令和４・５年度

地域包括ケア推進委員会 答申

「地域共生社会を実現する地域包括ケアの実践へ向けて」

令和6年4月

日本医師会 地域包括ケア推進委員会

令和６年４月

日 本 医 師 会 長
松　本　吉　郎　殿

日本医師会 地域包括ケア推進委員会
委員長　池端　幸彦

答　申

本委員会は、令和４年 12 月 14 日開催の第１回委員会において、貴職から受けました諮問事項「地域共生社会を実現する地域包括ケアの実践へ向けて」について、２年間にわたり７回の委員会を開催し、鋭意検討を重ねてまいりました。

ここに、これまでの本委員会での審議結果をとりまとめましたので、答申いたします。

令和４・５年度 地域包括ケア推進委員会委員

委員長	池端　幸彦	福井県医師会長
副委員長	鈴木　邦彦	茨城県医師会長
副委員長	中尾　正俊	大阪府医師会 副会長
委　員	石川　智信	宮崎県医師会 常任理事
委　員	伊藤　伸一	秋田県医師会 副会長
委　員	馬岡　晋	三重県医師会 副会長
委　員	上戸　穂髙	長崎県医師会 常任理事
委　員	坂本　泰三	兵庫県医師会 常任理事 (R5.6.25 まで)
委　員	菅田　忠夫	北海道医師会 常任理事
委　員	鳥澤　英紀	岐阜県医師会 副会長
委　員	中谷　剛	和歌山県医師会 理事
委　員	平川　博之	東京都医師会 副会長
委　員	藤田　正明	愛媛県医師会 理事
委　員	古井　民一郎	神奈川県医師会 理事
委　員	山上　敦子	徳島県医師会 副会長

（順不同　敬称略）

目　次

１．はじめに～委員会の答申取りまとめにあたり～……1

２．講演録「共生社会構築に役立つ地域包括ケアシステムの機能とは」……2
埼玉県立大学理事長・慶應義塾大学名誉教授　　田中　滋

３．取組事例（分野別）……19

３－1．医療・介護連携に関する取組……20

在宅医療・介護連携、多職種連携、ICT 連携　等

３－2．ACP、看取りに関する取組……87

３－3．介護予防、健康づくりに関する取組……105

３－4．認知症に関する取組……125

３－5．社会的処方・社会的機能に関する取組……136

３－6．生活支援、就労支援に関する取組……156

３－7．自然災害発生時・新興感染症のまん延時における取組……167

３－8．困難事例……173

４．おわりに～答申取りまとめを終えて～……182

索引（実施主体別）……183

参考資料

医師会が独自に行っている地域包括ケアシステムの取組に関する事例一覧……185
（日本医師会地域包括ケア推進委員会 令和５年度事例調査実施）

１．はじめに　～委員会の答申取りまとめにあたり～

我が国の人口は、2025 年から 2040 年にかけて、75 歳以上の人口は横ばいである一方で 85 歳以上人口は伸び続けるため、認知症患者の増加と共に医療と介護の複合ニーズを有する高齢者が増加する。さらに、根治を目指す侵襲の強い手術や強力な化学療法等の「治す医療」を選択するよりも、がんを抱えて生きる医療、緩和医療、ターミナルケア、看取り等の「治し支える医療」を選択するケースも増えている。

実際に、我が国の年間入院患者数は、2005 年の 146 万人から減り続け 2020 年に 121 万人と 15 年間で 25 万人減少し、在宅医療は大きく伸びた。この 15 年間で高齢者人口は 1000 万人増加し要介護認定者数も 250 万人の増加に対して入院患者数が減少している背景には、「治す医療」と「治し支える医療」の役割分担と連携の推進や国民が「治し支える医療」を選択する傾向が高まっていることも影響している。

これらを背景として、地域づくり・まちづくりを本質とする地域包括ケアシステムの構築も全国各地で取り組まれている。当委員会も、平成 30 年度に「介護保険委員会」から「地域包括ケア推進委員会」へ衣替えして 6 年が経過した。

令和 2 年 3 月の答申では、地域包括ケアシステムを深化・推進するため、地域包括ケアの本質を問うバイブル的な内容で取りまとめ、次期の令和 4 年 4 月の答申では、地域包括ケアを推進する好事例を踏まえて「かかりつけ医」への期待が取りまとめられた。この度の令和 6 年 4 月の答申では、全国の都道府県医師会から実践的事例を収集し、地域包括ケアの推進をコーディネートする都道府県医師会・地区医師会の支援が大きな原動力となっている実態が示されている。

地域包括ケアは、誰もが住み慣れた地域で人生の最期まで生き生きと自分らしく暮らすことを目指している。そのためには、多職種協働による医療・介護・障害福祉サービスの連携が鍵を握るため、連携の要となる「かかりつけ医」の果たす役割への期待が高まっている。本答申書が全国の地域包括ケアを推進する取組の参考となれば幸いである。

２．講 演 録

「共生社会構築に役立つ地域包括ケアシステムの機能とは」

埼玉県立大学理事長・慶應義塾大学名誉教授　　田中　滋

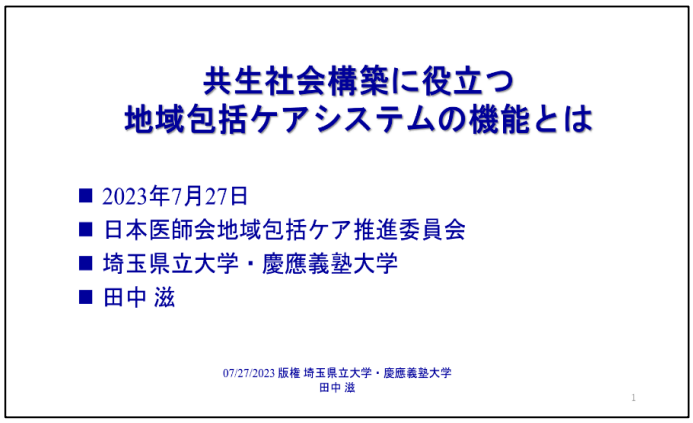
令和５年７月27日（木）　第４回地域包括ケア推進委員会

本委員会において、今期の会長諮問「地域共生社会を実現する地域包括ケアの実践へ向けて」を検討するにあたり、我が国における地域包括ケアシステム研究の第一人者である田中 滋 先生（埼玉県立大学理事長・慶應義塾大学名誉教授）にご講演を賜った。医師や医師会が地域包括ケアを実践していくための役割や心構えについて大変示唆に富む内容となっていることから、本報告書において講演録として掲載する。
（※ 資料のスライド番号を（ ）で示す。）

【田中滋先生ご略歴】

- 公立大学法人埼玉県立大学理事長〈2018年～〉・慶應義塾大学名誉教授〈2014年～〉
- 専門：地域包括ケアシステム論、医療・介護政策、医療・介護経営
- 現在務める学会役員：日本地域包括ケア学会理事長、日本介護経営学会会長、アジア太平洋ヘルスサポート学会理事長、日本ケアマネジメント学会理事、日本老年学会理事
- 現在務める主な公職：医療介護総合確保促進会議座長、協会けんぽ運営委員長
- これまでの主な公職：2023年１月まで社会保障審議会会長（兼 介護給付費分科会長・福祉部会長）

【共生社会構築に役立つ地域包括ケアシステムの機能とは（１）】

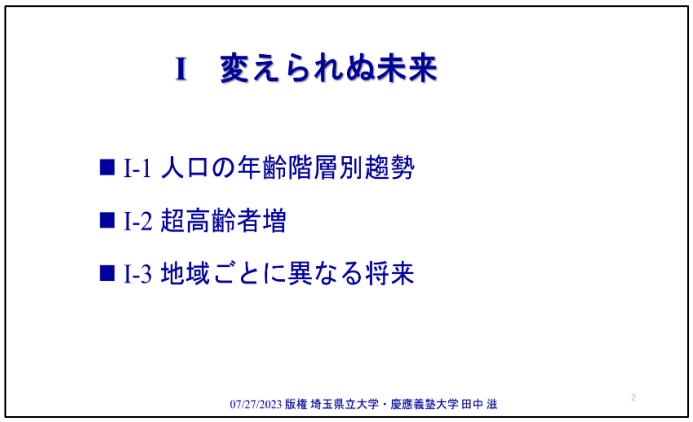


私が携わった地域包括ケア研究会が始まったのは今から 15 年前であったが、この間、我が国において「地域包括ケアシステム」という考え方が広まり、法律に明記されることはもちろん、地域包括ケア担当部長や課長といった役職の担当者がいる自治体も当たり前となっており、非常に短時間のうちに進化したことは、大変すばらしいと思っている。

また、研究会発足当時は、団塊の世代が全員 75 歳となる 2025 年を目標としていたが、現在の政策と目標は 2040 年に変わっている。

2040 年を目標とする視点には、２つ意味がある。１つは団塊ジュニア世代が 65 歳になり始め、もう１つは団塊の世代が 85 歳をすぎるからであり、さらに年間死亡数がピークになる。また、後期高齢者数の伸びは 2042 年で止まるが、しばらく高齢者の数は高原状態が続く。つまり、今 2023 年から 2042 年までは、富士山でいうと８合目から 10 合目のいちばん厳しい坂を登る時期に当たる。登り切った後は違う姿が見えるはずであるが、2042 年の登り切るところまでをどう乗り越えるかが重要である。そのために、2040 年を目標にしているのである。

【Ⅰ　変えられぬ未来（2)】

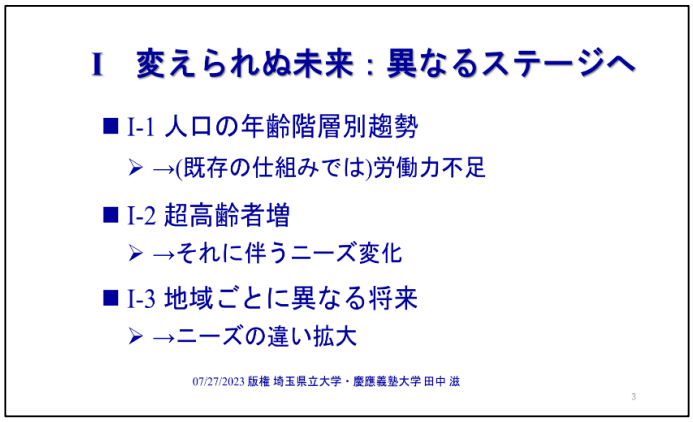


われわれは努力によって社会を変えられるが、変えられない事柄もある。われわれが直面している医療、介護、地域包括ケアシステムの世界において変えられない未来を３点、「Ⅰ－１人口の年齢階層別趨勢」、「Ⅰ－２超高齢者増」、「Ⅰ－３地域ごとに異なる将来」とおく。これは前提条件として引き受けるしかない。

【Ⅰ　変えられぬ未来：異なるステージへ（3)】

変えられぬ未来の１つ目は人口の年齢階層別趨勢であり、これは 20 年程度では変わらない。2100 年はわからないが、これから先の 20 年間、今年生まれた子どもたちは人数が少ないまま 20 歳になるわけであり、人口は大体予想どおりに動く。この状況における最大の変化は、労働力不足が加速化する趨勢である。

２つ目は、2042 年ごろまで続く超高齢者である 85 歳以上の人口増である。85 歳は大きな境目になる。年金制度にとって 65 歳は境目だが、大部分は元気高齢者であるこの年代の方はむしろ働き手や地域の支え手にまわっていただきたいわけで、65 歳は介護保険制度にとってはほとんど問題ではない。

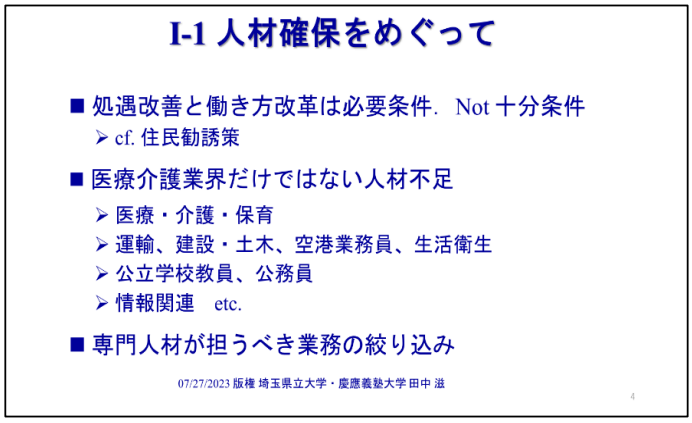


では 75 歳はどうか。75 歳は医療制度が変わり病気になる方も増えてくるが、要介護発生率はまだ２割に達せず、半分以上は元気高齢者である。介護が問題になり、地域包括ケアで様々な支援が必要になる年齢層は 85 歳である。前々回の東京オリンピックが開催された 1964 年には、85 歳以上人口は 20 数万人しかいなかったが、現在は 700 万人くらいになっており、この変化が大きい。

３つ目は、医学や医療制度は国を超えて進化していくが、介護ニーズ、地域包括ケアニーズは地域ごとに違いがあり、地域包括ケアのあり方も違う。

【Ⅰ－１　人材確保をめぐって（4）】

変わらない未来、変えられない未来とは、何といっても人口である。我が国においては、今後 20 歳から 75 歳くらいまでの人口は減少していくが、それは働き手が足りなくなることに他ならない。働き手が足りなくなる場合に、「介護分野の人手が足りないのは賃金が悪いからだ」、「看護師が足りなくなっているのは処遇が悪いからだ」などとよく言われる。当然、働き方改革や処遇改善をしなければ人材は減るが、対応を行ったからといって確実に人材が流入するわけではない。こうした取り組みは人材確保の必要条件ではあるけれども十分条件ではなく、厳しい状況となっている。



住民の勧誘策も同様である。若い世代を呼べるまちもあるが、それは日本の別の地域から移っているのにすぎない。住みにくいまちは人口が減るが、仮に日本中のまちにおいて住みやすさが同じように向上したら、日本中の医療機関が同じように働き方改革をしたら、人材不足は変わらないのである。

介護事業者も同様であり、すべての事業所で処遇改善が進み賃金が 10 万円上がったとすると、競争条件は変わらない。つまり、働き方改革や処遇改善は絶対的な必要条件ではあるが、十分条件ではないという、厳しい状況を理解しなければならないのである。

人材不足は今や医療・介護分野だけではなく、更に深刻な分野は度々ニュースで伝えられている。例えば、保育士は決定的に足りない。また、ドライバー不足による 2024 年問

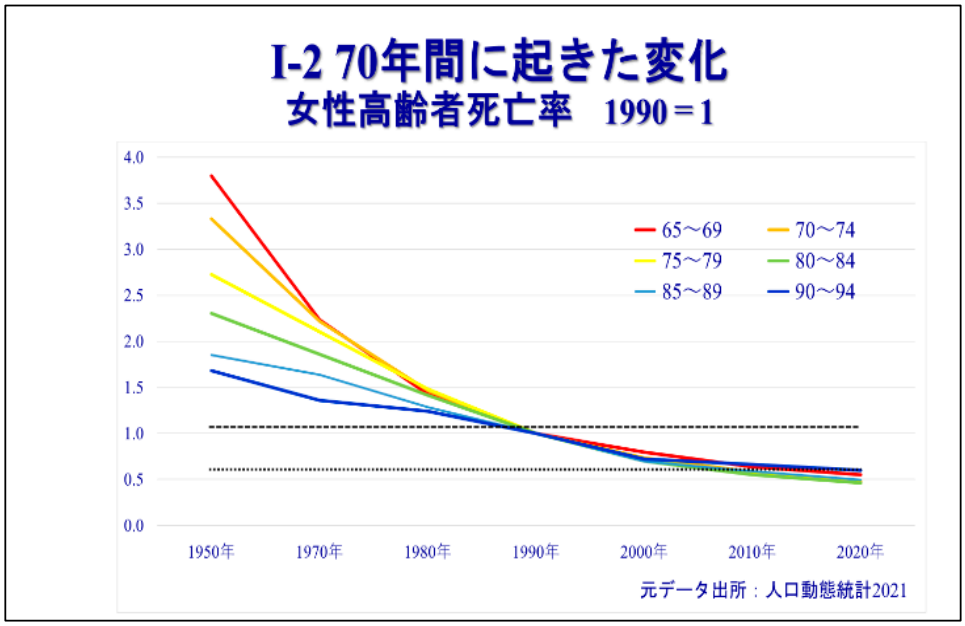
題は来年に迫っており、運輸に大きな影響が出るおそれがある。旅館等の生活衛生分野は、コロナ禍後の需要は戻ってきているが人員を確保できないため週７日営業ができず、週２日以上休まざるをえない事態が報告されている。その他にも、建設土木従事者や空港の業務員も集まらなくなってきている。後者についてはセキュリティ人員や荷物を運ぶ人員が足りないため、アメリカ合衆国の空港のように、空港に着いてから飛行機に乗るまで３時間くらいかかるようになるかもしれない。学校の教員試験や地方公務員試験の受験者数も減少して倍率が下がっている。情報関連は人材が集まっているが、ニーズが増え続けているのでやはり足りない。つまり人材が足りている産業がないのである。

こうなると答えは、処遇改善や働き方改革は必要条件として、医師を筆頭とする専門人材が何を担い、どのような作業手順にして誰に任せるかといった、生産性向上及び業務の改革を進める工夫により、少ない人口で日本の様々なシステムの運行をしなくてはならない。例えば保育士が相対的に少なくても保育できるような様々な DX を進めていく取組が必要になる。

【Ｉ－２　70 年間に起きた変化（5)】

２つ目の超高齢者増であるが、高齢者が増えた理由は、高齢者がさらに高齢化したからである。1950 年代くらいまでは子どもの死亡率激減により平均寿命が伸びたが、最近の状況は異なる。資料に示す「女性高齢者死亡率」のグラフは、５歳刻みにみた女性の１年間の死亡率が 1990 年を１としてどのように減少したか表している。男性の状況もあまり変わらない。1950 年から 1990 年間の 40 年間で死亡率は 1/4 になり、すべての年齢層で大幅に減少している様子から、高齢者がさらに長寿化していると分かる。

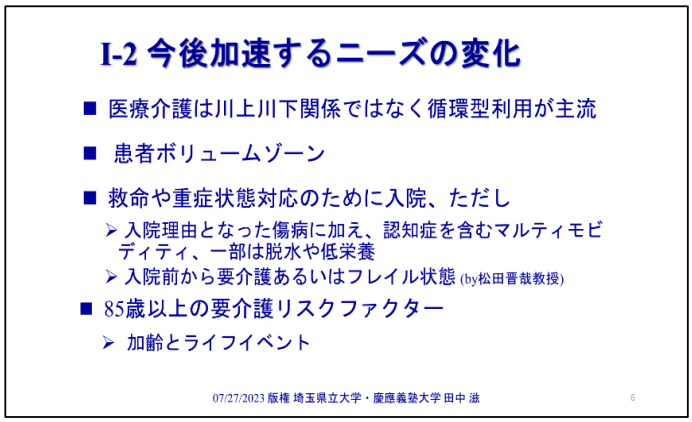
特に注目すべきは 1990 年以降である。1990 年から 2020 年までの死亡率低下は、65 歳から 94 歳のすべての年齢層で死亡率が半分になっており、これは日本の医療システム、介護システムは素晴らしいからにつきる。30 年間で 90 歳でさえ死亡率が半減する成果は、世の中は大げさに言えば超高齢者であふれる結果を生む。これは見事な変化であり、これを外国の人に見せると大変驚かれる。



このように、日本社会はすばらしい医療システムと介護システムによってサポートされているが、その結果として超高齢者が増えたために、それに合わせて社会を作り直さなくてはならないのである。

【Ⅰ－２ 今後加速するニーズの変化（6)】

私がこの分野の研究を始めた1980年代には、医療介護は川上川下と呼ばれていた。例えば元気で畑に出ていた人が脳卒中で倒れ、病院に担ぎ込まれて命は取り留めるけれども、昔で言う「中風」で要介護状態になるといった事態の多さから、急性期医療から介護まで、川上川下という言い方がされていた。



今は、松田晋哉 産業医科大学教授の研究によれば、二次救急に運ばれる患者の多くは入院前から半分程度が既に要介護あるいはフレイル状態であり、入院以前に先に介護状態にあった人が増えている。元気な人が倒れる事例は今から30～40年前のモデルであり、現在は、要介護状態の方が時々入院してまた在宅や施設に戻る循環型利用に変わっている。

私は介護や慢性期医療は川下ではないと思っている。循環型で医療機関を利用し、利用回数が増え最後亡くなる、まさに地域包括ケアの標語の１つである「おおむね在宅、時々入院」が主になってくるだろう。

多くの都道府県において急性期入院患者の平均年齢が75歳を超えており、かつてのような若い患者は減ってきている。若い患者と75歳や85歳の患者の大きな違いの一つは、単一疾病かどうかである。がん病院に入院してくる高齢の患者の多くは、心不全があり、高血圧で、認知症があるなど、複数の疾病や症状を抱えている。

救命や重症状態のために入院する高齢者が、それに加えマルチモビディティ（多疾患併存状態）で、糖尿病や脱水や低栄養状態といった人がボリュームゾーンとしては増えてきた。つまり専門医療だけではなくて、マルチモビディティ状態や、脱水や低栄養に対応しないと、入院はむしろ介護に関しては悪化要因であると言われるようになった。

85歳になると、要介護リスクのファクターが変わってくる。現在の統計でみると85歳以上の方が要介護になる最大のリスクファクターは加齢である。1歳年を取ると、要介護リスクが統計的に有意に高まる。65歳から66歳になっても、歩く速度も飲む量も変わらない。ところが85歳を過ぎると、１年ごとに年齢が最大のリスクファクターとなり、歩くスピードが遅くなり、食事の量が減り、認知機能が低下する確率が増していくのである。

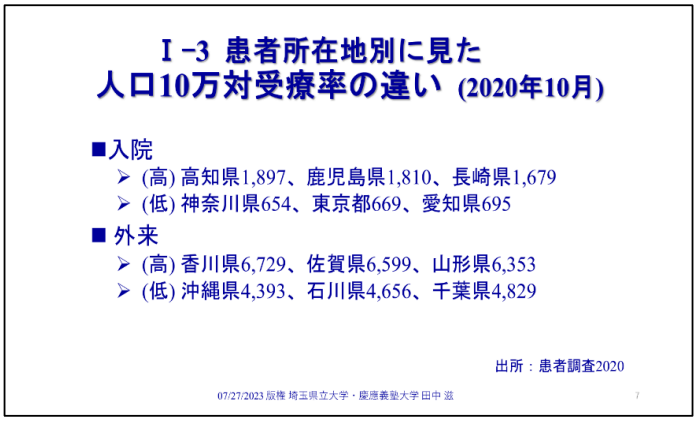
もう１つのリスクファクターはライフイベントである。家庭的なライフイベントとしていちばん大きい事象は配偶者あるいはパートナーの死である。長年連れ添ってきたパートナーが亡くなる事態は、生活や意欲に大きな変化を及ぼし、食べる意欲にも大きな変化を及ぼす。要介護リスクファクターについて、若いときのロコモティブシンドロームや運動

不足等に加えて、加齢と外部的な要因であるライフイベントによるショックを与える影響が強まるわけである。

こうした事実を踏まえると、介護予防のあり方も違ってくる。65 歳の介護予防は社会性を持つために、「イベントに参加しましょう」、「人と話しましょう」、「きちんと食べましょう」という対応で良いのだが、85 歳になると意味が違ってくる。このように、今後加速するニーズが変わってくるのである。

【Ⅰ－３　患者所在地別に見た人口 10 万対受療率の違い(7)】

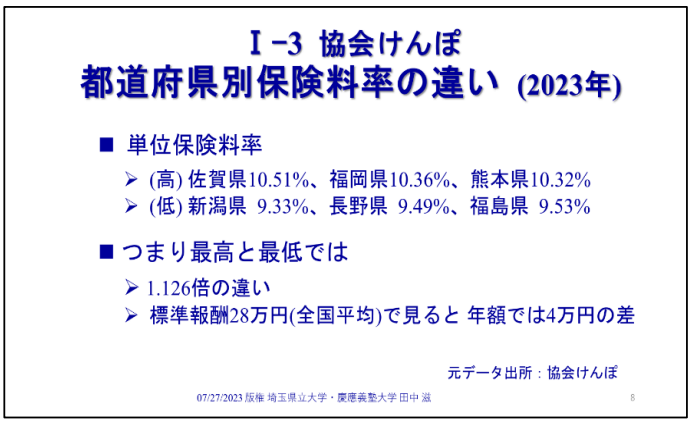
３つ目は地域別の違いである。日本各地の医療の状況は、例えば人口 10 万対医療入院率を見ると高知県と愛知県では３倍の差がある。同じ日本国内で、同じ医療技術を使っていて、ほとんど同じようなものを食べていても、入院率が違う。外来も同様で、入院ほど大きな差はないが、いちばん少ない千葉県といちばん多い香川県では、受療率は 1.34 倍の差がある。



医療・介護の連携を推進する際にどこが拠点になるか、これだけ違ってくる。

【Ⅰ－３　協会けんぽ 都道府県別保険料率の違い(8)】

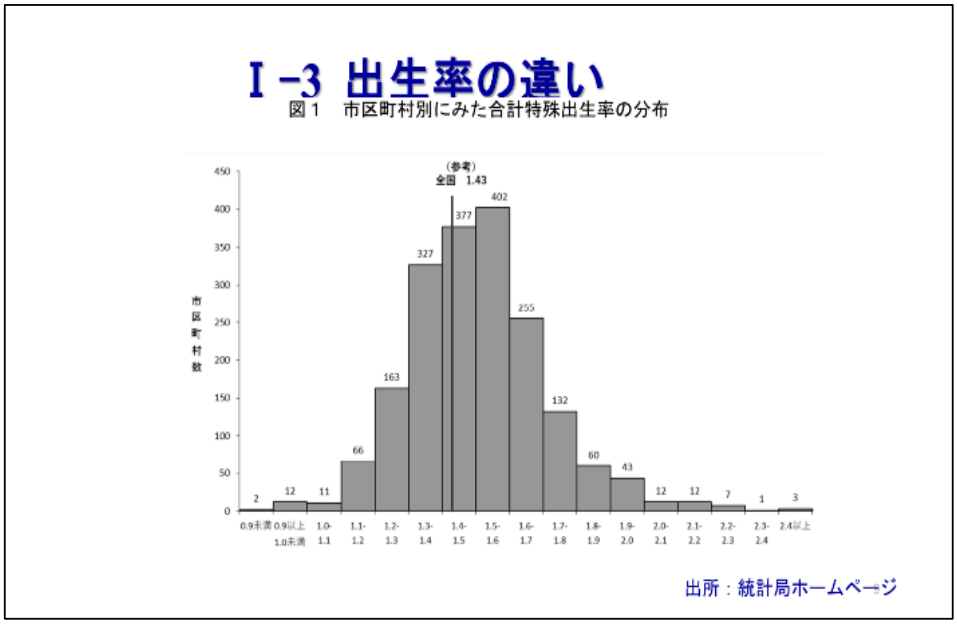
その結果、保険料率がどうなっているかを説明する。国民健康保険や組合健保と違い、協会けんぽは都道府県別の保険料率を医療費等に応じて毎年決めている。全国平均は 10.00%になるように調整するが、高い方から佐賀県は 10.51%、福岡県は 10.36%、熊本県は 10.32%、低い方では新潟県が 9.33%、長野県が 9.49%、福島県が 9.53%である。つまり最高と最低では 1.126 倍の違いがあり、標準報酬ベースで見ると年間４万円の差となる。これだけ医療費が違っているわけである。



ちなみに、協会けんぽは 4,000 万人が加入している世界最大のシングルプラン保険であり、4,000 万人がたった１つのチョイスのない保険プランでカバーされる例は世界中にない。だから統計が非常に細かく取れるのである。

【Ⅰ－３ 出生率の違い(9)】

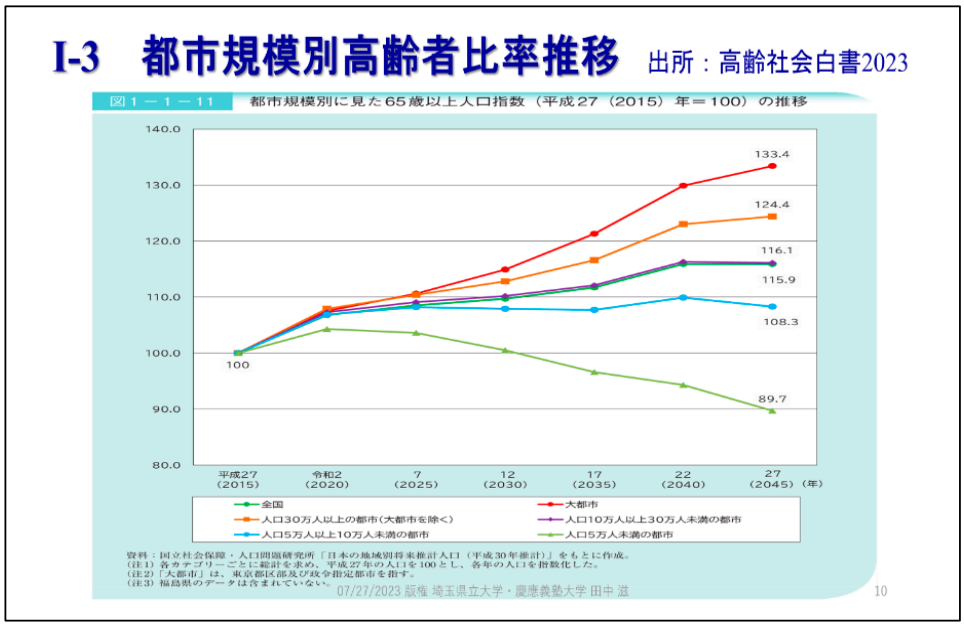
次に、出生率を見てみる。全市町村別の合計特殊出生率の分布をみると、沖縄を筆頭に２を超えているところがある一方、0.9 と低いところもあり、全国平均が 1.43 である。子どもが多く生まれている市町村と、そうではないところがある。子育て支援などのレベルや、所得の違いなどもあるが、日本中の市町村で子どもが減っているわけではなく、減り方が緩いところ、減り方が厳しいところがある様子が分かる。これに外国人の流入を加えると更に違ったグラフになると思われる。



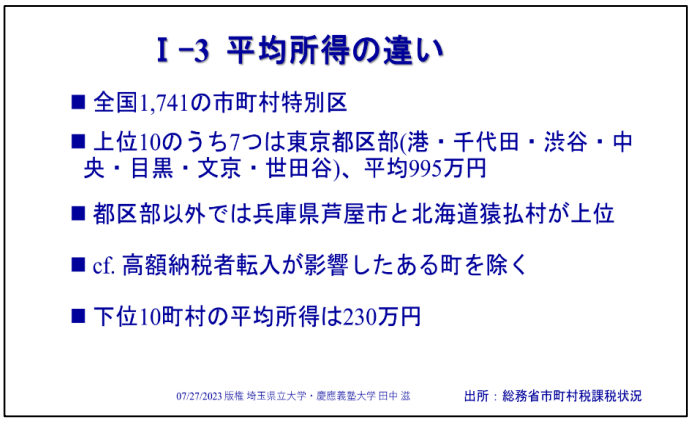
【Ⅰ－３ 都市規模別高齢者比率推移(10)】

続いて高齢者の比率がどうなっていくかを見てみたい。都市規模別にみた高齢の比率の推移は、図に示すように、一番下の折れ線の人口 5 万人未満の都市はすでにピークを過ぎており、高齢者が減ってくる。すぐ上の折れ線の人口 5～10 万人の都市は今がピークであり、今後しばらくは増加しない。一方、上の二つの折れ線で示される大都市及び人口 30 万人以上の都市は、2040 年～2045 年まで高齢者は増加する。

以上の観察から、介護体制、医療体制、地域包括ケア体制は、同じものは作れないと分かる。地域包括ケアを考える際に、医療介護提供体制は地域ごとに構築する必要があると理解しなくてはならない。



【Ｉ－３　平均所得の違い(11)】



もう一つ、所得にも注目したい。

全国には 1,741 の市町村＋東京都特別区がある。それぞれに単位ごとに、所得のある人たちがどのような納税をしているかの集計がある。1,741 のうち、トップ 10 の自治体の平均所得は 1,000 万円近い。うち７つは東京の中心及び西側区（港区、千代田区、渋谷区、中央区、目黒区、文京区、世田谷区）である。なお、東京 23 区内でも格差が見られ、中心区及び西側区と比べると東側の区の平均所得は半分程度となっている。東京以外では兵庫県芦屋市と北海道猿払村が上位に入っている。猿払村はホタテ漁が盛んで収入が高いそうである。

一方、1,741 の下位 10 町村の平均所得は 230 万円にとどまる。平等社会と考えられがちな日本で、市町村別に見ると平均所得は４倍以上違うのである。

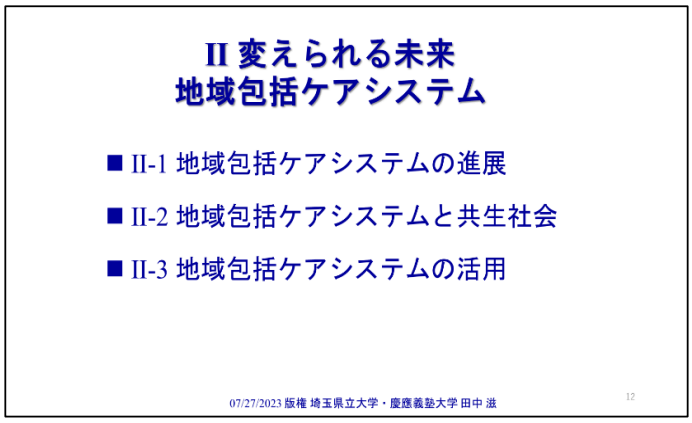
地域の状況を踏まえて、どのような仕組みを築くかを考えなければならない。たとえば介護事業者はビジネスが成り立つか、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームを作ってお客がくるか。将来、もしも特別養護老人ホームの低所得者についても食住費が徴収される制度が導入されたらどうなるか。こうした変化に対しては明らかに地域差の影響が大きく出てしまう。さらに文化や歴史なども加味すべき点である。つまり地域ごとに地域包括ケアシステムを作らなくてはならない。

どの都道府県でも手術の仕方や TPA を脳卒中の方に投与する方法は変わらないが、地域包括ケアシステム、そして開業医や中小病院などの地域を支える病院と住民の関係は、はじめにこのような条件を考えなければ構築できないと分かる。

ここまでは変えられない未来である。

【Ⅱ 変えられる未来 地域包括ケアシステム(12)】

次に、私たちが変えられる未来を考えていきたい。まずは医師会を筆頭に変えられる事柄を説明する。

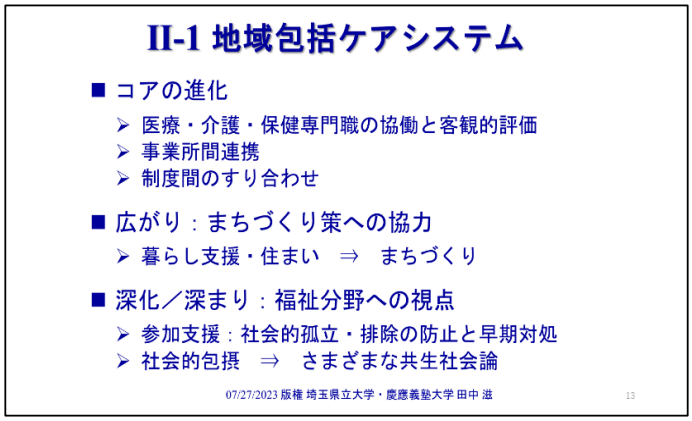


日本各地の医師会は、地域包括ケアシステム推進者としてご尽力いただいている。日本は国際的に見て羨ましがられるくらい、医療をもコアに置きながら地域包括ケアシステムが進んでおり、これはさらに進展できる。

共生社会との関係の意味に触れつつ、さらにそれを活用して、わが国最大の課題である少子化対策にどう繋げていけるのか、これらを変えられる未来としてお話していく。

【Ⅱ－１ 地域包括ケアシステム(13)】

2008 年に地域包括ケア研究会が創設され、2014 年に医療介護総合確保推進法によって地域包括ケアシステムが定義された。わずか６年で大きな法律が通ったことは大きい。その後、ほぼ 10 年間で、地域ごとの違いはあるにせよ地域包括ケアシステムが進化してきた。進化を分析すると、「コアの進化」、「広がり：まちづくり策への協力」、「深化/深まり：福祉分野への視点」の３つがあると指摘できる。



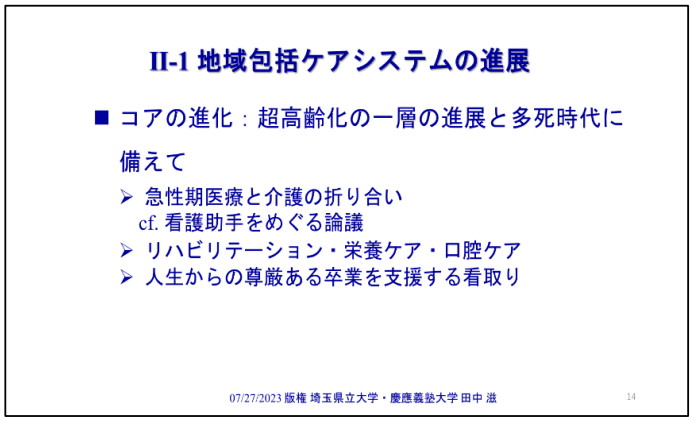
１つ目は「コアの進化」である。コアの部分では、医療・介護・保健専門職の協働が普通に行われるようになった。なお協働は一人ひとりの利用者に対して、同じケアプランを理解し、同じ予後予測を共有する状態を指し、これが可能となってきた。この部分はまさに専門職の仕事である。さらに客観的評価がなされるように変わってきた。また、病院、診療所、介護事業者、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）等の事業所間連携や、医師会と病院団体、看護協会、介護支援専門員協会（ケアマネ協会）などの団体間の連携も進むようになってきた。制度間のすり合わせについてはまだ課題であるが、例えば中央社会保険医療協議会（中医協）と社会保障審議会介護給付費分科会（以下、給付費分科会）の合同会議も開催され、すり合わせが行われるようになってきている。このコアの部分は、専門職同士が科学的な用語を使って、客観的分析をしているところであり、地域の医師会がリーダーシップをとるとかなり進むと考えている。

２つ目は「広がり：まちづくり策への協力」である。85 歳以上になると、医療や介護だけでは生活の支援が難しくなってくる。例えば 65 歳では、初期であったがんの手術をして退院した後、１年後には普通の生活が可能な人はたくさんいる。75 歳の人の多くは自分で買い物に行けるし、家事は自分でできる。しかし 85 歳を過ぎると、だんだんと暮らしの支援や、住まい支援が必要になり、新たなまちづくりが必要となる。それについて、医師会は発言や提案は可能だが、リーダーシップをとるのは難しいし、すべきではないだろう。「コアの進化」は医師会が指導力を発揮できるが、「まちづくり」は外側から応援する役割を担ってほしい。市役所が中心となって行うまちづくり策に医療・介護関係者がどのように協力するのか、例えばイベントのときに協力などができるだろう。

３つ目は、「深化/深まり：福祉分野への視点」である。日本の家計間経済力格差は広がっており、そこから生ずる最大の課題は生活困窮者の増大である。年を取って認知症等で孤立するだけではなくて、貧困もまた孤立を招きやすいのである。孤立するだけではなくて、地域の人から排除されかねない。この部分は社会福祉の専門職の力がないとまちに分断が起きる。それを直す方法論は「社会的包摂」である。

ここで本日の課題になっている共生社会論につながる。地域包括ケアシステムはこのように３つの方向で進展してきた。

【Ⅱ－１　地域包括ケアシステムの進展(14)】



今後、85 歳以上が増え、当分年間 170 万人が亡くなる多死時代となる。少し前の日本の年間死亡数は 100 万人以下であったが、今は 150 万人を超えてきている。こうした状況においては今までと違う対応が必要になるため、幾つか指摘しておきたい。

まずは急性期医療と介護の折り合いである。急性期医療の目的は救命、重篤な疾病の治療、怪我の治療であり、１～２週間の急性期入院において介護は目的ではないし、もともと持っていた慢性疾患の治療も目的ではない。しかし入院中に、介護の手当てが不十分なため介護状態が悪化するのではないかと指摘する声があちこちから挙がっている。ある意味やむをえないかもしれないが、現実として大学病院等をみていると、急性期医療では、やむをえぬとはいえ、介護対応は二の次になる。その理由の１つは、介護分野の専門職の急性期医療現場における扱いである。

「看護助手」という用語があるが、助手とは明らかに看護の手下、目下という扱いを招く。例えば、看護師やリハビリテーション専門職を医師助手とは呼ばない。医療現場において看護師、栄養士や薬剤師等は同僚であり、助手ではない。たとえば、記録を付ける人等は、医師助手や看護助手と呼んでいいかもしれない。しかしながら栄養士が患者のお腹に聴診器を当てて、ご飯が食べられるかどうかをアドバイスするあり方は、専門職としての仕事である。同じく、介護の専門性を持った介護福祉士の資格を持つ人が排泄のコント

ロールを手助けする行為は、医療における看護の仕事とは専門性が多少異なる。私は「看護助手」なる呼称はやめるべきだと思っている。助手ではなく同僚として、医師、看護師、薬剤師等々あるように、介護福祉士も急性期医療の現場にいてもいいのではないか。回復期病棟あるいは慢性期病院では介護福祉士が従事するようになってきている。

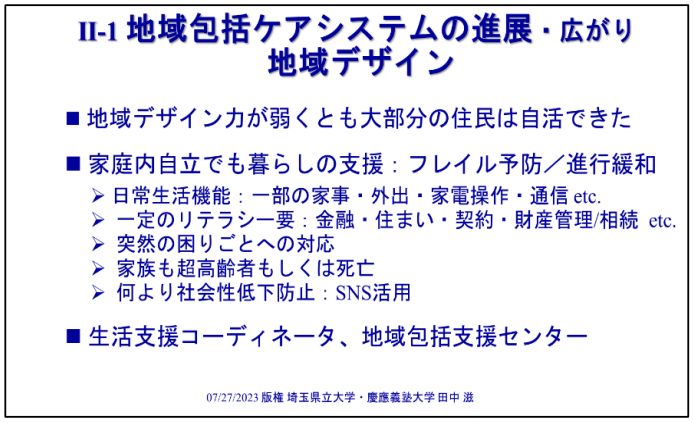
２つ目は、給付費分科会の議論において、令和３年度の報酬改定から強く打ち出されているリハビリテーション・栄養ケア・口腔ケアの３点セットである。令和６年度の報酬改定でもその傾向である。

介護保険設立議論の頃、リハビリテーション前置主義といってリハビリのみが重視されていたが、85 歳以上の超高齢者は十分に栄養を摂取していないとリハビリテーションをする気力がなく、続ける体力が不足しかねない。なお、日本の介護食の分野は著しく進化し、食事の種類が増え、さまざまな食形態があり、しかもおいしく温かい。しかし優れた栄養ケアがあっても、嚥下機能、咀しゃく機能がなければ噛めず、飲み込めない。したがって、リハビリテーションと栄養ケア、口腔ケアはセットで考えるべきである。これは 20 年前の介護保険ができた頃は言われていなかった進化であり、この７～８年で急速に広まってきた。まさに科学性に基づく。エビデンスを伴う３点セットは、これからも科学的介護の点からも重要視されていく。

３つ目は、多死時代である。どんなに頑張っても、人は最期「卒業」する。防げない死として、典型的には老衰、アルツハイマー末期、がん末期などは、最期の一か月は不可逆的かもしれないが、苦しみや痛みの軽減は可能である。ゆっくりと痩せていき、やがて細胞が栄養や水分を摂れなくなっていく。がんでもなく心臓もどこも悪くなく、痩せて細くなって眠る時間が増え、あと一月ではないかと誰もが推測できる。そうした場合、尊厳ある卒業が可能である。

そのような死はこれから増えていくだろう。こうした方たちにどのような尊厳ある卒業をさせるかを考えていく必要がある。

【Ⅱ－１　地域包括ケアシステムの進展・広がり　地域デザイン(15)】



続いては広がりである。広がりとは日常生活支援を指す。生活とは何か。家族と会話したり、笑いあったり、ペットの世話をしたり、花を愛でたり、孫やひ孫の将棋の相手をしたり、好きなスポーツを応援したり、あるいは自ら実践したり、車を運転したりなどなどである。一時的に医療や介護の世話になるかもしれないが、医療や介護を受けることは人生の目的ではない。治療を受けるために生きている人はおらず、生きるために受療するのであり、生活を継続するために介護サービスを利用するのである。人と会話し、笑い、ときに軽く喧嘩する、それが生活である。

私たちは生活の多くを自立できているが、85 歳を過ぎると徐々に難しくなってくる。江戸時代は元より、今からほんの 60 年前でも 85 歳以上人口はほとんどいない時代であっ

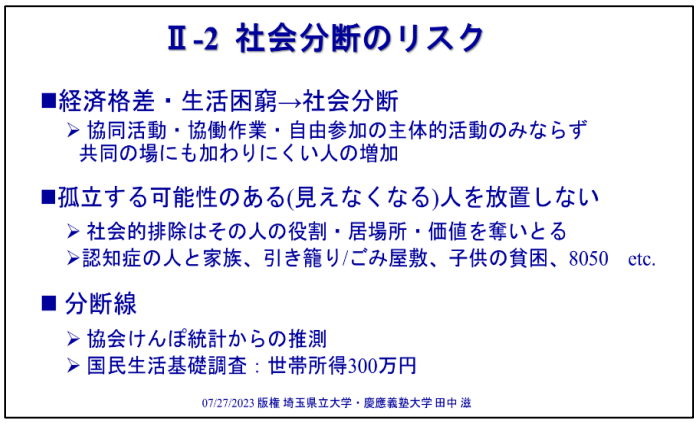
た。ところが 85 歳以上が 1,000 万人になる 2040 年代を迎える。例えば、排泄も摂食も「自立」、シャワーで身体が洗えるので清拭も「自立」であれば、要介護とは認定されない。ただし、例えば日常生活機能のうちご飯をレンジで温めることはできるが、重い買い物が難しくなり、歩くのが苦痛となって出かけられなくなる。家電製品などは使い方がどんどん複雑化している。最近は説明書がついておらず、インターネットで調べなくてはならない。近くにいる子供や孫に教えてもらえればよいが、そのような人が近くにいなかったらどうなるか。こうした支援は必要である

ちなみに、我が埼玉県立大学では学生たちが近隣の UR 団地の高齢者を集めてスマホ教室を開いている。20 歳前後の学生が丁寧に教えてくれると、大変人気がある。スマホのアプリも使えるようになれば使えるが、最初の支援が欠かせない。

最近、銀行の支店がどんどん減っているのをお気づきだろうか。銀行に行くと受付で「何のご用ですか？では３番の機械へ」、「では５番の機械に」と機械の場所は教えてくれるが、機械での公金の納付方法や支払方法などは教えてくれる人員がいないので、人に相談しながら金融取引が困難になりつつある。駅も同様に、駅員がいなくなっており、切符の買い方が分からない人は基本的に買えないし、スマートフォンへのチャージ方法も分からない。

つまり、日本中で働く人が減少しているなかで、人と話しながら何かをオーダーする機会が減ってきている。無人レストランやキャッシュを使えないレストランが徐々に増えてきている。つまり、ICT 等のリテラシーが必要な分野が増えているが、それらへの対応が難しい 85 歳以上の人が増え、突然の困りごとへの対応力が低下していく。体力低下と共に友人とじかに会う機会も減ってくるし、電話は料金がかかるので、SNS 上での会話を選ばざるを得ないが、使いこなすのに一定のリテラシーが求められる。これらへの対応は医師会の責務ではないが、地域が支援しないと高齢者は社会的閉じこもりによってフレイルになっていく。そのために生活支援コーディネーターや地域包括支援センターの一部の機能も発達しつつあるとはいえ、まだ不十分かもしれない。

【Ⅱ－２ 社会分断のリスク(16)】



もう１つは、社会分断のリスクである。今、世界には分断されている社会が多い。私が若い頃のアメリカ合衆国はとても理想的に見えたが、今は分断されていてお互い憎み合っている。共和党と民主党は対立ではなくて対決している。スペインでも分断が起き、ドイツでもフランスでも極右勢力が伸びている。つまり社会についていけない人たちが極右、極左、あるいは狂信的な宗教に救いを求める危険がある。日本はまだ起きていないが、そうした事態が起きる大きな原因は経済格差と生活困窮である。

今の日本は宗教的な理由で分断が起きるとは考えにくいので、主に生活困窮が原因となりうるだろう。生活が苦しいと地域の共同活動、共同作業、あるいは地域のいろいろな集

まりにも参加できなくなっていく。特に子どもを考えていただきたい。親が地域に加わらないと子どもが孤立し、親がご飯をきちんと食べられない状態だと、子どもの食事も貧困になる。食事が貧困で、栄養が偏ると、脳の発達に影響が出かねないし、ましてや社会的な発達にも影響がある可能性は、医学研究の世界でも指摘されている。

このような人たちをそのまま放置し、さらには地域社会における生活から排除してしまうと、その人は役割、居場所、価値を奪われてしまう。例えば認知症の人については 20 年前に比べると随分社会の理解が進み、各地にオレンジサポーターなどがいて、給付費分科会でも認知症の方や認知症の家族の方が意見を主張するようになった。このように認知症の人は人数が多いので社会的に対応が広がっているが、それでも認知症が原因の引きこもりや、ゴミ屋敷が問題になる事例は後を絶たない。さらに深刻な事態は子どもの貧困である。時々起きる 80 代の親の年金に頼っている 50 代の無職中年が閉じこもりで、最後心中してしまったりする。

このような分断線がどこにあるか。分断線が上に上がってくるととても危険である。これを統計から説明する。協会けんぽ統計や国民生活基礎調査の統計を見ると、大体世帯所得 300 万円が分断線であると推測される。世帯所得は世帯全員の所得の合計値であり、一人ひとりでいうと、100 万円や 200 万円であったりする。ここが分断線ではないかと思う。

【Ⅱ－２　協会けんぽ平均標準報酬月額動向(17)】

世界最大のシングルプランである協会けんぽにおける、加入者の平均標準報酬動向のグラフを示す。平均標準報酬は、残業代や特別な手当てを除く、毎月決まって支払われる報酬の合計である。これには月給だけではなくて、毎月定期的に支払われるポジション（役職）の給与なども入る。

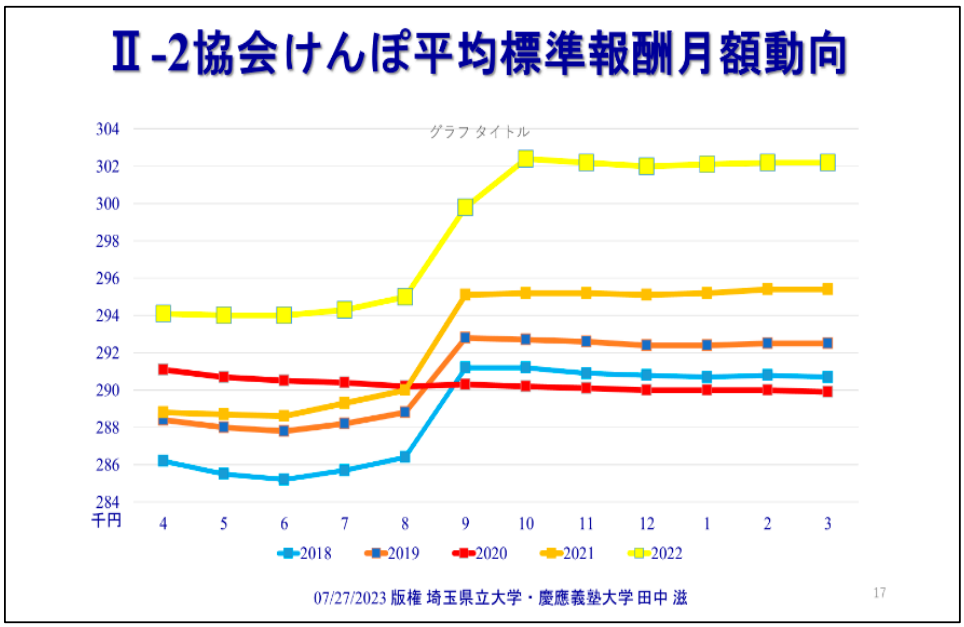
５本の折れ線があるが、４月時点でいちばん下の線が 2018 年でその上が 2019 年の数値を示す。定期昇給が標準報酬月額に反映されるのは９月なので９月に線が上がり、その後は定年退職者等の発生と共に少しずつ下がっていき、３月の末に定年退職で給料が相対的に高い人が多く辞めると、次の年の４月には数値が下がる。

この形がずっと続き、2018 年、2019 年と変わらなかったが、４月時点で上から２番目の折れ線が示す 2020 年は、新型コロナウイルス感染症の影響で、会社側が防衛のため、ベースアップはもとより定期昇給もできなかった。2020 年は１年間平均標準報酬が下がり続けたのである。

ところが日本の中小企業はしっかりしており、上から３番目の折れ線の 2021 年は、2020 年より低くスタートしているものの定期昇給が復活し、９月には 2020 年・2019 年を上回った。そして 2022 年は更に上がり、協会けんぽ始まって以来、平均標準報酬が 30 万円に到達している。物価が上がっているから相対的には生活は同じか厳しくなっているかもしれないが、中小・零細企業に勤める方々の給料は何とかなっている様子が分かる。つまり、協会けんぽという従業員５人以上の会社や小さい事業所では、何とか生活が継続できている状況を意味する。

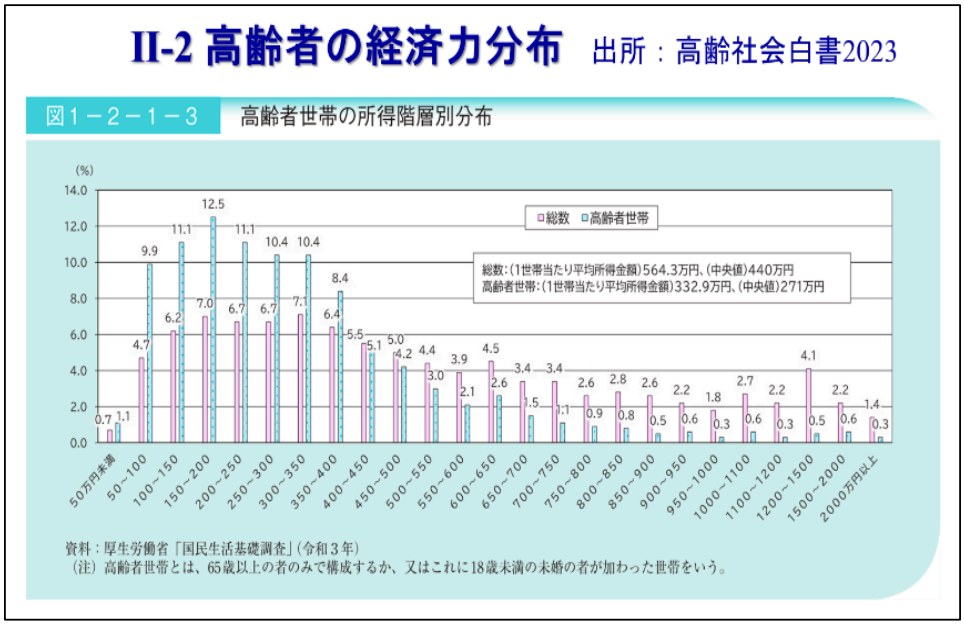
問題は正規雇用につけていない、標準報酬を取れていない非正規の人たちやアルバイトの人たちが、社会的安全網の外側に置かれている点である。つまり分断線の外側に１割くらいの人がいると見ている。分断線が大企業と中小企業で引かれると社会が大きな２つの

かたまりに分かれるため危険であるが、今のところ９対１くらいなのでまだ目立っていない。しかし、ここを放っておいてはいけないと考えている。

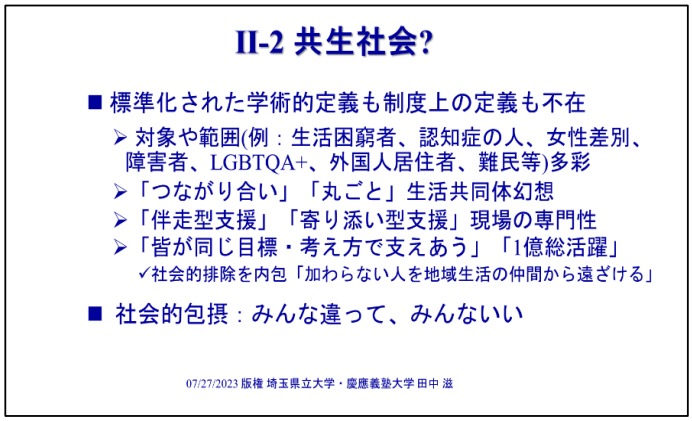


【Ⅱ－２　高齢者の経済力分布(18)】

高齢者世帯の所得階層別分布を見ると、高齢者は更に所得差があると分かる。左の棒グラフが総数で、右の棒グラフが高齢者世帯である。高齢者世帯においても年収 2,000 万円以上が 0.3%いるとはいえ、高齢者世帯の分布は所得が低い左に寄っており、総数の線は平らな分布になる。つまり、高齢者になると経済力分布が著しく変わっていく。認知症の方はもとより、貧しい高齢者がどのように生活できる設計とするのか、地域デザインする努力が求められる。



【Ⅱ－２　共生社会？(19)】



共生社会とは何か。さらに、地域共生社会という言葉も使われる。共生社会は、医療、介護、地域包括ケアシステムなどと違って定義がなく、人によっても言う内容が違う。学術的定義は複数「ある」とも、統一的定義は「ない」ともいえ、制度上共通の定義に至っては存在しない。誰を一緒にすると共生というのかは、運動論者によって主張が異なる。

例えば、女性差別こそが共生社会実現にとって問題だと言っている人はたくさんおられる。会社の役員や大学の教授、医師会の役員にできるだけ女性を増やすとか、女性も社会的な力を持つ姿が共生の考えだとの主張は、運動論としてはそれぞれ正しい。生活困窮の方も社会から排除されずに、行き倒れにならないようにしよう、それが共生だという運動もある。相対的には進化している分野は認知症の方への対応で、認知症フレンドリー宣言をしているスーパーマーケットやコンビニが増えてきた。

