

平成 28・29 年度

－ 介 護 保 険 委 員 会 答 申 －

『認知症になっても元気で暮らせる「まちづくり」への  
医師会とかかりつけ医の役割』

平成 30 年 3 月

日本医師会介護保険委員会



平成 30 年 3 月

日本医師会長  
横倉義武 殿

日本医師会 介護保険委員会  
委員長 篠原 彰

## 答 申

本委員会は、平成 28 年 12 月 16 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『認知症になっても暮らせる「まちづくり」に果たす医師会・医療機関の役割』を、2 年間にわたり 8 回の委員会（小委員会を含む）を開催し、鋭意検討を重ねてまいりました。この度、平成 28・29 年度『認知症になっても元気で暮らせる「まちづくり」への医師会とかかりつけ医の役割』として取りまとめましたので、ここに答申いたします。



## 平成28・29年度介護保険委員会委員

委員長	篠原 彰	静岡県医師会長
副委員長	中尾 正俊	大阪府医師会副会長
委員	池端 幸彦	福井県医師会副会長
委員	馬岡 晋	三重県医師会常任理事
委員	江澤 和彦	岡山県医師会理事
委員	岡部 實裕	北海道医師会常任理事
委員	上戸 穂高	長崎県医師会常任理事
委員	桑野 恭行	福岡県医師会常任理事
委員	田村 公之	前和歌山県医師会副会長 (平成29年8月21日まで)
委員	西岡 昭規	和歌山県医師会理事 (平成29年8月22日から)
委員	原 速	福岡県粕屋医師会副会長
委員	檜谷 義美	広島県医師会副会長
委員	平川 博之	東京都医師会副会長
委員	鉾之原 大助	鹿児島県医師会常任理事
委員	村上 秀一	青森県医師会副会長
委員	吉沢 浩志	新潟県医師会副会長
オブザーバー	櫃本 真事	四国医療産業研究所所長

(順不同、敬称略)



# 目次

1.	はじめに	1
2.	認知症対策の現状と今後の展望	1
	(1) 国の取組みの現状と課題	
	(2) 介護保険制度における課題	
3.	地域の将来をイメージする ～「元気高齢者」の育成と活躍の場づくり～	3
4.	地域における連携の推進	4
	(1) 行政との連携と医師会の役割	
	(2) 地域支援事業、在宅医療・介護連携推進事業への参画	
5.	マネジメントを担う人材の育成支援 ～認知症サポート医の養成と活用～	7
6.	住民意識の改革と認知症への理解	7
	(1) 地域包括ケアシステムの一環としての認知症への取組み	
	(2) 認知症への対応・考え方のパラダイムシフト	
	(3) 住民力・地域力のエンパワメント	
	(4) 住民教育とかかりつけ医を中心としたネットワークの構築	
7.	住まいづくり・まちづくりへの積極的な関与	9
8.	日本医師会の取組み	11
	(1) 日医かかりつけ医機能研修制度	
	(2) かかりつけ医向け認知症高齢者の運転免許更新に関する 診断書作成の手引きの作成	
9.	おわりに	12





## 1. はじめに

『認知症になっても暮らせる「まちづくり」』を実現するために、医師会や医療機関がどのような役割を果たせばいいか、横倉会長からの諮問を受け当委員会で平成 28・29 年度の 2 年にわたり鋭意検討してきた結果を答申として報告する。

わが国は急速に進む超高齢社会に伴い、国は認知症対策として 2013 年度に「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」を策定し、その後 2015 年度からは「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」を新たに定め推進している。国の推計では認知症高齢者の数は、2025 年には約 700 万人、65 歳以上の高齢者の約 5 人に 1 人になると言われ、認知症は誰にでも起こりうる身近な病気であると言っても過言ではない。今回の答申では、認知症の人へのケアとともに、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる“まちづくり”の実現を目指し、そのための提言として答申を取り纏めたものである。

## 2. 認知症対策の現状と今後の展望

### (1) 国の取組みの現状と課題

高齢化に伴う認知症患者の増加は、わが国の固有なものではなく、今や世界共通な課題となっている中で、日本は世界の中で最も早く超高齢社会を迎えることになる。新オレンジプランは、厚生労働省が中心となり、関係省庁（内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省）と共同して、国家戦略として策定し推進しているが、その柱として以下の 7 つの項目を掲げている。

#### <新オレンジプランの 7 つの柱>

- I. 認知症への理解を深める為の普及・啓発の推進
- II. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- III. 認知症の人の介護者への支援
- IV. 若年性認知症施策の強化

V. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

VI. 認知症の予防、診療法、治療法、リハビリテーション、介護モデルなどの研究開発及びその成果の普及の推進

VII. 認知症の人やその家族の視点の重視

厚生労働省は、新オレンジプランの中で、人材育成や体制整備によって認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等サービスが提供できる循環型の仕組みの構築を進めているが、決して十分なものとは言えない。

その他に平成 29 年 3 月より施行された改正道路交通法において、認知症と判断された場合、運転免許の更新ができなくなり、代替の交通手段が確保できない地域では、日常生活に支障が生じかねない。地域の中で高齢者の生活を支えるための施策を講じることは喫緊の課題である。

## (2) 介護保険制度における課題

介護保険制度は、施行後 18 年が経過し、平成 30 年度は制度や報酬の改定、第 7 期事業計画がスタートする。そうした中で

- ① 在宅医療・介護連携推進事業や認知症総合支援事業などについて自治体で取組み促進
- ② 地域リハビリテーションの体制を見直し・充実強化
- ③ 自立支援・重度化予防の取組みの推進と介護保険での保険者としての機能を発揮
- ④ サービス付き高齢者向け住宅へのサービス提供の問題

