

東松島市医療福祉サービス 復興再生ビジョン

連携

健康増進

生き方

認知症
ケア

支え合い

平成29年3月
東松島市

はじめに



東日本大震災から6年が経過いたしました。しかし、未だ仮設住宅等において不自由な生活を余儀なくされ、厳しい生活環境に置かれている方も少なくありません。

特に、高齢者にとって環境の変化は、それに起因する心身機能の低下や要介護リスクの増加にもつながるため、心のケアや見守りなど支援体制の充実が必要となります。本市においても高齢化が一層進み、団塊の世代の方が75歳を超える2025年には、3人に1人が65歳以上となり、医療や介護の需要がますます増加することが見込まれています。

「東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン」は、高齢者がいつまでも住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、「医療・介護・予防・生活支援・住まい」といった5つの要素を一体的に提供する「地域包括ケアシステム」構築に関する将来ビジョンとなります。本市では、このビジョンの対象者を高齢者のみならず、障がい者も含めた形で検討を重ねてきました。将来的には子ども・子育て世帯等にも対象を広げ、共生型システムの構築を目指していきます。

今後は、在宅医療・介護サービスの供給体制と人材確保、医療・介護の専門職による連携体制の整備、認知症の方の早期発見・早期受診につなげる支援体制の整備、新総合事業による介護予防への取り組みの強化、住民主体組織の育成と生活支援サービスの創出など、誰もが支え、支えられる地域づくりを推進していきます。

最後に、本ビジョンの策定にあたり、貴重なご意見・ご提言を賜りました「東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン協議会、在宅医療・介護連携検討部会、認知症施策検討部会、新総合事業検討部会」の各委員をはじめ、アンケート調査に応じていただいた市民の方々、ヒアリング調査に応じていただいたの方々、そのほか、ご協力いただいたすべての関係者の皆様に厚く御礼を申し上げますとともに、今後の本ビジョンの推進につきまして、ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます、あいさつとさせていただきます。

平成29年3月

東松島市長 阿部 秀保

目次

I. 基本構想

第1章	ビジョン策定にあたって	1
1.	策定の目的	1
2.	本ビジョンの位置づけ	1
3.	本ビジョンの対象者	2
4.	本ビジョンの構成と期間	2
5.	策定方法	3
第2章	地域包括ケアシステムを巡る状況	4
1.	国の示す地域包括ケアシステムとは	4
2.	東松島市の概況	9
3.	本市の地域包括ケアシステムに関する基本的な考え方	27
第3章	東松島市が目指す姿	29
1.	基本理念	29
2.	目指す姿	30
3.	5つの目指す姿の考え方	31
4.	関係者に期待される役割	36
5.	評価指標について	37
6.	コンセプト全体像	39

II. 基本計画

第1章	計画の全体像	41
第2章	取組方針と実施内容	43
1.	本人が望む生き方を、皆で支えることができる【生き方】	43
2.	多職種の連携により、切れ目のない医療・介護サービスが提供される【連携】	49
3.	認知症が理解され、本人・家族が安心して暮らすことができる【認知症ケア】	59
4.	住民自ら取り組む健康づくり・介護予防活動が、地域全体に広がる【健康増進】	67
5.	住民同士の絆を大切に、互いに支え合う力（地域力）を高める【支え合い】	73
第3章	推進体制	79
1.	地域マネジメントの必要性	79
2.	地域ケア会議の推進	79

資料 I	本市の基礎情報	84
------	---------	----

資料 II	付属資料	131
-------	------	-----

I. 基本構想

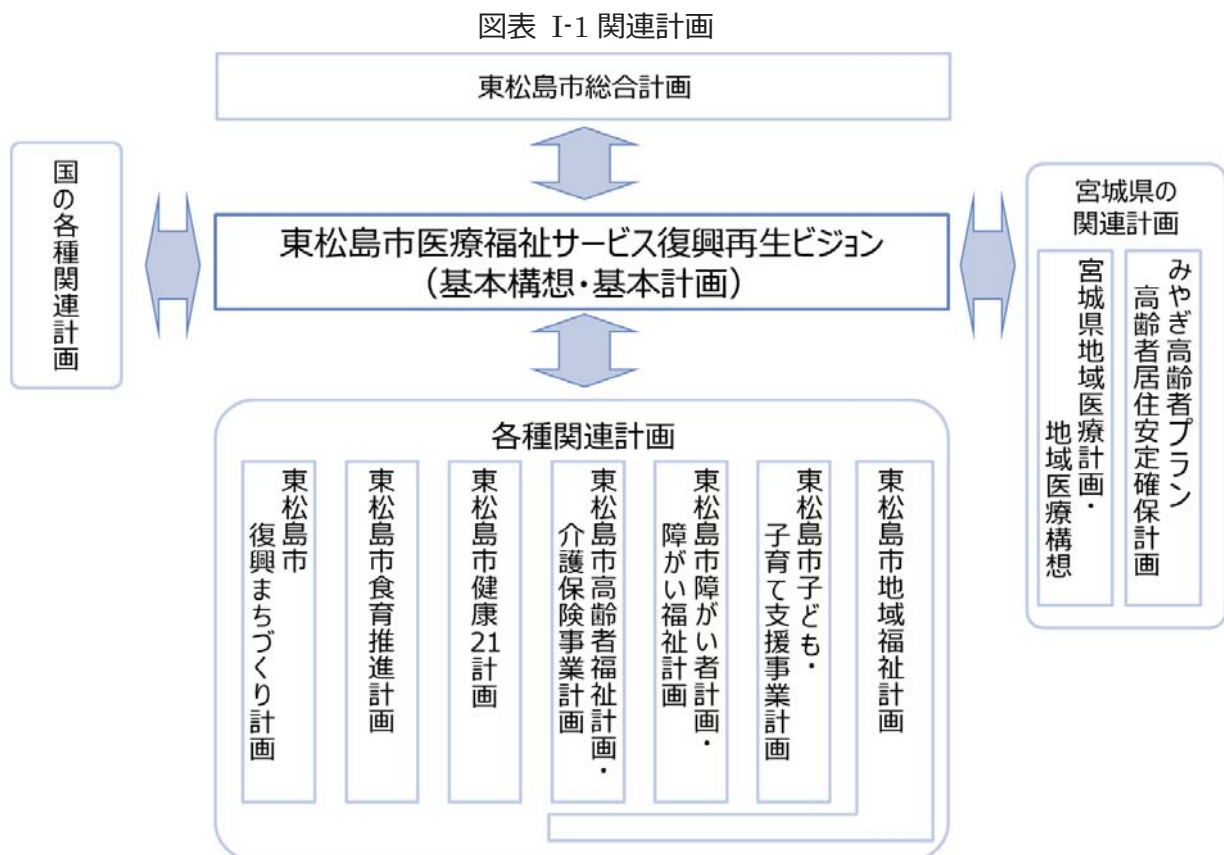
第1章 ビジョン策定にあたって

1. 策定の目的

東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン（以下「本ビジョン」という）は、東日本大震災により甚大な被害を受けた医療及び福祉サービス基盤の復興再生を目的とし、団塊の世代が75歳を超える2025年（平成37年）に向け、「医療・介護・介護予防・生活支援・住まい」の5つのサービスについて、高齢者等に一体的な提供を行なうことのできる地域包括ケアシステムの構築を計画的に推進するとともに、多様な分野の関係者が地域における実情と支援体制のあり方に関する課題を共有し、高齢者等への支援体制の整備につなげることを目的としています。

2. 本ビジョンの位置づけ

本ビジョンは、東松島市が地域包括ケアシステム構築に向けて独自に策定するものです。東松島市総合計画をはじめ、各種関連計画との整合性を図りながら、策定しています【図表 I-1】。



3. 本ビジョンの対象者

本ビジョンの対象者は、当面の間は高齢者及び障がい者を中心に検討します。今後も検討を重ねながら、子ども・子育て世代等、徐々に対象者を拡大していきます。

4. 本ビジョンの構成と期間

本ビジョンは、「基本構想」と「基本計画」で構成します【図表 I-2】。

図表 I-2 構成と対象期間

年度	平成 29年度	平成 30年度	平成 31年度	平成 32年度	平成 33年度	平成 34年度	平成 35年度	平成 36年度	平成 37年度	平成 38年度
基本構想	10年間									
基本計画	10年間（中間年に点検し、必要に応じ見直し）									

基本構想	本市の地域包括ケアシステムの基本理念や目指す姿を示すものです。 期間は、平成 29 年度から平成 38 年度までの 10 年間とします。
基本計画	基本構想を実現するため、取組方針や実施内容などを示すものです。 期間は、基本構想と同様に 10 年間としますが、社会経済状況などの変化に柔軟に対応するため、中間年において点検し、必要に応じて適切な見直しを行ないます。

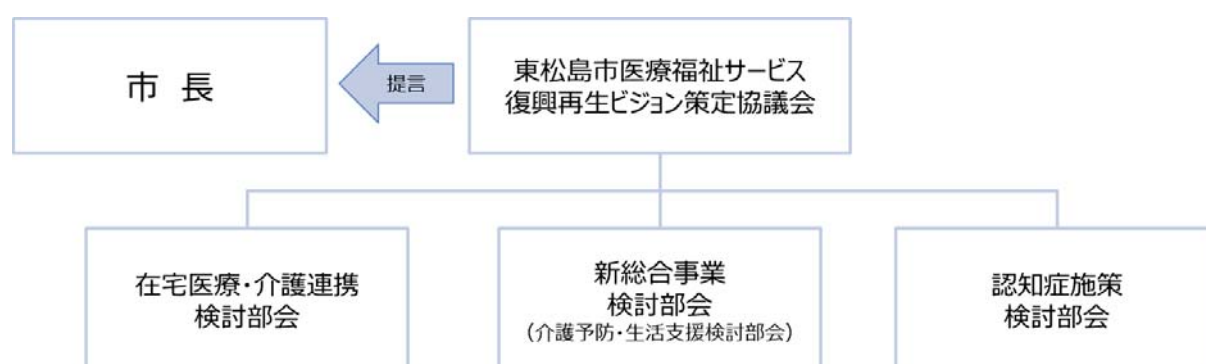
なお、今後策定する東松島市高齢者福祉計画・介護保険事業計画において、基本計画の取組方針や実施内容を実現するために取り組む事務事業の進行管理を行ないます。

5. 策定方法

(1) 策定体制

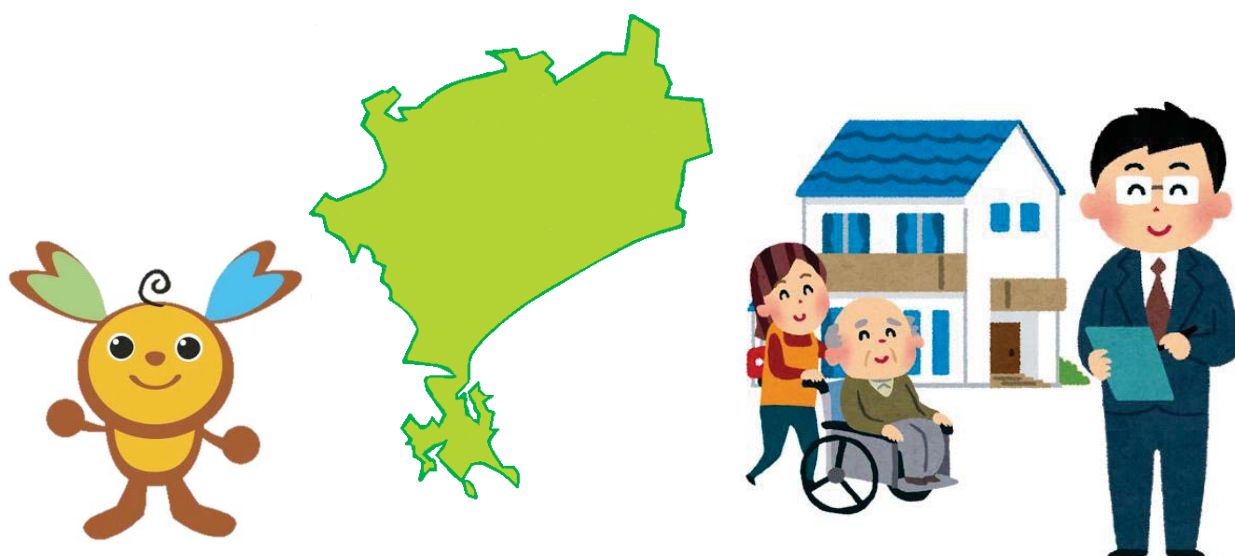
本ビジョン策定に当たり、東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン策定協議会が、専門的な立場や知見に基づき検討し、提言を行ないました。なお、重点課題である在宅医療・介護連携、新総合事業(介護予防・生活支援)、認知症施策については、それぞれ検討部会を設置しています【図表 I-3】。

図表 I-3 策定体制



(2) 調査方法

東松島市の地域包括ケアシステム構築に向けて、地域における実情を把握することを目的に、地域包括ケアシステムに関わる基礎情報を調査しました。調査方法は、文献調査に加え、アンケート調査及びヒアリング調査です【資料 I 参照】。



第2章 地域包括ケアシステムを巡る状況

1. 国の示す地域包括ケアシステムとは

(1) 高齢化の進展

日本は、平均寿命が男女ともに世界トップクラスの長寿国になり、「人生 90 年時代」を目前に控えています。このことは、健康で長生きをするという願いがかなえられてきた結果であると同時に、世界に先駆けて少子高齢化が進む国として社会の新たな仕組みづくりが求められています。

日本の 65 歳以上の高齢者人口は、2015 年（平成 27 年）10 月現在約 3,400 万人となり、高齢化率（総人口に対する 65 歳以上人口の割合）は 26.7%（国民の 4 人に 1 人）となっています。少子化により総人口が減少しているため、高齢化率は今後も上昇を続け、2035 年（平成 47 年）には 33.4%（国民の 3 人に 1 人）になると推計されています【図表 I-4】。

病気等で入院する人の割合は 75 歳以上になると急増するため¹、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年（平成 37 年）以降は、国民の医療や介護の需要が特に増加することが見込まれています。高齢者人口に占める要支援・要介護認定者の割合は年齢階層別に見ると、65～74 歳では 3.0% ですが 75 歳以上では 23.3%となっています²。

また、核家族化やライフスタイルの多様化等により、ひとり暮らし高齢者、高齢者のみ世帯が増加しています。特に、75 歳以上のひとり暮らし高齢者数は 2015 年には 327 万人であり、2025 年には 447 万人（1.37 倍）になると見込まれています³。高齢化に伴い認知症高齢者数も急増すると予想されており、2025 年には 65 歳以上人口の 5 人に 1 人の約 700 万人になると推計されています⁴。そのため日常生活を送る上で、困りごとが生じる高齢者が増える可能性も高くなっています。

さらに、2040 年前後には団塊ジュニア世代が 65 歳に到達することから、2025 年以降の医療や介護の需要はその後とも長期間にわたり継続すると予想されています。一方、出生数は減少を続けており、担い手となる生産年齢人口（15 歳～64 歳）の増加は見込めない状況にあります。

このように 2025 年、更にその先の 2040 年に向けて、増加し続ける医療・介護需要への対応が大きな課題となっています。

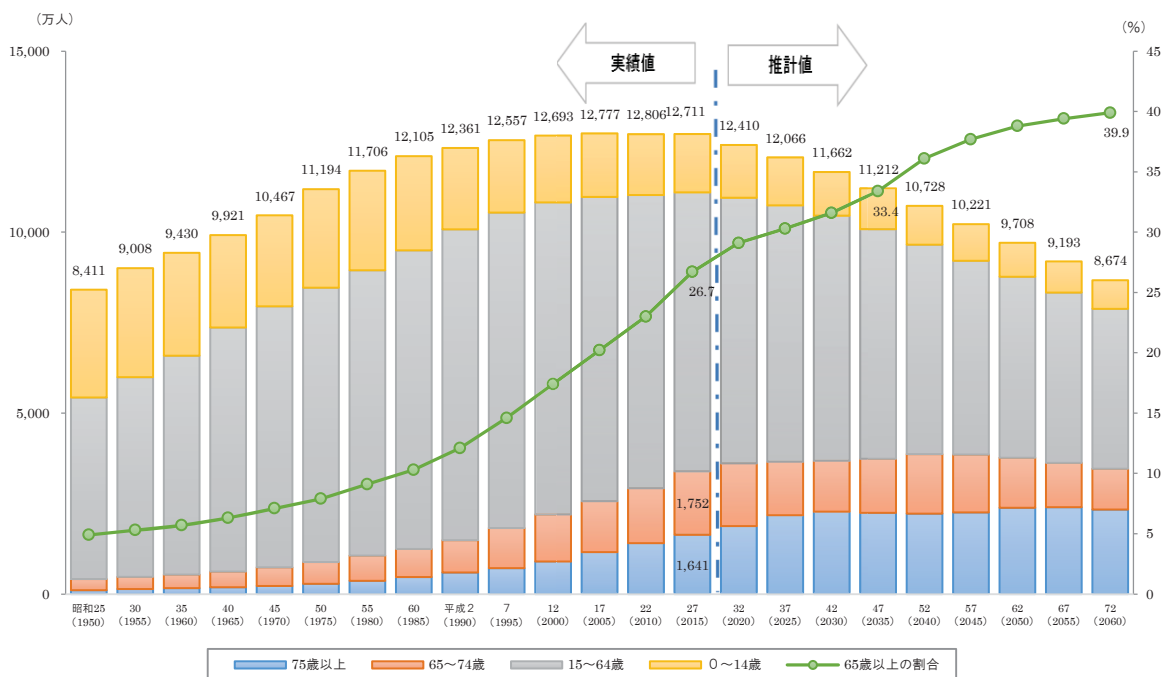
¹ 厚生労働省「平成 26 年（2014）患者調査の概況」

² 厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）（平成 25 年度）」より算出

³ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計～平成 25 年 3 月推計」

⁴ 「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授）による速報値

図表 I-4 日本の高齢化の推移と将来推計



資料：2010年までは総務省「国勢調査」、2015年は総務省「人口推計（平成27年国勢調査人口速報集計による人口を基準とした平成27年10月1日現在確定値）」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果
 (注) 1950年～2010年の総数は年齢不詳を含む。高齢化率の算出には分母から年齢不詳を除いている。

(2) 介護保険の財政や介護サービスの状況

介護保険制度は、2000年度（平成12年度）に施行されました。制度開始当初の介護保険給付費は約3.2兆円でしたが、2016年度（平成28年度）には約9.6兆円になる見込みであり、15年の間に約3倍に増加しています。このような介護保険給付費の増大に伴い、介護保険の保険料額も上昇しています。65歳以上の高齢者が負担する第1号被保険者保険料の全国平均は、介護保険制度開始当初（2000年度）月額2,911円でしたが、2016年度（平成28年度）には月額5,514円に上っています。このままで推移すると、2025年度（平成37年度）には月額8,000円を超えるといわれています。

また、制度開始以降介護従事者数は増加してきていますが、サービスへの需要増加に対して人材の不足は続いています。必要な医療・介護従事者数は2007年時点では385万人でしたが、2025年には551万人から684万人程度を確保する必要があると推計されています。医療・介護に従事する人材の確保が大きな課題です。

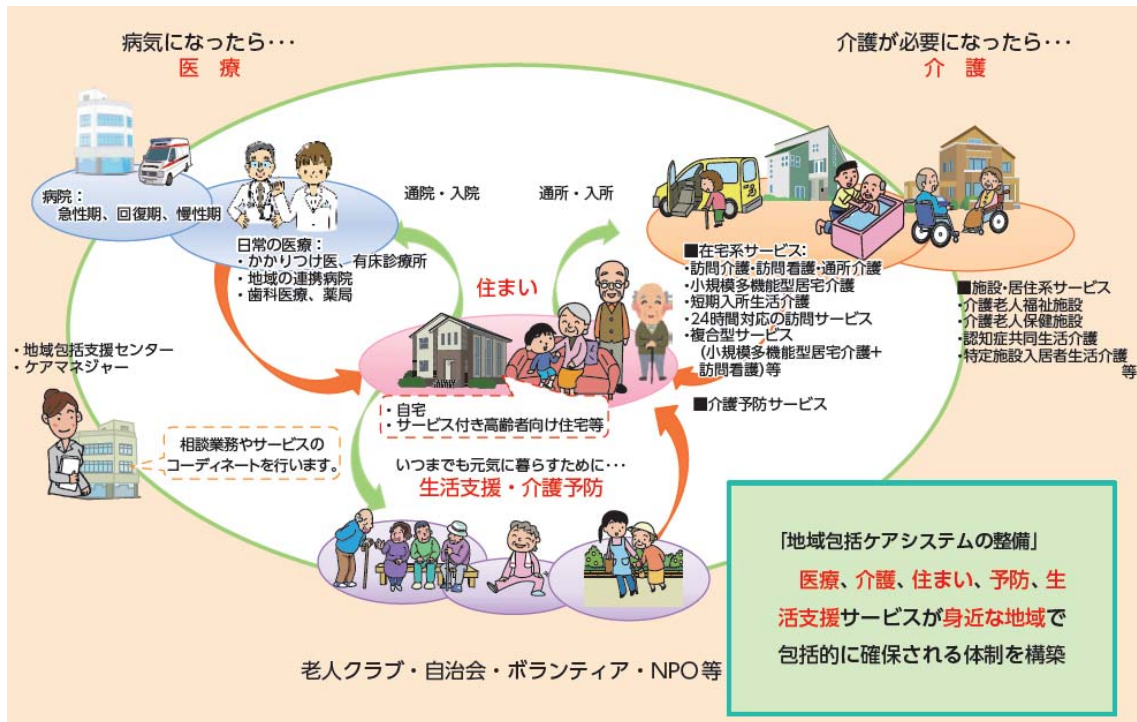
(3) 地域包括ケアシステムの必要性

2025年に向けて、医療や介護に対する需要が高まり、医療費や介護保険給付費の増大に伴う負担の増加が見込まれます。その一方で、高齢者を支える医療・介護従事者の人材不足が顕著になり、需要に対する支え手が不足すると予想されます。

このような社会変化を踏まえ、高齢者が尊厳を保ちながら安心して地域で暮らし続けるためには、さまざまな支援が切れ目なく提供される必要があります。医療や介護サービスだけでなく、見守りや家事などの生活支援がありますが、利用者にとって一体的なケアを提供する体制整備が課題となっていました。

このため国は、「医療、介護、介護予防、生活支援、住まい」にかかわる支援が地域で有機的に連携し、一体的に提供される仕組みとして「地域包括ケアシステム」を掲げ、2025年に向けてその構築を目指しています【図表 I-5】。

図表 I-5 国の示す地域包括ケアシステムの姿



資料：厚生労働省資料

(4) 地域包括ケアシステムにおける5つの要素

国は、地域包括ケアシステムを構成する要素として、「医療・介護・介護予防・生活支援・住まい」という5つの要素を示しています。要素の関係を図示したものが、図表 I-6 です。

この「植木鉢」の絵は、ある一人の住民の地域生活を支える地域包括ケアシステムを示すものです。まず、「本人の選択と本人・家族の心構え」という基礎の上に「住まい」という器があり、安定した日常生活を送るための「介護予防・生活支援」という土壌から「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」という葉があります。これらが柔軟に組み合わさることで、本人が選択した上でその生活を送っている姿となります。地域の中に多数の植木鉢が存在し、それぞれの住民のニーズに合った資源を適切に組み合わせ、一体的に提供される体制がなされ、住み慣れた地域での生活を継続することが可能となります。

図表 I-6 地域包括ケアシステムの5つの構成要素



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

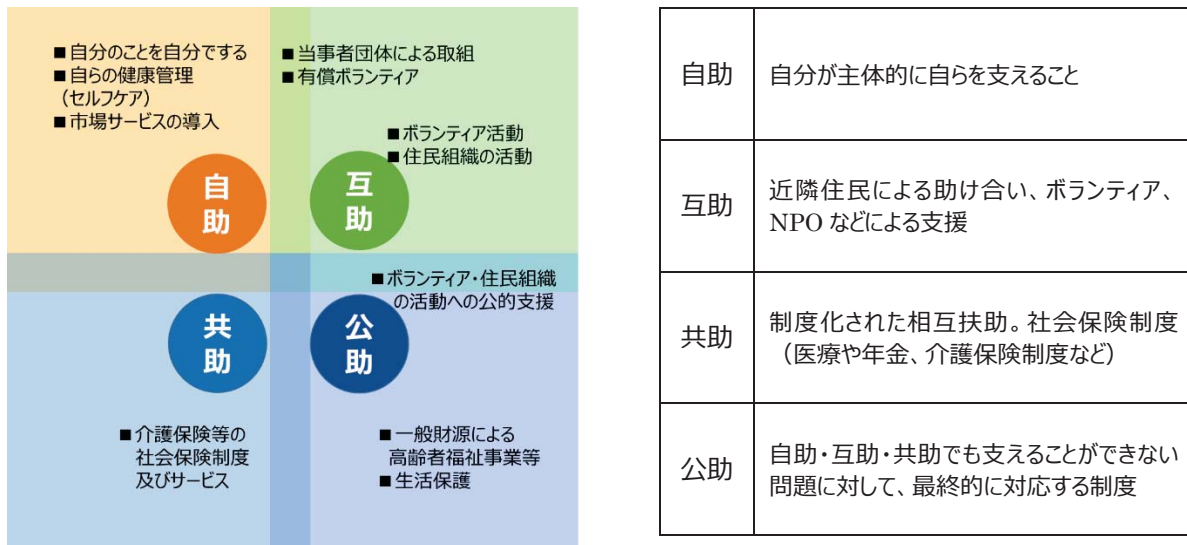
(5) 地域包括ケアシステムにおける自助・互助・共助・公助

地域包括ケアシステムを推進していくためには、「自助・互助・共助・公助」、それぞれに取り組むことが必要です【図表 I-7】。先に述べたような社会変化を踏まえると、財政負担、人材不足の観点から、共助、公助のみで地域包括ケアシステムのすべてを支えることはもはや困難な状況にあります。

今後は、「自助・互助」の果たす役割が大きくなると考えられます。自分の力で生活にかかわる課題を解決する「自助」や、地域などでそれぞれが助け合いながら課題解決をしていく「互助」で地域を支え、「共助」や「公助」はそれらの受け皿として人々を支える考え方が必要になります。

2025 年から 2040 年に向けて、生産年齢人口の減少と医療・介護需要の増加が進むため、「自助・互助・共助・公助」のバランスを継続的に考えていくことが求められます。

図表 I-7 自助・互助・共助・公助のイメージ



資料：三菱 UFJ リサーチ「<地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムと地域マネジメント」平成 28 年 3 月より作成

（６）共生型社会における地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムの考え方は、高齢者のみにあてはまるものではありません。地域に暮らす住民誰もが、その人らしく生きるために必要な社会のあり方といえます。現状では、高齢者、障がい者、子ども等の対象ごとに制度が異なるため、支援窓口等も別となっています。今後は、子どもから大人まで、高齢になっても、障がいがあっても、またさまざまな生活課題を抱えていても、住民と医療や介護、福祉等のさまざまな専門職、行政が連携し、誰もが支え、支えられるような共生型の地域包括ケアシステムが求められます。

（７）地域特性に応じた地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムの実現のためには、地域ごとに今後の地域のあり方を考えながら作り上げるプロセスが必要です。都市と地方では人口構造や医療・介護サービスの状況、地域のつながりの強さが異なるため、地域包括ケアシステムのあり方は全国一律ではありません。「自助・互助・共助・公助」の考え方も異なります。地域ごとに地域の特性に応じて、地域包括ケアシステムの構築を進めていくことが重要といえます。

2. 東松島市の概況

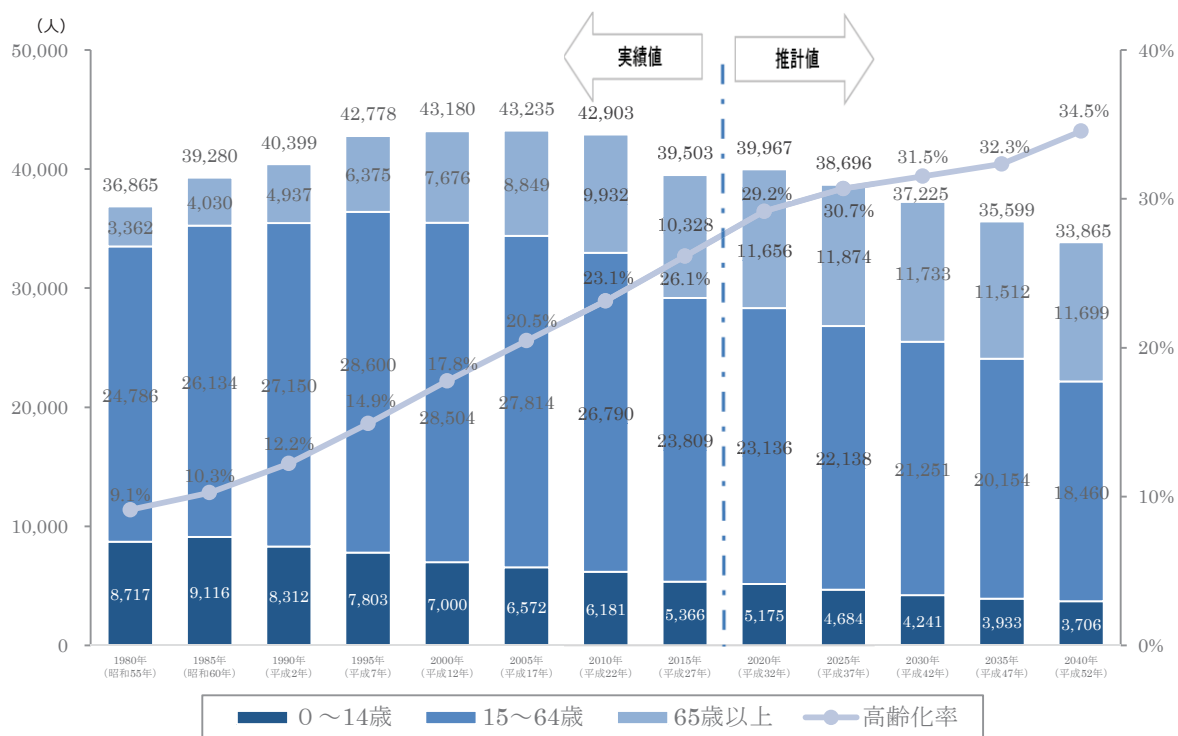
(1) 人口と高齢化率

本市の2015年（平成27年）の人口は、39,503人となっています。本市の人口は、2005年（平成17年）まで増加していたものの、2010年（平成22年）には減少に転じています。2020年（平成32年）には一時的に増加が見込まれますが、2020年以降は再び減少傾向に転じる見込みであり、2040年（平成52年）には33,865人になると推計されています。

65歳以上の高齢者人口は、2020年まで増加を続け、2020年以降は横ばいで推移します。一方、0～64歳の年少・生産年齢人口は、1995年（平成7年）以降減少し、今後も減少が続く見込みです。高齢化率は、2015年（平成27年）には26.1%（4人に1人）ですが、2040年（平成52年）には34.5%（3人に1人）に上昇すると予想されています。

人口減少段階には、第1段階（高齢者人口の増加かつ年少・生産年齢人口の減少）、第2段階（高齢者人口の維持・微減かつ年少・生産年齢人口の減少）、第3段階（高齢者人口減少かつ年少・生産年齢人口の減少）の3段階があるとされています。全国では、第1段階から第2段階に2040年（平成52年）に移行するとされていますが、本市では、全国よりも早く、2020年（平成32年）に移行すると推定されています【図表 I-8】

図表 I-8 本市の人口と高齢化率推移



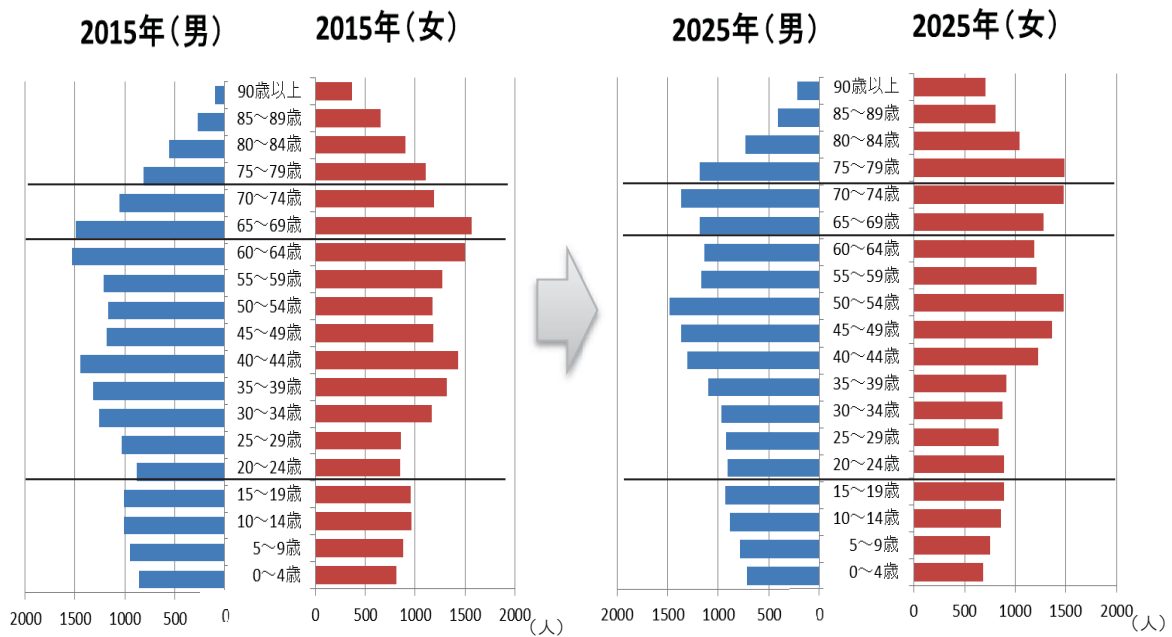
資料：2015年までは総務省「国勢調査」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所

「日本の地域別将来推計人口」（2013年（平成25年）3月推計）

(2) 年代別人口

国の推計によると、東松島市の年代別人口では、2025年（平成37年）には、75歳以上の人口（団塊の世代以上）と50歳前後の人口（団塊ジュニア世代）が増加します。世代の移行とともに、個人の生き方、考え方の多様化が進むと予想されます。一方、これからの社会を支える30代以下の世代が今後大きく減少すると推定されています【図表 I-9】。

図表 I-9 年代別人口



※推計値のため、実績値とは一致しない

(2015年)	
・ 人口	39,265人
・ 年代別人口	
0-14歳	5,467人 (13.9%)
15-64歳	23,739人 (60.5%)
65-74歳	5,305人 (13.5%)
75歳以上	4,754人 (12.1%)
・ 高齢化率	25.6%

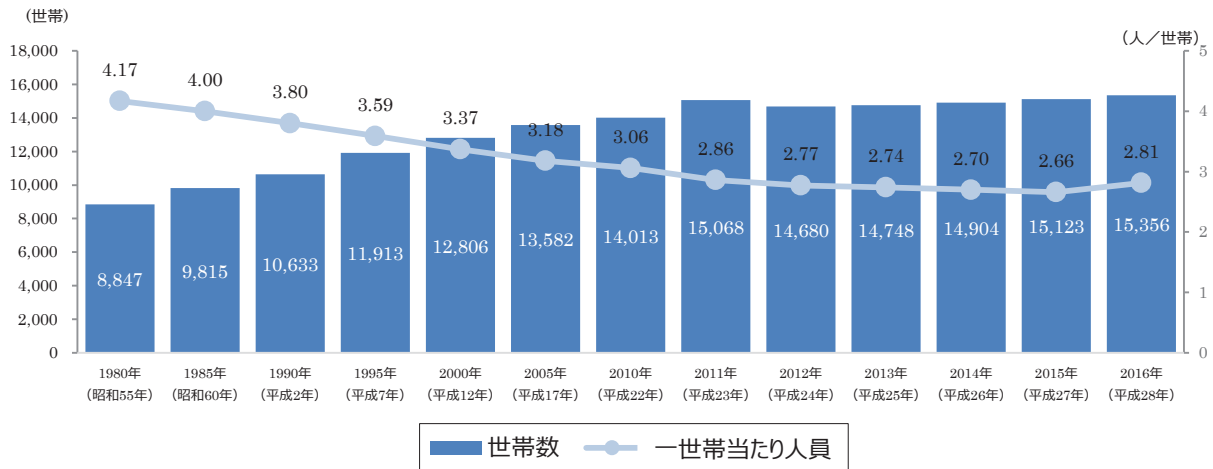
(2025年)	
・ 人口	38,696人
・ 年代別人口	
0-14歳	4,684人 (12.1%)
15-64歳	22,138人 (57.2%)
65-74歳	5,301人 (13.7%)
75歳以上	6,573人 (17.0%)
・ 高齢化率	30.7%

資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2013年（平成25年）3月推計）

(3) 世帯の推移

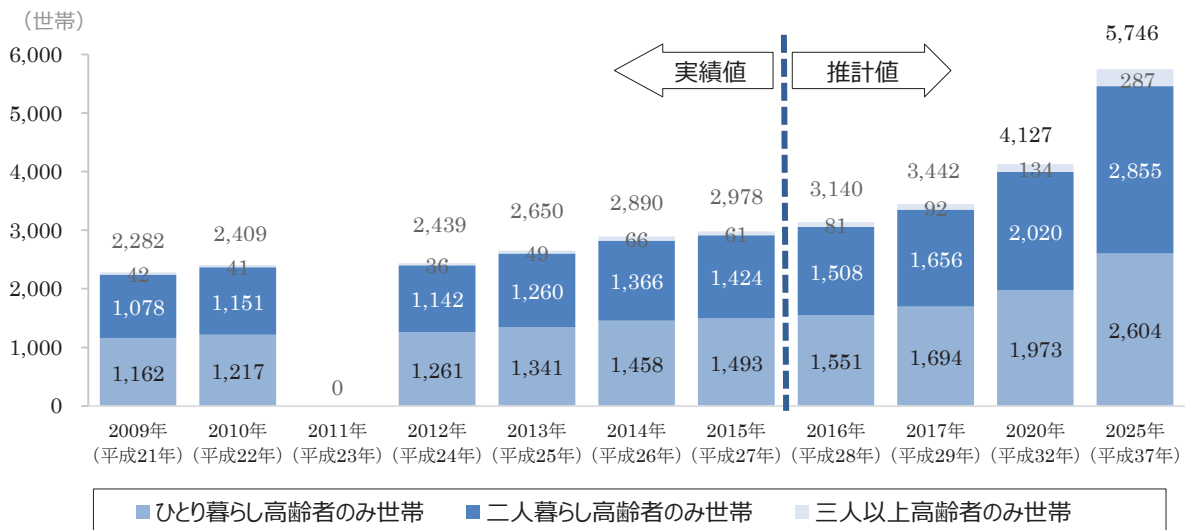
本市の世帯数は約 15,000 世帯でほぼ横ばいで推移していますが、一世帯当たり人員（世帯規模）は 2000 年（平成 12 年）には 3.37 人でしたが、2016 年（平成 28 年）時点では 2.81 人にまで減少しています【図表 I-10】。65 歳以上の高齢者のみ世帯のうち、ひとり暮らし、二人暮らしは合わせて約 3,000 世帯に上り、全世帯の 2 割を占めます。高齢者のみ世帯は今後も増加すると予測されています【図表 I-11】。

図表 I-10 世帯の推移



資料：国勢調査（昭和 55 年～平成 22 年、27 年） 住民基本台帳（平成 23 年～平成 27 年）

図表 I-11 高齢者世帯の推移と推計



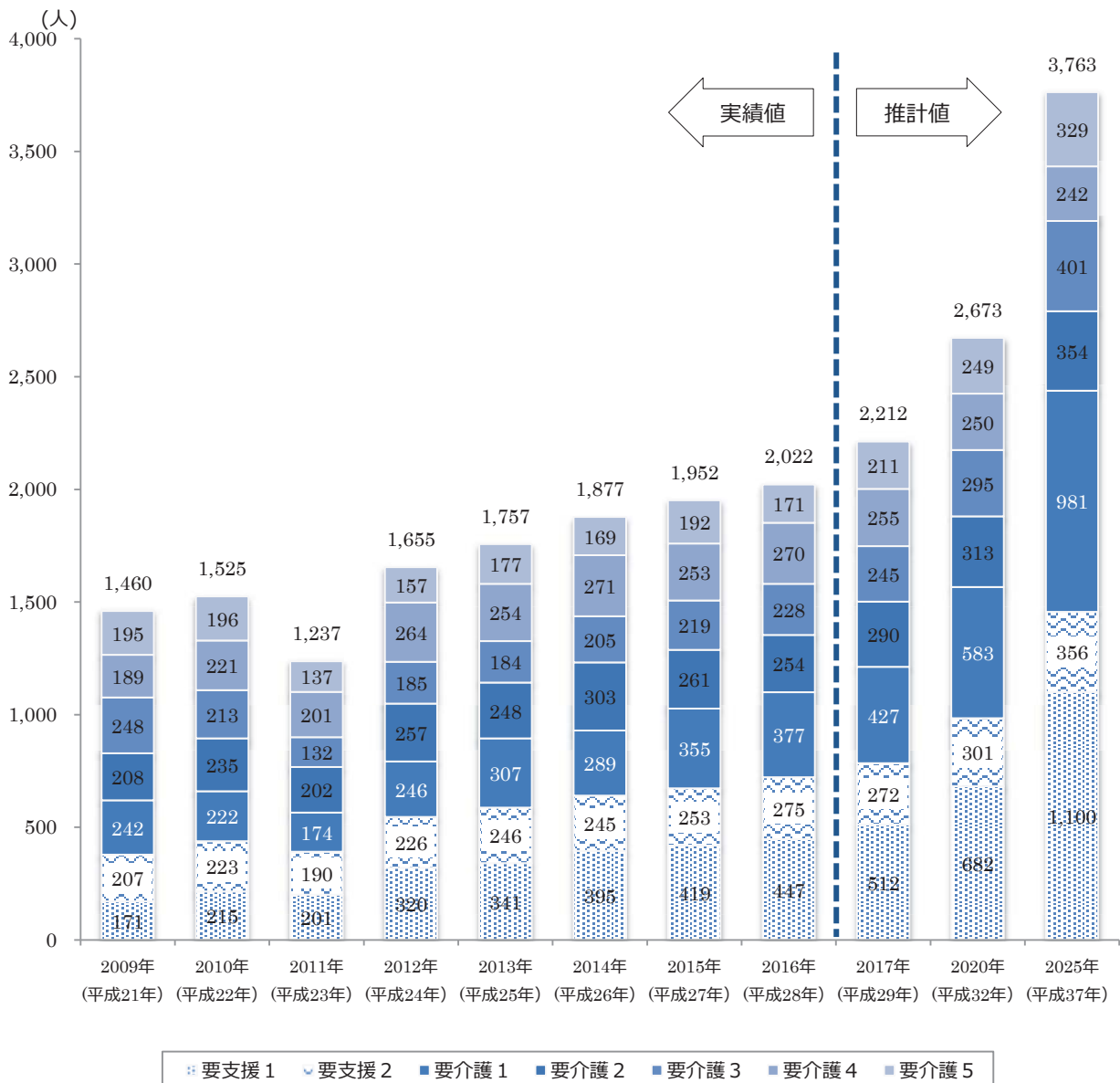
※2011 年は震災のため調査未実施

資料：宮城県「高齢者人口調査」2016 年（平成 28 年）

(4) 要支援・要介護認定者数

高齢になると病気や加齢等により寝たきりや認知症になるなど、介護を必要とする人が増加するため、要支援・要介護認定者数が増加します。本市でも、要支援・要介護認定者数は2016年（平成28年）に2,022人となっており、2025年（平成37年）には3,763人になると予想されています【図表I-12】。

図表 I-12 要支援・要介護認定者数の推移と推計



※数値は各年3月末時点
資料：介護保険事業状況報告

(5) 認知症に関する状況

本市では、日常生活に支障をきたすような認知症高齢者（認知症の日常生活自立度Ⅱ以上）は2015年（平成27年）には1,000人を超えており、65歳以上人口の約10%、要介護認定者数の約60%となっています【図表I-13】。また、64歳未満の若年性認知症患者は、2015年（平成27年）12月末で26人となっています。

高齢になるに従い要介護認定者に占める認知症高齢者の割合は上昇し、90歳以上では77.8%に上ります【図表I-14】。

将来推計では、今後10年間で認知症高齢者数及び軽度認知障害（MCI）高齢者数はそれぞれ約40%増加することが見込まれています【図表I-15、図表I-16】。

図表 I-13 認知症高齢者（65歳以上）の人数

認知症の日常生活自立度	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	計
65歳以上認知症高齢者数 (主治医意見書に基づく)	258	289	328	122	116	41	1,154

※認知症の日常生活自立度判定基準

I:何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している

Ⅱ:日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる状態

(Ⅱa: 家庭外でⅡの状態が見られる、Ⅱb: 家庭内でもⅡの状態が見られる)

Ⅲ:日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが主に日中を中心に見られ、介護を必要とする状態

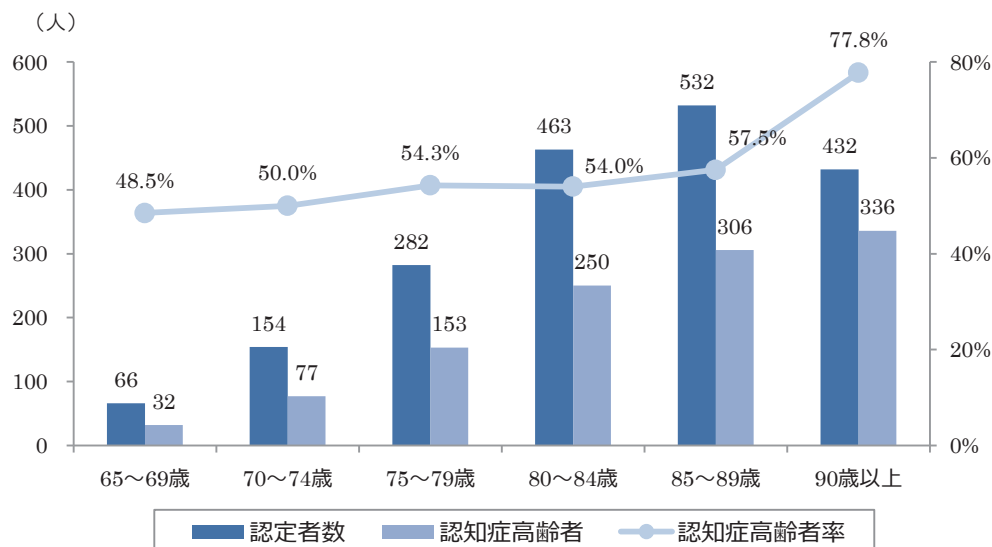
(Ⅲa: 日中を中心としてⅢの状態が見られる Ⅲb:夜間を中心としてⅢの状態が見られる)