障害者についても、障害があっても暮らしていける社会にしようと、障害者が普通に暮らしていく社会は悪くないと考える人が増えてきた。

LGBTQA＋の人たちへの差別については、色々な人がいていい社会を唱える考えの一方で、けしからんという意見も結構ある。外国人居住者についても同様である。

どこまでの範囲を共生の対象にするかは人によって違うし、何を共生と呼ぶか定義も違う。１つは「つながり合い」とか、「丸ごと皆が仲良く生きよう」など、どちらかといえば幻想に近い理想を唱えている人たちも見られる。現場で頑張っている人たちは、生活困窮の方、障害を持った方に、伴走型支援、寄り添い型支援を実行しておられ、大変結構だと思う。

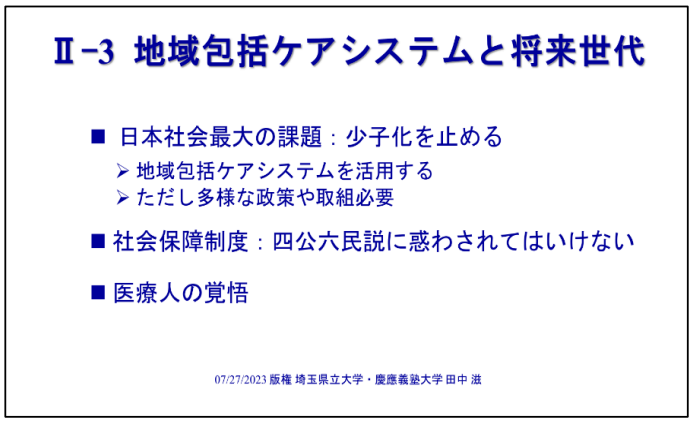
次に、皆が同じ目標を持ち、同じ考え方で支え合う「麗しい社会」を唱える人たちもいる。しかし、「１億総活躍社会」とは、戦前の全体主義社会に近い考え方ではなかろうかと危険視している。皆が同じ目標を持つ社会とは、持たない人を排除する社会と紙一重であり、加わらない人を村八分にする危険性を含むからである。

私の考えは、共生とは「みんな違って、みんないい」につきると思っている。例えばLGBTQA を考えてみよう。私はゲイではないがあなたはゲイである、でもクラスの仲間として存在していいし、職場においてあなたがどのような性的指向を持っているか関係ない。職場は仕事の場であり、学校は学びの場であるからいろいろな人がいてもいい。私は饅頭を食べる、あなたは煎餅が好きだ、と同じくらい個人の好みに違いがあるにすぎず、ゆえに違っていていい。私は饅頭を食べないが、別にクラスメイトとして煎餅好きが存在してよいという程度に緩く考える。それがいい意味の共生だと思う。共生について、みんなが同じ目標を持つ社会と考えるのは、違う考えの人の排除につながる危険な思考だと思う。そのような考えを持つ人が一部にいても構わないが、主流にしてはいけない。職場や学校、医師会の場に、どこの国の生まれの人がいてもいい社会の組み合わせがよい国であ

る。医師としてちゃんとした仕事をしていれば、別に髪の毛の色はどうでもいいというほうが、良い共生社会ではないか。とはいえ、これは私の主張であるため、考え方が違ってもいい。

このように共生論については制度論としてはまとまっていないが、地域包括ケアシステムをどう活かしていくかは、思想の問題ではなく、これからの実務的課題である。

【Ⅱ－３　地域包括ケアシステムと将来世代(20)】



超高齢化は大きな課題とはいえ、我々は乗り越えられると思っている。1980～90 年代、放置された要介護者が増えたときにどうなるかと危惧していたが、世界でも数少ないよくできた介護保険制度のおかげで、専門性が極めて高く対応できるようになった。

高齢化については、あと 20 年の間に最後の坂を登ればもう仕組みを動かせばいいだけになる。仕組み作りはそこで終わるし、前述したように一部の自治体では高齢化はもう終わっている。

国内の最大の社会課題は少子化をいかに止めるかに他ならない。少子化を止めるには、地域包括ケアシステム「も」活用していくが、地域包括ケアシステムだけでは解決は無理である。若い人の働き方を変え、所得をいかに高めるかが根本と考えられる以上、地域包括ケアシステムだけでは難しいが、地域包括ケアシステムは役に立つので活用すべきである。

たとえば子どもが病気がちであるとか、医療的ケア児である場合、あるいは健康な子どもであっても時々病気したときに会社を休むと解雇されるなどの懸念に対し、会社を休まなくても、地域で子どもを６時頃まで預かることが可能となる地域包括ケアシステムを作れる。安心して暮らせる社会の構築に向け、例えば介護事業所がオープンスペースを活用している例は結構あり、病院で行っている事例も見られるようだ。また、院内は無理だが院内の敷地に子どもが集まれる場所を作る工夫も可能である。住民同士の顔が見え、自治体との関係性が深まってこそ、地域包括ケアシステムである。関係性が構築されていれば、「うちの医療機関の方針では、こういうことができる」と市役所と話し合う場面の設定が可能となり、少子化を止めるための一助にはなる。これらはぜひ応援していきたい。

最後に、社会保障制度にも触れておく。

社会保障制度論において、未だに四公六民説を主張する人がいる。四公六民とは、江戸時代に農民の作ったお米や麦を、侍たちが４割持っていき、６割しか残らない年貢制度のことである。ひどい藩では五公五民であった。今の日本の税金と健康保険料、介護保険料等を合わせると４割になり、江戸時代並みの大きな負担だから一揆を起こそうではないかと説く学者がいるが、学者がこういう嘘を言ってはいけない。

江戸時代の四公は、納めた四は軍事や城づくり、幕府の命ずる土木や国防費用等で、農民漁民商工民の生活支援とは異なっていた。それに対し現在の医療、介護、年金等の保険

料は、医療や介護が必要なために皆が薄く負担して、私たちの生活に返ってきている。年金が典型的であるが、払った年金保険料は高齢者の生活費になっているのだから、四公といっても公が４割使っているわけではなく、四公のうち半分以上は実はわれわれの生活に要する費用をカバーする、年金や医療費、介護費となって生活に戻ってきているのである。

国別の統計を踏まえて、何割が公を通って私たちの生活に返ってきているかを示す統計を作り直さなければいけない。私は作り直して論文にして発表した経験が何回もあるが、そのたびに四公六民派というか、市場経済原理派との意見の違いが明確となった。

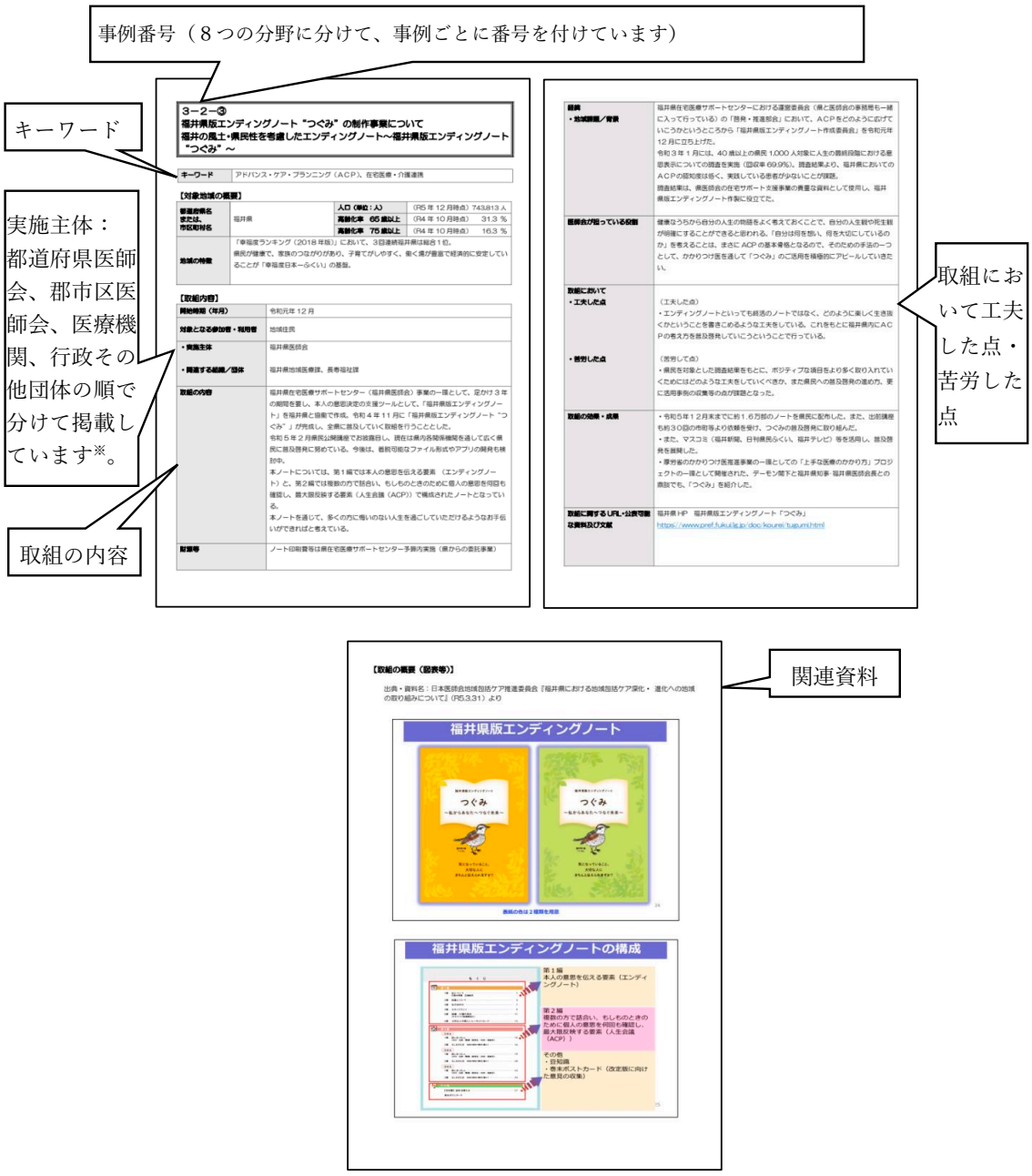
では六公四民とも言える北欧は頻繁に革命が起きているか。そんなことはない。北欧は負担率が高く、六公四民に見えるが、６は公を通って多くは国民生活に返ってきている。つまり、一度公を通すか通さないかは国ごとの決め事なのである。日本は中くらいの負担であるが、一度公を通すのをやめて全部私的年金にすれば四公六民はなくなる。その代わりに階層格差は広がるだろう。以上、社会保障制度論も併せて述べておく。

最後に、医療人の覚悟を期待したい。地域包括ケアシステムは、コア部分は何と言っても医師、医師会の力が役に立つ。各地域の看護職も介護職も、地域医師会がリーダーシップをとるとついてきてくれる。役所と都道府県知事に対して意見を主張できるのは、都道府県医師会の力である。都道府県知事に「医療・介護は我々に任せてもらい、自治体は生活支援、まちづくりに力を入れて下さい。応援しますよ」と言うのも医療人である。さすがに福祉問題は医療人だけでは難しいにしても、そこも応援しましょうと言ってほしい。

地域包括ケアシステムについて、日本医師会のこの委員会において話す機会があるたびに進化してきていることを嬉しく感じ、同時にまだまだであるとも考える。以上である。

3．取 組 事 例（分野別）

～　見方のご案内　～



※「３－１．医療・介護連携に関する取組」については件数が多いため、在宅医療・介護連携、多職種連携、地域包括ケアのグループで分類したうえで掲載しています。
また「３－６．生活支援、就労支援に関する取組」は、生活支援、就労支援、ボランティア等のグループ順で掲載しています。

３―１．医療・介護連携に関する取組

3-1-①　秋田県で取り組む医療介護情報共有クラウドシステム「ナラティブブック秋田」（ICT ツール）
－多職種が関わるアドバンス・ケア・プランニング及び看取りの普及啓発事業－

3-1-②　福井県在宅医療サポートセンター事業について

3-1-③　『福井県版入退院支援ルール』の取り組み

3-1-④　多職種間で利用可能なＩＣＴ整備事業　－地域全体で患者さんを診るシステム「ふくいメディカルネット」・ふくいみまもりＳＮＳ（仮称）－

3-1-⑤　在宅医療地域ネットワーク整備事業　－地域包括ケアにおける情報共有システムの構築と運用における実績と課題－

3-1-⑥　おたる地域包括ビジョン協議会および「おたるワンチーム」の取組について

3-1-⑦　坂井地区在宅ケア体制モデル整備事業　「坂井地区在宅ケアネット」

3-1-⑧　徳島市在宅医療・介護連携推進事業　－徳島市医師会における在宅医療の取り組み―

3-1-⑨　地域中核拠点の設置「あきた森の保健室」 社会的処方の社会資源となる保健室

3-1-⑩　地域課題の抽出から余市町服薬状況報告シートの作成と地域の展開について　－医療介護連携推進事業の地域課題から抽出された服薬状況報告シート－

3-1-⑪　在宅医療・介護連携推進事業 みとりぃな（「看取り」をテーマにした事例検討会により多職種で学ぶ機会をつくる）

3-1-⑫　茨城県地域包括ケア推進センターを活用した地域包括ケア推進体制の構築　－茨城県の医療と介護、そして行政をつなぐために－

3-1-⑬　静岡県地域包括ケア情報システム「シズケア＊かけはし」を活用した多職種連携

3-1-⑭　各地域包括支援センターと協働して行う種々の活動　－地域ごとに行う包括支援センターとの協働－

3-1-⑮　「情報共有シートの作成と運用」　－高齢者住宅における救急搬送問題の解決－

3-1-⑯　徳島県地域包括ケアシステム学会

3-1-⑰　福井市医師会 地域包括ケアサポート医体制

3-1-⑱　長崎県内市町の地域包括ケアシステム構築評価基準

３－１―①
秋田県で取り組む医療介護情報共有クラウドシステム「ナラティブブック秋田」（ICT ツール）　―多職種が関わるアドバンス・ケア・プランニング及び看取りの普及啓発事業―

キーワード	在宅医療、情報共有、多職種連携、ICT 連携

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	秋田県	**人口（単位：人）**	（R5 年 12 月時点）910,988 人
		高齢化率　65 歳以上	（R5 年７月時点）　39.3 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R5 年７月時点）　21.2 ％

【取組内容】

開始時期（年月）	２０１５年9月
対象となる参加者・利用者	県内医療介護従事者、地域包括ケアセンター、秋田県内住民
・実施主体 **・関連する組織／団体**	秋田県医師会
取組の内容	ナラティブブック秋田は、地域包括ケアシステムの実現を目指すために、秋田県医師会が中心となって、地域で暮らす方々の医療や介護、生活支援を情報連携システム「ナラティブブック」を用いて多職種で共有し、患者や家族に関わり、見守り寄り添う仕組みである。 2015 年 10 月より由利本荘市及びにかほ市に住む在宅医療を必要とする方々を中心としてはじめた活動は、2021 年より全県で利用されている。多くの医療機関、介護関連施設が参加するように、秋田県内９つの郡市医師会ごとに ACP・人生会議の啓発事業と合わせて、多職種を集めた研修会や住民向けの説明会を実施している。 また、2022 年４月より医療的ケア児とその家族の見守りの仕組みとして採用され、日々の生活の支援の他、緊急時の連絡網として活用されている。 ナラティブブック秋田におけるコンセプトは、「医療や介護、生活の情報は個人が持つ」事とし、マイナンバーカードと同様に、ナラティブブックシステムに登録した個人 ID（NBID）に全て情報を集めており、本人に関わる医療や介護従事者はその方の情報の許可を得て見に行く仕組みになっている。この仕組みは、医療や介護従事者が互いに業務の実施報告をすることが目的ではなく、患者の想いや今ある生活の状況に応じて、それぞれの職種が患者さんの QOL を考え、それぞれのプロフェッショナルの視点と医療倫理の元で関わり、対応した内容を記録することで、本人が語る「ナラティブ」を一緒に紡いでいくプロセスを大切にしている。こうした事で、患者の ACP を受け止められる仕組みを築き、指示待ちの医療介護ではな

	く、患者本人の想いに寄り添う医療介護サービスの構築を進めている。 重ねて 2021 年より 3 年間の実証事業をしながら、ナラティブブックシステムにビデオ通話機能を付けることで、本人や家族との間、また多職種連携においてコミュニケーションを充実させると共に医療や介護へのかかり方を変えるための取り組みを進めている。県民が自身の状態をナラティブブックに記録して医師にかかる前に状況を連絡できるようにし、今後は積極的にオンライン診療やオンライン服薬指導を導入していけるよう体制を構築していくことになる。 ナラティブブック秋田は、多職種が移動や情報共有にかける作業のタイムパフォーマンスを改善し、家族と共に在宅患者に寄り添う医療介護体制を構築している。
財源等	医療介護総合確保基金に基づく助成金
経緯 **・地域課題／背景**	『ナラティブブック秋田』取り組みがなぜ必要なのか？ 在宅医療及び介護の現状と課題 ①　提供情報が紙面であったりすることから、必要時に情報を探す手間が多く、保管や過去の記録の保存及び情報の共有に手間がかかる。 ②　データを医療機関側で管理しているため、本人や家族が情報を知りたい際には、問合せをし、個々に所有されている情報を得なければならない。 ③　入力された情報が、在宅医療や介護の現場・組織でばらばらに管理されている、有機的に 1 人の人間を軸に観ることができない（紙ベースの介護ノートなどで補完している）。 ④　提供されているサービスと得られた結果などの評価方法が確立できていないので、効率的及び経済的なサービス提供がされているか、評価できない。 以上の様な課題を、改善していく上で、地域包括ケアにおける ICT ツールの活用と、住民が参加するケア体制の構築が望まれる。
医師会が担っている役割	地域包括ケアにおいて、そのケアを受ける住民の情報は、その方の医療のみならず、生活全般、生き方に関する情報まで必要となることがある。住民個人がケアを受けるため、また本人が望む形の暮らしをサポートしてもらうための個人情報を本人もしくはご家族等が管理することは、地域包括ケアにおいて活用できる。 県医師会では事業目標（役割）として、 ・ナラティブブックを使い、住民参加型の地域包括ケアシステムの構築を目指している ・医療・介護の効率化のために、本システムを医療・介護の提供機関で管理すべき情報とリンクさせ、地域包括ケア従事者の情報管理を一元化する ・住民サービスの質の向上を図る情報連携ツールを構築する ・地域包括ケアで提供されるサービスの内容について、住民の満足度を高める ・医療従事者の作業軽減を図るためのアウトカム評価手法についても検討し、システムに反映する 以上、一連の事柄について、PDCA サイクルを回し、よりよいシステムにしていく。

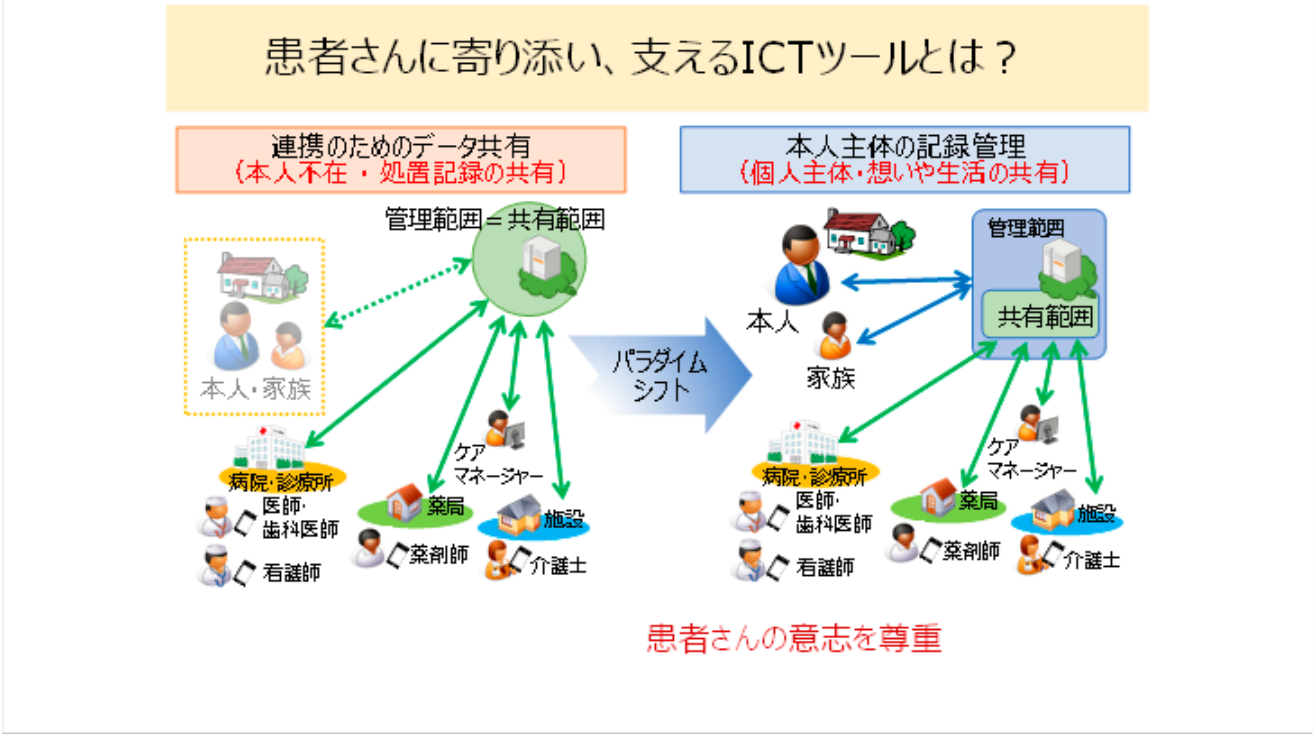
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	初めから県医師会で展開するのではなく、一つの郡市医師会で成功モデルを作り、それができてから県医師会が主体となって全郡市医師会に展開していくモデルとした。 全県の郡市医師会で展開するのに９年という長い年月を要した。各郡市医師会のマンパワーや資源がバラバラであり、その地域の特性に応じて事業を展開した。
取組の効果・成果	【2023 年 11 月末時点での情報】 利用施設数　272 施設 ※内訳：病院　17、診療所　47、歯科診療所　10、薬局　58 訪問看護ステーション 18、福祉介護施設　107 公共施設（地域包括支援センターを含む）　9、その他　6 登録されている職員数　522 名 施設にかかりつけている患者数（施設登録人数の累積）932 名
取組に関する URL・公表可能な資料及び文献	秋田県医師会の Web サイト http://www.akita.med.or.jp/ ナラティブブック秋田の Web サイト https://www.coco.or.jp/narrativebook_akita/

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：秋田県医師会「ナラティブブック秋田事業説明資料」



出典・資料名：秋田県医師会「ナラティブブック秋田事業説明資料」



出典・資料名：秋田県医師会「ナラティブブック秋田パンフレット」



出典・資料名：秋田県医師会ホームページ「ナラティブブック秋田」



３－１―②
福井県在宅医療サポートセンター事業について

キーワード	在宅医療・介護連携、多職種協働

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	福井県	人口（単位：人）	（R5 年 12 月時点）743,813 人
		高齢化率　65 歳以上	（R4 年 10 月時点）　31.3 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R4 年 10 月時点）　16.3 ％
地域の特徴	「幸福度ランキング（2018 年版）」において、３回連続福井県は総合１位。 県民が健康で、家族のつながりがあり、子育てがしやすく、働く場が豊富で経済的に安定していることが「幸福度日本一ふくい」の基盤。		

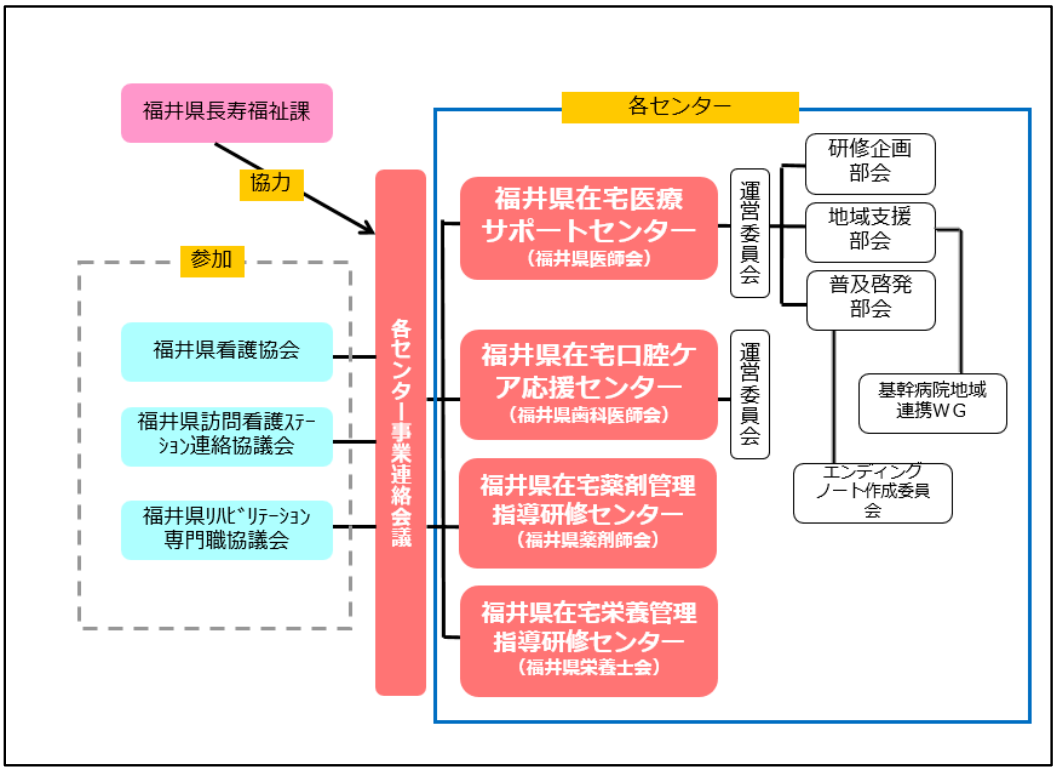
【取組内容】

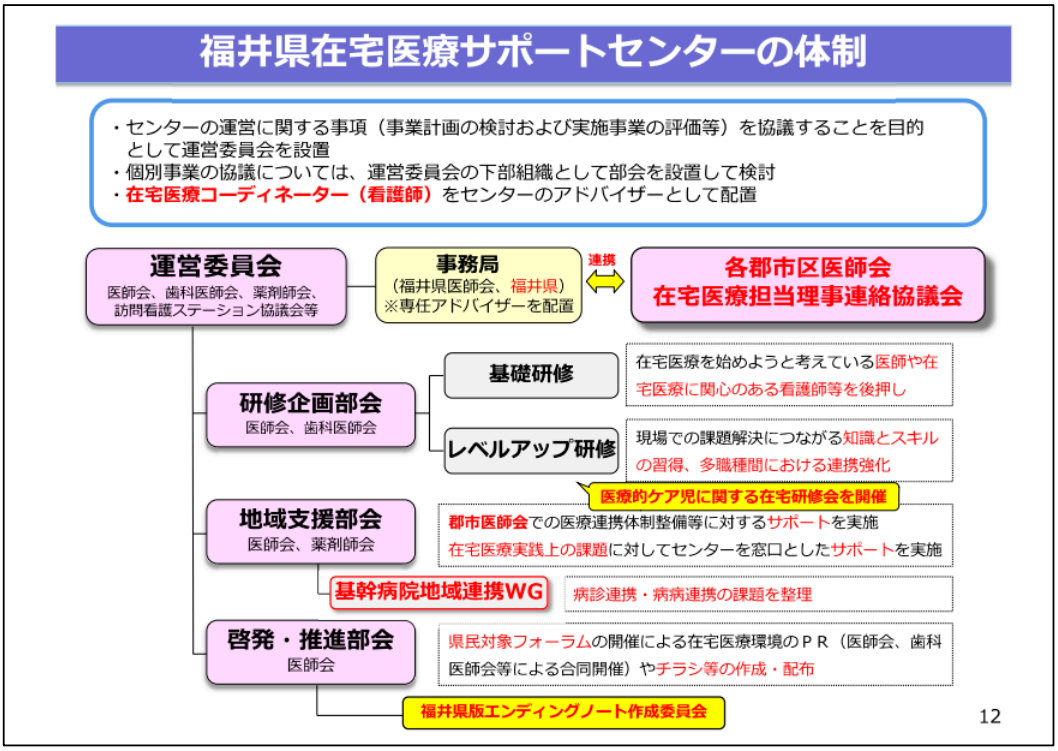
開始時期（年月）	平成 27 年
対象となる参加者・利用者	医療介護関係者、行政関係者等
・実施主体 ・関連する組織／団体	福井県医師会 福井県地域医療課、長寿福祉課
取組の内容	平成 27 年に県の委託事業として『福井県在宅医療サポートセンター』を設立。県との強い連携のもと協働で、歯科医、薬剤師、訪問看護、管理栄養士、介護支援専門員等の多職種連携研修の他、「医療的ケア児に関する在宅医療研修」「基幹病院地域連携研修」等、様々な在宅ケア関連事業を展開し、はからずもコロナ禍においても大変有効に機能している。 サポートセンターの体制について、センター運営に関する事項（事業計画の検討および実施事業の評価等）を協議することを目的として運営委員会を設置。 個別事業の協議については、運営委員会の下部組織として部会を設置して検討。 「研修企画部会」「地域支援部会」「啓発・推進部会」 在宅医療コーディネーター（看護師）をセンターのアドバイザーとして設置。
財源等	県の委託事業

経緯 **・地域課題／背景**	当県は平成 24 年度から、在宅医療担当の地域医療課と地域包括ケア担当の長寿福祉課の両課を横断する形で「在宅ケア推進グループ」が立ち上がり、その後、平成 27 年に県の委託事業として『福井県在宅医療サポートセンター』を設立。県との強い連携のもと協働で、歯科医、薬剤師、訪問看護、管理栄養士、介護支援専門員等の多職種連携研修の他、「医療的ケア児に関する在宅医療研修」「基幹病院地域連携研修」等、様々な在宅ケア関連事業を展開し、はからずもコロナ禍においても大変有効に機能している。
医師会が担っている役割	在宅医療体制づくりのサポート
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	（工夫した点） ・色々な研修会等を開催しているが、各センターと協力しながら事業を進めている点。（歯科医師会、薬剤師会、栄養士会） ・また、令和５年１１月には４センター共同の ACP 普及啓発の一環としてイベントを開催し、多くの県民の方へ ACP の重要性等を伝えることができた。 （苦労した点） ・県全体での課題の把握がなかなか難しい点。また、各センター間での事業把握が困難。そのため今後、本センター、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会の各センターも含めた更なる連携強化を図っていくために協議会等を発足していくための活動強化を図る。
取組の効果・成果	・サポートセンターの事業についても広く医療機関に認知されてきているし、毎年開催している県民公開講座を通じて県民への在宅医療への理解も浸透してきているものと感じている。
取組に関する URL・公表可能な資料及び文献	福井県在宅医療サポートセンター https://www.fukui.med.or.jp/fzaitaku/index.html

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：日本医師会地域包括ケア推進委員会『福井県における地域包括ケア深化・ 進化への地域の取り組みについて』（R5.3.31）より





福井県在宅医療サポートセンター事業での取組み（１）

小児をテーマとした研修会（平成29年度）

平成２９年度より、多職種を対象とし研修会を開催している。

＜平成２９年度＞
★在宅医療研修会
平成２９年１２月１４日（福井県医師会館）
「医療的ケアの対象児(者)の在宅医療～安全に在宅で管理するには～」

医療的ケアの対象児(者)における在宅医療のネットワークづくりが重要との視点からグループワークにて課題・問題点の抽出を行った。
＜課題＞
①制度、社会資源について
・制度を正しく理解している人が少ない　行政サービスとつなぐやり方は？
・教育機関（学校・保育園）との連携が難しい
・コーディネーターは誰？
②在宅診療所・訪問看護
・小児の経験が少ない（医師も看護師も）　日常的に医療的ケア児を見ていない
・症状悪化時、在宅でどこまでするのか。小児科医（病院）との連携が必要。
⇒小児を受け入れてくれる医療機関・訪問看護が少ない。
③小児の医療的ケア児の特徴
・医療ケアが多い
・症状の変化がダイナミック

13

福井県在宅医療サポートセンター事業での取組み（２）

小児をテーマとした研修会（平成30年度）

＜平成３０年度＞
★在宅医療研修会
平成３０年８月３０日（福井県医師会館）
「「在宅における気管切開児の管理」～在宅でよくあるトラブルの対処法について～」

在宅における気管切開児の管理 や気管切開児のトラブル時の対応について・気管切開カニューレ抜去時の対処法・気管カニューレ交換時のポイントの実技研修を実施した。



＜研修後の意見＞
・カニューレを実際に入れたことがなかったので、実技でよい研修になった。
・側弯の児の場合とても難しいと感じました。
・側彎の強い児の挿入について、実際見て理解できた。訪問の現場で、もしもの時に役立つ。
・カニューレ挿入がこんなに難しいのかと思うくらい入りにくく気持だけ焦りました。
とても良い経験だった。
・実際に入れる感覚がわかった。Yガーゼで気道の向きを理解するということを初めて知った。

※令和元年度についても、引き続き小児の経鼻カテーテルの管理及び吸引等についての実技研修を行う予定にしている。

14

３－１―③
『福井県版入退院支援ルール』の取り組み

キーワード	医療・介護連携

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	福井県	**人口（単位：人）**	（R5 年 12 月時点）743,813 人
		高齢化率　65 歳以上	（R4 年 10 月時点）　31.3 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R4 年 10 月時点）　16.3 ％
地域の特徴	「幸福度ランキング（2018 年版）」において、３回連続福井県は総合１位。 県民が健康で、家族のつながりがあり、子育てがしやすく、働く場が豊富で経済的に安定していることが「幸福度日本一ふくい」の基盤。		

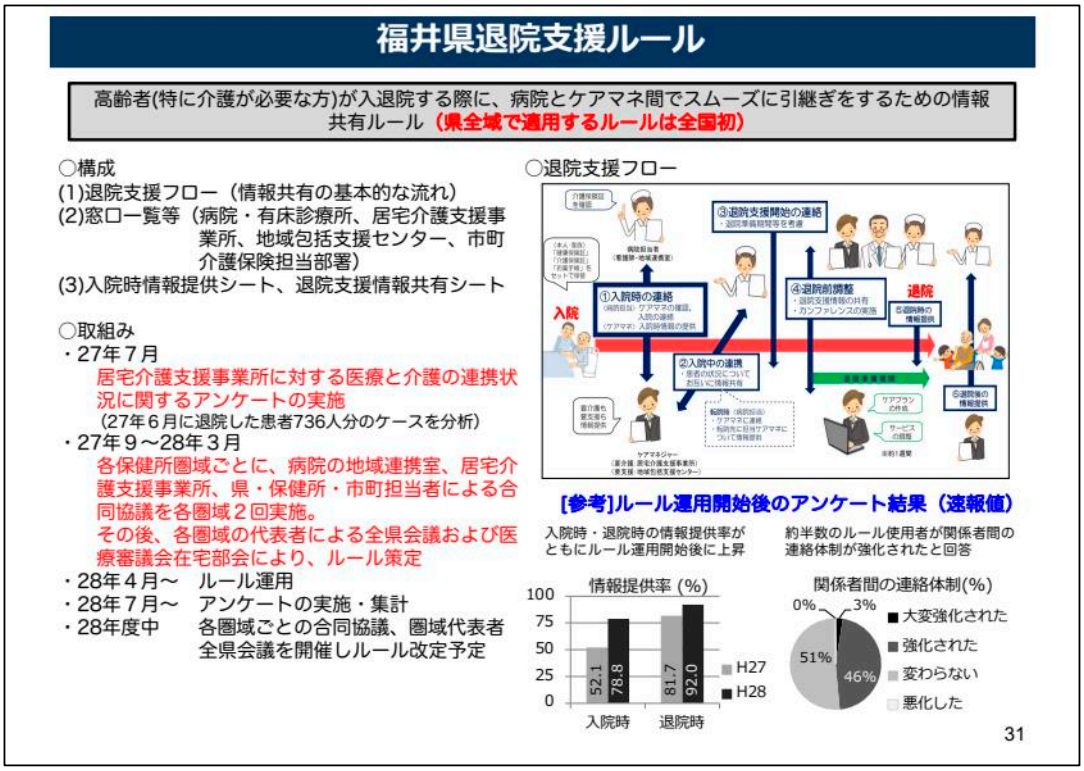
【取組内容】

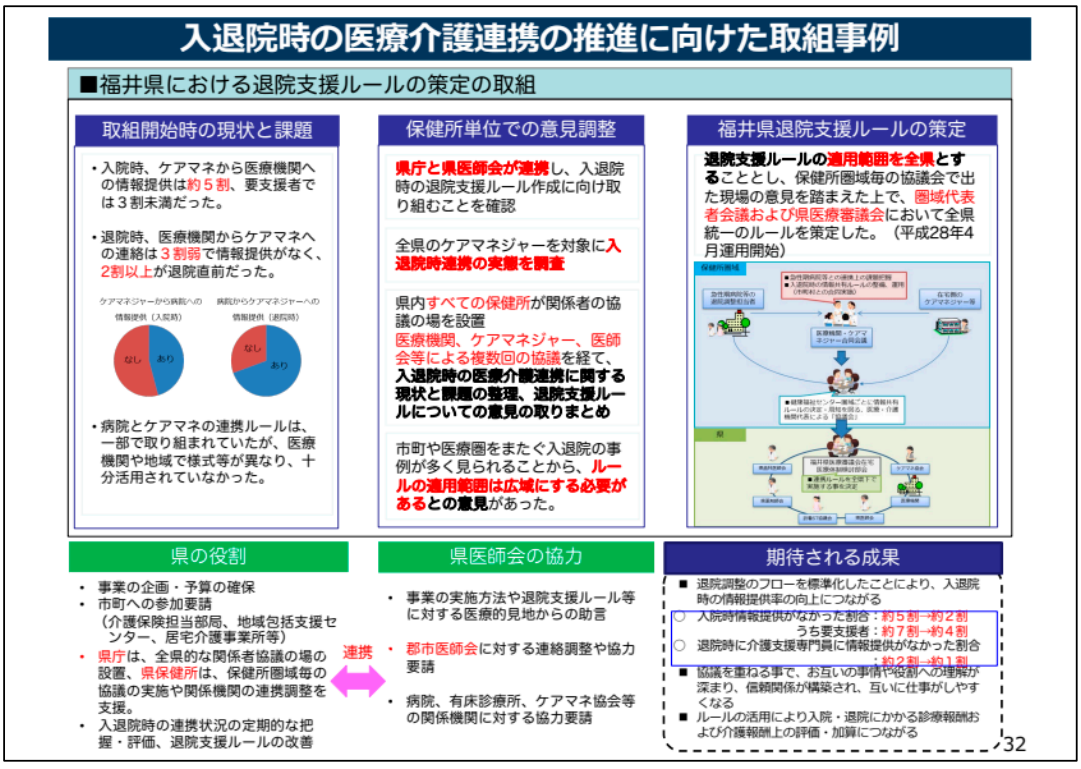
開始時期（年月）	平成 28 年４月
対象となる参加者・利用者	病院関係者、ケアマネジャー
・実施主体 **・関連する組織／団体**	福井県医師会 福井県
取組の内容	「福井県入退院支援ルール」は、フロー（入退院時に情報連携をするにあたってのすることの標準的な流れ）のことで、足かけ２年かけて平成 28 年４月に運用を開始。高齢者（特に要介護者）が入退院する際に、病院とケアマネ間で情報をスムーズに引継ぐための共有ルールである。 介護保険を受けている方が入院した場合には、ケアマネは必ず３日以内に入院時情報を提供すること、入院した病院側も３日以内にケアマネに意見を求めることをルール化した。 入退院支援ルールの目的はルールを遵守することではなく（ルールはあくまで標準的な流れである）、医療・介護間で連携をすることで患者がスムーズに在宅移行・入院できるようにすることであり、当時、県全域で適用するルールは全国初で、社会保障審議会介護給付費分科会でも紹介される。

経緯 **・地域課題／背景**	・病院とケアマネの連携ルールは、一部で取り組まれていたが、医療機関や地域で様式等が異なり、十分活用されていなかった。 ・平成 27 年７月、居宅介護支援事業所に対する医療と介護の連携状況に関するアンケートを実施（27 年６月に退院した患者 736 人分のケースを分析）。 ・平成 27 年９月～28 年３月、保健所圏域ごとに、病院の地域連携室、居宅介護支援事業所、県・保健所・市町担当者による合同協議を各圏域２回実施。その後、各圏域の代表者による全県会議および医療審議会在宅部会により、ルールを策定。 ・平成 28 年４月、ルール運用開始。
医師会が担っている役割	・事業の実施方法や退院支援ルール等に対する医療的見地からの助言 ・郡市医師会に対する連絡調整や協力要請 ・病院、有床診療所、ケアマネ協会等 の関係機関に対する協力要請
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	（工夫した点） ・退院支援ルールの適用範囲を全県とすることとし、保健所圏域毎の協議会で出た現場の意見を踏まえた上で、圏域代表者会議および県医療審議会において全県統一のルールを策定した。 （苦労した点） ・患者にとって本当に有用なツールになっているのかをしっかりと評価していくためにも、定期的に医療と介護の連携に関する調査を実施し、色々な意見や課題を拾い上げ、その都度改定を行っている点。
取組の効果・成果	・いろいろなツールを作り、運用後は入院前情報提供率８割以上、退院時情報提供率９割以上と、医療介護連携が格段に進展した。
取組に関するURL・公表可能な資料及び文献	福井県 HP　「福井県入退院支援ルール」について https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kourei/taiinshien.html

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：日本医師会地域包括ケア推進委員会『福井県における地域包括ケア深化・ 進化への地域の取り組みについて』（R5.3.31）より





３－１―④
多職種間で利用可能なＩＣＴ整備事業
ー地域全体で患者さんを診るシステム「ふくいメディカルネット」・ふくいみまもりＳＮＳ（仮称）ー

キーワード	医療・介護連携、ICT 連携

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	福井県	人口（単位：人）	（R5年 12 月時点）743,813 人
		高齢化率　65 歳以上	（R4 年 10 月時点）　31.3 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R4 年 10 月時点）　16.3 ％
地域の特徴	「幸福度ランキング（2018 年版）」において、３回連続福井県は総合１位。 県民が健康で、家族のつながりがあり、子育てがしやすく、働く場が豊富で経済的に安定していることが「幸福度日本ーふくい」の基盤。		

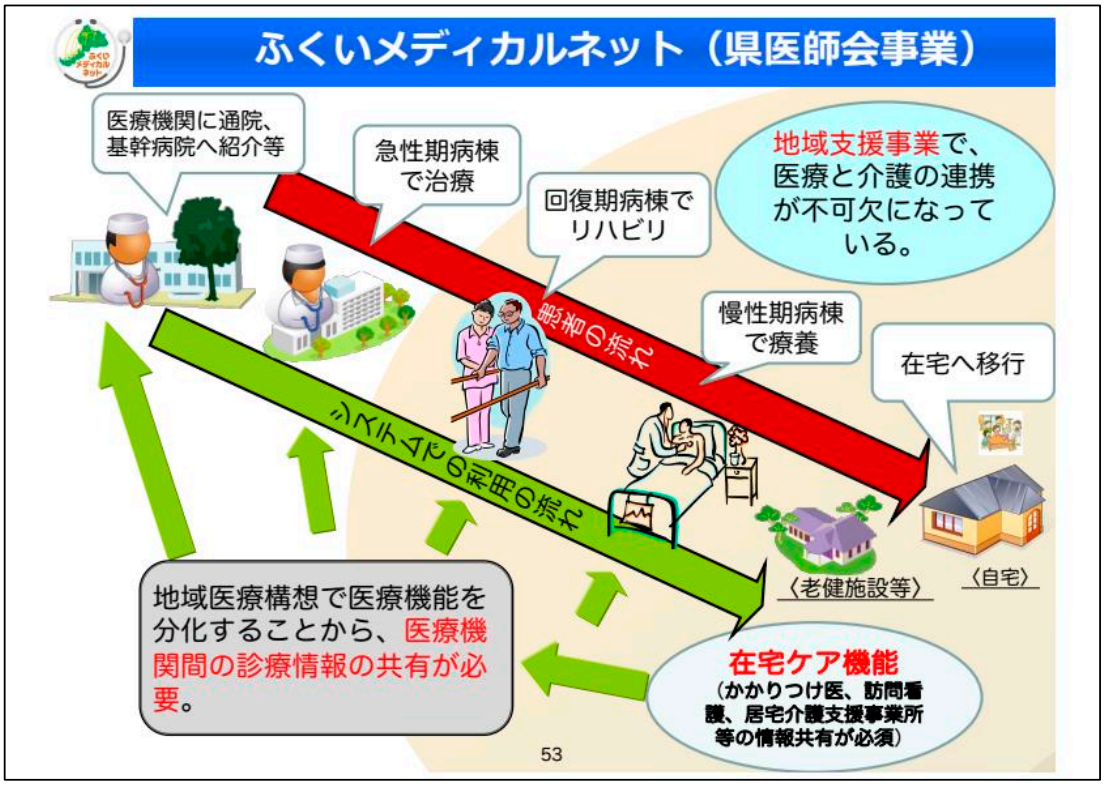
【取組内容】

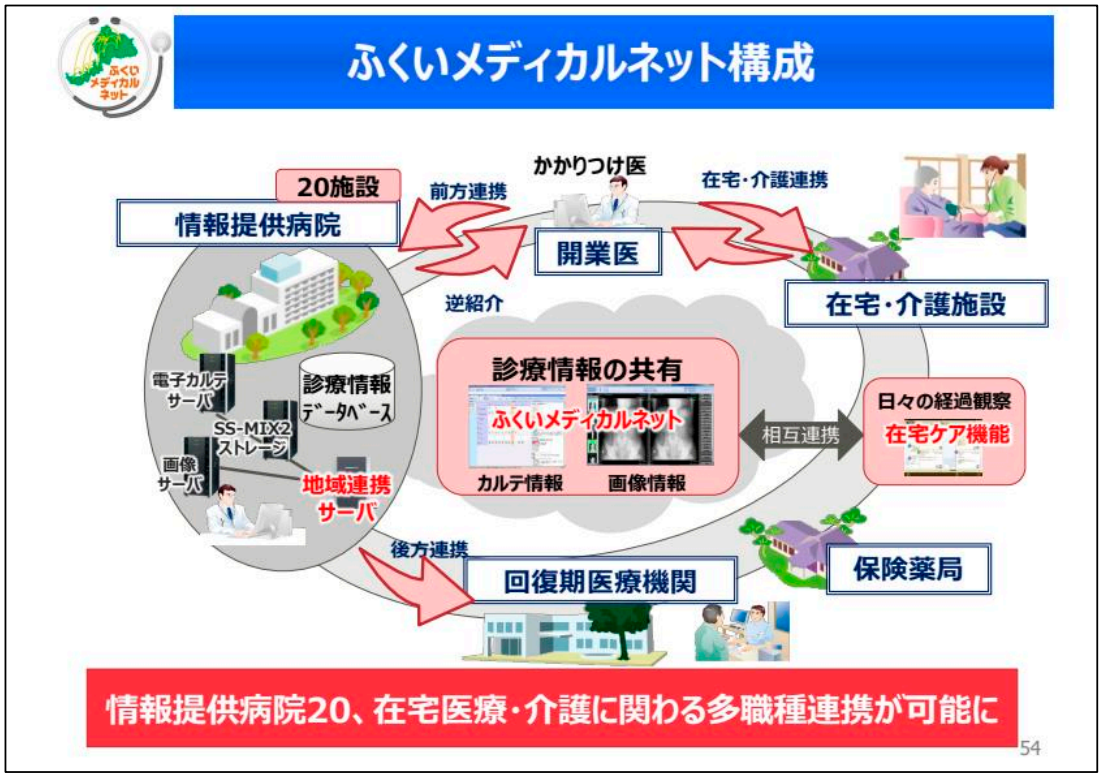
開始時期（年月）	平成 26 年４月
対象となる参加者・利用者	医療介護関係者
・実施主体 ・関連する組織／団体	福井県医師会
取組の内容	・ふくいメディカルネットは、福井県下統一の地域医療介護情報ネットワークであり、当初は主として医療機関どうしの情報共有を目的として事業展開してきたが、現在は更に在宅ケア機能を付加することによって、在宅での医療･介護間のシームレスな情報共有の実現を目指してバージョンアップ中である。 ふくいメディカルネットでは、情報提供施設以外のネットワーク利用者が、「患者メモ」登録をすることで、地域の関係者間で必要な情報を共有することができる。登録できる内容は、テキスト入力に加えて、画像やレポート等のファイルを添付することもできる。 ・「ふくいみまもりＳＮＳ」は、在宅患者に関わる多職種が情報を共有し地域における見守り機能を強化し、参加職種を拡大することで、在宅医療の充実を図る。主な機能は、①在宅患者メモ②ファイル共有③スケジュール管理④テレビ会議システム⑤テーマ機能である。

経緯 **・地域課題／背景**	近年における、医療の高度化、専門化に伴い、医療機関が連携し患者さんを診ることが求められているなか、福井県では全国に先駆け、県内の医療機関の情報をつなぐ新しい情報ネットワーク「ふくいメディカルネット」 を平成 26 年４月に運用開始。 「ふくいメディカルネット」 では、医療機関同士が診療情報を共有することで患者さんはどこに住んでいても、どこの病院に転院しても、継ぎ目のない医療を受けることを目指している。
医師会が担っている役割	・ICT を通じての医療機関同士、医療機関と訪問看護ステーションとの連携を密にしていくためのシステムの適切な運用を実施している。
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	（工夫した点） ・「ふくいみまもり SNS」を安価で利用できるように、利用人数に関わらず事業所単位での安価な利用料としたこと （苦労した点） ・「ふくいみまもり SNS」におけるテレビ会議の利用の活用を想定し、接続方法等の仕組みの内容やセキュリティのあり方等の検討に時間を要した点
取組の効果・成果	・メリットとして、ふくいメディカルネットの利用により、医療機関間で治療、処方、検査などの情報がいつでも確認可能。スムーズに適切な診断・治療につながる。 ・ふくいみまもり SNS の利用により、県下全てのかかりつけ医、在宅医療の多職種、患者・家族が情報共有可能。在宅医療における見守り機能が強化される。 ・ふくいメディカルネットの最大のメリットは画像連携と、医師の２号カルテの参照ができることである。次年度は更に開示病院の２号カルテの開示依頼を行う予定。
取組に関する URL・公表可能な資料及び文献	ふくいメディカルネット https://www.fukui.med.or.jp/fukuimedical-net/

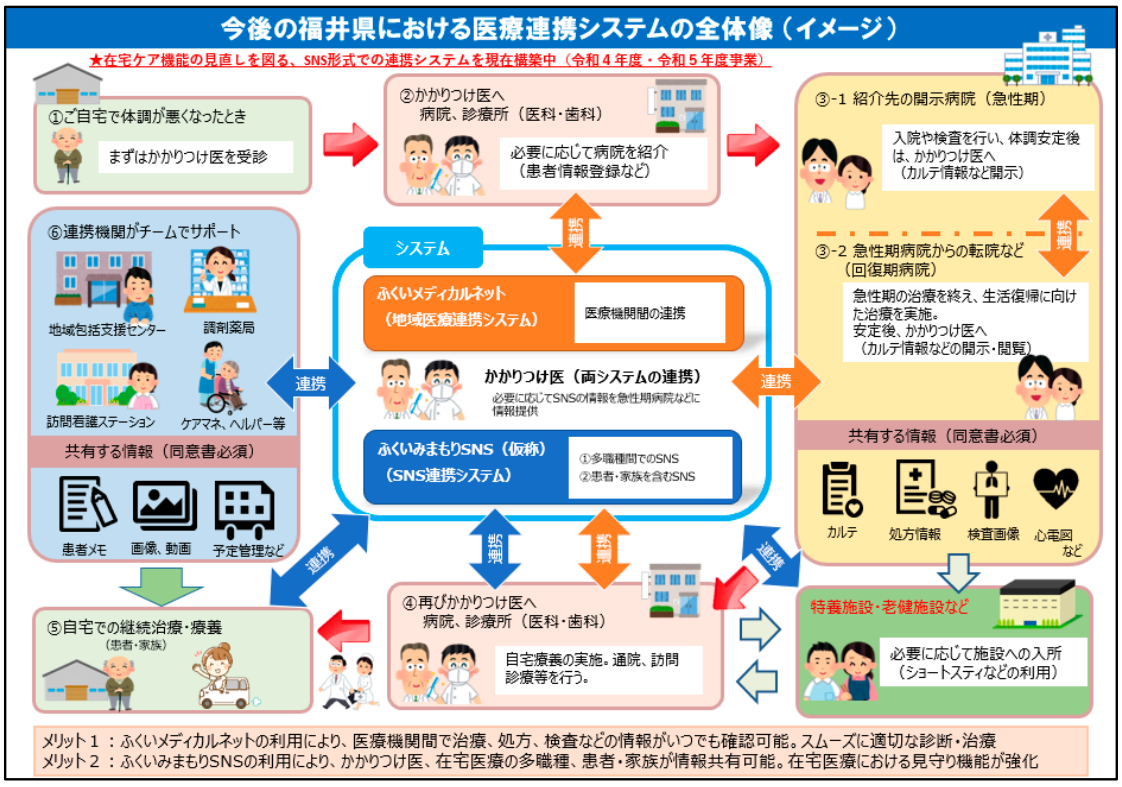
【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：日本医師会地域包括ケア推進委員会『福井県における地域包括ケア深化・ 進化への地域の取り組みについて』（R5.3.31）より






在宅ケア機能とは
訪問看護や介護施設などの多職種間で円滑なコミュニケーションを機動力の高いスマートデバイスを使ってサポートします。在宅・介護情報を定型フォーマット化し、現場で簡単に入力ができ、シームレスな情報共有が実現いたします。
病院
・医師
・看護師
患者メモ
診療所
・かかりつけ医
・看護師
訪問看護ステーション・介護施設
・訪問看護師
・ケアマネジャー
ふくいメディカルネット
患者メモ機能
・情報公開病院カルテ参照
・紹介状のやり取り
・セキュアメール、患者メモ
ふくいメディカルネット
在宅ケア機能
・タイムライン形式の患者メモ表示
・テンプレートによる日々活動の入力
・画像、動画によるタイムリーな情報共有
55


今後の福井県における医療連携システムの全体像（イメージ）
★在宅ケア機能の見直しを図る、SNS形式での連携システムを現在構築中（令和４年度・令和５年度事業）
①ご自宅で体調が悪くなったとき
まずはかかりつけ医を受診
②かかりつけ医へ
病院、診療所（医科・歯科）
必要に応じて病院を紹介
（患者情報登録など）
③-1 紹介先の開示病院（急性期）
入院や検査を行い、体調安定後は、かかりつけ医へ
（カルテ情報など開示）
③-2 急性期病院からの転院など
（回復期病院）
急性期の治療を終え、生活復帰に向けた治療を実施。
安定後、かかりつけ医へ
（カルテ情報などの開示・閲覧）
⑥連携機関がチームでサポート
地域包括支援センター
調剤薬局
訪問看護ステーション
ケアマネ、ヘルパー等
共有する情報（同意書必須）
患者メモ
画像、動画
予定管理など
システム
ふくいメディカルネット
（地域医療連携システム）
医療機関間の連携
かかりつけ医（両システムの連携）
必要に応じてSNSの情報を急性期病院などに情報提供
ふくいみまもりSNS（仮称）
（SNS連携システム）
①多職種間でのSNS
②患者・家族を含むSNS
連携
閲覧
共有する情報（同意書必須）
カルテ
処方情報
検査画像
心電図など
特養施設・老健施設など
必要に応じて施設への入所
（ショートスティなどの利用）
⑤自宅での継続治療・療養
（患者・家族）
④再びかかりつけ医へ
病院、診療所（医科・歯科）
自宅療養の実施。通院、訪問診療等を行う。
メリット１：ふくいメディカルネットの利用により、医療機関間で治療、処方、検査などの情報がいつでも確認可能。スムーズに適切な診断・治療
メリット２：ふくいみまもりSNSの利用により、かかりつけ医、在宅医療の多職種、患者・家族が情報共有可能。在宅医療における見守り機能が強化

３－１―⑤
在宅医療地域ネットワーク整備事業
ー地域包括ケアにおける情報共有システムの構築と運用における実績と課題ー

キーワード	在宅医療関連（体制整備、連携強化）多職種連携、ACP、看取り、ICT 活用

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	兵庫県	人口（単位：人）	（R5 年 10 月時点）5,369,834 人
		高齢化率　65 歳以上	（R5 年２月時点）　29.3 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R5 年２月時点）　15.9 ％

