

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」 第2回検討会

「2040年に向けたサービス提供体制
等のあり方」検討会（第2回）
令和7年2月3日

資料7

『福井県の地域包括ケアの 深化・進化に関する取り組み』

～幸福度日本一福井からの提言～



福井県医師会 会長
医療法人池慶会池端病院 理事長・院長
池端 幸彦

「幸福度日本一ふくい」の基盤

あらかじめ、
幸せだったらいいな。

幸せ度
いちばん
福井県

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

健康

- ・子どもの運動能力 216.0点 (1位)
- ・介護を要しない元気生活者の割合(元気生活率) 97.7% (1位)
- ・平均寿命 84.4歳 (3位)

子どもから
高齢者まで
元気

つながり

- ・三世代同居割合 15.0% (2位)
- ・持ち家住宅の延べ面積 173.3m² (2位)

三世代同居が多く、子どもは
祖父母にも見守られて育つ

子育て 教育

- ・保育園の待機児童率の低さ (1位)
- ・小中学生の学力 102.7点 (1位)

子育て世帯への支援が手厚く、
教育環境も充実

働く場

- ・女性有業率 53.0% (1位)
- ・共働き率 58.7% (1位)
- ・正規就業者割合 69.8% (3位)

正規就業者割合や女性の有業率が
高く、雇用環境が安定

昨年度有効求人
倍率も日本一

「幸福度日本一ふくい」を支える健康づくり

あらかじめ、
幸せだったらいいな。

幸せ度
いちばん
福井県

食、運動、社会参加・つながりの3本柱で健康づくりを推進

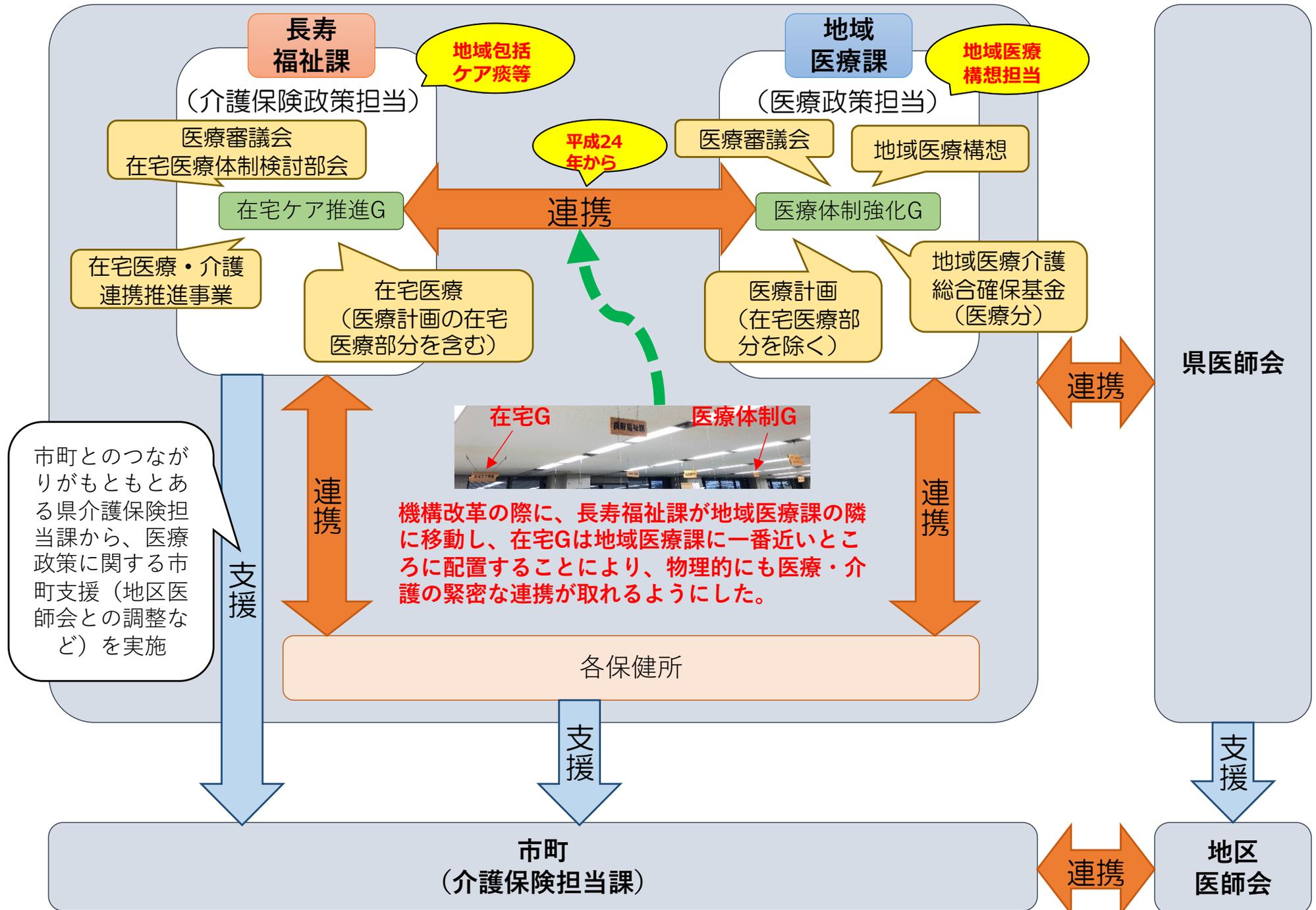
	主な現状	I 食	II 運動	III 社会参加・つながり
子ども世代	<ul style="list-style-type: none"> 体力、学力ともトップレベル 	<ul style="list-style-type: none"> ○食育 <ul style="list-style-type: none"> ・幼少時から、食への興味、関心を向上 	<ul style="list-style-type: none"> ○一県民一スポーツ ○体カづくり <ul style="list-style-type: none"> ・小中学校での運動の推進 ・学校と地域が共同して運動、スポーツ活動を実施 	
若者／働き世代	<ul style="list-style-type: none"> ・50歳代、70歳以上において、メタボの割合が増加傾向 ・平均歩数は全国より少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ○低塩分でバランスのとれた食事を各世代に普及 ～「ふくい健幸美食」の推進～ ・働き世代のメタボ対策 ・高齢者の低栄養対策 	<ul style="list-style-type: none"> ○気軽に取り組める「運動」の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・スニーカービズ ・各市町独自の健康体操 ○みんなでラジオ体操 	<ul style="list-style-type: none"> ○一市町一健康づくり <ul style="list-style-type: none"> ・各市町の特徴に応じた健康づくりへの支援 ・わがまち健康推進員（約5,000人）が主体となって推進
高齢世代	<ul style="list-style-type: none"> ・元気生活率はトップレベル ・65歳以上の低栄養傾向（BMI20以下）の割合が増加 			<ul style="list-style-type: none"> ○在宅ケア体制の全県展開
		○フレイル予防		

