

平成26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

過疎地域等における地域包括 ケアシステムの構築に関する 調査研究事業 報告書

平成27年3月

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

【 目 次 】

事業結果概要

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	4
3. 実施体制	6

第 2 章 地域住民・住民団体の活動状況に関する実態調査

1. アンケート調査実施概要	9
2. 調査結果概要	11

第 3 章 先進的取組地域に対する現地訪問調査

1. 大分県・国東市	25
2. 福島県・西会津町	30
3. 高知県・本山町	36
4. 鹿児島県・さつま町	43
5. 和歌山県・紀美野町	47
6. 北海道・本別町	52

第 4 章 地域包括ケアシステム構築への取組の推進状況を把握するための指標の検討

1. 指標の検討に関する概要	57
2. 地域包括ケアシステムの評価指標に関する検討結果	59

第 5 章 過疎地域における地域包括医療・ケアの方向性と課題

1. 行政と連携した取組の推進の必要性	69
2. 地域にある資源の最大限の活用	70
3. 地域住民との協働の推進	71
4. 「伝える場」の必要性	73
5. 地域包括医療・ケアの取組状況の把握の必要性	74

資料編

過疎地域等における地域包括ケアシステムの構築に関する調査研究事業 事業結果概要

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
過疎地域等における地域包括ケアシステムの構築に関する検討委員会

1. 事業目的

(1) 背景

地域によって、地域包括ケアシステムの有り様は異なる。平成 25 年度、本会では、過疎地域等における地域包括ケアシステムの構築に関する調査研究事業を行い、中山間地域における地域包括ケアシステム構築の方向性と課題として、以下の 5 点を挙げた。

①行政と連携した取組の推進の必要性、②地域にある資源の最大限の活用

③地域住民との協働の推進、④「伝える場」の必要性、⑤取組状況の把握の必要性

特に現地調査を行った先進地域の事例をみると、地域資源の中でも近隣のインフォーマルな互助機能の位置づけは大きく、地域住民との協働の対象として重要な役割を担っていることがわかった。

一方、「互助」を担う地域側からも、有効な協働相手として保健・医療・介護・福祉資源が位置付けられていた。また、「互助」は地域の文化として過去から脈々と受け継がれたものであると思われがちであるが、地域の文化も、少しの工夫をもとにした仕組によって短期間で変わり得ることも学んだ。

しかし、中山間地域の互助機能が今後も保たれるかという点、必ずしもそうではないことが予想される。高齢化が進みいわゆる限界集落も増加している過疎地域においては、それまで形成されていた互助機能を維持できなくなる恐れが指摘されている。その場合は集落の消滅を待つか、地域互助機能の再構築を模索するかのいずれかを選択せざるを得ない。

限界集落に限らず互助機能の再構築、すなわち新しい地域づくりを要する過疎地域は数多く存在し、その過程においては地域の保健・医療・介護・福祉資源とのつながりを保つことが、互助機能を再生する軸になる可能性が高い。

(2) 目的

本事業では、過疎地域における地域包括ケアシステム構築の方策を、地域資源との協働を軸とした互助や見守り体制の構築等の地域づくりの視点から探ることとした。具体的には、過疎地における地域包括ケアシステムの構築に向けて必要なプロセスや過疎地ならではの創意工夫点等を整理し、互助機能の充実した地域包括ケアシステムを構築のための方策を明らかにすることを目的とした。

その際、特に①行政と連携した取組の推進の必要性、②地域にある資源の最大限の活用、③地域住民との協働の推進、④「伝える場」の必要性、⑤取組状況の把握の必要性に着目して検討することとした。

2. 事業概要

(1) 地域住民・住民団体の活動状況に関する実態調査（アンケート調査）

【調査目的】 各地域において、地域包括ケアシステム構築に向けた地域住民、住民団体の活動への参画状況と、参画に至るプロセス、その活動で実際に担われている内容、そしてこれまでに得られた成果を把握した。

「過疎地域等における」というテーマではあるが、全国市区町村を対象とすることで、都市部での地域住民との関わりと過疎地域での地域住民との関わりの違いの有無を把握し、過疎地域の特徴を明確にすることを目指した。

【調査方法】 郵送発送・郵送回収

【調査期間】 平成 26 年 12 月～平成 27 年 1 月

【調査対象】 全国の市区町村（1,741 件） 回収数 623 件（回収率 35.8%）

【調査内容】 ■地域の基本属性

■地域包括ケアシステム構築に当たっての課題の有無

■地域包括ケアシステム構築に向けた地域住民・住民団体の活動状況

■地域包括ケアシステム構築の進展度合いを示す指標の有無

(2) 先進的取組地域に対する現地訪問調査（ヒアリング調査）

【調査目的】 活動内容や協働プロセスの詳細な確認はもちろんのこと、行政の役割、具体的な成果や協働の阻害要因とその克服方法、地域包括ケアシステムとして根付かせるための取組・工夫等についても詳細に把握することを目的として、地域包括ケアシステム構築に向けた地域住民、住民団体との協働に関して、先進的に取り組んできており、かつ成果を上げている地域を選定し、ヒアリングを実施した。

【調査方法】 現地訪問ヒアリング調査

【調査期間】 平成 26 年 11 月～平成 27 年 3 月

【調査対象】 ヒアリング対象は、文献等に基づき選定した地域（3 か所）と、アンケート調査に基づき選定した地域（3 か所）の計 6 か所とした。

(3) 地域包括ケアシステム構築への取組の推進状況を把握するための指標の検討

【調査目的】 「取組状況の把握」に資するため、前年度に先進的取組地域としてヒアリングを実施した地域（8 地域）において、地域包括ケアシステム構築への取組の推進状況を把握するための指標について、各地域において把握することが有益な指標、把握可能な指標等について検討した。

【調査方法】 指標の収集、グループディスカッション

【調査期間】 平成 25 年 12 月～平成 26 年 1 月

【調査対象】 福井県・おおい町名田庄診療所 富山県・南砺市民病院
滋賀県・東近江市永源寺診療所 鳥取県・国保日南病院
鳥取県・南部町国保西伯病院 広島県・公立みつぎ総合病院
高知県・国保梶原病院 大分県・姫島村国保診療所

3. 調査研究の過程

(1) 検討委員会・作業部会の実施

事前検討会	平成 26 年 7 月 18 日
第 1 回検討委員会・第 1 回作業部会合同会議	平成 26 年 8 月 5 日
第 2 回作業部会	平成 26 年 9 月 10 日
第 3 回作業部会	平成 26 年 12 月 10 日
第 4 回作業部会合同会議	平成 27 年 2 月 2 日
第 2 回検討委員会・第 5 回作業部会合同会議	平成 27 年 3 月 5 日
第 2 回委員会	平成 27 年 3 月 12 日

(2) 地域住民・住民団体の活動状況に関する実態調査（アンケート調査）

平成 26 年 12 月～平成 27 年 1 月

(3) 先進的取組地域に対する現地訪問調査（ヒアリング調査）

大分県・国東市／国東市民病院	平成 26 年 11 月 17 日
福島県・西会津町／西会津診療所	平成 26 年 11 月 20 日
高知県・本山町／本山町立嶺北中央病院	平成 26 年 11 月 28 日
鹿児島県・さつま町	平成 27 年 2 月 16 日
和歌山県・紀美野町／野上厚生総合病院	平成 27 年 2 月 26 日
北海道・本別町／本別町国保病院	平成 27 年 3 月 2 日

4. 事業結果

(1) 結果

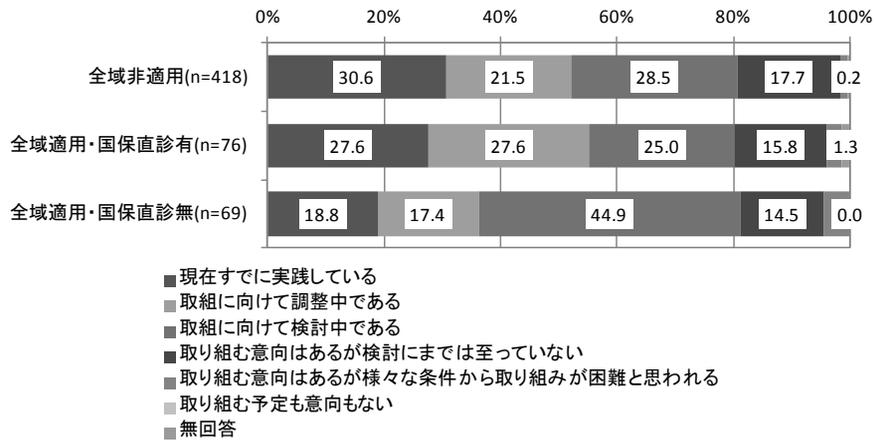
1) アンケート調査結果から得られた示唆

①地域包括ケアシステムへの取組状況

過疎地域自立促進特別措置法の適用を受けている地域（以下、全域適用あり市町村）、全域で適用を受けていな市町村（以下、全域適用なし市町村）ともに、地域包括ケアシステムについて既に「実践している」とする市町村は約 3 割であり、半数以上が「調整中」もしくは「検討中」であった。

全域適用市町村の中でも、国保直診施設のある地域では、「既に実践している」市町村の割合が 10 ポイントほど高かった。

図表 1 地域包括ケアシステムへの取組状況



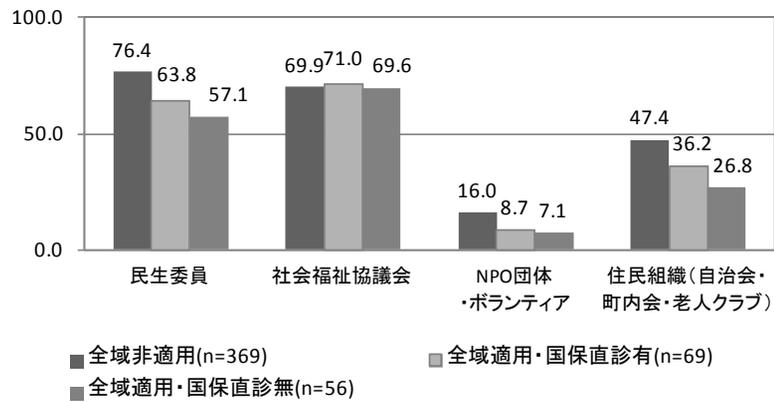
②地域ケア会議の開催状況

個別ケースの検討を目的とした会議は 8 割以上の市町村で、地域課題の検討を目的とした会議は 5 割強の市町村で開催されていた。

全域適用なし市町村の方が全域適用あり市町村よりも参加率が高かった（10 ポイント以上の差）属性としては、「医師（主治医以外の医師）」「薬剤師」「民生委員」「住民組織（自治会・町内会・老人クラブ）」であった。

全域適用あり市町村での住民組織等の参加率に着目すると、「民生委員」「NPO 団体・ボランティア」「住民組織（自治会・町内会・老人クラブ）」の参加率は、中でも国保直診施設のある市町村のほうが、国保直診施設のない市町村よりも高かった。

図表 2 住民組織等の地域ケア会議への参加率



③地域ケアシステムの構築に当たっての課題

行政と地域資源との連携については、全域適用あり市町村の方が「十分」とする割合が高く、医療分野では 12.5 ポイント、保健分野では 19.0 ポイントの差であった。

また、地域内の地域内の各種資源の連携については、全体としては「不十分」とする割合が高かった。ただし、全域適用あり市町村の方が「十分」とする割合は高く、医療分野と保健分野との連携については 9.9 ポイント、医療分野と福祉・介護分野との連携については 15.2 ポイント、保健分野と福祉・介護分野については 17.7 ポイントの差であった。

地域住民との連携については、全域適用の有無に関わらず「不十分」とする割合が 8 割であった。

図表 3 行政と地域住民との連携

問 1 5 地域包括ケアシステム構築に当たっての課題について (続き)			過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無			
			合計	受けていない (全域)	受けている (全域)	一部地域が受けている
地域住民との連携	地域包括ケアに関する住民啓発	十分	0.5	0.2	0.0	3.3
		おおむね十分	5.6	4.5	6.9	10.0
		やや不十分	48.0	48.3	47.6	46.7
		不十分	41.3	41.6	42.1	36.7
		無回答	4.7	5.3	3.4	3.3
	住民組織等の発掘・育成	十分	0.5	0.0	1.4	1.7
		おおむね十分	8.3	7.2	8.3	16.7
		やや不十分	48.3	49.0	47.6	45.0
		不十分	38.2	38.5	39.3	33.3
		無回答	4.7	5.3	3.4	3.3
	住民組織等との協働	十分	0.6	0.0	2.1	1.7
		おおむね十分	12.8	10.3	14.5	26.7
		やや不十分	48.5	50.5	44.8	43.3
		不十分	33.4	34.0	35.2	25.0
		無回答	4.7	5.3	3.4	3.3

図表 4 地域住民との連携に関する課題

- 地域の特性上、何事も受け身の部分がある。自分達で立ち上がらないと今後高齢社会に対応出来ない。気付きの視点をまず育てることも必要
- マンパワーの絶対的不足
- 連携するための糸口を見つけること
- 地域包括ケアの必要性、内容など住民へ周知を行っていない
- 地域に於いて把握した問題・課題等を十分にフィードバック出来ていない
- ボランティア育成
- 住民ボランティア等を育成しても、その後のフォロー活用が十分出来ていない
- どの様に進めて行けば良いかわからない。
- 住民組織の育成に困難さを感じている
- 住民組織がどの様な取組をしているか把握していない
- 住民の中の担い手も高齢化している

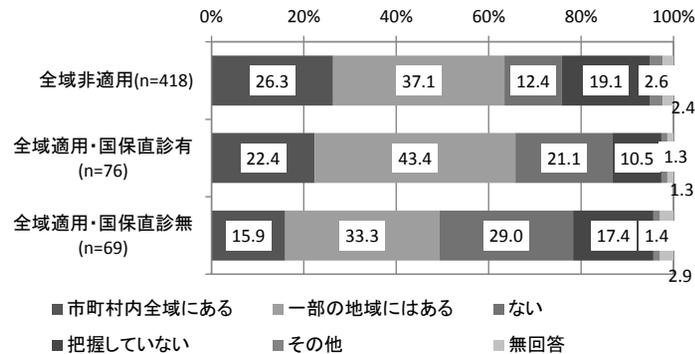
図表 5 住民活動の成功要因

- 歩いて行ける場所での事業展開
- 地域ケア会議を開催する前から、地域での見守り活動を行っている地区があり、そこが手本になっている。
- ボランティアの熱意によるところが大きい。
- 市社協が地区ごとにコーディネーターを配置して運営している。
- 活動をまとめるキーパーソンがいる。
- 地域住民に行政との協働の意識があるため。
- 市が都市内分権を推進し、協議会の支援を行っている。
- 有償とすることで気兼ねなくサービスを利用できる。
- 有償により、サポーターの活動意欲が保たれている。
- 無償なので気軽に参加し、定着している。

④地域包括ケアシステム構築に向けた地域住民・住民団体の活動状況

住民同士が生活を支え合う互助組織が「ない」とする市町村の割合は、全域適用なし市町村では 12.4%に留まるのに対し、全域適用あり市町村では 24.8%であった。全域適用あり市町村の中でも、国保直診施設のある市町村は 21.1%である一方、国保直診施設のない市町村では 29.0%であった。

図表 6 住民同士が生活を支え合う互助組織の有無



活動がある場合、9割以上の市町村で推進体制があり、その主体としては社会福祉協議会が8割と最も多く、次いで行政が約4割であった。

活動がない場合の推進体制としては、「中心となる機関等を決めて取り組んでいく予定」が5割強で、その場合の主体は社会福祉協議会が約6割、行政が約5割であった。

⑤地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標の把握状況

指標を把握している割合は、全域適用なし市町村よりも全域適用あり市町村の方が高い傾向がみられた。

在宅医療・介護関連の指標（在宅看取りの割合、65歳以上入院者の在宅復帰率、老人保健施設の在宅復帰率）については「把握不能・困難」とする割合が高いが、これらについては全域適用なし市町村の方が全域適用あり市町村よりも「把握不能・困難」とする割合が高かった（全域適用あり市町村では把握可能な可能性が高い）。

図表 7 地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標

問9 地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標として考えられる以下の指標について、数値を把握することは可能ですか。		合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無		
			受けていない(全域)	受けている(全域)	一部地域が受けている
	全体	623	418	145	60
介護保険の新規認定者数の減少	把握している：全域	66.8	62.7	73.8	78.3
	把握している：一部地域	0.2	0.2	0.0	0.0
	把握可能なが未把握	26.5	29.7	22.8	13.3
	把握不能・困難	4.5	4.8	2.8	6.7
	無回答	2.1	2.6	0.7	1.7
	把握している：全域	63.9	61.0	67.6	75.0
要介護高齢者数に占める軽度者の割合の低下	把握している：一部地域	0.0	0.0	0.0	0.0
	把握可能なが未把握	28.6	30.6	26.2	20.0
	把握不能・困難	5.9	6.0	6.2	5.0
	無回答	1.6	2.4	0.0	0.0
	把握している：全域	63.9	61.0	67.6	75.0
	把握している：一部地域	0.0	0.0	0.0	0.0

(続く)

問9 地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標として考えられる以下の指標について、数値を把握することは可能ですか。	合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無			
		受けていない(全域)	受けている(全域)	一部地域が受けている	
	全体	623	418	145	60
基本チェックリストの点数における維持・改善者数の増加	把握している：全域	30.2	28.5	33.8	33.3
	把握している：一部地域	8.5	7.4	11.7	8.3
	把握可能だが未把握	33.4	33.7	35.2	26.7
	把握不能・困難	25.7	27.3	18.6	31.7
	無回答	2.2	3.1	0.7	0.0
在宅看取り割合の増加※65歳以上死亡者数に占め	把握している：全域	6.9	4.1	13.8	10.0
	把握している：一部地域	1.9	1.4	3.4	1.7
	把握可能だが未把握	23.3	20.6	31.7	21.7
	把握不能・困難	65.2	70.8	48.3	66.7
	無回答	2.7	3.1	2.8	0.0
健診受診率の向上	把握している：全域	67.1	62.0	75.2	83.3
	把握している：一部地域	1.3	1.2	2.1	0.0
	把握可能だが未把握	23.9	27.8	17.2	13.3
	把握不能・困難	5.8	6.5	4.8	3.3
	無回答	1.9	2.6	0.7	0.0
医療費(国保)の減少	把握している：全域	53.8	48.1	62.8	71.7
	把握している：一部地域	0.3	0.2	0.7	0.0
	把握可能だが未把握	34.3	38.3	30.3	16.7
	把握不能・困難	8.7	9.3	5.5	11.7
	無回答	2.9	4.1	0.7	0.0
65歳以上入院患者の在宅復帰率の向上	把握している：全域	2.9	1.4	8.3	0.0
	把握している：一部地域	0.8	0.7	1.4	0.0
	把握可能だが未把握	17.7	17.2	23.4	6.7
	把握不能・困難	76.2	77.5	65.5	93.3
	無回答	2.4	3.1	1.4	0.0
老人保健施設の在宅復帰率の向上	把握している：全域	4.5	2.9	11.0	0.0
	把握している：一部地域	0.8	0.7	0.7	1.7
	把握可能だが未把握	40.9	37.3	53.8	35.0
	把握不能・困難	51.7	56.2	33.8	63.3
	無回答	2.1	2.9	0.7	0.0

2) ヒアリング調査の結果

①大分県国東市：地域包括ケアを市全体での取組としていくために、行政が中心となって体制の構築を推進している事例

- 行政が中心となって、地域包括ケアシステムの第一段階として介護予防及び要介護度の重度化予防の推進に取組を始めており、地域におけるサロン活動や介護予防教室の充実を図っている。
- さらに要支援・要介護状態になった高齢者については、地域ケア会議を活用し、自立支援型マネジメントにより重度化の予防推進を目指している。

②福島県西会津町：地域の医療・福祉資源が限られているため、行政側が地域住民・住民団体に働きかけて、集いの場づくりを支援している事例

- サロン活動は社会福祉協議会からの提案で始めたものであり、90地区中49地区で展開している。町は、地域支援事業(一次予防事業)の一環で3回程度関わったのち、社会福祉協議会に活動をバックアップするよう引き継いでいる。町が実施しているサロン活動助成事業や、認知症サポーター養成講座等を通じたサロン活動のPRなどを通じて、サロン活動が広がってきている。
- その他、行政主導で「奥州元気クラブ」を立ち上げ、住民だけでも実施できる体操プログラムを考案、住民のみでも活動できるようにした。
- 地域住民発案の地域見守りネットワーク活動もある。地区の民生委員が区長を巻き込み住民自身が仕組みを構築していった。

③高知県本山町：地域内の資源が不足しており、地域外資源とも連携しながら対応している事例

- 社会福祉協議会が主導する「本山町地域見守りネットワーク推進会」の活動がある。町内 24 地区を 6 グループに分けて、グループごとに活動している。活動の主体や具体的な方法は特に明示しておらず、各地域の主体性を尊重する方針である。行政は会議の場に参加し、適時運営を支援するという関わりである。
- 他にも町内を 13 地区に分けて「地域ミニデイ活動」を実施している。これは、認知症対策のために町が地元婦人会等に働き掛けたことが始まりである。
- 住民からの発案として、介護者家族の集いや、町外のスタッフも参加している多職種連携の集まりがあるが、いずれも行政との連携や活動の周知が課題となっている。

④鹿児島県さつま町：行政や地域包括支援センターによる取組だけでなく、気軽に集まれる範囲での住民の活動を推進している事例

- 平成 25 年度から、「健康増進課」・「介護保険課」・「福祉課」の民生三課において、「民生三課連携会議設置規程」を制定し、情報共有や連携に努めている。
- 町や地域包括支援センターが働きかけて、公民館を単位として地域住民による支え合いマップを作成している。これにより、住民が地域資源を見直したり、地域住民の様子を知ることで、支え合いを考える良い機会になっている。

⑤和歌山県紀美野町：住民の取組をきっかけに、行政が主導して、地域性を尊重した住民活動を普及させた事例

- 合併により地域の多様性が増したことをきっかけに、一律的な事業展開ではなく、地域性に応じた住民活動の普及等、地域ごとの活動を推進する方向に転換した。
- 地区担当の保健師が、地域の住民活動の掘り起し、普及を行っている。その 1 つが現在ほぼ全域で展開されているサロン活動であり、地区担当保健師が地域のリーダーとなる住民に協力を働き掛けた。また、「サロンコーディネーター」を町の非常勤職員として雇用し、活動の立ち上げ、継続を支援している。
- 年 1 回、サロン活動に関わる住民が集まる機会も設けている。

⑥北海道本別町：行政が全町的な地域課題の把握と地域づくりのグランドデザインを描き、住民活動を側面的にサポートしている事例

- 平成 5 年からスタートしている在宅福祉ネットワークの活動（社協）による互助の仕組みがあり、自治会ごとにある介護予防拠点のベースになっている。
- 平成 26 年度より高齢者住まい・生活支援モデル事業に着手、空き家対策、住み替え、買い物難民等の支援策を検討しており、すまいと互助をセットで考えている。
- 地域の互助をベースに、行政や社会福祉協議会がサポートに入ることで、住民の主体性を尊重しつつ、活動の継続につながっている。

3) 地域包括ケアシステム構築への取組の推進状況を把握するための指標の検討

- 平成 25 年度に検討した指標に関しては、概ね重要であると確認された。ただし、中には、都道府県単位でしか情報がなかったり、他部署との情報共有が困難である、別途調査しないとデータが入手できないといった理由で、把握が困難・不可能と回答する指標もあった。

図表 8 把握が困難な指標

健康づくりの推進に関する指標	各疾患の受療率
介護予防・重症化予防の実現に関する指標	要支援・要介護度の改善度
	基本チェックリストの点数における維持・改善者数
住み慣れた地域での療養生活の維持	医療依存度の高い在宅復帰率
	65歳以上高齢者の転出割合、介護が困難になり転出した高齢者の割合、独居高齢者の転居割合
	介護老人保健施設からの在宅復帰率
	在宅療養を支える家族、関係者、主たる介護者の満足度
住み慣れた地域での看取り	地域内での看取り割合（うち在宅、医療機関、施設死亡の割合）
	望した場所での看取りができた高齢者の割合
医療・介護費の推移	－

- その他、重要な指標として以下の指標が挙げられた。地域によって提案された指標は様々であった。

図表 9 重要と考えられる指標

健康づくりの推進に関する指標	予防接種率（高齢者肺炎球菌ワクチン接種率）
	障がい期間
	喫煙率・たばこ消費量
介護予防・重症化予防の実現に関する指標	要介護予防教室への参加者数
	介護予防教室での体力測定結果の維持、変化率
	要支援者への介護予防や地域支援事業の実施状況
	地域のインフォーマルサービスの構築状況
住み慣れた地域での療養生活の維持	見守りネットワークや認知症サポーター、住民組織といった支援体制
	在宅の療養を支える関係者の連絡会議の開催状況
	要介護者・家族を支える住民組織等の活動状況
住み慣れた地域での看取り	－
医療・介護費の推移	－

(2) 考察

1) 行政と連携した取組の推進の必要性

国が唱えている「地域包括ケア」の推進は行政の責務であり、取組の推進に当たっては、行政の理解・協力が不可欠である。昨年度の調査においては、未だ行政の理解・協力が不十分であるとの指摘もあると同時に、市町村合併によって行政との連携体制が崩れてしまいその影響が残っている地域も少なくなかった。

しかし本年度のヒアリングで、地域包括ケアを積極的に推進している市町村においては、行政がその推進に当たっての中心的な役割を明確に担っていた。またアンケート調査においても、行政と地域資源との連携については、過疎地域等の方が「十分」とする割合が高かった。

【大分県国東市】

- ・地域包括ケアシステムの構築について、段階的に進める旨を行政が明確に示し、地域の各種資源との連携を図っている（介護予防事業の充実→地域ケア会議の充実）。
- ・その際、すでに存在している地域のネットワーク（ホットネット）との連携も図り、当該ネットワークがこれまで十分に組み立ててこなかった事項（医師会等との調整）について、行政が支援している。

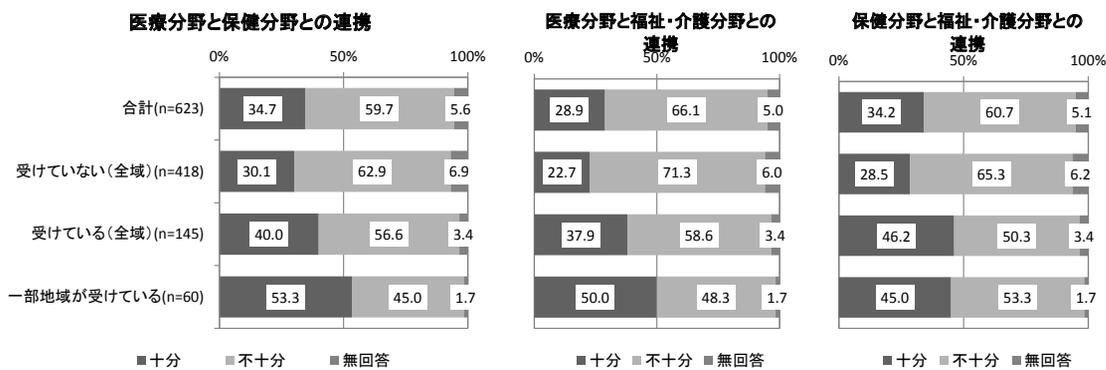
これは過疎地域等に限らないことではあるが、地域包括ケアの推進に当たっては行政が主体的な役割を担い、将来ビジョンを描いて推進していくことが必要であることがうかがわれた。

2) 地域にある資源の最大限の活用

言うまでもないが、中山間地域においては保健・医療・福祉（介護）に関する地域資源が限られており、そのことが国が唱えている「地域包括ケア」推進の阻害要因として指摘されることもある。

しかし本年度実施したアンケート調査結果をみると、地域包括ケアシステム構築に当たっての課題のうち、地域内の各種資源の連携については、全体としては「不十分」とする割合が高かった。しかし、過疎地域等の方が、それ以外の市町村よりも「十分」とする割合は高く、いわゆる過疎地域においてはすでに地域にある資源の最大限の活用に向けた取組が進みつつあることがうかがわれた。

図表 10 地域内の各種資源の連携



限られた資源だからこそ、密な連携が取りやすいという点が過疎地域等における地域包括ケアシステム構築に関する特徴である。逆に、この点を活かしていかなければ、過疎地域等においては地域包括ケアシステムの構築は困難であるとも言えよう。

3) 地域住民との協働の推進

<「過疎地域では住民活動があまり活発でない」という実態>

地域包括医療・ケアを進めていく際の中心は、そこに住む住民であり、住民の理解・支持・協力がなければ、地域での連携体制に向けた取組はスムーズに進まないと考えられる。

昨年度の調査でヒアリングを行った地域においては、地域住民が、地域包括医療・ケアの担い手として、共に歩んでいる様子が伺われた。

しかしその一方で、今年度実施したアンケート調査においては、過疎地域等においては必ずしも地域住民の活動が十分ではないという状況も伺われた。要因としては、過疎地域であるために NPO 法人などの住民主体の活動が少なく、住民も高齢のために担い手が限られており、自発的な活動が生まれにくいということが考えられる。

図表 11 住民同士が生活を支え合う互助組織の有無

問 1 6 貴市町村には、地域の住民同士が生活を支え合う互助組織や活動（ボランティア等）はありますか。		合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無		
			受けていない（全域）	受けている（全域）	一部地域が受けている
	全体	623	418	145	60
	市町村内全域にある	24.2	26.3	19.3	21.7
	一部の地域にはある	38.0	37.1	38.6	43.3
	ない	15.2	12.4	24.8	11.7
	把握していない	18.0	19.1	13.8	20.0
	その他	2.4	2.6	1.4	3.3
	無回答	2.1	2.4	2.1	0.0

