

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

令和2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 平成 30 年度の調査研究の概要 2
 - (1) 地域医療供給体制と地域包括ケアシステムの連携構造 2
 - (2) 両者を「まちづくり」と連動させるプロセス 3
- 3 調査研究の方法 5
 - (1) 自治体アンケート調査 5
 - (2) 事例調査 5
 - (3) モデル自治体による試行 5
 - (4) 研究会の設置 6

第Ⅱ章 基礎調査の結果 7

- 1 自治体における保健・医療・福祉と「まちづくり」の連携状況 7
 - (1) 「まちづくり」計画における施策間連携の状況 7
 - (2) 「まちづくり」における住民参加の状況 8
 - (3) 住民主体のまちづくりのプロセスモデル 8
- 2 病院機能を転換した道内事例 9
- 3 視察・ヒアリング調査 11
 - (1) 幌加内町 11
 - (2) 黒松内町 16
 - (3) 和寒町 22
 - (4) 奈井江町 27
 - (5) 視察・ヒアリング調査のまとめ 33

第Ⅲ章 中頓別町におけるシナリオ検討のプロセス試行（フェーズ1） ... 35

- 1 中頓別町国保病院における病院機能転換に向けた検討の背景 35
 - (1) 国保病院の財務状況の悪化と町財政への圧迫 35
 - (2) 住民の受療行動（ニーズ）と医療機能のギャップ 35
 - (3) 医療提供体制と医療系職員確保の課題 35
- 2 中頓別町の概要 36
 - (1) 中頓別町の位置 36
 - (2) 交通アクセス 36
 - (3) 中頓別町の人口 36
 - (4) 中頓別町の医療及び福祉施設の状況 37
 - (5) 中頓別町を取り巻く医療機関の地理的状況 38
- 3 中頓別町国保病院 フェーズ1の取組 41
 - (1) 庁内の検討体制 41

(2) 検討の経過	41
(3) 現状整理と分析の基本フレーム	45
4 中頓別町における検討結果の概要	47
【1】現状と課題の把握	47
(1) 住民の受療行動	47
(2) 病院の経営状況と町財政への負担	50
(3) 医療を提供する人材確保の課題	55
【2】運営形態等の検討	56
【3】ダウンサイジングとバージョンアップの方向性の検討	57
(1) 中頓別町の医療機能に関する現状認識	57
(2) 介護医療院への転換を想定した場合の論点整理	58
(3) 2段階による病院機能の転換とバージョンアップの方策	59
(4) 中頓別町国保病院のダウンサイジングに伴う入院医療への影響の検討	61
(5) バージョンアップに向けた検討	65
(6) 次のステップに向けた検討事項	67

第Ⅳ章 更別村における取組み（フェーズ2） 73

1 更別村における医療・福祉とまちづくりの連動（フェーズ2）検討の背景	73
(1) 地域包括ケアシステムにおける多職種連携と住民参加	73
(2) 「リラクタウン構想」の推進	73
(3) 農村型「スーパーシティ」構想（高齢者QOL日本一）の検討	74
2 ワークショップ開催の概要	74
(1) 検討の基本スキーム	74
(2) 試行結果の概要	76
3 検討を促進するためのインプット	77
(1) QOL調査	77
(2) 講演	77
4 ワークショップによる検討結果（アウトプット）	81
(1) グループ討議・発表	81
(2) フィードバック	83
(3) フェーズ2の今後の課題	84

第Ⅴ章 調査研究のまとめ 85

資料編 87

1 研究会の開催経過	87
2 アンケート調査票	89
3 アンケート集計結果	91
4 更別村ワークショップ開催案内	103

第Ⅰ章 調査研究の概要

1 調査研究の背景と目的

わが国においては、2025年にはいわゆる「団塊の世代」が後期高齢者となり、2040年には、医療や介護の需要がピークを迎える。高齢者人口の増加には地域差があるが、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。北海道の中小規模自治体においては、既に高齢者人口の減少が始まっているところもある。

こうした状況の中、今後、自治体においては、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もとめられている。

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、人口減少と人口構造の急速な変化の中で、医療ニーズの変化に伴い、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、将来の地域医療供給体制を踏まえ、「健康づくり」の推進、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。

平成30年度の本調査研究においては、複数の事例調査から、「地域医療構想」と「地域包括ケア」を組み合わせるためには、両者を「まちづくり」と連動させることが重要であること、そのプロセスは、仮説として、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）」）に分けて整理することができること、相互に関連する2つのフェーズに分けて議論することで自治体の取組を進めやすくなることを提案した。

そこで、本調査研究では、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平成30年度から継続して住民参加による議論を行い、「住民主体のまちづくり」推進に向けた取組プロセスを体系的に整理する。

※まちづくり：本調査研究においては、地域に住む人々（住民、事業者、団体、行政等）が地域社会の主体として、自ら生活環境の維持・改善やまちの活力・魅力の向上に向けて取り組む活動の総体と捉える。

2 平成 30 年度の調査研究の概要

(1) 地域医療供給体制と地域包括ケアシステムの連携構造

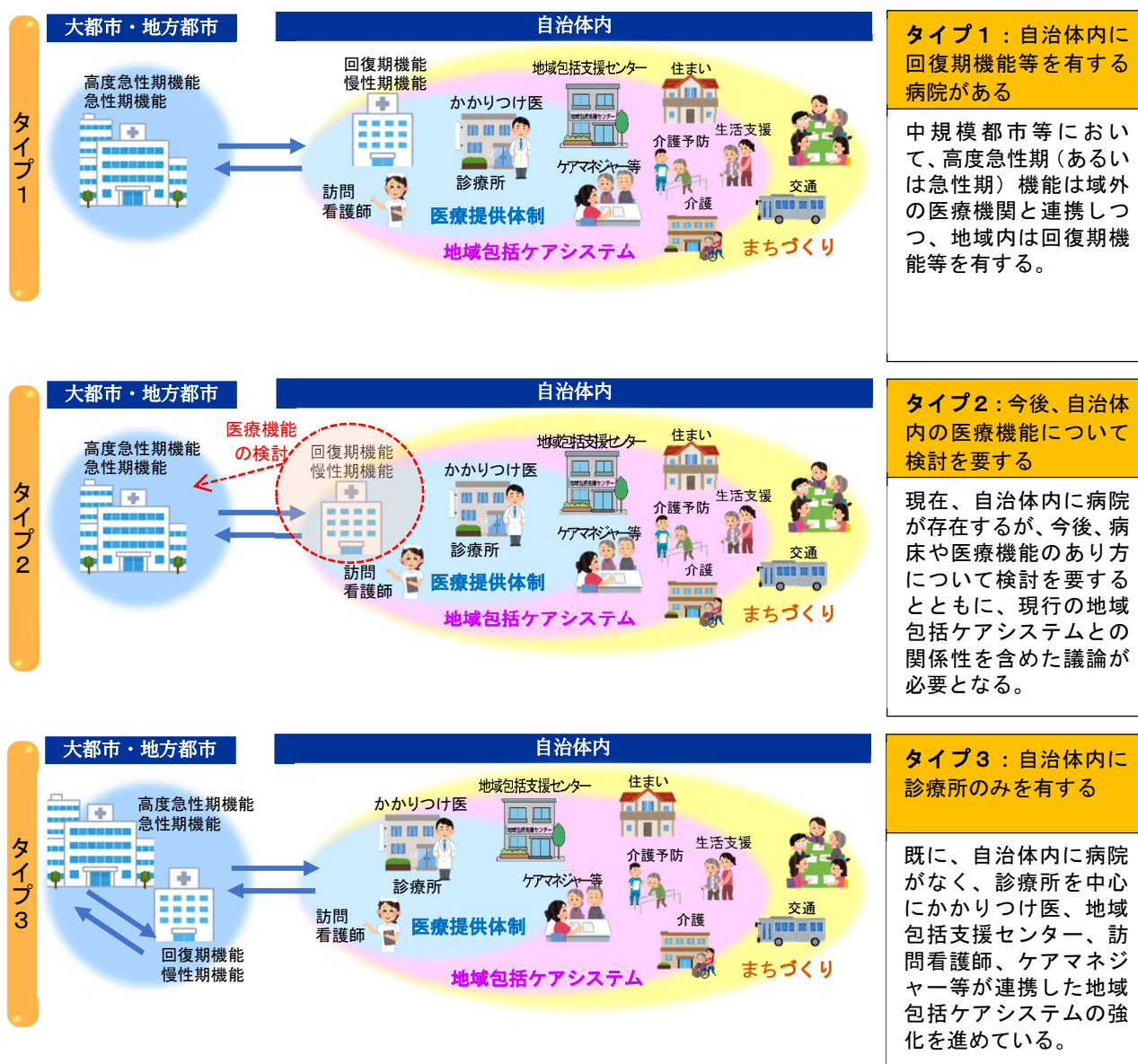
中小規模の自治体の場合は、地域医療供給体制と地域包括ケアシステムの連携構造について、大きく 3 つのタイプに分けることができる。

北海道においては、病院が「0 か所」の市町村は 67 自治体、「1 か所」の市町村が 65 自治体ある。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 自治体ある。(平成 30 年 4 月 1 日現在)

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。

平成 30 年度の調査研究のモデル自治体は、タイプ 2 からタイプ 3 へ移行したケース(沼田町)とタイプ 3(更別村)として整理・分類できる。

図表 I-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)



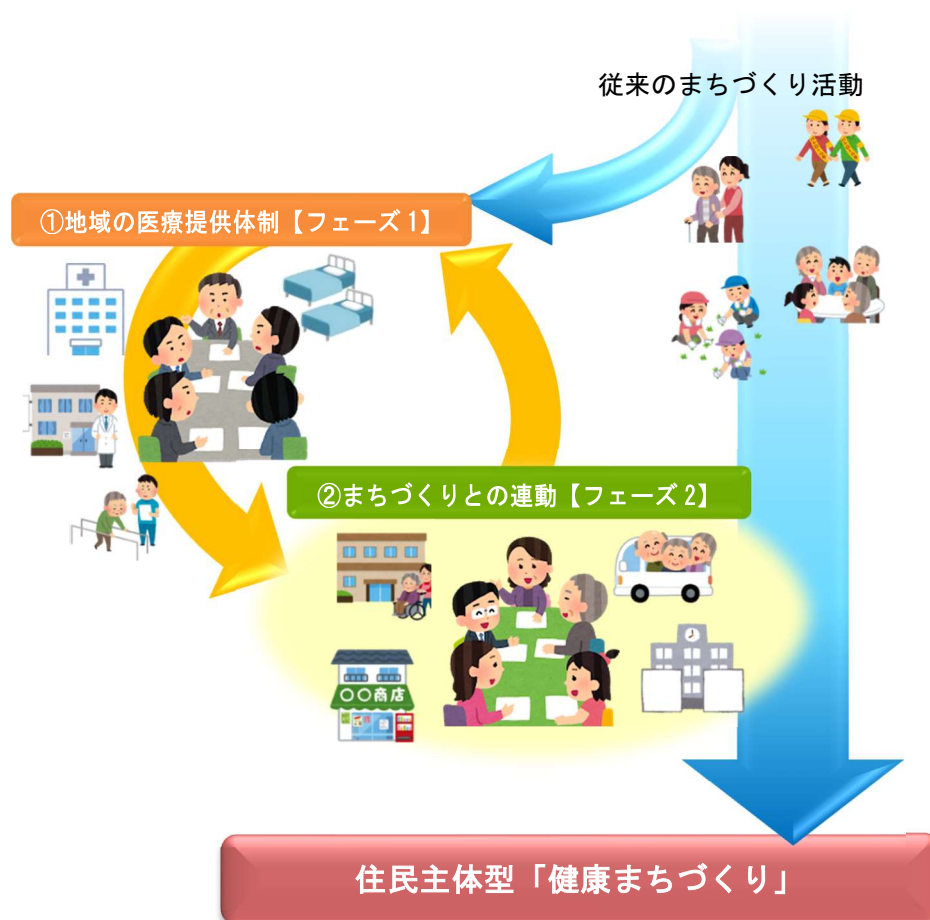
（２）両者を「まちづくり」と連動させるプロセス

先進事例調査より、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ることを確認した。

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。

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。 ⇒地域に必要な医療機能、及びその供給体制を具体的にどのように確保し、住民の安心・安全のニーズに応えるか。（フェーズ１の論点）
フェーズ２	○住民参加により、まちづくりとの連動に取り組む段階 ・「まちづくり」の視点をもって取組を推進する中核的主体の存在。 ・長期に亘る取組の中で構築した、住民や関係者を巻き込む仕組みを活用。 ⇒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。（フェーズ２の論点）

図表 I-2 住民主体型「健康まちづくり」に向けたプロセスイメージ



＜「フェーズ 1」の事例：沼田町＞

沼田町は、町の唯一の病院である厚生病院に対し、平成 19 年度より町が赤字の全額を補填してきたが、病床稼働率・外来患者の減少に加え、老朽化した病院の建て替え費用、人材の確保が課題となってきたことから、町では無床診療科に向けた検討を開始した。

北海道厚生連の申し出により、平成 26 年 4 月から北海道厚生連が経営母体（直営）のまま無床診療所に転換し、平成 28 年 4 月から町に移管、北海道厚生連が指定管理者として運営している。

沼田町は、町の進める農村型コンパクトエコタウン構想の中で「暮らし安心センター」を新設し、センター内に診療所を移設し、住民の健康づくりの観点からまちづくりを推進している。

＜「フェーズ 2」の試行：更別村＞

「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（STEP1 及び STEP2）を試行した。

「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。

3 調査研究の方法

本年度の調査研究では、「フェーズ 1」から取り組むためのプロセスについて、手順や方法等のあり方を検討する。

モデル自治体を対象として、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（行政職員、医療機関、及び有識者等の参加）。

また、平成 30 年度の調査研究で「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。

（１）自治体アンケート調査

北海道内の市町村の企画部門を対象として、アンケート調査を実施し、「まちづくり」と地域包括ケア、医療提供体制に関する認識と取組状況を把握する。特に、人口 1 万人未満の小規模自治体の課題を抽出する。

【調査対象】道内の札幌市を除く 178 自治体の企画政策（まちづくり）担当

【調査期間】令和元年 10 月 15 日～11 月 5 日

【回収状況】110 件（回収率 61.8%）

（２）事例調査

自治体内の病院をすでに診療所に転換した自治体や医療機能を転換した自治体、自治体内の医療機関の方向性について今後検討が必要な自治体を調査対象として、既存の資料等を参考に整理したほか、視察・ヒアリング調査を行い、経緯と課題を整理した。

- ・ 既存資料整理

- ・ 詳細調査：視察・ヒアリング調査

- 幌加内町：病院のダウンサイジングとバージョンアップ

- 黒松内町：病院のダウンサイジングのプロセス

- 和 寒 町：病院のダウンサイジングに向けた検討のプロセス

- 奈井江町：病院機能の転換のプロセス

（３）モデル自治体による試行

「フェーズ 1」「フェーズ 2」に該当する自治体それぞれについて、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の手順や方策等を検討した。

- フェーズ 1：中頓別町、シナリオ検討プロセスの実践

- フェーズ 2：更別村、まちづくりに向けたプロセスの試行

(4) 研究会の設置

有識者、医療や福祉の専門職及び自治体職員による研究会を設置し、検討を行った。

図表 I-3 研究会委員

委員名	所属・役職	備考
前沢 政次	医療法人豊生会 夕張市立診療所 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	
長尾 享	中頓別町国民健康保険病院 事務長	
平谷 雄二	更別村役場 保健福祉課 課長補佐	

※敬称略

第Ⅱ章 基礎調査の結果

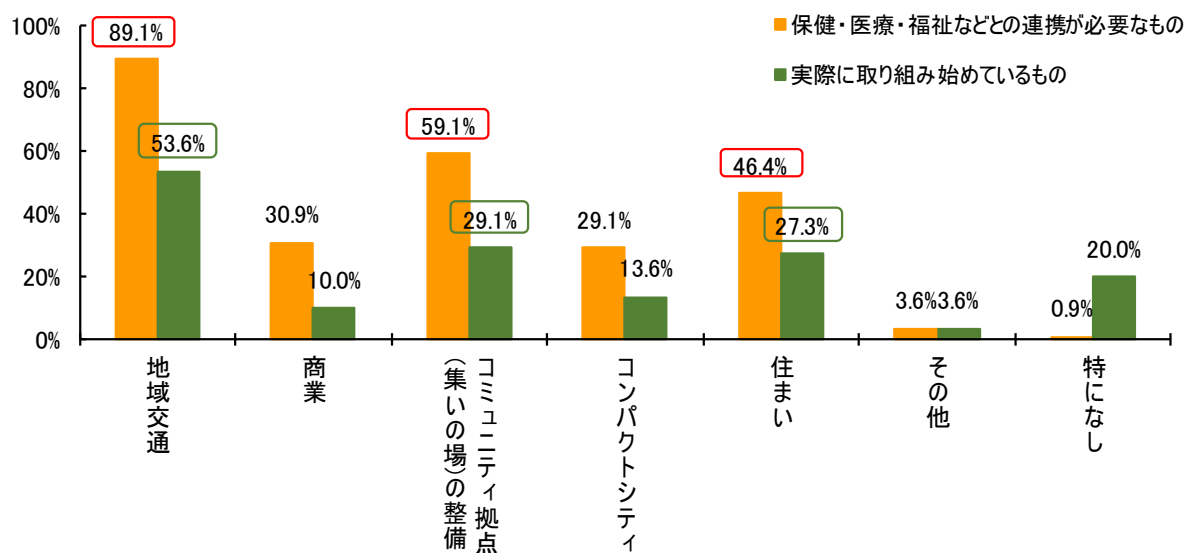
1 自治体における保健・医療・福祉と「まちづくり」の連携状況

(1) 「まちづくり」計画における施策間連携の状況

自治体アンケート調査によれば、自治体の企画部門が「まちづくり」計画の中で、保健・医療・福祉等との連携が必要と考える施策分野は、第一に「地域交通」(89.1%)、次いで「コミュニティ拠点施設の整備」(59.1%)、「住まい」(46.4%)となっている。また、実際に取り組みを始めているものは、「地域交通」(53.6%)、次いで「コミュニティ拠点施設の整備」(29.1%)、「住まい」(27.3%)の順となっている。

「地域交通」は約9割の自治体が保健・医療・福祉などとの連携が必要であると回答しているものの、実際に取り組みを始めている自治体は約5割、「コミュニティ拠点施設の整備」は約6割の自治体が必要であると回答しているが、取り組みを始めているのは3割にとどまっており、必要性は感じているが実際に取り組むところまで至っていない自治体が多いことがうかがえる。

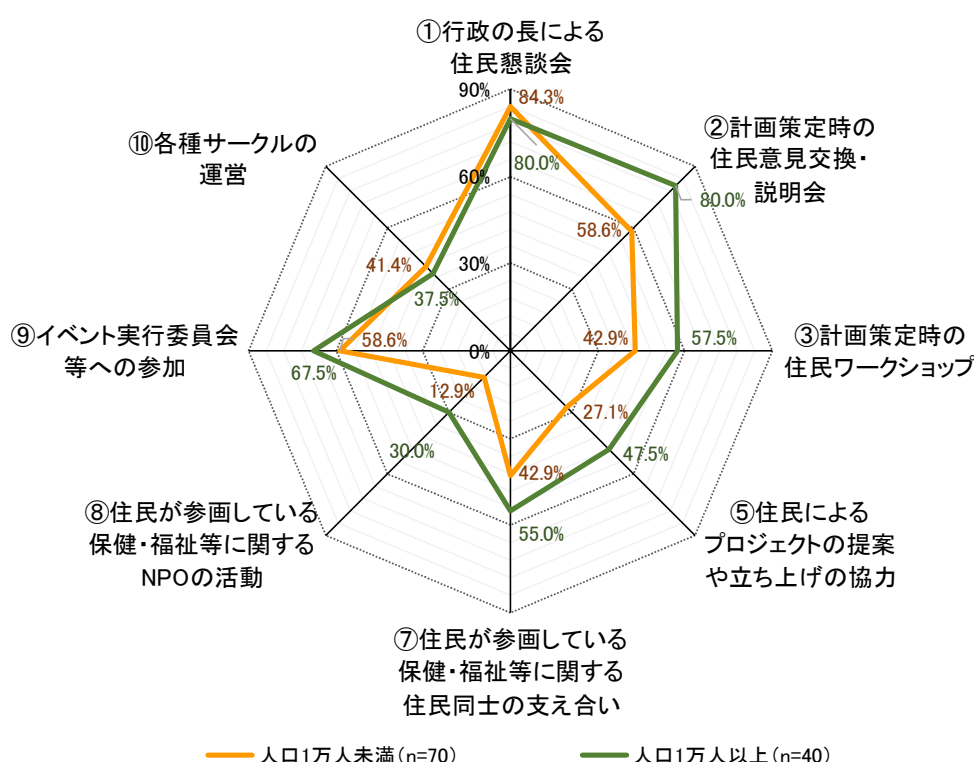
図表Ⅱ-1-1 「まちづくり」計画における施策間連携の状況 (n=110)



（２）「まちづくり」における住民参加の状況

「まちづくり」における住民参加の状況についてみると、人口 1 万人未満の小規模自治体においては、「行政の長による住民懇談会」は積極的に実施されていることがうかがえるが、人口 1 万人以上の自治体と比較すると、相対的に総合計画などの「計画策定時の住民意見交換会、説明会」、「計画策定時の住民ワークショップ」、「住民によるプロジェクト提案や立ち上げ協力」、「住民が参画している保健・福祉等に関する住民同士の支え合い」等、まちづくりの一連のプロセスの実施率が低い状況にある。また、「住民が参画している保健・福祉等に関する NPO 活動」の実施率も相対的に低い。

図表Ⅱ-1-2 「まちづくり」における住民参加の状況



（３）住民主体のまちづくりのプロセスモデル

人口減少と人口構造の急速な変化の中で、医療ニーズの変化や国保病院等の建て替え（または建て替えの検討）など、医療機能の変更等の問題を抱えている自治体は少なくない。

特に、道内の小規模自治体においては、「まちづくり」として、住民や医療、福祉等の関係者を交え、将来の地域における医療供給体制に関する議論が不可欠である。

議論に当たっては、当事者である住民、医療機関、福祉関係者等の参加による「住民主体のまちづくり」として推進する必要があることから、自治体（行政）が、まちづくりを進めるためのステップに応じて、具体的な手順と方法を提示することが有効であると考ええる。

2 病院機能を転換した道内事例

小規模自治体の公立病院が病床数の削減や診療所化等に合わせて、住民の安心・安全の確保につながる新たな機能の充実を図っている事例がみられる。それらの方法は地域の実情に応じてさまざまであり、例えば、以下の6事例である。

図表Ⅱ-2-1 病院機能を転換した主な道内事例

自治体	概 要	転換前	転換後
(1) 病院を診療所に転換したケース			
幌加内町	幌加内町国民健康保険病院は、平成28年7月から無床診療所へ転換した。それに伴い、患者の受け皿として、地域密着型特別養護老人ホームを平成28年4月に開設した。	・ 幌加内町国民健康保険病院（42床）	【平成28年7月】 ・ 町立診療所（無床） 【平成28年4月】 ・ 地域密着型特別養護老人ホーム（29床＋短期4床）
黒松内町	黒松内町国民健康保険病院は、平成28年度から有床診療所へ転換し、北海道勤医協が診療所の指定管理者となった。それに伴い、もともとあった勤医協診療所は国保診療所の運営開始と同時に廃止となった。	・ 黒松内町国民健康保険病院（40床）	【平成28年度】 ・ 国保診療所（一般19床）
		・ 勤医協黒松内診療所（0床）	・ 廃止
(2) 病院から診療所への転換を検討しているケース			
和寒町	国民健康保険町立和寒病院は、入院患者数、外来患者数ともに減少しており、生活圏である旭川市の医療機関を受診する住民が多いことから、財政面からも現在の病床を維持することが困難となりつつある。令和元年5月より診療体制の見直しを検討し、今後、住民への説明を行う予定である。	・ 国民健康保険町立和寒病院（30床）	今後検討
(3) 病院の病床数を削減したケース			
奈井江町	奈井江町立国民健康保険病院は、2階に療養病床50床、3階に一般病床46床を持っていたが、病床数を削減し、3階のワンフロアをサービス付き高齢者向け住宅（16室）に転換した。	・ 奈井江町立国民健康保険病院（療養50床、一般46床）	【平成28年12月】 ・ サービス付高齢者向け住宅「あんしん」（16室） ・ 奈井江町立国民健康保険病院（一般18床、療養32床）
(4) 病院の経営を地方独立行政法人へ移行したケース			
広尾町	広尾町国民健康保険病院は、経営の改善を図るため、診療科を新設するなど地域における機能分化を重視した医療体制へと刷新し、地方独立行政法人へと移行した。（道内の公立病院では初）	・ 広尾町国民健康保険病院（48床）	【平成31年4月】 ・ 地方独立行政法人化 ・ 広尾町国民健康保険病院（48床）

自治体	概 要	転換前	転換後
(5) 他の医療機関と役割分担を行ったケース			
足寄町	町内には、国保病院（60 床）、介護療養病床を持つ病院（50 床）、診療所（無床）があったが、町内の医療機関の役割分担を行い、地域の連携を図るため、平成 24 年 4 月、介護療養病床を持つ病院を新型老健（介護療養型老人保健施設）と在宅療養支援診療所に転換した。病院の機能転換により、一般の患者や急性期医療は国保病院、慢性期医療、訪問診療は診療所、介護療養病床の受け皿としては新型老健が担うこととなった。	・ 足寄町国民健康保険病院 （一般 60 床）	・ 足寄町国民健康保険病院（一般 60 床）
		・ 我妻病院 （一般 20 床、介護療養病床 30 床）	【平成 24 年 4 月】 ・ ホームケアクリニックあづま（無床診療所） ・ 介護療養型老人保健施設あづまの里（50 床）
		・ しんどう医院 （無床）	・ しんどう医院（無床）

3 視察・ヒアリング調査

公立病院を診療所化した2事例と、診療所化を検討している事例、病床数を削減して一部をサ高住に転換した事例の4つについて、経緯、削減の過程における課題と解決方策、病床減と併せて行った機能強化（バージョンアップ）についてヒアリングした。

（1）幌加内町

～幌加内町国保病院を無床診療所化し、地域密着型特別養護老人ホームを併設した事例～

1）幌加内町の概要

幌加内町は、上川管内西部に位置し、東西方向約24km、南北方向63kmと南北に長い形をし、総面積は767.04平方kmである。

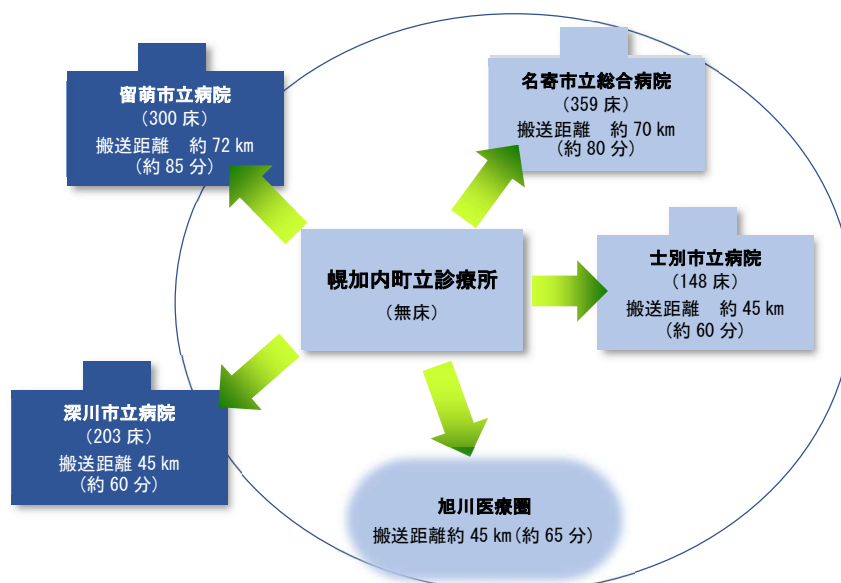
東には名寄、士別、旭川の各市及び和寒町、西には小平・苫前・羽幌・遠別の各町、南には深川市、北に美深町、中川町と11の市町に隣接する。



2）周辺医療機関との位置関係

幌加内町立診療所の周辺自治体の医療機関との位置関係をみると、二次医療圏内の主な医療機関までの距離は、旭川市内の医療機関（旭川医科大学病院、旭川赤十字病院、旭川厚生病院、市立旭川病院等）が約45km、士別市立病院が約45km、名寄市立総合病院が約70kmである。また、隣接する二次医療圏では、深川市立病院が約45km、留萌市立病院が約72kmとなっている。

図表Ⅱ-3-1 周辺医療機関との位置関係



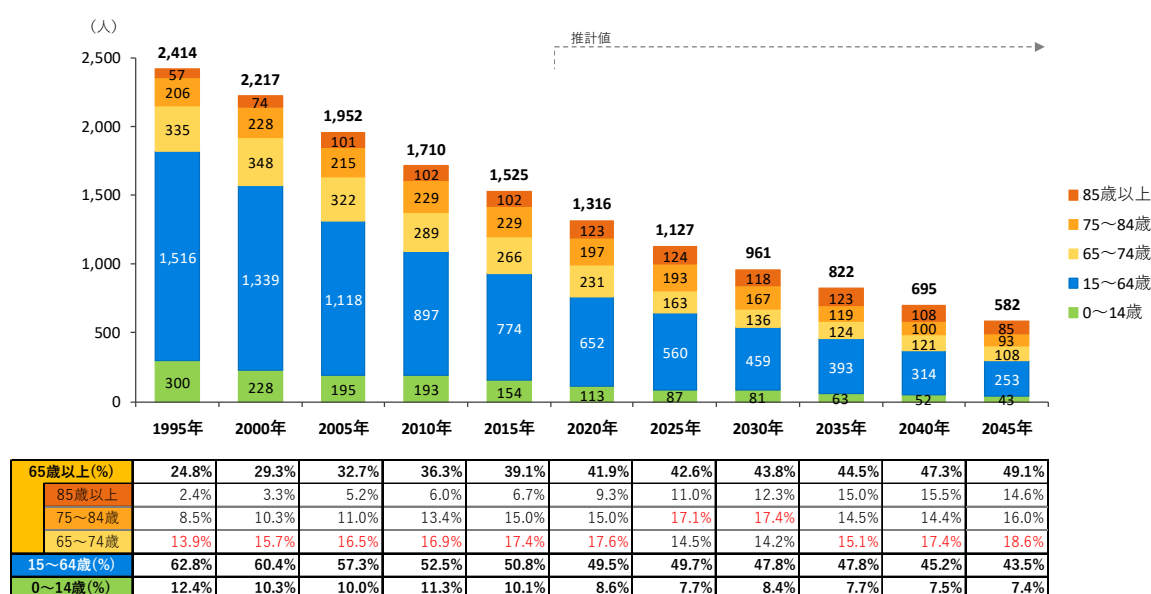
3) 幌加内町の人口

平成 31 年 1 月 1 日現在の住民基本台帳による人口は 1,508 人、うち 65 歳以上人口は 590 人 (39.1%)、75 歳以上人口は 358 人 (23.7%) となっている。

国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口によれば、2025 年に 1,127 人、2030 年に 961 人になると推計される。

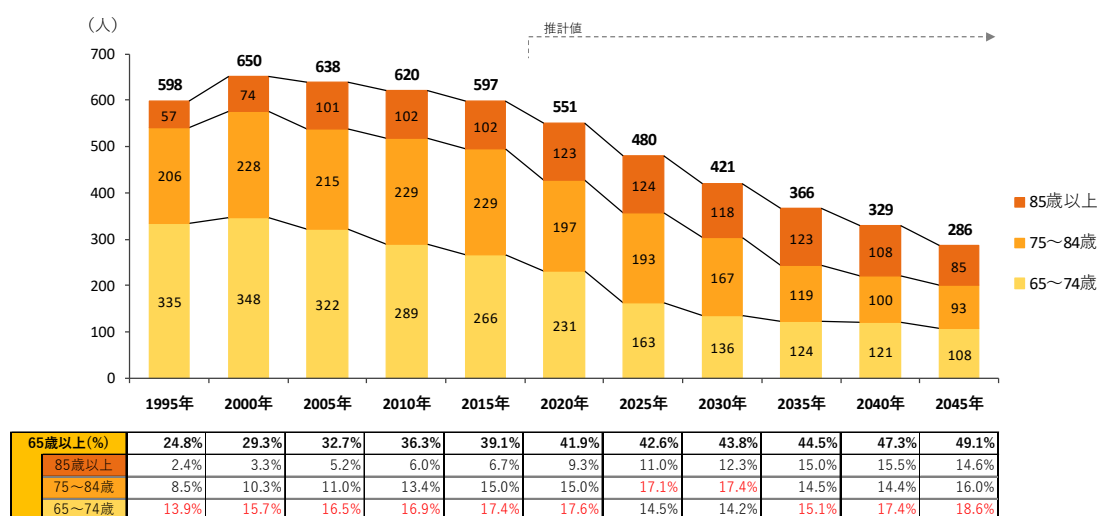
65 歳以上の高齢者人口の将来推計をみても今後減少が見込まれており、2045 年には 286 人になることが予想されている。

図表Ⅱ-3-2 幌加内町の総人口の推移と将来推計



資料：「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）より作成

図表Ⅱ-3-3 高齢者人口の推移

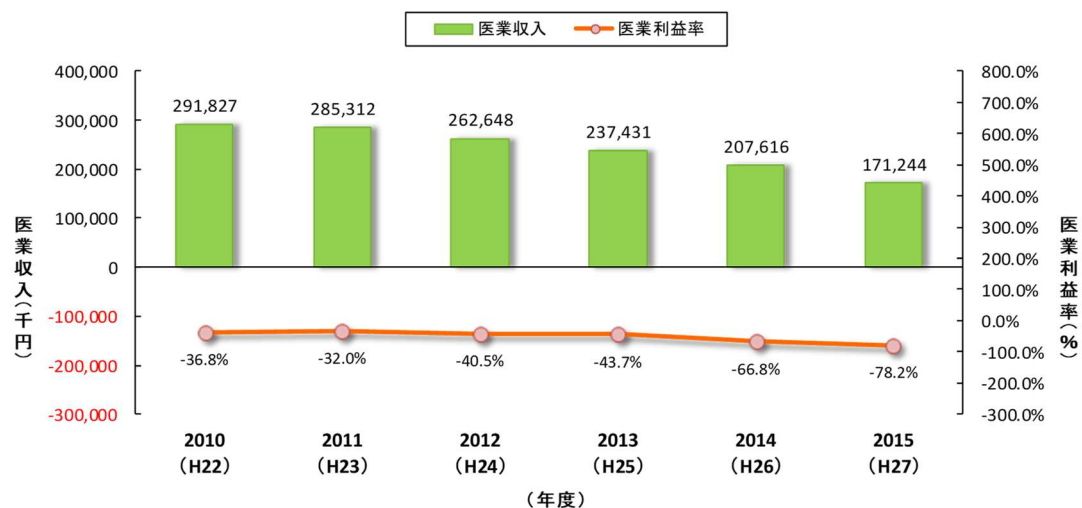


資料：「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）より作成

4) 転換前の病院財政状況

総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」によると、幌加内町国民健康保険病院の医業収入（＝医業収益－他会計負担）は年々減少傾向にあり、平成 27 年には 1 億 7,124 万円となっており、医業利益率（＝（医業収入－医業費用）／医業収益）は－78.2%となっている。

図表Ⅱ-3-4 医業収入と医業収益率の推移



医業収入＝医業収益－他会計負担金

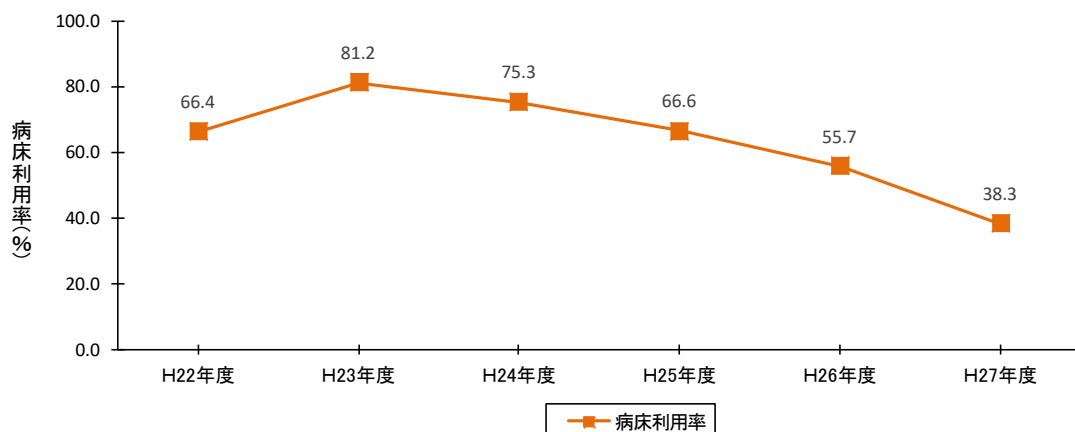
医業利益率＝（医業収入－医業費用）÷医業収益×100(%)