さらなる健康長寿のために

福井県の地域包括ケアの 深化・進化に関する取り組み

1. 福井県在宅医療サポートセンター事業について
2. 福井県版退院支援ルールの取り組み
3. 坂井地区 在宅ケア体制モデル整備事業
4. フレイル予防事業の取り組み
5. 福井県版エンディングノート作成
6. 多職種間で利用可能な I C T 整備事業

福井県の在宅医療・介護連携推進事業 現在の体制



高齢者の暮らしの安心を支える在宅ケア体制の整備

あらかじめ、
幸せだったらいいな。
幸せ度
いちばん
福井県

在宅ケア体制の整備・全県展開は、
県・市町と医師会が緊密にタッグを組んで推進



県・県医師会の事業

➤ 「在宅ケアサポートセンター」の運営

在宅ケアに携わる人材の育成と県民に対する啓発を行うセンターを県医師会等と合同で運営



在宅口腔ケア実技研修



県民公開講座において
専門職自ら寸劇を披露

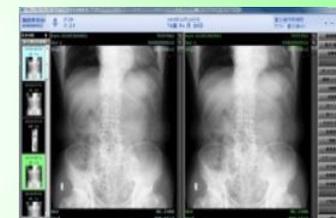
➤ 「福井県入退院支援ルール」の策定・運用

退院後の在宅ケアへのスムーズな移行を促す、医療・介護関係者間の情報提供ルールを策定
県下の全病院で入退院支援ルールが運用されているほか、医療・介護関係者の協議により定期的に改定

県単位では全国初！
国も先進事例として紹介！
(H29.11.22 第152回社会保障審議会
介護給付費分科会 等)

➤ 「ふくいメディカルネット」の構築・運用

ICTを用いた医療・介護情報の共有一元化システムを
県医師会と合同で構築・運用



「ふくいメディカルネット」
共有画面(診断画像)

