

令和5年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

**中山間地域等における在宅医療・介護連携に関する
調査研究事業**

報 告 書

**令和6（2024）年 3月
株式会社 富士通総研**

目次

第1章	調査研究について.....	1
1.	調査研究の背景等.....	1
2.	調査研究の実施方法.....	4
(1)	調査研究の概要.....	4
(2)	実施方法.....	6
第2章	中国5県の状況.....	9
1.	中国5県における高齢者の状況.....	9
(1)	高齢者人口.....	9
(2)	年齢3区分別人口割合の推移.....	10
(3)	将来推計人口.....	11
2.	中国5県の医療・介護資源等.....	21
(1)	県別医療・介護資源.....	21
(2)	無医地区等.....	25
第3章	中山間地域等における在宅医療・介護.....	29
1.	前提.....	29
(1)	「中山間地域等」について.....	29
(2)	在宅医療・介護連携推進事業について.....	32
2.	中山間地域等における在宅医療・介護連携について.....	35
(1)	中山間地域等の在宅医療・介護連携推進事業で考えられること.....	35
(2)	中山間地域等における在宅医療・介護連携について.....	36
第4章	事例調査.....	38
1.	事例調査について.....	38
(1)	調査研究の視点.....	38
(2)	事例調査対象.....	39
2.	調査結果について.....	40
3.	事例.....	43
(1)	鳥取市.....	43
(2)	益田市医師会.....	58
(3)	津和野共存病院.....	71
(4)	奈義町.....	79
(5)	廿日市市(吉和地域).....	88
(6)	周南市.....	104
(7)	事例からの考察.....	119
第5章	調査成果の報告と今後の課題.....	124
1.	事業報告会の開催.....	124
2.	シンポジウム.....	126
3.	事業報告会参加者への調査.....	138
(1)	参加者の関心事項.....	138
(2)	事業報告会を受けての意向・気づき等.....	141
おわりに	144
資料	145

本調査研究の報告書等は、以下に掲載されています。

令和5年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

「中山間地域等における在宅医療・介護連携に関する調査研究事業」

URL：<https://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/2023regionalpolicy1a.html>

第1章 調査研究について

1. 調査研究の背景等

<地域包括ケアシステムのコアである在宅医療・介護連携>

中山間地域等では、全国に先駆けて人口減少・少子高齢化が進行している。その中山間地域で「住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる」ことを目指そうとするとき、医療・介護の資源の少なさという課題に直面する。

「地域包括ケアシステムのコアにある領域は、中重度の方の医療・介護にかかわる多職種協働¹」と言われる。よって、地域包括ケアシステムでは、医療・介護連携を支援のコアとして置きつつ、高齢者の生活を支えるための予防的な観点からの支援、日常生活の支援や利便性、その下支えとなる住民の理解という構造である。

以上は高齢者の「住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる」ためのものでもあるが、同時に医療・介護を守るためのものでもあり、地域の継続性にも大きく関わる。その実現のためには、地域を構成する多様な主体の参画と合意が必要である。医療・介護連携という専門職間だけの合意のみならず、住民、行政等の地域の関係者が「住み続けられる」という人を中心とする目的を共有し、同じ方向に目線を合わせていく必要がある。

図表- 1 地域包括ケアシステムの植木鉢モデル



出典)三菱UFJリサーチ&コンサルティング「<地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムと地域マネジメント」
(地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業)、
平成27(2016)年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

¹ (株)富士通ホームページ「地域包括ケアシステムの歩みと自治体の果たすこれからの役割」(田中滋)
<https://www.fujitsu.com/jp/solutions/industry/public-sector/local-government/featurestory/170601.html>
(2017年8月29日)

<在宅医療・介護連携は日常生活を支える体制があって機能する>

在宅での療養生活において医療・介護の確保は必須だが、在宅での療養生活は医療・介護のみで成立するものではない。特に人口減少・少子高齢化が進む中山間地域等では、家庭内の支援基盤が弱い高齢者のみの世帯が多い。公共交通が脆弱な中山間地域等に独居する高齢者が要介護となり、車の運転ができなくなれば日々の買い物にも課題が生じる。その時、他の移動手段や配達等の調達方法がある、近くに買い物ができる場所がある等、普通の暮らしを営む際に利便性や支援が確保できなければ高齢者の生活環境は悪化する。そして、重度化が進む等の悪循環が生じ、更に地域に住み続けられる可能性は低下する。

未だ問題が生じていない者であっても地域に住み続けることへの展望が見えず、住み慣れた地域を離れる決断をする者もみられる。在宅医療・介護連携は、在宅で療養する高齢者が普通に日常生活を送ることができる体制があることで機能するとも考えられる。

<資源の少なさをさまざまな方法でカバー>

在宅医療・介護連携を確保していく上で、医療・介護の資源が少ない市町村の場合、単独自治体で医療と介護の支援体制が完結できない場合がある。また、高齢者が近くの別自治体の急性期病院に入院し、そこから退院して自分の自治体に戻ってくるというような自治体の圏域を越えた広域のケースもある。

医療・介護の資源が少ない所は他の社会資源も少ない可能性が高く、既に住民の生活圏が広域に及んでいる可能性も高い。その時、医療・介護に必要な資源を確保し、在宅医療・介護連携を推進するための体制をつくるには、複数自治体による広域連携の必要が生じる。また、そうした地域のニーズを鑑み、1つの施設が多機能化することで体制をつくることも考えられる。

また、医療・介護の資源が少なければ、重度化への悪循環が懸念され、それを発生させないための予防的な対応も、医療・介護の提供を維持させるために必須となる。また、少ない資源を必要な者により効果的かつ効率的に提供していくための、選択と集中も含めた地域に応じた方法の検討も求められる。

<中山間地域における在宅医療・介護連携機能の維持のための知恵と工夫>

資源が少ない中山間地域の在宅医療・介護連携については、以上のような状況が既に起きている。人口減少・少子高齢化・少資源による影響が生じており、人々が住み続けられるか・地域は維持されるかという問題は待ったなしの状態である。さらに、地域を構成する関係者数も少なく、限られたメンバーで課題に対して総力戦で臨まざるを得ず、資源の少なさを知恵や工夫によって乗り越えねばならない。そして、この「地域を構成する関係者」には、地域の貴重な社会資源であり、地域を構成する一員である医療・介護の関係者はもとより、地域住民も含まれている。

中山間地域の場合、古くからの付き合い等に基づくコミュニティ基盤が残る地域も多々見られる。生活の中で自然に助け合う互助の素地があることは強みであり、医療・介護という専門性の高い支援の代替はできずとも、助け合い等のインフォーマルな支援があることで医療・介護というフォーマルな資源を守っている地域もみられる。

以上をみると、全国に先駆けて人口減少と高齢化が進行する中国地方の中山間地域は地域包括ケアシステムを強く必要とする地域であると考えられる。そして、地域包括ケアシステムのコアともいえる在宅医療・介護連携の取り組みからの示唆は、中山間地域のみならず、今後人口減少・少子高齢化が本格化する全国のあらゆる地域において参考になるものと考えられる。

本調査研究では、資源は限られている状況でもさまざまな工夫や知恵により、地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携を効果的に推進している取り組みについて確認を行った。そして、取り組み推進の過程において、自治体、医療・介護の関係者等が課題を克服していったプロセスを把握し、取りまとめを行った。

2. 調査研究の実施方法

(1) 調査研究の概要

「地域包括ケアシステムのコアにある領域は、中重度者の医療・介護にかかわる多職種協働」と言われる。よって、地域包括ケアシステムは、医療・介護連携を支援のコアとして置きつつ、高齢者の生活を支えるための予防的な観点からの支援、日常生活の支援や利便性、その下支えとなる住民の理解という構造である。以上は高齢者の「住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる」ためのものでもあるが、同時に医療・介護を守ることにもつながり、地域の継続性にも大きく関わる。そして、その実現のためには、地域を構成する多様な主体の参画と合意が必要であり、医療・介護連携による専門職間だけの合意のみならず、住民、行政等の地域の関係者が「住み続けられる」という人を中心とする目的を共有し、同じ方向に目線を合わせていく必要がある

中山間地域等では、全国に先駆けて人口減少・少子高齢化が進行している。その中山間地域で「住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる」ことを目指そうとするとき、医療・介護の資源が少ないという課題に直面する。本調査研究では、その中でも住み続けられる地域づくりに向け、それぞれの地域に応じた方法で乗り越えるべく取り組みを進めている事例について調査を行った。

鳥取市では、住民の生活圏を意識した圏域を設定し、広域的なネットワークで医療・介護の資源確保を進めた。あわせて、圏域内の医療・介護の専門職への研修や住民への啓発、地域で連携を促進する人材の育成も進めることで圏域全体での推進を図っている。

益田市医師会では、①事業間連携、②市の在宅医療・介護の連携や在宅医療推進、③圏域内連携促進のため、コーディネート機能を強化した地域医療介護連携統括部を設置した。市内中山間地域における在宅医療継続に向けた市との調整も行っている。

津和野共存病院は、地域の医療の灯を守るため民設民営から公設民営に移行した経緯を持つ。町と指定管理者の医療法人が協力して在宅生活を可能とするための機能の見直しと多機能化を進め、現在は住まい機能の検討も進めている。

奈義町は、貴重な医療・介護の資源を守り、住み続けられる町づくりに向け、4年間をかけて住民、医療・介護の専門職、行政が地域医療ミーティングで徹底的に検討した。その結果、意識は介護予防にまで広がり、住民を巻き込んだ取り組みが進む。

廿日市市吉和地域では住民自らが生活の支援に取り組み、医療・介護の関係者、行政はその活動を支えてきた。生活を支援する機能と医療・介護の機能は複合化、拠点化され、拠点までの移動支援も開始する等、住み続けられる地域づくりが進む。

周南市では、在宅医療・介護連携推進に不可欠である住民の意識醸成に向け、ワーキングで対策の検討と実践を重ねている。その過程で、高齢期の状態変化を踏まえた

医療・介護の専門職による在宅医療・介護の進め方の気づきは、試行錯誤を経て更に効果的な高齢者への啓発活動の改善につながる等の展開を見せている。

本調査研究で取り上げた事例は、①医療・介護の資源確保に向けた広域やネットワークでの資源調達や多機能化、②日常生活を送る上で医療・介護に加えて必要となる生活の支援機能との複合化や拠点化、③そのために必要となる自治体と医療・介護の専門職の連携と住民への働きかけ等で共通する。特に在宅医療・介護連携を踏まえたこれらの地域づくりの取り組みについては、全国に先駆けて人口減少や少子高齢化が進む中山間地域等であるがゆえに先んじて進んできた面もあると考えられ、今後、これらの取り組みも参考にさせていただき、他の地域も含めて、さらに議論が深められることを期待したい。

(2) 実施方法

本調査研究では、在宅医療・介護連携に係る学識者・有識者らを委員とする「中山間地域等における在宅医療・介護連携に関する調査検討委員会」（以下、「検討委員会」という。）を設置し、計4回の検討委員会を開催して本調査研究を進めた。また、委員の他にオブザーバーとして中国四国厚生局管内の5県（鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県）、本調査研究を今後の市町村支援に活用して頂く観点から中国四国厚生局地域包括ケア推進課に参加を依頼した。

検討委員会の開催にあたっては、会場開催のほか、適宜web会議ツールを使用して実施した。

中山間地域等における在宅医療・介護連携に関する調査検討委員会

（敬称略・五十音順）

【委員】

あべ あけみ 阿部 朱美	廿日市市在宅医療・介護連携相談支援室(保健師)
いのうえ しんじ 井上 信次	公立大学法人新見公立大学健康科学部地域福祉学科 教授 大学院健康科学研究科地域福祉学専攻 専攻長・教授 全世代型地域包括ケア研究センター 副センター長
おちくぼ ひろゆき 落久保 裕之	一般社団法人広島県医師会 常任理事
かわごえ まさひろ 川越 雅弘 ※委員長	公立大学法人埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科 研究開発センター 教授
かわの ひろこ 河野 浩子	周南市地域福祉課(地域包括ケア推進担当) 係長(保健師)
さやま じゅんこ 佐山 純子	公益社団法人岡山県看護協会 岡山訪問看護ステーション看護協会 Myステーション看護協会北長瀬(サテライト) 所長
はしもと わたる 橋本 渉	鳥取市福祉部次長(兼)長寿社会課長
わたなべ としえ 渡邊 利恵	元島根県職員

【オブザーバー】(中国5県)

せいやま かずや 盛山 和也	鳥取県 福祉保健部ささえあい福祉局長寿社会課
あべ けいた 阿部 恵太	鳥取県 福祉保健部ささえあい福祉局長寿社会課
かとう こうすけ 嘉藤 幸介	島根県 健康福祉部高齢者福祉課 地域包括ケア推進室
たかつか じゅんこ 高塚 純子	島根県 健康福祉部高齢者福祉課 地域包括ケア推進室
もりわけ のりよし 森分 則善	岡山県 子ども・福祉部長寿社会課
みやじ みどり 宮地 みどり	広島県 健康福祉局地域共生社会推進課
いではら たかえ 出原 孝枝	広島県 健康福祉局地域共生社会推進課
つかもと けいたろう 塚本 敬太郎	山口県 健康福祉部長寿社会課

【オブザーバー】(中国四国厚生局)

こもり まさかず 小森 雅一 (～令和5年7月3日) いはら たつお 井原 辰雄 (令和5年7月4日～ 令和6年1月14日) いだ やすし 依田 泰 (令和6年1月15日～)	厚生労働省 中国四国厚生局長
うちやま とおる 内山 徹	厚生労働省 中国四国厚生局 健康福祉部長
くませ しんや 熊瀬 進也	厚生労働省 中国四国厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課長
よしはら さだのり 吉原 貞典	厚生労働省 中国四国厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課 地域包括ケア推進官
はしもと なおき 橋本 直希	厚生労働省 中国四国厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課 地域支援事業係長

【事務局】

なとり なおみ 名取 直美	株式会社富士通総研 行政経営グループ チーフシニアコンサルタント
ふじわら りつこ 藤原 律子	株式会社富士通総研 行政経営グループ シニアコンサルタント
きむ うの 金 恩昊	株式会社富士通総研 行政経営グループ コンサルタント

図表- 2 検討委員会の開催記録

開催回	内容等(議事)	日時・場所
第1回検討委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本調査研究において検討すべき事項、重視すべき視点 ・ 実態把握に向けた仮説と課題設定等 	令和5(2023)年8月18日 10時00分～12時00分 (会場開催)
第2回検討委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事例調査について ・ その他 	令和5(2023)年10月12日 17時00分～19時00分 (オンライン開催)
第3回検討委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事例調査の取りまとめについて ・ 報告会について 	令和5(2023)年12月1日 10時00分～12時00分 (会場開催)
第4回検討委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 報告書(案)について ・ 報告会について 	令和6(2024)年3月5日 13時00分～15時00分 (オンライン開催)

第2章 中国5県の状況

1. 中国5県における高齢者の状況

(1) 高齢者人口

中国5県の総人口は減少傾向にある。高齢化率は各県とも全国平均より高く、2020年時点で広島県以外の4県は30%を超えている。

他県と比べて岡山県と広島県の人口減少率、高齢化率が若干ながら低い理由としては、政令市、中核市が占める割合が多く、地域の人口減少率が低いことが考えられる。

図表- 3 中国5県の総人口

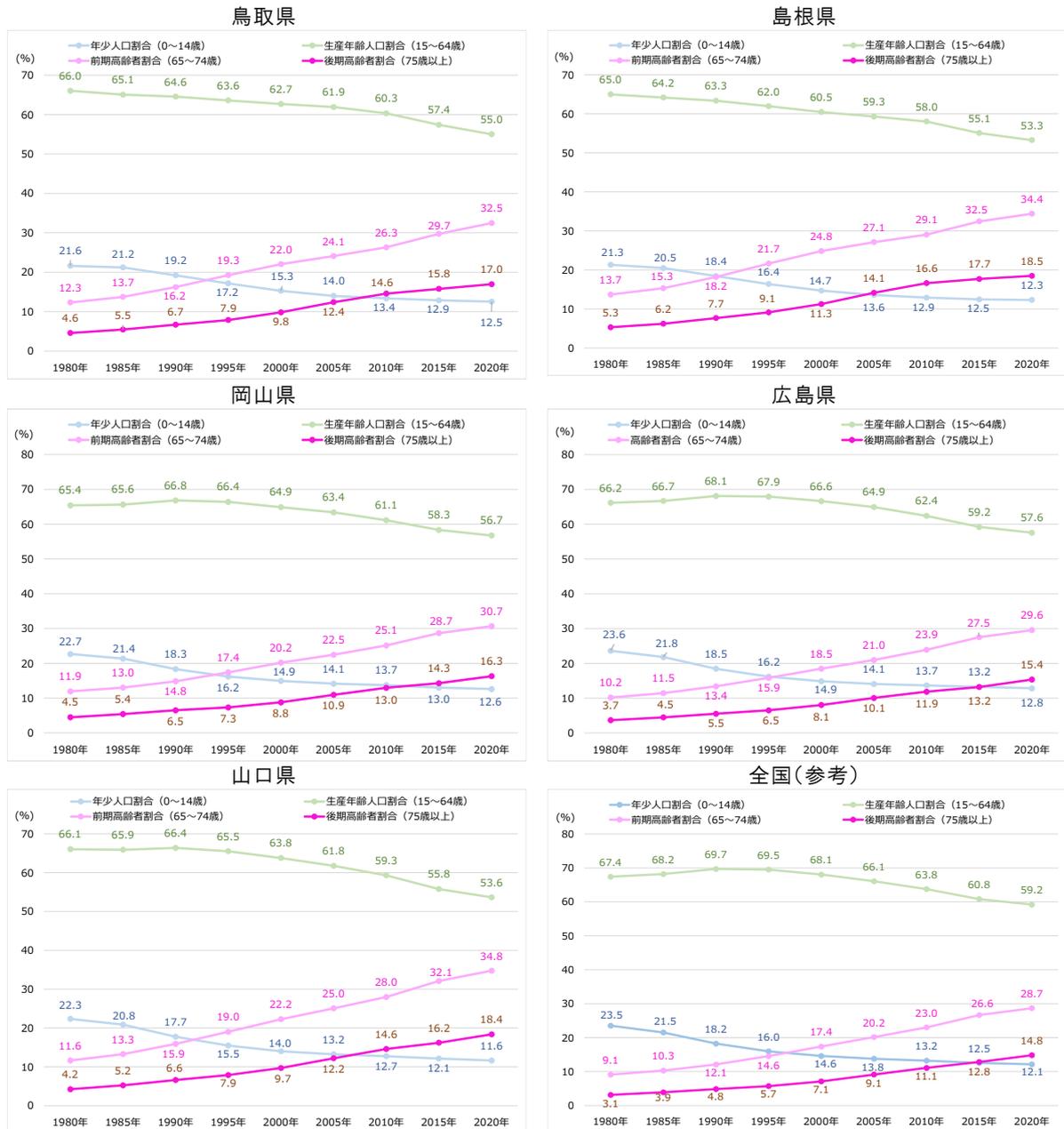


出典)総務省「国勢調査」

(2) 年齢3区分別人口割合の推移

島根県、山口県は1990年前後、鳥取県は1992～1993年、岡山県、広島県は1995年前後に高齢者人口割合が年少人口割合を上回った。2020年の時点で、島根県、山口県は後期高齢者割合が18%を超えている。

図表- 4 中国5県の年齢3区分別人口割合

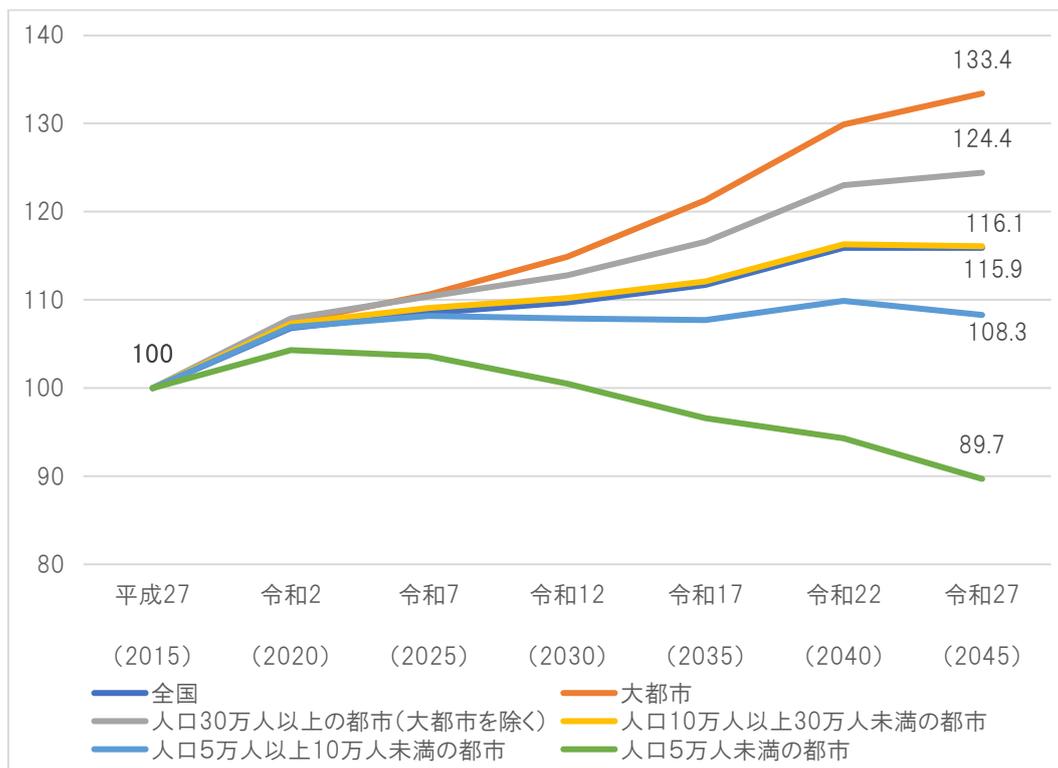


出典)総務省「国勢調査」

(3) 将来推計人口

全国的な傾向として、平成27年を基準年として、都市規模別に65歳以上人口の推移を見ると、都市規模が大きいほど65歳以上人口は増加する見込みとなっている。一方で、「人口5万人未満の都市」では、令和2年をピークに65歳以上人口は減少し、令和17年には平成27年時点よりも減少する見込みである。

図表- 5 都市規模別に見た 65 歳以上人口指数の推移(平成 27 年を 100 とする)



出典)内閣府「令和5年度版高齢社会白書」

※国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」をもとに作成

※各カテゴリで総計を求め、2015年の人口を100とし、各年の人口を指数化した

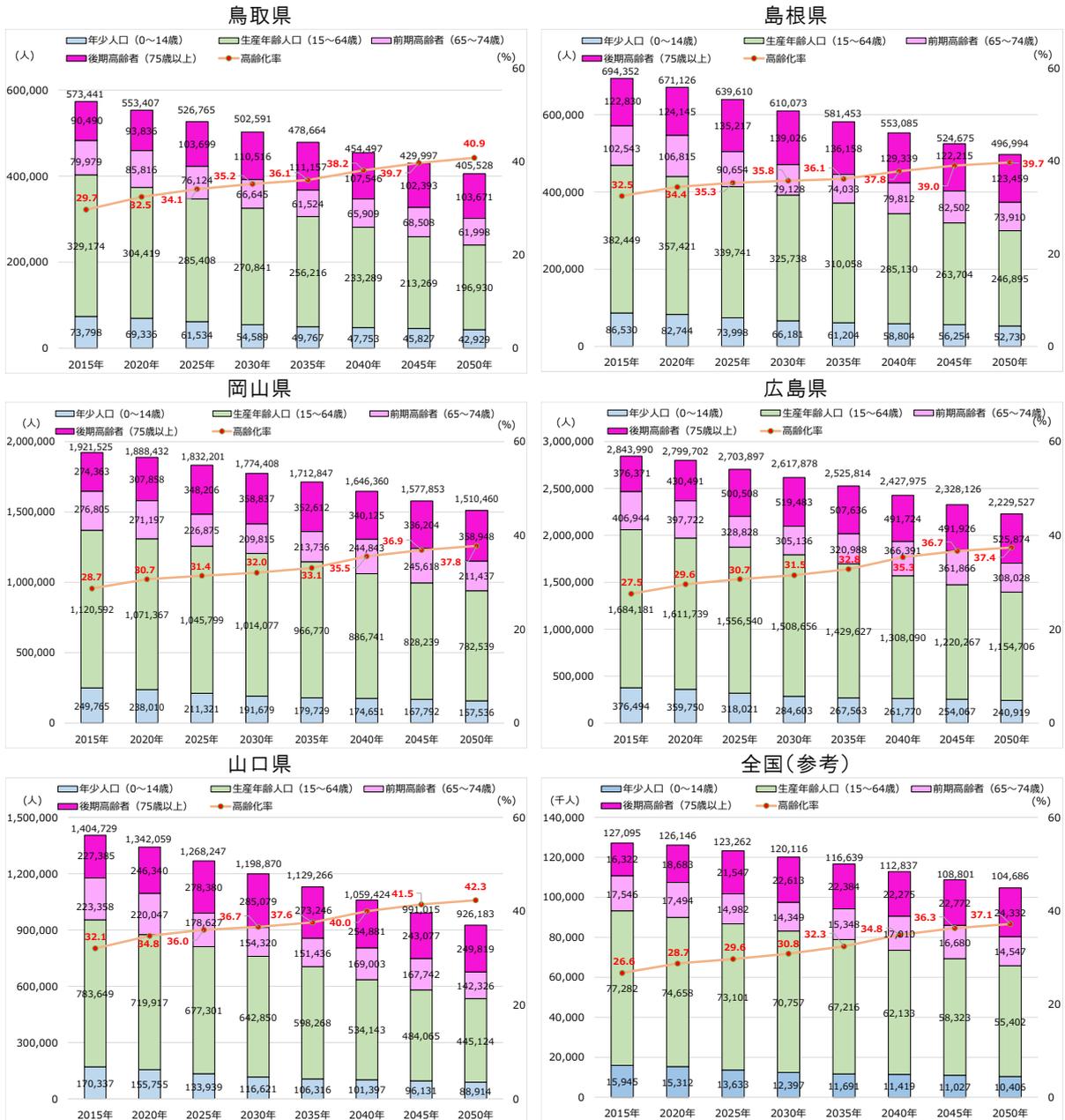
※「大都市」は、東京都区部及び政令指定都市を指す

※福島県のデータは含まれていない

中国5県いずれにおいても、2015年以降は更なる人口の減少と高齢化率の上昇が予想されており、2025年には各県とも高齢化率が30%を超える。

岡山県と広島県の高齢化率が他県に比べて低い理由としては、前述の(1)総人口と同様、政令市、中核市への働く世代の転入が多いことが考えられる。

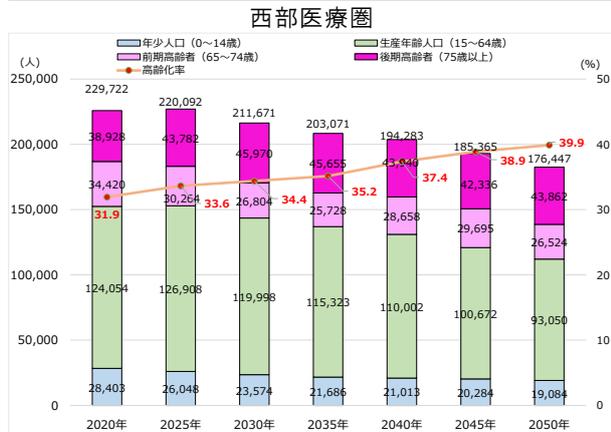
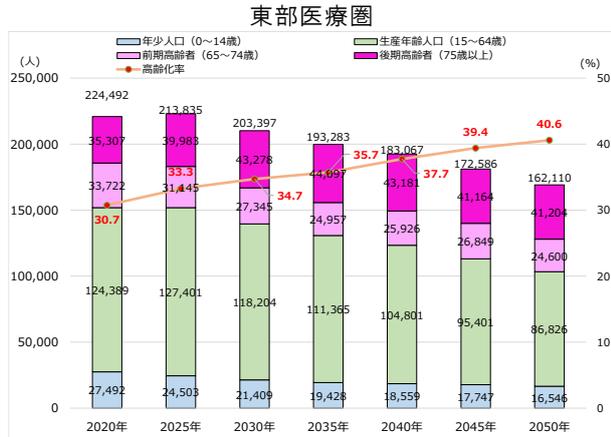
図表-6 中国5県の将来推計人口



出典)総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」

① 鳥取県

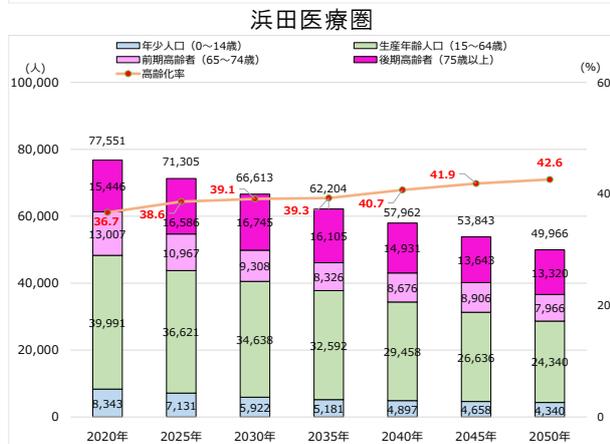
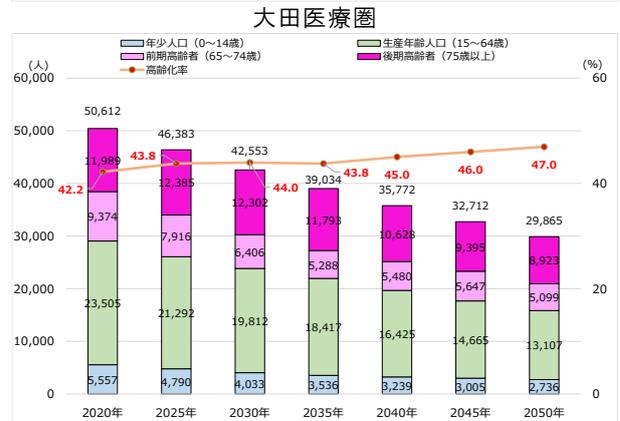
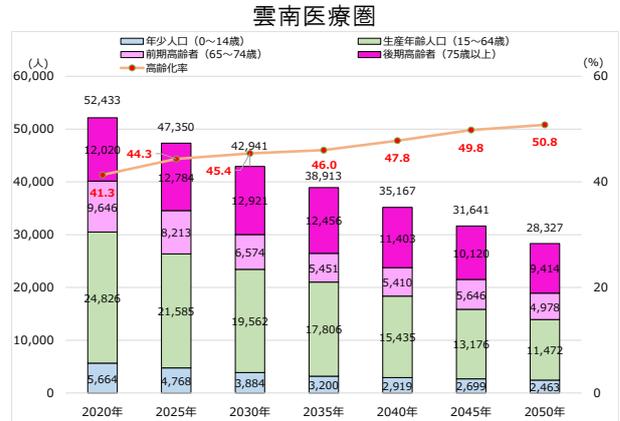
鳥取県の二次医療圏（3圏域）における将来推計人口の状況は次のとおりである。



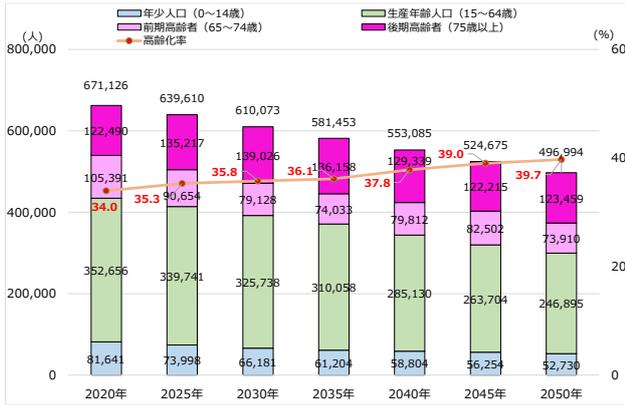
出典)総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」

② 島根県

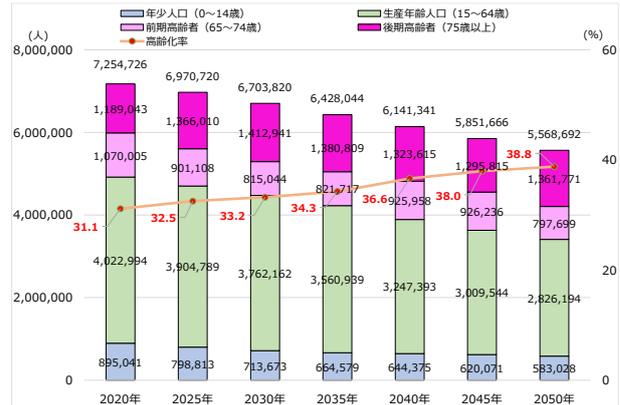
島根県の二次医療圏（7圏域）における将来推計人口の状況は次のとおりである。



島根県(再掲)



中国5県計(再掲)



出典)総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」

③ 岡山県

岡山県の二次医療圏（5圏域）における将来推計人口の状況は次のとおりである。

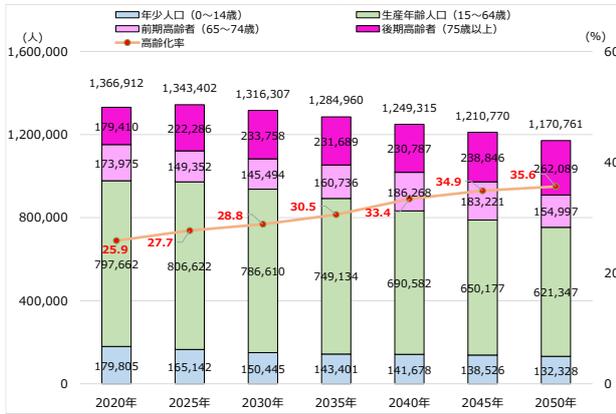


出典)総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」

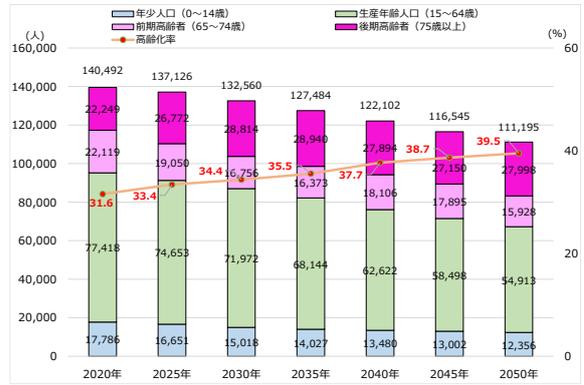
④ 広島県

広島県の二次医療圏（7圏域）における将来推計人口の状況は次のとおりである。

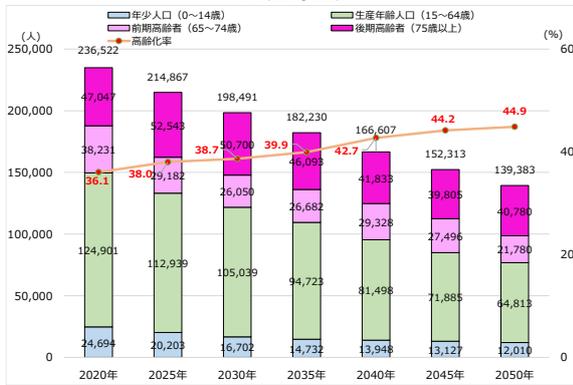
広島医療圏



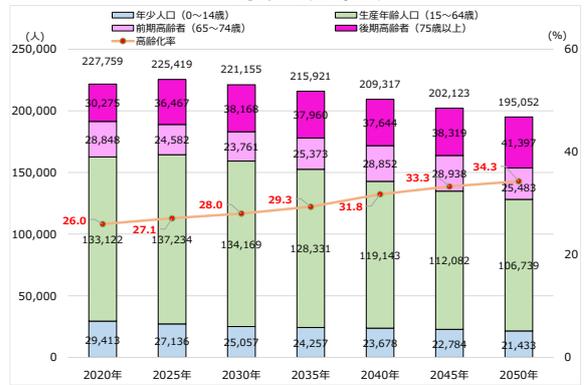
広島西医療圏



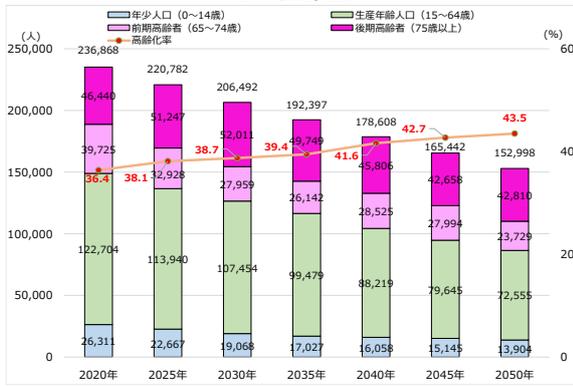
呉医療圏



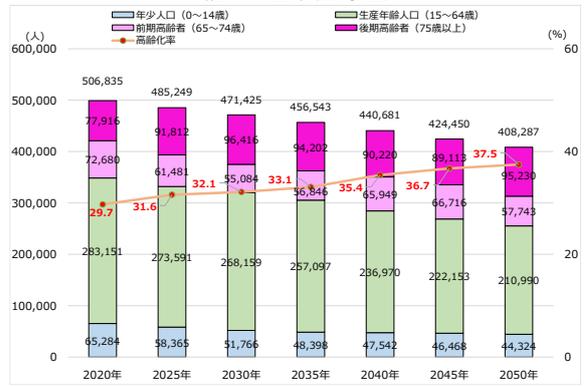
広島中央医療圏



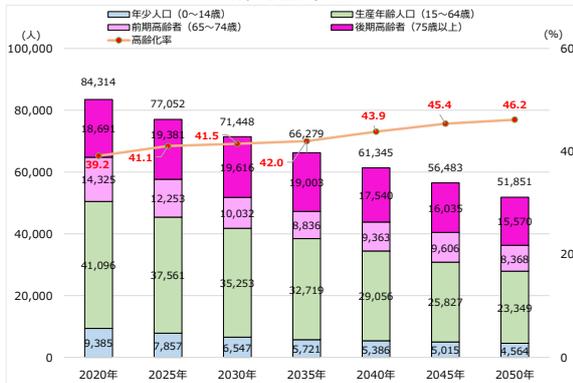
尾三医療圏



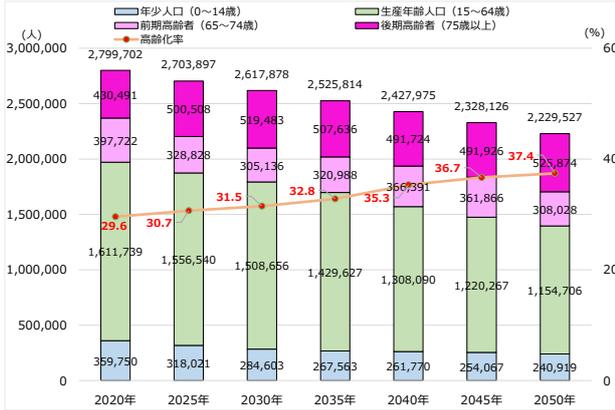
福山・府中医療圏



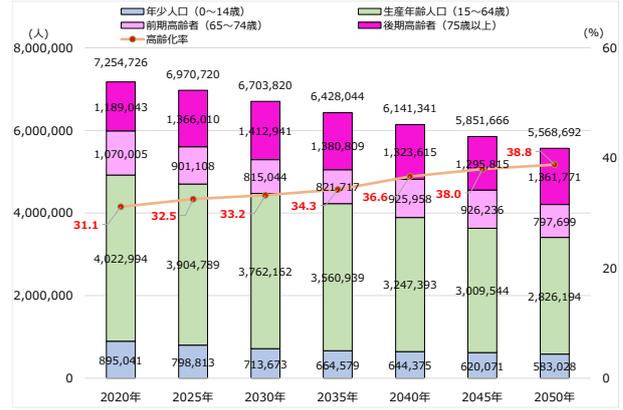
備北医療圏



広島県(再掲)



中国5県計(再掲)

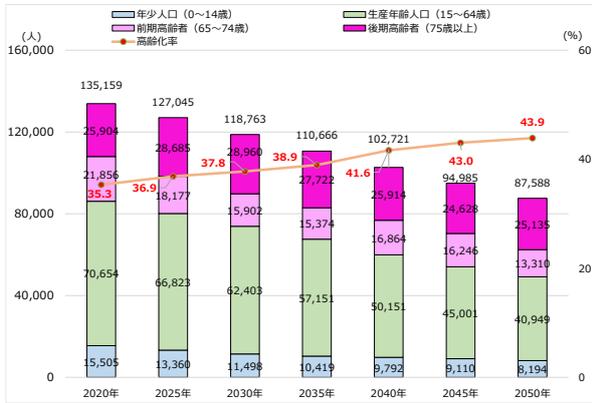


出典)総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」

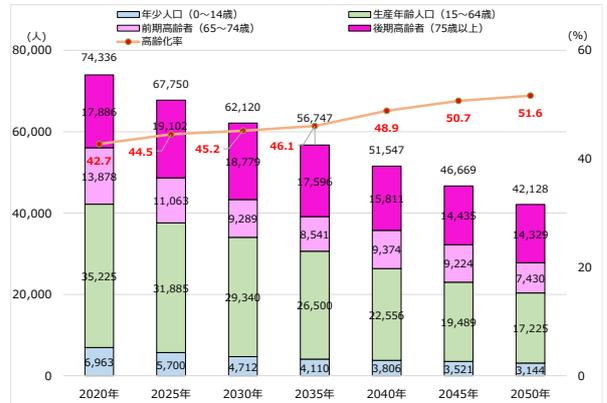
⑤ 山口県

山口県の二次医療圏（8圏域）における将来推計人口の状況は次のとおりである。

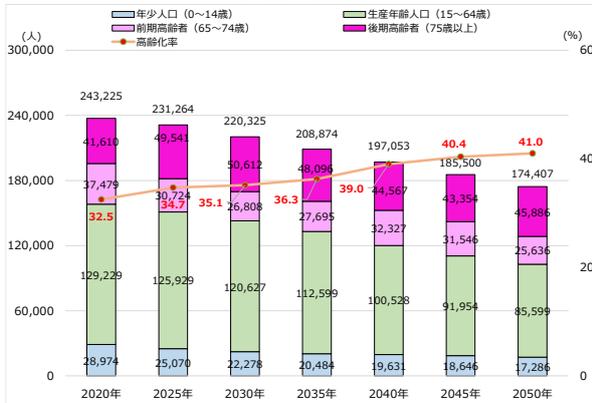
岩国医療圏



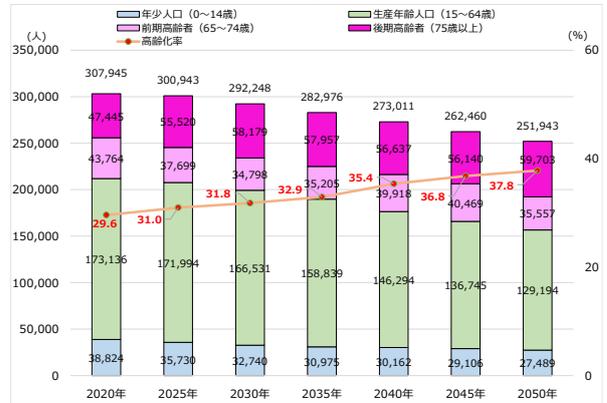
柳井医療圏



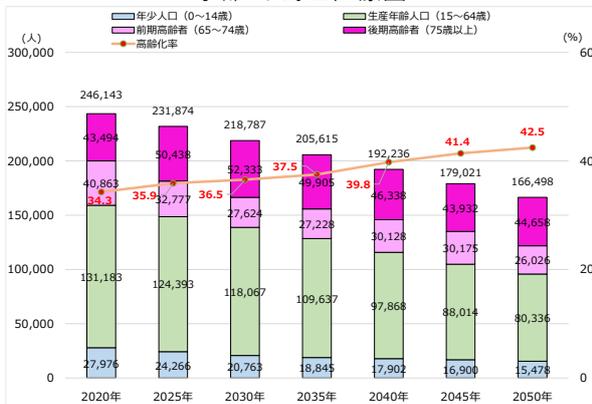
周南医療圏



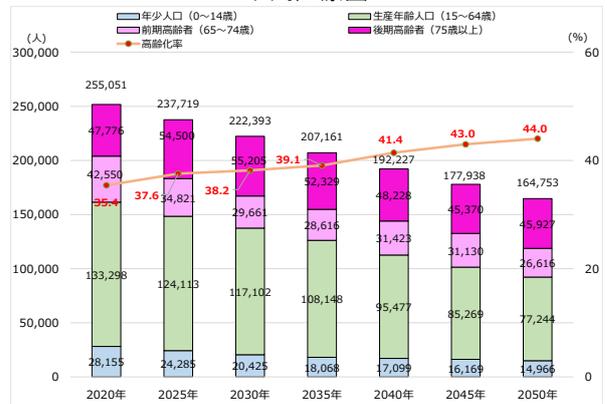
山口・防府医療圏



宇部・小野田医療圏



下関医療圏



長門医療圏



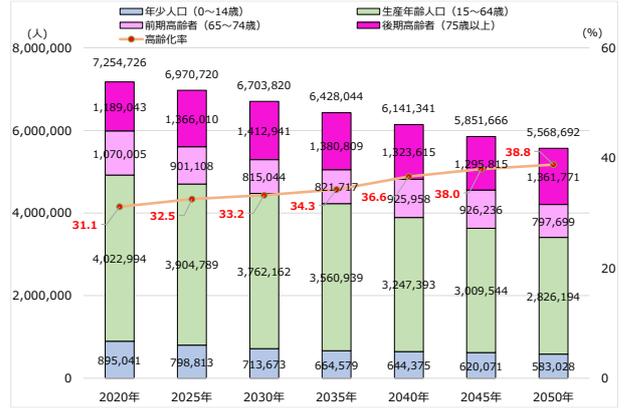
萩医療圏



山口県(再掲)



中国5県計(再掲)



出典)総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」

2. 中国5県の医療・介護資源等

(1) 県別医療・介護資源

① 鳥取県

地域医療資源	全国	中国5県計		鳥取県計		東部医療圏		中部医療圏		西部医療圏	
	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり
在宅療養支援診療所1:機能強化型(単独型)	0.19	14	0.1929777	0	0	0	0	0	0	0	0
在宅療養支援診療所2:機能強化型(連携型)	2.91	170	2.3433001	19	3.43	3	1.34	3	3.02	13	5.66
在宅療養支援診療所3:その他	8.35	923	12.722741	58	10.48	23	10.25	5	5.04	30	13.06
在宅療養支援診療所合計	11.45	1107	15.259019	77	13.91	26	11.58	8	8.07	43	18.72
在宅療養支援病院1:機能強化型(単独型)	0.21	30	0.4135235	5	0.9	2	0.89	1	1.01	2	0.87
在宅療養支援病院2:機能強化型(連携型)	0.37	24	0.3308188	1	0.18	1	0.45	0	0	0	0
在宅療養支援病院3:その他	0.77	88	1.2130024	4	0.72	0	0	1	1.01	3	1.31
在宅療養支援病院合計	1.35	142	1.9573448	10	1.81	3	1.34	2	2.02	5	2.18
在宅療養後方支援病院合計	0.38	43	0.5927171	3	0.54	2	0.89	0	0	1	0.44
医師	253.66	19243	265.24778	1635	295.44	549	244.55	200	201.63	886	385.68
地域介護資源	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり
入所型介護施設数	2.01	3152	2.6789144	281	3.04	105	2.97	59	3.23	117	3.01
特定施設数	0.3	313	0.2660216	21	0.23	9	0.25	0	0	12	0.31
入所定員数(入所型)	70.92	92947	78.996529	7826	84.63	2943	83.35	1545	84.7	3338	85.75
入所定員数(特定施設)	17.6	15405	13.092854	1029	11.13	309	8.75	0	0	720	18.5
介護職員(常勤換算人数)	68.64	87159.02	74.07727	7482.45	80.91	2877.26	81.49	1414.88	77.57	3190.31	81.95

② 島根県

地域医療資源	全国	中国5県計		島根県計		松江医療圏		雲南医療圏		出雲医療圏		大田医療圏		浜田医療圏		益田医療圏		隠岐医療圏	
	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり
在宅療養支援診療所1:機能強化型(単独型)	0.19	14	0.1929777	1	0.15	0	0	0	0	1	0.58	0	0	0	0	0	0	0	0
在宅療養支援診療所2:機能強化型(連携型)	2.91	170	2.3433001	11	1.64	0	0	0	0	6	3.47	3	5.93	2	2.58	0	0	0	0
在宅療養支援診療所3:その他	8.35	923	12.722741	109	16.24	46	19.11	6	11.44	18	10.42	7	13.83	20	25.79	9	15.53	3	15.69
在宅療養支援診療所合計	11.45	1107	15.259019	121	18.03	46	19.11	6	11.44	25	14.47	10	19.76	22	28.37	9	15.53	3	15.69
在宅療養支援病院1:機能強化型(単独型)	0.21	30	0.4135235	5	0.75	1	0.42	0	0	2	1.16	1	1.98	0	0	0	0	1	5.23
在宅療養支援病院2:機能強化型(連携型)	0.37	24	0.3308188	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
在宅療養支援病院3:その他	0.77	88	1.2130024	4	0.6	1	0.42	0	0	1	0.58	0	0	0	0	1	1.73	1	5.23
在宅療養支援病院合計	1.35	142	1.9573448	9	1.34	2	0.83	0	0	3	1.74	1	1.98	0	0	1	1.73	2	10.46
在宅療養後方支援病院合計	0.38	43	0.5927171	7	1.04	3	1.25	1	1.91	0	0	0	0	2	2.58	1	1.73	0	0
医師	253.66	19243	265.24778	1998	297.71	632	262.59	90	171.65	801	463.61	103	203.51	177	228.24	145	250.19	50	261.48
地域介護資源	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり
入所型介護施設数	2.01	3152	2.6789144	389	3.18	116	2.97	41	3.41	85	3.13	40	3.34	48	3.11	39	3.12	20	4.74
特定施設数	0.3	313	0.2660216	31	0.25	10	0.26	2	0.17	10	0.37	1	0.08	3	0.19	5	0.4	0	0
入所定員数(入所型)	70.92	92947	78.996529	10630	86.78	3298	84.31	1070	89.02	2263	83.2	1131	94.34	1392	90.12	1044	83.52	432	102.42
入所定員数(特定施設)	17.6	15405	13.092854	1333	10.88	528	13.5	39	3.24	430	15.81	50	4.17	120	7.77	166	13.28	0	0
介護職員(常勤換算人数)	68.64	87159.02	74.07727	9555.39	78.01	3055.54	78.11	827.19	68.82	2283.37	83.95	924.42	77.11	1205.33	78.03	906	72.48	353.55	83.82

③ 岡山県

地域医療資源	全国	中国5県計		岡山県計		県南東部医療圏		県南西部医療圏		高梁・新見医療圏		真庭医療圏		津山・英田医療圏	
	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり
在宅療養支援診療所1:機能強化型(単独型)	0.19	14	0.1929777	6	0.32	3	0.33	2	0.29	1	1.75	0	0	0	0
在宅療養支援診療所2:機能強化型(連携型)	2.91	170	2.3433001	38	2.01	27	2.95	7	1	0	0	0	0	4	2.31
在宅療養支援診療所3:その他	8.35	923	12.722741	235	12.44	134	14.62	63	9.03	5	8.75	11	25.27	22	12.69
在宅療養支援診療所合計	11.45	1107	15.259019	279	14.77	164	17.89	72	10.32	6	10.5	11	25.27	26	15
在宅療養支援病院1:機能強化型(単独型)	0.21	30	0.4135235	8	0.42	3	0.33	4	0.57	0	0	0	0	1	0.58
在宅療養支援病院2:機能強化型(連携型)	0.37	24	0.3308188	9	0.48	2	0.22	5	0.72	0	0	0	0	2	1.15
在宅療養支援病院3:その他	0.77	88	1.2130024	34	1.8	14	1.53	13	1.86	2	3.5	3	6.89	2	1.15
在宅療養支援病院合計	1.35	142	1.9573448	51	2.7	19	2.07	22	3.15	2	3.5	3	6.89	5	2.88
在宅療養後方支援病院合計	0.38	43	0.5927171	7	0.37	4	0.44	3	0.43	0	0	0	0	0	0
医師	253.66	19243	265.24778	5414	286.69	2743	299.21	2104	301.61	99	173.23	95	218.2	373	215.13
地域介護資源	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり
入所型介護施設数	2.01	3152	2.6789144	898	3.03	401	2.96	294	2.77	47	3.45	42	4.35	114	3.57
特定施設数	0.3	313	0.2660216	119	0.4	51	0.38	49	0.46	3	0.22	2	0.21	14	0.44
入所定員数(入所型)	70.92	92947	78.996529	25254	85.13	10885	80.34	8798	83	1454	106.78	1012	104.79	3105	97.33
入所定員数(特定施設)	17.6	15405	13.092854	5209	17.56	2160	15.94	2401	22.65	88	6.46	60	6.21	500	15.67
介護職員(常勤換算人数)	68.64	87159.02	74.07727	22759.32	76.72	10280.84	75.88	8008.94	75.56	980.85	72.03	758.12	78.5	2730.58	85.59

④ 広島県

地域医療資源	全国	中国5県計		広島県計		広島医療圏		広島西医療圏		呉医療圏		広島中央医療圏		尾三医療圏		福山・府中医療圏		備北医療圏	
	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり
在宅療養支援診療所1:機能強化型(単独型)	0.19	14	0.1929777	4	0.14	4	0.29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
在宅療養支援診療所2:機能強化型(連携型)	2.91	170	2.3433001	89	3.18	48	3.51	9	6.41	4	1.69	4	1.76	4	1.69	13	2.56	7	8.3
在宅療養支援診療所3:その他	8.35	923	12.722741	397	14.18	195	14.27	13	9.25	33	13.95	38	16.68	48	20.26	59	11.64	11	13.05
在宅療養支援診療所合計	11.45	1107	15.259019	490	17.5	247	18.07	22	15.66	37	15.64	42	18.44	52	21.95	72	14.21	18	21.35
在宅療養支援病院1:機能強化型(単独型)	0.21	30	0.4135235	7	0.25	1	0.07	1	0.71	1	0.42	42	18.44	0	0	4	0.79	0	0
在宅療養支援病院2:機能強化型(連携型)	0.37	24	0.3308188	13	0.46	7	0.51	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1.18	0	0
在宅療養支援病院3:その他	0.77	88	1.2130024	33	1.18	13	0.95	1	0.71	4	1.69	0	0	5	2.11	5	0.99	1	1.19
在宅療養支援病院合計	1.35	142	1.9573448	53	1.89	21	1.54	2	1.42	5	2.11	4	1.76	5	2.11	15	2.96	1	1.19
在宅療養後方支援病院合計	0.38	43	0.5927171	13	0.46	6	0.44	1	0.71	1	0.42	4	1.76	2	0.84	2	0.39	1	1.19
医師	253.66	19243	265.24778	7017	250.63	3743	273.83	396	281.87	687	290.46	393	172.55	534	225.44	1038	204.8	226	268.05
地域介護資源	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり
入所型介護施設数	2.01	3152	2.6789144	1020	2.42	388	2.16	41	1.84	88	1.87	63	2.08	116	2.5	263	3.38	61	3.26
特定施設数	0.3	313	0.2660216	103	0.24	45	0.25	5	0.22	7	0.15	10	0.33	7	0.15	23	0.3	6	0.32
入所定員数(入所型)	70.92	92947	78.996529	30623	72.56	13102	73.03	1487	66.83	3415	72.59	2110	69.69	3438	74.03	5345	68.6	1726	92.34
入所定員数(特定施設)	17.6	15405	13.092854	5782	13.7	3149	17.55	228	10.25	311	6.61	484	15.99	438	9.43	926	11.88	246	13.16
介護職員(常勤換算人数)	68.64	87159.02	74.07727	29727.29	70.44	13479.15	75.13	1515.36	68.11	2627.45	55.85	1920.76	63.44	2966.9	63.89	5777.19	74.15	1440.49	77.07

⑤ 山口県

地域医療資源	全国	中国5県計		山口県計		岩国医療圏		柳井医療圏		周南医療圏		山口・防府医療圏		宇部・小野田医療圏		下関医療圏		長門医療圏		萩医療圏	
	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり
在宅療養支援診療所1:機能強化型(単独型)	0.19	14	0.1929777	3	0.22	2	1.48	0	0	1	0.41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
在宅療養支援診療所2:機能強化型(連携型)	2.91	170	2.3433001	13	0.97	0	0	3	4.04	0	0	5	1.62	2	0.81	3	1.18	0	0	0	0
在宅療養支援診療所3:その他	8.35	923	12.722741	124	9.24	7	5.18	11	14.8	15	6.17	24	7.79	36	14.63	25	9.8	2	6.15	4	8.39
在宅療養支援診療所合計	11.45	1107	15.259019	140	10.43	9	6.66	14	18.83	16	6.58	29	9.42	38	15.44	28	10.98	2	6.15	4	8.39
在宅療養支援病院1:機能強化型(単独型)	0.21	30	0.4135235	5	0.37	1	0.74	0	0	1	0.41	1	0.32	2	0.81	0	0	0	0	0	0
在宅療養支援病院2:機能強化型(連携型)	0.37	24	0.3308188	1	0.07	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.41	0	0	0	0	0	0
在宅療養支援病院3:その他	0.77	88	1.2130024	13	0.97	1	0.74	0	0	3	1.23	4	1.3	2	0.81	2	0.78	0	0	1	2.1
在宅療養支援病院合計	1.35	142	1.9573448	19	1.42	2	1.48	0	0	4	1.64	5	1.62	5	2.03	2	0.78	0	0	1	2.1
在宅療養後方支援病院合計	0.38	43	0.5927171	13	0.97	0	0	0	0	1	0.41	0	0	5	2.03	6	2.35	0	0	1	2.1
医師	253.66	19243	265.24778	3179	236.87	267	197.55	142	191.02	487	200.23	668	216.92	815	331.11	647	253.67	62	190.66	91	190.85
地域介護資源	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり	実数	75歳以上1千人あたり
入所型介護施設数	2.01	3152	2.6789144	564	2.32	64	2.47	43	2.4	96	2.31	105	2.21	95	2.18	113	2.37	17	2.25	31	2.75
特定施設数	0.3	313	0.2660216	39	0.16	13	0.5	2	0.11	5	0.12	4	0.08	10	0.23	3	0.06	1	0.13	1	0.09
入所定員数(入所型)	70.92	92947	78.996529	18614	76.62	1813	69.99	2286	127.81	2803	67.36	3485	73.45	3187	73.27	3416	71.5	669	88.56	955	84.7
入所定員数(特定施設)	17.6	15405	13.092854	2052	8.45	571	22.04	80	4.47	271	6.51	273	5.75	522	12	235	4.92	50	6.62	50	4.43
介護職員(常勤換算人数)	68.64	87159.02	74.07727	17634.57	72.59	1794.05	69.26	1228.5	68.69	2805.82	67.43	3651.47	76.96	3344.57	76.9	3612.3	75.61	480	63.54	717.86	63.67

出典)日本医師会「地域医療情報システム」

(2) 無医地区等

① 二次医療圏別無医地区等

都道府県名	二次医療圏名	無医地区数	準無医地区数	合計
鳥取県	中部	2	2	4
鳥取県	東部	0	1	1
鳥取県	西部	1	1	2
島根県	松江	2	1	3
島根県	大田	7	6	13
島根県	浜田	7	7	14
島根県	益田	9	3	12
島根県	隠岐	3	0	3
島根県	雲南	0	2	2
岡山県	県南東部	4	3	7
岡山県	県南西部	1	0	1
岡山県	高梁・新見	4	6	10
岡山県	真庭	6	4	10
岡山県	津山・英田	6	8	14
広島県	広島	7	17	24
広島県	尾三	5	0	5
広島県	福山・府中	10	5	15
広島県	備北	31	9	40
広島県	広島西	0	2	2
広島県	呉	0	1	1
山口県	岩国	2	4	6
山口県	山口・防府	2	4	6
山口県	下関	1	0	1
山口県	萩	3	0	3
山口県	柳井	0	1	1
山口県	周南	0	1	1
二次医療圏合計(全国)		557	549	1,106

出典)厚生労働省「令和4年度無医地区等調査」

② 市町村別無医地区等

都道府県名	市町村名	無医地区数	準無医地区数	合計
鳥取県	三朝町	1	2	3
鳥取県	倉吉市	1	0	1
鳥取県	八頭町	0	1	1
鳥取県	日南町	1	0	1
鳥取県	南部町	0	1	1
島根県	安来市	2	1	3
島根県	大田市	4	1	5
島根県	川本町	1	2	3
島根県	邑南町	2	1	3
島根県	浜田市	7	7	14
島根県	益田市	7	3	10
島根県	隠岐の島町	3	0	3
島根県	雲南市	0	1	1
島根県	奥出雲町	0	1	1
島根県	津和野町	2	0	2
島根県	美郷町	0	2	2
岡山県	岡山市	3	0	3
岡山県	玉野市	1	0	1
岡山県	矢掛町	1	0	1
岡山県	新見市	4	0	4
岡山県	真庭市	6	3	9
岡山県	美作市	1	1	2
岡山県	鏡野町	2	4	6
岡山県	西粟倉村	1	0	1
岡山県	美咲町	2	1	3
岡山県	備前市	0	3	3
岡山県	高梁市	0	6	6
岡山県	新庄村	0	1	1
岡山県	津山市	0	2	2
広島県	広島市	2	1	3
広島県	北広島町	3	3	6
広島県	安芸高田市	2	4	6
広島県	尾道市	2	0	2
広島県	三原市	3	0	3
広島県	神石高原町	9	1	10
広島県	府中市	1	4	5
広島県	三次市	8	5	13
広島県	庄原市	23	4	27
広島県	安芸太田町	0	9	9
広島県	廿日市市	0	2	2
広島県	呉市	0	1	1
山口県	岩国市	2	4	6
山口県	山口市	2	3	5
山口県	下関市	1	0	1
山口県	萩市	3	0	3
山口県	周防大島町	0	1	1
山口県	周南市	0	1	1
山口県	防府市	0	1	1
市町村合計(全国)		557	549	1,106

出典)厚生労働省「令和4年度無医地区等調査」

③ 所轄保健所別無医地区等

都道府県名	所轄保健所名	無医地区数	準無医地区数	合計
鳥取県	倉吉保健所	2	2	4
鳥取県	鳥取市保健所	0	1	1
鳥取県	米子保健所	1	1	2
島根県	松江保健所	2	1	3
島根県	県央保健所	7	6	13
島根県	浜田保健所	7	7	14
島根県	益田保健所	9	3	12
島根県	隠岐保健所	3	0	3
島根県	雲南保健所	0	2	2
岡山県	岡山市保健所	3	0	3
岡山県	備前保健所	1	3	4
岡山県	備中保健所井笠支所	1	0	1
岡山県	備北保健所	4	6	10
岡山県	真庭保健所	6	4	10
岡山県	美作保健所	6	8	14
広島県	広島市保健所	2	1	3
広島県	西部保健所広島支所	3	12	15
広島県	東部保健所	15	5	20
広島県	北部保健所	31	9	40
広島県	西部保健所	2	6	8
広島県	呉市保健所	0	1	1
山口県	岩国環境保健所	2	4	6
山口県	山口環境保健所	2	3	5
山口県	下関保健所	1	0	1
山口県	萩環境保健所	3	0	3
山口県	柳井環境保健所	0	1	1
山口県	周南環境保健所	0	1	1
山口県	山口環境保健所防府支所	0	1	1
保健所合計(全国)		557	549	1,106

出典)厚生労働省「令和4年度無医地区等調査」

④ 無医地区等の年齢階級別、人口

(令和4年10月末日)

都道府県名	合計								
	合計								
	0～14歳	15～64歳	65～69歳	70歳以上	計	65歳以上 (再掲)	高齢化率	ねたきり者数 (再掲)	就労者数 (再掲)
鳥取県	42	324	93	384	843	477	56.6%	32	358
島根県	683	4,363	1,051	4,841	10,938	5,892	53.9%	218	4,469
岡山県	735	4,919	1,198	5,293	12,145	6,491	53.4%	99	182
広島県	832	5,127	1,284	6,309	13,552	7,593	56.0%	259	415
山口県	49	495	185	1,046	1,775	1,231	69.4%	3	103
全国計	15,892	98,824	23,136	91,655	229,507	114,791	50.0%	2,652	45,124

都道府県名	無医地区								
	合計								
	0～14歳	15～64歳	65～69歳	70歳以上	計	65歳以上 (再掲)	高齢化率	ねたきり者数 (再掲)	就労者数 (再掲)
鳥取県	12	83	37	113	245	150	61.2%	1	53
島根県	455	2,844	715	3,218	7,232	3,933	54.4%	140	2,738
岡山県	243	1,741	443	1,864	4,291	2,307	53.8%	68	161
広島県	597	3,535	904	4,481	9,517	5,385	56.6%	128	346
山口県	30	264	112	467	873	579	66.3%	0	74
全国計	7,713	51,585	12,637	50,271	122,206	62,908	51.5%	1,462	25,057

都道府県名	準無医地区								
	合計								
	0～14歳	15～64歳	65～69歳	70歳以上	計	65歳以上 (再掲)	高齢化率	ねたきり者数 (再掲)	就労者数 (再掲)
鳥取県	30	241	56	271	598	327	54.7%	31	305
島根県	228	1,519	336	1,623	3,706	1,959	52.9%	78	1,731
岡山県	492	3,178	755	3,429	7,854	4,184	53.3%	31	21
広島県	235	1,592	380	1,828	4,035	2,208	54.7%	131	69
山口県	19	231	73	579	902	652	72.3%	3	29
全国計	8,179	47,239	10,499	41,384	107,301	51,883	48.4%	1,190	20,067

※ねたきり者数及び就労者数について、不明との回答があった地区については集計に含まれてない。
 ねたきり者：一身体上又は精神上の障害があって日常生活を営むのに支障のあるいわゆるねたきり者
 就労者：一職業に従事している者

出典)厚生労働省「令和4年度無医地区等調査」

⑤ 増減理由

都道府県名	無医地区・準無医地区											令和4年度
	令和元年度	増となった地区数					減となった地区数					
		理由a:医療機関がなくなった	理由b:人口が50人以上になった	理由c:医療機関への交通の便が悪くなった	理由d:地域区分を変更した	理由e:その他	理由f:医療機関ができた	理由g:人口が50人未満になった	理由h:医療機関への交通の便が良くなった	理由i:地域区分を変更した	理由j:その他	
鳥取県	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
島根県	40	1	0	0	2	5	0	1	0	0	0	47
岡山県	39	0	0	1	0	10	0	1	3	0	0	42
広島県	93	2	0	0	5	9	1	2	1	18	0	87
山口県	18	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	18
全国計	1,084	18	0	13	15	93	2	37	15	28	35	1,106

出典)厚生労働省「令和4年度無医地区等調査」

第3章 中山間地域等における在宅医療・介護

1. 前提

(1)「中山間地域等」について

① 中山間地域

食料・農業・農村基本法第35条では、「山間地及びその周辺の地域その他の地勢等の地理的条件が悪く、農業の生産条件が不利な地域」を「中山間地域等」として規定している。この「中山間地域等」には「中山間地域」（農業地域類型区分のうち中間農業地域と山間農業地域を合わせた地域）に加え、特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律、山村振興法、過疎法、半島振興法、離島振興法などの地域振興立法の指定対象地域が含まれる。

中山間地域は、日本の国土の骨格部分である平野の外縁部から山間地に至る部分に位置し、全国土の7割程度の面積を占め、総人口の約11%が居住している。

図表- 7 中山間地域の主要指標(令和2年度)

	全 国(A)	中山間地域(B)	割 合(B/A)
人 口	1億2,615万人	1,336万人	10.6%
総土地面積	3,780万ha	2,412万ha	63.8%

出典)農林水産省統計部「2020年農林業センサス」(総土地面積)、総務省「令和2年国勢調査」(人口)

② 中国5県における中山間地域の状況

中山間地域には様々な定義があるが、中国5県における定義は次のようになる。

鳥取県	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「鳥取県みんなで取り組む中山間地域振興条例」において、次の地域を指定。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 山村振興法で定める山村 ・ 特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律(特定農山村法)で定める特定農山村地域 ・ 過疎地域自立促進特別措置法で定める過疎地域 ・ 上記に類する地域として規則で定める地域
島根県	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「島根県中山間地域活性化基本条例」において中山間地域を「産業の振興、就労機会の確保、保健・医療・福祉サービスの確保その他の社会生活における条件が不利で振興が必要な地域」と定義し、次の地域を指定。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 過疎地域(過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法で指定) ・ 特定農山村地域(特定農山村法で指定) ・ 辺地地域(辺地にかかる公共施設の総合整備のための財政上の特別措置に関する法律で指定) ・ これらと同等に条件が不利である地域(知事が告示)
岡山県	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「岡山県中山間地域の振興に関する基本条例」において中山間地域を「山間地及びその周辺の地域等地理的及び経済的条件に恵まれない地域」とし、次の地域を指定。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 山村振興法に規定する山村 ・ 特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律に規定する特定農山村地域 ・ 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法に規定する過疎地域