などが課題としてあげられる。

さらに平成 30 年度診療・介護報酬の同時改定における課題として、看取り、訪問看護、リハビリテーション、関係者・関係機関の調整・連携、特にケアマネジャーと医療との連携について、中央社会保険医療協議会委員と社会保障審議会介護給付費分科会委員による「医療と介護の連携に関する意見交換会」の場が設けられ、その内容を踏まえ、それぞれの審議会で検討が行われた。

上記の課題に対しては、諮問のポイントである“まちづくり”を推進することもあわせて求められる。地域包括ケアシステム全体の取組みではなく、認知症対策といった縦割りの対策に留まることになれば、個別レベルや社会的弱者ケアの観点からの成果が得られたとしても、“まちづくり”への展開は期待しがたい。少子高齢化が急速に進行し、高齢者という社会的弱者が急増し、支える生産年齢人口が減少の一途をたどる中、少子高齢化は課題ではなく背景として認識し、この条件のもと地域の明るい将来をイメージすることが必要である。急激な高齢化を深刻な課題と捉え、その対策に翻弄されていることこそが問題であり、現状を受け止めながらも明るい長寿社会をイメージして、高齢者や障害者が活躍する新たな価値観の地域づくりを創造していく目的志向が何より重要である。医師会やかかりつけ医には、課題解決に翻弄されている現場に対して、目指すべき今後の地域のイメージが共有できるよう、目的志向型のリーダーシップを発揮する重要な役割がある。

### 3. 地域の将来をイメージする～「元気高齢者」の育成と活躍の場づくり～

今後の社会の担い手としても期待されている「元気高齢者」<sup>(注)</sup>を育成支援する地域づくりが、地域包括ケア時代の共通ミッション（目標）であると考えられるべきである。元気高齢者が医療や介護を受けながら自立し、自分らしく生きていながら、弱った高齢者を支え、さらに子育てなどで手一杯の若年層をも支えるといった社会貢献が、日本の将来を左右すると言っても過言ではない。そのためには、弱者ケア中心の医療・介護等からの“してあげる”サービスを改め、弱った高齢者を地域生活にできるだけ速やかに戻し、“住み慣れた地域で社会参加を可能とする”活動を支援することが何よりも大切である。

超高齢社会であっても高齢者自身が元気高齢者として、自分らしく生きて地域に貢献する住民の健康文化醸成に力を入れていくことが肝要であり、今後自分たちの地域がどうなればいいのか、いきいきとした高齢者が支える地域の具体的なイメージが共有されない限り、“まちづくり”に向けた自主的な取組みを推進することは難しい。

また医師会やかかりつけ医は、「医療を生活資源に」をキーワードに、住民を患者として疾病管理や社会的弱者ケアに留まることなく、住民が生活者として、元気高齢者として地

域で自分らしく暮らせる環境づくりを意識して、住民と日常的に関わる姿勢が重要である。さらに認知症を疾患として、早期発見・早期治療を推進するという対策だけでなく、地域包括ケアシステム構築の一環として、セルフケア意識の醸成やコミュニティーの再生など、自助・互助・共助を引き出す、まさに地域づくりとして総合的に取組んでいくことも重要である。

(注) “元気高齢者”とは「ときどき医療を受けながら、また介護をときどき受けながらも、自分らしく生き地域社会のために役立ちたいと思っている高齢者」を指す。

## 4. 地域における連携

### (1) 行政との連携と医師会の役割

本来であれば、行政がそのまちの目指すべき将来のイメージを、住民と共に共有すべきであるが、目の前の課題解決に振り回され、行政の縦割りの弊害も伴って、イメージの実現に向けた“旗振り役”を果たせていない現状がある。行政をサポートする機関は必要であり、住民の生活を身近で見ている、日常的に信頼関係を築いているからこそ担える医師会やかかりつけ医の役割は極めて大きいと考えている。

市区町村長に対して郡市区医師会が働きかけ、地域包括ケア体制づくりの話し合いを通じて、ヘルスプロモーションの推進、健康を軸足に置いた地域づくりといった観点から、行政の縦割りの是正にも関与することが期待される。郡市区医師会及びかかりつけ医は、市区町村長に対して、地域包括ケアシステムは社会的弱者ケアのための医療・介護の問題ではないこと、元気高齢者が地域を支えるという、部門を超えた地域全体が取組むべき一大プロジェクトであること、そして市区町村長自らの責任で推進することが重要であり、それが“まちづくり”の大きな力となる。