Ⅳ:日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする状態

M:著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする状態

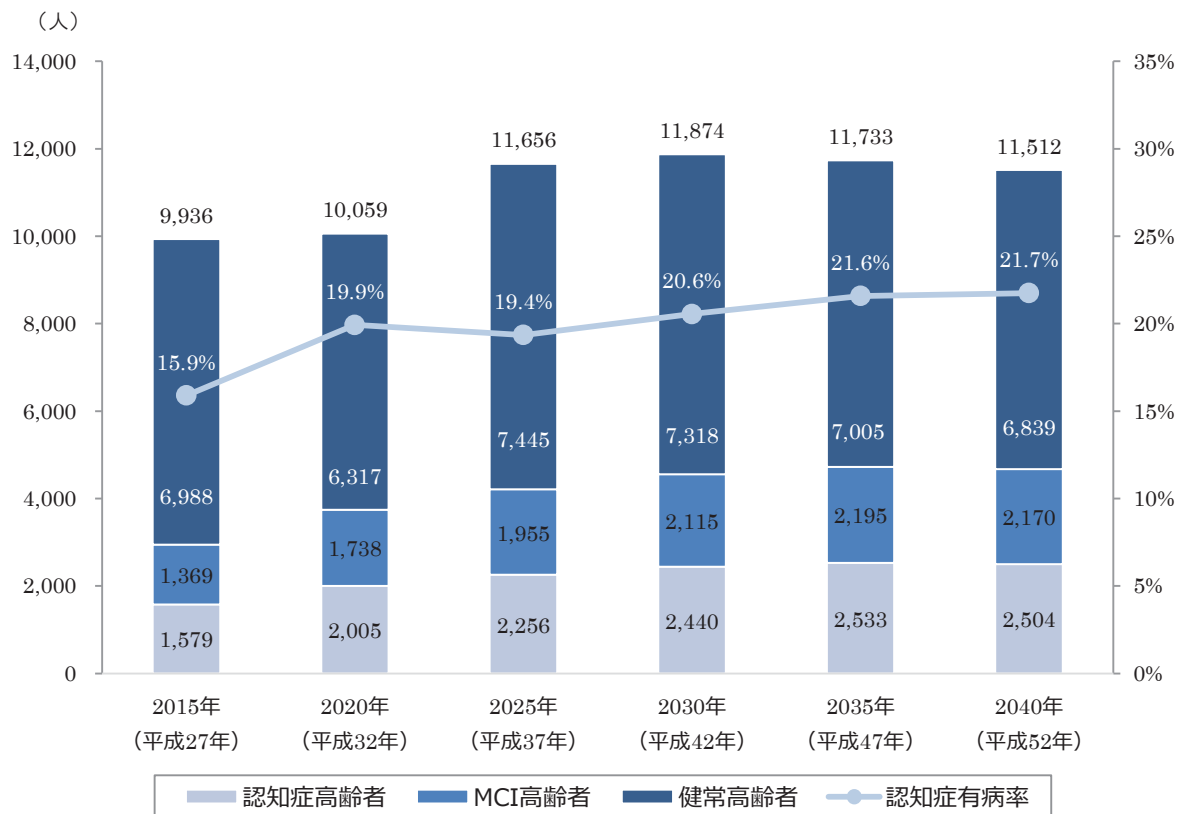
資料：東松島市作成資料（平成27年12月末現在）

図表 I-14 要介護認定者に占める認知症高齢者の年代別割合



資料：東松島市作成資料（平成27年12月末現在）

図表 I-15 認知症高齢者数及び軽度認知障害（MCI）高齢者数の推計



※認知症有病率は、全高齢者のうち認知症高齢者が占める割合を示しており、厚生労働省「日本における認知症高齢者人口の将来推計に関する研究」において、各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定と仮定した場合算出された値を採用した。

資料：東松島市作成資料（厚生労働省「日本における認知症高齢者人口の将来推計に関する研究」及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成25年3月推計）から試算」）

図表 I-16 認知症有病率の比較

区分	2015年 (平成27年) 推計数	2025年 (平成37年) 推計数
全国	517万人	675万人 (30.6%増)
宮城県	9.3万人	12.8万人 (37.6%増)
東松島市	1,579人	2,256人 (42.9%増)
各年齢層の認知症有病率が一定の場合の将来推計/率	15.7%	19%

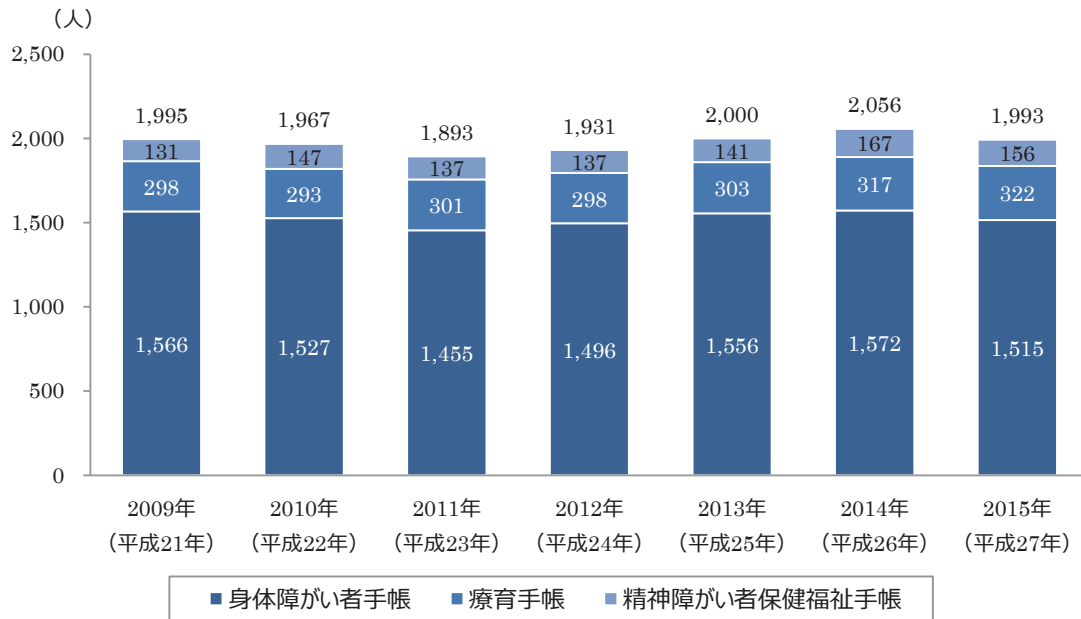
資料：東松島市作成資料（厚生労働省「日本における認知症高齢者人口の将来推計に関する研究」及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成25年3月推計）から試算」）

(6) 障がい者（児）の状況

市内の障がい者（児）数は、2015年（平成27年）に1,993人であり、2,000人前後で推移しています【図表 I-17】。

年代別に見ると、65歳以上の障がい者数の割合は54.7%となっています【図表 I-18】。

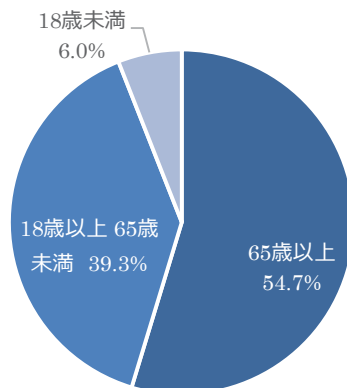
図表 I-17 障がい者（児）数



※数値は各年3月時点

資料：東松島市作成資料

図表 I-18 年代別障がい者（児）の割合



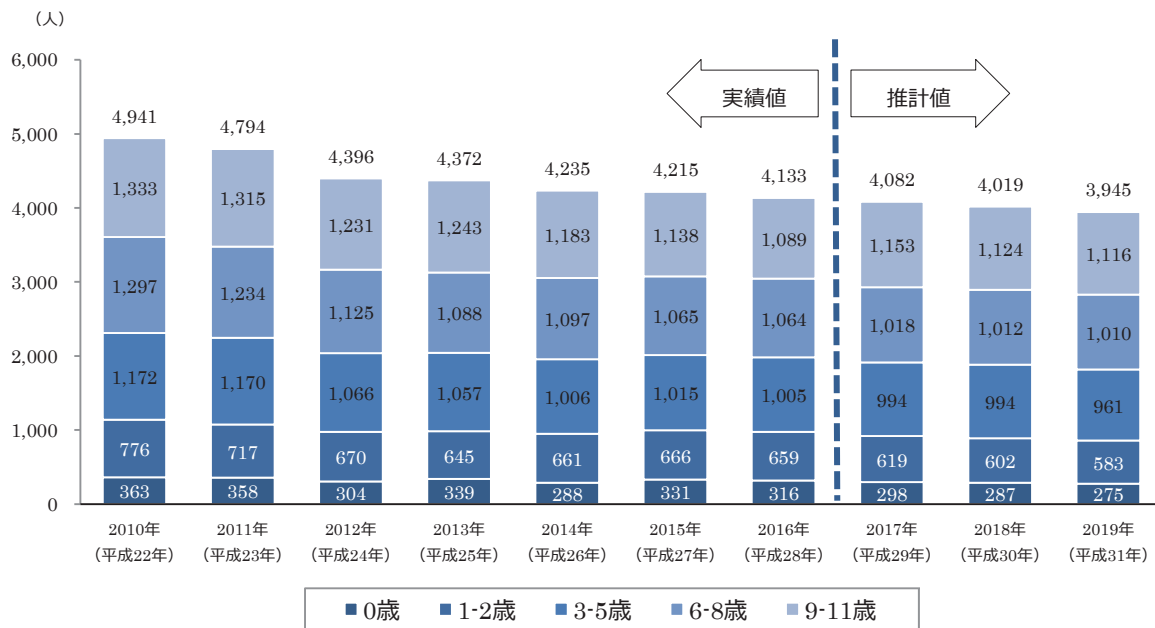
2016年（平成28年）11月現在

資料：東松島市作成資料

(7) 子ども・子育て世代の状況

市内の児童数（0～11歳）は2016年（平成28年）に4,133人であり減少傾向です【図表 I-19】。また、女性の晩産化を背景に育児と親の介護を同時に抱えるいわゆる「ダブルケア」により、生活に困難を抱える世帯も少なくありません。さらに、経済面や教育面の問題を抱えやすいひとり親世帯数は、母子世帯 264世帯、父子世帯は 38世帯となっており、300世帯前後で推移しています【図表 I-20】。

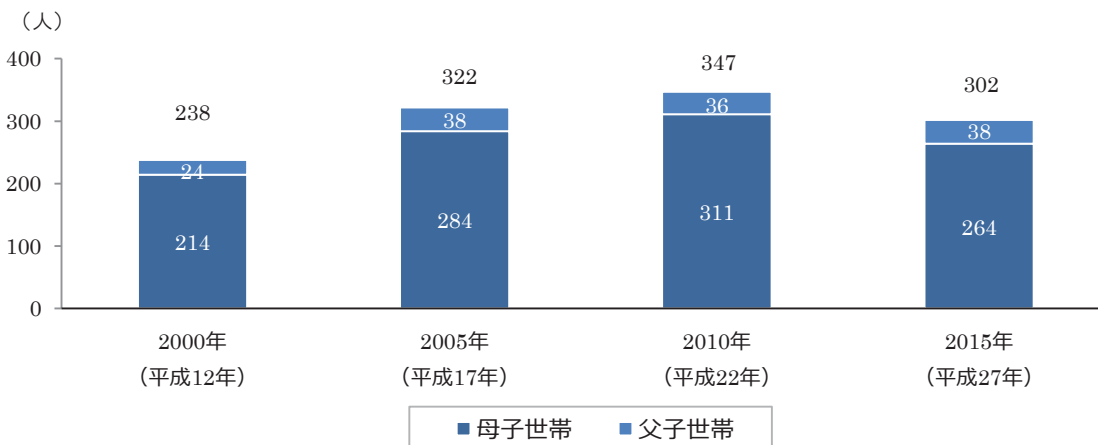
図表 I-19 児童数の推移



※数値は各年4月1日時点

資料：東松島市子ども・子育て支援計画

図表 I-20 ひとり親世帯の推移



資料：国勢調査

(8) 平均寿命と健康寿命の状況

本市の平均寿命は男性が 79.23 歳、女性が 85.26 歳となっており、宮城県平均よりやや短くなっています。全国で見ると、平均寿命と健康寿命との差（日常生活が制限される期間）は 10 年前後にわたっています【図表 I-21】。

図表 I-21 平均寿命と健康寿命の差

区分	平均寿命		健康寿命	
	男性	女性	男性	女性
東松島市	79.23	85.26	—	—
宮城県	79.65	86.39	71.99	74.25
全国	80.75	86.99	71.19	74.21

資料：平均寿命…東松島市については、宮城県「第 2 次みやぎ 21 健康プラン（2013～2022 年度）」（平成 25 年 3 月）。宮城県については、厚生労働省「都道府県別平均寿命」（平成 22 年）。全国については、厚生労働省「第 22 回生命表（完全生命表）」（平成 27 年）。

健康寿命…全国、宮城県ともに、平成 27 年度厚生労働科学研究補助金健康日本 2 1（第二次）の推進に関する研究（研究代表者 辻一郎）－健康寿命の指標化に関する研究（分担研究者 橋本修二）（平成 25 年の推定値）



【介護予防を目的とした筋力運動「いきいき 100 歳体操」】



(9) 医療資源の状況

本市の人口 10 万人当たりの診療所数は県平均の 76.8%、病院病床数は県平均の 63.1%となっています。また、本市の人口 10 万人当たりの医師数は県平均の 49.2%であり、歯科医師数、薬剤師数も県平均より低い値となっています【図表 I-22】。

図表 I-22 人口 10 万人当たりの診療所数、病院病床、医師数

区分	東松島市	石巻・登米・ 気仙沼医療圏	宮城県	割合 (東松島市/宮城県)	(参考) 全国
診療所数	45.57	42.71	59.28	76.8%	67.88
病院病床数	688.56	1,050.26	1,091.15	63.1%	1,215.00
医師数	111.38	144.08	226.56	49.2%	230.59
歯科医師数	43.03	47.08	62.86	68.5%	75.41
薬剤師数	101.26	81.56	111.58	90.8%	95.55

資料：日本医師会 地域医療情報サイト (<http://jmap.jp/>)

2016 年（平成 28 年）10 月現在の地域内医療機関情報の集計値（人口 10 万人当たりは、2015 年国勢調査総人口で計算）。病院病床数は全区分。

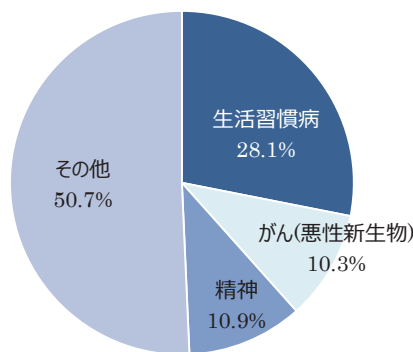


(10) 生活習慣病と健診の状況

東松島市国民健康保険の統計（74歳以下を対象）において、生活習慣病医療費が28%、がん（悪性新生物）が10%となっています【図表 I-23】。生活習慣病の基礎疾患である高血圧症、糖尿病、脂質異常症の患者数はそれぞれ約4,000人（重複有）、高血圧症の医療費は3億円以上に上っています【図表 I-24】。

2015年度（平成27年度）の本市の国民健康保険加入者の特定健診受診率（40~74歳）は、35.8%です。宮城県の平均値である46.6%を下回っており、県内35市町村の受診率を比較すると、東松島市は34位と受診率が低い状況にあります【図表 I-25】。

図表 I-23 国保医療費の主な内訳



資料：東松島市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）（平成28年3月）

図表 I-24 国保における生活習慣病基礎疾患の患者数と医療費

統計項目	高血圧症	糖尿病	脂質異常症
患者数（人）	4,358	3,998	3,922
医療費（千円）	303,292	150,288	131,258

※数値は2014年度（平成26年度）

資料：東松島市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）（平成28年3月）

図表 I-25 特定健診受診率

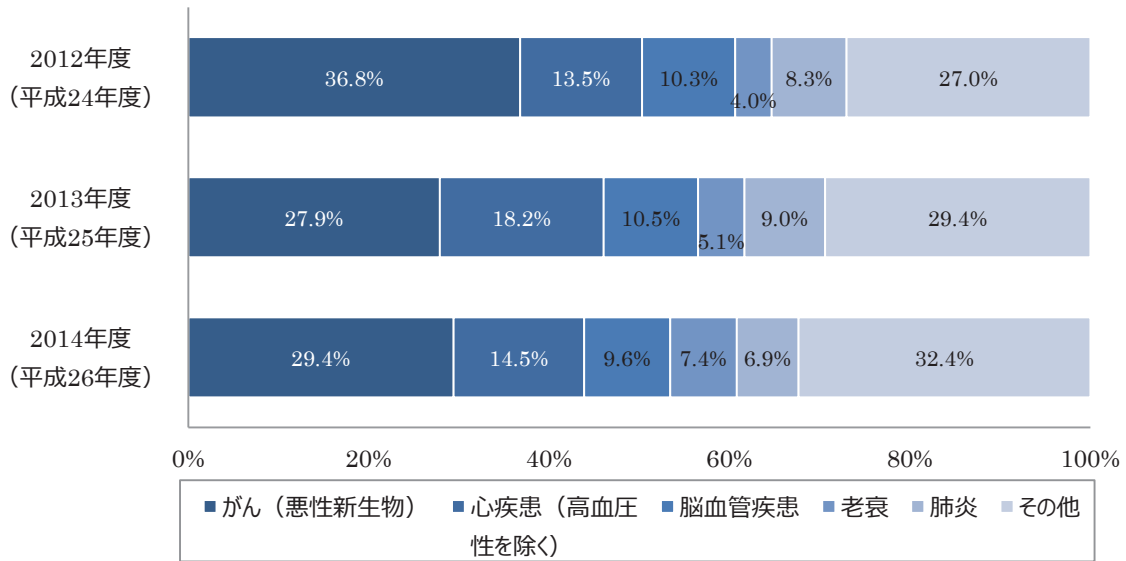
東松島市	宮城県
35.8%	46.6%

資料：特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）（平成27年度）

(11) 死因別死亡数の状況

本市の死因別死亡数の推移を見ると、がん（悪性新生物）の割合は30%前後、心疾患と脳血管疾患は合わせて20%強となっています。また、老衰の割合が増加傾向にあります【図表 I-26】。

図表 I-26 死因別死亡数の推移



資料：宮城県衛生統計年報

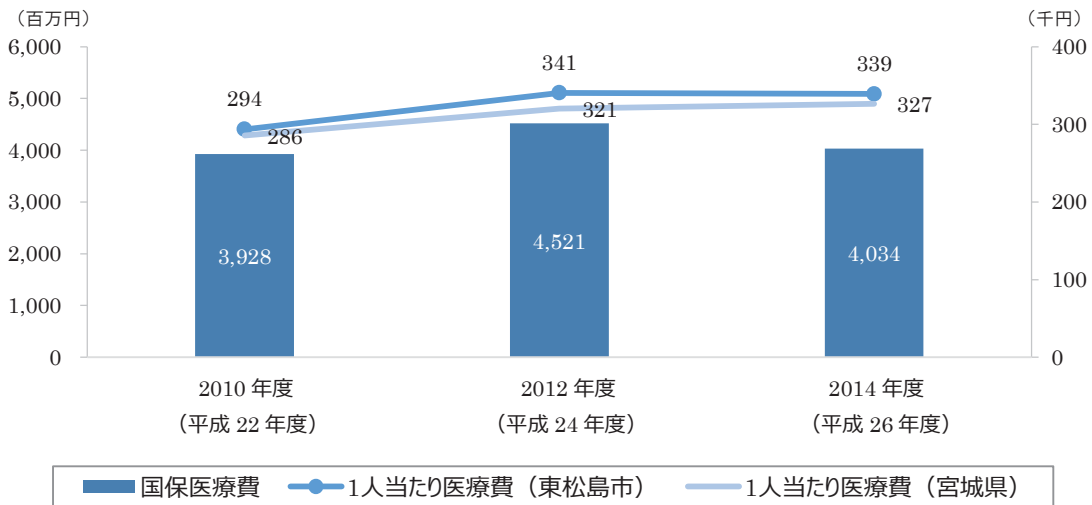
※小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計は必ずしも100%とはならない場合があります。

(12) 医療保険の状況

本市の国民健康保険の2014年度（平成26年度）の1人当たり医療費（74歳以下を対象）は33万9千円であり、宮城県平均の1人当たり医療費を上回っています【図表 I-27】。

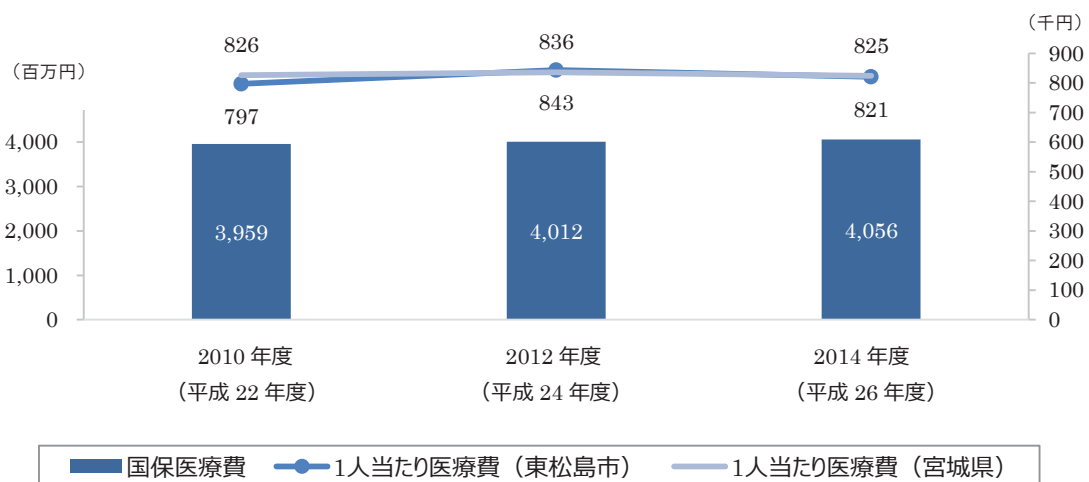
75歳以上を対象とする後期高齢者医療費は、1人当たり82万1千円となり、74歳以下を対象とする国民健康保険医療費の1人当たり医療費の2倍以上となっています【図表 I-28】。

図表 I-27 国民健康保険医療費の状況（74歳以下対象）



資料：宮城県国民健康保険・後期高齢者医療の概要

図表 I-28 後期高齢者医療費の状況（75歳以上対象）



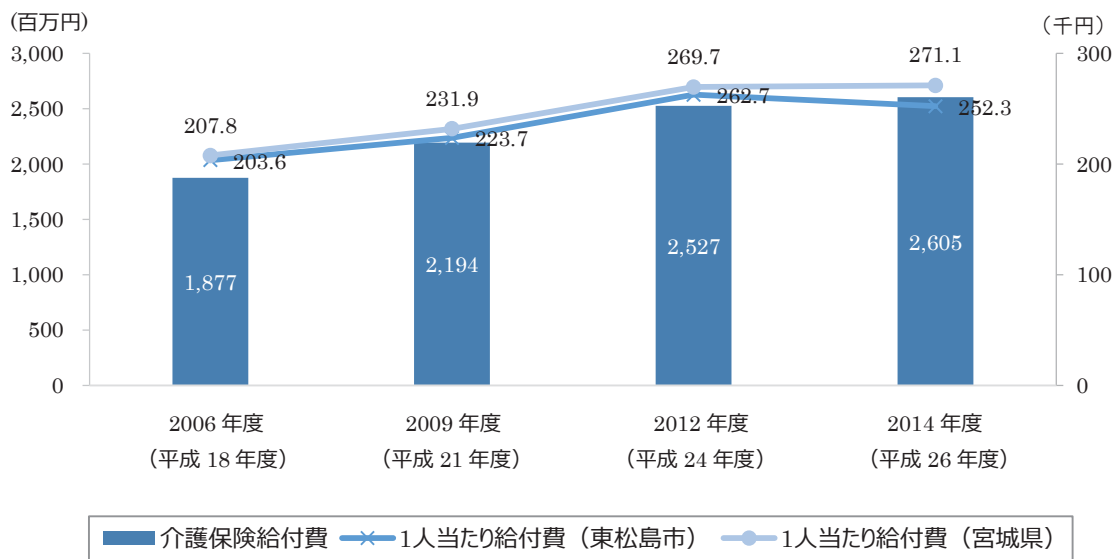
資料：宮城県国民健康保険・後期高齢者医療の概要

(13) 介護保険の状況

本市の介護保険給付費は約 26.1 億円（平成 26 年度）であり、増加傾向にあります。1 人当たり介護保険給付費は 25 万 2 千円であり、宮城県平均の 1 人当たり介護保険給付費を下回っています【図表 I-29】。

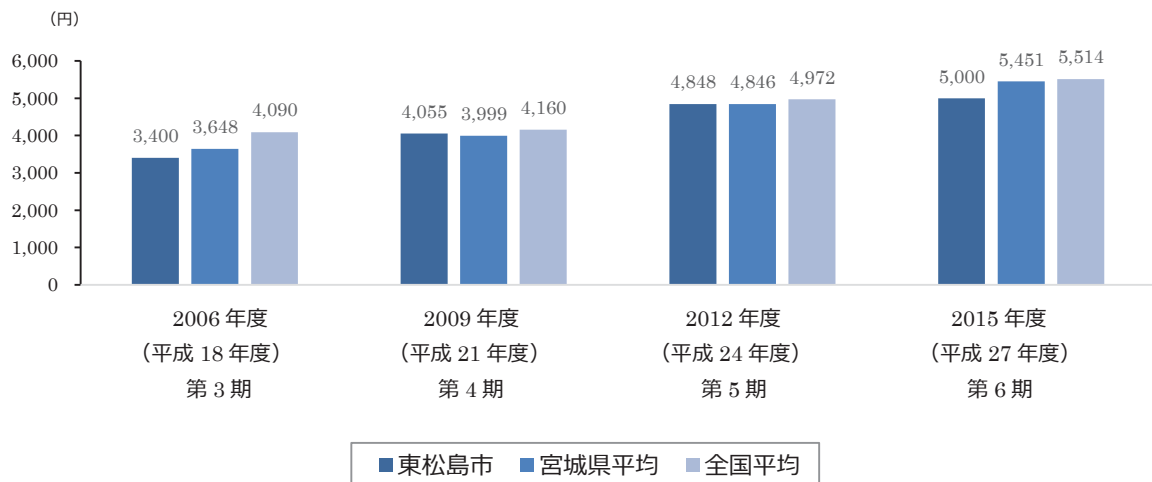
しかし、介護保険料は介護保険給付費の伸びを反映して大幅に増加しており、2015 年度（平成 27 年度）の介護保険料は 2006 年度（平成 18 年度）の約 1.5 倍となっています【図表 I-30】。

図表 I-29 介護保険給付費の状況



資料：介護保険事業状況報告（年報）

図表 I-30 介護保険料基準月額（標準世帯）の推移



資料：東松島市は市作成資料、宮城県は「第6期みやぎ高齢者元気プラン」、全国は厚生労働省資料

(14) 地区別の人口、高齢化率、要介護認定者数の状況

東松島市は、8つの地区に分かれています。地域包括支援センターが矢本東地区に1か所設置しています【図表 I-31】。

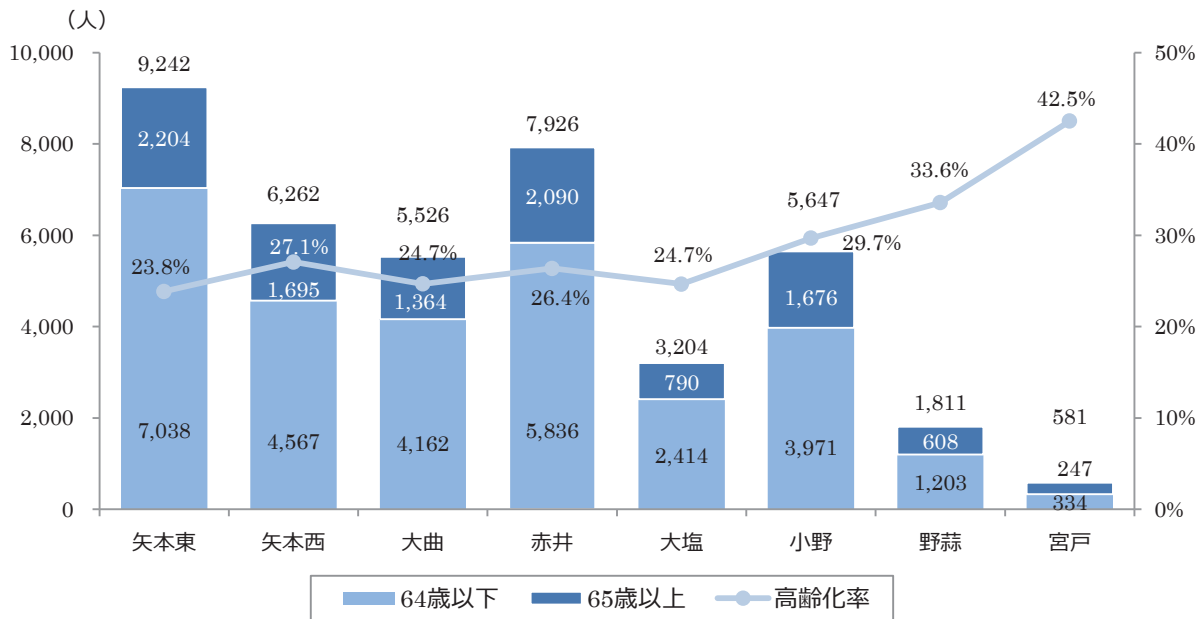
人口を地区別に見ると、矢本東地区や赤井地区に人口が集中する一方、野蒜地区や宮戸地区では人口は少なく高齢化が進んでいます。宮戸地区では既に4割が高齢者となっています【図表 I-32】。

要介護認定者数は矢本西地区、矢本東地区、赤井地区、小野地区で多くなっています。65歳以上の人口に占める割合は、矢本西地区、小野地区が多くなっています【図表 I-33】。

図表 I-31 市内8地区の地図



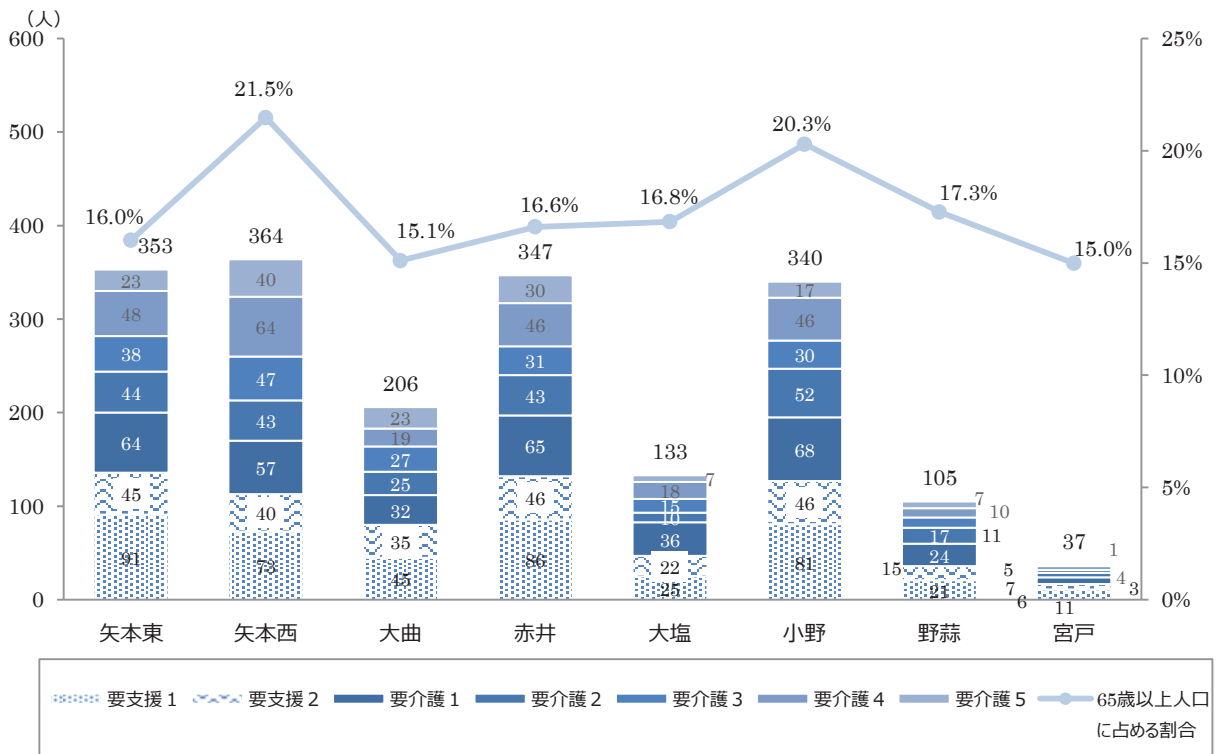
図表 I-32 地区別人口と高齢化率



2016年(平成28年)3月31日現在

資料: 東松島市作成資料

図表 I-33 地区別要介護認定者数と65歳以上人口に占める割合



2016年(平成28年)3月31日現在

資料: 東松島市作成資料

(15) 東日本大震災からの復興状況

甚大な被害をもたらした東日本大震災から約 6 年が経過し、復興が進みつつあります。被災者は、一時的な住まいである仮設住宅から災害公営住宅、防災集団移転団地などへの移転を始めています。災害公営住宅は予定戸数 1,122 戸のうち 831 戸工事が完了し、順次入居が開始されています。防災集団移転住宅用地 717 区画は既に造成が完了しています【図表 I-34】。

災害公営住宅への入居者の高齢化率は平均 32.0%であり、本市の平均（26.6%）よりも高い状況です。中には高齢化率が 80%以上の住宅や高齢単身世帯の割合が 55%に上る住宅もあります【図表 I-35】。

図表 I-34 災害公営住宅・防災集団移転団地の状況

【災害公営住宅】 ※17住宅（うち7住宅は防集団地併設）				【防災集団移転住宅用地】 ※7団地（全て災害公営併設）			
	住宅名	住戸数	入居開始（予定）日		団地名	区画	引渡し日
1	小松南	156	平成26年 4月 1日	1	矢本西	87	平成26年 6月10日
2	小野中央	21	平成26年 4月 1日	2	牛網	45	平成26年 6月10日
3	小野駅前北	23	平成26年 4月 1日	3	月浜	18	平成26年 6月10日
4	川前二（赤井）	16	平成26年 4月 1日	4	大浜	10	平成26年 6月10日
5	川前四番（赤井）	38	平成26年 4月 1日	5	室浜	6	平成26年 6月10日
6	あおい住宅 I	47	平成26年11月15日	6	あおい2丁目(中央エリア)	97	平成27年 4月21日
7	町浦	20	平成27年 1月20日	7	あおい3丁目(東エリア)	87	平成27年 7月21日
8	矢本西	40	平成27年 5月28日	8	あおい1丁目(西エリア)	89	平成27年 9月28日
9	月浜	4	平成27年 5月28日	9	野蒜ヶ丘西部エリア	36	平成28年 5月28日
10	大浜	5	平成27年 5月28日	10	野蒜ヶ丘中央エリア	51	平成28年 5月28日
11	室浜	13	平成27年 5月28日	11	野蒜ヶ丘西部エリア	59	平成28年 9月 4日
12	小野駅前東	29	平成27年 5月28日	12	野蒜ヶ丘中央エリア	40	平成28年 9月28日
13	柳の目東（赤井）	85	平成27年 8月 8日	13	野蒜ヶ丘東部エリア	69	平成28年11月20日
14	あおい住宅 II	77	平成27年11月26日	14	野蒜ヶ丘中央エリア	23	平成28年11月20日
15	小野駅前南	30	平成27年12月22日	合計			
16	小松沢田前	44	平成28年 3月 8日				
17	あおい III IV期	147	平成28年 5月31日				
	あおい IV期	36	平成28年 7月28日				
	入居開始済 計	831					
18	野蒜ヶ丘	170	平成29年6月～8月予定				
19	柳の目西（赤井）	100	平成30年度末完成予定				
20	その他	21	全体入居状況で調整				
	入居開始予定 計	291					
	合計	1,122					

資料：東松島市「防災集団移転促進事業・災害公営住宅 整備状況」（平成 29 年 3 月 1 日現在）

図表 I-35 災害公営住宅入居状況

入居者の 状 況	入居決定世帯者（人数）	1,750 人
	65 歳未満	1,190 人
	65 歳以上	560 人
	高齢化率	32.0 %
	入居者平均年齢	48.7 歳
世 帯 の 状 況	入居戸数（A）	814 世帯
	単身世帯（B）	319 世帯
	単身世帯割合（B） / （A）	39.2 %
	高齢単身世帯（C）	189 世帯
	高齢単身世帯割合（C） / （A）	23.2 %
	高齢世帯（D）	287 世帯
	高齢世帯割合（D） / （A）	35.3 %

資料：東松島市作成資料（平成 29 年 3 月 1 日現在）



【あおい住宅】



【柳の目東住宅】



【小松南住宅】

3. 本市の地域包括ケアシステムに関する基本的な考え方

本市では、65歳以上の高齢者人口が増加する一方、15歳以上65歳未満の生産年齢人口、15歳未満の年少人口は減少していくと予測されています。また、高齢者人口に占める75歳以上（後期高齢者）人口の割合が高くなり、医療や介護を必要とする人口はますます増加すると考えられます。

今後も急速に高齢化が進み、2.4人の現役世代が1人の高齢者を支える「騎馬戦型」社会から、近い将来には1.6人の若者が1人の高齢者を支える「肩車型」社会が訪れることが予想されており、本市においても超高齢社会への対応が求められています【図表 I-36】。

本市の住民は、地域のつながりを大切にし、互いに生活を支え合いながら暮らしています。しかし、核家族化やひとり暮らし世帯の増加といった家族構成の変化、世代間の価値観の差の拡大、更に震災に伴う生活環境の変化等により、次第に地域のつながりが希薄化し、生活の支え合いの意識や機能が低下することも懸念されます。

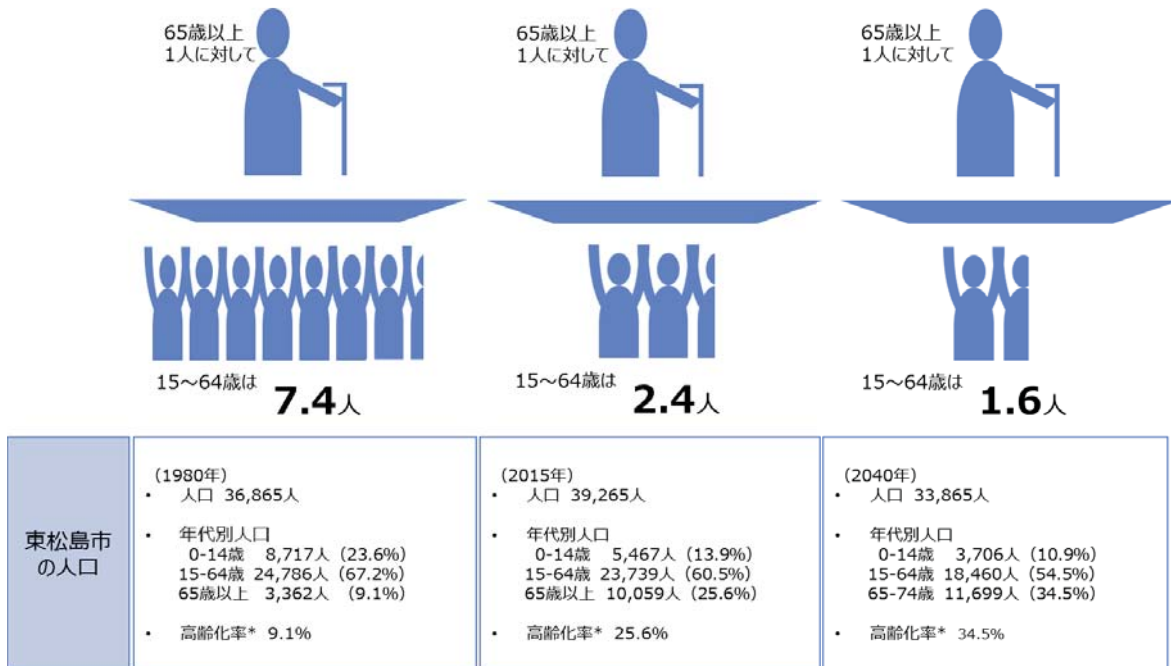
また、医学の進歩等に伴い、医療を受けながら地域で暮らし続けることができる住民が増加し、これらの方へ医療・介護・福祉サービスに対するニーズも増大してきます。

さらに、医療・介護・福祉それぞれの分野の課題が絡み合い複雑化するケース等がしばしば見られるようになっていきます。そのため、これまでのように分野ごとに相談体制や支援を提供しては、必ずしも十分な相談・支援が実現できるとは限らないという状況が生じています。

こうした課題に対しては、個人や世帯だけで対処することは難しく、地域が果たす役割は大きくなっています。住民間に互助の取り組みをはぐくみ、地域全体で生活を支える力を再構築することが求められます。また住民の状況に応じて、分野を問わず包括的に相談・支援を行なうことが必要となります。

今後、子どもから高齢者、障がい者等、すべての人が世代やその背景を問わずに、ともにいきいきと暮らすことができ、また、自然と地域の人々が集まる機会が増え、地域のコミュニティが活発に活動できる社会の実現が求められます。このため、支え手側と受け手側に分かれるのではなく、あらゆる住民が自らできる役割を担い、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成しつつ、福祉等の公的サービスと協働して支え合いながら暮らすことができる東松島市の「地域包括ケアシステム」の構築を目指します。

図表 I-36 65 歳以上 1 人を支える人数



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(2013年(平成25年)3月推計)をもとに作成

※推計値のため、実績値とは一致しない。

※この図は、人口動態から理論の数字として見える化しているものであり、すべての65歳以上の高齢者が支えられる側になる社会を目指しているものではありません。

※地域包括ケアシステムの構築は、高齢者による高齢者支援等の地域での支え合い等、人と人のつながりによる支援の仕組みづくりを基盤として、それらをサポートする支援者側の一体的な支援の仕組みづくりの検討を行なうことが重要となります。

第3章 東松島市が目指す姿

1. 基本理念

自分らしく暮らし続けられるまち 東松島

～みんなでつなぐ 地域の輪～

考 え 方

東日本大震災以降今日まで、未曾有の苦難を乗り越えるため、東松島市の住民は地域で互いに支え合い、絆を強めてきました。

また、住民のみならず、本市の医療・介護・福祉の関係者は、「地域に暮らす人々の健康と生活を守る」という強い信念と情熱のもと、活動を進めながら相互の連携を深めてきたことは、今後の地域包括ケアシステムを推進する大きな原動力といえます。このように、本市には、支え合い、助け合い、つながり合う土台が築かれているという素晴らしい強みがあります。

一方、誰もがいつまでも自分らしい生き方を送りたいと望みますが、病気や生活環境の変化によって、最期まで自分らしく暮らし続けるのが難しい状況になることもあります。

本市の地域包括ケアシステムでは、住民自らが健康の保持・増進に努め、医療・介護などのさまざまな専門職やボランティア・住民の支え合いによる支援を受けながら、いつ、いかなる時も、自分らしく暮らし続けられるまち「東松島」を目指します。

2. 目指す姿

本市の基本理念の実現に向けて、地域包括ケアシステムの目指す姿を、次の5つとしました。
この5つの目指す姿ごとに、今後の施策体系を展開していきます。

【生き方】

1 本人が望む生き方を、皆で支えることができる

すべての住民が、自分らしくいきいきと暮らす中で、どのような生き方を望み、どのように人生を全うしたいのか、本人自らが選択し、家族やさまざまな関係者がそれを支えることのできる地域を目指します。

【連携】

2 多職種の連携により、切れ目のない医療・介護サービスが提供される

住民が、医療や介護が必要になっても安心して暮らせるよう、多様な専門職の連携により、切れ目のないサービスを提供できる地域を目指します。

【認知症ケア】

3 認知症が理解され、本人・家族が安心して暮らすことができる

認知症について誰もが理解し、認知症の人や家族の尊厳が守られ、安心して生活することができるあたたかさあふれる地域を目指します。

【健康増進】

4 住民自ら取り組む健康づくり・介護予防活動が、地域全体に広がる

住民が主体的に健康づくりや介護予防に取り組むことが、健康寿命の延伸や地域づくりにつながります。自分らしい人生を楽しむために、健康づくり・介護予防に取り組む地域を目指します。

【支え合い】

5 住民同士の絆を大切に、互いに支え合う力（地域力）を高める

住民がこれまで培ってきた絆を大切にしながら互いの暮らしを支え合い、多様な事業主体による重層的な生活支援体制によって、支え合う地域を目指します。

3. 5つの目指す姿の考え方

【生き方】

1 本人が望む生き方を、皆で支えることができる

- 国の示す地域包括ケアシステムのコンセプトの一つに、「本人の選択と本人・家族の心構え」が示されています。これは、地域での生活を継続する際に、最も重視されることは「本人の選択」であり、その選択に対して、本人・家族がどのように心構えをもつかが重要である、との考え方に基づいています。
- すべての住民が自分らしく暮らし続けるためには、どのような生き方を望み、どこで最期を迎えたいかを本人が選択することが大切であり、家族はこのような本人の選択を支える心構えをもつことが重要となります。しかし、核家族化やひとり暮らし高齢者、高齢者のみ世帯の増加などにより、家族以外の支援が必要となる方も増えます。育児と親の介護を同時に抱える「ダブルケア」等、生活に困難を抱える世帯も少なくありません。今後、地域の住民、医療・介護・福祉の関係者等が協力して、本人や家族を支える体制が求められます。
- 住まいは、自分らしい暮らしをするための生活の基盤となります。本人自らの意思で「住まい」（住居の形態）を選択し、本人の希望にかなった「住まい方」（生活していく上での家族・近隣との関わり方等）を確保することが重要です。
- 本市では、すべての住民が、自分らしく暮らし、元気に生活を送るとともに、どのように人生の最期を迎えたいか、本人自らが選択し、家族や地域がそれを支えることができる支援を行なっていきます。また、本人の望む生き方を実現していくための土台となる住まいと住まい方に関する取り組みを進めていきます。