＜住民活動の立ち上げ、継続、普及に向けて期待される「行政」の役割＞

ヒアリングにおいては、住民活動の立ち上げにおいては自発的なものは少ないものの、行政等が「お膳立て」をすることで、同様の動きを市町村全域に広げていくことが可能なことが確認された。立ち上げに行政が関与していることもあり、その後の連携も円滑に行うことができている。過疎地域等においても、住民同士が生活を支え合う互助組織が「一部の地域にはある」とする自治体が約 4 割となっており、活動を市町村内全域に広げるための「種」はすでに存在しているとも言える。

<p>【福島県西会津町】</p> <ul style="list-style-type: none"> 90 地区中 49 地区で展開しているサロン活動について、町は、地域支援事業（一次予防事業）の一環で 3 回程度関わったのち、社会福祉協議会に活動をバックアップするよう引き継いでいる。町が実施しているサロン活動助成事業や、認知症サポーター養成講座等を通じたサロン活動の PR などを通じて、サロン活動が広がってきている。
<p>【高知県本山町】</p> <ul style="list-style-type: none"> 住民同士で見守り合いを行う「本山町地域見守りネットワーク推進会」が稼働。社会福祉協議会が主導している。 町内 24 地区を 6 グループに分けて、グループごとの活動を推進。各地域の主体性を尊重し、行政は会議に参加して取組に当たったの支援を行う。また一部の空白地域についても、行政や民生委員、社会福祉協議会が連携して対応している。
<p>【鹿児島県さつま町】</p> <ul style="list-style-type: none"> 町や地域包括支援センターが働きかけて、公民館を単位として地域住民による支え合いマップを作成している。これにより、住民が地域資源を見直したり、地域住民の様子を知ることによって、支え合いを考える良い機会になっている。
<p>【和歌山県紀美野町】</p> <ul style="list-style-type: none"> 地区担当の保健師が、地域の住民活動の掘り起し、普及を行っている。その 1 つが現在ほぼ全域で展開されているサロン活動であり、地区担当保健師が地域のリーダーとなる住民に協力を働き掛けた。また、「サロンコーディネーター」を町の非常勤職員として雇用し、活動の立ち上げ、継続を支援している。
<p>【北海道本別町】</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の互助をベースに、行政や社会福祉協議会がサポートに入ることで、住民の主体性を尊重しつつ、活動の継続につながっている。

つまり過疎地域等においては、住民の自発的な動きには多くは期待できないが、行政等と連携することによって一部地域で住民活動が立ち上がることで、行政等が支援していくことで他の地域での同様の動きにつなげていける、という特徴を有している。

4) 「伝える場」の必要性

地域包括ケアを進めていく際には、そこに住む住民や行政の理解・協力が不可欠であり、そのためには、その方向性や具体的な取組内容、そして効果等について十分に「伝え」、「共有」していく場を設けることが必要である。

昨年度の調査においては、そのような場を設けている地域の実例が多かったが、今年度の

調査においては、そのような場を設けている例はあまりみられなかった。

しかし、前述の「地域住民との協働の推進」で述べたように、過疎地域等における地域包括ケアの推進に当たっては地域住民との協働と、活動を推進するためには、行政の「お膳立て」、市町村内への展開に向けた支援が必要である。その支援策の一つとしても、「伝える場」は必要となろう。

【地域住民との連携に関する課題】

- ・自分達で立ち上がらないと今後高齢社会に対応出来ない。気付きの視点をまず育てることも必要
- ・地域包括ケアの必要性、内容など住民へ周知を行っていない
- ・地域に於いて把握した問題・課題等を十分にフィードバック出来ていない

しかし、前述の「地域住民との協働の推進」で述べたように、過疎地域等における地域包括ケアの推進に当たっては地域住民との協働と、活動を推進するためには、行政の「お膳立て」、市町村内への展開に向けた支援が必要である。その支援策の一つとしても、「伝える場」は必要となろう。

5) 地域包括医療・ケアの取組状況の把握の必要性

＜過疎地域では相対的に指標の把握が可能＞

前述の「伝える場」を設けた際、様々な取組の内容と効果について住民等に伝えていくことはもちろん、同時に、地域包括ケアの取組の効果についてデータで示していくことも必要である。

アンケート調査において、地域包括ケアの進展度合いを示す指標の把握状況・把握可能性を聞いたところ、過疎地域等の方がそれ以外の地域よりも把握可能性が高い傾向がみられた。データ把握の相対的な容易性も、過疎地域等における地域包括ケアシステム構築に当たっての特徴の一つであるといえる。

各指標について、全国値と比較したり、経年変化を評価することにより、取組の進展度合いを把握・発信していくことが、さらなる協力関係の構築にもつながることが期待される。

＜地域特性に応じた指標の選択、情報の蓄積・共有のための仕組みの検討の必要性＞

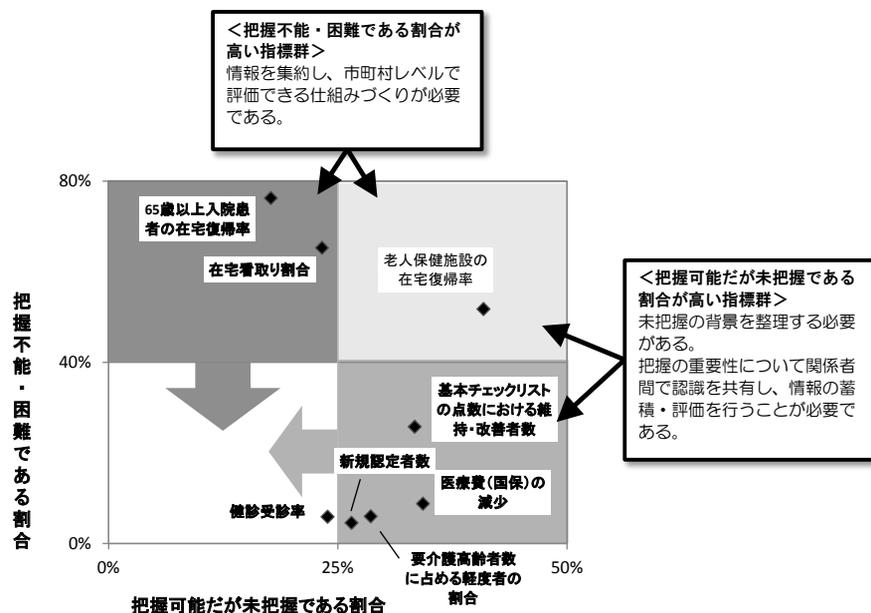
昨年度整理した指標以外にも、地域によって重要であると考えられる指標は様々であった。即ち、地域の目指す地域包括ケアの姿や展開している事業に応じて、評価指標を取捨選択する必要があるといえる。

一方、検討対象とした指標の中には、重要と考えられるものの、「把握が可能だが未把握」「把握が困難・不可能」であるとする指標もあった。例えば、入院患者の在宅復帰率や老人保健施設の在宅復帰率などは、重要な指標になると考えられたが、アンケート調査の中でも、把握している市町村の割合は1割に満たなかった。

「把握が可能だが未把握」である背景としては、把握の必要性を、行政や関係者が認識していなかったり、病院などの個別の事業者単位では情報を持っているが、市町村として情報が集約できていないなどの状況が考えられる。そのため、これらの指標に関しては、把握の重要性について関係者間で認識を共有するとともに、情報を蓄積・評価できるよう関係者の

理解・協力を得ながら仕組みを構築していく必要がある。

図表 12 重要な指標であるものの、把握が困難な指標



図表 13 把握が困難な指標

健康づくりの推進に関する指標	各疾患の受療率
介護予防・重症化予防の実現に関する指標	要支援・要介護度の改善度 基本チェックリストの点数における維持・改善者数
住み慣れた地域での療養生活の維持	医療依存度の高い在宅復帰率 65歳以上高齢者の転出割合、介護が困難になり転出した高齢者の割合、独居高齢者の転居割合 介護老人保健施設からの在宅復帰率 在宅療養を支える家族、関係者、主たる介護者の満足度
住み慣れた地域での看取り	地域内での看取り割合（うち在宅、医療機関、施設死亡の割合） 望した場所での看取りができた高齢者の割合
医療・介護費の推移	—

実際、ヒアリング調査やグループディスカッションの結果、一部の地域で行政が主導し、情報を把握している。また、現状把握していない地域であっても、把握の糸口を見つけている地域もあることが分かった。

地域包括ケアシステムの取組の進展度を評価するためには、一時点の数字を収集するだけでなく、継続して情報を収集し、推移をみるのが求められる。行政において地域包括ケアの進展度を把握することの必要性を庁内関係者、地域の関係機関等で共有し、情報の蓄積・共有のための仕組みを構築していくことが望まれる。

【本人や家族、関係者の満足度の把握方法】
 ・日常生活ニーズ調査の中に満足度に関する項目を入れたり、家族にもアンケートを行うなどの方法がある。地域によっては、半年から1年に一度、性・年代別に層別化無作為抽出した住民を対象にアンケート調査を行い、医療・介護に関わらずそのときどきの問題を調査している。

【地域内での看取り割合（地域内での看取り割合（うち在宅、医療機関、施設死亡の割合））の把握方法】
 ・住民基本台帳所管課に地域包括ケアシステム構築のために協力を依頼し、死亡場所についても情報を蓄積してもらい、その情報を医療・介護保険担当課に還元してもらうよう取り決める方法が考えられる。

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

地域包括ケアシステム構築推進の必要性

- 高齢化がピークを迎える 2025 年の医療・介護のあるべき姿として、日常生活圏域（30 分でかけつけられる圏域）を基本とした、「地域包括ケアシステム」の構築が進められてきた。
- 平成 24 年度の介護保険法改正では第 5 条「国及び地方公共団体の責務」に第 3 項として地域包括ケアシステム構築推進について規定された。さらに平成 26 年 2 月には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」が閣議決定され、国会に提出された。
- このように地域包括ケアシステム構築推進は、わが国における大きな政策目標となっている。

地域によってその有り様が異なる地域包括ケアシステム

- 地域包括ケアシステムを「公助・共助・互助・自助」の視点でみると、現在の少子高齢化や財政状況から「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす部分が大きくならざるを得ないと考えられる。また、今後高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加し、「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形になることが予測される。
- 都市部においては、医療・介護資源をはじめとする「共助」および「自助」の資源は比較的豊富に整備されて、「公助」とケア資源のマネジメントがその地域の包括ケアシステムを特徴づけている。しかし強い「互助」を期待することが難しいことも指摘されている。
- 一方、中山間地域をはじめとする過疎地域においては、限られた地域資源の中で地域内協働の意識が根付いており、特に「互助」についてはむしろ都市部よりも充実しているという見方もできる。

過疎地域における地域包括ケアシステム構築推進の方向性

- 平成 25 年度、本会では、過疎地域等における地域包括ケアシステムの構築に関する調査研究事業を行い、中山間地域における地域包括ケアシステム構築の方向性と課題として、以下の 5 点を挙げた。
 - ①行政と連携した取組の推進の必要性
 - ②地域にある資源の最大限の活用
 - ③地域住民との協働の推進
 - ④「伝える場」の必要性
 - ⑤取組状況の把握の必要性
- 特に現地調査を行った先進地域の事例をみると、地域資源の中でも近隣のインフォーマルな互助機能の位置づけは大きく、地域住民との協働の対象として重要な役割を担っていることがわかった。
- 一方、「互助」を担う地域側からも、有効な協働相手として保健・医療・介護・福祉資源が位置付けられていた。また、「互助」は地域の文化として過去から脈々と受け継がれたものであると思われがちであるが、地域の文化も、少しの工夫をもとにした仕組によって短期間で変わり得ることも学んだ。

過疎地域における地域包括ケアシステム構築推進のあり方の検討は都市部へのヒントにもなりえる

- しかし、中山間地域の互助機能が今後も保たれるかという点、必ずしもそうではないことが予想される。高齢化が進みいわゆる限界集落も増加している過疎地域においては、それまで形成されていた互助機能を維持できなくなる恐れが指摘されている。その場合は集落の消滅を待つか、地域互助機能の再構築を模索するかのいずれかを選択せざるを得ない。
- 限界集落に限らず互助機能の再構築、すなわち新しい地域づくりを要する過疎地域は数多く存在し、その過程においては地域の保健・医療・介護・福祉資源とのつながりを保つことが、互助機能を再生する軸になる可能性が高い。

- 過疎地で取り組まれている互助や地域づくりを地域資源との協働の観点から検討することは、互助機能の再構築を求めている他の過疎地域のモデルとなるばかりでなく、都市部で「互助」を再生するうえでのヒントにもなり得ることから、重要な取組であると思われる。

(2) 調査の目的

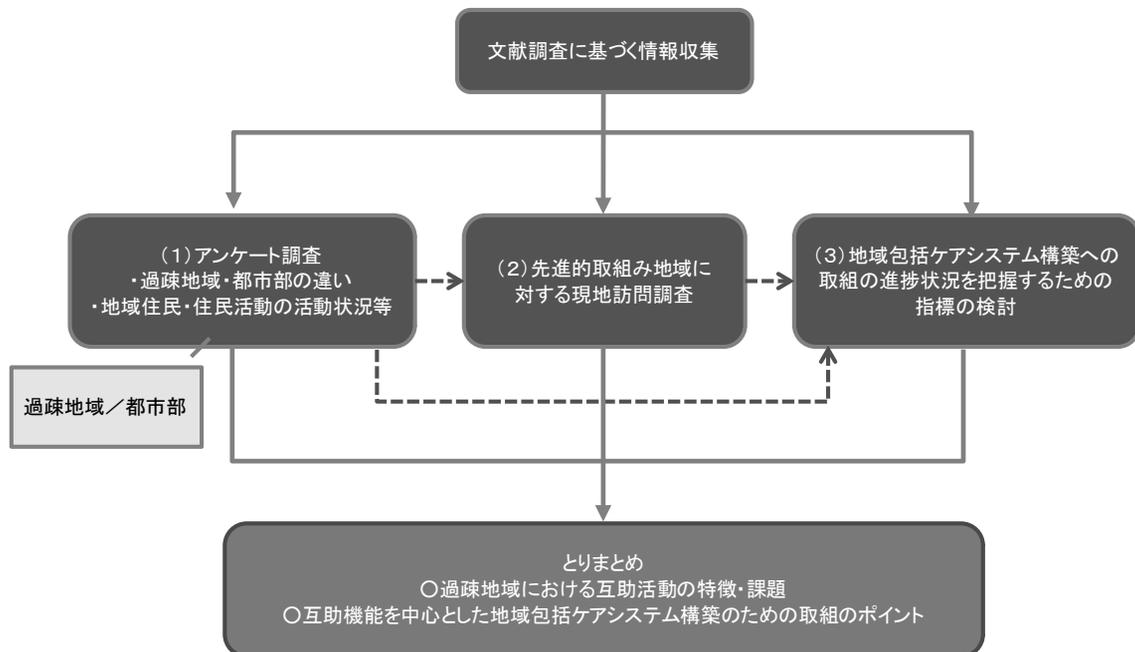
- 本事業では、過疎地域における地域包括ケアシステム構築の方策を、地域資源との協働を軸とした互助や見守り体制の構築等の地域づくりの視点から探ることとした。具体的には、過疎地における地域包括ケアシステムの構築に向けて必要なプロセスや過疎地ならではの創意工夫点等を整理し、互助機能の充実した地域包括ケアシステムを構築のための方策を明らかにすることを目的とした。
- その際、特に①行政と連携した取組の推進の必要性、②地域にある資源の最大限の活用、③地域住民との協働の推進、④「伝える場」の必要性、⑤取組状況の把握の必要性に着目して検討することとした。

地域包括医療・ケア（システム）の定義（全国国民健康保険診療施設協議会）

- 地域に包括医療・ケアを、社会的要因に配慮しつつ継続して実践し、住民が住み慣れた場所で安心して生活出来るようにそのQOLの向上を目指すもの
- 包括医療・ケアとは、治療（キュア）のみならず保健サービス（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを包括するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに、地域ぐるみの生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療・ケア
- 換言すれば保健（予防）・医療・介護・福祉と生活の連携（システム）である
- 地域とは単なるAreaではなくCommunityを指す

2. 調査研究の全体像

以下に調査研究の全体像を示す。



(1) 地域住民・住民団体の活動状況に関する実態調査（アンケート調査）

- 全国の市町村（1,741 か所）を対象として、地域包括ケアシステム構築に向けた地域住民・住民団体の活動への参画状況、その活動で実際に担われている内容、推進体制、行政の関わり、成功要因、これまでに得られた成果を把握した。
- 「過疎地域等における」というテーマではあるが、全国市区町村を対象とすることで、都市部での地域住民との関わりと過疎地域での地域住民との関わりの違いの有無を把握し、過疎地域の特徴を明確にすることを目指した。

(2) 先進的取組地域に対する現地訪問調査（ヒアリング調査）

- 地域包括ケアシステム構築に向けた地域住民、住民団体との協働に関して、先進的に取り組んできており、かつ成果を上げている地域を選定し、ヒアリングを実施した。
- ヒアリング対象は、文献等に基づき選定した地域（3か所）と、アンケート調査に基づき選定した地域（3か所）の計6か所とした。
 - 大分県・国東市／国東市民病院（2014年11月17日）
 - 福島県・西会津町／西会津診療所（2014年11月20日）
 - 高知県・本山町／本山町立嶺北中央病院（2014年11月28日）
 - 鹿児島県・さつま町（2015年2月16日）
 - 和歌山県・紀美野町／野上厚生総合病院（2015年2月26日）
 - 北海道・本別町／本別町国保病院（2015年3月2日）
- ヒアリングでは、活動内容や協働プロセスの詳細な確認はもちろんのこと、行政の役割、具体的な成果や協働の阻害要因とその克服方法、地域包括ケアシステムとして根付かせるための取組み・工夫等についても詳細に把握した。

(3) 地域包括ケアシステム構築への取組の推進状況を把握するための指標の検討

- 「取組状況の把握」に資するため、前年度に先進的取組地域としてヒアリングを実施した地域（8地域）において、地域包括ケアシステム構築への取組の推進状況を把握するための指標について、各地域において把握することが有益な指標、可能な指標等について検討した。
- 検討結果をもとに、地域包括ケアシステム構築への取組の推進状況の把握、評価に関する基本的な考え方や指標の例、指標の選定方法、データ収集の限界等について整理した。

3. 実施体制

「過疎地域等における地域包括ケアシステムの構築に関する検討委員会」ならびに「同作業部会」の委員構成は以下の通りであった。

過疎地域等における地域包括ケアシステムの構築に関する検討委員会・同作業部会委員一覧

◎印：委員長

*印：委員会・作業部会委員兼任

◇委員会

◎和田 敏明	ルーテル学院大学教授
伴 信太郎	名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学専攻総合診療医学教授
福山 悦男	国診協副会長／千葉県：君津中央病院企業団企業長
三枝 智宏	静岡県：浜松市国保佐久間病院長
堀川 哲男	福島県：公立藤田総合病院長
栃木 武一	埼玉県：川口市病院事業管理者
鈴木 紀彰	千葉県：国保直営総合病院君津中央病院長
五十嵐俊久	神奈川県：大和市立病院長
中村 伸一	福井県：国保名田庄診療所長
白川 和豊	香川県：三豊総合病院企業団企業長
澤田 弘一	岡山県：鏡野町国保上斎原歯科診療所長
西村 修平	広島県：公立みつぎ総合病院長
樋口 定信	熊本県：上天草市立上天草総合病院事業管理者
靱井 眞二	大分県：国東市民病院長

◇作業部会

*和田 敏明	ルーテル学院大学教授
高橋 紘士	国際医療福祉大学大学院医療福祉学分野教授
小野 剛	秋田県：市立大森病院長
後藤 忠雄	岐阜県：郡上市地域医療センター国保和良診療所長
飯山 明美	北海道：本別町地域包括支援センター所長補佐（保健師）
前沢 政次	北海道：ひまわりクリニックきょうごく所長
鈴木 義子	宮城県：涌谷町町民医療福祉センター訪問看護ステーション師長兼管理者
金親 正敏	千葉県：鋸南町国保鋸南病院長
高山 哲夫	岐阜県：中津川市国保坂下病院長
荻野 健次	岡山県：市立吉永病院長
占部 秀徳	広島県：公立みつぎ総合病院歯科部長
安東 正晴	香川県：三豊総合病院長
内田 望	高知県：梶原町国保梶原病院長
金丸 吉昌	宮崎県：美郷町地域包括医療局総院長
佐々木 健	鹿児島県：枕崎市立病院長

◇データ分析作業班

*荻野 健次 岡山県：市立吉永病院長
三澤 弘道 長野県：国保依田窪病院長
仲本 権一 長野県：組合立諏訪中央病院事務長
望月 繁和 滋賀県：公立甲賀病院事務長
村上 竜平 香川県：三豊総合病院事務長

◇事務局

伊藤 彰 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会事務局長
鈴木 智弘 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会課長補佐
大本 由佳 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会主事
植村 靖則 みずほ情報総研株式会社社会政策コンサルティング部シニアコンサルタント
志岐 直美 みずほ情報総研株式会社社会政策コンサルティング部コンサルタント
村井 昂志 みずほ情報総研株式会社社会政策コンサルティング部コンサルタント

第2章

地域住民・住民団体の活動状況 に関する実態調査（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

各地域において、地域包括ケアシステム構築に向けた地域住民、住民団体の活動への参画状況と、参画に至るプロセス、その活動で実際に担われている内容、そしてこれまでに得られた成果を把握した。

「過疎地域等における」というテーマではあるが、全国市区町村を対象とすることで、都市部での地域住民との関わりと過疎地域での地域住民との関わりの違いの有無を把握し、過疎地域の特徴を明確にすることを目指した。

(2) 調査の対象

全国の市区町村 (1,741 か所) 回収数 623 件 (回収率 35.8%)

(3) 調査時期

平成 26 年 12 月～平成 27 年 1 月

(4) 調査の内容

- 地域の基本的属性
 - ・人口、高齢者人口
 - ・地域包括支援センターの設置状況 (箇所数、直営・委託の状況)
 - ・地域ケア会議の開催状況 (開催の有無、中心的機関、参加者、頻度、目的等)
- 地域包括ケアシステム構築に向けた地域住民・住民団体の活動状況 (活動の主体・活動の状況、活動の発生経緯等)
- 地域包括ケアシステム構築に向けた、市町村・国保直診と地域住民・住民団体の活動との連携・協働状況
- 地域住民・住民団体の活動との連携・協働に至るプロセス
- 地域住民・住民団体の活動が担っている役割と今後の期待

(5) 主な調査項目

<p>地域の基本属性</p> <p>→都市部と地方とで取組状況の違いを把握するために必要となる基本情報を把握。人口規模だけでなく、高齢者人口当たりの地域包括支援センター数や地域ケア会議開催の有無等にも着目する。</p>
人口・高齢者人口・要介護高齢者数
地域包括支援センターの設置状況（直営・委託別の箇所数）
日常生活圏域の数と設定の考え方（中学校区単位等）
地域ケア会議の開催状況（開催の有無、中心的機関、目的・頻度、参加者等）
地域包括ケアの推進に中心的に取り組む部署の有無と担当部署の主要業務
<p>地域包括ケアシステム構築に当たっての課題の有無</p> <p>→昨年度事業で得られた5つの結論を中心に、それらへの取組状況と取組内容等を把握し、上記の基本属性別に分析。</p>
地域包括ケアシステム構築に当たっての課題の有無
地域における医療・保健・福祉の資源の確保について
地域の医療・保健・福祉の各種資源と行政との連携について
地域内の医療・保健・福祉の各種資源の連携について（資源の活用）
地域住民との協働による地域包括ケアシステム構築への取組について
地域住民に対する地域包括ケアシステム構築への取組の周知について
地域包括ケアシステム構築の進捗状況等の把握と具体的指標等について
<p>地域包括ケアシステム構築に向けた地域住民・住民団体の活動状況</p> <p>→地域における生活支援サービスの有無を把握し、地域の基本属性別、地域における課題別に分析。</p>
地域の住民同士が生活を支え合う互助組織・活動の有無
（ある場合）行政や社会福祉協議会の関与の有無と内容
（ある場合）行政の関与がある特徴的な活動内容の紹介：1～2例 内容、発生の経緯、中心的機関、有償・無償の状況、行政との関わりの有無とその内容、医療機関（国保直診含む）や介護サービス施設・事業所との関わりとその内容、当該活動の成功要因と現状抱えている課題 等
<p>地域包括ケアシステム構築の進展度合いを示す指標の有無</p> <p>→昨年度事業において想定した各種指標について、「市町村としての把握可能性」「日常生活圏域別の把握可能性」を把握。</p>
各種指標の把握可能性（市町村全体／日常生活圏域別）
プロセス指標・アウトプット指標・アウトカム指標として考えられる指標案
地域包括ケアシステム構築の結果得られた成果

2. 調査結果概要

(1) 回答地域の概要

・ 過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無

過疎地域自立促進特別措置法の適用を受けていない地域は 67.1%、全域で適用を受けている地域は 23.2%、一部地域が適用を受けている地域は 9.6%であった。

・ 人口・高齢者人口・要介護高齢者数（65 歳以上）

過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無別にみると、全域で適用されていない市町村（以下、全域適用なし市町村）では高齢化率が 27.3%であるのに対して、全域で適用されていない市町村（以下、全域適用あり市町村）では 35.9%と 8.6 ポイントの違いがあった。

図表 1 人口・高齢者人口・要介護高齢者数（65 歳以上）

問 1 人口・高齢者人口・要介護高齢者数（65歳以上）についてご記入下さい。		合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無		
			受けていない（全域）	受けている（全域）	一部地域が受けている
	全体	613	411	142	60
平均値	総人口（人）	98,265	120,636	23,369	122,273
	高齢者人口（人）	24,627	29,163	7,871	33,561
	高齢化率（%） ※回答結果より計算	29.5	27.3	35.9	29.6
	要介護認定者数（人）	4,221	4,843	1,540	6,239
	要介護認定率（%） ※回答結果より計算	17.2	16.7	18.6	17.4

・ 地域包括支援センターの設置状況

地域包括支援センターの設置状況は、全域適用なし市町村では平均 3.9 箇所であるのに対し、全域適用あり市町村では 1.3 箇所であった。これを 1 箇所当たり人口ならびに高齢者人口でみると、全域適用あり市町村の方が 1 箇所当たりの人口ならびに高齢者人口は少なかった。

図表 2 地域包括支援センターの設置状況

問 2 地域包括支援センターの設置状況についてご記入下さい。		合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無		
			受けていない（全域）	受けている（全域）	一部地域が受けている
	全体	623	418	145	60
平均値	総数	3.3	3.9	1.3	4.1
	うち直営	0.7	0.7	0.8	0.8
	うち委託	2.6	3.2	0.5	3.4

(2) 保険者として取り組んでいる項目

全体として、高齢者人口等の推計や地域ケア会議、そして高齢者虐待については「取組率」は高く、90%を超えていた。その他「取組率」が高いものとしては、介護保険事業計画の進捗状況の点検、介護給付状況の分析、地域密着型サービス事業者に対する指導が80%を超えていた。

全域適用なし市町村と全域適用あり市町村とで差が大きいものとしては、ケアマネジャーへの研修(22.2ポイント差)、介護サービス事業者を対象とした研修会の開催(13.5ポイント差)、介地域密着型サービス事業者に対する指導(9.1ポイント差)であった。全て、全域適用なし市町村の方が全域適用あり市町村と比べて「取組率」が高かった。

図表 3 保険者として取り組んでいる項目(実施割合)

問3 保険者として下記のそれぞれの項目に取り組んでいますか。		合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無		
			受けていない(全域)	受けている(全域)	一部地域が受けている
	全体	623	418	145	60
2025年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移を推計していますか	はい	94.4	93.3	95.9	98.3
	いいえ	4.0	4.8	2.8	1.7
	無回答	1.6	1.9	1.4	0.0
2025年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体(保険者)としての介護基盤整備方針を検討していますか	はい	77.5	78.0	74.5	81.7
	いいえ	20.1	19.6	22.8	16.7
	無回答	2.4	2.4	2.8	1.7
自治体として、介護支援専門員(ケアマネジャー)を対象とした研修会を定期的に主催していますか	はい	64.5	68.4	46.2	81.7
	いいえ	34.7	30.6	53.1	18.3
	無回答	0.8	1.0	0.7	0.0
自治体として、介護サービス事業者を対象とした研修会を定期的に主催していますか	はい	42.5	44.5	31.0	56.7
	いいえ	56.5	54.3	68.3	43.3
	無回答	1.0	1.2	0.7	0.0
介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか	はい	85.2	86.4	80.7	88.3
	いいえ	12.4	10.3	18.6	11.7
	無回答	2.4	3.3	0.7	0.0
介護保険給付状況の分析を行っていますか	はい	83.9	84.4	81.4	86.7
	いいえ	13.6	12.2	17.9	13.3
	無回答	2.4	3.3	0.7	0.0
自治体として、地域密着型(介護予防)サービス事業所に対する指導・監査を行っていますか	はい	85.1	86.4	77.2	95.0
	いいえ	12.4	10.8	20.0	5.0
	無回答	2.6	2.9	2.8	0.0
自治体として、地域包括支援センターの評価を行っていますか	はい	55.2	55.0	51.7	65.0
	いいえ	42.9	42.6	47.6	33.3
	無回答	1.9	2.4	0.7	1.7
介護支援専門員から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか	はい	93.3	92.8	92.4	98.3
	いいえ	6.1	6.5	6.9	1.7
	無回答	0.6	0.7	0.7	0.0
高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか	はい	96.1	97.1	91.7	100.0
	いいえ	2.9	2.2	6.2	0.0
	無回答	1.0	0.7	2.1	0.0
高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか	はい	66.5	66.5	57.9	86.7
	いいえ	32.3	31.8	41.4	13.3
	無回答	1.3	1.7	0.7	0.0
自治体として、高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか	はい	64.0	64.1	55.9	83.3
	いいえ	34.7	34.2	43.4	16.7
	無回答	1.3	1.7	0.7	0.0