実際に行政と医師会との基盤構築に向けて連携を推進するためのポイントを以下の①～⑦に列記した。

- ① 地域ケア会議などの協議の場を通じて市区町村と郡市区医師会の関係を密にし、医療介護連携や多機関・多職種連携を推進する。住民のセルフケア意識を醸成しながら、

認知症の人や高齢者がいきいきと元気に暮らせる“まちづくり”を実現するためのパートナーとして元気高齢者を位置づけ、その育成と支援を図る。

- ② 行政と医師会の協議により、地域包括ケアシステムを牽引できる医療介護連携拠点を設置する。それを郡市区医師会が担うことが望ましいが、地域の実情に応じてかかりつけ医と連携する有床診療所や中小病院などの医療機関が担う場合もある。そこに、マネジメント能力に長けた人材（コーディネーター）を配置する（MSWもしくは介護の知識のある地域連携担当の看護師等が適切と思われる）。
- ③ 行政の担当者（保健師等）は、配置されたコーディネーターと共に、市区町村と郡市区医師会、そしてかかりつけ医との連携を図りながら、連携拠点の企画・運営に関わる。
- ④ 連携拠点業務は、個別ケースの対応に留まることなく、地域包括ケアシステムの構築と運用に向けた話し合いの場の企画と実践であり、その中で生まれた施策を含めて、地域における総合的な取組みの進行管理を行い、評価見直しを推進していくことにある。
- ⑤ この話し合いの場は、“多機関・多職種連携のプラットホーム”として位置づけ、現場で実践しているスタッフが、積極的に参加することにより、個別の対応ではなく、“まちづくり”のためにそれぞれが活動していることを再認識する必要がある。
- ⑥ 住民の意識醸成に向けて、多機関・多職種の関係者が互いに協力して、地域へのアウトリーチをかけていくことも極めて重要な役割となるが、その核となるのが郡市区医師会である。
- ⑦ 都道府県行政及び都道府県医師会は、地域の自主性を重んじながら、地域特性に応じた活動が展開できるよう、市区町村と郡市区医師会が協働して運営する連携拠点のバックアップ体制を整備する必要があり、さらに、先進事例等を広く普及させていくよう、働きかけていくことが期待される。日本医師会もその普及活動のための支援ならびに各郡市区医師会での先進的な事例などの情報収集を行い、都道府県医師会に積極的に情報発信を行うことも求められる。

## (2) 地域支援事業、在宅医療・介護連携推進事業への参画

介護保険の地域支援事業における介護予防・日常生活支援総合事業（以下 総合事業）は、平成 29 年度末（平成 30 年 3 月末）までに全市区町村で実施されることが義務付けられており、今後その動向が気になる場所である。総合事業については、サービスを利用する際、高齢者は要介護・要支援認定が必須ではないため、主治医意見書を要しなくなることで医療との関わりが希薄になることや、介護予防給付にあったサービス（訪問介護・通所介護）を単に移行するだけの事業となることなどが懸念される。

また、地域支援事業の包括的支援事業に位置付けられた在宅医療・介護連携推進事業は、地域の医療・介護の資源の把握などを含め 8 つの事業を、平成 30 年 4 月には、全市区町村がすべての事業項目について取組むこととしている。本事業については、郡市区医師会への委託が可能であることから、市区町村と郡市区医師会が連携することが円滑に進める鍵である。

こうした事業を契機に地域全体で取組むという方針を明確にして、介護予防だけでなく高齢者が地域の担い手として活躍できる地域づくりに、大きく舵を取ることが何より重要である。医師会及びかかりつけ医には、それぞれの事業に個々に関わるだけでなく、むしろ行政と連携して全体を掌握し、介護予防だけではない元気高齢者の育成支援や多職種連携の中心となって推進していく役割が期待される。

### <在宅医療・介護連携推進事業における 8 事業>

#### ● 在宅医療・介護連携 推進事業の事業項目

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
(イ) 在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応策の検討	(カ) 医療・介護関係者の研修
(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	(キ) 地域住民への普及啓発
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

## 5. マネジメントを担う人材の育成支援～認知症サポート医の養成と活用～

認知症サポート医（以下 サポート医）については、新オレンジプランの当初の数値目標を達成し、平成 29 年 7 月の数値目標改訂で、新たに目標が上方修正されたが、その活用は不十分である。「サポート医の役割が明確化されていない」、「どういう連携をすればよいのか分からない」、「サポート医は単なる認知症ケア加算を算定するために受講している方が多いのではないか」等々、課題が挙げられている。国はサポート医の役割を明確化し、サポート医が地域にアウトリーチをかけるマネジメント機能の強化や、機能を果せる環境づくり（場・機会。チームづくり。支援体制など）を、速やかに整備する必要がある。都道府県医師会が行政と連携してサポート医の活動を支援しているケースのように、全国各地で医師会によるサポート医の活用推進が図られている。医師会及びかかりつけ医には、さらにサポート医がマネジメント機能を果たせるよう、都道府県、市区町村や関係機関に働きかけ、継続したサポート体制を整備することが期待される。

## 6. 住民意識の改革と認知症への理解

医師会及びかかりつけ医は、住民に対して、自身の自助・共助の重要性を普及啓発すると共に、元気高齢者が地域を支え活躍するイメージの“まちづくり”に、住民自身が主体的に参画するよう、住民意識の改革と健康文化の醸成に積極的に関わらなければならない。この点を踏まえて、市区町村と連携のもと、多機関・多職種をマネジメントして地域にアウトリーチをかけていく必要がある。

### （1）地域包括ケアシステムの一環としての認知症への取組み

認知症対策を単独として進めるのではなく、地域包括ケアシステムの構築に向けた総合的な取組みの中で推進していかなければならない。その上で、住民の意識改革を図り、住民自らが住民力・地域力を引き出せるよう意識を醸成することが肝要である。

地域包括ケアシステムは「住民の意思と政策が融合した集大成」と位置づけた、その構築に向けたポイントについて、「地域包括ケアシステム構築十か条」を以下の通り記載した。

## <地域包括ケアシステム構築十か条>

(提供：江澤和彦氏 日本医師会介護保険委員会委員：岡山県医師会理事)

