

介護予防を推進するための
地域診断に関する調査研究事業

実践につながる
**住民参加型
地域診断の
手引き**

介護予防編

平成26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

I この手引きの概要	1
1. 背景と目的	2
(1) 地域診断の手順	3
(2) この手引きの構成	3
II 地域診断・活動計画立案手法の手順	5
1. 地域診断の計画	8
2. 情報収集・整理	11
3. 地域アセスメント	18
4. 課題の整理と特定	21
5. 地域保健活動計画の立案	24
III 取組事例	27
事例1：市民ひとりひとりの介護予防への意識の高揚「介護は予防できる」 (秋田県・横手市大森町)	29
事例2：鋸南町における介護予防推進のための地域診断について (千葉県・鋸南町)	42
事例3：中津川市の健康課題に沿った介護予防活動を実践するために (岐阜県・中津川市)	52
事例4：郡上市における地域診断（介護予防）(岐阜県・郡上市)	60
事例5：「地域資源・産業を生かした介護予防を支える仕組みづくりを目指して」 (島根県・飯南町)	69
事例6：尾道市北部包括支援センターエリアにおける介護予防推進のための 地域診断について（広島県・尾道市御調町）	78
付 録	91
■ 参考資料	92
■ 実施項目チェックリスト	93
■ 記録様式・ワークシート	97
様式1 地域診断体制表	98
様式2 会合記録	99
ワークシート① 介護予防推進のための地域診断 データ整理用シート	100
ワークシート② 介護予防推進のための地域診断 データ整理用シート	105
ワークシート③ 健康問題・健康課題の関連図（地域の現状分析・課題抽出）	114
ワークシート④ 健康課題の特定	115
ワークシート⑤ 地域保健活動計画（案）	116
様式3 事業の振り返り	117



この手引きの概要

I この手引きの概要

1. 背景と目的

(公社)全国国民健康保険診療施設協議会(以下、国診協)では、従来から保健・医療・介護・福祉を一体化した地域包括医療・ケアを推進しています。平成22年度に「保健師活動による住民参加型地域包括ケアシステムの構築事業」として、保健師が「地域診断」により地域を客観的に分析して地域の課題を把握し、住民による主体的な活動を促し、地域包括ケアを推進する仕組みづくりに向けた調査研究を実施しました。調査結果から、「地域診断」の重要性は広く認識されているものの、有効な地域診断の実施、統計データの活用、結果の共有などにおいて課題があることが明らかになりました。

平成23年度は、地域診断で活用するデータの選定・収集方法、データの分析、地域の課題特定、把握された課題に対して、優先度や活用可能な資源を考慮して具体的な計画の立案、実践、評価というプロセスを全般的に支援するための「手引書」を作成しました。さらに平成24年度は、多様な特徴を持つ地域を対象としたモデル事業を行い、手引書の検証および改訂を行いました。地域を捉える視点の共有、行政、医療機関、住民組織の連携促進といった地域診断の効果があらためて確認されるとともに、地域診断に必要な各種データが散在している、収集や集計に手間がかかるなど、実践する上での課題や、データ分析に基づく地域課題の特定、保健活動の立案は保健師の経験や力量に左右されやすく、客観的なデータに基づく思考プロセスを支援する必要性が明らかになりました。

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

こうした背景から、これまでに国診協において検討してきた住民参加型の地域診断手法の考え方に沿って、介護予防を目的として地域包括支援センターが主体となつて行う地域診断のための手引書を作成しました。

2. この手引きの構成

(1) 地域診断の手順

この手引きでは、地域診断について図表1のような手順を設定し、以下の5つのステップに区分して具体的な方法を説明しています。¹



(2) この手引きの構成

I章	手引きを作成した目的や、構成などについて説明しています。
II章	介護予防を目的とする地域診断の手順と考え方を上記の5つのステップごとに紹介しています。
III章	モデル地域で実践した地域診断の事例を掲載しています。 モデル事業において、収集したデータやデータから導かれたアセスメント結果、地域課題、活動計画などをまとめたものです。 詳細は、報告書 ¹ にも記載しています。あわせてご参照ください。
付録	参考となる文献、II章で紹介した手順で実施する際に使用するチェックシート、記録様式やワークシートなどを掲載しています。 様式等はそのまま活用していただくこともできますが、地域での取り組み内容に応じて、適宜、改変してもかまいません。

¹ 平成24年に作成した地域診断の手引きは「6. 活動の実勢と評価」を含めた6ステップで構成されていますが、本事業では「5) 地域保健活動計画の立案」までのプロセスに重点を置きました。

地域診断～活動計画、実践・評価の手順			
	参考 ペー	様式・ ワークシート	備考
1. 目的に応じた地域診断			
1-1. 目的を明確化する ＜介護予防に重点を置いた地域づくり＞ (1)対象者の想定 (2)活用方法	8		
1-2. 地域診断の取り組み体制・方法の検討			
① 地域診断に取り組む体制を検討する ■ 診断を行い、検討するメンバーを決める	9	【様式1・2】	・地域診断のキーパーソンは保健師になります。 ・メンバーを他職種協働を意識して集めると多角的な視点で議論することができます。 ・また、メンバーに住民に参加してもらい、住民の視点を取り入れることも重要です。
② 対象地域の特徴を把握する方法・手段を検討する ■ どのような情報を集めるのかを決める ■ 既存の資料を活用する他に、新たに調査を実施するのかを決める ■ 検討メンバー内の誰が情報を集めるのか、誰が分析するのかを決める	10		
③ スケジュールを検討する	10		
2. 情報収集・整理			
① 既存の資料を収集、整理する ■ 統計データを集める ・地域概要の基本となるデータを集める ■ 住民の意識調査結果を集める	11	【ワークシート①②】	・既存の統計データ(人口動態統計や各種保健統計など統計データ、アンケート調査結果など)を収集することで地域を客観的に見ることがができます。 ・ヒアリングやグループインタビューを同時に行うことで、統計データでは見えてこない住民の生の声を集めることができます。 ・また地域に直接足を運び、保健師等担当者から実際の様子や雰囲気を感じ取ることも実効性のある活動計画作成には不可欠です。
② 目的に沿った調査を実施する ■ 住民調査を行う ・量的データを集める(アンケート調査等) ・質的データを集める(ヒアリング、グループインタビュー等) ■ 関係機関へのヒアリングを行う	16		
③ 地区踏査・地区視診を実施する	17		
④ 情報源を整理する	17		
3. 地域アセスメント			
3-1. 地域の基本データの分析	18	【ワークシート①】	・収集した基本情報を「コミュニティ・アズ・パートナーモデル」の8項目に合わせて整理していきます。
3-2. コミュニティ・アズ・パートナーモデルの視点からの分析	19	【ワークシート②】	・収集した基本情報を「コミュニティ・アズ・パートナーモデル」の8項目に合わせて整理していきます。
4. 課題の整理と特定			
① 健康問題・課題を提示する ■ アセスメントの結果に基づいて、地域の健康問題・課題のモデル図を作成し、健康課題とその要因や影響などの関係性を明らかにする	21	【ワークシート③】	・収集および分析を行った情報を整理し、課題を抽出していきます。
② 健康課題を特定する ■ ①で作成した健康問題・課題のモデル図をもとに地域の健康課題を特定する	23	【ワークシート④】	・抽出した課題についてさらに掘り下げていきます。
5. 地域保健活動計画の立案			
■ 健康課題に対応するための地域保健活動計画を検討する	24	【ワークシート⑤】	・特定した課題に対応するための活動計画を策定します。 ・具体的な事業に結びつけ、目標値を設定します。

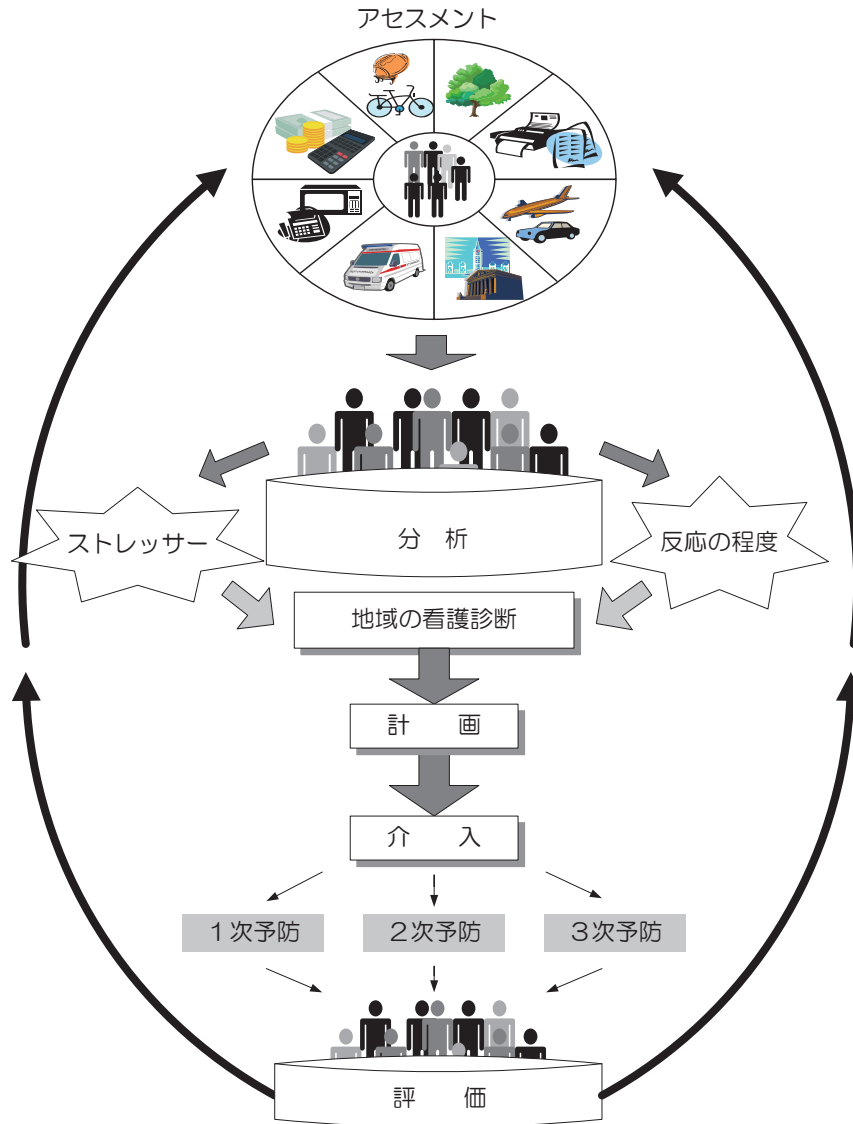


地域診断・活動計画立案手法の手順

II 地域診断・活動計画立案手法の手順

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

図表2 地域診断のサイクル



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

この手引きでは、分析結果より導かれた地域の課題に対して活動計画を検討するプロセスまでに重点を置き、II章では、アセスメントから計画立案までの各プロセスについて具体的な手順を紹介します。

II

地域診断・活動計画立案手法の手順

<参考：地域診断に用いるモデルについて>

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

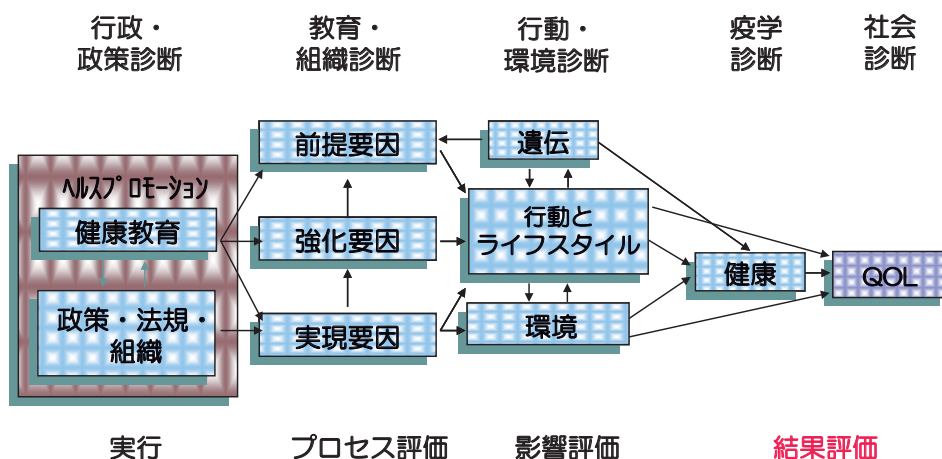
【コミュニティ・アズ・パートナーモデル】

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

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

【フリシード・フロシードモデル】

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



1. 地域診断の計画

「介護予防の推進」という観点から、地域の現状を分析して、健康課題を把握し、その原因や背景を明確にするための地域診断の計画を検討します。

1-1. 地域診断の目的の明確化

地域における健康課題や事業、現在の取り組みなどを踏まえ、地域診断を行う目的を明確にします。ここでは、「介護予防に重点を置いた地域づくり」を目的とした地域診断を想定します。

ひとくちに介護予防といっても、どのような対象や課題に着目し、どのような検討を行うためのデータ収集・分析を行うのかによって、地域診断におけるデータ収集や検討の範囲が異なる場合があります。

はじめに以下のような観点から、地域診断の目的を明確にしておきましょう。

対象者の想定

本手引書では、主に一次予防・二次予防の対象者（要支援まで）を対象として想定しています。ただし、軽度者の重度化の防止という観点や、若年層までを視野にいれて中長期的な介護予防を考える場合など、より幅広い対象を考慮することも考えられます。

活用方法

本手引書では、「介護予防」に重点をおいた地域づくりに資するため、地域として行う予防事業の立案や、事業間の優先順位の検討に役立てることなどを想定しています。

また、これまでの事業の評価や地域住民への情報提供や意識啓発といった活用も考えられます。

1-2. 地域診断の取り組み体制・方法の検討

① 地域診断に取り組む体制の検討

地域診断に取り組む体制を検討します。この手引書では、地域包括支援センターが主体となって地域診断を実施し、保健師等がキーパーソンとしての役割を担うことを想定しています。地域包括支援センターの保健師を中心に、以下のような関係者が参画して、地域として取り組む体制をつくりましょう。

- 地域包括支援センター 保健師など
- 医療機関（国保直診施設など）の医師・歯科医師・看護師など
- 行政担当課（保健福祉課等）の担当者（専門職・事務職）
- 保健所・保健センターの保健師
- ケアマネジャー
- 民生委員、その他住民の代表
- その他の関係機関等

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

- ※ 行政の事務職の参加により、データ収集を円滑に行ったり、異なる視点からの意見を得ることが可能になります。
- ※ 可能な限り住民に参加していただき、住民の視点を取り入れることが重要です。
- ※ 計画段階から住民が関わりをもち、データの分析、課題の把握、活動計画立案の一連のプロセスに参加していただくことで、活動の実践の際にも積極的な参加や協力が得られ、有効性を高めることが期待できます。
- ※ 毎回、全員が出席することにこだわらず、内容や都合に応じて対応しましょう。

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

II

地域診断・活動計画立案手法の手順

② 対象地域の特徴を把握する方法・手段の検討

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

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

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

③ スケジュールの検討

地域診断を進める際の具体的なスケジュール案を検討します。

実現可能性や、参加するメンバーの都合、成果をまとめる時期(目標)などを考慮して、会合の開催時期、時間帯、各回の議題などをあらかじめ計画します。

たとえば以下のようなタイミングでの会議開催などが想定されます。

- 地域診断の計画の策定時(体制、実施内容、実施スケジュール、役割分担等)
- データ項目を検討する時点(項目抽出、収集方法検討、分担等)
- 収集した情報を分析し、課題を抽出する時点
- 課題を踏まえた活動計画の策定時点
- (振り返り)

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

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

2. 情報収集・整理

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

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

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

2-1 既存の資料を収集、整理

i) 統計データ

統計データから地域の健康状態を診断します。国の人口動態統計のデータや、自治体の統計データを用いて、自分の地域と都道府県、全国の値を比較することにより、自分の地域が、客観的にどのような健康レベルにあるか知ることができます。

ア. 収集するデータ

地方自治体の衛生統計に関する指標等から、自分の地域の健康レベルについて、数値データを集めます。過去からの推移、今後の推計など時系列的な変化により、現在の地域の状況や今後の見通しを把握することができます。また、県内平均や近隣の同規模の市町村のデータもあわせて確認し、比較することにより、自分の地域の特性を明らかにします。

この手引書では、コミュニティ・アズ・パートナーモデルの考え方にに基づき、「地域を構成する人々」と8つの領域（「物理的環境」「経済」「政治と行政」「教育」「交通と安全」「コミュニケーション・情報」「レクリエーション」「保健医療と社会福祉」）を設定しています。こうした領域を設定して総合的、多角的に地域のデータを収集し、分析することで地域全体の網羅的な調査が可能になります。

図表3では、モデル事業の成果を踏まえ介護予防を目的とする地域診断に用いるデータ項目を整理しました。標準的な項目として、参考にしてください。（すべての項目の収集が必要ということではありません。必要性や収集の可否、困難さを考慮し、収集しない項目があってもかまいません。また、地域の実態に応じて、介護予防の観点から特に必要と考えられるデータを追加してください）。

<表の見方>

- ・ 区分別に、関連するデータ項目を整理しています。
- ・ 「提示方法」では、直近の値だけではなく過去から現在の推移、今後の推計等が必要な項目や、単独の数値ではなく構成比や相対比較等により状況を把握する項目について示しています。
- ・ 「重要度」は、介護予防のための地域診断における重要度が高いと考えられる項目を●で示しています。
- ・ 「取得容易性」では、一般的な地域におけるデータ取得の容易性を示しています。地域ごとに異なりますが、市町村単位での統計と地域診断を行う地域単位での統計が得にくい項目もあります。
- ・ 現在、厚生労働省では地域包括ケアシステムの構築に向けて全国・都道府県市町村・日常生活圏域別の介護・医療関連情報の共有（「見える化」）を進めており、地域包括ケア「見える化システム」プロトタイプが運用されています。備考欄では、地域包括ケア「見える化システム」にて、現在閲覧可能な項目を●で示しています。

図表 3 介護予防を目的とする地域診断のための標準的なデータ項目

【基本情報】

区分	データ項目	提示方法	重要度	取得容易性		備考
				市町村	地域	
総人口と推移	総人口	推移	●	○	○	●
	将来の人口	推計	●	○	△	●
出生率、死亡率	出生数	推移		○	△	
	死亡数	推移		○	△	
	合計特殊出生率	推移		○	△	
3区分別人口と割合	年少人口	対総人口比率・推移	●	○	○	
	生産年齢人口		●	○	○	
	高齢人口	相対比較	●	○	○	
死因別死亡数	主要死因別死亡数	推移		○	△	
世帯数と推移	一般世帯数（総世帯数）	推移	●	○	○	●
	高齢者夫婦世帯数	対総世帯比率・推移	●	○	○	●
	65歳以上の高齢者単身世帯数	対総世帯比率・推移	●	○	○	●
	50～64歳の1人暮らし男性世帯	対総世帯比率・推移	●	△	△	

II

地域診断・活動計画立案手法の手順

区分	データ項目	提示方法	重要度	取得容易性		備考
				市町村	地域	
	息子と父親2人暮らし世帯	対総世帯比率・推移	●	△	△	
	生涯未婚率	推移	●	△	△	
高齢者世帯、高齢化率	65～74歳人口 (前期高齢者人口)	対総人口比率・推移	●	○	○	●
	75歳以上人口 (後期高齢者人口)	対総人口比率・推移	●	○	○	●
	高齢化率	推移	●	○	○	●
介護保険 要介護 認定者数 および サービス 利用者数	要介護認定者数	推移／性別・年齢別	●	○	○	●
	介護給付費	推移(認定率等とあわせて分析)	●	○	△	
	第1号被保険者数	推移／性別・年齢別	●	○	△	
	第2号被保険者数	推移／性別・年齢別	●	○	△	
	サービス利用者数	推移／性別・年齢別・要介護度別	●	○	△	● 受給者数
	認知症高齢者数	推移／性別・年齢別、要介護度別	●	○	○	
	認定率	推移／要介護度別	●	○	△	●
	受給率	推移／要介護度別	●	○	△	
	認定者がサービスを受けない理由	定性的情報	●	△	△	
	主治医意見書による主要疾病	推移／性別・年齢別、認知症有無別	●	△	△	
	特定健診受診率	推移／年齢別	●	○	△	
	国保医療費(疾病分類)	推移	●	○	△	
	平均寿命・健康寿命	推移	●	△	△	

II

地域診断・活動計画立案手法の手順

【コミュニティ・アズ・パートナーモデルの領域】

区分	データ項目	提示方法	重要度	備考
コミュニティを構成する人々	基本チェックリスト結果	推移、性年齢別	●	●
	日常生活圏域ニーズ調査結果 特定健診（受診率、結果）	二次予防事業対象者の対 総高齢者数比率・推移	●	●
物理的環境	地形	定性的情報	●	
	気象・気候	定性的情報		
	景観	定性的情報		
経済	産業別人口	定性的情報	●	
	事業所数	推移		
	従業者数	定性的情報		
	有効求人倍率	定性的情報		
	失業率	定性的情報		
	65歳以上の就業人口	推移	●	
	シルバー人材センター登録者数	推移	●	
政治と行政	まちづくりの目標・基本方針	定性的情報		
	施策項目・重点施策	定性的情報		
	行政組織	定性的情報		
教育	学校・教育機関数	定性的情報		
	生涯学習の機会	定性的情報		
交通と安全	公共交通網	定性的情報	●	
	鉄道、道路の整備状況、利用状況	定性的情報	●	
	防災体制、消防団組織、除雪体制	定性的情報		
	災害危険箇所	定性的情報		
	防犯対策、交通安全対策の状況	定性的情報		
情報	自治会・町会	対総高齢者数比率・地域分 布、活動状況、定性的情報	●	
	公民館施設等		●	
	スポーツ施設		●	
	趣味の会・サークル等		●	
	地域サロンの開催状況			
レクリエーション	公園数等	対総高齢者数比率・地域分 布、定性的情報	●	
予防事業	介護保険計画基本方針・基本目標	定性的情報		
	介護サービス事業所数	推移・対要介護者数比率・ 地域分布	●	●
	地域包括支援センター数	推移・地域分布		
	医療機関数	地域分布・定性的情報		
	介護予防事業（実施状況、回数、 人数、参加意見、評価結果等）	推移・地域分布、定性的情 報	●	

II

地域診断・活動計画立案手法の手順

イ. データ整理用シート

上記の項目は、付録の「ワークシート①・②」を使って整理することができます。

【入力単位】		【入力単位】	
【総人口】		【総人口】	
		※入手できたデータの年度をご記入下さい。	
			単位
			重要度
(男) 0～4歳			
5～14歳			
15～24歳			
25～34歳			
35～44歳			
45～54歳			
55～64歳			
65～74歳			
75歳以上			
計			
(女) 0～4歳			
5～14歳			
15～24歳			
25～34歳			
35～44歳			
45～54歳			
55～64歳			
65～74歳			
75歳以上			
計			

市町村単位のデータを整理します

【指標】	平成12年 (実績値)	平成17年 (実績値)	平成22年 (実績値)	平成25年 (実績値)	平成32年 (将来推計値)	平成42年 (将来推計値)	平成52年 (将来推計値)	単位
高齢化率(%) (男)								
高齢化率(%) (女)								
高齢化率(%) (全体)								

【参考資料】
 ・住民基本台帳(平成25年3月31日)
 ・日本の地域別将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)(平成25年3月推計)

【他に必要なデータ、指標】
 介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら記入し、アセスメントの欄活用して下さい。

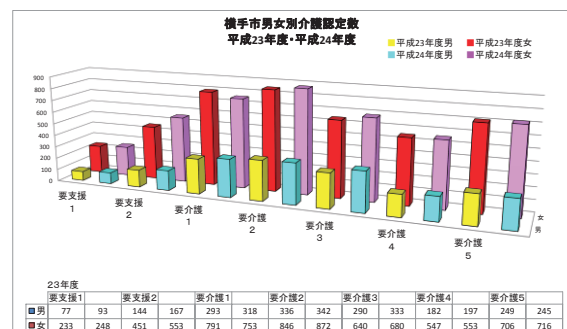
【アセスメント】データを基に分析(アセスメント)を行って下さい。

データに基づきアセスメントを行います(P15 参照)

左側に市町村、右側に地域のデータの記入欄を設けています。地域と市町村のデータを比較することが可能です。

- 市町村については、人口動態統計、国勢調査、介護保険事業状況報告等の統計データが活用可能です。地域包括ケア「見える化システム」プロトタイプも活用できます。
- ここに示す標準項目のほか、地域ごとの問題意識に応じて、必要に応じて他の関連するデータも収集し、あわせて分析を行うことも必要です。追加した情報も記録、保管しておきます。
- 地域の特徴を把握するためには、分かりやすくグラフ化することが有効です。グラフ化することにより、データの傾向や対比などを視覚的にとらえることができます。(地域包括ケア「見える化システム」プロトタイプでは、基本的なデータについて、グラフ化して表示されます)

→モデル事業においても、それぞれの地域で関連するデータの追加や、見える化が行われました。具体的な例は、Ⅲ章の取り組み事例をご参照ください。



ii) 住民の意識調査結果 等

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

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

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

2-2 目的に沿った新規調査の実施

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

- 住民調査
 - 量的データ：アンケート調査等
 - 質的データ：ヒアリング、グループインタビュー、ワークショップ（ワールド・カフェ方式等）等
- 関係機関へのヒアリング

ヒアリング、グループインタビュー、ワークショップなどの方法によって、住民の意見や、医師・歯科医師や保健師など地域の健康づくり専門家の意見から、地域の健康課題の抽出を行うことができます。対象者が自由に意見を出し合える場を設定し、意見を引き出し、集約していきます。このように、住民や専門家から意見を集約する方法としては、例えば、以下のような例が考えられます。

手法	概要	事前準備
メンバー間のディスカッション	地域診断を行うメンバー間のディスカッションにより、各メンバーが日頃の活動を通して感じていることから、健康課題を抽出	メンバー間の打合せセッション
ヒアリング	<ul style="list-style-type: none"> ・ 既設の相談窓口へ寄せられている相談内容から健康課題を抽出。 ・ 特定の情報を持つ人（例：認知症専門の精神科医）に対し、面接方式で重要な情報を収集 	ヒアリング先探し、ヒアリングアポイント取り、日程調整、謝礼等
グループインタビュー	対象者を5～8人くらい集め（グループの構成にも配慮します）、知りたいテーマについて自由に意見を出し合えるように、議事を進行。	対象者の選定、対象者集め、司会者、記録者

II

手法	概要	事前準備
ワークショップ	ワークショップの一つの手法として『ワールド・カフェ』（付録参照）がある。グループ討論を行い、メンバーを入れ替えながら、多様な意見を集約する（1回の討論約20分）。	会場、メモ紙、ペン、テーブルマスター（テーブルごとの司会）等

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

2-3 地区踏査・地区視診の実施

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

＜地区踏査・地区視診で確認しておきたいことの例＞

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

2-4 情報源の整理

2-1～3で収集した情報については、情報源を整理して記録しておくことで、必要に応じて確認したり、今後データ収集を行う際に活用し、効率よくデータ収集することができます。また、必要なデータが入手できないといった問題点なども整理しておきます。

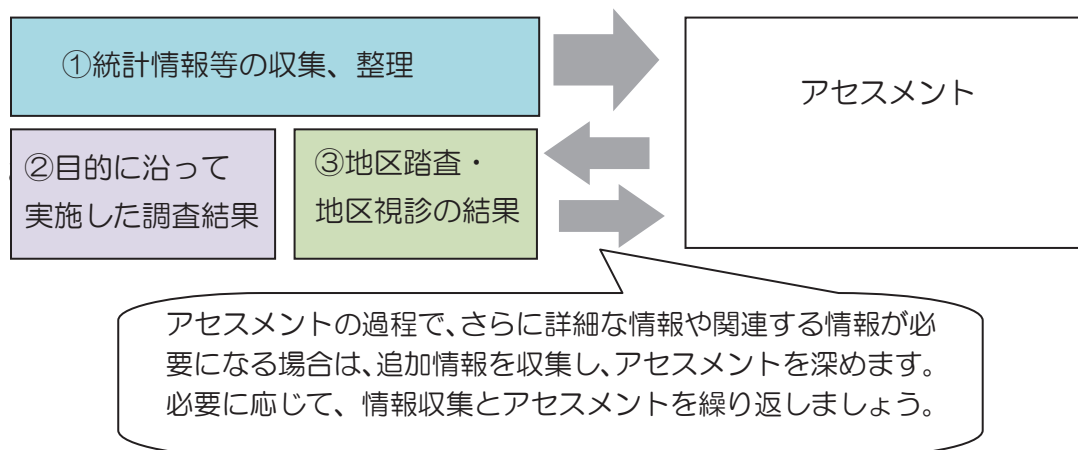
例えば、以下のような内容を記録しておくといよいでしょう。

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

3. 地域アセスメント

収集・整理したデータに基づいて、地域のアセスメントを行います。

ここでは、「2. 情報収集・整理」で収集した情報を整理しアセスメントを行います。



3-1 地域の基本データの分析

ワークシート①に記入した基本データについて、分析を行います。

アセスメントを行う際も行政職員、医師やその他の専門職等や住民の代表に参加してもらうことで、その地域の実情を住民の視点を取り入れ多角的に分析することができます。

⇒ここで分析した結果はワークシート①に追記してください。

- ※ 基本データついてのアセスメントの視点は、図表4を参考にしてください。
- ※ アセスメントの際は、収集したデータに基づき、対象とする地域の状況と市町村の状況を意識して、必要に応じて区別して記入してください。

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

図表 4 介護予防を目的とした地域の基本データのアセスメントの視点の例

項目	データの例	アセスメントの視点の例
人口の推移、将来推計 人口動態	総人口と推移 出生率、死亡率	総人口、3区分別人口、男女別前期・後期高齢者別の人口の増減、高齢化率の増減、高齢化の進行状況、将来の予測に基づく対策の必要性 など
年齢別人口構成	3区分別人口と割合、 高齢化率	
世帯数	総世帯数	家族介護力、支援や見守りを必要とする世帯の増加の動向 など
世帯構造	独居および高齢者のみ 世帯数	
疾病構造	死因別死亡率	地域の人々の健康と疾病の状況の把握、生活機能調査より低下している機能の把握と機能向上プログラムの必要性、これまでの事業の効果の確認、特定健診の状況より生活改善の取組みの必要性 など
寿命	平均余命・健康寿命	
生活機能調査結果	生活機能調査(項目ごとの該当率)	
特定健診	特定健診の受診率、結果	
要介護認定者数	認定者数の推移 要介護度別認定者数	認定者数と要介護度別認定者数の推移、介護保険料の増減傾向、介護が必要となる状況(新規認定時の年齢、原因となる疾患、認知症の状況)に基づく介護予防の重点の把握 など
申請時の情報	原因疾患 認知症の状況	
介護保険料	介護保険料推移	

II

地域診断・活動計画立案手法の手順

3-2 コミュニティ・アズ・パートナーモデルの視点からの分析

ここで用いるワークシートでは、「コミュニティ・アズ・パートナーモデル」に基づき、地域を構成する人々と8つの要素(物理的環境、経済、政治と行政、教育、交通と安全、コミュニケーション・情報、レクリエーション、保健医療と社会福祉)の観点からデータ項目を設定しています。総合的、多角的に地域のデータを収集し、分析することで地域全体の網羅的な調査が可能になります。