広島県	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「広島県中山間地域振興条例」において、次の地域を指定。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 離島振興法により指定された地域 ・ 山村振興法により指定された地域 ・ 半島振興法により指定された地域 ・ 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法に規定する過疎地域
山口県	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「山口県中山間地域振興条例」において、次の地域を指定。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 離島振興法により指定された区域 ・ 山村振興法により指定された区域 ・ 半島振興法により指定された区域 ・ 特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律に規定する特定農山村地域 ・ 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法に規定する過疎地域

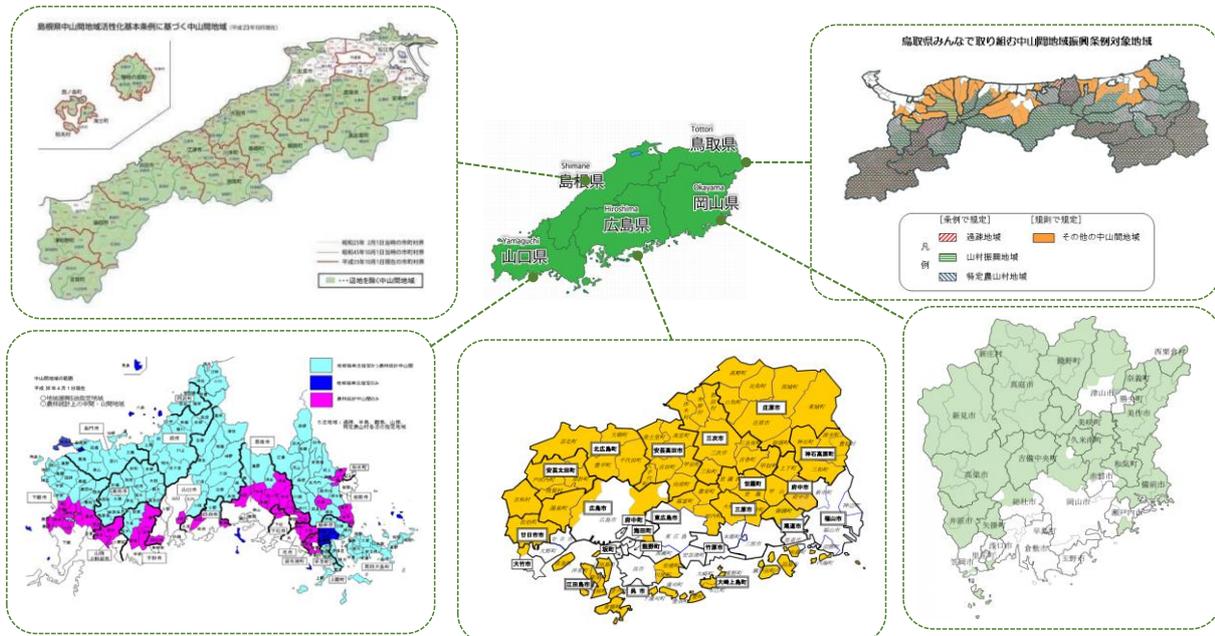
※記載ぶりは各県資料に基づく

中国5県の中山間地域は総土地面積の約8割を占め、全部もしくは一部が中山間地域である市町村は約9割に及ぶ。

図表- 8 中国5県内における中山間地域の状況

	総数	自治体				中山間地域の人口、面積					
		中山間地域				人口（単位：人）			総土地面積（単位：km ² ）		
		計	割合	全域	一部	中山間地域	県全体	割合	中山間地域	県全体	割合
鳥取県	19	17	89.5%	11	6	252,024	573,441	43.9%	3,235.00	3,507.00	92.2%
島根県 ※	19	19	100.0%	15	4	318,154	694,352	45.8%	6,018.48	6,708.23	89.7%
岡山県	27	22	81.5%	15	7	550,250	1,921,525	28.6%	5,354.70	7,114.62	75.3%
広島県	23	19	82.6%	10	9	359,417	2,843,990	12.6%	6,059.00	8,479.00	71.5%
山口県	19	18	94.7%	8	10	350,108	1,404,729	24.9%	4,218.31	6,112.53	69.0%
計	107	95	88.8%	59	36	1,829,953	7,438,037	24.6%	24,885.49	31,921.38	78.0%

出典)総務省「令和2年国勢調査」より作成



出典)各県報告書等

③ 本調査研究における「中山間地域等」について

中山間地域は少子高齢化、人口減少が顕著である。人口の減少に伴い、人々の生活を支える基盤に関連する商業や交通等の資源も衰退・撤退している。その傾向は、医療・介護の分野においても同様である。人口規模の縮小による市場の縮小、担い手不足等で医療・介護の事業者を取り巻く状況は厳しくなっている。

少子高齢化・人口減少・資源の減少は中山間地域に限ったものではなく、日本の各所において発生している。年齢を重ねるのに従い、人の行動範囲は縮小し、生活圏は小さくなる。ゆえに、高齢期には小さなロットである地域で生活を成立させることが必要となる。その場合、大都市近郊であったとしても、少子高齢化・人口減少・少ない資源という地域は決してめずらしいものではない。少子高齢化・人口減少が進み、資源が少なくなっていることは中山間地域において顕著に見えるだけのことであり、日本の各所において起きている。

人々が、住み慣れた土地に愛着を持ち、住み続けたいと願うことは、中山間地域に住む者か否かに関わらない。また、その実現に向けた取り組みが求められていることは、自治体において中山間地域を含むか・含まないかに関わらない。

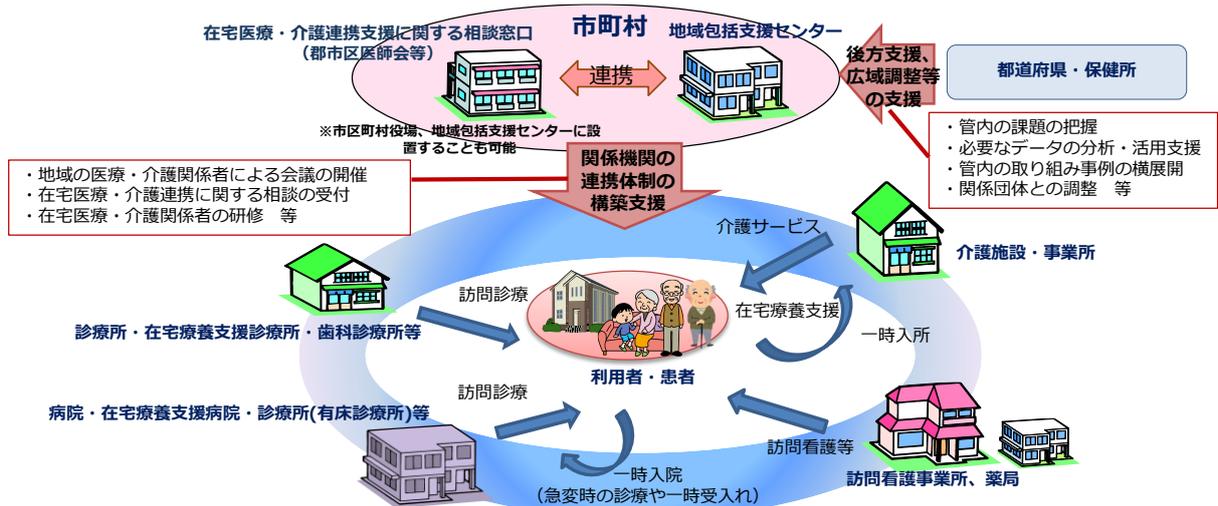
以上から、少子高齢化・人口減少・少ない資源という傾向が顕著である地域との意味で「中山間地域等」として、検討を行う。

(2)在宅医療・介護連携推進事業について

① 連携を深化させて4つの場面等に取り組む

平成26年に成立した医療介護総合確保推進法により、在宅医療・介護連携推進事業は介護保険法に基づく地域支援事業に位置付けられた。在宅医療・介護連携推進事業は、市町村が主体となって医師会等地域の医療・介護の関係機関²と緊密に連携して取り組むことが求められている。

図表-9 在宅医療・介護連携の推進



出典)厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引きver.3」(令和2年9月)

在宅医療・介護連携推進事業は、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるようにすることを目的に、在宅医療と介護を一体的に提供すべく医療機関と介護事業所等の関係者等（以下、「医療・介護の関係者等」）の協働・連携を推進するものである。すなわち、在宅医療・介護連携は、在宅で療養する高齢者の生活の場において医療と介護の連携した対応が求められる「4つの場面」等（「日常療養」、「入退院支援」、「急変時対応」、「看取り」の4つの場面に加えて「認知症」、「感染症」、「災害時」）において、「住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる」ことを共通の目的に異なる専門分野を持つ職種が協力して支援する多職種連携で実施される。

在宅医療・介護連携推進事業の開始当初は、「連携」の第一歩でもある「顔の見える関係」づくりが強く言われていた。しかし、連携は異なる機能同士が互いの専門性を用いて共通の目的を達成していくために行われると考えられ、互いを更に深く知ることでさらに連携は深まっていくと考えられる。よって、当初は単に「顔の見える関

² 在宅療養を支える関係機関の例

- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等(定期的な訪問診療等の実施)
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所(有床診療所)等(急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施)
- ・訪問看護事業所、薬局(医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等)
- ・介護サービス事業所(入浴、排せつ、食事等の介護の実施)

係」であっても、そこから各専門職が持つ知恵や技術である「腕」、その腕を用いて現場で培った考え等の「腹」である「腕と腹の見える関係」へと連携を深化させ、その連携体制をもって4つの場面等で生じる課題へと対応していくことが求められていると考えられる。

図表- 10 在宅医療の4場面別にみた連携の推進

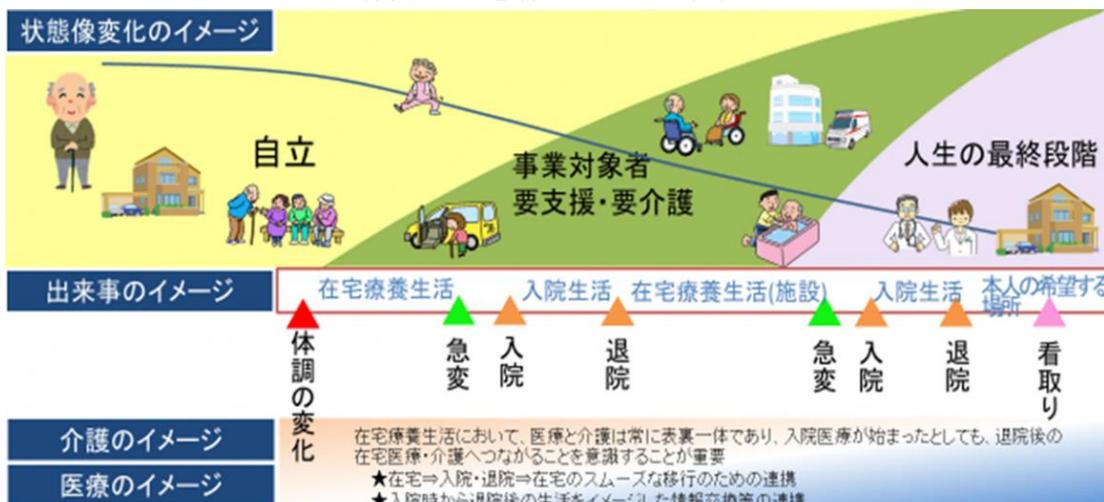


出典)厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引きver.3」(令和2年9月)

② 地域支援事業との連動

「在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver. 3」(厚生労働省令和2年9月)では、4つの場面等の重視とあわせ、他の地域支援事業(介護予防・日常生活支援総合事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業)との連動についても言及されている。次の図は、高齢者が自立の状態から虚弱、要介護、終末期へと移行する状態像変化のイメージである。

図表- 11 高齢者の状態像の変化と出来事イメージ



出典)厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引きver.3」(令和2年9月)

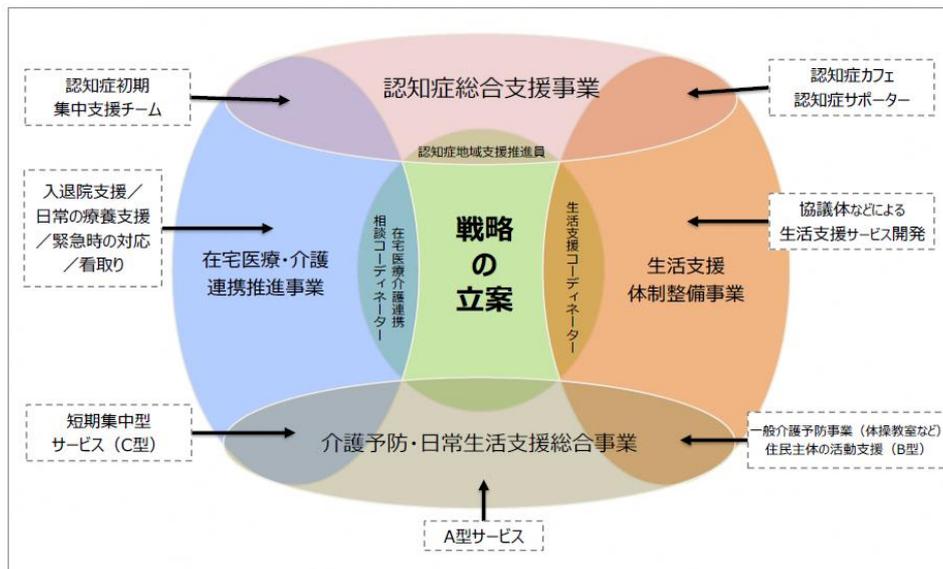
当然ながら、高齢者にとっても極力医療と介護が必要な状態にならないことが望ましい。よって、高齢者の力を引き出し、医療・介護の両方を必要とする状態にならないよう、「介護予防・日常生活支援総合事業」が地域支援事業に設定されている。

「認知症総合支援事業」でも、認知症の初期の段階において悪化防止のための支援を行う。さらに、「生活支援体制整備事業」では、地域住民や各種団体、企業の関係者など様々な人々が連携しながら、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に図り、高齢者を支える地域づくりを行う。

在宅医療・介護連携推進事業を含む4つの事業からなる地域支援事業は、高齢者の自立から終末期のライフステージを対象に、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられることを共通の目的として実施するものであり、当然ながら4つの事業は相互に連動することでその目的の達成を目指すことになる。

特に資源が少ない中山間地域の場合、高齢者の重度化を極力防ぐとともに、生活機能を維持し、地域で元気に暮らし続けることができる者を増やすことは、医療・介護の連携を含めた医療・介護の提供体制を維持していく上でも重要である。その場合、在宅医療・介護連携に係る専門職も、共にその働きかけを行っていくことが考えられる。

図表- 12 地域支援事業の4つの事業の連動性



出典)「地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業」
 (平成30年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

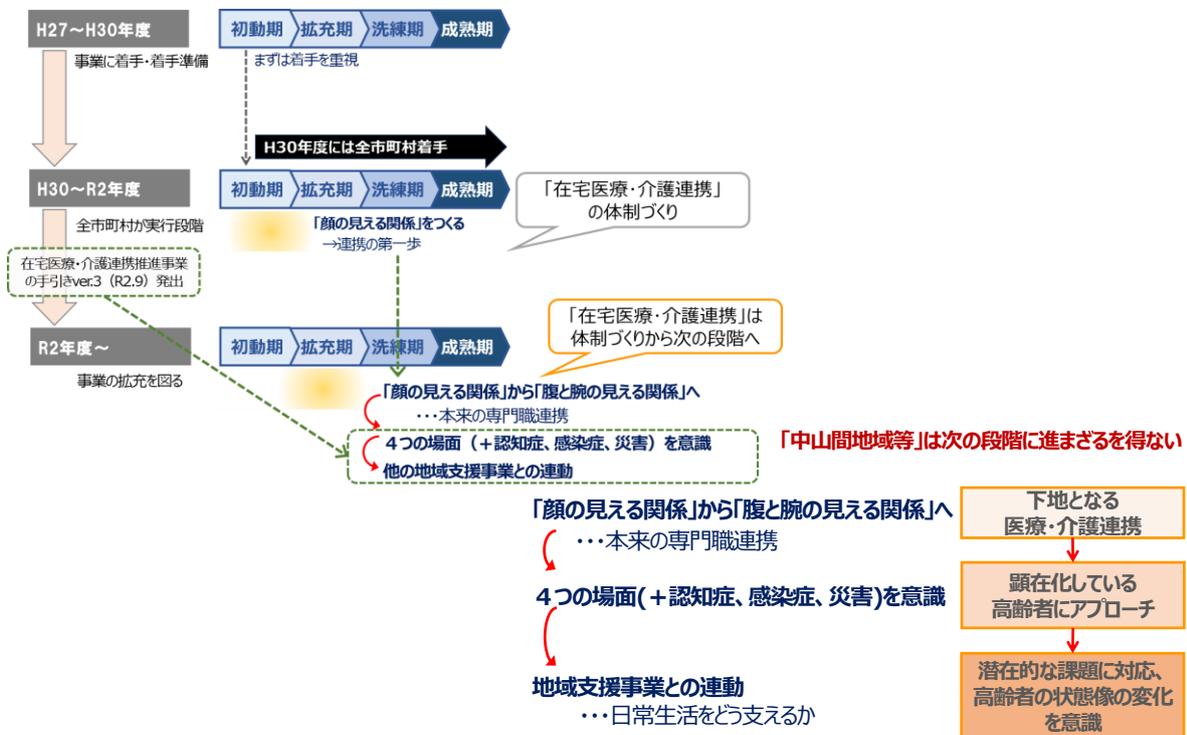
2. 中山間地域等における在宅医療・介護連携について

(1) 中山間地域等の在宅医療・介護連携推進事業で考えられること

平成27年度の在宅医療・介護連携推進事業の開始から10年近くが経ち、市町村では4つの場面等を切り口に在宅医療・介護連携を深めながら対応にあたっているところである。しかし、それはいわば既に顕在化した「重度化した高齢者への対応」でもある。そのこと自体は在宅医療・介護連携の最大ミッションであるが、医療・介護資源に限られる中で「高齢者を重度化させない」ことは、高齢者における地域居住の継続性、医療・介護資源を守ることによる地域の継続性の双方に関わる。

すなわち、在宅で医療と介護を受けながら療養生活を送ることができる体制の確保とともに、医療と介護を必要とするまでの高齢者の状態像の変化を意識し、生活機能維持のための環境の確保や、予防や健康づくりを強く意識した対応が求められる。

図表- 13 在宅医療・介護連携推進事業の進捗等



医療・介護の専門職においても、対象者に日々向き合う中で普段の生活をどのように支えていくかについて、意識・関心が向いていくのは当然である。中山間地域等の場合は対象となる地域住民が少なく、医療・介護の専門職との関係も近い。また、その医療・介護の専門職は、在宅医療・介護連携推進事業のみならず、介護予防や認知症の場面で高齢者に関わる可能性も高い。事業を担当する自治体も職員数の減少が進み、担当者が複数の地域支援事業を兼務することは珍しくない。中山間地域では、医療・介護の専門職、自治体の担当職員が、医療・介護はもとより、予防・健康づくり、生活環境の維持など、高齢期の生活を一通りみることができる素地があるともいえる。

(2) 中山間地域等における在宅医療・介護連携について

① 限られた資源で住み続けられる地域をつくる

在宅医療や介護のサービスが確保できる場合でも、買い物や移動等の日常生活を営むことが難しくければ、高齢者は住み慣れた地域で暮らし続けることを断念する可能性がある。高齢者の世帯内に支援者がいない・もしくは支援力が弱ければ、日常生活を営む上で必要となる見守り・移動・買い物等に問題が生じる。在宅医療・介護サービスによって身体的な問題はクリアできる可能性がある場合、独居等でも生活を営む上で必要となる機能にストレスなくアクセスできるかが、住み慣れた地域で住み続けられる可能性に大きく影響し、そこが在宅生活の限界点となる可能性がある。

都市部と比較すると、中山間地域等の地方部は少子高齢化、高齢者も含む人口減少が顕著である。両者については、概ね次のような傾向があると考えられる。

図表- 14 都市部と地方部

	都市部	地方部
人口状況	高齢者人口は増加、これからピークを迎える。都市規模が大きいほど高齢者数の増加割合は高い	既に高齢者人口はピークアウト
医療・介護等資源 (施設、専門職)	都市規模が小さい自治体よりは確保されている	都市規模が大きい自治体よりも少ない
日常生活周りの 資源	都市規模が小さい自治体よりは確保されている	都市規模が大きい自治体よりも少ない

以上を踏まえて在宅医療・介護連携における目下の課題を考えると、都市部においては医療・介護の連携を進めることで増加する高齢者に対する量的な対応、そのための体制づくりが重視される可能性が高い。

一方、高齢者人口もピークアウトした地方部においては、医療・介護等の資源も限られ、今後の確保増の見込みも立てにくい。よって、如何に限られた資源の中で高齢者を支えるかを考えねばならないが、高齢者が生活機能を維持できず他の地域に転出していけば更に医療需要が減少し、地域に残って生活し続ける高齢者等に対する医療提供体制の確保も困難が生じるという悪循環に陥ることが危惧される。また、在宅療養時の悪化防止だけでなく、予防によって在宅医療・介護を必要とする高齢者自体を減らすことも重要である。このように、日常生活を支える機能や支援へのアクセスを高めて日常生活のハードルを下げることで、医療・介護以外の事由で住み慣れた地域で住み続けることを断念する高齢者を減らし、限られた医療・介護の資源しかない中で、住み続けられる地域として成立させるために知恵を絞らねばならない。

② 広域による対応

地域で安心して住み続けるには、身近なかかりつけ医機能とともに、生活の中での急な状態変化に対応するため、緊急入院への対応や救急医療などの急性期医療の体制の確保が必要である。これらの確保は、単独の市町村内で完結できるものではなく、急性期の医療機関を含む二次医療圏単位の広域で体制をつくることを考えねばならない。その際には、住民の日常生活圏との整合への配慮、在宅に戻る際には急性期の医療機関の退院から地域につないでいく道筋を考える必要がある。

また、急性期から回復期、慢性期への病・病連携の体制や、在宅復帰までのルート
の確保については、広域に含まれる複数自治体とも連携して、検討を進めていくことが求められる。

第4章 事例調査

1. 事例調査について

(1) 調査研究の視点

中山間地域等では、少子高齢化・人口減少・少ない資源という状況下で住民が住み慣れた地域で住み続けることができる環境を整えることによって、在宅生活の限界点を上げていく必要がある。その際、高齢者を支える在宅医療・介護は高齢者の心身を守る直接的な安心であり、地域包括ケアシステムのコアとなっていると考えられる。だが、その資源は有限であり、決して所与のものではなく、住民自身にとっても守っていくべき貴重な存在である。

医療・介護という地域包括ケアシステムの大事な「葉」を守る上でも、高齢者の日常生活を支えていく「土」は重要である。この時、「葉」である医療・介護と「土」である日常生活を支えていく機能は関連する。医療・介護の安心がある上での日常生活でもあり、日常生活が支えられているからこそ医療・介護が適切に利用できる。

図表- 15 地域包括ケアシステムの植木鉢モデル



出典)三菱UFJリサーチ&コンサルティング「<地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムと地域マネジメント」
(地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業)、
平成27(2016)年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

以上は前章で述べた内容であり、その内容を踏まえて本調査研究では中山間地域等の在宅医療・介護連携の調査研究を行った。単に在宅医療・介護連携を専門職間の連携とだけ捉えるのではなく、そこを基軸にさまざまな関係者がつながり、めざすべき地域包括ケアの姿へと近づこうとしている状況と過程を確認した。

「在宅生活の限界点を上げる」にもさまざまなアプローチがあり、事例でとりあげた内容も多種多様である。しかし、在宅医療・介護連携によって実現される安心を核とすることは、いずれにおいても変わらない。そして、地域の関係者が参加し、共通の目的のもと、共に取り組まねば達成できないことも同じである。事例調査の市町が何に取り組むかによって関わり方の違いはあるが、自治体と医療・介護の専門職のみ

ならず、住民が、問題意識を共有し、どのような地域にしていきたいか考え、ありたい姿を定め、目線合わせを行いながら各々が取り組んでいる。

以上から、本調査研究では、住み続けるためには何が必要かを考え（確保する対象・その確保策）、それに対してどのように取り組んできたか（検討過程）を各事例から確認し、整理した。

(2) 事例調査対象

本調査検討委員会および関係者への情報収集・ヒアリングを実施して検討を行い、前章に記載の観点を踏まえて以下の6事例を選定した。

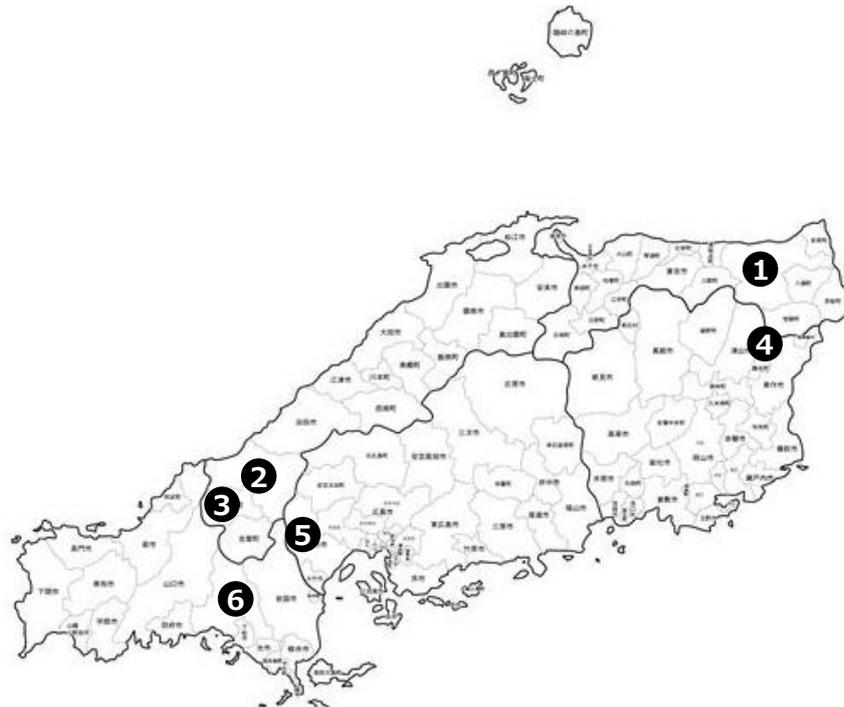
事例調査では関係者へのヒアリングを行うと共に、関連する情報の収集を進め、具体的な内容と実施プロセス、登場する各主体等を整理して取りまとめた。

調査対象は、次のとおりである。

※掲載順

調査対象	都道府県
1.鳥取市	鳥取県
2.公益社団法人益田市医師会	島根県
3.医療法人橘井堂津和野共存病院	島根県
4.廿日市市・吉和地域	広島県
5.奈義町	岡山県
6.周南市	山口県

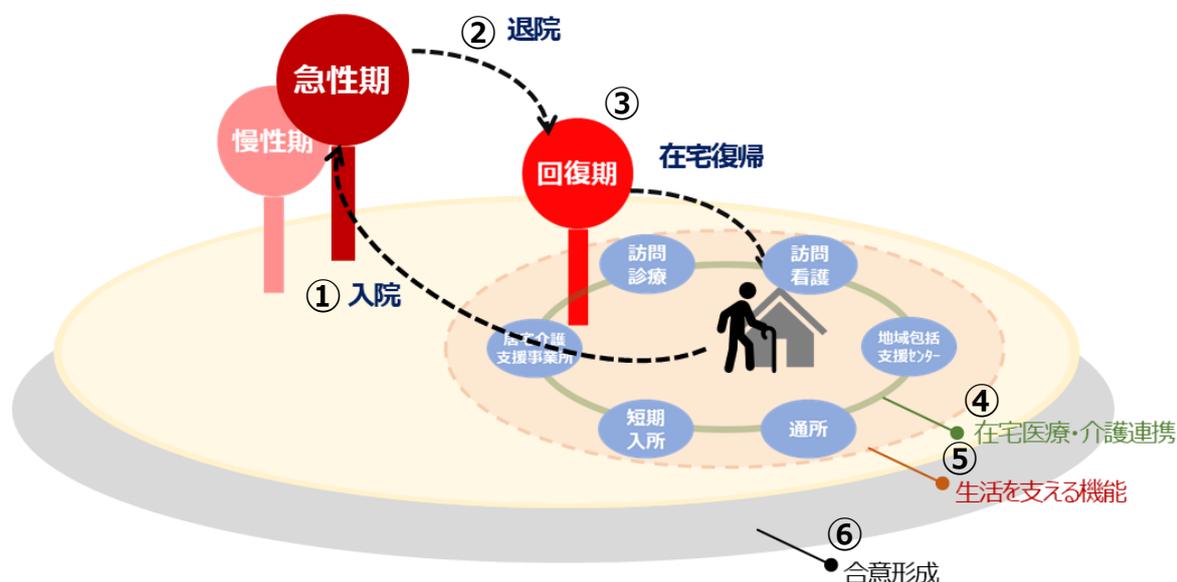
図表- 16 調査対象の場所



2. 調査結果について

中山間地域等を含む自治体および事業者に対して調査を実施した結果、そこで共通した内容を取りまとめたものが、次の図である。

図表- 17 事例から見た中山間地域等の在宅医療・介護連携



- ① 中山間地域等に居住する在宅の高齢者が緊急入院等した場合、圏域内の急性期病院に入院する。
（在宅医療・介護連携の推進に必要な機能を広域連携で確保・ネットワーク）：事例 1 鳥取市
- ② 急性期医療の後、急性期病院の受け皿となっている自身の居住地に近い回復期病院等に転院する。
（在宅医療・介護連携の推進に必要な機能を広域連携で確保・ネットワーク）：事例 2 益田市医師会
- ③ 地域の中に在宅医療・介護に係る資源が少ない場合、当該地域の病院が自治体と協力しながら在宅療養に向けた機能の拡充を図る等多機能化して体制を強化して支援する。
（在宅医療・介護連携の推進に必要な機能を自ら確保・拠点化）：事例 3 津和野共存病院
- ④ 地域内の在宅医療・介護連携に係る資源の重要性、住み続けられるまちに向けた自治体、医療・介護の関係者、住民の合意形成を図る。
（在宅医療・介護に係る資源の重要性についての意識醸成）：事例 4 奈義町
- ⑤ 日常生活を続けるには生活を支える機能が重要となるため、住民、医療・介護の関係者、自治体が連携して取り組む。
（在宅医療・介護を受けながら住み続けるための生活を含めた複合的な機能を確保・拠点化）
：事例 5 廿日市市吉和地域
- ⑥ 高齢期の状態変化を包括的に捉えて気づきを促しながら、自治体・専門職の意識醸成、住民の意識醸成を図る。
（在宅医療・介護を受けながら住み続けるための意識の醸成）：事例 6 周南市

在宅医療・介護に係る資源が自治体内で不足している場合、自治体内で新規に確保するか、広域で確保することになる。また、在宅医療・介護を受けながら日常生活を送るための生活を支える機能の確保も必要となるが、それらは高齢者が暮らす地域に密着していることが必要であり、さらに利便性の観点から集約されていることが望まれる。こうしたことを可能にするのは、自治体、医療・介護の関係者、住民らによる「住み続けられるまち」への意識醸成などの合意形成と連携に基づく活動である。

いずれの事例も上の図の全てを網羅するものではないが、概ね同様のものを目指して各所で取り組んでいる状況がみられた。

医療・介護の事業者には、地域のニーズを踏まえて事業を展開していくことが求められる。少子高齢化・人口減少によって、地域からのニーズも変化する。一般的にニーズが変化すれば事業者にはそれに呼応した対応が迫られるが、医療・介護は地域を支える基盤を構成する貴重な資源の一つであり、これらについて自治体と共にどのように地域のニーズに対応していったのかという観点で把握した。

機能確保の方法	主体	ポイント	事例対象
広域	市町連携	<p>広域・複数市町で取り組む在宅医療・介護連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 複数市町連携による広域での実施体制を構築、住民の生活圏域に着目、県を超えた自治体連携も実施 ○ 市・東部医師会によるセンター設置で圏域内の連携を推進 ○ 圏域内専門職にファンリテーション研修を実施、地域で連携を推進する人材を育成 <p>ポイント:【多機能化】【ネットワーク】【人材育成】</p>	鳥取市
多機能化	医師会	<p>在宅生活を面で支える医師会の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 人々を点(各事業)ではなく、面(医師会全体、行政や他サービス事業所)で支えることを重視 ○ 地域医療介護連携統括部を医師会立病院内に設置、在宅医療・介護連携推進のコントロールタワーとして機能 <p>ポイント:【多機能化】【拠点】【ネットワーク】</p>	益田市 医師会 (島根県 益田市)
	病院	<p>基幹病院が町と連携、地域のグランドデザインを描きながら医療・介護連携を推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 基幹病院と町で実態と課題を把握(病院長は津和野町の医療・介護統括管理者) ○ 基幹病院自ら多機能化を図り、地域資源を最適に動かしていくための検討も実施(複合化も視野) <p>ポイント:【多機能化】【拠点】【ネットワーク】</p>	津和野 共存病院 (島根県 津和野町)
複合化	診療所、 介護事業所、 町社協、 住民、町等	<p>住民、専門職、町でわが町の医療・介護・福祉・保健の連携システムをつくる</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 住み続けられる町となるために必要なこと、その中で自分ができることについて、住民、医療・介護専門職、行政が深く検討、皆が合意し、目線を合わせてそれぞれが主体的に活動 ○ 当初は「最期まで」を支える検討、検討が深まる中で介護予防、地域内互助活動が連動して進む <p>ポイント:【複合化】【ネットワーク】【協議の場】</p>	岡山県 奈義町
	診療所、NPO 支所、商店、 住民、市	<p>複合的な支援を行う拠点を中心とした医療・介護・生活を支える活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 住み続けられる地域を目指し、住民団体の会議に当該地域の診療所、行政等が参加して検討を実施、地域課題を共有 ○ 取り組みを開始した以降も実態把握と検討を重ね、目指す姿に近づく努力を継続 ○ 市は、本取り組みから得たヒントを他地域に展開すべく検討 <p>ポイント:【複合化】【拠点】</p>	広島県 廿日市市 (吉和)
その他	専門職連携 +行政	<p>医療・介護・行政の3者による検討の深化と住民啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療・介護連携を医療・介護・行政が推進する中で検討が深まり、高齢期の状態像変化も踏まえた取り組みに検討が進化 ○ それに伴い、住民への働きかけも変化 <p>ポイント:【協議の場】【ネットワーク】</p>	山口県 周南市

3. 事例

(1) 鳥取市

① 自治体概要

鳥取県鳥取市は、鳥取県東部因幡地方の中核市である。東は岩美町、八頭町、兵庫県新温泉町、西を湯梨浜町、三朝町、南を智頭町、岡山県津山市、鏡野町に接し2県との境に位置する。現在の鳥取市は、平成16年に旧鳥取市と周辺6町2村の合併で誕生した。



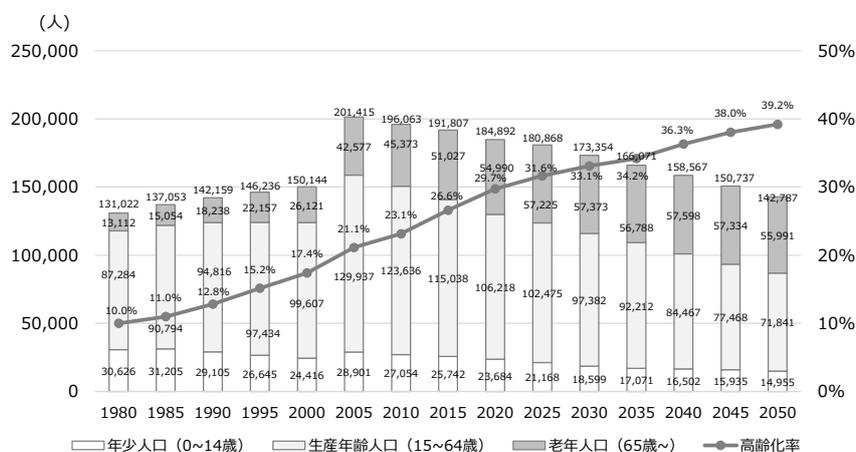
鳥取市の二次医療圏は「東部医療圏」（鳥取市、岩美町、若桜町、智頭町、八頭町の1市4町）である。管轄の医師会である東部医師会も、同様に1市4町をカバーしている。県境を越えて兵庫県新温泉町から鳥取市内の中核病院への救急搬送や入院も非常に多く、人的交流もあることから、平成30年4月1日に鳥取市、岩美町、若桜町、智頭町、八頭町及び新温泉町の1市5町で「因幡・但馬麒麟のまち連携中枢都市圏」が形成された。令和2年4月1日からは兵庫県香美町も加わり、1市6町で在宅医療・介護連携推進事業も連携・協力して推進している。

図表- 18 鳥取市の人口等

総面積	765.31km ²
人口密度	246.3人/km ²
総人口（人）	188,465
年少人口（人・総人口に占める割合）	23,741 12.6%
生産年齢人口(人・総人口に占める割合)	109,224 58.0%
65歳以上人口(人・総人口に占める割合)	55,500 29.4%
75歳以上人口(人・65歳以上高齢者人口に占める割合)	27,845 14.8%
85歳以上人口(人・65歳以上高齢者人口に占める割合)	10,947 5.8%

出典)総務省「令和2(2020)年国勢調査」(人口)

図表- 19 鳥取市の人口推移



出典)総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

※2025年以降は「国立社会保障・人口問題研究所」のデータに基づく推計値

※2004年 鳥取市、国府町、福部村、河原町、用瀬町、佐治村、気高町、鹿野町、青谷町が合併

図表- 20 鳥取市の場所別死亡者数

	人数	年間死亡数に占める割合
年間死亡数	2,250	-
自宅	266	11.8%
老人ホーム	261	11.6%
(自宅・老人ホームの計)	527	23.4%
病院	1,409	62.6%
介護医療院	72	3.2%
老人保健施設	102	4.5%

出典)厚生労働省「令和3年人口動態調査」の市町村の場所別死亡者数

図表- 21 鳥取市の医療・福祉の資源(抜粋)

医療機関	病院数	12	
	一般診療所数	129	
	在宅療養支援診療所数(75歳以上人口/1,000人対比)	24 (0.86)	
	在宅療養支援病院数(75歳以上人口/1,000人対比)	1 (0.04)	
	在宅療養後方支援病院数(75歳以上人口/1,000人対比)	2 (0.07)	
福祉施設	訪問	訪問介護	40 (1.44)
		訪問入浴介護	4 (0.14)
		訪問看護	21 (0.75)
		訪問リハビリテーション	12 (0.43)
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1 (0.04)
	通所	通所介護	63 (2.26)
		認知症対応型通所介護	9 (0.32)
		通所リハビリテーション	13 (0.47)
		地域密着型通所介護	32 (1.15)
	入所	介護老人福祉施設	16 (0.57)
		介護老人福祉施設(地域密着型)	1 (0.04)
		介護老人保健施設	12 (0.43)
		介護医療院	5 (0.18)
		認知症対応型共同生活介護	24 (0.86)
		小規模多機能型居宅介護	29 (1.04)
		看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)	1 (0.04)
	特定施設	7 (0.25)	

出典)日本医師会「地域医療情報システム」(※医療機関情報は令和4年11月現在、介護施設情報は令和4年9月現在)

② 在宅医療・介護連携の状況

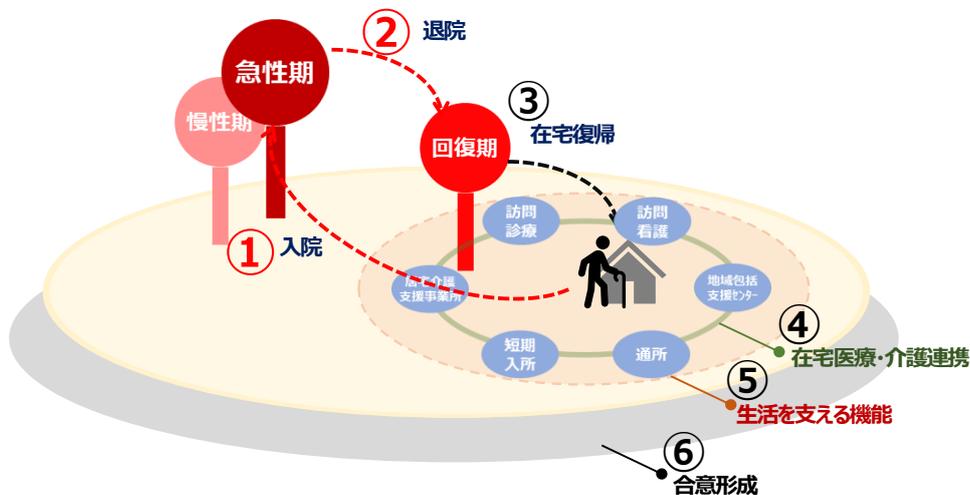
-1. 経緯まとめ

- 鳥取市は、1市4町の広域・複数市町で本格的に在宅医療・介護連携に取り組み、市町で在宅医療・介護連携推進事業を行う自治体の先駆けでもある。
- 平成30年度からは、鳥取市に隣接する兵庫県の新温泉町も含み在宅医療・介護連携推進を進め、圏域全体での在宅医療・介護連携の底上げ・充実を図っている。
- 在宅医療・介護連携に関わる専門職種を対象にファシリテーター研修を開始、現在まで継続的に育成を図っている。連携の際に重要となる話し合いの場の充実を目的とするが、結果として地域での在宅医療・介護連携も進めることにつながっている。

【経緯】

- 住民の入退院の状況、生活圏域、東部医師会の管轄等から、1市4町の複数市町で在宅医療・介護連携推進事業に取り組む。複数市町で取り組んだ理由は、地域の医療・介護の資源の状況・それに伴う実際の入退院等の人の動きからである。
- 複数自治体で推進する際の牽引役は1市4町をカバーする東部医師会であり、1市4町は協働による東部地区在宅医療介護連携推進室を設置、鳥取市も職員を派出させている。
- 平成30年に設定された「因幡・但馬麒麟のまち連携中枢都市圏」は、中核市である鳥取市を中心に県境をまたぐ兵庫県新温泉町、香美町も含む1市6町を範囲とする。鳥取市内への救急搬送、入退院の動きも多くあり、関係者の連携や住民への啓発は県をまたいで実施する必要から、在宅医療・介護連携推進事業についても連携・協力している。
- 複数の自治体が圏域単位で取り組む場合、単純な資源調達の関係に留まらず、自治体間でも足並みを揃え、圏域全体として質を上げていき、並行して各地域の連携促進の動きも加速させることが必要となる。東部医師会在宅医療介護連携推進室では圏域全体での推進とあわせ、圏域内に多くのファシリテーション教育を施した人材を育成することで、在宅医療・介護連携の推進を図っている。

本事例に特に関連する箇所：①入院、②退院



-2. 広域・複数市町で取り組む在宅医療・介護連携推進事業

i. 東部地域について

【東部地域の医療の状況】

- 鳥取市は県内唯一の中核市であり、医療機関が集中している。鳥取市内の救急告示病院には鳥取県立中央病院、鳥取市立病院、鳥取赤十字病院、鳥取生協病院がある。
- 医療圏である東部圏域を構成する1市4町の中で鳥取市以外の救急告示病院は、岩美町の岩美病院、智頭町の智頭病院のみである。他2町は診療所のみであり、東部圏域の中でも資源の偏在があった。
- 鳥取市周辺の町の場合、急変等の緊急搬送は鳥取市内の医療機関となることが多い。また、通院等についても同様に市をまたいでの動きがあった。
- 平成24年に1市4町による地域医療推進協議会と、合わせて「鳥取県東中部圏域地域医療推進機構」が設置された。鳥取県東中部圏域地域医療推進機構は、地域完結型医療介護体制の整備を目指して、参加病院間の連携強化や医療従事者の教育等に取り組んでいった経緯がある。
- なお、東部圏域と東部広域行政管理組合消防局の範囲は同じである。

point

- 圏域内に資源の偏在がある→通院、医療機関の入退院等、人の流れの実態を把握

図表- 22 東部地域の病院分布、地区医師会のエリア



出典)鳥取市資料

ii.生活圏域を重視した広域連携の体制

point

【1市4町による協働実施体制】

- 平成25年に発行された「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」（平成25年12月25日国立長寿医療研究センター）の、市町村は在宅医療・介護連携に向けて主体的に取り組む部署を設置する、地区医師会と市町村が連携して取り組む等の内容から、第6期介護保険事業策定と合わせて組織編制・予算確保を進めた。
- 平成27年度の省令改正で在宅医療・介護連携推進事業が地域支援事業となったことから、前年の平成26年6月より本格的に鳥取市は東部医師会と事業委託に向けた協議を開始した。
- 当初、鳥取市は単独市での実施を想定して東部医師会との協議に臨んだ。一方、東部医師会の対象範囲は東部医療圏と一致する1市4町であり、他4町からも委託に向けた話がくる可能性がある。そのため、東部医師会からは1市4町で足並みを揃えてほしいとの依頼があった。
- 依頼を受け、鳥取市は4町の取りまとめを開始する。1市4町の広域で入退院が行われている現状からも、各市町の資源の効果的・効率的な活用の観点からも1市4町で体制をつくることが重要である。

●住民の生活圏を踏まえた効率的な体制の検討の実施

(課題)

・在宅医療・介護連携推進事業に複数市町で取り組む

他町と一緒に取り組む上でのメリットは何だろうか？

連携に向けた協議をする前に整理しておく必要がある。



1. 医療圏と医師会の範囲が東部(1市4町)で一致する。
2. 急性期医療(鳥取市内の病院が中心)の入退院時から連携する必要がある。
3. 在宅医のバックアップや在宅患者急変時の後方支援、24時間体制の構築等は、単独市町では困難である。
4. 医療資源の地域間格差があるため、圏域全体で考えていく必要がある。
5. 医療圏全体で統一した事業の推進は、行政側、医療側ともに、効果的・効率的である。

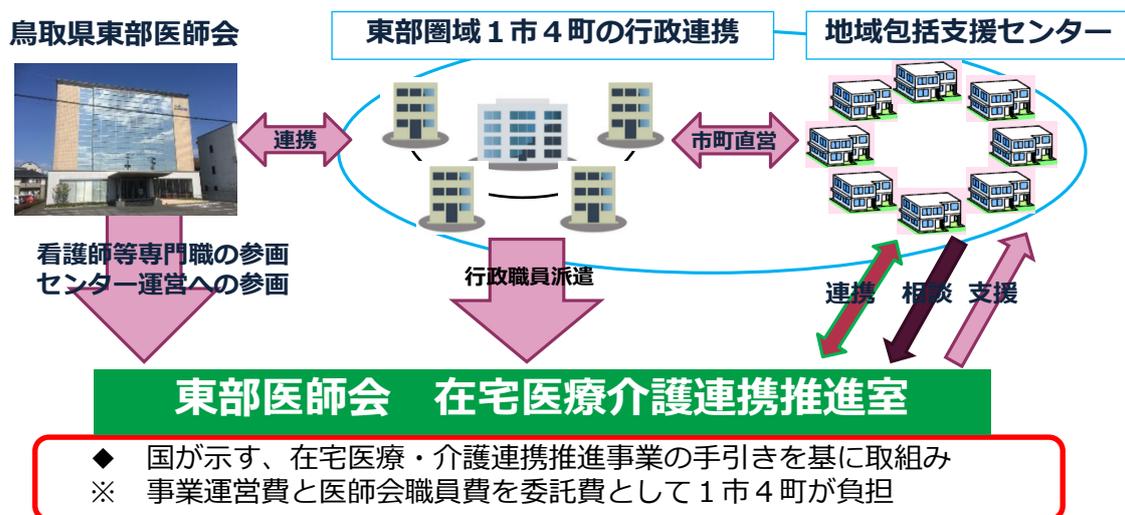
出典)鳥取市資料

住民の生活圏(東部広域)の実態にも即している

- 急変時に鳥取市内の病院への入院が生じている実態、現状の地域の医療資源を考えると、4町には連携することのメリットもあると考えられた。また、共に取り組んでいくことで検討が進み、圏域全体の在宅医療・介護連携が進む期待もできる。東部医師会が1市4町それぞれに対応する場合の負担を考えると、自治体がまとまらねば協力も得にくくなるとも考えた。
- 1市4町で取り組む上でのメリット等を踏まえ、鳥取市は4町の意向確認と協議を開始した。4町には、行政同士の話し合いの他、医療機関の観点から鳥取県東中部圏域地域医療推進機構による働きかけも行われた。
- その結果、4町との連携の合意が得られた。在宅医療・介護連携推進事業の実施にあたり、一番はじめに決まったのは市町連携の体制であった。
- 1市4町と東部医師会の協議を本格的に開始したが、在宅医療・介護連携推進事業についてのリーダーシップの取り方、医師会で担当する職員確保の問題が生じた。1市4町と東部医師会は協議を行い、①東部医師会内に在宅医療・介護連携推進を担当する室として「東部医師会在宅医療介護連携推進室」を設置、②運営費用は1市4町からの委託費、③行政職員が医師会に出向し医師会採用の専門職と一緒に取り組む協働事務局体制とすることで合意した。
- 東部医師会在宅医療介護連携推進室は、東部医師会、1市4町とつながりながら、圏域全体の在宅医療・介護連携を推進する。一方、地域によって実情は異なることから、地域の状況を踏まえたうえで各地域の在宅医療・介護連携を推進するため、地域包括支援センターと密に連携を取る体制を構築した。

- 広域連携は行政同士の連携から始める
- 行政と専門職が連携した協働事務局の設置
- 事業推進の責務は行政であり、リーダーシップをもって取り組む
- 専門職は現場の情報をキャッチ、行政職員と連携して取り組む
- 広域のため、地域包括支援センターと密に連携して各地域の連携推進を支援

図表- 23 東部地域の連携イメージ



出典)鳥取市資料

- 平成27年2月に医療・介護の関係職種・団体、市町社協、東部地域の1市4町から成る「東部地区在宅医療介護連携推進協議会」を立ち上げた。

● 全体の合意形成に向けた協議体の設置

東部地区在宅医療介護連携推進協議会 参加機関 ※設立当時
 東部医師会(会長、担当理事、在支診医師、在宅拠点事業所医師)、東部歯科医師会、鳥取県薬剤師会、鳥取県看護協会、鳥取県栄養士会、鳥取県社会福祉士会、鳥取県介護福祉士会、鳥取県介護支援専門員協会、在宅リハビリ研究会(PT・OT・STの代表)、鳥取県病院協会(急性期病院長)、地域医療任意研究会(国保病院長)、病院地域連携室の協議会、鳥取県老健協会、鳥取県老人福祉施設協議会(入所、通所、訪問)、小規模多機能連絡会、各市町社会福祉協議会、各市町地域包括支援センター、鳥取県東部広域行政管理組合消防局、保健所長、市行政参与(医師)計33名
 ※オブザーバー(各市町行政担当課長)

出典)鳥取市資料

住民の生活圏に即した体制がつくれる

図表- 24 市町連携・地区医師会との連携(注意点)

市町連携・地区医師会との連携(注意点)

- ・ 住民視点の生活圏域とは？(買い物・医療・通勤・通学)
 ※行政区域ではない
- ・ 地区医師会のエリアで事業推進(医師会に苦勞させない)
 ※行政連携の必要、旗振り役の市町は？
- ・ 医療圏域も意識して
 ※救急病院の退院が在宅医療の始まり
- ・ 広域連携は、都道府県・保健所が調整役に
- ・ 地区医師会の実情を知る(事務局長の理解が不可欠)
- ・ 委託でも行政の責任(まる投げしない、行政のリード)
 ※行政は裏方でなく、多職種の一員プレーヤーです

出典)鳥取市資料

iii.協働や連携を働きかけられる人材の育成

point

【ワーキンググループによるテーマの深堀】

- 東部地区在宅医療介護連携推進協議会は、圏域の関係者が集まって課題の検討、合意形成、意思決定を行う場であるが、具体のテーマについて深堀をしていくことは難しい。そのため、協議会の設置と合わせて、直下にワーキンググループを設置し、具体のテーマについて検討を深めており、検討の進展により廃止や再編をしている。
- 令和5年度末時点で設置されているワーキンググループは次のとおりである。

● 重点的に取り組むべき個別テーマを深堀するためのワーキンググループの設置

図表- 25 専門職研修の実績(平成27年度～令和5年度)※一部抜粋

総合企画WG	平成27年4月より事業全体の打合せ会として活動を開始し、同年8月に総合企画WGに改称し活動を継承。事業全体の活動内容の協議、進捗管理。
住民啓発WG	行政・市社会福祉協議会等と、住民啓発の実施主体の連携強化を図り、住民啓発活動を活性化(ファシリテーター活動も含む)。
研修支援WG	評価・改善しながら継続した研修会開催を目指す。
在宅療養支援WG	情報共有含め幅広く在宅療養時の課題について協議する。

出典)東部医師会 在宅医療介護連携推進室 ホームページ

(課題)

- ワーキンググループでのテーマの検討、医療・介護に係る専門職連携、住民への働きかけ等、いろいろな場面で検討や合意形成が求められている。
- 検討の場を活性化させ、目的に向けて議論を取りまとめる力が重要である。

多職種連携の研修や住民参加型勉強会等ではグループで協議・検討することが効果的であり、ファシリテーションできる人材がいることが有効ではないか？



【ファシリテーターを育成し研修会支援】

- 平成27年度より、多職種研修WGの中でファシリテーター養成講座を開始する。在宅医療・介護連携を進めていく際には協議、合意形成、連携等が行われる。参加者一人一人が考え、対話し、協働して「高齢者が可能な限り、住

● 協議、合意形成、連携に向けた技術としてファシリテーションに着目、人材育成と確保を実施

み慣れた地域で身体状況に応じて、自立した日常生活を送ることができる地域づくり」の取り組みを進めるには、検討を促し、調整していく役割が必要であり、その力を持つ人材を育成・確保していくことを目的に開始した。

- 平成 27 年度～令和元年度は、基礎研修である「地域包括ケア推進に係るファシリテーション研修」（2 日間開催）、スキルアップとして「ファシリテーターフォローアップ研修」（半日もしくは1 日開催）を、外部講師を招聘して実施していたが、現在は事務局及び医療・福祉の関係者による「ファシリテーター養成講座」で一本化している。
- 研修受講者には、ファシリテーションWGへの参加を促し、研修開催時の支援をしてもらっている。平成 29 年度からは、専門職向けの研修会である「地域包括ケア専門職“絆”研修」にグループワークのファシリテーターとして参加を開始し、現在は研修会の進行を担うこともある。同研修では4つの場面のうち入退院支援に焦点をあてた「①退院支援「病院から在宅へ」」、日常の療養支援に焦点をあてた「②生活支援「在宅療養」」、看取りに焦点をあてた「③終末期支援「看取りの時期」」の3テーマを設定し、グループワークを実施している。
- 平成 28 年度末からは、住民啓発学習会、専門職団体の研修会の開催も支援している。平成 29 年度末にそれまでの住民啓発を踏まえたACPの研修（ファシリテーター向け住民啓発模擬体験研修会 平成 30 年2月）を開発、その内容も用いて実施している。令和5年度に住民啓発学習会、専門職団体の研修会等は7か所で実施した。
- 令和5年度までの9か年の養成講座修了者は計131名である。うち、常に20～30名が協力してくれる関係性ができている。

●ファシリテーター養成研修は自前のできるようになった

●研修受講者は、専門職向けの研修会、住民啓発学習会、団体等研修会の開催を支援

●4つの場面への着目、グループワークを通じての理解

●ファシリテーター参加により、専門職の研修会、住民啓発の場の検討・協議が深まる

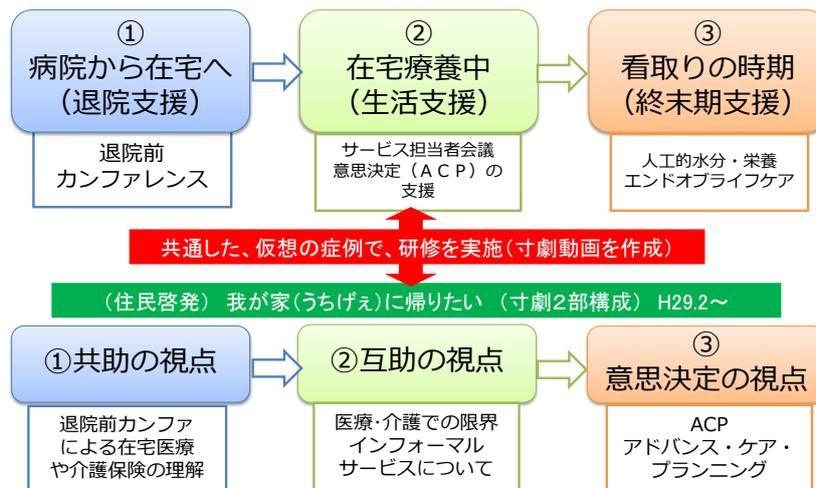
●ファシリテーターを担う専門職もスキルアップ

図表- 26 専門職研修の実績(平成 27 年度～令和 5 年度) ※一部抜粋

年度	タイトル	目的・内容
平成27年度	地域包括ケア推進に係るファシリテーション研修 (2日間開催)	1日目:ファシリテーションの技術の理解と基本の実践 2日目:実践的ファシリテーション(いろいろな話し合い方)
平成28年度	ファシリテーター(H28.3修了者)フォローアップ研修	(1)ファシリテーションの応用(演習とグループワーク) (2)交流会(情報交換と助言) (3)地域包括ケアでのファシリテーターの活動について
	地域包括ケア推進に係るファシリテーション研修 (2日間開催)	1日目:ファシリテーションの技術の理解と基本の実践 2日目:実践的ファシリテーション(いろいろな話し合い方)
平成29年度	ファシリテーター(H28.3修了者)フォローアップ研修	ファシリテーションの応用(演習とグループワーク) 交流会(情報交換と助言) 地域包括ケアでのファシリテーターの活動について
	地域包括ケア推進に係るファシリテーション研修 (2日間開催)	1日目:ファシリテーションの技術の理解と基本の実践 2日目:演習・実践的ファシリテーション(いろいろな話し合い方)
	ファシリテーター向け住民啓発模擬体験研修会	DVD「我が家(うちげえ)に帰りたい」とACPパンフレットを活用した住民啓発研修を体験。 住民の研修依頼の際に対応するためと一住民としてACPを理解しておくことが目的。
平成30年度	平成30年度 ファシリテーターフォローアップ研修【第1回】	(1)ファシリテーターの活動の現状 (2)講義と演習「ファシリテーションについて」
	平成30年度 ファシリテーターフォローアップ研修【第2回】	(1)ACPIについて (2)東部における在宅医療介護連携推進事業 (3)講義と演習「プレゼンテーションについて」
令和元年度	ファシリテーター・フォローアップ研修	講義と演習「ファシリテーションについて」
	令和元年度 プレゼンター養成講座	ファシリテーション研修修了者等に住民啓発等で行うプレゼンテーションを研修。 (1)東部の在宅医療・介護連携推進事業における啓発活動について (2)講義・演習「プレゼンターについて」
令和3年度	令和3年度 ファシリテーター養成研修	講義・演習「ファシリテーターとして地域包括ケアを推進してみませんか」 説明「鳥取県東部圏域におけるファシリテーターの活動について」
令和4年度	令和4年度 ファシリテーター養成研修	講義・演習「ファシリテーターとして地域包括ケアを推進してみませんか」 説明「鳥取県東部圏域におけるファシリテーターの活動について」
令和5年度	令和5年度 ファシリテーター養成研修	講義・演習「ファシリテーターとして地域包括ケアを推進してみませんか」 説明「鳥取県東部圏域におけるファシリテーターの活動について」

出典)鳥取県東部医師会在宅医療連携室 ホームページ

図表- 27 多職種研修 地域包括ケア専門職“絆”研修(3回シリーズ)の内容



出典)鳥取市 資料

図表- 28 多職種研修 地域包括ケア専門職“絆”研修の開催実績(平成 29 年度～令和 4 年度)

年度	タイトル	研修受講者	ファシリテーター参加者
平成29年度	地域包括ケア専門職“絆”研修①退院支援「病院から在宅へ」	90名	14名
	地域包括ケア専門職“絆”研修②生活支援「在宅療養」	87名	17名
	地域包括ケア専門職“絆”研修③終末期支援「看取りの時期」	70名	10名
	地域包括ケア専門職“絆”研修①退院支援「病院から在宅へ」	53名	16名
平成30年度	第2回地域包括ケア専門職“絆”研修②生活支援「在宅療養中」	44名	9名
	第2回地域包括ケア専門職“絆”研修③終末期支援「看取りの時期」	53名	—
	第3回地域包括ケア専門職“絆”研修①退院支援「病院から在宅へ」	44名	8名
	第3回地域包括ケア専門職“絆”研修②生活支援「在宅療養中」	48名	10名
	第3回地域包括ケア専門職“絆”研修③終末期支援「看取りの時期」	48名	8名
令和元年度	第4回 地域包括ケア専門職“絆”研修 ① 退院支援「病院から在宅へ」	55名	10名
	第4回 地域包括ケア専門職“絆”研修 ② 生活支援「在宅療養」	46名	8名
	第4回 地域包括ケア専門職“絆”研修 ③ 終末期支援「看取りの時期」	48名	5名
令和2年度	第5回地域包括ケア専門職“絆”研修①退院支援「病院から在宅へ」	55名	8名
	第5回地域包括ケア専門職“絆”研修②在宅療養中「生活支援」	24名	6名
	第5回地域包括ケア専門職“絆”研修③看取りの時期「終末期の支援」	32名	7名
令和3年度	第6回地域包括ケア専門職“絆”研修①病院から在宅へ「退院支援」	49名	13名
	第6回地域包括ケア専門職“絆”研修②在宅療養中「生活支援」	69名	8名
	第6回地域包括ケア専門職“絆”研修③看取りの時期「終末期の支援」	48名	7名
令和4年度	第7回地域包括ケア専門職“絆”研修①病院から在宅へ「退院支援」	78名	19名
	第7回地域包括ケア専門職“絆”研修②在宅療養中「生活支援」	53名	11名
	第7回地域包括ケア専門職“絆”研修③看取りの時期「終末期の支援」	54名	17名

出典)鳥取県東部医師会在宅医療連携室 ホームページ

図表- 29 我が家(うちげえ)に帰りたい

● 寸劇「我が家(うちげえ)に帰りたい」

- ・夫が脳梗塞で倒れます。リハビリに励み退院することになったのですが…。我が家(うちげえ)に帰りたい夫と家族のやりとりの結果は!?
- ・我が家(うちげえ)に帰っても高齢者夫婦の悩みは尽きません。夫が再発したら、妻が先に倒れたら…。 かかりつけ医やケアマネジャーと一緒に考えます。

こんな
学習会を
開催して
みませんか?

