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

北海道の「地域医療構想」と地域包括ケアの連携を実現する「住民主体のまちづくり」促進に向けた調査研究

報　告　書

平成 31 年 3 月

一般社団法人北海道総合研究調査会

目　　次

第Ⅰ章　調査研究の概要 1

1　調査研究の背景と目的 1
2　調査研究の方法 3
3　調査研究の概要 7

第Ⅱ章　自治体の健康を取り巻く現状と課題の把握 19

1　地域医療構想について 19
2　北海道内自治体の健康を取り巻く現状 23
3　自治体アンケート調査から見える現状と課題 34

第Ⅲ章　先行事例の整理 42

1　茨城県常陸大宮市　志村フロイデグループ 42
2　沼田町「農村型コンパクトエコタウン構想」の推進 53
3　鷹栖町　社会福祉法人が中心となった住民参加型まちづくり 62
4　更別村　国保診療所による医療体制の構築と住み続けられるまちづくり 67

第Ⅳ章　住民主体型「健康まちづくり」に向けたプロセスモデル 71

1　プロセスモデルの検討 71
2　地域医療供給体制と地域包括ケアシステムをまちづくりに連動させるための要素 73
3　住民主体型プロセスモデルの試行 75

第Ⅴ章　今後の検討課題 85

1　本調査研究の結果に関する考察 85
2　今後の調査研究に向けて 85

資　料　編 87
１．統計データ等 87
２．アンケート調査票（健康づくり担当、高齢者担当） 95
３．アンケート集計結果 101
４．更別村地域懇談会資料 112

第Ⅰ章　調査研究の概要

1　調査研究の背景と目的

（1）背景

平成 25 年の社会保障制度改革国民会議の審議において「病床の機能強化・分化」と「病院完結型から地域完結型への転換」、「地域包括ケアシステムの構築」等が示された。この審議の結果等をふまえ、「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」（医療介護総合確保推進法）が平成 26 年 6 月に成立した。

同法では、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築と「地域包括ケアシステム」の構築を通じ、地域における医療・介護の総合的な確保を推進するとしており、これにより、医療計画の一部として「地域医療構想」を位置付け、構想区域ごとに構想実現に向けた協議の場である「地域医療構想調整会議」が設置され、継続的に開催されている。

北海道においても、平成 28 年 12 月に「北海道地域医療構想」が策定され、今後の人口構造、住民ニーズの変化や担い手の減少等に対応しつつ、各地域において必要な機能を確保するため、「切れ目のない医療提供体制の構築」「医療と介護が連携した地域包括ケアシステムの構築」について両輪で取り組んでいるところである。

北海道全体の人口 10 万人当たりの病院数、病床数は全国の中でも上位を占めるが、2 次医療圏ごとにみると札幌圏と旭川圏に集中しており、その偏在が大きな課題となっている。被保険者 1 人当たりの医療費は高く、市町村国保は全国 14 位、後期高齢者では全国で 4 位となっている（平成 29 年度）。

北海道の健康を取り巻く現状をみると、都道府県別のがんの死亡率（人口 10 万対）が男性は 4 位、女性は 2 位（平成 29 年）と高い。一方で、がん検診率は、肺がん検診が全国 41 位、乳がん検診が 42 位など、全国と比べても低い状況にある（平成 28 年）。特定健診・特定保健指導の受診率も都道府県の中で最も低い（平成 27 年）。

また、高齢者の要支援・要介護認定率は、都道府県の中で 12 位となっているが、道内の市町村の中には、認定率が 20%を超える市町村も多く、北海道内における地域格差は大きい。

今後、高齢化の進展等により、医療需要の増大が予想される中、病床機能の分化及び連携を推進するためには、これまで病院に入院していた人々が地域で療養しながら生活できる環境の整備が求められる。

地域医療構想調整会議における議論・調整の結果は、市町村の医療供給体制や地域包括ケアシステムの在り方に大きく影響する。

在宅医療推進をめざした地域包括ケアシステムの構築・推進に際しては、地域資源として最も重要な地域住民の意識改革が不可欠である。そのためには、①地域の医療等を取り巻く環境について住民が納得するエビデンスを示すこと、②行政と住民、医療・福祉関係者のほか、住まい、交通、見守り・生活支援等の関係者による議論を進め、住み続けられるまちの姿を示すこと、が

求められる。限られた医療・介護、福祉等の資源をうまく使いながら、住民が自らの健康を自分たちでつくることが重要であり、「まちづくり」の観点から取り組む必要がある。

（2）目的

こうした状況の下、自治体（特に中小規模の自治体）は、地域の実情に応じた具体的な施策の推進が求められる。自治体にある医療機関が、あるいは医療機関の医療サービス提供量の一部が他の地域に移動するとした場合、地域に必要な機関や機能を具体的にどのように整備し、また、準備すべき医療や介護のサービス量をどのように見込むか。また、在宅医療連携拠点と地域包括支援センターが連携し、医療・介護、福祉等の様々な生活支援サービスを住み慣れた地域で受けられる体制をどのように構築するのか等の検討が必要となる。

そこで、本調査研究では、①自治体の医療費・介護費、住民の健康度等に関する調査、②地域医療機能の再編を行いつつ、住民の健康と生活を維持している事例を調査する。また、③道内自治体に対して、健康づくり・介護予防活動の現状、地域医療機能の再編に関する考え方についてアンケート調査で把握する。さらに、④モデル自治体を選定し、日常生活圏域（小規模自治体であれば自治体単位も含む）において、「地域医療構想」の推進で求められる地域包括ケアシステム構築に向け、行政や医療機関、福祉関係機関のみならず、地域住民が主体的に参画する「まちづくり」のプロセスを設計し、その地域の実情に合わせた応用的なプロセスを試行する。

２　調査研究の方法

（１）基礎資料・データ等の整理

①地域医療構想について

平成 28 年 12 月に「北海道医療計画」の一部として策定された「北海道地域医療構想」の策定主旨や地域医療構想の実現に向けた取組の概要を整理した。

②北海道内自治体の健康を取り巻く現状について

北海道内における医療機関の状況（市町村別の病院数の状況、病床数の推移など）、及び北海道内の自治体の健康に関するデータ（一人当たり医療費・一人当たり介護給付費・要介護認定率・健康寿命等）について既存の統計資料や各種計画書を基に整理した。

（２）アンケート調査

自治体における健康づくり・介護予防活動に関する自治体の現状や課題、地域医療構想を念頭に置いた医療機能のあり方等に関するアンケート調査を実施した。

調査の実施状況は、以下のとおりである。

図表Ⅰ－２－１　自治体アンケート調査の概要

調査対象	道内 178 自治体の保健（健康づくり）担当および福祉（高齢者）担当
調査方法	郵送によるアンケート調査
調査期間	平成 30 年 10 月 3 日～平成 30 年 10 月 25 日
回収状況	保健（健康づくり）担当：75 ヵ所（回収率：42.1%） 福祉（高齢者）担当　　：92 ヵ所（回収率：51.7%）

（３）ヒアリング調査等

「切れ目のない医療提供体制の構築」「医療と介護が連携した地域包括ケアシステムの構築」について、まちづくりとして取り組んでいる道外及び道内の事例を調査した。

道外先進事例については、地域医療供給体制と地域包括ケアシステムを地域活性化の「まちづくり」と連動させ、医療・介護、福祉の範囲に留まらない取組を展開している事例を選定し、調査した。

図表Ⅰ－２－２　道外先進事例の視察概要

視察日時	平成 31 年 1 月 9 日　（水）　 13：00～17：00
視察先	志村フロイデグループ（茨城県常陸大宮市）
視察者	研究会委員 1 名、オブザーバー1 名、事務局 2 名
視察の視点等	1．「子どもから高齢者まで」、「健康な人から看取りまで」を視野に入れた「地域包括ケア」のネットワークは、どのような構造になっており、どのように機能しているのか。 2．「地域包括ケア」のネットワークに、市民はそれぞれの立場（①患者としての市民、②まちづくりに参加する市民・事業者、③行政職員）で、どのように関わりを持っているのか。

また、道内自治体の先進事例については、既に自治体内の医療機関が診療所のみとなっているが、住民参加型の健康づくりと地域包括ケアを推進している事例を選定した。

具体的には、①行政が主体となって取組を進めた事例（沼田町）、②地元の社会福祉法人が中心となって取組を進めた事例（鷹栖町）、及び③医療機関が主体となって取組を進めた事例（更別村）について、取組の背景・経緯と具体的な活動内容等を調査した。

各自治体の概要は、図表Ⅰ－２－３のとおりである。

図表Ⅰ－２－３　調査対象自治体の概要

		茨城県 常陸大宮市	沼田町	鷹栖町	更別村	全国平均 （参考）
面積		348.45k㎡	283.35k㎡	139.42k㎡	176.90k㎡	
国勢調査人口	（2010年）	45,178人	3,612人	7,345人	3,391人	
	（2015年）	42,587人	3,181人	7,018人	3,185人	
人口増減率（2010～2015年）		−5.74%	−11.93%	−4.45%	−6.07%	−0.75%
高齢化率（65歳以上・2015年）		33.3%	40.7%	30.3%	29.0%	26.6%
人口密度（2015年）		122.20人／k㎡	11.20人／k㎡	50.30人／k㎡	18.00人／k㎡	340.80人／k㎡

資料：国勢調査より作成

（４）モデル調査

４つの先進事例から、地域医療供給体制と地域包括ケアシステムを「まちづくり」と連動させ、地域の多様な主体が「まちづくり」に参加するプロセスを確認した。

本年度は、北海道内で「生涯活躍のまち」の構築に着手した更別村の協力を得て、住民、事業者、行政、医療機関等の関係者が参加し、「住み続けられるまち」のあるべき姿について議論する場を設け、まちづくりのプロセスの一部を試行した。

試行結果を踏まえ、その成果と推進上の課題について検討、整理した。

図表Ⅰ－２－４　更別村における地域懇談会の概要

名　称	「健康づくり」と「まちづくり」に関する地域懇談会
日　時	平成 31 年 2 月 21 日（木）　19：00～21：00
場　所	更別村地域創造複合施設　（熱中小学校）
参加者	21 名
講　演	「更別を本物の住みたい 住みつづけたいまちに ～新時代の保健，医療，福祉，介護，教育を基盤としたまちづくり～」
意見交換	○住み慣れた地域で、人生の最期までどのように生きたいか？ ・「健康な期間」をどう過ごしたいか？ ・「人生の最終段階」をどう過ごしたいか？

（５）研究会の設置・検討

有識者および自治体職員等からなる検討会を設置し、以下の内容で検討を行った。

図表Ⅰ－２－５　検討委員会の開催概要

	開催日程	議事内容
第１回	平成 30 年 11 月 14 日 15：00～17：00	（１）調査結果の概要報告 ①自治体アンケート調査の結果概要 ②健康指標に関するデータと分析結果の概要 （２）調査研究の枠組み ①調査研究フレームの概要 ②論点整理 （３）今後の調査の方向 ①取組事例のヒアリング調査（道外：常陸大宮市） ②モデル自治体におけるプロセスモデルの検討
第２回	平成 31 年 1 月 31 日 18：00～20：00	（１）道外事例調査報告 （２）調査研究報告書の骨子（案）について （３）モデル自治体（更別村）における地域懇談会の開催について
第３回	平成 31 年 3 月 28 日 18：00～20：00	（１）沼田町の事例について （２）更別村地域懇談会について （３）調査報告書の流れについて （４）意見交換 （５）調査研究報告書について

図表Ⅰ－２－６　研究会委員

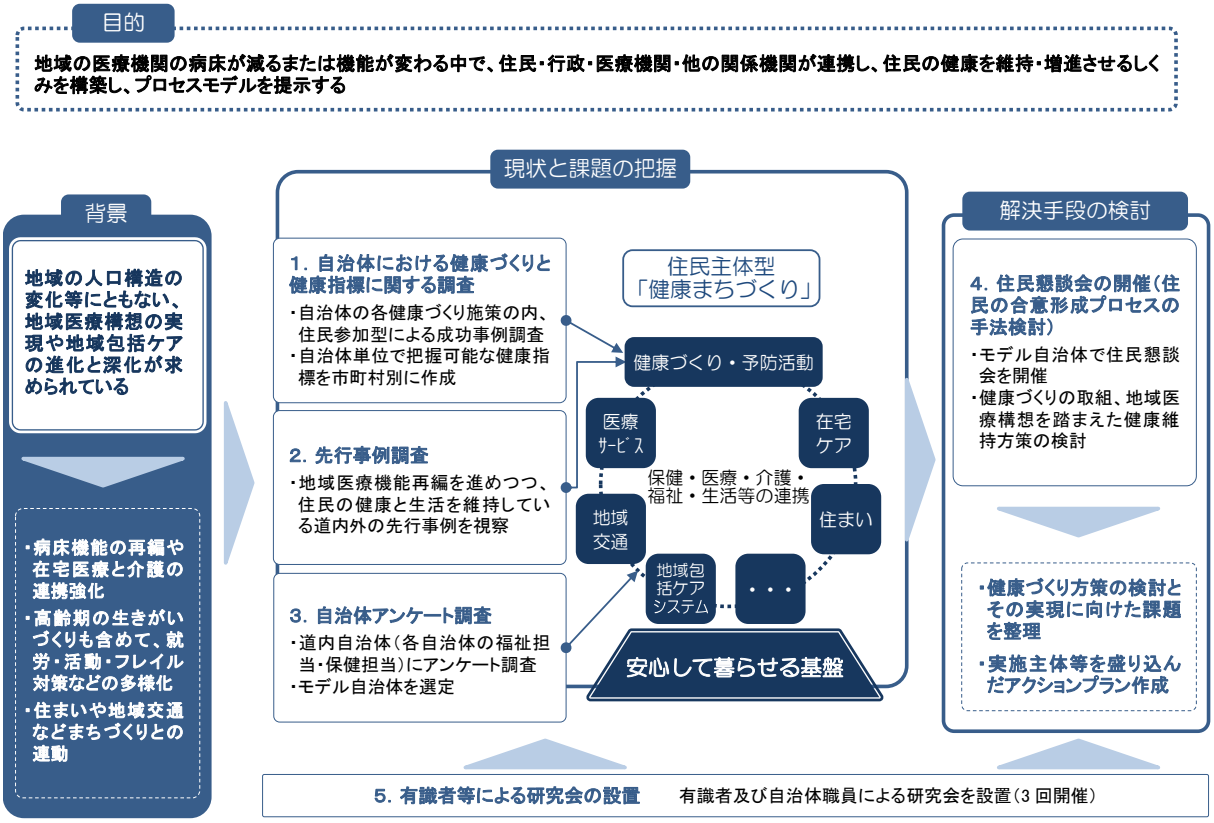
委員名	所属・役職	備考
前沢　政次	北海道大学名誉教授 ひまわりクリニックきょうごく　所長	座長
島崎　謙治	政策研究大学院大学　教授	
徳田　禎久	社会医療法人禎心会　理事長	
波潟　幸敏	社会福祉法人さつき会　常務理事	
東　　葉子	（一社）北海道介護支援専門員協会 日本介護支援専門員協会北海道支部　専務理事	
吉田　　学	更別村役場　保健福祉課　課長補佐	
山田　美緒子	中頓別町　保健福祉課　主幹	

（敬称略、順不同）

（６）調査研究の流れ

本調査研究の流れは図表Ⅰ－２－７に示すとおりである。

図表Ⅰ－２－７　調査研究フロー



３　調査研究の概要

（１）地域医療構想

2025 年には、いわゆる「団塊の世代」が後期高齢者となり、医療や介護の需要がピークを迎える。その後、年少人口や生産年齢人口の減少のみならず、高齢者の減少が始まるなど、地域の医療資源はもとより、地域の様々な社会基盤を地域の実情に合ったかたちで効率的に配置し、より良質な医療サービスを受けられる体制の整備が必要となってくる。

平成 26 年 6 月「医療介護総合確保推進法」の成立により、都道府県における「地域医療構想」の策定が制度化された。北海道では、それぞれの地域において話し合いを進めることにより、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療や介護等に至るまで、切れ目のないサービスがその地域の実情に応じてバランスよく提供される体制の構築を目指し、平成 28 年 12 月に「地域医療構想」を策定している。

策定にあたっては、21 の構想区域（「第二次医療圏」及び「高齢者保健福祉圏域」と同じ）ごとに、地域医療構想調整会議を設置し、議論が行われている。また、構想策定後も地域医療構想調整会議が開催されており、医療機能の役割分担や病床機能の転換等に関する話し合いが進められている。

（２）道内自治体における医療体制、及び地域包括ケア等に関する現状と課題

本調査研究で実施した自治体アンケートにおいて、地域の医療・介護サービスの提供体制に関する保健・福祉担当部局の認識を確認した（詳細は、第Ⅱ章を参照）。

①医療機関や医療サービスに関する課題

アンケート結果によれば、医療提供体制については、受診できる診療科や在宅医療に対応可能な医療機関が少ないなど、「医療サービスの不足」と、医師や看護師、リハビリ職等の「人材の不足」が大きな課題である。受診可能な診療科が限られている、産科の受診ができない等、診療科の不足に関する課題を感じているおよそ 7 割の自治体においては、近隣自治体との連携がうまく機能すれば医療体制の確保が可能であると回答している。

しかし、近隣自治体との連携が取れた場合でも、在宅医療に関しては、およそ 7 割の自治体において対応が難しいと回答している。特に、在宅医療の提供体制に関しては、自治体の規模や医療機関数等に関わらず、今後の課題と認識している自治体が多いと推測される。

②地域包括ケアシステムにおける医療機能の確保に関する課題

また、地域包括ケアシステムの推進においては、「医療と介護の連携」「認知症施策に対する医療体制」は既に機能している自治体が多い一方で、「在宅医療」「終末期の看取り」など「地域の（実現可能な）受け皿づくり」が十分機能していないとの回答が多くみられた。

特に、積雪寒冷で広域分散型の北海道においては、それぞれの地域事情に応じた在宅医療の推進、介護サービスの提供体制の整備、高齢者の住まいの確保など、住み慣れた地域で生活を継続することができる体制整備が必要であり、「まちづくり」の観点から議論すべきものと言える。

（3）住民の理解とまちづくり

自治体の人口減少と少子高齢化が進展する中、医療供給体制は大きく変化している。

国は、総務省による更なる公立病院改革の促進や、厚生労働省の地域医療計画、地域医療構想による医療機関の機能分化、規模の縮小化、在宅医療の推進などを推進してきた。

しかし、自治体アンケート調査の結果によれば、保健・福祉担当部局では「地域医療構想」が策定されたとは知っているが、「内容を知っている」との回答は約半数にとどまっている。

地域の医療を取り巻く環境が変化する状況で、地域住民は、医療に過度に依存することなく、自ら病気にならないように予防する、病気になっても重症化や再発を防いでいく方法を自ら身につけていくことが求められる。また、住み慣れた地域で、どのように生活を継続し、どのように人生を全うすることが望ましいのかを考えなければならない状況にあると言える。今後のまちづくりの指針を自分たちで話し合い、決めてゆく時期に来ている。

住民参加による議論は、地域の医療を取り巻く環境について、現状のみならず想定される今後の変化を前提としたものにならざるを得ない。議論に当たっては、行政から住民に対して「地域医療構想」に関する最新の情報提供が行われていることが前提となる。

また、自治体内の医療機関の規模縮小、機能変更、さらには医療機関自体の存続に関わる問題がある場合は、別途、行政と医療機関との調整のプロセスを適正に踏むとともに、住民への情報提供と了解や合意形成を図るプロセスが求められる。

（４）地域医療供給体制と地域包括ケアシステムの連携構造

今後、人口減少と高齢社会が進展する中、患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関の相互連携、及び医療と介護との連携の強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制の構築が求められている。

道内の地域医療供給体制においては、「かかりつけ医」を中心として「回復期病院等」（かかりつけ医機能を持つ中小病院や有床診療所）、訪問看護師や地域包括支援センターなどとの連携を強化する必要があるとともに、急性期医療への対応については中核都市等にある医療機関との連携を維持することが不可欠となる地域も存在する。

①道内自治体における医療機関の配置状況

「道内医療機関名簿」（北海道保健福祉部）によれば、平成 30 年 4 月 1 日現在、北海道の病院数は 557 か所、有床診療所は 422 か所、無床診療所は 3,053 か所である。病院が「0 か所」の市町村は 67 自治体、「1 か所」の市町村が 65 自治体あり、また、自治体内に病院・有床診療所がなく、無床の診療所のみの市町村は 6 自治体となっている。（詳細は、第Ⅱ章を参照）

②中小規模自治体の地域医療供給体制と地域包括ケアシステムの連携構造

中小規模の自治体の場合は、現在、あるいは今後の地域医療供給体制と地域包括ケアシステムの連携構造について、仮説として大きく３つのタイプに分けることができる。(図表Ⅰ－３－２)

タイプ１：自治体内に回復期機能等を有する病院がある

タイプ１は、中規模都市等において、高度急性期（あるいは急性期）機能は域外の医療機関と連携しつつ、地域内は回復期機能等を有するタイプである。回復期機能等と「かかりつけ医」を中心として、地域包括ケアシステム構築の中心的な役割を果たす組織等との連携を強化しつつ、まちづくりにつなげていくことが想定される。

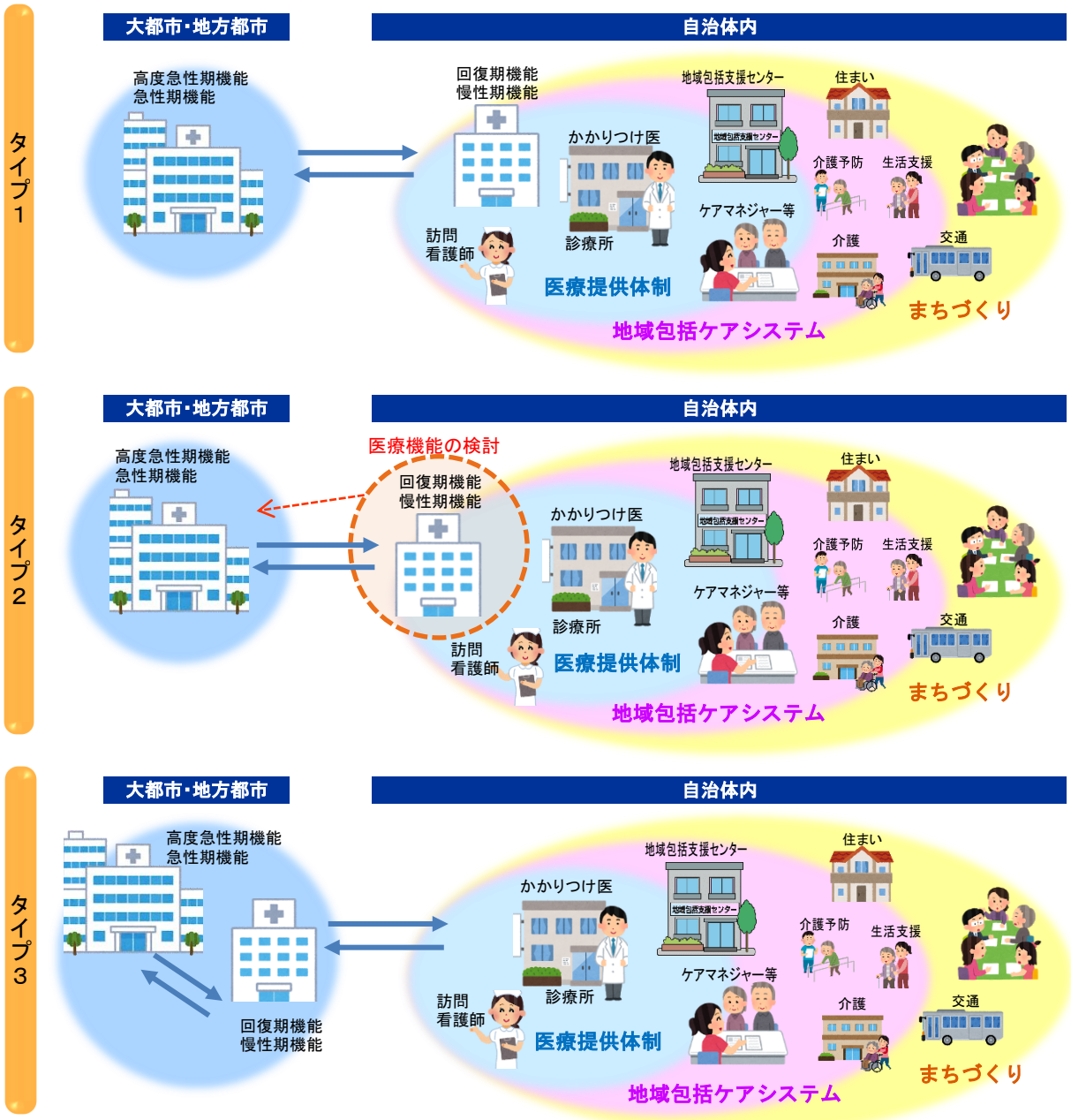
タイプ２：今後、自治体内の医療機能について検討を要する

タイプ２は、現在、自治体内に病院が存在するが、今後、病床や医療機能のあり方について検討を要するとともに、現行の地域包括ケアシステムとの関係性を含めた議論が必要となる地域である。関係者による協議を進め、住民への理解を求めることが必要になると想定される。

タイプ３：自治体内に診療所のみを有する

タイプ３は、既に、自治体内に病院がなく、診療所を中心にかかりつけ医、地域包括支援センター、訪問看護師、ケアマネジャー等が連携した地域包括ケアシステムの強化を進めている自治体である。

図表Ⅰ－３－１　医療供給体制からみた地域包括ケアシステムとの連携構造（３つのタイプ）



（５）先進事例の整理

本調査研究においては、道外及び道内の先進的な取組事例について訪問調査と聞き取り調査を実施した（詳細は、第Ⅲ章を参照）。

＜地域医療供給体制と地域包括ケアシステムの連携構造＞

道外先進事例については、「地域医療供給体制と地域包括ケアシステムの連携構造」はタイプ１のケース、道内先進事例は、タイプ２からタイプ３へ移行したケースとして整理・分類できる。

＜取組の中核的主体＞

また、各取組事例を「まちづくり」の観点から分類すると、まちづくりの中核的主体が行政、社会福祉法人、及び医療機関とそれぞれ異なるタイプとなっている。

①道外先進事例調査

道外先進事例の取組概要は、以下のとおりである。

医療法人が中心となり、エリア内に回復期・慢性期の医療機能を備えた医療供給体制と地域包括ケアシステムの一体的な整備を進めている。特に医療法人に勤務している専門職がボランティア団体として商店街と連携したまちづくりに参加し、また、住民によるフィットネス教室の場を提供するなど、住民参加型まちづくりを推進している。

図表Ⅰ－３－２　道外先進事例：茨城県常陸大宮市（志村フロイデグループ）

地域の概要 （H27 国勢調査）	○人口：42,587 人 ○老年人口比率： 33.3% ○面積：348.45k ㎡（人口密度 122.2 人／k ㎡）
医療体制	＜経緯＞ ○市内の急性期病院（平成 18 年開設）との「機能分化」を行い、リハビリ機能を中核として医療・介護の連携体制を構築
	＜現在＞ ○地域に開かれた施設を目指し、地域包括ケアシステムを構築（24 時間、365 日の地域包括ケアの確立を目指す） ○市内に拠点を持つ医療法人及びその職員有志の自主的な取組
中核的主体	○志村フロイデグループ（医療法人、社会福祉法人）
まちづくりの **ﾌﾟﾗｯﾄﾌｫｰﾑ**	○若手・中堅によるまちづくり（フロイデ DAN） ○コミュニティカフェ・バンホフの運営 ○プロボノ（医療・福祉分野の専門性を発揮）
主な連携主体	○商工会との連携 ○常陸大宮市の行政計画への反映（医療・福祉施設と商業機能の連携）
健康づくり	○ヘルスリテラシーの重要性を認識 ○リハビリ重視

住民の関わり	○フロイデサポーター登録制度 ○住民による「健康ストレッチ教室」など

②道内先進事例調査

道内先進事例の取組概要は、以下のとおりである。

＜沼田町＞

沼田厚生病院の赤字問題と商業施設の閉店問題をきっかけに、行政と商工会がそれぞれ中心となりながら、対応等を検討した。町の医療・福祉の提供体制については、行政と厚生連の協議により無床診療所としたあとのまちづくりについて検討した。その結果、町民と一緒に考える住民参加型のプロジェクトを立ち上げ、市街地の歩いて暮らせる範囲に生活に必要なサービスを集約するコンパクトなまちづくりに取り組んでいる。

図表Ⅰ－３－３　道内先進事例①：沼田町

自治体の概要 （H27 国勢調査）	○人口：3,181 人 ○老年人口比率：40.7% ○面積：283.35k ㎡（人口密度 11.2 人／k ㎡）
医療体制	＜経緯＞ ○平成 18 年沼田厚生病院の赤字補填を決定 ○平成 25 年に町立無床診療所化を決定
	＜現在＞ ○町立国保診療所（無床） 1 （指定管理者：厚生連） ○平成 29 年、新築の「暮らしの安心センター（社会福祉協議会、デイサービス、トレーニングルーム等の合同施設）」内に移転
中核的主体	○沼田町 ○行政が町内の医療機関の存続問題について解決の道筋をつけ、住民参加型のまちづくりに取り組む
まちづくりのﾌﾟﾗｯﾄﾌｫｰﾑ	○沼田町、地元商工会、ＪＡの三者がまちづくりにおいて連携する文化がある（夜高あんどんまつり等） ○平成 25 年から保健・医療・介護の拠点施設と複合商業施設の整備を盛り込んだ「農村型コンパクトエコタウン構想」を推進
主な連携主体	○厚生連、地元商工会とＪＡ
健康づくり	○全世代の一般町民が集まる健康運動の場として「暮らしの安心センター」のトレーニングルームを活用
住民の関わり	○参加型まちづくりのスキルを身に着けた住民と行政職員

＜鷹栖町＞

地域の社会福祉法人が中心となり、3 年かけて町内に整備予定の特別養護老人ホームのあり方を検討し、結果として住民も出入りする施設が誕生した。このことをきっかけに住民との連携が進んでいる。その後、サ高住に併設してフィットネスとコミュニティカフェを整備し、専門家と住民の協働による介護予防事業で住民の健康増進を図っている。

図表Ⅰ－３－４　道内先進事例②：鷹栖町

自治体の概要 （H27 国勢調査）	○人口：7,018 人 ○老年人口比率：30.3% ○面積：139.42k ㎡（人口密度 50.3 人／k ㎡）
医療体制	＜経緯＞ ○昭和 50 年代、「健康のまちづくり」を掲げ、保健師活動を中心に予防に取り組む方針を打ち出す ○入院や急性期医療は隣接する旭川市と連携
	＜現在＞ ○無床診療所 1
中核的主体	○社会福祉法人さつき会 ○住民、社会福祉法人、行政が協力して、地域で暮らし続けるための拠点づくりを行う ○特別養護老人ホームにおける「看取り」（入居者、職員、家族に看取ってもらう（お別れ会））に取り組む
まちづくりのﾌﾟﾗｯﾄﾌｫｰﾑ	○社会福祉法人さつき会が中心となり、住民がまちづくりに参加 ○町が「お互い様づくり行動計画」を平成 26 年度に策定し、新しい住民活動を支援
主な連携主体	○鷹栖町
健康づくり	○総合事業の拠点施設を活用し、事業所職員が講師になって健康づくりの講座を実施するなど、ヘルスリテラシーの重要性を認識 ○理学療法士（PT）を 2 名配置し、個別の体力評価と個別プログラムを作成した上で体力づくり活動を実施
住民の関わり	○「ぬくもり友の会」による朝市やサロンなどの活動 ○「コレカラサポーター」による運営サポート（総合事業の拠点の運営サポーターとして、住民が活動。PT だけでは人手が足りない、マシンの利用方法の説明や誘導などを担う）

＜更別村＞

平成 13 年、無医村になりかけた時に家庭医を標榜する医療機関を誘致した。国保診療所と行政（保健師や地域包括支援センター）と介護事業所の連携により、住民の健康づくりや福祉の向上を進めてきた。このような動きをベースに行っている障がい者の就労支援等も含め、熱中小学校の取組による外部の力も活かすことができるまちづくり（「生涯活躍のまち構想」等）を連動させる取組を推進している。

図表Ⅰ－３－５　道内先進事例③：更別村

自治体の概要 （H27 国勢調査）	○人口：3,185 人 ○老年人口比率：29.0% ○面積：176.90k ㎡（人口密度 18.0 人／k ㎡）
医療体制	＜経緯＞ ○平成 13 年、医療法人社団カレスアライアンスと更別村が家庭医療に関する業務提携を締結
	＜現在＞ ○国保診療所（有床） 1 ○平成 16 年、役場保険福祉課、社会福祉協議会、生活援助員付き住宅との合同施設に新築移転
中核的主体	○国保診療所の医師（家庭医）
まちづくりのﾌﾟﾗｯﾄﾌｫｰﾑ	○国保診療所 ○十勝さらべつ熱中小学校
主な連携主体	○青年海外協力協会(JOCA)によるまちづくり（生涯活躍のまち）の支援
健康づくり	○ヘルスリテラシーの重要性を認識（＝ライフ・スキル教育）
住民の関わり	○小学生等を対象としたライフ・スキル教育 ○「生涯活躍のまち構想」策定プロセスへの参加

（６）プロセスモデルの検討

４つの事例から、地域医療供給体制と地域包括ケアシステムを「まちづくり」と連動させるプロセスは、相互に関連しながらも、大きく 2 つの段階があり、各段階において、踏むべきプロセスがあることを確認した。（第Ⅳ章を参照）

その上で、住民主体型「健康まちづくり」に向けたプロセスモデルを検討した。

①地域の医療提供体制（フェーズ１） 自治体及び周辺の医療提供体制の現状を把握するとともに、将来のあるべき姿を描く段階 ※行政と住民、及び住民間の共通了解を得るプロセスを通じて、地域医療供給体制と地域包括ケアシステムの一層の連携を「まちづくり」として取り組むことが重要
②まちづくりとの連動（フェーズ２） 中核的主体が「まちづくり」の視点をもって取り組む段階 ※医療・介護・福祉の分野に留まることなく、商工会との連携等、多様な分野のキーパーソンを巻き込むことが重要

（７）地域医療供給体制と地域包括ケアシステムをまちづくりに連動させるための要素

住み慣れたまちで暮らし続けたい人が、コミュニティの中で健康に生活するためには、地域医療供給体制と地域包括ケアシステムの一層の連携を「まちづくり」として取り組む必要があり、以下の 2 つの要素が重要である。

要素１	**○ライフステージに応じた健康づくり** ⇒年齢とともに変化する健康状態やライフステージに応じた健康づくり、医療、ケアのあり方を考え、実践する（ヘルスリテラシーの向上）。
要素２	**○地域資源を生かしたまちづくり** ⇒買い物、交通、コミュニティとの関わりなど、住み続けられる環境、地域資源を生かしたまちづくりのあり方を考え、参加する。

①ライフステージに応じた健康づくり

自治体アンケート調査によれば、多くの自治体においては、「概ね健康な人」を対象とする独自の取組を行っているが、北海道の平成 27 年の死因別死亡数の半数以上を生活習慣病が占めている。また、北海道の要介護認定率は、今後、増加傾向で推移し、平成 30 年に 19.9%であったものが、平成 37（2025）年には 22.8%になると予想される。

住み慣れた地域でそれぞれのライフステージに応じた健康づくりを推進するためには、住民のヘルスリテラシーの一層の向上を促す仕組みづくりが必要となることから、本調査研究では、「要素 1」に関連して、自治体が策定している健康増進計画やデータヘルス計画、KDB（国保データベース）等の情報を有効活用し、健康指標の作成など、それぞれの自治体の実態に応じた情報の整理と住民等への継続的な提供に資する資料案を作成した。

②地域資源を生かしたまちづくり

また、先進事例調査から、ケア・サイクルに対応した「地域の（実現可能な）受け皿づくり」、フレイル（身体、精神心理、社会性）対策等、ケア・サイクル構築の取組に不可欠な「世代内の支え合い」「世代間の支え合い」「看取り」などを実現するための環境づくりが重要であることを確認した。

本調査研究では、「要素 1」に関連して、住み続けられる環境として、買い物、交通、コミュニティとの関わりなど、健康であるために不可欠の要素である社会性・社会環境（健康の社会的要因）の重要性に着目し、地域資源を生かした「まちづくり」について検討するための住民懇談会等の企画案を作成し、更別村をモデルとして住民懇談会を開催した。

（８）住民主体型プロセスモデルの試行

本年度は、北海道内で「生涯活躍のまち」の構築に着手し、本調査研究の「プロセスモデル」のフェーズ 2 にある更別村の協力を得て、住民、事業者、行政、医療機関等の関係者が参加し、「住み続けられるまち」のあるべき姿について議論の場を設け、まちづくりのプロセスの一部を試行した。

STEP1	「地域を取り巻く医療・介護、福祉、生活環境の現状」、及び「把握可能な健康指標」など、住民が納得するエビデンスを示す。
STEP2	住民、行政、医療・福祉関係者、各種産業に関わる事業者等を含めた議論の場を設ける。
STEP3	地域の多様な主体が「住み続けられるまち」の姿について議論し、まちづくりを実践するプロセスをモデル自治体で試行する。

①「ＳＴＥＰ１、２」（地域の情報を体系的に整理し、参加の場を設ける）

平成 31 年 2 月 21 日（金）、午後 7 時から、更別村地域創造複合施設 （熱中小学校）において、「夢大地さらべつ推進委員会」の構成メンバーを中心として、『「健康づくり」と「まちづくり」に関する地域懇談会』（以下、懇談会と記す）を開催した。

懇談会の参加者は、夢大地さらべつ推進委員会委員、更別村職員等、21 名であった。

②「ＳＴＥＰ３」（まちづくりの実践プロセスを試行する）

現在のまちの姿を俯瞰しつつ、「健康なとき」「病気になったとき」「人生の最終段階を迎えたとき」、住み慣れた地域でどのような生活を送ることができるのか、モデル市町村（更別村）の住民が自ら考える機会を設定した。今回の懇談会は、住民、行政、医療・介護、福祉の関係者のみならず、まちづくりに関連する関係者、団体を含め、時間をかけて、継続的に議論をする場と環境（気運醸成等を含む）をつくる契機として位置付けた。

③住民の視点から（意見交換より）

モデル市町村（更別村）の懇談会では、３つのグループに分かれて、以下のテーマで意見交換を行った。

テーマ：住み慣れた地域で、人生の最期までどのように生きたいか？
①「健康な期間」をどう過ごしたいか？
②「人生の最終段階」をどう過ごしたいか？

＜①「健康な期間」をどう過ごしたいか？＞

○「①「健康な期間」をどう過ごしたいか？」について、住民の意見に共通する視点は、①趣味や社会貢献など「**生きがい**」を見つけて過ごしたい、②積極的に「**仲間作り**」をしたい、③年齢に応じて「**仕事**」を続けたい、④上記①～③を実現するために「**健康で自立した生活**」をしたい、の４点に集約される。

○また、更別村で「健康で自立した生活」を過ごすための社会基盤として、地域交通、いわゆる「**日常生活における住民の足の確保**」の重要性を指摘する意見があった。

＜②「人生の最終段階」をどう過ごしたいか？＞

○「②「人生の最終段階」をどう過ごしたいか？」についての意見交換は、①「**誰と**」、②「**どこで**」、③「**どのように**」の３つの視点に集約される。

○特に重要な論点と考えられるものとして、「自分の事は自分で、基本的には迷惑をかけないで暮らしたい」、「一番良いのは**自宅**で家族に看取ってもらうことだが、家族の負担等を考えると、最期は**施設**で迎えたい」とする意見であった。

○また、人生の最終段階を迎えるまでの「**経済的、金銭的な不安**」を指摘する意見もあった。

上記①、②の議論をきっかけとして、明らかとなった課題や意見を踏まえ、今後、更別村において、住民が望むまちをどのように実現していくのか、その方策や手順を、若い世代を含め、継続的に議論する場づくりが、次のステップとなる。

④行政の視点から（行政の役割）

今回の試行を通して、地域医療供給体制と地域包括ケアシステムを住民主体の「まちづくり」と連動させる仕組みを構築するプロセスにおいて､行政が果たすべき役割と推進上の課題について整理した。

＜論点１：問題をどのように認識するか（課題認識の場と住民の共通了解）＞

○更別村における医療・介護を取り巻く現状、及びまちづくりのための各種の社会資源を体系的に整理し、住民（事業者等を含む）に対して情報提供する必要がある。

○更別村では、健康づくりや医療・介護、福祉等に関する各種計画を住民に公表、提供しているが、今回の試行を通じて、個々の計画等が掲げる数値目標を含め、「まちづくり」の観点から各種計画等を体系的に整理、可視化した資料を作成した。

○住民の課題認識を踏まえ、今後は、例えば、自宅、有床診療所、各種の施設等を含め、幾つかの在宅医療のかたちがあり得ることなど、住民が「まちづくり」の中で考え、実際に選択できる仕組みづくりに向けたプロセスの確立などが想定される。

＜論点２：どのように対応策を検討するか（住民参加の基盤づくり）＞

○更別村は、現在の国保診療所の体制がスタートした平成 13 年に、村の医療供給体制に関する将来の方向性を定める段階（フェーズ 1）を経て、平成 3 年の「福祉の里構想」、平成 18 年の「リラクタウン構想」策定以降、医療・介護、福祉の提供体制を整備し、平成 30 年度、更別村は、「生涯活躍のまち構想」策定に向けて、「住民参加型まちづくり」を進める環境が整ったと言える。

＜論点３：実践環境をどのように整えるか（活動拠点、人材育成）＞

○更別村においては、高齢者生活福祉センター「福祉の里総合センター」に併設されている更別村国保診療所による健康づくり、ヘルスリテラシーの向上等の長年に亘る成果の蓄積があり、当該施設は活動の拠点の一つとなる。

○また、まちづくりの人材確保・育成の観点から、「まちづくり＝ひとづくり」のプラットフォームである「十勝さらべつ熱中小学校」を中心に、すべての世代の参加の受け皿として活用されている。

