

令和 6・7 年度

－ 地域包括ケア推進委員会 答申 －

「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割」

令和 8 年 6 月

日本医師会 地域包括ケア推進委員会

令和 8 年 6 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 馬岡 晋

答 申

本委員会は、令和 6 年 12 月 18 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「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割」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。

この度、令和 6・7 年度「地域包括ケアシステムにおける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。

令和 6 ・ 7 年度 地域包括ケア推進委員会委員

委員長	馬岡 晋	三重県医師会 会長
副委員長	池端 幸彦	福井県医師会 会長
委員	岡田 潔	新潟市医師会 会長
委員	岡林 孝直	兵庫県医師会 副会長
委員	上戸 穂高	長崎県医師会 常任理事
委員	川越 正平	千葉県医師会 理事
委員	後藤 浩之	大阪府医師会 理事 (R7.9.16 より)
委員	小松幹一郎	神奈川県医師会 理事
委員	齊藤 正身	川越市医師会 会長
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 哲也	徳島県医師会 常任理事
委員	中谷 剛	前和歌山県医師会 理事 (R7.9.15 まで)
委員	平川 博之	東京都医師会 副会長
委員	福井 謙	福島県医師会 常任理事
委員	藤田 正明	愛媛県医師会 理事

(順不同 敬称略)

答申 目次

はじめに～委員会答申取りまとめにあたり～	・・・1
1．地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割	・・・2
2．主治医意見書からみたかかりつけ医の役割 ～健康寿命の延伸や介護予防を意識した診療のすすめ～	・・・4
3．地域における課題と取組	
（1）課題	・・・36
（2）取組	・・・37
おわりに	・・・47

はじめに～委員会答申取りまとめにあたり～

我が国は急速な少子高齢化の進展の中で、医療・介護ニーズの質的・量的変化に直面している。とりわけ 85 歳以上人口の増加に伴い、複数の慢性疾患や認知症を有し、医療と介護の複合的支援を必要とする高齢者が増加している。こうした状況の中で、「治す医療」から「治し支える医療」への転換は一層進み、住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らすことを支える地域包括ケアシステムの重要性はますます高まっている。

地域包括ケアシステムは、単なる医療・介護の提供体制ではなく地域づくり・まちづくりそのものであり、多職種・多機関の連携のもとで支えられる。そしてその中核を担うのがまさに「かかりつけ医」であり、日常診療にとどまらず、在宅医療、介護連携、生活支援、さらには地域活動への参画など、多面的な役割が求められている。

一方で、医療資源や人材の地域偏在、人口減少や過疎化の進行、大都市における独居高齢者の増加など、地域ごとの課題は大きく異なっている。こうした多様な地域特性を踏まえ、全国一律の対応ではなく、各地域の実情に応じた柔軟な取組が不可欠である。また、ICT の活用や多職種連携の深化、行政との協働など、従来の枠組みを超えた新たな対応も求められている。

本委員会では、これまでの答申において、地域包括ケアシステムの本質的理解や好事例の共有を通じ、その推進に寄与してきた。また前期答申では、地域共生社会の実現に向けて、都道府県医師会・郡市区等医師会の支援の重要性が示され、地域に根差した医師の活動が大きな原動力となっている実態が明らかとなった。

それを受けて、今期はまず、かかりつけ医個人の視点から、「主治医意見書からみたかかりつけ医の役割」と題し、川越正平委員（千葉県医師会理事・松戸市医師会長）にご執筆いただき、かかりつけ医の役割を改めて整理した。さらに、医療機関や医師会等の単位での取組を中心に、大都市型、地方都市型、中山間・人口減少地域といった地域類型ごとの課題とその取組に焦点を当てた。具体的には、各委員から報告された「地域に根差した医師の活動」に着目し、その多様な実践を共有することにより、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進に資することを目的として本答申を取りまとめた。

本答申が地域の実情に応じた医療・介護・福祉の連携強化に向けた議論を促し、全国各地における地域包括ケアの取組の一助となることを期待するものである。

日本医師会地域包括ケア推進委員会

副委員長 池端 幸彦

1. 地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割

地域包括ケアシステムの構築において、かかりつけ医（かかりつけ医機能を持つ医師）は医療・介護・福祉の連携を担う中核的存在であり、地域住民の健康と生活を支える重要な役割を果たしている。わが国ではフリーアクセスを基本としつつ、患者自らが「かかりつけ医」を選択する形が根付いており、かかりつけ医機能の発揮が改めて注目されている。

かかりつけ医の機能には、医療的機能と社会的機能がある。医療的機能では、日常行う診療において、患者の生活背景を把握し、自己の専門性に基づき、医療の継続性を重視した適切な診療を行い、自己の範疇を超える様々な診療科にわたる広い分野において、地域における連携を駆使して、的確な医療機関への紹介が行われ、患者にとって最良の解決策が提供される。社会的機能では、学校医、産業医、地域ケア会議への参加、他職種への教育的支援など、地域に根差した活動を通じて地域づくりに貢献する。

これらの機能は、医師個人の専門性や得意分野、所属する医師会の活動方針に応じて発揮されており、すべてのかかりつけ医が同一の活動を担うわけではない。

地域に根差した医師の活動

地域に根差して診療している医師は、自院での診療以外に、以下のような活動を連携して行い、地域住民の健康を守るため、それぞれの地域を面として支えています。

そうした活動はかかりつけ医が中心となって担っており、地域医師会はそれに深く関与して運営しています。

日本医師会は、「地域にどっぷりつかり」、日々地域医療を支えている医師に深く感謝するとともに、こうした活動を国民の皆さんに広く知っていただきたいと思っています。

1. 地域の時間外・救急対応	平日夜間・休日輪番業務、地域行事の救護班、在宅当番医、休日夜間急患センター、電話相談業務など（災害時には救護所・避難所への巡回診療、感染症拡大時には検査センターへの出務など自らの地域を守る活動）
2. 行政・医師会等の公益活動	行政等（国・都道府県・保健所・市区町村・自治会等）の委員、医師会・専門医会の委員、警察業務への協力、防災会議、地域医療に関する会議、レセプトの審査委員会、地域ケア会議の出席、障害者認定審査会、介護保険認定審査会など
3. 地域保健・公衆衛生活動	母子保健、乳幼児保健（1歳6か月児健診・3歳児健診）、学校保健（学校健診、学校医活動）、学校健康教育（性教育、がん教育、禁煙・薬物教育等）、産業保健（地域産業保健センター活動、職場の健康相談、産業医活動）、健診（特定健診・特定保健指導・VDI健診等）、高齢者保健（高齢者健診・認知症健診）、予防接種（定期・その他）、がん・成人病検診、市民公開講座（健康講座・介護教室）、精神保健、健康スポーツ医活動など
4. 多職種連携	訪問診療等の在宅医療ネットワークへの参画、介護保険関連文書の作成（主治医意見書等）、多職種との会合（ケアカンファレンス等）、ACPなど
5. その他	看護師・准看護師養成所、医学部等における地域医療等についての講義・講演、医師会共同利用施設への参画、高齢者の運転免許に関する診断書の作成、成年後見人制度における診断書の作成、死体検案、医療DX（地域医療情報連携ネットワーク等への参画等）、医療GX（医療機関等における温室効果ガス削減等の取組等）、論文執筆等の学術活動、高齢者・障害者施設への対応、地域における症例研究（J-DOME等）など

日本医師会では、地域住民の健康を守る医師の活動を「地域に根差した医師の活動」として整理している。これらは、地域包括ケアの推進に不可欠な取り組みである。「地域に根差した医師の活動」はすべて地域づくりに資するものと言える。こうした医師の取組を国民に広く知ってもらうことで地域包括ケアの深化・推進につながると考えられる。

地域包括ケアシステムの推進にあたり、かかりつけ医が果たす役割は、日常の診療にとどまらず、生活支援や介護との連携、在宅医療の提供など、多岐にわたる。

特に近年では、令和6年度の診療報酬・介護報酬の同時改定においてもリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組が推進されているように、リハビリテーション専門職を含む多職種との連携が求められており、生活支援を含む「治し支える」役割が重要となっている。

医師会は重要な支援主体として機能しており、研修会などを通じて、かかりつけ医が地域包括ケアに必要な知識・技能を習得・向上できるよう、継続的なバックアップを行っている。

日本医師会としては、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のさらなる充実・向上を目指して、日医かかりつけ医機能研修制度を全国の都道府県医師会・郡市区医師会とともに、平成28年度から実施している。

また、地域医師会の活動は、個々の医師への支援にとどまらず、地域全体の医療・介護・福祉提供体制の質の向上にも寄与しており、今後もその役割は一層重要となることが期待される。

一方で、医師偏在や過疎地域の拡大に伴い、単独のかかりつけ医による対応には限界があることや、地域によって医療資源や医師会の体制に大きな差があることは明らかである。たとえば、政令指定都市と中山間地域では、医師会員数や事務局体制、自治体職員数に大きな違いがあり、都市部と同様の取り組みを求めることは現実的ではない。地域の実情に応じた支援策の検討が求められる。

さらに、かかりつけ医の役割については、医師自身が診療科の枠を超えて一定の理解を持っているものの、地域性によって「やりたくてもやれない」状況が生じている。特に中山間地域や人口減少地域では、医師の確保や連携体制の構築が都市部とは異なる課題を抱えており、地域ごとの戦略が必要である。

このような状況を踏まえ、かかりつけ医の役割を地域包括ケアシステムの中で十分に発揮できるようにするためには、地域差を考慮した柔軟な支援体制の構築が不可欠であり、地域包括ケアシステムの持続可能性を確保するためには、行政の支援や医療機関をはじめとする他職種、他機関との連携が不可欠である。

2. 主治医意見書からみたかかりつけ医の役割

～健康寿命の延伸や介護予防を意識した診療のすすめ～

千葉県医師会 理事・松戸市医師会 会長 川越 正平

サマリー

1. かかりつけ医の機能強化としての「運動」に関する指導

かかりつけ医には、患者に対して身体活動や運動の重要性について、説得力を持って説明する役割が期待される。実施にあたっては、適切な運動強度、頻度や時間など運動の量、エクササイズの内容等について、患者の個性を踏まえ、適切な指導を行うことが望ましい。なお、セルフチェックの方法や安全面についても留意しつつ、助言する必要がある。

2. かかりつけ医の機能強化としての「栄養」に関する指導

かかりつけ医は、高齢者の個性や全体像について、その経年変化に注目する必要がある。栄養状態やフレイルの進行状況を継続的に評価し、時機を逃さず、メタボ予防からフレイル予防の指導に切り替える。総じて、たんぱく質の摂取やバランスのとれた食事摂取を推奨する。たんぱく質を一日 10g 多く摂取する方法や 10 食品群、食事バランスガイド等のツールを用いた具体的な指導も有効である。

3. かかりつけ医の機能強化としての「口腔」に関する指導

オーラルフレイルの概念を理解しておくことは重要である。かかりつけ医は、患者の口腔機能の低下に気づきうる立場であることを踏まえ、把握した場合には、患者に歯科受診を促す役割を意識したい。中でも、歯周病は全身疾患に弊害を引き起こしうることから、医科が担当する疾患の管理という点においても、定期的な歯科受診を促すことが有効である。そのような医科歯科連携の重要性を認識する。

4. かかりつけ医の機能強化としての「外出・交流・参加」に関する助言

かかりつけ医は、孤独・孤立がフレイル進行に先行する誘因であることを踏まえ、高齢者に対し、外出・交流・社会参加を促す助言を行うことが重要である。たとえば、「週 1 回以上友人と交流する」など、取り組みやすい助言を行うことが効果的である。また、かかりつけ患者にとって、社会的処方を実践する必要性が今後増していくだろう社会背景や地域の実情等を鑑みて、地域包括支援センター等の地域資源との連携経験を、かかりつけ医の素養として積み重ねていく必要がある。

5. かかりつけ医の機能強化としての複数診療科での協同診療

かかりつけ医は、聴力低下・視力障害・うつ・慢性痛等が、フレイルや認知症に悪影響を及ぼす恐れがあることを踏まえて、内科・耳鼻科・眼科・精神科・整形外科等の専門診療科の医師間で協同診療に取り組む必要がある。オンライン資格確認等システムを活用することにより、患者について他医療機関の受診状況を把握することができることを踏まえ、必要に応じて適切な連携を意識するべきである。

6. かかりつけ医の機能強化としての「軌道」と多職種協働

かかりつけ医は、疾病の「軌道」という概念を踏まえ、高齢患者に今後生じ得る急性期および慢性期病態、事故等を予測し、その予防を見据えた助言・指導を行うことが望ましい。高齢社会の到来と介護予防の重要性を鑑みて、在宅患者はもちろんのこと、外来に通院中の患者に対しても、必要に応じて、リハビリテーションや栄養指導、歯科診療・歯科衛生指導等の活用を適切に促したい。そのために、他機関の多職種と協働する経験を積み重ねることが、かかりつけ医の研鑽として重要である。

はじめに

本稿では、主治医意見書からみたかかりつけ医の役割について、改めて振り返る機会となることを目指す。主治医意見書の記載を求められた場合、ややもすると、該当すると考えられるチェック欄にチェックを入れ、「傷病等の経過欄」や「特記すべき事項」の欄に簡潔に自由記載して提出している場合が多いかもしれない。しかし、主治医意見書の記載を求められるということは、当然のことながら、患者が要介護認定の申請を行ったということ、つまり、患者は何らかの介護がすでに必要になっているということを示す。

そこで、かかりつけ医として、すでに医師として診断し、治療を担当している病態に限定することなく、かかりつけ患者の健康寿命の延伸や介護予防までを射程に入れて、可能な範囲で指導に取り組むことを推奨したい。本稿では、そのために役立つ知見を整理するとともに、時間が限られる外来診療においても実施可能な指導のあり方について、主治医意見書の「生活機能とサービスに関する意見」欄等を活用しつつ、運動、栄養、口腔、外出・交流・参加、複数診療科での協同診療、「軌道」と多職種協働という6つの論点を取り上げて、考察を試みる。

1. かかりつけ医の機能強化としての「運動」に関する指導

まず、主治医意見書の「生活機能とサービスに関する意見」欄のうち、「運動」に関する部分をハイライトにして示す（図1）。

図1 かかりつけ医の機能強化：運動

かかりつけ医の機能強化：運動			
4. 生活機能とサービスに関する意見			
(1) 移動			
屋外歩行	☐ 自立	☐ 介助があればしている	☐ していない
車いすの使用	☐ 用いていない	☐ 主に自分で操作している	☐ 主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)	☐ 用いていない	☐ 屋外で使用	☐ 屋内で使用
(2) 栄養・食生活			
食事行為	☐ 自立ないし何とか自分で食べられる	☐ 全面介助	
現在の栄養状態	☐ 良好	☐ 不良	
→ 栄養・食生活上の留意点 ()			
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針			
☐ 尿失禁	☐ 転倒・骨折	☐ 移動能力の低下	☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊
☐ 低栄養	☐ 摂食・嚥下機能低下	☐ 脱水 ☐ 易感染性	☐ がん等による疼痛 ☐ その他 ()
→ 対処方針 ()			
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し			
☐ 期待できる		☐ 期待できない	☐ 不明
(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)			
☐ 訪問診療	☐ 訪問看護	☐ 訪問歯科診療	☐ 訪問薬剤管理指導
☐ 訪問リハビリテーション	☐ 短期入所療養介護	☐ 訪問歯科衛生指導	☐ 訪問栄養食事指導
☐ 通所リハビリテーション	☐ 老人保健施設	☐ 介護医療院	☐ その他の医療系サービス ()
☐ 特記すべき項目なし			
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)			
☐ 血圧 ()	☐ 摂食 ()	☐ 嚥下 ()	
☐ 移動 ()	☐ 運動 ()	☐ その他 ()	
☐ 特記すべき項目なし			
(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)			
☐ 無 ☐ 有 ()		☐ 不明	

