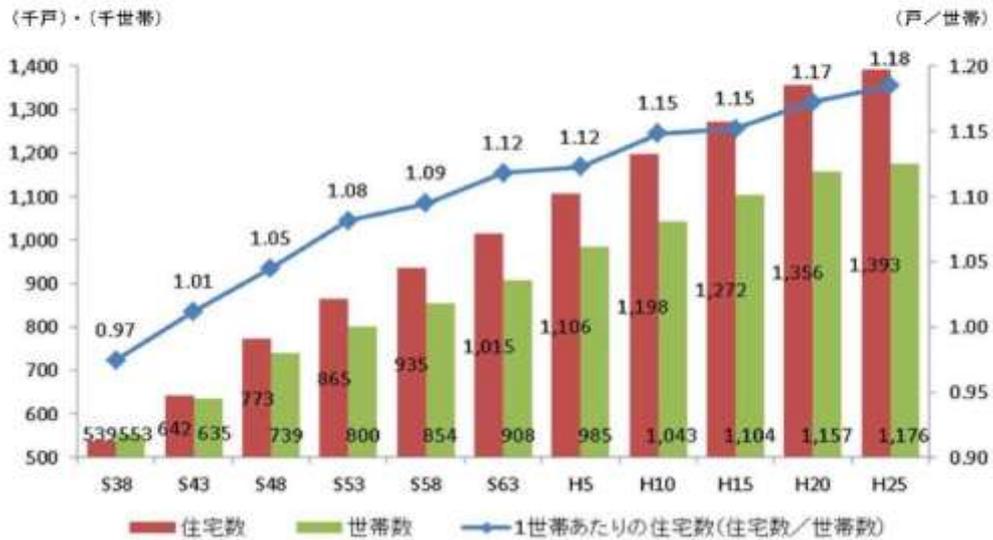


図 空き家率と空き家数の推移

資料：住宅・土地統計調査

※平成20年以降のデータは、上下町の合併による数値となっている  
 ※その他の住宅数に関するデータは、平成15年以降より把握可能となっている  
 ※その他の住宅とは、賃貸・売買、別荘等の住宅を除き、長期にわたって不在等となっている住宅、取り壊し予定の住宅など

出典：府中市空家等対策計画（平成29年3月）

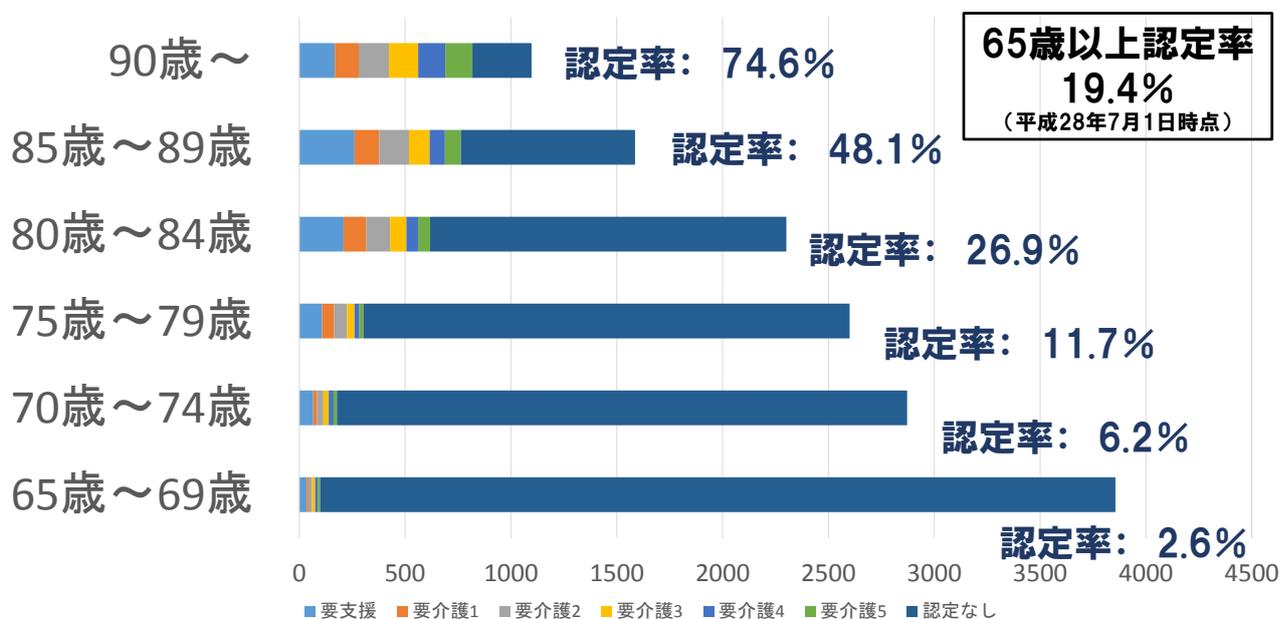


出典：府中市空家等対策計画（平成 29 年 3 月）

#### ④要介護度別人口

要介護認定者全体で見ると、80歳を超えると急速に認定率が増加する。認定率は85～89歳では約50%、90歳以上では約75%に上る。

### 府中市全域 年齢別認定者数



出典：府中市作成資料「府中市における高齢者の住まいのあり方について」（平成29年12月）平成28年7月のデータを用いて作成した図表

## 2. 高齢者の居住等に係る基礎データの把握

高齢者の居住に関するリスクとしては、様々な状態が悪化して居住継続が難しくなることや、低所得により住み替えやリフォームの費用を捻出できないことが考えられる。

ここでは、居住支援が必要になる可能性が高い高齢者世帯（居住リスク世帯）を、①**要見守り世帯**、②**賃貸住宅の居住困難世帯**、③**持家の居住困難世帯**と定義し、その数を推計する。

それぞれの要件と抱えるリスクは下記の通りである。

①要見守り世帯	<p>☆75歳以上の単身・夫婦のみ世帯数により推計 健康状態の悪化等により、自立した居住が難しくなる場合がある。</p>
②賃貸住宅の居住困難世帯	<p>☆65歳以上の単身世帯で年収200万円未満の世帯 ☆65歳以上の高齢者のみ世帯で年収300万円未満の世帯 アパート・マンションの建て替えなどの際に追い出され、住み替えの費用を持たないため、住まいを失うリスクがある。</p>
③持家の居住困難世帯	<p>☆65歳以上の単身世帯で年収100万円未満の世帯及び65歳以上の高齢者のみ世帯で年収200万円未満の世帯でかつ築50年以上の住宅に居住する世帯 持家が老朽化した際、住み替えを行う費用や、リフォームを行う費用をまかなえず、老朽化した危険な住宅に住み続けるリスクがある。</p>

これらの居住リスク世帯の居住支援の一つの方法として、空き室・空き家への住み替えが考えられる。ここでは、空き室・空き家の数と位置を把握し、利用可能な資源を概観する。

④空き室・空き家の数	<p>☆腐朽・破損のない賃貸用の住宅及びその他の住宅 ①への集住等の支援、また②、③への住み替え支援に利用可能である。 大規模な修復をせずに利用可能な空き家を把握する。</p>
------------	--

これらの情報は、国勢調査、住宅・土地統計調査の結果からおおまかに把握することができる。参照先は、それぞれ下記の通りである。調査結果はいずれも、総務省統計局のウェブサイト（e-Stat：<https://www.e-stat.go.jp/>）から取得できる。

把握する項目	参照先
①要見守り世帯	国勢調査
②賃貸住宅の居住困難世帯	住宅・土地統計調査
③持家の居住困難世帯	住宅・土地統計調査
④空き室・空き家の数	住宅・土地統計調査

把握に当たっては、一般財団法人高齢者住宅財団が公開している「高齢者の潜在的居住支援ニーズ推計シート」を活用することで、簡便に推計することができる。

「高齢者の潜在的居住支援ニーズ推計シート」は、上記の調査結果から取得したデータをコピー＆ペーストするだけで、自治体内で居住支援を必要とする方の大まかな人数と、資源の数を把握できるツールであり、一般財団法人高齢者住宅財団が、平成29年度老人保健健康増進等事業「低所得高齢者等住まい・生活支援の取組に関する普及啓発事業」の一環で作成されたものである。ウェブサイト（<http://www.koujuuzai.or.jp/news/suikei-sheet/>）で、無料でダウンロードできる。

# 府中市をモデルにした分析実施例

「高齢者の潜在的居住支援ニーズ推計シート」を利用して得られた府中市の推計結果を、以下に掲載する。

## 府中市 高齢者の潜在的居住支援ニーズと住まいのマッチングのための「見える化」プロセス

### Focus.0：地域概要（人口、世帯数）平成27年国勢調査

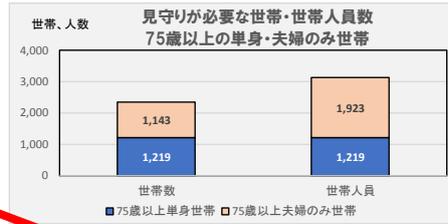
	総数	65歳以上	75歳以上
人口	40,069人	14,107人	7,463人
世帯数	14,989世帯	8,697世帯	5,160世帯

65歳以上世帯人員のいる世帯 75歳以上世帯人員のいる世帯

### Focus.1：見守りが必要な高齢者世帯（平成27年国勢調査より）

	世帯数	世帯人員
65歳以上単身世帯	1,918	1,918
65歳以上夫婦のみ世帯	2,454	4,505
計	4,372	6,423
75歳以上単身世帯	1,219	1,219
75歳以上夫婦のみ世帯	1,143	1,923
計	2,362	3,142

※世帯数：65歳以上、75歳以上の世帯員のいる世帯  
※世帯人員：65歳以上、75歳以上の世帯人員

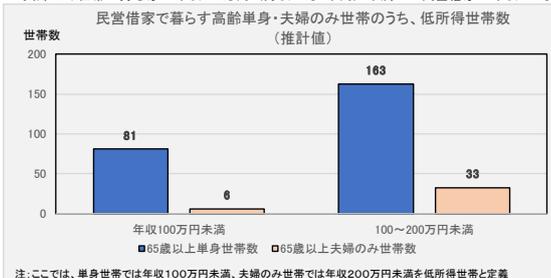


①見守り世帯数 2,362世帯

### Focus.2：潜在的住宅確保要配慮の低所得高齢者世帯数（平成25年住宅・土地統計調査より、推計値）

	借家で暮らす高齢単身世帯・夫婦のみ世帯数	(内訳)			低所得世帯※	
		年収100万円未満 (=月収8万3千円未満)	100～200万円未満 (=月収16万6千円未満)	200～300万円未満 (=月収25万円未満)	世帯数	割合
<b>65歳以上単身世帯数</b>						
持ち家	1,570	239	556	480	239	15.2%
借家	380	81	163	76	243	64.0%
うち、公営・都市再生機構(UR)・公社の借家	0	0	0	0	0	-
うち、民営借家	370	70	157	77	227	61.3%
うち、給与住宅	0	0	0	0	0	-
<b>65歳以上夫婦のみ世帯数</b>						
持ち家	2,140	42	255	733	297	13.9%
借家	110	6	33	41	80	72.7%
うち、公営の借家	10	1	5	4	10	100.0%
うち、公営・都市再生機構(UR)・公社の借家	0	0	0	0	0	-
うち、民営借家	100	5	27	38	70	70.0%
うち、給与住宅	0	0	0	0	0	-

※ここでは「低所得世帯」を下記の定義で分類  
単身世帯：持ち家 年収100万円（月収8万3千円）未満 民営借家 年収200万円（月収16万6千円）未満  
夫婦のみ世帯：持ち家 年収200万円（月収16万6千円）未満 民営借家 年収300万円（月収25万円）未満



注：ここでは、単身世帯では年収100万円未満、夫婦のみ世帯では年収200万円未満を低所得世帯と定義

②民営借家の居住困難世帯数 297世帯

潜在的住宅確保要配慮者世帯数	
高齢単身世帯	227世帯
高齢夫婦のみ世帯	70世帯
計	297世帯

### Focus.3：非耐震・老朽化等の住宅に居住している低所得高齢世帯数（推計値）

昭和35年以前に建築された持ち家の割合	20.8%
昭和55年以前に建築された民営借家の割合	33.9%

※古い民営借家で暮らす高齢者は、借家の建替え等に伴う立ち退きリスクが高く、また高齢のため身元保証人の不在、家賃債務保証契約の困難さ等から住宅確保が困難になるおそれが高い。

### 低所得で、住宅の老朽化に伴い早い段階で転居・住まい確保等支援が必要な世帯数

	持ち家※1	民営借家※2	計
高齢単身世帯	50	77	127
高齢夫婦のみ世帯	62	24	86
計	112	101	213

※1 持家低所得×昭和35年以前築の割合  
※2 借家低所得×昭和55年以前築の割合

③持ち家の居住困難世帯数 112世帯

### Focus.4：管内の「腐朽・破損なし」の賃貸用空き家戸数

腐朽・破損のない賃貸住宅戸数	1,010戸
----------------	--------

≪比較≫

④空き室・空き家の数 1,010戸

※ 参考 ③持ち家の居住困難世帯数の算出方法

(推計シートには、上記の図表シートに加え、算出方法が示されたシートも添付されています。)

②H25.住宅土地統計調査による住宅関係所有別 年収300万円未満の世帯数とその割合 市町村33表+都道府県データを用いた推計値

	総数	うち年収300万円未満の世帯	割合	年収100万円未満の世帯(推計)	年収100~200万円未満の世帯(推計)	年収200~300万円未満の世帯(推計)
65歳以上世帯員のいる世帯数				※都道府県のデータで300万円未満世帯数を按分		
持ち家	8,280	3,380	40.8%	363	1,194	1,823
借家	750	570	76.0%	119	275	176
公営の借家	20	20	100.0%	5	10	5
都市再生機構(UR)・公社の借家	0	0	0.0%	0	0	0
民営借家	710	540	76.1%	103	262	175
給与住宅	10	10	100.0%	3	3	5
計	9,030	3,950	43.7%	482	1,469	1,999
うち、高齢夫婦のみ世帯数				※都道府県のデータで300万円未満世帯数を按分		
持ち家	2,140	1,030	48.1%	42	255	733
借家	110	80	72.7%	6	33	41
公営の借家	10	10	100.0%			
都市再生機構(UR)・公社の借家	0	0	0.0%			
民営借家	100	70	70.0%			
給与住宅	0	0	0.0%			
計	2,250	1,110	49.3%			
うち、高齢単独世帯(推計値) ※都道府県データで収入階層を按分						
持ち家	1,570	1,255	79.9%	239	556	460
借家	380	320	84.1%	81	162	76
公営・都市再生機構(UR)・公社の借家	0	0	-	0		
民営借家	370	304	82.2%	70		
給与住宅	0	0	0.0%	0		
計(借家のみ)	380	320	84.1%	81		

①65歳以上の高齢者のみ世帯で年収200万円未満(297世帯)

②65歳以上の単身世帯で年収100万円未満(239世帯)

②H25.住宅土地統計調査による住宅関係所有別 単身世帯の年収300万円未満の世帯数 市町村36表

一人暮らし	総数	うち年収300万円未満の世帯	割合
持ち家	2,190	1,750	79.9%
借家	1,270	870	68.5%
			71.7%

⇒この比率を単身・持ち家に適用

築50年以上の住宅に居住する世帯割合(20.8%：前頁Focus.3参照)  
 ×①(297世帯)および②(239世帯)  
 ≒62世帯および50世帯 …計112世帯

出典：「高齢者の潜在的居住支援ニーズ推計シート」(平成27年国勢調査、平成25年住宅土地統計調査による推計)みずほ情報総研にて一部改変

### 3. 地域資源の把握

高齢者の居住継続のためには、病院やかかりつけの診療所や在宅医療、各種介護サービスを提供する事業者、見守りの拠点や集いの場となる公民館や学校、また地域コミュニティに対し支援を行っている団体や生活困窮者への支援を行っている団体等、地域に存在する様々な資源を活用していくことが必要である。

ここでは、自治体内にあるそれらの資源を下記のように分類し、リスト化する。

<p>①介護・看護等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・居住系</li> <li>・通所系</li> <li>・訪問系</li> <li>・施設系</li> <li>・短期入所系</li> <li>・複合系</li> <li>・相談・ケアプラン</li> <li>・福祉用具系</li> </ul>	<p>☆左記の系に分類して一覧表を作成 事業所名、利用定員、利用実績を整理</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険事業計画</li> <li>・地域包括ケア「見える化」システム（H26年医療施設調査・H28介護サービス情報公表システム）</li> </ul>
<p>②医療</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養支援診療所</li> <li>・歯科医院</li> <li>・病院（機能別）</li> </ul>	<p>☆左記の系に分類して一覧表を作成 事業所名、特徴等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア「見える化」システム（H26年医療施設調査・H28介護サービス情報公表システム）</li> </ul>
<p>③コミュニティ</p>	<p>☆高齢者等の生活支援活動を行うNPO団体、ボランティア団体等の一覧表を作成 団体名、所在地、活動内容</p> <p>☆公民館 ☆学校 ☆自治会</p>
<p>④保健・福祉</p>	<p>☆高齢者介護以外の福祉施設等の一覧表を作成 施設名、利用定員等</p>

#### 府中市をモデルにした分析実施例

別添資料に、府中市の地域資源の一覧表を掲載した。

## 4. 介護・医療等に係る対応の特質把握

居住支援においては、不足している介護資源等を整備するため、高齢者向け施策を適切に導くことが重要となる。ここでは自治体内で行われている高齢者向け施策の傾向を把握するために、下記の事項について近隣の自治体や、人口構成の近い自治体との比較を行う。

項目	指標・データ元・分析内容等
①近隣自治体比較	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働の「見える化システム」のデータなどを用いて、自治体内の介護・医療等に関して、下記の項目に関する特質を分析抽出する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>高齢化率</li> <li>要介護認定率</li> <li>介護保険料</li> <li>自宅死亡割合・老人ホーム死亡割合</li> <li>介護居住系サービス定員割合（対要介護認定者数、高齢者数）</li> <li>介護施設サービス定員割合（対要介護認定者数、高齢者数）</li> </ul> </li> </ul>
②同種自治体比較	

### 府中市をモデルにした分析実施例

#### ①近隣自治体比較

##### ■高齢化率

府中市の高齢化率は県平均より高く、上位 50～75%に属していた。

高齢化率（平成29年(2017年)）



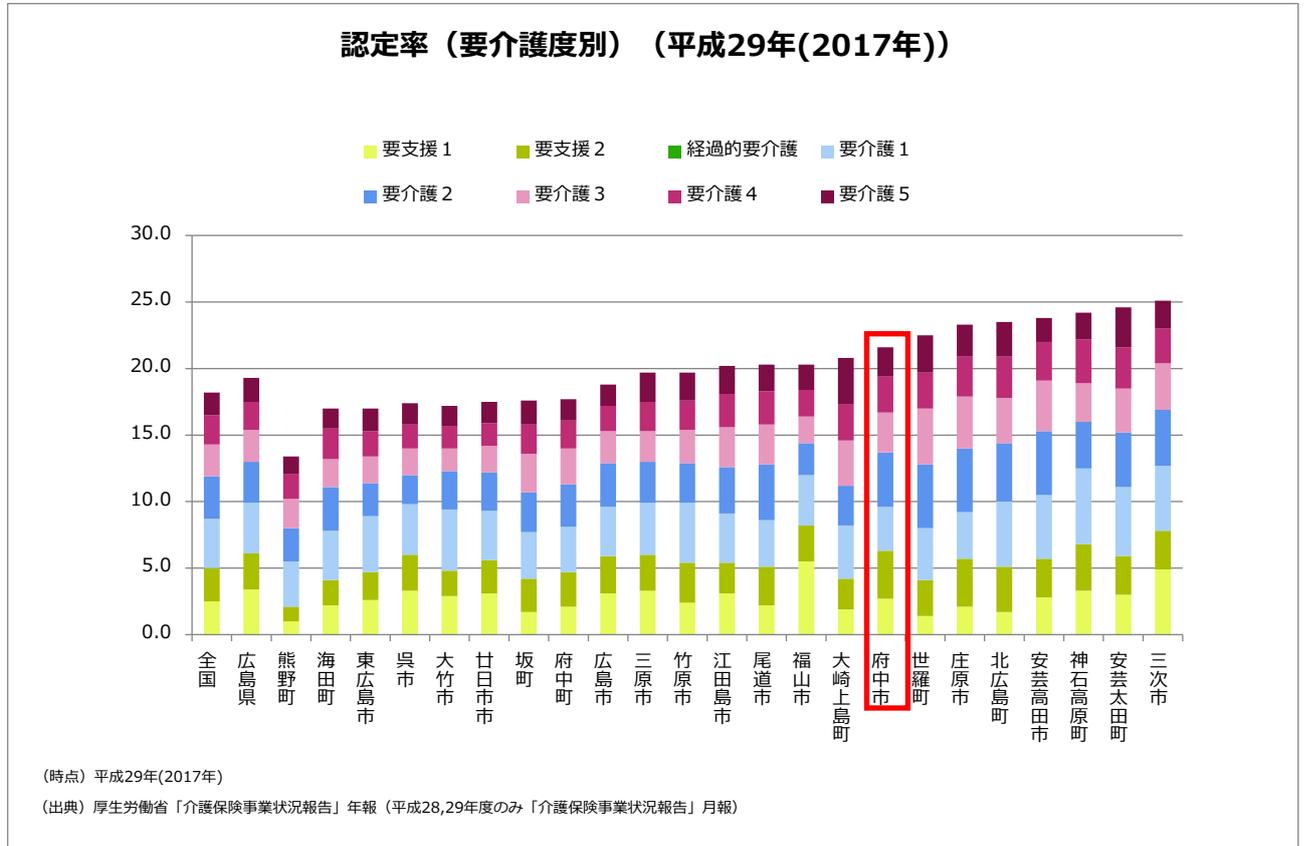
広島県内自治体との比較（高齢化率）



## ■要介護認定率

要支援1～要介護5を合計した認定率は広島県平均より高く、50～75パーセンタイル（高い順に4等分にしたうちの上から2番目）に属していた。

要介護度別に見ると、県平均と比較して「要介護2」「要支援2」の割合が高く、「要介護1」の割合が低いという特徴があった。



## 広島県内自治体との比較（要介護認定率）

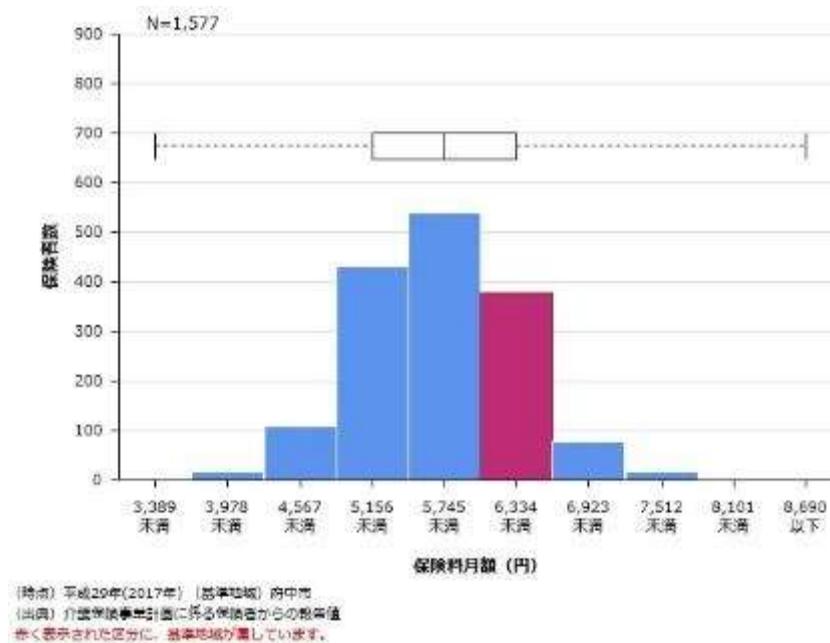


## ■介護保険料

保険料は 6,025 円であり、県内では比較的高い水準であった。

また、全国の自治体から高齢化率が同程度（±0.1%）の自治体を抽出し、保険料を比較した結果、やはり比較的高い水準であった。

第 1 号保険料月額（全国の保険者内での比較）



### ※ 広島県内の自治体の介護保険料基準額

市町村名	介護保険料基準額 (月額)	高齢化率
大竹市	5,023円	33.2%
廿日市市	5,033円	27.7%
呉市	5,500円	33.3%
竹原市	5,680円	38.1%
三原市	5,680円	32.6%
熊野町	5,696円	33.1%
東広島市	5,700円	21.9%
海田町	5,723円	22.8%
坂町	5,730円	29.1%
府中町	5,741円	23.0%
福山市	5,866円	26.6%
広島市	5,867円	23.4%
安芸太田町	5,900円	49.1%
世羅町	5,900円	39.9%
神石高原町	5,900円	46.6%
三次市	5,966円	34.8%
尾道市	5,991円	34.0%
府中市	6,025円	35.2%
安芸高田市	6,100円	38.7%
庄原市	6,158円	40.6%
江田島市	6,200円	41.0%
北広島町	6,342円	37.3%
大崎上島町	6,496円	44.9%

※ 高齢化率が同等の自治体の介護保険料基準額

都道府県	市町村名	介護保険料基準額（月額）	差（高齢化率）	人口
北海道	上士幌町	4,866円	0.0%	4,978人
鹿児島県	指宿市	5,067円	-0.1%	40,498人
宮城県	松島町	5,080円	0.0%	14,432人
京都府	京丹後市	5,200円	0.1%	55,944人
秋田県	羽後町	5,390円	-0.1%	15,320人
山形県	上山市	5,420円	0.0%	31,569人
山形県	戸沢村	5,900円	0.0%	4,691人
和歌山県	由良町	5,940円	0.0%	5,944人
広島県	府中市	6,025円		40,211人
鹿児島県	瀬戸内町	6,100円	0.1%	8,994人
三重県	鳥羽市	6,400円	-0.1%	19,239人

出典：各自治体ホームページ・条例

※ 介護保険料は第6期のもの。ホームページ等に基準額が明記されていない自治体については、中間に位置する区分（第5号など）の金額を掲載している。また、月額が明記されていない自治体については、年額を月数で割った値を掲載している。

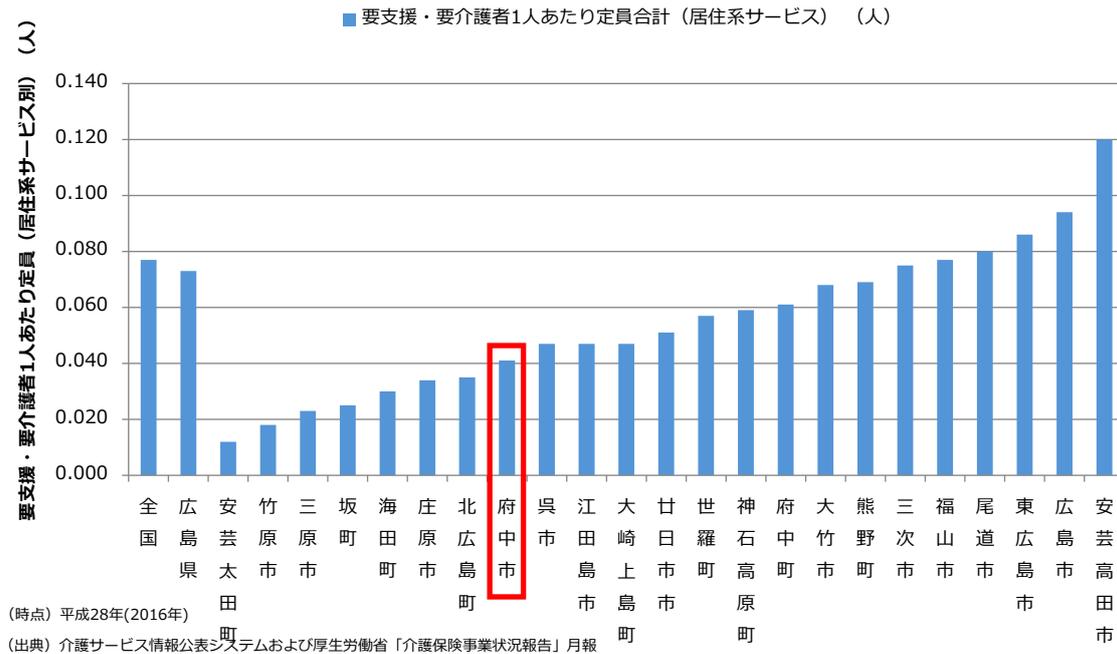
※ 人口について、上山市は平成27年度国勢調査、鳥羽市は平成29年12月末の自治体発表人口、その他は平成30年1月末の自治体発表人口にもとづく。

■要支援・要介護者1人あたりの介護施設定員

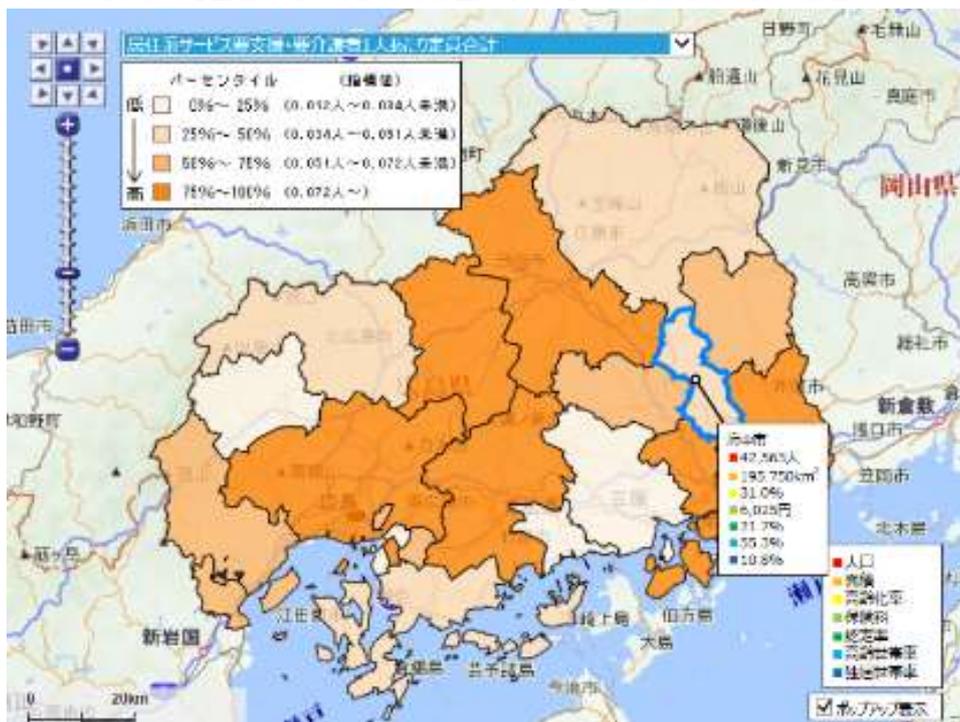
【居住系サービス定員（特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護）】

要支援・要介護者1人あたりの居住系サービス定員数は、広島県平均の6割弱程度であり、25～50パーセンタイル（高い順に4等分にしたうちの、上から3番目）に属していた。

要支援・要介護者1人あたり定員（居住系サービス別）（平成28年(2016年)）



広島県内自治体との比較（居住系サービス 要支援・要介護者）

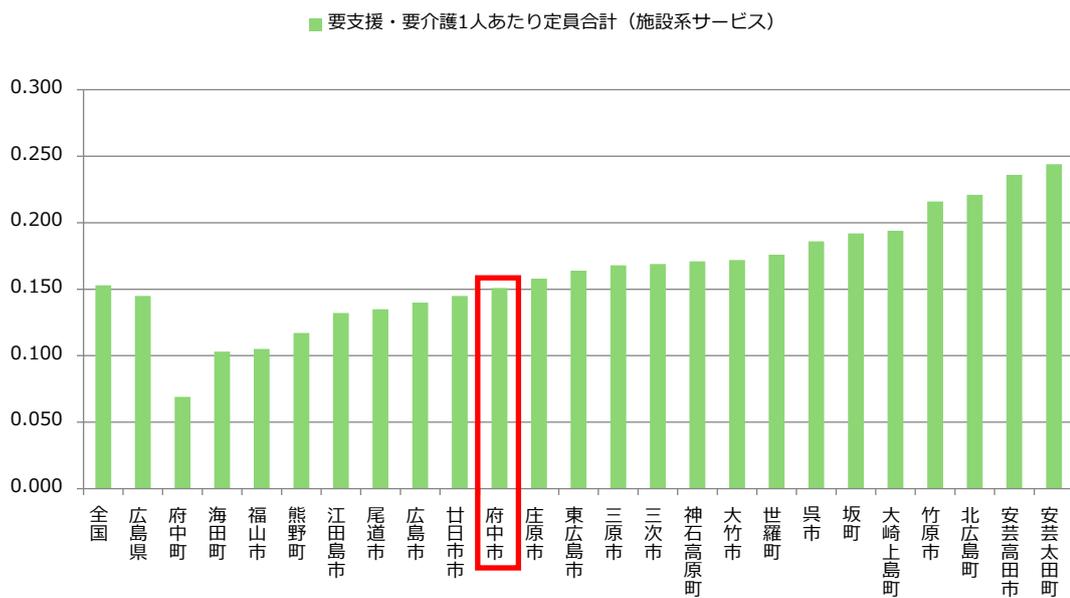


【施設サービス定員（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）】

要支援・要介護者1人あたりの施設サービス定員数は、広島県平均と同程度であり、隣の福山市の約1.5倍であった。

順位は25～50パーセンタイル（高い順に4等分にしたうちの、上から3番目）に属していた。

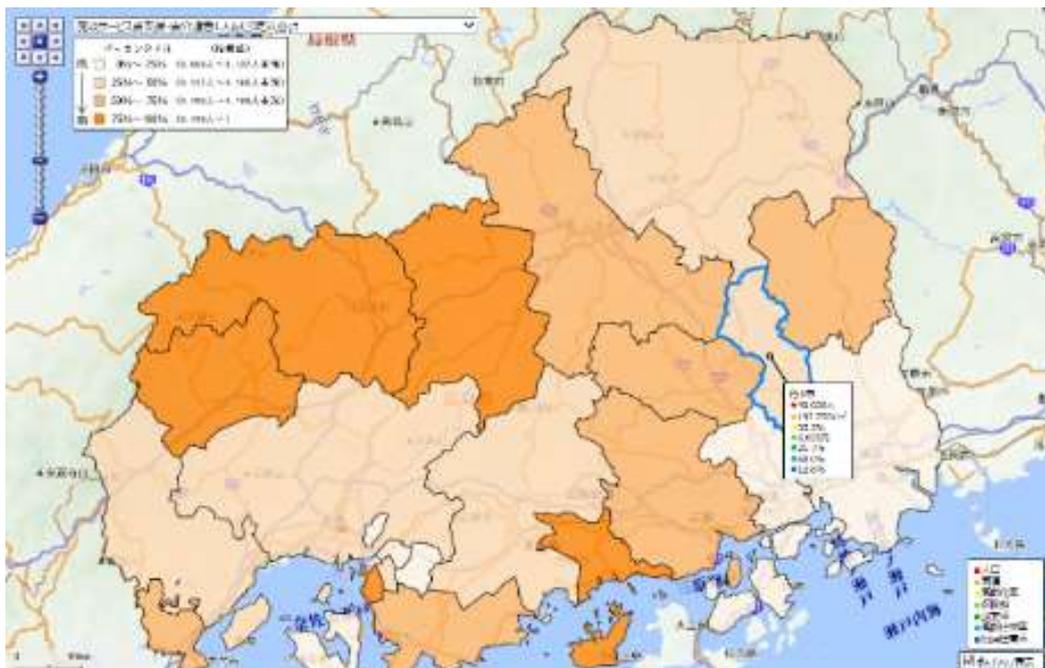
要支援・要介護者1人あたり定員（施設サービス別）（平成29年(2017年)）



(時点) 平成29年(2017年)