市町・地区医師会の事業

➤ 地域の実情に応じた在宅ケア体制の構築

県下全地域において市町と地区医師会との協議を実施し、地域の医療資源に応じた体制を構築

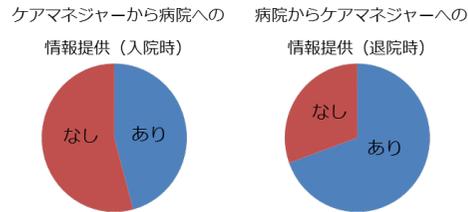
両者の間を
県が調整

入退院時の医療介護連携の推進に向けた取組事例

■ 福井県における退院支援ルール策定の取組（県全域で適応するルールは、全国初）

取組開始時の現状と課題

- 入院時、ケアマネから医療機関への情報提供は約5割、要支援者では3割未満だった。
- 退院時、医療機関からケアマネへの連絡は3割弱で情報提供がなく、2割以上が退院直前だった。



- 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。

保健所単位での意見調整

県庁と県医師会が連携し、入退院時の退院支援ルール作成に向け取り組むことを確認

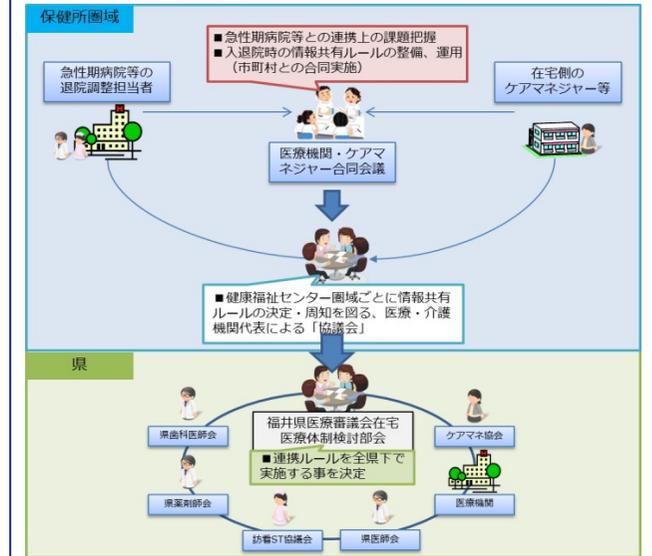
全県のケアマネジャーを対象に入退院時連携の実態を調査

県内すべての保健所が関係者の協議の場を設置
医療機関、ケアマネジャー、医師会等による複数回の協議を経て、入退院時の医療介護連携に関する現状と課題の整理、退院支援ルールについての意見の取りまとめ

市町や医療圏をまたぐ入退院の事例が多く見られることから、ルールの適用範囲は広域にする必要があるとの意見があった。

福井県退院支援ルールの策定

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。（平成28年4月運用開始）



県の役割

- 事業の企画・予算の確保
- 市町への参加要請（介護保険担当部局、地域包括支援センター、居宅介護事業所等）
- 県庁は、全県的な関係者協議の場の設置、県保健所は、保健所圏域毎の協議の実施や関係機関の連携調整を支援。
- 入退院時の連携状況の定期的な把握・評価、退院支援ルールの改善

県医師会の協力

- 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



期待される成果

- 退院調整のフローを標準化したことにより、入退院時の情報提供率の向上につながる
- 入院時情報提供がなかった割合：約5割→約2割
うち要支援者：約7割→約4割
- 退院時に介護支援専門員に情報提供がなかった割合：約2割→約1割
- 協議を重ねる事で、お互いの事情や役割への理解が深まり、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなる
- ルールの活用により入院・退院にかかる診療報酬および介護報酬上の評価・加算につながる