2

多職種の連携により、切れ目のない医療・介護サービスが提供される

- 高齢になると、複数の疾病にかかりやすくなり、心身の機能も低下し、医療や介護の両方を必要とするケースが多くなります。今後は、病床再編等の影響もあり、在宅での医療・介護サービスを受ける人が多くなると見込まれます。そのため、高齢者本人が希望する在宅生活を支援するために、専門職のさらなる知識と技能の習得、質の高いケアマネジメントが求められます。
- 在宅で安心して医療や介護を受けるためには、在宅医療・介護サービスが切れ目なく提供される必要があります。国は、医療・介護の関係機関が連携し、多職種により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築する「在宅医療・介護連携事業」を推進しています。
この事業では、以下の 8 つの事業を実施します。
 - (ア) 地域の医療・介護資源の把握
 - (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
 - (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
 - (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
 - (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
 - (カ) 医療・介護関係者の研修
 - (キ) 地域住民への普及啓発
 - (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
- 本事業において、地域の医師には、この取り組みの中心的役割を担ってもらうことが期待されます。また、在宅医療や介護は、医師に加え、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、介護従事者等の多くの専門職により提供されるため、桃生郡医師会をはじめ、関係する団体と協働しながら推進していくことが重要となります。
- 宮城県は、「宮城県地域医療構想」（平成 28 年 11 月）において、在宅医療の需要が大幅に増えることを見込み、病院・一般診療所はもちろん、歯科診療所・薬局・訪問看護ステーション等による、在宅医療のシステムづくり、医療従事者の確保、住民への普及啓発といった地域包括ケアシステム構築の重要性について示しています。
- 本市においても、多様な専門職（医療機関、介護事業者、行政等の関係者）が連携し、切れ目のないサービス提供ができる体制を整備します。住民が必要なときに適切なサービスを利用でき、いつまでも住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域を目指します。

【認知症ケア】

3

認知症が理解され、本人・家族が安心して暮らすことができる

- 人間の脳はさまざまな活動の司令塔です。認知症とは、脳出血、脳梗塞等が原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったために、さまざまな障害が心身に起こり、生活する上で支障が出ている状態です。加齢が認知症のリスク要因となっていますが、高齢者以外にも誰もがなりうる病気です。
- 国では、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、新たに 2015 年（平成 27 年）1 月「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン) を策定しています。
- 新オレンジプランでは、以下の 7 つの柱が示されています。
 - (ア) 認知症への理解を深めるための普及啓発の推進
 - (イ) 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
 - (ウ) 若年性認知症施策の強化
 - (エ) 認知症の人の介護者への支援
 - (オ) 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
 - (カ) 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
 - (キ) 認知症の人やその家族の視点の重視
- 認知症の症状により生活への支障がある人が、孤立することなく、ともに暮らし続けることができるよう、医療、介護、福祉、生活支援に関する専門職や関係者同士がつながり、互いに支援の経験を分かち合い、知恵と工夫を出し合いチームでサポートを行なっています。
- 認知症の人に対し、関わる人々が症状のみではなく本人のこれまでの生活史、認知症とともに生きている不安や困りごとに寄り添い、自分だったらどのようなサポートができるかを本人や家族の視点に立って、考えることができる地域づくりに取り組みます。
- 地域のコミュニティを基盤に、住民同士がつながり交流のある暮らしを促進し、認知症があっても住民同士が互いに尊重し、助け合い、安心して暮らすことができるあたたかさあふれる地域を目指します。

4

住民自ら取り組む健康づくり・介護予防活動が、地域全体に広がる

- 要介護に関するリスクには、運動機能の低下、低栄養状態、口腔機能の低下、閉じこもり、認知症、うつ等が挙げられます。加齢によりこれらの機能低下が起こっている状態は「フレイル」と呼ばれ、定期的に体を動かすなどにより予防が可能になることが明らかになっています。
- 生活習慣病は重度化すると、脳血管疾患や認知症になるリスクが高まります。これらは、要支援・要介護状態になる大きな要因となるため、高齢になる前から生活習慣病予防に取り組む必要があります。国は、要支援・要介護 1 の認定者（軽度者）の原因疾患の約半数が体を動かさないことによる心身の機能低下であったことを背景に、壮年期から介護予防を推進しています。
- 従来の介護予防事業では、機能回復訓練などの 65 歳以上の高齢者本人へのアプローチに限られていましたが、現在国が進めている新総合事業における「一般介護予防事業」では、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めた取り組みとなるように見直しが行なわれました。
- 国の調査によると、ボランティアや趣味関係のグループ、スポーツ関係への参加の割合が高い地域ほど、転倒や認知症、うつへのリスクが低い傾向が見られるといわれています。地域活動への参加は介護予防にもつながるといえます。
- 新総合事業の方針なども踏まえ、多くの住民が、より身近な地域で健康づくりや介護予防に参加できるよう支援を行ないます。住民が主体的に健康づくりや介護予防に取り組むことにより、健康寿命の延伸、更には地域づくりへとつながります。自分らしい人生を楽しむために、地域全体で健康づくり・介護予防に取り組みます。

住民同士の絆を大切にし、互いに支え合う力（地域力）を高める

- 国は、要支援と要介護状態となる恐れのある高齢者を対象として、介護予防と日常生活への支援を切れ目なく提供することを目指しています。新総合事業では、これまでサービスの種類・内容等が全国一律であった要支援者に対する予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、効果的かつ効率的にサービスを提供できるようになります。
- 新総合事業は市の積極的な取り組みや適切なマネジメント能力が必要とされます。地域福祉とも連携しながら、多様な人材を含む社会資源を有効に活用し、支援が途切れることがないよう効果的なサービスを提供していく仕組みを構築することが喫緊の課題です。
- これまで地域の福祉サービスは、高齢者、障がい者、児童等の対象者ごとに充実が図られてきました。しかし、壮年期となった引きこもりの子が一人で老親を介護する、介護離職から生活困窮に陥る、育児と介護を抱える共働き世帯で生活が立ち行かなくなる（ダブルケア）等、制度のはざまで困難を抱える場合など、個々の専門職による支援だけでは複合化するニーズに十分対応できないケースも増えつつあります。
- 市では、ひとり暮らし世帯、高齢者世帯や認知症高齢者等の増加に伴い、医療や介護サービス以外にも在宅生活を継続するための日常的な生活支援が必要となる方の増加が見込まれています。高齢者世帯、障がい者世帯や子育て世帯等が抱える複合的なニーズに対応できるような総合的な支援が求められます。
- 行政サービスのみならず、NPO、ボランティア、民間企業等の多様な事業主体による重層的な支援体制を構築することにより、さまざまなサービスの提供が可能になります。また、住民のボランティア意識を高め、住民がこれまで培ってきた絆を大切にしながら、互いに生活を支え合うような体制を整えることにより、地域力を高めていきます。

4. 関係者に期待される役割

地域包括ケアシステムの構築にあたっては、行政だけでなく、事業者や自治会、地域・ボランティア団体、住民などの多様な主体の取り組みが求められるとともに、関係者間の緊密な連携が必要となります。

各関係者には、以下のような役割が期待されます。

図表 I-37 関係者に期待される役割

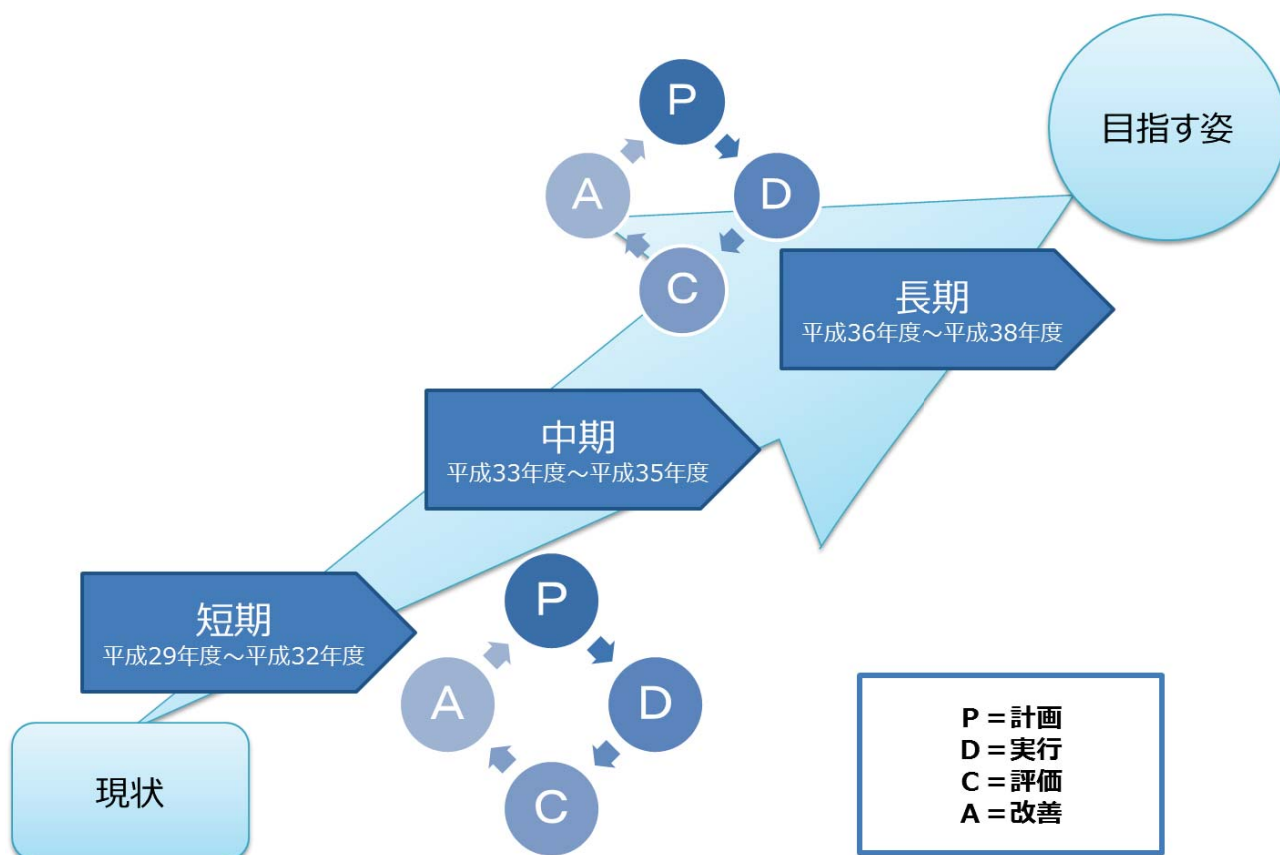
関係者	主な役割
住民	<ul style="list-style-type: none"> ●多様な生き方を相互に認め合い尊重します。 ●健康づくりや介護予防に取り組みます。 ●要介護や認知症になった場合の生活や人生の最終段階の過ごし方について、意思表示と早めの準備をします。 ●必要な医療や介護、福祉等の制度やサービスを有効に利用します。 ●就労・ボランティア等の社会参加を通じて、生きがいをもって暮らし続けます。 ●住民一人ひとりが地域活動に積極的に参加します。 ●住民同士の絆、地域のつながりを大切に、困ったときには支え合う関係を維持します。
事業者 関係団体 関係者	<p>【医療・介護・福祉に関する専門職及び関係団体（医師会等）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●医療機関、介護事業者、また従事する専門職が、住民の健康と生活を守るという目標達成のために相互に業務を理解し、協力、連携します。 ●地域の医療・介護サービス提供の基盤整備や住民に対する普及啓発を進めます。 <p>【地域団体（自治会等）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域の見守り支え合い活動を推進します。また、健康づくり・介護予防に率先して取り組みます。 <p>【事業者団体（シルバー人材センター等）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●高齢者の就労、生きがいづくり、生活支援サービスの供給等に取り組みます。 <p>【非営利団体、ボランティア】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●健康づくり、生きがいづくり、就労の場の提供や地域の見守り支え合い活動等を推進します。 <p>【地域包括支援センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●住民等からの各種相談に対し、関係機関や専門職と連携し、解決に向けて取り組みます。 ●入退院時等のサービスの調整、住民や専門職からの相談・支援の拡充など、機能強化を図ります。 ●地域課題の把握や地域の支援体制の構築等に取り組みます。 <p>【社会福祉協議会、社会福祉法人】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域福祉に関わる取り組みや社会福祉を目的とする事業の主たる担い手として、関係機関や地域とも連携しながらより積極的に取り組みます。
市	<ul style="list-style-type: none"> ●本市の地域包括ケアシステムの構築に向けた総合調整と施策を実施します。 ●制度の狭間にいる人に対し、関係機関と協力して地域のセーフティネットの役割を果たします。 ●必要なサービスの確保とその質の向上に努めます。

5. 評価指標について

本ビジョンでは、東松島市の 5 つの目指す姿の実現に向けて、総合的な達成状況を測る評価指標を設定し、その達成に向けて施策を推進していきます【図表 I-38】。

評価指標は短期、中期、長期ごとに評価し、その評価結果に応じて、取組方針や実施内容等の見直しを図っていきます【図表 I-39】。

図表 I-38 目指す姿を実現するためのステップ

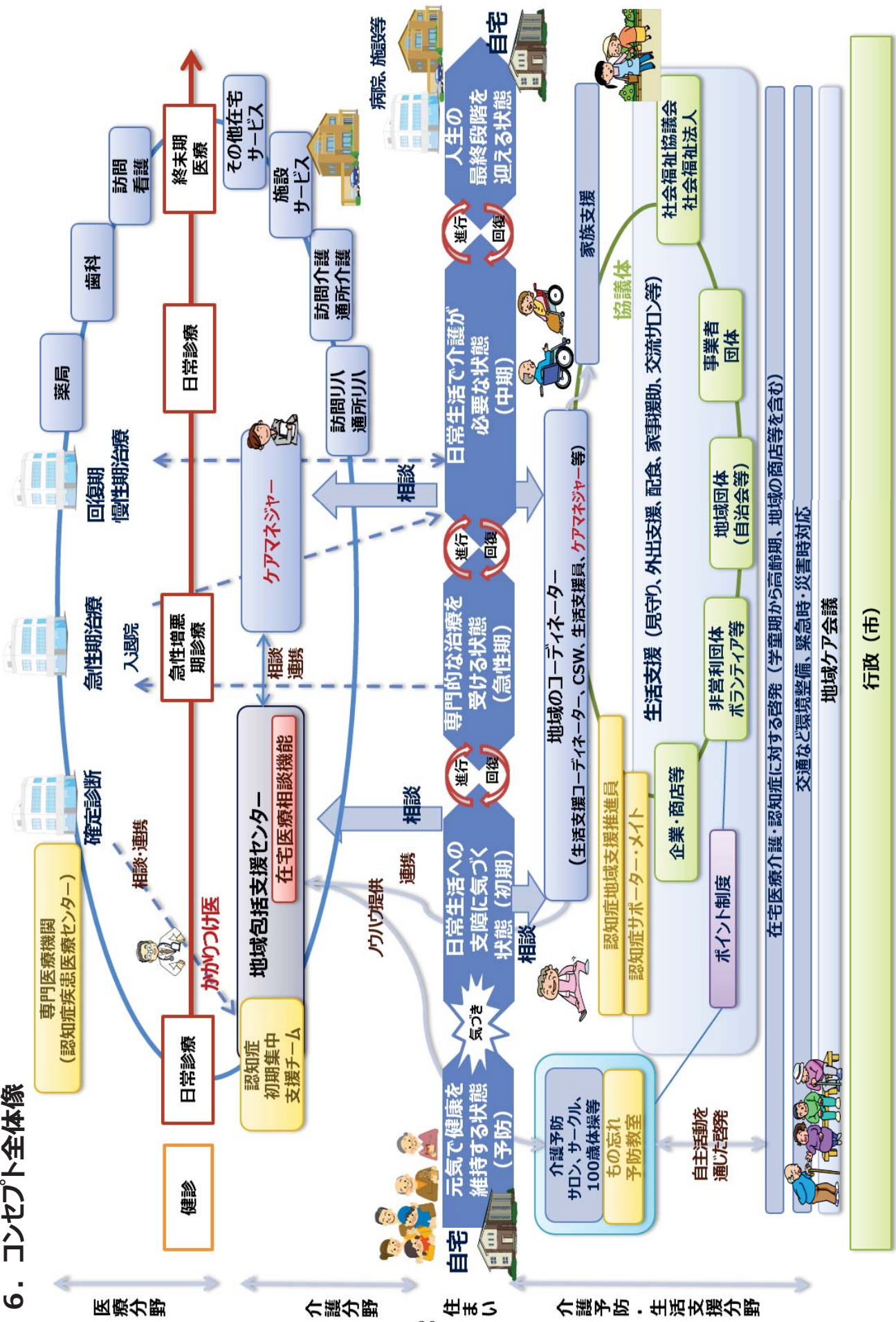


図表 I-39 評価指標

目指す姿	評価指標 (下段：設定理由)	基準値 ※	短期	中期	長期
【生き方】 本人が望む生き方を、 皆で支えることができる	高齢者の暮らしやすさに関する満足度	40%	43%	47%	50%
	本人が望む生き方ができ、高齢になっても暮らしやすい環境であることが重要です。 市民アンケートの高齢者が暮らしやすい環境づくりの満足度を指標とします。				
【連携】 多職種の連携により、 切れ目のない 医療・介護サービスが 提供される	多職種連携の状況に関する満足度	—	60%	70%	80%
	多職種連携の状況を把握するためには連携に携わる専門職の評価が最も適していることから、専門職の連携に関する満足度を指標とします。				
【認知症ケア】 認知症が理解され、 本人・家族が安心して 暮らすことができる	認知症サポーター養成者数	1,860 人	4,000 人	7,000 人	10,000 人
	認知症について正しい知識を持ち、直接的な声かけ、見守り等を行なう認知症サポーターを増やすことで、認知症の方が安心して暮らし続けることができるようになります。 認知症サポーター養成者数（延べ）を指標とします。				
【健康増進】 住民自ら取り組む 健康づくり・介護予防 活動が、地域全体に 広がる	通いの場の数	20 か所	50 か所	80 か所	100 か所
	介護予防には、高齢者等が参加しやすい身近な場所で、週1回以上継続的に取り組むことができる通いの場が必要です。通いの場への参加率が高齢者人口の1割以上となると、地域住民全体の健康状態が高まるといわれています。 住民が主体的に運営する通いの場の数を指標とします。				
【支え合い】 住民同士の絆を 大切に、 互いに支え合う力 (地域力)を高める	住民主体の生活支援サービスの団体数	—	3 団体	8 団体	16 団体
	住民同士の支え合いの状況が広まることにより、住民主体の生活支援サービスが増えることが期待されます。そのため、新総合事業における生活支援サービスの提供団体の登録数を指標とします。				

※基準値はビジョン策定時の最新値による。【連携】【支え合い】については基準値なし。

6. コンセプト全体像



II. 基本計画

第1章 計画の全体像

基本理念

自分らしく暮らし続けられるまち 東松島

～ みんなでつなぐ 地域の輪 ～

目指す姿【生き方】 本人が望む生き方を、皆で支えることができる

【取組方針】

1. 自分らしい生き方を支えるための環境整備

2. 本人の選択を支える家族介護者等への支援

3. 自らのライフスタイルに合った住まいと住まい方の実現

【実施内容】

①健康な生活を維持していくための取り組み
②医療・介護サービスの見える化
③多様な生き方を支えるための啓発

①家族介護者等に向けた普及啓発
②家族にかかる負担軽減体制の整備と周知

①本人の状態に応じた住環境の整備
②住まい方への早めの準備についての普及啓発

目指す姿【連携】 多職種の連携により、切れ目のない医療・介護サービスが提供される

【取組方針】

1. 医療・介護サービスの円滑な連携のための体制整備

2. 医療・介護サービス資源の確保

3. 在宅医療・介護に関する地域住民への普及啓発と相談機能の強化

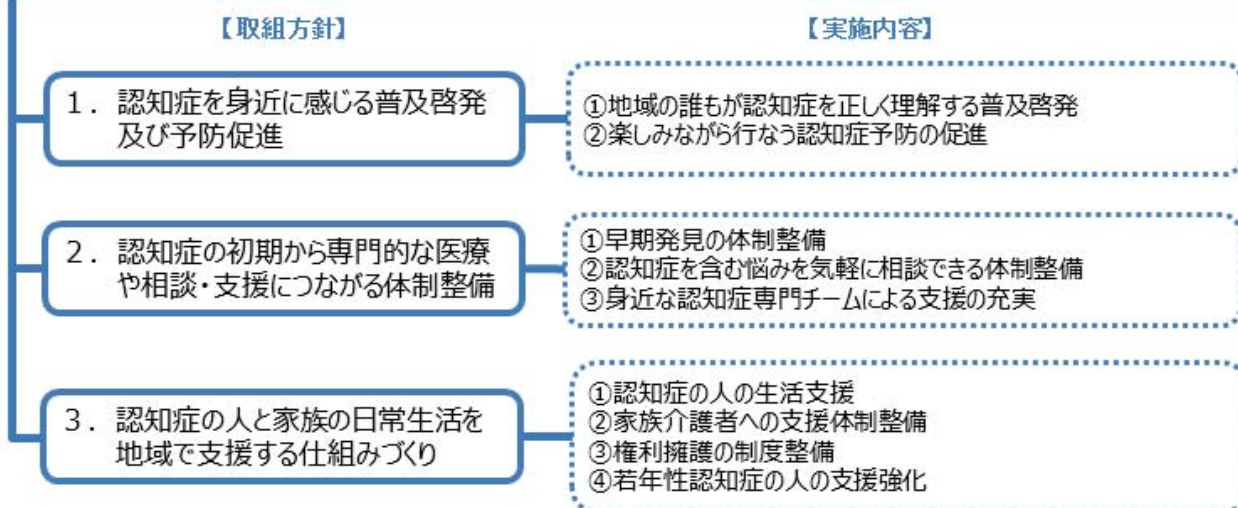
【実施内容】

①多職種間の相互理解と知識・技能の習得
②課題の把握と解決策を検討する体制の整備
③在宅医療・介護連携における情報共有の整備
④歯科医師、薬剤師との連携体制の構築
⑤宮城県及び広域医療圏との連携

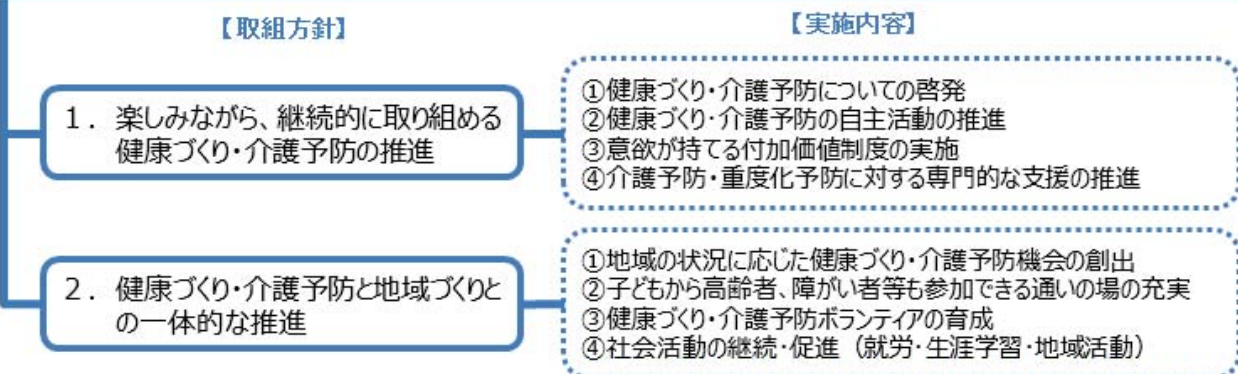
①在宅医療の供給体制の確保
②医療と介護の人材確保

①在宅医療・介護連携に関する普及啓発
②多職種が参加する研修会等への住民参加の促進
③地域包括支援センターの機能強化
④包括的な相談支援体制の整備

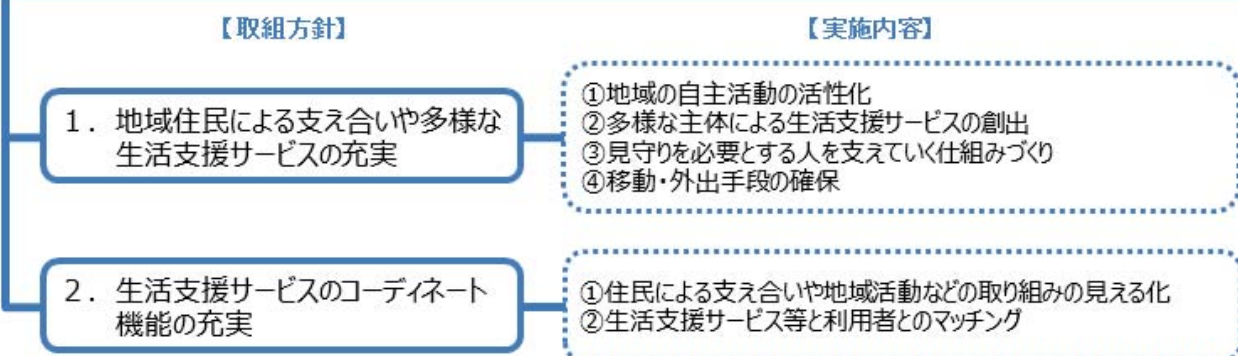
目指す姿【認知症ケア】 認知症が理解され、本人・家族が安心して暮らすことができる



目指す姿【健康増進】 住民自ら取り組む健康づくり・介護予防活動が、地域全体に広がる



目指す姿【支え合い】 住民同士の絆を大切にし、互いに支え合う力（地域力）を高める



第2章 取組方針と実施内容

1 本人が望む生き方を、皆で支えることができる

すべての住民が、自分らしくいきいきと暮らす中で、どのような生き方を望み、どのように人生を全うしたいのか、本人自らが選択し、家族やさまざまな関係者がそれを支えることのできる地域を目指します。

現 状 と 課 題

■ 本人の望む生き方

本市では、高齢化が進み、要支援・要介護認定者数が増加する一方で、社会を支える世代が大きく減少すると推定されています。自分らしい生き方を実現するためには、できるだけ健康を維持し自立した生活を送りながら、困ったときは互いに支え合い、医療・介護が必要となっても、在宅生活の継続や入院、施設への入所等、本人が望む選択ができることが必要です。

今後の人生の過ごし方について、あらかじめ自身の考えをもつことが重要です。しかし本人が健康な時には、医療機関や介護サービス、制度や手続き等について知る機会は少ないと考えられます。その結果、サービスが必要になった際に、十分理解できないまま本来受けられるサービスが受けられないケースなども想定されます。したがって、今後の取り組みでは住民に利用可能な医療・介護サービスをあらかじめ周知することが必要です。

本人が、要介護や認知症などの状態により、自身の考えを周囲に伝えることが難しくなる場合もあることから、どのように過ごし、最期を迎えたいのか、家族や医療・介護従事者とも早めに相談し、準備しておくことも求められます。

■ 健康寿命と健診受診の状況

全国の平均寿命と健康寿命との差は、10年前後の開きがあります。健康な生活を維持していく上では、疾病の早期発見と将来の重症化を予防することが重要です。しかし早期発見に必要な特定健診の受診率は、宮城県の平均値を大きく下回っているため、健診受診率を向上させ、健康意識を高めることが求められます。

■ 家族介護者の状況

家族介護者の高齢化が進んでいます。家族介護者は介護に関するストレスを少なからず感じており、介護者自身が高齢であることや持病があること、仕事のために介護ができないこと等が課題となっています【P87】⁵。また、ダブルケアを行なう家族介護者はサービスの量的充実や経済的支援を求めています⁶。

⁵ 【Pxx】は、参照ページを表しています。

⁶ 内閣府男女共同参画局「育児と介護のダブルケアの実態に関する調査」（平成28年4月）

家族介護者の負担軽減や介護離職などの防止に向け、気軽に相談できる窓口の周知、世帯が抱える悩みに対し一つの場所で総合的に相談ができる体制整備、個別のケースを想定した具体的な生活支援等が必要です。

■ 人生の最終段階への考え方

本市において、自宅で亡くなる方の割合は死亡者の 10%程度ですが、アンケート結果から終末期を自宅で過ごしたいと希望する方は 51.6%となっています。自宅以外の場所で最期の時を迎えている人が多い理由として、家族の負担や症状急変への不安等が挙げられます【P89】。

人生の最終段階をどのように迎えるか、本人が自分らしい生き方を選択できるようにするためには、医療や介護に関わる制度や資源等の整備が必要です。症状が急変したときに患者を短期間受け入れる病院や施設を整備するなど、本人や家族の負担、不安軽減のための施策が求められます。

人生の最終段階における医療については、国の調査⁷によると家族と全く話し合ったことがない人が半数以上になっています。元気なうちから自分がどのように生きたいか、人生の終末期まで含むさまざまな場面を想定して、住民が気軽に話し合える機会を継続して設けることが必要です。

■ 住まいの状況

住まいには、一般住宅（持家、賃貸）のほかに、高齢者住宅（ケアハウス、有料老人ホーム等）や一般住宅での生活が難しい高齢者が暮らす介護施設（特別養護老人ホーム等）があります。市内の介護施設では、入所定員数よりも入居希望者数の方が多く、待機者がいる状況です【P93、P101】。待機者の解消に向け、施設の整備や入居・入所情報の提供が必要となります。また、国は病院の平均在院日数の短縮や病床の再編を進めており、入院治療ではなく在宅での治療を受けることを余儀なくされるケースが増加することが見込まれます。要介護状態になっても在宅での生活が続けられるよう、住宅のバリアフリー化や在宅医療・介護、生活支援サービスの充実が求められます。

入居が開始されている災害公営住宅では、入居者の高齢化率が本市の平均よりも高く、高齢単身世帯の割合が半数以上の住宅もあります。また、震災後の住居移転に伴い、住民のつながりやコミュニティを新たに築く必要があります。コミュニティ形成や、地域住民による多様な活動を実施するための支援が求められます。

⁷ 厚生労働省医政局「終末期医療に関する調査」（平成 26 年 3 月）

【生き方】

取組方針 1：自分らしい生き方を支えるための環境整備

自分らしい生き方を実現するためには、自らが健康な生活を送れるよう努めるとともに、今後の人生の過ごし方について、あらかじめ考えをもつことが重要です。そのため、健康や医療・介護に関する必要な情報の周知を図ります。また、どのように過ごし、最期を迎えたいのか、本人や家族介護者に関わる医療・介護支援を行なう専門職等とも相談し、準備しておくことも求められます。桃生郡医師会、医療機関、介護施設等と協力しながら、自分らしい生活を送るための支援と、多様な生き方の選択を支えるための普及啓発を行なっていきます。

実施内容①：健康な生活を維持していくための取り組み

健康な生活を維持していくため、健診の必要性と健康に関する意識の向上、健診後の健康維持に関するフォローアップなどに取り組んでいきます。

[主な取り組み]

- 各種健診受診率向上に関する普及啓発
- 健康管理に関する普及啓発
- 健診等受診後の健康維持に向けたフォローアップ教室の開催
- 疾病の早期発見、重症化予防に関する普及啓発

実施内容②：医療・介護サービスの見える化

医療・介護サービスの利用者、及びまだ利用していない住民に対して、医療機関、介護施設等に関する情報や制度、手続き等についての情報の見える化に取り組み、住民へ啓発していきます。これにより、住民が安心して適切なサービスを選択し、利用できるようにします。

[主な取り組み]

- 医療機関・介護事業者の施設やサービス内容等に関する情報の収集・整理
- 医療・介護の制度等に関する周知
- 医療・介護等に関する社会資源のリスト、マップ等の作成と周知

実施内容③：多様な生き方を支えるための啓発

自分らしい生き方を送るために、健康な状態での生活、医療・介護が必要になった状態での生活、そして人生の最期をどのように迎えるか、それぞれの場面で本人が医療・介護に関する必要な情報を理解し、主体的に選択ができるよう支援していきます。また、すべての住民に対し、要介護状態や認知症、起こりうる心身の変化、終末期への備えなどに関する普及啓発を継続的に行なっていきます。特に、小・中学校において、多様な生き方の選択の重要性や高齢者、障がい者等に関する福祉教育と連携することは、本市の将来を支える人材をはぐくむ上で重要となります。これにより、本人の状態の理解とケアに対する意識の向上につなげ、多様な生き方と選択を支えられるようにしていきます。

[主な取り組み]

- 要介護状態等に関する住民講習会の開催
- 終末期や看取りに関する普及啓発
- 小・中学校における高齢者、障がい者等に関する福祉教育との連携



【生き方】

取組方針 2 : 本人の選択を支える家族介護者等への支援

本人が住み慣れた地域で自分らしい生活を送るためには、家族介護者の理解が必要ですが、家族介護者の負担が大きくなるため、負担軽減に向けた支援が喫緊の課題です。また、家族が身近にいない高齢者に対しては、地域住民や介護事業者等により状態把握や緊急時の対応ができる体制が必要です。介護事業者等には、自分らしく最期まで生きるための本人の意思と選択を尊重することが求められます。

本人が自分らしく生きるために、本人の選択を支える家族や医療・介護従事者等に対する支援体制の整備と普及啓発を行なっていきます。

実施内容① : 家族介護者等に向けた普及啓発

本人を支える家族介護者等に対して、本人の主体的な意思決定を尊重できるように、その重要性和それを支えるさまざまな制度やサービスについての普及啓発を進めていきます。

[主な取り組み]

- 本人の意思決定の重要性に関する普及啓発
- 家族介護者に対する医療・介護のサービス利用制度等に関する普及啓発

実施内容② : 家族にかかる負担軽減体制の整備と周知

家族介護者の負担軽減や離職防止のため、多様な主体（介護事業者、NPO、ボランティア等要介護者等に対して支援をする方や団体）の育成、介護サービスや生活支援サービスの充実等、サービス提供体制の整備を進めていきます。また、市の独自事業による家族介護者に対する支援も充実させ、利用促進に向けた周知を図ります。さらに、気軽に相談できるよう地域包括支援センターを中心に相談窓口の充実を図ります。

[主な取り組み]

- 家族介護者向け支援事業の周知
- 家族介護者の会の組成、活動支援、周知
- ダブルケア世帯向けの相談窓口・支援の充実

取組方針3：自らのライフスタイルに合った住まいと住まい方の実現

高齢者の住まいや住まい方に対するニーズは、「住み慣れた自宅で最期まで暮らしたい」「老人ホームなどの施設で暮らしたい」など多様であり、心身の状況や家族、経済力等の状況によって異なります。特に本市では、東日本大震災により仮設住宅や災害公営住宅への入居など、これまでの住まいや暮らしが大きく変わった住民も多く存在します。

このようなニーズの多様化を踏まえ、医療・介護が必要になっても、住民が自らのライフスタイルに合った住まいの確保と住まい方（生活していく上での家族・近隣との関わり方等）の実現に向け取り組んでいきます。

実施内容①：本人の状態に応じた住環境の整備

高齢者の住まいに対するニーズは多様です。終末期を自宅で療養したいと希望する人や病院、介護施設で過ごしたい人、高齢者向け住宅や有料老人ホームでの生活を希望する人等がいます。要介護状態や終末期になっても安心して生活を続けられるよう、本人の心身の状況や経済状況等に応じた住まいの選択ができるよう取り組んでいきます。

[主な取り組み]

- 住宅改修の相談・支援
- 住宅支援に係る公的、民間サービスの周知と啓発
- 介護保険施設や高齢者向け住宅の整備

実施内容②：住まい方への早めの準備についての普及啓発

住民が、身体機能や認知機能の低下等により日常生活に支障が生じた後に、家族・近隣との関わり方（住まい方）を考えることは難しいと考えられます。住民自らが元気なうちから、どのような住まい方を望むのかを考え、準備しておくことが重要です。

住民が住まい方を検討するに際して、要介護状態や終末期における住まい方や生活支援等のサービスについて周知していきます。

[主な取り組み]

- 要介護、認知症、終末期における住まい方についての住民理解の促進
- 日常生活に支障が生じた際の生活支援サービスの充実

【連携】

2 多職種の連携により、切れ目のない医療・介護サービスが提供される

住民が、医療や介護が必要になっても安心して暮らせるよう、多様な専門職の連携により、切れ目のないサービスを提供できる地域を目指します。

現 状 と 課 題

■ 医療の状況

本市の診療所数や病院病床数、医師数は、いずれも県平均を下回っています【P96】。市内の医療は、限られた医療資源を有効活用し、量を質でカバーすることにより支えられているといえます。しかし、今後は、高齢者数の増加により入院や訪問診療への需要増加が見込まれるため、医療資源の不足が予想されます【P94】。限られた資源で、切れ目のない医療・介護サービスを提供していくことが必要になります。

また、本市の住民が受診する医療機関は、市内の医療機関だけではなく、石巻市や仙台医療圏の医療機関を受診する方もいることから、市内外の広域における医療・介護の連携が必要です【P95】。

■ 在宅医療の実施状況

市内に在宅療養支援診療所（24 時間往診が可能等の体制をとっている在宅医療の診療所）は 1 か所です。今後、医療機関への受診困難者の増加が予想され、在宅医療への需要増加が見込まれており、在宅医の負担増加が懸念されます。住民が安心して暮らし続けるため、桃生郡医師会との連携のもと持続的に在宅医療を供給できる体制の整備が必要です。

■ 歯科の状況

市内で在宅歯科診療を実施する歯科診療所は 2 か所です。今後、在宅歯科を推進するためには、在宅歯科診療実態把握等によるニーズに基づき、医科・歯科連携等の体制構築が求められます【P98】。

また、障がい者（児）等特別な配慮を要する方が専門的な歯科治療を受けるには、仙台圏域の病院への通院が必要な状況です。通院等が困難な高齢者、障がい者（児）等が、身近な地域で専門的な歯科治療を受けることができるよう、石巻歯科医師会と連携した取り組みが必要です。

■ 薬局と服薬管理の状況

高齢者は多くの薬を服用していますが、認知症や通院困難等のため、薬の管理が適切にできていない場合があります【P99】。かかりつけ薬局、居宅療養管理指導を行なう薬局が、本人、家族、医療機関、介護事業所等と連携しながら、本人の状態を把握し、適切な服薬管理を行なう体制整備が必要です。

■ 介護サービスの状況

市内の介護サービス施設数は県平均とほぼ同水準ですが、入所型介護施設の定員数は県平均を下回ります【P100】。今後、要支援、要介護者数の増加が予想されるため、その生活を支えるための介護サービスの供給量を将来にわたって確保することが必要になります。

家族介護者が相談する先として、ケアマネジャーが最も多くなっています【P88】。ケアマネジャーは、要介護者や家族のニーズに応じて適切なサービスを利用できるよう、医療・介護・生活支援等の各分野の事業者等と調整する重要な役割を担っています。今後、ケアマネジメント力の更なる強化が求められます。

■ 医療・介護連携の状況

切れ目のない医療・介護サービスの提供を実現するためには、住民の医療・福祉ニーズ等に関する課題について、多職種が共通認識を持つことが必要です。医療・介護に関わるさまざまな課題に個別に対処するのではなく、住民を含む地域全体で課題を把握し、解決に向けて取り組みを行なうことが重要です。

これまで、市内では医療・介護の多職種による自主的な勉強会が定期的に行われ、顔の見える関係が築かれつつあり、連携が図られてきました。しかし、各職種の間で互いの詳細な業務内容を理解できていないとの声もあります【P105】。今後も、住民への質の高いサービスの提供が行なえるよう、相互の理解促進等、一層の連携強化が求められます。

また、入退院時においては、医療・介護に関わる複数の関係機関との調整が必要となります。医療・介護連携において連絡調整を円滑に行ない、連携を強化するために情報共有のあり方を今後検討していく必要があります【P106】。

今後、認知症や終末期等の医療の必要性が高い事例や家族問題等が複雑に関わる事例も増えてくると予想されます。各専門職が事例に対応していくために医療・介護・福祉に関わる知識や技能を一層向上させることが必要です。また、医療・介護関係者に対して専門的かつ総合的な相談ができる体制構築が必要です。

■ 医療・介護人材の状況

市内の医療職や介護職の人口当たりの人数は、県平均に比べ少なくなっています【P96、P100】。約半数の介護事業所では専門職の確保や人材育成が難しいという問題点を挙げています【P103】。今後、医療・介護・福祉従事者の人材確保と人材育成への取り組みが必要です。

【連携】

取組方針 1 : 医療・介護サービスの円滑な連携のための体制整備

住民が必要な医療・介護サービスを円滑に利用するためには、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護従事者等による相互連携が図られていることが重要です。

適切な医療・介護サービスの提供に当たり、地域住民のニーズと課題を共有しサービス提供と連携や情報共有のあり方等を検討し、多職種間の相互理解を深めるための研修会等を定期的で開催します。さらに、歯科医師や薬剤師との連携体制についても構築します。

本市には、石巻市をはじめとした隣接する市町の医療機関を受診する住民が多くいます。特に、さまざまな疾病、障がいをもつ方が受ける専門的な医療や入院治療に関する病床の確保については、石巻圏域だけにとどまらず、関係する広域医療圏との連携も必要となります。そのため、石巻圏域内における他自治体との連携を強化しながら、関係する広域医療圏とも連携していきます。

実施内容① : 多職種間の相互理解と知識・技能の習得

市内で開催されている多職種連携の会では、設定されたテーマについてそれぞれ専門職が意見を交わしながら、互いの業務の理解を深めています。多職種間の顔の見える関係を強化することは、住民への適切な医療・介護サービスの提供に不可欠となるため、継続して取り組んでいきます。

今後は、複雑化する医療・介護問題等に対応するため、さらなる知識と技能の習得が専門職に求められます。特に、サービスの調整を担うケアマネジャーのケアマネジメント力の更なる強化が必要です。多職種間の相互理解を通して、課題解決と知識・技能の習得に向けた取り組みを進めていきます。

[主な取り組み]

- 多職種間の顔の見える関係の強化、業務内容の相互理解推進
- 多職種の連携強化を図るための研修会等の実施

実施内容②：課題の把握と解決策を検討する体制の整備

在宅医療・介護連携の推進を図るため、多職種間での課題の抽出と解決に向けた、協議会を設置します。また、住民が円滑に医療・介護サービスを受けるために、解決が必要な課題や住民ニーズの把握を行ないます。

さらに、在宅医療・介護の需要増加等の状況を踏まえ、住民や多職種から入退院時の医療・介護サービスの調整等に対応した相談・支援の窓口となる、（仮称）在宅医療・介護連携支援センターの設置についても検討していきます。

[主な取り組み]

- 在宅医療・介護連携協議会の設置・運営
- 在宅医療・介護連携に関わる住民ニーズの把握
- （仮称）在宅医療・介護連携支援センターの設置の検討

実施内容③：在宅医療・介護連携における情報共有の整備

住民が切れ目のない医療・介護サービスを受けるためには、多職種が住民の医療・介護情報を的確に把握し共有することが重要です。医療・介護情報の提供にあたっては、在宅医療・介護連携協議会で医療職と介護職が共有すべき情報項目を整理し、桃生郡医師会と連携し共通様式等について整備していきます。

また、ICTは迅速かつ円滑な医療・介護サービスの提供につなげる有効な手段です。MMWINへの参加も見据えて、その導入にあたっては、桃生郡医師会や広域医療圏（宮城県含む）と協議していきます。

[主な取り組み]

- 情報共有ツールの作成
- ICT導入に向けた検討会の実施

※ICT（Information and Communication Technology の略）

パソコンなど情報通信機器を用いて、医療機関間や医療機関と介護事業所間で患者等の情報をネットワークシステムで共有する手段のこと。患者等の状態に合った質の高い医療や介護の提供のため、迅速かつ適切なサービスを提供するために活用する。

※MMWIN（Miyagi Medical and Welfare Information Network の略）

一般社団法人みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会が運営する医療・介護情報を共有するネットワークシステムのこと。宮城県内の医療機関、介護施設や薬局などで扱われる、診療情報や介護福祉情報などを電子化し、遠隔保存・共有することで、安全で質の高い医療・介護福祉サービスを提供するためのシステム。

【連携】

実施内容④：歯科医師、薬剤師との連携体制の構築

本市では、歯科医師や薬剤師がそれぞれの立場から地域住民の健康管理や福祉教育にも努めています。

歯は食物の咀嚼のほか、食事や会話などの生活の質を確保するために重要です。歯の残存本数が健康寿命にも影響を及ぼすと言われ、幼少期から虫歯予防への取り組みが大切です。また、加齢や脳血管疾患等による摂食嚥下機能の低下が、誤嚥性肺炎を招く恐れがあるなど、口腔ケアは、高齢者にとって重要となります。

宮城県歯科医師会では、寝たきりの高齢者や重度の心身障害等で通院が困難な方に対し、訪問歯科診療に関する相談窓口を設置しています。本市においても、訪問歯科診療に関するニーズ調査を実施するとともに、広く住民に対し口腔ケアへの取り組みを推進していくため、石巻歯科医師会や市内の歯科医師と連携していきます。

認知症高齢者や高齢者のみ世帯の増加が見込まれる状況では、薬の飲み忘れ等の服薬管理が十分にできないケースが増加すると予想されます。また、在宅看取りによる麻薬等の管理が必要なケースも増加すると想定されます。今後、医師・看護師や介護従事者等と連携しながら、薬剤師による服薬管理を行なうことが重要です。

医科との連携を図りながら、歯科医師、薬剤師とも一体となった在宅診療への対応を進めていきます。

[主な取り組み]

- 訪問歯科に関する窓口の周知
- 服薬管理等に関する相談窓口の周知
- 石巻歯科医師会及び石巻薬剤師会との連携

実施内容⑤：宮城県及び広域医療圏との連携

本市の住民は、石巻市の医療機関をはじめとする市外の医療サービスも利用しています。住民の適切な医療・介護サービスの利用につなげるために、石巻圏域内の連携強化を進めていきます。連携強化にあたっては、宮城県の支援も受けながら、住民への医療・介護サービスの提供や連携に必要な圏域共通の情報共有ツールの作成、多職種間の合同研修の実施等を行ないます。

また、二次医療圏（石巻・登米・気仙沼）以外に仙台医療圏（仙台市、塩釜市など）への受診も多いことから、県域の各関係団体との情報交換も行なっています。

[主な取り組み]

- 石巻圏域（宮城県含む）、関係市町との情報交換
- 石巻圏域での情報共有ツールの検討、多職種合同研修会の実施
- 広域医療圏での ICT 導入に向けた検討会の実施



【多職種による研修会】

【連携】

取組方針 2：医療・介護サービス資源の確保

東松島市内の医療・介護従事者数は、全国・県平均と比較すると少ない状況にあります。今後、在宅医療の需要増加が見込まれる中、これにこたえていくためには、人材確保が喫緊の課題となります。また、少ない人員で在宅医療の需要増加に対応するために、訪問看護サービス等と連携しながら対応していくことも必要となります。