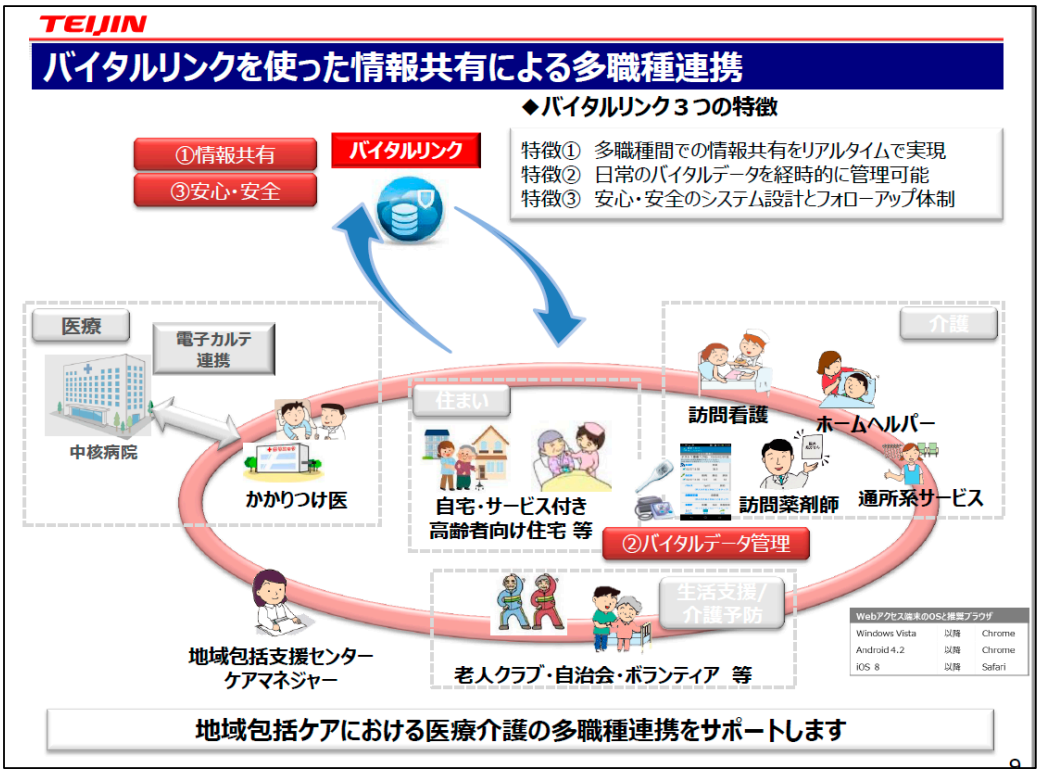
【取組内容】

開始時期（年月）	平成 30 年度
対象となる参加者・利用者	・導入：郡市区医師会、各地域医療機関、医療・介護関係施設 ・利用：医療従事者（医師、看護師、薬剤師等）、介護事業関係者（ケアマネ等）
・実施主体 ・関連する組織／団体	兵庫県医師会、兵庫県内郡市区医師会 システム管理運用事業者：帝人ファーマ（株）
取組の内容	アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を踏まえた、人生の最終段階における医療・ケアを推進するため、H30 年度モデル事業として実施した、ACP 連携システム（患者の ACP 情報共有機能、当番医制サポート機能、死亡診断書発行機能）を全県展開するとともに、基幹システムである「バイタルリンク」の導入支援を継続することで、在宅医療 ・看取りネットワークの構築を推進し、地域における提供体制の充実を図る。 在宅患者に対する生体情報や生活・療養の情報を経時的な管理、またリアルタイムに多職種間連携を実現する ICT 連携ツールの導入を継続して支援。 ①バイタルリンクシステム導入支援 ・多職種情報共有の業務効率化（効率的で質の高い医用・介護サービスの提供支援） ・バイタルデータ管理による増悪の予兆把握（バイタルデータ管理による早期発見） ・安心・安全を考慮した ICT システムの提供（セキュリティ対応） ②ACP 連携システム整備事業 主治医の不在時でも当番医による看取りを可能とするため、死亡診断書の即時発行や患者情報（ACP 情報等）を共有し、在宅看取りネットワークシステムの導入を支援。 ・加古川モデル（ACP 連携在宅看取り体制） ・西宮モデル（在宅看取り当番医制）
財源等	地域医療介護総合確保基金

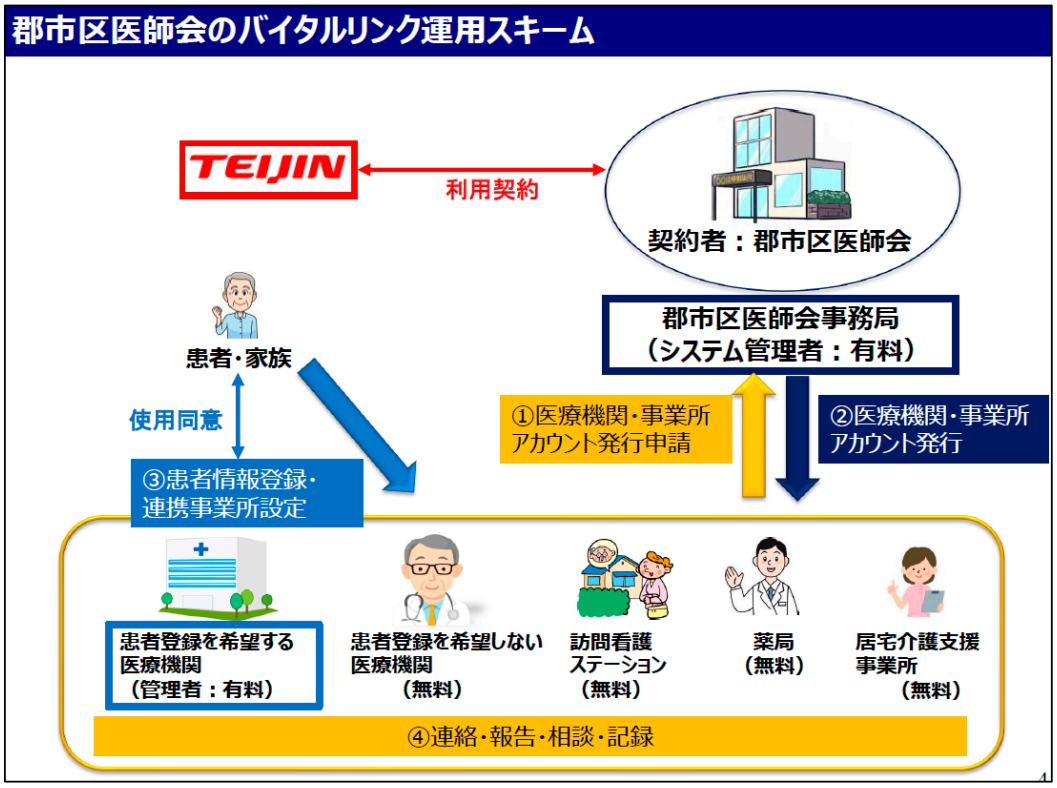
経緯 **・地域課題／背景**	①バイタルリンクシステム導入支援 在宅医療に関わる病診・診診、多職種間の円滑な連携体制を構築するため、そのツールとして、地域において段階的に情報共有化と支援システムを導入することで多職種連携の強化を図る。兵庫県医師会の主導のもと、在宅医療にかかる情報共有化に向けた検討（ルール作り等）が進んでいる団体で、当該システムを導入する旨の意思決定をされた地区（地域）から順次導入を進めてきた。令和４年度までに県内 41 郡市区医師会のうち、３４地区で導入された。 ②ACP 連携システム整備事業 24 時間対応可能な訪問診療医療機関を増やすことを目的に、在宅看取りチームを編成し、主治医不在時でも当番医による看取りを実施するため、死亡診断書を即時発行できるよう事前に必要な情報（ACP 情報、治療方針、治療情報等）を登録し、情報共有を図り、主治医他の連携を促す在宅看取りを中心としたネットワークを構築してきた。令和４年度までに県内 41 郡市区医師会のうち、１４地区で導入された。
医師会が担っている役割	①当該システムの内容説明・普及啓発 ②導入を希望・検討する医師会への相談 ③導入後、当該ネットワークの維持・管理
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	①取扱い情報の機微性・個人性等の観点から、既存の手段を活用している状況下での本システムへの移行の重要性・必要性等の説明（BYOD、紙媒体等）。 ②導入後、①のような状況から、実際の利用率の問題。 ③導入経費は補助されるが、その後の維持・管理経費が自前となることから、継続率の問題。 ④当初、システム開発については、本県オリジナルのソフトを開発する方向で進めていたが、意思疎通の問題からなかなか進展しなかった。そこに、既に導入・運用実績のある開発事業者が出現したため、当該業者の既存システムを導入して、活用する方向に変更した。
取組の効果・成果	①多職種間での情報共有・連携がリアルタイムで正確な対応が実現 ②患者個人情報の保護セキュリティ対策が向上し漏洩や暴露の可能性が低下 ③日常の療養支援に加え退院支援や急変時の対応、最終的な看取りに至るまでの一連のプロセスが迅速かつ確実な実施が実現

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：帝人ファーマ（株）作成「バイタルリンク説明資料」



出典・資料名：帝人ファーマ（株）作成「バイタルリンク説明資料」



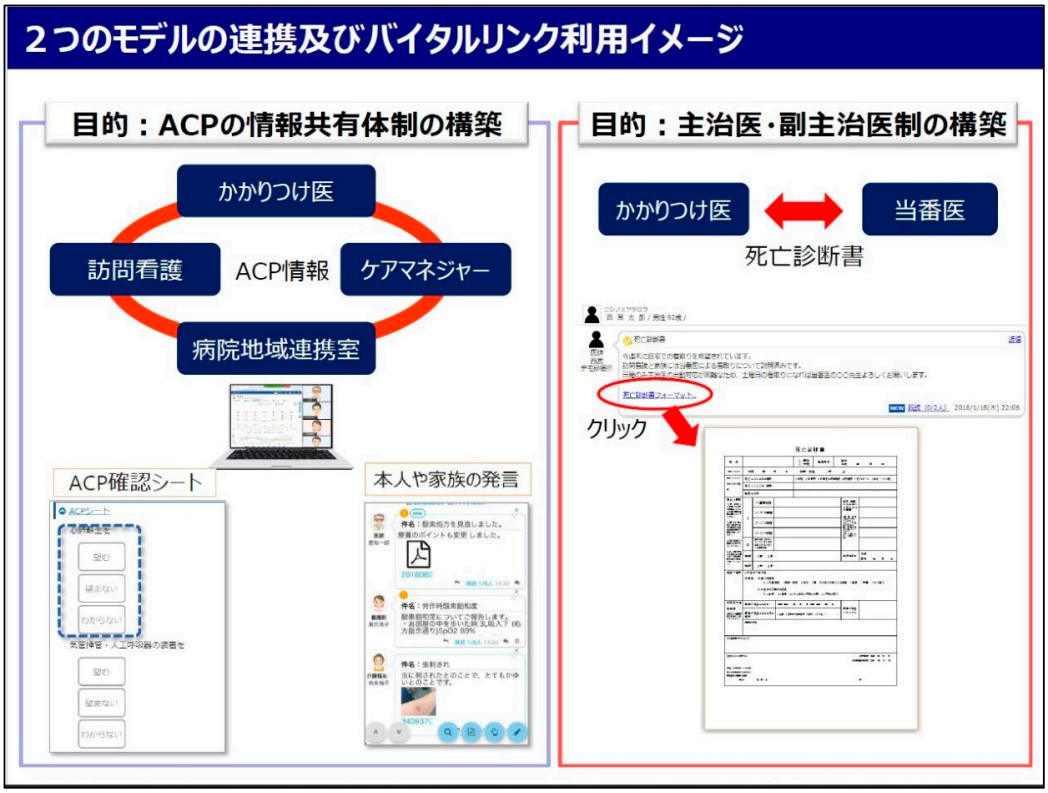
出典・資料名：帝人ファーマ（株）作成「ACP 連携システム整備事業 ver2 説明資料」

ACP連携システム整備事業とは

	加古川モデル （ACP連携在宅看取り体制）	西宮モデル （在宅看取り当番医制）
事業目的	在宅患者の**人生の最終段階における適切な対応方法を病院を含めた地域全体で共有**しておく	**自宅看取り希望患者**に対する、**看取り時のかかりつけ医同士の協力体制**を構築する
利用者	かかりつけ医、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、 **病院地域連携室**	かかりつけ医、訪問看護ステーション
共有情報	①ACPシート ②ACPに関わる言動などの記録	①当番医スケジュール管理 ②死亡診断書
バイタルリンクの利用機能	①患者情報機能（ACPシート） ②連絡帳機能 **③Zoom連携機能** （④当番機能）	**①当番機能** ②連絡帳機能
事業実施における必要物（例）	病院地域連携室への端末貸与	当番医への電話転送サービス

出典・資料名：帝人ファーマ（株）作成　「ACP 連携システム整備事業 ver2 説明資料」

２つのモデルの連携及びバイタルリンク利用イメージ



3―1―⑥
おたる地域包括ビジョン協議会および「おたるワンチーム」の取組について

キーワード	在宅医療・介護連携、ICT 連携、「おたるワンチーム」

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	北海道小樽市全域	人口（単位：人）	（R5 年８月時点）　107,213 人
		高齢化率　65 歳以上	（R5 年８月時点）　41.65 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R5 年８月時点）　23.88 ％
地域の特徴	小樽市は 5 年ごとに約 1 万人の減少が続き令和 10 年までには人口が 10 万人を下回ると予測されている。また、低年齢になるに従い少なくなっていることから、将来の子育て世代の減少に伴い、出生数の減少が続く見通しであり、年少人口（0～14 歳）は、平成 27 年と比べ、20 年後の令和 17 年にはほぼ半減し、生産年齢人口（15～64 歳）も同期間で 4 割ほど減少すると推計されている。また、高齢者人口（65 歳以上）も今後は減少が続く見通しだが、一方で、総人口に占める高齢者の割合は、相対的に上昇を続けると予想される。 中でも、令和 7 年には団塊の世代が後期高齢者（75 歳以上）となることから、令和 10 年までには後期高齢者数が総人口に占める割合も 4 人に 1 人を超える見通しである。		

【取組内容】

開始時期（年月）	おたる地域包括ビジョン協議会設立 2014 年（平成 26 年度） ICT 活用多職種連携ネットワーク「おたるワンチーム」事業開始（平成 30 年）
対象となる参加者・利用者	参加者：「おたるワンチーム」登録事業所（者） 利用者：患者又は患者家族、医師、看護師、施設管理者等の連携参加者
・実施主体 ・関連する組織／団体	・おたる地域包括ビジョン協議会（小樽市の委託を受けて小樽市医師会が運営） ・(1) 小樽市医師会、(2) 小樽市歯科医師会、(3) 小樽薬剤師会、(4) 小樽市内総合病院 、(5) 訪問看護事業所、(6) 小樽市介護支援専門連絡協議会、(7) 訪問介護事業所連絡協議会、(8) 後志リハビリテーション広域支援センター、(9) 小樽市地域包括支援センター、(10)小樽市保健所、(11)小樽市福祉保険部
取組の内容	【おたる地域包括ビジョン協議会】 ◆小樽市において、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所などの関係者の連携を推進することを目的に、おたる地域包括ビジョン協議会を設置。 ◆協議会は、在宅医療と介護の連携推進に必要となる次に掲げる事項を協議する。 (分科会を設置) (1) 地域の医療・介護の資源の把握 （取組）・『小樽市医療介護連携ガイド』冊子の作成及びデータ化（小樽市HPにて公開） (2) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 （取組）・ICT委員会と共同企画によるアンケート調査の実施 (3) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 （取組）・在宅医療と介護連携に関する研修会・カンファレンスの開催

・入退院時連携ルールの策定

⑷　医療・介護関係者の情報共有の支援

（取組）・ICT委員会活動：「おたるワンチーム」のポスター・チラシの作成・配布

・地域連携手帳『長生きパスポート』の配布

⑸　在宅医療・介護連携に関する相談支援

（取組）・地域医療・介護連携支援センターの設置（平成30年4月）

・連携ルール冊子「おたる～る」の作成・配布

⑹　医療・介護関係者の研修

（取組）・（1）～（3）の分科会と共同研修会を構築：「くらしにつながるカンファレンス」開催

⑺　地域住民への普及啓発

（取組）・「いきいき健康まつり」への参加

・地域住民向け講演会の実施　・市民健康教室開催

⑻　前各号に掲げるもののほか在宅医療と介護の連携推進に関し必要と認める事項

◆協議会は、次に掲げる関係機関等により構成する。（令和5年9月現在委員数：60名）

⑴ 小樽市医師会、⑵ 小樽市歯科医師会、⑶ 小樽薬剤師会、⑷小樽市内総合病院、⑸ 訪問看護事業所、⑹ 小樽市介護支援専門連絡協議会、⑺ 訪問介護事業所連絡協議会、⑻ 後志リハビリテーション広域支援センター、⑼ 小樽市地域包括支援センター、⑽小樽市保健所、（11）小樽市福祉保険部 福祉総合相談室 地域包括ケアグループ 保険年金課 後期高齢者医療係

【おたるワンチーム】（ICT 委員会委員が中心となり活動）

◆在宅にて、患者様の治療及び介護を効果・効率的に実現するためには、患者様ご本人の状況に関する情報を、医療機関だけでなく、関係する看護師やケアマネジャー、ヘルパー等との間で共有化して、一貫性をもって関係者が治療や介護にあたることが必要になる。このような情報共有のしくみを、情報システムを活用して効果的に実現するための事業として、ＮＴＴデータ経営研究所にご協力頂きシステム化。

≪事業の目的≫

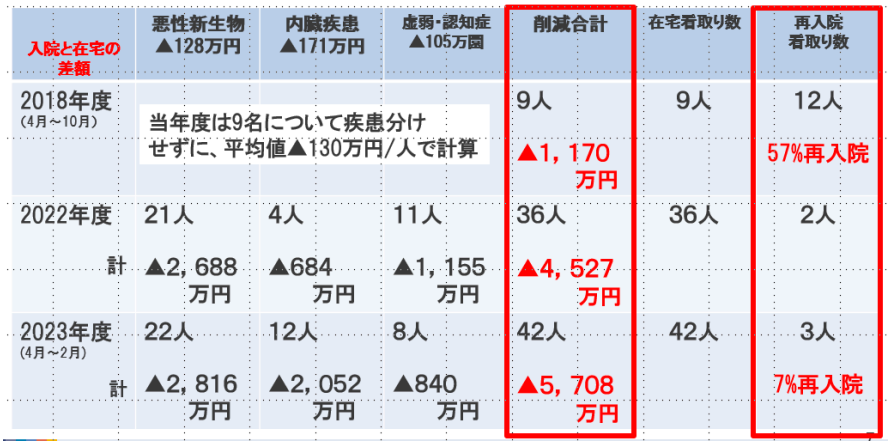
医療と介護が連携し、情報システムの活用等により効果的に情報を共有し、在宅療養患者様を支えるチームをつくるとともに、医療・介護の多職種連携体制の強化を図り、もって、地域における在宅療養の基盤を整備することを目的としている。

≪事業の方法≫

治療及び介護に必要となる患者様の情報を、情報システムに入力し、国の示すガイドラインに則り安全性の確保されたデータセンターに保管する。医師は、通常の診療行為の中で、その都度情報システムを参照して治療意思決定に必要となる患者様の情報を参照しながら治療方針を決定したり、看護師、ケアマネジャー、ヘルパー等へ指示を出したりする。看護師、ケアマネジャー、ヘルパー等は、本情報システムを参照して、医師からの指示事項に従って患者様の状況報告や対応を行う。また情報システムはおたる地域包括ビジョン協議会が決定した情報システムを活用し、情報システムに蓄積された情報の分析をおたる地域包括ビジョン協議会もしくは当会が依頼した者が行う。（情報データ分析及び利用者登録サポート：ＮＴＴデータ経営研究所）

※登録者情報（システムに保存された情報）は、当該患者の治療・介護に関わる者、当会で当事業を推進する者のみが閲覧することができる。また、個人情報が外部に漏洩することにより個人のプライバシーが侵害されることがないよう当該情報システムは個人情報保護法及び関連するガイドラインに則った運用を行っている。

	【ICT 委員会活動内容】 1）ICT 委員会開催：「おたるワンチーム」の月毎の実施経過報告及び今後の計画について協議 2）講演会の実施：学会等での発表、広報誌掲載依頼活動、メディア等へのアプローチ 3）ユーザー会の開催（講演、事例発表等）：新規参加事業所募集の為の説明会的な講演会 4）市民向け説明会：小樽市と共同で「おたるワンチーム」市民向け説明会の実施 5）「おたるワンチーム」チラシ・ポスター配布　（病院、関係施設等） 6）高齢者施設への満足度調査（アンケート）：小樽市・ケアマネジャーが中心となり活動 7）近郊地域への説明会：余市等への「おたるワンチーム」の説明会を実施
財源等	小樽市より平成 26 年に小樽市医師会が委託され「おたる地域包括ビジョン協議会」設立、年間３回に分け委託費を受領しているが、不足分は医師会が負担。
経緯 **・地域課題／背景**	高齢化の進む我が国においては、国策として地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築が推進されている。またそのためには医療と介護が密接に連携し、医療介護の多職種連携ネットワークを構築することが急務とされている。 小樽市においても、平成２６年より「おたる地域包括ビジョン協議会」を立ち上げ各分科会を中心に取り組みを進めている。 多職種連携ネットワーク構築の目的は、住民一人ひとりに対する医療・介護サービスが最適化され、社会保障費の抑制と生活の質や医療介護に対する満足度の向上を同時に実現することに他ならない。この目的を達成するには、単にＩＣＴ（情報通信技術）を導入するだけではなく、小樽市全体として共通の目標を掲げ、適切な運用ルールの設定とＰＤＣＡサイクルによる改善、成功事例の共有化による更なる質の向上を継続的に行っていく必要がある。 当協議会では目標や運用ルールを小樽市の医療・介護・行政の代表者からなるＩＣＴ委員会にて検討し、平成３０年よりＩＣＴの効率的な活用による多職種連携ネットワークの構築事業＝「おたるワンチーム」を本格的に実施することになった。
医師会が担っている役割	小樽市において、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所などの関係者の連携を推進することを目的とし、おたる地域包括ビジョン協議会が設立された。全体を通じて推進とサポートを医師会では行っている。
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	「おたるワンチーム」はＮＴＴデータ経営研究所のご協力無くしては現在の体制は整ってはいなかったと考えられることと、立上げから、システム化にご協力頂いた委員の方々の存在なくしては、システム化したというだけで、実用化までにはもっと時間がかかったと考えられる。 医師から看護師、看護師から施設管理者・ケアマネジャー、ケアマネジャーから患者様やご家族への説明がなされて、やっとチームとなり、このシステムが機能するため相互理解が必要となる。 先ずは、このシステムを理解頂く為には時間がかかる。 実際にチームとなったその後もまた、問題解決に一丸となって患者様に向き合い、そこに、歯科医師が加わったり、薬剤師が加わったり、そのチーム編成は様々な形となるが、全員が共通の目標と意識の中で取り組む仕組みの構築は、現場をよく理

	解されている皆様のご協力があってこそだと思っている。 現在の課題としては、主となる医師の参加拡大や、歯科医師との連携強化、ご参加頂ける歯科医師の先生や薬剤師の方へユーザー会などを通して参加施設の拡大なども継続していかなければならない。
取組の効果・成果	令和５年８月現在の登録数 ①　患者登録数は累計 359 名 ②　登録事業所数　　173 施設 / 534 施設中 （効果について） おたるワンチームの導入目的は、大きく①在宅期間の延伸、②ＱＯＬの向上、③在宅での看取りとなる。①では施設入所に比べると一人当たり年間 100 万円～160 万円社会保障費が抑制され、②では介護度が１下がると一人当たり年間 40 万円～50 万円抑制される。③では、入院で看取った場合に比べ一人当たり 105 万円～171 万円抑制される。今回は、③の在宅での看取り症例につき、入院した場合に想定される費用との差額を算出し、おたるワンチーム活動による社会保障費適正化の効果と再入院率を検証。 （結果） おたるワンチームを開始した翌年度（平成３０年 4～10 月）は、おたるワンチームを活用しなければ在宅看取りができなかったのは２１症例でその内９症例が最期まで在宅での看取りとなっている。これは、▲1,170 万円の社会保障費適正化の効果となる。今年度（令和５年 4～2024 年２月）は同じ視点で４５症例中４２症例が最期まで在宅の看取りとなり▲5,708 万円の社会保障費適正化効果があった。 一度は在宅に戻り在宅での看取りを希望したが最期は入院という再入院看取り率が平成３０年 57% から令和５年 7%に大幅に減り、おたるワンチームを活用し医師・多職種が質と満足度の高い連携を実行することで、本人・家族が安心して在宅での看取りを最期まで進められていることがうかがえる。 （ＮＴＴデータ経営研究所分析） **表．おたるワンチーム活用による看取り症例の社会保障費の適正化と再入院状況** 

３－１―⑦
坂井地区在宅ケア体制モデル整備事業　「坂井地区在宅ケアネット」

キーワード	医療・介護連携、ICT 連携

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	福井県坂井地区（坂井市、あわら市）	人口（単位：人）	（R４年３月時点）　116,649 人
		高齢化率　65 歳以上	（R４年３月時点）　30.26 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R４年３月時点）　15.29 ％
地域の特徴	坂井市とあわら市は坂井地区広域連合として、広域にわたり処理することが適当であると認められているものに関し、広域計画を作成し、必要な連絡調整を図り、総合的かつ計画的に広域行政を推進している。		

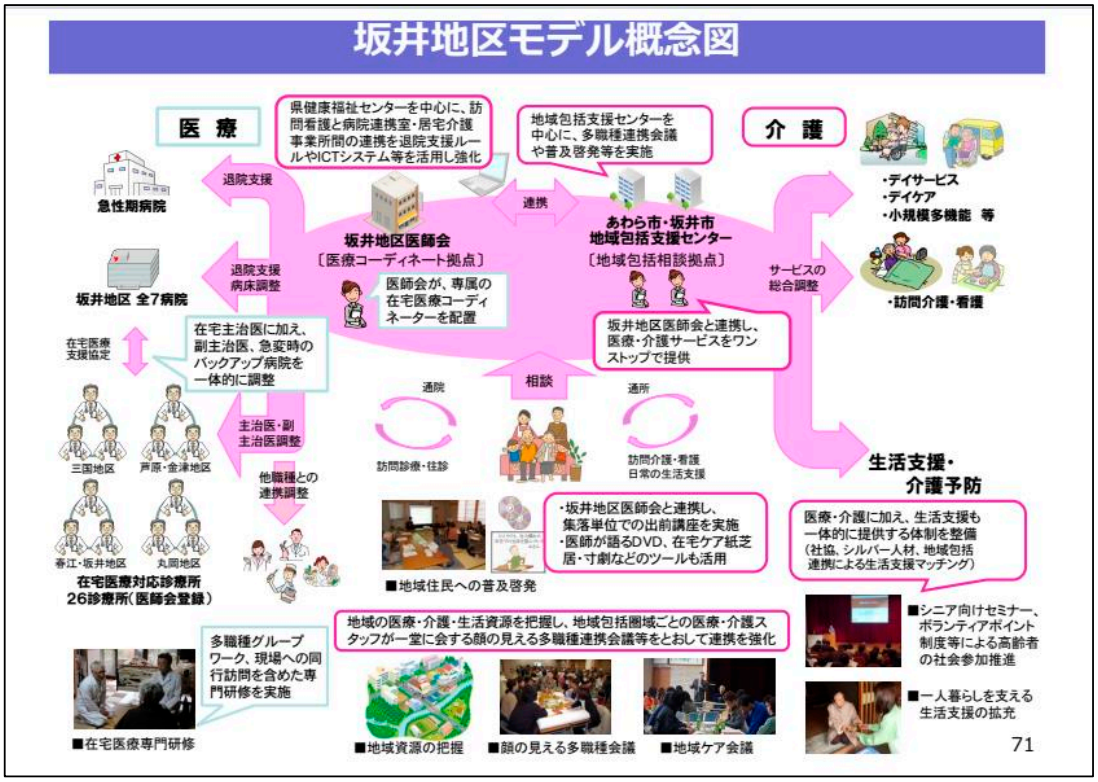
【取組内容】

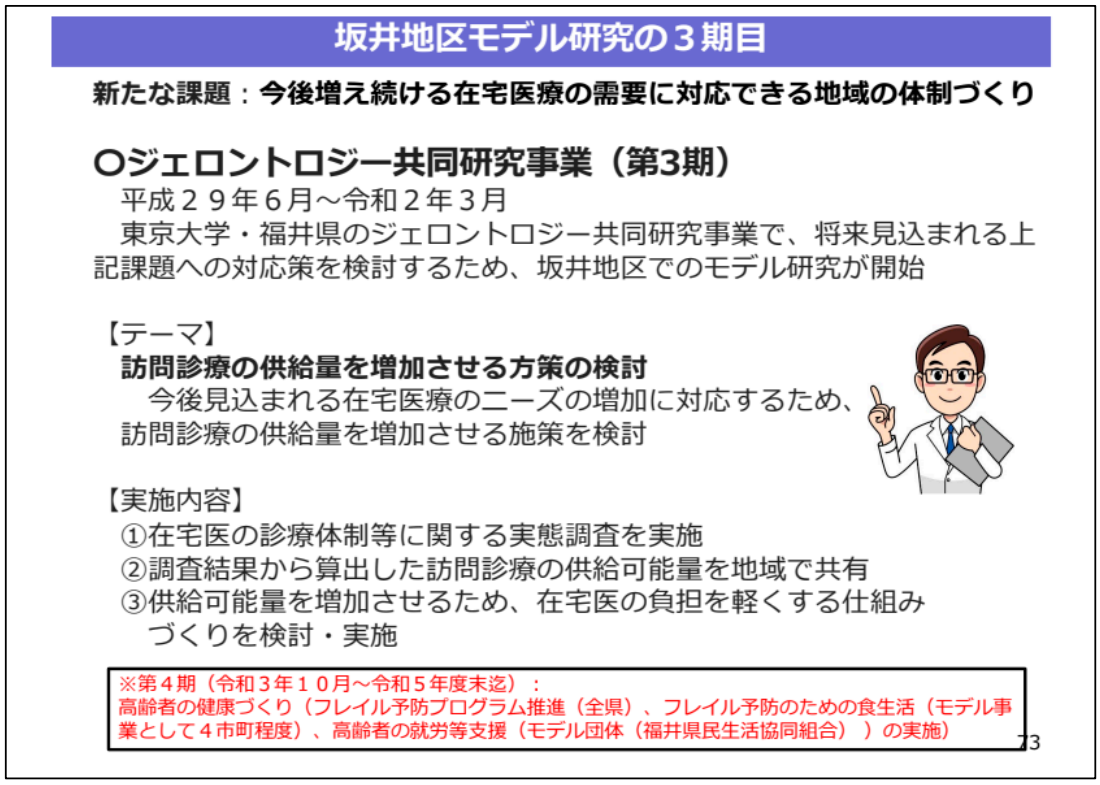
開始時期（年月）	平成 20 年 11月
対象となる参加者・利用者	坂井地区医師会、医療介護関係者、行政関係者等
・実施主体 ・関連する組織／団体	坂井地区医師会
取組の内容	平成 20 年「地域における在宅医療体制の整備」モデル事業として、在宅医療コーディネート事業を委託され「坂井地区在宅ケアネット」を発足。 ①在宅主治医の紹介、②チームによる在宅医療の調整、③相談窓口、④在宅医療・介護に関する研修の実施、⑤医療材料の共同購入等を展開。 更に、平成 22 年、東京大学・福井県のジェロントロジー共同研究事業（１・２期）における在宅ケア体制整備を開始。①医療・介護・行政の連携によるワンストップの相談体制、②ＩＣＴを活用した情報共有体制、③主治医・副主治医制や急変時受け入れについての病診連携体制、④住民普及啓発等を展開。第４期（令和３年10 月～令和５年度末）では、高齢者の健康づくり（フレイル予防プログラム推進（全県）、フレイル予防のための食生活（モデル事業として４市町程度）、高齢者の就労等支援（モデル団体（福井県民生活協同組合）　）を実施中。

経緯 **・地域課題／背景**	・福井県の「地域における在宅医療体制の整備」のモデル事業として、在宅医療コーディネート事業の委託を受け「坂井地区在宅ケアネット」を平成 20 年 11月より発足させた。 ・平成 22 年 11月～坂井地区在宅ケア将来モデル検討ワーキングとして、東京大学・福井県のジェロントロジー共同研究事業（１・２期）における在宅ケア体制整備を開始。 ・平成 29 年６月～令和２年３月　東京大学・福井県のジェロントロジー共同研究事業で、将来見込まれる上記課題への対応策を検討するため、坂井地区でのモデル研究が開始（ジェロントロジー共同研究事業（第３期））。 ・令和３年１０月～令和５年度末迄　高齢者の健康づくり（フレイル予防プログラム推進（全県）、フレイル予防のための食生活（モデル事 業として４市町程度）、高齢者の就労等支援（モデル団体（福井県民生活協同組合））の実施　※第４期）
医師会が担っている役割	・医療コーディネート拠点として、医師会が専属の在宅医療コーディネーターを配置
取組において **・工夫した点**	・主治医・副主治医制度や後方支援病院受入れなど医療機関同士の連携による 24 時間対応の在宅医療提供体制の構築
取組に関するURL・公表可能な資料及び文献	坂井地区在宅ケアネット http://www.sakai-med.com/zaitaku/zaitakutop1.htm

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：日本医師会地域包括ケア推進委員会『福井県における地域包括ケア深化・ 進化への地域の取り組みについて』（R5.3.31）より





坂井地区在宅ケアネットのこれまでの歩み

○坂井地区在宅医療コーディネート事業　平成20年11月～平成23年3月

福井県の「地域における在宅医療体制の整備」のモデル事業として、在宅医療コーディネート事業の委託を受け「坂井地区在宅ケアネット」を平成20年11月より発足させた。

【事業内容】
1．在宅主治医の紹介　2．チームによる在宅医療の調整
3．相談窓口　4．在宅医療・介護に関する研修の実施
5．医療材料の共同購入

○坂井地区在宅ケア将来モデル検討ワーキング　平成22年11月～

東京大学・福井県のジェロントロジー共同研究事業（１・２期）における在宅ケア体制整備を開始

【事業内容】
1．医療・介護・行政の連携によるワンストップの相談体制
2．ＩＣＴを活用した情報共有体制
3．主治医・副主治医制や急変時受け入れについての病診連携体制
4．住民普及啓発

72

３－１―⑧
徳島市在宅医療・介護連携推進事業
―徳島市医師会における在宅医療の取り組み―

キーワード	在宅医療、在宅医療・介護連携

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	徳島市	人口（単位：人）	（Ｒ５年１０月時点）	247,411 人
		高齢化率　65 歳以上	（R5年１０月時点）	28.10 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R5年１０月時点）	15.80 ％

【取組内容】

開始時期（年月）	平成 28 年４月１日
対象となる参加者・利用者	徳島市内で医療・介護に従事する専門多職種及び行政
・実施主体 ・関連する組織／団体	徳島市医師会 徳島市在宅医療支援センター（徳島市医師会運営）
取組の内容	１．在宅医療に取り組む医師の確保 ①在宅医療ルーキー講座 在宅医療に興味のある医師や在宅医療の経験が浅い医師等を対象に、在宅医療を基礎から学ぶ講座として、訪問診療の方法や実際を学ぶ「訪問診療編」と在宅医療の診療報酬や制度を学ぶ「診療報酬編」に分け、令和４年度初めて開催した。延 23 名の医師が参加し、結果として、１名の医師が在宅療養支援診療所の届出をした。 ②在宅医療よろず勉強会 医師や専門多職種が在宅医療に関する診療報酬等、事務的内容を学ぶ勉強会として年１回開催している。特に診療報酬改定年では、在宅医療に関わる診療報酬の変更点を中心とした内容で開催している。 ２．在宅医療の質の向上 ①在宅緩和ケア研修会 在宅における緩和ケアについて、在宅医師をはじめ専門多職種が最新情報等を学ぶ研修会として、開催している。 ②三師会主催多職種のための在宅医療研修会 徳島市医師会・徳島市歯科医師会・徳島市薬剤師会が共催し、順番に講師を推薦しながら、三師会員や専門多職種の在宅医療に関する資質の向上と知識の習得を目的に年１回開催している。 ③周辺サポートネットワーク 耳鼻咽喉科や皮膚科等の専門医の往診が必要な患者に対し、在宅医師からの要請に応じて、往診可能な専門医を紹介するネットワークを運用している。

④在宅療養支援診療所 24 時間ネットワーク
市内在宅療養支援診療所の中で、手挙げのあった医師同士が 1 日ごとの輪番制で待機し、夜間等において主治医が対応できない場合に副主治医が対応する主治医・副主治医制のネットワークを運用している。

⑤徳島市医師会在宅医療ネットワーク
在宅主治医が見つからない患者に対し、在宅主治医を紹介するネットワークとして運用している。

⑥医療機器の貸出（在宅医療・介護連携推進事業とは別に医師会独自で実施）
耳鼻咽喉科や泌尿器科等の専門医の在宅医療への参入をサポートするため、また、質の高い在宅医療が提供できるよう、徳島市医師会から、在宅医療に必要となる鼻咽喉ファイバースコープやポータブルエコーの医療機器を貸出している。

3．医療・介護・行政との連携における質の向上

①多職種連携会議
在宅医療に関わる 13 職種と行政が一堂に会し、在宅医療を整備する上での課題とその解決策を協議する会議として、年 1 回開催している。

②三師会在宅連携委員会
徳島市医師会・徳島市歯科医師会・徳島市薬剤師会の在宅医療の担当役員が集まり、各会の取り組み状況の報告や共催する研修会の内容等について協議する会議として、年 1 回開催している。

③四国四市医師会在宅部会 web 会議
四国の県庁所在地の医師会同士が、在宅医療の取り組みにおいて進捗状況や課題等について情報共有、意見交換し、今後の取り組みに反映させるオンライン会議として、年 1 回開催している。

④キーパーソン３
在宅医師、訪問看護師、ケアマネジャーを在宅医療におけるキーパーソンと位置づけ、この三者を対象に、在宅医療の事例をもとに互いの役割や連携方法を学ぶ研修会として、年 1 回開催している。

⑤とくしまスクエア会議
がん診療連携拠点病院とホスピス、行政、医師会が一堂に会し、退院から在宅への縦の連携がシームレスに行えるよう、情報共有、意見交換する会議として、年 1 回開催している。

⑥徳島あんしんタッグ
徳島市における在宅医療の取り組みを徳島市医師会と行政（徳島県・徳島市）がタッグを組んで行うために、協議の場として開催している。

経緯 **・地域課題／背景**	＜在宅療養支援診療所 24 時間ネットワーク事業＞ 平成 18 年 4 月 1 日発足。在宅療養支援診療所同士が訪問看護ステーションを中心に 24 時間連携し、お互いをサポートしあい、在宅医療をより円滑に推進することを目的に発足した。
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	＜在宅療養支援診療所 24 時間ネットワーク事業＞ 患者急変時には、患家から在宅療養支援診療所の医師に連絡が入ることとなるが、主治医が緊急に対応できない場合等には、連携訪問看護ステーションに連絡が入り、当日に副主治医として当番となっている医師（毎月の輪番制として当番表を FAX で情報共有）と連携し、対応する。 当番医は原則 18 時から翌日 8 時まで（日曜祝日は 8 時から翌日 8 時まで）副主治医として待機している。 連携拠点病院等への情報提供及び連携の一環として、平成 20 年 11 月 1 日より徳島市医師会 HP 上で在宅療養支援診療所の医療機能情報を公開している。公開の対象はネットワーク登録医療機関に加え、掲載を希望する在宅療養支援診療所の情報を掲載し、毎年 11 月に情報を更新している。 一般市民からは医療機関名、所在地等の基本情報が閲覧可能となっている。詳細な医療機能情報の閲覧については、ID と PW を発行した関係機関のみ閲覧可能である。 在宅療養支援診療所は、連携をはかる訪問看護ステーションごとに、施設基準に係る届出として四国厚生支局に提出しておかねばならないが、患者によって連携する訪問看護ステーションが異なる場合にあっては、その都度届け出の必要が生じ手続きが煩雑になる。本ネットワークでは、随時、臨機応変に訪問看護ステーションと連携がはかれるよう、登録いただいた複数の訪問看護ステーションと連携体制にあることを一覧表にして、この一覧表を添付して届け出を行うことにより対応している。したがって、できる限り多くの訪問看護ステーションとの連携体制を確保したいと考えている。
取組の効果・成果	＜在宅療養支援診療所 24 時間ネットワーク事業＞ 令和 5 年 10 月 1 日現在登録状況 在宅療養支援診療所；29 診療所 訪問看護ステーション；30 ステーション 発足以来実際に副主治医へ対応を依頼したケースは 1 件
取組に関する URL・公表可能な資料及び文献	一般社団法人 徳島市医師会 徳島市在宅医療支援センター 在宅医療整備への取り組み － 在宅医療をご希望のみなさまへ https://www.tokushimashi-med.or.jp/zaitakuiryo/

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：徳島市医師会「在宅医療ルーキー講座（令 4.7.28、令 4.8.19 開催案内チラシ）」



３－１―⑨
地域中核拠点の設置「あきた森の保健室」 社会的処方の社会資源となる保健室

キーワード	在宅医療、多職種連携、社会的処方

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	秋田県由利本荘市	人口（単位：人）	（R２年時点）　74,700 人
		高齢化率　65 歳以上	（R2年時点）　37.2 ％
地域の特徴	人口減少、少子高齢化の進行している地域、高齢者の一人暮らしも多い。 気軽に相談できる場や交流の場が少ない。		

【取組内容】

開始時期（年月）	2017 年７月
対象となる参加者・利用者	秋田県由利本荘市
・実施主体 ・関連する組織／団体	伊藤医院、秋田県医師会
取組の内容	「森の保健室」は伊藤医院とつながった場所に建っている。開室時間は伊藤医院の診療時間に準じる（月・火・木・金 8:30～17:00、水・土 8:30～12:00、日・祝日はイベント時オープン）。 来室者の内訳は、 ・受診のついでに立ち寄る（用事もないのに来室） ・診療時に話しそびれたり、聞き足りなかったりしたことを解消のために来室 ・診療時に「となりで話を聴いてもらって」と医師に勧められて来室 ・糖尿病等の療養指導のために来室 ・受診する家族の付き添いで訪れた際に来室（診療所と隣接するメリットをフル活用） ・受診とは関係なく、おしゃべりや相談、気分転換に来室 ・他職種（ケアマネージャーや医療職）が相談に来室 その他、Facebook やイベントで知り、興味を持ったとして訪れる例もある。 「森の保健室」には幅広い世代が訪れるのが特徴で、高齢者の場合は比較的、独居の割合が多く、また同居の人でも日中には一人で過ごすことが多い。家族との関わりの悩みなども寄せられるという。子育て世代では発育や発達障害の相談、介護についての悩みが聞かれる。発達障害の子供たちの中には、その特性から診察室には入れないものの、「森の保健室」には馴染んで長く過ごしていく例も見られるという。その他、専門職による相談など幅広い話題が上る場となっている。

活動内容

認知症カフェからキルト教室に

2017 年９月に認知症カフェとしてスタートした「森のほっとカフェ」の中で企画された「裁縫教室」が人気を呼び、キルト教室を不定期に開催している。講師とテーブルを囲んで針仕事に精を出すくつろぎの時間になった。参加者の手仕事を持ち寄ったピースがつながり、フレンドシップキルトが完成した。
このキルト教室には 70～80 代の高齢者も参加し、かつてこの地域に存在していた縫製工場があったこと、女性の職場として定着していたことなどが語られた。

ワークショップ、健康教室事例

医師と看護師を中心に健康情報や生活情報を伝え合うワークショップを実施。

- 健康教室（講師：伊藤医師、小野まゆみ看護師）
- 専門家もそうでない人も老いも若きもフラットに語り合う「みんくるカフェ」の開催（みんくるカフェは東大の家庭医の孫医師が立ち上げたプロジェクト）
- 一冊の大切な本を持ち寄り、物語を語り合う「大人のための絵本カフェ」
- 次の世代に残す地球のことをみんなで考える「チェンジ・ザ・ドリーム・シンポジウム」
- 生活を支える人を支えたいと隣市のファシリテーターが届ける「アンガー・マネジメント」
- 医療チームおよび患者との関係性向上のために役立つコミュニケーショについて語り合い、体験して学ぶ「医療コミュニケーション研究会 FLAT」（現：医療コミュニケーションラボふらっと）

ナラティブック秋田（秋田県在宅医療・介護 ICT 連携促進事業）支援室

患者の要望や情報を本人が許可した範囲で患者家族や地域の医療従事者、介護事業者で共有する仕組み。病気や治療のみならず日常生活や患者本人の希望に寄り添う最適な医療や介護の選択に繋げることを狙いとしている。秋田県医師会が立ち上げ、現在各地で参加施設が増えている。「あきた森の保健室」はナラティブック秋田の事業に参加し、ナラティブブック秋田の利用に関して相談窓口となり、登録や操作方法などのサポートも行っている。

「森の保健室」に向けた地域からのサポート

「森の保健室」は地域を支えるだけではなく、自身もまたサポートされ、大切にされる地域の一部である。例えば、「森の保健室」の庭や花の手入れをしていると、どこからともなく花や栽培に詳しい地元の男性たちが声をかけてくれる。時には花の苗を持ってきて一緒に植えてくれたり、剪定の仕方を教えてくれたりして、綺麗になった庭をともに喜んで眺める。また、こうした人々が時には患者として、利用者として伊藤医院や「森の保健室」を訪れることもある。サポートする側とされる側は入れ替わり、助け合うことになる。

６つの機能について

暮らしの保健室の活動を図る指標として、「６つの機能」がある。利用者にとって、また地域と関わる側にとって暮らしの保健室がどんな場であるかを概念化したものだ。これが、ここまで挙げた「森の保健室」の活動でどのように機能しているか整理してみる。

・①相談窓口…診療の前後に、また診療とは別個に訪れている
・②市民との学びの場…健康教室、ワークショップなど
・③安心な居場所…普段の保健室、キルト教室など
・④交流の場…ワークショップ
・⑤連携の場…カンファレンス、事例研究会、専門職との相談など
・⑥育成の場…認知症カフェ、花の手入れ

あきた森の保健室の活動は、上記のように「６つの機能」のうち様々な性質を持ちながら当てはまる活動を見せている。当地においてバランスよく機能を果たしながら展開していることを伺わせる。

医師が感じる「森の保健室」効果

伊藤医師は大内地域で生まれ育ち、父が開設した伊藤医院を承継している。現在、高齢者となり伊藤医院に通う人々の多くは「昔、僕のおむつを替えたよっていう人もいる」と語る。そんな古くからこの土地に住む人たちが集まる場所を作れたら、というのが「森の保健室」を考えたきっかけの一つでもあったという。

医師は「みんなが笑顔になる場ができたら良いと思った」と語る。

暮らしの保健室を設けたことで、「医療だけではなく、その後のフォローがしっかりできるようになった」と語る。診察室は医療の場で生活や暮らしのことまで語るのは難しい。「家庭医として日々のことにも総合病院よりは暮らしのことも聞いて相談に乗ろう、乗れると思っているけれど、やはり時間の制限もあるので、診療を終えてから患者が聞きたいこと、心配なことを保健室で聞いてもらえるようになったのは良かったと思う」

「それから、行政、ケアマネ、訪問看護師、薬剤師など多職種の方々が相談のためにやってきて、落ち着いて話しながら色々考えたり決めたりできる場にもなっている。堅苦しくなく、お茶を飲みながらカンファレンスをしたりもする。そうした場の力が会議にもたらすも雰囲気も感じる。皆、ここで好きなことを言えて、壁を感じないで話し合うことができる。室長の雰囲気もあるのだろうが、ここに来ると気持ちが安らぐ、と思って最後はみんな笑顔になって帰っていくのを見ると、ここを作って良かったという気持ちになる」

「対話を大事に、というのは医師も室長も思うところである。対話の時の態度とか、間とか、仕事の上でもとても大切なことだと感じて、訓練を受けた（コーチングやファシリテーションを学んだ）こともある。オンラインなどでも間が空くとどうしても埋めなくてはいけない、と焦ってしまいがちであるが、対面の場ではそうならない。双方無言でいる時間が過ぎても、それもまた大事な対話になる。そういう時にこの保健室という場の力は大きいと感じている」

	<u>コロナ禍における暮らしの保健室</u> 秋田県では感染者の発生が比較的に少なかったこともあり、フォローアップが精度高く実現してきた。また、生真面目な県民性もあり感染予防の徹底が強く図られたこと、人口密度が低くソーシャルディスタンスの実現が容易であることもあって、コロナに対する意識の差は首都圏とは些か異なるものだった。 また、首都圏を中心とした都市部ではコロナによる自粛の影響で高齢者において低栄養やフレイル化の進行などが指摘されていたが、当地周辺では、コロナによって外出を控える、人と会えなくなる、こころの不調にもつながる、といった現象は特段見られなかった。人口密度が低い地域であること、感染者が県内にはごく少なかったこともありコロナについては「よその話」といった感もあったという。 とはいえ、経済状況への影響は厳しいことは実感され、県外への移動、首都圏への訪問数は激減した。また小児科などはコロナ不安による受診抑制が強く、当時 40～50%の受診数減がみられた。病院、介護施設では面会ができない等の制限は避けられなかった。県の規模感から、行政、医師会、看護協会などが意思疎通を深め、まとまって方向性を維持しているのも特色と言える。 「森の保健室」を運営するにあたっては、通常通り開室し、訪問者には対応していたがキルトの会など集まるイベントは中止してきた。その後、感染症対策をしっかりとする形で徐々に再開を進めている。今後においても with コロナを意識してやっていかなければならない状況だが、人の常としてリモートでもどんな形でも会って会話をしたいという願いが叶う必要はある。 「森の保健室」では集まってキルトを作る会は中断したものの、代替に各々でマスクを作るという動きが立ち上がり、マスクの作り方を情報交換したり、材料を受け取りに来たり、出来上がりを見せ合ったり、という中継点として皆が交互に「森の保健室」を訪れて交流ができる、その過程で相互の状態も報告し合うなど、場があることが交流を生じさせるきっかけとなっている。 <u>社会的処方の社会資源としての保健室</u> 秋田県医師会の社会的処方（まちづくり）の社会的資源としての場の提供 森のスマイルサロンは高齢者の体操教室でロコモ予防、その我のおしゃべりサロンとして生きがいづくりの場として寄与している。
財源等	診療所の経費内で運営（利用者の負担はなし）
経緯 **・地域課題／背景**	地元出身で、大学病院に長く勤務した伊藤医院の院長・伊藤伸一医師が地域医療に携わる中で総合病院とは異なる目線の取り組み方、「治す」医療だけでなく「支える」医療と支え方が必要と実感し、新宿「暮らしの保健室」やマギーズ東京などを念頭に皆が自由に集まり医療・介護・子育て等の相談ができる場を模索する。 「森の保健室」に常駐する小野まゆみ看護師は長く由利本荘市内の総合病院に勤務。患者さんの病気だけではなくかけがえのない人生を生きることを支えたい、と感じていたことが転身のきっかけだった。 院長の呼びかけに応える形で 2017 年 7 月に伊藤医院に併設した「あきた森の保健室」を立ち上げる。カフェ風の外観の建物に、馴染みの患者さんたちも「何がで

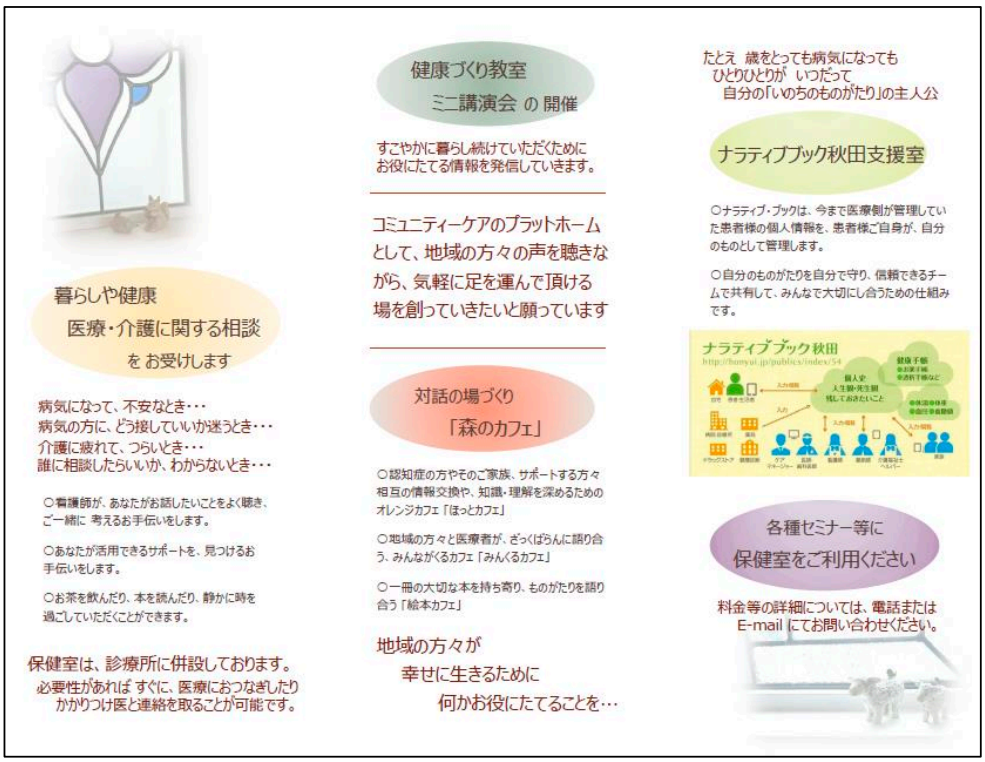
	きるんだろう」と興味津々だったという。内装はフランス漆喰の壁にゆったりと間接照明が掲げられ落ち着いた居心地の良い空間になっている。
医師会が担っている役割	秋田県医師会と由利本荘医師会との共同で企画運営に関与する。 秋田県医師会の事業であるナラティブブック秋田の運営サポートを担い、県医師会の進める事業と共同し、県医師会事業の発展に寄与する。 県民や市民の well being な社会づくりにつながる。
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	 診療所に併設した暮らしの保健室は全国初の試みであった。元祖である秋山正子氏の取り組む暮らしの保健室と連携をとり、全国における保健室活動の普及に努めた。社会的処方のリンクワーカーがつなげる資源や場となった。 看護師として病院に勤務している間は退院調整部門にいて、看護師向けに「生活の目線で、くらしのある地域にお返しする」と指導する立場だったが、自分が暮らしの保健室に入って地域の患者に接してみると、まだ病院での捉え方も甘かった。 その人が自分の人生を生ききるためにケアマネも看護師も、そのほか多くの立場の人の多くの目線を集めたら、もっとできることがあるように思う。そのための手伝いを、大病院ではなく、ここでしかできないことを丁寧に一つずつやっていく必要がある。 コロナ禍においては感染予防に注意して保健室運営した。多人数でのイベントは中止を余儀なくされた。
取組の効果・成果	山里の人口減少地域では過疎化が起きており、一人暮らしの方や孤立する人が多くおり、そのような人たちが集まる場が必要とされている。また、皆が自由に集まり医療・介護・子育て等の相談ができる場も必要である。 地域の人が気軽に立ち寄れる場が提供できたことは地域に住む方々にとって少しは生きがいにつながったと考えている。 秋田県医師会の社会的処方（まちづくり）の社会的資源としての場になった。
取組に関するURL・公表可能な資料及び文献	１．あきた森の保健室 https://www.facebook.com/morinohokenshitu/?locale=ja_JP ２．秋山正子編「暮らしの保健室ガイドブック」日本看護協会出版会（2021 年３月３日）［報告 2:北海道・東北ブロック］あきた森の保健室（秋田県由利本庄市） ３．日本財団　暮らしの保健室の仲間たち　あきた森の保健室 https://kuraho.jp/report_akitamori/

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：伊藤医院「あきた森の保健室パンフレット」１



出典・資料名：伊藤医院「あきた森の保健室パンフレット」２



出典・資料名：秋山正子編「暮らしの保健室ガイドブック」日本看護協会出版会（2021 年３月３日）
［報告 2:北海道・東北ブロック］あきた森の保健室（秋田県由利本庄市）に紹介あり



3―1―⑩
地域課題の抽出から余市町服薬状況報告シートの作成と地域の展開について
―医療介護連携推進事業の地域課題から抽出された服薬状況報告シート―

キーワード	医療・介護連携、服薬管理、在宅医療

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	北海道余市町	人口（単位：人）	（R５年９月時点）　17,328 人
		高齢化率　65 歳以上	（R５年９月時点）　41 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R５年９月時点）　22 ％
地域の特徴	北海道の中では、温暖で農業と漁業が共存するまちであり、近年はドラマで取り上げられたニッカウヰスキーやワイン特区の認定を受けたことによりワインに関する産業が盛んとなりと知名度も向上している。一方で少子高齢による影響で、医療や介護の人材不足などが地域の中での課題となっている。		

【取組内容】

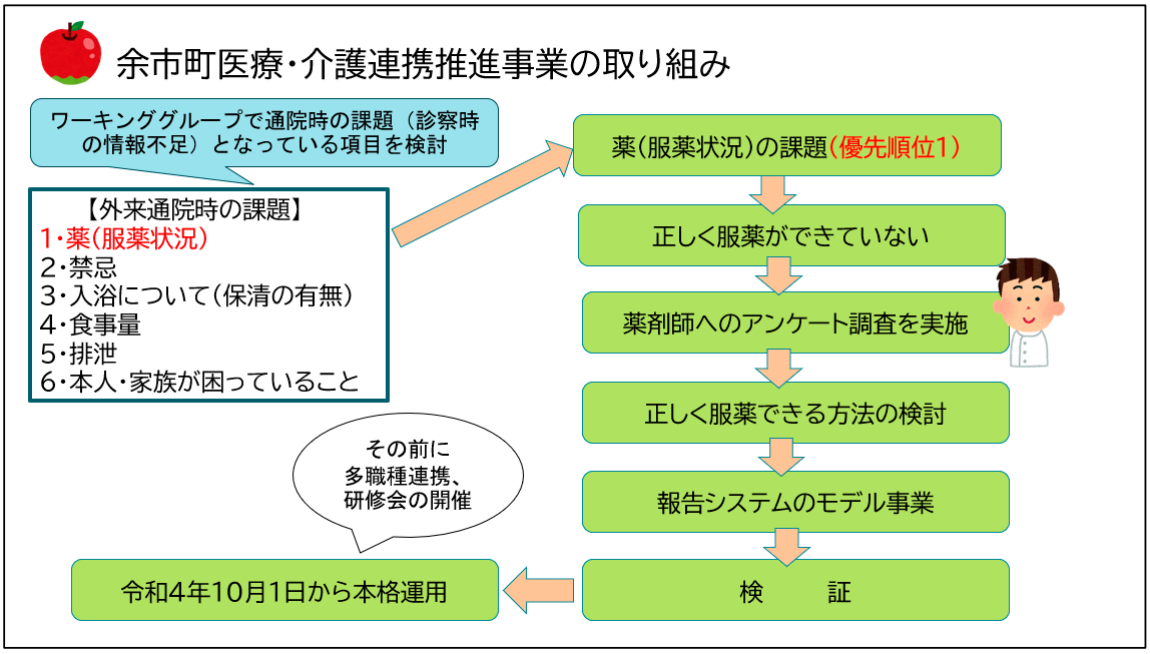
開始時期（年月）	令和元年４月
対象となる参加者・利用者	余市町民
・実施主体 ・関連する組織／団体	・余市町医療・介護連携推進事業協議会（余市町運営） ・余市医師会、余市歯科医師会、余市薬剤師会、北海道リハビリテーション専門職協会、余市町内介護事業所等、北後志ケア連絡会、余市町民生部保険課、子育て・健康増進課
取組の内容	余市町医療・介護連携推進事業では、地域資源の把握と地域課題の抽出を取り組みの２本柱と位置づけ、事業の協議会から派生した部会を中心に検討を続けた。余市薬剤師会の協力の元、アンケート調査や話し合いの場での検討を重ねて、服薬状況報告シートの作成に至る。服薬状況報告シートの内容についての検討会議を重ね、３か月間の実証実験の期間を設け、さらに余市町内の医療・介護に関わる各関係者への報告と研修も実施し、令和４年 10 月１日に本格運用となる。 本シートについては、高齢者と多く関わる介護サービス事業所等の担当者が服薬に関する問題が生じていると考えた際に、直接担当薬剤師へ情報提供できるようにし、さらに医師やケアマネジャー等と共有することで、多職種で連携しながら服薬に関する問題を解決するための支援につなげていきたいと考える。
経緯 ・地域課題／背景	余市町医療・介護連携推進事業の部会員による話し合いの中で、余市町における訪問看護師の不足という課題から、「訪問看護が担っている役割の中で他の職種でも可能なことはないのだろうか」というのが出発点であった。訪問看護が服薬管理のために訪問しているという事例が多数あり、薬剤師が居宅療養管理指導として訪問し薬剤管理や服薬に関する支援ができるということが関係者間で十分に共有されず十分活用されていないことも確認された。そこで、地域にある資源（訪問看護等を