(出典) 介護サービス情報公表システムおよび厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報

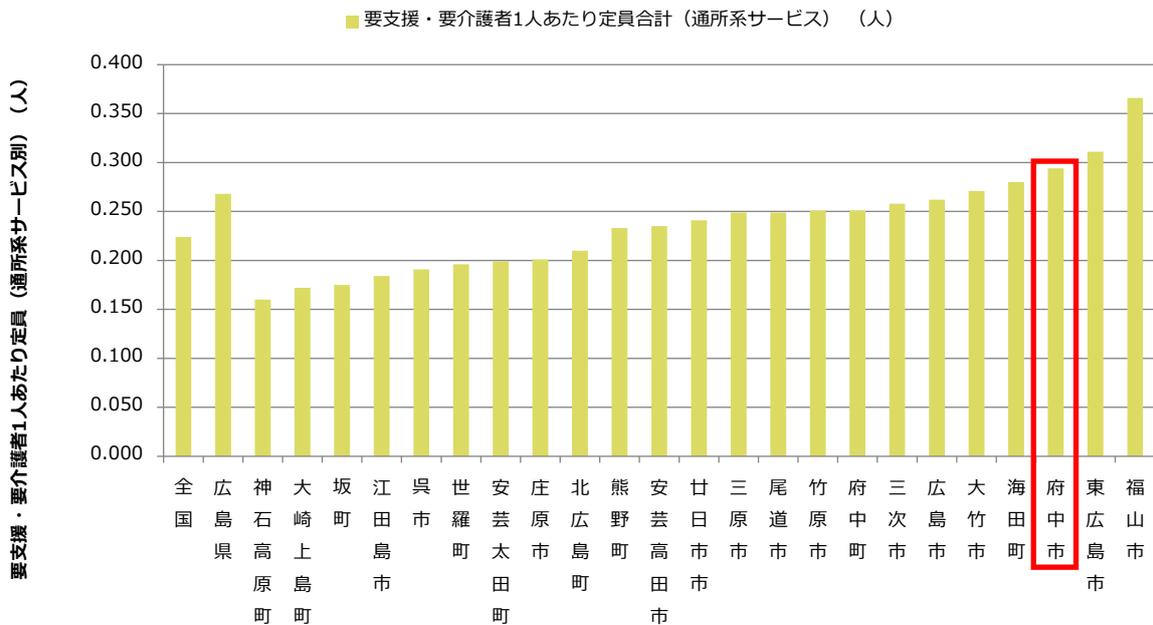
広島県内自治体との比較（施設サービス 要支援・要介護者）



【通所系サービス定員（通所介護、地域密着型通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護（宿泊・通い）、看護小規模多機能型居宅介護（宿泊・通い））】

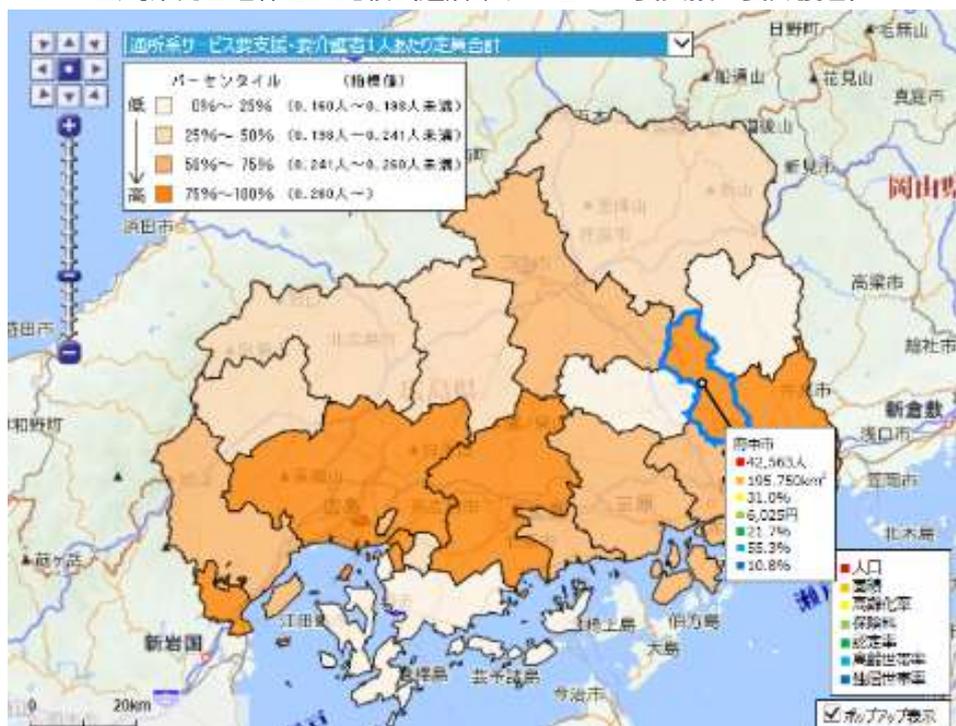
1人あたりの通所系サービスの定員は県平均を上回り、県内自治体のうち3番目に多かった。

要支援・要介護者1人あたり定員（通所系サービス別）（平成28年(2016年)）



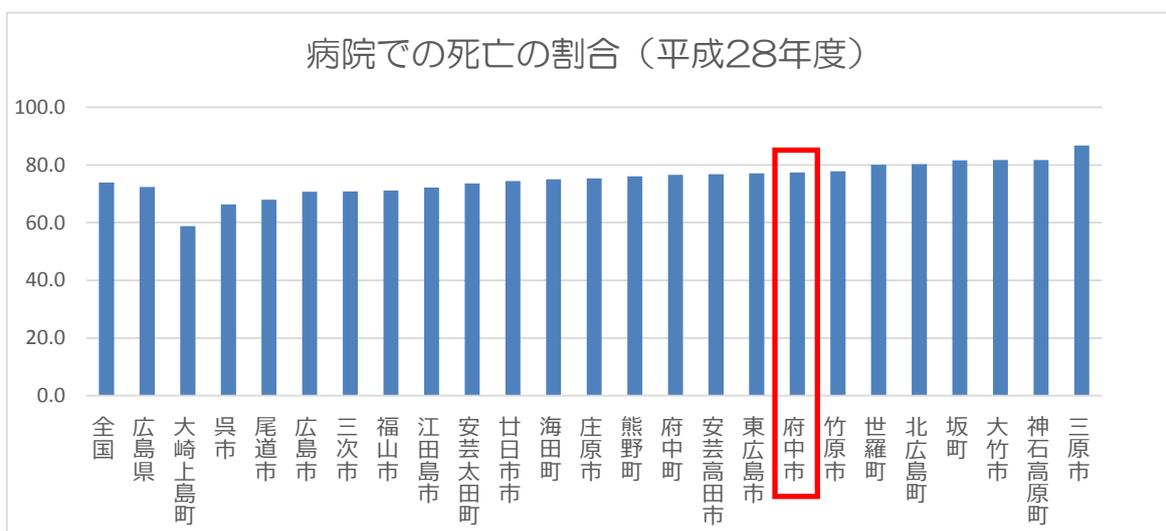
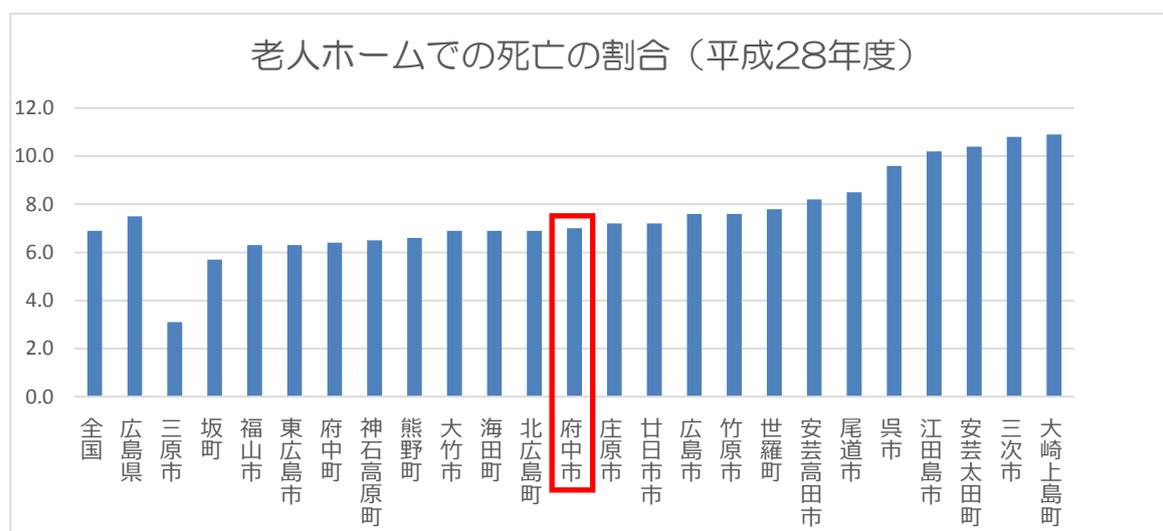
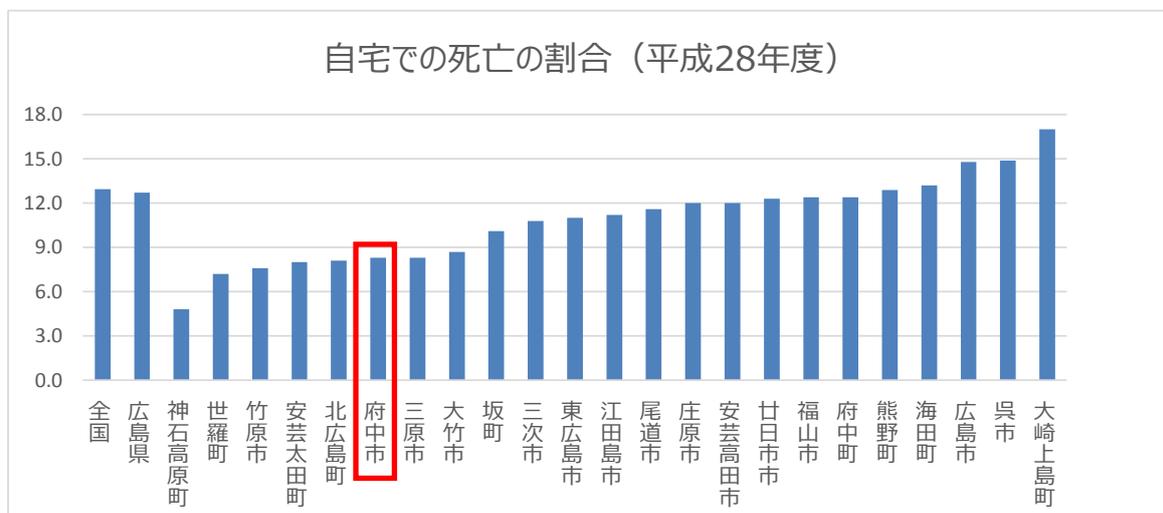
(時点) 平成28年(2016年)  
 (出典) 介護サービス情報公表システムおよび厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報

広島県内自治体との比較（通所系サービス 要支援・要介護者）



### ■死亡場所別の死亡者割合

自宅での死亡の割合は、広島県平均を大きく下回り、県内で7番目に低かった。老人ホーム死の割合は県平均より若干低く、一方で病院での死亡の割合は県平均よりも多い。



出典：人口動態調査（厚生労働省、H28.1～H28.12）

## 5. 関係分野の動向把握

居住支援施策は、高齢福祉系の部局、都市計画の部局、住宅施策の部局、交通施策の部局、市民活動を管轄する部局など、様々な部局の担当する政策分野を横断するため、部局間の協働が必要となる。ここでは、それぞれの分野で行われている施策の方針を確認し、整合性の確保を図る。

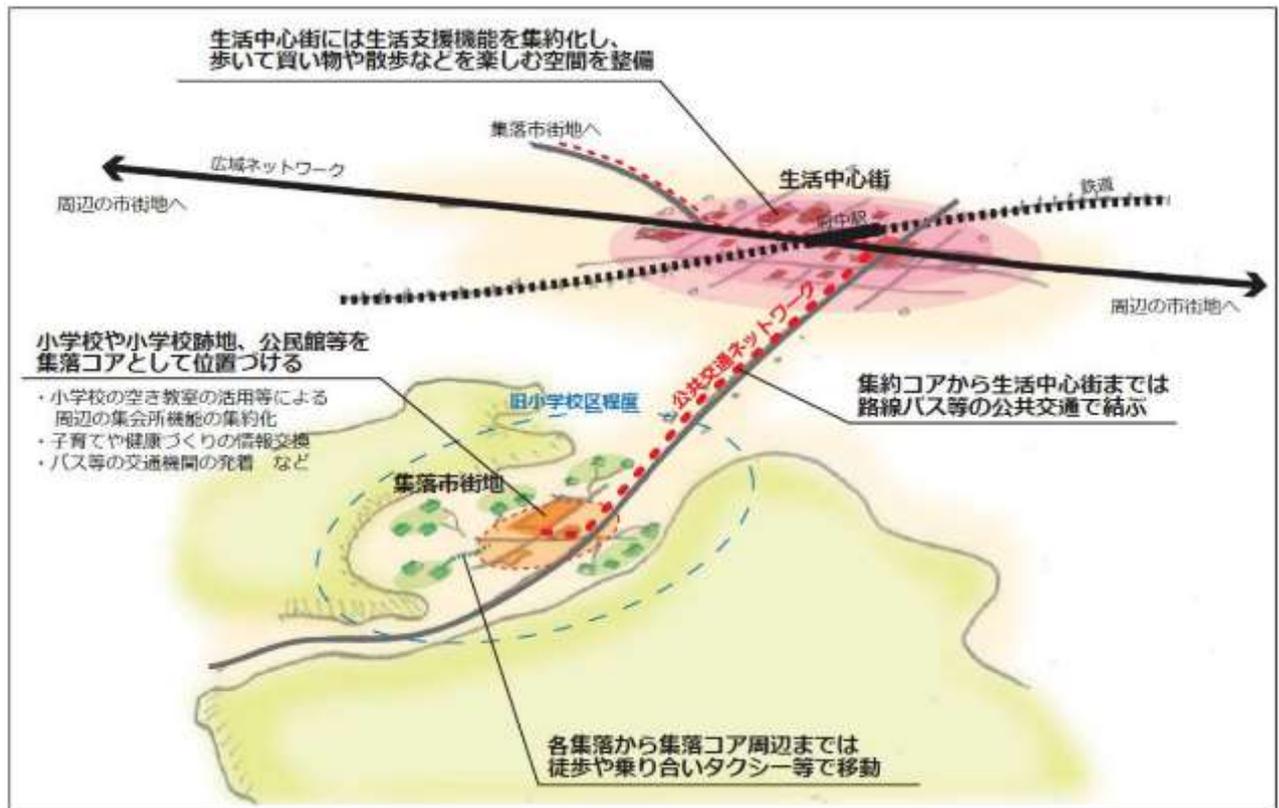
名称	内容
①都市計画マスタープラン	都市計画法に基づくもので、市町村の都市計画に関する基本的な方針を定めたものである。 <b>ポイント</b> 地域拠点や、住宅地など、地域の用途を定めた計画である。居住支援施策の立案にあたっては、マスタープランの方針と矛盾しないよう配慮する。
②立地適正化計画	改正都市再生特別措置法（2014.8 施行）に基づくもので、人口減少・高齢化に対応して持続的な都市経営を行うために「コンパクト+ネットワーク」をコンセプトに都市機能や居住機能の再編をするための計画である。 <b>ポイント</b> 居住の誘導、生活拠点や交通の維持等、人口減少に対応するための都市政策が掲げられている。現状を把握する資料として活用するとともに、居住支援施策が方針に矛盾しないよう配慮する。
③地方創生総合戦略・人口ビジョン	まち・ひと・しごと創生法（2014.11 月及び 12 月施行）に基づくもので、地方再生に向けた総合戦略であり、その前提となる人口動向分析、将来推計等を人口ビジョンという。
④空家等対策計画	空家等対策の推進に関する特別措置法（2015.2 月及び 5 月施行）に基づくもので、空家等の発生予防、適正管理、利活用の推進と特定空家等の除却等について定めた計画 *ここでいう「空家等」は、その敷地や附属する工作物を含めて居住その他の使用実績がない一棟の空き家という
⑤住宅セーフティネット制度	改正住宅セーフティネット法（2017.10 施行）により、単身者、高齢者等をはじめとして全方的に住宅確保に困窮する者（住宅確保要配慮者）を対象に、急増している空き家、空き室を活用することによって安定的な居住に結びつけることを意図。住宅確保要配慮書の入居を拒まない賃貸住宅の登録制度、専用住宅の改修・入居者への経済的支援、需給のマッチング・入居支援が柱となる。
⑥公営住宅	原則として、所得分位 25%以下の世帯に対して、応能応益で住宅を提供する。単身世帯の入居も認める。 <b>ポイント</b> 公営住宅は、低所得高齢者への居住支援のリソースとなるため、市内の利用可能な物件について把握する。ただ、空き室があっても耐用年数経過等の理由で入居者の募集が停止されている場合等があるため、注意が必要である。

## 府中市の例

### ①都市計画マスタープラン

→府中市都市計画マスタープラン（平成26年）

府中市では、市の南部の府中駅を中心とした地域を「生活中心街」、また、小学校や公民館等の地域の拠点となる集落コアとそれを中心とした各集落を「集落市街地」と位置づけ、これらの地域を公共交通ネットワークによってつなぐという計画を掲げている。その他、生活中心街からその周辺の市街地への広域ネットワークも重視されている。



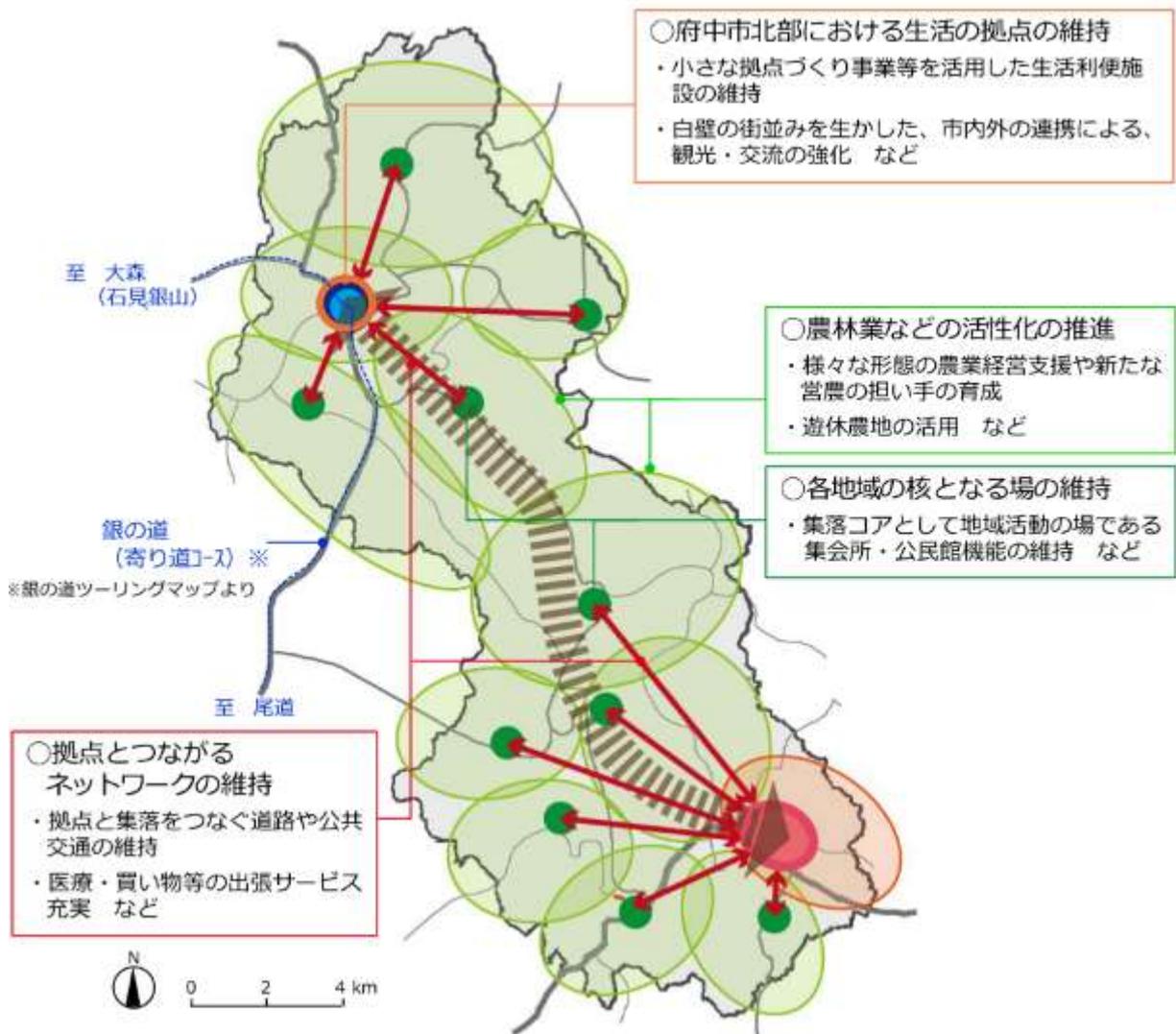
出典：府中市都市計画マスタープラン（平成26年）

## ②立地適正化計画

→府中市立地適正化計画（平成 29 年 3 月）

立地適正化計画では、都市計画マスタープランの一部として、市の南部の生活中心街を含んだ「居住誘導区域」を定めて居住を誘導するとともに、その他の集落コアを中心とした「集落市街地」の維持と、これらをつなぐ公共交通ネットワークを形成・維持することにより、人口減少・少子高齢化社会に対応したコンパクトなまちづくりを目指す方針としている。図では、市内に集落コアが 10 程度存在し、北部の上下地域に 4、南部地域に 6 配置されている。

□拠点やネットワークの形成イメージ



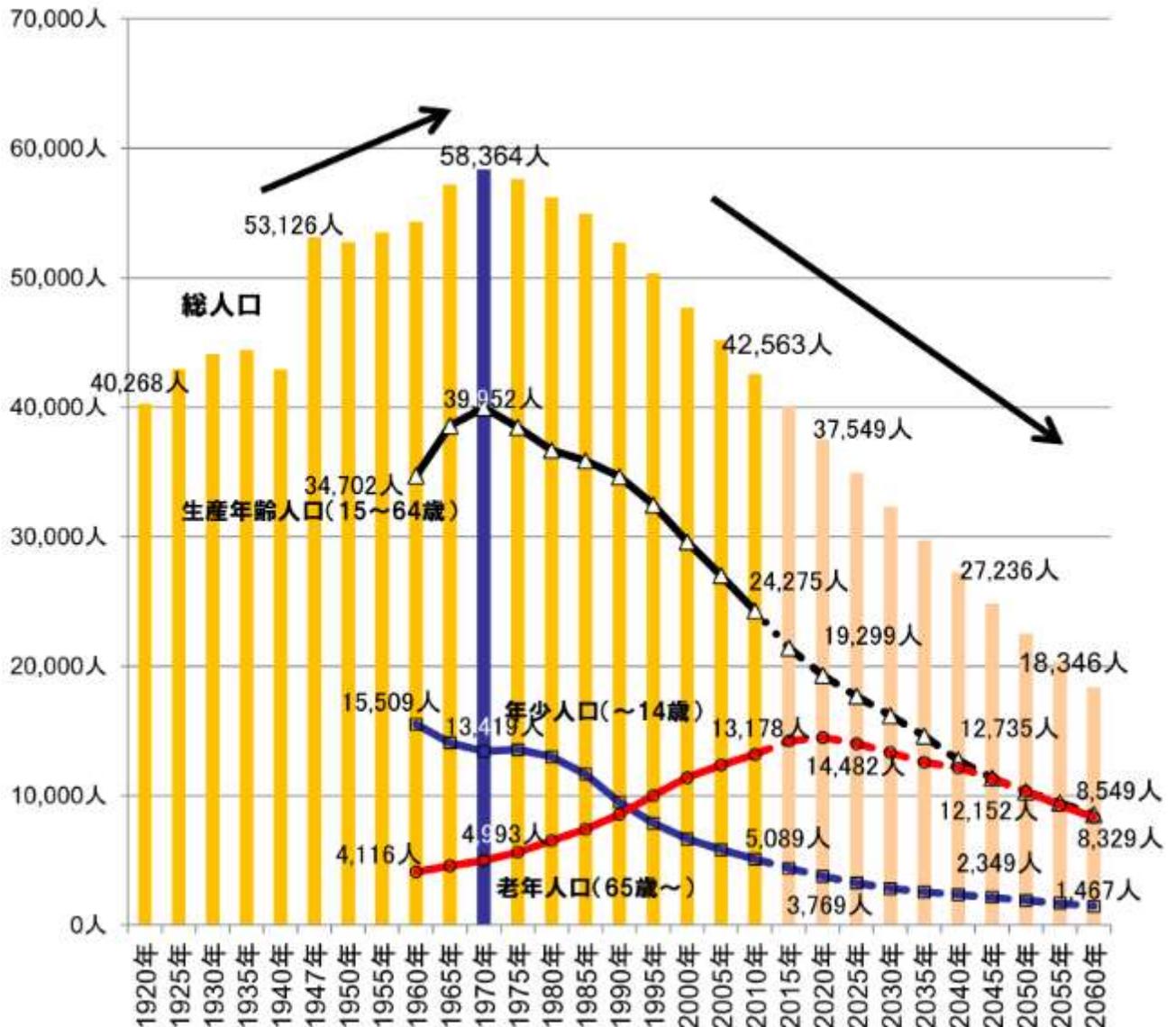
出典：府中市立地適正化計画（平成 29 年 3 月）

③地方創生総合戦略・人口ビジョン

→府中市総合戦略・人口ビジョン（平成28年2月）

総合戦略・人口ビジョンでは、府中市の人口が戦後1947年に急激に増加したのち、1970年にピークに達し、そののち減少を続けていることが可視化できる。現在は生産年齢人口・年少人口が減っている中で老年人口が増加しているが、老年人口も2020年以降減少に転じることが推計される。2045年頃からは、生産年齢人口と老年人口がほぼ同数になることが予測されている。

府中市の人口推移(全体、年齢3区分別)



資料:「国勢調査」、社人研「将来人口推計」

出典：府中市総合戦略・人口ビジョン（平成28年2月）

#### ④空家等対策計画

→府中市空家等対策計画（平成 29 年 3 月）

##### ■災害危険区域の空き家状況

市南部には、中須町、出口町、鶉飼町、桜が丘、本山町、目崎町、土生町、用土町、栗柄町、父石町、篠根町、僧殿町、三郎丸町に急傾斜の地帯が広がっている。

本市における災害危険区域内外の空き家状況をみると、土砂災害特別警戒区域内（土石流+急傾斜）の空き家は 53 件を有しており、土砂災害警戒区域内（土石流+急傾斜）の空き家は 271 件となっています。

警戒区域	土砂災害特別警戒区域 (土石流+急傾斜)		土砂災害警戒区域 (土石流+急傾斜)		土砂災害警戒区域 (地すべり)	
	区域内	区域外	区域内	区域外	区域内	区域外
空家数	53	1,700	271	1,482	18	1,735

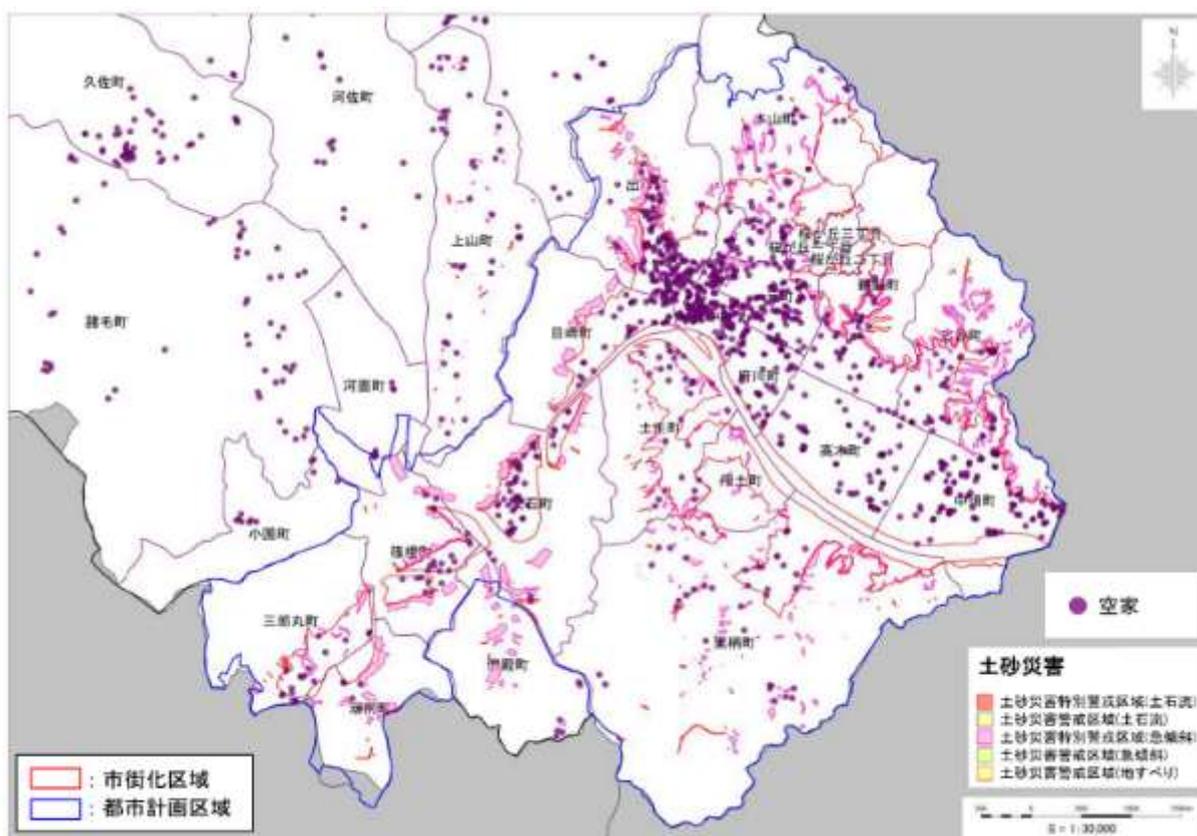


図 土砂災害特別警戒区域（土石流+急傾斜）の空き家状況

資料：府中市空き家等実態調査

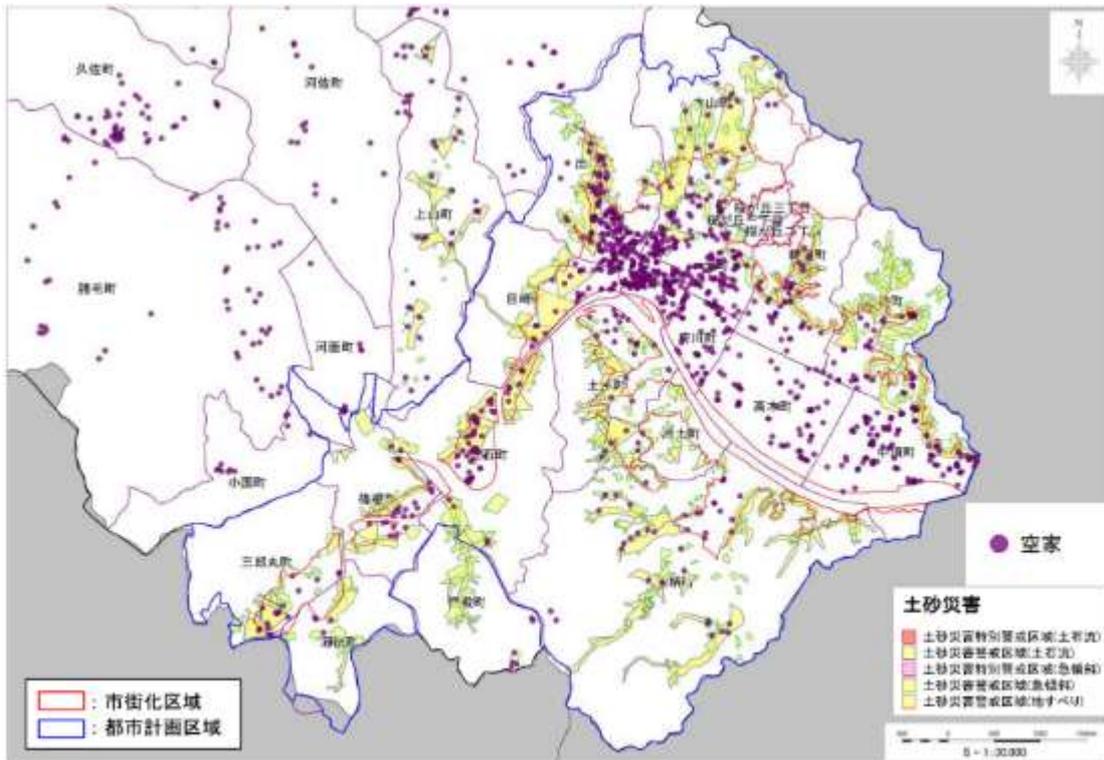


図 土砂災害警戒区域（土石流+急傾斜）の空家状況

資料：府中市空き家等実態調査

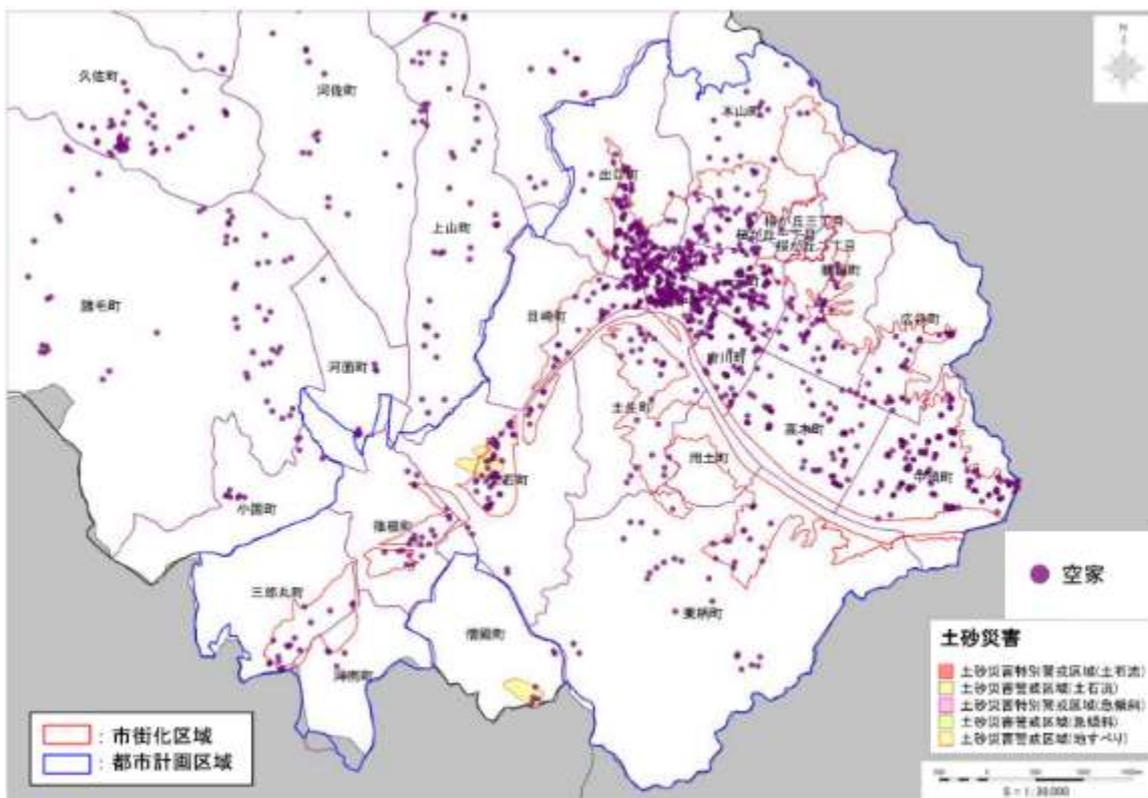


図 土砂災害警戒区域（地すべり）の空家状況

資料：府中市空き家等実態調査

出典：府中市空き家等対策計画（平成 29 年 3 月）

### ■前面道路幅員別の空き家状況

前面道路幅員が4m未満である場合、建物の建て替えや増築等には一定の制限・規制が生じる。こうした前面道路幅員が4m未満の空き家は、府中町、出口町、元町などに多いことが分かる。

本市における前面道路幅員別の空き家状況をみると、備後圏（府中市）都市計画区域の空き家1,124件において、前面道路幅員が4m未満の場合は511件(45.4%)、4m～6m未満の場合は321件(28.6%)、6m以上の場合は288件(25.6%)、該当なしが4件(0.4%)となっています。前面道路幅員が狭くなるにつれて件数が増える傾向にあります。

前面道路幅員	空家数	比率
4m未満	511	45.4%
4m～6m	321	28.6%
6m以上	288	25.6%
該当なし	4	0.4%
計	1,124	100.0%