●介護が必要となるような病気になったとき、どこで療養したいですか？人生の最終段階において、どのような医療や介護を受けたいですか？あなたや家族の思いや不安などを、考えて話し合ってみませんか。

- ◆町内会など少人数でも、学習会の開催をお手伝いします、ご相談ください。
- ◆寸劇のシナリオやDVDもあります！



出典)鳥取県東部医師会在宅医療連携室 ホームページ

図表- 30 住民啓発学習会・専門職団体の研修会開催実績

年度	タイトル	研修受講者	ファシリテーター参加者	目的・内容
平成28年度	住民啓発学習会 (地域で健康・福祉の役割を担う地区社協、民生児童委員、健康づくり地区推進員等を対象に実施)	不明	12名	■テーマ「我が家(うちげえ)に帰りたい」 ・第一部(寸劇) 退院後の在宅生活、本人・家族の思いと不安(寸劇後にグループワーク) ・第二部(寸劇) 将来の不安、いざという時のことを考えていますか？ 伝えていますか？ (寸劇後にグループワーク)
平成29年度	鳥取市富桑地区住民啓発学習会	60名	6名	■テーマ「我が家(うちげえ)に帰りたい」 ・第一部(寸劇) 退院後の在宅生活、本人・家族の思いと不安(寸劇後にグループワーク) ・第二部(寸劇) 将来の不安、いざという時のことを考えていますか？ 伝えていますか？ (寸劇後にグループワーク)
平成30年度	平成30年度 第1回鳥取こやま地域包括支援センター圏域ケアマネ研修会	48名	7名	ACP(アドバンス・ケア・プランニング)について
	平成30年度 鳥取県介護支援専門員連絡協議会「第1回東部支部圏域別研修会」	33名	6名	ACP(アドバンス・ケア・プランニング)について
	第14回 地域支援口腔ケア・食支援研究会	28名	3名	ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の考え方、進め方の理解 「我が家(うちげえ)に帰りたい」
	愛の訪問協力員・となり組福祉員等合同研修会 (主催:気高町地域福祉推進協議会)	50名	5名	研修会テーマ:「我が家(うちげえ)に帰りたい」
	平成30年度 鳥取東健康福祉センター「第3回管内介護支援専門員研修会」	56名	9名	研修会テーマ: ACP(アドバンス・ケア・プランニング)を学ぶ ～「我が家(うちげえ)に帰りたい」で考える、話し合う～
	鳥取西地域包括支援センター「平成30年度第1回鳥取西地域介護保険サービス事業所職員研修会」	45名	5名	研修会テーマ: ACP(アドバンス・ケア・プランニング)について ～住民啓発DVD「我が家(うちげえ)に帰りたい」の視聴とグループワーク～
	平成30年度 西ブロックとなり組福祉員・愛の訪問協力員合同研修会 :鳥取市社会福祉協議会	34名	5名	研修会テーマ: ACP(アドバンス・ケア・プランニング)のすすめ ～考えてみましょう、話し合ってみましょう～

出典)鳥取県東部医師会在宅医療連携室 ホームページ

(課題)

- 鳥取市内には隣の兵庫県新温泉町住民らの来訪も多い

→平成 30 年に中核市である鳥取市等 1 市 5 町（後に 1 町追加で 1 市 6 町）で「因幡・但馬麒麟のまち連携中枢都市圏」を形成

都道府県の枠内で二次医療圏が定められているが、新温泉町民の高度医療の 9 割は鳥取県東部地域、美方広域消防（新温泉町域）の救急搬送の約半数も鳥取県東部という状況もみられる

住民の医療を含む生活圏域に県境が無いなら、当然、病院の入退院時の多職種間の連携、それを利用する住民への住民啓発は、県境を越えて連携していかなければならないのではないか



【県を越えた広域連携】

- 平成 30 年 4 月 1 日に鳥取市、岩美町、若桜町、智頭町、八頭町及び兵庫県新温泉町の 1 市 5 町で「因幡・但馬麒麟のまち連携中枢都市圏」を形成した。（後に香美町が追加されて 1 市 6 町）
- 新温泉町住民の多くが鳥取県東部地域の病院を利用しているため、既に東部地域で進めていた ACP の啓発を新温泉町に対しても共通して展開することにし、あわせて終活支援ノート「わたしの心づもり」を作成した。
- 以上の展開に向けて、鳥取市・東部医師会在宅医療介護連携推進室は新温泉町と連携して、新温泉町の医療・介護の関係者に対して研修会を開催した。

■新温泉町地域ケア会議

日時:平成 30 年 8 月 6 日

参加者:新温泉町内の医師、訪問看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員等 33 名

プログラム

1. 鳥取県東部の在宅・医療介護連携推進事業と連携中枢都市圏での取り組み
2. 鳥取県東部における ACP の取り組み
3. グループワーク「新温泉町、これからどうアクションしていくのか？」

- 実態を踏まえ県を越えた圏域を設定

- 圏域の共通理解として ACP の理解を働きかける

- 県外の医療・介護の専門職に対し、住民に対して働きかけができるよう支援

- 同様に鳥取県東部地域の医療施設の利用が多い兵庫県美方郡香美町より依頼があり、美方郡（新温泉町、香美町）在宅医療・介護連携推進事業合同研修会を開催した。
- その後も美方郡在宅医療・介護連携フォーラムへの参加や研修会への参加等を通じて県外 2 町との連携を深めることで、住民の生活圏の実態に即した取り組みを進めている。

<p>■美方郡(新温泉町・香美町)在宅医療・介護連携推進事業 合同研修会 日 時:平成 30 年 10 月 27 日 参加者:美方郡内の医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、ケアマネジャー、介護職、行政職等 36 名 プログラム 1. 鳥取県東部の在宅・医療介護連携推進事業と連携中枢都市圏での取り組み 2. ACP 3. グループワーク「美方郡(新温泉町、香美町)の在宅医療・介護連携を推進するには？」</p>

<p>■令和元年度美方郡在宅医療・介護連携フォーラム 日 時:令和 2 年年 2 月 2 日 主 催:美方郡在宅医療・介護連携推進代表者会議</p>
--

- 鳥取県内においても中部地域とも医療の関わりがあることや県外との関わりが生じていること等から、次も広域連携の一環として実施し、より住民の生活圏の実態に即した取り組みを進めている。

<p>■令和元年度 ACP研修会 日 時:令和元年 7 月 23 日(火)13:30~15:30 主 催:倉吉市、倉吉市地域包括支援センター社会福祉士部会 参加者:ケアマネジャー、相談員、民生委員、行政職員 (70 名)</p>
--

<p>■令和2年度 ACP研修会 「知ろう活かそう人生会議(ACP)~人生の最終段階を見据えた意思決定について~」 主 催:倉吉市、倉吉市地域包括支援センター社会福祉士部会 参加者:倉吉市地域包括支援センター及び倉吉市長寿社会課職員 (21 名)</p>

<p>■日本死の臨床研究会中国四国大会 テーマ:地域で育むアドバンス・ケア・プランニング 主 催:社会医療法人昌林会安来第一病院</p>
--

<p>■介護職のための在宅緩和ケアセミナー(オンライン) テーマ:地域で育むACP 共 催:広島県健康福祉局健康づくり推進課</p>
--

<p>■まつえアドバンス・ケア・プランニング普及啓発推進協議会総会・研修会(オンライン) テーマ:地域で育むACP 主 催:島根県松江市健康福祉部介護保険課</p>
--

<p>■とっとり・健康寿命延伸フォーラムタウンミーティング 主 催:鳥取県国民健康保険診療施設等協議会、鳥取県国民健康保険団体連合会</p>
--

<p>■緩和ケア地域連携カンファレンス テーマ:地域で育むアドバンス・ケア・プランニング 主 催:島根大学医学部附属病院緩和ケアセンター・地域医療連携センター</p>

③ 取り組みのポイント

住民の生活圏を踏まえた広域での連携体制の構築

- (実態を踏まえた圏域設定) 鳥取市外からの市内急性期病院の入退院の実態、在宅の高齢者急変時の後方支援を踏まえると、広域で取り組む必要がある。
- (市町を越えた広域連携のメリットを確認) 広域で取り組む場合、複数市町で検討することで圏域全体の在宅医療・介護連携が進む等の効果や進める際の効率化も期待できる。そのため、まず市町を越えた広域連携のメリットを確認し、合意した上で連携体制をつくった。

ワーキンググループによるテーマの深堀

- (テーマの深堀) 東部地区在宅医療介護連携推進協議会は、広域で進めていく際の検討や合意形成の場であることから、大事な個別テーマについては深堀するためのワーキンググループを設定した。

連携・合意形成を促す力を持つ人材の育成

- (調整・推進を働きかけられる力) 在宅医療・介護連携を推進していく上では、専門職同士、行政と専門職、住民と専門職等で共に考え、協議し、連携して取り組んでいくことが必要となる。その力を持つ人材を育成し、さまざまな研修への働きかけのみならず協議の場でも活躍できる人材をファシリテーター研修によって育成している。
- ファシリテーターの研修受講者は既に100人を超える。その中には、専門職に向けた研修会や住民学習会等のグループワークのファシリテーターのみならず、研修の全体進行等ができる人材が20~30人程度おり、東部医師会在宅医療介護連携推進室と一緒に専門職に向けた研修会や住民学習会等の支援に取り組んでいる。
- ファシリテーションの能力は研修会等だけではなく、地域で連携を働きかける際や日々の業務にも活かされる。

さらに実態に即した広域連携へ

- 県内別圏域の市町や、隣接する他県の町からの市内急性期病院の利用状況から、住民の実態にあわせて連携対象を拡大した。
- 特に広域連携と大きな関わりがあるのは急性期病院との連携である。医療や介護が必要となった際にどのように生活したいのか、急変時や看取りにはどうしたいのか等は住民自身が考えておくことが大事であるため、連携先の県外自治体ともACP等の資料を使った研修会等で考え方等の共有を図っている。

広域ネットワークで医療・介護の資源を確保・取り組み体制づくり

ワーキンググループや研修会で検討を深める

圏域を拓げ、考え方等の共有を図る

医療・介護連携充実にに向けた働きかけができる人材を育成

専門職の研修や住民向け勉強会等を支援、多職種連携や住民の理解を深めることに寄与

(2) 益田市医師会

① 自治体概要

益田市医師会が管轄とする益田市は、島根県南西に位置し、山口県、広島県と接している。北東を浜田市、東を広島県北広島町、安芸太田町、廿日市市、南を山口県岩国市、津和野町、吉賀町、西を山口県萩市に接している。益田市は、平成16年に旧益田市と美都町と匹見町の合併で誕生した。

益田市の二次医療圏は「益田医療圏」（益田市、津和野町、吉賀町の1市2町）である。益田市医師会では益田市地域医療センター医師会病院、介護医療院ふたば、介護老人保健施設くにさき苑、保健予防センター、在宅医療介護連携研修センター、在宅医療介護連携統括部を有し、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護事業所、訪問看護ステーション等の運営も行っている。

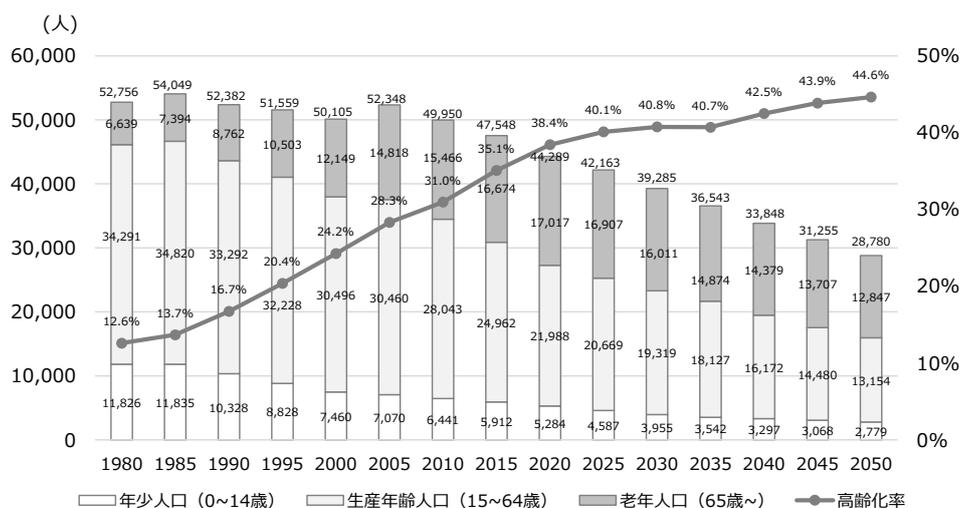


図表- 31 益田市の人口等

総面積	733.19km ²	
人口密度	61.4人/km ²	
総人口（人）	45,003	
年少人口（人・総人口に占める割合）	5,329	11.8%
生産年齢人口（人・総人口に占める割合）	22,470	49.9%
65歳以上人口（人・総人口に占める割合）	17,204	38.2%
75歳以上人口（人・65歳以上高齢者人口に占める割合）	8,997	20.0%
85歳以上人口（人・65歳以上高齢者人口に占める割合）	3,559	7.9%

出典)総務省「令和2(2020)年国勢調査」(人口)

図表- 32 益田市の人口推移



出典)総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

※2025年以降は「国立社会保障・人口問題研究所」のデータに基づく推計値

※2004年 益田市、美都町、匹見町が合併

図表- 33 益田市の場所別死亡者数

	人数	年間死亡数に占める割合
年間死亡数	714	-
自宅	107	15.0%
老人ホーム	117	16.4%
(自宅・老人ホームの計)	224	31.4%
病院	458	64.1%
介護医療院	20	2.8%
老人保健施設	3	0.4%

出典)厚生労働省「令和3年人口動態調査」の市町村の場所別死亡者数

図表- 34 益田市の医療・福祉の資源(抜粋)

医療機関	病院数	3	
	一般診療所数	38	
	在宅療養支援診療所数(75歳以上人口/1,000人対比)	9 (1.00)	
	在宅療養支援病院数(75歳以上人口/1,000人対比)	0 (0.00)	
	在宅療養後方支援病院数(75歳以上人口/1,000人対比)	1 (0.11)	
福祉施設	訪問	訪問介護	10 (1.11)
		訪問入浴介護	1 (0.11)
		訪問看護	5 (0.56)
		訪問リハビリテーション	3 (0.33)
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1 (0.11)
	通所	通所介護	11 (1.22)
		認知症対応型通所介護	1 (0.11)
		通所リハビリテーション	3 (0.33)
		地域密着型通所介護	18 (2.00)
	入所	介護老人福祉施設	5 (0.56)
		介護老人福祉施設(地域密着型)	2 (0.22)
		介護老人保健施設	1 (0.11)
		介護医療院	1 (0.11)
		認知症対応型共同生活介護	14 (1.56)
		小規模多機能型居宅介護	4 (0.44)
		看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)	1 (0.11)
	特定施設	5 (0.56)	

出典)日本医師会「地域医療情報システム」(※医療機関情報は令和4年11月現在、介護施設情報は令和4年9月現在)

② 益田市医師会と在宅医療・介護連携の状況

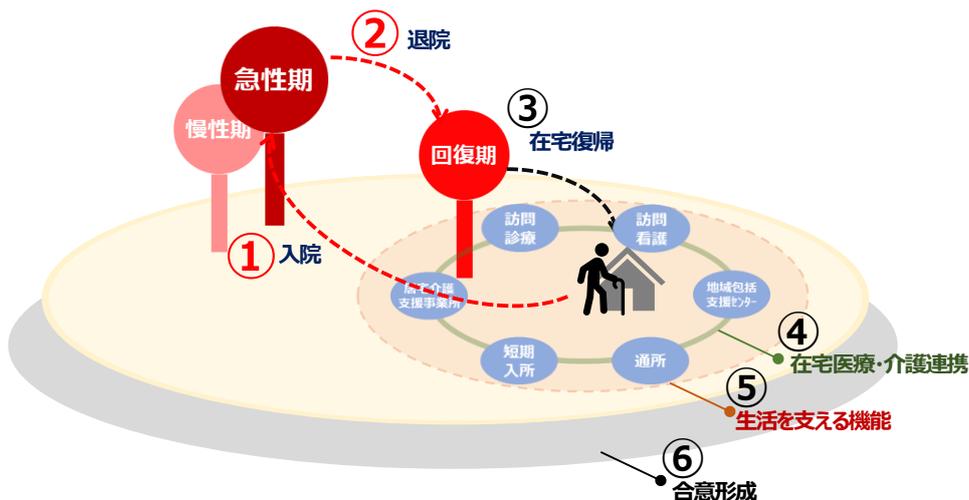
-1. 経緯まとめ

- 益田市医師会では、病院完結型から地域完結型で高齢者の在宅生活を支えることを目指し、自らも多機能化しながら進めてきた。
- 在宅生活を支えるには点（各事業）ではなく面（医師会全体、行政や他サービス）が必要であることから、医師会立病院、介護医療院、老人保健施設及び在宅サービス等を開設し、自ら多機能化することによる市内における医療・介護ネットワークの拡充を図った。
- さらに、益田市医師会内に医療・介護の推進を統括していく「地域医療介護連携統括部」を設置、情報の一元化とワンストップサービスを行っている。

【経緯】

- 地域内での医療完結を目指し、医師会員による共同利用施設として、昭和 61 年に益田地域医療センター医師会病院を開設、その後も医療・介護に係る事業を実施してきた。
- 地域のニーズ、益田圏域の医療・介護等の資源の状況等から、益田地域医療センターの一部を地域包括ケア病床へ転換し、他病院との機能連携を深めることで市内および圏域における高齢者の在宅生活の支援を進めている。
- 益田市医師会内の組織として、益田市医師会内で取り組む事業を統括する「地域医療介護連携統括部」を設置し、他の資源との連携を図っている。地域医療介護連携統括部内には益田市在宅医療・介護連携支援センターを位置づけ、益田市の在宅医療・介護連携推進事業、島根県の医療連携推進コーディネーター事業を受託している。
- 連携における調整機能は重要である。組織的にその強化を進めることで、資源が限られた状況の中での医療・介護連携の効率的な推進、市・保健所・県という各層での関係性強化が図られてきている。

本事例に特に関連する箇所：①入院、②退院



-2. 在宅生活を面で支える医師会の取り組み

i. 益田市医師会の取り組みについて

【益田市医師会について】

point

- 益田市医師会は、昭和35年の設立以来、保健・医療・福祉を通じた地域貢献を目指している。益田市医師会の中長期計画では「在宅を中心とした安心して住める環境づくり」を掲げ、地域のニーズを踏まえつつ地域で完結する医療体制の構築に向け、自ら先頭に立って取り組んでいる。

図表- 35 益田市医師会

昭和61年	益田地域医療センター医師会病院 開設 (地域医療支援病院・地域医療拠点病院)
平成8年	益田市立介護老人保健施設*「くにさき苑」管理運営受託 (訪問看護ステーション、ホームヘルプ事業所等開設) ※開設時は老人保健施設
平成12年	医師会病院 介護療養型医療施設*「ふたば棟」開設 ※開設当時は療養型病床群
平成16年	医師会病院 リハビリテーションセンター 開設
平成17年	益田市国保「美都診療所」指定管理受託
平成27年	在宅医療介護連携・研修センター 開設 (在宅医療・介護、地域包括ケアの拠点)
平成30年	益田市東部・中部地域包括支援センター運営受託
令和2年	介護療養型医療施設(44床)を介護医療院(44床)に転換して「介護医療院ふたば」開設

- 地域ニーズを踏まえて地域医療に貢献するため、在宅医療・介護支援を含め、様々な機能を拡充してきた

出典) 益田市医師会ホームページ

図表- 36 益田地域医療センター医師会病院

診療科	内科、外科、整形外科、循環器内科、循環器外科、麻酔科、放射線科、肛門外科、呼吸器内科、呼吸器外科、腎臓内科リウマチ科、リハビリテーション科、婦人科、病理診断科
病床数 (253床) ※介護医療院除く	一般病棟1単位(60床) 地域包括ケア病棟(60床) 回復期リハビリ病棟(44床) 特殊疾患病棟(45床) 療養病棟(医療)(44床) 介護医療院(44床)
付属施設	保健予防センター、臨床検査センター
承認	開放型病院、地域医療支援病院、地域医療拠点病院
指定	救急指定病院、労災指定病院、島根県がん情報提供促進病院

※他に島根県立石見高等看護学院の運営を県より受託)

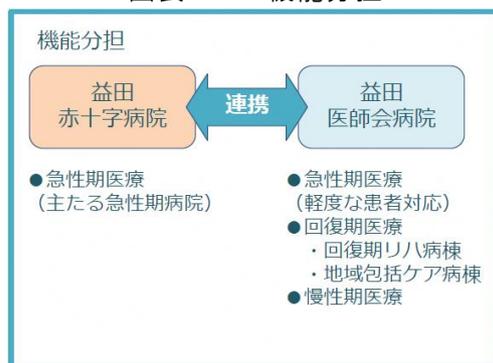
出典) 益田市医師会ホームページ

【益田市内の医療環境】

- 益田市内には益田地域医療センター医師会病院、益田赤十字病院、松が丘病院の3病院がある。益田赤十字病院は急性期、益田地域医療センター医師会病院は主に回復期・慢性期を担う等で機能分担を進め、協力して地域の医療を支えている。

- 市内の医療機関で機能分担を進め、そのネットワークで在宅生活を支えている

図表- 37 機能分担



出典)益田市医師会 資料

図表- 38 地域医療を守るための対策

1. 医師の異動
医師会病院より医師2名(外科・消化器内科)を益田赤十字病院に異動させ、急性期医療の強化を図る(平成27年)
2. 病床機能の転換
益田赤十字病院が急性期医療に特化(284床)し、益田地域医療センター医師会病院の一般病棟1単位を地域包括ケア病棟に転換(60床)
3. 医療機能連携協定の締結
益田地域医療センター医師会病院と益田赤十字病院の相互に有する機能を活用し、連携して適切な地域医療を提供することを目的とした協定を締結(平成28年)・・・医療機器の相互利用、日当直の支援 等

出典)益田市医師会 資料

●医療資源を有効に活用するため、それぞれの機能を明確にし、連携協力して取り組んでいる

【益田圏域の医療環境】

- 二次医療圏である益田医療圏(益田市、津和野町、吉賀町)には5病院があり、益田市内の3病院以外は津和野町の津和野共存病院と吉賀町の旧・六日市病院(令和5年3月1日に六日市病院を公設民営化して「よしか病院」に移行)である。
- 益田地域医療センター医師会病院は、益田圏域内の2町、山口県との境に位置することから隣市の萩市(山口県)からの来院や緊急搬送にも対応している。

●特に急性期医療について、市外からの入院等の広域での実態が生じている

益田医療圏



ii.地域医療介護連携統括部を核とした在宅を中心とした安心して暮らせる地域づくりの推進

【地域医療介護連携統括部の発足】

point

（医師会内における入院～在宅支援機能の連携）

- 「在宅を中心とした安心して暮らせる地域づくり」推進のため、地域のニーズを踏まえながら益田市医師会は機能を拡充して展開してきた。その際の核となる益田地域医療センター医師会病院が、高齢者が地域に戻る過程にある老人保健施設、在宅生活を支援する機能等、医師会内の部門連携を重視し、強化を図ってきた。
- 入院から在宅生活への移行に向けては、当時は病院の地域連携室に看護師が1名、医療相談室に医療ソーシャルワーカーが3名、老人保健施設にも支援相談員が2名配置されていた。それぞれの機能と人員を集約し、情報の一元化を図ることで、益田市医師会内で実施している事業の連携強化が進むと考えられた。

- 益田市医師会が拡充してきた機能を最大限に効果的かつ効率的に利用するためには事業間の連携が不可欠

（市町村内の連携・圏域内の連携）

- 平成27年の省令改正に伴い、益田市でも在宅医療・介護連携推進事業への取り組みが開始した。市内の医療・介護の関係者の連携強化に向けて、市は益田市医師会に対し、在宅医療・介護連携推進の一部の受託について打診した。
- 益田市は益田圏域内自治体の中で最も大きく、津和野町、吉賀町からは益田市内の医療施設への通院・入院の実態も生じている。今後はさらに高齢者の在宅生活への支援が求められることが考えられたが、そのためには既に生じている市外から入院している高齢者に対し、退院から在宅への道筋を明確に整理しておかねばならない。そのため、益田地域医療センター医師会病院には、同じく二次医療機関である益田赤十字病院と共に益田圏域における急性期から回復期・慢性期、在宅への移行に向けた医療連携への対応と、益田市医師会が実施する事業間の連携強化への対応の2軸を考えることが求められていた。

- 医師会は、自治体が進める在宅医療・介護連携推進事業を実施する上で欠かせないパートナーである

- 在宅生活における急変時対応に向けた急性期医療を含む広域での体制構築が求められる

（課題）

・在宅を中心とした安心して暮らせる地域づくりを、益田市のみならず益田圏域で考えていくことが求められている

益田市医師会内で実施している事業間の連携を深めることとあわせ、圏域内の医療機関との連携体制の強化が求められている。・益田市医師会にはその2つの連携を支援する機能が必要なのではないか？



点(各事業)で支えるだけでなく、面(医師会全体、行政や他の医療機関や事業所等)で支える必要

(地域医療介護連携統括部の発足)

- 当時、益田市医師会は島根県からの打診を受けて病院敷地内に「在宅医療介護連携・研修センター」の設置を進めていた。在宅医療介護連携・研修センターは、研修室、学生の実習室、居宅サービス事業や訪問サービス事業で構成され、地域包括ケアシステムを強く意識した内容である。そのため、益田市医師会では、医師会内・市内・圏域内の連携を支援する機能として平成27年11月に「地域医療介護連携統括部」を在宅医療介護連携・研修センター内に設置し、医師会内の機能と人員を集約した。
- 平成29年度より、益田市の在宅医療・介護連携推進事業の一部受託を開始した。(当時、在宅医療・介護連携推進事業の具体的取り組みとして示されていたもののうち、ア.地域の医療・介護の資源の把握、オ.在宅医療・介護連携に関する相談支援、カ.医療・介護関係者の研修、キ.地域住民への普及啓発)地域医療統括部内の人員は複数担当兼務で配置されているが、相談支援担当の医療ソーシャルワーカーは病院の入退院支援業務も担っているため、地域の状態がよくわかり、情報を集めやすい利点がある。
- さらに、平成29年度からは島根県が実施する医療提供体制構築の支援事業の実施主体となり、益田圏域の医療・介護連携の強化を進めていくこととなった。

「しまね型医療提供体制構築事業(圏域課題解決推進事業)」
地域関係者が協力して課題の解決に取り組み、地域の実情に応じた適切な医療提供体制の構築を目的とした提案型の事業

- 「益田圏域医療・介護推進体制構築事業」
(平成29年度～令和元年度)
- 「地域の医療・介護のサポーター事業」(令和2年度～令和3年度)

「病床の機能分化に向けた医療連携推進コーディネーター配置事業」
病床機能分化の促進や質の高い在宅医療提供体制の確保を図るため、郡市医師会等に「医療連携推進コーディネーター」を配置し、在宅医療の供給についての検討や病院・行政等との各種調整、訪問看護の推進等を行う。
(令和4年度～)

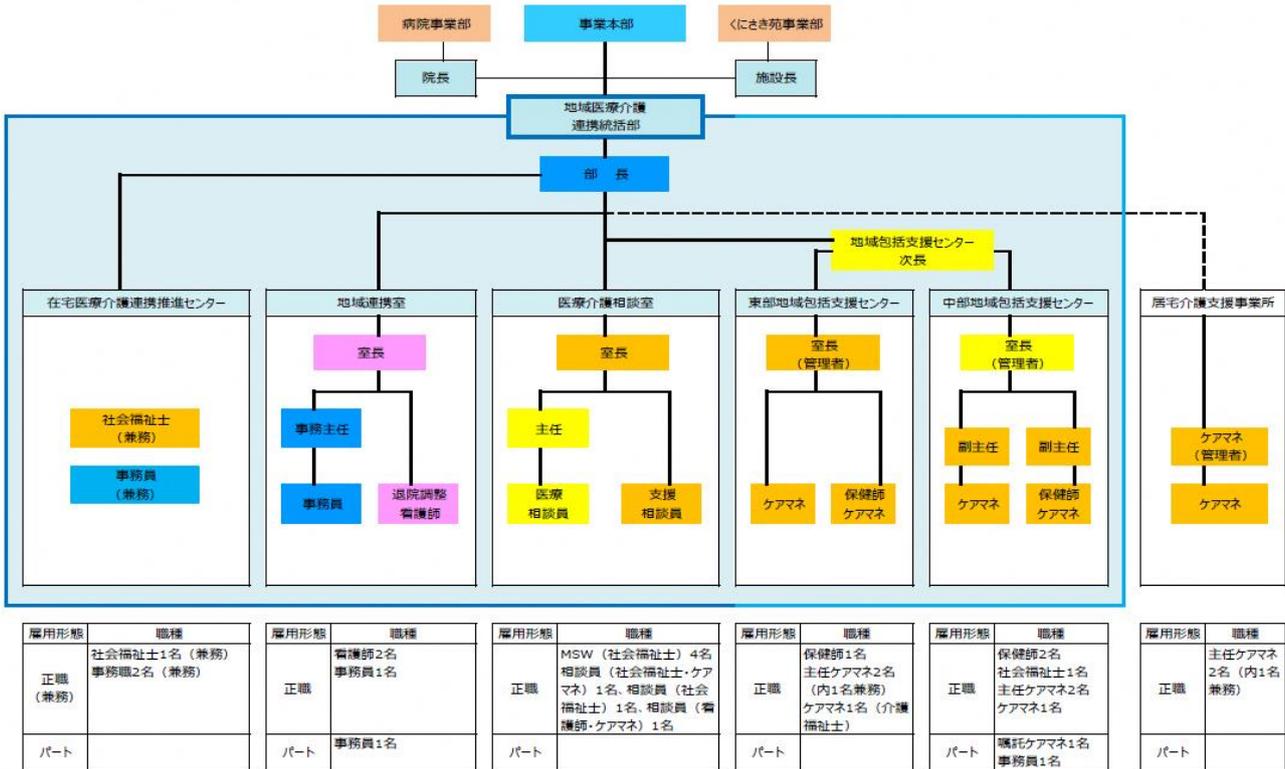
※「しまね型医療提供体制構築事業(圏域課題解決推進事業)」の「地域の医療・介護のサポーター事業」については、令和4年度より「医療連携推進コーディネーター配置事業」に一本化された。

- 以上により、高齢者の在宅生活を点(各事業)で支えるだけでなく、面(医師会全体、行政や他の医療機関や事業所等)で支える理念に基づく体制がつくられた。その結果、相談等を契機に現場の多職種連携を促す在宅医療・介護連携推進事業のコーディネートに加え、安心して暮らし続けられる地域づくりを圏域でも進めるために圏域内の医療機関の連携推進を支援するコーディネート(医療連携推進コーディネーター)の機能の2つを持つこととなった。
- 在宅医療・介護連携推進支援事業は、在宅医療介護連携推進センターが担当し、医療連携推進コーディネーターには地域医療介護連携統括部長が就任している。

● 地域医療統括部は
医師会内・市内・圏
域内の連携中枢

● 2つのコーディネート
機能・・・地域の連携を
進めていくコーディネートと、圏域のネットワ
ーク構築を見据えたコー
ディネート

図表- 39 地域医療介護連携統括部の組織図



実人員：コーディネーター1名、保健師3名、看護師2名、社会福祉士6名、ケアマネ9名、事務員3名 計24名(パートも含む)
 ※各事業部の院長、施設長の直轄部門として、双方にも地域医療介護連携統括部を配置する。

地域医療介護連携統括部の主な業務内容

1. 地域連携室、医療介護相談室、地域包括支援センターの統括に関すること
2. 医師会の各事業部間の連携・調整、医療センター全体の病床利用に関すること
3. 医療・介護・福祉関係者からの相談に関すること
4. 行政、他施設との医療・介護の連携・調整に関すること
5. 益田市医師会医療・介護推進プロジェクトの推進に関すること
6. 医療・介護関係者への教育の提供に関すること
7. 在宅医療介護連携推進事業に係る次の事業に関すること(H 29 年から受託)
 - 1) 地域の医療・介護の資源の把握
 - 2) 在宅医療・介護連携に関する相談
 - 3) 医療・介護関係者の研修
 - 4) 地域住民への普及啓発
8. 医療連携推進コーディネーター配置事業に関すること(平成 30 年度～令和3年度受託)
 訪問看護ステーションの活用推進と質の高い在宅医療の医療提供体制の構築を目指す



出典)益田市医師会 資料

【地域医療を担う実務担当者の関係強化で圏域内連携体制構築を支援】

(医療機能連携協定の実効性を高める活動の実施)

- 益田市内の益田地域医療センター医師会病院・益田赤十字病院・松ヶ丘病院は、益田圏域における「脳卒中」、「がん」、「精神疾患」などの病気や救急医療、災害医療等に関して医療連携を図ってきた。また、益田圏域の二次救急医療機関である益田地域医療センター医師会病院、益田赤十字病院には、益田市以外の益田圏域（津和野町、吉賀町）からの緊急入院も多い。
- 圏域では医師をはじめとする医療従事者が不足する状況も続いている。よって、限られた医療資源を有効に活用し、圏域の医療機能の維持・充実を図りながら在宅生活を支える体制をつくるには、医療機関同士の相互協力・支援体制の確立が必要である。そのため、益田赤十字病院・益田地域医療センター医師会病院・松ヶ丘病院（以上益田市）、津和野共存病院（津和野町）、旧・六日市病院（現・よしか病院、吉賀町）は医療機能連携協定を締結し、圏域内で医療と介護を受けられる連携体制を構築している。
- 医療機能連携協定の実効性を高めていくため、地域医療介護連携統括部では、入退院・転院などの実務を担う担当者の集う実務者会議を定期的で開催し、圏域の円滑な病床利用や在宅退院困難ケースへの対応等について協議している。開催は益田地域医療センター医師会病院だが、事務局は医療連携推進コーディネーターが担っている。

図表- 40 益田圏域における医療連携実務者会議(5病院会議)

開催	年3回定期開催
参加者	医療機関の地域連携実務者： 益田赤十字病院、益田地域医療センター医師会病院、松ヶ丘病院(以上益田市)、津和野共存病院(津和野町)、旧・六日市病院(現・よしか病院 吉賀町) 市町担当者：益田市福祉環境部高齢者福祉課、津和野町医療対策課、吉賀町医療政策課 県保健所：益田保健所
議案等	近況報告、圏域内の円滑な病床利用について、入退院連携について、情報共有方法について、在宅困難ケースの検討 等

出典)益田市医師会 資料

- 益田圏域における医療連携実務者会議の他にも、医療連携推進コーディネーターとして、各病院と個別会議等を行い、意見交換を進めている。

●医療機能連携協定の締結

●実効性を高めるための協議の場の設定

●広域での連携と検討支援を促すコーディネート機能

iii. 中山間地域への対応

【中山間地域における医療の維持への対応】

- 益田市では、合併した旧匹見町の旧美都町の美都地域、匹見地域が中山間地域にあたり、両地域とも人口減少が進んできている。令和5年度には、医療連携推進コーディネーターの取り組みの一環として、益田市内中山間地域で地域医療に従事する医師との対話と通じた課題把握を行っている。

(匹見地域)

- 旧匹見町の匹見地域は人口減少が著しく、約300km²の地域に居住する世帯は586世帯、人口は941名である（令和4年3月末益田市住民基本台帳）。
- 匹見地域には開業医1名（74歳）が以前より経営している診療所と2つの国保診療所がある。国保診療所は益田市が経営してきたが、令和5年度には地域内の個人開業医に委託が行われている。一方、当該開業医の高齢化やその後の医師確保の問題から、安定した医療提供を継続的に進めていくことの難しさがうかがわれた。そのため、医療連携推進コーディネーターは3回定期訪問（4月、7月、11月）し、意見交換を行った。
- 令和5年度時点では、個人開業医が自院で診療を行いながら、各国保診療所を週3回午前もしくは午後に巡回して診療を行っている。一方で、人口減少の著しさ、今後の医師確保の難しさ等から、現在の診療方法で匹見地域の3院を継続して維持させていくことの難しさがある。
- 意見交換からも、健康への不安、地域の人口減から、国保診療所2か所の運営を現状どおり継続していくことの難しさが述べられた。

図表- 41 匹見地域の医療機能

個人開業医	個人開業医
益田市国民健康保険診療施設 匹見澄川診療所	個人開業医が益田市からの委託を受けて運営
益田市国民健康保険診療施設 匹見道川診療所	個人開業医が益田市からの委託を受けて運営

(美都地域)

- 美都地域も人口減少が進んでおり、132km²の地域に居住する世帯は904世帯、人口は1,725名である（令和4年3月末益田市住民基本台帳）。
- 益田市との合併時には美都地域にも開業医が1名いたが、廃業したため、益田市は益田市国民健康保険診療施設美都診療所と出張所2か所を開設した。経営については、益田

point

- 課題抽出に向けた活動の実施
- 聞き取りの実施・現状を把握
- 段階的に聞き取ることで内容を深める
- 人口減少が進む中での診療所運営の継続、そこに従事できる人材の確保

市は益田市医師会に指定管理者制度による診療所の経営を依頼、益田市医師会は医師1名を派遣して運営している。

- 派遣している医師とは、美都診療所管理会を月1回開催して意見交換を行った。意見交換では、自身の退職時期と合わせ、人口減少の中で現状どおり継続していくことは難しいのではないかと意見があった。

● 人口減少が進む中での診療所運営の継続、そこに従事できる人材の確保

図表- 42 美都地域の医療機能

益田市国民健康保険 診療施設 美都診療所	指定管理制度で益田市医師会が受託 (医師を所長として派遣)
益田市国民健康保険 診療施設 美都診療所 二川出張診療所	美都診療所より巡回 ※益田市国保美都診療所所長が巡回 (毎月第3木曜日午後に出張診療)
益田市国民健康保険 診療施設 美都診療所 東仙道出張診療所	美都診療所より巡回 ※益田市国保美都診療所所長が巡回 (第4木曜日午後に出張診療)

(今後の中山間地域での医療提供のあり方を市と共に考える)

- 両地域の課題が把握できたことから、9月に益田市の関係部署、益田保健所、益田市医師会の医療連携推進コーディネーターが同席し、2地域の将来の医療提供体制についての意見交換を行った。その結果、匹見地域の2つの国保診療所について、益田市より益田市医師会に対して指定管理者制度による2つの国保診療所運営の依頼があった。
- 益田市医師会は検討の上、依頼を受諾し、令和6年度からは益田市医師会が指定管理者として受託することとなった。地元住民代表に実施したヒアリングでは、2つの国保診療所について、新しい医師ではなく従前からの地元開業医に引き続き運営してほしいとの意見があった。そのため、令和5年度に運営を行っていた開業医を非常勤医師と雇用して診療を行う予定である。但し、地元住民代表のヒアリングでは、医療人材の確保は誰が行うのか、診療所は継続するのか等の意見もあった。

● 把握した内容は市・保健所で共有して検討を深める

● 従前からの医師を前提としつつ、近い将来の引継ぎ先の問題

● 住民からの意見
→地域の医療・介護を守ることへの住民の意識醸成や、地域についての意見交換につながる可能性

図表- 43 令和6年度以降の匹見地域の医療機能

個人が経営する診療所	個人開業医
益田市国民健康保険 診療施設 匹見澄川診療所	指定管理制度で益田市医師会が受託個人開業医を非常勤医師として雇用 (所長)
益田市国民健康保険 診療施設 匹見道川診療所	指定管理制度で益田市医師会が受託個人開業医を非常勤医師として雇用 (所長)

- 益田市医師会は従前から指定管理者制度で運営する国保美都診療所(2つの出張所を含む)に加え、令和6年度からは新たに匹見地域の2つの国保診療所も受託することになる。そのため、新たに医師会事業部に地域医療事業部も立ち上げ、その直下に計3つの国保診療所を位置付け、一体的に取り組んでいくことを想定している。以上によって医師会事業本部は、病院事業部、くにさき苑事業部、地域医

● 地域医療の軸を強化させ、益田地域医療連携センター医師会立病院と同様の位置づけで進めていく

療事業部の3本柱で構成されることになる。

- 今後も匹見地域、美都地域とも人口減少が進むことが予想される。診療所の経営を成立させる観点では住民2,000人程度が規模としての目安だと益田市医師会は想定しており、既に診療所を安定的に維持させていくことの難しさも生じている。あわせて、診療所の医師確保の問題は大きい。現状では医師が確保できているものの、その医師が辞める際に益田市医師会が医師を確保できるか、指定管理期間終了後に継続して医師派遣を行えるかは不明である。
- 地域での生活を支えるには、往診、訪問診療は必要である。現状では、以前より地域内で診療を行うために頑張っている医師、看護師の負担が大きいことがうかがわれる。地域の貴重な資源である医療の専門職が疲弊してしまわないように守ることは継続性の観点からも重要であるが、そのためには地域住民への啓発、意識喚起も必要である。地域住民代表へのヒアリングでは事業の持続性についての意見があったが、こうした意見があったことを機会としてとらえ、地域で住み続けるためにどのようにしていけばよいのかを住民、医療・介護の関係者、行政の間で話を十分行うことが必要となる。
- 益田市医師会の指定管理期間は令和6年から3年間あるが、その期間内に医師確保の目途を立てられるかは現時点では明確にはなっていない。また、住民自身に考えてもらうに当たっては、まずは益田市としての考え方を整理し、益田市医師会は益田市医師会、益田市と一緒に考えて共に働きかけていくことが求められる。指定管理期間の3年間の時間を大事に使うべく、益田市医師会は益田市と意識合わせ、目線合わせを進め、共に本地における今後の在宅医療のあるべき姿、方向性、継続的な提供の可能性を探りたいと考えている。

●地域の医療を継続させるにも、住民、医療・介護の関係者、行政が共に検討を行い、どのようになっていきたいか（目指す姿）を話し合い、目線合わせを行うことが必要

③ 取り組みのポイント

地域完結の医療体制を意識し、地域医療のニーズに対応し自ら機能を拡充

- (医師会による事業の推進) 限られた医療・介護の資源を活かして、地域医療のニーズを踏まえ地域完結型医療の体制を実現していくためには、そのネットワークに不可欠な資源や機能がある。他からの事業者の参入や地域内で今後調達される見込みがない場合に、本事例のように、地域医療の確保のためにその役割を期待される者が自ら事業の拡充を行い、地域ニーズに即応することによって、地域で不足する機能を補っていかねばならない場合もあると考えられる。

事業～地域～圏域の段階的な連携とコーディネート機能

- (段階的な連携) 益田市医師会は益田市にて複数の事業を行い、地域で在宅医療を提供する医師、介護事業者ともつながる医療・介護連携の核でもある。その機能を効率的かつ効果的に運用するには、自ら提供する事業間連携、在宅生活に戻った際に在宅医療・介護へとつなぐための地域の医療・介護資源との連携、市外からの入退院等の現状に応えた圏域内連携の段階的な連携、その連携に向けたコーディネート機能が求められた。
- (地域医療介護連携統括部) 益田市医師会では地域医療介護連携統括部を設置し、以上の連携に向けたコーディネート機能の強化を図っている。医師会内の事業の連携、市における在宅医療・介護連携推進事業の連携、圏域連携等の機能が集約されていることで、事業～地域～圏域の段階的な連携とコーディネートが行える体制がつけられている。
- (目的等の共有・目線合わせ) 圏域では5病院において地域医療機能連携協定が締結されている。益田市医師会及び医療連携推進コーディネーターは定期的に話し合いの場を設定し、情報の共有、共有する目的の確認、その実施に向けた課題等の確認、事業や取り組みを進めていく上での目線や意識合わせを行っており、協定が目指す圏域内のシームレスな医療・介護の提供実効性を高めている。

抽出された課題に市と取り組む

- (自ら現状を確認し課題を抽出する) 中山間地域での医療提供体制の確保に向け、医療連携推進コーディネーターは、地域医療を支援する益田市医師会の視点と、市の在宅医療・介護連携を進めていく視点から診療所に聞き取りを行い、解決すべき課題を抽出して市と検討・解決に向けた対応を行っている。
- (あるべき姿に向かうための合意形成) 中山間地域での医療提供については、直近の対応として自ら指定管理者として事業の継続を図るが、持続性のある提供方法としていく必要がある。その場合には市と益田市医師会が連携して住民に働きかけ、共に地域のあるべき姿を考え、どのようにしていくべきかを検討することが不可欠と考えられるため、その実施も見据えた検討も開始している。

自らも事業を拡充させ、
地域の医療ニーズに対応

事業・地域・圏域で段階的に連携を整理、
そのための機能を集約した体制を構築

今迄の取り組みの知見等を活かし
住民・医療介護の事業者・住民との検討

圏域内医療機関との連携強化

市と連携した住民への働きかけ
その取り組みの深堀

(3) 津和野共存病院

① 自治体概要

津和野共存病院が位置する津和野町は、島根県の南西に位置する。北東を益田市、南を吉賀町、西を萩市、山口市に接している。現在の津和野町は、平成17年に旧津和野町と旧日原町の合併によって誕生した。

津和野町の二次医療圏は「益田医療圏」（益田市、津和野町、吉賀町の1市2町）である。管轄の医師会は鹿足郡医師会であり、津和野町、吉賀町をカバーする。

津和野共存病院は、津和野町の自治体立病院として、町内で唯一の入院施設を有する病院であり、地域包括ケア病床36床と一般病床13床の合計49床を有する。院内には介護老人保健施設せせらぎ及び訪問看護ステーション、津和野町の機関である医療対策課、地域包括支援センターを併設している。益田医療圏における益田赤十字病院の後方支援病院及び在宅療養支援病院の一つであり、主に回復期の患者に医療提供をしている。

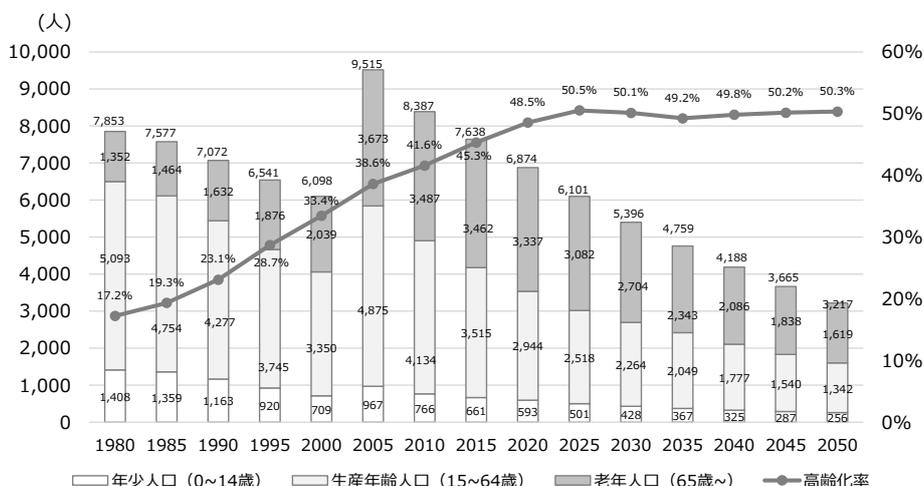


図表- 44 津和野町の人口等

総面積	307.03km ²	
人口密度	22.4人/km ²	
総人口 (人)	6,875	
年少人口 (人・総人口に占める割合)	593	8.6%
生産年齢人口(人・総人口に占める割合)	2,945	42.8%
65歳以上人口(人・総人口に占める割合)	3,337	48.5%
75歳以上人口(人・65歳以上高齢者人口に占める割合)	1,932	28.1%
85歳以上人口(人・65歳以上高齢者人口に占める割合)	819	11.9%

出典)総務省「令和2(2020)年国勢調査」(人口)

図表- 45 津和野町の人口推移



出典)総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
 ※2025年以降は「国立社会保障・人口問題研究所」のデータに基づく推計値
 ※2005年 津和野町と日原町が合併

図表- 46 津和野町の場所別死亡者数

	人数	年間死亡数に占める割合
年間死亡数	144	-
自宅	19	13.2%
老人ホーム	13	9.0%
(自宅・老人ホームの計)	32	22.2%
病院	109	75.7%
介護医療院	1	0.7%
老人保健施設	0	0.0%

出典)厚生労働省「令和3年人口動態調査」の市町村の場所別死亡者数

図表- 47 津和野町の医療・福祉の資源(抜粋)

医療機関	病院数	1	
	一般診療所数	4	
	在宅療養支援診療所数(75歳以上人口/1,000人対比)	0 (0.00)	
	在宅療養支援病院数(75歳以上人口/1,000人対比)	1 (0.52)	
	在宅療養後方支援病院数(75歳以上人口/1,000人対比)	0 (0.00)	
福祉施設	訪問	訪問介護	2 (1.04)
		訪問看護	1 (0.52)
		通所リハビリテーション	1 (0.52)
		地域密着型通所介護	7 (3.62)
	入所	介護老人福祉施設	2 (1.04)
		介護老人保健施設	1 (0.52)
		認知症対応型共同生活介護	2 (1.04)

出典)日本医師会「地域医療情報システム」(※医療機関情報は令和4年11月現在、介護施設情報は令和4年9月現在)

② 津和野共存病院と在宅医療・介護連携の状況

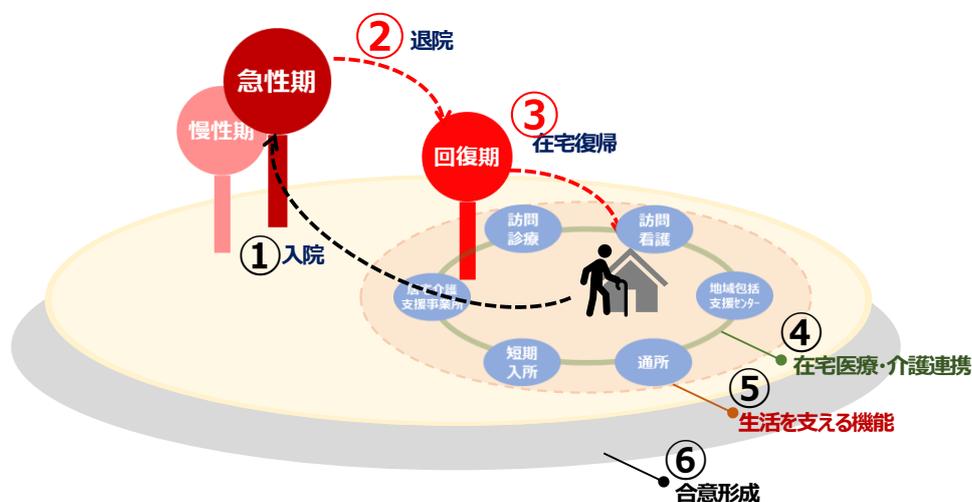
-1. 経緯まとめ

- 津和野共存病院は、土地や建物は津和野町が所有し、医療法人橘井堂が指定管理者制度で運営する津和野町立の病院である。町内唯一の入院施設であり、益田圏域各医療施設と連携して急性期から在宅医療までを担う。
- 在宅生活の限界点を高めるため、現在は、高齢者の住まいや移動手段等の検討も重ねている。
- 津和野共存病院は、医療・介護等の資源が少ない中の貴重な医療機関であり、地域ニーズの把握を進め、その解決に自らの多角化も合わせて取り組んできた。それはニーズへの対応のみならず、本地の医療・介護ネットワークを構成する資源の最大活用等により、津和野共存病院の基盤強化や運営の安定化にもつながっている。

【経緯】

- 当初、津和野共存病院は西厚生農業協同組合連合会が経営していたが、経営破綻によって平成20年に町営化を実施、平成21年には新たな運営の受け皿として町が出資する医療法人橘井堂が指定管理者となった。
- その後、町は津和野共存病院と益田赤十字病院の医療機能連携協定を締結し、連携を強化した。また、病院内に医療対策課と直営の地域包括支援センターを設置して体制強化を図った。
- 津和野共存病院は津和野町の基幹病院としての医療の中核としての役割とあわせ、地域の医療・介護を支援する役割も期待される。一方、地域内の状況から多機能化することも求められ、地域包括ケア病床への転換、訪問診療専門クリニックの設置、介護老人保健施設、介護サービスの実施等、津和野の医療と暮らしを守っている。
- 町の医療対策課と共に町内の実態把握、データ分析を行う中で軽度の在宅療養者が町外に転出している状況を把握する。また、退院後の療養状況等からも、医療・介護等だけで在宅療養を支える難しさを実感し、高齢者の住まいや移動手段の検討も行っている。

本事例に特に関連する箇所：②退院、③在宅復帰



-2. 基幹病院が町と連携、地域のグランドデザインを描いて在宅医療・介護連携を推進

i. 公設公営の町立津和野共存病院へ移行

【地域の医療の灯を守る】

point

- 津和野共存病院は、津和野町が指定管理によって運営している町立病院である。津和野町における唯一の病院であり、住民に身近な医療の提供、回復期医療などの機能を担っている。
- 当初は石西厚生農業協同組合連合会が運営していたが、財政の悪化が進行した。町内唯一の医療施設であり、医療の灯を消すことはできないことから、津和野町は病院等の施設を一括購入して町立化を進め、平成20年3月31日に指定管理者制度（利用料金制）で石西厚生農業協同組合連合会を指定管理者に公設民営化した。一般的には、公立病院が指定管理者制度を使って公設民営化していくケースが多いが、津和野共存病院の場合は公設民営へ移行したケースである。
- 並行して、町は基金を拠出して運営事業者となる医療法人橋井堂の設立を進めていたが、平成20年12月に石西厚生農業協同組合連合会は経営破綻した。そのため、平成21年に改めて指定管理者制度（利用代行制）にて、新しく創設された医療法人橋井堂が、町の施設である津和野共存病院、日原診療所、介護老人保健施設せせらぎ、訪問看護ステーションせきせいの指定管理者となり、再出発を図ることとなった。
- 再スタートとなった平成21年3月に津和野町は公立病院改革プランとして「津和野病院等地域医療基本構想」を策定する。その中では、一般病床50床以内、療養病床50床以内とし、さらに事業規模・形態の見直し（療養型から老人保健施設等、医療機関以外の事業形態への移行等）を検討するとしている。また、その中では公立病院として果たすべき役割として次を記載している。

● 地域の医療の灯を守る

● 求められる役割を果たす機能へのシフト

津和野共存病院は町内唯一の入院施設として、圏域の中核病院である益田赤十字病院等との連携を強化しながら、

- ① 開業医との共同利用施設（共同医療機器整備など）
- ② 益田市内での術後の回復期の入院施設
- ③ 内科系急性期の入院施設
- ④ 亜急性期から回復期の入院施設

などの入院機能のフル活用を行える施設として検討する

出典)津和野病院等地域用基本構想(平成21年)津和野町

ii.機能の抜本的な見直しと再構築

【急性期からの退院後の地域の生活を支援する体制の構築】

point

- 平成21年に医療法人橘井堂が指定管理者となってから、津和野共存病院は、平成21年には療養病床を休止し、一般病床のみで経営を続けてきたが、平成26年に津和野共存病院は当時の一般病床49床の一部を地域包括ケア病床（36床）に転換した。
- 平成24年6月には、町直営の地域包括支援センターと町の地域医療対策室が「医療対策課」として津和野共存病院の1階に移転した。町担当者と津和野共存病院、町の医療と介護の機能がすぐに顔を合わせることが可能であり、連携を強化させることとなった。
- 平成30年には、それまで日原診療所にあった介護老人保健施設せせらぎを津和野共存病院内に移転させ、訪問看護ステーションとあわせて地域の医療・介護を支える拠点となった。
- 一方で、町内で在宅療養する人々に対する在宅医療（介護施設も含む）の受け皿となる機能も求められるため、急性期医療（在宅療養者の急性期憎悪への対応）の提供や、機能回復及び維持のための亜急性期医療・リハビリテーション機能も有している。
- 以上によって、益田圏域内の急性期病院である益田赤十字病院、益田地域医療センター医師会病院から津和野町へ退院する際には、津和野共存病院で一旦受けとめた後に町内関係機関で調整を行うルートも確立された。
- 令和4年3月に津和野共存病院が地域医療拠点病院の認定を受けたことで、津和野町内の中山間地域（無医地区）への巡回診療が可能となった。

● 町と医療法人の連携

● 急性期病院の退院後に地域に確実に戻るためのルートの設定

● 地域医療拠点病院として無医地区への巡回診療等の役割を担う

図表- 48 津和野共存病院

診療科	内科、神経内科、循環器内科、放射線科、整形外科、小児科、耳鼻咽喉科、精神科、心療内科、リハビリテーション科
病床数 (49床)	一般病棟1単位(13床) 地域包括ケア病棟(36床)
他施設	・在宅診療所鹿足中央クリニック ・日原診療所(診療所、通所リハ) ・介護老人保健施設せせらぎ(津和野共存病院3階) (入所46床、短期入所含む) ・訪問看護ステーションせきせい
承認	在宅療養支援病院、地域医療拠点病院

出典)津和野共存病院 ホームページ

【津和野町と益田赤十字病院の連携】

- 前掲のような町内での支援体制を津和野共存病院が自ら構築していくことができた背景には、益田赤十字病院をはじめとする圏域内の急性期医療の連携がある。
- 津和野共存病院では、平成27年3月に益田赤十字病院と医療機能連携協定を締結している。これは、津和野共存病院、益田赤十字病院が相互に持つ医療機能を更に発揮し、圏域における連携体制を構築することで住民に適切な医療や介護を提供していくことを目的としている。連携の内容は次のとおりである。

相互の救急搬送を含む患者の照会・受入 診療に関する相互協力・支援・医局交流 在宅療養推進のための協働事業の推進 研修等による医療技術の向上 人事交流等を通じた人材育成 ほか
--

出典)津和野町 資料

- 益田圏域内5病院との会議等の中で連携は図られていったが、さらに津和野共存病院と益田赤十字病院それぞれの強みを活かした連携や取り組みを行うことが期待された。そのため、津和野町は益田赤十字病院に申し入れを行い、平成31年に改めて医療・介護施設の運営や経営支援の協力体制の確保、在宅療養の推進等を含む医療機能連携協定を締結した。
- 協定締結に際しては、益田赤十字病院から津和野共存病院に対し、益田赤十字病院に入院する津和野町民について、津和野共存病院は看取りを含め責任をもって退院後の受け入れを行うこと、総合診療を中心とした無理のない医療と訪問診療等による在宅系のサービスの実施、地域のニーズに合った診療科の選択とリハビリテーション科（令和4年度より診療）や精神科（令和5年度より診療）等の開設等が依頼された。
- 津和野町、津和野共存病院による事業推進に向けては、当時益田赤十字病院院長が津和野町の医療・介護統括管理者に就任し、検討を進める際の柱を担った。また、病・病連携に向け、人的な連携も進んだ。

●病院間の連携・協力体制を構築し、改めて事業構成を見直す

●新たな役割に向けた事業の実施

●連携を進めていく際の管理者（旗振り役）、相談役の存在

iii. 町と連携して地域のグランドデザインを描く

【住み続けるために必要な機能の抽出】

- 平成21年の医療法人橘井堂の指定管理受託後、町と医療法人は協働して津和野町の医療・介護体制の再構築を図ってきた。その過程では、益田圏域内の急性期医療の広域連携をにらみながら、津和野共存病院の役割を再定義し、それまでの事業の見直しや再構成を進めてきた。その際には、従来の事業のダウンサイジングとあわせ、現在の津和野町に必要と考えられる機能を追加してきた。
- 医療法人橘井堂への移行から既に10年以上が経過し、圏域内の連携体制も見え、病院経営も徐々に安定してきた。津和野共存病院の役割として、益田圏域における後方支援病院の一つとしての在宅復帰や在宅療養支援を強化する取り組みは継続して求められるが、新たな課題も見えてきている。
- 徐々に津和野町における在宅での療養生活の体制は整いつつあるが、本来ならば在宅医療・介護連携による支援があれば在宅で生活を送ることが可能と考えられる高齢者が、退院等を機に町外に転出している状況がうかがわれた。平成26年に町の医療対策課と医療法人橘井堂では、津和野町における要介護高齢者の生活の場の変化、65歳以上の転出者調査を行ったが、そこからは医療・介護だけでは解決できない生活についての課題があることがうかがわれた。
- 入院した高齢者には退院後の自宅での生活に不安がある。在宅医療・介護を受けることで在宅での生活が可能だと考えられる高齢者でも、退院後の自宅での生活への不安を感じた場合、住み慣れた津和野町であったとしても生活を送る選択は難しい。こうしたことが高齢者の流出につながり、人口減少を加速させる一因とも考えられた。そのため、現在、津和野町と医療法人橘井堂では、退院後に在宅復帰までの医療近接型住居の検討を進める等、医療・介護連携を踏まえた次の取り組みの検討もしている。
- 医療近接型住居は、在宅生活の継続を視野に、退院から在宅復帰までの中間的住まい、在宅サービス提供準備までの待機等も想定するものである。医療近接型住宅は、令和6年度に着工、年度内に運用開始の予定である。
- 今後も人口の減少が見込まれる中で、地域内の医療・介護の事業の継続性が難しいことも考えられる。限りある地域内の医療・介護の資源について、今後は選択と集中、現在の状況にあった機能の再構成等の必要も生じてくると考えられる。そのため、津和野町介護事業サービスの将来像についても、町、橘井堂を含む医療・介護の関係者、医療・介護統括管理者らで継続して検討を行っている

point

● 地域完結の医療体制を意識し、自ら機能を再定義し、事業を見直し、再構成

● 医療・介護だけでは解決できない生活についての課題

● 医療近接型住宅

③ 取り組みのポイント：

既存機能の見直し・再構成

- （町と病院による病院の再構築）資源が少ない中で在宅生活を支援するには、当初から急性期医療については広域での確保をせざるを得ない。よって、病院を再構築していく際にも、常に広域の確保・地域での連携を考えた上で既存機能の見直しが検討された。

広域連携を確実なものとするために

- （連携先との信頼関係の醸成）圏域の中での連携を踏まえた事業構成とする場合も、病院を稼働させながら移行させていく必要がある。その難しい過程においても、主たる連携先ととらえられる益田赤十字病院と密に連絡をとってきたことがうかがわれ、連携先からの事業についての依頼事項等についても柔軟に対応する等の積み重ねが、連携に必要な信頼関係を培っていったことがうかがわれる。

在宅医療・介護連携の次の段階へ

- （課題の抽出～対策へ）津和野町内での体制が徐々に整う中で、日々の運営等の状況から在宅医療・介護だけでは支えきれない高齢者がいるのではないかと仮説を置き、その確認をもとにした調査を町と病院で実施している。また、その結果が医療近接型住宅の検討という具体的な対策に結び付き、その実現が進められている。

圏域内の連携体制・地域ニーズ確認、必要な機能を町と病院で検討し設定

実施体制の充実

継続性の観点からの選択と集中の検討
新たな課題の確認・対応

(4) 奈義町

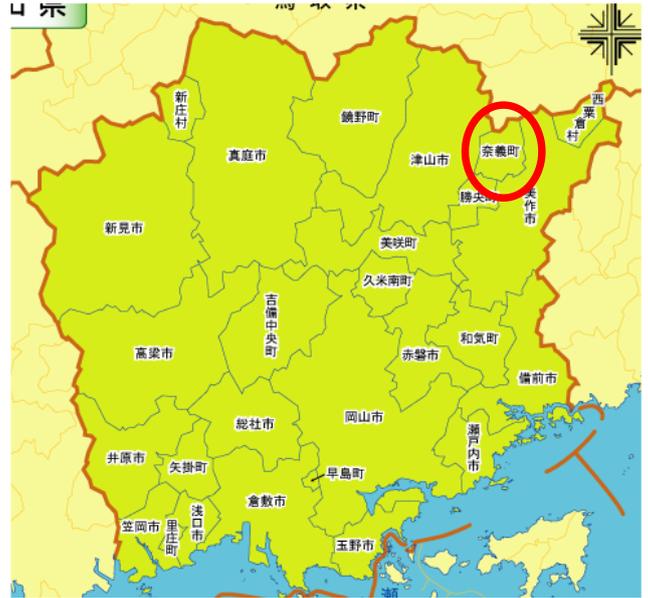
① 自治体概要

奈義町は、岡山県東北部に位置し、鳥取県と接している。東を美作市、西を津山市、南を勝中央町、北を国定公園那岐山、滝山の連山の分水嶺を境に鳥取県智頭町と接している。

奈義町は、平成の大合併時に合併は行わずに単独町制を選択している。

奈義町の二次医療圏は「津山・英田医療圏」（津山市、美作市、鏡野町、勝中央町、奈義町、西粟倉村、久米南町、美咲町の2市5町1村）である。管轄の医師会は、勝田郡医師会である。町内に入院可能な医療機関はなく、2つある診療所のうち、唯一の在宅療養支援診療所

（機能強化・単独型）が奈義ファミリークリニックである。母体である社会医療法人清風會は、津山市に日本原病院（地域包括ケア病棟、訪問看護ステーション）、介護老人保健施設おとなの学校、津山市、美作市にも同様の在宅療養支援診療所を設置している。

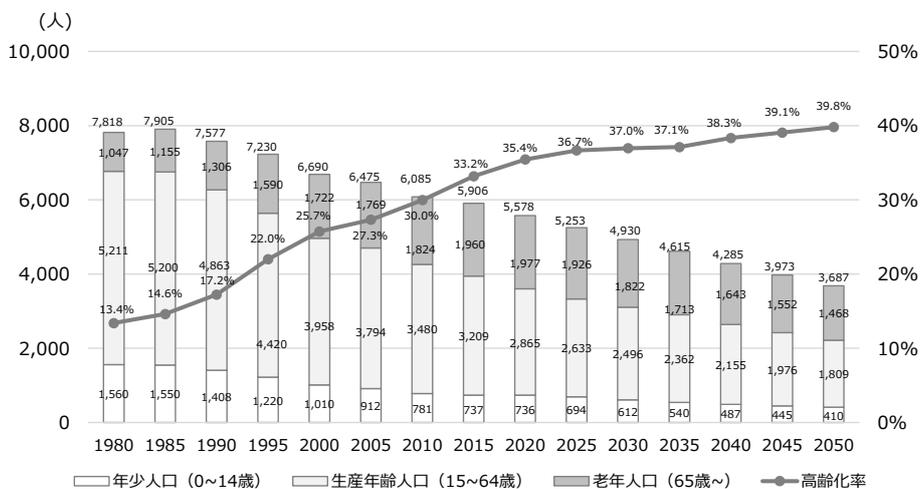


図表- 49 奈義町の人口等

総面積	69.52km ²
人口密度	80.2人/km ²
総人口（人）	5,578
年少人口（人・総人口に占める割合）	736 13.2%
生産年齢人口（人・総人口に占める割合）	2,865 51.4%
65歳以上人口（人・総人口に占める割合）	1,977 35.4%
75歳以上人口（人・65歳以上高齢者人口に占める割合）	1,052 18.9%
85歳以上人口（人・65歳以上高齢者人口に占める割合）	441 7.9%

出典)総務省「令和2(2020)年国勢調査」(人口)

図表- 50 奈義町の人口推移



出典)総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
 ※2025年以降は「国立社会保障・人口問題研究所」のデータに基づく推計値

図表- 51 奈義町の場所別死亡者数

	人数	年間死亡数に占める割合
年間死亡数	89	-
自宅	16	18.0%
老人ホーム	17	19.1%
(自宅・老人ホームの計)	33	37.1%
病院	50	56.2%
介護医療院	0	0.0%
老人保健施設	3	3.4%

出典)厚生労働省「令和3年人口動態調査」の市町村の場所別死亡者数

図表- 52 奈義町の医療・福祉の資源(抜粋)

医療機関	病院数	0	
	一般診療所数	2	
	在宅療養支援診療所数(75歳以上人口/1,000人対比)	1 (0.95)	
	在宅療養支援病院数(75歳以上人口/1,000人対比)	0 (0.00)	
	在宅療養後方支援病院数(75歳以上人口/1,000人対比)	0 (0.00)	
福祉施設	訪問	訪問介護	1 (0.95)
	通所	通所介護	1 (0.95)
		認知症対応型通所介護	1 (0.95)
	入所	介護老人福祉施設	1 (0.95)
		介護老人福祉施設(地域密着型)	1 (0.95)
		認知症対応型共同生活介護	2 (1.90)
		小規模多機能型居宅介護	1 (0.95)

出典)日本医師会「地域医療情報システム」(※医療機関情報は令和4年11月現在、介護施設情報は令和4年9月現在)

【その他の特徴】

平成14年に合併の是非を問う住民投票を実施、単独町政を決定した。それを機に、「自分たちの手で町づくり」という住民参加を強く意識した町政を実施している。

② 在宅医療・介護連携の状況

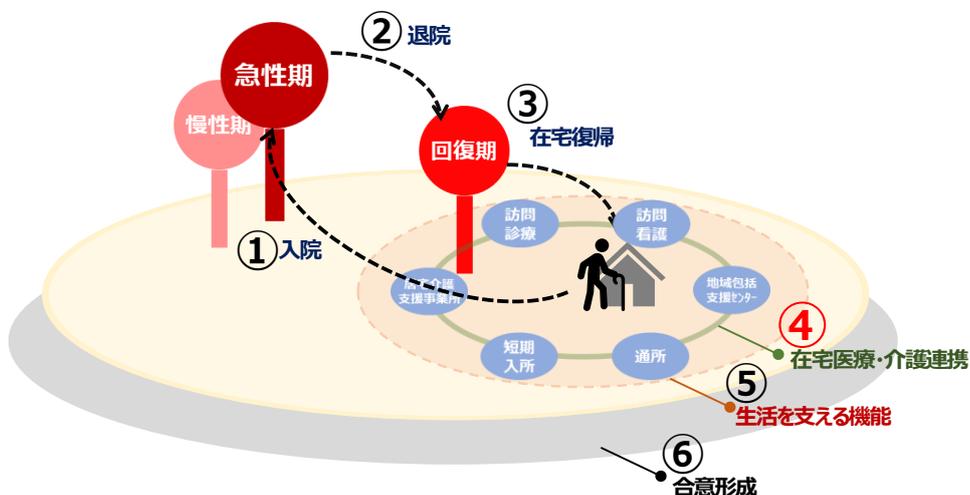
-1. 経緯まとめ

- 奈義町で平成 24 年度～平成 27 年度の 4 か年を費やして「地域医療ミーティング」を実施、「住民みんながいつまでも安心して暮らせる町づくりを話そう」として貴重な医療・介護等を守ることの大事さ、その中で住民自身が取り組むことの重要性を認識し、町・医療等関係者・住民が一丸となった取り組みを進めている。
- 以上は、高齢期の生活に必須の医療・介護の確保を基盤に、住民、地域の構成員でもある医療等の関係者、町が 4 年間の「医療ミーティング」において集中的に住み続けられる地域づくりに挑んだ結果である
- 住民主体の活動に向けては、その後の生活支援サービス検討会で地域医療ミーティングの結果を活かした丁寧な検討を進め、合意形成している。

【経緯】

- 一時無医町となる危機はあったが、関係者の努力で町内に 2 つの診療所が確保された。医療・介護等の資源量は限られてはいたが、町民の信頼と安心を得ていた。以上は医療・介護等の事業者、町の努力で進んできていたが、住民には医療・介護等が住民自身の貴重な財産であることへの意識が希薄であった。
- 今後を見据えると、医療・介護という貴重な資源を守り、その安心を基盤に住み続けられるまちづくりをさらに一歩進めねばならない。そのため、町は県提案の「地域医療ミーティング」を住民の理解獲得と今後に向けた意識合わせ・目線合わせのための好機ととらえて実施した。
- 住民が自らの気づきが重要であるため、町・医療等の事業者は町を取り巻く状況、テーマの重要性の提示と共に、健康教育の手法で対話を進め、視察で話を聞く・見る等の「体験」も行った。結果、住民からは自らの意思・考えの表出、提案がなされ、闊達な議論となった。
- 検討の過程において、自分自身や家族のために真に必要なとする住民の発言を契機に ACP 作成の検討が進む。理解が深まる中で要介護に至らないようにすることの重要性も認識され、介護予防等についても行政、医療等関係者、住民が共に検討を進める。以上は医療・介護等の関係者、町が連携した働きかけと対話があって可能となった。

本事例に特に関連する箇所：④在宅医療・介護連携



-2. 住民、専門職、町で我が町の医療・介護・福祉・保健のシステムをつくる

i. 無医町の危機からの脱出

point

- 奈義町には医療法人清風會日本原病院（以下「日本原病院」という。）の分院があったが、平成6年に院長が引退となり無医町の危機を迎える。奈義町は医師確保のため、県保健所、日本原病院と共に家庭医の育成を進めていた川崎医科大学を訪問する。川崎医科大学も医師育成のフィールドの可能性を考え、三者で検討を開始した。
- 平成7年に奈義町・日本原病院・川崎医科大学の三者合意により奈義ファミリークリニック設立を設立した。開設当初からの目的は、家庭医療の実践と医師育成であった。
- 平成13年には現院長である松下氏が着任し、奈義町が建てた診療所建物を社会医療法人清風會が借り受けて運営する指定管理による運営で再スタートする。岡山大学との連携のもと、岡山全域の家庭医療後期研修プログラムや岡山総合診療専門医コースを立ち上げる。
- 地域医療に従事する人材の輩出機関としての実績を重ねて関心を集め、徐々に全国から若手医師が集まるようになる。後期研修プログラムでは週に1コマ地域に役立つプロジェクトを考えて自ら実践することを課している。その中では、地域力も借りることが必要となるため、限られた期間であっても一層地域との関係性が強くなる。研修終了後も同クリニックもしくは同法人の津山市、美作市のクリニックで指導医として2年程度勤務する等、地域との関係性も深まっていく。
- 家庭医療後期研修プログラムでは、多くの若手医師が平均5年程度は奈義町を中心とする地域に滞在する。全国より若い医師が集まることで診療体制も拡大され、奈義町が医師確保に奔走する必要は大幅に減少した。

●町・医療法人・大学の連携と協力

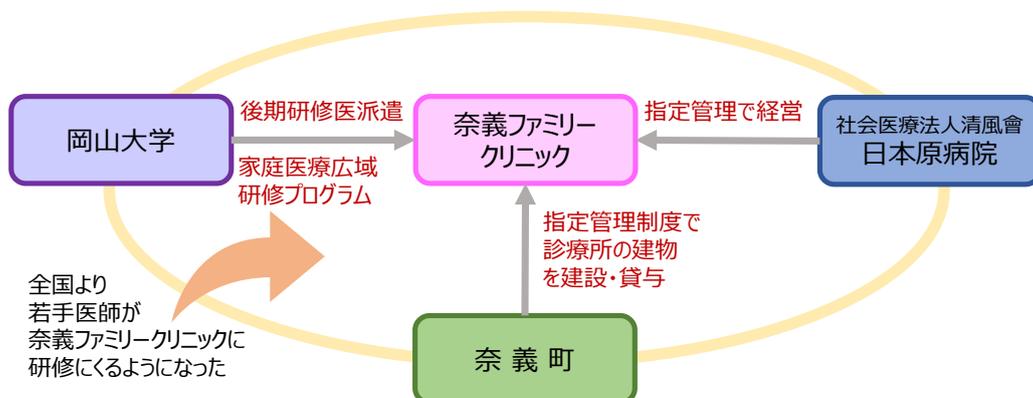
●研修プログラムの実施で、入れ替わりはあるものの定期的な人材確保が進む

●僻地であっても医師にとって魅力的なフィールド

●研修の中で地域との関係性を学び、地域との関係を深める

●好循環で診療体制の拡大・安定化が進む

図表- 53 町・医療法人・大学の連携による奈義ファミリークリニック



出典)事務局作成

ii.医療・福祉の専門職らによる連携、町との連携の強化

point

- 後期研修プログラムの実施で若い医師を積極的に受け入れた結果、奈義ファミリークリニックでは3～5名のグループ診療体制が出来るようになった。訪問看護師、ケアマネジャーとも連携を進め、在宅療養者への訪問診療や特別養護老人ホーム等の臨時往診、看取りの充実を図った。

【在宅ミーティング】

- 医療と介護の連携を進めるべく、奈義ファミリークリニックでは毎週木曜日昼に在宅ミーティングを定例開催する。当初はケアマネジャーの事業所の枠を超えて全員で実施していたが、話の深堀が困難であった。そのため、しっかり話ができるよう1回あたり2事業所と決め、ケアマネジャー、訪問看護師、クリニック医師・看護師・事務等で利用者や家族の状況等の情報共有・相談を行う。定期的な顔合わせで日頃のちょっとした不安も共有、クリニック医師・福祉専門職らは互いに相談しあう関係が作られる。

- 医師からの働きかけ
- 定例の「場」で関係づくり
- 単なる顔合わせではなく、相手をしぼってじっくり対話
- 相談しあえる関係

【地域ケア会議の活用】

- 平成27年に介護保険法に位置付けられる以前より、町の地域包括支援センターは地域ケア会議を月1回開催していた。地域の医療・介護・福祉・保健の実務関係者が多く参加し、新型コロナ以前は奈義ファミリークリニックのすべての医師も参加していた（令和5年現在はクリニックの代表者が参加）。奈義町の地域ケア会議でも困難事例のカンファレンスも行うが、地域の中で起きている医療・介護等の問題から共に取り組むべき課題を見つけ、奈義町の医療・福祉に関わるメンバーが共に考える場として機能させることを重視している。また、互いの役割について理解を深めるようにしている。地域ケア会議を進行する奈義町の地域包括支援センター職員（保健師）は、毎回の会議のテーマを明確に提示したうえで、参加者が発言しやすいよう椅子を円形に並べ、皆の顔が見えるようにする、進行の中で個々に話題もふる等、各自が発言できるようにするための工夫を行い、ざっくばらんで気楽な雰囲気の中で議論が行えるよう工夫している。

- 地域課題を見つけて共有し、対応を協議する「場」の設定
- 医師も地域の関係者として常に参加
- 取り組むべき課題を関係者が共有し、共に考える場
- 目的を設定、参加者の目線を揃える
- 誰もが発言しやすい場づくり、声がけ（ファシリテート）

■ 地域ケア会議の参加者（月1回開催）

医師、薬剤師、保健師、生活支援コーディネーター、介護支援専門員、社会福祉士、訪問看護師、理学療法士、作業療法士、鹿衛生士、管理栄養士、福祉用具事業所、MSW、介護事業所、町の介護保険事業担当者等



iii. 地域医療ミーティングを契機にわが町の医療・介護等の連携システムを考える

point

【専門職の頑張りだけでは無理・住民が自分事としてとらえる必要】

- 平成23年、岡山県から地域医療再生計画に基づく「地域医療ミーティング」参加の打診を受ける。

■ 地域医療ミーティング(第2次岡山県地域医療再生計画)

地元住民代表者、保健所、地区医師会、病院関係者が対等に語り合い、医師不足の状況や病院の再編・機能分担など地域固有の医療課題について共通認識を持ちながら、長期的な視野で課題解決に向けた具体的な対策について検討を行う。

平成24年度より開始。

● 住民、保健所、医師会等がフラットに語り合う「場」の設定

- 奈義町では地域ケア会議等によって医療・介護間の関係づくりや奈義町との連携は図られていたものの、住民と医療について話し合う機会はなかった。また、平成6年に無医町となる危機があったことを知らない住民も増えていた。町としては、医療や介護は住民の貴重な財産であること、それを守るには住民も自ら何ができるか考えてほしいこと、奈義町と医療・介護等の関係者が培ってきた奈義町の医療・介護等の良さを知ってもらいたいと考えた。

● 医療・介護連携が進んでいた上での課題・住民との目的共有

● 住民が自分事として捉える機会

● 自分たちのまちの強みを知る・civic pride

(課題)

・医療・介護等は「あって当然のもの」と住民は考えていないか →医療・介護の資源は住民の貴重な限りある財産

・超高齢社会を地域ぐるみで支える体制が必要ではないか →住民自身の事として考えてもらう

↓

(目的) 将来も継続して良質な医療を安心して受けられる = 住み続けられる

実現に向けて、医療・介護・福祉・保健、行政、住民で、町の医療体制の現状や課題を話し合いたい!