住民が在宅で安心して医療・介護サービスの提供を受けられるために、在宅医の確保や医師間の相互協力が必要となります。そのため、桃生郡医師会と連携し、医療サービスが効率的に提供されるよう取り組んでいきます。

実施内容①：在宅医療の供給体制の確保

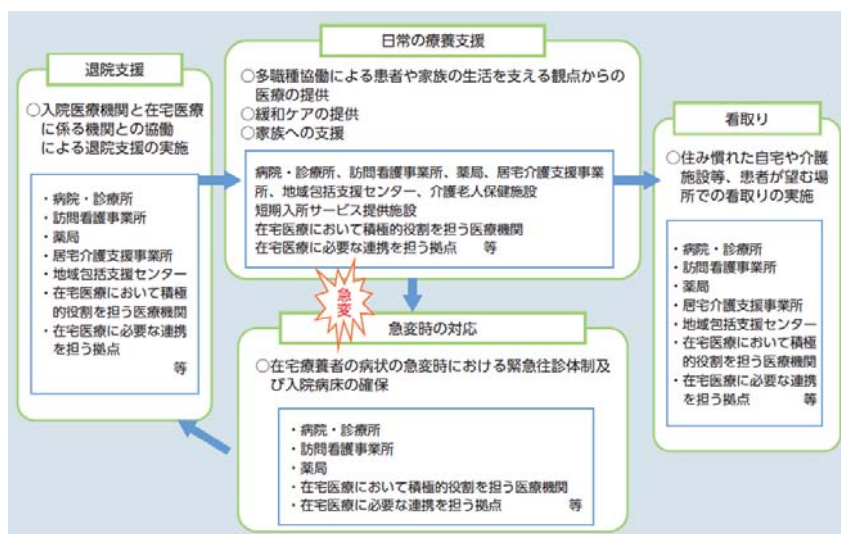
在宅医療の需要増加が見込まれる中、在宅医の負担軽減を図るために、患者の急変等が起こった緊急時や夜間の対応及び実施体制について、桃生郡医師会と市内医療機関が相互に連携し取り組みを進めていく必要があります。

また今後は、夜間対応型の訪問看護サービス等との連携を強化しながら、在宅医療の供給体制を確保していきます。

[主な取り組み]

- 在宅医の確保に関する事業の推進
- 在宅医、後方支援病院との連携体制の整備

図表 II-1 (参考) 在宅医療の体制 (イメージ)



資料：平成 28 年版厚生労働白書

実施内容②：医療と介護の人材確保

本市では、不足する医療と介護の人材確保に向け、各職域団体と連携し専門教育機関への働きかけ、奨学金返済金の助成等を拡充し、積極的に取り組みます。また、有資格者の養成や離職中の人材に対するアプローチも行なっています。

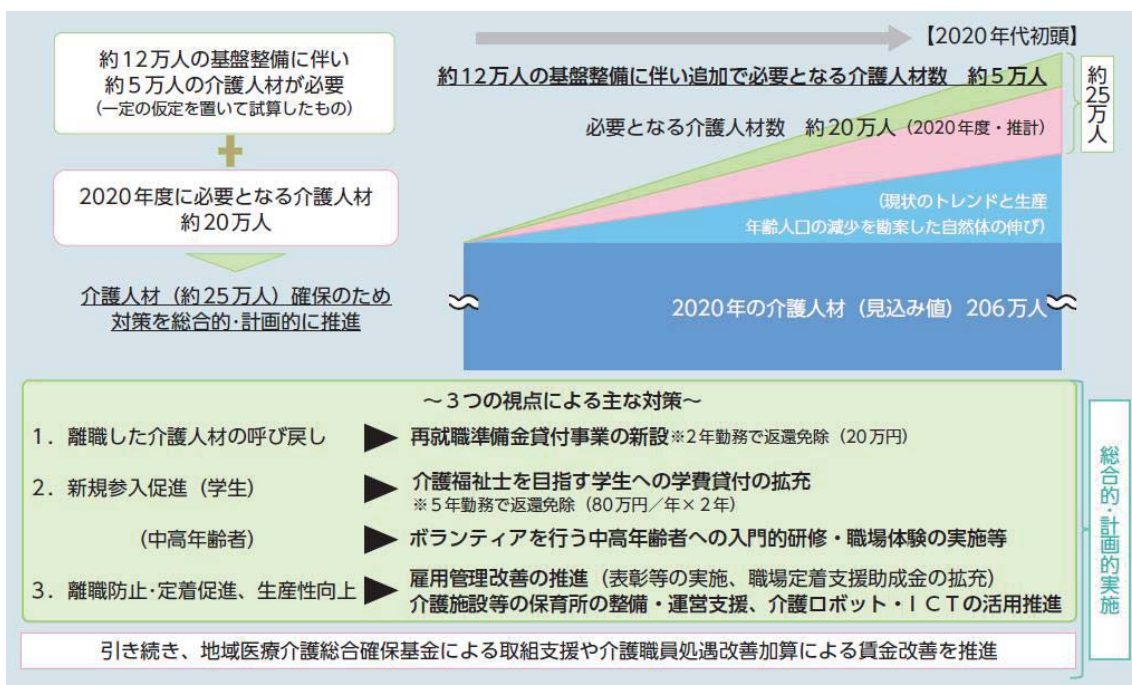
本市で医療・介護に携わりたいことを希望する方が増えるよう、医療・介護従事者が、地域で志を高く持ち、生き生きと働く姿を市内外に発信することや、独自の体験プログラムを提供するなど、本市で働いてみたいと思う人材の確保につなげるとともに、離職することなく就労し続ける環境整備を行ないます。

従事者の人材育成にも力を入れ、在宅医療・介護連携に必要な知識と技能の習得、看取りに関する研修などを実施していきます。

[主な取り組み]

- 専門教育機関への積極的な働きかけ
- 奨学金返済金に関する助成
- 休職中の有資格者の発掘と復職支援
- 医療・介護従事者等に対する終末期、看取りに関する研修会の実施

図表 II-2 （参考）国による「介護離職ゼロ」の実現に向けた緊急対策



資料：平成28年版厚生労働白書

【連携】

取組方針 3 : 在宅医療・介護に関する地域住民への普及啓発と相談機能の強化

在宅医療・介護連携推進事業は、多職種協働により切れ目のないサービスが提供されることにより、住民がいつまでも住み慣れた地域に安心して暮らし続けることができるよう実施されるものです。そのため、医療・介護の多職種間の連携だけでなく、住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要となったとき、必要なサービスを適切に選択できるよう、在宅医療・介護連携に関する住民向けシンポジウムを開催し、住民の理解を促します。

さらに、多職種が参加する研修会を定期的に住民向けに開放し、専門職の理解を深め、在宅医療・介護連携に関する知識の普及啓発を行ないます。

また、医療・介護需要の増加や相談内容の複雑化を踏まえ、住民及び多職種からの相談・支援を充実させ、気軽に相談できる体制の整備に取り組みます。

実施内容① : 在宅医療・介護連携に関する普及啓発

医療・介護に関する制度やサービス内容、手続きに関する住民の理解を促進するため、わかりやすく解説したパンフレット等を作成し、配布します。また、終末期の過ごし方や看取りに関する講習会、シンポジウムを開催し、寸劇を交えるなどわかりやすく理解できるような普及啓発を行なっています。

[主な取り組み]

- 在宅医療・介護に関する講習会の実施
- 在宅医療・介護に関する住民への周知
- 宮城県との共催による在宅医療・介護連携に関する研修会等の実施

実施内容② : 多職種が参加する研修会等への住民参加の促進

多職種が参加する研修会は、住民が適切な医療・介護サービス提供を受けるために必要な課題や解決策を検討する場です。この場に、住民が直接参加することで専門職が住民のニーズを把握することができます。

定期的に住民向け研修会を実施することは、サービスを受ける側と提供する側が相互の理解を深めるとともに、在宅医療・介護に関する普及啓発にもつながるため、多職種が参加する研修会等への住民参加を促進していきます。

[主な取り組み]

- 多職種連携の会などの周知と住民参加の促進
- 多職種連携の会などの情報発信

実施内容③：地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターは、高齢者の暮らしを支える拠点として介護だけでなく、介護予防や福祉、医療など総合的な観点から本人や家族を支えるための業務を行なっています。

業務の中心となる総合相談については、少子高齢化、高齢者世帯の増加、地縁・血縁の希薄化などに伴い、ニーズが多様化し、相談内容も多岐にわたり複雑化しています。さらに、認知症高齢者の増加に伴う本人・家族に対する支援や虐待等の権利擁護への対応といったさまざまな機関との連携も必要となり、より高度な調整能力が求められています。

今後、地域包括支援センターは、医療・介護に関する相談・支援、認知症高齢者の早期発見と治療につなげる専門職チームでの支援体制の仕組みづくり、地域ケア会議の充実といった地域包括ケアシステム構築に向けた大きな役割を担います。

本市では、地域包括支援センターの増設も見据え、機能強化を図り対応を充実させていきます。

[主な取り組み]

- 地域包括支援センターの相談機能の充実
- 地域包括支援センターの人材確保と人材育成

実施内容④：包括的な相談支援体制の整備

本市の地域包括ケアシステムは、子どもから高齢者、障がい者等、すべての人がいきいきと生活を送り、地域の中で安心して暮らし続けることができる共生型社会を目指しています。

これまで子どもから高齢者、障がい者等については、それぞれ個別の関係する制度の中で対応してきました。しかし、相談内容は多岐にわたり、個別の制度での対応が難しく、いずれの支援の対象とならない方もいるため、横断的な対応が必要となります。また、複数の課題解決に当たり、課題別に必要な機関につなぐなど、迅速な支援のためのコーディネート（調整）機能も求められます。

本市では、住民のニーズが多様化し、相談内容も複雑化しているため、包括的に相談内容を受け止め、支援ニーズにこたえるワンストップ型の相談窓口を設置します。すべての人が支え、支えられる共生型社会の実現を目指すための支援体制を整備します。

[主な取り組み]

- 高齢者、障がい者等の事業所での包括的相談支援を行なう窓口の設置
- 包括的相談支援を行なうための制度等に関する勉強会等の実施
- （仮称）保健福祉センターの設置の検討

【認知症ケア】

3 認知症が理解され、本人・家族が安心して暮らすことができる

認知症について誰もが理解し、認知症の人や家族の尊厳が守られ、安心して生活することができるあたたかさあふれる地域を目指します。

現 状 と 課 題

■ 認知症の高齢者の状況

本市の認知症の高齢者（認知症の日常生活自立度Ⅱ以上）は、65歳以上人口の約1割、要介護認定者数の約6割となっています。今後、高齢化の進展に伴い認知症を抱える高齢者数は更に増加するため【P108】、認知症の人と日常的に接する機会が増えると予想されます。認知症は誰もがなりうる病気であるため、すべての住民が認知症について身近な疾病として正しい知識の理解を深めていくことが必要です。

■ 認知症予防の状況

運動や口腔機能の向上、趣味活動など日常生活における取り組みが認知機能低下の予防につながる可能性が高いと言われています。身体機能低下予防と併せて、楽しみながら継続的に認知症予防に取り組める仕組みづくりが必要です。なお、市内ではもの忘れ予防教室を行っており、参加者から好評を得ています。

■ 認知症医療の状況

市内の医療機関には、かかりつけ医認知症対応力向上研修を修了した医師が2名います。また、認知症介護指導者は市内に1名います。

認知症の人や家族が認知症の症状に気づかないまま生活し、重度化する場合や、気づいた場合でも認知症であることを認められず、専門医受診を拒むケースがあるとの声があります。認知症の人の服薬管理も課題であるとの意見が挙がっています。

今後、認知症の人や家族が地域で安心した生活を送り続けるためには、医療に関する相談が気軽にできる体制整備が必要です。また、早期に専門的な医療や治療につながるような、かかりつけ医、石巻市内等にある認知症疾患センター等の専門機関との連携強化が必要です。

■ 認知症の人の家族の状況

高齢者相談に占める認知症相談の件数は増加しており、認知症の人を支える家族は、「日中の見守りが大変である」「会話が成立しない」「夜間の見守りが大変である」「自分の時間が持てない」等の問題を抱えています【P109】。

本市では、家族に対する支援としては、認知症家族の情報交換会、高齢者 SOS ネットワーク事業等を行なっています。認知症の人を支える家族介護者の負担は大きく、このような状況は、認知症の人と家族の孤立化を生み、不適切な介護や虐待の誘因ともなり得ます。本人のみならず、家族に対しても切れ目のない支援体制が必要です。

■ 認知症の人への支援体制の状況

本市では、地域で認知症の人を支える取り組みとして、認知症サポーター養成講座、サポーター養成講座を終了した人へのステップアップ講座を積極的に行なっています。また、市内で活動するキャラバン・メイトの活動を支援しています。

ケアマネジャーからは、今後、認知症の人への必要な支援として「認知症の人を受け入れ可能な社会資源の一覧」や「認知症の人の介護者に対する支援窓口」の充実が求められています【P111】。

認知症に関する不安を感じた方が安心して相談ができ、地域で暮らし続けることができる体制の整備が重要です。また、認知症サポーターの中から、実際に認知症の人や家族を支援するボランティア等さまざまな活動を行なっていく仕組みづくりが必要です。

医療・介護・福祉の専門職は、本人や家族の視点に立ち、一人ひとり異なる症状、生活の個別性を重視した支援ができるように、認知症ケアを向上させていくことが必要です。

■ 権利擁護の状況

認知症による判断能力の低下から本人の利益や権利を守る権利擁護の仕組みとして、成年後見制度や日常生活自立支援事業があります【P112】。今後、認知症高齢者の増加や障がい者の高齢化により権利擁護に関する支援の必要性が高まるため、トラブルを早期に発見し、権利擁護につなげる仕組みづくりが重要です。

■ 若年性認知症の人の状況

現在、市内には若年性認知症の人が 26 人います。若年性認知症の人は、身体的な機能低下が少なく、介護保険制度のみでは生活への支援が十分に受けられない状況にあります。また、発症年齢が働き盛りの年代と重なるため、就労上の問題や家庭内での課題（配偶者の経済的な負担、子供の養育・教育等）があることも特徴です【P112】。若年性認知症の人が抱える生活課題を踏まえ、地域の資源を活用し、さまざまな関係機関との連携による支援体制の強化が必要です。

【認知症ケア】

取組方針 1 : 認知症を身近に感じる普及啓発及び予防促進

認知症のリスクが高まる高齢になる前から、地域の誰もが認知症についての正しい知識・対応を理解することが大切です。地域住民が日頃から認知症についての情報、相談体制、活用できる資源を知ることは、認知症についての不安を軽減し、認知症の人をあたたく受け入れる地域づくりにつながります。

認知機能低下の予防につながる取り組みは、運動、口腔機能の向上、趣味活動などが挙げられます。今後は、認知症予防への取り組みが身近なものとなるように、楽しみながら継続的に行なえる仕組みづくりを進めます。

実施内容① : 地域の誰もが認知症を正しく理解する普及啓発

市内におけるさまざまな機会、情報媒体等を活用し、認知症についての正しい知識・対応や活用できる資源・サービスを積極的かつ継続的に情報提供していきます。

市キャラバン・メイト協議会とともに、市内の企業、商店、小中学校等さまざまな関係機関、団体等に対し、認知症サポーター養成講座を実施します。認知症サポーターが、地域のサロン活動等で、認知症の人やその家族に対し、支援を行なうことができるような仕組みづくりを行ないます。

[主な取り組み]

- 認知症サポーターの養成・活動支援
- 認知症サポーターステップアップ講座の実施・受講者の活動支援
- 認知症に関する講演会や情報誌の発行

実施内容② : 楽しみながら行なう認知症予防の促進

閉じこもり予防や運動機能低下予防等の他の介護予防の取り組みと併せて、身近な場所で楽しみながら自主的に参加できる認知症予防の取り組みを進めていきます。

認知症予防に関する先駆的な取り組み、研究等の情報を積極的に事業として取り入れ、地域全体が認知症予防に取り組む環境整備を行ないます。

[主な取り組み]

- 認知症予防・介護予防の教室の継続開催
- 認知症、介護予防等を含む啓発・市民フォーラム開催
- 多世代が交流するサロンや集いの場の設置・参加促進

取組方針 2 : 認知症の初期から専門的な医療や相談・支援につながる体制整備

認知症の本人や家族が、認知症の初期の段階で治療につながることで、症状の進行や重症化を遅らせるための治療を早期に開始することができます。また、本人が医療やさまざまな制度、その後に受けるケア等を本人が自分の意思で選択できることが可能となります。

認知症の人や家族が心理的な抵抗を感じることなく安心して専門医療機関への受診や介護保険サービス等の利用を行なえるように、身近なところで気軽に相談できる体制を整備します。

一人ひとりのさまざまな容態、家族状況、生活背景等の個別性を踏まえた総合的な支援を行なうため、医師・介護・福祉の専門職で構成される認知症初期集中支援チームによる支援体制を整備します。

また、医療・介護・福祉に関する専門職の多職種連携により、認知症の人及び家族の思いが尊重される支援を目指します。

実施内容① : 早期発見の体制整備

認知症の人あるいは家族が早期に認知症の症状に気づき、専門医を受診すると同時に、適切な支援につながるための早期発見・早期対応に向けた体制を整備します。

本人をよく知るかかりつけ医と地域包括支援センター等が連携し、早期に認知症の治療や生活支援につながる連携体制を構築します。

認知症の人が活用できる社会資源（医療機関、介護保険事業所、地域包括支援センター、生活支援サービス等）に関する情報や市の相談、支援の流れをわかりやすく周知します。

[主な取り組み]

- 認知症検診の普及による認知症の早期発見
- かかりつけ医との連携による早期発見、支援の連携強化
- 認知症相談、支援についてのリーフレット・ハンドブックの作成

【認知症ケア】

実施内容②：認知症を含む悩みを気軽に相談できる体制整備

認知症を含む高齢者のさまざまな悩み（心身の健康問題、生活問題等）を包括的に相談できるように、高齢者総合相談の窓口である地域包括支援センターの相談支援体制を充実させていきます。

介護保険事業所、障がい者（児）相談支援事業所、医療機関等の相談場所で、認知症についての相談を受けた際にも、本人や家族が適切に支援につながるようなネットワーク構築を行ないます。

認知症地域支援推進員を増員し、認知症の人への支援にあたる人材確保・人材育成を進めます。

[主な取り組み]

- 地域包括支援センターによる認知症相談支援体制の周知・充実
- 継続的な支援（家族を含む）体制の整備
- 認知症地域支援推進員の増員

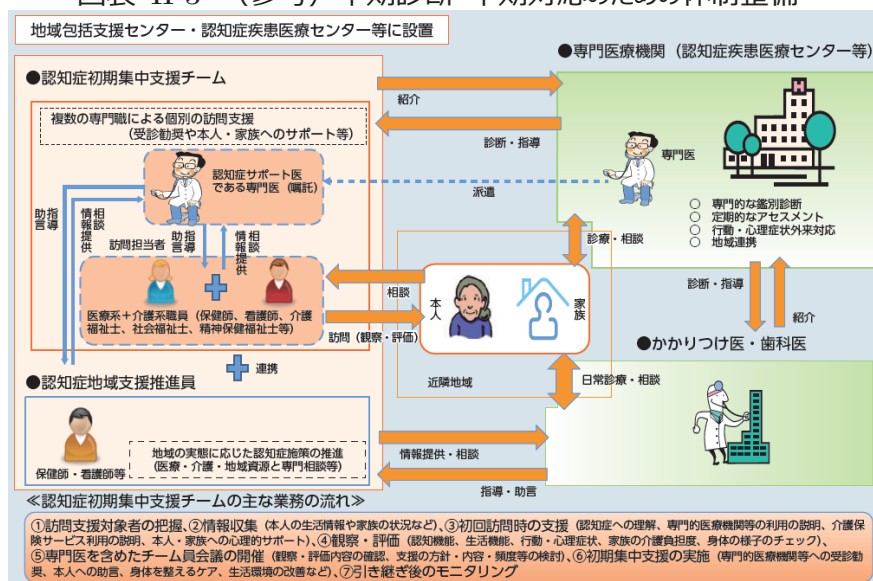
実施内容③：身近な認知症専門チームによる支援の充実

本市では、認知症の初期から認知症の人、一人ひとりのさまざまな容態、家族状況、生活背景等の個別性を踏まえた支援を行なうため、医師・介護・福祉の専門職で構成する認知症初期集中支援チームによる支援体制を整備します。

[主な取り組み]

- 認知症初期集中支援チームによる支援の仕組みづくり
- 認知症に関する専門医、認定医等の研修受講支援
- 認知症ケアに関わる関係者による切れ目のない医療・介護の提供のための体制整備

図表 II-3 （参考）早期診断・早期対応のための体制整備



資料：平成 28 年版厚生労働白書

取組方針3：認知症の人と家族の日常生活を地域で支援する仕組みづくり

認知症の人が、生きがいや喜びをもち、暮らし続けることができるよう地域全体で支援する仕組みづくりを行ないます。

認知症の人への支援にあたっては、認知症の人がもっている力に着目し、心身ともに安全に安心して暮らすことができる環境整備が必要です。

認知症の人を支える家族介護者は、認知症本人の症状の変化、進行、不安定さ等により、介護の困難さや負担感を抱える場合が少なくありません。その結果、虐待等の大きな問題の誘因となる可能性もあり、介護者の孤立化防止が必要です。

認知症本人への支援と同様に、家族介護者自身も望む暮らしや生き方が実現できるよう、介護負担の軽減に向けた支援体制を構築します。

実施内容①：認知症の人の生活支援

認知症の人が地域の中で安心して過ごすことができるような場、認知症について関心をもつ人が情報を見聞きできる「認知症の地域の拠点・集いの場」を市内全域に設け、住民が認知症について身近に感じられる地域を目指します。

[主な取り組み]

- 認知症の人が過ごしやすい居場所（認知症カフェ、サロン等）づくり
- 認知症の人同士の会、ピアカウンセリング
- 生活支援サービス・見守りサービス（センサー等）の拡充
- 認知症の人に必要な社会資源の開発（生活支援サービス・見守りサービスの拡充等）

実施内容②：家族介護者への支援体制整備

家族介護者同士が交流を図り、日頃の介護の困りごと等について話し合える家族の会、集いの機会を増やしていきます。認知症の人が心地よいと感じる具体的な支援方法や、利用できる制度についての情報等を得られるほか、家族介護者自身が健康面への支援も受けられるような場づくりを行ないます。家族介護者が抱える課題を把握し、必要な社会資源の開発を行ないます。

[主な取り組み]

- 認知症家族の会等の活動支援
- 認知症介護教室、講座等の実施

【認知症ケア】

実施内容③：権利擁護の制度整備

認知症による判断能力の低下から、金銭管理、消費者被害、虐待等のさまざまな問題を抱える方が増加しているため、虐待の危機対応や家族支援、権利擁護制度を活用し、高齢者等の権利を守ることが求められます。

そのため、権利擁護に関する支援を継続的に行ない、本人に身近な人々で支援できるよう、市民後見人の育成や、日常生活の中で地域における権利侵害の防止に向けた見守りの体制整備を行います。

[主な取り組み]

- 市民後見人制度等の権利擁護に関する制度の整備
- 高齢者虐待防止に関する啓発、研修、ネットワーク会議の開催
- 認知症の人の権利侵害被害の防止に向けた支援

実施内容④：若年性認知症の人の支援強化

若年性認知症は、働き盛りでの発症のため、確定診断を受けるまで時間がかかっている現状があります。異変を感じながらも就労、家庭生活を送り、生活上の問題や周囲とのトラブルが出てきた後、確定診断を受けることが予想されます。そのため、就労継続、子育て、配偶者の経済的負担、介護負担等のさまざまな支援が必要とされます。本人、家族が不安感を抱えたまま、孤立化することがないように一刻も早い相談支援も必要です。

本市では、市の相談窓口を周知し、早期に安心して相談支援を受けることができる体制整備を行います。加えて、ハローワーク、石巻地域就業・生活支援センターと連携した支援を通じ、就労、子育て、社会活動等の生活全般に関する支援体制の整備を進めます。

[主な取り組み]

- 若年性認知症の人の社会資源の整備
- 若年性認知症の人の就労支援体制整備
- 若年性認知症の人の早期発見体制整備



【キャラバンメイト研修】



【認知症サポーターキャラバン
マスコットキャラクター「ロバ隊長」】



【スキルアップ研修】



【認知症家族の会の調理実習】



【もの忘れ予防教室】

写真提供：東松島市地域包括支援センター

【健康増進】

4 住民自ら取り組む健康づくり・介護予防活動が、地域全体に広がる

住民が主体的に健康づくりや介護予防に取り組むことが、健康寿命の延伸や地域づくりにつながります。自分らしい人生を楽しむために、健康づくり・介護予防に取り組む地域を目指します。

現 状 と 課 題

■ 生活習慣病の状況

東松島市国民健康保険医療費に占める生活習慣病の割合が約 3 割、がん（悪性新生物）が約 1 割となっています。生活習慣病の基礎疾患である高血圧症、糖尿病、脂質異常症の患者数はそれぞれ約 4,000 人（重複有）に上っています。また、本市の健診受診率は県平均を大きく下回っています。生活習慣病の予防には、リスクを把握するための受診率の向上、若い頃からの保健指導や健康教室による生活習慣の改善が必要です。

■ 要介護認定率

介護予防を実施し事業の効果が現れると、要介護認定率（65 歳以上の高齢者のうち要支援・要介護認定を受けている割合）が低下します。本市の要介護認定率は震災以降上昇しており、これは震災による環境の変化に伴う心身機能等の低下が影響していると考えられます【P113】。体を動かす機会が減ったことが要因の一つと考えられ、定期的な運動の機会を確保することが求められます。

■ 介護予防事業の実施状況

国は、要支援・要介護 1 の認定者の原因疾患の約半数が体を動かさないことによる機能低下であったことを背景に、介護予防を推進しています⁸。

本市では、高齢者を対象として、要介護になるリスクを軽減するための運動教室やいきいきホットサロン等の介護予防事業を実施しています。しかし、これまでの事業は、参加人数や期間の制約があり、事業終了後には活動が継続しにくい状況にありました。今後は、事業終了後も活動を続けられるような取り組みが必要です。また、サロン活動の実施回数が月 1 回程度にとどまっており、介護予防に望ましい週 1 回以上の開催には至っておらず、開催頻度の向上が求められます【P121】。

介護予防事業や地域活動は市内各地で行なわれていますが、どこにどのようなサービスや活動があるかが十分に届いていない状況や、参加者が固定化される状況がみられます。地域の多くの方が参加して継続的な活動を行なうには、各活動の状況を整理した上で周知方法等を工夫する、あるいは楽しみや意欲をもつことができるように工夫するなどの取り組みが必要となります。

⁸ 厚生労働省「政策レポート（介護予防）」（<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/07/02.html>）

■ 通いの場の状況

健康づくり・介護予防を継続的に行なうために、歩いて通える範囲に定期的集まることのできる場（通いの場）を設けることが必要です。本市では、現在モデル事業として「いきいき 100 歳体操」を住民が週 1 回集まり 7 か所で実施しており、運動機能の維持・向上に一定の効果を上げています。この事業は、住民が自主的に運営することで通いの場の創出につながります【P122】。今後、「いきいき 100 歳体操」を中心に通いの場の実施場所を市内全域に拡大するとともに、男性や子ども等多世代が参加できるような場を作ることにより、楽しみながら継続的に介護予防ができることが求められます。

介護予防を更に効果的に進めるためには、理学療法士、健康運動指導士による運動指導や、歯科衛生士等による口腔機能向上に向けた取り組み等、専門職の積極的な関与が必要です。地域で実施している介護予防活動に専門職が関与し、相談・指導ができる体制整備が求められます。

■ 地区別の介護予防リスク状況

本市の高齢者を対象に、要介護に関するリスク状況を調査した結果、地区ごとに特徴があることが窺えました【P115】。これらの傾向の背景には、地域による高齢化率の違いや交通の便の違い、地域活動の取り組み状況の違い等も関わっていると考えられます。今後、地域ごとに要因やニーズを分析した上で、地域の状況に応じた健康づくり・介護予防活動が必要です。

■ 地域活動への参加状況

社会参加することで介護リスクが低くなるとされています。本市の高齢者には、地域活動を行なう組織に参加したり、高齢者などの見守りに参加している方がいます【P123】。高齢者が地域活動や社会活動に参加することにより、楽しみや生きがいをもつことができ、健康づくりや介護予防となります。そのため、高齢者の各活動への参加の継続や促進が必要です。

高齢者をはじめとする住民が、ボランティアとして介護予防事業等の現場の手助けをすることにより、事業の展開や継続が行ないやすくなります。またボランティア自身が、やりがいを持ち、活動に参加することにより、自らの健康維持にもつなげられます。住民が担い手として参加することができるように、住民ボランティアの養成が求められます。

【健康増進】

取組方針 1 : 楽しみながら、継続的に取り組める健康づくり・介護予防の推進

健康づくり・介護予防は、できるだけ多くの住民が参加し継続的に行なうことにより、効果が生まれます。継続的に多くの方が参加するためには、興味や意欲がもてる取り組みが必要となります。

また、生活習慣病は要介護状態に至る大きな要因であるため、若い世代から生活習慣病予防等の健康づくりに対する啓発が重要です。

健康づくり・介護予防をより効果的に実施するには、リハビリテーション等の専門職が体操や口腔ケア、低栄養改善などの指導を行なうことにより、機能維持・向上が図られます。

住民自らが健康づくり・介護予防に楽しみながら取り組み、更に主体的に関わることにより継続的に行なわれるよう推進します。

実施内容① : 健康づくり・介護予防についての啓発

健康づくり・介護予防の効果を高めるためには、多くの人が興味を持ち参加することが求められます。特に、介護や子育て、地域活動の支え手となる壮年期世代の心身の健康づくりは重要です。若い世代のうちから興味、関心がもてるように健康教室などと連携を行ないます。あわせて、市民の方に幅広く健康に関心をもってもらえるよう、広報やイベントを通じ啓発を行ないます。

[主な取り組み]

- 健康づくり・介護予防の重要性について周知、広報
- 健康教室・保健指導・健康増進センター事業等における啓発
- 健康づくり・介護予防への関心を高めるイベントの実施
- 生活習慣病予防・重症化予防の実施

実施内容② : 健康づくり・介護予防の自主活動の推進

健康づくり・介護予防を継続的に実施するには、住民が自主的に活動を行なう必要があります。専門職の指導による自主活動の立ち上げ支援や、サロンへの支援や補助などを通じ自主活動を推進します。

[主な取り組み]

- 専門職による自主活動の立ち上げ支援
- サロン活動への補助金

実施内容③：意欲が持てる付加価値制度の実施

健康づくり・介護予防の事業等に参加することへの動機づけや継続を促すために、参加者に対しポイントなどを付与するなどの仕組みを検討の上、実施します。

[主な取り組み]

- 意欲を高めるポイント制度等の導入

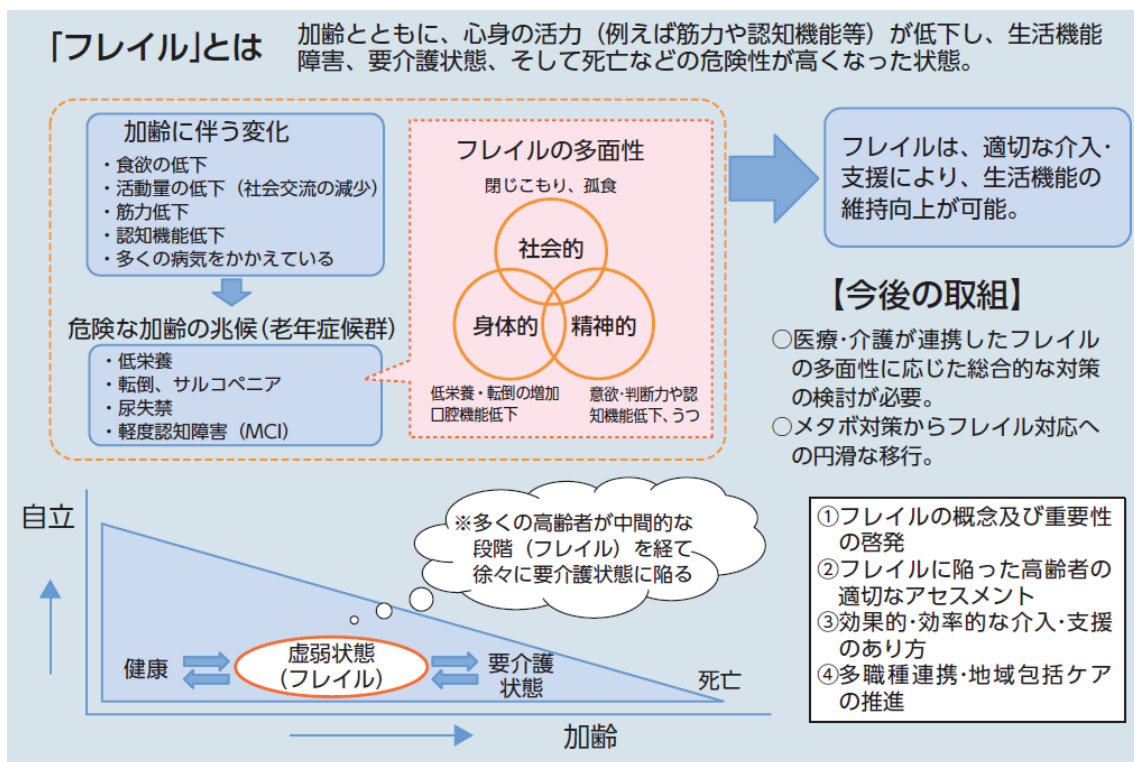
実施内容④：介護予防・重度化予防に対する専門的な支援の推進

介護予防や介護状態になってからの重度化予防をより効果的に実施するために、健康運動指導士・理学療法士・歯科衛生士等の専門職がもつノウハウを活かした取り組みを進めていきます。

[主な取り組み]

- 健康増進センターを活用した運動指導
- 運動機能向上、もの忘れ予防、低栄養改善等の指導
- 高齢者のフレイル対策（通いの場等における口腔ケア等）

図表 II-4 （参考）高齢者の虚弱（「フレイル」）について



資料：平成 28 年版厚生労働白書

【健康増進】

取組方針 2 : 健康づくり・介護予防と地域づくりとの一体的な推進

介護予防は、単に心身機能の改善のみを目指すものではなく、地域の中で生きがいや役割をもって生活できるような居場所づくり等の地域への働きかけを通じて、高齢者等一人ひとりの生活の質の向上を目指しています。

地域における居場所づくりとして、高齢者が通える範囲で楽しみながら参加ができる場所（通いの場等）を創出する必要があります。通いの場への参加率が高齢者人口の1割以上となると、地域住民の健康状態が高まるとの研究報告もあり、全国的に通いの場が推奨されています。住民主体の通いの場においては、子どもから高齢者・障がい者も参加することができ、多世代間の交流も生まれます。

また、身近な地域における生涯学習や社会活動等の取り組みを継続することや、健康づくり・介護予防の担い手として活動することは、本人の生きがいや自己実現だけでなく、健康づくり・介護予防へとつながるといった効果が期待できます。

このような介護予防を推進するためには、地域の状況に応じた取り組みが必要です。高齢者等が健康でその人らしい暮らしができるように、健康づくり・介護予防を地域づくりと一体的に推進していきます。

実施内容① : 地域の状況に応じた健康づくり・介護予防機会の創出

地域により人口構成や環境が異なるため、介護リスクの状況も各地区で異なります。各地区で異なる情報を収集し、地域の状況に応じた健康づくり・介護予防を効果的に実施していきます。

また、住民がさまざまな活動を選択し参加できるように、地域の取り組みの情報を活動の担い手と共有し、住民に広く周知します。活動の担い手が横のつながりを広げることにより、それぞれがもつ専門的なノウハウを活かして協力し合うことも可能になります。

[主な取り組み]

- 健康づくり・介護予防につながる社会資源の情報収集と課題抽出
- 健康づくり・介護予防に関する地域特性の周知、広報
- 地域の状況に応じた健康づくり・介護予防の実施

実施内容②：子どもから高齢者、障がい者等も参加できる通いの場の充実

健康づくり・介護予防のために、高齢者等が参加しやすい身近な場所で週 1 回以上の体操等に継続的に取り組むことができる通いの場を充実させることが必要です。市内にある 8 つの市民センターと多数の集会所を体操やサロンの拠点として活用することで、通いの場を拡充していきます。

また、通いの場に子どもから高齢者、障がい者等が参加することにより、互いに会話が生まれ、地域への目配りができ、相互理解につながります。男性も含め、多世代の方が気軽に参加できる通いの場を創出していきます。

[主な取り組み]

- 「いきいき 100 歳体操」等の拡充
- 市民センター・集会所等を活かした通いの場の創出
- 地域住民の誰もが参加しやすい場の創出

実施内容③：健康づくり・介護予防ボランティアの育成

健康づくりや介護予防事業に、住民ボランティアが主体的に参加することにより、各事業が自主的なものとなり、継続的な活動へつながります。事業に参加する高齢者や障がい者が、支援される側から支援する側に移行していくと、参加者の生きがい創出にもなります。身近な地域で継続的に事業を展開できるように、住民ボランティアの育成を行ないます。

[主な取り組み]

- 健康づくり・介護予防ボランティアの育成

実施内容④：社会活動の継続・促進（就労・生涯学習・地域活動）

高齢になっても働くことや趣味のサークル、地域活動等に参加することは、楽しみや生きがいを感じるため、介護予防、健康管理にもつながります。社会参加することで介護リスクが低くなるとされていることから、社会参加の継続・促進を行ないます。

[主な取り組み]

- 老人クラブ活動の支援
- 生涯学習、地域活動等の取り組みへの支援
- シルバー人材センターや地元企業との協力による就労の場づくり

【支え合い】

5 住民同士の絆を大切に、互いに支え合う力（地域力）を高める

住民がこれまで培ってきた絆を大切にしながら互いの暮らしを支え合い、多様な事業主体による重層的な生活支援体制によって、支え合う地域を目指します。

現 状 と 課 題

■ 家事全般やさまざまな日常生活での困りごとのニーズ

ひとり暮らし高齢者世帯などが、自宅で暮らし続けるためには、掃除、買い物等といった生活支援サービスが必要となります。要介護認定者は、介護保険のサービスを利用できる場合もありますが、それ以外の高齢者は介護保険外のサービスを必要とします。要介護認定者においても、電球交換や家の修理といった生活の困りごとは、介護保険サービスの対象外となっています。

本市内においても、ひとり暮らし高齢者の増加に伴い、介護保険外の生活支援サービスのニーズは高まります。今後、充実が必要な介護保険外サービスとして、ひとり暮らし高齢者等の見守りや配食サービスが挙げられており、また地域における見守りや生活支援の情報を知りたいとの声が挙がっています【P126】。日常生活において、買い物や掃除などの家事全般のサービスが満たされることが必要です。更に地域で住み続けることを支援するには、趣味や外出、法事や墓参りなど人生の大切な瞬間を支えるサービスも望まれます。

■ 生活支援の実施状況

市内の生活支援サービスには、市や東松島市社会福祉協議会（社協）が実施するもの、ボランティアや民間企業が実施するものがあります【P125】。社協は、地域に根ざした福祉を担い、高齢者、障がい者、子育て世帯等、地域で何らかの支援を必要とする人たちの問題解決を図るために、コミュニティソーシャルワーカー（CSW）などによる支え合いの仕組みや生活支援サービス等を提供しています。今後さらに、障がい者の老親による介護やダブルケア等、日常生活に困難を抱えているケースのさまざまなニーズや困りごとにも対応できるようにする必要があります。

生活支援サービスにおいては、経済的な負担が少ないことや継続的に利用できることなどへの要望があります。また、サービス提供対象地域が一部にとどまり、種類や量が十分ではない、情報が十分に行き届いていないなどのため、支援を必要とする人とサービスが適切につながらない状況があります【P125】。日常の生活に関わる生活支援サービスは、切れ目なく持続的に実施される必要があるため、ボランティア、NPO、民間企業等、多様な主体により提供する体制を構築する必要があります。

※コミュニティソーシャルワーカー（CSW）：地域において、支援を必要とする人の生活や人間関係等環境面を重視した援助を行い、支援活動を発見して支援を必要とする人に結びつけたり、新たなサービスを開発したり、公的制度との関係を調整したりすることを目指す者。

生活支援や見守りに関わる情報やサービスを住民に届けるために、さまざまな地域活動（社会資源）の見える化や、支援が必要な人を発見しサービス利用につなげるコーディネート機能が必要となります。利用者のニーズを満たすようなサービスを提供できる事業者等の育成も重要です。また、地域活動のさまざまな担い手同士をつなげ、ノウハウを共有することで、相互にサービスを活かすことも可能となります。

■ 見守り活動の状況

ひとり暮らし世帯、高齢者世帯や認知症高齢者等の増加とともに、生活や行動の異変に早く気づき、適切な対応をとるための見守りを必要とするケースが増えます。市内では、地域住民による自主的な見守り活動が行なわれている地域があります。日常の見守りが行なわれることにより、生活状況が把握でき、災害時に円滑に避難が行なわれることにもつながります。今後、身近な地域の方が普段の生活の中で、声がけ等を行ない、見守りが必要な方を支えることが望まれます。

市では、常時見守りが必要な方に対し、機器の貸与などを実施していますが、対象者の拡大や、認知症の人に対する対応が必要です。また、地元事業者と高齢者見守りに関する協定を締結していますが、見守りには定期的に自宅を訪問することが有効であることから、地元事業者との協定を更に拡大することが求められています【P128】。

地域での見守りにおいては、自治会長、民生委員が重要な役割を果たしていますが、役員等の高齢化が進み負担も大きくなっていることから、見守りにかかる負担の軽減や次世代の担い手を育成することが必要となります【P127】。また、地域での通いの場が多数展開され充実してくると、住民がお互いに顔を合わせる機会が増え、自然と見守りにつながります。

震災後、社協が中心となり、仮設住宅や災害公営住宅に入居している方に対し被災者サポートセンターを通じた訪問見守り活動や居場所づくり、コミュニティソーシャルワーカー（CSW）による住民参加の支え合い体制づくりを行なっています。今後、復興支援の段階から新たなまちづくりの段階への移行に伴い、地域の人材で生活支援や見守りを行なうことが求められます。

■ 外出時の移動手段

高齢者が自ら希望する場所で暮らすために、通院や買い物等を行なう際の移動手段の確保は非常に重要です。市内では、デマンド型乗合タクシー「らくらく号」や無料循環バスが運行されており、多数の方が利用されていますが、更に利用を促進するために周知が必要です【P129】。

本市には、外出時の移動を自動車の運転に頼る高齢者が多く、そのうちの忘れを自覚しているドライバーも多数います【P130】。高齢者に対する安全運転の徹底と、運転免許返納後の移動・外出手段の確保が求められます。

【支え合い】

取組方針 1：地域住民による支え合いや多様な生活支援サービスの充実

生活支援サービスは毎日の生活を支えるものであるため、切れ目なく継続的に提供される必要があります。日常生活におけるさまざまなニーズや困りごとに対応するために、地域住民の支え合いや生活支援サービスの取り組みは、地域福祉の中核を担う社会福祉協議会を中心に実施し、行政などによる支援と併せて充実させていきます。

さらに、住民自身が相互に支え合う体制と、NPO、ボランティア、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の民間協働による支援体制を構築し、多くの方のサービス利用を可能とします。

実施内容①：地域の自主活動の活性化

生活支援に関わる自主活動が各地域で行なわれていますが、多くの方が参加し互いに支え合う機会を増やすために、これらの活動の活性化が必要です。また、自主活動を持続可能な活動にしていくために、活動をリード・支援していく人材の育成が必要となります。生活支援に関わる自主活動を活性化するための仕組みや人材育成を行ないます。

[主な取り組み]

- 次世代の担い手、リーダー人材の育成支援
- 住民主体の自主運営の仕組みづくり
- ボランティアポイント制度等の導入
- 生活支援サービスボランティアの育成

実施内容②：多様な主体による生活支援サービスの創出

社会福祉協議会や民間も含めた多様な主体により、生活支援サービスを創出し住民の在宅生活を支えています。また、生活支援コーディネーターを配置し、生活支援サービスのネットワークを構築します。更に地域に必要な生活支援サービスの創出を行ないます。

[主な取り組み]

- 生活支援コーディネーターの配置
- 生活支援サービスの創出およびネットワーク化
- (仮称)生活支援協議体の設置

※生活支援コーディネーター：地域において、多様な主体による生活支援・介護予防サービス等のコーディネート機能を果たす者。資源開発（サービスの創出や担い手養成）、ネットワーク構築、ニーズとサービスのマッチング等の機能をもつ。

※(仮称)生活支援協議体：各地域における生活支援コーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場となるネットワークのこと。

実施内容③：見守りを必要とする人を支えていく仕組みづくり

見守りは、身近な地域の方が、声かけやふれあいを大切に支えていくことが大切です。本市では、地域住民による見守りや新聞配達網等を活かした見守りが行なわれています。これらの見守りを拡充していくとともに、持病や認知症等で常時見守りが必要な方については、見守りのための機器を活用して、安心して生活できる仕組みを整えます。

また、高齢者を含むすべての住民が安心・安全に暮らすためには、要援護者の存在を平時から把握し、効率的な避難誘導のあり方を検討し、訓練するなどの事前の備えが必要です。日頃から災害時の対応を意識した生活を送れるように、住民の防災に対する意識の向上を図ることが重要です。

[主な取り組み]

- 地域住民による見守り体制の構築
- 民間企業との高齢者見守り体制の構築
- 緊急通報システムや GPS 付き機器等を活用した見守りシステム導入
- 災害時避難行動要支援者台帳の整備と見守り事業への活用

実施内容④：移動・外出手段の確保

運転免許証の返納をする高齢者には、自動車の代替となる移動・外出手段が必要となります。

また、移動・外出手段の確保は閉じこもり予防の観点からも重要です。移動・外出のための公的、民間の支援サービスの充実や周知を行ないます。

[主な取り組み]

- 公共交通機関の利用促進
- 外出支援サービスの利用促進
- 交通部門と協力した自動車運転の安全確保
- 歩行・移動補助具の利用促進

【支え合い】

取組方針 2 : 生活支援サービスのコーディネート機能の充実

支援が必要な住民に、必要な情報やサービスを届けるために、生活支援に関わるさまざまな地域活動（社会資源）の見える化や、支援が必要な人を発見しサービス利用につなげるコーディネート機能が必要となります。地域のコーディネーターは、生活支援コーディネーター、コミュニティソーシャルワーカー（CSW）、生活支援員、ケアマネジャー等が担います。地域のコーディネーターがさまざまな地域活動の担い手同士をつなげることにより、専門的なノウハウを相互に補完することも可能になります。地域の状況に応じて生活支援サービス等に関するコーディネート機能を向上していきます。