1) 身体活動や運動を推奨する根拠

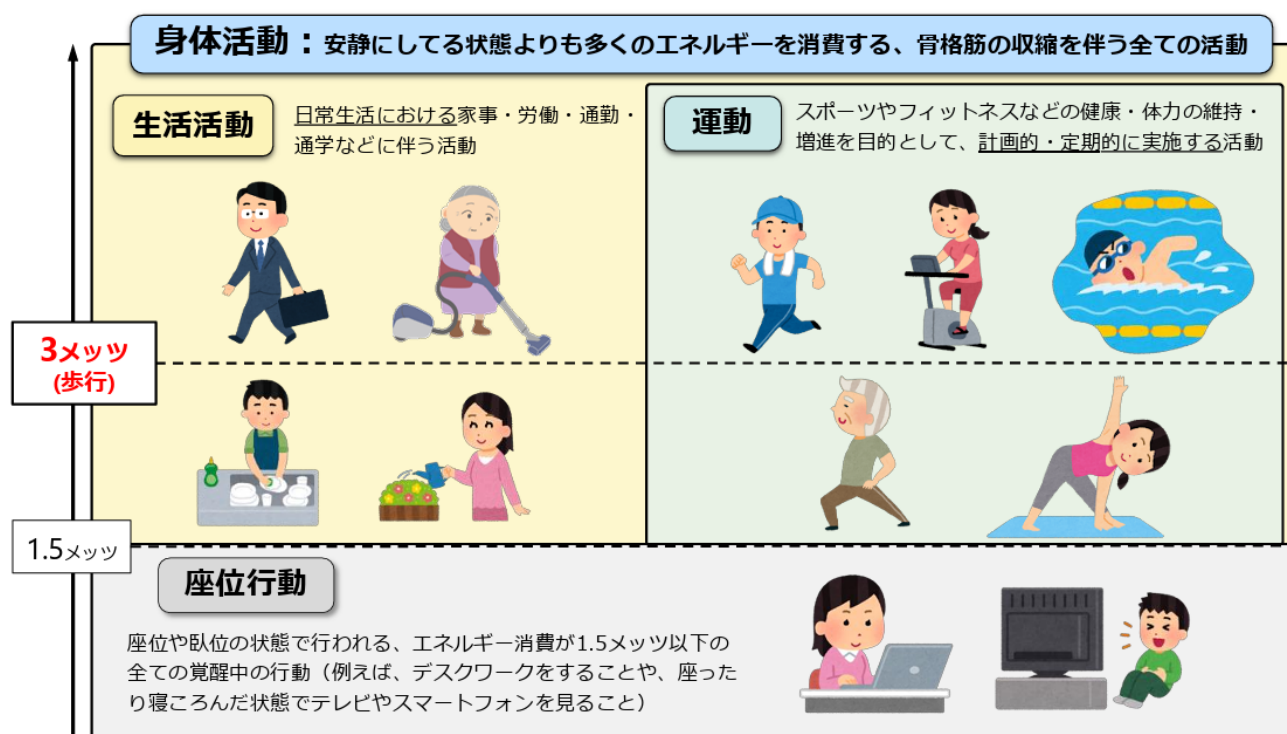
2024年1月に、「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」（右欄のQRコードより参照可能）が10年ぶりに改訂された。「はじめに」に記述されている健康づくりにおける身体活動・運動の意義について、本文の一部を引用する形で紹介する。



2022年に世界保健機関（WHO）が公表した「身体活動・座位行動のガイドライン」では、身体活動を実施することによって、循環器病、2型糖尿病、がんが予防され、うつや不安の症状が軽減するとともに、思考力、学習力、総合的な幸福感を高めるとされている。また、身体活動により、妊婦及び産後の女性、慢性疾患や障害のある人を含む全ての人が健康増進効果を得られるとされており、身体活動・運動は全ての国民が取り組むべき重要課題であるとされている。WHOは全世界における死亡に対する危険因子として、高血圧、喫煙、高血糖に次いで、身体活動・運動の不足を第4位に位置付けている。我が国では、身体活動・運動の不足は、喫煙、高血圧に次いで、非感染性疾患による死亡に対する3番目の危険因子であることが示唆されている。こうしたことから、身体活動・運動の意義と重要性が広く国民に認知・実践されることは、超高齢社会を迎える我が国の健康寿命の延伸に有意義であると考えられる。

ここで言う「身体活動」とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する、骨格筋の収縮を伴う全ての活動を指し、「運動」とは、身体活動のうち、スポーツやフィットネスなどの健康・体力の維持・増進を目的として、計画的・定期的に実施する活動を指す（図2）。

図2 身体活動（生活活動・運動・座位行動）の概念図



このガイドでは、ライフステージごと（高齢者、成人、こども）に身体活動・運動に関する推奨事項をまとめるとともに、身体活動・運動に取り組むに当たっての参考情報をテーマごとにまとめている。身体活動・運動に関する取組を進める上では、**座りすぎを避け、今よりも少しでも多く身体を動かすことが基本である**。新たに「座位行動」という概念が取り入れられ、**立位が困難な者においても、じっとしている時間が長くなりすぎないように少しでも身体を動かすことを推奨する**。実際に取り組むに当たっては、**個人差（健康状態、体力レベルや身体機能等）を踏まえ、強度や量を調整し、可能なものから取り組むことが必要である（図3）**。

図3 身体活動・運動の推奨事項一覧

全体の方向性 個人差を踏まえ、強度や量を調整し、可能なものから取り組む 今よりも少しでも多く身体を動かす		
対象者※1	身体活動	座位行動
高齢者	歩行又はそれと同等以上の (3メッツ以上の強度の) 身体活動を 1日40分以上 (1日約6,000歩以上) (=週15メッツ・時以上) 運動 有酸素運動・筋力トレーニング・バランス運動・柔軟運動など多要素な運動を週3日以上 【筋力トレーニング※2を週2～3日】	座りっぱなしの時間が長くなりすぎないように注意する (立位困難な人も、じっとしている時間が長くなりすぎないように、少しでも身体を動かす)
成人	歩行又はそれと同等以上の (3メッツ以上の強度の) 身体活動を 1日60分以上 (1日約8,000歩以上) (=週23メッツ・時以上) 運動 息が弾み汗をかく程度以上の (3メッツ以上の強度の) 運動を週60分以上 (=週4メッツ・時以上) 【筋力トレーニングを週2～3日】	
こども (※身体を動かす時間が少ないこどもが対象)	(参考) ・中強度以上（3メッツ以上）の身体活動（主に有酸素性身体活動）を1日60分以上行う ・高強度の有酸素性身体活動や筋肉・骨を強化する身体活動を週3日以上行う ・身体を動かす時間の長短にかかわらず、座りっぱなしの時間を減らす。特に余暇のスクリーンタイム※3を減らす。	

※1 生活習慣、生活様式、環境要因等の影響により、身体の状態等の個人差が大きいことから、「高齢者」「成人」「こども」について特定の年齢で区切ることは適当でなく、個人の状況に応じて取組を行うことが重要であると考えられる。

※2 負荷をかけて筋力を向上させるための運動。筋力トレーニングマシンやダンベルなどを使用するウエイトトレーニングだけでなく、自重で行う腕立て伏せやスクワットなどの運動も含まれる。

※3 テレビやDVDを観ることや、テレビゲーム、スマートフォンの利用など、スクリーンの前で過ごす時間のこと。

厚生労働省：健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023 <https://www.mhlw.go.jp/content/001194020.pdf>

ここでは、主治医意見書を記載する患者の大多数を占める「高齢者版」の推奨事項を示す（表1）。

表 1 高齢者版 推奨事項

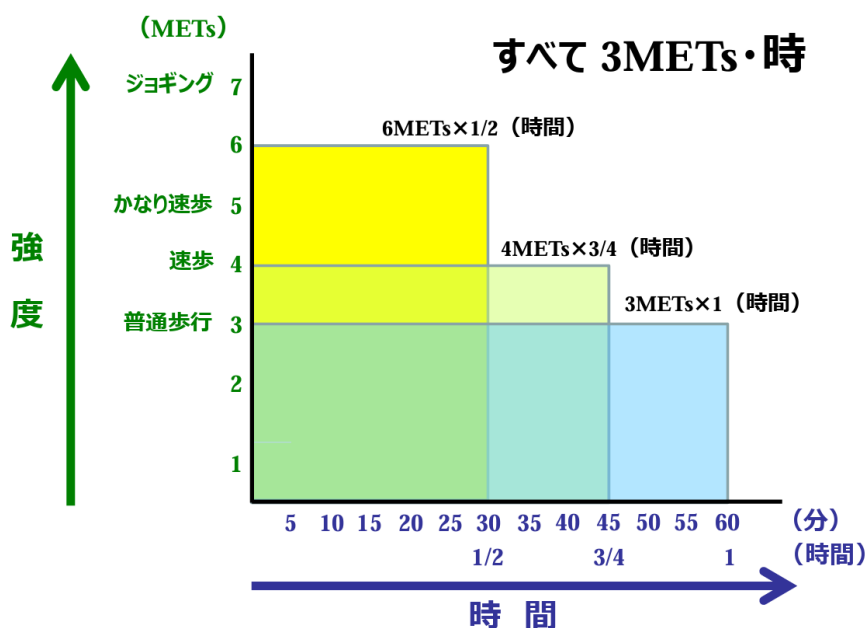
推奨事項
● 個人差を踏まえ、強度や量を調整し、可能なものから取り組む。今よりも少しでも多く身体を動かす。 ● 強度が3メッツ以上の身体活動を週15メッツ・時以上行うことを推奨する。具体的には、歩行又はそれと同等以上の強度の身体活動を1日40分以上行うことを推奨する（1日約6,000歩以上に相当）。 ✓ 上記の強度、推奨値に満たなくとも、少しでも身体活動を行うことを推奨する。 ✓ 体力のある高齢者では成人と同量（週23メッツ・時以上）の身体活動を行うことで、さらなる健康増進効果が期待できる。 ● 筋力・バランス・柔軟性など多要素な運動を週3日以上行うことを推奨する。 ● 筋力トレーニングを週2～3日行うことを推奨する（多要素な運動に含めてもよい）。 ● 特に身体機能が低下している高齢者については、安全に配慮し、転倒等に注意する。 ● 座位行動（座りっぱなし）の時間が長くなりすぎないように注意する（立位困難な人も、じっとしている時間が長くなりすぎないように、少しでも身体を動かす）。

厚生労働省：健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023 <https://www.mhlw.go.jp/content/001194020.pdf>

メッツとは、身体活動の強度を表し、安静座位時を1メッツとし、その何倍のエネルギーを消費するかという指標である。たとえば、普通に歩行する場合の強度は3メッツ、軽い筋トレは3.5メッツ、ラジオ体操第1は4.0メッツ、かなり速く歩く場合は5.0メッツに相当する。

メッツ・時とは、メッツに身体活動時間乗じた活動量の単位である。図4に示す「6MET s × 1/2 時間」「4MET s × 3/4 時間」「3MET s × 1 時間」は、すべて「3MET s・時」に相当する。

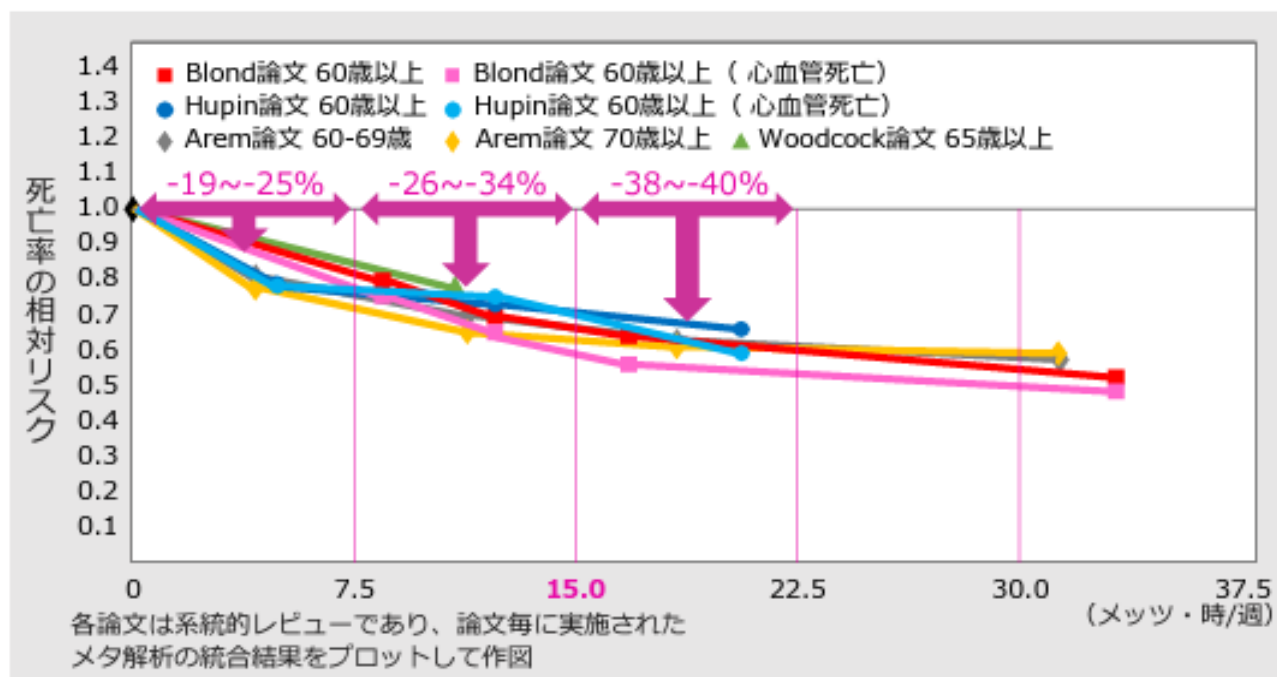
図 4 METs・時の考え方



2024 年度（令和 6 年度） 特定健診・特定保健指導実践者研修会 資料
<https://healthy-life21.com/wp-content/uploads/2024/09/20240907.pdf>

このガイド策定に向けた文献レビューの結果、強度が3メッツ以上の身体活動を週15メッツ・時以上行う高齢者は、身体活動をほとんど行わない高齢者に比べて総死亡および心血管疾患死亡のリスクが約30%程度低下することが示されたことや、高齢者の現状の身体活動量を踏まえて、推奨値が週15メッツ・時に変更された（図5）。

図5 高齢者における身体活動量と総死亡及び心血管疾患死亡との関係



厚生労働省：健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023 <https://www.mhlw.go.jp/content/001194020.pdf>

なお、有酸素性身体活動は認知機能低下を予防する可能性があることが確認されており、また、多要素な運動によって、転倒・骨折が減少し、身体機能が維持・向上する。多要素な運動を主体とした運動プログラムにより、転倒リスクは12～32%、転倒・骨折のリスクは15～66%の低減が認められている。ここで言う多要素な運動には、サーキットトレーニングのような有酸素運動、筋力トレーニング、バランス運動などを組み合わせて実施する運動や、体操やダンス、ラジオ体操、ヨガなどの多様な動きを伴う運動が含まれる。さらに、強度を問わず、少しでも身体を動かすことが健康に良い影響を及ぼすことが報告されていることを踏まえ、立位困難な人も、じっとしている時間が長くなりすぎないように、少しでも身体を動かすことを推奨することとされた。

なお、実際の指導場面においては、「3メッツ以上の身体活動を週15メッツ・時以上」は、一般の方にとっては直感的に理解しづらいことも考慮して、概ねこの推奨事項に相当する「毎日40分以上の身体活動」または「毎日6,000歩以上」を推奨すると記載されている。

実際の診療場面においては、限られた診療時間の中で実行可能な支援例として、「今より10分多く体を動かしましょう（+10：プラス・テン）」、「プラス・テンから始めて、1日40分を目指そう！」「少

しの運動でも、全く運動しないよりはずっと良いことがわかっています」などの声かけが、あわせて作成された『アクティブガイド 2023』（下欄の QR コードより参照可能）において推奨されている。



論文紹介

歩行速度が速いほど生存率が高く、遅いほど低かった

Studenski S et al. Gait speed and survival in older adults. JAMA. 2011 Jan 5;305(1):50-58.