一項目当たり 1 点として 12 点満点で点数化したところ、全域適用なし市町村では平均 9.1 点であるのに対し、全域適用あり市町村では平均 8.4 点と 1.3 点の差であった。点数のばらつきをみると、全域適用なし市町村の方が高得点の割合が高かった。

図表 4 保険者として取り組んでいる項目（点数化）

問3 保険者として下記のそれぞれの項目に取り組んでいますか。 ※点数化した結果		合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無		
			受けていない（全域）	受けている（全域）	一部地域が受けている
	全体	623	418	145	60
平均値	平均（点）	9.1	9.2	8.4	10.2
点数分布	0点	0.6	0.5	1.4	0.0
	1点	0.8	0.5	2.1	0.0
	2点	0.3	0.0	1.4	0.0
	3点	0.3	0.5	0.0	0.0
	4点	1.9	2.4	1.4	0.0
	5点	2.9	3.3	2.8	0.0
	6点	6.7	5.7	11.0	3.3
	7点	8.5	8.4	11.7	1.7
	8点	11.7	12.2	12.4	6.7
	9点	14.8	12.7	20.0	16.7
	10点	20.7	21.5	17.9	21.7
	11点	17.8	18.9	9.7	30.0
12点	12.8	13.4	8.3	20.0	

(4) 地域包括ケアシステム構築への取組状況

・地域包括ケアの推進を総合的に担う部署

多くの市町村が「介護保険担当部署や高齢者福祉担当部署の業務として位置づけている」としており、庁内横断的な体制を設けていたり、関係部署で協議する場を設けている市町村は1割程度であった。

図表 5 地域包括ケアの推進を総合的に担う部署

問5 貴市町村では地域包括ケアの推進を総合的に担う部署はございますか。	合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無		
		受けていない(全域)	受けている(全域)	一部地域が受けている
全体	623	418	145	60
介護保険担当部署や高齢者福祉担当部署の業務として位置づけている	73.8	73.2	75.2	75.0
介護保険担当部署や高齢者福祉担当部署以外の関係部署の業務にも位置づける等、横断的な推進体制がある	8.0	9.3	4.1	8.3
庁内で関係部署が協議する場がある	4.0	4.3	4.8	0.0
特に定めていない	9.8	9.6	11.0	8.3
その他	4.2	3.3	4.8	8.3
無回答	0.2	0.2	0.0	0.0

・地域包括ケアシステムへの取組状況

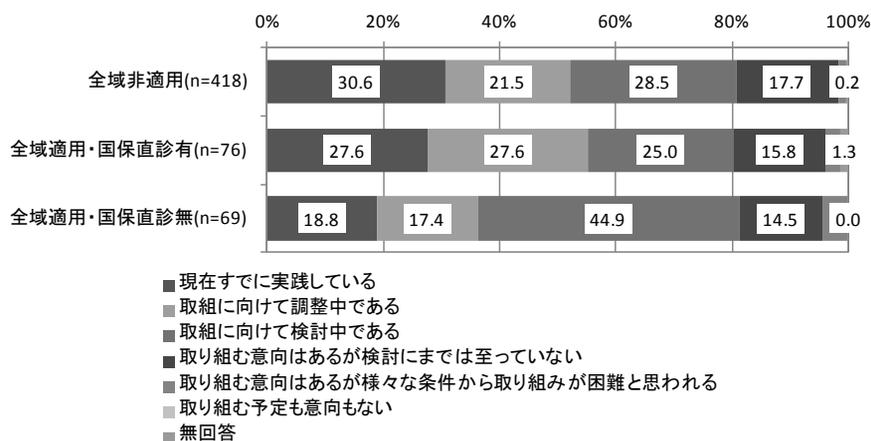
すでに「実践している」とする市町村は3割弱で、半数以上が「調整中」もしくは「検討中」であった。

全域適用市町村の中でも、国保直診施設のある地域では、「既に実践している」市町村の割合が10ポイントほど高かった。

図表 6 地域包括ケアシステムへの取組状況

問6 地域包括ケアシステムへの取組状況について	合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無		
		受けていない(全域)	受けている(全域)	一部地域が受けている
全体	623	418	145	60
現在すでに実践している	31.3	30.6	23.4	55.0
取組に向けて調整中である	21.3	21.5	22.8	16.7
取組に向けて検討中である	29.1	28.5	34.5	20.0
取組む意向はあるが検討にまでは至っていない	16.2	17.7	15.2	8.3
取組む意向はあるが様々な条件から取組みが困難と思われる	1.8	1.4	3.4	0.0
取組む予定も意向もない	0.0	0.0	0.0	0.0
無回答	0.3	0.2	0.7	0.0

図表 7 地域包括ケアシステムへの取組状況（国保直診施設の有無別）



- ・（既実践している・調整中・検討中の場合）地域包括ケアシステム構築に向けた取組段階
既実践している・調整中・検討中の場合、「顔の見える関係の構築」を進めている市町村が 8 割を超え、「地域課題の共有」まで行われている市町村も 4 分の 1 程度であった。

図表 8 地域包括ケアシステム構築に向けた取組段階

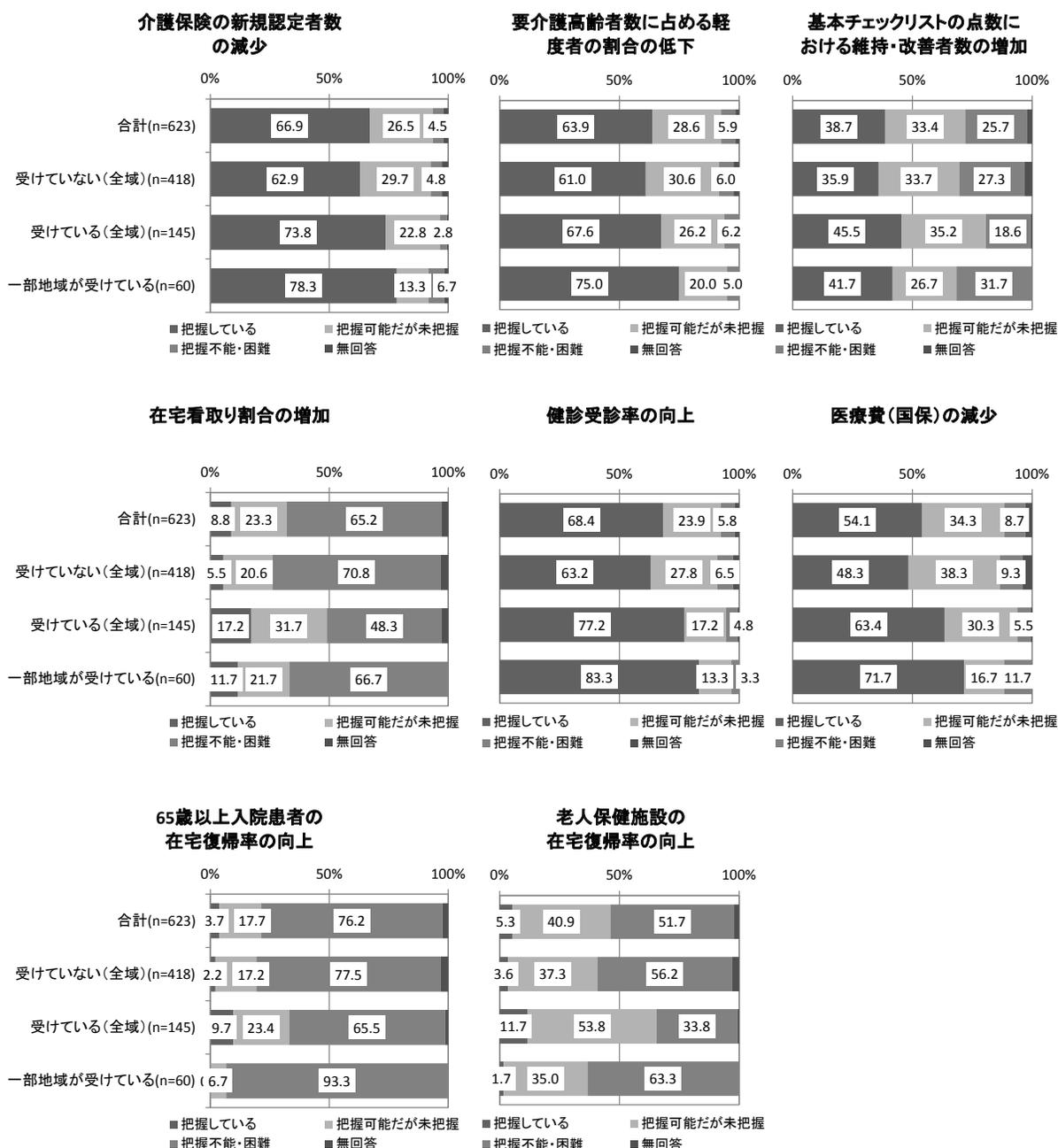
問 7 （既実践している・調整中・検討中の場合）地域包括ケアシステム構築に向けた取組段階について。	合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無		
		受けていない （全域）	受けている （全域）	一部地域が 受けている
全体	509	337	117	55
顔の見える関係の構築を進めている（連絡・調整会議の開催等）	83.9	84.9	82.1	81.8
関係機関における地域課題を共有している	24.6	22.0	29.1	30.9
関係機関における地域包括医療・ケア体制構築の目標が共有化されている	3.5	3.0	6.8	0.0
情報の共有化をはじめ具体的な取組が進んでいる	9.0	8.0	11.1	10.9
無回答	4.3	3.6	4.3	9.1

(5) 地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標

指標を把握している割合は、全域適用なし市町村よりも全域適用あり市町村の方が高い傾向がみられた。

在宅医療・介護関連の指標（在宅看取りの割合、65歳以上入院者の在宅復帰率、老人保健施設の在宅復帰率）については「把握不能・困難」とする割合が高いが、これらについては全域適用なし市町村の方が全域適用あり市町村よりも「把握不能・困難」とする割合が高かった（全域適用あり市町村では把握可能な可能性が高い）。

図表 9 地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標



(6) 地域ケア会議の開催状況

・地域ケア会議の開催状況

個別ケースの検討を目的とした会議は8割以上の市町村で、地域課題の検討を目的とした会議は5割強の市町村で開催されていた。

図表 10 地域ケア会議の開催状況

問 1 1 地域ケア会議は開催していますか。		合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無		
			受けていない(全域)	受けている(全域)	一部地域が受けている
	全体	623	418 ¹	145	60
個別ケースの検討を目的とした会議	開催している	84.6	84.9 ¹	84.8	81.7
	開催していない	13.8	13.2	13.8	18.3
	無回答	1.6	1.9 ¹	1.4	0.0
地域課題の検討を目的とした会議	開催している	56.8	58.1 ¹	51.0	61.7
	開催していない	39.5	38.5	42.8	38.3
	無回答	3.7	3.3	6.2	0.0

・地域ケア会議の開催頻度

地域ケア会議を開催している場合の開催頻度は、個別ケースの検討を目的とした会議については、「定期的で開催」が約3割で、「開催は不定期」が7割弱であった（全域適用の有無で大きな違いはない）。

地域課題の検討を目的とした会議の開催頻度については、「定期的で開催」している割合が、全域適用なし市町村では43.7%であるのに対し、全域適用あり市町村の方では59.7%と16.0ポイントの差があった。

図表 11 地域ケア会議の開催頻度

問 1 2 (開催している場合) 定期的に開催していますか。開催の目的別にお答え下さい。		合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無			
			受けていない(全域)	受けている(全域)	一部地域が受けている	
個別ケースの検討を目的	実施頻度	全体	524	352 ¹	123	49
		定期的に開催している	29.2	27.6	34.1	28.6
		開催は不定期である	69.8	71.6	65.0	69.4
		無回答	1.0	0.9 ¹	0.8	2.0
	(定期的に開催している場合) 具体的頻度 n=104	月1回程度	58.2	57.7 ¹	57.1	64.3
		週1回程度	5.2	3.1	7.1	14.3
		その他	35.9	39.2	33.3	21.4
無回答	0.7	0.0	2.4	0.0		
地域課題の検討を目的	実施頻度	全体	344	238 ¹	72	34
		定期的に開催している	46.8	43.7	59.7	41.2
		開催は不定期である	52.0	55.9	37.5	55.9
		無回答	1.2	0.4 ¹	2.8	2.9
	(定期的に開催している場合) 具体的頻度 n=104	月1回程度	40.4	29.8 ¹	60.5	57.1
		週1回程度	0.0	0.0	0.0	0.0
		その他	55.3	65.4	34.9	42.9
無回答	4.3	4.8 ¹	4.7	0.0		
その他の目的	実施頻度	全体	89	55 ¹	20	14
		定期的に開催している	58.4	52.7	75.0	57.1
		開催は不定期である	38.2	45.5	20.0	35.7
		無回答	3.4	1.8 ¹	5.0	7.1
	(定期的に開催している場合) 具体的頻度 n=26	月1回程度	50.0	37.9 ¹	73.3	50.0
		週1回程度	1.9	0.0	6.7	0.0
		その他	40.4	51.7 ¹	20.0	37.5
無回答	7.7	10.3 ¹	0.0	12.5		

・地域ケア会議の参加者

地域ケア会議への参加者については、行政職員や地域包括支援センター職員、ケアマネジャーについては9割以上の市町村で参加していた。

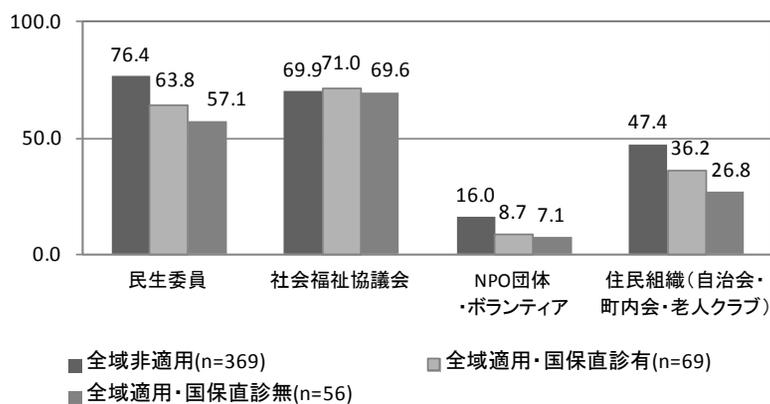
全域適用なし市町村の方が全域適用あり市町村よりも参加率が高かった（10ポイント以上の差）属性としては、「医師（主治医以外の医師）」「薬剤師」「民生委員」「住民組織（自治会・町内会・老人クラブ）」であった。

全域適用あり市町村での住民組織等の参加率に着目すると、「民生委員」「NPO団体・ボランティア」「住民組織（自治会・町内会・老人クラブ）」の参加率は、中でも国保直診施設のある市町村のほうが、国保直診施設のない市町村よりも高かった。

図表 12 地域ケア会議の参加者

問13（開催している場合） どのような方が参加していますか。	合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無		
		受けていない（全域）	受けている（全域）	一部地域が受けている
全体	549	369 ¹	125	55
行政職員（地域包括支援センター職員は除く）	90.2	90.8	88.0	90.9
地域包括支援センター職員	98.2	98.9	96.8	96.4
ケアマネジャー	94.9	95.4	95.2	90.9
主治医	27.1	28.2	23.2	29.1
介護保険サービス事業者	79.8	81.0	80.8	69.1
医師（主治医以外の医師）	32.1	35.2	21.6	34.5
歯科医師	12.9	14.4	8.0	14.5
薬剤師	17.7	20.1	9.6	20.0
看護師	36.2	36.0	38.4	32.7
歯科衛生士	5.6	4.1	6.4	14.5
リハビリスタッフ（PT、OT、ST）	25.3	24.4	24.0	34.5
管理栄養士	7.7	6.8	9.6	9.1
民生委員	72.7	76.4	60.8	74.5
社会福祉協議会	70.5	69.9	70.4	74.5
NPO団体・ボランティア	14.8	16.0	8.0	21.8
住民組織（自治会・町内会・老人クラブ）	44.3	47.4	32.0	50.9
警察・消防	35.0	36.3	28.0	41.8
その他	24.4	26.6	15.2	30.9
無回答	0.4	0.0	1.6	0.0

図表 13 地域ケア会議の参加者（国保直診施設の有無別）



・地域ケア会議を開催しない理由

地域ケア会議（個別ケースの検討）を開催しない理由としては「代替できる会議が既に存在する」が最も多く3割を占めていた。次いで、「必要とする人材が集まらないから」が多く、その割合は全域適用あり市町村では25.0%と、全域適用なし市町村10.9%よりも高かった。

図表 14 地域ケア会議を開催しない理由

問14（開催していない場合）なぜ、地域ケア会議を開催していないのですか。		合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無		
			受けていない（全域）	受けている（全域）	一部地域が受けている
個別ケースの検討を目的	全体	86	55	20	11
	地域ケア会議に代替できる会議が既に存在する	31.4	32.7	35.0	18.2
	必要とする人材（職種・機関・団体）が集まらないから	14.0	10.9	25.0	9.1
	多様な人材が集まると個別事例についての情報について守秘義務を守ることが難しい	3.5	3.6	5.0	0.0
	その他	44.2	43.6	40.0	54.5
	無回答	14.0	14.5	5.0	27.3
地域課題の検討を目的	全体	246	161	62	23
	地域ケア会議に代替できる会議が既に存在する	9.3	6.8	11.3	21.7
	必要とする人材（職種・機関・団体）が集まらないから	12.6	14.3	11.3	4.3
	多様な人材が集まると個別事例についての情報について守秘義務を守ることが難しい	2.0	2.5	1.6	0.0
	その他	38.6	37.3	37.1	52.2
	無回答	40.7	41.6	43.5	26.1

(7) 地域包括ケアシステム構築に当たっての課題

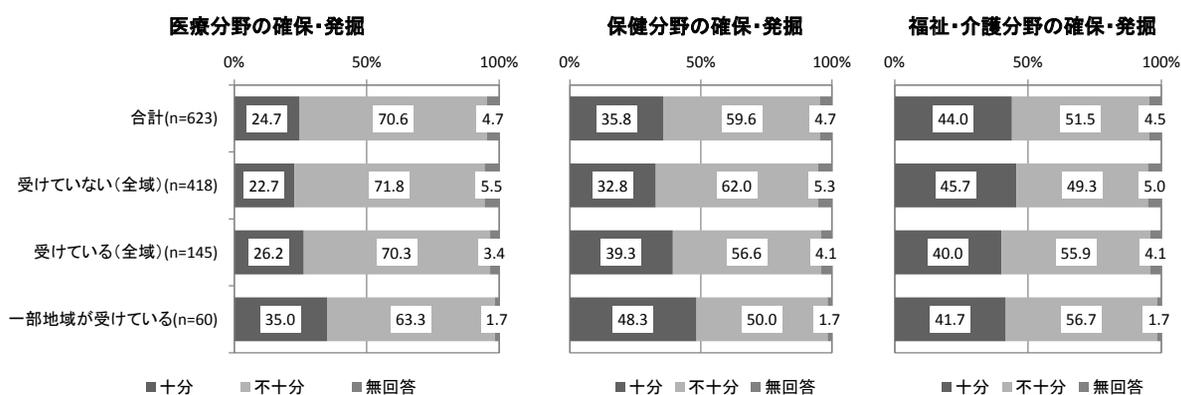
地域資源の確保・発掘については、医療分野と保健分野については「不十分」とする割合が高いが、福祉・介護分野については「十分」と「不十分」の割合がほぼ同程度。全域適用の有無でも大きな差はなかった。

行政と地域資源との連携については、全域適用あり市町村の方が「十分」とする割合が高く、医療分野では12.5ポイント、保健分野では19.0ポイントの差であった。

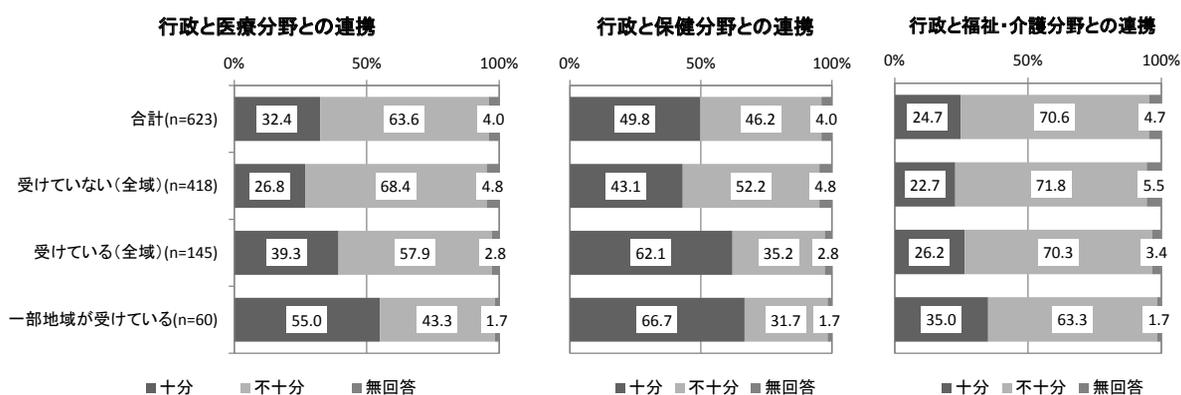
地域内の各種資源の連携については、全体としては「不十分」とする割合が高い。ただし、全域適用あり市町村の方が「十分」とする割合は高く、医療分野と保健分野との連携については9.9ポイント、医療分野と福祉・介護分野との連携については15.2ポイント、保健分野と福祉・介護分野については17.7ポイントの差であった。

地域住民との連携については、全域適用の有無に関わらず「不十分」とする割合が8割であった。

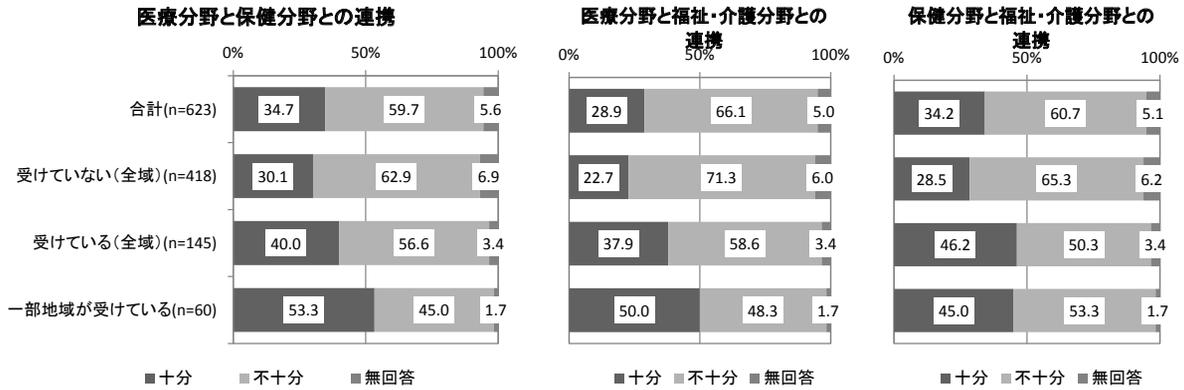
図表 15 地域包括ケアシステム構築に当たっての課題<地域資源の確保・発掘>



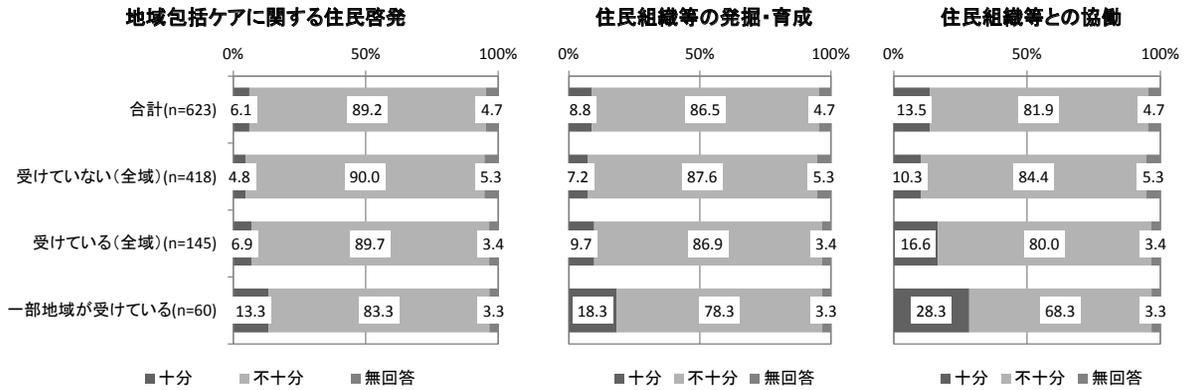
図表 16 地域包括ケアシステム構築に当たっての課題<行政と地域資源との連携>



図表 17 地域包括ケアシステム構築に当たっての課題<地域内の各資源の連携>



図表 18 地域包括ケアシステム構築に当たっての課題<地域住民との連携>



地域住民との連携に関する課題としては、次のような回答があった。

図表 19 地域住民との連携に関する課題 (抜粋)

- 地域の特性上、何事も受け身の部分がある。自分達で立ち上がらないと今後高齢社会に対応出来ない。気付きの視点をまず育てることも必要
- マンパワーの絶対的不足
- 連携するための糸口を見つけること
- 地域包括ケアの必要性、内容など住民へ周知を行っていない
- 地域において把握した問題・課題等を十分にフィードバック出来ていない
- ボランティア育成
- 住民ボランティア等を育成しても、その後のフォロー活用が十分出来ていない
- どの様に進めて行けば良いかわからない。
- 住民組織の育成に困難さを感じている
- 住民組織がどの様な取り組みをしているか把握していない
- 住民の中の担い手も高齢化している

(8) 地域包括システム構築に向けた地域住民・住民団体の活動状況

・住民同士が生活を支え合う互助組織

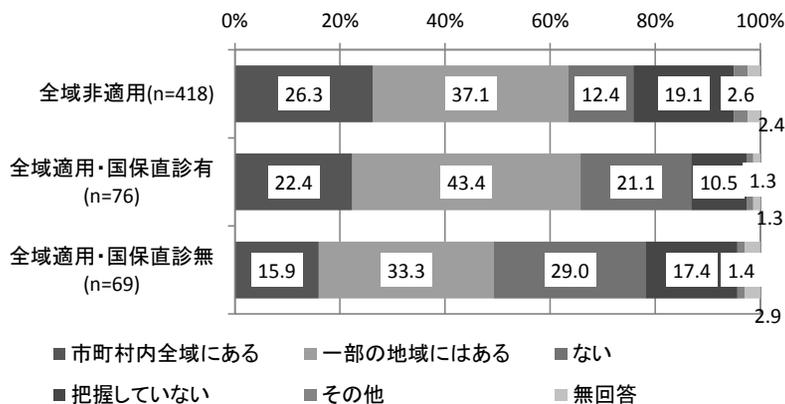
「ない」とする市町村の割合は、全域適用なし市町村では 12.4%に留まるのに対し、全域適用あり市町村では 24.8%であった。

全域適用あり市町村の中でも、国保直診施設のある市町村は 21.1%である一方、国保直診施設のない市町村では 29.0%であった。

図表 20 住民同士が生活を支え合う互助組織

問 16 貴市町村には、地域の住民同士が生活を支え合う互助組織や活動（ボランティア等）はありますか。	合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無		
		受けていない(全域)	受けている(全域)	一部地域が受けている
全体	623	418	145	60
市町村内全域にある	24.2	26.3	19.3	21.7
一部の地域にはある	38.0	37.1	38.6	43.3
ない	15.2	12.4	24.8	11.7
把握していない	18.0	19.1	13.8	20.0
その他	2.4	2.6	1.4	3.3
無回答	2.1	2.4	2.1	0.0

図表 21 住民同士が生活を支え合う互助組織（国保直診施設の有無別）



・住民同士が生活を支え合う互助組織の推進体制

活動がある場合、9割以上の市町村で推進体制があり、その主体としては社会福祉協議会が8割と最も多く、次いで行政が約4割であった。

図表 22 住民同士が生活を支え合う互助組織の推進体制の有無

問 17 (問 16で「互助組織等がある(市町村内全域・一部地域)」場合)行政や社会福祉協議会等による、住民の互助組織や活動を推進する体制はありますか。	合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無		
		受けていない(全域)	受けている(全域)	一部地域が受けている
全体	410	282	88	40
ある	92.2	91.1	93.2	97.5
ない	7.6	8.5	6.8	2.5
無回答	0.2	0.4	0.0	0.0

図表 23 住民同士が生活を支え合う互助組織の推進の主体

問17SQ (問17で「ある」場合) 主体はどこですか。		合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無		
			受けていない(全域)	受けている(全域)	一部地域が受けている
全体		378	257	82	39
行政		40.5	38.9	43.9	43.6
社会福祉協議会		85.4	86.0	87.8	76.9
その他		13.0	14.4	8.5	12.8
無回答		0.0	0.0	0.0	0.0

・具体的な活動内容

住民活動の具体的な内容としては、生活支援や買い物支援、見守りを目的とした活動や、介護予防を目的とした活動、ボランティアのマッチング、地域の課題抽出や関係者マップの作成等を目的とした活動があった。