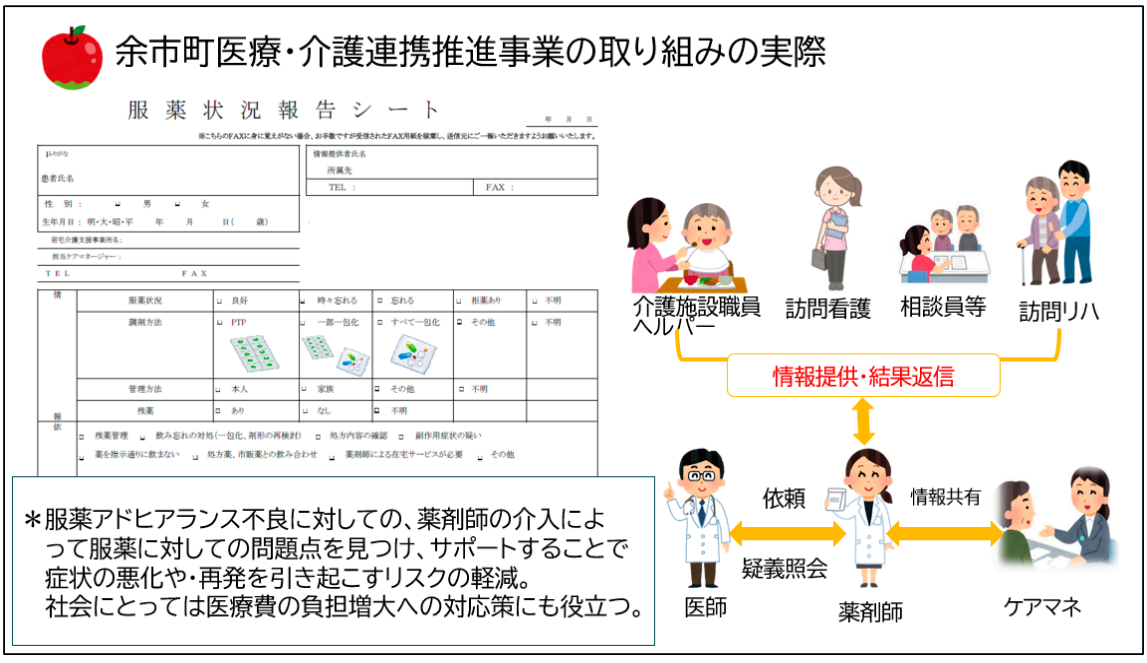
	含めた医療介護資源）の効果的な利用と適正な分配の必要性があると考えた。 また、データから余市町は高齢化率も高く、単独や夫婦で生活しているという高齢者が全国や北海道と比較しても高く、服薬に関する問題も生じやすいという推測がされ、ケアマネジャーや介護サービス事業所関係者からもアドヒアランスに関する問題が生じているという意見も多数あり、服薬に関する課題は余市町全体の課題として捉え対策を立てる必要があると判断し、シートの作成と活用につなげた。
取組において **・工夫した点**	①介護職等関わる担当者ができるだけ提出しやすいように、簡単に記載できるように工夫し、薬剤師が中心となって各担当者への連絡をおこなうようにし、介護職への負担などに配慮した。 ②記載事項をできるだけ少なくし、項目をチェックするだけで完結するようにした ③イラストなども取り入れて、目で見てもわかるようにした。
取組の効果・成果	①　服薬状況の確認による効果 ・どれくらい（医療費）の削減につながったのか、という点では、コロナ禍での事業 1 年目であり、評価が非常に難しくどの程度の削減につながるのかは、評価できていない。また、個別のケースを取り上げての評価も可能かと思ったが、個人情報の観点から許可を得ていない状況では難しいという保険者の判断で、評価できなかった。 ・服薬アドヒアランスについては、疾患の再発や病状の悪化を予防したり、ポリファーマシーの観点からも、老年期は特に受ける恩恵は大きいと思うので、この事業の推進は充分に効果があると考える。 ・独居世帯や高齢者夫婦世帯という世帯状況からも、医療介護連携事業によって支援するという観点は非常に重要であると考え、服薬状況の確認はその一つの手段であるということでの効果は期待できる。 ②　服薬状況の確認を通じて、今後の現在の取り組みの進展について 現在、余市町は医療介護の人材不足が喫緊の課題であり、特に訪問看護不足によって終末期や医療依存度の高い方の支援が困難になっている。そこで、地域の看護資源の状況を確認し、訪問看護以外での看護師（デイサービスやデイケア、ショートステイ等）が医療的な対応がどの程度可能なのか、もしくは連携し技術を習得し訪問看護以外の場で対応を可能にできないかと検討している。 また、訪問看護師がリハビリテーションを担う事案もあり、訪問リハ等のリハビリテーション専門職との連携（リハ職へのコンサルテーション等）について検討している。その他、ケアマネジャーとリハビリテーション専門職との連携による自立支援の考え方についての研修会の開催し、単にサービスを提供するだけのケアプランにしないという取り組みを検討しワーキンググループで話し合っている。 以上のように、服薬状況の確認という事業を通して、少ない医療介護資源の中で、医療介護の多職種の連携が進み、さらに次の連携に勧めようという機運が盛

	り上がっており、余市町での地域包括ケアシステムの確立に向けて、進みつつある。今後さらに、地域資源の把握を行い、さらに課題の抽出を行うように検討している。

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：余市町医療・介護連携推進事業協議会「余市町医療・介護連携推進事業の取組み」





３－１―⑪
在宅医療・介護連携推進事業　みとりぃな（「看取り」をテーマにした事例検討会により多職種で学ぶ機会をつくる）

キーワード	在宅医療・介護連携、看取り、多職種協働

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	三重県熊野市、南牟婁郡御浜町、南牟婁郡紀宝町
人口 （単位：人）	熊野市（R6年１月時点）　15,296 人 南牟婁郡御浜町（R5年９月時点）　7,980 人 南牟婁郡紀宝町（R5年 11 月末時点）　10,313 人

【取組内容】

対象となる参加者・利用者	自治体、社協、診療所、病院、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、介護施設、医学部生等
・実施主体 ・関連する組織／団体	三重県熊野市、南牟婁郡御浜町、南牟婁郡紀宝町
取組の内容	「看取り」をテーマにした事例検討会により、多職種で学ぶ機会をつくり「顔の見える関係」の一歩先を目指す。 ひとつの事例を地域の経験にするために、多職種連携研修会「一人じゃない!チームでみとりぃな」を開催している。また、事例から見えてきた地域課題を「我が事」に感じてもらう。
経緯 ・地域課題／背景	職種の役割が明確化し、お互いを知ることで、多職種が尊重しあえる関係を目指している。
取組において ・工夫した点	運動会等を企画し、医療、介護に携わる職員とその家族も参加し、交流を深めている。

３－１―⑫
茨城県地域包括ケア推進センターを活用した地域包括ケア推進体制の構築
―茨城県の医療と介護、そして行政をつなぐために―

キーワード	多職種連携　在宅医療、研修

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	茨城県全域	人口（単位：人）	（R5年５月時点）2,828,915 人
		高齢化率　65 歳以上	（R5年７月時点）　30.7 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R5年７月時点）　16.2 ％
地域の特徴	魅力度ランキングはワーストに輝いていても、日本を支えてきた３産業（農業、漁業、工業）は茨城県が日本一と誇るものが数多くあり、数多くの農産物の収穫量、漁獲量も全国上位で、工場立地面積に住宅立地面積、耕地面積割合など全国１位。また、高齢者近住率（子どもが同居、同一家屋、同一敷地及び近隣地域に住んでいる 65 歳以上人口の割合）は全国第４位（令和元年）となっている。東京近郊の県南部と県北部においては、医療資源の格差が大きい。		

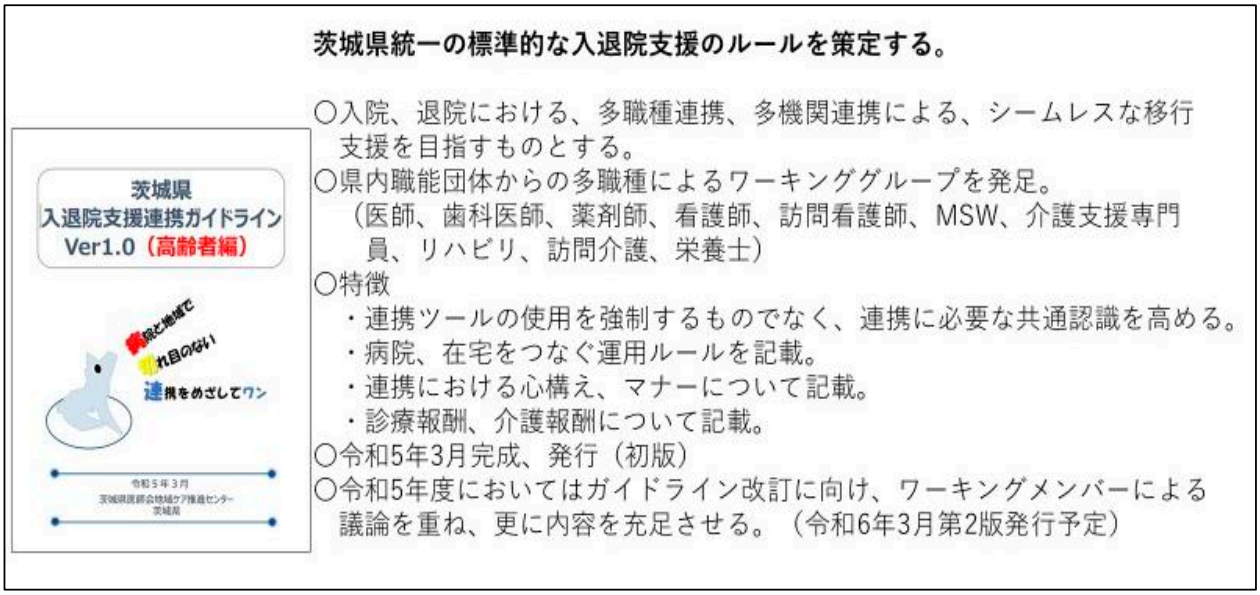
【取組内容】

開始時期（年月）	平成２９年４月
対象となる参加者・利用者	県内各専門職団体、行政
・実施主体 ・関連する組織／団体	茨城県医師会 茨城県保健医療部健康推進課地域包括ケア推進室
取組の内容	茨城県医師会内に茨城県地域包括ケア推進センターを茨城県の委託を受け設立し、在宅医療の推進を図るとともに医療・介護のシームレスな体制構築を目指している。センターでは、多職種（看護師、介護支援専門員、リハビリテーション専門職等）からなる推進員を配置し、茨城県、市町村、保健所、各専門職団体（24 団体）、郡市等医師会と連携し、県内各地域における地域包括ケアの推進に取組み、 ・在宅医療への参入及び多職種連携の促進 ・各地域の現状や需要・供給状況の調査と情報提供 ・入退院支援連携ガイドラインの策定 ・各種会議（運営会議、連携会議、全体会議、郡市等医師会・市町村連携協議会）の開催 ・茨城地域包括ケア学会の開催を実施している。 令和５年４月には、県内の医療・介護・福祉・リハビリ・施設など従事者を対象として、地域包括ケアの取り組みを支援し、多職種連携、在宅医療・介護の推進やスキル向上のための研修を実施する機関として「茨城県医師会地域包括ケア研修センター」を開設し、研修会を開催している。
財源等	県の補助金。地域包括ケア研修センターは、県医師会の支出による。

経緯 **・地域課題／背景**	各会議の開催： 医療と介護の現場レベルでは、双方が一体化されつつも、行政においても医療と介護の縦割りがなく協議できることが重要であり、その機会を作るために、県と県医師会の連携を強化するため運営会議を週１回、県医師会、茨城県、センターにて行っている。 地域包括ケアの会議となる医療と介護の連携には、連携会議（２か月毎）により、各専門職団体が一同に集い、テーマに準じて協議できる場とし、全体会議（６か月毎）はさらに行政の参画につなげられるよう開催している。 地域ごとに地域包括ケアの拡充を図り、令和６年度から始まる第８次保険医療計画の策定のためには、市町村と郡市等医師会がどれだけ連携しているかが重要であり、令和５年度から郡市等医師会・市町村連携協議会を開催している。
医師会が担っている役割	県内における市町村単位の地域包括ケアシステム構築の支援。
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	・医療、会議、福祉、それぞれ偏りなく、意識を高め、協議の場に参加して頂くようにテーマや企画を立てること。 ・郡市医師会等と市町村の連携には地域により大きな差があること。特に市町村においては、医療担当部署がないことから、連携のスタートから始める必要がある地域もあれば、スムーズにお互いに協議が始められる地域もあり、その情報収集や現状把握が必要であったこと。
取組の効果・成果	①茨城県入退院支援連携ガイドライン Ver1.0（高齢者編）の完成。 ②郡市等医師会・市町村連携協議会の開催とすべての市町村・保健所の参加。

【取組の概要（図表等）】

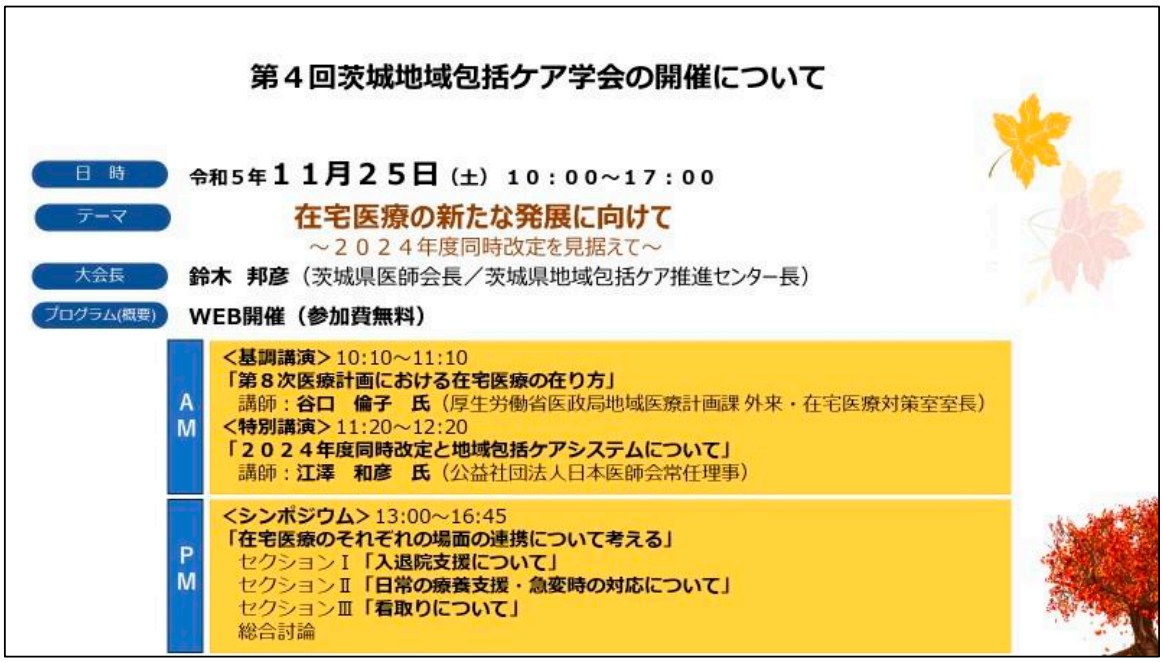
出典・資料名：茨城県医師会「茨城県入退院支援連携ガイドライン作成」



写真：茨城県医師会「茨城県医師会地域包括ケア研修センター設立」



出典・資料名：茨城県医師会「第４回茨城地域包括ケア学会開催案内（令和５年 11 月 25 日開催）」



３－１―⑬
静岡県地域包括ケア情報システム「シズケア＊かけはし」を活用した多職種連携

キーワード	多職種連携、ICT 連携

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	静岡県全域	人口（単位：人）	（R5 年４月時点） 3,619,571 人
		高齢化率　65 歳以上	（R5 年４月時点）　30.4　％
		高齢化率　75 歳以上	（R5 年４月時点）　16.5　％
地域の特徴	健康寿命が男女とも５位とトップクラスだが、人口 10 万あたりの医師数は全国 40 位と下位におり、さらには東西に長く地域により医療・介護資源やインフラ等環境が大きく異なっている。		

【取組内容】

開始時期（年月）	平成 24 年４月～
対象となる参加者・利用者	医療関係者、介護関係者、福祉関係者、行政等
・実施主体 ・関連する組織／団体	静岡県医師会 静岡県健康福祉部福祉長寿政策課地域包括ケア推進室
取組の内容	医療・介護関係者や行政、専門職団体等、地域包括ケアシステムの推進に関する関係者の情報共有を、ICT システムを活用して行うことにより効率的で安全な情報共有が可能になると考え、静岡県地域包括ケア情報システム「シズケア＊かけはし」を開発・運営している。また、登録事業所や活用地域を増やすため、操作説明会や事例報告会や活用提案等を行っている。 令和４年度からは救急搬送時、予め登録している住民の情報や現場の画像・動画データを救急隊と搬送先医療機関で共有できる救急搬送機能が追加され、県内２市（熱海市・富士宮市）で実際に運用が開始され、他の市町でも導入が検討されているところである。
財源等	システム保守運営については登録者の利用料収入。 普及に係る取り組みについては県からの補助金も有り。

経緯 **・地域課題／背景**	在宅医療の現場に県内で統一した IT ネットワーク型の連係情報システムを構築・運用することにより、広域的に多職種間での情報共有ができると考え、平成 24 年度にシステムの運用をスタートした。 その後、２回の大規模改修を経て、機能や情報共有する関係者を拡大するとともに、見守り等の福祉分野や救急搬送時の機能を追加し、現在はより広い分野・職種での情報共有ができる地域包括ケア対応型システムとして、更なる活用の推進に取り組んでいる。
医師会が担っている役割	ICT システムの運営、周知・拡大
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	県の補助金を活用し、手揚げした県内８箇所を普及拠点地域として活用を広げている。また、専門職・事業所間での活用を広げるため、専門職団体にも補助金により普及活動を行っていただいている。 活用が進んでいる若しくは検討している地域と、ほとんど進んでいない地域の二極化が進んでいる。また、利用料収入だけで全ての運営費が賄えず、一部県医師会の持ち出しになっている。
取組の効果・成果	これまで電話や FAX で実施していた情報連絡がシステム上でやり取りすることにより業務が効率化したとともに、セキュリティの高い環境になっているため、個人情報を含む医療情報等もシステム上で共有することができるようになった。 また、地域によっては本システムに多くの住民情報を登録し、元気な時から最期に至るまで一貫して住民を支えるシステムとして、医療・介護・福祉・救急等様々な分野で横断的に情報共有が実施されている。
取組に関する URL・公表可能な資料及び文献	別紙資料参照。

【取組の概要（図表等）】

資料名：静岡県医師会　「シズケア＊かけはし概要」

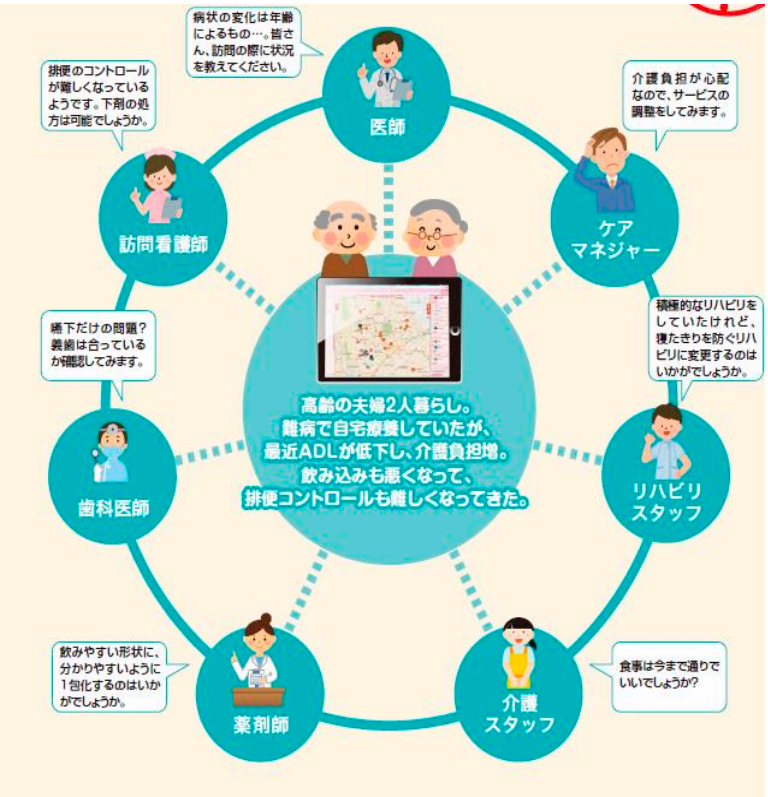
＜シズケアサポートセンター事業＞
5　ICT システム　シズケア＊かけはし

シズケア＊かけはしの概要
（静岡県地域包括ケア情報システム）

1　概　要

医療・介護現場における主治医、訪問看護師、ケアマネージャー、病院主治医、病院看護師、ＭＳＷを含む地域医療連携スタッフ等による情報共有のため、平成 24 年度から静岡県内の地域包括ケアの現場にＩＣＴシステムを導入した。以来、地域内での見守りや救急搬送時のための機能を追加するなど、行政を含めた多職種間の連携を円滑にするため、機能の充実とその普及を図っている。

（イメージ図）



2　機能一覧

区　分		内　容	備　考
情報共有システム	医療・介護	医療・介護サービスの提供を受けている患者・利用者の個別情報を多職種多事業所から構成されたチームで共有	
	見守り	医療・介護サービスを利用していないものの何らかの支援や配慮が必要な方の情報を関係機関によるチームで共有	令和４年度～
	救急搬送	事前登録された住民の「救急情報」を救急搬送時において救急隊員を含む関係機関で活用（要別途料金）	
施設サービス検索・折衝		県内の医療・介護施設の特徴や空き状況が把握でき、退院調整時等には効率的な退院先の抽出と折衝を実現	
情報交流ツール	セキュアメール	安全性の高い環境のもと、ユーザー間でタイムリーに日常的な連絡が可能	
	掲示板	研修会のお知らせ等、ユーザーにとって役立つ情報を一斉配信、地域や職種を限定するなど様々な利用が可能	
便利機能		・クラウド会議（ビデオ会議システム）（要別途料金） ・イベント開催業務支援機能、 ・公的文書作成支援機能	

3　登録状況（令和５年８月末日現在）

施設別区分	登録施設数
病　院	73
医科診療所	185
歯科診療所	13
薬　局	218
訪問看護 ST	134
居宅介護支援事業所	230
その他居宅サービス事業所	74
地域包括支援センター	126
介護保険施設	38
地域密着型サービス事業所	37
有料老人ホーム	10
県	9
市町	24
郡市医師会	16
その他	28
施設別計	1,215

職種別区分	登録者数
医師	420
歯科医師	19
薬剤師	510
看護師	1,310
保健師・助産師	213
管理栄養士・栄養士	18
理学療法士	270
作業療法士	121
言語聴覚士	26
社会福祉士	458
介護支援専門員（ケアマネージャー）	1,161
介護訪問員（ヘルパー）	79
介護職員	123
事務職員	591
その他	229
職種別計	5,548

4　利用料金

年間１３，２００円（1,100 円／月）

＊ただし、オプション料金は除く

３－１―⑭
各地域包括支援センターと協働して行う種々の活動
ー地域ごとに行う包括支援センターとの協働ー

キーワード	多職種連携、地域包括支援センターとの協働

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	宮崎市郡 宮崎市・東諸県郡（国富町・綾町）
人口（単位：人） ・高齢化率	※（令和５年 10 月時点） ・宮崎市　人口 397,709 人　65 歳以上 29.02%　75 歳以上 15.24% ・国富町　人口　18,467 人　65 歳以上 38.30%　75 歳以上 20.14% ・綾　町　人口　6,978 人　65 歳以上 38.46%　75 歳以上 21.09%
地域の特徴	宮崎は通年温暖な気候が特徴で、県木であるフェニックス並木に代表される南国情緒あふれる街。物価が安く通勤・通学にかかる時間も短いなど、暮らしやすい街でもある。その様な風土で宮崎県を８地域に分けた宮崎東諸県地域は、県人口の 40.1%（令和３年 10 月１日現在宮崎県現住人口等調査から）を占めており、人口が減少していく中、高齢化率は年々増加していく一方である。医療介護資源は、宮崎大学医学部が位置する宮崎市内に集中しており、宮崎市への医療依存が高い状況がある。

【取組内容】

開始時期（年月）	2018 年５月
対象となる参加者・利用者	宮崎市郡医師会在宅医会会員、包括支援センター職員、宮崎市保健所職員、地域住民、各専門職（介護職、歯科医師、介護支援専門員など）
・実施主体 ・関連する組織／団体	各地域包括支援センター、宮崎市郡医師会在宅医会 保健所、宮崎市
取組の内容	18 ある地域包括支援センターの推進委員として宮崎市郡医師会在宅医会の会員を派遣し、それぞれの地域で独自の活動を行っている。例えば檍地区では檍若手の会を結成し、地域ボランテイア団体を巻き込んで実際の地域での困りごとの解消案を考えアドバイスを行っている。清武地区ではケアマネ部会とメンタルヘルス部会があり、後者には精神科の先生が参加して地域におけるメンタルヘルスのアドバイスを行っている。大宮地区では高齢者施設の介護従事者のスキルアップや悩み相談を、押しかけ出前講座という形で行っている。公民館などでの研修会に参加できない職員に施設の終業時間に合わせて訪問し、事前に施設から提示された問題点についてグループワークを行う。医師が毎回参加することで介護職が医師に対して抱く敷居を低くするように仕向けている。 要は市全域レベルでの研修会や講演会ではなく、より身近な地域での活動に医師が出席することで多職種や住民が相談しやすい環境を作ることに意味があると考えている。

財源等	すべてボランテイア活動であり、費用発生はない。
経緯 **・地域課題／背景**	各地域包括支援センターが地域包括支援推進のための取り組みを模索する中で、医療と介護の連携などについて宮崎市郡医師会に相談があった。2017 年に発足した宮崎市郡医師会在宅医会がそれに対応することになり、上記の活動が開始されることになった。 課題は地域包括センターの職員や地域を受け持っている医師の熱意の度合いで、地域ごとの活動に大きな差が出ていることである。
医師会が担っている役割	それぞれの取り組みを行う企画段階から相談に乗っている。
取組において **・工夫した点**	医師が可能な限り各行事に参加して、地域の活動者の医師に対する敷居を低くしていただき、ともに地域社会の在り方を考えていく仲間だと実感してもらうようにしている。
取組の効果・成果	地域包括支援センターの職員や、各地域の身近な社会資源のスタッフと顔の見える関係作りが進んでいる。

３－１―⑮
情報共有シートの作成と運用　ー高齢者住宅における救急搬送問題の解決ー

キーワード	多職種連携、在宅医療・介護連携、救急搬送、情報と意思のバトンをつなぐ

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	和歌山市	人口（単位：人）	（R5 年 10 月時点）　348,382 人
		高齢化率　65 歳以上	（R5 年 10 月時点）　31 %
地域の特徴	和歌山市は和歌山県の北部に位置する都市で県庁所在地でもあり中核市に指定されている。 救急搬送人数は、年間 17,335 人で和歌山市民 20 人に 1 人が搬送されている割合である。 特に高齢者施設からの救急要請は緊迫した場面が多く、中等症以上が約 70%であった。		

【取組内容】

開始時期（年月）	令和４年４月
対象となる参加者・利用者	高齢者住宅の入居者
・実施主体 ・関連する組織／団体	和歌山市 和歌山市医師会在宅医療サポートセンター　登録医療機関　日赤医療センター 和歌山市消防局（救急隊）　和歌山市在宅医療・介護連携推進センター
取組の内容	和歌山市では地域包括支援課を中心に医師会在宅医療サポートセンターと市内５ヶ所の在宅医療・介護連携推進センターが毎月会議をして在宅医療・介護連携推進事業を一体的に取り組んでいる。その一環として、「高齢者住宅のおける救急搬送問題の解決」に取り組んだ。 具体的には、高齢者住宅→ 救急隊→ 救急医療機関をつなぐ「情報共有シート」の作成と運用である。シート作成は多機関共同で行い、情報と意思のバトン渡しを円滑に行うことが出来るように、消防（救急隊）と高齢者住宅職員の「情報共有、意見交換の場」を開催し救急医を招いて、「急変時の対応」や「情報提供シート」の説明や書き方などの研修を重ねている。今年度中に高齢者住宅から運用を開始し、最終的には一般の在宅療養者にも広げていく予定である。
財源等	在宅医療・介護連携推進事業

経緯 **・地域課題／背景**	最近増えている高齢者住宅（サ高住、住宅型有料老人ホーム）は、基本的に医療職の配置基準がない。特に夜間は介護職１～2 名の体制で重篤な症状を見落したり、軽症でも救急に通報するなど緊急性の判断の問題があった。夜間に入居者が急変した場合、介護職員はパニックになり、到着した救急隊員に次から次に質問されても的確に答えることが容易ではなく、さらに救急車に同乗を求められても夜勤帯は職員が手薄で施設を離れられない事がある。一方、救急隊員の方は、どの高齢者施設でも看護師が常駐していて急変時の対応が出来るものという認識不足があった。
医師会が担っている役割	市内の医療機関へ「情報共有シート」のたたき台を配布して意見聴取する。 事業に関係する団体と共同で研修会を開催している。（情報共有、意見交換の場）
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	①市内の救急隊長全員に対して、高齢者施設の種別や特徴、医療職の配置について講義を行った。 ②救急隊員と高齢者住宅職員が一堂に会す「情報共有と意見交換の場」をこれまでに３回開催して相互の立場の理解を図り協力関係を強化した。 また。救急医より高齢者住宅職員に「心停止時の対応と臨床倫理」研修実施。 ③シートの作成は、消防（救急隊）、開業医、救急医療機関の協力を得た。 ④高齢者施設職員が救急車に同乗出来ない場合でも「情報共有シート」の提出と「常に電話がつながる」体制であれば可能とした。 必要な情報をＡ４用紙１枚にまとめること。
取組の効果・成果	①救急隊の高齢者住宅への間違った認識が解けた。（医療職配置の有無） ②高齢者住宅職員は救急医や救急隊の話を聞くことで緊急時対応のポイントを知ることができた。 ③消防、開業医、救急病院の共同で作成することにより協力関係の強化につながった。 ④「情報共有シート」（案）の完成　　高齢者住宅→ 救急隊→ 救急病院 （患者基本情報　薬　家族連絡先　既往歴　病歴　医療処置の意思表示など） ⑤本人の意向に沿わない救急搬送が少なくなる（現時点では期待）

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：和歌山市「情報提供シート」

作成日　　年　　月　　日

情　報　提　供　シ　ー　ト

※太枠内は必ず記載願います。※可能な限り、情報はいつも最新の状態にしておいてください。
※本情報提供シートは、医療機関での円滑な治療のため、救急隊が搬送先医療機関に手渡すことを想定しています。

施設名		説　明	未	説明日	聞き取りをした人
フリガナ			済		
氏　名		年齢		性別	男・女
		生年月日	M・T・S・H　　年　　月　　日		
住所				□：施設に同じ	
緊急時連絡先①（家族等）	氏名			続柄	
	住所				
	TEL				
緊急時連絡先②（家族等）	氏名			続柄	
	住所				
	TEL				

※心肺停止状態の傷病者に対して、救急隊が出動した場合、原則、救急隊は胸骨圧迫（心臓マッサージ）と人工呼吸を行い医療機関に搬送します。
上記の処置に加え、救急隊に次の処置を望むか伺います。
・気管挿管や薬剤投与を含む高度な処置を望みますか？（各処置の説明は裏面をご覧ください。）

望む　・　望まない　※○で囲んでください。





次に、病院到着後のことについて、伺います。
・病院での胸骨圧迫を望みますか？

望む　・　望まない　※○で囲んでください。

・医師・看護師による高度な医療処置を望みますか？
（裏面参照：気管挿管や人工呼吸器の使用など）

望む　・　望まない　※○で囲んでください。

※希望は誰のものですか？（複数選択可能）
1．本人　2．家族（続柄：　　）
3．その他（　　）

①心肺蘇生実施の有無に関する書面の作成	②急変時の意思・対応を把握しているかかりつけ医
あり・なし	病院名：　　医師名： 医師に連絡可能な電話番号： カルテ記載：　あり　・　なし　２４時間対応：　可能　：　不可能

参考情報

病歴等	現在治療中の病気・けが 認知症（あり・なし） 高血圧症（あり・なし） 糖尿病（あり・なし） その他：	既往歴（過去にあるものは○で囲んでください。） 心筋梗塞・心不全・脳梗塞・脳出血・肺炎 その他： ※過去に入院したことがある病院： 服用薬：お薬手帳の写しを添付願います。 アレルギー　有　・　無
ADL	会話　→　良好・可能・不能・その他（　　） 歩行　→　良好・杖歩行・車椅子・要介助・寝たきり・その他（　　） マヒ等→　右上肢・右下肢・左上肢・左下肢・その他（　　）	

以上、わたしの医療情報に間違いありません。救急隊・医療機関が搬送や処置に活用することに同意します。

署　名　欄　　（本人　・　　代筆）

署名年月日　　年　　月　　日　　施設確認欄　□確認済み

３－１―⑯
徳島県地域包括ケアシステム学会

キーワード	多職種協働

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	徳島県	人口（単位：人）	（R５年１０月時点）694,841 人
		高齢化率　65 歳以上	（R５年１０月時点）　34.10 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R５年１０月時点）　18.60 ％

【取組内容】

開始時期（年月）	平成 28 年７月
対象となる参加者・利用者	大学、行政、医療機関等で地域包括ケアシステムに関わる人たち
・実施主体 ・関連する組織／団体	事務局；徳島大学歯学部口腔保健福祉学講座 徳島県医師会、徳島市医師会、三好市医師会、徳島県歯科医師会、徳島県薬剤師会、徳島県看護協会、徳島県理学療法士会、徳島県作業療法士会、徳島県栄養士会、徳島県社会福祉士会、徳島県介護支援専門員協会、徳島県歯科衛生士会、医療機関等
取組の内容	学術集会の開催 市民講座の開催 ホームページの運営（講演会開催を各団体横断的に紹介など）
経緯 ・地域課題／背景	これまでの地域包括ケアシステム構築支援事業などはトップダウン型の戦略であり、事業所の代表者に及ぼす影響力は大きいものの、実際の現場の人たちに情報がいきわたるのには相当な時間が必要であった。そこで、医科歯科や福祉及び行政等の現場で働く人々の抱えている問題点や成功例を共有できる場を提供するために、関連する諸団体、協力者と連携し、本学会を設立した。 学会では、高齢者や障碍者等のケアに関する日常的な問題や健康増進、重度化予防、地域住民を含むまちづくりや連携の在り方等について、多職種協働によるボトムアップ型の手法により、医療福祉行政サービスの充実を図ることを目的とする。
取組において ・工夫した点 ・苦労した点	コロナ禍で 2020 年学術集会は中止。2021 年オンライン開催。2022 年ハイブリッド開催。2023 年通常開催

取組の効果・成果	本会の目的は、徳島県の地域包括ケアシステムを県・市町村行政と共に深化・推進させていき、多様な専門職がボトムアップ形式で地域ネットワークを築き、オール徳島として 2025 年問題に立ち向かうことであった。よって、本会の活動はその役割と使命を一定程度果たしたと思われ、2025 年度末で学会は閉会されることとなった。 2023 年 2 月時点；個人会員 1987 名　団体会員 30　賛助会員　4
取組に関する URL・公表可能な資料及び文献	徳島県地域包括ケアシステム学会ホームページ https://www.toccs.jp/

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：徳島県地域包括ケアシステム学会「第 1 回徳島県地域包括ケアシステム学会学術集会（2017 年 8 月 27 日開催）」



出典・資料名：徳島県地域包括ケアシステム学会「第３回徳島県地域包括ケアシステム学会学術集会（2019 年８月 25 日開催）」



出典・資料名：徳島県地域包括ケアシステム学会「第６回徳島県地域包括ケアシステム学会学術集会（2023 年８月 27 日開催）」



３－１―⑰
福井市医師会 地域包括ケアサポート医体制

キーワード	かかりつけ医、地域包括ケア

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	福井県福井市	人口（単位：人）	（R５年 12 月時点）256,096 人
		高齢化率　65 歳以上	（R５年 12 月時点）　29.76 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R５年 12 月時点）　16.59 ％
地域の特徴	福井市は、海と山に囲まれた自然豊かなまちであり、豊富な食材や一乗谷朝倉氏遺跡をはじめとした多くの歴史遺産がある。また、「住みよさランキング 2022」において、総合２位にランキングされるなど、福井市は常に上位の評価をいただいている。		

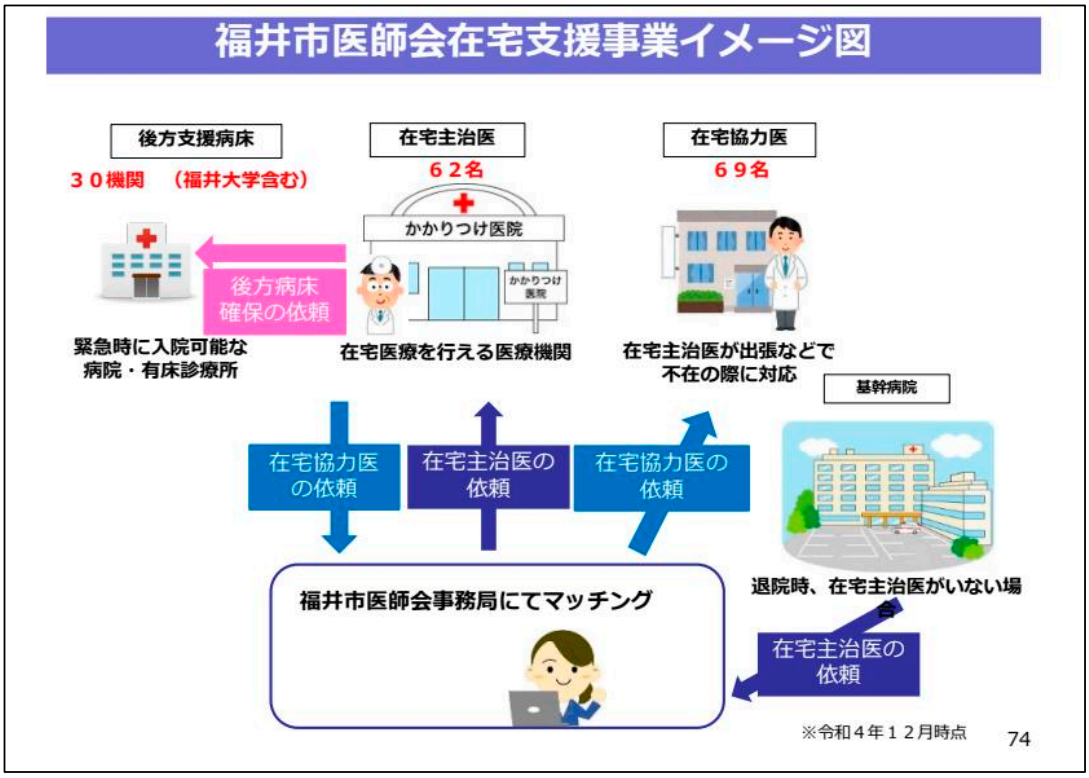
【取組内容】

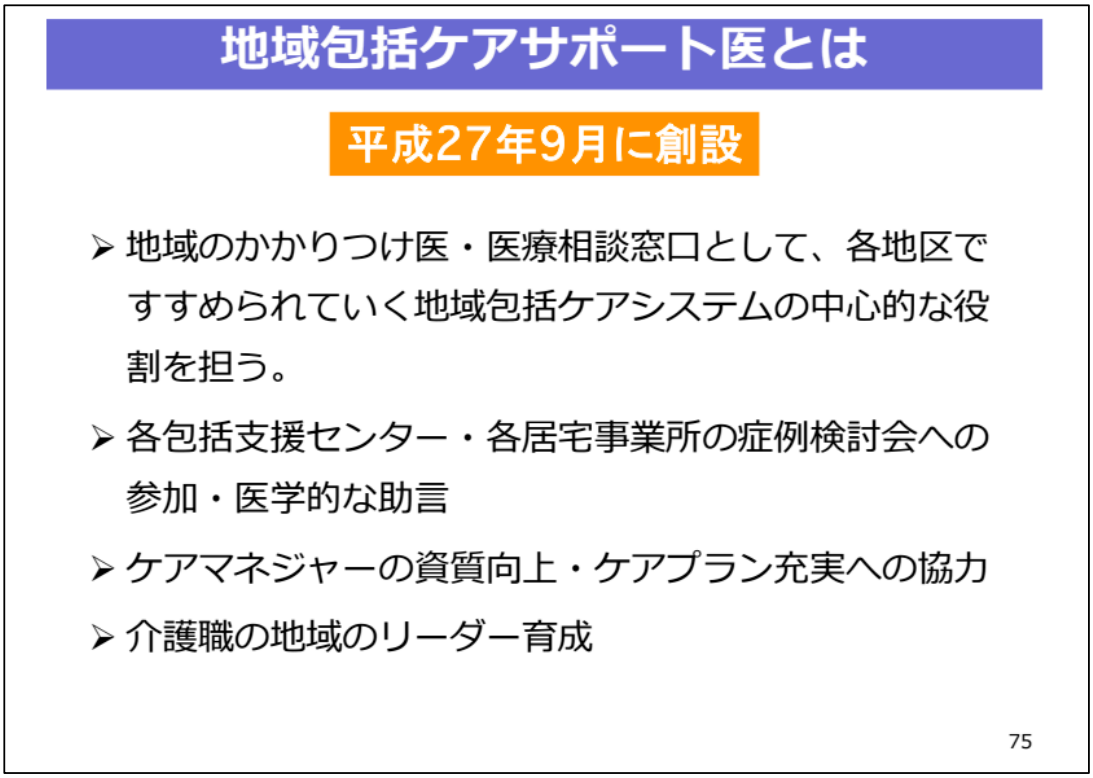
開始時期（年月）	平成２７年９月
対象となる参加者・利用者	医師
・実施主体 ・関連する組織／団体	福井市医師会
取組の内容	地域包括ケアサポート医は、特定健診・長寿健診・がん検診・予防接種・在宅医療を積極的に行い、公民館などでの市民の皆様に向けた講習会・各種行事にも参加して、市民の皆様の地域のかかりつけ医または医療相談窓口として機能を果たしている。福井市医師会がお手伝いをし、医師会員の先生が自ら手挙げをして行う各生活圏域での地域包括ケアサポート医の活動は、他の市町では見られない先進的な活動である。 市内全域で 40 名が活躍中（※令和５年１２月時点）。
経緯 ・地域課題／背景	・平成 27 年より、地域のかかりつけ医・医療相談窓口として、各地区で進められている地域包括ケアシステムの中心的な役割を担う目的で、各地域包括支援センター・各居宅事業所の症例検討会への参加・医学的な助言や、ケアマネジャーの資質向上・ケアプラン充実への協力、介護職の地域のリーダー育成等を主な役割として、『地域包括ケアサポート医』を創設。

医師会が担っている役割	・在宅協力医、在宅主治医の依頼に対し福井市医師会にてマッチングを行う。 ・公民館単位での講演会の講師調整。 ・地域ごとの地域連携会議への医師の派遣等。
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	（工夫した点） ・在宅医療を希望する患者さんを如何にして地域の医療機関に繋ぐことができるかを目的に、在宅医療等に積極的な医師を地域毎に配置した。 （苦労した点） ・コロナ禍の中では地域包括ケアサポート医の活動が制限され、対象となる事業への取組ができなかったこと。 ・コロナ流行に伴い、見える事例検討会を含めて、研修会等が開催できなかった。（次年度より随時開催を計画予定） ・一般住民向けの講演会の開催もコロナで中止となっているため、活動に制限がかかっている。 ・在宅支援事業の協力医は、年数件ほどの依頼のみとなっている。（理由：既に医師同士で連携をしているため）
取組の効果・成果	地域包括支援センターの医師（医師会）との連携がスムーズになった。
取組に関するURL・公表可能な資料及び文献	福井市医師会 https://www.fukui-dr.jp/homecare/roster/

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：日本医師会地域包括ケア推進委員会『福井県における地域包括ケア深化・ 進化への地域の取り組みについて』（R5.3.31）より





３－１―⑱
長崎県内市町の地域包括ケアシステム構築評価基準

キーワード	地域包括ケアシステム

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	長崎県	人口（単位：人）	（R５年９月時点）1,267,048 人
		高齢化率　65 歳以上	（R５年１月時点）　33.61 ％
地域の特徴	長崎県は中核都市から離島・僻地を多く抱える複雑な行政県であるため、画一的な行政指導での地域包括ケアシステム構築はなかなか難しく、本評価システムはきわめて有用である。		

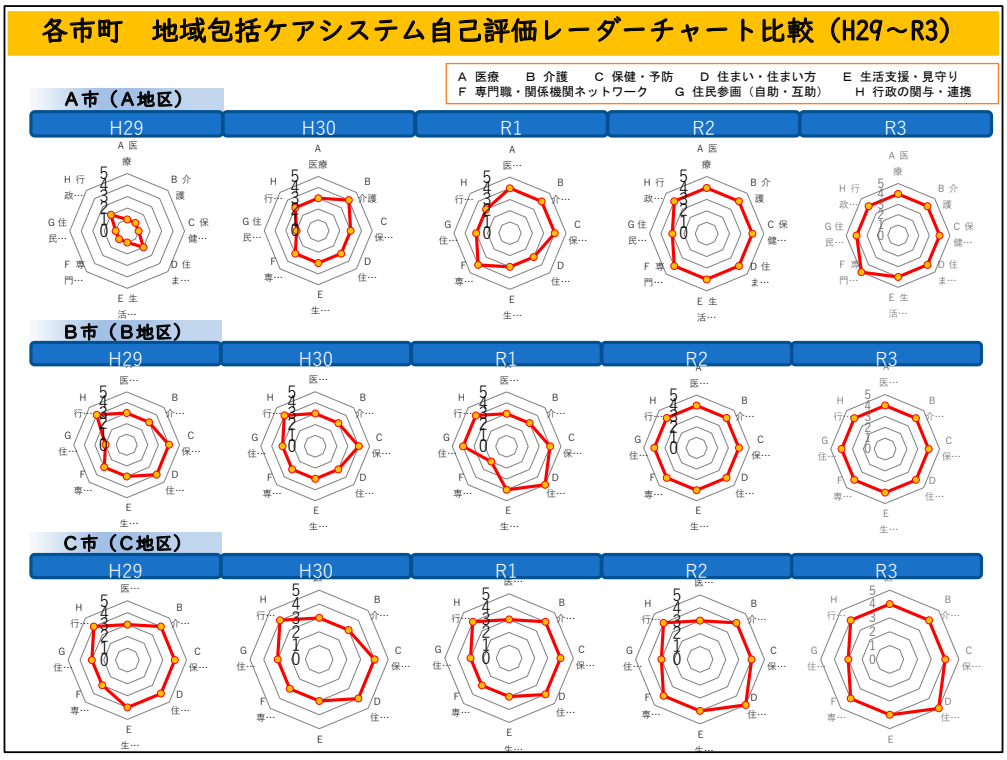
【取組内容】

開始時期（年月）	平成 29 年
対象となる参加者・利用者	長崎県内 21 市町
・実施主体 ・関連する組織／団体	長崎県
取組の内容	平成 29 年に県が策定した「長崎県版地域包括ケアシステム構築評価基準」（以下、「評価基準」という。）を活用して、市町が自己評価を行った結果に基づき各市町における構築状況を継続的に把握しながら、市町の課題解決に向けた具体的な取り組み支援を行ってきた。 評価基準は、「医療」「介護」「保健・予防」など８分野を５段階（1～5 点）で評価して、40 点満点で判定する評価シートを作成し、県内全 21 市町 123 圏域（単位）において自己評価を実施、評価シートで 40 点満点中 32 点（8 割）の評価の場合、地域包括ケアシステムが 『概ね構築できている』と判定する。 令和４年度の評価において、全圏域『概ね構築できている』をクリアしたとの報告がなされた。 これまで、同評価については公表がなされていなかったが、令和６年度は新たな基準に基づく評価を行い、公表される予定である。
経緯 ・地域課題／背景	本県の人口は、1960 年（昭和 35 年）をピーク（約 176 万人）に、1985 年（昭和 60 年）以降毎年減少傾向が続いており、今後もその傾向は続いていくものと推測される。一方、これまで増加を続けてきた本県の 65 歳以上の高齢者人口も、2025 年（令和 7 年）の約 44 万人をピークに、以降は減少すると推測されているが、75 歳以上の高齢者は、その後も一定期間増加を続け、2035 年（令和 17 年）には約 27 万人になると見込まれる。 国は、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年（令和 7 年）を目途に、高齢者が

	いくつになっても一人ひとりの健康の状況や生活の実態に応じて、医療・介護などの必要な支援が切れ目なく受けられ、できる限り住み慣れた地域で人生の最期まで安心して暮らしていくことができる地域づくりとして「地域包括ケアシステム」の構築を進めているが、本県では「長崎県版地域包括ケアシステム構築評価基準」を策定するとともに、この評価基準において「概ね構築」に至っているか判断するための目安を定めている。市町は、この評価基準と目安に基づき、構築状況の自己評価を行い、地域包括ケアシステムの実現に向けたロードマップを作成しており、県はその具体的な取組を支援して、システム構築・充実を進めている。
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	評価は、自己評価となっているため、住民目線とは異なる評価となる可能性もあることから従前から公表し、外部からの評価も必要なことを訴えてきたが、公表されることはなかった。 令和６年度から新たな基準に基づく評価となり、公表予定となっているが、より住民にとって分かり易い公表となるように申し入れを続けたい。
取組に関するURL・公表可能な資料及び文献	※評価については公表されていません。

【取組の概要（図表等）】

資料名：長崎県内市町・地域包括ケアシステム構築状況



令和3年度評価にて8割に至った市町の取組状況について（A市）

令和2年度評価時点での未構築圏域の現状と課題及び県の取組について（A市）

A市として考える課題認識	県としての課題認識	課題解決に向けた県の取組（R2～）
【A】看取りの取組 【B】人材不足 【C】保健事業と介護予防の一体的実施の取組 【D】見守り、将来を見据えた住まい方 【E】買い物支援、移動支援に関する取組 【F】コロナ禍で参集しての活動が難しい **【G】就労支援への取組** 【H】自立支援型地域ケア会議の取組推進	①医療介護資源の偏在があり、地理的に広域で、他圏域からのカバーが得られにくい ②広域支援センターをはじめ、各専門職との連携・ネットワーク強化を一層図る必要あり	●地域包括ケアシステム構築に向けたA市との意見交換会の実施 ①について ・県立保健所からの在宅医療・介護連携体制構築支援事業による研修会や検討会等の支援 ・在宅医療提供体制推進・啓発事業を活用した研修会へのアドバイザー支援 ・基幹病院であるA病院長との意見交換の実施 ②について ・介護予防人材養成講座・現地支援を活用した地域ケア会議支援 ・地域リハビリテーション事業を通じた支援（多職種向け研修会支援）

前年度評価からの主な改善点

●地理的に広域で医療介護資源の偏在はあるが、A病院に訪問看護ステーションが整備され、南～中圏域までの訪問等の充実が図られ看取り件数の増加に繋がったり、在宅医療に関するアドバイザー派遣を通じてエンディングノートが作成され、市全域での展開に繋げるなど、医療介護連携の取組が進んできている。
●地域リハ広域支援センターの運営会議を活用し、市、社協、保健所、広域支援センター等の核となる機関同士で協議の場を定例的に持つことで、連携の強化が図られてきている。
●A圏域において、生活支援コーディネーターが中心となり、買い物支援としての移動販売や送迎支援等の支援体制が整備された。
●地域ケア会議の充実を図るため、市として地域ケア会議の全体像を見える化し、各圏域からの地域課題を解決していく仕組みを示すことができた。

令和3年度評価にて8割に至った市町の取組状況について（B市）

令和2年度評価時点での未構築圏域の現状と課題及び県の取組について（B市）

B市として考える課題認識	県としての課題認識	課題解決に向けた県の取組（R2～）
【A】医療資源が乏しい（医師、訪問看護の不足） 【B】介護人材の確保、施設の充実 【C】人材の確保 【D】サ高住や低所得者向け施設が少ない 【E】交通（移動）手段が課題 【F】多職種連携、医療連携の考え方 【G】住民参画に向け、SCと連動した人材把握の取組 【H】地域ケア会議の推進	①多職種連携の基盤整備のため、地域密着型の支援体制の取組が進むよう、関係機関の理解促進を図っていく必要がある。 ②医療圏域が長崎と佐世保に分かれており、医療介護連携の取組が難しく、県・保健所との連携が重要である。	●地域包括ケアシステム構築に向けたB市との意見交換会の実施 ①について ・介護予防人材養成講座・現地支援を活用した地域ケア会議支援 ・生活支援体制推進に向けたアドバイザー支援 ・地域リハビリテーション事業を活用した医療・介護資源とのネットワーク化への取組（ブロック別研修会や地域密着型リハ支援体制に向けた協力病院体制の推進） ②について ・県立保健所からの在宅医療・介護連携体制構築支援事業による研修会や検討会等の支援 ・B市の在宅医療提供体制に関する相談対応（医療介護総合確保基金の活用等、医療政策課と協働での庁内連携の取組）

前年度評価からの主な改善点

●市が地域ケア会議を「地域包括ケアシステムを構築するためのエンジン部分」として明確に位置づけ、地域リハ広域支援センター・協力病院、社会福祉協議会、生活支援コーディネーター等と地域課題の共有から必要な対策の検討を行うことで連携が進み、協働した活動展開へと繋がっている。
●生活支援体制の構築を図るため、住民フォーラムを開催し住民参画の促進に取り組んだ。
●医療資源が乏しい状況はあるが、市独自の診療所の開設・承継に対する財政支援を行い、診療所の新規開業や医師の代替わりに繋げるなど、医療提供体制の整備を進めている。
●市としてあじさいネットに加入し、中核市を中心とした市外の医療機関とICTを活用した医療連携体制の整備に向けた取組が進んできている。

令和3年度評価にて8割に至った市町の取組状況について（C市）

令和2年度評価時点での未構築圏域の現状と課題及び県の取組について（C市）

C市の課題認識	県としての課題認識	課題解決に向けた県の取組（R2～）
【A】在宅医が少ない。看取りの普及 【B】介護人材の確保 【C】通いの場等の介護予防の取組推進 【D】民生委員や自治会と連携した高齢者の住環境の把握 【E】中核機関の取組推進 【F】多職種連携の推進 【G】高齢者の就労支援の取組 【H】広域圏と市との連携推進	①地理的に広く、各生活圏域の実情に合った地域包括ケアの取組推進が必要。 ②多職種連携によるネットワークづくりを進めるため、市がリーダーシップを発揮し取組を進めることが重要。	①、②について ・地域包括ケアシステム構築に向けたC市や地域包括支援センター等の核となる機関との意見交換会の繰り返しの実施 ・生活支援体制推進に向けたアドバイザー支援 ・県立保健所からの在宅医療・介護連携体制構築支援事業による研修会や検討会等の支援 ・地域包括ケアシステムに関する包括支援センター研修会への支援（講師支援）

前年度評価からの主な改善点

●核となる関係機関の協議の場である「行政連絡会」を市が中心となって開催するようになったことで、関係機関間での連携強化に繋がり、地域包括ケアシステムの構築に向けた基盤整備が進んだ。
●依然として在宅医は少ない状況ではあるが、県立保健所と連携し、施設での看取り推進の取組を進め、グループホーム等の施設での看取りに繋がるなど、医療介護連携の取組が進んできている。
●民間事業者等と連携し、通いの場への専門職の関与や住民への意識啓発、通いの場未参加者への訪問を積極的に行うなど、通いの場の充実にむけた取組を実施した。
●市の地域づくりの方針のもと、見守り、防災対策等について、自助互助という視点で、民生委員や自治会、民間事業者等との連携が各生活圏域の実情に合わせて進めている。

資料名：「新たな「長崎県版地域包括ケアシステム評価基準」の方向性」

新たな「長崎県版地域包括ケアシステム評価基準」の方向性

策定の主旨

- 令和５年（２０２３年）までに県内全域での地域包括ケアシステム構築を目標としている。
- 令和2年度評価時点で県内124圏域中111圏域（89.5%）で「概ね構築」となっている一方、現在の評価基準は地域包括ケアシステムの基盤を評価する指標が多いため、今後は地域包括ケアシステムの「構築」から「充実」へとステップアップを図る時期に来ている。
- 保健事業と介護予防の一体的実施や認知症施策推進大綱の推進、地域共生社会を見据えた動きなど地域包括ケアシステムを取り巻く新たな環境変化にも対応していく必要がある。

現在の評価指標

地域包括ケアシステムの基盤評価指標が主体



新たな評価指標の基本的方向性

（１）評価による市町の取組改善（PDCA）の促進に主眼
（２）以下の視点に基づく評価項目の追加を検討
①アウトカム重視（特に「地域住民の実感」の重視）の視点
②地域共生社会の視点　③分野間の連携及び連動に関する視点
④保健事業と介護予防の一体的実施の視点　⑤その他
（３）評価の必要性が低い項目の削除を検討
（４）評価には含めない「チェック項目指標」の新設を検討
（５）分野設定の再検討
（６）保険者機能強化推進交付金評価指標との整合を検討
（７）配点の考え方の見直しを検討
（８）新しい評価基準に対応した「○の判断の目安」の作成の検討