資料：総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」（平成 22 年度～平成 27 年度）

5) 転換前の病床利用率

幌加内町国民健康保険病院の病床利用率は年々減少傾向にあった。

図表Ⅱ-3-5 病床利用率の推移

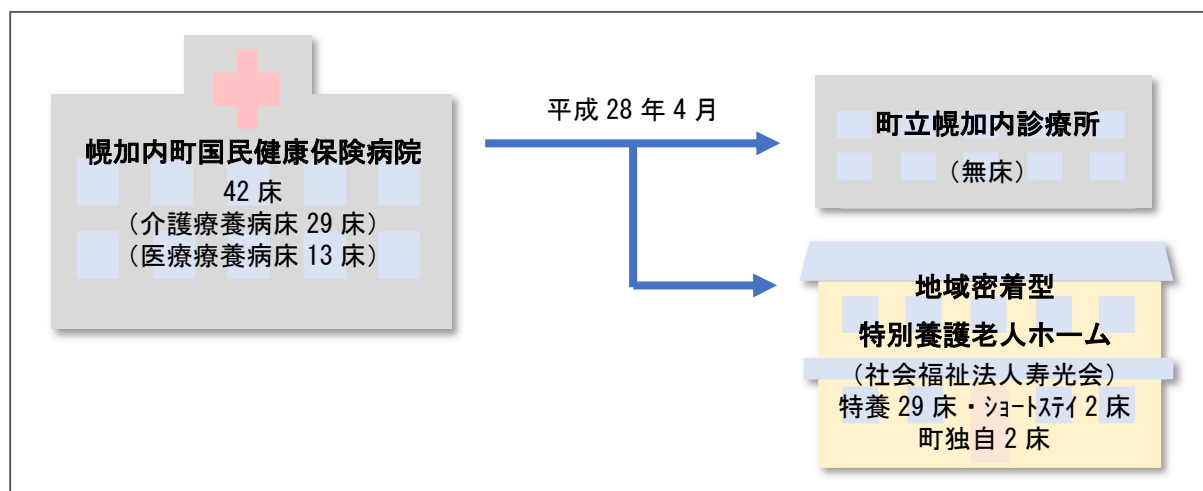


※平成 27 年にはすでに無床診療所化が決定していたため新たな人材雇用ができず、新規入院を制限していたため大幅に減少している。

資料：総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」（平成 22 年度～平成 27 年度）

6) 病院のダウンサイジングとバージョンアップ

① 転換の概要



② 転換前の状況

幌加内町国民健康保険病院は、町内唯一の有床病院であり、病床 42 床のうち、介護療養病床が 29 床、医療療養病床が 13 床であった。

年々入院患者は減少傾向にあった。また、町内には介護施設がないため、病院への入院の大半は要介護高齢者の療養病床利用となっていた。

入院患者の減少により、経営は厳しい状況が続いており、年間 1 億円の赤字を町が補填していた。また、医師や看護師の人材の確保も難しい状況となっていたことから、病院の診療所化への転換の議論が進められるようになった。

③ 転換のきっかけ

国保病院から診療所への転換に至った大きな理由は以下の 2 点であった。

- ・ 年間 1 億円の赤字補填が厳しくなったこと
- ・ 医師・看護師の確保が困難だったこと

④ 転換のプロセス

議論開始から診療所化決定までの転換のプロセスは 2 年かけて進められた。

病院内においては、当初、有床診療所併設型の介護保険施設への転換を検討していたが、建設費を町で賄うことが困難であることから、議会で白紙撤回となった。その後、病院内だけではなく、保健福祉課等も加わり、特養の整備について改めて検討が行われた。

また、有床診療所についても検討が行われたが、有床にする場合、相応の看護師数が必要となることや、他の病院から退院した患者の受け皿があればよいのではないかと医師の意見により、有床診療所は断念された。

議論のプロセスの中で、住民から直接意見を聴く機会はなかったが、同時期に「幌加内に長く住むために何をすればよいか」をテーマに各住民団体から聞き取りを行っており、その中で出た

意見は議論にも取り入れられた。

診療所の運営に当たっては医師との信頼関係も築かれていたことから、当初から指定管理等は想定せず、町営で行うものとしていた。

⑤転換に向けた取組み・工夫等

診療所化にあたり、各地区の町政懇談会及び広報により住民への説明が行われた。住民からは「入院できる場所」がなくなることに対しての不安もあったが、町職員から解決策を説明し、1つ1つ丁寧に不安が取り除かれていった。

夜間や土日に体調不良となった場合の問い合わせ先として、「健康ダイヤル」を設置し、看護師が24時間対応し、必要に応じて救急車の手配もできるようにした（民間の健康相談事業者に委託）。また、町内の消防署に救急救命士を配置し、診療所に立ち寄りよりも処置をしながら他の医療機関へ救急車やドクターヘリで直接搬送する方が時間的なロスはないことを住民にも説明し、理解が得られた。

「入院できる場所」がなくなることへの不安に対しては、特養に町独自のベッド2床を設置し、入院に代わるベッドを確保した。他の医療機関から退院し、すぐに在宅に戻れない患者の受け皿として利用が可能となっている（1泊3千円（町負担7千円）、現在年2〜3人利用）。（※退院前に介護サービス利用申請し、必要であれば退院後に特養ショートステイを利用するケースもある。）

⑥転換後の状況

- ・医師は常勤1名・非常勤2名、看護師は正職員2名、臨時3名。
- ・診療所の設備はレントゲン、心電図、内視鏡、エコーのみ。
- ・急変時に備えてオンコールでの対応を実施（平成30年の救急搬送受入れは8件、時間外診療は40件）。

町の財政としては病院の維持費用、介護費用が下がったことで大幅に改善している。

病院に入院していた患者は特養へと移動することとなった。

⑦転換する上での課題

町職員である看護師等は一度全員を分限免職とし、何人残すかを検討した。個別面談の際、病院事務長と保健福祉課長が批判の矢面に立ちながらも移行を実施し、国保病院の町職員は、特養、地域包括支援センター、診療所等へ、全員改めて雇用されることとなった。

(2) 黒松内町

～町立国保病院を指定管理により有床診療所化した事例～

1) 黒松内町の概要

黒松内町は、北海道南西部、後志管内の南端にあり、札幌市と函館市のほぼ中間点に位置し、東西 29.3km、南北 19.7km、総面積は 345.65 平方 km である。町内には道央・道南地域を結ぶ幹線道路 3 本と JR 函館本線が伸び、交通上重要な位置にある。

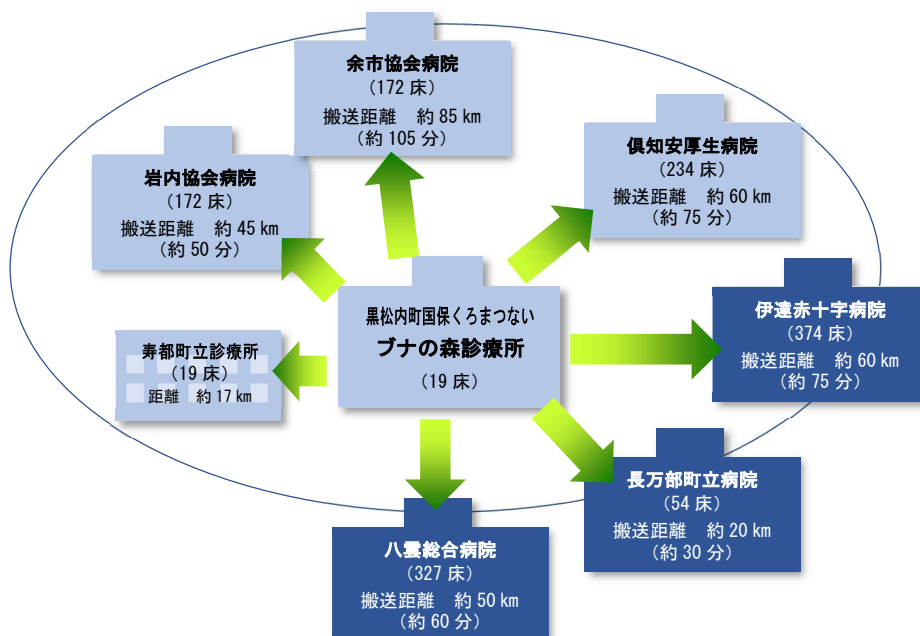
町には北限のブナ林として、1928（昭和 3）年に国の天然記念物に指定された歌オ（うたさい）ブナ林がある。



2) 周辺医療機関との位置関係

黒松内町国保くろまつないブナの森診療所と周辺自治体の医療機関との位置関係をみると、二次医療圏内の主な医療機関までの距離は、倶知安厚生病院が約 60 km、岩内協会病院が約 45 km、余市協会病院が約 85 km である。隣接する二次医療圏では、長万部町立病院が約 20 km、八雲総合病院が約 50 km、伊達赤十字病院が約 60 km となっている。

図表 II-3-6 周辺医療機関との位置関係



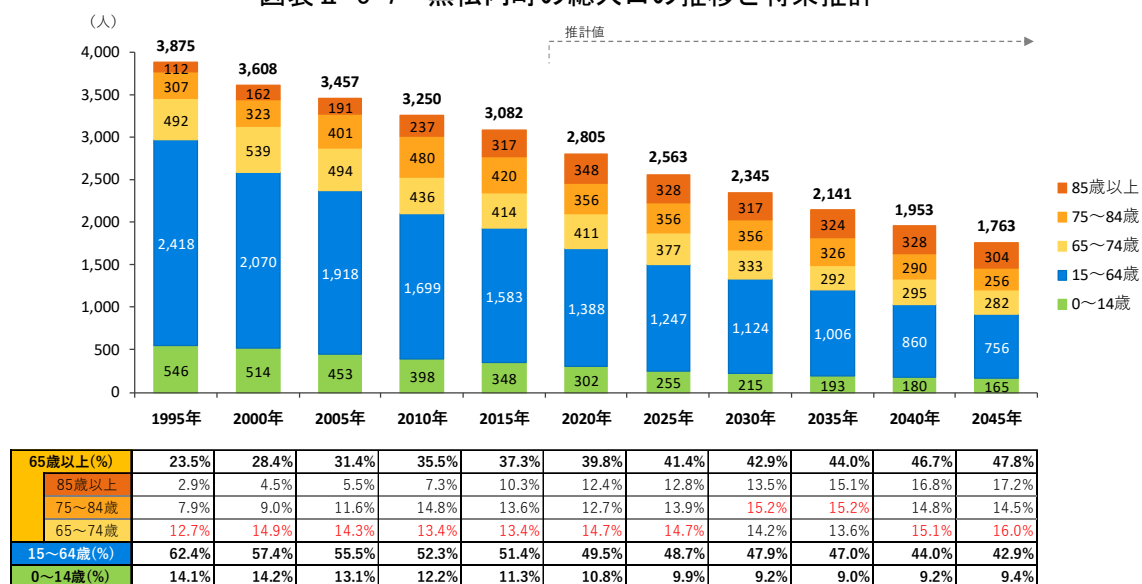
3) 黒松内町の人口

平成 31 年 1 月 1 日現在の住民基本台帳による人口は 2,837 人、うち 65 歳以上人口は 1,062 人 (37.4%)、75 歳以上人口は 651 人 (22.9%) となっている。

国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口によれば、2025 年に 2,563 人、2030 年に 2,345 人になると推計される。

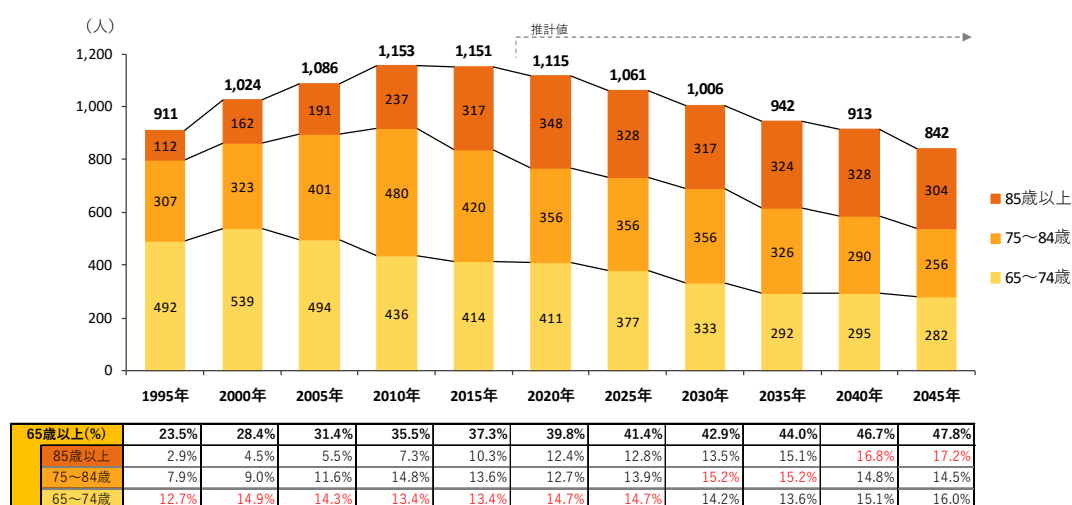
65 歳以上の高齢者人口の将来推計をみると、2030 年から 2035 年は高齢者のうち 75～84 歳人口の割合が高く、2040 年から 2045 年までは 85 歳以上人口の割合が高くなることが予想されており、今後、高齢者に占める後期高齢者の割合が高くなるが見込まれている。

図表Ⅱ-3-7 黒松内町の総人口の推移と将来推計



資料：「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）より作成

図表Ⅱ-3-8 高齢者人口の推移

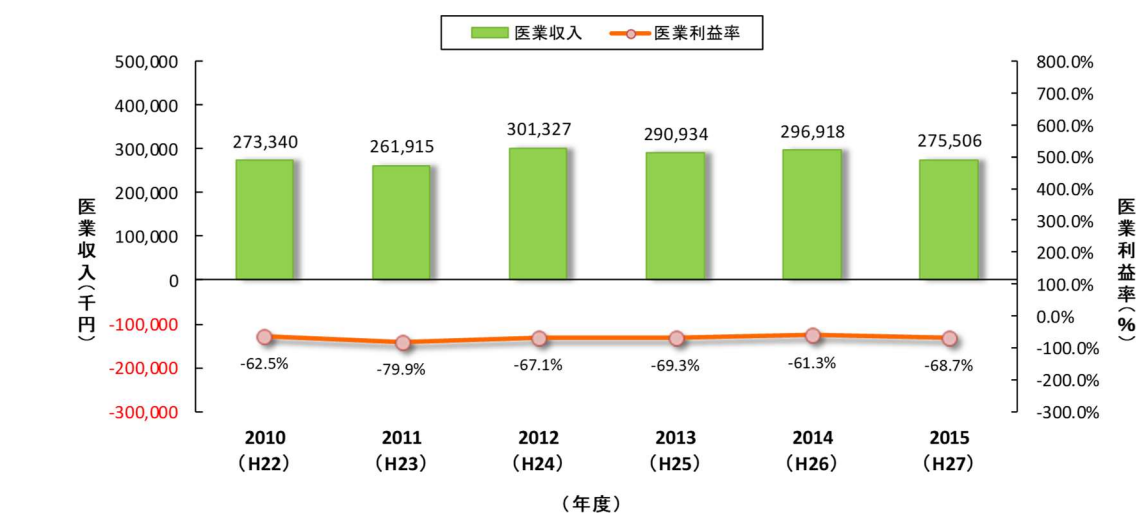


資料：「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）より作成

4) 転換前の病院財政状況

総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」によると、黒松内町国民健康保険病院の医業収入（＝医業収益－他会計負担）は平成 27 年には 2 億 7,550 万円となっており、医業利益率（＝（医業収入－医業費用）／医業収益）は－68.7%となっていた。

図表Ⅱ-3-9 医業収入と医業収益率の推移



医業収入＝医業収益－他会計負担金

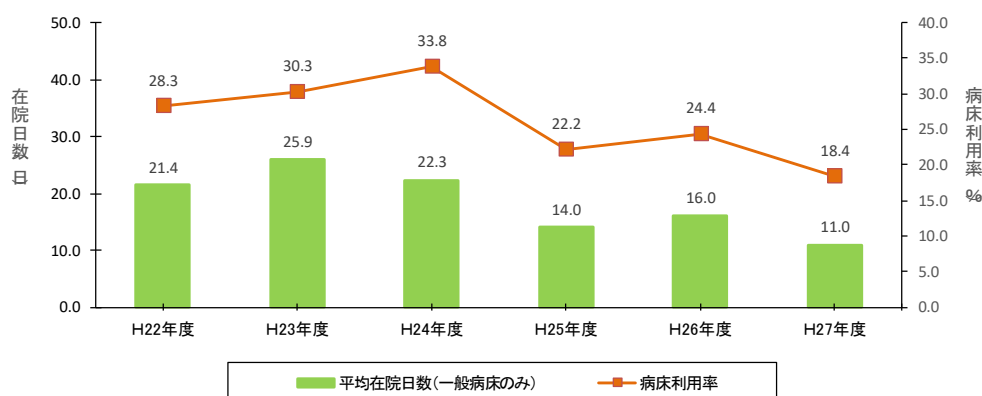
医業利益率＝（医業収入－医業費用）÷医業収益×100(%)

資料：総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」（平成 22 年度～平成 27 年度）

5) 転換前の平均在院日数と病床利用率

黒松内町国民健康保険病院の平均在院日数は、平成 27 年には 11.0 日であった。また、病床利用率は年々減少傾向にあり、平成 27 年には 18.4%であった。

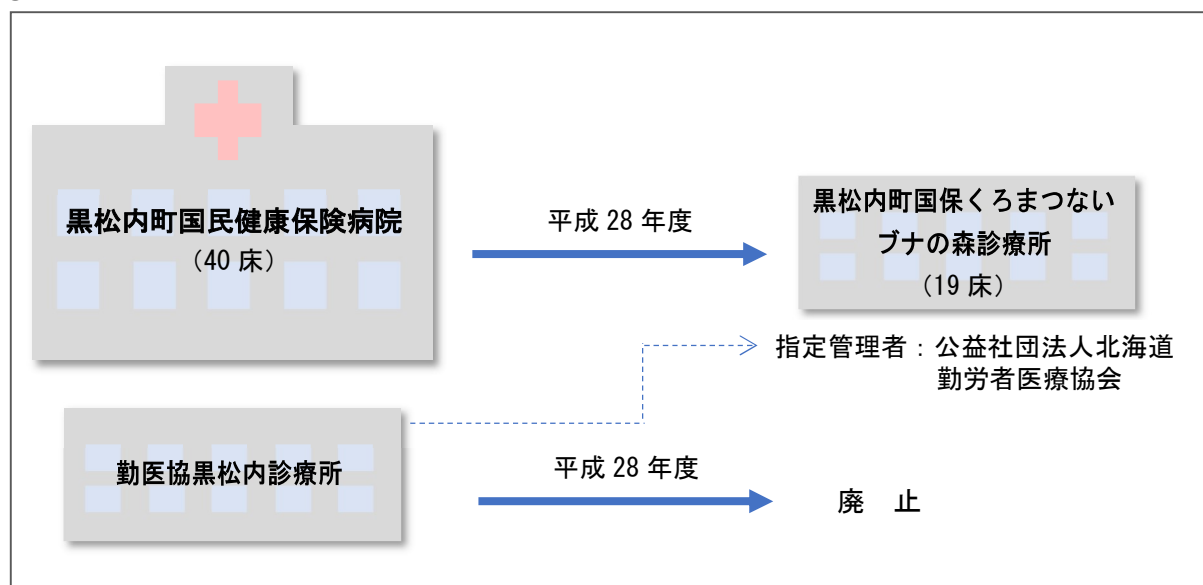
図表Ⅱ-3-10 平均在院日数と病床利用率の推移



資料：総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」（平成 22 年度～平成 27 年度）

6) 病院のダウンサイジングのプロセス

① 転換の概要



② 転換前の状況

町内には医療機関は国保病院が 1 つ、診療所が 1 つであった。2 次医療の病院は、倶知安町と八雲町と伊達市でほぼ同じ距離にあり、車では 1 時間かかることから、救急対応は必須とされていた。

町内には社会福祉法人黒松内つくし園が経営している福祉施設が 10 施設あり、往診などの医療的対応も施設側から要望があった。

総合計画でアンケート（H26.3）による町民の声として、この町に住み続けたくない理由の 3 位が「保健・医療分野のサービスや施設が不十分」、行政サービスの満足度については、「医療体制」の不満が一番高かった。病床利用率も 24% となり、町外の医療機関を利用する住民が多くみられた。

■診療科：内科・外科・整形外科・救急

■病床：40 床（病床利用率 24%）

■職員体制（平成 26 年 8 月）：

医師 1 名＋応援医師（常勤医師確保が困難）

看護師 11 名、臨時雇用 5 名

看護助手 2 名、介護担当助手 6 名

薬剤師 1 名、助手 2 名

放射線 1 名、検査 1 名

栄養士 1 名、事務 6 名、医事の臨時職員 3 名

※医療スタッフは 50 歳代が中心

③転換のきっかけ

当時、医師が 3 名体制であったが、2 名が同時に辞めることになったこと、また、定年の近い職員が多数いるなど、医療体制の確保が非常に困難となってきたことが大きな要因の 1 つであった。

町民アンケート結果のみならず、町に対して町民からの国保病院に対する要望が多くあがっており、町民は安定的な 1 次医療の確保を望んでいた。

④転換のプロセス

【議会との協議】

平成 26 年 3 月から議会にて検討を開始した。議会としても国保病院に対する課題認識は持っており、町と一緒に解決策に取り組むことが可能であった。また、町営による病院経営が厳しい状況にあることも認識していたため、民間の経営ノウハウを生かした効率的な経営が可能な指定管理の方向で議論が進められていた。

【指定管理者の選定】

指定管理の選定にあたっては、以下の 4 点が必要と考えられた。

- 1) 1 次医療に特化した医療機関にするため、総合診療医に来てもらうこと
- 2) 2 次医療圏が遠いため、救急対応が可能なこと
- 3) 住民の理解が得られるよう、入院できる病床を持つこと
- 4) 介護や福祉、健康づくりにおいても診療所としての役割を担ってくれること

指定管理者となりうる法人数か所に対して打診をした結果、総合診療医の取り組みが可能である点、以前から町内に診療所を持っており、町民の状況についてもよく知っている点、早急に新体制への対応が可能な点などから、公益社団法人北海道勤労者医療協会を候補とした。

平成 26 年 12 月から平成 28 年 2 月まで町と勤医協は通算 16 回の協議を行い、良質な医療を提供できるよう検討・準備を進めた。平成 28 年 4 月には「有床診療所の指定管理の検討・準備に関する協定」を締結した。

【職員への説明】

平成 27 年 1 月から病院職員に対しての全体説明会を 2 回開催したほか、町長・副町長から病院職員への直接説明会も催した。平成 27 年 4 月以降は職員と移行後の働き方についての面談を行った。

【町民への説明】

町民に対しては、平成 27 年 6 月に 1 回目の町民説明会（参加者 200 名）を開催し、これまでの経緯や今後の医療体制について説明したほか、勤医協からも取組の方向性が示され、概ねの理解が得られた。また、平成 27 年 8 月には 2 回目の町民説明会（参加者 150 名）を開催し、平成 28 年 4 月からの医療提供体制の概要を説明した。

⑤転換に向けた取組み・工夫等

「総合診療医による総合的な医療」が必要であると考え、総合診療医の確保が可能な法人を指定管理者とすることとした。

診療所化により町の一般財源の負担が少なくなったことから、その財源を生かして、高校生への医療費の無料化や、給食費の無料化など、町民への対策を重視した独自の取り組みに取り組んでいる。

⑥転換後の状況

これまで町外で受診していた患者のうち、現在は診療所で受診するようになった者もいる状況であり、受診動向に変化はみられている。

診療所の職員は地域に出て、さまざまなイベントに参加するなど、町民との交流を深めている。

町立診療所（H28 年）

- ・ 内科・外科・小児科・救急
- ・ 病床 19 床
- ・ 医師 3 名（現在は 4 名）※研修医等の積極的な受け入れ

※令和元年度の体制

医師は 4 名。看護師：正職員が 16 名、パートが 2 名。 薬局：正職員が 3 名、パートが 2 名。

検 査：正職員が 1 名、嘱託職員 1 名。 放射線：嘱託職員が 1 名。

事務部門：正規職員が 5 名、臨時が 1 名。

これまでの国保病院の建物は老朽化が進み、耐震改修が必要となることから、新しい診療所の建設が行われ、令和元年 11 月に移転が行われた。2 階建ての施設のうち、病室はすべて 1 階に設け、患者が利用しやすい設計であるほか、災害時にも電源が確保でき、継続的に診療可能な施設となっている。

⑦転換する上での課題

町民へは、病院の転換について丁寧に説明したうえで、理解を得ることが必要である。また、指定管理者とは、町立病院の現状と進むべき方向性について町と認識を共有したうえで取り組むことが重要である。

国保病院の職員の就職先については本人の希望を聞き取り、面談等を行った。黒松内には社会福祉法人があり、老人保健施設や特別養護老人ホーム、養護老人ホーム等、看護・介護業務を必要とする施設が多くあることから、社会福祉法人で雇用された職員もいたが、元々、国保病院の職員として勤務をしていた職員にとって異なる職場へ転職することは処遇等の面でも大きな負担となった。

(3) 和寒町

～国民健康保険町立和寒病院の診療所化を検討している事例～

1) 和寒町の概要

和寒町は、北海道の中央よりやや北部に位置し、北緯 44 度が走る旭川市から北へ 36km の距離にあり、総面積 224.83 平方 km である。

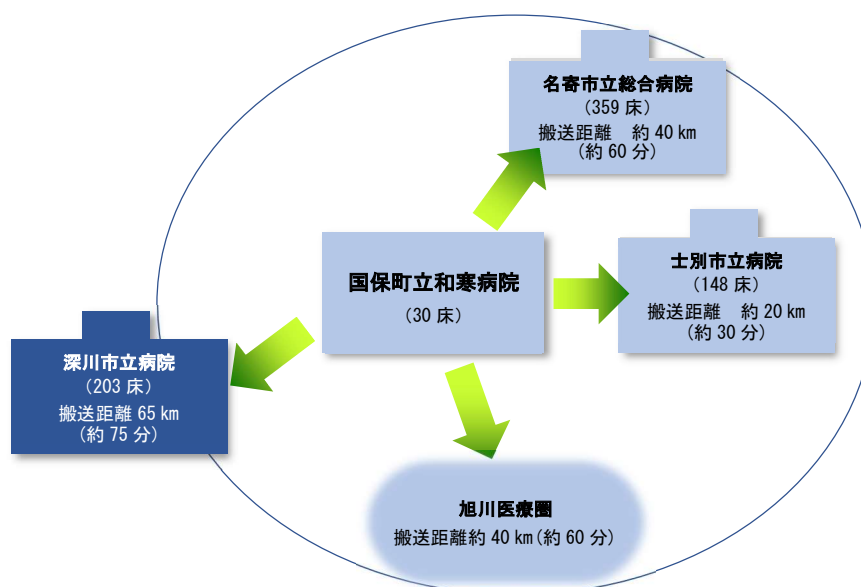
盆地特有の気候により夏と冬では 70 度を超える温度差がある。



2) 周辺医療機関との位置関係

国民健康保険町立和寒病院の周辺自治体の医療機関との位置関係をみると、二次医療圏内の主な医療機関までの距離は、旭川市内の医療機関（旭川医科大学病院、旭川赤十字病院、旭川厚生病院、市立旭川病院等）が約 40 km、士別市立病院が約 20 km、名寄市立総合病院が約 40 kmである。また、隣接する二次医療圏では、深川市立病院が約 65 kmとなっている。

図表Ⅱ-3-11 周辺医療機関との位置関係



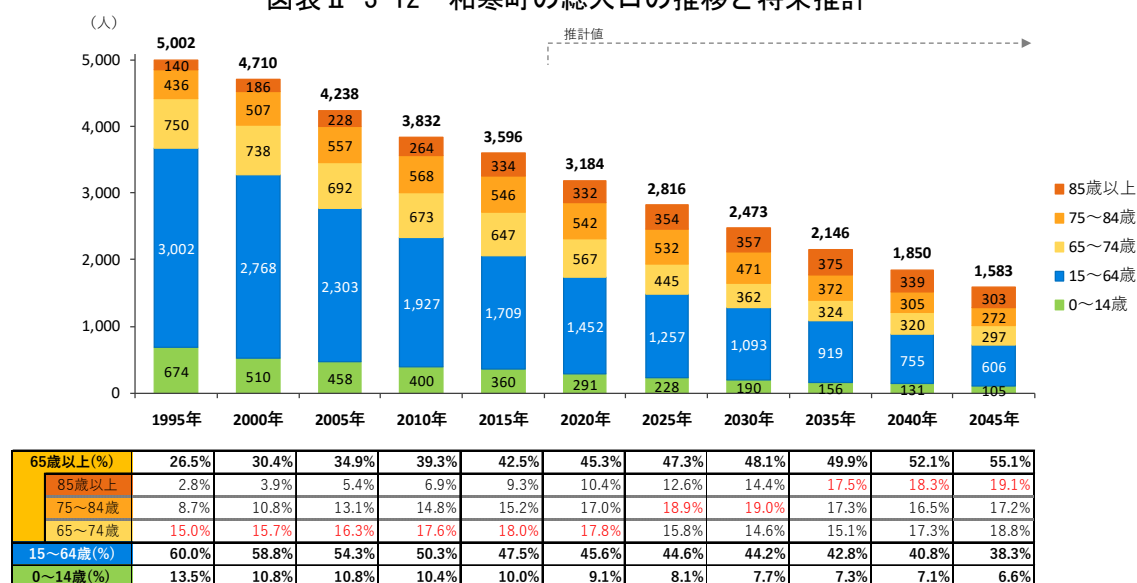
3) 和寒町の人口

平成 31 年 1 月 1 日現在の住民基本台帳による人口は 3,369 人、うち 65 歳以上人口は 1,469 人（43.6%）、75 歳以上人口は 900 人（26.7%）となっている。

国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口によれば、2025 年に 2,816 人、2030 年に 2,473 人になると推計される。

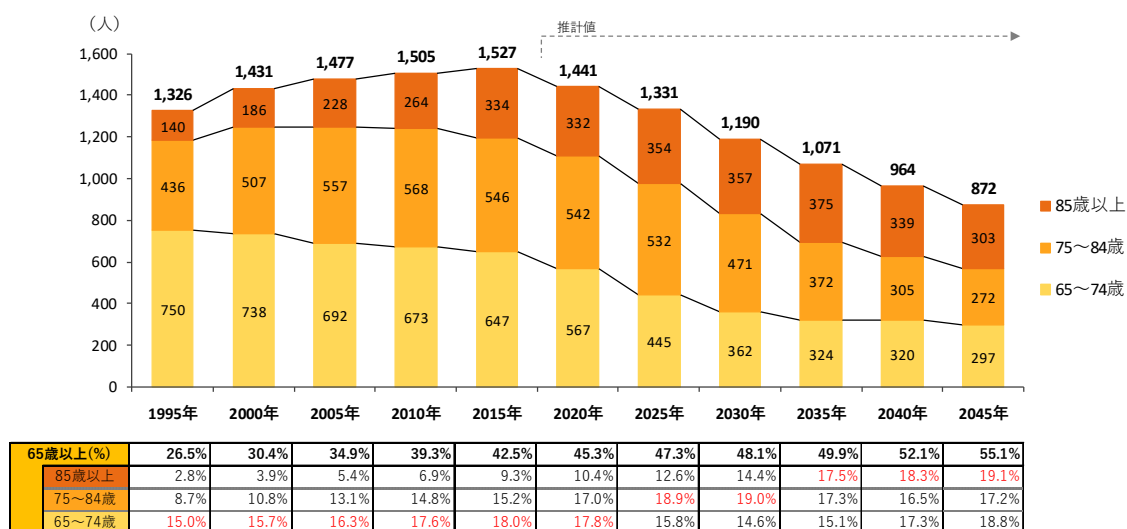
65 歳以上の高齢者人口の将来推計をみると、高齢者全体としては既に減少がみられるが、85 歳以上の人口は 2035 年まで増加したのち減少すると予想されており、今後、高齢者に占める後期高齢者の割合は増加することが見込まれている。

図表Ⅱ-3-12 和寒町の総人口の推移と将来推計



資料：「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）より作成

図表Ⅱ-3-13 高齢者人口の推移

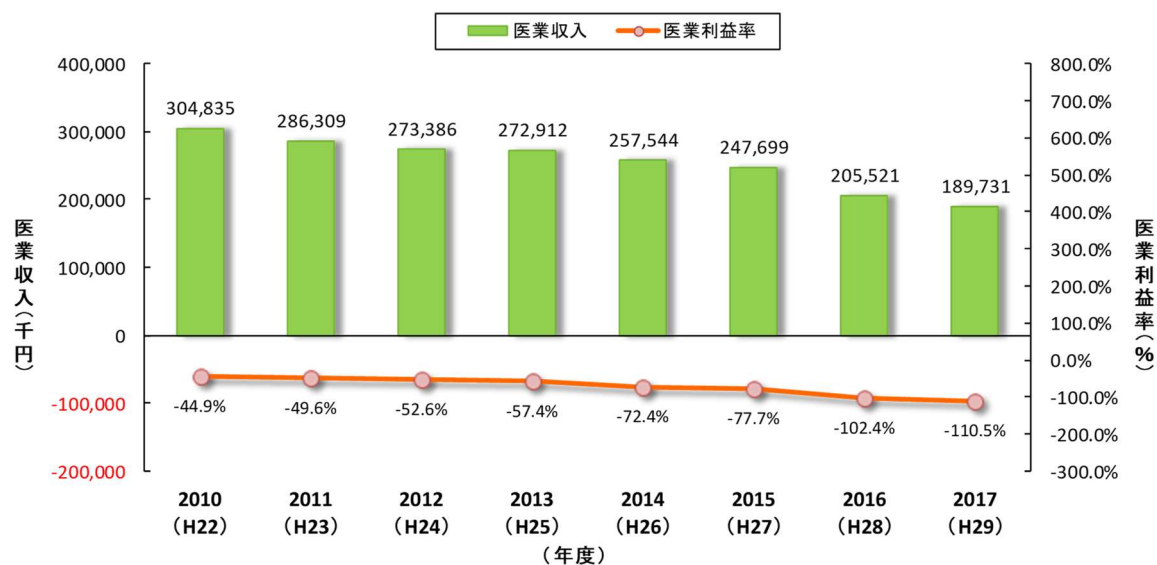


資料：「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）より作成

4) 病院財政状況

総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」によると、国民健康保険町立和寒病院の医業収入（＝医業収益－他会計負担）は平成 29 年には 1 億 8,973 万円となっており、医業利益率（＝（医業収入－医業費用）／医業収益）は－110.5%となっていた。

図表Ⅱ-3-14 医業収入と医業収益率の推移



医業収入＝医業収益－他会計負担金

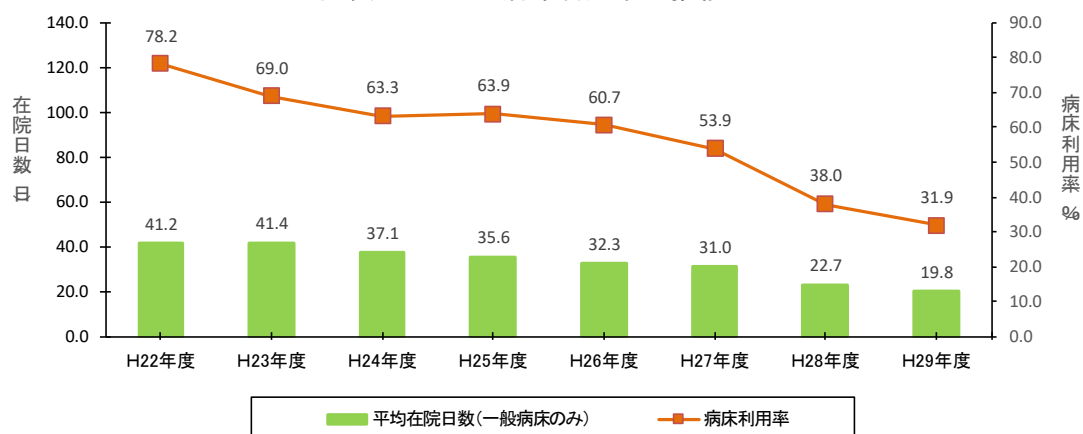
医業利益率＝（医業収入－医業費用）÷医業収益×100(%)

資料：総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」（平成 22 年度～平成 29 年度）

5) 病床利用率

国民健康保険町立和寒病院の平均在院日数は、平成 29 年には 19.8 日であった。また、病床利用率は年々減少傾向にあり、平成 29 年には 31.9%であった。

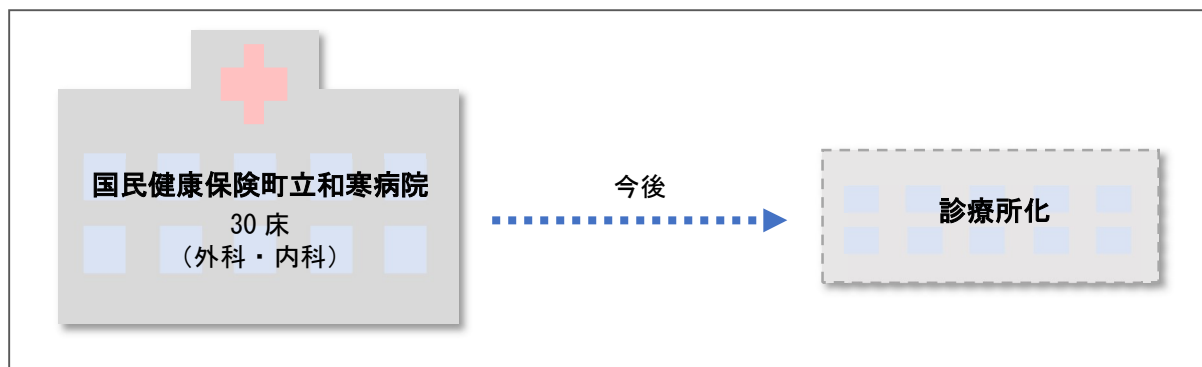
図表Ⅱ-3-15 病床利用率の推移



資料：総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」（平成 22 年度～平成 29 年度）

6) 病院のダウンサイジングとバージョンアップに向けた協議

①病院の概要



②現在の状況

国民健康保険町立和寒病院（外科・内科、病床数 30 床、医師 2 名）は、外来患者及び入院患者ともに減少傾向にある（外来患者の減少率は、町人口の減少率より大きい状況）。