※対象空家は、備後圏（府中市）  
都市計画区域内の1,124件

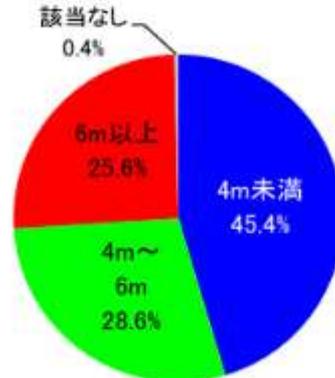


図 前面道路幅員別の空き家状況  
資料：府中市空き家等実態調査

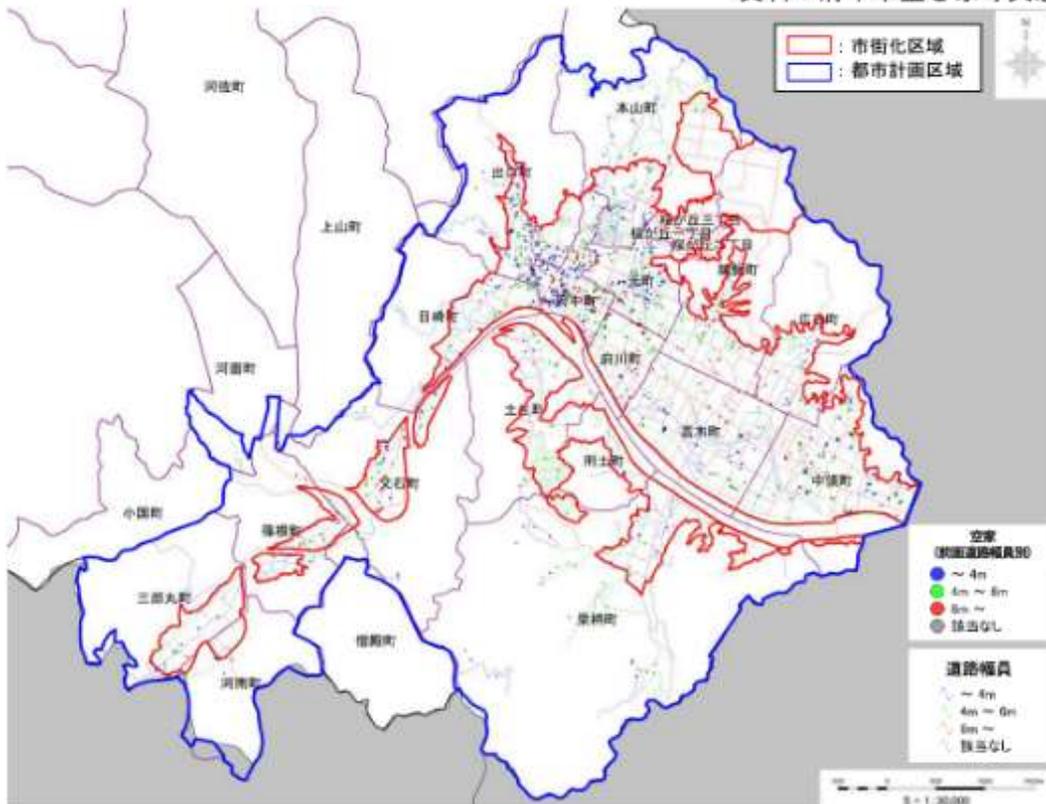


図 前面道路幅員別の空き家状況  
資料：府中市空き家等実態調査

※空家に近接する道路を前面道路として幅員別に集計したため、実際の接道状況とは異なる場合がある

出典：府中市空き家等対策計画（平成29年3月）

### ⑤住宅セーフティネット制度

府中市では、平成 29 年度時点では未整備となっている。

### ⑥公営住宅

府中市内の公営住宅の所在地、建設年度、構造、戸数、規格、耐震改修の有無、募集状況、家賃を一覧化し、別添資料にまとめた。

32 団地の公営住宅（特定公共賃貸住宅を除く）が存在し、過半数が空き室を有していた。一方で、平成 29 年時点で入居者募集を継続している公営住宅は 7 団地に留まっていた。募集停止の理由は、全て「耐用年数経過」であった。

## STEP2 地区別データの作成

自治体全体の動向を踏まえ、地区別のデータを整理していく。データは、下記の手順で作成する。

### 1. 地域区分の設定

各部局が使用している地域区分を参照し、居住支援施策を行う上で最適な区分を設定する。

### 2. 地区別データの作成

設定した区分にしたがって、STEP1 で把握した項目を地域別に整理する。可能であれば地図上にプロットして可視化する。

## ○地域区分の設定（地理・交通条件の情報を含む）

居住支援施策を考える上で適切な地区区分を下記のように設定する。今後、各行政分野での区分を厳密に統一する必要はないが、引き続き上記の地区区分での分析が行えるよう、レイヤーを加えることが推奨される。

☆ベース図（地理条件：等高線、河川、土地利用等と交通条件：線路、道路、駅）の準備

☆ベース図を、適正な地区に分割

・地域区分（地区）をする目的は、高齢者の居住問題には、高齢者自身の日常的な生活の広がりとサポートできる地域のコミュニティが大きく関係するので、ある一定の地域の問題として捉える必要があるため（≡地域包括ケア）。また、今後の人口・世帯減少の局面で、地域を適切に持続経営していくために、一定のまとまりで諸施策を構想する必要があるため。

・適切な地区区分の方法は、以下の通り。

\*当該自治体で一般的に使われている地域区分を適用する。

\*但し、行政分野によって「地域区分」が異なることが多々あるので、最も適正な地域区分を用いる。

\*中山間地等の場合は、旧村、旧小学校区の区分によってみることで生活圏の広がりでは適当と考えられるが、介護保険制度の日常生活圏域を用いることも考えられる。

## 府中市の例

府中市では、介護保険や高齢者福祉施策分野では、日常生活圏域を2区分（北部（上下町）、南部（上下町以外））としているが、中学校区で地域資源（医療機関や介護施設など）が大きく異なるため、サービス量など大きな括りで検討するもの以外（例：整備する施設の配置）などについては、「府中中学校区（府中中）」「第一中学校区（第一中）」「府中明郷中学校区（府中明郷中）」「上下中学校区（上下中）」の4中学校区でバランスを考えている。

住宅部局においては、居住支援施策を検討する地域区分の設定はなかったため、福祉部局の考えにより4区分の校区を地域区分とした。



設定した区分にしたがって、STEP1 で把握した項目を地域別に整理する。居住支援を行う上では、地域資源の各地への分布や交通ネットワークへのアクセス、また傾斜等の地形を含めた、さまざまな要素を地図上で把握することが有効であるため、可能であれば地図上にプロットすることが望ましい。

☆ベース図を、適正な地区に分割したベース図に対して、以下の情報を記載していく。

☆この時に GIS を使うと便利かつ以降の DB 化と解析を的確に行うことができる。

無料で利用できる GIS ソフトもあるため、利用を検討すると良い。

項目	内容
①人口・世帯数	・地区の人口・世帯数から、地区の過疎状況を確認
②65 歳以上人口比率、65 歳以上単身世帯比率、65 歳以上高齢者のみ世帯比率	・65 歳以上人口、65 歳以上単身・高齢者のみ世帯比率から、地区の高齢化の状況を確認
③75 歳以上人口、75 歳以上単身世帯数、75 歳以上高齢者のみ世帯数	・75 歳以上人口、75 歳以上単身・高齢者のみ世帯数から、地区の支援対象となる世帯の実数を把握
④要介護度別人口：要支援・要介護 1～2、要介護 3～5	・要介護度別人口から、地区の要介護対象者数を把握
⑤居住困窮の世帯数	・STEP1 (2-②・③) の「居住困難世帯」を地区別に特定することはできない。 ・ただし、「介護予防・日常生活圏域二ーズ調査」等の別のデータを使って、地区別の数を把握できる可能性はある。
⑥空き室・空き家数	・STEP1 (2-④) の住宅・土地統計調査の空き室・空き家を地区別に特定することはできない。 ・ただし、「空家等対策計画」における実態調査のデータを使って、地区別の空き家数（一棟全て空いているもの）を把握できる可能性はある。
⑦地域資源	・STEP1 (3) の地域資源の把握のデータを元に、所在地をマッピングする ・GIS であれば、資源毎にカバーできる範囲をバッファリングすることも可能

## 府中市をモデルにした分析実施例

### ①人口・世帯数

全体として南東地域に人口が集中しており、第一中学校区は全域が比較的人口密集地域となっていた。また、府中中学校区は南東部に位置する地区の大部分が1000～2000人と比較的人口が多い一方で、北西部の荒谷町は100～200人であった。

上下中学校区は、ほとんどの地区で1000人以下であり、100人以下の地区も見られた。一方でJR上下駅が位置する上下町上下は2000～4000人と、大きな偏りが見られた。

府中明郷中学校区は上下中学校区と異なり、全ての地区で人口1000人以下であった。

町丁目別に見ると、上下中学校区の上下町二森、上下町佐倉、上下町岡屋と、府中明郷中学校区の斗升町、小国町では人口が100人以下であった。斗升町は面積が比較的大きいため、住宅が点在している可能性がある。※資料編参照

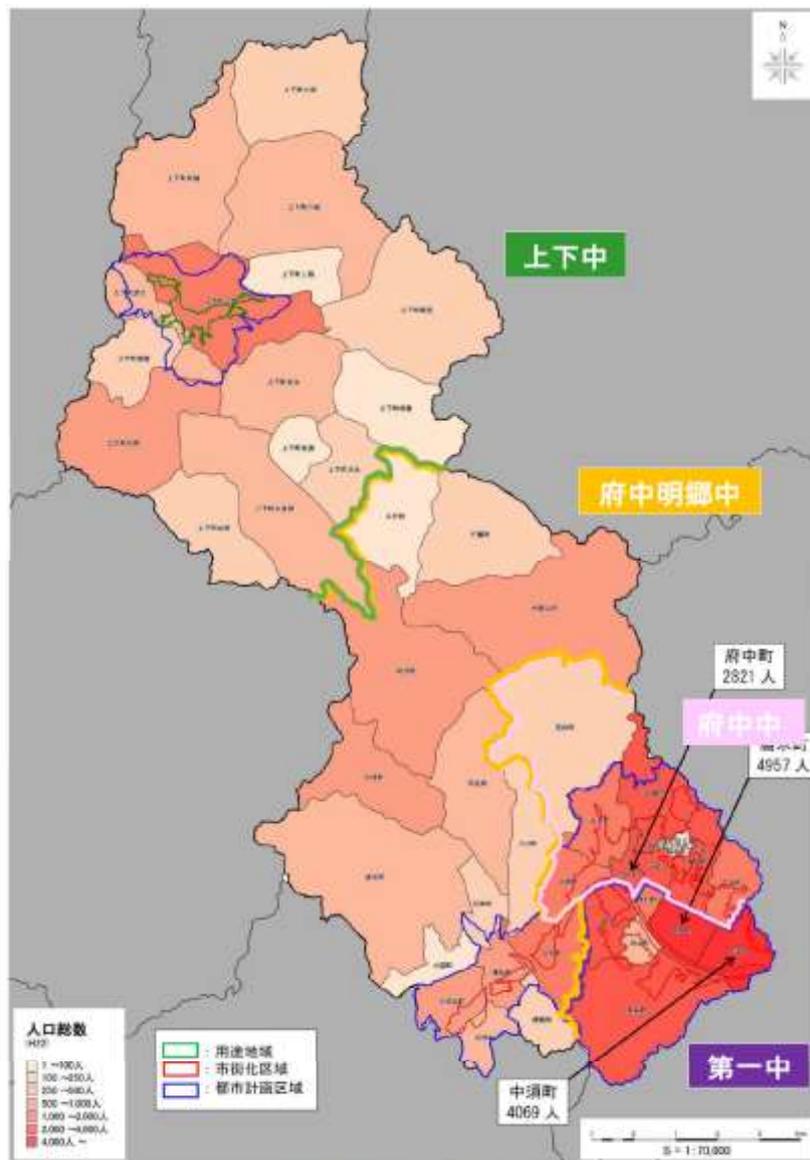


図 町別の人口 (平成22年)

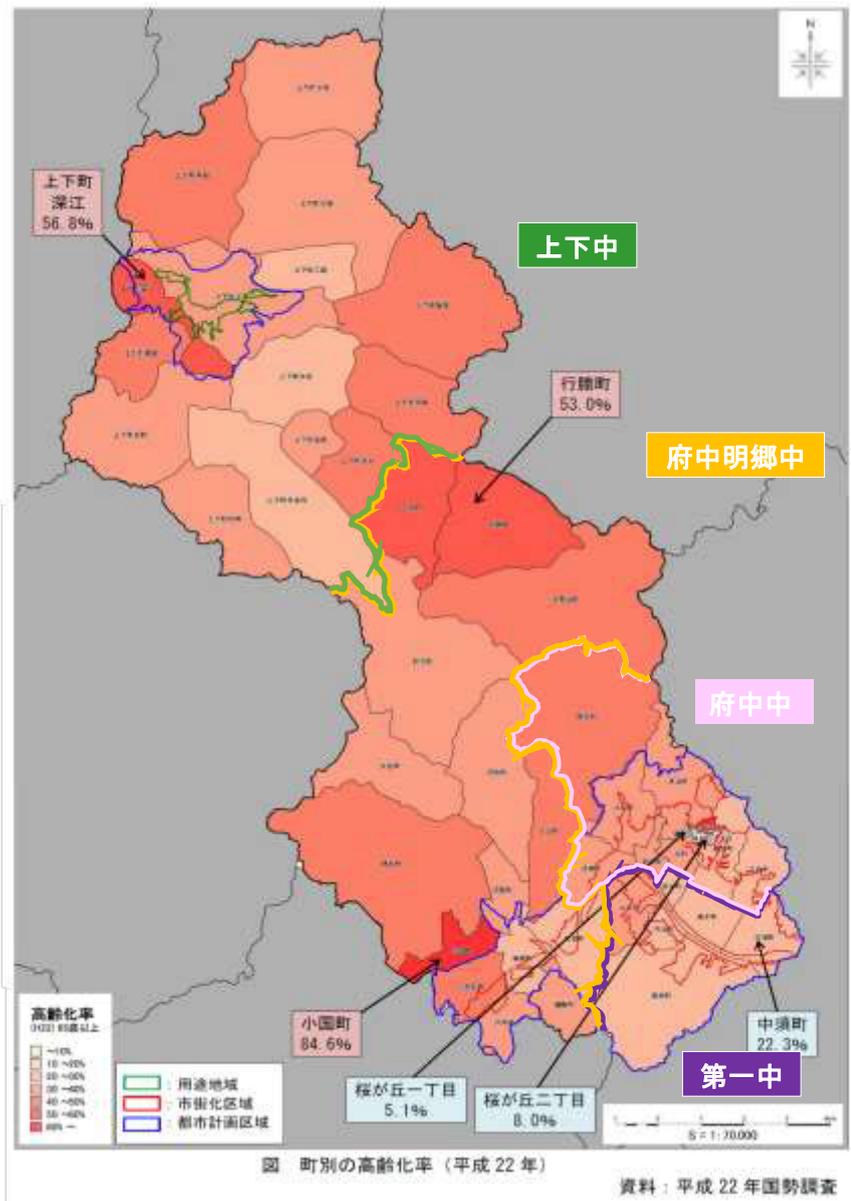
資料 | 平成22年国勢調査

出典：府中市空家等対策計画 (平成29年3月) (平成22年度国勢調査データにもとづいて作成された図表)

②65 歳以上人口比率、65 歳以上単身世帯比率、65 歳以上高齢者のみ世帯比率

・65 歳以上人口比率

高齢化率がとくに高い（80%以上）ところは、府中明郷中学校区の小国町であった。また、上下中学校区の上下町深江、府中明郷中学校区の斗升町、行藤町も 50%以上であった。



出典：府中市空家等対策計画（平成 29 年 3 月）（平成 22 年度国勢調査データにもとづいて作成された図表）

・65歳以上高齢者のみ世帯比率

65歳以上高齢者のみ世帯数は、府中中学校区が最も多く2,425世帯であった。

	府中中	第一中	府中明郷中	上下中
65歳以上高齢者のみ世帯数	2425	2046	1114	841
65歳以上高齢者単身世帯数	1379	1103	619	491

出典：府中市提供データ（町目別世帯数、2018年1月17日時点）

③75歳以上人口比率、75歳以上単身世帯比率、75歳以上高齢者のみ世帯比率

75歳以上高齢者のみ世帯数は、府中中学校区が最も多く1,408世帯であった。

75歳以上のみ世帯では単身世帯が比較的多く、要介護状態となった際の介護力が不十分な可能性があることがうかがえた。

	府中中	第一中	府中明郷中	上下中
75歳以上高齢者のみ世帯数	1408	1115	625	517
75歳以上高齢者単身世帯数	968	745	429	375

出典：府中市提供データ（町目別世帯数、2018年1月17日時点）

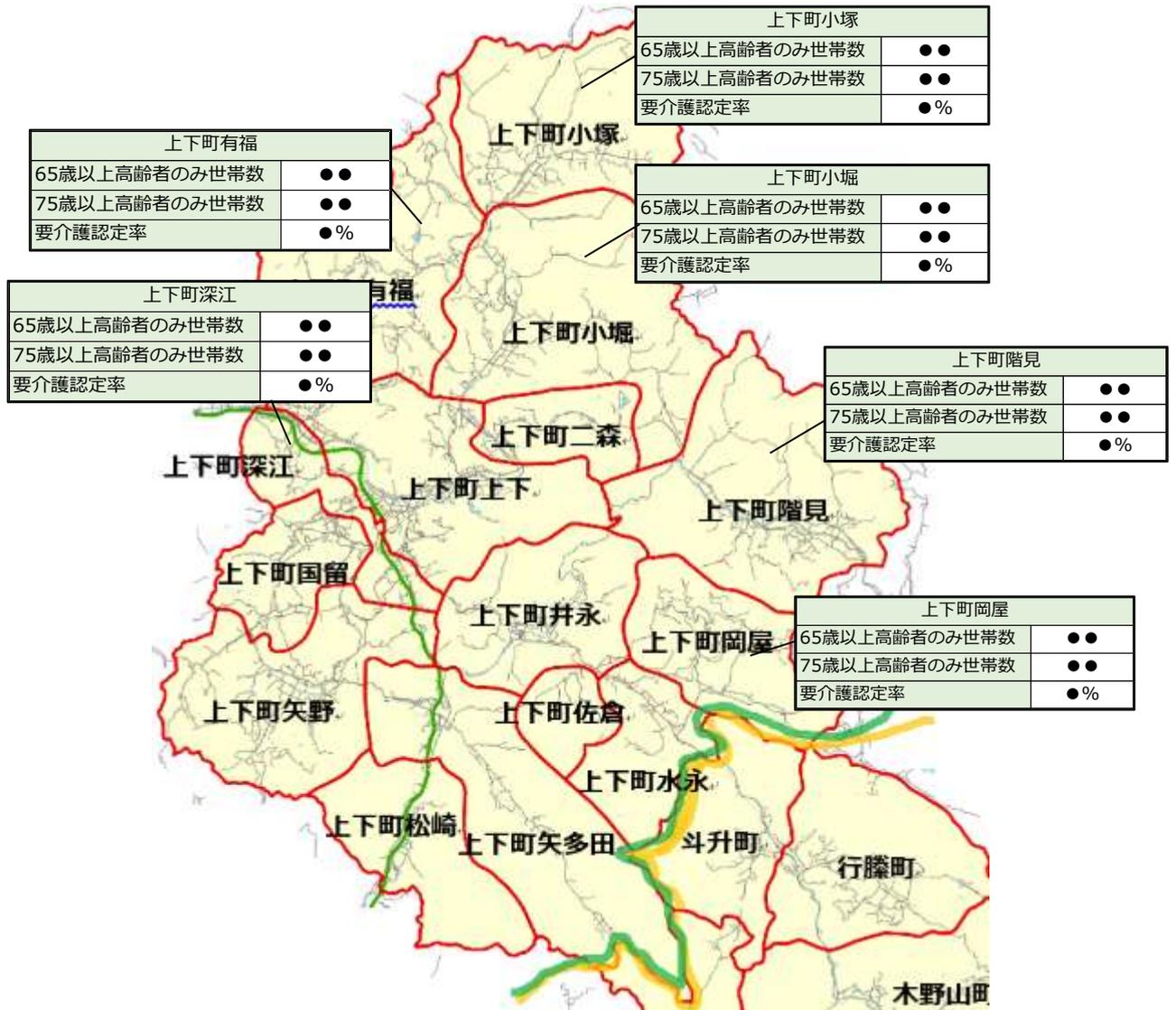
④要介護度別人口：要支援・要介護1～2、要介護3～5

中学校区別の要支援・要介護度別人口は下記の通りである。

	府中中	第一中	府中明郷中	上下中	総計
要支援	338	244	155	188	925
要介護1～2	379	290	196	157	1022
要介護3～5	394	321	218	160	1093
総計	1111	855	569	505	3040

出典：府中市提供データ（平成29年3月）

以上のようなデータは、町も区別に集計し、地図上に示すことで自治体内の状況を一覧することができる。次頁に図のイメージを示す。



## ⑤居住困窮の世帯数

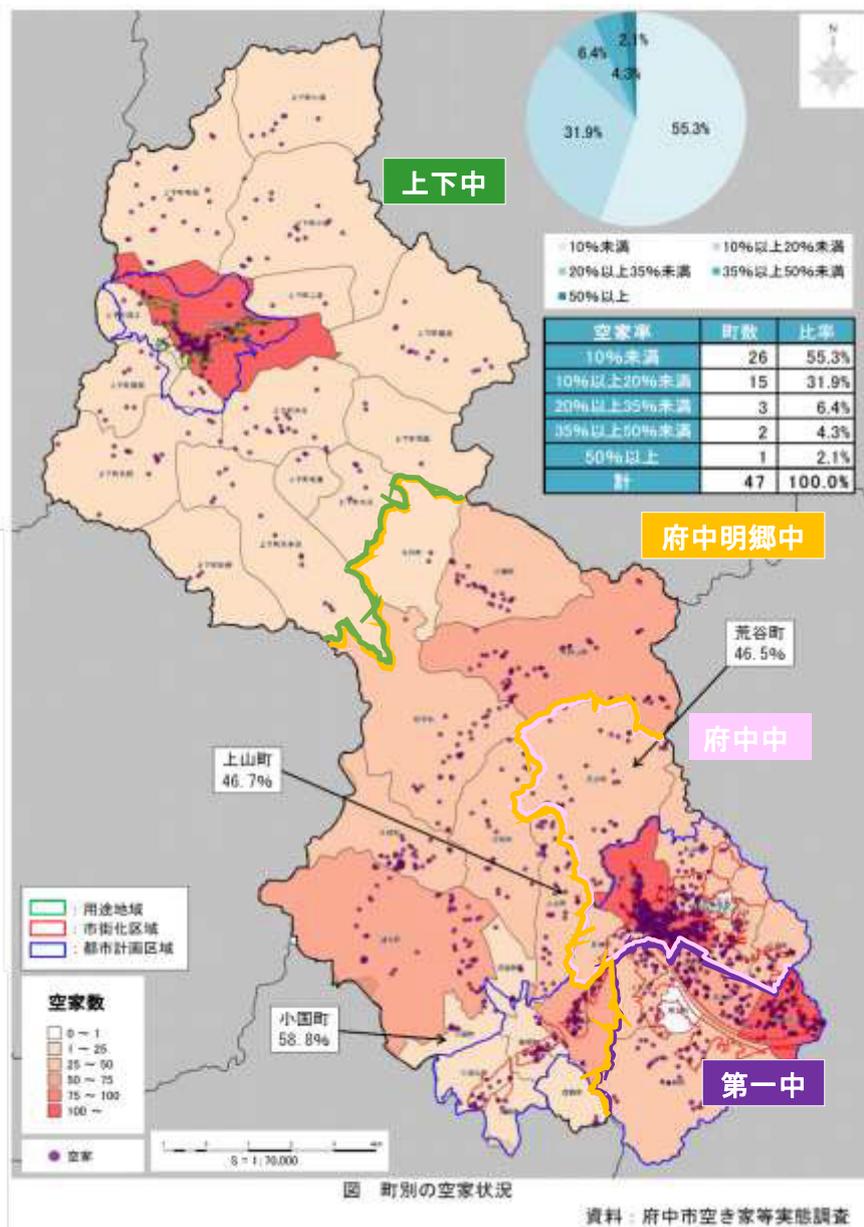
- ・世帯数は市全体の推計となるが、日常生活圏域二一ズ調査の結果から各地域の居住困窮者の人数の大まかなつかみが得られるため、そこから居住困窮者数を類推することができる。
- ・概ねいずれの中学校区でも、「持家」で「大変苦しい」、また「民営賃貸住宅」で「大変苦しい」「やや苦しい」市民が数十～数百人の規模で存在していると考えられる。
- ・持家世帯総数に占める「大変苦しい」と回答した方の割合は、いずれの中学校区でも1割以下である。一方、民営賃貸住宅居住者について、上下中学校区では総数40人に対し、「大変苦しい」「やや苦しい」方が計34人と、85%に課題があることが伺える。この傾向は他の中学校区でも同様である。

学校区	住宅類型	現在の暮らしの状況						総計
		大変苦しい	やや苦しい	ふつう	ややゆとりがある	大変ゆとりがある	無回答	
上下中	持家	97	410	1037	40	11	11	1606
	公営賃貸住宅	6	11	28	6	0	0	51
	民営賃貸住宅	23	11	6	0	0	0	40
	その他	0	17	17	0	0	0	34
	無回答	0	11	68	0	11	57	148
第一中	持家	313	911	2723	245	34	63	4289
	公営賃貸住宅	11	40	28	0	0	0	80
	民営賃貸住宅	51	103	177	0	0	11	342
	その他	6	23	40	0	0	0	68
	無回答	6	23	159	6	0	205	399
府中中	持家	194	889	2170	211	28	34	3526
	公営賃貸住宅	11	11	6	0	0	0	28
	民営賃貸住宅	80	142	159	0	0	17	399
	その他	6	6	46	0	0	0	57
	無回答	23	40	182	17	0	194	456
府中明郷中	持家	125	627	1293	85	23	23	2176
	民営賃貸住宅	6	6	11	0	0	6	28
	その他	0	0	6	0	0	0	6
	無回答	6	6	80	6	0	68	165
総計	963	3287	8236	615	108	689	13898	

出典：平成28年度府中市日常圏域二一ズ調査結果（該当設問の回答者2440人）をもとに、府中市の高齢者13898人（平成26年度）内での人数を推計したもの。

## ⑥空き室・空き家数

府中中学校区内の府中町・元町・出口町、第一中学校区内の中須町、上下中学校区内の上下町、また府中明郷中学校区内の南部にベルト状に広がる住宅地などに空き家が集中している。



出典：府中市空き家等対策計画（平成 29 年 3 月）（平成 22 年度国勢調査データにもとづいて作成された図表）

## ⑦地域資源

### ・医療機関

医療機関の少ない上下中学校区・府中明郷中学校区に着目すると、上下中学校区には、主に上下町周辺に歯科診療所・診療所があり、鉄道やバス、予約型乗合タクシー（運行地域は別添資料参照）を通じて、上下全域から通院が可能であると思われる。また、上下町上下にある府中北市民病院にも、短時間でアクセスすることができる。



一方、府中明郷中学校区には医療機関がなく、鉄道（JR）、バス（府中～上下線・御調線）、自家用車か、諸毛町なら予約型乗合タクシーを利用の上、別の中学校区の医療機関にアクセスする必要がある。

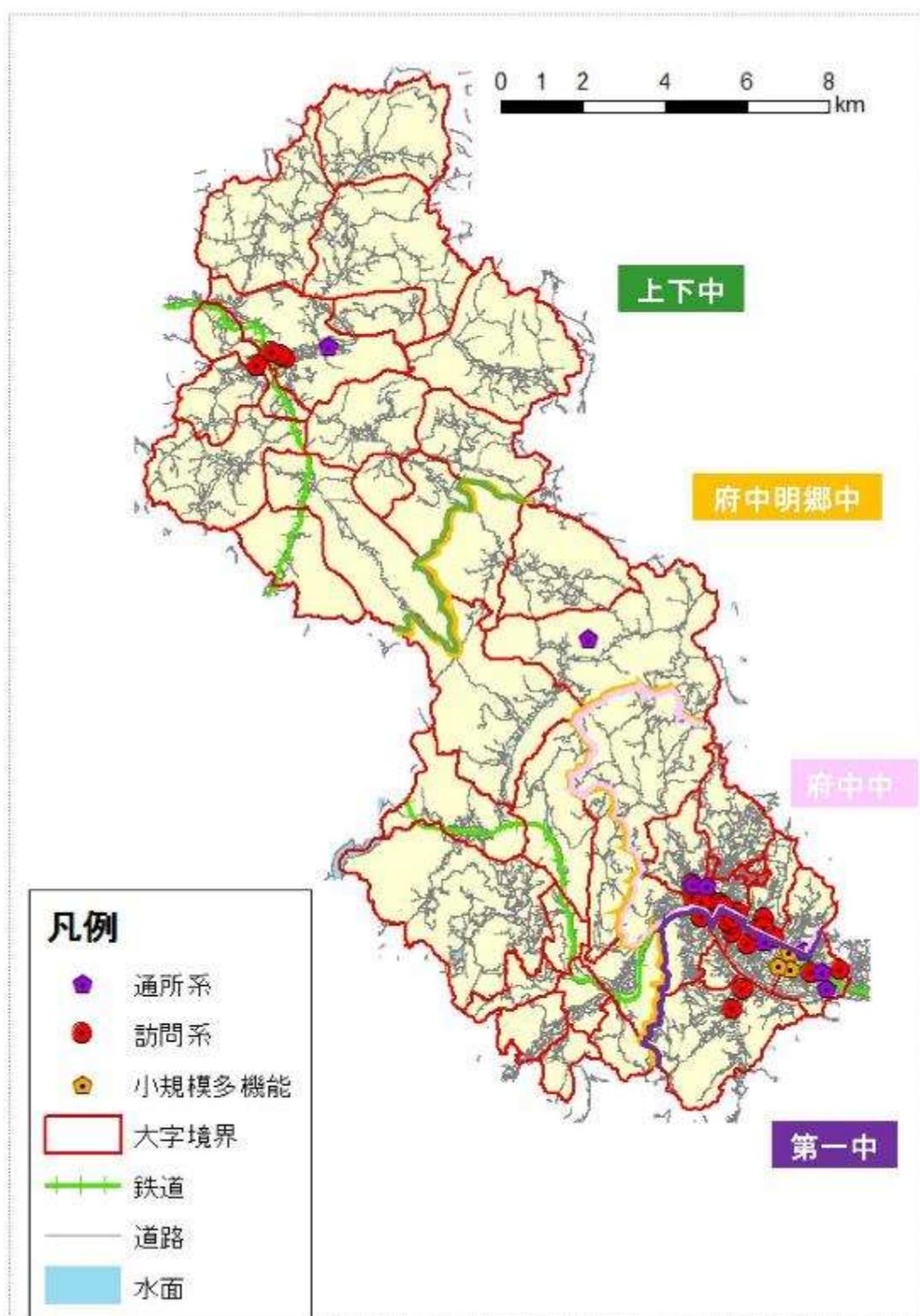
### ・介護事業所

府中駅、上下駅近辺に人口が比較的集中しており、居宅・施設の介護サービス事業所も大半が駅近辺の地域に位置している。それ以外の地域には介護資源が乏しく、特に府中明郷中学校区は、木野山町にある「特別養護老人ホーム箱田苑」と、三郎丸町にある「介護老人保健施設あいあい」のみである。

### ■施設系・短期入所系



■通所系・訪問系・小規模多機能



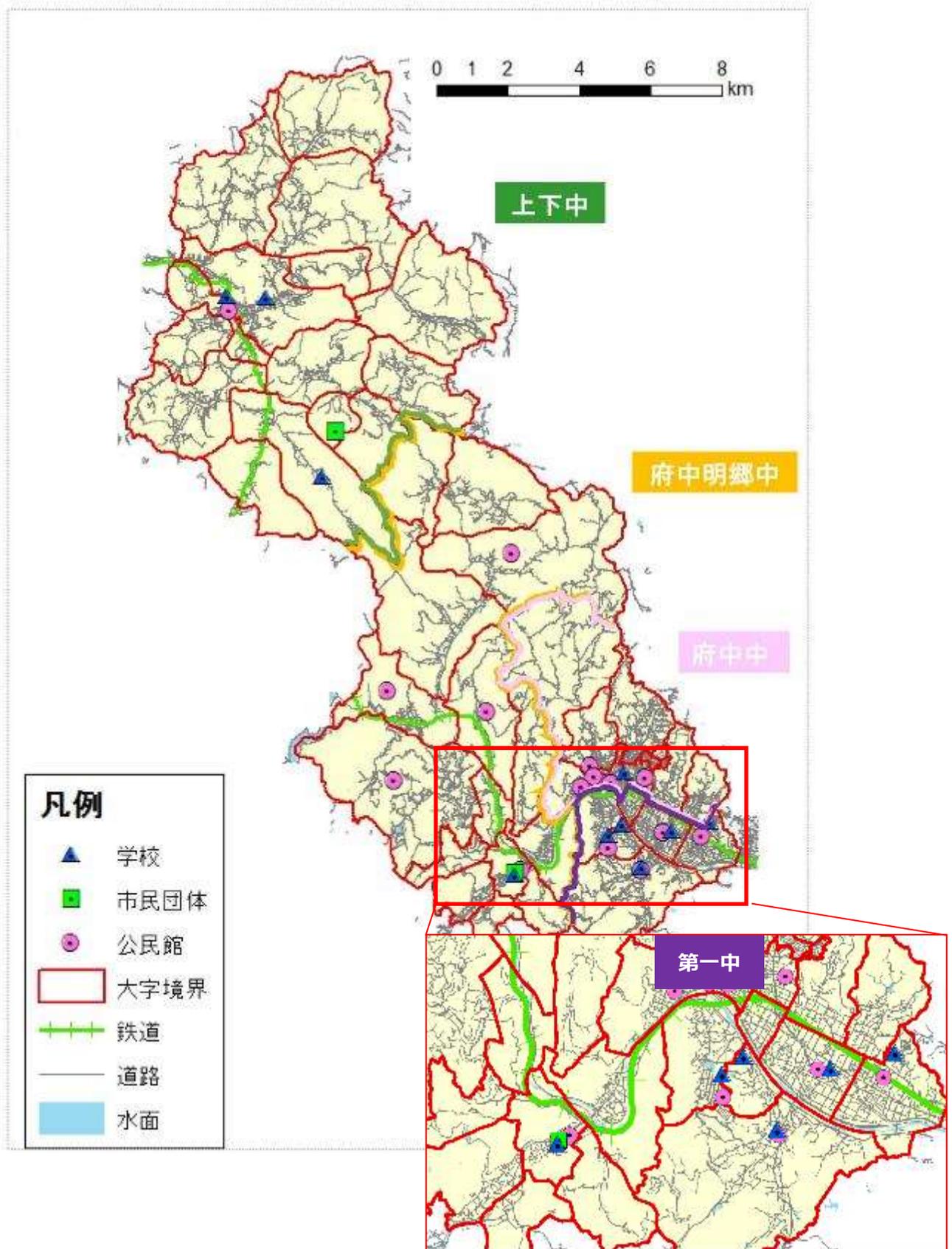
■居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・福祉用具