1. 本質は「地域づくり」「まちづくり」
2. 住民が主人公として取組む総力戦
3. 地域課題を踏まえた住民と共に築く「ご当地システム」
4. 「医療介護連携」から「異業種、異分野連携」へ
5. 「自助」「互助」は不可欠
6. 「全世代対応型システム」の構築
7. 若者や子供たちの「住み慣れた地域」の視点
8. 医療も介護も「生活の視点」の重視
9. 地域の一員として「地域づくり」へ参画
10. 地域力を左右する地域への「愛着」「想い」

### (2) 認知症への対応・考え方のパラダイムシフト

認知症の人を地域で支えるためには、専門家や行政の対応だけでは不十分であり、地域住民の認知症への正しい理解を醸成していかなければならない。認知症となっても元気に暮らしつづけるには、地域で活動する場が確保され、自分らしく生きる“意欲”の向上を引き出せる環境が不可欠である。認知症になる前から、あるいは認知症となっても、機能に応じたそれなりの仕事や社会的な役割が果たせる活動の場を、地域一体となって構築していくことが肝要である。そのためにも、認知症を患者として適切に対応できるスキル向上のための人材育成と併せて、認知症を生活者として地域で暮らせるマネジメントのできる人材育成が必要となる。行政と医師会が連携することによって、「認知症でも元気に地域で暮らせるまち」といったことを踏まえ推し進めることが可能となり、地域のあらゆる資源の活用が図れる基盤が整うことになる。



### (3) 住民力・地域力のエンパワメント

今後、医療・介護の関係機関や行政が地域包括ケアシステムの構築を進めるためには、医療・介護を一つの生活資源として活用するといった意識改革を図ることが不可欠である。行政や医療・介護の関係機関は、“してあげる”サービスの一方的な提供ではなく、住民自らが生き甲斐をもって、地域生活が継続できるために“求める”医療・介護を『エンパワメント（賦活化）』の視点から育てていかなければならない。

これまで社会的弱者への“してあげる”対応策に終始してきた国や行政も、社会保障費が限りなく膨らんでいる現状に直面して、これまでの方針を切り替えざるを得なくなっている。既にその推進策が診療報酬や介護報酬にも反映されてはきているが、現場が進むべき方向性を確認せず、目の前の改定に追従していくことは得策ではない。地域に目を向けて、本当に必要な医療・介護を提供できるよう、住民の意識改革を図りながら関係機関が繋がることで、地域力を引き出せる真の地域包括ケアシステムの進んだ“まちづくり”に協働することが期待される。

### (4) 住民教育とかかりつけ医を中心としたネットワークの構築

医療・介護を生活資源として活用するためにも、認知症対策だけではなく、日常の生活支援として、住民のセルフケアや健康文化の醸成に向けた教育者として、かかりつけ医の役割・活用を広く普及させる必要がある。

認知症を社会的弱者としてではなく元気高齢者として支援するには、健康づくりから関わる医療が重視されなければならない、その牽引役としてかかりつけ医と医師会は大きな役割がある。介護予防、自立支援の目的が、社会的弱者ケアの充実ではなく、元気高齢者を増やすためであるというパラダイムシフトの推進が医師会の役割とすることが重要である。

## 7. 住まいづくり・まちづくりへの積極的な関与

地域包括ケアシステムの構築を進めていくことは、“まちづくり”そのものに他ならない。高齢者が地域で暮らし続けるためには、生活の基盤として必要な「住まい」の整備や、本人の希望と経済力にかなった「住まい」を確保する必要がある、「住まいづくり」は地域包括ケアシステムを推進する上で重要な課題である。高齢者の「住まい」は、サービス付き高齢

者向け住宅（以下 サ高住）などの集合住宅や有料老人ホームなどの居住系施設といった多様な形態が存在している。

医療や介護サービスが必要な高齢者が入居するサ高住は、国土交通省・厚生労働省の所管により創設され急激に整備が進んでいる（平成 29 年 12 月現在登録数 225,374 戸）。サ高住は地域の医療・介護サービスの提供体制に大きく影響するにもかかわらず、市区町村が策定する介護保険事業計画の対象ではなく整合性が図られていない。平成 30 年度からの介護保険事業計画策定指針では、高齢者の居住安定に関する施策と連携を図ることが示されたが、今後は、行政において住宅整備部局だけでなく医療や介護部局と協働で、サ高住宅等の高齢者の「住まい」の整備計画を所管し、医療や介護サービスの整備計画と併せてコントロールする施策が求められる。さらにそれらの計画策定においては、医師会等の医療・介護関係者と協議を行う体制を構築する必要がある。

また、サ高住や集合住宅においては一人当たりの介護サービス利用が非常に多い傾向や、サ高住と併設している事業者からのサービス提供が多いといった調査結果が示されているが、一部の事業者による不適切な事例については早急な是正が求められる。こうした問題についてはケアプランにも課題があることから、地域の中で運営状況やケアプランに第三者の視点を入れることが必要である。例えば地域の多職種が参画する地域ケア会議等で、利用者にとって適切なサービス提供について検討を行うことも有用である。かかりつけ医や医師会はこうした取組みに積極的に参画することで、高齢者の「住まいづくり」に関わっていくことが求められる。

また、近年、市街地の規模をコンパクトにし、歩いてゆける範囲を生活圏と捉え、コミュニティの再生や住みやすいまちづくりを目指すコンパクトシティが注目されているが、市区町村レベルの地域包括ケア時代のまちづくりとして着目すべきものであろう。いわゆるコンパクトシティの実現には、地域特性を踏まえて進めるべきであるが、高齢者や障害者等がまちの中心部に集約するケースにおいては、医療・介護分野が参画することも重要である。一方、より生活に身近な小規模な地域において、コミュニティ再生を目的に、地域の現状を踏まえて既存資源を活用した、住まい・生活の場づくりの“核”となる拠点を構築し、そ