実施内容① : 住民による支え合いや地域活動などの取り組みの見える化

住民による地域活動やさまざまな種類の生活支援サービスが行政、社協、民間事業者、ボランティア団体等により各地域で提供されています。これらの生活支援に関する各種活動（社会資源）の情報を集約し、見える化するとともに、住民やケアマネジャー等の関係者に広く知らせます。

生活支援サービスを見える化することにより、住民が必要なサービスを選択し利用することができるようになります。

[主な取り組み]

- 住民による地域活動や生活支援サービスに関する社会資源の見える化
- 生活支援サービスに関する社会資源の周知
- 生活支援サービスの関係者への周知

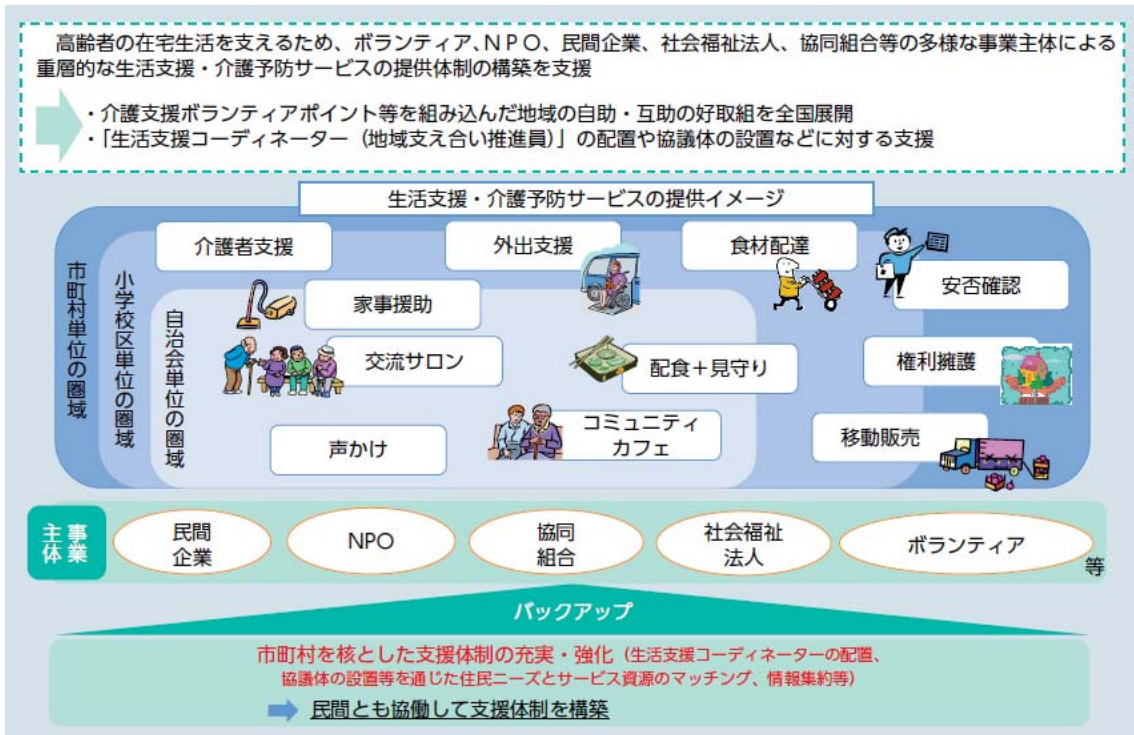
実施内容② : 生活支援サービス等と利用者とのマッチング

住民による生活支援や多様な生活支援サービスを利用するには、サービスが必要な人とサービスをマッチングするコーディネート機能が必要となります。生活支援コーディネーター等が、生活支援サービスのマッチングを行ないます。

[主な取り組み]

- 生活支援サービス等とニーズのマッチング
- 生活支援サービス等の利用者に対する生活相談の実施

図表 II-5 (参考) 多様な主体による生活支援・介護予防サービスの提供イメージ



資料：平成 28 年版厚生労働白書



【牛網 お茶っ子会】



【小松南カルタ大会】

第3章 推進体制

1. 地域マネジメントの必要性

今後、ひとり暮らし・高齢者世帯や認知症高齢者などの増加、家族構成の変化等に伴い、医療や介護、福祉に関わる課題が多様化、複雑化することが予想されます。したがって、発生した事例を地域内で共有し、必要に応じて医療・介護の専門職や地域の支援者が、有機的に連携して迅速に課題を共有し、解決していくことが求められます。この解決へのプロセスを通じて、地域全体の課題を把握し、地域政策、計画に反映し評価していくことも必要となります。

このような地域の実態把握、課題分析から目標設定、計画実施、評価の一連の流れを、「地域マネジメント」と呼びます。

地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築するために、地域マネジメントの機能は重要となっています。

2. 地域ケア会議の推進

国は、地域マネジメントの具体的な手法として、「地域ケア会議」を位置付けています。地域ケア会議には、①個別課題の解決機能、②ネットワーク構築機能、③地域課題発見機能、④地域づくり・資源開発機能、⑤政策形成機能の5つの機能が設けられています。

本市では、これまで地域包括支援センターにおける主に高齢者に関わる個別ケースを検討する「地域ケア会議」と、社会福祉協議会における主に地域の福祉全般の課題を検討する「地域福祉ネットワーク会議」が開催され、地域ごとの特徴、強み、心配事などの現状について話し合ってきました。

これらの会議体を、本市の地域包括ケアシステムの課題解決を担う「地域ケア会議」の中核機関として位置づけ、拡充します。検討対象に応じて、個別事例の検討を行なう「個別支援地域ケア会議」、地域単位の課題を把握し解決策を検討する「地域・多職種連携地域ケア会議」、市全域での課題を把握し解決策を検討する「地域包括ケア推進会議」の3層の会議体に区分します。

その他、市には、主に在宅医療・介護に関する課題を把握し解決策を検討する「在宅医療・介護連携協議会」と、認知症施策に関する課題を把握し解決策を検討する「認知症ケア連携会議」を設置します。

これらの会議体は、それぞれ緊密に連携し、相互に情報提供、支援を行なうものとします。

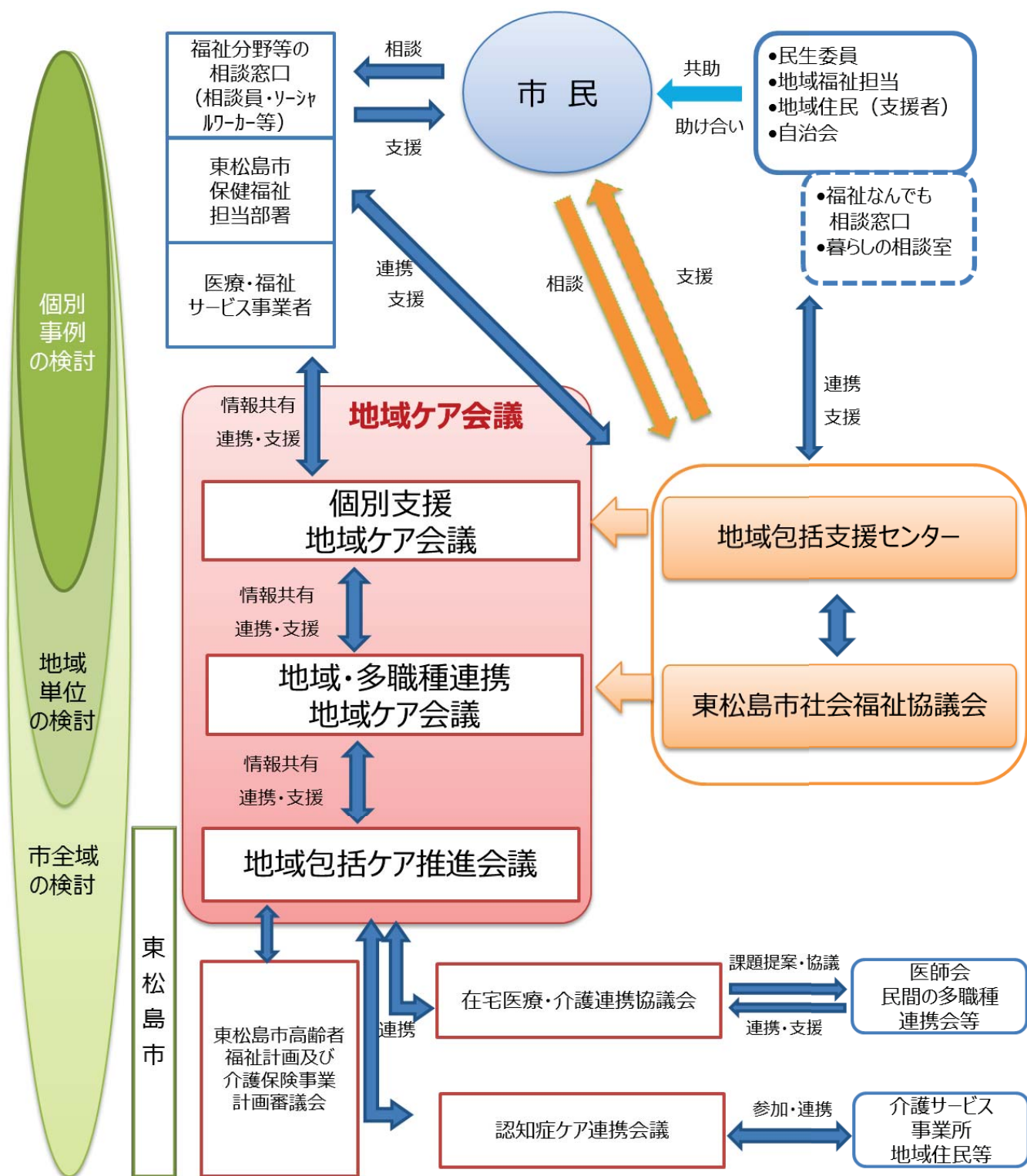
図表 II-4 地域ケア会議における役割分担

対象	会議体	主催	構成員	主な機能
個別事例	個別支援 地域ケア 会議	・地域包括 支援センター	対象者に関わる支援者 ・市の担当者 ・社協の担当者 ・コミュニティワーカー（CSW） ・生活支援コーディネーター ・現在関わっている支援者 （ケアマネジャー等） ・今後関わって欲しい支援者 （民生委員等） ・助言・指導の役割を担える関係者	・個別課題の解決機能 ・ネットワーク構築機能
地域単位	地域・多職種 連携地域ケア 会議	・地域包括 支援センター ・社会福祉 協議会 （社協）	・地域住民 ・民生委員 ・地域組織の代表者 ・コミュニティワーカー（CSW） ・生活支援コーディネーター ・医療・介護・保健福祉関係者	・地域課題発見機能 ・地域づくり・資源開発 機能 ※既存の「地域福祉ネッ トワーク会議」を活用す ることを想定。
市 全域	地域包括ケア 推進会議	・市	・市役所関係課長 ・8 地区市民センター長 ・関係機関（民児協会長、 社協会長 等）	・政策形成機能

図表 II-5 市が主催する地域包括ケアシステム関連会議

会議体	構成員	内容
東松島市高齢者福祉計画 及び介護保険事業計画 審議会	地域の代表者及び学識経験を有す る者のうちから市長が任命する委員 ・民生委員 ・医療・介護・保健福祉関係者	・東松島市高齢者福祉計画及び 介護保険事業計画と策定の円滑な 運営。 ・市医療福祉サービス復興再生 ビジョンの進行管理。
在宅医療・介護連携協議会	在宅・医療介護に関わる地域組織 の代表者 ・民生委員 ・医療・介護・保健福祉関係者	・在宅医療・介護に関わる課題解決。 ※既存の多職種連絡会等の場を活 用することを想定。
認知症ケア連携会議	認知症ケアに関わる・地域組織の 代表者 ・民生委員 ・医療・介護・保健福祉関係者 ・教育関係者等	・認知症ケアに関わる課題解決。

図表 II-6 地域包括ケアシステム推進体制（概念図）



資料 I

本市の基礎情報

目次

1 調査実施概要.....	84
1-1 調査の目的.....	84
1-2 アンケート調査.....	84
1-3 ヒアリング調査.....	85
2 家族介護や人生の最終段階、住まいに関する状況.....	86
2-1 家族介護者の状況.....	86
2-2 生き方への考え方.....	89
2-3 住まいの状況.....	92
3 医療・介護に関する状況.....	94
3-1 医療の状況.....	94
3-2 在宅医療の状況.....	97
3-3 介護サービスの状況.....	100
3-4 医療・介護連携について.....	104
4 認知症に関する状況.....	108
4-1 認知症高齢者及び家族が抱える課題.....	108
4-2 認知症専門医・サポート医体制.....	109
4-3 認知症施策の実施状況.....	110
4-4 権利擁護.....	111
4-5 若年性認知症への対応.....	111
5 健康づくり・介護予防に関する状況.....	112
5-1 要介護認定率.....	112
5-2 介護予防へのニーズ.....	114
5-3 介護予防に関連する事業の実施状況.....	120
5-4 地域活動への参加、社会参加の状況.....	122
6 生活支援・支え合いに関する状況.....	123
6-1 生活支援へのニーズ.....	123
6-2 生活支援の実施状況.....	124
6-3 見守り活動の状況.....	126
6-4 外出時の移動手段.....	128

1 調査実施概要

1-1 調査の目的

本市の基礎情報を把握し、地域の状況に応じた地域包括ケアシステムの構築に資することを目的に、既存文献の調査に加え、アンケート調査及びヒアリング調査を行ないました。本資料には、調査から得られた主な結果を取りまとめて掲載しています。

1-2 アンケート調査

主に高齢者の心身の状況把握や家族介護に関する状況、在宅医療や介護に関わる支援体制、地域における活動の状況を把握することを目的に、以下 7 つの調査を実施しました。

実施時期：2016 年（平成 28 年）2 月

実施内容：下表の通り

調査内容	対象者	対象件数	回答件数	回収率
① 日常生活圏域 ニーズ調査	第 1 号被保険者（65 歳以上） （要支援 1,2 要介護 1,2 の方）	5,000 人	3,493 人	69.9%
② 家族介護の 実態調査	要支援・要介護認定者 （無作為抽出）の主な介護者	206 人	128 人	62.1%
③ 在宅医療 に関する調査	2016 年（平成 28 年） 1 月 15 日現在の市内医療機関	19 か所	12 か所	63.2%
④ 在宅歯科診療 に関する調査	2016 年（平成 28 年） 1 月 15 日現在の市内歯科診療所	12 か所	11 か所	91.7%
⑤ 在宅医療連携 に関する調査	2016 年（平成 28 年） 1 月 15 日現在の 市内介護サービス事業所及び 石巻市内訪問看護事業所（8 か所）	93 か所	59 か所	63.4%
⑥ 区長・自治会 活動に関する調査	区長・自治会活動者（全員）	101 人	78 人	77.2%
⑦ 民生・児童委員活動 に関する調査	民生・児童委員（全員）	69 人	61 人	88.4%
全体		5,500	3,842	69.9%

1-3 ヒアリング調査

アンケートや文献調査では得られにくい現場の実態や生の声を把握するため、以下を対象にヒアリング調査を行いました。また、ヒアリング調査の補足として、介護支援専門員にはアンケートを実施しています。

■ヒアリング調査

実施時期：2016年（平成28年）9月中旬

実施対象：医療機関（医科、歯科）、介護施設、社会福祉協議会、地域包括支援センター、
学識経験者

■介護支援専門員調査（アンケート）

実施時期：2016年（平成28年）9月中旬

実施対象：介護支援専門員（やもとケアマネネット）

回収数：48件

2 家族介護や人生の最終段階、住まいに関する状況

2-1 家族介護者の状況

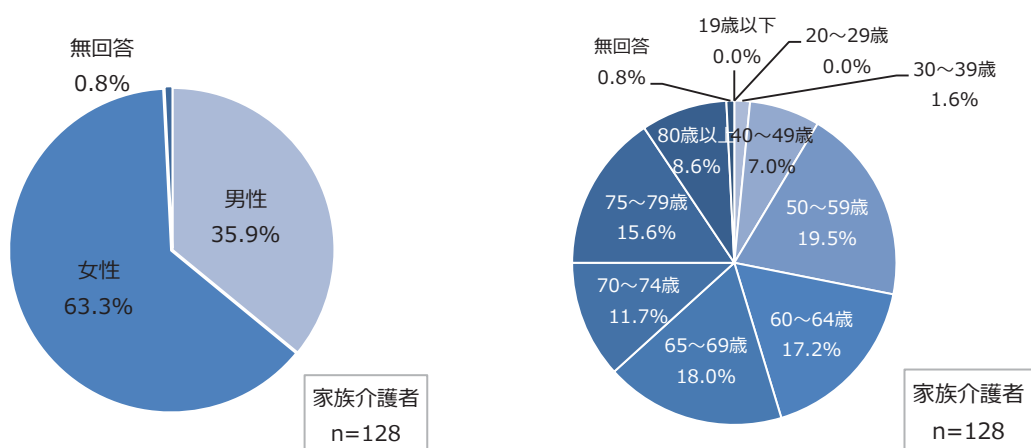
2-1-1 家族介護者のニーズ

家族介護者を性別で見ると、男性が1/3、女性が2/3となっています。また、年齢で見ると半数以上が65歳以上の高齢者となっています【図表 2-1】。

また、家族介護者を続柄でみた場合には配偶者が25.0%、息子の配偶者が24.2%となっており、娘・息子はそれぞれ約2割となっています。それを世帯人数別で見ると、要介護者との2人世帯では配偶者（44%）が最も多く、続いて息子（24%）が多くなっています【図表 2-2】。

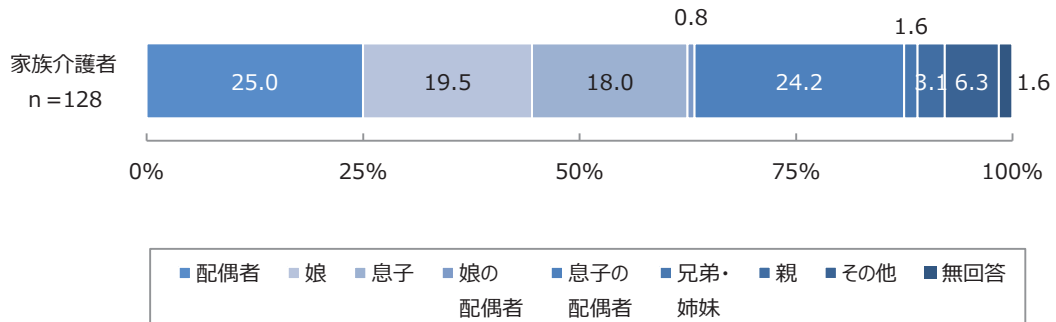
家族介護者が置かれている状況としては、4割がストレスを感じており、およそ3割が高齢である、持病を抱えている、仕事との両立のために介護ができないという状況がわかります【図表 2-3】。

図表 2-1 家族介護者の性別・年齢



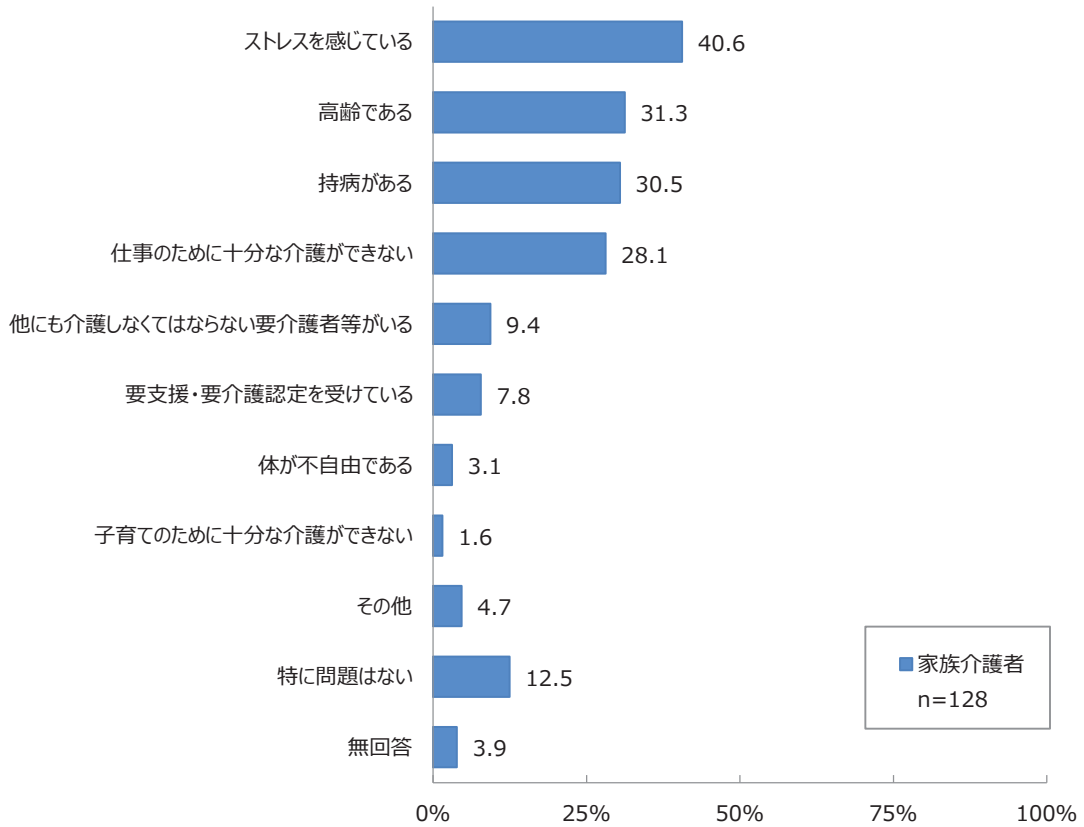
資料：②調査票「家族介護の実態に関する調査」問 4、5

図表 2-2 家族介護者の続柄



資料：②調査票「家族介護の実態に関する調査」問 2、3

図表 2-3 家族介護者の状況



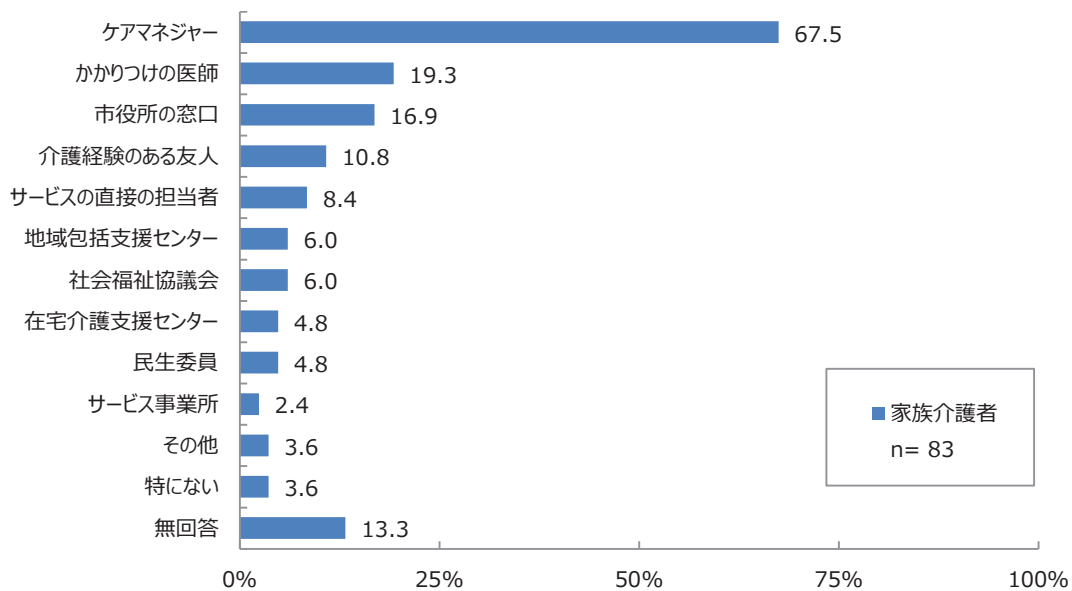
資料：②調査票「家族介護の実態に関する調査」問 6

2-1-2 介護者支援の利用状況

家族介護者が相談しやすい先として、ケアマネジャーが 67.5%、かかりつけ医が 19.3%、市役所の窓口が 16.9%となっています【図表 2-4】。地域包括支援センターには、年間 800 件を上回る相談があることが分かっており、そのうち家族からの相談は 250 件を超えています。

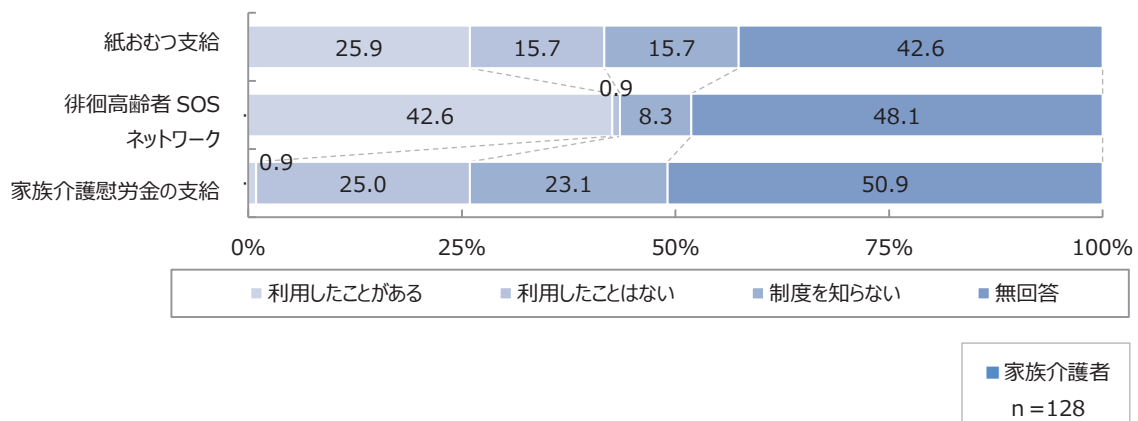
また、本市の介護者支援制度別に利用経験について尋ねたところ、徘徊高齢者 SOS ネットワークの利用では、5 割近くが利用したことがあると回答していますが、全体的に無回答の方が多くなっています【図表 2-5】。

図表 2-4 家族介護者が相談しやすい先



資料：②調査票「家族介護の実態に関する調査」問 26

図表 2-5 家族介護者支援の利用経験



資料：②調査票「家族介護の実態に関する調査」問 22-1

2-2 生き方への考え方

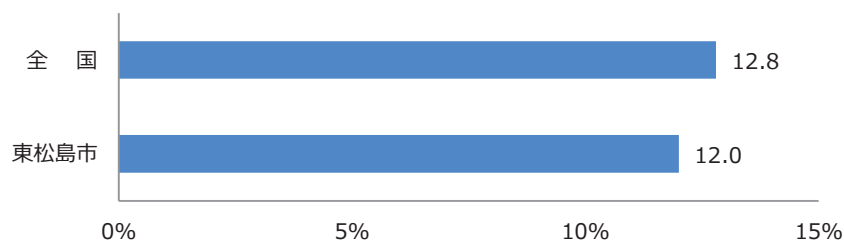
2-2-1 終末期に対する住民のニーズ

本市全体の年間死亡者数は約 400 人となっています。厚生労働省の調査によると、本市の自宅死の割合は 12.0%であり、全国平均（12.8%）と同程度の割合です【図表 2-6】。

高齢者へのアンケートによると、終末期を自宅で療養したいと希望する方は 51.6%であり、次いで病院が 24.1%となっています【図表 2-7】。

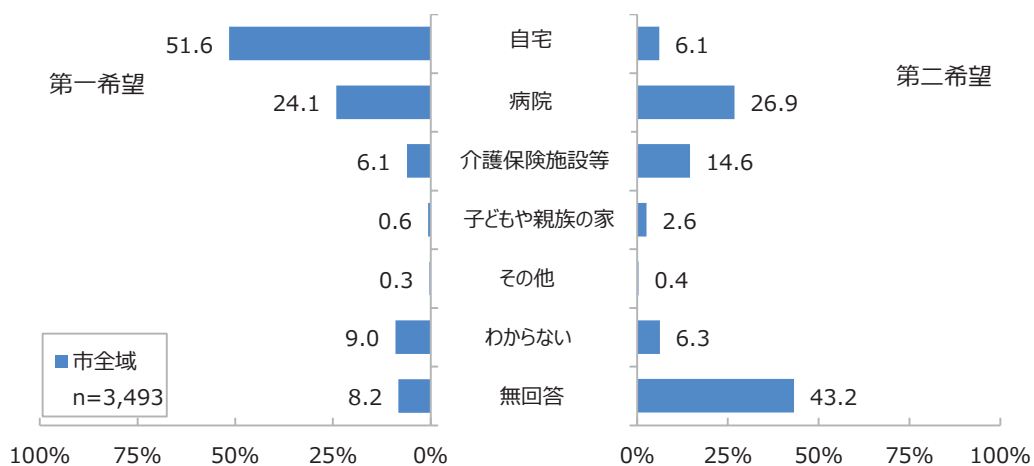
終末期を自宅で療養するためには、62.1%の人がかかりつけ医の往診が必要であると考えていますが、68.0%の人が家族の介護負担を、55.1%の人が経済的負担を懸念しています【図表 2-8、図表 2-9】。

図表 2-6 自宅死の割合



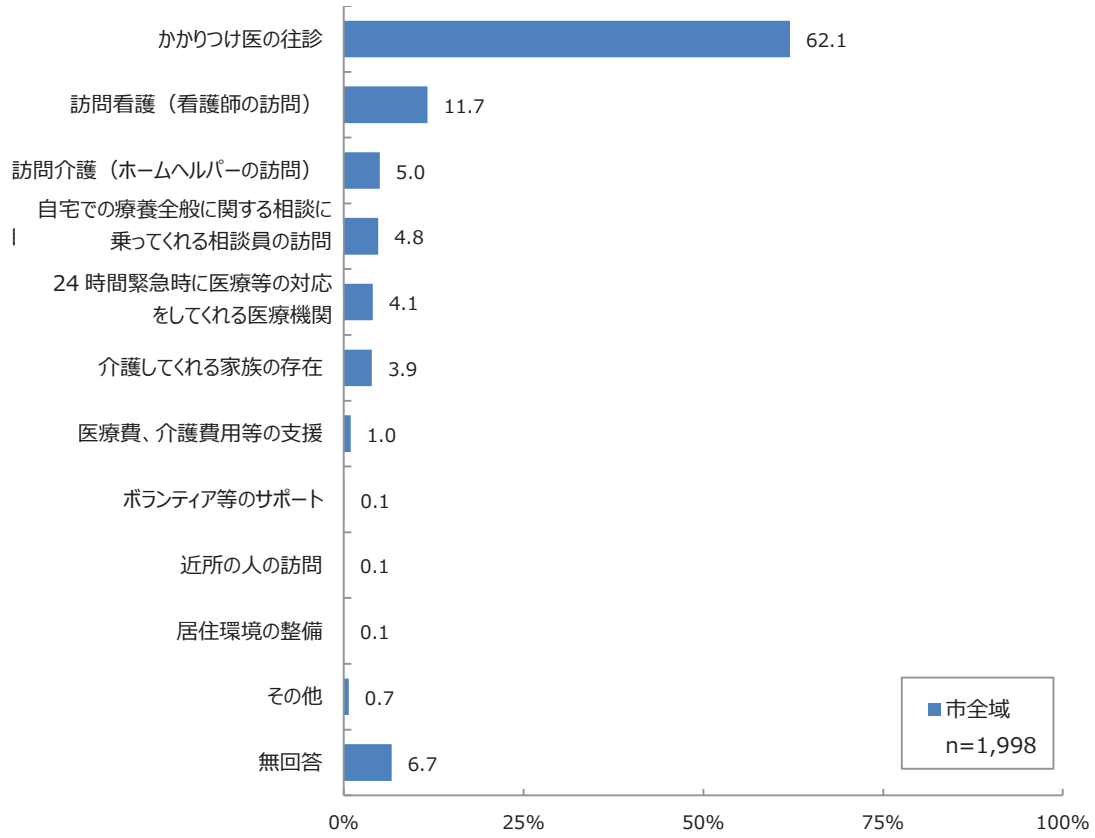
資料：厚生労働省調査（第1回在宅医療会議資料(平成28年7月6日)）

図表 2-7 終末期を療養したい場所



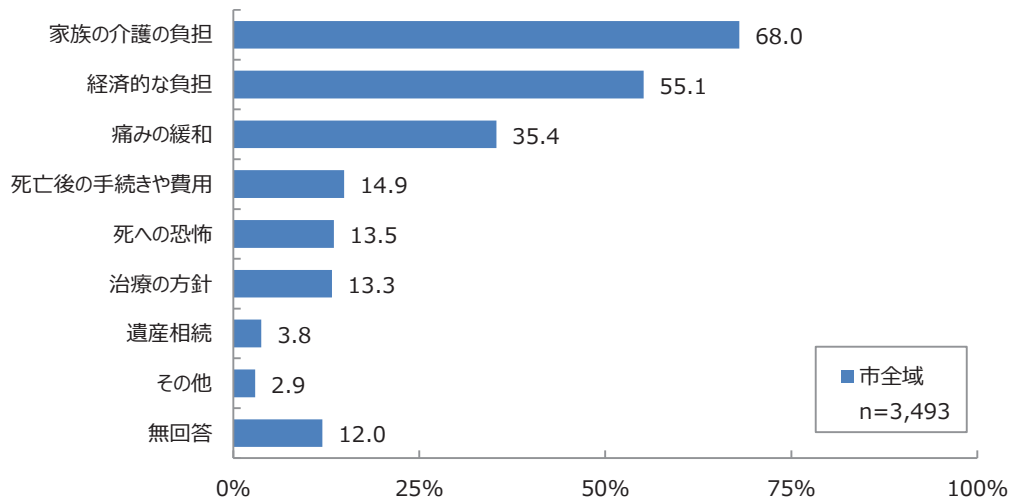
資料：①調査票「日常生活圏域ニーズ調査（高齢者ニーズ調査）」問 10.1

図表 2-8 終末期を自宅で療養するために必要な支援



資料：①調査票「日常生活圏ニーズ調査（高齢者ニーズ調査）」問 10.2

図表 2-9 終末期の療養における不安



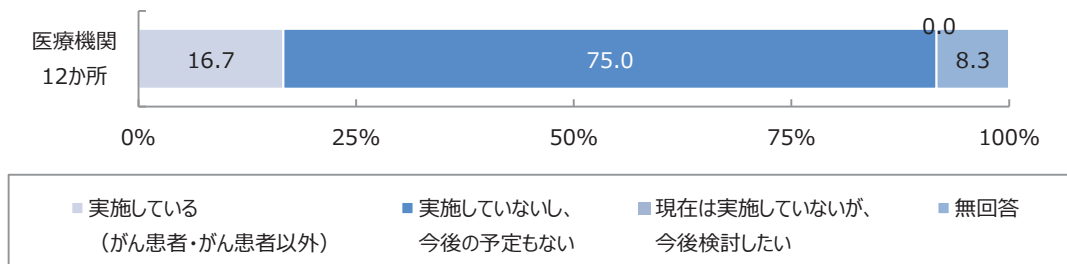
資料：①調査票「日常生活圏ニーズ調査（高齢者ニーズ調査）」問 10.3

2-2-2 医療機関の終末期への対応

アンケートに回答のあった医療機関のうち、75%（9 か所）が、終末期医療を未実施であり、今後も実施する予定はないと答えています【図表 2-10】。

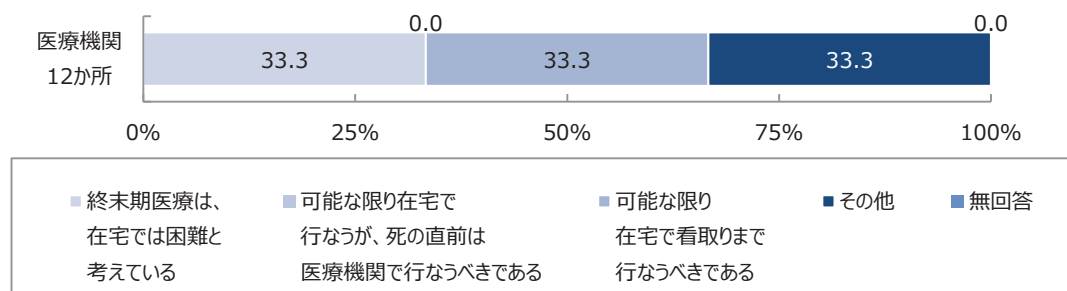
医療機関が考える終末期医療のあり方について、「終末期医療は在宅では困難」「可能な限り在宅で看取りを行なうべき」「その他（ケースバイケース等）」など意見が分かれています【図表 2-11】。

図表 2-10 医療機関の終末期医療の実施状況



資料：③調査票「在宅医療に関する調査」問 13

図表 2-11 医療機関の終末期医療に対する考え方



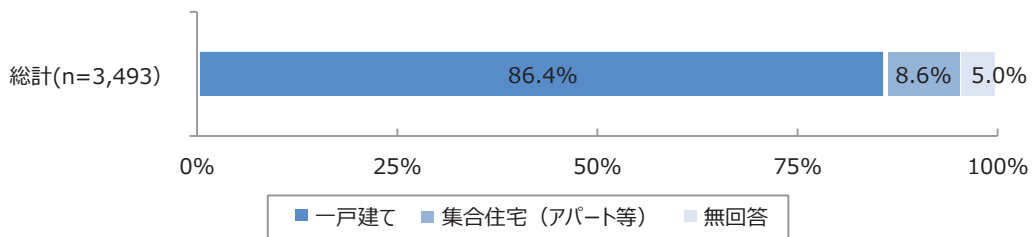
資料：③調査票「在宅医療に関する調査」問 14

2-3 住まいの状況

2-3-1 高齢者の住戸の状況

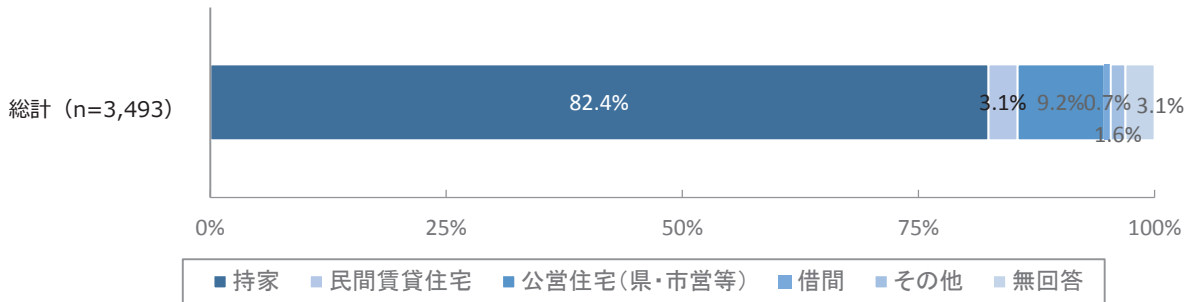
高齢者の 86.4%が一戸建て住宅に居住しており、8.6%が集合住宅に居住しています。そのうち、82.4%が持家、9.2%が公営住宅という状況です【図表 2-12、図表 2-13】。

図表 2-12 高齢者の住戸形態



資料：①調査票「日常生活圏域ニーズ調査（高齢者ニーズ調査）」1-問 5

図表 2-13 高齢者の持家、借家の状況



資料：①調査票「日常生活圏域ニーズ調査（高齢者ニーズ調査）」1-問 6

2-3-2 高齢者住宅の状況

本市における高齢者住宅の状況として、有料老人ホーム（住宅型）が6施設（定員98人）、サービス付高齢者向け住宅が2施設（47戸）となっています【図表 2-14】。その他、高齢者専用ではありませんが、低所得者向けに市営住宅があります。

図表 2-14 高齢者住宅の施設数と定員

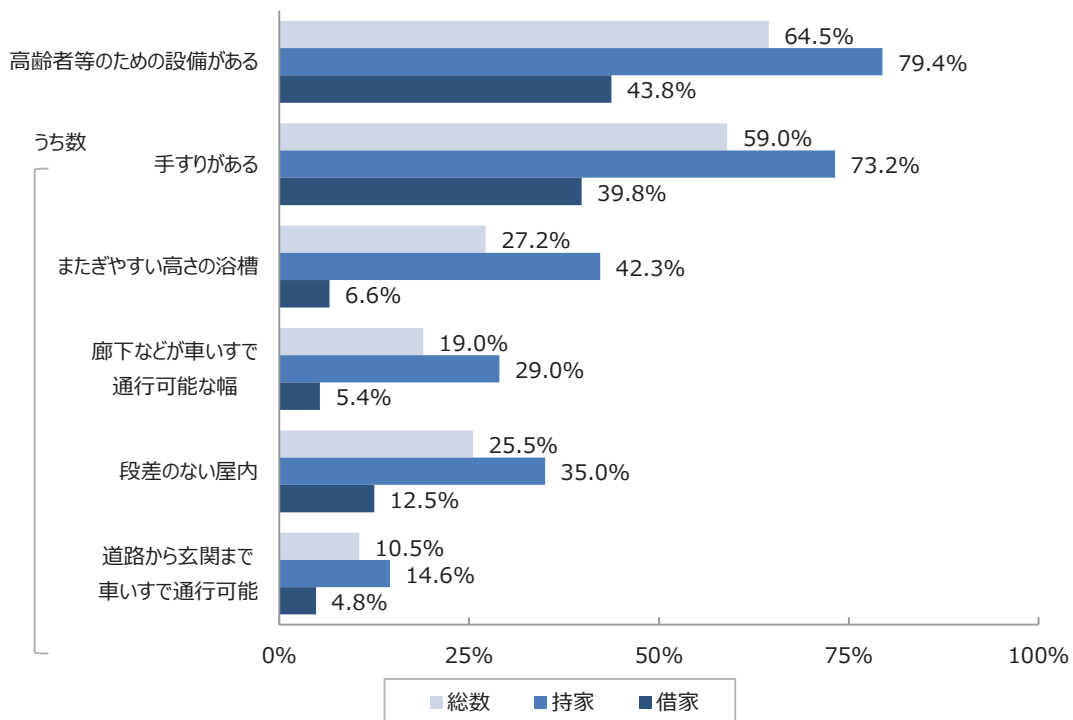
	施設数	定員
有料老人ホーム	6施設	98人
サービス付高齢者向け住宅	2施設	47戸

資料：宮城県長寿社会政策課（平成28年12月1日現在）

2-3-3 高齢者等のための設備の状況

本市における高齢者等のための手すり等の設備がある住宅の割合は、全体の64.5%であり、持家の割合は約8割である一方、借家では5割弱となっています【図表 2-15】。

図表 2-15 高齢者等のための設備の状況



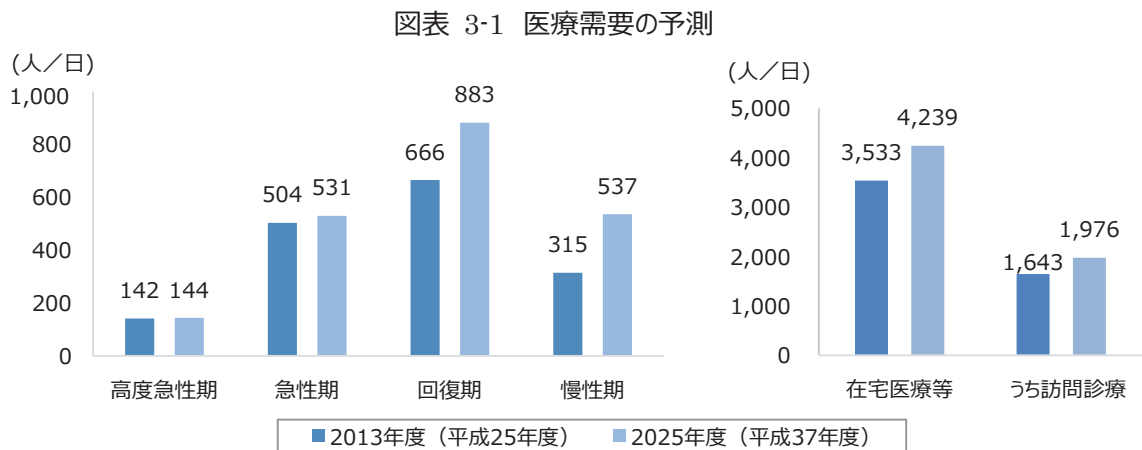
資料：総務省「平成25年住宅・土地統計調査」（東松島市分）

3 医療・介護に関する状況

3-1 医療の状況

3-1-1 石巻・登米・気仙沼医療圏における医療需要予測（外来・入院患者数）

宮城県地域医療構想によると、石巻・登米・気仙沼医療圏における入院や訪問診療への需要が今後増加すると予想されています。具体的には、2013年（平成25年）と比較して、2025年（平成37年）の入院への需要は、リハビリテーション機能を持つ回復期病院は1.3倍、長期療養のための慢性期病院は1.7倍と推計されています。また、訪問診療については1.2倍になると推計されています【図表3-1】。



※高度急性期：急性期の患者に対し、状態の早期安定に向けて特に集中的な医療を行なう入院

急性期：急性期の患者に対し、状態の早期安定に向けて行なう入院

回復期：在宅復帰に向けた医療またはリハビリテーションの提供を行なう入院

慢性期：長期にわたり療養が必要な患者の入院

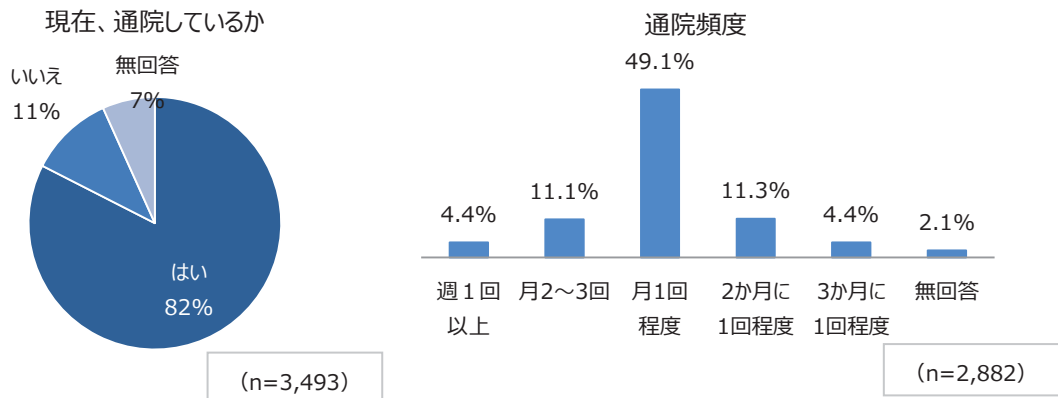
資料：宮城県「宮城県地域医療構想（石巻・登米・気仙沼区域）」（平成28年11月）