【他人事から自分事へ】

- 平成24年度～平成27年度の4か年に向け、奈義町は県の支援を受けて地域医療ミーティングを開催する。テーマは「住民みんながいつまでも安心して暮らせる町づくりを話そう」とした。
- 参加者は次のとおりであり、進行は、奈義町の保健福祉課で担当する町の保健師が実施した。

■ 地域医療ミーティングの参加者

(専門職) 奈義ファミリークリニック医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー、保健師、特別養護老人ホーム施設長

(住民) 民生委員、愛育委員、栄養委員、区長会長、老人クラブ連合会会長、幼稚園・小学校・中学校PTA会長、町会議員

(行政) 津山圏域消防組合東消防署日本原分署(消防署)署長、美作保健所長、奈義町副町長、担当課 等

● 自分たち自身のこととして話そうという自治体からの働きかけ

● 県保健所による支援
● 自治体トップ層の参加

- 平成24年度の第1回では、住民からは「いつまでも安心して暮らせる町づくりは役場のすることだ」「特養施設の入所待ちが多い」、クリニックにも「若い医師が多い」「すぐ変わる」等の反発があった。

● 当事者意識の薄さ
● 実態を知らないが故の「不満」

- 第2回では、クリニック医師、美作保健所長から岡山県北の医療・介護の厳しい実情を紹介した。また、進行を担当する町の保健師からは健康学習の手法を用いて、町民自身が健康であることの目的や意味、求められる役割、仲間、会話等の重要性を一緒に考える時間をとった。その過程で「自分たち自身のことでもある」と気づいた老人クラブ会長から出た「行政への注文ばかりではなく、住民も何かしなくてはいけない」「生きがいや役立つ喜びを大きくしたい」「サロン運営にも積極的に参加してみたい」等の発言が、「自分たちにできることを考えよう」という方向性へと検討の流れを変えた。
- 具体的な取り組み例を知るため、引き続き平成24年度にはクリニックの医師が有志を引率して他県への視察を有志と実施、医療と地域住民が連携することの大切さを自ら学んでもらう機会をつくった。

●自分事としてもらうため、考えることを支援

●自分自身のことだという気づき、その表出が流れを変える

●医師自らが自分の言葉で働きかけ

●自分で見て・聞いて実感する機会

奈義町版の医療・介護・福祉・保健の連携システムづくりへの機運高まる

目指す姿は「住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らせる町」にしよう



【個人→町の認識へ、検討はより具体に】

- 平成25年には、その意識を町全体で共有すべく、「住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らしたい シンポジウム in 奈義」と題し、そのために自分たちにできることは何かを4人のパネリストが語った。その内容を受けて、会場からは90歳の男性からも「自分もまだまだ元気なので地域の役に立ちたい」という発言があり、町民の意識も徐々に高まることとなった。
- さらに、平成24年度・25年度の地域医療ミーティング2か年の取り組みの振り返りを、町の保健師の進行によって実施したところ、次のような意見が参加者から聞かれた。

- 住民も自分たちのこととしてこれからも地域づくりを。
- 自分の死に方を考える機会となった。
- 家族で・地域で支える看取りのシステムが必要だ。そのためには、奈義で暮らしたいという気持ちになるよう子どもが育つことが大切だ。若い人が奈義で定住し、子供を育てることが大切だ。入り口は高齢者の話だったが、つながっている。

●主語は「自分」

●自分自身の気づきを他の人に
●死に方を考える
●多世代共生の気づき

- 前年度の検討から、平成26年度のテーマは「地域で看取る」となった。住民代表の参加者からは「在宅だけではなく、病院や施設だってある。どんな場所でも自分らしい最期を迎えたい」との意見が出た。一方、そうしたことを普段にも話ができるよう、「家族からは話しにくいはずだから、自分たち高齢者から話題にするためにエンディングノートがあると良い」という意見が出た。

●自分らしくあることの具体化

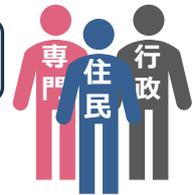
●家族と話すツールとしてのエンディングノート
●住民からの提案

【目指す姿を置きなおす・自ら活動する側への転換】

- 平成26年度には、今迄の取り組みの具体化や、地域に向向いて活動しようとの意見があった。平成25年度に看取り・エンディングノートの話が出ていたことから、具体化の一つとして「エンディングノートの作成・普及」があがる。

●活動の展開を志向

目指す姿は「住み慣れた地域で最期まで安心して暮らせる町」に変えよう



【「自分らしく」の追求】

- 平成27年度に「奈義町版エンディングノート作成委員会」において検討し、「奈義町で私らしゅう生きるノート～大切な人に伝えたいこと～」を作成した。エンディングノートのポイントは、平成26年度に意見があったように「大切な人に伝えたいこと」であり、最期を迎える時の希望を家族に伝えようと働きかけた。
- ノートは、年齢に関わらず全2,400世帯に配布、説明会を実施した。以降も令和3年度の改訂、令和4年度にはエンディングノート普及動画を作成している。

●自分らしい生き方・大切な人に伝えること・それらをみんなで考えようという働きかけ

●医療・介護の連携をベースにさらに住民と巻き込んだ活動へ

●当事者として参加

【医療・介護等専門職は住民を巻き込んで次の段階へ】

- 平成28年度は、地域医療ミーティングに引き続いて生活支援体制検討会を開催、介護予防・日常生活支援整備事業の体制について検討した。奈義町の高齢者や障害者の現状や課題を共有する中で、地域ケア会議でもあがっていた「男性高齢者の閉じこもり予防」の課題が出た。
- 「ちょいワルじいさん」と題し、当事者である男性高齢者自身が企画を考えるスキームにして参加を促進している。



(課題)
 ・男性高齢者の孤立・引きこもりが状態悪化につながっているのではないか？
 (地域ケア会議や介護保険の会議でも問題としてあがっていた)

↓

(目的) 最期まで自分らしく生きよう
 ちょいワルじいさんプロジェクト・自らも加わって居場所づくり、そのための作戦会議等で高齢男性の社会参加促進



③ 取り組みのポイント

少ない資源でも継続する体制を確保

- (人員確保を工夫、持続的な体制を確保) クリニック医師を軸に後期研修医が入れ替わりながら継続する人員体制を確保、限られた資源でもしっかりとした在宅医療の体制を構築。
- (町と事業者の連携関係) 体制強化の過程で、クリニックと町との連携関係も強化。

在宅医療・介護連携の推進に向けて協議の場を工夫

- (定期的な情報交換) 「定例ミーティング」「地域ケア会議」等で定期的な協議の場を設定、医療・介護の連携を深める。
- (場の種類を確保) 「定例ミーティング」では、対象を絞り話すことで互いの考えを深く知る場、「ケア会議」は地域の関係者、町が地域の課題を共有し話し合う目線合わせの場である。
- (協議の場の活性化) 「定例ミーティング」では医師、「地域ケア会議」では地域包括支援センター保健師がファシリテーターとして議論を促し、協議を活性化させる。

住民が自分事とするための働きかけ～奈義町の医療・介護を共に考える

- (住民と目的を共有する機会) 住民とわが町の医療・介護について協議する必要を町と専門職は共に認識、住民も我が事として取り組むことを目指し「地域医療ミーティング」を実施。
- (テーマの重要性を提示) 住み続けられる地域とするため、住民が医療・介護をもっと知ることは町の重要テーマであり、圏域の問題でもあることを副町長、県保健所の参加でも示した。
- (今ある資源を守る) 医療・介護が基盤にあることの安心、それらを限りある資源として守っていくことの必要性を訴求。
- (住民の理解を深めるため複数の方法を設定) 住民が理解し、我が事として捉えられるよう複数の働きかけ方(実態説明、住民自身が段階的に理解するための健康学習の方法の採用等)で実施。住民が考えを深め、自ら発言できるように働きかけた。

奈義町版の医療・介護・福祉・保健の連携システムを「みんな」でつくる

- (わが町が目指す姿の深耕) 検討が深まるに従って「目指す姿」の文言の意味も深く考えるようになり、目指す姿の修正もはかることができた。
- (新たな課題への取り組み) 検討の中で気づきを得たことで、住民自身からエンディングノートの必要性が提示され、その実施に向けた働きかけの必要性も協議される。
- (新たな課題への取り組み) 地域に住み続けるために必要なこと等への意識が全体的に底上げされたことで、住民は医療・介護を必要とする段階以前の予防等の重要性も強く認識するようになる。町、医療・介護等の関係者は連携して、住民らによる介護予防等の取り組みを支援する。

在宅医療・介護連携で在宅の高齢者を支援

専門職同士が共に考える場の設定

住み続けられる町について住民も交えて考える場の設定

住民の意識が変化、自らの問題として認識

住民を巻き込んだ活動へ

住民自らが取り組む機運醸成

住民参加の介護予防等

(5) 廿日市市 (吉和地域)

① 自治体概要

広島県廿日市市は、広島市の西に隣接し、南は瀬戸内海、北は島根県益田市に接する。廿日市市は平成15年、17年の合併で周辺4町村を編入した。旧廿日市市南側は高度成長期以降に広島市のベッドタウンとして発展した市街地である一方、北側は豪雪地帯である中国山地の中山間地域の吉和、佐伯まで含む。

廿日市市の二次医療圏は「広島西医療圏」(廿日市市、大竹市の2市)である。管轄の医師会は佐伯地区医師会であり、廿日市市、江田島市をカバーする。専門職団体による特定非営利活動法人廿日市市五師士会(三師会に加えて看護協会、福祉士会等)があり、在宅医療・介護連携にも共に取り組んでいる。

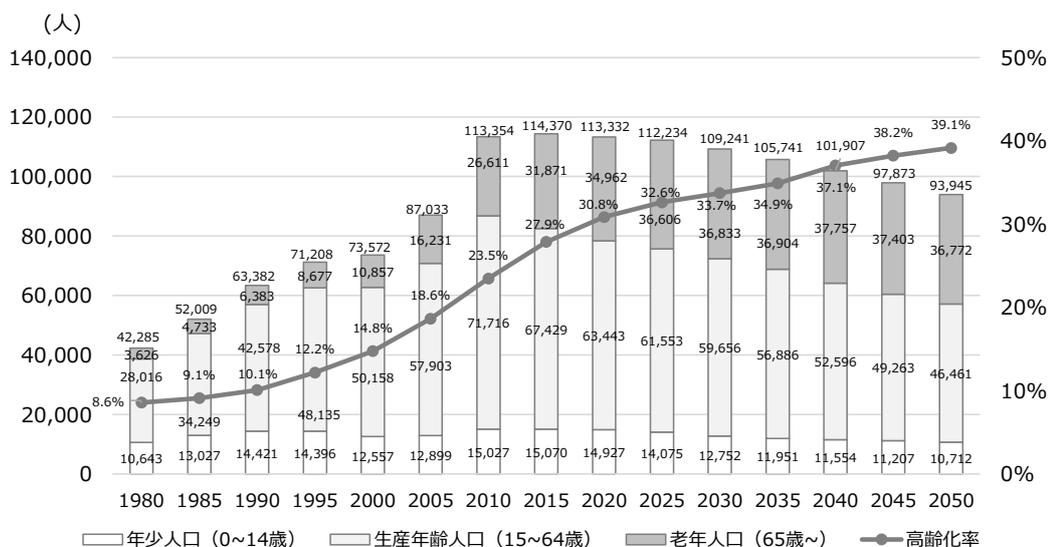


図表- 54 廿日市市の人口等

総面積	489.48k㎡
人口密度	233.3人/k㎡
総人口 (人)	114,173
年少人口 (人・総人口に占める割合)	14,927 13.1%
生産年齢人口(人・総人口に占める割合)	63,443 55.6%
65歳以上人口(人・総人口に占める割合)	34,962 30.6%
75歳以上人口(人・65歳以上高齢者人口に占める割合)	17,121 15.0%
85歳以上人口(人・65歳以上高齢者人口に占める割合)	5,917 5.2%

出典)総務省「令和2(2020)年国勢調査」(人口)

図表- 55 廿日市市の人口推移



出典)総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

※2025年以降は「国立社会保障・人口問題研究所」のデータに基づく推計値

※2003年に佐伯町及び吉和村と、2005年に大野町及び宮島町と合併

図表- 56 廿日市市の場所別死亡者数

	人数	年間死亡数に占める割合
年間死亡数	1,204	-
自宅	104	8.6%
老人ホーム	155	12.9%
(自宅・老人ホームの計)	259	21.5%
病院	838	69.6%
介護医療院	32	2.7%
老人保健施設	52	4.3%

出典)厚生労働省「令和3年人口動態調査」の市町村の場所別死亡者数

図表- 57 廿日市市の医療・福祉の資源(抜粋)

医療機関	病院数	10	
	一般診療所数	87	
	在宅療養支援診療所数(75歳以上人口/1,000人対比)	17 (0.99)	
	在宅療養支援病院数(75歳以上人口/1,000人対比)	2 (0.12)	
	在宅療養後方支援病院数(75歳以上人口/1,000人対比)	0 (0.00)	
福祉施設	訪問	訪問介護	26 (1.52)
		訪問入浴介護	1 (0.06)
		訪問看護	20 (1.17)
		訪問リハビリテーション	8 (0.47)
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1 (0.06)
	通所	通所介護	19 (1.11)
		認知症対応型通所介護	5 (0.29)
		通所リハビリテーション	11 (0.64)
		地域密着型通所介護	18 (1.05)
	入所	介護老人福祉施設	7 (0.41)
		介護老人福祉施設(地域密着型)	2 (0.12)
		介護老人保健施設	4 (0.23)
		介護医療院	1 (0.06)
		認知症対応型共同生活介護	10 (0.58)
		小規模多機能型居宅介護	4 (0.23)
		看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)	1 (0.06)
	特定施設	3 (0.18)	

出典)日本医師会「地域医療情報システム」(※医療機関情報は令和4年11月現在、介護施設情報は令和4年9月現在)

② 在宅医療・介護連携の状況

-1. 廿日市市の在宅医療・介護連携

- 平成17年度に「保健・医療・福祉にかかわる専門職が連携・協働し、互いの専門性を高めながら、地域住民が安心して暮らせる地域づくりに貢献すること」を目的に五つの専門職団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、福祉士会）が集結、廿日市市五師士会を設立した。その後、リハビリ士会（PT、OT、ST）、介護支援専門員連絡協議会、栄養士会が加わり、8つの団体が構成されている。
- 平成27年度に廿日市市五師士会は特定非営利活動法人格を取得、市の委託事業を受けて在宅医療・介護連携推進事業委員会を設置した。
- 平成28年度より相談連絡先等の情報シート、看取りのパンフレット等を作成して住民啓発を進め、令和2年度には人生会議サポーター育成研修会を開催、啓発を進める。
- 令和4年度に在宅医療・介護連携相談支援室を開設、市より出向のコーディネーター（保健師）が配置される。
「多職種との連携や支援体制で疑問に感じていること・困っていることを明らかにする」ことを目的に、市内の医療・介護関係者の実態把握として市内37か所の事業所にヒアリング調査を実施、4つの場面ごとに実態・課題・対策をまとめた。成果指標も設定、評価も実施している。
- 一方、廿日市市内は広島市のベッドタウンの沿岸地域から中国山地の吉和等の中山間地域までに及び、人口構成、医療・介護資源等の地域差が大きい。そのため、コーディネーターは各地域の地域包括支援センターもしくは高齢者総合相談窓口と連携を取りつつ、地域の状況に応じた医療・介護連携の推進を図ることとなる。

point

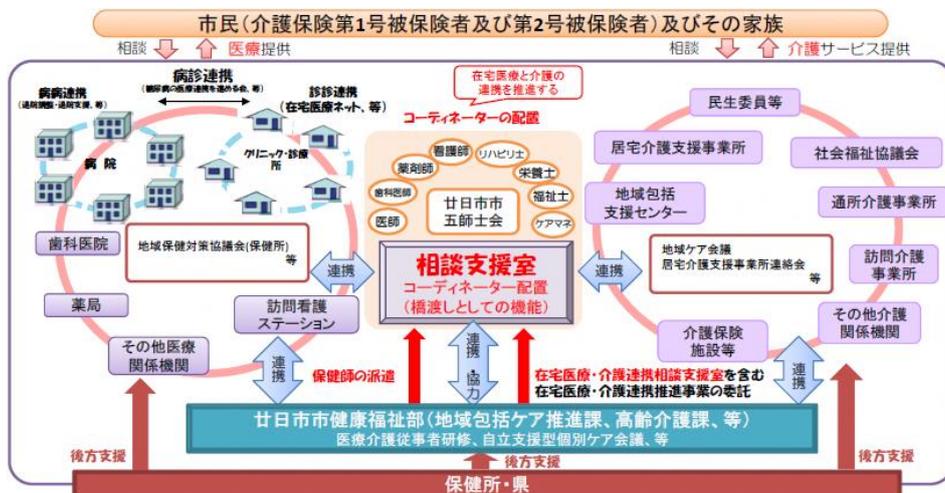
● 各種団体が互いの専門性を用いて1つの目的に取り組む体制

● 地域で多職種の連携を促していく人材を明確に定めて配置

● 4つの場面で実態・課題・対策を整理

● コーディネーターは地域包括支援センター等と連携、地域の状況を把握しつつ医療・介護の連携を推進

図表- 58 コーディネーターによる取り組みの整理・展開



出典)廿日市市在宅医療・介護連携相談支援室(NPO法人廿日市市五師士会)

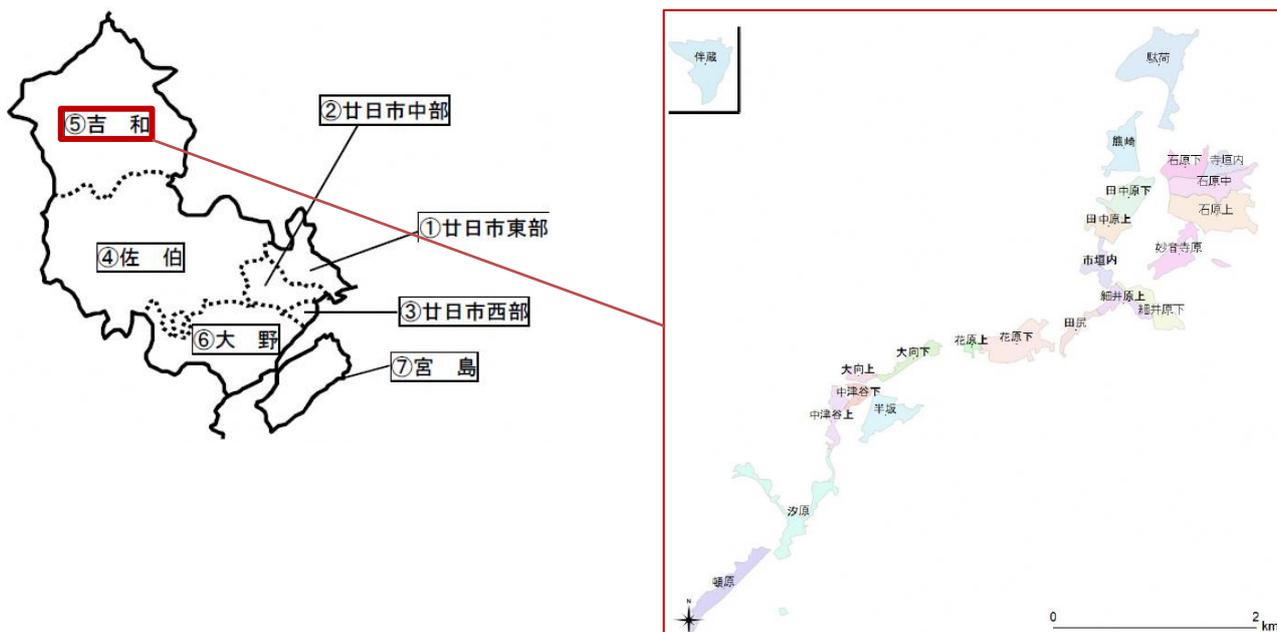
-2. 吉和地域 ～在宅生活の限界点を高める複合拠点への医療・介護の関わり

【吉和地域について】

廿日市市の中山間地域の一つである吉和地域は、旧吉和村であり、平成 15 年に廿日市市に編入された。島根県益田市に接する中国山地の山間の狭隘な地域であり、気候は寒冷で豪雪地帯でもある。

四季折々の自然が豊かで中国自動車道吉和 I C からのアクセスも可能であることから、「西の軽井沢」とも言われる別荘地でもある。

図表- 59 廿日市市の地域図と吉和地域



出典)市の地域図:廿日市市「廿日市市高齢者福祉計画第8期廿日市市介護保険事業計画」

吉和地域:廿日市市「地区別地域福祉カルテ:吉和地区(人口・世帯)」

令和2年10月1日現在の吉和地域の総人口は618人、高齢者人口は307人で高齢化率は49.7%、うち後期高齢者は197人で人口の31.9%を占める。65歳以上の第1号被保険者における要介護認定率は25.4%であり、高齢者の1/4が要介護認定を受けている。同様に、65歳以上人口に占める認知症高齢者数の割合も15.6%である。吉和地域は、廿日市市の中でも高齢化が顕著かつ介護需要も高い地域であると考えられる。

吉和地域内の医療施設は、廿日市市が設置している吉和診療所の1施設、介護サービス事業者は佐伯地域を中心に事業を展開する社会福祉法人佐伯さつき会による地域密着型サービス事業所（吉和福祉センター内）の1施設である。

吉和地域に地域包括支援センターは設置されておらず、廿日市市吉和支所（以下、「吉和支所」と言う。）内の高齢者総合相談窓口で市の保健師が対応している。

図表-60 日常生活圏域別人口の推移・推計(廿日市市)

(単位：人)

圏域		実績値			推計値			
		平成30年 (2018年)	令和元年 (2019年)	令和2年 (2020年)	令和7年 (2025年)	令和12年 (2030年)	令和17年 (2035年)	令和22年 (2040年)
廿日市 東部	総人口	31,327	31,443	31,700	32,465	32,997	33,359	33,546
	65歳以上人口	7,489	7,539	7,594	7,815	8,108	8,584	9,281
		23.9%	24.0%	24.0%	24.1%	24.6%	25.7%	27.7%
	75歳以上人口	3,707	3,828	3,905	4,589	4,756	4,692	4,747
		11.8%	12.2%	12.3%	14.1%	14.4%	14.1%	14.2%
廿日市 中部	総人口	24,291	24,053	23,955	22,932	21,636	20,029	18,133
	65歳以上人口	6,469	6,687	6,988	7,923	8,200	7,915	7,588
		26.6%	27.8%	29.2%	34.5%	37.9%	39.5%	41.8%
	75歳以上人口	2,672	2,768	2,878	3,832	4,732	5,223	5,066
		11.0%	11.5%	12.0%	16.7%	21.9%	26.1%	27.9%
廿日市 西部	総人口	20,597	20,459	20,371	19,515	18,293	16,805	15,239
	65歳以上人口	6,717	6,858	6,933	7,144	6,949	6,650	6,446
		32.6%	33.5%	34.0%	36.6%	38.0%	39.6%	42.3%
	75歳以上人口	3,071	3,212	3,278	4,239	4,688	4,553	4,101
		14.9%	15.7%	16.1%	21.7%	25.6%	27.1%	26.9%
佐伯	総人口	9,846	9,640	9,453	8,454	7,432	6,429	5,474
	65歳以上人口	3,933	3,930	3,940	3,907	3,657	3,389	3,070
		39.9%	40.8%	41.7%	46.2%	49.2%	52.7%	56.1%
	75歳以上人口	1,944	1,972	1,972	2,237	2,321	2,212	1,958
		19.7%	20.5%	20.9%	26.5%	31.2%	34.4%	35.8%
吉和	総人口	667	624	618	588	535	478	421
	65歳以上人口	327	310	307	299	280	253	236
		49.0%	49.7%	49.7%	50.9%	52.3%	52.9%	56.1%
	75歳以上人口	213	200	197	209	188	175	161
		31.9%	32.1%	31.9%	35.5%	35.1%	36.6%	38.2%
大野	総人口	29,116	29,324	29,440	30,474	31,232	31,709	31,989
	65歳以上人口	8,659	8,726	8,838	9,015	8,946	9,026	9,404
		29.7%	29.8%	30.0%	29.6%	28.6%	28.5%	29.4%
	75歳以上人口	4,297	4,439	4,590	5,536	5,744	5,565	5,211
		14.8%	15.1%	15.6%	18.2%	18.4%	17.6%	16.3%
宮島	総人口	1,591	1,555	1,508	1,395	1,245	1,130	1,007
	65歳以上人口	733	729	709	658	564	484	424
		46.1%	46.9%	47.0%	47.2%	45.3%	42.8%	42.1%
	75歳以上人口	416	421	417	449	410	349	286
		26.1%	27.1%	27.7%	32.2%	32.9%	30.9%	28.4%
計	総人口	117,435	117,098	117,045	115,823	113,370	109,939	105,809
	65歳以上人口	34,327	34,779	35,309	36,761	36,704	36,301	36,449
		29.2%	29.7%	30.2%	31.7%	32.4%	33.0%	34.4%
	75歳以上人口	14,376	14,868	15,265	18,854	20,518	20,557	19,572
		12.2%	12.7%	13.0%	16.3%	18.1%	18.7%	18.5%

出典)廿日市市高齢者福祉計画・第8期廿日市市介護保険事業計画

※平成30年から令和2年住民基本台帳人口(10月1日現在)・令和7年から住民基本台帳人口を基として推計

※圏域別人口割合を市全体の推計値に按分して算出

図表- 61 日常生活圏域の状況(廿日市市)

	廿日市 東部	廿日市 中部	廿日市 西部	佐伯	吉和	大野	宮島	計
総人口	31,700人	23,955人	20,371人	9,453人	618人	29,440人	1,508人	117,045人
高齢者人口	7,594人	6,988人	6,933人	3,940人	307人	8,838人	709人	35,309人
高齢者率	24.0%	29.2%	34.0%	41.7%	49.7%	30.0%	47.0%	30.2%
後期高齢者数	3,905人	2,878人	3,278人	1,972人	197人	4,590人	417人	17,237人
後期高齢化率	12.3%	12.0%	16.1%	20.9%	31.9%	15.6%	27.7%	14.7%
第1号認定者数	1,395人	1,056人	1,211人	702人	78人	1,580人	136人	6,158人
第1号認定率	18.4%	15.1%	17.5%	17.8%	25.4%	17.9%	19.2%	17.4%
認知症高齢者数※	804人	597人	690人	420人	48人	958人	86人	3,603人
認知症高齢者数の 高齢者人口に占める割合	10.6%	8.5%	10.0%	10.7%	15.6%	10.8%	12.1%	10.2%
介護サービス事業者等								
住宅サービス事業所	44か所	29か所	27か所	11か所	0か所	25か所	0か所	136か所
地域密着型サービス 事業所	12か所	8か所	6か所	4か所	1か所	8か所	2か所	41か所
施設サービス事業所	4か所	2か所	2か所	2か所	0か所	3か所	0か所	13か所
民生委員・児童委員数	41人	31人	34人	36人	5人	49人	9人	205人
老人クラブ会員数※	826人	610人	1,425人	526人	104人	2,045人	320人	5,856人
通いの場	12か所	11か所	10か所	11か所	1か所	14か所	4か所	63か所

出典)廿日市市高齢者福祉計画・第8期廿日市市介護保険事業計画

資料:高齢介護課(令和2年10月1日現在)

※認知症高齢者数については、要支援・要介護認定者のうち認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の人

※老人クラブ会員数は、令和2年4月1日現在

図表- 62 吉和地域の将来推計人口

(単位:人)

	2013年	2018年	2023年	2028年	2033年	2043年	2048年
0~4歳	24	21	17	16	11	10	9
5~14歳	46	42	42	35	30	20	19
15~64歳	326	272	237	210	190	135	109
65~74歳	125	116	89	73	58	57	53
75歳以上	233	210	192	169	137	92	81
合計	754	661	576	503	425	314	271
高齢化率	47.5%	49.3%	48.8%	48.2%	45.8%	47.5%	49.5%
後期高齢化率	30.9%	31.8%	33.3%	33.7%	32.3%	29.4%	29.9%

出典)廿日市市「地区別地域福祉カルテ:吉和地区(人口・世帯)」

※コーホート変化率法による予測値/基準年を2018年として、過去5年間の年齢別人口の増減を基に集計。

今後人口データを更新する中で、使用する時点のデータにより、予測値は変動する。

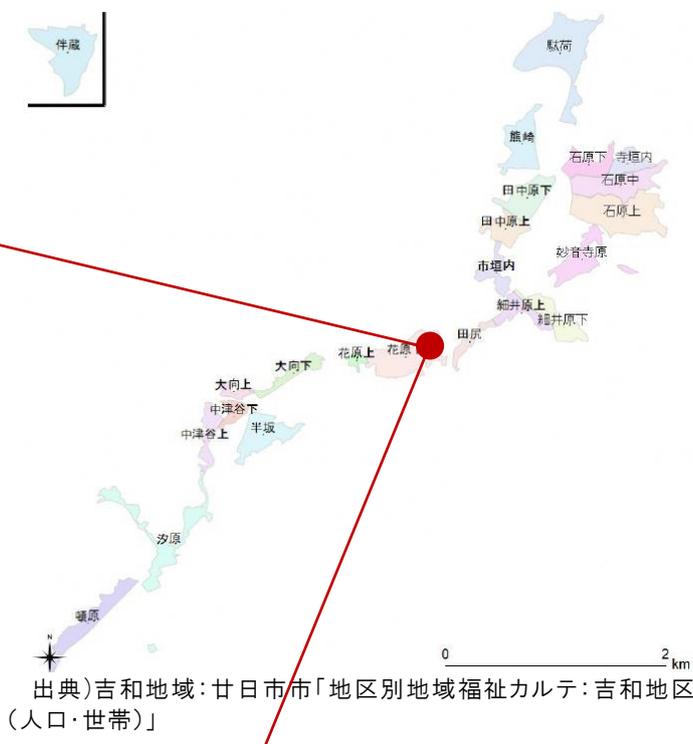
(事務局注:2023年以降で合わない数値があるが出典のままとした)

【吉和地域における複合拠点】

吉和地域の中心部には、吉和福祉センターを中心によしわせせらぎ園、ほっと吉和、吉和診療所がある「吉和福祉センター」のゾーン、隣接して令和5年5月に開館した吉和複合施設（吉和支所、吉和ふれあい交流センター、吉和歴史民族資料館）と食料や日用品を取り扱う民間商店（NAKAZAWA）のある「吉和ふれあい交流センター」のゾーンが一体となって拠点化している（以下、「吉和地域内拠点」と言う。）。

地域内の移動手段の確保のため、令和3年4月よりNPO法人ほっと吉和が自家用有償旅客運送事業で運営するほっとバス（巡回バスとデマンドカー）が運行され、巡回バスの停留所が吉和福祉センター、吉和ふれあい交流センターのそれぞれに置かれている。

吉和複合施設(吉和支所等)



吉和診療所・ほっと吉和・よしわせせらぎ園・吉和福祉センター



出典)NPO 法人ほっと吉和

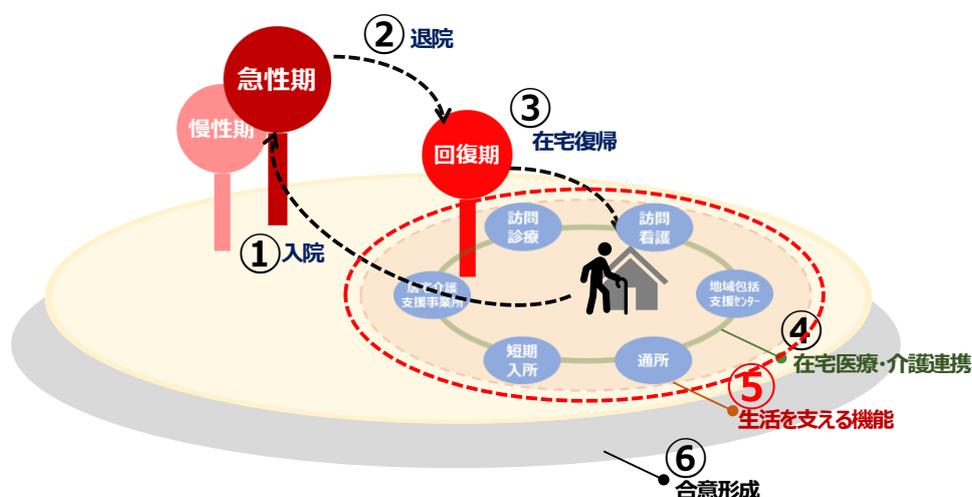
i. 経緯まとめ

- 吉和地域では、行政、福祉、医療、商店などの日常生活に必要な機能の複合・集約が進み、拠点化された。さらに、吉和地域内から吉和地域内拠点等、地域内の移動手段も確保され、住民が生活する上での利便性の向上が図られている。
- 以上は、高齢期の生活に必須の医療・介護の確保を基盤に、住民、地域の構成員でもある医療等の関係者、市が共に住み続けられる地域づくりに挑んだ結果である。医療等をはじめ日常生活に必要な機能は複合して拠点化し、移動手段も確保され利便性は高まった。また、かねてからの住民同士の助け合いを背景に互助活動も組織化し、事業として整理したことで使いやすさも生まれた。
- 住民主体の活動に向けては、5年程度をかけて丁寧に検討して合意形成している。

【経緯】

- 吉和地域内の医療・介護等の資源はそれぞれ1つである。だが、少なさゆえに、医療と介護等が共に取り組まざるを得ない状況も生じ、医療・介護間の基本的な連携はできていた。また、医療・介護等の関係者による地域への目配りもされており、住民の信頼は厚かった。
- 吉和地域に対する住民の愛着度は高い。しかし、日常生活上の不便や不安から在宅生活の限界点は低く、要介護等ではない場合も早めの住み替えを考える人が出てきていた。
- 在宅生活の限界点を上げるには、現在の吉和地域における医療・介護の安心感を踏まえ、住民同士が助け合う関係性、日常生活の利便性を高めることが望まれた。そのためには市、生活の安心を支え、地域の重要な構成員でもある医療・介護等の関係者も加わり、住民と共に「住み続けるために必要なこと・そこで自分ができること」を考える必要がある。
- 現在、吉和地域内の拠点は、廿日市市、医療・介護等の関係者、地域住民等の活動による機能で構成され、吉和地域の人々の生活を支えている。吉和地域に在宅医療・介護の安心があったからこそ地域住民が「住み続けたい」という希望を持たせたとも言え、現在の吉和地域の拠点形成の基盤となった。

本事例に特に関連する箇所：⑤生活を支える機能



ii. 吉和地域の医療・介護連携

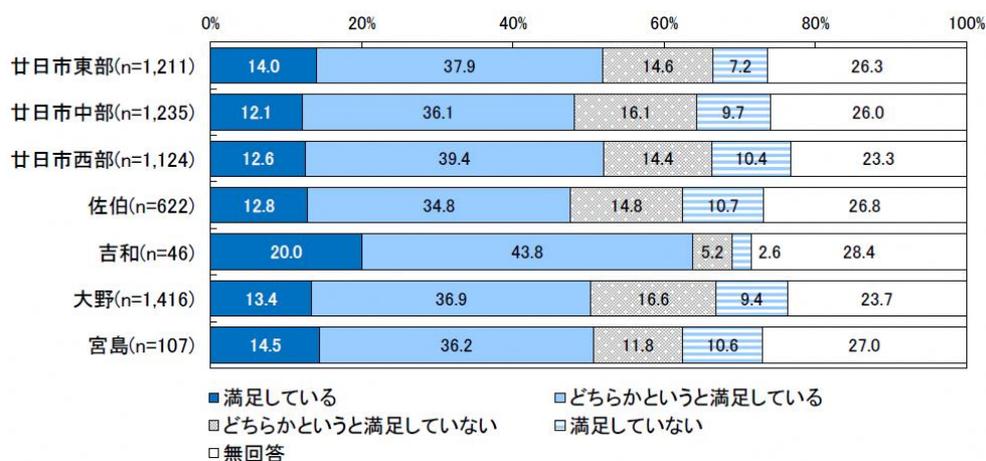
point

- 平成8年まで吉和地域には開業医がいたが、その引退後は佐伯中央病院から出張診療が行われていた。平成15年に吉和診療所は常設の廿日市市の診療所として開所した。
- 平成19年に吉和診療所に現所長の吉川氏が着任する。現在は吉川所長をはじめ看護師2名、医療事務職員1名の体制で、月2回は安芸太田病院からも医師が診療に入る。
- 毎週木曜日には訪問診療を実施、5～6軒程度を回る。気になる患者がいる場合は、訪問診療の途中に立ち寄り、声がけ、服薬状況の確認を行う等している。訪問診療の数自体はさほど多くはないが、顔を見に行くだけの人が同じくらいいる。公的な医療機関による地域住民の健康増進と考えている。
- 訪問看護師等多職種とも連携、在宅で暮らす高齢者の支援を行っており、吉和地域の高齢者は概ね把握できている。地域住民の6割は来院している。細やかな対応で住民から絶大な信頼と安心を得ており、地域で唯一の医療機関であるにも関わらず地域住民の医療に対する満足度は高い。

●信頼感の醸成
●かかりつけ医の機能に近い

●資源の数に関わらず医療の満足度が高い

図表- 63 医療体制の満足度(日常生活圏域別)



出典)廿日市市「高齢者の保健福祉に関するアンケート調査(日常生活圏域別)」令和5年9月

- 吉和地域内にある福祉事業所は、吉和福祉センター内にある地域密着型デイサービスのみであり、訪問看護等のサービスを利用する場合は吉和地域外の事業所となる。そのため、ケアマネジャーは利用者の曜日を揃える等して、事業者が継続して吉和地域の支援に入ることができるよう負担を減らす工夫している。
- 地域包括支援センターは吉和地域外にあるが、吉和支所内に高齢者総合相談窓口があり、保健師が配置されている。在宅医療・介護連携相談支援室のコーディネーターは、高齢者総合相談窓口を通じて地域の状況を把握している。
- 地域ケア会議には、地域内の医療・介護・福祉・保健の専門職が参加し、吉和診療所所長と看護師も同様である。

●地域外の事業者に継続して支援に入ってもらえるよう工夫

●コーディネーターは高齢者総合相談窓口(地域包括支援センター)と連携して地域の状況を把握し市全体の在宅医療・介護連携を推進

- 希望で看取りも行うが、吉和地域に 24 時間対応の訪問看護サービスがなく独居で看取することは難しい。地域外の安芸太田病院、佐伯中央病院をバックアップと定めて連携体制をつくる。JA 広島総合病院にも研修に行っており、休日夜間急患センターとも交流を保つようにしている。

iii. 複合的な支援を行う拠点を中心とした医療・介護・生活を支える活動 (取り組みの背景と課題認識)

- 吉和地域の住民における地域への愛着度は高く、医療や介護等への信頼感は培われていたが、少子高齢化・人口減少は顕著であった。在宅での療養や介護が必要な生活になったら施設入所や入院を選択するしかないと考えるだけではなく、今は元気だが日常の通院や買い物が難しくなれば吉和で暮らし続けることは難しいと地域外への転居を考えるような人が出てきていた。
- しかし、住民には日常生活に必要なことは行政が行うものという認識も見られ、問題を感じても住民自らが主体的に考えて動くことはなかった。
- 今後更に吉和地域で高齢化が進めば、問題解決はますます困難となる。ひとり暮らしの高齢者であっても安心して吉和で暮らし続けることができる環境を整え、限界を少しでも伸ばしていくためにも、地域住民自身の理解と協力はかせない。

●地域の医療・介護等への安心・信頼感

●医療・介護だけでは生活を支えられない
●日常生活への不安を契機に地域外へ流出

●住民に当事者意識をもち、自ら関わる必要がある

在宅医療・介護が必要となったら施設等に行くしかないと思っていないか
ここでは住み続けられないと考え、要介護となる前に地域から出てしまうのではないか



地域住民でもある行政職



1人暮らしの高齢者等が住み慣れた吉和で生活し続けることができる環境を整え、限界を少しでも延ばす

(協議の準備を行う)

- 平成24年11月より「生涯住み続けられる環境づくり検討会」を月1回開催する。

参加者：吉和支所、廿日市市社会福祉協議会および同吉和事務所、吉和診療所医師

- 吉和地域住民の「ダントツに高い地域愛着度」を活かし、「歳をとったら帰れる吉和、歳をとっても暮らし続けられる吉和づくり」を進めていくことを共有する。
- 住民主体で実施する取り組みの長期ビジョンを具体的に計画するために座談会等を開催、その中で目標を共有しながら

●住民への働きかけについて、関係者は方針や進め方等を事前に協議・共有

●地域住民でもある行政職が中心となって取り組む

●重要な構成員として医師が参加
●長期ビジョンを意識

らぶれずに活動していくことを確認する。

(住民が自分の・互いの思いを確認する)

- 平成25年2月に「有資格者懇談会」として、地域住民で看護師・介護職らの有資格者との集まりを開催する。

参加者：看護師・介護職26名に声かけ→11名が参加

- 平成25年9月より福祉座談会を計3回開催する。地域住民に対し、吉和支所、廿日市市社会福祉協議会、吉和診療所の三者から参加の呼びかけを行う。
- 懇談会では住民の思い、意見を把握しつつ「ダントツに高い地域愛着度」の住民が自ら取り組む機運の醸成を図る。
- 行政への要望だけではなく、自分たちでできることはまず自分たちで取り組む、そのうえで行政でなければできないところを行政に提言・要望し、住民と行政の協働による地域の福祉づくりを基本的なスタンスとした。

- 吉和地域には地域密着型デイサービス1施設があるが、療養できる施設やショートステイ等24時間対応の施設がない。第5期介護保険事業計画（平成24年度～26年度）で「地域密着型介護老人福祉施設（25床）」整備の要望をしたが参入はなかった。しかし、緊急時に泊まれる場所の必要性は変わらないことから、検討に向けて施設の視察を行った。



参加者：地域住民
吉和支所、市社会福祉協議会、吉和診療所等

【第1回】平成25年9月（参加者45人、うち地域住民33人）
・吉和のいいところ・困っているところを思いのままに語ろう

【第2回】平成25年11月（参加者37人、うち地域住民25人）
・こんな施設、こんな手作り介護サービスがあったらいいな

【視察研修】平成25年12月（参加者29人）
・防府市小規模多機能型居宅介護施設、グループホーム、地域密着型特別養護老人ホーム

【第3回】平成26年2月（参加者32人、うち地域住民12人）
・今、吉和地域に必要な福祉サービスは何か
・生涯この地域で暮らし続けていくために必要なことは何か
・吉和住民としてできることは何か

- 参加者からは次のような意見が寄せられた

■ 地域に必要な施設や仕組みはなにか？
・誰もがいざという時に泊まれる場所
・高齢者だけではなく、障害者や子ども等誰でも利用できる通いの場

■ 地域住民は何ができるか？
・草刈り、草取り、掃除、買い物やゴミ出し、雪かき、自動車運転、見守りなど日常生活の困りごとへの対応

- 第3回では継続して検討するための会議体として、「生涯暮らし続ける吉和地域をつくる会」の結成が決まる。

● 住民との意見交換

● 地域互助活動のキーパーソンとなる可能性がある人々に声かけ

● 医師を含む様々なチャネルからの声かけ

● グループディスカッション等、住民同士が思いを語り、議論が積み重なるよう工夫

● 住民が自分事と考えると取り組むことを重視

● 視察：実際に自分の目で・耳で確認する

● 段階的に議論深める

● 吉和地域に必要なこと、その中で暮らす自分ができることを深く考える

● 目的達成のために必要なこと・何を自分はずべきか、自らの言葉で語る（表出）

● 住民自らが進めるための組織組成

「生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会」を立ち上げよう！



(住民による組織の立ち上げ)

- 平成26年6月に「生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会」(以下、「つくる会」と言う。)が住民の創意で立ち上げられた。つくる会では、福祉座談会で出た課題をはじめとする福祉を中心とする課題とその解決に向けた具体的な検討を行うこととした。
- つくる会は住民で構成され、吉和診療所医師等はオブザーバーとして検討を支援する。

参加者

・吉和老人クラブ、民生委員児童委員協議会、コミュニティよしわ、吉和女性会、ボランティア吉和、障害者福祉協会
吉和支部、福祉座談会から6名

オブザーバー

・吉和診療所医師、市社会福祉協議会会長、市議会議員、
市役所職員

- 平成26年6月に第1回を開催、会長・副会長を決定した。平成26年8月には第2回を記載、「泊まりの施設」の建設と老朽化した吉和診療所の吉和福祉センター敷地内への移転新築を市に要望することを決定し、第6期介護保険事業計画(平成27年度～平成29年度)には「泊まりの施設」の建設が盛り込まれた。

・泊まりの施設の建設(地域密着型介護老人福祉施設:25床)
・吉和診療所の吉和福祉センター近くへの移転

- 具体的な検討のため、つくる会の中には「施設部会」と「運営部会」の2つの部会を設定した。

施設部会(平成27年7月から 計3回開催)

・必要な施設の規模、内容、設備等を協議

運営部会(平成28年1月から 計4回開催)

・施設の利用、運営、管理、住民が活動する際の事業体(NPO法人)について協議

- つくる会では、住民自身のできることにして日常生活の困りごとへの対応をあげていたことから、運営部会では活動を行う際の事業体であるNPO法人の設立について検討を行った。

●住民の意思で自分たちの協議体を設置

●医師はオブザーバーとして検討を継続支援して取り組みを応援

●行政への要望と自分たちですべきことを整理して意思を表明

●目的達成のための具体的な方策を設定

●住民である自分たちが活動する際の内容、その際の事業体も検討

地域住民自らが活動を行うための組織を立ち上げた

活動するための事業体「NPO 法人ほっと吉和」を立ち上げよう！



(NPO法人の設立～住民自らが主体となって取り組む仕組み)

- 平成28年9月に「NPO法人ほっと吉和」の定款等をまとめた後、10月には設立総会を開催した（30名出席）。その後、県知事に申請を行った。平成29年2月にNPO法人ほっと吉和の設立登記が完了した。吉和福祉センター内には新たに泊まりの施設が整備され、運営管理もNPO法人ほっと吉和が実施することとなった。

【理事】
 ・吉和老人クラブ、民生委員児童委員協議会、コミュニティよしわ、吉和女性会、ボランティア吉和、障害者福祉協会吉和支部、福祉座談会から6名

【監事】
 ・福祉座談会参加者、オブザーバー

【会員】
 ・54名(令和5年4月1日現在) ※賛助会員も有
 会員は概ね吉和地域の住民であり、吉和診療所医師も会員
 賛助会員もあり、そちらには地域外の人もいる

●会員はほぼ地域住民、地域人口の約1割が会員

●診療所医師も地域の構成員として継続して関与

- 平成29年4月には、個人や団体の依頼に応じて作業を実施する登録会員を擁する「人材センター事業」、同年8月には地域密着型デイサービス協に設置された「泊まりの施設」の運営事業である「泊まりの見守り事業」を開始した。

泊まりの見守り事業	いざいという時に泊まりができる施設で夜間利用する方々に安心していただくために原則2名で見守り業務を行う	泊まりの施設(吉和福祉センター内)
人材センター事業	人材センターに登録した会員により個人や団体の依頼に応じて種々の作業等を行う	吉和地域

ほっと吉和外観



出典)NPO法人ほっと吉和
 泊まりの施設内の居間・キッチン



出典)NPO法人ほっと吉和

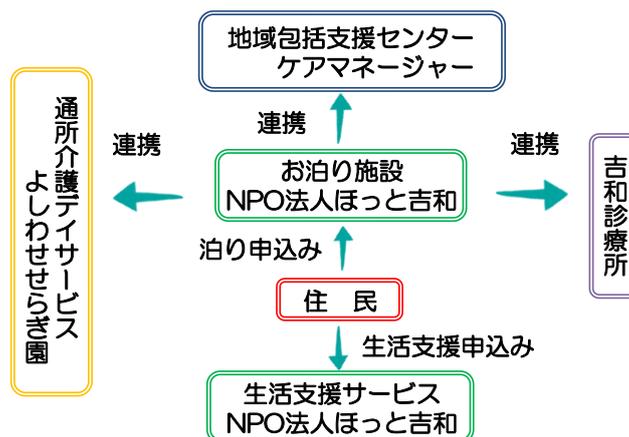
機能集約によって利便性は高くなったが、
地域の共通課題として移動手段の問題がある・・・



(さらに住みやすい地域へ～移動サービスの実施)

- 平成29年4月に吉和診療所は吉和福祉センター・地域密着型デイサービスセンターと同じゾーンに移転新築された。そこに泊まりの施設も加わり利便性は高まった。しかし、公共交通空白地である吉和地域の自家用車以外の交通手段は市自主運行バス（吉和さくらバス）のみしかなかった。
 - 医療・介護等に加えて生活支援の機能も追加、複合化進む
- 特に自動車運転が難しくなった高齢者の移動手段の確保は地域住民、診療所、市の3者に共通する課題であった。そのため、NPO法人ほっと吉和は移動も取り組むべき課題と把握し、吉和地域内の生活交通を特定非営利活動事業として実施することを目指し、市と自家用有償旅客運送（公共交通空白地有償運送）の協議を開始した。
 - 新たに取り組むべき課題を把握
- 令和3年4月1日からNPO法人ほっと吉和による巡回バス（ほっとバス）と市自主運行バス（さくらバス）を并存させて新規の路線定期運行も実施することで地域内での定期運行範囲の拡大が図られた。さらにNPO法人ほっと吉和はデマンドカーも実施、自宅から医療機関や商業施設への移動等、地域住民の個別の移動ニーズへの対応も開始した。
 - 住み続けられるための取り組みの拡充
 - より医療等にアクセスしやすい環境へ
- 地域内の移動が改善されたことにより、地域住民の吉和診療所への通院の負担軽減も図られた。

図表- 64 ほっと吉和の事業



- ・人材センター事業 平成29年4月1日開始
- ・泊りの見守り事業 平成29年8月1日開始
- ・福祉バス運行事業 令和3年4月1日開始

出典)NPO 法人ほっと吉和

老朽化した吉和支所、吉和市民センターの移転建て替えに伴って地域住民の交流拠点となる吉和複合施設が吉和福祉センターの隣接地に整備され、拠点化が進む

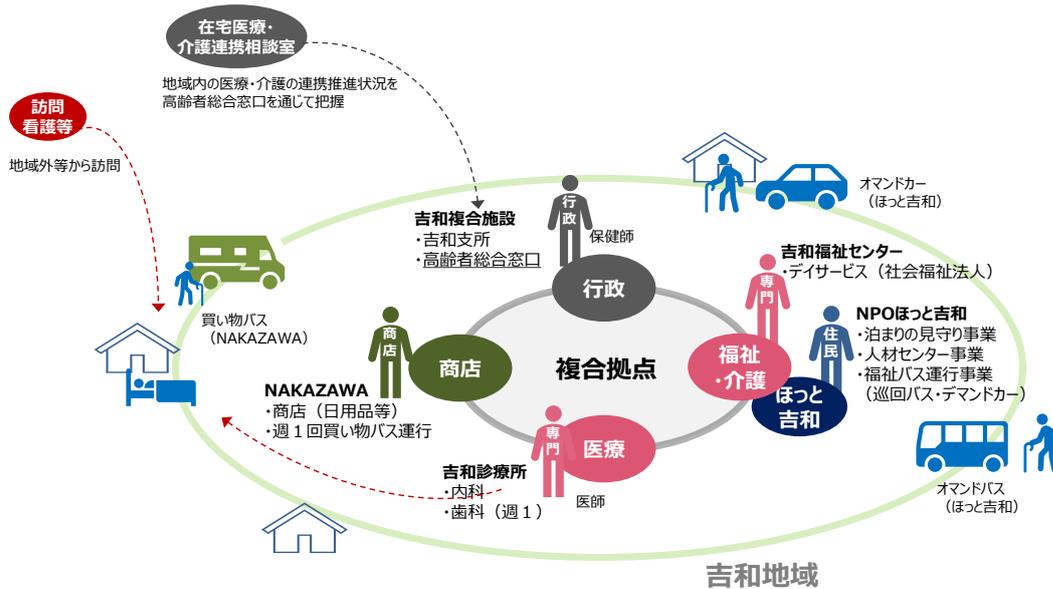
(在宅生活の限界点を高める複合拠点へ)

- 令和5年5月、吉和福祉センター、吉和診療所のゾーンの隣に吉和複合施設と民間商店（NAKAZAWA）が整備された。吉和複合施設には、吉和支所、吉和ふれあい交流センター、吉和歴史民俗資料館が整備された。吉和複合施設は、災害時の防災拠点でもある。民間商店は、肉や魚等の食料品、日用品の他、地域の特産品も売っている吉和地域唯一のコンビニ兼スーパーである。
- 医療・介護等の安心を核とし、医療・介護等が地域の構成員として住民と共に「住み続けられる地域」を真摯に検討した結果、段階的に機能が拡充された。地域で生活し続けられる環境を整え、本地域の在宅生活を支える総合的な拠点であると同時にコミュニティの強化にも寄与している。

●医療・介護等の安心に始まり、日常生活を支援する機能、買い物等の機能も追加、拠点化が進む

●在宅生活の限界点を高める拠点に成長

図表- 65 吉和地域の複合拠点の構成図



図表- 66 NPO法人ほっと吉和の3つのサービス

泊まりの見守り事業 (吉和地域の高齢者)	人材センター事業 (吉和地域の住民・団体)	福祉バス運行事業 (地域外の人も利用花王)
一時的な泊まり場所と見守り 1泊(2食付き)2,700円 利用時間:17:00～翌日 8:30 1人部屋3室・2人部屋1室 見守り者と利用者は一緒に食事 ※吉和診療所、地域密着型デイサービスと連携。見守り者による自宅、デイ間の送迎あり ※登録した住民で見守り	生活支援サービス提供 30分以内の軽作業:550円～ 30分以上1時間以内:770円～ 一般作業①(1時間あたり) 草取り、掃除等:880円～ 一般作業②(1時間あたり) 畑の耕うん、樹木剪定、雪かき等:1,265円～ ※登録会員が対応	巡回バス・デマンドカー運行 1回 150円 【巡回バス:12人乗り】 運行日:月曜～金曜 定期運行・1日6便 【デマンドカー:4人乗り】 運行日:月曜～金曜 逐次運行・予約制 ※従業員8人で対応

出典)NPO 法人ほっと吉和(※の人数は令和5年度通常総会資料より)

③ 取り組みのポイント

在宅生活の基盤となる医療・介護の安心を確保

- （医療・介護連携の推進）資源は限られるが、細やかな対応で住民から「信頼」が得られており、満足度は高い。

協議前の準備を重視

- （事前協議の場合）医療・介護の安心を在宅生活の核とし、住民が主体的に地域づくりに取り組めるよう、予め「方針」や「進め方」等を「関係者（市・医師等）」は協議し共有。
- （キーパーソン）「推進のエンジン」は元行政職で地域住民でもあり、行政と地域をつなぐ力を持つ。その活動が進めやすくなるよう、支所、医師らは応援。

住民が自らの・互いの思いを確認する場～「福祉懇談会」

- （住民同士で語り・考える場）自分が住む地域について、「住民が自らの思いを表出」→「互いの考えを共有」→「共に地域にいる者としてどうすべきかを考える」場を準備。
- （住民の議論・理解を深めるための工夫）あくまで検討の主体は住民との考えのもと、議論・理解が深まるよう、「意見の表出や議論のためのグループワーク」、「実情を知るための視察や情報提供」の機会を準備。

住民自身が考える場の設定～「生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会」

- （住民による具体的な検討の場合）住民で構成、関係者はオブザーバーで検討を支援。オブザーバーで行政、医療・介護関係者が関わることでそれぞれが行うべきことも明確になり、包括的な検討が可能となった。
- （決定する事項を明確にする）目的達成に必要なことは協議の場で明確にし、具体的な方法は「部会」で人数を絞り検討。

住民が活動する方法を決める～「NPO法人ほっと吉和」

- （法人格の設立）住民が主体となって活動する際の「方法」を決める。その時の約束事等についても「定款」等で定める。

取り組む中で新たな課題をキャッチし取り組む～「ほっとバス」

- （新たな課題への取り組み）実際に取り組んだことで新たな課題（移動）があることをキャッチ、解決策を検討・実施する。

住み続けられるための機能の複合化で利便性向上～吉和地域の複合拠点

- （生活に必要な機能の複合拠点）必要な機能を集約・複合し拠点化することの利便性、アクセス確保で在宅生活の限界点が一段アップ。

得た知見を異なる地域に活用

- 各地域の実情は異なるが、価値観や生活の歴史などが近い人たちで医療・介護等も含む地域の生活を支える体制を検討し、活動を横に広げていく方法は応用可能な可能性がある。

在宅医療・介護連携で在宅の高齢者を支援

住民の活動を支援する準備

住民は主体性をもって検討

住民の主体的な活動で住みやすさは向上
高齢者の在宅生活の限界点も上昇

活動は更に充実

住民主体による生活を支援するサービスの実施

必要な機能を追加
さらに利便性は向上

他地域への展開



(6) 周南市

① 自治体概要

山口県周南市は、山口県の東南部に位置し、南は瀬戸内海に面している。東は岩国市、南は光市、下松市、西を山口市、防府市、北を島根県吉賀町に接している。周南市は、平成15年に旧徳山市等2市2町によって誕生した。

周南市の二次医療圏は「周南医療圏」（周南市、光市、下松市の3市）である。管轄の医師会は徳山医師会である。徳山医師会では徳山医師会病院



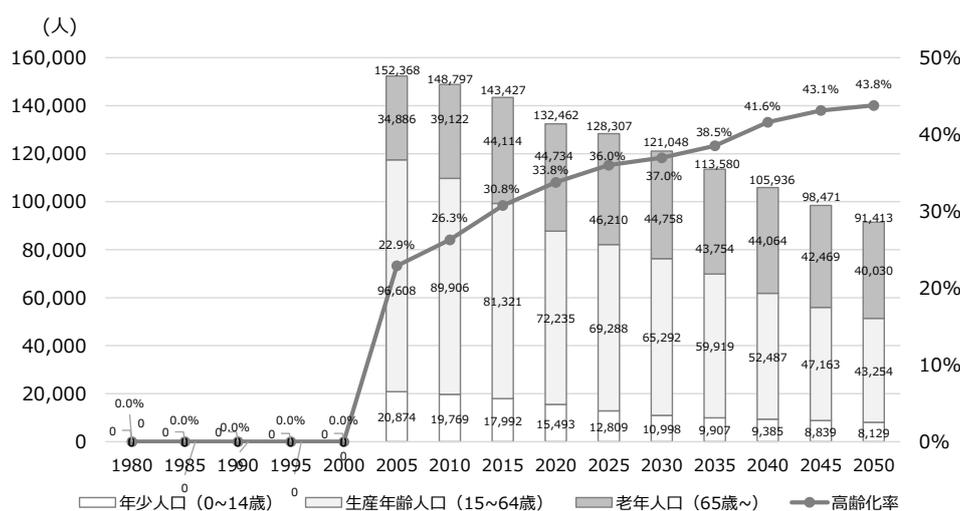
のほか在宅支援部を持ち、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護事業所、訪問看護ステーション等の運営も行っている。

図表- 67 周南市の人口等

総面積	656.29k m ²
人口密度	209.6人/k m ²
総人口 (人)	137,540
年少人口 (人・総人口に占める割合)	15,493 11.3%
生産年齢人口(人・総人口に占める割合)	72,235 52.5%
65歳以上人口(人・総人口に占める割合)	44,734 32.5%
75歳以上人口(人・65歳以上高齢者人口に占める割合)	23,199 16.9%
85歳以上人口(人・65歳以上高齢者人口に占める割合)	0.0%

出典)総務省「令和2(2020)年国勢調査」(人口)

図表- 68 周南市の人口推移



出典)総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

※2025年以降は「国立社会保障・人口問題研究所」のデータに基づく推計値

※2003年に徳山市、新南陽市、熊毛町、鹿野町の2市2町が合併し、周南市が誕生

図表- 69 周南市の場所別死亡者数

	人数	年間死亡数に占める割合
年間死亡数	1,876	-
自宅	257	13.7%
老人ホーム	206	11.0%
(自宅・老人ホームの計)	463	24.7%
病院	1,351	72.0%
介護医療院	11	0.6%
老人保健施設	23	1.2%

出典)厚生労働省「令和3年人口動態調査」の市町村の場所別死亡者数

図表- 70 周南市の医療・福祉の資源(抜粋)

医療機関	病院数	14	
	一般診療所数	95	
	在宅療養支援診療所数(75歳以上人口/1,000人対比)	10 (0.43)	
	在宅療養支援病院数(75歳以上人口/1,000人対比)	3 (0.13)	
	在宅療養後方支援病院数(75歳以上人口/1,000人対比)	0 (0.00)	
福祉施設	訪問	訪問介護	39 (1.68)
		訪問看護	14 (0.60)
		訪問リハビリテーション	13 (0.56)
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2 (0.09)
	通所	通所介護	29 (1.25)
		認知症対応型通所介護	5 (0.22)
		通所リハビリテーション	15 (0.65)
		地域密着型通所介護	19 (0.82)
	入所	介護老人福祉施設	7 (0.30)
		介護老人福祉施設(地域密着型)	1 (0.04)
		介護老人保健施設	7 (0.30)
		介護療養型医療施設	1 (0.04)
		介護医療院	1 (0.04)
認知症対応型共同生活介護		22 (0.95)	
小規模多機能型居宅介護		7 (0.30)	
特定施設	2 (0.09)		

出典)日本医師会「地域医療情報システム」(※医療機関情報は令和4年11月現在、介護施設情報は令和4年9月現在)

② 在宅医療・介護連携の状況

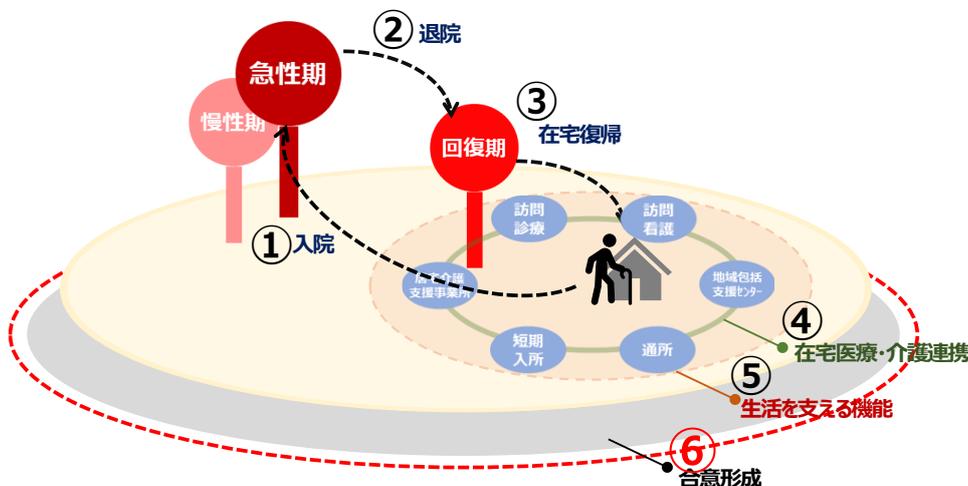
-1. 経緯まとめ

- 周南市では、平成 28 年度から市内の医療・介護の関係者らが参加する「あ・うんネット周南」で在宅医療・介護連携推進事業に本格的に着手する。在宅医療・介護連携に係る課題についてワーキンググループを設定し、検討を進める。
- ワーキンググループの検討は年を経て深化、高齢期における高齢者の状態変化を包括的に見る大事さ、事業間の連動の必要性からテーマも変化した。本人の気づきを更に重視し、住民啓発資料の内容も改訂し訴求力を高めた。
- 現在はその啓発資料で医療・介護の専門職、市で啓発活動を行う等、各専門職の職能、それに基づく考えや思い等を重視して、取り組みを推進している。