行政の関わりは事業費の補助や講師等の派遣、地域のネットワークづくりのサポート、住民活動を通じて抽出された課題への対応等があった。

活動の成功要因としては、次のようなものがあった。

図表 24 住民活動の成功要因（抜粋）

- 歩いて行ける場所での事業展開
- 地域ケア会議を開催する前から、地域での見守り活動を行っている地区があり、そこが手本になっている。
- ボランティアの熱意によるところが大きい。
- 市社協が地区ごとにコーディネーターを配置して運営している。
- 活動をまとめるキーパーソンがいる。
- 地域住民に行政との協働の意識があるため。
- 市が都市内分権を推進し、協議会の支援を行っている。
- 有償とすることで気兼ねなくサービスを利用できる。
- 有償により、サポーターの活動意欲が保たれている。
- 無償なので気軽に参加し、定着している。

・住民同士が生活を支え合う互助組織の推進に向けて

活動がない場合の推進体制としては、「中心となる機関等を決めて取り組んでいく予定」が5割強で、その場合の主体は社会福祉協議会が約6割、行政が約5割であった。

図表 25 住民同士が生活を支え合う互助組織の推進に関する方針

問19（問16で「ない」場合）今後、貴市町村では住民による互助機能をどのように構築していく方針ですか。	合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無		
		受けていない（全域）	受けている（全域）	一部地域が受けている
全体	106	62	36	8
すでに中心となる機関等を決めて取り組みを始めている	5.7	4.8	5.6	12.5
中心となる機関等を決めて取り組んでいく予定	53.8	53.2	52.8	62.5
住民による主体性が重要なので行政等から働きかけることはしない	0.0	0.0	0.0	0.0
特に方針はない	16.0	14.5	22.2	0.0
その他	13.2	12.9	13.9	12.5
無回答	12.3	16.1	5.6	12.5

図表 26 住民同士が生活を支え合う互助組織の推進に向けた主体

問19SQ（問19で「中心となる機関等を決めて取り組んでいく予定」場合）主体はどこですか。	合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無		
		受けていない（全域）	受けている（全域）	一部地域が受けている
全体	57	33	19	5
行政	50.9	45.5	57.9	60.0
社会福祉協議会	57.9	45.5	68.4	100.0
その他	22.8	27.3	15.8	20.0
無回答	3.5	6.1	0.0	0.0

第3章

先進的取組地域に対する 現地訪問調査（ヒアリング調査）

1. 大分県・国東市

自治体の状況 (平成22年度国勢調査)	地域概況	2006年(平成18年)3月31日に国東町・国見町・武蔵町・安岐町が合併。	
	総人口	32,002人	
	平均年齢	52.2歳 (全国平均45.0歳)	
	高齢者人口	11,601人	
	高齢化率	36.4% (全国平均23.0%)	
	面積	317.84km ²	
	人口密度	100.7人/km ² (全国平均343.4人/km ²)	

施設・地域の状況	人口 (市町村全体)	総人口(30,828)人 高齢者人口(11,695)人 高齢化率:37.9% 時点:平成26年3月31日	
	地域包括支援センター	2箇所(直営)	
	要介護者 (市町村全体)	2,200人 時点:平成26年3月31日	
	地域ケア会議	開催状況	<input type="checkbox"/> 01 開催している(<input checked="" type="checkbox"/> 定期 不定期) <input type="checkbox"/> 02 開催していない
	目的	<input type="checkbox"/> 01 個別ケースの検討を目的 <input type="checkbox"/> 02 地域課題の検討を目的 <input type="checkbox"/> 03 その他の目的(多職種連携と参加者スキルアップ)	

(1) 現在実践している地域包括ケアシステムの特徴

<地域包括ケアシステムの概要>

- 地域包括ケアを市全体での取り組みとしていくために、市が中心となって体制の構築に取り組んでいる。
- ただし、一度に全ての仕組みを構築・運用開始することはできないので、段階を踏んでいくことを考えている。現在はその第1段階で、介護予防及び要介護度の重度化予防の推進に取り組みを始めている。
- この介護予防の推進に関しては、一次予防と二次予防の充実により要支援・要介護状態になることを防ぐことを目的として、地域におけるサロン活動や介護予防教室の充実を図っている。さらに要支援・要介護状態になった高齢者については、自立支援型マネジメントにより重度化の予防を目指しており、そのために重要な役割が期待されるのが、地域ケア会議である。

国東市が推進している介護予防事業

活動名	目的	対象者
くにさき元気高齢者 健やかサロン	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者が要介護認定を受けずに済むように、日頃から健康づくりを行うなど、自発的な介護予防の取組ができるよう地域活動組織を育成・支援するために、情報提供、活動支援および環境整備を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 市内在住の高齢者で、おむね要支援・要介護認定を受けていない人。
「さかしなろう会」介護 予防事業	<ul style="list-style-type: none"> ● いつでも健康な生活を目指す高齢者のための介護予防教室。健康・体力チェックや筋力アップ体操、栄養指導、口腔地チェックなどを、リハ専門職や管理栄養士、歯科衛生士、管理栄養士等とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 65歳以上高齢者で(要支援・要介護認定者は除く)

- この介護予防への取組の次の第2段階としては、医療・介護の連携の推進に取り込もうと考えている。そのため平成25年度から「在宅医療連携拠点整備事業」を開始し、運営会議の立ち上げや多職種合同交流会の開催に取り組んだ。そして平成26年度からは、「多職種連携の課題に対する解決策の抽出」「効率的な在宅医療・介護サービス提供のための多職種連携」「在宅医療従事者の負担軽減の支援」「在宅医療に関する地域住民への普及啓発」「在宅医療に従事する人材育成」に取り組んでいる。

<地域ケア会議の状況>

- 地域ケア会議は、保険者と介護関係者が、チームとなり自立支援と地域包括ケアの方向性を見出し、確認する場と位置づけている。専門職種の視点を入れたプランを作成するために、理学療法士や作業療法士、歯科衛生士、管理栄養士などにも参画してもらっており、「多職種協働による協議」「自立を阻害する要因の追及」「医療との連携」「インフォーマルサービスの活用」等が実現され、最終的には要支援・要介護者の QOL が向上することを目指している。同時に、地域課題やその解決策の検討の場であったり、関係職員の OJT の場でもある。
- 平成 25 年 9 月から現在の形での地域ケア会議を開催しているが（毎週木曜日 1330～1630 1 事例 45 分以内。対象は要支援 1・2・介護 1）、150 事例中、認定更新後に改善したケースは 16.2%、維持したケースは 45.9%、悪化したケースは 20.3%、そして卒業したケースは 12.2%であった（率は未更新者を除く数に対しての割合）。
- また、多職種が参加することにより、様々なアドバイスを得ることもできている。このような形での地域ケア会議を開催することで共通認識として共有できていることの一つに、介護の視点だけでみているのはダメであるということである。悪化事例をみると基礎疾患が影響しているケースも多く、アプローチを変えなければならない。

地域ケア会議において受けたアドバイス

アドバイス・指摘事項	件数
栄養指導・食生活の改善	40
口腔機能の改善	34
運動機能の改善	32
住宅改修・環境整備	16
認知症・うつ予防	16
疾病管理（重症化予防）	11
閉じこもり予防	6
服薬管理	5

- 多職種の参加が得られているが、その多くは国東市民病院からの参加である。病院としてはスタッフの時間が取られることになるが、市としての取組をバックアップするために全面的に協力している。
- なお、地域ケア会議における一つの課題は、医師の参加である。どのようにして医師を取り込んでいくのかは今後の課題ではあるが、できることから取り組んでいくつもりである。実際に医師が地域ケア会議に参加することは困難なので、ケアマネジャーが医師から情報を得て、その情報を会議で伝えるような仕組みができればよいと考えている。

＜地域包括ケアシステム構築にあたっての課題＞

- 平成 24 年度からはモデル的に、そして平成 25 年度からは本格的に開始した地域ケア会議において、前述のように医師をどのように取り込んでいくかが大きな課題となっている。
- そして、地域包括ケアシステム構築に向けた第 2 段階としての、医療・介護の推進についても、具体的にどのように進めていくのかも課題となっている。
- また、個別の事業レベルでは、新しい総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）において求められている、多様な生活支援サービスを構築していく上での、中心的役割を担うコーディネーター機能の整備と、そのコーディネーターとなる人材の育成も課題である。
- そのためには地域資源の発掘が不可欠であるが、その点についてはまだ取組は遅れている。住民主体、NPO 法人、民間企業等、多様な主体による生活支援サービスの開発・発掘の取組みとして、平成 26 年度中に、サービスの提供主体となりうる団体が参画する準備会（「協議体」の設置に向けた情報交換会）を立ち上げる予定である。
- 当該活動を支援していくため、現役世代の能力を生かした活動やボランティアポイント制の導入にも取り組んでいきたい。

（２）地域包括ケアシステム構築に向けた地域住民・住民団体の活動状況

＜行政が地域住民・住民団体に働きかけて実施している取組＞

- （特になし）

＜地域住民・住民団体からの働きかけがあって実施している取組＞

- 地域の様々な資源が自主的に取り組んでいる活動としては、くにさき地域包括ケア推進会議（通称：ホットネット）がある。
- この活動は平成 16 年度に始まった「仏の里ネットワーク」活動がベースとなって発展したもので、平成 22 年度から本格的に活動が開始されている。介護と医療の連携においては、医療が「上から目線」で接してしまうので、当初は医師は入れずに活動を開始した。
- ホットネットが作成した、くにさき地域連携マニュアルは、地域での課題解決に向けた話し合いを進める中で生まれたもので、現在は国東市内の約 9 割の事業所が活用している。施設同士の連絡票においては在宅での状況は必要ないかもしれないが、その情報を入れておくことで、居宅サービス事業所も活用できるようにしている。
- なお、市町村合併の影響については様々な意見があろうが、国東市ではこのホットネットの活動において、連携すべき先が旧町単位から広がったことにより、「これまで見えていなかったものが見えてきた」という印象がある。

地域住民・住民団体からの働きかけがあって実施している取組

活動名・実施主体	くにさき地域包括ケア推進会議（通称：ホットネット）
実施の背景/きっかけ・開始時期・中心となった組織/人物	<ul style="list-style-type: none"> • 地域住民が安心して暮らせるよう地域全体で支え合う体制づくり」を目的に、平成22年から自主的に活動している団体。 • 構成員は、国東市、姫島村の保健・医療・福祉・介護分野の事業所に従事し、趣旨に賛同する者で、看護師、医療ソーシャルワーカー、セラピスト、栄養士、介護支援専門員、看護師、社会福祉士、介護福祉士など。
活動の目的・内容	<ul style="list-style-type: none"> • くにさき地域連携マニュアルの作成と普及 • 介護保険福祉関係事業所一覧の作成
有償・無償の状況	<ul style="list-style-type: none"> • 無償
行政との関わり	<ul style="list-style-type: none"> • 事務局は国東市地域包括支援センター。 • 市は、ホットネットが開発・作成した連携マニュアルや事業所一覧などの普及や利用促進、会議や各種研修、講演会の開催を支援。また、ホットネットでは解決が困難な地域課題等については、在宅医療連携推進運営会議を通じて課題解決に取り組む。
医療機関・介護サービス事業との関わり	
活動の成功要因	
活動を継続する上での課題・対策	

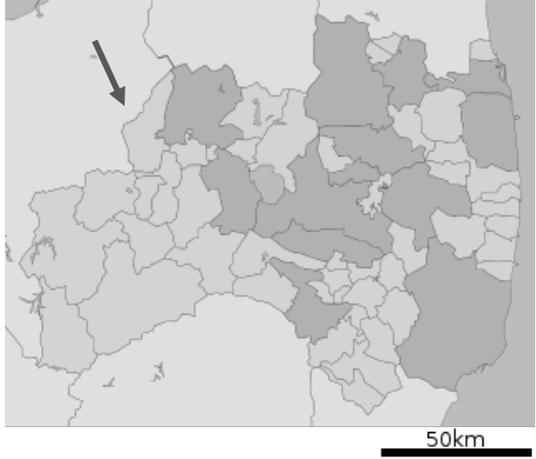
<地域住民・住民活動を地域包括ケアシステムの一部として根付かせるための工夫・対策>

- 前述のように、地域包括ケアシステムの構築に向けて行政も医療・介護の連携について取組を進めているので、その取組との整合性をとっていく必要がある。
- 代表はホットネットのメンバーから選出しているが、その事務局は国東市地域包括支援センターが担っている。直営の地域包括支援センターが担うことにより、行政との連携も深められるのではないかと。

(3) 地域包括ケアシステム構築に向けた今後の取組

- 行政主導型で地域包括ケアシステムの構築を段階的に進めているが、このように段階的に進めるためには、行政の役割は不可欠である。そこにホットネットのように地域での自主的な活動とどのようにコラボレーションしていくかが今後の課題である。
- また、前述のように地域ケア会議における医師の関与が現時点では希薄であるので、医療・介護の連携を進める中で、どのように医師を取り組んでいくのかも課題となっている。
- なお、地域包括ケアシステム構築の進捗を確認するための指標としては、サロンの数や要介護認定率、健康寿命、在宅生活者の割合等が考えられるのではないかと。

2. 福島県・西会津町

自治体の状況 (平成22年度国勢調査)	地域概況	1954年(昭和29年)に、耶麻郡新郷村・奥川村が河沼郡野沢町・尾野本村・登世島村・睦合村・下谷村・群岡村・上野尻村・宝坂村と合併し、西会津町が発足。	
	総人口	17,864人	
	平均年齢	55.2歳 (全国平均45.0歳)	
	高齢者人口	6,369人	
	高齢化率	35.7% (全国平均23.0%)	
	面積	886.52km ²	
	人口密度	20.2人/km ² (全国平均343.4人/km ²)	

施設・地域の状況	人口 (市町村全体)	総人口(7,174)人 高齢者人口(2,979)人 高齢化率:41.5% 時点:平成26年10月1日		
	地域包括支援センター	1箇所(委託)		
	要介護者 (市町村全体)	581人 ※高齢者人口570人 時点:平成26年10月1日		
	地域ケア会議	開催状況	01 開催している (定期 不定期) 02 開催していない	
	目的	01 個別ケースの検討を目的 02 地域課題の検討を目的 03 その他の目的(多職種連携と参加者スキルアップ)		

(1) 現在実践している地域包括ケアシステムの特徴

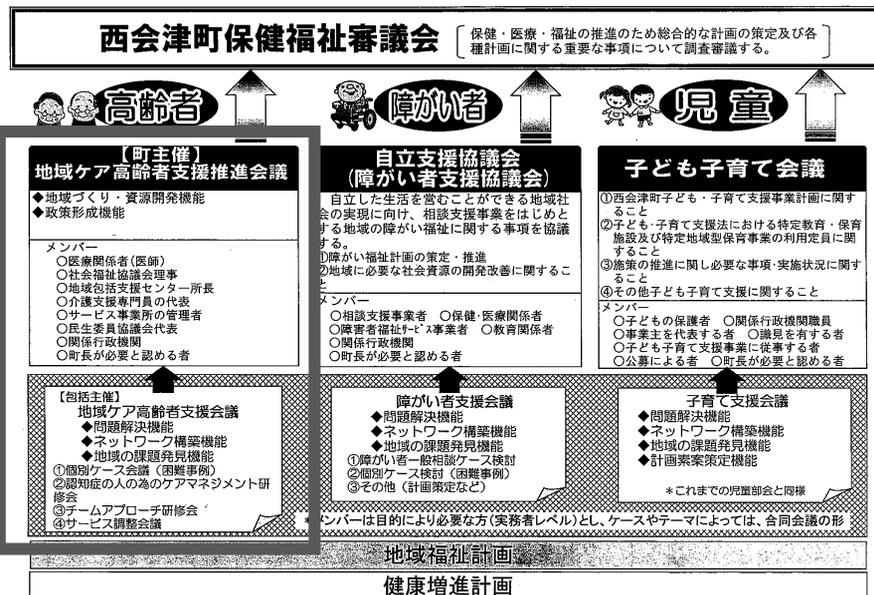
<地域包括ケアシステムの概要>

- 介護保険制度創設前から、町長の強いリーダーシップのもと、トータルケアの概念に基づく医療福祉分野の一体的な整備が進められてきた。町の中心部に介護老人保健施設、無床診療所、特別養護老人ホームなどの施設が立てられるなど、町づくりにもその概念が現れている。こうした取組みの背景には、過疎地域であり、高齢化率も都市部に比べて進んでいたために、取組みの必要性に迫られていたことがある。
- 施設の運営には、町の主導で立ち上げられた社会福祉法人が指定管理者としてあっている。そのため、町（行政）と町内の施設スタッフが一体となって地域包括ケアに取り組むことができる環境となっている。
- 町には入院機能を有する医療機関がなく、無床診療所が4か所あるのみである（うち2か所は出張診療所）。そうした中においても、医師の方針のもと、介護老人保健施設やショートステイを活用しながら出来る限り在宅での生活を継続できるよう支援している。また、在宅での看取りにも力を入れており、在宅での看取り件数は年間40件程度（町全体の死亡者数は120～140件/年）にのぼっている。

<地域ケア会議の状況>

- これまで西会津町では、1つの会議の中で高齢者や障害者等の様々な問題を取り上げていたが、国の動きを踏まえ、目的別に会議体を設けることとした。
- 平成26年度から、地域包括支援センター主催の「地域ケア高齢者支援会議」を開催している。同会議は、①個別ケース会議、②認知症の人の為のケアマネジメント会議、③チームアプローチ研修会、④サービス調整会議の4つの会議からなる。
- 地域ケア高齢者支援会議で把握された地域の課題は、町主催の「地域ケア高齢者支援推進会議」に報告し、対策が検討されることとなっている。

福島県西会津町における地域ケア会議（太枠部分）



＜地域包括ケアシステム構築にあたっての課題＞

- 今後は、地域ケア会議の充実により、町人にあった町ならではの地域包括ケアシステムの構築が課題である。
- そのためには、住民も巻き込んで取り組んでいく必要があるが、行政主導型で長年取り組んできた経緯もあり、住民自身が主体となってお互いに支え合うという考えが浸透しづらいという実態もある。
- 個別ケース会議や認知症の人の為のケアマネジメント会議には、民生委員等の住民にも参加してもらっているが、住民のネットワークづくりにまでは広がっていない。
- また、平成 26 年度より小規模多機能型居宅介護事業所や認知症グループホーム事業所が参入しており、これらの新たな関係者にも、温度差なく地域包括ケアシステムに参画してもらうことも重要な課題である。

(2) 地域包括ケアシステム構築に向けた地域住民・住民団体の活動状況

＜行政が地域住民・住民団体に働きかけて実施している取組＞

- 地域の医療・福祉資源が限られているため、行政側が地域住民・住民団体に働きかけて、集いの場づくりを支援している。行政は、あくまで活動の立ち上げを支援するという立場であり、求めに応じて運営上の相談受付や、講義を行う等の関わりを持っている。
- サロン活動は社会福祉協議会からの提案で始めたものであり、90 地区中 49 地区で展開している。町は、地域支援事業（一次予防事業）の一環で3回程度関わったのち、社会福祉協議会に活動をバックアップするよう引き継いでいる。
- 町が実施しているサロン活動助成事業や、認知症サポーター養成講座等を通じたサロン活動の PR などを通じて、サロン活動が広がってきている。（平成 18 年度 3 か所→平成 26 年度 36 か所）
- その他、行政主導で「奥州元気クラブ」を立ち上げている。介護認定を受けても通所サービスは待機状態であるため、介護予防・健康づくり支援の一環で取組みを開始した。当初（平成 25 年度）は過疎集落等自立再生緊急対策事業の枠で、廃校舎を利用してミニデイサービス事業として開始したが、平成 26 年度は地域支援事業（一次予防事業）として実施している。
- 当初保健師が毎回参加し、運動を指導していたが、理学療法士に相談して住民だけでも実施できる体操プログラムを考案、住民のみでも活動できるようにした。

行政が地域住民・住民団体に働きかけて実施している取組

活動名・実施主体	サロン活動 (地区住民主体)	奥州元気クラブ (行政主体/ 地域支援事業 [一次予防事業])
実施の背景/きっかけ・ 開始時期・ 中心となった組織/人物	<ul style="list-style-type: none"> ● 全国社会福祉協議会事業「いききふれあいサロン」を町の社会福祉協議会事業として推進していくことがきっかけ。 ● 平成8～9年に3か所から開始。 ● 社会福祉協議会からの提案で開始し、民生委員協議会で運営。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 平成25年度に過疎集落自立再生緊急対策事業の一環で立ち上げ。 ● 健康福祉課福祉介護係が担当。 ● 平成26年度からは地域支援事業（一次予防事業）として実施。
活動の目的・内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 要支援者を把握し、閉じこもり予防、地域の支え合い活動へとつなげるため。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護予防・地域の支え合い ①運動 ②お楽しみ活動（講師は地区住民）
有償・無償の状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 無償 ● 平成26年度から、活動費を助成（年1万円） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 有償 ● 支援員への報償費 ● レク指導員への報償費
行政との関わり	<ul style="list-style-type: none"> ● 希望時に電話講座を実施。（ボランティア活動サポートセンターがコーディネート） ● 立ち上げ支援講座を実施。 ● 開設意欲の向上に向けた取組（CATVの放送、リーダー研修等） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 行政がリードしつつ、支援者との協働で実施。
医療機関・介護サービス事業との関わり	<ul style="list-style-type: none"> ● 心配なケースは地域包括支援センターにつないでもらう。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 担当者（保健師）が必要時連携を取る。
活動の成功要因	—	—
活動を継続する上での課題・対策		<ul style="list-style-type: none"> ● 行政と住民の役割分担のあり方。 ● クラブから地域への介護予防の発信、生きがい支え合い活動の土壌づくり。

＜地域住民・住民団体からの働きかけがあって実施している取組＞

- 一方で、地域住民発案の地域見守りネットワーク活動（須刈ふれあいネットワーク）もある。
- 本活動は地区の民生委員が「孤独死のない町づくりが必要である」と提案したことがきっかけであり、区長を巻き込み先進地域の視察等を通じて住民自身が仕組みを構築していった。
- この活動は平成8年から続いている。同地区で活動が定着している要因としては、①長らく1人の住民が区長を務めており、トップ交代による活動の低迷等が生じにくいこと、②老人クラブの役員等が活動の中心となっており、活動の後継者が決まっていること、③問題や課題があった場合に社会福祉協議会や地域包括支援センターが助言できる場があること（年3回開催される全体会議）、等があげられる。
- 町としてはこの活動が広がればよいと思うものの、住民にかかる負担も大きく、他地域には広がっていない。現在は、保健師側から民生委員を中心に地域での見守りを行うように呼びかけたり、住民に問題提起をするなど、住民が自身でできる範囲での活動を促している。

地域住民・住民団体からの働きかけがあって実施している取組

活動名・実施主体	地域見守りネットワーク「須刈ふれあいネットワーク」
実施の背景/きっかけ・開始時期・中心となった組織/人物	<ul style="list-style-type: none"> ● 地区民政委員からの孤独死を予防するための取組の提案 ● 平成8年から活動を開始
活動の目的・内容	<ul style="list-style-type: none"> ● ①全体会（年3回）：情報交換、活動内容の検討、学習会 ● ②かわら版の発行：高齢者を対象とした詐欺情報等の注意喚起 ● ③おせっかいタイム：夕方に家の電気がついているか、お互いにチェックする活動 ● ④安否確認防災訓練
有償・無償の状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 無償
行政との関わり	<ul style="list-style-type: none"> ● 全体会への参加。 （社会福祉協議会、地域包括支援センター、健康福祉課が参加）
医療機関・介護サービス事業との関わり	<ul style="list-style-type: none"> ● 個別ケースを把握した際に、地域包括支援センターが適切なサービスにつなぐ。
活動の成功要因	<ul style="list-style-type: none"> ● 組織がきちんとしていて、後継者が決まっている。 ● 問題や課題について、社会福祉協議会、地域包括支援センター等が助言できる場がある。
活動を継続する上での課題・対策	

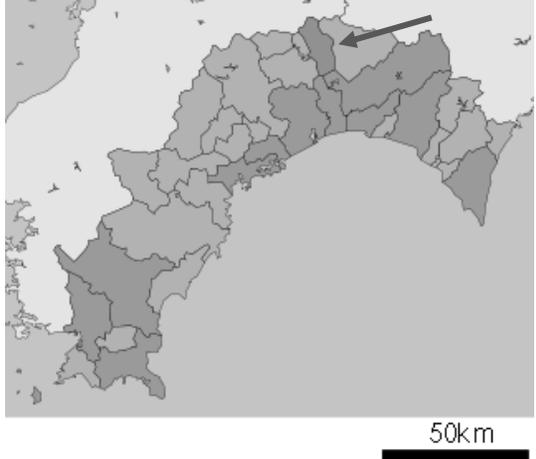
＜地域住民・住民活動を地域包括ケアシステムの一部として根付かせるための工夫・対策＞

- 現在は活動拠点が限られており、送迎車で参加者を集めて事業を運営することは人的、経済的な面から継続が困難である。
- そのため、住民が歩いて通える範囲で、住民主体による運動教室等の活動ができるよう広めていきたい。
- 気軽に参加できる環境を整えることで、地域包括ケアシステムとしても根付くものと考えられる。

(3) 地域包括ケアシステム構築に向けた今後の取組

- 長らく行政主導型で地域包括ケアシステムを構築してきたため、専門職間の連携はできつつあるものの、住民主体による活動の活発化が今後の課題である。
- 現状では、民生委員をはじめ、様々な活動の担い手が特定の住民に集中するようになってしまっている。
- 町では、ヘルパー2級の養成も行っており、ヘルパーとして活躍した住民が、現役引退後、サロン活動の支援者になったり、生活支援に携わったりしている。
- 高齢者であっても地域の重要な支え手の1人であると住民自身に認識してもらい、シルバー人材センターを通じて生活支援を行うなど、主体的な関わりが増えるとよい。

3. 高知県・本山町

自治体の状況 (平成22年度国勢調査)	地域概況	1955年(昭和30年)に吉野村と合併し(新)本山町となる。	
	総人口	4,103人	
	平均年齢	49.0歳 (全国平均45.0歳)	
	高齢者人口	1,651人	
	高齢化率	40.2% (全国平均23.0%)	
	面積	134.21km ²	
	人口密度	30.6人/km ² (全国平均343.4人/km ²)	

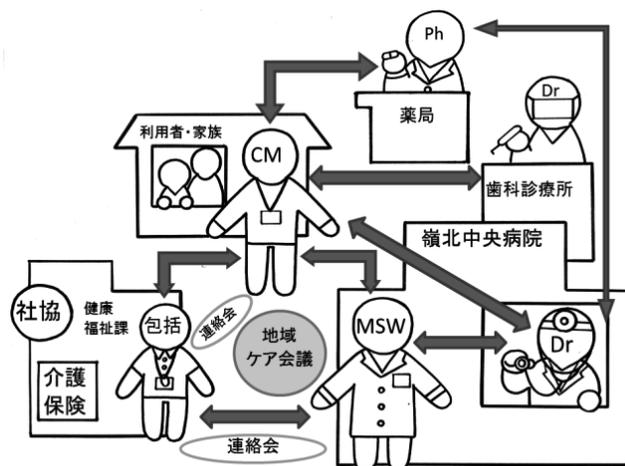
施設・地域の状況	人口 (市町村全体)	総人口(3,722)人 高齢者人口(1,596)人 高齢化率:42.9% 時点:平成26年10月31日			
	地域包括支援センター	1箇所(直営)			
	要介護者 (市町村全体)	319人 時点:平成26年10月31日			
	地域ケア会議	開催状況	01 開催している (定期) 不定期) 02 開催していない		
		目的	01 個別ケースの検討を目的 02 地域課題の検討を目的 03 その他の目的(町の方針を共有し、その方針に沿った取り組みを展開するため)		

(1) 現在実践している地域包括ケアシステムの特徴

<地域包括ケアシステムの概要>

- 「誰もが一人ひとりいきいきと輝いて暮らせるまち本山」を目標として、(顔の見える連携に留まらない、) 顔の向こう側の見える関係づくりを目指している。その取組の1つが地域ケア会議である。(次項参照)
- 同町は平成24年から平成26年にかけて年間約80人の人口自然減が生じており、慢性的な人手不足、医療・介護サービス不足に陥っている。医療・介護サービスの担い手不足のために、インフォーマルによる部分が多い。(例えば、近隣の住民が見守り、付き添いをするなど。)
- 農家等が多いこともあり、住民同士で支え合う文化は根付いているものの、インフォーマルな支援に頼りすぎた場合、支援者側の負担が大きくなり、支援の継続が難しくなるなどの問題が生じることがある。
- 今年度から開始している地域ケア会議では、個別ケースの検討の際にケアマネジャーから困難事例を挙げてもらっているが、その多くがサービス不足によるものである。

高知県本山町の地域包括ケアシステムにおける連携体制



<地域ケア会議の状況>

- 今年度から地域ケア会議という形で会議を開いており、2か月に1回のペースで開催している。主に、ケアマネジャーから困難事例を挙げてもらい、その対応についてどうすると良いか、話し合っている。
- 対象とする事例について、要支援のみといった形での条件は設けていない。
- 現在はまだ会議で意見を出し合っている段階であるが、今後は地域として支えていくためにはどうしたらいいか、検討していく必要がある。地域ケア会議で出てきた課題を、町の施策につなげるための仕組みを作っていくことが課題である。