3-1-2 医療機関受診状況

アンケートに回答した高齢者の8割以上が通院しており、その半数が月1回程度の通院頻度となっています【図表 3-2】。

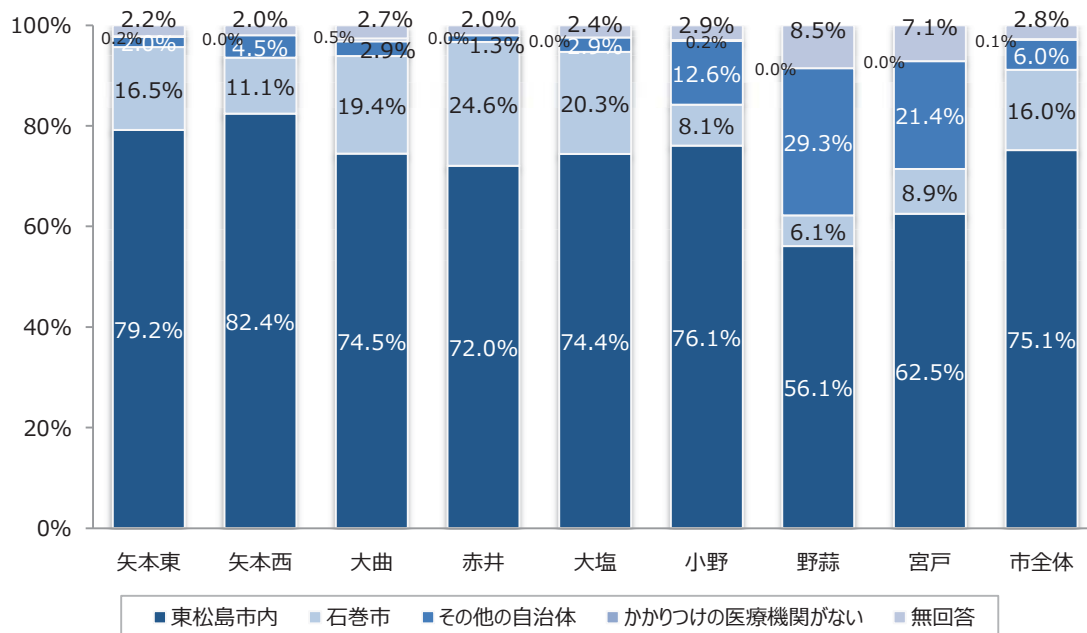
受診先医療機関を見ると本市全体では、75.1%が市内、16.0%が石巻市、6.0%が仙台医療圏（仙台市、塩釜市、松島町含む）等となっています。地区別では、矢本地区での市内受診が高く、野蒜や宮戸では仙台医療圏での受診が高くなっています【図表 3-3】。

図表 3-2 通院有無と通院頻度



資料：調査票①日常生活圏域ニーズ調査 8-問 4

図表 3-3 地区別医療機関受診状況

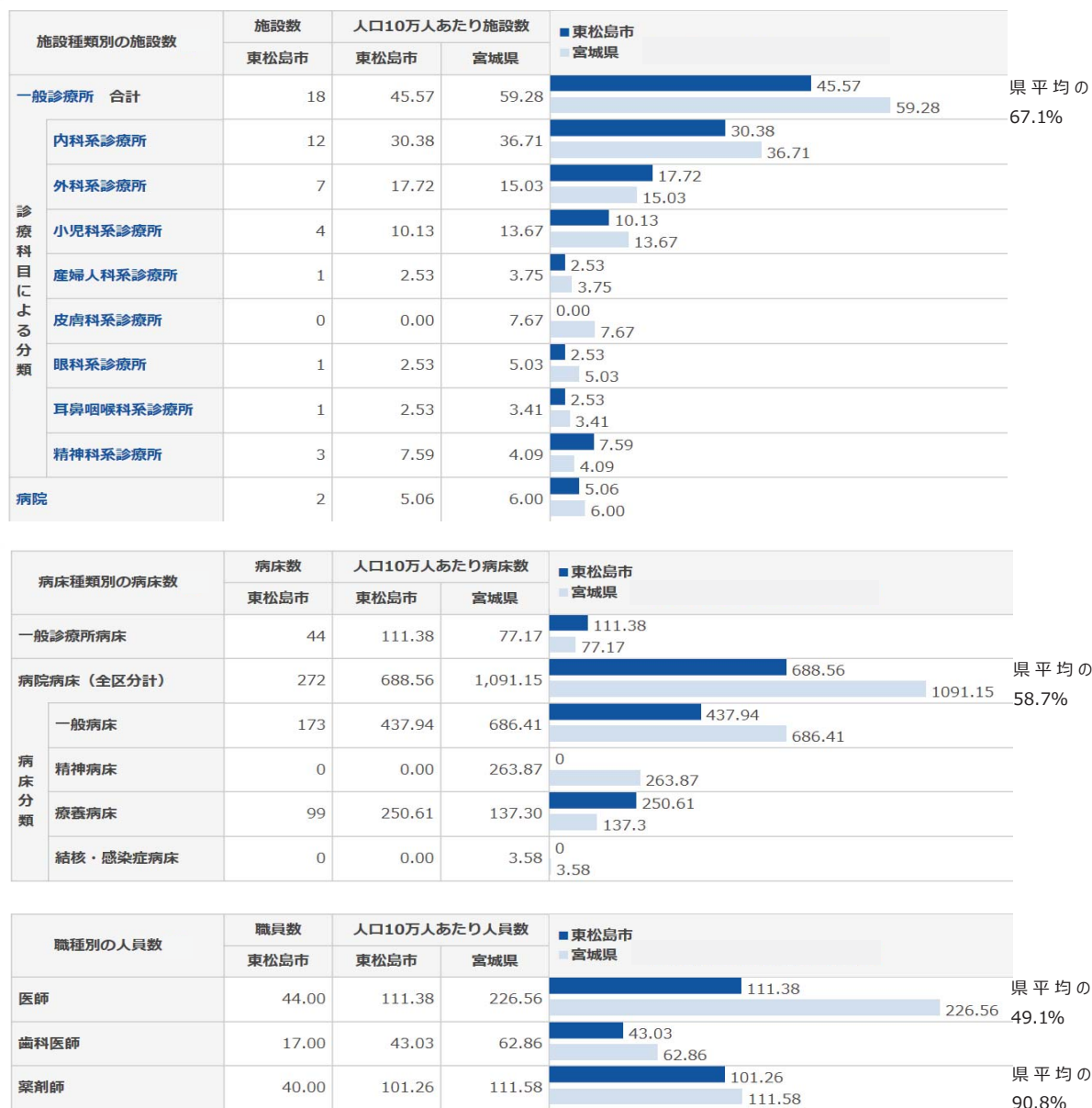


資料：調査票①日常生活圏域ニーズ調査 問 9×地区によるクロス

3-1-3 医療資源の状況

国の調査によると、本市の人口10万人当たりの診療所数は県平均の67.1%、市の人口10万人当たりの病院病床数は県平均の58.7%です。市の人口10万人当たりの医師数は県平均の49.1%となっています【図表 3-4】。なお、本市には2か所の病院と18か所の診療所があります。

図表 3-4 医療資源の数（宮城県との比較）



※ 2016年（平成28年）10月現在の地域内医療機関情報の集計値

（人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算）

資料：日本医師会 地域医療情報サイト(<http://jmap.jp/>)

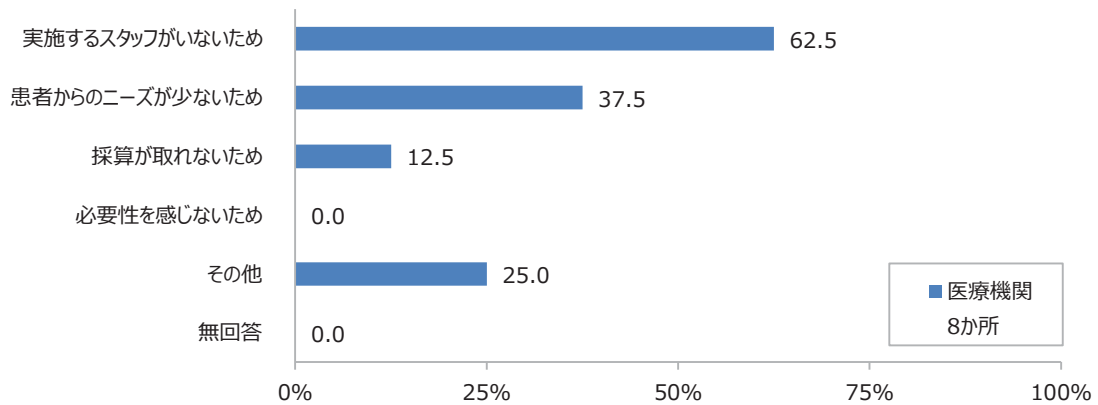
3-2 在宅医療の状況

3-2-1 在宅医療の供給状況と今後の意向

本市の在宅療養支援診療所（24時間往診が可能等の体制をとっている在宅医療の診療所）は、1か所¹です。

他の医療機関が在宅医療を未実施である理由として、「スタッフ不足」が6割を超えています【図表3-5】。

図表 3-5 在宅医療（医科）の未実施理由



資料：調査票③「在宅医療に関する調査」問2

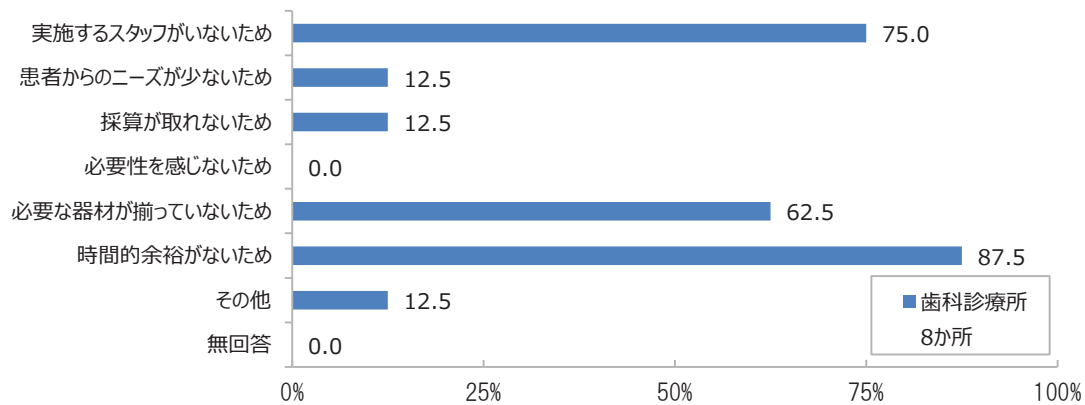
¹ 東北厚生局「保険医療機関・保険薬局の管内指定状況等一覧」(2016年11月)

3-2-2 在宅歯科の供給状況と今後の意向

市内には12か所の歯科診療所があります²。そのうち在宅歯科診療を実施する歯科診療所は2か所です。在宅歯科診療未実施の歯科診療所は、時間的余裕がないこと、スタッフが不足していること等を理由に、在宅サービスの提供が難しいと回答しています【図表 3-6】。

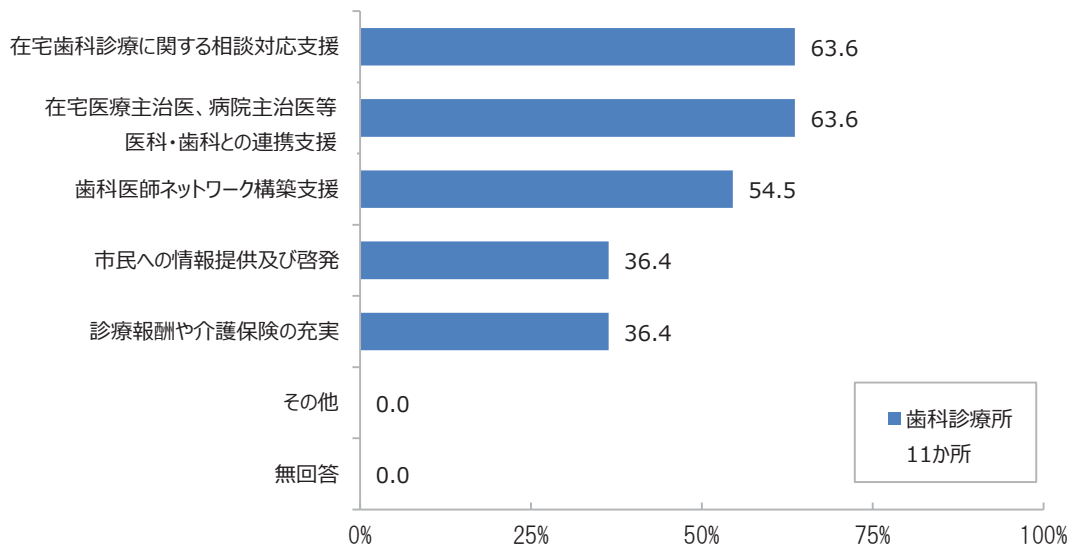
今後、在宅歯科診療を推進するために必要なこととして、半数以上の歯科診療所が「在宅歯科診療に関する相談対応支援」「医科・歯科連携の支援」「歯科医師とのネットワーク構築支援」を挙げています【図表 3-7】。

図表 3-6 在宅医療（歯科）の未実施理由



資料：調査票④「在宅歯科診療に関する調査」問 2

図表 3-7 在宅歯科診療の今後の推進について



資料：調査票④「在宅歯科診療に関する調査」問 9

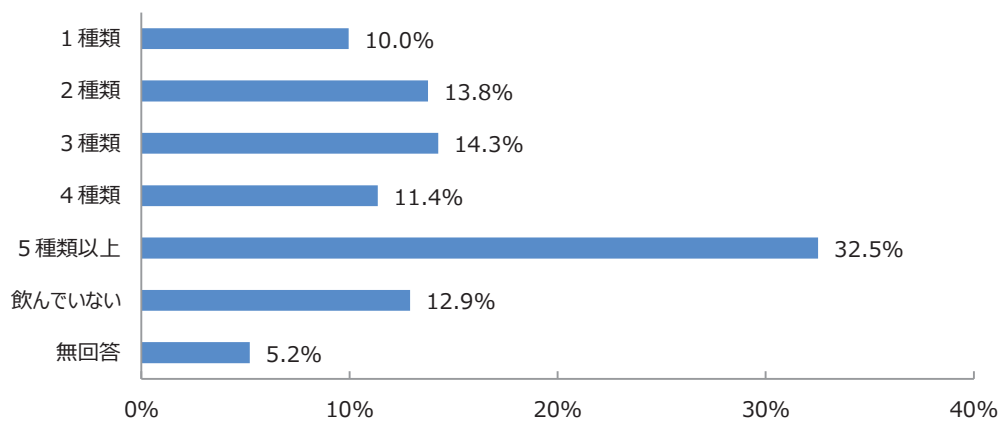
² 東北厚生局「保険医療機関・保険薬局の管内指定状況等一覧」(2016年11月)

3-2-3 薬局の供給状況

高齢者の服薬状況を見ると、約 8 割が何らかの薬を服用し、そのうち 3 割以上の方が 5 種類以上の薬を飲んでいますが【図表 3-8】。

市内には調剤薬局が 15 か所ありますが、そのうち在宅患者訪問薬局は 8 か所あります³。しかし、市内の薬剤師数は県平均から 90.8%と下回っています【図表 3-4】。そのため、石巻薬剤師会は、薬剤師の人材確保を目指し、独自に被災地の視察等を通じた体験プログラム等を行なっています。

図表 3-8 服薬している薬の種類



資料：調査票①「日常生活圏域ニーズ調査」8-問 3

3-2-4 訪問看護(医療保険・介護保険)の供給状況

市内の訪問看護事業所は 2 か所⁴あり、市外（主に石巻市）訪問看護事業所 7 か所が市内の訪問看護サービスを提供しています。

³ 東北厚生局「保険医療機関・保険薬局の管内指定状況等一覧」(2016年11月)

⁴ 東松島市高齢者福祉計画 第6期介護保険事業計画

3-3 介護サービスの状況

3-3-1 介護資源の状況

2016年（平成28年）11月現在の市内の介護サービス施設のうち、訪問型は18施設、通所型は21施設、入所型は9施設となっています。

国の調査によると、市内の介護サービス資源は県平均とほぼ同水準となっています。そのうち訪問型や通所型施設の施設数は県平均を少し上回っていますが、入所型施設の定員数は県平均の7割程度、介護職員数も県平均よりやや少なくなっています【図表3-9】。また、介護保険施設の入所希望者数は市内で延べ500名以上（重複あり）となっています【図表3-10】。

図表 3-9 介護資源の数（宮城県平均との比較）

施設種類別の施設数	施設数	75歳以上1千人あたり施設数		■ 東松島市 ■ 宮城県	
	東松島市	東松島市	宮城県	東松島市	宮城県
介護施設数（合計）	66	13.41	12.01	13.41	12.01
訪問型介護施設数	18	3.66	2.48	3.66	2.48
通所型介護施設数	21	4.27	3.31	4.27	3.31
入所型介護施設数	9	1.83	2.03	1.83	2.03
特定施設数	1	0.20	0.16	0.20	0.16
居宅介護支援事業所数	10	2.03	2.16	2.03	2.16
福祉用具事業所数	2	0.41	0.84	0.41	0.84

施設種類別の定員数	定員数	75歳以上1千人あたり定員数		■ 東松島市 ■ 宮城県	
	東松島市	東松島市	宮城県	東松島市	宮城県
入所定員数（入所型）	236	47.97	70.97	47.97	70.97
入所定員数（特定施設）	20	4.07	7.68	4.07	7.68

県平均の
67.6%

職種別の人員数	職員数	75歳以上1千人あたり人員数		■ 東松島市 ■ 宮城県	
	東松島市	東松島市	宮城県	東松島市	宮城県
看護師（常勤換算人数）	83.00	16.87	16.87	16.87	16.87
介護職員（常勤換算人数）	435.60	88.54	92.11	88.54	92.11

※2016年（平成28年）6月現在の地域内介護施設情報の集計値（75歳以上人口1千人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算）

資料：日本医師会 地域医療情報サイト(<http://jmap.jp/>)

図表 3-10 介護保険施設数・定員と入所希望者数

施設区分	施設数	定員	入所希望者
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	2 施設 (1 施設休止中)	84 人	350 人
介護老人保健施設	1 施設	100 人	70 人
軽費老人ホーム (ケアハウス)	2 施設	50 人	54 人
認知症対応型共同生活介護 (認知症高齢者グループホーム)	5 施設	52 人	92 人

資料:宮城県長寿社会政策課(平成28年12月1日現在)

3-3-2 介護サービスの供給状況

市内には、居宅系サービスを提供する事業所が 56 か所あり、ほぼ震災前の状況に戻っています【図表 3-11】。介護サービス事業所のサービス供給への余裕について、「ややある、十分ある」と回答した割合は 72.8%あります【図表 3-12】。

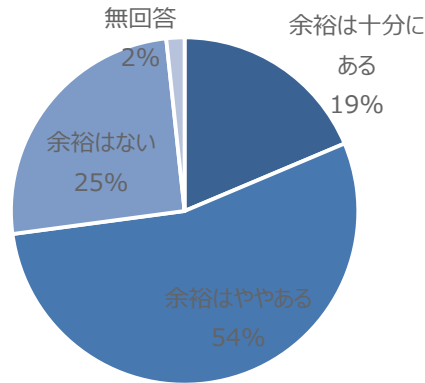
しかし、居宅介護支援事業所へのアンケートでは、サービスの種類により状況が異なるとの声があり、介護保険施設やショートステイ、訪問看護・訪問リハビリテーション等の資源が不足しているとされています【図表 3-13】。

図表 3-11 居宅系サービスの数 (*は、地域密着型サービス)

サービス種類	事業所数	サービス種類	事業所数
訪問介護	11	訪問入浴介護	3
訪問看護	2	訪問リハビリテーション	2
通所介護(デイサービス)	17	通所リハビリテーション	1
短期入所生活介護(ショートステイ)	5	短期入所療養介護(老健)	1
福祉用具貸与	1	居宅介護支援・介護予防支援	10
認知症対応型通所介護*	2	小規模多機能型居宅介護*	1

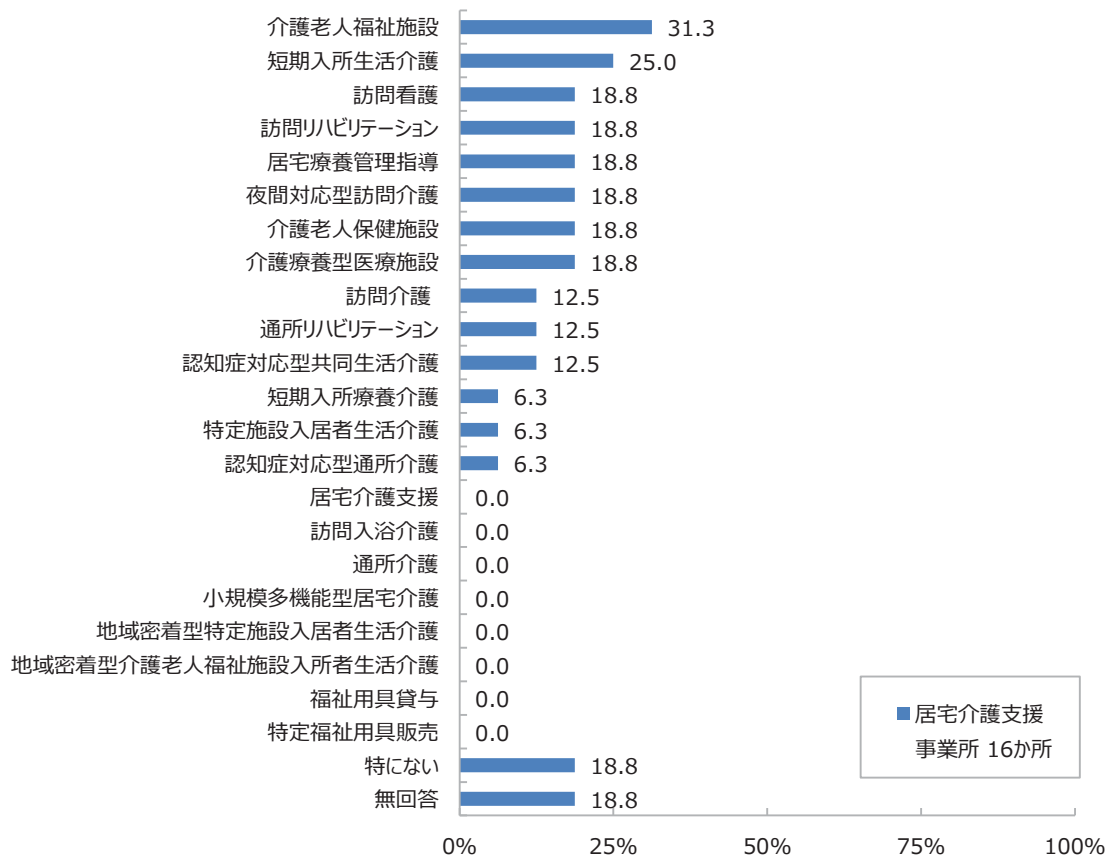
資料:東松島市高齢者福祉計画 第6期介護保険事業計画。数値は2014年(平成26年)12月末現在

図表 3-12 介護サービス事業所のサービス供給に対する余裕



資料：⑤調査票「在宅医療連携に関する調査（介護サービス事業所用）」問 3

図表 3-13 居宅介護支援事業所が感じる不足している介護サービス



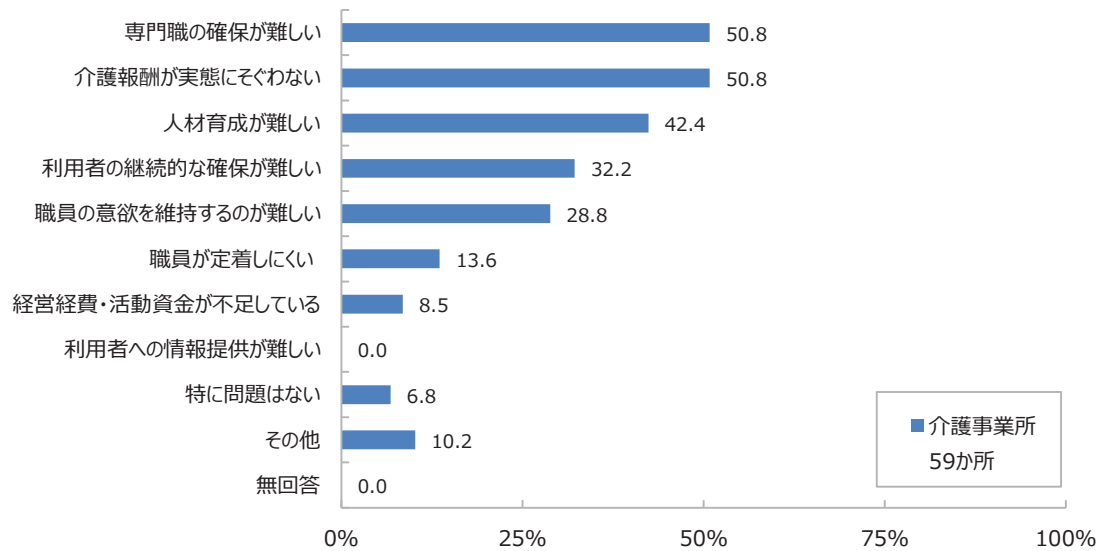
資料：⑤調査票「在宅医療連携に関する調査（介護サービス事業所用）」問 7

3-3-3 人材の確保と教育体制

介護サービス事業所の運営に関する問題点として、「専門職の確保」や「人材育成」などが挙げられています【図表 3-14】。特に人材の確保については、計画どおり採用できていない介護事業所が半数近くあることが分かります【図表 3-15】。

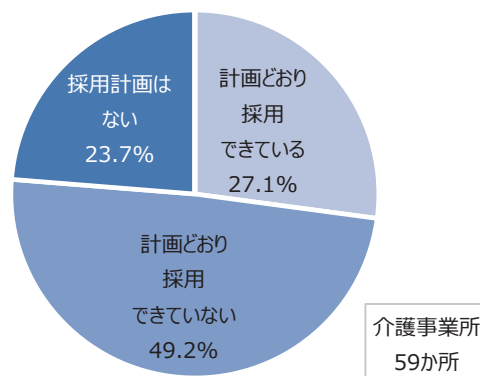
ヒアリングによると、介護専門職の教育体制としては、ケアマネジャーによる定期的な研修会や多職種による勉強会が開催されるなど自主的な活動が行なわれています。

図表 3-14 介護サービス事業所の運営に関する問題点



資料：⑤調査票「在宅医療連携に関する調査（介護サービス事業所用）」問 4

図表 3-15 介護サービス事業所の過去 1 年間の職員採用状況



資料：⑤調査票「在宅医療連携に関する調査（介護サービス事業所用）」問 13.2

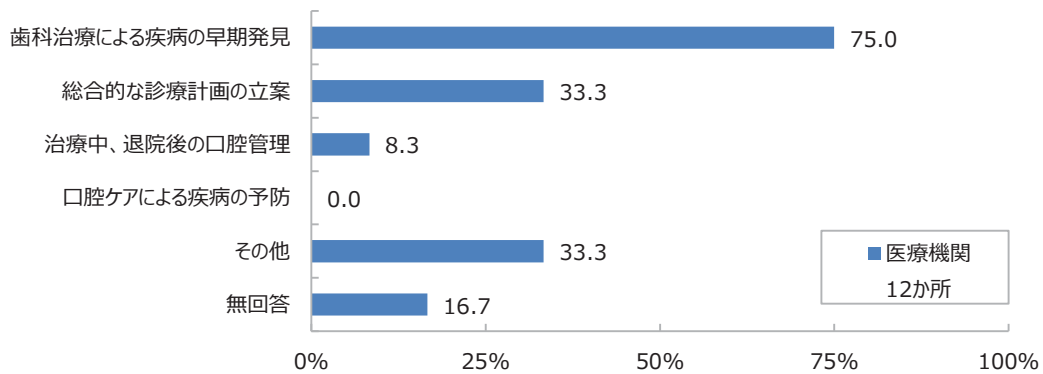
3-4 医療・介護連携について

3-4-1 医療者間の連携の状況

ヒアリングによると、市内診療所と後方支援となる病院（東松島市内、石巻医療圏内）との連携は概ね円滑に行なわれています。

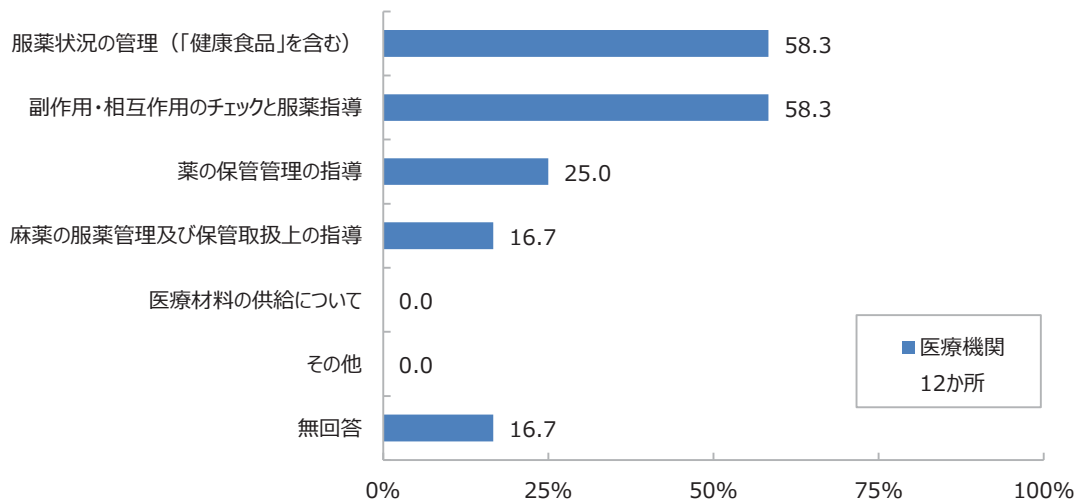
また、アンケートによると、医療機関と歯科、薬局、訪問看護との連携について、医療機関の75.0%が、在宅歯科との連携により「歯科治療による疾病の早期発見」や「総合的な診療計画の立案」を充実させたいと考えています【図表 3-16】。加えて、医療機関の58.3%が、薬局との連携により「服薬状況の管理」や「副作用・相互作用のチェックと服薬指導」を充実させたいと考えています【図表 3-17】。さらには、医療機関の66.7%が、訪問看護との連携により「患者情報の共有」や「患者・家族に対する療養指導」を充実させたいと考えています【図表 3-18】。

図表 3-16 医療機関が歯科診療所との連携で充実させたいこと



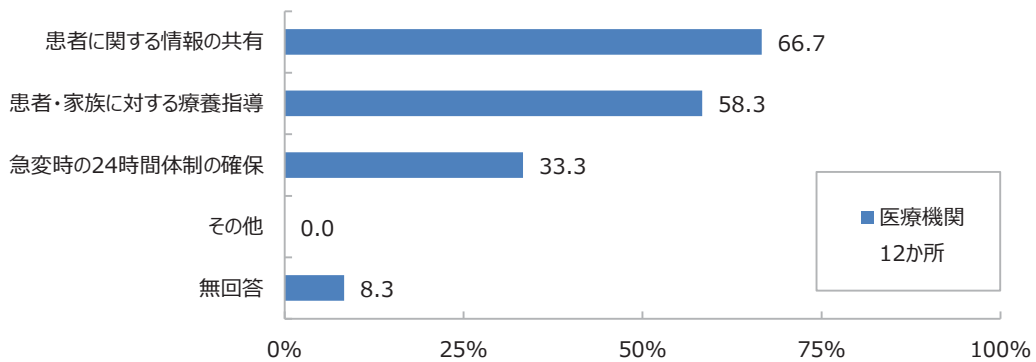
資料：調査票③「在宅医療に関する調査」問 23

図表 3-17 医療機関が薬局との連携で充実させたいこと



資料：調査票③「在宅医療に関する調査」問 21

図表 3-18 医療機関が訪問看護との連携で充実させたいこと



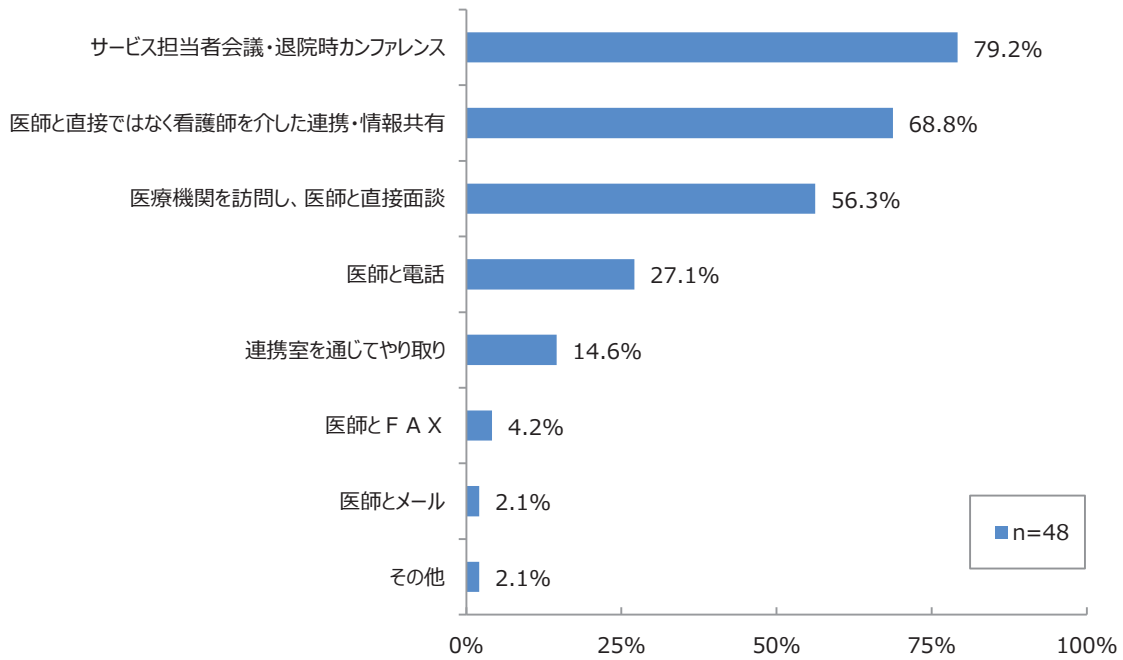
資料：調査票③「在宅医療に関する調査」問 19

3-4-2 医療・介護連携の状況

医師とケアマネジャーとの連携や情報共有は、主にサービス担当者会議や退院時のカンファレンス、看護師を介した連携、医師との直接面談により行なわれています【図表 3-19】。連携可能な医療機関を探すのが難しいとするケアマネジャーは少なく、医療機関とケアマネジャーとの連携は概ね良好に行なわれています【図表 3-20】。

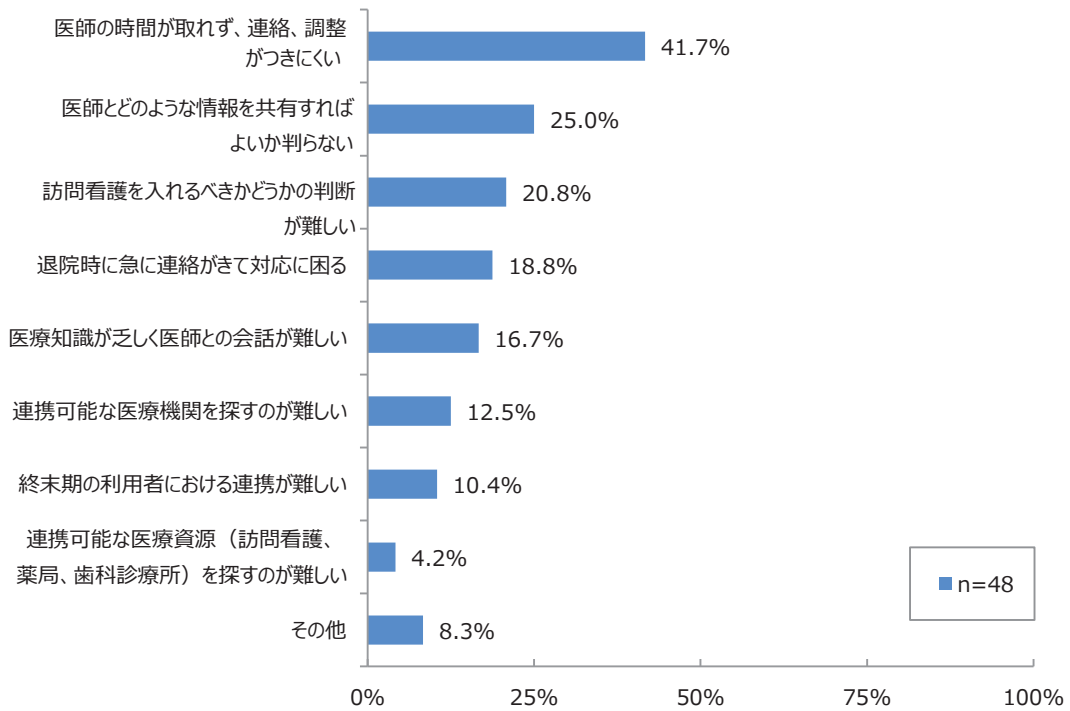
さらに本市では、多職種連携を目的に、市内の医師、保健師・看護師、薬剤師、ケアマネジャー、理学療法士、介護福祉士、行政スタッフ等により構成される自主的な勉強会「おいおいの会」が月 1 回開催されており、多職種間における顔の見える関係が築かれつつあります。その一方で、4 割のケアマネジャーがケース支援に必要な医師の時間を確保しにくいことを課題に挙げており、入退院時の医療機関との調整を支援する窓口や情報共有のための様式の統一化等が求められています【図表 3-21】。また、ヒアリングからも、医療行為を含む事例や複雑な事例等において、ケアマネジャーと医療職との連携がより円滑にできるための工夫を求める意見がありました。さまざまな職種の間で、互いこどのような業務を行なっているかの詳細を理解しきれていないとの意見もあります。

図表 3-19 医師との連携手段



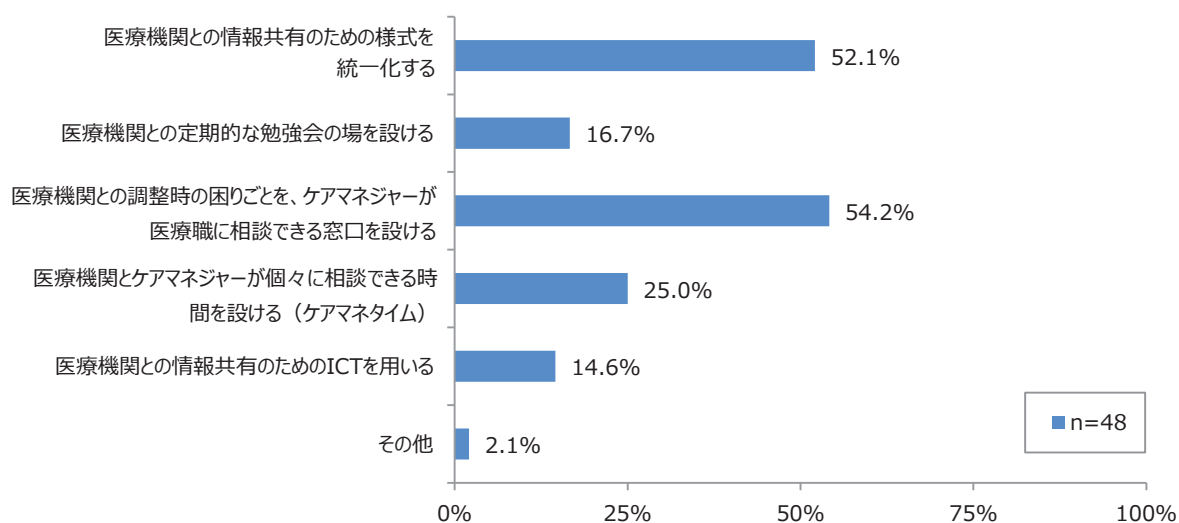
資料：介護支援専門員に関するアンケート 問Ⅱ-2

図表 3-20 介護支援専門員の医療機関との連携における課題



資料：介護支援専門員に関するアンケート 問Ⅱ-3

図表 3-21 医療機関との連携をよりよくするための工夫



資料：介護支援専門員に関するアンケート 問Ⅱ-4

3-4-3 地域ケア会議の状況

行政職員、地域包括支援センター職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員、弁護士他専門機関職員等から構成される「地域ケア会議」が、2015年度（平成27年度）は年間23件開催されています。地域ケア会議では、個別事例の支援内容の検討が中心に行なわれています。

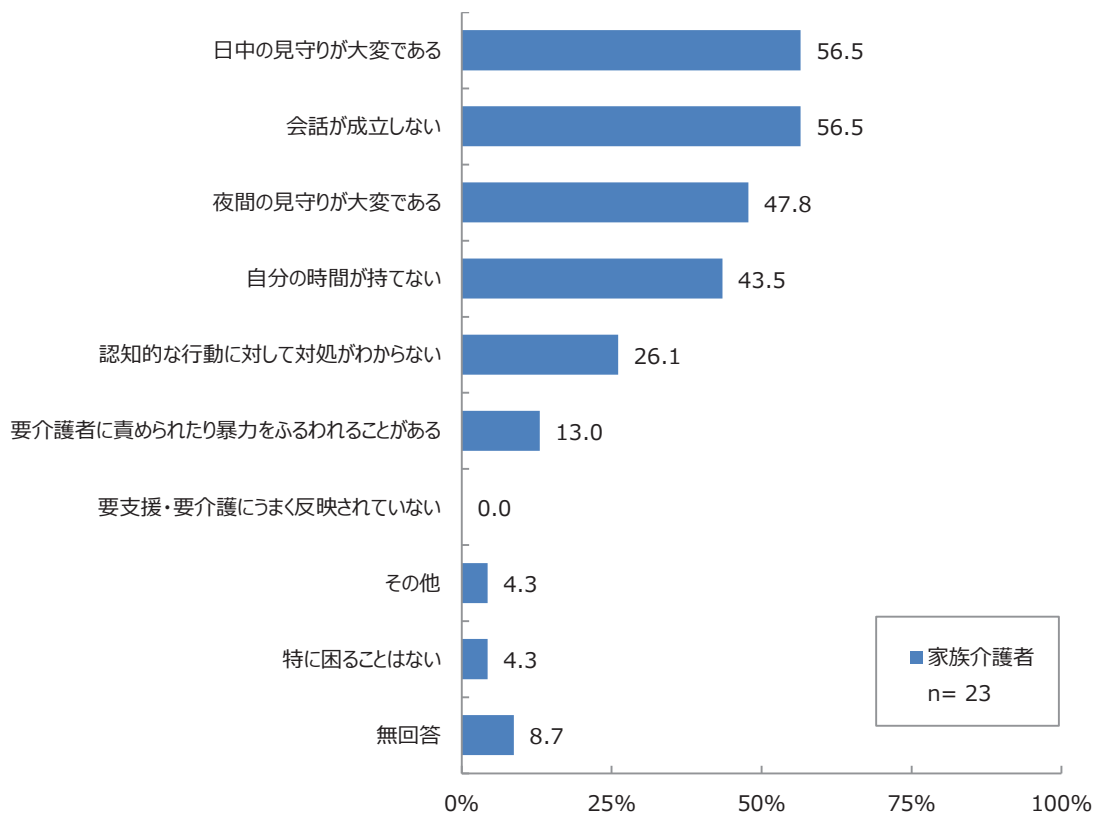
4 認知症に関する状況

4-1 認知症高齢者及び家族が抱える課題

認知症に関する相談件数（市役所、地域包括支援センター）は増加しており、高齢者総合相談に占める認知症相談の割合は、2013年度（平成25年度）時点では5.6%（44件）でしたが、2015年度（平成27年度）では9.6%（93件）となっています。

また、認知症高齢者の家族介護者は、「日中の見守りが大変である」「会話が成立しない」「夜間の見守りが大変である」「自分の時間が持てない」等の問題を抱えています【図表4-1】。

図表 4-1 認知症の症状がみられる要介護者の家族介護者が困っていること



資料：②調査票「家族介護の実態に関する調査」問10-1

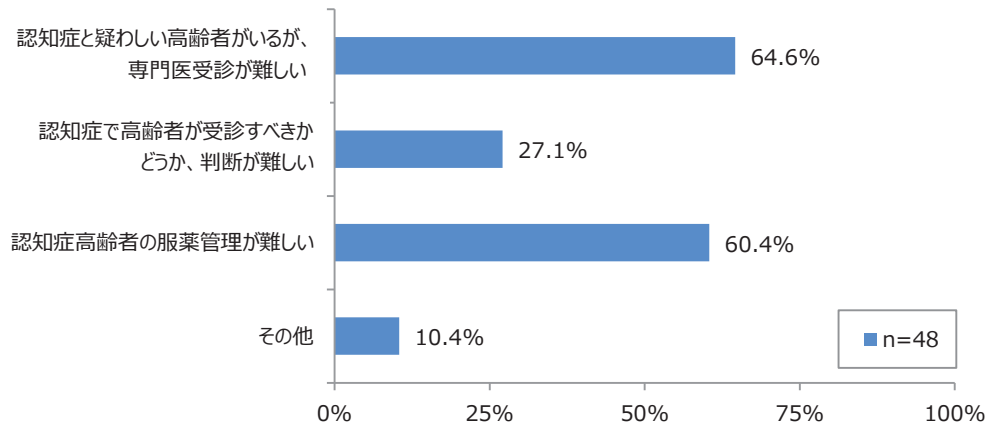
4-2 認知症専門医・サポート医体制

市内には認知症疾患医療センターがなく、認知症サポート医もありませんが、石巻市にある認知症疾患医療センター（1か所）、認知症サポート医（3医療機関）と連携しています。また、かかりつけ医認知症対応力向上研修修了事業者は市内に2医療機関あります。

医療・介護専門職の認知症対応力向上のための認知症介護指導者は市内に1名おり、平成30年度には、認知症の専門的なケアを行なう認知症初期集中支援チームを設置する予定です。

一方、ケアマネジャーへのアンケートから、認知症高齢者の専門医受診や服薬管理の課題が6割を超えています【図表4-2】。実際には、家族や本人が受診を拒むケースがあるとの声も挙がっており、専門的な認知症医療や服薬管理の充実、早期受診への対応が望まれています。