○本調査研究において調査した先進事例は、いずれも過去 10 数年に亘る「まちづくり」の取組の下地があり、それぞれの地域の特性に応じたまちづくりの拠点を有している。

＜論点４：成果の可視化と持続化＞

○「住民主体のまちづくり」の取組を定着させ、持続するためには、「健康づくり」や「まちづくり」の取組成果を住民が実感できる、わかりやすい指標を作成し、定期的に公表する仕組みが必要となる。

○今回の試行では、「夢大地さらべつ推進委員会」を参加の場として活用したが、今後、幅広い世代の参加を促すためには、例えば、「熱中小学校」等の取組との連携など、さらなる工夫が必要となる。

第Ⅱ章　自治体の健康を取り巻く現状と課題の把握

1　地域医療構想について

（1）地域医療構想

日本の人口は減少過程に入っており、今後も減少が続くと推計されている。平成 37（2025）年にはいわゆる「団塊の世代」がすべて 75 歳以上となり、さらに高齢化が進むことが予想されており、医療や介護の需要が最大化する。一方で、高齢者の減少が始まるなど、地域によって人口構成にも差がみられることが予想されている。そのため、地域の実情に合った医療機能を効果的かつ効率的に配置し、患者の状態に見合った病床でより良質な医療サービスを受けられる体制の整備が必要となっていた。

そこで、地域の高齢化等の実情に応じた病床の機能分化・連携を進めることで、効率的な医療提供体制を構築するため、平成 26 年 6 月「医療介護総合確保推進法」の成立により、都道府県における「地域医療構想」の策定が制度化された。

「地域医療構想」は、2025 年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、4 つの医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに 2025 年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるものである。

厚生労働省では都道府県における地域医療構想策定のため、推計方法等を含む「地域医療構想ガイドライン」を平成 27 年 3 月に取りまとめ、平成 28 年度中にはすべての都道府県で「地域医療構想」が策定された。

「地域医療構想」は都道府県の医療計画の一部と位置づけられているため、策定に当たっては、医療計画と同じ手順で定めることが必要とされ、診療または調剤に関する学識経験者の団体、都道府県医療審議会、市町村及び保険者協議会の意見を聴くとともに、構想区域ごとに地域の医療関係者、保険者、市町村および住民の意見を反映する手続きをとることが必要とされている。

■地域医療構想の策定について

●構想区域の設定

構想区域の設定に当たっては、現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など、将来における要素を勘案して検討。

●医療機能

地域医療構想においては、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の 4 つの医療機能ごとに、病床必要量を推計。

医療機能の名称と内容

名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頚部骨折等の患者に対し、ＡＤＬの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

※病院機能報告制度（平成 26 年 10 月施行）により、各医療機関（有床診療所を含む）は、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を自主的に選択し、病棟単位で都道府県に報告することとなっている。

●構想区域ごとの医療需要の推計

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要は、以下の計算式で推計。

構想区域の 2025 年の医療需要＝
［当該構想区域の 2013 年度の性･年齢階級別の入院受療率　×　当該構想区域の 2025 年の性・年齢階級別の推計人口］を総和したもの

また、慢性期機能の医療需要は、入院受療率の地域差が生じていることから、この差を一定の幅の中で縮小させる目標を設定し、上記推計方法に目標設定を加味することで推計。

●医療需要に対する医療提供体制の検討

構想区域間の医療提供体制の役割分担を踏まえ、医療需要に対する供給数の増減を調整

●医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推移

推定供給数を基に書く構想区域における 2025 年の必要病床数を算出

●医療提供体制を実現するための施策の検討

構想区域ごとに抽出された課題に対する施策を検討し、施策の基本となる事項を決定

●地域医療構想調整会議の設置・運営

都道府県は、構想区域等ごとに地域医療構想調整会議を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の必要病床数を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行う。

●地域医療構想実現に向けた PDCA

都道府県は、地域医療構想の実現に必要な事業の進捗評価を定期的に実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCA サイクルを効果的に機能させることが必要。

（２）北海道地域医療構想

病気になっても高度な医療やリハビリテーション、在宅医療に至るまで、状態に応じて切れ目のない医療をできるだけ身近な地域で受けることができるようバランスの取れた医療提供体制の構築を目指すため、北海道では、平成 28 年 12 月に「地域医療構想」を策定した。

①構想区域と期間

「北海道地域医療構想」の構想区域は、医療法に基づく「第二次医療圏」及び介護保険法に基づく「高齢者保健福祉圏域」と同じ 21 区域である。

また、平成 29 年度を終期とする「北海道医療計画（改訂版）」の一部として策定したが、平成 37（2025）年における医療需要が推計されている。

②策定体制

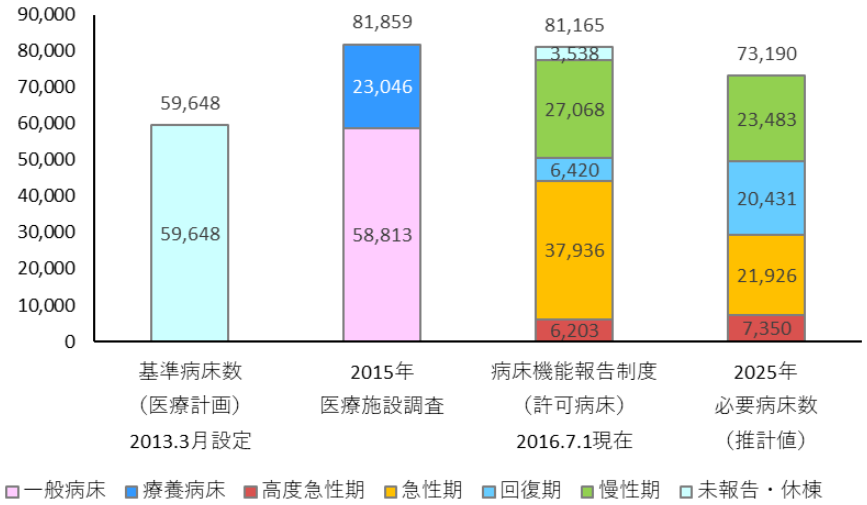
策定にあたっては、地域の実情を反映させるため、21 の構想区域ごとに地域医療構想調整会議を設置し、策定に向けた議論を行った。その内容を踏まえ、北海道保健医療協議会地域医療専門委員会における協議を経て、北海道地域医療構想（案）を作成し、北海道医療審議会への諮問・答申を行ったうえで、「北海道地域医療構想」策定した。

③病床数の推計

病床数の推計については、平成 25 年において患者に行われた医療行為の量に関するデータを用い、人口構造の変化等を踏まえ、平成 37（2025）年に、どのような区分の医療（高度急性期、急性期、回復期、慢性期等）がどの程度必要となるかを推計した。

推計によると、平成 37（2025）年には、高齢者の増加により、急性期病床での治療後にリハビリテーションを必要とする人が増加するため、回復期病床の不足が見込まれていることから、回復期病床の確保に向けた病床機能転換等の取り組みが必要とされている。

図表Ⅱ－１－１　平成 37 年（2025 年）の必要病床数（推計）



④実現に向けた施策の検討

平成 37（2025）年の病床数の推計を踏まえ、将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、地域の医療ニーズに対応した「医療機関相互の役割分担と連携の促進」、地域の実情に応じた「医療と介護が連携した地域包括ケアシステムの構築」、人口減少を見据えた「医療と介護従事者の確保・養成」の施策についての検討が必要であるとされている。

⑤地域医療構想策定後の取組

地域医療構想の実現に向けては、地域ごとに目指す姿を共有し、その実現に向けて地域の関係者での協議を行うほか、道と各構想区域においても連携を図りながら必要な協議を継続的に行うことが必要であるとされている。各地域の地域医療構想調整会議では、疾病ごとの状況や地域の連携状況を分析しつつ、個別医療機関の具体的な役割や、医療機関相互の役割分担・連携体制等について議論を進めている。

また、医療を受ける当事者である患者、住民の理解を得るため、「医療機関の機能分化・連携の趣旨」「在宅医療等の推進の趣旨」「かかりつけ医の重要性」等についての情報発信をし、今後の医療のあり方や医療提供体制についての理解を深めることが重要とされている。

２　北海道内自治体の健康を取り巻く現状

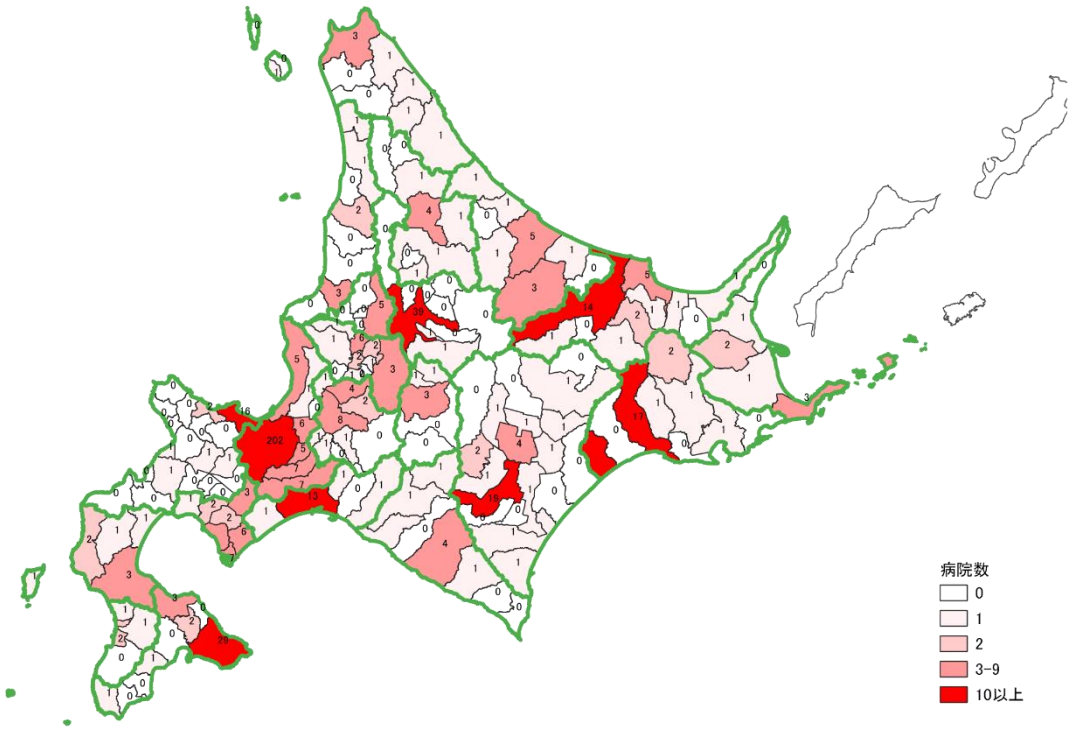
（１）病院・診療所

平成 30 年 4 月 1 日現在、北海道の病院数は 557 か所、有床診療所は 422 か所、無床診療所は 3,053 か所である。

市町村別の病院、有床診療所、無床診療所の分布状況は図表Ⅱ－２－１～３のとおりである。

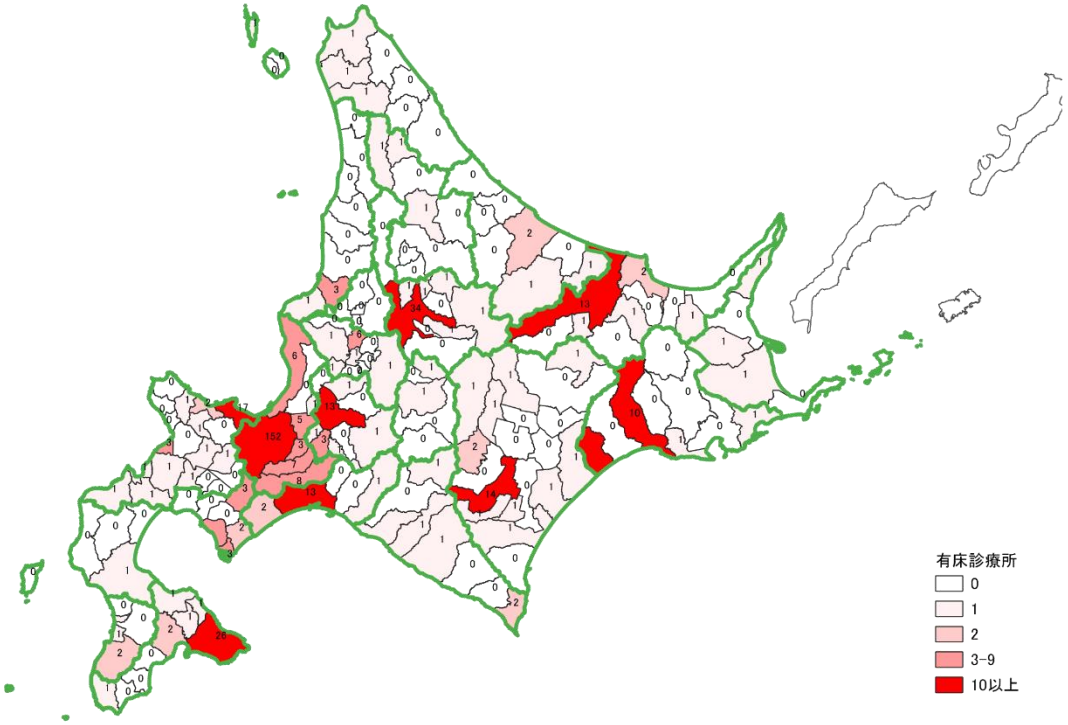
病院が「0 か所」の市町村は 67 自治体、「1 か所」の市町村が 65 自治体であった。また、自治体内に病院・有床診療所がなく、無床の診療所のみの市町村は 6 自治体で、そのうち診療所が 1 か所のみは 3 自治体であった。

図表Ⅱ－２－１　北海道における市町村別病院数



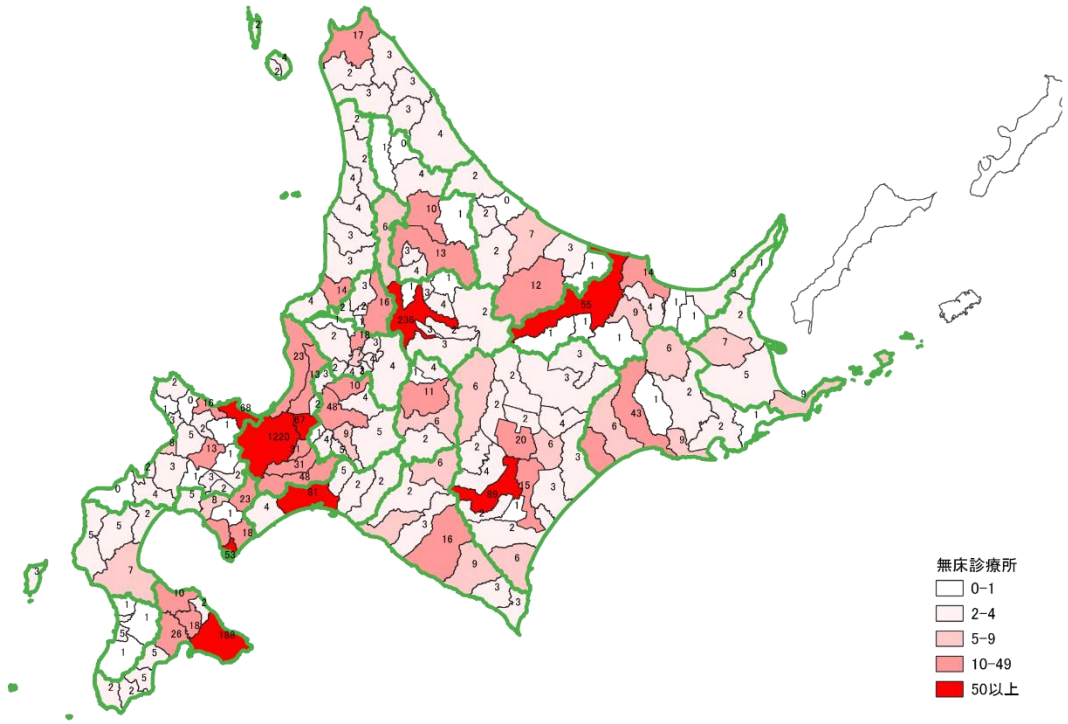
資料：道内医療機関名簿（北海道保健福祉部）※平成 30 年 4 月 1 日現在

図表Ⅱ－２－２　北海道における市町村別有床診療所数



資料：道内医療機関名簿（北海道保健福祉部）※平成 30 年 4 月 1 日現在

図表Ⅱ－２－３　北海道における市町村別無床診療所数



資料：道内医療機関名簿（北海道保健福祉部）※平成 30 年 4 月 1 日現在

都道府県別に病院の施設数と病院病床数（人口 10 万対）をみると、北海道はそれぞれ全国 9 位、全国 8 位となっているが、診療所の施設数（人口 10 万対）では全国 43 位となっている。

図表Ⅱ－２－４　病院数と病院病床数（都道府県別）（平成 29 年）

一般病院		
順位	都道府県	施設数
1	高知	18.1
2	鹿児島	15.1
3	徳島	14.7
4	大分	13.6
5	佐賀	12.9
6	宮崎	12.9
7	熊本	12.1
8	長崎	11.1
9	北海道	10.5
10	山口	10.5
11	愛媛	10.3
12	富山	10.0
13	香川	9.2
14	福岡	9.0
15	和歌山	8.8
16	福井	8.7
17	広島	8.6
18	岡山	8.5
19	石川	8.2
20	鳥取	7.8
21	青森	7.4
22	岩手	7.4
23	島根	7.4
24	山梨	7.3
25	秋田	6.9
26	福島	6.8
27	群馬	6.6
28	京都	6.5
29	沖縄	6.5
30	兵庫	6.4
31	山形	6.3
32	長野	6.2
33	茨城	6.1
34	宮城	6.0
35	大阪	5.9
36	奈良	5.9
37	新潟	5.7
38	栃木	5.5
39	三重	5.4
40	岐阜	5.0
41	静岡	4.9
42	埼玉	4.7
43	東京	4.7
44	千葉	4.6
45	愛知	4.3
46	滋賀	4.0
47	神奈川	3.7

診療所		
順位	都道府県	施設数
1	和歌山	109.5
2	島根	105.3
3	長崎	101.9
4	徳島	98.3
5	東京	96.6
6	大阪	95.2
7	京都	94.6
8	兵庫	91.8
9	山口	91.7
10	福岡	91.4
11	愛媛	91.3
12	広島	90.0
13	奈良	89.3
14	鳥取	88.0
15	岡山	86.4
16	香川	86.2
17	鹿児島	86.1
18	三重	84.7
19	山梨	84.1
20	山形	84.0
21	大分	83.8
22	佐賀	83.6
23	熊本	82.5
24	宮崎	81.2
25	秋田	80.7
26	群馬	79.7
27	岐阜	78.9
28	高知	78.4
29	石川	76.4
30	長野	76.2
31	滋賀	75.7
32	新潟	73.9
33	福井	73.8
34	栃木	73.7
34	静岡	73.7
36	神奈川	72.7
37	福島	72.0
37	富山	72.0
39	宮城	71.4
40	愛知	71.1
41	岩手	69.6
42	青森	68.9
43	北海道	63.6
44	沖縄	61.1
45	千葉	60.2
46	茨城	59.8
47	埼玉	58.3

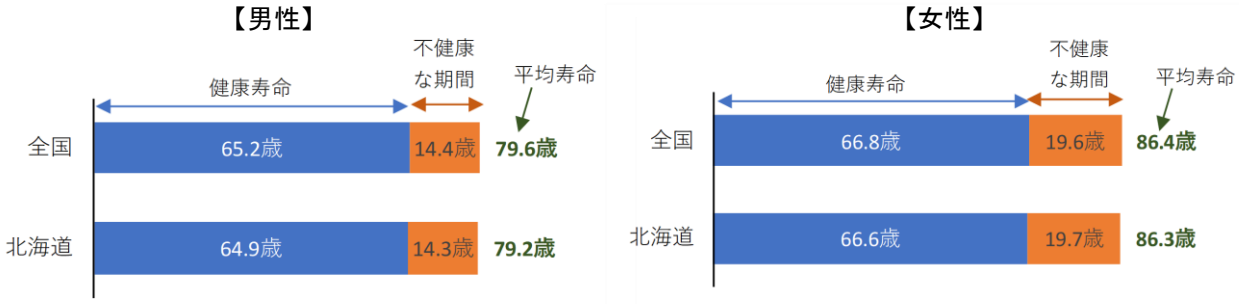
病院病床		
順位	都道府県	病床数
1	高　知	2544.8
2	鹿児島	2072.9
3	熊　本	1961.8
4	長　崎	1942.5
5	徳　島	1942.1
6	山　口	1930.6
7	佐　賀	1818.0
8	北海道	1776.7
9	宮　崎	1754.5
10	大　分	1736.6
11	福　岡	1672.2
12	愛　媛	1611.4
13	富　山	1575.1
14	石　川	1561.0
15	島　根	1541.2
16	香　川	1537.0
17	鳥　取	1512.6
18	秋　田	1511.9
19	岡　山	1480.1
20	和歌山	1425.7
21	広　島	1411.9
22	福　井	1400.8
23	岩　手	1378.8
24	京　都	1359.2
25	福　島	1357.4
26	青　森	1349.9
27	山　形	1323.9
28	山　梨	1317.5
29	沖　縄	1315.6
30	奈　良	1258.3
31	新　潟	1253.0
32	群　馬	1235.6
33	大　阪	1211.8
34	兵　庫	1181.6
35	長　野	1150.2
36	三　重	1120.7
37	宮　城	1100.0
38	茨　城	1092.5
39	栃　木	1078.4
40	静　岡	1052.3
41	岐　阜	1018.7
42	滋　賀	1015.6
43	千　葉	953.2
44	東　京	934.7
45	愛　知	899.4
46	埼　玉	852.9
47	神奈川	806.2

資料：平成 29 年(2017)医療施設（静態・動態）調査・病院報告

（２）平均寿命と健康寿命

北海道の平均寿命と健康寿命をみると、男性では平均寿命が 79.2 歳、健康寿命が 64.9 歳となっており、平均寿命と健康寿命の差（不健康な期間）は 14.3 歳であった。一方、女性では、平均寿命が 86.3 歳、健康寿命が 66.6 歳となっており、平均寿命と健康寿命の差（不健康な期間）は 19.7 歳と、男性よりも 5.4 年長くなっていた。

図表Ⅱ－２－５　平均寿命と健康寿命（平成 27 年）



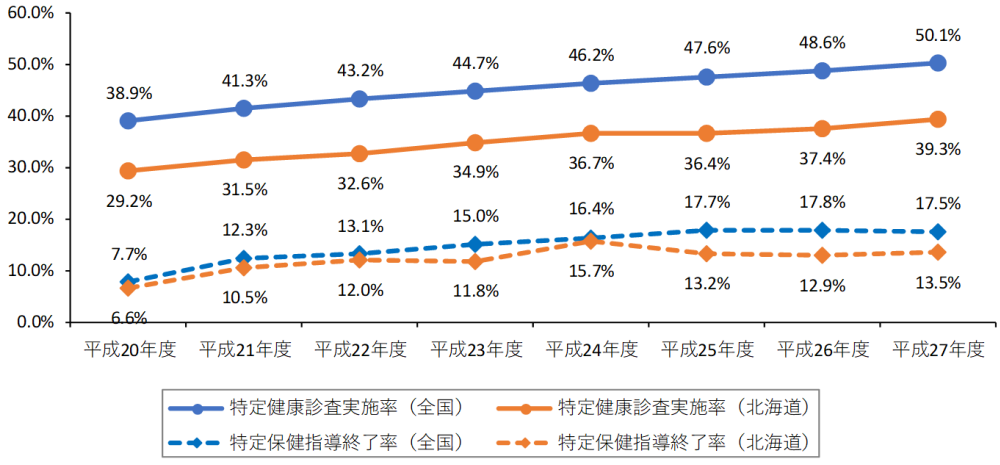
資料：国保データベースより算出（平成 27 年）

（３）特定健康診査受診率・特定保健指導終了率

北海道の特定健康診査受診率は年々増加傾向にあるものの、全国と比べても低い値で推移している。平成 27 年度の北海道の特定健康診査受診率は 39.3%となっており、47 都道府県の中で最も低い。

また、特定保健指導終了率は平成 24 年度に 15.7%となったものの、やや減少し、平成 27 年度には 13.5%となっている。全国平均と比べても低く、47 都道府県の中では 45 番目となっている。

図表Ⅱ－２－６　特定健康診査受診率・特定保健指導終了率



資料：特定健康診査・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）

図表Ⅱ－２－７　特定健康診査受診率・特定保健指導終了率（都道府県別）（平成 29 年度）

特定健康診査受診率(%)		
順位	都道府県	受診率(%)
1	東京都	63.4%
2	山形県	60.0%
3	宮城県	57.6%
4	富山県	55.9%
5	山梨県	55.6%
6	石川県	54.4%
7	長野県	54.2%
8	新潟県	53.6%
9	島根県	53.5%
10	三重県	53.0%
11	千葉県	52.9%
12	静岡県	52.9%
13	大分県	52.0%
14	愛知県	51.6%
15	岩手県	51.2%
16	埼玉県	50.9%
17	茨城県	49.8%
18	福島県	49.8%
19	滋賀県	49.7%
20	神奈川県	49.7%
21	岐阜県	49.0%
22	群馬県	49.0%
23	福井県	48.9%
24	沖縄県	48.7%
25	鹿児島県	48.3%
26	香川県	48.1%
27	栃木県	48.1%
28	熊本県	46.7%
29	高知県	46.6%
30	秋田県	46.5%
31	兵庫県	46.5%
32	徳島県	46.5%
33	佐賀県	46.5%
34	京都府	46.1%
35	鳥取県	45.9%
36	大阪府	45.6%
37	福岡県	45.3%
38	広島県	45.3%
39	青森県	45.1%
40	岡山県	44.8%
41	宮崎県	44.6%
42	長崎県	43.9%
43	愛媛県	43.1%
44	奈良県	42.5%
45	山口県	42.0%
46	和歌山県	40.6%
47	北海道	39.3%

特定保健指導の実施率(%)		
順位	都道府県	実施率(%)
1	沖縄県	30.4%
2	徳島県	28.6%
3	佐賀県	27.9%
4	熊本県	27.6%
5	長野県	27.4%
6	長崎県	25.9%
7	香川県	25.5%
8	鳥取県	24.6%
9	石川県	24.5%
10	宮崎県	24.5%
11	鹿児島県	24.1%
12	愛媛県	23.7%
13	青森県	23.3%
14	岐阜県	23.1%
15	大分県	22.9%
16	山形県	22.6%
17	福井県	22.5%
18	山梨県	22.4%
19	福島県	21.0%
20	和歌山県	20.8%
21	滋賀県	20.5%
22	新潟県	20.0%
23	広島県	19.8%
24	島根県	19.8%
25	福岡県	19.7%
26	山口県	19.6%
27	富山県	19.5%
28	愛知県	19.3%
29	秋田県	19.2%
30	栃木県	19.0%
31	岡山県	18.5%
32	静岡県	18.5%
33	三重県	17.5%
34	茨城県	16.7%
35	宮城県	16.7%
36	岩手県	15.6%
37	京都府	15.2%
38	千葉県	15.2%
39	東京都	14.8%
40	高知県	14.6%
41	奈良県	14.6%
42	兵庫県	14.4%
43	埼玉県	13.8%
44	群馬県	13.6%
45	北海道	13.5%
46	大阪府	13.1%
47	神奈川県	12.2%

資料：特定健康診査・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）

（４）がん死亡率

平成 29 年の全がんの 75 歳未満年齢調整死亡率（人口 10 万対）を都道府県にみると、男性は全国 4 位、女性は全国 2 位、男女計は全国 3 位と高い値となっている。

図表Ⅱ－２－８　全がんの 75 歳未満年齢調整死亡率（人口 10 万対）（平成 29 年度）

男女計		
順位	都道府県	死亡率
1	青森	88.9
2	鳥取	86.0
3	北海道	84.1
4	秋田	83.8
5	岩手	81.3
6	福岡	80.3
7	佐賀	79.8
8	長崎	79.0
9	福島	78.7
10	和歌山	77.9
11	栃木	77.6
12	大阪	77.5
13	新潟	77.0
14	茨城	76.5
15	宮崎	75.5
16	山口	75.4
17	愛媛	75.2
18	島根	73.5
19	兵庫	73.4
20	千葉	73.2
21	愛知	72.6
22	東京	72.4
23	埼玉	72.3
24	宮城	72.2
25	石川	71.8
26	高知	71.6
27	岐阜	71.6
28	神奈川	71.4
29	群馬	71.3
30	鹿児島	70.4
31	広島	70.3
32	京都	70.0
33	山形	69.7
34	徳島	69.3
35	富山	69.1
36	静岡	68.7
37	沖縄	68.6
38	大分	68.4
39	熊本	68.3
40	山梨	67.8
41	岡山	67.8
42	奈良	67.6
43	三重	67.4
44	香川	67.1
45	福井	66.1
46	長野	64.9
47	滋賀	64.1

男		
順位	都道府県	死亡率
1	青森	115.0
2	秋田	110.9
3	鳥取	107.4
4	北海道	105.5
5	和歌山	105.3
6	岩手	103.6
7	福岡	102.8
8	大阪	99.8
9	佐賀	99.4
10	山口	97.6
11	福島	97.2
12	愛媛	97.1
13	栃木	96.6
14	宮崎	95.7
15	長崎	95.7
16	新潟	95.6
17	島根	95.0
18	茨城	94.7
19	高知	94.4
20	兵庫	93.0
21	愛知	91.5
22	千葉	91.3
23	広島	90.7
24	鹿児島	90.2
25	東京	90.2
26	石川	90.2
27	群馬	90.0
28	山形	89.9
29	徳島	89.8
30	富山	89.5
31	宮城	88.8
32	奈良	88.6
33	埼玉	88.2
34	神奈川	87.7
35	京都	87.2
36	岐阜	86.5
37	静岡	86.4
38	香川	86.2
39	大分	85.7
40	岡山	84.8
41	滋賀	84.7
42	沖縄	84.5
43	熊本	84.4
44	三重	82.2
45	山梨	80.3
46	福井	79.6
47	長野	78.0

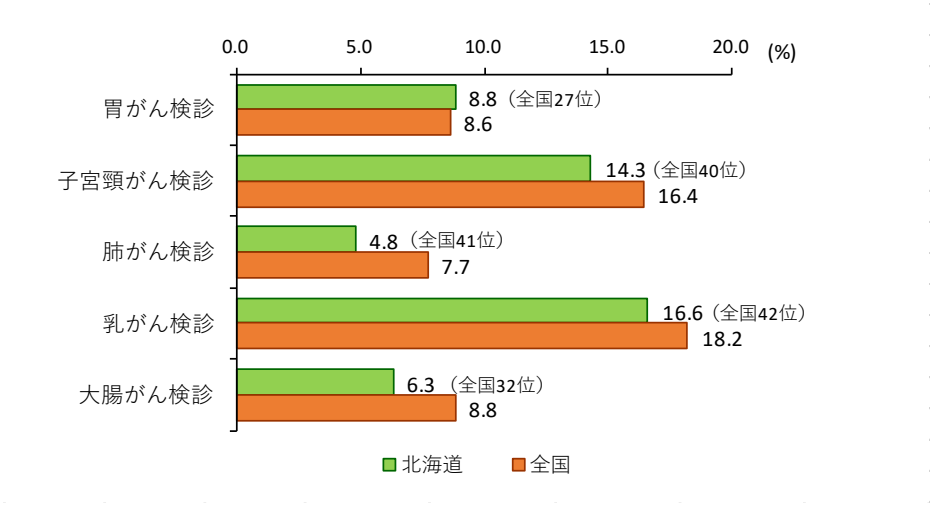
女		
順位	都道府県	死亡率
1	青森	66.4
2	北海道	66.1
3	鳥取	65.8
4	長崎	63.7
5	佐賀	63.7
6	岩手	60.5
7	福岡	60.4
8	福島	60.0
9	新潟	59.9
10	栃木	59.5
11	秋田	59.3
12	茨城	59.1
13	岐阜	58.3
14	埼玉	57.7
15	大阪	57.6
16	宮崎	57.5
17	宮城	56.8
18	千葉	56.3
19	神奈川	56.2
20	東京	56.0
21	愛媛	55.9
22	兵庫	55.8
23	山口	55.6
24	山梨	55.5
25	愛知	54.9
26	京都	54.9
27	福井	54.6
28	石川	54.5
29	群馬	53.8
30	三重	53.8
31	和歌山	53.6
32	熊本	53.6
33	沖縄	53.0
34	大分	52.9
35	長野	52.9
36	島根	52.6
37	岡山	52.5
38	静岡	52.0
39	高知	51.8
40	広島	51.5
41	鹿児島	51.4
42	山形	50.1
43	香川	50.1
44	徳島	50.1
45	富山	50.0
46	奈良	49.2
47	滋賀	44.7

資料：国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター「がん登録・統計」

（５）がん検診受診率

平成 28 年度の「地域保健・健康増進事業報告」（厚生労働省）によると、北海道のがん検診受診率は、「胃がん健診」の 8.8%を除くと、いずれも全国と比べると低い数字となっており、「肺がん検診」が 4.8%（全国 41 位）、「乳がん検診」が 16.6%（全国 42 位）となっている。

図表Ⅱ－２－９　がん検診受診率（平成 28 年度）



資料：平成 28 年度地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省）

図表Ⅱ－２－１０　【参考】道内市町村のがん検診受診率（上位 10 位・下位 10 位）

胃がん検診

	市町村	受診率(%)
1	鶴居村	49.2
2	南富良野町	44.6
3	増毛町	36.8
4	置戸町	36.3
5	秩父別町	34.6
6	新篠津村	32.0
7	初山別村	30.7
8	湧別町	30.1
9	北竜町	30.0
10	厚真町	29.3
	：	：
	：	：
	：	：
134	上砂川町	5.7
135	仁木町	5.6
136	利尻町	5.1
137	登別市	4.8
138	苫小牧市	4.7
139	松前町	4.6
140	三笠市	4.1
141	函館市	3.3
142	小樽市	3.1
143	室蘭市	1.1

子宮頸がん検診

	市町村	受診率(%)
1	秩父別町	40.5
2	和寒町	36.4
2	初山別村	36.4
4	南富良野町	34.8
5	中川町	33.3
6	増毛町	32.9
6	上士幌町	32.9
8	赤井川村	32.4
9	沼田町	32.2
10	幌加内町	31.1
	：	：
	：	：
	：	：
161	登別市	8.7
162	網走市	8.6
162	紋別市	8.6
162	白老町	8.6
165	美唄市	8.4
166	浦河町	8.3
167	知内町	8.2
168	白糠町	7.7
169	室蘭市	6.6
170	三笠市	5.9

肺がん検診

	市町村	受診率(%)
1	厚真町	35.1
2	更別村	34.1
3	雨竜町	32.0
4	上富良野町	30.0
5	壮瞥町	29.9
6	北竜町	28.6
7	秩父別町	28.3
8	置戸町	27.1
9	鶴居村	26.9
10	中富良野町	26.3
	：	：
	：	：
	：	：
169	北広島市	4.1
171	千歳市	4.0
171	長万部町	4.0
173	函館市	3.8
174	松前町	3.7
175	恵庭市	3.5
176	留萌市	2.9
177	三笠市	2.5
178	小樽市	2.1
179	札幌市	1.2

乳がん検診

	市町村	受診率(%)
1	中川町	50.8
2	西興部村	45.9
3	初山別村	44.9
4	秩父別町	44.2
5	和寒町	43.1
6	南富良野町	41.7
7	愛別町	39.9
8	島牧村	39.7
8	下川町	39.7
10	上士幌町	39.5
	：	：
	：	：
	：	：
159	根室市	11.9
160	鹿部町	11.4
160	白糠町	11.4
162	小樽市	11.3
163	網走市	11.2
163	森町	11.2
165	滝川市	10.6
166	浦河町	9.7
167	三笠市	9.5
168	長万部町	9.2

大腸がん検診

	市町村	受診率(%)
1	更別村	29.3
2	秩父別町	26.9
3	北竜町	26.3
4	置戸町	26.1
5	沼田町	25.7
6	陸別町	24.9
7	新篠津村	24.4
8	喜茂別町	24.1
9	中富良野町	23.9
10	由仁町	23.6
	：	：
	：	：
	：	：
169	釧路町	4.3
171	苫小牧市	4.1
171	北広島市	4.1
173	千歳市	4.0
174	根室市	3.9
175	留萌市	3.7
176	小樽市	3.5
177	函館市	3.1
178	三笠市	2.9
179	室蘭市	2.1

※数値不明の市町村は除いた順位

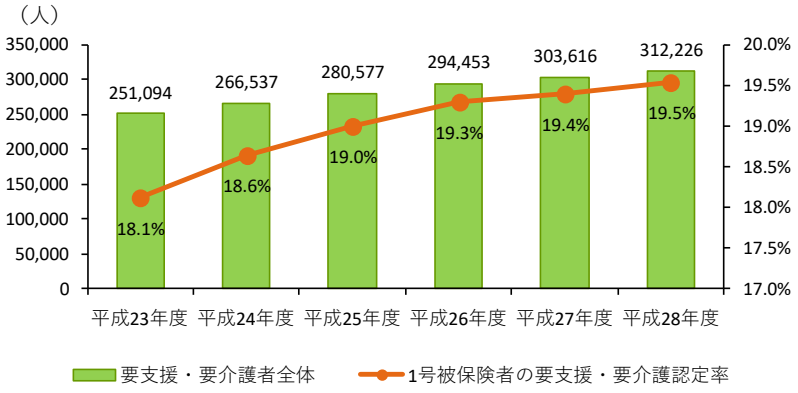
資料：平成 28 年度地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省）

（６）要支援・要介護認定者

北海道の要支援・要介護者数は年々増加傾向にあり、第 1 号被保険者の要支援・要介護認定率は平成 28 年度には 19.5%となっている。都道府県別にみると、北海道は全国 12 位となっている。

また、道内の保険者別に認定率をみると、最も高いのは夕張市の 26.4%となっており、認定率が 20%を超える保険者は 42 か所となっている。一方、認定率が最も低いのは音威子府村の 6.9%であった。

図表Ⅱ－２－１１　北海道の要支援・要介護認定者数の推移



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」

図表Ⅱ－２－１２　要支援・要介護認定者率（都道府県別）

	都道府県	認定率
1	和歌山県	22.2%
2	長崎県	21.3%
3	島根県	20.8%
4	大阪府	20.7%
5	愛媛県	20.7%
6	熊本県	20.5%
7	秋田県	20.3%
8	岡山県	20.3%
9	徳島県	20.1%
10	鹿児島県	19.9%
11	京都府	19.7%
12	北海道	19.5%
13	鳥取県	19.5%
14	広島県	19.3%
15	岩手県	19.1%
16	香川県	19.1%

	都道府県	認定率
17	山口県	19.1%
18	福岡県	19.1%
19	兵庫県	19.1%
20	佐賀県	19.0%
21	福島県	18.9%
22	高知県	18.8%
23	新潟県	18.6%
24	青森県	18.5%
25	三重県	18.3%
26	東京都	18.3%
27	山形県	18.3%
28	沖縄県	18.3%
29	富山県	18.2%
30	福井県	17.9%
31	宮城県	17.9%
32	石川県	17.8%

	都道府県	認定率
33	大分県	17.7%
34	奈良県	17.6%
35	宮崎県	17.4%
36	長野県	17.2%
37	滋賀県	17.1%
38	群馬県	17.0%
39	神奈川県	16.5%
40	岐阜県	16.2%
41	愛知県	15.8%
42	栃木県	15.6%
43	静岡県	15.5%
44	山梨県	15.5%
45	千葉県	15.1%
46	茨城県	14.9%
47	埼玉県	14.4%