の企画運営に関わることも重要である。いずれにしても行政やかかりつけ医、医療・介護の関係者の目が行き届く適正な人口規模の単位でサービス提供を行うことが必要であろう。

住まいづくりや“まちづくり”に関して医師会のリーダーシップは重要であり、既に各地域で、医療や介護を生活資源とした活動が展開されているところである。行政では担えない、身近で支えている医師会だからこそできる役割があり、医師会やかかりつけ医は、住民の生活に寄り添ってきた“かかりつけネットワーク”だからこそ担えることを認識し、地域を牽引していく使命を全うしなければならない。

## 8. 日本医師会の取組み

### (1) 日医かかりつけ医機能研修制度

かかりつけ医の役割が一層重要になることから、平成 28 年度より「日医かかりつけ医機能研修制度」を開始した。この研修においては、かかりつけ医の社会的機能を充実することを念頭に、カリキュラムの中の座学による「応用研修会」では、認知症の内容を盛り込んでいる。当研修会を日本医師会ならびに都道府県医師会、郡市区医師会で随時開催し、かかりつけ医機能の充実に向けて取り組んでいるところである。

### (2) かかりつけ医向け認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引きの作成

平成 29 年 3 月より改正道路交通法が施行されたが、この背景には交通死亡事故が減少傾向にもかかわらず、75 歳以上の高齢者事故件数が横ばいであり、今後 75 歳以上の運転免許保有者数が更に増加していくことが見込まれる中、運転免許更新時に認知症の可能性があることが指摘される高齢者がこれまで以上に増えることが予想される。認知機能検査において認知症の疑いがある場合、医師の診断書の提出が求められ、到底専門医だけでは対応できず、かかりつけ医の協力も必要である。

日本医師会として、かかりつけ医が診断書を作成する場合の手引きを作成し、診断書の記載例などを示し、かかりつけ医などの医師に診断書作成の協力をお願いした。

改正道路交通法の施行に伴い、認知症と診断され運転免許が取消された場合の交通手段の確保、診断書を作成した医師からは、医師の訴訟リスクの懸念など解決しなければならない

問題も残されており、引き続き、都道府県医師会、警察庁など関係者と協議を重ねていきたい。

## 9. おわりに

『認知症になっても元気に暮らせる「まちづくり」』を実現するために、医師会や医療機関がどのような役割を果たせばいいか、当委員会で検討してきた。

認知症の発症を予防するための脳血管障害等疾病対策の重要性は言うまでもないが、認知症への取組みは、生活にも目を向けながら、その人にとっての不自由さへの理解と自立支援体制をいかに地域に根づかせていくかが問われている。認知症を社会的弱者としてケアする体制づくりに留まらず、安易に認知症の人を社会的弱者として捉えるのではなく、本人が尊厳をもち、いきいきと社会参加できるまちづくりが重要であるという認識を社会全体が共有することが大切である。“認知症になっても暮らせる”は、この観点に基づく考えであり、それは認知症の人や高齢者だけでなく、障害者、子供から大人まで全ての世代、全ての人に通じるものである。その体制を健康文化として醸成し築いていくことが“まちづくり”であろう。医師会及びかかりつけ医は、日常から地域住民の生活を把握することや、また医療や介護に関連する多職種をマネジメントする際には、地域包括ケアにおける使命・役割を十分認識して活動しなければならない。その中で日本医師会や都道府県医師会が、全国的なネットワークを活用し、多機関・多職種連携を確立するための主導的な役割を果たすことが求められており、医師会への協力・支援は極めて重要である。

## <参考資料>

地域包括ケアシステムの構築、医療介護連携、認知症への対応などにおいて行政、多職種、地域住民との連携または協働により、成功している実践例の秘訣やポイント等を掲載する

### <実践例の記載内容>

ア) 事業・活動の名称
イ) 事業主体（医師会名）
ウ) 地域・市町村名（都道府県）
エ) 開始年月
<b>具体的な内容</b>
オ) 行政（都道府県）と連携し、取組んでいる事業の内容 例) 行政（都道府県）が取組んでいる認知症などの事業に医師会がどのような形で関与または支援を行っているかなど
カ) 事業を推進するにあたっての留意点や目標・目的など
キ) 事業を取組みの中での成果または課題など 例) 行政の関係（行政との意思疎通が円滑になった、地域住民の医療・介護などの意識の変化など）
ク) その他特記事項など