【経緯】

- 周南市には、在宅医療・介護連携推進事業の実施にあたり、市は従前からあったネットワークを母体とする「あ・うんネット周南」で在宅医療・介護連携推進事業に本格的に着手する。
- あ・うんネットの事務局は市が担当する。在宅医療・介護連携推進事業の取り組み当初より 4 つの場面を意識し、各場面をテーマとするワーキンググループを設置して検討を重ねる。
- 「在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver. 3」(令和 2 年 9 月厚生労働省)にある地域支援事業との連動の説明が、在宅医療・介護連携推進事業と他事業との関係を考えるきっかけとなる。改めて高齢期における高齢者の状態変化を包括的に見ていくことの大事さ、実態から、介護予防や自立支援に踏み込んだワーキンググループを設置する。
- 当初、住民啓発はACP 中心の内容で実施していたが、要介護以前からの意識づけが重要であるとし、介護予防の重要性からACP までを段階的に示し、本人が気づき・考えることを促す内容の「あ・うんネット周南在宅療養ガイドブック」へと進化させた。以上の周知については、市の「出前トーク」を活用して、ACP は医療と介護の専門職・市職員の 3 者で、介護予防の重要性も含む内容は行政が講師を務めて展開を図っている。
- 来年度以降は改めて入退院支援を考えて検討を深めていく予定である。

本事例に特に関連のあるもの：⑥合意形成



-2. 行政と医療・介護の関係者による住民啓発と意識醸成への働きかけ
 ～在宅医療・介護連携推進事業における高齢期の段階を踏まえた検討の深化
 i.あ・うんネット周南による推進

【周南市の在宅医療・介護連携】

point

- 平成28年度から周南市は在宅医療・介護連携推進事業に本格的に着手する。そのネットワークや取り組み全体を指すのが、「あ・うんネット周南」である。
- 以前から周南市では在宅医療・介護に係る関係者有志による取り組みが行われていた。そのため、在宅医療・介護連携推進事業の実施にあたり、平成27年度に市が相談を持ち掛けて協議を行った結果、現在の活動に発展的に引き継がれた。あ・うんネット周南の事務局は市だが、周南市を管轄とする徳山医師会の在宅支援部に設置した「在宅医療介護連携支援センター」に相談支援業務を委託している。
- あ・うんネット周南の構成員は次のとおりである。

■あ・うんネット周南

徳山医師会、徳山歯科医師会、徳山薬剤師会/新南陽薬剤師会、徳山中央病院、新南陽市民病院、泉原病院、山口県看護協会周南支部、訪問看護ステーション協議会、周南市地域包括支援センター(5か所)、周南市介護支援専門員協会、山口県介護福祉士会周南ブロック、山口県理学療法士会東部ブロック、山口県作業療法士会、山口県言語聴覚士会、山口県栄養士会、山口県周南健康福祉センター、周南市社会福祉協議会、周南公立大学、市地域医療課・市地域福祉課(事務局)

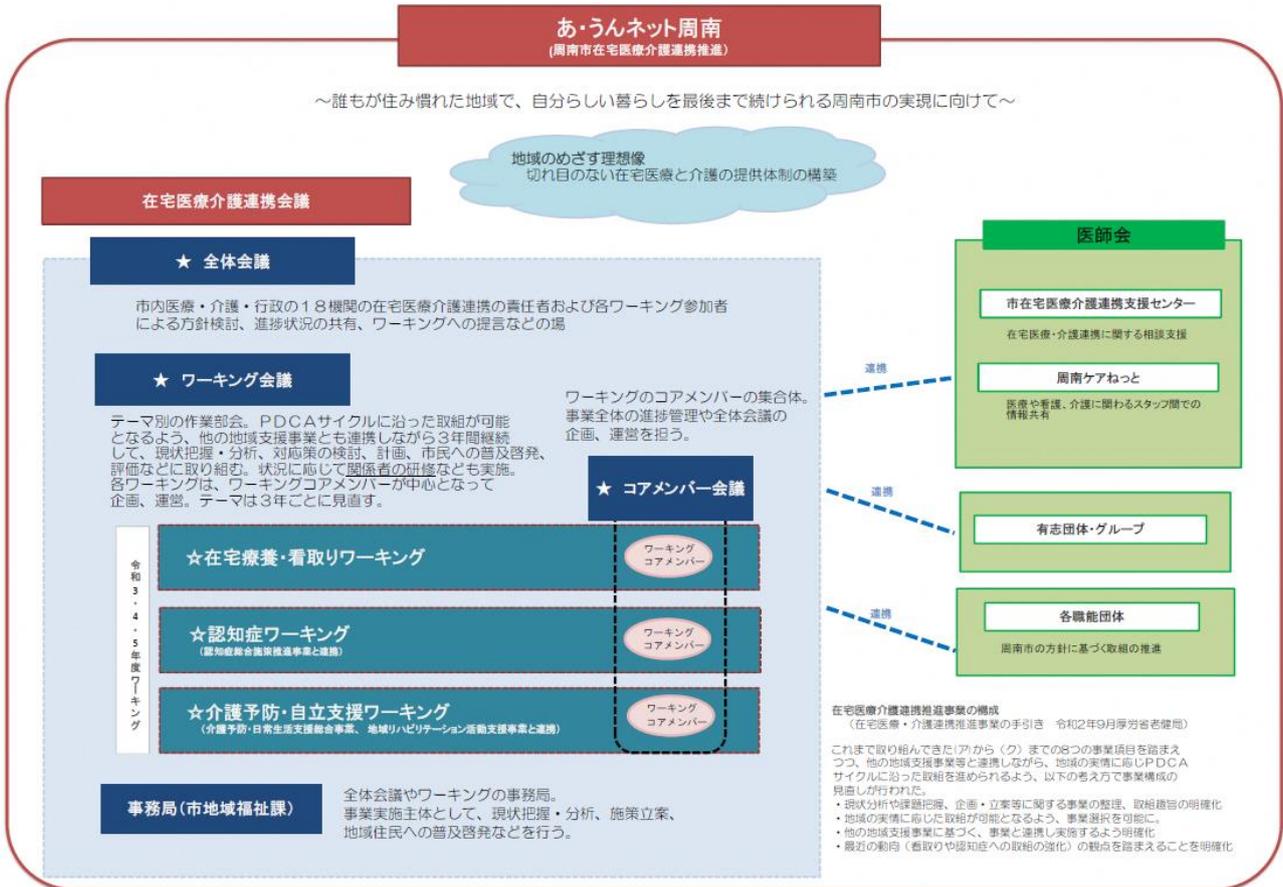
- あ・うんネット周南には、「全体会議」（年1回開催）と「ワーキング会議」（年3～4回開催）、「コアメンバー会議」から成る「在宅医療介護連携会議」がある。それが徳山医師会、有志団体やグループ、各職能団体と連携を取りながら進めていくという構成である。
- 「全体会議」は、市内の医療・介護の関係者及び市が参加する方針検討、進捗共有等の場である。
- 「ワーキング会議」はテーマ別の作業部会であり、現在は3年継続して同じテーマに対し深堀を行っている（当初は1年）。なお、令和3～5年度のワーキングは「在宅療養・看取りワーキング」、「認知症ワーキング」、「介護予防・自立支援ワーキング」の3つである。令和5年度は、情報連携の課題を早急に検討する必要があるため「情報連携ワーキング」を単年開催した。各ワーキングは、他の地域支援事業とも連携を取って実施する。
- 「コアメンバー会議」は以上の3つのワーキングのコアメンバーが参加する会議であり、事業全体の進捗管理や全体会議の企画・運営を行う。
- 以上の事務局は市が担っており、在宅医療・介護連携推進

●多職種の合意形成の場である全体会議、テーマの深堀を行うワーキング会議、専門職が事業全体の進捗も管理するコアメンバー会議で構成され、専門職による自律的な推進体制がつけられている。

●市は以上の事務局を担いつつ、施策立案、住民への普及啓発等を担う。

事業の実施主体として現状把握・分析、施策立案、地域住民への普及啓発等を行う。

図表- 71 周南市在宅医療・介護連携推進事業の体制イメージ



出典)周南市ホームページ

ii.「看取り」の深耕・住民の理解

(ワーキングでの検討)

point

- 平成28年度は、連携上の課題の抽出と施策検討の基礎資料とするため、専門職種に対して「在宅医療介護連携調査」を実施し、課題を4つの場面別で整理した。その結果を踏まえて、同年度よりワーキングによる検討を開始した。当初、ワーキングは年度ごとにテーマの設定がされていた。同年は「退院支援ワーキング」と「認知症療養支援ワーキング」を開催し、「退院支援ワーキング」では周南市版「退院支援ガイド」³と共通様式を作成した。
 - 平成29年度は「急変時・看取り対応ワーキング」と「ICTを活用した情報共有支援ワーキング」を開催した。「看取り・急変時対応ワーキング」では、専門職に向けたガイドブックとして「多職種協働 看取り・急変時対応ガイド～“最期までその人らしく”を支えるために多職種が知っておきたいこと⁴」を作成したが、検討過程で住民啓発についての意見が出た。
- ワーキングの場を活用し、重要なテーマを深掘りする
 - 専門職だけではなく、住民自身が理解しておくことが重要

看取りについて、住民は色々な可能性があることを知る必要があるではないか？



看取りについての住民啓発のワーキングを設定

(看取りについての住民啓発の検討)

- 平成30年度は「在宅療養・看取り市民啓発ワーキング」と「退院支援ガイド検証ワーキング」を開催した。「在宅療養・看取り市民啓発ワーキング」では、エンディングノートである「わたしの“いきかた”ノート」を作成した。また、市民への周知策として、出前トークの活用について検討を行った。
- 理解を促すには、住民に直接伝える方法が効果的

■しゅうなん出前トーク

市政への理解を深めてもらうため、市職員が直接訪問して市の施策や事業を分かりやすく説明し、意見交換を行う。市政に関する情報を市民と共有することで市民協働のまちづくりをめざす。市内在住または在勤、通学する人で、10人程度参加予定の団体やグループを対象とする。出前トークのテーマは決まっており、希望するテーマ名を指定して申し込む。

³ 周南市版「退院支援ガイド」

<https://www.city.shunan.lg.jp/uploaded/attachment/19489.pdf>

⁴ 「多職種協働 看取り・急変時対応ガイド」“最期までその人らしく”を支えるために多職種が知っておきたいこと

<https://www.city.shunan.lg.jp/uploaded/attachment/30355.pdf>

「わたしの“いきかた”ノート」を用いて住民啓発へ

- 令和元年度は「人生の最終段階に向けた住民啓発方法の検討ワーキング」と「北部圏域ワーキング」を開催した。「人生の最終段階に向けた市民啓発ワーキング」では、前年度に作成した「わたしの“いきかた”ノート」を用いた住民啓発として、出前トークで多職種による人生会議についてのメニューを設定し、実施することとした。
- 通常、出前トークは行政職員からの説明で行われる。しかし、本テーマについては実際に支援する専門職の出席や説明も重要だと考えられたことから、行政・医療・介護の3者による多職種協働形式の説明とした。また、開催に向けて多くの専門職が出前トークを担当できるよう、出前トークの進め方の資料も作成した。

【出前トーク】もしものときのために「人生会議」しよう

～自分の望む医療や介護～

- ・ ビデオ上映 ～もしものとき。人生会議をしていた場合、していなかった場合～
- ・ 人生の最終段階の現状について
- ・ 人生会議の必要性について

- 講師となる専門職への負担を極力軽減すること、講師の固定化を防ぐため、主たる説明は行政から行うこととした。一方、講師として専門職からはそれぞれの立場や経験から自分の言葉で話してもらおう構成とし、できるだけ多くの専門職が研修講師として参加できるよう工夫を行った。
- 「わたしの“いきかた”ノート」完成時には、「人生の最終段階に向けた住民啓発方法の検討ワーキング」のメンバー以外の専門職にも広く声をかけ、報告会を行った。報告会では模擬出前トークを実施し、出前トークの講師に関心がある人は申し出てほしいと伝えたところ、50名ほどが申し出てくれた。
- 出前トークは、要請があれば市内のどこへでも行って実施するが、医療・介護の講師は極力呼ばれたところの近くで活動する専門職が講師として参加してもらおうようにし、この機会に地域の高齢者にも顔を知ってもらえるようにする等の工夫を行っている。
- 普段、専門職が要介護以外の高齢者と接する機会は少ないため、高齢者にとっては専門職に接し、どのような取り組みをしているかを知る機会となる。専門職にとっては地域貢献活動でもあるが、自分たちの活動が地域住民にどのように受け止められているかを知る機会でもあり、取り組みへのモチベーションにも影響する。

○ 行政と医療・介護の専門職が共に説明することで、聞き手の理解が深まる

○ 出前トークは高齢者と専門職が接する機会でもある

○ 専門職が啓発活動に参加しやすくなるよう工夫、住民と専門職の距離を縮めることにも期待

○ あ・うんネット周南での活動がどのように在宅医療・介護連携に関わっているかを知ることができる

図表- 72 出前トーク(行政、医療・介護の専門職)



出典)廿日市市資料

- 「もしものときのために「人生会議」しよう」は、町内会の総会や地区の集い等から依頼があり、令和元年度実績では計34か所、のべ983名に対して実施した。あわせて「自分らしい”いきかた”フェスタ」を開催した。
- 「人生の最終段階に向けた市民啓発ワーキング」では、行政・医療・介護で実施した出前トークの効果と課題、同様に開催した市民イベントの検討・振り返りも行った。

図表- 73 もしものときのために「人生会議」しよう(動画)



出典)廿日市市 もしものときのために「人生会議しよう」

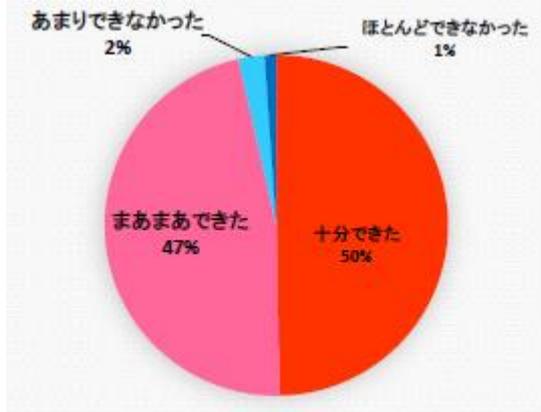
<https://www.youtube.com/watch?v=L5OSXj2vMxw>

- 令和元年度に実施した出前トークの参加者アンケートの中間報告⁵によれば、出前トークの参加者の5割強が70歳代であり、60歳代と80歳代がそれぞれ2割程度を占める。回答では、介護が必要となる前の準備についてイメージすることができ、元気なうちから考えていくことの必要性を参加者が感じ取った状況がうかがわれ、そのことが人生会議をしようと思う割合が8割を超えたことに繋がっている可能性が考えられる。

⁵ しゅうなん出前トーク参加者アンケート(中間報告)令和元年7月11日～11月21日(回収数382)

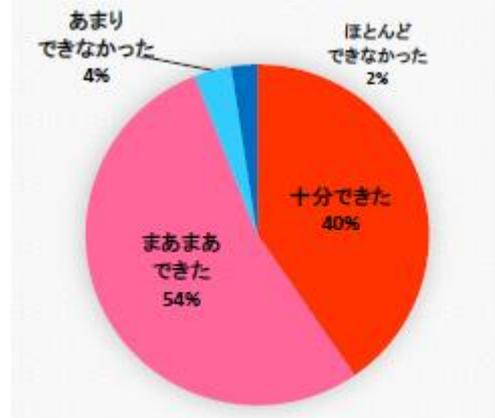
図表- 74 出前トークの参加者アンケートの中間報告 (n=382)

延命治療や終末医療などをイメージできたか



イメージできた … 97%

介護が必要になる前の準備についてイメージできたか



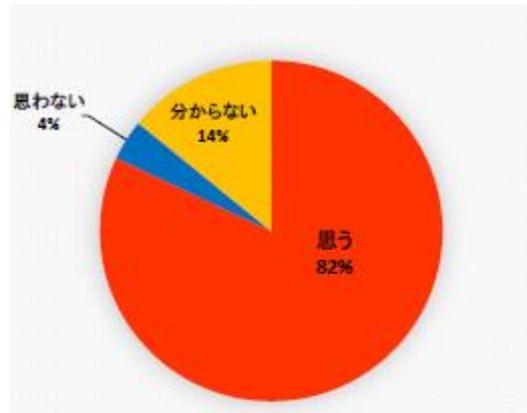
イメージできた … 94%

元気なうちから人生会議をする必要性を感じたか



必要性を感じた … 98%

人生会議をしようと思うか



思う … 82%

出典)しゅうなん出前トーク参加者アンケート(中間報告)



（「看取り」をどう捉えて住民に働きかけるか）

- 令和元年度末に新型コロナウイルスの感染が拡大、令和2年4月には7都府県に緊急事態宣言が出された。「わたしの“いきかた”ノート」も作成し、住民への説明時に配布することも想定していたが、説明の場を設定することも困難となった。説明なしで「わたしの“いきかた”ノート」を配布することも難しく考えられた。
 - 令和2年度は「在宅療養・市民啓発ワーキング」を開催した。「わたしの“いきかた”ノート」は作成したものの、ノートだけで終末期の話を伝えることは難しい。市の担当者は他の地域支援事業である介護予防・日常生活支援総合事業の担当も兼務していたが、専門職においても対象となる高齢者の可逆性への理解が進まず、「悪くならないように先に働きかける」よりも「悪化したらサービスにつなぐ」方に意識が向いてしまいがちな傾向を感じていた。
 - また、本来であれば、専門職の仕事は人生をより良く過ごしてもらおうためのものであり、その意味でも終末期より手前から働きかけることの必要も感じるようになっていた。
 - 令和2年9月に厚生労働省より「在宅医療・介護連携推進事業の手引きver. 3」が発出され、手引き中に「他の地域支援事業との連動」が記載されていた。看取りも大事なテーマではあるが、大事なのは終末期に至るまでを高齢者がどのように過ごし、そこに多職種がどのように関わり、支援していけるかである。医療・介護の専門職の場合、要支援や要介護となった高齢者に会うことが多いが、専門職とすればもっと早くにこうしていたらここまで悪くならなかった等と思うことも多いはずだと考えた。医療・介護の専門職には、そのような伝えたいこと、気づきを発信する力もあるはずだが、現実として発信する対象は要支援者や要介護者であり、その者たち以外に発信する機会も少ない。だが、在宅医療・介護連携の力は要支援・要介護となる前の高齢者にも活かせるはずであり、少し間口を広げることで高齢者自身が終末期に至るまでの時間をどう過ごすか考えることの後押しにもなるのではないかと考えた。
- どのようにすれば住民に ACP が誤解なく伝わるかを改めて考えるきっかけが生まれた
 - 終末期に至るまでの期間をどう支えるかを改めて考える
 - 専門職の視点自体も変えていく必要
 - 手引き掲載の「連動」をきっかけに、在宅医療・介護連携の力は要介護となる前の人々にも活かせるはずとの気づき
→専門職にとっても伝える機会
 - 高齢期に起こることを段階的に理解することで、高齢者においても理解が深まるのではないか

看取りだけに着目するのではなく、先に知っておいてほしいこととしてそれぞれ専門職から住民に伝えることが有効なのではないか？



看取りに向けた「エンディングノート」から、どう暮らすかの「療養ブック」へ切り替える



自分たちのところに来る手前を意識して考えてほしい。
その前にやっておくとよいこと、大事なのにやっていないことを伝えることで、私たちには見えている問題が実際におきることを止めよう。



- コロナ禍のためワーキングはオンラインで開催し、検討を行ったが、それぞれの考えを聞き取るため、市は各専門職に対して別途聞き取りも行った。
- 検討を踏まえ、「あ・うんネット周南在宅療養ガイドブック～わがまちで最後まで“自分らしく生きる”ために元気なうちから知っておいてほしいこと⁶」が作成された。専門職から見た在宅療養の現状や課題を踏まえ、専門職だからこそ「その前に」言えること、知ってほしいと考えることの洗い出しを行った。
- 在宅療養ガイドブックは、「元気なうちから知ってほしい12のこと」、「在宅療養や介護という選択肢」、「人生会議」の3つのパートで構成されており、各専門職がそれぞれの専門性に基づいたメッセージを寄せている。
- 在宅療養ガイドブックの後段には「人生の最終段階にありたい姿・大切にしたいこと」、「どこでどのような医療を受けたいか」、「どのような介護を受けたいか」等を考えるシート、相談先のページを挿入した。以上によって、今は介護の必要がない高齢者であっても、これからの高齢期に自分に起こりうることやその時に向けてできることを段階的に理解し、自分の考えをまとめることができる構成として取りまとめた。

○ 各専門職が、それぞれの専門性に基づき高齢者に伝えたいことを考える

○ 終末期、看取りの時期だけを切り出すのではなく、変化する高齢期の段階を踏まえて説明し理解を促す

○ 啓発資料は、高齢者自身の考えもまとめ、表現できる箇所も含む構成とした

(高齢者にどう伝えるか)

- 高齢期の暮らし方を示すことは、どのようにここで暮らすかを住民にも考えてもらい、合意形成することでもある。そのため、周知方法も直接住民に語り掛けること理解も深められると考え、住民の知名度も高い出前トークを活用し、行政が説明を行うことになった。

【出前トーク】あ・うんネット周南 元気なうちから知ってほしい

12のこと

- ・大切なのに知られていないこと
- ・誤解されていると感じること

～市内の医療・介護専門職からのメッセージ～

⁶ あ・うんネット周南在宅療養ガイドブック～わがまちで最後まで“自分らしく生きる”ために元気なうちから知っておいてほしいこと

<https://www.city.shunan.lg.jp/uploaded/attachment/71595.pdf>

図表- 75 あ・うんネット周南在宅療養ガイドブック

あ・うんネット周南在宅療養ガイドブック

わがまちで 最後まで“自分らしく生きる”ために 元気なうちから 知っておいてほしいこと



周南市 × あ・うんネット周南

ガイドの主な内容

- ★元氣なうちから知ってほしい12のこと (p5~8)
健康寿命を伸ばすための考え方や情報、予防行動、周囲のサポートなどについてまとめました。
- ★在宅医療や介護という選択肢 (p9~10)
医療や介護が必要になっても、自宅での生活を望む人の手段として、「在宅医療」と「介護」について紹介しています。本人が希望し環境が整えば、自宅で看取る、自宅で「逝く」ということも可能です。
- ★『人生会議』 (p11~15)
もしもの時のために、自分の望む医療や介護について、前もって考え話し合っておくこと『人生会議』について紹介し、考えた内容が記載できるようになっています。

あ・うんネット周南

あ・うんネット周南とは、市内の医療・介護・行政の関係者のネットワークで、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、リハビリ専門職、管理栄養士、ケアマネジャー、介護福祉士、社会福祉士などの専門職が参加しています。
平成28年から連携推進のための協議や様々な取組を重ね、令和元年からは、協働で市民啓発を実施しています。



自分らしいいきかたフェスタ (令和2年11月)



多職種出前トーク (令和2年6月~)



あ・うんネット周南ワーキング会議 (平成28年~)



オンライン・ワーキング会議 (令和2年)

2

周南市の医療・介護の現場から…

あ・うんネット周南 元気なうちから知ってほしい12のこと

ご家族や周囲のかた

あ・うんネット周南では、市民のかたに意外と知られていないこと、よく誤解されていることの中で、特にご家族や周囲の人へ知ってほしいことを話し合ってきました。

「今はまだ大丈夫」が相談ときです

「以前できていたことができなくなってきた」「最近様子が変わってきた」など、**身近な人の変化を感じたら**、早めに地域包括支援センターへ相談しましょう。
まだ直接的な支援が必要でない場合も、現状を維持し、悪化を防ぐための**色々なアドバイスや情報**が得られます。
今後の**見通し**が持てること、**心構え**ができ、周囲も安心して「今できること」のサポートに取り組みます。

ケアマネジャー

楽しくない活動は予防にはなりません

認知症予防や介護予防にどんなに良いとされている活動でも、本人にとって楽しくないものは予防にはなりません。無理に動くと、むしろ苦痛になります。
活動は、本人が今までやってきたこと、得意なこと、好きなことの中から**“やりたい活動”**を一緒に探し、**やれる方法**を一緒に考えてあげましょう。専門職も相談に応じます。

精神科医師

できることを「危ないから」と言って止めていませんか？

少しずつ心身機能が低下してきて、周囲から見ると「危ない」と思うことでも、**工夫すればできること**はたくさんあります。
逆に**危険や活動が減る**ことで、**意欲が落ちたり**、**要介護状態**に陥りやすくなる危険性もあります。
できることを工夫してしっかり行うこと、周囲はそれをサポートすることが大切です。

作業療法士

7

どこで、どんな医療を受けたいですか？ 「延命治療」を望みますか？

もしも、病気の根治が不可能な状態になり、回復が難しい状態になったら…
意識表示も難しくなり、自分で食べられなくなったら… 呼吸が難しくなったら…
あなたははどうしたいですか？

◆がんになった時の告知

基本的に告知を望む 病名や予想される経過や余命なども伝えてほしい
 基本的に告知は望まない
 今はどちらともいえない
 その他

◆人生の最終段階における延命治療の希望

基本的に延命治療を望む
 基本的に延命治療は望まない
 どちらともいえない
 その他

◆人生の最終段階における栄養摂取方法の希望 (口から食べることが難しいと判断された場合)

胃ろうや経鼻胃管による栄養を望む
 点滴による栄養を望む
 点滴や経管栄養は希望しない
 その他

◆人生の最終段階を過ごしたい場所 (終末期の医療や介護を受けたい場所)

できるだけ自宅で過ごしたい 医療が必要になったら病院(ホスピス)に入りたい
 介護が必要になったら施設に入りたい
 その他

13

iii.在宅療養ガイドブックから得た知見を次の取り組みに展開

～在宅医療・介護連携による介護予防・自立支援への取り組み

- 令和3年度からはワーキングのテーマは3年間継続にしてじっくりと取り組むこととし、「在宅療養・看取りワーキング」、「認知症ワーキング」、「介護予防・自立支援ワーキング」の3つを設定した。
- 「介護予防・自立支援ワーキング」は、医療・介護の専門職に向けた啓発について検討している。メンバーには、介護予防や地域リハ等に従事する専門職も参加している。
- 医療・介護の専門職の多くは要支援や要介護となつてからの高齢者に対応することが多く、その状態に至るまでのイメージがなかなかできていない。特にフレイル高齢者は適切な対策をとることで元の暮らしに戻る可能性があるが、その理解が進んでいない。また、医療や介護以外の支援や活動に結び付けることへの意識も向きにくい。
- そのため、実際に影響が生じている可能性を考えて周南市のデータを確認したところ、全国平均と比較して要支援者の1年後の維持が少なく、悪化している割合が多いことが分かった。さらに専門職にフレイルの人についてのアンケートを行ってみたところ、次のような結果がみられた。

<ul style="list-style-type: none">・ 「高齢なんだから元に戻るわけない」とあきらめている・ まず介護保険の申請を勧める、どこかにつないだら安心・ 医療と介護だけになりがち・ 地域の活動やサポート(インフォーマル)を知らない・ もととの生活(暮らし)を意識していない・ 栄養・口腔面について関心が薄い、「食べていればよい」とどこかで思っている
--

出典)あ・うんネット周南 令和4年度介護予防・自立支援ワーキング資料

- 以上から、取り組むべきは医療・介護の専門職全体に向けた啓発と考え、フレイル対策に向けたスローガンやリーフレット作成を行うこととした。

<p>医療・介護・福祉 専門職の課題</p> <ol style="list-style-type: none">1. 介護予防・自立支援の必要性や考え方を知ろう!2. 介護保険サービス活用のありかたを考えよう!3. 予防や悪化防止につながる幅広い知識を持とう!(栄養・口腔・薬・人とのつながり)4. 本人らしさ、本人の暮らしを意識しよう!5. コロナ禍でも工夫しよう!

出典)あ・うんネット周南 令和4年度介護予防・自立支援ワーキング資料

- 作成された「専門職向けフレイル対策リーフレット ため息を笑顔に変えるお手伝い」には、自立支援の考え方、各専門職からのメッセージ、医療や介護のサービス提供以外で日常生活を支えるインフォーマルサービス等の情報が掲載されている。令和5年度当初には各組織や職能団体に配布され、在宅医療・介護連携推進事業に関わる専門職への周知啓発を図った。

point

○ 「在宅療養ガイドブック」の作成や周知についての検討で得た知見を活用して展開

○ 仮説に基づいてデータをあたり、発生している状況から課題と解決のために取るべき対策を検討

○ 対策の検討に検討在宅医療・介護連携に関わる専門職も参加、自立支援の視点を持つことで、重度化を防ぎ、在宅生活の限界点が高まることを専門職の視点から伝える

③ 取り組みのポイント

協議体の工夫

- （専門職による自律的な推進体制）多職種の合意形成の場である「全体会議」、テーマの深堀を行う「ワーキング会議」、専門職が事業全体の進捗管理等を行う「コアメンバー会議」で協議体が構成されており、専門職らによる自律的な推進体制がつけられている。
- （市による検討支援と施策立案）市は以上の事務局を担うことで専門職らの検討を支援し、そこから得た内容を施策立案等につなげていく役割を担うことで、専門職と市が連携した実施体制をつくっている。

検討で得た気づきを次の取り組みに活かす

- （課題抽出と対策）在宅医療・介護連携に係る課題から検討すべきテーマを抽出、その内容について集中的に検討し、対策まで実施している。今回の例ではガイドブック等の作成を対策の一つとしてあげているが、活用に向けた周知策、対象となる者の理解を得るための工夫等も検討することで、期待した効果が得られるようにしている。
- （検討の中での気づきと取り組みへの反映）検討を行う中で得た気づきが、その後の取り組みに反映されている。今回、一旦ACPの資料開発を行ったが、その後の検討の中で高齢期の段階を意識した働きかけ方、終末期に至るまでをどう過ごすかといった知識や情報の提供の重要性に気づき、「療養ガイドブック」への移行を図る等、継続的な検討と見直しが行われている。

高齢期の変化を捉えて働きかけ、住民の理解を得る

- （医療・介護の専門職による事前の働きかけ）看取りや「在宅療養ガイドブック」の検討を通じて、看取りの時期のみを切り出して考えるのではなく、終末期に至るまでの時期を段階的に捉えて働きかける視点を持った。在宅医療・介護連携に係る専門職も要介護後の対応のみを考えるのではなく、その状態に至る前に高齢者に働きかけることで状態が改善することを意識する必要性を強く認識することとなった。

在宅医療・介護連携推進事業における介護予防・自立支援を意識

- （今までの検討を踏まえ新たに取り組むべき課題を設定）一連の活動によって、在宅医療・介護連携推進事業に係る専門職が事前に働きかけることの重要性や有効性を理解した。まず専門職の啓発と意識の変化が必要であることから、専門職から専門職に対してメッセージを伝える方法で啓発資料を作成した。
- （在宅生活における限界点の向上）在宅医療・介護連携推進事業に係る専門職が介護予防・自立支援に向けた知識を持ち、その視点を持ちながら日々の業務に取り組むことで、高齢者の自立支援が進み、在宅生活における限界点が高くなることが期待される。

在宅医療介護連携会議（全体会議・ワーキング会議・コアメンバー会議）による検討

ワーキングで取り組むべきテーマの深堀と推敲が進む

一旦検討した内容も推敲を重ねて改善

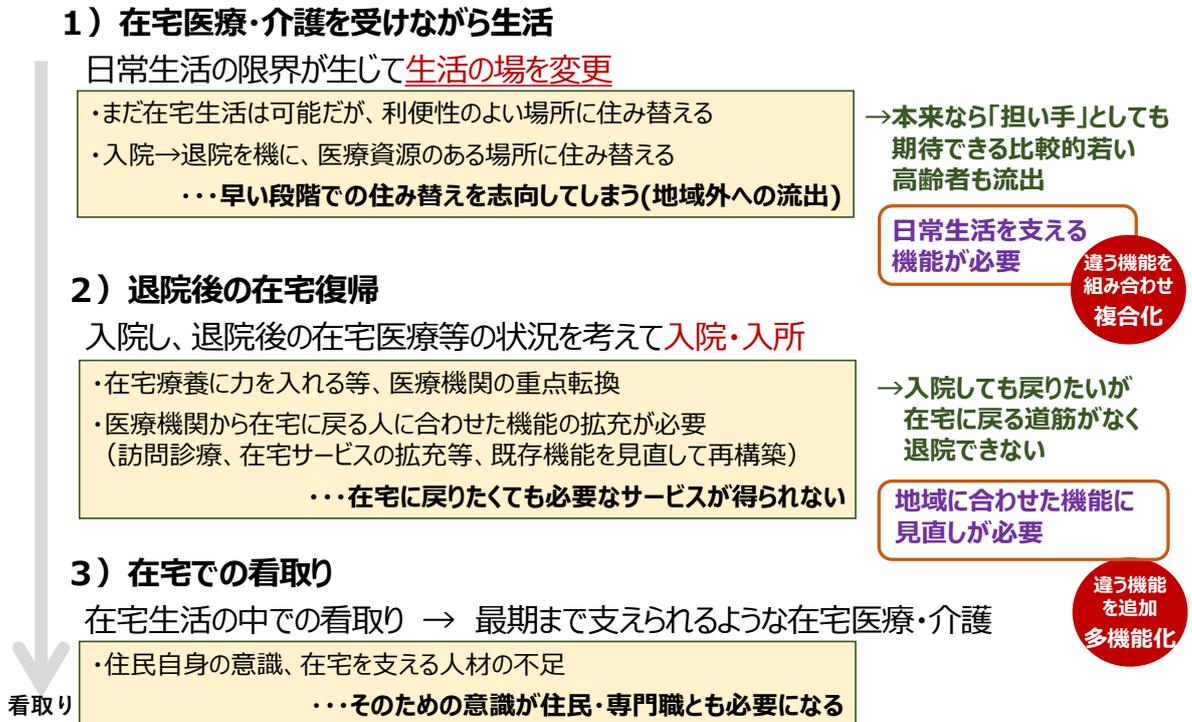
今迄の検討の知見を活かしさらに検討を深める

医療・介護の専門職、市の意識が深まる
高齢者をはじめとする住民の住み続けることへの意識も醸成

(7) 事例からの考察

人口減少、少子高齢化が進み、医療・介護に係る資源が少ない中、以上6事例ではさまざまな方法で高齢者が住み続けられる環境づくりに取り組んでいた。一方、在宅生活での限界点のタイミングを考えると、3段階に整理できる。

図表- 77 在宅生活の限界点と考えられるタイミング



-1. 日常生活の限界への対応 ～医療・介護と生活を支える機能の「複合化」と「拠点化」

在宅医療・介護の問題はある程度クリアできた場合でも、日常生活が支えられないがゆえに在宅を諦めるケースが「1) 生活の場を変える」である。また、心身の衰えや入院退院を機に在宅生活を諦めている状況がみられる。そして、在宅生活を諦めることが、住み慣れた地域で住み続けることを諦めることにもつながっている。今回の調査でも共通して聞かれたのは、「在宅で生活ができる状態で退院しても、生活上の不安や不便さ等から施設を選んでしまう」高齢者の存在であった。さらに、その状況を見て、将来住み続けることの不安を抱き、現役引退のタイミングで他地域へ転居する等の話もあった。

在宅医療・介護があっても、日常生活の限界から地域外に流出する、施設に入所する等の流れが生じている。その状況を見て、今後の生活を考えると将来ここには住めないと考えて住み替える者が出れば、地域の力は更に弱くなる。仮に、現役引退の時期に今後の生活を考えて地域外に出るとなれば、地域包括ケアシステムの互助の担い手となりうる層自体が減ることにもなる。

この場合、医療・介護という下支えがあっても、生活を送る上で必要な買い物や移動等の生活機能や、その利用に向けた支援の有無が課題となる可能性が高い。しかし、それらは経緯があって確保が困難になってきたため、課題を解決するには現状の中でどの

ような手を打つか考えねばならない。そして、地域全体の問題、地域関係者皆に関わる問題だと捉えて検討していくことが求められる。さらに、高齢者が住み続けられるという観点からは、医療・介護へのアクセスの強化にも寄与する方法であることが望まれる。高齢者が住み続けられる環境を整えることは、医療・介護の需要を維持し、これらの資源を守っていくうえでも重要となる。従って、住み続けるために必須となる医療・介護を検討の入口に置き、全体の地域づくりの検討にも医療・介護の専門職が入ることで、より実態に即した検討が可能となると考えられる。

以上のように、医療・介護に加えて生活を支える機能を複合化して検討することが重要と考えられる。複合化とは、既存機能に対して他の機能を組み合わせることを示す。共通の目的のもと、核となる事業に対して他の事業がつながっていくことで、機能を確保していこうという方法である。

複合化

複合化・・・既存機能に対し、他の機能を組み合わせることを示す

- 核となる事業に対し、他の事業がつながっていく例として、医療・介護とつながった生活を支える機能が考えられる。



この場合、日常生活を支える機能が確保され、利便性にも配慮されていることが重要である。廿日市市・吉和地域の場合、住民の地域への愛着を基に、如何に住み続けられる町としていくかの意見交換を重ね、行政に依頼すべきところ、住民自身が取り組むことを整理した。そして、住民自身が取り組む際の活動体であるNPOを立ち上げ、住民主体・地域内の互助による地域づくりに取り組んでいる状況がみられた。さらに医療・福祉の機能や商店等も集約して複合化・拠点化し、利便性をさらに高めるよう移動手段も確保することによって在宅生活を可能とする限界点を上げていくことにつながった取り組みである。廿日市市では吉和地域での進め方をもとに、別地域についても地域の関係者の丁寧な話し合いを進めて地域づくりに取り組んでいる。

拠点化

拠点化・・・活動の足場となる重要な場としていくこと

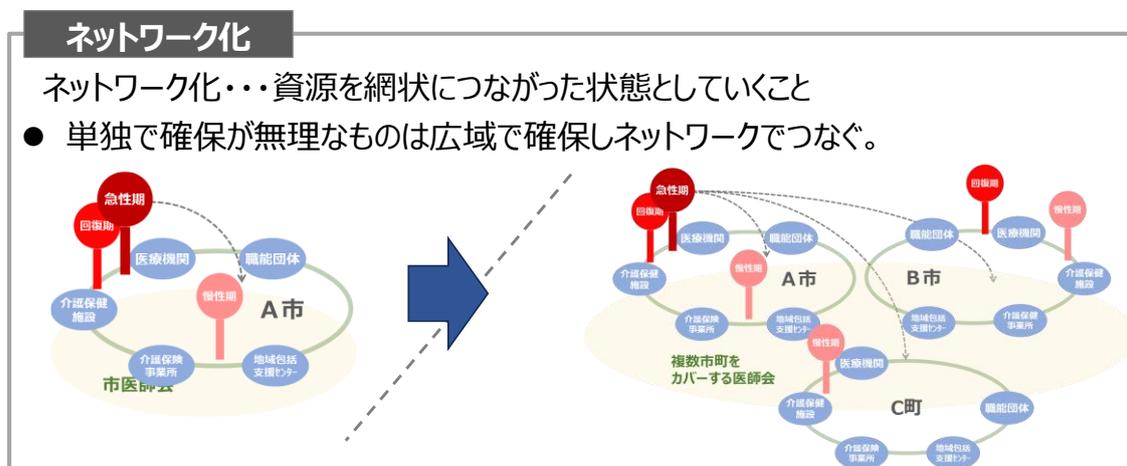
- 機能が多機能化または複合化されることは集約を意味し、効率や効果、利便性が高いものとなる。利用者にとっては利用しやすく、事業者にとっては事業継続につながる。



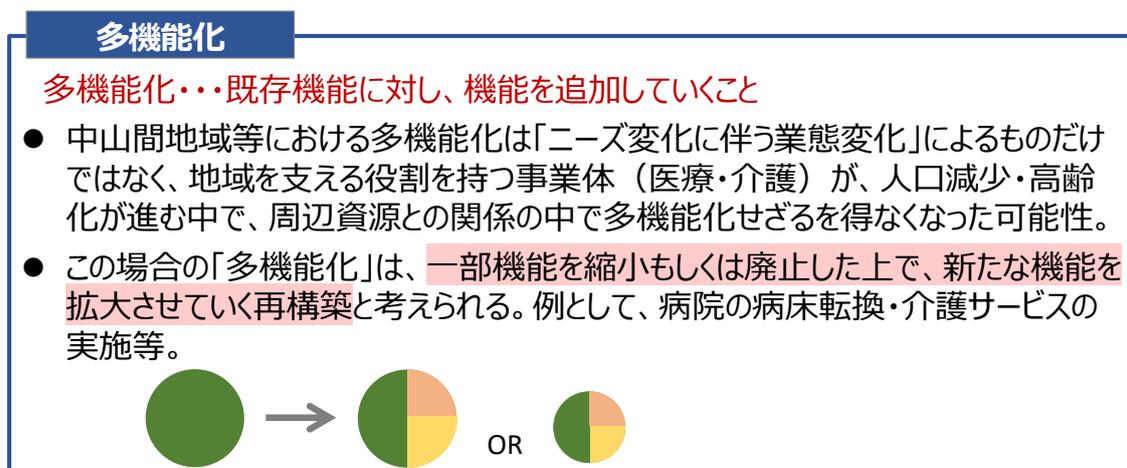
-2. 退院後の在宅復帰～退院後の医療機能の連携と在宅生活を支える医療等の機能の連携体制の確保

鳥取市、益田市医師会と津和野共存病院の益田圏域の例は、特に「2）退院後の在宅復帰」に係る。在宅生活の中で生じる急変等によって病院に入院し、さらに退院して在宅に戻る場合、医療機関における急性期と回復期以降の医療機能の連携や、在宅復帰後の医療や介護等の体制の確保の問題がある。今回の事例をみると、急変時に近隣自治体の急性期の医療機関に入院し、そこから自身が居住する市町村の回復期以降の医療機関に転院する想定がみられた。

単独自治体内で急性期・回復期等の医療が完結しない場合、複数自治体の圏域にまたがることになる。その場合、急性期・回復期等の医療機能の連携やネットワーク化について、自治体間の連携が必要となる。



その次は、回復期以降の医療機関から在宅へのフローとなる。しかし、在宅生活に戻ろうにも地域に在宅生活を支えるサービスが無い場合、在宅復帰はできない。このため、自治体が、在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所等と連携して在宅生活を支える在宅医療や訪問看護等の連携体制を確保していくことが必要な場合もある。

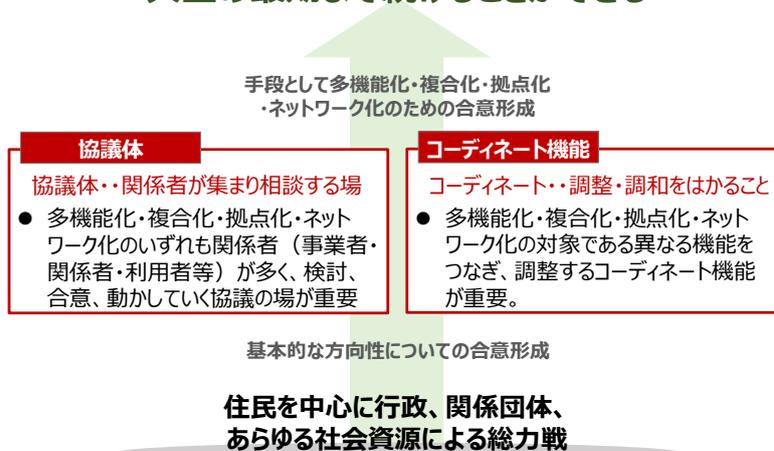


-3. 生涯にわたり住み続けることができる地域とするために必要な医療・介護に関する合意形成 ～ 住民、医療・介護の専門職、自治体が共にと取り組む

資源が少ない中、生涯にわたり住み続けられる地域としていく上で特に重要となるのは、医療・介護に対する行政、医療・介護の関係者、住民による合意形成と意識の醸成、それに基づくそれぞれの主体的な活動である。

奈義町の場合、4年の時間をかけて継続的に地域医療ミーティングを開催し、行政、医療・介護の関係者、住民によって「わが町の医療・介護・福祉・保健の連携システム」の検討を徹底的に行った。その中で、医療・介護が住民共有の貴重な資源であるとの理解が深まり、住民自身の意識が深化し、ACPの検討や、自身の介護予防活動、それら活動への協力等へとつながっていった。周南市の場合、ワーキングで専門職や市が検討や推敲を何度も重ねて深め、それぞれの考え方がブラッシュアップされていったことで、住民の理解促進、意識醸成に向けた働きかけ方等、それぞれの取り組みもステップアップしてきている。それ以外の前掲の事例についても、住民、医療・介護の専門職、自治体が深く話し合いを行い、互いに理解を深めながら検討し、取り組みを進めてきていたことは共通である。多様な人々が集まり、同じ方向に視線を合わせていくためには、協議の場である協議体と、異なる機能や人々をつなぎ、調整するコーディネート機能が重要であり、各事例からもその工夫がみられた。

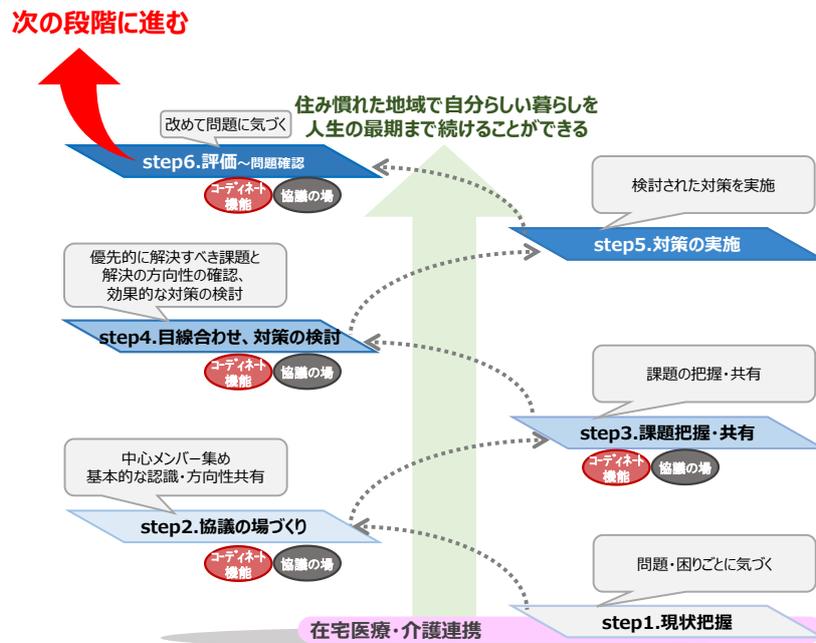
住み慣れた地域で自分らしい暮らしを 人生の最期まで続けることができる



いずれの事例も、在宅生活を送る際の重要な資源である医療・介護の必要性への言及と、住民も地域の貴重な資源である医療・介護を守ろうという流れは共通する。そのような住民の意識や行動が生まれた背景には、医療・介護の関係者も地域の一員として存在して住民の気づきを促していること、介護予防や自立への取り組み等にも自ら取り組むこと、住み続けられる地域づくりに住民が主体性をもって取り組んでいくことに、行政と連携して働きかけを行ってきたことが大きいように見受けられる。在宅医療・介護連携があることの安心とその維持に向けた理解を訴えてきたことが、結果的に医療・介護を守ることにもつながっている。

さらに共通して重視し取り組まれてきたことは、住民、医療・介護の専門職、自治体における課題や目的の共有や合意、進むべき方向への目線合わせである。住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができることを共通の目的に取り組むために、実施に向けた協議の場、それぞれの調整を担う機能が設定されていた。

そして、目的に向けて取り組みを行っていくことで、新たな気づきや解決すべき課題を発見して段階的に取り組みを成長させていく状況がみられた。



第5章 調査成果の報告と今後の課題

1. 事業報告会の開催

中国5県管内の市町村、都道府県、医療・介護の関係者等に向けて研究成果の報告を行う事業報告会を開催した。当日は希望者に向けてオンラインで実施し、開催後に動画のオンデマンド配信と資料を公開した⁷。開催概要は次のとおりである。

図表- 78 事業報告会概要

中山間地域等における在宅医療・介護連携に関する調査研究事業報告会 ～人口減少・少子高齢化・少資源のまちから在宅医療・介護連携の可能性を考える～	
日時	令和6(2024)年3月11日(月) 13:00～16:00
会場	web 会議ツールによるオンライン開催
内容	1. 事業報告 中山間地域等における在宅医療・介護連携に関する調査研究の報告 2. 事例報告 事例①広域・複数市町で取り組む在宅医療・介護連携 事例②複合的な支援を行う拠点を中心とした医療・介護・生活を支える活動について -事例から得たヒントを他の地区で展開するには- 事例③住民、専門職、町でわが町の医療・介護・福祉・保健の連携システムをつくる 3. パネルディスカッション ～少子高齢化・人口減少・少資源のまちから在宅医療・介護連携の可能性を考える

図表- 79 事業報告会申込者

申込者	人数
1.市町村担当者(在宅医療・介護連携推進事業)	31
2.市町村担当者(在宅医療・介護連携推進事業以外)	4
3.都道府県担当者(在宅医療・介護連携推進事業)	24
4.都道府県担当者(在宅医療・介護連携推進事業以外)	7
5.在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター	26
6.医療及び介護の専門職等	21
7.生活支援コーディネーター	3
8.市町村社会福祉協議会、都道府県社会福祉協議会	1
9.地域づくり活動等の関係者	1
10.その他	28
	146

⁷ 動画のみ令和6年3月末日までの公開とした。

厚生労働省 令和5年度 老人保健健康増進等事業

中山間地域等における在宅医療・介護連携に関する調査研究事業

少子高齢化・人口減少・少資源のまちから 在宅医療・介護連携の可能性を考える

主催：株式会社富士通総研 協力：厚生労働省中国四国厚生局

中山間地域は、少子高齢化・人口減少が進み、医療や介護等の社会資源も少なく、将来の日本の縮図・課題先進地域として取り上げられることが多々あります。

しかし、「少ない」からこそ互いの知恵と力を活かしてやらねばならないこと、「少ない」中でもできることもあります。市町村が連携し圏域全体で強い医療・介護の体制をつくる、在宅医療・介護の専門職連携を超えた連携による住み続けられる地域づくりで在宅生活の限界点を上げる、年齢を重ねて変化する高齢者を医療・介護の専門職をはじめとする含む地域の関係者が一丸となって包括的に支える・・

これらは「在宅医療と介護の連携」があるからこそ成立する地域包括ケアシステムの姿でもあります。

本報告会では、本調査研究の中で確認された内容の報告とその実施プロセスに着目した取組事例のご紹介、シンポジウムを通じて、これからの在宅医療・介護連携における可能性を考えます。



開催
日時

オンライン開催 (zoomウェビナー)

令和6年3月11日(月) 13:00~16:00

締切：令和6年3月7日(水) (※先着順締切 上限450名)

お申し込みは特設サイトから (URL・QRコードとも同じです)



参加費無料

<https://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/2023regionalpolicy1a.html>

13:00	開会
13:05	I. 事業実施報告 中山間地域等における在宅医療・介護連携に関する調査研究の報告 株式会社富士通総研 (調査研究事務局)
13:30 ~14:50	II. 事例報告 ※タイトルは予定であり、変更する可能性があります 事例① 広域・複数市町で取り組む在宅医療・介護連携 鳥取市福祉部次長 (兼) 長寿社会課長 橋本 渉氏 事例② 複合的な支援を行う拠点を中心とした医療・介護・生活を支える活動について - 事例から得たヒントを他の地区で展開するには - 廿日市市在宅医療・介護連携相談支援室 保健師 阿部 朱美氏 特定非営利活動法人ほっと吉和 理事長 益本 住夫氏 事例③ 住民、専門職、町でわが町の医療・介護・福祉・保健の連携システムをつくる 社会福祉法人奈義町社会福祉協議会 生活支援コーディネーター 植月 尚子氏
	(休憩)
15:00 ~16:00	III. パネルディスカッション ~少子高齢化・人口減少・少資源のまちから在宅医療・介護連携の可能性を考える (コーディネーター) : 埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科 研究開発センター 教授 川越 雅弘氏 (パネリスト) 鳥取市福祉部次長 (兼) 長寿社会課長 橋本 渉氏 廿日市市在宅医療・介護連携相談支援室 保健師 阿部 朱美氏 特定非営利活動法人ほっと吉和 理事長 益本 住夫氏 社会福祉法人奈義町社会福祉協議会 生活支援コーディネーター 植月 尚子氏

お問い合わせ

株式会社 富士通総研 行政経営グループ 担当：名取・藤原・金
Email : fri-regionalpolicy@cs.jp.fujitsu.com
電話 : 03-6424-6752 (直通) Fax : 03-3730-6800

2. シンポジウム

事業報告会では、本調査検討委員会の川越雅弘委員長をコーディネーターに、事例発表者が登壇し、シンポジウムを行った。

シンポジウム 少子高齢化・人口減少・少資源のまちから 在宅医療・介護連携の可能性を考える

コーディネーター

- ・ 川越 雅弘(公立大学法人埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科研究開発センター教授/本調査検討委員会委員長)

パネリスト(事例発表順)

- ・ 橋本 涉(鳥取市福祉部次長(兼)長寿社会課長/本調査検討委員会委員)
- ・ 阿部 朱美(廿日市市在宅医療・介護連携相談支援室 保健師/本調査検討委員会委員)
- ・ 益本 住夫(特定非営利活動法人ほっと吉和 理事長)
- ・ 植月 尚子(社会福祉法人奈義町社会福祉協議会 生活支援コーディネーター)

川越コーディネーター ・ 御発表では、それぞれの地域の取組、切り口、置かれている状況や地域の特性、アプローチの仕方が違う中で、それぞれ特徴がある、非常におもしろい取組をされていることがわかりました。私から幾つか質問をしながら、取組の内容の深堀りを進めていきたいと思います。その後、他地域の取組等を聞かれて皆さんどう思われたかの感想も含めて話をいただければと思います。

- ・ まずは鳥取市の橋本さんからお伺いしたいと思います。橋本さんの取組は、医療圏単位で在宅医療・介護連携を進めながら、広域連携で近隣県、近隣の市町村等との連携、さらには他の事業との連携まで広げていることが特色かと思います。他の市町村もそうですが、医師会との連携をどう図っていくのかは大きなテーマになっています。きっかけとなった医師会へのアプローチの仕方、そのとき感じたこと、そして医師会の先生方からは、行政から何を期待されているのか、何をしてほしいのかをよく聞かれると思いますが、当初の取組の印象や思ったことを発言いただければと思います。

橋本氏

- ・ 医師会との協議の始まりは、たまたまですが鳥取市には市立病院があり、医師会に理事で出ている先生がおられました。また、日本医師会より各地区医師会に対し在宅医療・介護の連携を進めてほしいとの情報が流れていたため、医師会の理事の先生から「鳥取市はどうするのだ」という話があったのがきっかけでした。それで医師会長にも話に行ったら、行政が困っていることは手伝いますとお話でしたが、在宅医療・介護連携推進事業の中身がお互い分かっていない状況だったことを覚えています。
- ・ 医師会長より「医師会エリアで在宅医療・介護連携を進めていただくと助かる」の一言があり事業の推進と行政の連携が決まったため、あまり苦労という苦労はなかったですが、事業の中身をつくるために医師会の事務局長との協議が大変だった覚えがあります。

川越コーディネーター ・ ありがとうございます。医師会は組織的に担当の先生や看護師の方が一定

期間で替わります。継続性を確保する上で苦勞された部分があれば教えていただければと思います。

橋本氏

- ・ 東部医師会で在宅医療介護連携推進室専任の専門職を雇用し始めてから9年目になり、今年から3代目になりました。初代職員はたまたま市立病院を退職するタイミングで看護師と社会福祉士のダブルライセンスの所有者だったので非常に助かりましたが、後任がなかなかみつからず、その方が辞めるタイミングでちょうど行政を退職する保健師が、何とか2月頃に決まりました。待遇的にはあまり高い給料も出せず、若い方を連れて来られないため、いいタイミングで人材を探してくるのが難しいと感じています。

川越コーディネーター

- ・ ありがとうございます。ほかの市町村の方にもお伺いします。廿日市は医師会との連携等で配慮されたことや苦勞されたこと等があれば教えてください。

阿部氏

- ・ 廿日市市は平成27年度から在宅医療・介護連携推進事業を五師士会に委託しています。五師士会は他の自治体にはないと思いますが、五師士会の始まりは平成17年で、在宅医療・介護連携推進事業を受託する10年前です。「五師士」とありますように、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会福祉会の5つの団体からなり、今では8つの団体が所属しています。福祉士会という言葉はありませんが、社会福祉士、精神保健福祉士といった団体を示します。介護保険が始まった後、「医療と介護が連携し、顔の見える関係をつくらないといけない」と医師会の当時の会長が声を発してくださったのがきっかけと聞いています。五師士会が10年間の中で行ってきた活動として、「ちょっと一息 医療とふくしの相談室」という、専門職が何人か集まって相談員として出向き、ミニ講座、何でも相談、座談会という地域ケア会議のような会議をずっとされていたので、在宅医療・介護連携推進事業の委託先は五師士会ですぐに決まりました。医師会も同様の認識がありましたので、あまり苦勞はなかったです。

川越コーディネーター

- ・ そのときに、五師士会と行政との関係で、委託してあとはお願ひするという感覚でしたか、それとも行政と五師士会が協働する意味合いがありましたか。

阿部氏

- ・ 在宅医療・介護連携推進事業を開始してからが大変でした。やはり医療・介護連携という事業なので、事業を組み立て、評価もしなくてははいけません。専門職の方たちはアイデアをたくさん持たれているので、非常にうまいものをつくれますが、継続やステップアップに向けては行政も一緒にやらないと難しかったことから、保健師の私が五師士会へ派遣になったと思います。

川越コーディネーター

- ・ 派遣される前と後での動き方はいかがですか。

阿部氏

- ・ 派遣する前は委託元の係にいたので、「これをやってください」と言う方でしたが、派遣後は「やってください」と言われる方になり、専門職の考えと行政の考えのスピード感や熱量の違いがとても良く分かりました。それは五師士会に入らないと分からなかったところであり、そういう橋渡しのような役割がこの事業には必要だろうと強く感じています。五師士会に入ってまずはPDCAサイクルを回そうと思い、事業・施策マップを作りました。また、現場のことがあまり分からなかったので、現場の方に対してヒアリングをしました。

- 川越コーディネーター ・ 行政職でもあり保健師で仕事をされていた立場から、五師士会に派遣されて現場の方と一緒に議論しながら物事を進めていく立場に変わられたわけですね。大変な部分とおもしろい部分などいろいろあると思いますが、いかがでしたか。
- 阿部氏 ・ あまり大変さを言ってしまうとよくないですが、おっしゃるとおり大変です。でもおもしろいのはおもしろいですね。現場と少し近くなったような感覚です。私も保健師ですので一専門職として感覚的に接することもあり、四角四面に考えるのではなく、「あ、それいいね」とすぐ言えます。一方で行政にいますと、予算や事業、計画も考える必要があり、「あ、それいいね」とはすぐに言えません。
- 川越コーディネーター ・ 行政の専門職が地域に出て一緒にディスカッションをしながら、地域の住民から拳がってきた声をまた施策へつなげるにあたって、行政の視点もなければうまく事業を推進できないため、現場と行政の話の両方が見えている人が関わっていることが1つのポイントかと思いました。行政でも働かれていた益本さんはどのように見ておられましたか。
- 益本氏 ・ 行政を退職し、今は社会福祉関係で活動をしています。行政で働く頃と、社会福祉関係で働く頃では考え方が違い、社会福祉関係では住民がとても近く感じます。行政ではできないことを社会福祉協議会がやっていると感じています。
- 川越コーディネーター ・ それは実際に社会福祉協議会に入られたり、いろいろな活動をされる中で地域に入られたからこそ知ることができた世界ですか。
- 益本氏 ・ そうですね。行政ではやはり法に基づいてやらなければいけないことがありますが、社会福祉協議会ではある程度法から離れて、住民のためにこんなことができるのではないかといろいろ考えながら取り組んできました。これは社会福祉協議会の強みかと思います。
- 川越コーディネーター ・ ありがとうございます。奈義町の植月さんに伺います。奈義町では医師がいなくなる危険性もあった中で、医師の派遣があり、家庭医の先生も来られて無医の状態がなくなずっと来ましたが、医師会や各医療機関との連携という意味ではどのようなことを意識してやっておられますか。
- 植月氏 ・ 無医町になりそうだったとき、ふるさとの危機ということで鳥取大学医学部から帰ってきた先生も1人おられて、平成7年に町内に開業してくださいました。あとはやはり奈義ファミリークリニックの存在がとても大きいと思います。特に奈義ファミリークリニックの松下先生が後期研修医を全国から集め、人の病気や体を診るだけの医者ではなく、その人を取り巻く家族の介護力や経済力、そして地域のカマまで一緒に考えてくださっているのは、今の奈義町にとって本当にありがたいことです。本当に先生たちを大事にしたいという思いがありました。住民は患者と医者との関係なので、少し待たせるとか、若いとか、3~4年で入れ替わるようなことに対し、不満を感じることもあるかと思います。一方で我々行政の保健師から見ると、医師の方は本当に力強い協力者であり、とても嬉しく、奈義町が無医町になろうとしたことを知らない住民の皆さんにも自分事として町、地域を守っていかねばいけない気持ちになって

もらいたいと思いました。

- ・住民も参加した地域医療ミーティングでは回を重ねるごとに参加者から気づき生まれ、そこから「通所付添・見守りサポート事業」等につながったのではないかと思います。

川越コーディネーター ・ありがとうございます。今、皆さんそれぞれの地域で、当然人口規模や資源も違います。今後医療・介護の連携や、医療提供体制の確保をしていく上で、これから10年、20年を見据えると何が課題になるかお聞きしたいと思います。橋本さん、いかがですか。

橋本氏 ・今は診療所の先生方がまだまだ現役で頑張っておられますが、医師の高齢化があるので、2035年、2040年と、10年、15年後がぎりぎりかと思います。その後新しい開業医の先生が出てくれるのかなというのがまず第1の心配です。

川越コーディネーター ・そこに対して何か対策は考えていらっしゃいますか。

橋本氏 ・行政としても医師会としてもなかなか難しいところです。

川越コーディネーター ・廿日市市はどうですか。

阿部氏 ・16キロを超えて訪問歯科診療を実施している歯科医療機関もあるので、廿日市市としても対策を考えなければいけないと思います。医療は、おおむね住民が通える範囲に医療機関や在宅診療をされている医師がおられるので、現時点では良いです。しかし、浅原地域には歯科がなく、佐伯地域には歯科が1か所のみです。オーラルフレイル等の問題もあるので、そのようなところが今心配で、衛生部門とも協力しながら考えていきたいという話をしているところです。

川越コーディネーター ・植月さん、いかがでしょうか。

植月氏 ・ふるさとの危機と帰ってきてくださった先生も70代で、奈義ファミリークリニックの松下先生もそろそろ50代後半になります。全国から奈義町に勉強に来て、最初は少し頼りないと思っていた先生が、1年ぐらいでめきめきと顔つきが変わり、地域医療のために頑張りながらいろいろなアイデアを出して作った組織もありますが、松下先生が高齢になった後にどういう若い先生が引き継いでくださるのかという思いはあります。だからこそ来られる先生皆さんと顔の見える関係になり、学生で実習に来られたときから地域医療のやりがいやすばらしさについて講話もさせていただいております。私の話がきっかけで、地域医療に熱い情熱を持って取り組んでくださる先生が1人でも多く奈義町や全国の他の地域で働いてみたいと思ってほしいという気持ちで若い方と接しており、そういう夢を叶えてくれる方になっていただけたらと思います。

川越コーディネーター ・家庭医の養成をきちんとやっておられるところはそれほど多くないかもしれないので、奈義町は1つの重要な拠点かもしれないですね。そこをうまく活かし、奈義町で研修を積んだ方々ができるだけ中四国地域で継続して働けるような流れを作るのも大事な広域的取組の1つではないかと思いました。

植月氏 ・そうです。以前奈義ファミリークリニックを巣立っていった方も、今では広島は無医村で所長をしてくださっています。また、鳥取大学の先生も多く研修に来

てくださっているの、いい交流ができています。

川越コーディネーター ・ 広域で総合医、家庭医的な先生方を養成し、地域とのつながりを作る取組を上げていくと、医師の確保という点で非常に意味のある取組ではないかと思ひます。

植月氏 ・ ありがとうございます。

川越コーディネーター ・ 橋本さんに2つ質問が来ています。1つはファシリテーターの養成講座について、どのような内容を教えたり、どういった特徴があるのかを教えていただきたいという質問です。いかがでしょうか。

橋本氏 ・ ファシリテーターの養成講座は、最初は県外から講師に来ていただき、2日間みっちり講座をやっていました。その後、予算の都合等もあり、医師でファシリテーションの勉強もしておられる先生がいらしたので、自前でやってみようということから始めています。基本的なファシリテーターの能力等について一通り座学も実施し、ファシリテーター役と参加者側と両方の立場をロールプレイでやりながらの研修を実施しています。

川越コーディネーター ・ 例えは地域ケア会議で司会をしてもらったり、いろいろな会議でファシリテーションの実務を担っていただくこともありますか。

橋本氏 ・ そうですね。退院前カンファレンスのシーンを想定することも、研修の中で行っています。

川越コーディネーター ・ 病院と在宅療養の連続性を確保していく上で退院前カンファレンスは大事ですね。

橋本氏 ・ そうですね。

川越コーディネーター ・ 病院でやったことだけを報告するとその後の支援になかなかつながらず、ただ多くの方が会議に参加し、せっかく時間を割いているにも関わらず会議がうまく機能しない医療機関もあるかと思ひます。退院後の生活をどう実現するか、どんな支援が必要であり、何に気をつけなければいけないかという目的意識を持って会議をハンドリングすると、会議の中身が大分変わると思ひますが、いかがですか。

橋本氏 ・ そうですね。3回シリーズの多職種研修「地域包括ケア専門職“絆”研修」でも退院前カンファレンスの視点で、自分と違う職種の役割で研修を行っています。

川越コーディネーター ・ ありがとうございます。もう1つ、終活支援ノート「わたしの心づもり」についての質問です。これはどのような人を対象に、どれぐらいの予算でどのように活用されているのかを教えていただければと思ひます。

橋本氏 ・ 専門職向けにも、住民向けにも同じものを使っています。大体1回の印刷で5,000部発行し、今は刷新してから2回発行しています。新型コロナウイルス感染症で中断しましたが、新型コロナウイルス感染症前は、多いときは住民啓発だけでも年間36講演を実施しました。住民啓発ACPIは元気な人向けであるため、本当に今困っている終末期の病院や施設でも使えるものが欲しいという先生からの要望があったのがきっかけです。

川越コーディネーター ・ ありがとうございます。今日の3人の方のお話の中でもう1つポイントだったのが、「住民の声を聞くこと」です。住民の声を聞き、施策に活かしていく流

れを作るとき、行政側が住民の声を聞くのは実は怖い領域でもあります。どのような意見が出てくるか分からない場合は心理的な安全性が担保されていないので怖がる方が多いです。住民の声を聞きながら施策に展開すると、実効性がある施策をスムーズに展開できるという意味で必要ですが、なかなか踏み出せないのがポイントです。ですが、廿日市市や奈義町はそういったことができている、それはなぜか、行政の方はどう思っているのか、なぜ住民の声を聞きながら施策にうまく展開できたのか、についてお伺いしたいと思います。まずは実際に活動されている益本さんから、その後行政の立場から見てどう思ったかを阿部さんに伺いたいと思います。

益本氏

- ・住民の声を聞くことは我々も重点的にやってきました。行政主導型や住民主体型という言葉は最近あまり使いません。行政主導では、最初は住民が付いてきても最終的には付いてこない気がしました。住民主導で進めると、最初はなかなかうまくいかなかったとしても、住民が乗り出したらどんどん進んでいく気がします。行政が住民の意見を聞くことに関して、廿日市市では市議会議員が報告会で住民からの意見を市政へ持ち帰ったり、市長が各地域へ出向いて、年に1回ほど住民の話を聞くこともあります。

川越コーディネーター

- ・それは長年の取り組みの結果でしょうか。

益本氏

- ・そうですね。現在の市長が1期目で、各地域を回り住民から意見を聞いています。

川越コーディネーター

- ・まずは有資格者懇談会で専門職からお話を聞いた後、福祉座談会で住民の声を聞こうとしたのは、「将来住み続けられる環境づくりの検討会」で決まったことですか。

益本氏

- ・そうです。最初に声をかけてくださったのは社会福祉協議会の当時の会長でした。この会長は福祉に非常に長けた方で、大学でも教えられていた方でした。順序立てて、次はこうしていこう、今度はこれに取り組んでいこうと、時を待つことなくどんどん先へ先へ提案をしていただいたように思います。