図表Ⅱ－２－１３　北海道内の保険者別　要介護認定率（平成 28 年度）

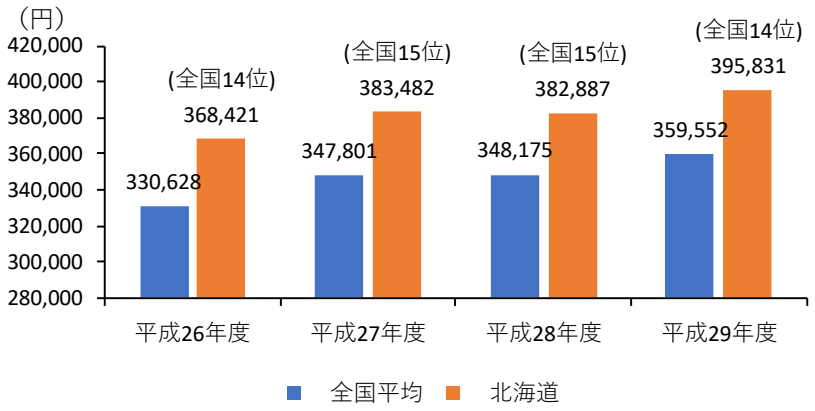
	保険者	認定率
1	夕張市	26.4%
2	初山別村	24.6%
3	余市町	24.2%
4	三笠市	24.1%
5	苫前町	24.1%
6	小樽市	23.8%
7	増毛町	22.4%
8	利尻富士町	22.3%
9	滝上町	22.2%
10	長万部町	22.2%
11	函館市	22.2%
12	標茶町	22.2%
13	羽幌町	21.8%
14	厚沢部町	21.7%
15	猿払村	21.4%
16	新篠津村	21.4%
17	芦別市	21.3%
18	木古内町	21.3%
19	松前町	21.1%
20	和寒町	21.1%
21	森町	21.0%
22	大雪地区広域連合	20.6%
23	置戸町	20.6%
24	比布町	20.5%
25	後志広域連合	20.5%
26	新得町	20.5%
27	清水町	20.4%
28	日高町	20.4%
29	岩内町	20.4%
30	豊頃町	20.4%
31	小平町	20.4%
32	月形町	20.3%
33	寿都町	20.3%
34	清里町	20.3%
35	札幌市	20.2%
36	岩見沢市	20.2%
37	せたな町	20.2%
38	旭川市	20.1%
39	当麻町	20.1%
40	富良野市	20.1%
41	釧路市	20.1%
42	帯広市	20.0%
43	江差町	19.9%
44	赤平市	19.8%
45	今金町	19.8%
46	北見市	19.7%
47	北斗市	19.7%
48	小清水町	19.7%
49	幕別町	19.5%
50	知内町	19.5%
51	白老町	19.4%
52	浜頓別町	19.4%
53	厚岸町	19.4%
54	弟子屈町	19.3%
55	中頓別町	19.3%
56	遠別町	19.3%
57	奥尻町	19.2%
58	陸別町	19.1%
59	七飯町	19.1%
60	美深町	19.0%
61	洞爺湖町	19.0%
62	由仁町	19.0%
63	上ノ国町	18.9%
64	豊浦町	18.8%
65	八雲町	18.8%
66	乙部町	18.7%
67	枝幸町	18.7%
68	浦河町	18.7%
69	鷹栖町	18.7%
70	紋別市	18.6%
71	江別市	18.6%
72	大樹町	18.5%
73	佐呂間町	18.5%
74	日高中部広域連合	18.5%
75	伊達市	18.5%
76	砂川市	18.5%
77	深川市	18.5%
78	芽室町	18.4%
79	幌延町	18.4%
80	当別町	18.4%
81	美唄市	18.4%
82	中富良野町	18.3%
83	剣淵町	18.3%
84	釧路町	18.3%
85	池田町	18.2%
86	上川町	18.2%
87	北広島市	18.2%
88	滝川市	18.2%
89	士幌町	18.0%
90	上士幌町	18.0%
91	雄武町	18.0%
92	名寄市	18.0%
93	浦幌町	17.9%
94	様似町	17.9%
95	南幌町	17.8%
96	音更町	17.8%
97	長沼町	17.8%
98	士別市	17.7%
99	えりも町	17.6%
100	壮瞥町	17.5%
101	苫小牧市	17.5%
102	利尻町	17.5%
103	大空町	17.5%
104	登別市	17.5%
105	湧別町	17.5%
106	占冠村	17.5%
107	美幌町	17.5%
108	安平町	17.4%
109	留萌市	17.4%
110	別海町	17.4%
111	礼文町	17.3%
112	空知中部広域連合	17.2%
113	愛別町	17.2%
114	北竜町	17.2%
115	白糠町	17.0%
116	興部町	17.0%
117	室蘭市	17.0%
118	網走市	17.0%
119	千歳市	16.9%
120	足寄町	16.9%
121	天塩町	16.9%
122	中札内村	16.8%
123	根室市	16.7%
124	栗山町	16.6%
125	下川町	16.6%
126	妹背牛町	16.6%
127	南富良野町	16.6%
128	平取町	16.5%
129	秩父別町	16.5%
130	鹿追町	16.5%
131	津別町	16.5%
132	恵庭市	16.4%
133	訓子府町	16.4%
134	幌加内町	16.4%
135	中川町	16.2%
136	むかわ町	16.2%
137	本別町	16.1%
138	石狩市	16.1%
139	西興部村	16.0%
140	福島町	15.9%
141	鶴居村	15.9%
142	更別村	15.8%
143	厚真町	15.8%
144	鹿部町	15.8%
145	遠軽町	15.7%
146	斜里町	15.7%
147	広尾町	15.3%
148	豊富町	15.3%
149	沼田町	15.2%
150	稚内市	15.2%
151	標津町	14.8%
152	羅臼町	14.7%
153	浜中町	14.2%
154	中標津町	13.6%
155	上富良野町	13.3%
156	音威子府村	6.9%

資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」

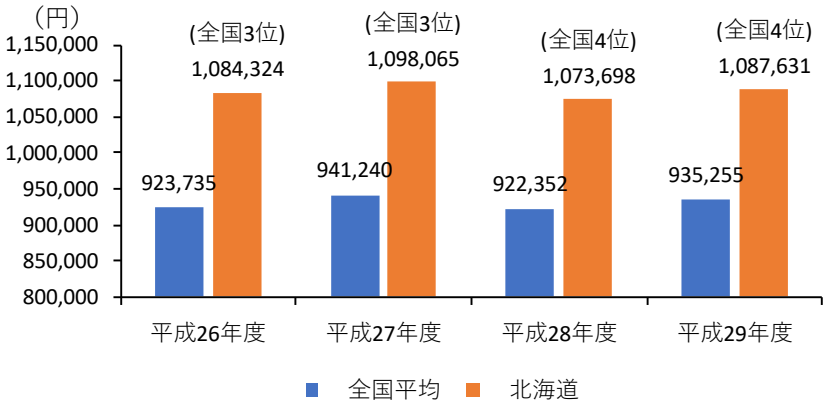
（７）医療費の推移

市町村国保と後期高齢者医療の被保険者 1 人当たりの医療費推移をみると、北海道はいずれも全国平均よりも高くなっており、平成 29 年度には市町村国保は 47 都道府県のうち 14 番目、後期高齢者医療は 4 番目に高くなっている。

図表Ⅱ－２－１４　被保険者１人当たり医療費（市町村国保）



図表Ⅱ－２－１５　被保険者１人当たり医療費（後期高齢者）

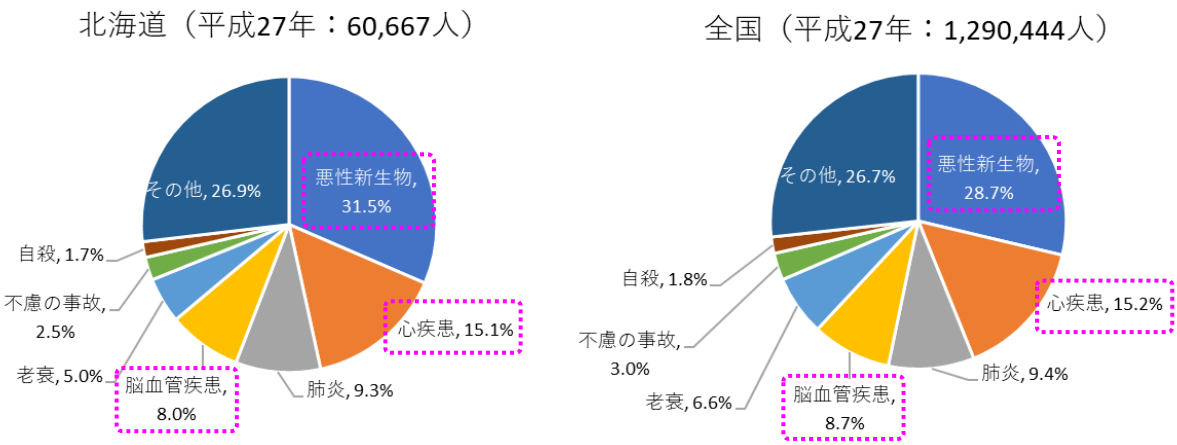


資料：国民健康保険・後期高齢者医療　医療費速報（公益社団法人 国民健康保険中央会）

（８）死因

北海道の平成 27 年の死因別死亡数は 60,667 人で、最も多い死因は「悪性新生物」（31.5%）であった。また、「心疾患」が 15.1%、「脳血管疾患」が 8.0%となっており、生活習慣病による死亡数は全体の 54.6%を占めている。全国の死因については、「悪性新生物」、「心疾患」、「脳血管疾患」の生活習慣病による死亡数の割合が 52.6%となっており、北海道の方がやや割合が高くなっていた。

図表Ⅱ－２－１６　死因（平成 27 年）



資料：平成 27 年（2015）人口動態統計（確定数）の概況（厚生労働省）

３　自治体アンケート調査から見える現状と課題

道内 178 自治体の保健（健康づくり）担当と福祉（高齢者）担当のそれぞれを対象として、健康づくり・介護予防活動に関する自治体の現状や課題、地域医療構想を念頭にした医療機能のあり方等を把握するためのアンケート調査を実施した。

アンケート調査結果から見える現状と課題については以下のとおりである。

（１）健康づくりに関する取組

①健康づくりに関する取組（健康づくり担当）

健康づくりに関連する計画の策定状況について各自治体の「健康づくり担当」に聞いたところ、「健康増進計画」については、回答のあった 75 自治体のうち 59 自治体（78.7%）、「データヘルス計画」については広域の策定を含むと 67 自治体（89.4%）が策定しており、「食育推進計画」についても 40 自治体（53.3%）が策定していた。

また、健康づくりに関する独自の取組について聞いたところ、「小学 5 年生・中学 2 年生を対象とした生活習慣病予防検診」「中学生を対象としたピロリ菌検査除菌支援事業」「がん検診受診率向上啓発のための講演会」などがあげられていた。

図表Ⅱ－３－１　計画策定状況（n=75）

	健康増進計画		データヘルス計画		食育推進計画		がん対策推進計画	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
市町村で策定している	59	78.7%	65	86.7%	40	53.3%	1	1.3%
広域で策定している	0	0.0%	2	2.7%	0	0.0%	0	0.0%
今後策定予定	2	2.7%	7	9.3%	8	10.7%	0	0.0%
策定していない	14	18.7%	1	1.3%	27	36.0%	73	97.3%
無回答	－	－	－	－	－	－	1	1.3%
計	75	100.0%	75	100.0%	75	100.0%	75	100.0%

資料：自治体アンケート（健康づくり担当）

図表Ⅱ－３－２　健康づくりに関する独自の取組（主な意見）

・健康ポイント事業
・中学生を対象としたピロリ菌検査除菌支援事業
・小学 5 年生・中学 2 年生を対象とした生活習慣病予防検診
・がん検診受診率向上啓発のための医師・がん経験者による講演会
・健康関連情報の発信（健康に関する広報誌を年 4 回発行）
・健康づくりを広めるヘルスリーダーの育成
・健診データを活用した健康相談　　等

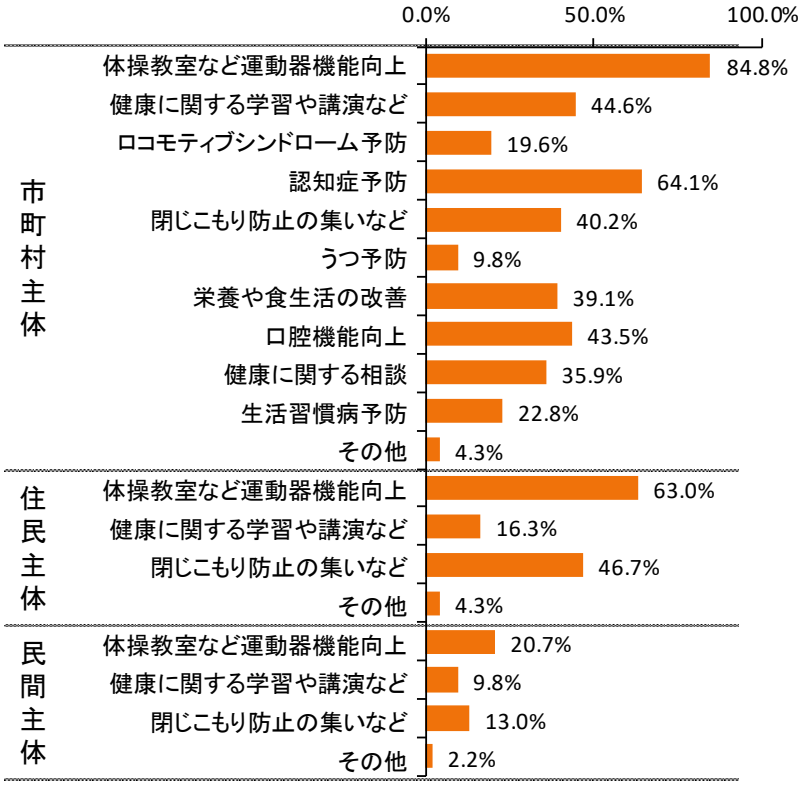
資料：自治体アンケート（健康づくり担当）

②高齢者に対する介護予防や健康づくりに関する取組（高齢者担当）

一方、高齢者の介護予防や健康づくりに関する取組について「高齢者担当」に聞いたところ、市町村主体の取組としては、「体操教室など運動器機能向上」が 78 自治体（84.8%）、「認知症予防」が 59 自治体（64.1%）、住民主体の取組としても「体操教室など運動機能向上」が 58 自治体（63.0%）のほか、「閉じこもり防止の集いなど」が 43 自治体（46.7%）であった。

高齢者の介護予防や健康づくりに関する独自の取組については、「オリジナル体操の実施」や「認知症カフェ」「サロンの開催」などがあげられていた。

図表Ⅱ－３－３　高齢者の介護予防や健康づくりに関する取組（n=92、複数回答）



資料：自治体アンケート（高齢者担当）

図表Ⅱ－３－４　高齢者の介護予防や健康づくりに関する独自の取組（主な意見）

市町村主体	住民主体	民間主体
・介護予防教室 ・体操教室 ・オリジナル体操の実施 ・認知症カフェ ・認知症予防教室 ・講演会の開催 ・健康相談　　等	・サロンの開催 ・体操教室 ・講演会の開催　　等	・サロンの開催 ・体操教室 ・介護予防教室 ・講演会の開催　　等

資料：自治体アンケート（高齢者担当）

③今後の健康づくりに向けての取組

今後の健康づくりに向けて自治体として取り組みたいことについて聞いたところ､｢健康づく担当」では､｢特定健診・がん検診の受診率の向上」｢生活習慣病の発症・重病化予防」｢住民自らが健康づくりに取り組む仕組みづくり」など､｢高齢者担当」では､｢住民が主体的に活動できる場づくり」｢医療機関との連携による情報共有」｢住民同士の支え合い活動」などがあげられていた。

図表Ⅱ－３－５　今後の健康づくりに向けた自治体の取組（主な意見）

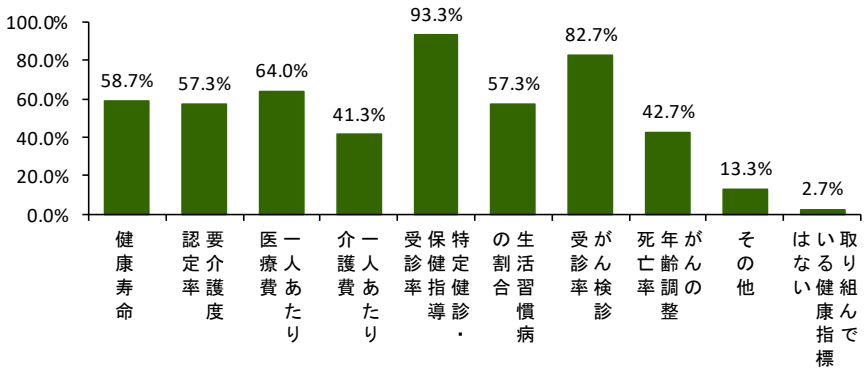
	今後自治体として取り組みたいこと
健康づくり担当	・特定健診・がん検診の受診率の向上 ・生活習慣病の発症・重病化予防 ・住民自らが健康づくりに取り組む仕組みづくり ・庁内・他部署との連携による健康づくり施策の推進 ・在宅医療体制の基盤の整備 ・小児期からの生活習慣病予防に向けた取り組み　等
高齢者担当	・住民が主体的に活動できる場づくり ・住民同士の支え合い活動 ・医療機関との連携による情報共有 ・入院した際の病院との連携体制づくり ・住民への情報発信 ・高齢者の意向の把握　等

資料：自治体アンケート（健康づくり担当・高齢者担当）

④健康指標

自治体で取り組んでいる「健康指標」について「健康づくり担当」に聞いたところ、回答のあった 75 自治体のうち「特定健診・保健指導受診率」が 70 自治体（93.3%)、「がん検診受診率」が 62 自治体（82.7%）であった。

図表Ⅱ－３－６　自治体で取り組んでいる健康指標（n=75、複数回答）



資料：自治体アンケート（健康づくり担当）

（２）医療機関と医療サービスに関する課題

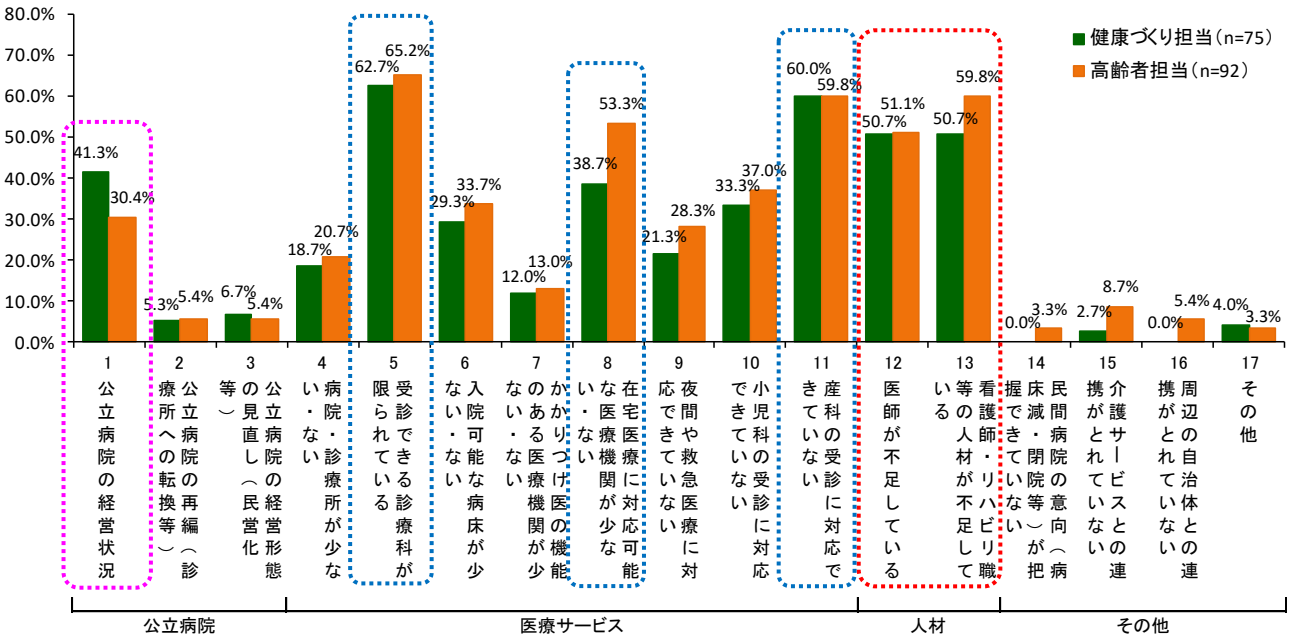
①自治体内の医療機関と医療サービスに関する課題

近隣市町村を含めない自治体内の医療機関と医療サービスにおける課題についてアンケートで聞いたところ、「5.受診できる診療科が限られている」と回答した自治体は、「健康づくり担当」が 47 自治体（62.7%）、「高齢者担当」が 60 自治体（65.2%）、「11.産科の受診に対応できていない」と回答した自治体は、「健康づくり担当」が 45 自治体（60.0%）、「高齢者担当」が 55 自治体（59.8%）、「12.医師が不足している」と回答した自治体は、「健康づくり担当」が 38 自治体（50.7%）、「高齢者担当」が 47 自治体（51.1%）、「13.看護師・リハビリ職等の人材が不足している」と回答した自治体は、「健康づくり担当」が 38 自治体（50.7%）、「高齢者担当」が 55 自治体（59.8%）であった。

「8.在宅医療に対応可能な医療機関が少ない・ない」と回答した自治体は、「高齢者担当」では 5 割を超え、49 自治体（53.3%）、また、「1.公立病院の経営状況」と回答した自治体は、「健康づくり担当」では 4 割を超え、31 自治体（41.3%）であった。

近隣市町村を含めない自治体内の課題としては、受診できる診療科や在宅医療に対応可能な医療機関が少ないなど、「医療サービスの不足」と、医師や看護師、リハビリ職等の「人材の不足」が大きな課題である一方、公立病院のある市町村では「病院の経営」という課題がみられた。

図表Ⅱ－３－７　医療機関と医療サービスにおける課題（近隣市町村を含めず）【複数回答】



資料：自治体アンケート（健康づくり担当・高齢者担当）

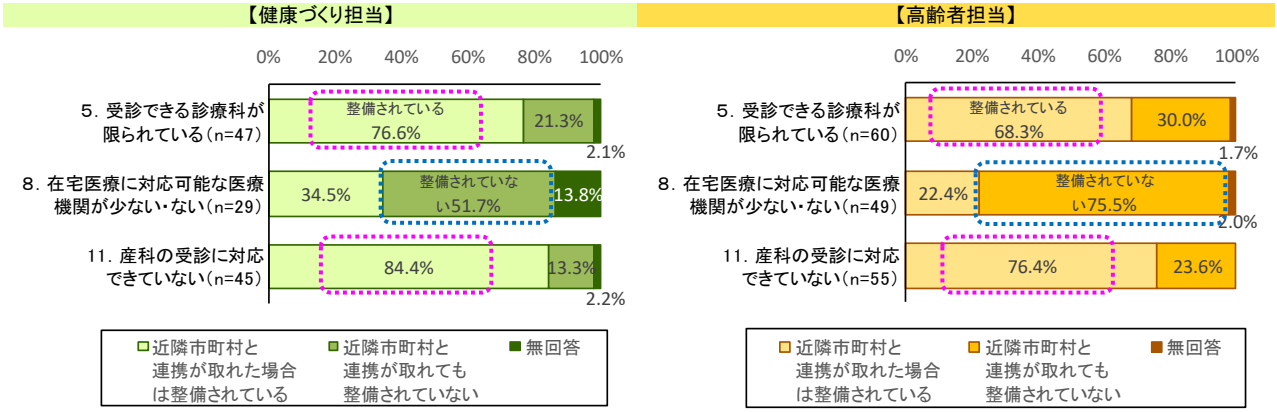
②近隣市町村と連携が取れた場合の医療体制

医療サービスに課題があると回答した自治体に、近隣市町村と連携が取れた場合の医療体制について聞いたところ、「健康づくり担当」では、「5.受診できる診療科が限られている」と回答した自治体 47 件のうち、近隣市町村と連携が取れた場合は「整備されている」自治体が 36 件（76.6%）、「11.産科の受診に対応できていない」と回答した自治体 45 件のうち、近隣市町村と連携が取れた場合は「整備されている」自治体が 38 件（84.4%）となっていた。また、「高齢者担当」では、「5.受診できる診療科が限られている」と回答した自治体 60 件のうち、近隣市町村と連携が取れた場合は「整備されている」自治体が 41 件（68.3%）、「11.産科の受診に対応できていない」と回答した自治体 55 件のうち、近隣市町村と連携が取れた場合は「整備されている」自治体が 42 件（76.4%）となっていた。

一方、「8.在宅医療に対応可能な医療機関が少ない・ない」に関しては、「健康づくり担当」で回答した自治体 29 件のうち、近隣自治体と連携が取れても「整備されていない」自治体が 15 件（51.7%）、「高齢者担当」で回答した 49 件のうち、近隣自治体と連携が取れても「整備されていない」自治体が 37 件（75.5%）であった。

受診可能な診療科が限られている、産科の受診ができないなどの診療科の不足に関する課題を感じている自治体においては、近隣市町村との連携により医療体制の整備が可能な自治体が 7～8 割程度と多くみられるが、在宅医療に関しては、近隣市町村との連携が取れた場合でも整備がされていない自治体が多く、在宅医療に対応可能な医療機関がない自治体にとっては大きな課題である。

図表Ⅱ－３－８　近隣市町村と連携が取れた場合の医療体制



資料：自治体アンケート（健康づくり担当・高齢者担当）

③医療機関が効率化すべき点や充実すべき点

また、医療機関が効率化すべき点や充実すべき点についての意見を聞いたところ、効率化すべき点では、「医療機関同士の情報共有」「かかりつけ医と専門医の役割のすみ分け」「広域での医師の確保」などがあげられていた。また、医療機関が充実すべき点については、「生活習慣病の予防」「在宅医療の充実」「介護との連携」などがあげられていた。

図表Ⅱ－３－９　医療機関が効率化・充実すべき点（主な意見）

	医療機関が効率化すべき点	医療機関が充実すべき点
健康づくり担当	・ICT 活用をはじめ、医療機関同士の患者情報の共有 ・かかりつけ医と専門医の役割のすみ分け ・広域の医療機関と連携する中で今ある機能を維持すべき ・健康情報等データの活用　　等	・生活習慣病の予防・重症化の予防 ・在宅復帰支援の強化 ・在宅医療の充実 等
高齢者担当	・医療機関・行政間の情報共有や ・ICT ツールの活用 ・個別市町村ではなく広域での医師の確保 ・複数病院での産科や小児科の定期診療 ・介護予防段階での関係機関との連携や情報共有	・在宅医療の充実 ・介護との連携に対応できる体制づくり ・総合診療科として診察できる体制づくり ・入院から退院までのスムーズな対応 等

資料：自治体アンケート（健康づくり担当・高齢者担当）

（３）地域包括ケアシステムにおける医療機能の課題

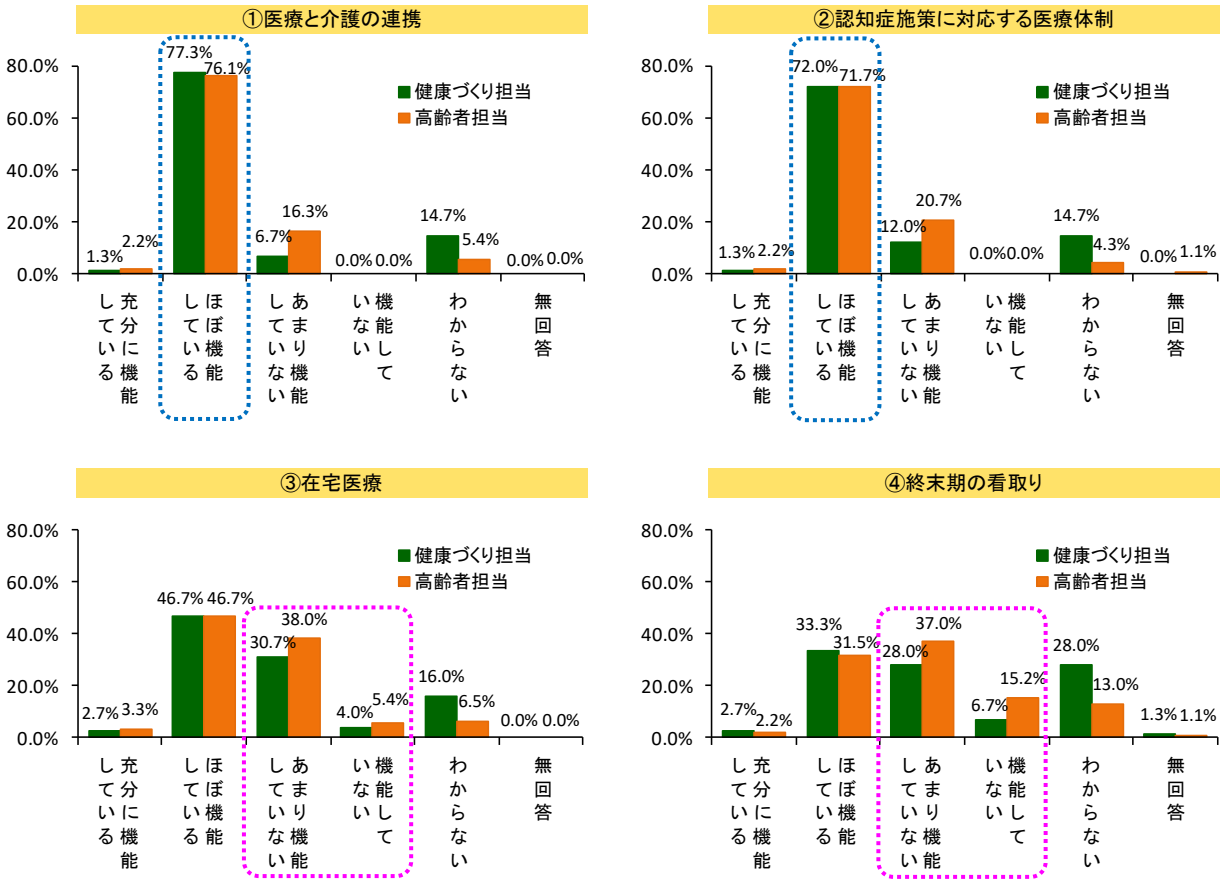
地域包括ケアシステムの推進にあたって必要とされる医療機能についてアンケートで聞いたところ、「医療と介護の連携」「認知症施策に対応する医療体制」については、7 割以上の自治体が「ほぼ機能している」と回答していた。

「在宅医療」に関しては、「ぼぼ機能している」との回答は 5 割を下回り、「あまり機能していない」との回答が「健康づくり担当」では 23 自治体(30.7%)、「高齢者担当」では 35 自治体(38.0%)で、「機能していない」と合わせると、「健康づくり担当」では 26 自治体（34.7%)、「高齢者担当」では 40 自治体（43.4%）が機能していないという回答であった。機能していない具体的な内容としては、「対応可能な医療機関が少ない・ない」「対応可能な人材が不足」などがあげられていた。

「終末期の看取り」に関しては、「ぼぼ機能している」との回答は約 3 割で、「あまり機能していない」との回答が「健康づくり担当」では 21 自治体（28.0%)、「高齢者担当」では 34 自治体（37.0%）で、「機能していない」と合わせると、「健康づくり担当」では 26 自治体（34.7%)、「高齢者担当」では 44 自治体（52.2%）が機能していないという回答であった。機能していない具体的な内容としては、「対応可能な医療機関が少ない・ない」「対応可能な人材が不足」のほか、住民が「看取りができると思っていない」「在宅での看取りの希望がない」などがあげられていた。

地域包括ケアシステムの推進においては、「医療と介護の連携」「認知症施策に対する医療体制」はすでに機能している自治体が多い一方で、「在宅医療」「終末期の看取り」など「地域の（実現可能な）受け皿づくり」が十分機能していない自治体が多くみられた。

図表Ⅱ－３－１０　地域包括ケアシステムにおける医療機能



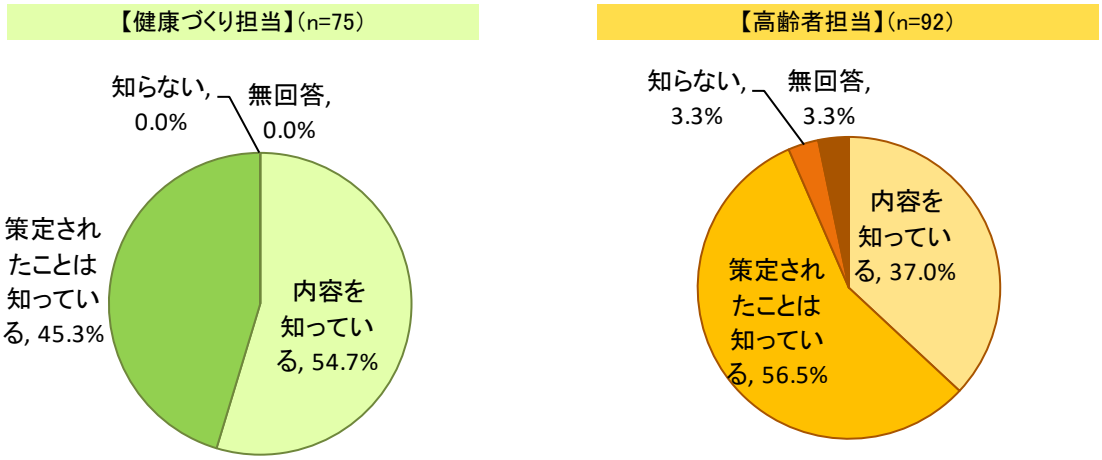
資料：自治体アンケート（健康づくり担当・高齢者担当）

（４）北海道地域医療構想の認知度

①北海道地域医療構想の認知度

「北海道地域医療構想」の認知度についてアンケートで聞いたところ、「健康づくり担当」では、「内容を知っている」が 41 自治体(54.7%)、「策定されたことは知っている」が 34 自治体(45.3%)、「高齢者担当」では、「内容を知っている」が 34 自治体（37.0%)、「策定されたことは知っている」が 52 自治体（56.5%）となっていた。「健康づくり担当」は 4 割以上、「高齢者担当」では 5 割以上が北海道地域医療構想の内容まで把握していない状況となっていた。

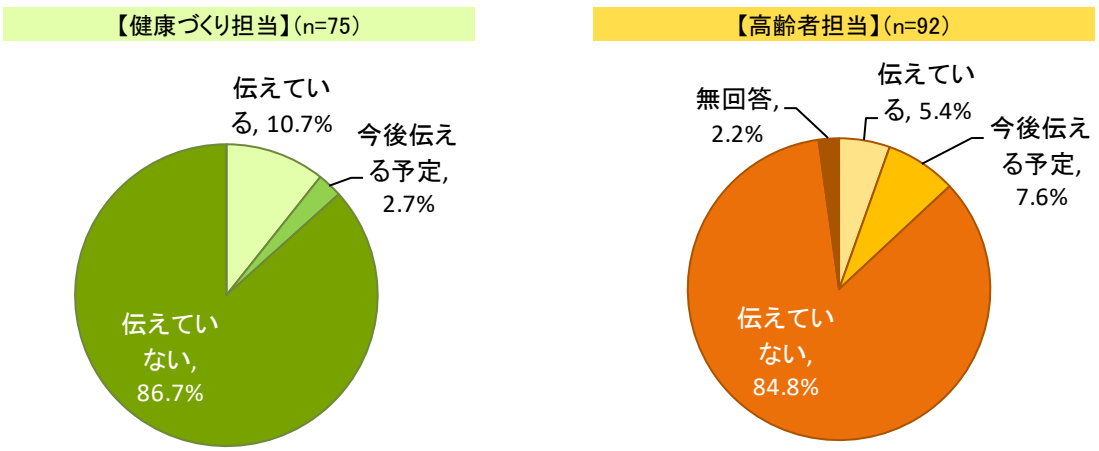
図表Ⅱ－３－１１　北海道地域医療構想の認知度



②北海道地域医療構想の住民への周知

「北海道地域医療構想」を住民へ周知しているかについてアンケートで聞いたところ、「健康づくり担当」では 65 自治体（86.7%)、「高齢者担当」では 78 自治体（84.8%）が「伝えていない」と回答しており、多くの自治体は住民への周知を行っていない状況にあった。

図表Ⅱ－３－１２　北海道地域医療構想の住民への周知



第Ⅲ章　先進事例の整理

第Ⅲ章では、道外及び道内の先進的な取組事例について紹介する。

道外先進事例については、「地域医療供給体制と地域包括ケアシステムの連携構造」はタイプ１のケース、道内先進事例は、タイプ２からタイプ３へ移行したケースとして整理・分類できる。

また、各取組事例を「まちづくり」の観点から分類すると、まちづくりの中核的主体が行政、社会福祉法人、及び医療機関とそれぞれ異なるタイプとなっている。

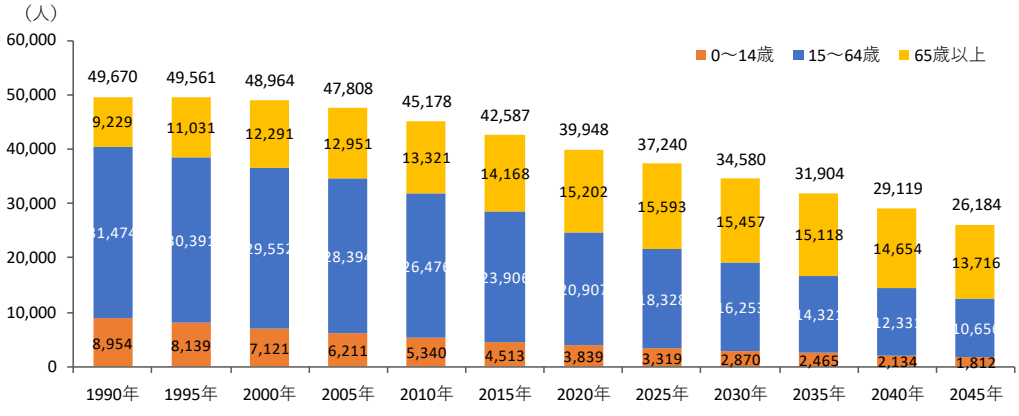
１　茨城県常陸大宮市　志村フロイデグループ

（１）常陸大宮市の概要

茨城県常陸大宮市は、人口 40,872 人（平成 30 年 4 月 1 日現在）。面積は 348.45 k m2 で、茨城県のおよそ 5.7%にあたる。平成 16 年 10 月 16 日に那珂郡大宮町・山方町・美和村・緒川村・東茨城郡御前山村の 5 町村が合併して誕生した。

常陸大宮市は、合併によって、県内では常陸太田市に次いで 2 番目の規模となっている。

図表Ⅲ－１－１　人口の推移と推計



	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
65歳以上	18.6%	22.3%	25.1%	27.1%	29.5%	33.3%	38.1%	41.9%	44.7%	47.4%	50.3%	52.4%
15～64歳	63.4%	61.3%	60.4%	59.4%	58.6%	56.1%	52.3%	49.2%	47.0%	44.9%	42.3%	40.7%
0～14歳	18.0%	16.4%	14.5%	13.0%	11.8%	10.6%	9.6%	8.9%	8.3%	7.7%	7.3%	6.9%

資料：【実績値】国勢調査、【推計値】「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

（２）志村フロイデグループの概要

１）組織体制

志村フロイデグループは、医療法人博仁会、社会福祉法人博仁会、及び学校法人志村学園の３つの法人で構成されており、約 1,000 人の職員が地域において、医療・介護、福祉等の分野で活動をしている。

志村フロイデグループでは、エリア内に回復期・慢性期の医療機能を備えた医療供給体制と地域包括ケアシステムを一体的に整備するとともに、医療・福祉機能と商業機能の連携による住民参加型まちづくりを推進している。

図表Ⅲ－１－２　志村フロイデグループの概要（平成 30 年 12 月現在）

医療法人博仁会	昭和 26 年 10 月志村大宮病院開設（昭和 32 年 10 月法人化） 拠点・事業所数：33　　職員数：729 名
社会福祉法人博仁会	平成 12 年 10 月設立 拠点・事業所数：19　　職員数：229 名
学校法人志村学園	平成 22 年 3 月設立 拠点・事業所数：1　　職員数：14 名

２）地域医療供給体制と地域包括ケアに関する基本的な考え方

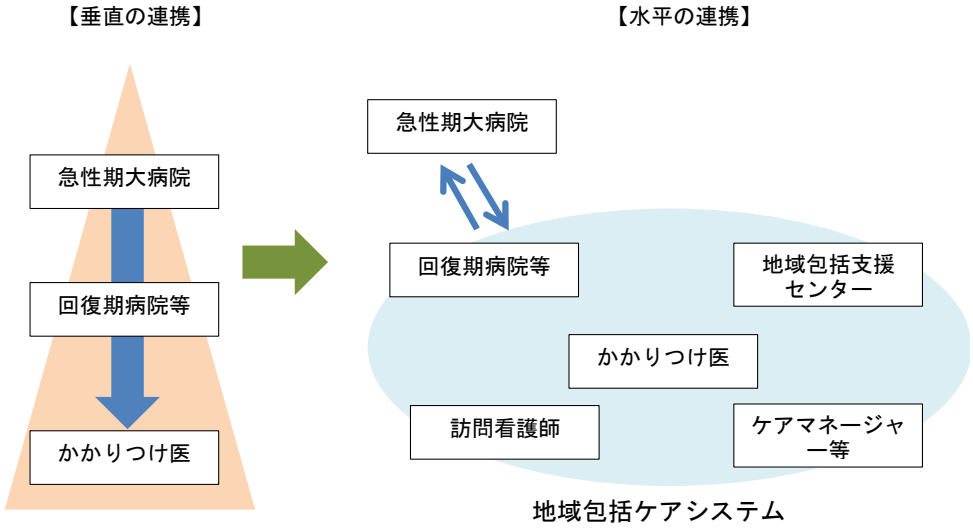
①垂直連携中心から水平連携中心へ

志村フロイデグループは、市内の急性期病院（平成 18 年開設）との「機能分化」を契機として、「入院リハビリ」「外来リハビリ」「訪問リハビリ」「老健入所」「通所リハビリ」といった医療における「リハビリテーション機能」を中核に据え、その機能を強化してきた。

さらに、志村フロイデグループは、「地域リハビリテーション」の理念に基づき、医療・介護の連携体制を構築するとともに、市民参加による「まちづくり」と一体的に取り組むことによって、地域の活性化に大きく寄与している。

志村フロイデグループの地域医療供給体制と地域包括ケアに関する基本的な考え方は、今後、到来する超高齢社会においては、従来の「急性期大病院」を頂点として、「回復期病院等」、そして「かかりつけ医」へという垂直連携型の医療体制から、「かかりつけ医」を中心として「回復期病院等」（かかりつけ医機能を持つ中小病院や有床診療所）、訪問看護師や地域包括支援センターなどとの水平連携へとシフトしていくとの認識に基づくものである（急性期大病院は、最後の砦としてエリアの外側に位置する）。

図表Ⅲ－１－３　垂直連携中心から水平連携中心へ



資料：「病院を中心としたまちづくり-地域包括ケアの担い手である地域密着型中小病院の取り組み-」（2019 年 1 月 9 日　医療法人博仁会　志村大宮病院　理事長　鈴木邦彦）より作成