ＰＤＣＡサイクルによる市町の地域包括ケアの「充実」に繋げる

３－２．　ACP、看取りに関する取組

3-2-①　在宅医療を推進するための具体的取り組み、ACP と看取りの普及 －多職種が関わるアドバンス・ケア・プランニング及び看取りの普及啓発事業－

3-2-②　人生の最終段階における在宅医療・介護多職種協働推進研修会 －神奈川県医師会における「人生の最終段階における在宅医療・介護多職種協働推進研修会」の開催状況（H29～年２回開催）－

3-2-③　福井県版エンディングノート“つぐみ”の制作事業について 福井の風土・県民性を考慮したエンディングノート～福井県版エンディングノート“つぐみ”～

3-2-④　医療・介護連携による人生の最終段階における対応向上研修事業

3-2-⑤　広域の多職種連携に向けたルールブックおよび市民向け ACP の手引きの作成

３－２－①
在宅医療を推進するための具体的取り組み、ACP と看取りの普及
ー多職種が関わるアドバンス・ケア・プランニング及び看取りの普及啓発事業ー

キーワード	ACP、看取り

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	秋田県	人口（単位：人）	（R5 年 12 月時点）910,988 人
		高齢化率　65 歳以上	（R5 年７月時点）　39.3 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R5 年７月時点）　21.2 ％
地域の特徴	秋田県は全国トップの高齢化率県であり、高齢化に伴い、終末期においては患者の意思決定支援において、ご本人の意向を推定して、家族等と医療従事者が相談の上で今後の医療・ケアの方針を決めることが多くなると考えている。秋田県医師会では、今まで住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けるための仕組み（地域包括ケアシステム）を構築する為に、本人の想いを大切にして安心して暮せる、地域医療・介護の連携を築く取り組みをしてきた。 また、看取りにおいては死に逝く人が何を想っているのかを、その方の立場になって考え、必要としているサポートをすることこそが、本当の意味での「後悔のない看取り」につながると考え、終末期をめぐる問題について県民とともに考えていこうと考えた。 秋田県医師会は、医療・介護に関わる者は「家で最期を迎えたい」と考えている方を全力でサポートし、医師、看護師、薬剤師、リハビリ、ヘルパー、ケアマネージャーなどの多職種でチームを組んで、本人や家族の不安を少しでも取り除けるようにしたいと考え、このプロジェクトを行った。		

【取組内容】

開始時期（年月）	２０１９年３月
対象となる参加者・利用者	秋田県県民、医療介護福祉関係者、県民
・実施主体 ・関連する組織／団体	秋田県医師会
取組の内容	・具体的な取り組み：（１）在宅医療を行う医師の増加及び多職種連携の推進 （２）ACP と看取りの普及（３）市民への広報と啓発（市民医学講座・研修会） （４）地域中核拠点の設置（県医師会、郡市医師会） ・秋田県全域で県民に対して在宅看取りと ACP の普及啓発を展開する。取り組みとしてＡＣＰや在宅看取りに関わる多職種の育成と、患者及び家族への普及啓発を行う。人生の最終段階を考えるうえでアドバンス・ケア・プランニング（ACP）により事前に家族や医療・ケアのチームで話し合いを行い、その人の最期をどうす

	るかを話し合っておく必要がある。また、在宅看取りは地域包括ケアシステムの枠組みの中で完結するべきものであり、これからは住民が住み慣れた地域で安心して医療や介護を受け生活を継続し、住み慣れたところで死んでいくためには、住民らと共に対話を繰り返しながら人生の最終章を考えていく必要がある。そのために医療介護ケアチームが中心となり各地域で研修会や市民啓発講座を企画していく。この取り組みによって県内の ACP の普及啓発が一層推進していくと推察する。また、単に医療や介護の効率化を図ることを目的とせず、患者の想いを中心に置くことを主眼とし、患者一人ひとりを「尊厳ある人間」として向き合う姿勢を鮮明にすることで、秋田県の終末医療・介護のあり方、地域医療のあるべき姿をデザインすることができる。
財源等	地域医療介護総合確保基金に基づく助成金
経緯 **・地域課題／背景**	人生１００年時代を迎え、地域包括ケアシステムにより住み慣れた地域で医療や介護を受けて生活してきた住民が、人生の最期を迎えるにあたり、事前に家族や医療・介護関係者と話し合いを行うアドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ:愛称「人生会議」）や、在宅看取りの全県的な普及啓発が必要である。本取組は、急激な高齢化と人口減少が進み、医療及び介護にリソースも減少する秋田県において、高齢者や障害者等が安全・安心に暮らせる地域医療・介護システムを維持するために必須である。
医師会が担っている役割	秋田県医師会が主体となって秋田県全域で ACP 及び看取りについて普及啓発を行う。
取組において **・工夫した点**	ＡＣＰ、在宅看取りに関する多職種向けの研修会、住民啓発講座の開催 ①地域包括ケアシステム推進シンポジウムの開催（県民向け） ②患者を支える多職種向け研修会の開催（医療・介護・福祉従事者） ③県民及び医療従事者向け普及啓発資料の作成とホームページや SNS による情報発信 ④多職種相談窓口の開設
・苦労した点	秋田県全県で展開するための拠点として全郡市医師会で多職種向けの研修会や住民説明会を展開するために、各郡市医師会に出向いて企画実行しなればいけなかった。県医師会事務局と郡市医師会事務局との調整が大変であった。また、事業担当理事の負担が大変重かった。

取組の効果・成果	秋田県医師会が中心となり、各郡市医師会に支部を作り共同で ACP と看取りの啓発に取り組んできた。それによって県内の医療介護にかかわる多職種の連携が構築された。 また、県医師会と各郡市医師会が共同で県民や各地区の住民に対して公開講座を行い、県内で ACP と看取りの普及ができたと考えている。今後も継続して事業を進めていく予定である。
取組に関する URL・公表可能な資料及び文献	医療介護総合確保促進法に基づく秋田県計画令和３年度　P23 https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000943914.pdf

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：大館北秋田医師会、鹿角市鹿角郡医師会、ナラティブブック秋田運営委員会、大館北秋田・鹿角支部「2023 年公開講座チラシ」



出典・資料名：由利本荘医師会、由利本荘市、にかほ市「2023 年市民医学講座チラシ」



出典・資料名：伊藤伸一「由利本荘・にかほ市民医学講座 終末期のケア方針 家族と話し合って」秋田魁新報 2023 年 9 月 28 日掲載

由利本荘・にかほ市民医学講座

終末期のケア方針 家族と話し合って

県医師会 伊藤副会長が講演

「自分らしい暮らしを最期まで」と題した由利本荘・にかほ市民医学講座が23日、由利本荘市文化交流館カダーレで開かれた。市民や医療関係者ら約230人を前に、伊藤医院（同市中田代）の院長で、県医師会副会長を務める伊藤伸一さんが講演。終末期にどんな医療やケアを受けるのか「自分の思いを家族と話し合うことが大切」と訴えた。

講演は2部構成で行われた。「人生の最終段階における医療とケア」がテーマの第1部で、伊藤さんは患者が家族や医師、介護従事者らと入念に話し合って共有する「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」の取り組みについて説明した。

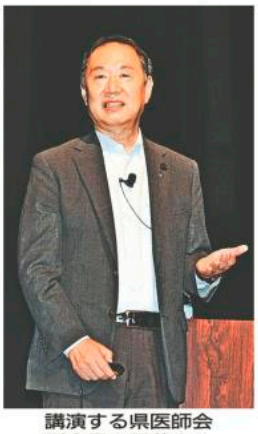
終末期は約70％の人が自分で意思決定できず、医師や家族が医療、介護方針を決めているケースが多いと指摘。「心積もりとして、体が衰弱した時に家にいたいのか、病院に行きたいのか、施設に入りたいのかを会話してほしい」と語った。

自身が診療した女性のがん患者の例も紹介。「入院は希望せず、最期まで自宅にいたい。積極的な心肺蘇生は不要」という女性に対して、「希望には可能な限り応えたいが、考えが変わっても、それはそれでよい」などと伝え、医療やケアについて話し合いを重ねたとした。

ACPは、国が「人生会議」との愛称で普及、浸透を図っている。伊藤さんは「自分が望む人生の最終段階を過ごしたければ、事前に自分の思いを指示しておくしかない」と述べ、参加者に人生会議を行うことを勧めた。

第2部は「ともに紡ぐあなたの物語とナラティブブック」と題して講演した。

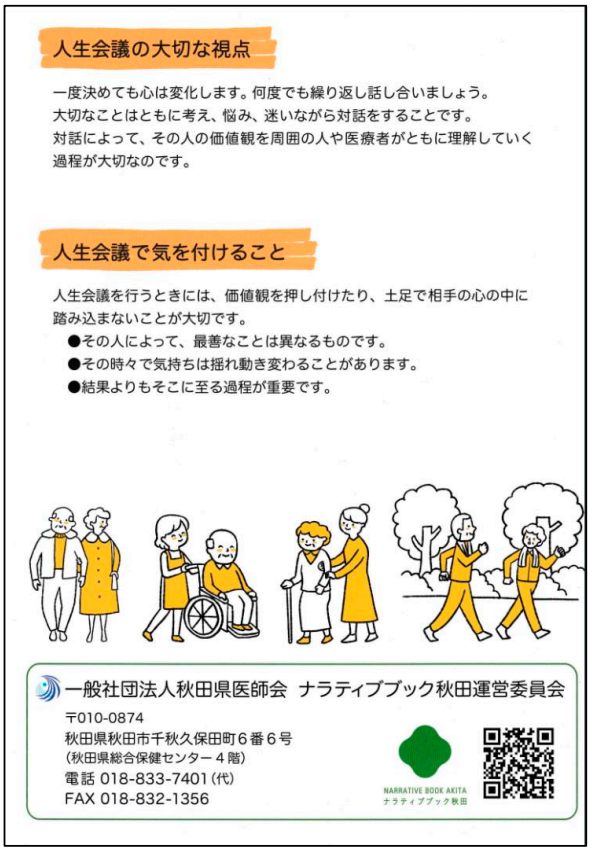
講座は由利本荘医師会と由利本荘、にかほ両市が共催し、今年で40回目。市民の健康増進に役立ててもらおうと、毎年テーマを決めて開いている。（長田雅巳）



講演する県医師会副会長の伊藤さん

資料名：秋田県医師会「人生会議（ACP パンフレット）」





３－２－②
人生の最終段階における在宅医療・介護多職種協働推進研修会
―神奈川県医師会における「人生の最終段階における在宅医療・介護多職種協働推進研修会」の開催状況（H29～年２回開催）－

キーワード	ACP、多職種協働、看取り

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	神奈川県全域	**人口（単位：人）**	（R５年８月時点）　9,232,904 人
		高齢化率　65 歳以上	（R５年１月時点）　25.8 ％

【取組内容】

開始時期（年月）	平成 29 年 11 月～
対象となる参加者・利用者	社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士、訪問介護員、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、リハビリ職、MSW、栄養士、歯科衛生士、行政事務
・実施主体 **・関連する組織／団体**	神奈川県医師会
取組の内容	神奈川県医師会では、以前より在宅医療・介護連携推進に関する事業として、通常では看取りの場面と関わることの少ない介護職や福祉職に向けた啓発・研修の機会を設けるべく県行政と協議を続けていたところ、平成 29 年度に県の事業として採択され、以降、委託事業として「人生の最終段階における在宅医療・介護多職種連携」に関する研修会を年２回開催している。 これらの研修会は、政令市を３つ有する本県において行政区分を超えて広く全県を対象に行っており、令和５年度第１回までに多職種の方々延べ 2,082 名にご参加いただき好評を得ている。 研修会開催ごとに参加者にアンケートを実施させていただき、今後受けたい研修の内容についてや、人生の最終段階の方への支援で困っていること、課題を感じていることに対して率直な意見を頂いている。
経緯 **・地域課題／背景**	研修会を開始した当時すでに多職種連携の実践の積み上げというのは進んでいたかもしれない。また高齢社会や多死社会の到来ということで、その終末期ケアにおける多職種連携の重要性もいわれるようになってくるのではという時期だったと思う。しかし、多職種連携そのものを学ぶ機会はあっても、多職種連携と終末期ケアそれぞれが単独のプログラムで、両方を包含するものはまだそれほど実施されていなかったときに開始したと思っている。

取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	始めた頃は、模擬カンファレンスや処遇困難事例、またそのころ課題になっていたＡＣＰ、その都度、思いつくまま開催したような感じがある。その後は、医師をはじめとしてそれぞれの研修会ごとに２名の多職種の方、計３名で終末期での関わり合いについて話をしてもらい、講演後、オンラインで参加した多職種の皆さんに、意見交換会というより質問が多いが、そのような時間を作る形式で開催しているところである。職種としては医師、薬剤師、訪問看護師、理学療法士、管理栄養士で、医師は参加が少ないという特徴がある。また福祉系では介護支援専門員、介護福祉士などが参加している。参加者よりいただいたアンケートから今後の課題を探り、今後に活かせればと思っている。
取組の効果・成果	もともと介護というのは、介護・福祉系の皆さんに一緒に終末期のことを考えようということからスタートしたので、介護福祉士さんたち等がついていかれるかどうかといろいろな意見のなかで、やはり介護福祉士やケアマネジャーの仕事というのは、終末期でも大変重要である。自分たちの地位の問題も言っている方もいるが、やはり看取りにおいての介護職の役割というのは、いくつか具体的に形づけられたのかなというように思っている。
取組に関するURL・公表可能な資料及び文献	神奈川県医師会　人生の最終段階における在宅医療・介護連携対応研修会　アンケートまとめ ※下記のURLまたはQRコードよりご参照ください。 https://onl.tw/2ESYGZC

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：神奈川県医師会「人生の最終段階における在宅医療・介護多職種協働推進研修会　開催状況一覧」

人生の最終段階における在宅医療・介護多職種協働推進研修会　開催状況一覧
（～R03：終末期における在宅医療・介護連携対応研修会）

年度	1回目	2回目
29	H29.11.8【全体テーマ】 「処遇困難事例の看取りを考える多職種連携模擬カンファレンス、 “思いやり”と“善意”はどこにある？」 (1)基調講演（ガイドレクチャー、ケースプレゼンテーション） 横須賀市医師会副会長／社会福祉法人心の会三輪医院院長 千　場　　純 (2)模擬カンファレンス（サービス担当者会議） 一般社団法人 横須賀市薬剤師会理事／有限会社ヒロ薬局管理者 塚　本　久　美 社会福祉法人ユーアイ二十一在宅サービス部統括責任者　玉　井　秀　直 社会福祉法人テレジア会聖ヨゼフ病院訪問看護ステーション管理者 赤　塚　恵美子 横須賀市訪問介護事業所連絡協議会会長／スマイル野比海岸 澤　藤　加与子 【参加者193名】	H30.2.16【全体テーマ】 「ターミナルケアにおける多職種に必要なコミュニケーションスキル」 (1)基調講演「看取り現場のコミュニケーションを検証する ～たとえばホームヘルパーの視点をもっと重視すべきでは？～」 横須賀市医師会副会長／社会福祉法人心の会三輪医院長　千　場　　純 (2)SGD①「看取りの現場でのコミュニケーションで起きる問題点」 グループディスカッション　ファシリテーター 一般社団法人横須賀市薬剤師会理事／有限会社ヒロ薬局管理者 塚　本　久　美 社会福祉法人ユーアイ二十一在宅サービス部統括責任者　玉　井　秀　直 聖ヨゼフ病院訪問看護ステーション管理者　赤　塚　恵美子 横須賀市訪問介護事業所連絡協議会会長／スマイル野比海岸 澤　藤　加与子 横須賀市通所事業所連絡協議会世話人／社会福祉法人心の会 「三輪医院くらしのケアサポートセンター」管理者　春　山　誉　夫 (3)「横須賀にて行った訪問看護ステーションとホームヘルパー合同 研修会にて行ったアンケートから見えてくるもの」 聖ヨゼフ病院訪問看護ステーション管理者　赤　塚　恵美子 (4)「 横須賀にてヘルパーステーション対象に行ったターミナルに おけるアンケート結果から見えてきたこと」 横須賀市訪問介護事業所連絡協議会会長／スマイル野比海岸 澤　藤　加与子 (5)「ターミナルにおけるコミュニケーションの方法と実践」 聖隷訪問看護ステーション藤沢管理者　緩和ケア認定訪問看護師 米　倉　直　美 (6)SGD②「SGD①で上がってきた問題点を1つ選び解決策を検討する」 (7)総括　横須賀市医師会副会長／社会福祉法人心の会三輪医院長 千　場　　純 【参加者89名】
30	H30.10.4 (1)終末期医療アドバンス・ケア・プランニングから考える 日本医師会常任理事　羽　鳥　　裕 (2)終末期医療（エンドオブライフケア）の倫理的論点とＡＣＰ 東京大学大学院医学系研究科医療倫理学分野客員研究員／ 笠岡医院院長　笠　岡　真　子 (3)アドバンス・ケア・プランニングへの取り組みと考え 在宅医の立場から　神奈川県医師会理事　久保田　　毅 病院（療養病床）の立場から 神奈川県病院協会理事／神奈川県医師会理事　篠　原　裕　希	H31.2.21 (1) ＡＣＰ概論　「そもそも誰のためのACPか?」 横須賀市医師会副会長／社会福祉法人心の会三輪医院長　千　場　　純 (2) 多職種チームで進めたACP事例 在宅事例　「難病（高齢、独居、生活保護）患者へのＡＣＰ」 在宅多職種チーム（医師、看護師、ケアマネ、デイサービス） 横須賀市医師会副会長／社会福祉法人心の会三輪医院長 千　場　　純 病院事例　「認知症患者へのＡＣＰ」 病院多職種チーム（医師、退院調整看護師） 神奈川県医師会理事／神奈川県病院協会理事　篠　原　裕　希

年度	1回目	2回目
	【参加者271名】	【参加者152名】
R01	R02.1.16 (1)尊厳を理解することの重要性について 神奈川県医師会理事　篠　原　裕　希 神奈川県医師会理事　小　松　幹一郎 (2)終末期リハビリテーション～その人らしく生きる～ 神奈川県地域リハビリテーション三団体協議会 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 事業開発推進部　理学療法士　相　川　浩　一 (3)終末期の栄養サポート～最後の一口まで幸せに～ 神奈川県栄養士会 社会福祉法人親善福祉協会介護老人保健施設 リハパーク舞岡　管理栄養士　苅　部　康　子 【参加者201名】	COVID-19により中止
2	COVID-19により中止	COVID-19により中止
3	R03.12.15 (1)「免許の更新が私の生きがいなんだ！」 神奈川県医師会介護保険・地域包括ケア委員会委員 海老名中央医院院長　内　山　喜一郎 (2)「薬剤師から見た終末期における多職種連携の重要性」 神奈川県薬剤師会医療・介護保険委員会副委員長 ㈱メディカルガーデン代表取締役　小　林　弘　忠 (3)「訪問介護における介護福祉士の視点と在宅医療・介護連携について」 社会福祉法人逗子市社会福祉協議会さくら貝サービス事業所 指定訪問介護事業管理者　高　辻　恵　示 【参加者324名】	R04.3.22 (1)「最後まで看取りたい～開業医としてできること～」 神奈川県医師会介護保険・地域包括ケア委員会委員 医療法人健心会八木クリニック院長　八　木　健太郎 (2)「ケアマネジャーからみた終末期における在宅医療・介護連携について」 たま日吉台病院居宅介護支援事業所所長　水　嶋　千　佳 (3)「終末期の方を支えるチーム医療介護連携～がん末期・老衰の事例から～」 一般社団法人横浜在宅看護協議会会長／K&Yヘルスケア㈱ よりそい看護ケアセンター代表取締役　栗　原　美穂子 【参加者295名】
4	R04.12.2 (1)「医療機関からみたＡＣＰの現状と課題」 神奈川県医師会介護保険・地域包括ケア委員会委員長 医療法人社団家族の森多摩ファミリークリニック院長　大　橋　博　樹 (2)「在宅医療・介護連携に関する相談窓口からみたＡＣＰの現状と課題」 旭区在宅医療相談室管理者　洪　　正　順 【参加者282名】	R05に延期

年度	１回目	２回目
5	R05.4.10 シンポジウム「医療・介護を支える多職種で『尊厳のある看取り』を考える」 (1)基調講演「地域包括ケアシステムとＡＣＰ（仮）」 日本医師会常任理事　江　澤　和　彦 (2)討論および質疑(シンポジスト)： 《医師》　日本医師会常任理事　江　澤　和　彦 神奈川県医師会介護保険・地域包括ケア委員会委員 クローバーホスピタル理事長　篠　原　裕　希 《薬剤師》　神奈川県薬剤師会常務理事 有限会社ヒロ薬局　塚　本　久　美 《訪問看護師》　横浜在宅看護協議会会長 横浜市磯子区医師会在宅部門統括責任者　河　村　朋　子 《介護支援専門員》 たま日吉台病院居宅介護支援事業所所長　水　嶋　千　佳 【参加者275名】	未定 【のべ参加者：2,082名】

３－２－③
福井県版エンディングノート“つぐみ”の制作事業について
福井の風土・県民性を考慮したエンディングノート～福井県版エンディングノート“つぐみ”～

キーワード	アドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）、在宅医療・介護連携

【対象地域の概要】

都道府県名または、市区町村名	福井県	**人口（単位：人）**	（R5 年 12 月時点）743,813 人
		高齢化率　65 歳以上	（R4 年 10 月時点）　31.3 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R4 年 10 月時点）　16.3 ％
地域の特徴	「幸福度ランキング（2018 年版）」において、３回連続福井県は総合１位。 県民が健康で、家族のつながりがあり、子育てがしやすく、働く場が豊富で経済的に安定していることが「幸福度日本一ふくい」の基盤。		

【取組内容】

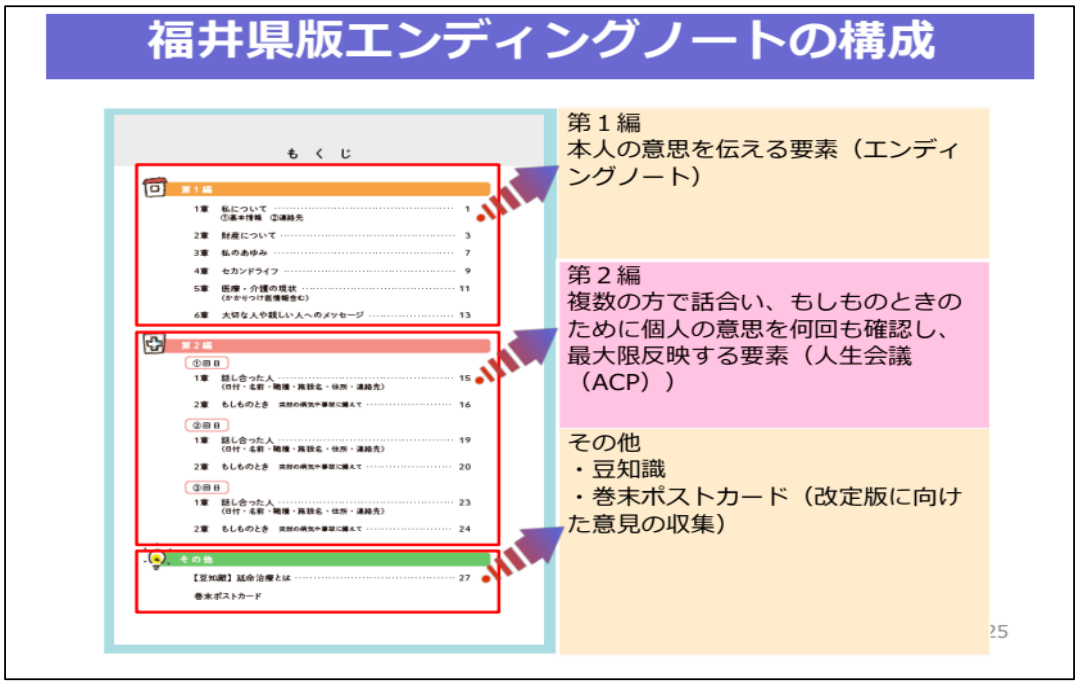
開始時期（年月）	令和元年 12 月
対象となる参加者・利用者	地域住民
・実施主体 **・関連する組織／団体**	福井県医師会 福井県地域医療課、長寿福祉課
取組の内容	福井県在宅医療サポートセンター（福井県医師会）事業の一環として、足かけ３年の期間を要し、本人の意思決定の支援ツールとして、「福井県版エンディングノート」を福井県と協働で作成。令和４年 11 月に「福井県版エンディングノート“つぐみ”」が完成し、全県に普及していく取組を行うこととした。 令和５年２月県民公開講座でお披露目し、現在は県内各関係機関を通して広く県民に普及啓発に努めている。今後は、着脱可能なファイル形式やアプリの開発も検討中。 本ノートについては、第１編では本人の意思を伝える要素 （エンディングノート）と、第２編では複数の方で話合い、もしものときのために個人の意思を何回も確認し、最大限反映する要素（人生会議（ACP））で構成されたノートとなっている。 本ノートを通じて、多くの方に悔いのない人生を過ごしていただけるようなお手伝いができればと考えている。
財源等	ノート印刷費等は県在宅医療サポートセンター予算内実施（県からの委託事業）

経緯 **・地域課題／背景**	福井県在宅医療サポートセンターにおける運営委員会（県と医師会の事務局も一緒に入って行っている）の「啓発・推進部会」において、ＡＣＰをどのように広げていこうかというところから「福井県版エンディングノート作成委員会」を令和元年12月に立ち上げた。 令和３年１月には、40歳以上の県民1,000人対象に人生の最終段階における意思表示についての調査を実施（回収率69.9%）。調査結果より、福井県においてのＡＣＰの認知度は低く、実践している患者が少ないことが課題。 調査結果は、県医師会の在宅サポート支援事業の貴重な資料として使用し、福井県版エンディングノート作製に役立てた。
医師会が担っている役割	健康なうちから自分の人生の物語をよく考えておくことで、自分の人生観や死生観が明確にすることができると思われる。「自分は何を想い、何を大切にしているのか」を考えることは、まさにACPの基本骨格となるので、そのための手法の一つとして、かかりつけ医を通して「つぐみ」のご活用を積極的にアピールしていきたい。
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	（工夫した点） ・エンディングノートといっても終活のノートではなく、どのように楽しく生き抜くかということを書きこめるような工夫をしている。これをもとに福井県内にＡＣＰの考え方を普及啓発していこうということで行っている。 （苦労して点） ・県民を対象とした調査結果をもとに、ポジティブな項目をより多く取り入れていくためにはどのような工夫をしていくべきか、また県民への普及啓発の進め方、更に活用事例の収集等の点が課題となった。
取組の効果・成果	・令和５年１２月末までに約１.６万部のノートを県民に配布した。また、出前講座も約３０回の市町等より依頼を受け、つぐみの普及啓発に取り組んだ。 ・また、マスコミ（福井新聞、日刊県民ふくい、福井テレビ）等を活用し、普及啓発を展開した。 ・厚労省のかかりつけ医推進事業の一環としての「上手な医療のかかり方」プロジェクトの一環として開催された、デーモン閣下と福井県知事･福井県医師会長との鼎談でも、「つぐみ」を紹介した。
取組に関するURL･公表可能な資料及び文献	福井県HP　福井県版エンディングノート「つぐみ」 https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kourei/tugumi.html

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：日本医師会地域包括ケア推進委員会『福井県における地域包括ケア深化・ 進化への地域の取り組みについて』（R5.3.31）より





３－２－④
医療・介護連携による人生の最終段階における対応向上研修事業

キーワード	ACP 関連

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	兵庫県	人口（単位：人）	（R5 年 10 月時点） 5,369,834 人
		高齢化率　65 歳以上	（R5 年 2 月時点） 29.3 %
		高齢化率　75 歳以上	（R5 年 2 月時点） 15.9 %

【取組内容】

開始時期（年月）	平成 28 年 4 月 1 日
対象となる参加者・利用者	医療関係者、介護関係者
・実施主体 ・関連する組織／団体	兵庫県医師会（兵庫県からの補助事業） 兵庫県、県下各市町、関係団体等
取組の内容	高齢者が住み慣れた地域において、延命のための医療ではなく、自然なかたちでその人らしく生き抜き、日々の暮らしを営めるようにするための支援を目的として、医療・介護関係者向けに研修を実施する。 在宅での人生の最終段階におけるケアを支援するために必要な共通理解、医療・介護連携による人生の最終段階におけるケアの実際等を含めた内容として、講義形式で年２回開催する。
経緯 ・地域課題／背景	在宅医療が推進される中、人生の最終段階を地域で暮らす人々とその家族のケアについて多職種が共通理解のもと、多職種連携による人生の最終段階におけるケアを行える人材を育成することが必要。
医師会が担っている役割	研修内容を企画し、各医療関係団体・介護団体との連携を図り、研修対象となる方々へ周知。

取組において **・工夫した点**	［工夫した点］ ・各専門職が受講後に活用できる単位の付与
・苦労した点	［苦労した点］ ・受講対象者への受講呼びかけ ・複数年開催し、同じような内容になりがち ・補助事業としての予算が限られ、周知に予算をかけられない
取組の効果・成果	平成２９年度からの研修開催一覧別添参照

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：兵庫県医師会「医療・介護連携による人生の最終段階における対応向上研修会　開催一覧」

医療・介護連携による人生の最終段階における対応向上研修会　開催一覧

年度	期日	会場	参加者	プランナー	司会	挨拶	座長	形式	時間	内容	講師（略称）
R4年度	令和5年2月25日（土）	兵庫県医師会館（ハイブリッド）	98名	夏秋委員	夏秋委員	八田会長	勝谷先生	動画視聴	15分	一般社団法人日本老年医学会作成ACP動画「自分らしく生きるために～ACPってなに？」	
								リモート講演	60分	「アドバンス・ケア・プランニング患者の意向を尊重した医療のために」	木澤 義之（筑波大学医学医療系緩和医療学　教授）
								講演	60分	「医師として、又、家族としてのACP」	関本 雅子（関本クリニック　理事長・院長）
	令和4年11月19日（土）	兵庫県医師会館（ハイブリッド）	91名	松尾委員	三浦常任理事	岡林副会長	松尾委員	講演	50分	「兵庫区における多職種による人生会議（アドバンス・ケア・プランニング：ACP）への取り組み」	濱野 聖二（はまの医院）
								講演	50分	「在宅緩和ケアと多職種連携」	五島 正裕（ホームケアクリニックこうべ）
								質疑応答	20分		
R3年度	令和4年2月3日（木）	西宮市医師会（完全WEB）	61名	福井副委員長	福井副委員長	西宮市伊賀会長	福井副委員長乾先生	講演	60分	「地域でつなごうACP　～患者の価値観を大切に～」	大前 文紀恵（兵庫県立西宮病院　緩和ケア認定看護師）
								講演	60分	「ACP（Advance Care Planning）：最期までその人らしく生きる事を支援する」	池垣 淳一（兵庫県立がんセンター）
								質疑応答	30分		
	令和3年11月11日（木）	兵庫県医師会館（ハイブリッド）	147名	上農委員 久次米委員長	久次米委員長	橋本彰則常任理事	上農委員 久次米委員長	講演	60分	「患者の立場からみたACP」	山口 育子（認定NPO法人ささえあい医療人権センター）
								講演	60分	「がんになった緩和ケア医が語る『残り2年』の生き方、考え方～median survival timeを迎えて思うこと～」	関本　剛（ホームホスピス関本クリニック）
								質疑応答	30分		
R2年度	令和3年2月27日（土）	兵庫県医師会館	96名	久次米委員長	橋本彰則常任理事	橋本彰則常任理事	久次米委員長	リモート講演	60分	「コロナ禍における在宅医療～新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）」	梁 勝則（林山クリニック）
								リモート講演	60分	「緩和ケア×コロナ×在宅」～いま、私たちにできることを考える～」	廣橋 猛（永寿総合病院がん診療支援・緩和ケアセンター）
	令和3年3月21日（日）	兵庫県医師会館	117名	久次米委員長	三浦常任理事	空地会長	久次米委員長	講演	60分	「神戸での多職種による意思決定支援の取り組み～ACP×高齢者救急×認知症×地域包括ケア～」	中神 祐介（中神クリニック）
								リモート講演	60分	「アドバンス・ケア・プランニング～本人の意志を尊重したケアをどう実践するか～」	木澤 義之（神戸大学医学部附属病院緩和支持治療科）

医療・介護連携による人生の最終段階における対応向上研修会　開催一覧

年度	期日	会場	参加者	プランナー	司会	挨拶	座長	形式	時間	内容	講師（略称）
R1年度（H31）	令和元年10月20日（日）	相生市 扶桑電通 なぎさホール	251名	半田委員 相生市 医師会	相生市 西川 医師会長	相生市長 谷口芳紀	相生市 西川 医師会長	講演	60分	「少子・超高齢・多死社会の上手な世間の渡り方～生きる時を活かす力、リハビリテーション医学～」	佐浦　隆一 （大阪医大リハビリテーション）
								講演	60分	「人生100年時代の医療を考える」	久坂部　羊 （作家兼医師）
									30分	パネルディスカッション	
	令和2年2月22日（土）	明石市 医師会館	123名	明石市 長会長	明石市 医師会 事務局	明石市 長会長	池垣 先生	講演	30分	「ACPとは？DNARとは？－始まったばかりの明石の取り組み－」	赤松　みどり （明石市地域総合支援センター）
								講演	30分	「独居や認知症患者の終末期対応の実際」	鈴木　光太郎 （鈴木内科クリニック）
								講演	40分	「施設における終末期対応のポイント」	清水　政克 （清水メディカルクリニック）
									40分	パネルディスカッション	
H30年度	平成30年10月6日（土）	兵庫県 医師会館	169名	池垣 委員	三浦 理事	空地 会長	國部 副委員長	講演	40分	「終末期によくある症状への対応～多職種でかかわる～」	池垣　淳一 （兵庫県立がんセンター）
								講演	30分	「看取り期　家族とご本人に必ず尋ねられそうな問い、問いかける事から始まる家族ケア」	船越　政江：在宅看護専門看護師 （訪問看護ステーションわたぼうし）
								講演	30分	「「自分らしく過ごす」ための意思決定支援～人となりや大切にしていること～」	西海　嘉能：緩和ケア認定看護師 （兵庫県立がんセンター看護師長補佐）
	平成31年2月7日（木）	ウェルネージ かこがわ	106名	西村 副委員長	西村 副委員長	橋本彰則 常任理事	西村 副委員長	講演	30分	「終末期って何？」	田中 祐子 （兵庫県立加古川医療センター）
								講演	30分	「在宅・地域におけるｱﾄﾞﾊﾞﾝｽ・ｹｱ・ﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞ（ACP）の提案」	佐藤　ひとみ （地域包括支援センターかこがわ）
								講演	60分	「ACPから人生会議へ」	谷田　憲俊 （西村医院副医院長）
									45分	パネルディスカッション	

医療・介護連携による人生の最終段階における対応向上研修会　開催一覧

年度	期日	会場	参加者	プランナー	司会	挨拶	座長	形式	時間	内容	講師（略称）
H29年度	平成29年11月23日（木・祝）	兵庫県 医師会館	65名	池垣 委員	國部 副委員長	空地会長	久次米 委員長	講演	60分	「これだけは知っておきたいがん終末期の対応のエッセンス」	池垣　淳一 （兵庫県立がんセンター）
								講演	30分	「意思決定をサポートする」非がん終末期高齢者と家族への意思決定支援と実現の看護	番田　愛 （北須磨訪問看護・リハビリセンター）
								講演	30分	「多職種でゴールを決める」明石での終末期支援を多職種で考える取り組み	赤松　みどり （明石市社会福祉協議会地域包括支援センター西部事業所）
								シンポジウム			
	平成30年1月13日（土）	西宮市民会館	67名	福井 委員	村松高樹 （村松医院）	三浦理事	村松高樹 （村松医院）	講演	45分	「診療所チームによる在宅医療～地域基幹病院との連携の中で～」	川崎　史寛 （川崎医院）
								講演	60分	「がん治療医が取り組む地域中核病院における緩和ケア」	福永　睦 （兵庫県立西宮病院　外科部長、消化器外科部長）
								パネルディスカッション			

３－２－⑤
広域の多職種連携に向けたルールブックおよび市民向け ACP の手引きの作成

キーワード	市民への ACP の啓発、広域の多職種連携

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	大阪市中央区、浪速区、天王寺区、生野区、東成区、城東区、鶴見区	**人口（単位：人）**	（R4年 12 月時点）766,662 人
		高齢化率　65 歳以上	（R4年 12 月時点）23.6% （176,736 人）
地域の特徴	大阪市東ブロックは、大阪市基本医療圏（東・西・南・北）の中で人口が最大。中小病院が集まる区と大病院が集中する区が混在し、各区の医療体制にバラつきがある。また、隣接する中河内医療圏（東大阪市・八尾市・柏原市）からの患者の流入が多い。		

【取組内容】

開始時期（年月）	2022 年４月～2023 年３月
対象となる参加者・利用者	大阪市東ブロックの医療・介護関係者および東成区民
・実施主体 **・関連する組織／団体**	大阪市東ブロックの在宅医療・介護連携相談支援室（医師会受託） 東成区医師会、大阪市中央区東および南医師会、浪速区医師会、天王寺区医師会、生野区医師会、城東区医師会、鶴見区医師会、東成区役所
取組の内容	・ブロック内の在宅医療・介護連携推進コーディネーターらが、“顔の見える関係”の構築を念頭に置きながら、自発的に連絡会を開催。連携に関する課題について意見交換を繰り返し、“連携に本当に必要なものは何なのか？”について検討を重ねた結果、“お互いの役割を理解し、最低限のルールを守ることが最も重要”との結論に達する。共同での連携に関するルール作りを開始し、2022 年７月、多職種連携ルールブック「れんけいのチカラ」が完成。 ・ACP（人生会議）の取り組みを知っていただくとともに、実際に人生の最終段階の希望について考え、話し合っていただくきっかけとなるよう、東成区内の医療・介護関係者と行政担当者が協力しながら、ACP の啓発リーフレット（手引き）「A あなたの C こころに P ぴたっとよりそう 豊かな人生とともに ～私のおもいを伝えたい～」を作成。リーフレットは 2022 年９月に完成。
財源等	大阪市高齢者等在宅医療・介護連携推進事業費

経緯 **・地域課題／背景**	・大阪市東ブロック（東成区・中央区・天王寺区・浪速区・生野区・城東区・鶴見区）は、中小病院が集まる区と大病院が集中する区が混在し、各区の医療体制にバラつきがあることから、区域を越えた広域連携が必要であったため。 ・アンケートにおいて、多くの東成区民が、「医療や介護などの希望を予め書面で残しておきたい」と回答してことから、ACP（人生会議）の取り組みを知っていただくとともに、実際に人生の最終段階の希望について考え、話し合っていただくきっかけ作りが必要と感じたため。
医師会が担っている役割	大阪市においては、各区の医師会が在宅医療・介護連携推進事業の相談支援の業務を受託して、医師会内に在宅医療・介護連携相談支援室を設置している。
取組において **・工夫した点**	ルールブックの作成と併せて、他区の医療機関との連携についても検討。その結果、▽中小病院とは比較的連携が取りやすいものの、500 床規模の病院とは連携が取りにくい――などの課題が浮かび上がってきた（例えば、東成区は中小病院ばかりで 200 床以上の病院がないことから、同区の住民は天王寺区や中央区の基幹病院に通院・入院するケースが多い――など）。そこで、各区のコーディネーターが病院のことをもっと知る必要があると考え、市東ブロック内にある 300 床以上の病院との意見交換会を実施。その結果、意見交換会を行わなければ分からない情報をたくさん得ることができ、病院との連携に関する課題や考え方などを再考する機会につながった。
取組の効果・成果	・ルールブックを作成して以降、ブロック内の多職種による“顔の見える関係”の構築が進み、円滑な連携につながっている。また、他のブロックにおいても、各区の実情に合わせてルールブックを活用することができる。 ・東成区役所や同区内の地域包括支援センター、病院・診療所、介護事業所等で配布しており、区民が人生の最終段階について考える一助となっている。
取組に関する URL・公表可能な資料及び文献	・多職種連携ルールブック「れんけいのちから」 【※一般社団法人大阪市城東区医師会ホームページ内に掲載】 http://www.jotoishikai.or.jp/wp/wp-content/uploads/2023/06/da892b01ac89462ad49a427a6462e00f.pdf ・「A あなたの C こころに P ぴたっとよりそう 豊かな人生とともに ～私のおもいを伝えたい～」 【※大阪市東成区ホームページ内に掲載】 https://www.city.osaka.lg.jp/higashinari/page/0000466220.html

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：大阪市東ブロック在宅医療・介護連携コーディネーター「れんけい」のチカラ作成 WG「多職種連携ルールブック「れんけいのちから」」



出典・資料名：大阪市東成区版 ACP(人生会議)の手引き「A あなたの C こころに P ぴたっとよりそう 豊かな人生とともに ～私のおもいを伝えたい～」



３―３．介護予防、健康づくりに関する取組

3-3-①　フレイルサポート医研修

3-3-②　高齢社会における運転技能および運転環境検討委員会

3-3-③　フレイル予防事業の取り組み フレイル予防プログラムの導入

3-3-④　おでかけリハビリ(おでリハ)　医商連携モデルの可能性 ～函館市でのおでかけリハビリの経験から～

3-3-⑤　介護予防事業 電力データと AI を用いたフレイル検知・介護予防

3-3-⑥　介護予防事業 フレイルサポーター（町民）によるフレイル予防

3-3-⑦　伊予市のご当地体操「ミカンまる体操」を通しての地域高齢者の主体的向上への取り組み －介護予防と健康づくり ご当地体操で生き生きと生活－

３－３―①
フレイルサポート医研修

キーワード	フレイル予防、フレイルサポート医、高齢社会

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	東京都	**人口（単位：人）**	（R5 年９月時点）　14,095,231 人
		高齢化率　65 歳以上	（R5 年９月時点）　23.5 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R5 年９月時点）　13.3 ％
地域の特徴	都内地区医師会・地域には多くの好事例があるが、今回は東京都医師会が直接行っている代表的な事業について紹介する。		

【取組内容】

開始時期（年月）	令和４年度～
対象となる参加者・利用者	医師
・実施主体 **・関連する組織／団体**	東京都医師会・東京都健康長寿医療センター 一般社団法人日本老年医学会、国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
取組の内容	フレイルの見極めや適切な指導ができる医師の養成のため、 令和４年度には下記日程で研修会を開催（別添プログラム参照） 令和４年６月 19 日（日）10：00～16：20 参加者数：70 名 座学・ワークショップ 令和６年度は対面形式にて研修会を実施予定。
経緯 **・地域課題／背景**	フレイル対策に重点が置かれた新たな後期高齢者健診が、現状 （1）フレイル健診が一部の自治体でしか実施されていない （2）かかりつけ医にフレイル健診の結果が届いていない場合がある （3）フレイル健診の結果をかかりつけ医がどのような形で活用するか不明確 （4）健診後の保健指導のフレイル対策が不十分 等々と課題が多く、東京都医師会では、これらの課題解決には、フレイルの見極めや適切な保健指導ができる医師の養成が必須と考えられるため。

医師会が担っている役割	・フレイルサポート医の養成
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	フレイル診断力・保健指導力の向上のため、各区市町村単位で実施できるよう各地区医師会への周知・参加を呼び掛けた。 また、東京都へはフレイルサポート医養成のため、研修事業等についての支援を要望している。
取組の効果・成果	医師会員にフレイルサポート医の役割・重要性について、広く認識された。

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：東京都医師会「フレイルサポート医研修　プログラム（令和４年６月 19 日実施）」

フレイルサポート医研修
プログラム

日時：令和4年6月19日（日）午前10時～午後4時20分
会場：東京都医師会2階講堂

10：00	（1） 開会・挨拶（5分）
10：05	（2） 講義（座学） 1．フレイルの概念と重要性 （30分） CC19：0.5単位 鳥羽 研二（東京都健康長寿医療センター理事長）
10：35	2．フレイルの評価法 （10分） 荒木 厚（東京都健康長寿医療センター副院長）
10：45	＜質疑応答＞（5分）
10：50	3．フレイルの類似概念：サルコペニア、ロコモティブシンドローム、カヘキシア（20分） 田村 嘉章（東京都健康長寿医療センター糖尿病・代謝・内分泌内科専門部長）
11：10	4．フレイル対策としての運動・食事療法 （30分） CC13：0.5単位 田村 嘉章（東京都健康長寿医療センター糖尿病・代謝・内分泌内科専門部長）
11：40	5．地域のフレイル対策 （30分） CC12：0.5単位 飯島 勝矢 （東京大学高齢社会総合研究機構教授）
12：10	＜質疑応答＞（5分）
12：15	＜休憩・昼食＞ （50分）
13：05	（3） 講義（座学＋ワークショップ） 6．フレイルと関連する疾患と老年症候群の対策 （50分） CC11：0.5単位 荒木 厚（東京都健康長寿医療センター副院長）
13：55	7．フレイル健診の活用法 （10分） 荒木 厚（東京都健康長寿医療センター副院長）
14：05	＜質疑応答＞（5分）
14：10	＜ 休憩 ＞ （5分）
14：15	8．ワークショップ （120分）
16：15	（4） 閉会・挨拶（5分）
16：20	（5） 終了

３－３―②
高齢社会における運転技能および運転環境検討委員会

キーワード	フレイル予防、健康教育、運転技能、運転環境検討

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	東京都	人口（単位：人）	（R5 年９月時点）4,095,231 人
		高齢化率　65 歳以上	（R5 年９月時点）　23.5 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R5 年９月時点）　13.3 ％
地域の特徴	都内地区医師会・地域には多くの好事例があるが、今回は東京都医師会が直接行っている代表的な事業について紹介する。		

【取組内容】

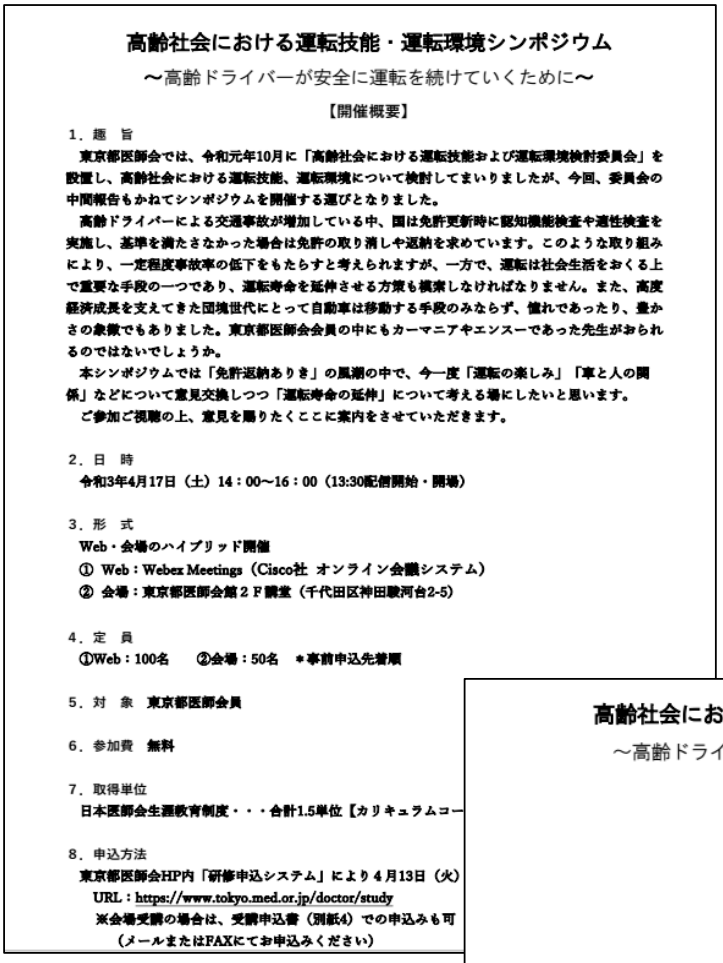
開始時期（年月）	令和元年度～
対象となる参加者・ 利用者	医師
・実施主体 ・関連する組織／団体	東京都医師会
取組の内容	・実地医家における高齢ドライバーへの指導ガイド作成 ・研修会、シンポジウム、検討委員会の開催 ・委員会では講師を招き勉強会を開催。講師・テーマは以下のとおりとなる。

開催日	講師		演題
R1.12.19	（公財）交通事故総合分析センター研究部特別研究員	小菅　英恵	道路交通環境および交通事故の現状等について
R2.2.20	㈱シグマ　平和橋自動車教習所	小貫　秀二	平和橋自動車教習所における高齢者運転の実態、問題等について
	㈱コヤマドライビングスクール二子玉川校	森　早穂	コヤマドライビングスクールにおける高齢者運転の実態、問題等について
R2.7.2	株式会社スマートドライブ 取締役	元垣内　広毅	SmartDriveについて
	アセントロボティクス株式会社　CEO 代表取締役	石﨑　雅之	今日の安全運転支援技術と今後の展望：AI技術が実現する自動運転
R2.9.3	有限会社ＮＡＣ代表取締役／交通コメンテーター	西村　直人	高齢者の運転と自律自動運転技術
	日経ＢＰ総合研究所／日経TechFindカスタム事業部長	狩集　浩志	自動運転に関するテクノロジーと最新動向
R2.10.1	筑波大学人間系心理学域教授	原田　悦子	高齢ドライバーの心理／認知的側面：人 - 人工物間相互作用からみた認知的加齢の影響
R2.11.5	株式会社カーグラフィック　代表取締役社長	加藤　哲也	免許を（なるべく）返すな
R2.12.3	科学警察研究所交通科学部交通科学第二研究室主任研究官	小嶋　律	高齢ドライバーが安全に運転を続けるための教育
	東京都リハビリテーション病院　リハビリテーション科	武原　格	ドライビングシミュレーター活用の実際と高齢運転者への活用の可能性

	<table><tr><td>R3.3.4</td><td>名古屋大学 未来社会創造機構特任教授</td><td>青木　宏文</td><td>高齢ドライバ人間・運転特性データベースDAHLIAによる 事故防止に向けた活動</td></tr><tr><td rowspan="2">R3.10.7</td><td>（公財）交通事故総合分析センター　研究部特別研究員</td><td>小菅　英恵</td><td>高齢者における実車運転の不安全行動特性</td></tr><tr><td>西葛西・井上眼科病院副院長</td><td>國松　志保</td><td>視野障害と自動車運転</td></tr><tr><td>R4.2.3</td><td>株式会社本田技術研究所　安全安心・人研究領域</td><td>小野　　浩</td><td>ドライビングシミュレータ等について</td></tr><tr><td rowspan="2">R4.3.3</td><td>実践女子大学人間社会学部人間社会学科教授</td><td>松浦　常夫</td><td>道路標識や交通システムの視覚的問題点</td></tr><tr><td>株式会社ＳＵＢＡＲＵ　ＡＤＡＳ開発部</td><td>松原　正悟</td><td>交通事故削減の取り組みについて</td></tr><tr><td>R5.9.7</td><td>（公財）交通事故総合分析センター 研究部　研究第一課　主任研究員</td><td>小菅　英恵</td><td>交通事故統計データにみる高齢運転者の事故危険性と事故の特徴</td></tr><tr><td>R5.10.5</td><td>東京都建設局 道路管理部 安全施設課長</td><td>前田　隆志</td><td>東京都の道路状況に関する取り組みについて</td></tr><tr><td rowspan="2">R5.12.7</td><td>警視庁交通部交通規制課規制第二係長</td><td>今村　仁也</td><td>道路標識の問題点や高齢者対策等について</td></tr><tr><td>元レーシングドライバー／自動車ジャーナリスト</td><td>大久保　力</td><td>レーシングドライバーから見た高齢者運転の今後について（仮題）</td></tr><tr><td rowspan="2">R6.2.1</td><td>国土交通省 関東地方整備局 東京国道事務所 管理第二課 課長</td><td>松藤　洋照</td><td>東京２３区内の国道における道路環境の整備等について</td></tr><tr><td>首都高速道路株式会社　保全・交通部 道路情報・交通室　交通安全推進課課長</td><td>伊藤　　稔</td><td>首都高速道路での高齢者による逆走・立入・誤進入への対応について</td></tr></table>
経緯 **・地域課題／背景**	70 歳以上の運転免許保有者数は 1,300 万人を超え、今後もドライバーの高齢化が進んでいくと考えられ、また、高齢ドライバーによる交通事故も社会問題化しており、高齢ドライバーによる交通事故防止対策は喫緊の課題となっている。 そこで、会内に高齢社会における運転技能および運転環境検討委員会を設置し、高齢社会における自動車運転の諸課題解決に向けて、高齢運転者を支援するための運転環境の整備、運転寿命延伸のためのツールや道路標識の改善点など、医学的観点から見た高齢運転者への具体的な支援策について検討を行った。
医師会が担っている役割	・実地医家における高齢運転者への指導方法等について ・医学的観点から見た高齢運転者への具体的な支援
取組において **・工夫した点**	一律に高齢ドライバーの運転をやめさせるのではなく、様々な手段を用いて運転寿命の延伸を目指し、多方面からの協力のもと、解決策を検討した。
取組の効果・成果	当委員会で作成した指導ガイドを、実地医家の先生方の臨床場面において、患者本人やその家族から運転に関する不安や免許返納の相談、警察に提出する診断書作成の依頼など、運転に関する日常の診療で活用いただいている。

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：東京都医師会「高齢社会における運転技能・運転環境シンポジウム開催概要・プログラム（令和３年４月 17 日実施）」



高齢社会における運転技能・運転環境シンポジウム

～高齢ドライバーが安全に運転を続けていくために～

【開催概要】

1．趣　旨

東京都医師会では、令和元年10月に「高齢社会における運転技能および運転環境検討委員会」を設置し、高齢社会における運転技能、運転環境について検討してまいりましたが、今回、委員会の中間報告もかねてシンポジウムを開催する運びとなりました。

高齢ドライバーによる交通事故が増加している中、国は免許更新時に認知機能検査や適性検査を実施し、基準を満たさなかった場合は免許の取り消しや返納を求めています。このような取り組みにより、一定程度事故率の低下をもたらすと考えられますが、一方で、運転は社会生活をおくる上で重要な手段の一つであり、運転寿命を延伸させる方策も模索しなければなりません。また、高度経済成長を支えてきた団塊世代にとって自動車は移動する手段のみならず、憧れであったり、豊かさの象徴でもありました。東京都医師会会員の中にもカーマニアやエンスーであった先生がおられるのではないでしょうか。

本シンポジウムでは「免許返納ありき」の風潮の中で、今一度「運転の楽しみ」「車と人の関係」などについて意見交換しつつ「運転寿命の延伸」について考える場にしたいと思います。

ご参加ご視聴の上、意見を賜りたくここに案内をさせていただきます。

2．日　時

令和3年4月17日（土）14：00～16：00（13:30配信開始・開場）

3．形　式

Web・会場のハイブリッド開催

① Web：Webex Meetings（Cisco社 オンライン会議システム）

② 会場：東京都医師会館２Ｆ講堂（千代田区神田駿河台2-5）

4．定　員

①Web：100名　　②会場：50名　＊事前申込先着順

5．対　象　東京都医師会員

6．参加費　無料

7．取得単位

日本医師会生涯教育制度・・・合計1.5単位【カリキュラムコー

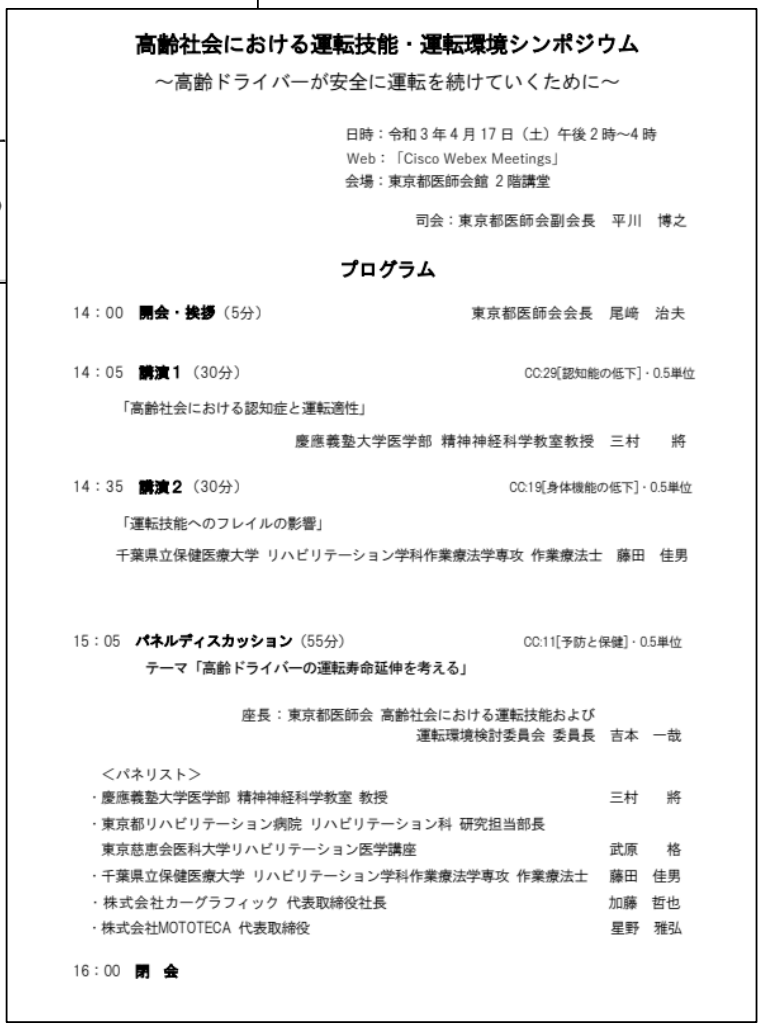
8．申込方法

東京都医師会HP内「研修申込システム」により４月13日（火）

URL：https://www.tokyo.med.or.jp/doctor/study

※会場受講の場合は、受講申込書（別紙4）での申込みも可

（メールまたはFAXにてお申込みください）



高齢社会における運転技能・運転環境シンポジウム

～高齢ドライバーが安全に運転を続けていくために～

日時：令和３年４月17日（土）午後２時～４時

Web：「Cisco Webex Meetings」

会場：東京都医師会館 ２階講堂

司会：東京都医師会副会長　平川　博之

プログラム

14：00　**開会・挨拶**（5分）　東京都医師会会長　尾崎　治夫

14：05　**講演１**（30分）　CC:29[認知能の低下]・0.5単位

「高齢社会における認知症と運転適性」

慶應義塾大学医学部 精神神経科学教室教授　三村　　將

14：35　**講演２**（30分）　CC:19[身体機能の低下]・0.5単位

「運転技能へのフレイルの影響」

千葉県立保健医療大学 リハビリテーション学科作業療法学専攻 作業療法士　藤田　佳男

15：05　**パネルディスカッション**（55分）　CC:11[予防と保健]・0.5単位

テーマ「高齢ドライバーの運転寿命延伸を考える」

座長：東京都医師会 高齢社会における運転技能および運転環境検討委員会 委員長　吉本　一哉

＜パネリスト＞

・慶應義塾大学医学部 精神神経科学教室 教授　三村　　將

・東京都リハビリテーション病院 リハビリテーション科 研究担当部長
東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座　武原　　格