川越コーディネーター

- ・ゴールを見据え、到達するために、最初は有識者からお話を聞きその後住民の声を聞こうという流れに持っていったと感じました。

益本氏

- ・そうです。「生涯住み続けられる環境づくり検討会」では意見は多くなかったのですが、住民は今後の吉和に対する危機感を持っていたと思います。今まで吉和にも地域自治組織はありましたが、本来なら地域自治組織が取り組むべき問題だろうと思います。ですが、あまり福祉関係に目を向けていなかったこともあり、第1回福祉座談会では33名の地域住民が参加しました。地域差はありますが、吉和の人口の9%であり、廿日市地域で換算したら3,000人が集まらないとできないくらいの方が集まってくれたのです。

川越コーディネーター

- ・その後、「生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会」を住民主体で発足されましたが、このように変わっていったのはなぜですか。

益本氏

- ・検討会を開催する時点で「つくる会」の発足も想定していました。廿日市市社会福祉協議会・廿日市市社会福祉協議会吉和事務所・廿日市市役所吉和支所・吉和診療所の4団体が検討会で住民にどう投げかけていくか考えた結果、「つくる会」を発足させました。それからは、「つくる会」と一緒になっ

て活動を進めていきました。

川越コーディネーター ・ 一連の流れの中に、検討会はあくまでも検討する場で、それが終われば地域をつくっていくのだという話があり、その後NPOまで発展していったという流れですか。

益本氏 ・ そうですね。

川越コーディネーター ・ ありがとうございます。

・ 阿部さんから、行政で見ていた世界と、五師士会に異動されて実際に現場で取組をされる中で感じていることがあれば教えていただきたいです。

阿部氏 ・ 住民の話を施策につなげていく間のパイプ役は住民とも近い存在であると共に、行政のことも理解していないと住民の声と施策をつなぐことはできないだろうと見ています。そして吉和地域ではそのパイプ役は益本さんだったと思います。行政に声をかけるタイミング等も、行政の仕組みを理解していないとなかなか難しかったと思います。

・ 浅原地区も今、市民センターに市の職員や、市の職員だった所長がいらっしやいます。住民だけで話したほうがいい時と行政を呼んだほうがいい時のさじ加減の判断も、行政と現場の全体が見えていないとなかなかできません。そういう存在がない場合、アドバイザーのような方に聞くとか、視察などでノウハウを勉強する方法もあるかもしれないですが、いずれにせよ住民と行政の間の中間的な存在は必要かと思います。

川越コーディネーター ・ そうなりますと、保健師も当然行政の中において、かつ専門職の立場で、もともとは地域の中に入り込んで地域活動もされていた職種ですよ。ただ、地域にだんだん出なくなり、どうしても行政の中で仕事をする場面が多くなって、なかなか地域に出向くのが減ってきている印象を受けるのですが、いかがでしょうか。

阿部氏 ・ まさにそうなのですが、自治体によって体制が違うと思います。よく議論になっている地区担当制の保健師は、地域や身近なところに出向き、住民のことも資源も知っており、どこに働きかけたら動き出すかというタイミングも分かっていると思います。ですが、地域に出なくなったのは、業務分担制が進んだときに現場から離れてしまった保健師もいるように自治体によっては見受けられ、廿日市市の一部もそうでした。ただ、廿日市市の場合は支所が地区担当制に近い仕組みであり、在宅医療・介護連携推進事業を進めるとき、保健師と連携ができるのが強みです。何かをしようと思ったときに住民の人たちが考えていることが分かり、一緒になって動いてくれる仲間として、地域に出ている保健師がいる地区は強いと思います。

川越コーディネーター ・ 逆に、益本さんは支所の保健師らと一緒に仕事をしていく中で、ある意味、人材育成もされているかと思いました。地域や住民の声を専門職にも伝え、施策に活かすための道筋まである程度教えていると感じたのですが、いかがでしょうか。

益本氏 ・ 保健師とは週に1回顔を合わせるぐらいの単位で会っています。保健師もいろいろな仕事をされており、相談役でもあります。例えばウォーキングによる健康づくりの企画に私も携わっていますので、ほとんど週に1回は顔を見て

話をし、何でも話せるような保健師だと思っています。住民も皆そう感じていると思います。

- 川越コーディネーター 益本氏
- ・ある意味、人材育成システムをお持ちだと感じました。
 - ・私ももともと行政なので、行政のことで気が付いたらとにかく口に出して相手に言います。嫌がられることもありますが、住民の声として聞いてくれということによって言っています。
- 川越コーディネーター
- ・奈義町も住民の声を聞きながらいろいろな取組を展開されているかと思います。行政にいろいろなことをやってほしいという感覚を多くの自治体の住民の方がお持ちですが、時間が経っていく中で徐々に自分事として物事を考えていくように変わるタイミングや瞬間があるかもしれません。奈義町ではなぜ地域ケア会議がうまく回っているのか、ポイントがあれば教えていただければと思います。
- 植月氏
- ・ありがとうございます。やはり一番は合併していないことだと思います。私は人口6,000人の歩く住民台帳だと言われているのですが、あそこの誰々は誰々で、奥さんは誰で、子供は誰で、孫は誰でというようなところまで、ついでの間までは把握しておりました。
 - ・平成18年に地域包括支援センターで地域ケア会議を主催することになったとき、私も兼務ですから忙しく、気が付けば月1回の地域ケア会議で皆に集まってもらい、何を話そうかという会議をやっていました。そしたらある日、「こんな意味のない地域ケア会議だったら、もうやめませんか」と、あるケアマネジャーから言われ、ショックでしたが、それでは皆はどうやって奈義町の課題や問題を解決していくのか、皆の奈義町ではないかと開き直りました。そこで、皆で司会も当番制にしたらどうか、特に出す内容や課題がでないのであれば、各自自分のやっている仕事内容をプレゼンしたらどうかということから始め、当時、1階のリハビリの部屋に座布団を敷き、丸くなって顔と顔を突き合わせる会議を行ってきました。今は1階が社会福祉協議会になっているため、2階で会議をしておりますが、それでも椅子を円に並べ、皆で話を進めています。住民の皆さんも長年同じ顔ぶれですから、私も名字で呼ばれることは少なく、「尚子ちゃん、おるか」と住民の方も訪ねて来てくださっており、ありがたいと思っています。
 - ・もう1つは、当初、奈義町でも住民は行政任せでした。平成14年の「健康なぎ21計画」を立てるときにも住民は皆他人事で、奈義町は自衛隊の駐屯地があって、お金もあるので当事者意識が育たないのかと思っていました。ですが、自分事として語りだすと楽しくなり、皆生き生きし始めたのは大きな変化だと思います。今まで住民を巻き込まずに、あまり住民には喋らせないところが行政にもあったかもしれませんが、住民はそれなりの考えや夢を持っておられるので、それらを基に「行政と一緒に元気な町を作りましょう」という姿勢は大事かと思っています。そのきっかけが先ほども少し紹介した健康学習かと思っています。地域を元気にするには、人の役割や生きがい、仲間、会話などが大事ということに気付いたのがスタート地点だったと思います。
- 川越コーディネーター
- ・ありがとうございます。橋本さんはどちらかというと医療・介護連携という広

域の仕組みから組み立てて、ある程度完成したところかと思います。今後は小さな圏域ごとに密なつながりをどうやって作っていくかが1つの課題だとおっしゃっていたかと思いますが、今日、2人のお話を聞かれてどう思われたか、活かそうだと思った部分があればお聞かせいただければと思います。

橋本氏

- ・まずは住民をうまく巻き込み、その結果が出ているのですばらしいと思います。一方で同じやり方でやっても鳥取市でうまくいくとは限らないので、鳥取市の地域性、住民性も見ながらどうすればいいのかなと思いました。結局は住民を巻き込んだまちづくりにつながる一方で、医療・介護連携の仕事ではないと思うことも時々あるので、今後は生活支援コーディネーターがキーになるかと思います。生活支援コーディネーターや地域包括支援センターと連携し、医療・介護の情報提供もしながら、先々の医療・介護はこうだということを教えていけないのかなと思います。

川越コーディネーター

- ・ありがとうございます。廿日市市の吉和地域で先行する取組があったことが1つのヒントになるかと思います。廿日市市では地域ごとの特性を活かし、無理のない形で好事例を横に広げていこうとされていると思います。大きなエリアを、価値観や今までの歴史などが近い人たちの集まりで小さく作って横に広げるのは1つのやり方なのかなと思いつながりながら廿日市市のお話を聞いていたのですが、阿部さん、いかがですか。

阿部氏

- ・おっしゃるとおりで、横に広げるときのポイントは「違う」ところです。数字で見て一緒でも、土地も反応も大切にしていることも違うので、住民の中に入り込む必要があります。また、地域によって地域づくりの力も違います。浅原地区では市民センターが地域をバックアップしていて、住民を巻き込むのがとてもまい上に、円卓会議の中で「健康ウェルビーイング」というテーマがありましたので、交流会館や市民センターといった地域の拠点にお邪魔させていただいております。そして、住民が全然関心を持っていないオーラルフレイルに対し、私や保健師、医療・介護連携のチームが今からどう提案していくか、どう入り込んでいくか市民センターと一緒に話をしながら作戦を立てていこうと思います。

川越コーディネーター

- ・地域に出ていったことによって、例えば「やまざと保健室」のような地域の資源の存在や「やまざと保健室」で働かれている方々がボランティアを始められた背景を知ることが大事な要素のような気がするのですが、いかがですか。

阿部氏

- ・そうです。それも私が探して知ったのではなく、地域の方が教えてくれました。こういう人がいると言われたので、話をしに行き、ボランティアの方のやりたいことを聞いて、何かできるかもしれないというところにつながり始めたところでした。

川越コーディネーター

- ・専門職の資源がこれから不足していくのであれば、地域で顕在化していないけれども実動されている多くの方を知っていくことが大事なポイントになるかと思いますが、益本さんいかがですか。地域の資源は社会福祉協議会が一番詳しいと思っています。整理・共有されていない地域資源がある中で、

- 「やまざと保健室」のように、強い思いを持って活動している人に相談したら前向きに「こんなことをやってみようか」と提案されるような気もするのです。
- 益本氏
- ・ ほんと吉和で最初に総会を開催したとき33名の出席者でしたが、現在は正会員が54名になっています。我々の仕事を理解してくれ、一緒にやっという若い会員が少しずつ増えてきています。今、住民のお年寄りの方が「いいことをやってくれてありがとう」とすごく喜んでくれています。実は私もバスの運行事業の中でデマンド型のバスを運転しております。家の前までお迎えに行くので、タクシー同然かそれ以上のサービスです。住民の移動が吉和でも問題になっている中で事業を進めております。
- 川越コーディネーター
- ・ 若者の方はなぜ正会員等いろいろな形で参加をしようとしているのでしょうか。
- 益本氏
- ・ ほんと吉和の状況も知ってくれてはいるのですが、ほんと吉和としてもこれを行っているから手伝ってくれ、と若者に声をかけています。ほんと吉和でも会員の高齢化が進んでおり、70代が20名ほど、60代が19名、50代が12名で、40代が3名ぐらいいます。将来的には人材不足で団体の運営が難しくなってくると思いますので、若者をとにかく引っ張り込まないといけないという思いでやっています。吉和にも若者中心の団体があるので、これからはその団体とも協力していかなければいけないと思います。
- 川越コーディネーター
- ・ 植月さんはいかがですか。
- 植月氏
- ・ 団体の活動を若い人が見てくれているのは羨ましいです。私たちがやっている通所付添・見守りサポート事業「なぎサポ」や生活支援サポーター「みつばち」、「ちよいワルじいさん」などの活動を、若い人にどのように気づいてもらうか考えています。奈義町なりに、奈義町ができる範囲で、奈義町らしくしていきたいなと思います。若い人に少し頑張ってもらいたいなと思っております。
- 川越コーディネーター
- ・ ありがとうございます。所定の時間に近づいてきたので、最後にそれぞれの発表を聞かれて、うちの地域で活用できそうな点や良いと思った点があれば押していただきたいと思います。まずは、植月さんからいきましょか。
- 植月氏
- ・ それこそ規模が違います。人口規模や医療機関の数などもあるので一概には言えないのですが、小さい単位の地区になると奈義町のように合併していない町は戸数が30戸という世界になってしまうので、ほんと吉和の活動を実は奈義町全体でやっているということです。奈義町らしく、奈義町のできる規模で、住民と共にやっていかななくてはいけないと思っています。特に若い人との協力が印象深く残っています。ありがとうございました。
- 川越コーディネーター
- ・ 橋本さん、いかがですか。
- 橋本氏
- ・ 我々のところはもう少し小地域でやっていきたい、参考にさせていただきたいです。キーワードは「住民をどう巻き込むか」です。住民組織はなかなか福祉の分野に足を踏み入れてこなかった経過があるので、どう崩していくのか頭をひねってみたいと思います。
 - ・ 公民館というキーワードも出ました。自治会の組織も弱体化し、高齢者は増える一方でなり手がいない話もありますので、公民館というある意味公的な

ところがこれからキーになってくると思います。また、医療・介護連携の分野だけではなく、横連携を進めないで駄目だなと感じました。以上です。ありがとうございました。

川越コーディネーター ・ 阿部さん、いかがでしょうか。

阿部氏

- ・ 私は奈義町の「ちょいワルじいさんプロジェクト」が気になりました。どのように仕掛けられたのか興味深く聞いていました。
- ・ 鳥取市の取組では、ファシリテーター研修の中身や参加者の職種が気になりました。
- ・ 奈義町と鳥取市で共通していたのがエンディングノートを両方ともオリジナルで作られているというところです。実は廿日市市も来年度、エンディングノートをオリジナルで作りたいと思っているので、参考にさせていただきたいと思いました。ありがとうございました。

川越コーディネーター ・ 最後に益本さん、いかがでしょうか。

益本氏

- ・ 吉和は小さい地区です。合併をした5つの市町村で、それぞれももとの合併前の地域を廿日市地域、大野地域、宮島地域、佐伯地域、吉和地域と呼んでいます。吉和地域では人口が570名ぐらいで、廿日市市の中でも小さい地域になりますので、まとまるしかありません。例えば、隣は佐伯地域ですが、佐伯地域から応援してもらうことはなかなかできません。なので、自分たちだけで何とかやっていくしかないかと思っています。
- ・ 私はまだエンディングノートを書いたことがないので、いつかエンディングノートについて楽しく話し合えればいいなと感じました。

川越コーディネーター ・ ありがとうございました。視聴された方はいかがだったでしょうか。人口が減っていく、若い人の人口も減っていく、高齢者は増える地域もあればこれから増えていかない地域もあります。そうすると、実は病院や介護事業所の経営的な側面もこれから厳しくなってくる可能性が出てきます。地域全体で起こっていることを地域の住民も含めて皆で知り、客観的に見つめた上で、それぞれができることを考えていく。その場を用意しながらうまく皆が「やろうかな」という気になるような状況、環境を整えることが重要なポイントかと思いました。

- ・ 行政の方が住民の声を拾うのは難しいとなると、例えばNPOや社会福祉協議会が地域住民の声を拾い、うまく施策につながるようにする。行政に分かるような言葉に変換して伝える。そうしたことが必要であり、一住民の声がこうだったからこうしてくれということは、行政ではありません。地域住民全体で解決しないといけないことは何かという視点で行政は見ているので、行政の言葉に置き換えることを個別支援をされている方も学ばないといけません。そこで行政と現場の両方の立場や仕事の仕方を理解している人が間に入ってつなぐと、行政と現場がつながるのではないのでしょうか。それが鳥取市のファシリテーター養成研修等にもつながっています。専門職と住民が入った会議をうまくハンドリングをし、挙がってきた意見を行政の施策とうまく結合させると、非常に意味のある施策が展開されていくのではないのでしょうか。
- ・ もう一つは、地域の資源がまだ見えていないことです。特に互助の領域の資

源が見えていないので、見える化していかないといけないと思います。先ほどの町の保健室のような活動をされている方々もいろいろな思いがあるわけです。そういった専門職のOB・OG的な方々の思いと機能を皆で共有し、行政がうまく活用していく視点も必要になると思います。

- ・ また、今は若い人が地域課題や社会課題の解決に興味を持っています。高校の授業で地域課題を取り扱うところもあるので、そういったところと一緒にやって地域課題を知り、課題解決に若い人のアイデアをもらうのも良いかと思えます。一緒に活動することによって地域に愛着が湧いてくるので、互に関係性を構築し、それぞれ何ができるかを考えながら地域作りを進めると、人手不足もある程度補えるのではないかと感じながらお話を聞かせていただきました。
- ・ 以上が、中山間地域が置かれている現状と、10年後、20年後を見据えて今のうちから取り組んでいったほうが良いことではないかと感じた部分です。
- ・ 以上を持ちましてこのシンポジウムを終わりにしたいと思います。シンポジストの皆さん、ありがとうございました。

3. 事業報告会参加者への調査

中山間地域等での在宅医療・介護連携に関心のある者を対象とし、本調査研究の成果報告として実施する「事業報告会（令和6年3月11日）」の参加者（本事業への関心がある者）に対し、事業報告会参加の前後で調査を実施し、現在取り組んでいる中での課題認識、本事業報告の内容を受けた上での今後の意向等について確認した。

(1) 参加者の関心事項

参加申込時に、事業報告会のテーマである「人口減少・少子高齢化・少資源のまちから在宅医療・介護連携の可能性を考える」について、特に関心のあること・聞きたいことについて確認を行った。以下は、申込時の参加者の属性別の回答（回答抜粋、「その他」の参加者回答も除く）であるが、「関係者の意識合わせ・連携等」、「少ない資源への手立て」、「広域・複数自治体の連携」、「在宅医療・介護の可能性」、「行政の役割等」等に共通して関心があることがわかる。

以上の内容については事業報告会開催前に登壇者に共有し、発表等の中で極力参加者の関心に答えられるよう準備した。

図表- 81 関心のあること・聞きたいこと(開催前)

市町村担当者 (在宅医療・介護 連携推進事業)	関係者の意識 合わせ・連携等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関係者が一丸となって考えていく体制につなげていくための関係者への意識づけを教えて欲しいです。 ・ 医療と介護の関係者がどのように目線合わせをして、それをどのように継続させていったのか、仕掛けづくり、具体的な取り組みが聞ければと思います。 ・ 専門職同士の連携・住民とのつながりについて ・ 市町との連携に積極的でない医療機関等との連携のあり方 ・ 関係団体と連携した取組に向けて合意を得ていくプロセスにおいて行政として押さえておくべきポイント ・ 住民主体の「住み続けられる地域づくり」への関わり方について
	少ない資源への 手立て	<ul style="list-style-type: none"> ・ 少資源のまちで工夫していること ・ 少ない中でもできること ・ 少資源の中でどのように医療介護連携事業を行っているか ・ 人手不足の中での医療介護連携について ・ 限られた資源の中での効果的な地域包括ケアの展開 ・ 中山間地域の持続可能な福祉のあり方 ・ 中山間地における在宅医療介護連携 ・ 報告会で発表される地域と同じような中山間地域であるため、情報共有を図りたい
	広域・複数自治体 の連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 広域連携の進め方・生活支援コーディネーターの関り ・ 広域連携の体制整備について
	行政の役割等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・介護・福祉の連携システムを構築する上で行政が担うべき役割について ・ 行政担当者が数年で異動となり、様々な問題が棚上げされたまま放置されてしまうこと ・ 行政との連携が難しい
市町村担当者 (在宅医療・介護)	関係者の意識 合わせ・連携等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関係機関との連携の進め方 ・ 在宅介護医療連携と過疎地域における市民センターの関わり

連携推進事業 以外)	在宅医療・介護の 可能性	<ul style="list-style-type: none"> ・ まちづくり
都道府県担当者 (在宅医療・介護 連携推進事業)	関係者の意識 合わせ・連携等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 顔のみえる関係づくりについて ・ 専門職同士の連携はできてきているが、本人や家族が置き去りにされてしまいがちを感じている。業務が多忙な中、素早く支援体制ができるのは良い面もあるが、本人・家族はそのスピードに圧倒されているようだ。ACPの取り組みがその解決策の一つかもしれないが繊細な問題でもあり、良い例があれば教えていただきたい。 ・ 限られた医療介護資源の中での、住民への意識付けや取組をどのように進めていったか。そのために、どのような関係機関がどんなことを実施して進めていったのか。 ・ 在宅医療・介護職員の高齢化等により在宅での医療、看取りが難しくなりつつある地域があるため、工夫されている事(人材確保、育成、定着)等 ・ 地域での連携の実際や難しかったことなど
	少ない資源への 手立て	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療資源が少ない地域での連携 ・ 中山間地域、小規模自治体において知恵、工夫している取組 ・ 訪問診療・往診を実施する医師の不足、専門職の不足という課題の対応策が思いつかない。圏域での広域的取組も地域性の違い等が壁になりそうに思う。先進事例を勉強したい。 ・ 限られた資源での在宅医療・介護の連携の取組み ・ 少ない資源の中、多職種連携が連携して課題解決に取り組むこと ・ 人口減少、少子高齢化が進み働き手が不足するなかでの在宅医療・介護連携の進め方について ・ 支え手の減少する中での在宅医療と在宅介護の体制維持のために有効な支援 ・ 中山間地域は医療介護資源ともにダウンサイジングしていく中での多機能化が求められると思いますが、どのように合意形成を図りながら、ダウンサイジングを進めていけばよいか、具体的な事例(そのプロセス)があれば知りたいです。 ・ 中山間地域における事例(一体的な支援とは?)
	広域・複数自治体の 連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 広域で取り組む在宅医療・介護連携について ・ 広域で取り組む、生活支援コーディネーターの位置づけ ・ 広域複数市町村での取組み ・ 複数市町で事業に取り組む際の連携体制
	行政の役割等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 中山間地域における在宅医療について、行政ができることは何か ・ 行政の役割
都道府県担当者 (在宅医療・介護 連携推進事業 以外)	関係者の意識 合わせ・連携等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療介護連携に生活支援コーディネーターとしてどのような視点で関与していったのか関心があります。 ・ 地域の在宅医療・介護の体制づくり
	少ない資源への 手立て	<ul style="list-style-type: none"> ・ 少ない資源の中、多職種連携が連携して課題解決に取り組むこと中山間地域特有の在宅医療・介護連携の取組等 ・ 中山間地の訪問介護の在り方
在宅医療・介護 連携推進事業に 係るコーディネーター	関係者の意識 合わせ・連携等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村が連携し圏域全体で強い医療・介護の体制をつくる、在宅医療・介護の専門職連携を超えた連携による住み続けられる地域づくりで在宅生活の限界点を上げるためのヒントを知りたい。限られた財源、人の中でどのように活動すべきか課題を抱えている自治体も多いはずである。 ・ 地域、多機関、多職種、住民との目的意識の共有 ・ 関係づくり後も医療と介護の連携で難しいと感じる事など

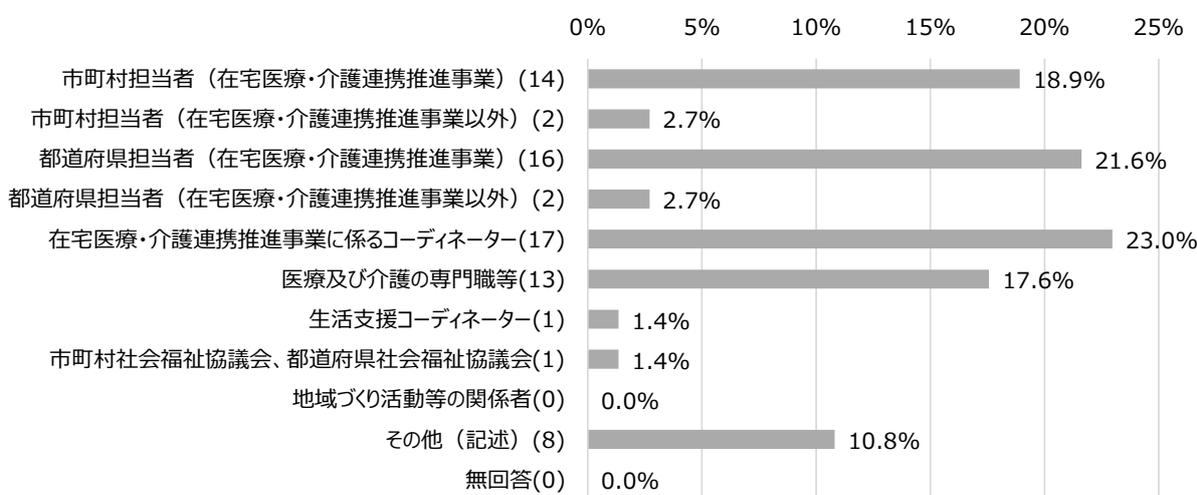
		<ul style="list-style-type: none"> ・他職種の連携 ・地域住民との連携推進 ・住民に対する意識づけの方法 ・山間地域の連携 ・中山間地域ならではの医療介護職の連携・顔の見える関係性づくりにおいて一番大事にしてきたことは何か聴きたいです ・医療介護連携のリーダーが積極的ではない場合の取り組み方
	少ない資源への手立て	<ul style="list-style-type: none"> ・社会資源が少ない地域の在宅医療・介護連携 ・少ない社会資源に活用することで実現できること、それらの工夫点について ・資源の少なさを補完する取組 ・医療介護の資源の少なさを補完する取り組み等 ・少ない資源を上手に活用するための工夫 ・地域格差のある資源の活用 ・医療資源が少なく増加も見込めないなかでどのように在宅医療の提供体制を地域で形作るのか
	広域・複数自治体の連携	<ul style="list-style-type: none"> ・広域における医療、介護、福祉の連携について ・複数市町と医師会の広域連携での医療・介護連携への取り組み ・複数地区での医介連携の実際 ・複数市町の連携について
	在宅医療・介護の可能性	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・介護連携の可能性について学びたい。
医療及び介護の専門職等	関係者の意識合わせ・連携等	<ul style="list-style-type: none"> ・協働体制を構築する手段、各担当者の意識付け ・連携できるに至った経緯 ・病院と在宅の連携 ・医療・介護・福祉・地域との連携で地域住民を支えるために自分たちができること
	少ない資源への手立て	<ul style="list-style-type: none"> ・「少ない」からこそできること、やらねばならないことについて具体的に聞いてみたい。 ・少ない資源の中での取り組みと実際の負担や課題について ・資源が少ないと歯科医療提供体制も少ないですが、全世代をつうじて必要な口腔に関する支援と連携はどうしているかをお聞きしたいです。 ・中山間地の在宅生活限界点を高める取り組みについて ・中山間地域における在宅療養者や訪問看護の現状 ・中山間地域における訪問看護事業所の協力体制 ・中山間地域における取り組みの事例 ・孤立化を防ぐための資源を使った工夫
	在宅医療・介護の可能性	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療、介護連携の可能性について ・在宅医療の可能性 ・医療・介護・福祉・保健の連携システムについて
生活支援コーディネーター	関係者の意識合わせ・連携等	<ul style="list-style-type: none"> ・連携体制について
	少ない資源への手立て	<ul style="list-style-type: none"> ・計画的縮小やコンパクトシティへの移行など
市町村・都道府県社会福祉協議会	行政の役割等	<ul style="list-style-type: none"> ・行政との密な連携
地域づくり活動等の関係者	その他	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の課題を克服していったプロセス等

(2) 事業報告会を受けての意向・気づき等

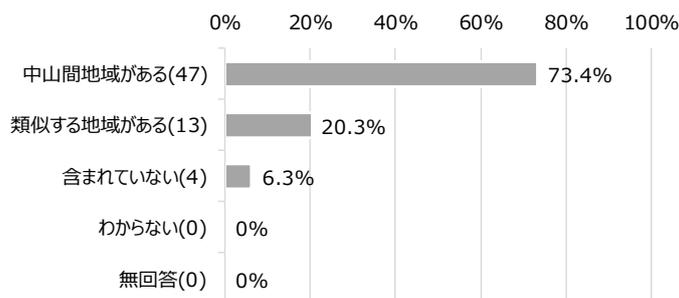
事業報告会終了後に、参加者に改めてアンケート調査を行った。回答者の所属は、次のとおりである。

回答者のうち、市町村担当者（在宅医療・介護連携推進事業および在宅医療・介護連携推進事業以外）、都道府県担当者（在宅医療・介護連携推進事業および都道府県担当者（在宅医療・介護連携推進事業以外）、在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター、医療及び介護の専門職等に対し、属する自治体の状況を確認したところ、73.4%が「中山間地域がある」、20.3%が「類似する地域がある」との回答であり、計93.7%が中山間地域等を含む地域からの出席である。

図表- 82 回答者の属する自治体内における中山間地域等の有無(問1)(n=74、ひとつだけ)



図表- 83 回答者の属する自治体内における中山間地域等の有無(問3)(n=64、ひとつだけ)



回答者のうち、市町村担当者（在宅医療・介護連携推進事業および在宅医療・介護連携推進事業以外）、都道府県担当者（在宅医療・介護連携推進事業および都道府県担当者（在宅医療・介護連携推進事業以外）、在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター、医療及び介護の専門職等について、在宅医療・介護連携推進事業の取り組み状況を確認した。ここでは取り組んでいない場合の選択肢として「必要性は感じているが取り組んでいない」、「特に無し（必要性を感じない）」を設定し、課題認識はあるが進んでいない取り組みとして「必要性は感じているが取り組んでいない」に着目した。

各取り組みにおいて「必要性は感じているが取り組んでいない」が最も多いものは、

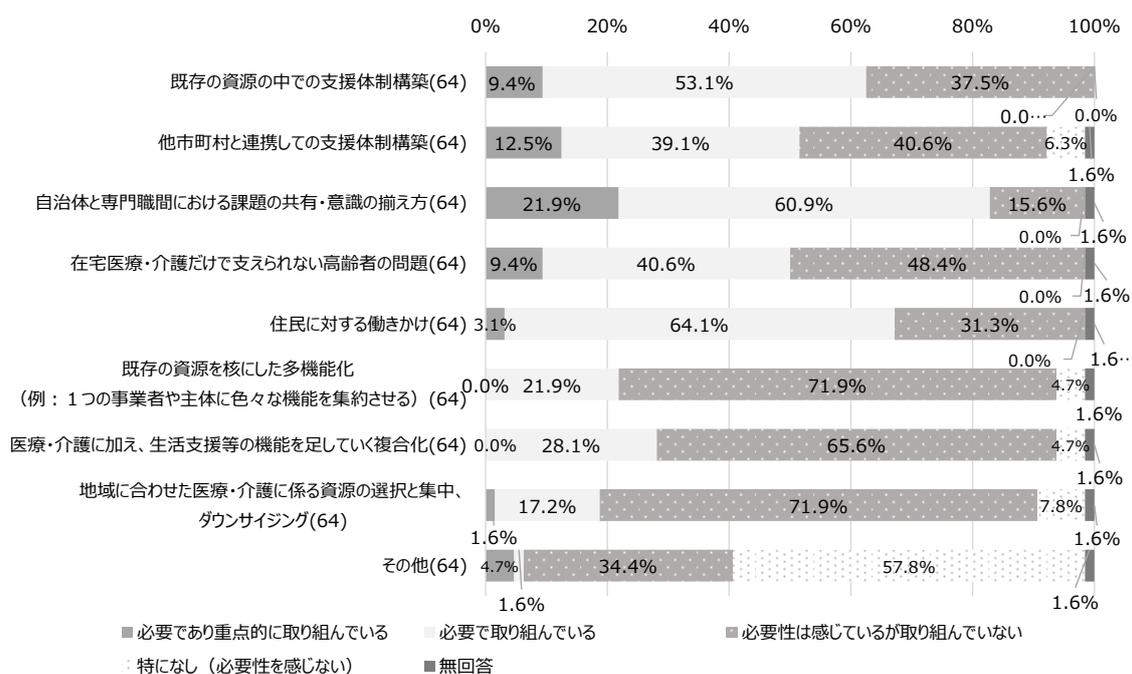
「既存の資源を核にした多機能化」と「地域に合わせた医療・介護に係る資源の選択と集中、ダウンサイジング」の71.9%、次いで「医療・介護に加え、生活支援等の機能を足していく複合化」の65.6%、「在宅医療・介護だけで支えられない高齢者の問題」の48.4%が続く。一方、特に難しさを感じる取り組みとしては、「在宅医療・介護だけで支えられない高齢者の問題」が57.8%で最も多く、次いで「自治体と専門職間における課題の共有・意識の揃え方」の54.7%、「既存の資源の中での支援体制構築」の46.9%が続く。

「在宅医療・介護だけで支えられない高齢者の問題」と回答した者の理由をみると、「在宅医療、介護の問題だけでなく高齢者を取り巻く環境、それを支える人や機関など縦割りの対応では対応しきれない現状が多々ある。誰が、いつ、どのように介入するのかの線引きもないような事例が増えているように感じる」、「複合的な課題を抱える高齢者が増えるものの、庁内連携、事業間連携がまだできていない」等、どのように包括的に支えていく体制をつくるかという課題があることがうかがわれた。

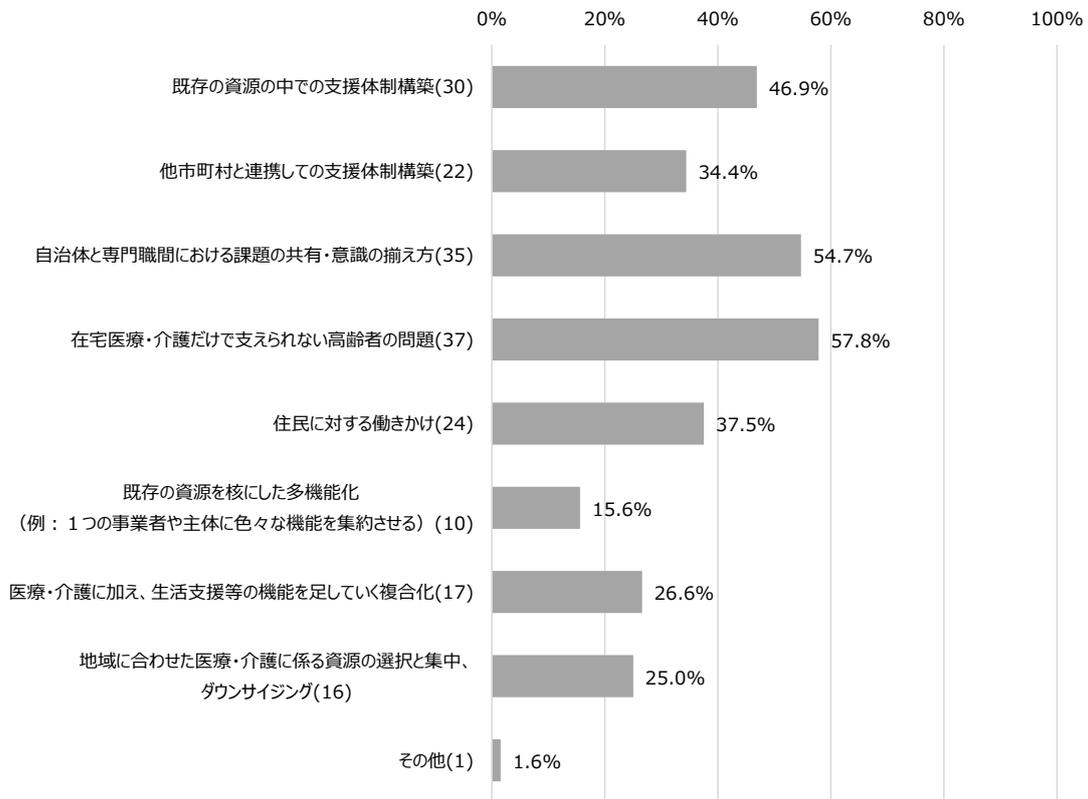
「自治体と専門職間における課題の共有・意識の揃え方」と回答した者の理由をみると、「目指すべき地域の姿の共有ができていない」、「住民への働きかけも大事だが、行政や関係者の目線が揃っていないため、医療/介護だけではなく財政も含み、そこから始めないといけない」、「それぞれに課題だと感じていても全体の課題としてとらえられていない」等、目指すべき地域の姿や方向性の共有、課題との共有ができていない状況があることがうかがわれた。

「既存の資源の中での支援体制構築」と回答した者の理由を見ると、既存の資源自体の少なさを挙げつつも「資源把握が十分に出来ていない」等とし、従来の資源以外で活用できそうな資源や取り組みの確認や検討が進んでいない状況が伺われた。

図表- 84 在宅医療・介護連携推進事業の取り組みについて(問4)(n=64)



図表- 85 取り組みの中で特に難しさを感じているもの(問 4-1)(n=64、3つ選択)

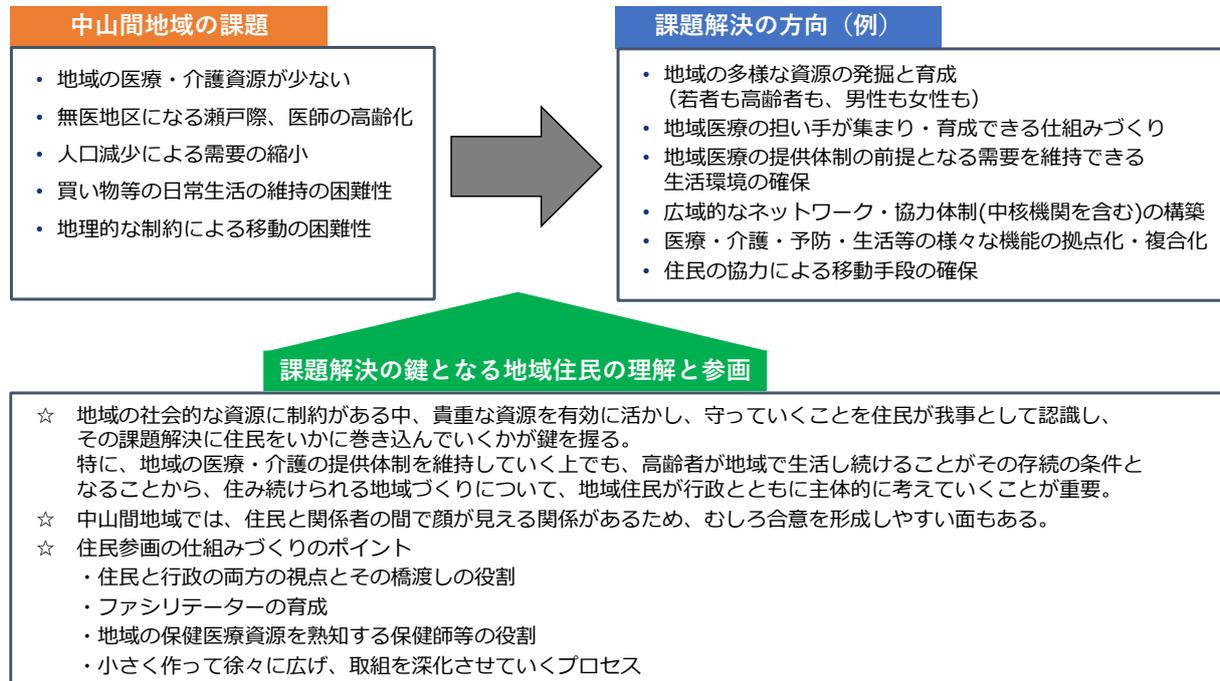


一方、今回の事業報告会で関心を持った、取り組みたいと考えることについて聞いたところ、所属に関わらず共通して「住民への働きかけ」、「住民と一緒に考える場づくり」や「関係者との目線合わせ」等、住民、医療・介護の専門職、行政が目線を揃えて共に取り組んでいくことが多くあげられていた。一方で、取り組むのが難しいとしたことについても、同様の内容があげられていた。

以上の結果はシンポジウムの議論の内容とも合致するものであり、今回の調査研究での検討内容が中山間地域等の課題と課題解決へのヒントとなる可能性を示唆するとも考えられる。

おわりに

本調査研究の事業報告会のシンポジウムの議論では、次のような内容が示唆された。



人口減少、少子高齢化が進み、医療・介護の資源も少ないことで、住み続けられないと判断して地域外に流出してしまう高齢者が増えることは、地域の活力を低下させるだけでなく、医療・介護の需要の減少で更に医療・介護の提供体制の維持が困難になる悪循環を招く可能性もある。住み慣れた地域に住み続けたいという願いにこたえ、医療・介護の資源を守っていく上でも、日常生活を支える環境づくりを含めた地域づくりを住民が我が事として考えて主体的に考えて参画していく体制づくりを進めていくことは大事であり、結果として高齢者が生活し続ける限界点が上がっていくことにつながる。

今回の報告事例でも、広域的なネットワーク・協力体制の構築や、地域のニーズに合わせた在宅医療・介護の機能の拡充、生活を支える支援も含めた機能の複合化や拠点化、人材の確保・育成、移手段の確保など、地域毎の課題に応じた工夫や知恵がみられた。これらは地域の実情に応じて個々の対応策は異なっているものの、それぞれの地域課題を踏まえつつ、住み続けられる地域づくりを目指して、自治体、医療・介護の専門職、住民が合意形成を進めていった過程が重要な鍵を握っているものと考えられる。

中山間地域等では、医療・介護の資源は少ないものの、住民と関係者の間の距離が近く、顔が見える関係もあるため、むしろこうした合意形成が進めやすいという面もあると考えられるが、これらの全国に先駆けて人口減少・少子高齢化が進行する地域において、本報告書で取り上げた様々な事例や考察も踏まえ、在宅医療・介護連携を含め、住み続けられる地域づくりについて、今後、さらに議論が深められることを期待するものである。

資料

1. 事業報告会発表資料

(1)中山間地域等における在宅医療・介護連携に関する調査研究の報告

(2)事例報告

事例① 広域・複数市町で取り組む在宅医療・介護連携

事例②-1. 複合的な支援を行う拠点を中心とした医療・介護・生活を支える活動について－事例から得たヒントを他の地区で展開するには－

-2. 地域住民、関係団体等との連携による地域包括ケア
(生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会)

事例③ 住民、専門職、町でわが町の医療・介護・福祉・保健の連携システムをつくる

2. 参加者アンケート

(1) 事業実施報告

中山間地域等における在宅医療・介護連携に関する調査研究の報告

令和6年度 中山間地域等における在宅医療・介護連携に関する調査研究事業
 中山間地域等における在宅医療・介護連携に関する調査研究報告書（調査報告書）
 令和6(2024)年3月11日 資料 1

**少子高齢化・人口減少・少資源のまちらから
在宅医療・介護連携の可能性を考える**

中山間地域等における 在宅医療・介護連携に関する調査研究事業 実施報告

2024年3月11日

株式会社 富士通総研

在宅生活の限界点をあげる

地域包括ケアシステム
→住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる

↓

「在宅医療・介護連携」は**医療と介護を必要とする状態の高齢者**が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するもの

必要な医療と介護が一体的に提供されることによって、高齢者は

- ・安心して療養生活を送ることができる
- ・住み慣れた地域で最期まで暮らすことができる

→ **在宅の生活を「選択」できる
本人の希望がかなえられる
(望む場所)**

↓

「在宅医療・介護連携」によって「在宅生活の限界点を上げる」

在宅医療・介護連携推進事業

○在宅医療・介護連携推進事業は、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者に対し、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者との共同・連携を推進することを目的とする。

「地域包括ケアシステムのコア領域は、中重度者の医療・介護にかかわる多職種協働」

状態像変化のイメージ
 自立 → 事業対象者(要支援・要介護) → 人生の最終段階

出来事イメージ
 在宅療養生活 → 入院生活 → 在宅療養生活(施設) → 入院生活 → 本人の希望する最期

介護イメージ
 在宅療養生活において、医療と介護は常に連携して実施され、入院医療がなかったとしても、退院後の在宅医療・介護につながることを意識することが重要

医療イメージ
 在宅医療・介護連携推進事業の「4つの場面」(+認知症、感染症、災害)を意識
 ★入院時から退院後の生活をイメージした情報交換等の連携

日常生活の自立度 **高** → **低**

在宅医療・介護連携を必要とする高齢者

在宅医療・介護連携推進事業の進捗

H27～H30年度
 事業に着手・着手準備 → 初動期 → 拡充期 → 洗練期 → 成熟期
 まずは着手を重視

H30～R2年度
 事業に着手 → 初動期 → 拡充期 → 洗練期 → 成熟期
 「在宅医療・介護連携」の体制づくり
 全市町村が実行段階
 「顔の見える関係」をつくる → 連携の第一歩

R2年度～現在(R5年度)
 事業の拡充を図る → 初動期 → 拡充期 → 洗練期 → 成熟期
 「在宅医療・介護連携」は体制づくりから次の段階へ
 「顔の見える関係」から「腹と腕の見える関係」へ
 ……本来の専門職連携
 4つの場面(+認知症、感染症、災害)を意識
 他地域支援事業との連携

中山間地域等…少子高齢化・人口減少・少ない資源

	都市部	地方部(中山間地域等)
人口状況	高齢者人口は増加、これからピーク。都市規模が大きいほど高齢者数の増加割合は高い。	既に高齢者人口はピークアウト、高齢者人口の減少も開始。
医療・介護等資源(施設、専門職人材)	都市規模が小さい自治体よりは確保されている。	都市規模が大きい自治体よりも少ない。
日常生活周りの資源(移動・買物等)	都市規模が小さい自治体よりは確保されている。	都市規模が大きい自治体よりも少ない。

既に問題が前倒して起きているはず

中山間地域等「少子高齢化・人口減少・少資源」

- 医療・介護に係る資源が少ない。「顔が見える」のは早い(強み?)
- 少ない資源で対応せざるを得ない
 - …4つの場面に焦点をあてて在宅の高齢者をしっかり対応
- …要医療・介護となる前の元気な期間を極力長くすることが強く求められる
 - 医療・介護を要する高齢者は減(社会参加増、高齢者も持続性ある地域づくりに参加)
 - 専門職の負担も減(支援が必要な人に更に注力、事業の持続性にも寄与)
- 身体が弱ったときに住みにくい生活環境、「住み続けられない」と判断したら他地域に移転
 - 医療・介護だけでは解決困難な日常生活上の課題が大きく影響する(医療・介護だけでは支えられない現実、住民が早く見切りをつければ地域は「担い手」も失う)
 - …以上を「住み続けられる」ための地域の課題として捉え、行政、住民、医療・介護で取り組む

地域包括ケアの葉っぱ(専門職)が枯れてしまふ…

「在宅医療・介護連携推進事業」を(まじり)地域支援事業で取り組むことが必要

中山間地域等の在宅医療・介護連携は次の段階に進まざるを得ない

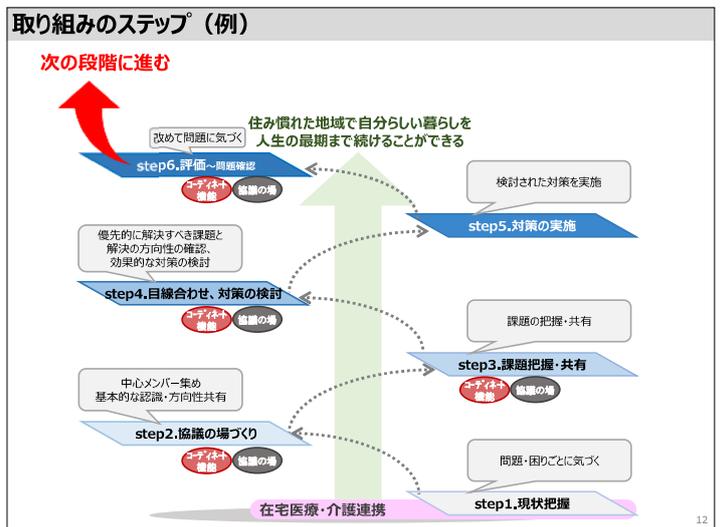
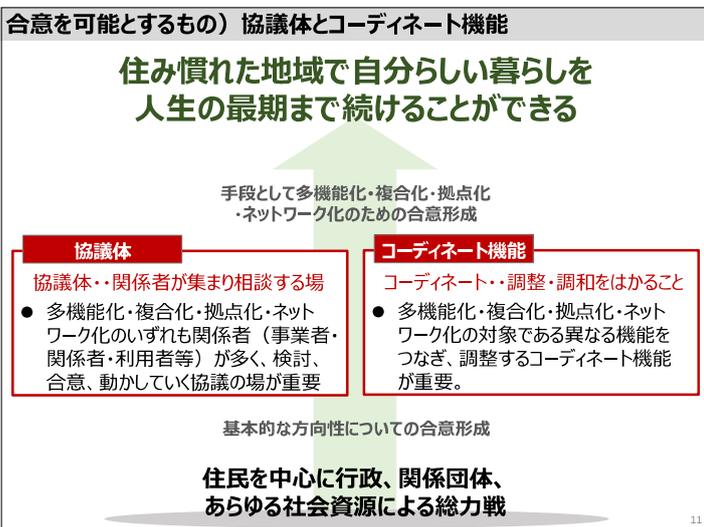
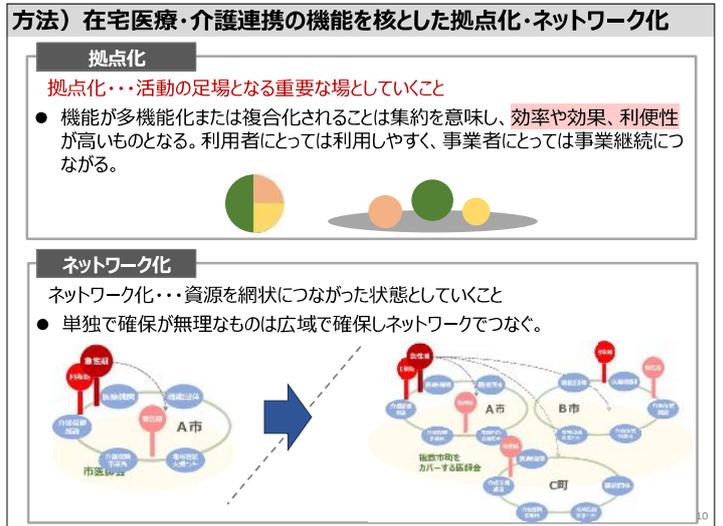
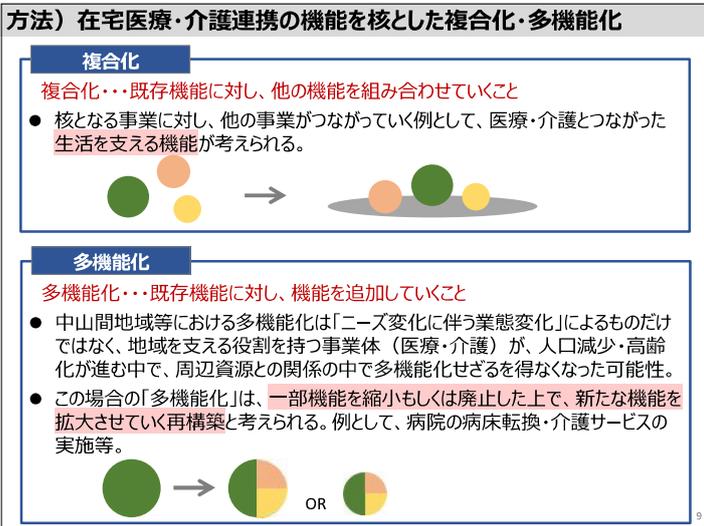
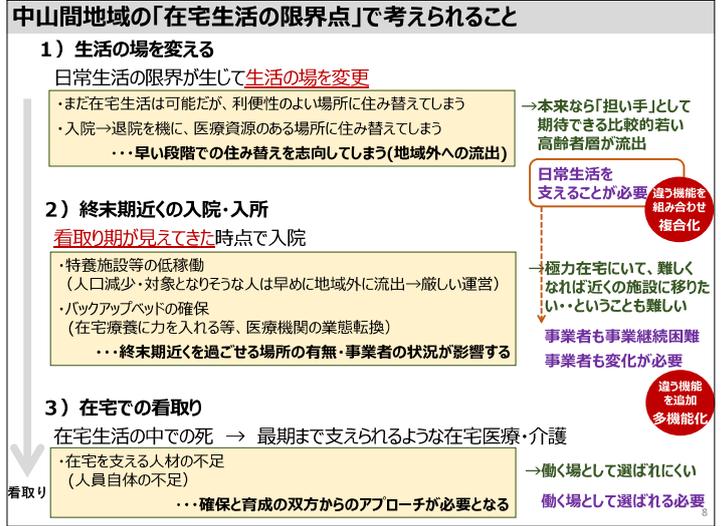
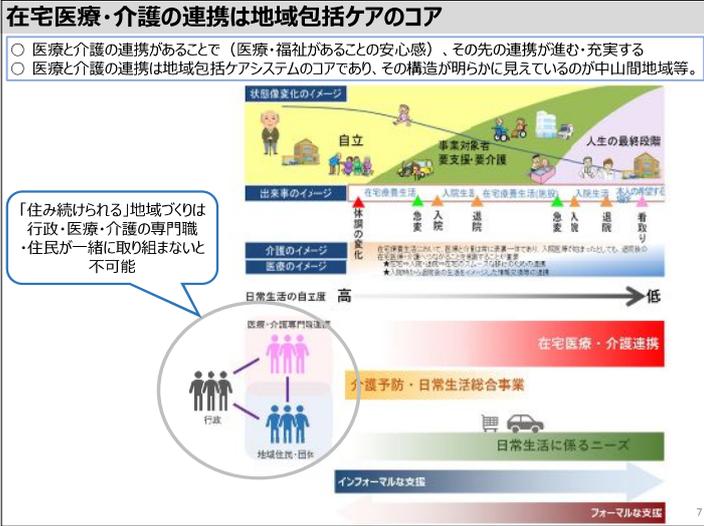
○資源が少ないからこそ医療・介護の専門職は連携して顕在化した要介護の高齢者の「4つの場面」に注力。在宅医療・介護連携があるからこそ、高齢者の状態像の変化を意識した体制づくりが可能になる。

H27～H30年度
 事業に着手・着手準備 → 初動期 → 拡充期 → 洗練期 → 成熟期
 まずは着手を重視

H30～R2年度
 事業に着手 → 初動期 → 拡充期 → 洗練期 → 成熟期
 「在宅医療・介護連携」の体制づくり
 全市町村が実行段階
 「顔の見える関係」をつくる → 連携の第一歩

R2年度～現在(R5年度)
 事業の拡充を図る → 初動期 → 拡充期 → 洗練期 → 成熟期
 「在宅医療・介護連携」は体制づくりから次の段階へ
 「顔の見える関係」から「腹と腕の見える関係」へ
 ……本来の専門職連携
 4つの場面(+認知症、感染症、災害)を意識
 ……必要な高齢者への対応
 地域支援事業との連携
 ……「住み続けられる」をどう支えるか

特に「中山間地域等」は早く次の段階に進まざるを得ない
 下地となる医療・介護連携
 顕在化している課題：要介護高齢者にアプローチ
 潜在的な課題に対応、高齢者の状態像の変化を意識



本報告書で取り上げた事例

	推進の核	内容等	自治体
圏域による機能確保	自治体 都市医師会	広域・複数市町で取り組む在宅医療・介護連携 ○ 複数市町連携による広域での実施体制構築、住民の生活圏域に着目、県を超えた自治体連携も実施 ○ 市・東部医師会によるセンター設置で圏域内の連携を推進 ○ 圏域内専門職にファンクション研修を実施、地域で連携を推進する人材を育成	鳥取県 鳥取市
多機能化による機能確保	病院 医師会	基幹病院が町連携、地域のグランドデザインを描きながら医療・介護連携を推進 ○ 基幹病院と町で実態と課題を把握（病院長は津和野町の医療・介護統括管理者） ○ 基幹病院自ら多機能化を図り、地域資源を最適に動かしていくための検討も実施 在宅生活を面で支える医師会の取り組み ○ 人々を点（各事業）ではなく、面（医師会全体、行政や他サービス事業所）で支えることを重視 ○ 地域医療介護連携統括部を医師会立院内に設置、在宅医療・介護連携推進のコントロールタワーとして機能	鳥根県 津和野市
複合化による機能確保	自治体 医療・福祉の関係者 住民	複合的な支援を行う拠点を中心とした医療・介護・生活を支える活動 ○ 住み続けられる地域を目指し、住民団体の会議に当該地域診療所、行政等が参加して検討を実施、地域課題を共有 ○ 取組が開始した以降も実態把握と検討を重ね、目指す姿に近づけ努力を継続 ○ 市は、本取組から得たヒントを他地域に展開すべく検討	広島県 廿日市市 (吉和)
自治体 医療・福祉の関係者 住民	自治体 医療・福祉の関係者 住民	住民、専門職、町で町の医療・介護・福祉・保健の連携システムをつくる ○ 住み続けられる町となるために必要なこと、その中で自分ができることについて、住民、医療・介護専門職、行政が深く検討、皆が合意し、目標を合わせてそれぞれ主体的に活動 ○ 当初は最期まで支える検討、検討が深まる中で介護予防、地域内互助活動が連動して進む	岡山県 奈義町
検討の深化	自治体 医療・福祉の関係者	医療・介護・行政の3者による検討の深化と市民啓発の変化 ○ 在宅医療・介護連携を医療・介護・行政が推進する中で検討が深まり、高齢期の状態像変化も踏まえた取り組みに検討が深化 ○ それに伴い、住民への働きかけも変化	山口県 周南市

鳥取市（鳥取県）

多機能化
ネットワーク

- H26) 鳥取市は管轄する東部医師会に在宅医療・介護連携推進事業の委託打診するが、医師会からは管轄する1市4町による共同実施を提案される。
 - ◆資源の地域間格差
 - ◆4町の急性期医療の中心は鳥取市、そこから地域に戻す問題がある（住民の生活圏）
 - ◆24時間体制の確保は単独市町では困難
 - ◆統一した事業の推進は、行政・医師会・医療施設等にとっても効果的
- H27) 4市町間の話し合いの結果、合意で医師会と協議を実施、**東部地区在宅医療介護連携推進協議会**を立ち上げ**東部地区医師会在宅医療介護連携推進室**設置。鳥取市から室へ出向、医師会と協働で事業推進。
 - 資源を確保のため、人の生活圏に即した圏域でネットワークがつけられる
 - ◆連携に必要な調整力のある人材の育成が必要
 - ワーキンググループ設置。連携に向けた検討を行う際の**ファシリテーター**育成開始。
 - 連携の推進力・地域で連携を推進を働きかけられる人材の確保・育成が進む
- H29) **ファシリテーター**を中心に、共通プログラムに基づいた住民啓発研修会、多職種連携研修会を圏内各々各地で開始。
 - ◆鳥取市内病院は兵庫県の新温泉町住民らの利用も多い（住民の生活圏）
 - ◆入退院等、考え方やルール共有が必要
- H30) 中核市である鳥取市等1市5町は**因幡・但馬麒麟のまち連携中核都市圏**を形成し（後にさらに1町追加で1市6町）、地域包括ケアシステムも共有を図る。共にACP「わたしのつづもりノート」を作成、圏域を超えた医療・介護連携を推進。
 - さらに地域の実態に即したネットワークとなる

広域ネットワークで資源確保・取り組み体制づくり

医療・介護連携充実に向けて
人材育成を強化

さらに地域住民の実情を反映

津和野町（鳥根県）

多機能化
拠点
ネットワーク

- 津和野共存病院は、町が出資する医療法人橋井堂を指定管理者とする津和野町内唯一の医療施設。入院機能を持つ機関病院であり、H21の町有化時の床数は50床。
 - 方向性：地域包括ケアシステムの中核的な役割を担う取り組みに注力
- ◆急性期から回復期、在宅療養までの切れ目のない体制が必要 → 病院で担うしかない
- H24) 町医療対策課及び地域包括支援センターが院内で業務開始。医療と介護の連携は強化、町とも連携強化が図られる。
- H25) 「津和野町地域医療・介護調査報告書」策定。
 - ◆町内地域の限界集落化、独居者を中心に軽度者が町外流出、医療・介護専門職の不足
- H26) 橋井堂と町医療対策課連名で「津和野町の新たな高齢者施設（住宅）について調査報告書」「津和野町高齢者動態調査報告書」作成。要介護高齢者の生活の場の変化・65歳以上転出者の調査を実施
 - ◆前期高齢者の生活不安に伴う流出防止・入所までの生活を支える必要・入所施設ではない施設の必要性を確認
- H30) 医療療養病床49床廃止、病院内に介護老人保健施設、一般病床49床に減床。
 - R1) 益田赤十字病院と医療連携協定締結（再）。①医療人材の確保、②医療・介護施設の運営や経営支援の協力体制の構築、③在宅療養の推進等を実現し、広範囲で連携。益田赤十字病院院長が津和野町医療・介護統括管理者就任。
 - 方向性：後方支援病院として在宅復帰・在宅療養支援の取り組みをさらに強化
 - R3) それまでの報告書の内容を受けて、津和野町医療・介護統括管理者より「津和野町介護事業サービスの将来調査報告書」提出される。
 - R4) 地域医療拠点病院の認定を受け、町内中山間地域の巡回診療が可能に。
 - 住まいコースに対応して、高齢者の一時的な受け皿となる医療近接型住宅実現に向けて町と検討中。また、将来に向けた津和野町の介護資源の適切な利用に向けて、津和野町と検討会を開催中。

在宅医療・介護連携の基盤整備

住民組織・津和野の医療を守り支える会等

在宅医療・介護連携による生活の多機能化推進

高度急性期病院との連携で位置づけ強化

介護支援の適切な利用を促進

新規診療

益田市（鳥根県）

多機能化
拠点
ネットワーク

- 益田市医師会は、益田市を管轄とする。地域完結型で高齢者の在宅生活を支えることを目指し、自ら多機能化しながら進めてきた。国保診療施設、市内へき地診療所等も運営。
 - 方向性：地域完結型で高齢者の在宅生活を支える
- S61) 医師会共同施設として益田地域医療センター医師会病院開設。一般急性期から回復期へ慢性期～在宅まで対応する。
- H8) 益田市より益田市介護老人保健施設受託、現在まで運営を委託。以降、療養型病床群、リハビリテーションセンター開設し、在宅生活支援に向けた基盤を強化。
 - 方向性：医師会事業を最大限活用し地域包括ケア提供体制を構築する
- ◆地域全体の医療・介護サービスの提供体制の構築が必要・あわせて実施する事業の機能的整理と情報の一元化を行い、人々を点（事業）ではなく、面（医師会全体、他サービス事業所）で支える。
- H27) 地域医療介護連携統括部の設置が決定。地域連携室、相談室、地域包括支援センターを組織内におく。
 - 益田市の在宅医療・介護連携推進事業が本格的に開始
- H29) 益田市より在宅医療・介護連携推進事業を受託。（現在も受託）
 - 医療・介護の連携推進時のコーディネーター拠点として**益田市在宅医療・介護連携支援センター**、**在宅医療介護連携・研修センター**を病院敷地内に開設。
- H30) 開業医による若手医師育成プロジェクト「親父の背中プログラム」開始。鳥根県より医療連携推進コーディネーター配置事業について受託。（～R3）
 - 方向性：組織的に調整機能の強化を進めることで、地域内資源の最適活用
- R2) 介護療養型医療施設を介護医療院に転換
 - 現在は、益田市の在宅医療・介護連携推進事業にて地域の医療・介護の関係者との連携を推進、鳥根県の医療連携推進コーディネーター配置事業にも参加。住まい等生活支援サービスにも言及。

ケアの提供体制を構築

地域包括

地域完結型を旨とし、組織として

益田市在宅医療・介護連携推進事業
 ・資源把握、相談支援の他、医療・介護関係者研修（年2回、及び高齢者月間）、普及啓発活動（10）

廿日市市（吉和地域）（広島県）

複合化
拠点

- 吉和地域の人口減少・高齢化は顕著。地域に診療所と介護サービスはあり、連携は取れていたが、日常生活の不安から軽度でも地域を離れる・悪化して施設に入る等があった。市も地域の持続性の観点から問題視。
 - ◆軽度でも地域を離れる→心身の状態より先に生活上の不安が来るのでは？在宅生活の限界点を高める!
- H24) 将来住み続けられる環境づくり検討会を**市支所・市社協・診療所医師**にて開催、住民主体による実施に向けた長期ビジョン検討。
- H25) 福祉懇談会を開催して計3回住民と意見交換、住民「自分ができることは何か？」
 H25) 生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会を住民自らが結成、**診療所医師、支所等がアドバイザー**で検討支援。住み続けるために必要なこと、住民ができることを議論。
 - まず、住民自身でやれることは取り組み、そのうえで難しいことは市に提言・要望
- H29) **NPO法人ぽつと吉和**は、吉和地域の中心部となる吉和福祉センター内で事業開始。診療所医師もNPOの会員として参加。（実施事業）人材センター事業（生活支援サービスの提供）
 泊まりの事業（一時的な泊まり場所の提供と見守り）
 ※福祉センター敷地に泊まりの施設整備、診療所の移転再整備を要望・拠点化へ
- H29) 吉和診療所、ぽつと吉和と隣接する場所に移転。より身近な関係に。
 - 複合拠点化①：福祉センター・吉和診療所・ぽつと吉和/泊まりの事業が集約
 - NPO、支所、医療・介護関係者は**NPO会議**・**地域ケア会議**で引き続き地域の課題を議論。
 - ◆医療に確実につながる安心感重要。通院、生活のための買い物が必要では？
 - R3) ぽつと吉和、福祉バス運行事業（巡回バス・デマンドカー）開始。
 - 地域内移動のハードルが下がる・利便性向上
 - R5) 吉和診療所、ぽつと吉和のあるゾーンに吉和支所、ショッピングセンター等が集積、**他の展開**
 - 複合拠点化②：福祉センター隣に吉和複合施設(支所等)、民間商店等が集約

在宅医療・介護連携による生活の多機能化推進

住民主体による生活の多機能化推進

住民主体による生活の多機能化推進

住民主体による生活の多機能化推進

住民主体による生活の多機能化推進

住民主体による生活の多機能化推進

奈義町（岡山県）

複合化
ネットワーク

- H14) 住民投票の結果、市町村合併は行わず単独町制を決定
 ・人口減少、少子高齢化は進む。単独町でもあり、資源も限られている。
- クリニックを中心に既に医療・介護・福祉間で顔の見える関係はつられていたもの、医療・介護等を住民と話し合う機会は無し。
 - ◆医療・介護の頑張りを町民は当たり前のもと思っていないか？→資源は町民の大事な財産
 - ◆町を地域ぐるみで支える体制が必要ではないか？ →どう自分事にしてもらうか
- H24～27) **地域医療ミーティング開催**、**町の進行**のもと、「住民みんながいつまでも安心して暮らせる町づくりを話そう」として、住民・医療と介護等の専門職、町で医療体制の現状や、住み続けるための課題について継続して討論する。
 当初、住民は「行政の問題」と反発。だが、2025年問題、医療・介護の実態を知り、住み続けることについて話し合う過程で自身の問題と**気づき**、**主体としての意識**が生まれる。
 - 奈義町版の医療・介護・福祉・保健の連携システムづくりへの機運高まる
 - 住民の変化) 議論・視察等を通じて住民は現実を認識、**自分事として考える**ように。→自分らしい(長期)エンディングの必要性が**住民より提案**される。
 - 共通認識) 検討の入口は医療が必要な高齢者の話ではあったが、**元気な高齢者、全世代につながる話と、改めて市民・専門職、町が認識**。
 - 自分自身の問題であり、奈義町みんなの問題
住み慣れた地域で最期まで安心して暮らせる町
- 専門職においても、高齢期の状態像変化、高齢者以外の全世代横断の検討が進む。
 H28) 生活支援体制検討会の中で「在宅の高齢男性の孤立・状態悪化」が話題に、奈義町の**地域ケア会議**は医師をはじめ多くの専門職の参加があるが、そこでも同様の問題が出て、医師と町で話し合うことになった。
 - ◆高齢男性の孤立が状態悪化につながっているのではないかと「ちよいつじいさん」の取り組み
 - 「ちよいつじいさん」当事者も企画に加わって居場所づくり。デイサービスも想定。

在宅医療・介護連携による生活の多機能化推進

住民主体による生活の多機能化推進

住民主体による生活の多機能化推進

住民主体による生活の多機能化推進

周南市 (山口県) 協議の場 ネットワーク

- 周南市は有志の在宅医療・介護連携に係るネットワークを母体とする「あ・うん周南」で在宅医療・介護連携推進事業に取り組む。事務局は市、一部を徳山医師会に委託。
- H29) 看取り・急変時WGにて「看取り急変時ガイド（専門職用）」作成。
 - ◆H29のWGで「市民はもっと看取りについて可能性があることを知る必要がある」との意見
- H30) 「在宅療養、看取り市民啓発WG」実施。エンディングノート、市民啓発時の出前トークについて検討。「看取りガイドブック」（市民用）を作成。
 - ◆市民への展開方法を考える必要がある
- R1) 「人生の最終段階に向けた市民啓発WG」にて、前年度作成の「看取りガイドブック」「エンディングノート」を用いて人生会議の多職種出前トーク、イベント等を開催。
 - ◆新型コロナ発生。エンディングノートは作成したが、コロナでそれすら配れない状況となる。一方、「ノートで看取りだけを伝えるのは自分たちの仕事ではない。本来ならば元気であるための仕事だ。その意味でも「看取り」から入るのではなく、もっと手前から働きかけたい」との意見。
 - 「看取り」のみを取りあげるのではなく、もっと手前から働きかけていこう
- R2) 「在宅療養・市民啓発WG」で専門職から見た在宅療養の現状や課題、専門職だから「その前に」言えること、市民啓発に必要なことを洗い出す。
 - 「手引きver.3」公開・・・地域支援事業との連動 →検討の後押しに
- R3) 「あ・うんネット周南在宅療養ガイドブック～わがまちで最後まで“自分らしく生きる”ために元気なうちから知っておいてほしいこと」を用いて出前トーク（市民啓発）再開。「看取り」だけを出さず、人生の流れの中で受け止められるように工夫。出前トークは市・医療と介護の専門職の計3名がそれぞれの立場から話す。ガイドブックお披露目時に出前トーク時の講師研修を実施、多くが講師を務めている。
 - 「療養ブック」を検討する過程で、改めて在宅医療・介護連携を考える。来年度は以前実施した「入退院支援WG」を再度実施、さらに検討を深める予定。