この手引きでは「介護予防」を目的としているため、介護予防の推進に資する検討に関連する項目が中心となります。

ワークシート②で収集した情報を分析し、実態やその背景、要因等を明らかにして概要を要約します。特に、地域において特徴的なものを提示します。

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

図表5 コミュニティ・アズ・パートナーモデルを参考とした
介護予防のためのアセスメントの視点の例

領域	項目	データの例	アセスメントの視点の例
物理的環境	地形	面積、位置、地形、住環境	高齢者にとっての住みやすさ など
	気候	気候、気温、降水量	
経済	産業	産業別人口、失業率 高齢者の就労状況	基幹産業の状況、高齢者の社会参加・就労の状況など
政治と行政	政策	まちづくりの方針、基本計画	介護予防の位置づけ、施策
教育	学校教育	学校数、スクールバス	学校を核とするコミュニティ活動の状況 など
	社会教育	生涯学習教室	
安全と交通	交通手段	バス、鉄道、免許返納率	高齢者の日常の交通の便、災害時の避難・救助体制
	災害時の安全	危険地域、災害時用援護者	
コミュニケーション・情報	地区組織 集会所	町会・自治会の活動状況 公民館、集会所等の施設数 配置状況	高齢者の交流・活動の場の充足状況、各種活動への参加しやすさ、アクセスしやすさ など
	老人クラブ等	種類、数、加入率、参加率、活動状況	
	サロン	数、参加率、活動状況	
レクリエーション	娯楽施設	数、配置、稼働状況	高齢者の身近な場所での有無、アクセスしやすさ
	スポーツ施設		
(保健医療と福祉→) 介護予防	介護サービス	各サービスの事業所数 予防事業対象者数	機能低下に応じた教室の設置・開催状況、参加状況、身近な地域で開催、アクセスしやすさ
	介護予防	プログラムの実施回数 参加状況	

※ 量的データ、質的データに基づいて、地域の特徴を各シートのアセスメント欄に記入します。

※ アセスメントの際は、収集したデータに基づき、対象とする地域の状況と市町村の状況を意識して、必要に応じて区別して記入してください。

データに基づく具体的なアセスメント内容の例は、Ⅲの取組み事例をご参照ください。

Ⅱ

地域診断・活動計画立案手法の手順

4. 課題の整理と特定

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

4-1 健康問題・課題の提示

「3. 地域アセスメント」で行ったアセスメントの結果に基づいて、地域の健康問題・課題のモデル図（関連図）を作成し、健康課題とその要因や影響などの関係性を明らかにします¹。

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

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

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

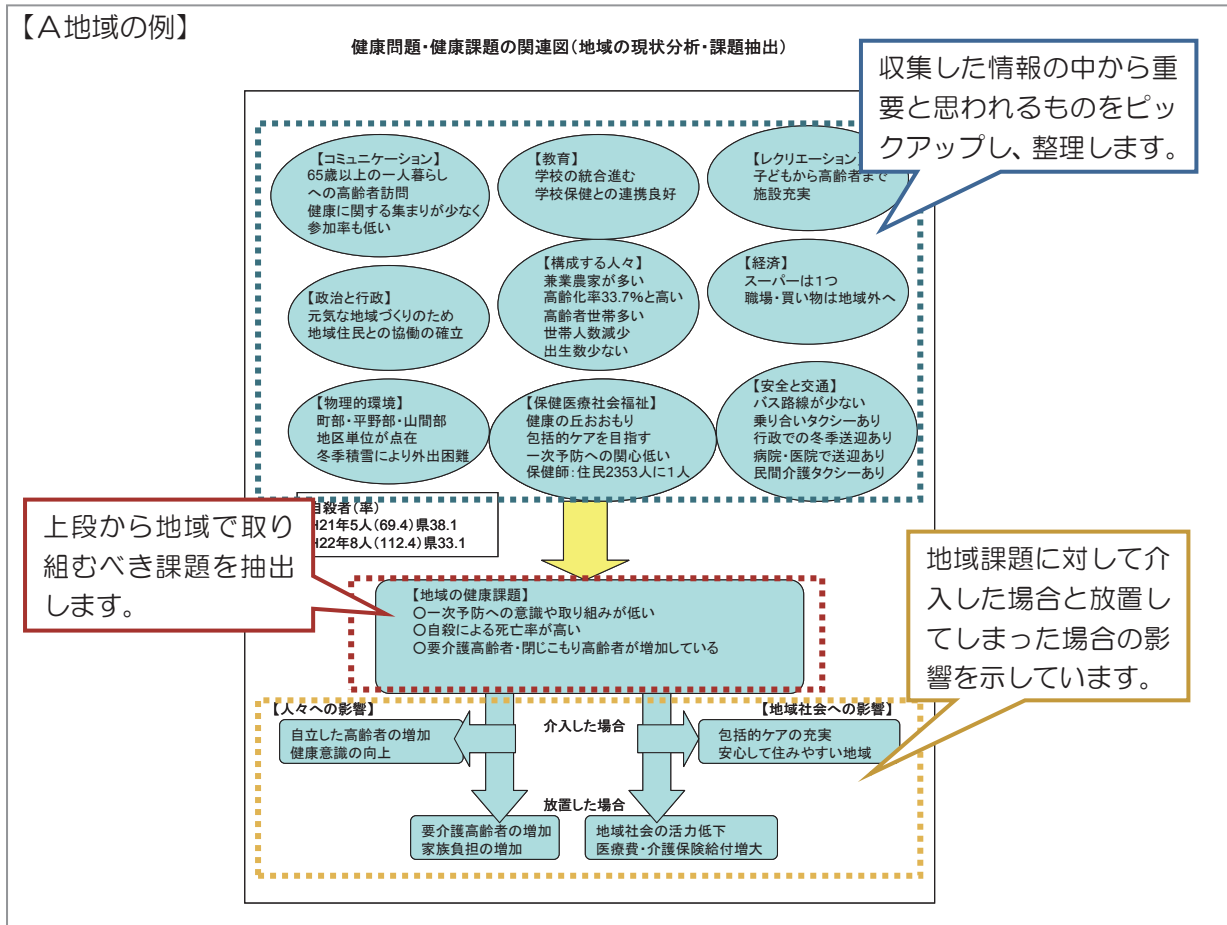
⇒ここで検討した結果はワークシート③に記入してください（特に定まった書式はなく、課題とその要因の関連を自由に図示してください。手書きでもかまいません）。

例えば、以下のような構成で表現することも一つの方法です。

- ・ ワークシート①・②で整理した8つの要素のそれぞれのアセスメント結果を図中に配置する。
（このとき、よい点（地域の強み）を○、問題点（地域の弱み）を×とし、区別して示すと地域の特徴がわかりやすく、活動計画につながりやすい。）
- ・ そこから導き出される地域の健康課題を列挙する。この段階では、絞り込んだり課題と課題の相互関係を整理する前に、想定されるものを多数列挙しておく。
- ・ こうした健康課題に対して、介入した場合、放置した場合に、地域の人々や地域社会に与える影響について、予測し、記入する。

¹ 地域の健康課題を構造化して整理するためのステップです。このステップを省略し、アセスメント結果に対応づけて課題を直接導出してもかまいません。

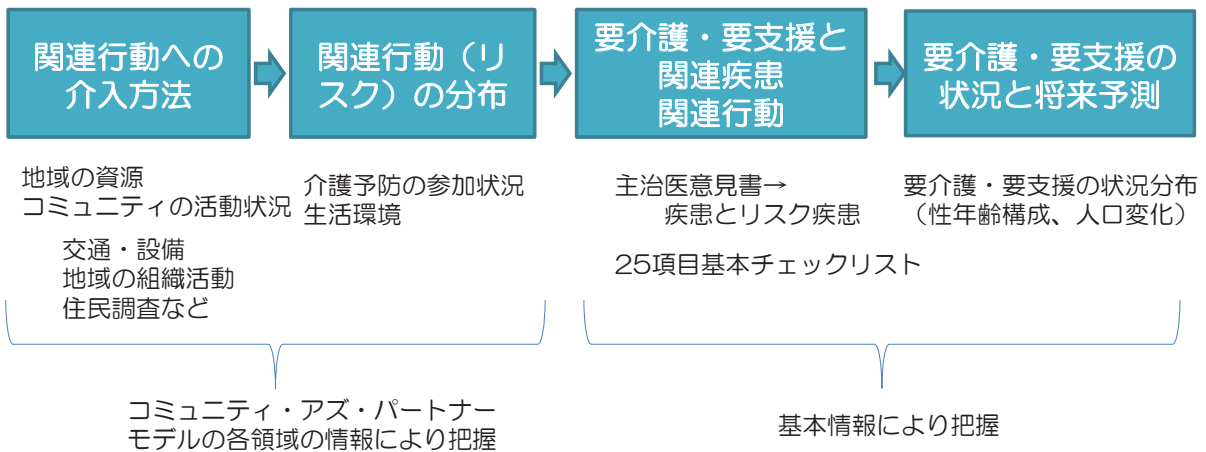
図表 6 ワークシート③ 健康問題・健康課題の関連図の例示



参考：データの構造の整理

地域の課題を抽出する際には、収集したデータを以下のように構造化して考えることができます。構造化することにより、データ間のつながりを整理し、介入方法の検討につなげることができます。

収集したデータの構造



4-2 健康課題の特定

①で作成した「ワークシート③」の関連図をもとに地域の健康課題を特定します。

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

あるいは関連図を作成せず、ワークシート①②のアセスメント欄の内容を整理、統合して課題を導出してかまいません。

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

⇒ワークシート④に「問題」と「その根拠となる状況」を記入してください。

図表7 「ワークシート④健康課題の特定」の書式および記入例

問題	その根拠となる状況
推計値で、今後人口は減少。若年世代が減少するなか高齢者は増加	<ul style="list-style-type: none"> 推計値では、今後人口は減少。平成25年の値を100とした場合の増減値は、年少人口、生産年齢人口ともに減少するが、老年人口は平成32年に103.9に増加し、その後は減少に転じる。なかでも後期高齢者の女性の人数は、群を抜いている。 75歳以上、特に女性に対しての介護予防と考えられる。また、若年世代からの自己負担の増加は、高齢者の生活に大きな影響を及ぼしている。 シルバーリハビリ体操事業の推進は重要であるが、地域全体での実施が十分であろうか？
65歳以上の高齢者単身世帯の増加が著しい	<ul style="list-style-type: none"> 北部地域の65歳以上の高齢者単身世帯は、御調町・原田町・木ノ庄町で若干の増加。美ノ郷町は、他の3つの町と異なり、この10年での増加が著しく、また高齢者夫婦世帯も増加している。 高齢者夫婦世帯・65歳以上の高齢者単身世帯の早期発見のためにも、地域全体の見直しが必要になってくると考えられる。
介護保険要介護認定率の上昇	<ul style="list-style-type: none"> 尾道市の65歳以上の人口は平成18年4月42,143人から平成25年4月46,128人と約4,000人増加している。併せて介護保険要介護認定率は平成18年4月8,115人18.7%から平成25年4月10,043人21.3%と増加している。 介護保険要介護認定者の軽度（要支援1・2、要介護1）の占める割合は39.5%。 要介護3以上になると北部地域は広島県や尾道市に比べ、施設系のサービスを利用する割合が高くなっている。 近隣の市町別介護保険料基準額、第3・4・5期の推移は、増加額が最も多いのは世羅町で、保険料が一番高いのが大崎上島町である。尾道市も増加傾向にある。 介護保険要介護認定が軽度から中重度に移行しないためにも介護予防の取り組みは重要。

※「問題」欄に、ワークシート③で整理、抽出した課題を記入してください。

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

5. 地域保健活動計画の立案

把握した地域の健康課題に対応するための保健活動計画を検討します。

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

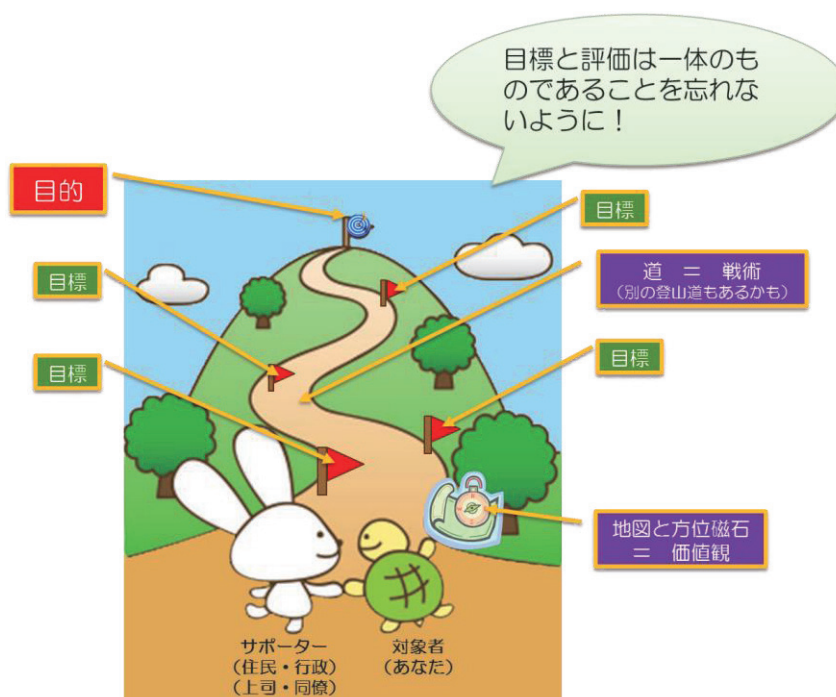
II

地域診断・活動計画立案手法の手順

【目的と目標】

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

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



【計画の検討】

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

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

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

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

⇒ワークシート⑤の書式に沿って、以下の項目を検討し、記入します。

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

※テーマは複数あってもかまいません。

図表 8 「ワークシート⑤地域保健活動計画（案）」の書式および記入例

対象および目標	具体的な事業計画	評価指標や目標値	予算・時間・人	優先度	評価時期	
【テーマ】「介護予防を推進するため」の地域診断						
①全体的なテーマを設定します。						
健康寿命を延ばし、住民同士が支えあえる地域で安心して生活できる ① 介護予防・重症化予防の取り組み ② 生活困難者の早期発見・対応につながる働きかけ ③ 若年代からの健康づくり ②テーマと関連する全体的な目標を設定します。	<u>自助・互助の必要性や見守りや声かけあいの推進と交通手段の検討</u> 高齢者の集う場づくり ・自宅から歩いて行ける範囲 ・送迎を含めた事業 運動機能の向上事業の更なる推進 ・自宅から歩いて行ける範囲 ・送迎を含めた事業 地域のネットワークづくりと強化ネットワークの幅を広げる (社協・民生委員・サロン・シルバーリハビリ指導士・老人クラブ・振興区長・子育て関係者等) (行事を通じての世代間交流) 北部地域包括エリアの一体感の醸成づくり 医療機関との連携強化 相談窓口の啓発活動の実施(高齢者に限らず) 配食・買い物サービスの充実及び今後に向けた移動手段の検討を図る	サロンについて ・ホームページ開設等(場所・時間・連絡先等) ・立ち上げ ・支援員の支援(後継者の育成) ・支援員の交流会等 シルバーリハビリ体操指導士の養成 600人 シルバーリハビリ体操指導士の活動の場をつくる 民生委員、ケアマネ、保健師との意見交換会 1回/年 地域包括ケア会議 1回/月 小地域ネットワークづくり事業 医療機関との連絡会議 共同保健連絡会議 1回/年 各相談窓口の周知(連絡先等全戸配布) ねこの手帳の活用と情報の更新 ホームページ開設等 住民コース調査実施1回 行政及び民間業者への協力要請(ネットワーク会議参加)	予算未定	◎ ◎	2~3年 1~10年	
	保健部門を主体にした健康づくりの取り組み	・生活習慣病予防 ・運動習慣化の取り組み ・バランスのとれた食生活の推進 ・特定健診・特定保健指導の啓発	○	1年		
	⑤「予算・時間・人」とは、各事業を行うために、経費が多くなるのか、長期間に渡るものなのか、多くの人員を必要とするのか、といったことを表します。					
	④各事業計画単位の目標等を設定します。					
③目標を達成するための具体的な行動計画を立てます。						

II

地域診断・活動計画立案手法の手順



取組事例

Ⅲ 取組事例

Ⅲ章では、以下の6つの地域で実施されたモデル事業の内容についてご紹介します。

【モデル事業実施地域】

地域	保険者名	地域包括支援センター名	テーマ
秋田県 大森町	横手市	横手市西部地域包括支援センター	市民ひとりひとりの介護予防への意識の高揚 「介護は予防できる」
千葉県 鋸南町	鋸南町	鋸南町地域包括支援センター	鋸南町における介護予防推進のための地域診断
岐阜県 中津川市	中津川市	中津川市地域包括支援センター	中津川市の健康課題に沿った介護予防活動を実践するために
岐阜県 郡上市	郡上市	郡上市地域包括支援センター	郡上市における地域診断（介護予防）
島根県 飯南町	雲南広域 連合	飯南町地域包括支援センター	「地域資源・産業を生かした介護予防を支える仕組みづくりを目指して」
広島県 御調町	尾道市	尾道市北部地域包括支援センター	尾道市北部包括支援センターエリアにおける介護予防推進のための地域診断について

以下では、それぞれの地域における取組み内容を以下のようにまとめています。

【事例の構成】

- 1) モデル事業実施体制と進め方
- 2) データ収集とアセスメントに基づく地域の特性
 - ・ 基本情報の整理 ←ワークシート①に基づくアセスメント
 - ・ 生活環境と暮らし ←ワークシート②に基づくアセスメント
- 3) 地域の健康課題の整理
- 4) 地域保健活動計画の立案
- 5) モデル事業の振り返り

どのような体制でどのように進められたのか、どのようなデータを収集しそれに基づいてどのように分析し、地域の健康課題を特定して活動計画につなげたのか、具体的な内容を参考にしてください。

事例1：市民ひとりひとりの介護予防への意識の高揚 「介護は予防できる」(秋田県・横手市大森町)

1) モデル事業の実施体制と進め方

横手市は平成17年に8町村が合併した。日常生活圏域は旧町村をベースに3圏域(東部・西部・南部)に分かれ、地域包括支援センターはそれぞれの圏域に1センターずつ設置し、保健師は各センターに1名ずつ配置されている。大森町は西部地区に位置する。



出典) 第5期横手市介護保険事業計画・高齢福祉計画(平成24年3月)より

今回のモデル事業の実施体制・会合スケジュールは図表の通り。地域包括支援センターの保健師が中心となりデータを収集し、アセスメントは3センターの保健師で検討した後、地域包括支援センター職員(所長・ケアマネジャー・事務職)で行った。

横手市においては保健師中心にモデル事業を進めたが、

- 「介護予防」の観点からは多職種での関わりが重要
- 「介護予防」に関わるデータ・情報を日々の業務の中でどのように共有していくかなどの課題も挙げられた。

図表 実施体制

機関	所属・団体名	職種	役割
国保直診施設	市立大森病院	院長	医療の立場・保健活動支援
行政	地域包括支援センター	所長	行政の立場・総括
	地域包括支援センター	保健師	行政の立場(包括保健師)
	健康推進課・市民福祉課	保健師	行政の立場(保健部門の保健師)
	地域包括支援センター	看護師	行政の立場(包括看護師)
	地域包括支援センター	主任介護支援専門員	行政の立場
	地域包括支援センター	事務職	行政の立場(事務)

図表 会合スケジュール

	目的	月 日	時間	場所	議題・内容・メンバー等
第1回	アセスメント 項目検討	1月15日 ～20日	午後2時～ 5時	保健セン ター	保健師
第2回	アセスメント 確認・検討	1月27日	午後2時 ～5時	保 健 セ ンター	所長・保健師・看護師・ケア マネ・事務職
第3回	情報分析・課 題抽出	2月10日	午後3時～ 5時	保 健 セ ンター	院長・所長・保健師・看護師・ ケアマネ・事務職
第4回	活動計画の策 定	2月12日	午後2時 ～5時	保 健 セ ンター	保健師・看護師・ケアマネ

モデル事業担当者の声



最初から**多職種**でのアセスメントを実施できれば良かったが、モデル事業が短期間であり、保健師中心のアセスメントになった。

日々の業務での同時進行であったため、時間外での対応(持ち帰り)が多くなった。
日常的に数字の変化を把握しておくことで経年的なデータを処理することは容易になる。



2) 地域の特徴

収集したデータに基づきアセスメントを行い、地域の特徴を整理した。

①基本情報の整理

図表 アセスメント項目シートから得た基本情報(横手市・大森町)

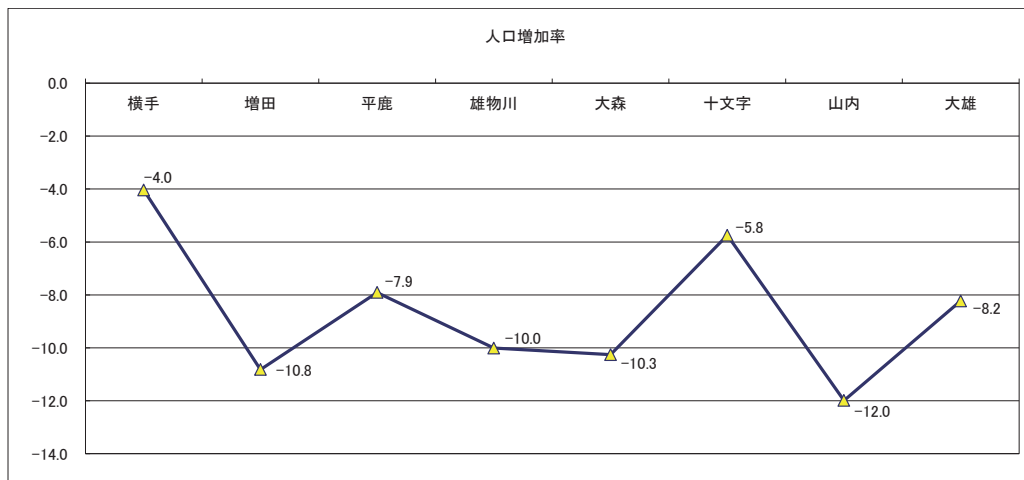
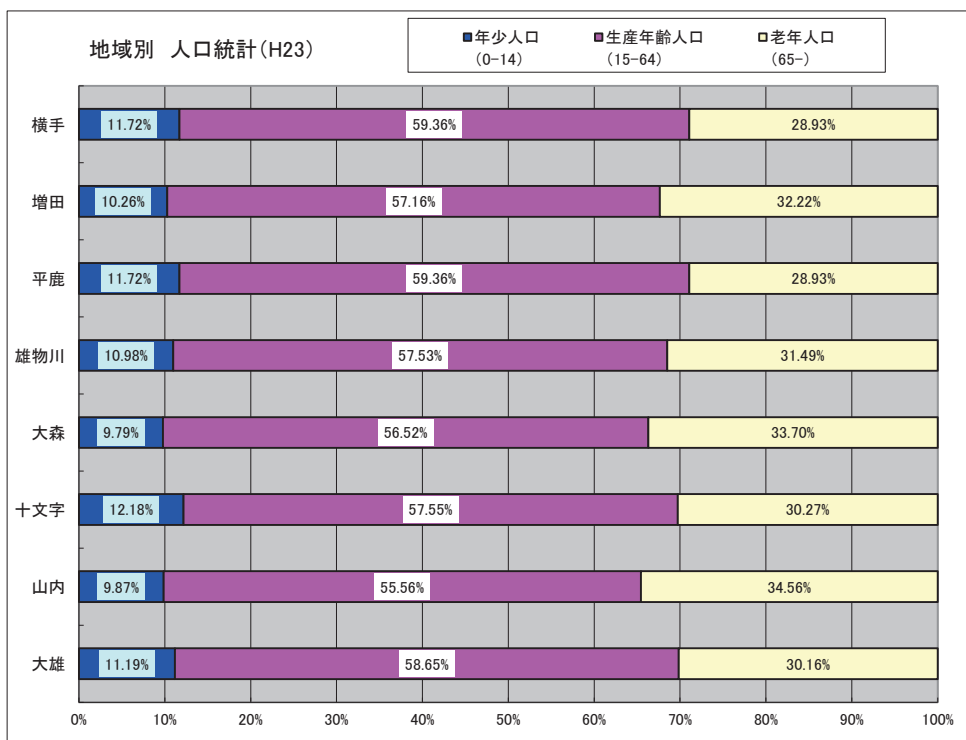
人口(H24)	6,855人	高齢者世帯数(H24)	219世帯
高齢者数(H24)	2,403人	独居高齢者世帯数(H24)	455世帯
前期高齢者数(H24)	834人	認定者数(H24)	556人
後期高齢者数(H24)	1,569人	認定率(H24)	23%
高齢化率(H24)	35%	保険料(第1号被保険者) (第5期)	5,139円
高齢者の状態像 (H24)	要介護度別利用者数	要支援1	32人
		要支援2	71人
		要介護1	94人
		要介護2	119人
		要介護3	94人
		要介護4	63人
		要介護5	83人
	認知症高齢者数	288人	
	死因別死亡率	全死因	129人
		悪性新生物	21人
		心疾患	30人
		肺炎	31人
		脳血管疾患	11人
		不慮の事故	9人
		老衰	
		自殺	3人
		腎不全	
		慢性閉塞性肺疾患	24人
	肝疾患		
	二次予防事業		該当者数
運動器の機能向上		268人	
栄養改善		11人	
口腔機能の向上		177人	
閉じこもり予防・支援		89人	
認知症予防・支援		194人	
うつ予防・支援		195人	

ア. 人口・高齢化率・世帯の状況

横手市は人口約9万人の都市で、全体では総人口が減少傾向にあり、特に年少人口・生産年齢人口の減少が顕著に見られる。高齢化率は32%(平成25年)であり、平成42年(将来推計)において40%台の大台に乗る。

大森町は人口約6,000人規模の地域であり、人口推移は横手市全体と傾向は変わらないものの、平成17年から24年の7年間の間に男女とも400人近い人口減少があり、高齢化率は35%(平成24年)である。特に後期高齢者数の占める割合が高い。

また、平成17年の市町村合併により、横手市の各世帯数の増加が見られる。平成12年から17年にかけて65歳以上高齢者単身世帯数が増加している。



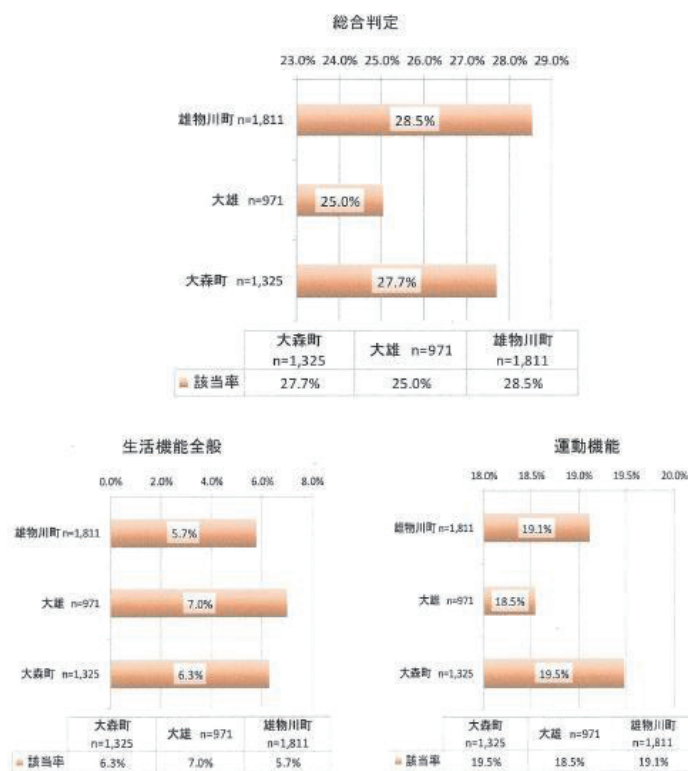
Ⅲ

取組事例／事例 1

イ. 健康・疾患の状況

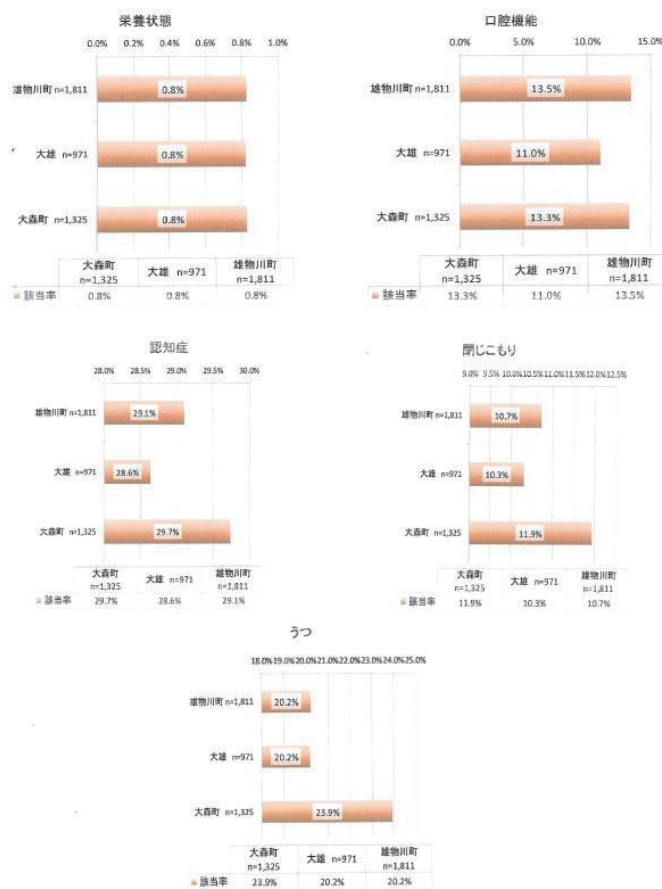
横手市の平成 24 年の全死因における悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の「生活習慣病」の割合は 50.8%に達している。大森町においても同様の傾向であった。(悪性新生物・心疾患・脳血管疾患の割合=48.3%(平成 23 年))大森町の死因順位別死亡数の 2 位に肺炎があがっているが、老年人口の高さや要介護状態で亡くなる方が多いことが原因として考えられる。

基本チェックリスト結果を地域別に見ると、二次予防事業対象者の該当割合は、運動機能 19.5%、口腔機能 13.3%、栄養状態 0.8%であるが、リスク要因となる認知症 (29.7%)、うつ (23.9%) 閉じこもり (11.9%) も、それぞれ高い結果である。