国民保健データ（平成 27 年）によると、外来患者の和寒町内が 57.2%、上川中部が 36.0%を占めている。

町民の生活圏は旭川市も含んでおり、旭川市内の医療機関を選択する傾向がある。特に乳幼児の受診の場合は、旭川市内の医療機関を選択する人が多い。また、整形外科の場合も、大きな外傷になると名寄市や旭川市の医療機関へ転送している。他方、入院患者は、和寒町内 32.3%に対し、上川中部は 65.1%となっている。

なお、和寒町では、病院の赤字補填として、毎年 1 億円超の一般会計からの持ち出しがある（平成 30 年度 2 億 4,650 万円）。

③転換決定のきっかけ

診療体制の見直しに至った背景には、一般会計からの繰り入れの問題もあるが、医療スタッフの確保が困難になってきていることが最大の要因である。

看護師は 17 名（正規 11 名、再任用 2 名、パート 4 名）であり、現在 15 対 1 の施設基準を満たしている状態であるが、正規職員のうち、今年度末に 1 名が退職（再任用する予定）し、来年度末にも 1 名が退職する予定である。また、現在の薬剤師は、定年後 5 年間嘱託であり、残り 1 年となっているが、なかなか次の人材が見つからない状況である。看護助手についてもハローワークに求人を出しているが応募がない状況である。

④転換決定のプロセス

和寒町では、2019 年 5 月から副町長、保健福祉課、町立病院事務長、消防、特別養護老人ホームの 5 者で、診療体制についての見直しを開始している。特に、人材確保と一般会計からの繰り入れを論点として協議してきた。

その後、町長と医師との協議を経て、2019 年 12 月 16～18 日に定例町議会において、町長が無床診療所化の方針を示した。

⑤転換に向けた取組み・工夫等

＜医師確保＞

和寒町は健診率が高い町であり、今後も健診や特養への週 2 回の回診、予防接種等を考慮すると無床診療所とした場合でも、医師 2 名体制を維持する必要がある。無床診療所であれば、医師 2 名確保の可能性は高くなると考えている。

＜時間外受診＞

時間外受診については、平成 30 年度実績 570 件（うち、救急車 74 件、特養 72 件、その他ウオークイン 424 件）である。無床診療所になると、救急搬送される人の受け皿が失われることになる。今後、当番医や旭川市への案内等をどのように知らせていくかが課題である。現時点では、週 1～2 回、18 時半まで診察時間の延長や土曜日も半日診察を行う事を検討している。

＜住民説明＞

住民に対しては、病院と診療所の違いを説明するところから始める必要がある。無床診療所になった場合は、外来受診については従来通りであるが、入院ができないことと時間外の受診ができなくなること等を理解して頂く必要がある。

＜職員の処遇＞

無床診療所になった場合、現在の職員の処遇の問題がある。近隣自治体の病院や旭川市の病院の看護師募集の案内をする、職員として残りたい場合は職種転換もあり得る等、今後、方向性を示す必要がある。

⑥転換する上での課題

＜財政上の課題＞

病院は平成 22 年に全面改修をしており、建て替えや改修の予定は今のところない。現状の医師二人体制を維持する場合、有床診療所にした場合にも赤字幅は減らない。無床診療所で医師 2 人体制の場合は、有床診療所の場合と比較して、赤字幅が半分程度になると推計されるが、交付税が大きく減額となるため、総体として大きな変化はないと推察される。

＜ターミナルケア＞

病院の死亡対応は年間 100 人弱であり、終末期の対応として緩和ケアが増加している。特養に入所している人は、退院後、特養に戻るが、最後は病院に搬送される。病院の医師が特養で看取することは厳しく、今後の大きな課題であると認識している。

また、特養（100 床）の建て替えの時期にもなっており、定員数の見直しも必要と考えている。住民の中には、旭川のケア付き住宅などに入居しているケースがある。また、町内には定員 8～10 名の共同生活住宅がある。

(4) 奈井江町

～町立国保病院の病床を減らし、病院内にサ高住を開設した事例～

1) 奈井江町の概要

奈井江町は、道央空知の中心部、石狩平野のやや北部に位置し、東は夕張山系で芦別市と、西は石狩川で浦臼町・新十津川町と境、南は美瑛市、北は砂川市と平坦で地味肥沃な農地で接している。

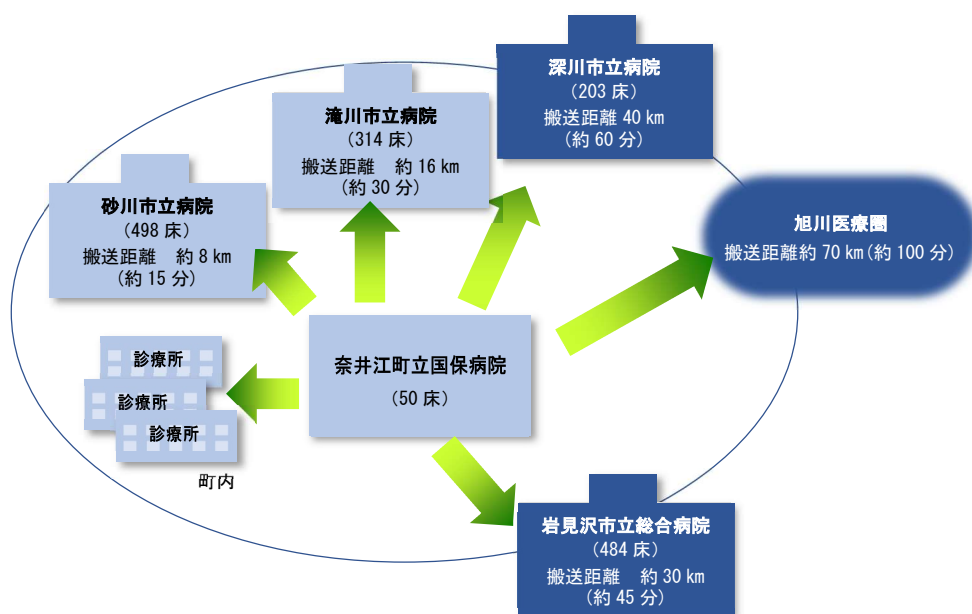
JR 函館本線と国道 12 号線、高速自動車道により、札幌市まで 68km、旭川市まで 68.8km の距離で結ばれており、生活環境、農工生活消費流通、企業立地などの面でも恵まれている。総面積は 88.19 平方 km である。



2) 周辺医療機関との位置関係

奈井江町立国民健康保険病院の周辺自治体の医療機関との位置関係をみると、二次医療圏内の主な医療機関までの距離は、砂川市立病院が約 8 km、滝川市立病院が約 16 km である。また、隣接する二次医療圏では、深川市立病院が約 40 km、岩見沢市立総合病院が約 30 km、旭川市内の医療機関（旭川医科大学病院、旭川赤十字病院、旭川厚生病院、市立旭川病院等）が約 70 km となっている。

図表Ⅱ-3-16 周辺医療機関との位置関係



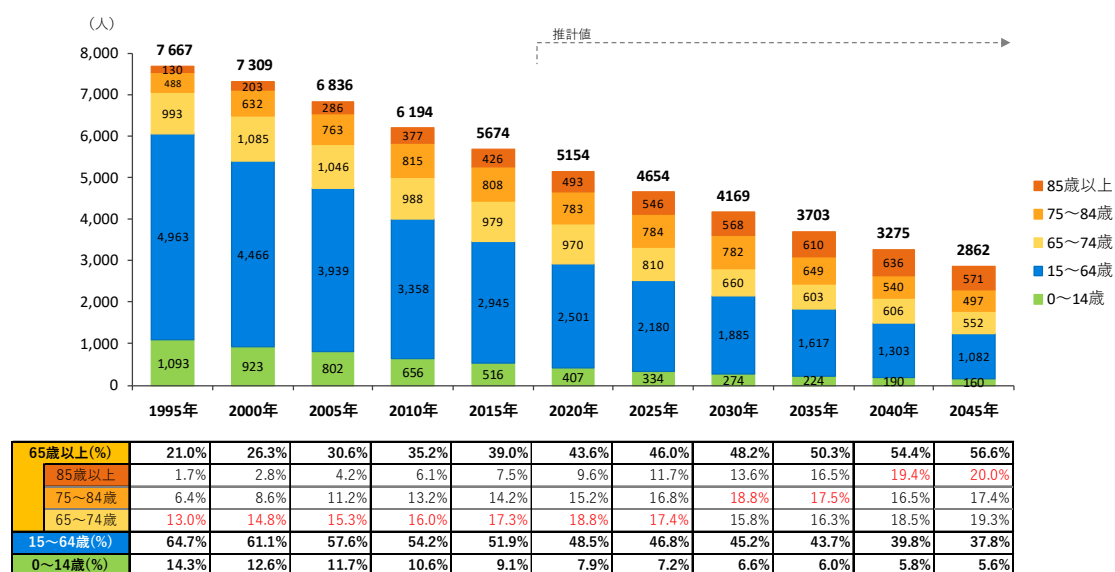
3) 奈井江町の人口

平成 31 年 1 月 1 日現在の住民基本台帳による人口は 5,435 人、うち 65 歳以上人口は 2,200 人（40.5%）、75 歳以上人口は 1,247 人（22.9%）となっている。

国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口によれば、2025 年に 4,654 人、2030 年に 4,169 人になると推計される。

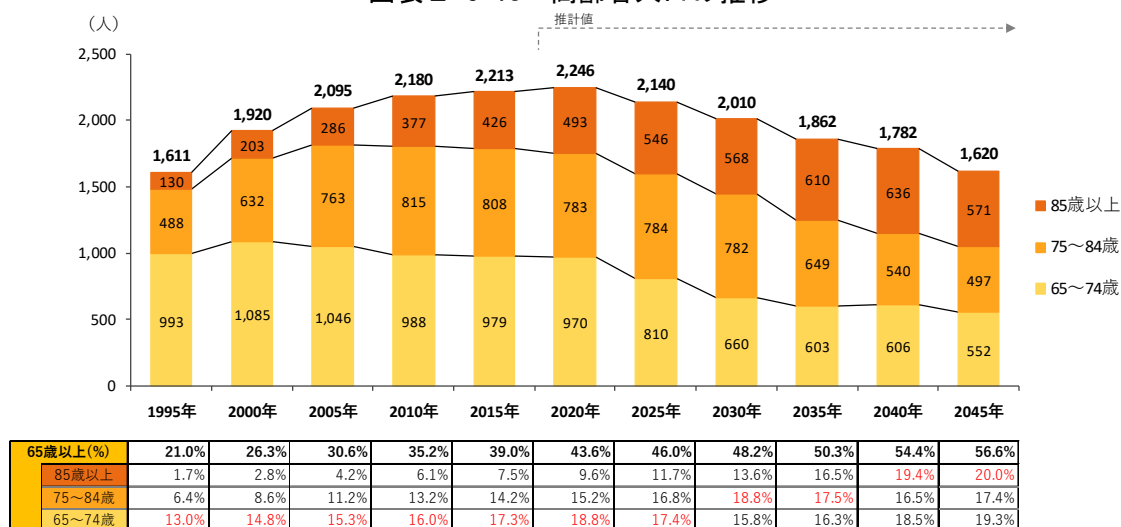
65 歳以上の高齢者人口の将来推計をみると、2030 年から 2035 年は高齢者のうち 75～84 歳人口の割合が高く、2040 年から 2045 年までは 85 歳以上人口の割合が高くなることが予想されており、今後、高齢者に占める後期高齢者の割合が高くなることが見込まれている。

図表Ⅱ-3-17 奈井江町の総人口の推移と将来推計



資料：「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）より作成

図表Ⅱ-3-18 高齢者人口の推移

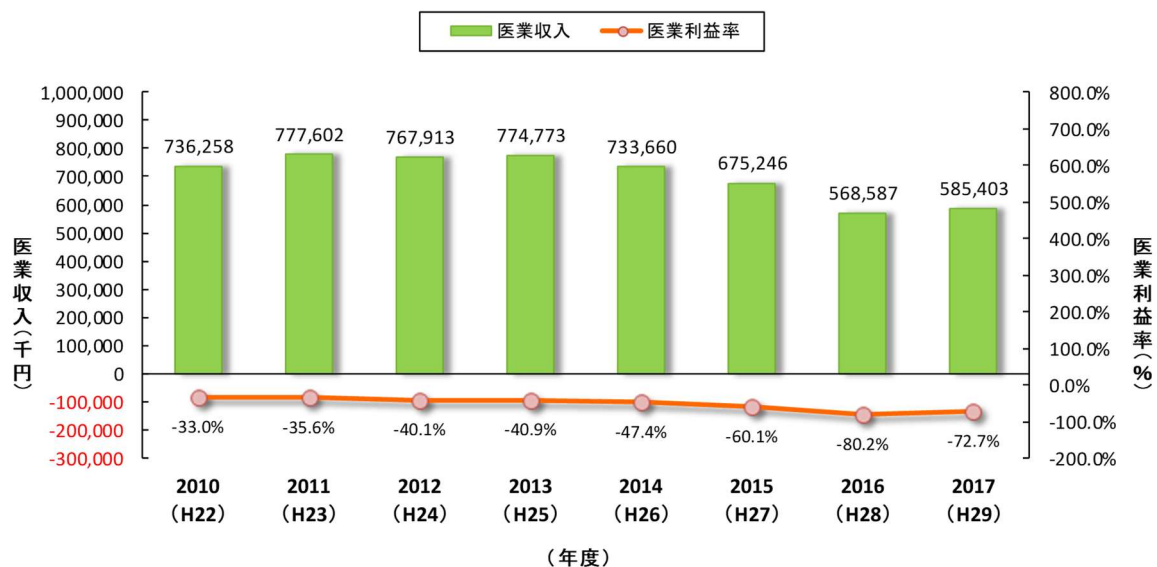


資料：「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）より作成

4) 病院財政状況

総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」によると、奈井江町立国民健康保険病院の医業収入（＝医業収益－他会計負担）は年々減少傾向にあり、平成 27 年には 6 億 7,524 万円となっており、医業利益率（＝（医業収入－医業費用）／医業収益）は－60.1%となっていた。

図表Ⅱ-3-19 医業収入と医業収益率の推移



医業収入＝医業収益－他会計負担金

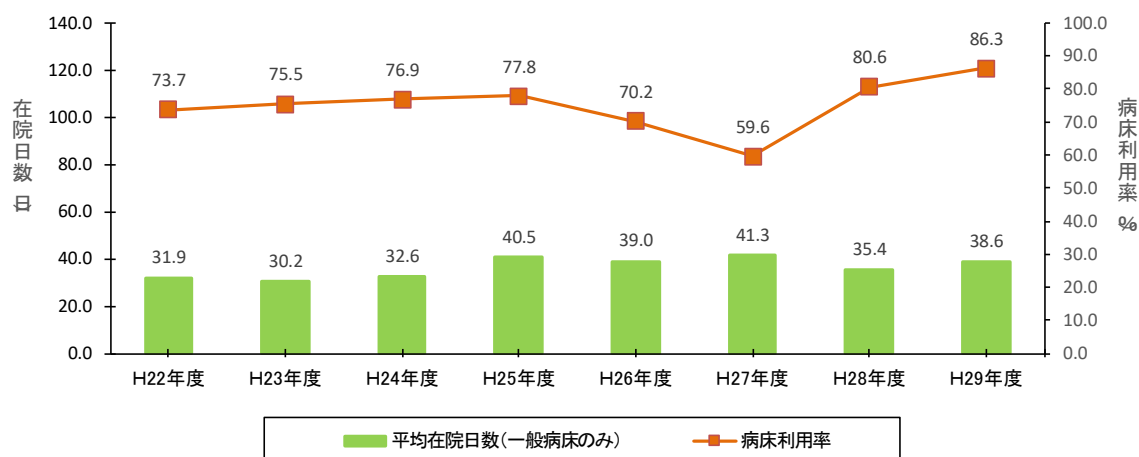
医業利益率＝（医業収入－医業費用）÷医業収益×100(%)

資料：総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」（平成 22 年度～平成 29 年度）

5) 平均在院日数と病床利用率

奈井江町立国民健康保険病院の平均在院日数は、平成 27 年には 41.3 日であった。また、病床利用率は、平成 27 年には 59.6%であった。

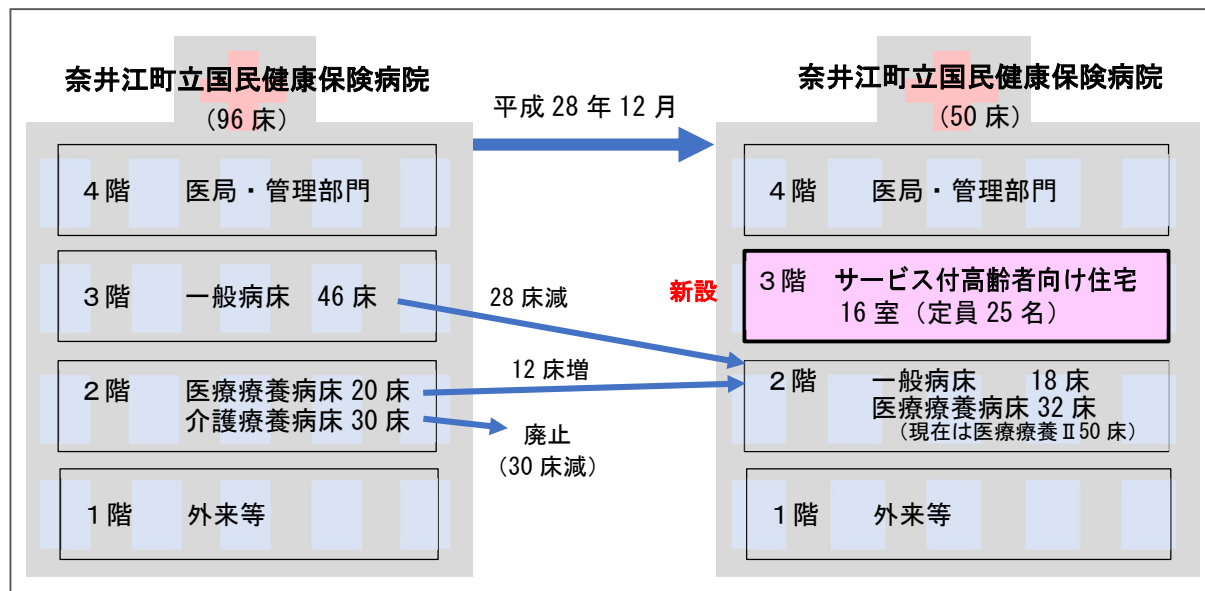
図表Ⅱ-3-20 平均在院日数と病床利用率の推移



資料：総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」（平成 22 年度～平成 29 年度）

6) 病床の転換とバージョンアップ

①転換の概要



②転換前の状況

奈井江町では平成 6 年度から、町立病院の 12 床を開放型病床として地元開業医に開放し、入院後にもかかりつけ医である開業医が主治医として診療にあたる「開放型共同利用病院」として病診連携を進めてきた。

平成 17 年からは地域のセンター病院である砂川市立病院と医療連携協定を締結し、医師の派遣や病床の有効活用、医療情報の共有化などを実施してきている。

また、圏域内の 6 自治体病院間（市立芦別病院、あかびら市立病院、滝川市立病院、砂川市立病院、歌志内市立病院、奈井江町立国保病院）で診療情報を共有する仕組み「そらねっと（中空知地域医療連携ネットワークシステム）」が平成 28 年 7 月から開始しており、転院や入退院、退院後の通院などの場合において、円滑で効率的な医療提供が可能となっている。

一方、町立病院の病床利用率は減少傾向にあり、平成 27 年には 59.6%となっていた。

町内には特別養護老人ホーム、老人保健施設、シェアハウスはあったが、サービス付き高齢者向け住宅はなかった。周辺自治体のサ高住を利用している高齢者もいたことから、町内には「住まい」としてサ高住のニーズはあった。

③転換のきっかけ

サ高住への転換に至ったきっかけは、大きく以下の 4 点であった。

- 1) 人口の減少と高齢化が進む中、適正な病床のあり方の検討が必要である（従来の病床数 96 床が必要か）。
- 2) 地域医療構想を進める中で、病院の役割、機能の検討が必要である。
- 3) 地域包括ケアシステムを進めるうえで、高齢者の「住まい」の確保が必要である。

- 4) 地方創生による「奈井江版 CCRC（生涯活躍のまち）構想」で、移住受入れやシニアの活動拠点等の検討が必要である。

病棟再編により、「住まい」を病院内に設置することで、医療と介護の連携を図りながら地域包括ケアシステムの充実を目指すこととした。

当時の町長は「単身世帯や高齢者夫婦世帯が増える中、住まいの問題は避けて通れない」ことであり、「病院内にサ高住をつくる」という考えも既に持っていたため、町長のリーダーシップのもと進められることになった。

④転換のプロセス

- ・平成 27 年 10 月 病棟再編に係る計画が決定した。
- ・平成 27 年 12 月 町議会定例会において計画を報告。各関係機関と開設に向けた協議を開始。
- ・平成 28 年 2 月 町議会常任委員会にて計画内容を説明。
- ・平成 28 年 4 月 病棟再編を実施。
- ・平成 28 年 6 月 改修工事着手
- ・平成 28 年 12 月 12 月 11 日にオープン記念式開催、12 月 12 日から入居開始。

⑤転換に向けた取組み・工夫等

- ・玄関やエレベーターなどの設備は、生活スタイルの違いや感染症の予防の面からも患者と入居者の導線を交わらせないようにするなどの工夫がされた。
- ・奈井江町では年金受給額が年間 150 万円以下の高齢者が約 75%いることから、低所得者にも配慮した入居費用とし、所得に応じて 4 段階に設定した。
- ・サ高住を町の「まち・ひと・しごと創生総合戦略」における「奈井江版 CCRC（生涯活躍のまち）構想」の地域交流拠点と位置付けることから、拠点整備に係る費用に対して交付金を活用した（地方創生加速化交付金（内閣府））。

⑥転換後の状況

- ・病院の中にサ高住をつくるということで、在宅のサービスを受けながら、何かあればすぐに救急で対応してもらえるという安心感から住民からは喜ばれることになった。多くの住民からサ高住への申し込みがあり、居室は満室の状態となっている。
- ・サ高住へ転換後の病院の病床利用率は約 80%へ増加したが、低所得者も入居できるようサ高住の家賃を低く抑えているため、入院病棟よりも収益としては下がっている。
- ・サ高住の施設の維持費は病院でかかる費用を案分することになるが、病院でかかる費用が大きいため、サ高住単独の施設よりも割高になってしまうデメリットがある。

⑦転換する上での課題

サ高住の家賃は、低所得者軽減をしているが、地域優良賃貸住宅として位置付けることで、家賃の軽減に対する補助金が受けられる。ただし、家賃については地域の相場に沿った単価に設定する必要があるため、本来運営に必要な家賃収入を得ることは難しい。また、補助金の交付対象

は家賃部分のみで、共益費等の負担軽減に対しては補填財源がないため、軽減分は町の持ち出しとなり、サ高住の経営的には厳しい状況となっている。

（５）視察・ヒアリング調査のまとめ

以上の自治体立病院の病床転換において課題となったことや対策・方策をまとめると以下のとおりである。

１）病院を診療所に転換した（転換を検討している）ケース

幌加内町、黒松内町、及び和寒町の３事例には、診療所転換（決定）に至る背景として、①一般会計からの繰り入れによる恒常的赤字補填、②病床利用率の年々の低下に代表される利用者の減少、③医療従事者の高齢化と新たな人材確保の困難、といった共通の事情がある。

<医療機能の検討>

３自治体は、最寄りの２次医療病院までの搬送時間が１時間強を要することから、診療所化に当たって、人員確保、事業収支などの観点から、有床か無床かの検討を行っている。さらに、高齢化の進展の一方で高齢者数は減少することが見込まれることから、特別養護老人ホーム等の介護施設との間で、病床数・入所定員のバランスについても検討が行われている。

<住民理解>

既に診療所への転換を終えた黒松内町、幌加内町では、病院の機能転換に至るプロセスにおいて、住民をはじめ、医療福祉関係者等の理解と安心を担保するため、新たな医療提供体制に関する基本方針や将来展望については回数を重ねて丁寧に説明を行うなど、理解を得るまでに一定の時間をかけている。

<病院職員の処遇>

特に、看護師をはじめとする医療従事者の年齢構成の偏りと高齢化の進展により、今後、５年、１０年先の人材確保の見通しが極めて立て難いことが診療所転換の決定の「引きがね」となっている。

一方、職員の処遇に関する様々な課題について、十分な説明と話し合いの場を設け、具体的な処遇方法を検討、提示する手順を踏んでいる。

２）病院の病床数を削減したケース

自治体立病院の病床数を削減した奈井江町の場合は、①一般会計からの繰り入れによる恒常的な赤字補填、②病床利用率の年々の低下などの背景は、幌加内町、黒松内町、及び和寒町と共通であるが、圏域内の６自治体病院間で診療情報を共有する病診連携が行われており、最寄りの２次医療病院までの搬送時間は概ね１５分から３０分程度と、転院や入退院、退院後の通院などの場合に円滑で効率的な医療提供が可能となっている点が異なる。

<病床数削減の契機>

人口の減少と高齢化が進む中、奈井江町では、高齢者が安心して暮らせる「住まい」の確保が必要となっていた。そこで、病院の役割、機能の検討に当たって、広域的な医療提供体制を前提として、住み続けられる「まちづくり」の観点から、高齢者等の終の棲家の確保に焦点を当て、

病棟再編により、病院施設内に「住まい」をつくり、医療と介護の連携による「地域包括ケアシステム」の構築を目指すこととした。

これらの自治体の取組を参考として、中頓別町におけるシナリオ検討のプロセス試行（フェーズ 1）を実施した。

第Ⅲ章

中頓別町におけるシナリオ検討のプロセス試行（フェーズ1）

1 中頓別町国保病院における病院機能転換に向けた検討の背景

（1）国保病院の財務状況の悪化と町財政への圧迫

中頓別町国保病院の平成 30 年度国保病院事業会計決算は、損益計算書で 61 円の純利益となり、資本剰余金繰入額 24,169 千円により、累積欠損金は 85,614 千円となっている。

収益的収支の一般会計繰入額が前年度 293,763 千円から本年度 304,812 千円と 11,049 千円増加しており、また、平成 27 年以降をみても、大幅な増加傾向にある。普通交付税の減少が見込まれる中、町の財政運営を大きく圧迫している（平成 30 年度中頓別町国民健康保険病院事業会計決算説明資料より）。

町民の健康を守る基盤である医療提供機能として町立病院に求められる機能を明確にした上で、他の予算とのバランスも考慮した町の財政負担の範囲を検討することが必要になっている。

（2）住民の受療行動（ニーズ）と医療機能のギャップ

中頓別町国保病院の外来は 1 人平均 50 件強、病床利用率は 30%前後と低迷している。また、救急搬送は年間平均 40 件程度で、時間外のウォークイン患者が大半を占めている。外来には怪我などもあるがほとんどが高齢者の慢性期疾患である。入院のほぼすべては高齢者で、特別養護老人ホームからの入院や終末期などとなっている。

若年層は、通院、入院とも、概ね近隣自治体の医療機関にかかっており、今後、人口減少と高齢化が進むことが推計されている中では、近隣自治体も含め、広域で医療提供体制を検討し、その中で、中頓別町国保病院が担う医療機能について、再考することが必要となっている。

（3）医療提供体制と医療系職員確保の課題

現在、常勤医師 1 名、看護師 14 名体制で全員正規雇用となっている。薬剤師、理学療法士、作業療法士、訪問看護の人員も配属されている。しかし、退職を間近にする職員もあり、今後、特に、看護師採用が困難なことが予想されている。他方、医療機能のダウンサイジングを行うにあたっては、現在いる職員の処遇の問題が発生することが想定され、タイミングについても検討することが必要な状況である。

医師、看護師をはじめ、多様な職種の職員が存在することは、今後のまちづくりの面におけるバージョンアップを検討する際には、鍵になることもあり、意向の把握と各種調整が必要となると考えられる。

2 中頓別町の概要

(1) 中頓別町の位置

中頓別町は、宗谷管内の東南に位置し、日本最北のまち「稚内市」から南に約102km、北緯 45 度に位置する。

町外外周は、東南に枝幸町（旧歌登町）、北は浜頓別町に接し、西及び西南方は、天塩山脈をへだてて幌延町と接している。



(2) 交通アクセス

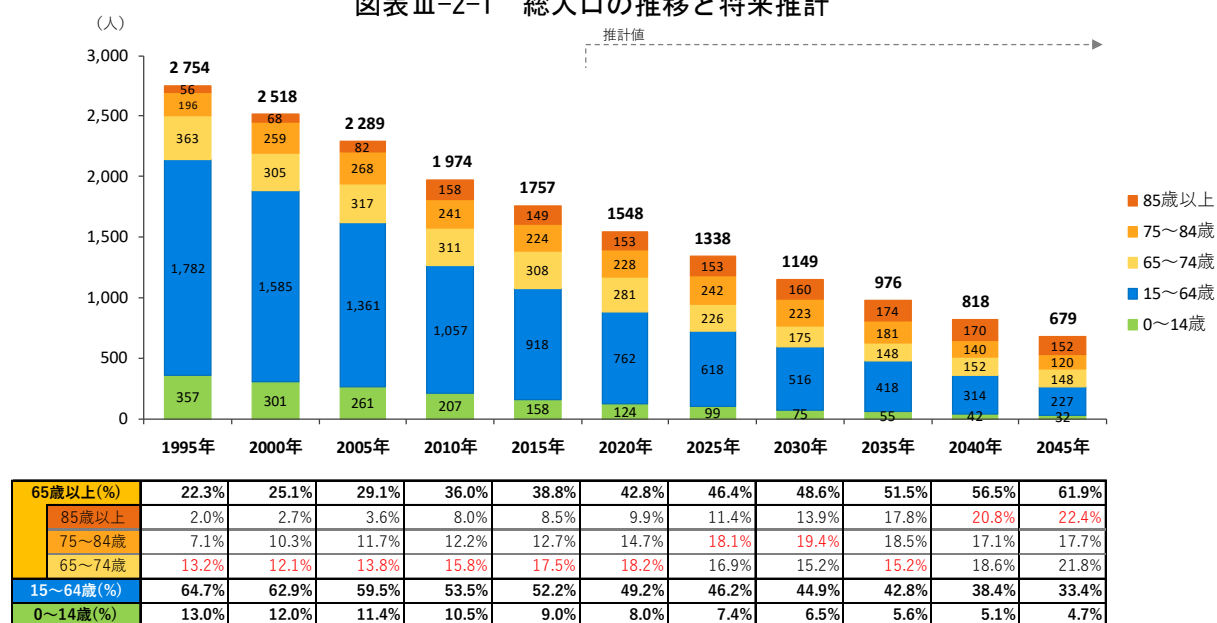
旭川市からは車で3時間、稚内からは2時間、名寄市からは1時間半を要する。また、鉄道（JR）の最寄り駅は音威子府となり、音威子府からはバスで約1時間の距離となる。

(3) 中頓別町の人口

平成31年1月1日現在の住民基本台帳による人口は1,726人、うち65歳以上人口は674人（39.0%）、75歳以上人口は379人（22.0%）となっている。

国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口によれば、2025年に1,338人、2030年に1,149人と推計される。

図表Ⅲ-2-1 総人口の推移と将来推計



資料：「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）より作成

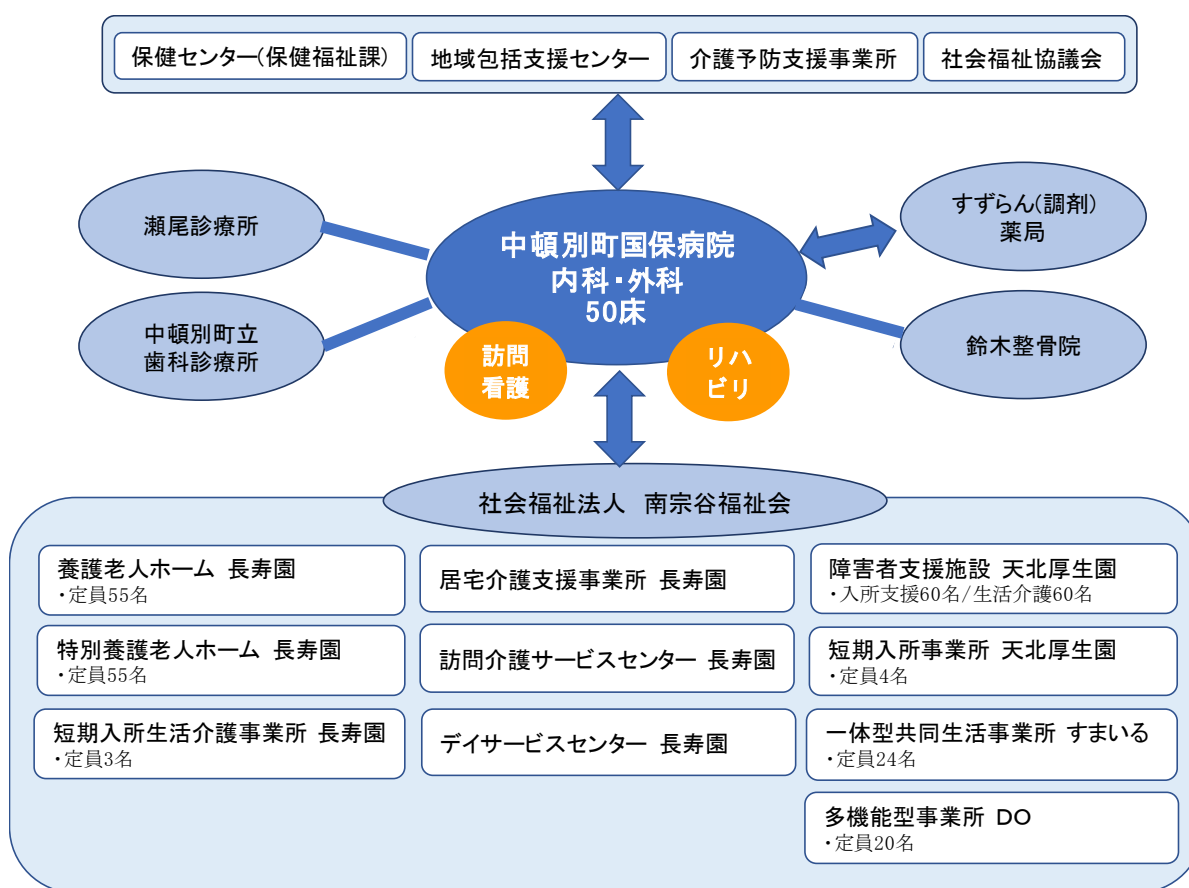
（４）中頓別町の医療及び福祉施設の状況

中頓別町の医療及び福祉施設の状況は、以下のとおりである。

中頓別町国保病院（内科・外科 50 床）のほか、町内には下頓別地区に診療所が 1 ヶ所（週に 1 回診療）と歯科医院がある。

また、町の保健センターには地域包括支援センター、社会福祉協議会が設置されている。特別養護老人ホーム（定員 55 人）や養護老人ホーム（定員 55 人）のほか各種介護サービス及び障害者サービスを提供している社会福祉法人がある。中頓別町国保病院の医師は特養の嘱託医でもあり、週 1 回特養に往診している。

図表Ⅲ-2-2 中頓別町の医療及び福祉施設の状況



出典:「平成 30 年度～平成 35 年度第 4 次病院改革プラン」(平成 30 年 3 月 中頓別町国民健康保険病院)より作成

（５）中頓別町を取り巻く医療機関の地理的状況

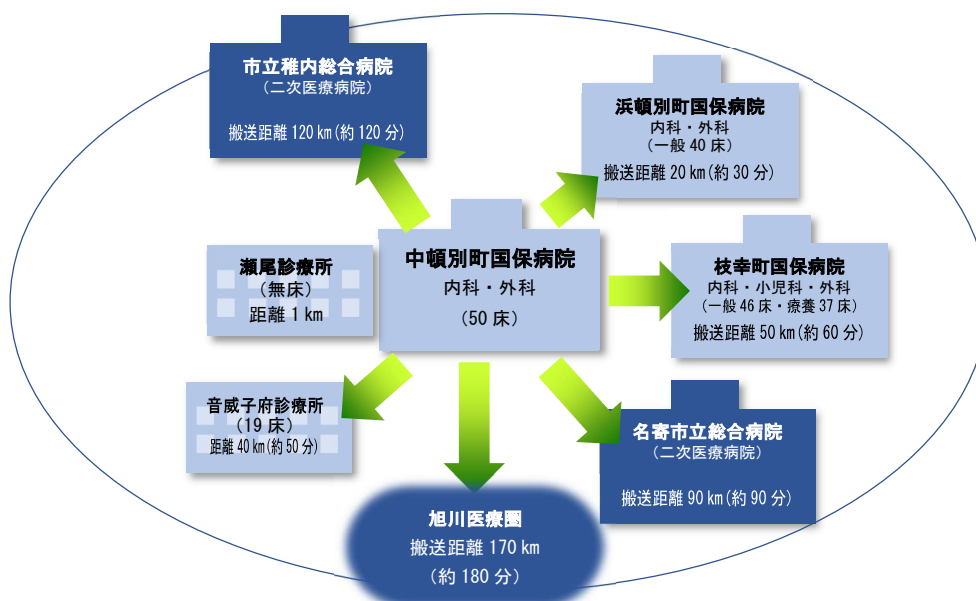
宗谷・上川北部の主な医療機関の設置状況は図表Ⅲ-2-3 のとおりである。

中頓別町国保病院から最も近い浜頓別町国保病院は約 20 km（車で 30 分）、次に近い枝幸町国保病院は約 50 km（車で 1 時間弱）、名寄市立総合病院へは約 90 km（車で 1 時間半）の距離となる。