・千葉県立保健医療大学 リハビリテーション学科作業療法学専攻 作業療法士　藤田　佳男

・株式会社カーグラフィック 代表取締役社長　加藤　哲也

・株式会社MOTOTECA 代表取締役　星野　雅弘

16：00　**閉　会**

出典・資料名：東京都医師会「実地医家における高齢ドライバーへの指導研修会開催概要・プログラム（令和６年１月27日実施）」

実地医家における高齢ドライバーへの指導研修会

【開催概要】

1．趣　旨

我が国における70歳以上の運転免許保有者数は1,300万人を超え、今後もドライバーの高齢化が進んでいくと考えられます。また、高齢ドライバーによる交通事故も社会問題化しており、高齢ドライバーによる交通事故防止対策は喫緊の課題となっています。

そこで、東京都医師会「高齢社会における運転技能および運転環境検討委員会」では、今後、実地医家において、患者本人やその家族から運転に関する不安や免許返納の相談、警察に提出する診断書作成の依頼などますます増えていくと予想されることから、実地医家の先生方が、運転に関する日常の診療でご活用いただくことを目的に「実地医家における高齢ドライバーへの指導ガイド」を作成いたしました。

本研修会では「指導ガイド」より、安全ゆとり運転および運転に関する諸機能の診断・指導のポイントなどを中心にご紹介いたします。日常診療現場での一助になれば幸いです。



2．開催日時

令和6年1月27日（土）14：00～16：10（13:30 配信開始）

3．開催形式

オンライン配信：「Cisco Webex」

4．対　象　東京都医師会員

5．参加費　無料

6．取得単位

日本医師会生涯教育制度・・・合計1単位【カリキュラムコード：4、36】

7．申込方法・期限

東京都医師会HP内「研修申込システム」により、申
お申込みください。

URL：https://study.tokyo.med.or.jp/publish/Login

※日本医師会生涯教育制度の単位を希望されない場合は、メ
区医師会、氏名、電話番号を明記の上、本会医療介護福祉課
申し込みください。なお、申込の際の件名は“実地医家にお
してください。

8．問合せ先

東京都医師会 医療介護福祉課

TEL：03-3294-8835（直通）　E-mail：iryoufuku

実地医家における高齢ドライバーへの指導研修会

日時：令和６年１月２７日（土）１４：００～
オンライン配信：「Cisco Webex」

司会：高齢社会における運転技能および
運転環境検討委員会委員長　吉本　一哉

14：00　**開　会**　　東京都医師会副会長　平川　博之

14：05　**「日常診療における高齢ドライバーへの診察・指導について」**

1．実地医家における高齢ドライバーへの指導ガイドについて（10分）
千葉県立保健医療大学 リハビリテーション学科
作業療法学専攻 教授（作業療法士）　藤田　佳男

2．安全ゆとり運転の患者への指導方法について（30分）　【CC4：0.5単位】
実践女子大学 人間社会学部 人間社会学科 教授　松浦　常夫

≪質疑応答≫

3．運転に関する諸機能について

1）「視機能について」（30分）　【CC36：0.5単位】
西葛西・井上眼科病院 副院長　國松　志保

2）「認知機能について」（20分）
慶應義塾大学予防医療センター 特任教授　三村　將

3）「身体機能と運転再開の実臨床」（20分）
東京都リハビリテーション病院 リハビリテーション科
研究担当部長　武原　格

≪質疑応答≫

16：10　**閉　会**　　東京都医師会理事　西田　伸一

３－３―③
フレイル予防事業の取り組み　フレイル予防プログラムの導入

キーワード	フレイル予防

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	福井県	**人口（単位：人）**	（R5 年 12 月時点）743,813 人
		高齢化率　65 歳以上	（R4 年 10 月時点）　31.3 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R4 年 10 月時点）　16.3 ％
地域の特徴	「幸福度ランキング（2018 年版）」において、３回連続福井県は総合１位。 県民が健康で、家族のつながりがあり、子育てがしやすく、働く場が豊富で経済的に安定していることが「幸福度日本一ふくい」の基盤。		

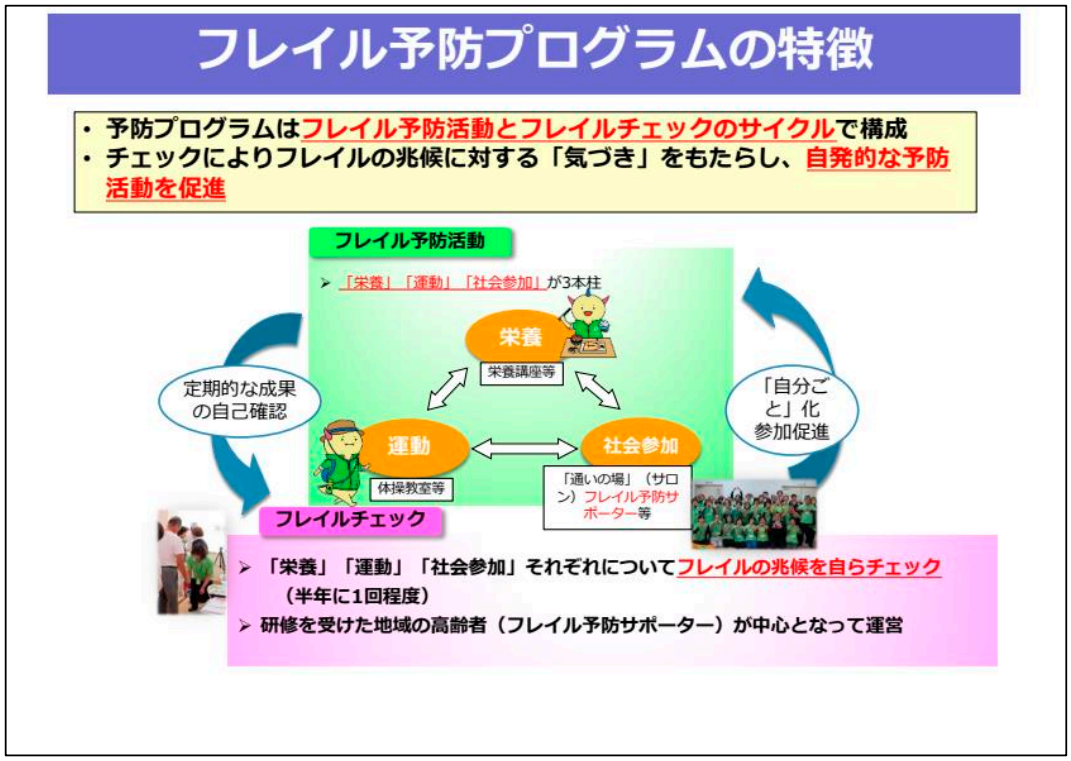
【取組内容】

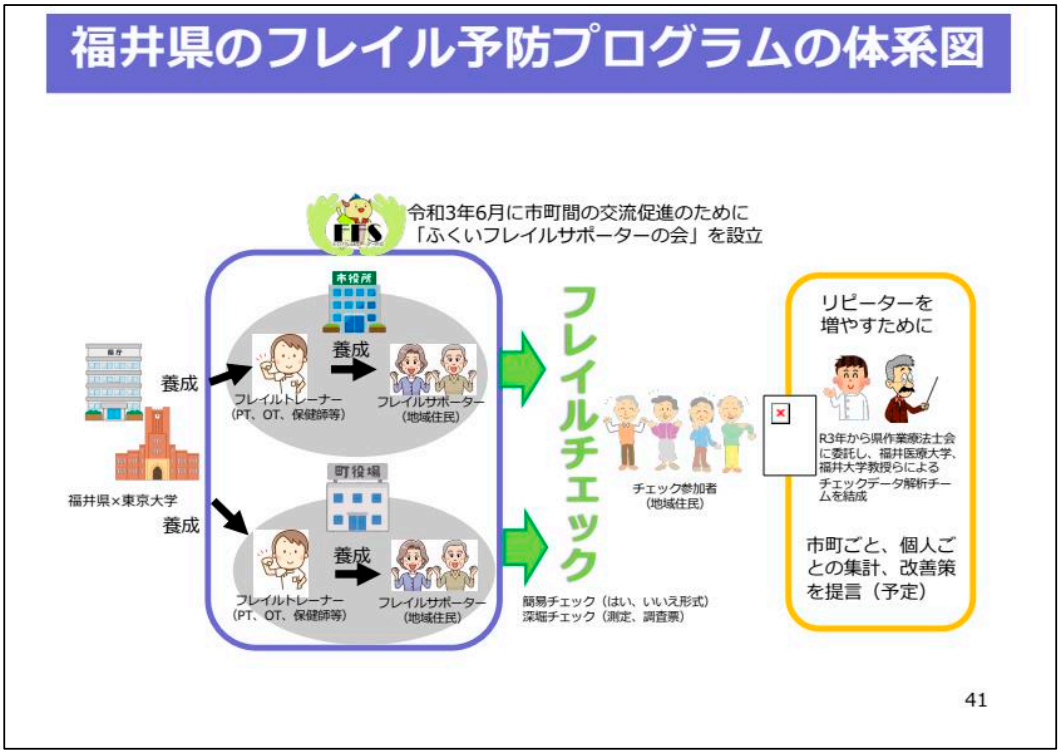
開始時期（年月）	平成 29 年
対象となる参加者・利用者	地域住民、医療介護関係者
・実施主体 **・関連する組織／団体**	福井県医師会 福井県、東京大学
取組の内容	平成 29 年、福井県と東京大学において、「高齢者の方が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会」の実現に向け、在宅医療の推進や健康づくり等を柱としたジェロントロジー（老年学）共同研究を締結。平成 29 年、第３期共同研究として、これまでの健康づくり施策の更なる発展を目指し、東京大学の飯島教授が考案したフレイル予防プログラムを福井県で導入。更に令和３年から第４期共同研究における、フレイル予防プログラムの推進として、フレイルトレーナーを養成し全市町に配置し住民主体のフレイル予防の強化、フレイルチェックデータの解析支援等を実施。現在は、全国で唯一県内全市町においてフレイルチェック事業を展開している。
経緯 **・地域課題／背景**	・H21～ 福井県と東京大学において、「高齢者の方が住み慣れた地域で安心して暮 らし続けられる社会」の実現に向け在宅医療の推進や健康づくり等を柱としたジェロントロジー（老年学）共同研究を締結 ・H29～　第３期共同研究として、これまでの健康づくり施策の更なる発展を目指し、 東京大学の飯島教授が考案したフレイル予防プログラムを福井県で導入 ・R3～　第４期共同研究における、フレイル予防プログラムの推進として、住民主体のフレイル予防の強化、フレイルチェックデータの解析支援等を実施

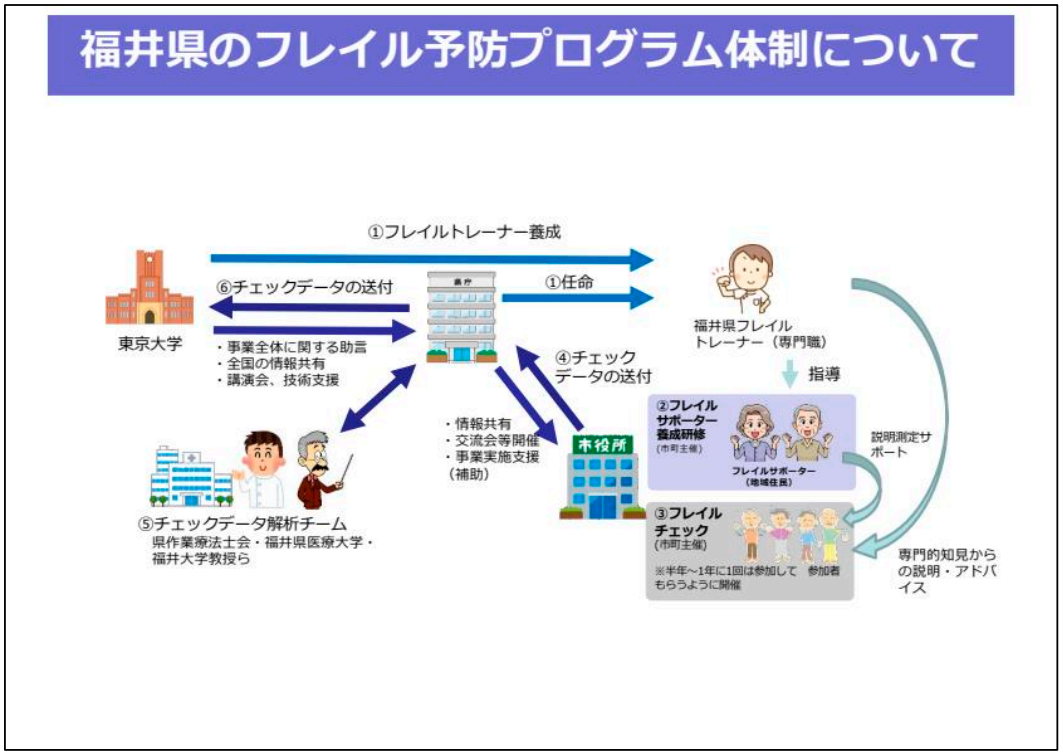
医師会が担っている役割	この事業にかかりつけ医がどう関わるかというところを今一生懸命行っているところである。
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	（工夫した点） ・令和３年６月に市町間の交流促進のために 「ふくいフレイルサポーターの会」を設立 （苦労した点） ・リピーターを増やしていくための取り組み
取組の効果・成果	・予防プログラムはフレイル予防活動とフレイルチェックのサイクルで構成されており、チェックによりフレイルの兆候に対する「気づき」をもたらし、自発的な予防活動を促進。 ・今後の展開 ① フレイルサポーターのつながりを強化し、住民主体活動を後押し 県内全市町でフレイル予防活動を実施している強みを活かして、各市町の活動を報告しあったり、課題を共有する場を提供。また、フレイルサポーターのやってみたいを実現するための補助制度の紹介や財政支援を実施。 ② フレイルチェックデータの解析 フレイルチェックデータの解析を行い、市町ごとの特徴などを判定。 将来的には、要介護認定の状況や、医療費などとの紐づけを行い、フレイル予防による介護予防効果や医療費削減効果を検証していきたい。
取組に関するURL・公表可能な資料及び文献	福井県 HP　みんなで始めよう！フレイル予防 https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kourei/frail.html

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：令和４年度日本医師会地域包括ケア推進委員会『福井県における地域包括ケア深化・ 進化への地域の取り組みについて』より






福井県のフレイル予防プログラム体制について
①フレイルトレーナー養成
⑥チェックデータの送付
①任命
東京大学
・事業全体に関する助言
・全国の情報共有
・講演会、技術支援
福井県フレイル
トレーナー（専門職）
指導
④チェック
データの送付
・情報共有
・交流会等開催
・事業実施支援
（補助）
市役所
②フレイル
サポーター
養成研修
（市町主催）
フレイルサポーター
（地域住民）
説明測定サ
ポート
③フレイル
チェック
（市町主催）
※半年～1年に1回は参加して　参加者
もらうように開催
専門的知見から
の説明・アドバ
イス
⑤チェックデータ解析チーム
県作業療法士会・福井県医療大学・
福井大学教授ら

3―3―④
おでかけリハビリ（おでリハ）
医商連携モデルの可能性　～函館市でのおでかけリハビリの経験から～

キーワード	介護予防、おでかけ（外出）、医商連携

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	北海道函館市	**人口（単位：人）**	（R5 年８月時点）　241,453 人
		高齢化率　65 歳以上	（R5 年８月時点）　36.9 ％
地域の特徴	観光や漁業で有名な街。高齢化率は全国・全道と比べても高い。		

【取組内容】

開始時期（年月）	平成 29 年４月
対象となる参加者・利用者	当初は要介護者が対象の中心だったが現在は元気高齢者が中心。
・実施主体 **・関連する組織／団体**	一般社団法人 おでかけリハビリ推進協議会 函館朝市協同組合連合会、平山医院、クオリティライズ、地域支援ユニバーサルコミュニケーション、株式会社タニタヘルスリンク、株式会社商工組合中央金庫、TSP 太陽株式会社、湯の浜ホテル
取組の内容	経済活性と介護予防を両立させる取り組み。 当初は対象が要介護者中心で入所や通所の施設から商業施設に訪れ、レクリエーションや安全に買い物できる環境を商業施設が提供してくれるというものであった。現在は対象が元気高齢者で、商業施設内で PT・OT・ST、管理栄養士による健康講座や参加者のみでの体操などを行っている。また、タニタヘルスリンク社と連携し体組成測定や活動量計やスマホアプリによる歩数などの活動量の管理も行っている。更に地域のイベントやおでリハ独自のウォーキングイベント、函館市から受託しているシニア大学に参加するとポイントが貯まるシステムとなっており、ポイントはお買い物券（現在は函館朝市、丸井今井）と交換することができる。 外出（おでかけ）することが１番の介護予防と考え、外出、参加を促進するという意図がある。 令和５年度はスポーツ庁の委託事業を受託しており対面開催だけではなく、オンラインで全道、全国へ繋ぐハイブリッド開催も予定している。
財源等	シニア大学は函館市の委託事業（準備受付などはおでかけリハビリのボランティアを活用しているため、他校に比べて経費は大幅に少ない）。それ以外は函館市との共催事業としているが、市は広報のみで商業施設が基本的に負担している。元々は公的財源０の事業ということで始まっている。

経緯 **・地域課題／背景**	函館朝市は「市民の台所」と昔は言われており市民中心の場所だったが、現在は観光客中心の場所に変わってしまった。そのため地元還元、地域貢献の意味も込めて地元客を呼び戻そうという函館朝市協同組合連合会の企画から始まった。徐々に賛同する個人や団体が増えていき、「おでかけリハビリ推進協議会」を立ち上げ、令和３年度には一般社団法人化の運びとなった。 函館市に限らず介護予防事業に参加する方は健康増進への意識が極めて高い方がほとんとで、それ以外の方をいかに巻き込むかが真の介護予防に繋がると考える。生活の動線の中で気軽に運動ができることが理想と考える。医療者側としては、「近くのスーパーや商店街など生活の動線で気軽に運動ができる」、そこが最終目標である。
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	外出や運動のモチベーションを高めるため、参加することでポイントが貯まるシステムとしていること。 会場が商業施設ということで買い物ついでにおでリハ、おでリハついでに買い物という経済活性と介護予防が両立できていること。 商業施設の参加が少ないこと。「生活の動線で気軽に運動」を実現するためには、商業施設の参加が必須である。 当初は広報に苦戦し参加者がなかなか集まらなかったが、市の事業であるシニア大学の受託やそれ以外の事業も函館市の共催事業（広報のみ）とすることで、徐々に浸透していった。
取組の効果・成果	外出の促進、活動の場の創出にはなっているが、数値的な根拠はない。今後は活動量計や体組成測定で得られているデータを解析していく予定である。
取組に関するURL・公表可能な資料及び文献	https://odereha.com/　**（おでかけリハビリ公式HP）**

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：医療法人社団山樹会平山医院 リハビリテーション部門部長、一般社団法人おでかけリハビリ推進協議会副理事、認定理学療法士（運動器・介護予防）　竹内 光
「医商連携モデルの可能性～函館市でのおでかけリハビリの経験から～（全国地域リハビリテーション合同研修大会 in 札幌 2022）」より

医商連携

地域のイベントに高齢者が参加できる仕組みづくりや、
まちづくりや地域活性化を目指す活動の例として、
地域の医療機関や介護サービス事業所が近隣の商店と連携する**医商連携**など、
医療・介護が地域において他産業と協働することが考えられる。

高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書
厚生労働省　2015年

おでかけリハビリの基本構図



13の商業施設



施設送迎者



介護施設

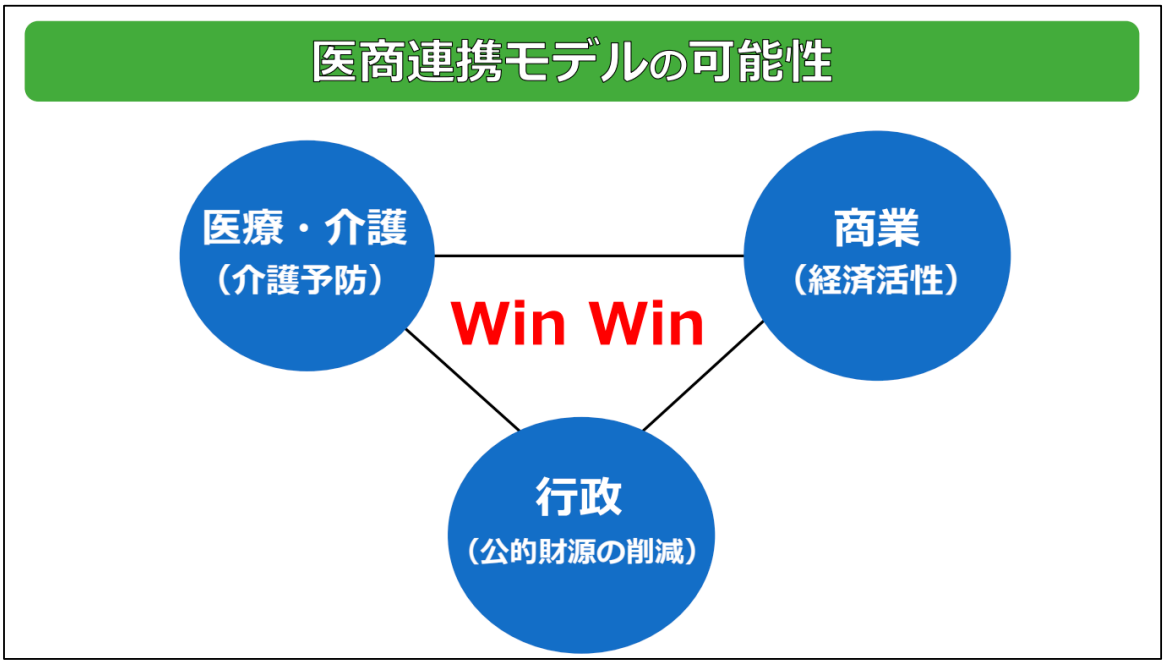


各自治体
社会福祉協議会



町内会、老人クラブ


介護予防しましょう！
＜
普段の生活の中に
自然と介護予防となる
小さなきっかけを与える！


医商連携モデルの可能性
医療・介護
（介護予防）
商業
（経済活性）
Win Win
行政
（公的財源の削減）

３－３―⑤
介護予防事業　電力データと AI を用いたフレイル検知・介護予防

キーワード	介護予防、フレイル予防

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	三重県員弁郡東員町	人口（単位：人）	（R５年 12 月時点）25,838 人

【取組内容】

対象となる参加者・利用者	高齢者
・実施主体 ・関連する組織／団体	東京大学、三重大学、三重県、東員町、合同会社ネコリコ、株式会社 JDSC
取組の内容	電力データからフレイル判定を行うフレイル検知を活用し、高齢者の健康状態の変化を確認し、早期にリスク検知するとともに、健康の維持・向上につなげる。 スマートメーターから得られる電力使用データを、連携先の民間企業が人工知能（AI）で分析、フレイルリスクの大小を判定してレポートを作成。生命保険会社の手も借りて自宅に届け、併せて健康状態の観察とフレイル予防の周知を行う。
経緯 ・地域課題／背景	フレイル（虚弱）予防に、健康と要介護の中間の状態であるフレイルの高齢者を早期に発見し、適切な介入・支援を行えば、健康に戻すことができることから、東員町が取り組んだのは、電力データと AI を活用したフレイル予防である。 令和２年度に東員町在住の単身高齢者に対し実証実験を実施し、電子データ・AI によるフレイル検知の実現可能性が確認された。
取組において ・工夫した点	令和３年度以降、フレイル検知 AI の強化、保険アドバイザーや民生委員の訪問を通じた情報提供による社会参加などの行動変容を促進している。また、通いの場などと連携している。

３－３―⑥
介護予防事業　フレイルサポーター（町民）によるフレイル予防

キーワード	介護予防、フレイル予防

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	三重県員弁郡東員町	人口（単位：人）	（R５年 12 月時点）25,838 人

【取組内容】

対象となる参加者・利用者	地域住民
・実施主体 ・関連する組織／団体	三重県員弁郡東員町、東京大学高齢社会総合研究機構
取組の内容	町民フレイルサポーターによる町民のためのフレイルチェックを推進することで、町民の健康に対する意識を高め、健康長寿の向上を目指す。 また、フレイルサポーターが、フレイル予防活動を通じて社会参加することで、自らの健康寿命を延ばすことも期待されている。
経緯 ・地域課題／背景	適切な治療や予防により要介護状態に進まずにすむ可能性があることから、フレイルの早期発見と予防が重要であることから、令和３年 12 月に東員町で「フレイルサポーター養成講座」をひらいた。この取り組みは三重県では初めてのものである。
取組において ・工夫した点	町のフレイルチェックは、ボランティアであるフレイルサポーターが、「楽しくやろう」をモットーにして、実施している。

３－３―⑦
伊予市のご当地体操「ミカンまる体操」を通しての地域高齢者の主体的向上への取り組み　ー介護予防と健康づくり　ご当地体操で生き生きと生活ー

キーワード	介護予防、健康づくり

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	愛媛県伊予市	人口（単位：人）	（R５年４月時点）　35,709 人
		高齢化率　65 歳以上	（R５年４月時点）　34.6 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R５年４月時点）　18.6 ％

【取組内容】

開始時期（年月）	2019 年４月
対象となる参加者・利用者	伊予市在住で、65 歳以上の高齢者が含まれる５人以上のグループ
・実施主体 ・関連する組織／団体	伊予市　長寿介護課 伊予病院　リハビリテーション部
取組の内容	健康増進と介護予防を目的に、伊予市の長寿介護課と伊予病院のリハビリテーション部が共同で制作した「ミカンまる体操」の普及活動として、各自治体のサロンに講師として参加し、指導を行う事とした。 令和１年には伊予市公式チャンネルより SNS への投稿、サロンへの DVD の配布、伊予病院内での集団体操としての利用、退院時に希望がある方への DVD 配布を行った。令和４年には、より高負荷の Ver2 を作成し投稿。 現在は、半年に１回の体力測定と、希望があったサロンへの体操指導に参加しつつ、新旧の「ミカンまる体操」を普及させ、予防への啓蒙活動を行っている。 今後は、リーダー格の人材育成と在宅でできる自主トレ内容の強化、各サロンにより格差の減小などを課題とし、活動できればと考えている。
経緯 ・地域課題／背景	2019 年に伊予市より伊予病院への介護予防事業への協力依頼があった。携わっていく中で、ラジオ体操のように皆ができる体操はないかと考え、伊予市でなじみの「伊予踊り」の音頭に合わせて、「どなたでもできる体操」をコンセプトに発案。
取組において ・工夫した点	【工夫した点】 サロンにより環境（施設の環境、実施する対象者の身体機能）が違うため、どなたでも出来るように、立位だけでなく椅子座位で行えるようにし、体操内容もシンプルで分かりやすいものを選別・考案。また、歌詞内容やゆっくりとした音源の伊予踊りに合わせ体操も工夫した。

・苦労した点	【苦労した点】 音源確保ができないサロンでは指導が難しい →体操を細かく分けた画像付きの資料を配布して実施 YouTube 動画を流し、セラピスト自身が声を出して説明した （難聴には、耳元で声を大きくして説明）
取組の効果・成果	本教室では、半年に１回「握力・長座体前屈・time up&Go テスト（TUG）・片脚立位時間テスト」を実施している。予防教室を１回、２回、３回以上実施した群に分けた時、３回以上実施したサロンでは「片脚立位時間・TUG」にて改善の有意差を認めた。
取組に関する URL・公表可能な資料及び文献	・伊予市ホームページ 介護予防体操「ミカンまる体操」 https://www.city.iyo.lg.jp/choujukaigo/mikanmarutaisou.html （ミカンまる体操、ミカンまる体操（説明文つき）、ミカンまるストレッチ、ミカンまる筋トレ） ・ミカンまるストレッチ第２弾 https://www.youtube.com/watch?v=YPkQ7nVVo1Q&t=434s ・ミカンまる筋トレ第２弾 https://www.youtube.com/watch?v=ViR6f68UX_c ・口腔体操い～よ　通常版 https://www.youtube.com/watch?v=GZOVUQmUJWk ・脳トレ体操い～よ https://www.youtube.com/watch?v=kquydybb8D0

３－４．認知症に関する取組

3-4-①　認知症対策への取り組み①　『福井県定年齢認知症検診事業』の展開

3-4-②　認知症対策への取り組み②　『福井県認知症サポート医連絡会』の発足

3-4-③　働き盛り世代の認知症予防・早期発見・対応促進事業

3-4-④　認知症総合支援事業　レセプトデータを活用した適切な介護サービスへの導入支援事業

3-4-⑤　認知症総合支援事業　認知症ケアの医療介護連携体制の構築事業

３－４－①
認知症対策への取り組み①　『福井県定年齢認知症検診事業』の展開

キーワード	認知症関連

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	福井県	人口（単位：人）	（R５年１２月時点）　743,813 人
		高齢化率　65 歳以上	（R４年 10 月時点）　31.3 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R4 年 10 月時点）　16.3 ％
地域の特徴	「幸福度ランキング（2018 年版）」において、３回連続福井県は総合１位。 県民が健康で、家族のつながりがあり、子育てがしやすく、働く場が豊富で経済的に安定していることが「幸福度日本一ふくい」の基盤。		

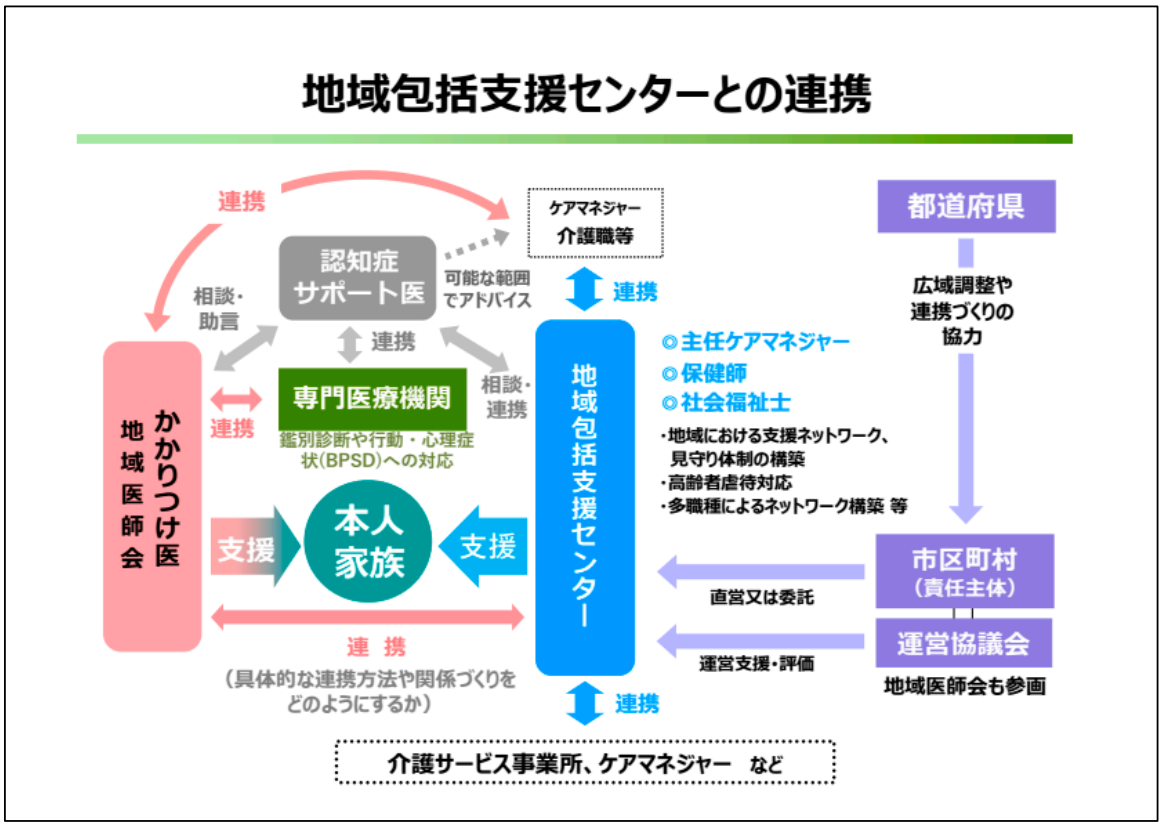
【取組内容】

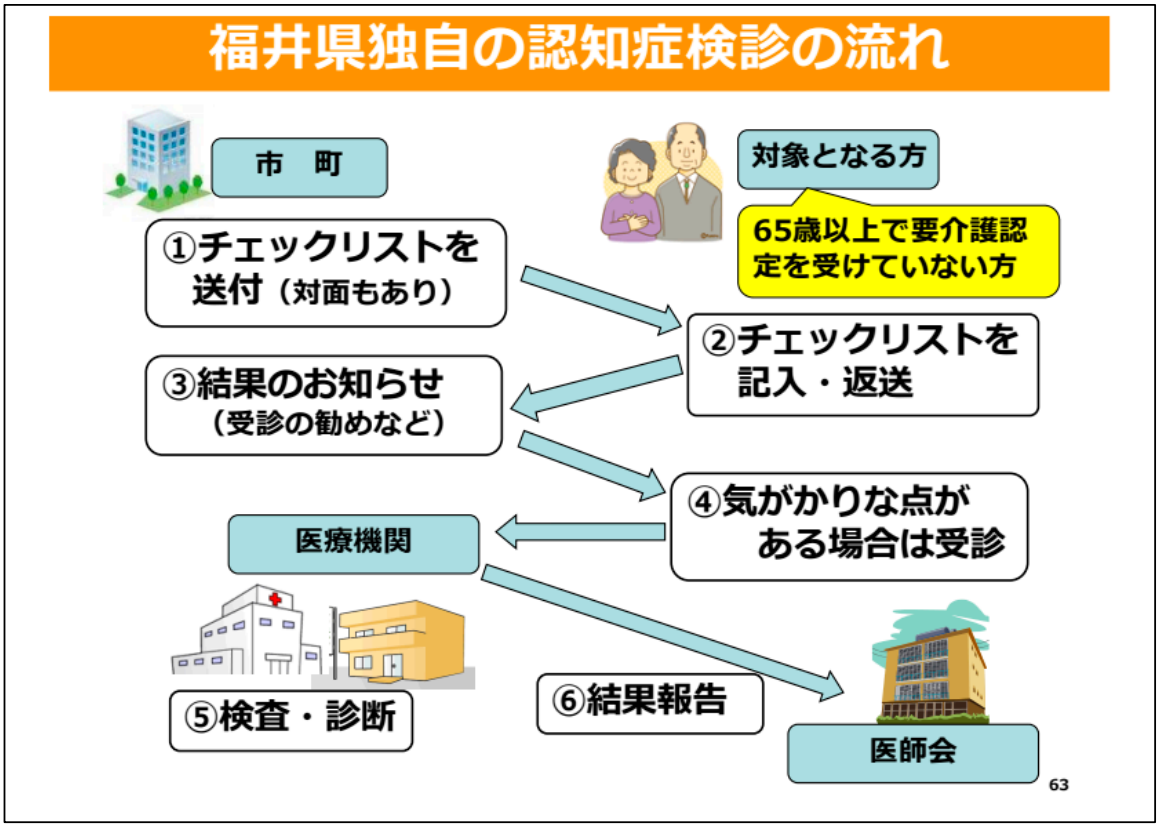
対象となる参加者・利用者	医療介護関係者、地域医師会、行政関係者等
・実施主体 ・関連する組織／団体	福井県医師会
取組の内容	認知症の早期発見、早期診断を目的に、福井県独自の認知症検診チェックシートを開発し、各郡市区医師会、市町が協力して、全県下で認知症検診事業を展開。 受診勧奨対象者の受診率は最近やや低下傾向にあるが、受診者の約４割に医療措置等が必要との結果が出ており、アルツハイマー国際会議で発表、論文も採択された。
経緯 ・地域課題／背景	65 歳以上の方の４人に１人が認知症とその予備軍になると推計されている中、今後さらに増加が見込まれる。そのため認知症は早期発見することで認知症の進行を遅らせたり、症状を改善したりできる場合もあることから、県内の１７市町が認知症検診（簡易検査）の実施できる体制を構築した。
医師会が担っている役割	検診内容･方法等のバージョンアップと普及啓発

取組において ・工夫した点	（工夫した点） ・健康チェックリストについては、厚生労働省が作成した 25 項目と、福井県独自の認知症検診 5 項目の計 30 項目を採用し、65 歳以上の高齢者が、自身の生活や健康状態を振り返り、心身の状況について答えることで、自身では気づきにくい心身機能の衰えやリスクなどを把握できるようにした。
・苦労した点	（苦労した点） ・全市町に共通した様式を普及することや、二次検診率の向上が課題だった。

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名： 日本医師会地域包括ケア推進委員会『福井県における地域包括ケア深化・ 進化への地域の取り組みについて』（R5.3.31）より




福井県独自の認知症検診の流れ
市　町
対象となる方
65歳以上で要介護認定を受けていない方
①チェックリストを送付（対面もあり）
②チェックリストを記入・返送
③結果のお知らせ（受診の勧めなど）
④気がかりな点がある場合は受診
医療機関
⑤検査・診断
⑥結果報告
医師会
63

３－４－②
認知症対策への取り組み②　『福井県認知症サポート医連絡会』の発足

キーワード	認知症関連

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	福井県	人口（単位：人）	（R５年１２月時点）　743,813 人
		高齢化率　65 歳以上	（R４年 10 月時点）　31.3 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R4 年 10 月時点）　16.3 ％
地域の特徴	「幸福度ランキング（2018 年版）」において、３回連続福井県は総合１位。 県民が健康で、家族のつながりがあり、子育てがしやすく、働く場が豊富で経済的に安定していることが「幸福度日本一ふくい」の基盤。		

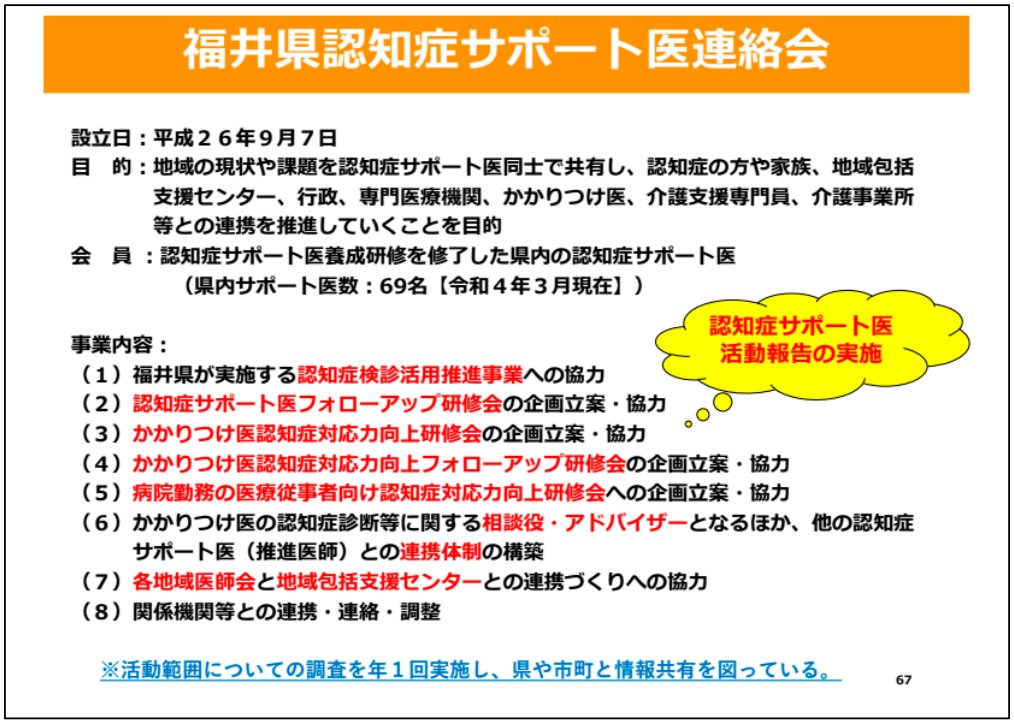
【取組内容】

開始時期（年月）	平成 26 年９月
対象となる参加者・利用者	認知症の方や家族、地域包括支援センター、行政、専門医療機関、かかりつけ医、介護支援専門員、介護事業所等
・実施主体 ・関連する組織／団体	福井県医師会
取組の内容	サポート医になってもなかなか活動していないということがあり、『福井県認知症サポート医連絡会』を設立。現在、県内の全認知症サポート医が入会し、県内のサポート医全員参加で研修ポイント制も導入し、最低何ポイント以上活動した者に対しては県のホームページに載るということで、各地域での認知症サポート医の活動を積極的に支援している。 事業内容 （１）福井県が実施する認知症検診活用推進事業への協力 （２）認知症サポート医フォローアップ研修会の企画立案・協力 （３）かかりつけ医認知症対応力向上研修会の企画立案・協力 （４）かかりつけ医認知症対応力向上フォローアップ研修会の企画立案・協力 （５）病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修会への企画立案・協力 （６）かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなるほか、他の認知症 サポート医（推進医師）との連携体制の構築 （７）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 （８）関係機関等との連携・連絡・調整 ・認知症サポート医養成研修を修了した県内の認知症サポート医 （県内サポート医数：７６名【令和５年３月現在】）

経緯 **・地域課題／背景**	認知症ケアの人材育成と多職種連携推進の一環として、地域の現状や課題を認知症サポート医同士で共有し、認知症の方や家族、地域包括支援センター、行政、専門医療機関、かかりつけ医、介護支援専門員、介護事業所等との連携を推進していくことを目的に、平成 26 年『福井県認知症サポート医連絡会』を設立。
医師会が担っている役割	毎年認知症サポート医の養成は、県医師会において地域性を鑑みて各郡市区等医師会に対し推薦依頼を行っている。また自費での受講の場合においてもサポート医の活用に同意を得た方のみを県に対し推薦を行っている。
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	（工夫した点） ・活動範囲についての調査を年１回実施し、県や市町と情報共有を図っている。 （苦労した点） ・当初、公正なポイント取得機会のあり方について議論があった。
取組の効果・成果	・研修ポイント制にした事により、認知症サポート医活動の活発化が図れた。 ・義務研修会等を通じて、認知症サポート医同士の交流がスムースとなり、顔の見える連携ができた。

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：令和４年度日本医師会地域包括ケア推進委員会『福井県における地域包括ケア深化・ 進化への地域の取り組みについて』より



３－４－③
働き盛り世代の認知症予防・早期発見・対応促進事業

キーワード	認知症関連

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	兵庫県 開催する市町	**人口（単位：人）**	（R5 年 10 月時点）5,369,834 人
		高齢化率　65 歳以上	（R5 年２月時点）　29.3 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R5 年２月時点）　15.9 ％

【取組内容】

開始時期（年月）	平成３１年４月１日受託
対象となる参加者・利用者	企業にお勤めの人で特に、管理者や産業保健師、従業員の健康管理に携わる職員や関心のある人
・実施主体 **・関連する組織／団体**	兵庫県医師会（兵庫県からの委託事業） 研修を実施する場所の管轄市町、地域包括支援センター、商工会議所等
取組の内容	働き盛り世代の人に対し、認知症への関心や理解を高め、認知症発症リスクの低減につながるような健康意識の向上や行動変容、認知症の人の社会参加に対する理解を促進する。 １）専門職チーム派遣 企業に「はばタン C(Cognitive:認知)サポートチーム」を派遣し、認知症に関する専門医療・生活相談を実施し、必要に応じて医療機関への受診勧奨や認知症の鑑別診断につなげる。 ２）認知症理解促進研修の開催 企業の事業主や産業保健師等、従業員の健康管理等に携わる職員を対象に、VR 技術を活用し、認知症の疑似体験や医師の講話等による研修の機会を提供する。 ※令和元年度より兵庫県医師会が受託し事業を進めてきたが、専門職チーム派遣については、企業に出向くこと等センシティブな事が含まれるため、令和５年度からは企業の管理者へ認知症の理解や健康づくりの意識向上、そして介護離職防止を目的として、認知症理解促進研修のみ実施する。

経緯 **・地域課題／背景**	平成２７年の兵庫県民モニターアンケートの調査結果で、自分や家族が認知症ではないか？と思ったときに約３割程度が未対応であることが明らかになったことから、認知症の早期派遣・早期受診の重要性を周知し、認知機能の低下により社会生活に支障が出ている可能性がある人を早期に発見して受診や支援に繋げる体制を確保する。
医師会が担っている役割	１）専門職チーム派遣 　企業からの依頼に基づき、相談希望日の調整、チーム員との日程調整等 ２）認知症理解促進研修 　研修内容を企画し、開催地市町・地域包括支援センター、商工会議所等との連携を図り、研修対象となる方々へ周知。
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	［工夫した点］ ・地元の商工会議所等事務局への協力依頼。 ・地元市町担当課や地域包括支援センターへの協力依頼。 ・早期に開催を呼びかけ、多方面に案内を呼びかける。 ［苦労した点］ ・企業側からチーム派遣の依頼が少なかった。 （相談スキームの問題：認知症という非常にプライベートな問題に踏み込んで行くため、勤労者自身（その家族含め）の相談内容が企業側に漏れる事が心配され、相談の場設定に辿りつかない） ・認知症理解促進研修会の対象者への受講呼びかけ。 （日勤帯での開催であり、お勤めを休んで研修受講してもらう点）
取組の効果・成果	・VR 機器を用いた体験に伴う、認知症への理解促進。 ・認知症の方への接し方を見つめ直す機会となった。 ・認知症当事者の行動背景を理解する事により、寄り添う気持ちの大切さが学べた。 ・認知症になる医学的な事を知れた。 ・細かいミスが増えた従業員に対しての接し方について、個別相談を受け、スムーズな対応ができるようになった。

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：兵庫県医師会/兵庫県　「認知症支援専門職派遣事業パンフレット」



本票のみ送付してください

認知症支援専門職派遣事業
問合せ票

送付日：　年　月　日

■ 送付先

□ 兵庫県健康増進課　認知症対策室　（FAX:078-362-3913）
□ 一般社団法人　兵庫県医師会　業務1課宛　（FAX:078-231-8112）

事業所名			
所属・お名前	所属	氏名	
連絡先	TEL	FAX	
	E-mail		

いずれかの項目にチェック☑をお願いします

(1)□　事業の詳細を詳しく聞いてみたい
(2)□　「全体研修」後に、「個別相談」の実施を希望
(3)□　まずは関心を高めるため、「全体研修」のみ実施
(4)□　希望者がいるため、「個別相談」のみ実施

(1)～(3)は、兵庫県認知症対策室にご連絡ください。
(4)は兵庫県医師会にご連絡ください。

■ お問い合わせ先

兵庫県認知症対策室　TEL：078-341-7711（内：2948）／FAX：078-362-3913
・認知症施策等の総合的なこと
・認知症支援専門職派遣事業における一般的なお問い合わせ、全体研修に関すること

兵庫県医師会業務1課　TEL:078-231-4114／FAX:078-231-8112
・認知症支援専門職派遣事業における「はばタンCサポートチーム」に関すること

まずはお問い合わせください

この事業は、兵庫県が兵庫県医師会に委託して実施するものです。

兵庫県　認知症専門職支援チーム　検索
https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf29/habatan-c-sapo.html

この機会にぜひ、ご相談ください！
お申し込み方法等、詳細は兵庫県ホームページをご参照ください。

管理者様向け

（資料④）

認知症支援専門職派遣事業

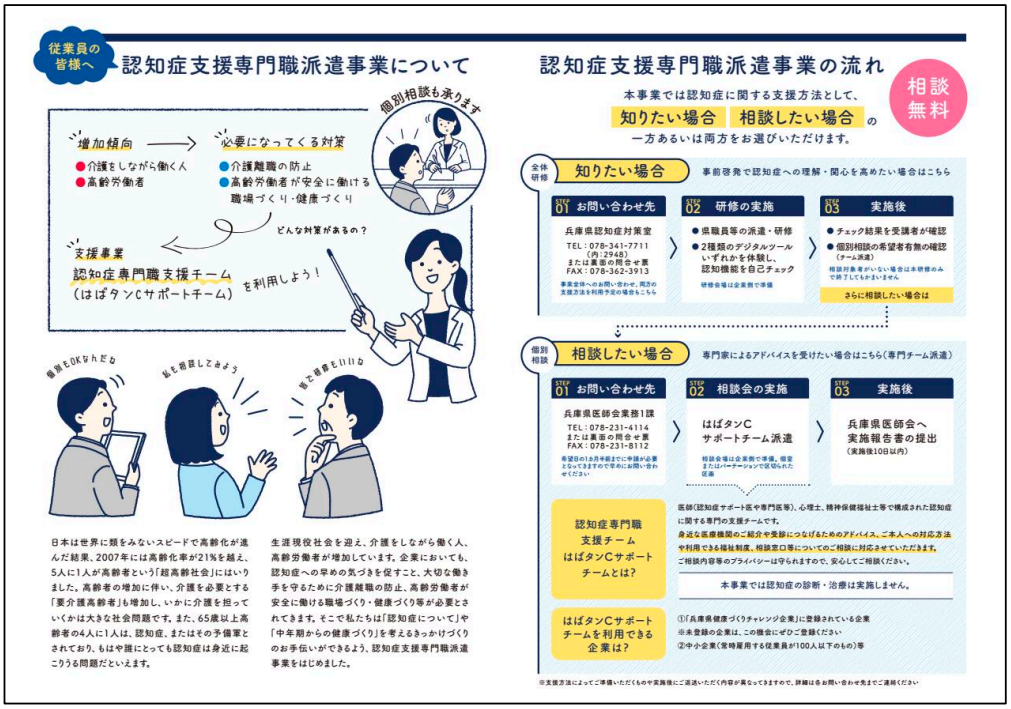
大切な働き手を守るために

企業に

認知症専門職支援チームを派遣します

日本は超高齢社会、生涯現役時代を迎えました。これから更に、介護をしながら働く人、高齢労働者が増加します。多くの労働者にとって、「認知症」は身近な問題です。貴社の従業員が家族の介護等により急な退職に追い込まれることを未然に防いだり、従業員自身の認知機能の低下に早期に気づき適切なケアや配慮など、大切な働き手を守る手立てを考える「きっかけづくり」をお手伝いします。
兵庫県では、企業に「認知症専門職支援チーム（はばタンCサポートチーム）」を派遣します。

一般社団法人 兵庫県医師会 ／ 兵庫県



従業員の皆様へ

認知症支援専門職派遣事業について

日本は世界に類をみないスピードで高齢化が進んだ結果、2007年には高齢化率が21%を越え、5人に1人が高齢者という「超高齢社会」にはいりました。高齢者の増加に伴い、介護を必要とする「要介護高齢者」も増加し、いかに介護を担っていくかは大きな社会問題です。また、65歳以上高齢者の4人に1人は、認知症、またはその予備軍とされており、もはや誰にとっても認知症は身近に起こりうる問題だといえます。

生涯現役社会を迎え、介護をしながら働く人、高齢労働者が増加しています。企業においても、認知症への早めの気づきを促すこと、大切な働き手を守るために介護離職の防止、高齢労働者が安全に働ける職場づくり・健康づくり等が必要とされてきます。そこで私たちは「認知症について」や「中年期からの健康づくり」を考えるきっかけづくりのお手伝いができるよう、認知症支援専門職派遣事業をはじめました。

認知症支援専門職派遣事業の流れ

相談無料

本事業では認知症に関する支援方法として、
知りたい場合　相談したい場合　の
一方あるいは両方をお選びいただけます。

全体研修　知りたい場合　事前啓発で認知症への理解・関心を高めたい場合はこちら

STEP 01 お問い合わせ先
兵庫県認知症対策室
TEL：078-341-7711（内：2948）
または裏面の問合せ票
FAX：078-362-3913
事業全体へのお問い合わせ、両方の支援方法を利用予定の場合はこちら

STEP 02 研修の実施
●県職員等の派遣・研修
●2種類のデジタルツールいずれかを体験し、認知機能を自己チェック
研修会場は企業側で準備

STEP 03 実施後
●チェック結果を受講者が確認
●個別相談の希望者有無の確認（チーム派遣）
相談対象者がいない場合は本研修のみで終了してもかまいません

さらに相談したい場合は

個別相談　相談したい場合　専門家によるアドバイスを受けたい場合はこちら（専門チーム派遣）

STEP 01 お問い合わせ先
兵庫県医師会業務1課
TEL：078-231-4114
または裏面の問合せ票
FAX：078-231-8112
希望日の1カ月半程までに申請が必要となりますので早めにお問い合わせください

STEP 02 相談会の実施
はばタンC
サポートチーム派遣
相談会場は企業側で準備、現金またはバーチャンジで受領された医師

STEP 03 実施後
兵庫県医師会へ
実施報告書の提出
（実施後10日以内）

認知症専門職支援チーム はばタンCサポートチームとは？
医師（認知症サポート医や専門医等）、心理士、精神保健福祉士等で構成された認知症に関する専門の支援チームです。
身近な医療機関のご紹介や受診につなげるためのアドバイス、ご本人への対応方法や利用できる福祉制度、相談窓口等についてのご相談に対応させていただきます。
ご相談内容等のプライバシーは守られますので、安心してご相談ください。

本事業では認知症の診断・治療は実施しません。

はばタンCサポートチームを利用できる企業は？
①「兵庫県健康づくりチャレンジ企業」に登録されている企業
※未登録の企業は、この機会にぜひご登録ください
②中小企業（常時雇用する従業員が100人以下のもの）等

※支援方法によってご準備いただくものや実施後にご返送いただく内容が異なってますので、詳細は各お問い合わせ先までご連絡ください

３－４－④
認知症総合支援事業　レセプトデータを活用した適切な介護サービスへの導入支援事業

キーワード	認知症関連

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	三重県名張市、度会郡玉城町
人口 （単位：人）	名張市：（R６年１月時点）　75,228 人 度会郡玉城町：（R５年 11 月末時点）　15,107 人

【取組内容】

対象となる参加者・利用者	後期高齢者の認知症疑いの方（同意必要）
・実施主体 ・関連する組織／団体	三重県名張市、玉城町
取組の内容	レセプトデータから介護サービス等に結び付いていない認知症の疑いの方を抽出し、適切な介護サービスにつなげる。 国保レセプトデータ、後期高齢者レセプトデータから、介護サービスに結び付いていない認知症の疑いの方を抽出し、同意を得られた対象者を訪問し、生活実態を把握し、適切な介護サービスにつなげる。
経緯 ・地域課題／背景	平成 29（2017）年度以降、玉城町、名張市等をモデル地域に選定し、背景調査や介入を行うとともに、地域での生活を継続できるための支援を行うことで、認知症に関する地域包括ケア体制の実現を図る取組を進めている。 モデル地域以外で展開できるよう取組を進めることと、今後は介護保険サービス等の利用につながっていない認知症の人の背景にある要因を調査する必要がある。
取組において ・工夫した点	玉城町チームオレンジ「サポーターさくら」が、対象者の困りごとや希望する支援について対応している。

３－４－⑤
認知症総合支援事業　認知症ケアの医療介護連携体制の構築事業

キーワード	認知症関連、医療・介護連携

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	三重県内市町

【取組内容】

対象となる参加者・利用者	認知症を疑われる患者
・実施主体 ・関連する組織／団体	三重県医師会・三重大学医学部附属病院（共同事業）
取組の内容	認知症の早期発見、早期対応、医療介護連携の体制づくり 活動の一環として三重県認知症連携パス（脳の健康みえる手帳）を導入し、認知症 IT スクリーニングによる認知症の早期発見、早期介入に取り組んでいる。 認知症 IT スクリーニングは、かかりつけ医からのスクリーニングの指示で、三重大学病院認知症センターの認知症連携パス推進員がスクリーニングを実施し、検査評価は三重大学病院認知症センターの医師が行い、専門医療機関受診が必要か否かの判断をする。その後はかかりつけ医と専門医療機関の病診連携で診察を行っていく。
経緯 ・地域課題／背景	三重大学医学部附属病院が三重県医師会との共同事業として、「認知症ケアの医療介護連携体制の構築事業（平成２６年度～）」を実施している。 認知症ＩＴスクリーニングを実施し、認知症の早期診療・介入を行う地域をさらに拡大していく必要がある。
取組において ・工夫した点	令和元年以降には医療資源の不足する地域である東紀州地域と伊賀・名張地区で、遠隔型スクリーニングを実施している。
取組の効果・成果	令和２年度（令和３年３月１５日時点）は３１医療機関から認知症を疑われる１０９名の患者に対し、認知症 IT スクリーニングを実施した。 そのうち６７名（６１.５%）が専門医療機関の受診を推奨された。

３－５．社会的処方・社会的機能に関する取組

3-5-①　キッズナラティブ秋田構築事業：医療的ケア児及びその家族を支援する多職種連携を推進するためのクラウドシステムを活用した活動

3-5-②　まちっこプロジェクト Matsudo Child to Community Project ～地域医師会が取り組む健康啓発活動～

3-5-③　住み慣れた地域で歩いて通える場づくり～小さな小さな拠点づくり～

3-5-④　かかりつけ医と医療保険者との協働による「健康なまちづくり」構想－社会的処方「Well－being が向上する健康なまちづくり」プロジェクト－

3-5-⑤　社会的処方の推進とリンクワーカーの養成

３－５－①
キッズナラティブ秋田構築事業：医療的ケア児及びその家族を支援する多職種連携を推進するためのクラウドシステムを活用した活動

キーワード	医療的ケア児、ナラティブ、多職種連携、情報連携、ICT、クラウドシステム

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	秋田県	人口（単位：人）	（R5 年 12 月時点）　910,988 人
		高齢化率　65 歳以上	（R5 年 7 月時点）　39.3 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R5 年 7 月時点）　21.2 ％
地域の特徴	令和 4 年度医療的ケア児に関する状況調査（秋田県公表）より 令和 4 年 9 月 30 日現在　秋田県の医療的ケア児　139 人 （うち重症心身障害児 65 人）		