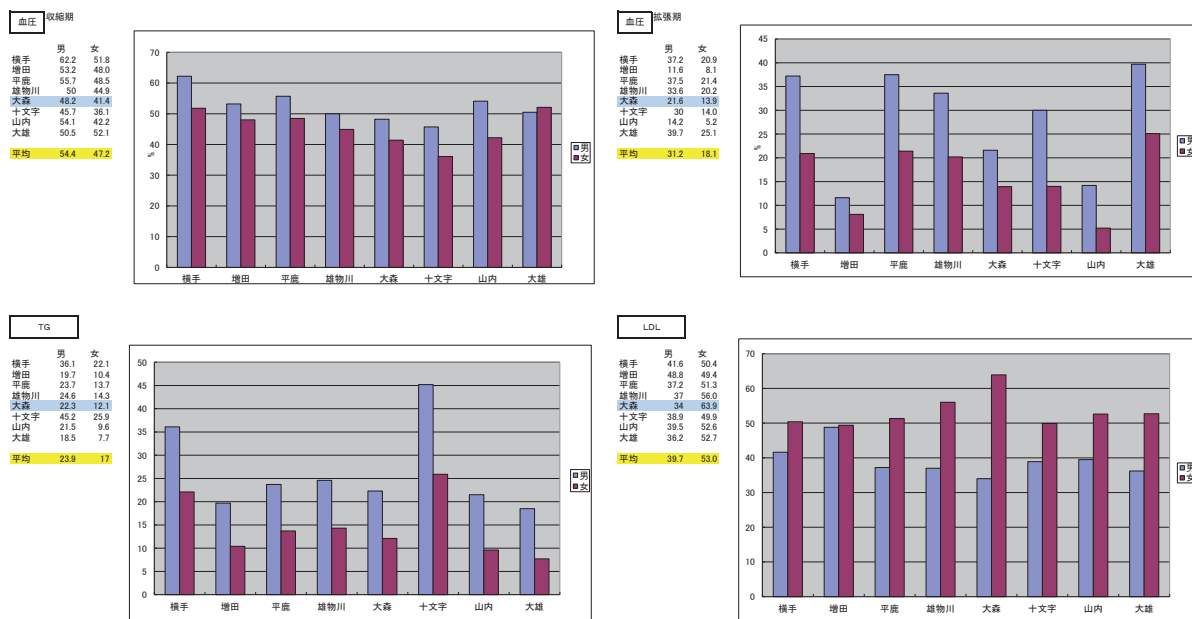
Ⅲ

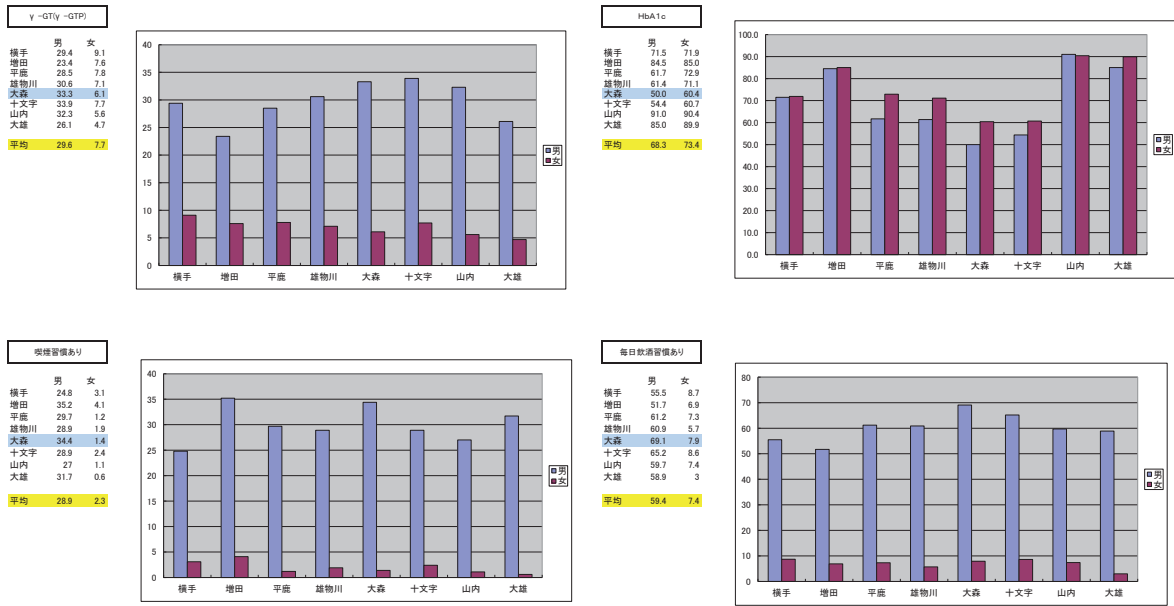
取組事例／事例1



横手市の特定健診結果を見ると、収縮期血圧異常者が男性 54.4%、女性 47.2%、LDL 異常者が男性 39.7%、女性 53.0%。男性ではγGTP 異常者が 29.6%、喫煙習慣 28.9%、毎日飲酒習慣 59.4%となっている。大森町も同様に男性に血圧・肝機能高値が多い。

平成23年度 横手市特定健診結果から

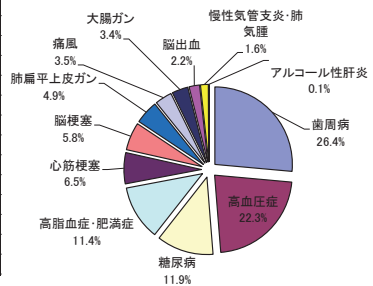




横手市の国保医療費の疾病ごとの費用額を見ると、高血圧症・糖尿病・歯周病・高脂血症・肥満症・心筋梗塞・脳梗塞の占める割合が高くなっている。

生活習慣病疾病統計(各年度5月診療分) 単位: 件、円(順は疾病ごと費用額の順位) 表1

	H20	H21	H22	H23	H24
歯周病	37,473,600	41,708,980	39,302,360	36,768,230	40,039,570
高血圧症	63,781,890	53,409,950	33,071,710	37,158,490	33,772,920
糖尿病	36,197,780	28,714,720	20,888,020	18,107,270	17,951,020
高脂血症・肥満症	34,801,140	27,139,970	16,585,320	20,015,950	17,320,480
心筋梗塞	13,384,450	12,452,110	11,753,610	12,603,360	9,826,150
脳梗塞	10,771,430	8,660,700	13,651,370	8,972,040	8,814,290
肺扁平上皮ガン	9,304,280	7,319,420	9,962,400	9,444,460	7,405,330
痛風	2,681,920	2,560,260	2,293,510	3,345,660	5,356,590
大腸ガン	6,848,150	3,673,710	6,277,150	3,092,480	5,083,000
脳出血	3,872,810	7,482,020	7,648,660	8,114,350	3,307,640
慢性気管支炎・肺気腫	2,699,200	1,433,760	1,593,810	1,433,690	2,457,090
アルコール性肝炎	27,370	620,640	810,120	407,500	126,870
合計	221,844,020	195,176,240	163,838,040	159,463,480	151,460,950



生活習慣病疾病統計H24年度5月診療分(費用額割合%)

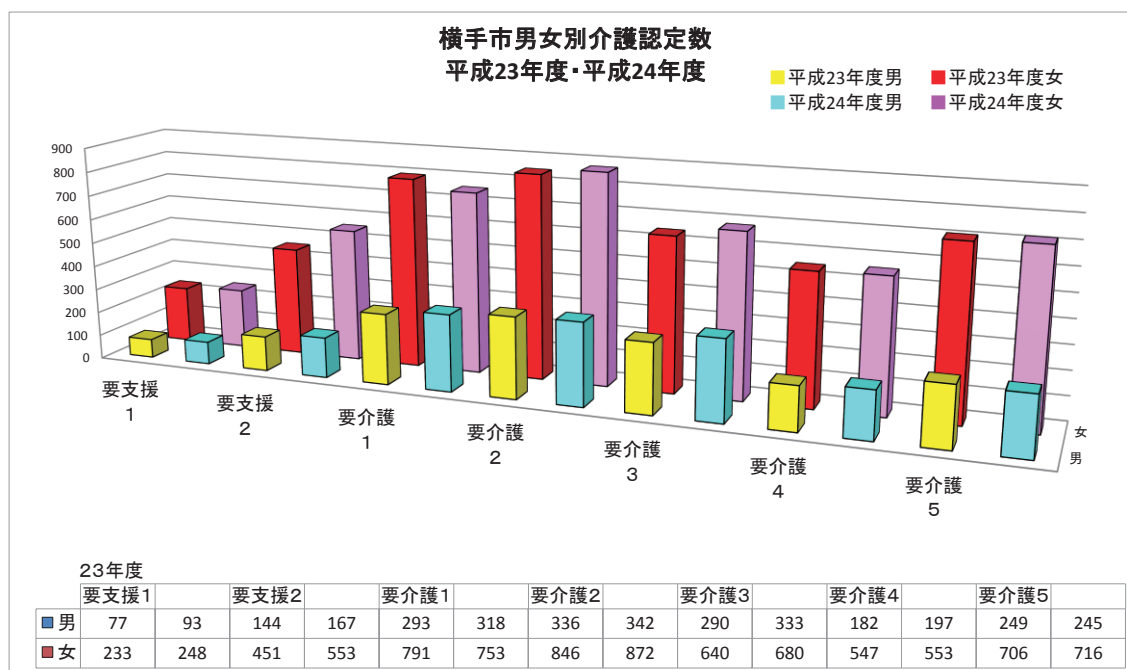
その他、地域の健康状態を測るデータとして、介護保険申請の主要疾病を見ると、脳卒中・骨関節系疾患・認知症と生活機能低下による生活不活発病が多い。

ウ. 要介護認定と介護保険財政

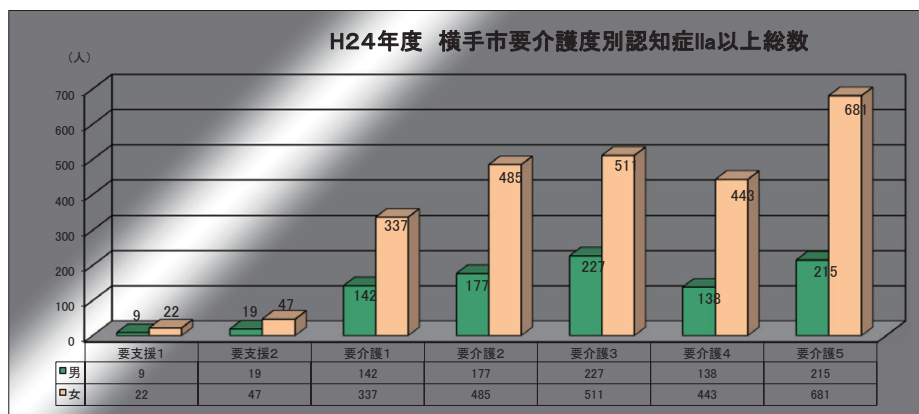
横手市の要介護認定者については年々増加傾向にあり、特に75歳以上の後期高齢者でその傾向が強い。構成を見ると、男女別人数を比較すると女性の方が多く³、要介護度別人数を比較すると要介護1・2が多い。要支援の認定者数についても全体と同様増加傾向にあるが、これは要支援状態にある人が増えたのではなく、もともと要支援状態であるにもかかわらず要介護認定を受けていなかった人が、要介護認定を受けようになったためである。

大森町においては、平成23年度と平成24年度で要介護認定者数の変化はあまり見られなかった。

³ 横手市・大森町共に総人口でも女性の方が多。



認知症高齢者について、横手市の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の人数を男女別で比較すると女性の方が多く、大森町でもこの傾向は変わらない。



横手市の介護給付費（施設＋居宅）は7,227,760（千円）（平成23年）であり、第1号被保険者の保険料は5,139円（第5期）である。平成22年度に実績値が計画値を上回っている介護サービスは認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、訪問看護、福祉用具貸与などであり、施設開設や在宅の要介護認定者の重度化の影響が原因と考えられる。

Ⅲ

取組事例／事例1

②生活環境と暮らし

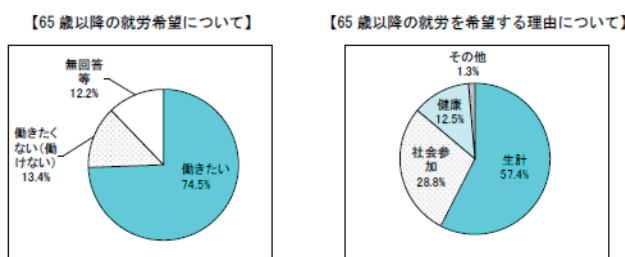
図表 アセスメント項目シートから得た地域の情報(横手市・大森町)

地形・面積	大森町は秋田県の南部横手市の西北端に位置し、出羽丘陵の山間に点在する集落と東端を流れる雄物川沿いの平地地からなる農山村である。総面積は102.23km ² であり、約69%は出羽丘陵の山林原野で覆われ、東部は雄物川、上溝川、大納川沿いに平地で肥沃な田畑が開けている。	
経済	(横手市)第1次産業:第2次産業:第3次産業=17:26:57(人口比(%))	
行政	基本方針	将来像:「豊かな自然 豊かな心 夢あふれる田園都市」 【第1の柱】自然や歴史を大切に、社会経済活動が活発なまち 【第2の柱】人を大切にして心のあたたかさが実感できるまち 【第3の柱】自主・自立、市民と協働でつくる元気なまち
	重点施策	1. 人にやさしく住みよいまちづくり《生活環境》 2. 安心して住みよいまちづくり《安全生活》 3. やさしさあふれる元気なまちづくり《健康福祉》 4. 豊かな自然と調和した活力あふれるまちづくり《産業振興》 5. みんなで学びうろいのあるまちづくり《教育文化》 6. あなたの知恵・みんなが主役のまちづくり《住民参画交流》
交通状況	大森町は羽後交通バス2時間に一本と冬季シャトルバス運行(健康温泉)及びデマンド交通がある。	
買い物	スーパー1か所。小売店、移動販売車あり	
コミュニティの活動状況	健康づくり	介護予防サポーター・食生活改善推進協議会・結核予防婦人会
	生きがいづくり	町内での老人クラブが21か所。会員数1077人。活動回数は月2～3回の活動で720回
	ふれあいづくり	いきいきサロンあり。会員957人。活動回数は延べ63回。
	地域組織	日赤奉仕団・地域づくり協議会・社会福祉協議会でのボランティア活動
介護サービスの提供状況	地域包括支援センター	東部・南部・西部で直営3か所。
	訪問系	(横手市)29か所
	通所系	(横手市)26か所
	地域密着系	(横手市)30か所
	居住・施設系	(横手市)14か所
公的組織	公園	公園7か所
	学校	小学校3か所、中学校1か所、高等学校0か所
	公民館	・自治会・町内会87か所(会員2,137人) ・公民館4か所、町内会48か所、集会所1か所
	スポーツ施設	体育館2か所、スポーツ施設9か所
	その他	南部老人福祉総合エリア・文化施設3か所
	医療機関	病院1か所、診療所2か所、歯科医院2か所

横手市は合併前の構成市町村に基づき 8 地域に区分されており、各地域の中でも市街地、郊外住宅地、農村、中山間地域など地域特性が分かれているが、横手市全体で暮らす高齢者の大きな特徴として、働くことへの意識が高いことがあげられる。

市民アンケート結果によると、第 2 号被保険者(40~64 歳)への「65 歳以降の就労希望について」の質問では、74.5%の方々が就労程度の大小はあるにせよ「働きたい」と回答している。また「就労を希望する理由について」の質問では「生計を立てるため(57.5%)」「今までの経験を活かしたい・社会の役に立ちたい(28.8%)」「健康維持のため(12.5%)」となっている。

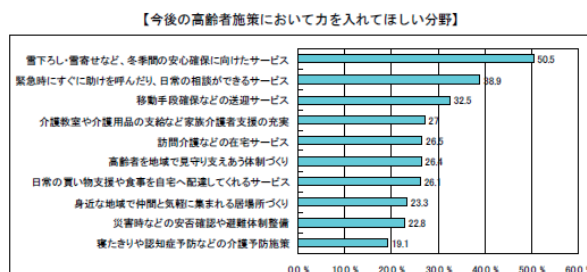
娯楽施設も少ないことから、「朝早く起きて仕事をし、夜は早く寝る」という生活をする高齢者が多い。価値観として「働くこと」が最も高く、「健康」「介護予防」といった意識がやや低い。老人クラブの加入率も年々減少の一途をたどっており、「まだ若いから入会しない」という高齢者が多い。



出典) 第 5 期横手市介護保険事業計画・高齢福祉計画(平成 24 年 3 月)より

また、認知症への理解が全体として低い傾向にある。介護者(子ども)が自分の親が認知症になっても気付かない、あるいは隠しておく場合も多く、重度になってから支援が始まるケースが多々発生している。また、50 歳~64 歳の一人暮らし男性世帯も増えており、大森地域ではそのような世帯に対し福祉部門と同行訪問を行っている。

地理的要件としては、豪雪地帯であるため、冬場は転倒の危険があり、外出せず自宅内に閉じこもりとなる高齢者が増加している。特に山間部は各地区単位が点在しているため、住民は閉じこもりがちになり、活動量が低下する。



出典) 第 5 期横手市介護保険事業計画・高齢福祉計画(平成 24 年 3 月)より

Ⅲ

取組事例
／事例 1

3) 地域の健康課題

アセスメントの結果を整理して、地域の健康課題を以下のようにまとめた。

1 閉じこもり高齢者が増加する危険性がある。

- ・ 横手市の要介護認定状況は年々増加傾向にあり（特に 75 歳以上）、それ以前からの介護予防を実践する必要がある。
- ・ 二次予防事業対象者 367 人に対し、介護予防教室への参加は 31 人と全体の一角に満たない状況である。特に男性の参加者は 3 人と全体の 5%にも満たない。また、参加者の教室終了後のフォロー・未参加者への実態把握等も行っておらず課題である。

2 要介護状態にならないための、早期からの対応が実践し難い環境にある。

- ・ 交通手段が限られており教室に参加出来ない高齢者もあり、町内会単位（歩いて参加できる）での教室開催が必要とされる。（身近な集会の場等で実施している「いきいきサロン」等への参加者は多い。）
- ・ 特に冬期間は降雪による天候及び道路状況の悪化により、生活領域及び活動範囲を狭小化させ閉じこもり傾向にある。
- ・ 地域での健康相談等からは「参加が一人では不安」「仲間がいれば行く」との声が聞かれる。
- ・ 家族や地域での相互扶助の機能が弱まるなど、住民が抱える生活課題は複雑・多様化している。町内会、ボランティア等と行政が一緒になり地域の生活課題の解決に取り組んでいく必要がある。（地域特性を考慮した生活支援が必要である。）

3 認知症に対する予防意識が浸透しておらず、認知症が増加し、重症化している。

- ・ 単身高齢者及び高齢者夫婦世帯、認知症高齢者等、支援を必要とする人の増加により、見守りを含めた多様な側面からの支援が重要である。
- ・ 横手市の要介護認定者 6,238 人うち、要介護認定調査における認知症自立度Ⅱa 以上は 3,520 人（56.4%）と半数以上、大森地域も（51.8%）と同様である。また、基本チェックリストの結果からも大森地域は「認知」に該当する人が 394 人（29.7%）と西部地区の中で最も高い。

4) 地域保健活動計画の立案

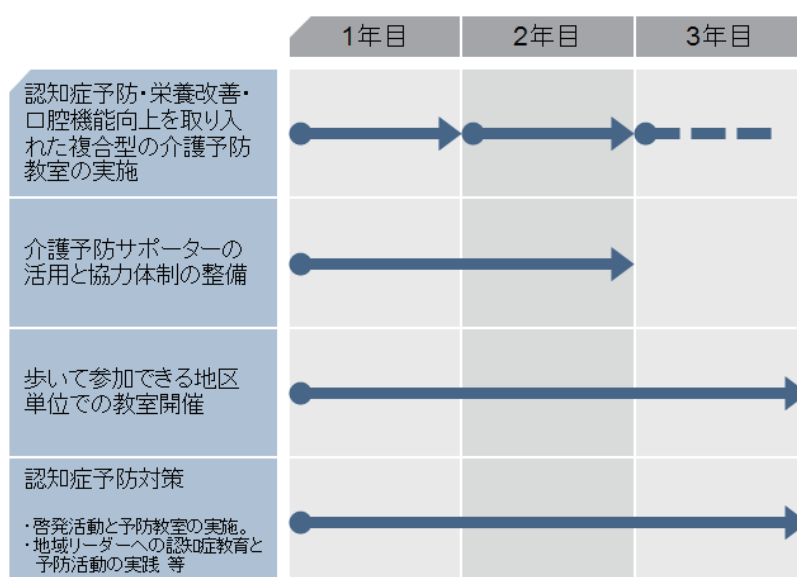
3) 地域の健康課題を踏まえ立案した地域保健活動計画のうち、優先度の高い事業項目は「認知症予防・栄養改善・口腔機能向上を取り入れた複合型の介護予防教室の実施」「介護予防サポーターの活用と協力体制の整備」「歩いて参加できる地区単位での教室開催」「認知症予防対策」である。

「認知症予防・栄養改善・口腔機能向上を取り入れた複合型の介護予防教室の実施」については、これまで単独型で実施していた介護予防教室を、地域の高齢者の状態像に合わせ、高齢者の参加したくなる内容に見直しを進めた。具体的には「認知症予防プログラム(ちぎり絵・生け花・パズル等)」「栄養士による講話と調理実習」「歯科衛生士による講話」を計画しており、評価指標として実施回数を掲げ、評価年数は1年毎とした。

「介護予防サポーターの活用と協力体制の整備」については、介護予防サポーターを運動教室で活用・協力体制(通年)を築くことを目標としており、評価年数は1~2年とした。

「歩いて参加できる地区単位での教室開催」については、老人クラブ・いきいきサロンとタイアップし、高齢者の「居場所づくり」を提供し、それぞれが役割を持って活動できるようにする。介護予防サポーターや民生委員・社協の福祉協力員との連携が必要であり、評価年数は2~3年とした。

「認知症予防対策」としては、具体的に①認知症予防の啓発活動と予防教室の実施、②地域リーダーへの認知症教育と予防活動の実践、③認知症サポーター養成講座の実施を掲げている。保健部門と共催で実施し、評価年数は1~3年とした。



5) モデル事業の振り返り

モデル事業の振り返りとしては、「地域診断の焦点を具体的に絞ることができた」「地域包括支援センター主体の事業であるため活動内容もお互い把握しており、仲間との関係性や連携、課題等についても共通の認識を持っていた」など、介護予防という特定のテーマに対して、地域包括支援センターと行政部門とが普段からの連携を密にとっていることが、事業を進める上で役立つことが示された。一方、今回のモデル事業では、基礎資料となる情報の収集・データ分析・市の諸計画等の収集・整理に時間を要したが、年度途中で時間を捻出することが難しいとの意見もあった。

アセスメント・健康課題の特定について工夫したこととしては以下が挙げられた。

- 収集したデータでのアセスメントが上手くできない場合は、保健師間で把握している質的データも取り入れ実施した。
- 市全体の課題の明確化と、根拠に基づく優先順位の絞り込みを行った。

地域診断を実施する事で、保健活動実施上の課題・活動の全体像がわかり、事業の優先度も明確になるとの意見もあり、今後の展開として、情報収集したデータを市の総合計画や福祉計画等とも関連づけ事業計画に反映していきたいとの感想も得られた。

事例2：鋸南町における介護予防推進のための地域診断について（千葉県・鋸南町）

1) モデル事業の実施体制と進め方

鋸南町の日常生活圏域は1圏域であり、地域包括支援センターは鋸南町直営の1センター（保健福祉課内）のため、総合相談窓口、介護予防事業、介護保険認定調査等を全て行っている。地域包括支援センターには保健師が2名、鋸南町の健康推進室には保健師2名配置されており、常時、連携を取りながら活動している。

今回のモデル事業の実施体制・会合スケジュールは図表の通り。今回のモデル事業では地域包括支援センター（直営）の保健師1名が各課の担当者に聴取する形でワークシートへの記載を行い、特定健診関連のデータは健康推進室に提供を依頼した。アセスメントについては、ワークシート、その他の作成データをもとに課内関係職員、鋸南病院院長の協力を得て行った。

図表 実施体制

機関	所属・団体名	職種	役割
国保直診施設	鋸南病院	院長	医療の立場
	保健福祉課長	事務職	行政事務、統括
	福祉支援室長	事務職	行政事務、統括
	介護保険担当	事務職	行政事務
	地域包括支援センター	保健師	保健師

図表 会合スケジュール

	目的	月 日	時間	場所	議題・内容・メンバー等
第1回	ワークシート、その他のデータの報告・アセスメント	2月18日	14時～15時	鋸南病院	ワークシート・その他のデータの アセスメントと今度に向けて (参加者) 鋸南病院 院長 地域包括保健師

モデル事業担当者の声



実施期間が短く、マンパワーも不足しているため、業務外での作業となった。
地域診断の結果については住民に情報提供し、共に予防活動を検討していきたい。

2) 地域の特性

収集したデータに基づきアセスメントを行い、地域の特性を整理した。

①基本情報の整理

図表 地域診断アセスメント項目シートから得た基本情報（鋸南町）

人口(H25)	8,873人	高齢者世帯数(H22)	577世帯
高齢者数(H25)	3,534人	独居高齢者世帯数(H22)	540世帯
前期高齢者数(H25)	1,563人	認定者数(H23)	639人
後期高齢者数(H25)	1,965人	認定率(H23)	19%
高齢化率(H25)	39.8%	保険料(第1号被保険者) (第5期)	4,709円
高齢者の状態像 (H23) (※はH24)	要介護度別利用者数	要支援1	26人
		要支援2	54人
		要介護1	134人
		要介護2	158人
		要介護3	100人
		要介護4	98人
	認知症高齢者数	要介護5	69人
			324人
	死因別死亡率 (※)	全死因	164人
		悪性新生物	49人
		心疾患	25人
		肺炎	9人
		脳血管疾患	14人
		不慮の事故	5人
		老衰	6人
		自殺	4人
		腎不全	4人
	二次予防事業	慢性閉塞性肺疾患	3人
肝疾患		2人	
運動器の機能向上		該当者数	
栄養改善		16人	
口腔機能の向上		2人	
閉じこもり予防・支援		7人	
認知症予防・支援		1人	
うつ予防・支援	8人		
		8人	

※高齢者数と前期・後期高齢者のデータ時点は異なる。

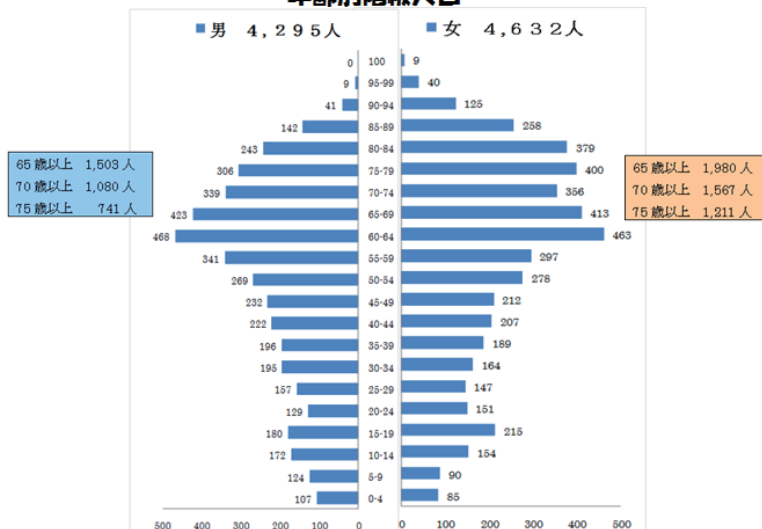
ア. 人口・高齢化率・世帯の状況

人口 8,873 人（平成 25 年）、高齢化率は 39.8%で県内 2 位であり、後期高齢者の割合が高く全体の 20%以上を占めている。既に数値的には 2025 年問題に入っており、老年人口の増加は、男女とも平成 32 年までと予測される。今後は予防事業の新たな受け皿づくりよりも、内容の充実、継続、社会貢献、互助へと転換していく時期に来ている。

また、一般世帯が減少するが、高齢者夫婦世帯、65 歳以上の高齢者世帯が増加し世帯総数は増加しており、施設入所や、経済的な面からの世帯分離等による増加も推測される。生活実態を知る上ではデータ上では難しく、民政委員や介護予防サポーター等による情報も含めて分析する必要がある。

年齢別階級人口

平成25年1月1日 人口8,927人



Ⅲ イ. 健康・疾患の状況

鋸南町の平成24年の死因別死亡数を見ると、全死因における悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の割合が高く、全国と同様の傾向にある。高齢化率が高いにもかかわらず、3位を脳血管疾患が占めており、健康推進室による特定健診のデータ、疾病別レセプト分析から高血圧、脂質異常者が多く、生活習慣病がベースにあることを意識した介護予防の取り組みが必要と考えられる。

特定健診、疾病別レセプト分析から、高齢になっても高血圧、高脂血症、糖尿病の治療を受けていることが把握された。

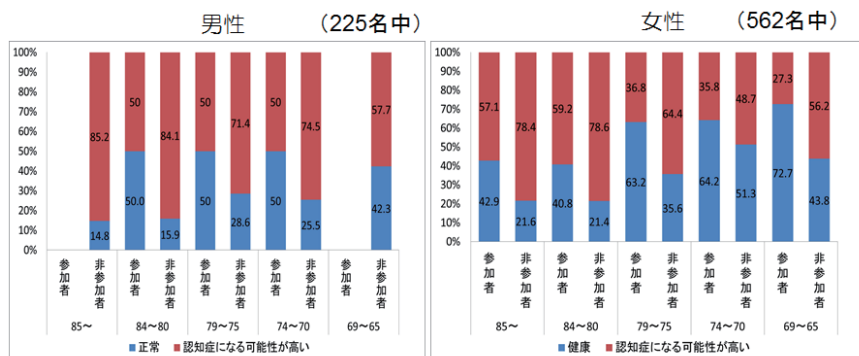
基本チェックリスト結果を見ると、二次予防事業対象者の該当割合は、運動器の機能向上が17.5%、口腔機能11.7%、栄養改善1.3%の順である。また、リスク要因となる認知症（28.2%）、うつ（19.3%）閉じこもり（11.8%）も、それぞれ高い結果である。運動機能向上とともに、認知症、うつの予防に重点を置いた取り組みが必要があることが再認識できた。

基本チェックリスト25項目の結果と二次予防事業候補者と教室参加者

基本チェックリスト25項目の結果		平成23年度	平成24年度
基本チェックリスト配布者数		2,655人	2,742人
基本チェックリスト実施者数		2,067人 (77.8%)	1,971人 (71.8%)
運動器の機能向上	3以上	202人	181人
	4以上	117人	120人
	5以上	48人	43人
	計	367人 (17.8%)	344人 (17.5%)
栄養改善	2以上	26人 (1.3%)	25人 (1.3%)
口腔機能の向上	2以上	166人	173人
	3以上	52人	57人
	計	218人 (10.5%)	230人 (11.7%)
二次予防（特定高齢者）の候補者		509人 (24.6%)	512人 (26.0%)
二次予防（特定高齢者）教室参加者		18人	18人
閉じこもり	16にチェック	237人 (11.5%)	233人 (11.8%)
認知症	1以上	381人	412人
	2以上	111人	123人
	3以上	22人	21人
	計	514人 (24.9%)	556人 (28.2%)
うつ	2以上	179人	156人
	3以上	113人	114人
	4以上	65人	53人
	5以上	55人	58人
	計	412人 (19.9%)	381人 (19.3%)

また、介護予防事業の評価データ（MMS、10m 歩行速度、主観的健康感等）から、早期から介護予防事業に取り組み、維持向上の可能性があると、70 歳を過ぎると事業に参加しない男性の 7 割に脳の老化の兆しが見える。男性は「畑で体を動かしている」と主張するが、「町の高齢者に日常生活の活動量調査生活実態」の調査結果より実際の活動量が少ないことがわかった。

図表 認知症予防教室の参加者と非参加者の脳機能テストの比較

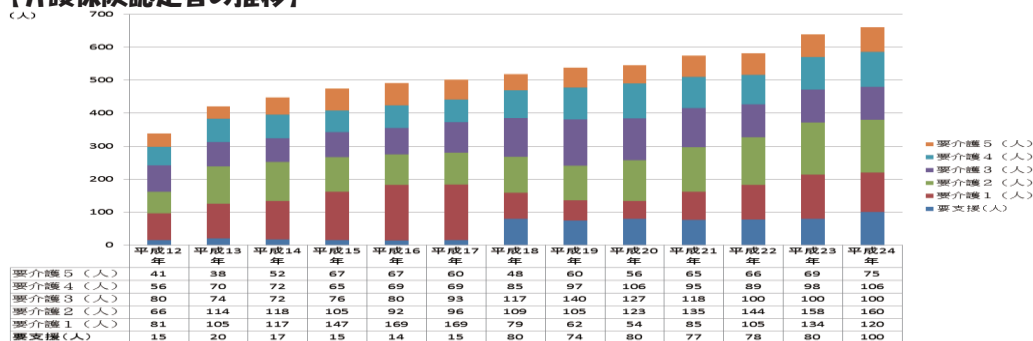


ウ. 要介護認定と介護保険財政

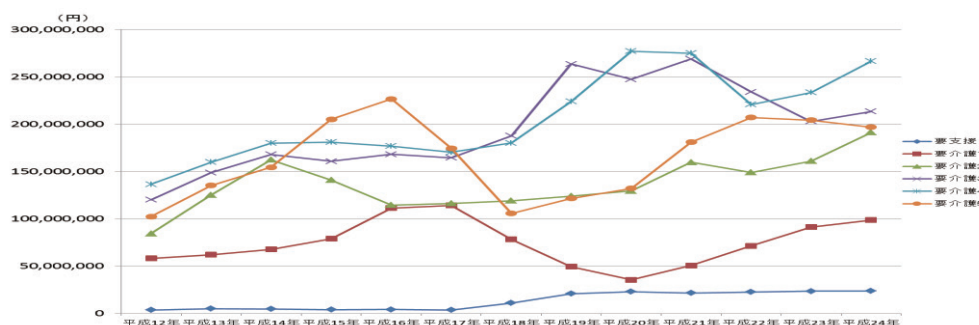
鋸南町の要介護認定者は年々増加傾向にあり、要介護 1・2 の割合が多い。認定者の伸びに対して、給付費の上昇は抑えられている。