ア) 事業・活動の名称	認知症を中心に据え全ての高齢者を対象とする地域連携システム 『茨木市モデル』
イ) 事業主体 (医師会名)	茨木市認知症高齢者地域支援連絡会 (三師会、市役所、介護系サービス事業者、藍野病院が参画)
ウ) 地域・市町村名 (都道府県)	大阪府 茨木市
エ) 開始年月	平成20年に茨木市医師会が「茨木市域認知症早期診断・早期治療ネットワーク事業」を創設。この事業が核となり、平成24年より、茨木市認知症高齢者地域支援連絡会を立ち上げ、「茨木市モデル」を確立していく。
事業の具体的な内容	<b>具体的な内容（地域住民の自助・共助を引き出すための事業、医療介護連携、多職種連携など）</b>
オ) 解決すべき重点課題とその対策方法	<p>■茨木市モデル</p> <p>①地域における未受診の認知症者の早期発見と医療機関への誘導</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護支援専門員が用いる「認知症疾患早期発見簡易チェックシート」の作成、認知症初期集中支援チームの介入</li> </ul> <p>②「かかりつけ医」による診断・治療の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医が認知症診療に用いる「認知症診断・治療サポートシステム(DMSS-W)」の導入</li> </ul> <p>③医療・行政・介護による患者の情報共有化による在宅での治療ケアの支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者家族、医療、行政、介護などが用いる在宅連携連絡ノート（はつらつパスポート）の作成</li> </ul>
カ) 事業の具体的な取り組み内容	<p>「茨木市モデル」の特徴 (三師会・茨木市・介護系スタッフが密に連携し、様々な連携ツールを作成し、認知症を中心に捉え全ての高齢者を対象にした地域連携システムを順次実施してきた)</p> <p><b>1. 認知症の早期診断、早期治療に重点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サポートブック（地域住民用）…認知症症状、社会資源の紹介、相談窓口、早期発見チェック項目など</li> <li>・オレンジダイヤル…認知症専用ダイヤル</li> <li>・初期集中支援チーム…平成27年10月活動開始</li> </ul> <p><b>2. かかりつけ医が地域ネットワークの中核</b></p> <p>認知症診断・治療支援ソフト「DMSS-W」の運用。「DMSS-W」とは、スウェーデンのウメオ大学が開発した認知症診断、治療、介護支援システム(アプリケーション)。茨木市医師会と日本語版を共同研究し開発。認知症の専門医ではない医師でも認知症の診断ができ、協力診療所にタブレットを無償貸与し、使用を勧めている。このアプリにより、認知症を専門としない内科や整形外科など、かかりつけの医師でも、認知症の診断が可能となった。現在、市内28か所の診療所で「DMSS-W」を使って診断・治療を行っている（認知症診断医の一覧は、市医師会ホームページを参照）。今後も「DMSS-W」での診断が</p>

	<p>できる診療所が市内で増えていけば、認知症の早期発見・早期対応につながる(平成27年9月より実用化)。</p> <p><b>3. 全ての高齢者を対象にした地域連携手帳</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「はつらつパスポート」・・・65歳以上の方を対象に作成。介護予防を目的とした健康手帳「みんなで元気編」(予防編)と医療、介護などの関係機関と要介護者その家族との連携をスムーズにするため情報共有手帳「みんなで連携編」がある。情報を共有化し、多職種連携を可能にする連絡パス。</li> </ul> <p><b>4. 高齢者総合的機能評価(CGA)の視点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・疾患の評価のみならず、認知機能、意欲、ADLや生活環境などを総合的に評価し、個人の生活スタイルを重視した医療・ケアを選択するアプローチ法</li> </ul> <p><b>5. 認知症地域包括ケアにICTを導入</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症診療に協力する診療所には「DMSS-W」を搭載したiPadの貸与を実施</li> <li>・迅速な対応が必要となる事例に対しては、スマホやPCを用いた『はつらつパスポート：ICT編』の試験的活用を開始。</li> </ul>
キ) 成果または課題	<p>全高齢者を対象とし、利用者の状況に応じた『多階層的連携アプローチ』を構築した。健常高齢者には、『はつらつパスポート：予防編』の配付により、介護予防や認知症への気づきを啓発、MCIや初期認知症の方には、相談窓口である『認知症地域支援推進員』、医療機関に繋ぐ『初期集中支援チーム』、住民向け『認知症サポートブック』などで対応。また、多職種のケアが必要な要介護高齢者に対しては『はつらつパスポート：地域連携編』を活用して、医療と介護の連携や情報共有を図り、暮らしを支援している。さらに、退院支援会議や地域ケア会議における『見える事例検討会<sup>®</sup>』の導入による『見え検マップ』を用いた情報の共有化を図っている。</p> <p>これからの在宅療養高齢者の状況は一律ではない。都市型の地域連携システムにおいては、利用者及び介護家族の状態に応じてシームレスに対応できる複数の方略や情報共有化が重要と考える。</p>

ア) 事業・活動の名称	地域包括ケアシステムの深化・推進へ向けて —岡山県医師会の実践—
イ) 事業主体 (医師会名)	岡山県医師会
ウ) 地域・市町村名 (都道府県)	岡山県
エ) 開始年月	2014年9月
事業の具体的内容	<b>具体的な内容（地域住民の自助・共助を引き出すための事業、医療介護連携、多職種連携など）</b>
オ) 行政（都道府県）と連携し、取り組んでいる事業の内容	<p><b>〈地域の総力戦で取組む地域包括ケアシステム〉</b>  地域包括ケアシステムの本質は、住民が主体となる地域づくり・まちづくりである。医療保険や介護保険の「共助」、行政の福祉施策の「公助」で支えるには限界があり、自ら病気にならないために健康づくりに取組む「自助」、高齢者の社会参加や地域住民のボランティア活動の「互助」が欠かせない。見守り、安否確認、外出、買い物、調理・清掃の家事、配食といった生活支援を住民が自らのこととして自助、互助で支え合うことが重要であり、医師会や「かかりつけ医」の地域づくりへの参画が行政及び地域住民からも大いに期待されている。</p>
カ) 事業を推進するにあたっての留意点や目標・目的など	<p><b>〈岡山県医師会に地域包括ケア部会誕生！〉</b>  2014年9月岡山県医師会において、介護保険部会を発展的に改組し、「地域包括ケア部会」を常設部会として設置した。当部会は、県医師会会長及び担当役員、郡市等医師会担当理事で構成され、県保健福祉部の医療推進課長・長寿社会課長に参加して頂き、情報提供や議論を行った。昨年からは、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院協会、老人保健施設協会、訪問看護ステーション連絡協議会、内科医会、介護支援専門員協会の県団体からも役員に構成メンバーとして参画頂いている。</p> <p><b>〈不可欠となった地区医師会と市町村の良好な関係性〉</b>  地域支援事業において在宅医療・介護連携推進事業が全国の市町村で2018年度末までに実施されることになり、市町村が医療行政に着手する初めての機会となる。この事業が着実かつ円滑に推進されるためには郡市区医師会との良好な連携が不可欠であり、県郡市区地域包括ケア推進協議会では、岡山県内各地域の行政の地域包括ケア担当者等と郡市等医師会の会長、地域包括ケア担当理事が一堂に会し、講演拝聴後、各地域の参加者がグループワークで顔の見える関係を構築するため意見交換を行う会を開催した。</p> <p><b>〈期待される認知症サポート医の役割〉</b>  岡山県では、サポート医としての活動を支援するため、2017年2月に「認知症サポート医の集い」を新規に立ち上げた。国立長寿医療研究センターの鷲見幸彦副院長の講演、県の担当課長、県医師会からの情報提供に続いて、グループワークを開催した。認知症初期集中支援チームへの参加等、認知症サポート医への期待、改正道路交通法への対応について、熱心な議論がなされた。好事例の取組みであるため、県からの委託</p>