【取組内容】

開始時期（年月）	2022 年 4 月 1 日
対象となる参加者・利用者	・医療的ケア児、及びその家族 ・医療的ケア児に関わる医療・福祉・介護従事者及び教育支援等関係者
・実施主体 ・関連する組織／団体	秋田県医師会 秋田県
取組の内容	これまで秋田県医師会では、患者本人を意思決定の主体とし、多職種連携によって本人の想いを大切にするための ICT を活用したケアの体制構築を“ナラティブブック秋田”事業として進めてきた。キッズナラティブ秋田は、クラウドシステムを活用した、医療的ケア児を中心とした新しい見守りの活動である。 システムの活用は、お子さんは自分でスマホやパソコンを利用できないことが多いため、保護者がお子さんのアカウントを作成・管理し、そこにご家族や医療・福祉・介護・教育関係者が日々の情報を投稿することによって、本人や保護者の想いをささえる取り組みとなっている。 このシステムは、ご家族をはじめ、病院や障害福祉サービス、学校など、医療的ケア児本人を中心とした関係者と広く、タイムリーに情報共有が可能となっていることから、本活動が医療的ケア児を支援する体制の構築とケアの質の向上に資することが期待される。
財源等	地域医療介護総合確保基金に基づく助成金

経緯 **・地域課題／背景**	秋田県における健康・医療・福祉戦略において高齢者と障害者の暮らしを支える体制の強化を図っている。医療的ケア児等総合事業として、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」の施行を受け、医療的ケア児の健やかな成長を図るため、医療的ケア児及びその家族に対する総合的な支援体制を整備している。 具体的な取り組みとして、①秋田県医療的ケア児支援センターの開設等による医療的ケア児者の地域生活に対する支援、②本紙で報告する「キッズ・ナラティブブック秋田構築事業」を進め、災害時や緊急時の迅速な支援に加え、医療的ケア児の療養生活や成長記録を支援者で情報共有し、支援体制を構築するために連携システムの活用を進めている。
医師会が担っている役割	医療的ケア児及びその家族に対する総合的な支援体制を構築するため、下記の３点について本事業を企画し、運営している。 ①本人を中心とした多職種連携がスムーズに行われるように、統一したシステム「ナラティブブック」を活用した情報ネットワークの構築 ②医療的ケア次及びその家族を支援するための知識と、システムの活用について統一した理解と活用ができるように研修会等の開催 ③県民への医療的ケア児に関する理解と多職種の活動について報告する講演会の開催
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	◎工夫】 ・医療及び介護従事者が、情報連携に関するシステムを活用する事の意義及び活用スキルを統一して取得できるように、研修会を開催する。 ・医療的ケア児の理解とともに、医療・介護従事者の活動を県民から理解されるよう、講演会を開催すると共に、オンデマンドに発信をする。 ■苦労】活動を理解されるために、 ①秋田県内の小児科医へのシステム活用に関する案内を実施 ②医療的ケア児に関わる教育機関等関係者への案内、説明会の実施 等を進めるが、ケアに関わる関係者への啓発活動が難しい点である。
取組の効果・成果	・医療介護連携における情報共有の効率化ができた。 ・医療的ケア児及び家族の日々の生活・想いが見えるようになった事で、関わる方々がそれぞれの専門性を活かした関わり合いができるようになった。 ・一般向けの公開講演会を実施し、多くの方々が医療的ケア児に関わる現状及び新たに施行された法律や制度を知り、共感を得ることができた。
取組に関するURL・公表可能な資料及び文献	・キッズナラティブ秋田　Web サイト https://www.coco.or.jp/narrativebook_akita/kids_narrative ；説明資料・マニュアルの配信、研修会や公開講演会の動画配信を行っている。

【取組の概要（図表等）】

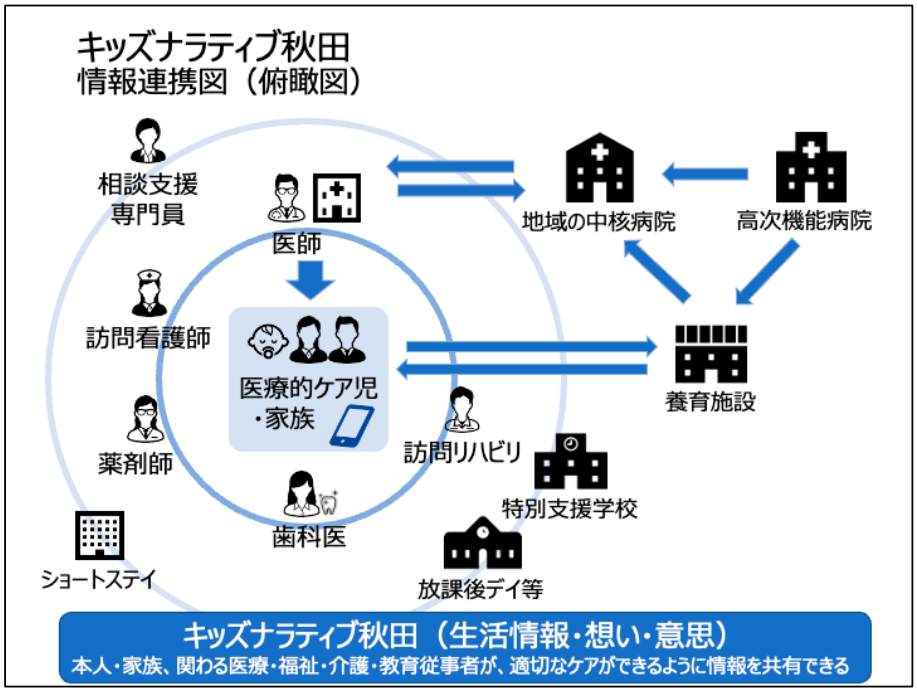
写真：2023 年度サポーター育成研修会



写真：2022 年度公開講演会



出典・資料名：秋田県医師会「キッズナラティブ秋田　情報連携図　（事業説明資料）」より抜粋



出典・資料名：秋田県医師会「キッズナラティブ秋田　システム「ナラティブブック」活用例　（配付マニュアル）」より抜粋



3－5－②
まちっこプロジェクト　Matsudo Child to Community Project
～地域医師会が取り組む健康啓発活動～

キーワード	健康教育、社会的機能

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	千葉県松戸市	人口（単位：人）	（R5 年 8 月末時点）498,074 人
		高齢化率　65 歳以上	（R5 年 3 月末時点）　25.9 %
地域の特徴	松戸市は千葉県北西部に位置し、江戸川を挟んで東京都に接している。昭和 40 年頃から東京都のベッドタウンとして人口が急増し、近年は約 50 万の人口を擁する大きな市である。年少人口割合は 12%、高齢化率は 26%程度で、市内には市立小学校 45 校と中学校 20 校があり、約 3 万 4000 人の小中学生が学んでいる。また松戸市医師会は 236 医療機関・419 人の医師により構成されている。（2021 年 7 月時点）		

【取組内容】

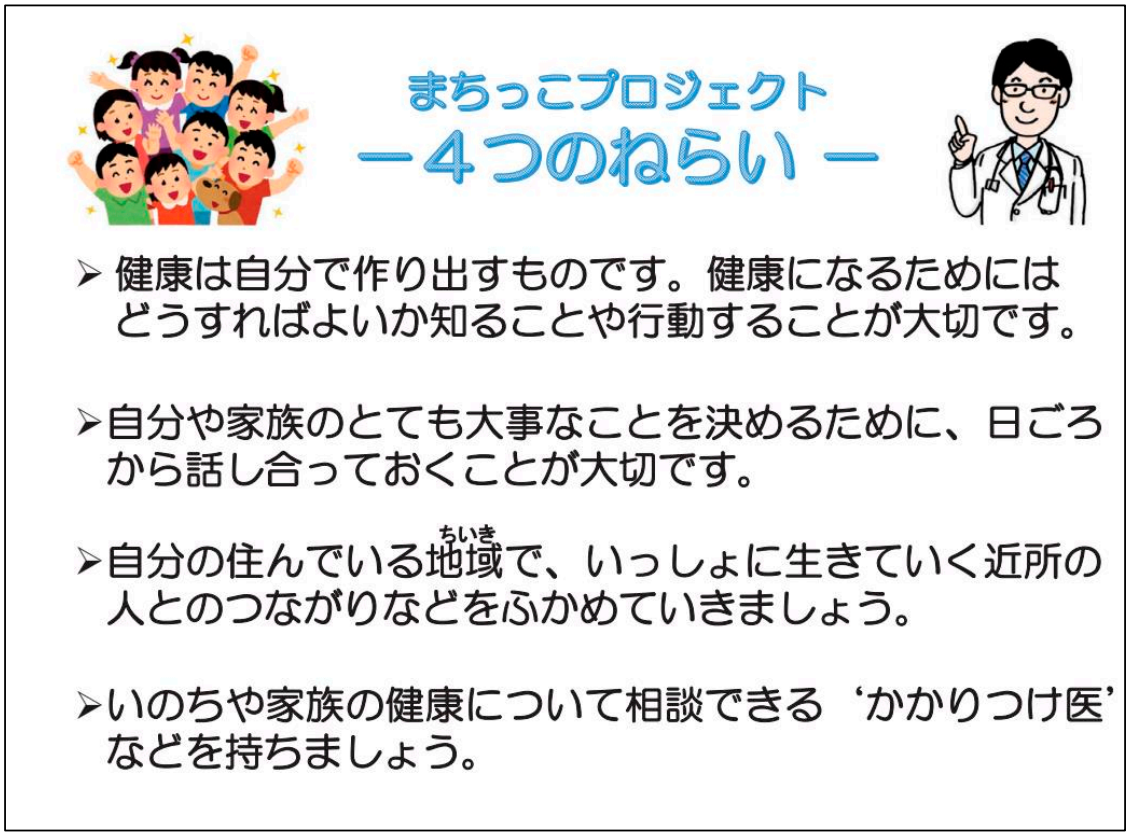
開始時期（年月）	平成 27 年（2015 年）
対象となる参加者・利用者	市内小中学校の生徒
・実施主体 ・関連する組織／団体	松戸市医師会 松戸市、松戸市教育委員会
取組の内容	松戸市医師会では平成 27 年度から Matsudo Child to Community Project（通称 まちっこプロジェクト）を行っている。 本事業では、医師会員が市内小中学校で健康教育授業を行い、子供たちに「授業で学んだことを周りの大人２人以上に教えてください」という「宿題」をお願いしている。両親などが子供と一緒に宿題に取り組むことで、周囲の大人の健康意識も向上させる試みである。つまり本事業は子供たちに健康教育授業を行うことで子供たち自身の知識や認識を高めるだけでなく、波及効果によって地域社会全体の健康意識を高めることを目的としている。 現在５つのテーマ「いのちの尊さ」「認知症」「感染症」「みらいに続くいまの過ごし方（生活習慣）」「ストレスコーピング」を用意して学校サイドの要望に基づき授業を実施しており、アンケート調査からは大人への波及効果も認められている。また、多職種がファシリテーターとして参加する形でグループワーク型授業も実施しており、事業を通じてできたいわゆる「顔の見える関係」が臨床現場でのスムーズな連携につながり、強固な地域包括ケアシステムの構築に役立っている。
財源等	松戸市医師会独自の資金でスタート、2017 年度から松戸市にも協力いただいている。

経緯 **・地域課題／背景**	直接のきっかけは、2014 年度に創設された地域医療介護総合確保基金であった。かねてより、「どうしてこんな状態になるまで医療機関を受診しなかったのか」と疑問に思うような場面に遭遇する経験を医師なら誰しも経験する。住民を対象とする公開講座などについては、地域医師会としても少なからず実施した実績があるとは言え、そこに参加する住民は当該テーマに関心が高い方や健康への見識をすでに一定程度有する方が多いという限界がこれまでも指摘されてきた。基金への事業提案が募集された際に、松戸市医師会理事会において議論を重ね、本プロジェクトの着想、提案に至る。結局、基金ではなく、松戸市医師会独自資金を原資として、松戸市ならびに松戸市教育委員会の三者が協力する形で継続して実施している。
医師会が担っている役割	2014 年 1 月に松戸市医師会内に健康啓発委員会を設置。講師を担当する医師は、健康啓発委員会の医師が作成した基本スライドを用いて、概ね基本スライドに準じて授業が行われている。授業を希望する学校の学校医が講師を担当するのが理想的なあり方だと考えているが、実際には、学校側が希望するスケジュールで担当可能な医師に担当していただくこともある。 開始当初２年間は 講師研修会を開催していた。講師の活動はすべてボランティアとして実施。委員会での議論を経て、予算を確保できないという理由でプロジェクトを継続できないという事態に陥らないために講師に報酬は支払わないと合意した経緯がある。それでも、講師を経験した医師たちは、口をそろえて「子供から多くのエネルギーをもらった、ぜひまた担当したい」と言う。それにより、プロジェクトを継続することができている。
取組において **・工夫した点**	学校現場に負荷をかけるようなことは極力避けるという点は、プロジェクト継続のために重要なポイントなので、調査等は必須なものに限って実施。
取組の効果・成果	令和４年の実績は、24 校で 2,241 名の児童生徒に授業を提供した。 結果としてこれまでの８年間で 131 校、約２万人の児童生徒に健康啓発授業を提供している。その両親に波及効果があるとすると、約６万人に対して健康教育を行ったことになり、これは松戸市人口の１割以上に相当する。授業の申し込みのなかには、ＰＴＡ向けにやってほしいというオファーもある。

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：松戸市医師会会長 川越正平先生ご提供資料






Matsudo Child to Community Project
まちっこプロジェクト
感染症対策GOALS
触る時に注意
顔を触らない
消毒を忘れずに
指先まで消毒を
しっかり手洗い
帰ったら手洗いを
スマホは手の一部
スマホも消毒
咳エチケット
マスクを着ける
正しく着けよう
休むべきとき
赤ちゃんを守ろう
ソーシャルディスタンス
黙食のすすめ
三密をさける
つながりを大切に
こまめに換気
人生会議を開こう
差別をしない
デマを流さない
買占めしない
活躍に感謝!!
エッセンシャルワーカー
お年寄りを守ろう
フレイル予防
ステイホーム
免疫力アップ
歯を大切に
みんなに広めよう
命を守るために
学校名、学年は令和2年度のものとなります。
令和2年度優秀作品
このポスターは松戸市・松戸市教育委員会のご協力によりまして松戸市医師会まちっこプロジェクトにて作成いたしました。

３－５－③
住み慣れた地域で歩いて通える場づくり～小さな小さな拠点づくり～

キーワード	まちづくり、住民主体、地域活性、介護予防、地域リハビリテーション

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	茨城県常陸大宮市	人口（単位：人）	（R6年１月時点）　37,194 人
		高齢化率　65 歳以上	（R6年１月時点）　40.5 ％
地域の特徴	医療法人博仁会が所在する茨城県常陸大宮市は茨城県北西部に位置する人口約 37,000 人、高齢化率４０％を超える地域である。		

【取組内容】

開始時期（年月）	２０２０年4月
対象となる参加者・利用者	地域住民
・実施主体 ・関連する組織／団体	医療法人博仁会 常陸大宮市長寿福祉課、地域創生課
取組の内容	①　市内 92 地区の区長への現状調査 常陸大宮市内 92 地区の区長へアンケート調査（令和３年４月から７月、回収率 84.8%）を実施した。高齢者クラブ等のコミュニティはあるが、集まる場が少なく集まっても何をしていいのわからない等の意見もあった。また、区長自身も高齢者であり何かコトを起こすにしても気力、体力的に難しいこともわかった。 ②ひたまる先生を活用した通いの場 常陸大宮市では独自の施策として、特技を持っている人を「ひたまる先生」と称して、様々な教室を開催している。当事業では、比較的高齢者が多い「ひたまる先生」を活用して、ワイン講座やフラワーアレンジメント教室を開催した。役割としては、住民と「ひたまる先生」のマッチングを行った。
財源等	常陸大宮市市民協働提案事業補助金

経緯 **・地域課題／背景**	常陸大宮市の市民協働提案事業を活用して官民協働体制により、住民が歩ける範囲で通うことができる「通いの場」を構築するために徒歩圏内で集まれる場をつくることで、住民が主体的になり気軽に話し合え、住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らし続けることができる環境づくりを行った。 また、常陸大宮市介護予防教室は１クール３か月間であり、教室終了後継続した通いの場を構築するにあたり「移動」が大きな問題として挙げられた。通いの場に行きたいが、そこまで移動することができず断念することがある。移動問題を解決するためにも歩いて通える範囲での活動拠点（公民館活用等）が必要になり、これらを解決するためには行政や区長の協力が必要になり「通いの場」構築に向けた現状調査から開始した。
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	（工夫した点） ・市内の区長にアンケート調査を行い、ニーズを可視化した。 ・行政と協働することで全地区にアンケート配布が出来た。 ・既存資源である「ひたまる先生」に協力してもらった。 （苦労した点） ・コロナ禍ということもあり少数でも集まることに抵抗感を持つ方もいた。 ・住民ニーズと「ひたまる先生」の特技をマッチングすることに時間を要した。
取組の効果・成果	介護予防教室終了後の継続した活動が課題となっていた。今回の小さな小さな拠点づくりを通して、歩いて通える範囲であれば気軽に公民館等まで歩いて交流を図れることができたと考える。また、「ひたまる先生」を活用することで元気高齢者の役割にもなり住民主体の活動につながったと考えられる。

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：医療法人博仁会「小地域カフェプロジェクト大宮北部エリア 小さな小さな拠点づくり」



３－５－④
かかりつけ医と医療保険者との協働による「健康なまちづくり」構想
ー社会的処方「Well－being が向上する健康なまちづくり」プロジェクトー

キーワード	社会的処方

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	秋田県内で実施５か所を選定	人口（単位：人）	（R5 年 12 月時点）910,988 人
		高齢化率　65 歳以上	（R5 年７月時点）　39.3 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R5 年７月時点）　21.2 ％
地域の特徴	秋田県は、まさに全国一の高齢化率県であり、ある意味では未知の世界に最初に突入していくことになる。今後を生きる我々はこの超高齢社会にどのように立ち向かっていくべきかを考えていく必要がある。 これまで我が国の医療は、生命予後の延長を目指して成果を挙げてきたが、社会環境の変化により今後は、医療需要は質・量ともに変化することが求められている。すなわち臓器単位の疾病を解決することを主眼とする「治す医療」から患者の生活の質（quality of life：QOL）を得るための「治し支える医療」への転換が必要とされている。また、成熟社会（豊かな長寿社会）の実現のためには、単に平均寿命を延ばすだけでなく、健康寿命の延伸が不可欠となる。 「治し支える医療」の実現のためには、健康寿命の延伸には生活習慣病予防、認知症対策、多面的なフレイル・ロコモ予防などが必要である。そこで必要となるのが社会的処方である。何れにしても一番重要なことは医療・福祉・介護に従事する人々が住民と連携して一体的に地域全体で検討することと思われる。 高齢化問題の原因と対策を読み解きながら、超高齢社会の医療と健康寿命の延伸の重要性について考えることで、私たちの今後のあるべき未来がみえてくると考える。		

【取組内容】

開始時期（年月）	２０２１年９月
対象となる参加者・利用者	社会的課題を抱える患者 処方を行うかかりつけ医、社会的資源につなぐリンクワーカー
・実施主体 ・関連する組織／団体	秋田県保険者協議会 委託を受けて秋田県医師会が事業を実施

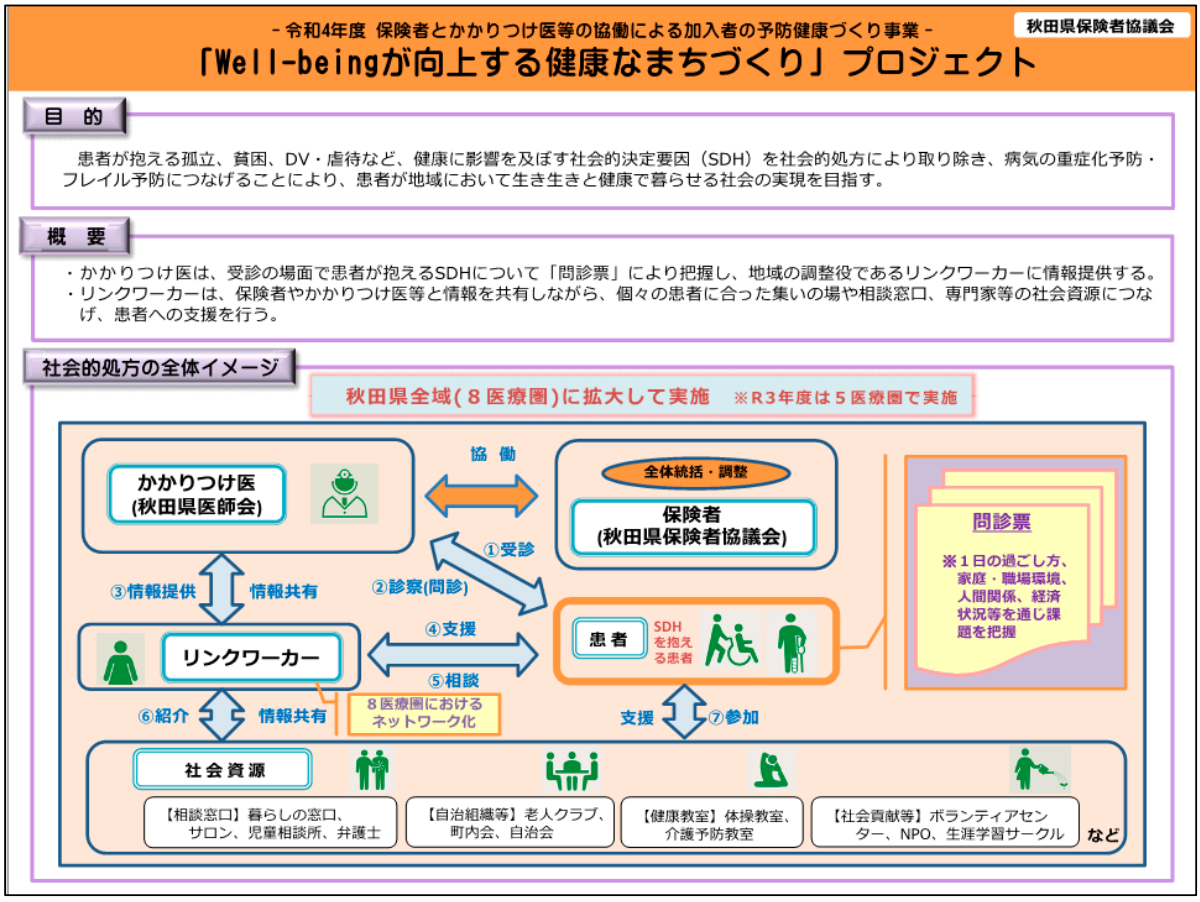
取組の内容	（概要） ・かかりつけ医は、受診の場面で患者が抱える社会的決定要因（SDH）について「問診票」により把握し、地域の調整役であるリンクワーカーに情報提供する。 ・リンクワーカーは、保険者やかかりつけ医等と情報を共有しながら、個々の患者に合った集いの場や相談窓口、専門家等の社会資源につなげ、患者への支援を行う。 社会的処方のための基盤づくり ・患者が抱える社会課題抽出のための「問診票」を、事業検討委員会でブラッシュアップ ・患者説明と患者のプライバシー保護のため、事業検討委員会で「同意書」を作成 ・かかりつけ医と社会資源とを結ぶ 「リンクワーカー」を選定 【問診票】 かかりつけ医が、診察の場面で問診票を活用し、患者の基本情報、健康・生活実態等について聴き取り、患者の状況を把握 【項目】 ①健康状態（疾病名、投薬・治療や介護の状況など） ②家族構成（氏名、現在の状況など） ③生活（外出、経済、メンタル、環境、飲酒など） ④孤独感尺度（人との付き合いがないと感じることがあるかなど） 【同意書】かかりつけ医が、問診票により患者の状況を把握した後、社会的処方について患者から書面で同意取得 【リンクワーカー】かかりつけ医の情報を基にした患者訪問等による相談応、社会資源の紹介など切れ目のない支援 社会的処方の実施 ・社会課題を抱える軽度認知症、高血圧症、がん等の疾患を抱える患者に社会的処方を実施 地域特性・データ分析 ・相談窓口や集いの場などの社会資源に関する情報収集等 ・患者の検査データ収集、社会的処方の実施前・後における患者・かかりつけ医等の意識の変化等に関する調査 ・社会課題の抽出 社会資源のマップ化・事業効果の分析 〇地域の社会資源調査、地図ソフトへのデータ入力による社会資源のマップ化（令和３年度事業作成分に３地区を追加し、計８地区） 〇患者へのヒアリング、患者・かかりつけ医・リンクワーカー等の意識調査を実施
財源等	保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり事業 「Well－being が向上する健康なまちづくり」プロジェクト（厚生労働省モデル事業）

経緯 **・地域課題／背景**	患者が抱える孤立、貧困、DV・虐待など、健康に影響を及ぼす社会的決定要因（SDH）を社会的処方により取り除き、病気の重症化予防・フレイル予防につなげることにより、患者が地域において生き生きと健康で暮らせる社会の実現を目指す。
医師会が担っている役割	秋田県医師会が主体となって Well－being が向上する健康なまちづくりを目指す。このプロジェクトは県民の生き生きと健康で暮らせる社会の実現、ひいては県民の幸福につながる。
取組において **・工夫した点**	問診票作成に関して秋田大学の学生と協力して作成し、資源マップの作製を公衆衛生教室に依頼して作成した。 ・地域の社会資源調査、地図ソフトへのデータ入力による社会資源のマップ化（令和３年度事業作成分に３地区を追加し、計８地区） 〇患者へのヒアリング、患者・かかりつけ医・リンクワーカー等の意識調査を実施
・苦労した点	・患者自身が、社会的処方の必要性を感じていないケースがある。患者、家族への社会的処方を理解して頂く事に苦労した。患者の満足度は必ずしも高くない。 〇診察の場面での患者の同意取得が困難である。 〇モデル事業では、事業期間が短いため成果が見え難く、かかりつけ医との信頼関係を傷つけるリスクもある。 ・家族や地域にキーパーソンが不在で、社会資源につながらないケースがある。 ・日常の行動を変化させることは大変で、かかりつけ医の負担が大きいため、対象者を増やすことが困難。 ・社会的処方の効果検証には、一定程度の期間を要する。 〇事業効果は、客観的データによる標準的な検証手法で分析されることが望ましい。 ・コロナ禍の為、患者、医師、リンクワーカーの面前、面会制限にて事業が進まず社会資源にアクセスできない場合等への対応が難しいこともあった。 ・地域によっては、交通が不便で通院も難しく、特に冬期間は積雪により支援活動も停滞することも考えられた。
取組の効果・成果	・孤独とうつ傾向にあった患者にとって、リンクワーカーと面談は傾聴してもらう貴重な時間になっている。傾聴すること自体が社会とのつながりのひとつになっている。リンクワーカーさんの存在と患者との連携や医師とのコミュニケーションが多くなった。外出機会の少なかった人が地域資源へ参加の為外出機会が増えて、前向きになった。 ・サロンへの外出が増え、人との対話があることにより、元気になった。 ・地域包括支援センターや生活保護などの行政とのつながりを面談による相談により再構築でき、安心感が増した。

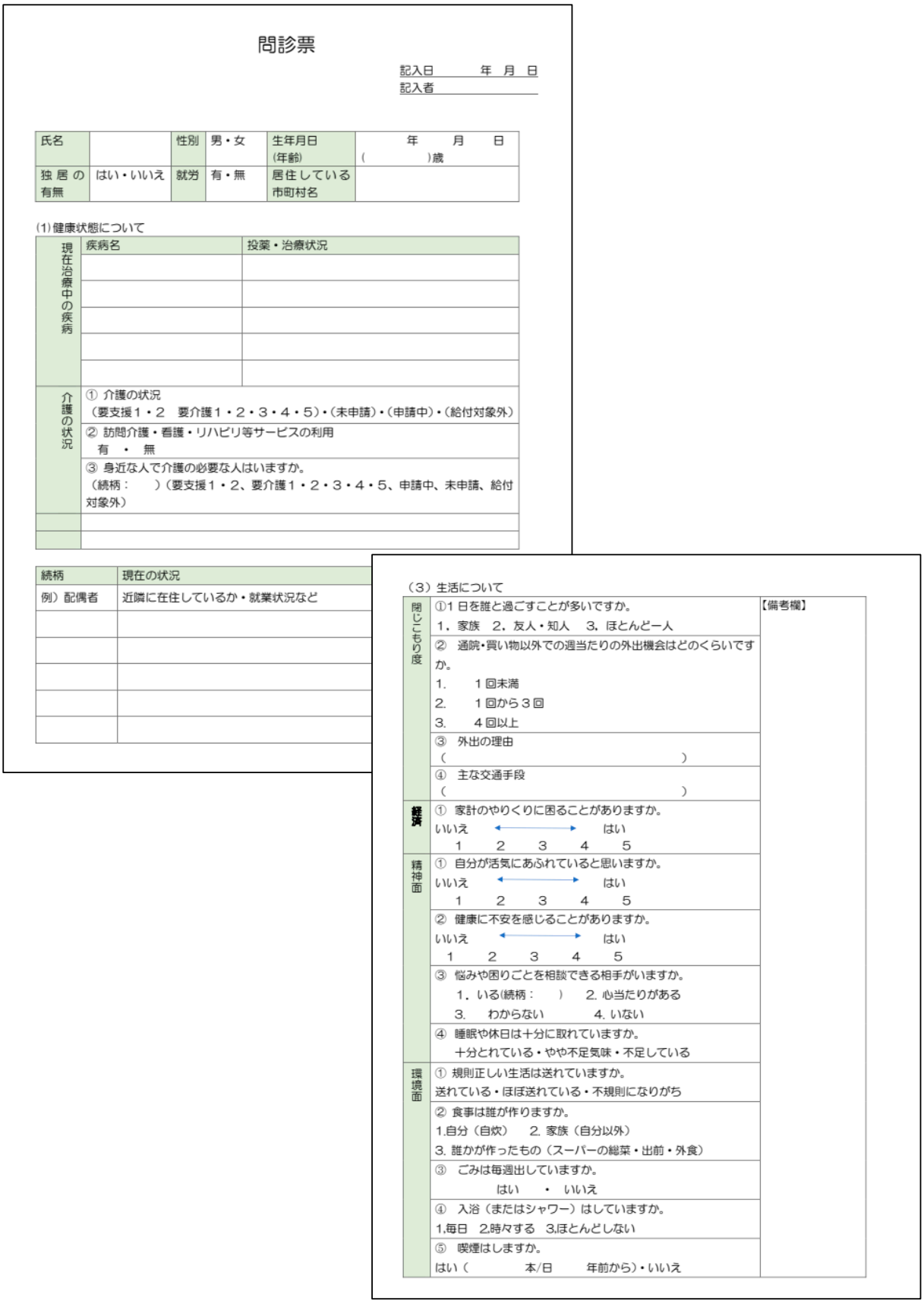
取組に関するURL・公表可能な資料及び文献	1．ー令和４年度 保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり事業ー「Well－being が向上する健康なまちづくり」プロジェクト（秋田県保険者協議会）　https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001059113.pdf 2．太田奈歩, 海老原真優, 安藤友華, 山崎貞一郎, 脇坂憲人, 坂田捺哉, 田中静音, 平山純子, 眞壁幸子, 青木瑞樹, 伊藤伸一,小野崎圭助, 小泉亮, 細谷拓真, 最上希一郎, 小玉弘之, 野村恭子. 「医師視点から見られた高齢者への社会的処方の実装における障壁と促進要因 秋田県５地区でのインタビュー調査.」　秋田県公衆衛生学会雑誌. 18(1):1-9, 2023.7 3．野村恭子, 太田奈歩, 岩澤敦史, 平山純子, 藤田智恵, 青木瑞樹, 海老原真優, 安田実生, 織田栄子, 眞壁幸子. 令和４年度高齢者医療制度円滑運営事業費補助金　「Well-being が向上する健康なまちづくり」事業におけるリンクワーカーを起用した社会的処方：事業の実施効果、評価分析報告書.　令和５年３月10日

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：秋田県保険者協議会「「Well-being が向上する健康的なまちづくり」プロジェクト」



出典・資料名：秋田県医師会「問診票」　※秋田大学学生の協力を得て作成



問診票

記入日　　年　月　日
記入者

氏名		性別	男・女	生年月日 (年齢)	年　月　日 (　　)歳
独居の有無	はい・いいえ	就労	有・無	居住している市町村名	

(1)健康状態について

	疾病名	投薬・治療状況
現在治療中の疾病		
介護の状況	① 介護の状況 (要支援1・2　要介護1・2・3・4・5)・(未申請)・(申請中)・(給付対象外)	
	② 訪問介護・看護・リハビリ等サービスの利用 有　・　無	
	③ 身近な人で介護の必要な人はいますか。 (続柄：　　)(要支援1・2、要介護1・2・3・4・5、申請中、未申請、給付対象外)	

続柄	現在の状況
例）配偶者	近隣に在住しているか・就業状況など

（3）生活について

		【備考欄】
閉じこもり度	①1日を誰と過ごすことが多いですか。 1．家族　2．友人・知人　3．ほとんど一人	
	② 通院・買い物以外での週当たりの外出機会はどのくらいですか。 1.　1回未満 2.　1回から3回 3.　4回以上	
	③ 外出の理由 (　　)	
	④ 主な交通手段 (　　)	
経済	① 家計のやりくりに困ることがありますか。 いいえ ←→ はい 1　2　3　4　5	
精神面	① 自分が活気にあふれていると思いますか。 いいえ ←→ はい 1　2　3　4　5	
	② 健康に不安を感じることがありますか。 いいえ ←→ はい 1　2　3　4　5	
	③ 悩みや困りごとを相談できる相手がいますか。 1．いる(続柄：　)　2．心当たりがある 3．わからない　4．いない	
	④ 睡眠や休日は十分に取れていますか。 十分とれている・やや不足気味・不足している	
環境面	① 規則正しい生活は送れていますか。 送れている・ほぼ送れている・不規則になりがち	
	② 食事は誰が作りますか。 1.自分（自炊）　2．家族（自分以外） 3．誰かが作ったもの（スーパーの総菜・出前・外食）	
	③ ごみは毎週出していますか。 はい　・　いいえ	
	④ 入浴（またはシャワー）はしていますか。 1.毎日　2.時々する　3.ほとんどしない	
	⑤ 喫煙はしますか。 はい（　　本/日　　年前から）・いいえ	

	⑥　週に何日位お酒を飲みますか。 1.毎日飲む 2.週 4−5 回程度 3.週 2−3 回程度 4.週 1 回程度 5.ほとんど飲まない（飲めない）	
	⑦　お酒を飲む日は一日どのくらい飲みますか。 1.　0合 2.　1合（180ml）未満 3.　1合以上2合（360ml）未満 4.　2合以上3合（540ml）未満 5.　3合以上4合（720ml）未満 6.　4合以上5合（900ml）未満 7.　5合（900ml）以上	

（4）Short-form UCLA 孤独感尺度(第３版)

	① 人との付き合いがないと感じることがありますか。 1. ほとんどない 2. 時々ある 3. よくある	
	② 自分は取り残されていると感じることがありますか。 1. ほとんどない 2. 時々ある 3. よくある	
	③ 自分は他の人たちから孤立していると感じることはありますか。 1. ほとんどない 2. 時々ある 3. よくある	

その他共有する情報あれば記載（例）趣味・社会資源の希望など

長谷川式認知症スケール

質問項目		配点	設問の目的
1.ご年齢はいくつですか？（2 年までの誤差は正解）		0　1	記憶
2.今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？ （年月日、曜日が正解でそれぞれ 1 点ずつ）	年	0　1	時の見当
	月	0　1	
	日	0　1	
	曜日	0　1	

3.私たちが今いるところはどこですか？ 自発的に出れば 2 点、5 秒置いて、家ですか？病院ですか？施設ですか？の中から正しい選択をすれば 1 点。		0　1　2	即時再生
4.これから言う 3 つの言葉を言ってみてください。後でまた聞きますので、よく覚えておいてください。 （以下の系列いずれか 1 つで、採用した系列の丸印をつけておく） 1: a)桜 b)猫 c)電車 2:a)梅 b)犬 c)自転車		0　1 0　1 0　1	計算力 注意力
5.100 から 7 を順番にひいてください。 （100-7 は？それからまた 7 を引くと？と質問する。最初の答えが不正解の場合打ち切る。）	93	0　1	計算力 注意力
	86	0　1	
6.私がこれから言う数字を逆から言ってください。(6-8-2,3-5-2-9)(3 桁逆唱に失敗したら打ち切る。)	2-8-6	0　1	記銘力 注意力
	9-2-5-3	0　1	
7.先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。(自発的に回答があれば各 2 点、もし回答がない場合、以下のヒントを与え正解であれば 1 点) a)植物 b)動物 c)乗り物		a)0 1 2 b)0 1 2 c)0 1 2	遅延再生
8.これから５つの品物を見せます。それを隠しますので、何があったか言ってください。(時計、鍵、はさみ、鉛筆、硬貨など必ず相互に無関係なもの)		0　1　2 3　4　5	記銘力
9.知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。 答えた野菜の名前は下欄に記入する。途中でつまり約 10 秒待っても出ない場合はそこで打ち切る。 5 個までは 0 点、6 個=1 点、7 個=2 点、8 個=3 点、9 個=4 点、10 個=5 点		0　1　2 3　4　5	発語の流暢性
※満点は 30 点、20 点以下は認知症の疑いあり。	合計点		

（長谷川和夫先生著「よくわかる認知症の教科書」から）

３－５－⑤
社会的処方の推進とリンクワーカーの養成

キーワード	社会的処方

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	三重県名張市	人口（単位：人）	（R6年1月時点）　75,228 人

【取組内容】

対象となる参加者・利用者	社会的処方の推進：各分野の専門職、県内自治体、NPO、ボランティア団体等 リンクワーカーの養成：地域住民及び専門職等
・実施主体 ・関連する組織／団体	三重県、名張市
取組の内容	「社会的処方」の仕組みの構築に向けた体制整備・人材育成等の取組を行う。 ・医師会等との情報連携支援 医師会、保険者、リンクワーカーの情報連携による社会生活面の支援及び生活習慣病重症化予防の取組 ・リンクワーカー養成研修 地域住民及び専門職を対象とした人材育成研修の取組 ①　ステイホームダイアリー ②　できることもちよりワークショップ ③　コミュニティコーピング ・社会的処方ネットワークのプラットフォーム整備 各分野の専門職、三重県内自治体、NPO、ボランティア団体等の情報共有・相互支援ネットワーク化、プラットフォームの整備　等

経緯 **・地域課題／背景**	平成 21 年度より、健康づくり・介護予防の担い手として「まちじゅう元気!!リーダー」の養成や活動支援を継続して行い、各地域における多様な活動が広がっている。さらに令和２年度・令和３年度は、全国に先駆けて、三重県の委託を受け「リンクワーカー養成研修（社会的処方普及プログラム）」を開催し、名張市が旗振り役となり地域連携を担う人材育成の取組を進めている。 課題 ・リンクワーカーの資質向上と非公的支援の開拓とつながりの促進。 ・研修による動機付けは繰り返し実施する必要がある。 ・社会的処方を手がかりにした事業は多く、市は地域の特性や課題に応じた活用、部署や機関をまたぎ、各事業と人を連動させた独自の地域共生社会をめざした推進体制の検討が必要。
取組において **・工夫した点**	・リンクワーカー養成研修 「ステイホームダイアリー」、「できることもちよりワークショップ」、「コミュニティコーピング」の３つの手法を使用している。

３－６．生活支援、就労支援に関する取組

3-6-①　就労支援事業における移動販売車を活用した、高齢者の生活支援と障害者の社会参加への取り組み

3-6-②　スマホ講座を通じて地域づくり

3-6-③　高次脳機能障害者の復職支援-復職を目指すにあたり県をまたいで複数の支援機関が多職種協働を実践した事例－

3-6-④　運動部に向けたトップアスリート育成計画　～中高生への運動部トレーニング環境の提供と相互の交流を通じた、若い世代の医療・福祉業界へ理解促進の情勢に向けた新たな取組～

３－６－①
就労支援事業における移動販売車を活用した、高齢者の生活支援と障害者の社会参加への取り組み

キーワード	生活支援　移動販売車　就労支援　障害者の社会参加　地域活性化　サロン　多職種　フレイル予防

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	茨城県水戸市藤井町	人口（単位：人）	（R4 年 10 月時点）269,502 人
		高齢化率　65 歳以上	（R4 年 10 月時点）　27.4 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R4 年 10 月時点）　14.2 ％
地域の特徴	水戸市は茨城県の県庁所在地である。今回の取り組みを実施した藤井町のある北部圏域の高齢化率は 29.18%（R5.4.1）であり、水戸市の平均値を上回る地域である。水戸市の中心部からは離れており、買い物や受診などに行くには車が必要な地域である。		

【取組内容】

開始時期（年月）	令和５年５月 10 日
対象となる参加者・利用者	藤井町住民及び、フロイデ工房みと堀町を利用している就労継続支援 A 型及び就労移行支援の利用者
・実施主体 ・関連する組織／団体	医療法人博仁会　フロイデ工房みと堀町（フロイデ水戸メディカルプラザ内） 水戸市社会福祉協議会、藤井町自治会、藤内神社
取組の内容	①毎月の第二、第四水曜日に実施している。場所は藤内神社の境内で 10：00～12：00 で開催している。日程については、地域住民と話し合いを重ねて水曜日の実施となった。土日は家族が来ることも多いのでとの事であった。販売会開催前に音楽をかけながら町内を回り、販売会の有無を周知している。 ②社会参加の面では、就労支援の利用者が支援員と共に移動販売の準備から販売まで実施しており、地域住民とコミュニケーションを図りながら移動販売会を実施している。準備については、就労支援事業の一環である、「コミュニティカフェ・ミッテンヴァルト」にて仕入れなどを実施している。 ③移動販売会に合わせて各専門職（看護師・管理栄養士・歯科衛生士等）が同行してサロンを開き、地域住民の集いの場としての役割も担っている。特に、管理栄養士については「認定栄養ケア・ステーション」として地域サロンを開催し、栄養相談会を実施している。看護師が行くことでは、まちの保健室を担い、健康相談の場になっている。歯科衛生士においては、歯の大切さや入れ歯の手入れに関した、ミニサロンを開催し口腔ケアの重要性を買い物ついでにお伝えしたりしている。

経緯 **・地域課題／背景**	近くにある国道沿いのコンビニが閉店となり、車を持たない住民が買い物に困っているとの相談を水戸社会福祉協議会から受けて、自治会長を中心とした地域住民との話し合いがスタートする。住民の意見としては、高齢者のみの世帯が多く、定期的に家族の支援はあるものの、実際は気を使ってしまい、欲しいものを依頼できないという意見が聞かれた。また、近隣との関係性も希薄になり、交流を持てる機会を作りたいとの希望もあった。
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	＜工夫した点＞ ・移動販売車と一緒に看護師や管理栄養士・歯科衛生士を同行させ、専門職が身近になるように地域でのサロンを一緒に行っている。専門職を抱える事業所として、地域住民へ提案をし、賛同を得られるように何度も地域に足を運び話し合いの機会を持った事。 ・事業所において認定栄養ケア・ステーションとしての栄養相談の窓口を設けているが、相談に来るのを待っているのではなく、地域に出向いて栄養相談窓口を設置した事。 ・開催の有無がわかりやすいように開催前に音楽をかけて地域を回っている事。 ・販売会のチラシをスーパーの広告のように、何がいくらで売っているかを分かりやすくした事。 ＜苦労した点＞ ・地域に入っていくにあたり、地域住民の方たちに自分たちの身分や取り組みなどを理解してもらうところからのスタートだったので何度も話し合いを重ねた事。今回は社会福祉協議会が間に入ってくれたこともあり、大きなトラブルはなく地域に入る事が出来た。社会福祉協議会と日頃から連携を取っていたことも功を奏していた。
取組の効果・成果	生活支援については、定期的に家族が訪問をして買い物をしてくれるが、気を使ってしまい、いつも決まった物を頼むことが多く、本当に欲しいものはあまり買えていないとの話が多く聞かれた。実際に自分で見て買い物をする事は楽しいとの意見が多く聞かれている。日常の中に自己選択・自己決定の機会が増えることで、生活の質が向上すると考える。また、「買い物」という目的で集まり、住民同士が話す交流の場に専門職がいることで健康意識の向上につながる効果が期待できる。今回の取り組みの成果として、住民間のコミュニケーションが増え、地域活性化に繋がるように取り組みを継続している。 障害者の社会参加の面では、地域住民とのコミュニケーションを取ることで自己肯定感が高まり、消極的な利用者が、自ら商品のおすすめを提示するなど積極的な行動もみられるようになった。また、社会的なつながりが生まれ、孤立感が軽減されるといった効果もみられた。 成果としては、今回の取り組みを聞き、近隣の県営住宅でも同様の移動販売会を開催してほしいとの依頼が来ている。目的としては生活支援と地域の活性化を期待しての依頼である。

【取組の概要（図表等）】

写真：医療法人博仁会　フロイデ工房みと堀町「移動販売車　外観」



写真：医療法人博仁会　フロイデ工房みと堀町「移動販売会の様子」





３－６－②
スマホ講座を通じて地域づくり

キーワード	生活支援

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	和歌山市	人口（単位：人）	（R5 年 10 月時点）348,382 人
		高齢化率　65 歳以上	（R5 年 10 月時点）　31 ％
地域の特徴	和歌山市は、和歌山県北西部に位置する県庁所在地である。瀬戸内海に面し、温暖な気候と自然豊かな場所である。		

【取組内容】

開始時期（年月）	令和４年６月
対象となる参加者・利用者	地域住民
・実施主体 ・関連する組織／団体	和歌山市 生活支援コーディネーター
取組の内容	和歌山市では高齢者の社会参加および生活支援・介護予防の充実を推進することを目的として、生活支援体制整備事業として、市内全域（第１層）を社会福祉協議会に市内 15 か所（第２層）を医療法人と社会福祉法人に生活支援コーディネーターを委託している。 今回ご紹介の取組は、感染対策をしながら「初級スマホ講座」（無料）を地域の支え合いセンターで月１回の頻度で開催し「学ぶ」「つながる」「助け合う」をキーワードにアプローチしている。講師はスマホ関連の会社に勤めていたボランティアに依頼し、講座の広報は回覧板を通じて行った。 令和４年６月に第１回スマホ講座を 20 名の参加者でスタートし現在まで 108 名が受講した。さらに受講したいという声が多く寄せられているため、今後も新規参加者の募集を行っていく予定である。参加者は 70～80 歳代の独居の女性が多く、全体の半数以上を占める。 内容は、３回１クールで、基本的な操作方法、カメラ機能の使い方、Wi－Fi のつなぎ方、QR コードの読み取り、インターネット、ライン、スマホ決済の仕方などである。
財源等	生活支援体制整備事業

経緯 **・地域課題／背景**	地域共生社会を実現するためには、社会資源を有効に活用した地域づくりが必要とされる。和歌山市の生活支援体制整備事業でも、協議体と生活支援コーディネーターを配置して地域の支えあい体制を構築するために様々な活動を行なっているところである。ご承知のとおり、コロナ禍は地域住民の身体的・精神的機能の低下、社会的孤立を招いた。この地域交流が希薄となった課題に対応するために、感染対策をしながらスマホ教室を開催した。 今後も、地域住民がつながることを意識した活動を行い、フレイルや孤立などの地域が抱えている問題に取り組んでいく。
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	スマホ講座の開催時は技術的なものだけでなく「スマホを通じて人とつながっていこう」と参加者に働きかけて、基本的操作方法を習得した後、参加者同士がグループラインで交流できるようにした。 どうしても覚えられない人もいたが、講座に参加するだけで人との交流ができているので無意味ではなかった。
取組の効果・成果	このように、新しいコミュニケーションが形成され、成果がでている要因としては、一般的な人が集まる場とは違って、徒歩や自転車で参加できるご近所の、同じ目的、同じ想いをもった者同士が集まるため交流効果が大きかったのではないかと推測される。実際の参加者の声として、「一人で寂しいが、写真を載せたら講座の友達が返事をくれるので投稿することが生きがいとなった」「一人暮らしで病気が心配だが、近所で顔見知りとなった方とラインでつながっているので安心」「畑でたくさん採れた野菜をもらっていただいた」などが聞かれた。このスマホ講座は生活支援体制整備事業の一つの活動ではあるが、少人数で始まった講座が大きな輪になろうとしている。そして、孤立しがちな高齢者の見守りや社会参加、助け合い活動にもつながり、地域住民同士の関係性が強化された。

３－６－③
高次脳機能障害者の復職支援　－復職を目指すにあたり県をまたいで複数の支援機関が多職種協働を実践した事例－

キーワード	就労支援　自立訓練（機能訓練）　障害福祉サービス

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	茨城県常陸大宮市	人口（単位：人）	（R6年1月時点）　37,194 人
		高齢化率　65 歳以上	（R6年1月時点）　40.5 ％
地域の特徴	常陸大宮市は茨城県の北西部に位置し、市内を一級河川の那珂川と久慈川が流れる風光明媚な場所である。市街地には施設が集中しており、水戸市からは電車で約 30 分の距離に位置しているなど、利便性が高い立地である。市の面積は、県内では常陸太田市に次いで２番目の規模となっている。		

【取組内容】

対象となる参加者・利用者	身体障害者、高次脳機能障害者
・実施主体 ・関連する組織／団体	医療法人博仁会　機能訓練センター フリューゲル 茨城県高次脳機能障害支援センター、計画相談事業所、企業
取組の内容	茨城県では高次脳機能障害者支援ネットワークが構築されており、医療・介護・福祉に関する職能団体や当事者の会が集まり茨城県内の高次脳機能障害者を取り巻く環境の課題解決に向けて会議等を行うなど、関係機関との連携を強化し、支援体制の整備に努めている。今回はそのなかで、高次脳機能障害者の復職支援の１事例を紹介する。 ＜2017.3.1＞脳出血により右片麻痺、高次脳機能障害を呈した 40 歳代女性が復職を目指すにあたり多職種協働で支援したケース。 発症前はＡ県で単身生活を送りながら仕事を行っていた。発症後、リハビリテーションを行ったが単身での生活が難しく、実家のあるＢ県に移り住んだ。療養しながら継続したリハビリテーションについては障害福祉サービスを活用して継続した。 発症から２年経過し、残り１年間で単身生活と職場復帰を目指して日常生活・生活関連動作練習、職業前リハビリテーションを自立訓練（機能訓練）事業所で実施した。発症から３年を目前にして具体的な復職が可能になったので、女性が勤務している企業の上司等と復職にあたっての業務内容を調整した。また、居住地がＡ県に戻ることで、Ｂ県で支援していた医療機関や相談支援事業所等の支援者をＡ県の事業者に移すこととなり、復職する企業担当者も含め複数回打合せを実施した。

財源等	障害福祉サービス報酬
経緯 **・地域課題／背景**	20XX 年　脳出血発症 20XX+2 年　機能訓練センター フリューゲル利用開始 20XX 年+2 年 Y 月　復職に向けて茨城県高次脳機能障害支援センターがコーディネーターとなり、転居する A 県の相談支援事業所、医療機関と支援引継ぎのため調整開始。 20XX 年+3 年　機能訓練センター フリューゲル修了と共に A 県に戻り単身生活再開。まずは単身での生活に慣れるため生活リズムを整えた。 （課題） 県をまたいで支援する際に当事業所が中心になると業務を行いながら複数の支援機関に連絡調整する必要性があるが多くの事業所と調整が必要になるために後手になりやすい。
医師会が担っている役割	茨城県では高次脳機能障害者支援ネットワークを構築しており、医療・介護・福祉に関する職能団体や当事者の会が集まり茨城県内の高次脳機能障害者を取り巻く環境の課題解決に向けて会議等を行っている。そのネットワークを構築する職能団体の一つとして茨城県医師会の医師が参画している。
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	（工夫した点） ・公的な茨城県高次脳機能障害支援センターがコーディネーターとなることで複数の支援機関に対して円滑な情報提供および情報共有が可能となった。 ・当事者の今後の生活を踏まえて当事者が主体的に動けるように支援者側は黒子に徹して支援した。 （苦労した点） ・転居する A 県でフォローする医療機関が決まらず苦労した。 ・当事者が主体的に動くに伴い精神的に落ち込むこともあったため精神面に対する支援についてきめ細かく行った。

３－６－④
運動部に向けたトップアスリート育成計画
～中高生への運動部トレーニング環境の提供と相互の交流を通じた、若い世代の医療・福祉業界へ理解促進の情勢に向けた新たな取組～

キーワード	地域貢献・ボランティア活動、健康教育、運動、トレーニング、栄養指導

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	茨城県ひたちなか市	**人口（単位：人）**	（R2 年４月時点）　158,225 人
		高齢化率　65 歳以上	（R2 年４月時点）　25.7 ％
		高齢化率　75 歳以上	（R2 年４月時点）　13.2 ％
地域の特徴	ひたちなか市の人口は茨城県内４位。高齢化率２６．３％であり、当事業所のある勝田第三中学校地区は、常陸那珂港区や国営ひたち海浜公園、常陸那珂工業団地等からなる「ひたちなか地区」と市街化調整区域による農業的土地利用が大半を占めている。茨城県立勝田高等学校・勝田中等教育学校が目の前にある環境である。		

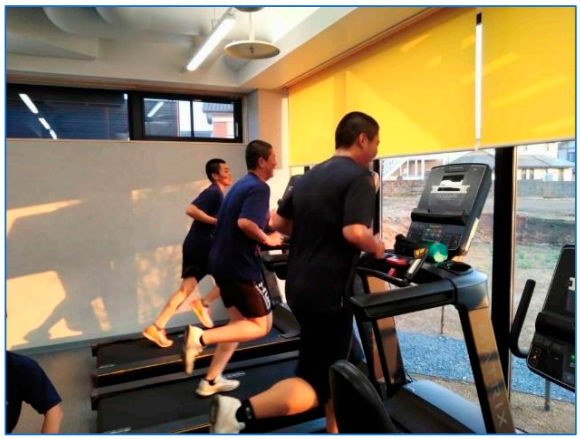
【取組内容】

開始時期（年月）	２０２３年４月１９日～　毎週水曜日 16 時～
対象となる参加者・利用者	茨城県立勝田高等学校　野球部　合計１８名 内訳：３年生９名　、２年生４名　、１年生５名　、（マネジャー３名） 医療法人　博仁会　フロイデひたちなかメディカルプラザ ・メディカルフィットネスセンター　・認定栄養ケアステーション 関連職種（理学療法士、作業療法士、健康運動指導士、管理栄養士）
・実施主体 ・関連する組織／団体	医療法人博仁会　フロイデひたちなかメディカルプラザ ・メディカルフィットネスセンター　・認定栄養ケアステーション
取組の内容	2023 年４月にフロイデひたちなかメディカルプラザ開設。同敷地内にメディカルフィットネスセンター、コミュニティカフェをオープンさせたことで、トレーニング設備・機器、専門職がいる環境において運動や栄養指導を実施している。 また、若き時代から、医療・介護などの福祉施設やスタッフと触れ合うことで、医療・福祉業界へ興味を持ってもらうことで、人材不足や業界のイメージアップに繋げていく。 【スケジュール】 16:00～17:00　施設内の奉仕作業（草取りや清掃など） 17:00～19:00　レッドコード体操（体幹トレーニング）、マシントレーニング 体組成計による身体評価（１／３ヶ月） 19:00～　　食事（栄養指導を含む）
財源等	生徒一人につき５００円徴収

経緯 **・地域課題／背景**	2012 年３月に同敷地内にリハビリ機能強化型デイサービスを開設した際、リハビリ専門職（ＰＴ，ＯＴ）や健康運動指導士が、地域住民（主に高齢者）に対してフレイル予防等に関する運動講座を開催し啓発活動を実施してきた。また地域住民向けにリハビリ機器やトレーニングマシンを不定期に開放する。 2018 年から建物向かいにある勝田高等学校の野球部への運動指導を実施。コロナ禍により一時活動休止となるが、2023 年４月にフロイデメディカルプラザひたちなかを開設。メディカルフィットネスセンター、コミュニティカフェがオープンしたことで、更に専門的なアプローチを実施していく。 高校や中学校の運動部ではスポーツ種目によって、より専門的な指導者へ指導依頼するケースが多くみられるため、当事業所のトレーニング設備及びトレーニングノウハウ、栄養管理などを活用することで、13 歳～18 歳の「ポスト・ゴールデンエイジ」期間の運動・栄養サポートを実践していく。
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	・工夫した点 職種の専門性を活かしたアプローチを心掛けた。主に細やかなコンディショニングは理学療法士が担当し、集団で行うエクササイズは健康運動指導士が担当することで、より効果的なトレーニングを実施した。 ・苦労した点 高齢者に向けたリハビリのノウハウはあるが、スポーツ指導、若年層への運動指導に対して経験が少なく、知識・技術不足により適切なアプローチが不十分な場面がみられた。
取組の効果・成果	取り組み開始（４月）から３ヶ月ごとに体組成計の測定実施 対象：１、２年生　９名 【体　重】２回目（　７月測定）：増加　２名　、減少　７名 ３回目（１０月測定）：増加　４名　、減少　５名 【筋肉量】２回目（　７月測定）：増加　４名　、減少　５名 ３回目（１０月測定）：増加　６名　、減少　３名 ２回目の測定以降、体重減少する生徒が多くみられた。理由としては、夏場で運動量が増え、消費カロリーが増加したこと。栄養面で摂取カロリーが不足していたことにより、体重減少に繋がったといえる。運動面においては、継続的なトレーニングにより、筋肉量が増加する生徒が多くみられた。また、ウェイトトレーニングの最高重量が向上する生徒が多かった。