• コミュニティ

コミュニティの資源も、上下中学校区・府中明郷中学校区では限定的である。

公民館を見ると、上下中学校区は 1 ヶ所（集会所が4ヶ所）、府中明郷中学校区では5ヶ所である。両中学校区とも、公民館（集会所）が地域内に分散して配置されている。



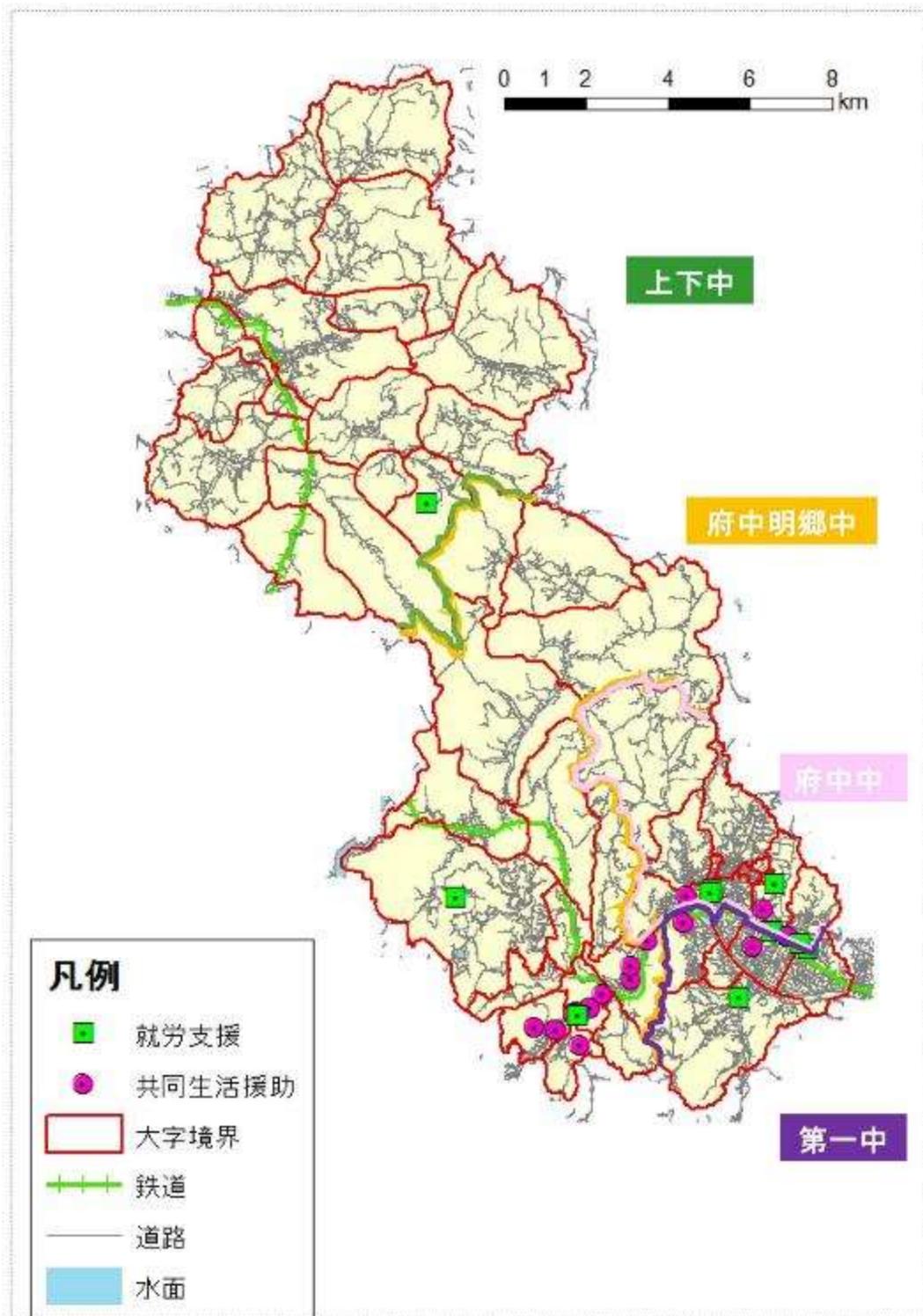
・障害福祉

障害福祉サービス事業所は、介護保険サービス事業所よりも、第一中学校区、府中中学校区に集中している傾向がみられる。

■短期入所・生活介護・居宅介護（介護給付）



■就労支援・共同生活援助（訓練等給付）



■障害者支援施設・指定特定相談支援事業所



## ○これまでのデータ等から見える上下中学校区、府中明郷中学校区の状況

「STEP2 地区別データの作成」で分析した結果から、上下中学校区、府中明郷中学校区の状況を、以下の通り整理した。

### ■医療・介護資源

- ・府中市は県平均と比較して通所系サービスが多く、居住系サービスが少ないことから、在宅生活の継続が難しくなった場合の住まいの選択肢が、介護保険施設を除いては多くない可能性がある（p.17 参照）。
- ・府中駅、上下駅近辺に人口が比較的集中しており、居宅・施設の介護サービス事業所も大半が駅近辺の地域に位置している。それ以外の地域には介護資源が乏しく、特に府中明郷中学校区は、木野山町にある「特別養護老人ホーム箱田苑」と、三郎丸町にある「介護老人保健施設あいあい」のみである。また、医療機関も南部に歯科診療所があるのみで、病院・診療所は存在しない。

### ■交通機関

- ・上下中学校区は路線バスにかわり、予約型乗合タクシー「おたっしゃ号」が上下町上下を除く地域で営業しているため、過疎地域でも通院・通所しながら居住継続できる可能性がある。一方で、府中明郷中学校区は予約型乗合タクシーの運営地域が限定的であるため、通院するためにはJRやバス、自家用車を利用する必要がある。

### ■人口動態から見る将来の医療・介護ニーズ

- ・上下中学校区と府中明郷中学校区は人口100人以下の町丁目が多く、高齢化率も高い。高齢者のみ世帯が点在している可能性が高く、近い将来に住民がいなくなる限界集落も存在すると考えられる。
- ・そのため、上下駅近辺の医療・介護資源へのアクセスが困難なこれらの地域に、新しく医療機関、介護事業所を開設したとしても、近い将来に利用者が激減する可能性が高い。

### ■公営住宅、空き家の状況

- ・公営住宅は多くが老朽化のため募集を停止しており、府中明郷中学校区に募集中の公営住宅はない。上下中学校区には募集中の公営住宅が4箇所あり、平成29年4月時点の空き室は13室ある。
- ・府中市では、公営住宅よりも民間の賃貸住宅に居住している高齢者世帯の方が、暮らし向きが苦しいと感じている割合が高い。暮らしに余裕があるから設備のよい民間賃貸住宅を選択しているのではなく、公営住宅のほとんどが募集停止していて入居できないために、やむをえず選択している高齢者も一定数存在すると考えられる。
- ・空き家については人口が集中している地域に多い傾向があるが、府中明郷中学校区などの地域にも一定数が存在している。

### STEP3 地区カルテの作成（緊急度の高いところを優先）

- ☆同一地域を対象にして、各レイヤー上に下記のデータを記載し、それを重ねあわせることで、地区の状況を複合的に把握する
- ☆すべての地区について、分析を行うことが過大な作業になる場合には、緊急度の高いところ（過疎化が進み、高齢化率が高い）を優先してカルテを作成する
- ☆地区の実情（エビデンス）に基づきながら、「1.問題点・課題の洗い出し」「2.問題・課題の設定」「3.解決方法」の検討を行う。

## 1. 問題点・課題の洗い出し

項目	具体的な作業
①居住困難世帯の状況把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地区で、高齢者等の居住困難（借家・低所得・独居・要介護、持家（老朽化）・低所得・独居・要介護）世帯を把握し、対応の必要性や緊急性を検討する。</li> <li>・対象世帯が少ない場合は、地域ケア会議等で、対象世帯を特定化し、検討することも考えられる</li> </ul>
②介護、看護、医療と福祉課題の整理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地区での介護、看護、医療資源を把握し、需要に対する充足度を検証する。</li> <li>・上記の資源だけでは対応しきれない、生活支援ニーズへの対応方策や可能性について検討する。</li> <li>・高齢者のみならず障害者や子育て世帯等の他の福祉需要がないかどうかを検証し、対応し得る地域資源の有無についても検討する</li> </ul>
③遊休資源のリスト化（空き建物、空き家・空き室等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地区で、遊休化しており、活用可能な空き建物、空き室等、空き家資源をリスト化する。</li> <li>・空き建物資源等については、所有者や従前用途、築年、面積、構造、階数等についても把握する（空家実態調査結果、固定資産税台帳、登記簿データ、建築計画概要書等の援用を検討）</li> <li>・空き建物資源等については、建物の劣化状況に加え、所有者が明確か否かも活用の可能性判断に影響するため、所有権関係もあわせて把握する。</li> </ul>
④人材の発掘とリスト化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地区で、高齢者等のサポートやボランティア活動等を担える人材を発掘し、リスト化する</li> <li>・民生委員、町会・自治会等を通じた情報収集等</li> </ul>

### 府中市をモデルにした例

#### ①居住困難世帯の状況把握

市全体では、賃貸住宅および持家の居住困難世帯が 409 世帯（賃貸住宅：297 世帯、持家：112 世帯）あると推定。

上下中学校区および府中明郷中学校区の状況は下記のように推測されるが、数値は日常生活圏域ニーズ調査からの推測であり、実際の数値と異なる可能性に留意すべきである。

【上下中学校区】

持家では 97 人、民営賃貸では 34 人が居住困窮にあると推測。当地区の民営賃貸居住者は計 40 人であり、その 85%が居住困窮の状況にある。

【府中明郷中学校区】

持家では 125 人、民営賃貸では 12 人が居住困窮にあると推測。当地区の民営賃貸居住者は計 28 人であり、その 45%弱が居住困窮の状況。人数が 12 人と少なく、必要に応じ個別に特定することも可能と思われる。

②介護、看護、医療と福祉課題の整理

市全体では居住系サービスの 1 人あたり定員が県平均の 6 割程度。通所系サービスは県平均を上回り県内 3 番目に多い。

【上下中学校区】

上下駅近辺に介護事業所および医療機関（府中北市民病院）等が集中している。

【府中明郷中学校区】

市内に 100 件超の介護サービス事業所がある中、当地区の事業所は 4～5 件のみ。医療機関は存在しない。なお、公民館は 5 か所に分散している。

③遊休資源のリスト化（空き建物、空き家・空き室等）

【上下中学校区】

空き家等は駅近辺に多いが、郊外にも複数点在している。

【府中明郷中学校区】

当地区の中心を走る道路（国道 486 号等）近辺を中心に、複数点在している。

④人材の発掘とリスト化

※本モデル事業（府中市）においては、人材に関するリスト化等を行っていない。

## 2. 問題・課題の設定

- ・ 1.で検討した問題点・課題の洗い出しの中から、優先して解決すべき問題・課題を設定する。
- ・ 設定する問題・課題には、緊急性に応じた優先度をつける。
- ・ 設定する問題・課題には、「すぐにできること」「少し時間をかければできること（やり方や仕組みの組み換えで対応）」「予算化しないとできないこと（お金を準備して対応）」の取り組みのしやすさに応じた順位付けをする。

### 府中市をモデルにした例

課題	問題・課題	順位付け
課題① 居住系サービスが 少ない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通所系サービスが比較的多く、在宅生活を支えるサービスは提供されている。</li> <li>・ 一方、在宅での生活が困難になってきた際に検討することが多い居住系サービス（特定施設）は少なく、在宅生活が困難になった場合の住まいとして、市民の大半は介</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居住系サービスの整備は「予算化しないとできないこと」に該当</li> </ul>

	<p>介護保険施設を選んでいる（選ばざるを得ない）のではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• このため、サ高住、有料老人ホームやグループホームといった居住系サービス（特定施設）を整備することで、<u>市民にとっては介護が必要な度合いに応じた住まいの選択肢が広がり、行政にとっては従来の介護老人保健施設・特別養護老人ホーム利用者のうち、比較的介護度の低い利用者がサ高住等に移行することで、比較的軽度な状況での介護保険施設利用が抑えられ、給付費の圧縮につながる可能性がある。</u></li> </ul>	
<p><b>課題②</b> 介護サービス事業所、医療機関の偏在</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 府中駅、上下駅周辺に介護サービス事業所や医療機関が集中している。</li> <li>• 特に府中明郷中学校区は事業所数が少なく医療機関がないため、<u>サービス供給を市内の他地域に頼ったり、他地域または他自治体の医療機関を受診したりしていることが想定される。</u></li> <li>• 当地区では必要なサービスが身近な場所で適切に提供されているかといった市民側の視点、また介護サービス提供にかかる移動時間等といった事業者側（効率性）の視点から、<u>サービス事業所や医療機関等がどこに整備されれば十分なサービスを効率的に届けられるか、検討する必要</u>がある。</li> <li>• 例えば、自治体が有する介護保険給付データや日常生活圏域二区調査の地区別分析、地域ケア会議による地区別・個別の状況把握等により、地域住民の医療・介護にかかる需要が地区内のどこに存在し、既存の資源で満たされているか確認する、などの方法が考えられる。</li> <li>• 一方、将来高齢者数の減少も見込まれる中、居住系サービス施設の整備にあたっては、空き建物資源等の活用を積極検討すべきである。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 介護サービス事業所、医療機関の整備場所の検討は「少し時間をかければできること」に該当</li> <li>• 介護サービス事業所、医療機関の整備は「予算化しないとできないこと」に該当（土地、空き家等を行政が取得もしくは借り上げた上で事業所を公募するなど、工夫の余地はあるか）</li> </ul>
<p><b>課題③</b> 居住困窮世帯（困窮者）への対応</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 各地区とも居住困窮世帯が複数存在していると推測されるが、地区によっては数人～数十人程度と比較的少ない世帯数（人数）であり、<u>個別の状況把握が求められる。</u></li> <li>• 例えば上下中学校区の民営賃貸住宅居住者は40人程度と推測され、うち34人に課題がある可能性があることから、民営賃貸住宅居住者を訪問し、課題の有無等をアセスメントすることも考えられる。</li> <li>• 行政や社会福祉協議会の地区担当者、近所の民生委員等のマンパワー等を考慮した、可能な支援の検討が必要である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 居住困窮世帯の把握は「すぐにできること」に該当（ただし、職員のマンパワーの考慮、実施主体の検討（誰が行うか）といった調整が必要）</li> </ul>

## PHASE 2

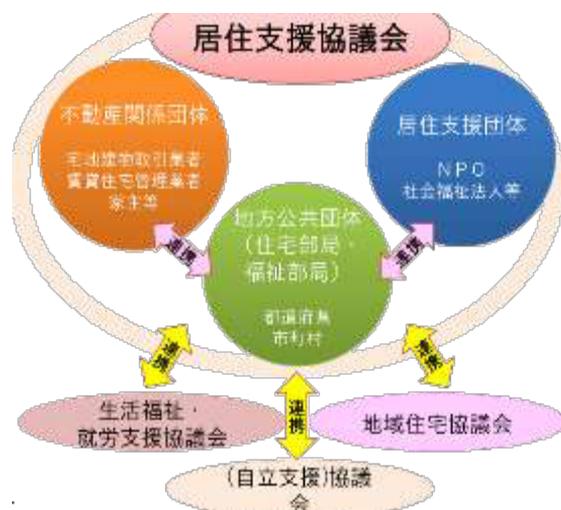
### 「中山間地域等における高齢者の住まいと住まい方」に関する問題解決の方法

- ・「PHASE 1」で設定した問題・課題に対して、具体的な解決方法を検討し、明らかにする。
- ・取り組む主体（責任者・体制）、事業規模、財源、スケジュール（工程表）、その他必要な事項を綿密に検討する。
- ・どのように、どこから検討に着手することが望ましいかについては、高齢者の住まいに関する検討の場の有無や自治体職員のマンパワー等にも左右されるため一概に決めることは難しいが、検討のための具体的な取組・手法としては、下記のようなものが考えられる。（詳細は後述）

1. 居住支援のあり方を協議するプラットフォームの形成
2. 居住困難世帯の個別事案への対応
3. 居住関連プロジェクトの立案と実施

### 1. 居住支援のあり方を協議するプラットフォームの形成

- ・社会福祉全般のことを協議する組織として「社会福祉協議会」があるように、住宅確保要配慮者への支援のあり方全般を協議する場（プラットフォーム）として、住宅セーフティネット法（2007年制定、2017年改正）では、「居住支援協議会」が位置づけられている。
- ・今般の住宅セーフティネット法の改正によって、市町村においても居住支援協議会を設置し、活動を行うことが推奨されている。
- ・居住支援協議会の組織イメージは下記の通り。
- ・高齢者の住まいと住まい方の支援を行うにあたり、居住支援協議会を開設することで、関係者が一堂に会し「PHASE 1」で設定された様々な問題の把握や方策の検討を行うことができる。
- ・改正された住宅セーフティネット法において創設された高齢者等の入居を拒まない民間賃貸住宅の登録制度や居住支援を行う法人の指定制度を活用し、高齢者の住まいの確保を図ることが求められている。



- ・なお、居住支援協議会の活動に対しては、国土交通省住宅局による1000万円までの補助を受けることが可能。

（参考：[http://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/jutakukentiku\\_house\\_fr3\\_000019.html](http://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/jutakukentiku_house_fr3_000019.html)）

（左図 居住支援協議会のイメージ）

出典：国土交通省「居住支援協議会について」（上記参考URLより）

## 府中市の例

- ・府中市では当初、自治体内で居住支援をスタートさせるにあたり、居住支援協議会の設置をまず行うことを検討していた。しかし、課題の把握や部局間での連携が思うように進まなかった。
- ・そこで、まず既存データの分析を通して課題を明確化した。課題の明確化により、部局間での連携が行いやすくなったとともに、居住支援協議会の開設後を検討することも含めて、より効果的に支援を行うための道筋が確保された。

### (実践案) 府中市における居住支援協議会の設置に関して

市町村の居住支援協議会は 22 区市町で設置されており（平成 29 年 9 月 30 日時点）、まだ決して数は多くないが、設置済の自治体の協議会構成をみると、以下のような例がみられる。

(1) 福岡県大牟田市
福岡県宅地建物取引業協会 県南支部
ありあけ不動産ネット協同組合
大牟田市介護サービス事業者協議会
大牟田市介護支援専門員連絡協議会
大牟田市障害者自立支援・差別解消支援協議会
福岡県社会福祉士会
福岡県司法書士会
大牟田ライフサポートセンター
九州大学大学院統合新領域学府
熊本学園大学社会福祉学部
有明工業高等専門学校創造工学科建築コース
熊本県立大学環境共生学部居住環境学科
大牟田市地域包括支援センター
大牟田市健康長寿支援課、子ども家庭課、建築指導課、建築住宅課
大牟田市社会福祉協議会

(2) 山形県鶴岡市
山形県宅地建物取引業協会鶴岡地区
鶴岡市民生児童委員協議会連合会
鶴岡市社会福祉協議会
鶴岡市地域包括支援センター
鶴岡市福祉課、長寿介護課、子育て推進課、建築課

※鶴岡市は平成 26 年度時点

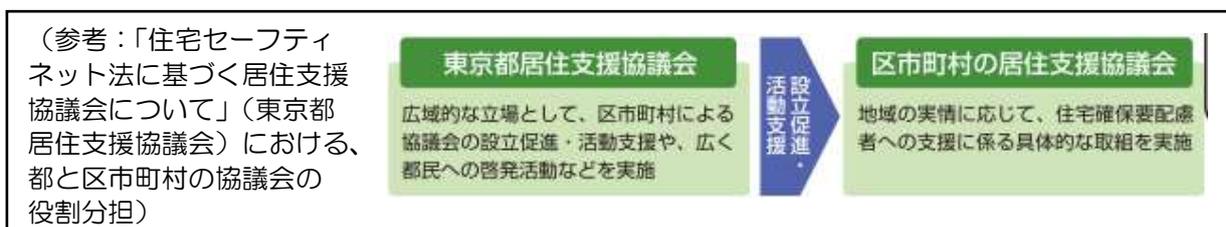
※大牟田市は下記参照（<http://sumiyoka.net/kousei/>）

上記の実例を踏まえると、仮に府中市で居住支援協議会を設置する際には、下記などの団体等が構成員となりうるのではないかと。

広島県宅地建物取引業協会 福山支部	府中市民生委員児童委員協議会
府中市地域包括支援センター	府中市社会福祉協議会
府中市長寿支援課、地域福祉課、女性子ども課、まちづくり課、整備保全課	府中市町内会連合会（コミュニティ面の検討が必要な場合）

また、市居住支援協議会の設立にあたっては、事務局の設置、実施する取組内容の検討、会則や活動計画の作成、補助金申請等の調整・事務作業といった多岐に渡る業務が生じ、こうした業務経験が無い場合に大きな負担となる恐れもある。

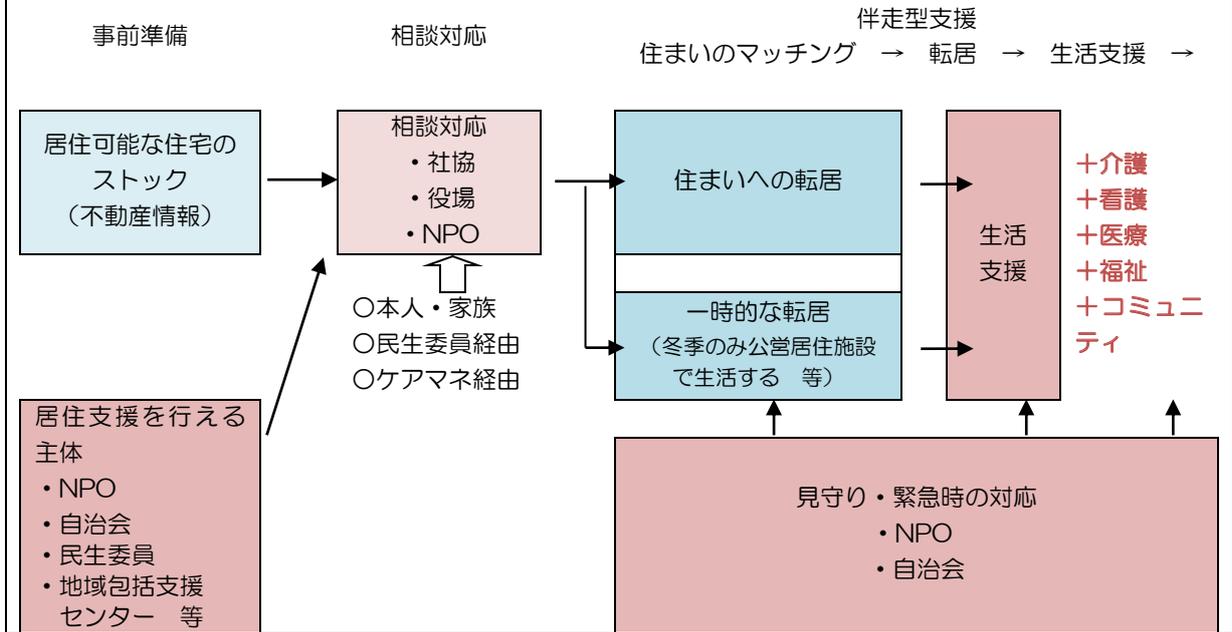
このため、東京都で行われているように、広島県居住支援協議会および広島県の福祉・まちづくり担当部署等の支援を受けながら、効率的・円滑に取組を進めることも検討すべきである。



## 2. 居住困難世帯の個別事案への対応

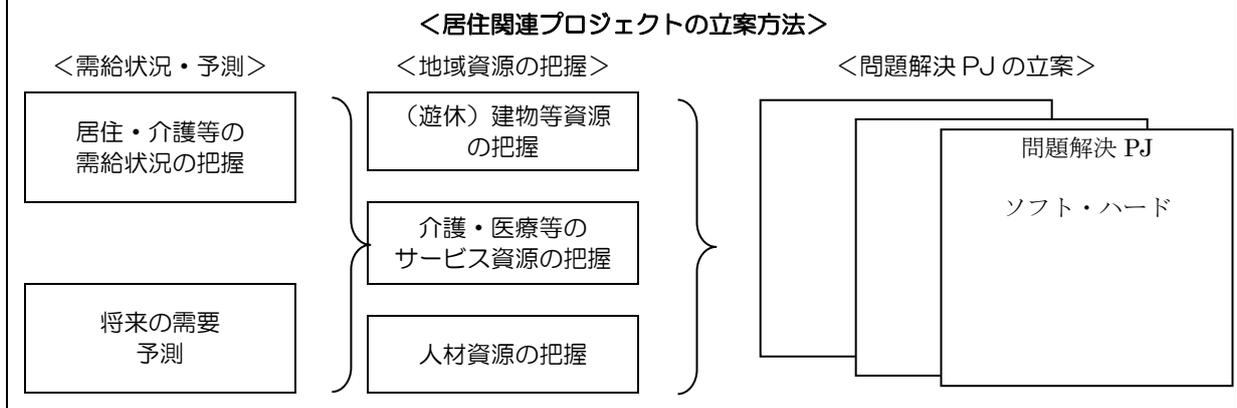
- ・高齢者等の居住困難世帯に対する個別的な対応方法としては、下記のような取り組みが必要である。
- ・介護保険制度の「地域ケア会議」において、個別的に対応する方法も考えられる。

＜居住困難世帯の個別事案への対応イメージ＞ 青：居住 赤：福祉



## 3. 居住関連プロジェクトの立案と実施

- ・各地区での居住支援に関連して行うプロジェクトについて、以下のような綿密な検討を行う。
- ・中山間地域等では、現時点（H27～28）では後期高齢者の急増に直面している地区が多いが、今後は高齢者人口も減少に向かう。
- ・建物の新設等を行う場合には、将来的な居住と介護等の需給状況について、十分な見通しをもって行う必要がある。
- ・中山間地域等では、遊休化している建物資源が多数あり、当面の対応としてはそうした中から活用できる建物や住宅資源を見出し活用する方が、投下資本が少なく済むと同時に、地域の再活性化に発展できる可能性が高い。高齢者にとっても、住み慣れた親しみのある環境が維持され、より高次の生活環境が整えられる可能性が高い。
- ・ただし、既存建築物を再利用するには、建築基準法、消防法をはじめ、各種法規制との関連が生じるので、その点については十分に留意する必要がある。



## 府中市の例

### ①府中市で検討されている施策

#### ■三玉医院の利活用

上下町上下に位置する三玉医院の介護拠点としての活用が検討されている。具体的な活用方法としては、訪問介護や訪問看護など複数の事業所や、人材育成や研修の場とすること等が上げられている。

#### ■府中北市民病院内のサ高住整備

上下町上下に位置する府中北市民病院の病室の一部を改修し、サ高住として活用することが検討されている。

上記のように、主に上下中学校区に介護資源を新設することが検討されている。これらの施設は主に、上下中学校区を中心とする住民がターゲットになると推測される。これまで整理してきたデータをもとに、同地区の状況を整理し、施策の妥当性を検討する。

### ②府中市施策の検証

#### ■三玉医院の利活用

(1) データ分析を踏まえた評価	
<p>三玉医院は上下駅近辺に所在しているが、同エリアには訪問系介護事業所が既に3箇所ある。人口が集中しているエリアでもあるため、一概には言えないが、新しい事業所の将来的なニーズを慎重に検討する必要があると考えられる。</p>	
(2) 地域の状況を踏まえた要検討事項	
要検討事項	根拠データ
<ul style="list-style-type: none"> <li>通所系の事業所は上下中学校区に2箇所ある。事業所の利用状況によっては、通所系事業所としての活用にはニーズがある可能性がある。</li> <li>府中明郷中学校区には訪問系はなく、通所系も1箇所のみである。居住地が分散しているため整備が難しい面もあるが、空き家を活用してサテライト事業所を設置するなど、既存の建造物を活用して低コストで実現できる方策もあると考えられる。人材も含めて限りある資源を有効活用するために、三玉医院は異なる分野で活用することも視野に入れて、地域的な優先順位を検討する必要がある。</li> </ul>	STEP2「2.地区別データの作成」⑦地域資源

#### ■府中北市民病院内のサ高住整備

(1) データ分析を踏まえた評価	
<p>県平均より少ない居住系サービス（特定施設、グループホーム）の定員数を増やす観点から、サ高住整備には一定の妥当性があるものと考えられる。金銭的に余裕のある層がサ高住に居住することで、特別養護老人ホームや介護老人保健施設の入所待ち状況が改善する可能性もある。</p>	
(2) 地域の状況を踏まえた要検討事項	
要検討事項	根拠データ
<ul style="list-style-type: none"> <li>北市民病院はすでに介護サービス事業所が多く設置されている上下</li> </ul>	STEP2「2.地区別デ

<p>駅周辺にある。駅周辺にさらにサ高住を整備する必要があるか、あるいは上下中学校区の中でも駅から離れた地域、事業所が二箇所しかない府中明郷中学校区などを優先すべきか、設置場所は検討の余地もあると思われる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• また、居住支援の観点から言えば、居住困難世帯は転居や持ち家改修の費用が捻出できない低所得層である。家賃設定が通常の賃貸住宅よりも高いサ高住は、居住支援の方策としては適当でない可能性が高い。</li> <li>• 上下中学校区には募集を継続している公営住宅や空き家といった、転居や時期限定の集住先として活用できる資源が存在する。府中明郷中学校区の公営住宅は老朽化のため募集停止しているが、空き家は散在しているため、居住支援への活用を検討する余地がある。</li> </ul>	<p>一々の作成」⑦地域資源</p> <p>STEP2「2.地区別データの一々の作成」⑤居住困窮の世帯数</p> <p>STEP1「5.関係分野の動向把握」⑥公営住宅</p>
---	---

## ■おわりに

- 高齢者の居住支援のためには、様々な地域資源の活用が必要である。
- 過疎地の高齢者は都市部と比べて持ち家率が高く、住む場所そのものに困るケースは比較的少ないと考えられる。
- 過疎地域で問題となるのはむしろ、身体的な問題を抱えているにも関わらず家族が近くに住んでいないために見守りが少ないといった、安全に住まい続けることができないケースであり、こうした居住支援問題に対応するためには、物的、人的、制度的な地域資源を最大限に活用する必要がある。
- このように、医療・介護分野では、高齢者等の適切な住まいや福祉施設の確保におけるニーズが高まっているが、空家など他分野の資源は十分活用されていない現状があった。
- そこで、居住支援における空家の活用を推進すべく制定されたのが、「住宅セーフティネット制度」である。
- 既に本制度を活用する自治体も出始めている。
  - 北海道本別町：空家データベースを作成して、社会福祉協議会と連携した住替え支援に活用している。
  - 大分県豊後大野市：空家を高齢者の集住に活用している。利用者の中には短期利用者も多く、家族と一定期間適切な距離をとるために当制度を利用し、家族との関係改善につながったケースもあった<sup>※1</sup>。
- 「住宅セーフティネット制度」は制定されて間もないため、各自治体とも制度の有効活用を模索している段階と思われる。上記の先進事例はもちろん、他の自治体の参考になるものであるが、地域の状況によって最適なソリューションは異なる。それぞれの自治体が、自らの独自性を生かして、自身を持って解決策を考え出すことが求められる<sup>※2</sup>。
- また、自治体から国に対する制度改正のフィードバックを返すなど、使いやすい制度となるよう働きかけることも重要である。

※1 一般財団法人高齢者住宅財団「低所得・低資産高齢者の住まいと生活支援の効果的な対応方策に関する調査研究事業」参照

※2 住宅セーフティネット制度に関しては、以下のような様々なツールが作成されており、これらのツールを活用することも有益と考えられる。

○住宅確保用配慮者円滑入居賃貸住宅専用の検索サイト「セーフティネット住宅情報提供システム」

○賃貸住宅の所有者やその相談を受ける不動産関係者向けに作成された「大家さん向け住宅確保用配慮者受け入れハンドブック」

○空家をシェアハウスとして活用する際のポイントをまとめた「シェアハウスガイドブック」

([http://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/jutakukentiku\\_house\\_tk3\\_000055.html](http://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/jutakukentiku_house_tk3_000055.html) 参照)

- なお、低所得高齢者等の居住安定など、高齢者の住まいに関しては、平成 29 年度老人保健健康増進等事業「低所得高齢者等住まい・生活支援の取組に関する普及啓発事業」(一般財団法人高齢者住宅財団)等の様々な調査研究が進められている。様々な調査研究を複数参照・活用し、より根拠に基づいた質の高い施策検討を行うことも重要である。

資料編

3.地域資源の把握（資料：府中市の例）

①介護・看護等

分類	サービス種類	事業所名称	事業所電話番号	事業所郵便	事業所所在地	
居住系	特定施設入居者生活介護	府中ふれあいホームうかい	0847-54-2166	7260002	広島県府中市鶴飼町6 8 1 番地 1	
		介護付有料老人ホームセイフティー信和	0847-45-6200	7260011	広島県府中市広谷町 3 9 1 番地	
	認知症対応型共同生活介護	グループホームゆうゆう永井	0847-43-3300	7260005	広島県府中市府中町永井171番地6	
		グループホーム 松花園	0847-62-8322	7293431	広島県府中市上下町上下 8 5 1 番地 1	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	ふれあいの家	0847-40-1006	7260012	広島県府中市須賀1412番地1		
	ユニット型地域密着型介護老人福祉施設府中静和寮よつば館	0847-41-2375	7260021	広島県府中市土生町 1 6 3 6 番地の 1		
通所系	通所リハビリテーション	地域密着型特別養護老人ホームあいあい	0847-41-5000	7260006	広島県府中市榎が丘三丁目 2 番地の 4	
		中川整形外科医院	0847-52-3033	7260012	広島県府中市須賀 7 7 番地	
		府中市市民病院	0847-62-2211	7293431	広島県府中市上下町上下 2 1 0 1 番地	
		介護老人保健施設あいあい	0847-40-1010	7260026	広島県府中市三郎丸町 1 3 7 番地	
		介護療養型老人保健施設みのり	0847-45-4571	7260003	広島県府中市元町 4 3 番地の 1	
		介護老人保健施設がやき苑	0847-62-4313	7293421	広島県府中市上下町深江 4 8 8 番地 1	
		セイフティー信和デイサービスセンター	0847-47-1255	7260013	広島県府中市高木町 1 3 3 番地 3	
		デイサービスセンター箱田苑	0847-68-2787	7293211	広島県府中市木野山町 7 9 番地	
		デイサービスセンターあみちゃんち	0847-43-5446	7260032	広島県府中市出口町 8 9 1 番地 1	
		デイサービスゆうゆう高木	0847-40-0100	7260013	広島県府中市高木町 2 0 番地 1	
	通所介護	デイサービスセンターあいあい桜が丘	0847-41-5000	7260006	広島県府中市榎が丘三丁目 2 番地の 1	
		元町ふれあいセンター	0847-40-0066	7260003	広島県府中市元町 2 7 1 番地 1	
		JA福山市通所介護事業所ひだまり	0847-40-0215	7260002	広島県府中市鶴飼町 4 6 6 番地の 1	
		デイサービスプラザ結	0847-44-6617	7260011	広島県府中市広谷町 9 5 9 番地 1	
		デイサービスセンターあいあい府中駅西	0847-45-1600	7260005	広島県府中市府中町 1 0 2 番地 1	
		ほのほの苑デイサービスセンター	0847-62-4882	7293421	広島県府中市上下町深江 4 8 8 番地 3	
		ゆうゆうの家 高木	0847-40-0100	7260013	広島県府中市高木町 2 0 番地 1	
		デイサービスプラザ花	0847-44-6617	7260011	広島県府中市広谷町959番地1	
		介護予防通所介護	リハビリ型セイフティー信和デイサービスセンター	0847-47-1255	7260013	広島県府中市高木町 1 3 3 番地 3
		地域密着型通所介護	療養通所介護基	0847-52-2511	7260012	広島県府中市須賀 3 1 3 番地 2
通所介護事業所府中静和寮	0847-41-7688		7260021	広島県府中市土生町 1 6 3 6 番地の 1		
デイサービスきらら	0847-41-3062		7260032	広島県府中市出口町 3 1 9		
デイサービスセンターケアビレッジダイキチ	0847-43-6339		7260005	広島県府中市府中町 1 5 0 番地 1		
デイサービスことぶき庵	0847-49-6565		7260012	広島県府中市須賀 4 2 4 番地の 1		
中川整形外科医院	0847-52-3033		7260012	広島県府中市須賀 7 7 番地		
居宅療養管理指導	居宅療養管理指導	渡辺内科医院	0847-45-8637	7260004	広島県府中市府川町 1 0 0 - 1 9	
		医療法人同仁会府中中央内科病院	0847-45-3200	7260013	広島県府中市高木町 4 0 2 番地	
		医療法人社団慶正会奥野内科医院	0847-46-3500	7260004	広島県府中市府川町 3 6 8 - 1	
		なんば医院	0847-43-6336	7260021	広島県府中市土生町 1 5 7 2 - 2	
		和泉医院	0847-41-2412	7260005	広島県府中市府中町 1 7 4	
		やすかわ泌尿器科クリニック	0847-54-2355	7260004	広島県府中市府川町 1 4 0 - 4	
		河村内科	0847-47-6300	7260005	広島県府中市府中町 8 3 8 番地 3	
		医療法人幸仁会三玉医院	0847-62-3311	7293431	広島県府中市上下町上下 1 0 1 3 - 1	
		はまはら歯科	0847-45-9228	7260023	広島県府中市栗柄町 3 1 4 9 - 1	
		小林歯科医院	0847-41-2072	7260005	広島県府中市府中町 2 8 - 7	
		平戸歯科駅前	0847-46-3601	7260003	広島県府中市元町 4 7 2 - 1	
		さの歯科医院	0847-52-2441	7260012	広島県府中市須賀 1 5 - 5	
		ももたろう薬局府中店	0847-46-1688	7260012	広島県府中市須賀町宇国府 1 6 9 5 - 3	
		ファーマシー薬局マロン	0847-47-1203	7260023	広島県府中市栗柄町 2 2 0 3 - 1	
		日本調剤上下薬局	0847-62-8855	7293431	広島県府中市上下町上下 9 7 0 - 3	
	訪問系	訪問介護	府中元町薬局	0847-45-7116	7260003	広島県府中市元町 9 - 1
			すみれ薬局	0847-46-0600	7260003	広島県府中市元町 4 5 0 - 1 7
			ヘルシー薬局	0847-40-0280	7260002	広島県府中市鶴飼町 5 9 9 - 6
			エスマイル薬局府中店	0847-43-1193	7260021	広島県府中市土生町 1 5 7 2 - 4
			中央薬局府川店	0847-44-0606	7260004	広島県府中市府川町 1 7 2
			中央薬局	0847-40-0360	7260002	広島県府中市鶴飼町 5 5 5 - 3 3
			ファーマシー薬局府中	0847-47-1132	7260002	広島県府中市鶴飼町 5 5 5 - 3 8
			府中市市民病院	0847-62-2211	7293431	広島県府中市上下町上下 2 1 0 1 番地
			介護老人保健施設あいあい	0847-40-1010	7260026	広島県府中市三郎丸町 1 3 7 番地
			府中市社会福祉協議会	0847-47-1296	7260011	広島県府中市広谷町 9 1 9 番地の 3
			J A 福山市訪問介護事業所ひだまり	0847-40-0215	7260002	広島県府中市鶴飼町 4 6 6 番地の 1
			アシナヘルパーステーション	0847-45-7111	7260002	広島県府中市鶴飼町 7 0 0 番地の 8
			ケアサービス府中	0847-40-0618	7260004	広島県府中市府川町 8 9 - 1 1
			介護福祉サービスきらら	0847-41-3062	7260032	広島県府中市出口町 3 1 9 番地
			ケアサポートセンターのぞみ	0847-44-0005	7260002	広島県府中市鶴飼町 5 3 2 番地 3
訪問看護	訪問看護	府中地区医師会しょうげヘルパーステーション	0847-62-8001	7293431	広島県府中市上下町上下 9 5 0 番地	
		ヘルパーステーションあいあい府中駅西	0847-45-1600	7260005	広島県府中市府中町 1 0 2 番地 1	
		さくら・介護ステーション 備後府中	0847-44-6860	7260002	広島県府中市鶴飼町 5 7 9 - 3 1 階C号室	
		ピジットケアかのみ	0847-44-6039	7260005	広島県府中市府中町 7 1 6 番地 2	
		府中市社協上下居宅サービス事業所	0847-62-2566	7293431	広島県府中市上下町上下 8 6 9 番地の 5	
		ヘルパーステーション広心	0847-62-8822	7293421	広島県府中市上下町深江 1 0 0 8 0 番地 1	
		中川整形外科医院	0847-52-3033	7260012	広島県府中市須賀 7 7 番地	
		渡辺内科医院	0847-45-8637	7260004	広島県府中市府川町 1 0 0 - 1 9	
		医療法人同仁会府中中央内科病院	0847-45-3200	7260013	広島県府中市高木町 4 0 2 番地	
		医療法人社団慶正会奥野内科医院	0847-46-3500	7260004	広島県府中市府川町 3 6 8 - 1	
		なんば医院	0847-43-6336	7260021	広島県府中市土生町 1 5 7 2 - 2	
		和泉医院	0847-41-2412	7260005	広島県府中市府中町 1 7 4	
		やすかわ泌尿器科クリニック	0847-54-2355	7260004	広島県府中市府川町 1 4 0 - 4	
		河村内科	0847-47-6300	7260005	広島県府中市府中町 8 3 8 番地 3	
		医療法人幸仁会三玉医院	0847-62-3311	7293431	広島県府中市上下町上下 1 0 1 3 - 1	
府中地区医師会訪問看護ステーション	0847-45-9300	7260002	広島県府中市鶴飼町 4 9 6 番地の 1			
府中市市民病院訪問看護ステーションあゆみ	0847-45-3300	7268501	広島県府中市鶴飼町 5 5 5 番地 3			
府中市市民病院訪問看護ステーション	0847-62-8220	7293431	広島県府中市上下町上下 2 1 0 1 番地			
ナーシングケアゆうゆう高木	0847-40-0100	7260013	広島県府中市高木町 2 0 番地 1			
訪問入浴介護	訪問入浴介護	府中市社会福祉協議会	0847-47-1296	7260011	広島県府中市広谷町 9 1 9 番地の 3	
		府中市社協上下居宅サービス事業所	0847-62-2566	7293431	広島県府中市上下町上下 8 6 9 番地の 5	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	いつでもサポート訪問介護看護	0847-40-0100	7260013	広島県府中市高木町 2 0 番地 1	
		府中市市民病院訪問介護看護事業所「ささえ」	0847-62-2211	7293431	広島県府中市上下町上下 2 1 0 1 番地	