<p>キ) 事業を取組みの中での成果または課題など</p>	<p>事業として継続開催することとなった。</p> <p><b>〈地域づくりの要となる地域ケア会議〉</b>  倉敷市水島地区では、認知症になっても住み続けることのできる地域づくりを目指し、「ボケてもわがまち」のキャッチフレーズのもと活動を行ってきた。2014年1月には、地域ケア会議の発信で地域包括支援センターを中心に市内初の認知症カフェをオープンし、それぞれの地域の特色を活かして運営している。さらに、2015年11月から認知症の座学受講と実際にグループホーム等で認知症の方とコミュニケーションをとって頂く見学実習を受講した地域のボランティアや社会参加に意欲の高い高齢者を「認知症マイスター」に認定し、地域リーダーの育成に取り組んでいる。認知症カフェは2016年度から、認知症マイスターは2017年度から、倉敷市の公式事業として全域で取り組むこととなった。今後、「認知症マイスター」の方々に医療や介護の簡単な知識を習得して頂く「地域マネージャー」の養成も検討している。長年に渡り脈々と受け継がれるボランティア精神こそが地域包括ケアを大きく進める源であり、民生委員、愛育委員、老人クラブ、町内会等のボランティアの方々への敬意と感謝の気持ちを大切にすることから地域づくりは始まる。</p> <p><b>〈地域包括ケアシステムは住民の意思と政策が融合した集大成!!〉</b>  地域包括ケアシステムは、地域づくりの主体である地域住民を中心に行政、関係団体、あらゆる社会資源を用いて構築する総力戦であり、多職種連携では、異業種・異分野との連携が中心となる。医師会やかかりつけ医が町内会、老人クラブ、民生委員、愛育委員等と交流し連携を図り、地域の医療介護の課題、高齢者や認知症の方の生活支援等を地域づくりの視点で共に考え合うことが極めて重要である。医療介護業界においては、地域包括ケアの論点が医療と介護の連携・統合に終始しがちであるが、医療も介護も生活の一部であることを念頭に置き、住民と共にご当地ならではの地域づくりに奉仕の気持ちで参加することで地域包括ケアは推進される。</p> <p>地域包括ケアシステムは、決して高齢者や認知症の方だけのために考えられているのではなく、若者や子供たちを含めた全世代のために構築されるものであり、ご当地に応じた地域力が問われ、医療介護業界にも地域力を高める活動が期待されている。医療も介護も生活を支えるために存在しており、地域づくりへ参画することは地域社会から大いに歓迎される。地域包括ケア推進の最大の原動力は、住民の地域への愛着、想いであり、一人ひとりの愛着、想いが地域力を高めていく。自己の選択による住み慣れた地域、仕事をさせて頂いている地域への馳せる想いと住民一人ひとりの意思の尊重により地域包括ケアは深化・推進されなければならない。</p>
-------------------------------	--

ア) 事業・活動の名称	島原市高齢者等見守りネットワーク協議会
イ) 事業主体 (医師会名)	島原市医師会 島原市地域包括支援センター
ウ) 地域・市町村名 (都道府県)	長崎県島原市
エ) 開始年月	平成23年11月
事業の具体的内容	<u>具体的な内容（地域住民の自助・共助を引き出すための事業、医療介護連携、多職種連携など）</u>
オ) 行政（都道府県）と連携し、取り組んでいる事業の内容	<p><b>①協定事業所の拡大</b>  平常の業務中に高齢者等の事故又は異常を発見した際、島原市や島原市地域包括支援センターへ通報することによって、早期発見及び早期対応に向けた連携体制を構築するために、島原市と島原市医師会、民間事業者の3者間で協定を締結している。平成30年1月22日現在、連携協力・協定事業所の締結をしている事業者は57ヶ所になった。</p> <p><b>②専門部会・全体会議及び連携協力・協定事業所連絡会の開催</b>  島原市の見守りの在り方について情報交換や意見交換を行う。全体会議及び連携協力・協定事業所連絡会へはネットワーク委員として島原市医師会の担当理事も出席している。</p> <p><b>③ネットワーク講座の開催</b>  認知症について地域の方の理解を深めるため高齢者等見守りネットワーク講座を開催し、認知症サポーター養成講座を行って認知症について学び、気になる高齢者への声掛け模擬訓練を行っている。</p> <p><b>④SOS おかえりネットワークの運営</b>  住み慣れた地域で安心した生活を確保できることを目的とし、認知症高齢者とその家族への支援及び行方不明高齢者の早期発見・保護に役立つしくみづくりを行う。</p>
カ) 事業を推進するにあたっての留意点や目標・目的など	<p>連携協力・協定事業者、ネットワーク委員が一堂に会する「全体会議及び連携協力・協定事業所連絡会」を年2回開催し、他機関との連携構築、実施上の諸問題についての協議など、高齢者の方が住み慣れた地域で安心安全な暮らしを確保することができるよう、行政と地域、民間事業者相互の円滑なコミュニケーションを図っている。</p>

