

令和5年度 静岡市在宅医療・介護連携協議会
第1回企画部会・情報共有部会の合同会議

- 1 日 時 令和5年7月7日（金）19：15～21：15
- 2 場 所 静岡市役所 新館9階 特別会議室
- 3 出席者（出席）＜企画部会＞岡部会長、尾崎委員、東野委員
＜情報共有部会＞福地部会長、岩上委員、窪野委員、坪井委員、中村委員
（オンライン）＜情報共有部会＞菊池委員、宗委員
（欠席）＜企画部会＞河西委員、水野委員、山田委員、
（事務局）地域包括ケア・誰もが活躍推進本部 酒井次長
在宅医療・介護連携推進係 森川次長補佐、北原主任保健師、
白鳥主任主事
- 4 傍聴者 0人
- 5 次 第 （1）開会
（2）挨拶
（3）議事
①協議事項
かかりつけ医の総合的評価による介護予防事業について
②報告事項
高齢者のオーラルフレイル対策について
（4）閉 会
- 6 会議内容
（1）開会 開会宣言及び会議成立の報告（委員13名中10名の出席により会議は成立）
（2）挨拶 地域包括ケア・誰もが活躍推進本部 酒井次長
（3）議事

尾崎委員

（報告事項）高齢者のオーラルフレイル対策についての説明 （資料2）

福地部会長（司会）

後期高齢者の質問票からフレイルであると医師の方が判断し、地域包括支援センター（以下、「包括」とする。）に伝え、包括から口腔フレイル対策として、歯科医院に流れるという形

になったとき、歯科医院では改めて資料3の裏側にあるような健康度チェックをもう一度行うことでよろしいか。

尾崎委員

静岡県後期高齢者医療広域連合（以下、「広域連合」とする。）のオーラルフレイル対策事業として紹介をした。医師会で、オーラルフレイルとしたなら、例えば静岡市から広域連合に伝え、この人たちを拾い上げてもらうのはどうか。

広域連合から出てきた方たちをどのように繋げるのか、連携をどのようにするのか、これから協議していかないといけない。オーラルフレイルと判断し、どのようにやるのかで、その後の評価の流れができてないと、ただ拾っただけになってしまう。

静岡市と広域連合で連携がとれれば、市の歯科診療所は、全県下で流れができていて、それが増えるだけという発想である。改めて、医師から歯科医師への連絡が不要になるかもしれないし費用的にも許されればどうだろうか。

福地部会長

我々でオーラルフレイルと判断し歯科診療所を探してお願いするのは大変な作業である。歯科医師会からオーラルフレイルが受診可能な診療所のリストを配布していただき、探してくださいということならできるかもしれないが、その場合は紹介状という形になる。そうになると、医療なのか、この「かかりつけ医の総合的評価による介護予防事業」なのかわからなくなってしまう。どういう流れで歯科診療所へ流すのか。

それ以外に、歯科診療所でオーラルフレイルチェックをし、オーラルフレイル対策事業に乗せるというケースもある。そうすると、静岡市は2つのルートでのオーラルフレイル対策になるので、その点をわかるようにしなければいけない。

岡部会長

同じ質問かもしれないが、同じ患者が全く別に、歯科診療所でフレイルチェックをすると、同じ人が違う判定を受ける可能性がある、それはどう解決するのか。このことは2年前に歯科の方に伝えましたが、それがどのように解決しているのか、教えていただきたい。

尾崎委員

この事業の振り分けとの接点は今のところまだできない。広域連合と静岡市の連携が取れると、オーラルフレイルに関しては、オーラルフレイル対策事業に乗せればいいだけのイメージを思ったが少し違った。

岡部会長

スタートするときにしっかりと話し合いをして、すり合わせをする必要がある。それぞれ

目標までのデータを収集し、患者に対してどのようにお互い連携するのか、その辺の観点が抜けてしまっていることは、大きな問題で混乱を生じる可能性がある。それは尾崎先生にも以前に、直接お願いしていた。

違う結論をそれぞれ 1 人の患者に行った場合、大混乱してしまうのではないか。その辺も含めて教えていただきたい。

尾崎委員

「静岡県後期高齢者オーラルフレイル対策事業」ということで、広域連合から、本人に郵送される。平成 28 年から始めた歯科健診は、75 歳と 80 歳だけが対象になっているので、そのような建付けになっている。

「かかりつけ医の総合的評価による介護予防事業」（以下、「事業」という。）で使う後期高齢者の質問票の中にもオーラルフレイルが入っておりますので、オーラルフレイルに関しては二つの入り口ができてしまうというところをもう一度確認した方がいいのではないかと思います。