図表 4-2 認知症高齢者の受診に関する課題



資料：介護支援専門員に関するアンケート 問Ⅲ-2

4-3 認知症施策の実施状況

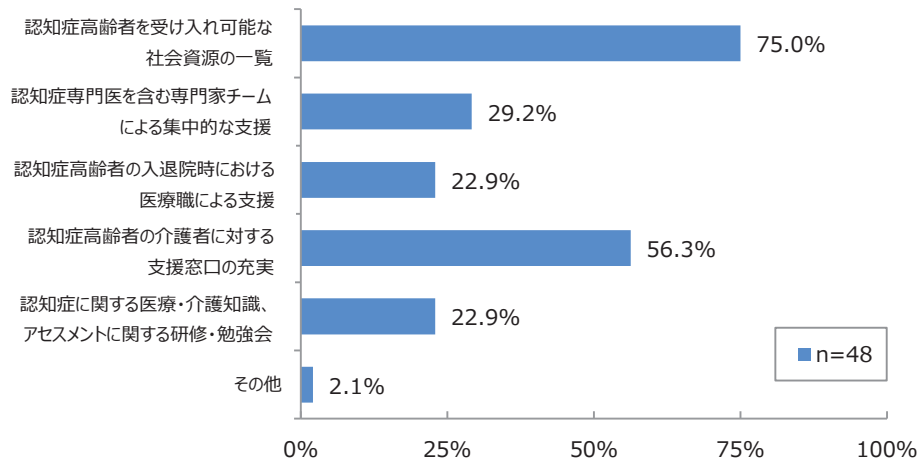
認知症高齢者が地域で暮らし続けるためのサポート体制として、認知症に関する相談窓口及び認知症地域支援推進員の設置や認知症サポーター及びキャラバン・メイトの養成が行なわれています。認知症サポーターは2016年（平成28年）で1,840人となり、その対象は地域の医療福祉関係者や学童へ拡大しています。また、過去に養成したサポーターのスキルアップも実施されています。その他、家族に対する支援として認知症家族会、高齢者を見守る体制として高齢者 SOS ネットワーク事業が設けられています【図表 4-3】。

また、今後充実が求められる認知症施策として、半数以上のケアマネジャーが「認知症高齢者を受け入れ可能な社会資源の一覧」や「認知症高齢者の介護者に対する支援窓口の充実」を挙げています【図表 4-4】。ヒアリングからは、養成した認知症サポーターが実際に地域で活躍する場を設けていくことが必要との意見が挙がっています。

図表 4-3 認知症に関する主な施策の状況

事業	実施内容
認知症に関する相談	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症地域支援推進員の配置 2名 ・認知症何でも相談会（非常勤臨床心理士）の開催 週1回 ・認知症疾患医療センターによる専門相談の実施 年3回
家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症家族会 平成27年度5回実施、25人登録
認知症に対する知識の普及	<ul style="list-style-type: none"> ・啓発活動（広報での啓発やパンフレット等の窓口配布、各健康教室等での講話）
認知症サポーターの養成、スキル向上	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーター養成講座を開催し、地域の実情に即した認知症の人とその家族への支援、ネットワークを構築することを目指す。養成対象を、平成28年度は市役所職員研修、学童期福祉授業、高齢者が立ち寄る商店、SOS ネットワーク事業所等に拡大 ・サポーター養成講座受講者に対し、スキルアップ研修を実施（非常勤臨床心理士） ・サポーター養成講座修了者 1,840人（平成28年8月）
キャラバン・メイト協議会の活動促進	<ul style="list-style-type: none"> ・東松島市キャラバン・メイト協議会：市と協働し、地域住民や職域、学校などで認知症サポーター育成を担う。東松島市では独自にキャラバン・メイトを協議会として組織化し、市内で活動。登録者 53名（平成28年8月）
東松島市高齢者 SOS ネットワーク事業	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者が行方不明になった時に保護する仕組み。徘徊の恐れのある認知症高齢者等の見守りを対象者の事前登録制度にもとづき実施するもの。登録者 32人
もの忘れ予防教室	<ul style="list-style-type: none"> ・もの忘れが気になる方が集まり、頭と体の体操でリフレッシュし、認知症について楽しく学ぶ教室。7月から開催した1クール目は毎回約25名参加

図表 4-4 充実が必要な認知症施策



4-4 権利擁護

本市と地域包括支援センターが高齢者虐待へ対応した件数は 2015 年度（平成 27 年度）で 17 件ありましたが、2016 年度（平成 28 年度）では 4 月～9 月末迄で 24 件ありました。また、本市の 2015 年度（平成 27 年度）消費者相談窓口の相談には、高齢者からの相談が 26 件で全体の 36%（総数 80 件）ありました。

権利擁護のための仕組みとして、成年後見制度や日常生活自立支援事業があります。

成年後見制度の市長申立件数は 2012 年度（平成 24 年度）以降年間 1～2 件となっています。

日常生活自立支援事業（認知症や障がいのある方に対し福祉サービス利用に関する相談・助言、それに伴う日常範囲の金銭管理、生活変化の見守りを行なう支援）としては、「みやぎ地域福祉サポートセンター（愛称：まもりーぶ）」が設けられており、市内で年 5 件程度の利用があります。

4-5 若年性認知症への対応

市内の若年性認知症患者は 2015 年（平成 27 年）12 月末で 26 人となっています。

宮城県の実態把握調査⁵によると、若年性認知症者支援の課題としては、「診断直後の本人、家族の心理的な支援不足」「就労先でのトラブルが多い」「疑いの段階から確定診断までに時間を要するためその期間に利用できるサービスや社会資源の開発が必要」「情報の不足から大きな不安が生じている」「配偶者の介護が多く経済的な負担を多く感じている」「告知するタイミングを逃し、周囲や近隣から孤立しているケースがある」などの報告があります。同調査では家族の支援、他機関行政との連携、教育・研修の実施、個別対応やチームケア、担当者制導入、同性介助、個別対応等介護方法や体制づくりの工夫が必要であるとされています。また、認知症高齢者と異なる点として、就労先のトラブルが挙げられており、発症前に就労していた人のうち約 9 割が発症後に退職しています。

⁵ 宮城県「平成 27 年度宮城県若年性認知症実態把握調査」（2016 年 3 月）

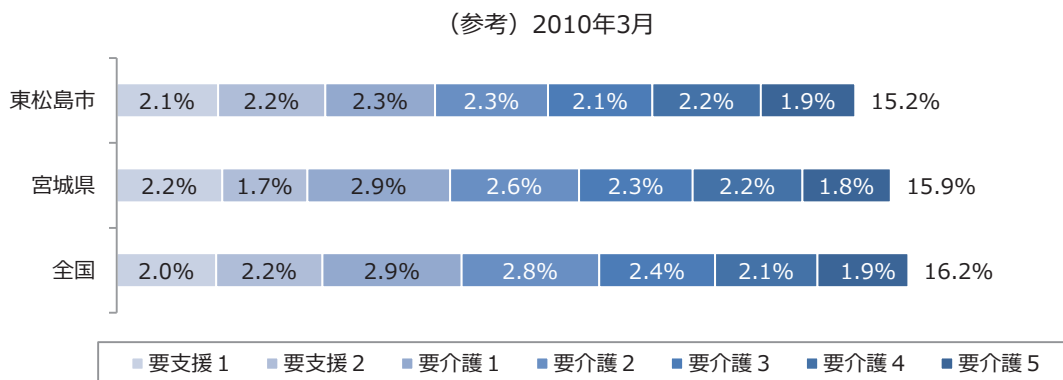
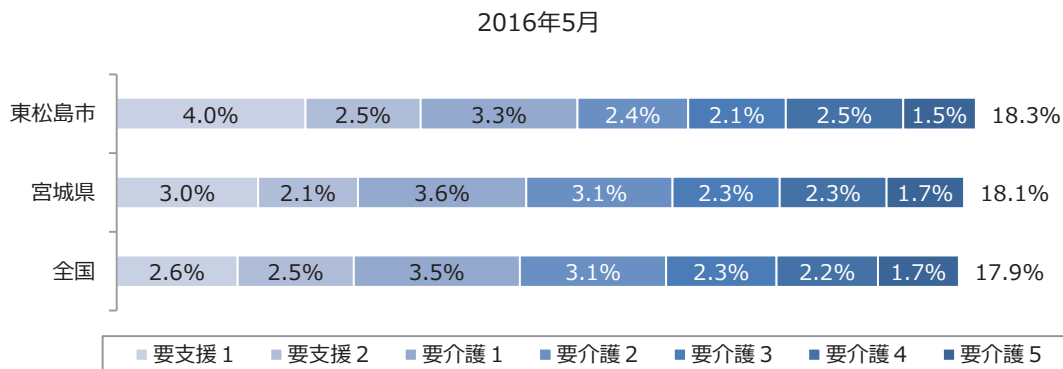
5 健康づくり・介護予防に関する状況

5-1 要介護認定率

5-1-1 東松島市の要介護認定率

本市の要介護認定を受けている割合（要介護認定率）は、18.3%（2016年（平成28年）5月）であり、宮城県（18.1%）、全国（17.9%）を上回っています。特に要支援1、要支援2の認定率は震災前（2010年）に比べて高くなっています【図表 5-1】。

図表 5-1 東松島市と宮城県、全国の要介護認定率の比較



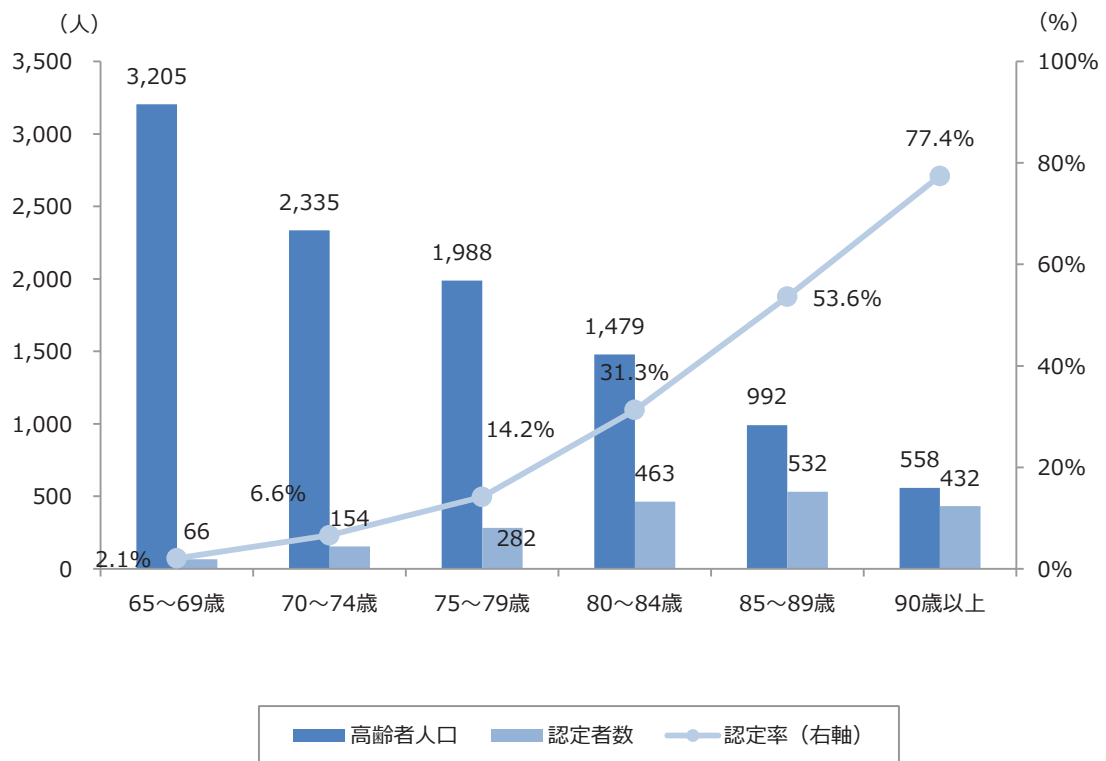
資料：厚生労働省「地域包括ケア 見える化システム」（厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（平成26,27年度のみ「介護保険事業状況報告」月報））より作成

※小数点以下第2位を四捨五入しているため合計がわずかに合わない場合があります。

5-1-2 年代別の要介護認定率

要介護認定率を年代別に見ると、年齢が高くなるとともに要介護認定率は上昇し、85歳以上高齢者の50%以上が要介護認定を受けています【図表 5-2】。

図表 5-2 高齢者人口と要介護認定率



2015年（平成27年）12月末現在

資料：介護保険事業状況報告

5-2 介護予防へのニーズ

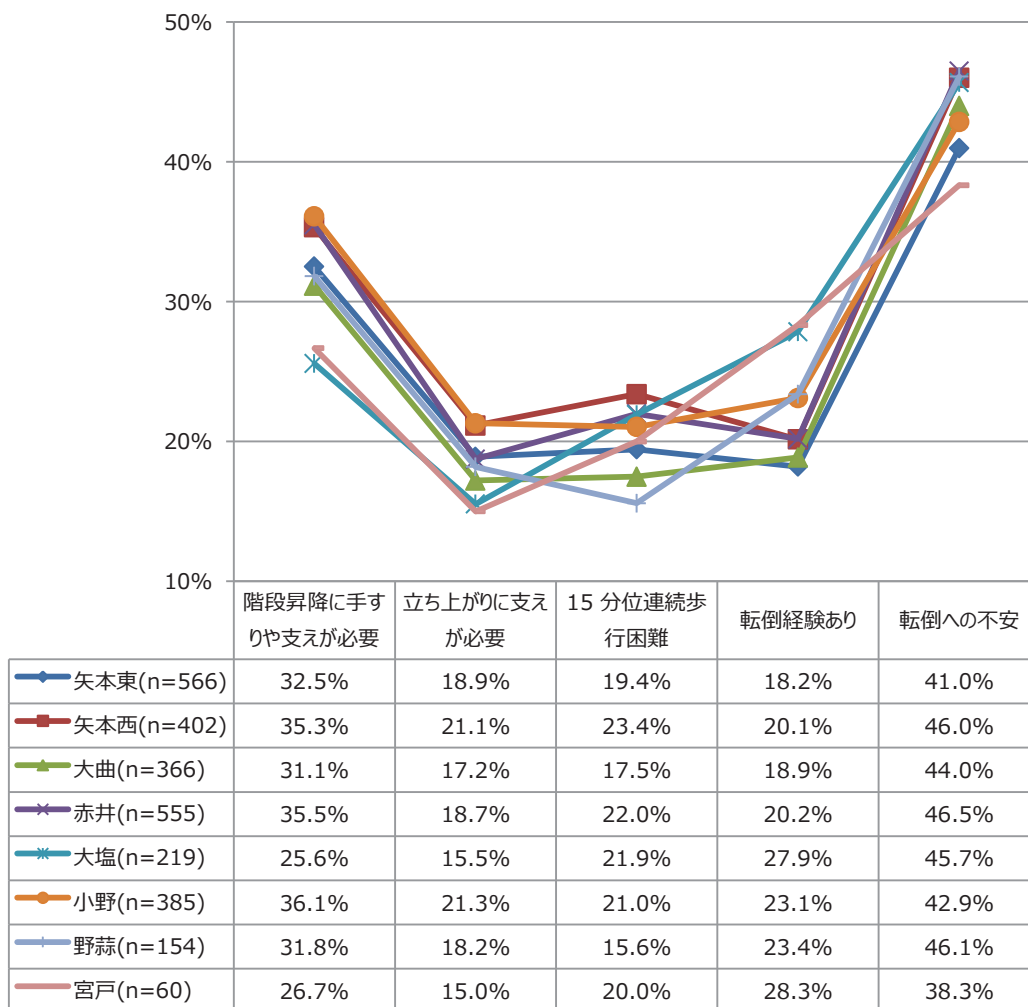
一般高齢者について、基本チェックリスト項目に基づいて地区別に介護予防に関するリスクを調査した。

※基本チェックリストとは、新総合事業において支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して簡便にサービスにつなぐためのもの。質問項目は日常生活関連動作、運動機能、栄養状態、口腔機能、閉じこもり、認知症、うつについて全 25 項目あります。

5-2-1 運動機能

運動機能の低下や転倒は寝たきりの大きな要因となります。一般高齢者の運動機能を見ると、大塩、宮戸地区では、階段昇降や立ち上がりに支えが必要な割合が低い一方、転倒経験ありの割合が高くなっています。両地区では転倒防止のための取り組みが必要と考えられます【図表】。

図表 5-3 運動機能の地区別の状況



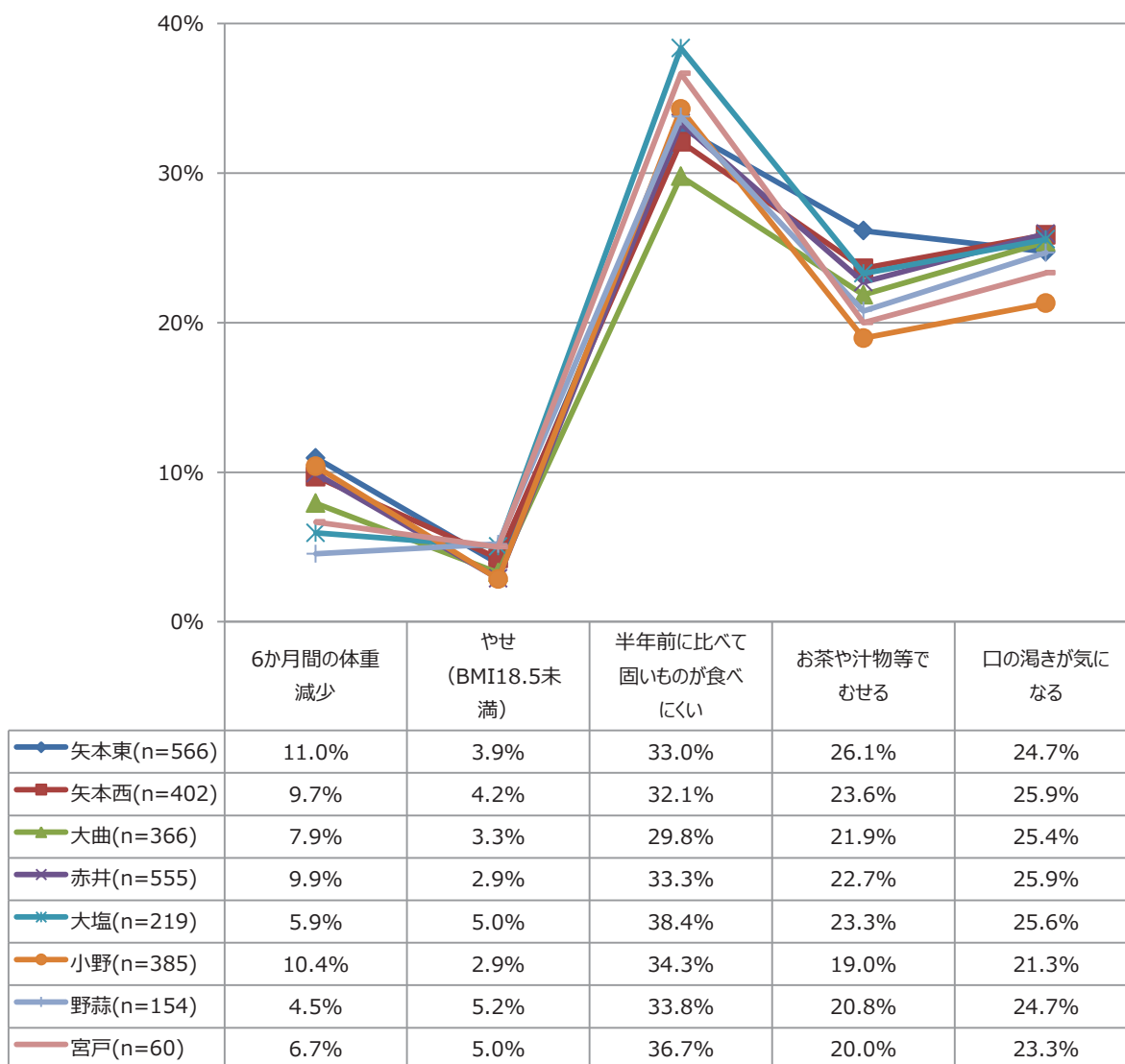
資料：①調査票「日常生活圏域ニーズ調査（高齢者ニーズ調査）」2-問 1~3、3-問 1,2

5-2-2 栄養状態・口腔機能

高齢者は栄養状態の確保が重要です。栄養状態のパロメーターである体重について減少がある割合は、野蒜地区で低く、矢本東地区で高くなっています。

口腔機能は、高齢者の身体の健康の維持に不可欠とされています。口腔機能に関連する項目では、固いものが食べにくいとする割合は大曲地区で低く、大塩地区で高くなっています。お茶や汁物等でむせる割合や口の渇きが気になる割合は、小野地区で低くなっています【図表 5-4】。

図表 5-4 栄養状態・口腔機能の地区別の状況



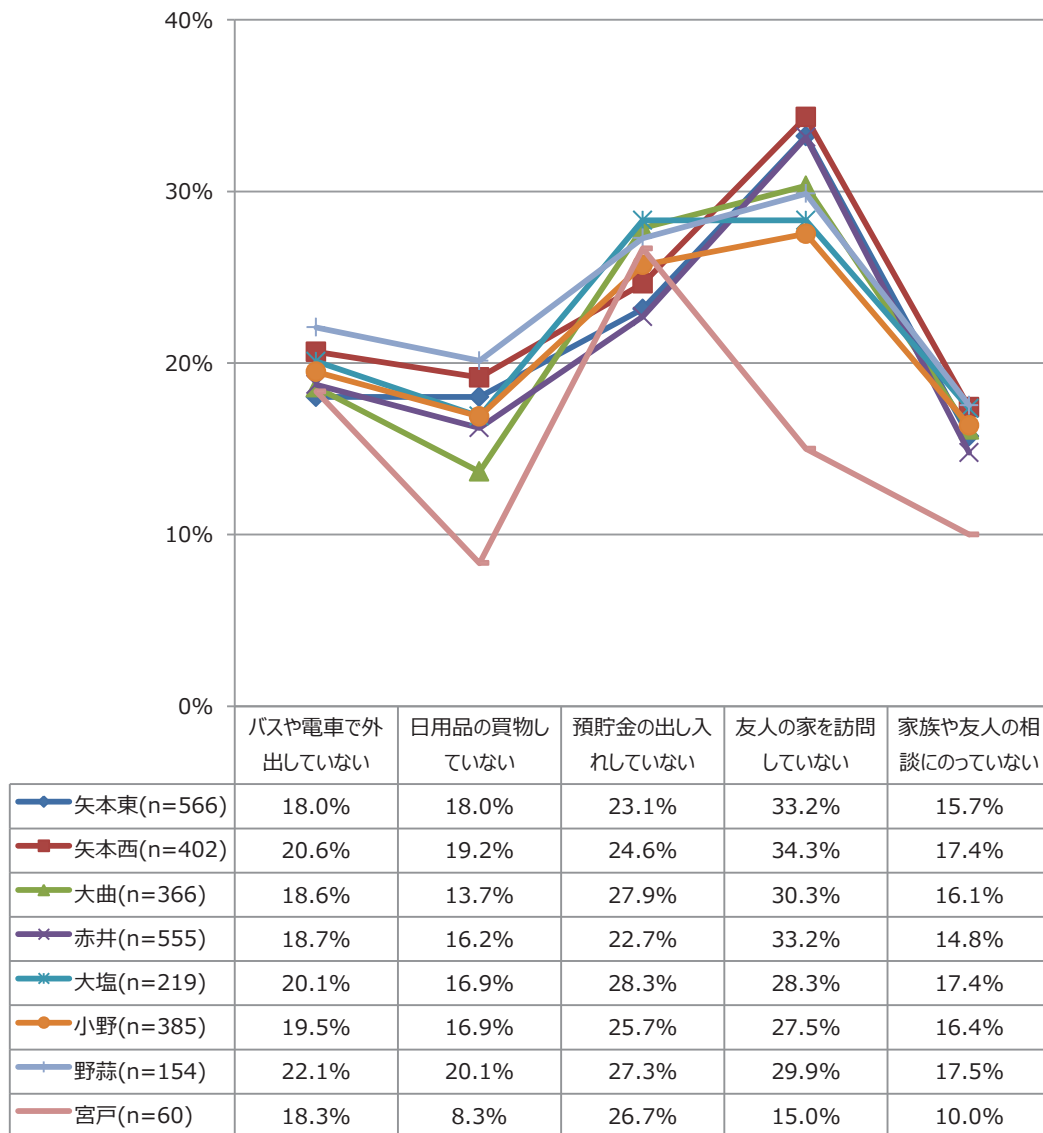
資料：①調査票「日常生活圏域ニーズ調査（高齢者ニーズ調査）」4-問 1~5

5-2-3 日常生活関連動作

宮戸地区は買い物や友人の家を訪問していない、家族や友人の相談にのっていないと回答している人の割合が低いことから、比較的活発な生活が送られています。

一方、バスや電車で外出していない、日用品の買い物をしていない、家族や友人の相談にのっていないなどの割合が野蒜地区で多くなっています。同様に、友人の家を訪問していない割合は矢本西地区で多くなっています【図表 5-5】。

図表 5-5 日常生活関連動作の地区別の状況



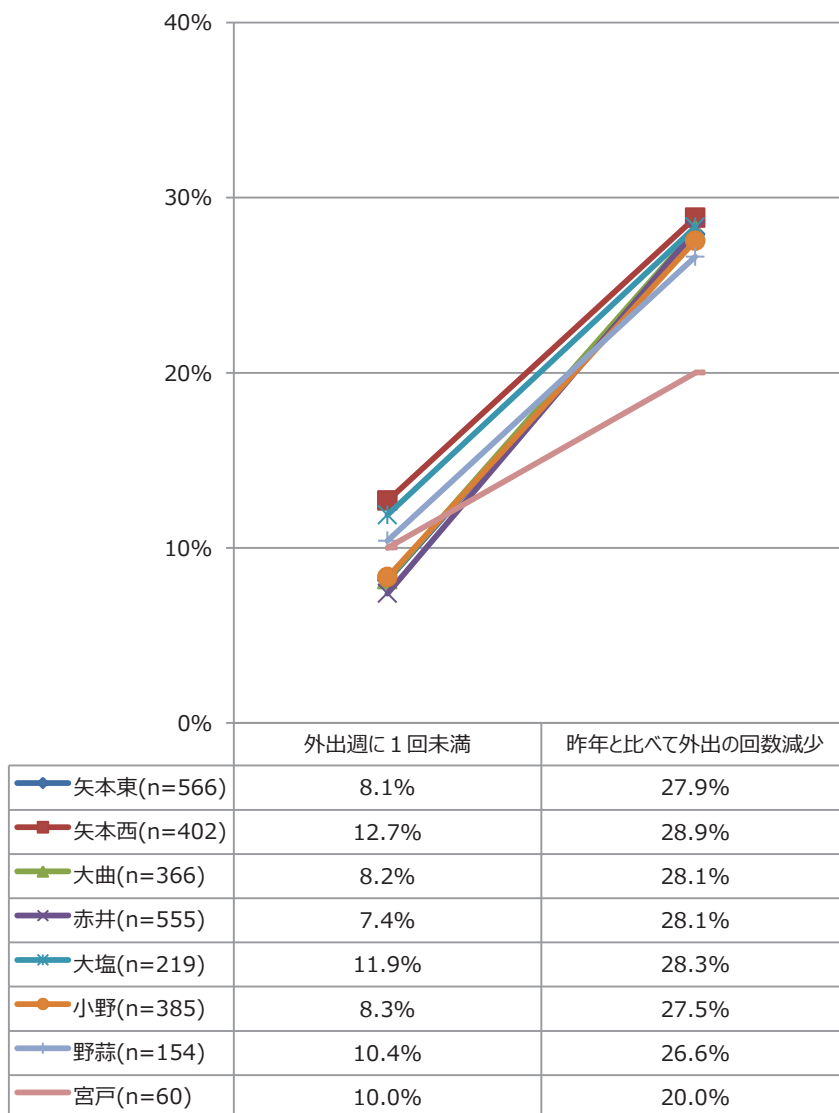
資料：①調査票「日常生活圏域ニーズ調査（高齢者ニーズ調査）」6-問 1,2,5、7-問 5,6

5-2-4 閉じこもり

閉じこもりは心身機能の低下をもたらします。外出頻度が週に1回未満の割合は、地区別に大きな乖離はないものの、赤井地区が一番低く、昨年と比べて外出の回数が減少した割合は、宮戸地区が一番低くなっています。

一方、外出頻度が週に1回未満、昨年と比べて外出回数が減少した割合とともに矢本西地区が一番高くなっており【図表 5-6】、5-2-3 日常生活関連動作の調査結果と同様となっています。

図表 5-6 閉じこもりの地区別の状況



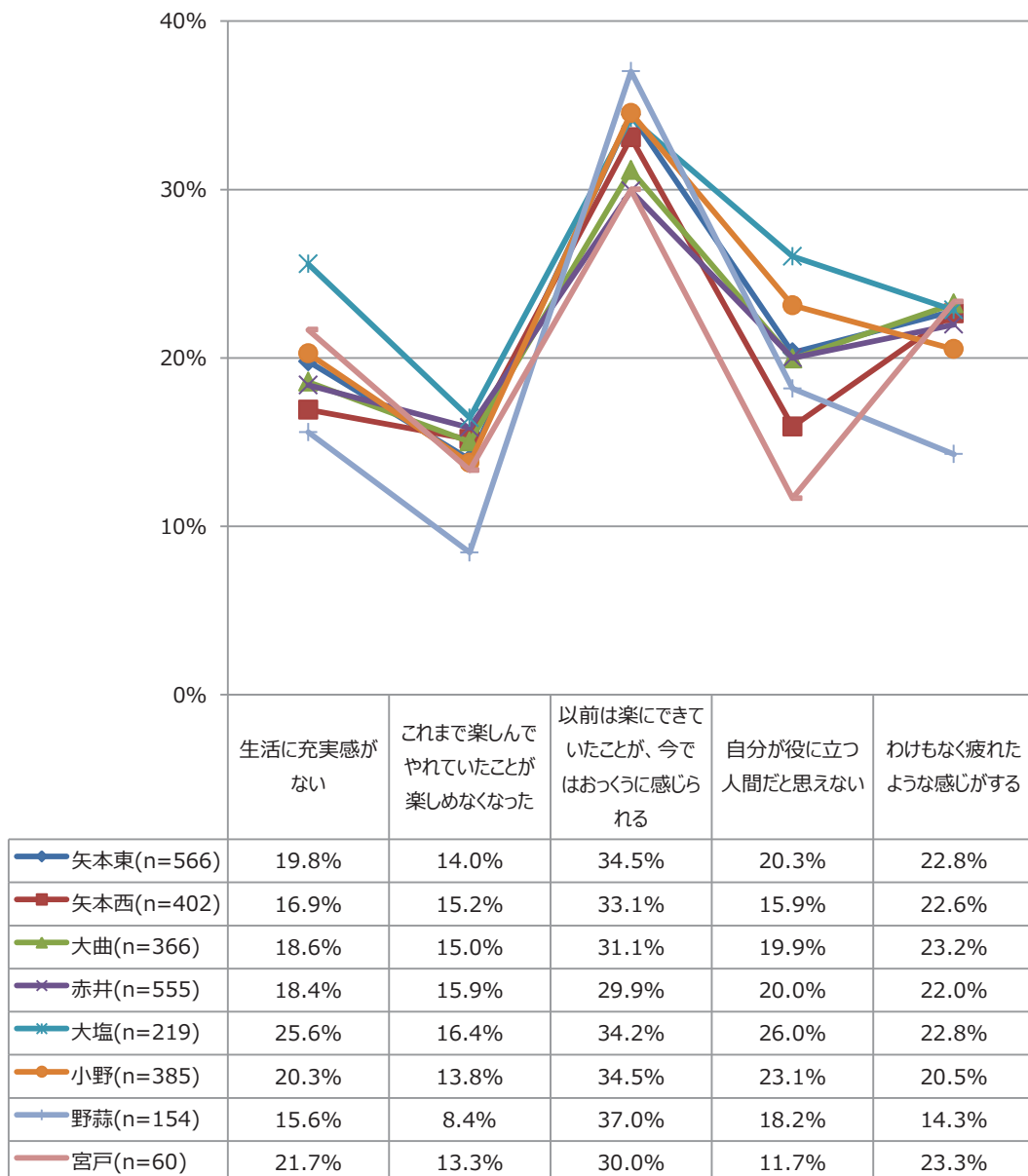
資料：①調査票「日常生活圏域ニーズ調査（高齢者ニーズ調査）」2-問 5,6

5-2-5 うつ傾向（こころの状況）

うつ傾向を示す「生活に充実感がない」「これまで楽しんできたことが楽しめなくなった」「わけもなく疲れたような感じがする」割合は、野蒜地区で低くなっています。

一方、「生活に充実感がない」「これまで楽しんできたことが楽しめなくなった」「自分が役立つ人間だと思えない」とする割合は、他の地区と比較すると大塩地区で高くなっています【図表 5-7】。

図表 5-7 うつ傾向（こころの状況）の地区別の状況



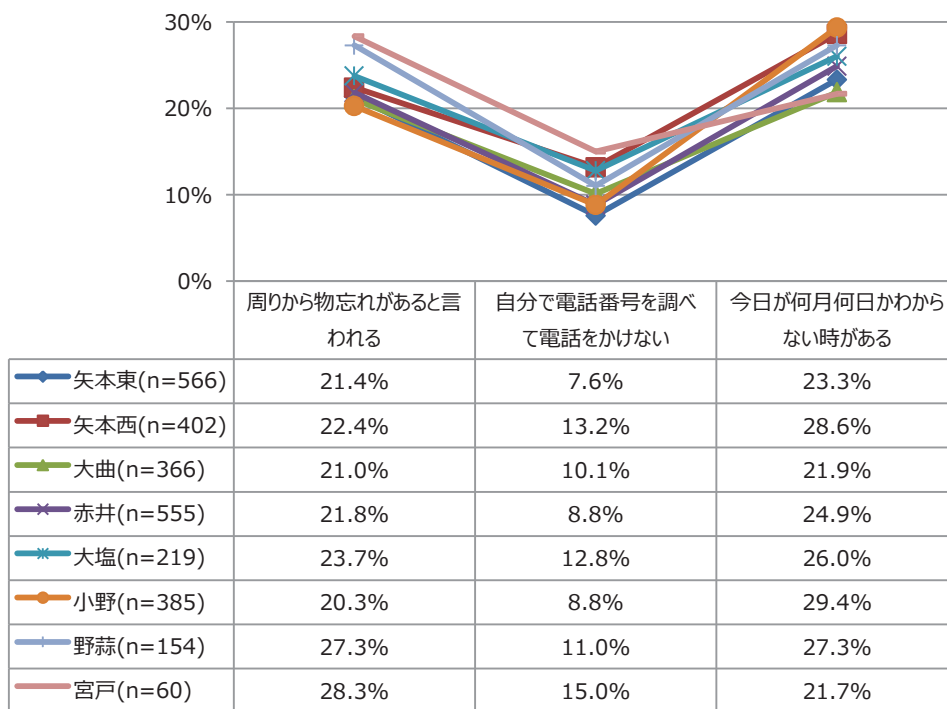
資料：①調査票「日常生活圏域ニーズ調査（高齢者ニーズ調査）」8問 8~12

5-2-6 認知症・もの忘れ

一般高齢者のうち、周囲からもの忘れがあるといわれる割合は、2割～3割に上っています。地区別に見ると小野地区が低い傾向にあり、自分から電話をかけない割合については、矢本東地区、小野地区、赤井地区で低く、日付が分からない時がある割合は宮戸地区で低くなっています。一方、もの忘れがあるといわれる割合や自分で電話をかけない割合は宮戸地区で高く、日付が分からない時がある割合は小野地区が一番高くなっています【図表 5-8】。

家族構成別に見ると、一人暮らしで日付が分からない時がある割合が 26.9%と家族と同居よりも高いですが、周囲からもの忘れがあるといわれる割合は 15.6%と低くなっており、周囲との関わりの少なさも窺えます【図表 5-9】。

図表 5-8 認知症・もの忘れの地区別の状況



資料：①調査票「日常生活圏域ニーズ調査（高齢者ニーズ調査）」5-問 1~3

図表 5-9 家族構成別認知症・もの忘れの状況

区分	一人暮らし (n=443)	家族と同居 (n=2,048)	その他(施設等) (n=20)	無回答(n=196)	総計 (n=2,707)
周りから物忘れがあるといわれる	15.6%	23.3%	55.0%	20.9%	22.1%
自分で電話番号を調べて電話をかけない	8.4%	9.9%	65.0%	8.7%	10.0%
今日が何月何日かわからない時がある	26.9%	24.7%	60.0%	27.6%	25.5%

5-3 介護予防に関連する事業の実施状況

5-3-1 介護予防事業の実施状況

本市では、要介護になるリスクを軽減するために、介護予防事業を実施しています。具体的には、健康増進センター等を用いた運動教室やいきいきホットサロン等を実施しています。特に、いきいきホットサロンの実施状況では、2015年度（平成27年度）の延べ実施回数が343回、延べ参加人数が5,000人を超えるなど、活発に行なわれています【図表5-10】。また、老人クラブや自主活動等も100か所以上で実施されています。このほかにも、市内には生涯学習やサークル活動等さまざまな取り組みがあります。

しかし、健康増進センターにおける事業では参加人数や期間の制約があり、事業終了後には活動が中断されて継続的な介護予防が難しい状況にありました。また、多くのサロン活動は介護予防に望ましいとされる週1回の実施頻度よりも少なく、月1回程度の開催にとどまっています。さらに、参加者が固定化され、男性の参加が少ない状況も見られます。

介護・福祉専門職へのヒアリングからは、どこにどのようなサービスや活動があるかという情報が、住民などに十分に届いていないとの声も挙がっています。

図表 5-10 介護予防事業の内容（平成27年度）

一次予防事業

区 分	教室数	延べ実施回数	実人員	延べ人員
元気アップ運動教室	3 教室	30 回	74 人	596 人
高齢者転倒予防教室	2 教室	20 回	25 人	200 人
ふまねっと運動教室	10 教室	44 回	136 人	404 人
いきいきホットサロン	23 団体	343 回	547 人	5,273 人

二次予防事業

区 分	教室数	延べ実施回数	実人員	延べ人員
はつらつ運動教室	2 教室	22 回	39 人	362 人

5-3-2 通いの場及びリハビリテーションの実施状況

高齢者が介護予防を行なうには週 1 回以上の運動が必要であり、その実現のためには、歩いて通える範囲で定期的に集まることのできる場（通いの場）が必要です。通いの場への参加率が高齢者人口の 1 割以上となると、地域住民の健康状態全体が高まるとの研究報告⁶もあり、全国的に通いの場が推奨されています。

本市では、現在モデル事業として週 1 回集まり、「いきいき 100 歳体操」を 7 か所で実施しており、運動機能の維持・向上に一定の効果を上げています。この事業は、住民が自主的に通いの場を構築する仕組みとなっています。一方、介護予防を効果的に進めるためには、理学療法士、健康運動指導士による運動指導や歯科衛生士等による口腔機能向上に向けた取り組み、口腔ケア等が必要な方への支援調整の必要があるとの意見が挙がっています。

5-3-3 高齢者の健康づくりの状況

東松島市健康 21 計画（第 2 次）では、運動機能の衰えであり、寝たきりの大きな要因となる「ロコモティブシンドローム」について、意味まで知っている人の割合は 1 割にとどまり、今後の周知が必要とされています。

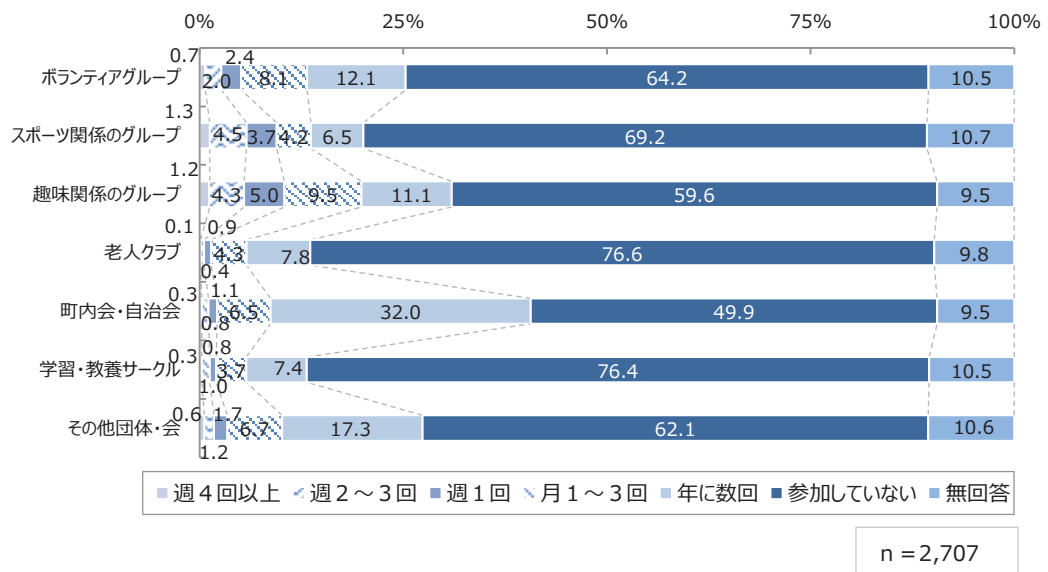
また、東松島市食育基本計画では、高齢期（65 歳以上）の食育テーマとして「食を通した豊かな生活の実現」が掲げられており、健康教室や食育に関する講習会、食育ボランティア等に対する研修会等が計画されています。中食の活用や男性参加の食事づくり等の情報提供、さらに低栄養や孤独防止のため、行事食や郷土料理の活用も示されています。

⁶ 厚生労働省「社会保障審議会介護保険部会（第 47 回）」（平成 25 年 9 月）

5-4 地域活動への参加、社会参加の状況

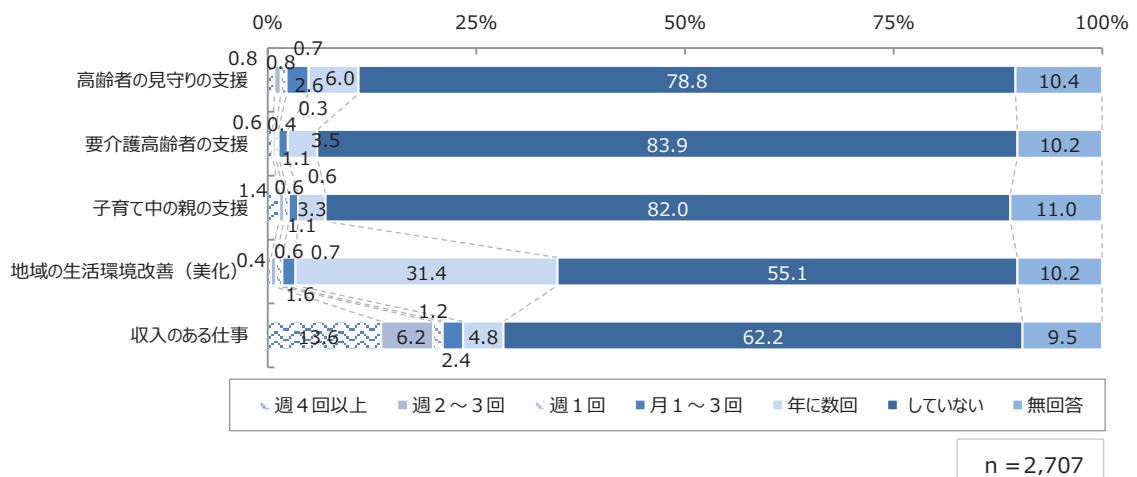
社会参加を積極的に行なうことは介護リスクを軽減するとの調査結果があります⁷。一般高齢者のうち地域活動を行なう組織に参加している割合は、町内会・自治会で4割程度、それ以外では2〜3割程度です【図表 5-11】。社会参加活動や仕事に従事する頻度を見ると、収入のある仕事については3割程度あり、さらに、高齢者で週4回以上の収入のある仕事については1割以上います。高齢者の見守りなどの支援に携わっている割合は1割程度となっています【図表 5-12】。

図表 5-11 地域活動を行なう組織への参加状況



資料：①調査票「日常生活圏域ニーズ調査（高齢者ニーズ調査）」7-問 11

図表 5-12 社会参加活動や仕事の実践頻度



資料：①調査票「日常生活圏域ニーズ調査（高齢者ニーズ調査）」7-問 12

⁷ 厚生労働省「社会保障審議会介護保険部会（第47回）」（平成25年9月）

6 生活支援・支え合いに関する状況

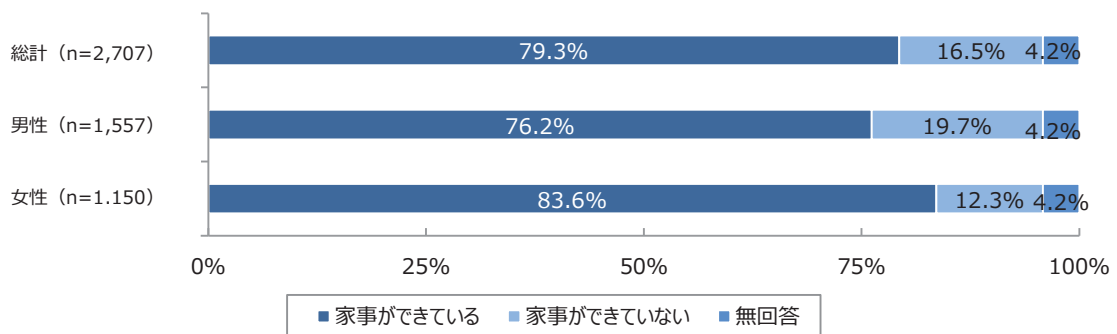
6-1 生活支援へのニーズ

国の調査⁸によると、一人暮らし高齢者世帯が生活の中で困っていることとして、4割程度が「家の中の修理、電球交換、部屋の模様替え」、約2割が「掃除」、その他「買い物」や「散歩・外出」「食事の準備・調理・後始末」「通院」「ごみ出し」などがそれぞれ1割強挙げられています。本市の一般高齢者において家事全般ができている割合は8割程度ですが、要支援高齢者では4割弱にとどまっています。さらに男女別で見ると、男性が女性よりも家事ができている割合は低くなっています【図表 6-1】。