地域で暮らす 34,485 人（平均年齢 73.5 歳）の歩行速度を登録して追跡した。平均歩行速度は 0.92m/秒だった。6～21 年（平均 12.2 年）の追跡期間中に死亡したのは 1 万 7,528 人で、5 年生存率は 84.8%、10 年生存率は 59.7%だった。解析の結果、1.6m/秒で歩行する人の平均寿命は 95 歳以上、0.8m/秒の人は約 80 歳、0.2m/秒の人は約 74 歳と算出され、肥満度や握力などの因子よりも、歩行速度の方がより密接に寿命に関係していた。

2) 運動強度をどのように定めるか

まずはじめに、最大心拍数を定める。次の計算を用いるのが一般的だが、

$$\text{i) 最大心拍数} = 220 - \text{年齢}$$

高齢者の場合、次の式を用いる場合がある。

$$\text{ii) 最大心拍数} = 207 - (\text{年齢} \times 0.7)$$

国立長寿医療研究センターが作成した『認知症予防マニュアル』（2011）、および、『在宅活動ガイド NCGG-HEPOP*2020 一般高齢者向け基本運動・活動編 Ver.2.0』においては、ii) の式を用いている。ここでも、ii) を用いて解説する。

次に、目的や個別性に応じて運動強度（%）を定める。一般的に用いられるのは、表 2 のように主観的な方法である。

表2 主観的運動強度に基づく強度設定と効果の目安

運動強度	主観的運動強度	一般的な運動の効果
40%	軽い運動	健康維持・増進（脂肪燃焼）
50%	中程度の運動	健康維持・増進（脂肪燃焼）
60%	少しきつい運動	健康維持・増進（脂肪燃焼）
70%	かなりきつい運動	持久力向上
80%	非常にきつい運動	筋力・基礎代謝向上
90～100%	最大強度	瞬発力・運動能力向上

筆者自作

続いて、目標心拍数を定める。下記の式で算出するのが一般的である。

$$\text{目標心拍数} = (\text{最大心拍数} - \text{安静時心拍数}) \times \text{運動強度} + \text{安静時心拍数}$$

以上の計算式に基づき、年齢、安静時心拍数により算出される運動強度ごとの目標心拍数は、表3の通りになる。

表3 年齢と安静時心拍数による目標心拍数（運動強度ごと）

運動強度 40%		年齢						
		60歳	65歳	70歳	75歳	80歳	85歳	90歳
安静時心拍数	60拍/分	102	101	99	98	96	95	94
	70拍/分	108	107	105	104	102	101	100
	80拍/分	114	113	111	110	108	107	106

運動強度 50%		年齢						
		60歳	65歳	70歳	75歳	80歳	85歳	90歳
安静時心拍数	60拍/分	113	111	109	107	106	104	102
	70拍/分	118	116	114	112	111	109	107
	80拍/分	123	121	119	117	116	114	112

運動強度 60%		年齢						
		60歳	65歳	70歳	75歳	80歳	85歳	90歳
安静時心拍数	60拍/分	123	121	119	117	115	113	110
	70拍/分	127	125	123	121	119	117	114
	80拍/分	131	129	127	125	123	121	118

筆者自作

実際に運動に取り組み始めるにあたっては、「かなり楽である」と感じる強さからはじめて、少しずつ強さを増していき、「ややきつい」強さの運動を目指す。「ややきつい」強さとは、たとえば歩行の場合、

いつも歩いているよりも速いが、呼吸は楽で会話ができる

→ ちょっと息が弾むが、笑顔を保つことができる

→ 呼吸が荒く、会話することは難しい

というように、主観を考慮しつつ、当事者が「強すぎず、弱すぎない」強度を選択することが望ましいとされている。

3) 自分の身体状態を知り、改善のためのエクササイズに取り組む

スポーツ庁が2025年5月にとりまとめた『**身体診断「セルフチェック」「改善エクササイズ」の手引き**』は、基本となる身体機能をセルフチェックすること、そして、運動・スポーツを通じたライフパフォーマンス向上を通じて、日常生活における体力向上や怪我の予防などを含め、身体機能の向上や充実した毎日を送ることを目指すものである（図6）。室伏広治前長官が自らモデルとなって作成されているという点が特徴の一つでもある。

図6 身体診断「セルフチェック」「改善エクササイズ」の手引き

スポーツ庁
身体診断「セルフチェック」「改善エクササイズ」の手引き
～スポーツを通じたライフパフォーマンス向上を目指す皆様へ～

【セルフチェック動画】

老若男女問わず自分のペースで簡単に自分の身体の状態を知ることができる「セルフチェック」は、室伏長官が独自に考案したメソッドで、11編の部位毎に自ら模範実演しています。健康的な日常生活のために自分の身体を把握し、意識的に身体を動かすきっかけ作りを目的として制作しました。楽しくチャレンジできます！

スポーツ庁:
https://www.mext.go.jp/sports/bp.menu/sports/jisa_00040.html

首の可動性

肩の可動性

肩甲骨の可動性

胸椎の可動性

上体の筋力

股関節の可動性

股関節と背骨の可動性

上半身と下半身の可動性と身体の安定性

体幹部の筋力

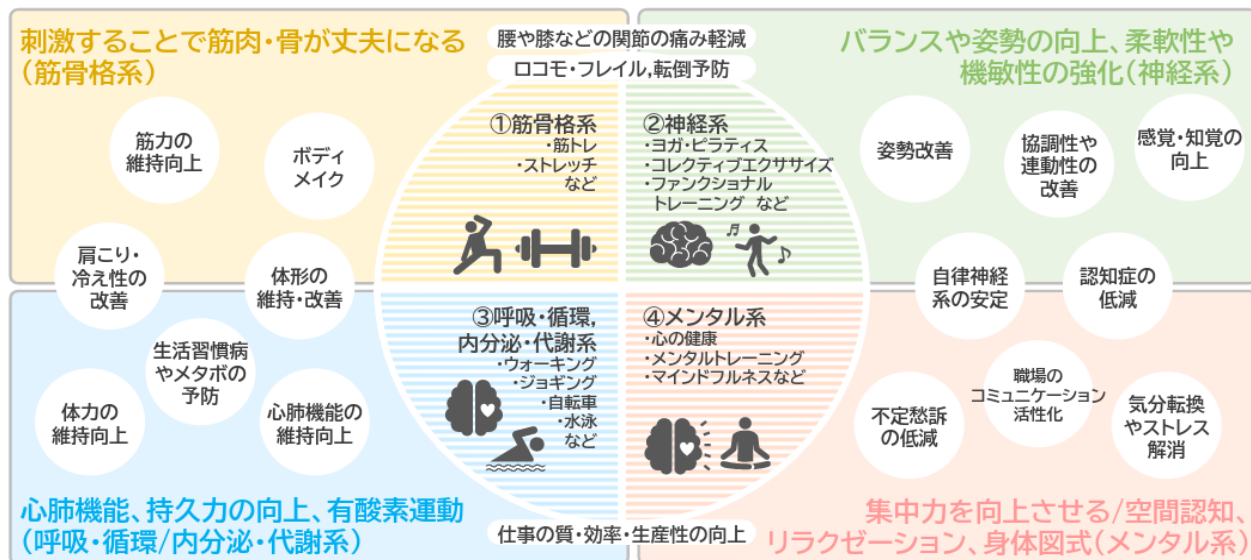
下半身の筋力

足首の柔らかさ

スポーツ庁：身体診断「セルフチェック」「改善エクササイズ」の手引き～スポーツを通じたライフパフォーマンス向上を目指す皆様へ～ https://www.mext.go.jp/sports/content/20250624-spt_kensport01-000014433_1.pdf

そもそもスポーツに取り組む目的として、「刺激することで筋肉・骨が丈夫になる（筋骨格系）」「バランスや姿勢の向上、柔軟性や機敏性の強化（神経系）」「心肺機能、持久力の向上、有酸素運動（呼吸・循環/内分泌・代謝系）」「集中力を向上させる/空間認知、リラクゼーション、身体図式（メンタル系）」など、さまざまな効果が期待される（図7）。

図7 4つの要素と運動・スポーツの実施によって得られる主な効果



スポーツ庁：身体診断「セルフチェック」「改善エクササイズ」の手引き～スポーツを通じたライフパフォーマンス向上を目指す皆様へ～ https://www.mext.go.jp/sports/content/20250624-spt_kensport01-000014433_1.pdf

まず、身体診断「セルフチェック」においては、全身11の部位について、可動性や筋力、安定性、柔らかさを点検する方法を写真や動画で示すものとなっている（図8）。

図8 身体診断「セルフチェック」



スポーツ庁：スポーツ審議会 健康スポーツ部会（第32回）資料2 「セルフチェック」の普及について https://www.mext.go.jp/sports/content/250515-spt_kensport01-000042499_03.pdf

一方、「改善エクササイズ」は、「セルフチェック」の部位毎に、場所を問わず、簡単に実践可能な改善エクササイズを紹介するものである。「セルフチェック」を実施した結果、得点が低かった部位を中心に、改善エクササイズに取り組むことで、可動域や可動性、筋力の改善を図るものである（図9）。

図9 「改善エクササイズ」



スポーツ庁：スポーツ審議会 健康スポーツ部会（第32回）資料2 「セルフチェック」の普及について

https://www.mext.go.jp/sports/content/250515-spt_kensport01-000042499_03.pdf

4) 運動に取り組むにあたっての留意点

患者が実際に運動に取り組むにあたっては、安全面への配慮や助言が必要となる。ここでは、軽度認知機能障害の改善や認知症発症予防を目的とした『認知症予防マニュアル』（国立長寿医療研究センター：2011年）と、生活機能が低下した高齢者を対象としてまとめられた『介護予防マニュアル第4版』（厚生労働省：2022年）から、安全面に関する記述部分を紹介する。

『認知症予防マニュアル』には、運動を開始するにあたり、「徐々に行う」こと、「ストレッチをしてから開始する」こと、適宜「水分を補給する」こと、「痛みが起きたら休息を取る」こと、「転倒に注意」すること、「トレーニング中は息を止めない」ことなどについて、安全に運動を実施するために留意することが推奨されている。

一方、『介護予防マニュアル第4版』には、運動を控えるべきチェック項目（表4）と、周知すべき事前注意事項（表5）が記載されている。

表 4 運動を控えるべきチェック項目

- ☐ 収縮期血圧180mmHg以上、または80mmHg未満
- ☐ 拡張期血圧110mmHg以上
- ☐ 体温37.5℃以上
- ☐ 脈拍が120拍／分以上
- ☐ いつもと異なる脈の不整がある場合
- ☐ 関節痛など慢性的な症状の悪化

※いつもと異なる脈の不整とは：毎回プログラム実施前に脈拍数だけで無く、不整脈についても観察する。いつもより多く不整脈が発生する場合には運動を控える。

株式会社野村総合研究所：令和3年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分） エビデンスを踏まえた介護予防マニュアル改訂に関する研究事業 介護予防マニュアル第4版（2022年3月）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001238550.pdf>

表 5 参加者に周知すべき事前注意事項

- ☐ 運動直前の食事は避ける
- ☐ 水分補給を十分に行う
- ☐ 睡眠不足・体調不良の時には無理をしない。身体に何らかの変調がある場合には、実施担当者に伝える

株式会社野村総合研究所：令和3年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分） エビデンスを踏まえた介護予防マニュアル改訂に関する研究事業 介護予防マニュアル第4版（2022年3月）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001238550.pdf>

2. かかりつけ医の機能強化としての「栄養」に関する指導

主治医意見書の「生活機能とサービスに関する意見」欄のうち、「栄養」に関する部分をハイライトして示す（図 10）。

図 10 かかりつけ医の機能強化：栄養

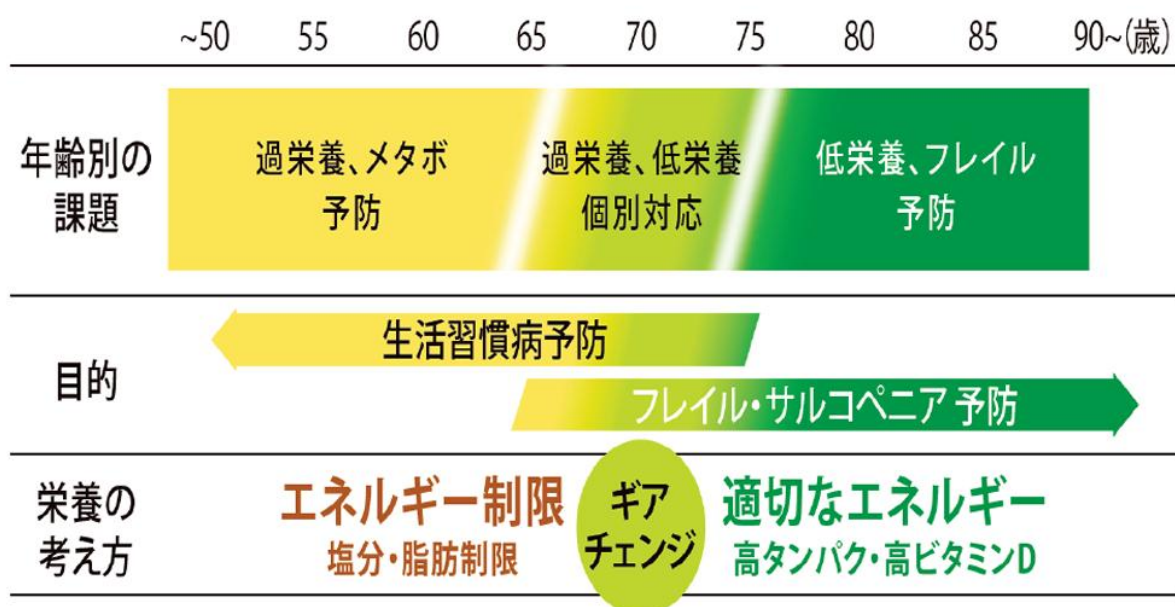
かかりつけ医の機能強化：栄養			
(5) 身体の状態 利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去 6 ヶ月の体重の変化 □ 増加 □ 維持 □ 減少) □四肢欠損 (部位: _____) □麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重) □右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重) □その他 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重) □筋力の低下 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重) □関節の拘縮 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重) □関節の痛み (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重) □失調・不随意運動 □上肢 □右 □左 □下肢 □右 □左 □体幹 □右 □左 □褥瘡 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重) □その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)			
4. 生活機能とサービスに関する意見			
(1) 移動 屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない 車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用			
(2) 栄養・食生活 食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助 現在の栄養状態 □良好 □不良 → 栄養・食生活上の留意点 (_____)			
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針 □尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊 □低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 (_____) → 対処方針 (_____)			
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し □期待できる □期待できない □不明			
(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。) □訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導 □訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導 □通所リハビリテーション □老人保健施設 □介護医療院 □その他の医療系サービス(_____) □特記すべき項目なし			

介護保険 主治医意見書

1) メタボ対策からフレイル予防へのギアチェンジ

壮年期からなんらかの生活習慣病を有している患者には、これまでに過栄養やメタボリックシンドロームに対する指導が繰り返し行われていることが多い。結果として、後期高齢者であっても、いまだ体重を減らさなければならないと考えていたり、ボディイメージとしての肥満の忌避や、やせに対する願望を有している場合もある。しかし、実際には、高齢患者が低栄養に該当していたり、すでにフレイル予防に取り組むべき状態となっている場合も少なくない。どの高齢者の場合に、生活習慣病を厳格に管理するためのカロリー制限や塩分制限を継続し続けるのか、どのような高齢者のどの時期から従来のメタボ対策からフレイル予防（カロリーやたんぱく質など必要な栄養を適切に摂取する）へ切り替えてもらうべきなのかについて、かかりつけ医は個別性や全体像の経年変化等を見極めて指導することが重要である。このギアチェンジが、フレイル対策を進める中で非常に重要な鍵になる（図 11）。