＜地域包括ケアシステム構築にあたっての課題＞

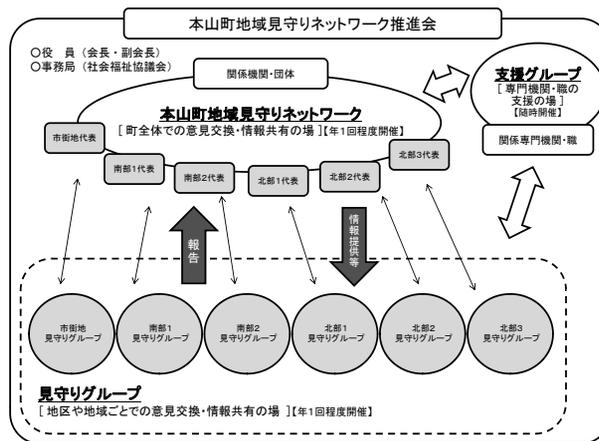
- 町内のみで問題を解決することは難しく、近隣市町村との連携が不可欠である。
- 民生委員などの役割が特定の人に集中しており、住民活動の継続性や広がりには支障をきたす要因となっている。住民からの活動を待つのではなく、住民がシステムの構築と維持に積極的に参加し行動できるよう、住民に明確な動機づけをする必要がある。
- ぎりぎりまで仕事をするなどして要介護認定を受けない高齢者が多く、申請時には要介護度3・4になっている方が多い。また、老々介護や高齢者単身世帯が多く、一度入院すると介護者不在のため退院できず施設に入所するといった流れが一般的になっている。市内であればデイサービスを利用しながら在宅生活を続ける人もいるが、町内住民の場合はそもそもデイサービスの利用割合が低い。

(2) 地域包括ケアシステム構築に向けた地域住民・住民団体の活動状況

＜行政が地域住民・住民団体に働きかけて実施している取組＞

- 取組の1つが住民同士で見守り合い等を行う「本山町地域見守りネットワーク推進会」の活動である。本活動は社会福祉協議会が主導して行っている。背景には、要援護者台帳の整備といった災害対策や、日頃からの見守りの必要性に対する意識の高まりがあった。平成25年7月以降、全体会を3回、地区の会を4回実施し、平成26年6月にネットワークづくりに向けた検討会を発足。平成26年8月から見守りグループ会（6グループ）を開催している。
- 町内24地区を6グループに分けて、グループごとに活動してもらうこととしている。活動の主体や具体的な方法は特に明示しておらず、各地域の主体性を尊重する方針である。行政は会議の場に参加し、適時運営を支援するという関わりである。
- 一部空白地域もあるものの、そうした地域については行政職員、民生委員、社会福祉協議会が連携して対応することとしている。

本山町地域見守りネットワーク推進会の全体像



- 他にも町内を 13 地区に分けて「地域ミニデイ活動」を実施している。取組のきっかけは平成 14 年にさかのぼり、認知症対策のために町が地元婦人会等に働き掛けたことが始まりである。
- ミニデイは自身で会場に来ることができることを参加条件としており、比較的元気な高齢者が対象である。要介護度 1 程度になると、「あったかセンター」（町内 3 か所）に移行する仕組みとなっており、状態像に応じた集いの場を用意している。
- 開催頻度は地区によって週 1 回から月 1 回とばらつきがあるが、町からは運営費の補助を行ったり、町として支援可能なメニューを提示するなどして活動を支援している。また、現在、別の事業でつきあいのあった委託業者（市内の NPO 法人）と連携して、さらなる活動の活性化対策を模索中である。
- 活動のために経費を徴収している地区もあるが、そのために利用者が少ない・減っているということは特にない。

行政が地域住民・住民団体に働きかけて実施している取組

活動名・実施主体	<ul style="list-style-type: none"> ①「リハビリキッチン」 NPO 法人 食と健康を学ぶ会 ②「本山町地域見守りネットワーク推進会」 本山町社会福祉協議会が主導 ③「地域ミニデイ活動」 ミニデイ推進委員
実施の背景/きっかけ・開始時期・中心となった組織/人物	<ul style="list-style-type: none"> ①開始時期：平成 24 年 NPO と行政の協働により取り組んだモデル事業。高齢者の「食を通じた介護予防及び食事のあり方を検討し、人材も育成しつつ食の大切さを広く地域に普及していくため。 ②開始時期：平成 25 年 別紙参照 ③開始時期：平成 14 年 認知症対策のために町が地元婦人会等の中心的な女性に声をかけた。
活動の目的・内容	<ul style="list-style-type: none"> ①上記のような背景を踏まえ、実施協議体を構成し、食を通じた介護予防効果の検証、地域の人材教育、高齢者が元気に過ごせるための地元食材を使ったメニューの提供 ②別紙参照 ③各地域で健康に暮らせるようにするという目的のもと、その地域の特性に応じた内容や回数で自由に開催する。
有償・無償の状況	<ul style="list-style-type: none"> ① 有償 （委託事業のため） ② 無償 ③ 運営費支援 3,000 円/回
行政との関わり	<ul style="list-style-type: none"> ① 実施方法の企画や事業取り組みを NPO に委託し、実行者として行動している。 ② 体制整備に協力し、会議等にも参加することで、町が求める活動（日常的に見守る目を持つ）にも協力してもらっている。 ③ 講師依頼等があれば保健師等派遣。活動内容等の相談に乗る等運営面での支援も行っている。

医療機関・介護サービス事業との関わり	① 実施協議体に嶺北中央病院も構成員となっており、協力体制はとっている。 ② 別紙参照 ③ 医療関係者、介護サービス事業所関係者が定例会に参加し、積極的に情報交換をしている。
活動の成功要因	① 多職種、多事業所が構成員となっており、具体的、かつ専門性に長けたアドバイスを受けることが可能であった。 ② 実際の活動は未。 ③ ミニデイ推進員のやる気が一番の要因。推進員の思いや要望を把握するため、担当者として保健師をつけた。そして、さらに士気を高めたり、開催内容の組み合わせ、労力を軽減するため、サポート内容を具体的に示した。
活動を継続する上での課題・対策	① ・地域住民はNPOや行政への依存傾向が強いため、今後自主性を促よう働きかけをしなければならない。 ・住民に食を中心に健康を考える視点を強く意識してもらい、高血圧、低栄養等を防ぐことで、一人でも多くの住民の健康を維持させること。 ② 実際の活動は未 ③ 各地区の活動内容の把握と、推進員同志のさらなる連携の強化。若年の推進員の確保。

<地域住民・住民団体からの働きかけがあって実施している取組>

- 町内でケアマネジャーとして働いている人が、利用者家族の要望を受けて「介護者家族の集い」を平成25年に発足した。発起人は県外からのIターン組である。当初は介護者家族が主体となって活動を続けていけるようにと考えていたが、実際には介護があることもあり、発起人が世話人として会に参加している状況である。
- また、地域のリハビリテーション職が、平成19年に専門職有志で「嶺北の地域リハを考える会」を立ち上げている。同会議には、リハビリテーション職にとどまらず、多様な職種が集まると同時に、町外のスタッフも参加しており、町外医療機関等との入退院の調整がスムーズになるなどの波及的効果も認められている。
- いずれも取組も、活動の周知や行政との連携が課題となっている。
- なお、来年度からは「長老大学」と呼ばれる、逆支援型のデイサービスの開設が予定されている。本活動も町外からのIターン組による発案であり、町外からの若手世代が活動の幅を広げているといえる。

地域住民・住民団体からの働きかけがあって実施している取組

活動名・実施主体	① 介護者家族の集い 住民代表・介護サービス事業者 ② 嶺北の地域リハを考える会 専門職有志
実施の背景/きっかけ・開始時期・中心となった組織/人物	① 平成 25 年 ケアマネの資格を有する澤本氏が、利用者家族が、「愚痴を言いたい」と言っていることを聞き、同じ思いの方々に声掛けしたことによる。 ② 過疎超高齢化が進んだ当地域で専門職としてなにができるのか、「高齢になっても障害があってもいきいきと暮らせる地域を作りたい」との思いから、専門職有志で平成 19 年に発足
活動の目的・内容	① 介護をしている者どおし、愚痴を言ったり、悩みを分かち合うことによって、介護活動から生じるストレスを発散させ、「また頑張って介護ができる」という気持ちを抱かせる場所の提供。 ② 活動の柱として、 ●地域リハビリについて考える活動 ●資質向上と地域へつなげる活動 ●地域課題（自分たちにもできる活動）について考える活動 ●在宅サービスを知らせる活動 としている。
有償・無償の状況	① 無償 ② 無償
行政との関わり	① 依頼があれば、講師等の派遣。活動場所の無償提供（社協等） ② 定例会等への参加
医療機関・介護サービス事業との関わり	① 実施協議体に嶺北中央病院も構成員となっており、協力体制はとっている。 ② 地域包括支援センターを通じて、病院や地域関係機関に声掛けはできる。
活動の成功要因	① お世話人さんと包括支援センターの取り組み目的を明確にするための協議。 ② 「この地区を自分たちの力で何とかしなければ」という、専門職特有の責任感と誇り。
活動を継続する上での課題・対策	① 活動の普及、啓発活動。 ② 活動の主旨が行政に十分伝えられていない。行政、事業所との連携強化。

<地域住民・住民活動を地域包括ケアシステムの一部として根付かせるための工夫・対策>

- 行政からの広報が不十分であるため、「地域包括システム」自体を住民が理解できていない現状がある。自助、互助の意味と住民一人ひとりが担うべき行動を理解してもらう方法を考えなければならない。
- 住民との座談会等計画し、より多くの意見を集約する取組をしたいと考えている。
- また、民生委員等から、担当地区のさらなる活性化に資する働きかけがあったとき、分かりやすく、簡潔に町の考えを伝えなければならないと感じている。

(3) 地域包括ケアシステム構築に向けた今後の取組

- 「選択と心構え」を促す施策がとれていない。住民と身近であるが故に、「自立支援」を推進すると、「見放された」と勘違いされてしまう。関係者が一丸となってシステムの構築に向けて取り組まなければならない。そのためには、地域の課題や現状を可視化し、具体化した解決策等を分かりやすく示していくことが必要である。

地域包括ケアシステムの構築過程における課題(太枠部分)



- 住民からは、介護保険事業計画第6期計画の作成にあたり、内容をパンフレット版に収めて全戸配布してほしい、との要望がでている。また、「地域ケア会議」とは何か、地区の会で簡単に説明してほしいという要望もあがっている。
- こうした住民側の問題意識や意見を真摯に受け止め、行政として分かりやすく説明するとともに、住民の状態や意向にあった施策の展開に活用していく必要がある。

4. 鹿児島県・さつま町

自治体の状況 (平成22年度国勢調査)	地域概況	2005年(平成17年)3月22日、宮之城町、鶴田町、薩摩町が合併して発足した。	
	総人口	24,109人	
	平均年齢	51.4歳 (全国平均45.0歳)	
	高齢者人口	8,524人	
	高齢化率	35.4% (全国平均23.0%)	
	面積	303.43 km ²	
	人口密度	79.5人/km ² (全国平均343.4人/km ²)	

施設・地域の状況	診療圏域等の人口	総人口(23,271)人 高齢者人口(8,461)人 高齢化率:36.4% 時点:平成26年10月1日		
	地域包括支援センター	1箇所(直営)		
	診療圏域等の要介護者	1,021人 時点:平成26年10月1日		
	地域ケア会議	開催状況	01 開催している (定期) (不定期) 02 開催していない	
		目的	01 個別ケースの検討を目的 02 地域課題の検討を目的 03 その他の目的	

(1) 現在実践している地域包括ケアシステムの特徴

<地域包括ケアシステムの概要>

- 時々医療、時々介護のサービスを利用しながら、高齢者が住み慣れた地域でいつまでも生活できるよう、医療・介護・福祉の関係者等が、顔の見えるネットワークを構築し連携に努めている。行政レベルでは、第5期計画に関係部門の連携と情報共有を計画し、平成25年度から、「健康増進課」・「介護保険課」・「福祉課」の民生三課において、「民生三課連携会議設置規程」を制定し、情報共有や連携に努めているところである。
- 今後は、地域包括ケアシステムの構築を目指して、町行政と連携し情報共有を図りながら、地域包括支援センターを中心に、4つの在宅介護支援センターと協働して、地域福祉の推進や高齢者の生活支援等取り組んでいければと考えている。

<地域ケア会議の状況>

- 地域ケア会議は2006年頃から開始しており、個別ケースの検討を目的とした会議は月1回程度、地域課題の検討を目的とした会議は不定期（2013年度は9回）開催している。

<地域包括ケアシステム構築にあたっての課題>

- 過疎、高齢化が進む中山間地域であるので、NPOやスポーツクラブ等少なく、地域資源の確保や発掘は難しい。支える側の民生委員等も高齢化が気掛かりである。
- また行政からは、町内20公民館に対して福祉部の設置を呼び掛けているが、未組織の公民館が多く、まだ機能していない。地域包括ケアについては、在宅福祉アドバイザーや民生委員等の研修会等の場を利用し周知に努めているところである。
- 地域においても過疎・高齢化が進行し、地域の商店も閉鎖が相次ぐ。中心部にはスーパーや、一部の国道沿いにはコンビニ等もあるが、町域は303㎢と広く、買い物や病院受診など、住民の交通対策が一番重要な案件であると考ええる。
- 電車はもちろん、バスも場所によっては通っておらず、集落から離れた一軒家に独居の例も多々あり、タクシーはあるものの、農業を生計として、老後を少額の国民年金で暮らす世帯も多い。金銭的な面から介護サービスやタクシー利用を控える例がある。介護タクシーの希望も多いが、軽度者の金銭的な面からのものが多い。

(2) 地域包括ケアシステム構築に向けた地域住民・住民団体の活動状況

<行政が地域住民・住民団体に働きかけて実施している取組>

- 介護支援ボランティア事業や、高齢者元気度アップ地域包括ケア推進事業、暮らし安心地域支え合い推進事業等取り組んでいる。特に、暮らし安心地域支え合い推進事業のマップ作りについては、地域の課題や世話焼きさんが発見されたりし、地元にとっても困っている方や地域資源等を見つめ直す良い試みであると考えている。
- また地域によっては、青壮年部等有志により「お助け隊」を組織し、高齢者の生活支援を安価で行っているところもある。

行政が地域住民・住民団体に働きかけて実施している取組

活動名・実施主体	介護支援ボランティア制度	高齢者元気度アップ地域包括ケア推進事業	暮らし安心・地域支え合い推進事業
実施の背景/きっかけ・開始時期・中心となった組織/人物			
活動の目的・内容	施設や地域において、要介護高齢者等の手伝いをする（生活を支援する）高齢者のボランティア活動	高齢者の見守り、支えあい活動を3名以上のグループにより実施する活動	在宅で生活される高齢者、障害者等を地域住民の支え合い活動により地域全体で支える仕組みを構築する。まず、支え合い関係のマップを作成する。
有償・無償の状況	活動自体は無償で実施しかし活動に対し、年間上限6千円の交付金を交付（1日200円×回数）	活動自体は無償で実施しかし活動に対し、年間上限12万円の交付金を交付（1回1000円×回数）	無償
行政との関わり	上記の交付金の支給事務の実施	同左	町福祉課、地域包括支援センター等がマップ作りに参加している。
医療機関・介護サービス事業との関わり	派遣依頼があれば講師として職員を派遣	同左	特になし
活動の成功要因	活動しながらスタンプ（ポイント）を集める楽しみがある	同左	地域の課題がマップ作りを通じて浮かびあがってくる。
活動を継続する上での課題・対策			

＜地域住民・住民団体からの働きかけがあって実施している取組＞

- 特になし

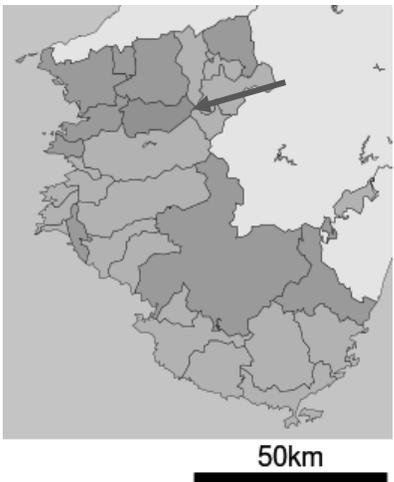
＜地域住民・住民活動を地域包括ケアシステムの一部として根付かせるための工夫・対策＞

- 介護予防や認知症対策については、行政や包括支援センターだけでは取り組みが進まないことから、気楽に歩いて参集できる範囲で、地域における介護予防等を広めていくことが肝要であろうと考える。このため地域住民の中に指導者を育成し、取り組みを進めるために、「介護予防リーダー」や「認知症オレンジリーダー」の養成講座を始めたところである。また、脳のすこやか塾や高齢者いきいきサロン等のサポーター、世話役が自主的に運営ができるよう育成・支援している。

(3) 地域包括ケアシステム構築に向けた今後の取組

- 今後は、平成 29 年度までにスタートしなければならない「介護予防・日常生活支援総合事業」の受け皿となり得る地域の高齢者クラブや、サロン団体等についても、訪問介護や通所介護の受け皿として機能していくよう、地域資源の開発に努めたいと考えている。
- また、フォーマルサービスではなく、地域の結の精神を主体とした生活支援等（買い物、見守り、ゴミだし、服薬管理、家事支援等）のインフォーマルサービスに大いに期待している。閉じこもりがちな高齢者の生きがいつくりにつながることを願う。引いては、従事者のある程度の日銭になるような仕組みを作り、活動に参加する元気高齢者の意欲を醸成していく必要があると思料する。
- また、そういう働きかけや仕組みづくりを行政が主導して地域に根付くよう推進していく必要があると考える。

5. 和歌山県・紀美野町

自治体の状況 (平成22年度国勢調査)	地域概況	2006年(平成18年)に野上町と美里町と合併してできた。	
	総人口	10,391人	
	平均年齢	54.7歳 (全国平均45.0歳)	
	高齢者人口	4,039人	
	高齢化率	38.9% (全国平均23.0%)	
	面積	128.31km ²	
	人口密度	81.0人/km ² (全国平均343.4人/km ²)	

施設・地域の状況	診療圏域等の人口	総人口(9,896)人 高齢者人口(4,055)人 高齢化率:41.0% 時点:平成26年9月30日		
	地域包括支援センター	1箇所(直営)		
	診療圏域等の要介護者	1,019人 時点:平成26年9月30日		
	地域ケア会議	開催状況	01 開催している (定期) (不定期) 02 開催していない	
		目的	01 個別ケースの検討を目的 02 地域課題の検討を目的 03 その他の目的	

(1) 現在実践している地域包括ケアシステムの特徴

<地域包括ケアシステムの概要>

- 紀美野町では、将来的に人口が減少する見込みである。高齢者人口は 2015 年をピークに緩やかな減少傾向を迎える見込みであるが、人口減少とあいまって、65 歳以上人口の割合は増加すると推計されている。
- また、後期高齢者の 65 歳以上人口に占める割合は徐々に減少するものの、団塊の世代が後期高齢者に到達する 2025 年度には増加傾向に転ずる見込みである。
- こうした中、施策の方針として、地域包括ケアシステムの推進、高齢者の生きがいと健康づくり、高齢者が安心して快適に生活できる福祉の運営、介護保険制度の円滑な運営を掲げている。
- 地域包括ケアシステムの運営にあたっては、下支えとなっているのが「本人・家族の選択と心構え」について、単身や高齢者のみの世帯が多くなっている中、高齢者自身や家族の役割、離れて住む家族ができる見守りの工夫等についても情報提供を行っていく方針である。
- 地域包括ケアシステムの構築に関しては、長らく 1 か所集中型で事業を展開してきたが、平成 18 年度に合併したことで一層地域の多様性が増し、一律での事業展開・地域づくりが困難になってきた。そのため、地域性に応じた住民活動の普及など、地域ごとの活動を推進する方向に転換した。

<地域ケア会議の状況>

- 個別ケースを対象とした会議は 2000 年頃から、地域課題の検討を目的とした会議は 2012 年頃から開催している。
- 月 2 回、年 24 回会議を開催しているが、うち年 4 回は事例検討会として、介護サービス事業者が集まってケーススタディをしている。現状では、リハビリテーション職が不足しており、地域ケア会議に出席できていない。
- その他にも、ケアマネジャーから困難事例があれば随時、会議を開催し、対応について検討している。主には、独居高齢者で認知症のある事例が対象になる。ケアマネジャーが把握した事例だけでなく、民生委員や家族、近隣住民から支援が必要ではないかといった声をもとに会議を開くこともある。
- 今後は、事例を通じて出てきた地域の課題について検討し、施策へとつなげていくネットワーク会議を開催する予定である。現状でも、会議には行政職員も出ているので、施策に反映できる体制にはあるが、組織立てていく必要がある。

<地域包括ケアシステム構築にあたっての課題>

- 要介護認定率は平成 26 年度に 24.7%と、全国平均 17.9%に比較して高く、医療費・介護給付費ともにここ数年は高止まりしている状況である。
- 山間僻地等であり、もともと地域資源が乏しく、高齢化が進む中、マンパワーの不

足により新たな資源の確保・発掘が難しい。とりわけ、リハビリ職が不足しており、介護予防やケアプランの検討への専門家の関わりが薄い。訪問リハビリ件数も伸び悩んでいる状況である。

- 中山間地域ということで、物理的な距離が障壁となり、日常生活の移動手段の確保が大きな課題となっている。医療・介護サービスの提供も困難ではあるものの、国保直診施設や開業医が地域に出向いて診療を行ったり、訪問診療を行っている。開業医は町外から通ってくる医師も多いが、顔の見える関係ができており、連携体制は構築されている。
- 夜間巡回型のサービスも必要だと感じているものの、集落が点在しており、移動に非常に時間がかかってしまうため、小規模多機能施設を旧町単位で1か所ずつ設ける予定である。

(2) 地域包括ケアシステム構築に向けた地域住民・住民団体の活動状況

<行政が地域住民・住民団体に働きかけて実施している取組>

- 健康づくり、仲間づくり、生きがいを目的とした、住み慣れた地域で高齢者等が運営する地域サロン事業がある。
- きっかけは、ある地域の住民が自主的に、先行してサロン活動を行っていた和歌山市に視察に行き、地域でサロン活動を始めたことである。そのサロン活動を知った保健師が、町全体に活動を普及すべきと考え、平成21年頃からサロンの新規立ち上げ、継続を支援することとした。
- 具体的には、サロンの立ち上げや活動内容の助言を行う「サロンコーディネーター」を雇用し、サロンの新規立ち上げや活動内容について助言している。サロンコーディネーターは、当初は国の助成を受け、社会福祉協議会から1名雇用していたが、助成終了後は、町の非常勤職員として雇用を継続している。
- また、地区担当の保健師がサロンコーディネーターとともに地域をまわり、サロン活動のリーダーとなり得る人物に活動の必要性を訴え、理解・協力を得るようにした。地区担当制のため、地域住民の中でキーパーソンとなる住民を保健師が把握できていたため、実現できたことである。
- その結果、平成26年度には48か所でサロンが立ち上がっており、ほぼ全域にサロンが展開されている。サロンに参加している高齢者は、町内の高齢者の約4割程度である。
- サロン活動の内容はあくまで住民主体で決めることとなっているため、極めて自由度が高く、地域性が担保されている。また、年に一回地域サロンの交流会が行われている。
- サロンの場は自治体および病院からの広報の場にもなっており、特定健康診断、特定保健指導および介護保険の情報を受けることができる。一次予防事業の一環として、各サロンで介護予防の啓発も行っている。

- 運営費は、サロンの活動実績やサロンへの参加者数に応じて町から補助がある。また、サロンによっては実費を徴収している。

行政が地域住民・住民団体に働きかけて実施している取組

活動名・実施主体	地域サロン
実施の背景/きっかけ・開始時期・中心となった組織/人物	ある地域の住民が他の地域のサロン活動を参考に、活動を開始。保健師が他の地域にも普及させようと働きかけた。地区担当制の保健師が各地域の中心人物に活動を呼び掛けるとともに、町がサロン活動の立ち上げや内容について助言を行うサロンコーディネーターを雇用し、サロン活動を支援している。
活動の目的・内容	健康づくり、仲間づくり、生きがいを目的として、住み慣れた地域で高齢等が運営。活動内容は料理、手芸、カラオケ、薬草、奉仕活動など各地域で住民が興味を持てる活動を行っており、極めて自由度が高い。
有償・無償の状況	サロンごとに活動費を徴収している。町から活動費補助もある。
行政との関わり	<ul style="list-style-type: none"> ・活動に対する補助 ・町にサロンコーディネーターを置き、立ち上げや運営に対する助言を行っている ・保健師等が出向いて講和等を実施している
医療機関・介護サービス事業との関わり	健康づくりや介護方法など講師として協力 活動場所も無償で提供
活動の成功要因	サロンコーディネーターの配置 地域に密着した活動を行っていること
活動を継続する上での課題・対策	

<地域住民・住民団体からの働きかけがあって実施している取組>

- 特になし

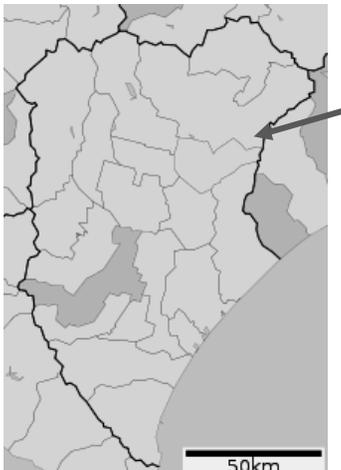
<地域住民・住民活動を地域包括ケアシステムの一部として根付かせるための工夫・対策>

- 定期的に町の職員やサロンコーディネーターが関わることで、継続的な活動を支援している。
- 住民が自主的に行っていた健康体操や地域のサロン活動を「第2次きみのいきいき行動計画」で紹介し、各戸配布するなど、一部地域で実施されている活動を行政が拾い上げ、他地域へと周知・普及させている。
- 地域によっては、サロン活動に対する理解を得るのに時間を要するところもあったが、他で先行してサロン活動を実施している地域のリーダーの協力を得て、住民目線で説明をするなどして理解を得ていった。

(3) 地域包括ケアシステム構築に向けた今後の取組

- サロン活動への参加にあたり、サロンリーダーが送迎を行っている地域もあるが、サロンリーダーが高齢になった時に同じように対応できるかどうかは今後の課題である。
- 中山間地域で公共の移動手段が乏しいこともあり、日々の生活自体が困難である。高齢で移動手段がなく、買い物弱者になってしまっている人もいる。現在、コープや商工会などの民間とも連携しながら、買い物弱者への生活支援を模索しているところである。
- 今後は、シルバー人材センターや地域見守り支援員活動を活用したり、買い物・掃除などの有償ボランティア活動などを根付かせていけないかと検討している。

6. 北海道・本別町

自治体の状況 (平成22年度国勢調査)	地域概況	1915年(大正14年)に複数の村が合併し本別村に。1933年(昭和8年)5月1日町に昇格、本別町となる。	
	総人口	82,75人	
	平均年齢	51.3歳 (全国平均45.0歳)	
	高齢者人口	2,743人	
	高齢化率	33.1% (全国平均23.0%)	
	面積	392.0km ²	
	人口密度	21.1人/km ² (全国平均343.4人/km ²)	

施設・地域の状況	診療圏域等の人口	総人口(7,759)人 高齢者人口(2,821)人 高齢化率:3% 時点:平成26年11月30日	
	地域包括支援センター	1箇所(直営)	
	診療圏域等の要介護者	478人 時点:平成26年11月30日	
	地域ケア会議	開催状況	<input checked="" type="checkbox"/> 01 開催している (<input checked="" type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期) <input type="checkbox"/> 02 開催していない
	目的	<input checked="" type="checkbox"/> 01 個別ケースの検討を目的 <input checked="" type="checkbox"/> 02 地域課題の検討を目的 <input checked="" type="checkbox"/> 03 その他の目的(調整機能)	

(1) 現在実践している地域包括ケアシステムの特徴

<地域包括ケアシステムの概要>

- 行政の役割は全町的な地域課題の把握と地域づくりのグランドデザインを描くことである。
- 小規模自治体だが日常生活圏域を3つに設定し、農村地区2圏域(人口各1,000名弱)にも小規模多機能事業所を設置、また介護予防事業(一次、二次)も圏域単位で実施している。
- 平成5年からスタートしている在宅福祉ネットワークの活動(社協)による互助の仕組みがある。
- 漏れない地域の実態把握(日常生活圏域ニーズ調査回収率95%以上、災害時要援護者実態調査回収率98%)により地域課題を掌握している。
- 社協にあんしんサポートセンターを開設(平成24年度)し、法人後見を実施するとともに、生活支援や権利擁護に関する相談・支援を実施している。
- 平成26年度より高齢者住まい・生活支援モデル事業に着手、空き家対策、住み替え、買い物難民等の支援策を検討している。すまいと互助をセットで考えている。
- 病院の地域包括ケア機能が不十分な点を、ケアマネージャーが院内を訪問することで補完している。

<地域ケア会議の状況>

- -

<地域包括ケアシステム構築にあたっての課題>

- 市街地区と農村地区とでは年齢構成やマンパワーが異なる。特に農村地区でのキーパーソンは高齢化してきている。住民活動等の役割が特定の住民に集中してしまっており、後継者の育成など、裾野をどう広げるかが今後の課題である。
- また、これまで様々な活動に参加してこなかった方々の社会参加をどう推進していくかが課題である。

(2) 地域包括ケアシステム構築に向けた地域住民・住民団体の活動状況

<行政が地域住民・住民団体に働きかけて実施している取組>

- 社会福祉協議会の支援で福祉目的に作られた在宅支援ネットワークが20年以上機能し、自治会ごとにある介護予防拠点のベースになっている。
- 防災や農作業などの互助作業と比較して、福祉目的に作られた場合は次の世代への継承が困難なことがあるが、自治会としての機能が整っており、活動が続いている。