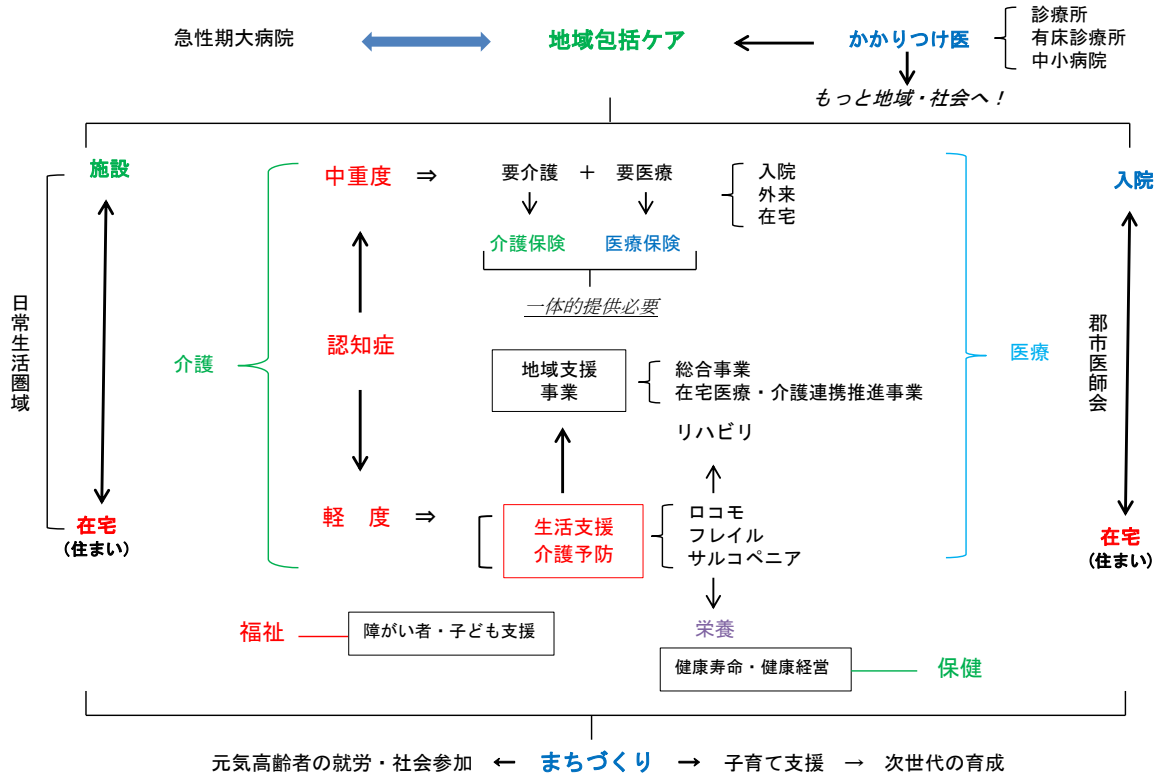
②高齢者医療と介護の一体化とかかりつけ医の役割の拡大

また、今後、高齢者医療と介護が一体化していく中で、「かかりつけ医」の役割が拡大する。その役割は、医療・介護、軽度者に対する生活支援や介護予防、障がい者や子ども支援のための福祉、健康寿命延伸や健康経営など多岐に亘る。

志村フロイデグループは、『「かかりつけ医」は、元気高齢者の就労や社会参加、子育て支援を通じた次世代の育成などまちづくりのリーダーとして、地域や社会に目を向けるべきである』との認識に立っている。

こうした考え方は、まさに、志村フロイデグループが医療・介護、福祉機能に留まらず、商業機能との連携も含め、「まちづくり」の観点から幅広い活動を展開するベースとなっていると推察される。

図表Ⅲ－１－４　高齢者医療と介護の一体化とかかりつけ医の役割の拡大



資料：同上

図表Ⅲ－１－５　「かかりつけ医」、「地域リハビリテーション」の定義

かかりつけ医	かかりつけ医とは、なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師
地域リハビリテーション	地域リハビリテーションとは、障がいのある子どもや成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。

資料：「医療提供体制のあり方」2013 年 8 月 8 日　日本医師会・四病院団体協議会　より

３）志村フロイデグループの取組

志村フロイデグループは、リハビリテーションによって、患者の機能回復と在宅復帰を可能にするため、24 時間・365 日の地域包括ケアの確立を目指し、事業を展開している。

○「24 時間・365 日の地域包括ケアの確立を目指す！」
○「在宅部門の総力を結集し、在宅復帰を可能にする！」

①志村フロイデ地域包括ケアセンター

志村フロイデ地域包括ケアセンターでは、高齢者やその家族の相談をワンストップで受け止めて、必要なサービスへつなぐ等、センター機能の一層の充実を図るため、医療と介護の情報連携を強化する取組を進めている。

介護事業者支援システム「HOPE／WINCARE－ES」の導入により、法人内の情報連携・情報交換が効率化され、各サービス事業所や併設する病院と情報を共有でき、タブレットやスマートフォンから何処からでも利用者・患者の受診やサービス利用履歴とその時の状態等について時系列で把握することができる。

また、法人外の医師や医療機関とも「連携パス」で一部情報連携が可能となっている。

②回復期リハビリテーション病棟

志村大宮病院の回復期リハビリテーション病棟は、年中無休（365 日）のリハビリ実施体制をとっており、近隣の中小病院からの転院も受け入れている。また、患者や家族がインターネットを使って情報を探し、直接、問い合わせてくるケースも少なくない。

③地域リハビリテーション

志村フロイデグループの全世代・全対象型のコミュニティケアサービスは、12 施設（デイケアセンター（1 か所）、デイサービスセンター（2 か所）、総合在宅サポートセンター（9 ヵ所）：近隣市町を含む）で全世代・全対象型のコミュニティケアサービスを展開している。

志村フロイデグループが推進するリハビリテーションのコンセプトは、「生きがいづくりの自立（律）支援型デイ」、「リハビリ機能強化型デイ」である。「生きがいづくり」は、自己選択・自己決定が重要であり、食事の仕方もバイキング方式とすることによって、リハビリ中の人が自らの意志で選択し、自ら皿によそって食べるという一連の行為が自己実現につながる第一歩との考え方によるものである。

こうした機能訓練が、自らの生活目標を設定し、外出先で実践し、何らかの社会的役割を果たすといった行動を通じて、日頃のリハビリの成果を実感することに結実するとの信念である。

リハビリテーションの基本コンセプト

★生きがいづくりの自立（律）支援型デイ
自己選択・自己決定、バイキング方式、自己実現
★リハビリ機能強化型デイ
機能訓練・社会的役割・活動と参加

こうした一連のリハビリ機能強化型のデイを通じた社会参加、社会的役割を発揮する場と機会として、以下のような取組を展開している。

○御前山女子クラブ（平均年齢 81.8 歳）：商品作成（籠など）⇒地域イベントへの出店
○買い物支援プロジェクト（NPO 法人あきない組との連携）
○地域通貨フーロで買い物：NPO 法人あきない組の出張販売会
○フロイデファーム：野菜作りから販売へ
○就労支援 B 型で生産・収穫（さつまいもを楽市で販売）
○各地域における介護予防教室
○一般介護予防事業（介護予防運動教室業務委託）
○総合事業Ａ型事業　in　常陸大宮市・ひたしなか市
○地域のお年寄り・子どもの見守り・防犯活動（地域見守り協力隊）
○地域住民参加型大掃除
○認知症に関する啓蒙活動
○アクティビティセンター＆シルバーフィットネス大宮（自費サービス）　など

④緩和ケア病棟（エーデルワイス病棟）

また、志村大宮病院は、平成 27 年、病院の 4 階に緩和ケア病棟（エーデルワイス病棟）をオープンし、末期がんの患者の看取りを行い、人生の最終段階において、患者本人のみならず、その家族の痛みを和らげ、その人らしく生きることができる環境と支援する体制を整えている。屋上にはエーデルワイス病棟利用者の専用庭園があり、エレベータも 4 階（EF と表示）からしか屋上階へ登れないように配慮されている。

⑤サービス付き高齢者向け住宅（フロイデアシストハウス大宮）

さらに、志村フロイデグループでは、平成 27 年に、フロイデアシストハウス大宮（18 ㎡×18 室、30 ㎡×2 室）をオープンし、医療・介護と連携し、高齢者の安心を支えるサービスを提供している。

（３）フロイデＤＡＮの取組

１）設立時期

フロイデＤＡＮは、平成 22 年 12 月 10 日、『「医療介護福祉の視点からまちづくり」を考え、「地域活性化と安心して暮らせるまちづくり」に挑戦する』有志の団体として、志村フロイデグループの中堅・若手職員の有志、各職種 9 人で結成、スタートした。プロジェクトチームメンバーは、作業療法士・介護福祉士・福祉用具専門相談員・介護支援専門員・管理栄養士・社会福祉士・看護師等である。

２）活動方針（基本的な考え方）

フロイデＤＡＮは、職員の「third place」（サードプレイス＝家と職場以外の場所）として位置付けられており、①職員の生きがいを追及できる場とすること。そして、②日常は組織でガチガチになりながら仕事している職員が、フロイデＤＡＮにおいて「まったり」「ムリしない」「好きな事、やりたい事をやる」ことができる場にすること、を活動の基本的な方針としている。

３）組織構成

平成 28 年 4 月より、フロイデＤＡＮは、下記のとおりに組織変更し、コアメンバーは、定例会においてフロイデＤＡＮの活動につて協議し、決定する。サポートメンバー、ボランティアメンバーは、主にイベント等の運営を行う等、それぞれの役割を定めた。

コアメンバー	5 名（年会費 12,000 円）
サポートメンバー	19 名
ボランティアメンバー	6 名
監事	2 名

４）『切れ目のない医療提供体制を包含した「まちづくり」』

①フロイデＤＡＮの役割

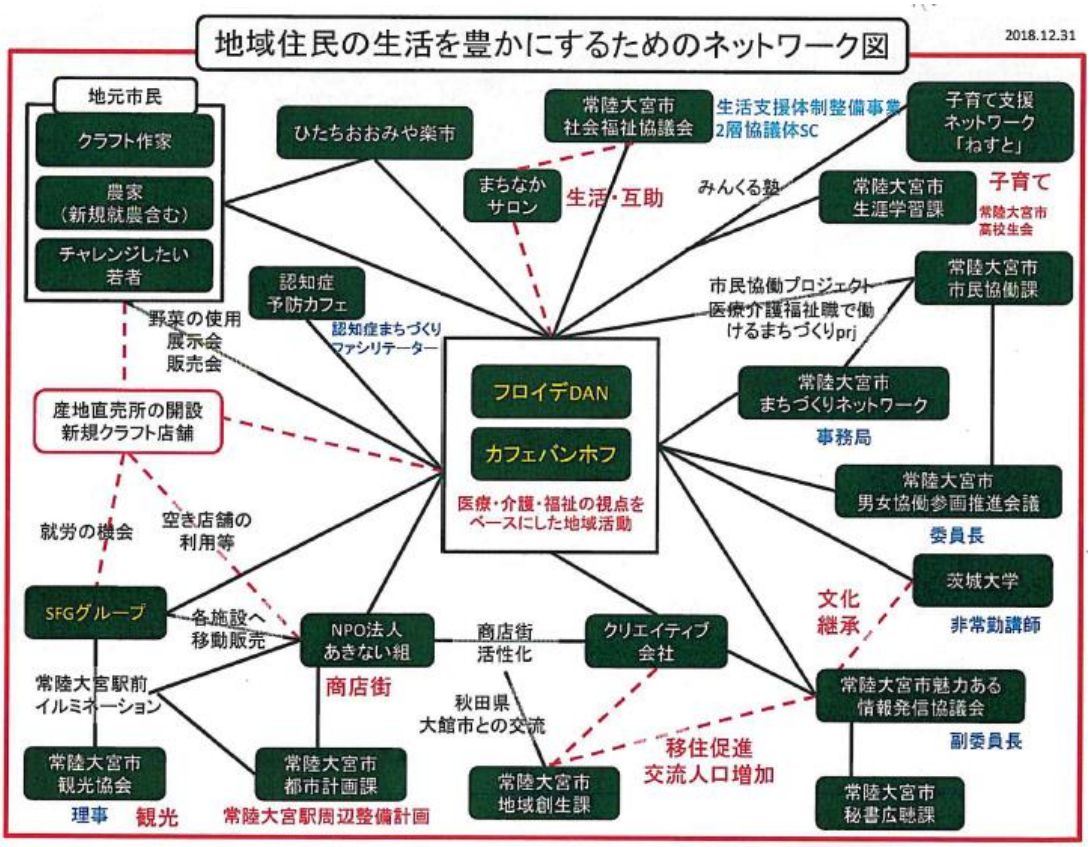
平成 22 年の設立以降、地域社会の中でネットワークを構築、拡大してきた。フロイデＤＡＮの主な役割は、以下の 4 点に代表される。

- 健康増進の観点から住民と共に「居場所」と「役割」を創る（伝えるツール）
- 住民が外に気軽に外出したくなるような「まちの雰囲気」作り（地域活性化）
- 縦割り的な施策に横串を刺していく（市民協働）とアメーバ的活動
- 「やる側」「やらされる側」の壁はない（協働作業）

また、フロイデＤＡＮは、活動開始から 2 年後の平成 24 年 2 月 6 日、常陸大宮駅の近くの空き店舗を改装し、「コミュニティカフェ バンホフ」をオープンし、まちづくりのプラットフォームとしてビジネスや市民参加の機会と場を創造しており、フロイデＤＡＮの活動の象徴的な拠点となっている。

フロイデＤＡＮの最新のネットワークの展開状況と主な活動は以下のとおりである。

図表Ⅲ－１－６　地域住民の生活を豊かにするためのネットワーク図



資料：「地域活性化プロジェクト　フロイデＤＡＮ　当該グループによるコミュニティカフェと地域づくり」（2019 年 1 月 9 日　医療法人博仁会　志村大宮病院管理部営業係　西村和也）より引用

図表Ⅲ－１－７　現在、取り組んでいる主な活動

①常陸大宮駅前イルミネーション点灯式（常陸大宮駅周辺整備検討委員会）
②常陸大宮市まちづくりネットワーク活動（まちづくりネットワーク事務局）
③あきない組と商店街活性化活動（商店街活性化コンペ優秀賞や出張販売）
④コミュニティカフェでの仕掛け・企画（常陸大宮アカデミア、地域住民の生きがいづくり）
⑤夏休み／冬休みの「みんくる塾」
⑥買い物代行サービス
⑦無医地区・限界集落への支援（移動販売・体操・看護師）

資料：同上

図表Ⅲ－１－８　ネットワークが拡大したことで実現した主な活動

①常陸大宮駅前イルミネーション（11 月下旬から 2 月末まで）
②あきない組と商店街活性化活動
③コミュニティスペースの活用（子供たちが安心して集まれる場づくり）
④コミュニティスペースの活用（自分の技術をいかす場づくり）
⑤ひたちおおみや楽市（月１回「誰でも気軽に集まれる場所」）

資料：同上

②住民の巻き込み方

フロイデＤＡＮの 9 年間の取組は、一市民として地元の商店街の取組に参加したことを起点としており、そこから自治会、住民、行政との広範な連携につながっている。

当初、フロイデＤＡＮでは、過疎化、高齢化が進んでいる地区への移動販売車の取組を考えたが、実際に地域に足を運んでみると、昔から地元の商店が長年に亘って移動販売を行っていることがわかった。また、過疎が進んでいる地区の農家の活動（グリーンツーリズム）で、毎年、年 1 回、小学生を受け入れることが、農家の方々の生きがいにつながっていることも知った。フロイデＤＡＮのメンバーは、地域から学ぶ（知る）こと、地域に足を運ぶこと（アウトリーチ）の重要性を知ることになった。

フロイデＤＡＮは、自分達たちが何をしたいかということだけではなく、地域の人々がどのような課題を抱えているのか、何を望んでいるのかを知ることであり、まずは、一市民として地域に関わるという姿勢で活動を進めて行った。フロイデＤＡＮは、地元商店街の「あきない組」に個人として参加することを通じて、商店街の事業者たちの信頼を築き、その信頼関係を基盤に、自治会のキーパーソンへ繋いでもらうことができた。こうした地道な活動を通じて、徐々に活動の幅を広げ、メンバーの専門分野である医療や介護に関する各種イベントへの参加者も増えて行った。

また、プロボノ（専門的な知識や技術を社会に役立てるボランティア活動）ならではの「居場所づくり」（人材と場）の事例として、「軽度の認知症でデイサービスに通っていた女性が、かつて長年に亘ってペーパークラフト教室を開いていたことを知った職員が、カフェバンホフのイベントでペーパークラフトの講師役を頼んだところ生き生きとイベントに向けて練習を始めた。」、「脊髄損傷で車いす生活になった男性が、訪問リハビリの際、ちぎり絵を勧めたのを機に、カフェバンホフのアート・ギャラリーに定期的に展示をするまでになった。」などのエピソードが文献※にも紹介されている。

※「医療マーケティングの革新」恩蔵直人、岩下仁　編著　有斐閣（2018.8.30）

③市民の活動の場

「コミュニティカフェ バンホフ」は、物理的な拠点の一つではあるが、フロイデグループが展開する各種施設も市民の活動拠点となっている。例えば、「フロイデ総合在宅サポートセンター大宮」（平成 27 年開設）内には、デイサービスセンター、小規模多機能、シルバーフィットネスの他、多目的に使えるスペースとして、カフェテリア、アクティビティセンターがある。市民や活動グループ等は、多目的交流スペース（＝みんなの居場所）を活用して、多様な取り組みを行っている。

市民の活動の中から、2 つの事例を紹介する。

事例１：「新体操コーチが教える健康ストレッチ（女性限定）」

体育大学を卒業し、新体操クラブコーチをしている地元出身の女性が、市内で体操教室を開業したいとの意向があることを、フロイデＤＡＮが知り、ビジネスの足掛かりとして、「フロイデ総合在宅サポートセンター大宮」のアクティビティセンターを活動拠点として利用することを提案し、「健康ストレッチ教室」が実現した。

事例２：「フロイデサポーター登録制度」

フロイデサポーター登録制度は、「フロイデサポーター実行委員会」（企画：フロイデＤＡＮ、運営：医療法人博仁会）が実施している。登録サポーターは、施設利用者の「入浴後の髪乾かし」「水分補給」「昼食の準備」、「利用者との話し相手」「お茶出し」「レクリエーションを通しての交流」などの活動に参加する。なお、活動１回に対しスタンプ１個、スタンプが５個たまると、カフェバンホフの食事券やフィットネスセンターの体験１時間チケットと交換できる。

図表Ⅲ－１－９　主な活用事例

フィットネスセンター大宮	会員制（月額 4,000 円）

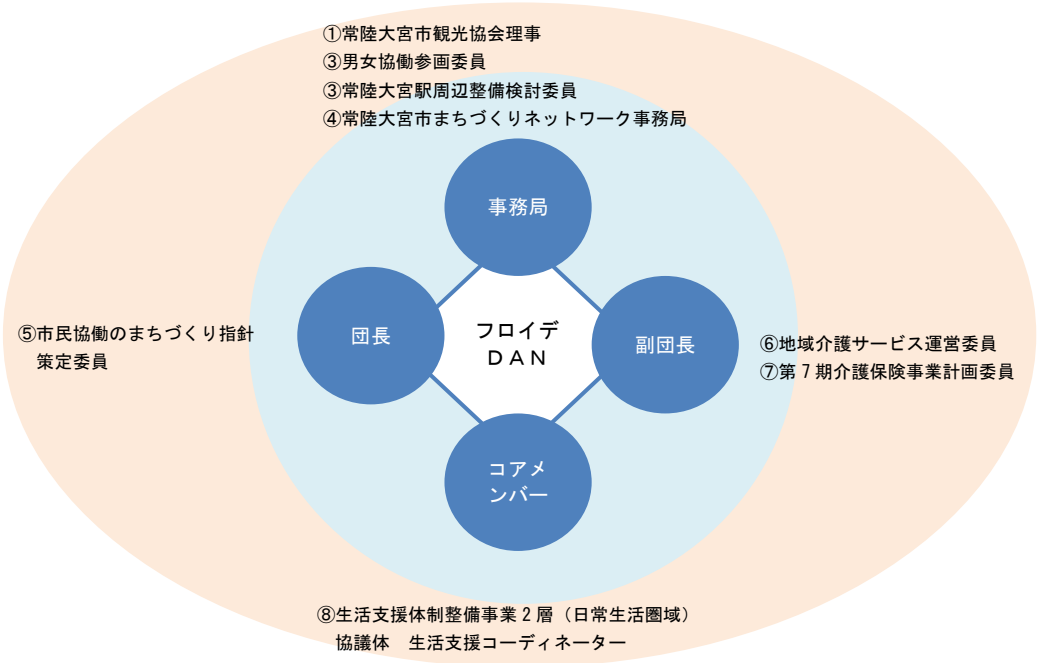
◆多目的交流スペースの活用事例

カフェ de 朝ヨガ	参加費 1,000 円 （アクティビティ個人会員 500 円）
まちなか健康クラブ	
新体操コーチが教える健康ストレッチ（女性限定）	

④行政との連携

フロイデＤＡＮのコアメンバーは、現在、各種の行政計画の策定・推進に関わる委員として、医療・介護の視点で「まちづくり」に参画し、常陸大宮市の各種行政計画に対し、市民としての意見を伝えている。

図表Ⅲ－１－１０　フロイデＤＡＮメンバーの常陸大宮市の各種計画への参画



今後は、さらに、医療・介護、保健福祉の各部署との連携強化に向けて、取組を進めて行くこととしている。特に、高齢者に関わる問題は、「介護」、「地域交通（移動手段）」、「防災（安全・

安心)」、「環境（住環境・生活環境)」にまたがる課題である。フロイデＤＡＮは、こうした行政諸課題に横串を刺し、「まちづくり」の観点から一体的、包括的な取組として展開して行く中核的存在と言える。

フロイデＤＡＮの強みは、まさに地域の若手・中堅が複数存在し、自主的な組織として継続的かつ精力的に活動を展開している点にある。

フロイデＤＡＮの取組は、活動開始から９年、志村フロイデグループの地域包括ケアシステム構築の取組と連動するかたちで、現在、常陸大宮市の「常陸大宮市駅周辺整備基本計画」において「医療・福祉施設と商業機能の連携」として反映されている。今後、地域の医療･福祉の拠点と地元商店街の関係強化などを通じて、市民の健康づくりと地域活性化の相乗効果につながることが期待される。

２　沼田町「農村型コンパクトエコタウン構想」の推進

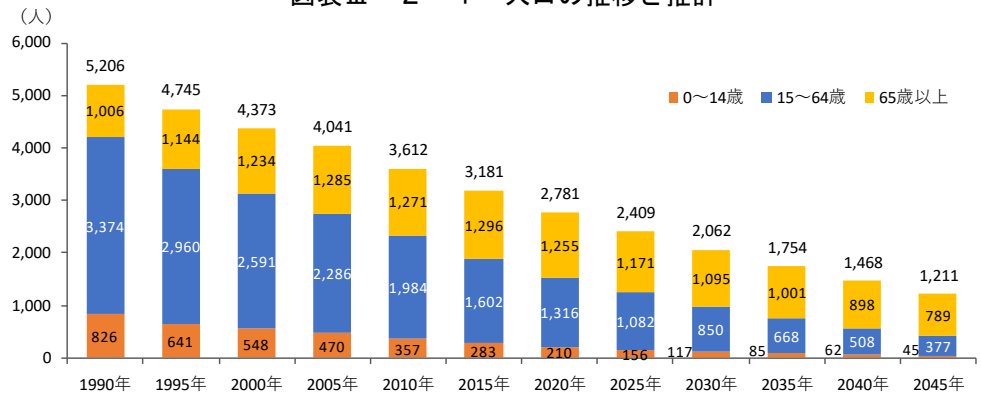
（１）沼田町の概要

沼田町は、農業（水稲・花卉）が基幹産業の町である。面積が 283.35 ㎢と北海道の町村としては小規模で、もともと中心地に商業施設や医療・福祉施設が点在していた。

人口の推移をみると、1955 年の 19,362 人をピークに減少し、平成 30 年には約 3,100 人、農家は約 160 戸となっている。

平成 19 年には沼田厚生病院（42 床）の赤字問題、その後 A コープの赤字と建て替え問題も表面化し、医療機能のあり方については町が、商業機能のあり方については商工会が中心となって議論を進めることとなった。

図表Ⅲ－２－１　人口の推移と推計



	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
65歳以上	19.3%	24.1%	28.2%	31.8%	35.2%	40.7%	45.1%	48.6%	53.1%	57.1%	61.2%	65.2%
15～64歳	64.8%	62.4%	59.2%	56.6%	54.9%	50.4%	47.3%	44.9%	41.2%	38.1%	34.6%	31.1%
0～14歳	15.9%	13.5%	12.5%	11.6%	9.9%	8.9%	7.6%	6.5%	5.7%	4.8%	4.2%	3.7%

資料：【実績値】国勢調査、【推計値】「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

（２）取組の背景

沼田町が「農村型コンパクトエコタウン」構想の策定に至る背景には、沼田厚生病院と A コープの撤退危機問題の 2 つの出来事があった。

①沼田厚生病院の赤字問題と医師・看護師等の確保困難

沼田厚生病院は、昭和 17 年 12 月、北聯沼田久美愛病院として開設された。昭和 49 年、救急告示指定病院、49 年歯科の開設と続くが、その後、結核病棟の一般病棟への変更、歯科の廃止、病床変更と縮小を繰り返し、介護保険制度導入とともに一般病床の一部を療養型（74 床）

に転換したが、病床の廃止や休床が続いた。

平成 19 年より、沼田厚生病院は町から赤字（運営損失金）の全額補填を受ける。平成 20 年、42 床に縮減したものの、稼働病床は 10 床程度、外来患者も減少し、病院の建て替え費用や医師・看護師等人材確保が困難となっていった。

平成 26 年 4 月、病床および救急告示を廃止し、無床診療所に移行。沼田厚生クリニックに名称を変更した。その後、平成 28 年 4 月には公設民営の町立診療所に移管。指定管理制度のもと、従来どおり北海道厚生連が運営を担うこととなった。

平成 29 年 7 月、「暮らしの安心センター」に新築、移設。予防機能を重視し、最新の検査機器・医療機器を充実させ、人間ドックにも対応。医師 2 名体制（外科、内科）、安心センター内に設置された「暮らしの保健室」等との情報交換など地域連携強化を図っている。

＜町立沼田厚生クリニックの経緯＞

昭和 17 年 12 月	北聯沼田久美愛病院として開設（12 床）
38 年 6 月	病床数 143 床（一般病床、結核病床、伝染病棟など）
49 年 3 月	救急告示病院指定
平成 26 年 4 月	厚生連のまま、無床診療所に転換
28 年 4 月	町立となり、指定管理制度のもと北海道厚生連が運営
29 年 7 月	「暮らしの安心センター」に移設

＜30 年 2 月現在の診療体制＞

内科、外科、皮膚科の 3 科
常勤医師 2 名体制
最新医療機器を整備し、人間ドックにも対応。予防医療に力をいれている。

②Ａコープぬまたの閉店問題

「A コープぬまた」は、生鮮食料品を扱うスーパーマーケットとして、住民の生活を支えてきたが、買い物客の減少から収益が悪化し始めた。また、建物の老朽化から建て替え議論が浮上したが、店舗は赤字であり経営の危機が表面化してきた。建て替えコストに見合う収益の確保が見込まれないことから、農協では、A コープは閉店し、事務所のみの建て替えを検討することとなった。

町では、住民の商環境を守るため、商工会と協議。商工会では臨時総会を開催し、A コープの建て替えではなく、商業施設の新設について検討を行った。商工会内に「商店街中核施設検討委員会」が設置され、住民の町内外の消費動向、満足度などを把握する全戸対象のアンケート調査を、また、市場調査、事業採算性調査を実施した。

町と商工会、JA が「沼田町商業施設検討合意書」を締結、協議を重ねてきた。合わせて、平成 20 年に商工会会長ほか有志で設立したまちづくり会社を、平成 27 年に商工会、JA、町が出資して「㈱まちづくりぬまた」として再編成（商工会 200 万円、町と JA がそれぞれ 100 万円）、複合商業施設「まちなかほっとタウン」の運営にあたることとした。

平成 29 年 9 月、元の A コープの場所に「まちなかほっとタウン」がグランドオープン、「ダ・マルシェ」（元の A コープ面積の約半分）のほか、観光協会、㈱まちづくりぬまたが入居、コミュニティスペースを設け、住民主体のイベントが開催されている。新生「㈱まちづくぬまた」

は地域商社として活動している。

（３）沼田厚生病院の存続問題と町の対応

沼田厚生病院への対応からスタートして、町の医療機能をどのように維持していくか、町の対応は、大きく 2 期に分けて整理することができる。第 1 期は、平成 19 年度の沼田厚生病院損失金全額補填にかかわる協定締結や、各種社会保障制度改革を背景として、当初は行政を中心に検討を進め、平成 25 年 3 月に無床診療所化を決定するまでの時期。同時に、施設整備を行うにあたり、保健・医療・介護の拠点施設の整備を盛り込んだ「ぬまた暮らし安心生活サポート戦略」を策定した。

第 2 期は、平成 25 年 5 月、住民に向けて「農村型コンパクトエコタウン構想」の推進を表明し、住民ワークショップ等を中心に、基本構想から基本計画を策定し、具現化に向けて検討した時期で、施設の整備は平成 29 年秋に完成したところまでである。

１）第１期：

①厚生連との協議開始

平成 18 年～19 年の初めころ、厚生連から沼田町を含め厚生連医療機関が所在する市町村に対して運営損失金の全額補填を検討してほしいという提案があった。それを受け、沼田町では平成 19 年 9 月に「沼田厚生病院の運営に係る協定」を締結し、運営損失金の全額補填を開始することとなった。

補填額は毎年増加し、さらには、施設の老朽化から建て替え問題が表面化し、新たな建設費用の負担をどうするかが課題となっていた。

一方、医療に関する各種制度の施行や改正が相次ぎ、各種病院改革ガイドラインの趣旨等も踏まえ、単に運営費補助の問題ではなく、町の地域医療体制にかかわる課題の整理とあり方を検討する必要性が庁内でも議論されるようになった。

②有識者会議「沼田町高齢者保健医療福祉計画策定委員会」の提言

以上のような背景を踏まえ、「地域医療体制の役割・あり方」を検討するため、町長の諮問委員会として「沼田町高齢者保健医療福祉計画策定委員会」が設置された（平成 20 年 12 月～平成 22 年 3 月）。委員会は、一般の町民 10 人からなり、全 10 回開催され、町内医療・福祉施設の視察・ヒアリング、町外施設の視察・研修を実施した上で、考え方を整理し、以下のような答申を示した。

「沼田町高齢者保健医療福祉計画策定委員会」の答申
・沼田中学校跡地に、デイケアサービスを併設した 30 床の一般病院を建設する。 ・上記に加え、同敷地内に、小規模多機能型居宅介護事業所（公設公営に限定されない）、旭寿園サテライト（10 床ユニット個室）、高齢者対応住宅を設置し、高齢者の医療介護サービスの一体化を図る。

③厚生連との協議

厚生連では、深刻な医師不足を抱えており、本部では専属で平成 22 年 4 月に医師確保対策室を置いて対応していた。

上記の答申に対しては、病院を存続した場合の職員の確保、夜勤体制の確保、外来・入院患者の減少等の課題が示された。

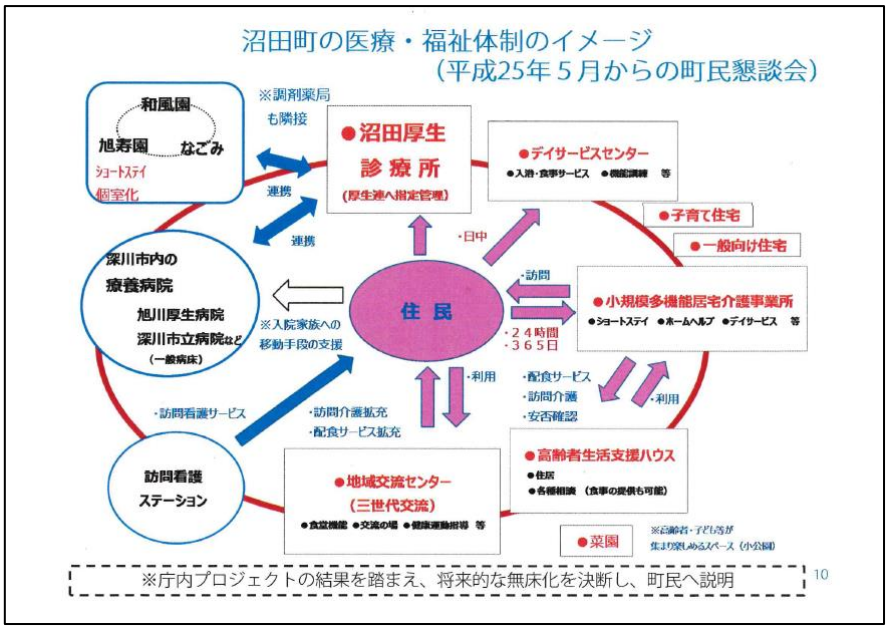
④庁内プロジェクトチームによる検討

こうした状況を踏まえ、平成 24 年 6 月、庁内プロジェクト会議「病院・高齢者福祉施設検討プロジェクト」が設置された。メンバーは、病院問題のみならずまちづくりの課題としてとらえるため、財政、建設の課長、及び保健福祉の課長と主幹が参加し、事務局は政策推進室が担当した。

プロジェクトチームは、道内の同規模自治体 10 ヵ所以上における医療・介護供給体制を視察・調査のほか、厚生連から沼田病院の将来シミュレーションの提供を受けるなど検討を重ねた。

在宅医療・福祉・介護をどのような形で提供できるかを検討し、町立無床診療所、新たな総合生活サービスシステムを中学校跡地に整備することを盛り込んだ「ぬまた暮らし安心生活サポート戦略」を平成 25 年 3 月に提案した。

図表Ⅲ－２－２　沼田町の医療・福祉体制イメージ



※沼田町「コンパクトエコタウン構想の経過」資料より

⑤庁内への説明

平成 25 年 4 月に、初めて庁内職員への説明があり、その後、平成 25 年 8 月、政策推進室に専属部署を設置した。

⑥第１回目の町民説明会

「沼田町の医療・福祉体制の今後を考えよう」として町民懇談会が開催された（平成 25 年 5 月～7 月、11 会場、246 名の参加)。

医療に関する説明は保健福祉課、まちづくり・コンパクトエコタウン構想については政策推進室が担当した。町民からは大きな反対はなく、理解が得られた。

２）第２期：住民ワークショップを中心とした構想の具体化

①厚生連との協議

コンパクトエコタウン構想を進めるにあたり、厚生連から町に対して、外部コンサルタント等の力を借りて住民の理解促進と住民の意向を踏まえた施設整備を進めることが望ましい、との提案があった。そのことも踏まえて、住民ワークショップのノウハウを持ち、道外の先進事例にも詳しい外部コンサルタントに業務を委託した。

②「農村型コンパクトエコタウン」構想推進表明

市街地の歩いて暮らせる範囲に医療福祉・買い物・住まいなど、生活に必要なサービスを集約することで雪国の小規模自治体が抱える様々な課題を解決し、住民主体で自分らしく暮らし続けられるまちづくりを進めるための「農村型コンパクトエコタウン」構想推進表明を平成 25 年 9 月に行い、同年 10 月より策定を開始した。

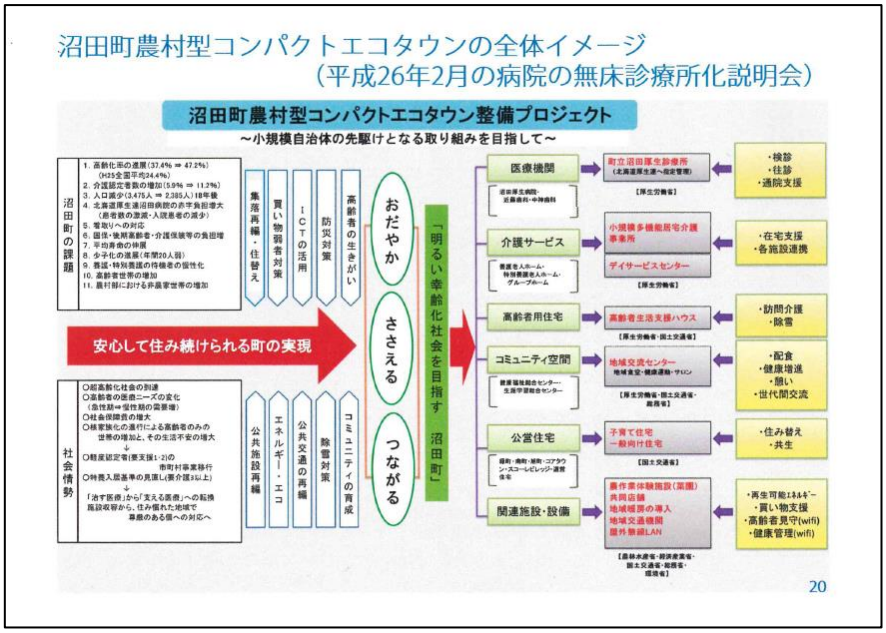
③第２回町民説明会

平成 25 年末、厚生連から、26 年 4 月から無床診療所化の申し入れがあった。それを踏まえ、平成 26 年 2 月に「沼田厚生病院の無床診療化に伴う町民説明会」として第 2 回町民説明会を開催した。

急遽行った説明会のため会場を限定して開催したほか（全 9 会場、363 人が参加)、資料を郵送にて全戸配布し、広報誌でも広く知らせた。

無床化に対する不安はあったものの、ケース別に対応方法を紹介し、理解を求めた結果、大きな混乱はなかった。

図表Ⅲ－２－３　沼田町農村型コンパクトエコタウンイメージ



※沼田町「コンパクトエコタウン構想の経過」資料より

（４）住民ワークショップによる住民と行政の課題共有

基本構想を策定するため、住民説明会を開催、まちづくりのこれからを考える会を経て、町民ワークショップを開催し、町民による議論を進めた。さらに、町民ワークショップは、2 つのステージに分けられ、「これから塾」として町民が勉強するステージ、「つながる塾」として町民自身が考え、動いて「暮らしの安心センター」の機能を検討するステージ（基本計画策定）で議論を進めた。

一方、多職種連携ワークショップ（関係主体 WS）を開催、医師、保健師、介護職など町内外の関係者を集めた会議体を結成した。活動をしているうちに、この WS は、町民 WS と統合されることとなった。

①開催概要

平成 25 年 10 月からスタートし、ワークショップには毎回 30 名から 60 名の住民が参加した。

行政による住民ヒアリングや住民同士の意見交換会も含め、ワークショップを 20 回以上開催。住民の議論を繰り返して、平成 27 年 10 月、基本計画策定に至り、住民による活動報告が行われた。

時　期	ワークショップ	
平成 25 年 10 月～12 月	住民ヒアリング	
平成 26 年 1 月～3 月	住民ワークショップ	職員ワークショップ
平成 26 年 4 月～7 月	これから塾①～④ （町民勉強会）	多職種連携ワークショップ①～④ （関係主体ワークショップ）
平成 26 年 8 月～12 月	つながる塾①～⑤ （住民ワークショップ）	

②住民へのアプローチ（巻き込み方）の成功要因

住民へのアプローチ（巻き込み方）の成功要因としては、以下の 3 点をあげることができる。

◆行政と住民の課題共有が図られたこと

行政から率直な現状と課題の提示およびまちづくりの方向性が提示され、商業施設の運営については、ダ・マルシェの誘致、新たにまちづくり会社を設立するなどの構想が提示され、住民との信頼関係ができた。

◆ワークショップの進行を、外部コンサルタントに依頼し、外部の専門家の目を導入したこと

住民同士が利害を超えて、持続可能な町づくりのための議論ができた。

◆住民が自らアクションを起こして調査を実施したこと

住民が、小規模多機能施設の視察、空き家調査とマップ作成、福祉とまちづくりの先進地視察等を行い、将来のまちの在り方を検討した。

住民のまちのイメージを具体的な図面や絵に落とし込んだ。施設整備事業者の公募資料に住民 WS の一連の検討資料が添付され、住民意向を組むことができる設計者を選定した。

図表Ⅲ－２－４　沼田町の市街地

「農村型コンパクトエコタウン構想」による市街地は概ね 2.2 ㎞×1.2 ㎞。

（５）財源の確保策

主な財源の確保策は以下の通りである。

○平成 26 年 5 月　特定地域再生事業補助金事業に選定される（内閣府）
　　地域活性化モデルとして「農村型コンパクトエコタウン」
　　7 月　地域活性化モデル　各府省庁総合コンサルティングを町で開催
○平成 27 年度　　地域再生戦略交付金（内閣府）
　　まちなかほっとタウンの整備
　　暮らしの安心センターの整備
○平成 28 年度　　地域・まちなか商業活性化支援事業費補助金（経済産業省）

（６）取組が成功した主な要因

沼田町において、医療機能の再編とまちづくりを一体のものとして取り組み、成功している要因は以下のようにまとめることができる。

①庁内体制の整備

医療機能とまちづくりを合わせて検討する「病院・高齢者福祉施設検討プロジェクト」では、事務局を政策推進室が担当し、メンバーとして複数の部署で取り組んだことにより、病院の問題のみならず、沼田町全体のまちづくりの課題としてとらえることで、住民のニーズにも対応した議論を進めることができたのではないか。

②町長の決断と町民説明・ワークショップ

現町長は平成 23 年 5 月に就任後「厚生病院問題について本気で取り組まなければならない」として、平成 24 年 6 月に「病院・高齢者福祉施設検討プロジェクト」を庁内に立ち上げた。厚生連との協議にも自ら参加するなど、町立無床診療所への移管及びコンパクトエコタウン構想に向けての検討を町長が中心となって進めていった。

病院の財政状況を含め、町民に対しても具体的な数字を示して説明会を開催することにより、住民の納得を得るとともに、医療や介護が必要になる場合分けごとに対応方法を説明して不安を取り除いた。

外部コンサルタントの活用をいち早く決めて町民を巻き込むワークショップを開催するなど、町が一体となって取り組むことで成功につながった。

③町民力

沼田町には 40 年以上続く「夜高あんどん祭り」があるが、この祭りでは、行政、商工会、観光協会、農協、一般町民が「みんなで協力する」ことが根付ており、みんなで協力することがごく自然と「まちづくり」につながっている。