図 11 メタボ予防からフレイル予防へ



日本歯科医師会：歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル 2019 年版

https://www.jda.or.jp/dentist/oral_frail/pdf/manual_all.pdf

2) フレイルを予防する観点からのたんぱく質やエネルギーの摂取

参考資料として、5 年ぶりに改訂された『日本人の食事摂取基準（2025 年版）』から、年齢階級・性別ごとのたんぱく質の食事摂取基準を示す（図 12）。高齢者の場合、一日当たり摂取すべきたんぱく質として、男性には 60g、女性には 50g が推奨されている。65 歳以上の高齢者については、フレイル予防を目的とした推奨量を一律に定めることは難しいものの、身長・体重が参照体位に比べて小さい者や、特に 75 歳以上であって加齢に伴い身体活動量が大きく低下した者など、必要エネルギー摂取量が低い

者では、下限が推奨量を下回る場合があり得ることを考慮して、そのような場合でもこの推奨量以上を摂取することが望ましいと記載されている。

図 12 たんぱく質の食事摂取基準

たんぱく質の食事摂取基準

(推定平均必要量、推奨量、目安量：g/日、目標量：%エネルギー)

性別	男性				女性			
年齢等	推定平均必要量	推奨量	目安量	目標量 ¹	推定平均必要量	推奨量	目安量	目標量 ¹
0～5 (月)	—	—	10	—	—	—	10	—
6～8 (月)	—	—	15	—	—	—	15	—
9～11 (月)	—	—	25	—	—	—	25	—
1～2 (歳)	15	20	—	13～20	15	20	—	13～20
3～5 (歳)	20	25	—	13～20	20	25	—	13～20
6～7 (歳)	25	30	—	13～20	25	30	—	13～20
8～9 (歳)	30	40	—	13～20	30	40	—	13～20
10～11 (歳)	40	45	—	13～20	40	50	—	13～20
12～14 (歳)	50	60	—	13～20	45	55	—	13～20
15～17 (歳)	50	65	—	13～20	45	55	—	13～20
18～29 (歳)	50	65	—	13～20	40	50	—	13～20
30～49 (歳)	50	65	—	13～20	40	50	—	13～20
50～64 (歳)	50	65	—	14～20	40	50	—	14～20
65～74 (歳) ²	50	60	—	15～20	40	50	—	15～20
75以上 (歳) ²	50	60	—	15～20	40	50	—	15～20
妊婦(付加量)					—	—	—	—
初期					+0	+0	—	—3
中期					+5	+5	—	—3
後期					+20	+25	—	—4
授乳婦(付加量)					+15	+20	—	—4

¹ 範囲に関しては、おおむねの値を示したものであり、弾力的に運用すること。

² 65歳以上の高齢者について、フレイル予防を目的とした量を定めることは難しいが、身長・体重が参照体位に比べて小さい者や、特に75歳以上であって加齢に伴い身体活動量が大きく低下した者など、必要エネルギー摂取量が低い者では、下限が推奨量を下回る場合があり得る。この場合でも、下限は推奨量以上とすることが望ましい。

³ 妊婦(初期・中期)の目標量は13～20%エネルギーとした。

⁴ 妊婦(後期)及び授乳婦の目標量は15～20%エネルギーとした。

厚生労働省：日本人の食事摂取基準（2025 年版）スライド集 <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001396865.pdf>

ただし、専門知識を有しているわけではない患者が、自身で一日当たり何 g のたんぱく質を摂取できているのかを知ることは実際には難しい。このことは、管理栄養士を除き、医師を含む医療専門職ですら正確にはわからないのが実情であろう。そこで、摂取量や推奨量を満たしているかどうかについての把握は難しいという前提のもと、現実的なフレイル予防対策として、

図 13 たんぱく質摂取推奨ツール「プラス 10」

プラス 10

たんぱく質が足りないと筋力が落ちて転倒や骨折を
しやすくなります。
今よりも「たんぱく質」を 10g 多くとりましょう。
星★3 個がたんぱく質 10g の目安です。

肉 50g ★★

魚 50g ★★

やきとり缶 1 缶 (70g) ★★

1 缶 (100g) いわしの蒲焼缶 ★★

たまご 1 個 ★★

納豆 1 パック ★★

牛乳 200ml ★★

魚肉ソーセージ 1 本 ★★

ロースハム 1 枚 ★★

6P チーズ 1 個 ★★

ゼリー飲料 1 個 (プロテイン) ★★

栄養補助食品 1 本 (125ml) ★★

豆腐 1/4 丁 ★★

ヨーグルト 小 1 個 ★★

アイスクリーム 小 1 個 ★★

松戸市医師会 松戸市在宅医療・介護連携支援センター

3. かかりつけ医の機能強化としての「口腔」に関する指導

主治医意見書の「生活機能とサービスに関する意見」欄のうち、「口腔」に関する部分をハイライトして示す（図 15）。

図 15 かかりつけ医の機能強化：口腔・摂食嚥下

かかりつけ医の機能強化：口腔・摂食嚥下			
4. 生活機能とサービスに関する意見			
(1) 移動			
屋外歩行	☐ 自立	☐ 介助があればしている	☐ していない
車いすの使用	☐ 用いていない	☐ 主に自分で操作している	☐ 主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)	☐ 用いていない	☐ 屋外で使用	☐ 屋内で使用
(2) 栄養・食生活			
食事行為	☐ 自立ないし何とか自分で食べられる	☐ 全面介助	
現在の栄養状態	☐ 良好	☐ 不良	
→ 栄養・食生活上の留意点 ()			
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針			
☐ 尿失禁	☐ 転倒・骨折	☐ 移動能力の低下	☐ 褥瘡
☐ 低栄養	☐ 摂食・嚥下機能低下	☐ 脱水	☐ 易感染性
		☐ がん等による疼痛	☐ その他 ()
→ 対処方針 ()			
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し			
☐ 期待できる	☐ 期待できない	☐ 不明	
(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)			
☐ 訪問診療	☐ 訪問看護	☐ 訪問歯科診療	☐ 訪問薬剤管理指導
☐ 訪問リハビリテーション	☐ 短期入所療養介護	☐ 訪問歯科衛生指導	☐ 訪問栄養食事指導
☐ 通所リハビリテーション	☐ 老人保健施設	☐ 介護医療院	☐ その他の医療系サービス ()
☐ 特記すべき項目なし			
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)			
☐ 血圧 ()	☐ 摂食 ()	☐ 嚥下 ()	
☐ 移動 ()	☐ 運動 ()	☐ その他 ()	
☐ 特記すべき項目なし			
(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)			
☐ 無	☐ 有 ()	☐ 不明	

介護保険 主治医意見書

1) オーラルフレイルと口腔機能低下症という概念

高齢者の「食べる力」を構成する重要な要素として、残存歯数や咬合の支持（左右の小白歯と大白歯が噛み合っている部分があること）、咀嚼する力、舌の運動、嚥下機能などが挙げられる。さらに、口腔の衛生、味覚、誰とどのような環境で食事を摂るのかななどの社会性や、抑うつ等の精神心理面、経済困窮など、多岐にわたる要素が交絡する。近年、歯科口腔機能を含む多岐にわたる調査項目を測定した研究により、口腔機能の軽微な衰えの重複が、サルコペニアの発症や要介護認定、総死亡リスクに有意に関連していることが解明されてきた。それらのエビデンスを踏まえ、口腔機能を中心とした衰えの概念構築、及び、軽微な口腔機能低下に対する気づきへの警鐘を狙い、新たな概念として「オーラルフレイル」が提唱されるに至った（図 16）。

図 16 オーラルフレイルの定義

オーラルフレイルの定義

老化に伴う様々な口腔の状態（歯数・口腔衛生・口腔機能など）の変化に、口腔健康への関心の低下や心身の予備能力低下も重なり、口腔の脆弱性が増加し、食べる機能障害へ陥り、さらにはフレイルに影響を与え、心身の機能低下にまで繋がる一連の現象及び過程。

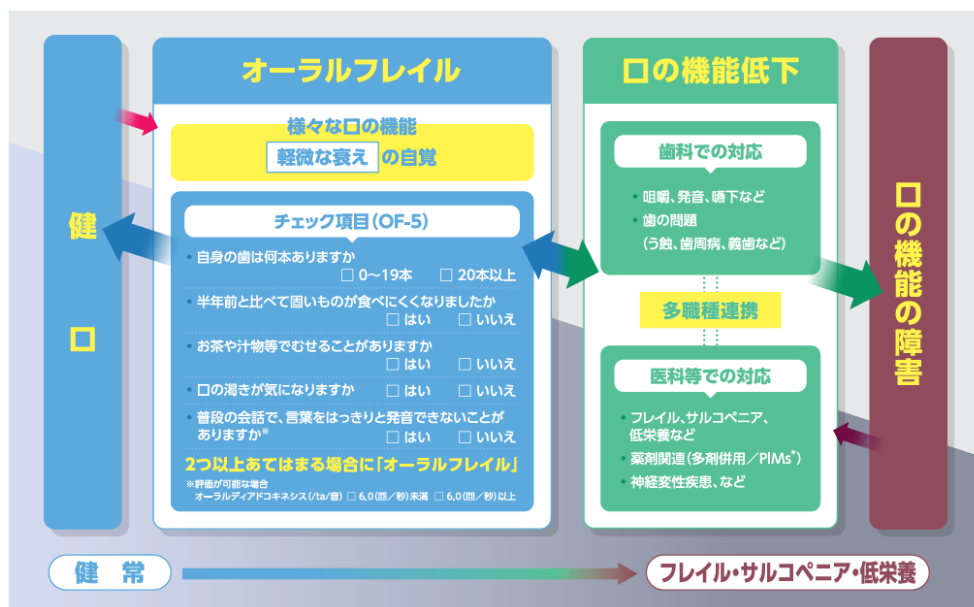
日本歯科医師会：歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル 2019 年版

https://www.jda.or.jp/dentist/oral_frail/pdf/manual_all.pdf

そして、2018 年度の歯科診療報酬改定において、口腔機能の診断・評価の診療報酬として、「歯科疾患管理料 口腔機能管理加算」「舌圧検査」「咀嚼能力検査」「咬合圧検査」など、「口腔機能低下症」に関する点数が新設された。

図 17 オーラルフレイル概念図

また、日本歯科医師会は、2019 年に『歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル 2019 年度版』を取りまとめた。さらに 2024 年には、日本老年医学会、日本老年歯科医学会、日本サルコペニア・フレイル学会が「オーラルフレイルに関する 3 学会合同ステートメント」を取りまとめた。このステートメントに示されたオーラルフレイルの概念図を示す



オーラルフレイル 3 学会合同ステートメント (和文)

https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsg/38/supplement/38_86/_pdf/-char/ja/

(図 17)。

オーラルフレイルの第一段階として、「口の健康リテラシーの低下」、つまり、口腔機能管理に対する関心度の低下が挙げられている。第二段階として、滑舌の低下、食べこぼし、噛めない食品の増加、むせなどの「口のささいなトラブル」が掲げられている。この第二段階までの状態にある場合、地域におけるポピュレーションアプローチや介護予防等の事業での対応が想定される。一方、第三段階である「口の機能低下」、すなわち、口腔不潔・乾燥、咬合力の低下、口唇・舌の機能低下、咀嚼機能・嚥下機能障害に相当する場合、地域の一般歯科診療所において評価を行い、「口腔機能低下症」と診断された場合には継続して診療が必要になる。さらに、咀嚼の障害や摂食嚥下障害に陥っており、その結果として、栄養障害や運動機能の障害、要介護状態などに至ってしまう恐れがある第四段階の患者については、専門的な知見を有する医師・歯科医師が診療を担当する必要がある。

2) 歯周病が全身に及ぼす影響を踏まえた医科歯科連携の重要性

ここで歯科保健に関する疫学データについて確認する。1989年に開始された「8020運動」（国と日本歯科医師会が提唱した80歳で20本以上の歯を保とうという国民運動）から35年以上が経過して、2024年には80歳高齢者の61.5%が20本以上の歯を有しているというところまで、改善がみられている（表6）。

表6 20本以上の歯を有する者の割合の年次推移（永久歯：45歳以上、年齢階級別）

	（％）					
年齢階級 （歳）	平成11年 （1999年）	平成17年 （2005年）	平成23年 （2011年）	平成28年 （2016年）	令和4年 （2022年）	令和6年 （2024年）
45～49	90.0	95.0	97.1	99.0	97.9	99.7
50～54	84.3	88.9	93.0	95.9	95.5	97.8
55～59	74.6	82.3	85.7	91.3	94.9	97.3
60～64	64.9	70.3	78.4	85.2	89.3	91.5
65～69	48.8	57.1	69.6	73.0	81.4	82.7
70～74	31.9	42.4	52.3	63.4	72.1	72.1
75～79	17.5	27.1	47.6	56.1	55.8	61.6
80～84	13.0	21.1	28.9	44.2	45.6	61.4
85～	4.5	8.3	17.0	25.7	38.1	35.0
（参考）						
80歳	15.3	24.1	38.3	51.2	51.6	61.5

注：1）令和6（2024）年の割合（％）は各都道府県の人口規模が反映されるように調整された全国補正值であり、単なる人数比とは異なる。

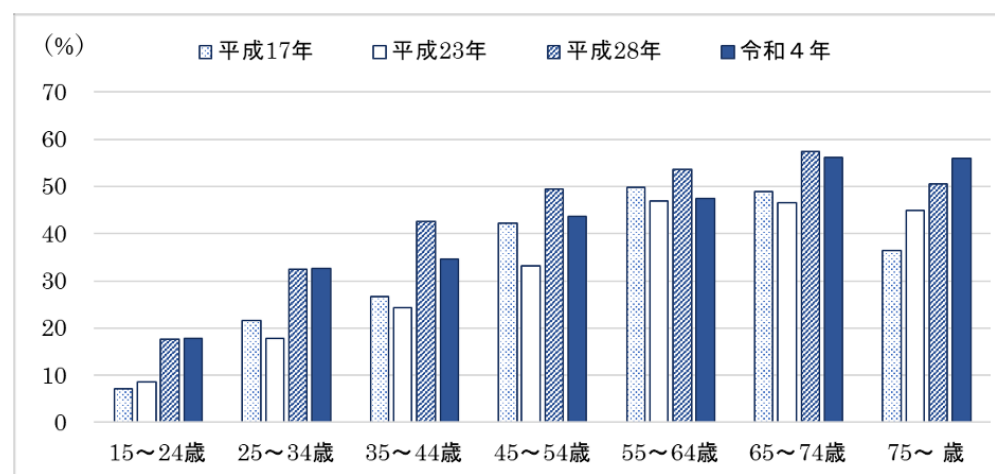
2）80歳で20本以上の歯を有する者の割合は、75歳以上85歳未満の20本以上の歯を有する者の割合から推計。

厚生労働省：令和6年 歯科疾患実態調査結果の概要 令和7年12月修正版

https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/62-17b_r06.pdf

一方、4mm以上の歯周ポケットを有する者の割合（年次推移、年齢階級別）を図18に示す。75歳以上の高齢者の過半数が重度の歯周病を有していることや、経年的にその有病率が上昇していることがわかる。

図18 歯周ポケット（4mm以上）を有する者の割合の年次推移、年齢階級別（15歳以上）



厚生労働省：令和4年 歯科疾患実態調査結果の概要 https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/62-17b_r04.pdf

つまり、「8020 運動」の成果により、半数以上の後期高齢者が 20 本以上の歯を保つことができていることは喜ばしいことながら、次なる**健康課題**として、**歯周病の重要性が増している**時代であると言える。かつての結核や現代の進行がんを引き合いに出せば想起しやすいことだが、炎症の存在に伴ってさまざまなサイトカインが持続的に放出される**慢性炎症病態が体内に存在し続けていることは、併存するその他の疾病に弊害を引き起こしうるという点で、その存在を軽微なものとして看過することはできない**と言える。歯周病が影響を及ぼす疾患として知られているものとしては、脳梗塞、心筋梗塞、心内膜炎、糖尿病、低体重児出産、早産、誤嚥性肺炎などが知られている。医師にとって歯科は専門外の領域であるものの、歯周病が全身に及ぼす影響が多岐にわたることについて、数多くのエビデンスが明らかにされつつあることを知っておく必要がある。