高齢者の暮らしの安心を支える在宅ケア体制の整備

あらかじめ、
幸せだったらいいな。
幸せ度
いちばん
福井県

東京大学とのジェロントロジー共同研究に基づき、坂井市・あわら市をモデル地区として在宅において介護と医療を切れ目なく受けられる仕組みを整備し、更に全県に普及・展開

体制の特徴

① 医療機関の連携による24時間対応の実現

主治医・副主治医の選任や緊急時受入れ病院の設定により、容体が急変した際の24時間対応体制を確保

② 多職種間での患者情報の共有

病院や診療所、訪問看護師、ケアマネジャーなどが診療記録や投薬情報等をICTを用いて共有

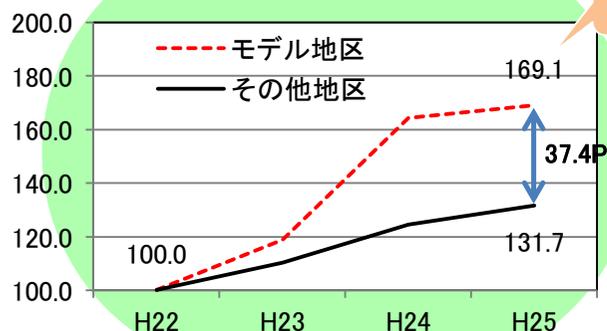
③ 医療・介護の総合相談窓口の設置

介護サービスに加えて、医療サービスもワンストップで相談できる窓口を市町の地域包括支援センターに設置

国も先進事例として紹介！
(H28.7.4 第7回医療介護総合確保促進会議等)



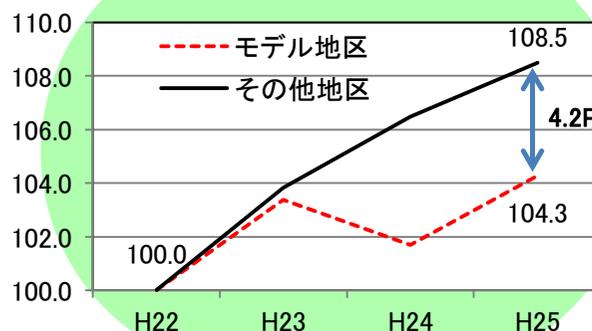
在宅で医療・介護を受ける方が増えた



<訪問看護利用者数の推移(H22を100とした場合)>

3年で
1.7倍!

医療費の伸びが抑制された



<後期高齢者医療費の推移(H22を100とした場合)>

4.2ポイント
(5.7億円相当)の差!

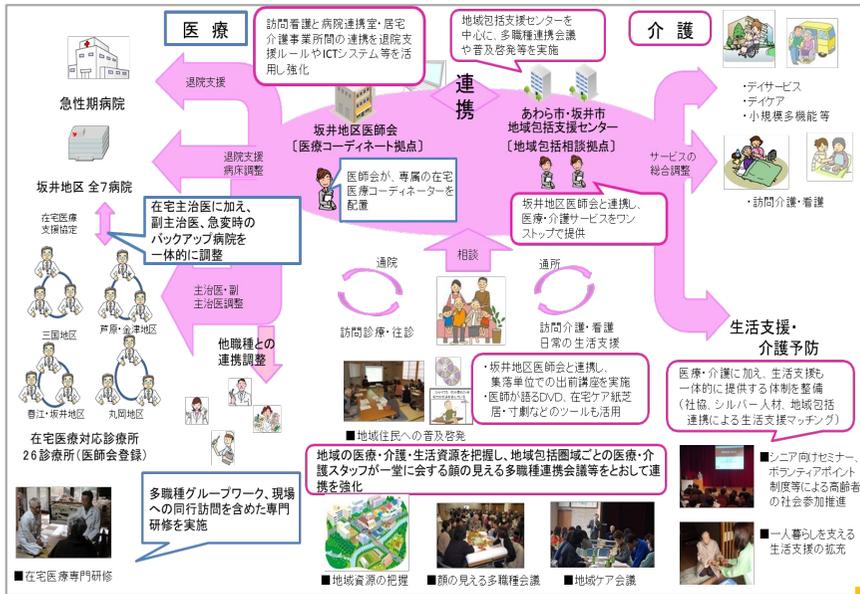


坂井地区在宅ケアネットについて

取り組みの経緯

年月	内容
平成20年11月1日より	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開始。在宅医療コーディネーターを配置
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における在宅ケア体制整備開始
平成24年4月	坂井地区広域連合が在宅医療連携拠点事業を開始。坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会発足
平成25年1月	坂井地区医師会と地区内7病院で在宅患者の急変時受け入れに関し協定を結び、安心連携カードの運用開始
平成25年2月	ICT活用による在宅情報共有システムの運用
平成26年	同行訪問診療実地研修開始

