

# 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。

### <栲原病院・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) 年に栲原診療所を栲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、栲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の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月オープンの前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。