論文紹介

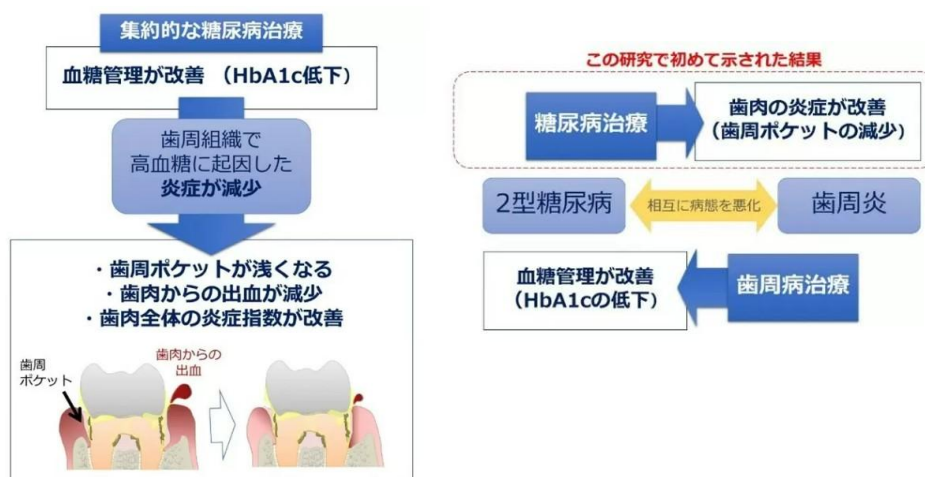
糖尿病と歯周炎は相互に病態を悪化させる

Koji Mizutani et al. Improvement of periodontal parameters following intensive diabetes care and supragingival dental prophylaxis in patients with type 2 diabetes: A prospective cohort study. Journal of clinical periodontology, 2024; 51(6): 733-741

2 型糖尿病で受診し 2 週間の教育入院と継続的な外来診療を受け、緊急を要する歯科治療の必要がない 51 名を対象とした。研究開始時点、開始後 1、3、6 か月に糖尿病診療とあわせて口腔内検査を行ったところ、歯周炎の原因となる歯石やプラークの除去をする歯周治療を行わなかったにも関わらず、糖尿病治療によって歯周ポケットの深さと出血などの歯周炎の程度が改善した。2 型糖尿病をもつ患者の歯周炎は、血糖管理が困難な症例ほど、糖尿病治療によって改善する可能性が示唆された(図 19)。

すでに先行研究において、2 型糖尿病によって血糖管理が困難になっている患者において、炎症を起こしている歯周ポケットの総面積が、HbA1c および空腹時血糖と有意な相関があることが知られていることから、糖尿病と歯周炎は相互に病態を悪化させると考えられる。

図 19 糖尿病治療による歯周炎の改善



歯みがきなどのセルフケアだけでは除去し切れないバイオフィームや歯石は確実に存在することから、年3～4回など定期的に歯科医院を受診して、歯面清掃や歯石の除去、フッ素塗布などのプロフェッショナルケアを受けることによって、生活習慣病をはじめとするさまざまな病態への負の影響を低減することが期待される。医師としても、自身が診療を担当している各種疾患の管理という点においても、患者に定期的な歯科受診を促すことが有効であるということを認識しておく必要がある。

4. かかりつけ医の機能強化としての「外出・交流・参加」に関する助言

主治医意見書の「生活機能とサービスに関する意見」欄のうち、「外出・交流・参加」に関係する部分をハイライトして示す（図20）。

図20 かかりつけ医の機能強化：外出・交流・参加

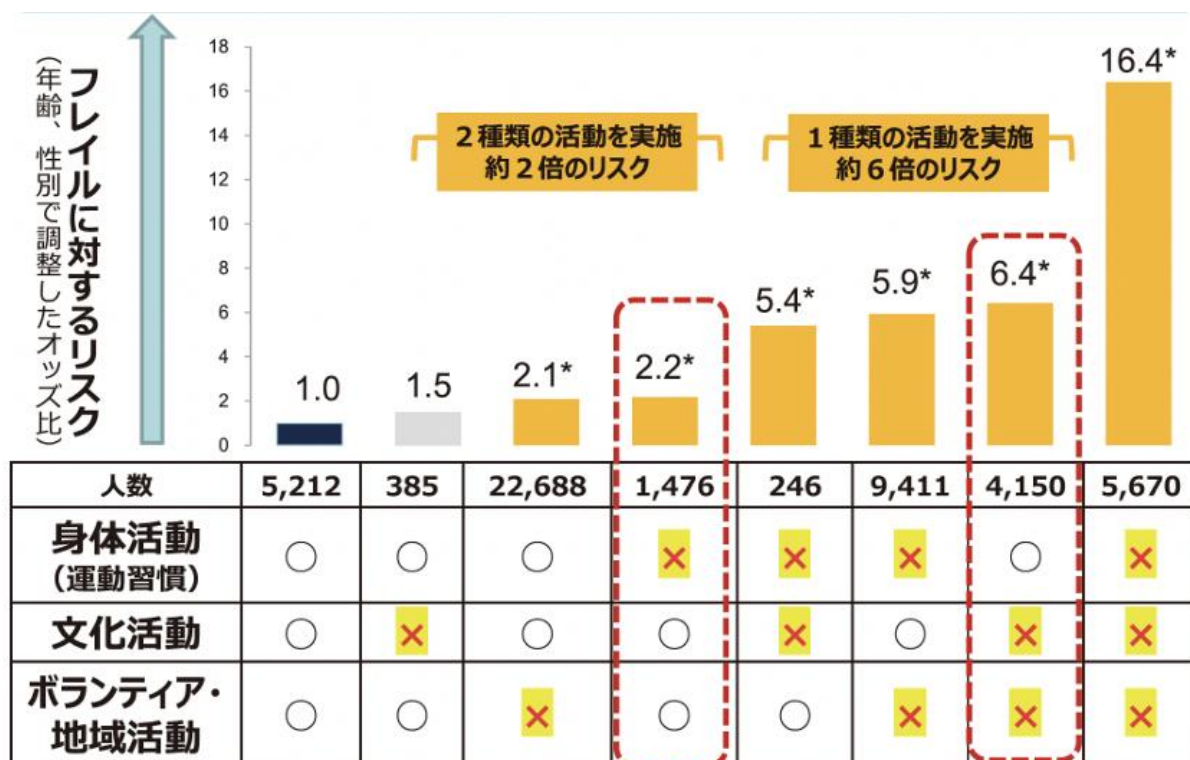
かかりつけ医の機能強化：外出・交流・参加			
4. 生活機能とサービスに関する意見			
(1) 移動			
屋外歩行	☐ 自立	☐ 介助があればしている	☐ していない
車いすの使用	☐ 用いていない	☐ 主に自分で操作している	☐ 主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)	☐ 用いていない	☐ 屋外で使用	☐ 屋内で使用
(2) 栄養・食生活			
食事行為	☐ 自立ないし何とか自分で食べられる	☐ 全面介助	
現在の栄養状態	☐ 良好	☐ 不良	
→ 栄養・食生活上の留意点 ()			
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針			
☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊 ☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 ()			
→ 対処方針 ()			
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し			
☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明			
(5) 医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)			
☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他の医療系サービス() ☐ 特記すべき項目なし			
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項(該当するものを選択するとともに、具体的に記載)			
☐ 血圧 () ☐ 摂食 () ☐ 嚥下 () ☐ 移動 () ☐ 運動 () ☐ その他 () ☐ 特記すべき項目なし			
(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)			
☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明			

介護保険 主治医意見書

1) 孤独・孤立を避けるための「外出・交流・参加」

孤独・孤立がフレイルのリスクであるという知見が明らかになってきている。ここでは、いわゆる柏スタディとして知られている研究結果を紹介する（図 21）。身体活動がフレイル予防に重要であることは論を待たないものの、それと同等以上に文化活動やボランティア・地域活動が重要であること、ひいては、これら 3 つの種類の活動のうち複数に取り組むことによって、より一層フレイル予防の効果が期待できることが、この研究により示唆された。

図 21 様々な活動の複数実施とフレイルへのリスク～自立高齢者に対する悉皆調査から (49, 238 人)～



* $p < 0.001$

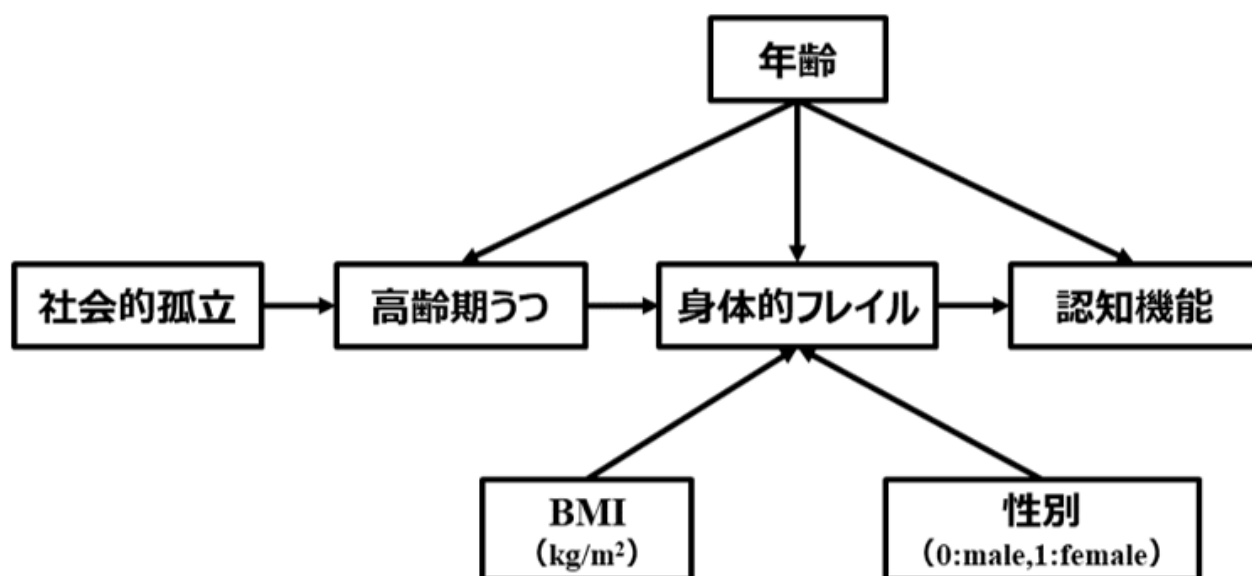
（吉澤裕世、田中友規、飯島勝矢ら、2019年 日本公衆衛生雑誌）vol.66 ,306-316

東京大学高齢社会総合研究機構：IOG Annual Report 2023

<https://www.iog.u-tokyo.ac.jp/wp-content/uploads/2023/10/06-iog-report2022-037-069.pdf>

また、高齢化日本一である群馬県南牧村が実施した「フレイル調査」の解析結果から、興味深いことが判明したという報告を紹介する。身体的フレイルや認知機能の低下、高齢期うつや社会的フレイルの相互関係を解析した結果、身体的フレイルは社会的孤立や高齢期うつから始まり、身体的フレイルが認知機能の低下をもたらすという、いわば、負のスパイラルの存在が判明したという（図 22）。

図 22 高齢化日本一の地域におけるフレイル調査



Prevalence, overlap, and interrelationships of physical, cognitive, psychological, and social frailty among community-dwelling older people in Japan Masamitsu Sugie, Arch Gerontol Geriatr. 2022 May-Jun;100:104659.

以上より、社会的孤立を避けて、身体活動、文化活動、ボランティアや地域活動に参加することがフレイル予防の観点から重要だということがわかる。患者に対して限られた診療時間の範囲で、簡潔明瞭に外出や交流、参加を促すアプローチとして、「閉じこもりを防ぐために1日1回以上外出すること」、「孤立しないために週1回以上知人・友人などと交流すること」、「健康効果を出すために月1回以上楽しさ・やりがいのある活動に参加することを推奨する」などのように、わかりやすく、継続して取り組むことができると感じられるような例示や助言をすることができれば、孤独・孤立対策として効果的だと言えるだろう。

2) 健康の社会的決定要因と社会的処方

英国では 1970 年代から健康格差に関する研究が進められてきた。その後、健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health : SDH) の重要性が指摘されるようになり、2008 年には WHO が SDH に関する委員会の最終報告書を発表した。英国の場合には、診療所やチャリティ団体等に所属し地域資源に橋渡しする役割を担うリンクワーカーと呼ばれる人材が活躍している。2018 年に英国は世界で初めて孤独問題担当大臣を任命し、孤独対応戦略をとりまとめた。我が国でも、2021 年 2 月に孤独・孤立担当大臣が任命され、孤独・孤立対策担当室が設置された。これに先だって、**経済財政運営と改革の基本方針 2020 に社会的処方が明記された**。また、2021 年度の介護報酬改定において、医師が訪問診療を提供する際に併算定可能な報酬である居宅療養管理指導を実施するにあたり、「利用者の社会生活面の課題にも目を向け、多様な社会資源につながるように留意し、必要に応じて指導・助言を行う」という方向性が示された。

我が国の場合、英国のリンクワーカーに最も近い存在として医療ソーシャルワーカーが想起されるが、今のところ診療報酬上の裏付けが存在する入院患者の入退院支援を担当させている病院が大半である。一方、地域に目を転じると、地域包括支援センターや民生・児童委員、保健所、市町村保健センターはもちろんのこと、生活支援コーディネーターや認知症地域支援推進員、基幹相談支援センター、子育て世代包括支援センターなど、さまざまな機関や人材がそれぞれの施策に基づいて配置、養成されつつある。まずは、自地域においてその存在を把握し、患者が必要とする支援につなぐべく、顔の見える関係性の強化や領域横断的な支援の経験を、かかりつけ医としても蓄積する必要がある。このように、**地域資源を把握し「つなぐ」ことが、社会的処方第一段階**と言える。中でも、**かかりつけ医が全国に5,000カ所以上設置されている地域包括支援センターを、病院の医療ソーシャルワーカーと同様に欠かすことのできない「機能」として連携できるのかという点が重要だと言えよう。**社会的処方の実践により目指すところとしては、孤独・孤立の解消、自己効力感の向上、患者のケアの質向上、受診や服薬など医療の継続性確保、緊急入院や救急受診の頻度減少などが挙げられる。

論文紹介

社会的孤立と海馬容量の変化の関連

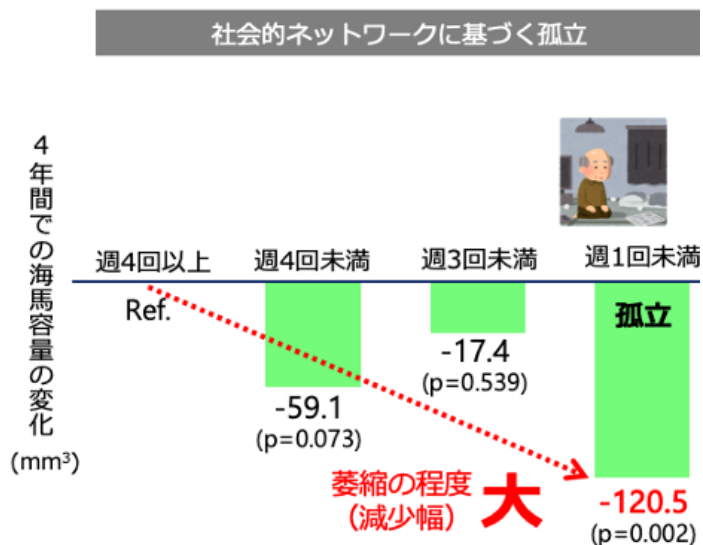
Murayama H et al. Impact of social isolation on change in brain volume in community-dwelling older Japanese people: The NEIGE Study. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2025; 129: 105642.