（市民啓発で「人生会議」を重視）

医療・介護の専門職、市も日頃からの「エンディングノート」を改めて考える

今後の検討からのステップアップを図る

19

報告書は以下のサイトに公開されます。

「中山間地域等における在宅医療・介護連携に関する調査研究事業」（老人保健健康増進等事業）の実施について

<https://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/2023regionalpolicy1a.html>

ご清聴ありがとうございました

20

(2) 事例報告

事例① 広域・複数市町で取り組む在宅医療・介護連携

令和5年度 厚生労働省老人保健機構推進等事業
中山間地域等における在宅医療・介護連携に関する
広域連携事業（事業報告書）
令和6(2024)年3月11日 資料2

広域・複数市町で取り組む 在宅医療・介護連携推進事業




鳥取市福祉部長寿社会課 橋本 渉
令和6年3月11日

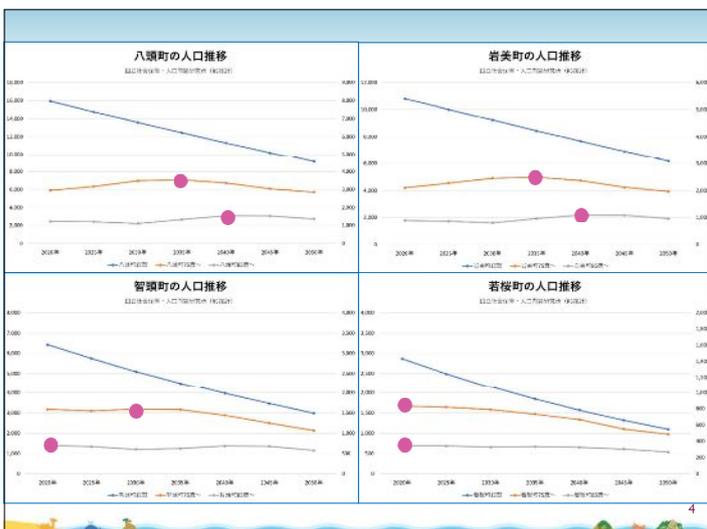
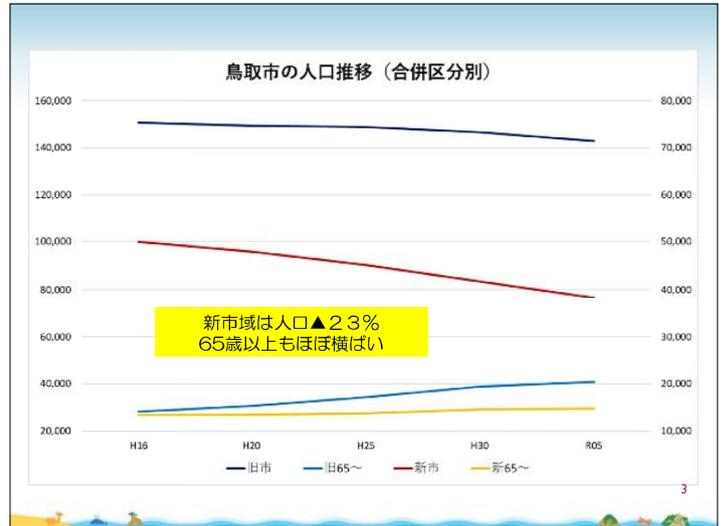
鳥取県の位置・現状

鳥取県推計人口（R6年1月）
53万6千人（47位）





- ・2次医療圏・生活圏もおおむね東・中・西部の3圏域に分かれている
- ・鳥取市はH16.11に周辺8町村と合併人口18.3万人（H30.4中核市へ移行）
- ・東部圏域は、鳥取市、岩美町、智頭町、八頭町、若桜町の1市4町



在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック (H25.12.25 国立長寿医療研究センター)

(2) 市町村での事業の取組みのフローチャート

①担当組織の決定

↓

②関係機関への訪問、事業説明、協力依頼

↓

③推進協議会の設置(在宅医療・介護連携推進協議会等)

1. 市町村は、主体的に取り組む部署を整備する（介護保険担当部局が適切であり、担当者の複数配置、当面の異動を避けることが望ましい）
2. 地区医師会と市町村が協力して行うこと

在宅医療・介護連携の推進のための介護保険制度改正

地域支援事業の見直し

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局実施の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果、それを踏まえ、介護保険法の中で制度化し、全国的に取り組む。
- 具体的には、介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ、取り組む。

〔参考〕
 「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」による改正後の介護保険法
 第115条の4第2項
 市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。
 一 二 三 四 医療に関する専門的知識を有する者が、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者の連携を推進するものとして厚生労働省令で定める事業（前号に掲げる事業を除く。）
 五 六 七
 第115条の4第3項
 1 市町村は、第115条の4第2項第4号に掲げる事業の円滑な実施のために必要な関係者相互の連絡調整を行うことができる。
 2 市町村が行う第115条の4第2項第4号に掲げる事業の関係者は、当該事業に協力するよう努めなければならない。
 3 都道府県は、市町村が行う第115条の4第2項第4号に掲げる事業に関し、情報の提供その他市町村に対する必要な協力をすることができる。
 厚生労働省資料より

鳥取市の体制・担当者

担当課：高齢社会課（介護保険）
 ※ 地区医師会へ委託したい
 医師会との接点なし、交渉に不安

医師会交渉：保健医療福祉連携課（保健・医療政策）
 ※ 地区医師会と交渉を進めてほしい

平成26年6月～ 医師会交渉を開始（市単独）

地区医師会との協議開始

【概要説明】

- ・地域包括ケアシステムの構築における【今後の検討のための論点整理】（H25.3地域包括ケア研究会）
- ・在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック

【要望】

- ・事業構築に医師会の協力が必要、一緒に検討したい

【医師会長のひとこと】

- ・協力は惜しまない。（何をしてほしいのか？）
 医師会は東部で一つ、行政も 東部でまとまっています
 どうか

東部医療圏の状況 （医療圏・医師会・消防・生活圏が一致）



（考察）東部1市4町での体制構築の必要性



1. 医療圏と医師会の範囲が東部（1市4町）で一致する。
2. 急性期医療（鳥取市内の病院が中心）の入退院時から連携する必要がある。
3. 在宅医のバックアップや在宅患者急変時の後方支援、24時間体制の構築等は、単独市町では困難である。
4. 医療資源の地域間格差があるため、圏域全体で考えていく必要がある。
5. 医療圏全体で統一した事業の推進は、行政側、医療側ともに、効果的・効率的である。（まとまらないと医師会との協力体制が難しいのでは？）

東部4町との協議

【4町の保健福祉担当と意見交換】

- ・現状、将来で「医療」について不安あり
- ・対医師会との協議について、東部でまとまることはありがたい

（4町とも具体的な検討は、これからという状況）

※ 今後、連携を密にして進めていくこととなった

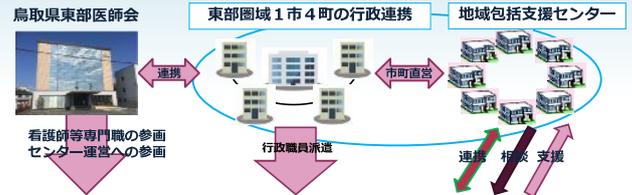
地区医師会との具体的協議

- ・ 取組み内容（8項目）を提案、場所は医師会内で
※医師会に対応する職員がいない（行政の仕事だ）
- ・ 国のモデル事業を参考に体制等を検討
（医師会の地域医療連携室、医師会内に行政担当室）
- ・ 担当専門職の確保（医師会採用してほしい）
- ・ 事業は委託費（医師会予算）での実施がベスト
※どうやったら医師会がYESというのか？

- ★ 12月ごろに大筋で方向性を決定
- ※ 4町と最終確認、予算確保、人事担当課協議
- ※ 専門職の確保、場所の確保、協議会設置準備

12

【 東部地域の連携イメージ 】



東部医師会 在宅医療介護連携推進室

- ◆ 国が示す、在宅医療・介護連携推進事業の手引きを基に取組み
- ※ 事業運営費と医師会職員費を委託費として1市4町が負担

【 東部地域の事業方針 】

- ・ 行政は、東部医療圏の1市4町が連携し協働実施（医師会エリアも東部）
- ・ 国のモデル事業を参考にし、鳥取県東部地域の実情にあった、全国に例のない新しい連携推進体制を構築
- ・ 東部医師会 在宅医療介護連携推進室を設置し、行政職員と東部医師会の専門職員が協働で事業を実施

13

東部地区在宅医療介護連携推進協議会

厚生労働省が示した、在宅医療介護連携推進事業8項目を検討する「東部地区在宅医療介護連携推進協議会」を設置。（H27.2.23）

※ 医療・介護の関係職種・団体、市町社協、東部行政より委員33名

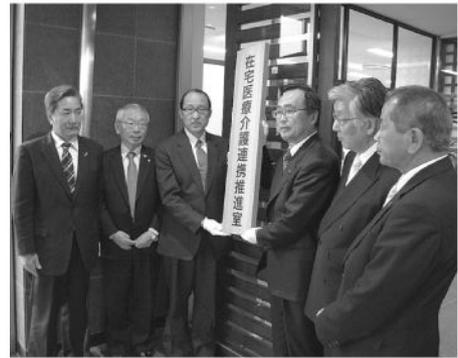
【参加機関】

医師会（会長、担当理事、在支診医師、在宅拠点事業所医師）、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、社会福祉士会、介護福祉士会、ケアマネ協、在宅リハビリ研究会（PT・OT・STの代表）、病院協会（急性期病院長）、地域医療任意研究会（国保病院長）、病院地域連携室の協議会、老健協会、老施協（入所、通所、訪問）、小規模多機能連絡会、各市町の社協、各市町地域包括支援センター、消防局、保健所長、市行政参与（医師） 計33名
※オブザーバー（各市町行政担当課長）



14

H27.2 東部地区在宅医療介護連携推進協議会 H27.4 東部医師会在宅医療介護連携推進室



松浦会長と1市4町の首長

15

市町連携・地区医師会との連携（注意点）

- ・ 住民視点の生活圏域とは？（買い物・医療・通勤・通学）
※行政区域ではない
- ・ 地区医師会のエリアで事業推進（医師会に苦勞させない）
※行政連携の必要、旗振り役の市町は？
- ・ 医療圏域も意識して
※救急病院の退院が在宅医療の始まり
- ・ 広域連携は、都道府県・保健所が調整役に
- ・ 地区医師会の実情を知る（事務局長の理解が不可欠）
- ・ 委託でも行政の責任（まる投げしない、行政のリード）
※行政は裏方でなく、多職種の一員プレイヤーです

16

協議会にWGを設置 （初年度設置のWG）

総合企画WG (イ)	事業全体の企画、協議会やWGの進捗管理、未検討項目の協議、HP運用など
住民啓発WG (キ)	住民啓発の内容検討、実施
多職種研修WG (ク)	多職種研修の企画・開催・評価を一元的に実施 ★ファシリテーターと協働した研修会の運営
地域資源WG (カ)	医療・介護の情報収集、マップづくり
行政WG (ケ)	1市4町の情報共有、施策展開の検討（保健所も参画）

17

多職種研修WGでの協議

(カ) 医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種でのグループワーク等の研修を行う。また、必要に応じて、地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催等の研修を行う。

▼ 当該事項は、以下の2つの取組内容で構成される。

1. 多職種が連携するためのグループワーク等の研修
2. 医療・介護関係者に対する研修

【留意事項】

(2) グループワークでは、必要に応じて、司会進行とは別に意見交換を円滑に進めるための調整役を配置することを検討する。また、ディスカッションに慣れるまでは、調整者が議論の状況を見守り、円滑な意見交換になるよう支援することが重要である。

在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.1より

18

県（保健所）連携によるファシリテーター養成

【目的】

多職種連携と住民参加型の研修・啓発活動の推進に当たり、従来の講演会形式では知識の一方通行になりがちで、記憶に残りにくい。そこで、グループワークのような対話型の体験学習研修を実施し、参加者自らが考え発言していくことが効果的と考えた。

このグループワークの導き役、調整役と言える**ファシリテーター**を東部地域で養成していくこととした。いろいろな機会（ケア会議、出前講座、研修会、シンポジウム等）で、参加者同士の話し合いの場を設定し、参加者一人一人が自らの問題として考え、対話し、協働して「高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で身体状況に応じて、自立した日常生活を送ることができる地域づくり」の取り組みが進んでいくことを目的とする。



19

ファシリテーター養成講座

H27年度 ～ R5年度（継続）

・養成講座修了者数 131名

※年々受講希望者が減少（課題）

※医介連携事業での協力が難しい人でも、**自事業所内や各種カンファレンスや担当者会議等で活かせるスキル**を習得しましょうというスタンスで、受講者を募集

修了者のうち20～30名程度が本事業に常時協力

※ 修了者はフォローアップも含め、養成研修にも協力

20

ファシリテーター活躍の場面

「多職種連携ワールドカフェ」

H28：在宅医療介護連携のための多職種研修に必要な知識、技術、態度
R5：顔の見える関係性から信頼できる関係性をこの地域で育むには

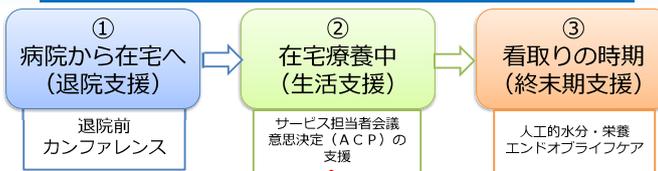


「地域包括ケア専門職“絆”研修」

21

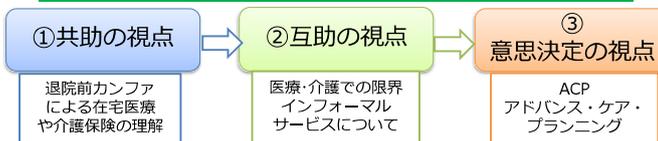
共通プログラムでの多職種研修と住民啓発

(多職種研修) 地域包括ケア専門職“絆”研修 (3回シリーズ) H29.4～



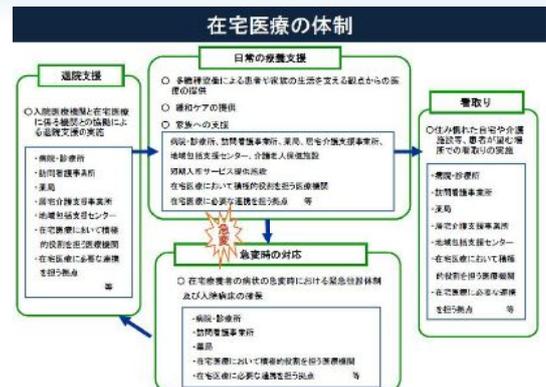
共通した、仮定の症例で、研修を実施(寸劇動画を作成)

(住民啓発) 我が家(うちげん)に帰りたい (寸劇2部構成) H29.2～



22

在宅医療の4つの場面



在宅医療・介護あんしん2012：厚労省

23

取組みの成果・他施策との連携

- 取組2年目（H28）に（オ）相談支援業務を開始
- 取組を進めていく中で自然に、（ウ）（エ）にかかる取組みが始まっていた（全8項目を開始）

住民啓発・多職種研修を進める中で、医療と介護のみでは、在宅生活が成り立たないと痛感

- 地域包括ケア推進連絡会（生活支援コーディネーター）※地域共生社会推進会議へと発展（R5～）
- 認知症施策、認知症本人大使「希望大使」との連携
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
- 孤独・孤立対策官民連携プラットフォーム

24

連携中枢都市圏での取組み（H30～）

因幡・但馬麒麟のまち連携中枢都市圏を形成

H30.4.1 鳥取県東部
（鳥取市・岩美町・若桜町・智頭町・八頭町）
兵庫県美方郡新温泉町

R2.4.1～ 兵庫県美方郡香美町が加わり1市6町へ

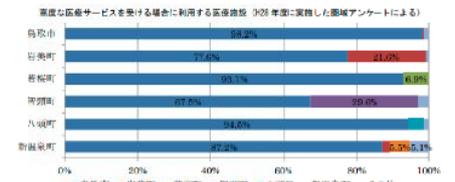
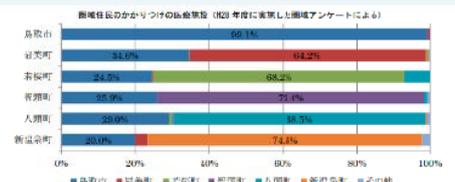
25

連携中枢都市圏での取組み（H30～）



26

連携中枢都市圏での取組み（H30～）

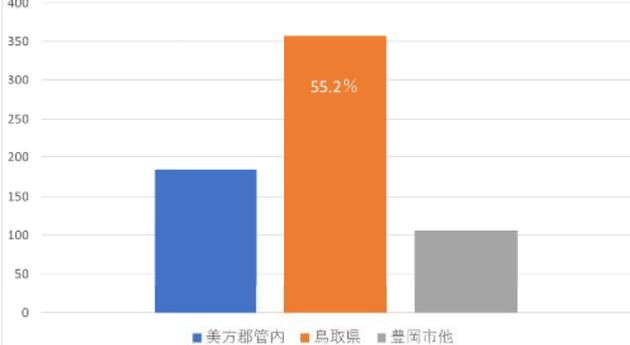


因幡・但馬麒麟のまち連携中枢都市圏ビジョン（H30.4）

27

連携中枢都市圏での取組み（H30～）

R4年救急搬送人員（美方広域消防本部）
新温泉町のみ：ドクターヘリ搬送除く



28

連携中枢都市圏での取組み（H30～）

b 介護	
事業名	46 圏域内での在宅医療・介護連携の推進事業
事業概要	圏域内における医療や介護の連携を強化し、住民の意向が強い在宅療養を推進するための地域資源の連携・活用に取り組む。
連携市町	全市町
事業費（千円）	H30 47,160 H31 47,160 H32 47,160 H33 47,160 H34 47,160 計 235,800
国県補助事業等	地域支援事業交付金、地域支援事業支援交付金
役割分担	鳥取市 鳥取市は、圏域内での在宅医療・介護連携の推進に向けて、関係者の研修、住民への周知等を行う。
費用負担等	連携町 連携町は、圏域内での在宅医療・介護連携の推進に向けて、関係者の研修、住民への周知等を行う。
KPI	指標
	在宅医療・介護連携推進事業の実施（実施事業数）
	基準値
	目標値
	全8事業
	全8事業

因幡・但馬麒麟のまち連携中枢都市圏ビジョン（H30.4）

29

事例②-1. 複合的な支援を行う拠点を中心とした医療・介護・生活を支える活動について —事例から得たヒントを他の地区で展開するには—

中山間地域における在宅医療・介護連携推進事業 事例②

複合的な機能を担う拠点を中心とした医療・介護・生活を支える活動について —事例から得たヒントを他の地区で展開するには—

甘日市市在宅医療・介護連携相談室
在宅医療・介護連携コーディネーター（保健師） 阿部 朱美

本日お話しすること

- 甘日市市の在宅医療・介護連携推進事業について
甘日市市の概要、事業の運営体制
事業・施策マップと評価指標、展開のプロセスについて
- 中山間地域における課題と取組
- ほっと吉和の紹介
- 吉和地域から得たヒント
 - ①複合的な機能を担う拠点
 - ②医療につながる安心感
- 他の地区へ展開するイメージ
- 中山間地域で在宅医療・介護連携を進めるポイント

甘日市市の概要

市全体	
人口※1	116,068人
世帯数※1	53,473世帯
高齢化率※1	31.41%
要支援・要介護認定率※2	18.0%

※1 令和5年10月1日現在
※2 令和5年9月末時点

甘日市市の概要

- 佐伯地域**
人口:8,890人
高齢化率:44.24%
包括:1か所 (佐伯・吉和地域担当)
- 吉和地域**
人口:573人
高齢化率:52.18%
高齢者を含む人口減少
- 大野地域**
人口:29,419人
高齢化率:30.56%
包括:1か所 (大野・宮島地域担当)
- 宮島地域**
人口:1,415人
高齢化率:47.77%
高齢者を含む人口減少
- 甘日市地域**
人口:75,771人
高齢化率:29.78%
包括:3か所

人口減少、後期高齢者の増加

包括:地域包括支援センター (吉和地域・宮島地域には、高齢者総合相談窓口があります)
イラスト:甘日市市移住定住促進イラスト

在宅医療・介護連携推進事業の運営体制

甘日市市五師士会 (平成17年発足、平成27年NPO法人化)

総会 (正会員 賛助会員)
理事会 (1,507名(令和5年度))
監事
事務局 (事務局長(1)、看護師(2)、事務(2))

研修委員会 | 広報委員会 | レクリエーション委員会 | 地域包括ケア検討委員会 | 在宅医療・介護連携相談支援室 (室長(1) 保健師(1))

平成27年度～【甘日市委託事業】在宅医療・介護連携推進事業
令和4年4月開設 在宅医療・介護連携コーディネーター配属

五師士会を構成する8つの団体
佐伯地区医師会、佐伯歯科医師会甘日市支部、甘日市薬剤師会、広島県看護協会甘日市支部、甘日市福祉士会(社会福祉士・精神保健福祉士)、甘日市リハビリ士会(PT・OT・ST)、甘日市介護支援専門員連絡協議会、甘日市市栄養士会

事業・施策マップ

甘日市市在宅医療・介護連携推進事業 事業・施策マップ (令和5年度)

事業 (アウトプット) → 事業の目標 (初期アウトカム) → 支援体制の目標 (中間アウトカム) → 目指す姿 (最終アウトカム)

評価指標（人生会議の普及啓発）

令和5年度事業 (アウトプット)	事業の目標 (初期アウトカム)	支援体制の目標 (中間アウトカム)	目指す姿 (最終アウトカム)
人生会議サポーター養成研修会 修了者28人	人生会議(ACP)についての意識が深まり、これからの治療・ケアに関する家族等との話し合いが進む	市民が在宅医療・介護への理解・関心を深め、療養場所を選択できている	誰もが住み慣れた地域で安心して暮らされれるまち はつかいち
人生会議サポーターフォローアップ研修会 受講者44人	人生会議(ACP)の認知度 人生の最期を迎えたい場所の自宅・施設等の割合 今後の治療・ケアに関する医療について家族との話し合いの割合	12.4%(R4) 55.2%(R5) 62.1%(R5)	医療体制満足度 50.3%(R5) 介護保険サービス満足度 33.6%(R5) 在宅看取り率 12.3%(R3) 在宅療養率 ^{※1} 34.5%(R4)
人生会議の出前講座 12回開催・延278人 ^{※2}			
在宅医療によるトークセッションと上映会「人生をまじまじと見つめよう」 来場者232人			
市民公開講座「はじめませんか、人生会議」 来場者335人			



もしバナゲーム

※1 要介護認定3以上の高齢者の在宅サービス利用者の割合 ※2 令和5年11月末現在

プロセス（人生会議の普及啓発）

時期	主な内容	
平成27年度	(五師士会が在宅医療・介護連携推進事業を受託) 研修会「豊かな人生を目指してアドバンス・ケア・プランニングの実践に向けて」開催	初期期
令和元年度	研修会「はじめよう～人生会議～ACPの理解に向けてやさしい解説」開催 在宅医療・介護連携推進事業委員会、委員長の医師(在宅療養支援診療所医師、厚生労働省委託事業・人生の最終段階における医療体制整備事業「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会(E-FIELD)指導者)より「医療と介護の両方を要する後期高齢者が増え、その先には多死社会が訪れる。誰もが人生の最終段階について考えられるようになるために、まずは五師士会会員がACP(人生会議)を理解し、啓発できたらどうだろうか。」と提案があり、委員全員一致で賛同し、五師士会でACP(人生会議)を啓発することになる。 「第1回人生会議サポーター養成講座」開催	拡充期
令和2年度	「第2回人生会議サポーター養成講座」を企画するが、コロナのため中止	中山間地域では、玖島(R3～4)、浅原(R5)で開催。R6は吉和で行う予定。
令和3年度	「第2回人生会議サポーター養成講座」開催 「人生会議」出前講座を開始	
令和4年度	「第3回人生会議サポーター養成講座」「人生会議サポーターフォローアップ講座」開催	
令和5年度	※講座を会員外の専門職等にも周知	

民生委員を対象とした人生会議サポーター養成講座、有料老人ホームやサ高住での「人生会議」出前講座、ご当地「もしバナゲーム」の開催、など → 人生会議は特別なことではなく、自然なことに...

評価指標（入退院連携）

令和5年度事業 (アウトプット)	事業の目標 (初期アウトカム)	支援体制の目標 (中間アウトカム)	目指す姿 (最終アウトカム)
入退院連携ガイドラインの作成 (3月完成予定)	病院とケアマネジャーを中心とした入退院時の連携が強化されている	円滑な入退院支援の体制が構築されている	誰もが住み慣れた地域で安心して暮らされれるまち はつかいち
入退院連携ガイドライン策定委員会の開催(2回) 入退院連携ワーキングの開催(2回) リハビリテーションに関する入退院連携ワーキングの開催(2回) 院連団体への説明・聞き取り(訪問看護ステーション管理者連絡会、訪問介護事業所連絡会介護保険部会、介護支援専門員連絡協議会、等)	在宅医療・介護サービスの適切な導入支援が図れている	医療体制満足度 50.3%(R5) 介護保険サービス満足度 33.6%(R5) 在宅看取り率 12.3%(R3) 在宅療養率 ^{※1} 34.5%(R4)	
入退院担当者連絡会 年2回開催 (市内の病院・有床診療所、行政が参加)	退院調整率 92.0%(R4) 退院前カンファレンス実施率 23.8%(R4) 退院支援加算を実施している病院・有床診療所の割合 60.0%(R3) 介護支援等連携指導料の算定をしている病院・有床診療所の割合 70.0%(R3) 入院時情報連携加算を実施している居宅の割合 78.4%(R3)		



※1 要介護認定3以上の高齢者の在宅サービス利用者の割合

プロセス（入退院連携）

時期	主な内容	
平成21年度	地域包括ケア検討委員会で、次の取組を行った。 ・在宅療養支援診療所、訪問歯科診療を行っている歯科医療機関、訪問薬剤管理指導等の在宅医療サポートを行っている薬局の把握 ・退院前カンファレンス実施要領の作成	初期期
平成22年度	【退院前カンファレンス実施要領の検証】 実施報告(162件)から、退院前カンファレンスの課題は、在宅主治医の参加が少ないこと、在宅主治医がいない患者がいること、などであった。	拡充期
平成23年度	市内で、退院前カンファレンスの標準化が進んできたので、実施報告の終了	
令和2～4年度	コロナの影響で、退院前カンファレンスの実施率の低下	停滞・見直し
令和4年度	在宅医療・介護連携相談支援室で、医療機関や居宅、事業所へヒアリングを実施した。「以前は行っていたが、最近、地域医療連携室の連絡会をしていない」「広域的には難しいかもしれないが、市内の入退院連携のルールが必要では?」「退院サマリーが統一化されているといいな...」等	
令和5年度	入退院連携ガイドラインの作成 入退院担当者連絡会の開催	初期期

今後:入退院連携ガイドラインの活用とモニタリング、病院・有床診療所ごとの入退院時の流れの把握と一覧作成、退院時サマリーの統一化に向けた検討、など

中山間地域の紹介

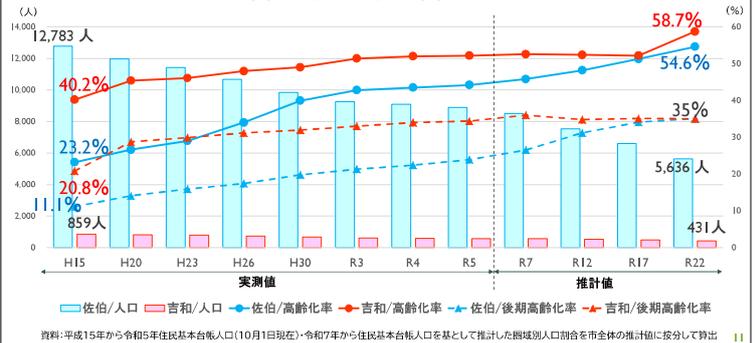
中山間地域の概要

地区名	人口	高齢化率	後期高齢者の割合	要介護認定率
吉和	525人	52.2%	34.4%	25.5%
浅原	527人	56.0%	34.0%	24.1%
玖島	801人	49.6%	26.8%	20.5%
津田	2,380人	47.6%	26.8%	20.5%
友和	5,182人	40.7%	21.0%	15.8%



人口・高齢化率・後期高齢者の割合: 甘日市市の町丁別年齢別人口(5歳階級)及び世帯数(令和5年10月1日現在)
要介護認定率: 令和5年9月末時点(高齢介護課)

中山間地域の人口・高齢化率・後期高齢率の推移・推計



プロセス（吉和地域の在宅医療・介護連携）

時期	主な内容	
平成14年度	3月1日 廿日市市と合併	人口減少、高齢化率・後期高齢化率のさらなる増加 ⇒在宅医療と介護の充実
平成15年度	吉和診療所の常設化（県から医師派遣、2年更新） 個別ケース会議（保健師、社協、医師、ヘルパー、ボランティア、等）開催	
平成16年度	デイサービスセンターよしわせせらぎ園（社会福祉法人さつき会）開始	ひとり暮らしの高齢者等が最 期まで住み慣れた地域で生活 するには限界がある⇒限界を 少しでも延ばそう！
平成18年度	地域包括支援センターはつかいち設置（佐伯・吉和地域担当者を配置）	
平成19年度	吉和診療所に3代目の医師派遣（以降、現在まで更新）	「将来住み続けられる環境づくりの検討会」開始 地域ケア会議（保健師、社協、医師、包括、プランナー、ヘルパー、ボランティア、等）開始
平成21年度	佐伯支所に地域包括支援センターさいきの設置 よしわせせらぎ園にランチ（高齢者の総合相談窓口）を設置	
令和24年度	「生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会」が住民の創意で結成 「泊まりの施設」の建設を市へ要望⇒第6期介護保険事業計画へ反映	洗練期
令和26年度	「泊まりの施設」の建設を市へ要望⇒第6期介護保険事業計画へ反映	
平成28年度	ほっと吉和設立	成熟期
平成29年度	【ほっと吉和】人材センター事業（生活支援サービスの提供）ゴミ出し、草取り・草刈り、食事の準備、等 泊まりの見守り事業（一時的な泊まり場所と見守りの提供）	
令和3年度	【ほっと吉和】福祉バス運行事業（巡回バス・デマンドカーの運行）	12

プロセス整理（ほっと吉和に至るまで・・・）

Step-0 目指す姿について	今後、人口減少、高齢化率・後期高齢化率のさらなる増加が見込まれるため、在宅医療と介護の充実を目指す。
Step-1 現状の把握	吉和診療所は他病院から医師が週2～3回、来所し、診察にあたった。社会福祉協議会がヘルパー、デイサービス業務を行っていた。
Step-2 検討の場づくり	行政（市）が中心となり、社協、社会福祉法人、県（医師確保について）と協議を重ねる。
Step-3 課題の抽出・整理・共有	診療所が週数回しか開いていない。近隣の病院まで、救急車でも20～40分以上かかる。常勤医師が必要では。また、ヘルパー派遣やデイサービスの運営を社会福祉法人に委ね、サービス提供を充実させてはどうか。
Step-4 対策の検討・実施	吉和診療所に常勤の医師を派遣。社会福祉法人によるデイサービス開設。
Step-5 状況の確認	地域内では、地域ケア会議等を開催し、高齢者の生活の質の向上を目指す。市としては、医療体制の満足度の把握や介護保険事業計画で確認を行う。
Step-6 課題の再確認	さらに進む人口減少、後期高齢化率の増加。ひとり暮らしの高齢者等が最期まで住み慣れた地域で生活するには限界がある。
Step-7 今後に向けて	生活限界点をできるだけ延ばすための検討が必要。

ほっと吉和の紹介



吉和地域から得たヒント

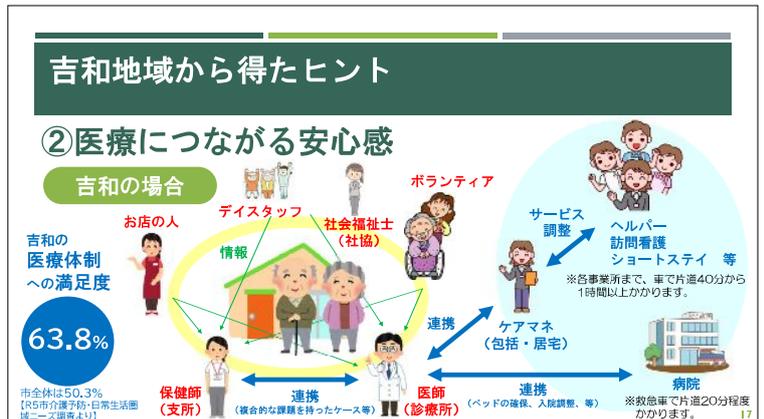
①複合的な機能を担う拠点

ポイント 高齢化と人口減少が進む中で、ひとり暮らしの高齢者等が最期まで住み慣れた地域で生活するには限界がある。限界を少しでも延ばしていこう！

- 住民たちの話し合いの場（「生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会」等）に住みだけでなく、行政や専門職が参加した。
- 住民たちで結成した話し合いの場（「生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会」等）で、「自分たちがほしい」モノを明確にして、市へ交渉した。

➡ 話し合って、つくすることで、使いたい機能を持った拠点に！

➡ 話し合いの場がなければ、つく
あるなら、乗っかる！！



-2. 地域住民、関係団体等との連携による地域包括ケア
(生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会)

令和5年度 厚生労働省老人保健健康増進事業
中山間地域等における在宅医療・介護連携に関する
調査研究事業(地域包括ケア)
令和6(2024)年3月11日 資料4

地域住民、関係団体等との 連携による地域包括ケア

(生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会)



NPO法人ほっと吉和

理事長 益本 住夫

1

廿日市市の位置 (広島県の地図)

廿日市市



2

廿日市市の地図



市町村合併

平成15年 3月

平成17年11月

(旧市町村) 面積 (km²)

廿日市市 47.96

佐伯町 194.85

吉和村 145.52

宮島町 30.39

大野町 70.76

3

廿日市市の人口・世帯

115,984人 53,214世帯

高齢化率 31.26%



吉和地域の人口・世帯

568人 317世帯

高齢化率 52.46%

R5.4.1現在

4

生涯住み続けられる環境づくり検討会

平成24年11月に初回、以降月1回開催

キーワード

1. ダントツに高い地域愛着度
2. 「歳をとったら帰れる吉和、歳をとっても暮らし続けられる吉和づくり」

- ・廿日市市社会福祉協議会
- ・廿日市市社会福祉協議会吉和事務所
- ・廿日市市役所吉和支所
- ・吉和診療所



5

福祉座談会の様子



第1回平成25年9月



- ※吉和のいいところ・困っているところを思いのままに語ろう
- ※こんな施設があったらいい
- ※地域住民でできることは何だろう
- ※誰もがいざというときに泊まれる施設・憩いの場があればいい

6

他施設を視察

- 小規模多機能施設
- グループホーム
- 特別養護老人ホーム



7

「生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会」の発足

「家と畑との縁を切らないで暮らしたい」

- 吉和老人クラブ「福寿会」
- 民生委員児童委員協議会
- コミュニティよしわ
- 吉和女性会
- ボランティア吉和
- 障害者福祉協会吉和支部
- 福祉座談会から6名
- オブザーバー3名



8

第5期介護保険事業計画

平成24年から26年

※地域密着型「特別養護老人ホーム」25床の建設を要望

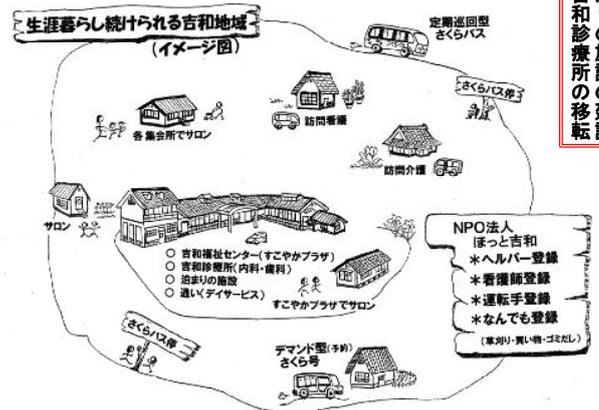
事業者参入なし!

※介護保険施設は、隣地域(旧佐伯町)の社会福祉法人の協力により、デイサービスが設置運営されているのみ

9

第6期介護保険事業計画

平成27年から29年



10

運営に向けた具体的な課題検討

• 施設部会

• 運営部会



• 福祉座談会 (住民の声を聞く)



11

「生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会」



平成29年2月

「特定非営利活動法人 (NPO) ほっと吉和」設立

- | | | | |
|----|----------------|----|------------|
| 理事 | • 吉和老人クラブ「福寿会」 | 監事 | • 福祉座談会参加者 |
| | • 民生員児童委員協議会 | | • オブザーバー |
| | • 障害者福祉協会吉和支部 | | |
| | • 吉和女性会 | | |
| | • コミュニティよしわ | | |
| | • ボランティア吉和 | | |
| | • 人材センター | | |
| | • 福祉座談会参加者2名 | | |



12

福祉・介護・医療の拠点施設



高齢者施設「ほっと吉和」



利用状況

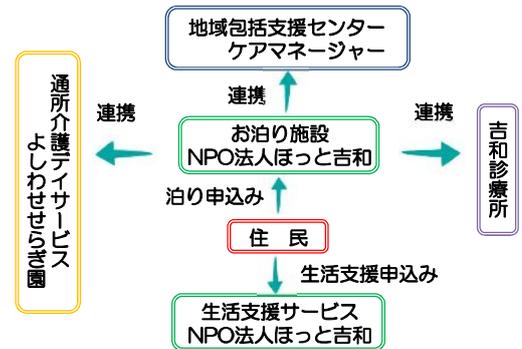


利用者数

・令和元年	232人	利用日数	143日
・令和2年	207人	利用日数	135日
・令和3年	106人	利用日数	95日



15



- ・人材センター事業 平成29年4月1日開始
- ・泊りの見守り事業 平成29年8月1日開始
- ・福祉バス運行事業 令和3年4月1日開始

16

ご清聴

ありがとうございました



17

生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会と NPO法人「ほっと吉和」の創設まで

特定非営利活動法人 ほっと吉和
理事長 益本住夫

1、取り組みの背景と課題認識

私たちが協議をはじめたのは、平成24年11月です。

人口726人、世帯数395世帯、65歳以上365人（高齢化率47.9%）1人暮らしの高齢者110人（施設入所他27人）という状況の中で人口減少は著しく、高齢化がすすむ中で、病気や高齢のため生活が困難になると他の圏域の病院に入院や施設入所（特養、グループホーム等）、しかないという思いは強い。これからの生活に対して不安はありつつも、福祉は行政が取り組むべき問題との認識もあり、住民自ら具体的に考えることはなかった。

しかし、今後更に高齢化と人口減少がすすむ中で、1人暮らしの高齢者等が最後まで住み慣れた吉和で生活するには限界があり、その限界を少しでも延ばしていこうという思いから、地域住民による協議を始めた。

2、取り組みの経緯

平成24年11月

「将来住み続けられる環境づくりの検討会」を開催（月1回）廿日市市役所吉和支所、市社会福祉協議会、同吉和事務所、吉和診療所医師によって構成、地域住民の「ダントツに高い地域愛着度」（市が実施したアンケート調査）を活かし、住民主体で実施する取り組みについての長期ビジョンを具体的に計画するために、座談会の意見など常に目標を共有し活動がぶれていかないように進めることを確認

平成25年 2月 有資格者懇談会（看護職・介護職11人参加）

9月 第1回福祉座談会開催（参加者45人、うち地域住民33人）

12月 防府市の小規模多機能ハウス、小規模特養、グループホームを視察

平成26年 2月 第3回福祉座談会「生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会」を結成

6月 第1回「生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会」開催 会長、副会長、を決定（以後つくる会）

8月 第2回つくる会開催「泊まりの施設」の建設を市へ要望することを決定

平成27年 3月 「泊まりの施設」の建設を盛り込んだ、第6期介護保険事業計画案可決を福祉座談会で報告

7月 「施設部会」を設ける。以後3回開催、11月には「運営部会」を設ける以後「運営部会」を4回開催

平成28年 9月 NPO法人の定款等をまとめ決定する。

10月 NPO法人「ほっと吉和」設立総会開催（30人出席）

10月 NPO法人「ほっと吉和」県知事に申請する。

平成29年 2月 広島法務局へ法人設立登記申請書提出

平成29年 2月 平成29年2月3日付「NPO法人ほっと吉和」設立登記完了

3、取り組みの内容

(イ)「有資格者懇談会」の開催

地域住民で看護師やホームヘルパーなどの資格をもっている26名の方に声かけをしては11名が参加

(ロ)「福祉座談会」の開催

住民に呼びかけて福祉座談会を始めた。行政に要望するだけでなく、自分たちでできることはまず自分たちで取り組む、そのうえで行政でなければできないところを行政に提言・要望し住民と行政の協働による地域の福祉づくりをしていこうと協議を重ねた。

- ・第1回 「吉和のいいところ、困っているところを思いのままに語ろう」
- ・第2回 「こんな施設、こんな手づくり介護サービスがあったらいいな」
- ・視察研修 防府市の小規模多機能施設、グループホームと地域密着型特養施設を見学
- ・第3回 「今、吉和地域に必要な福祉サービスや機能は何か」
「生涯この地域で暮らし続けていくために必要なことは何か」
「吉和住民として出来ることは何か」などについて話し合う。

参加者の意見

- ・地域にどんな施設や仕組みが必要か。
誰もがいざという時に泊まれる場所・・・高齢者だけでなく障がい者やこどもなど、誰でも利用できる通いの場
 - ・地域住民自身ができることは。
草刈り、草取り、掃除、買い物やゴミ出し、雪かき、自動車運転、見守りなど日常生活の困りごとに対応する。
- (ハ)「生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会」を通算8回開催
- 住民創意のもとに結成された「つくる会」。高齢者福祉を中心に色々な課題にむけて協議を行う。「施設部会」では施設の規模、内容、設備などを協議「運営部会」では施設の利用、運営、管理、NPO法人などについて協議

5、取り組みの成果

- ◎ 地域住民が積極的に参加し協議したことで、「生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会」を結成できた。
- ◎ 地域の課題協議から生まれた「泊まりのできる施設」の建設という住民の要望を政策提言し施設整備ができた。
- ◎ NPO法人「ほっと吉和」を創設し、事業運営を行うことができた。

※ 人材センター事業(平成29年4月1日より事業開始)

※ 泊りの見守り事業(平成29年8月1日より事業開始)

※ 自家用有償旅客運送事業(令和3年4月1日事業開始)

令和5年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
中山間地域等における在宅医療・介護連携に関する
調査研究事業（事業報告書）
令和6(2024)年3月11日 資料6

住民・専門職・町でわが町の医療・ 介護・福祉・保健の連携システムをつくる ～小さな山間の町の活動紹介～



令和6年3月11日(月)

奈義町社会福祉協議会(兼地域包括支援センター)
生活支援コーディネーター(保健師) **植月 尚子**

奈義町はここです・・・



霊峰那岐山の麓に広がる、鳥取県智頭町との県境の町

国道53号線が町の真ん中を通っています

交通手段は、バスのみです(国道は北部中鉄バス・町道は町営のさと丸乗り合い交通)

特産品
なぎビーフ おかやま黒豚
里芋 白ネギ 黒豆 アスバラガス

日本三大奇風
広島風が吹き荒れます

「老いと演劇」OiBokkeSi主宰
菅原直樹君家族が住んでます

合計特殊出生率全国トップクラス
子育て施策で有名になりました

1

奈義町の文化と観光資源



▲江戸時代から継承される
気無形民俗文化財【猿仙歌舞伎】



自衛隊駐屯地の町



▲インスタ映えで若い女性の観光客が急増。
▲藤崎新氏プロデュース【奈義町現代美術館】



▲中国山地の秀峰【園定公園那岐山】



▲奈義町の食材が味わえる【那岐山麓山の駅】

▲樹齢900年を超える園の天然記念物
【法然上人のお手植え：西日本一の菩提寺のイチョウ】

2

奈義町の高齢者関係状況 2月1日現在

○町: 保健師3人・管理栄養士1人・社会福祉士1人
地域包括支援センター(委託奈義町社協):
保健師3人・社会福祉士2人・作業療法士1人(兼務も含む)

○人口 5,699人 高齢者数 2,007人 高齢化率35.2%

後期高齢者数 1,137人(高齢者の56.6%)
介護認定者数 385人(内 後期高齢者90%)
介護認定率 19.2%
診療所・歯科診療所各2 特養 1 GHZ(3ユニット)
小規模多機能1 通所介護事業所2
居宅介護支援事業所3 訪問介護事業所1

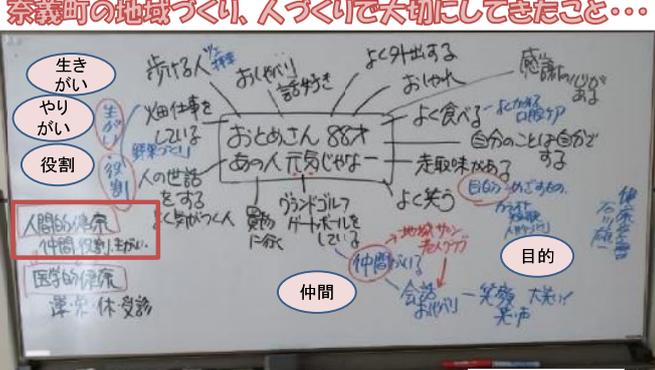
現在の高齢者地域活動 他
地域サロン 16会場 いきいき百歳体操 15会場
老人クラブ 20クラブ 健康クラブ 2事業所
グランドゴルフ カラオケ・・・ ほかに自主活動

地域医療に取り組んでいる奈義ファミリークリニックの先生方が強い味方です。



5

奈義町の地域づくり、人づくりで大切にしてきたこと・・・



「おとめさん、88歳 あの人元気じゃなあ」って、どんな人？

3

住民参加のまちづくり

昭和30年 2月 3村合併により「奈義町」が誕生
合併の是非を問う住民投票を行い「単独町制」を決定

平成24年 4月 子育て応援宣言 子育ての安心感へ
平成26年合計特出生率 2.81
令和元年合計特出生率 2.95

令和5年6月 子育て支援センター宣言

平成8年度 母子保健計画
子育て支援施設の開設
子育て組織の活性化
障害児の親の会

平成11年度 歯っぴー歯科保健計画
健康診査21計画
子育て・備忘録4・熟年期
地域福祉計画
住民・組織・事業所・行政の役割確認

★平成24年～27年 地域医療ミーティング

↓ 反映 ↓

- ・第6期介護保険計画～
- ・平成27年度～ 生涯「総」活躍の町づくり事業
- ・平成28年度 奈義町生活支援サービス検討会→施設化へ



顔の見える関係深まる・・・
自分たちの手で町づくりを・・・

住民参加の計画づくり
お互いの役割確認

5

顔の見える地域連携

地域ケア会議 月1回 第3木曜日16:00~

平成18年度から、包括が事務局。地域の保健・医療・介護・福祉の実務関係者が月1回 保健相談センターに集まり 地域医療や介護等の課題、困難事例等を検討し連携により対策や解決を図っている。

主役は住民が合言葉！
安心して暮らせる地域をみんなで作る...



お互いの役割を理解し
連携を深める

参加者の職種

医師・薬剤師・保健師・生活支援コーディネーター
介護支援専門員(ケアマネ)・社会福祉士・訪問看護師
理学療法士・作業療法士・歯科衛生士・管理栄養士
福祉用具事業所病院CW・介護事業所・役場介護保険担当者 等...



地域ケア会議から生まれた施策もたくさんあります。

奈義町の地域ケア会議は...

参加したい人は誰でも参加して、ざっくばらんにみんなで話し合う。来る人拒まず！ ⇒リーダーだけの参加形式ではない

6

住民運営の地域サロンで介護予防・地域づくり

平成18年度から介護予防に取り組んでいるけど行政や

医療・介護関係者だけでは地域づくりは限界だ！

- 人と人をつないでいこう
- 住民の力を育て笑顔あふれる元気な地域をつくろう
- 支援をしよう
- 会場は住民の身近にあるコミュニティハウスで
- 無理なく笑顔で続けられる手づくり地域サロンを住民の手で



平成22年度から地区のコミュニティハウスで「介護予防事業」を奈義町ボランティア会、民生委員、愛育委員の協力で開催して次年度からは、**住民運営の地域サロン**へ移行していきました！

年1回、地域サロン運営ボランティア研修会を開催し運営者のモチベーション維持に努めています。



町内19地区中、16地区で開催しています。3地区は担い手不足で休止中(課題)

7

地域ケア会議から生まれた生活支援サポーター みつばち

みんなつながって ばっちり ちいきでまもる

過疎・高齢社会・独居高齢者の増加により、「暮らしにくさ」は介護保険だけでは解決できない状況にあることから、医師をはじめとした地域ケア会議の有志が行政に頼ることなく自分達の手で「生活支援サポータープロジェクト」を立ち上げてサポーターを養成し、平成22年度活動開始。

みつばちが目指すもの

- ① 高齢者が安心して生活できる地域づくり
- ② 地域の役に立ちたいと考える人たちが自主性とやりがいを持ってボランティア活動ができる地域づくり



買い物・調理・庭の草取り・窓ふき・散歩の付添い・話相手・野菜の収穫・お弁当運び・コロナワクチン接種の付添い・他

平成29年度からは社協生活支援コーディネーターが事務局

登録提供者 29名
登録利用者 41名

8

住民も参加 地域医療ミーティング

- 県から地域医療再生計画に基づいた事業への提案があった。
県保健所長・課長のバックアップ...毎回事前打ち合わせ、反省をしました。
- 将来も継続して良質な医療を安心して受けられるため、保健・医療・福祉・介護・行政・住民等で町の医療体制の現状や課題について話したい。
- 既に地域ケア会議で顔の見える関係づくりや話し合いは出来ているが、医療について住民と話したことはなかった。

奈義町内の医療機関や介護現場の頑張りを住民の皆さんは当たり前だと思ってる？

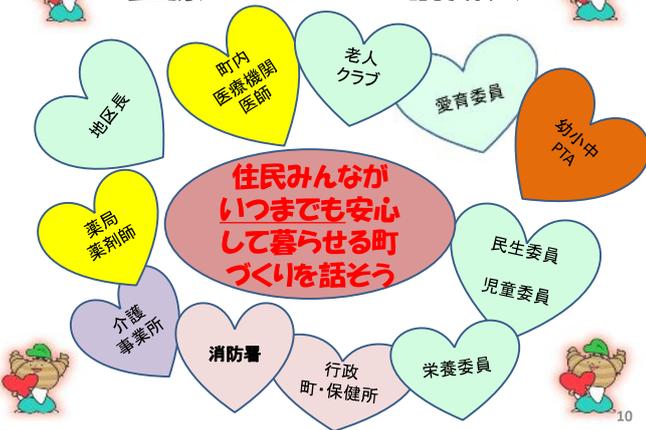
超高齢社会を地域ぐるみで支える体制が必要だね

奈義町全体が大きな病院で、家庭が病室...をめざしたい

奈義町の良い点をみんなに伝えたい

9

医療ミーティング構成員



10

奈義町地域医療ミーティング

住民みんながいつまでも安心して暮らせる町づくりを話そう...
住民 行政 医療 介護 保健 福祉

この看板を毎回掲げて、会議の目的がブレないようにしました。

こんなことは行政がすることじゃ！

在宅介護なんてできん。

入所施設が足らんで。理想と現実はずうで。

平成24年度地域医療ミーティング 第1回



菊川市視察研修を終えての意見

- 医療のことは、行政や医療関係者に任せておけばいいと思ってたが**地域住民の思いも盛り上がらないと医療は守れないと痛感した。**
- 視察に来て、逆に初めて奈義町が**家庭医養成の先進地**であることを知った。
- 家庭医を田舎の医師と思っていたが、様々な科をこなす私たちの生活を支える医師と認識を新たに。介護現場で介護予防等どんな協力ができるか考えていきたい。
- 町民の皆さんに、広報紙等を使ってどう情報を伝えていくかだと思ふ。

奈義町版の医療・介護・福祉・保健の連携システムを作ろう



14

住民の変化

平成24年度第1回

- ・入所施設が足りない
- ・在宅で介護なんてとんでもない
- ・理想と現実の違い
- ・道をつくれ
- ・行政がやること

住民の本音が出る会議

平成24年度第2回～

- ・町内の医療等の現状
- ・2025年問題の提起
- ・人的健康とは？
- ・自分のこととして、どう考え何が出来るか

自分たちのための楽しい会議

自分出来ることを考えよう

老人クラブ会長
→今まで行政には道を造るとかの要望ばあした。これからは元気な年寄りか地域を支えんといけん!

目指す姿…
住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らせる町
町全体が大きな病院で家庭が病室



15



25年度地域医療ミーティングまとめ

2年間の地域医療ミーティングを実施しての思いを語ろう

- 奈義町全体が「家族」という町になればいい。
- 住民も自分達のこととしてこれからも地域づくりを。
- 目指す姿は皆一緒。この気持ちを町に広げていきたい。
- 自分の死に方を考える機会となった。安心した場所で死にたい。

- ★孫も含む家族で看取った。家族で地域で支える看取りシステムが必要。「そのためには、奈義で暮らしたいという気持ちになるよう子どもが育つことが大切。若い人が奈義に定住し子どもを育てることが大切。」
- 入口は高齢者だったけど繋がっている。
- 行政、医療機関、介護事業所だけではできない、住民の力が必要だ。

出た意見を否定せず、すべてホワイトボードに板書して目に見える形で共有、まとめていきました。



18

平成26年度地域医療ミーティング

3年目

テーマ 地域で看取る…

第1回 7月7日 ～町全体が病院、家庭が病室を目指して～
町内における看取り事例の紹介(3事例)
「事例から感じたこと」を話し合う

第2回 10月30日 「在宅での看取りの支援システムを考えよう」
いさいき元気フェスティバル参加について
(在宅看護の紹介・キッズ体験・介護相談他)

第3回 2月27日 住んでよかった奈義町をめざして
平成26年度の振り返りと来年度の取り組み意見交換



19

地域で看取るにあたって、医師から、延命治療のことについて話がでる…。

家族から、看取りの話は話にできないと思う。我々高齢者が自分から話題にするためにも、エンディングノートがあったらいい。

在宅での看取りがええことのように聞こえるけど、病院や施設での看取りもある。どんな場所でも自分らしい最期を迎えたい。

嫁からは、延命治療や看取りの話はできないわ。

在宅での「看取り」は、本人の意志や家族の覚悟、医師や訪問看護師の支えが重要になる。意識の共有が必要です。奈義町版エンディングノートを作りましょう。

20

平成26年度 地域医療ミーティングまとめ

- 3年間話し合い、シンポジウム等全体の取り組みはあったが、そろそろ具体的な案が必要。このままでは、こんな感じで、終わりそう。もっと地域に出向き地域に浸透した活動しよう。
- エンディングノートの作成、普及をしよう。
- 地域サロンの活性化が必要だ。
- お盆等で里帰りの看護学生等の交流会を。
- 幼稚園でドクターナース体験をしたらどうか。
- 「死んでいく」「亡くなっていく」ということは、

★めざす姿を「住み慣れた地域で最期まで安心して暮らせる地域」に直そう

どういことなのかを家族に伝えていくことが大切

→ 最終年度の27年度へ繋げる

21

平成27年度(最終年度)

奈義町版エンディングノート作成委員会で検討し作成

医師・薬剤師
民生委員会長・老人クラブ会長・ケアマネ・保健師

奈義町で
私らしゅう生きるノート

～大切な人に伝えたいこと～

ここがポイント

最期まで、自分らしく生きるために活用して下さい。



お名前

全戸に配布。医療機関等に置いていただく、町ホームページからダウンロードできます。

22



エンディングノートは、地域でのより良い看取りに活用しましょう。あなたの最期を迎える時の希望を家族に伝えておきましょう。

奈義ファミリークリニック 松下所長

自分らしい最期を迎えたい！残りの人生をより良いものにしたい！

菅原直樹君との活動開始

23

平成28年度 生活支援サービス体制検討会

新しい介護予防・日常生活支援総合事業の体制について検討しました。「地域医療ミーティング」が地域づくりに活かされ、繋がった…。

平成28年5/11 奈義町の高齢者や障がい者(児)の現状や課題を共有

6/14 グループで課題を出し合う

7/13 グループで解決策を出し合う

8/31 全体で解決策や取り組みを話し合う

9/14 提言のとよみとめ



- 障がい児の居場所
- 男性高齢者の閉じこもり予防
- 地域福祉活動モデル地区
- 移送サービス・入浴サービス
- 生活支援サポートセンター²⁴

みこまサロン 皆木・小坂・馬桑で皆小馬!

平成29年
4月スタート

ふんふん
それで?



楽しかったわぁ!

第2・4日曜日
10:00~14:00
やまびこ荘のお休みの日
を利用

住民で送迎
おばさん、気をつけて乗りこさいよ!

平成30年度末で発願的解散…小さな地区は担い手不足(課題)

障がい者(児)の居場所づくり研修会と生涯活躍のまち講演会

子どもからお年寄りまで障がいのある方もない方も、皆が自分らしく暮らせるまちを目指して奈義町らしい居場所づくり

富山型テイササービス NPO法人「おらとこ」代表 野入美津恵さん

平成28年10月31日

11月1日

平成28年12月2~3日



富山型テイササービスを視察
どんぐりの会(障害児の親の会)、保健師、生活支援コーディネーター

みんなのおうち「ほっかほっか」

平成29年5月スタート

お母さん達の力はすごい!!



毎週日曜日、10時~16時
(夏休み、春休みは木曜日も開催・土曜日は雑物教室)

スタッフ(交代制)
元教師2名
保護者1名(どんぐりの会)

障がいがあってもなくても ここで暮らす、ここで生きる。



綿を縫いで
布を作って
作品を作る
んだよ



石ちゃん
体操の日



綿の種を
植えました

事務局は、お金はだすけど、口は出さず、手は出す。支えとなる。褒める! いいね!

令和2年から事務局は町へ

男性高齢者の居場所づくり

奈義町も元気にする
ちよいワルじいさん、集まれ!

平成29年1月に
発足

第1回作戦会議
平成29年1月18日(水)
14:00~15:30
奈義町社会福祉協議会 会議室

わしらで、閉じこもりの居場所を、つくろうぜ!!
最期まで自分らしく生きようぜ!!
みんなで奈義を元気にしようぜ!!



すべての男性が最期まで「ワル」さであるように、(ワル)じいさんを出し合ってもらえ、ちよい「ワル」じいさんを募集します!



月1回のちよいワルじいさん作戦会議

ちよいワルの旅

ちよいワルじいさん
作戦会議



ちよいワルの旅 第2弾!
令和元年11月7日(木)
~法然上人ゆかりの地・イチョウをめぐる旅~
誕生寺⇒小坂のイチョウ⇒菩提寺



ちよいワルの旅
第1弾!!
温泉旅行 in 湯郷温泉
18:10:00~15:00
出発:奈義町役場駐車場 目的地:湯郷温泉(湯郷温泉)
お申し込み:0907-777-7777 0907-777-7777 0907-777-7777

「ちょいワルな囲碁ボール大会」
H30・4・25 笑顔いっぱい！

ミニイベントで男性にこだわらず、みんな一緒に！がええな

「ちょいワルな同窓会」 H30・8・30
奈義町の昭和初期の写真上映会…
昔話に花が咲き！大盛り上がり！

94歳の青頭で奈義町万歳！

30

第2弾 ちょいワルな同窓会
「小学校の思い出を話そうやあ」令和3年3月18日

地域のサロンやデイサービスにも出前を始めてます！

ちょいワルじいさんと支援者達です。

小学校の思い出を話そうやあ

令和3年3月18日(土) 13:30～15:30
奈義町文化センター2階

31

第3弾 ちょいワルな同窓会

19年前！みんなで力を合わせて造ったグラウンドゴルフ場は、みんなの熱い思いでできている

ちょいワルじいさん作戦会議では、「ちょいワルな同窓会第3弾」でグラウンドゴルフ場建設について取り上げることになり、11月9日の作戦会議に当時建設に携わった方をお招きし、昔話や楽しかった思い出をお聞きました。総勢192人延べ784人のボランティアが、自分たちの手でグラウンドゴルフ場を造り上げた「奈義のプロジェクトX」の壮大な物語を語り継ぐため、今回の思い出話を基に「ちょいワルな同窓会第3弾」を企画

令和4年3月9日(水) 13:30～15:30
奈義町文化センター2階

32

第3弾 ちょいワルな同窓会

コロナ蔓延防止で延期
4月27日に開催

せっかく話し合ってきたんじゃけん！開催したい！！

思い出話

建設の様子の写真を上映

各グループの発表。亡き夫の写真に涙…

一打でホールインワン大会！楽しかった～

33

ちょいワルGG道場開始！！

YYK(ヨロヨロコロリ)を目指す じいさん達の居場所じゃ～！GGは、じい・元気・GOGO etc

じいさんのアイデア看板

ちょいワルGG道場

令和5年3月14日(火)
会場は、奈義イーストLab
囲碁ボール大会しました

34

第2回 ちょいワルGG道場
令和5年6月20日(火) 奈義町文化センター

ちょいワルじいさん作戦会議で、話し合いを重ね・・・
「ちょいワル体操」をみんなで作ろう！ということに・・・

兵庫県神戸市で、高齢者のための機能改善体操を町民の皆さんと創作され、町の健康づくりに取り組んでおられる京極歌織さん(ダンサーで振付師)を講師にお迎えして、奈義町の風景や特産物などを題材にした体操を4つのグループに分かれて考えました。那岐山、広戸風、大イチョウ、里芋などを現したユニークな体操が次々に飛び出し、終始笑いの中で楽しく過ごしました。

こんなポーズはどんなら？

大きなイチョウひらひら

35

馬桑に銅山があったそうなの！ どねえなとこじゃったか調べよう

10月のちよいワル作戦会議で、今後の取り組みを話している中・・・「主に戦時中、馬桑に銅山があった」という話が出て、興味深々！12月～2月の3か月間GG道場で情報収集とまとめ発表を行いました。せっかく調べたのだから、町内の皆さんに来ていただいて発表会をしようということになりました。来年度実現予定です。



ちよいワルGG道場の案内
ちよいワルGG道場の案内
日時 12月14日(水) 13:30～15:00
場所 伊賀町文化センター 2階
参加費 100円
※当日は入場券を配布します。
※当日は入場券を配布します。
※当日は入場券を配布します。

36

週1回の「通いの場」を増やそう！

【きっかけ】

平成28、29年度の県の介護予防フォーラムに参加して奈義町内には、毎週1回開催している運動の場は1か所しかないことに**大ショック!**いくらすすめても、**月1回の地域サロンで精一杯、毎週1回なんてとんでもない、参加者は後期高齢者が多いから運動なんて無理!**となかなか思い立ってくれない住民に何とか**その気**になってほしい! やらされ感では続かない。

と、地域包括支援センターと生活支援コーディネーターで**一念発起!**

「奈義町介護予防フォーラム」
～筋力をつけて目指せ100歳～
を平成30年2月28日に開催



うちもやりたいなあ...

大丈夫です、週一回できますよ!(磯野町大町地区)

住民の皆さんがその気になった!

鉄は、熱いうちに打て・・・津山市を視察して

「いきいき百歳体操寺屋」の開催(勉強会)

年度始めて忙しいけど、始めようと
平成30年4月～7月の3か月間 週1回開催

住民を信じる!

始めたい!を支える

終了後、受講生から次々と自分の地区で始めたいとの声があがり、打合わせ会をして、8月から5地区がスタート。10月から4地区がスタート。「楽しい!」「みんなに会えてうれしい」「体が軽くなった」「がんばってます!」とうれしい声。



年1回の交流会を開催、モチベーションを維持させる。

令和2年度で寺屋も終了!いきいき百歳体操を15地区が開催中。

年1回程度体力測定で効果判定やリーダー交流会で盛りこなどを情報交換...

38

通所付添・見守りサポート事業

【きっかけ】

地域サロンなどへの足の確保が課題。独居などで、入浴が困難な自立高齢者になんとかお風呂に入ってほしい。「お風呂だけサービス」ができないかと、長年、地域ケア会議や生活支援サービス体制検討会で考えていた。県の講座は・・・実現のチャンス!

【経過】

県の「通所付添サポーター養成講座」を受講した23人のサポーターが入浴の見守りサポーター5人と連携して支援する「入浴通所サービス事業」を平成30年11月末から開始しました。利用者はおしゃべりも楽しんでます。

「通いの場」である地域サロンの通所付添サポートも行っていきます。

開催日 月・金曜日の週2日が基本+地域サロン
場所 小規模多機能型居宅介護事業所 奈義つくし園
お風呂の空いている午後を利用



39

サポーター登録30名
利用者登録 20名

2か月に1回
なぎサポ運営会議
を開催しています
(情報交換&研修&視察)

「ありがとう、楽しみなんじゃ」の言葉をいただけるのが励みです。

40

オレンジカフェ 山桃 (認知症カフェ)

認知症の方や家族、認知症に関心のある方が医師や保健師などの専門職と出会い、訪れた人すべてが認知症について正しく理解し、その予防や対処法を学び交流を楽しむ場です。

令和2年度に奈義ファミリークリニック医師が、カフェ店主、生活支援コーディネーター、福祉用具業者などと立ち上げました。

令和3年度から社協が事務局。

オカリナ教室の皆さん、声楽家の方のミニミニコンサートもあります...