分類	サービス種類	事業所名称	事業所-電話番号	事業所-郵便	事業所-所在地		
施設系	介護老人福祉施設	特別養護老人ホームセイフティー信和	0847-45-6200	7260011	広島県府中市広谷町3 9 1 番地		
		特別養護老人ホーム府中静和寮	0847-41-2375	7260021	広島県府中市土生町1 6 3 6 番地の1		
		特別養護老人ホーム箱田苑	0847-68-2585	7293211	広島県府中市木野山町箱田奥甲1 5 3 8 番地		
		指定介護老人福祉施設あいあい	0847-41-5000	7260006	広島県府中市桜が丘三丁目2 番地の1		
		特別養護老人ホームほのほの苑	0847-62-4882	7293421	広島県府中市上下町深江4 8 8 番地3		
	介護老人保健施設	介護老人保健施設あいあい	0847-40-1010	7260026	広島県府中市三郎丸町1 3 7 番地		
		介護療養型老人保健施設みのり	0847-45-4571	7260003	広島県府中市元町4 3 番地の1		
		介護老人保健施設がやき苑	0847-62-4313	7293421	広島県府中市上下町深江4 8 8 番地1		
		セイフティー信和ショートステイ広谷	0847-45-6200	7260011	広島県府中市広谷町3 9 1 番地		
		特別養護老人ホームセイフティー信和	0847-45-6200	7260011	広島県府中市広谷町3 9 1 番地		
短期入所系	短期入所生活介護	箱田苑短期入所生活介護事業所	0847-68-2585	7293211	広島県府中市木野山町箱田奥甲1 5 3 8 番地		
		短期入所生活介護事業所府中静和寮	0847-41-2375	7260021	広島県府中市土生町1 6 3 6 番地の1		
		特別養護老人ホーム府中静和寮	0847-41-2375	7260021	広島県府中市土生町1 6 3 6 番地の1		
		特別養護老人ホーム箱田苑	0847-68-2585	7293211	広島県府中市木野山町箱田奥甲1 5 3 8 番地		
		指定介護老人福祉施設ショートステイあいあい	0847-41-5000	7260006	広島県府中市桜が丘三丁目2 番地の1		
		指定介護老人福祉施設あいあい	0847-41-5000	7260006	広島県府中市桜が丘三丁目2 番地の1		
		元町ふれあいセンター	0847-40-0066	7260003	広島県府中市元町2 7 1 番地1		
		ショートステイゆう高木	0847-40-0100	7260013	広島県府中市高木町2 0 番地1		
		指定介護老人福祉施設ショートステイあいあい別館	0847-41-5000	7260006	広島県府中市桜が丘三丁目2 番地の4		
		地域密着型特別養護老人ホームあいあい	0847-41-5000	7260006	広島県府中市桜が丘三丁目2 番地の4		
		ユニット型地域密着型介護老人福祉施設府中静和寮よつば館	0847-41-2375	7260021	広島県府中市土生町1 6 3 6 番地の1		
		ユニット型短期入所生活介護事業所府中静和寮よつば館	0847-41-2375	7260021	広島県府中市土生町1 6 3 6 番地の1		
		セイフティー信和ショートステイ鶴飼	0847-54-2133	7260002	広島県府中市鶴飼町4 6 4 1 番地		
		セイフティー信和(ユニット型)ショートステイ鶴飼	0847-54-2133	7260002	広島県府中市鶴飼町4 6 4 1 番地		
		ほのほの苑短期入所生活介護事業所	0847-62-4882	7293421	広島県府中市上下町深江4 8 8 番地3		
	特別養護老人ホームほのほの苑	0847-62-4882	7293421	広島県府中市上下町深江4 8 8 番地3			
	短期入所療養介護	介護老人保健施設あいあい	0847-40-1010	7260026	広島県府中市三郎丸町1 3 7 番地		
		介護療養型老人保健施設みのり	0847-45-4571	7260003	広島県府中市元町4 3 番地の1		
		介護老人保健施設がやき苑	0847-62-4313	7293421	広島県府中市上下町深江4 8 8 番地1		
		ほんまち家	0847-47-6266	7260005	広島県府中市府中町7 5 9		
	複合系	小規模多機能型居宅介護	セイフティー信和小規模多機能型居宅介護事業所	0847-45-9210	7260012	広島県府中市須賀町1 0 6 5 番地の1 4	
			小規模多機能型居宅介護たんぽぽハウス	0847-62-8050	7293421	広島県府中市上下町深江1 3 3 番地の2	
			小規模多機能ホームゆうらう園府	0847-47-2710	7260013	広島県府中市高木町2 0 番地1	
	複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	ナーシングケアゆうらう高木	0847-40-0100	7260013	広島県府中市高木町20番地1		
	相談・ケアプラン	介護予防ケアマネジメント	府中市地域包括支援センター	0847-40-0223	7268601	広島県府中市府川町3 1 5	
府中市地域包括支援センター			0847-40-0223	7268601	広島県府中市府川町3 1 5		
居宅介護支援		箱田苑居宅介護支援事業所	0847-68-2785	7293211	広島県府中市木野山町宇市場森金7 9 番地		
		府中市社会福祉協議会	0847-47-1296	7260011	広島県府中市広谷町9 1 9 番地の3		
		セイフティー信和居宅介護支援事業所	0847-45-0893	7260011	広島県府中市広谷町3 9 1 番地		
		府中地区医師会ふちゅう居宅介護支援事業所	0847-45-9302	7260002	広島県府中市鶴飼町4 9 6 番地の1		
		居宅介護支援事業所府中静和寮	0847-41-6222	7260021	広島県府中市土生町1 6 3 6 番地の1		
		中川居宅介護支援事業所	0847-52-3033	7260012	広島県府中市須賀町7 7 番地		
		指定居宅介護支援事業所あいあい	0847-40-1010	7260026	広島県府中市三郎丸町1 3 7 番地		
		みどり居宅介護支援センター	0847-47-6008	7260032	広島県府中市出口町8 9 1 番地1		
		ふれあい居宅介護支援事業所	0847-47-1167	7260002	広島県府中市鶴飼町6 8 1 番地1		
		JA福山市居宅介護支援事業所ひだまり	0847-40-0215	7260002	広島県府中市鶴飼町4 6 6 番地の1		
		居宅介護支援事業所 あいあい桜が丘	0847-41-5000	7260006	広島県府中市桜が丘三丁目2 番地の1		
		居宅介護支援事業所ダイキチ	0847-43-6339	7260005	広島県府中市府中町1 5 0 ー1		
		こころ居宅介護支援事業所	0847-54-0015	7260012	広島県府中市須賀町追込2 3 7 番地2 号		
		府中市民病院居宅介護支援事業所	0847-45-3300	7268501	広島県府中市鶴飼町5 5 5 番地3		
		居宅介護支援事業所あいあい府中駅西	0847-45-1600	7260005	広島県府中市府中町1 0 2 番地1		
		居宅介護支援ゆうらう高木	0847-40-0100	7260013	広島県府中市高木町2 0 番地1		
		北川居宅介護支援事業所	0847-45-4571	7260003	広島県府中市元町4 3 番地の1		
		居宅介護支援事業所レストサポート	0847-41-8001	7260035	広島県府中市父石町3 1 1 番地1		
		府中市社協上下居宅介護支援事業所	0847-62-2566	7293431	広島県府中市上下町上下8 6 9 番地の5		
		壽仁会居宅介護支援事業所	0847-62-4313	7293421	広島県府中市上下町深江4 8 8 番地1		
		府中地区医師会じょうけ居宅介護支援事業所	0847-62-8001	7293431	広島県府中市上下町上下9 5 0		
		福祉用具系	福祉用具貸与・販売	ライフ府中	0847-45-3829	7260004	広島県府中市府川町1 8 1 番地の2
				福祉用具貸与事業所さくら	0847-45-0545	7260013	広島県府中市高木町6 4 7 番地の1
有限会社中央リハビリサービス府中店	0847-46-4555			7260002	広島県府中市鶴飼町字清水4 8 番		
土井木工福祉プラザ	0847-40-0026			7260004	広島県府中市府川町1 7 2 番地		
府中家具会館ケアサポート	0847-45-4448			7260012	広島県府中市須賀町9 1 9 番地2		
有限会社中央リハビリサービス	0847-62-4806			7293431	広島県府中市上下町上下2 0 5 4 番地9		

出典：府中市提供データ(介護事業所数)

②医療

類型	診療科目	名称	郵便番号	所在地	電話番号	救急告示	精神病床	伝染病床	結核病床	一般病床	療養病床	総数
病院	内、循内、小、精、外、泌、整外、	府中市民病院	726-8501	府中市鶴飼町 5 5 5 - 3	45-3300	1	0	0	0	100	50	150
	内、呼内、循内、消内	医療法人同仁会 府中中央内科病院	726-0013	府中市高木町 4 0 2	45-3200	-	0	0	0	46	0	46
	神内、精	府中市立湯が丘病院	729-3423	府中市上下町矢野 1 0 0	62-2238	-	308	0	0	0	0	308
	内、皮、小、外、泌、整外、耳、鼻	府中北市民病院	729-3431	府中市上下町上下 2 1 0 1	62-2211	1	0	0	0	60	0	60

出典：府中市提供データ（医療機関数 平成 29 年 3 月）、医療情報検索システム（往診を行う診療所・歯科診療所）。網掛けは診療所・歯科診療所のうち往診を行わないもの。

類型	分類	診療科目	名称	郵便番号	所在地	電話番号	救急告示	総病床数
診療所	内科系	内、消内、小	渡辺内科医院	726-0004	府中市府川町 1 0 0 - 1 9	45-8637	-	0
		内、循内、消内	谷医院	726-0004	府中市府川町 1 7 1 - 1	45-1188	-	0
		内、消内、小	医療法人社団慶正会 奥野内科医院	726-0004	府中市府川町 3 6 8 - 1	46-3500	-	0
		呼内、循内、消内、ア、小、心療、放	佐々木内科	726-0012	府中市中須町 2 8 - 2	52-6555	-	0
		内、呼内、循内、消内、小	ほそや内科クリニック	726-0012	府中市中須町 1 6 9 4 - 1	40-0780	1	0
		内、消内、腎、糖	川崎内科医院	726-0013	府中市高木町 1 8 9 - 1	44-6001	-	0
		内、皮、リウ、泌、整外、形外、リハ	なんば医院	726-0021	府中市土生町 1 5 7 2 - 2	43-6336	-	19
		内、消内、外、肛、リハ	せおクリニック	726-0023	府中市栗柄町 2 2 0 3 - 4	40-0246	-	0
		内、外、整外、眼、放	三玉医院	729-3431	府中市上下町上下 1 0 1 3 - 1	62-3311	-	0
		内、消内、放	医療法人 佐野内科医院	726-0002	府中市鶴飼町 6 9 9 - 1 0	45-5310	-	0
		内	北川クリニック	726-0003	府中市元町 4 3 - 1	45-4571	-	0
		内、呼内	医療法人社団 金光医院	726-0005	府中市府中町 1 5 - 7	41-2938	-	0
		内	鍋島内科医院	726-0005	府中市府中町 1 6 6	41-2086	-	0
		内	和泉医院	726-0005	府中市府中町 1 7 4	41-2412	-	0
		呼内、消内、外、放	医療法人社団 有地医院	726-0005	府中市府中町 6 6 0 - 3	41-3670	-	0
	内、消内、小	河村内科	726-0005	府中市府中町 8 3 8 - 3	47-6300	-	0	
	内、呼内、循内、消内、小、放	森信内科医院	726-0011	府中市広谷町 8 0 2	45-4041	-	0	
	外科系	皮、リウ、整外、形外、リハ	中川整形外科医院	726-0012	府中市中須町 7 7	52-3033	-	15
		外	檜崎外科医院	726-0003	府中市元町 4 2 1 - 7	45-2311	-	0
		内、整外、リハ	黒木整形外科リハビリテーションクリニック	729-3431	府中市上下町上下 2 0 5 2 - 1	62-8200	-	0
	小児科	内、小	唐川医院	726-0012	府中市中須町 1 3 9 2 - 2	45-4030	-	0
	その他	泌	やすかわ泌尿器科クリニック	726-0004	府中市府川町 1 4 0 - 4	54-2355	-	0
		耳	小野耳鼻咽喉科医院	726-0012	府中市中須町 8 - 1	52-7170	-	0
		ア、耳	田中耳鼻咽喉科医院	726-0012	府中市中須町 1 6 9 6 - 1	45-3387	-	0
		眼	河野眼科	726-0013	府中市高木町 6 0 - 1	47-1022	-	0
		皮	前原皮膚科クリニック	726-0013	府中市高木町 1 8 6	45-5188	-	0
ア、耳		高田耳鼻咽喉科医院	726-0003	府中市元町 4 4 6 - 8	45-2419	-	0	
眼		ひがき眼科	726-0003	府中市元町 5 7 6 - 9	44-6543	-	0	
歯科診療所	歯、矯正、小歯	小林歯科医院	726-0005	府中市府中町 2 8 - 7	-	-	0	
	歯	平戸歯科駅前	726-0003	府中市元町 4 7 2 - 1	-	-	0	
	歯、矯正、小歯	医療法人社団 門田歯科医院	726-0013	府中市高木町 5 4 5 - 2	-	-	0	
	歯、小歯	小西歯科小児歯科医院	726-0005	府中市府中町 9 3 番 1 0 号	-	-	0	
	歯、矯正	医療法人社団 藤岡歯科	726-0003	府中市元町 5 3 4 - 8	-	-	0	
	歯、小歯、歯外	医療法人曉術会 ワダ歯科クリニック	726-0013	府中市高木町 6 1 の 3	-	-	0	
	歯、小歯、歯外	府中第一歯科医院	726-0032	府中市出口町 8 8 7 - 1	-	-	0	
	歯、矯正	父石歯科	726-0035	府中市父石町 3 3 3 番地	-	-	0	
	歯、矯正、小歯	松山歯科クリニック	729-3431	府中市上下町上下 8 4 5 - 1	-	-	0	
	歯、矯正、小歯	医療法人社団 フジモト歯科	726-0012	府中市中須町 7 2 1 - 8	-	-	0	
	歯、小歯	佐藤歯科医院	726-0012	府中市中須町 1 6 9 6 - 2	-	-	0	
	歯、矯正、小歯	はまはら歯科	726-0023	府中市栗柄町 3 1 4 9 番地の 1	-	-	0	
	歯	瀬尾歯科医院	726-0002	府中市鶴飼町 5 3 7 - 3	-	-	0	
	歯	細川歯科	726-0002	府中市鶴飼町 3 7 - 5	-	-	0	
	歯、小歯、歯外	すみだ歯科医院	726-0004	府中市府川町 3 4 1 - 3	-	-	0	
	歯	府中市保健福祉総合センター 歯科診療所	726-0011	府中市広谷町 9 1 9 番地 3	-	-	0	
	歯	しげはら歯科クリニック	726-0005	府中市府中町 7 1 3 - 1	-	-	0	
	歯、小歯、歯外	さの歯科医院	726-0012	府中市中須町 1 5 - 5	-	-	0	
歯	田中歯科医院	729-3431	府中市上下町上下 2 0 5 4 番地 1 0	-	-	0		
歯、歯外	さくら歯科クリニック	726-0012	府中市中須町 7 3 1 - 1	-	-	0		

### ③コミュニティ

#### 高齢者への支援活動を行う市民団体

事業名	住所	事業の内容	実績	翌年度の状況	翌々年度の状況
プラチナパワーによる 地域活性化スタートアップ (NPOプラチナ創業塾)	府中市 篠根町 547-5	プラチナ大学受講生の有志12名で、地域活性化のための事業を行う。当面は、耕作放棄地等の早刈り委託や休耕地を受託し農作物の栽培・加工・販売や起業を考えている会員に対して創業の支援を考えている。	元家具店舗を無償で借り、補助金を改修や会の運営準備のための費用として使った。地域の憩いの広場「プラチナサロン」を開設。「おしめ祭り」等に協賛店として参加。就労者12名のうち6名が府中市の高齢者。	プラチナサロンで定期的にイベントや3B体操等教室を開催。趣味等の発表の場として展示会も行っている。婚活イベント開催や地域イベントにも参加。受託事業として休耕地の草刈等もおこなっている。就労者数15名のうち11名が府中市の高齢者。	地域の憩いの場プラチナサロンの利用者が増えている。サロンでの収益事業も少しずつ増え、運営費を賄っている。就労者15名（うち、府中市の高齢者11名）
地域助け合い事業 ・森林体験事業 (府中高齢者支援の会 えがお)	府中市 上下町 佐倉 165-1	平成27年度プラチナ大学受講生の有志（主3人+補助2人）で、元気な高齢者が、他の高齢者を手助けすることで、生きがいづくりに繋げるとともに、高齢になっても住み続けられる地域づくりを目的に会（府中高齢者支援の会 えがお）を結成し事業を行う。 手助けが必要な方に支援者（登録してもらった方）を派遣して、支援者の今までの知識や経験を生かし、得意分野のお手伝いを基本500円の利用料で行う。また、独居の方への定期訪問による安否確認等の考えている。 その他、高齢者と児童、障害者等の交流しながら、椎茸を栽培するという森林体験等イベントも企画する。	補助金で支援員移動用車両や事務機器等を購入。結成式を開催し、地域へ支援活動を始めたことをアピールした。あわせて、認知症についての講演会を実施した。また、森林体験事業も行き、会員が講師や補助役になって小学生と保護者に椎茸栽培の講習を行った。就労者35名すべてが府中市の高齢者。	手すりの取り付けや墓掃除など、地域の困りごと支援を行った。また、子ども会等に椎茸栽培の講習を行ったり、森林整備事業としてミツタコウソウの植え付けを行った。就労者63名（うち、府中市の高齢者63名）	-

出典：府中市提供データ（平成30年1月）

#### 小学校一覧

学校名	住所	電話番号	学園別
国府小学校	府中市高木町617番地	0847-45-2059	府南学園
栗生小学校	府中市栗柄町3056番地	0847-45-3704	
旭小学校	府中市中須町610番地	0847-45-5393	
南小学校	府中市用土町444番地	0847-43-5657	
上下北小学校	府中市上下町上下1881番地1	0847-62-3061	上下学園
上下南小学校	府中市上下町矢多田171番地	0847-62-3336	

#### 中学校一覧

学校名	住所	電話番号	学園別
第一中学校	府中市用土町463番地	0847-41-2394	府南学園
上下中学校	府中市上下町上下915番地	0847-62-2161	上下学園

#### 義務教育学校一覧

学校名	住所	電話番号	学園別
府中明郷学園	府中市篠根町656番地	0847-41-2759	府中明郷学園
府中学園	府中市元町576番地1	0847-41-2131	府中学園

出典：府中市ホームページ 平成30年1月15日最終閲覧

(<http://www.city.fuchu.hiroshima.jp/kyoiku/gakkoannai/gakkojoho/index.html>)

## 公民館

名称	所在地	電話番号
旭公民館	府中市中須町917番地2	0847-45-5903
河佐公民館	府中市河佐町1202番地3	0847-49-0802
協和公民館	府中市木野山町48番地	0847-68-2121
久佐公民館	府中市久佐町487番地	0847-49-0730
国府公民館	府中市高木町601番地1	0847-45-7367
上下公民館	府中市上下町上下861番地3（上下町民会館内）	0847-62-3139
龍田公民館	府中市府中町890番地1	0847-41-3142
出口公民館	府中市出口町949番地	0847-41-5958
西公民館	府中市目崎町709番地2	0847-43-7145
広谷公民館	府中市元町207番地1	0847-45-3140
府中公民館	府中市府中町143番地3	0847-43-4938
南公民館	府中市土生町615番地19	0847-41-2240
諸田公民館	府中市諸毛町1326番地	0847-49-0801
クルトピア岩谷	府中市目崎町377番地	0847-41-4961
クルトピア栗生	府中市栗柄町3096番地1	0847-45-3701
クルトピア明郷	府中市篠根町630番地4	0847-41-2738

出典：府中市ホームページ 平成30年1月15日最終閲覧

(<http://www.city.fuchu.hiroshima.jp/kurashi/shisetsu/kominkan/index.html>)

自治会

地区	町名	郵便番号
東部	1 広谷町	〒726-0011
	2 鶴飼町	〒726-0002
	3 元町東町	〒726-0003
	4 元町西町	〒726-0003
	5 桜が丘	〒726-0006
	6 本山町	〒726-0001
	7 見晴町	〒726-0001
	8 府川町	〒726-0004
	9 上高木町	〒726-0013
	10 高木古川町	〒726-0013
	11 高木中町	〒726-0013
	12 高木開町	〒726-0013
	13 高木稲荷木町	〒726-0013
	14 中須西之町	〒726-0012
	15 中須中之町	〒726-0012
	16 中須岡谷町	〒726-0012
	17 中須亀寿町	〒726-0012
	18 中須東町	〒726-0012
	19 中須旭町	〒726-0012
	20 栗生東町	〒726-0023
	21 栗生西町	〒726-0023
	22 栗生南町	〒726-0023
	23 栗生北町	〒726-0023
中部	24 東町	〒726-0005
	25 永井町	〒726-0005
	26 朝日町	〒726-0005
	27 飛屋町	〒726-0005
	28 西町	〒726-0005
	29 土生町	〒726-0021
	30 緑ヶ丘町	〒726-0021
	31 川原町	〒726-0032
	32 本町	〒726-0005
	33 新町	〒726-0032
	34 上辻町	〒726-0005
	35 下辻町	〒726-0005
	36 老松町	〒726-0005
	37 大黒町	〒726-0032
	38 胡町	〒726-0001
	39 川上町	〒726-0032

地区	町名	郵便番号
西部	40 河南町	〒726-0025
	41 三郎丸町	〒726-0026
	42 篠根町	〒726-0027
	43 河面町	〒726-0036
	44 僧殿町	〒726-0024
	45 目崎町	〒726-0033
	46 父石町	〒726-0035
	47 上山町	〒726-0034
	48 荒谷町	〒726-0031
	49 河佐町	〒729-3221
南部	50 久佐町	〒729-3222
	51 諸田(諸毛町・小国町)	〒722-0431
	52 阿字町	〒729-3212
	53 第一木野山町	〒729-3211
	54 第二木野山町	〒729-3211
	55 行滕町	〒729-3202
	56 斗升町	〒729-3201
	北部	57 上下第1
58 上下第2		〒729-3431
59 上下第3		〒729-3431
60 上下第4		〒729-3431
61 深江・下野町		〒729-3421
62 国留		〒729-3422
63 矢野		〒729-3423
64 矢多田・松崎		〒729-3424
65 井永		〒729-3411
66 水永・岡屋・佐倉		〒729-3413
南部	67 階見	〒729-3403
	68 二森・小堀	〒729-3402
	69 小塚	〒729-3401
	70 有福	〒729-3405

出典：府中市提供データ

④保健・福祉

支援名	内容	事業所名	所在地	支援対象 (身体)	支援対象 (知的)	支援対象 (精神)	支援対象 (児童)	受入 定員
指定特定相談支援事業所	障害福祉サービスの利用計画を作成します。	府中地域障害者相談支援センター は〜と&は〜と	府中市元町320	○	○	○	○	
		特定相談支援事業所 キャンパス	府中市篠根町100		○			
		特定相談支援事業所 パレット	府中市広谷町959-1		○	○	○	
		特定相談支援事業所 イーゼル	府中市元町320		○			
		特定相談支援事業所 わかば	府中市広谷町919-3			○		
		府中市社会福祉協議会 相談支援事業	府中市広谷町919-3	○				
指定障害児相談支援事業所	障害児通所支援（児童発達支援・医療型児童発達支援・放課後等デイサービス・保育所等訪問支援）の利用計画を作成します。	府中地域障害者相談支援センター は〜と&は〜と	府中市元町320				○	
		障害児相談支援事業所 パレット	府中市広谷町959-1				○	
		府中市社会福祉協議会 相談支援事業	府中市広谷町919-3				○	
		児童発達支援事業 みりの学園	府中市高木町642-1				○	
障害者支援施設	入所して夜間の食事や入浴等の介護支援を行います。	梅の木園	府中市篠根町71		○			30
		障害者支援施設 大日学園	府中市篠根町100		○			60
居宅介護	居宅で家事並びに食事・入浴等の介護支援を行います。	ケアサポートセンターのぞみ	府中市鶴飼町532-3	○	○	○	○	
		ケアサポート夢のたより	府中市鶴飼町607	○	○	○	○	
		アシナヘルバーステーション	府中市鶴飼町700-8	○				
		大日学園ホームヘルプ事業所	府中市広谷町828-3	○	○	○	○	
		府中市社会福祉協議会	府中市広谷町919-3	○	○	○	○	
		府中市社協上下居宅サービス事業所	府中市上下町上下869-5	○	○	○	○	
		ヘルバーステーション広心	府中市上下町深江314	○	○	○	○	
		ケアサービス府中	府中市府川町89-11	○	○	○	○	
		ピジットケア かのん	府中市府中町716-2	○	○	○	○	
さくら介護ステーション備後府中	府中市広谷町879-3 弘徳ビル102号室	○	○	○	○			
生活介護	食事・入浴等の介護支援や創作的活動、生産活動の機会の提供を行います。	梅の木園	府中市篠根町71		○			30
		障害者支援施設 大日学園	府中市篠根町100		○			40
		指定障害福祉サービス事業所 ぼほろ元町	府中市元町320	○	○	○		20
		発達障害サポートセンター 未来図	府中市広谷町959-1		○			20
		障害福祉サービス事業大きなかぶ	府中市鶴飼町555-31		○			20
		府中市社会福祉協議会指定生活介護事業所オホリ	府中市広谷町919-3	○				20
		福祉サービスセンター 夢のひかり	府中市鶴飼町607	○	○	○		10
		おおむらさき	府中市広谷町919-3		○	○		20
		あすなろ作業所	府中市上下町水永69番2		○			10
		あじさいの里	府中市栗柄町3107-5	○	○	○		14
		療養通所介護慧	府中市中須町313-2	○	○			5
		羽高「湖畔の家」	府中市諸毛町12944-1		○	○		10
短期入所	一時的に短期間入所して食事・入浴等の介護支援を行います。	大日学園短期入所事業所	府中市篠根町100		○	○	○	70
		梅の木園短期入所事業所	府中市篠根町71		○		○	30
		ライフサポート大日短期入所事業	府中市篠根町61		○		○	8
障害児通所支援事業所	障害のある児童に通所による日常生活の基本動作や集団生活への適応のための訓練等を行います。	児童発達支援事業所 みりの学園	府中市高木町642-1				○	20
		障害児通所支援事業所 未来図	府中市広谷町959-1				○	10
		夢門塾ゆうゆう高木	府中市高木町20-1				○	10
		夢門塾ゆうゆう高木2組	府中市高木町20-1				○	10
		療養通所介護慧	府中市中須町313-2				○	5
		放課後等デイサービス くれよん	府中市鶴飼町532-3				○	10
		きらり	府中市鶴飼町681-1				○	5
YOUKIチャイルドアカデミーひだまり	府中市上下町上下784-2				○	10		
就労移行支援	一般就労を目指して、就労に必要な知識、技能の訓練や、就労後の職場定着のための支援を行います。	福祉サービスセンター 夢のひかり	府中市鶴飼町607	○	○	○		10
		ワークショップ・コンパス	府中市広谷町959-5	○	○	○		20
		社会福祉サービス事業 大きなかぶ 東町作業所	府中市府中町565		○			6
		あじさいの里	府中市栗柄町3107-5	○	○	○		6

支援名	内容	事業所名	所在地	支援対象 (身体)	支援対象 (知的)	支援対象 (精神)	支援対象 (児童)	受入 定員
就労継続支援A型	雇用契約に基づく就労機会を提供し、一般就労に向けた支援を行います。	ワークショップ なび	府中市篠根町82	○	○	○		10
		しあわせの庭鶴飼事業所	鶴飼町字柿ノ木531-3	○	○	○		40
		やわらか食工房	府中市府中町557	○	○	○		10
就労継続支援B型	事業所での作業を通じて生活や就労のための能力を高める支援を行います。	福祉サービスセンター 夢のひかり	府中市鶴飼町607	○	○	○		20
		発達障害サポートセンター 未来図	府中市広谷町959-1		○			10
		障害福祉サービス事業所 わかば	府中市広谷町919-3			○		20
		おおむらさき	府中市広谷町919-3		○	○		20
		社会福祉サービス事業 大きなかぶ 東町作業所	府中市府中町565		○			14
		あすなる作業所	府中市上下町水永69番2		○			10
		羽高「湖畔の家」	諸毛町12944番地1		○	○		10
共同生活援助	障害者の共同生活を行う住居を提供し、家事等の援助を行います。	ケアホームすまいる	府中市鶴飼町176-1		○			6
		ケアホーム秋桜	府中市河南町23-1		○			4
		ホーム なでしこ	府中市広谷町828-3		○			3
		ケアホームさくら	府中市広谷町828-3		○			6
		ケアホームつくし	府中市広谷町828-3		○			6
		ケアホームふきのとう	府中市広谷町828-3		○			6
		ケアホームれんげ	府中市広谷町828-3		○			6
		ホームひかり	府中市高木町472		○			6
		ケアホームらん	府中市三郎丸町143		○			4
		ケアホーム川響	府中市篠根町294-7		○			4
		ケアホームたんぼぼ	府中市篠根町298-5		○			5
		ケアホーム望	府中市篠根町673-1		○			4
		ホームつばさ	府中市土生町1467-2		○			4
		ケアホームひまわり	府中市父石町488		○			4
		ケアホーム eye	府中市目崎町726-1		○			5
		ホーム はやぶさ	府中市土生町1467-2		○			4
		ホーム だんだん	府中市三郎丸町143		○			3
共同生活援助	障害者の共同生活を行う住居を提供し、家事等の援助を行います。	ホーム 悠和	府中市三郎丸町197		○			5
		ホーム せせらぎ	府中市篠根町151-3		○			8
		ホーム 菜の花1F	府中市篠根町61		○			9
		ケアホーム すみれ	府中市篠根町94-1		○			4
		ホーム 芦辺	府中市父石町265-1		○			4
		ホーム 菜の花2F	府中市篠根町61		○			9
		ホーム さぶろう	府中市三郎町267-2		○			5
		ホーム きさらぎ	府中市三郎町293-6		○			3
		ホームいっぼ	府中市父石町1280-1		○			8
地域生活支援事業 (日中一時支援)	日中に一時的に通所して見守り等の支援を行います。	大日学園短期入所事業所	府中市篠根町100		○			
		梅の木園短期入所事業所	府中市篠根町71		○	○		
		大日学園デイサービスセンター	府中市篠根町100			○	○	
		あおば	府中市広谷町972-1				○	
		福祉サービスセンター 夢のひかり	府中市鶴飼町607	○	○		○	
		発達障害サポートセンター 未来図	府中市広谷町959-1		○		○	
		指定障害福祉サービス事業所 ぼぼろ元町	府中市元町320	○	○	○	○	
		府中市社会福祉協議会指定生活介護事業所 利利	府中市広谷町919-3	○			○	
		あじさいの里	府中市栗柄町3107-5	○	○	○	○	
放課後等デイサービス くれよん	府中市元町484-8				○			
地域生活支援事業 (移動支援)	外出時に付き添い・車いす介助等の移動支援を行います。	大日学園移動支援事業所	府中市篠根町61					
		府中市社会福祉協議会	府中市広谷町919-3					
		ヘルパーステーション広心	府中市上下町深江314					
		ケアサービス府中	府中市府川町89-11					
		ケアサポートセンターのぞみ	府中市府中町107-48					
		ピジットケア かのん	府中町716-2					
さくら介護ステーション備後府中	広谷町879-3 弘聖ビル103号室							