図表 介護保険認定者と介護保険給付費の推移(平成 12 年～平成 24 年)

【介護保険認定者の推移】

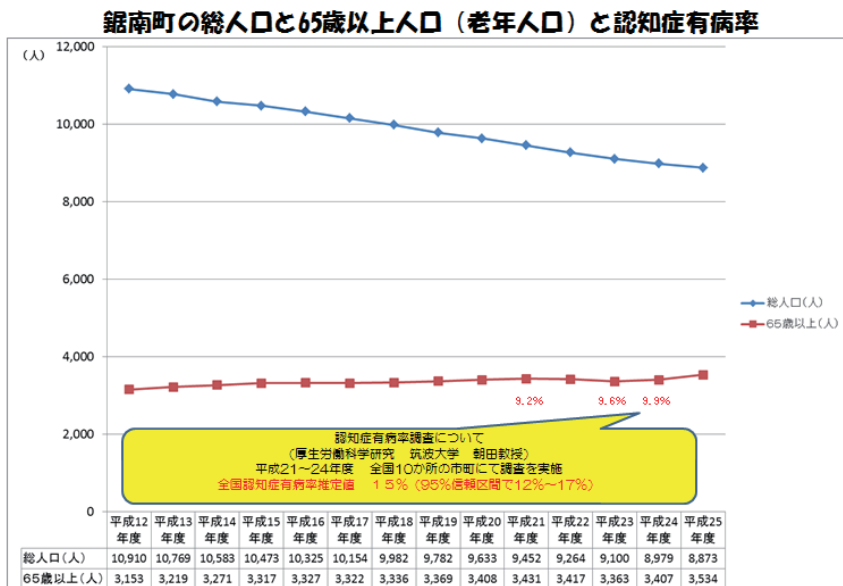


【介護保険給付費の推移】



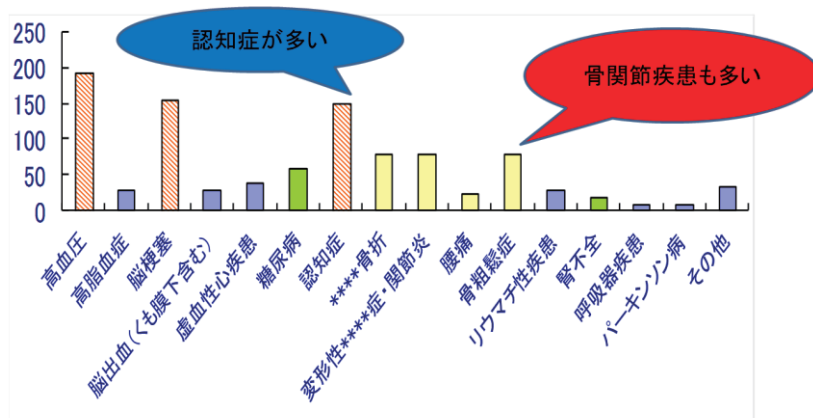
脳活性化訓練+ストレッチ+筋トレ

認知症高齢者も年々増加傾向にあるが、高齢者に占める認知症有病率は全国よりも低い。また、鋸南町の要介護認定者の半数は認知症を患っている。



介護保険申請の主要疾病を見ると、全体の上位は高血圧、脳梗塞であるが、認知症、骨関節筋疾患も原因として多くあがっていた。介護保険の主要疾病が認知症、骨関節筋疾患であることは高齢者が多いためと考える。

図表 介護保険認定者の主治医意見書による主要疾病



介護保険認定者と認知症高齢者の日常生活自立度

介護保険認定者の
半数は認知症

認知症高齢者の日常生活自立度	介護保険 認定者数	平成21年度										平成23年度										平成24年度									
		自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	介護保険 認定者数	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	記入 無	介護保険 認定者数	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M			
全	要支援1	23	11	11	1							27	17	6	2					2	33	17	11	3	2						
	要支援2	57	29	27	1							51	23	21	4					3	68	32	32	4							
の	計	80	40	38	2						78	40	27	6					5	101	49	43	7	2							
	要介護1	91	21	35	15	16	4				141	38	47	16	20	9	2		9	126	33	52	13	21	4	3					
申	要介護2	137	37	41	17	26	14	1			166	33	53	16	32	16	3	3	2	8	162	32	52	17	39	17	2	2	1		
	要介護3	119	13	21	22	23	24	5	6		102	14	11	18	17	21	4	11	1	5	103	18	22	16	18	15	3	11			
請	要介護4	99	4	16	13	11	21	17	10	5	100	3	23	14	10	21	13	7	2	7	110	8	18	12	13	26	10	19	5		
	要介護5	66		2	9	7	17	7	17	7	72	2	8	8	4	18	6	17	7	2	75	3	9	6	6	19	8	17	6		
	計	512	75	115	76	83	80	30	33	12	581	90	142	72	83	85	28	38	12	31	576	94	153	64	97	81	26	49	12		
	総計	592	115	153	78	83	80	30	33	12	659	130	169	78	83	85	28	38	12	36	677	143	196	71	99	81	26	49	12		
	日常生活自立度IIa以上	318 (53.4%)										324 (49.2%)										338 (49.9%)									
	日常生活自立度IIa以上 △5歳以上人口	9.2% (3,431)										9.6% (3,363)										9.9% (3,407)									
(内)	要支援1	10	4	5	1						7	5	1	1					16	6	6	2	2								
	要支援2	15	10	5							12	6	4	2					22	14	7	1									
新	計	25	14	10	1						19	11	5	3					38	20	13	3	2								
	要介護1	22	6	7	2	5	2				26	5	6	2	7	4	1		1	29	8	9	4	6	1	1					
規	要介護2	19	6	4	1	3	4	1			23	8	6	1	4		1	1	1	26	5	12	3	5	1						
	要介護3	12	3	3	5		1				14	5	2	3	2		1	1		18	5	4	2	2	1		4				
申	要介護4	11	4	3	1	1	1			1	2		1	1					11	3	3	2	1		2						
	要介護5	5			3	1	1				5	2	2					1		5	2			1		2					
	計	69	19	17	12	10	8	2	1	70	20	17	7	13	4	3	3	1	2	89	23	28	9	15	4	2	8				
	総計	94	33	27	13	10	8	2	1	89	31	22	10	13	4	3	3	1	2	127	43	41	12	17	4	2	8				
	日常生活自立度IIa以上	34										34										43									

認知症有病率調査について
 (厚生労働科学研究 筑波大学 朝田教授)
 平成21～24年度 全国10か所の市町にて調査を実施
 全国認知症有病率推定値 1.5% (95%信頼区間で1.2%～1.7%)

鋸南町の介護給付費（施設＋居宅）は885,527（千円）（平成23年）であり、第1号被保険者の保険料は4,709円（第5期）である。介護保険の認定者は年々増加しているが、平成12年度からの給付額の推移から要支援、要介護2を除き、経年の認定ランクの最高額には至っていない。高齢化率が高いにもかかわらず、認知症の有病率10%以下で全国平均より低い。その他の状況をあわせて考慮すると、「なるべく介護保険を利用しない」という自助力の向上も推測され、重症化の先送りにつながっている。

図表 介護保険事業の概要

年度	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
総人口 (人)	10,910	10,769	10,583	10,473	10,325	10,154	9,982	9,782	9,633	9,452	9,264	9,100	8,979
65歳以上人口 (人)				3,317	3,276	3,322	3,341	3,373	3,411	3,434	3,419	3,363	3,407
高齢化率 (%)	28.9	29.9	30.9	31.7	32.2	32.7	33.4	34.4	35.4	36.3	36.9	37.0	38.0
総世帯 (世帯)				3,692	3,719	3,738	3,765	3,766	3,761	3,764	3,755	3,733	3,749
65歳以上人口世帯 (1人)					416				674		735	733	790
65歳以上人口世帯 (2人)											433	482	489
介護保険認定者 (人)	339	421	448	475	491	502	518	538	546	577	582	639	661
介護保険認定率 (%)	11	13	14	14	15	15	16	16	16	17	17	19	19
介護保険給付額 (千円)	505,646	636,781	737,284	771,222	801,853	743,797	683,249	803,729	844,920	879,622	905,154	916,592	990,634
1人当たりの介護保険給付額(千円)	1,492	1,513	1,646	1,624	1,634	1,482	1,320	1,494	1,548	1,525	1,556	1,436	1,499

※千円未満は「上」

老人保健施設閉鎖

老人保健施設再開

老人保健施設新設

特別養護老人ホーム
新設

Ⅲ

取組事例／事例2

②生活環境と暮らし

図表 アセスメント項目シートから得た地域の情報（鋸南町）

地形・面積	房総半島南部の内房地域に位置する南北7.30km、東日10.75km、面積45.15km ² の町。東京湾口は直接前浜にぶつかり海岸部は砂浜帯と岩礁帯が入り組み複雑な地形。	
経済	第1次産業：第2次産業：第3次産業＝17：16：67（人口比％）	
行政	基本方針	<p>【「里山」を彩る】里山を花や動物たちで彩り、里山の恵みを生かしたまちづくりを進める。</p> <p>【「里海」に根ざす】里海の大切さを常に心に抱き、里海に根差したまちづくりを進める。</p> <p>【「里愛」で結びつく】鋸南町の住民、町を訪れる訪問客、そして町のことに興味を持った未来の住民・訪問客など、「鋸南町」をテーマにみんなが結びつき、明日の鋸南町をみんなで拓く、「里愛」で結びつくまちづくりを進める。</p>
	重点施策	<ul style="list-style-type: none"> ・里山ときめきプロジェクト：優良農地の確保、花であふれるまちづくりの推進、「里山」を通じた交流の推進 ・里海きらめきプロジェクト：美しい海洋環境、つくり育てる漁業の振興、「里海」を通じた交流の促進 ・里愛あったかプロジェクト：地域ぐるみの健康福祉のまちづくり、地域ぐるみの安全・安心のまちづくり、「里愛」を未来へつなぐふるさと教育の推進、「里愛」あふれる観光地づくりの推進 ・みんなで学ぼうおいのあるまちづくり《教育文化》 ・あなたの知恵・みんなが主役のまちづくり《住民参画交流》
交通状況	JR：内房線 1時間に1本。 高速バス：町内にバス停がなく、南房総市の富楽里バス停を利用。 鋸南町営循環バス（青バス・赤バス）運行。	
買い物		
コミュニティの活動状況	健康づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・健康体操教室：1会場、月2回 ・ヨガ教室：2会場、月2回 ・ラジオ体操：2会場（金・土・日）
	生きがいづくり	老人クラブ：18クラブ（542人）、平均月1回
	ふれあいづくり	憩いの場：2会場、月1回～2回
	地域組織	ボランティア20団体（声の広報、送迎ボランティア、配食ボランティア等、計269人）
介護サービスの提供状況	地域包括支援センター	1か所
	訪問系	4か所
	通所系	5か所
	地域密着系	0か所
	居住・施設系	1か所
公的組織	公園	公園9か所
	学校	小学校2か所、中学校1か所、高等学校0か所
	公民館	<ul style="list-style-type: none"> ・自治会・町内会26か所（会員3,424世帯、加入率91％） ・公民館数等40か所
	スポーツ施設	体育館1か所、スポーツ施設1か所
	その他	文化施設2か所
	医療機関	病院1か所、診療所4か所、歯科医院5か所

Ⅲ

取組事例／事例2

鋸南町は地形的に風水害の影響を受けやすい。今後、東海地震や南関東直下型地震、さらには海外で起こった地震による津波などが被害をもたらす危険性が警告されている。住民・行政職員
の防災・危機管理意識を高め、地区や事業所で自主防災組織を育成するとともに、ひとり暮らし
の高齢者や障害者など災害時要援護者の防災対策を進めている。

従来は高齢者の交通事故が多かったことから、老人クラブ等の会合に警察所交通安全課が出向
き、防犯、交通安全の講習会、移動交番による相談、講習等を行っている。

地域の産業は、農林業、水産業が中心であり、ともに担い手の高齢化、後継者不足が進み、深
刻化している。このほか、駅周辺の商店街、事業所の多くは中小企業で厳しい経営状況におかれ
ている。

鋸南町は高齢化率が約 40%と高いが、認知症高齢者を家庭内だけでなく地域で見ることがで
きる点に特徴がある。介護予防事業の参加率は高く、地区の介護予防教室が 19 箇所ある。介護
予防教室の中で認知症に関する内容を取り上げているため、地域の住民は認知症やその対応につ
いての知識を持っている。また、各地区にリーダーがおり、参加者の欠席が続いたり、参加者の
中から気がかりがあれば、リーダーから地域包括支援センターに連絡が入る。すなわち、介護予
防教室に参加することが、自身の予防に役立つのみならず地域の中での見守りになっている。

介護予防事業の実施状況と参加率（参加者／高齢者人口）

介護予防事業	平成18年			平成19年			平成20年			平成21年			平成22年			平成23年			平成24年		
	開催数 (回)	実人員 (人)	延人員 (人)	開催数 (回)	実人員 (人)	延人員 (人)	開催数 (回)	実人員 (人)	延人員 (人)	開催数 (回)	実人員 (人)	延人員 (人)	開催数 (回)	実人員 (人)	延人員 (人)	開催数 (回)	実人員 (人)	延人員 (人)	開催数 (回)	実人員 (人)	延人員 (人)
一次	38	43	485	60	73	864	81	91	1,030	110	261	1,505	115	282	1,372	143	305	1,716	158	363	2,089
介護予防 通所型 (送迎付き)	22	22	298	69	38	844	106	36	1,054	102	41	1,108	143	46	1,226	150	50	1,428	54	59	1,577
二次	55	55	358	15	17	95	8	8	74	6	6	62	6	12	35	6	16	69	6	20	102
通所型 (送迎付き)	55	55	358	15	17	95	8	8	74	6	6	62	6	12	35	6	16	69	6	20	102
計	115	115	1,141	144	128	1,803	195	135	2,158	218	308	2,675	264	340	2,603	199	371	3,213	218	439	3,768
高齢者人口 に対する 割合				3,369			3,408			3,431			3,417			3,363			3,407		
				3.8%			4.0%			9.0%			10.0%			11.0%			13.0%		

厚生労働省老健局老人保健課の地域包括支援センター、介
護予防事業担当者会議資料(平成 19 年 3 月 14 日)より～
二次予防(特定高齢者施策)の参加者は高齢者人口の概ね
5%が目標値とされていた。

3) 地域の健康課題

アセスメントの結果に基づき、地域の健康課題を以下のように整理した。

1 推計値で総人口、年少、生産年齢人口の減少と共に、高齢者の実数も数年で減少する。

- ・ 老年人口の実数は男女ともに平成 32 年から減少。2025 年問題に入っている。
⇒ 今後は予防事業の受け皿づくりよりも、内容の充実、継続、社会貢献、互助へと転換していく必要がある。

2 65歳以上の高齢者世帯、単身世帯は増加している。

- ・ 高齢者世帯、単身世帯が増加。
⇒ 地区での予防活動を閉じこもり防止、互いの見守り機能へと展開していく必要がある。

3 介護保険申請に至る主要疾病は高血圧、脳梗塞、認知症、骨関節筋疾患 特定健診でも高血圧、高脂血症、糖尿病の該当者が多い。

- ・ 介護保険の認定者は年々増加している。その主要疾病は高血圧、脳梗塞、認知症、骨関節筋疾患。
- ・ 特定健診の結果は高血圧、高脂血症、糖尿病の順になっている。
⇒ 生活習慣病を持っている方が早期からの介護予防事業に参加できるような環境、予防メニューの検討が必要である。

4 基本チェックリストの該当者の内訳（認知症、うつ、運動器）。

- ・ 基本チェックリストの該当者の内訳は認知症（28.9%）、うつ（19.3%）、運動器（17.5%）
⇒ 引き続き、認知症予防、閉じこもり予防に重点をおいたストレッチ、筋トレ、口腔、ポールウォーキングを実施していく。

5 老人クラブに参加し、田畑に従事していても、日常生活の活動量は少ない。

- ・ 老人クラブに参加し、田畑に従事している方々でも 1 日の活動量が少ない。海に近い地域は住居スペースも狭く、道幅も狭い。
⇒ 日常生活の中で、しっかり歩行と筋トレが取り入れられるような環境づくり、取り組みが必要。

6 男性は予防事業への参加が少なく、70歳を超えると非参加者の7割に脳の老化の兆しが見える。

- ・ 予防事業に参加していない男性は脳が健康である割合が 70 歳から 3 割未満と女性に比し低い。
⇒ 平成 24 年から「男塾」を開催し男性の参加を積極的に促している。引き続き、男性が参加しやすい事業メニューを検討していく。

Ⅲ

取組事例／事例 2

4) 地域保健活動計画の立案

少子高齢化が進む中、自分の命や健康は自分で守るしかない状況にあり、防災、メタボリック症候群、ロコモティブ症候群、サルコペニア肥満の予防対策として、自分の健康づくりを健康なまちづくり、活発なまちづくりにつなげることを目指して、以下の2つの重点テーマを掲げた。

- ① 生涯現役！ポールを持って笑って楽しく歩ける町、きょなん
- ② 健康寿命世界一の町！きょなん：平均寿命－健康寿命＝0

具体的には、以下の3つの事業を計画した。

1. 講演会の開催（「骨関節筋疾患について」など）
2. 研修会の開催（「鋸南町の高齢者の活動量について（調査報告）」「ポールウォーキングについて」など）
3. 健幸資格検定（大吉～末吉）

「きょなん健幸隊」を結成する。大吉となった方はポールウォーキングの教室やイベントの際のサポート役となり、周囲の方々に幸せをお届けする役割（イベント参加者、観光客のおもてなし、地域住民の見守り、相談役等）を担う。

鋸南町では、新たな事業を始めたときには参加者へのアンケートをとるほか、MMS、10メートル歩行速度の向上など前後のデータを比較し、成果を確認した上で次に展開する。また、介護者の集いでアンケートをするなど住民の声を収集し、事業の起案文書に提示する基礎データは、業務の中で積み重ね蓄積した情報を活用している。業務の中で把握した「感覚」がデータによって示されているかどうか常に確認しながら、事業を計画することが重要と考えている。

5) モデル事業の振り返り

収集するデータ項目が多く、シートを埋めることに労力が集中してしまい、保健活動の的が絞りにくくなるという意見があり、重要なデータの絞込みや収集の効率化の必要性が指摘された。実績の推移のみならず、将来推計を見ることで、今後の事業の継続可能性を検討できるという意見もあった。また、数値のみでなく、地域に出向き住民の声や思いを拾い上げることも重要であるという意見が出された。

鋸南町では平成17年から認知症予防に重点を置いた介護予防に取り組んできたため、これまでに蓄積されたデータを活用してアセスメントを行った。その中で、大学等による調査研究データも活用した。アセスメントや課題の特定には、町内の患者の健康状態を把握している医師が参加するなど多職種で分析することで、互いの考え方や意見について気づかされ、今後の業務の展開に深まりと幅が持てるようになった。

高齢化がすでに進行している地方の市町村の経験が今後都市部で役立つのではないかと。小規模の地域の保健師は、地域に出て住民と相対して困っていることをじかに聞き、相談から解決まですべてに対応している。地域の共通課題を認識し、何かできないかいつも考えている。こうした関わり方が重要であると考えられる。

事例3：中津川市の健康課題に沿った介護予防活動を実践するために（岐阜県・中津川市）

1) 実施体制

中津川市の地域包括支援センターは中津川市に1センター設置され、13地域の在宅介護支援センターが拠点として機能している。

モデル事業は、健康部門の協力の下実施し、健康部門と高齢福祉部門担当で情報収集・整理について役割分担をした。

図表 実施体制

機関	所属・団体名	職種	役割
地域包括支援センター・行政	高齢支援課	政策係長	行政の立場・統括
	高齢支援課	保健師	行政の立場・保健師
	高齢支援課	保健師	行政の立場・保健師
	健康医療課	保健師	行政の立場・保健師

図表 会合スケジュール

	目的	月 日	時間	場所	議題・内容・メンバー等
第1回	モデル事業計画策定	1月8日	9:00～11:30	健康福祉会館	高齢支援課係長 保健師
第2回	アセスメント項目検討	1月20日	15:00～ 16:30	健康福祉会館	高齢支援課保健師 地域総合医療センター医師、健康医療課長
第3回	情報分析・課題抽出	1月22日	9:00～12:00	健康福祉会館	高齢支援課係長 保健師、健康医療課保健師
第4回	情報分析・課題抽出・計画	2月12日	9:00～ 12:00	健康福祉会館	高齢支援課係長 保健師、健康医療課保健師
第5回	ヒアリング	2月14日	13:30～ 16:00	健康福祉会館	高齢支援課課長、保健師 地域総合医療センター医師、健康医療保健師

モデル事業担当者の声



今までの事業を振り返る機会となり良かった。データの蓄積をし、事業効果を検証し、より効果の高い事業の実施に結び付けたい。

2) 地域の特徴

収集したデータに基づきアセスメントを行い、地域の特徴を整理した。

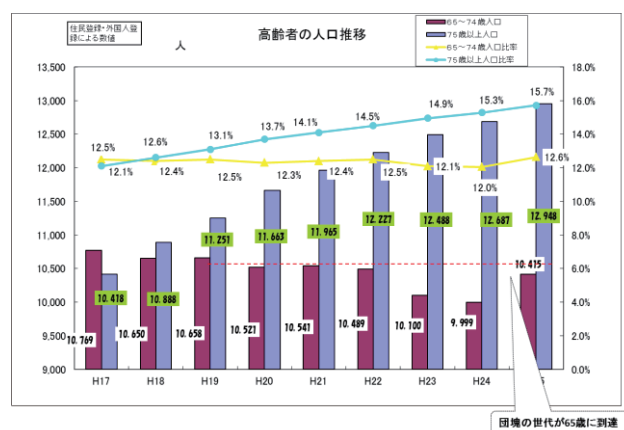
①基本情報の整理

図表 アセスメント項目シートから得た基本情報（中津川市）

人口(H25)	81,610人	高齢者世帯数(H22)	3,481世帯	
高齢者数(H25)	23,327人	独居高齢者世帯数(H22)	2,502世帯	
前期高齢者数(H25)	10,393人	認定者数(H23)	3,889人	
後期高齢者数(H25)	12,934人	認定率(H23)	17%	
高齢化率(H25)	29%	保険料(第1号被保険者) (第5期)	4,700円	
高齢者の状態像 (H23) (※はH24)	要介護度別利用者数	要支援1	332人	
		要支援2	422人	
		要介護1	748人	
		要介護2	740人	
		要介護3	560人	
		要介護4	496人	
	認知症高齢者数	死因別死亡率 (※)	要介護5	591人
			全死因	966人
			悪性新生物	239人
			心疾患	142人
			肺炎	52人
			脳血管疾患	121人
			不慮の事故	47人
			老衰	102人
			自殺	17人
			腎不全	20人
	慢性閉塞性肺疾患	15人		
	肝疾患	11人		
	二次予防事業	該当者数		
運動器の機能向上	589人			
栄養改善	121人			
口腔機能の向上	430人			
閉じこもり予防・支援	133人			
認知症予防・支援	166人			
うつ予防・支援	387人			

ア. 人口・高齢化率・世帯の状況

中津川市は人口 81,610 人（平成 25 年）の都市で、出生率は減少、死亡率は上昇傾向にあるため、総人口は減少傾向にある。年少人口、生産年齢人口は減少し、老年人口の割合が増加（高齢化）が進んでおり、今後 25 年はその傾向が続くと見込まれている。



また、平成 17 年から 25 年にかけて、高齢者世帯数、独居世帯数が増加している。高齢化率の推移から今後も増加していくことが予想され、家庭介護力の弱い高齢世帯、独居世帯が増加するに伴って生活支援の必要な高齢者が増えると考えられる。

高齢世帯・独居高齢世帯年次推移

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
高齢者世帯	2,645	2,731	2,899	3,004	3,144	3,232	3,258	3,304	3,474
独居	2,518	2,687	2,823	2,943	3,099	3,223	3,362	3,473	3,654

健康福祉部事業概要(高齢支援課)

イ. 健康・疾患の状況

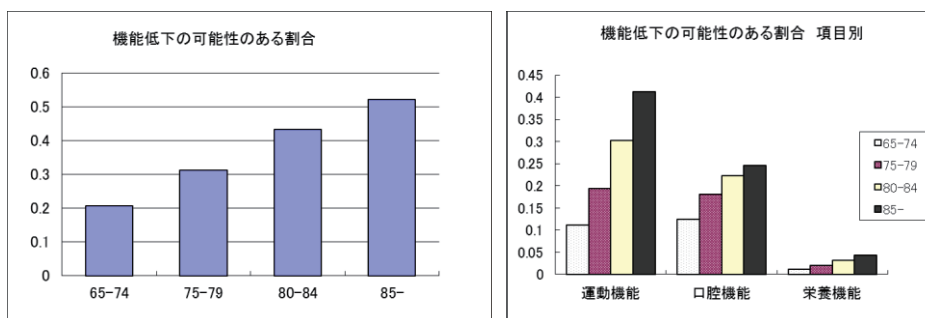
中津川市の死因順位別死亡数（平成 24 年）は、悪性新生物、心疾患、肺炎、脳血管疾患の順に多く、トップ 3 は全国の傾向と同様である。死因別死亡では老衰件数も多く、高齢化に伴い健康で終末期を迎える人が増えている。

基本チェックリストの結果では、運動機能に問題を抱える者の割合がもっとも多い。また、運動器機能低下者の中で約 20%は BMI25 以上であった。ハイリスクの運動機能低下者を訪問し実態把握したところ、とくに膝関節疾患を抱えている方が多く、体格がやや大きかった（BMI23 以上）。

	運動機能	口腔機能	栄養機能	二次該当者
65-74歳	11.1%	12.5%	1.1%	20.7%
75-79歳	19.4%	18.1%	1.9%	31.2%
80-84歳	30.2%	22.3%	3.1%	43.4%
85歳	41.2%	24.7%	4.3%	52.1%
対象者全体の割合	21.2%	17.7%	2.2%	32.4%

BMI23以上	人	割合	BMI25以上	人	割合
男	332	13.3%	男	157	6.3%
女	663	26.6%	女	368	14.7%
計	995	39.9%	計	525	21.0%

年齢別にみると生活機能低下者の半数近くが 80 歳代以上であった。また、閉じこもりに該当する者の 63%が 80 歳代であり、そのうちの 66%は運動機能低下を合わせ持っていた。



	人数	割合	(再掲)	人数	割合
65歳以上69歳以下	2	0.3%			
70歳以上74歳以下	75	12.3%			
75歳以上79歳以下	130	21.4%	70歳代	205人	33.7%
80歳以上84歳以下	227	37.3%			
85歳以上	174	28.6%	80歳代	401人	66.0%
合計	608	99.7%			

ウ. 要介護認定と介護保険財政

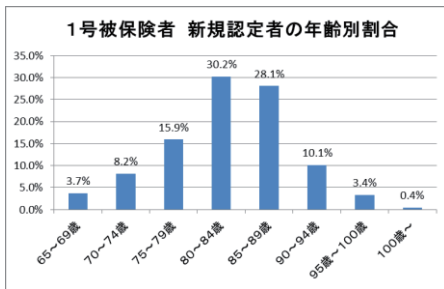
中津川市の要介護認定者については年々増加傾向にある。また、高齢化率・認定率共に県全体の値と比較すると高い。

市町村名	ア 管内人口	イ 管内高齢者人口	イノア 高齢化率	ウ 要介護認定者数	ウノイ 要介護認定者率	エ ウの内、要支援者数	要介護認定者に占める要支援者率 (エ/ウ)	オ ウの内、新規要介護認定者数	新規認定者率 (オ/イ)	カ オの内、要支援者数	新規要支援認定者率 (カ/イ)
県計	2,101,280	530,098	25.2	86,472	16.3	20,761	24.0	21,247	4.0	7,458	1.4
中津川市	82,387	23,363	28.4	4,087	17.5	846	20.7	1,031	4.4	286	1.2

岐阜県高齢福祉部

・総人口、高齢者人口：平成24年度末時点の人口を計上
 ・要介護認定者数：平成24年度末時点の要介護認定者数を計上
 ・新規要介護認定者数：平成24年度に新たに要支援、要介護認定を受けた人数(区分変更の認定、及び要支援から要介護又は要介護から要支援への変更は含まない。)

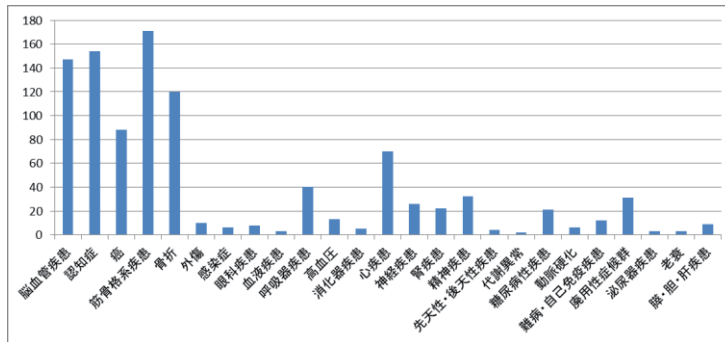
年齢では80歳代からの新規認定者が増加している。要介護認定者の中で認知症も増加している。また、新規認定疾患の原因疾患では筋骨格系疾患や認知症、脳血管疾患が上位を占めており介護予防を推進していく必要がある。また、要介護認定者の中でも、みまもりが必要な認知症が増加しており、高齢者人口全体に占める割合は6.2%となっている。



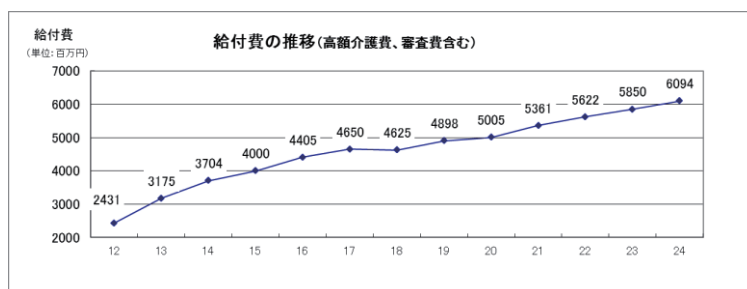
みまもりが必要な認知症者の年次推移

年度	21年	22年	23年	24年	25年
人数	1,143	1,158	1,244	1,291	1,454
高齢者人口に占める割合(%)	5.1	5.1	5.5	5.7	6.2

H22 年度疾患別新規介護保険認定者数



介護保険認定率が高くなる年代層の増加により、介護保険などの社会保障費が増加していくことが予想される。介護保険要介護認定者数およびサービス利用者数から介護保険給付費が増大している。



②生活環境と暮らし

図表 アセスメント項目シートから得た地域の情報（中津川市）

地形・面積	東は木曾山脈、南は三河高原に囲まれ中央を木曾川が流れ瑠。東西に28km南北に49km面積676.38km。県内6番目に面積が大きい。森林面積が大部分を占める。旧市内までのアクセスは、車で1時間かかる地域もある。	
経済	第1次産業：第2次産業：第3次産業＝5：41：54（人口比％）	
行政	基本方針	<ul style="list-style-type: none"> ・安心できる温かい福祉のまち ・安全で便利な暮らしのできる町 ・産業が活発で働く場の充実したまち ・豊かな自然と きれいな中津川 ・きらりと光る歴史。文化の中津川
	重点施策	<ul style="list-style-type: none"> ・安心できる福祉のまち ⇒ 障害者や高齢者が生き生き暮らせる社会づくり ⇒ 高齢者福祉の推進
交通状況	JR中央本線が市南部を東西に横断。また、明知鉄道が阿木地区を恵那方面および岩村・明智方面へ運行している。 JR東海 中央本線：美乃坂本駅、中津川駅、落合川駅、坂下駅 明知鉄道：飯沼駅、阿木駅	
買い物		
コミュニティの活動状況	健康づくり	
	生きがいづくり	老人クラブ：146、会員数11,977人(H25) 会員加入率40.5%（県29.2%）
	ふれあいづくり	高齢者ふれあいサロン：503回、参加人数21,093人(488自治体で実施)
	地域組織	
介護サービスの提供状況	地域包括支援センター	1か所
	訪問系	19か所
	通所系	29か所
	地域密着系	11か所
	居住・施設系	11か所
公的組織	公園	公園18か所
	学校	小学校19か所、中学校12か所、高等学校6か所
	公民館	<ul style="list-style-type: none"> ・自治会・町内会173か所(会員23,988人) ・公民館8か所、集会所136か所
	スポーツ施設	スポーツ施設43か所
	その他	集会所136か所、市内自治会集会所施設 363か所
	医療機関	病院3か所