2017年に新潟県十日町市在住の65-84歳の高齢者527名を対象にベースライン調査を実施し、4年後の2021年に追跡調査を行った。そのうち2回のMRI検査に参加した279名を対象に解析した。社会的ネットワークに基づく社会的孤立とは、別居の家族や親戚、あるいは友人や近所の人と「会ったり、一緒に出かけたりすること」「電話、FAX、メールなどのやりとり」による接触頻度の合計が週1回未満と定義した（週1回未満/週2回未満/週3回未満/週3回以上の4群に分類）。一方、世帯構成に基づく社会的孤立は、同居者の数を尋ね、同居者なし（すなわち独居）を社会的孤立と定義した。対象者は、男性49.5%、平均年齢 72.3 ± 5.0 歳、社会的ネットワークに基づく社会的孤立に該当する者が12.7%、世帯構成に基づく社会的孤立に該当する者が8.6%だった。

解析対象者の海馬容量は、ベースライン時と比べ、4年後には約4.5%減少していた。4年間の海馬容量の変化量に対する社会的孤立の影響を重回帰分析を用いて検討した結果、週1回未満の者は、接触頻度が週3回以上の者に比べ、海馬容量の減少が大きかった（図23）。

社会的ネットワークで定義される社会的孤立が海馬容量の減少に関連していたのは、他者との関係が希薄であるために日常的な脳への刺激が少なく、それによって海馬の萎縮が進んでしまったためと考えられる。

図23 社会的孤立と海馬容量の変化の関連



5. かかりつけ医の機能強化としての複数診療科での協同診療

主治医意見書の「他科受診の有無」の欄をハイライトして示す（図 24）。

図 24 かかりつけ医の機能強化：複数診療科の協同診療

かかりつけ医の機能強化：複数診療科の協同診療	
(1) 最終診察日	平成 年 月 日
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2 回目以上
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合) → ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()
1. 傷病に関する意見	
(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については 1. に記入）及び発症年月日	
1. _____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
2. _____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
3. _____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明	
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)	
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近 (概ね 6 ヶ月以内) 介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)	

介護保険 主治医意見書

1) 修正可能な認知症のリスク因子

これまで、運動、栄養、口腔、外出・交流・参加について解説してきたが、フレイルや認知症に悪影響を及ぼす病態・状態はそれだけではない。聴力低下や視力障害、うつ、慢性痛などの要素も、フレイルや認知症に色濃く負の影響を及ぼしてしまう恐れがある。

Lancet に掲載され、すでに 2 回の改訂を重ねている認知症予防に関する有名な総説によれば、若年期、中年期、高齢期に分けて、修正可能な認知症のリスク因子としてこのような 14 の項目を挙げている（図 25）。

この論文は、全世界の認知症に関する論文をレビューした結果に基づく重み付けとしてまとめられている。2026 年に東海大学の和佐野浩一郎らは、同様の手法を用いて、日本人におけるこれら 14 の修正可能リスク因子を定量化し、Lancet Regional Health に報告した。その結果、日本人におけるリスク因子は、その寄与度が大きい順に、難聴（6.7%）、運動不足（6.0%）、LDL コレステロール高値（4.5%）、社会的孤立（3.5%）、糖尿病（3.0%）、高血圧（2.9%）であった。日本において、認知症発症の最大リスクは難聴であり、難聴者の 10% に補聴器などで適切に対処をすると認知症患者が 8 万人減り、20% だと 20 万人減る可能性が示された。

図 25 修正可能な 14 の認知症リスク因子

【世界におけるリスク因子】		【日本におけるリスク因子】	
【若年期】教育	5%	【若年期】教育	1.5%
【中年期】聴力低下	7%	【中年期】聴力低下	6.7%
【中年期】LDLコレステロール高値	7%	【中年期】運動不足	6%
【中年期】うつ	3%	【中年期】LDLコレステロール高値	4.5%
【中年期】頭部外傷	3%	【中年期】糖尿病	3%
【中年期】運動不足	2%	【中年期】高血圧	2.9%
【中年期】糖尿病	2%	【中年期】うつ	2.6%
【中年期】喫煙	2%	【中年期】喫煙	2.2%
【中年期】高血圧	2%	【中年期】アルコール多飲	1.3%
【中年期】肥満	1%	【中年期】頭部外傷	0.8%
【中年期】アルコール多飲	1%	【中年期】肥満	0.7%
【高齢期】社会的孤立	5%	【高齢期】社会的孤立	3.5%
【高齢期】大気汚染	3%	【高齢期】大気汚染	2.5%
【高齢期】視力障害	2%	【高齢期】視力障害	0.6%

下記二論文を基に筆者作成

Livingston G, et al. Lancet. 2024;404:572-628.

Wasano K, et al. Lancet Reg Health West Pac. 2026;66:101792.

2) 複数診療科での協同診療

この総説により、世界における認知症のリスク因子として、聴力低下が7%と寄与度が大きいことが示された。そのほか、社会的孤立(5%)、うつ(3%)、運動不足(2%)、視力障害(2%)などが挙げられている。いずれも、フレイルに深く関わる因子だと言える。

このことを踏まえ、耳鼻科や眼科との協同診療の重要性を指摘しておきたい。日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会は、2024年から「聴こえ 8030 運動」を提唱している。この運動は、80歳で30dB(聴こえの閾値)の聴力を保つことを推奨する国民啓発運動であり、全年代に加齢性難聴の周知、聴力検査などの耳鼻科への受診啓発、補聴器装用率の向上を目指すものである。加齢性難聴者数は1,437万人と推定され、60歳以上の3人に1人、70歳以上の半数が該当するという。その一方で耳鼻科の受診率は低く、加齢性難聴が疾病であるという認識自体が不足している。しかし、難聴が及ぼす負の影響として、QOLの低下のみならず、うつ病の増加や社会的孤立、認知症の発症率上昇など、さまざまなことが憂慮される。

加齢性難聴対策としては、「大音量で音楽などを聴かない」、「騒音の場所を避ける」、「騒音下の仕事では耳栓」、「静かな場所で耳を休ませる」などがある。そして、聴こえが悪くなったら補聴器の使用を勧めることが、フレイル対策として重要である(他の先進国と比較して、我が国では補聴器装用率が約1/3、人工内耳普及率も約1/2と低く止まっている)。

また、日本眼科学会が2021年から提唱しているアイフレイルも重要である(図26)。単に視機能の低下という問題だけではなく、身体活動や社会活動にも悪い影響を及ぼしかねない。白内障による視力の低下は、転倒のリスクとなり、認知機能に悪い影響を与えることが知られている。また、視力が良いと高齢者の社会参加が増加するが、視力が悪いと身体活動が減少し、社会とのつながりも希薄となって、身体的フレイルにも負の影響を及ぼしてしまう。

80歳代の白内障有病率は100%であること、70歳代の緑内障有病率はおよそ10%であることをも踏まえて、患者が「何となく見えにくい」と感じているようなら、眼科受診を促し、アイフレイルを早期に発見するべきである。

そのほか、Lancetの総説が指摘するように、うつ病の病歴は認知症のリスク因子であることや、慢性痛の存在が運動の制約や身体活動の不活発化、抑うつを招く原因になってしまう恐れなども、かかりつけ医として意識しておきたい。

以上のように、かかりつけ医は、患者に併存するさまざまな病態や状態に対して、フレイルや認知症のリスクを低減するような助言や介入について意識することを心がけたい。そして、自身が専門とする

図 26 アイフレイル啓発活動



アイフレイル啓発公式サイト <https://www.eye-frail.jp/>

診療科の診療のみならず、内科や耳鼻科、眼科、整形外科、精神科等を含め、患者に他の医療機関の専門診療科の医師と協同して診療を提供すること、すなわち、「地域を面で支えるかかりつけ医機能」の一翼を担うことについて、これまで以上に意識して取り組むことが期待される。

コラム

難聴の高齢者を対象とした補聴器購入助成事業

近年、難聴の高齢者を対象とした補聴器購入助成事業を設ける市町村が着実に増加しており、日本補聴器販売店協会の調査によれば、2025年12月現在622自治体にのぼるという。ここで、最も先駆的に助成制度創設が推進された地域として、新潟県の事例を紹介する。

2018年ごろから、県内の耳鼻咽喉科医会や医師会の取り組みとして、難聴者が認知症になりやすい傾向に対して、認知症予防のための補聴器購入費用の一部助成制度を創設するという要望を県内の市町村に働きかけた結果、2020年度以降、購入費用の一部助成を設ける自治体が徐々に拡がり、2024年度には県内全30市町村が助成制度を構えるに至った。全国の市町村が同様の助成事業を創設するにあたり、その端緒、参考になったものと思われる。

医会や医師会として行政に施策要望を働きかけることや、官民が力を合せて地域の健康課題に取り組む活動結実の好事例と言えよう。

3) オンライン資格確認等システムの活用による他医療機関との協同診療

オンライン資格確認等システムを用いれば、患者からの同意を得ることにより、診療情報・薬剤情報・特定健診等情報を閲覧することができる。内科・歯科・調剤・DPCのレセプトから抽出された過去3年分の情報が閲覧可能である（特定健診等の情報については、過去5年分の情報を閲覧可能）。つまり、オンライン資格確認等システムを用いることによって、他の医療機関の受診歴（医療機関名、受診歴）や診療実績（診療年月日、入外等区分、診療識別、診療行為名）を把握した上で、診療を進めることができる（図27）。

図27 薬剤情報・診療情報・手術情報・処方／調剤情報で閲覧できる情報

薬剤情報の利用設定を行うことで閲覧できる情報
※利用設定の既定値は「利用する」になっています

薬剤情報一覧 作成日: 2023/05/21

氏名: 太郎 太郎 性別: 男 年齢: 60歳 職業: 会社員

生年月日: 1962年5月21日

この薬剤情報一覧は、2022年7月までに開示された医薬品情報を表示しています。一部は表示されない場合があります。
(処方レセプトや調剤レセプトが抽出される場合など、医薬品が表示されない場合があります)

処方実績

年月日	処方区分	処方内容	処方品名	調剤数量
22年7月 19日	調剤	処方クリニック	ガンタマイン錠500mg	10錠
22年6月 18日	調剤	処方クリニック	ガンタマイン錠500mg	10錠

環境設定情報の状態

- * 手術情報: 利用しない
- * 薬剤情報: 利用する
- * 診療情報: 利用しない

薬剤情報に加え、診療情報の利用設定を行うことで閲覧できる情報

診療・薬剤情報一覧 作成日: 2023/05/21

氏名: 太郎 太郎 性別: 男 年齢: 60歳 職業: 会社員

生年月日: 1962年5月21日

この診療・薬剤情報一覧は、2023年2月までの診療・薬剤情報を表示しています。一部は表示されない場合があります。
(処方レセプトや調剤レセプトが抽出される場合など、診療・薬剤情報が表示されない場合があります)

受診歴

年月日	診療機関名	受診歴
22年7月	処方クリニック	処方クリニック
22年6月	処方クリニック	処方クリニック

診療・薬剤実績

年月日	診療区分	診療内容	診療品名	数量
22年6月 18日	調剤	処方クリニック	ガンタマイン錠500mg	10錠
22年6月 18日	調剤	処方クリニック	ガンタマイン錠500mg	10錠

環境設定情報の状態

- * 手術情報: 利用しない
- * 薬剤情報: 利用する
- * 診療情報: 利用する

厚生労働省: オンライン資格確認における手術情報を含む診療情報の提供 すでに薬剤情報・特定健診等情報が閲覧可能な【医療機関・薬局の方々へ】令和7年3月 <https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/00092343.pdf>

令和8年度診療報酬改定において、生活習慣病管理料に眼科医療機関連携強化加算と歯科医療機関連携強化加算が新設された。生活習慣病の管理を担当するに当たり、眼科や歯科の受診状況を確認しつつ、必要な頻度で連携各科を受診するように指導するとともに、診療情報の提供など必要な連携を評価するものである。糖尿病診療に限らず、複数の診療科が協同して診療すべき病態については、オンライン資格確認等システムを有効活用しつつ、適切な連携に取り組んでいく必要がある。

6. かかりつけ医の機能強化としての「軌道」と多職種協働

主治医意見書の「生活機能とサービスに関する意見」欄のうち、「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」と「医学的管理の必要性」のうち多職種協働に係る部分をハイライトして示す（図28）。

図28 かかりつけ医の機能強化：軌道と多職種協働

かかりつけ医の機能強化：軌道と多職種協働			
4. 生活機能とサービスに関する意見			
(1) 移動 屋外歩行 ☐ 自立 ☐ 介助があればしている ☐ していない 車いすの使用 ☐ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) ☐ 用いていない ☐ 屋外で使用 ☐ 屋内で使用			
(2) 栄養・食生活 食事行為 ☐ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助 現在の栄養状態 ☐ 良好 ☐ 不良 → 栄養・食生活上の留意点 ()			
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針 ☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊 ☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 () → 対処方針 ()			
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し ☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明			
(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。) ☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他の医療系サービス () ☐ 特記すべき項目なし			
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載) ☐ 血圧 () ☐ 摂食 () ☐ 嚥下 () ☐ 移動 () ☐ 運動 () ☐ その他 () ☐ 特記すべき項目なし			
(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい) ☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明			

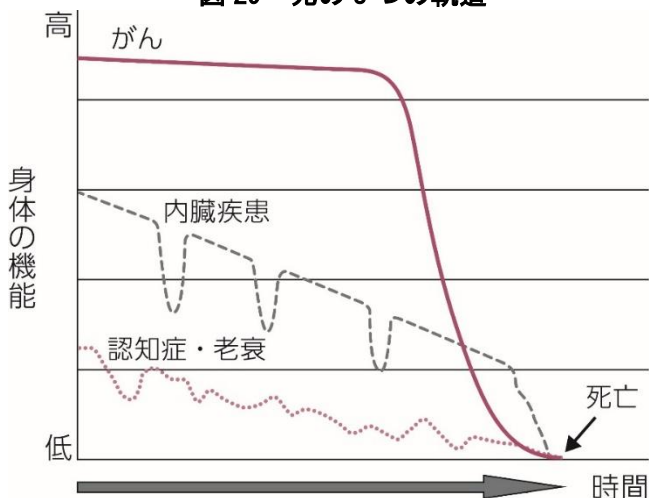
介護保険 主治医意見書

1) 軌道概念に基づく将来予測と治療ケア方針の立案

「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」のチェック欄は、「期待できる」「期待できない」「不明」から選択する形となっている。ここで、いわゆる「疾病の軌道」について触れる。これは Lynn が提唱した、疾患が終末期にどのような経過をたどるかを「がん（悪性腫瘍）」「内臓疾患（心肺疾患）」「認知症・老衰」の3つの病態について模式化した図である（図29）。