出典：府中市提供資料（平成29年2月）

5. 関連分野の動向把握

⑥公営住宅（特定公共賃貸住宅を除く）

・市営住宅

地域	団地名	建設年度	構造	戸数	規	格	空家	耐震	備 考	募 集	理 由	家賃（円）/月	
												最低	最高
府中	新 町	28	木造	1		6+4.5	0	済	出口町95	停止	耐用年数経過	800	2,300
	出 口	30	木造	1	2 K	6+4.5	0	済	出口町470-1	停止	耐用年数経過	1,100	3,000
	出口西	56 (41)	簡二	8	3DK	8+4.5+4.5	5	済	出口町829-2	停止	耐用年数経過	13,100	18,700
	土生	27	木造	4	2 K	6+4.5	3	済	土生町1440-1	停止	耐用年数経過	700	1,900
	土生中井	32	木造	5	2 K	6+4.5	1	済	土生町940-1	停止	耐用年数経過	1,600	4,400
	目 崎	27	木造	5	2UK	6+4.5+3	0	済	目崎町甲447-1	停止	耐用年数経過	700	3,000
		28	木造	5	2UK	6+4.5+3	4		目崎町451-1				
	父 石	31	木造	5	2 K	6+4.5	3	済	父石町77	停止	耐用年数経過	1,400	3,900
	篠 根	33	木造	4	2DK	4.5+4.5	2	済	篠根町908,911	停止	耐用年数経過	1,500	4,100
	本 山	33	木造	5	2UK	6+4.5+3	3	済	本山町832-1	停止	耐用年数経過	1,700	5,100
		33	木造	12	1UK	6+3	8						
	元町山の神	32	木造	3	2UK	6+4.5+3	1	済	元町721-1	停止	耐用年数経過	1,200	5,400
	広 谷	29	木造	4	2UK	6+4.5+3	1	済	広谷町972,973	停止	耐用年数経過	1,200	3,300
	中須くすま	33	木造	9	2DK	6+4.5	0	済	中須町1524	停止	耐用年数経過	1,700	5,300
		33	木造	2	2DK	4.5+4.5	1						
	栗 柄	30	木造	6	2 K	6+4.5	2	済	栗柄町3280-1	停止	耐用年数経過	1,200	3,100
	中須旭町	37	木造	13	2 K	6+4.5	4	済	中須町1631,1628	停止	耐用年数経過	2,100	6,400
		38	木造	14	2 K	6+4.5	8		// 1634,581-3				
		39	木造	16	2 K	6+4.5	3		// 1636,576-1				
	見 晴	41	木造	19	2 K	6+4.5	9	済	本山町1708-1 1710,1713,1714 1711-1,1716-1	停止	耐用年数経過	2,800	7,200
		41	木造	11	2 K	6+4.5	5						
	城 山	42	木造	4	2 K	6+4.5	3	済	広谷町1394	停止	耐用年数経過	2,900	5,900
		47	簡二	12	3DK	6+6+4.5	0	済	中須町1616	募集		9,500	39,800
	亀 寿	48	簡二	12	3DK	6+6+4.5	0						
		49	簡二	12	4DK	6+6+4.5+4.5	2						
	三郎丸	48	簡平	2	3DK	6+6+4.5	1	済	三郎丸町712	停止	耐用年数経過	5,900	15,000
48		簡平	2	3DK	6+6+4.5	1	三郎丸町595						
出口神田	56	簡二	6	4DK	6+6+4.5+4.5	1	済	出口町770-1	停止	耐用年数経過	16,700	44,100	
高木第一	60	中耐三	12	3LDK		0	済	高木町1111	募集		15,200	42,200	
	60	中耐三	12	3LDK		0							
高木第二	62	中耐三	15	3LDK	(身障者74.84㎡)	0	済	高木町1045	募集		15,400	48,100	
上下	極 楽	42	木造	10	2 K	6+4.5	6	済	上下町上下334-1	停止	耐用年数経過	2,900	5,600
	高 原	42	木造	10	2 K	6+4.5	6	済	上下町深江745-1	停止	耐用年数経過	2,900	5,700
	岩 崎	11	中耐	8	2DK	6+6	0	済	上下町上下1874-1	募集		11,900	31,800
		13	低耐	8	2DK	6+6	0						
	入 田	47	簡平	7	2 K	6+6	4	済	上下町上下1300-1	停止	耐用年数経過	4,400	9,200
	防地1	52	簡二	11	3DK	6+6+4.5	7	済	上下町矢多田276	停止	耐用年数経過	11,300	21,900
		53	簡二	12	3DK	6+6+4.5	9						
	防地2	57	簡二	14	3DK	6+6+4.5	5	済	上下町矢多田275-1	停止	耐用年数経過	14,400	38,200
		60	木造	5	3DK	6+6+6	1						
	后	60	木造	5	3DK	6+6+6	0	済	上下町上下1688-3	募集		12,900	26,400
		63	木造	10	3DK	6+6+6	6						
	井 永	元	木造	6	3DK	6+6+6	1	済	上下町井永171-1	募集		13,800	39,200
		2	木造	6	3DK	6+6+6	2						
		3	木造	4	3DK	6+6+6	3						
		5	木造	4	3LDK	8+6+6	0						
	下野町	6	木造	8	3LDK	6+6+6	0	済	上下町上下2546-6	募集		17,600	49,000
7		木造	4	3LDK	6+6+6	0							

出典：府中市提供資料（平成 29 年 4 月）

・県営住宅

地域	団地名	建設年度	構造	戸数	規	格	空家	耐震	備	考	募	集	理	由	最低	最高
第一 中学校 区	府中住宅	49	中層耐火	60	3DK	46.72~51.25㎡	5	済		府中市土生町631-7	募集				11,100	24,000
	高木住宅	63, 4, 2	中層耐火	60	2DK~3DK	53.44~62.12㎡	0	済		府中市高木町472	募集				17,000	43,000

出典：県営住宅管理センターWeb サイト (<http://www.onomichi-seiwa.jp/kenei/map/page4.php> : 2018年2月20日最終閲覧)

※ 現在募集中の公営住宅

・亀寿



・高木第一



・高木第二



・岩崎



・后



・井永



・下野町



• 府中住宅



• 高木住宅



## STEP2 地区別データの作成

### ①人口・世帯数

斗升町全域の航空写真



斗升町・集落から離れて住宅が点在していると思われる箇所



⑦地域資源  
 予約型乗合タクシーの運行地域

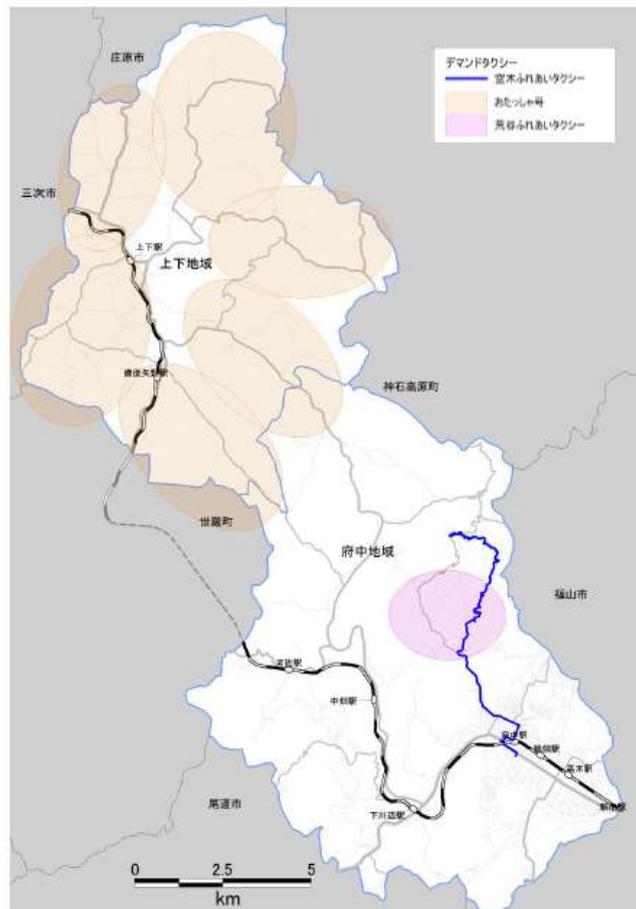


図 1-8 予約型乗合タクシーの運行区域・経路

## 第5章

# 地域包括ケアシステム構築の あり方に関する研修会

---

---

## 1. 研修会実施概要

---

### (1) 研修会の目的

- 本事業では、本調査研究の平成30年2月時点での事業実施経過を報告するとともに、中山間地域における地域包括ケアシステムのあり方に関する講演や事例報告、鼎談を行う研修会を開催した。
- 研修会は、中国四国地方の9都道府県内の医療・介護専門職や事務職、行政や各種団体の関係者を対象として実施した。

### (2) 開催概要

【開催日時】平成30年2月12日（月・祝）13:00～17:00

【開催場所】広島県国民健康保険団体連合会 大会議室

【参加者数】199名（委員・事務局除く）

【会の題名】「中山間地域等（離島及び中山間地域）の小規模自治体（保険者）における地域包括ケアシステム構築の好事例の実態把握と都道府県、地方厚生（支）局の支援方策のあり方に関する研究事業」  
地域包括ケアシステム構築のあり方に関する研修会  
～発見！中山間地域だからこそ展開できる地域包括ケア～

## 2. 研修会内容

実務者研修会の実施内容および講演・報告・鼎談等の内容は、下記のとおりであった。

時間	内容
<b>開会</b>	
13:00- 13:15	<p>○開会のあいさつ</p> <p>主催者挨拶：全国国民健康保険診療施設協議会会長 押淵 徹            全国国民健康保険診療施設協議会名誉会長 山口 昇</p> <p>来賓挨拶：厚生労働省中国四国厚生局長 片岡 佳和 氏</p>
<b>基調講演</b>	
13:15- 13:45	<p>「地域包括ケアシステムの構築について～次期介護報酬改定を踏まえて～」            厚生労働省老健局振興課長 込山 愛郎 氏</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中山間地域という調査趣旨ではあるが、本日は地域包括ケアシステムの構築について、介護報酬改定を踏まえた話をさせていただきたい。</li> <li>・今後 40%近い高齢化率を迎える中、生産年齢人口は急減する。介護分野に限った問題ではないが、介護分野ではとりわけ大きな課題であろう。</li> <li>・地域の高齢化率は地域によって将来的にも差が大きい。地域によって2倍近く高齢者が増えるところもあるし、逆に減っていくところもある。今後の地域包括ケアは地域によってやり方を考えていく必要がある。</li> </ul> <p>【医療・介護連携における課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今後の医療、介護分野をめぐる課題が3つ。1つは予防・重度化防止で、ポイントは保険者、市町村、都道府県、住民等が一丸となって取り組んでいくこと。やり方は様々で、どのように何を組み合わせしていくか。地域の課題をどうとらえ、地域に足りないものは何なのかを考えることが大事。</li> <li>・2点目は地域包括ケア構築において、医療・介護連携だけでなく、地域づくり、生活支援を含めどうするか、地域共生社会をどうするか。市町村がトータルの視点で考えることが重要。</li> <li>・制度だけでは福祉の問題は解決できない。介護保険は整った制度ではあるが、これにより介護保険部署と地域福祉部署が分かれるなど、部署の分断も生じていた。介護を、地域福祉とどうオーバーラップさせていくか。具体的に考えていくと、コミュニティの拠点なども必要となるであろう。</li> <li>・3点目は、住民の方への負担がどうしても出てくるが、これをどのようにお願いしていくか、十分に検討して提示するということ。</li> <li>・このような話の中では、予防重症化予防（ヘルスプロモーション）や生活支援等に関する様々な地域資源の活用も必要となるが、これは新しい話ではなく昔からやっていることを、地域の中で引き続き進めるということ。考えてみれば今までやってきたことをいかにシステムとして結びつけるか、これが地域包括ケアシステムという見方もできる。</li> </ul>

### 【介護報酬改定】

- 30年度改定においては、地域包括ケアの推進、自立支援・重度化防止、人材確保、サービスの適正化・重点化などをポイントと考えている。
- 地域包括ケアの推進は、ケアマネジャーから利用者情報を医師等につなぐことなどが内容。自立支援・重度化防止では、訪問介護・通所介護が外部のリハビリ専門職と連携した際の評価、また、訪問介護について見守り的な援助を評価する。身体機能の回復が絶対的な目標ととらえられがちであるが、それだけではなく、その方の生活、暮らしの視点が必要。ご本人が今できることをできる限り長くやれるようにする、今はできないことをいろんな工夫で少しでもできるようにするなど、ご本人の生活機能を高める視点が大切。それぞれの能力に応じて、その人における自立とは何かを考えた支援が大事。
- 今後の課題としては、自立支援・重度化防止の観点から地域の課題を考えていく際、いかにエビデンスの基づいた取組を進められるか。また、地域資源の活用として、介護保険・介護保険外サービス、全世代の地域住民の力をいかに活用していくかという視点も重要。こうした点を市町村が考えていく必要がある。

### 基 調 講 演

#### 地域包括ケアシステムの構築について ～次期介護報酬改定を踏まえて～



### 【総合的・包括的な課題検討、地域づくりの重要性】

- 今後は地域づくりがポイントとなる。福祉だけでなく産業、交通等様々な分野との協働が必要。例えば総合事業は介護保険担当部署だけで考えても最適解は出ない。地域の良い取組は福祉部局だけではわからないことも多い。総合事業を庁内全体の課題としていただくことが大事なポイント。
- 地域住民のやる気、主体性をいかに引き出すかが重要であるが現状はまだ難しく、現実論として自治体の関与が当面は必要。中山間地域の視点からは、地域の活性化ということに国、都道府県、市町村は取り組んでいる。地域の活性化に向けた取組にあわせて様々なサービスをどう展開するか、という視点も重要。
- 地域課題は分離していない、全て一体的なものであるととらえる。その中で介護保険制度がどう役割を果たしていくか、地域福祉をどう位置づけ、展開していく

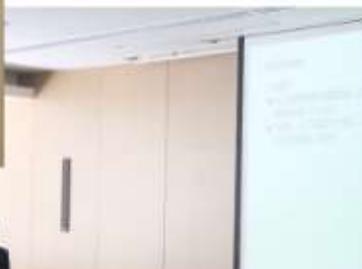
	<p>か、という視点が必要で、これには各課題対応を一体的に進めるための地域拠点など、行政の支援が重要な役割を持つ。難しい課題ではあるが、各地域での今後の検討・展開が重要になるであろう。</p>
<b>報告</b>	
<p>13:50- 14:20</p>	<p>「中山間地域における地域包括ケアの展開を考える ～事業経過報告より～」 地域包括ケアシステム構築実態把握と支援方策のあり方に関する検討委員会委員長 阿波谷 敏英 氏（高知大学医学部家庭医療学講座教授）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 本事業は、       <ol style="list-style-type: none"> <li>①中山間地域の地域包括ケアシステムの実態を把握すること、</li> <li>②中山間地域に特化しての先進事例集を作成すること、</li> <li>③都道府県、地方厚生（支）局等からの望ましい支援内容を検討すること</li> </ol>       が目的である。     </li> <li>• 具体的な内容は、中山間地域における実態調査、現地訪問調査。報告書は各自治体にお配りするとともにホームページにも公表していく。</li> <li>• 住まいの検討に関しては府中市をモデルとして、どこの自治体でも手に入る情報で現状把握、課題解決のプロセスを見える化していくためのマニュアルを作成する。報告書でぜひご覧いただきたい。</li> </ul> <p>【調査結果の紹介】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 地域ニーズの把握について、情報はあるがどう分析していいかわからない、分析結果の使い方がわからないというところが6割程度。情報がどこにあるかわからないという自治体は少ないが、分析方法などがわからないということで、何らかの支援が必要であろう。</li> <li>• 自治体の社会資源・活動として、サロンや体操教室など多くの自治体で様々な活動が行われている。一方実施主体をみると、サロンや体操教室などは高齢者相互の支え合いとして行われているが、見守りネットワークや配食サービスは高齢者主体の活動が比較的少ない。</li> <li>• 住宅確保要配慮者については、実態を把握できていない自治体が62.9%と多い。担当部署が不明確、調査内容がわからないという理由が挙げられた。</li> <li>• 他の自治体との連携等について、必要性を感じているができていない自治体が33.9%。理由はマンパワーが最多だが、2番目は「特に理由がない」が多く、場の設定など外部からの積極的な支援が必要な可能性がある。</li> <li>• 国保直診施設にもアンケートを実施した。医療・介護連携は多くの医療機関が取り組んでおり、うち8割の医療機関が効果を実感している。一方連携の取組にあたっては様々な課題もあるが、これに対する各医療機関の柔軟な工夫がみられる。</li> <li>• まとめとして、情報の分析に関しては様々な支援が必要ではないか、住まいの状況把握等のためにマニュアルが必要ではないか（本事業における検討マニュアル等）、複数自治体を含む広域連携について、きっかけづくり、場づくりなどが必要ではと考えられる。</li> </ul>

- 現地訪問ヒアリング調査は、アンケート結果等を踏まえ、各県1か所を選定して実施した。
- ①香川県小豆島町は、病院・地域包括ケア連絡会を中心とした連携、介護支援ボランティア制度の運営・活用を報告としてとりまとめた。②高知県梶原町は、毎週の多職種による会議「ケアプラン会」と複合福祉施設等による住まいに関する取組、③徳島県那珂町は合併前の旧町単位で行われる「各支所ケア会議」と町全体の「健康福祉検討会」、また同会議等で使われる「新みまもるくん」についてとりまとめを行っている。
- 県、地方厚生（支）局からの支援内容として、例えば地域特性にあわせた柔軟な支援や、ICTによる省力化、職員の能力開発の支援等が考えられる。未定稿のため、最終的な内容はぜひ報告書をご覧ください。

**報 告** 中山間地域における地域包括ケアの展開を考える  
～事業経過報告より～



委員長：阿波谷 敏英  
高知大学医学部地域医療学教授



**事例報告**

「実践！地域を診る目が地域包括ケアの充実を生み出した  
～地域力を生かした地域包括ケアシステムの展開～」

事例 1 「多職種連携による看取りと認知症の者にやさしい地域づくり」  
広島県・北広島町／北広島町国保雄鹿原診療所長 東條 環樹 氏

【地域特性等】

- 対象地域：東西 30km、南北 20km、人口 2300 人。社会資源として、社会福祉協議会まで 8km、特別養護老人ホームまで 13km、役場まで 4.4km。また保健医療福祉の総合施設として「芸北ホリスティックセンター」がある。
- 診療を続けるうちに地域特性に目が行った。入院施設がない地域であり、看取りまでを視野に入れた支援の必要性を感じるようになり、地域の専門職と考え方を共有しようと考えたものが「看取りの文化」である。

【看取りの考え方、対応】

- 終末期医療については、攻める医療をしてしまいがち。本当に大切なことは何か

14：25-  
15：25

を考えていくことが大事。終末期で容態が変化した際、それは対応が必要な「急変」なのか。生命の尊厳を念頭に、高齢者は急変することを前提として、急変時にどうするか、あらかじめ家族を含め決めておく。それがなされないと施設や在宅では最期を迎えられない。家や施設でできる最良のことは何かをみんなでディスカッションすることが重要。

- ただし、現実にはなかなか難しい。そこで、当地域では多職種が参加する家族カンファレンスを開く。最期をどうするか、家族にも問い、多職種で共有する。共有がきちんとされているかで在宅医療の質は大きく変わる。
- 利用者・患者宅での在宅カンファレンスを開いている。開催はチームリーダーであるケアマネジャーが行い、医師はそれを強かにサポートする。これにより、専門職の学びにもつながる。

#### 【専門職の学び】

- 学びはOJTにより行われる。誰かが教師役になることは必ずしも必要ではない。一緒に考えることが大事。
- OJTにあわせ多職種研修会も開催している。地域の寺院、高齢者施設など。職員だけでなく入所者も参加する。入所者からは、自分の最期についてまでもこんなに真剣に考えているのか、と感謝されることもある。
- 多職種連携をうまく進めるためには、チーム員が進んで自分の仕事としてタスクを請け負う、起こりうるミス、失敗の理由をまず自分に求めるということが大事。
- 継続的な市民啓発等により、看取り率は10%台から54%まで上がった。最近では看取り率は40~50%を行き来しているが、看取り率は高ければよいということではなく、住民が自分の価値観で、選べることが大切である。

### 事例報告

「実践!地域を診る目が地域包括ケアの充実を生み出した  
~地域力を生かした地域包括ケアシステムの展開~」



広島県・北広島町国保健進原診療所長 東條 環樹 氏

#### 事例2「梶原町の「保健・医療・福祉・介護」の連携」

高知県・梶原町／梶原町保健福祉支援センター長 橋田 淳一 氏

#### 【町の概要】

- 梶原町は環境モデル地域として様々な取組を行っている。様々な珍しい建築物もある。梶原町の組織には保健福祉支援センターがあり、課に相当する。地域包括ケアシステムの実施にあたり病院と強く連携している。また、指定管理の歯科診療所があり地域住民の信頼も厚い。
- 当町は6地区に分かれ、市中心部から離れるに従い過疎が進んでいく。当町の地

域包括ケアシステムは平成3年ころから進んでいる。この頃すでに当町では高齢化が進展しており、将来的な対策を検討してきた。医師・保健師連絡会等の開催による連携推進を行っていたが、当時はまだ敷居が高かったように聞いている。

#### 【町の取組】

- 平成7年に栲原病院を建設し、平成8年に併設する形で保健福祉支援センターを併設。そこで、週に1回ケアプラン会を開催して支援内容を検討。また、センター内にある高齢者生活支援ハウスの入退きの決定などを行っている。当センターには多くの職種が在籍しており、こうした仕組みで多職種の連携推進にもつながっている。
- 社会福祉法人が運営するデイサービスや特別養護老人ホーム、株式会社が運営する訪問介護（総合事業の訪問型サービス含む）など様々なサービスがあり、在宅生活の支援が進んでいたが、特別養護老人ホームが原則要介護3以上となったことを受け、栲原ならではの福祉施設の整備を行うこととした。これが複合福祉施設「YURURI ゆすはら」である。
- 栲原町の地域福祉を考えると、保健福祉支援センター、社会福祉協議会、ケアプラン会、社会福祉法人等、様々な主体が総合的に参入しての構成となっている。高齢者、障害者について包括的に構築された組織があり、今後は子育て世代包括支援センター設置など、子育て分野についてもさらに取組を進めたいと考えている。そのためには、関係者の信頼・和を大事にしていくことが重要である。



高知県・栲原町保健福祉支援センター長 橋田 淳一 氏

#### 事例3「高齢者の住まいと地域包括ケアの展開」

広島県・府中市／府中市健康福祉部長寿支援課長 唐川 平 氏

- 府中市は全域で35.8%の高齢化率で、上下町（北部地域）では41.4%となる。医療をみると市が100%出資する府中市病院機構が、府中市民病院（150床）、府中北市民病院（60床）を管轄している。両病院は常勤医師数が年々減少しており、府中北市民病院の利活用方針案としてサ高住への転換が検討されている。
- 北市民病院では、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供しているが、利用者は平成28年7月の事業開始後11名と決して多くない。利用希望の少なさや長い移動時間など様々な課題がある。
- 生産年齢人口が減少する中後期高齢者数の増加が継続しており、介護職員の確保比率を高めることが必要。一方、現在の訪問看護員の約4割は60歳以上であり、今後高齢のヘルパーが増えていく中身体介護等が十分に担えるか、課題である。
- このような中、上下町に福祉・介護拠点を整備する検討が始まっている。医院の

活用により、訪問介護や訪問看護などの複数の事業所、人材育成などを行う場を検討しているところ。

- 住まいに関しては、問題点・課題を洗い出した後は関係部署で議論することが重要という指摘を住まい部会の部会長である園田先生よりいただいた。議論をしていくと、こうした居住支援を行うためのプラットフォームがないこと、住宅政策部署などとの議論が進んでいないことなどに改めて気づいたところである。



(質疑)

- 住まいと住まい方について、私（質問者）の地域では高齢化率が進んでおり、コミュニティの再構築が必要という認識がある。その手法として住み替えということも考えられ、栲原町ではそのような取組もみられるが、どのように進めてきたかを伺いたい。また、北広島町でのコミュニティの形成についても伺いたい。
  - 府中市の場合は住まいの整理がこれからなので、移り住まれた方ということはお答えが難しいが、モデル地域の検討の中で議論は出ている。小さな集落の中でどのように住まいを考えていくか、検討を始める段階。
  - 住民が住み慣れて地域で住み続けたいという思いを持っていることがアンケートで把握できたので、これに向けて取り組んでいる。生活支援コーディネーターによる地域課題の洗い出しと専門分野へのつなぎを行ったり、行政内での他課との連携などを行っている。
  - 北広島町では生活支援ハウスが比較的敷居が低く出入りできるので、そうした資源を活用している。

休憩（10分） 15：25～15：35

### 鼎談

15：35-  
17：00

「中山間地域における地域包括ケアシステムの未来を創造する」

：後藤 忠雄 氏（岐阜県・県北西部地域医療センター長兼国保白鳥病院長）

：白山 靖彦 氏（徳島大学大学院医歯薬学研究部地域医療福祉学分野教授）

：堀田 聡子 氏（慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授）

堀田氏）

- 北広島町の話から浮かんだこととして、住民が生・老・病・死に向けた学びの場に参加しているということ。
- 一つ実例を挙げる。千葉県松戸市では「まちっこプロジェクト」を市の教育委員会、医師会等と一緒に取り組んでいる。ここでの取組の一つとして、小中学生に医師や看護師などが医療に関することを学んでもらうが、終了後、子ども

に「親にも聞いてみましょう」という宿題を出す。すると、親子の会話の中でかかりつけ医を持つという意識が高まったり、活動に関する意欲が高まるという介入研究の結果がある。

- ・ 梶原町は、当町の取組である「集落活動センター」がさらに進化しているという印象。今日は主に介護、住まいなどを焦点化した話であったが、例えば集落活動センターには住民が出資をした株式会社がいくつかある。住民が担い手にもなり受益者にもなる。地域で残していかなければならない機能の検討も行われる。自治意識の中で地域包括ケアシステムを考えることは効果が高い。
- ・ 府中市では人材確保が課題との話であった。多くの自治体の課題だが、中山間地域におけるサービスの担い手は誰なのか。今までと同じ考え方、方法では絶対的に人材は不足することは疑いの余地がない。また、市民が元々持っている力を、専門職の過度な支援が奪っているのではという視点も一方ではあり、改めて人材、担い手はだれか、みんなが幸せになる方法は何かを考えさせられた。
- ・ 住宅部門と福祉部門が同じ方向を見て議論するということはこれまで非常に少なかった。府中市ではすでにこれが始められている。部局を超えたあるべき姿の検討は今後重要で、府中市はすでに先駆的な第一歩を踏み出している。

白山氏)

- ・ 地域包括ケアシステムは集落が単位であり、いかに幸福に暮らしていくか、そのための手段である。手段である地域包括ケアシステムの有用性を図るために様々な指標等を検討しているということで、悩みの種でもあり、今日の発表を有意義に聞かせていただいた。
- ・ 梶原の事例は有名で、ここに至るまでに非常に長い時間がかかっている。文化の醸成も含まれている点が素晴らしいところ。建物も含め、補助金を活用する行政の有りようなど、見習うべき例であるが、これを他の自治体が模倣してもすぐにはできない。戦略をどうしっかり持つかを学べる事例であった。
- ・ 府中市は部局間連携がうまくいった例。縦割り行政を横断的にするのは、言うのは簡単だが難しい。某市で、行政職員全員に地域包括ケアシステムの話をしたことがあるが、その後福祉以外の部署の職員から、空き家の有効活用に関するアイデアがでるなど、様々な視点があった。

後藤氏)

- ・ キーパーソンとして医師の存在は重要である。今後はすべての医師が地域に目を向けてくれるようになると良い。また府中市では実際に自地域を知り、それに基づいた検討を進めている。医師なども実際の状況を知り、それに基づいて考えることが重要ではないか。

白山氏)

- ・ 担い手は今大きな課題となっている。が、一定の研修を受ければ誰でもすばらしく活動できる人材になるとは必ずしもならない。地域で積極的に動いている人にポイントを定め、多くの情報を提供し、さらに積極的に動いていただくということも重要。
- ・ 例えば自分の経験として、認知症の研修会後に、実際に自分の地域で見守りネットワークを作るなどの取組をした人を確認したことがある。そうした人は100人中1人しかおらず、概ねどの場合も1%程度であると考えられる。積極的に動

ける方を見定める、いわば選定的な考えもあるのでは。

堀田氏)

- 素人専門家という考え方があり、専門職に集中的に学んでもらうこととすべての人が学ぶことをまず整理する必要がある。大牟田市の中学校では、大牟田に長く住んでいる人、大牟田に嫁いできた人の話などをよく聞いて、ふるさとについて考えるといった取り組みを、中学校段階で始めている。
- また、気仙地域では一般社団法人「未来かなえ機構」で介護力強化事業等に取り組まれている。そこでは「住民がいかに専門職を支えるか」という発想があり、自分たちで様々なプログラムの検討等も行っている。パッケージ化された研修もある。担い手に関しては様々な考え方があり、専門職が一方的に支えるだけではないということであろう。

後藤氏)

- 岐阜県郡上地域での取組として、地域で、住民が自らの取組をお互いに話し、ポジティブなフィードバックを返す（ほめあう）ということをしている。どの地域でも地域住民の取組は多かれ少なかれあるもので、お互いに話すことで住民のモチベーション向上につながったり、良い事例の共有ができたりする。それにより住民の主体性を高めることにもつながる。
- 一方で介護・医療等に関する知識がない方もいる。公立病院の事務職に異動した専門外の公務員の方など。こうした方にも早々に研修を受講してもらうなど、いかに介護・医療に関する知識を学んでもらうか、そうした仕組みも重要。

白山氏)

- 徳島県では地域包括ケアシステム学会を設立し、1550人に会員となっていた。地域包括ケアシステムに関する研修や取組は現在多種多様に行われていて、一度調べたところ1日に4カ所の研修会が行われていた。講師派遣等の面で非効率な部分もあり、研修情報の集約くらいはしてもよいのではと考えている。
- 中山間地域では研修に参加することも時間的制約があり、1時間の会議に参加するのに往復2時間ということもある。ICTツールが重要になるが、メールも事業所で1つのアカウントしかなく、逆にLINEのほうが普及している。LINEを活用した会議、情報共有のシステムを整理したところ効果的であった。中山間地域であるほどICTの利便性は高まり、その分の時間を患者・利用者支援に使えることとなる。

堀田氏)

- シェアリングは中山間地域で重要な概念で、資源やナレッジを共有すること。医療機関がなく数十キロ離れた稚内までいかないとならない北海道天塩地域では、「のってこ」という移動が難しい人が登録し、稚内まで何らかの理由で移動する人に相乗りをするシステムがある。ガソリン代のみで稚内までの移動ができる。こうした移動支援も検討されるとよい。
- また、雲南町では退職した看護師の活用を進めている。住民目線では現役保健

師に近寄りやすさを感じる人もいる中、退職後の看護師の話やすさ、柔らかさなども組み合わせた支援がありうる。住まいの関係では新たな住宅セーフティネットで空き家の活用も今後進められるので、今後の活動促進が期待される。

後藤氏)

- そうした様々な事例、アイデアは誰が発案することが多いのか。

堀田氏)

- 色々なケースがあり、医師だったり、事業所の職員だったり。気が付いた人が声を上げて事例がふくらんでいく。

後藤氏)

- 地域包括ケアシステムの中で住民にいかに関与してもらえるか、すでにある資源をどう活用できるか。また ICT の活用などによりいかに効率的に動けるようにするか。本日の事例紹介の内容なども参考にいただき、各地域での取組を進めていただきたい。

## 鼎 談

中山間地域における  
地域包括ケアシステムの  
未来を創造する



開会

17:00

閉会

## 第 6 章

### 考察・提言

---

# 1. アンケート結果から見える課題

## (1) 現状・課題の概要

本事業のアンケートでは、地域包括ケアシステムに関連する各分野における自治体・医療機関の取組内容や課題、効果等について把握した。これらの結果をもとに、自治体が地域包括ケアシステム構築に関して有する課題について、下表のとおり分野別に考察した。

なお、各分野別の考察の詳細は次ページ以降に記載する。

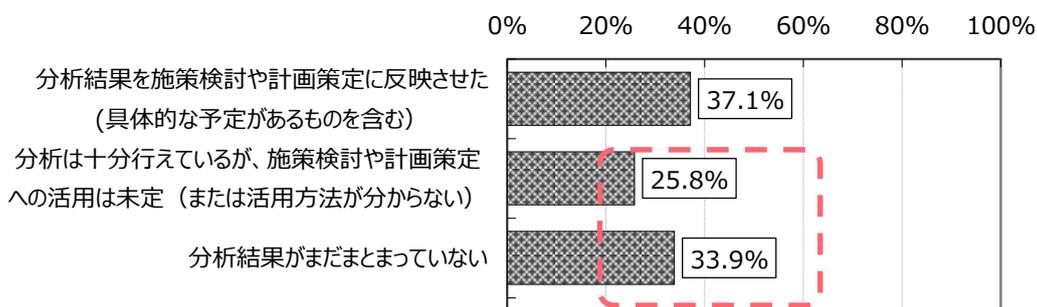
分野	主な現状・課題	対応案
◆地域ニーズの把握および地域診断	地域ニーズの把握等にあたり、情報の分析が適切にできない、施策反映ができないと考える自治体が多い。	データの適切な分析方法や、分析した結果の活用方法を啓発していくなどの支援が必要では。
◆医療・介護連携	医療・介護連携の取組を行っている医療機関の8割が効果を実感。課題には各医療機関が工夫を凝らし対応。	医療機関の様々な工夫を自治体等が集約・展開することで、医療・介護連携等の取組をより普及させられるのでは。
◆介護予防	取組は多くの自治体で行われているものの、活動内容、質が十分できない（評価できない）と考える自治体が多い。	介護予防を目的とした自治体の取組を客観的に評価し、アドバイスできるような仕組みが有るとよいのでは。
◆地域の社会資源に関する情報の集約・展開	地域の社会資源・活動は多種のものが行われているが、実施主体は高齢者や多世代、団体等、活動により様々。	住民ボランティアによる支え合い活動、配食サービスなどを地域で展開させる場合は、多世代の住民、NPO、民間事業者等の多様な主体を巻き込む工夫が必要では。
◆高齢者の住まいに関する取組	・高齢者等、住宅確保要配慮者の実態把握を行っていない自治体が多く、理由は「担当部署が不明確」「手法が分からない」など ・人口が小さいほど、県の居住支援協議会に参加していない自治体が増加。	・住まいに関する状況把握・施策反映等の手法の提示が必要では。 ・小規模な自治体への協議会の周知、参加の働きかけについて、必要性を考慮して検討してはどうか
◆看取りの状況	在宅看取りの割合、対応可能な医療機関の有無等基礎的な情報について、自治体が把握していない割合が高い。	自治体の看取りの現状を的確に把握するための積極的な情報提供が必要では。 また、公表済の既存情報が自治体に活用されない理由のさらなる分析や、情報の存在の積極的な周知も必要では。
◆複数の自治体を含む広域連携	必要性を感じているができていない自治体が3割強である。	複数自治体の連携に関して、県・厚生（支）局等が、関連自治体や医師会等も含めた連携の橋渡しをすることが効果的ではないか。

## (2) 地域ニーズの把握・地域診断

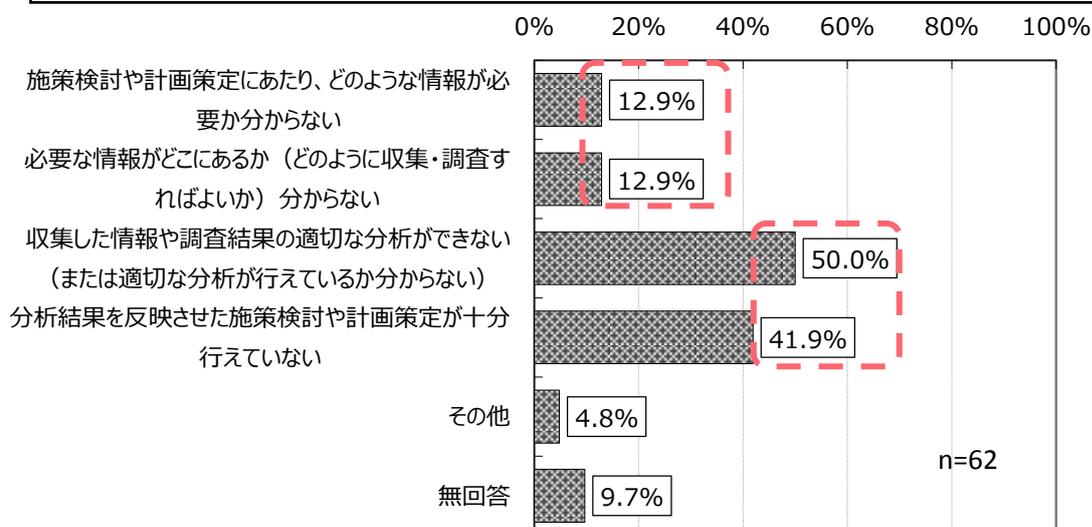
### 【主な現状・課題】

- 59.7%の自治体が、地域ニーズの把握・地域診断にあたっての情報分析・施策反映を行っていないかった。
- 地域ニーズの把握・地域診断にあたり、どのような情報が必要かわからない、情報がどこにあるかわからないとする自治体は少ない（12.9%）が、分析ができない、施策反映ができないと思っている自治体は半数程度と多かった。

### 地域ニーズの把握及び地域診断にあたり収集・把握している情報の活用状況



### 情報の分析結果を施策検討や計画に反映させる際、課題となること



### 【対応案】

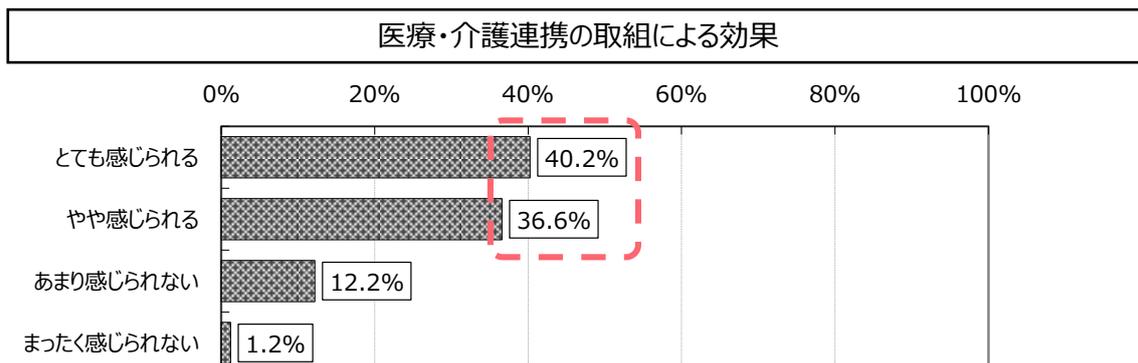
分析方法や、分析した結果の活用方法を啓発していくなどの支援が必要ではないか。

(例：複数の自治体を集めた研修会の開催等)