日時 毎月第1金曜日 14:00～15:30

場所 カフェ山桃 参加費 500円(コーヒーとケーキ)

ざっくばらんに、楽しく認知症を学び
時々、ゲストもお呼びします。
様々な職種がかかわります。



令和3年度 奈義町版エンディングノートを改訂

エンディングノート改訂委員会で熱く意見交換

- ・年代や病気がきっかけで考え方も変わるのでは？
- ・医療用語が理解できにくいのでは？
- ・本箱や引出しに入れると忘れてしまうで…
- ・どうやって、エンディングノートを普及していけばいいのかな…何かきっかけがないとなかなか書こうと思えないのでは？

私をより豊かに生きるためのノート

私らしゅう
生きるノート



42

令和4年度 奈義町版エンディングノート 普及啓発動画を作成！

会議のメンバーから…

実は、夫が62歳の時に突然心臓発作で倒れて緊急手術。夫から、何も聞いてない家族は本当に不安でした。エンディングノートの必要性を痛感しました。動画を作って皆さんに見てもらったらどうじゃろう！！

ぞい、あえな！菅原直樹さんを作成委員会のメンバーにお願いして、台本をみんなで検討。演者はオーディションしたら？私も僕もやりたい！

エンディングノート普及動画撮影

3月完成 YouTubeで発信中



43



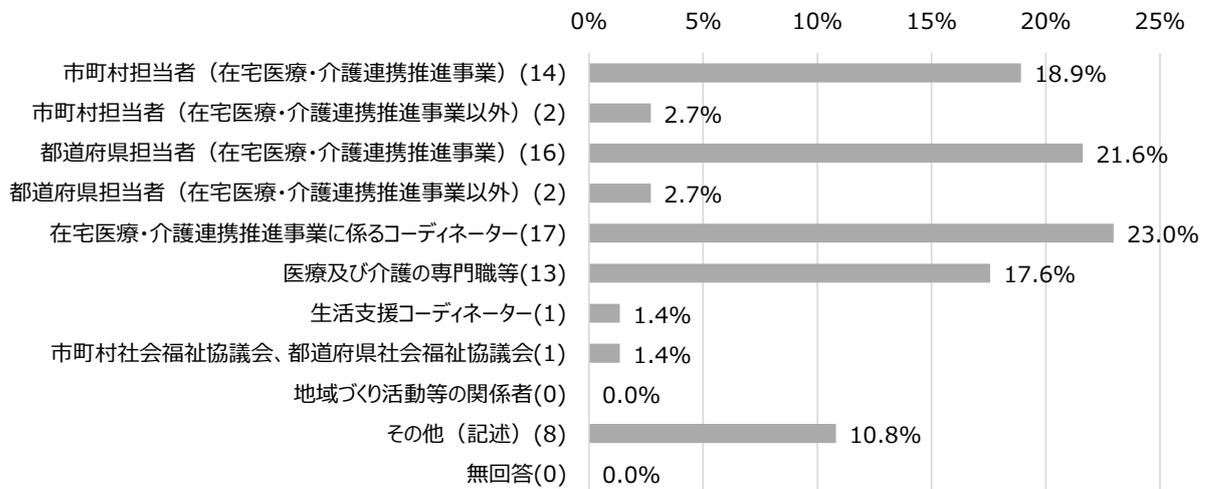
関係者との連携と、住民みなさんの
のやいがいと楽しい活動へ…

ご清聴ありがとうございました…

44

2. 参加者アンケート

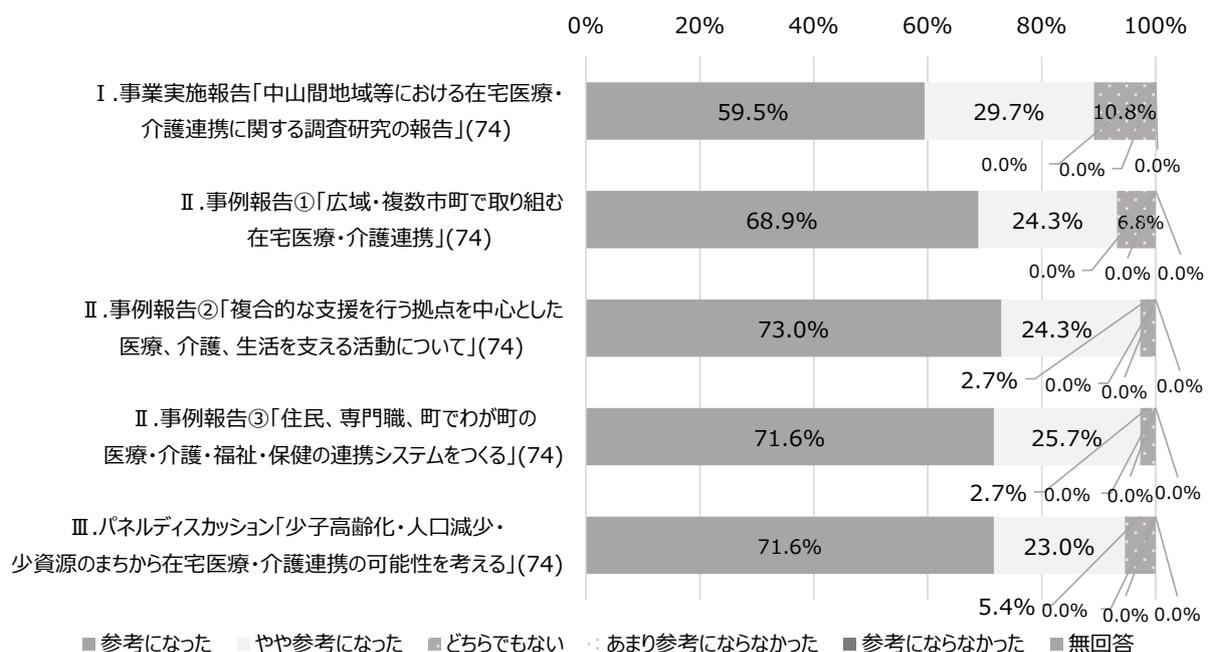
1. 回答者の所属 (n=74、ひとつだけ)



その他

在宅医療推進センター
 全国訪問看護事業協会
 地域在宅医療サポートセンター事務局員
 中国四国厚生局
 東海北陸厚生局
 厚生労働省 厚生局
 厚生労働省
 厚労省職員

2. プログラムの内容について (n=74)



2-1. 各プログラムの感想

I. 事業実施報告「中山間地域等における在宅医療・介護連携に関する調査研究の報告」

市町村担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
在宅医療・介護連携が在宅生活の限界点を上げるという言葉が心に残った。
難しい問題で解決するのが厳しいと感じた
在宅生活の限界点を挙げられ、それぞれ考えられる課題点を分かりやすく説明していただき、再確認の意味で受けとめることができたと感じた。
住み続けられる地域づくりは、住民と医療・介護・行政が垣根を越えて交流したり、取組を進めないと構築できないことを改めて実感。
共通の課題や今後の方向性
少人口・少資源の中で、どのように展開していくのか、資料をじっくり理解していきたいと思います。
スピードが速くてついていけるので精一杯でした。じっくり聞きたい内容でした。
事業を初動期→拡充期→洗練期→成熟期というような流れでとらえていくプロセスでみたときに、本市は現在どの段階で今後どのようなことに意識し取り組むべきか論理的に考えやすくなった。
都道府県担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
8ページ目の「中山間地域の在宅生活の限界点」の中で書かれている視点が、住み慣れた地域で暮らしたい、という言葉を支えるために現実としてどうするの？を地域住民に考えてもらうきっかけになりそうだと感じました。
分かりやすい分析だった。
資料も説明もわかりやすく、今後の事業に活かせる内容でした。
在宅医療・介護連携推進事業の今後の取組について考える参考になった。
在宅医療・介護連携の機能確保の捉え方として「複合化」、「多機能化」、「拠点化」、「ネットワーク化」の整理
腹と腕の見える関係
在宅医療介護連携の方法には様々なつなぎ方があることがわかった。つなぎ方に悩んだら、今日学んだ様々なつなぎ方でつなげられないか工夫してみたいと思う。
在宅医療・介護連携推進事業への取組の重要性を感じた。
中山間の観点から医介連携を考えるきっかけになり参考になりました。
要介護状態になる前に見切りを付けていることを初めて知った
在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター
同じ市内の中での地域差が大きくあります。地区ごとの取り組みが必要だと感じながら、地区の事業者任せになってしまっています。計画的に、地域ごとの取り組みを考えていきたいと思っています
中山間地域等のお話でしたが、どの地域にも当てはまることだと思いました。
圏域内専門職にファンリテーター育成研修を実施されて連携を推進する人材育成の取り組み 私の心づもりノート作成について
実状況を踏まえた調査報告であり、とてもイメージしやすい内容でした。
取り組みのステップについて、基本的なことであるのにできていないことに改めて気付かされた。
「住み続けられないと判断したら、他地域に移転してしまう」ことが問題とされていた。しかしそのことは問題か？自分たちの体力、介護力から判断し新しく適応していこうという欲求ではないか？サービスがあり病院等がある都市部に人がまとまって暮らすことはこれからの日本にとっても決して悪いことではないと思う。
4つの場面(+認知症、感染症、災害)を意識しながら他の地域支援事業と連携し、必要な高齢者への対応が必要であるということからそのような対応ができるかを医師会・多職種で協議していく部分が参考になった。
「在宅医療・介護連携が次の段階に進まざるを得ない」この提案について当地ではどうなのか考えさせられた。
中山間地域における問題は、いずれ他の地域でも起こりうる。調査結果を知ることで、我が街で起こる10～20年後の未来に何が起きるのかしっかり向き合う必要があると思った。
中山間地域の在宅医療・介護連携は次の段階に進まざるを得ないというが、そもそも国が考える「地域包括ケア」や「在宅医療・介護連携」がある程度資源や人材が整った地域を想定していると思われるので、次元や土台が違うと感じる。
中山間地など「少子高齢化・人口減少・小資源」という内容について、今は『これから先どうしよう』と

いる地域が多々あるのに対して、すでに起きている地域の状況がまとめてあり、分かりやすいと思いました。
住み慣れて地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる為に医療介護連携事業で何を核にして取り組んで行くのか。各県の取り組みが大変参考になりました。
医療及び介護の専門職等
具体的に流れや内容を確認できた
中山間地域等における在宅医療・介護連携の実情が良く分かりました。
少子高齢化・人口減少・少資源の中山間地域の活動を取り上げ、事例の要点を整理し在宅生活の限界点を上げるにはどうしたらよいのか考えさせられた。
中山間地域の「在宅生活の限界点」で考えられることは 34 万人口を抱える私共の市でも考えられることであり参考となった。市内でも地域により住民の特性や課題、社会資源もそれぞれである。医師、介護職も高齢化が進み、在宅診療医も跡継ぎがない状態。協議体が形骸化しており、今後の課題が多いと感じた。
整理良く、理解が進みました。
質的なまとめの手法
地域性を感じた
その他
中山間地域での実態や何が効果的なのか具体的でわかりやすかった。もう少し要点がまとめられていると もっとよかったと思った。
少ない資源の中で在宅医療介護連携を進めるにはコーディネート機能が必要だが、その合意形成をとるためには目線を合わせていくことの必要性を改めて感じた。
都市部に比べて中山間地域の方がコミュニティが充実し、それに伴う地域づくりの展開があったことに驚きました。
大まかな把握ができた
全体的な傾向、方向性等
全体的に勉強になりました。

II. 事例報告①「広域・複数市町で取り組む在宅医療・介護連携」

市町村担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
広域になればなるほどまとめ役が大変であると感じた
他の市町村との具体的な意見調節方法を知りたかった
本地域での取り組みを改めて確認できたと感じた。
医師会と本音で話し合えたことが関係構築の第一歩。ファシリテーター養成講座、人生会議サポーター養成講座は是非参考にさせていただきたい。
医療圏域内の中心となる行政の役割や関係機関とのつながり方
地域づくりが進んでいくことを目的に、いろいろな場で参加者同士の話し合いの場を設定し、その話し合いで参加者自らが考え発信していけるように導くファシリテーターを養成していることが参考になった。
市町村担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
1自治体単独ではなく、隣接地域を巻き込み、同じ課題について複合的に取り組まれていることに感心しました。
医師会のくくりで広域で取り組んでおられる内容がわかりました。専門職にファシリ研修を受けていただくというのはいいアイデアだと思います。
行政の縦割りの概念にしばられず地域のニーズに合わせ、行政間で連携していく姿勢の重要性について改めて理解することができた。
複数市町で取り組んでいるが、コーディネートを配置していないため効果的・発展的な事業推進となっていない。参考になった。
都道府県担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
保健所でファシリテーターの養成を行っているので、介護医療連携にとどまらず、保健所の中で地域の人の声をうまく拾う人材が育っているのでは、と感じた。
医師会との連携をどのように進めていくのか参考となった。
ファシリテーター養成という視点が印象に残った。
広域的な立場からの取組事例として参考になった。
医師会との連携
ファシリテーター養成講座で、活躍できる人材を確保することも医療介護連携の重要な取り組みになることがわかった。これまでになかった視点だったので、参考にしたい。
広域連携・他事業との連携の重要性を改めて感じた。
広域での取り組み方、広域での医師会との関わり方が勉強になりました。
医師会と連携に至るまでのプロセスが参考になった
在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター
私どもは、一医療圏域の中での取り組みですが、地域によっては他市との繋がりも必要だなと思いました
整っている行政職のやる気は大きい、やっぱり人なのかと思う
地区医師会が行政と協議した際に「東部医療圏で行政もまとめて」とその意見から行政がまとめ、連携が始まったことが羨ましく思います。
地域住民と行政の両方の立場を理解されている保健師さんがコーディネーターとして繋いでおられて連携がうまくいっているのかと感じた。もしばなゲーム地域住民参加型の研修会・人生会議サポーター養成講座
地域性を考慮した ACP の普及活動はとても興味深かった。(住民参加や意見をくみ上げることで住民の行動変容につながったことなど)
医療・介護だけでは成り立たない・ファシリテーター養成講座
当地域も 2 市 1 町の複数市町で取り組んでいるが、「委託しているから」と丸投げ状態で、他人事のような印象を受けている。やはり委託でも行政がリードするという意識でいてくれた方が上手く行くと感じた。
医師会と行政の関係性は、思った以上に距離がある。しかし今後は協力していくしかなく、当地域でも両者が連携できた事業は周知や実行の部分で大変効果的だった。拠点の必要性を感じている。
多職種が一同に集まり、顔の見える場を増やすことで、情報共有や連携にもつながる。住民と近い社協と連携し、住民啓発に力を入れていく。エンディングノートを作成し住民啓発を図る。
WG による取り組みは具体化した活動に結び付く手法と考える。また、県が主導するファシリテーター養成も注目を集める手法。会議進行のスキルアップは非常に大事な事。
地域医療を担う医師の高齢化についてどの地域でも困難を極めている。医師会にすべて任せるとはせず一緒に行動する姿勢がとていいと思った。
複数市町村での事業運営を実際に経験していますが、それぞれが「自分たちの好きなように」されたり、数

年で異動するのでと本腰を入れず、委託先にやらせるだけのような感じのため、講義を聞いて当地にて、ワーキンググループの責任者などを各市町村に振り分けて実施するなどやってみようと思いました。
在宅医療・介護連携において、医師会との連携は不可欠であり、その中で医師会との交渉をどう進めていったのかについて参考になる部分が多かったと思いました。委託費をどう利用していくのか等、参考になる部分があったので、行政側と話し合うときなどに活用していきたいと思いました。
地区医師会と市町村が協働して、医師会の事務局で在宅医療介護連携コーディネーターが関係機関へ訪問、事業説明、各研修会等への協力依頼を行われていて、具体的に医師会とのやり取りがなされている事とどうしたら医師会が動いてくれるのかがよく考えてあると思われました。
医療及び介護の専門職等
単一市町村だけでなく連携する考えがあまりなかったので参考になり良かった
ファシリテーター養成講座の内容が気になりました。
複数市町と医師会で広域的に取り組むことで機能の確保ができることが理解できた
いずれの事例報告も地域の状況に沿った取り組みであることの重要性が解るものであった。
県を跨いで医療機関の受診圏域で協議体を作成している点、在宅医療介護連携推進室の HP に、非常に詳細な資源マップがあること
私共の市では、在宅医療・介護連携のための医師会と行政との協議体がありません。医師会内の在宅医療をしている医師同士も話し合いの場を持つとされず、バラバラです。「東部地区在宅医療介護連携推進協議会」の様な協議体があり、目的に応じて WG を作り、多職種連携の為にグループワークを充実させるためにファシリテーター養成をしているなど参考になりました。
人口減少していく地方では、一市町村だけの取り組みでは限りが生じてくると思われるので、広域での取り組みがみつよようになってくると感じた。
地域性を感じた
成り立ちから興味深く拝聴いたしました
市町村社会福祉協議会、都道府県社会福祉協議会
広報、複数市町での連携は難しいと思うが、行政も巻き込みうまく連携が取れていると感じた。
その他
広域だからできること、問題点について知ることが出来た。
医療の形を形成するモデルの一つと思われた。
医師会の巻き込み方、行政の姿勢、推進のコツなどよくわかった。
行政は委託する場合でもまる投げしない、行政のリードが必要、行政も多職種の 1 プレーヤーという意識付けは重要。
広域連携自体がすごいと感じたことと、その中でしっかり都道府県や保健所、行政が責任と調整の役割を担っていたことが素晴らしかったです。旗振り役として。
全体的に勉強になりました。

II. 事例報告②「複合的な支援を行う拠点を中心とした医療、介護、生活を支える活動について」

市町村担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
複合的な支援を行う拠点ができることがすごいと思った。5師士会という組織が出来ているということも連携のできやすさであるのかと思った。
別の立場の人間の役割を換えて仕事をする事は大切だと感じた
住民と一緒に考える場の調整、またそこで吸い上げた意見や思いなどを行政に伝え施策までの流れは個人的にも必要だと感じていた点ではあるのでとても参考になった。
いずれの事例報告でも感じたことであるが、中長期的な課題として、核となる医療のリソースを持続可能なかたちでいかに確保していけるか。なかなか先の見通しがおぼつかない。
市町村担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
住民を話し合いの場につかせ、自らが活動主体となって動き出すプロセス
生涯暮し続けられる地域をつくるには、医療に繋がる安心感が重要だということが参考になった。
町が一体となって取り組まれたところにすごいと感じました。地域とも顔の見える関係性の形成の重要性を改めて感じました。
小資源のまちで取り組まれている内容が参考になります。なかなかできないことですが、実現していく行動力が素晴らしいと思います。出向されている担当の方の能力もとても高いのかなと感じました。
住民や地域の医療・介護連携におけるニーズを「ほっと吉和」という施設開設という形により課題解決に向けたことがとても素晴らしいと感じ、民間団体と上手く連携することによる成果やスピード感について理解した。
市町村担当者(在宅医療・介護連携推進事業以外)
当市にも吉和地域と特性がよく似ている地域があります。姿を重ね合わせながら拝聴いたしました。住民と課題を共有し、あるべき地域の姿を語ってもらい、現実的な計画を見出し住民と実践する。形にするのは難しいけれども、実際に形にしておられる事例を肌で感じ、わがまちでもできたらと感じました。
都道府県担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
キーパーソンやタイミングを上手にとらえておられると思いました。他の地区に波及させておられるところも参考になりました。
入退院前のカンファレンスは、地域生活における心配な点などを支援者で共有できる貴重な機会ですが、これまで出席したカンファには病院によって医師の出席率(と、地域での日常生活への関心)が違うな～と感じることがありました。地域との関わり方の入り口・出口でもあるので、大事にしていきたいと感じました。
活動の拠点と、移動支援などを含む活動の担い手となるNPOが地域を支える好事例だと思いました。他の地域では、どのように取り組めばいいのか提案もあり、満足度の高い内容でした。
事業・施策マップを作成されて目標や目指すべき姿を明確化されていたのは参考になりました。
ほっと吉和に至るまでの経過が良く分かった。
住民とともに町づくりを考える展開方法、横展開をする上での考え方が参考になった。
廿日市市の在宅医療・介護連携推進事業の取組(事業・施策マップ、評価指標、初動期～成熟期のプロセス整理)が参考になりました。
機能(サービス)の集約化
住民と行政をつなぐコーディネーター役割の重要性を再確認できた。確かに、住民の声を聞くことは様々な意見がありそうで躊躇する場面もあったり、住民の声を聞くってどうやって聞くのか、対象が広くて難しいという悩みもあった。行政を知っている人が住民と行政のつなぎ役であることで、行政へ活かせる声に変えられるため、コーディネーターの必要性を十分に感じた。コーディネーターがほしい。
「事業の継続性」のためには、しっかりと住民の声に耳を傾けて、その声をまとめて形にしていくということが不可欠であると感じた。
ロジックモデルに基づいた事業の進め方の参考になりました。
住民が自ら地域に必要な医療と介護の資源を考え、拠点を設けるに至ったプロセスが参考になった
在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター
戦略的に計画的に街づくりをしていく、住民を巻き込んでいく、行政と専門職の橋渡しをする、良いご意見を伺えました。受託先として行政との関係性に悩むのがもどかしいです。
これからの人手不足は複合的がキーワードになると思った
同じ中山間地域の具体的課題への取り組みの流れで、参考になる部分が多くあった。
コーディネーターは行政が入ると押し付け合いではなくなると感じました。行政が求める企画計画、予算決算、契約関係等は「委託しているんだから」の一点張りです。毎回頭が痛いです。
福祉座談会の開催具体的な内容など参考にしたいと思った。

<p>人生会議サポーター研修会はとてもいいと思った。普及啓発活動の実施者が増えることで、より多くの参加者につながると思う。市民によっては仕事などもあり参加したくても参加の機会がない人もいると思う。そのような人にとっては実施回数が増えることで参加しやすくなると思う。</p>
<p>地域の高齢化率を踏まえて、誰もが人生の最終段階を迎えるにあたり、まずは会員の皆さんがACPを理解するという視点・地域の実情、住民の声を拾い生涯暮らし続けられるような地域をつくる会を作られ、複合的な機能を担う拠点や医療に繋がる安心感といった視点を持たれていたこと</p>
<p>行政や専門職ばかりで検討するのではなく、実際の住民の声を聞くことが大切であるということ。地域の資源を見える化することの大切さを感じた。</p>
<p>かかわる方へのヒアリングの重要性。今ここで起きている問題に取り組むことが大切と思う。また好事例からの展開のヒントが、今後に活かせそう。ご当地もしバナゲームに私も取り組んでみたいと思った。</p>
<p>入退院連携において、退院前カンファレンス実施要領の検証で2年間病院から実施報告を上げてもらった。専門職の話を聞く会や住民の声を聞く場の開催</p>
<p>住民が自主的に動き始めることは理想的なまち作り。行政に頼り受け身では地域は良くならない。きっかけはどうしたら生れるだろうか。また、住民にとって「医療」が担保されることの安心感は「個々に居たい、居られる」に繋がる。</p>
<p>行政にいたからこそ提案が出来るという利点を生かし様々な取り組みをされていることが良くわかった。壁を取り払うことがどれだけ困難かをご存じだけに皆さんの意欲を存分に引き出されていると思う。</p>
<p>地域の中で、限られた資源をどう活用していくのか…というのは、人口減少していく現実として必要な手段だと思います。しかし、それは専門職だけが意識するのではなく、自地域がどういう状況で、自分たちはどうかかわっていけるのか、市民も含めて考えていかなくては行けないと、改めて実感しました。市民目線として、また在宅医療コーディネーターとしての視点をうまく生かし、自分の地域ではどうしたらよいか考えてみたいと思いました。</p>
<p>在宅医療・介護連携事業の中心部で専門職である五師士会が存在して人生会議の普及啓発、入退院連携が行われ、「ほっと吉和」を設立し対処。中山間地区で更に進む人口減少高齢者の増加を生活限界点を出来るだけ延ばす検討をしていくとのこと。どのようにすれば延ばしていけるのか、今後を知りたいと感じました。</p>
<p>医療及び介護の専門職等</p>
<p>どうしても事業所ごとに分けて提供されがちなものであるため、良い参考になった</p>
<p>吉和地域の具体的な取り組み内容をお聞きすることができ大変勉強になりました。</p>
<p>基幹病院が町と連携して多機能化を果たしていくことの大切さを学んだ。</p>
<p>吉和地域で、診療所を作る際に派遣を交渉しに大学病院に交渉しに行ったという点 歯科医師のいない地域でオーラルフレイル対策についての課題意識があって取り組もうとしている点</p>
<p>行政と専門職の立場の進め方が学びになりました。</p>
<p>行政 OB や OG が積極的に市民の声を聴き、まちづくりに参加していることが参考になりました。行政の立場が分かり、住民の生の声を聴ける立場を十分に活用されていることがカギと感じました。地域愛着が強いことに気づいたことから始まり、NPO 法人を立ち上げるまで、順を追って取り組まれている様子は大変参考になりました。</p>
<p>ご本人の意向(APC)に沿った支援が、ご本人を中心として多職種連携が円滑に行えると良い結果につながる感じた。</p>
<p>地域性を感じた</p>
<p>市町村社会福祉協議会、都道府県社会福祉協議会</p>
<p>泊りの見守り事業の運営について詳しく(対象者、費用の面、スタッフ等)知りたいと思った。</p>
<p>その他</p>
<p>行政だからできること、できないことについて分かりやすかった。</p>
<p>地域密着での取り組みの大切さ。だが、中核となる人をどう見つけ作るのかも難しいかもと思った。</p>
<p>住民も一緒に行うことで、資源の少ない地域でも満足の高い提供体制を作ることができること。</p>
<p>吉和の医療体制への満足度が 63.8%もあるというのはすごいことだと思った。地域に一生懸命な医師がいる安心感がそうさせるのか。</p>
<p>行政の系統的 PDCA サイクルと住民が主体として活動するためのNPO設立、拠点施設創設と実働実績に驚きました。</p>
<p>全体的に勉強になりました。</p>

Ⅱ.事例報告③「住民、専門職、町でわが町の医療・介護・福祉・保健の連携システムをつくる」

市町村担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
住民の力を引き出すことで連携システムを作り上げていることがこの町の力だと思った。
人と人とのコミュニケーションや繋がりの必要性を感じた
事例報告から、関係機関だけでなく住民も参画して自分事とし捉え取り組んでいる様子は本地域も目指す姿であったと感じている。住民の思い、考えを受けとめ、それを実際に形にする事例はとても参考になり、地域一丸で取り組まれていることがよく分かった。また本地域でもエンディングノートの普及啓発していることから、奈義の取組もとても関心のある内容で個人的にも強く受けとめた内容であった。また普及啓発動画も視聴させていただき、とても内容に感動したのと住民にも我が事として受けとめる要素がいくつもあり大変勉強させていただきました。植月さん含め、参加されているメンバーの方の演技や動画編集等についても大変敬服しているところです。
顔の見える地域連携、既視感のある地域活動を熱心に展開されているのを好ましく感じた。住民を含めた地域医療ミーティングにおいて、皆で課題を共有し、対応策を検討しているのは重要。行政も地域に一步を踏み出す勇気が必要。
地域にあるストレンクスを見出し、組織化し町づくりにつなげているところ
ファミリードクターの存在が大きかったです。疾患だけでなく、その人の生活力や家族の持つ力など福祉的な視点も併せ持つドクターをわが町でも見つけていきたいです。
ベテラン保健師から生活支援コーディネーターになられてちよいワルじいさんの取り組み、斬新だと感じました。住民の顔がほとんどわかる小さな自治体ならではの。
地域支援事業全体で連携し、取組につなげていくことが効果的な事業展開につながっており、他事業と連携することの重要性を改めて理解した。
都道府県担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
ちよいワルと、楽しそうに展開されているところが参考になりました。誰もが興味を持ちそうなネーミングセンスが素晴らしいと思いました。
奈義町で医療ミーティングをやっていたなというぼんやりした記憶はありましたが、本日はその話の内容などが聞いて参考になりました。今まで松下先生がファミリークリニックを設立されたと思い込んでいました…
町民が我が事として考えることができるような場を整えたのが良かったのだと感じました。
回を重ねることの会議の変化が印象的だった。
住民、関係機関との連携をする上での姿勢が参考になった。
住民の声をいかに拾うか
楽しく報告を聞いた。住民の声もはじめは不平等が多く、大変だったと思われるが、そこを乗り越えて住民自身が自分事として考えられるような工夫が必要であることが参考になりそう。行政職も地域に出向いて、顔の見える関係にすることが大事なんだと再確認できた。
行政が住民に働きかけて住民の主体性を引き出すことはとても難しいが、働きかけの重要性を感じた。これこそ、保健師に求められていることだと思った。
住民の考え方を変えるのは難しいと実感しておりますが、そこを巻き込んで進められておりプロセスが勉強になりました。
無医町状態だったからこそ専門職を中心に医療資源を住民自らが考えなければならないという意識変容につながったように感じた
都道府県担当者(在宅医療・介護連携推進事業以外)
生活支援コーディネーターが在宅医療介護連携にどう関与していくのかがとても関心があったので、聞くことができてよかった。
在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター
自分たちの町でやっていくんだという決断、住民の巻き込み方、顔の見える関係性の強さ、苦しい時に批判だけでなく、解決策を考えようと発案される関係性、うらやましいです。柔軟な発想に刺激を受けました
人が生きられるのは高度医療より、繋がりと信頼なんだと思った。その啓発が上手いと思う。一地区に1人欲しい人材です、
普段から、人材やサービス資源が乏しく実際に達成することは難しいと感じることも多いため、このような事例を聞いて励みになりました。
植月さんの歩く住民台帳だから本音をぶつけ住民が自分の事のようにとらえるようになったお話は、とても勉強になりました。直ぐに結果が出なくても、お互いに困っていることを伝えないと形にならないと思いました。
在宅医療・介護連携推進について地域住民を巻き込んで、地域の事として住民の方々と考えてもらって取り組みを展開されている

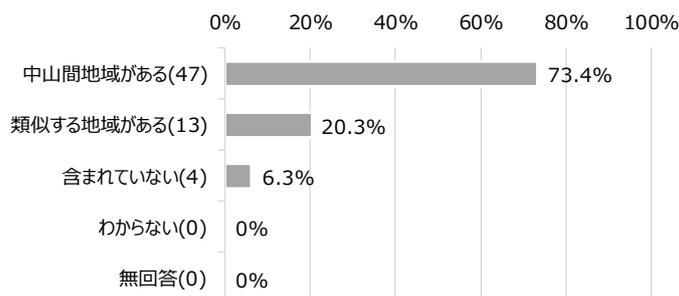
福祉座談会など住民が積極的に参加していることがうかがえ、そこでの意見を実現しようと活動していることがとてもすごいと思った。住民の意見を聴くことで地域に合った必要な事業を具体的に考えられる点はいいと思う。見通しがあると住民も参加しやすく意見を言いやすいと思った。
役割、生きがい、やりがい・地域住民が主体という考え
行政や医療・介護関係者だけでは地域づくりは限界だという事。最期までこの地域で暮らし続けるためにどうしたら良いかを、住民が主体となって考える事の大切さを学んだ。
住民参加のミーティングから、住民に意識の変化が起きたこと。他人事や行政への不満の感情から、自分事、まちづくりは自分たちも協力する必要があると変化する過程に感動した。おせっかいおばさんと言われていましたが、植月さんの存在が大きいと感じた。
最期まで自分らしく生きるためにエンディングノートを作成。住民周知を行い、広げていく サロン等に参加者の呼び込み
「住民が主役」をユニークな手法で進めている。人が宝なんだという印象。ここでも地域の医師がいることの安ど感がベースにある。
住民主体の仕組み作りが非常に興味深く我が街で出来ることを住民と一緒に考え行動していく大切さ痛感しました。年齢ではなく自分が関われることを自らが発信する素敵な取り組みだと思う。トップダウンでは出来ないこともみんなで作る柔軟性にとっても惹かれた。
核となる専門職が、いかにして町の人たちと一緒に自分たちの町で過ごしていけるのかを考えていらっしやるのが素晴らしいと思いました。資源が減少してきている今のうちに出来ること、考えられることは何かを検討していきたいと思いました。
医療、介護に加えて福祉、保健の連携、住民も加わって一体的な地域活性化が推進されている事を感じました。男性高齢者の居場所作り、ちよいワルじいさん集まれ！も、とても参考になりました。
医療及び介護の専門職等
背景や斬新な取り組みどうあり参考になった
男性高齢者に対する取り組みがとても印象に残りました。また、「通所付添・見守りサポート事業」については、地域サロンなどのへの足の確保が課題だと感じており、大変興味を持ちました。
住民が変化していく過程が良く理解でした。
住民の参加の目的を一義的に決めずに、やりたいことを実現できるグループというスタンスで始めた点(短期的な成果を期待しがちなので、待てることがすばらしい)
地域性を感じた
熱意と危機感を持って進められたことに感銘いたしました。
地域医療ミーティングを通して住民の気持ちをまとめ、地域を支える気持ちに発展させる手順が参考になりました。人口が少ない中でも次々に課題を見つけ活動につなげていることが、やる気も含め素晴らしいと思いました。
地域医療ミーティングの取り組み。個々の生き方を地域全体で見守りや支援する体制に魅力を感じる。
その他
住民主導というのが特に重要だと思った。行政には疑念的なこともあるので住民の意見を聞くことが大事だと思った。
高齢男性の活動をどう作るかは大切と思った。
専門職や関係機関の巻き込み方
「ちよいワルじいさん」の呼び名がいい。やはりどんな時代も遊び心、人の心をくすぐる言葉というのは、人を行動に駆り立てる力があると感じた。
行政・専門職種種の限界を感じている今の自分にとって、住民が中心となり、地域の問題を掘り下げるにはすごく労力が行ったことと思います(身体的にも、精神的にも)。それを、実践し共通意識のなか実働できていることはすごいと思います。
全体的に勉強になりました。

Ⅲ. パネルディスカッション「少子高齢化・人口減少・少資源のまちから在宅医療・介護連携の可能性を考える」

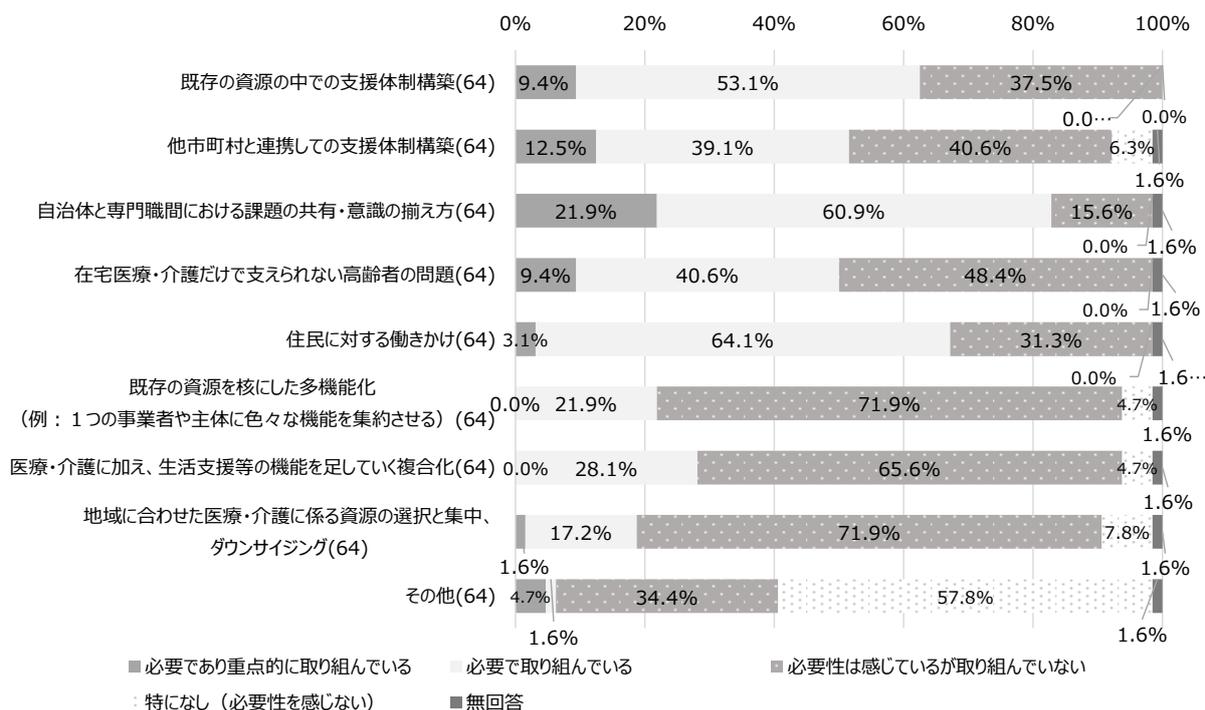
市町村担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
皆さんのお話を聴きながら強く共感を覚える内容がいくつもあり自分の中で整理、確認しながら、本地域だったらを考えながら受けとめた。特に印象的だったのが廿日市保健師阿部様の行政の立場も理解しつつの医師会での動きについては、個人的にも同じ立場でとても参考にさせていただく内容でした。本会を企画、運営して下さりありがとうございました。
いずれも地域の実情は異なるが、医師会など関係団体の協力がスムーズに得られているところに秘訣があると思える。
事例報告では聞けなかった、細かな取り組みやアプローチの方法が参考になった。
住民との話し合いのパイプ役に、行政のことを良く知っている人になってもらおうとスムーズだということ。
「住民の声をきく」あたりまえだけど、一番難しいです。地域の現状や課題を把握するため、まだまだ地域に赴くことが必要そうです。
発表以外でそれぞれの担当者が感じていらっしゃることをフリートークで聞くことができ参考になりました。
個別ニーズから地域課題をとらえる視点が意味のある施策化においては重要。現場と行政との連携が重要。高齢者に限らず地域全体で世代を超えた取組ができると地域の活性化、地域住民の生きがいや安心につながる。地域の資源・現状をしっかりと把握することから始めていきたい。
今日の参加者の皆様のように問題意識や熱量がある人達を潰さない組織であればいいと思う
市町村担当者(在宅医療・介護連携推進事業以外)
多様な取組が参考になりました。長く安心して暮らせるまちづくりの大切さ、そのための要素が自分の中で整理ができた時間でした。ありがとうございました。
都道府県担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
苦労や、揉めたお話も率直にしてください、勇気をもらいました。
住民の声を聞いて地域に活かす、ということは大事だと思いますがやはり「行政は何の役に立つつもりなんだ、どうするんだ」と責められそう…という思いもあつたりします。勇気をだすことも必要だと思います。
途中で、モニター画面前から離れざるを得ず、全部を視聴できなかったのが残念です。
コーディネーターの川越教授がうまく聞きたいことをパネリストに質問されて、地域の実情に合わせて地道に対話、対応をされている内容等が聞けて、とても参考になりました。
住民の声と施策をつなぐことについて、様々なお話が聞けて興味深かった。
町づくりと健康づくり活動の展開方法が共通していることを知り、健康づくりは町づくりという言葉についての視点がひろがった。
いかに住民を巻き込むか
パネリストの方達が「自分達の地区らしく」と言っていたことが印象的だった。他地域の取組は参考になったとしても、それを自分達の地域ではどうしたいのかという住民に届く働きかけを行政はしていかなければいけないし、住民の言葉を見える化することも重要。県内の市町村の担当者にも、意識してほしいと感じた。今後、どの職種も減少していく中で、地域で生活するという住民は自分事として考えて、自分の出来ることに目をむけられる地域が増えなければ生きていけないと改めて強く感じた。
各地区の中山間地域における取り組みが参考になった。本県も小規模町村が多く、中山間地域が多くあるため、今回の視点を市町村支援に活かしたいと思います。
連携に至るまでに特に難しかったところをそれぞれ述べられており、同様の課題を抱える市町村の参考になったのではないかと考える
在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター
他市、他県の活動を参考にしながらも、自分たちの住む、仕事をしている地域の特性を知り、生かしていく事を大事にしたいと思います。表に見える社会資源だけでなく、顕在化した社会資源の発掘、情報の集まる場所としての活動をしていきたいと思います
地域の潜在化された資源の発掘 人口減少の日本は幸せでいられるために何が大事か改めて考えました。
地域医療を考える医師を育てるだけでなく、医師不足、病院不足はどこでも同じです。自分自身もこれから医療とどう関わっていったらよいか ACP の話をして、絵空事に思います。
キーワード: 住民をどう巻き込んでいくか 在宅医療・介護連携だけでなく様々な取り組みと合わせて推進を考えて行く
これからの地域における課題や課題解決のために地域住民をどうやって巻き込んでいくのか、住民主体で取り組めることなどを自分事として取り組んでいくことの必要性を強く感じた。自分の地域ではどんなことがいいのか考えていきたい。

川越先生から、パネラーのみなさまそれぞれの思いや考え等を引き出して意見を聞かれていたことで、より地域の実情を踏まえ地域全体で見つめていくこと。地域住民の声を拾い行政にわかるように言葉の変換も大事であることを改めて理解することが出来ました。若い人のアイデアとても大事の野で、拾いあげて先を見据えたかかわりが出来る様になれればと思いました。
少子高齢化・人口減少・少資源の地域でも、少子高齢化・人口減少・少資源だからこそできることがあるし、自分事として捉えて皆で考え、みんなで作り上げていく事が大切だという事を感じた。
改めて自分の地域の問題や住民のニーズを把握する必要性を感じた。自分の立場でも声を聴く機会を持ちたいと思う。ありがとうございました。
行政よりも社協の方が住民と接する距離は近いので社協と連携し、住民の意見を吸い上げ事業にげる医療介護連携だけでなく、生活体制支援等とも連携が必要になることを学んだ
住民に届き、住民を動かす仕掛け作りが大事・拾った住民の声を行政に伝え施策に繋がる為には言葉や提案を「置き換える」ことがポイント・若い人の力を得る工夫
何れ訪れる危機に備える意識は、住民・行政・職種等に拘らず自分事として考えることが大切だと思った。ファシリテーター育成については、非常に興味があった。2日間という時間をかけて育成するからこそ目的認識を明確にすることが出来るのだと思う。行政主導では、誰もついてこないのであれば住民を巻き込む作戦を考えないといけない。全てのことに縦割りをやめましょう。と言いたい。今後広域連携での活動は、必須と考えられる。行政・3師会等の連携が重要となる。
皆様のお話をもっと聞きたい！と思うパネルディスカッションでした。本当に面白かったです。
日本全国のほとんどの都道府県が抱えている中山間地域における少子高齢化、人口減少、省資源のまちがそれぞれの町の特性に合った在宅・介護連携推進事業をわが町への思い念頭に展開していることに感嘆し参考にさせていただきます。
医療及び介護の専門職等
それぞれの考え方やキッカケなどが聞けた
パネリストの皆さんの様々な意見やお考えをお聞きすることができ大変勉強になりました。
事例②③では、中山間地域ならではの特徴を生かす住民参加型の取り組みがなされていると感じました。いずれも住民、多職種、行政の「顔なじみの関係」があることが重要だと思いました。
地域の社会資源を活用してビジョンを描きながら継続的に連携の可能性を推進していくことの大切さを理解した。
川越先生のまとめとコーディネーター
関心をもって参加する事
それぞれの深掘りと川越先生のまとめが素晴らしかったです。
川越先生の進行が鮮やかでディスカッションが充実していて面白かった。根底に住民に地域愛があることが重要と感じました。「誰かがやってくれる」と思っているうちは文句ばかり出るが、「自分達で何とかしないと」と思いだすと、建設的な意見が出始めると感じました。最後に「住民の生の声を拾うのは、行政は難しい」「声を拾って、行政にわかりやすく変換して伝える人が必要」や「専門職でなく、地域の中に潜在している互助の社会資源を見つけ出す、つなげる」と言った川越先生のお話は、大変参考になりました。
生活支援コーディネーター
若い方に参画して欲しいという強い思いは全国的にそう感じていることと思います。一方で、若い方が参画する『メリット』の部分のお話を聞けることがあれば伺ってみたいです。若い世代の方は『あれもやって欲しい』『こうしてくれたら助かる…』とある程度想像され、数々のことを依頼されるのではと警戒しているというお話も伺います。年齢での上下関係がある世界に定年後、新入社員として入るメリットをイメージできればいいのですが…なかなか悩ましいです。
その他
これから日本中で少子高齢化が進んでいく中でもっと多くの人が関心をもってもらうことが重要だと思った。また、皆がその目的意識を持って生活していくことが必要だと思った。
住民参加をいかに作っていくのの大切さを感じた。
登壇者の本音や推進におけるコツなど掘り下げてもらえたので、よくわかった。
ファシリテーターが現場を楽しくさせる。地域住民の声を交換して行政へ伝えていく。それを施策に繋げる。若い人のアイデアをもらう⇒若い人との関係性を作る⇒その後行動に繋げていく。等、参考になった。
やはり、行政旗振りのもと住民が主体となり、耳の痛いことを聞きながら前向きに意識共有させていくことをしなければ、本当にそこに住んでいる人の状況、本当に困っていることなどわからないと思いました。
全体的に勉強になりました。

3. 回答者の属する自治体内における中山間地域等の有無（n=64、ひとつだけ）



4. 在宅医療・介護連携推進事業を推進する際の取組について（n=64）

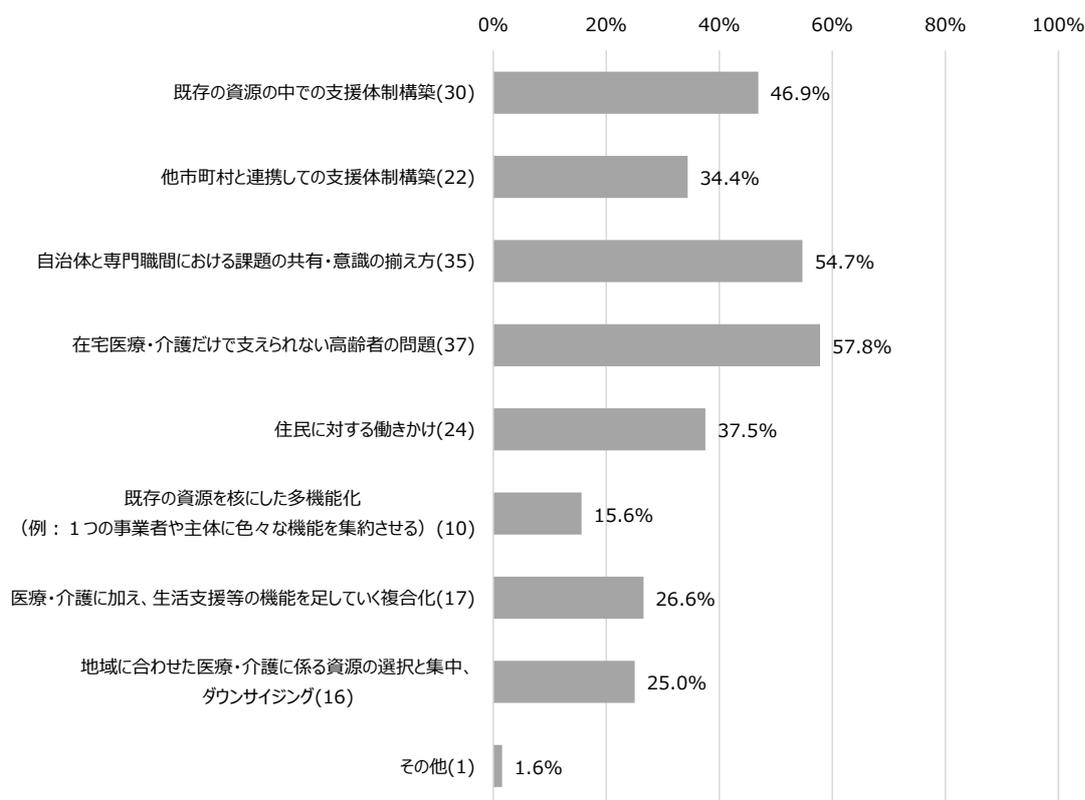


(その他)

市町村担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
声には出すが実体が伴っていないように感じる
ファンリ養成研修、絆研修(多職種研修)、ACP ノート普及啓発など
中長期的に人口が減少し、地域が縮んでいく中で、地域に必要なサービスを最適化することへの行政内部の理解と工夫。
介護サービスの小規模多機能へのサービス転換を検討。ボランティアを活用した移送サービス。
それぞれの専門職間での課題の共有や意思統一等、専門職や地域が同じ方向を向ける働きかけが不十分
都道府県担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
医師会ごとの協議会
在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター
地域専門職との連携、多職種との顔の見える関係性の構築。地域住民への広報
独居高齢者や高齢夫婦、障がいをもった子をもつ高齢者などへの関わり、支援
色々たくさんのごとに取組む必要性を感じてはいますが、少しずつ取組みだした…というような感じでしょうか…。取り組んでいないわけではないのですが、具体的に取組んでいない部分もあるため、こちらの選択肢としました。
医療及び介護の専門職等

中山間部の住民への口腔衛生に対する意識不足と、歯科医師不足に対して、百歳体操やサロンでの集まりの場で講演会や指導、検診を組み合わせる。
出前講座
具体策がよくわからない
助産師の出向交流事業 出前講座 県への要望(中山間医療)
在宅医療介護連携推進事業の中で、歯科の参画をどのように実現するか
地域包括ケア会議で民生員さんとの顔のみえる会議
介護職場への医療出前講座
医師会、行政等との協議の場がないため必要性は感じているが取り組みに発展できないことが多い。

4-1. 以上の取り組みの中で特に難しさを感じているもの (n=64、3つ選択)



その他：自治体内での課題の共有・意識の揃え方

4-2. 特に難しさを感じる理由

市町村担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
住民意識が弱い
解決方法が見出だせない
上記で選択したもの全てに共通して相互理解を進めていくことに関して、当然ではあるが難しさを感じるから。それぞれの視座を全て理解することは難しいが、対話してまずはお互いを知ることから始める必要があると個人的には感じている。
東京 23 区よりも広大な市域において、過疎化・高齢化が進み、リソースも不足・偏在しており、地域ごとの課題が異なる。
自治体の中で整理がされていない。それぞれに課題だと感じていても、全体の課題としてとらえられていない。
住民との対話の機会をできるだけたくさん持ちたいのだが、他の業務に追われて委託先の生活支援コーディネーターと連携もうまくいかない状況があります。

医師会の思いがまだ在宅医療に向いてないこと
【2:他市町村と連携しての支援体制構築】人口規模が小さい町では、単独での事業展開は難しい。医療圏域内での連携体制が、今後より求められると思う。
【2:他市町村と連携しての支援体制構築】広域で取り組むことの困難さ
【3:自治体と専門職間における課題の共有・意識の揃え方】目指すべき地域の姿が共有できていない。
【5:住民に対する働きかけ】様々な視点において住民の理解を得ることや考えてもらうことが必要だが、マンパワー的に取り組めていない。また、ACPなどの切り口では住民啓発等行っているが評価が難しく、成果が見えにくい。8.事業所においては収益が最優先されているため、必要なサービスの選択などすり合わせが難しい。(施設サービスが優先され在宅サービスが縮小するなど)
【6:既存の資源を核とした多機能化】【7:医療・介護に加え、生活支援等の機能を足していく複合化】
【8:地域に合わせた医療・介護に係る資源の選択と集中】の全て 住民の声から施策への導き出し方
【7:医療・介護に加え、生活支援等の機能を足していく複合化】自治体において他事業間で連携する視点に欠けていると感じるため。
【9:その他・自治体内での課題の共有、意識の揃え方】自治体側の担当者と地域の専門職が課題を感じ共有していても自治体内で不要だとなった場合、何も進まない。
市町村担当者(在宅医療・介護連携推進事業以外)
互助の仕組みづくりなど働きかけはしているものの、地域差が大きい。地域が違えば、取組に対する市民の反応も異なる。理解者を増やす働きかけからではあるが、思うように進まないのも現実。
都道府県担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
人材不足が深刻です。人材不足を出すと思考停止してしまうので、会議も難しいです。
まず行政や関係者の目線が揃っていないので、住民への働きかけも大事ですがそこから始めないといけない。医療/介護分野だけでなく、財政等の分野も含めてです。
地域の中で孤立する高齢者を発見できない。民生委員や近所のクチコミだよりとなる。
広域的な立場での支援
コロナで協議会が停止し、R5から再開した形になっている
県としてどのような取組ができるのか、すぐにイメージができませんでした。市町や専門職と目線合わせや課題把握が必要なのかと思います。
自治体と専門職間における課題の共有・意識の揃え方 各立場によって、意識や課題が異なっているため
いずれの資源も重要なウェイトを占める中で、いかに取捨選択(特に捨)を進めるか
県に所属しており、市担当者への意識付け等が必要
複合的な課題を抱える高齢者が増えるものの、庁内の連携、事業間連携がまだ出来ていないため。
【1:既存の資源の中での支援体制構築】について 2025年問題に関連し、在宅医療・介護連携を行う従事者の高齢化や人材不足、人材育成、定着化、離職防止等が課題となっているため。
【3:自治体と専門職間における課題の共有・意識の揃え方】以前から会議の中で、従事者の高齢化、人材不足、定着化等の課題は出ていたが、議論が難しく先延ばししていた。次年度は、現状把握と情報収集から始めることとしている。
都道府県担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
【1:既存の資源の中での支援体制構築】既存資源の中で支援体制を構築しなければならないが、市町村職員が業務に追われ既存資源の把握もできていないのではないかと考えるため
【1:既存の資源の中での支援体制構築】訪問診療を行う医師の高齢化が進み、新規医師の参入もなく、限られた資源の中でどう支えていくかが難しい
【2:他市町村と連携しての支援体制構築】コロナ禍で希薄になった行政と専門職の関係づくりが難しい。
【5:住民に対する働きかけ】ACPについて普及啓発が難しい。
【8】中心部から離れた集落は訪問診療が不足しており、対応する医師も高齢化している。医療、介護人材ともに数の少なさを改善する取組は実質難しいのではないかと感じている。
都道府県担当者(在宅医療・介護連携推進事業以外)
在宅医療・介護連携推進事業のイメージが具体的にできていなかったため、何からどのようにしたら良いかわからなかった。
在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター
人口減少が進んでいます。高齢者の減少も始まっています。事業として高齢者を支える事が難しくなっている事業所もあります。在宅を支える医師の数が少なく、医師の高齢化も進んでいます。人手不足や人材不足で支える側が疲弊しています
自分にアイデアが乏しい みんなが疲れていて、小さくまとまって大人しい。
訪問診療医の増員がないこと。現存医師の高齢化・市街地からの通勤による在宅対応の難しさなど。在宅医療を始める医師が少ない。
縦割り行政も重層的支援事業が始まったばかりで、まだ未知数だと思う。相談窓口、援助窓口がわから

ない。知られていない。
在宅医療で介護だけで支えられない高齢者の問題 独居世帯や高齢夫婦の性格状況の把握等が地域によって把握できていないところも多い
在宅医療、介護の問題だけでなく高齢者を取り巻く環境、それを支える人や機関など縦割りの対応では対応しきれない現状が多々ある。誰が、いつ、どのように介入するのかの線引きもないような事例が増えているように感じるから。
それぞれの立場を理解した上で共有連携を図ること。まずはそれぞれの自分の所属機関での連携は必須。表面的ではなく内部環境、協力体制が図れなければ支援体制の構築や課題の共有なども見えてこないのだと感じています。
自治体が、委託だからと丸投げ状態であるため。
各施設の経営者が多機能化・複合化を考えていないと思う。また人材不足の問題がある。医療介護人材の確保が難しい。
山間部への支援体制の難しさ 専門職間における課題の共有や住民に対する周知 活動の難しさ
市民講座やオレンジカフェ等の参加者が毎回同じになってしまっている。市民が必要としているものに対する情報が得られていないと思う
近隣の自治体と一部温度差を感じており広域での連携が難しいと感じているから。
圏域内での協力体制すら構築できていない現状で、さらにそれを広げることや、自治体内の担当者がこの事業に対して注力していない状況で、地域の専門職に様々な協力を求めているが、市町村や医師会の本気度が感じられず「協力体制」が得にくい状況である。
【1:既存の資源の中での支援体制構築】当地では医師が高齢化しており、積極的に在宅医療を推進できない事情がある。訪問診療に積極的な医師が増えることを願っているが、多忙極めている医師には言えない。
【1:既存の資源の中での支援体制構築】医療も介護も資源不足が否めない
【1:既存の資源の中での支援体制構築】実際にヘルパーステーションや居宅介護事業所の閉鎖、地域の医療機関の閉院の情報があり、少ない資源であると実感しているところです。市内だけでの支援では難しくなってきたので、市外の情報をどう集約していくのか、検討しています。
【3:自治体と専門職間における課題の共有・意識の揃え方】私の業務では行政と協議していることがたくさんあるが、現場からの声が少なく、もったいないと感じています。協働しながら進めていく必要があると思うので、そこを意識できるように連携を進めていきたいと思っています。
【5:住民に対する働きかけ】少なからず、いま興味を持ってくださった住民への啓発、すでに必要性があるが情報集出来ない住民など、色々なフェーズがあると思うので、少しでも意識づけになるような講座などを開催出来ればと思っています。
医療及び介護の専門職等
専門職は自法人や事業所に経済的に縛られているケースが多く、地域課題への取り組みがおざなりになりやすい環境であると勘じている。所属長や上司の理解があれば良いが、恵まれた環境であると感じる。
既存の資源が少ないこと、また資源把握が十分にできていない為。
職能団体として直接市町村に働きかけることは難しくモデル地域で検討することはできると考えている。
関心のない人への働きかけ
県委託事業や基金等で行っても予算が十分ではなく、期間も2~3年と短い。
歯科医師会の協力体制はどのようにするか
医療と介護の専門職だけではなく 地域住民も巻き込んでいかないと高齢者の 孤立、孤独死を防げない。学校の教育でも早い段階で授業にいれて欲しい
県単位での取りまとめがない。
「既存の資源の中での支援体制の構築」理由:行政の縦割り体制が強く医師会、各専門職部会、行政、その他の協議体が作れない。
仕事柄、地域住民と関わる人が多いが、自分達の直接的な問題と認識している人は少なく、他人事と思っている人が多い。人任せ。
時間
【1:既存の資源の中での支援体制構築】について、通院が困難な地域の場合、送迎サービスがあればと思いますが、それにかかる費用、定期的な出張で医療サービスを行うなら、場所や設備、人件費がかかります。それらに対する費用の問題があると思います。
【6:既存の資源を核とした多機能化】様々な課題に対して、規則等の縛りで柔軟な対応が出来ないので。

5. 事業報告会で最も関心を持った・参考となった内容、取り組みたいと考えること

市町村担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
住民主導の大切さ
住民と一緒に考える場を設ける流れ
ファシリテーター養成講座、人生会議サポーター養成講座の取組。
住民の力を生かして、地域に必要なサービスを提案し、実現させたプロセスが参考となった。
鳥取市発表の住民視点の生活圏域の考え方が参考になりました。
廿日市市の住民と協働の取り組みや五師士会での事業展開など、地域の資源を活用した事業展開の考え方は参考になった。
「住民の声をさく」「住民を巻き込む」といった、住民とともに考えていきたい。
他事業担当者との情報共有 地域資源の機能をより深く把握する
都道府県担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
診療所が1つもない地域で、看護師 OB の取り組み。
奈義町で続いていた医療ミーティング等、関係者の目線あわせと声を拾って試行してみる取組み
行政、医療・介護専門職が巻き込まれ、住民主体による話し合いが行われている地域では、納得感が高いと感じました。また、社会福祉法人や NPO、社協、行政 OB 等、行政と住民の繋ぎ役となるキーマンが大切とのことでしたが、県としてどのような取組ができるかすぐにイメージができませんでした。
住民の参画
住民へのはたらきかけの重要性
奈義町の取り組み
市町村向けの研修会等で報告会の事例を共有したい
在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター
市民に我が事と考えるような取り組み
ちよいワルGG
宿泊型の施設の必要性は再認識した
地域づくりにはその地域の力の差があるかもしれないが、数年かけて仕上げていくことが大切。
もしばなゲーム：地域住民への働きかけ
住民をいかに巻き込んでいくか、若い世代に今の現状をどのように伝え一緒に活動してもらおうかという事は大きな課題だと思う。学校教育の中に医療や介護、地域に係る課題を考えていくような授業や体験を組み入れていけたら、人材育成も見据えたものになるのではないかと…と思っている。
中山間地域での取組事例はとても参考になりました
住民の実際の声を聴くこと。
サ高住での ACP の普及啓発
4つの場面を意識しながら専門職・住民への連携がスムーズにいくために、顔の見える関係の構築 話をする場を設ける
住民への働きかけ
住民をどのように巻き込み地域の中で暮らすのか一緒に考えていることに感銘を受けた。ないものねだりではなく可能な限り自分事して捉え語り一緒に考える姿勢が重要。生活支援コーディネーターの取り組み如何によっては、地域に大きな変化がもたらされると考える。
医師会などの事業委託先と市町村との「事業における関わり方」
私は行政から医師会に委託され、医療介護連携のコーディネーターとして業務しております。やはり、医師会での負担にならないように考えながら対応するため、やや動きにくい部分もあると思っております。少しでも取り組みやすくなるように、今一度、行政と医師会でこの事業に関する取り決めの見直しをしていただけるように、勇気をもって話してみたいと思いました。
ちよいワルじいさんの会
男性高齢者の居場所、生きがい作りに協力して取り組みたいと思います。
医療及び介護の専門職等
住民が進んで参加しているところは凄いいと思います。住民が自ら考えて行動に移せる雰囲気が必要だと感じた。
奈義町の「通所付添・見守りサポート事業」
広域・複数市町の取り組みについて
ヒアリング
住民参加、潜在資源の把握

「地域全体で行っていることを、住民も含め客観視することが重要」と言った川越先生の言葉。行政と住民の間に居る立場の者がコーディネーターの役割をする事。

事例3の地域医療ミーティングの取り組み

6. 事業報告会で最も関心を持った・参考となった内容、取り組みたいと考えること

市町村担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
すべて難しい
行政と専門職、地域住民など全体を巻き込んだ展開
住民への働きかけ、専門職同士の相互理解
中長期的な医療人材・介護人材等の確保。
核となるボランティア人材の掘り起こしと育成
自治体内の推進体制の弱さ
地域資源の把握ができていない。行政・社協・専門職・地域等つながりが強いとは言えず、よそよそしい。
自治体において他事業間で連携する視点に欠けていると感じるため、他事業間で連携して取組を行うことに困難さを感じる。比較的資源が多いことは強みだと感じるが、個々のニーズを把握するところには至っておらず、それぞれの合意を得ながら取組につなげていくことに困難を感じる。
都道府県担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
今のサービスを当たり前と思っている住民が多いと思います。情報共有して一緒に考える仕組み作りに苦労しています。
行政内での目線会わせのほか、県医師会との目線会わせも難しい。コーディネーターから「なぜ医師会がやらないといけない？」という言葉が返ってくることもあるが、それも目線あわせができていないせいかもしれない。
市町ごとに資源や取組の深度、課題等が異なる中で、県としてどのような市町支援に取り組むか難しいと感じている。
自治体職員の意識改革
都道府県であり、住民への働きかけのためには市町との連携が必要となる。
広域での連携が難しく、圏域の境目での連携など議論に至っていない点多々ある。
市町村が抱える個別課題が様々で支援の方法に難しさを感じる
在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター
住民を巻き込む事。行政との連携
自分事として考えられない雰囲気はどう払拭できるのか？
行政とともに考えていくような体制がととのわないこと。
行政との関り
自分たちの地域でも医師の高齢化、診療所の閉院もあり、在宅診療医師の確保、介護支援専門員、介護ヘルパー人材不足は課題で感じている
地域性を踏まえた施策を考えていく為には地域住民との協力や情報の共有が重要だと思う。どのようにしたら足並みがそろえるのか 各々の立場などもあり本当の意味での意見交換は難しいと思っている。
まずは、地域の実情をきちんと把握していくことが課題であり、難しさを感じています。
行政の考え方。
行政のリーダーシップが感じられないこと。協力や提案がしにくい。
課題把握、課題の整理を行い、どのようにまとめるのが難しい 住民向けに啓発するにしても、わかりやすく伝え、興味を持ってもらうためにどのような工夫をしたらいいか。
医師の高齢課と在宅医療に対する意向が弱い事
それぞれの壁を感じてしまう事。
自治体の担当者がすぐに異動してしまい、事業がリセットされてしまったり後退すること
連携の要となっていると思うのですが、各専門職の情報が入りにくいことが課題として実感しています。連

携業務として必要不可欠な部分でもあるので、情報が集まりやすいようにしていきたいと思っております。
医師との連携
医師会との連携が今のところ出来ていないので、医師会の事務局を巻き込んで行けるよう取り組みます。
医療及び介護の専門職等
個人で動いているので経済的な限界がある。協力は惜しまないが、反対に協力を求められなければ対応できない側面がある。
市町村の規模が異なること、また行政への働き掛け
直接、市町村に働きかけるといよりは、事業の中の1団体としての働きかけになる。
自治体により取組に差がある。
医療専門職の社会活動に対する意欲形成
行政の動き方、余りにも縦割り過ぎる
10万の地方都市であり、小さいと思っていたが、逆にまとまりに欠ける。
行政が覚悟を持って医師会やその他の専門職と協働すること。また住民の意見を真摯に聞くシステム。
地域包括ケアシステムを推進するために、法人独自の地域包括ケア推進委員会を立ち上げて活動しています。住民の方々が安心して住み慣れた環境で過ごしていただけるように、法人として何をすべきか、どの様に取り組むかを模索中です。

7. 少子高齢化・人口減少・少資源を克服するために特に工夫していること

市町村担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
ACPノートの普及啓発
まずはリソースが少ない中、多職種連携、住民とのコラボを進めるために、顔の見える関係、腕の見える関係、腹の見える関係の構築。地域一体となった取組を進めるには必要不可欠なものと考えている。
UターンやIターンなどの促進や地区単位での人材発掘はしているが、地域により差が大きい。
住民への在宅医療やACPの普及啓発活動。【他事業について】・介護予防の取組として、住民が指導員等担い手になり、介護予防活動の推進をはかっている。・総合事業の取組として、ボランティア団体と連携し、市民がボランティア団体に登録し、生活支援の担い手になることができる「住民主体の生活支援サービス」を実施している。
都道府県担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
連携強化が重要と言われますが難しいところです。
業務効率の改善
地域在宅医療サポートセンターと連絡会議の場を通して情報を収集している。が、具体的な取組にはつながっていない。
研修会等で市町村に少子高齢化・人口減少・省資源を見据えた上で多職種と今後の我が町について検討する必要があることを説明している
在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター
少資源のなかでも、連携を強化して強みにすること
3師会(医、歯、薬)の地域資源は行政と冊子にまとめ、毎年更新をしている。
高齢化が進み、車の運転など制限され買い物等もできなくなった方々のために今は、移動スーパーといった車が集会場などを定期的に回り買い物出来る様なシステムや乗り合いタクシーといったようなものが開始されました。
少ない資源の中で、利用できるサービスなどの選択肢を増やす工夫
行政 就職者に対して補助金を出す。 子育て支援の充実 企業誘致・医療と介護の多職種連携を円滑にできるようスキルアップの対策をしている。
医師会としては特に。自治体としては、移住者の獲得のため「ペットと移住」「オンライン環境を完備した在宅ワーク移住」などを行っている

市外との連携がスムーズになるように、在宅医療介護連携の窓口同士での情報交換を積極的に行っております。また、都外、県外との連携も不可欠なので、今は情報が入るように行政にお願いして、都外・県外との連携を深められるようにしています。
医療及び介護の専門職等
必要な時に必要な分だけの専門職の活用に取り組んでいます。
現在特に工夫して行うことができていません。
職能団体として、個人の質の向上及びシステム化
連携の推進、地道に根気よく。
適切な介護サービスが提供できるように、働き方改革の推進(IT 導入・外国人採用・定年延長・人材育成等)・介護と医療の連携が円滑に行えるように、介護医療連携センターを法人内に開設した。
長く働く。

8. その他

市町村担当者(在宅医療・介護連携推進事業)
貴重なお話をありがとうございました。わが町に置き換えて、改めて医療介護連携を考えていきたいと思えます。また、ディスカッションの中でまちづくりにもつながることを話されており、大きく視野に入れながら考えていきたいと思えます。
今回の参加を通して、事業のひとつひとつに目的があることを担当者間で意識し、共有し、目的が同じものについては連携することで、より効果的な取組につながるのだと気付いた。また、行政と、現場の専門職それぞれの強みをしっかりと理解することの重要性についても改めて認識した。
所用により視聴できなかった担当者のために、できればアーカイブ配信していただきたい(是非お願いします)。
在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター
現場で動いている専門職の負担が大きくなるばかりで、医師や事業者が疲弊しています。偏らない支援体制を作らなくてはならないと思います
業務時間帯の事業報告会だったため、一部のみしか視聴できませんでした。録画の配信を望みます。
3 時間もあると思いましたが、どんどん引き込まれました。行政からの派遣ではお給料関係がどうなるのか知りたいです。
調査研究の報告をはじめ、中山間地域等の実状況を実際に聴講できたことで、自身の地域において即答はできませんが、ヒントを得ることが出来ました。ありがとうございました。
まずは、基本的なことだが、しっかりと地域の課題を抽出していく事が大切だと改めて感じた。
発表された各地域の努力に敬服しました。
委託先だけでは解決しないことが非常に多いが、行政関係者は「委託しているから」「こういう時のためにお金を払っているから」と相談などをしても逃げてしまうことが多く、この事業は心身の疲労が激しく長続きしない職員が、他の仕事を比べても多い印象。また、労働条件も非常にばらつきがあり、労働対価もとても低い。わたしの内情をお話すると、残業は代休扱いとなるが、残業をしないと業務が終わらず代休がどんどんたまっていくこと、ストレスと体調不良で日々つらい状況です。こういったことを変えていければと思い、こういった研修にいつも参加していますが、当の市町村担当者にも参加を促しても参加されたことはありません。委託という責任逃れを市町村がしている限りこの事業の進展はないと思えます。
今回のように、すでに先行して少子高齢化、人口減少、少資源などの情報を多くの方と共有して、自分たちの地域でも、いずれ起こる出来事として意識づけをしていく必要があるのかな…と思いました。また同じような勉強会・または情報共有の機会があればぜひ参加したいと思いました。ありがとうございました。
医療及び介護の専門職等
手元に資料があれば良かったと思いました。
人口が少ない地域はそこにはその地域課題があると思う。しかし、住民、医師(会)、行政、専門職がそ

<p>の気になって地域の現状課題から将来を考える事の重要性が大変よくわかりました。</p>
<p>その他</p>
<p>地域の人々の意気込みや思いが承継に影響するのだと改めて感じました。とても良いシンポジウムでした。ありがとうございます。</p>
<p>住民を巻き込んだ事例、地域づくりも視点に入れた在宅医療・介護連携の推進は大変参考になりました。</p>
<p>他地域の報告を聞くと新たな発見に出会うことがある。「ちよいワルじいさん」の行動変容、活動は参考になりました。</p>
<p>本調査研究事業のポイントである、「少ない」からこそ互いの知恵と力を活かしてやらねばならないこと、「少ない」中でもできることもある、というのはどの自治体においても必要なことだと再認識した。</p>
<p>是非、また勉強させて頂ければ幸いです。また、多くの行政や同じ事業展開をされている介護・福祉機関にも聞いていただければと思いました。</p>
<p>事前に資料を入手する方法がよくわかりませんでした。</p>

中山間地域等における在宅医療・介護連携に関する調査研究事業
(令和5年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業)

発行月 令和6(2024)年3月
発行者 株式会社富士通総研
〒144-8588 東京都大田区新蒲田一丁目17番25号
富士通ソリューションズスクエア
tel. 03(6424)6752 fax. 03(3730)6800
<https://www.fujitsu.com/jp/group/fri/>

禁 無断転載