図表Ⅲ-2-3 宗谷・上川北部の主な医療機関の設置状況



図表Ⅲ-2-4 中頓別町を取り巻く医療機関の地理的状況



出典：「平成 30 年度～平成 35 年度第 4 次病院改革プラン」（平成 30 年 3 月 中頓別町国民健康保険病院）より作成

図表Ⅲ-2-5 中頓別町周辺の主たる医療機関の状況

二次医療圏	病院名	分類	常勤医師数	許可病床数	標ぼう診療科目
宗谷	市立稚内病院	病院	32	332	内,消化器内科,血液内科,神内,循環器内科,肝臓内科,腫瘍内科,精,小,外,血管外科,整,皮,泌,産婦,眼,耳,放,麻,リハ
	稚内鎮心会病院	病院	2	110	内,脳,リハ,循,消,外
	枝幸町国保病院	病院	3	83	内,小,外,整,婦,精,脳,眼,循
	中頓別町国保病院	病院	1	50	内,外
	利尻島国保中央病院	病院	3	42	内,外,整,産婦,リハ,放,小,眼,救急科
	浜頓別町国保病院	病院	2	40	内,消,外,整,眼,産婦,小
	猿払村国保病院	病院	2	28	内
	礼文町国保診療所	有床診療所	1	19	内,外,眼
	幌延町立診療所	有床診療所	1	19	内,外,心内,精
	豊富町国保診療所	有床診療所	1	19	内,小,外
上川北部	名寄市立総合病院	病院	73	359	内,精,神内,呼吸器内科,消化器内科,糖尿病代謝内科,循環器内科,小,外,整,脳,呼外,心外,皮,泌,産婦,眼,耳,放,麻,心内,救急
	士別市立病院	病院	11	148	内,精,神,小,外,整,皮,泌,婦,眼,麻,循環器内科,消化器内科,放
	吉田病院	病院	4	124	内,肛,耳,リハ,歯,矯歯,小歯,歯外,脳
	名寄東病院	病院	2	105	内,脳,リハ
	名寄三愛病院	病院	3	90	内,消,循,リハ,歯
	美深厚生病院	病院	1	64	内,小,外
	町立下川病院	病院	3	41	内,小,外,放
	町立和寒病院	病院	2	30	内,小,外,麻,リハ
	音威子府村立診療所	有床診療所	1	19	内,消,小,リウ,眼,皮,整
	中川町立診療所	有床診療所	1	10	内,小,外
留萌	道立羽幌病院	病院	6	120	内,精,小,外,整,皮,泌,産婦,眼,耳,リハ
	天塩町立国保病院	病院	2	48	内,小,外,整,皮,婦,眼
	遠別町立国保病院	病院	2	36	内,小,外,婦
遠紋	広域紋別病院	病院	16	150	内,精,神内,小,外,整,皮,泌,産婦,眼,耳,リハ,放,呼吸器内科,循環器内科,消化器内科,麻
	興部町国保病院	病院	1	50	内,小,外,泌,皮
	雄武町国保病院	病院	1	25	内,小,外,整,耳,リハ

図表Ⅲ-2-6 中頓別町国民健康保険病院の概要

病院の沿革

- ・昭和 18 年 4 月 村立中頓別病院の開院
- ・昭和 24 年 1 月 村立国保病院に移行する
- ・昭和 24 年 11 月 町制の施行により村立から町立国保病院に移行する
- ・昭和 29 年 6 月 中頓別町国民健康保険病院の新築
- ・昭和 57 年 12 月 中頓別町国民健康保険病院の新築移転(S57.11.24 許可) (57 床→50 床)
- ・平成 2 年 7 月 CT スキャン導入
- ・平成 16 年 11 月 大規模改修(給水、給湯、暖房設備、屋上防水工事)
- ・平成 27 年 8 月 訪問看護開始
- ・平成 28 年 2 月 リハビリテーション室増築
- ・平成 28 年 4 月 リハビリテーション開始
- ・平成 29 年 3 月 大規模改修(排水設備、非常用発電機、受電盤)、スプリンクラー設置

病院の概要 (R01.08.01 現在)

- ・名 称 中頓別町国民健康保険病院
- ・所 在 地 〒098-5551 枝幸郡中頓別町字中頓別 175 番地
- ・許可病床数 50 床 (一般病棟)
- ・診療科目 内科・外科
専門外来：整形外科 月 2 回、神経内科 隔月 1 回
- ・受付時間 月曜日から金曜日 8 時 30 分～11 時 13 時～15 時
- ・建築概要 敷地面積：12,531 m² 延床面積：2,420 m²
構造：鉄筋コンクリート造り 地上 3 階
- ・職 員 数 医師 1 名、薬剤師 7 名、看護師 13 名、准看護師 6 名、看護助手 7 名、放射線技師 1 名、臨床検査技師 1 名、理学療法士 1 名、作業療法士 1 名、管理栄養士 1 名、調理員 4 名、医療助手 4 名、嘱託職員 3 名事務職 6 名、管理人 1 名 計 51 名
- ・委託職員数 清掃員 2 名、洗濯員 1 名、運転手 1 名 計 4 名
- ・そ の 他 その他診療 (訪問看護、福祉施設往診)

※病院付帯施設(主要)

- ・旧医師住宅 2 戸 (昭和 57 年築)
- ・医師住宅 2 戸 2LDK(平成 22 年～23 年築)

出典：「平成 30 年度～平成 35 年度第 4 次病院改革プラン」(平成 30 年 3 月 中頓別町国民健康保険病院)より作成

3 中頓別町国保病院 フェーズ1の取組

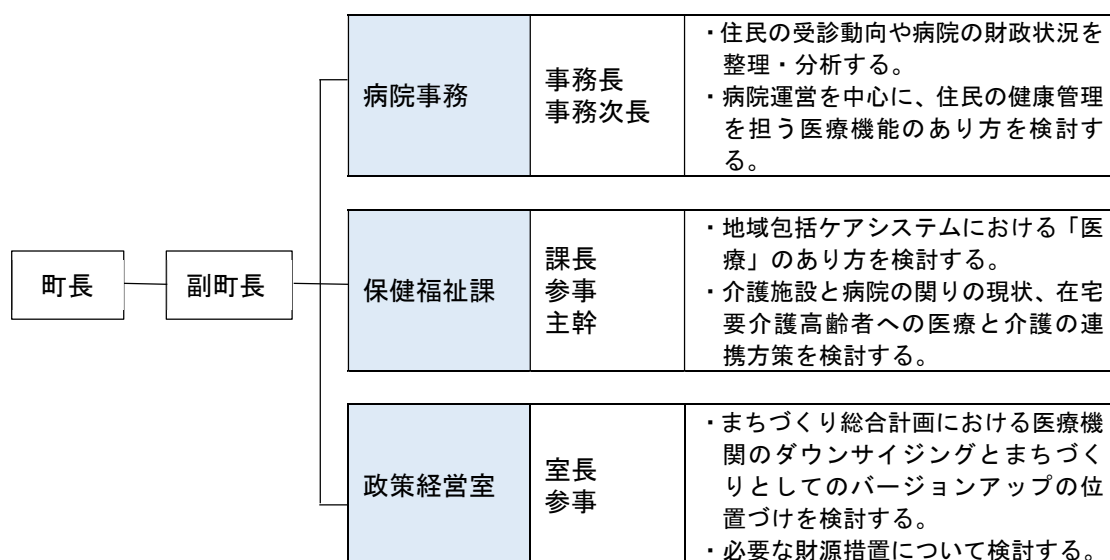
(1) 庁内の検討体制

庁内の検討体制については、庁内の既存の組織「地域包括ケアシステムプロジェクト」を母体とした。構成メンバーは、町長・副町長、保健福祉課課長・参事・主幹、政策経営室長・参事、国保病院事務長・事務次長である。また、それぞれに期待される役割は以下のとおりである。会議は病院事務が主導した。

当該プロジェクトに、研究会事務局として HIT が参加し、データや議論の整理を行い、庁内の議論の円滑化を図った。

図表Ⅲ-3-1 庁内の検討体制

<地域包括ケアシステムプロジェクト>



(2) 検討の経過

5回の勉強会を開催し、住民の受療動向、病院の経営・町財政への影響、医療提供体制、介護施設入居者の受け皿機能、まちづくりとの連動に関する構想などの議論を行った。議論の経過は以下のようである。

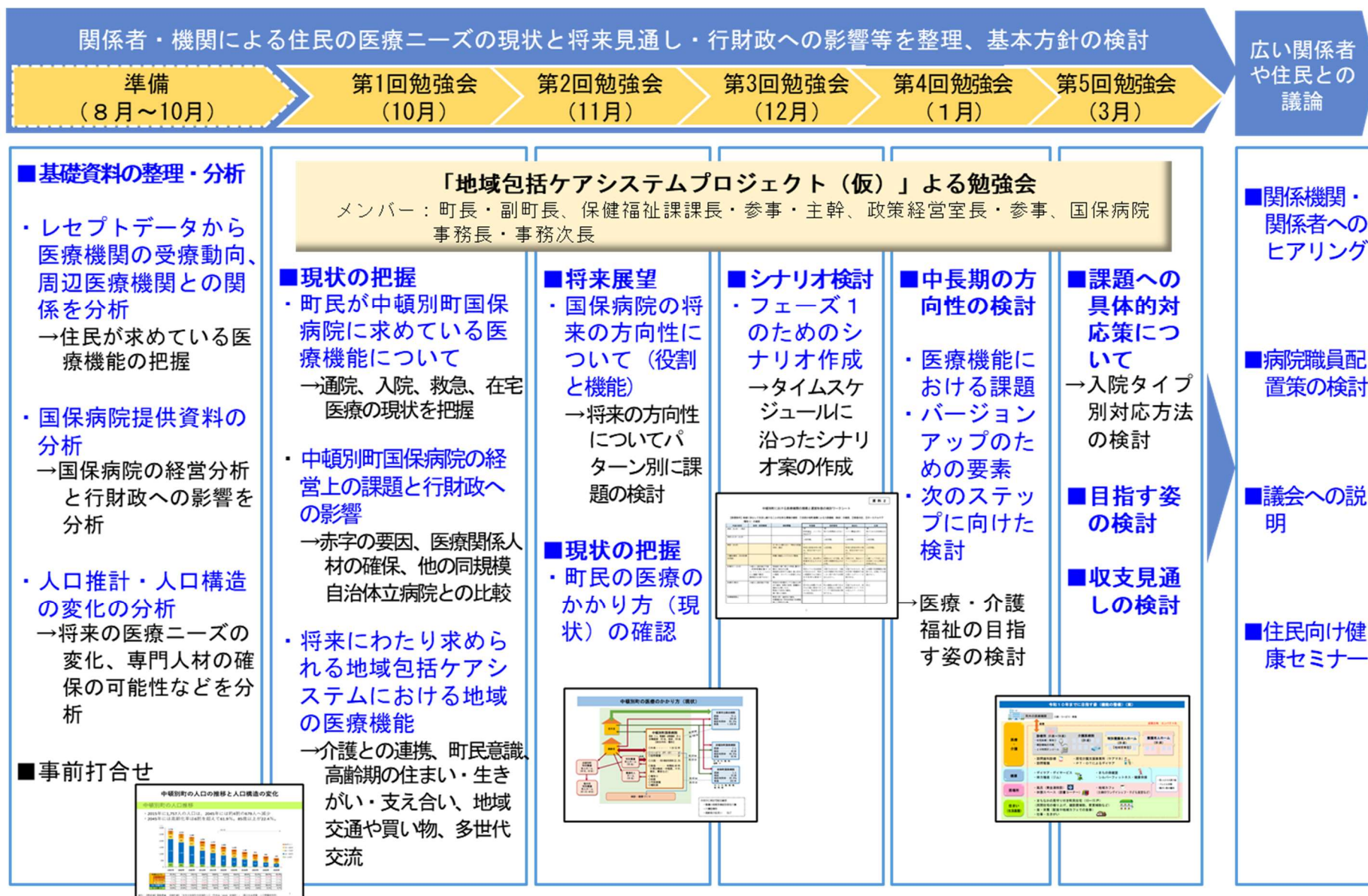
また、第4回勉強会の後、本調査研究の最初のモデルである沼田町、および研究会メンバーである鷹栖町の社会福祉法人の取組を視察した。視察には、町長のほか、病院事務、保健福祉課、政策経営室の担当者が参加し、視察先担当者等と意見交換を行った。

図表Ⅲ-3-2 中頓別町国保病院をモデルとしたフェーズ1の検討の経過

	開催日時・議事	検討内容の概要
準 備	令和元年7月～ ※事前打ち合わせ ※レセプトデータ等確認	■基礎資料の整理・分析 ・レセプトデータから医療機関の受療動向、周辺医療機関との関係を分析し、住民が求めている医療機能について整理する。 ・国保病院提供資料から、国保病院の経営分析と行財政への影響について整理する。 ・人口推計・人口構造の変化について分析し、将来の医療ニーズの変化、専門人材の確保の可能性等について整理する。
第1回	令和元年10月18日（金） 13：30～15：00 1) 調査研究の概要について 2) 中頓別町国民健康保険病院の現状について 3) 中頓別町国民健康保険病院の将来展望について	■現状の把握 ・通院、入院、救急、在宅医療の現状把握に基づき、町民が中頓別町国保病院に求めている医療機能について検討する。 ・赤字の要因、医療関係人材の確保、他の同規模自治体立病院との比較により、中頓別町国保病院の経営上の課題と行財政への影響について検討する。 ・介護との連携、町民意識、高齢期の住まい・生きがい・支え合い、地域交通や買い物、多世代交流など、将来にわたり求められる地域包括ケアシステムにおける地域の医療機能について検討する。
第2回	令和元年11月18日（月） 13：00～15：00 1) 病院のダウンサイジングのパターン 2) 今後の検討テーマ（枝幸・浜頓別との3町連携の可能性、ダウンサイジングパターンと収益の変化等）	■将来展望 ・国保病院の将来の方向性（役割と機能）について、パターン別に課題を検討する。 ■現状の把握 ・近隣自治体の医療機関への町民のかかり方について可視化し、現状について確認をする。
第3回	令和元年12月25日（水） 13：00～15：00 1) ダウンサイジングの規模と運営形態を検討 2) 現状（50床の国保病院）から、ダウンサイジングした場合の影響を検討 3) ダウンサイジングの影響を相殺し、かつ、バージョンアップするために必要な事項を検討（診療所化のケースで） 4) 住民の医療ニーズに関する個別・具体のシナリオで、想定される課題と対応策を検討	■シナリオ検討 ・フェーズ1のためのシナリオについて、タイムスケジュールに沿ったシナリオ案に基づき検討する。 ・ダウンサイジングした場合の規模（病床数をどの程度減らすか、診療所化するか、無床化するか等）や運営形態（町立・指定管理・独法・広域）ごとに、その影響を検討する。 ・診療所にダウンサイジングした場合に考えられる影響を相殺し、さらに機能のバージョンアップを図るために必要な内容を検討する。

	開催日時・議事	検討内容の概要
第4回	令和2年1月29日（水） 13：00～15：00 1)新しい医療・介護・福祉体制について（中長期の方向性／医療・介護・福祉体制の目指す姿について） 2)課題への具体的対応策について	■中長期の方向性の検討 ・医療機能における課題、バージョンアップのための要素、及び次のステップに向けた課題を整理し、新たな「医療・介護福祉の目指す姿」について検討する。
視 察	令和2年2月20日（木）～ 2月21日（金） 1)沼田町視察 2)鷹栖町視察	■沼田町視察 ・沼田町暮らしの安心センター（「医療」「福祉・子育て」「介護」の3つの要素を1ヵ所に集約した施設） ・まちなかほっとタウン（町の中心部にある複合商業施設） ・視察会参加自治体との意見交換・質疑応答 ■鷹栖町（社会福祉法人さつき会）視察 ・フィットネス倶楽部コレカラ（見学＋体験） ・サ高住・地域交流スペース ・特別養護老人ホーム・小規模多機能ぬくもりの家えん・地域交流スペースてくてく ・鷹栖町・さつき会における住民参画型地域包括ケアの取組の説明・質疑応答
第5回	令和2年3月12日（木） 13：00～15：00 1)バージョンアップ（案）について 2)収支見通しについて	■課題への具体的対応策について ・ダウンサイジング・バージョンアップをした場合の、入院タイプ別対応方法を検討する。 ■目指す姿の検討 ・ダウンサイジング・バージョンアップをした場合の将来の目指す姿を検討する。 ■収支見通しの検討

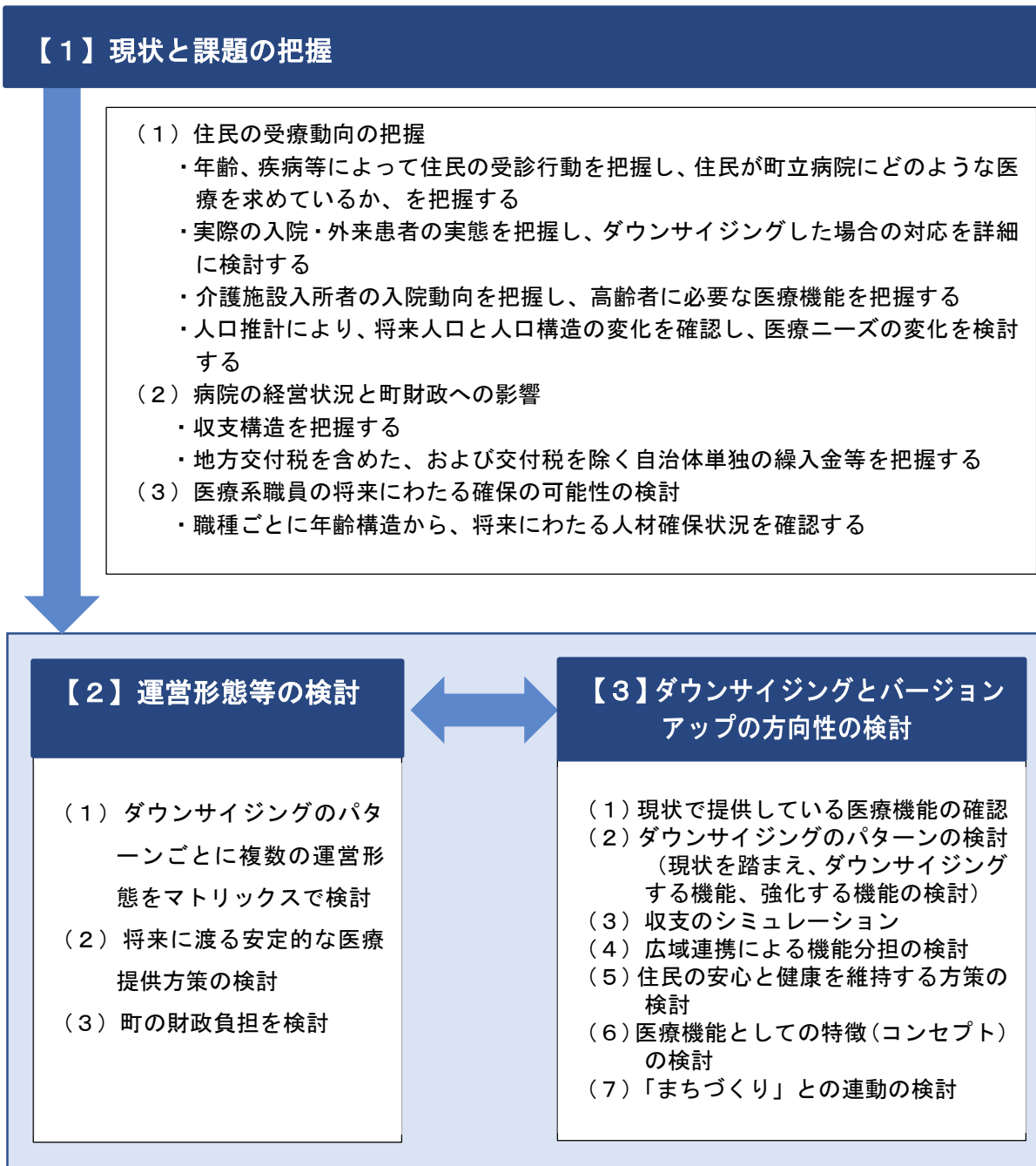
図表Ⅲ-3-3 中頓別町国保病院をモデルとしたフェーズ1の取組のスケジュール



(3) 現状整理と分析の基本フレーム

現状整理と分析は、以下の3つの項目について各種データを整理し、現状と課題を整理していった。

Ⅲ-3-4 現状整理と分析の基本フレーム



「【1】現状と課題の把握」について、主なデータや資料は、以下のようなものである。客観的なデータが入手できない場合は、関係者のヒアリングおよび資料を目視にて確認した。なお、分析にあたっては医療機関の経営分析を中心とした専門家である医業経営コンサルタントの協力を得た。

図表Ⅲ-3-5 現状と課題の把握のための主なデータ等

	主なデータや資料等
(1) 住民の受療動向の把握	①全体像の把握：町民が、どのような疾患でどの医療機関にかかっているか、を把握するには、2つの方法をとることが考えられる。第1は、町が入手できる国保レセプトデータによる分析である。分析は国保加入者に限られることに留意して活用する。第2は、病院の診療録であり、実際に病院を利用している住民の疾病などを把握することができる。 ②救急搬入の把握：救急受診には2つのルートがあり、一つは救急車による搬入で、他は、時間外のウォークインの患者である。救急車による搬入は傷病者引継記録があり、データ化することができる。 ③入院・外来：過去1年間の入院患者、または直近1ヵ月の入院患者の年齢、疾病状況、入院経路・退院先を把握することができる。よりミクロな個別の動きを把握する。 ④介護施設入所者等の医療ニーズ：嘱託医として往診しているので把握されているがデータ化はされていない。受診状況によって把握、または個別ケーススタディとして把握する。 ⑤将来人口推計：国立社会保障・人口問題研究所の推計データから把握する。特に、人口構造の変化に注目する。また、5歳階級別の要介護認定率により将来の要介護者数の把握と医療・介護ニーズを推計することもできる。
(2) 病院の経営状況と町財政への影響	①概況の把握：総務省「病院事業決算状況」によって把握し、他との比較も可能である。例えば、人口規模が同規模の自治体における公立医療機関との比較を行う。 ②町財政への影響：地方交付税を含めた町からの補助金、および地方交付税を除く町単独の補助金の推移を把握する。 ③各費目：全体費用に占める割合などを全国比較することで、経営改善の余地を探ることが可能である。また、各種資料の確認により、費用圧縮の可能性を検討する。
(3) 医療系職員の将来にわたる確保の可能性の検討	①職員の年齢構成の把握：職種別に、年齢構成と人数を把握することにより、どの時期にどの職種が不足するか、確保することが必要かを把握する。 ②人材募集状況の把握：現在、人材募集に対して、どの程度の応募があるか確認する。

4 中頓別町における検討結果の概要

【1】現状と課題の把握

（1）住民の受療行動

1）レセプトによる把握

直近3か月（令和元年4月～6月）の国保レセプト、診療サマリ等を中頓別町国保病院内において閲覧し、当該病院における入院、入院外の診療内容について概要、及び救急対応の実態について整理、分析した。

診療内容については、以下のようなことが分かった。

入院に関しては、高齢者の肺炎や脱水、尿路感染症などの中等度急性期疾患、既往疾患の急性増悪など、老衰や悪性腫瘍のターミナルステージなど、一般内科、総合診療科でカバーできる領域の患者が多くを占めている。

外来に関しては、高血圧や糖尿病、心疾患などのいわゆる生活習慣病領域に加え、消化器疾患、甲状腺、整形外科の保存療法などが大半である。一部には軽度の耳鼻科疾患、皮膚科疾患、眼科疾患の取り扱いもあり、特殊な診療としてはC-PAP（睡眠時無呼吸症候群の治療）なども少数見られるが、入院と同様、基本的には総合診療科でカバーできる領域の患者が多くを占めている。

高齢者の割合が非常に高い一方で、初診率が極めて低いことから、特に入院加療を必要とする若年層は最初から町外の医療機関を利用するケースが多いことが推察される。

町内介護施設（長寿園）からの紹介受け入れが多く、仮に今後ダウンサイジングを進めていく場合、介護施設入所者の緊急受け入れ先を確保しておく必要がある。

図表Ⅲ-4-1 中頓別町国民健康保険病院におけるレセプト及び診療サマリによる診療内容の概要

	診療内容の概要
入 院	・ 高齢者の肺炎や脱水、尿路感染症などの中等度急性期疾患、既往の急性増悪、老衰や悪性腫瘍のターミナルステージなど、一般内科、総合診療科でカバーできる領域の患者が多くを占めている。
外 来	・ 高血圧や糖尿病、心疾患などのいわゆる生活習慣病領域に加え、消化器疾患、甲状腺、整形外科の保存療法などが大半を占める。 ・ 一部には軽度の耳鼻科疾患、皮膚科疾患、眼科疾患の取り扱いもあり、特殊な診療としてはC-PAP（睡眠時無呼吸症候群の治療）なども少数見られる。 ・ 入院と同様、基本的には総合診療科でカバーできる領域の患者が多くを占めている。
全体傾向	・ 高齢者の割合が非常に高い。 ・ 特に入院加療を必要とする若年層は最初から町外の医療機関を利用するケースが多いことが推察される。

2) 町立病院が提供する機能別の住民の利用状況

現在、町立病院で提供されている医療機能別に、住民の利用状況を整理すると、以下のようである。また、それぞれの機能のダウンサイジングまたは機能強化の課題を合わせて整理する。

図表Ⅲ-4-2 町立病院が提供する機能別の住民の利用状況

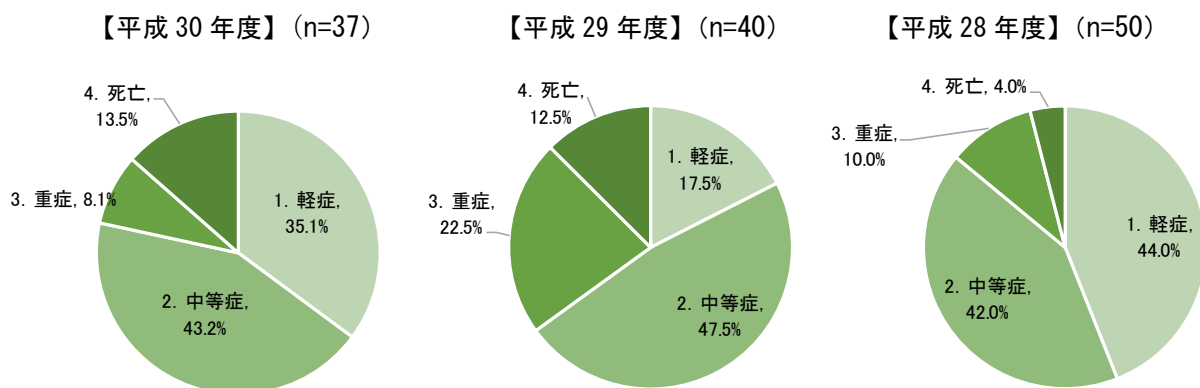
機能	現 状	課 題
入院	○入院のほぼすべては高齢者 ○肺炎や脱水、尿路感染症などの中等度急性期疾患、既往の悪性増悪、老衰、ターミナルなど一般内科、総合診療科で対応可能 ○入院の経路は ①特養からの搬送（誤嚥性肺炎など） ②自宅から終末期を迎える ③特養から他の病院に入院し胃ろう造設など特養に戻ることができない ○病床利用率は 20%程度と低迷	○病床を絞る、採算に見合う病床を検討する ○その際、近隣自治体の医療機関との機能分担と連携が必要
外来	○1 日 60 人程度、ほぼ高齢者 ○主に高血圧や糖尿病、心疾患などの生活習慣病 ○一部に、軽度の耳鼻科、皮膚科、眼科科系の疾患、まれに C-PAP（睡眠時無呼吸症候群） ○初診率が極めて低く、入院治療を必要とする若年層は最初から町外の医療機関に受診	○予約制の導入により外来患者の確保
救急	○救急車の搬入は、年間 40 件程度。中頓別病院に立ち寄るのは、転倒などの軽傷。重症者は 1 割 ○ウォークインの時間外患者が大半を占める	○無床の場合、救急を隣接病院に依頼することが必要 ○医師 2 名体制、1 名はオンコールが必要
リハビリ	○保健センターで健康づくり（介護予防、総合事業） ○個別リハ（総合事業）は、1 回 2 人までで実施 ○病院で通院リハを実施、毎週 2 時間程度 ○デイケアがプランに載らない	○効率的なリハビリ提供が必要 ○リハの充実は売りになると考えられる
健康診断	○問診の時間と外来が重複しないように、1 日 3 人までを限度としている ○集団の検診の待ちスペースがない	○がん検診も含めて町の全事業所の健康診断実施の可能性検討
特養嘱託医	○週に 1 回、医師が特養に往診	○必須
予防接種		○必須
校医		○必須
訪問看護	○訪問看護の利用者数は年間数名と少ない ○令和 2 年度から、病院で居宅介護支援事業を実施することとしている	○在宅医療はほとんどない。在宅介護の意識啓発が必要

3) 救急医療の現状（平成 28～30 年度）

救急車搬入は軽度～中等度が 8 割近くを占め、即時救命救急を要する重症患者は 1 割を切っている。DOA（到着時死亡）が 1 割強みられる。

仮に今後ダウンサイジングを進めていく場合、入院を前提とする救急搬送は他院（直近は浜頓別）対応となるため、連携を構築する必要がある。

図表Ⅲ-4-3 中頓別町国保病院の救急対応の状況

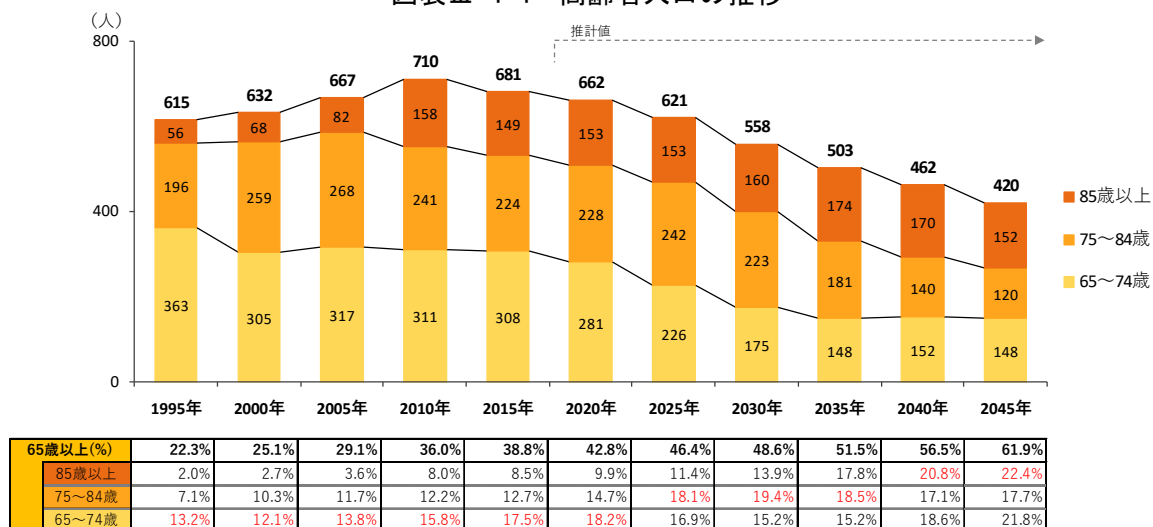


資料：中頓別町国保病院 救急傷病者引継書データより

4) 将来人口推計

町全体の将来人口推計は、P36（図表Ⅲ-2-1）でみたとおりであるが、高齢者のみを抜き出して、今後の医療・介護ニーズの変化を検討した。2025 年までは 75 歳以上の後期高齢者人口は増加し、2035 年には 85 歳以上の人口がピークになることが推計されている。そのため、2035 年までは、ニーズに対応する規模の医療・介護の受け皿が必要と考えられるが、その間も、近隣自治体との連携により、機能の分担と連携を検討することが必要と言える。

図表Ⅲ-4-4 高齢者人口の推移



資料：「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）より作成

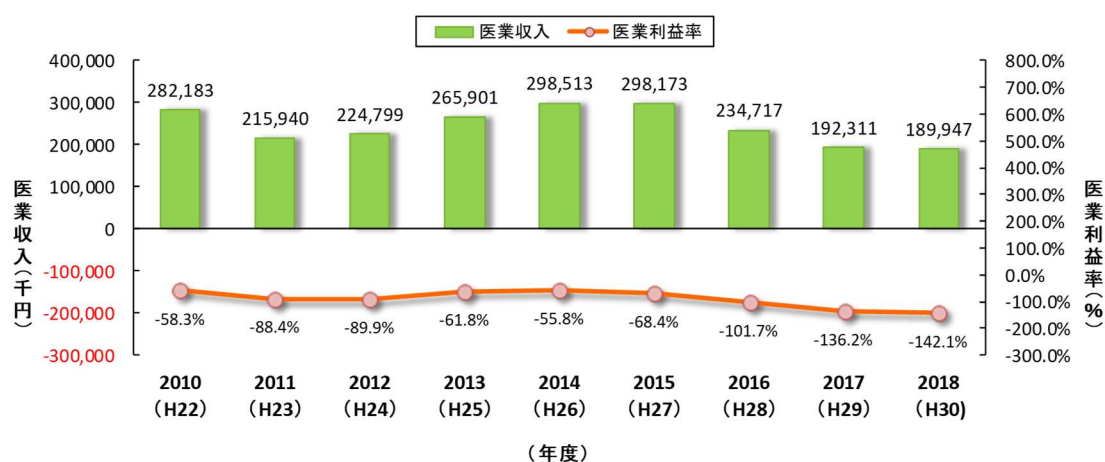
（２）病院の経営状況と町財政への負担

１）病院の経営状況

①医業収入と医業収益率の推移

総務省の「病院事業決算状況」より、病院の収支等の推移は以下のものである。中頓別町国保病院の医業収入（＝医業収益－他会計負担）は平成 26 年以降減少傾向にあり、平成 30 年には 1 億 8,994 万円となっており、医業利益率（＝（医業収入－医業費用）／医業収益）は－142.1%となっている。

図表Ⅲ-4-5 医業収入と医業収益率の推移



医業収入＝医業収益－他会計負担金

医業利益率＝（医業収入－医業費用）÷医業収益×100（％）

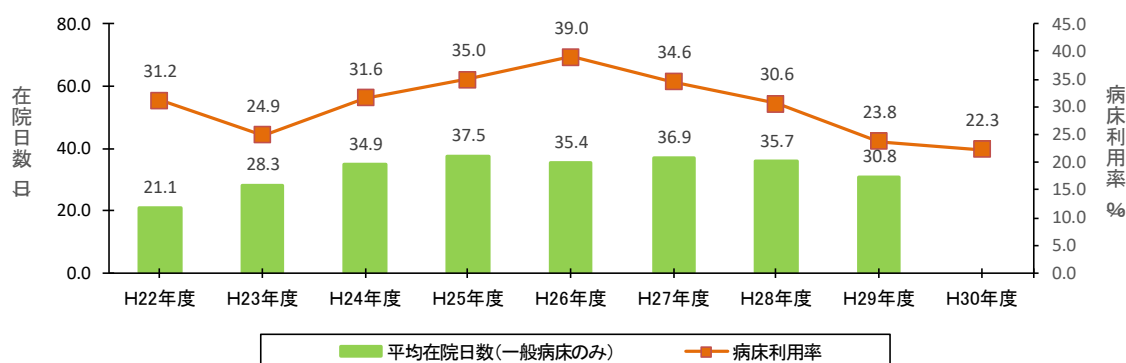
資料：総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」（平成 22 年度～平成 29 年度）