この「軌道」という概念を考慮しつつ、患者の病態や身体機能について、おおまかに将来予測し、それに基づいて、治療やケアの方針を立案す

図29 死の3つの軌道

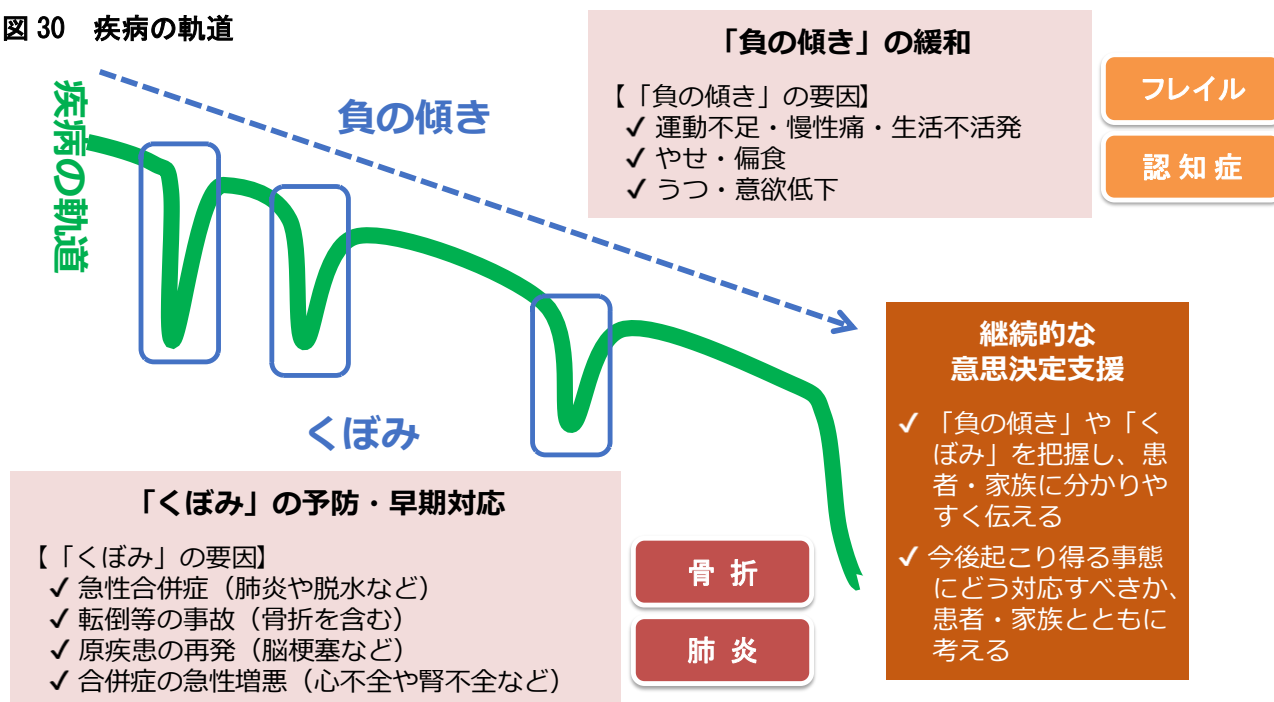


川越正平編著：在宅医療バイブル＜第2版＞

日本医事新報社、2018

ることが望ましい。進行がんや神経難病のように治癒が望めず、生命予後にも限りがある病態の場合には、ある程度予測を立てやすいと言える。一方、高血圧や変形性膝関節症のように、生命予後や身体機能に直接強い影響をもたらすわけではない病態が現時点での主疾患である高齢患者の場合には、将来発生するかもしれない骨折や肺炎などの急性期病態（acute ACSCs）の発生、もしくは、フレイルや認知機能障害などの慢性期病態（chronic ACSCs）の進展が、患者のその後の人生に最も色濃く影響を及ぼしてしまうかもしれない。長く診療を担当しているかかりつけ患者については、可能な範囲でそれらの病態を予測する必要がある。そして、その発生や進行を予防するための助言や指導を行うことまでを視野に入れつつ診療することを推奨したい（図 30）。

図 30 疾病の軌道



筆者自作

2) 他機関の多職種と協働して患者を支援する

要介護認定を受け、訪問診療や訪問看護、訪問薬剤管理指導を利用している在宅患者に対して、在宅医は、その必要性を鑑みて、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション、訪問栄養食事指導の利用を助言している。また、必要であれば、訪問歯科診療や訪問歯科衛生指導の利用を促している。このように、在宅患者に対して一般的に行われている多職種協働や多機関協働の重要性については、その意義が繰り返し強調され、取り組みが進められるようになっている。

本稿を締めくくるにあたり、外来に通院中の患者に対しても同様に、他機関の多職種と協働して患者を支援することを推奨したい。ここまで、1. 運動、2. 栄養、3. 口腔・摂食嚥下、4. 外出・交流・参加、5. 複数診療科での協同診療、6. 軌道と多職種協働について解説してきた。加齢とともにリスクが高まっていく高齢の外来患者について、病態やリスク状態を把握、勘案して、主治医意見書の「医学的管理の必要性」という欄にチェックを入れ、他機関の各種専門職と協働して患者を支援することにより、骨折や肺炎、フレイル、認知症などの発生を防ぎ、介護予防に資することをおかかりつけ医として目指すべき高齢社会がすでに到来しているということを認識しておきたい。

3. 地域における課題と取組

(1) 課題

中山間・人口減少地域においては、医師や医療資源が限られている中で、かかりつけ医が診療のみならず、時間外対応、地域保健、行政との連携、多職種連携などを含めた幅広い役割を単独で担っている実態がある。また、診療所の医師の高齢化や減少が進む中、地域の医療提供体制の持続性が課題となっている。

こうした地域では、中小病院が訪問診療や訪問看護を含むアウトリーチ機能を担い、在宅療養を支えている例もみられるが、地元の診療所との役割分担や共存をどのように図るかが重要である。さらに、介護支援専門員や訪問介護員等が確保できないことにより、医療があっても在宅療養を支えきれないケースも生じている。

過疎地域では、巡回車で検査を行い、オンライン診療で診断をして、専門医とかかりつけ医をつなぐなど、ICTの活用が期待される一方、その地域の医療機関や医師会、自治体等と事前に連携し、十分な協力体制が取れたうえでの導入が求められている。医療を地域インフラとして維持する観点からは、中山間・人口減少地域に対し、ICTを活用した取組に対する継続的な財政支援の必要性が指摘されている。

大都市部では、医療人材や急性期医療体制は一定程度確保されているものの、独居高齢者の増加が著しく、孤独死や支援の担い手不在といった課題が顕在化している。今後は要介護度の高い高齢者の割合も増加し、医療・介護ニーズが複雑化している。

また、医師会未加入の医師や、社会的役割を担うことに消極的な医師が一定数存在することにより、地域全体としての医療・介護連携が必ずしも円滑に機能していないとの指摘がある。新たな医療・介護施設の開設に際して、地域の医療提供体制との調整や医師をはじめとする医療・介護従事者確保が十分に行われないケースもみられる。

さらに、下り搬送の受け皿となる病床や、在宅療養後方支援病院が不足している地域もあり、限られた入院期間の中で本人の意向を十分に踏まえた退院支援が困難となる場合がある。このため、自治体主導による関係者間の課題共有や、地域の実情に応じた体制整備が求められている。

一般市等においては、高齢者人口が増減する中、それぞれの自治体が将来像を踏まえて、課題を把握していく必要がある。サービス需要の状況が増加から減少へ転じる見込みの中、地理的条件等により、医療・介護サービスへのアクセスが制約されるケースもあり、多職種連携を密にすることで対応しているものの、さらなる連携の深化が必要とされている。

また、多職種連携を支えるICT基盤等については、導入時の支援だけでなく、継続的な運用に係る費用負担が課題となっている。

全国共通の課題として、まず在宅医療における関係者の役割分担が十分に整理さ

れていない点が挙げられる。たとえば、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等において、患者の意思とは異なる形でかかりつけ医が変更される事例が報告されている。この点については、国においても「有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会」等において、かかりつけ医やケアマネジャーの変更を強要する行為を禁止する措置を設けることが示された。また、平時の地域包括ケアの枠組みが災害時にも円滑に機能するかという観点からは、施設と協力している医療機関と地域のかかりつけ医との連携や、非常時における役割の明確化が課題となっている。

医療機関間の連携においては、退院後の患者の受け皿や診療継続に関する情報共有が十分でない事例がある。病院の医師が患者の退院後の状況や地域の医療提供体制を十分に把握せず、地域の医師と相談のないまま別の医療機関に委ねるケースも報告されており、地域医師会として情報把握や関与を強化する必要がある。このため、岐阜県医師会では、地域医師会を通した相談制度を設け、事例が発生した際には病院へ改善を促す仕組みづくりが始まっている。

また、ACP（人生会議）や看取りに関する理解が、介護施設のみならず医師会員を含めた医師に十分浸透していないことも課題である。行政や社会福祉協議会が独自に健康チェックやエンディングノート等を作成し、住民に向けて啓発を行っているものの、医師側にそれらの情報が共有されていないケースも多い。地域の独居高齢者への支援体制の構築を検討する中で、行政システムと医療側の連携が不十分であり、仕組みとしての「横のつながり」の構築が求められている。

さらに、地域の医師が参加する防災訓練や地域行事には限られたメンバーのみが参加している事例もみられ、多くの医師にいかに関心を持って参加してもらうかが今後の大きな課題となっている。

多職種連携を含む医療提供体制を維持することが困難になりつつあり、医療をインフラとしてどのように位置付け、財源や制度をどう確保するかについて、国民的議論が必要である。

（２）取組

地域に根差して診療している医師は、自院での診療以外に地域住民の健康を守るため、さまざまな活動をしている。

国においては、「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会や「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」において、将来的な人口構造や医療・介護ニーズの変化を踏まえ、「中山間・人口減少地域」「大都市部」「一般市等」の大きく3つの地域類型に分け、それぞれの地域が直面する課題や対応の方向性について検討を進めている。

前述で整理したとおり、地域包括ケアシステムを巡る課題は、地域の状況によって大きく異なる。こうした課題に対しては、全国一律の対応ではなく、各地域の特

性や実情を踏まえた柔軟な取組が求められる。

このため、国における地域類型の考え方を踏まえつつ、「地域に根差した医師の活動」（P.2 参照）に着目し、各地域において実施されている取組を紹介することとする（例：地域類型 / P.2「地域に根差した医師の活動」該当項目）。これにより、地域ごとの創意工夫や実践例を共有し、今後の地域包括ケアシステムの更なる充実に向けた検討の参考とすることを目的とする。

■新潟市医師会の地域に根差した医師会活動の 5 つの柱（新潟県新潟市）

大都市部 / 1～5 すべて

地域医療体制は、病院医療のみならず、地域の診療所を中心とした医療提供体制によって支えられており、特に地域医師会は、日常診療に加え、救急医療、公衆衛生、行政協力、在宅医療、医療人材育成など、多様な公的機能を担っている。

新潟市医師会の活動を例として、地域医師会が地域医療の持続性を担保するため担っている機能をお示しする。

① 時間外・救急・災害医療への対応（地域医療の安全保障機能）

平日夜間および休日においては、新潟市急患診療センターでは、内科、小児科、整形外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、脳外科の 7 診療科による一次救急診療体制が整備されており、その運営を新潟市医師会が担っている。

さらに新潟市の二次救急（夜間・休日に入院・手術が必要な救急患者に対応）医療提供体制は、新潟市民病院、済生会新潟病院、新潟医療センターなど市内 20 ヶ所の病院による病院群輪番制で二次救急の維持に寄与している。

災害発生時には救護所および避難所における巡回診療を実施する体制を構築し、感染症流行時には検査センターを立ち上げ、宿泊療養施設および自宅療養者へのオンライン診療等を通じ、地域医療体制の維持に寄与している。

このほか、新潟シティマラソンなどの地域行事における救護体制への協力、急な往診・看取りに対応する在宅医療当番制の企画などを通じ、地域医療の安全網としての役割を果たしている。

② 行政・医師会などの公益活動（医療制度運営機能）

新潟市および医師会の各種委員会への参加に加え、社会保険診療報酬支払基金および国民健康保険団体連合会の審査委員会において診療報酬審査業務に関与し、医療保険制度の適正運用に寄与している。

また、介護認定審査会および障がい支援区分認定等審査会への参画、地域ケア会議などへの参加等を通じ、介護保険制度および障害福祉制度の運営にも関与している。

認知症サポート医として、かかりつけ医への助言や地域包括支援センターとの連携強化、研修事業への協力など、地域における認知症医療体制の整備にも貢献している。

警察医としての警察業務、死体検案などの協力や、防災会議への参画など、地域社会の安全確保にも重要な役割を担っている。

さらに、運転免許診断書、成年後見制度に関する診断書作成等の社会的業務も担っている。

③ 地域保健・公衆衛生活動（予防医療・健康増進機能）

妊婦健康診査および1歳6ヶ月児健診および3歳児健診などの乳幼児健診を実施している。

また、学校医として学校健診や健康教育（性教育、がん教育等）を担い、学齢期の健康管理に寄与している。

成人および高齢者に対しては、特定健診、特定保健指導、各種がん検診等を実施し、生活習慣病対策および疾病の早期発見に貢献している。

さらに、予防接種の実施、地域産業保健センターにおける産業医活動、市民公開講座等を通じた健康啓発活動を行っている。

④ 在宅医療および多職種連携の推進（地域包括ケア機能）

高齢化の進展に伴い、住み慣れた地域で生活を継続できる医療提供体制の整備が求められている。

新潟市医師会では、在宅医療の連携拠点として在宅医療推進センターを設置し、地域関係機関と連携しながら在宅医療体制の整備を進めている。

また、在宅医療・介護連携センターおよび連携ステーションを通じて、医療機関と介護事業者の連携を支援するとともに、在宅医療に関する相談対応、情報提供、地域における多職種連携の取り組み支援として在宅医療ネットワーク活動支援事業などを行っている。

さらに、多職種カンファレンスやACP（人生会議）への参加を通じ、地域包括ケアシステムの推進に寄与している。

⑤ 医療人材育成および学術活動（地域医療の持続性確保）

地域医療の持続的発展のため、医学生教育および学術活動に取り組んでいる。

新潟大学医学部では、1年次に地域医療機関での早期医学体験実習（EME）が実施されており、新潟市医師会員が診療所・病院において医学生の受入れおよび指導を行っている。

また、「むすびあい手帳」や「SWAN ネット」など、地域医療情報連携ネットワークの医療DXへの参画、健診精度管理事業に伴う症例研究や学術研究助成を通じ学術発表など、地域医療の質の向上にも寄与している。

以上のとおり、地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割は、

- ・ 地域医療の安全保障（救急・災害医療）
- ・ 公衆衛生活動
- ・ 医療制度運営
- ・ 地域包括ケア
- ・ 医療人材育成、学術活動

といった多面的機能を担っており、地域医療体制の基盤として重要な役割を果たしている。

■地域標準手順書普及推進（徳島県）

中山間・人口減少地域 / 4. 多職種連携・5. その他

令和7年度地域標準手順書普及事業（厚生労働省補助事業）として、特定行為に係る地域標準手順書の活用促進を行っている。

今後、在宅医療の需要拡大が予想され、人材不足と重なるなか、訪問診療の不足が考えられる。そのために手順書により一定の診療の補助を行う看護師（特定行為研修修了者：在宅・慢性期領域）の利用が手助けとなる。その普及・広報・周知を目的としている。

郡市医師会、看護協会、訪問看護ステーション連絡協議会、訪問診療医等を巻き込み、徳島版の手順書を作成し、在宅医療を行っている医師をはじめとして医療・介護の現場で医療の一助にと考えている。

徳島版の地域標準手順書を作成し、令和8年3月4日特定行為に係る地域標準手順書活用促進シンポジウムを開催（WEB 併用、約150名の医師・看護師参加）し、広報・普及に努めている。

■高齢者救急の下り搬送事業（神奈川県相模原市）

大都市部 / 1. 地域の時間外・救急対応

高齢者、中でも施設高齢者の救急搬送が増加している中、急性期病院へ的高齢者の入院が増加し、在院日数も延びている。その結果、急性期病院では患者の停留による救急患者用病床の満床状態が続き、救急車の受け入れに支障が生じている。急性期病院の入院患者の中には、地域の後方支援病院での治療で対応可能な患者も多くおり、このことが、相模原市の救急医療を脆弱なものとしている。

令和6年9月から、こうした課題解決のため、救急車を利用して高齢者施設から急性期病院に入院した高齢者に対して、急性期病院（基幹病院）での治療が一段落した後、市内の連携ネットワークに参加している回復期・慢性期病院（後方連携病院）に転送してもらい、転院先の病院で施設に戻るための支援（治療の完結、施設に戻るための準備と再燃時の対応の話し合い等）を行う取組を実施しており、急性期病院で新たな救急患者を受け入れるための体制整備につなげている。