医療・介護・福祉の連携の概要図



在宅医療の現状

- ・かかりつけ医の業務として、訪問診療や往診をする医療機関の数は大きく変わっていないが、**在宅医療を中止する**ところも出てきている。
- ・**ターミナルや高度なスキルが必要な患者の訪問診療や往診は受けない傾向**がある。
- ・理由は通常診療への影響が大きい、**医師の体力の問題、24時間体制・対応が困難**など
- ・**在宅医療専門診療所が地域内に開業**し、かかりつけ医との役割分担ができてきた。

介護事業体制について

- ・平成12年(2000年)に坂井地区医師会では介護保険制度発足時から介護事業(居宅介護支援(ケアマネ)、訪問介護(ヘルパー)、通所介護(デイサービス)、訪問看護)をまとめた**ケアセンターの運用を開始**。
- ・平成25年頃から**地域に介護事業所が急増**したことから競合状態となり、**利用者の取り合い、介護スタッフの不足**が起り始め、令和3年からのコロナ禍による利用者の減少から介護事業運営が逼迫した。ヘルパー事業やデイサービス事業では運営が困難で廃止または一部休止・縮小するところも出てきた。
- ・老々介護や独居の超高齢の要介護者が多くなって、**施設介護の需要が多くなり、在宅介護利用者が減**ってきている。

在宅医療の課題

- (1) 在宅医療の担い手不足**
医師の高齢化 後継者不在 医師の偏在 意識の変化
- (2) 在宅医療のスキルを学ぶのは負担が大きいと感じている。**
緩和医療、経管栄養、褥瘡処置、人工呼吸器管理、神経難病など
- (3) 主治医・副主治医体制を整備することが困難。**
個人的に親しい医師間での副主治医制となっている
機能強化型在宅支援診療所①②は施設基準などの問題で当地区では開設されていない。
- (4) 退院前カンファランスや居宅介護サービス提供者会議など外部への出席困難**

介護提供体制の課題

- (1) マンパワー不足の解消。人材確保・人材育成が困難**
なぜ介護職に就かないのか、なぜ訪問看護師が増えないのか
①自分の時間や家庭を最優先にする風潮が強くなり、時間外や休日勤務などの不規則な勤務が多い看護・介護職は敬遠される
②介護の仕事のイメージがよくない(激務で薄給)
・利用者やその家族との対応でストレスが多いと感じたり、利用時のアクシデントなどに対する責任が重いと感じる
・同額の給与であればより楽な仕事に就こうとする
- (2) 安定した事業所運営が困難になっている**
物価上昇や人件費の上昇に事業所の収益が追いついていかない

高齢者の元気な生活を後押しするフレイル予防の推進

あらかじめ、
幸せだったらいいな。
幸せ度
いちばん
福井県

東京大学とのジェロントロジー(総合長寿学)共同研究に基づき、
フレイル(虚弱)予防プログラムによる高齢者の健康づくりを促進



東京大学

- 事業全体に係る助言、
技術的支援、情報提供



ジェロントロジー
共同研究協定
(H21~)

福井県ジェロントロジー推進協議会

福井県

- 事業全体の企画運営、進捗管理
- 市町への支援、助言
- サポーターへの研修を行う
専門職の養成

市町

- フレイルチェックの実施
- フレイル予防活動の
企画運営
- サポーターの養成

医師会 歯科医師会 薬剤師会

- フレイル予防の
普及啓発
- 事業への助言

推進

フレイルチェック

- 「食」「運動」「社会参加・つながり」それぞれについて
フレイルの兆候を自らチェック (半年に1回)
- (例) ・野菜、肉魚の両方を毎日2回以上食べているか？
・ウォーキング等の運動を毎日1時間以上行っているか？
・昨年と比べて外出の機会が減っていないか？

⇒ 自発的なフレイル予防活動を促進

- 研修を受けた地域の高齢者(フレイル予防サポーター)が
中心となって運営



フレイル予防活動

- 「食」「運動」「社会参加・つながり」が3本柱

【食】 ・ バランスの良い食事
・ 噛む力の維持 など

【運動】 ・ ウォーキング
・ ラジオ体操 など

【社会参加・
つながり】 ・ 趣味活動への参加
・ フレイル予防サポーター など



福井県版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

～私からあなたへつなぐ未来～



気になっていること、
大切な人に
きちんと伝えられますか？

福井県版エンディングノート

つぐみ

～私からあなたへつなぐ未来～



気になっていること、
大切な人に
きちんと伝えられますか？

福井県版エンディングノートとは！？

- 患者本人の気がかりや意向
- 病状や予後の理解
- 医療や療養に関する意向や選好、その提供体制

福井県版の利点は！？

- 家族の負担を軽減
- 自分の意思を正確に伝える
- 自分と向き合うきっかけ

ACP

本人・家族・医療関係者等との話し合い
(1人ではできない)