Ⅲ

取組事例／事例3

【地域・地形】県下でも6番目に広い地形であり、サービスの分散配置や移動手段の確保を考慮する必要がある。【経済】高齢者の就労は減少傾向にあり、外出支援や地域との交流を促す活動の支援が求められる。【政治・行政】市の総合計画の中に高齢者福祉の推進が重点政策として位置づけられているため、今後高齢者の増加に伴い重要度が増す。【交通】公共機関が乏しく、生活していく上で車の必要性が高くなる。一方で認知症高齢者の運転などの問題もあるため対策が必要となる。

【コミュニティ】老人クラブの加入率が県全体の値より高く、他市と比較しても老人クラブの数が多い。地域での活動状況までは把握できないが、身近な地域で参加できる活動組織がある。高齢者がレクリエーション活動する場所が地域に確保されている。自治会の集会所のほか、各地区に老人福祉施設が点在しており、身近なところに施設が確保されている。

シルバー人材センター会員数等の推移

	平成20年度	平成21年度	平成22年度
会員数	888人	887人	876人
公共事業受託件数	429件	233件	201件
民間受託件数	3,359件	3,333件	3,437件

シルバー人材センター実績

老人クラブ会員数等の推移

	平成20年度	平成21年度	平成22年度
クラブ数	150	150	149
会員数	12,536人	12,509人	12,458人

高齢支援課

老人クラブ会員数・加入率

市町村名	人口(人)	60歳以上(人)	クラブ数	会員数(人)	加入率(%)	加入率順位
県計	2,055,516	693,408	2,778	202,399	29.2	
中津川市	79,558	29,560	146	11,977	40.5	18

3) 地域の健康課題

アセスメントの結果を整理して、地域の健康課題を以下のように整理した。

1 生活機能調査結果より運動器の機能低下を有する者が多く新規認定者の原因疾患でも筋骨格系疾患を有する者が上位を占める。

- ・ 生活機能調査は 70～89 歳に個別通知して実施。回収率は 85%と高い状況である。
- ・ 機能別の低下者の状況を見ると運動器の機能低下が一番多く 21%該当する。80 歳代の機能低下者のうちの 30%以上が運動器の機能低下に該当する。
- ・ 新規要介護認定者の主な原因疾患は筋骨格系疾患、認知症、脳血管疾患である。筋骨格系疾患を有する者が最も多く、運動機能低下の原因であることが示唆される。

2 運動機能低下者に肥満傾向の者が多い。

- ・ H23 年度の生活機能調査結果から運動器の機能低下該当者の約 40%が BMI23 以上、約 20%は BMI25 以上となっている。性別でみると、女性は男性の 2 倍となっている。
- ・ 運動機能低下者の実態訪問から運動器の機能低下の原因として膝関節疾患を有する者が多く、その背景として BMI23 以上の者が多い。

3 閉じこもり該当者に運動機能低下者が多く、閉じこもり該当者は80歳代で多くなっている。

- ・ 生活機能低下者のうち閉じこもりに該当するものは 6%ほどみられる。年齢では閉じこもり該当者の 63%は 80 歳代にみられる。その中の 66%は運動機能低下も有する。

4 みまもりが必要な認知症者数の増加。

- ・ 新規要介護認定者の原因疾患調査から認知症が上位を占めている。
- ・ 介護負担が大きいと思われるみまもりが必要な認知症の高齢者人口比率をみると H21 年で 5.1% 平成 25 年 6.2%と 5 年間で 1.1%増加している。

高齢化率が高く、独居・高齢世帯数も増加しており、住み慣れたまちで生活機能を維持しながら自立した生活を送ることができるようにするための取り組みが必要である。物理環境や交通機関の乏しさなどから、身近な地域で利用しやすい事業が必要となる

具体的には、介護認定の原因や生活機能調査結果及び実態把握訪問から、運動器の機能向上支援に取り組む必要がある。また、80 歳代になると、新規要介護認定者が 70 歳代後半の 2 倍に増加すること、生活機能低下者の半数近くが 80 歳代以上であること、閉じこもり該当者の 63%は 80 歳代にみられることなどから、閉じこもり予防にも取り組む必要がある。要介護認定者の認知症の状況、新規認定疾患の原因疾患から認知症に対する予防・支援をする取り組みも必要である。

4) 地域保健活動計画の立案

地域の健康課題を踏まえ立案した地域保健活動計画では以下の2つを目標とした。

- ① 生活機能低下者の機能低下の状況に合わせて介護予防教室の展開
- ② 生活機能低下者を含めた一次予防事業の強化

具体的には、以下の教室の実施・拡充を考えている。

(ア) 運動機能向上教室の実施

各地域の公民館等を会場として、機能低下の状況に合わせて集団や個別通所事業を実施し、運動機能向上プログラム・栄養改善の支援等を行う。週1回90分×12回以上を想定。体力測定の結果や基本チェックリスト、本人の主観的健康観・参加後の体調の変化等の聞き取りを評価指標とする。

(イ) 閉じこもり予防の教室の実施・拡充（あんきなくらぶ）

中学校区単位を会場として、送迎を設け、レクリエーション、昼食交流を行う。運動プログラムの実施のための従事者研修を実施する。1日4時間以上週1回×48回を想定する。基本チェックリスト、本人の主観的健康観、教室参加後の感想の聞き取りを評価指標とする。

(ウ) 認知症予防教室の実施

学習療法・参加者同士の交流等を実施する。時間週1回60分×24回以上を想定する。MMSE、本人の主観的健康観の聞き取りを評価指標とする。

5) モデル事業の振り返り

モデル事業は今までの事業を振り返る機会となった。

生活機能調査データの蓄積と実態調査結果があり、数字と地域の実態が確認できる状況があったため、有意義な分析を行うことができた。医療や健診のデータは用いず、生活機能調査のデータから地域課題の優先順位を絞る上で工夫した。

プラン策定を行う上では、生活機能調査のデータだけでなく、実際の生活場面を訪問して確認し、生活実態にあわせ、より利用者の通所しやすい場所で事業を実施する工夫が必要である。事業を利用されない方も多いので、在宅介護支援センターなどの高齢者を支える機関と連携し、生活支援や見守りの充実をはかることも重要である。

今後は、データの蓄積に加えて、事業効果を検証し、より効果の高い事業の実施に結び付けたい。交通弱者が多い地域であるために、事業利用者の増加のためには事業利用しやすいような送迎方法を取り入れることも必要である。

事例4：郡上市における地域診断（介護予防）（岐阜県・郡上市）

1) 実施体制

郡上市は平成16年に7町村が合併した。日常生活圏域は旧町村をベースに7圏域（八幡地域・大和地域・白鳥地域・高鷲地域・美並地域・明宝地域・和良地域）に分かれ、地域包括支援センターは郡上市（八幡地域）に1箇所があるが、その他の圏域に振興事務所があり日々連携を取っている。7圏域それぞれに専任保健師が配置されている。

今回のモデル事業の実施体制は図表の通り。郡上市の地域包括支援センターは直営であり、データ収集は高齢福祉課職員で担当を決め、作業を行った。収集後、高齢福祉課・健康課7名で分析・アセスメントを行った。

図表 実施体制

機関	所属・団体名	職種	役割
国保直診施設	国保地域医療センター	診療所長	医療の立場・保健活動支援（総合アドバイザー）
行政	健康福祉部・福祉事務所	部長・所長	行政の立場・統括
	健康福祉部・地域包括支援センター	課長・所長	行政の立場・統括
	健康福祉部高齢福祉課	保健師・介護支援 専門員	行政の立場（保健師）
	健康福祉部健康課	課長	行政の立場
	健康福祉部高齢福祉課	係長	行政の立場

モデル事業担当者の声



郡上市は市域が広く地域特性があるが、その分析ができていない。今後も必要なデータがあれば、日ごろの業務において蓄積しておくべきと感じた。

2) 地域の特性

収集したデータに基づきアセスメントを行い、地域の特性を整理した。

①基本情報の整理

図表 アセスメント項目シートから得た基本情報（郡上市）

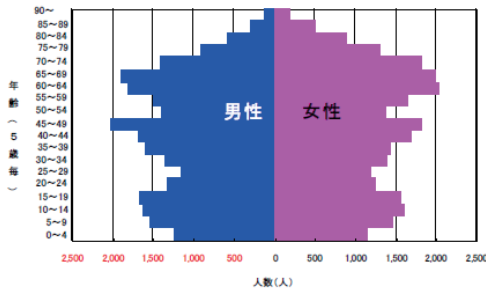
人口(H22)	44,487人	高齢者世帯数(H25)	1,834世帯	
高齢者数(H22)	14,315人	独居高齢者世帯数(H25)	2,131世帯	
前期高齢者数(H22)	5,689人	認定者数(H24)	2,325人	
後期高齢者数(H22)	8,626人	認定率(H24)	16%	
高齢化率(H22)	32%	保険料(第1号被保険者) (第5期)	3,200円	
高齢者の状態像 (H23) (※はH24)	要介護度別利用者数 (※)	要支援1	259人	
		要支援2	301人	
		要介護1	482人	
		要介護2	446人	
		要介護3	316人	
		要介護4	285人	
		要介護5	236人	
	認知症高齢者数			
	死因別死亡率 (※)	全死因	675人	
		悪性新生物	161人	
		心疾患	113人	
		肺炎	85人	
		脳血管疾患	85人	
		不慮の事故	27人	
		老衰	35人	
		自殺	15人	
		腎不全	19人	
		慢性閉塞性肺疾患	10人	
		肝疾患	6人	
	二次予防事業		該当者数	
運動器の機能向上		282人		
栄養改善		32人		
口腔機能の向上		195人		
閉じこもり予防・支援		49人		
認知症予防・支援		211人		
うつ予防・支援		166人		

ア. 人口・高齢化率・世帯の状況

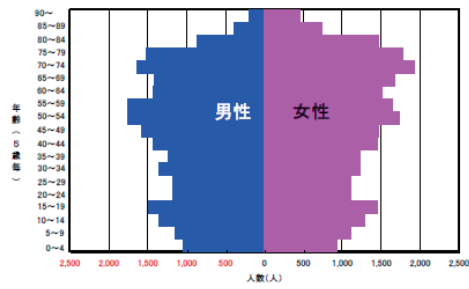
郡上市は人口 44,487 人（平成 22 年）の都市で、全体では総人口が男女共に減少傾向にある。人口ピラミッドで見ると、平成 20 年には逆三角形へと形の変化が見られる。老年人口が横ばいに対し、年少人口・生産年齢人口の減少が顕著である。

独居世帯が増加するが、独居の方を介護保険で支えるのか、団塊の世代の社会貢献の一部として独居の方を支えるような介護保険の枠組み以外の支援システムの検討も必要である。

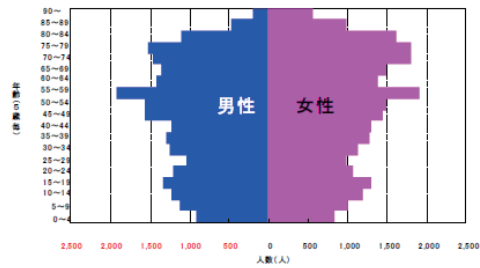
平成8年



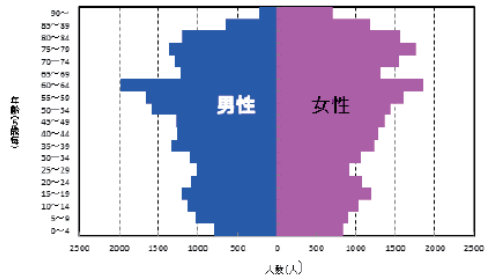
平成17年



平成20年

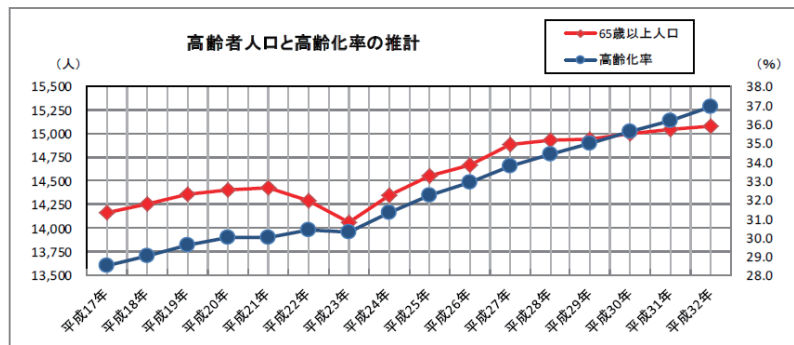


平成23年



出典）郡上市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（第5期）

終戦前後の出生数が少ない年齢層が65歳に到達するため、平成22～23年度の高齢者数は一旦減少に転じるものの、全体として高齢者数は増加傾向にある。高齢化率は32.2%（平成25年）である。また、高齢者夫婦世帯・65歳以上の高齢者単身世帯も増加している。



出典）郡上市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（第5期）より

区分	昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年
一般世帯数	13,662	13,964	14,137	14,455	14,683	14,759	14,575
65歳以上の親族のいる世帯数	5,750	6,188	6,868	7,883	8,727	9,020	9,075
高齢者夫婦世帯	—	—	1,018	1,437	1,754	1,905	1,956
65歳以上の高齢者単身世帯	357	518	673	879	1,085	1,225	1,460

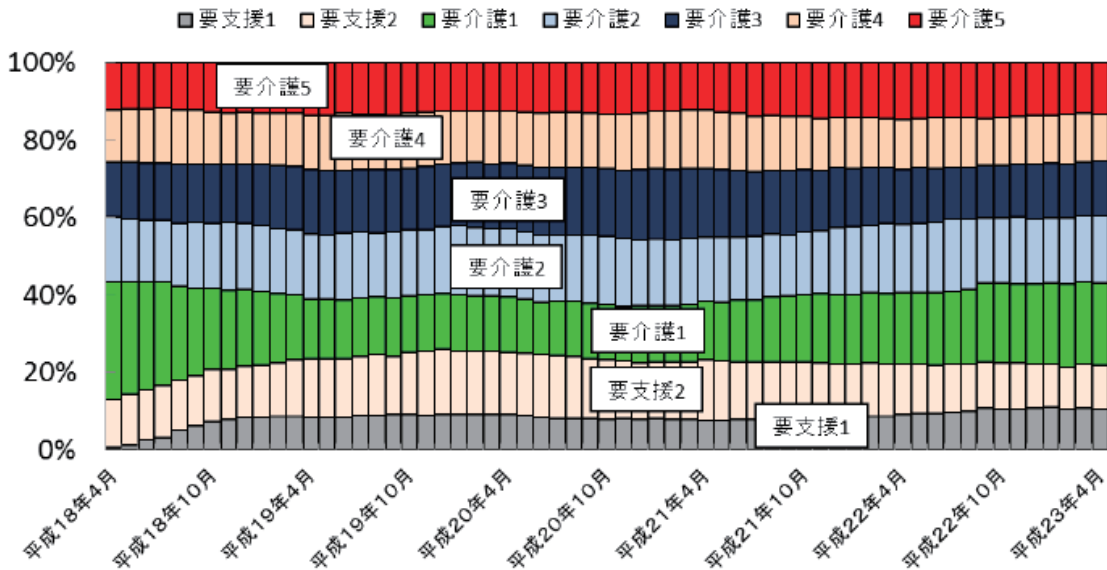
出典）郡上市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（第5期）より

イ. 健康・疾患の状況

郡上市の死因順位別死亡数（平成24年）は、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の「生活習慣病」が多く、「肺炎」の割合も増えている。肺炎の増加は郡上市においても認められる。予防として①肺炎球菌ワクチンの実施②口腔ケアを施設ベースから地域ベースに拡大③地域で栄養への取組みすることが必要と考えられる。

ウ. 要介護認定と介護保険財政

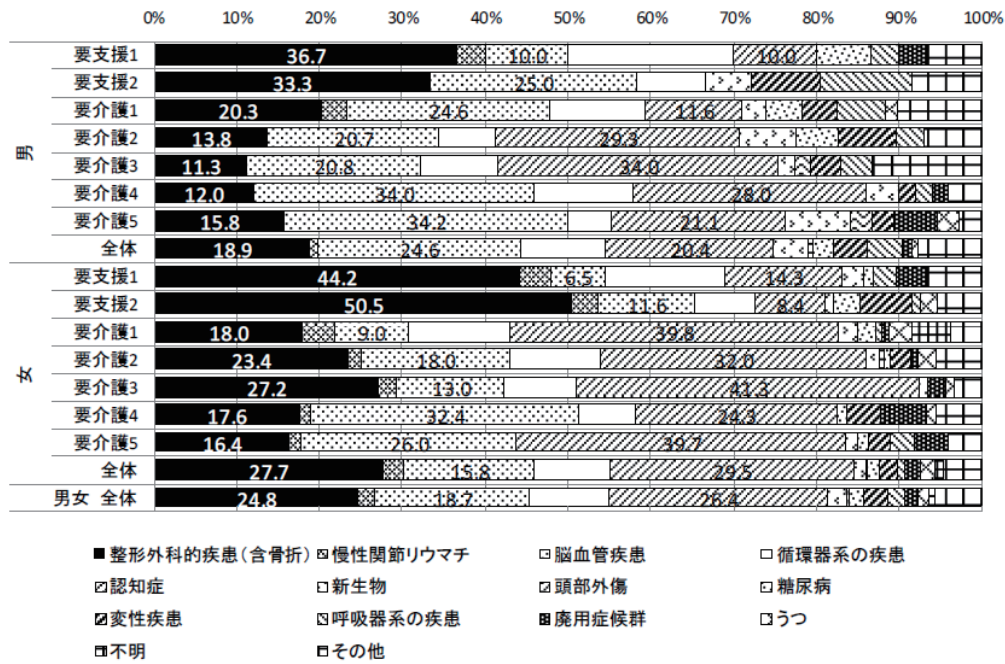
郡上市の要介護認定者は年々増加傾向にあり、平成12年では1,200人程度だったが、平成24年には2,325人に増加している。構成比は要介護2～5は横ばい状態であり、要介護1と要支援2で認定者数の増加が見られる。



出典）郡上市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（第5期）より

介護保険申請の主要疾病⁴を要介護度別に見ると、要支援1,2では整形外科的疾患（変形性脊椎症、骨粗鬆症、変形性膝関節症、骨折後など）が多い。また要介護4,5では脳血管疾患が多く、認知症は要介護3で脳血管疾患を上回っている。男女別に見ると、要支援1,2及び要介護1において、女性と比較し男性で脳血管疾患の占める割合が高く、要介護1以上で、男性と比較し女性で認知症の占める割合が高い。

⁴ 平成23年4～7月までの間に要介護認定審査会で認定された1,006人の、主治医意見書において一番初めに書かれた疾患の要介護度別割合を算出。

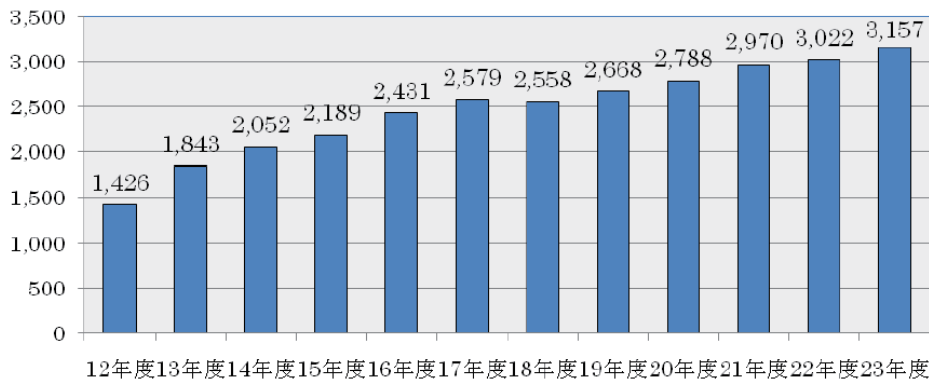


出典) 郡上市高齢者福祉計画・介護保険事業計画(第5期)より

郡上市の介護給付費は総額で3,229,030(千円)(平成24年)であり年々増加傾向にある。第1号被保険者の保険料は3,200円(第5期)である。

介護給付費の推移

(単位:百万円)



※各年度決算書(保険給付費の内、介護サービス・介護予防サービス費)
 ※23年度は予算

出典) 郡上市高齢者福祉計画・介護保険事業計画(第5期)より

III

取組事例／事例4

②生活環境と暮らし

図表 アセスメント項目シートから得た地域の情報（郡上市）

地形・面積	長良川の源流域を形成する森林地帯が市全域の90%を占め、長良川源流部にあたる大日山麓一帯にはひるがの高原や上野高原、明宝水沢上一帯にはめいほう高原が広がり、清流長良川をはじめ和良川、石徹白川など24本の一級河川が流れる水と緑に恵まれた地域。また、市の最北部に位置する白鳥町石徹白地区と高鷲町ひるがの地区は、太平洋と日本海の分水嶺になっている。	
経済	第1次産業：第2次産業：第3次産業＝7：34：59（人口比（%））	
行政	基本方針	<p>【自ら考え行動する、自立・自律のためのまちづくり】 本格化する地方分権社会に適合し、活力あるまちを実現するため、市民・行政・民間などが一体となり、地域の自立・自律をめざす。</p> <p>【市民と行政の協働と補完によるまちづくり】 市民や地域でできること、市民や地域がおこなうことで、より大きな効果が生みだせることと、行政でおこなうことを設定し、地域の自律をめざす。</p> <p>【地域の個性を生かす連携によるまちづくり】 個性豊かな地域資源や、人材を生かし、地域と人と連携を進め、有効で相乗効果を導くまちづくりをめざす。</p>
	重点施策	<p>財政の縮小、人口の減少と高齢化の進行という背景があり、市が取り組むべき課題は「誰もが故郷に愛着と誇りを持ち、安心して元気に暮らし続けられる地域をつくる」ことである。そのためには地域資源を活かした産業の振興と、地域における支え合いの仕組みづくりを重点課題として取り組む必要がある。産業・経済面では、地域に根ざしたモノづくりを基軸として経済活動へ移行する仕組みを進める。生活面では、行政による公共サービスの範囲の縮減により、様々な課題を解決する主体として地域の役割が重要であり、地域の暮らしを支えていくコミュニティ機能の維持と体制づくりが必要となる。自治会や公民館等が連携して協働して取り組みを行う自立型コミュニティを形成していく。</p> <p>安心して子育てができる環境づくりを目指して、第3子以降の子供の手当として6年間年10万円の商品券の交付、高校生への医療費助成、予防接種の補助をそれぞれ市の独自施策として行っている。</p>
交通状況	市内のバス運行状況：路線バス4路線、高速バス2路線、自主運行バス21路線、デマンド型交通4路線。利用者の状況に応じて、運行曜日を設定している路線もある。	
買い物		
コミュニティの活動状況	健康づくり	
	生きがいづくり	老人クラブ・シニアクラブ：会員数9,029人、加入率51%、活動18回
	ふれあいづくり	ふれあいサロン：会員数1,555人、活動回数1,495回
	地域組織	25年6月現在、郡上市社会福祉協議会にボランティア団体として登録しているのは97団体で男性632人、女性1,311人、合計1,943人。年代層は60歳～69歳が32%、70歳～79歳が27%と高齢者が約6割を占める。活動内容は、高齢者福祉施設への訪問、障がい者への支援、地域清掃活動、サロン活動、スポーツ活動、日赤奉仕活動など。
介護サービスの提供状況	地域包括支援センター	1か所
	訪問系	23か所
	通所系	19か所
	地域密着系	6か所
	居住・施設系	6か所
公的組織	公園	公園98か所
	学校	小学校23か所、中学校9か所、高等学校3か所
	公民館	・自治会・町内会107か所（設置数107、会員14,157人、加入率93%） ・公民館数等26か所
	スポーツ施設	44か所
	その他	文化施設13か所
	医療機関	病院5か所、診療所19か所、歯科医院13か所

郡上市は、市域の約 9 割を山林が占める山岳丘陵地帯であり、その大部分が長良川の源流域であり、河川によって作られたいくつもの谷筋に集落が形成されている。北から南まで約 52km あり、北部では冬季の積雪が 2 メートル程度ある一方、何部ではほとんど雪がないといった多様性がある。日常生活圏域ニーズ調査によると、「ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯を地域で支えるためにどのようなボランティア活動があるか」といいと思いますか」という設問に対し、「話し相手・相談相手になること」が 48.3%と最も高く、次いで、「雪かき」(35.5%) が挙げられている。

郡上市には高齢者の生きがい・交流の場としてシニアクラブがあり、合併前の旧町村ごとに 7 つの支部組織がある。会員数は 9,029 人（平成 23 年）で、60 歳以上人口に対し約 5 割の加入率となっている。高い加入率が見られる一方、実態としては幽霊会員もおり、老人クラブやサロンといった交流の場をどのように継続するかが課題の 1 つとして挙げられている。日常生活圏域ニーズ調査によると、介護予防のために、参加してみたい地域での活動等については、「高齢者同士がふれあえる交流の場」が 31.3%と最も高くなっている一方、高齢者の外出する際の移動手段として「自動車（人に乗せてもらう）」が 40.9%と高く、高齢者の移動手段の検討が必要である。

シニアクラブの現況表

支部名	クラブ数 (団体)	会員数 (人)	世帯数 (世帯)	60 歳以上人口 (人)	平成 23 年 4 月 1 日 加入率 (%)	平成 20 年 4 月 1 日 加入率 (%)
八幡	34	2,793	2,104	6,253	44.7	46.7
大和	20	1,460	1,066	2,413	60.5	62.4
白鳥	25	1,854	1,471	4,356	42.6	45.8
高鷲	8	535	437	1,193	44.8	50.0
美並	18	1,011	711	1,738	58.2	61.9
明宝	7	643	421	774	83.1	78.0
和良	15	761	509	949	80.2	84.1
計	127	9,057	6,719	17,676	51.2	53.8

出典) 郡上市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（第 5 期）より

またボランティア養成については、平成 25 年 6 月現在、郡上市社会福祉協議会に登録しているボランティア団体（97 団体）の構成員は計 1,943 人（男性 632 人、女性 1,311 人）であり、年齢別に見ると、60 歳～69 歳が 32%、70 歳～79 歳が 27%で、高齢者が約 6 割を占めている。今後増加する高齢者全てが要介護状態にあるわけではなく、そうした世代の介護予防・介護支援の参加を促す仕組み作りが重要である。郡上市では、生活機能が低下している高齢者を早期に発見するため、特定健診（40～74 歳）、後期高齢者健診（75 歳以上）に合わせて生活機能の確認を市内で実施しており、介護予防の観点から 65 歳以前からの住民の健康状態の把握を高齡福祉部門以外の部門と連携して進めることが重要である。

3) 地域の健康課題

アセスメントの結果を整理して、地域の健康課題を以下のように整理した。

1 少子高齢化の進展。

- ・ 後期高齢者（75歳以上）の介護保険サービス利用率が高いため、後期高齢者の要介護状態への移行を減らしていくことが必要。
- ・ 経済的に支えるという意味では、生産年齢人口の増加が望ましいが、政策的には現状では困難である。
- ・ 高齢者は今後増加するものの、全ての人が要介護状態になるわけではない。**団塊世代の社会貢献の一部として独居の方を支える、介護保険の枠組み以外の支援システムの検討**が必要。

2 死亡原因として肺炎の増加。

- ・ 予防対策として①肺炎球菌ワクチンの実施、②口腔ケアを施設ベースから地域ベースに拡大、③地域で栄養への取り組みすることが必要
- ・ 栄養に関しては、低栄養に関する啓発を行うと共に、口腔ケアと同様、栄養サポートチームの地域への拡大が必要。

3 要介護・要支援者の増加。

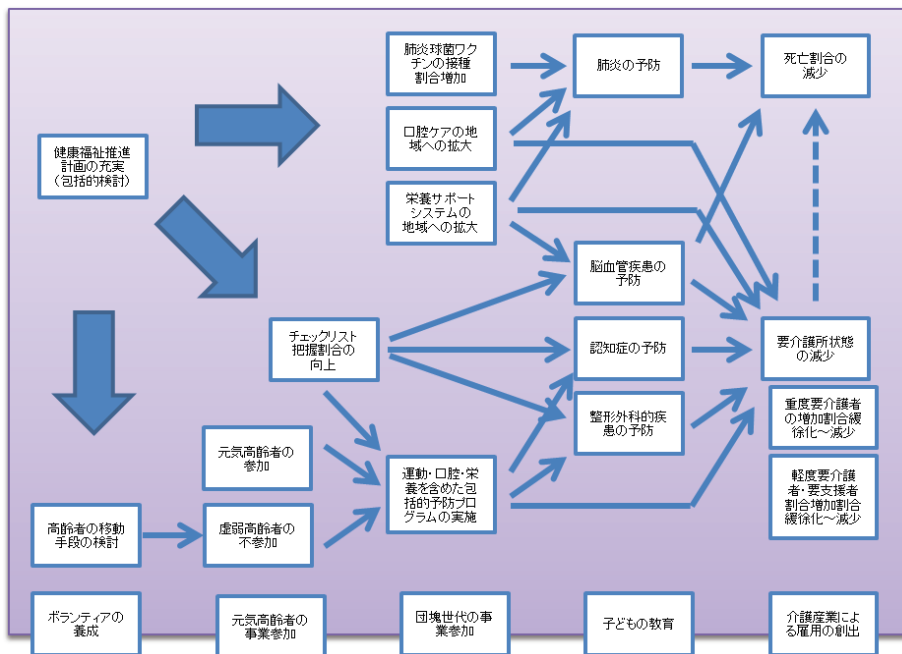
- ・ 要支援、要介護者（要介護1）の増加。
- ・ 整形外科疾患、脳血管疾患、認知症の予防対策が必要。

4 交通

- ・ 高齢者の移動手段の確保。

4) 地域保健活動計画の立案

地域の健康課題を踏まえ立案した地域保健活動計画のうち、優先度の高い事業項目は「高齢者が高齢者を支える仕組み作り」であり、具体的には以下の検討が必要である。



元気高齢者・団塊世代による高齢者を支える仕組み

- ・ ボランティア養成講座等教育体制の整備、有償ボランティアの導入、高齢者マイスター（仮）の育成等
- ・ 高齢者の集う場（サロンなど）に加入者の実態把握の必要性、継続性の検討

高齢者を支えるための教育

- ・ 高齢化の進展という社会状況に応じた教育の実施。（例：認知症教育の導入 ※一部学校では実施中であり、福祉推進校の指定等を利用）
- ・ 子どもの教育において「自分のため」「環境づくりのため」の2つの側面からアプローチする。

高齢者を支えるための雇用の創出

- ・ 介護関係の雇用の創出。元気高齢者を介護産業へリンクさせる必要あり。

5) モデル事業の振り返り

モデル事業の振り返りとしては、「第6期の介護保険事業計画の策定作業に取りかかる時期なので、これからの作業の参考にしたい。」「モデル事業では分析・課題抽出などが十分にできなかったもので、これを機会に、高齢福祉課（地域包括支援センター）、高齢者のいきがいや健康にかかわる部署と連携を密にしながら作業を進めたい。」など今後の事業計画への反映の意向や、他部門連携の重要性が指摘された。

事例5：「地域資源・産業を生かした介護予防を支える仕組みづくりを目指して」（島根県・飯南町）

1) 実施体制

島根県飯南町は、雲南市・奥出雲町及び飯南町の1市2町が設立している広域連合である雲南広域連合に属している。日常生活圏域は7圏域で、1市2町ごとにサブ圏域が設定されている。地域包括支援センターは雲南サブ圏域に3箇所、仁多サブ圏域・飯南サブ圏域にそれぞれ1箇所設置されている。