対象となる参加者は、病院協会加盟の16病院。対象となる利用者は、高齢者施設等の高齢者。

実施主体は相模原市病院協会。協力組織・団体としては、相模原市、相模原市医師会、相模原市高齢者福祉施設協議会等がある。

リーフレット等を作成する際、「相模原市病院協会・医師会」だけでなく「相模原市」の名称も明記することで、市が事業に協力していることが患者や家族にも伝わるようになった。その結果、以前と比べて転院への協力が得られる件数が増えている。

■「もしもの時に伝えるシート」(大阪府大阪市)

大都市部 / 1. 地域の時間外・救急対応

大阪市においては、救急で運ばれてきたものの、緊急連絡先がわからない患者の医療や支援に困ることがあったことから、都島区においては、都島区在宅医療・介護連携相談支援室(都島区医師会)がコアメンバーとなって、“もしもの時”に緊急時の連絡先や自分の思いを医療関係者や家族等に伝えるための「もしもの時に伝えるシート」を作成。

記入したシートは、救急医療の現場でも確認してもらえよう、「おくすり手帳」に挟むこととし、医療機関や薬局、歯科医院、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、各区役所、各区保健福祉センター、ランチ、民生委員等を通じて、これまでに15,000部以上を配布している。

シートの導入によって、「独居高齢者の救急搬送において、呼吸困難で他区の病院へ搬送された際に、家族へスムーズに連絡を取ることができた」等の声が寄せられており、好評を得ている。

■金沢区三師会嚥下チーム(神奈川県横浜市金沢区)

大都市部 / 4. 多職種連携

金沢区三師会では、全国でも少ない三師合同での多職種連携をいち早く行っている。小さな範囲(区単位)ならではの細かい情報交換を行う事が出来るため、金沢区の在宅医療相談室や在宅看護との連携がし易い構造となっていることが特徴である。また、地域の特徴としては、横須賀市、逗子市、鎌倉市に隣接し、区内に7つの病院があるため、近隣市町村からの患者の受入れも多く、病診連携が活発に行われている。

金沢区三師会嚥下チームは、嚥下機能が低下しても、患者が自宅で安心して食事を楽しめるように、医師、看護師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、言語聴覚士、介護職など多職種が連携して、それぞれの専門性を活かし、患者の全身管理、嚥下機能評価、嚥下訓練、食事指導、口腔ケア、口腔環境の整備を行うことを目的に平成30年(2018年)5月に結成された。

嚥下障害患者の診察の流れは、次の通り。

- ①主治医の許可：通院が困難で訪問診療を受けている方を対象に主治医に相談いただき、嚥下内視鏡検査の許可を得る
- ②金沢区在宅医療相談室に電話：全身状態、経口摂取の状況、認知症の有無など確認
- ③往診での嚥下内視鏡検査：耳鼻咽喉科医が往診(歯科医が同行する場合あり)
- ④歯科医師、言語聴覚士、管理栄養士の介入：必要に応じて、在宅での口腔ケアや口腔環境の整備、嚥下機能訓練、栄養指導を行う

■障害者介護給付費等審査会の質向上に向けた医師会から市への提案（千葉県松戸市）

一般市 / 2. 行政・医師会等の公益活動

障害者介護給付費等審査会の質向上と委員の負担軽減、障害福祉分野の課題抽出を目的として、以下を市に提案し、実現した。

1. 人口規模や適切な議論ができる部会数や委員構成のための提案
2. 医師意見書の記載に資する問診票の作成と運用
3. 審査会運営上の課題や審査事例を通して覚知される障害福祉分野の地域課題について議論する場として委員総会の開催提案

経緯としては以下の2つがある。

- ・障害者介護給付費等審査会の医師会推薦委員が、介護認定審査会の委員経験をもとに、(1) 審査会運営上の課題と、(2) 審査事例を通して覚知される障害福祉分野の地域課題について議論する場が必要だと認識した。
- ・(1)(2)について審査会委員10名にアンケート調査を実施した。アンケート結果に基づき、以下の3つの課題に対する取り組みの検討を開始した。

主な課題としては、以下の通りである。

1. 申請日から審査までにかかなりの期間を要している
2. 1回の審査会が長時間に及び委員の負担が大きい
3. 医師意見書の記載内容と認定調査内容に整合性がない例がある

なお、1、2の詳細は以下の通りである。

1について：申請から審査会までの日数が 92 ± 31 日、申請から認定調査までが 16 ± 11 日、申請から医師意見書の記載までが 29 ± 31 日、認定調査・医師意見書の記載が完了してから審査会までが 61 ± 20 日であった。

2について：2部会10名の委員で、38回/年の審査会を行い、1,193件/年（約28件/回）の区分認定審査を行った。また、「就労移行支援等訓練給付期間の延長」や「重度訪問介護の時間数」に関する意見聴取などを最大2件/回行った。1回の審査会に要した時間は2時間53分 $\pm$ 27分（最長3時間47分）であった。

具体的な改善提案と実施状況として、他地域の取組を参考に、担当課との議論や松戸市医師会在宅ケア委員会での基礎的議論を経て、以下について、2024年8月に開催された松戸市長と松戸市医師会の懇話会において、市に提案した。

1. 設置部会数の増加（2部会→4部会）
2. 医師意見書記載に資する問診票の作成
3. 審査会委員総会の定期開催（年2回程度）

その結果、2025年4月から4部会（委員20名）構成とすることが決定し、実行された。同年7月より問診票の運用が開始され、同年8月に第1回委員総会が開催された。委員を推薦する専門職能団体や事業者団体が増えることにより、障害

福祉分野に関する諸制度や取組についての理解や、職能・事業者間の関係性が強化されるという副次的効果も生まれつつある。

■コミュニティケアネットワークかわごえ（埼玉県川越市）

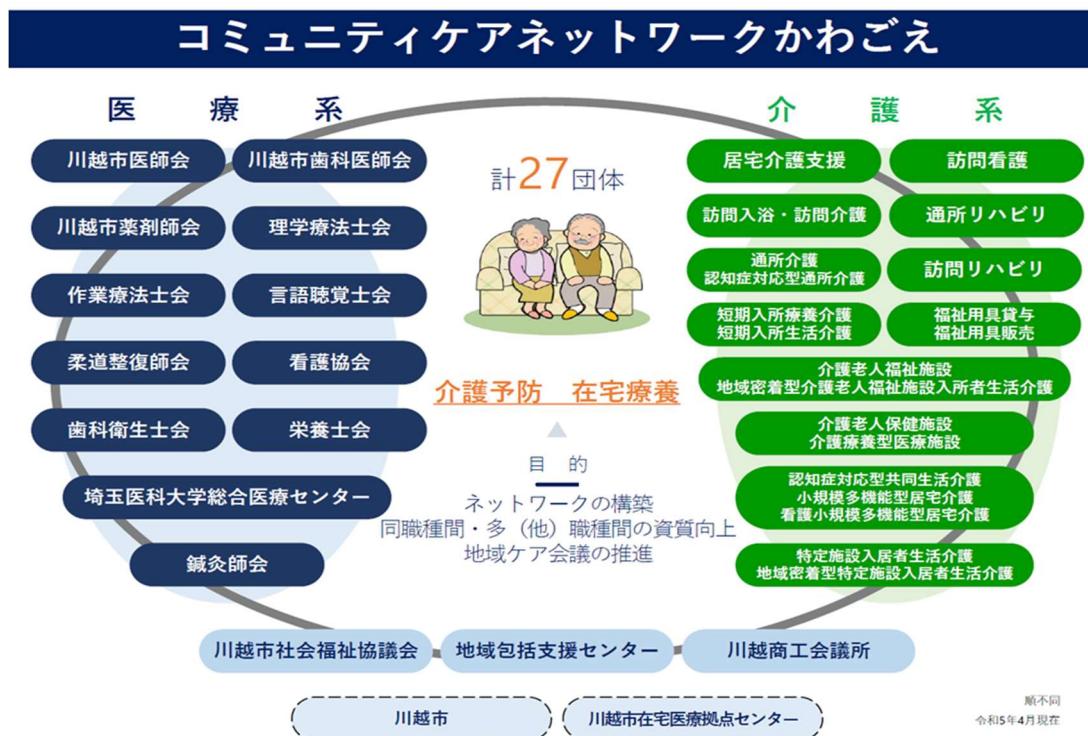
一般市 / 4. 多職種連携

中核市である川越市の人口は 352,388 人、高齢化率は 27.19%で、まだまだ高いとは言えないが、将来を見据えて介護保険事業計画にも明記されている「切れ目のない在宅医療・介護提供体制の構築に向け、多職種連携を引き続き推進する」ために、平成 26 年より、市と医療介護に携わる 27 団体からなる「コミュニティケアネットワークかわごえ(CCN かわごえ)」が活動している。

地域の医療と介護の関係者のネットワークの構築や資質向上を目的に、人生会議や自立支援の在り方等を内容としたエリアミーティング、市民に対する啓発活動として医療介護フォーラム等、積極的に取り組んでいる。

この活動の事務局を川越市医師会が担っているが、基本は顔の見える関係性の構築と、同職種・多（他）職種間の資質向上が目的である。

市内のどの地域に住んでいても、質・量ともに差のないサービス提供を目指している。9ヶ所の地域包括支援センターを3圏域に分け、地域ケア会議等で取り上げられた課題を解決するためのエリアミーティングを開催し、エリア毎に成果を挙げている。具体的なテーマは、認知症・ACP・災害対応などであるが、各々地域性があり、現実に即した取り組みに繋がっている。



（一般社団法人川越市医師会）

■災害時の要配慮児・者の個別避難計画作成へのかかりつけ医の役割 ～医療的ケア児・者の避難シミュレーション グループワークを通して～（愛媛県）

一般市 / 4. 多職種連携

令和4・5年地域包括ケア推進委員会 答申（3-7-①）にて、小児在宅医療的ケア児の「災害時対応ノート」^{注1）}の個別作成について報告した。

「災害時対応ノート」を記載することで、個別避難計画が作成される。

今回、医療的ケア児・者の個別避難計画作成について、県内医療関係者の認知が十分でないことから、愛媛県医師会救急災害医療部と成育医療部合同で、医師をはじめ多職種を対象として、講演会（WEB 併用）とグループワーク（現地開催のみ）を行った（資料1）。参加者は259名であり、後半のグループワークは112名が参加した。

グループワークでは、医療的ケア者（人工呼吸器管理）とその家族に協力いただき、本人の事例提示に基づいて「災害時対応ノート」を活用し、15グループに分かれて討議し、記入していった。各グループは、県内居住地地域別とし、医師を含めた7～8名で構成した。災害時の個別避難計画を作成し、実際の避難における課題について気づきをえることができた。

今後は、参加した医師が市町行政や多職種に働きかけて個別計画の作成を推進し、計画に沿った避難行動訓練の実施をめざすこととした。

平時からの災害支援への関わりもかかりつけ医としての役割であることを再認識した。

注1） 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>

資料 1 : 令和 7 年度 救急災害医療部研修会

出席者259名

救急災害・成育医療一報告 1

現地 (GW 112名、第一部のみ聴講29名)

Web (第一部のみ聴講118名)

令和 7 年度 救急災害医療部研修会

GW職種内訳

- ・医師：16名
- ・看護師(医療機関、事業所)：23名
- ・行政(事務、保健師、相談員etc)：32名
- ・薬剤師：4名
- ・管理者、相談員、保育士etc(事業所etc)：17名
- ・学校関係：3名
- ・その他(社協、歯科衛生士、作業療法士etc)：11名
- ・当事者、家族：6名

日時：令和 7 年 7 月 27 日(日) 13 時 00 分～16 時 30 分

場所：愛媛県医師会館 4 階 第 1 会議室 (*第一部 Web 併用)

次 第

司会進行 愛媛県医師会理事 大藤 佳子

13：00 開会挨拶 愛媛県医師会長 村上 博

13：05 愛媛県の医療的ケア児・者の現状
愛媛県小児科医会小児在宅医療検討委員会委員長 松田 修

【第一部】

13：10 講演 座長 愛媛県医師会常任理事 井関 貞文
「医療的ケア児者の災害時対応について（実践編）」
北良株式会社代表取締役 笠井 健 氏

14：10 ～休憩・実習会場準備～

【第二部】

座長 愛媛県小児科医会小児在宅医療検討委員会委員長 松田 修
愛媛県医師会理事／
愛媛県災害リハビリテーション支援協会(愛媛 JRAT)代表 藤田 正明

14：20 グループワーク
テーマ：地域の医療的ケア児・者が被災した時の避難シミュレーション(グループごとに事例検討)
事例説明 愛媛県小児科医会小児災害対策委員会委員長 山本 英一

15：20 ～休憩・展示見学～

15：30 グループ発表

16：10 総括

北良株式会社代表取締役 笠井 健 氏
愛媛県立中央病院災害医療センター長 馬越 健介

16：25 閉会挨拶 愛媛県医師会常任理事 井上 哲志

(一般社団法人愛媛県医師会)

■2025 長崎県在宅医療スタートアップセミナー（長崎県）

その他 / 4. 多職種連携

長崎県が抱える離島や過疎地域での在宅医療不足を解消するために、スタートアップセミナーを開催している。セミナーでは、長崎県福祉保健部担当者が在宅医療の現状や必要性、今後の見込みについて説明した後、離島や過疎地域で在宅医療を実践する医師や看護師による報告会を行う。対象となる参加者は、在宅医療に関係する医療職（医師・看護師・リハビリテーション専門職・薬剤師・ケアマネジャー・管理栄養士・ソーシャルワーカー）。

第1回を令和7年8月31日に大村市で開催し、114名が参加（うち医師が29名）。第2回は令和8年1月25日に長崎市で開催。144名が参加（うち医師が49名）。

実施主体は長崎県福祉保健部。関連する組織・団体としては、長崎県医師会、長崎県歯科医師会、長崎県薬剤師会、長崎県看護協会がある。財源は地域医療介護総合確保基金。

おわりに

本答申の取りまとめにあたり、一言申し上げる。

地域包括ケアシステムを制度として語ることは容易いが、その制度を地域の現実において日々支えているのは、一人ひとりのかかりつけ医である。主治医意見書を丁寧に書き、深夜の急変に応じ、孤立した高齢者の微細な変化に気づき、ケアマネジャーや地域包括支援センターのスタッフと顔の見える信頼関係を結んでいる医師の存在なくして、地域包括ケアは決して機能しない。初心に立ち返った委員会審議を通じ、かかりつけ医の活動がいかに多岐にわたり、地域に深く根差したものであるかを改めて確認することができた。本答申が最も大切にしたのは、そうした医師たちの日々の実践を正面から受け止め、その意義を広く社会に示すことであった。

2025年という節目を越えた今、2040年に向けて日本の地域医療はかつて経験したことのない構造変容の中に入っていく。85歳以上の超高齢者の激増、独居高齢者の孤立、医師の働き方改革、医療DXの急激な進展等、そのすべての課題が同時かつ複合的に押し寄せる。中山間・人口減少地域では医療・介護の担い手が不足し、大都市部では在宅医療の需要が増大し、その中間地域では需要の減少と医療資源の最適化という難問が立ちはだかる。こうした時代においてこそ、かかりつけ医の顔の見える医療こそが、最後の砦となりうると考える。その人の生活や家族の悩みを知り、地域の課題を我が事として取り組めるかかりつけ医の存在無くして地域は守れない。

地域医師会には、孤立する診療所を援護する義務がある。病診連携、輪番体制、在宅当番医制等の整備を通じかかりつけ医が時代の変化に対応しながらも持続的に地域に貢献できる環境を整えることが急務である。かかりつけ医機能報告制度の施行は、かかりつけ医の機能を「見える化」する制度的な一歩にすぎない。最も重要なのは一人ひとりの医師の使命感と、地道な日々の実践である。

本答申が地域包括ケアシステム政策立案において活用され、今も全国で地域住民と向き合っておられるかかりつけ医の先生方のお力になることを願うものであります。委員の先生方、事務局の皆様、そして関係していただいたすべての方に心から感謝申し上げます。

日本医師会地域包括ケア推進委員会
委員長 馬岡 晋