エンディングノート

本人の意思
(1人で記入)

両方の要素を取り入れる

- 「個人の意思の尊重」
- どんなに歳を取っても、病気や怪我で後遺症を抱えたとしても、私たちは一人ひとりが生命、自由、幸福を追求する権利を持っており、それが最大限尊重される。

- 亡くなった際に保険手続き、銀行口座の名義変更など様々な手続き・届出が必要となることから、事前に銀行口座、加入保険、葬儀の希望などを記しておく。
- 趣味や生きがい、大切にしていること、やり残したこと、これからしたいことなどの思いを記しておく。

つぐみ（福井県版エンディングノート）の取組について



取り組みの経緯

年月	内容
令和元年12月	第1回作成委員会開催（4名の医師、県担当者、事務局）
令和3年1月	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%）
令和3年5月	新型コロナワクチン接種会場を活用し、エンディングノートに関する医療・介護の項目内容に関する調査を実施（回収率39.3%）
令和4年2月	第7回作成委員会にて骨子案確定
令和4年7月	愛称を“つぐみ”に決定（一般公募46通）

年月	内容
令和4年10月	冊子の最終構成案が了承
令和4年11月～12月	一般県民を対象として書き方研修会ならびに専門職対象を対象とした研修会を開催
令和5年2月	県民公開講座を開催し、“つぐみ”の紹介
令和5年6月	県民啓発協力医を募集
令和5年7月～	各地域への出前講座を通じて普及・啓発活動を展開中

調査結果より

死のとりえ方や迎え方をポジティブに考え、人生を豊かにするための「エンディングノート」作製してはどうか

目指すべき形

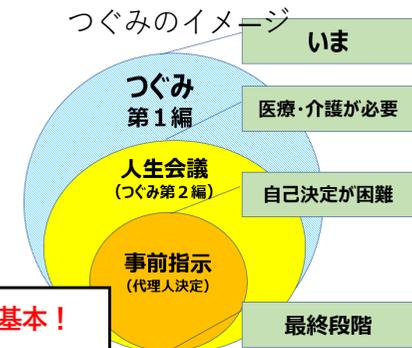
ACPの要素とエンディングノートの要素を組み合わせる形とする

冊子作製数

計3.5万部を作成（令和4年度・令和5年度）

構成

第1編（エンディングノート）：精一杯今を生きるあなたのノートであり、病気になった時の人生会議を円滑にかつ有意義なものにする、第2編の根幹をなすもの
 第2編（人生会議）：貴方の生き方・逝き方を示すもので、残される家族や友人を想う取り組み



「第1編」の記入が全ての基本！

もくじ

第1編	
1章 私について	1
①基本情報 ②連絡先	
2章 財産について	3
3章 私のあゆみ	7
4章 セカンドライフ	9
5章 医療・介護の現状	11
(かかりつけ医情報含む)	
6章 大切な人や親しい人へのメッセージ	13
第2編	
①回目	
1章 話し合った人	15
(日付・名前・職種・施設名・住所・連絡先)	
2章 もしものとき 突然の病気や事故に備えて	16
②回目	
1章 話し合った人	19
(日付・名前・職種・施設名・住所・連絡先)	
2章 もしものとき 突然の病気や事故に備えて	20
③回目	
1章 話し合った人	23
(日付・名前・職種・施設名・住所・連絡先)	
2章 もしものとき 突然の病気や事故に備えて	24
その他	
【豆知識】延命治療とは	27
巻末ポストカード	

普及啓発活動

- 65歳以上をターゲット：公民館などへの出前講座等を通じて普及・啓発を行う。
- 65歳以上をターゲット：医療機関や介護施設、介護サービス、地域に密着している地域包括支援センターや民生委員等を通じて普及を行う。
- 若者・家族層をターゲット：どこでも気軽に手にとることができるような場所にチラシ等を設置する
- 県市町等のイベントへの参加：人生会議の日（11/30）の近い日曜や祝日にて多職種にて合同にて関連イベントをショッピングセンター等にて開催ならびに市町主催のイベントへのブースの設置