<p>キ) 事業の取組みの中での成果または課題など</p>	<p>(成果)</p> <p>高齢者等見守りネットワーク協議会の趣旨・活動に賛同していただいた民間事業者と順次協定を締結しており、現在の協定締結事業者は民間55事業者と行政機関2団体（島原市水道課、島原市環境課）と連携協力を行っており、事業者も拡大傾向にある。さまざまな業種の事業者との協定締結により、見守り体制の強化・充実が図られつつあり、今後もさらに組織の拡大・強化に努めていく。</p> <p>また、「SOS おかえりネットワーク」では島原警察署の協力もあり、登録者の情報の共有を図っている。「SOS おかえりネットワーク」に登録している方へ1人1人に割り当てられている番号が記載されているQRコードを配布しているが、地域で気になる高齢者を保護しているという通報を受けた島原警察署が駆け付けた際、本人が貼付していたQRコードの番号から、早期に氏名や住所が判明した事例もあった。</p> <p>(課題)</p> <p>見守りに対する地域の理解者と協力者を増やすため、地域で見守りネットワーク講座の開催を今後も継続して行っていく。</p> <p>「SOS おかえりネットワーク」の活用と周知、また、組織の拡大に向けて、高齢者等見守りネットワーク協議会の取組み自体の周知を図ることや、本協議会への参加について積極的に呼びかけなどを行い、協定事業所の拡大を図る。</p> <p>以上のとおり、地域全体で見守りを行う体制づくりは、高齢化率33%を超える島原市では急務であり、喫緊の課題と考える。</p>
-------------------------------	---

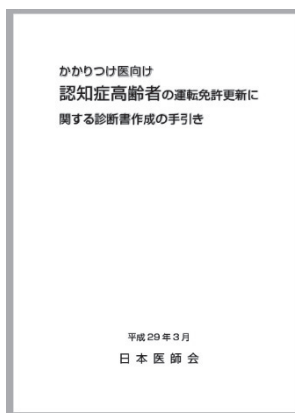
ア) 事業・活動の名称	介護サービス提供体制の環境整備
イ) 主体（医師会名）	肝属郡医師会（医師会が関与した取組みであり、主体は地域全体）
ウ) 地域・市町村名 （都道府県）	鹿児島県錦江町・南大隅町
エ) 開始年月	平成 27 年 1 月
事業の具体的内容	<u>具体的な内容（地域住民の自助・共助を引き出すための事業、医療介護連携、多職種連携など）</u>
オ) 行政（都道府県）と連携し、取組んでいる事業の内容	<p>肝属郡医師会管内（県内最南端に位置し、高齢化率が 44.2%、県内で最も高齢化が進んでいる地域。唯一の病院である医師会立病院が、在宅医療連携拠点として地域の中心的な役割を担っている。）の介護サービスの利用状況を調べたところ、訪問看護は増加する一方で、訪問介護が減少していた。</p> <p>自治体を交え、訪問介護事業所へのヒアリングをしたところ、訪問した際に、職員が日常の家事などの様々な雑用に追われ、本来の訪問介護サービスの提供が困難といった実態があった。</p> <p>医師会、自治体関係者で対応を協議したところ、シルバー人材派遣センターに相談し、女性会員の協力が得ることができ、家事支援などはそちらで対応することとなった。</p> <p>この取組みがきっかけとなり、南大隅町では、平成 27 年 4 月に訪問介護や障害者福祉サービスを行う NPO 法人も設立された。</p> <p>これらの取組みの結果、訪問介護は本来の業務に専念できるようになり、訪問介護サービスの増加にもつながり、在宅療養を行う住民の療養環境の向上を図ることができた。</p>
カ) 事業を推進するにあたっての留意点や目標・目的など	<p>高齢化率が県内一進んでおり、医療・介護資源も乏しい中で、シルバー人材派遣センターなど地域の高齢者を活用した取組みにより、地域全体で高齢者、障害者などの弱者を支援する環境の向上を図っている。</p>
キ) 事業を取組みの中での成果または課題など	<p>地域の課題に対し、住民を交え、共通理解を図ることで、地域住民の自助・共助を引き出すことにつながった。</p>

## 答申参考資料ホームページ

- ・厚生労働省 HP 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）に関する情報  
＜リンク先＞

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html>

- ・日本医師会 HP・医師のみなさまへ 平成 29 年 3 月施行 改正道路交通法に関する情報



＜リンク先＞

<http://www.med.or.jp/doctor/report/004984.html>

- ・茨木市モデルと認知症初期集中支援チーム～医師会と茨木市の取り組み～  
＜リンク先＞

<http://www.ibaraki.osaka.med.or.jp/download2/index.html>