サブ圏域	日常生活圏域
雲南サブ圏域	①大東・加茂圏域 ②木次・三刀屋圏域 ③吉田・掛合圏域
仁多サブ圏域	④仁多圏域 ⑤横田圏域
飯南サブ圏域	⑥頓原圏域 ⑦赤来圏域

飯南町では毎月、保健福祉課、地域包括支援センター、社会福祉協議会で介護予防推進会議を開催しており、地域のサロンの開催状況や配食サービス担当者からの情報共有している。従って今回のモデル事業は、この介護予防推進会議構成メンバーをベースに、飯南町で実施している「まめなまちづくり推進協議会」の生涯現役部会のメンバーも加えて実施した。

図表 実施体制

機関	所属・団体名	職種	役割
国保直診施設	飯南町立飯南病院	医師	院長
	飯南町立飯南病院	歯科医師	副院長
	飯南町立飯南病院	歯科衛生士	
地域包括支援センター・行政	飯南町社会福祉協議会	課長	
	飯南町保健福祉課	保健師	
	飯南町産業振興課	森林セラピー担当	
	飯南町地域包括支援センター	社会福祉士	
	飯南町地域包括支援センター	理学療法士	
自治会 老人クラブ その他住民組織	飯南町老人クラブ頓原支部	事務局	
	ふきのとうサロン		担当職員
	デイサービスセンターまごのて		所長

今回のモデル事業の会合スケジュールは図表の通り。メンバーが様々な形で介護予防に関わっていることから、それぞれの立場で考える地域診断・介護予防推進について意見集約を行った。

図表 会合スケジュール

	目的	月 日	時間	場所	議題・内容・メンバー等
第1回	モデル事業計画策定	12月25日	16:00～ 17:00	保健福祉センター	事業説明・概要説明
第2回	アセスメント項目検討	1月22日	16:00～ 17:00	飯南町社協	アセスメント内容検討
第3回	情報分析・課題抽出	1月28日	17:00～ 18:00	保健福祉センター	地域診断データ分析
第4回	活動計画の策定	2月10日	15:00～ 17:00	保健福祉センター	地域資源の確認・検討
第5回	振り返り	2月12日	9:00～ 10:00	保健福祉センター	振り返り・今後の展望

モデル事業担当者の声



介護保険関連のデータに関しては、雲南広域連合（1市2町）で運営しているため、飯南町独自のデータを収集しにくい部分がありました。社会資源で会館や公民館、集会所など名称が異なっており、カウント方法に苦慮した部分がありました。

2) 地域の特性

収集したデータに基づきアセスメントを行い、地域の特性を整理した。

①基本情報の整理

図表 アセスメント項目シートから得た基本情報（飯南町）

人口(H25)	5,427人	高齢者世帯数(H22)	338世帯	
高齢者数(H25)	2,159人	独居高齢者世帯数(H22)	243世帯	
前期高齢者数(H25)	710人	認定者数(H23)	430人	
後期高齢者数(H25)	1,449人	認定率(H23)	20%	
高齢化率(H25)	40%	保険料(第1号被保険者) (第5期)	4,950円	
高齢者の状態像 (H23) (※はH24)	要介護度別利用者数	要支援1	41人	
		要支援2	43人	
		要介護1	70人	
		要介護2	64人	
		要介護3	59人	
		要介護4	74人	
	認知症高齢者数	死因別死亡率 (※)	要介護5	79人
			全死因	92人
			悪性新生物	25人
			心疾患	11人
			肺炎	9人
			脳血管疾患	10人
			不慮の事故	5人
			老衰	12人
			自殺	3人
			腎不全	
	慢性閉塞性肺疾患			
	肝疾患			
	二次予防事業		該当者数	
運動器の機能向上		20人		
栄養改善		1人		
口腔機能の向上		6人		
閉じこもり予防・支援		4人		
認知症予防・支援		18人		
うつ予防・支援		18人		

ア. 人口・高齢化率・世帯の状況

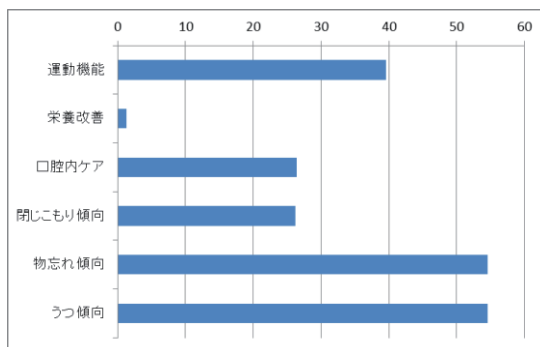
飯南町は平成17年に飯石郡赤来町・頓原町が合併してできた町で、頓原圏域の人口は2,869人（平成25年）の地域である。総人口、出生数は年々減少傾向にあり、特に年少人口・生産年齢人口の減少が顕著である。高齢化率（頓原圏域）は40%（平成25年）で、平成42年まで上昇傾向である。平成32年までは前期・後期高齢者数の増加が予想されている。高齢者夫婦世帯数・65歳以上の高齢者単身世帯数が増加傾向にある。世帯数は3割程度の減少であることから、1世帯あたりの人口が減少していると言える。

イ. 健康・疾患の状況

飯南町の平成24年の死因順位別死亡数を見ると、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の生活習慣病の割合による死亡が多い。割合としては低い肺炎や自殺による死亡も見られる。

また、基本チェックリスト結果⁵を見ると、二次予防事業対象者の該当割合は、運動機能39.6%、口腔機能26.4%、閉じこもり傾向26.4%、物忘れ傾向・うつ傾向55.5%であった。

⁵ 平成25年二次予防事業の対象者把握事業：平成25年1月に介護保険認定を受けていない高齢者1,783名を対象に基本チェックリストを配布。回収率は63%。



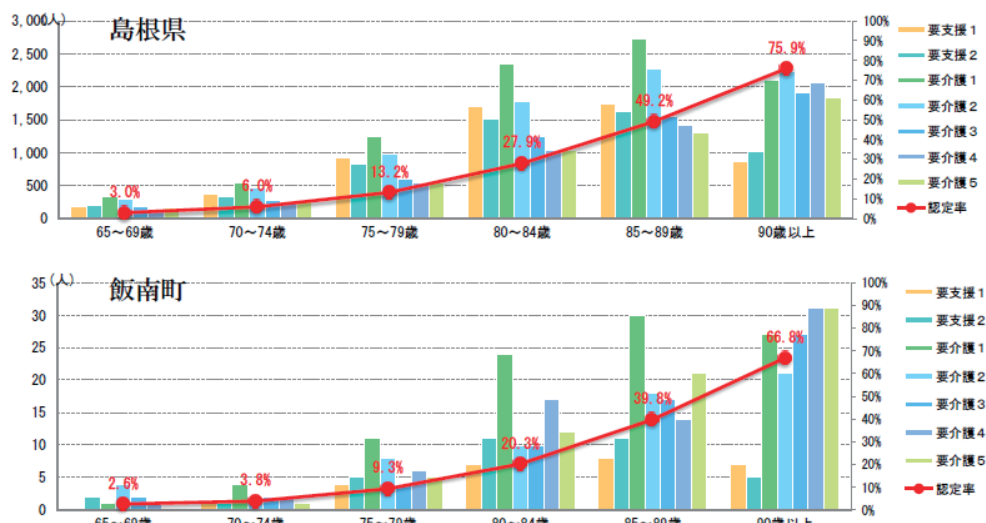
ウ. 要介護認定と介護保険財政

飯南町の要介護認定者は年々増加傾向にあり、島根県全体と比較すると認定率は低いものの、雲南広域連合の中では頓原圏域は20%と最も高い。また年齢別に見ると、特に80歳以上は認定率が20%以上と高くなっている。

サブ圏域	日常生活圏域	高齢化率	認定率
雲南サブ圏域	①大東・加茂圏域	30.9%	18.3%
	②木次・三刀屋圏域	31.5%	17.7%
	③吉田・掛合圏域	36.7%	20.3%
仁多サブ圏域	④仁多圏域	34.3%	15.4%
	⑤横田圏域	36.7%	15.6%
飯南サブ圏域	⑥頓原圏域	<u>41.1%</u>	<u>20.0%</u>
	⑦赤来圏域	35.9%	19.6%

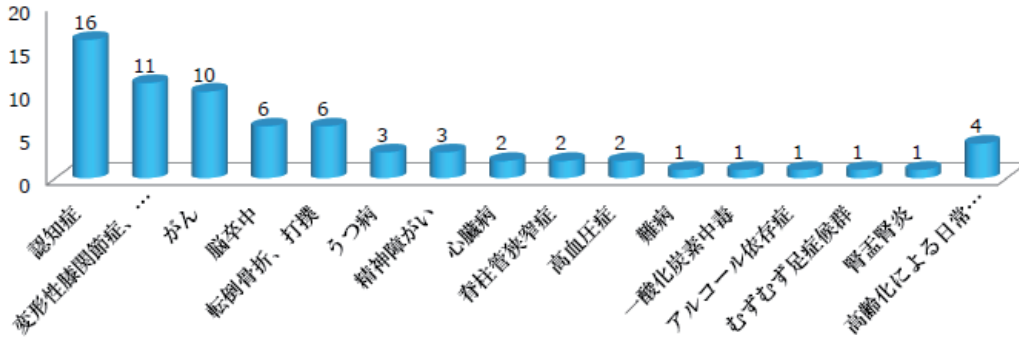
出典) 雲南地域第5期介護保険事業計画より作成

年齢別介護認定者分布状況(1号被保険者)【島根県と飯南町の比較】

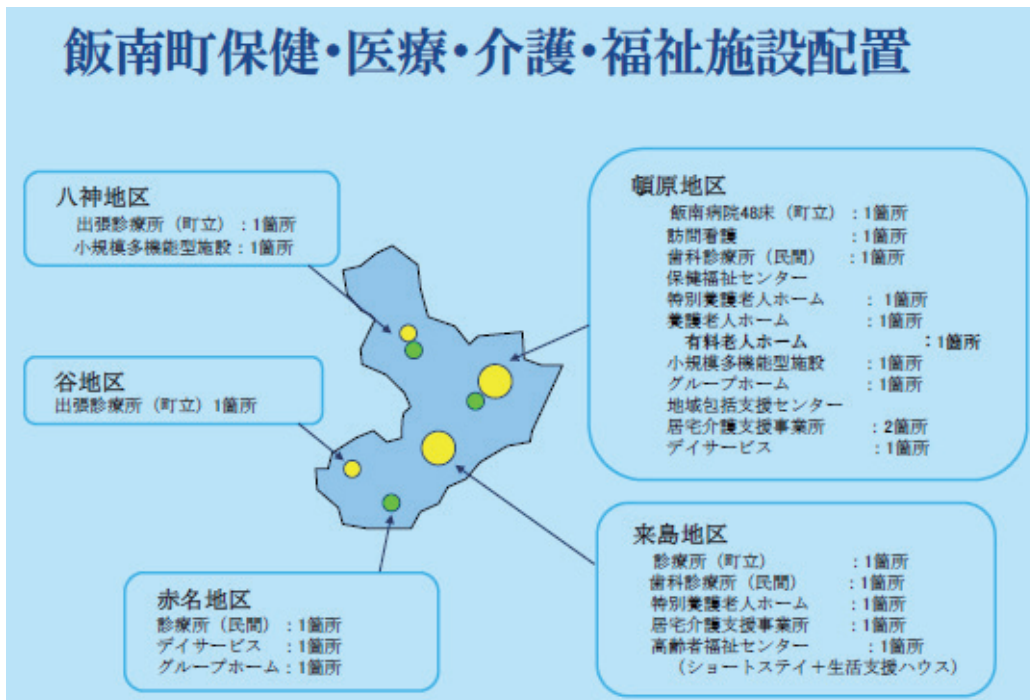


出典 平成25年島根の人口移動と推計人口(速報)「市町村・年齢階級別推計人口(H25年10月1日現在)」
 国保連合会業務統計表「受給者の状況その1」

介護保険申請の主要疾病を見ると、「高齢化による身体機能低下」「認知症・うつ」「脳血管疾患」「転倒骨折」「がん」が多い。「認知症・うつ」については65歳以上の高齢者単身世帯数（独居）や高齢者単身世帯数の増加の影響が大きく精神疾患にかかる住民の割合が高い。また「脳血管疾患」「転倒骨折」については、食生活の問題、住宅等の段差問題などが原因として考えられる。



雲南広域連合の介護給付費（施設＋居宅）は5,242,419（千円）（平成23年）であり、第1号被保険者の保険料は4,950円（第5期）である。また、介護保険サービス事業所を含む、飯南町全体の保険・医療・介護関連施設の配置は以下の通りである。



②生活環境と暮らし

図表 アセスメント項目シートから得た地域の情報（飯南町）

地形・面積	本町は島根県中南部にあり、広島県との県境、中国山地の脊梁部に位置し、周囲を琴引山を始め 1000メートル級の山々に囲まれている。平坦地でも標高が約450mと県下でも代表的な高原地。町の南端にある女亀山を源とする神戸川が北に貫流し、南西部を流れる塩谷川は江の川に、北東部を北に流れる都加賀川は斐伊川に注いでいる。面積は242.8平方キロメートルで約90%を山林原野が占めており、森林セラピー基地を有する緑豊かな町。	
経済	第1次産業：第2次産業：第3次産業＝21：21：57（人口比％）	
行政	基本方針	<p>小さな田舎(まち)からの「生命地域」宣言“いのち彩る里 飯南町”</p> <p>(1)豊かな自然を活かしたまち：(2)安心して暮らせるまち (3)住民の参画によって育てるまち</p> <p>【基本方針1】地域をささえる産業を創出するまち 【基本方針2】豊かな自然を守り活かすまち 【基本方針3】快適で安心できる住みよいまち 【基本方針4】住民相互が支え合うみんなにやさしいまち 【基本方針5】心豊かで創造性あふれる人材を育てるまち 【基本方針6】住民自立(律)と行政との協働で運営するまち</p>
	重点施策	<ul style="list-style-type: none"> ・里山産業創造プロジェクト ・都市農村交流・定住プロジェクト ・生活支援プロジェクト ・地域力向上プロジェクト
交通状況	国道54号線に加え、24年度に松江・尾道バイパスが開通。バイパスの開通により、飯南町内の54号線の交通量は減少している。	
買い物		
コミュニティの活動状況	健康づくり	・飯南町まめなウォーカーの会(会員20人、活動年2回)
	生きがいづくり	・飯南町老人クラブ：(会員1,203人、加入率56%、活動年12回) ・野見宿禰赤名相撲甚句会(会員10人、月2回(年16公演)) ・その他(とんぼら歩こう会・フラダンス・卓球クラブ・コーラス・編み物・短歌会など)
	ふれあいづくり	・北野すみれ会(月1回)、上赤名サロン(月1回)、なごやか会(花栗)(月1回) ・その他(全体で17サロン・ふれあい会・トヨタサロン(男性の会)など)
	地域組織	
介護サービスの提供状況	地域包括支援センター	1か所
	訪問系	2か所
	通所系	4か所
	地域密着系	4か所
	居住・施設系	10か所
公的組織	公園	公園5か所
	学校	小学校4か所、中学校2か所、高等学校1か所
	公民館	・自治会・町内会98か所 ・公民館12か所、町内会34か所、自治会館4か所、集会所15か所
	スポーツ施設	体育館4か所、スポーツ施設1か所
	その他	文化施設1か所、交流センター数3か所
	医療機関	病院1か所、診療所5か所、歯科医院1か所

地理的要件としては、飯南町は面積の約90%を山林原野が占めている中山間地域である。平坦地でも標高が約450mと県下でも代表的な高原地で、冬期は雪が多く積もる。基本チェックリスト結果からは、物忘れ・うつリスク、運動リスクが高いことが把握されたが、このような気候・風土が活動性の低下を招いている面もある。一方、これらの地理的要件を生かした取組として「森林セラピー」がある。森林浴の効果を医学的・科学的に解明し、その人それぞれに合ったプログラムを実施している。

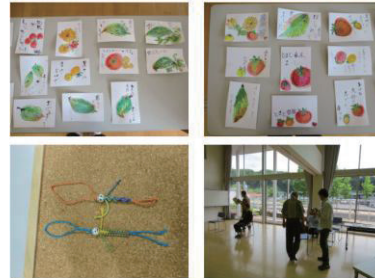
また、飯南町では平成24年度から飯南町の基本施策を介護予防に取り入れた事業「飯南町まめな塾」を開始している。実施概要は以下の通りで介入効果も高く、参加者からも好評を得ている。

開催時期	2013年6～11月 ※月2回開催
対象者	基本チェックリストで介護予防が必要とされた高齢者のうち、参加希望のあった100名
開催内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔・運動・栄養の3本柱を中心とした教室型介護予防事業。 ・ 参加者を6グループに分け、それぞれ4回を実施。

地域包括支援センター直営型介護予防事業
まめな塾の1コマ



地域包括支援センター直営型介護予防事業
まめな塾の1コマ



介護予防事業以外にも頓原圏域・赤来圏域それぞれにおいて特性のある行事・サロンを開催している。以下に一例を示す。

	自治会	サロン	常会	交流会	福祉会活動（福祉会主導）
都加賀	岡岐原		毎月末		<ul style="list-style-type: none"> ・ 異世代交流（8月） ・ 健康・福祉・文化祭（11月） ・ 除雪サポート（予定） ・ 災害時避難介助（Ⅱ） ・ 防災研修会（Ⅱ）
	段居	□交流C都加賀 都加賀サロン	毎月末	<ul style="list-style-type: none"> ・ 道路掃除（草刈） ・ 地区運動会なおらい 	
	国倉	H25年度～ （3～4回/年）	※年度末（3月） は全体会		
花栗	門（門会館）	□門会館 なごやか会 （1回/月）	毎月末	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康教室（婦人会） ・ 女性のための料理教室（食改） ・ 春時き野菜講習会 （ふれあい会と合同） ・ 道路掃除（草刈） ・ 地区運動会なおらい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 男性のための学習会（各組ごと） ・ ばんじまして花栗（8月） ・ フェスティバル大会、グラウンド大会（11月） ・ 健康まつり（3月） ・ 異世代交流（ソーセージ作り） ・ 健康だよりの発行（年2回） ・ 自分のつながりマップの作成（予定）
	瀬戸	□瀬戸会堂 ふれあい会 （1回/月）			
	協和				
	武智				
奥畑	奥畑	なし	25日/月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各組毎に忘年会を開催。 ・ 数年に一度日帰りバスツアーを開催。（2年に1回程度） ・ 道路掃除（草刈） ・ 地区運動会なおらい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 防災訓練を経て、各組のできる事を協議する。（各組単位での対応を協議し、小さい単位での住民への意識付けが重要。） ・ 緊急連絡網の作成（瀬戸組先行作成）
	張戸	※元気高齢者が多く、その他はあゆみの社利用	26日/月		
			最終土曜		

3) 地域の健康課題

アセスメントの結果を整理して、地域の健康課題を以下のように整理した。

1 景観に恵まれた風土であるが、積雪が多く機能低下をきたしやすい。

- ・ 冬期間に身体機能低下を引き起こすことが多い。
- ・ 積雪が多く、閉じこもりになりやすい。

2 関節痛を訴える高齢者が多い。転倒も多い。

- ・ 介護保険新規申請の理由で関節炎、転倒が多い。
- ・ 若くから農作業に従事している影響で膝・腰の痛みを訴える高齢女性が多い。

3 精神疾患・アルコール多飲などの精神疾患が多い。

- ・ 精神疾患の割合が高く、アルコール多飲割合も多い。

4 脳血管疾患が多く、再発の可能性が高い。循環器疾患も多い。

- ・ 脳血管疾患が40～64歳の男性に多く、再発の可能性が高い。生活習慣病の罹患率が高く、多くの医療費を費やしている。人工透析患者も多い。

5 「生きがい」や「役割」につながる参加の場が地域になく、前期高齢者のボランティア等の地域活動への参加が少ない。

- ・ 地域のサロンは、地区ごとに様々な運営方法で行っているが、サロンを実施していない地域もある。
- ・ 老人クラブの活動もあるが、65～75歳までの比較的若い年代の高齢者の参加が乏しい状況である。「生きがい」や「やりがい」を感じるサロンや活動内容としていくことが課題。

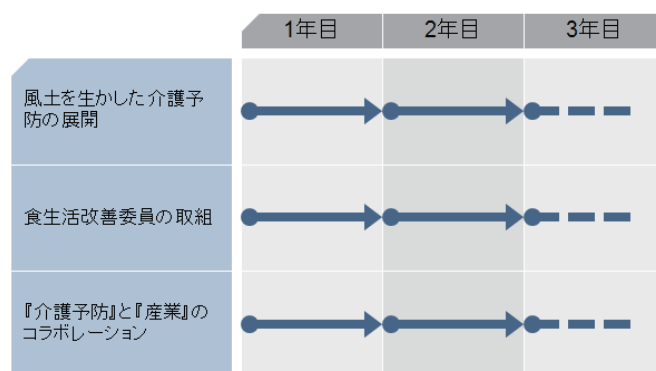
4) 地域保健活動計画の立案

3) 地域の健康課題を踏まえ立案した地域保健活動計画のうち、優先度の高い事業項目は「風土を生かした介護予防の展開」「食生活改善委員の取組」「『介護予防』と『産業』のコラボレーション」である。

「風土を生かした介護予防の展開」は課題1に対する取組であり、森林セラピーを介護予防事業に取り込み、高齢者の日常生活での活動範囲の拡大を図ることを目的として実施する。評価年数は1年毎とした。

「食生活改善委員の取組」は課題4に対する取組であり、具体的には、「食生活改善委員での減塩PR」「高血圧対策の推進」「健診結果報告会PR」「脳卒中再発予防の会開催」などを計画し、評価年数は1年毎とした。

『介護予防』と『産業』のコラボレーション」は課題5に対する取組であり、飯南町産業振興課と連携しながら「長生きアイテム」を地域で作成し、地域活性につなげることを目的としている。



5) モデル事業の振り返り

モデル事業の振り返りとしては、「地域診断の目的や狙いが明らかであり、通常の業務や他の事業で作った体制がそのまま使えた」「日ごろから介護予防やまちづくり協議会でつながっており、そういった部分を利用することが有用」など、介護予防という特定のテーマに対して、介護予防推進会議等を通じて地域包括支援センターと行政部門とが普段からの連携を密にしていることが、事業を進める上で役立ったことが示された。

また今回のモデル事業では、介護予防の観点からの情報収集を行ったが、

- 関係部署に広く聞くことでデータを集めることができる。
- 集めた情報・データをチーム内で共有できるとより効果的な事業になる。その際、視覚的にわかりやすい形にする必要がある。

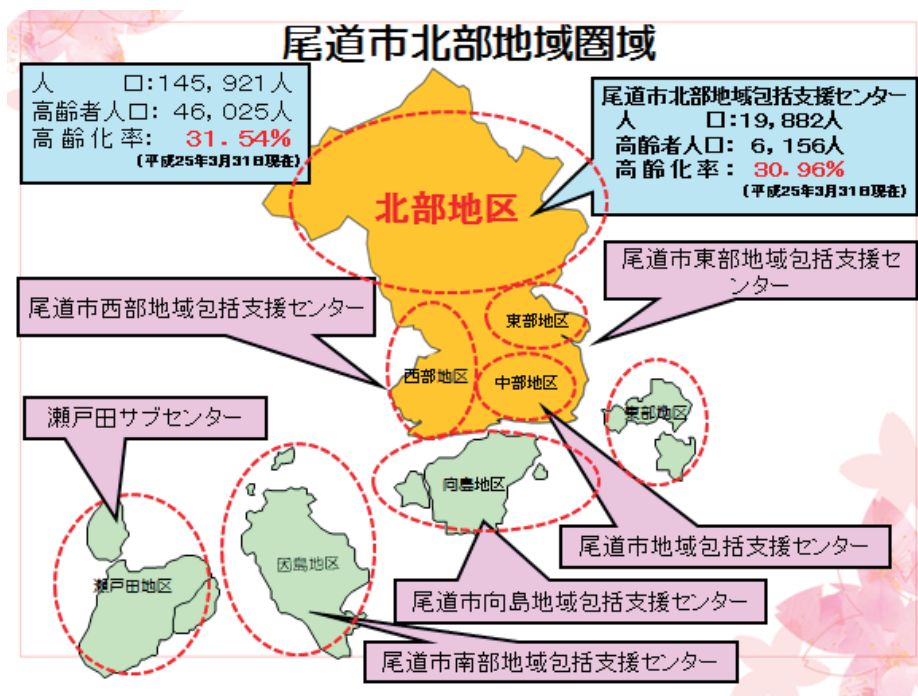
などの意見もあがった。

介護予防推進に向けた地域診断では、本来モデル事業で検討したデータを基にPDCAサイクルを進めていく必要があり、今後の展開として「今回調べたデータを使って地域で有機的な連携ができるよう、今後の介護予防に役立てていきたい。」「介護予防だけを見た取り組みではなく、健康課題や地域課題を視野に入れて、地域全体を活性化することが介護予防につながり、地域の健康長寿につながる」との感想が得られた。

事例6：尾道市北部包括支援センターエリアにおける介護予防推進のための地域診断について（広島県・尾道市御調町）

1) 実施体制

尾道市は平成 17 年に御調町と向島町が合併し、平成 18 年に因島市、瀬戸田町が合併した。日常生活圏域は 7 圏域（北部・中央地区・西部・東部・向島・因島・瀬戸田）に分かれ、北部地域包括支援センターは御調町、美ノ郷町、木ノ庄町、原田町になる。



今回のモデル事業の実施体制は図表の通り。

- 尾道市健康推進課が平成 25 年 6 月から実施した「健康おのみち 21」策定のための地域懇話会参加者
- サロン事業の事務局である尾道市社会福祉協議会職員や、北部エリアで各サロン事業を実施している責任者
- シルバーリハビリ 2 級指導士や老人クラブ
- 公立みつぎ総合病院の介護予防の専門職や御調支所の保健部門職員
- 広島県地域包括ケア推進センターの専門職

など、様々な立場から参加した「地域診断会議」を開催した。データ収集は、1 人の保健師が各関係課に依頼する形で収集し、ワークシートへの記載は 4 人の保健師が担当した。

質的データを得るために「地域診断会議」を開催した。地域診断会議では統計的データについて情報提供するとともに、「介護予防で保険料を安くしよう」というテーマでワールドカフェ方式での意見収集を行った。北部包括エリアは面積が広くこれまでには会議の機会がなかったが、一体感を醸成する良い機会となった。

図表 実施体制

機関	所属・団体名	人数	職種	役割
国保直診施設	公立みつぎ総合病院	1	副院長	医療の立場及び統括
		1	歯科部長	歯科医の立場
		1	歯科衛生士	歯科衛生士の立場
		1	理学療法士	シルバーリハビリ推進の立場
		1	看護師	認知症アドバイザー
		1	保健師	事務局
地域包括支援センター・行政	地域包括支援センター	2	保健師	包括の立場・事務局
		1	看護師	包括の立場
		2	社会福祉士	包括の立場
	御調保健福祉センター	5	保健師	行政保健師の立場
		1	事務職員	行政事務の立場
		1	管理栄養士	行政管理栄養士の立場で
市健康推進課	1	保健師	行政保健師の立場	
社会福祉協議会	尾道市社会福祉協議会	1	社協職員	認知症サポーター養成の立場
		1		サロン事業推進の立場から
		1		地域福祉推進の立場
自治会 老人クラブ その他住民組織他	民生委員児童委員	1	民生委員	地域の目として
	シルバーリハビリ2級指導士	3	2級指導員	介護予防推進住民代表
	老人クラブ	1	会長	老人クラブ代表
	保健推進員	4	保健推進員	保健推進員の立場から
	地区社会福祉協議会	1	会長	地区社協推進の立場から
	公衆衛生推進協議会	1	会長	公衆衛生推進の立場から
	子育て支援関係	2	子育て支援者	子育てを支援する立場から
	食生活研究グループ	1	会長	食生活改善の立場から
包括エリア内のサロン	13	代表者他	サロン実践者の立場から	

※職種は1つのみ記載

図表 会合スケジュール

	目的	月 日	時間	場所	議題・内容・メンバー等
1	モデル事業計画策定	12月 11日	13時～ 14時半	保健福祉センター	今回の地域診断の流れ・枠組みとスタッフの選定
2	アセスメント項目とデータの収集の検討	12月 17日	10時～ 11時半	同上	モデル事業実施期間と量的データ収集の割り振り
3	量的データの進捗確認と会議の日程について	12月 25日	8時45分～ 9時45分	同上	シートの完成状況及びシート作成の困難点について 今後のスケジュールと会議の日程
4	会議の流れ及びシートの確認及び課題の抽出	1月8日	9時～ 11時半	同上	現在までの進捗確認とアセスメント項目シートの確認及び課題抽出 会議の流れと参加者について
5	シートの確認及び課題の抽出	1月17日	9時～ 11時半	同上	アセスメント項目シートの確認及び課題抽出 市健康推進課・市社会福祉協議会との打合わせ内容について
6	ワークシート4について、会議資料の確認	1月 22日	9時～ 11時半	同上	アセスメントシート及びワークシート4の作成について 会議資料の確認と今後のスケジュールについて
7	アセスメントシート、ワーク4の完成、会議資料の完成に向けて	1月 27日	9時～ 10時半	同上	アセスメントシート、ワーク4の完成 会議資料の完成と会議の筋立て
8	会議資料の確認	1月 28日	11時半～ 13時半	同上	会議の打ち合わせに向け会議資料の完成確認
9	会議の流れと役割確認のための打合わせ	1月 28日	16時～ 17時	同上	会議の流れとスタッフの役割確認
10	地域診断会議の開催	1月30日	13時～ 16時	ふれあいの里	会議の開催（ワールドカフェ）
11	ヒヤリング・実績報告準備	2月4日	13時～13時半	保健福祉センター	ヒヤリング準備と実績報告準備と役割分担

Ⅲ

取組事例／事例6

2) 地域の特徴

収集したデータに基づきアセスメントを行い、地域の特徴を整理した。

①基本情報の整理

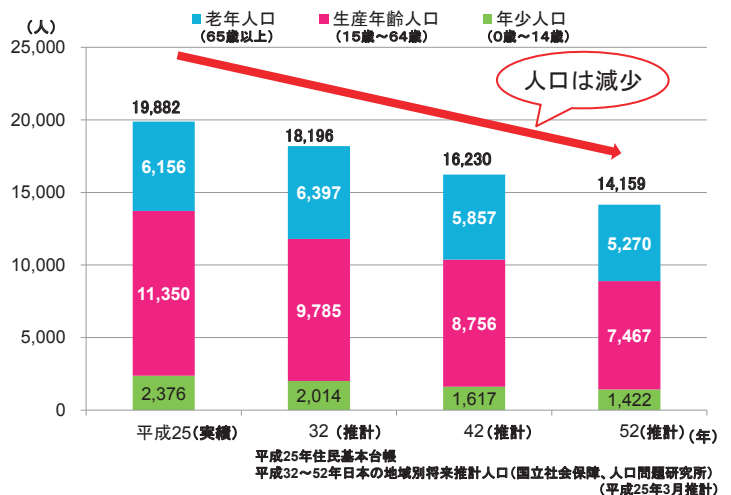
図表 アセスメント項目シートから得た基本情報（尾道市・北部包括地域）

人口(H25)	19,882人	高齢者世帯数(H22)	864世帯
高齢者数(H25)	6,156人	独居高齢者世帯数(H22)	776世帯
前期高齢者数(H25)	2,706人	認定者数(H24)	1,387人
後期高齢者数(H25)	3,450人	認定率(H24)	23%
高齢化率(H25)	31%	保険料(第1号被保険者) (第5期)(尾道市のデータより)	5,392円
高齢者の状態像 (H23) (※はH24)	要介護度別利用者数 (※)	要支援1	146人
		要支援2	175人
		要介護1	234人
		要介護2	293人
		要介護3	189人
		要介護4	180人
		要介護5	170人
		認知症高齢者数	839人
	死因別死亡率(※) (尾道市のデータより)	全死因	2,023人
		悪性新生物	557人
		心疾患	383人
		肺炎	187人
		脳血管疾患	181人
		不慮の事故	82人
		老衰	105人
		自殺	27人
		腎不全	41人
		慢性閉塞性肺疾患	24人
	肝疾患	27人	
	二次予防事業	該当者数	
運動器の機能向上			1,050人
栄養改善			184人
口腔機能の向上			829人
閉じこもり予防・支援			603人
認知症予防・支援			1,715人
うつ予防・支援			1,420人