利用者インタビュー結果より

「つぐみ」は、いまを生きる自分をみえる化するだけではなく、生きてきた生かされてきた自分を残すものでもある。

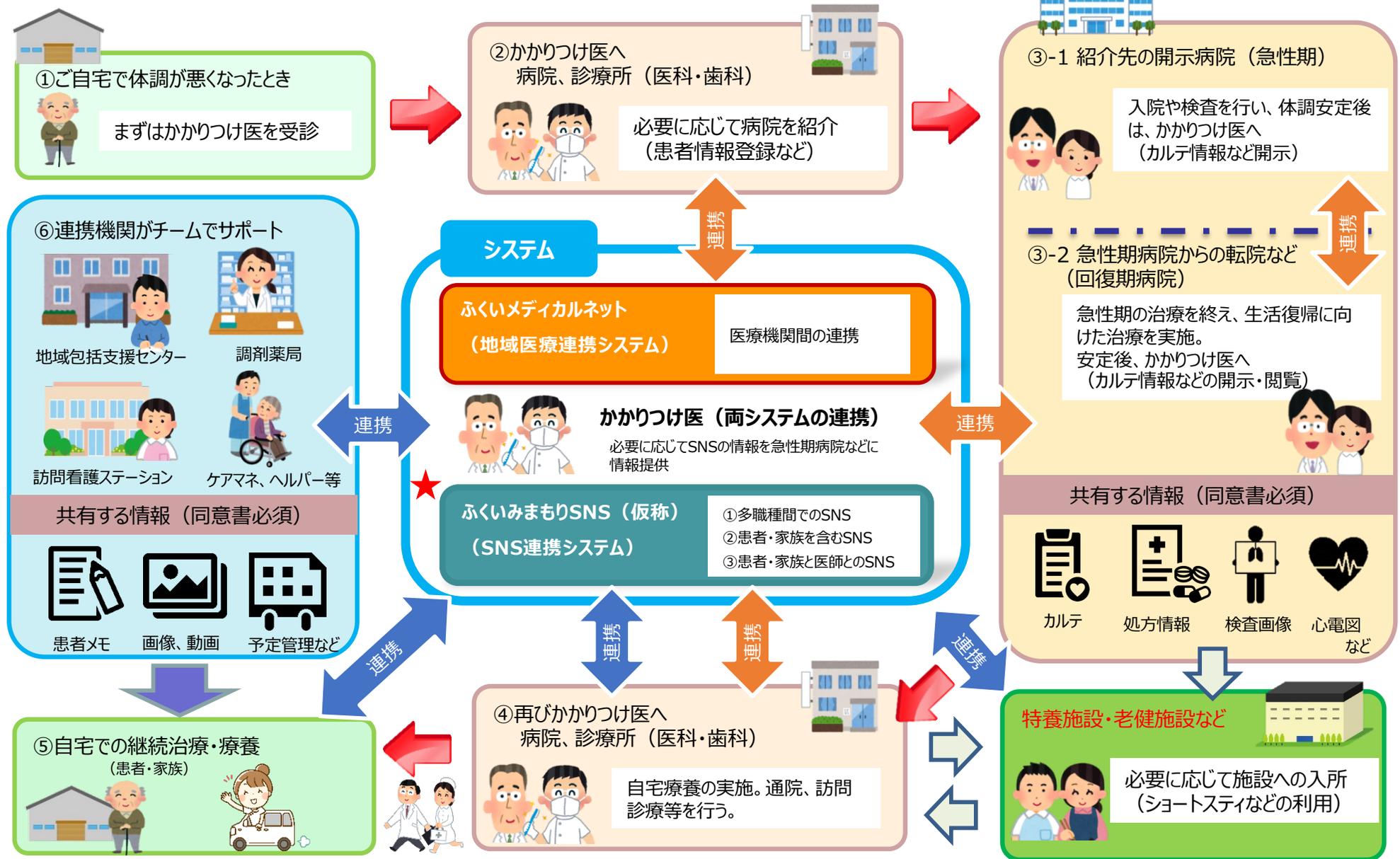
「つぐみ」は、人生を前向きにするもの！

福井県独自の文化にしていくためには

- 県民へのACPの重要性についての出前講座やイベントを通じての啓発活動
- 医療・介護の専門家以外の各種団体を交えた「つぐみ」の次のステップへの検討

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）



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

ふくいみまもりSNSの取組について

<ふくいみまもりSNSとは>

医療介護の連携の質を上げることを目的に、ICTを活用して、医療介護に関わる多職種間の情報共有を進め、連携を深めるためにふくいメディカルネット上に新たに構築をした患者・家族参加型「医療・介護連携専用ネットワーク」となっている。医療情報と患者家族を含む場合のSNSは切り分けて利用する形を採用。