行政が地域住民・住民団体に働きかけて実施している取組

活動名・実施主体	在宅福祉ネットワークの活動	在宅介護者を支える会 家族支援「ひばりの会」
実施の背景/きっかけ・開始時期・中心となった組織/人物		
活動の目的・内容	自治会での支え合い、助け合い活動 ①見守り活動、②生活支援活動、③除雪活動、④地域サロン活動、⑤災害時支援活動	認知症や寝たきりなど、在宅で介護する家族の交流 食事会、茶話会、レクリエーション等年6回開催
有償・無償の状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 無償 ● サロンや年2回以上の情報交換活動に対して社会福祉協議会から助成金が出る 	無償
行政との関わり	<ul style="list-style-type: none"> ● 活動に対して、町から社会福祉協議会への間接補助 ● ネットワークを組織している自治会の副支部長に包括支援センターの相談協力員を委嘱 ● 総合交流研修会への出席 ● サロン活動に依頼があれば参加 	<ul style="list-style-type: none"> ● 団体に対する補助金の支出 ● 包括支援センター、ヘルス部門の保健師も不定期に参加
医療機関・介護サービス事業との関わり	特になし	特になし
活動の成功要因	<ul style="list-style-type: none"> ● 活動の意義を普及、引っ張ってきたリーダーの存在 ● 横のつながりをとるための連絡協議会の設置 ● 社会福祉協議会、行政の側面的サポート 	<ul style="list-style-type: none"> ● 主体性の尊重 ● 保健師等の側面的支援

活動を継続する上での課題・対策		
-----------------	--	--

<地域住民・住民団体からの働きかけがあって実施している取組>

- 特になし

<地域住民・住民活動を地域包括ケアシステムの一部として根付かせるための工夫・対策>

- 活動の意義を再確認し、また、新たな知識や力を獲得するためのフォローアップ体制を充実させている。
- また、活動に伴う助成金を出している。

(3) 地域包括ケアシステム構築に向けた今後の取組

- 健康づくり、介護予防の視点を持った活動への発展は、今後の課題でもあり、期待でもある。

第4章

地域包括ケアシステム構築への 取組の推進状況を把握するための 指標の検討

1. 指標の検討に関する概要

(1) 検討の目的

「取組状況の把握」に資するため、前年度に先進的取組地域としてヒアリングを実施した地域（8地域）において、地域包括ケアシステム構築への取組の推進状況を把握するための指標について、各地域において把握することが有益な指標、把握可能な指標等について検討した。

(2) 検討方法

昨年度検討した「地域包括医療・ケアの進捗度合を把握するための指標案」について、各地域で入手が可能かどうか、入手可能な場合には具体的な情報とその情報源について調査した。また、指標案以外にも、有用と考えられる指標や各地域で目指している（実践している）地域包括医療・ケアを評価するために収集している指標についても調査した。

その後、指標作成のためのデータ収集等に携わった担当者らによるグループディスカッションを行い、指標の選定方法、データ収集の限界等について整理した。

- 福井県・おおい町名田庄診療所
- 富山県・南砺市民病院
- 滋賀県・東近江市永源寺診療所
- 鳥取県・国保日南病院
- 鳥取県・南部町国保西伯病院
- 広島県・公立みつぎ総合病院
- 高知県・国保梶原病院
- 大分県・姫島村国保診療所

なお、本来、地域包括ケアシステムとは、高齢者・要介護者だけでなく、すべての地域住民を対象として、健康づくりや保健活動、介護予防なども含めた地域づくりを指すものである。そのため本事業においても、健康づくりから地域での看取りを含めた各分野の取組を検討対象とした。

また、評価の視点として、ストラクチャー（構造）評価、プロセス（過程）評価、アウトカム（成果）評価がある。取組分野ごとに、これらの評価を行うことでより具体的に進捗を把握できることから、取組分野ごとに、ストラクチャー評価指標、プロセス評価指標、アウトカム評価指標を整理することを試みた。

地域包括医療・ケアの進捗度合いを把握するための指標(案)

地域包括医療・ケアの評価の視点		指標	入手元
地域包括医療・ケアの体制確保	地域ケア会議	地域ケア会議の参加メンバー	
	人材確保	地域包括医療・ケアの人材確保の長期計画・方針の有無	
		確保できている人材(不足している人材)	
		不足している人材確保のための取組み	
住民参加	互助で関わる組織の数、活動頻度		
健康づくりの推進		保健師数(全数)	
		(うち)地域担当	
		(うち)高齢者担当	
		健康寿命	厚生労働科学研究費「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」
		特定健診 受診率	特定健康診査・特定保健指導の実施状況
		幼児健診受診率(1歳6ヶ月健診)	
		胃がん検診 受診率	
		大腸がん検診 受診率	
		肺がん検診 受診率	
		乳がん検診 受診率	
		子宮頸がん検診 受診率	
		予防接種率(インフルエンザ)	
		予防接種率(風疹)	
		脳血管疾患 受療率	患者調査
		心疾患 受療率	患者調査
		肺炎 受療率	患者調査
		悪性新生物 受療率	患者調査
		脳血管疾患 死亡率	人口動態統計
		心疾患 死亡率	人口動態統計
		肺炎 死亡率	人口動態統計
	悪性新生物 死亡率	人口動態統計	
介護予防・重症化予防の実現		要介護認定率	介護保険事業状況報告
		要介護高齢者数に占める軽度者の割合	介護保険事業状況報告
		要支援・要介護度の改善度	
		新規認定者数	
		基本チェックリストの点数における維持・改善者数	
住み慣れた地域での療養生活の維持	在宅医療基盤	在宅療養支援病院数	
		在宅療養支援診療所数	
	在宅医療サービス	訪問診療対象患者数	
		訪問看護利用者数	介護保険事業状況報告
	在宅復帰率	病院からの在宅復帰率	
		医療依存度の高い患者の在宅復帰率	
		施設からの在宅復帰率	
	在宅(地域)療養生活の維持	施設入所の割合	
		重度要介護者の在宅支援率	
		65歳以上高齢者の転出割合	
		介護が困難になり転出した高齢者の割合	
		独居高齢者の転居割合	
	満足度	高齢世帯の転居割合	
在宅療養を支える家族の満足度			
在宅での主たる介護者の満足度			
在宅療養を支える関係者の満足度			
住み慣れた地域での看取り	地域内での看取り	地域内での看取りの割合	
		(うち)在宅での看取りの割合	
		(うち)地域内医療機関死亡の割合	
		(うち)地域内施設死亡の割合	
	高齢者の希望	希望した場所での看取りが出来た高齢者の割合	
医療・介護費の抑制		医療費	
		老人医療費	
		国民健康保険料	
		介護保険料	
保健・医療関連の行政計画への参画		地域の施設の保健・医療関連の行政計画策定への参画	

2. 地域包括ケアシステムの評価指標に関する検討結果

(1) 健康づくりの推進に関する指標

<指標一覧>

	指標	定義	入手元
S	保健師数	行政が雇用している保健師数全数	
S	(うち)保健師数(地区担当)	上記保健師数(全数)のうち特定の地区を担当している保健師数	
S	(うち)保健師数(高齢者担当)	上記保健師数(全数)のうち主として高齢者を担当している保健師数	
O	健康寿命	日常生活に制限のない期間の平均 ○自分が健康であると自覚している期間の平均 ※計算方法は右記 URL 参照	厚生労働科学研究健康寿命のページ http://toukei.umin.jp/kenkoujyumu/
P	特定健診受診率	特定健診受診者数÷特定健診対象者数	特定健康診査・特定保健指導の実施状況
P	幼児健診受診率(1歳6ヶ月児)	1歳6ヶ月児健診受診者数÷健診対象者数	母子保健事業の実施状況
P	胃がん検診	検診受診者数÷検診対象者数(男女計) ※検診対象者の定義は各市町村の定義による	
P	大腸がん検診		
P	肺がん検診		
P	乳がん検診	検診受診者数÷検診対象者数(女性のみ) ※検診対象者の定義は各市町村の定義による	
P	子宮頸がん検診		
P	予防接種率(インフルエンザ)	接種者数÷総人口数(年齢階級別)	
P	予防接種率(風疹)	接種者数÷対象人口数	
P	脳血管疾患 受療率(人口10万対)	推計患者数÷推計人口×100,000人	患者調査 ※都道府県による集計データがあれば
P	心疾患 受療率(人口10万対)		
P	肺炎 受療率(人口10万対)		
P	悪性新生物 受療率(人口10万対)		
O	脳血管疾患 死亡率	脳血管疾患による死亡者数÷人口×100,000人	人口動態統計
O	心疾患 死亡率	心疾患による死亡者数÷人口×100,000人	
O	肺炎 死亡率	肺炎による死亡者数÷人口×100,000人	
O	悪性新生物 死亡率	悪性新生物による死亡者数÷人口×100,000人	

※S：ストラクチャー評価、P：プロセス評価、O：アウトカム評価

<入手可能性>

- 指標一覧のうち、**保健師数、特定健診受診率、がん検診受診率、予防接種率**に関しては、ほとんどの地域が「全域で把握している」と回答した。
- 一方、各疾患の**受療率**に関しては、約半数の地域が「把握不能・困難」と回答した。理由としては、都道府県がデータを持っており、市町村別ではないという理由が多かった。また、一部の地域では、各疾患の**死亡率**に関するデータも、同様の理由で市町村単位では分からないと回答した地域があった。
- **健康寿命**に関しては、半数の地域が「全域で把握している」と回答したものの、地域によっては算出が難しいとの意見があった。

<指標の重要性>

- いずれの指標も半数以上の地域が「健康づくりの推進」を評価する指標として重要であるとした。
- その他、重要と考えられる指標として、次のものが挙げられた。

指標（案）	内容・意見
予防接種率	・高齢者肺炎球菌ワクチン接種率も重要ではないか。
障がい期間	・健康寿命は行政規模が小さい場合、平均余命が年次によって大きく変わる。その点、障がい期間（要介護期間）は安定して評価できる。
喫煙率・たばこ消費量	・健康づくりの指標になり得る。

<データの限界点・留意点>

- ストラクチャー評価の指標の1つである**保健師数**に関しては、それ単体で単純に評価することはできないものの、地区担当制の保健師が十分に確保されているかどうかは、1つの目安になるとの意見があった。
- プロセス評価の指標である受療率や死亡率等に関しては、他の地域と比較する場合は年齢調整が必要である。

(2) 介護予防・重症化予防の実現に関する指標

<指標一覧>

	指標	定義	入手元
S	介護予防・重症化予防を目的とした教室・サロンの数		
P	教室・サロンへの参加者数		
P	教室・サロンによる高齢者のカバー率	教室・サロンへの参加者数（実人数）÷地域の高齢者数	
O	要介護認定率	認定者数÷被保険者数	介護保険事業状況報告
O	要介護高齢者数に占める軽度者の割合	要支援1・2÷要介護認定者数	
O	要支援・要介護度の改善度	ある時点の要介護認定者数のうち、1年後に要介護度が改善している者の割合	
O	新規認定者数	1年間のうち、新たに発生した要介護認定者数 ※更新申請による要介護度の変更は含めない。	
O	基本チェックリストの点数における維持・改善者数	ある年の基本チェックリスト実施者のうち、▲年時点で維持・改善した者の数	

※S：ストラクチャー評価、P：プロセス評価、O：アウトカム評価

<入手可能性>

- 指標一覧のうち、要介護認定率、要介護高齢者に占める軽度者の割合、新規認定者数に関しては、ほとんどの地域が「全域で把握している」と回答した。
- 一方、要支援・要介護度の改善度や基本チェックリストの点数における維持・改善者数に関しては、半数以上が「把握可能だが未把握」または「把握不能・困難」と回答した。
- 背景としては、改善度に関する評価がなされていないことや、改善度を知るためには個別に情報確認が必要であることなどが挙げられた。

<指標の重要性>

- いずれの指標も半数以上の地域が「介護予防・重症化予防の実現」を評価する指標として重要であるとした。
- その他、重要と考えられる指標として、次のものが挙げられた。

指標（案）	内容・意見
要介護予防教室への参加者数	
介護予防教室での体力測定結果の維持、変化率	
要支援者への介護予防や地域支援事業の実施状況	
地域のインフォーマルサービスの構築状況	

<データの限界点・留意点>

- サロンは必ずしも行政が関与しているものだけではありません。住民やその他主体が実施している地域の活動についてもきちんと把握しておくことが重要である。
- 基本チェックリストは回答者の主観的な評価によって記入するため、体調によって結果が左右されやすく、指標として用いにくいという指摘もあった。

(3) 住み慣れた地域での療養生活の維持（65歳以上高齢者）に関する指標

<指標一覧>

	指標	定義	入手元
S	在宅療養支援病院数	地域内における在宅療養支援病院の数	
S	在宅療養支援診療所数	地域内における在宅療養支援診療所の数	
P	訪問診療対象患者数	訪問診療の対象となっている患者の数	
P	訪問看護利用者数	訪問看護を利用している者の数	
O	病院からの在宅復帰率	退院先が自宅の患者数÷退院患者数	
O	医療依存度の高い患者の在宅復帰率	退院先が自宅の患者数（医療区分2,3）÷退院患者数	
O	介護老人保健施設からの在宅復帰率	退所先が自宅の人数÷退所者数	
	施設入所の割合	65歳以上人口のうち、介護保険施設に入所している者の割合	
O	重度要介護者の在宅支援率	要介護度4以上の者のうち、自宅で生活している者の割合	
O	65歳以上高齢者の転出割合	1年間の転出者数のうち、65歳以上の高齢者の占める割合	
O	介護が困難になり転出した高齢者の割合	65歳以上高齢者の転出者数のうち、介護を理由として転出した者の割合	
O	独居高齢者の転居割合	65歳以上の独居高齢者のうち、転居した者の割合	
O	高齢世帯の転居割合	65歳以上の高齢者世帯のうち、転居した者の割合	
O	在宅療養を支える家族の満足度	任意	
O	在宅での主たる介護者の満足度	任意	
O	在宅療養を支える関係者の満足度	任意	

※S：ストラクチャー評価、P：プロセス評価、O：アウトカム評価

<入手可能性>

- 指標一覧のうち、在宅療養支援病院数、在宅療養支援診療所数、訪問診療対象患者数、訪問看護利用者数、重度要介護者の在宅復帰率、に関しては、ほとんどの地域が「全域で把握している」と回答した。
- 一方、医療依存度の高い患者の在宅復帰率、介護老人保健施設からの在宅復帰率、65歳以上高齢者の転出割合、介護が困難になり転出した高齢者の割合、独居高齢者の転居割合、在宅療養を支える家族の満足度、在宅での主たる介護者の満足度、在宅療養を支える関係者の満足度に関しては、半数以上が「把握可能だが未把握」または「把握不能・困難」と回答した。
- 在宅復帰率に関しては、病院や施設単体であれば把握できるものの、地域全体では把握が難しいとの意見があった。

<指標の重要性>

- 半数以上の地域が「住み慣れた地域での療養生活の維持」を評価する指標として重要であると回答した指標は、訪問診療対象患者数や訪問看護利用者数、病院からの在宅復帰率、医療依存度の高い在宅復帰率、重度要介護者の在宅支援率、在宅療養を支える家族の満足度、在宅での主たる介護者の満足度であった。
- その他、重要と考えられる指標として、次のものが挙げられた。

指標（案）	内容・意見
見守りネットワークや認知症サポーター、住民組織と いった支援体制	ストラクチャー指標として
在宅の療養を支える関係者の連絡会議の開催状況	プロセス指標として
要介護者・家族を支える住民組織等の活動状況	プロセス指標として

<データの限界点・留意点>

- ストラクチャー指標の1つである在宅療養支援診療所等について、指定要件の関係上、在宅療養支援診療所等ではないものの、在宅生活を支援している施設もある点に注意が必要である。
- 本人や家族、関係者の満足度は重要な指標になり得るものの、調査に係る負担が大きという問題が指摘された。
- 例えば、日常生活ニーズ調査の中に満足度に関する項目を入れたり、家族にもアンケートを行うなどの方法がある。地域によっては、半年から1年に一度、性・年代別に層別化無作為抽出した住民を対象にアンケート調査を行い、医療・介護に関わらずそのときどきの問題を調査しているところもあった。
- 介護が困難になり転出した高齢者の割合に関しては、転出の理由までを把握することは困難である意見もあった。一方で、民生委員やケアマネジャーなどが理由を把握していることもあり、地域ケア会議などで共有できるとの意見もあった。

(4) 住み慣れた地域での看取りに関する指標

<指標一覧>

	指標	定義	入手元
S	在宅での看取りに対応する診療所数		
S	在宅緩和ケア対応訪問看護事業所数		
S	在宅緩和ケア対応訪問薬局数		
S	看取り介護加算を算定している介護保険施設		
P	訪問診療対象患者数	訪問診療の対象となっている患者の数	
P	訪問看護利用者数	訪問看護を利用している者の数	
O	地域内での看取りの割合	1年間の死亡者数のうち、看取りの場が地域内である者の割合	
O	(うち)在宅での看取りの割合	1年間の死亡者数のうち、看取りの場が自宅である者の割合	
O	(うち)地域内医療機関死亡の割合	1年間の死亡者数のうち、看取りの場が病院・診療所である者の割合	
O	(うち)地域内施設死亡の割合	1年間の死亡者数のうち、看取りの場がその他介護老人保健施設等である者の割合	
O	希望した場所での看取りが出来た高齢者の割合	1年間の65歳以上死亡者数のうち、希望した場所で最期を迎えた者の割合	

※S：ストラクチャー評価、P：プロセス評価、O：アウトカム評価

<入手可能性>

- 指標一覧のうち、**地域内での看取りのうち在宅での看取りの割合、地域内医療機関死亡の割合、地域内施設死亡の割合**に関しては、半数以上の地域が「全域で把握している」「一部地域で把握している」と回答した。
- 一方、**地域内での看取り割合**に関しては、約半数が「把握可能だが未把握」「把握不能・困難」と回答した。
- また、**希望した場所での看取りができた高齢者の割合**に関しては、ほとんどの地域が「把握不能・困難」と回答した。背景としては、死亡場所に関する情報がないこと、個人情報のため、死亡情報が入手できないことなどが挙げられた。

<指標の重要性>

- 半数以上の地域が重要であると回答した指標は、**在宅での看取りの割合、地域内医療機関死亡の割合、地域内施設死亡の割合、希望した場所での看取りができた高齢者の割合**であった。
- その他、重要と考えられる指標として、次のものが挙げられた。

<データの限界点・留意点>

- 直前まで自宅や施設で過ごし、最期は病院で迎えるという方も多くいます。そのため、在宅での看取り＝自宅での看取りと限定せず、直前まで在宅（自宅や居住系施設）で過ごしていた方も含めるという考え方もある。
- 自宅での死亡件数の中には孤立死も含まれる。単に自宅での死亡件数が多いからといって、自宅での看取りができていると評価することには注意が必要である。
- 地域によっては、住民基本台帳所管課に死亡情報は蓄積されているものの、死亡場所の情報が蓄積されていなかったり、部署をまたいで情報共有することが困難なことがある。この点について、例えば、住民基本台帳所管課に地域包括ケアシステム構築のために協力を依頼し、死亡場所についても情報を蓄積してもらい、その情報を医療・介護保険担当課に還元してもらうよう取り決めるといった方法も提案された。

(5) 医療・介護費の推移に関する指標

<指標一覧>

	指標	定義	入手元
○	医療費	国保1人当たり年間医療費	
○	老人医療費	後期高齢者の1人当たりの年間医療費	
○	国民健康保険料	国保1人当たり年間保険料	
○	介護保険料 (第1号被保険者)	1人当たりの年間介護保険料	

※S：ストラクチャー評価、P：プロセス評価、O：アウトカム評価

<入手可能性>

- ほぼ全ての地域が「全域で把握している」と回答した。

<指標の重要性>

- いずれの指標についても、半数以上の地域が重要であると回答した。

<データの限界点・留意点>

- 介護保険料に関しては、利用できる介護保険サービスが限られているので低く抑えられているケースもある。

第5章

過疎地域における地域包括医療・ケアの方向性と課題

※過疎地域自立促進特別措置法が自治体全域で適用されている市町村を「過疎地域等」と示している。

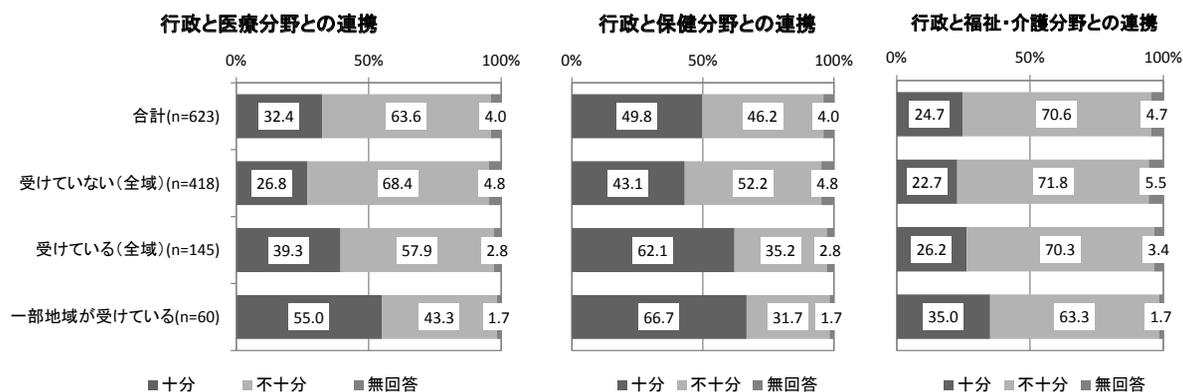
1. 行政と連携した取組の推進の必要性

国が唱えている「地域包括ケア」の推進は行政の責務であり、取組の推進に当たっては、行政の理解・協力が不可欠である。昨年度の調査においては、未だ行政の理解・協力が不十分であるとの指摘もあると同時に、市町村合併によって行政との連携体制が崩れてしまいその影響が残っている地域も少なくなかった。

しかし本年度のヒアリングで、地域包括ケアを積極的に推進している市町村においては、行政がその推進に当たっての中心的な役割を明確に担っていた。またアンケート調査においても、行政と地域資源との連携については、過疎地域等の方が「十分」とする割合が高かった。

【大分県国東市】

- ・地域包括ケアシステムの構築について、段階的に進める旨を行政が明確に示し、地域の各種資源との連携を図っている（介護予防事業の充実→地域ケア会議の充実）。
- ・その際、すでに存在している地域のネットワーク（ホットネット）との連携も図り、当該ネットワークがこれまで十分に組み合わせてこなかった事項（医師会等との調整）について、行政が支援している。

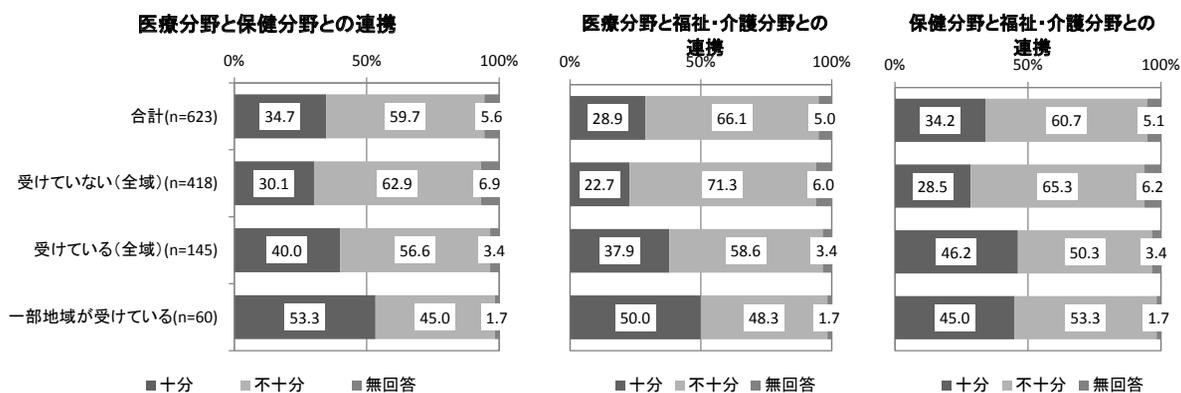


これは過疎地域等に限らないことではあるが、地域包括ケアの推進に当たっては行政が主体的な役割を担い、将来ビジョンを描いて推進していくことが必要であることがうかがわれた。

2. 地域にある資源の最大限の活用

言うまでもないが、中山間地域においては保健・医療・福祉（介護）に関する地域資源が限られており、そのことが国が唱えている「地域包括ケア」推進の阻害要因として指摘されることもある。

しかし本年度実施したアンケート調査結果をみると、地域包括ケアシステム構築に当たっての課題のうち、地域内の各種資源の連携については、全体としては「不十分」とする割合が高かった。しかし、過疎地域等の方が、それ以外の市町村よりも「十分」とする割合は高く、いわゆる過疎地域においてはすでに地域にある資源の最大限の活用に向けた取組が進みつつあることがうかがわれた。



限られた資源だからこそ、密な連携が取りやすいという点が過疎地域等における地域包括ケアシステム構築に関する特徴である。逆に、この点を行かしていかなければ、過疎地域等においては地域包括ケアシステムの構築は困難であるとも言えよう。

3. 地域住民との協働の推進

- 「過疎地域では住民活動があまり活発でない」という実態

地域包括医療・ケアを進めていく際の中心は、そこに住む住民であり、住民の理解・支持・協力がなければ、地域での連携体制に向けた取組はスムーズに進まないと考えられる。

昨年度の調査でヒアリングを行った地域においては、地域住民が、地域包括医療・ケアの担い手として、共に歩んでいる様子が伺われた。

しかしその一方で、今年度実施したアンケート調査においては、過疎地域等においては必ずしも地域住民の活動が十分ではないという状況も伺われた。要因としては、過疎地域であるために NPO 法人などの住民主体の活動が少なく、住民も高齢のために担い手が限られており、自発的な活動が生まれにくいということが考えられる。

問 1 6 貴市町村には、地域の住民同士が生活を支え合う互助組織や活動（ボランティア等）はありますか。		合計	過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無		
			受けていない（全域）	受けている（全域）	一部地域が受けている
全体		623	41.8	14.5	60
市町村内全域にある		24.2	26.3	19.3	21.7
一部の地域にはある		38.0	37.1	38.6	43.3
ない		15.2	12.4	24.8	11.7
把握していない		18.0	19.1	13.8	20.0
その他		2.4	2.6	1.4	3.3
無回答		2.1	2.4	2.1	0.0

- 住民活動の立ち上げ、継続、普及に向けて期待される「行政」の役割

ヒアリングにおいては、住民活動の立ち上げにおいては自発的なものは少ないものの、行政等が「お膳立て」をすることで、同様の動きを市町村全域に広げていくことが可能なが確認された。立ち上げに行政が関与していることもあり、その後の連携も円滑に行うことができている。過疎地域等においても、住民同士が生活を支え合う互助組織が「一部の地域にはある」とする自治体が約 4 割となっており、活動を市町村内全域に広げるための「種」はすでに存在しているとも言える。

【福島県・西会津町】

- ・ 90 地区中 49 地区で展開しているサロン活動について、町は、地域支援事業（一次予防事業）の一環で 3 回程度関わったのち、社会福祉協議会に活動をバックアップするよう引き継いでいる。町が実施しているサロン活動助成事業や、認知症サポーター養成講座等を通じたサロン活動の PR などを通じて、サロン活動が広がってきている。

【高知県本山町】

- ・住民同士で見守り合いを行う「本山町地域見守りネットワーク推進会」が稼動。社会福祉協議会が主導している。
- ・町内 24 地区を 6 グループに分けて、グループごとの活動を推進。各地域の主体性を尊重し、行政は会議に参加して取組に当たっての支援を行う。また一部の空白地域についても、行政や民生委員、社会福祉協議会が連携して対応している。

【鹿児島県さつま町】

- ・町や地域包括支援センターが働きかけて、公民館を単位として地域住民による支え合いマップを作成している。これにより、住民が地域資源を見直したり、地域住民の様子を知ることによって、支え合いを考える良い機会になっている。

【和歌山県紀美野町】

- ・地区担当の保健師が、地域の住民活動の掘り起し、普及を行っている。その1つが現在ほぼ全域で展開されているサロン活動であり、地区担当保健師が地域のリーダーとなる住民に協力を働き掛けた。また、「サロンコーディネーター」を町の非常勤職員として雇用し、活動の立ち上げ、継続を支援している。

【北海道本別町】

- ・地域の互助をベースに、行政や社会福祉協議会がサポートに入ることで、住民の主体性を尊重しつつ、活動の継続につながっている。

つまり過疎地域等においては、住民の自発的な動きには多くは期待できないが、行政等と連携することによって一部地域で住民活動が立ち上がることで、行政等が支援していくことで他の地域での同様の動きにつなげていける、という特徴を有している。

4. 「伝える場」の必要性

地域包括ケアを進めていく際には、そこに住む住民や行政の理解・協力が不可欠であり、そのためには、その方向性や具体的な取組内容、そして効果等について十分に「伝え」、「共有」していく場を設けることが必要である。

昨年度の調査においては、そのような場を設けている地域の実例が多かったが、今年度の調査においては、そのような場を設けている例はあまりみられなかった。

しかし、前述の「地域住民との協働の推進」で述べたように、過疎地域等における地域包括ケアの推進に当たっては地域住民との協働と、活動を推進するためには、行政の「お膳立て」、市町村内への展開に向けた支援が必要である。その支援策の一つとしても、「伝える場」は必要となろう。