平成 30 年度中頓別町国民健康保険病院事業会計決算説明資料（平成 30 年度）

②平均在院日数と病床利用率

中頓別町国保病院の平均在院日数は平成 29 年度には 30.8 日であった。また、病床利用率は年々減少傾向にあり、平成 30 年は 22.3%であった。

図表Ⅲ-4-6 平均在院日数と病床利用率の推移

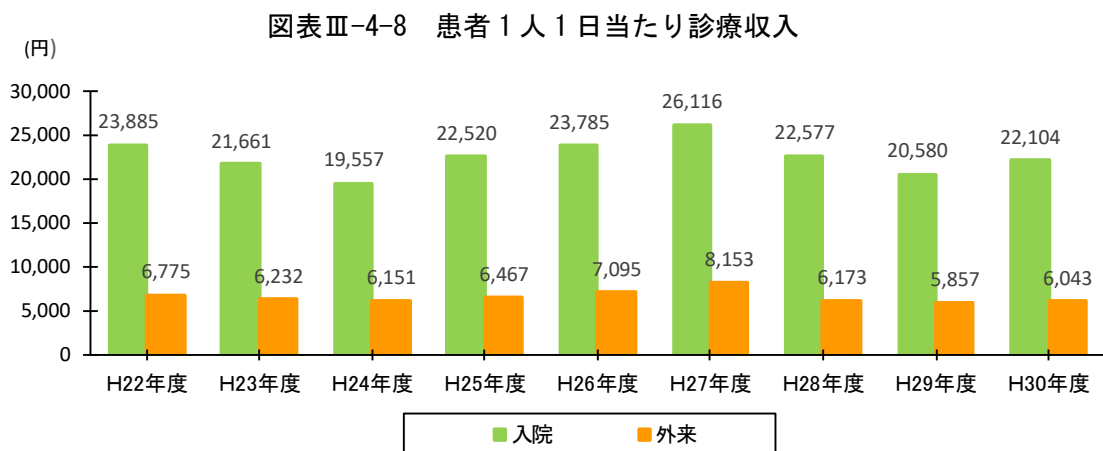
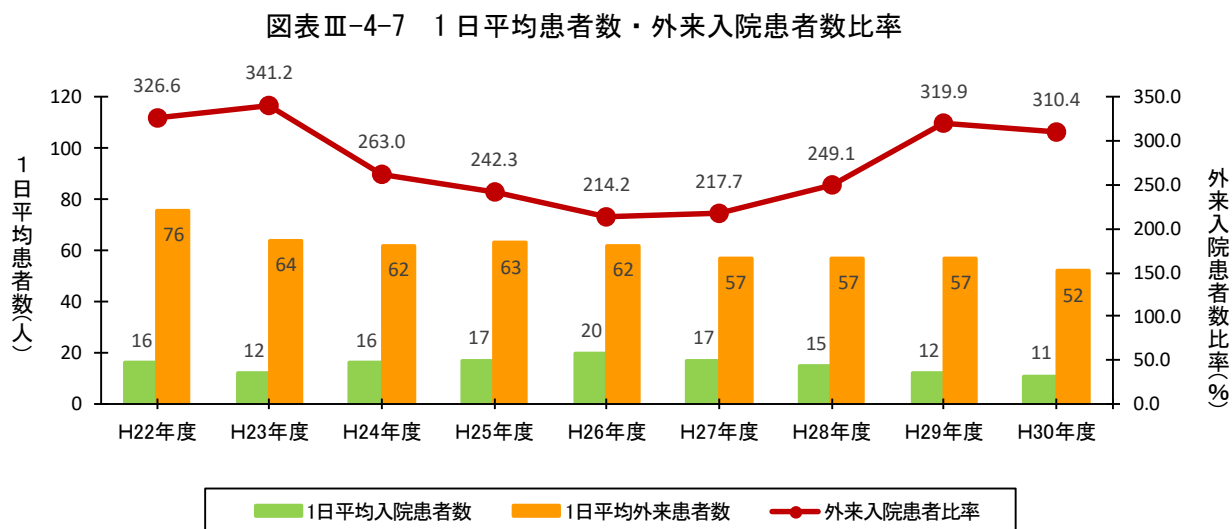


資料：総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」（平成 22 年度～平成 29 年度）

平成 30 年度中頓別町国民健康保険病院事業会計決算説明資料（平成 30 年度）

③患者数と診療収入

平成 30 年度の 1 日平均患者数は、入院が 11 人、外来が 52 人で、いずれも年々減少傾向にある。また、患者 1 日あたりの診療収入をみると、平成 30 年度は入院が 22,104 円、外来が 6,043 円であった。



資料：総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」（平成 22 年度～平成 29 年度）
平成 30 年度中頓別町国民健康保険病院事業会計決算説明資料（平成 30 年度）

2) 町の財政負担

地方交付税を含む町からの補助金は、平成 26 年度で約 1 億 5 千万円と近年の底を打ったものの、平成 29 年度は 2 億 6 千万円まで急増している。交付税を除く町の単独負担は約 1 億 7 千万となっている。

経営指標はいずれも低く、入院・外来患者の急増が見込めない限り、経費削減等の努力のみでは、経営が改善する見込みは考えられない状況になっている。

図表Ⅲ-4-9 中頓別町国民健康保険病院の財政状況の推移

(単位：千円)

区分		H22決算額	H23決算額	H24決算額	H25決算額	H26決算額	H27決算額	H28決算額	H29決算額	H30決算額
総収益		481,610	463,264	470,074	473,965	526,086	555,598	532,460	511,566	518,286
	1 経常収益	471,316	444,264	460,074	459,149	509,854	550,598	527,460	511,350	518,286
	(1) 医業収益	315,040	254,013	258,097	299,190	331,468	332,291	268,952	226,309	223,821
	①入院収益	135,833	98,537	112,666	143,743	169,299	165,498	126,274	89,521	89,897
	②外来収益	125,860	96,727	93,214	100,018	108,193	112,456	86,000	81,498	76,289
	診療収入計	261,693	195,264	205,880	243,761	277,492	277,954	212,274	171,019	166,186
	③その他医業収益	53,347	58,749	52,217	55,429	53,976	54,337	56,678	55,290	57,635
	(うち他会計負担金)	32,857	38,073	33,298	33,289	32,955	34,118	34,235	33,998	33,874
	(2) 医業外収益	156,276	190,251	201,977	159,959	178,386	218,307	258,508	285,041	294,465
	(うち国・都道府県補助金)	3,282	3,700	3,761	3,586	4,023	4,423	5,117	7,016	4,906
	(うち他会計補助・負担金)	150,027	183,809	195,816	154,845	159,005	198,829	240,022	260,002	266,073
	(うち長期前受金戻入)	0	0	0	0	13,916	13,679	11,256	16,241	16,161
	(うち資本費繰入収益)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(3) 特別利益	10,294	19,000	10,000	14,816	16,232	5,000	5,000	216	0
	(うち他会計繰入金)	10,294	19,000	10,000	14,816	15,000	5,000	5,000	216	0
総費用		471,315	444,263	460,074	459,149	511,086	550,598	527,460	511,350	518,286
	2 経常費用	471,315	444,263	460,074	459,149	497,020	550,598	527,460	511,350	517,696
	(1) 医業費用	465,976	440,579	456,772	450,683	483,508	525,585	508,189	500,621	508,040
	①職員給与費	240,406	238,319	239,520	239,719	251,176	264,792	277,570	292,544	296,067
	②材料費	64,727	47,538	45,261	68,006	84,819	95,392	67,367	41,446	40,373
	(うち薬品費)	32,883	23,452	21,117	39,577	54,565	64,771	37,536	20,331	19,059
	(うち薬品以外の医療材料費)	27,027	19,916	19,779	24,692	25,781	25,930	25,693	17,330	17,825
	③減価償却費	27,041	28,456	29,090	27,481	25,895	27,617	25,736	33,024	35,929
	④経費	124,676	120,782	120,194	114,223	118,351	134,895	135,246	131,190	133,250
	(うち委託料)	24,725	23,300	23,932	19,586	21,808	21,569	19,216	16,453	16,741
	⑤研究研修費	1,998	951	1,088	1,224	1,462	1,559	1,757	1,838	1,831
	⑥資産減耗費	7,128	4,533	21,619	30	1,805	1,330	513	579	590
	(2) 医業外費用	5,339	3,684	3,302	8,466	13,512	25,013	19,271	10,729	9,656
	(うち支払利息)	3,170	2,482	1,801	1,224	1,062	838	881	836	745
	(3) 特別損失	0	0	0	0	14,066	0	0	0	590
損益	経常損益	1	1	0	0	12,834	0	0	0	590
	純損益	10,295	19,001	10,000	14,816	15,000	5,000	5,000	216	0
累積欠損金		268,001	249,000	239,000	224,184	209,184	204,184	199,184	198,968	198,968
経常収支比率		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.24%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
医業収支比率		67.6%	57.7%	56.5%	66.4%	68.6%	63.2%	52.9%	45.2%	44.1%
他会計繰入金対経常収益比率		38.8%	49.9%	49.8%	41.0%	37.6%	42.3%	52.0%	57.5%	57.9%
他会計繰入金対医業収益比率		58.1%	87.4%	88.8%	62.9%	57.9%	70.1%	102.0%	129.9%	134.0%
他会計繰入金対総収益比率		38.0%	47.9%	48.7%	39.7%	36.5%	41.9%	51.5%	57.5%	57.9%
実質収益対経常費用比率		63.4%	54.3%	52.4%	62.3%	67.2%	58.6%	49.0%	42.5%	42.2%
実質純損益		-175,872	-206,582	-222,875	-176,904	-179,751	-232,370	-274,374	-300,800	-304,853

【経営指標】

項目	H22決算額	H23決算額	H24決算額	H25決算額	H26決算額	H27決算額	H28決算額	H29決算額	H30決算額
実質医業利益率	-58.3%	-88.4%	-89.9%	-61.8%	-55.8%	-68.4%	-101.7%	-136.2%	-142.1%
実質経常利益率	-66.0%	-104.5%	-103.6%	-72.1%	-61.4%	-79.6%	-119.0%	-156.5%	-160.2%
材料費比率	34.6%	32.9%	29.5%	40.5%	46.7%	53.7%	44.7%	32.1%	31.3%
うち、材料比率	22.9%	22.0%	20.1%	25.6%	28.4%	32.0%	28.7%	21.6%	21.3%
うち、薬剤費比率	11.7%	10.9%	9.4%	14.9%	18.3%	21.7%	16.0%	10.6%	10.0%
人件費比率	85.2%	110.4%	106.5%	90.2%	84.1%	88.8%	118.3%	152.1%	155.9%
委託費比率	8.8%	10.8%	10.6%	7.4%	7.3%	7.2%	8.2%	8.6%	8.8%
減価償却費比率	9.6%	13.2%	12.9%	10.3%	8.7%	9.3%	11.0%	17.2%	18.9%
経費率	44.2%	55.9%	53.5%	43.0%	39.6%	45.2%	57.6%	68.2%	70.2%

【参考】厚生労働省医療経済実態調査、TKO医療経営指標を基にした健全経営病院の平均対収益比率

給与費：55%程度
 材料費：20%～25%
 委託費：5%程度
 設備費：10%程度
 経費：5%～7%

資料：総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」（平成22年度～平成29年度）
 平成30年度中頓別町国民健康保険病院事業会計決算説明資料（平成30年度）

3) 経営分析と行財政への影響

次に、国保病院提供資料に基づき経営分析と行財政への影響を分析した。中頓別町国民健康保険病院から提供された資料は、以下のとおりである。

図表Ⅲ-4-10 中頓別町国民健康保険病院からの提供資料 一覧

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 北海道厚生局定期病院報告（例年 7 月提出）2. 施設基準届出書及び許可証3. 部門別人件費に係る資料（給与台帳または支給控除一覧表）4. 病院平面図（可能であれば廊下幅、室面積が計上されているもの）5. 救急車活動記録票（写し）6. 採用医薬品リスト7. 医薬品費、材料費の卸別実績または請求書写し8. 償却資産台帳、リース物件台帳 <p>その他、各種医事統計など</p> |
|---|

分析結果に基づく、医業経営コンサルタントの見解は以下のとおりである。

①決算報告、医事統計等に基づく分析

- ・最も注目すべきは病床利用率の顕著な低下であり（図表Ⅲ-4-6）、例年の大幅な実質赤字の最大の要因となっている。当院が持つ医療機能や圏域の人口推移を考慮すると、今後の病床利用率回復は極めて困難といえる。
- ・入院患者 1 日あたり単価については、15 対 1 看護の全国平均と比すると上回ってはいるものの、厚生労働省が想定する急性期病院の平均医療資源投入量とは大きな乖離があり、当院の患者層を鑑みると単価増も難しい。

②部門別人件費に関する所見

- ・直近平成 30 年度決算では、実質人件費 155.9%（図表Ⅲ-4-9）で原価割れの状態であり、労働生産性の著しい低下がみられる。令和元年 10 月より常勤医師 1 名増員とのことであるが、これまでの同院受療状況からみて早期の改善は極めて困難であると考ええる。

③採用医薬品リストに関する所見

- ・地域的にやむを得ない事情も勘案できるが、全体的に医薬品の値引き率は低い。
- ・採用医薬品のジェネリックへの移行について検討の余地があると考ええる。ただし、地域的にジェネリックの流通量が少ない可能性もある。
- ・明らかにレセプト請求がない（使用していない）採用品も多く、在庫管理の徹底、採用医薬品の絞り込みが必要であると考ええる。

④医薬品、材料費購入使用実績に関する所見

- ・直近平成 30 年度決算では、医薬品費等を含む材料費 31.3%（図表Ⅲ-4-9）と医療経営指標より若干高く推移している。同院の患者層が他科に比して材料費が少ないはずの一般内科メインであることを考慮すると、さらに絞り込みが可能であると考ええる。

⑤固定資産、リース資産リストに関する所見

- ・各種診断機器の保有状況とレセプト内容を突合すると、使用頻度が低い機器が多くあることが推察され、結果として機器設備に関する過剰投資となっていると思われる。

⑥全体を通じて

- ・前項より、今後の同院存続のためには現状以上の他会計繰入金、補助金等の手当が必要となってくることが予想される。
- ・その一方で、現時点で外来は一定の患者数を維持していることから、入院医療に関して町外その他医療機関において受け入れ可能であれば、同院のダウンサイジングを考慮する時期に来ているものと思料する。
- ・一般論でいえば、ダウンサイジングの検討に際しては、発生する余剰人員を活かすためにも、現状の訪問看護やデイケアなどの在宅医療部門の体制強化を図りたい。
- ・当該管区は医療過疎が顕著であり、山間へき地などの広域分散型集落という地域性も相まって、在宅医療が進んでいないという現状がある。
- ・同院は看護師、コメディカルなどの医療従事者をある程度確保できており、近隣自治体の他医療機関との人材交流を含めた連携体制を構築して、地域住民の在宅医療に対する理解を深め、「一般外来＋在宅医療」を強みとした地域密着型の医療機関を目指すことは十分に考えられる。
- ・ただし、問題となるのは対象患者数もさることながら在宅医療提供のための移動距離であり、都市部における在宅医療の実施状況とは効率性において劣ることが明らかである。現状よりも経費圧縮が可能であるか否か、慎重に検討する必要があると考える。

（３）医療を提供する人材確保の課題

現在のところ、医療関連職員は全員正規職員で、派遣はいない。医師は１人であり、年齢も５０歳代後半であることから、後継の人材の意味も含めて確保することが急務と言える。緊急に必要なとなっているのが薬剤師である。看護師は平均年齢も比較的低く、今後、バージョンアップに伴う機能強化に対し、意欲の向上につながることを期待される。

なお、町内には、歯科診療所が１カ所あり、歯科衛生士を置かず、医師一人で診療している。医師も高齢になっており、後継者の有無は不明である。

図表Ⅲ-4-11 病院職員の平均年齢

職種	人数	平均年齢
医師	１人	５０歳代後半
看護師	１４人	４５．１歳
准看護師	６人	４８．８歳
薬剤師	１人	６０歳代前半
検査技師	１人	４０歳代後半
放射線技師	１人	５０歳代後半
管理栄養士	１人	３０歳代前半
理学療法士	１人	４０歳代後半
作業療法士	１人	５０歳代後半

資料：中頓別町国保病院職員名簿（令和２年３月１日現在）

※人数が１人の職種の平均年齢は年代で記入している。

【2】運営形態等の検討

国保病院のダウンサイジングに向けた病床数と病床機能及び運営形態の組み合わせにより、実現可能な選択肢を検討した（図表Ⅲ-4-12）。その結果、介護医療院（有床診療所併設）、診療所（～19床）、診療所（無床）のみ可能性があると考えられた。

介護医療院（有床診療所併設）の場合は、特養の機能とのすみわけを整理する必要があるという新たな課題がある。

診療所（～19床）の場合は、一定数の人員削減が可能である（病棟看護配置が10人、7人、4人、1人以上の4種類で算定）。薬剤師は必須ではない。現施設の建て替えの時期、費用の算出と捻出が必要となる。現施設を使用する場合、屋上防水の補修、ボイラーの取替えが必要となる。

診療所（無床）の場合は、大幅な人員削減が可能となる。また、救急告示診療所とする場合は、病床の確保、夜間の医師、看護師の確保が必要となる。更に、緊急の町外入院先の確保、建て替えの検討が必要となる。

なお、医療機関廃止の場合は、緊急入院・通院先の確保、及び特養嘱託医・学校医等協力医療機関との契約が必要となる。

図表Ⅲ-4-12 国保病院のダウンサイジングに向けた選択肢の検討

今後の体系	町直営	指定管理	独法化	広域
病院 （50床）－現状	× 財政逼迫、ニーズに対応せず	× 受ける民間法人がない	× コスト構造は同じ	× 受けられる自治体はない
病院 （20床～49床）	× 上記同様。	× 上記同様。	× 上記同様。	× 上記同様。
病院（20床）※	× 特別入院基本料の場合、収支が成り立たない。	× 上記同様。	× 特別入院基本料の場合、収支が成り立たない。	× 上記同様。
介護医療院 （有床診療所併設）	△ 可能だが、高水準の稼働率見込みが必須。	△ 前例はないが可能。高水準の稼働率見込みが必須。	△ 可能だが、独法のメリットは活かしにくい。	△ 介護ベッドを有しない自治体となれば検討の余地はある。
診療所 （～19床）	△ 現状よりも支出削減が見込めるが、現状の稼働率では大幅な赤字体質は継続する。	△ 可能ではあるが、大幅な赤字補填を町が保証しない限り受ける民間法人はない。	△ 可能ではあるが、独自営業で稼働率を最大限に上げていく必要がある。	× 小規模で医療機能が制限され、広域にする意義がない。
診療所 （無床）	○ 黒字化は困難でも赤字は大幅に解消できるため、町直営の中では現実的。	○ 町の補填は必要であるが、民間法人の経営ノウハウで経営改善が期待できる。	△ 可能ではあるが、初期投資をカバーできる収入スケールがない。	× 同上

※病院（20床）のケースについては、15対1に満たない「特別入院基本料」場合で検討した。

【3】ダウンサイジングとバージョンアップの方向性の検討

（１）中頓別町の医療機能に関する現状認識

町民が中頓別町に住み続けることを断念する最も大きな要素は、「ターミナルケア」と「救急対応」にあるとの問題認識を踏まえ、国保病院がダウンサイジングした場合の検討課題として、「急性期対応」、「ターミナルケア」、「救急対応」、及び「有床診療所の場合の必要医師数」の４つの論点を整理、確認した。

①急性期対応

急性期疾患の場合、子供、若年層は、直接、町外の医療機関を受診する傾向がある。

現状の受療動向を踏まえると、中頓別町に病床がなくても、浜頓別町の医療機関へつなぐ等、ある程度対応が可能であるが、例えば、在宅復帰の前にリハビリを必要とするケースについては検討が必要である。

②ターミナルケア

国保病院の医師が福祉施設に往診しているが、現状において、特養でターミナルケアは難しい。特養入所者が胃ろうになった場合、人数的な制約があり、特養で受け入れられず、国保病院に入院することになる。

なお、現在、特養には 7～8 人ほど経管栄養・胃ろうの入所者がいる。経管栄養になると看護職員が食事の世話をするため、一部屋（多床室）に集めている。現状では、4 人部屋が 2 室あるため、4 人か 8 人で納めたいとの施設側の意向がある。

③救急対応

＜一時的入院＞

年間で救急搬送は 40 件程度である。救急搬送先の医療機関が患者を受け入れられない場合、国保病院で一時的に入院させる必要がある。

例えば、満床等により翌日、翌々日の受け入れになる場合や土日は転送を受けない場合等が想定される。

＜無床診療所になった場合の夜間対応＞

住民の理解・納得を得るためには、無床でも外来は 24 時間対応することが前提となる。また、オンコール体制を取るとともに、住民への啓発（医者のかかり方）も必要となる。

④有床診療所の場合の必要医師数

現在、医師 1 人 1 日当たり入院患者数は 13 人程度が最大（19 床で換算すると医師 1.34 人）であり、有床（最大 19 床）の場合、救急対応を踏まえると、医師 1 人の体制では難しい。

仮に、医師 2 人体制として 19 床フル稼働すれば、現状よりも費用が縮小されるが、実現可能性については更に検討が必要である。

（２）介護医療院への転換を想定した場合の論点整理

急性期疾患については、現在も近隣自治体にある医療機関にかかっている住民が多く、また、将来的には救急についても近隣医療機関に依頼することで近隣の医療機関も患者数を確保することが考えられる。その上で中頓別町に求められるのは、看取りケア患者や慢性疾患患者、特養からの急性疾患の入院患者への対応であると言える。

現在も、特養で対応しきれない医療的ケアを必要とする胃ろう造設の高齢者や、入院中の患者数から、介護医療院に転換した場合、10名以上の患者がいることから、選択肢として検討することとした。介護医療院については、事例も少なく、今後さらに検討を進めることが必要と言えるが、まずそのイメージを以下のように共有した。

図表Ⅲ-4-13 （参考）介護医療院のイメージ

- 介護医療院は、医療保険ではなく介護保険の適用となる。同じ建物に医師がいることが特養との差別化になる。
- 同一の建物の中で、診療所（医療保険）と介護医療院（介護保険）にそれぞれ必要な病床数を分けることができる。
- 例えば、今ある 50 床分のスペースに仕切りをして、19 床（必ずしも 19 床でなくても良い）を診療所分として確保し、そのほかの病床を介護医療院とする併設型が可能である。
- 廊下幅や部屋の広さが変わってくるので、入院というよりも生活の場に近い形といえる。
- 無床診療所と介護医療院の併設も可能である。
- ※幌加内町では無床診療所化とともに開設した特養において、町独自に要介護認定を受けていなくても入れるベッドを 2 床用意した（1 泊自己負担 3 千円、町負担 7 千円で利用できる）。旭川の病院から退院し、ワンクッション置きたい患者の受け皿となっている。ただし、幌加内町の特養にあるベッドは町独自のもので宿泊施設と同じ扱いである。医療は提供できないため、できるとしたら往診のみとなる。
- 一般病床から転換する場合、単価が落ちてしまうデメリットはあるが、現状よりはベッドの稼働率は上がりやすくなる。また、職員の問題があるが、現在の人数だと、介護医療院の中でも単価が高いⅠ型が可能である。
- 利用者の医療ニーズと看護師配置を考えれば、Ⅰ型になる可能性がある。

※介護医療院Ⅰ型・Ⅱ型

介護医療院は介護医療院Ⅰ型・Ⅱ型の 2 つの形態があり、Ⅰ型は、比較的重度の要介護者に対して医療ケアを提供する介護療養病床に、Ⅱ型は入居者の家庭復帰をリハビリなどでサポートする介護老人保健施設に相当する。

	介護医療院Ⅰ	介護医療院Ⅱ
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者および身体合併症を有する認知症高齢者等	Ⅰに比べて容体は比較的安定した者
施設基準(人員配置)	介護療養病床相当	老健相当
居住面積	老健施設相当 (8.0 ㎡/床)	

一方、課題として以下のようなことがあげられた。

介護保険制度の適用	○介護保険料への跳ね返りを検討する必要 ○特養とのすみわけ、特養の入所定員数の見直しも必要
診療所と介護医療院が併設される場合の医師及び看護師の兼務の可能性	○無床診療所と介護医療院が併設される場合であっても、別の医療機関の扱いになり、基本的には別の医療機関の届け出になる。また、医師も双方に必要となる。 ○医師が兼務できなければ運営が厳しくなる。へき地の特例措置が認可される可能性はある（道内に実例がある）。 ○医師などの人員基準の特定が認められない場合は、小規模併設型介護医療院を検討することも可能である。

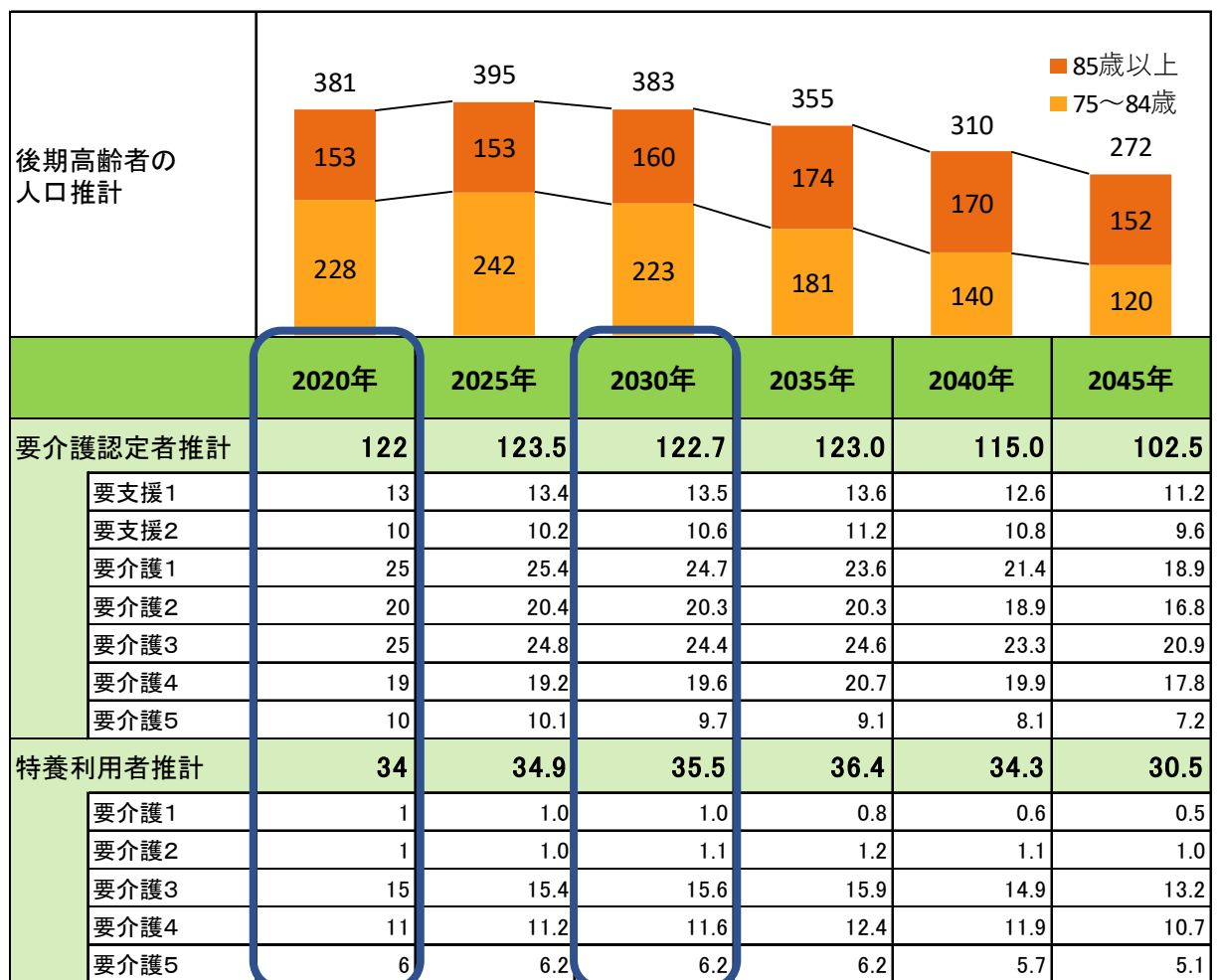
（３）２段階による病院機能の転換とバージョンアップの方策

中頓別町の人口推計によれば、75 歳以上人口は、2030 年をピークに減少に転じるが、そのうち 85 歳以上人口については暫く微増が続く。こうした高齢者の年齢構造を反映して、要介護認定者数の将来推計では、相対的に医療的処置を必要とする要介護 3 以上の絶対数が現状とほぼ同水準で推移するものと予想される。

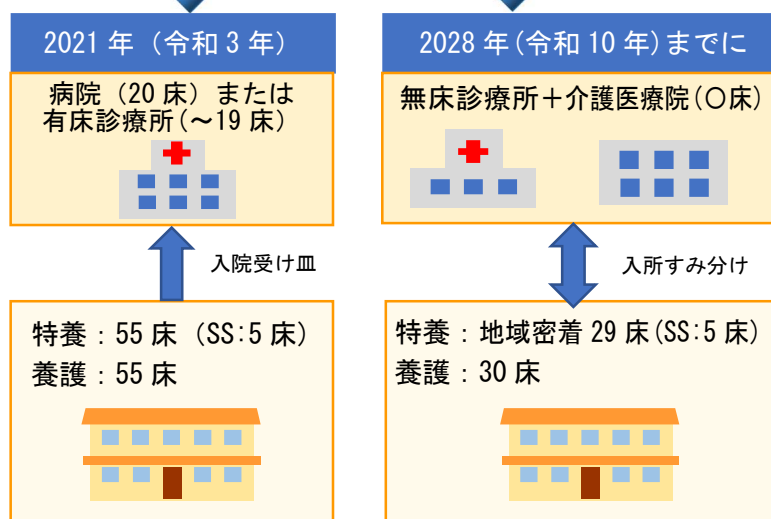
仮に、病院を有床診療所に転換した場合、急性期の入院は可能であるが、長期の療養が必要な患者は、町外の医療機関へ転院する必要がある（無床診療所の場合も同様）。また、町内の特別養護老人ホームの受け入れ体制の現状を前提とした場合、医療的処置を必要とする重度の入所は町外へ転出せざるを得ない。

こうした状況を踏まえると、国保病院のダウンサイジングの手順として、第一段階として、病院の減床（20 床）または有床診療所（～19 床）へ転換する（当面の数年間を想定）。第二段階として、現在の特別養護老人ホームのベッド数も将来的に削減される可能性を見据え、医療的処置を必要とする重度の人も入所できる診療所併設型の介護医療院への転換を検討する必要がある。

図表Ⅲ-4-14 中頓別町の後期高齢者、要介護認定者、特養利用者の将来推計



※2020年の要介護認定者数と特養利用者数は2月1日現在の人数
 ※特養利用者は中頓別町民のみの人数（他自治体の利用者は除く）
 ※要介護認定者の推計は、2020年の「75～84歳」「85歳以上」の各年代の高齢者に占める認定者の出現率をもとに推計



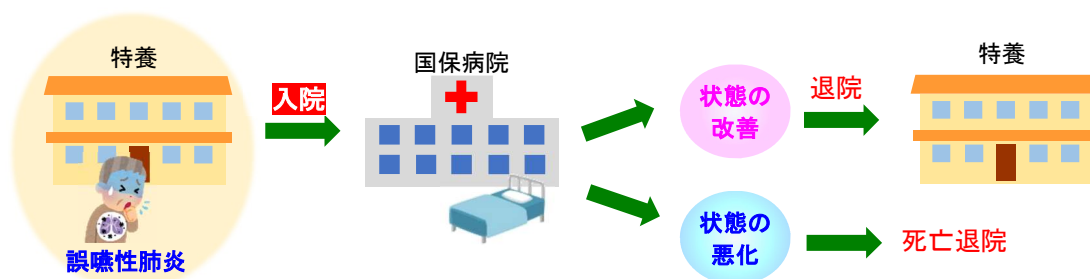
（４）中頓別町国保病院のダウンサイジングに伴う入院医療への影響の検討

現在の中頓別町国民健康保険病院における入院の典型的なケースについては、大きく 6 つのケースに分類できる（第 3 回勉強会における病院事務長の報告より）。

図表Ⅲ-4-15 入院の典型的なケース

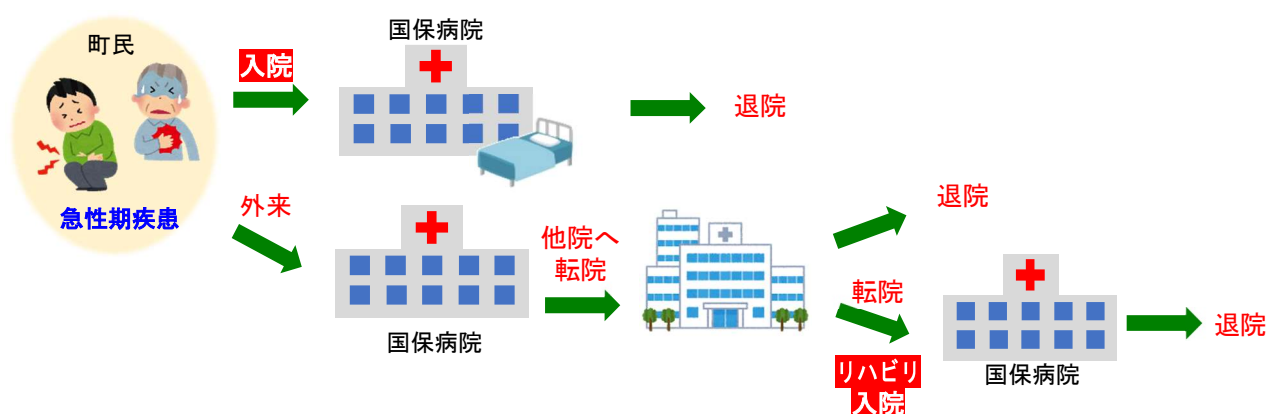
ケース 1 特養からの誤嚥性肺炎等

- ・ 特養から誤嚥性肺炎等で入退院を繰り返す場合が多い。



ケース 2 急性期疾患

- ・ 若い人を中心とした急性期疾患は多種多様。他院へ転院する場合や、リハビリで国保病院に戻る場合もある。



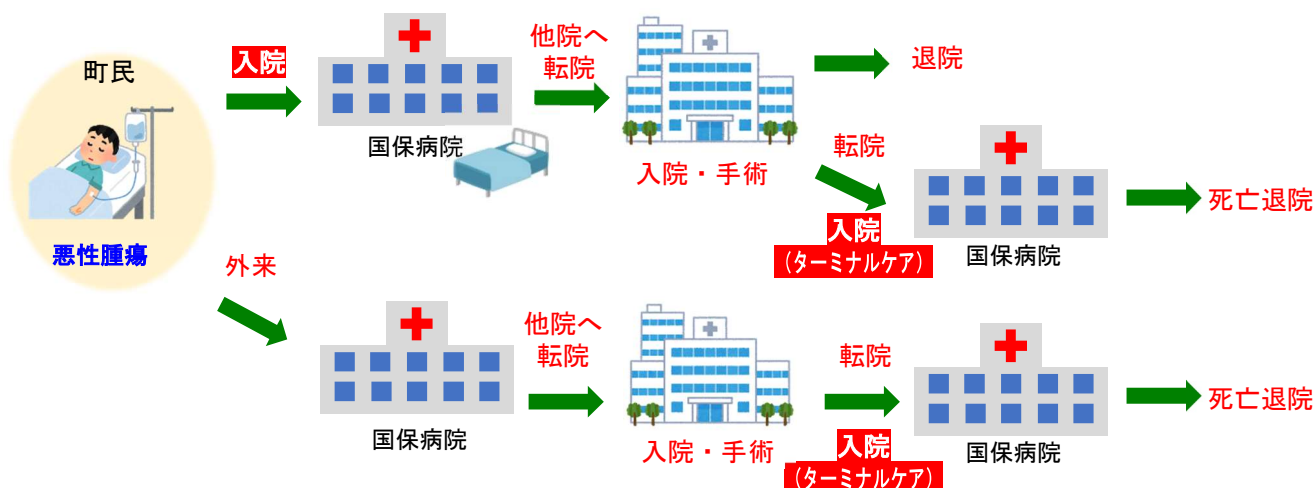
ケース 3 骨折

- ・ 国保病院で整形外科の手術ができないため、名寄市立病院等、他院へ転院。リハビリのため国保病院に戻る場合もある。



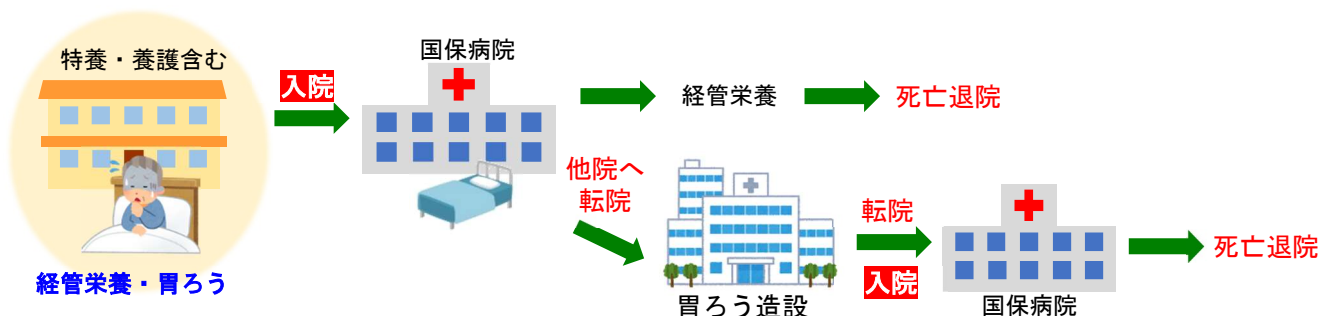
ケース4 悪性腫瘍

- ・旭川医大など大きな病院に転院して手術・入院。
- ・国保病院では手術後の療養もしくは手術不可能なターミナルケアを受け入れる場合もある。自宅が国保病院で看取りを行う。