そのため、厚生病院の無床化問題や A コープの閉店問題などの際も、町民みんなで協力し、

困難を乗り切るという町民性が、大きな反対や混乱も見られず、スムーズに議論が進められた要因の１つではないかと推察される。

④厚生連との関係

厚生連とは、無床診療化に向けて多くの議論の場を持ち、コミュニケーションを十分に図っていた。

厚生病院の無床化が決まった際には、近隣市町村の病院へ、入院患者の受け入れの協力依頼に厚生連と町が一緒に訪問した。診療所が無床化した平成 26 年 4 月からは、介護職員のスキルアップを図るため、それまでの厚生病院の看護師長を 1 年間、町立の特養に出向するなど、新たな体制へのサポートも行っており、町と厚生連は良好な関係を保ちながら無床化への変換を進めていた。

図表Ⅲ－２－５　沼田町の２つの拠点施設

沼田町暮らしの安心センター	
◇沼田あんしんセンター ・介護等の相談窓口 ・暮らしの保健室 ◇デイサービスセンター ・デイサービス・介護予防事業 ◇なかみちカフェ ・カフェ ・地域医療コミュニティカフェ「あったまーる」 ◇なかみちライブラリー	◇町立沼田厚生クリニック ・診療科：内科・外科・皮膚科 ・医　師：院長（外科）、医師（内科）、旭川厚生病院派遣医師（皮膚科） ・スタッフ：看護師 4 名、理学療法士（派遣）1 名、臨床検査技師 1 名、診療放射線技師 1 名、事務長 1 名、事務員 2 名、医療助手 1 名 ◇健康運動室（トレーニングルーム） ・トレーニングマシン・からだ測定コーナー
まちなかほっとタウン	
◇ダ・マルシェ（スーパーマーケット） ◇ＪＡバンク ◇観光協会 ◇ＪＡ事務所	◇美容室 ◇チャレンジショップ ◇物産サービスセンター ◇イベント広場

３　鷹栖町　社会福祉法人が中心となった住民参加型まちづくり

（１）鷹栖町の概要

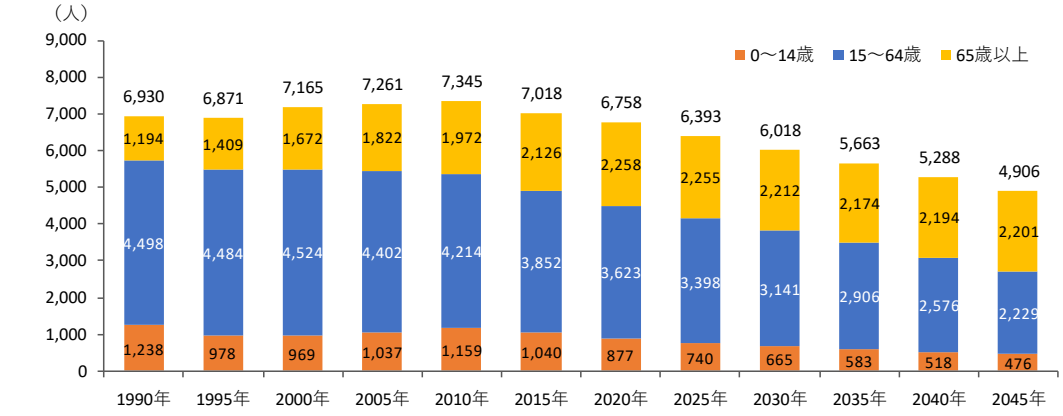
鷹栖町は、北海道第二の都市である旭川市に隣接する人口 7 千人の町である。1980 年代に農家戸数の減少に伴い人口が減少したが、その後大規模宅地造成などにより人口増となり、人口は概ね 7 千～7.5 千人で推移している。ただし、老年人口は増え続け、高齢化率は 30%を超えている。

鷹栖町の市街地は大きく鷹栖地区と北野地区の 2 地区に分かれている。

社会福祉法人さつき会は、鷹栖町の中で唯一の社会福祉法人として 1974 年から活動しており、1988 年には特別養護老人ホーム、ショートステイ、デイサービスセンターを鷹栖地区で開設した。

医療機関については、町内に民間の無床診療所（内科、消化器科）が 1 カ所だけとなっており、受療動向については、入院患者ではほぼ 100%が、外来患者では 60%以上が旭川市となっている。

図表Ⅲ－３－１　人口の推移と推計



	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
65歳以上	17.2%	20.5%	23.3%	25.1%	26.8%	30.3%	33.4%	35.3%	36.8%	38.4%	41.5%	44.9%
15～64歳	64.9%	65.3%	63.1%	60.6%	57.4%	54.9%	53.6%	53.2%	52.2%	51.3%	48.7%	45.4%
0～14歳	17.9%	14.2%	13.5%	14.3%	15.8%	14.8%	13.0%	11.6%	11.1%	10.3%	9.8%	9.7%

資料：【実績値】国勢調査、【推計値】「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

（２）取組の経緯

①町・社会福祉協議会・社会福祉法人３者による下地づくり

鷹栖町での協働の取組は、平成 17 年にスタートした。地域の課題として、特別養護老人ホームが鷹栖地区しかなく、入居待機者も多くいたため介護施設のない北野地区にも新たな介護施設を作ってほしいとの要望が住民から出されていた。社会福祉法人としては、せっかく北野地区に作るのであれば、「地域の人に親しまれる施設、地域の人が使いやすい施設、地域の人が協力してくれる施設」となる「地域安心拠点」を作ろうと考え、検討がスタートした。

施設開設の 3 年半前の平成 17 年 11 月、まずは町・社会福祉協議会・社会福祉法人による下地づくりとして、月 1～2 回の勉強会を実施し、課題の共有や住民参画の仕掛け、地域の顔役探しなどを始めた。この時、住民参画の集まりについては、団体代表やあて職の集まりにするのではなく、主体的な人の集まりにしたいとの意識の共有が図られた。

②住民のリーダーの発掘ときっかけづくり

半年程度の下地づくりの後、町の各団体の協力を得たいとの思いで、平成 18 年 6 月に鷹栖町主催で各団体のリーダーを対象とした「鷹栖町リーダー講演会」が開催された。この講演会において、行政と社会福祉法人は、後に核となるひとりの住民に出会うことができた。すぐに社会福祉法人の施設長がその住民の自宅を訪問し、新たな介護施設（地域安心拠点）の検討について相談し、施設検討の勉強会を準備することとなった。

すると翌々日に、その住民の方から社会福祉法人の施設長に 15 人の勉強会出席予定者の名簿が渡された。名簿は、発起人の方が仲間に声掛けをしてくれて作成されたものである。施設長は名簿を基に、改めて施設検討の勉強会についての説明を出席予定者の家を訪問し行った。施設長の話によると、発起人の住民から一旦話がなされているため、大変スムーズに説明ができたとのことである。

③住民と事業所が協力した勉強会等の開催

勉強会の名称は「北野の介護を考える住民と事業所の勉強会」となり、2 年 9 カ月間で勉強会 16 回、親睦会 3 回、先進地域視察 3 回が開催された。勉強会では、どういった老後の生活を望むのかといった意見交換や大型の特養と小規模の特養での生活スタイルの違いを細かくみていくことで、自分が入りたいと思う特養はどういった施設なのかという意見交換などを行いながら少しずつ施設像を具体化させていった。勉強会のメンバーは当初 15 名であったが、きめ細かく継続的に動ける人を増やそうという観点から、施設開設の 1 年半前に新たに声かけをして、拡大メンバー18 名が新たに参加となった。

また、社会福祉法人と住民が協力して地域の高齢者の家を廻り、ニーズ調査を行った。結果として 191 の住民から意見・要望を聞き取ることができた。こうした意見・要望を組み入れながら新たな介護施設（地域安心拠点）には、以下の 3 つの機能を組み入れることとなった。

①高齢者が地域に住み続けることを支えるための「24 時間 365 日の安心づくり」…小規模多機能型居宅介護

②自宅でもない施設でもない、認知症・ねたきり等の高齢者が安心して暮らせる「もう一つの家」づくり…小規模特養

③住民参加型「福祉のまちづくり」を支える地域支援ネットワーク、ボランティアの拠点づくり…地域交流スペース

これらの施設には、住民にさらに親しみを持ってもらおうと名称を町民に公募し、応募総数149 通の中から小規模多機能型居宅介護・小規模特養は「ぬくもりの家　えん」に、地域交流スペースは「ふれあい茶（さ）ろん　てくてく」に決定した。

その後、住民の声は設計段階にも反映され、地域交流スペースでの設備や畑の位置などの決定に活かされた。

（３）開設時及び開設後

①勉強会等での関係づくりの成果

開設前までに十分な信頼関係を築いてきた住民と事業所の関係は良好で、「ぬくもりの家　えん」の看板や時計や書道などの室内備品等は住民から寄贈されたものが多い。また、住民と施設の職員の懇親会が開催されるなど、物心両面で支えあう関係となっている。

開設後、食事作りなどには地域の女性を雇用するなど地域での雇用創出につながったり、中庭は隣接する保育園の園児のためのマラソンコースとして開放するなど、施設自体が地域に親しまれる施設となっている。

②住民主体の活動の継続

勉強会から始まった住民の集まりは、「ぬくもり友の会」という名称で活動が継続されている。「ぬくもり友の会」の特徴としては、代表や役員を置かない任意団体であり、①仲間づくり（お互い様づくり）、②「老いと介護」を学び考える（生涯学習）、③ボランティア活動（生涯活躍）、の３つを目的としている。「ぬくもり友の会」の活動に参加されている人の言葉を借りれば、「いずれお世話になる施設であるから、早くから仲間づくりをしておきたい」ということが活動の原動力の一つとなっている。

「ぬくもり友の会」の活動では、「コーヒー茶ろん」と称して毎週火曜日に「てくてく」に集まる会や、年に 3～4 回の「老いと介護」を学び考える勉強会、花壇・菜園づくりなどがある。特に、盛況なのが「朝市『てくてく』」という活動である。朝市は毎年 7 月～10 月の毎週土曜日に施設の駐車場を使って開催されるものであり、近所の農家が野菜を出したり、フリーマーケットのように出店者が商品を出したりしている。朝市に買い物に来る人は、入居者、地域の人の区別なく楽しんでいる。

③事業所側からみた住民の活動

こうした住民の活動を社会福祉法人側から見た場合、ぎりぎりでの職員配置の中で、レクリエーションを一緒に楽しんでくれる地域住民がいてくれるということでお年寄りの生活に潤い

と楽しみが生まれるといった効果や、スタッフも楽しく働くことができ離職もほとんどないという効果があるとのことである。

（４）町での取組

町では、平成 22 年にまちづくりの指針となる「第 7 次鷹栖町総合振興計画」を策定した。その中で、福祉・教育・安全の分野では「『お互い様』の気持ちを持って生涯元気でいきいきと暮らし、幼児から高齢者まで人生の様々な時期において学んでいけるまちづくりを目指す」とした。

第 7 次鷹栖町総合振興計画を受け、「地域福祉の充実⇔お互い様づくり」の実現を目指すために、平成 26 年 3 月に策定されたのが「お互い様づくり行動計画」と呼ばれる町の計画である。

行動計画では、5 つの重点施策を掲げ、住民の主体的な参加と各種団体・事業所・社協・行政などの協働の下に、それぞれの役割を明確にして「お互い様づくり」の行動を起こすための計画となっている。

5 つの重点施策には、「①相談窓口の体制整備・強化」「②見守り活動の体制整備・強化」「③居場所づくり」「④買い物支援」「⑤権利擁護の推進・充実」がある。特に、②～④については、地域住民が実施主体として役割を発揮することとなっている。

（５）新たな総合事業の拠点の整備

①新たな総合事業の拠点が持つ４つの取組

鷹栖町では、平成 27 年の総合事業の開始から町からさつき会が委託を受けて取組を進めてきた。さらに、平成 29 年に「安心住まい・元気創り・生涯活躍を一体的に支援する地域安心拠点」として総合事業の拠点施設が整備された。総合事業の拠点施設には、「安心住まいの場」であるサ高住、「元気創りの場」であるフィットネス倶楽部、「生涯活躍の場」である地域交流スペース（地域食堂）を一つの施設の中に整備した。

総合事業の拠点施設では、「住民が主体的に参加し、自らが担い手となり、「互助」を通しての地域づくりが必要」であるということで取組が進められてきた。介護予防事業についても、行政から委託を受けたインストラクターが運動教室で教え、住民が受け身で参加するスタイルではなく、住民が自らの健康と予防のために主体的に参加し、さらに担い手側に回ってもらい、世のため、鷹栖のため、自分のために活躍する人づくりにつなげていきたいと捉えている。

さつき会における総合事業の拠点では、「①フィットネス倶楽部」「②住民互助の育成」「③ヘルスリテラシー向上」「④地域食堂」の四つがセットになり取組が進められている。

②理学療法士が常駐するフィットネス

「①フィットネス倶楽部」については、総合事業の拠点の 1 階部分に広さ 200 ㎡の場所が設置され、最新のフィットネスマシンやレッドコード教室ができるようになっている。「フィットネス倶楽部」は、サ高住住民だけでなく 60 歳以上の町民であれば利用することができる。利用登録者は 300 名であり、町の高齢者人口の 13%となっている。

施設には、理学療法士（PT）2 名が常駐し、利用者一人ひとりに体力評価を行い、個別プログラムを作った上で運動を行うようにしており、専門家による適切な運動内容を提供できるようになっている。理学療法士 2 名の人件費については、町と事業所で 1:1 の負担となっている。

③専門職をサポートする住民活動

「②住民互助の育成」に関して、理学療法士にはできる限り専門職でしかできない取組に集中してもらいたいと考え、住民による「コレカラサポーター」という運営サポートの仕組みを導入している。身体構造やリハビリ機器の使用方法や効果等を学んだ住民を「コレカラサポーター」として登録し、専門職が不在でもリハビリ機器の説明や誘導などのサポートを行うことができるようにしている。

活動するためには、施設の入口のホワイトボードに活動予定表が掲げられており、サポーターは協力できるところに自分の名前を書き入れる仕組みとなっている。サポーターは 30 時間活動して、フィットネスの 11 回利用券がもらえるというほとんど無償に近い形で協力してもらっている。

③住民が集う仕組みづくり

「③ヘルスリテラシー向上」について、月に一度程度、さつき会の職員が講師となって講座を開催している。講座の内容としては、例えば「ヘルスリテラシーとは」「水分と脱水」「便秘と下剤の功罪」「認知症・MCI 予防と薬害」「フレイル、社会参加」などが行われている。

「④地域食堂」については、身体面で元気になった人が生涯活躍するための場として、施設内に地域食堂を整備している。地域食堂では、ワンデイ・シェフ方式で地域の団体がランチを提供している。1 食 500 円で 30 食を提供しており、地域の人が昼食を食べにやってきている。

４　更別村　国保診療所による医療体制の構築と住み続けられるまちづくり

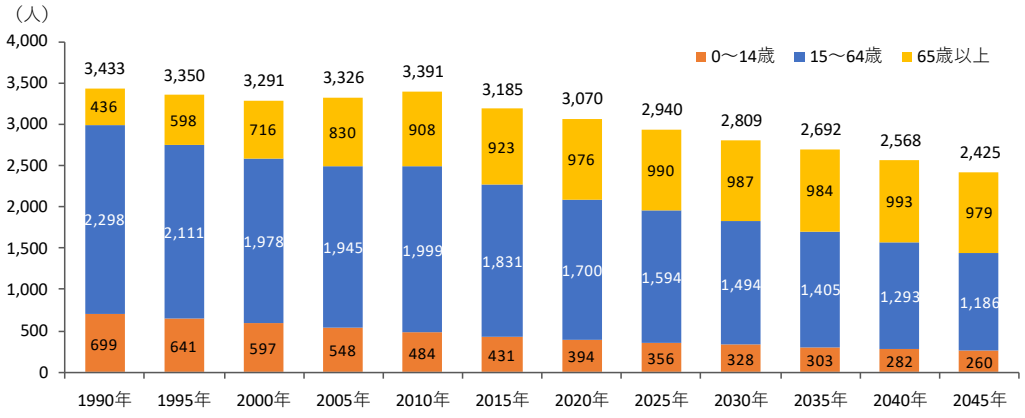
（１）更別村の概要

北海道十勝地方の南部に位置し、総面積は 176.90 ㎢で、総面積のうち、耕地面積が 61%を占める。日高山脈のふもとに広がる平坦な耕地を基盤とした大規模機械化農業が特徴である。

人口は 3,185 人（平成 27 年）、高齢化率は 29.0%。

平成 13 年、医療法人社団カレスアライアンスと家庭医療に関する業務提携と締結し、診療所には北海道家庭医療学センターから派遣された総合診療専門医 3 名が常勤で勤務している。

図表Ⅲ－４－１　人口の推移と推計



	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
65歳以上	12.7%	17.9%	21.8%	25.0%	26.8%	29.0%	31.8%	33.7%	35.1%	36.6%	38.7%	40.4%
15～64歳	66.9%	63.0%	60.1%	58.5%	59.0%	57.5%	55.4%	54.2%	53.2%	52.2%	50.4%	48.9%
0～14歳	20.4%	19.1%	18.1%	16.5%	14.3%	13.5%	12.8%	12.1%	11.7%	11.3%	11.0%	10.7%

資料：【実績値】国勢調査、【推計値】「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

（２）取組の経緯

①更別村「福祉の里」構想

更別村では、高齢社会に対応するため住宅、各種福祉施設、スポーツレクリエーション施設を整備し、まちづくりの拠点づくりを目的とした「福祉の里構想」を平成 3 年に策定した。

平成 6 年には老人保健福祉センター、平成 14 年には高齢者生活支援ハウスのある「福祉の里総合センター」を建設。平成 16 年には国民健康保険診療所（19 床）を同敷地内に建設した。

図表Ⅲ－４－２　更別村の高齢者向けの住宅

シルバーハウジング（高齢者向け世話付き住宅）
・平成 7 年度から在宅生活を支援するため住宅施策と福祉施策の連携により、高齢者世帯向けの公的賃貸住宅（公営住宅）として建設。 ・平成 11 年度に 30 戸の整備が完了 ・LSA による安否確認や生活相談を行い、団らん室での交流なども行われている。 ・入居者：60 歳以上の単身世帯、夫婦の一方が 60 歳以上の高齢夫婦または 60 歳以上の高齢者のみで構成されている世帯
高齢者生活支援ハウス「ふれあ～る」
・高齢等のために在宅で生活することに不安がある方の住居で平成 14 年 10 月から入居を開始。現在は社会福祉法人に運営を委託。 ・18 室（2 室は夫婦部屋）20 名が入居可能。生活援助員を 24 時間配置し、食事の提供を行いながら安心できる安全な生活を支援している。 ・入居者：更別村の居住し、おおむね 60 歳以上の一人暮らしの方および夫婦のみの世帯に属する方。家族による援助を受けることが困難な方で、高齢等のため独立して生活することに不安のある方。

②更別村国民健康保険診療所への医師派遣

平成 13 年、国民健康保険診療所の医師が退職し、常勤医師が不在となった。平成 13 年、医療法人社団カレスアライアンスと家庭医療に関する業務提携と締結。同法人の北海道家庭医療学センターから更別村に常勤の総合専門医 3 名が派遣された。平成 16 年、「福祉の里構想」により診療所を移転改築した。

診療所では、毎月「診療所かわら版」を発行し、全戸配布しているほか、農閑期に出前宅配便として健康に関する講演を行っている。それまでは直接帯広市に行く事例が多かった救急車の受け入れも開始し、緊急を要する患者にも対応が可能になっている。これらの活動により、診療所と地域とのつながりが強くなってきた。

医師派遣後の新たな取組

- 予防接種の助成（インフルエンザワクチンの低価格化・平成 13 年～）
- 救急車全例受け入れ（平成 13 年～）
- 診療所かわら版の発行（全戸配布・平成 14 年～）
- 出前宅配便（講演会キャラバン）（平成 14 年～）
- 乳幼児健診の受託
- 高齢者健診の受託
- 園医・学校医
- 介護の事例共有会議

③リラクタウン構想の策定

更別村では、居住によるくつろぎや癒しの提供「リラックス」、「地域との関りをもつ生活「ライフ」、創造性を発揮して人生を輝かせる「クリエーション」の頭文字を取り、平成 18 年に「リ

ラクタウン構想」を策定した。

「リラクタウン構想」では、診療所や老人福祉施設等を集約した保健・福祉・医療ゾーンの構築を進めており、平成 20 年には社会福祉法人により地域密着型介護老人福祉施設に小規模多機能型居宅介護事業所、訪問介護事業所を併設した「コムニの里さらべつ」を開設した。また、施設の近くには宅地を造成し分譲も進めた。

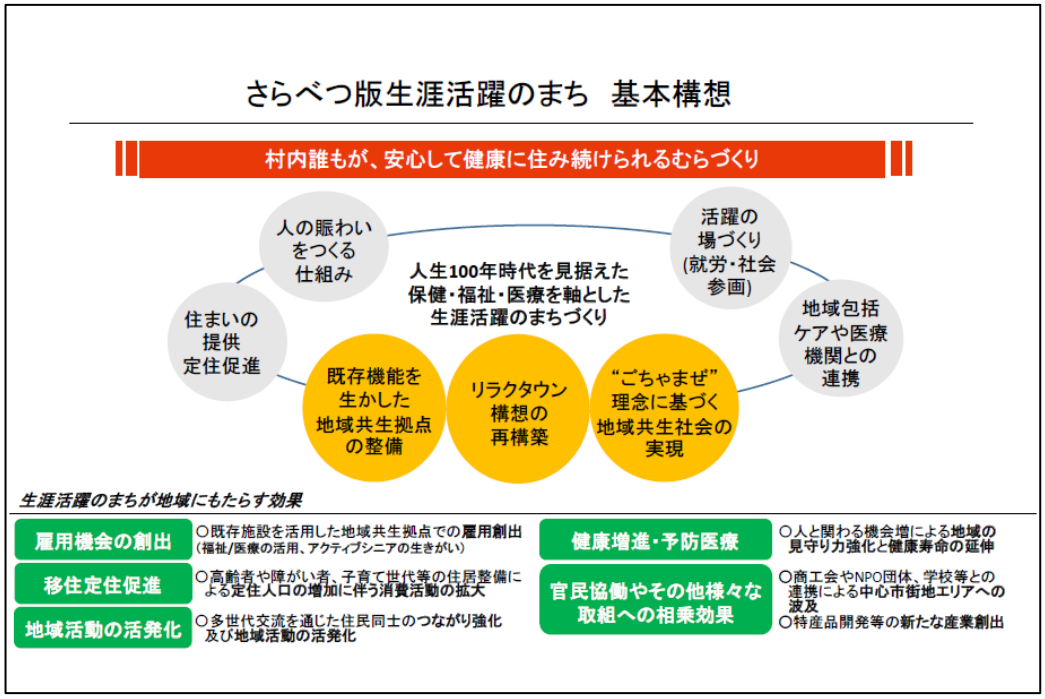
（３）新たな取組

①リラクタウン構想の再構築（さらべつ版生涯活躍のまち構想）

平成 18 年に策定した「リラクタウン構想」では、診療所や老人福祉施設等を集約した保健・福祉・医療ゾーンの構築を進めてきたが、障害者通所助産施設とグループホームの建設が未着手の状態が続いていた。しかしながら時代の流れとともに従来の保健・福祉・医療では住民ニーズに十分に対応できるものとならなくなってきた。

そこで、障がい者、高齢者、子どもを含めた全村民が安心して住み続けられる村となるよう、多世代交流、関係機関の連携強化、混ざり合い助け合う「ごちゃまぜ」の仕組みを取り入れた新たな「リラクタウン構想」を再構築することし、平成 30 年度から「さらべつ版生涯活躍のまち構想」として検討を進めている。

図表Ⅲ－４－３　さらべつ版生涯活躍のまち構想



資料：更別村「さらべつ版生涯活躍のまち構想の取組みについて」

②ささえ愛さらべつ（生活支援体制整備事業・協議体）

更別村では平成28年4月から生活支援体制整備事業を更別村社会福祉協議会に委託している。平成29年3月には協議体「ささえ愛さらべつ」を設立し、生活支援コーディネーターとメンバーが地域の互助を高めるための活動を行っている。

生活支援体制整備事業の協議体は、各団体の会長や委員長などがメンバーとなり、各自治体の課題が検討されるが、更別村では、メンバーを固定せず、毎月決まった開催日に参加できる方が集まるという珍しい方式を採用している。

協議体の設立に至るまでには、フォーラムの開催、ワークショップ、意見交換会などを経て、目指す地域像を共有し、３つの「なし」（案内なし・議案なし・役職なし）を掲げ協議会をスタートした。

主な活動としては、ささえ愛のまちづくり講演会、バスマップの作成、お茶会の開催、ラジオ体操の実施、シルバーハウジングでの農園づくりなど、多岐にわたっている。また、さらべつ活動カレンダーの作成やフェイスブックの開設など、ささえ愛さらべつの活動状況の情報発信も行っている。

第Ⅳ章　住民主体型「健康まちづくり」に向けたプロセスモデル

１　プロセスモデルの検討

４つの事例から、地域医療供給体制と地域包括ケアシステムをまちづくりと連動させるプロセスは、大きく２つの段階があり、各段階において、踏むべきプロセスがあることを確認した。（図表Ⅳ－１－１）その上で、住民主体型「健康まちづくり」に向けたプロセスモデルを検討した。

（１）地域の医療提供体制（フェーズ１）

自治体及び周辺の医療提供体制の現状を把握するとともに、将来のあるべき姿を描く段階がある。自治体は、自治体内にある医療機関について、利用状況や今後の住民の医療ニーズ等を踏まえ、医療機関の機能再編等について、医療機関ほか関係機関等との議論を進める必要があり、議論に基づき、基本構想等、具体的な将来展望を住民に提示し、理解を得るためのプロセスを適切なタイミングで行う必要がある。

また、地域の医療を取り巻く現状と将来展望について、行政と住民、及び住民間の共通了解を得るプロセスを通じて、地域医療供給体制を地域包括ケアシステムはもとより、住まい、地域交通、地域経済やコミュニティの活性化等、長年に亘る「まちづくり」の取組と連動させることが重要となる。

（２）まちづくりとの連動（フェーズ２）

それぞれの事例においては、取組を推進する中核的主体が存在し、「まちづくり」の視点をもって取り組んでいる。取組の中には、若手、中堅が中心となり、プロボノ的な専門性を持った主体が参加しているケースもあり、医療・介護・福祉の分野に留まることなく、商工会との連携等、多様な分野のキーパーソンを巻き込むことが重要である。

いずれの事例においても、10 年あるいは 10 数年に亘る地道な取組の下地があり、時間をかけることを厭わず、住民や関係者を巻き込む仕掛けを創りあげている。

また、住民のヘルスリテラシー※の向上が、健康の維持・増進のみならず、まちづくりの促進に寄与することを強く認識しており、単に個人の健康に関する知識だけではなく、地域の社会環境要因が健康の維持、増進に重要な役割を果たしている点に着目している。

※ヘルスリテラシーとは、個人のライフスタイルや生活環境を変えることによって、個人や地域の健康を改善するための行動をとるための知識、個人のスキル、自信のレベルの達成を意味する（WHO/HPR/HEP/98.1 Distr.: Limited　Health Promotion Glossary）。また、自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善するためには、個人のスキルの向上だけでは限界があり、行政の施策や地域活動の強化等を通じた環境整備が重要となる。

図表Ⅳ－１－１　住民主体型「健康まちづくり」に向けたプロセスイメージ

２　地域医療供給体制と地域包括ケアシステムをまちづくりに連動させるための要素

人口が減少し、人口構造が変化する中で、自治体として必要な機能、広域で必要な機能、あるいは住民が担い手となるべき機能などが変化していく。住み慣れたまちで暮らし続けたい人が、コミュニティの中で健康に生活するためには、地域医療供給体制と地域包括ケアシステムの一層の連携を「まちづくり」として取り組む必要があり、以下の２つの要素が重要であると考える。

第一に、住民ひとり一人が、それぞれのライフステージに応じた健康づくりを行うことであり、個々人のヘルスリテラシーの向上が不可欠である。第二に、個人のヘルスリテラシーの向上はもとより、それに留まらず、コミュニティの活性化の観点から、行政の施策や地域活動の強化等を含め、地域資源を生かした「まちづくり」が重要となる。

要素１	○ライフステージに応じた健康づくり ⇒年齢とともに変化する健康状態やライフステージに応じた健康づくり、医療、ケアのあり方を考え、実践する（ヘルスリテラシーの向上）。
要素２	○地域資源を生かしたまちづくり ⇒買い物、交通、コミュニティとの関わりなど、住み続けられる環境、地域資源を生かしたまちづくりのあり方を考え、参加する。

（１）ライフステージに応じた健康づくり

自治体アンケート調査によれば、多くの自治体においては、「概ね健康な人」を対象とする独自の取組を行っている。例えば、体操教室など運動機能向上、認知症予防、口腔機能向上、閉じこもり防止の集い等が実施されている。

北海道の平成 27 年の死因別死亡数は 60,667 人で、最も多い死因は「悪性新生物」（31.5%）であった。また、「心疾患」が 15.1%、「脳血管疾患」が 8.0%となっており、生活習慣病による死亡数は全体の 54.6%を占めている。また、北海道の要介護認定率の推移をみると、平成 30 年に 19.9%であったものが、平成 32 年（2020 年）に 20.7%、平成 37 年（2025 年）には 22.8%へと増加すると予想される。

住み慣れた地域でそれぞれのライフステージに応じた健康づくりを推進するためには、住民のヘルスリテラシーの一層の向上を促す仕組みづくりが必要となる。

本調査研究では、「要素１」に関連して、自治体が策定している健康増進計画やデータヘルス計画、ＫＤＢ（国保データベース）等の情報を有効活用し、健康指標の作成など、それぞれの自治体の実態に応じた情報の整理と住民等への継続的な提供に資する資料案を作成した。

また、仮説的に「健康ステージと医療・介護資源利用サイクル」を提示し、時間軸に沿って、住民の健康増進、社会参加、医療・介護サービスの利用と社会復帰、そして、終末期の迎え方まで、住み慣れた地域で、出来る限り本人が希望する形で生活することを想定し、「疾患別の死に至るパターン」（ランド研究所）を参考に、年齢とともに変化する健康状態やライフステージに応じた健康づくり、医療、ケアのあり方について検討するための資料を作成した。

資料：Lynn and Adamson：Living Well at the End of Life, White Paper,Rand,2003

（２）地域資源を生かしたまちづくり

先進事例調査から、ケア・サイクルに対応した「地域の（実現可能な）受け皿づくり」、フレイル（身体、精神心理、社会性）対策等、ケア・サイクル構築の取組に不可欠な「世代内の支え合い」「世代間の支え合い」「看取り」などを実現するための環境づくりが重要であることを確認した。

本調査研究では、「要素２」に関連して、住み続けられる環境として、買い物、交通、コミュニティとの関わりなど、健康であるために不可欠の要素である社会性・社会環境（健康の社会的要因）の重要性に着目し、地域資源を生かした「まちづくり」について検討するための住民懇談会等の企画案を作成し、更別村をモデルとして住民懇談会を開催した。

3　住民主体型プロセスモデルの試行

本年度は、北海道内で「生涯活躍のまち」の構築に着手し、本調査研究の「プロセスモデル」のフェーズ２にある更別村の協力を得て、住民、事業者、行政、医療機関等の関係者が参加し、「住み続けられるまち」のあるべき姿について議論の場を設け、まちづくりのプロセスの一部を３つのステップを踏みながら試行した。

その成果をとりまとめ、推進上の課題を整理した。

図表Ⅳ－３－１　「住民主体のまちづくり」を進めるためのステップ

STEP1	「地域を取り巻く医療・介護、福祉、生活環境の現状」、及び「把握可能な健康指標」など、住民が納得するエビデンスを示す。
STEP2	住民、行政、医療・福祉関係者、各種産業に関わる事業者等を含めた議論の場を設ける。
STEP3	地域の多様な主体が「住み続けられるまち」の姿について議論し、まちづくりを実践するプロセスをモデル自治体で試行する。

（１）「ＳＴＥＰ１、２」（地域の情報を体系的に整理し、参加の場を設ける）

平成 31 年 2 月 21 日（木）、午後 7 時から、更別村地域創造複合施設　（熱中小学校）において、「夢大地さらべつ推進委員会」の構成メンバーを中心として、『「健康づくり」と「まちづくり」に関する地域懇談会』（以下、懇談会を記す）を開催した。

「夢大地さらべつ推進委員会」は、更別村の総合計画及び関連計画に広く村民の意見を反映し、村民参加による村づくりを進めるために設置された委員会であり、公益代表、学識経験者、及び公募委員で組織されている（夢大地さらべつ推進委員会条例）。

懇談会の参加者は、夢大地さらべつ推進委員会委員、更別村職員等、21 名であった。「夢大地さらべつ推進委員会」の構成メンバーは、農協、社協、商工会、郵便局、PTA 連合会、社会福祉法人（保育園運営）、NPO 法人等、多様な立場でまちづくりの担い手として活動している住民である。

図表Ⅳ－３－２　「健康づくり」と「まちづくり」に関する地域懇談会

日　時	平成 31 年 2 月 21 日（木）　19：00～21：00
場　所	更別村地域創造複合施設　（熱中小学校）
参加者	21 名

「健康づくり」と「まちづくり」に関する地域懇談会プログラム

１．開　会（19:00）

２．講　演（19:00～20:00）
　　講師：更別村国民健康保険診療所　　所長　山田康介氏
　　テーマ：「更別を本物の住みたい 住みつづけたいまちに
　　～新時代の保健，医療，福祉，介護，教育を基盤としたまちづくり～」

３．更別の現状（20:00～20:15）
　　報告：更別村の医療・健康取り巻く現状について
　　（一般社団法人北海道総合研究調査会）

４．意見交換（20:15～21:00）
　　テーマ
　　○住み慣れた地域で、人生の最期までどのように生きたいか？
　　・「健康な期間」をどう過ごしたいか？
　　・「人生の最終段階」をどう過ごしたいか？

５．閉　会（21:00）

また、更別村の医療の要である更別村国民健康保険診療所の所長にも懇談会への参加を依頼し、更別村の医療・介護の実態と診療所における実践内容について講演を頂いた。

講演内容は、更別村における医療、地域包括ケアに関する国保診療所を中心としるおよそ 20 年に亘る取組が紹介され、住民の現状理解と住民自身のヘルスリテラシーの向上に資するものとなった。

更別村における保健・医療・福祉・介護領域の 20 年に亘る取組の概要

＜プライマリ・ケア＞

平成 13 年、更別村と北海道家庭医療学センター（医療法人）が業務提携を結び、プライマリ・ケアと呼ばれる医療サービス（専門医や多職種と連携し、患者の日常生活を支える医療を提供）が開始された。

山田所長は、着任初年度から 18 年間、毎月「医師かわら版」を出し続けており、全戸配布している（発行は第 200 号を超えている）。

＜救急対応の体制＞

かつて、更別村においては、軽症であっても、救急車は直接帯広に行く事例も多かったが、現在は、救急隊員のスキルが向上したこと等により、救急隊の判断で更別村診療所に入れるか、直接帯広の病院へ搬送するか判断できる。軽症なものは更別でという判断も出来るので、患者のみならず、帯広の病院のドクターも助かることになる。

＜リラクタウン構想以降＞

高齢化の課題については行政、民間、診療所の協力と連携への努力により非常によい体制が整いつつある。

平成 18 年からの「リラクタウン構想」で「コムニの里」がたくさんの改革をし、その後も、診療所の介護保険の通所リハビリも開始して約 5 年になる。また、訪問看護、訪問リハビリも受けられるようになり、認知症初期集中支援チームによる閉じこもりの認知症の方への対応も可能となった。また、春から歯科の訪問診療が開始される。

さらに、更別村は介護用関連の事業が充実してきた（公文の脳トレ、大人の学び舎、支えあい更別のラジオ体操など）。

図表Ⅳ－３－３　更別村の医療・介護、福祉に関するサービス

施設	サービス内容
コムニの里	特別養護老人ホーム、小規模多機能サービス、通所介護、短期入所、訪問介護）
元気の里	認知症対応グループホーム
診療所	通所リハ、訪問診療、訪問リハ、入退院支援
かしわのもり	訪問看護
更別村	地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム
更別村・社協	介護予防関連事業
歯科診療所	歯科の訪問診療（つがやす歯科）

また、更別の良い所は、平成 3 年の「福祉の里構想」で皆が同じ建物の中にあることである。

＜看取り＞

現在、更別村では、自宅での死を選ぶ事が出来るようになっている（中札内と更別で年間2桁の人数)。また、特養だけでなく、今はグループホーム「元気の里」でも本人の希望があれば最期まで看てもらえるようになっている。

「元気の里」は看護師が常駐していないが、訪問看護師が週に1～2回、回診するシステムを活用することで、医療職である看護師がいないグループホームでもスタッフが安心して看取ることができるようになっている（年間3件程度)。

＜ヘルスリテラシー＞

若い世代の生活習慣が大きな課題と考えている。現在、「ライフスキル教育」という名前で「ヘルスリテラシー」に関する教育を行っている。

＜まちづくり＞

更別村のまちづくりのコンセプトは「住みたい、住み続けたいまち」である。しかし、住宅問題や交通問題も含め、住民が主体的に協力し合わなければ、乗りきる事が難しい時代になって来た。

従来の保健・医療・福祉・介護の視点から一歩引いて「まちづくり」の観点で見ると、産業や雇用の創出の可能性もある。商工会や熱中小学校との協力・連携等、ソーシャル・キャピタル（人のつながり）が健康にとっても重要である。将来も、更別村が「住みたい、住み続けたいまち」として存続していくためにも住民の皆さんと協力して前進して行きたい。

（２）「ＳＴＥＰ３」（まちづくりの実践プロセスを試行する）

現在のまちの姿を俯瞰しつつ、「健康なとき」「病気になったとき」「人生の最終段階を迎えたとき」、住み慣れた地域でどのような生活を送ることができるのか、モデル市町村（更別村）の住民が自ら考える機会を設定した。

今回の懇談会は、住民、行政、医療・介護、福祉の関係者のみならず、まちづくりに関連する関係者、団体を含め、時間をかけて、継続的に議論をする場と環境（雰囲気も）をつくる契機として位置付けた。

①住民の視点から（意見交換より）

「健康」の定義には、一般に、第一に「体が健康」であること、第二に「心が健康」であること、第三に「社会的な繋がり、人との繋がり」において健康であること、という 3 つの要素が含まれている。今回のモデル市町村（更別村）の懇談会では、参加者に３つのグループに分かれてもらい、特に、「健康」と「社会的な繋がり、人との繋がり」の関係性に着目してもらい、以下のテーマで意見交換を行った。なお、意見交換において、参加者から出た発言は、図表Ⅳ－３－４～６に整理した。

テーマ：住み慣れた地域で、人生の最期までどのように生きたいか？
①「健康な期間」をどう過ごしたいか？
②「人生の最終段階」をどう過ごしたいか？

＜①「健康な期間」をどう過ごしたいか？＞

「①「健康な期間」をどう過ごしたいか？」について、住民の意見に共通する視点は、①趣味や社会貢献など「生きがい」を見つけて過ごしたい、②積極的に「仲間作り」をしたい、③年齢に応じて「仕事」を続けたい、④上記①～③を実現するために「健康で自立した生活」をしたい、の 4 点に集約される。

また、更別村で「健康で自立した生活」を過ごすための社会基盤として、地域交通、いわゆる「日常生活における住民の足の確保」の重要性を指摘する意見があった。

＜②「人生の最終段階」をどう過ごしたいか？＞

「②「人生の最終段階」をどう過ごしたいか？」についての意見交換は、①「誰と」、②「どこで」、③「どのように」の 3 つの視点に集約される。

特に重要な論点と考えられるものとして、「自分の事は自分で、基本的には迷惑をかけないで暮らしたい」、「一番良いのは自宅で家族に看取ってもらうことだが、家族の負担等を考えると、最期は施設で迎えたい」とする意見であった。また、人生の最終段階を迎えるまでの「経済的、金銭的な不安」を指摘する意見もあった。

「人生の最終段階」における自分の健康状態を想像し、家族の意向を優先させようという選択肢があり、状況によっては、「家族の意向と本人の意向をどのようにすり合わせていくのか」という問題に直面することがある。

在宅が最善であるということではなく、ホームに入所することも選択肢の一つである。地域にホームがあり、病院があることは安心の要素である。施設に入所したら、自分のやりたい事ができないということではなく、施設に入っても生きがいを持ち、やりたい事（例えば、畑仕事など）ができるような施設にして欲しいという声を地域住民が積極的発していくことが重要である。鷹栖町の取組に見られるように、特別養護老人ホームで、入居者、職員、家族に看取ってもらう（お別れ会）という選択肢もある。

上記①、②の議論をきっかけとして、明らかとなった課題や意見を踏まえ、今後、更別村において、住民が望むまちをどのように実現していくのか、その方策や手順を、若い世代を含め、継続的に議論する場づくりが、次のステップとなる。

②行政の視点から（行政の役割）

今回の試行を通して、地域医療供給体制と地域包括ケアシステムを「まちづくり」と連動させる仕組みを構築するプロセスにおいて、行政が果たすべき役割と推進上の課題について整理した。

＜論点１：問題をどのように認識するか（課題認識の場と住民の共通了解）＞

更別村における医療・介護を取り巻く現状、及びまちづくりのための各種の社会資源を体系的に整理し、住民（事業者等を含む）に対して情報提供する必要がある。

更別村では、健康づくりや医療・介護、福祉等に関する各種計画を住民に公表、提供しているが、今回の試行を通じて、個々の計画等が掲げる数値目標を含め、「まちづくり」の観点から各種計画等を体系的に整理、可視化した資料を作成し、地域の諸課題を理解する場として、「夢大地さらべつ推進委員会」を活用した。

住民の基本的な課題認識を踏まえ、今後は、例えば、在宅医療の「在宅」の範囲は、自宅だけでなく、有床診療所、各種の施設等を含め、幾つかの在宅医療のかたちがあり得ることなど、住民が「まちづくり」の中で考え、実際に選択できる仕組みづくりに向けたプロセスの確立などが想定される。