### (3) 医療・介護連携

#### 【主な現状・課題】

- 国保直診施設を対象とした調査では、医療・介護連携の取組を行っている（または参加している）医療機関の8割程度が、取組による効果を実感していた。
- こうした各医療機関の取組には様々な課題が生じているが、各医療機関で様々な工夫をこらし対応している現状がうかがえた。



(取組において生じた課題と工夫)

#### 会議等への参加依頼・調整

課題	工夫
アクセス上の問題（離島であり船代がかかる）。顔の見える関係の乏しさ。地域自体の包括ケアに対する認識の少なさ。	ケーブルテレビを利用した情報発信。地域包括ケア会議の定期開催。島外訪問看護ステーションとの連携。
各専門員が各所から集まってくるため、ケア会議の時間・場所の決定・会議後の報告に手間暇を要した。	「包括支援センター」として建物を設け、専門員も集約し、情報交換がスムーズになった。
ケア会議が毎回開催されていたが、多忙な介護業者は時間の無駄と感じていた。	包括担当者と病院担当医師が前もって会議の内容、方向性など話し合い、テーマを絞って問題点・課題について話し合うようにした。
在宅医療介護連携拠点事業を病院中心に行っていたが、地区医師会が関わらないという課題があった。	病院が主体となる事業を中止。地域包括支援センターと医師会が主体となって行う事業とした。

#### 人員体制・人員の不足

課題	工夫
スタッフが少ない。他事業所のやる気に温度差がある。	定期的な会合。ホスト役の持ち回り。
限られた人員の中で業務を行っていることで、参加するにあたり他の職員への負担が増える。また離島でもあり、島外への研修会は日程が長期化する。	離職者を臨時的に確保し、参加可能となるようつとめている。

#### 【対応案】

**医療機関が行っている様々な工夫を自治体等が集約・展開することで、医療・介護連携等の取組をより普及させる支援ができるのではないか。**

#### (4) 介護予防

##### 【主な現状・課題】

- 59.7%の自治体が、介護予防サポーターなどの介護予防を担う住民ボランティアを育成しており、また 40.3%の自治体が地域課題解決の組織づくりに取り組んでいた。
- 地域住民自らが介護予防、生活支援機能の確保等に取り組んでいる自治体が多く、自治体における介護予防の取組における評価点が 100 点満点中平均 63.7 点と、同様に評価点をつけた他の項目と比べて最も高かったことから、自治体の積極性の高さがうかがえた。
- 一方、比較的评价点の低かった 50 点以下の理由を見ると、取組を行っていないことを理由とした回答は少なく、「取組が介護予防につながっているか分からない」「効果の検証ができていない」など、取組内容や活動の質が十分でない（評価できない）ことを理由とした回答が多く見られた。

---

##### 【介護予防の取組みに対する評価点「50 点以下」の自治体の理由 一覧】

(※下線は、「取り組んでいるが効果が不十分（評価できていない）」という趣旨の回答)

民間や公民館サークルで、運動を中心とした取組も行われているが、介護予防の効果になっているかどうかは分からない。

取組みについては概ね中レベル。

住民主体の介護予防の取組みが無い。

平成 28 年度より「元気なからだづくり隊」を養成し、ロコモ予防を積極的に行っており、地域に広がりつつある。

一つ一つの事業の評価（効果の検証）ができていない。

取り組んでいるが始めたばかりであるため。

介護資源・人的支援があまりにも限られていること。若年層からの介護予防（健康づくりも含めた）になっていないこと。

地域づくりにおける介護予防に着眼した取組みが十分でないため。

介護予防サポーターの養成は行っているが、今後の活用について検討中。

包括支援センターが実施する多事業に比較して企画、頻度共に低い。

相当サービスのみの実施であり、他のサービスの実施に至っていない。

人材育成が急激な高齢化、少子化に対応できていない。町づくりに課題が大きい。

現在、取組可能な活動を行っているが、次の段階の取組が促されていないことや、他の機関と協力することで、より効果的な取組ができるよう検討すべきと考えているため。

---

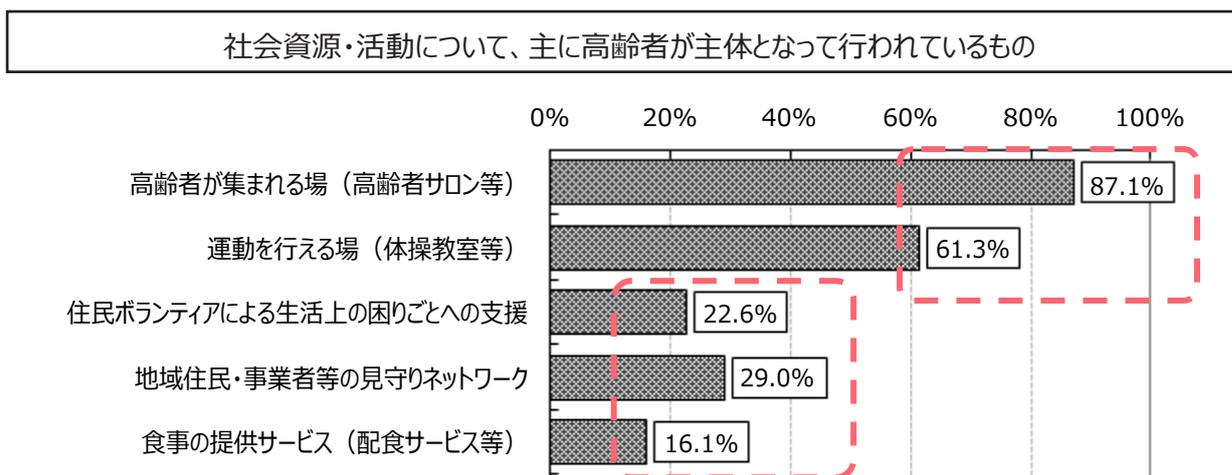
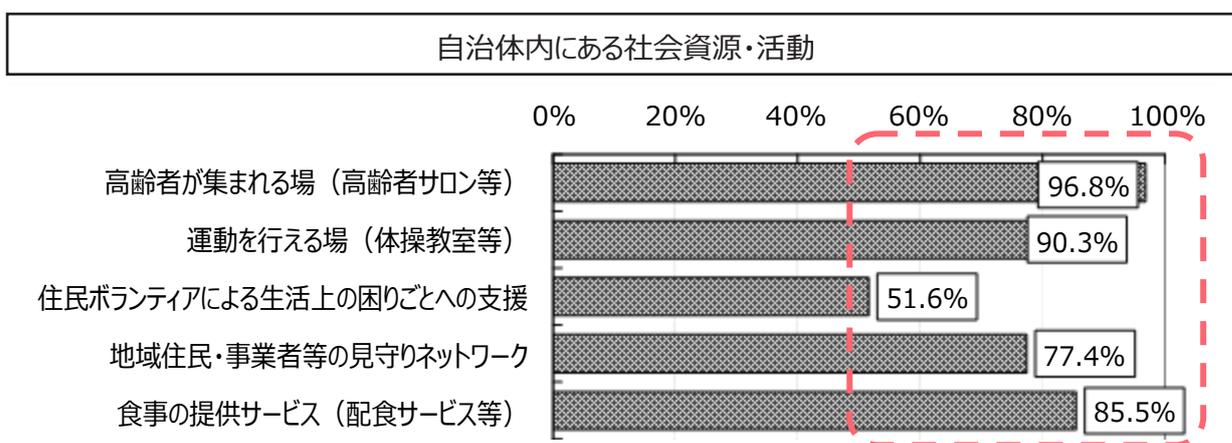
##### 【対応案】

介護予防を目的とした自治体の取組を外部から客観的に評価し、アドバイスできるような仕組みが有るとよいのではないか。

## (5) 地域の社会資源に関する情報の集約・展開

### 【主な現状・課題】

- 自治体内にある社会資源、活動として、「高齢者が集まれる場」は96.8%、「運動できる場」は90.3%など、多くの自治体では多様な地域活動が展開されていた。
- これらの活動について、主に高齢者が主体となっていて行われているものとして「高齢者が集まれる場」（87.1%）、「運動を行える場」（61.3%）があり、これらは高齢者相互の支え合いの中で多く行われていると考えられる。
- 一方、「住民ボランティアによる生活上の困りごとへの支援」や「食事の提供サービス（配食サービス等）」が高齢者主体となっている割合は20%前後と少なく、これらは多世代、多様な主体によるサービス提供が主であると考えられる。



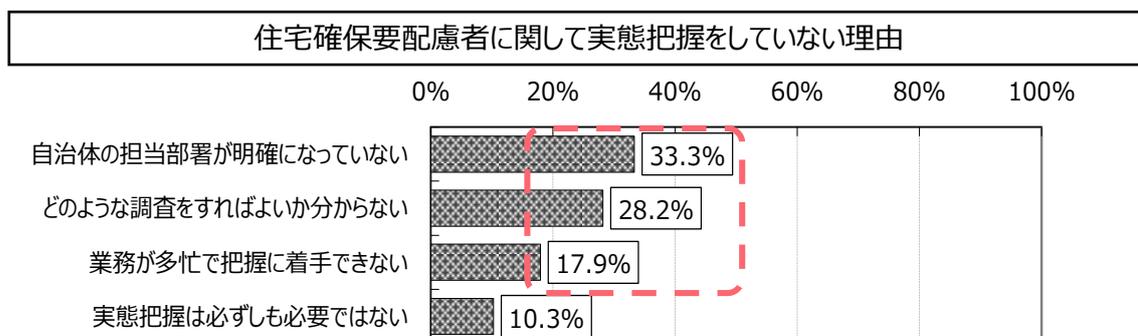
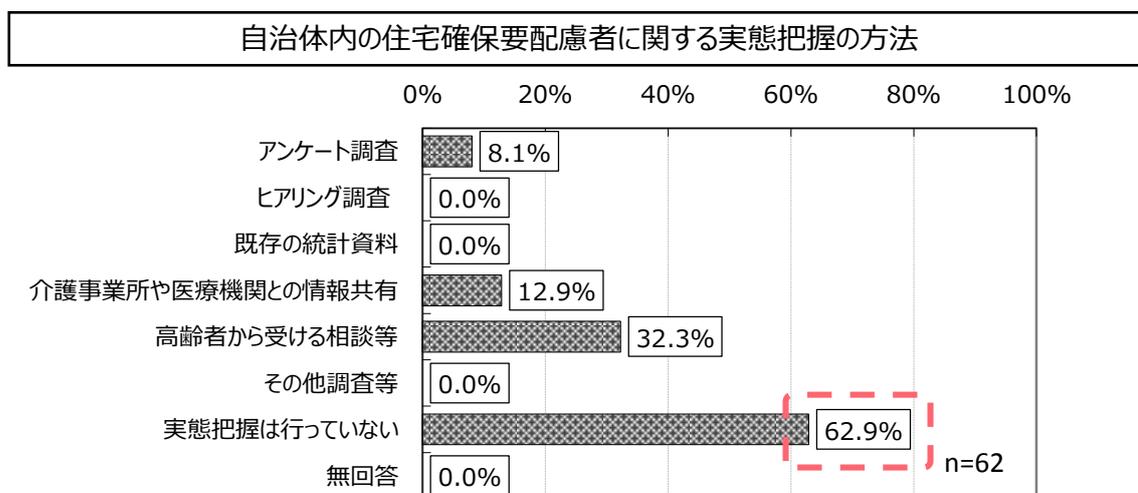
### 【対応案】

**住民ボランティアによる支え合い活動、配食サービスなどを地域で展開させる場合は、40代、50代などの多世代住民や、NPO、民間事業者等の多様な主体を巻き込む工夫があると望ましい。**

## (6) 高齢者の住まいに関する取組

### 【主な現状・課題】

- 高齢者の住まいに関し、住宅確保要配慮者の「実態把握は行っていない」自治体が62.9%と多かった。
- 実態把握を行わない理由は、
  - ・担当部署が不明確
  - ・調査内容・手法が分からない
 などが主で、必要性を感じていないとする意見は10.3%と少なかった。



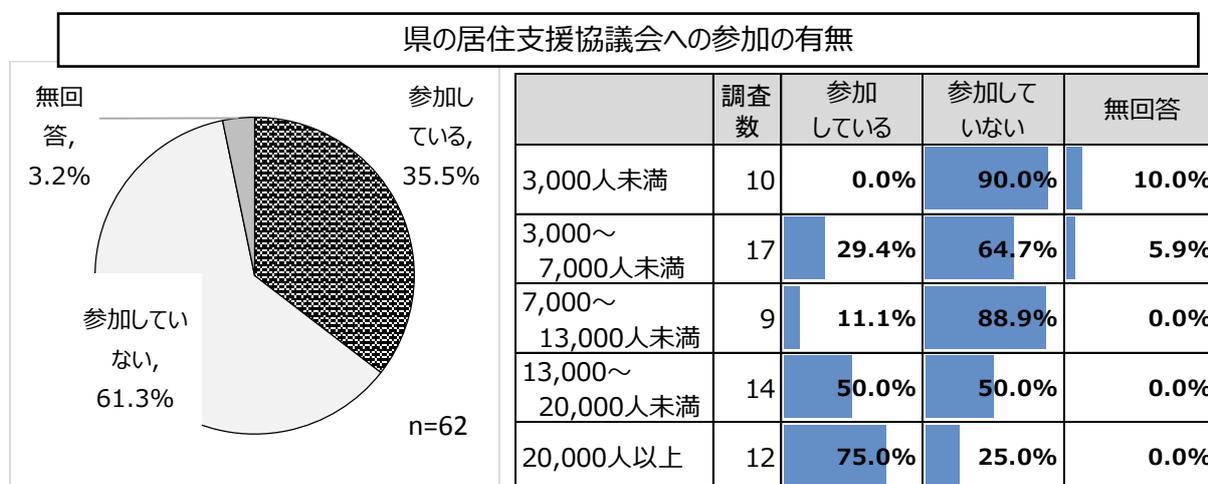
### 【対応案】

**住まいに関する担当部署や調査内容・手法が分からないことへの対策として、状況把握・施策反映等の手法を提示するなどの支援が必要ではないか。**

**(本事業の一部として準備した検討マニュアル(第4章参照)の活用を推奨する)**

### 【主な現状・課題】

- 県の居住支援協議会には「参加していない」と回答した自治体が 61.3%であった
- これを自治体の高齢者人口別にみると、高齢者人口が「3,000 人未満」の自治体では「参加していない」90.0%が最も多く、20,000 人以上の自治体では「参加している」75.0%が最も多かった。人口規模が大きくなるほど、県の居住支援協議会に参加する割合が高くなっていった。
- また、参加していない理由としては、3,000 人未満の自治体、20,000 人以上の自治体では「居住支援協議会があることを知らない」が最も多かった。また、「都道府県から参加の働きかけがない」も 1～2 割程度の回答がみられた。



**居住支援協議会に参加していない理由**

	調査数	自治体の担当部署が明らかになっていない	都道府県から参加の働きかけがない	多忙のため参加が困難である	参加する必要性が小さい	居住支援協議会があること自体を知らない	その他	無回答
3,000人未満	9	22.2%	0.0%	22.2%	0.0%	55.6%	0.0%	0.0%
3,000～7,000人未満	11	27.3%	27.3%	0.0%	9.1%	27.3%	0.0%	9.1%
7,000～13,000人未満	8	0.0%	25.0%	0.0%	12.5%	37.5%	12.5%	37.5%
13,000～20,000人未満	7	57.1%	14.3%	0.0%	14.3%	28.6%	0.0%	0.0%
20,000人以上	3	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%

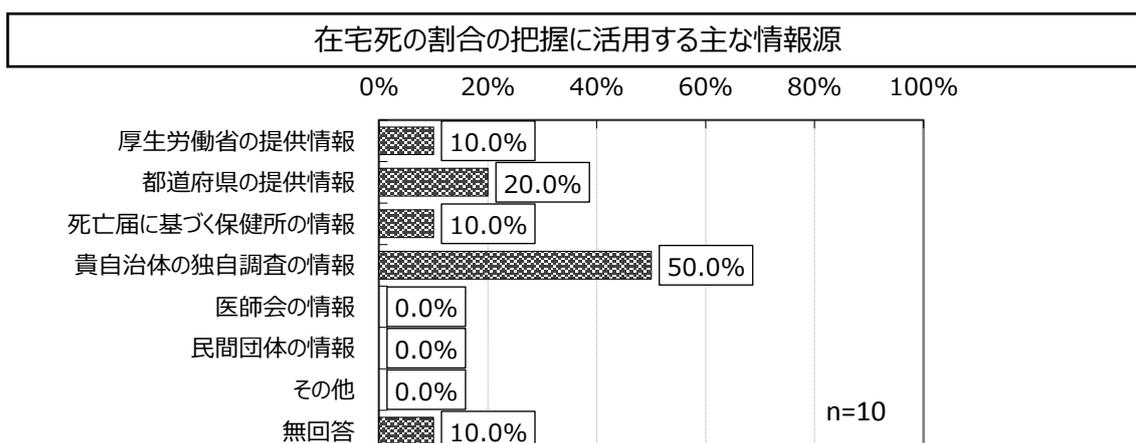
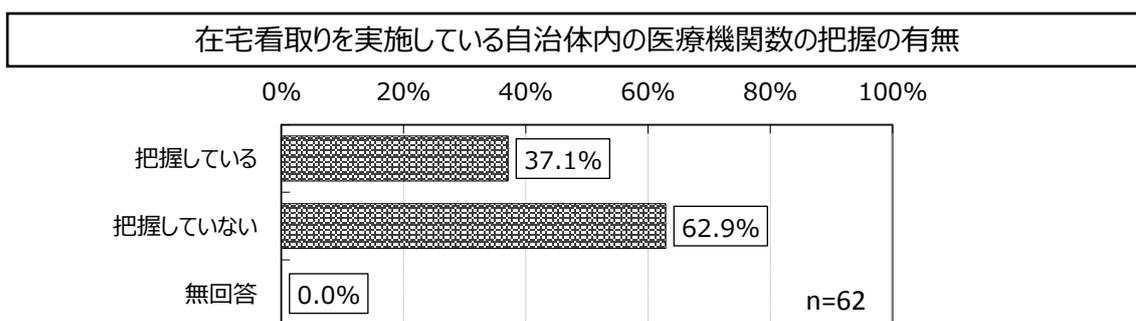
### 【対応案】

**小規模な自治体ほど居住支援協議会へ参加しない傾向があるため、小規模自治体への協議会の周知、参加の働きかけについて、必要性を考慮して検討してはどうか。**

## (7) 看取りの状況

### 【主な現状・課題】

- 在宅看取りを実施している自治体内の医療機関数を把握している自治体は37.1%、自治体内の在宅での死亡割合を把握している自治体は16.1%と、いずれも多くない状況であった。
- また、こうした情報を把握している自治体についても、情報源として最も多かったのは「貴自治体の独自調査の情報」（医療機関数の把握においては47.8%、在宅死の割合把握においては50.0%）であり、看取りに関する現状把握は多くの場合自治体の努力によって行われていた。
- なお、在宅死の割合および老人ホーム死の割合については、厚生労働省ホームページ「在宅医療の推進について」（<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>）で市町村別に数値をみることができが、在宅での死亡割合について、こうした「厚生労働省の提供情報」を主な情報源と回答した割合は10.0%（1自治体）であった。



### 【対応案】

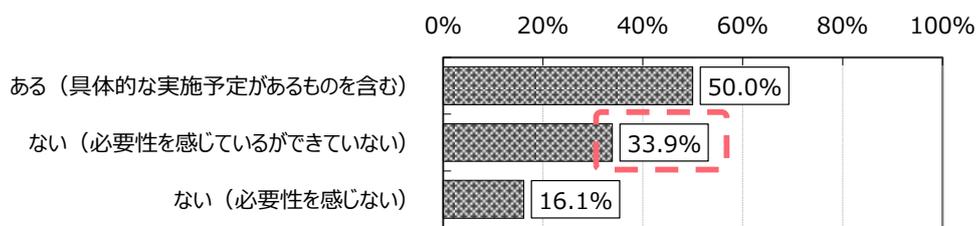
**在宅看取りの推進にあたり、自治体内の現状を的確に把握するための情報提供が必要では。また、すでに公表されている既存情報については、これが自治体に活用されない理由のさらなる分析や、情報の存在の積極的な周知も必要では。**

## (8) 複数の自治体を含む広域連携

### 【主な現状・課題】

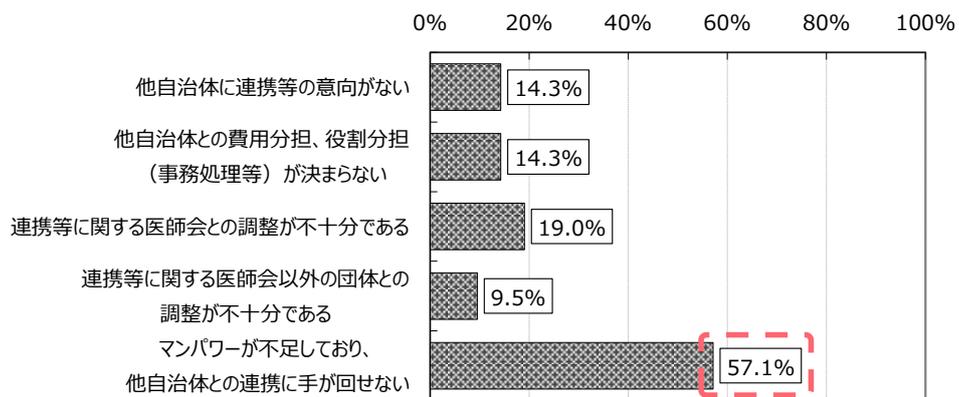
- 広域連携について、「必要性を感じているができていない」自治体が 33.9%と相応の割合で存在した。また、できていない理由は「マンパワーの不足」が 57.1%と最多であったが、次に多い理由は「特に理由がない」であった。
- 当該自治体が属する地区医師会のエリアに含まれる自治体数別にみると、地区医師会のエリアに含まれる自治体数が増えるほど、広域連携による取組が「ある（具体的な実施予定があるものを含む）」と回答している傾向がみられた。
- 1つの地区医師会に複数自治体が含まれる場合には、もともと地理的・社会的につながりの強い自治体であるため自治体の協働が進みやすい、あるいは医師会主導で連携が進みやすいことが、その理由として想定される。

地域包括ケアシステムに関して、他の自治体と連携、または共同で実施している取組の有無



(1つの地区医師会のエリアに含まれる自治体数)	調査数	ある（具体的な実施予定があるものも含む）	ない（必要性を感じているができていない）	ない（必要性を感じない）	無回答
1 地区医師会内に 1 自治体のみ所在	20	30.0%	35.0%	35.0%	0.0%
1 地区医師会内に 2 自治体が所在	23	56.5%	39.1%	4.3%	0.0%
1 地区医師会内に 3 自治体以上が所在	18	66.7%	22.2%	11.1%	0.0%

### 他自治体との連携、または共同での取組ができていない理由



#### 【対応案】

**医師会が複数の自治体にまたがっている場合に連携がある（予定を含む）自治体が多く、医師会の果たす役割は大きい。必要性を感じているが十分に連携できていない自治体も少なくなく、県・厚生（支）局等が、関連自治体や医師会等も含めた連携の橋渡しをすることが効果的ではないか。**

---

## 2. ヒアリング結果から見える課題

---

9 か所のヒアリング調査による各地の課題、県や地方厚生（支）局等に求められる役割としては、下記のようなものが挙げられた。（ヒアリング報告より主なものを要約して記載）

### 【データ分析のためのツール・普及啓発】

- データを十分に活用した取組等はできていない自治体も多い。医療職種向けの介護保険に関する勉強会、行政や地域包括支援センター職員向けの統計データの処理方法に関する研修が必要。前者は退院支援における選択肢の拡大につながり、後者は小規模自治体職員にとっての煩雑な業務である統計データの活用を省力化することに資する。
- 地域包括ケア構築のための基礎データが、容易に収集・分析できると望ましい。
- 看取り件数について、平成 26 年度では多くの調査結果が公表されているが、それ以降は限定された項目のみ公表されている。訪問診療実施件数などについても実数把握ができないため、数値の公表が進むとシミュレーション等の検討を行いやすい。

### 【地域特性にあわせた柔軟な支援】

- 県の一部や全県での広域的な取組に関する支援があると良い。当町では外出支援、具体的には交通機関の問題、資金面の課題がある。こうした課題解決が柔軟に検討できるよう、地域づくりをしやすいルールを作ってはどうか。
- 国や県からの支援は、市町村にとっては「やらなければならないこと」と受け止められ、縦割り行政に陥りやすいという弊害もありうる。地域の実情に応じて規制を緩和したり、自治体自ら工夫できたりするような支援が必要。
- 中山間地域の先進地は専門職同士、住民組織の連携が進んでいる。これは自治体の個別性に合わせた方策が求められることから、国や県等による一律の支援は必ずしも適さない。地域包括ケアシステムの構築面だけでなく、地方自治そのものを支援する方策（実務的な研修会などによる人材育成、人事交流）が有用では。
- 「住まい」の確保は非常に重要だが、身寄りのない高齢者世帯が賃貸住宅へ入居する際には、連帯保証人や緊急連絡先の確保など大きな障壁がある。身寄りのない高齢者の入居債務を保証する賃貸住宅入居支援制度を各県とも創設することが必要。

### 【地域特性にあわせた財政的支援】

- 中山間地域の在宅看護に取り組む看護師の育成と就労支援・人材確保に関して、県規模の奨学金などがあるとよい。
- 自治体が部署横断的に取り組むために、取り組んだことを評価する交付金等の仕組み

やトップダウンとなるトップセミナーもあればいいのではないかと。

- 中山間地域や離島では点在する生活圏域にサービスを届ける必要があるため、都市部と比較してコストが高くなるとも考えられる。地域特性に応じた全国一律でない施策を検討する必要がある。

### 【県・厚生（支）局等による客観的な支援・助言】

- 10年後、30年後といった中長期的なコミュニティの在り方、行政の将来予測（人口動態、産業構造）を正しく評価し、その上で必要とされる医療、介護の量、質、機能とそれに至るための道標を、客観的・専門的に示すことが必要。
- 医療保険と介護保険の両制度に並存し、各々のサービスが細分化されている中で、両制度の全体を俯瞰して理解し、政策に反映させる能力が市町村レベルでも必要である。地域の実情等に応じて、制度やルール等を最適化して適用・活用するべきであり、そのための具体的支援を県等が担えないか。
- 地域包括ケアの理念実現が非常に難しい課題であることを早い段階で認識する必要があると感じている。地域包括ケアシステムの評価指標（アウトカム設定）を示してもらえると、取り組みも加速するのでは。
- 現場の意見を踏まえた柔軟な対応が必要だが、柔軟な対応は取組が活発な自治体のみを後押しし、地域格差につながりうる。そこで、地域づくりのノウハウの提供、または地域づくりにおける評価手法の開発等により、本来業務がうまくいっていない理由を診断し、自治体に合った取組、解決策の提示を行えるようにしてはどうか。

### 【広域的な住民啓発、専門職の情報共有】

- 特に住民啓発が重要。例えば「開業医をかかりつけ医にする」「不急、不要の時間外受診は控え、医師・医療介護専門職を大切に」「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を形成する」など。
- 相談支援者の教育のために、広域での相談支援者の情報交換や研修を行ってほしい。対面での情報交換等が難しい場合は、ICTを活用した情報共有でもよい。
- 地域包括ケアシステムの構築や在宅医療・介護連携推進事業等に関するセミナー等を、県が自ら主催し、県内市町を強力に啓発することが望ましい。
- 一般的・総論的な在宅医療に関する事項、ACPを含んだデスエデュケーションの普及、啓発が国または県レベルで行われることで、現場での膨大な労力を節約することができる。
- 国民が自然な形で在宅ケアを希望し、終末期ケアを病院外でも受けることが普通であると認識、納得していればよりスムーズに在宅移行できる。「看取り文化の再興」とも言い換えることができるが、これは市町村レベルでは対処しきれない。
- 介護認定申請の提出時期やサービス利用に関する事など、介護保険制度を医療専門

職に周知することで、更なる連携強化に繋がる。現在は人により理解に差がある。

- 自治体により、認定にかかる期間や申請のタイミング等、制度運営の詳細は異なり、町外、県外の退院調整に影響する。こうした部分を広域自治体等の視点から調整することが望まれる。例えば、厚生（支）局から医療機関に向けて、自治体の制度運用の詳細が異なることを周知するなど。

### 【人材確保】

- 専門職ほどの職種も不足しているが、少ない人数を、チームワークとフットワーク、状況に合わせた柔軟な対応でカバーしている。こうした課題に対し、県の保健師などの人材の教育システムの一環で、へき地への勤務を義務付けるなどの制度があれば、広く様々な地域の実情および各地域での工夫などが学べるのではないかと。
- 地域には必ずしも人材が豊富にいるわけではない。介護予防・生活支援について、地域のリーダーとなる人材の育成支援などのシステムがあれば効果的ではないかと。
- 働きたくなるような給与水準が確保できる介護報酬体系の整備や、介護度改善に対する成功報酬的な支援があると望ましい。要介護度が低い方が多くなると収益が減るといった報酬設定は、事業者等のモチベーションに影響する。
- 景気回復により労働者が都市部に集中する傾向にあり、中山間地の医療・介護の専門職の確保は厳しさを増す可能性がある。国レベルでは診療報酬、介護報酬の見直し、県レベルでは広域的な人材確保策が必要。

### 【在宅療養における多職種チームの育成支援（医師会等との連携の橋渡し）】

- 地域の実態に即した持続可能な地域医療の方策に関しては、単独の自治体のみで検討・解決できる問題ではなく、従来、地域医療対策を担っていた県が主体での対策が望ましい。
- 在宅医療・ケア提供チームは絶対的に足りていない。主にチームリーダーとなる医師数、能力が不足しており、養成と教育が必須である。
- ここ数年で在宅医療に関する研修会や講演会などは目立って増えているが、それらが現場で機能的に活動できていないのが現状。良質なケアを提供するための実践的な多職種連携研修、在宅医療の同行研修やチームビルディングへの助言、実施した在宅ケアに対する診療報酬以外のインセンティブが期待される。
- 市の医療・介護連携における医療側への働きにおいては、医師会、行政、保健所による会議開催のきっかけを作る役割などにおいて、保健所の大きなリードがあった。そういう動きがあると、行政や医師会としても動きやすくなる。特に市町村は医療専門部署の設置が困難な場合が多く、県や保健所がある程度入らないと動けない。
- 地域医療を目指す医師の人材育成と地域での医師の確保の為に仕組みづくりといった、人材不足、人材育成における支援が望まれる。

### 3. 国や都道府県・地方厚生（支）局等の支援のあり方に関する提言

これまでのアンケート・ヒアリングの考察結果から、国や都道府県、地方厚生（支）局に求められる市町村等地域支援のあり方に関する提言を、下記の通りまとめた。

実際には下記の内容を、都道府県の置かれている状況も踏まえつつ、都道府県や地方厚生（支）局が各々の得意分野を生かして協働で取り組んだり、国が全国一律の対応として進めることなどが検討されることが望ましい。

地域特性に応じた柔軟な支援	地域包括ケアシステムは、すでに各地で様々な取組が進められている。これを尊重し、より発展させていくために必要な支援をオーダーメイドで考える意識が必要ではないか。 制度面では、様々な取組にも柔軟に対応できる補助金メニュー等を検討してはどうか。これらは、地域医療介護総合確保基金、地域支援事業（介護保険特別会計）からの支出が難しい場合に有用なツールとなる。
高齢者の住まいに関する状況把握・施策繁栄の手法提示	市町村が高齢者を含む住宅確保要配慮者の現状を十分把握し、市町村内の多部署が居住支援協議会等の場で連携した課題検討を行えるよう、県の福祉、医療、住宅施策、都市計画等各担当部署が支援していくことが望ましい。（本事業で作成した検討マニュアルも適宜活用）
医療に関する連携体制の構築支援	市町村は医療を専門とする部署の設置が難しいことが多く、医療関係団体との連携のノウハウは少ないが、医療・介護連携において医師会をはじめとする各種団体との良好な連携は不可欠であり、少なくとも医師会等と行政の連携のきっかけを作ること、連携体制の維持・発展を支えることは県（保健所）の役割として必要である。
データの分析方法、結果の活用方法の啓発	データ分析におけるノウハウの啓発や、具体的な施策への反映方法について提示・支援。例えば、県単位・ブロック単位（中国四国地方等）の複数自治体を集めた研修会などを国・都道府県等において検討してはどうか。
客観的・専門的な支援・助言・情報提供	都道府県や地方厚生（支）局が客観的・専門的視点から、地域診断等の結果を踏まえた的確なアドバイスを実施。市町村と同レベルの詳細な地域概要まで都道府県等がすべて把握することは難しいが、俯瞰的な視点から市町村の置かれる状況を説明すること、また他の地域の有用な取組の情報提供など、広域的観点から可能な支援を提供することが想定される。
基礎的・総論的事項に関する広域的な住民教育、市民啓発	地域の具体的な取組の周知等は、各地の市町村が担う必要があるが、在宅医療や終末期ケア・ACP、介護予防・重症化防止の重要性等、基礎的事項のリテラシー向上は、啓発内容の統一化・均一化および事務の効率化等の観点から、広域自治体等が担うことも検討してはどうか。全国一律の制度的な内容は、国が実施することも想定される。

# 資料編

- ① アンケート調査票

中山間地域等（離島及び中山間地域）の小規模自治体（保険者）における地域包括ケアシステム構築の好事例の実態把握と都道府県、地方厚生（支）局の支援方策のあり方に関する研究事業

（平成29年度老人保健健康増進等事業）

## 中山間地域等における地域包括ケアシステム構築に関する実態調査 アンケート調査票（市町村調査票）

### 【アンケート調査の目的】

本事業は、中山間地域等における地域包括ケアシステムの現状を把握し、少ない人材、資源の中で地域の実情に対応した地域包括ケアシステムの先進事例を作るとともに、中山間地域等の小規模自治体への国や都道府県による支援のありかたを検討することを目的としています。

上記を踏まえ、この度、小規模自治体（過疎地域自立促進特別措置法の規定に該当する自治体及び国保直轄所在する自治体）における地域包括ケアシステムに関する取組内容や、取組に対する評価、効果、課題等の実態を把握し、先進事例を検討・抽出させていただくため、アンケート調査を実施することといたしました。本調査は、地域包括ケアシステムを構成する様々な要素・取組のうち、医療・介護連携や介護予防、社会資源に関する情報の集約・展開、住まい等に関する事項を中心として構成しております。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨をご理解の上、アンケート調査への協力を賜りますようお願い申し上げます。

### 【ご回答の注意点】

- 貴自治体の高齢者保健福祉課連部署の責任者様にご回答をお願いします。回答にあたり、他の部署や組織、実際に高齢者支援に従事される職員の方々等に照会・相談をいただいても結構です。
- 本アンケート調査は、各自治体の現状や取組に対する評価把握等を目的とするものであり、本調査の回答内容により交付金の調整や公的助言等が行われることは一切ありません。貴自治体の現状やご認識について、率直にご回答賜りますよう、お願い申し上げます。
- 特に断りのない限り、平成29年4月1日時点の状況をご記入ください。
- ご記入後の調査票は、**10月18日（水）**までに、別添の返信用封筒にてご返送をお願いします。

### 問1. 貴自治体の概況

(1) 貴自治体名	市・町・村		
(2) 1999年以降の、近隣自治体との合併の有無（どちらかに○）	1 有	2 無	
(有の場合) 合併前の自治体数 <sup>※1</sup>	自治体	合併した年(西暦) <sup>※2</sup>	年
(3) 貴自治体の地区医師会のエリアに含まれる自治体数（貴自治体も含む）	自治体		
(4) 貴自治体に含まれる地区医師会数（エリアの一部のみが含まれる地区医師会も対象）	医師会		