【地域住民との連携に関する課題】

- ・自分達で立ち上がらないと今後高齢社会に対応出来ない。気付きの視点をまず育てることも必要
- ・地域包括ケアの必要性、内容など住民へ周知を行っていない
- ・地域に於いて把握した問題・課題等を十分にフィードバック出来ていない

しかし、前述の「地域住民との協働の推進」で述べたように、過疎地域等における地域包括ケアの推進に当たっては地域住民との協働と、活動を推進するためには、行政の「お膳立て」、市町村内への展開に向けた支援が必要である。その支援策の一つとしても、「伝える場」は必要となろう。

5. 地域包括医療・ケアの取組状況の把握の必要性

● 過疎地域では相対的に指標の把握が可能

前述の「伝える場」を設けた際、様々な取組の内容と効果について住民等に伝えていくことはもちろん、同時に、地域包括ケアの取組の効果についてデータで示していくことも必要である。

アンケート調査において、地域包括ケアの進展度合いを示す指標の把握状況・把握可能性を聞いたところ、過疎地域等の方がそれ以外の地域よりも把握可能性が高い傾向がみられた。データ把握の相対的な容易性も、過疎地域等における地域包括ケアシステム構築に当たっての特徴の一つであるといえる。

各指標について、全国値と比較したり、経年変化を評価することにより、取組の進展度合いを把握・発信していくことが、さらなる協力関係の構築にもつながることが期待される。

● 地域特性に応じた指標の選択、情報の蓄積・共有のための仕組みの検討の必要性

昨年度整理した指標以外にも、地域によって重要であるとする指標は様々であった。即ち、地域の目指す地域包括ケアの姿や展開している事業に応じて、評価指標を取捨選択する必要があるといえる。

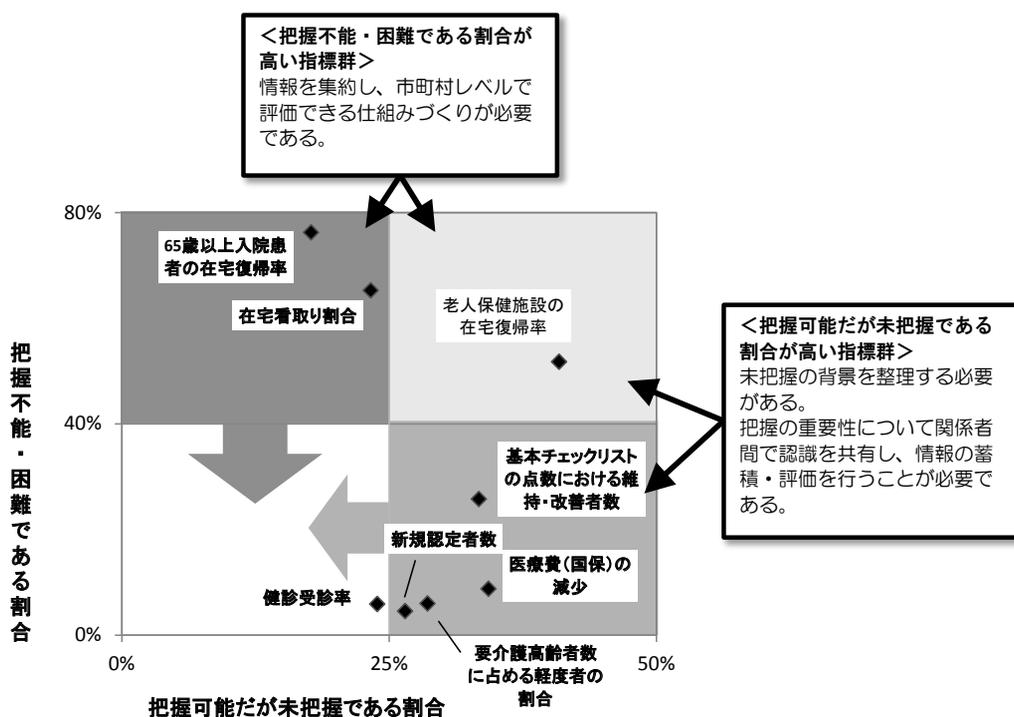
一方、検討対象とした指標の中には、重要と考えられるものの、「把握が可能だが未把握」「把握が困難・不可能」であるとする指標もあった。例えば、入院患者の在宅復帰率や老人保健施設の在宅復帰率などは、重要な指標になると考えられたが、アンケート調査の中でも、把握している市町村の割合は1割に満たなかった。

「把握が可能だが未把握」である背景としては、把握の必要性を、行政や関係者が認識していなかったり、病院などの個別の事業者単位では情報を持っているが、市町村として情報が集約できていないなどの状況が考えられる。そのため、これらの指標に関しては、把握の重要性について関係者間で認識を共有するとともに、情報を蓄積・評価できるよう関係者の理解・協力を得ながら仕組みを構築していく必要がある。

実際、ヒアリング調査やグループディスカッションの結果、一部の地域で行政が主導し、情報を把握している。また、現状把握していない地域であっても、把握の糸口を見つけている地域もあることが分かった。

地域包括ケアシステムの取組の進展度を評価するためには、一時点の数字を収集するだけでなく、継続して情報を収集し、推移をみることが求められる。行政において地域包括ケアの進展度を把握することの必要性を庁内関係者、地域の関係機関等で共有し、情報の蓄積・共有のための仕組みを構築していくことが望まれる。

図表 重要な指標であるものの、把握が困難な指標



健康づくりの推進に関する指標	各疾患の受療率
介護予防・重症化予防の実現に関する指標	要支援・要介護度の改善度 基本チェックリストの点数における維持・改善者数
住み慣れた地域での療養生活の維持	医療依存度の高い在宅復帰率
	65歳以上高齢者の転出割合、介護が困難になり転出した高齢者の割合、独居高齢者の転居割合
	介護老人保健施設からの在宅復帰率 在宅療養を支える家族、関係者、主たる介護者の満足度
住み慣れた地域での看取り	地域内での看取り割合（うち在宅、医療機関、施設死亡の割合）
	望した場所での看取りができた高齢者の割合
医療・介護費の推移	—

図表 指標の収集に関する方法（例）

<p>【本人や家族、関係者の満足度の把握方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> 日常生活ニーズ調査の中に満足度に関する項目を入れたり、家族にもアンケートを行うなどの方法がある。地域によっては、半年から1年に一度、性・年代別に層別化無作為抽出した住民を対象にアンケート調査を行い、医療・介護に関わらずそのときどきの問題を調査している。 <p>【地域内での看取り割合（地域内での看取り割合（うち在宅、医療機関、施設死亡の割合））の把握方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> 住民基本台帳所管課に地域包括ケアシステム構築のために協力を依頼し、死亡場所についても情報を蓄積してもらい、その情報を医療・介護保険担当課に還元してもらうよう取り決める方法が考えられる。

資料編

- ・アンケート調査票
- ・指標の手引き： 地域包括ケアシステム推進の取組状況の把握・評価のために

平成 26 年度 老人保健健康増進等事業 地域包括ケアシステムの構築に関するアンケート調査

【アンケート調査へのご協力をお願い】

- 高齢化がピークを迎える 2025 年の医療・介護のあるべき姿として、日常生活圏域（30 分でかけつけられる圏域）を基本とした、「地域包括ケアシステム」の構築が進められてきており、貴市町村においても、現在策定中の介護保険事業計画の中で、重要な取組課題となっていることと存じます。
- この地域包括ケアシステムを「公助・共助・互助・自助」の視点でみると、現在の少子高齢化や財政状況から「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす部分が大きくならざるを得ませんが、今後高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加することにより、「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形になることも予測されます。
- また、医療・介護資源が豊富である一方で強い「互助」が期待しづらい都市部と、逆に地域資源は限られているものの限られた地域資源の中で地域内協働の意識が根付いている過疎地域とでは、地域包括ケアシステムのあり方も異なってくると考えられます。
- いずれにしても、短期間でこの地域包括ケアシステムを構築するためには、市町村（保険者）が主導して地域づくりを進めていくことが鍵となるはずで。
- そこで本会では、この度、厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環として、全国の市町村を対象として、地域包括ケアシステム構築への取組状況や住民団体等の活動がそこに与えている影響、さらには取組の進捗状況を確認するための指標の有無等を把握・分析し、各市町村の取組をより一層進めるための基礎資料とするためのアンケート調査を実施することとなりました。
- ご多忙中大変恐縮ではございますが、是非とも本アンケート調査にご協力いただければ幸いです。記入済みの調査票は、同封の返信用封筒に入れて、**平成 26 年 1 月 9 日まで**にご投函下さい。切手は不要です。
- 得られた結果につきましては、平成 27 年 5 月頃に全国国民健康保険診療施設協議会のホームページ <http://www.kokushinkyo.or.jp/> にて公開いたします。

【実施主体】

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会 担当：鈴木・大本（おおもと）
〒105-0012 東京都港区芝大門 2-6-6 芝大門エクセレントビル 4 階
Tel : 03-6809-2466 Fax : 03-6809-2499

【問合せ先】

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部（担当：志岐、植村、村井）
〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3 竹橋スクエアビル 8 階
Tel : 03-5281-5277 Fax : 03-5281-5443

【アンケート実施概要】

1. 調査のご回答者

各市町村において地域包括支援センターを所管している部署の方がご回答下さい。

2. 調査票の構成

貴市町村もしくは市町村内に過疎地域自立促進特別措置法の適用を受けている地域があるか否かで、ご回答いただく設問が異なります。お手数ですが、貴自治体の状況によって、下記の設問へのご回答をお願いいたします。

■ 貴市町村全域が過疎地域自立促進特別措置法の適用を受けている場合

→問 1～問 10 にご回答いただいた後、問 11～問 19（調査対象地域A）に、市町村全域についてご回答下さい。問 20～問 28（調査対象地域B）へのご回答は不要です。

■ 貴市町村内に過疎地域自立促進特別措置法の適用を受けている地域がない場合

→問 1～問 10 にご回答いただいた後、問 11～問 19（調査対象地域A）に、市町村全域についてご回答下さい。問 20～問 28（調査対象地域B）へのご回答は不要です。

■ 貴市町村内に過疎地域自立促進特別措置法の適用を受けている地域がある場合

→問 1～問 10 にご回答いただいた後、問 11～問 19（調査対象地域A）に、適用を受けている地域の中から、高齢化率が最も高い地域についてご回答下さい。

→さらに、問 11～問 19（調査対象地域A）にご回答いただいた後、問 20～問 28（調査対象地域B）に、適用を受けていない地域から高齢化率が最も低い地域についてご回答下さい。

貴自治体名	() 都道府県	() 市区町村
ご回答者名		職種
過疎地域自立促進特別措置法の適用の有無	01 受けていない（全域） 02 受けている（全域） 03 一部地域が受けている	

【問 1～問 10：市町村全域についてお答え下さい】

■貴市町村の基本属性についてお伺いします

問 1 人口・高齢者人口・要介護高齢者数（65 歳以上）についてご記入下さい。			
	総人口	高齢者人口	要介護高齢者数
時点：西暦 年 月 日	人	人	人

※問 1・問 2 の時点は揃っていません。

問 2 地域包括支援センターの設置状況についてご記入下さい。なお、ランチやサブセンターの数は含めないで下さい。			
	総数	うち直営	うち委託
時点：西暦 年 月 日	箇所	箇所	箇所

※問 1・問 2 の時点は揃っていません。

■貴市町村における介護保険事業への取組についてお伺いします。

問 3 保険者として下記のそれぞれの項目に取り組んでいますか。（○はそれぞれ 1 つ）			
取組内容		はい	いいえ
中長期的な展望に基づいた基盤整備	2025 年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移を推計していますか。	01	02
	2025 年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体（保険者）としての介護基盤整備方針を検討していますか。	01	02
介護サービス事業者・ケアマネジャー支援	自治体として、介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした研修会を定期的に主催していますか。	01	02
	自治体として、介護サービス事業者を対象とした研修会を定期的に主催していますか。	01	02
介護保険事業の点検・指導・監督	介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか。	01	02
	介護保険給付状況の分析を行っていますか。	01	02
	自治体として、地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する指導・監査を行っていますか。	01	02
地域包括支援センターの評価及び機能強化への支援	自治体として、地域包括支援センターの評価を行っていますか。	01	02
	介護支援専門員（ケアマネジャー）から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。	01	02
	高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。	01	02
	高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか。	01	02
	自治体として、高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか。	01	02

問4 貴市町村では日常生活圏域の設定についてどのようなお考えをお持ちですか。(〇は1つ)	
01	中学校区に1箇所配置する
02	人口を目安にしている → 人口 () 人に1箇所
03	高齢者人口を目安にしている → 高齢者人口 () 人に1箇所
04	特に定めていない
05	その他 ()

■地域包括ケアシステム構築への取組状況

問5 貴市町村では地域包括ケアの推進を総合的に担う部署はございますか。(〇は1つ)	
01	介護保険担当部署や高齢者福祉担当部署の業務として位置づけている
02	介護保険担当部署や高齢者福祉担当部署以外の関係部署の業務にも位置づける等、横断的な推進体制がある
03	庁内で関係部署が協議する場がある
04	特に定めていない
05	その他 ()

問6 地域包括ケアシステムへの取組状況について。	
01	現在すでに実践している → 西暦 () 年頃から
02	取組に向けて調整中である
03	取組に向けて検討中である
04	取り組む意向はあるが検討にまでは至っていない
05	取り組む意向はあるが様々な条件から取り組みが困難と思われる
06	取り組む予定も意向もない

問7 (既実践している・調整中・検討中の場合) 地域包括ケアシステム構築に向けた取組段階について。	
01	顔の見える関係の構築を進めている (連絡・調整会議の開催等)
02	関係機関間における地域課題を共有している
03	関係機関間における地域包括医療・ケア体制構築の目標が共有化されている
04	情報の共有化をはじめ具体的な取組が進んでいる

問8 貴市町村が実践している地域包括ケアシステムの特徴、貴市町村が目指す地域包括ケアシステムの姿について、ご自由にご記入下さい。保健・医療・福祉の連携による街づくり等の視点だけでなく、住まいの確保等、生活圏域としてどのような姿を目指しているのか等も含め、ご紹介下さい。

※理念・目標等、理念・目標等に向けた具体的取組、貴市町村における特徴的な取組、行政の役割、地域資源との連携状況とそれぞれの役割、現在の課題と今後の展望等
 ※保健・医療・福祉の連携のみならず、住まいの確保方針や生活圏域として目指す姿等

■地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標

問9 地域包括医療・ケアの進展度合いを示す指標として考えられる以下の指標について、数値を把握することは可能ですか。

指標	把握の有無	
介護保険の新規認定者数の減少	01 把握している：全域 02 把握している：一部地域	03 把握可能だが未把握 04 把握不能・困難
要介護高齢者数に占める軽度者の割合の低下	01 把握している：全域 02 把握している：一部地域	03 把握可能だが未把握 04 把握不能・困難
基本チェックリストの点数における維持・改善者数の増加	01 把握している：全域 02 把握している：一部地域	03 把握可能だが未把握 04 把握不能・困難
在宅看取り割合の増加 ※65歳以上死亡者数に占める在宅での死亡者数の割合	01 把握している：全域 02 把握している：一部地域	03 把握可能だが未把握 04 把握不能・困難
健診受診率の向上	01 把握している：全域 02 把握している：一部地域	03 把握可能だが未把握 04 把握不能・困難
医療費（国保）の減少	01 把握している：全域 02 把握している：一部地域	03 把握可能だが未把握 04 把握不能・困難
65歳以上入院患者の在宅復帰率の向上	01 把握している：全域 02 把握している：一部地域	03 把握可能だが未把握 04 把握不能・困難
老人保健施設の在宅復帰率の向上	01 把握している：全域 02 把握している：一部地域	03 把握可能だが未把握 04 把握不能・困難

問10 地域包括ケアシステム構築の進展度合いを示す指標があるとしたら、どのようなものだと思いますか。プロセス指標・アウトプット指標・アウトカム指標それぞれについて、思いつくものをご記入下さい。	
<p>プロセス指標 ※取組を効果的・効率的に実施するための実施過程等に関する指標</p>	<p>※多職種連携のための組織の組成、特定の目的を有する地域のネットワークの存在、地域活動組織の把握、取組における住民参加の参画、等</p>
<p>アウトプット指標 ※取組成果の目標を達成するために必要となる事業の実施量に関する指標</p>	<p>※介護予防教室の実施件数、二次予防事業・健康づくり事業の実施件数、健康教室の開催件数、住民の自主的な健康づくり・介護予防活動の立ち上げ件数、地域ケア会議等の開催件数、等</p>
<p>アウトカム指標 ※取組の成果に関する指標</p>	<p>※介護保険の新規認定申請者数の減少、要介護高齢者数に占める軽度者の割合の低下、基本チェックリストの点数における維持・改善者数の増加、在宅看取り割合の増加、健診受診率の向上、医療費の減少、等</p>

上記の指標に関連して、貴地域において地域包括医療・ケアの推進の結果、どのような成果がございましたか。可能な限り具体的な数字とともにご紹介下さい。
<p>※在宅看取りの数の増加が医療費の削減につながった：2000年●●円/人→2010年▲▲円/人、等</p>

【問 11～問 19：調査対象地域 A についてお答え下さい】

■地域ケア会議の開催状況についてお伺いします。

問 1 1 地域ケア会議は開催していますか。	
個別ケースの検討を 目的とした会議	01 開催している →西暦（ ）年頃から 02 開催していない
地域課題の検討を 目的とした会議	01 開催している →西暦（ ）年頃から 02 開催していない

問 1 2 （開催している場合） 定期的開催していますか。開催の目的別にお答え下さい。		
実施目的	実施状況	実施頻度（実施状況が「01 開催している」の場合）
個別ケースの 検討を目的	01 実施	01 定期的開催している → 011 月 1 回程度 012 週 1 回程度 013 その他（ ） 02 開催は不定期である →2013 年度開催回数（ ）回
	02 未実施	
地域課題の 検討を目的	01 実施	01 定期的開催している → 011 月 1 回程度 012 週 1 回程度 013 その他（ ） 02 開催は不定期である →2013 年度開催回数（ ）回
	02 未実施	
その他の目的 （ ）	01 実施	01 定期的開催している → 011 月 1 回程度 012 週 1 回程度 013 その他（ ） 02 開催は不定期である →2013 年度開催回数（ ）回
	02 未実施	

※ 定期的開催している場合の「013 その他」につきましては、「年間〇回予定」等、おおよその開催回数（予定）回数分かるようにお書き下さい。

問 1 3 （開催している場合） どのような方が参加していますか。（当てはまるもの全てに○）	
01 行政職員（地域包括支援センター職員は除く）	10 歯科衛生士
02 地域包括支援センター職員	11 リハビリスタッフ（PT、OT、ST）
03 ケアマネジャー	12 管理栄養士
04 主治医	13 民生委員
05 介護保険サービス事業者	14 社会福祉協議会
06 医師（主治医以外の医師）	15 NPO 団体・ボランティア
07 歯科医師	16 住民組織（自治会・町内会・老人クラブ）
08 薬剤師	17 警察・消防
09 看護師	18 その他（ ）

問 1 4 （開催していない場合） なぜ、地域ケア会議を開催していないのですか。（それぞれの項目について当てはまるもの全てに○）	
個別ケースの 検討を目的	01 地域ケア会議に代替できる会議が既に存在する →具体的に（ ）
	02 必要とする人材（職種・機関・団体）が集まらないから
	03 多様な人材が集まると個別事例についての情報について守秘義務を守ることが難しい
	04 その他（ ）
地域課題の 検討を目的	01 地域ケア会議に代替できる会議が既に存在する →具体的に（ ）
	02 必要とする人材（職種・機関・団体）が集まらない
	03 多様な人材が集まると個別事例についての情報について守秘義務を守ることが難しい
	04 その他（ ）

■地域包括ケアシステム構築に当たっての課題についてお伺いします。

問15 地域包括ケアシステム構築に当たっての課題について					
		十分	おおむね十分	やや不十分	不十分
地域資源の確保・発掘	医療分野の確保・発掘	01	02	03	04
	保健分野の確保・発掘	01	02	03	04
	福祉・介護分野の確保・発掘	01	02	03	04
	地域資源の確保・発掘における課題	具体的にご記入下さい。			
行政と地域資源との連携	医療分野との連携	01	02	03	04
	保健分野との連携	01	02	03	04
	福祉・介護分野との連携	01	02	03	04
	行政と各種地域資源との連携における課題	具体的にご記入下さい。			
地域内の各種資源の連携	医療分野と保健分野との連携	01	02	03	04
	医療分野と福祉・介護分野との連携	01	02	03	04
	保健分野と福祉・介護分野との連携	01	02	03	04
	各種地域資源間の連携における課題	具体的にご記入下さい。			
地域住民との連携	地域包括ケアに関する住民啓発	01	02	03	04
	住民組織等の発掘・育成	01	02	03	04
	住民組織等との協働	01	02	03	04
	地域住民との連携における課題	具体的にご記入下さい。			

活動事例②	
活動名	
活動内容	
有償・無償の状況	
行政との関わり	
医療機関・介護サービス事業との関わり	
活動の成功要因	

問19 (問16で「03 ない」場合) 今後、貴市町村では住民による互助機能をどのように構築していく方針ですか。(当てはまるもの全てに○)
01 すでに中心となる機関等を決めて取り組みを始めている →主体はどこですか。 11 行政 12 社会福祉協議会 13 その他 ()
02 中心となる機関等を決めて取り組んでいく予定 →主体はどこですか。 21 行政 22 社会福祉協議会 23 その他 ()
03 住民による主体性が重要なので行政等から働きかけることはしない
04 特に方針はない
05 その他 ()

【問 20～問 28：調査対象地域 B についてお答え下さい】

■地域ケア会議の開催状況についてお伺いします。

問 20 地域ケア会議は開催していますか。	
個別ケースの検討を 目的とした会議	01 開催している →西暦（ ）年頃から 02 開催していない
地域課題の検討を 目的とした会議	01 開催している →西暦（ ）年頃から 02 開催していない

問 21 (開催している場合) 定期的開催していますか。開催の目的別にお答え下さい。		
実施目的	実施状況	実施頻度 (実施状況が「01 開催している」の場合)
個別ケースの 検討を目的	01 実施	01 定期的開催している → 011 月 1 回程度 012 週 1 回程度 013 その他() 02 開催は不定期である →2013 年度開催回数 () 回
	02 未実施	
地域課題の 検討を目的	01 実施	01 定期的開催している → 011 月 1 回程度 012 週 1 回程度 013 その他() 02 開催は不定期である →2013 年度開催回数 () 回
	02 未実施	
その他の目的 ()	01 実施	01 定期的開催している → 011 月 1 回程度 012 週 1 回程度 013 その他() 02 開催は不定期である →2013 年度開催回数 () 回
	02 未実施	

※ 定期的開催している場合の「013 その他」につきましては、「年間〇回予定」等、おおよその開催回数 (予定) 回数分かるようにお書き下さい。

問 22 (開催している場合) どのような方が参加していますか。(当てはまるもの全てに〇)	
01 行政職員 (地域包括支援センター職員は除く)	10 歯科衛生士
02 地域包括支援センター職員	11 リハビリスタッフ (PT、OT、ST)
03 ケアマネジャー	12 管理栄養士
04 主治医	13 民生委員
05 介護保険サービス事業者	14 社会福祉協議会
06 医師 (主治医以外の医師)	15 NPO 団体・ボランティア
07 歯科医師	16 住民組織 (自治会・町内会・老人クラブ)
08 薬剤師	17 警察・消防
09 看護師	18 その他 ()

問 23 (開催していない場合) なぜ、地域ケア会議を開催していないのですか。(それぞれの項目について当てはまるもの全てに〇)	
個別ケースの 検討を目的	01 地域ケア会議に代替できる会議が既に存在する →具体的に ()
	02 必要とする人材 (職種・機関・団体) が集まらないから
	03 多様な人材が集まると個別事例についての情報について守秘義務を守ることが難しい
	04 その他 ()
地域課題の 検討を目的	01 地域ケア会議に代替できる会議が既に存在する →具体的に ()
	02 必要とする人材 (職種・機関・団体) が集まらない
	03 多様な人材が集まると個別事例についての情報について守秘義務を守ることが難しい
	04 その他 ()

■地域包括ケアシステム構築に当たっての課題についてお伺いします。

問24 地域包括ケアシステム構築に当たっての課題について					
		十分	おおむね十分	やや不十分	不十分
地域資源の確保・発掘	医療分野の確保・発掘	01	02	03	04
	保健分野の確保・発掘	01	02	03	04
	福祉・介護分野の確保・発掘	01	02	03	04
	地域資源の確保・発掘における課題	具体的にご記入下さい。			
行政と地域資源との連携	医療分野との連携	01	02	03	04
	保健分野との連携	01	02	03	04
	福祉・介護分野との連携	01	02	03	04
	行政と各種地域資源との連携における課題	具体的にご記入下さい。			
地域内の各種資源の連携	医療分野と保健分野との連携	01	02	03	04
	医療分野と福祉・介護分野との連携	01	02	03	04
	保健分野と福祉・介護分野との連携	01	02	03	04
	各種地域資源間の連携における課題	具体的にご記入下さい。			
地域住民との連携	地域包括ケアに関する住民啓発	01	02	03	04
	住民組織等の発掘・育成	01	02	03	04
	住民組織等との協働	01	02	03	04
	地域住民との連携における課題	具体的にご記入下さい。			

活動事例②	
活動名	
活動内容	
有償・無償の状況	
行政との関わり	
医療機関・介護サービス事業との関わり	
活動の成功要因	

問28 (問25で「03 ない」場合) 今後、貴市町村では住民による互助機能をどのように構築していく方針ですか。(当てはまるもの全てに○)
01 すでに中心となる機関等を決めて取り組みを始めている →主体はどこですか。 11 行政 12 社会福祉協議会 13 その他 ()
02 中心となる機関等を決めて取り組んでいく予定 →主体はどこですか。 21 行政 22 社会福祉協議会 23 その他 ()
03 住民による主体性が重要なので行政等から働きかけることはしない
04 特に方針はない
05 その他 ()

～質問は以上です。ご協力ありがとうございました。～

過疎地域等における地域包括ケアシステム構築に関する調査研究事業等

地域包括ケアシステム推進の取組状況の 把握・評価のために



平成 27 年 3 月

全国国民健康保険診療施設協議会

目 次

I	地域包括ケアシステム推進の取組状況を評価しましょう！	1
II	取組状況の評価について検討する際のポイント	2
III	地域包括ケアシステムの評価指標の例	4
	1. 健康づくりの推進に関する指標	4
	2. 介護予防・重症化予防の実現に関する指標	7
	3. 住み慣れた地域での療養生活の維持（65歳以上高齢者）に関する指標	9
	4. 住み慣れた地域での看取りに関する指標	12
	5. 医療・介護費の推移に関する指標	14
IV	地域で指標を把握するために	15
	（参考）先進的取組地域における進捗状況	16

I 地域包括ケアシステム推進の取組状況を評価しましょう！

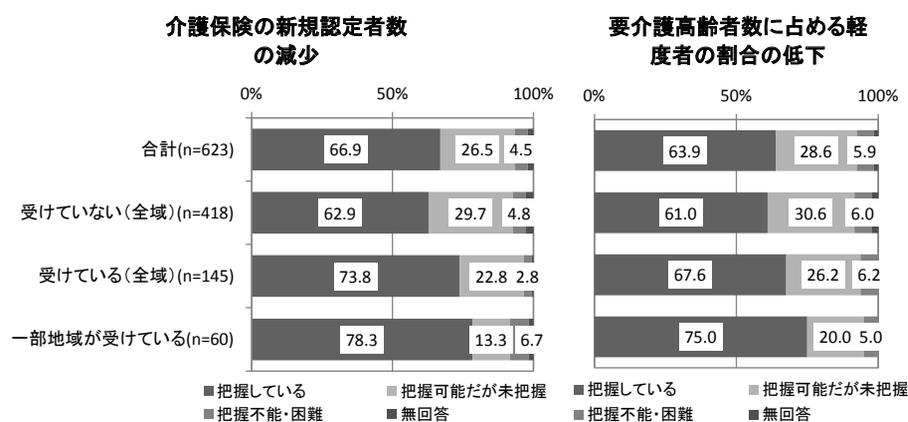
- ◆ 地域包括ケアシステムの構築のためには、住民、関係者の理解・協力が不可欠です。
- ◆ そのためには、地域包括ケアシステム推進の取組状況を把握し、住民や関係者に対して、その内容や成果について十分な説明を行う必要があります。
- ◆ 本冊子では、全国の市町村を対象としたアンケート調査、および国保直診施設所在地をはじめとした過疎地域における実践事例をもとに、地域包括ケアシステム推進の評価に関する基本的な考え方と評価指標の例をまとめました。
- ◆ あなたの地域の特徴や目指す地域包括ケアシステムの姿に応じた、取組の進捗評価にお役立てください。

コラム：過疎地域のほうが地域包括ケアシステムの取組状況が把握しやすい

国診協が全国の市町村を対象に実施したアンケート調査（平成 26 年度）では、いわゆる過疎地域のほうが、そうでない地域に比べて、相対的に様々な指標を把握している、または把握しやすい状況にあることが分かりました。

しかしながら、「把握可能だが未把握」と回答する地域も一定程度ありました。

各地域において、地域包括ケアシステム推進の進捗を示す指標の設定、ならびに指標に基づくデータの収集・評価を進めていくことが求められます。



※過疎地域自立促進特別措置法の適用状況によって「全域で受けていない」「全域で受けている（いわゆる過疎地域）」「一部地域が受けている」地域別に指標の把握状況を集計。

II 取組状況の評価について検討する際のポイント



ポイント1 地域で目指す地域包括ケアシステムの具体的な姿を共有しましょう！

- ◆ 地域によって、目指す地域包括ケアシステムのあり様は異なるため、地域に応じた評価指標を設定する必要があります。
- ◆ そのためにも、どのような地域包括ケアシステムを目指すのか、住民を含めた関係者で十分に議論し、共有することが重要です。

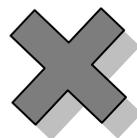


ポイント2 地域包括ケアシステムの枠組みと評価の視点を整理しましょう！

- ◆ 本来、地域包括ケアシステムとは、高齢者・要介護者だけでなく、すべての地域住民を対象として、健康づくりや保健活動、介護予防なども含めた地域づくりを指します。
- ◆ 地域包括ケアシステムの進捗を評価する際も、この考えに基づき、取組の分野ごとに設定することが望まれます。
- ◆ また、評価の視点として、ストラクチャー（構造）評価、プロセス（過程）評価、アウトカム（成果）評価があります。
- ◆ 取組の分野ごとに、ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトカム評価を行うことで、より具体的に取組の進捗状況を評価することができます。

<取組の分野（例）>

- 健康づくりの推進
- 介護予防・重症化予防の実現
- 住み慣れた地域での療養生活の維持
- 住み慣れた地域での看取り
- 医療・介護費の抑制



<評価の視点>

- ストラクチャー評価
- プロセス評価
- アウトカム評価

鳥取県・日南町の場合…スローガン：「町民みんなで支え合って暮らせる日南町」

日南町の目指す地域包括ケア

評価指標

目標1. 地域ごとに支え愛のしくみを考えよう。

- ① 地域の見守りから支え愛を防災に活かしていこう
- ② 生活の不便さを支え合おう・気軽にボランティアを利用しよう
- ③ 食のつながり、交流を広げよう
- ④ 町民みんなが認知症サポーターになろう

- ① 避難行動要支援者の把握、個別避難計画済の数、地域支え愛防災マップの完成している地区数
- ② 生活支援ボランティア養成数、登録者数、活動実績
- ③ 配食サービス利用者数、ボランティア数、配達弁当事業者数、利用者数
- ④ 認知症サポーター養成講座開催数、参加者数、累積サポーター数

目標2. 連携の積み重ねから地域ケアの充実を図る。

- ① 在宅支援会議で要援護高齢者一人一人の支援について連携を密にする。
- ② 地域包括ケア会議で保健・医療・介護・福祉の連携を具体的にし、発展させる。
- ③ 認知症初期集中対応のあり方を検討する。

- ① 在宅支援会議開催数、参加者数、検討者数、特に有効だった事例数
- ② 地域包括支援会議開催数、参加者数、取組内容
- ③ 認知症相談件数、転帰、介護家族の会参加者数、初期集中チーム活動による事例数、転帰、有効性

目標3. 生涯生きがいづくりと尊厳を学ぶ。

- ① 「もしもの時のしあわせノート」の活用を継続的に支援する。
- ② 生きがいづくり、尊厳を学ぶ場として「地域包括ケア会議シンポジウム」を開催する。
- ③ 「虚弱高齢者の生活で困ること、みんなで取り組めることを考える」を啓発、話し合いの場を各団体や地域で開催していく。

- ① 「もしもの時のしあわせノート」説明配布数、活用数、有効事例
- ② 「地域包括ケア会議シンポジウム」の開催数、参加者数、内容、アンケート結果
- ③ 話し合い開催数、参加者数、感想

目標4. 生活習慣病予防

- ① 介護予防教室「まめな会」、「がんじょうクラブ」の継続
- ② 新たな介護予防の取り組みを検討する。

- ① まめな会、がんじょうクラブの開催数、参加者数、体力測定・健康感などの変化
- ② 新たな取組開始数

目標5. 高齢者が住み続けられる居場所を考える

- ① 中心地域整備構想に高齢者の「住まい」「食」の検討を提案する。
- ② 高齢者ニーズ調査の結果から「住み替え」の意識など町民に広報し考えてもらう。
- ③ 「居場所」について各団体や地域で話し合いの場を開催する。

- ① 中心地域整備構想に住まい・食に関する提案が反映されたか
- ② 啓発回数、参加者数、意識の把握
- ③ 居場所づくりの啓発回数、参加者数、新たな居場所の開設数

日南町では「プロセス」を重視!