＜論点２：どのように対応策を検討するか（住民参加の基盤づくり）＞

更別村は、現在の国保診療所の体制がスタートした平成 13 年に、村の医療供給体制に関する将来の方向性を定める段階（フェーズ 1）を経て、平成 18 年の「リラクタウン構想」策定以降、社会福祉法人による「コムニの里さらべつ」（地域密着型介護老人福祉施設に小規模多機能型居宅介護事業所を併設）の開設等、医療・介護福祉の提供体制を整備してきた経緯がある。

平成 30 年度、更別村は、現行の「リラクタウン構想」を再構築すべく、「生涯活躍のまち構想」策定に向けて、住民参加型のまちづくりを開始したところであり、医療・介護、福祉と連動した「住民参加型まちづくり」を進める環境が整ったといえる。

＜論点３：実践環境をどのように整えるか（活動拠点、人材育成）＞

更別村においては、高齢者生活福祉センター「福祉の里総合センター」に併設されている更別村国保診療所による健康づくり、ヘルスリテラシーの向上（＝ライフ・スキル教育）等の長年に亘る成果の蓄積があり、当該施設は活動の拠点の一つとなる。

また、まちづくりの人材確保・育成の観点から、「まちづくり＝ひとづくり」のプラットフォームである「十勝さらべつ熱中小学校」を中心に、高齢者のみならず、現役世代、若者、こども、すべての世代の参加の受け皿として活用されている。

本調査研究において調査した先進事例は、いずれも過去 10 数年に亘る「まちづくり」の取組の下地があり、それぞれの地域の特性に応じたまちづくりの拠点を有している。

＜論点４：成果の可視化と持続化＞

「住民主体のまちづくり」の取組を定着させ、持続するためには、「健康づくり」や「まちづくり」の取組成果を住民が実感できる、わかりやすい指標を作成し、定期的に公表する仕組みが必要となる。

今回の試行では、「夢大地さらべつ推進委員会」を参加の場として活用したが、今後、幅広い世代の参加を促すためには、例えば、「熱中小学校」等の取組との連携など、さらなる工夫が必要となる。

図表Ⅳ－３－４　「健康づくり」と「まちづくり」に関する地域懇談会　意見一覧

①「健康な期間」をどう過ごしたいか？

第１グループ	第２グループ	第３グループ
＜生きがい：趣味、社会貢献＞ ・音楽を楽しみたい。 ・実のなる木（スモモ？りんご？）を育てたい。 ・人のために生きていたい。 ・毎日宴会をしたい。 ・和太鼓を続けたい。 ・サラリでの送迎。 ・地域貢献をしたい。 ・村の子供の近くで少しの学習の手伝いを。 ・半日野菜作り、半日は運動。		＜生きがい：趣味、社会貢献＞ ・人の為に何かしてあげたい。 ・習い事をしたい。 ・一日中つりをしていたい。 ・好きな（風景）ところへ一日中行きたい。 ・おためし移住してみる。
＜仲間づくり＞ ・皆と笑顔の多い日を。 ・ごちゃまぜをやって行きたい。	＜仲間づくり＞ ・仲介に入ってくれる人がいればいい。 ・楽しく、好きなことを中心に、元気よく、多くの人達とまじわりながら。 ・人間関係でめんどうくさいのは嫌だ。 ・自分で作ったものあちこちで食べてもらう。 ・お願い上手になりたい。	＜仲間づくり＞ ・楽しく遊んで仲間を増やしたい。 ・仲間とおいしい物を作って食べたい。 ・みんなでカラオケやダンスをしたい。 ・楽しく仲良く暮らしたい。
＜仕事＞ ・仕事をする。（牛飼い） ・家族と暮らす。	＜仕事＞ ・定年過ぎても仕事をしたい。 ・歳とってできる仕事。 ・体力おとろえてもできる事。 ・人に頼まれたらやるかも。 ・農業や商売には定年はない。	＜仕事＞ ・牛を飼う。（飼い続ける） ・熱中小学校で働く。
＜健康で自立した生活＞ ・自分で調理する。 ・晴れの日は畑で、雨の日は読書で。 ・日々の健康づくり。	＜健康で自立した生活＞ ・自分の事は自分で。 ・生活する上で人をわずらわせない。 ・自分の都合のつくことならやる。 ・自分の事は自分で出来る程度の健康を維持したい。 ・健康で生きていきたい。	＜健康で自立した生活＞ ・健康で元気に過ごしたい。 ・家族とくらしたい。 ・地元産野菜をおいしく食べたい。 ・なるべく病院にかからない様にくらす。
	＜移動手段＞ ・タクシーがいい、介護タクシーがあると良い。 ・送り迎えをしてほしい。 ・タクシーとの中間的な業者があればいい。 ・安い値段ならもっと利用できる。 ・帯広厚生病院、半日かかる。 ・歩いてすぐのところに食料品店がほしい。	

図表Ⅳ－３－５　「健康づくり」と「まちづくり」に関する地域懇談会　意見一覧

②「人生の最終段階」をどう過ごしたいか？

第１グループ	第２グループ	第３グループ
＜誰と＞ ・家内のそばで暮らす。 ・嫁に見てもらいたいが	＜誰と＞ ・最後を家族と。 ・家族に見守られながら家で。	
＜何処で＞ ・家（自宅）で死にたい。 ・家で、更別が良い。 ・介護サービスのメニューを利用して自宅で暮らしたい。 ・孫を呼び戻す。（子が村外居住のため） ・施設で静かに。	＜何処で＞ ・基本は在宅、しようがない日はホーム。 ・家族に見守られながら家で。 ・子供に迷惑をかけないよう老人ホームでいい。 ・介護度で施設選べるが、現状選べない。 ・田舎では無理。 ・本当は家が良い。 ・家族からホームに入れると言われている。 ・都会なら叶うこともあるが、移住するのは嫌だ。	＜何処で＞ ・お家で食べて TV 見て普通に過ごす。 ・寒くない部屋。
＜どのように＞ ・認知症を発症したり、要介護になったら早く死にたい。	＜どのように＞ ・できれば先に死にたい。 ・あらかじめ話し合う。 ・自分が面倒みる立場になったらどこまでできるか？ ・娘は老後みてもらえるが、嫁にいくとむずかしい。 ・慣れたら一人でも大丈夫。 ・生活するのは男だけだと無理。	＜どのように＞ ・何か楽しいことをしていたい。 ・何かものを作って楽しみたい。 ・絵本を読んでいたい。 ・家族や仲間と旅行に出かけたい。 ・笑顔でいたい！ ・散歩（車イスでも）したい。 ・本が読めたら嬉しい。 ・おしゃべりする相手が欲しい。 ・おいしい物を食べたい時に食べられる。 ・ランチに行きたい。
	＜お金＞ ・先立つものが必要。 ・お金がかかる。	

図表Ⅳ－３－６　「健康づくり」と「まちづくり」に関する地域懇談会　意見一覧

③意見交換のまとめ

第１グループ	第２グループ	第３グループ
＜グループ代表＞ ○自分が要介護状態になったらして欲しい事を今望んでいる人に提供出来るのではないか。人と人が繋がれるのではないか。 ○要介護状態になったら、お喋りする相手が欲しい。本が読めたら嬉しい。 ○もし目が不自由な方がいて、本が好きという方がいたら、私がその方に本を読んで差し上げたり、お喋りの相手をできたら良いと思う。	＜グループ代表＞ ○自分の事は自分で、基本的には迷惑をかけないで暮らしたい。 ○最期は施設で迎えたい。１番良いのは家族に看取ってもらいたいと誰もが思っていると思う。 ○しかし、最期の健康状態、認知症の問題もある。家族の負担等を考えた場合、ホームで最期を迎えるのが良いと思う。	＜グループ代表＞ ○人との関わりの中で生活をして行きたい。 ○自分の家庭で最期を迎えたい。色んなサービスを使いながら、家庭でやっぱり終わりたい。 ○その為には、自分の健康づくりを大切にしながら、生きていく事が大切ではないか。
＜ファシリテーター＞ ●望んでいる人がいて、やってみたいという人がいてマッチすればそこで１つボランティアではない繋がりができる。	＜ファシリテーター＞ ●家族の意向と本人の意向をどのようにすり合わせていくのか。家族に迷惑をかけたくないから、家族の意向を優先させようと思ってしまう事がある。 ●しかし、在宅が最善であるということではなく、ホームに入所することも選択肢の一つである。地域にホームがあり、病院があることは安心の要素である。 ●ホームに入ったらやりたい事ができないということではなく、ホームに入ってもやりたい事、例えば、畑仕事ができるようなホームにして欲しいという声を発していくことが重要である。	＜ファシリテーター＞ ●人との関わりは急に出来る事ではないが、年をとっても新しい出会いはある。ホームに行っても新しい出会いがある。 ●どこに行っても新しい出会いがあると思える更別村をつくっていくことが重要である。

第Ⅴ章　今後の検討課題

1　本調査研究の結果に関する考察

2025 年には、いわゆる「団塊の世代」が後期高齢者となり、医療や介護の需要がピークを迎える。その後、子どもや生産年齢人口の減少のみならず、高齢者の減少が始まる。

こうした状況の中、今後、自治体においては、人生 100 年時代を見据え、患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関の相互連携、及び医療と介護の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制の構築が求められている。

本調査研究においては、自治体アンケート調査や複数の事例調査から、地域医療供給体制と地域包括ケアシステムの連携を実現するためには、両者を「まちづくり」と連動させることが重要であり、そのプロセスは、相互に関連しながらも、大きく 2 つの段階（「①地域の医療提供体制の方向性を定める段階（フェーズ 1）」、「②住民参加により、まちづくりとの連動に取り組む段階（フェーズ 2）」）に整理できることが分かった。また、プロセスの「フェーズ 2」にある更別村の協力を得て、住民、事業者、行政、医療機関等の関係者が参加し、「住み続けられるまち」について議論の場を設け、まちづくりのプロセスを試行した。

道内の中小規模自治体（人口数千人～1 万人程度を想定）の中には、患者ニーズの変化や国保病院等の建て替えに伴い、医療機能の変更等の問題を抱えている自治体もある。そうした自治体においては、「まちづくり」の中で、交通や健康づくりなどと組み合わせて医療機能を位置づけることが必要である。

本調査研究の次のステップとして、医療提供体制に課題を抱えている自治体を調査対象に加え、1)「フェーズ 1」からのプロセスについて、手順や方法等のあり方を検討するとともに、2)「フェーズ 2」のモデル自治体については、本調査のモデル自治体を事例として、継続して住民参加による議論を行い、さらに深堀りする必要がある。

2　今後の調査研究に向けて

今後、自治体においては、将来の地域医療供給体制のあり方を踏まえ、「健康づくり」の推進はもとより、住まいや地域交通等を含め、「まちづくり」の観点から「健康を支える社会環境（ソフト、ハード）」をどのように維持・整備するかが重要となる。

今回、「フェーズ 2」のプロセスを試行したモデル自治体について、ワークショップ等を織り交ぜながら、「住民主体のまちづくり」を継続して実施することが考えられる。

また、「フェーズ 1」から、取り組むためには、行政職員、医療機関、及び有識者等の参加を求め、地域医療供給体制と地域包括ケアシステムを住民参加による「まちづくり」と連動させるためのプロセスについて、シナリオを検討することも考えられる。

モデル自治体による試行により、取組の方法や手順等を整理・可視化し、道内自治体に提示して行く必要がある。

資　料　編

市町村別　病院・診療所数（平成30年4月1日現在）

市町村名	二次医療圏	病院数	有床診療所	無床診療所	計
札幌市	札幌	202	152	1,220	1,574
函館市	南渡島	29	26	188	243
小樽市	後志	16	17	68	101
旭川市	上川中部	39	34	236	309
室蘭市	西胆振	7	3	53	63
釧路市	釧路	17	10	43	70
帯広市	十勝	19	14	89	122
北見市	北網	14	13	55	82
夕張市	南空知	0	1	5	6
岩見沢市	南空知	8	13	48	69
網走市	北網	5	2	14	21
留萌市	留萌	3	3	14	20
苫小牧市	東胆振	13	13	81	107
稚内市	宗谷	3	1	17	21
美唄市	南空知	4	1	10	15
芦別市	中空知	3	1	4	8
江別市	札幌	6	5	67	78
赤平市	中空知	2	0	3	5
紋別市	遠紋	5	2	7	14
士別市	上川北部	1	0	13	14
名寄市	上川北部	4	1	10	15
三笠市	南空知	2	0	4	6
根室市	根室	3	0	9	12
千歳市	札幌	7	8	48	63
滝川市	中空知	6	6	18	30
砂川市	中空知	2	1	7	10
歌志内市	中空知	1	0	4	5
深川市	北空知	5	0	16	21
富良野市	富良野	3	1	11	15
登別市	西胆振	6	2	18	26
恵庭市	札幌	7	7	31	45
伊達市	西胆振	3	3	23	29
北広島市	札幌	5	3	31	39
石狩市	札幌	5	6	23	34
北斗市	南渡島	0	2	26	28
当別町	札幌	1	0	13	14
新篠津村	札幌	0	1	2	3
松前町	南渡島	1	1	2	4
福島町	南渡島	0	0	2	2
知内町	南渡島	0	0	5	5
木古内町	南渡島	1	0	5	6
七飯町	南渡島	2	1	18	21
鹿部町	南渡島	0	1	2	3
森町	南渡島	3	1	10	14
八雲町	北渡島檜山	3	1	7	11
長万部町	北渡島檜山	1	0	2	3
江差町	南檜山	2	1	5	8
上ノ国町	南檜山	0	2	1	3
厚沢部町	南檜山	1	0	1	2
乙部町	南檜山	1	0	1	2
奥尻町	南檜山	1	0	3	4
今金町	北渡島檜山	1	0	5	6
せたな町	北渡島檜山	2	0	5	7
島牧村	後志	0	1	0	1
寿都町	後志	0	1	2	3
黒松内町	後志	0	1	4	5
蘭越町	後志	1	1	3	5
ニセコ町	後志	0	1	1	2
真狩村	後志	0	0	3	3
留寿都村	後志	0	0	2	2
喜茂別町	後志	0	0	2	2
京極町	後志	1	1	1	3
倶知安町	後志	1	1	13	15
共和町	後志	0	0	5	5
岩内町	後志	1	3	8	12
泊村	後志	0	0	3	3
神恵内村	後志	0	0	1	1
積丹町	後志	0	0	2	2
古平町	後志	0	1	0	1
仁木町	後志	0	1	2	3
余市町	後志	2	2	16	20
赤井川村	後志	0	0	1	1
南幌町	南空知	1	1	1	3
奈井江町	中空知	1	0	4	5
上砂川町	中空知	0	0	3	3
由仁町	南空知	0	1	5	6
長沼町	南空知	1	3	4	8
栗山町	南空知	1	0	9	10
月形町	南空知	1	0	3	4
浦臼町	中空知	0	1	2	3
新十津川町	中空知	1	1	2	4
妹背牛町	北空知	0	0	1	1
秩父別町	北空知	0	0	2	2
雨竜町	中空知	1	0	1	2
北竜町	北空知	0	0	2	2
沼田町	北空知	0	0	3	3
鷹栖町	上川中部	0	1	1	2
東神楽町	上川中部	1	0	3	4
当麻町	上川中部	0	0	4	4
比布町	上川中部	0	1	3	4

市町村名	二次医療圏	病院数	有床診療所	無床診療所	計
愛別町	上川中部	0	1	1	2
上川町	上川中部	0	1	2	3
東川町	上川中部	0	1	2	3
美瑛町	上川中部	1	0	3	4
上富良野町	富良野	1	1	4	6
中富良野町	富良野	1	0	1	2
南富良野町	富良野	0	0	6	6
占冠村	富良野	0	0	2	2
和寒町	上川北部	1	0	4	5
剣淵町	上川北部	0	0	3	3
下川町	上川北部	1	0	1	2
美深町	上川北部	1	0	4	5
音威子府村	上川北部	0	1	0	1
中川町	上川北部	0	1	1	2
幌加内町	上川中部	0	0	6	6
増毛町	留萌	0	1	4	5
小平町	留萌	0	0	3	3
苫前町	留萌	0	0	3	3
羽幌町	留萌	2	0	4	6
初山別村	留萌	0	0	4	4
遠別町	留萌	1	0	2	3
天塩町	留萌	1	0	2	3
猿払村	宗谷	1	0	3	4
浜頓別町	宗谷	1	0	3	4
中頓別町	宗谷	1	0	3	4
枝幸町	宗谷	1	0	4	5
豊富町	宗谷	0	1	2	3
礼文町	宗谷	0	1	2	3
利尻町	宗谷	1	0	2	3
利尻富士町	宗谷	0	0	4	4
幌延町	宗谷	0	1	3	4
美幌町	北網	2	1	9	12
津別町	北網	1	0	1	2
斜里町	北網	1	0	3	4
清里町	北網	0	1	1	2
小清水町	北網	1	0	1	2
訓子府町	北網	0	1	1	2
置戸町	北網	1	0	1	2
佐呂間町	遠紋	0	1	1	2
遠軽町	遠紋	3	1	12	16
湧別町	遠紋	1	0	3	4
滝上町	遠紋	1	0	2	3
興部町	遠紋	1	0	0	1
西興部村	遠紋	0	0	2	2
雄武町	遠紋	1	0	2	3
大空町	北網	1	0	4	5
豊浦町	西胆振	1	0	5	6
壮瞥町	西胆振	2	0	1	3
白老町	東胆振	1	2	4	7
厚真町	東胆振	0	0	2	2
洞爺湖町	西胆振	2	0	8	10
安平町	東胆振	1	0	5	6
むかわ町	東胆振	1	1	2	4
日高町	日高	1	1	6	8
平取町	日高	1	0	2	3
新冠町	日高	0	1	3	4
浦河町	日高	1	0	9	10
様似町	日高	0	0	3	3
えりも町	日高	0	2	3	5
新ひだか町	日高	4	1	16	21
音更町	十勝	4	0	20	24
士幌町	十勝	1	0	2	3
上士幌町	十勝	0	1	2	3
鹿追町	十勝	1	1	2	4
新得町	十勝	0	1	6	7
清水町	十勝	2	2	2	6
芽室町	十勝	1	0	4	5
中札内村	十勝	0	1	2	3
更別村	十勝	0	1	1	2
大樹町	十勝	1	1	2	4
広尾町	十勝	1	0	6	7
幕別町	十勝	1	0	15	16
池田町	十勝	1	0	6	7
豊頃町	十勝	0	1	3	4
本別町	十勝	1	0	4	5
足寄町	十勝	1	0	3	4
陸別町	十勝	0	1	3	4
浦幌町	十勝	0	1	3	4
釧路町	釧路	0	1	9	10
厚岸町	釧路	1	0	2	3
浜中町	釧路	0	1	1	2
標茶町	釧路	1	0	2	3
弟子屈町	釧路	2	0	6	8
鶴居村	釧路	1	0	1	2
白糠町	釧路	0	0	6	6
別海町	根室	1	1	5	7
中標津町	根室	2	1	7	10
標津町	根室	1	0	2	3
羅臼町	根室	0	1	1	2

資料：道内医療機関名簿（北海道保健福祉部）※平成30年4月1日現在

がん検診の実施状況（平成28年度）

	胃がん		子宮頸がん		肺がん		乳がん		大腸がん	
	受診率(%)	順位	受診率(%)	順位	受診率(%)	順位	受診率(%)	順位	受診率(%)	順位
全国	**8.6**		**16.4**		**7.7**		**18.2**		**8.8**	
北海道	8.8	27	14.3	42	4.8	40	16.6	32	6.3	41
青森	16.9	2	17.9	18	11.2	9	20.8	16	13.6	5
岩手	15.8	5	19.9	13	13.4	5	30.0	2	13.7	4
宮城	15.9	4	25.4	2	15.4	3	29.2	3	14.9	3
秋田	11.6	13	14.4	40	10.3	18	18.1	25	12.9	7
山形	25.7	1	26.3	1	19.8	1	32.2	1	19.6	1
福島	16.6	3	17.7	20	13.7	4	20.8	16	12.2	9
茨城	8.4	29	14.4	40	10.8	11	16.3	36	8.8	27
栃木	13.1	7	20.9	6	11.6	7	23.2	8	12.4	8
群馬	10.6	17	20.5	9	10.9	10	21.7	13	10.6	12
埼玉	6.9	36	14.9	38	7.1	31	16.6	32	8.8	27
千葉	8.7	28	18.4	15	10.6	12	22.2	11	10.6	12
東京	6.2	40	15.2	33	4.8	40	18.2	24	9.7	18
神奈川	5.1	45	16.0	31	5.3	35	15.2	41	6.1	42
新潟	12.8	9	17.6	21	11.4	8	25.2	6	11.4	11
富山	11.9	12	17.1	22	10.6	12	19.1	21	9.2	23
石川	12.3	10	20.3	10	10.5	14	20.4	18	10.2	15
福井	9.4	22	23.4	3	8.4	28	22.4	10	9.0	24
山梨	13.0	8	20.3	10	17.7	2	25.8	5	16.0	2
長野	6.8	37	15.5	32	4.2	46	16.8	31	9.0	24
岐阜	8.0	32	17.0	23	8.0	30	22.1	12	8.8	27
静岡	9.4	22	18.5	14	10.4	15	19.2	20	10.1	16
愛知	10.1	19	15.0	36	9.1	26	15.6	40	8.9	26
三重	10.8	15	20.2	12	8.4	28	18.8	23	9.7	18
滋賀	4.8	46	16.6	26	4.6	44	15.9	37	6.5	40
京都	7.8	33	12.0	47	4.6	44	20.0	19	5.6	46
大阪	5.4	43	15.1	35	5.2	36	14.3	45	6.0	43
兵庫	5.2	44	12.1	46	5.8	34	16.4	35	8.1	33
奈良	6.0	42	14.3	42	4.1	47	17.5	28	8.0	34
和歌山	11.4	14	21.5	5	10.4	15	21.5	14	10.4	14
鳥取	15.2	6	22.1	4	12.1	6	24.6	7	13.6	5
島根	6.2	40	16.4	27	5.0	37	18.9	22	9.6	20
岡山	9.0	25	14.5	39	9.1	26	15.8	38	7.8	35
広島	7.0	35	16.3	29	6.8	32	15.2	41	7.5	37
山口	4.7	47	16.4	27	5.0	37	14.3	45	5.6	46
徳島	6.3	39	17.0	23	5.0	37	14.9	43	5.9	44
香川	8.9	26	18.3	16	10.2	19	22.5	9	11.7	10
愛媛	8.4	29	13.4	44	6.0	33	17.3	29	7.5	37
高知	9.3	24	13.1	45	10.0	20	16.9	30	8.4	31
福岡	7.4	34	15.2	33	4.7	42	14.7	44	5.7	45
佐賀	10.2	18	20.7	7	9.6	24	21.1	15	9.6	20
長崎	12.3	10	18.3	16	9.6	24	15.7	39	7.7	36
熊本	9.5	21	16.2	30	9.9	22	18.1	25	9.9	17
大分	8.1	31	15.0	36	10.4	15	18.1	25	7.5	37
宮崎	6.4	38	17.0	23	4.7	42	12.4	47	8.6	30
鹿児島	10.1	19	20.7	7	9.9	22	26.2	4	9.5	22
沖縄	10.7	16	17.9	18	10.0	20	16.6	32	8.2	32

資料：平成28年度地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省）

市町村別　がん検診の実施状況（平成28年度）

	胃がん検診		子宮頸がん検診		肺がん検診		乳がん検診		大腸がん検診	
	受診率(%)	順位	受診率(%)	順位	受診率(%)	順位	受診率(%)	順位	受診率(%)	順位
全国	**8.6**		**7.7**		**8.8**		**16.4**		**18.2**	
北海道	8.8	27	4.8	40	6.3	41	14.3	42	16.6	32
札幌市	…		…		1.2	179	…		4.8	164
函館市	3.3	141	12.2	126	3.8	173	13.5	148	3.1	177
小樽市	3.1	142	9.3	154	2.1	178	11.3	162	3.5	176
旭川市	7.4	121	22.7	32	4.5	163	19.7	98	6.0	158
室蘭市	1.1	143	6.6	169	5.8	150	12.7	154	2.1	179
釧路市	7.4	121	13.0	117	4.7	159	16.9	119	5.1	163
帯広市	9.1	108	15.6	87	4.4	165	13.0	151	7.4	134
北見市	7.6	120	9.5	152	4.7	159	12.8	153	6.2	154
夕張市	…		9.1	157	6.1	142	12.6	155	7.1	141
岩見沢市	8.8	110	9.1	157	7.0	130	13.7	146	7.0	142
網走市	…		8.6	162	4.7	159	11.2	163	5.8	159
留萌市	6.1	132	11.0	136	2.9	176	13.3	150	3.7	175
苫小牧市	4.7	138	12.7	121	5.0	157	12.6	155	4.1	171
稚内市	6.4	126	10.9	137	6.6	136	17.2	116	6.4	151
美唄市	7.7	119	8.4	165	4.5	163	13.8	145	4.7	165
芦別市	9.8	101	10.8	140	7.1	129	14.8	137	7.2	138
江別市	8.8	110	14.2	102	6.1	142	17.0	118	7.2	138
赤平市	7.9	117	11.6	132	5.3	155	17.7	111	7.4	134
紋別市	10.9	96	8.6	162	7.6	120	13.5	148	8.4	121
士別市	13.0	83	11.2	134	4.8	158	20.2	92	5.2	162
名寄市	…		16.7	76	9.6	105	22.8	71	10.1	104
三笠市	4.1	140	5.9	170	2.5	177	9.5	167	2.9	178
根室市	5.8	133	15.3	92	4.1	169	11.9	159	3.9	174
千歳市	6.2	130	12.3	125	4.0	171	14.1	141	4.0	173
滝川市	6.3	129	12.0	128	4.3	167	10.6	165	5.4	161
砂川市	11.9	89	10.2	145	9.4	108	15.5	130	9.3	115
歌志内市	9.5	104	10.2	145	7.3	125	13.6	147	7.6	132
深川市	…		…		14.2	58	…		13.4	60
富良野市	13.1	80	13.7	108	9.1	111	20.2	92	9.4	113
登別市	4.8	137	8.7	161	5.6	151	13.9	143	4.3	169
恵庭市	7.4	121	…		3.5	175	13.9	143	4.6	167
伊達市	14.5	67	16.2	82	13.0	67	17.5	114	11.0	92
北広島市	6.6	125	9.6	151	4.1	169	14.2	140	4.1	171
石狩市	11.9	89	18.0	60	4.7	159	15.4	132	6.6	146
北斗市	6.8	124	12.1	127	6.1	142	12.5	157	6.1	156
当別町	20.5	30	11.2	134	12.7	70	16.0	127	13.3	62
新篠津村	32.0	6	26.6	20	23.8	16	37.0	16	24.4	7
松前町	4.6	139	18.4	56	3.7	174	21.2	86	7.9	128
福島町	13.1	80	17.0	73	10.5	96	24.2	62	9.8	108
知内町	16.7	57	8.2	167	14.7	53	12.9	152	13.4	60
木古内町	18.5	47	18.0	60	13.3	65	24.4	60	11.8	80
七飯町	9.1	108	17.6	63	6.1	142	14.0	142	6.2	154
鹿部町	8.8	110	10.9	137	12.1	76	11.4	160	10.5	98
森町	6.2	130	9.7	150	6.7	134	11.2	163	6.5	149
八雲町	10.3	99	10.4	143	11.6	83	15.2	134	11.8	80
長万部町	6.4	126	9.2	155	4.0	171	9.2	168	4.7	165
江差町	…		10.9	137	6.4	139	16.2	125	7.2	138
上ノ国町	12.8	84	11.8	130	8.0	117	16.3	124	7.5	133
厚沢部町	17.9	53	13.2	113	6.1	142	23.4	66	12.5	70
乙部町	…		…		8.0	117	20.0	96	7.9	128
奥尻町	13.7	75	21.3	39	7.4	123	27.7	45	8.4	121
今金町	…		17.2	71	15.6	46	23.8	65	11.8	80
せたな町	22.6	21	18.6	53	14.6	54	25.7	50	14.9	43
島牧村	9.2	107	20.1	44	24.9	13	39.7	8	6.6	146
寿都町	19.9	32	23.4	29	20.2	28	25.1	53	19.0	23
黒松内町	22.4	22	22.0	34	14.1	59	32.0	27	17.6	29
蘭越町	19.4	36	17.6	63	13.6	63	28.5	39	13.8	57
ニセコ町	19.8	34	14.2	102	9.4	108	17.4	115	13.1	65
真狩村	18.7	45	28.4	15	14.3	57	36.7	17	14.8	44
留寿都村	19.3	38	15.4	91	11.9	81	29.9	36	11.2	89
喜茂別町	…		13.7	108	24.0	14	18.4	107	24.1	8
京極町	…		13.1	116	11.6	83	16.5	121	12.9	66
倶知安町	13.9	73	10.7	141	11.2	89	16.9	119	11.4	85
共和町	…		17.6	63	19.6	32	22.8	71	18.3	26
岩内町	9.6	103	13.2	113	6.9	133	17.7	111	8.4	121
泊村	13.5	77	24.6	24	14.0	61	26.4	48	11.5	84
神恵内村	18.0	52	26.9	18	12.8	68	28.7	38	12.3	73

	胃がん検診		子宮頸がん検診		肺がん検診		乳がん検診		大腸がん検診	
	受診率(%)	順位	受診率(%)	順位	受診率(%)	順位	受診率(%)	順位	受診率(%)	順位
積丹町	…		10.7	141	12.8	68	17.8	110	12.0	78
古平町	…		18.7	50	7.7	119	24.0	64	6.4	151
仁木町	5.6	135	14.9	96	11.3	87	19.2	102	10.3	101
余市町	11.0	94	10.1	147	7.2	128	15.5	130	8.1	126
赤井川村	19.6	35	32.4	8	21.1	24	37.1	15	18.7	25
南幌町	18.3	50	22.2	33	14.1	59	30.0	34	14.5	50
奈井江町	…		15.8	86	9.8	101	24.2	62	11.1	90
上砂川町	5.7	134	…		7.6	120	…		4.6	167
由仁町	24.2	19	20.5	40	20.8	26	28.5	39	23.6	10
長沼町	…		17.6	63	14.9	50	26.8	47	16.1	34
栗山町	12.3	87	12.4	124	9.8	101	18.8	105	10.1	104
月形町	15.2	66	15.1	94	22.8	20	24.3	61	21.6	14
浦臼町	…		16.4	80	12.0	78	37.7	14	19.6	21
新十津川町	15.7	63	18.4	56	13.6	63	22.5	73	14.6	49
妹背牛町	21.8	24	24.2	25	19.9	29	33.0	24	19.7	19
秩父別町	34.6	5	40.5	1	28.3	7	44.2	4	26.9	2
雨竜町	26.7	13	26.4	22	32.0	3	31.5	29	13.9	55
北竜町	30.0	9	30.9	11	28.6	6	36.6	18	26.3	3
沼田町	26.3	15	32.2	9	25.2	11	39.2	11	25.7	5
鷹栖町	18.6	46	17.9	62	18.6	38	28.4	42	14.8	44
東神楽町	…		13.6	111	6.2	141	19.5	99	6.4	151
当麻町	23.0	20	23.3	30	17.8	41	30.0	34	18.0	27
比布町	…		28.5	14	19.7	30	38.3	13	20.5	18
愛別町	19.4	36	28.2	17	12.7	70	39.9	7	13.7	59
上川町	13.9	73	17.3	69	5.6	151	27.3	46	11.4	85
東川町	…		13.2	113	10.0	98	20.6	90	9.7	110
美瑛町	…		18.5	55	17.6	42	…		17.8	28
上富良野町	20.9	29	23.5	28	30.0	4	33.2	23	15.3	40
中富良野町	29.1	11	28.3	16	26.3	10	33.5	22	23.9	9
南富良野町	44.6	2	34.8	4	19.7	30	41.7	6	19.7	19
占冠村	…		26.5	21	18.0	40	…		15.2	42
和寒町	18.3	50	36.4	2	24.0	14	43.1	5	14.2	52
剣淵町	19.3	38	29.7	12	25.1	12	35.2	19	15.3	40
下川町	19.9	32	26.8	19	9.8	101	39.7	8	16.8	32
美深町	16.4	58	14.9	96	15.4	47	20.8	88	11.7	83
音威子府村	…		23.9	27	10.7	94	31.3	30	11.0	92
中川町	24.5	18	33.3	5	22.2	21	50.8	1	22.7	12
幌加内町	15.8	60	31.1	10	16.9	44	39.1	12	16.4	33
増毛町	36.8	3	32.9	6	18.9	35	32.0	27	21.6	14
小平町	25.6	16	15.3	92	12.7	70	…		12.6	68
苫前町	10.7	97	13.7	108	6.6	136	22.5	73	7.3	136
羽幌町	13.7	75	17.4	68	10.1	97	20.7	89	10.5	98
初山別村	30.7	7	36.4	2	21.3	22	44.9	3	19.4	22
遠別町	…		24.1	26	8.5	114	25.7	50	8.8	119
天塩町	…		15.1	94	13.3	65	24.6	57	12.8	67
猿払村	19.2	40	20.5	40	11.9	81	34.4	21	12.5	70
浜頓別町	11.0	94	13.5	112	6.4	139	18.3	108	8.9	118
中頓別町	21.2	28	20.5	40	14.6	54	30.5	32	13.3	62
枝幸町	11.5	92	16.7	76	8.8	113	20.1	95	8.3	124
豊富町	27.7	12	17.3	69	14.6	54	23.4	66	15.6	38
礼文町	11.9	89	21.8	36	7.5	122	21.5	82	10.3	101
利尻町	5.1	136	18.7	50	12.5	74	24.6	57	13.9	55
利尻富士町	6.4	126	18.6	53	21.0	25	21.9	79	6.6	146
幌延町	13.2	79	29.1	13	11.6	83	31.0	31	15.9	35
美幌町	9.5	104	…		5.3	155	…		8.8	119
津別町	15.5	64	14.3	101	12.7	70	19.1	103	12.1	75
斜里町	…		15.6	87	7.0	130	22.4	75	10.1	104
清里町	14.1	69	19.1	49	23.0	18	25.0	54	11.1	90
小清水町	17.9	53	26.4	22	10.7	94	32.3	26	13.3	62
訓子府町	22.1	23	17.2	71	18.7	37	19.9	97	19.0	23
置戸町	36.3	4	14.6	98	27.1	8	22.3	76	26.1	4
佐呂間町	…		18.7	50	16.5	45	28.9	37	17.0	31
遠軽町	11.5	92	16.1	83	7.4	123	20.3	91	9.2	116
湧別町	30.1	8	12.6	122	23.0	18	14.9	136	23.3	11
滝上町	7.9	117	13.0	117	4.4	165	18.5	106	6.8	144
興部町	13.1	80	14.0	105	7.3	125	25.0	54	9.6	111
西興部村	15.8	60	16.6	78	18.2	39	45.9	2	15.8	36
雄武町	8.0	116	9.4	153	8.9	112	15.3	133	10.5	98
大空町	21.5	25	23.0	31	17.5	43	32.6	25	21.0	16
豊浦町	14.3	68	19.3	48	20.8	26	24.7	56	11.0	92
壮瞥町	13.5	77	18.4	56	29.9	5	28.1	43	10.2	103
白老町	…		8.6	162	8.1	116	…		7.3	136

	胃がん検診		子宮頸がん検診		肺がん検診		乳がん検診		大腸がん検診	
	受診率(%)	順位	受診率(%)	順位	受診率(%)	順位	受診率(%)	順位	受診率(%)	順位
厚真町	29.3	10	8.9	159	35.1	1	12.4	158	15.4	39
洞爺湖町	15.3	65	11.6	132	12.3	75	16.5	121	14.2	52
安平町	18.5	47	12.6	122	11.1	91	16.5	121	14.8	44
むかわ町	…		20.5	40	19.1	33	28.0	44	14.4	51
日高町	10.0	100	11.8	130	6.0	148	17.6	113	8.3	124
平取町	12.4	86	14.1	104	10.0	98	24.5	59	11.3	88
新冠町	14.0	70	17.0	73	9.9	100	21.4	83	12.1	75
浦河町	9.4	106	8.3	166	6.7	134	9.7	166	8.0	127
様似町	12.6	85	16.0	84	8.3	115	30.2	33	9.0	117
えりも町	10.5	98	13.0	117	7.3	125	18.3	108	6.5	149
新ひだか町	…		14.6	98	7.0	130	20.2	92	7.8	131
音更町	8.6	113	20.0	45	5.6	151	21.7	80	5.8	159
士幌町	21.5	25	16.9	75	12.0	78	19.4	100	12.6	68
上士幌町	19.1	42	32.9	6	15.3	48	39.5	10	15.7	37
鹿追町	…		14.6	98	9.5	107	19.4	100	9.4	113
新得町	17.6	55	8.8	160	5.6	151	16.2	125	6.9	143
清水町	16.2	59	10.0	149	11.3	87	23.1	68	12.4	72
芽室町	15.8	60	16.0	84	9.6	105	25.5	52	9.6	111
中札内村	…		…		18.8	36	15.9	128	14.8	44
更別村	…		21.7	37	34.1	2	…		29.3	1
大樹町	18.9	44	17.6	63	13.8	62	23.0	69	14.7	48
広尾町	17.1	56	16.4	80	11.0	92	21.7	80	9.9	107
幕別町	14.0	70	19.8	46	11.2	89	21.4	83	12.1	75
池田町	14.0	70	14.0	105	10.8	93	19.1	103	10.8	96
豊頃町	…		21.9	35	23.8	16	34.9	20	21.0	16
本別町	…		15.6	87	15.2	49	15.0	135	11.0	92
足寄町	…		…		6.6	136	…		6.1	156
陸別町	26.4	14	21.5	38	21.3	22	28.5	39	24.9	6
浦幌町	21.3	27	13.8	107	12.1	76	21.2	86	14.0	54
釧路町	…		…		4.3	167	…		4.3	169
厚岸町	18.5	47	10.3	144	9.3	110	14.6	138	10.6	97
浜中町	24.8	17	10.1	147	14.9	50	21.3	85	12.3	73
標茶町	19.0	43	12.9	120	14.9	50	17.2	116	13.8	57
弟子屈町	12.0	88	12.0	128	11.5	86	15.7	129	11.9	79
鶴居村	49.2	1	19.5	47	26.9	9	26.4	48	21.7	13
白糠町	8.2	115	7.7	168	6.1	142	11.4	160	7.9	128
別海町	20.3	31	18.4	56	19.0	34	22.2	77	17.4	30
中標津町	8.4	114	9.2	155	5.9	149	14.4	139	6.7	145
標津町	9.7	102	15.6	87	9.7	104	22.1	78	9.8	108
羅臼町	19.2	40	16.6	78	12.0	78	23.0	69	11.4	85

資料：平成28年度地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省）

表章記号の規約　計数のない場合「－」、計数不明又は計数を表章することが不適当な場合「…」

都道府県別 医療費（被保険者1人当たり）（市町村国保・後期高齢者）

	市町村計			後期高齢者		
	（円）	対前年比	順位	（円）	対前年比	順位
全国平均	359,552	3.3		935,255	1.4	
北海道	395,831	3.4	14	1,087,631	1.3	4
青森県	348,802	3.6	37	821,601	0.7	40
岩手県	374,494	3.6	24	759,069	1.7	46
宮城県	368,664	4.2	28	835,160	1.7	38
秋田県	394,086	2.9	15	796,696	0.5	45
山形県	377,743	3.6	22	819,005	2.0	42
福島県	355,072	4.4	34	835,411	1.4	37
茨城県	315,294	2.5	47	853,810	2.1	33
栃木県	330,158	3.3	43	826,570	1.4	39
群馬県	335,059	2.9	40	863,138	0.8	30
埼玉県	330,778	3.6	42	843,245	1.2	35
千葉県	332,403	3.7	41	815,274	1.6	43
東京都	315,560	3.0	46	919,897	1.5	25
神奈川県	344,405	3.8	39	856,700	1.4	32
新潟県	367,730	3.1	29	752,116	1.3	47
富山県	380,386	2.3	19	908,460	2.1	28
石川県	408,825	3.0	11	983,916	0.5	16
福井県	393,955	2.2	16	919,381	1.5	26
山梨県	346,831	3.1	38	849,427	2.2	34
長野県	349,511	2.8	36	819,225	0.9	41
岐阜県	366,403	4.0	30	859,690	1.0	31
静岡県	350,717	3.5	35	810,828	1.8	44
愛知県	326,065	2.8	44	931,941	0.9	22
三重県	377,562	4.4	23	839,477	2.0	36
滋賀県	364,058	2.9	31	928,183	1.2	23
京都府	370,534	3.4	26	1,004,907	1.5	15
大阪府	369,101	3.4	27	1,051,844	1.4	7
兵庫県	378,024	2.9	21	1,013,370	1.8	14
奈良県	357,508	3.6	33	933,516	2.4	21
和歌山県	359,814	2.2	32	942,626	2.1	20
鳥取県	389,699	3.1	18	908,501	0.9	27
島根県	446,285	3.3	1	922,603	2.1	24
岡山県	413,079	2.3	9	975,448	1.5	17
広島県	406,076	1.9	13	1,050,241	0.8	8
山口県	445,604	2.8	2	1,032,868	1.5	12
徳島県	409,558	3.1	10	1,040,501	2.3	11
香川県	433,355	4.0	4	970,892	2.2	18
愛媛県	392,294	2.6	17	953,870	1.3	19
高知県	420,603	3.3	8	1,170,026	1.9	1
福岡県	372,410	1.7	25	1,167,785	0.9	2
佐賀県	435,080	3.4	3	1,066,469	0.3	6
長崎県	424,468	4.1	7	1,090,623	1.2	3
熊本県	406,604	4.7	12	1,049,041	1.2	9
大分県	432,102	3.9	5	1,042,685	2.2	10
宮崎県	379,682	2.5	20	905,203	1.4	29
鹿児島県	428,073	3.0	6	1,072,941	2.5	5
沖縄県	317,439	4.6	45	1,014,597	0.6	13