※1 1999年3月31日時点の自治体数をご記入ください。

※2 1999年以降、複数回の合併があった場合は、最後に合併した年をご記入ください。

### 問2. 地域ニーズの把握および地域診断について

※ここでの「地域診断」は、地域のきめ細かい観察や既存統計を通じた、地域ごとの問題・特徴の把握を指します。

(1) 地域ニーズの把握および地域診断にあたっての情報の収集・把握状況について伺います。		
① 地域ニーズの把握及び地域診断にあたり、貴自治体で実施した取組に○をつけてください。(○はいくつでも)		
※「1」「2」の調査は、国から示された項目に市町村独自の質問項目を追加して実施した場合も含みます。		
1 介護予防・日常生活圏ニーズ調査	2 在宅介護実態調査	
3 地域ケア会議を通じた分析・ヒアリング	4 生活支援コーディネーターによるニーズ把握	
5 その他（ ）		
② 地域ニーズの把握及び地域診断にあたり収集・把握している情報等に○をつけてください。(○はいくつでも)		
1 高齢化率の推移	2 自治体人口の流入	3 要介護認定率
4 介護保険サービスの受給率	5 住民1人当たりの介護給付費	6 医療機関への受療率
7 住民1人当たりの医療費	8 在宅医療の提供量（往診・訪問診療等）	
9 地域活動の数や種類	10 その他（ ）	
③ 上記②で回答した情報等の分析・活用について、あてはまるものに○をつけてください。(○はいくつ)		
1 分析結果を施策検討や計画策定に反映させた（具体的な予定があるものを含む）		
2 分析は十分行えているが、施策検討や計画策定への活用は未定（または活用方法が分からない）		
3 分析結果がまだまとまっていない	4 情報収集を行っていない	
④ 厚生労働省の提供した『地域包括ケア「見える化」システム』の活用状況として、あてはまるものに○をつけてください。(○はいくつでも)		
※情報の閲覧・把握および比較については、分析・考察や施策への反映等は含めずお考えください。		
1 自治体全域の各種情報の閲覧・把握に活用		
2 日常生活圏域別の各種情報の閲覧・把握に活用		
3 貴自治体と状況に近い自治体（人口、高齢化率等）との比較に活用		
4 貴自治体と近い距離にある自治体との比較に活用		
5 上記1～4以外の情報収集等に活用（分析等は含まない）		
6 システムを活用した情報収集は行っていない		
⑤ 上記④で回答した情報の分析・活用について、あてはまるものに○をつけてください。(○は1つ)		
1 分析結果を施策検討や計画策定に反映させた（具体的な予定があるものを含む）		
2 分析は十分行えているが、施策検討や計画策定への活用は未定（または活用方法が分からない）		
3 分析結果がまだまとまっていない	4 情報収集を行っていない	

### (2) 収集・把握した情報の分析および施策への反映について伺います。

① 貴自治体では、上記(1)の情報収集等を通じた地域ニーズの把握および地域診断を、どの範囲で行っていますか。あてはまるものに○をつけてください。(○は1つ)	
1 自治体全域のみ	2 日常生活圏域
3 合併前の市町村単位	4 合併前の市町村単位および日常生活圏域以外のエリア
5 ニーズの把握および地域診断は行っていない	

※日常生活圏域と合併前の市町村単位が同じ場合は、「3 合併前の市町村単位」に○をつけてください。

② 情報の分析結果を、貴自治体の施策検討や計画策定に反映させる際、課題となることはございますか。あてはまるものを○をつけてください。(○はいくつでも)

1 施策検討や計画策定にあたり、どのような情報が必要か分からない  
 2 必要な情報どこにあるか (どのように収集・調査すればよいか) 分からない  
 3 収集した情報や調査結果の適切な分析ができない (または適切な分析が行えているか分からない)  
 4 分析結果を反映させた施策検討や計画策定が十分行えていない  
 5 その他 ( )

③ 分析や施策反映にあたり、国や県、地方厚生高などから提供してほしい情報、支援があれば、ご記入ください。

**問3. 医療・介護連携の状況について**

(1) 貴自治体における医療・介護連携の推進体制について伺います。

① 医療・介護連携を中心的に進めている方の所属団体に○をつけてください。(○はいくつでも)

1 自治体 (地域包括支援センターは除く) 2 医師会  
 3 地域包括支援センター (助産、委託の別は問いません) 4 社会福祉協議会  
 5 医療・介護関係事業所 6 その他 ( )  
 7 特に中心となる人物はいない

② 医療・介護連携を中心的に進める役割を担っている団体 (事務局が設置されている等) に○をつけてください。(○はいくつでも)

1 自治体 2 医師会 3 地域包括支援センター  
 4 その他 ( ) 5 特に中心となる団体はない

③ 医療・介護連携に関して、貴部署では他の部署とどのような連携体制を構築していますか。下記A~Fのそれぞれについて、あてはまる番号に○をつけてください。(○はA~Fそれぞれについて1つ)

	1. 日常的な連携体制がある	2. 医療・介護連携を担う業務担当がされている	3. 必要時には連携するが、日常的な連携体制はない
A 市民との協働の担当部署	1	2	3
B 産業振興の担当部署	1	2	3
C 保健事業の担当部署	1	2	3
D 障害者福祉の担当部署	1	2	3
E 都市計画・住宅施策の担当部署	1	2	3
F その他の連携部署 ( )	1	2	

(2) 貴自治体で不足している医療・介護関係の職種について伺います。

① 不足していると感じられる職種に○をつけてください。(○はいくつでも)  
 ※日頃の業務の中で不足を感じる職種についてご記入ください。(必ずしも明確な数値的根拠は必要ありません)

1 医師	2 歯科医師	3 薬剤師	4 看護師 (病院・診療所勤務)
5 訪問看護師	6 社会福祉士	7 介護福祉士	8 ケアマネジャー
9 理学療法士	10 作業療法士	11 言語聴覚士	12 その他 ( )

(以下は、(1)で「1」~「12」のいずれかに回答した自治体のみお答えください)

② 職種の不足によって生じている問題に○をつけてください。(○はいくつでも)

1 新規の事業所・施設の開設計画がない 2 介護保険の居宅サービスが十分提供できない  
 3 介護保険の施設・居住系サービスが十分提供できない 4 その他 ( )

③ ②の問題について、どのように対処を行っていますか。(○はいくつでも)

1 人材確保のための事業実施 2 基幹該当サービス、離島等相当サービスの活用  
 3 地域住民のマンパワーの活用 4 その他 ( )  
 5 特に対応していない (事業所に任せている)

(3) 医療・介護連携におけるICTの活用状況について伺います。

① 貴地域では、ICTを活用した医療・介護専門職の情報共有が行われていますか。(○は1つ)  
 ※個別の患者・利用者に関する臨床等の情報についてご回答ください。(専門職間の一般的な連絡等は含めません)

1 医療機関 (病院、診療所等) のみで情報共有が行われている  
 2 介護事業所等 (訪問介護事業所、居宅介護支援事業所等) のみで情報共有が行われている  
 3 医療機関および介護事業所等の両方で情報共有が行われている  
 4 行われていない  
 5 把握していない

② ①は、①で「1」~「3」と回答した自治体のみお答えください

② 情報共有が行われている範囲は、以下のどれにあたりますか。(○は1つ)

1 貴自治体の一部 2 貴自治体全域 (他の自治体は含まれない)  
 3 貴自治体全域および他の自治体 4 県全域およびより広い範囲

③ 貴自治体では、ICTを活用した医療・介護専門職の情報共有について、第7期介護保険事業計画に記載する予定がありますか。(○は1つ)

1 ある 2 ない 3 わからない

(4) 貴自治体の認知症施策における連携状況について伺います。

① 貴自治体における、認知症初期集中支援チームおよび認知症地域支援推進員の配置・活動状況について、あてはまる番号に○をつけてください。(○はA~Bそれぞれについて1つ)

	1. 配置済みで、実際に活動が行われている	2. 配置済みだが、活動はこれからの予定	3. 未設置
A 認知症初期集中支援チーム	1	2	3
B 認知症地域支援推進員	1	2	3

(②~③は、①の「A 認知症初期集中支援チーム」で、「1 配置済みで、実際に活動も行われている」と回答した自治体のみお答えください)

② 認知症初期集中支援チームの活動において、医療職、介護職の連携はどの程度行われていますか。(○は1つ)

1 十分に連携がとれている 2 概ね連携がとれている 3 まだ連携は十分ではない

(③は、②で「1 十分に連携がとれている」と回答した自治体のみお答えください)

③ 医療・介護職の連携強化のための工夫や、連携による効果の高い取組事例がございましたら、下記にご記入ください。

(5) 貴自治体の医療・介護連携に関する取組の評価について伺います。	点
① 貴自治体の医療・介護連携の取組を評価すると、何点と考えられますか。0点を最低点、100点を最高点としてお答えください。 ※貴自治体の医療・介護連携に関する取組自体の評価をお答えください。(医療・介護連携は必ずしも十分ではないが、取組自体は高い効果を出している場合は、高い点数をご検討ください)	
② ①の点数をつけた理由、考え方などについて、ご記入ください。 ※高い点数とした理由、低い点数とした理由、どちらでも結構です。	

#### 問4. 介護予防の取組について

(1) 貴自治体における、介護予防に関する取組全般について伺います。	
① 介護ボランティア等へのインセンティブの付与を行っていますか。(〇はいくつでも)	
1 介護保険料を減額できるポイントの付与 2 物品への交換、換金が可能なポイントの付与	
3 その他( ) 4 行っていない	
② 介護予防サポーター等、介護予防を担う住民ボランティアの育成を行っていますか。(〇は1つ)	
1 設置している 2 設置していない 3 わからない	
③ 介護予防を目的とした、高齢者の就労に関する取組を行っていますか。(〇はいくつでも)	
1 シルバー人材センターでの就労を伴う介護予防事業を行っている	
2 民間企業での就労を伴う介護予防事業を行っている	
3 その他団体(NPO等)での就労を伴う介護予防事業を行っている	
4 行っていない	
④ 貴自治体における「小さな視点※」づくりについて、あてはまるものに〇をつけてください。(〇はいくつでも)	

※ 中山間地域等の複数の事業者を含む生活圏で、必要な生活サービスを駆け付けられる環境確保のために、地域住民が自治体や事業者、団体と協力・役割分担しながら、生活支援機能を構築・確保したり、地域資源を活用して仕事・収入を確保する取組

1 地域住民が主体となって、地域の将来を見据えた計画づくりを行っている	
2 地域課題の解決を行うための組織が作られている	
3 日常生活に必要な地域のサービス・交通の便の維持・確保が行われている	
4 地域課題の解決に結びつくようなビジネスが振興されている	
5 行っていない 6 その他( )	
⑤ 貴自治体の「生活支援コーディネーター」「協議体」(いずれも、生活支援体制整備事業によるもの)の設置状況について、あてはまるものに〇をつけてください。(〇は1・2いずれか1つ)	
	a. 第一層
	b. 第二層
A 生活支援コーディネーター	1 すでに設置している 2 設置していない(予定あり含む)
B 協議体	1 すでに設置している 2 設置していない(予定あり含む)

(以下⑥は、⑤のいずれかの欄で「1 すでに設置している」と回答した自治体のみお答えください)	
⑥ 生活支援コーディネーターおよび協議体において、介護予防に関する取組の検討・推進を行っている場合は、その内容・効果についてご記入ください。	

(2) 貴自治体における基準該当サービス、離島等相当サービスについて伺います。	
① 「基準該当サービス」および「離島等相当サービス」について、貴自治体で提供されているものに〇をつけてください。(〇は1つ) ※介護予防サービス、居宅サービスいずれか一方でも提供されている場合は〇をつけてください。	
1 基準該当サービスのみ提供されている 2 離島等相当サービスのみ提供されている	
3 両方が提供されている 4 いずれも提供されていない	

(以下②、③は、①で「1」～「3」に回答した自治体のみお答えください)	
② 基準該当サービスおよび離島等相当サービスの提供にあたり貴自治体が行っている指定要件の緩和について、あてはまるものに〇をつけてください。(〇はいくつでも)	
1 人員配置に関すること 2 設備・運営基準に関すること	
3 その他( )	
③ 基準該当サービスおよび離島等相当サービスの提供にあたり、貴自治体が独自で行っている施策について、あてはまるものに〇をつけてください。(〇はいくつでも)	
1 利用者の負担増軽減に対する助成を行っている 2 事業者間の連携を促す取組を行っている	
3 特に行っていない 4 その他( )	
(4)は、①で「4」に回答した自治体のみお答えください)	
④ 基準該当サービスおよび離島等相当サービスを活用しない理由について、あてはまるものを選んでください。(〇はいくつでも)	
1 基準該当サービス等を活用する必要がない 2 事業所に活用の意向がない	
3 基準該当サービス等の内容や用途を把握していない 4 その他( )	

(3) 貴自治体の介護予防に対する評価について伺います。	
① 貴自治体の介護予防の取組を評価すると、何点と考えられますか。0点を最低点、100点を最高点としてお答えください。 ※貴自治体の介護予防に関する取組自体の評価をお答えください。(介護予防は必ずしも十分でないが、取組自体の効果が高いと思われる場合は、高い点数をご検討ください)	点
② ①の点数をつけた理由、考え方などについて、ご記入ください。 ※高い点数とした理由、低い点数とした理由、どちらでも結構です。	

**問5. 地域の社会資源に関する情報の集約・展開の状況について**

※「社会資源」は、インフォーマルサービスや、医療・介護を主目的としない主体・施設の活用（例：新聞配達員による独居高齢者の見守り、地域の漁業事務所における高齢者サロンの開催等）など、様々な人的・物的資源が広く含まれるものとお考えください。

※「情報の集約・展開」は、貴自治体で上記社会資源の情報を収集すること、また各種社会資源の活動内容等の情報を整理し、住民等に効果的に情報発信することをお考えください。

(1) 貴自治体における、地域の社会資源に関する情報の集約・展開について伺います。		
① 貴自治体にある社会資源・活動に○をつけてください。(○はいくつでも)		
1 高齢者が集まれる場 (高齢者サロン等)	2 運動が行える場 (体操教室等)	
3 住民ボランティアによる生活上の困りごとへの支援	4 地域住民・事業者等の見守りネットワーク	
5 食事の提供サービス (配食サービス等)	6 不明	
7 その他 ( )		
② 上記①の社会資源・活動が提供される場所に○をつけてください。(○はいくつでも)		
1 自治体の庁舎	2 地域包括支援センター	3 介護施設・事業所
4 医療機関	5 公民館・コミュニティセンター等	6 飲食店・商店
7 宗教施設 (寺など)	8 民間企業・団体等の事務所	
9 その他 ( )		10 不明
③ 貴自治体にある社会資源・活動について、主に高齢者が主体となって行われているものに○をつけてください。(○はいくつでも)		
1 高齢者が集まれる場 (高齢者サロン等)	2 運動が行える場 (体操教室等)	
3 住民ボランティアによる生活上の困りごとへの支援	4 地域住民・事業者等の見守りネットワーク	
5 食事の提供サービス (配食サービス等)	6 不明	
7 その他 ( )		
④ 貴自治体において、社会資源を揃やす・組織化するための工夫・実例があればご記入ください。		
(2) 貴自治体の地域の社会資源に関する情報の集約・展開に対する評価について伺います。		
① 地域の社会資源に関する情報の集約・展開に関する取組を評価すると、何点と考えられますか。0点を最低点、100点を最高点としてお答えください。	点	
② ①の点数をつけた理由、考え方などについて、ご記入ください。 ※高い点数とした理由、低い点数とした理由、どちらでも結構です。		

**問6. 高齢者の住まいに関する取組について**

(1) 貴自治体における住宅確保要配慮者 (高齢者以外も含む)、および住宅確保に配慮が必要な高齢者への支援について伺います。

① 貴自治体では、住宅確保要配慮者に関する実態把握をどのように行っていますか。(○はいくつでも)	2 ヒアリング調査	3 既存の統計資料
1 アンケート調査	4 介護事業所や医療機関との情報共有	5 高齢者から受ける相談等
	6 その他調査等	7 実態把握が行っていない
② ①で「1」～「6」と回答した自治体のお答えください	貴自治体では、住宅確保要配慮者に関して、どのような情報を把握していますか。(○はいくつでも)	
1 住宅確保要配慮者 (高齢者以外も含む) の人数	2 住宅確保要配慮者のうち、特に高齢者の人数	3 住宅確保に配慮が必要な高齢者の有するニーズ、課題
4 住宅確保に配慮が必要な高齢者への対応・相談が可能な不動産業者の情報	5 不動産業者・不動産業界における、住宅確保に配慮が必要な高齢者への対応に関するニーズ、課題	6 その他 ( )
③ ①で「7」実態把握は行っていない」と回答した自治体のお答えください	実態把握をしていない理由について、あてはまるものに○をつけてください。	
1 自治体の担当部署が明確になっていない	2 どのような調査をすればよいか分からない	3 業務が多忙で把握に着手できない
4 実態把握は必ずしも必要ではない	5 予算措置がなく調査が行えない	6 その他 ( )
④ 貴自治体における住宅確保に配慮が必要な高齢者は、どのような支援を必要としていますか。(○はいくつでも)	1 保証人なしで入居できる住宅の提供	2 安い階段で居住できる住宅の提供
3 身体機能が低下していても入居できる住宅の提供	4 すぐに入居できる住宅の提供	5 その他 ( )
6 把握していない		
⑤ 貴自治体で、住宅確保に配慮が必要な高齢者への対策を担当している部署はどこですか。(○は1つ)	1 住宅・都市計画に關わる部署	2 高齢者福祉に關わる部署
3 上記1・2の部署が共同で実施	4 決まっていない (ない)	5 その他部署 ( )
⑥ 住宅確保に配慮が必要な高齢者への対策として、貴自治体で実施している支援・政策について、あてはまるものに○をつけてください (委任による実施を含みます)。(○はいくつでも)	1 住居に関する相談窓口の設置・運営	2 高齢者向け相談会の開催
3 不動産業者向け相談会の開催	4 不動産業界・団体、NPO 等との連携	5 敷金・礼金・家賃等の補助
6 支援専門員等による入居のあっせん	7 保証人確保に代わる仕組みの整備・運営	8 退去後または死亡後の残置物整理に関する補助
9 入居後の、住宅確保に配慮が必要な高齢者への相談継続 (フォロー)	10 その他 ( )	
⑦ 貴自治体では、住宅確保に配慮が必要な高齢者への支援について、第7期介護保険事業計画に盛り込む予定がありますか。(○は1つ)	1 ある	2 ない
	3 わからない	

(2) 居住者支援協議会について伺います。	
① 貴自治体は、県に設置されている居住者支援協議会に参加していますか。(○は1つ)	
1 参加している (→②~④)	2 参加していない (→⑤)
(以下②~③は、①で「1」参加している」と回答した自治体のみお答えください)	
② 貴自治体で、県の居住者支援協議会に参加している部署をお答えください。(○はいくつでも)	
1 住宅・都市計画に関する部署	2 生活困窮者支援に関わる部署
3 高齢者福祉に関わる部署	4 その他 ( )
③ 貴自治体に参加している居住者支援協議会では、どのような活動や支援を行っていますか。以下からあてはまるものを選んでください。(○はいくつでも)	
1 参加団体・自治体間での問題・認識共有	2 空き家・住宅確保要配慮者に関する実態調査
3 住民に向けた情報提供	4 住民に向けた相談会・窓口等の開催
5 その他 ( )	
④ 居住者支援協議会への参加により、自治体・団体間の連携状況はどのように変わりましたか。あてはまるものに○をつけてください。(○は1つ)	
1 多くの参加自治体・団体との連携が強化された	2 一部の参加自治体・団体との連携が強化された
3 連携は強化されなかった(変わらない)	
⑤ ①で「2」参加していない」と回答した自治体のみお答えください	
参加していない理由について、あてはまるものに○をつけてください。	
1 自治体の担当部署が明確になっていない	2 都道府県から参加の働きかけがない
3 多忙のため参加が困難である	4 参加する必要性が小さい
5 居住者支援協議会があること自体を知らない	6 その他 ( )
⑥ 貴自治体では、居住者支援協議会を設置していますか。(○は1つ)	
1 設置済である	2 今後設置する意向がある
3 設置しておらず、現時点では意向もない	
⑦ ⑥で「1」「2」と回答した自治体のみお答えください	
貴自治体の居住者支援協議会を設置理由、設置時期をお答えください。	
設置理由(下記のうち、あてはまるものすべてに○) ↓	設置時期: 年(西暦)
1 住宅確保要配慮者への対策を検討・強化するため	2 地域住民、議会等からの要望があったため
3 不動産業者からの要望があったため	4 医療・介護専門職からの要望があったため
5 その他 ( )	
(3) 貴自治体にお住まいの高齢者における、医療・介護サービスへのアクセスについて伺います。	
① 貴自治体にお住まいの高齢者が医療・介護サービスを利用する際に生じることがあるアクセス面の課題として、あてはまるものに○をつけてください。(○はいくつでも)	
1 住居と医療施設が遠く、通院が困難	2 住居と医療施設が遠く、住診・訪問診療が困難
3 住居と介護事業所が遠く、訪問・通所が困難	4 住居と役所等が遠く、自治体職員の訪問が負担
5 特に課題が生じていない	6 把握していない
② ①で「1」~「4」と回答した自治体のみお答えください	
アクセス面の課題解決に向けた具体的な方針等について、あてはまるものに○をつけてください。(○は1つ)	
1 遠方在住の高齢者に対し、医療施設、事業所等の近隣への転居を支援する	
2 転居支援以外の方法で、医療・介護サービスへのアクセス向上を図る	
3 特に取り組みを行う予定はない	
4 現段階では決まっていない	

(4) 貴自治体における住宅確保に配慮が必要な高齢者への支援に対する評価について伺います。		
① 貴自治体の高齢者の住まいに関する取組を評価すると、何点と考えられますか。0点を最低点、100点を最高点としてお答えください。		
※貴自治体の高齢者の住まいに関する取組自体の評価をお答えください。(高齢者の住まいの確保等は必ずしも十分ではないが、取組自体は高い効果を上げている場合は、高い点数をご検討ください)		
② ①の点数をつけた理由、考え方などについて、ご記入ください。		
※高い点数とした理由、低い点数とした理由、どちらでも結構です。		
問7. 看取りの状況について		
(1) 看取りを行っている医療機関数・在宅死の割合について伺います。		
① 貴自治体では、在宅看取りを実施している自治体内の医療機関数を把握していますか。(○は1つ)		
1 把握している → (医療機関数: ) 施設) 2 把握していない		
② (2)は、「1」把握している」に回答した自治体のみお答えください		
② 医療機関数の把握に活用する主な情報源として、あてはまるものに○をつけてください。(○は1つ)		
1 厚生労働省の提供情報	2 都道府県の提供情報	3 死亡届に基づく保健所の情報
4 貴自治体の独自調査の情報	5 医師会の情報	6 民間団体の情報
7 その他 ( )		
③ 貴自治体における在宅死の割合の把握について、あてはまるものに○をつけてください。		
1 把握している → 約 (平成28年度) 2 把握していない		
④ (4)は、「1」把握している」に回答した自治体のみお答えください		
④ 在宅死の割合の把握に活用する主な情報源として、あてはまるものに○をつけてください。(○は1つ)		
1 厚生労働省の提供情報	2 都道府県の提供情報	3 死亡届に基づく保健所の情報
4 貴自治体の独自調査の情報	5 医師会の情報	6 民間団体の情報
7 その他 ( )		
(2) 貴自治体における看取りに対する評価について伺います。		
① 貴自治体の在宅等における看取りの状況を評価すると、何点と考えられますか。0点を最低点、100点を最高点としてお答えください。		
※看取りの件数のみだけでなく、患者・家族が在宅を希望した際この程度それが実現できているか、看取りにおける医療・介護等提供体制が十分整っているかなど、総合的な観点からご検討下さい。		
② ①の点数をつけた理由、考え方などについて、ご記入ください。		
※高い点数とした理由、低い点数とした理由、どちらでも結構です。		

**問 8. 複数の自治体を含む広域連携の状況について**

<p>(1) 貴自治体では、地域包括ケアシステムに関し、他の自治体と連携して、または共同で実施している取組はありますか。</p>	
1 ある（具体的な実施予定があるものを含む）	2 ない（必要性を感じていない）
3 ない（必要性を感じない）	
<p>（(1) で「1」ある）と回答した自治体のみお答えください</p> <p>(2) 地域包括ケアシステムに関し、複数の自治体により実施されている取組の内容について、あてはまるものに○をつけてください。（○はいくつでも）</p>	
<p>1 協議会、検討会により、関連事業の実施・検討等を行っている</p> <p>2 複数自治体の職員や専門職が参加する地域ケア会議を開催している</p> <p>3 社会資源（医療施設・介護事業所等）の情報を複数自治体で共有している</p> <p>4 複数自治体にまたがる認知症高齢者の見守りネットワークが組織されている</p> <p>5 複数自治体で活用できる情報共有のツールを作成している（退院時、緊急時の情報共有シートなど）</p> <p>6 複数の自治体職員、専門職を対象とする多職種研修会を実施している</p> <p>7 複数の自治体の住民を対象とした講演会、研究会、イベント、体験教室、サロン等を開催</p> <p>8 地域包括ケアシステム（医療・福祉・介護分野）に関する一般的な情報共有を行っている</p> <p>9 複数自治体の専門職や住民が活用できる拠点施設の設置・運営</p> <p>10 その他（ ）</p>	
<p>（(1) で「1」ある）と回答した自治体のみお答えください</p> <p>(3) 地域包括ケアシステムに関し、連携して、または共同で取組を実施している理由について、あてはまるものに○をつけてください。（○はいくつでも）</p>	
<p>1 取組の効果をより高めるため</p> <p>2 事務手続の簡素化等により、取組を効率的に進めるため</p> <p>3 医師会が複数自治体を範囲としており、自治体間の調整・協働が必要だったため</p> <p>4 他の自治体から連携・共同の提案があったため</p> <p>5 その他（ ）</p>	
<p>（(1) で「2」ない（必要性を感じていない）と回答した自治体のみお答えください</p> <p>(4) 他自治体との連携、または共同での取組ができていない理由について、あてはまるものに○をつけてください。（○はいくつでも）</p>	
<p>1 他自治体に連携等の意向がない</p> <p>2 他自治体との費用分担、役割分担（事務処理等）が決まらない</p> <p>3 連携等に関する医師会との調整が不十分である</p> <p>4 連携等に関する医師会以外の団体との調整が不十分である</p> <p>5 マンパワーが不足しており、他自治体との連携に手が回せない</p> <p>6 特に理由は無いが、まだ具体的な行動に移せていない</p> <p>7 その他（ ）</p>	

**問 9. 貴地域・他地域の地域包括ケアシステムに対する評価について**

<p>(1) 貴自治体の地域包括ケアシステムに対する評価について伺います。</p> <p>① 貴自治体の地域包括ケアシステムを評価すると、何点と考えられますか。0点を最低点、100点を最高点としてお答えください。</p> <p>※住民が住み慣れた地域で自分らしく暮らしつつけるため、地域包括ケアシステムの取組がどれほどの効果を挙げているか、その観点で点数をお考えください。</p> <p>※地域包括ケアシステムが指す具体的な内容について限定はございません。貴地域で地域包括ケアシステムに含まれると考えられる取組や仕組み等全体について、点数をご記入ください。</p> <p>②①の点数を上げた理由、考え方などについて、ご記入ください。</p> <p>※高い点数とした理由、低い点数とした理由、どちらでも結構です。</p>	
<p>(2) 貴自治体の近隣自治体における地域包括ケアシステムに対する評価について伺います。</p> <p>① 貴自治体の近隣自治体で、地域包括ケアシステムに対する評価が高いと思われる自治体があれば、その自治体名をご記入ください。（複数回答可）</p> <p>※評価は、上記（1）と同様の観点でお考えください。</p> <p>② ①の自治体を挙げた理由について、ご記入ください。</p>	

**問 10. 国や都道府県に求める支援について**

<p>(1) 地域包括ケア構築に必要な施策のうち、市町村で取り組むことに限界があると思われることや、国・県などから得られると良いと思う支援があればご記入ください。</p>	
---	--

質問は以上です。  
ご協力いただきありがとうございました。

中山間地域等（離島及び中山間地域）の小規模自治体（保険者）における地域包括ケアシステム構築の

好事例の実態把握と都道府県、地方厚生（支）局の支援方策のあり方に関する研究事業

（平成29年度老人保健健康増進等事業）

## 中山間地域等における地域包括ケアシステム構築に関する実態調査 アンケート調査票（国保直診施設票）

### 【アンケート調査の目的】

本事業は、中山間地域等における地域包括ケアシステムの現状を把握し、少ない人材、資源の中で地域の実情に対応した地域包括ケアシステムの先進事例を作るとともに、中山間地域等の小規模自治体への国や都道府県による支援のありかたを検討することを目的としています。

上記を踏まえ、この度、小規模自治体（過疎地域自立促進特別措置法の規定に該当する自治体及び国保直診所在する自治体）の医療機関における地域包括ケアシステムに関する取組内容や、取組に対する評価、効果、課題等の実態を把握し、先進事例を検討・抽出させていただくため、アンケート調査を実施することといたしました。本調査は、地域包括ケアシステムを構成する様々な要素・取組のうち、医療・介護連携や在宅看取り、施設等資源の活用状況等に関する事項を中心として構成しております。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨をご理解の上、アンケート調査への協力を賜りますようお願い申し上げます。

### 【ご回答の注意点】

- 貴施設の管理者様にご回答をお願いいたします。回答にあたり、他の部署や組織等に照会・相談をいただいても結構です。
- 特に断りのない限り、平成29年4月1日時点の状況をご記入ください。
- ご記入後の調査票は、**10月18日（水）**までに、別添の返信用封筒にてご返送をお願いします。

### 問1 貴施設の概況について伺います。

(1) 貴施設の概況について、下記にご記入ください。

貴施設の所在自治体		市・町・村	
① 貴施設名			
② 貴施設の種類	1 病院 (病床がある場合は、以下もご回答ください)	2 有床診療所	3 無床診療所
③ 貴施設の種類 (複数回答)	4 訪問看護ステーション (一般病床・療養病床)	5 特別養護老人ホーム	6 居宅介護支援事業所
④ 併設施設	7 地域包括支援センター	8 グループホーム (認知症・障害者いすれも含む)	9 訪問介護事業所
⑤ 貴施設の受けている指定、施設基準等	10 その他	1 救急告示病院	2 在宅療養後方支援病院
		3 在宅療養支援病院 (または診療所)	4 在宅療養後方支援病院
		5 在宅時医学総合管理科	6 退院支援加算 (1~3)

### 問2 貴施設で実施している（予定含む）医療・介護連携の概要

- (1) 医療・介護連携に関する取組について、あてはまるものに○をつけてください。(○はいくつでも)
- 貴施設が主体となり、医療・介護連携に関する取組を実施している
  - 貴施設以外が主体となりの実施する医療・介護連携に関する取組に協力・参加している
  - 実施・協力・参加していない取組はない

↓

(以下)の設定は、(1)で「1」「2」と回答した施設にお伺いします。(○はいくつでも)

(2) 取組の具体的な内容について、あてはまるものに○をつけてください。(○はいくつでも)

- 医療・介護連携に関する研修会や懇談会等の実施・参加
- 自治体が開催する地域ケア会議への参画 (運営への関与、職員が参加者として参加、等)
- 自治体が開催する医療・介護連携に関する検討会・協議会等への参画
- その他

(3) 取組を実際に行うまでに生じた課題、および課題の克服にあたり行なった工夫があれば簡潔にご記入ください。

(工夫)

- (4) 医療・介護連携の取組による効果として、あてはまるものに○をつけてください。(○は1つ)
- とても感じられる
  - やや感じられる
  - あまり感じられない
  - まったく感じられない

↓

(4)で「1」「2」と回答した施設にお伺いします。( )

(5) 効果の具体的な内容、取組に当たり工夫したことがあればご記入ください。

### 問3 地域住民が主体となる介護・福祉関係の活動への参加状況

- (1) 貴施設の職員（医師や看護師、リハビリスタッフ、社会福祉士等の専門職を指します。以下同）のうち、地域住民が主体となる介護・福祉関係の活動に参加している人はいいますか。

(例：地域住民が主体となる介護・福祉関係の活動：高齢者サロンでのセミナー・体操教室の講師、配食サービスにおける栄養バランスを考慮したメニューの考案等)

- いる
  - いない
  - 把握していない
- ※「1」と回答した場合、具体的に参加している活動の概要 ( )

(2) 貴施設を退職した職員のうち、地域住民が主体となる介護・福祉関係の活動に参加している人はいいますか。

- いる
  - いない
  - 把握していない
- ※「1」と回答した場合、具体的に参加している活動の概要 ( )

**問4 貴施設の建物内の部屋や敷地等の活用**

(1) 貴施設の建物内の部屋や敷地を、地域活動のために貸与・開放することはありますか。  
(地域活動例：貴施設が主催者ではない地域の専門職・地域住民の研修・集まり等)

1 ある 2 ない

↓

(以下の設問は、(1)で「1 ある」と回答した施設にお伺いします。)

(2) 実施された地域活動の具体的な内容や、貸与・開放による効果※について、ご記入ください。  
※病院にとつての効果、地域住民や団体にとつての効果、どちらでも結構です。

(具体的な内容)  
(効果)

**問5 貴施設の在宅看取りの取組状況**

(1) 貴施設では、在宅での看取りを行っていますか。

1 実施している 2 実施していない

↓

(以下)の設問は、(1)で「1 実施している」と回答した施設にお伺いします。)

(2) 貴施設で在宅看取りを行った人数と、病院で亡くなった人数およびその割合（平成28年度）について、ご記入ください。(分かる範囲で結構です。)

在宅看取りについて	(人数)	(割合)	人	(割合)	割
病院での死亡について	(人数)	(割合)	人	(割合)	割

(3) 貴施設で、医師以外に在宅看取りに直接関わる職種についてご記入ください。(〇はいくつでも)(在宅看取りの日だけではなく、看取りまでの在宅療養生活全般についてお答えください)

1 歯科医師	2 看護師	3 訪問看護師
4 薬剤師	5 医療ソーシャルワーカー	6 理学療法士
7 作業療法士	8 言語聴覚士	9 栄養士
10 ケアマネジャー	11 その他	

(4) 貴施設で在宅看取りを行う際に連携する施設・事業所等をご記入ください。(複数回答)

1 他の診療所・病院	2 訪問看護ステーション	3 逆所・訪問リハ事業所
4 介護老人保健施設	5 特別養護老人ホーム	6 居宅介護支援事業所
8 地域包括支援センター	9 薬局	10 その他

**問6 その他、貴施設の各種取組や課題**

(1) 貴施設を退職した職員の再雇用の状況と、再雇用した職員の業務内容についてご記入ください。(複数の再雇用職員がいる場合は、あてはまるものすべてに○をつけてください)

1 再雇用した職員が、退職前と同じ業務に従事 2 再雇用した職員が、退職前と異なる業務に従事

3 職員の再雇用は行っていない

(2) 貴施設では、健診データの集計・分析による保健事業や取組を行っていますか。

1 データを分析し、自院の事業・取組に活かしている (病院・診療所経営等)

2 データを分析し、地域および自治体の事業・取組に活かしている (自治体への情報提供等)

3 データを分析しているが、具体的な事業・取組への反映は行っていない

4 データの分析を行っていない

(3) 複数の自治体にまたがる広域的な連携の状況について伺います。

① 医療・介護連携に関する事業や地域住民が主体となる介護・福祉関係の活動について、他自治体（行政）だけでなく、他自治体にある医療機関、介護事業所等を含みますと連携した活動を行っていますか。

1 他自治体と連携した活動・事業を行っている 2 他自治体と連携した活動・事業を行っていない

↓

(①で「1 他自治体と連携した活動・事業を行っている」と回答した施設にお伺いします。)

② 活動の具体的な内容や、活動による効果および課題についてご記入ください。

(具体的な内容)  
(効果および課題)

**(4) 貴施設の退院支援における課題について伺います。**

① 退院支援にあたり課題となることについてご記入ください。(〇はいくつでも)

1 短い入院期間での在宅サービス調整が困難 2 院内職種間の連絡調整が難しい

3 院外の施設・事業所との連絡調整が難しい 4 転院・入所先の施設、病院が決まらない

5 退院後の住まいが決まらない 6 その他

↓

(①で「5 退院後の住まいが決まらない」と回答した施設にお伺いします。)

② 住まいの確保に関する課題の具体的な内容や、課題への対応策がございましたら、ご記入ください。

(具体的な内容)  
(対応策)

**問7 貴施設が所在する自治体の地域包括ケアシステムに対する評価**

(1) 貴施設が所在する自治体の地域包括ケアシステムを評価すると、何点と考えられますか。0点を最低点、100点を最高点としてお答えください。  
※住民が住み慣れた地域で自分らしく暮らしつつけるため、地域包括ケアシステムの取組がどれほどの効果を挙げているか、この観点で点数をお考えください。  
※地域包括ケアシステムが指す具体的な内容について限定はございません。貴地域で地域包括ケアシステムに含まれると考える取組や仕組み等全体について、点数をご記入ください。  
※点数は、個別の施設名を付して所在自治体に開示することはありません。

(2) 上記の点数をつけた理由、考え方などについて、ご記入ください。  
※高い点数とした理由、低い点数とした理由、どちらでも結構です。

点

質問は以上です。  
ご協力いただきありがとうございました。

平成29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

中山間地域等（離島及び中山間地域）の小規模自治体（保険者）における地域包括ケアシステム構築の好事例の実態把握と都道府県、地方厚生（支）局の支援方策のあり方に関する研究事業

---

平成30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

---