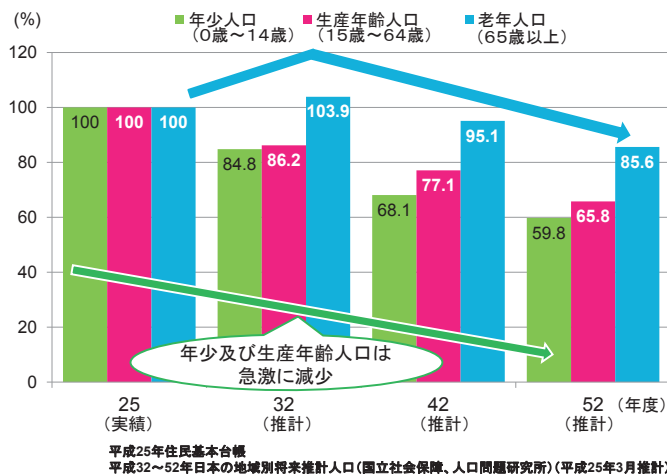
ア. 人口・高齢化率・世帯の状況

尾道市・北部地域は人口 19,882 人の地域で、総人口が減少傾向にあり、特に年少人口・生産年齢人口は今後急激に減少する見込みである。高齢化率は 31%（平成 25 年）で、前期高齢者は平成 32 年まで、後期高齢者は平成 42 年まで増加が見込まれる。また、平成 25 年度の値を 100 とした場合の増減値をみると、年少人口、生産年齢人口ともに減少傾向だが、老年人口については平成 32 年度に 103.9 に達して、その後減少に転じる。

北部包括地域の今後の人口推移

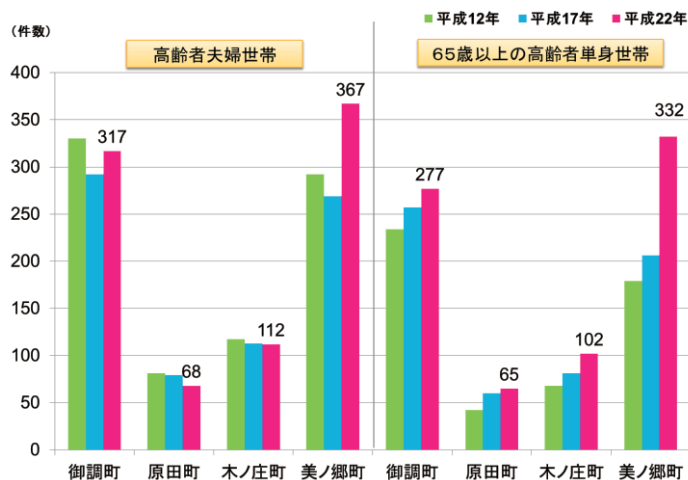


北部包括地域の平成25年の人口を100とした場合の3区分別推計比較



世帯数の推移については、いずれの地域も65歳以上の高齢者単身世帯の増加がみられる。美ノ郷町については、他の3つの町と違い、この10年で特に65歳以上の高齢者単身世帯数の増加が著しい。もともと美ノ郷町は2人暮らしが多く、どちらかが亡くなってしまうと単身世帯になるという状況が予測される。美ノ郷町は都市型、それ以外の町は中山間型である。

北部包括地域の高齢者世帯数の推移 (国勢調査から)



イ. 健康・疾患の状況

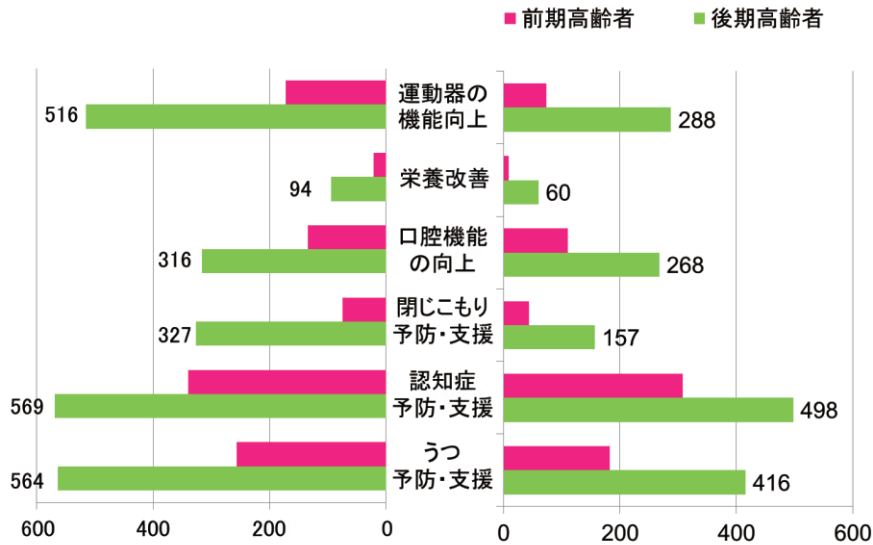
◆地域の健康状態

尾道市の死因別死亡順位（平成24年）は、悪性新生物、心疾患、肺炎、脳血管疾患の順に多く、トップ3は全国の傾向と同様である。

基本チェックリスト結果（北部地域）を見ると、「認知症予防・支援」「うつ予防・支援」は男女とも後期高齢者の人数が多い。また、女性では後期高齢者の「運動器の機能向上」の該当者も多く、男性では「栄養改善」において、前期高齢者より後期高齢者の該当者が多い。

基本チェックリスト25項目の結果

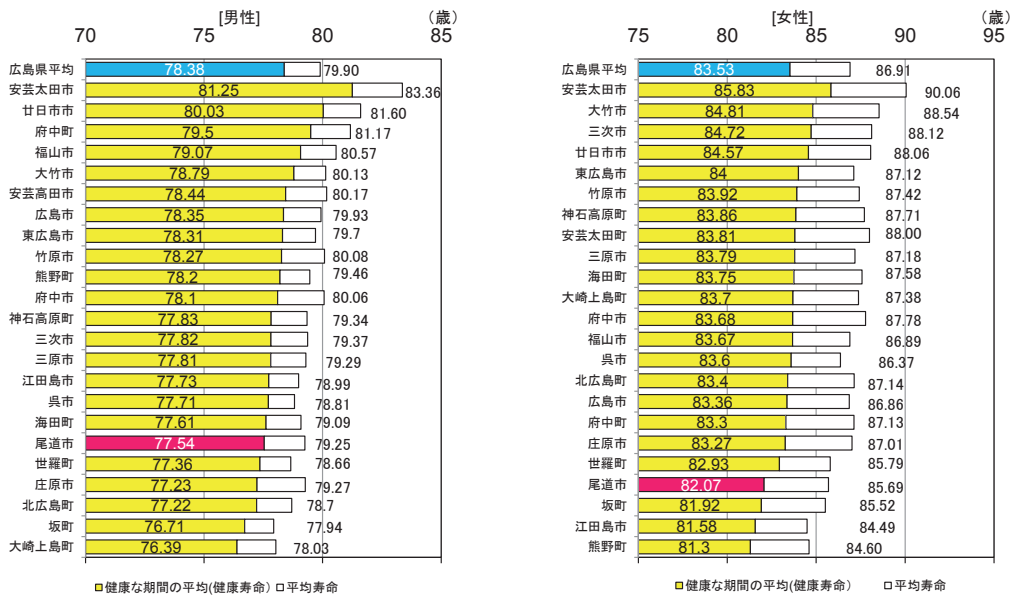
（65歳以上の介護認定を受けてない高齢者への悉皆調査）



また、健康寿命を県内の他市町と比較すると広島県内の市町では下位に位置しており（男性 77.54 歳、女性 82.07 歳）となっている。

平均寿命と健康寿命の状況

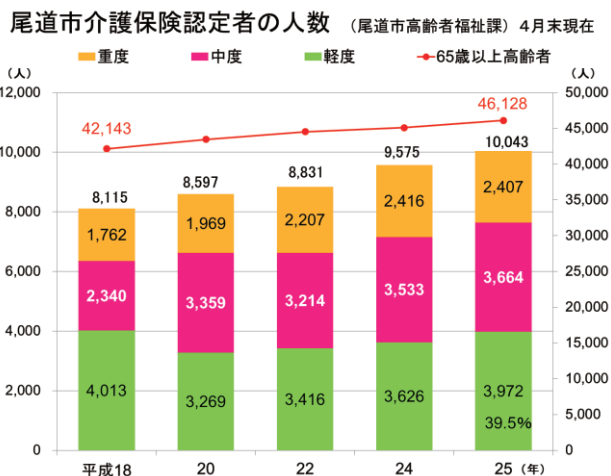
尾道市の健康寿命を介護保険の要介護認定情報から算出すると、広島県内の市町では下位に位置しており、男性は77.54歳、82.07歳となっており、広島県平均より低くなっています。平均寿命と健康寿命の間となる、介護や支援を必要とする期間（障害期間）を短くし、健康寿命の延伸を図っていくことが重要です。



出典：健康寿命の算定方法の指針（介護保険情報より「日常生活動作が自立している期間の平均」を算出）
 ※国の基準としている値は「国民生活基礎調査」による主観的データであり、上記の算出には「介護保険要介護認定情報（平成22年10月）」による客観的データを用いている。そのため図が算出している平均寿命・健康寿命と差が生じている。

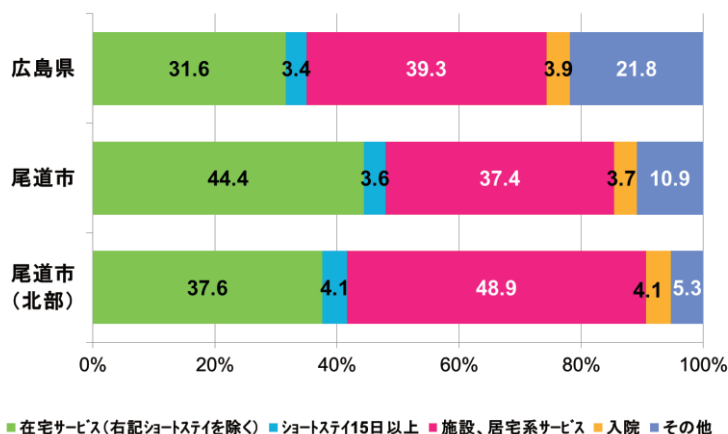
ウ. 要介護認定と介護保険財政

尾道市は高齢者の増加に伴い要介護認定率は21%（平成23年）と上昇しており、構成を見ると、要介護認定者の軽度（要支援1・2、要介護1）の占める割合は39.5%であり、要介護3以上になると北部地域では、施設系のサービスを利用する割合が高くなっている。



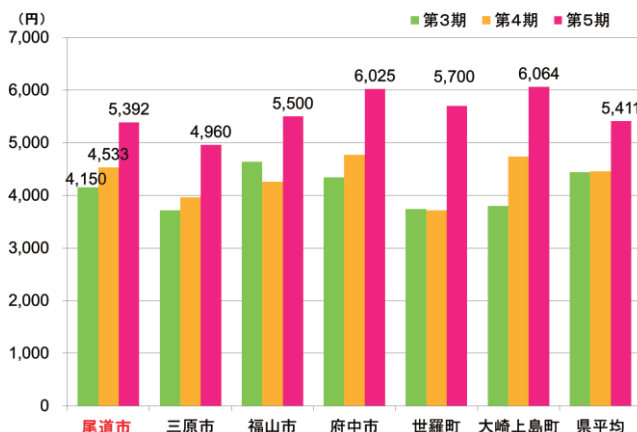
尾道市の要介護認定者（要介護3以上）の介護サービス利用率（ケアバランス）

広島県地域包括ケア資源調査より



尾道市の介護給付費（施設＋居宅）は11,320,196（千円）（平成23年）であり、第1号被保険者の保険料基準額は5,392円（第5期）である。

近隣の市町別介護保険料基準額の推移



②生活環境と暮らし

図表 アセスメント項目シートから得た情報（尾道市・北部包括地域）

地形・面積	広島県の東南部に位置し、7つの島(因島39.98km ² 、生口島31.06km ² 、向島22.23km ² の他、高根島・百島・岩子島・細島)からなる南部と、本州沿岸を中心とした中央部と内陸盆地からなる北部で構成された広さ284, 85km ² の市で、北部地域包括支援センターエリアは、旧御調町82.98km ² の他原田町、木之庄町、美ノ郷町がその圏域となり、尾道市の1/2弱のエリアをカバーする。この北部エリアは3方を山で囲まれ、地域内を貫流する御調川及びこの支流に沿って平地が形成されている。	
経済	(尾道市)第1次産業:第2次産業:第3次産業=6:33:61(人口比(%))	
行政	基本方針	<p>【まちづくりの基本的方向】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○新たな芸術・文化や産業の創出につながる交流の拡大 ○心の豊かさを共感できる地域社会の実現 ○少子高齢社会に対応した暮らしの安全・安心の確立 <p>【まちづくりの基本戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域の歴史に育まれた芸術・文化を活かす ○瀬戸内の十字路に広がる活力・個性を活かす
	重点施策	<p>【個性をみがくまち】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①多様な交流の輪が広がるまち ②活力あふれる産業が育つまち <p>【人が輝くまち】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①尾道の持つ感性の豊かさが誇りになるまち ②市民と市が協働しともに創るまち ③心豊かに育ち学び高めあうまち <p>【安らぎのあるまち】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①暮らしの安全性と快適性が高いまち ②子育てや長寿を楽しみ、誰もが幸せに暮らせるまち
交通状況	バス:おのみちバスや中国バス、鞆鉄バス。 尾道駅、東尾道駅などを拠点とした経路がある。御調町市からの路線もあり、山岡や河内、今津野を通る便は極端に少ない。バス路線まで歩いて出れない場合、独居、車を持っていない場合は、タクシー利用せざるをえない。御調町では公共交通の便が悪いため敬老優待乗車証で年間1万円分のタクシー助成が行われている。	
買い物		
コミュニティの活動状況	健康づくり	保健推進事業
	生きがいづくり	老人クラブ(御調):7地区
	ふれあいづくり	北部包括エリアにサロン30箇所あり その他
	地域組織	在宅看護師の会、食生活研究グループ 等
介護サービスの提供状況	地域包括支援センター	1か所
	訪問系	6か所
	通所系	9か所
	地域密着系	7か所
	居住・施設系	4か所
公的組織	公園	公園13か所
	学校	小学校7か所、中学校3か所、高等学校1か所
	公民館	公民館数等12か所
	スポーツ施設	(尾道市)スポーツ施設16か所
	その他	(尾道市)文化施設11か所
	医療機関	病院1か所、診療所8か所、歯科医院5か所

物理的な環境としては、温暖な中山間地帯であり、一部の団地の高齢化が課題となっている。教育の面では、小学校の統廃合が進み、学校が統合された地域では地域力の低下もみられる。生涯学習の機会としては今後尾道市が取り組むおのみち幸齢プロジェクトへ参加し、高齢者を対象にした生涯学習の機会を企画する予定となっている。

交通の面では、中山間部はバスの便が少なく、バス路線まで出ること自体が住民にとっては困難である。独居や車のない人、足腰が弱った人はタクシーが主な移動手段である。中山間は、送迎付きの事業参加でなければでかけにくい。バスのタラップが高く利用しにくい場合がある。小学生の通学バスには高齢者は乗れない状況がある。

情報、レクリエーションについては、地図上にサロンの場所が確認できるものが必要である。ホームページ上での「見える化」や、自宅近くのサロンを照会できる「可視化」について市町に提案していく必要がある。歩いて行ける範囲でのシルバーリハビリ体操事業やサロン事業は重要と考える。また、担い手となる後継者の人材の育成も課題である。健康づくりの拠点である「みつぎいきいきセンター」は年間延1万3千人が利用し、また御調グラウンド・ゴルフ場やソフトボール場があり高齢になっても利用できる場が整っている。男性の参加者は多い。

予防事業については、男女とも運動器の機能向上プログラムの参加数が多い。口腔機能の向上プログラムは女性の参加者が多い。二次予防事業修了後のフォローが課題である（送迎の問題等）。

また、行政、社会福祉協議会、住民代表からなる53人が参加した「地域診断会議」では、地域の基本情報や健康課題等についての情報提供のあと、ワールドカフェ方式で、「介護予防で介護保険料を安くするには」をテーマとしてグループワークが行われた。地域の困りごととして整理されたもののうち主なものを以下に示す。

介護予防事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ シルバーリハビリ指導士を各地区1～2人ずつは配置してほしい。
近所づきあい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 子どもが少なくなると、地域に活気がなくなる。 ・ 町内会、子ども会に入っていないこと。 ・ 役回りが早い。 ・ 地域の行事に参加者が少ない。来る人は同じ。若い人が来ない。活性化＝祭、だが若者がそれをしない。地区がひとつになりにくい。 ・ 人材不足。60代が少ない。みんなのために、みんなで役員。
サロンの内容や存続	<ul style="list-style-type: none"> ・ サロンのない地区や、休止しているサロンがある。 ・ メンバーが固定化する。新しいメンバーを入れたい。長時間座るのが苦痛の人もいるので、プログラムの工夫が必要。
交通手段	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今は車に乗れるが車に乗れなくなると困る。 ・ 交通の便が悪い。バス停まで遠い。バスがこない。買い物、通院に困る。
買い物	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年をとると、買い物、病院へ行くのも大変。 ・ 移動販売が必要。 ・ 買い物、欲しいものがすぐ届くと良い(簡単インターネット)
ゴミだし	<ul style="list-style-type: none"> ・ ゴミの分別や、出してよい曜日の判断が難しい。 ・ 清掃
空き家問題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 空き家が小動物の住み家になっている。
農政問題と耕作放棄地	<ul style="list-style-type: none"> ・ 農政の問題＝若者が減る。農地が荒れる。 ・ 耕作放棄地の対応がしづらい。所有者が町外で連絡できない。 ・ いのしし、サル対策。

Ⅲ

取組事例／事例6

	<ul style="list-style-type: none"> 家のまわりの管理。草取り、枯れ葉、耕作放棄地の管理など 木の伐採 維持、補修のための予算がない。
集落の存続	<ul style="list-style-type: none"> 高齢化で集落がたもてない。 若い人の移住の受け入れがない。若い人が住みつかない。
防災関係	<ul style="list-style-type: none"> 避難場所が遠かったり、危険な場所にある。 災害の時、避難場所が決まっていない。あってもそこに行けない人が多い。 防災組織が不十分。誰が誰をサポートするか、システム化されていない。 消防
敬老会等のイベント	<ul style="list-style-type: none"> 公民館に集まる人が少ない(教室がへる) ゲートボールがなくなった。 グランドゴルフ→遠くに行く→車が必要(乗せてもらう) ボランティア 体協(ソフト、駅伝)
世帯の高齢化	<ul style="list-style-type: none"> 10年後、「わしらおらんしー」と、話がにつまみにくい。 一人暮らしの人が増加(安否確認、買い物不便) 子どもに少ない。若い人が少なく高齢者が増加。核家族。 1人で高齢になってしまうと家で生活しにくい。動けなくなった時が不便。 家で死にたいが可能か。
その他	<ul style="list-style-type: none"> 集まる場所に使用料がかかると困る。 働き場所がない。 ATMがほしい。 ひきこもりをなくす。

また、以下のような意見が得られた。

- ・ 身近なところに集まる場やサービスがあるとよい。遠いと出られない。
- ・ 男性の参加を促すためには、仕事の役割を用意する、お酒を出すなどの工夫が必要（そうめん流しの企画で男性が竹を切る役割を担うなど）
- ・ 地域の中で役割を持っているから元気でいられる。「できること」と「できること」の交換である。助ける立場にないと助けてほしいとは言いにくい。自分も元気、周りも元気で、お互いに助けてと言える地域であるとよい。
- ・ 給食サービス、サロンなど、現在事業や組織として普通に行われている背景に苦労があったことを知った。後継者の育成が難しいと感じた。
- ・ サロンの立ち上げの協力など、組織間のつながりができた。交流の場が必要と感じた。

1 推計値で、今後人口は減少。若年世代が減少するなか高齢者は増加。

- 平成 25 年の値を 100 とした場合の増減値は、年少人口、生産年齢人口ともに減少するが、老年人口は平成 32 年に 103.9 に増加し、その後は減少に転じる。中でも後期高齢者の女性の人数は、群を抜いている。



- 75 歳以上、特に女性に対しての介護予防の意識の向上と取り組みが重要。
- 若年世代からの自助意識と健康づくりが必要。

2 65歳以上の高齢者単身世帯の増加が著しい。

- 北部地域の 65 歳以上の高齢者単身世帯は、御調町・原田町・木ノ庄町で若干の増加。美ノ郷町は他の 3 つの町と異なり、この 10 年での増加が著しく高齢者夫婦世帯も増加している。



- 高齢者の体調不良等の早期発見のためにも、地域全体の見守りも含めた介護予防が増々必要になる。

3 介護保険要介護認定率の上昇。

- 65 歳以上の人口増加に伴い、要介護認定率も上昇している。
- 要介護認定者の軽度（要支援 1・2、要介護 1）の占める割合は 39.5%であり、要介護 3 以上になると北部地域では施設系のサービスを利用する割合が高くなっている。
- 近隣の市町別介護保険料基準額、第 3・4・5 期の推移は、増加額が最も多いのは世羅町で、保険料が一番高いのが大崎上島町である。尾道市も増加傾向にある。



- 要介護認定者の構成が軽度から中重度に移行しないためにも介護予防の取り組みは重要である。

4 25項目の基本チェックリストの結果、後期高齢者は男女とも「認知症予防・うつ の予防」該当者が多い。

- ・ 基本チェックリストより、後期高齢者女性に「運動器の機能向上」の該当者が多い。
- ・ 男性の「栄養改善」の該当者は、後期高齢者になると急に増加する。



- ・ 「運動器の機能向上」を目指すことは、「認知症予防・うつ予防」につながると考えられる。

5 各関係機関でのネットワークが不十分。

- ・ 介護予防につながる事業(公民館活動・ふれあいサロン・二次予防事業、介護保険サービス事業所等)はあるが、アクセス、距離、時間、料金、連絡先等が分かりにくい。
- ・ サロンの担い手等後継者の人材育成が課題。
- ・ 介護予防に関する各関係機関との連携や活用方法が分かりにくい。



- ・ 公民館活動・ふれあいサロン・二次予防事業・介護保険サービス事業所等の場所、距離、時間、料金、連絡先等を検索できるよう、市町に提案していく必要がある。(パンフレット資料やホームページ等で地図上に表示するなどの「可視化」が必要。)

6 交通の整備・送迎を含めた事業の展開

- ・ 北部地域は尾道市の面積 284.85 km²の約 1/2 の広さを担当しており、エリア全体に、坂が多く交通の便が悪い。小学生の通学バスには一般の人は乗れない。またバス路線まで出ることの難しさがある。
- ・ 独居や車の運転ができない人、足腰が弱った人は徒歩又はタクシーが主な移動手段。中山間は、送迎付きの事業でなければ参加しにくい現状がある。



- ・ 自宅から歩いて行ける範囲での介護予防につながる事業(シルバーリハビリ体操事業やサロン事業等)が重要。送迎を含めた事業の展開が必要。
- ・ 手続きの簡素化等で利用しやすくする工夫や「カップル割引」等での導入で男女ともに参加に結びつく取り組みが重要。

4) 地域保健活動計画の立案

地域の健康課題を踏まえ立案した地域保健活動計画では以下の3つを目標とした。

- ①介護予防・重症化予防の取り組み
- ②生活困難者の早期発見・対応につながる働きかけ
- ③若年代からの健康づくり

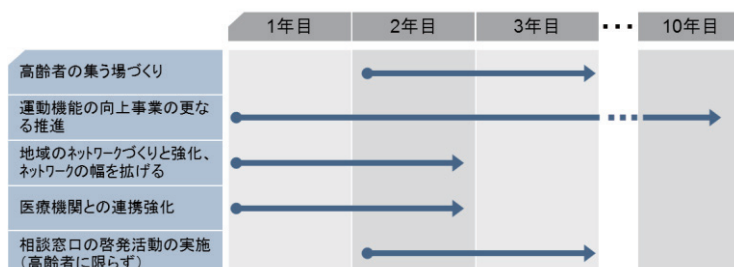
そのうち、優先度の高い事業項目は「高齢者の集う場づくり」「運動器の機能の向上事業の更なる推進」「地域のネットワークづくりと強化ネットワークの幅を広げる」「医療機関との連携強化」「相談窓口の啓発活動の実施」である。

「高齢者の集う場づくり」については、自宅から歩いていける範囲で開催・送迎を含めた事業の展開を計画しており、今後はサロンのホームページ開設やサロンの立ち上げ、支援員の育成・支援員の交流会を具体化していく方針である。評価年数は2～3年とした。

「運動器の機能の向上事業の更なる推進」については、自宅から歩いていける範囲で開催・送迎を含めた事業の展開を計画しており、今後はシルバーリハビリ体操指導士の養成や活躍の場を作ることを具体化していく方針である。評価年数は長期的に1～10年とした。

「地域のネットワークづくりと強化ネットワークの幅を広げる」「医療機関との連携強化」などの関係機関・団体との連携については、北部地域全体の一体感の醸成が必要と考えており、多職種の意見交換会や地域包括ケア会議、小地域ネットワークづくり事業などを通して連携を深めていくこととしている。評価年数は1～2年とした。

また高齢者に限らない「相談窓口の啓発活動」も実施していく方針で、各相談窓口の周知やねこの手帳という高齢者にやさしいお店の情報誌の更新などを考えている。評価年数は2～3年とした。



5) モデル事業の振り返り

モデル事業の振り返りとしては、「詳細なデータ収集により、介護予防に特化した取り組みを検討する事ができた」という意見があった。地域診断会議に合わせ、ワークシートだけでは不足している情報を収集し、わかりやすく見える化した。こうした数値を把握することにより、自信を持って対応すべき課題を提示することができた。合併後は小さい単位でのデータが出にくくなる。また、数値化されないソフト面で介護予防の意識を示すことが課題と感じた。住民から、データを知る機会がほしいという意見があり、住民自身が今後のことを考える上でデータの提供が必要である。地域診断には地域住民の参加が必要であり、地域の方の声を聞いて一緒にやるのが醍醐味、楽しさでもある。これを施策に位置づけるのが地域包括支援センターの力量といえる。

付 録

■ 参考資料

- 1) 佐伯和子編著：地域看護アセスメントガイド．医歯薬出版，2007.
 - 地域診断の入門書的1冊。図や例がたくさん示されているので実践的に参考にしやすい内容である。コミュニティアズパートナーモデル以外の領域別のデータ収集の技法なども載っている。
- 2) 金川克子・早川和生監訳：コミュニティアズパートナー 地域看護学の理論と実際 第2版．医学書院ガイド．医歯薬出版，2009.
 - コミュニティアズパートナーモデルの考え方を理論から学べるテキスト。地域診断のプロセスだけでなく、理論から実践までを解説した訳本である。
- 3) 金川克子編：地域看護診断—技術と実際—．東京大学出版会，2009.
 - 地域診断の教科書的1冊。エスノグラフィックアプローチの技法を用いた地域診断のプロセスを詳細に解説しているテキストである。
- 4) 木下由美子編：エッセンシャル 地域看護学 第2版．P89～134（Ⅲ・1.コミュニティの支援），医歯薬出版株式会社，2009.
- 5) 宮崎美砂子 他編：最新 地域看護学 第2版 総論．P116～138（Ⅱ 地区活動計画づくり），日本看護協会出版会，2010.
- 6) 週刊保健衛生ニュース平成23年9月12日号 地域診断ガイドライン
- 7) ローレンス W. グリーン・マーシャル W. クロイター著・神馬征峰訳：実践 ヘルスプロモーション PRECEDE-PROCEED モデルによる企画と評価．医学書院，2005.
 - プリシード・プロシードモデルの教科書的1冊。保健活動の企画から実践まで評価の視点を含めて実践的な内容を含む訳本である。
- 8) 香取一昭・大川恒著：ワールド・カフェをやろう 日本経済新聞出版社，2009.
- 9) 香取一昭・大川恒著：決めない会議 ビジネス社，2009.
- 10) 中板育美.：（特集）公衆衛生看護活動における評価の現状と課題，J. Natl. Inst. Public Health, 58（4）：2009.
 - 「Plan-Do-Check-Action」サイクルでの保健活動が重要であり、地域診断はそのPLANで行う現状分析のこと、評価は保健活動や事業評価として重要なことを解説した記事である。
- 11) 地区診断から始まる見える保健活動実践推進事業報告書（平成22年度地域保健総合推進事業），日本公衆衛生協会，平成23年3月.
 - 保健師のための地域診断ガイドラインが提示されている報告書である。

■ 実施項目チェックリスト

地域診断～活動計画、実践・評価の手順チェックリスト

1.地域診断の目的の明確化とその手順の確認

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

2.情報収集・整理

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

3.地域アセスメント

- ワークシート①に従い、基本データおよび追加データに関して、アセスメント（データの分析）および情報の不足不備の確認をしましたか？
- ワークシート②に従い、8つの要素に関して、アセスメント（データの分析）および情報の不足不備の確認をしましたか？
- 収集した情報の基づきアセスメントを行う際、住民代表も含め多職種の参加をのもで行いましたか？

4.課題の整理と特定

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

5.地域保健活動計画の立案

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

■ 記録様式・ワークシート

様式1	地域診断体制表
様式2	会合記録
ワークシート①・②	介護予防推進のための地域診断 データ整理用シート
ワークシート③	健康問題・健康課題の関連図（地域の現状分析・課題抽出）
ワークシート④	健康課題の特定
ワークシート⑤	地域保健活動計画（案）
様式3	事業の振り返り

地域名： _____

地域診断体制表

1. メンバー

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

※メンバーの記入欄は適宜、追加してください。

2. 会合スケジュール

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

※各回の会合の目的は標準的なものです。実態にあわせて適宜変更してください。

※会合開催の際には、**様式2：会合記録**を作成してください。

様式2 会合記録

地域名： _____

会合記録

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

※この様式はコピーをとり、会合ごとに記入してください。

ワークシート① 介護予防推進のための地域診断 データ整理用シート

介護予防推進のための地域診断
アセスメント項目シート

■ 地域診断を行う小地域名

■ 保険者名

■ 地域診断を行う上での小地域区分

※地域特有の区分がない場合は、介護保険事業計画策定時の日常生活圏域をご記入下さい。

0		

■ 入力手順

本項目の入力手順は以下の通りです。

【ワークシート①】

- ※ 左側の欄には、各市区町村・保険者単位の数値をご記入下さい。その際参考となる公的統計・調査については【参考資料】に記載しています。
- ※ 右側の欄には、地域診断を行う小地域単位の数値をご記入下さい。(水色)その際参考にした資料については【参考資料】に記載して下さい。
- ※ 該当するデータが介護予防推進のための地域診断において重要である場合は、「重要度」欄にチェックをし、アセスメントの際活用して下さい。
- ※ 介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら【他に必要データ、指標】に記入し、アセスメントの際活用して下さい。
- ※ 地域アセスメントの内容は【アセスメント】にご記入下さい。

【ワークシート②】

- ※ 定性的な情報項目も想定しています。自由回答欄に状況をご記入下さい。(緑色)
- ※ 地域アセスメントの内容は【アセスメント】にご記入下さい。

ワークシート①基本情報
総人口と推移

【入力単位】

【総人口】

	平成12年 (実績値)	平成17年 (実績値)	平成22年 (実績値)	平成25年 (実績値)	平成32年 (将来推計値)	平成42年 (将来推計値)	平成52年 (将来推計値)	単位
(男) 0～4歳								人
5～14歳								
15～24歳								
25～34歳								
35～44歳								
45～54歳								
55～64歳								
65～74歳								
75歳以上計								
(女) 0～4歳								人
5～14歳								
15～24歳								
25～34歳								
35～44歳								
45～54歳								
55～64歳								
65～74歳								
75歳以上計								