<セキュリティへの対応>

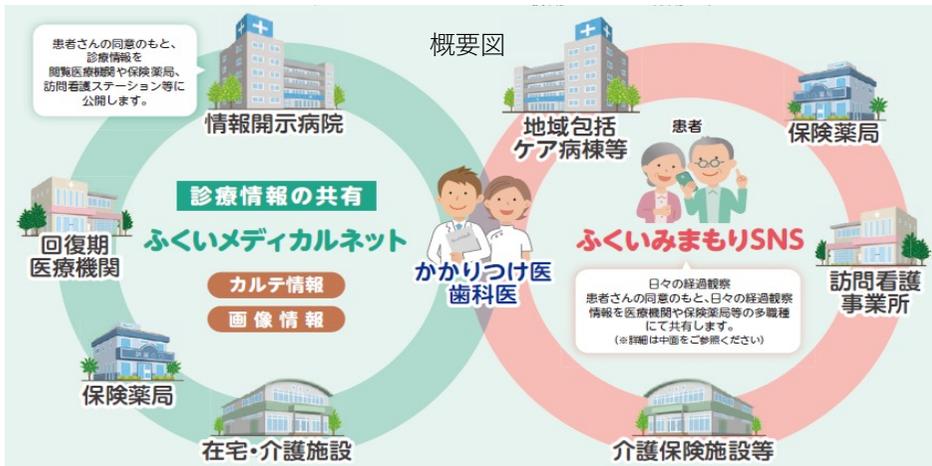
完全非公開型のコミュニケーションツールです。暗号化通信を施し、きめ細かいアクセスコントロールをすることでセキュリティを考慮し、構築している。

<本SNSの主な機能>

①患者メモ機能、②ファイル共有、③スケジュール管理、④WEB会議システム、⑤テーマ機能

<導入のメリット>

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・治療に繋がる
 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・家族間で情報共有可能。在宅医療における見守り機能が強化できる



事例

腎不全、心不全患者におけるSNSの活用事例

①患者さんの基本情報：

心房細動、重症心不全、重症腎不全 eGFR 18、膀胱癌術後、フレイル、頸椎性脊髄症、90歳 男性

②症状・状態・経過：

- ・重症心不全と重症腎不全のギリギリの状態であり、どちらに転んでも死亡という厳しい状態
- ・慢性心不全が徐々に増悪し、利尿剤追加にて血管内脱水を生じるためにA病院に入院しサムスカを導入。
- ・入院後サムスカを一時7.5mg 1錠に増量されたが腎機能が悪化したため、0.5錠に減量となり退院。
- ・退院後は週1回の訪問診療、訪問看護師が週1回
- ・脱水のサインとして舌の乾き、腋かの乾き等があること、さらにサムスカ内服中であり水分を十分取ることが必要だと医学的知識を説明した。
- ・毎日それらのサインをSNS。それに対して毎日指示を出している。サムスカを徐々に増量し、今はサムスカを7.5mg まで増量した。腎機能は低下しないで住んでいる。
- ・心機能、腎機能とも一応それなりに落ち着いており、娘さんも安心して患者も自宅で安楽な生活が送れている。

③SNSを利用することで：

本症例は腎不全、心不全のバランスが崩れれば死に直結する状態。在宅で管理するためには、上記の細かいデータの観察が毎日必要であり、そのデータを主治医が毎日把握し、適切な指示を出すことによって患者が在宅で日常生活が送れている症例。

今後の予定

⇒令和6年度介護報酬改定にて協力医療機関連携加算が新設されたことによる軽微な改修を計画中

普及活動

⇒令和6年度は本SNSの説明会を計5回開催予定。さらに県の協力のもと、3月にも介護保険集団指導等を場にて本SNSの紹介を担当理事より説明予定。

継続運用をしていくために

運営主体は県医師会で行っているが、継続的使用・活用していくためにはランニングコストへの行政からの支援も必要。（介護施設等は赤字経営であるため、高い利用料の設定は難しい状況）