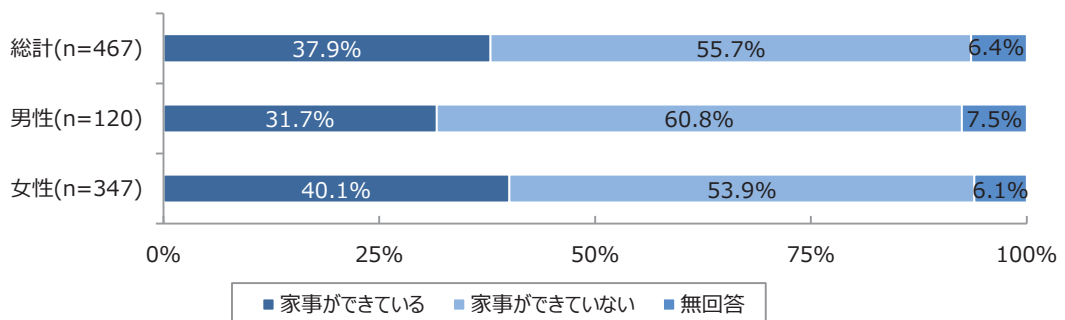
また、食事を誰かとする機会が毎日ある割合は全体では6割程度ありますが、一人暮らし高齢者では1割に満たない状況です【図表 6-2】。

図表 6-1 家事全般の状況

・一般高齢者の家事全般の状況



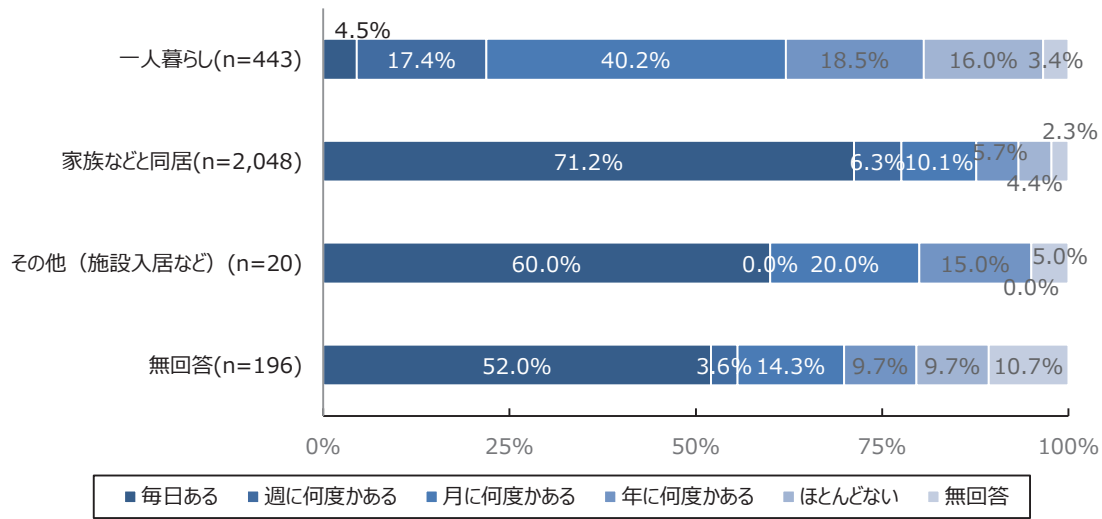
・要支援高齢者の家事全般の状況



資料：①調査票「日常生活圏域ニーズ調査（高齢者ニーズ調査）」6-問 17

⁸ みずほ情報総研株式会社「一人暮らし高齢者・高齢者世帯の生活課題とその支援方策に関する調査研究事業報告書」（2012年(平成24年)3月）

図表 6-2 どなたかと食事をとにもする機会



資料：①調査票「日常生活圏域ニーズ調査（高齢者ニーズ調査）」4-問 11

6-2 生活支援の実施状況

6-2-1 生活支援関連事業

市内の生活支援サービスとしては、市や東松島市社会福祉協議会（社協）が実施するサービス、ボランティアや民間企業が実施するサービスがあります。社会福祉協議会は、地域に根ざした福祉を担い、高齢者、障がい者、子育て世帯等、地域で何らかの支援を必要とする人たちの問題解決を図るために、コミュニティソーシャルワーカー（CSW）等が支え合いの仕組みや生活支援サービス等を提供しています。また市は、見守りや家族介護者支援に関わるサービスを提供しています【図表 6-3】。

震災後、社協が中心となり、仮設住宅や災害公営住宅に入居している方に対し被災者サポートセンターを通じた訪問見守り活動や居場所づくり、コミュニティソーシャルワーカー（CSW）による住民参加の支え合い体制づくりを行なっています。

一方、ケアマネジャー（介護支援専門員）が、さらに充実が必要だと感じている介護保険外サービスには、一人暮らし高齢者等の見守り事業、配食サービスが挙げられています。またヒアリングからは、ケアマネジャーが地域における見守りや生活支援、介護予防活動等の情報を求めていることがわかりました【図表 6-4】。

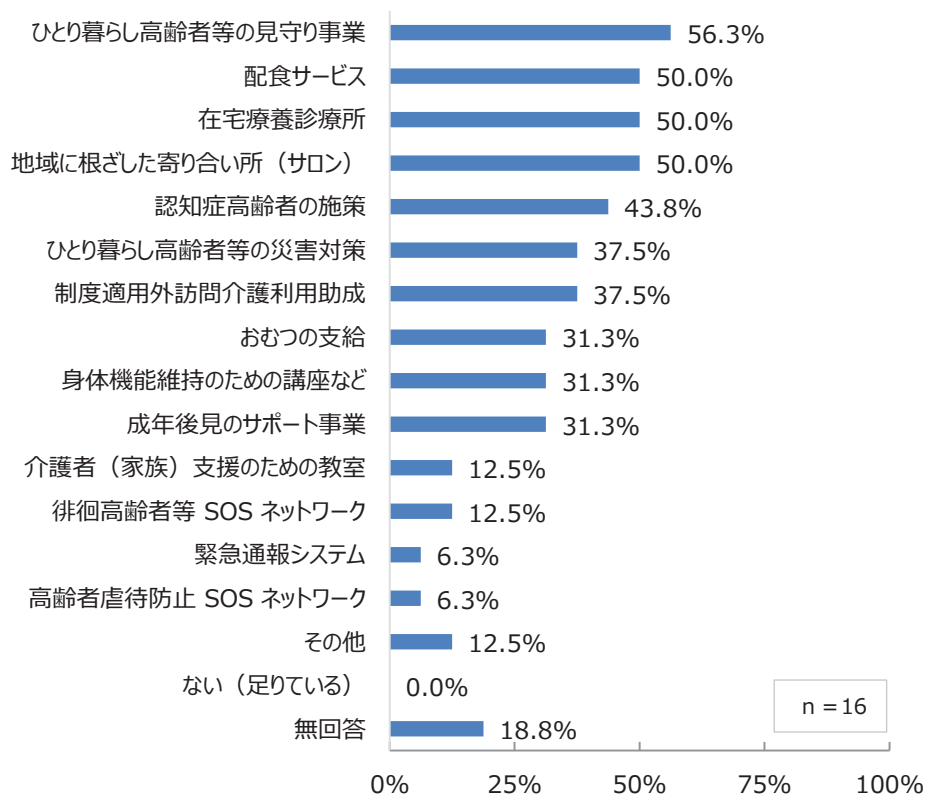
生活支援サービスにおけるヒアリングでは、同じ人が関わってくれること、経済的な負担が少ないこと、継続的に利用できることへの要望があります。また、サービス提供対象地域が一部にとどまっていたり、種類や量が十分ではない、十分に情報が行き届いていない等のため、支援を必要とする人とサービスが適切につながらない状況があります。

図表 6-3 生活支援に関連する事業の実施状況

事業名	実施内容
高齢者等緊急通報システム事業	53 世帯に端末設置（平成 27 年度末）、年間通報 85 件
外出支援サービス	移送用福祉車両で利用者の自宅から市内の医療機関への送迎を実施。市民税非課税世帯対象。登録者数 2 人。
家族介護用品支給事業	寝たきり等で常時おむつを使用する要介護者（要介護 4 または 5）の家族に支給。支給人数 215 人
家族介護慰労事業	利用者数 0 人
高齢者見守り協定	生協、新聞社、信用金庫と締結済。同協定に基づき高齢者宅に異変が感じられた場合などに市役所に連絡、緊急の場合は警察に通報、救急車の手配を行なう。
生活福祉資金の貸付	低所得世帯、要介護高齢者と共に生活をしている世帯等に資金の貸付と必要な相談支援を行なう。

資料：東松島市作成資料

図表 6-4 介護支援専門員が感じる充実が必要な介護保険外サービス



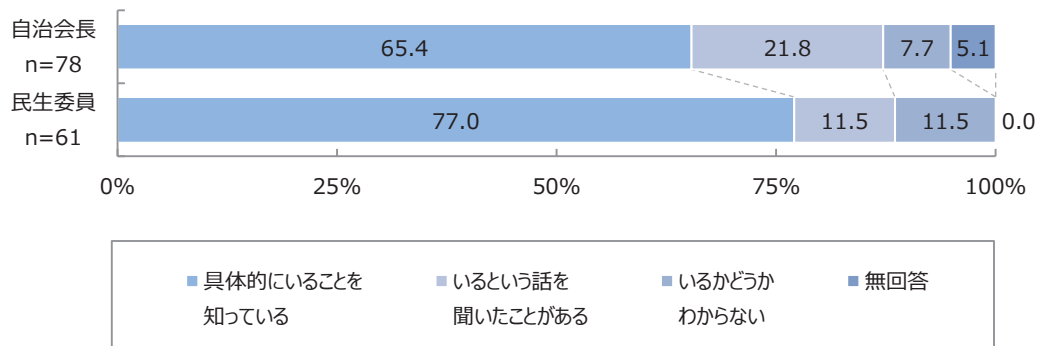
6-3 見守り活動の状況

6-3-1 自治会長・民生委員の活動

自治会長、民生委員の 9 割弱が、近隣で日常生活に不安がある人を把握しており、見守り活動等にも自治会長では 7 割弱、民生委員では 8 割弱が把握しています【図表 6-5】。

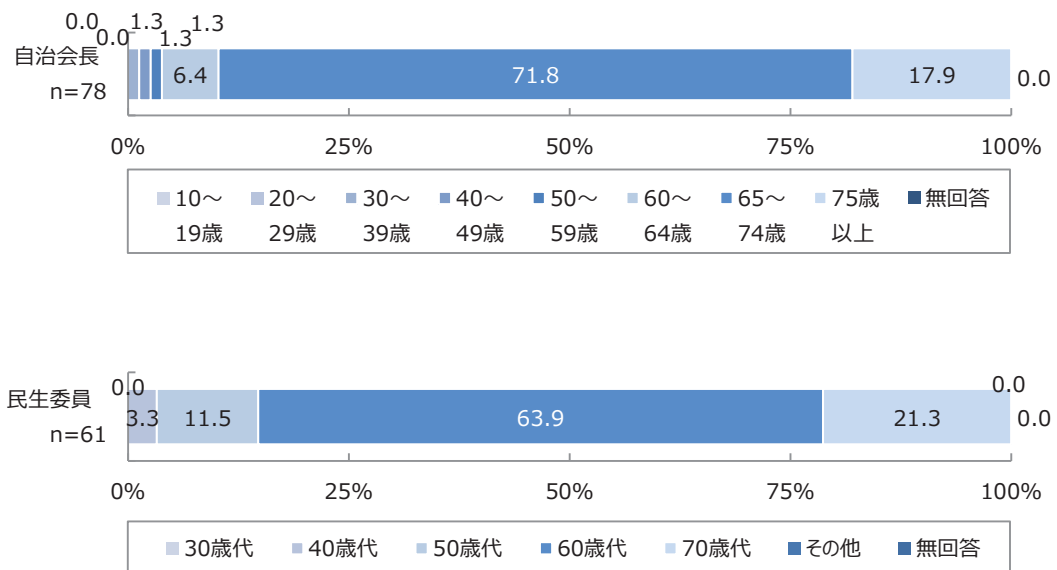
しかし、自治会長・民生委員は高齢化が進んでおり、60 歳以上が大半を占め、ゆえに負担が増加しており、次世代の育成が課題となっています【図表 6-6】。

図表 6-5 近所で日常生活に不安のある人の有無の把握



資料：⑥調査票「区長・自治会活動に関する調査」問 17、⑦民生委員・児童委員活動に関する調査」問 14

図表 6-6 自治会長、民生委員の年齢



資料：⑥調査票「区長・自治会活動に関する調査」問 2、⑦民生委員・児童委員活動に関する調査」問 2

6-3-2 見守りの活動の実施状況

本市では、地域住民による自主的な見守り活動が行なわれている地域があります。また、一人暮らし高齢者の見守りを目的に緊急通報システムを導入しており、家庭に機器も配備しています。さらに高齢者見守りに関しては、新聞配達等の地元事業者と協定を締結しています【図表 6-7】。

図表 6-7 見守りに関連する事業の実施状況（図表 6-3 の再掲）

事業名	実施内容
高齢者等緊急通報システム事業	53 世帯に端末設置（2015 年度（平成 27 年度）末）、年間通報 85 件
高齢者見守り協定	生協、新聞社、信用金庫と締結済。同協定に基づき高齢者宅に異変が感じられた場合などに市役所に連絡、緊急の場合は警察に通報、救急車の手配を行なう。

資料：東松島市作成資料

6-3-3 緊急・防災への対応

東日本大震災においては、死者数のうち高齢者の割合が高かったことなどを踏まえ、身近な地域において助け合える関係づくりを基本とした災害時要援護者支援体制の推進が行なわれています。緊急時や災害時に手助けが必要な人が支援を得やすくするためのサポートカードの交付も行なわれています。

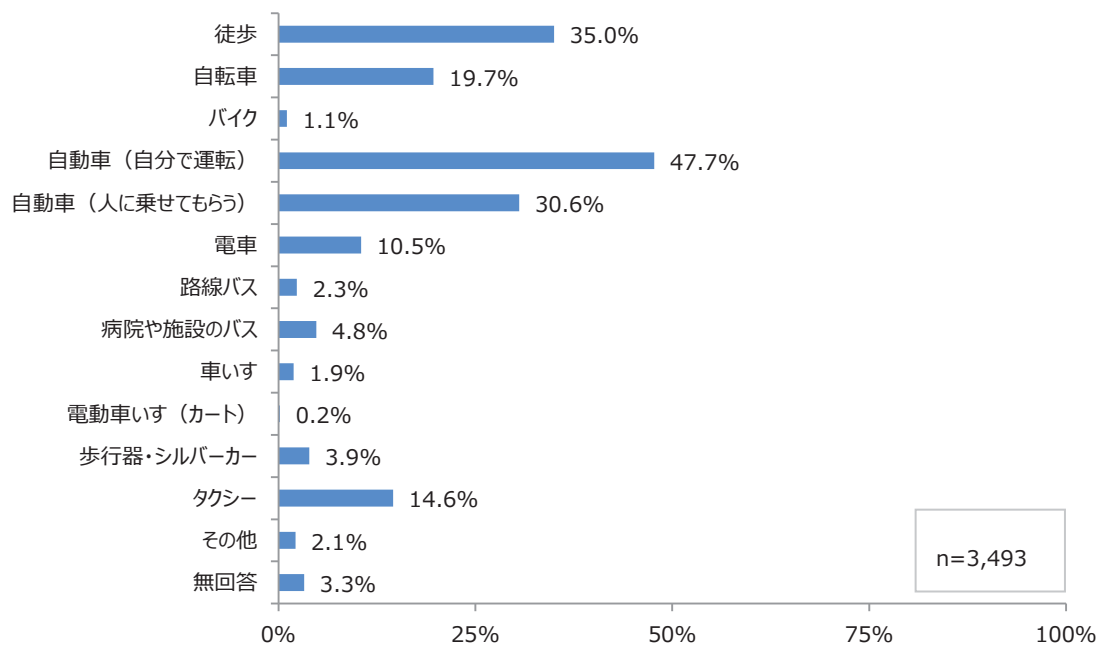
しかし、居宅介護支援事業所へのアンケートでは、56.3%の事業所が緊急・災害時の対応に関する準備が不十分であると回答しており（⑤調査票「在宅医療連携に関する調査（介護サービス事業所用）」問9）、更なる災害時の要援護者への体制整備が求められています。

6-4 外出時の移動手段

外出する際の移動手段は、自動車（自分で運転）が47.7%に上り、徒歩が35.0%、自動車（人に乗せてもらう）が30.6%となっています【図表 6-8】。自分で運転する高齢者の18.3%はもの忘れを自覚しており、自動車運転の安全確保が求められます【図表 6-9】。

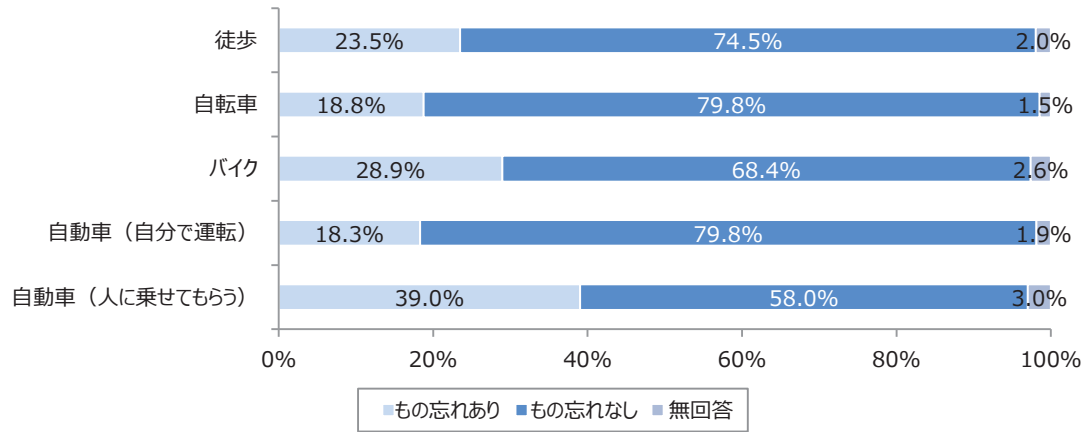
本市では、デマンド型乗合タクシー「らくらく号」を運行しています。タクシー車両を使用して事前に予約した方を自宅等から目的地まで「戸口から戸口に」運ぶ新しい公共交通システムで、年間 23,491 件（平成 27 年度）の運行実績があり、主に市内の通院や日常の買い物の足として利用されています。このほか市内では無料循環バスが運行されており、要介護者向けに介護タクシーを運営する事業所が2か所あります。

図表 6-8 外出時の移動手段



資料：①調査票「日常生活圏域ニーズ調査（高齢者ニーズ調査）」2-問9

図表 6-9 外出時の移動手段別 もの忘れがある割合



資料：①調査票「日常生活圏域ニーズ調査（高齢者ニーズ調査）」2-問 9×5-問 1

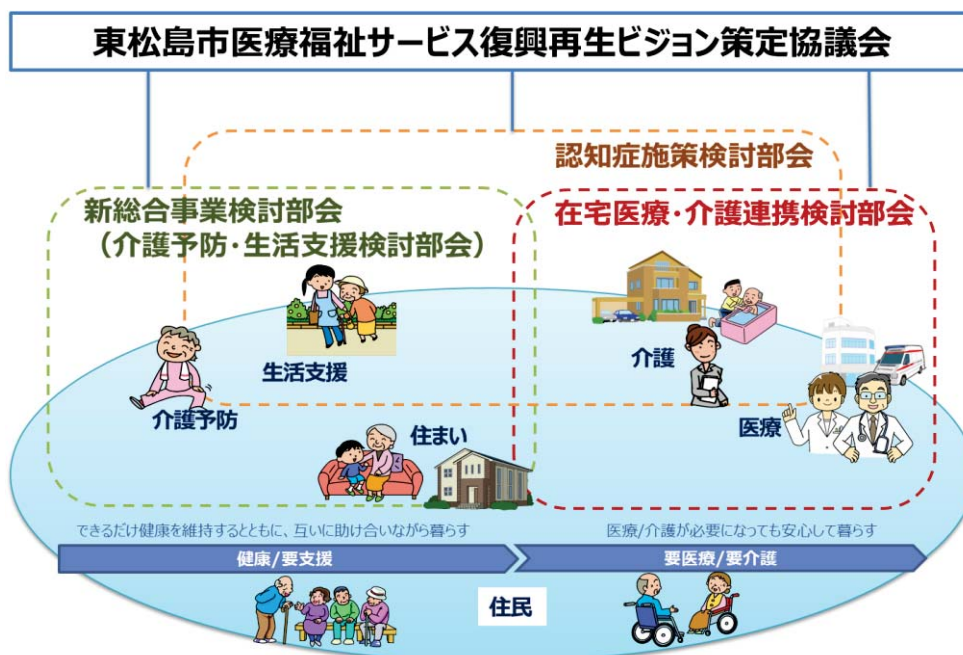
資料Ⅱ

付属資料

1. 検討体制

(1) 東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン策定協議会及び各検討部会の役割

名称	役割
東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン策定協議会	多様な分野の関係者が、地域における実情と支援体制のあり方に関する課題を共有し、高齢者等への支援体制の整備につなげるための各種事案を、専門的立場や知見に基づき協議し、ビジョン策定に関する提言を行ないます。
在宅医療・介護連携検討部会	すべての住民が望む生き方を皆で支えることができる地域を目指し、多職種による切れ目のないサービスが提供されるよう、医療・介護連携に関する検討を行ないます。
新総合事業検討部会 (介護予防・生活支援検討部会)	住民自らが健康づくり・介護予防に取り組める地域、住民同士が絆を大切にし、互いに支え合う地域を目指し、介護予防や生活支援、住まいや安全に関する検討を行ないます。
認知症施策検討部会	認知症が理解され、認知症の人とその家族も安心して暮らせる地域を目指し、主に認知症の人を取り巻く、医療、介護、生活支援等に関する検討を行ないます。



※「生活支援」「住まい」は、すべての部会にまたがるが、主な検討は新総合事業検討部会（介護予防・生活支援検討部会）において行なうものとします。

(2) 委員名簿

■ 東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン策定協議会

(敬称略)

No.	氏名	所属・役職	備考
1	加藤 由美	学校法人 東北文化学園大学・大学院 教授	会長
2	神部 廣一	医療法人社団 仙石病院 理事長	副会長
3	海道 義	社会福祉法人 東松島市社会福祉協議会 会長	副会長
4	吉田 裕人	学校法人 東北文化学園大学・大学院 教授	
5	野崎 瑞樹	学校法人 東北文化学園大学 准教授	
6	宍戸 友明	ししど内科クリニック 院長	
7	神童 みえ子	一般社団法人 心と会 障がい者相談支援事務所「とも」 代表理事	
8	千葉 信	やもとケアマネネット 代表	
9	佐々木 忠男	東松島市行政区長会 会長	
10	宮川 康夫	東松島市民生委員児童委員協議会 会長	※第2回まで
	千葉 春雄	東松島市民生委員児童委員協議会 会長	※第3回から
11	真籠 しのぶ	社会福祉法人 東松島市社会福祉協議会 東松島市地域包括支援センター 所長	
12	阿部 正直	宮城県東部保健福祉事務所 副所長	※第1回まで
	藤田 信治	宮城県東部保健福祉事務所 副所長	※第2回から
13	山野 和好	東松島市学校教育課 課長	※第1回まで
	仲上 浩一	東松島市学校教育課 課長	※第2回から
14	浅野 吉彦	東松島市市民協働課 課長	

■在宅医療・介護連携検討部会

(敬称略)

No.	氏名	所属・役職	備考
1	石垣 英彦	医療法人社団 石輝会 石垣クリニック 院長	部会長
2	宍戸 友明	ししど内科クリニック 院長	副部会長
3	庄司 好己	医療法人 医徳会 真壁病院 院長	
4	片山 寛之	医療法人 医徳会 真壁病院 地域医療連携室 相談員	
5	千葉 隆広	ちば鷹歯科医院 院長	
6	土佐 貴弘	株式会社 こぐま薬局 代表取締役 薬剤師	
7	高橋 恵美子	社会福祉法人 矢本愛育会 特別養護老人ホーム 矢本華の園 施設長	
8	阿部 達也	医療法人社団 健育会 矢本ひまわり訪問看護ステーション 所長	※第2回まで
	渡部 峯子	医療法人社団 健育会 矢本ひまわり訪問看護ステーション 所長	※第3回から
9	神童 みえ子	一般社団法人 心和会 障がい者相談支援事業所「とも」 代表理事	
10	千葉 信	やもとケアマネネット 代表	
11	佐々木 美恵子	保健推進員	
12	千葉 貴弘	社会福祉法人 東松島市社会福祉協議会 地域福祉課 課長	
13	真籠 しのぶ	社会福祉法人 東松島市社会福祉協議会 東松島市地域包括支援センター 所長	
14	岩瀬 美津枝	宮城県東部保健福祉事務所 技術副参事兼技術次長 (総括)	※第1回まで
	小杉 清香	宮城県東部保健福祉事務所 技術副参事兼技術次長 (総括)	※第2回から
15	櫻井 宏美	東松島市健康推進課 技術主任兼保健師	

■新総合事業検討部会（介護予防・生活支援検討部会）

（敬称略）

No.	氏名	所属・役職	備考
1	土井 孝博	社会福祉法人 東松島福祉会 特別養護老人ホーム やもと赤井の里 施設長	部会長
2	小野 竹一	矢本運動公園仮設住宅（東）コミュニティー 行政連絡員	副部会長
3	伊藤 寿志	社会福祉法人 ことぶき会 ケアハウスはまなすの里 施設長	
4	伊藤 良子	一般社団法人 日本で・あて、TE・ARTE、推進協会 理事	
5	黒田 みえ子	一般社団法人 東北圏地域づくりコンソーシアム 復興まちづくり 推進員	
6	片岡 君江	東松島市レクリエーション協会 事務局長	
7	齊藤 二三代	公益社団法人 東松島市シルバー人材センター 業務主事	
8	阿部 誠	社会福祉法人 東松島市社会福祉協議会 総務課 課長	
9	真籠 しのぶ	社会福祉法人 東松島市社会福祉協議会 東松島市地域包括支援センター 所長	
10	村上 澄恵	宮城県東部保健福祉事務所 成人・高齢班 技術主幹	※第1回まで
	高橋 秀典	宮城県東部保健福祉事務所 成人・高齢班 技術主査	※第2回から
11	斎藤 真理	東松島市健康推進課 技術主幹兼保健師	

■ 認知症施策検討部会

(敬称略)

No.	氏名	所属・役職	備考
1	今野 勝彦	東松島市 自主防災組織連絡協議会 会長	部会長
2	齋藤 雄康	医療法人 鳴瀬中央医院 院長	副部会長
3	加藤 光三	医療法人 光洋会 ひかりサンテクリニック 院長	
4	古山 静子	営利法人 有限会社庄司ケアサポート グループホーム日和 施設長	
5	伊藤 良子	一般社団法人 日本で・あーて、TE・ARTE、推進協会 理事	
6	鈴木 日出生	認知症家族の会 会員	
7	奥田 登美子	東松島市民生委員児童委員	
8	千葉 貴弘	社会福祉法人 東松島市社会福祉協議会 地域福祉課 課長	
9	加来 尊子	社会福祉法人 東松島市社会福祉協議会 東松島市地域包括支援センター 社会福祉士	
10	木村 亮	宮城県東部保健福祉事務所 成人・高齢班 技師	※第1回まで
	関根 綾希子	宮城県東部保健福祉事務所 成人・高齢班 技師	※第2回から
11	秋山 幸恵	東松島市健康推進課 技術主任兼保健師	

(3) 会議等開催状況

会議等		実施年月日	主な議題
第1回	協議会	平成28年 2月19日(金)	<ul style="list-style-type: none"> ● 東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン策定事業の趣旨説明について ● 協議会と検討部会の役割について ● 東松島市の状況及び本事業の取組経過報告について ● 今後の作業スケジュール(案)について
	在宅医療・介護連携検討部会	平成28年 3月18日(金)	<ul style="list-style-type: none"> ● 東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン策定事業の趣旨説明と協議会及び部会の役割について ● 本事業に関する取組経過報告について ● 東松島市における在宅医療・介護連携について ● 今後の作業スケジュール(案)について
	新総合事業検討部会	平成28年 3月25日(金)	<ul style="list-style-type: none"> ● 東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン策定事業の趣旨説明と協議会及び部会の役割について ● 本事業に関する取組経過報告について ● 東松島市における新総合事業について ● 今後の作業スケジュール(案)について
	認知症施策検討部会	平成28年 3月15日(火)	<ul style="list-style-type: none"> ● 東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン策定事業の趣旨説明と協議会及び部会の役割について ● 本事業に関する取組経過報告について ● 東松島市における認知症事業について ● 今後の作業スケジュール(案)について
アンケート		平成28年 2月9日~ 2月23日	※詳細は資料 I 本市の基礎情報 1. 調査実施概要参照
東松島市医療福祉サービス復興再生連絡会		平成28年 9月7日(水)	<ul style="list-style-type: none"> ● 東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン策定事業経過及び今後の予定について ● 東松島市の現状について ● 今後のヒアリング項目について
ヒアリング		平成28年 9月中旬	※詳細は資料 I 本市の基礎情報 1. 調査実施概要参照

会議等		実施年月日	主な議題
第2回	協議会	平成28年 10月24日(月)	● 各部会における検討内容及び今後のまとめ方の方向性について
	在宅医療・介護連携検討部会	平成28年 10月4日(火)	● 在宅医療・介護連携のあり方について
	新総合事業検討部会	平成28年 10月5日(水)	● 介護予防・生活支援・住まいのあり方について
	認知症施策検討部会	平成28年 10月5日(水)	● 認知症施策のあり方について
第3回	協議会	平成28年 12月15日(木)	● 東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン骨子案について（現状と課題、基本理念及び取組方針）
	在宅医療・介護連携検討部会	平成28年 11月15日(火)	● 東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン骨子案について（在宅医療・介護連携）
	新総合事業検討部会	平成28年 11月16日(水)	● 東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン骨子案について（新総合事業）
	認知症施策検討部会	平成28年 11月16日(水)	● 東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン骨子案について（認知症施策）
第4回	協議会	平成29年 2月2日(木)	● 東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン（案）について
	在宅医療・介護連携検討部会	平成29年 1月17日(火)	● 東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン（案）について ● 施策体系一覧（案）について（連携・生き方）
	新総合事業検討部会	平成29年 1月18日(水)	● 東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン（案）について ● 施策体系一覧（案）について（健康増進・支え合い）
	認知症施策検討部会	平成29年 1月18日(水)	● 東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン（案）について ● 施策体系一覧（案）について（認知症ケア）
パブリックコメント		平成29年 2月中旬～3月上旬	－
第5回	協議会	平成29年 3月16日(木)	● 東松島市医療福祉サービス復興再生ビジョン（案）について

2. 用語集

(※50 音順。頁は初出のみ記載)

	語句	説明	頁
英字	ICT	Information and Communication Technology の略。 パソコンなど情報通信機器を用いて、情報をネットワークシステムで共有する手段のこと。医療機関同士や医療機関と介護事業所等で患者等の状態に合った質の高い医療や介護の提供のため、迅速かつ適切なサービスを提供するために活用する。	52
	MMWIN	Miyagi Medical and Welfare Information Netwrok の略。 一般社団法人みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会の略で、同協議会が提供する医療・介護情報を共有するネットワークシステムのこと。宮城県内の医療機関、介護福祉施設や薬局などで扱われる、診療情報や介護福祉情報などを電子化し、遠隔保存・共有することで、安全で質の高い医療・介護福祉サービスを提供している。	52
	NPO	Not-for-Profit Organization の略。 さまざまな社会貢献活動を行ない、団体の構成員に対し、収益を分配することを目的としない団体の総称。収益を目的とした事業を行なうことは認められるが、事業で得た収益は社会貢献活動に充てることになる。	8
あ行	いきいき 100 歳 体操	米国国立老化研究所が推奨する運動プログラムを参考に、高知市が開発した重りを使った筋力運動の体操のこと。いきいき 100 歳体操では、椅子に腰かけ、準備体操、筋力運動、整理体操の 3 つの運動を行なう。住民主体で活動できるようにプログラムが設計されている。東松島市内では 2016 年度（平成 28 年度）はモデル事業として 7 か所で実施されている。	68
	一般介護予防 事業	新総合事業（「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」）における介護予防事業。機能回復訓練等の高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチを目指している。	34
	一般高齢者	要支援・要介護認定に該当しない、自立した生活を送ることができる元気な高齢者のこと。新総合事業では、一般介護予防事業の利用対象者となる。	115

	語句	説明	頁
か行	介護保険外サービス	介護保険の適用外で全額自己負担により利用できるサービス。生活支援、介護予防等、さまざまサービスがある。介護保険内サービスのみでは対応が難しい高齢者の多様なニーズを満たすものとして期待される。	73
	介護保険給付費	要支援、要介護認定を受けた方が利用した介護保険サービスの費用のうち、保険者が給付した額。なお、1人当たり介護給付費は、第1号被保険者（65歳以上）1人当たりで算出している。	5
	介護予防	高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行なうもの。特に、生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援して、生活の質（QOL）の向上を目指すものである。	1
	通いの場	厚生労働省が提唱している住民が主体となって運営する高齢者が集える場を提供する取り組み。高齢者が身近な場所に通うことにより、運動機能の向上や閉じこもりの予防を図ることを目的に催され、地域で週1回以上通う人の割合が1割以上になると地域全体の予防が進むといわれている。	38
	基本チェックリスト	新総合事業において支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して簡便にサービスにつなぐためのもの。質問項目は日常生活関連動作、運動機能、栄養状態、口腔機能、閉じこもり、認知症、うつについて全25項目ある。	115
	キャラバン・メイト	認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」を開催し、講師役を務める者。キャラバン・メイトになるためには所定のキャラバン・メイト研修を受講し登録する必要がある。	60
	居宅系サービス	介護保険で受けられるサービスは、居宅系サービスと施設系サービスに大きく分けられる。居宅系サービスは、自宅で利用するサービスで訪問介護等が代表的である。参考に、施設系サービスは特別養護老人ホーム等の介護保険施設で利用するサービスであり、有料老人ホームなどは施設ではなく住宅と見なされ、居宅系サービスに分類される。	101
	居宅療養管理指導	在宅で療養していて、通院が困難な利用者へ医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等が家庭を訪問し療養上の管理や指導、助言等を行なうサービス。	50

	語句	説明	頁
か行 続き	軽度認知障害 (MCI)	健常者と認知症の中間にあたる状態で、軽度の認知障害のこと。認知症ではないが、記憶障害の訴えが本人または家族から認められている状態。MCI(Mild Cognitive Impairment の略)と呼ばれる。なお、MCI のすべての者が認知症へと移行するわけではない。	13
	健康運動指導士	個々人の心身の状態に応じた、安全で効果的な運動を実施するための運動プログラムの作成及び指導を行なう者。	68
	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと。厚生労働省は、平成 34 年度までに「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」を目標に定めている。平均寿命と健康寿命との差は、日常生活が制限される「健康でない期間」を意味する。	17
	口腔ケア、口腔 機能	口腔内を清潔に保つこと、食べる、話す等の口腔機能を維持することの 2 つを主な目的とした治療・指導。上記実施により高齢者の死因の一つである誤嚥性肺炎の防止につながる。	34
	高齢者 SOS ネット ワーク事業	高齢者が事前に登録することで、行方不明時に迅速に協力機関で行方の検索を行なう事業。東松島市の事業登録者数は 2017 年(平成 29 年)現在で 32 人である。	60
	国民健康保険	自営業、退職者等を対象とした市町村国保による医療保険で、74 歳以下が対象。75 歳以上は後期高齢者医療に移行する。	67
	ケアマネジャー (介護支援 専門員)	要介護者や要支援者の相談や心身の状況に応じるとともに、介護サービスを受けられるようにケアプランの作成や市区町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行なう者。	32
	コミュニティ ソーシャルワーカー (CSW)	地域において、支援を必要とする人の生活や人間関係等環境面を重視した援助を行ない、支援活動を発見して支援を必要とする人に結びつけたり、新たなサービスを開発したり、公的制度との関係を調整したりすることを目指す者。	73
さ行	サービス付高齢者 向け住宅	状況把握サービス、生活相談サービス等の福祉サービスを提供する高齢者のための住宅。60 歳以上の者または要介護・要支援認定を受けている 60 歳未満の者のいずれかに該当する単身・夫婦世帯を対象とする。	93
	災害公営住宅	災害により住宅を失くし、自力での住宅再建が難しい人のための公的な賃貸住宅。	25
	在宅医療・介護 連携協議会	在宅医療・介護連携の推進を図るため、多職種間での課題の抽出と解決に向けた協議会。	52
さ行 続き	在宅療養支援 診療所	在宅で療養をする方のために、地域で在宅医療における中心的な役割を担う診療所のこと。24 時間連絡を受ける体制、往診を行なう体制など一定の基準を満たした在宅医療を提供する診療所。	50

	語句	説明	頁
	災害時避難行動要支援者台帳	災害時に自力で避難することが難しい方を中心に、災害要援護者として登録した台帳のこと。災害時の避難支援に活用する。	76
	若年性認知症	65 歳未満の人が発症する認知症の総称。発症年齢が働き盛りと重なるため、就労上の問題や家庭内での問題等といった、認知症高齢者とは異なる問題を抱えることが多い。	13
	終末期、看取り	死亡する直前にあたる数週間～数か月間の期間を示す。今後、この期間を見守り、世話や看病を行なう看取りのあり方が課題となる。	44
	シルバー人材センター	企業や家庭、公共団体などの発注者からさまざまな仕事を引き受けて、地域の経験豊かな高齢者の方々に仕事を提供する団体。「高齢者等の雇用の安定等に関する法律」に基づき、県知事の許可を受けている公益法人である。高齢者の会員が働くことを通じて生きがいと健康づくりをすすめ、活力ある地域社会づくりに貢献することを旨とする。	72
	新オレンジプラン	厚生労働省と関係府省庁が 2015 年(平成 27 年)に策定した、「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」の通称。認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。行政・民間・地域住民などな主体がそれぞれの役割を果たしていくことが求められる。	33
	新総合事業	地域包括ケアシステム構築の重点化と効率化のために、2015 年(平成 27 年)に改定された「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」の通称。要支援や要介護状態となる恐れのある高齢者を対象とし、介護予防と日常生活への支援を切れ目なく提供することを目的とする。事業構築の中心となるのは主に市区町村であり、積極的な取り組みや適切なマネジメント能力が必要とされる。	34
	生活支援コーディネーター	高齢者の生活支援・介護予防の推進を目的に、地域における生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす者。生活支援の担い手の養成やサービスの開発（担い手を養成し、組織化し、担い手を支援活動につなげる機能）、関係者間のネットワーク化、ニーズとサービスをマッチングさせる役割などを担う。	75
さ行 続き	生活支援協議体	各地域における生活支援コーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体が参画し、定期的な情報共有及び連携強化を図る場として中核となるネットワークのこと。市町村が主体となり、地域のニーズと資源の見える化、目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一や情報交換・働きかけを図る場を設置する。	75

	語句	説明	頁
	生活支援サービス	見守り、外出支援、買い物・調理・掃除などの家事支援等のサービス。ニーズに合った多様なサービスの種類がある。住民主体、NPO、民間企業等、多様な主体によりサービスが提供される。生活支援サービスの担い手として元気な高齢者が参加することも期待されている。	36
	生活習慣病	食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症や進行に関与する疾患群のこと。糖尿病や高血圧、がん、肝疾患等が含まれる。生活習慣病が進行すると脳こうそく等の合併症を招き、要介護状態となる要因になるため、壮年期からの生活習慣病予防が求められている。	67
	成年後見制度、 市民後見人	認知症や知的障害、精神障害等により物事を判断する能力が十分でない方について、本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶ事で、本人を法的に支援する制度。一般市民による成年後見人を「市民後見人」という。なお、未成年者については、親権者が死亡等のために不在の場合に、家庭裁判所が「未成年後見人」を選定する制度がある。	60
	摂食嚥下機能、 誤嚥性肺炎	食物が認知され、口腔、咽頭、食道を経て胃に至るまでに必要とされる機能。嚥下障害による細菌感染が原因で発症する肺炎を誤嚥性肺炎という。	53
た行	団塊ジュニア世代	一般に、1971年（昭和46年）から1974年（昭和49年）までのベビーブームに生まれた世代のことをいう。第二次ベビーブーム世代ともいわれる。	4
	地域医療構想	2025年（平成37年）に向けて、病床の機能分化・連携を進めるため、医療機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計し、目指すべき医療連携体制を実現するために、各都道府県で策定する施策等のこと。宮城県は2016年（平成28年）11月に構想を策定している。	32
	地域ケア会議	高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。地域包括支援センター等が主催する。多職種の協働による個別ケース（困難事例等）の支援を通じた①地域支援ネットワークの構築、②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援、③地域課題の把握などを行なう。	58
	地域包括ケア システム	I 基本構想 第2章参照	4

	語句	説明	頁
た行 続き	地域包括 支援センター	地域住民の保健・福祉・医療の向上に向け、介護予防、権利擁護、相談窓口、地域の介護人材育成等を総合的に行なう行政機関。東松島市内には2016年（平成28年）現在、1か所設置されている。	23
	地域密着型 サービス	介護が必要な状態になった場合でも住み慣れた地域で暮らしていけるように、市町村指定の事業者が住民に提供するサービス。具体的には、認知症対応型通所介護や夜間対応型訪問看護等が挙げられる。	101
	デマンド型乗合 タクシー	タクシー車両を使用して、事前に予約した方を自宅等から目的地まで「戸口から戸口に」運ぶ新しい公共交通システムのこと。市内では、「らくらく号」として運行され、通院、ゆぶと・図書館等の公共施設、買い物、駅への乗り継ぎ等、いろいろな場面で利用されている。	74
	特定健診、 特定保健指導	国保や健保等の保険者が40歳から74歳の加入者を対象に、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）予防を目的とした健診及び必要な人に保健指導を行なうもの。	19
	特別養護老人 ホーム	特に、重度の要介護状態である高齢の方に対する介護サービスを提供する施設で、主に社会福祉法人により運営されている。介護老人福祉施設ともいう。原則として要介護3以上の方のみが入居できる。	44
な行	中食 （なかしょく）	既に調理された状態で販売され、家や職場などに持ち帰って食べられる食品（コンビニエンスストアの弁当や、スーパーやデパートで販売されている惣菜など）。家庭内で食べる内食（うちしょく）と外食との中間にあるという意味で使われるようになった。	122
	二次医療圏	医療圏は、都道府県により病床整備の観点から区分された地域の範囲を示しており、小さい順に一次医療圏、二次医療圏、三次医療圏がある。二次医療圏は、疾病予防から入院治療まで、幅広く地域住民の保健医療をカバーする範囲を示す。東松島市の二次医療圏は、「石巻・登米・気仙沼医療圏」である。	54
	認知症介護 指導者	都道府県や指定都市が実施する認知症介護指導者養成研修を受講した者。都道府県等における認知症介護研修について企画・立案に参画し、講師を務める。	59
	認知症家族会	認知症家族が、認知症の人への対応の経験共有や日常的にいただいている思いを語り合う場。	60
	認知症高齢者 グループホーム	認知症高齢者のための共同生活住居で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行なう。	101

	語句	説明	頁
な行 続き	認知症高齢者の 日常生活自立度 判定基準	65歳以上高齢者の認知症の程度を日常生活の自立度により測るもの。Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Ⅴまでの7段階に大きく区分される。本編図表中の認知症高齢者数は、65歳以上で認知症の日常生活自立度がⅡa以上に該当している人を対象としている。	13
	認知症サポーター	市町村等が実施する認知症サポーター養成講座を受講した者。認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を地域で見守る役割を担う。東松島市の認知症サポーター養成者数は2016年(平成28年)8月現在で1,860人に上る。	38
	認知症サポート医	都道府県あるいは指定都市が実施する認知症サポート医養成講座を受講した医師。主な役割は、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談、他の認知症サポート医(推進医師)との連携体制の構築、各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力などが挙げられる。	110
	認知症疾患医療 センター	認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、都道府県や指定都市から認定を受けた医療機関。鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行なうと共に、担当者の配置による介護との連携や認知症を専門としない一般開業医等への研修などを行なう。	110
	認知症初期集中 支援チーム	認知症初期支援を目的とし、国家資格保有専門職※が2名以上、認知症等の専門医療の経験がある医師1名で構成されるチーム。認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期支援を包括的、集中的(おおむね6か月)に行ない、自立生活のサポートを行なう。 ※保健師、看護師、准看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等	62
	認知症地域支援 推進員	各市町村で、医療機関・介護サービス事業者・支援機関等のサービスをつなぐコーディネーターとして設置。	63
は行	バリアフリー化	障害のある人をはじめとする多様な人々が地域において安全・安心で快適な住生活が営めるように環境を整備すること。住宅のバリアフリー化には、手すりの設置や室内の段差解消等がある。	44
	フレイル	加齢とともに心身の活力(筋力や認知機能等)が低下し、生活機能障害、要介護状態、死亡等の危険性が高くなった状態。健常と要介護の中間的な段階を指し、適切な介入・支援により健康な状態に戻るとされる。	34

	語句	説明	頁
は行 続き	防災集団移転 住宅用地	被災地域において住民の居住に適当でない区域にある住居の集団的移転を行なうために取得、整備された用地。	25
ま行	見える化	現状を常に把握し、進捗状況や漠然とした問題点を数値等で客観的に判断できる状態にすること。介護や医療に関連する情報を、市区町村職員のみならず住民も含めて共有するために、国は地域包括ケア「見える化」システムの利用を推進している。	28
や行	有料老人ホーム	①入浴、排せつ又は食事の介護、②食事の提供、③洗濯、掃除等の家事、④健康管理のいずれかをする事業を行なう施設。	48
	要支援・要介護 認定者	介護保険制度において、「要支援」「要介護」に認定された者。要支援には1と2の2段階、要介護には1から5の5段階がある。	4
	要介護認定率	65歳以上の高齢者のうち要支援・要介護認定を受けている割合。介護予防等が浸透することにより、要支援、要介護になる可能性が低くなり、要介護認定率の上昇を抑えられる可能性がある。	67
ら行	理学療法士 (PT)	Physical Therapist の略。身体に障害のある人や障害の発生が予測される人に対して、運動療法や物理療法などを用いて、自立した日常生活が送れるよう支援する医学的リハビリテーションの専門職。	68
	ロコモティブシンドローム（運動器症候群）	「運動器の障害」により要介護になるリスクの高い状態になること。「メタボ」や「認知症」と並び、健康寿命の短縮、寝たきりにつながる3大要因のひとつである。	122



**東松島市医療福祉サービス
復興再生ビジョン**