Ⅲ 地域包括ケアシステムの評価指標の例

- ◆ 国診協では、先進的な取組地域でのヒアリング調査等を通じて、地域包括ケアシステム推進の取組状況を評価する指標の例を集めました。
- ◆ さらに、先進的な取組地域8地域の協力を得て、実際に指標についてデータを収集してもらい、各指標の入手可能性や重要性、留意点などについて検討してもらいました。
- ◆ 以下に、取組分野ごとの指標例と検討結果をお示しします。

1. 健康づくりの推進に関する指標

(1) 指標一覧

	指標	定義	入手元
S	保健師数	行政が雇用している保健師数全数	
S	(うち)保健師数(地区担当)	上記保健師数(全数)のうち特定の地区を担当している保健師数	
S	(うち)保健師数(高齢者担当)	上記保健師数(全数)のうち主として高齢者を担当している保健師数	
O	健康寿命	日常生活に制限のない期間の平均 ○自分が健康であると自覚している期間の平均 ※計算方法は右記 URL 参照	厚生労働科学研究 健康寿命のページ http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/
P	特定健診受診率	特定健診受診者数÷特定健診対象者数	特定健康診査・特定保健指導の実施状況
P	幼児健診受診率(1歳6ヶ月児)	1歳6ヶ月児健診受診者数÷健診対象者数	母子保健事業の実施状況
P	胃がん検診	検診受診者数÷検診対象者数(男女計) ※検診対象者の定義は各市町村の定義による	
P	大腸がん検診		
P	肺がん検診		
P	乳がん検診	検診受診者数÷検診対象者数(女性のみ)	
P	子宮頸がん検診	※検診対象者の定義は各市町村の定義による	

	指 標	定 義	入手元
P	予防接種率 (インフルエンザ)	接種者数÷総人口数(年齢階級別)	
P	予防接種率(風疹)	接種者数÷対象人口数	
P	脳血管疾患 受療率 (人口10万対)	推計患者数÷推計人口×100,000人	患者調査 ※都道府県による集計データ があれば
P	心疾患 受療率 (人口10万対)		
P	肺炎 受療率 (人口10万対)		
P	悪性新生物 受療率 (人口10万対)		
O	脳血管疾患 死亡率	脳血管疾患による死亡者数÷人口×100,000人	人口動態統計
O	心疾患 死亡率	心疾患による死亡者数÷人口×100,000人	
O	肺炎 死亡率	肺炎による死亡者数÷人口×100,000人	
O	悪性新生物 死亡率	悪性新生物による死亡者数÷人口×100,000人	

※S：ストラクチャー評価、P：プロセス評価、O：アウトカム評価

(2) 指標に関する補足

①入手可能性

- ◆ 指標一覧のうち、保健師数、特定健診受診率、がん検診受診率、予防接種率に関しては、ほとんどの地域が「全域で把握している」と回答していました。
- ◆ 一方、各疾患の受療率に関しては、約半数の地域が「把握不能・困難」にある傾向がありました。理由としては、都道府県がデータを持っており、市町村別ではないという理由が多くなっています。また、一部の地域では、各疾患の死亡率に関するデータも、同様の理由で市町村単位では分からないと回答した地域がありました。
- ◆ 健康寿命に関しては、半数の地域が「全域で把握している」と回答したものの、地域によっては算出が難しいとの意見もありました。

②指標の重要性

- ◆ いずれの指標も半数以上の地域が「健康づくりの推進」を評価する指標として重要と考えていました。
- ◆ その他、重要と考えられる指標として、次のものが挙げられました。

指標（案）	内容・意見
予防接種率	・ 高齢者肺炎球菌ワクチン接種率も重要ではないか。
障がい期間	・ 健康寿命は行政規模が小さい場合、平均余命が年次によって大きく変わる。その点、障がい期間（要介護期間）は安定して評価できる。
喫煙率・たばこ消費量	・ 健康づくりの指標になり得る。

③データの限界点・留意点

- ◆ いずれの指標も半数以上の地域が「健康づくりの推進」を評価する指標として重要と考えていました。ストラクチャー評価の指標の1つである保健師数に関しては、それ単体で単純に評価することはできないものの、地区担当制の保健師が十分に確保されているかどうかは、1つの目安になるとの意見がありました。
- ◆ プロセス評価の指標である受療率や死亡率等に関しては、他の地域と比較する場合は年齢調整が必要です。

2. 介護予防・重症化予防の実現に関する指標

(1) 指標一覧

	指標	定義	入手元
S	介護予防・重症化予防を目的とした教室・サロンの数		
P	教室・サロンへの参加者数		
P	教室・サロンによる高齢者のカバー率	教室・サロンへの参加者数（実人数）÷地域の高齢者数	
O	要介護認定率	認定者数÷被保険者数	介護保険事業状況報告
O	要介護高齢者数に占める軽度者の割合	要支援1・2÷要介護認定者数	
O	要支援・要介護度の改善度	ある時点の要介護認定者数のうち、1年後に要介護度が改善している者の割合	
O	新規認定者数	1年間のうち、新たに発生した要介護認定者数 ※更新申請による要介護度の変更は含めない。	
O	基本チェックリストの点数における維持・改善者数	ある年の基本チェックリスト実施者のうち、▲年時点で維持・改善した者の数	

※S：ストラクチャー評価、P：プロセス評価、O：アウトカム評価

(2) 指標に関する補足

①入手可能性

- ◆ 指標一覧のうち、要介護認定率、要介護高齢者に占める軽度者の割合、新規認定者数に関しては、ほとんどの地域が「全域で把握している」と回答しました。
- ◆ 一方、要支援・要介護度の改善度や基本チェックリストの点数における維持・改善者数に関しては、半数以上が「把握可能だが未把握」または「把握不能・困難」と回答しました。
- ◆ 背景としては、改善度に関する評価がなされていないことや、改善度を知るためには個別に情報確認が必要であることなどが挙げられました。

②指標の重要性

- ◆ その他、重要と考えられる指標として、次のものが挙げられました。いずれの指標も半数以上の地域が「介護予防・重症化予防の実現」を評価する指標として重要であるとしました。
- ◆ その他、重要と考えられる指標として、次のものが挙げられました。

指標（案）	内容・意見
要介護予防教室への参加者数	
介護予防教室での体力測定結果の維持、変化率	
要支援者への介護予防や地域支援事業の実施状況	
地域のインフォーマルサービスの構築状況	

③データの限界点・留意点

- ◆ サロンは必ずしも行政が関与しているものだけではありません。住民やその他主体が実施している地域の活動についてもきちんと把握しておくことが重要です。
- ◆ 基本チェックリストは回答者の主観的な評価によって記入するため、体調によって結果が左右されやすく、指標として用いにくいという指摘もありました。

3. 住み慣れた地域での療養生活の維持(65歳以上高齢者)に関する指標

(1) 指標一覧

	指標	定義	入手元
S	在宅療養支援病院数	地域内における在宅療養支援病院の数	
S	在宅療養支援診療所数	地域内における在宅療養支援診療所の数	
P	訪問診療対象患者数	訪問診療の対象となっている患者の数	
P	訪問看護利用者数	訪問看護を利用している者の数	
O	病院からの在宅復帰率	退院先が自宅の患者数 ÷ 退院患者数	
O	医療依存度の高い患者の在宅復帰率	退院先が自宅の患者数(医療区分2,3) ÷ 退院患者数	
O	介護老人保健施設からの在宅復帰率	退所先が自宅の人数 ÷ 退所者数	
	施設入所の割合	65歳以上人口のうち、介護保険施設に入所している者の割合	
O	重度要介護者の在宅支援率	要介護度4以上の者のうち、自宅で生活している者の割合	
O	65歳以上高齢者の転出割合	1年間の転出者数のうち、65歳以上の高齢者の占める割合	
O	介護が困難になり転出した高齢者の割合	65歳以上高齢者の転出者数のうち、介護を理由として転出した者の割合	
O	独居高齢者の転居割合	65歳以上の独居高齢者のうち、転居した者の割合	
O	高齢世帯の転居割合	65歳以上の高齢者世帯のうち、転居した者の割合	
O	在宅療養を支える家族の満足度	任意	
O	在宅での主たる介護者の満足度	任意	
O	在宅療養を支える関係者の満足度	任意	

※S：ストラクチャー評価、P：プロセス評価、O：アウトカム評価

(2) 指標に関する補足

①入手可能性

- ◆ 指標一覧のうち、在宅療養支援病院数、在宅療養支援診療所数、訪問診療対象患者数、訪問看護利用者数、重度要介護者の在宅復帰率、に関しては、ほとんどの地域が「全域で把握している」と回答しました。
- ◆ 一方、医療依存度の高い患者の在宅復帰率、介護老人保健施設からの在宅復帰率、65歳以上高齢者の転出割合、介護が困難になり転出した高齢者の割合、独居高齢者の転居割合、在宅療養を支える家族の満足度、在宅での主たる介護者の満足度、在宅療養を支える関係者の満足度に関しては、半数以上が「把握可能だが未把握」または「把握不能・困難」と回答しました。
- ◆ 在宅復帰率に関しては、病院や施設単体であれば把握できるものの、地域全体では把握が難しいとの意見がありました。

②指標の重要性

- ◆ 半数以上の地域が「住み慣れた地域での療養生活の維持」を評価する指標として重要であると回答した指標は、訪問診療対象患者数や訪問看護利用者数、病院からの在宅復帰率、医療依存度の高い在宅復帰率、重度要介護者の在宅支援率、在宅療養を支える家族の満足度、在宅での主たる介護者の満足度でした。
- ◆ その他、重要と考えられる指標として、次のものが挙げられました。

指標（案）	内容・意見
見守りネットワークや認知症サポーター、住民組織と いった支援体制	ストラクチャー指標として
在宅の療養を支える関係者の連絡会議の開催状況	プロセス指標として
要介護者・家族を支える住民組織等の活動状況	プロセス指標として

③データの限界点・留意点

- ◆ ストラクチャー指標の1つである在宅療養支援診療所等について、指定要件の関係上、在宅療養支援診療所等ではないものの、在宅生活を支援している施設もある点に注意が必要です。
- ◆ 本人や家族、関係者の満足度は重要な指標になり得るものの、調査に係る負担が大きいという課題が指摘されました。
- ◆ この点について、例えば、日常生活ニーズ調査の中に満足度に関する項目を入れたり、家族にもアンケートを行うなどの方法があります。地域によっては、半年から1年に一度、性・年代別に層別化無作為抽出した住民を対象にアンケート調査を行い、医療・介護に関わらずそのときどきの課題を調査しているところもありました。
- ◆ 介護が困難になり転出した高齢者の割合に関しては、転出の理由までを把握することは困難である意見もありました。一方で、民生委員やケアマネジャーなどが理由を把握していることもあり、地域ケア会議などで共有できるとの意見もありました。

コラム：高齢者の転出割合や転出理由はアウトカム指標になりうるか？

高齢者世帯が地域外に転出する背景には、地域内での介護が困難になり、療養生活の維持が難しくなったことがあるかもしれません。こうした高齢者の転出理由や転出割合が分かるのであれば、アウトカム指標の1つとして活用できる可能性があります。

住民基本台帳所管課との情報共有や、転出理由の把握が困難である地域も多いと思いますが、近隣の住民（民生委員）やケアマネジャーなどは、転出の背景を把握していることもあるようです。地域ケア会議などの場で、地域内の支援体制が問題で転出している事例がないかどうか、情報共有をしてみたいかがでしょうか。

4. 住み慣れた地域での看取りに関する指標

(1) 指標一覧

	指標	定義	入手元
S	在宅での看取りに対応する病院・診療所数	在宅ターミナルケア加算の算定実績のある病院・診療所	
S	在宅緩和ケア対応訪問看護事業所数	在宅ターミナルケア加算の算定実績のある訪問看護事業所	
S	看取り介護加算を算定している介護保険施設	看取り介護加算の算定実績のある介護保険施設	
P	訪問診療対象患者数	訪問診療の対象となっている患者の数	
P	訪問看護利用者数	訪問看護を利用している者の数	
O	地域内での看取りの割合	1年間の死亡者数のうち、看取りの場が地域内である者の割合	
O	(うち)在宅での看取りの割合	1年間の死亡者数のうち、看取りの場が自宅である者の割合	
O	(うち)地域内医療機関死亡の割合	1年間の死亡者数のうち、看取りの場が病院・診療所である者の割合	
O	(うち)地域内施設死亡の割合	1年間の死亡者数のうち、看取りの場がその他介護老人保健施設等である者の割合	
O	希望した場所での看取りが出来た高齢者の割合	1年間の65歳以上死亡者数のうち、希望した場所で最期を迎えた者の割合	

※S：ストラクチャー評価、P：プロセス評価、O：アウトカム評価

(2) 指標に関する補足

① 入手可能性

- ◆ 指標一覧のうち、地域内での看取りのうち在宅での看取りの割合、地域内医療機関死亡の割合、地域内施設死亡の割合に関しては、半数以上の地域が「全域で把握している」「一部地域で把握している」と回答しました。

- ◆ 一方、地域内での看取り割合に関しては、約半数が「把握可能だが未把握」「把握不能・困難」と回答しました。
- ◆ また、希望した場所での看取りができた高齢者の割合に関しては、ほとんどの地域が「把握不能・困難」と回答した。背景としては、死亡場所に関する情報がないこと、個人情報のため、死亡情報が入手できないことなどが挙げられました。

②指標の重要性

- ◆ 半数以上の地域が重要であると回答した指標は、在宅での看取りの割合、地域内医療機関死亡の割合、地域内施設死亡の割合、希望した場所での看取りができた高齢者の割合でした。

③データの限界点・留意点

- ◆ 直前まで自宅や施設で過ごし、最期は病院で迎えるという方も多くいます。そのため、在宅での看取り＝自宅での看取りと限定せず、直前まで在宅（自宅や居住系施設）で過ごしていた方も含めるという考え方もあります。
- ◆ 自宅での死亡件数の中には孤立死も含まれます。単に自宅での死亡件数が多いからといって、自宅での看取りができていると評価することには注意が必要です。

コラム：場所別の看取り件数をどのように把握するか？

地域によっては、住民基本台帳所管課に死亡情報は蓄積されているものの、死亡場所の情報が蓄積されていなかったり、部署をまたいで情報共有することが困難なことがあります。

例えば、住民基本台帳所管課に地域包括ケアシステム構築のために協力を依頼し、死亡場所についても情報を蓄積してもらい、その情報を医療・介護保険担当課に還元してもらうよう取り決めるといった方法もあります。

5. 医療・介護費の推移に関する指標

(1) 指標一覧

	指標	定義	入手元
○	医療費	国保1人当たり年間医療費	
○	老人医療費	後期高齢者の1人当たりの年間医療費	
○	国民健康保険料	国保1人当たり年間保険料	
○	介護保険料 (第1号被保険者)	1人当たりの年間介護保険料	

※S：ストラクチャー評価、P：プロセス評価、O：アウトカム評価

(2) 指標に関する補足

① 入手可能性

- ◆ ほぼ全ての地域が「全域で把握している」と回答しました。

② 指標の重要性

- ◆ いずれの指標についても、半数以上の地域が重要であると回答しました。

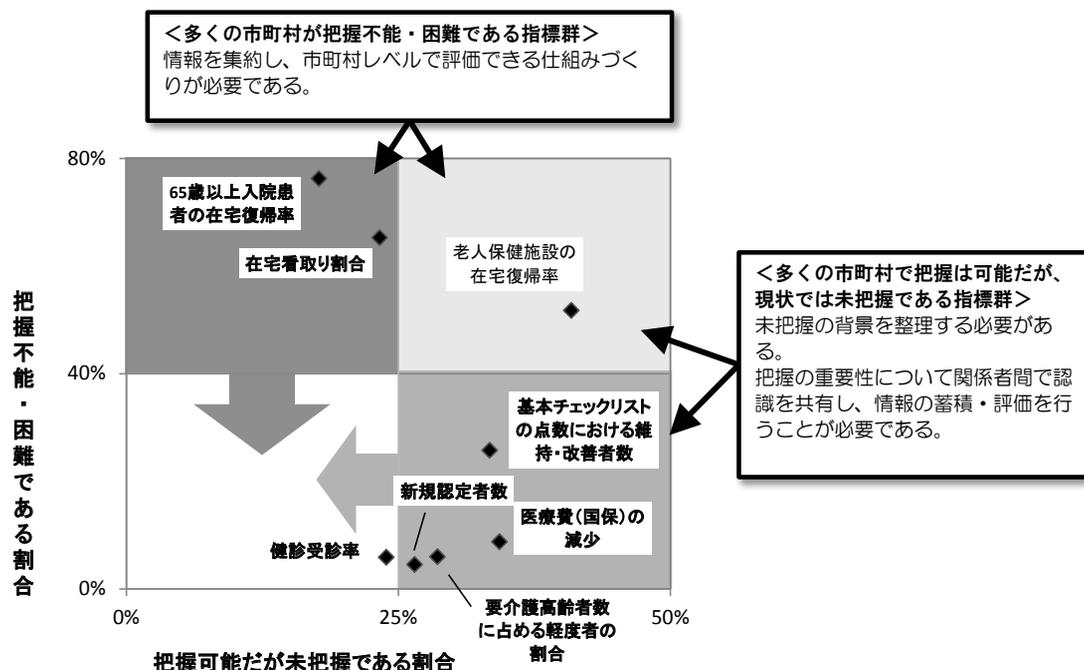
③ データの限界点・留意点

- ◆ 介護保険料に関しては、利用できる介護保険サービスが限られているので低く抑えられているケースもありました。

IV 地域で指標を把握するために

- ◆ 国診協が全国の市町村を対象として実施したアンケート調査では、重要と考えられる指標であっても、必ずしも把握できない、あるいは把握可能であるが未把握である状況が明らかになりました。
- ◆ 「把握可能だが未把握」である背景としては、把握の必要性を、行政や関係者が認識していなかったり、病院などの個別の事業者単位では情報を持っているが、市町村として情報が集約できていないなどの状況が考えられます。
- ◆ また、地域包括ケアシステムの取組の進展度を評価するためには、一時点の数字を収集するだけでなく、継続して情報を収集し、推移をみる必要があります。
- ◆ 行政において地域包括ケアシステムの取組の進展度を把握することの必要性を庁内関係者、地域の関係機関等で共有し、情報の蓄積・共有・評価のための仕組みを構築していくことが望まれます。

～ 重要な指標であるが把握が困難な指標 ～

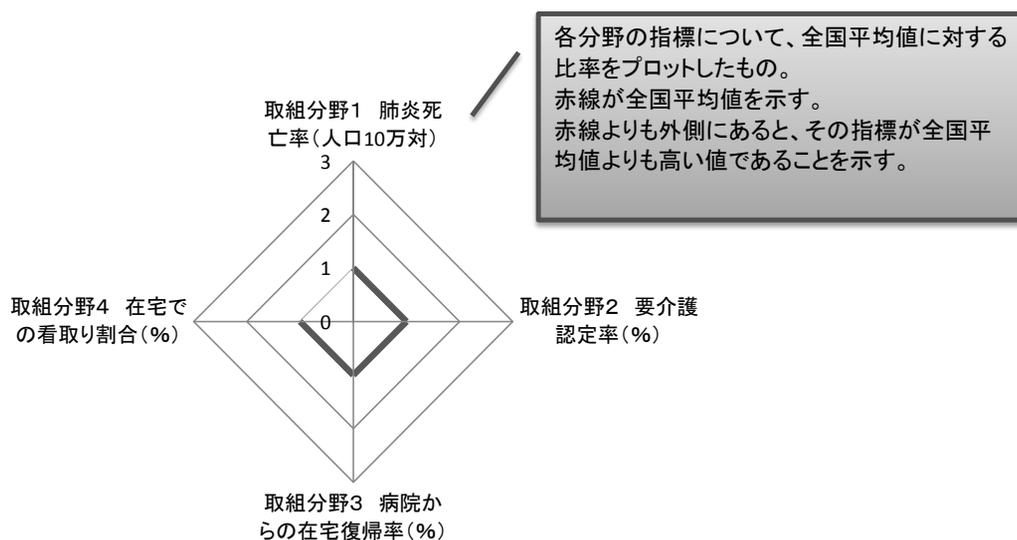


※全国の市町村を対象として実施したアンケート調査で、代表的な8つの指標について把握状況（把握している：全域／把握している：一部地域／把握可能だが未把握／把握不能・困難である）を尋ねた。図表は、各指標の「把握可能だが未把握」「把握不能・困難」と回答した市町村の割合をプロットしたもの。将来的には、いずれの割合も0%に近づくことが望まれる。

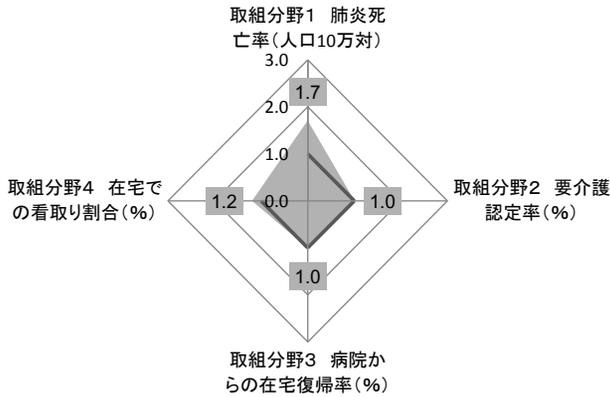
(参考) 先進的取組地域における進捗状況

- ◆ 全国平均値と比べることで、取組の進捗状況を測る目安になります。ただし、単純に全国平均との比較で進捗を評価することはできません。地域が目指す姿を目標値として評価する必要があります。
- ◆ 下表は、先進的取組地域（3地域）について、「健康づくりの推進（取組分野1）」「介護予防・重症化予防の実現（取組分野2）」「住み慣れた地域での療養生活の維持（取組分野3）」「住み慣れた地域での看取り（取組分野4）」から1つずつアウトカム指標を選び、全国平均と比較した結果です。

～ 図表の見方 ～

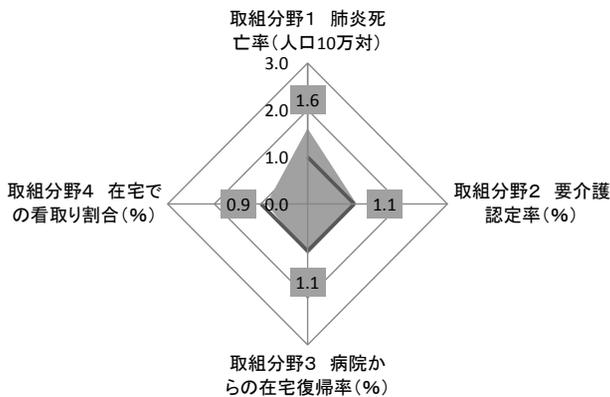


地域1 富山県・南砺市（南砺市民病院）



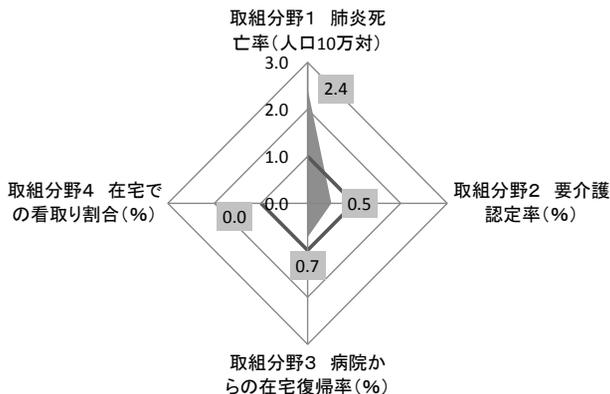
- 肺炎死亡率は全国の約 1.7 倍
- 第 1 号被保険者の要介護認定率、病院からの在宅復帰率は全国平均程度
- 在宅での看取り割合は、全国の約 1.2 倍とやや高め

地域2 高知県・梼原町（国保梼原病院）



- 肺炎死亡率は全国の約 1.6 倍（※梼原町のデータがなく、高知県のデータを準用）
- 第 1 号被保険者の要介護認定率、病院からの在宅復帰率は全国平均程度
- 在宅での看取り割合は、全国の約 0.9 倍とやや低め

地域3 大分県・姫島村（国保診療所）



- 肺炎死亡率は全国の約 2 倍以上
- 第 1 号被保険者の要介護認定率は全国の約 2 分の 1
- 病院からの在宅復帰率は約 0.7 倍
- 在宅での看取り割合は 0%（約半数が診療所で看取り）

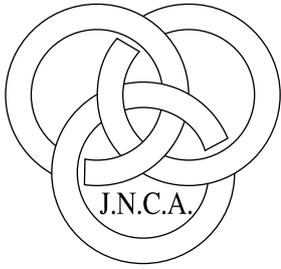
この事業は、平成26年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業により行ったものです。

過疎地域等における地域包括ケアシステムの構築に関する調査研究事業 報告書

平成27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 東京都芝大門2-6-6 4F
TEL: 03-6809-2466 FAX: 03-6809-2499
ホームページURL: <http://www.kokushinkyō.or.jp>

印刷 **東京リスマチック株式会社**



公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 芝大門エクセレントビル4F
TEL: 03-6809-2466 FAX: 03-6809-2499 URL: <http://www.kokushinkyo.or.jp/>