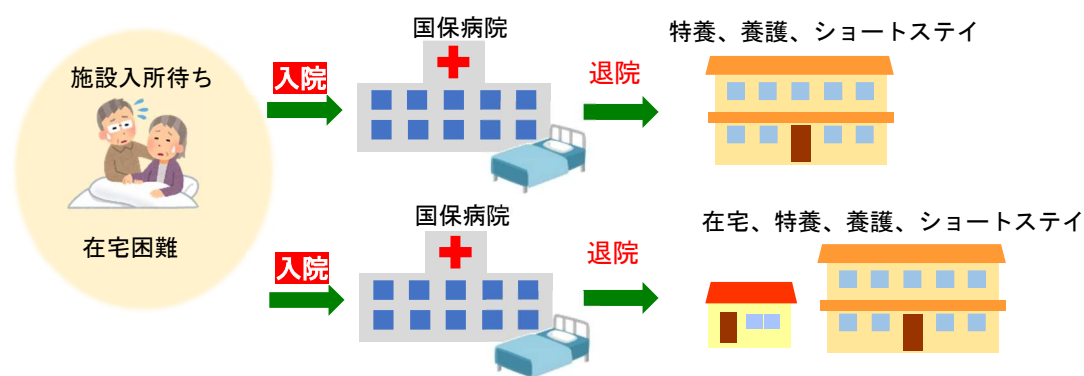
ケース5 特養・養護からの経管栄養・胃ろう

- ・胃ろうは他の病院で手術後、国保病院に入院するが、退院先がないため、経管栄養をした場合は国保病院で最期まで看取ることになる（常に一定数いる）。



ケース6 入所待ち・在宅困難

- ・施設入所待ちで在宅での介護が困難な場合の入所までの社会的入院や、在宅での生活が不安な場合のレスパイト的な役割としての入院。



現状（50床の国保病院）から、ダウンサイジングした場合に想定される住民への影響について検討した。

ケース 1	特養からの誤嚥性肺炎等		
ケース 5	特養・養護からの経管栄養・胃ろう	誤嚥性肺炎	経管栄養・胃ろう
○有床診療所に入院し、回復後、特別養護老人ホームへ戻る。 （特養のキャパシティとの兼ね合い）。 ○診療所併設型介護医療院となった場合は、介護医療院に入院（看取りまで対応）。			

【論点】

<特養のバージョンアップ：口腔ケア等>

- 要介護度が低い特養の入所者に対し ST（言語聴覚士）が嚥下訓練をすることで、介護予防効果が高くなる。
- また、嚥下の問題と口腔内を清潔にする問題を別個に考え、歯科衛生士を配置している特養や、入れ歯の管理等を歯科衛生士が行っている事例がある。
- 夕張市の介護施設では、入所者全員に口腔ケアを行ない、肺炎球菌ワクチン、インフルエンザワクチンを接種したところ、誤嚥性肺炎は3年間で2人のみとなっている。

<介護医療院：ターミナルとリハビリに特化>

- 高齢者が肺炎を繰り返さないよう、呼吸器のリハビリ（痰を自力で出す訓練や腹式呼吸の練習等）を行うだけでも十分効果が見込める。
- 呼吸器リハビリを実施している介護施設は非常に少ないため、町内及び近隣住民に対する訴求力は大きいと考えられる。

ケース 2	急性期疾患		
ケース 3	骨折	急性期疾患	骨折
○入院・リハビリが必要な場合は、浜頓別病院に入院。 ○要介護状態の場合は、ケアマネジャーが退院カンファレンスに出席。 ⇒①特養入所、②在宅サービス利用により自宅へ、③まちなか住まいに住替え ※救急車は、浜頓別に向かうか、名寄に向かうかを判断。			

【論点】

- 町外の医療機関に入院してリハビリを行う場合、高齢者は入院が長期化するため、一定期間の入院後、中頓別町に戻ることが多い。
- リハビリを浜頓別町に任せ、中頓別町に帰ってきてからデイケアをやるというすみ分けが考えられる。
- デイケアもデイサービスも一番ニーズが多いのは「歩かせてくれること」である。特にケース3（骨折）の場合、ほとんどの高齢者に該当するため、PTだけでなく介護職員も介助に付いて歩く時間を増やすことが重要となる。
- また、歩くこと以外にも、利用者や家族、住民から要望を吸い上げ、例えば「認知症予防」「栄養」「口腔機能」など、特化したプログラムを導入することも考えられる。

ケース4 悪性腫瘍



- 名寄など町外の医療機関に入院。
- ※家族の看護の通院が負担（一定額を上限に補助を出すか）

＜末期・積極治療をしない場合＞

- 有床診療所に入院。
- 診療所併設型介護医療院となった場合は、要介護認定後、介護医療院に入院。
 - ※65歳未満のベッドを特別枠で設けるか。
- 在宅希望者は、在宅での看取り（1週間～10日）
 - ⇒担当：訪問看護・ホームヘルパー・ケアマネジャー＋医師

【論点】

- 町外の医療機関に入院した場合、家族が看護のために通院する際の負担をどのように軽減するかが課題となる。
- ケース4（悪性腫瘍）の様に、町外の病院に入院し、病状が落ち着いた段階で介護医療院で看取る、あるいは家に帰って看取るケースは今後増加が見込まれる。
- ターミナルケアは在宅・訪問看護が必要であるが、中頓別町においては、在宅医療に対する理解を深め、在宅医療を活用する文化をつくるところから始める必要がある。
- 訪問看護ステーションは、24時間対応ではないので、在宅で看取りをする場合、「朝、検視に行くので待ってください」ということもあり得る。
- 無床診療所併設の介護医療院となった場合、65歳未満のベッドを特別枠で設けるのか。
- 無床診療所となった場合、在宅介護サービスの提供時間が一律9時～5時で終わる体制を脱却しなければならない。



ケース6 入所待ち・在宅困難

- 施設入所待ちの受け皿にはなれない。
 - ⇒養護老人ホームや住まい、在宅支援によって、入所待ちの状態をつくる。

【論点】

＜独居老人対策＞

- 現在、町内には、独居世帯が約100世帯、高齢夫婦世帯が約100世帯いる。
- 高齢者が退院後、在宅生活が難しくなった。独居の高齢者や高齢夫婦で妻の入所により夫が一人で生活できなくなった等、高齢者の医療、介護、福祉サービスの利用の仕方、住まい方等が大きな課題となる。
- 入所待ち・在宅困難を理由に入院するケースとしては、レスパイト対策としての入院／入所待ちでショートステイも使えない場合の入院／重度の認知症の人の入所待ちとしての入院／要介護認定の審査結果待ちの居場所としての入院／冬期間だけの入院などが想定される。

（５）バージョンアップに向けた検討

ダウンサイジングの影響を相殺し、かつ、バージョンアップするために必要な要素について検討した。

１）基本的な考え方

中長期的な方向性として、無床化に伴う問題（特にターミナルケア）を解決して、全体としては医療機能の向上を実現できることを示す必要がある。

バージョンアップは医療だけでなく、予防や健康づくり、ICT の活用などを想定した絵を描いて、運営形態、病床数などを含め、現実的な落としどころについて検討し、関係者及び町民の理解と協力を得る。

２）バージョンアップのアピール方法

①新たな医療・介護・福祉体制の構築

住民が理解・納得し、安心してもらうことを最優先に検討するとともに、検討結果については、「新たな医療・介護・福祉体制」として、新たなサービスの展開を含めたバージョンアップであることをアピールする必要がある。

②かかりつけ医・在宅医療の充実

「かかりつけ医」の存在が重要である。実施体制によるが、医師を確保して、在宅医療を充実するのが、バージョンアップのポイントとなる。

３）バージョンアップのための要素

予防医療、検診などを中核に据え、地元の人が町内の医療機関を利用できる仕組みをつくる。予防医療に力を入れたバージョンアップには、大きな設備投資が不要であり、住民の理解も得やすいと考えられる。

①若い世代の健康維持

若い世代の健康維持として、糖尿病外来、痛風外来などの特殊外来が考えられる。例えば、3 か月に 1 回、尿酸値が気になる人を対象にワンコイン検診を行い、異常値なら外来に来てもらう等、工夫の余地があると考えられる。

②町民の健康診断、各種検診

現在、中頓別町の健康診断は日本赤十字社が実施する移動式であり、診断結果に 2 か月かかる。今後、町職員の健康診断も含め、国保病院で実施することも検討に加えた。

検診の充実によって、CT の稼働率を上げてランニングコスト分をカバーすることも可能と考えられる。例えば、メタボリック検診で、脂肪の厚みや血液検査をセットですること、医師が検診する手間も軽減可能である。

③通所系サービス

通所系サービスについては、現在、通所リハの利用が少ない状況にある。

今後、検討するサービスメニューについては、利用者の利便性、事業の採算性確保などの観点から、例えば、新しいタイプのマシン型（レッドコード等）のリハビリ導入に際して、デイサービス、デイケア、フィットネスなど機能統合型の施設で実施することが望ましい。

④ICT活用

中頓別町においては、2年後を目途に農村部に光回線を導入する方向で検討している。ICTの活用例として、例えば、全世帯に Skype をつなぎ、遠隔医療を目指すことも考えられる。

【論点】

<「3）バージョンアップのための要素」について>

- 国保病院にかかったことがない、他市町村の医療機関にかかっている、といった未受診者にもアプローチするシステムを検討する必要がある。
- ダウンサイジングによる「救急時にどうすればいいのか？」という不安に対し、町と住民が一体となって健康を守る（例えば、生活習慣病が原因の救急搬送を減少させる等）といったバージョンアップの流れをつくることも必要である。
- 例えば、健康と予防医療（若い人たちも集う場、フレイル対策、障害者の雇用）、体力測定会、運動を兼ねた町内美化活動、世代間交流を兼ねたスポーツイベント（三世代ゲートボールなど）、禁煙外来、宗谷の食材を活かした健康料理教室など、が考えられる。

<国保病院の健康診断について>

- 国保病院では、日帰り人間ドックや企業健診は国保病院で行っている。教員、消防署、企業などが利用しており、春と秋に集中する。最近、近隣自治体からの利用が増えてきている。
- 外来患者のピークである午前に健診を行うと、1日最大3人までしか受け入れられないため、大きな企業だと半月かけて実施している。
- 血糖値や中性脂肪等、食事の影響が出る検査項目が多いため、空腹時の検査になるため、午前中に検査が集中する。
- 人員配置や医療機材（例えば、レントゲンは1台）等の制約があるため、検査の実施方法を考える必要がある。
- 今後、健診を午後に実施する方法についても検討の余地がある。

例1：朝食は7時までに済ませていただく（その際は卵や乳製品を控える）、終了後に軽食をサービスするなど

例2：町民の健康づくり意識を高めるため、国保病院を予約制にする

- ・具合が悪いときだけではなく、定期的に受診する習慣を持ってもらう
- ・受診した日に再診の予約を取り、薬が残っていても症状が軽減していても受診する

（６）次のステップに向けた検討事項

有床診療所併設の介護医療院については、まちづくりの次のステップへの「つなぎ」としての位置付けであると考えられる。医療体制の議論を先行させて、福祉サイドの動きがとれないといった状況にならないよう、医療介護、福祉等をトータルで考え、合理的な仕組みを構築する必要がある。

１）コンパクトなまちづくり

コンパクトなまちづくりに向けた取組としては、有料老人ホーム、住まい系を一体的に整備していくことを検討する必要がある。主要な施設や拠点を集約せずに建設すると、入院患者や町民が不便さを感じることになる。

２）運営形態

例えば、一旦直営にした上で、次の展開を考えることもあり得る。運営形態として、直営が良いのか、指定管理が良いのか、あるいは、大きな改革に関わってくれる医療法人があれば、独立行政法人の可能性についても検討する。

ただし、独立行政法人の場合は、ノウハウを持つ医療機関のバックアップが不可欠な要素となると思われる。

３）病院職員の処遇

診療所、介護医療院、特養、在宅医療等、職員の意向等に配慮し、人的資源の最適な配置を検討する必要がある。

上記の検討を踏まえ、現在の国保病院の入院ケースに対して、ダウンサイジングとバージョンアップを行うことで「令和 3 年から」と「令和 10 年まで」の段階的にどのように対応していくかを整理したのが図表Ⅲ-4-16 である。

また、医療・介護・福祉のロードマップ（案）が図表Ⅲ-4-17、「医療・介護」「健康」「居場所」「住まい」など町全体の機能の整備について、令和 10 年までに目指す姿のイメージは p 72 の通りである。

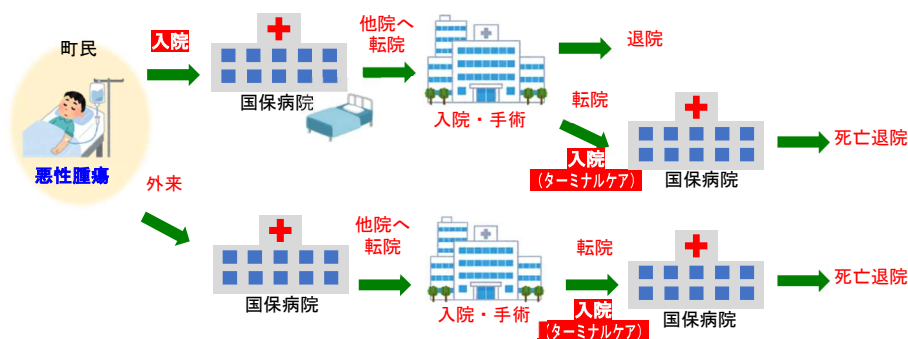
図表Ⅲ-4-16 入院ケースへの対応（案）

現 在	令和３年から	令和１０年までに
医療機関 ・ 国保病院（50 床）：常勤医師 1 人	・ 有床診療所（19 床）：医師 1.5～2 名	・ 無床診療所＋介護医療院（20 床）：医師 2 名 ・ 介護医療院に高齢者のリハビリ機能
医療系サービス ・ 訪問看護	・ 訪問看護 ・ PT・OT によるデイケア、総合事業、健康増進 ・ 居宅ケアマネの配置（R2～）	・ 訪問看護 ・ PT・OT によるデイケア、総合事業、健康増進 ・ 居宅ケアマネ
バージョンアップ		
現在の入院ケース	令和３年から	令和１０年までに
ケース２ 急性期疾患 ・ 若い人を中心とした急性期疾患は多種多様。他院へ転院する場合や、リハビリで国保病院に戻る場合もある。 ケース３ 骨折 ・ 国保病院で整形外科の手術ができないため、名寄市立病院等、他院へ転院。リハビリのため国保病院に戻る場合もある。	入院・急性期から回復期リハビリが必要な場合は、浜頓別病院に入院（中頓別との役割分担） 若い人のリハ入院、リハ通院は現在もない 要介護状態の場合、ケアマネが退院カンファレンスに出席。 → ①特養入所 → ②在宅サービス利用により自宅へ → ①介護医療院 リハ付き入院 → ②特養入所 → ③まちなか住まいに住み替え → ④在宅サービス利用により自宅へ ※救急隊（車）は、浜頓別に向かうか、名寄に向かうかを判断。	

現在の入院ケース

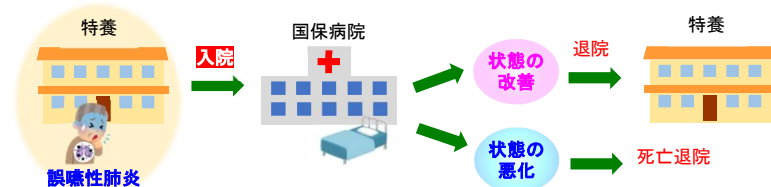
ケース4 悪性腫瘍

- ・旭川医大など大きな病院に転院して手術・入院。
- ・国保病院では手術後の療養もしくは手術不可能なターミナルケアを受け入れる場合もある。自宅か国保病院で看取りを行う。



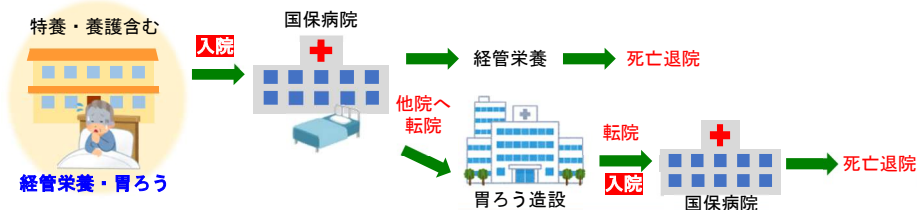
ケース1 特養からの誤嚥性肺炎等

- ・特養から誤嚥性肺炎等で入院を繰り返す場合が多い。



ケース5 特養・養護からの経管栄養・胃ろう

- ・胃ろうは他の病院で手術後、国保病院に入院するが、退院先がないため、経管栄養をした場合は国保病院で最期まで看取ることになる（常に一定数いる）。



令和3年から

令和10年までに

名寄など町外の医療機関に入院

- ・家族の看護の通院が負担 → これは今も同じ
(一定額を上限に補助を出すか)

末期・積極治療をしない場合

有床診療所に入院

要介護認定後 介護医療院に入院

※65歳未満のベッドを特別枠で設けるか。

在宅希望者は在宅※での看取り（1週間～10日）

※地域の住まい含む

担当：訪問看護・ホームヘルパー・ケアマネ+医師

有床診療所に入院

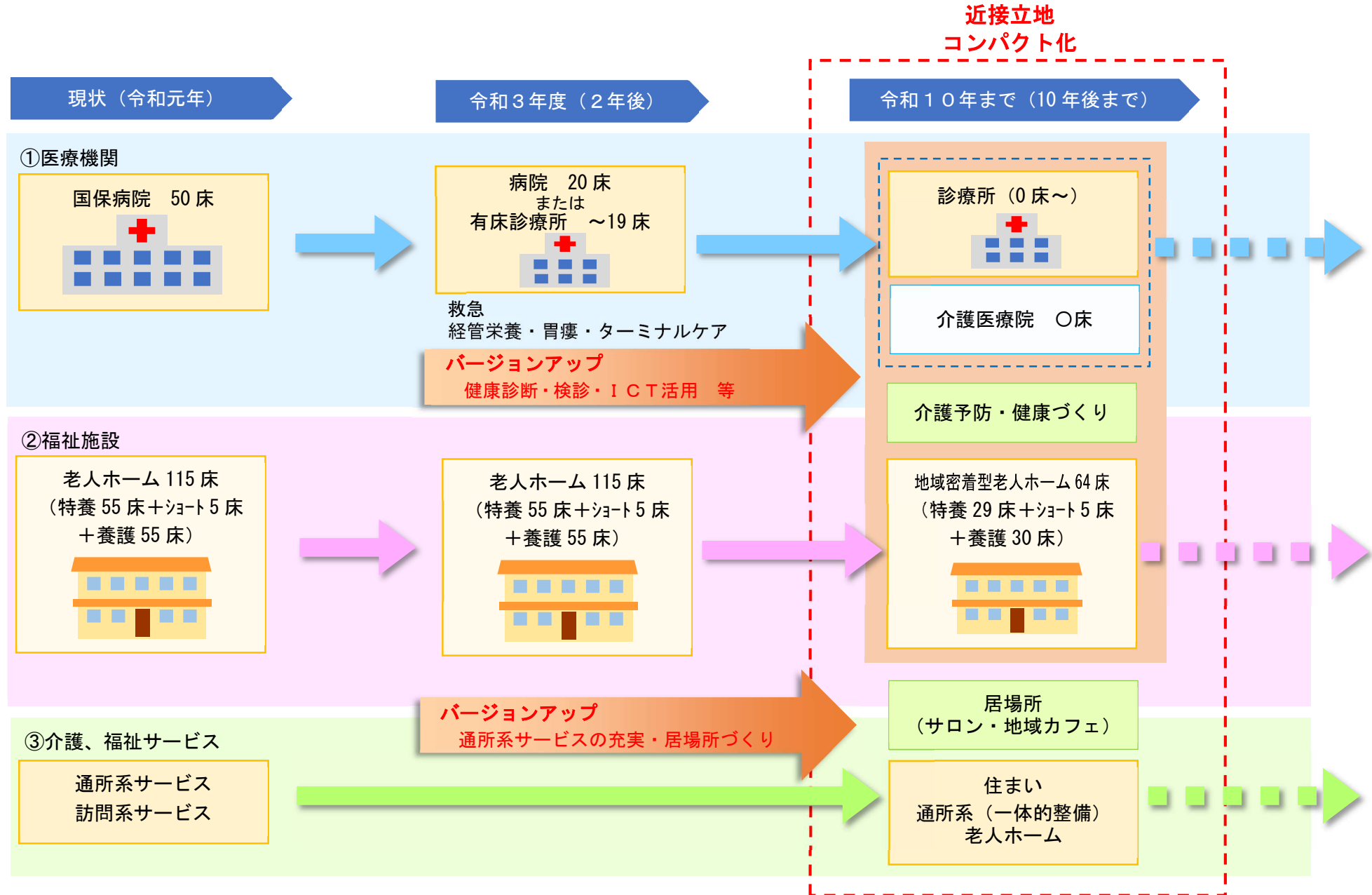
介護医療院に入院（看取り）

特養に戻る

※特養のキャパシティとの兼ね合い

現在の入院ケース	令和 3 年から	令和 1 0 年までに
ケース 6 入所待ち・在宅困難 ・施設入所待ちで在宅での介護が困難な場合の入所までの社会的入院や、在宅での生活が不安な場合のレスパイト的な役割としての入院。 <pre> graph LR A1[施設入所待ち] -- 入院 --> B1[国保病院] B1 -- 退院 --> C1[特養・養護、ショートステイ] A2[在宅困難] -- 入院 --> B2[国保病院] B2 -- 退院 --> C2[在宅、特養・養護、ショートステイ] </pre>	施設入所待ちの受け皿にはなれない 養護や住まい、在宅支援によって入所待ちの状態に対応する ※一時的に入居する住まいのニーズはあるか	

図表Ⅲ-4-17 中頓別町 医療・介護・福祉のロードマップ（案）



令和10年までに目指す姿（機能の整備）（案）



町外の医療機関

入院・リハビリ・救急

連携

近接立地 コンパクト化

医療
・
介護

診療所（0床～19床）

- ・在宅医療・看取り
- ・健診機能の充実
- ・24時間オンコール



介護医療院
（20床）



特別養護老人ホーム
（29床）

【地域密着型】

養護老人ホーム
（30床）

- ・訪問歯科診療
- ・訪問看護



- ・居宅介護支援事業所（ケアマネ）
- ・PT・OTによるデイケア



健康

- ・デイケア・デイサービス
- ・体力増進（ジム）



- ・まちの保健室
- ・シルバーフィットネス・健康体操



居場所

- ・入浴施設
- ・休憩スペース（図書コーナー）



- ・地域カフェ
（主婦のワンデイシェフ・子ども食堂など）



- ・若い人たちも集う場
- ・フレイル対策
- ・障がい者の雇用

住まい
（生活基盤）

- ・まちなかの見守り付き町民住宅（10～15戸）
（民間住宅の借り上げ、建設費補助、家賃補助など）
- ・食・栄養（配食や地域カフェでの食事）
- ・仕事・生きがい



第Ⅳ章

更別村における取組み（フェーズ2）

1 更別村における医療・福祉とまちづくりの連動（フェーズ2）検討の背景

更別村は、平成13年、村と北海道家庭医療学センターとの提携により、総合診療医の派遣を受け、有床診療所（19床）として国民健康保険診療所の開設に至る。平成14年には、高齢者生活支援ハウスのある「福祉の里」に診療所を移設し、医療と福祉の連携強化が図られた。

平成18年、村は、居住によるくつろぎや癒しを提供する「リラックス」、地域とかかわりのある生活を送る「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」の頭文字をとって、「リラクタウン構想」を策定した。「リラクタウン構想」では、診療所や老人保健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ることとし、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「コミニの里」を開設し、施設の近くに宅地造成を進めている。

こうした中、更別村における住民主体型「健康まちづくり」を進め、医療・福祉とまちづくりを連動させていく上で、以下の点において、検討課題があるとしている。

（1）地域包括ケアシステムにおける多職種連携と住民参加

更別村では、医師を中心として地域包括支援センターや社会福祉協議会、介護事業所の職員等の連携が図られ、住民への啓発、子どもへの健康指導なども進んでいる。一方で、農業が中心のまちであることから冬季の運動不足による体重増加がみられ、糖尿病や高血圧の患者の増加が懸念されている。また、高齢者は、要介護になったら施設という意識が強く、在宅で療養する意識が薄い。

将来にわたって地域包括ケアシステムを維持するためには、住民による健康活動や助け合い活動を一層活発にし、必要に応じて専門職につなげるしくみづくりが重要である。住民にとって医療・福祉が身近なものとなり、健康づくりがひいては医療・福祉の維持につながることを住民が学び、健康づくりを実践することが求められる。

（2）「リラクタウン構想」の推進

「リラクタウン構想」は、国が推奨する「生涯活躍のまち」の枠組みを活用して計画づくりが進められている。「生涯活躍のまち」は、「だれもが居場所と役割のあるコミュニティづくり」を基本に、「交流・居場所」「活躍・しごと」「健康」「住まい」の4つの機能を整備し、住民のほか外からの訪問者との交流を深めて、地域を持続させていくものである。更別村では、主に障がい者の就労支援を中心に事業の検討を進めている。

本構想の実現に向けては、障がい者就労支援のほか、各種機能の充実も並行して検討することが求められ、本調査研究のテーマである「健康まちづくり」について、住民参加をどのように進めるかを検討する場を設定することが構想実現の後押しになる。

（３）農村型「スーパーシティ」構想（高齢者ＱＯＬ日本一）の検討

更別村では、現在、スマート農業推進に向けた取組を進めており、情報通信基盤整備とともにドローン実装の実験を開始している。情報通信基盤は現在のところ十分とは言えないが、農業分野にとどまらず、生活分野における ICT 化を進める検討を始めたところである。

村は、生活分野の中でも高齢者の生活支援に注目している。高齢者の運動、栄養といった個々の心身に関わるデータの蓄積、仕事づくりや地域活動などの環境整備を進め、総合的に高齢者の健康な生活を維持することが必要である。地域医療における個人の健康データの活用について、住民目線で検討することは、本調査研究のフェーズ２のモデルとして位置付けられる。

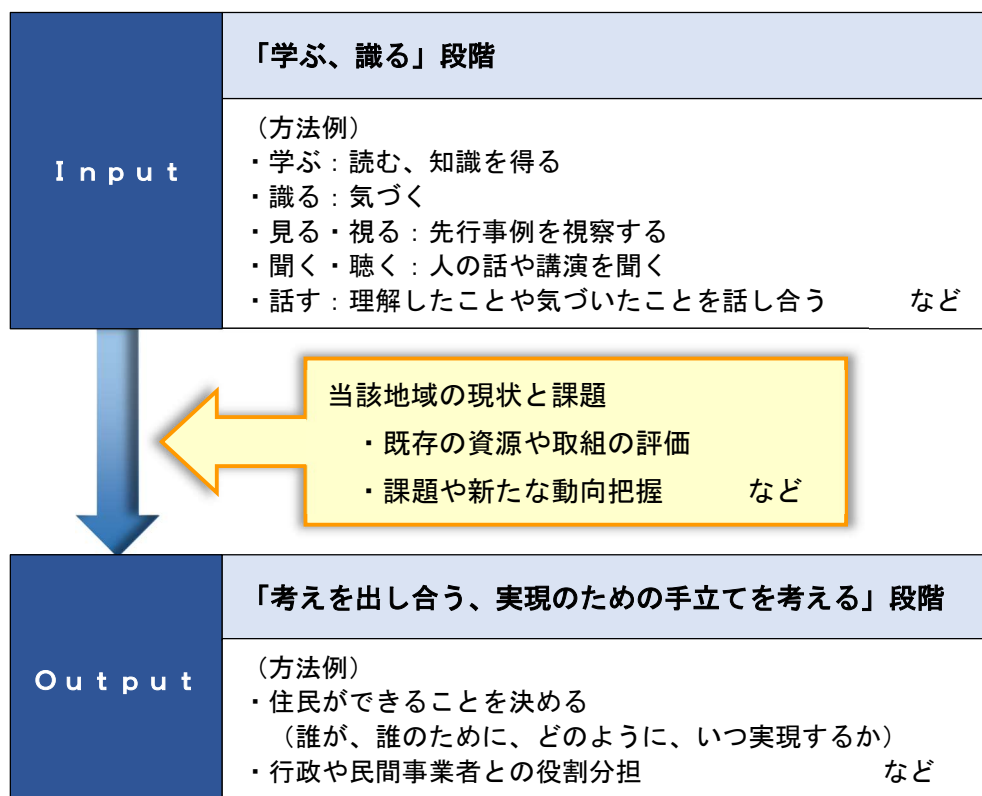
２ ワークショップ開催の概要

（１）検討の基本スキーム

フェーズ２を進めるにあたっては、自分たちの問題として受け止め話し合いのできる課題を設定することが重要である。その上で、自主的に活動内容を決め、行政や民間事業者との役割分担を検討することが必要である。

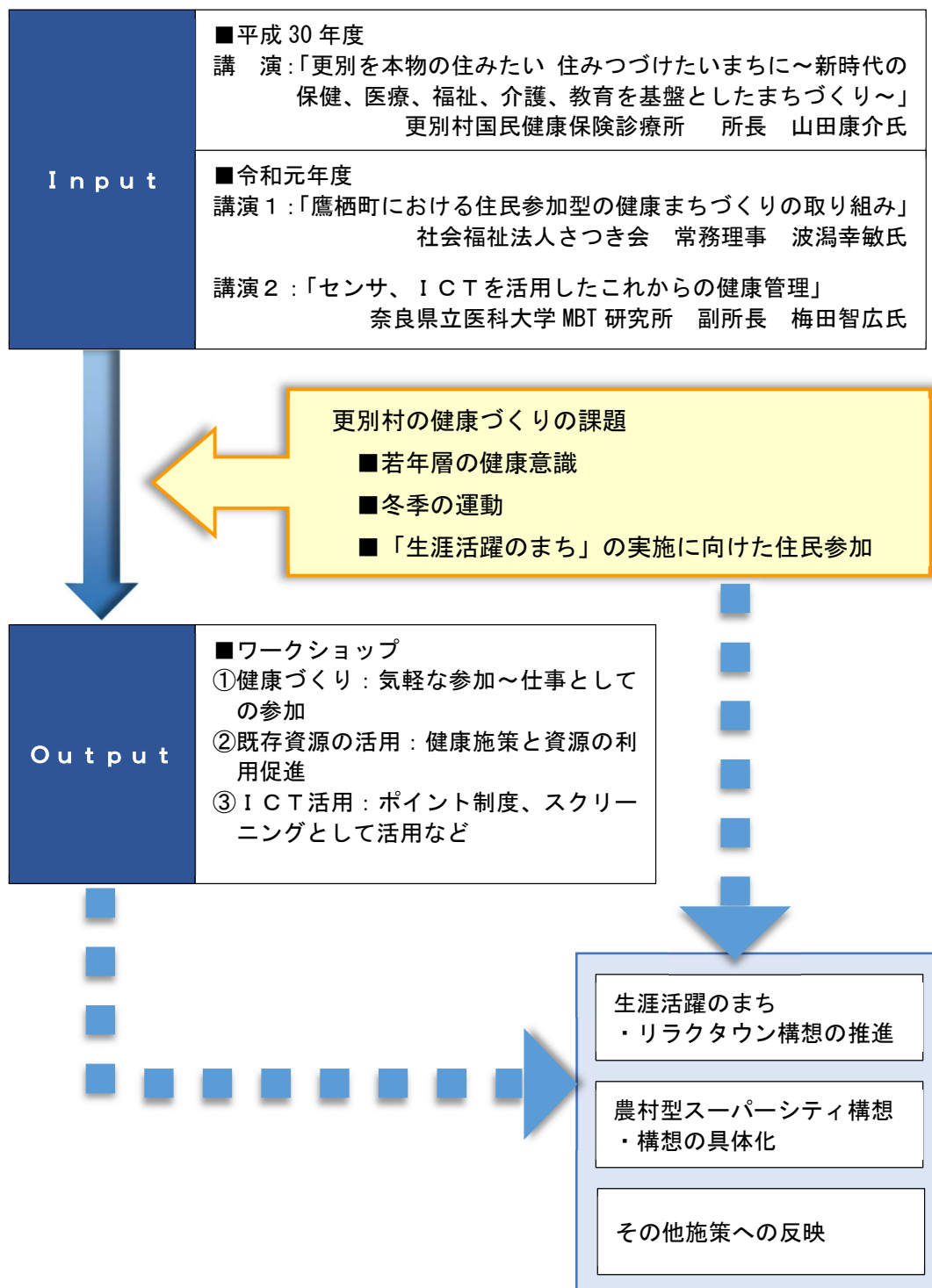
一般的には、以下のように考えることができる。この中で、ワークショップは、「聞く」「話す」ことによって住民がまちづくりへの参加のきっかけとなることが期待され、多くのまちづくりのプロセスで採用されている。

図表Ⅳ-１ 検討の基本スキーム



本調査研究では、平成 30 年度から更別村に検討の場を設定しており、令和元年度は 2 回目である。検討のスキームは以下のように整理することができる。

図表Ⅳ-2 更別村の検討のスキーム



(2) 試行結果の概要

①テーマの検討

昨年度、基調講演において、診療所の山田所長からは、今後、更別村に必要なこととして、①在宅における看取りに対する意識改革、②若い世代のヘルスリテラシーの重要性、が提起された。

それをもとに、今年度のテーマについて、村の保健福祉課、企画政策課と協議した。①については、十勝でACP※の研修会を開催する予定であり、むしろ②若年層の健康意識の醸成について検討したい、との意向があった。

そこで、住民に若いうちから健康づくりを意識してもらうようなテーマでワークショップを開催することとした。

※ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取り組み

②開催の概要

講師については、次のような意図で選定した。参加者が自分ごととして考えるようになってもらうため、「住民が住みたいと思う介護施設づくり」に取り組み、行政とともに「生涯活躍のまち」の拠点施設としてサ高住にフィットネスと地域食堂を併設し、地域住民の活動の場を創出している、社会福祉法人さつき会の常務理事波瀲氏（本調査研究委員会委員）、および若者にも気軽に参加できるウェアラブルウォッチ式のバイタルセンサーを活用した健康づくりに取り組む奈良県立医大 MBT 研究所の梅田副所長に依頼した。これらの取り組みの意図と内容を具体的に知ることがインプットである。

参加者は 16 名であった。プログラムは以下のとおりである。

日 時	令和 2 年 1 月 24 日（金） 17：30～20：00
場 所	更別村地域創造複合施設（熱中小学校）
参加者	16 名
あなたもはまる?! これからの健康づくりー「健康まちづくり」を考えるー	
1. 開会（17:30～17:35）	
2. QOL 調査（17:35～17:45）	
3. 講演（17:45～19:05）	
講演 1：「鷹栖町における住民参加型の健康まちづくりの取り組み」	
社会福祉法人さつき会 常務理事 波瀲幸敏氏	
講演 2：「センサ、ICT を活用したこれからの健康管理」	
奈良県立医科大学 MBT 研究所 副所長 梅田智広氏	
4. グループ討議・発表（19:10～19:55）	
テーマ	
①自分の健康づくりをするなら何ならできますか？	
②更別の施設や環境資源を活用して、どのようなことができますか？	
③ICT を活用してどのようなことがやりたいですか？	
5. コメント（19:55～20:00）	
6. 閉会（20:00）	

3 検討を促進するためのインプット

(1) QOL調査

参加者の意識を健康に向けるため、最初に、梅田副所長主導のもと、参加者を対象とした QOL 調査を実施した。なお、本 QOL の定義は、昨年度、山田医師から講義を受けているものである。

全 26 問から成る試験紙を参加者に配布し、10 分間で回答してもらった。記入後回収し、梅田氏が講演中に計算した上で、その結果をワークショップ参加の「おみやげ」として個々に返却した。

(2) 講演

①講演 1：「鷹栖町における住民参加型の健康まちづくりの取り組み」

(社会福祉法人さつき会 常務理事 波潟幸敏氏)

- ・2040 年、日本は超少子高齢多死社会のピークを迎えるが、それに適用するまちづくりの準備ができていない町は、鷹栖町も含めて存在しない。
- ・2040 年に起こることは、地域社会にとって大規模災害に匹敵する問題ではあるが、予測・予見ができるため、すぐに準備を始めれば間に合う時期にある。
- ・自分自身が最期に安心して老いて亡くなるためだけでなく、明るく豊かな未来を次世代に引き継ぐためにも、その方策を一緒に考えたい。
- ・本日の話題として、①超少子高齢多死社会への危機感の共有、②鷹栖町における住民参加の取り組み、③社会福祉法人と行政、住民の役割、の 3 点について説明する。



<超少子超高齢多死社会>

○高齢期の 3 モデルと死亡場所

- ・高齢期のモデルは 3 タイプある。①健康老衰モデルは、ほぼ健康で過ごし、最期数カ月間で長患いせずに亡くなるパターン（約 5%）、②突然死モデルは、要支援からくも膜下出血等で突然亡くなるパターン（約 15%）、③疾病障がいモデルは、要支援から医療・介護が必要な状態を繰り返し、最期老衰で亡くなるパターン（約 80%）と、③モデルが 8 割を占める。
- ・現在、日本における死亡場所は、病院が 8 割、自宅が 1 割、施設や集合住宅（サ高住等）が 6%と、異常な状況にある。在宅医療・在宅ケアの先進国であるオランダ・スウェーデンでは、病院が 3～4 割、自宅が 3 割で、施設・集合住宅が圧倒的に多い。施設での看取りがカギになる。

○医療費・介護費

- ・後期高齢者の死亡前 1 カ月間の医療費は 112 万円かかっている。
- ・特別養護老人ホームで要介護 5 の高齢者が亡くなった場合、介護費は 30 万円で済む。現状のままだと、2040 年に 1 兆 5 千億円という莫大な費用がかかると見込まれており、国が病床を削減し、病院で看取らない方向に進んでいるのは、財政の問題もあると思われる。

- ・更別村の高齢者 1 人が転んで骨折した場合、1 年間に医療費・介護費が 430 万円かかる。このことが、予防に重点化し、総合事業に力を入れる一つのエビデンスとなっている。
- ・予防の他にも必要なことがあり、更別村の介護保険計画によると、2045 年に 90 歳以上の高齢者が約 2 倍になると予想されていることから、ICT、IoT を使いながら、医療と介護の連携による人的な支援体制の構築も必要である。