【指標】

高齢化率(%) (男)	-	-	-	-	-	-	-
高齢化率(%) (女)	-	-	-	-	-	-	-
高齢化率(%) (全体)	-	-	-	-	-	-	-

【参考資料】

- ・住民基本台帳(平成25年3月31日)
- ・日本の地域別将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)(平成25年3月推計)

【他に必要データ、指標】
介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら記入し、アセスメントの取組用として下さい。

【アセスメント】データを基に分析(アセスメント)を行って下さい。

ワークシート①基本情報
出生率、死亡率

【入力単位】

【出生数】

	平成24年 (実績値)	単位
総数		人

【死亡数】

		単位
(男)		人
(女)		
計		

【合計特殊出生率】

(男)		%
(女)		
計		

【指標】

出生率(%) (全体)	-
死亡率(%) (男)	-
死亡率(%) (女)	-
死亡率(%) (全体)	-

【参考資料】

- ・人口動態調査(厚生労働省)(平成24年)

【他に必要データ、指標】
介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら記入し、アセスメントの取組用として下さい。

【アセスメント】データを基に分析(アセスメント)を行って下さい。

ワークシート①基本情報
3区分別人口と割合

【入力単位】

	平成12年 (実績値)	平成17年 (実績値)	平成22年 (実績値)	平成25年 (実績値)	平成32年 (将来推計値)	平成42年 (将来推計値)	平成52年 (将来推計値)	単位
【15歳未満人口(年少人口)】								
(男)	0	0	0	0	0	0	0	人
(女)	0	0	0	0	0	0	0	人
計	0	0	0	0	0	0	0	人
【15歳以上85歳未満人口(生産年齢人口)】								
(男)	0	0	0	0	0	0	0	人
(女)	0	0	0	0	0	0	0	人
計	0	0	0	0	0	0	0	人
【85歳以上人口(老年人口)】								
(男)	0	0	0	0	0	0	0	人
(女)	0	0	0	0	0	0	0	人
計	0	0	0	0	0	0	0	人

【指標】上記データを用いて地域診断に必要な指標があれば自由に設定して下さい。

【参考資料】
・住民基本台帳(平成25年3月31日)
・日本の地域別将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)(平成25年3月推計)

【他に必要なデータ、指標】
介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら記入し、アセスメントの際活用して下さい。

【アセスメント】データを基に分析(アセスメント)を行って下さい。

ワークシート①基本情報
死因別死亡

【入力単位】

	平成24年	単位
【死因別死亡】		
死因順位別死亡数【全死因】		人
死因順位別死亡数【悪性新生物】		
死因順位別死亡数【心疾患】		
死因順位別死亡数【肺炎】		
死因順位別死亡数【脳血管疾患】		
死因順位別死亡数【不慮の事故】		
死因順位別死亡数【老衰】		
死因順位別死亡数【自殺】		
死因順位別死亡数【腎不全】		
死因順位別死亡数【慢性閉塞性肺疾患】		
死因順位別死亡数【肝疾患】		

【指標】上記データを用いて地域診断に必要な指標があれば自由に設定して下さい。

【参考資料】
・人口動態調査(厚生労働省)(平成24年)

【他に必要なデータ、指標】
介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら記入し、アセスメントの際活用して下さい。

【アセスメント】データを基に分析(アセスメント)を行って下さい。

ワークシート①基本情報
世帯数と推移

【入力単位】

【世帯数】

	平成12年 (実績値)	平成17年 (実績値)	平成22年 (実績値)	単位
一般世帯数				世帯
高齢者夫婦世帯数				
65歳以上の高齢者単身世帯数				

【指標】上記データを用いて地域診断に必要な指標があれば自由に設定して下さい。

【参考資料】
・国勢調査(総務省統計局)(平成12年、平成17年、平成22年)

【他に必要なデータ、指標】
介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら記入し、アセスメントの際活用して下さい。

【アセスメント】データを基に分析(アセスメント)を行って下さい。

【入力単位】

【世帯数】 ※入手できたデータの年度をご記入下さい。

				単位	重要度
一般世帯数					
高齢者夫婦世帯数					
65歳以上の高齢者単身世帯数					

【指標】上記データを用いて地域診断に必要な指標があれば自由に設定して下さい。

【参考資料】

介護予防推進のための地域診断を行う上で、ほかに収集したデータや確認した指標があれば記入します。
高齢者世帯、高齢化率

ワークシート①基本情報

【入力単位】

【65～74歳人口(前期高齢者人口)】

	平成12年 (実績値)	平成17年 (実績値)	平成22年 (実績値)	平成25年 (将来推計値)	平成32年 (将来推計値)	平成42年 (将来推計値)	平成52年 (将来推計値)	単位
(男)	0	0	0	0	0	0	0	人
(女)	0	0	0	0	0	0	0	
計	0	0	0	0	0	0	0	

【75歳以上人口(後期高齢者人口)】

	平成12年 (実績値)	平成17年 (実績値)	平成22年 (実績値)	平成25年 (将来推計値)	平成32年 (将来推計値)	平成42年 (将来推計値)	平成52年 (将来推計値)	単位
(男)	0	0	0	0	0	0	0	人
(女)	0	0	0	0	0	0	0	
計	0	0	0	0	0	0	0	

【高齢化率】

	平成12年 (実績値)	平成17年 (実績値)	平成22年 (実績値)	平成25年 (将来推計値)	平成32年 (将来推計値)	平成42年 (将来推計値)	平成52年 (将来推計値)	単位
(男)	-	-	-	-	-	-	-	%
(女)	-	-	-	-	-	-	-	
計	-	-	-	-	-	-	-	

【指標】上記データを用いて地域診断に必要な指標があれば自由に設定して下さい。

【参考資料】
・住民基本台帳(平成25年3月31日)
・日本の地域別将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)(平成25年3月推計)

【他に必要なデータ、指標】
介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら記入し、アセスメントの際活用して下さい。

【アセスメント】データを基に分析(アセスメント)を行って下さい。

【入力単位】

【高齢者世帯、高齢化率】 ※入手できたデータの年度をご記入下さい。

								単位	重要度
65～74歳人口(前期高齢者人口)									
(男)	0	0	0	0	0	0	0	人	
(女)	0	0	0	0	0	0	0		
計	0	0	0	0	0	0	0		
75歳以上人口(後期高齢者人口)									
(男)	0	0	0	0	0	0	0	人	
(女)	0	0	0	0	0	0	0		
計	0	0	0	0	0	0	0		
高齢化率									
(男)	-	-	-	-	-	-	-	%	
(女)	-	-	-	-	-	-	-		
計	-	-	-	-	-	-	-		

【指標】上記データを用いて地域診断に必要な指標があれば自由に設定して下さい。

【参考資料】

ワークシート①基本情報
介護保険要介護認定者数およびサービス利用者数

【入力単位】

	平成18年 (実績値)	平成21年 (実績値)	平成23年 (実績値)	単位
【要介護認定者数】				人
要支援				
要支援1				
要支援2				
要介護1				
要介護2				
要介護3				
要介護4				
要介護5				
計				
【介護給付費】				千円
居宅サービス				
施設サービス				
計	0	0	0	
【第1号被保険者数】				人
総数				
【介護保険サービス利用者数】				人
介護保険サービス利用者数(居宅)				
介護保険サービス利用者数(施設)				
介護保険サービス利用者総数	0	0	0	
【認知症高齢者数】				
(男)				
(女)				
計				
【指標】				
認定率(%)	-	-	-	
受給率(%)	-	-	-	
【参考資料】	介護保険事業状況報告(厚生労働省)			

【入力単位】

※入手できたデータの年度をご記入下さい。

				単位	重要度
【要介護認定者数】					
要支援					
要支援1					
要支援2					
要介護1					
要介護2					
要介護3					
要介護4					
要介護5					
計					
【介護給付費】					
居宅サービス					
施設サービス					
計	0	0	0		
【第1号被保険者数】					
総数					
【介護保険サービス利用者数】					
介護保険サービス利用者数(居宅)					
介護保険サービス利用者数(施設)					
介護保険サービス利用者総数	0	0	0		
【認知症高齢者数】					
(男)					
(女)					
計					
【指標】					
認定率(%)	-	-	-		
受給率(%)	-	-	-		
【参考資料】					

【他に必要なデータ、指標】
介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら記入し、アセスメントの際活用して下さい。

【アセスメント】データを基に分析(アセスメント)を行って下さい。

ワークシート②コミュニティズパートナーモデルによる情報の整理
コミュニティを構成する人々

【入力単位】

【コミュニティを構成する人々】

	平成23年	単位	
一調査対象年度に新規に決定した二次予防事業の対象者のうち、		人	
(男)「運動器の機能向上」該当者数(前期高齢者)			
「運動器の機能向上」該当者数(後期高齢者)			
「栄養改善」該当者数(前期高齢者)			
「栄養改善」該当者数(後期高齢者)			
「口腔機能の向上」該当者数(前期高齢者)			
「口腔機能の向上」該当者数(後期高齢者)			
「閉じこもり予防・支援」該当者数(前期高齢者)			
「閉じこもり予防・支援」該当者数(後期高齢者)			
「認知症予防・支援」該当者数(前期高齢者)			
「認知症予防・支援」該当者数(後期高齢者)			
「うつ予防・支援」該当者数(前期高齢者)			
「うつ予防・支援」該当者数(後期高齢者)			
(女)「運動器の機能向上」該当者数(前期高齢者)			
「運動器の機能向上」該当者数(後期高齢者)			
「栄養改善」該当者数(前期高齢者)			
「栄養改善」該当者数(後期高齢者)			
「口腔機能の向上」該当者数(前期高齢者)			
「口腔機能の向上」該当者数(後期高齢者)			
「閉じこもり予防・支援」該当者数(前期高齢者)			
「閉じこもり予防・支援」該当者数(後期高齢者)			
「認知症予防・支援」該当者数(前期高齢者)			
「認知症予防・支援」該当者数(後期高齢者)			
「うつ予防・支援」該当者数(前期高齢者)			
「うつ予防・支援」該当者数(後期高齢者)			
【指標】 上記データを用いて地域診断に必要な指標があれば自由に設定して下さい。			
【参考資料】	介護予防事業報告		

【入力単位】

【コミュニティを構成する人々】

※入手できたデータの年度をご記入下さい。

		単位	重要度
一調査対象年度に新規に決定した二次予防事業の対象者のうち、			
(男)「運動器の機能向上」該当者数(前期高齢者)			
「運動器の機能向上」該当者数(後期高齢者)			
「栄養改善」該当者数(前期高齢者)			
「栄養改善」該当者数(後期高齢者)			
「口腔機能の向上」該当者数(前期高齢者)			
「口腔機能の向上」該当者数(後期高齢者)			
「閉じこもり予防・支援」該当者数(前期高齢者)			
「閉じこもり予防・支援」該当者数(後期高齢者)			
「認知症予防・支援」該当者数(前期高齢者)			
「認知症予防・支援」該当者数(後期高齢者)			
「うつ予防・支援」該当者数(前期高齢者)			
「うつ予防・支援」該当者数(後期高齢者)			
(女)「運動器の機能向上」該当者数(前期高齢者)			
「運動器の機能向上」該当者数(後期高齢者)			
「栄養改善」該当者数(前期高齢者)			
「栄養改善」該当者数(後期高齢者)			
「口腔機能の向上」該当者数(前期高齢者)			
「口腔機能の向上」該当者数(後期高齢者)			
「閉じこもり予防・支援」該当者数(前期高齢者)			
「閉じこもり予防・支援」該当者数(後期高齢者)			
「認知症予防・支援」該当者数(前期高齢者)			
「認知症予防・支援」該当者数(後期高齢者)			
「うつ予防・支援」該当者数(前期高齢者)			
「うつ予防・支援」該当者数(後期高齢者)			
【指標】 上記データを用いて地域診断に必要な指標があれば自由に設定して下さい。			
【参考資料】			

【他に必要なデータ、指標】
介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら記入し、アセスメントの際活用して下さい。

【アセスメント】データを基に分析(アセスメント)を行って下さい。

ワークシート② 介護予防推進のための地域診断 データ整理用シート

ワークシート②コミュニティズパートナーモデルによる情報の整理
 物理的環境

【地形】

【気候】

【景観】

【参考資料】

・基本計画

【他に必要なデータ、指標】

介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら記入し、アセスメントの際活用して下さい。

【アセスメント】データを基に分析(アセスメント)を行って下さい。

ワークシート②コミュニティズパートナーモデルによる情報の整理

経済

【入力単位】

【産業別人口】

	平成22年	単位
第1次産業人口		人
第2次産業人口		
第3次産業人口		
計	0	

【事業所数】

事業所数

【従業者数】

(男)

(女)

計

【有効求人倍率】

有効求人倍率

【失業率】

失業率

【地域振興事業の状況】

【就労機会の充実に係る事業の状況】

【参考資料】

・国勢調査(総務省統計局)(平成22年)

【他に必要なデータ、指標】

介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら記入し、アセスメントの際活用して下さい。

【アセスメント】データを基に分析(アセスメント)を行って下さい。

ワークシート②コミュニティズパートナーモデルによる情報の整理
政治と行政

【まちづくりの目標・基本方針】

【施策項目・重点施策】

【行政組織】

【参考資料】

・基本計画

【他に必要なデータ、指標】

介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら記入し、アセスメントの際活用して下さい。

【アセスメント】データを基に分析(アセスメント)を行って下さい。

ワークシート②コミュニティアズパートナーモデルによる情報の整理

教育

【学校・教育機関数】

	平成23年	単位
小学校		
中学校		
高等学校		

【生涯学習の機会】

※講座数、講座内容、開催数、参加状況などについてご記入下さい。

【指標】上記データを用いて地域診断に必要な指標があれば自由に設定して下さい。

【参考資料】

・基本計画

【備考】

【他に必要なデータ、指標】

介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら記入し、アセスメントの際活用して下さい。

【アセスメント】データを基に分析(アセスメント)を行って下さい。

ワークシート②コミュニティズパートナーモデルによる情報の整理
 交通と安全

【公共交通網】

【鉄道、道路の整備状況、利用状況】

【防災体制、消防団組織、除雪体制】

【災害危険箇所】

【防犯対策、交通安全対策の状況】

【参考資料】

・基本計画

【他に必要なデータ、指標】

介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら記入し、アセスメントの際活用して下さい。

【アセスメント】データを基に分析(アセスメント)を行って下さい。

ワークシート②コミュニティズパートナーモデルによる情報の整理
コミュニケーション・情報

【入力単位】

【自治会・町会】

設置数	
会員数	
加入率	
活動回数	

【公民館数等】

公民館数	
町内会館	
自治会館	
集会所	

【スポーツ施設】

体育館数	
スポーツ施設、ジム数	

【趣味の会・サークル・老人クラブ・シニアクラブ等】

① 会の名前	
会員数	
加入率	
活動回数	
② 会の名前	
会員数	
加入率	
活動回数	
③ 会の名前	
会員数	
加入率	
活動回数	

※3つ以上ある場合はこちらに記入して下さい。

【ふれあいサロン】※地域包括支援センターで把握している高齢者向けの交流の場、サロンについてご記入下さい。

① クラブ名	
会員数	
加入率	
活動回数	
② クラブ名	
会員数	
加入率	
活動回数	
③ クラブ名	
会員数	
加入率	
活動回数	

※3つ以上ある場合はこちらに記入して下さい。

【入力単位】

【自治会・町会】

設置数		重要度
会員数		
加入率		
活動回数		

【公民館数等】

公民館数		
町内会館		
自治会館		
集会所		

【スポーツ施設】

体育館数		
スポーツ施設、ジム数		

【趣味の会・サークル・老人クラブ・シニアクラブ等】

① 会の名前		
会員数		
加入率		
活動回数		
② 会の名前		
会員数		
加入率		
活動回数		
③ 会の名前		
会員数		
加入率		
活動回数		

※3つ以上ある場合はこちらに記入して下さい。

【ふれあいサロン】※地域包括支援センターで把握している高齢者向けの交流の場、サロンについてご記入下さい。

① クラブ名		
会員数		
加入率		
活動回数		
② クラブ名		
会員数		
加入率		
活動回数		
③ クラブ名		
会員数		
加入率		
活動回数		

※3つ以上ある場合はこちらに記入して下さい。

【活動拠点へのアクセスのしやすさ】

【ICT整備状況、ケーブルテレビ整備状況】

【ボランティア活動】
※活動の内容、参加者数、構成比についてご記入下さい。

【参考資料】
・基本計画
・地域福祉計画

【参考資料】

【他に必要なデータ、指標】
介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら記入し、アセスメントの際活用して下さい。

【アセスメント】データを基に分析(アセスメント)を行って下さい。

ワークシート②コミュニティズパートナーモデルによる情報の整理
レクリエーション

【入力単位】

【レクリエーション】

	平成23年	単位
公園数		
スポーツ施設数		
文化施設数		
交流センター数		

【指標】上記データを用いて地域診断に必要な指標があれば自由に設定して下さい。

【参考資料】

- ・基本計画
- ・地域福祉計画

【他に必要なデータ、指標】
介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら記入し、アセスメントの際活用して下さい。

【アセスメント】データを基に分析(アセスメント)を行って下さい。

ワークシート②コミュニティズパートナーモデルによる情報の整理
介護保険事業の状況

【入力単位】

【介護保険計画基本方針・基本目標】

【入力単位】

【介護保険計画基本方針・基本目標】

【介護サービス事業所数】

	平成23年		単位
	介護給付	予防給付	
訪問介護			
訪問入浴			
訪問リハビリテーション			
訪問看護			
通所介護			
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護			
短期入所療養介護			
特定施設入居者生活介護			
福祉用具貸与			
夜間対応型訪問介護			
認知症対応型通所介護			
小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型共同生活介護			
地域密着型特定施設入居者生活介護			
地域密着型介護老人福祉施設			
居宅介護支援			
介護老人福祉施設			
介護老人保健施設			
介護療養型医療施設			
計	0	0	

【介護サービス事業所数】

	※入手できたデータの年度をご記入下さい。		単位	重要度
	介護給付	予防給付		
訪問介護				
訪問入浴				
訪問リハビリテーション				
訪問看護				
通所介護				
通所リハビリテーション				
短期入所生活介護				
短期入所療養介護				
特定施設入居者生活介護				
福祉用具貸与				
夜間対応型訪問介護				
認知症対応型通所介護				
小規模多機能型居宅介護				
認知症対応型共同生活介護				
地域密着型特定施設入居者生活介護				
地域密着型介護老人福祉施設				
居宅介護支援				
介護老人福祉施設				
介護老人保健施設				
介護療養型医療施設				
計	0	0		

【地域包括支援センター数】

地域包括支援センター数			
-------------	--	--	--

【地域包括支援センター数】

地域包括支援センター数				
-------------	--	--	--	--

【医療機関数】

病院		
診療所		
歯科診療所		

【医療機関数】

病院		
診療所		
歯科診療所		

【介護予防事業】

基本チェックリスト実施者数		
基本チェックリスト配布者数		

【介護予防事業】

基本チェックリスト実施者数		
基本チェックリスト配布者数		

—地域介護予防活動支援事業の実施状況

	平成23年	単位
ボランティア等の人材育成 開催(実施)回数		回
ボランティア等の人材育成 参加者の延べ人数		人
地域活動組織の実施 開催(実施)回数		回
介護予防に資する地域活動の実施 開催(実施)回数		回
介護予防に資する地域活動の実施 参加者の延べ人数		人

—地域介護予防活動支援事業の実施状況

	単位	重要度
ボランティア等の人材育成 開催(実施)回数		
ボランティア等の人材育成 参加者の延べ人数		
地域活動組織の実施 開催(実施)回数		
介護予防に資する地域活動の実施 開催(実施)回数		
介護予防に資する地域活動の実施 参加者の延べ人数		

—通所型 実施回数

運動器の機能向上プログラム(単独)(膝痛・腰痛のためのプログラムは含まない)		回
栄養改善プログラム(単独)の実施回数		回
口腔機能の向上プログラム(単独)		回
膝痛・腰痛対策のためのプログラム(単独)		回
認知症の予防・支援プログラム(単独)		回
計		0

—通所型 実施回数

運動器の機能向上プログラム(単独)(膝痛・腰痛のためのプログラムは含まない)		
栄養改善プログラム(単独)の実施回数		
口腔機能の向上プログラム(単独)		
膝痛・腰痛対策のためのプログラム(単独)		
認知症の予防・支援プログラム(単独)		
計		0

—通所型 参加実人数

(男) 運動器の機能向上プログラム(単独)(膝痛・腰痛のためのプログラムは含まない)		人
栄養改善プログラム(単独)の実施回数		回
口腔機能の向上プログラム(単独)		回
膝痛・腰痛対策のためのプログラム(単独)		人
認知症の予防・支援プログラム(単独)		人
(女) 運動器の機能向上プログラム(単独)(膝痛・腰痛のためのプログラムは含まない)		人
栄養改善プログラム(単独)の実施回数		回
口腔機能の向上プログラム(単独)		回
膝痛・腰痛対策のためのプログラム(単独)		人
認知症の予防・支援プログラム(単独)		人
計		0

—通所型 参加実人数

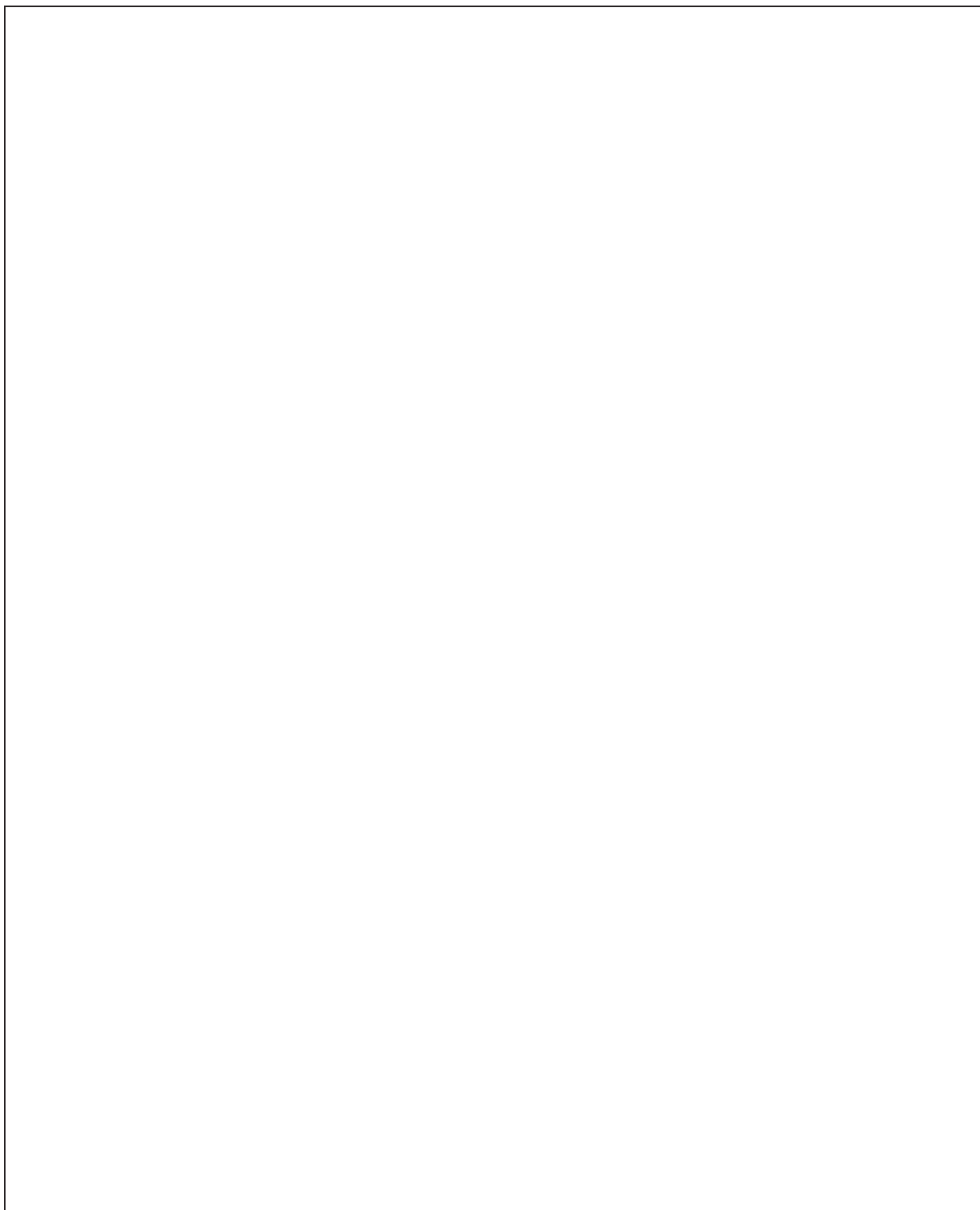
(男) 運動器の機能向上プログラム(単独)(膝痛・腰痛のためのプログラムは含まない)		
栄養改善プログラム(単独)の実施回数		
口腔機能の向上プログラム(単独)		
膝痛・腰痛対策のためのプログラム(単独)		
認知症の予防・支援プログラム(単独)		
(女) 運動器の機能向上プログラム(単独)(膝痛・腰痛のためのプログラムは含まない)		
栄養改善プログラム(単独)の実施回数		
口腔機能の向上プログラム(単独)		
膝痛・腰痛対策のためのプログラム(単独)		
認知症の予防・支援プログラム(単独)		
計		0

<p>一 通所型 参加者人数</p> <p>運動器の機能向上プログラム(単独)(膝痛・腰痛のためのプログラムは含まない)</p> <p>(男) プログラムの実施回数 栄養改善プログラム(単独)(単独) 口腔機能の向上プログラム(単独) 膝痛・腰痛対策のためのプログラム(単独) 認知症の予防・支援プログラム(単独)</p> <p>(女) 運動器の機能向上プログラム(単独)(膝痛・腰痛のためのプログラムは含まない) 栄養改善プログラム(単独)の実施回数 口腔機能の向上プログラム(単独) 膝痛・腰痛対策のためのプログラム(単独) 認知症の予防・支援プログラム(単独)</p> <p>計</p>	人 回 人 回 人	<p>一 通所型 参加者人数</p> <p>運動器の機能向上プログラム(単独)(膝痛・腰痛のためのプログラムは含まない)</p> <p>(男) プログラムの実施回数 栄養改善プログラム(単独)の実施回数 口腔機能の向上プログラム(単独) 膝痛・腰痛対策のためのプログラム(単独) 認知症の予防・支援プログラム(単独)</p> <p>(女) 運動器の機能向上プログラム(単独)(膝痛・腰痛のためのプログラムは含まない) 栄養改善プログラム(単独)の実施回数 口腔機能の向上プログラム(単独) 膝痛・腰痛対策のためのプログラム(単独) 認知症の予防・支援プログラム(単独)</p> <p>計</p>	人 回 人 回 人	
<p>一 訪問型 訪問回数</p> <p>運動器の機能向上プログラム 栄養改善プログラム(配食支援以外) 栄養改善プログラム(配食支援) 口腔機能の向上プログラム 閉じこもり予防・支援プログラム 認知症予防・支援プログラム うつ予防・支援プログラム</p> <p>計</p>	回	<p>一 訪問型 訪問回数</p> <p>運動器の機能向上プログラム 栄養改善プログラム(配食支援以外) 栄養改善プログラム(配食支援) 口腔機能の向上プログラム 閉じこもり予防・支援プログラム 認知症予防・支援プログラム うつ予防・支援プログラム</p> <p>計</p>		
<p>一 訪問型 被訪問者人数</p> <p>(男) 運動器の機能向上プログラム 栄養改善プログラム(配食支援以外) 栄養改善プログラム(配食支援) 口腔機能の向上プログラム 閉じこもり予防・支援プログラム 認知症予防・支援プログラム うつ予防・支援プログラム</p> <p>(女) 運動器の機能向上プログラム 栄養改善プログラム(配食支援以外) 栄養改善プログラム(配食支援) 口腔機能の向上プログラム 閉じこもり予防・支援プログラム 認知症予防・支援プログラム うつ予防・支援プログラム</p> <p>計</p>	平成23年 単位 人	<p>一 訪問型 被訪問者人数</p> <p>(男) 運動器の機能向上プログラム 栄養改善プログラム(配食支援以外) 栄養改善プログラム(配食支援) 口腔機能の向上プログラム 閉じこもり予防・支援プログラム 認知症予防・支援プログラム うつ予防・支援プログラム</p> <p>(女) 運動器の機能向上プログラム 栄養改善プログラム(配食支援以外) 栄養改善プログラム(配食支援) 口腔機能の向上プログラム 閉じこもり予防・支援プログラム 認知症予防・支援プログラム うつ予防・支援プログラム</p> <p>計</p>	単位 重要度 人	
<p>一 訪問型 被訪問者人数</p> <p>(男) 運動器の機能向上プログラム 栄養改善プログラム(配食支援以外) 栄養改善プログラム(配食支援) 口腔機能の向上プログラム 閉じこもり予防・支援プログラム 認知症予防・支援プログラム うつ予防・支援プログラム</p> <p>(女) 運動器の機能向上プログラム 栄養改善プログラム(配食支援以外) 栄養改善プログラム(配食支援) 口腔機能の向上プログラム 閉じこもり予防・支援プログラム 認知症予防・支援プログラム うつ予防・支援プログラム</p> <p>計</p>	人	<p>一 訪問型 被訪問者人数</p> <p>(男) 運動器の機能向上プログラム 栄養改善プログラム(配食支援以外) 栄養改善プログラム(配食支援) 口腔機能の向上プログラム 閉じこもり予防・支援プログラム 認知症予防・支援プログラム うつ予防・支援プログラム</p> <p>(女) 運動器の機能向上プログラム 栄養改善プログラム(配食支援以外) 栄養改善プログラム(配食支援) 口腔機能の向上プログラム 閉じこもり予防・支援プログラム 認知症予防・支援プログラム うつ予防・支援プログラム</p> <p>計</p>		
<p>【指標】上記データを用いて地域診断に必要な指標があれば自由に設定して下さい。</p> <p>【参考資料】 介護予防事業報告</p> <p>【他に必要データ、指標】 介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら記入し、アセスメントの機活用して下さい。</p> <p>【アセスメント】データを基に分析(アセスメント)を行って下さい。</p>		<p>【指標】上記データを用いて地域診断に必要な指標があれば自由に設定して下さい。</p> <p>【参考資料】 介護予防事業報告</p> <p>【他に必要データ、指標】 介護予防推進のための地域診断を行う上で、他に把握が必要なデータ、指標がありましたら記入し、アセスメントの機活用して下さい。</p> <p>【アセスメント】データを基に分析(アセスメント)を行って下さい。</p>		

ワークシート③ 健康問題・健康課題の関連図（地域の現状分析・課題抽出）

地域名： _____

健康問題・健康課題の関連図（地域の現状分析・課題抽出）



※様式は自由です（手書きでもかまいません）。

アセスメントの結果をもとに、課題の関連を整理して、図で示してください。

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

ワークシート④ 健康課題の特定

地域名： _____

健康課題の特定

問題	その根拠となる状況

ワークシート③の関連図をもとに作成してください。

※「問題」欄に、ワークシート③で整理、抽出した課題を記入してください。

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

地域名： _____

地域保健活動計画（案）

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

様式3 事業の振り返り

地域名： _____

事業の振り返り

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

■スムーズに進んだ点とその理由

■障害になった点とその解決策

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

■工夫点

■困難点と解決方法

3. 今後の展開について

■地域診断の活用について

■改善ポイント

この事業は、平成 25 年度「介護予防を推進するための地域診断に関する調査研究事業」により行ったものです。

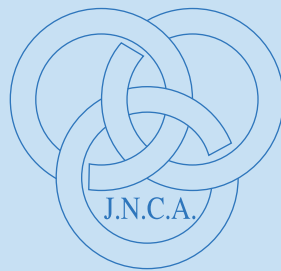
実践につながる住民参加型地域診断の手引き

～介護予防編～

平成 26 年 3 月

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

印刷 **東京リスマチック株式会社**



*この手引きは、平成25年度老人保健事業推進費等補助金による「介護予防を推進するための地域診断に関する調査研究事業」により作成したものです。

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

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