資料：国民健康保険・後期高齢者医療　医療費速報（公益社団法人 国民健康保険中央会）

平成27年度　都道府県別特定健診受診率

	都道府県	特定健診対象者数（推計値）	特定健康診査受診者数	特定健康診査受診率（%）	順位
1	北海道	2,350,032	922,700	39.3%	47
2	青森県	595,994	268,699	45.1%	39
3	岩手県	557,451	285,497	51.2%	15
4	宮城県	974,459	561,160	57.6%	3
5	秋田県	464,384	216,038	46.5%	30
6	山形県	482,012	289,226	60.0%	2
7	福島県	840,256	418,275	49.8%	18
8	茨城県	1,276,424	636,193	49.8%	17
9	栃木県	861,134	413,788	48.1%	27
10	群馬県	866,354	424,215	49.0%	22
11	埼玉県	3,108,260	1,582,268	50.9%	16
12	千葉県	2,645,989	1,400,292	52.9%	11
13	東京都	5,470,987	3,466,537	63.4%	1
14	神奈川県	3,818,126	1,897,594	49.7%	20
15	新潟県	1,003,950	538,130	53.6%	8
16	富山県	477,372	266,700	55.9%	4
17	石川県	500,464	272,148	54.4%	6
18	福井県	338,269	165,479	48.9%	23
19	山梨県	367,002	203,887	55.6%	5
20	長野県	906,675	491,303	54.2%	7
21	岐阜県	896,444	439,385	49.0%	21
22	静岡県	1,612,803	852,695	52.9%	12
23	愛知県	3,120,031	1,611,190	51.6%	14
24	三重県	781,152	413,973	53.0%	10
25	滋賀県	577,626	287,284	49.7%	19
26	京都府	1,086,395	501,359	46.1%	34
27	大阪府	3,729,686	1,700,300	45.6%	36
28	兵庫県	2,366,766	1,101,017	46.5%	31
29	奈良県	597,066	253,968	42.5%	44
30	和歌山県	432,368	175,696	40.6%	46
31	鳥取県	243,173	111,613	45.9%	35
32	島根県	294,217	157,303	53.5%	9
33	岡山県	803,606	360,190	44.8%	40
34	広島県	1,208,282	546,760	45.3%	38
35	山口県	610,992	256,354	42.0%	45
36	徳島県	330,213	153,535	46.5%	32
37	香川県	428,981	206,545	48.1%	26
38	愛媛県	610,560	263,397	43.1%	43
39	高知県	317,589	148,141	46.6%	29
40	福岡県	2,089,860	946,910	45.3%	37
41	佐賀県	347,651	161,586	46.5%	33
42	長崎県	596,719	261,784	43.9%	42
43	熊本県	747,187	349,147	46.7%	28
44	大分県	497,130	258,714	52.0%	13
45	宮崎県	474,944	211,850	44.6%	41
46	鹿児島県	693,963	334,845	48.3%	25
47	沖縄県	559,721	272,435	48.7%	24

資料：特定健康診査・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）

平成27年度　都道府県別特定保健指導実施率

	都道府県	特定保健指導の積極的支援の対象者数【A】	特定保健指導の積極的支援の終了者数【B】	特定保健指導の積極的支援実施率（%）	特定保健指導の動機づけ支援の対象者数【C】	特定保健指導の動機づけ支援の終了者数【D】	特定保健指導の動機づけ支援実施率（%）	特定保健指導の対象者数【E】（A＋C）	特定保健指導の終了者数【F】（B+D）	特定保健指導の実施率（%）（F/E）	順位
1	北海道	89,106	8,915	10.0%	82,217	14,131	17.2%	171,323	23,046	13.5%	45
2	青森県	22,715	3,381	14.9%	19,081	6,345	33.3%	41,796	9,726	23.3%	13
3	岩手県	26,547	3,506	13.2%	24,138	4,409	18.3%	50,685	7,915	15.6%	36
4	宮城県	55,069	8,076	14.7%	46,700	8,870	19.0%	101,769	16,946	16.7%	35
5	秋田県	20,030	3,232	16.1%	16,707	3,830	22.9%	36,737	7,062	19.2%	29
6	山形県	22,553	3,694	16.4%	20,540	6,033	29.4%	43,093	9,727	22.6%	16
7	福島県	36,904	6,306	17.1%	32,582	8,289	25.4%	69,486	14,595	21.0%	19
8	茨城県	60,267	7,681	12.7%	55,309	11,622	21.0%	115,576	19,303	16.7%	34
9	栃木県	36,235	5,376	14.8%	33,599	7,908	23.5%	69,834	13,284	19.0%	30
10	群馬県	36,472	4,390	12.0%	35,259	5,385	15.3%	71,731	9,775	13.6%	44
11	埼玉県	135,793	15,320	11.3%	131,923	21,513	16.3%	267,716	36,833	13.8%	43
12	千葉県	122,403	15,205	12.4%	120,086	21,589	18.0%	242,489	36,794	15.2%	38
13	東京都	295,331	36,327	12.3%	273,310	47,845	17.5%	568,641	84,172	14.8%	39
14	神奈川県	172,696	18,085	10.5%	153,769	21,644	14.1%	326,465	39,729	12.2%	47
15	新潟県	40,431	5,794	14.3%	37,744	9,853	26.1%	78,175	15,647	20.0%	22
16	富山県	23,725	3,766	15.9%	21,418	5,052	23.6%	45,143	8,818	19.5%	27
17	石川県	22,679	3,885	17.1%	20,888	6,771	32.4%	43,567	10,656	24.5%	9
18	福井県	14,736	2,920	19.8%	13,245	3,388	25.6%	27,981	6,308	22.5%	17
19	山梨県	16,686	2,342	14.0%	14,903	4,742	31.8%	31,589	7,084	22.4%	18
20	長野県	37,708	7,409	19.6%	37,634	13,227	35.1%	75,342	20,636	27.4%	5
21	岐阜県	32,384	5,701	17.6%	33,410	9,473	28.4%	65,794	15,174	23.1%	14
22	静岡県	65,352	8,988	13.8%	63,114	14,771	23.4%	128,466	23,759	18.5%	32
23	愛知県	134,230	22,599	16.8%	125,724	27,496	21.9%	259,954	50,095	19.3%	28
24	三重県	32,254	5,227	16.2%	32,761	6,148	18.8%	65,015	11,375	17.5%	33
25	滋賀県	22,526	3,690	16.4%	22,665	5,595	24.7%	45,191	9,285	20.5%	21
26	京都府	40,070	5,013	12.5%	39,914	7,166	18.0%	79,984	12,179	15.2%	37
27	大阪府	148,404	15,544	10.5%	139,109	21,989	15.8%	287,513	37,533	13.1%	46
28	兵庫県	91,978	10,052	10.9%	90,252	16,229	18.0%	182,230	26,281	14.4%	42
29	奈良県	19,915	2,413	12.1%	21,086	3,568	16.9%	41,001	5,981	14.6%	41
30	和歌山県	15,342	2,389	15.6%	14,076	3,722	26.4%	29,418	6,111	20.8%	20
31	鳥取県	9,385	1,996	21.3%	8,802	2,482	28.2%	18,187	4,478	24.6%	8
32	島根県	11,967	1,772	14.8%	11,579	2,896	25.0%	23,546	4,668	19.8%	24
33	岡山県	32,595	5,700	17.5%	30,084	5,914	19.7%	62,679	11,614	18.5%	31
34	広島県	53,581	8,062	15.0%	46,651	11,825	25.3%	100,232	19,887	19.8%	23
35	山口県	21,860	3,861	17.7%	20,159	4,357	21.6%	42,019	8,218	19.6%	26
36	徳島県	12,547	2,358	18.8%	14,218	5,290	37.2%	26,765	7,648	28.6%	2
37	香川県	17,085	3,852	22.5%	18,392	5,211	28.3%	35,477	9,063	25.5%	7
38	愛媛県	23,409	4,868	20.8%	22,894	6,097	26.6%	46,303	10,965	23.7%	12
39	高知県	13,780	1,464	10.6%	12,824	2,422	18.9%	26,604	3,886	14.6%	40
40	福岡県	89,638	12,616	14.1%	77,326	20,296	26.2%	166,964	32,912	19.7%	25
41	佐賀県	13,659	2,667	19.5%	12,866	4,723	36.7%	26,525	7,390	27.9%	3
42	長崎県	21,192	3,561	16.8%	20,614	7,276	35.3%	41,806	10,837	25.9%	6
43	熊本県	32,118	6,988	21.8%	28,218	9,666	34.3%	60,336	16,654	27.6%	4
44	大分県	20,775	3,627	17.5%	21,460	6,033	28.1%	42,235	9,660	22.9%	15
45	宮崎県	18,078	3,197	17.7%	18,045	5,637	31.2%	36,123	8,834	24.5%	10
46	鹿児島県	28,046	4,918	17.5%	27,971	8,563	30.6%	56,017	13,481	24.1%	11
47	沖縄県	26,910	5,457	20.3%	27,726	11,174	40.3%	54,636	16,631	30.4%	1

資料：特定健康診査・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）

医療機能のあり方と健康づくりに関するアンケート調査

※保健（健康づくり担当）部署の方がご回答ください。

市町村名		部署名	
記入者名		役職	
TEL		FAX	
e-mail			

１．健康づくりに関する計画について

問１　貴自治体では、以下の健康に関連する計画を策定していますか。①～⑤の各計画について策定状況をお答えください。

計画名	策定状況（1 つに○）	1･2･3 のみ	計画期間
①健康増進計画	1．市町村で策定している　2．広域で策定している 3．今後策定予定　4．策定していない	→	平成（　）年 ～（　）年
②データヘルス計画	1．市町村で策定している　2．広域で策定している 3．今後策定予定　4．策定していない	→	平成（　）年 ～（　）年
③食育推進計画	1．市町村で策定している　2．広域で策定している 3．今後策定予定　4．策定していない	→	平成（　）年 ～（　）年
④がん対策推進計画	1．市町村で策定している　2．広域で策定している 3．今後策定予定　4．策定していない	→	平成（　）年 ～（　）年
⑤その他 （　　）	1．市町村で策定している　2．広域で策定している 3．今後策定予定　4．策定していない	→	平成（　）年 ～（　）年

【「①健康増進計画」を「１．市町村で策定している」「２．広域で策定している」場合のみ】

問２　「健康増進計画」の中間評価は実施しましたか。（1 つに○）

１．実施した　　２．今後実施予定　　３．実施していない

２．医療機関と医療サービスの課題

問３　貴自治体の現在の医療機関と医療サービスにおける課題はどのようなことですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。（近隣市町村を含めず、貴自治体内の状況をお答えください。）

【公立病院について】
１．公立病院の経営状況
２．公立病院の再編（診療所への転換等）
３．公立病院の経営形態の見直し（民営化等）
【医療サービスについて】
４．病院・診療所が少ない・ない
５．受診できる診療科が限られている
６．入院可能な病床が少ない・ない
７．かかりつけ医の機能のある医療機関が少ない・ない
８．在宅医療に対応可能な医療機関が少ない・ない
９．夜間や救急医療に対応できていない
10．小児科の受診に対応できていない
11．産科の受診に対応できていない
【人材について】
12．医師が不足している
13．看護師・リハビリ職等の人材が不足している
【その他】
14．民間病院の意向（病床減・閉院等）が把握できていない
15．介護サービスとの連携がとれていない
16．周辺の自治体との連携がとれていない
17．その他（　　）

【「４」～「11」のいずれかに○がついた自治体のみ】

問４　「４」～「11」は、近隣市町村と連携が取れた場合、医療体制として整備されていますか。問３で○のついた項目について、それぞれご回答ください。

問３で○がついた項目についてのみ回答してください ↓		１・２のいずれかに○	
		１．近隣市町村と連携が取れた場合は整備されている	２．近隣市町村と連携が取れても整備されていない
４．病院・診療所が少ない・ない	→	1	2
５．受診できる診療科が限られている	→	1	2
６．入院可能な病床が少ない・ない	→	1	2
７．かかりつけ医の機能のある医療機関が少ない・ない	→	1	2
８．在宅医療に対応可能な医療機関が少ない・ない	→	1	2
９．夜間や救急医療に対応できていない	→	1	2
10．小児科の受診に対応できていない	→	1	2
11．産科の受診に対応できていない	→	1	2

３．地域医療構想について

「北海道地域医療構想」について
北海道では、医療のあり方や人口構造の変化に対応し、今後必要となるリハビリテーションや在宅医療の確保など、バランスの取れた医療提供体制を構築することを目指して、医療計画の一部として平成 28 年 12 月 22 日に「北海道地域医療構想」を策定しました。

問５　「北海道地域医療構想」について知っていますか。（あてはまるもの１つに○）

１．内容を知っている　　２．策定されたことは知っている　　３．知らない

問６　「北海道地域医療構想」について住民へ伝えていますか。（あてはまるもの１つに○）

１．伝えている　　２．今後伝える予定　　３．伝えていない

【「１．伝えている」の場合のみ】

どのような方法で伝えていますか。（あてはまるものすべてに○）

１．ホームページ
２．広報誌
３．パンフレット等
４．説明会等
５．その他（　　）

４．地域包括ケアシステムについて

これまでの「地域包括ケアシステム」は高齢者へのケアが念頭におかれてきましたが、地域の中で必要な支援を包括的に提供して自立した生活を支えることは、高齢者に限らず全ての住民に対して共通の認識であることから、今後、各自治体は「地域共生社会の実現」に向けた「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制を構築し、「地域包括ケアシステム」の強化を図ることが求められています。

問７　貴自治体の「地域包括ケアシステム」の推進状況について、保健担当（健康づくり）部署ではどの程度把握していますか。（あてはまるもの１つに○）

１．把握している　　２．おおむね把握している
３．あまり把握していない　　４．把握していない　　５．わからない

問８　地域包括ケアシステムの推進にあたり、庁内では、複数の部署が連携をして取り組んでいますか。（あてはまるもの１つに○）

１．高齢者・介護保険等に関わる部署のみが担当している
２．複数の部署が連携して取り組んでいる
３．どこの部署が連携しているか把握していない

【「２．複数の部署が連携して取り組んでいる」の場合のみ】

連携している部署の分野すべてに○をつけてください。

１．すべての部署が連携している	２．高齢者
３．介護	４．障がい者
５．子ども・子育て	６．保健・医療
７．生活支援	８．健康
９．住まい	10．雇用・労働
11．産業	12．教育・文化
13．まちづくり	14．防災・防犯
15．その他（　　）	

５．地域包括ケアシステムにおける医療機能の確保について

地域包括ケアシステムにおいては、医療と介護の連携や、認知症施策の推進、在宅医療、終末期の看取りなど、住み慣れた地域で生活を続けるための医療機能の確保が必要となります。

問９　貴自治体では「地域包括ケアシステム」の推進にあたって必要とされる医療機能は確保されていますか。①～④のそれぞれについてあてはまるもの１つに○をつけてください。

①医療と介護の連携	１．充分に機能している ２．ほぼ機能している ３．あまり機能していない ４．機能していない ５．わからない	（具体的に）
②認知症施策に対応する医療体制	１．充分に機能している ２．ほぼ機能している ３．あまり機能していない ４．機能していない ５．わからない	（具体的に）
③在宅医療	１．充分に機能している ２．ほぼ機能している ３．あまり機能していない ４．機能していない ５．わからない	（具体的に）
④終末期の看取り	１．充分に機能している ２．ほぼ機能している ３．あまり機能していない ４．機能していない ５．わからない	（具体的に）

６．健康指標について

問 10　貴自治体で取り組んでいる「健康指標」にはどのようなものがありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

１．健康寿命	２．要介護度認定率
３．一人あたり医療費	４．一人あたり介護費
５．特定健診・保健指導受診率	６．生活習慣病の割合
７．がん検診受診率	８．がんの年齢調整死亡率
９．その他	10．取り組んでいる健康指標はない

【「９．その他」の場合のみ】「その他」の指標のうち、市町村独自の「健康指標」はありますか。

問 11　貴自治体では、健康づくりに関して、国保データベース（ＫＤＢ）システムを活用していますか。（あてはまるもの１つに○）

１．計画策定の際のみ活用している
２．計画策定のほか、健康づくりの事業推進にも活用している
３．活用していない
４．わからない

問 12　今後、住民の健康づくりを推進する上で、国保データベース（ＫＤＢ）システムを活用しますか。（あてはまるもの１つに○）

１．活用したい
２．活用したいが、活用方法がわからない
３．活用しない
４．わからない

７．健康づくりに関する取り組みについて

問 13　貴自治体では、住民の健康づくりに関して、独自の取り組みを実施していますか。特徴的な取り組みがあればご記入ください。

問 14　今後、地域における医療機能の再編が進むことが想定される中で、住民の健康づくりを担う担当として、自分たちができること・力を入れて取り組みたいことはどのようなことですか。また、医療機関はどのような点を効率化し、どのような点を充実すべきだと思いますか。

自分たちができること・力を入れて取り組みたいこと
医療機関が効率化すべき点
医療機関が充実すべき点

８．地域医療構想推進に向けた住民の参画について

問 15　貴自治体ではこれまでに、健康づくりに関して住民参加型の意見交換の場を開催したことがありますか。（あてはまるもの１つに○）

１．開催したことがある　　２．開催を検討している　　３．開催したことはない

問 16　「健康づくり」について、医療・介護のみならず住まい・交通や ICT の活用など、幅広い観点から意見交換の場を設定する取り組みが求められています。
本調査研究では、自治体で住民参加型ワークショップを開催するモデル事業を検討しています。モデル事業への参加に関心がありますか。（あてはまるもの１つに○）

１．関心がある　　２．関心はない　　３．内容による

ご協力ありがとうございました。

同封の返信用封筒にて１０月２５日（木）までにご返送ください。

医療機能のあり方と健康づくりに関するアンケート調査

※福祉（高齢者担当）部署の方がご回答ください。

市町村名		部署名	
記入者名		役職	
TEL		FAX	
e-mail			

１．介護予防や健康づくりの取り組みについて

問１　貴自治体では、高齢者の介護予防や健康づくりについて独自の取り組みや特徴的な工夫をしている取り組みなどはありますか。あてはまる番号に○をつけ、具体的な内容を記載してください。

（あてはまる番号すべてに○）		特徴的な取り組み内容・工夫している点
【市町村主体の取組（一般介護予防事業を含む）】 １．体操教室など運動器機能向上 ２．健康に関する学習や講演など ３．ロコモティブシンドローム予防 ４．認知症予防 ５．閉じこもり防止の集いなど ６．うつ予防 ７．栄養や食生活の改善 ８．口腔機能向上 ９．健康に関する相談 10．生活習慣病予防 11．その他（　　）	→	（具体的に）
【住民主体の取組】 １．体操教室など運動器機能向上 ２．健康に関する学習や講演など ３．閉じこもり防止の集いなど ４．その他（　　）	→	（具体的に）
【民間主体の取組】 １．体操教室など運動器機能向上 ２．健康に関する学習や講演など ３．閉じこもり防止の集いなど ４．その他（　　）	→	（具体的に）

２．医療機関と医療サービスの課題

問２　貴自治体の現在の医療機関と医療サービスにおける課題はどのようなことですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。（近隣市町村を含めず、貴自治体内の状況をお答えください。）

【公立病院について】
１．公立病院の経営状況
２．公立病院の再編（診療所への転換等）
３．公立病院の経営形態の見直し（民営化等）
【医療サービスについて】
４．病院・診療所が少ない・ない
５．受診できる診療科が限られている
６．入院可能な病床が少ない・ない
７．かかりつけ医の機能のある医療機関が少ない・ない
８．在宅医療に対応可能な医療機関が少ない・ない
９．夜間や救急医療に対応できていない
10．小児科の受診に対応できていない
11．産科の受診に対応できていない
【人材について】
12．医師が不足している
13．看護師・リハビリ職等の人材が不足している
【その他】
14．民間病院の意向（病床減・閉院等）が把握できていない
15．介護サービスとの連携がとれていない
16．周辺の自治体との連携がとれていない
17．その他（　　）

【「４」～「11」に○がついた自治体のみ】

問３　「４」～「11」は、近隣市町村と連携が取れた場合、医療体制として整備されていますか。問２で○のついた項目について、それぞれご回答ください。

問２で○がついた項目についてのみ回答してください ↓		１・２のいずれかに○	
		１．近隣市町村と連携が取れた場合は整備されている	２．近隣市町村と連携が取れても整備されていない
４．病院・診療所が少ない・ない	→	1	2
５．受診できる診療科が限られている	→	1	2
６．入院可能な病床が少ない・ない	→	1	2
７．かかりつけ医の機能のある医療機関が少ない・ない	→	1	2
８．在宅医療に対応可能な医療機関が少ない・ない	→	1	2
９．夜間や救急医療に対応できていない	→	1	2
10．小児科の受診に対応できていない	→	1	2
11．産科の受診に対応できていない	→	1	2

３．地域医療構想について

「北海道地域医療構想」について
北海道では、医療のあり方や人口構造の変化に対応し、今後必要となるリハビリテーションや在宅医療の確保など、バランスの取れた医療提供体制を構築することを目指して、医療計画の一部として平成２８年１２月２２日に「北海道地域医療構想」を策定しました。

問４　「北海道地域医療構想」について知っていますか。（あてはまるもの１つに○）

１．内容を知っている　　２．策定されたことは知っている　　３．知らない

問５　「北海道地域医療構想」について住民へ伝えていますか。（あてはまるもの１つに○）

１．伝えている　　２．今後伝える予定　　３．伝えていない

【「１．伝えている」の場合のみ】

どのような方法で伝えていますか。（あてはまるものすべてに○）

１．ホームページ　　２．広報誌
３．パンフレット等　　４．説明会等
５．その他（　　）

４．地域包括ケアシステムについて

これまでの「地域包括ケアシステム」は高齢者へのケアが念頭におかれてきましたが、地域の中で必要な支援を包括的に提供して自立した生活を支えることは、高齢者に限らず全ての住民に対して共通の認識であることから、今後、各自治体は「地域共生社会の実現」に向けた「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制を構築し、「地域包括ケアシステム」の強化を図ることが求められています。

問６　貴自治体の介護保険事業計画で位置づけられている「地域包括ケアシステム」はどの程度推進していますか。（あてはまるもの１つに○）

１．計画どおり推進している　　２．ほぼ計画通り推進している
３．あまり計画どおり推進していない　　４．計画どおり推進していない
５．わからない

【「３．あまり計画どおり推進していない」「４．計画どおり推進していない」の場合のみ】

具体的に

問７　地域包括ケアシステムの推進にあたり、庁内では、複数の部署が連携をして取り組んでいますか。（あてはまるもの１つに○）

１．高齢者・介護保険等に関わる部署のみが担当している
２．複数の部署が連携して取り組んでいる
３．どこの部署が連携しているか把握していない

【「２」の場合のみ】　連携している部署の分野すべてに○をつけてください。

１．すべての部署が連携している		２．高齢者
３．介護	４．障がい者	５．子ども・子育て
６．保健・医療	７．生活支援	８．健康
９．住まい	10．雇用・労働	11．産業
12．教育・文化	13．まちづくり	14．防災・防犯
15．その他（　　）		

問８　貴自治体では、高齢者世代に限らない全世代型の「地域包括ケアシステム」の構築に向けてどのような取り組みを行っていますか。具体的にご記入ください。

５．地域包括ケアシステムにおける医療機能の確保について

地域包括ケアシステムにおいては、医療と介護の連携や、認知症施策の推進、在宅医療、終末期の看取りなど、住み慣れた地域で生活を続けるための医療機能の確保が必要となります。

問９　貴自治体では「地域包括ケアシステム」の推進にあたって必要とされる医療機能は確保されていますか。①～④のそれぞれについてあてはまるもの１つに○をつけてください。

①医療と介護の連携	１．充分に機能している ２．ほぼ機能している ３．あまり機能していない ４．機能していない ５．わからない	（具体的に）
②認知症施策に対応する医療体制	１．充分に機能している ２．ほぼ機能している ３．あまり機能していない ４．機能していない ５．わからない	（具体的に）
③在宅医療	１．充分に機能している ２．ほぼ機能している ３．あまり機能していない ４．機能していない ５．わからない	（具体的に）
④終末期の看取り	１．充分に機能している ２．ほぼ機能している ３．あまり機能していない ４．機能していない ５．わからない	（具体的に）

６．介護予防や健康づくりに関する独自の取り組みについて

問 10　貴自治体ではこれまでに、高齢者の介護予防や健康づくりに関して住民参加型の意見交換の場を開催したことがありますか。（あてはまるもの１つに○）

１．開催したことがある　　２．開催を検討している　　３．開催したことはない

（具体的に）

問 11　今後、地域における医療機能の再編が進むことが想定される中で、高齢者の介護予防・生活支援を担う担当として、自分たちができること・力を入れて取り組みたいことはどのようなことですか。

また、医療機関はどのような点を効率化し、どのような点を充実すべきだと思いますか。

自分たちができること・力を入れて取り組みたいこと
医療機関が効率化すべき点
医療機関が充実すべき点

ご協力ありがとうございました。

同封の返信用封筒にて１０月２５日（木）までにご返送ください。

医療機能のあり方と健康づくりに関するアンケート調査
集計結果

調査対象：道内178自治体の、①保健（健康づくり）担当、②福祉（高齢者）担当
（それぞれの担当あてに調査票を送付）

調査方法：郵送によるアンケート調査

調査期間：平成30年10月3日～平成30年10月25日

回収状況：①保健（健康づくり）担当：　75件　（回収率：42.1%）
②福祉（高齢者）担当：　92件　（回収率：51.7%）

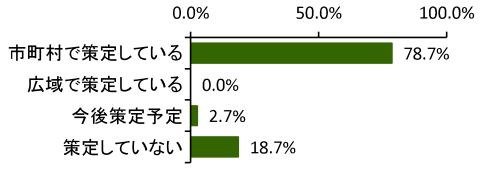
	自治体
①保健（健康づくり）担当 のみ回答	32
②福祉（高齢者）担当　のみ回答	49
①と②の両方回答	**43**
①と②の両方回答なし	54
計	178

1．健康づくりに関する計画について

【健康づくり担当】問1・2

①健康増進計画

	健康づくり担当	
	件数	%
市町村で策定している	59	78.7%
広域で策定している	0	0.0%
今後策定予定	2	2.7%
策定していない	14	18.7%
計	75	100.0%

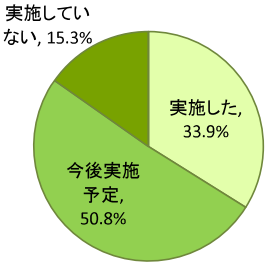


策定年度　×　計画期間

策定年度	計画期間							計	
	4年以下	5年間	6～7年間	8～9年間	10年間	11年間	無回答	件数	%
～24年度	0	1	0	1	3	0	0	5	8.2%
25年度	0	0	1	1	14	1	0	17	27.9%
26年度	0	2	0	3	5	0	0	10	16.4%
27年度	1	0	0	5	3	1	0	10	16.4%
28年度	0	0	2	1	2	0	0	5	8.2%
29年度	0	1	0	0	2	0	0	3	4.9%
30年度	1	5	1	0	2	0	0	9	14.8%
31年度～	0	1	0	0	0	0	1	2	3.3%
計	2 (3.3%)	10 (16.4%)	4 (6.6%)	11 (18.0%)	31 (50.8%)	2 (3.3%)	1 (1.6%)	61 (100.0%)	100.0%

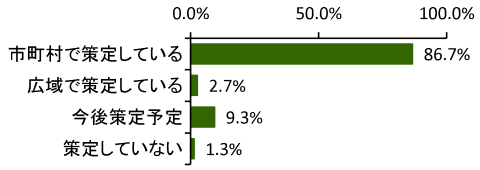
健康増進計画の中間評価の実施状況

	件数	%
実施した	20	33.9%
今後実施予定	30	50.8%
実施していない	9	15.3%
無回答	0	0.0%
計	59	100.0%



②データヘルス計画

	健康づくり担当	
	件数	%
市町村で策定している	65	86.7%
広域で策定している	2	2.7%
今後策定予定	7	9.3%
策定していない	1	1.3%
計	75	100.0%

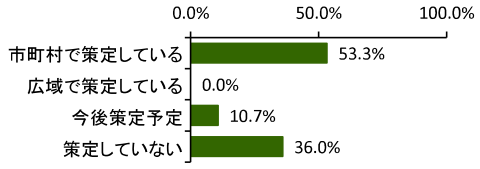


策定年度 × 計画期間

	計画期間						計	
	4年以下	5年間	6年間	7年間	10年間	無回答	件数	%
～28年度	1	0	0	0	0	0	1	1.4%
29年度	2	1	0	3	0	0	6	8.1%
30年度	1	2	54	2	1	1	61	82.4%
31年度～	0	2	0	0	0	0	2	2.7%
無回答	0	0	0	0	0	4	4	5.4%
計	4 (5.4%)	5 (6.8%)	54 (73.0%)	5 (6.8%)	1 (1.4%)	5 (6.8%)	74 (100.0%)	100.0%

③食育推進計画

	健康づくり担当	
	件数	%
市町村で策定している	40	53.3%
広域で策定している	0	0.0%
今後策定予定	8	10.7%
策定していない	27	36.0%
計	75	100.0%

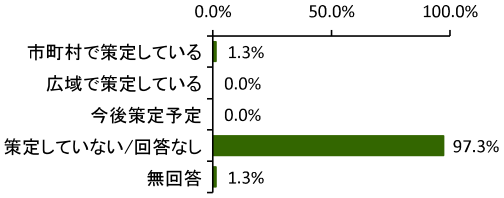


策定年度 × 計画期間

	計画期間						計	
	4年以下	5年間	6～7年間	8～9年間	10年間	無回答	件数	%
～24年度	0	1	0	1	1	1	4	8.3%
25年度	0	0	0	0	1	0	1	2.1%
26年度	0	4	0	0	0	0	4	8.3%
27年度	0	4	1	1	0	0	6	12.5%
28年度	1	5	0	0	2	0	8	16.7%
29年度	0	4	0	0	1	0	5	10.4%
30年度	0	9	1	0	1	0	11	22.9%
31年度～	0	4	0	0	0	0	4	8.3%
無回答	0	0	0	0	0	5	5	10.4%
計	1 (2.1%)	31 (64.6%)	2 (4.2%)	2 (4.2%)	6 (12.5%)	6 (12.5%)	48 (100.0%)	100.0%

④がん対策推進計画

	健康づくり担当	
	件数	%
市町村で策定している	1	1.3%
広域で策定している	0	0.0%
今後策定予定	0	0.0%
策定していない/回答なし	73	97.3%
無回答	1	1.3%
計	75	100.0%



（策定期間：平成27年度～平成34年度）

⑤その他

・市町村で策定している　6ヵ所

- ・特定健診等実施計画　（策定期間：平成30年度～35年度）
- ・特定健診等実施計画　（策定期間：平成30年度～35年度）
- ・自殺対策行動計画　（策定期間：平成30年度～34年度）
- ・自殺対策行動計画　（策定期間：平成30年度～39年度）
- ・母子保健計画　－
- ・すこやか親子21　（策定期間：平成28年度～35年度）

・今後策定予定　2ヵ所

- ・自殺対策計画　（策定期間：平成31年度～35年度）
- ・自殺対策計画　（策定期間：平成31年度～35年度）

2. 医療機関と医療サービスの課題

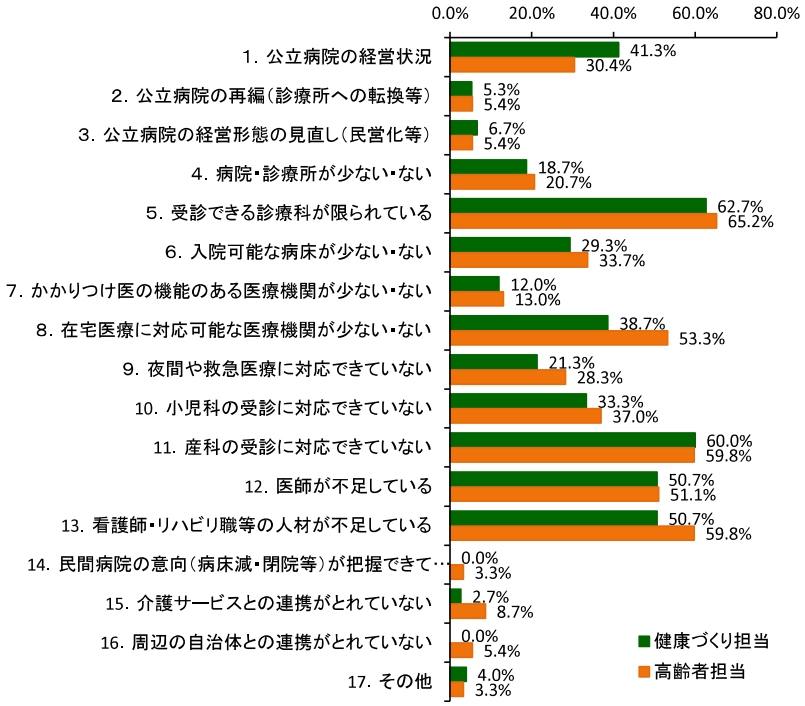
【健康づくり担当】問3
【高齢者担当】問2

(1)医療機関と医療サービスにおける課題(近隣市町村を含めず)

		健康づくり担当		高齢者担当	
		件数	%	件数	%
公立病院	1. 公立病院の経営状況	31	41.3%	28	30.4%
	2. 公立病院の再編(診療所への転換等)	4	5.3%	5	5.4%
	3. 公立病院の経営形態の見直し(民営化等)	5	6.7%	5	5.4%
医療サービス	4. 病院・診療所が少ない・ない	14	18.7%	19	20.7%
	5. 受診できる診療科が限られている	47	62.7%	60	65.2%
	6. 入院可能な病床が少ない・ない	22	29.3%	31	33.7%
	7. かかりつけ医の機能のある医療機関が少ない・ない	9	12.0%	12	13.0%
	8. 在宅医療に対応可能な医療機関が少ない・ない	29	38.7%	49	53.3%
	9. 夜間や救急医療に対応できていない	16	21.3%	26	28.3%
	10. 小児科の受診に対応できていない	25	33.3%	34	37.0%
	11. 産科の受診に対応できていない	45	60.0%	55	59.8%
人材	12. 医師が不足している	38	50.7%	47	51.1%
	13. 看護師・リハビリ職等の人材が不足している	38	50.7%	55	59.8%
その他	14. 民間病院の意向(病床減・閉院等)が把握できていない	0	0.0%	3	3.3%
	15. 介護サービスとの連携がとれていない	2	2.7%	8	8.7%
	16. 周辺の自治体との連携がとれていない	0	0.0%	5	5.4%
	17. その他	3	4.0%	3	3.3%
全体		75		92	

その他
【健康づくり担当】
・医師の高齢化
・住民の高度医療や求める医療体制と現状との乖離～住民理解

【高齢者担当】
・民間病院の患者数減、経営悪化
・民間病院はない
・上記に該当する課題はないが「質」はどうか検証できていない



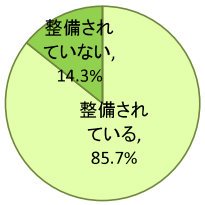
（2）近隣市町村と連携が取れた場合に、医療体制として整備されているか。
※（1）で「4」～「11」に○がついた場合のみ

【健康づくり担当】問4
【高齢者担当】問3

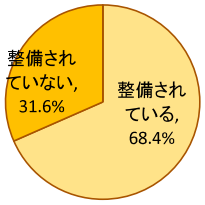
4．病院・診療所が少ない・ない

	健康づくり担当		高齢者担当	
	件数	%	件数	%
近隣市町村と連携が取れた場合は整備されている	12	85.7%	13	68.4%
近隣市町村と連携が取れても整備されていない	2	14.3%	6	31.6%
無回答	0	0.0%	0	0.0%
計	14	100.0%	19	100.0%

【健康づくり担当】



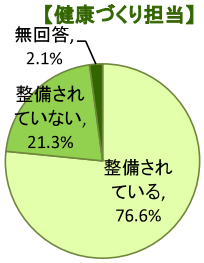
【高齢者担当】



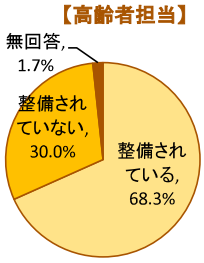
5．受診できる診療科が限られている

	健康づくり担当		高齢者担当	
	件数	%	件数	%
近隣市町村と連携が取れた場合は整備されている	36	76.6%	41	68.3%
近隣市町村と連携が取れても整備されていない	10	21.3%	18	30.0%
無回答	1	2.1%	1	1.7%
計	47	100.0%	60	100.0%

【健康づくり担当】



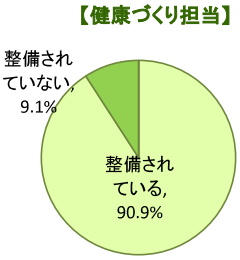
【高齢者担当】



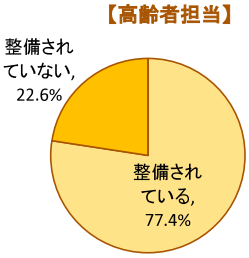
6．入院可能な病床が少ない・ない

	健康づくり担当		高齢者担当	
	件数	%	件数	%
近隣市町村と連携が取れた場合は整備されている	20	90.9%	24	77.4%
近隣市町村と連携が取れても整備されていない	2	9.1%	7	22.6%
無回答	0	0.0%	0	0.0%
計	22	100.0%	31	100.0%

【健康づくり担当】



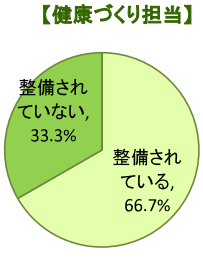
【高齢者担当】



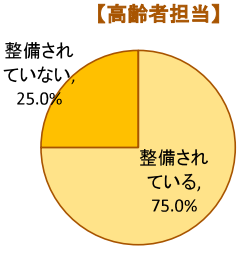
7．かかりつけ医の機能のある医療機関が少ない・ない

	健康づくり担当		高齢者担当	
	件数	%	件数	%
近隣市町村と連携が取れた場合は整備されている	6	66.7%	9	75.0%
近隣市町村と連携が取れても整備されていない	3	33.3%	3	25.0%
無回答	0	0.0%	0	0.0%
計	9	100.0%	12	100.0%

【健康づくり担当】



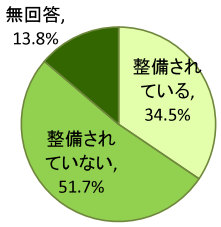
【高齢者担当】



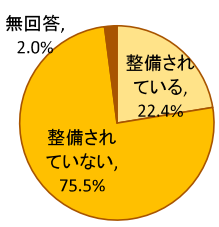
8. 在宅医療に対応可能な医療機関が少ない・ない

	健康づくり担当		高齢者担当	
	件数	%	件数	%
近隣市町村と連携が取れた場合は整備されている	10	34.5%	11	22.4%
近隣市町村と連携が取れても整備されていない	15	51.7%	37	75.5%
無回答	4	13.8%	1	2.0%
計	29	100.0%	49	100.0%

【健康づくり担当】



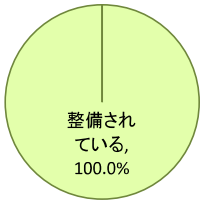
【高齢者担当】



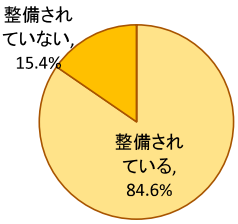
9. 夜間や救急医療に対応できていない

	健康づくり担当		高齢者担当	
	件数	%	件数	%
近隣市町村と連携が取れた場合は整備されている	16	100.0%	22	84.6%
近隣市町村と連携が取れても整備されていない	0	0.0%	4	15.4%
無回答	0	0.0%	0	0.0%
計	16	100.0%	26	100.0%

【健康づくり担当】



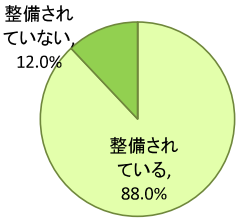
【高齢者担当】



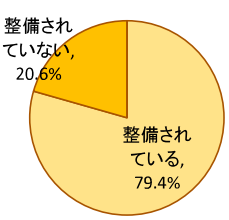
10. 小児科の受診に対応できていない

	健康づくり担当		高齢者担当	
	件数	%	件数	%
近隣市町村と連携が取れた場合は整備されている	22	88.0%	27	79.4%
近隣市町村と連携が取れても整備されていない	3	12.0%	7	20.6%
無回答	0	0.0%	0	0.0%
計	25	100.0%	34	100.0%

【健康づくり担当】



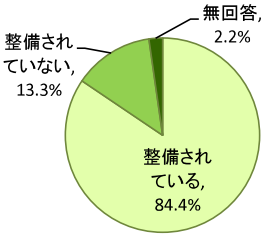
【高齢者担当】



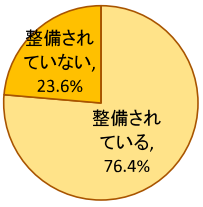
11. 産科の受診に対応できていない

	健康づくり担当		高齢者担当	
	件数	%	件数	%
近隣市町村と連携が取れた場合は整備されている	38	84.4%	42	76.4%
近隣市町村と連携が取れても整備されていない	6	13.3%	13	23.6%
無回答	1	2.2%	0	0.0%
計	45	100.0%	55	100.0%

【健康づくり担当】



【高齢者担当】



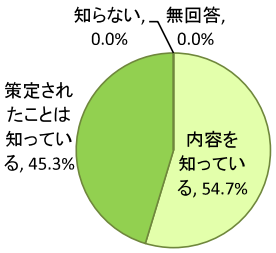
3. 地域医療構想について

【健康づくり担当】問5・6
【高齢者担当】問4・5

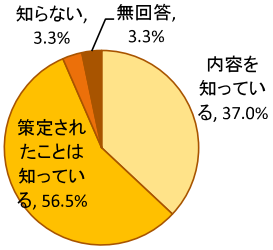
(1)「北海道地域医療構想」の認知度

	健康づくり担当		高齢者担当	
	件数	%	件数	%
内容を知っている	41	54.7%	34	37.0%
策定されたことは知っている	34	45.3%	52	56.5%
知らない	0	0.0%	3	3.3%
無回答	0	0.0%	3	3.3%
計	75	100.0%	92	100.0%