○介護人材の不足

- ・最大の課題は介護人材の不足。労務倒産のほか、倒産前に廃業・譲渡する法人が多数いる。
- ・もう一つの課題として、介護職員の高齢化がある。現在 50～65 歳の方が介護の担い手となっているため、10 年後に足りなくなる恐れがある。外国人材の活用も含め、町と法人が連携して対応する必要がある。

○介護予防対策

- ・虚弱（フレイル）や要支援になってからの対策では遅く、健康寿命を伸ばすことに重点化する必要がある。介護予防に力を入れるほど、効果がある。
- ・フレイルは、「社会性／心のフレイル期」から始まるため、生活の広がりや人とのつながりが低下しないようにすることが肝要。研究データでも、社会参加をするグループ数が多いほど介護リスクが減少する、クラブや組織に所属して運動しないと要介護リスクが高くなるといった研究結果が出ている。

<鷹栖町における住民参加の取り組み>

- ・社会とのつながり、仲間づくりに柱を置いた介護予防を行う、鷹栖町の取り組みについて紹介する。
- ・2025 年に必要と思われるサービス基盤の整備は完了しており、後は住民との協働により、各施設のクオリティを高めているところである。
- ・在宅の困難ケースでは、介護だけでも、医療だけでも、看護だけでも歯が立たない。さつき会では、月 1 回メディカル・コメディカル・介護を集めた、重度の在宅患者に関するカンファレンスを丁寧に行うことで、在宅で支えていける人的基盤を整えている。

○住民参画による地域安心拠点づくり

- ・鷹栖町の地域包括ケアでは、行政と住民の一部、事業所が力を合わせて色々なサービス基盤を作り、協力して動かしていこうとベクトルが一致していることが、誇れるところ。
- ・10 年前開設した介護施設では、開設 3 年前から、法人と住民のほか、行政をオブザーバーとして入ってもらい、人と人とのつながりを先に作ってから介護施設を作る、という手法を取った。
- ・関わった人には愛着ができ、施設が困った時に力を貸してくれるサポーターとなっている。当初会員 15 人から始まったが、12 年経って会員 65 人へと増加している。
- ・これらの取り組みを通し、住民参加の大切さを改めて実感したことから、総合事業において介護予防の拠点を整備する際も同じ手法で行った。

○総合事業

- ・総合事業では、一般介護予防事業に力を入れ、「地域介護予防活動支援事業」「地域リハビリテーション活動支援事業」を展開している。
- ・拠点には、2 階にサービス付き高齢者向け住宅、1 階にフィットネスクラブと、社会性をより豊

かにするための「生涯活躍の場」を整備し、3つの役割を備えた複合的な建物を作った。

- ・総合事業拠点のコンセプトは、「フィットネス倶楽部」「住民互助の育成」「地域食堂」「ヘルスリテラシー向上」の4本柱で実施している。住民が主体的に参加しながら、自らが担い手となり、互助活動を通して地域づくりに発展していけるよう、フィットネスクラブを立ち上げた。

○フィットネス倶楽部

- ・1階（約110畳）に「フィットネス倶楽部コレカラ」を開設。理学療法士（PT）2名の人件費を法人と町で折半し、常時1名配置できるような体制にしている。
- ・開設時1カ月で100名、半年後に240名、現在370名の60歳以上の人が登録している。年間利用者がのべ1万人、65歳以上人口の13%が利用している。
- ・リハビリのプロがいる強みとして、誰でもできる簡単なリハビリ体操を作り普及させている。
- ・住民参加の一環として、専門職が不在でも運用できるよう、体操指導士とフィットネスの運営サポーターの2種類を養成している。体操指導士やサポーターには、30時間の活動に対しフィットネスや地域食堂の無料券を進呈し、若干の有償性を持たせていることがポイントである。
- ・互助のまちづくりの必要性を認識してもらうため、今後後期高齢者となる人を対象に、健康講座を開設し、住民教育に力を入れている。

○地域食堂

- ・食を通じて人との出会いや交わり、結びつきを作り、皆で老いを支え合う、仲間づくりとまちづくりを行う場として、地域食堂を設置した。
- ・ワンデイ・シェフ方式で運営しており、登録した住民が献立を作り、1食500円で40食提供している。住民であれば誰でも利用でき、月6〜7日営業している。
- ・当初膝が悪く杖を突いて歩いていた人が、フィットネスに通って半年後には元気になったことから、恩返しにフィットネスの手伝いをするようになった、との事例も生まれている。
- ・単なる運動教室や体操教室を整えていた総合事業から、心の元気や社会の元気を取り戻すところまで導くのが、今後の総合事業が目指すべき姿である。

<社会福祉法人と行政、住民の役割>

- ・住民参加が一つの肝になる。総合事業や地域包括ケアは事業ではなく、まちづくりのプロセスになる。
- ・鷹栖町では、人材難の時代を乗り切るため、アクティブシニアの中から自分の特技を活かしたサポーターを約1割作るほか、虚弱や認知症の人も担い手に回ってもらうしかけを考えている。
- ・鷹栖町も更別村も総人手不足自治体になるため、今後どう活動人口を10年、20年かけて増やし、「総活躍社会」につなげていくかが今後のテーマになる。

②講演2：「センサ、ICTを活用したこれからの健康管理」

(奈良県立医科大学 MBT 研究所 副所長 梅田智広氏)

- ・同氏が人を対象にデータを初めて採ったのが、長野県の佐久病院である。本病院は、保険証や健康診断といった仕組みができる契機となった病院であり、長い時間をかけて実施したことが、制度になった事例である。
- ・最初は前例を作り、慣例になり、慣例が続けばいずれ制度になる。現在各地で実証しているのも、まずは前例を作ろうという取り組みの一環である。
- ・今後まちづくりには、アカデミアとの協力が不可欠である。社会に制度を実装するため、製薬やツールの開発だけでなく、町に成果を実装し、まちづくりまで行うことが必要である。



○日本の現状

- ・日本の全消費総額に占める 60 歳以上の割合は、2005 年は 35%、現在は約 50%となっており、高齢者が日本の消費を支えている。この高齢者が今後関心を持つのは、「健康」である。
- ・医療面では、医師が不足・偏在しており、さらに医療機関でも異業種連携や M&A が始まっている。変革者、異業種の参入により業界再編が加速することが期待される。

○実現したい世界（リアルワールドデータ）

- ・プラットフォームの構築だけではなく、さらに差別化するため、行動データ、環境データを採り、環境別のバイタルの変化を分析している。さらに、集めたデータをクラウド上で蓄積・分析し、活用するというサイクルをオンライン・オンラインでつなぐ予定である。
- ・クラウド上にデータが保存されることで、もう一人の自分がいる状態（＝デジタルツイン）になる。将来的に、クラウド上のもう一人の自分がどんな食事・運動をすれば、1 カ月後どうなるかを再現できるようにしたい。その精度を高めるのに重要なのが、データを残すことである。
- ・医療費・介護費の高騰や消費増税により、今後孫に財産を残すのが難しい時代に突入する。そのような中、自身の健康データを採ることは非常に役に立つ。ビッグデータにある他人のデータよりも、親族のデータの方が濃度は高く、今後の自身の健康状態を予想するうえで貴重な財産となる。

○更別村の状況・地域社会におけるコミュニティの重要性

- ・人口は 1990 年をピークに下がり、老年人口が増加している。更別村では、主な働き手の産業が農業となっているが、農業従事者の平均死亡年齢や従事期間は、非農業従事者に比べて高い。
- ・コストの面からも明確であり、農業従事者のコストとそれ以外の職業のコストを比較すると、全年齢層で農業従事者のコストが低い結果となった。
- ・QOL を高めるためには、自分の健康を維持することが一番の近道になる。
- ・イタリアで実施したコホート研究の結果において、肥満対策や運動よりも重要なことが、①社

会とのかかわりがあるということ、②悩み・相談できる人が3人以上いること等、コミュニティが重要だとわかった。

OMBTの将来展望

- ・コミュニティを作る場合、ITは一見関係を希薄にするとと思われるが、逆にITを使って関係を強化できるような仕組みにできないかと考えている。目指す世界は Society5.0 の実現である。
- ・まずは住民を対象とし、健康管理、見守り、リスク予想、フィナンシャルケア、メンタル、ロコモ運動・貯筋、美容・アンチエイジング、遺伝子解析の8つから始めていく。ウェアラブルウォッチと環境センサを使い、アプリでデータを採り、実施にどんなことができるかを検証している。
- ・さらに、今後は直接病院に行かず、映像だけで判断できるよう、センサーレスを実現したい。
- ・運動のスコア（立ち上がり、握力、片足立ち、椅子の座り立ち、反応時間等）が優れる人は、脳のスコアも高かった。この結果により、大腿四頭筋が重要な役割を果たすことが分かった。
- ・大腿四頭筋の筋肉量が多いと、医療費や介護費も安くなり、認知症発症率も低くなる傾向が知られている。更別村の医療費が安いのも、大腿四頭筋が発達している人が多い可能性がある。
- ・映像から異常な動きを把握することも可能である。そうすると、街中を歩いても安全なため、高齢者もよく外出するようになり、高齢者の大腿四頭筋の維持・向上に貢献できる。
- ・今後は自分自身のデータに基づき、3Dグラフィックスで自身の分身を作って可視化し、自分自身で健康管理を行うことができるようにしたい。

4 ワークショップによる検討結果（アウトプット）

（1）グループ討議・発表

グループ討議では、6人ずつ2グループに分かれ、健康づくりプログラムに対する考え方のほか、3つのテーマで議論を行い、発表した。

<テーマ別グループ討議>

以下の3つのテーマについて、付箋で自分自身の意見を書き、班内で意見交換後、発表した。



- ①自分の健康づくりをするなら何ならできますか？
- ②更別の施設や環境資源を活用して、どのようなことができますか？
- ③ICTを活用してどのようなことがやりたいですか？

図表Ⅳ-3 テーマ別グループ討議における意見一覧

①自分の健康づくりをするなら何ならできますか？

第1グループ	第2グループ
○既存の健康づくり講座や行政対抗のスポーツ大会以外にも、普段の生活で人とのつながりを作ることが大切。行政区対抗の腕相撲大会など、今までにない、誰でも参加できる大会を開催したらどうか。 ○自分よりも高齢の人から「運動しよう」と誘われた方が、運動しやすい。 ○今の生活を変えたくないため、日常生活でできることを少しずつ行う。 ○苦痛を感じないものであればいい。	○自分自身が楽しいと思うことをやることが、いつの間にか健康づくりにつながっている。 ○体を動かさない趣味の人は、同じ趣味の人で集まる仲間づくりをした方が良い。 ○オリンピック種目に挑戦してみたい。 ○ゲーム感覚で出来たらいい。

②更別の施設や環境資源を活用して、どのようなことができますか？

第1グループ	第2グループ
○健康増進室の無料開放日を作り、誰でも気軽に利用できるようにする。 ○企業の就業時間中に健康増進室を利用することを「仕事」にすることで、普段から通ってくれる人の掘り起こしが期待できる。	○健康増進室と温泉施設を利用することで、ビールが飲めたり、ポイントが貯まったり等のご褒美があれば活用してもらえる。 ○ラジオ体操を行政区ごとで行っているの、同様に、ご当地体操「どんちゃん体操」のイベントを開催したい。 ○各公共施設を利用することで、特典を進呈する。

③ICTを活用してどのようなことがやりたいですか？

第1グループ	第2グループ
○ポイント制度を創設する。村内で利用できるポイントに限らず、全国的に通用するポイントが貯まるようにする。 ○血圧や心拍等の集められるデータから健康度を算出し、ランキング化する。 ○健康増進室はガラス張りで利用しづらい人もいるため、個室を作り、VRの中でつながるようにする。 ○自分の筋力がステータスになるゲーム等があれば、皆楽しく健康づくりに取り組める。	○ウェアラブルウォッチと連動することで、認知症や在宅医療における高齢者の見守りが容易になる。 ○ウェアラブルウォッチのデータを活用し、優先順位をつけた訪問看護ができる。 ○個人情報の管理に不安があるが、認知症の人がいる場所を共有し、近くにいる人にサポートしてもらう等の体制が築ける。 ○村民をイニシャルで識別し、健康ランキングを作成、競争できると面白い。

(2) フィードバック

グループ発表については、発表内容の意味や位置づけを確認するためのフィードバックが重要である。QOL 調査の結果報告のほか、発表に対して、講師、医師、行政の長からそれぞれの立場からコメントをし、フィードバックとした。

<奈良県立医科大学 MBT 研究所 副所長 梅田 智広氏>
○QOL 試験紙を分析した結果、2.22～3.43 の間に収まっていた。 ○低い数値の人もいたが、高い数値の人は全国平均と比較しても高かった。 ○参加者の特徴としては、身体的 QOL がやや低い。恐らく計測した季節が冬だということも関係している。他地域より「環境」「社会」の数値が圧倒的に高く、満足している人が多い。 ○運動できる時間が少ない人でも、日常生活の中にちょっとした筋力を鍛える動作を加えれば健康づくりにつながる。
<社会福祉法人さつき会 常務理事 波潟 幸敏氏>
○住民の力は想像以上にある。千載一遇のチャンスは、事業を始める時から住民たちと手を組んでやることが一つの肝である。 ○IT で解決できない問題として、介護従事者の不足がある。今後深刻化と思われるので、まずはデータを「見える化」すべき。 ○20 年先の介護需要を分析し、サービス提供のための介護人材の必要数を調べるのが、行政の役割だと思う。調べた情報を事業所、医療機関と共有した上で、どう確保し、育成し、皆が活躍できるようにパートナーシップを築くことが大事である。 ○地域包括ケアの専門職の中で、PT が蔑ろになっている地域が多い。本気で介護予防・リハビリを推進するなら、地域包括支援センターにソーシャルワークを含めて展開できる PT を内在させる必要がある。そうすれば、町長が考える QOL のまちづくりが実現できる。
<更別村国民健康保険診療所 所長 山田 康介氏>
○自身は地域医療に携わる医師であり、今まで臨床医の視点で地域包括ケアや健康データを見てきた。講師の話は、全く違う視点で地域づくりを考える、非常にいい機会だった。 ○健康は第一ではなく、自分の生きたい人生ややりたいことの下地となるものが、健康だと思っている。住民自身が生きたい人生を実現できる地域にしたいと考えている。 ○今後大事となるのは、暮らしの在り方をデザインすること。住民一人一人が好きなこと、楽しいと思うことは違うと思う。しかし、住民がそれらを見つけ、楽しみながら暮らしていく中で、気づかずして健康的なライフスタイルを選択できる地域になってほしいと思う。 ○講師の話は、楽しさとやりたいことを思うモチベーションと健康が上手く結びつくヒントになる。 ○今後も医師として協力し、参加者の方がそういう新たな視点に目を向けて、生き生きと暮らせる地域づくりのために、力を発揮できればと思う。
<更別村村長 西山 猛氏>
○ICT や AI をつなげ、今後どうすれば QOL のまちづくりを実現できるか、各課題について考えていきたい。特に、医療、介護、福祉については、しっかりと検討する必要がある。 ○一番印象に残ったのは、施設を整備する前に、人とのつながりを作る必要があること。 ○また、ウェアラブルウォッチについて、総務省から、5G の基地局を更別村に設置するにあたり、ローカル 5G でどのような活用の仕方があるか提案してほしいと言われており、今後関係者に協力を仰ぎながら実施していきたい。

（３）フェーズ２の今後の課題

本調査研究では、具体的なまちづくりの構想が進んでいる更別村で、フェーズ２のプロセスをワークショップという形で試行した。具体的なまちづくりの検討においては、主にだれ（どのような状態にある人）を対象に、何を、どのような仕組み・事業で、どの程度の規模で、どの財源を活用して行うか、などを検討することが必要である。

健康のまちづくりは、公的な意味が強い分野であるが、行政の事業のほか、民間事業者や住民主体による取り組みが欠かせない、総合的な施策が必要な分野でもある。地域の実情が異なる中で、取り組みの目的と課題を共通する横展開が求められ、さらなる事例の積み重ねが必要と言える。

第Ⅴ章 調査研究のまとめ

本年度の調査研究においては、北海道中頓別町をフェーズ 1 の試行モデルとして、データ分析を基に、病院の機能転換とその後の「新たな医療・介護・福祉体制」の構築に向けた「将来の姿」を検討するプロセスと方法を可視化した。

また、北海道更別村をフェーズ 2 の試行モデルとして、現在、村が進めている「生涯活躍のまち」構想や「スーパーシティ構想（高齢者の QOL 日本一）」プロジェクトを見据えたワークショップを開催し、まちづくりの方向性を検討する試行の場として実施した。

中頓別町のフェーズ 1 の試行を通じて、「将来の姿」の具現化に向けて、さらに①診療所化した医療機関としての機能の充実に向けた検討、②人材の確保と定着方策、③まちづくりとの連動にあたっての事業推進方策の検討（フェーズ 2）、が必要であることがあらためて確認できた。

また、更別村におけるフェーズ 2 の試行から、住民の主体的な健康づくりの活動が医療・福祉の維持につながることを住民自らが学び、実践するプロセスが持続的な地域包括ケアシステムにとって重要であることを確認した。

（１）医療提供機能の重点化

ダウンサイジングにとどまらず、何をどのように強化するか（医療・介護・福祉の機能の効率化とケアの質の向上（＝バージョンアップ））について、具体的には、外来診療の強化、検査・予防等の強化、在宅医療の強化、介護との連携などによりかかりつけ医療機関としての機能の充実のために必要な取組について調査検討する必要がある。中頓別町のフェーズ 2 において、地域の実情に応じた論点整理を行い、住民参加型の意見交換会を開催するなど、住民参加型のまちづくりと連動するプロセスを試行することが考えられる。

（２）人材確保策に関する調査

医療機能の見直しの“引きがね”になり得るのは、医師や看護師などの医療関係職が確保できないことがあげられる。一方、病院で働く医療職が、診療所化されることで配置転換等が必要になり、場合によっては地域を離れるインセンティブになってしまうことも想定される。いずれの場合も、人材を確保し、定着するための方策を検討することが課題となっている。

人口減少地域であっても医療従事者の人材確保、定着がうまくいっている事例を調査し、モデル地域において、人材確保に向けた今後の取組指針を検討テーマに据える必要がある。

想定される検討の視点は、例えば、自治体の主体的な人材確保策の展開、働きやすい職場環境、定着を支えるキャリアパス、地域社会における居場所（地域の受け入れ環境）などが考えられる。

（３）複数モデル地域の設定

小規模自治体においては、近隣自治体との連携のもとに医療提供体制を検討することが必要である。現在のところ、単独で医療提供機能の見直しを進めている自治体が多く見受けられるが、さらなる人口減少が予測される中では、自治体間の連携を深めることが必要と想定され、地域医

療連携推進法人や独立行政法人といった新たな形態を模索する自治体をモデルに加え、フェーズ 1、フェーズ 2 のバリエーションを増やす必要がある。

背景が異なる自治体におけるプロセスを試行することによって、地域特性が異なる自治体への横展開するための支援ツールとして活用することが可能となるものと考えられる。

資 料 編

1. 研究会の開催経過

(1) 研究会出席者

(研究会委員)

氏 名	所属・役職	備考
前沢 政次	医療法人豊生会 夕張市立診療所 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	
長尾 享	中頓別町国民健康保険病院 事務長	
平谷 雄二	更別村役場 保健福祉課 課長補佐	

※敬称略

(オブザーバー)

氏 名	所属・役職	備考
小川 善之	北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課課長	
桑島 昭文	厚生労働省 北海道厚生局長	
大熊 高司	厚生労働省 北海道厚生局地域包括ケア推進課課長	

※敬称略

(2) 研究会開催経過

	開催日程	議事内容	資料
第1回	2019年 8月19日(水) 18:00~20:00	1) 調査研究企画概要について 2) 道内自治体アンケート調査 3) 道外先進事例調査 4) 道内ヒアリング調査 5) 道内モデル自治体における 今後の進め方	資料1: 調査研究事業企画書概要 資料2: 調査研究事業の概要 資料3: 道内自治体アンケート調査企画概要 資料4: 道外先進事例調査候補 資料5: 道内ヒアリング調査「黒松内町」概要 資料6-1: 道内モデル自治体「中頓別町」概要 資料6-2: 中頓別町の入院患者の流れ 資料6-3: 中頓別町フェーズ1の取組(企画案) 資料7: 道内モデル自治体「更別村」フェーズ2の取組(企画案) 参考: 昨年度調査研究報告書
第2回	2019年12月 (持ち回り開催)	※各委員に調査研究の進捗説明・意見収集	

	開催日程	議事内容	資料
第3回	2020 年 1 月 21 日（火） 18：00～20：00	1）これまでの経緯 2）モデル自治体における取組み ①中頓別町 ②更別村 3）道内自治体アンケート調査 結果報告 4）道内ヒアリング調査結果報告 ※開催直前に欠席者多数となり中止 （書面開催）	資料1：調査研究の概要 資料2：中頓別町における勉強会体制図 資料3－①：中頓別町第1回勉強会資料 資料3－②：中頓別町第2回勉強会資料 資料3－③：中頓別町第3回勉強会資料 資料4－①：国保病院におけるレセプト及び 診療サマリによる診療内容の概要 資料4－②：国保病院の入院のケース 資料4－③：中長期の方向性 資料4－④：医療・介護福祉施設の目指す姿 （たたき台） 資料4－⑤：特養利用者数の推計 資料5－①：更別村ワークショップ企画 資料5－②：更別村ワークショップ案内文 資料6：道内自治体アンケート調査結果 資料7：道内ヒアリング調査結果
第4回	2020 年 3 月 13 日（金） 18：00～20：00	1）モデル自治体における取組み ①中頓別町 ②更別村 2）調査結果報告書について ※新型コロナウイルスの感染拡大防 止のため中止（書面開催）	資料1－①：中頓別町第4回勉強会資料 資料1－②：中頓別町第5回勉強会資料 資料2：更別村ワークショップ開催概要 資料3：調査結果報告書（案）

市町村名	部署名
記入者名	役職
TEL	FAX
e-mail	

1. まちづくりに対する住民の評価について

問 1 貴自治体では、直近に実施している総合計画の策定において、住民に対するアンケート調査を実施していますか。(1つに○)

1. 実施している	2. 今後実施予定	3. 実施していない
-----------	-----------	------------

89

問 2 アンケート調査の中で、(1) 医療サービス、(2) 地域包括ケアシステム、(3) 買い物、(4) 交通について、住民の「満足度」と「重要度」を聞いていますか。聞いている場合、住民の「満足度」「重要度」がどの程度であると認識していますか。直近の調査でお答えください。

(1) 医療サービス（それぞれ1つに○）

満足度	1. 聞いている 2. 聞いていない	→	1. 満足 2. やや満足 3. どちらともいえない 4. やや不満 5. 不満
重要度	1. 聞いている 2. 聞いていない	→	1. 低い 2. やや低い 3. 普通 4. やや高い 5. 高い

【「4.」「5.」のいずれかに○がついた自治体のみ】

不満足が多い及び重要度が高いと考えられる理由は何ですか。

不満足が多い理由	(具体的に)
重要度が高い理由	(具体的に)

(2) 地域包括ケアシステム（それぞれ1つに○）

満足度	1. 聞いている 2. 聞いていない	→	1. 満足 2. やや満足 3. どちらともいえない 4. やや不満 5. 不満
重要度	1. 聞いている 2. 聞いていない	→	1. 高い 2. やや高い 3. 普通 4. やや低い 5. 低い

(3) 買い物（それぞれ1つに○）

満足度	1. 聞いている 2. 聞いていない	→	1. 満足 2. やや満足 3. どちらともいえない 4. やや不満 5. 不満
重要度	1. 聞いている 2. 聞いていない	→	1. 高い 2. やや高い 3. 普通 4. やや低い 5. 低い

(4) 交通（それぞれ1つに○）

満足度	1. 聞いている 2. 聞いていない	→	1. 満足 2. やや満足 3. どちらともいえない 4. やや不満 5. 不満
重要度	1. 聞いている 2. 聞いていない	→	1. 高い 2. やや高い 3. 普通 4. やや低い 5. 低い

問 3 貴自治体では、「まちづくり」に関する計画において、基本目標として「医療」「介護」の充実に関する施策を掲げていますか。(1つに○)

1. 基本目標に明示的に掲げている	2. これらを含む目標を掲げている	3. その他（ ）	4. 掲げていない
-------------------	-------------------	-----------	-----------

2. まちづくりに関する施策間連携の状況

問 4 企画政策部署の担当者として、各種「まちづくり」に関する計画の中で、(1) 保健・医療・福祉などとの連携が必要と考えられるものはどの分野だと思いますか。(2) また、実際に取り組み始めているものはありますか。(3) さらに、既に連携している場合、その取組内容を具体的ににご記入ください。

(1) 連携が必要なもの（あてはまるものすべてに○）

1. 地域交通	2. 商業	3. コミュニティ拠点（集いの場）の整備
4. コンパクトシティ	5. 住まい	6. その他（ ） 7. 特に必要ではない

(2) 実際に取り組み始めているもの（あてはまるものすべてに○）

1. 地域交通	2. 商業	3. コミュニティ拠点（集いの場）の整備
4. コンパクトシティ	5. 住まい	6. その他（ ） 7. 取り組んでいるものはない

(3) 既に連携している取組の内容

(具体的に)

3. 「まちづくり」における住民参画について

問5 貴自治体では、「まちづくり」に住民参画を促すための取組を行っていますか。以下①～⑩について、(1) 取組状況をお答えください。(2) また、「1. 実施している」場合、その取組に住民がどの程度参加してくれていますか。

	(1) 取組状況 (1つに○)					(2) 住民参加数の多寡 (1つに○)			
	1. 実施している	2. 実施していない	3. 今後実施予定	4. わからない		1. 想定よりも多い	2. 想定と同じ	3. 想定よりも少ない	4. わからない
①行政の長による住民懇談会	1	2	3	4	→	1	2	3	4
②計画策定時の住民意見交換・説明会	1	2	3	4	→	1	2	3	4
③計画策定時の住民ワークショップ	1	2	3	4	→	1	2	3	4
④住民による先進地視察	1	2	3	4	→	1	2	3	4
⑤住民によるプロジェクトの提案や立ち上げの協力	1	2	3	4	→	1	2	3	4
⑥まちづくりを担う中核組織への出資 (例：まちづくり会社等)	1	2	3	4	→	1	2	3	4
⑦住民が参画している保健・福祉等に関する住民同士の支え合い	1	2	3	4	→	1	2	3	4
⑧住民が参画している保健・福祉等に関するNPOの活動	1	2	3	4	→	1	2	3	4
⑨イベント実行委員会等への参加	1	2	3	4	→	1	2	3	4
⑩各種サークルの運営	1	2	3	4	→	1	2	3	4

問6 「まちづくり」について、上記①～⑩以外に住民が主体的に参画している取組がありましたら、具体的に記載ください。

(具体的に)

4. 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7 「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8 「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 ()
-----------	--------	------------	---------	------------

ご協力ありがとうございました。

同封の返信用封筒にて11月5日(火)までにご返送ください。

医療機能のあり方とまちづくりに関するアンケート調査 集計結果

1. 調査対象 道内178自治体の企画政策（まちづくり）担当

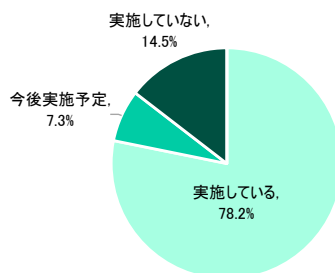
2. 調査期間 令和元年10月15日～令和元年11月5日

発送数	回収数	回収率
178	110	61.8%

1. まちづくりに対する住民の評価について

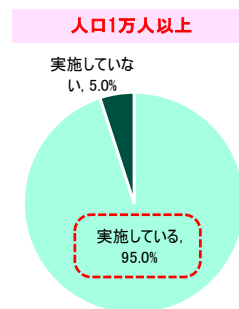
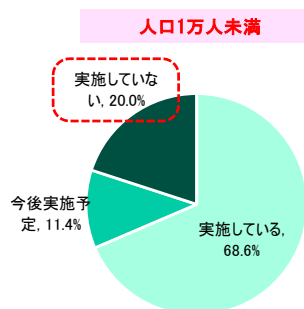
問1 総合計画策定における住民アンケート実施の有無

	件数	割合
実施している	86	78.2%
今後実施予定	8	7.3%
実施していない	16	14.5%
無回答	0	0.0%
合計	110	100.0%



《人口規模別》

	人口1万人未満		人口1万人以上	
	件数	割合	件数	割合
実施している	48	68.6%	38	95.0%
今後実施予定	8	11.4%	0	0.0%
実施していない	14	20.0%	2	5.0%
無回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	70	100.0%	40	100.0%



※問1 住民アンケートを「実施している」と回答した自治体

問2 アンケートの設問内容と住民の満足度と重要度

【満足度について聞いているか】

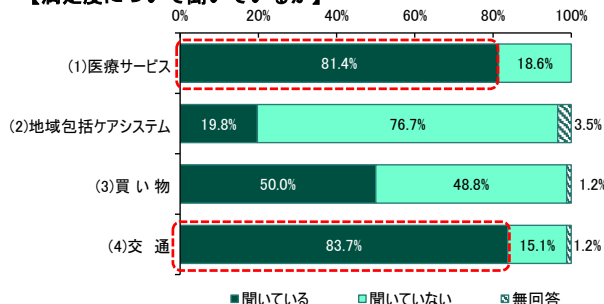
	聞いている	聞いていない	無回答	合計
(1)医療サービス	70 81.4%	16 18.6%	0 0.0%	86 100.0%
(2)地域包括ケアシステム	17 19.8%	66 76.7%	3 3.5%	86 100.0%
(3)買い物	43 50.0%	42 48.8%	1 1.2%	86 100.0%
(4)交通	72 83.7%	13 15.1%	1 1.2%	86 100.0%

アンケート調査で「聞いている」場合

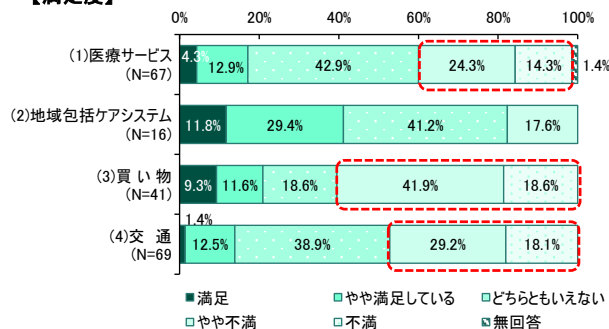
【満足度】

	満足	やや満足している	どちらともいえない	やや不満	不満	無回答	合計
(1)医療サービス	3 4.3%	9 12.9%	30 42.9%	17 24.3%	10 14.3%	1 1.4%	70 100.0%
(2)地域包括ケアシステム	2 11.8%	5 29.4%	7 41.2%	3 17.6%	0 0.0%	0 0.0%	17 100.0%
(3)買い物	4 9.3%	5 11.6%	8 18.6%	18 41.9%	8 18.6%	0 0.0%	43 100.0%
(4)交通	1 1.4%	9 12.5%	28 38.9%	21 29.2%	13 18.1%	0 0.0%	72 100.0%

【満足度について聞いているか】



【満足度】



《人口規模別》

【満足度について聞いているか】

	人口1万人未満				人口1万人以上			
	聞いている	聞いていない	無回答	合計	聞いている	聞いていない	無回答	合計
(1)医療サービス	40 83.3%	8 16.7%	0 0.0%	48 100.0%	30 78.9%	8 21.1%	0 0.0%	38 100.0%
(2)地域包括ケアシステム	10 20.8%	36 75.0%	2 4.2%	48 100.0%	7 18.4%	30 78.9%	1 2.6%	38 100.0%
(3)買い物	27 56.3%	21 43.8%	0 0.0%	48 100.0%	16 42.1%	21 55.3%	1 2.6%	38 100.0%
(4)交通	41 85.4%	7 14.6%	0 0.0%	48 100.0%	31 81.6%	6 15.8%	1 2.6%	38 100.0%

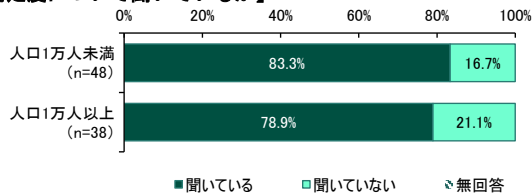
アンケート調査で「聞いている」場合

【満足度】

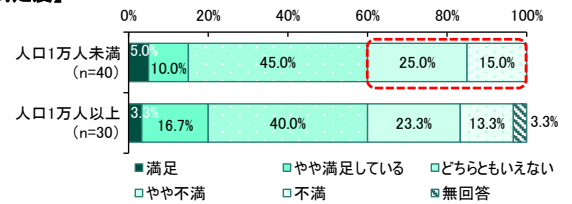
	人口1万人未満							人口1万人以上						
	満足	やや満足している	どちらともいえない	やや不満	不満	無回答	合計	満足	やや満足している	どちらともいえない	やや不満	不満	無回答	合計
(1)医療サービス	2 5.0%	4 10.0%	18 45.0%	10 25.0%	6 15.0%	0 0.0%	40 100.0%	1 3.3%	5 16.7%	12 40.0%	7 23.3%	4 13.3%	1 3.3%	30 100.0%
(2)地域包括ケアシステム	2 20.0%	4 40.0%	3 30.0%	1 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	10 100.0%	0 0.0%	1 14.3%	4 57.1%	2 28.6%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%
(3)買い物	1 3.7%	1 3.7%	4 14.8%	15 55.6%	6 22.2%	0 0.0%	27 100.0%	3 18.8%	4 25.0%	4 25.0%	3 18.8%	2 12.5%	0 0.0%	16 100.0%
(4)交通	0 0.0%	5 12.2%	11 26.8%	14 34.1%	11 26.8%	0 0.0%	41 100.0%	1 3.2%	4 12.9%	17 54.8%	7 22.6%	2 6.5%	0 0.0%	31 100.0%

(1) 医療サービス

【満足度について聞いているか】

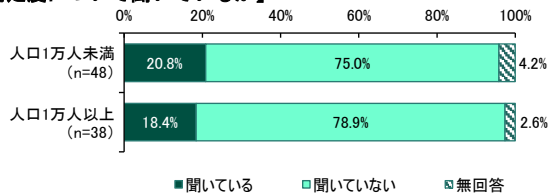


【満足度】

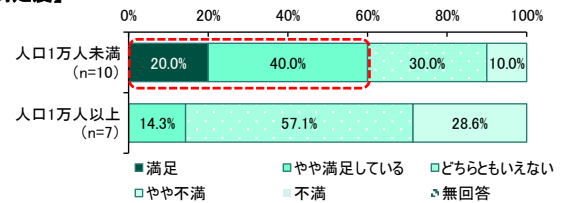


(2) 地域包括ケアシステム

【満足度について聞いているか】

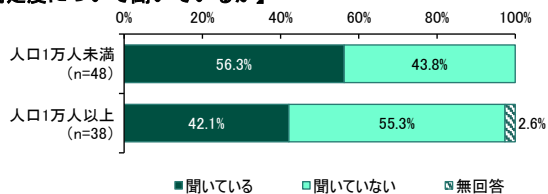


【満足度】

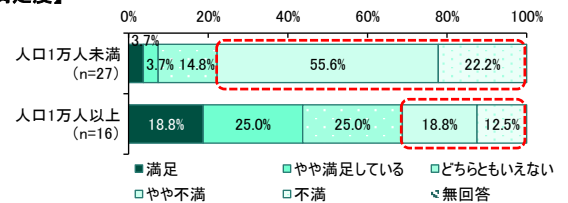


(3) 買い物

【満足度について聞いているか】

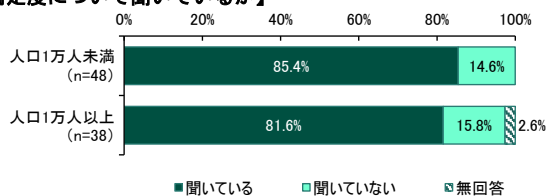


【満足度】

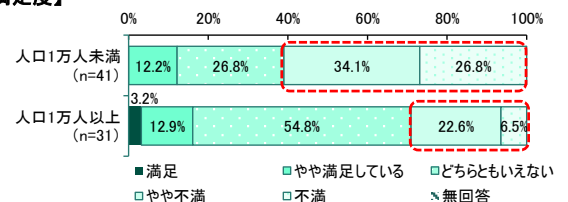


(4) 交通

【満足度について聞いているか】



【満足度】



【重要度について聞いているか】

	聞いている	聞いていない	無回答	合計
(1)医療サービス	63 73.3%	22 25.6%	1 1.2%	86 100.0%
(2)地域包括ケアシステム	15 17.4%	67 77.9%	4 4.7%	86 100.0%
(3)買い物	36 41.9%	49 57.0%	1 1.2%	86 100.0%
(4)交通	58 67.4%	27 31.4%	1 1.2%	86 100.0%