【取組の概要（図表等）】

写真：医療法人博仁会フロイデひたちなかメディカルプラザ「活動の様子」









３―７．自然災害発生時・新興感染症のまん延時における取組

3-7-①　小児在宅医療的ケア児の災害時対応ノートの個別作成

3-7-②　医療法人博仁会の緊急地域支援チームの立ち上げ －「志村フロイデグループ緊急地域支援チーム」－

３－７－①
小児在宅医療的ケア児の災害時対応ノートの個別作成

キーワード	災害時対応、医療的ケア児・者

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	愛媛県	人口（単位：人）	（R6年1月時点）　1,288,160 人

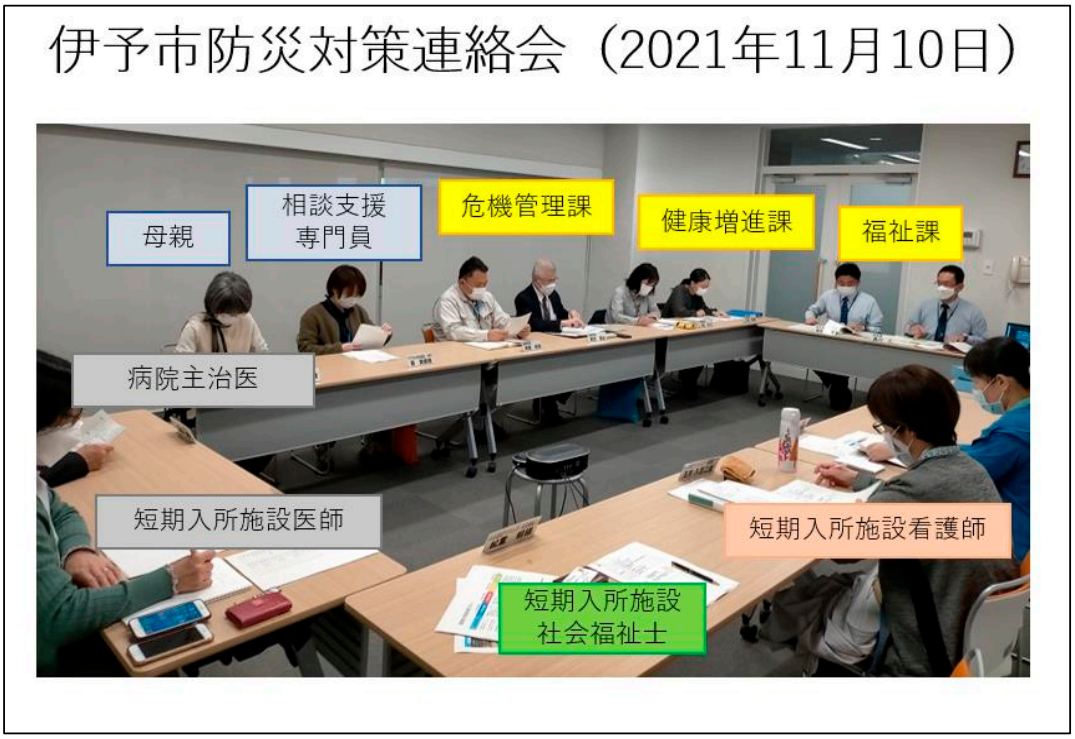
【取組内容】

開始時期（年月）	2021 年３月
対象となる参加者・利用者	愛媛県在宅医療的ケア児・者とその家族
・実施主体 ・関連する組織／団体	愛媛県医師会 愛媛県小児科医会
取組の内容	１）小児在宅医療的ケア児の災害時対応ノートと災害時対応マニュアル（愛媛県版）の発行 三重県医師会および三重県小児科医会の許可のもと（経緯参照）、愛媛県医師会と愛媛県小児科医会が県内の医療的ケア児・者とその家族が、災害時に自分たちの身を守る（自助）ことを目標に、愛媛県版ノートと災害時対応マニュアルを発行した。（2021 年３月） ２）災害時対応ノートの個別作成 各児・者に必要な災害時の個別対応を本ノートに記入するに際し、地域の医療・福祉・行政が連携して課題を吟味・検討して必要事項を補完し、個別の避難行動計画の策定に結びつけた。
経緯 ・地域課題／背景	愛媛県は比較的温暖で、災害の少ない地域といわれている。しかしながら、2018 年には西日本豪雨災害により南予（愛媛県南部の地域）を中心に河川の氾濫による浸水や土砂災害による家屋倒壊などを経験した。そのなかで、医療的ケア児・者への災害対応が不十分であった。 三重県医師会および三重県小児科医会作成の同名の冊子を知り、三重県医師会と小児科医会より許可を頂き、愛媛県医師会および愛媛県小児科医会小児在宅委員会が中心となり愛媛県版の冊子を発行した。

取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	愛媛県内 20 市町の医療的ケア児者の個別避難計画において利用するために、各市町に周知しているが、全市町での利用には至っていない。
取組の効果・成果	伊予市においては、人工呼吸管理を要する２名の医療的ケア者に対して、利用している医療機関、福祉サービス機関と行政が３回にわたり防災対策連絡会を開催し（写真１）、本災害時対応ノートを活用して、避難行動計画を策定した。初期避難における互助のあり方や地域の支援者（民生委員など）を明確にすることができた。また、会議に業者も参加することで、避難所における電源確保の必要性が行政にも認識され、非常用電源設置につながった。 今後は、避難訓練を実施し、災害時対応ノートの内容見直しを検討する予定である。
取組に関するURL・公表可能な資料及び文献	愛媛県医師会「災害時対応ノート」 https://www.ehime.med.or.jp/download/file/disaster-preparedness-booklet/dpb04-note-input.pdf 愛媛県小児科医会「災害時対応ノート＆マニュアル」 www1.ehime.med.or.jp/epa/careAtHome/disaster manual.htm

【取組の概要（図表等）】

写真：伊予市「伊予市防災対策連絡会（2021 年 11 月 10 日）」



３－７－②
医療法人博仁会の緊急地域支援チームの立ち上げ
－「志村フロイデグループ緊急地域支援チーム」－

キーワード	新興感染症対策、生活支援（組織内の資源を有効的に活用、関係部署の共通認識の醸成、スピード感のある意思決定、インターネット技術の活用）

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	茨城県常陸大宮市	人口（単位：人）	（R6年1月時点）　37,194 人
		高齢化率　65 歳以上	（R6年1月時点）　　40.5 %
地域の特徴	医療法人博仁会が所在する茨城県常陸大宮市は茨城県北西部に位置する人口約 37,000 人、高齢化率 40%を超える地域である。		

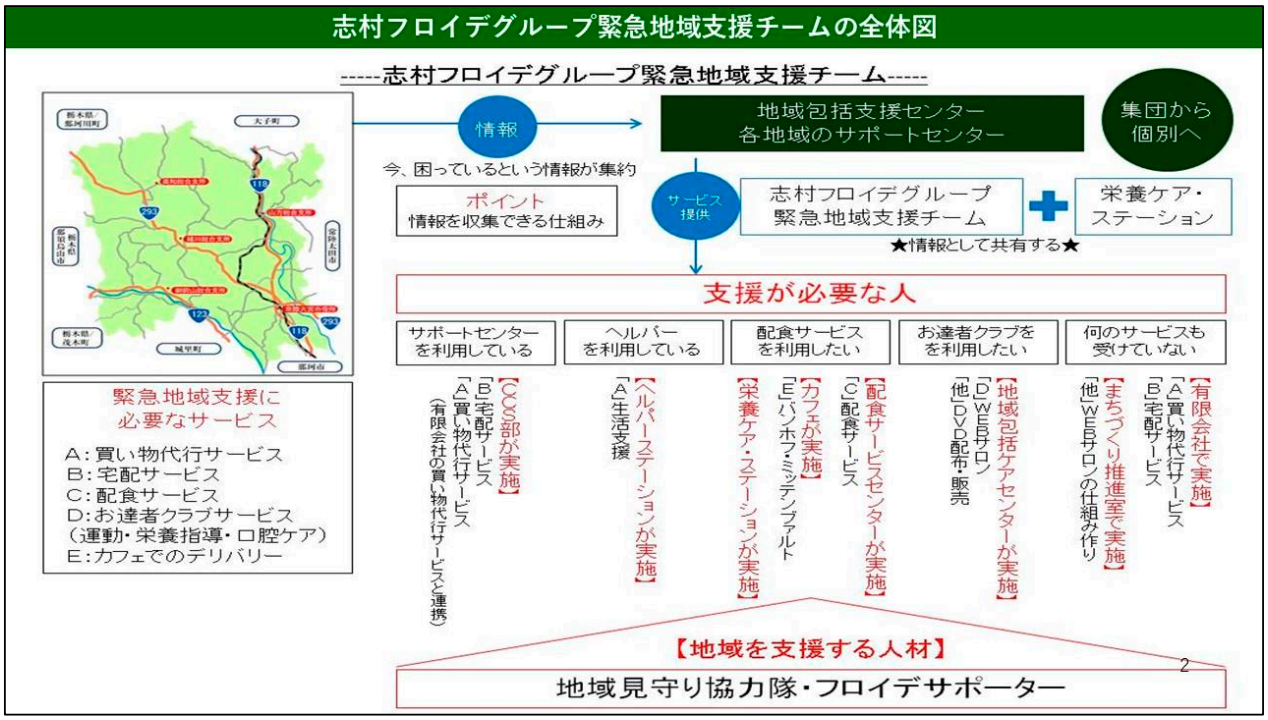
【取組内容】

開始時期（年月）	２０２０年４月
対象となる参加者・利用者	地域住民
・実施主体 ・関連する組織／団体	医療法人博仁会
取組の内容	新型コロナウイルス感染症拡大により、社会環境が劇的に変化するなかで、医療法人博仁会志村大宮病院（茨城県常陸大宮市）の緊急地域支援チーム「志村フロイデグループ緊急地域支援チーム」を立ち上げた。 （取組の内容） 「ＷＥＢを活用したサロンの実施」 「買い物支援、買い物代行サービス」 「ＬＩＮＥやＹｏｕＴｕｂｅを活用して自宅でも運動できる仕組みづくり、情報発信」 「地域住民の情報収集」

経緯 **・地域課題／背景**	新型コロナウイルス感染症拡大により、地域でのイベント活動などが一斉に中止されるなど、今まで行ってきたことが何もできなくなった。しかも、病院がある市街地とは別にもともと商店がない山間部の方々が孤立してしまう事態にもなった。このままでよいのかと「志村フロイデグループ緊急支援チーム」を２０２０年４月に立ち上げた。 新型コロナウイルス感染症によって社会環境が劇的に変化しても「地域住民にとって必要とされるサービスがある」という共通認識のもと、スピード感を優先しながらグループ内の各部署と連携を行い各サービスの提供を行った。
取組において **・工夫した点**	「工夫した点①」 地域住民のニーズを細かく把握することを強く意識した点。そのことで、翌年２月にはコロナ禍でも継続できる新しいサービス提供へ進化した。 「工夫した点②」 緊急地域支援チームの稼働で大事にしたことは「組織内の資源を有効的に活用」「関係部署の共通認識の醸成」「スピード感のある意思決定」「インターネット技術の活用」の４点である。
取組の効果・成果	ニーズに対しての新しいサービス提供としては、 「感染対策しながら小さく集まりたい→事前予約制の認知症予防カフェやＷＥＢサロンの継続」、 「健康についての情報収集をしたい→市民健康教室のＷＥＢ配信」、 「美味しい食事を食べたい→弁当のデリバリーサービスやヨイチの開催」、 「自分で買い物したい→各拠点での移動販売」、 等々である。

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：医療法人博仁会「志村フロイデグループ緊急地域支援チームの全体図」



３－８．困難事例

3-8-①　高齢者向け居住施設療養支援事業（モデル事業）

3-8-②　地域包括ケアシステム（在宅医療）構築のためのロードマップ策定 －地域包括ケアシステム構築支援事業（地域医療介護総合確保基金事業／大阪府事業）－

３－８－①
高齢者向け居住施設療養支援事業（モデル事業）

キーワード	医療・介護・生活連携

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	大阪府茨木市（モデル地区）	人口（単位：人）	（R２年８月時点）　285,414 人
		高齢化率　65 歳以上	（R２年８月時点）　24.1 ％
地域の特徴	大都市である大阪市と京都市の間にあり、大阪市のベッドタウンとしての性格を持つ。市内をJR・阪急・大阪モノレールが通る。市の北部は、田や山が広がっており豊かな田園地帯が広がっている。市の南部は、鉄道が通り住宅地が広がり、ビルなどの建物も多い。 市内北部の山間部では高齢化が進み、高齢化率は 40%を超えている地域もある。		

【取組内容】

開始時期（年月）	2017 年 10 月（2020 年６月末で終了）
対象となる参加者・利用者	高齢者居住施設の居住者
・実施主体 ・関連する組織／団体	大阪府医師会・茨木市医師会 大手の高齢者施設運営会社
取組の内容	医療機関（医師会）と高齢者向け居住施設とのスムーズで緊密な連携。 施設療養者が適切な医療が受けられる環境作り（緊急時・看取り含む）を目指した事業。医師会と民間会社との初めての試みで、モデル地区の結果が良好なものであれば、他地区への拡大や、他の民間事業者との連携を進めたいと考え取り組んだ。 ① 大阪府医師会内での検討会議の開催 ② 茨木市（モデル地区）医師会に相談（紹介）窓口の設置 ③ 茨木市（モデル地区）での高齢者向け居住施設への調査実施
経緯 ・地域課題／背景	大阪では独居高齢者の増加等により、介護保険３施設だけでは需要を満たせないため、サ高住や有料老人ホームなど住まいのあり方が、ますます重要になってくる。高齢者が尊厳ある暮らしができよう緊急時の対応・看取りの問題など、現場で困っている相談を地区医師会が窓口となって受け、地域の医療機関との連携を図り、今後の支援体制を図る必要がある。

医師会が担っている役割	高齢者居住施設からの相談窓口、医療機関の紹介など
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	事業開始当初は大阪府担当者も協力的で、まずは市町村行政の関係会議にサ高住の代表委員として参画することで議論を進めたかった。しかし、民間企業代表としての参加はできず、サ高住の業界団体も無いことから参画がかなわなかった。 行政の協力を得られないことから、医師会に相談窓口を設置し、モデル施設との連携から、まずはどの様なニーズがあるかを探り、対応実績を積むことを考えた。施設運営会社や施設現場に何度も足を運び協力を求め、事業を開始するに至った。 担当者等も多忙を極め、電話やメールの返事も数日を要するなど十分な協力を得ることが難しかった。
取組の効果・成果	医師会に相談窓口を設置したものの、モデル施設からの相談が約半年間経過しても全く無く、事業を継続することができなかった。すでに契約している医療機関が施設との細かな連携体制をとっており、それ以上の医療に対するニーズがなかったものと考える、また、運営会社の事業担当者およびモデル施設管理者も本来業務に多忙を極め本事業に割く時間が少なく、それゆえ本会からも居住者への周知等を強く要望ができなかったことも要因である。 今後、地域の医療機関との密接な連携が図るよう施設運営会社に求めていくことが地域包括ケアを進めるうえで必要な施策であるが、国レベルで政策的に動かないと進めることはできない。 なお、モデル地区医師会が地元の高齢者向け居住施設に対して行った調査では、施設居住者に対する医療提供体制の状況等を把握することできた（資料参照）。
取組に関するURL・公表可能な資料及び文献	高齢者向け居住施設調査・報告書（令和２年１月）

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：茨木市医師会「高齢者向け居住施設調査・報告書（令和２年１月）」抜粋



高齢者向け居住施設調査

～大阪府医師会高齢者向け居住施設療養支援事業～

令和２年１月実施

一般社団法人 茨木市医師会

目　次

高齢者向け居住施設調査（実施要領）

1．施設団体への所属について …… 1

2．会議体への参画について …… 1

3．施設居住者の医療機関受診状況について …… 2
①施設居住者数（令和２年１月現在）
②施設居住者の受診状況

4．通常の医療体制について …… 3
①契約（連携）医療機関
②契約（連携）医療機関の所在地
③契約（連携）医療機関の診療体制と緊急時対応
④契約（連携）医療機関以外の受診

5．緊急時の医療体制について（急変時に依頼する後方支援病院） …… 5

6．歯科医療受診の体制について …… 6
①契約(連携)歯科医療機関
②契約(連携)歯科医療機関の所在地
③契約(連携)歯科医療機関の診療体制
④契約（連携）医療機関以外の受診

7．訪問看護の体制について …… 8
①契約(連携)訪問看護ステーション
②契約(連携)訪問看護ステーション所在地
③契約(連携)訪問看護ステーション以外の利用

8．その他機関の体制について（薬局等） …… 10
①契約(連携)薬局
②契約(連携)薬局の所在地

9．入居者の通院の同伴について …… 11

10．入居者のケアプランについて …… 11

11．その他（自由記載） …… 12
居住者の医療機関受診等で困っていることや、医療機関・医師会に協力を求めたいこと

まとめ …… 12

高齢者向け居住施設調査（調査依頼書・調査票）

高齢者向け居住施設調査
（実施要領）

【調査目的】

近年、単身や夫婦のみの高齢者世帯が増加し、介護を含む高齢者のニーズが多様化する中、地域包括ケアシステムの構築に向け、地域生活の最も基本的な基盤である高齢者の住まいの確保はますます重要となってくる。

大阪府内においては、有料老人ホームとサービス付高齢者向け住宅が、介護３施設（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護療養型医療施設）の数を上回っており、日常の医療受診、緊急時対応や看取りの問題など、困っていることも少なくない。

医師会では、高齢者向け居住施設の入居者にとって必要な介護や医療の充実を図りたく、その連携等について検討を進めており、現在の状況を図る目的をもって調査を実施した。

【調査実施者】

一般社団法人茨木市医師会（協力：一般社団法人大阪府医師会）
大阪府茨木市春日３丁目13－5　（茨木市保健医療センター内）　電話：072－622－2001

【調査期間】

令和２年１月初旬（調査票郵送）～同年１月末日（回答期限）

【調査対象施設と回答率】

茨木市内の有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅　全40施設（回答16施設　40.0%）
- 有料老人ホーム　全23施設（回答10施設　43.5%）
- サービス付き高齢者向け住宅　全17施設（回答 6施設　35.3%）

【調査内容】

1．施設団体への所属について
2．会議体への参画について
3．施設居住者の医療機関受診状況について
4．通常の医療体制について
5．緊急時の医療体制について
6．歯科医療受診の体制について
7．訪問看護の体制について
8．その他機関の体制について（薬局等）
9．入居者の通院の同伴について
10．入居者のケアプランについて
11．その他

11．その他（自由記載）
居住者の医療機関受診等で困っていることや、医療機関・医師会に協力を求めたいこと

＜有老ホ＞

茨木市の医師会への電話を入れるといつも丁寧にご対応下さいます。ありがとうございます。 往診の先生との関係も良好だと思ってます。

＜サ高住＞

現行は、契約（連携）医療機関の先生の往診で看取りまでの体制は充分。 但し、当先生との連携が取れなくなった場合の体制構築が困難。
緊急時に診ていただける医療機関が茨木市内は少ない。 （特に夜間・土日）高槻や吹田に行くことが多い。
救急で受け入れ依頼の電話するも、受け入れ可能か返答がくるまで時間がかかる。 例えば、受付の方が対応してから看護師に代わり、そこから返答が長い。 一分一秒を争う時は非常に困る。

まとめ

今回、茨木市内の高齢者向け居住施設に対して、初めての医療体制等に関する実態調査であったが、有料老人ホーム10施設（43.5%）およびサービス付き高齢者向け住宅6施設（35.3%）から協力を得ることができ、調査施設の母数は少ないものの、一定の施設居住者に対する医療提供体制の状況や対応等を把握することできた。

まず、施設団体への所属は、4/16施設（25.0%）、介護・医療連携等の会議体への参画は、7/16施設（43.8%）と、まだまだ施設の外部への関わりは少ない状況であった。

契約医療機関の状況を見ると、多くの施設が1～2医療機関と契約（連携）を行っている。なお、その契約医療機関の所在地の約半数は、茨木市外（隣接・近隣）となっている。大阪市内の医療機関もあった。それらの診療体制は、ほとんどが「訪問診療」または「往診」で、「通院」はわずかであった。緊急時対応は、ほとんどの契約医療機関で行われていた。また、契約医療機関以外の受診は、有老ホ・サ高住ともに一定数あった。後方支援病院は、茨木市内の病院が多かった。

歯科医療受診の体制については、16全施設が歯科医療機関と契約。特に、有老ホの多くが、他市の歯科医療機関との契約が多かった。なお、歯科も同様に、ほとんどが「訪問診療」または「往診」で、契約医療機関のみでの受診が多かった。訪看ＳＴの利用体制について、有老ホ、サ高住ともに、半数の施設が「訪看ＳＴと契約なし」で、半数が「契約あり」。契約訪看ＳＴの所在地は、4割弱が他市であった。契約訪看ＳＴのみの利用が60%台であるが、施設により利用は異なる。また、ほぼ全施設が薬局と契約しているが、他市の薬局との契約が目立った。□

入居者の通院の同伴については、有老ホでは、「入居者家族の同伴」が多いが、施設従業員が同伴をしている施設も中にはある。一方、サ高住では、有老ホに比して「施設従業員の同伴」の割合が多かった。入居者のケアプランについては、有老ホでは、4施設が「全て施設内で作成」、その他の施設は各々で対応が違った。サ高住では、「全て施設内で作成」の施設はなかった。

現在、市町村行政では、各地域に密接した地域包括ケア事業を進めているが、上記の通り、民間の高齢者向け居住施設では、医療機関・歯科医療機関・訪問看護ステーション、薬局との契約（連携）について、茨木市外の機関との契約も多い。各施設において一旦その医療等の提供システムが確立し、一定のサービスが始まると、あまり問題がなかったり、居住者から特別な依頼等もなければ、その後において、そのシステム等を変更することや検討されることはまず無い。

医師会としては、施設居住者は同地域の住民として、その地域でベストな医療を提供し、緊急時における対応やその地域の福祉サービスにつなげることが重要と考える。今後、既存の各施設の契約医療機関等と連携を図れるよう努めていきたいが、施設の新規開設時に、地域の医療機関との密接な連携が図れるよう施設経営者に求めていくことも地域包括ケアを進めるうえで必要な施策であり、行政等にも要望していきたいとし、本調査のまとめとしたい。

12

３－８－②
地域包括ケアシステム（在宅医療）構築のためのロードマップ策定　－地域包括ケアシステム構築支援事業（地域医療介護総合確保基金事業／大阪府事業）－

キーワード	ロードマップ作成、マニュアル化、地域包括ケアシステム

【対象地域の概要】

都道府県名 または、 市区町村名	大阪府、 泉佐野市、泉南市、阪南市、 熊取町、田尻町、岬町	人口（単位：人）	（６市町合計／R2 年時点） 278,425 人
		高齢化率　65 歳以上	（６市町平均／R2 年時点）30.28%
地域の特徴	泉佐野泉南医師会管内に多数の市町があり、市町間を跨いだ取り組みが必要。		

【取組内容】

開始時期（年月）	2019 年４月～2021 年３月
対象となる参加者・利用者	各市町村の医療・介護関係者
・実施主体 ・関連する組織／団体	大阪府および泉佐野市・熊取町・田尻町・泉南市・阪南市・岬町 医師会、医療機関、介護施設・事業所等
取組の内容	各市町における在宅医療の充実に向けた取り組みを促進し、地域包括ケアシステムの構築、深化・推進につなげるため、モデル地区（泉州地区）において、その実情に応じたロードマップ（行程表）の作成を支援する「地域包括ケアシステム（在宅医療）構築支援事業」を実施。 データ分析等によって、在宅医療・介護の需要等の現状を把握し、地域の関係者とともに将来像を描いた上で課題を抽出、解決に向けたロードマップを策定するとともに、モデル事業において得られたノウハウをマニュアル化した。
財源等	地域医療介護総合確保基金（医療分）
経緯 ・地域課題／背景	地域の実情に即した在宅医療・介護連携を推進するためには、市町村の問題を把握・分析した上で、解決に向けた対応策を具体化することが求められる。在宅医療や介護の需要・供給などを定量・定性の両面から捉え、「現在の姿」を把握し、その上で何を目指すのか「将来のあるべき姿」を明らかにすることで、現実（現在）と理想（将来）のギャップ（差、乖離）を埋める策を検討する必要がある。このギャップを埋めるために取るべき対応が地域の課題であり、その進捗状況を測るために設定するのが指標となる。ロードマップとは、「将来のあるべき姿」から逆算し、“いつまでに・何を・どこまで到達させるべきか”を考え、その実現に向けて、地域の各主体がそれぞれの役割を踏まえて取り組むべきことを整理した行程表であり、モデル地区でのロードマップ作成を支援することで、その作成手法を府域全体に展開することを目的に実

	施。
医師会が担っている役割	市町担当者への医療提供体制等に関する知識の補完、医療面における助言など。
取組において **・工夫した点** **・苦労した点**	・ロードマップの実現性を高めるため、具体的な行動に移すためのアクションプランを作成し、進捗管理にも活用。 ・各市町によって、考え方、立地、人口比率等が異なる。 ・ロードマップを作成し、在宅医療について課題分析ができたとしても、医療提供体制に関する課題のため、介護保険事業の担当課が、どのように課題解決を図ればよいのかが分からない。 ・モデル地区（泉州地区）として複数の市町で枠組みを組んだが、各市町で在宅医療に関する課題が異なるため、統一したロードマップを作成することは難しい。
取組の効果・成果	新型コロナウイルス感染症の影響によって、他圏域への情報提供ができなかった。
取組に関する URL・公表可能な資料及び文献	地域包括ケアシステム（在宅医療）構築のためのロードマップ策定マニュアル 【令和３年３月改訂】　（PDF ファイル／6.55MB） https://www.pref.osaka.lg.jp/attach/15815/00000000/manyuaru210331.pdf

【取組の概要（図表等）】

出典・資料名：大阪府「地域包括ケアシステム（在宅医療）構築のためのロードマップ策定マニュアル【令和３年３月改訂】」より抜粋



事例　複数市町村のロードマップ　～泉州地域～

モデル事業に参加した泉州地区は、泉佐野市・熊取町・田尻町・泉南市・阪南市・岬町の3市3町で構成され、一般社団法人泉佐野泉南医師会に医介連携事業の一部を委託しています。これまでの3市3町の行政職員の集まる場や医師会との協議の場を活用し、また、各市町の医療・介護関係者へのヒアリング結果等を踏まえて、泉州地区の目指す姿として「人生の最期まで、望む生き方ができる 3市3町」という目標を掲げました。

施策の方向性：泉州地区（3市3町）で目指す姿

この目標を達成するために、中・長期的にどのような取組を推進すべきか提案事
下記のロードマップです。誰が・いつまで・何をするのかを明確に定めるまでには至
モデル事業の終了後も既存の協議体を活用して、各市町村で取り組むべき事項を推進
町で協働できることを検討しています。

1



■泉州地区（3市3町）のロードマップ

視点	施策の方向性	現状と課題（3市3町）
退院支援	・安心して自宅に退院できる	・医療・介護連携シートの活用により、病院・ケアマネの情報連携は充実 ・今後は、平時（在宅療養に備える時期）や退院時の連携についても視野を広げることが肝要 ・入院時にかかりつけ医やケアマネがいない・困難事例（老々介護・生活保護など）の場合、病院一包括等の連携体制の確立が必要 ・退院時の病院の相談窓口が周知されていない（特に、介護保険未利用者など、これまで支援等を受けていない方） ・在宅医療が必要になった場合（元のかかりつけ医が24時間対応できない場合など）、本人の病状・意向にあわせた医療・ケアチームを組めることが必要 ・病院（入退院調整担当者）に在宅を知ってもらうことも必要（病院⇔在宅：各専門職の強みをいかに組み合わせられるか） ・転院・退院など、本人の過ごす場所が変わる際には、本人の意向を含めた情報共有が必要
日常の療養支援	・必要なときに必要な医療・ケアサービスが受けられる ・いざという時に備えて予め入院できる体制がとれている ・住民と専門職が本人の希望を共有できている ・何があっても安心して暮らせる協力体制がある（専門職のつながりが強い）	・在宅医、在宅療養や看取りに対応できる訪看・ケアマネ・ヘルパー等は多忙かつ限定的なため、在宅医・専門職の確保（負担軽減、新規開業医へのアプローチ、多職種の質の向上等）など医療・ケアチームの充実が必要 ・在宅医や地域の専門職の声を拾い、市あるいは複数市町での仕組みへとつなげるための工夫が必要 ・在宅医－訪看・ケアマネのなかには、書面のやりとりのみの関係しかないケースも聞かれたことから、専門職同士が連携できるようにつなぐ（マッチングする）機能や機会が必要 ・医療・ケアチーム（特に在宅医）にとって過度な負担とならない仕組み・ルールの検討が必要 ・MCS の活用により医介連携が進んだケースもみられるが、活用の深度は市町・事業所によって大きく異なることから、更なる活用が必要 ・家族をサポートする体制が必要
急変時対応	・医療の必要なタイミングが分かる ・夜間・休日も適切に対応できる ・近くの病院にすぐ入院できる ・本人の意思に沿わない救急搬送や入院がなされない	・後方支援体制の更なる周知が必要 ・夜間・休日など、医療・ケアチーム（特に在宅医）にとって過度な負担とならない仕組み・ルールの検討が必要 ・意思確認のないまま高度の救命措置を受け、長期入院となるケースがある ・定期巡回・随時対応型訪問看護介護など、急変時対応が可能な介護保険サービスの利用促進が必要
看取り	・本人の意思に沿わない救急搬送がなされない ・医療・ケアチームに過度な負担がかからない ・日頃から本人・家族の望む看取りを関係者が共有しそれに対応できる	・住民の在宅看取りのニーズは未知数 ・住民啓発・多職種研修を実施 ・大々的な啓発を既定的にするだけでなく、出前講座や専門職と住民をつなぐ場の構築など身近な場所で啓発を数多く行うことを求める声が多数 ・在宅看取りに対応できる訪看・ケアマネ等は限定的（特に医療依存が高い場合）
地域づくり、啓発	・「あなたは一人じゃない」を感じられる地域 ・欲しい情報が得られる環境（住民がサービスを選べる） ・本人の意向と家族の意向のすりあわせができている ・在宅医療に関わる全職種がACPを熟知している	・2040年にかけて全市町で高齢化は進展。多くの市町で死亡者数は増加傾向 ・住民が自分の生き方／最期の場所を考えられるような対話の機会が必要 ・望む生き方となるよう、住民が医療・介護サービスを選べることが必要。現在は情報格差が生まれつつあるとの声も聞かれる ・独居でも地域のつながりのなかで望みをかなえられることが必要 ・インフォーマルサービスとの連動が必要
推進体制	・医師会と行政との協働のもと、広域で取り組む必要のある医・介連携ができている	・各市町の取組内容（強み）の共有が必要 ・行政と医師会との協働のもと、広域に取り組むこと／各市町単位で取り組むこと、各関係機関の役割分担の整理が必要 ・複数市町で推進する事項を検討・承認し、実行、評価する体制が必要

2

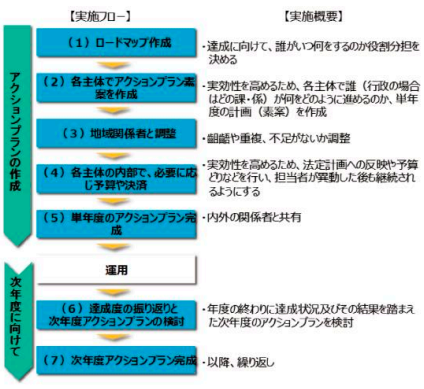
2025 年に向けて	2040 年に向けて
•退院時連携について病院・多職種で話し合う場がある •病院→在宅の情報連携が、3市3町全域で一定のルールを基に運用されている **<現時点で考えられる取組案>** •病院から在宅への情報共有の仕組みづくりを地域で検討する（在宅医・多職種の課題の把握→既存会議体を活用した検討） •府作成手引きの活用 •病院・役所の相談窓口の明確化 •退院時連携の事例共有	•病院⇔在宅の情報連携が3市3町全域でスムーズに行われている **<現時点で考えられる取組案>** •各病院に、在宅との連携を円滑に図れるような専門職を養成する（病院 MSW と行政が集まる場を設ける） •医師会単位で「望ましい退院支援のあり方」の仕組みをつくり、評価する •要介護認定の申請結果が出るまでのタイムラグをどうカバーするのか検討
•多職種が互いの役割を理解し、必要な連携がとれている •2040 年の医療ニーズを支える在宅医の確保に向けた取組に着手できている **<現時点で考えられる取組案>** 在宅療養の充実を阻害する要因の明確化（各職種・職能団体への意見聴取） •在宅医確保に向けた取組の検討 •訪問看護の役割を関係者や家族等に周知する •退院後の在宅生活を安定させるための医療・リハビリの視点を持てる介護事業所の把握・養成	•住民ニーズに応えるための在宅医療提供体制が確保できている •多職種連携によって、質の高い在宅医療・ケアを提供できている **<現時点で考えられる取組案>** •社会情勢を踏まえながら、在宅医療・ケアの提供体制の在り方を検討する（誰がどのくらい提供できるか）
•後方支援体制の確立に向けた検討ができている •本人の意思に沿わない救急搬送が減少している •本人・家族・関係機関が緊急時対応について日頃から話し合い、共有できている（ACP） **<現時点で考えられる取組案>** •急変時にも対応できる既存サービスの周知 •救急・消防等との協議の場づくり •施設向け研修など、まずは施設での取組を推進	•後方支援体制が整っている •本人の意思に沿わない救急搬送が減少している **<現時点で考えられる取組案>** •各病院に、在宅との連携を円滑に図れるような専門職を養成する •施設の次のステップとして、在宅での本人の意思に沿わない救急搬送を減らすための取組を実施
•看取りの実態（需要と供給）を把握できている •住民・専門職の意識醸成が進められている **<現時点で考えられる取組案>** •在宅看取りをするうえでの阻害要因の把握 •住民ニーズの把握（訪問看護を対象とする調査） •ターミナルケアや看取り対応の介護事業所の把握 •施設看取りの実態把握 •対応力向上に向けた具体的な取組の検討 •住民・専門職向け啓発（ともに考える機会づくり）	•元気なうちから住民が ACP を実践し、周囲（家族やかかりつけ医・ケアチーム等）と対話ができている •住民が希望する人生の最終段階の在り方を支えることができている **<現時点で考えられる取組案>** •ICT の活用も含めた、終末期医療への希望を伝えるためのツールの開発
•在宅医療について、住民・専門職が自分ごととして考えられている •住民が選択するための情報提供ができている **<現時点で考えられる取組案>** •住民の状態（段階）・情報の活用レベルにあわせた情報提供（サービス案内） •身近な場所での頻度の高い啓発（出前講座など） •専門職に対する ACP 研修（概念・考え方の統一に向けた取組） •住民を巻き込んでいくための啓発方法の検討	•元気なうちから住民が ACP を実践し、サービス等を選択できている •専門職が、地域の様 **<現時点で考えられる** •インフォーマルサー い、地域の見守り等 •独居（身寄りのない づくりに向けた取組
•地域課題・解決策について、検討・承認・実行・評価するための推進体制が確立できている **<現時点で考えられる取組案>** •第8期計画を検討するなかで、地域ビジョンを明確にし、役割分担を検討 •市町・代表者会議の議案（検討）の整合性を図る	•行政・医師会・地域 体的に取り組めて **<現時点で考えられる** •人材不足でも対応で •府・保健所からの他

3

【参考】進捗管理：アクションプラン（行動計画）を作成する

ロードマップの実現性を高めるために、具体的な行動に移すためのアクションプランを作成し、進捗管理にも活用しましょう。取り組むべきこと（対応策）の役割分担で、主担当となった主体が作成者となり、単年度ごとにいつまでに何に取り組むのか計画をたてることで、実行性を高めることができます。

実施フロー



4

４．おわりに　～答申取りまとめを終えて～

「地域包括ケア推進委員会」に名称変更し 3 期目となる今回の会長諮問「地域共生社会を実現する地域包括ケアの実践へ向けて」を議論するにあたり、まず老人保健健康増進等事業「地域包括ケア研究会」の初代からの座長でこの分野の第一人者である埼玉県立大学理事長・慶應義塾大学名誉教授の田中滋先生に、「共生社会構築に役立つ地域包括ケアシステムの機能とは」と題したご講演を賜った。その中で、地域包括ケアシステムを考える際、①人口の年齢階層別趨勢、②超高齢者増、③地域毎に異なる将来の三つの変えられない未来があるが、それに対して変えられる未来は、地域包括ケアシステムの進展と活用による共生社会の実現であるとご指摘頂き、我が国は国際的にみて羨ましがられるくらい、各地の医師会等の努力により、医療をコアにしながら地域包括ケアシステムが進展しているとご評価頂いた。そして共生社会がめざす「社会的包摂」とは「みんな違って、みんないい」に尽きると説かれ、今後このシステムが更に進化･深化するためにも、医師会を中心として「医療人の覚悟」に期待したいと締めくくられた。正にこのご講演内容こそ地域包括ケアシステムの実践に向けた道標になるものと確信し、異例ではあるが冒頭にその講演内容を掲載させて頂いたので、まず始めにご一読頂ければ幸いである。

また計 7 回にわたる当委員会や全国の都道府県医師会への事例調査を通して、各委員や委員の所属医師会での先進例はもとより、各都道府県医師会や郡市区医師会から実に多くの先進的な取り組みの実践例をご紹介頂いた。そこで本報告書では、取組例について、表題の他にキーワードや対象地域の概要・特徴等を定型シートにまとめ、主な資料とともに 8 分野 48 事例の実践事例集として、計 188 頁に及ぶ大作の報告書をまとめ上げた。また巻末には実施主体別の索引も添付したので、ご利用頂きたい。なお、都道府県医師会よりご提供いただいた事例は、全国の医師会における取り組みの現状が記された貴重なデータであり、本報告書における参考資料として、日本医師会ホームページメンバーズルームに公表することとした。

最後に、当委員会でご講演頂いた田中滋先生、そして 2 年間にわたる委員会において本報告書作成に大変なご尽力頂いた当委員会の各先生、松本吉郎日本医師会会長や江澤和彦担当常任理事をはじめとする日本医師会役員の皆様、更には資料作成等に多大なるお力添えを頂いた事務局の皆様方に心から感謝を申し上げたい。

本報告書が、諮問のとおり各地域で地域共生社会を実現する地域包括ケアの実践に向けた良き参考資料になる事を心より願って、編集後記とさせて頂く。

日本医師会地域包括ケア推進委員会
委員長　池端 幸彦

索引（実施主体別）

① 都道府県医師会の取組

３―１．医療・介護連携に関する取組
3-1-①、3-1-②、3-1-③、3-1-④、3-1-⑤、3-1-⑫、3-1-⑬
３―２．ACP、看取りに関する取組
3-2-①、3-2-②、3-2-③、3-2-④
３―３．介護予防、健康づくりに関する取組
3-3-①、3-3-②、3-3-③
３―４．認知症に関する取組
3-4-①、3-4-②、3-4-③
３―５．社会的処方・社会的機能に関する取組
3-5-①
３―７．自然災害発生時・新興感染症のまん延時における取組
3-7-①
３―８．困難事例
3-8-①

② 郡市区医師会の取組

３―１．医療・介護連携に関する取組
3-1-⑥、3-1-⑦、3-1-⑧、3-1-⑭、3-1-⑰
３―２．ACP、看取りに関する取組
3-2-⑤
３―５．社会的処方・社会的機能に関する取組
3-5-②

③ 医療機関の取組

３―１．医療・介護連携に関する取組
3-1-⑨
３―５．社会的処方・社会的機能に関する取組
3-5-③
３―６．生活支援、就労支援に関する取組
3-6-①、3-6-③、3-6-④

３―７．自然災害発生時・新興感染症のまん延時における取組
3-7-②

④ その他（行政、その他団体等が主体となる取組）

３―１．医療・介護連携に関する取組
3-1-⑩、3-1-⑪、3-1-⑮、3-1-⑯、3-1-⑱

３―３．介護予防、健康づくりに関する取組
3-3-④、3-3-⑤、3-3-⑥、3-3-⑦

３―４．認知症に関する取組
3-4-④、3-4-⑤

３―５．社会的処方・社会的機能に関する取組
3-5-④、3-5-⑤

３―６．生活支援、就労支援に関する取組
3-6-②

３―８．困難事例
3-8-②

参 考 資 料

医師会が独自に行っている地域包括ケアシステムの取組に関する事例一覧

（日本医師会地域包括ケア推進委員会 令和５年度事例調査実施）

取組事例 掲載場所：日本医師会ホームページメンバーズルーム内
https://www.med.or.jp/japanese/members/iinkai/meibo/kaigo.html
（事例番号欄に「※」印のついた事例は報告書本体に掲載しております。）

・追加事例あり更新［事例番号 11-1～11-23］　（令和６年５月現在）

参考資料　　医師会が独自に行っている地域包括ケアシステムの取組に関する事例一覧

（日本医師会 地域包括ケア推進委員会 令和5年度事例調査実施）

事例番号欄に「※」印のついた事例は報告書本体に掲載しております。
追加事例あり更新［事例番号11-1～11-23］（令和６年５月現在）

	事例番号	都道府県	医師会名	取組名	キーワード
1	※	北海道	函館市	おでかけリハビリ(おでリハ)医商連携モデルの可能性～函館市でのおでかけリハビリの経験から～	介護予防、おでかけ（外出）、医商連携
2	※		小樽市	おたる地域包括ビジョン協議会および「おたるワンチーム」の取組について	在宅医療・介護連携、ICT連携、「おたるワンチーム」
3	05-1	秋田県	由利本荘	医療と介護と在宅をつなぐ会	多職種連携
4	06-1	山形県	山形市	在宅医療・介護連携推進事業　（山形市からの委託事業）	在宅医療・介護連携
5	06-2		北村山地区	北村山看取りシンポジウム	在宅医療、多職種連携、リビング・ウイル、意思表示書面、ACP（人生会議）、死生観 看取り
6	06-3		鶴岡地区	医療と介護の連携研修会	在宅医療・介護連携、多職種連携
7	07-1	福島県	福島県	在宅医療・介護連携推進事業の推進及び充実を目的とした、県内各地域の在宅医療・介護連携センターに対する支援／福島県在宅医療・介護連携支援センターの設置運営	在宅医療介護連携推進事業
8	07-2		福島市	福島市医療と介護のネットワーク	医療と介護の連携・協力
9	07-3		福島市	あなたの身近で支援します！福島市在宅医療ネットワークシステム参加医療機関名簿作成事業	在宅医療における医療連携、多職種連携
10	07-4		須賀川市	須賀川地方医療介護連携	在宅医療介護連携
11	※	茨城県	茨城県	茨城県地域包括ケア推進センターを活用した地域包括ケア推進体制の構築－茨城県の医療と介護、そして行政をつなぐために－	多職種連携　在宅医療、研修
12	08-2		土浦市	在宅ケア事例検討会	在宅ケア事例検討会
13	10-1	群馬県	群馬県	県医師会主導で「医療・福祉・介護連携推進拠点」を創設する	地域共生社会、他県連携、研修・人材育成、保健所機能再構築
14	11-1	埼玉県	埼玉県	①ACP普及啓発講師人材バンクネットワーク会議②在宅医療塾、③訪問診療・がん緩和ケア病棟への同行研修、④私の意思表示ノート、ACP　DVD「さあ始めよう、人生会議」	少子高齢社会における、地域包括ケアシステムの実現への取組
15	11-2		川越市	ACP普及啓発のための出前講座	ACP、在宅療養
16	11-3		熊谷市	くまねっとＭＣＳとAyamuの運営	MCS（メディカルケアステーション）、Ayamu
17	11-4		熊谷市	在宅医療提供体制充実事業	人材育成、情報提供、普及啓発、在宅緩和ケア地域連携構築
18	11-5		行田市	健康フォーラムの主催	ACP・情報共有・エンディングノート・健康チェック・医療相談・多職種連携・パネル展示・認知症劇
19	11-6		行田市	多職種による終活講座を市内全ての公民館で面展開する	終活講座・ACP・互助・公民館・もしバナゲーム
20	11-7		行田市	在宅医療介護情報共有・エンディングノート「わたしの人生ファイル」・DVD「わたしの人生ファイル」	情報共有・エンディングノート・ACP・在宅医療・介護連携
21	11-8		所沢市	所沢市における在宅医療・介護連携推進事業に係る連携進捗評価	４場面ごとの提供体制の構築と連携強化から見た「めざすべき姿」
22	11-9		蕨戸田市	医療・福祉・地域連携による「社会的処方」の仕組みづくり	社会的処方の取り組み
23	11-10		上尾市	在宅療養支援ベッド	－
24	11-11		東入間	コロナ往診チーム	COVID-19、在宅医療 KISA2 隊
25	11-12		東入間	広報紙「月刊相談室」	多職種連携 連携拠点 啓発 広報
26	11-13		東入間	入退院支援ルールワーキングチーム会議	病院側会議 在宅側会議 合同会議 病院管理者会議
27	11-14		坂戸鶴ヶ島	出前講座	地域包括ケアシステム　2行政合同　市民参加
28	11-15		狭山市	①在宅医療・介護連携会議　②往診医・登録患者の情報共有　③人生会議　④在宅療養支援ベッド　⑤在宅医療相談	多職種間の情報共有　人生会議　在宅療養支援ベッド　在宅医療相談
29	11-16		比企	在宅医療関連講演会、在宅緩和ケア地域連携構築研修会	医療・ケアを担う人材育成、緩和ケア
30	11-17		比企	メディカルケアステーション（MCS）	メディカルケアステーション（MCS）
31	11-18		比企	ＡＣＰ普及啓発講師登録事業	アドバンス・ケア・プランニング（ACP・人生会議）
32	11-19		比企	退院支援、相談対応、比企医師会在宅医療連携拠点の周知	退院支援、相談対応、比企医師会在宅医療連携拠点の周知
33	11-20		本庄市児玉郡	医療用麻薬ネットワークのしくみ作りについて	在宅緩和ケア　在宅医療連携
34	11-21		北埼玉	加須市・羽生市版　入退院支援ルール（案）の策定について	医療・介護、入退院支援ルールの策定
35	11-22		越谷市	越谷市入退院支援ルール「あんしんセット」	在宅医療・介護連携
36	11-23		三郷市	市民への医療介護についての普及啓発活動	在宅医療・介護、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、在宅看取り
37	13-1	東京都	東京都	東京都多職種連携連絡会の運営／在宅療養普及啓発に資する都民・医療従事者向け冊子の作成／シンポジウムの開催	多職種連携、フレイル予防、認知症、ACP、在宅療養
38	13-2		東京都	在宅療養推進研修の開催	在宅療養、地域包括ケア
39	14-1	神奈川県	神奈川県	在宅医療トレーニングセンターの運営	多職種連携
40	20-1	長野県	長野県	在宅医療シンポジウムin信州	在宅医療、ACP、リビングウィル、在宅看取り
41	20-2		安曇野市	安曇野市在宅医療連携推進協議会	在宅医療・介護連携推進

参考資料　　医師会が独自に行っている地域包括ケアシステムの取組に関する事例一覧

（日本医師会 地域包括ケア推進委員会 令和5年度事例調査実施）

42	20-3		諏訪市	最後まで自分らしく生きるための希望表明書	人生会議（アドバンス・ケア・プランニング）　在宅医療・介護連携
43	20-4		更級	更級医師会版「終末期医療に関する事前指示書」	ACP（ｱﾄﾞﾊﾞﾝｽ･ｹｱ･ﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞ）、事前指示書、終末期医療、話し合い
44	20-5		松本市	松本市医師会「リビングウィルを考える」事業	事前指示書、人生会議、医療コーディネーター、多職種協働
45	21-1	岐阜県	岐阜県	医療、介護、福祉関係の方をはじめ多くの県民が利用できるよう広報活動を行い、福祉や認知症、在宅医療等に関する各種情報を掲載	病院、有床・無床診療所、介護・福祉施設・行政機関等の間における情報共有、相互連携
46	21-2		岐阜県	(1)在宅医療連携支援事業／(2)在宅医療に係る研修助成事業／(3)医療用麻薬に関する医薬連携事業	在宅医療
47	21-3		岐阜県	(1)在宅医育成研修事業／(2)在宅医療多職種連携研修事業	在宅医療、ACP
48	21-4		岐阜県	在宅療養あんしん病床登録事業	在宅医療連携
49	21-5		各務原市	アドバンス・ライフ・プランニングの市民普及啓発活動	アドバンス・ライフ・プランニング（ALP）の推進
50	21-6		羽島市	羽島市在宅医療介護連携推進協議会の活動（国や県の指針に沿った事業）	在宅医療　医療介護連携
51	21-7		大垣市	在宅医療・介護連携ネットワークシステム　芭蕉＠在宅ネットの開発・運用	ＩＣＴ
52	21-8		大垣市	在宅医療マップの編集・更新/おおがき在宅医療ネットの運営	在宅医療
53	21-9		大垣市	わたしの想い～こころのメモ帳～の普及・啓発	人生会議
54	21-10		海津市	居宅介護支援事業所・地域医療連携室　連絡会	顔の見える関係づくり　～病院の垣根を越えて～
55	21-11		郡上市	郡上市地域包括ケアネットワーク研究会（愛称：ねこの子ネット）	多職種連携、包括ケア
56	22-1	静岡県	静岡県	シズケアサポートセンター（静岡県地域包括ケアサポートセンター）の設置・運営について	地域包括ケア
57	22-2		静岡県	県医師会との一体的な地域包括ケアの推進に向けた静岡県医師会館への県職員駐在	地域包括ケア
58	22-3		静岡県	在宅医療スタート研修（入門編）の実施について	在宅医療の参入促進
59	22-4		静岡県	郡市医師会・市町行政連絡協議会	地域における課題の共有
60	※		静岡県	静岡県地域包括ケア情報システム「シズケア＊かけはし」を活用した多職種連携	多職種連携、ICT連携
61	22-6		静岡県	「ACP実践力向上ワーキンググループ」におけるACP実践のための多職種連携ツールの開発について	ＡＣＰの実践
62	22-7		静岡県	人生の最終段階における医療・ケア普及啓発事業の実施について	ＡＣＰの普及啓発
63	22-8		静岡県	「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」における医師会モデル事業の実施について	地域リハビリテーション
64	22-9		静岡県	これからの認知症サポート医に求められる役割に関する静岡県への提言について	地域共生社会の実現
65	24-1	三重県	久居一志地区（津地区）	多職種連携研修会（医療的ケア児の支援を考える）	在宅医療・介護連携,
66	24-2		名賀医師会	多職種連携研修の開催	多職種連携研修
67	26-1	京都府	京都府	府民公開講座	人生の終い支度
68	※	大阪府	大阪市東ブロック	広域の多職種連携に向けたルールブックおよび市民向けACPの手引きの作成	市民へのACPの啓発、広域の多職種連携
69	※		大阪府・茨木市	高齢者向け居住施設療養支援事業（モデル事業）	医療・介護・生活連携
70	※		泉佐野泉南	地域包括ケアシステム（在宅医療）構築のためのロードマップ策定	ロードマップ作成、マニュアル化、地域包括ケアシステム
71	28-1	兵庫県	伊丹市	多職種連携の推進	多職種連携
72	28-2		川西市	「ともに医療・介護・福祉について話し合いましょう　-アドバンス・ケア・プランニング-」の制作事業について	アドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）
73	28-3		丹波篠山市	PHRによる医療・介護連携システム	パーソナルヘルスレコード（PHR）、医療・介護連携、在宅医療、救急医療
74	30-1	和歌山県	伊都	診療所内カンファレンス	在宅医療・介護連携
75	31-1	鳥取県	鳥取県東部	ACPノートを利用したACPの普及啓発	アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、在宅医療・介護連携
76	31-2		鳥取県西部	もしもの時の“あんしん手帳”～大切な人に伝えたいこと～の作成事業について	アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、在宅医療・介護連携
77	32-1	島根県	島根県	島根県在宅医療介護連携推進事業（島根県委託事業）	在宅医療・介護連携
78	32-2		出雲	「在宅療養懇話会」の開催を通した在宅医療・介護連携の取組	在宅医療・介護連携
79	32-3		出雲	認知症サポート医連絡会の取組	認知症
80	32-4		松江市	誤嚥性肺炎予防マニュアル（介護家族・施設職員向け）松江市版の作成	誤嚥性肺炎
81	33-1	岡山県	岡山県	岡山県地域医療構想・包括ケアシステム研究会	医療•介護連携
82	33-2		岡山県	岡山県医師会移動会長室事業	ACP、フレイル、住民を巻き込んだ活動
83	33-3		岡山県	高齢者施設における急変時等相談対応窓口「コールセンター」	セカンドコール、高齢者施設

参考資料　　医師会が独自に行っている地域包括ケアシステムの取組に関する事例一覧

（日本医師会 地域包括ケア推進委員会 令和5年度事例調査実施）

84	33-4		岡山県	広報媒体を用いた住民啓発活動の展開	テレビ、ラジオ、新聞、記者会見
85	33-5		倉敷	(1)倉敷地区ケア会議／(2)倉敷市在宅医療をすすめる会	地域ケア
86	33-6		岡山市	地域医療介護推進・在宅看取り等普及啓発事業	地域医療・介護ワーキング、自宅看取り、MCS（メディカルケアステーション）
87	33-7		児島	命のバトン事業	在宅医療・介護連携
88	33-8		児島	健康パスポート事業	在宅医療・介護連携
89	33-9		児島	個別避難計画の作成	在宅医療・介護連携、防災
90	33-10		玉島	倉敷玉島地区ケアマネ交流会	多職種交流、顔の見える連携
91	33-11		津山市	フレイル予防講座（栄養編）	フレイル予防講座（栄養編）
92	33-12		新見	新見版情報共有書　Z連携の取り組みについて	ー
93	33-13		北児島	北児島医師会地域包括ケアネットワーク(通称　北児島ケアネット)	地域包括ケア
94	33-14		都窪	ACPの普及に向けて	ACPの普及,多職種協働と住民参加,都窪移動医師会
95	33-15		浅口	(1)浅口で医療・介護について勉強する会／(2)医療福祉塾／(3)浅口市圏域地域ケア会議	在宅医療・介護連携推進
96	34-1	広島県	広島県	ACP普及促進活動	アドバンス•ケア•プランニング（ACP）
97	34-2		広島県	在宅ノウハウ連携研修	在宅医療•介護連携
98	34-3		安佐	安佐地区医療介護連携マニュアルの作成及び普及啓発	在宅医療•介護連携
99	34-4		竹原地区	認知症に関する普及啓発事業	認知症
100	34-5		竹原地区	在宅医療と介護の連携事業について	在宅医療•介護連携
101	34-6		広島市南区	令和5年度仁保・楠那包括圏域 在宅医療・介護・地域関係者研修会 在宅医療・介護における救急隊との連携～ACPの視点から	救急医療、アドバンス•ケア•プランニング
102	34-7		広島市	①摂食嚥下・口腔ケア対応力の向上に向けた多職種連携の体制づくりの検討／②専門職及び市民に対するACPの普及・啓発の検討	在宅医療•介護連携、摂食嚥下•口腔ケア、ACP
103	34-8		広島市佐伯区	住宅型有料老人ホーム　ホスピスホームみなみの運営	ホスピスホーム，在宅医療，在宅看取り，住み慣れた地域
104	34-9		広島市西区	西区在宅あんしんネット事業	•在宅療養中の患者様の急変時にいつでも入院できるシステム　•ICT を用いて、多職種連携、患者•家族との連携を 円滑に行うコミュニケーションツール
105	34-10		広島市中区	専門者向け認知症研修会・市民向け健やか講演会	区独自テーマ認知症医療•介護連携の強化
106	34-11		広島市東区	○広島市東区医師会在宅医療支援ネットワーク（東区在宅３本の矢）による地域包括ケアシステムの構築、地域完結型医療の実現 ○地域共生社会の実現に向けた介護予防•生活支援ネットワーク会議による広島市東区地域支えあいリストの作成 ○人生会議（ＡＣＰ）あなたも始めてみませんか（まんがでわかる ＡＣＰ）：パンフレットを作成し、市民公開講座、地域包括単位での説明会による住民へのＡＣＰの普及啓発 ○在宅医療•介護連携の手引きを作成し同行研修、講習会を行い、在宅医療のすそ野を広げ、在宅医療を行う医師、看護師等の確保	地域包括ケアシステム、地域完結型医療、在宅医療、多職種連携、地域共生社会、ＡＣＰ、同行研修
107	37-1	香川県	香川県	介護予防多職種連携推進事業	多職種・介護予防
108	37-2		香川県	香川県地域包括ケアシステム学会　学術集会	多職種連携
109	38-1	愛媛県	宇和島	市立宇和島病院夜間救急支援事業	医師派遣
110	38-2		松山市	松山市在宅医療支援センターの運営	地域包括ケアシステム
111	38-3		新居浜市	多職種の連携のための『情報共有冊子』作成について	多職種連携、在宅医療・介護連携、情報共有冊子
112	42-1	長崎県	長崎県	アドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）の教育・研修事業（医師・多職種向け）	アドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）
113	42-2		長崎県	地域医療構想を担う医療機関等の連携体制整備事業「長崎医療介護人材開発講座」	－
114	43-1	熊本県	熊本県	熊本県在宅医療サポートセンター事業	在宅医療、在宅医療サポートセンター、熊本県在宅医療連合会
115	44-1	大分県	玖珠郡	「もしものときカード」の制作、周知プロモーションビデオ・クリアファイル、バッジの作成、「もしもの時カード」を使ったACP人生会議の周知活動事業	ACP アドバンスケアプランニング、人生会議、在宅医療介護連携推進
116	45-1	宮崎県	宮崎県	人体シミュレータを用いた在宅医療研修会の開催	多職種を対象とした在宅医療に関する研修会の実施、体制構築
117	45-2		宮崎市郡	在宅医療推進のための連携・スキルアップ研修会の企画運営	在宅医療推進
118	45-3		宮崎市郡	在宅医療実践のための多職種研修会の企画運営	在宅医療介護連携推進
119	45-4		宮崎市郡	宮崎版看取りのためのパンフレット制作・普及	多職種教育　住民啓発
120	45-5		宮崎市郡	地域住民への在宅医療介護連携に関する普及啓発	住民啓発
121	45-6		都城市北諸県郡	①エンディングノート「想いを紡ぎ　心を繋ぐノート」／②漫画冊子「都城市・三股町　やろうよ　人生会議」／③DVD「みんなあんしん入退院の備え」	アドバンスケアプランニング（ACP）、在宅医療•介護連携
122	47-1	沖縄県	沖縄県	特別養護老人ホーム入所者の看取りに関する研修会	特別養護老人ホーム入所者の看取り