【健康づくり担当】



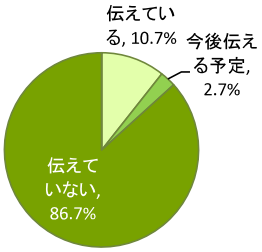
【高齢者担当】



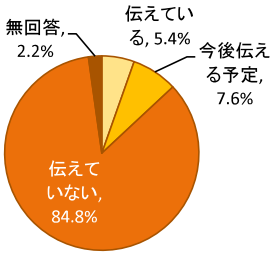
(2)「北海道地域医療構想」の住民への周知について

	健康づくり担当		高齢者担当	
	件数	%	件数	%
伝えている	8	10.7%	5	5.4%
今後伝える予定	2	2.7%	7	7.6%
伝えていない	65	86.7%	78	84.8%
無回答	0	0.0%	2	2.2%
計	75	100.0%	92	100.0%

【健康づくり担当】



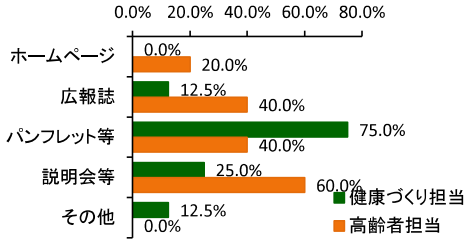
【高齢者担当】



周知の方法

(複数回答)

	健康づくり担当		高齢者担当	
	件数	%	件数	%
ホームページ	0	0.0%	1	20.0%
広報誌	1	12.5%	2	40.0%
パンフレット等	6	75.0%	2	40.0%
説明会等	2	25.0%	3	60.0%
その他	1	12.5%	0	0.0%
計	8		5	

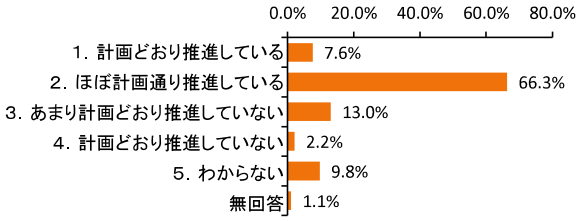


4. 地域包括ケアシステムについて

【高齢者担当】問6

(1)地域包括ケアシステムの推進状況

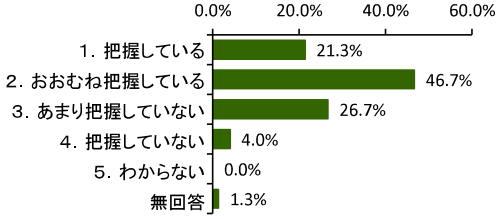
	高齢者担当	
	件数	%
1. 計画どおり推進している	7	7.6%
2. ほぼ計画通り推進している	61	66.3%
3. あまり計画どおり推進していない	12	13.0%
4. 計画どおり推進していない	2	2.2%
5. わからない	9	9.8%
無回答	1	1.1%
計	92	100.0%



(2)地域包括ケアシステムの進捗状況について、保健担当(健康づくり)部署でどの程度把握しているか

【健康づくり担当】問7

	健康づくり担当	
	件数	%
1. 把握している	16	21.3%
2. おおむね把握している	35	46.7%
3. あまり把握していない	20	26.7%
4. 把握していない	3	4.0%
5. わからない	0	0.0%
無回答	1	1.3%
計	75	100.0%

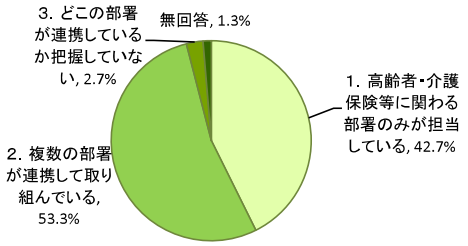


(3)地域包括ケアシステムの推進にあたり、庁内では複数の部署が連携して取り組んでいるか

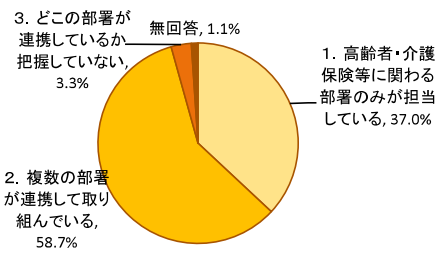
【健康づくり担当】問8
【高齢者担当】問7

	健康づくり担当		高齢者担当	
	件数	%	件数	%
1. 高齢者・介護保険等に関わる部署のみが担当している	32	42.7%	34	37.0%
2. 複数の部署が連携して取り組んでいる	40	53.3%	54	58.7%
3. どこの部署が連携しているか把握していない	2	2.7%	3	3.3%
無回答	1	1.3%	1	1.1%
計	75	100.0%	92	100.0%

【健康づくり担当】



【高齢者担当】

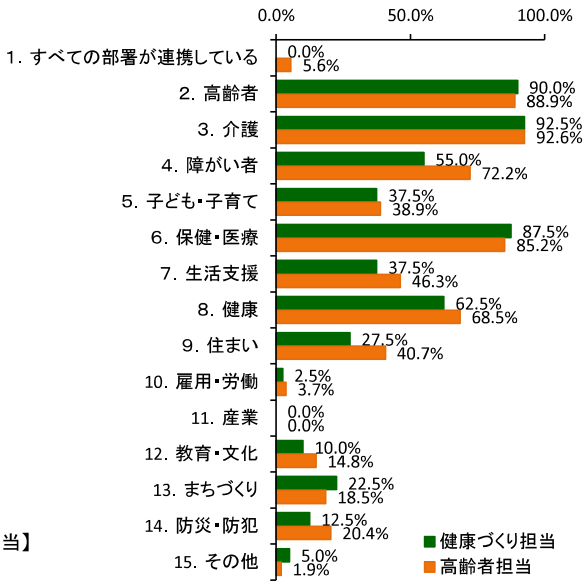


「2. 複数の部署が連携して取り組んでいる」の場合のみ

連携している部署の分野

(複数回答)

	健康づくり担当		高齢者担当	
	件数	%	件数	%
1. すべての部署が連携している	0	0.0%	3	5.6%
2. 高齢者	36	90.0%	48	88.9%
3. 介護	37	92.5%	50	92.6%
4. 障がい者	22	55.0%	39	72.2%
5. 子ども・子育て	15	37.5%	21	38.9%
6. 保健・医療	35	87.5%	46	85.2%
7. 生活支援	15	37.5%	25	46.3%
8. 健康	25	62.5%	37	68.5%
9. 住まい	11	27.5%	22	40.7%
10. 雇用・労働	1	2.5%	2	3.7%
11. 産業	0	0.0%	0	0.0%
12. 教育・文化	4	10.0%	8	14.8%
13. まちづくり	9	22.5%	10	18.5%
14. 防災・防犯	5	12.5%	11	20.4%
15. その他	2	5.0%	1	1.9%
全体	40		54	



その他【健康づくり担当】
・交通
・市立病院

【高齢者担当】
・市立病院

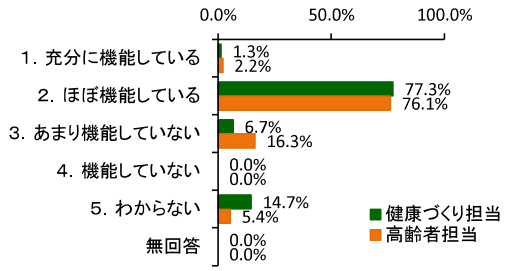
5. 地域包括ケアシステムにおける医療機能の確保について

（1）地域包括ケアシステムの推進にあたって必要とされる医療機能の確保について

【健康づくり担当】問9
【高齢者担当】問9

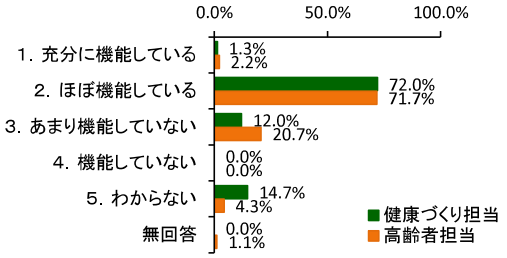
①医療と介護の連携

	健康づくり担当		高齢者担当	
	件数	%	件数	%
1. 充分に機能している	1	1.3%	2	2.2%
2. ほぼ機能している	58	77.3%	70	76.1%
3. あまり機能していない	5	6.7%	15	16.3%
4. 機能していない	0	0.0%	0	0.0%
5. わからない	11	14.7%	5	5.4%
無回答	0	0.0%	0	0.0%
計	75	100.0%	92	100.0%



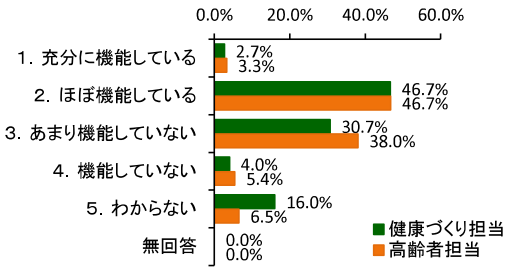
②認知症施策に対応する医療体制

	健康づくり担当		高齢者担当	
	件数	%	件数	%
1. 充分に機能している	1	1.3%	2	2.2%
2. ほぼ機能している	54	72.0%	66	71.7%
3. あまり機能していない	9	12.0%	19	20.7%
4. 機能していない	0	0.0%	0	0.0%
5. わからない	11	14.7%	4	4.3%
無回答	0	0.0%	1	1.1%
計	75	100.0%	92	100.0%



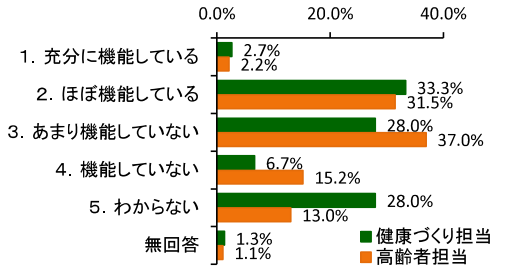
③在宅医療

	健康づくり担当		高齢者担当	
	件数	%	件数	%
1. 充分に機能している	2	2.7%	3	3.3%
2. ほぼ機能している	35	46.7%	43	46.7%
3. あまり機能していない	23	30.7%	35	38.0%
4. 機能していない	3	4.0%	5	5.4%
5. わからない	12	16.0%	6	6.5%
無回答	0	0.0%	0	0.0%
計	75	100.0%	92	100.0%



④終末期の看取り

	健康づくり担当		高齢者担当	
	件数	%	件数	%
1. 充分に機能している	2	2.7%	2	2.2%
2. ほぼ機能している	25	33.3%	29	31.5%
3. あまり機能していない	21	28.0%	34	37.0%
4. 機能していない	5	6.7%	14	15.2%
5. わからない	21	28.0%	12	13.0%
無回答	1	1.3%	1	1.1%
計	75	100.0%	92	100.0%



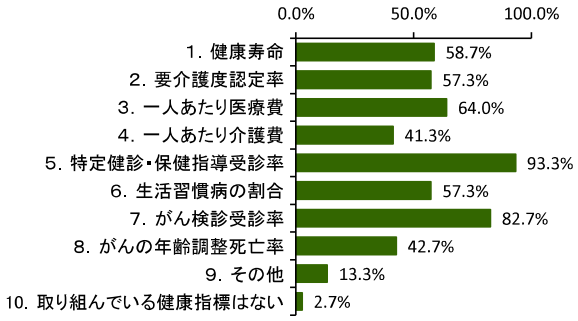
6. 健康指標について

【健康づくり担当】問10

(1) 自治体で取り組んでいる「健康指標」

（複数回答）

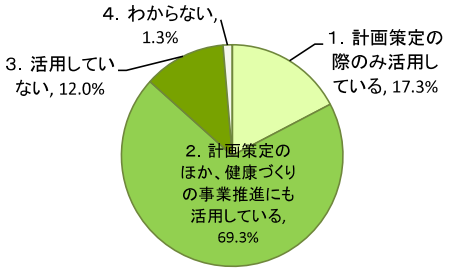
	健康づくり担当	
	件数	%
1. 健康寿命	44	58.7%
2. 要介護度認定率	43	57.3%
3. 一人あたり医療費	48	64.0%
4. 一人あたり介護費	31	41.3%
5. 特定健診・保健指導受診率	70	93.3%
6. 生活習慣病の割合	43	57.3%
7. がん検診受診率	62	82.7%
8. がんの年齢調整死亡率	32	42.7%
9. その他	10	13.3%
10. 取り組んでいる健康指標はない	2	2.7%
全体	75	



【健康づくり担当】問11

(2) 健康づくりに関して国保データベース(KDB)を活用しているか

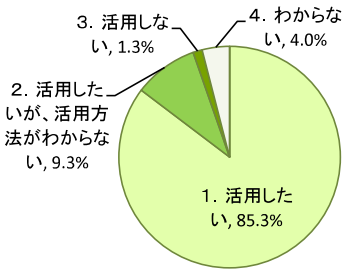
	健康づくり担当	
	件数	%
1. 計画策定の際のみ活用している	13	17.3%
2. 計画策定のほか、健康づくりの事業推進にも活用している	52	69.3%
3. 活用していない	9	12.0%
4. わからない	1	1.3%
無回答	0	0.0%
計	75	100.0%



【健康づくり担当】問12

(3) 今後、住民の健康づくりを推進する上で国保データベース(KDB)を活用するか

	健康づくり担当	
	件数	%
1. 活用したい	64	85.3%
2. 活用したいが、活用方法がわからない	7	9.3%
3. 活用しない	1	1.3%
4. わからない	3	4.0%
無回答	0	0.0%
計	75	100.0%



7. 介護予防や健康づくりの取り組みについて

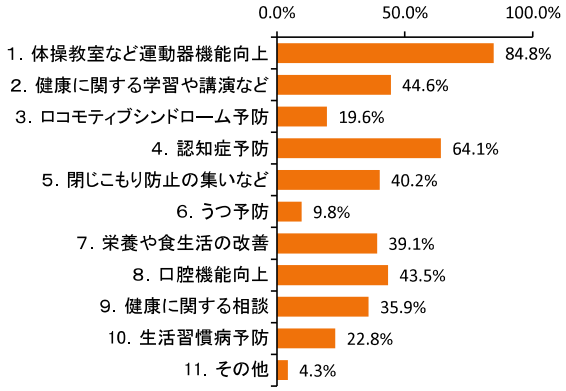
(2)高齢者の介護予防や健康づくりに関する独自の取り組みや特徴的な工夫の実施状況

【高齢者担当】問1

【市町村主体の取り組み(一般介護予防事業を含む)】

(複数回答)

	高齢者担当	
	件数	%
1. 体操教室など運動器機能向上	78	84.8%
2. 健康に関する学習や講演など	41	44.6%
3. ロコモティブシンドローム予防	18	19.6%
4. 認知症予防	59	64.1%
5. 閉じこもり防止の集いなど	37	40.2%
6. うつ予防	9	9.8%
7. 栄養や食生活の改善	36	39.1%
8. 口腔機能向上	40	43.5%
9. 健康に関する相談	33	35.9%
10. 生活習慣病予防	21	22.8%
11. その他	4	4.3%
全体	92	

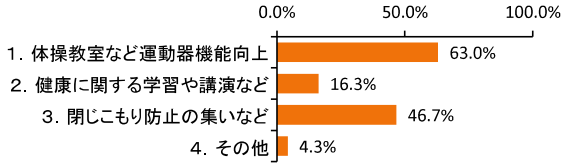


その他
・フレイル予防対策
・スポーツ施設利用助成
・認知症サポーター養成講座
・いきいき体力測定会

【住民主体の取組】

(複数回答)

	高齢者担当	
	件数	%
1. 体操教室など運動器機能向上	58	63.0%
2. 健康に関する学習や講演など	15	16.3%
3. 閉じこもり防止の集いなど	43	46.7%
4. その他	4	4.3%
全体	92	

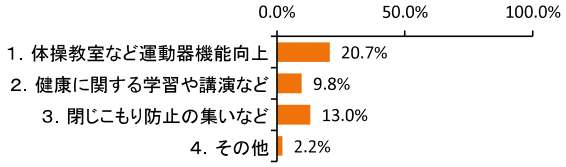


その他
・サロン
・世代間交流事
・訪問型・通所型サービスB

【民間主体の取組】

(複数回答)

	高齢者担当	
	件数	%
1. 体操教室など運動器機能向上	19	20.7%
2. 健康に関する学習や講演など	9	9.8%
3. 閉じこもり防止の集いなど	12	13.0%
4. その他	2	2.2%
全体	92	



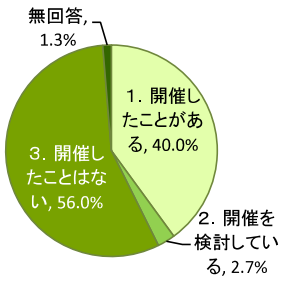
8. 住民参加型の意見交換

(1)健康づくりに関して住民参加型の意見交換の場を開催したことがあるか

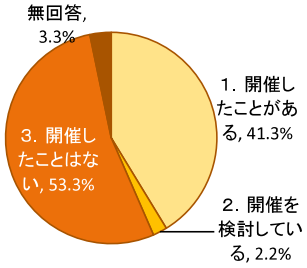
【健康づくり担当】問15
【高齢者担当】問10

	健康づくり担当		高齢者担当	
	件数	%	件数	%
1. 開催したことがある	30	40.0%	38	41.3%
2. 開催を検討している	2	2.7%	2	2.2%
3. 開催したことはない	42	56.0%	49	53.3%
無回答	1	1.3%	3	3.3%
計	75	100.0%	92	100.0%

【健康づくり担当】



【高齢者担当】

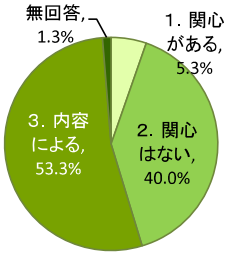


(2)本調査研究におけるモデル事業への参加に関心があるか

【健康づくり担当】問16

	健康づくり担当	
	件数	%
1. 関心がある	4	5.3%
2. 関心はない	30	40.0%
3. 内容による	40	53.3%
無回答	1	1.3%
計	75	100.0%

関心がある
・遠軽町
・小清水町
・更別村
・中頓別町



「健康づくり」と「まちづくり」に関する
地域懇談会　プログラム

日 時：平成 31 年２月 21 日（木）
19：00～21：00
場 所：更別村地域創造複合施設
（熱中小学校）

１．開　会 19:00

２．講　演 19:00～20:00

・「更別を本物の住みたい 住みつづけたいまちに
～新時代の保健，医療，福祉，介護，教育を基盤としたまちづくり～」
更別村国民健康保険診療所　　所長　山田康介氏

３．更別の現状 20:00～20:15

・更別村の医療・健康取り巻く現状について
一般社団法人北海道総合研究調査会

４．意見交換 20:15～21:00

テーマ
・住み慣れた地域で、人生の最期までどのように生きたいか？
・「健康な期間」をどう過ごしたいか？
・「人生の最終段階」をどう過ごしたいか？

５．閉　会 21:00

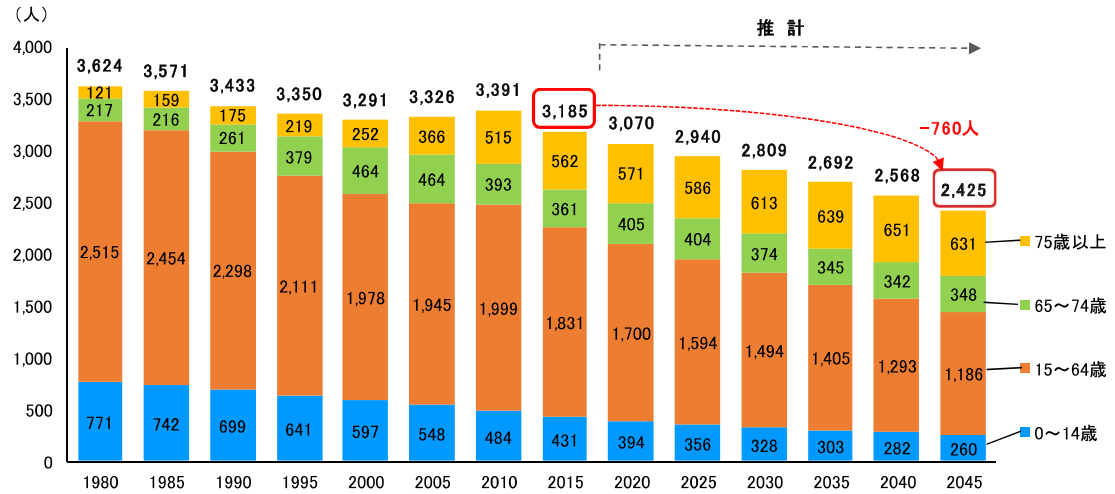
資料一覧
・資料１：「更別を本物の住みたい 住みつづけたいまちに」
・資料２：高齢期の社会的孤立と閉じこもり傾向による死亡リスク約２倍
・資料３：健康の社会的決定要因　確かな事実の探求
・資料４：更別村の現状
・資料５：健康ステージと医療・介護資源利用サイクル（案）
・資料６：ライフステージごとの「医療・まちの機能とのかかわり」

更別村の現状

1. 更別村の人口

●2015年の人口3,185人 → 2045年には2,425人
（760人の減少）

図表1　更別村の人口推計



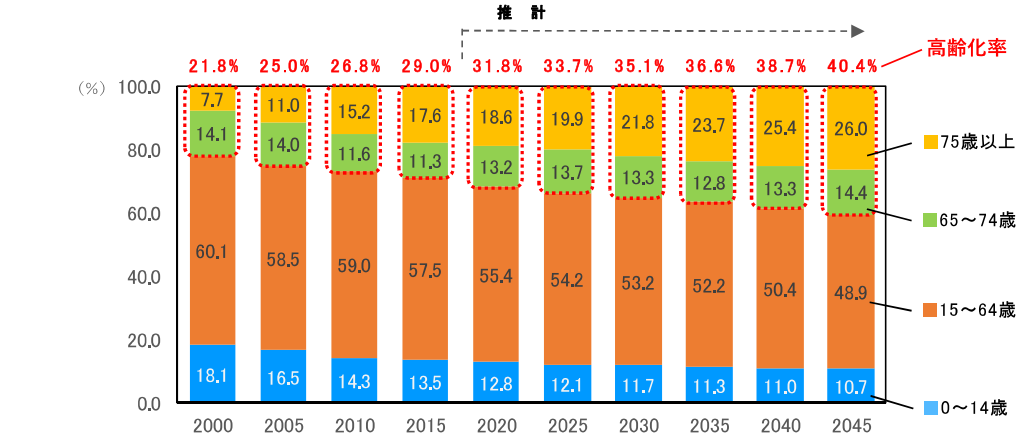
資料：【実績値】国勢調査、【推計値】「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

2. 高齢者の割合

● 2015年の高齢化率29.0% → 2045年には40.4%

※特に75歳以上の高齢者の割合が増加

図表2　人口に占める年代別割合の推計



	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
【北海道】高齢化率→	18.2%	21.4%	24.7%	29.1%	32.5%	34.4%	36.1%	38.0%	40.9%	42.8%
【全　国】高齢化率→	17.4%	20.2%	23.0%	26.6%	28.9%	30.0%	31.2%	32.8%	35.3%	36.8%

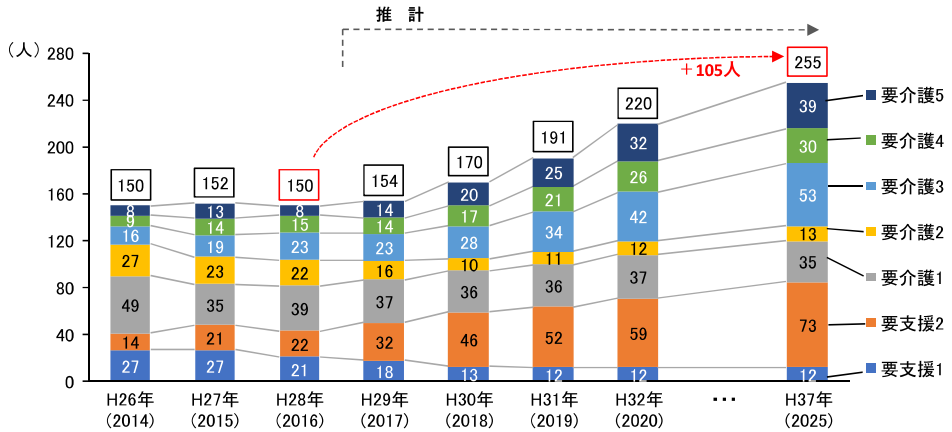
資料：【実績値】国勢調査、【推計値】「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

3. 要支援･要介護認定者数

●2016年の認定者150人 → 2025年には255人

（認定率15.8%） （認定率24.9%）

図表3　要支援･要介護認定者数（第1号被保険者）の推計



	H26年 (2014)	H27年 (2015)	H28年 (2016)	H29年 (2017)	H30年 (2018)	H31年 (2019)	H32年 (2020)	…	H37年 (2025)
【更別村】認定率→	16.3%	16.1%	15.8%	16.1%	17.5%	19.6%	22.2%	…	24.9%
【北海道】認定率→	19.7%	19.8%	19.9%	19.6%	19.9%	20.2%	20.7%	…	22.8%
【全　国】認定率→	17.9%	17.9%	18.0%	–	–	–	–		–

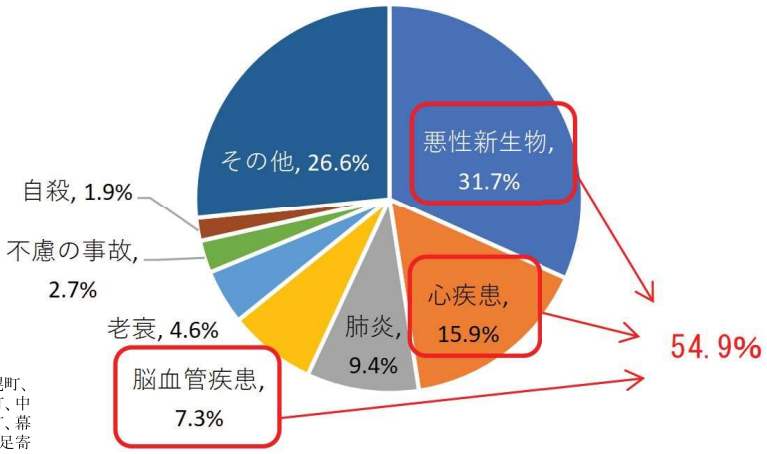
資料：更別村第7期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画、第７期北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画、介護保険事業状況報告（厚生労働省）

4. 死亡の状況

● 「悪性新生物」「心疾患」「脳血管疾患」

→ 生活習慣病による死亡の割合 54.9％

図表4　死 因【帯広保健所※（平成27年：3,784人）】



※「帯広保健所」該当市町村：
帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町

資料：平成２７年北海道保健統計年報

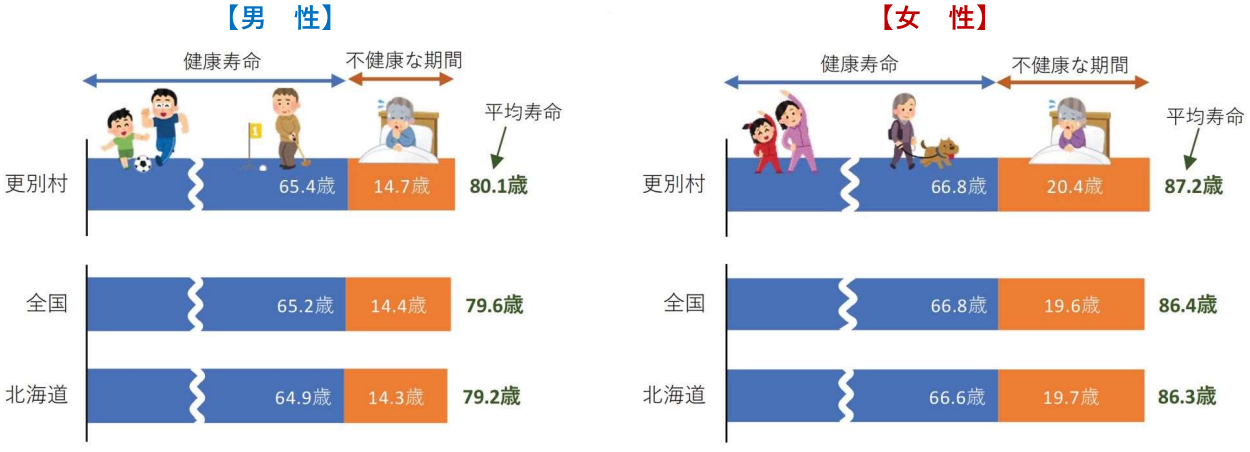
5. 平均寿命と健康寿命

●平均寿命　→ 全国・北海道よりも長い

●健康寿命　→ 全国・北海道と同じまたは長い

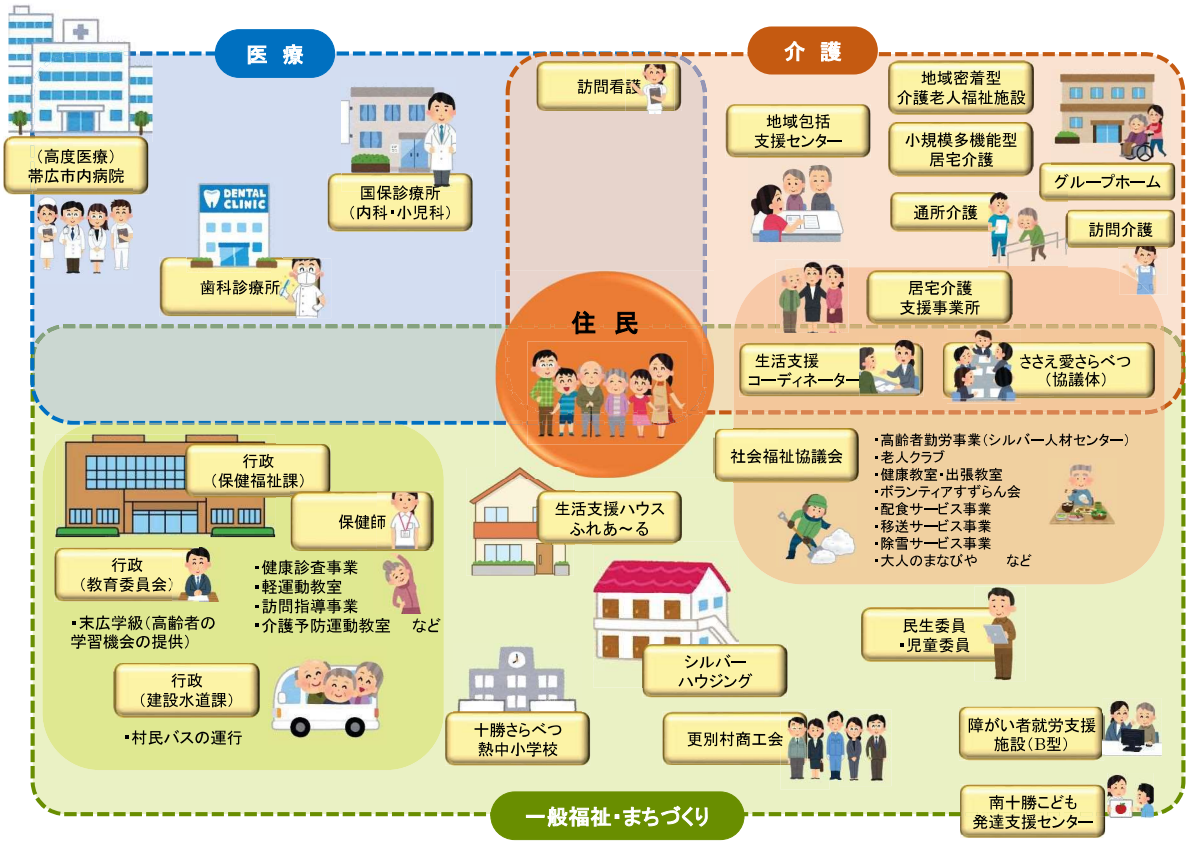
●不健康な期間　→ 全国・北海道よりも長い

図表5　平均寿命と健康寿命（平成27年）

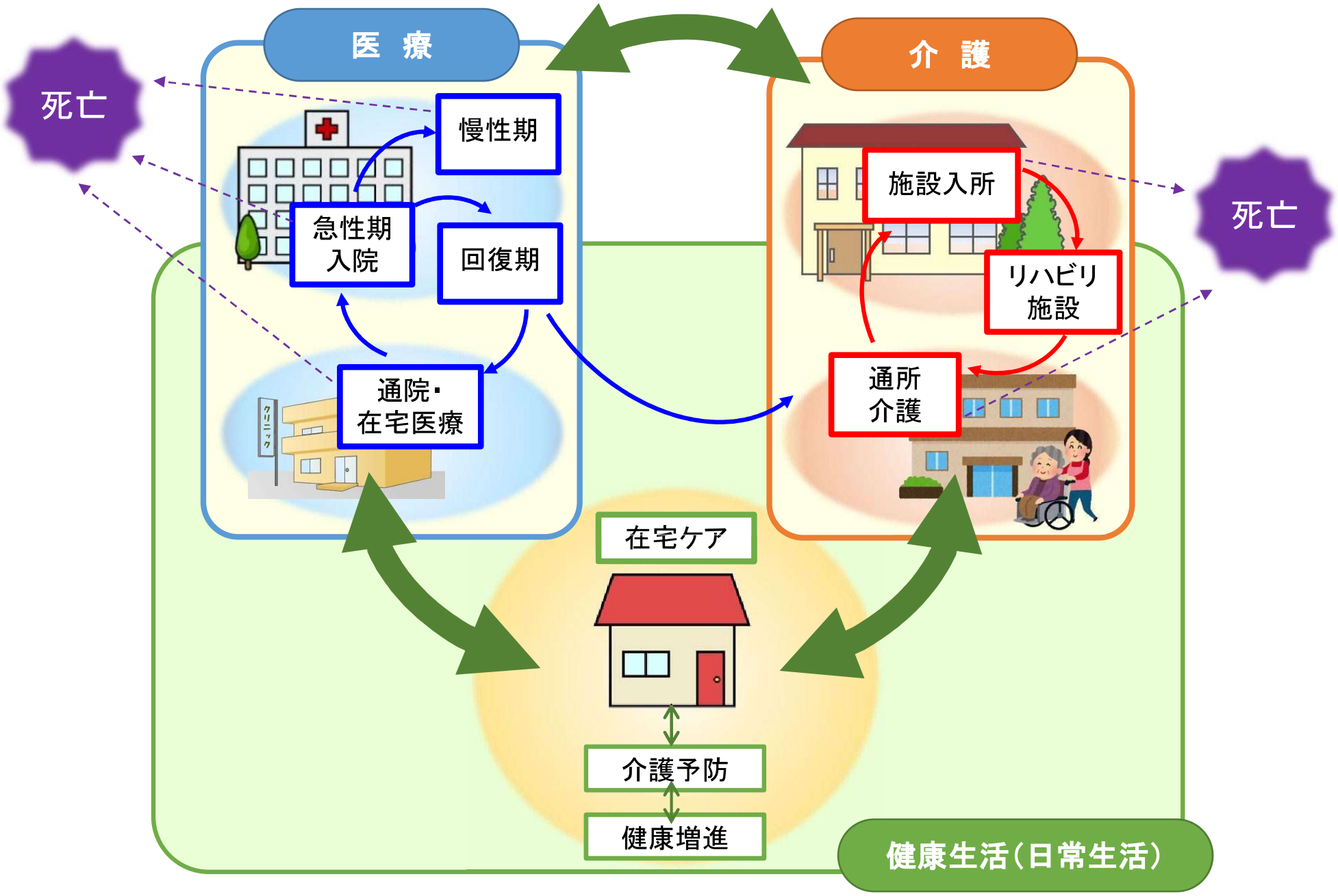


資料：国保データベース

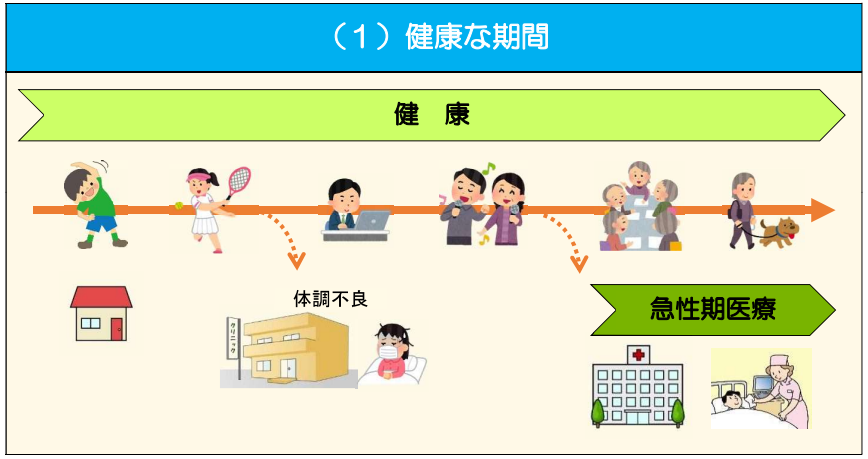
6. 更別村の主な社会資源

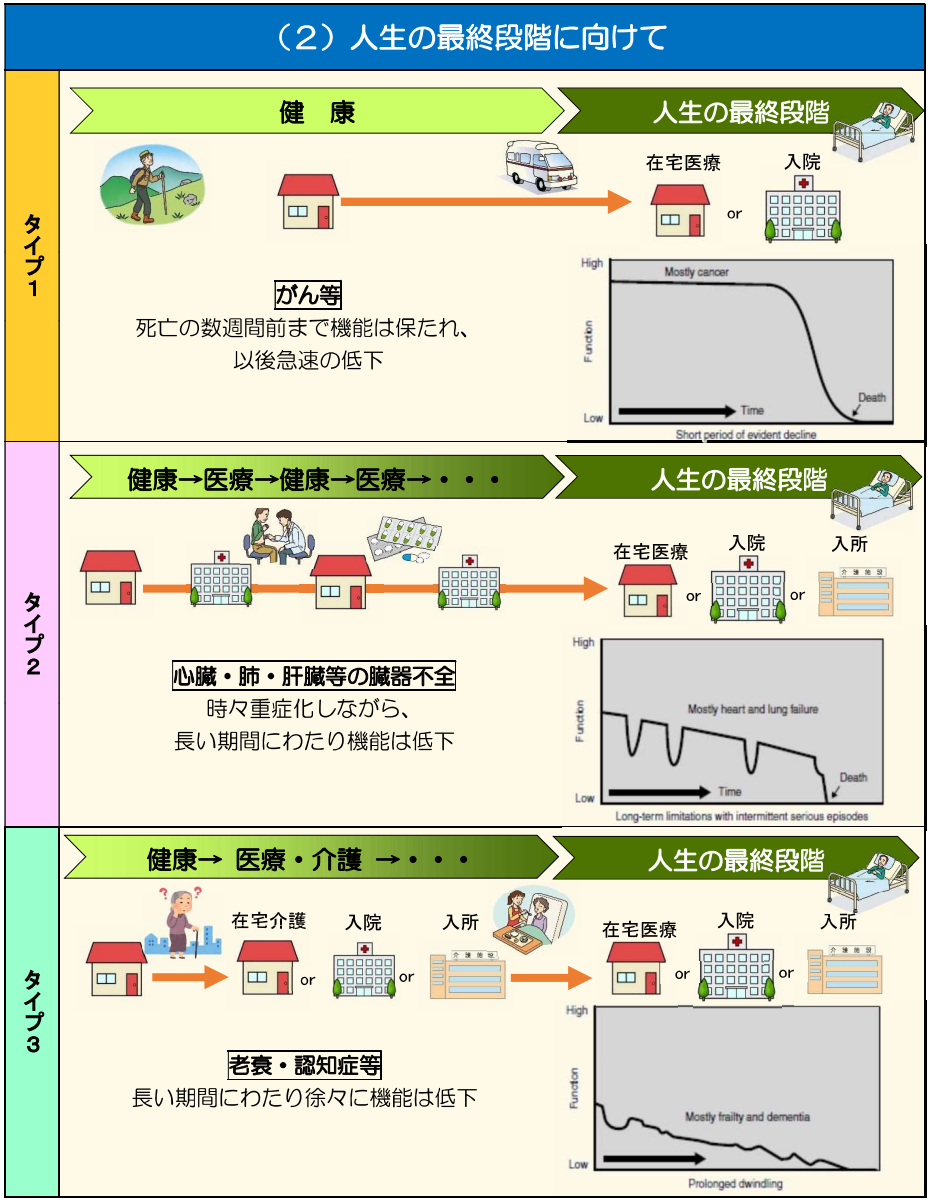


健康ステージと医療・介護資源利用サイクル（案）



ライフステージごとの「医療・まちの機能とのかかわり」





※タイプ１～３のグラフの出典：「Living Well at the End of Life －Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age」
Joanne Lynn, David M. Adamson（RAND,2003）

～　意見交換テーマ　～

１．住み慣れた地域で、人生の最期までどのように生きたいか？

２．「健康な期間」をどう過ごしたいか？

- 日頃の健康増進は、どこでどのように行っているか？
- 体調不良の時はまずどこへ行くか？
- 「急性期医療」が必要な場合、どこに、どのような移動手段で行くか？
- 「急性期医療」から退院後の心配ごとはどのようなことか？

３．「人生の最終段階」をどう過ごしたいか？

- 人生の最終段階は、どこでどのように過ごしたいか？（タイプ１～３それぞれ）
- 人生の最終段階では、住民同士でどのような支援や支えあいがあればよいか？
- 上記を村で実現するためには、どのようなことが必要か？

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

北海道の「地域医療構想」と地域包括ケアの連携を実現する「住民主体のまちづくり」促進に向けた調査研究

報 告 書

平成 31 年 3 月
発 行　一般社団法人北海道総合研究調査会

〒060-0004 札幌市中央区北 4 条西 6 丁目毎日札幌会館 3 階
TEL:011-222-3669 FAX:011-222-4105