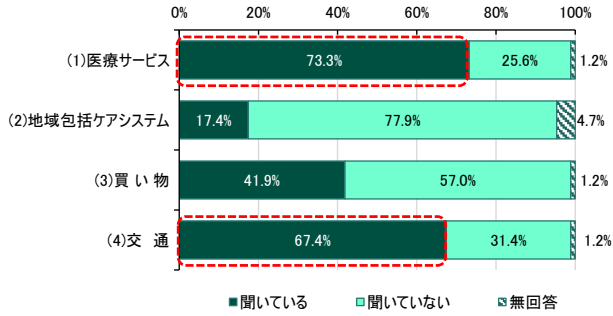
アンケート調査で「聞いている」場合



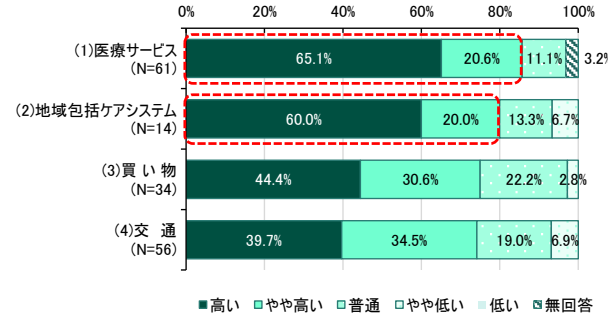
【重要度】

	高い	やや高い	普通	やや低い	低い	無回答	合計
(1)医療サービス	41 65.1%	13 20.6%	7 11.1%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.2%	63 100.0%
(2)地域包括ケアシステム	9 60.0%	3 20.0%	2 13.3%	1 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	15 100.0%
(3)買い物	16 44.4%	11 30.6%	8 22.2%	1 2.8%	0 0.0%	0 0.0%	36 100.0%
(4)交通	23 39.7%	20 34.5%	11 19.0%	4 6.9%	0 0.0%	0 0.0%	58 100.0%

【重要度について聞いているか】



【重要度】



《人口規模別》

【重要度について聞いているか】

	人口1万人未満				人口1万人以上			
	聞いている	聞いていない	無回答	合計	聞いている	聞いていない	無回答	合計
(1)医療サービス	37 77.1%	10 20.8%	1 2.1%	48 100.0%	26 68.4%	12 31.6%	0 0.0%	38 100.0%
(2)地域包括ケアシステム	9 18.8%	36 75.0%	3 6.3%	48 100.0%	6 15.8%	31 81.6%	1 2.6%	38 100.0%
(3)買い物	25 52.1%	23 47.9%	0 0.0%	48 100.0%	11 28.9%	26 68.4%	1 2.6%	38 100.0%
(4)交通	37 77.1%	11 22.9%	0 0.0%	48 100.0%	21 55.3%	16 42.1%	1 2.6%	38 100.0%

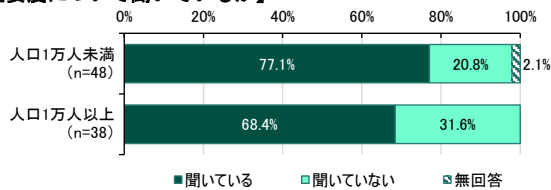
アンケート調査で「聞いている」場合

【重要度】

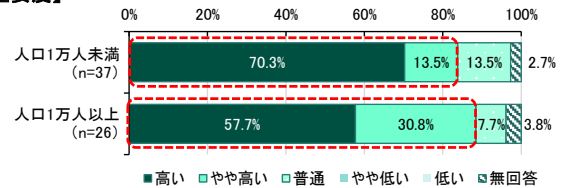
	人口1万人未満							人口1万人以上						
	高い	やや高い	普通	やや低い	低い	無回答	合計	高い	やや高い	普通	やや低い	低い	無回答	合計
(1)医療サービス	26 70.3%	5 13.5%	5 13.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.7%	37 100.0%	15 57.7%	8 30.8%	2 7.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.8%	26 100.0%
(2)地域包括ケアシステム	5 55.6%	2 22.2%	2 22.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 100.0%	4 66.7%	1 16.7%	0 0.0%	1 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	6 100.0%
(3)買い物	13 52.0%	6 24.0%	5 20.0%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	25 100.0%	3 27.3%	5 45.5%	3 27.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	11 100.0%
(4)交通	17 45.9%	11 29.7%	9 24.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	37 100.0%	6 28.6%	9 42.9%	2 9.5%	4 19.0%	0 0.0%	0 0.0%	21 100.0%

(1) 医療サービス

【重要度について聞いているか】

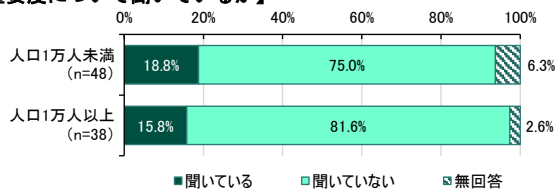


【重要度】

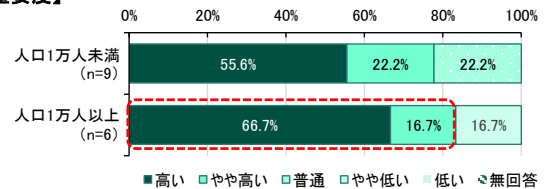


(2) 地域包括ケアシステム

【重要度について聞いているか】

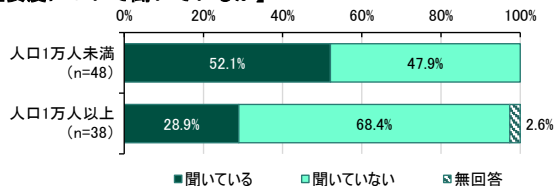


【重要度】

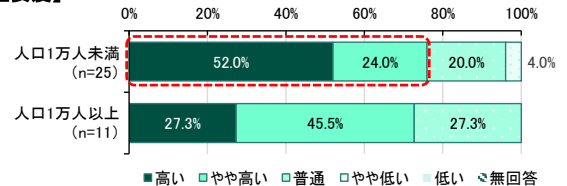


(3) 買い物

【重要度について聞いているか】

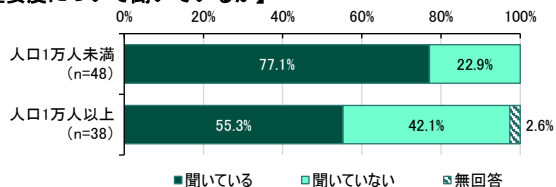


【重要度】

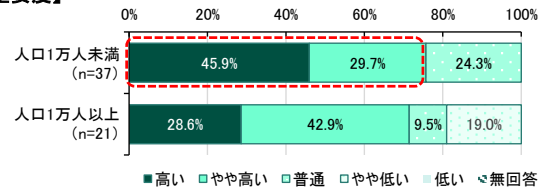


(4) 交通

【重要度について聞いているか】

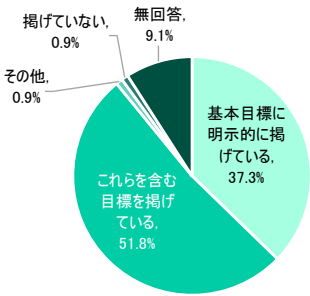


【重要度】



問3 「まちづくり」に関する計画の基本目標として「医療」「介護」の充実に関する施策を掲げているか

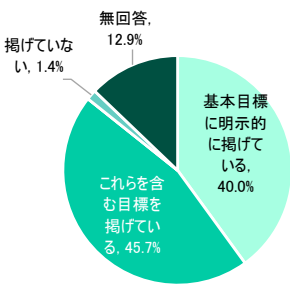
	件数	割合
基本目標に明示的に掲げている	41	37.3%
これらを含む目標を掲げている	57	51.8%
その他	1	0.9%
掲げていない	1	0.9%
無回答	10	9.1%
合計	110	100.0%



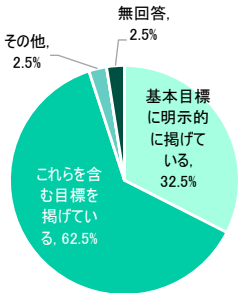
《人口規模別》

	人口1万人未満		人口1万人以上	
	件数	割合	件数	割合
基本目標に明示的に掲げている	28	40.0%	13	32.5%
これらを含む目標を掲げている	32	45.7%	25	62.5%
その他	0	0.0%	1	2.5%
掲げていない	1	1.4%	0	0.0%
無回答	9	12.9%	1	2.5%
合計	70	100.0%	40	100.0%

人口1万人未満



人口1万人以上

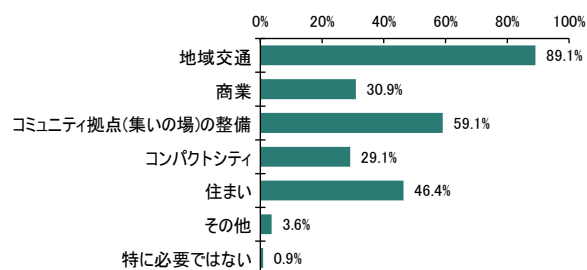


2. まちづくりにおける施策間連携の状況

問4 「まちづくり」計画の中で、保健・医療・福祉などとの連携状況

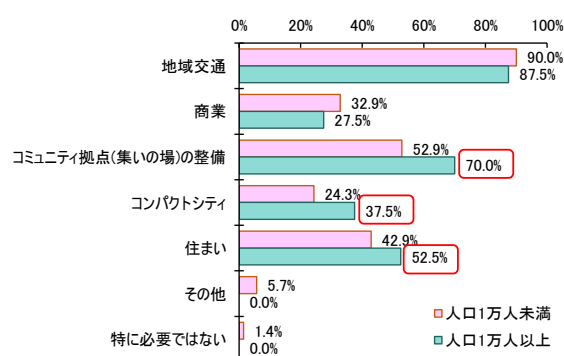
(1) 保健・医療・福祉などとの連携が必要なもの

複数回答		
	件数	割合
地域交通	98	89.1%
商業	34	30.9%
コミュニティ拠点(集いの場)の整備	65	59.1%
コンパクトシティ	32	29.1%
住まい	51	46.4%
その他	4	3.6%
特に必要ではない	1	0.9%
全体	110	



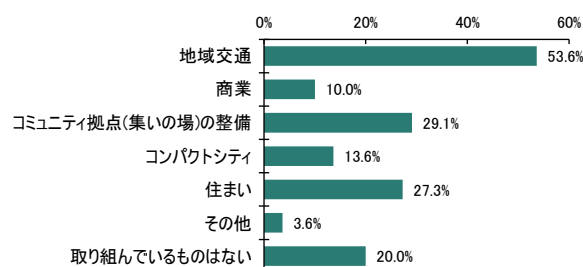
《人口規模別》

	複数回答			
	人口1万人未満		人口1万人以上	
	件数	割合	件数	割合
地域交通	63	90.0%	35	87.5%
商業	23	32.9%	11	27.5%
コミュニティ拠点(集いの場)の整備	37	52.9%	28	70.0%
コンパクトシティ	17	24.3%	15	37.5%
住まい	30	42.9%	21	52.5%
その他	4	5.7%	0	0.0%
特に必要ではない	1	1.4%	0	0.0%
全体	70		40	



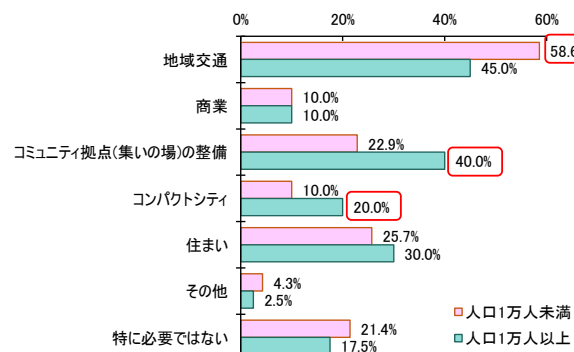
(2) 実際に取り組み始めているもの

複数回答		
	件数	割合
地域交通	59	53.6%
商業	11	10.0%
コミュニティ拠点(集いの場)の整備	32	29.1%
コンパクトシティ	15	13.6%
住まい	30	27.3%
その他	4	3.6%
取り組んでいるものはない	22	20.0%
全体	110	



《人口規模別》

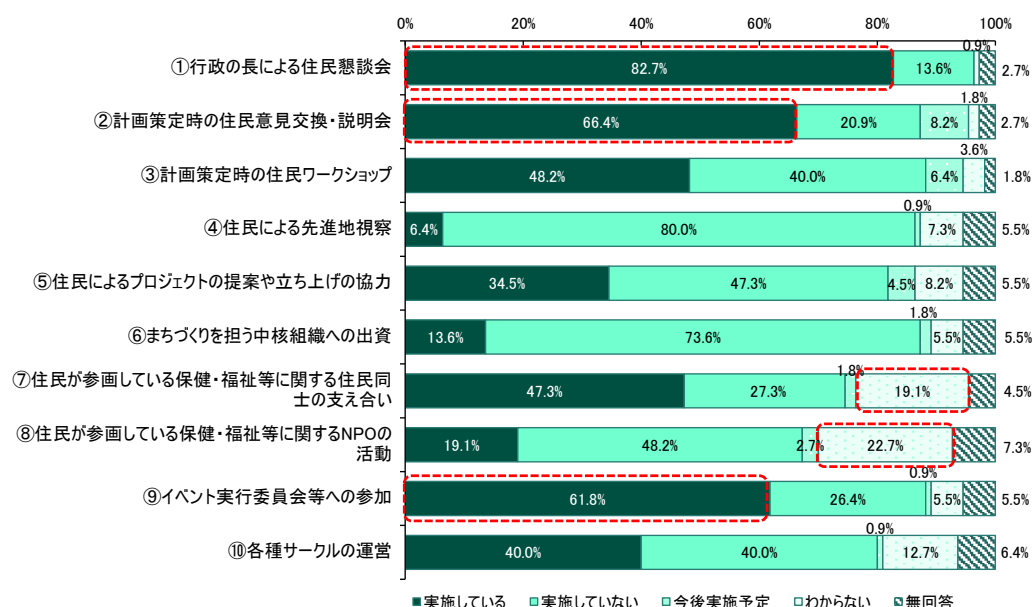
	複数回答			
	人口1万人未満		人口1万人以上	
	件数	割合	件数	割合
地域交通	41	58.6%	18	45.0%
商業	7	10.0%	4	10.0%
コミュニティ拠点(集いの場)の整備	16	22.9%	16	40.0%
コンパクトシティ	7	10.0%	8	20.0%
住まい	18	25.7%	12	30.0%
その他	3	4.3%	1	2.5%
特に必要ではない	15	21.4%	7	17.5%
全体	70		40	



3. 「まちづくり」における住民参画について

問5 (1) 住民参画を促すための取組の状況

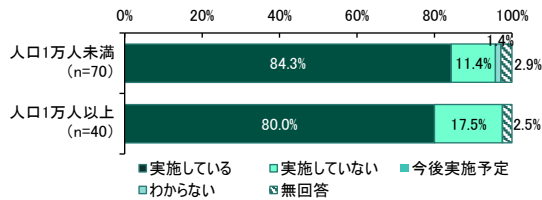
	実施している	実施していない	今後実施予定	わからない	無回答	合計
①行政の長による住民懇談会	91 82.7%	15 13.6%	0 0.0%	1 0.9%	3 2.7%	110 100.0%
②計画策定時の住民意見交換・説明会	73 66.4%	23 20.9%	9 8.2%	2 1.8%	3 2.7%	110 100.0%
③計画策定時の住民ワークショップ	53 48.2%	44 40.0%	7 6.4%	4 3.6%	2 1.8%	110 100.0%
④住民による先進地視察	7 6.4%	88 80.0%	1 0.9%	8 7.3%	6 5.5%	110 100.0%
⑤住民によるプロジェクトの提案や立ち上げの協力	38 34.5%	52 47.3%	5 4.5%	9 8.2%	6 5.5%	110 100.0%
⑥まちづくりを担う中核組織への出資	15 13.6%	81 73.6%	2 1.8%	6 5.5%	6 5.5%	110 100.0%
⑦住民が参画している保健・福祉等に関する住民同士の支え合い	52 47.3%	30 27.3%	2 1.8%	21 19.1%	5 4.5%	110 100.0%
⑧住民が参画している保健・福祉等に関するNPOの活動	21 19.1%	53 48.2%	3 2.7%	25 22.7%	8 7.3%	110 100.0%
⑨イベント実行委員会等への参加	68 61.8%	29 26.4%	1 0.9%	6 5.5%	6 5.5%	110 100.0%
⑩各種サークルの運営	44 40.0%	44 40.0%	1 0.9%	14 12.7%	7 6.4%	110 100.0%



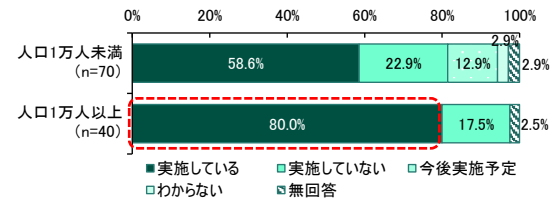
《人口規模別》

	人口1万人未満						人口1万人以上					
	実施している	実施していない	今後実施予定	わからない	無回答	合計	実施している	実施していない	今後実施予定	わからない	無回答	合計
①行政の長による住民懇談会	59 84.3%	8 11.4%	0 0.0%	1 1.4%	2 2.9%	70 100.0%	32 80.0%	7 17.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.5%	40 100.0%
②計画策定時の住民意見交換・説明会	41 58.6%	16 22.9%	9 12.9%	2 2.9%	2 2.9%	70 100.0%	32 80.0%	7 17.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.5%	40 100.0%
③計画策定時の住民ワークショップ	30 42.9%	28 40.0%	7 10.0%	4 5.7%	1 1.4%	70 100.0%	23 57.5%	16 40.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.5%	40 100.0%
④住民による先進地視察	3 4.3%	57 81.4%	1 1.4%	4 5.7%	5 7.1%	70 100.0%	4 10.0%	31 77.5%	0 0.0%	4 10.0%	1 2.5%	40 100.0%
⑤住民によるプロジェクトの提案や立ち上げの協力	19 27.1%	36 51.4%	4 5.7%	7 10.0%	4 5.7%	70 100.0%	19 47.5%	16 40.0%	1 2.5%	2 5.0%	2 5.0%	40 100.0%
⑥まちづくりを担う中核組織への出資	7 10.0%	54 77.1%	1 1.4%	3 4.3%	5 7.1%	70 100.0%	8 20.0%	27 67.5%	1 2.5%	3 7.5%	1 2.5%	40 100.0%
⑦住民が参画している保健・福祉等に関する住民同士の支え合い	30 42.9%	21 30.0%	1 1.4%	15 21.4%	3 4.3%	70 100.0%	22 55.0%	9 22.5%	1 2.5%	6 15.0%	2 5.0%	40 100.0%
⑧住民が参画している保健・福祉等に関するNPOの活動	9 12.9%	40 57.1%	2 2.9%	14 20.0%	5 7.1%	70 100.0%	12 30.0%	13 32.5%	1 2.5%	11 27.5%	3 7.5%	40 100.0%
⑨イベント実行委員会等への参加	41 58.6%	21 30.0%	1 1.4%	2 2.9%	5 7.1%	70 100.0%	27 67.5%	8 20.0%	0 0.0%	4 10.0%	1 2.5%	40 100.0%
⑩各種サークルの運営	29 41.4%	26 37.1%	1 1.4%	8 11.4%	6 8.6%	70 100.0%	15 37.5%	18 45.0%	0 0.0%	6 15.0%	1 2.5%	40 100.0%

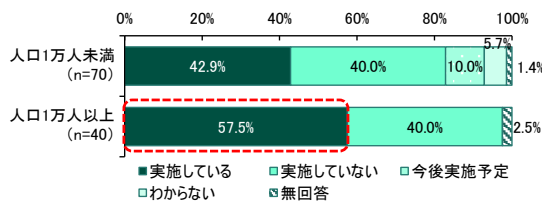
①行政の長による住民懇談会



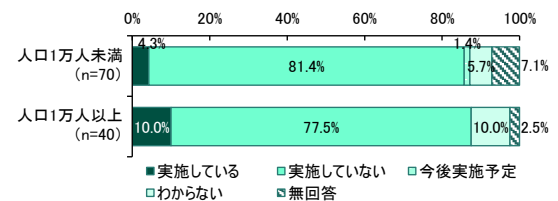
②計画策定時の住民意見交換・説明会



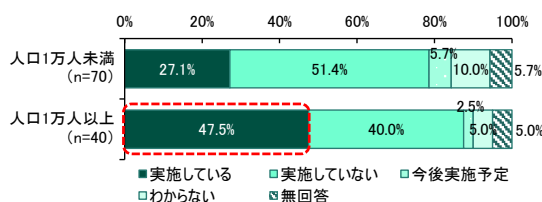
③計画策定時の住民ワークショップ



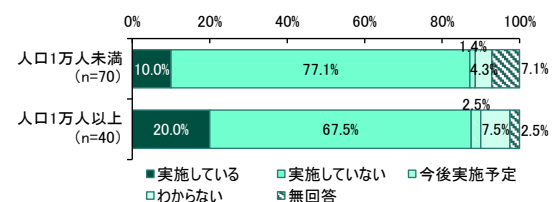
④住民による先進地視察



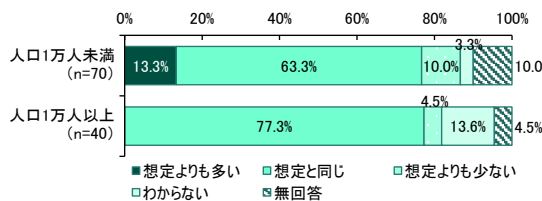
⑤住民によるプロジェクトの提案や立ち上げの協力



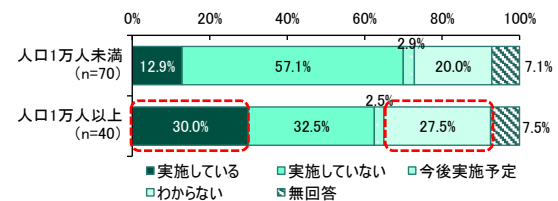
⑥まちづくりを担う中核組織への出資



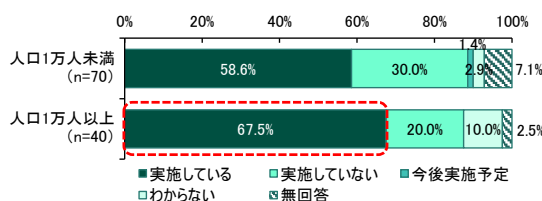
⑦住民が参画している保健・福祉等に関する住民同士の支え合い



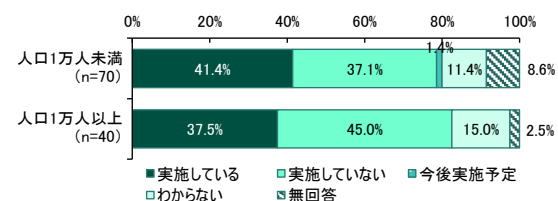
⑧住民が参画している保健・福祉等に関するNPOの活動



⑨イベント実行委員会等への参加



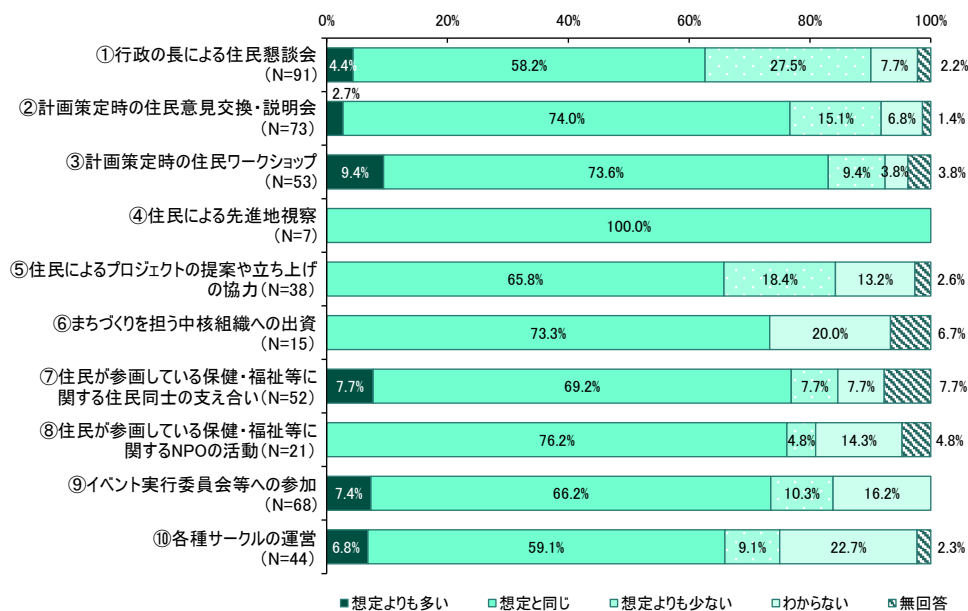
⑩各種サークルの運営



(2) 住民参加数の多寡

※問5 (1)取組を「実施している」と回答した自治体

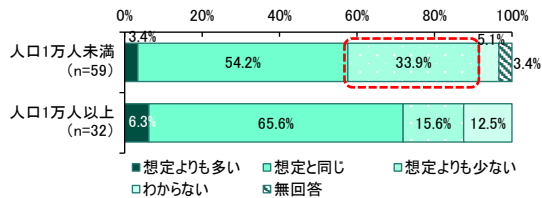
	想定よりも多い	想定と同じ	想定よりも少ない	わからない	無回答	合計
①行政の長による住民懇談会	4 4.4%	53 58.2%	25 27.5%	7 7.7%	2 2.2%	91 100.0%
②計画策定時の住民意見交換・説明会	2 2.7%	54 74.0%	11 15.1%	5 6.8%	1 1.4%	73 100.0%
③計画策定時の住民ワークショップ	5 9.4%	39 73.6%	5 9.4%	2 3.8%	2 3.8%	53 100.0%
④住民による先進地視察	0 0.0%	7 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%
⑤住民によるプロジェクトの提案や立ち上げの協力	0 0.0%	25 65.8%	7 18.4%	5 13.2%	1 2.6%	38 100.0%
⑥まちづくりを担う中核組織への出資	0 0.0%	11 73.3%	0 0.0%	3 20.0%	1 6.7%	15 100.0%
⑦住民が参画している保健・福祉等に関する住民同士の支え合い	4 7.7%	36 69.2%	4 7.7%	4 7.7%	4 7.7%	52 100.0%
⑧住民が参画している保健・福祉等に関するNPOの活動	0 0.0%	16 76.2%	1 4.8%	3 14.3%	1 4.8%	21 100.0%
⑨イベント実行委員会等への参加	5 7.4%	45 66.2%	7 10.3%	11 16.2%	0 0.0%	68 100.0%
⑩各種サークルの運営	3 6.8%	26 59.1%	4 9.1%	10 22.7%	1 2.3%	44 100.0%



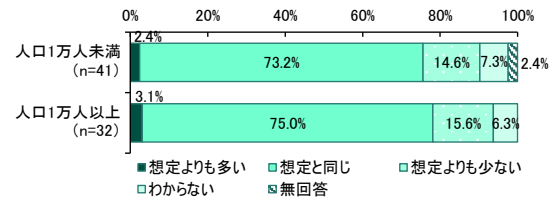
《人口規模別》

	人口1万人未満						人口1万人以上					
	想定よりも多い	想定と同じ	想定よりも少ない	わからない	無回答	合計	想定よりも多い	想定と同じ	想定よりも少ない	わからない	無回答	合計
①行政の長による住民懇談会	2 3.4%	32 54.2%	20 33.9%	3 5.1%	2 3.4%	59 100.0%	2 6.3%	21 65.6%	5 15.6%	4 12.5%	0 0.0%	32 100.0%
②計画策定時の住民意見交換・説明会	1 2.4%	30 73.2%	6 14.6%	3 7.3%	1 2.4%	41 100.0%	1 3.1%	24 75.0%	5 15.6%	2 6.3%	0 0.0%	32 100.0%
③計画策定時の住民ワークショップ	2 6.7%	20 66.7%	4 13.3%	2 6.7%	2 6.7%	30 100.0%	3 13.0%	19 82.6%	1 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	23 100.0%
④住民による先進地視察	0 0.0%	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%	0 0.0%	4 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%
⑤住民によるプロジェクトの提案や立ち上げの協力	0 0.0%	12 63.2%	4 21.1%	3 15.8%	0 0.0%	19 100.0%	0 0.0%	13 68.4%	3 15.8%	2 10.5%	1 5.3%	19 100.0%
⑥まちづくりを担う中核組織への出資	0 0.0%	4 57.1%	0 0.0%	3 42.9%	0 0.0%	7 100.0%	0 0.0%	7 87.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 12.5%	8 100.0%
⑦住民が参画している保健・福祉等に関する住民同士の支え合い	4 13.3%	19 63.3%	3 10.0%	1 3.3%	3 10.0%	30 100.0%	0 0.0%	17 77.3%	1 4.5%	3 13.6%	1 4.5%	22 100.0%
⑧住民が参画している保健・福祉等に関するNPOの活動	1 11.1%	6 66.7%	1 11.1%	1 11.1%	0 0.0%	9 100.0%	0 0.0%	10 83.3%	0 0.0%	2 16.7%	0 0.0%	12 100.0%
⑨イベント実行委員会等への参加	2 4.9%	26 63.4%	6 14.6%	7 17.1%	0 0.0%	41 100.0%	3 11.1%	19 70.4%	1 3.7%	4 14.8%	0 0.0%	27 100.0%
⑩各種サークルの運営	1 3.4%	17 58.6%	4 13.8%	6 20.7%	1 3.4%	29 100.0%	2 13.3%	9 60.0%	0 0.0%	4 26.7%	0 0.0%	15 100.0%

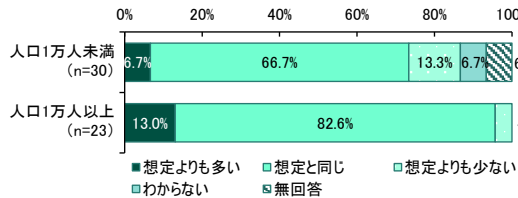
①行政の長による住民懇談会



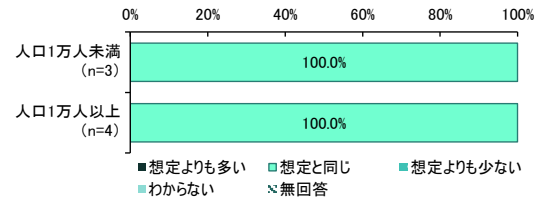
②計画策定時の住民意見交換・説明会



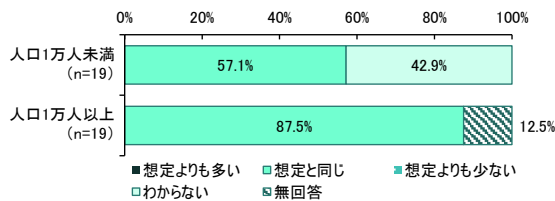
③計画策定時の住民ワークショップ



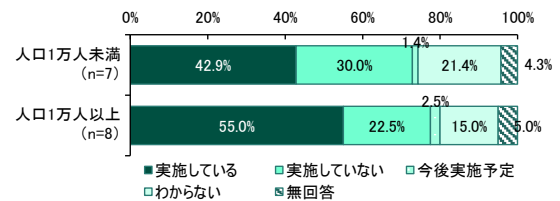
④住民による先進地視察



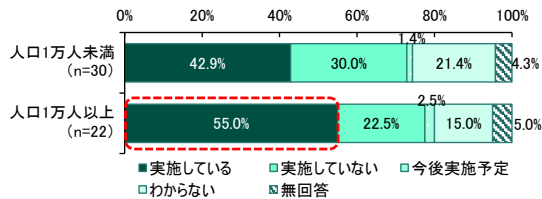
⑤住民によるプロジェクトの提案や立ち上げの協力



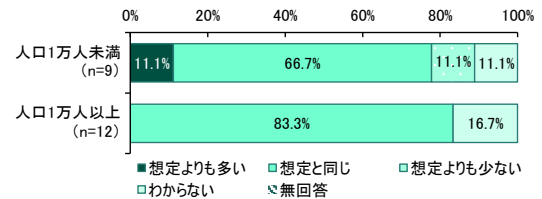
⑥まちづくりを担う中核組織への出資



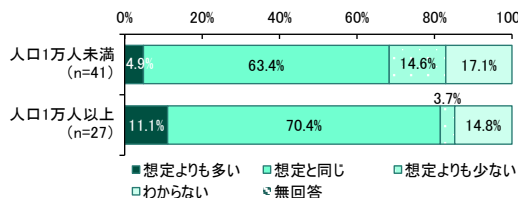
⑦住民が参画している保健・福祉等に関する住民同士の支え合い



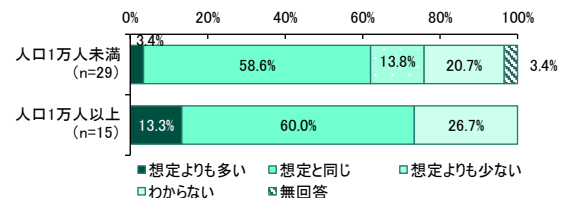
⑧住民が参画している保健・福祉等に関するNPOの活動



⑨イベント実行委員会等への参加



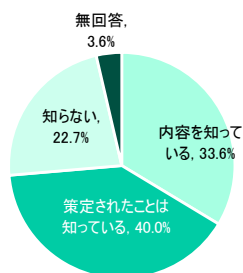
⑩各種サークルの運営



4. 地域医療構想について

問7 「北海道地域医療構想」の周知度

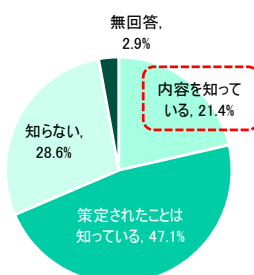
	件数	割合
内容を知っている	37	33.6%
策定されたことは知っている	44	40.0%
知らない	25	22.7%
無回答	4	3.6%
合計	110	100.0%



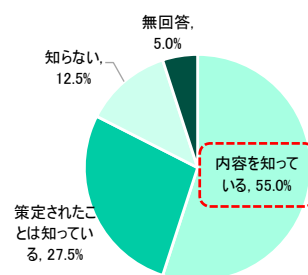
《人口規模別》

	人口1万人未満		人口1万人以上	
	件数	割合	件数	割合
内容を知っている	15	21.4%	22	55.0%
策定されたことは知っている	33	47.1%	11	27.5%
知らない	20	28.6%	5	12.5%
無回答	2	2.9%	2	5.0%
合計	70	100.0%	40	100.0%

人口1万人未満

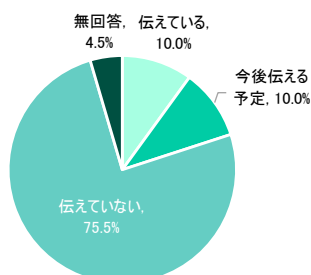


人口1万人以上



問8 「北海道地域医療構想」について住民への伝達

	件数	割合
伝えている	11	10.0%
今後伝える予定	11	10.0%
伝えていない	83	75.5%
無回答	5	4.5%
合計	110	100.0%



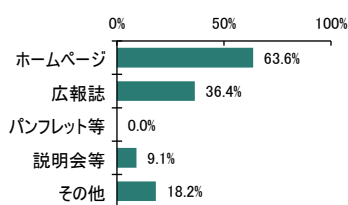
《人口規模別》

	人口1万人未満		人口1万人以上	
	件数	割合	件数	割合
伝えている	6	8.6%	5	12.5%
今後伝える予定	9	12.9%	2	5.0%
伝えていない	53	75.7%	30	75.0%
無回答	2	2.9%	3	7.5%
合計	70	100.0%	40	100.0%

※問8 住民へ「伝えている」と回答した自治体

住民への伝達方法

複数回答		
	件数	割合
ホームページ	7	63.6%
広報誌	4	36.4%
パンフレット等	0	0.0%
説明会等	1	9.1%
その他	2	18.2%
全体	11	



《人口規模別》

	人口1万人未満		人口1万人以上	
	件数	割合	件数	割合
ホームページ	3	50.0%	4	80.0%
広報誌	2	33.3%	2	40.0%
パンフレット等	0	0.0%	0	0.0%
説明会等	1	16.7%	0	0.0%
その他	1	16.7%	1	20.0%
全体	6		5	

あなたもはまる?! これからの健康づくり

—「健康まちづくり」を考える—

更別村のデータヘルス計画によると、49歳以下の農業青年や若手職員は、農閑期である11月～2月にかけて運動の機会が少なく肥満傾向にあり、生活習慣病を発症するリスクが高いと指摘されています。

そこで、若いうちから健康づくりを意識し、生涯現役で、自分らしく、健康的に生活できるようにするための方策や仕組み（まちづくり）について意見交換するワークショップを開催します。

これを機会に、皆さんの健康とまちづくりについて一緒に考えてみませんか？ご参加お待ちしております。



日 程

令和2年 **1月24日（金）** 17:30 - 20:00
(茶菓付)

会 場

更別村地域創造複合施設（熱中小学校）ホール
〔更別村字更別南1線93-38〕

対 象

農業青年、商工会や役場の若手職員

プログラム

- ①講演：「(仮) 住民参加型の健康まちづくり」(40分)
波潟幸敏氏（特別養護老人ホーム鷹栖さつき苑 施設長）
- ②講演：「(仮) ウェアラブルウォッチを使った健康管理」(60分)
梅田智広氏（奈良県立医科大学 産学官連携推進センター MBT 研究所副所長）
- ③ワークショップ (50分)

そ の 他

✓ **参加者はウェアラブルウォッチを体験できます。**

下記内容をご記入の上、**1月17日（金）**までにE-mail またはFAXで送付ください。

【事務局】（一社）北海道総合研究調査会（担当：野邊〔のべ〕、井芹〔いせり〕）
〒060-0004 札幌市中央区北4西6-1 毎日札幌会館3階
TEL：011-222-3669 / FAX：011-222-4105 / Mail：nobe@hit-north.or.jp

申込方法・問合せ先

「あなたもはまる?! これからの健康づくり」更別村ワークショップ **参加申込書**

(ふりがな) お名前			ご年齢	歳
ご住所				
ご連絡先	(TEL)	(E-mail)		

令和元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**

令和2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