福地部会長

他に何かご質問ご意見ございますか。（質問なし）

（以降、岡部会長が司会進行）

事務局

「かかりつけ医の総合的評価による介護予防事業」の説明 （資料 1、3）

福地部会長

対象のところが、75 歳以上 80 歳未満、介護認定を受けてない急性疾患を除いたフレイルを疑う状態を拾い上げるための質問票である。「フレイルを疑う状態」とは、何を基準にやるのか。この質問がたくさん出てきているが、バイアスがかかっているのでどうするか。

もう一つは、根本的に静岡市内の全ての医科診療所に声をかけて、その中で手を挙げたところをお願いするのか。それともある程度数を決めて、いくつかの医科診療所、あるいは一つの診療所に人数を割り振ってやる事業なのかというところが、明確でないので現場は動きにくい。75 歳以上 80 歳未満の介護認定を受けていない急性期疾患除く市内全ての患者さんにやるのか。その対象となる方の数は、上限を設けなくて、やる事業なのか。そこをもう一度はっきりさせていただきたい。

オーラルフレイルを疑った場合は、歯科診療所への紹介の有無だが、どういう流れにするのか、包括でまとめてやるのかということと、被評価者のアンケート資料 1-⑥は、評価された人へのアンケートだが、仮に通いの場等に行った場合、来ましたよという返事と同時に何をやったのか、どうだったのかということまでを回収できるものにしないと、評価でき

ない。

資料1-⑧の通いの場合は、ここに載せなくても、ケアマネジャーが入るから必要ないのではないか。載せる内容があまりにもセレクトされている気がする。全てを載せないと、不平等なのではないかと思う。

事務局

「フレイルの状態を疑う」という曖昧な言葉については、他の医師からも質問をいただいている。フレイルかどうかを判定するということは、目的としていないので、その人の状態像に合ったサービスやボランティア等のいわゆる地域での活躍する場、通いの場等に繋げてもらいたいというスキームにしている。「フレイルを疑う状態」の人という言葉で書いているが、ある程度は、医師で選別してもらいたい。そして、繋ぐ先は、介護に限らず、誰もが活躍という点で、通いの場、地域のボランティア場等の様々な方面に展開していくところを目的としている。

全ての診療所の医師に参加を募ってお願いするのか、それとも対象の数を決めてやるのかということだが、予算の都合上、令和5年度は対象者を600人見積もっている。介護保険データ等に基づき、要支援に陥るであろう人が毎年何%いるかで決めている。1年間に要支援1、2に落ちる人が600人いるという計算になっている。その600人だけ拾えばいいのかという話があったが、広く見ていく必要があるということで、その年に落ちる600人プラス、次の次の年に落ちる可能性がある600人を見込んでいる。今年に限っては9月以降に事業開始となるため、県モデル事業の実績も参考に600人という数にしている。

上限は設けなくていいのかということだが、限りある予算の中で限りある人材で、先ほど伝えたような視点で、対象者を選んでいけたらと思っており、医師にも、なるべく介護に陥る手前の方を見つけていただきたいと思う。

資料1-⑥のアンケートで把握する繋ぎ先に関して、例えばS型デイサービスではどんな内容で効果を得ているのかという個人の測定について、今回のスキームにおいては掘り下げていない。本当にS型での内容がその人のフレイル予防に繋がっているのか等、社会的要因が日常生活の中にはありすぎて、本事業の中だけでは計りきれないと判断しており、包括までのルートを作り通いの場等へ繋げるということ、そして、事業のスキームを評価するということにポイントを絞らせていただいたアンケートになっている。

資料1-⑧は、表面は、介護予防の一覧ということが理解いただけているが、裏面は、要支援1、2の対象者ということ、そして、要支援1、2だけではなくその一手前ということで総合事業対象者の分けがある。基本チェックリストという33項目のチェックをするが、そのチェックに該当する人も、この事業に該当するので一覧を載せている。載せるサービスについては、もう少し精査して考えたい。

福地部会長

600人ということだが、例えば手を挙げる医師の数を制限するのか、手を挙げる医師の数は制限しないで、それぞれの医師にて対象とする人数を制限するのか、どちらを考えているか。全ての医師に手を挙げていただかないと、その600人は拾えない。なぜ600人になったのか、医師会員に説明する時に金額的根拠と人数的根拠を出した方がある程度理解できると思う。

また、繋げた後は本当に繋いだのかどうか本人は答えないかもしれない。さらに、フレイルを疑う状態は、ある程度診療しながら見た目の状態で選んでくれというのが本当に正しいのかどうか分からないというような意見が出ると思う。そのような危険性があるかもしれない。600人という数字をある程度拾って確認して繋げてくださいという形であれば、切り替えできるのではないかと思う。事業所の方からも報告をもらい、そこでどんなことやったという基礎データがあれば、今後、行っただけでフレイル予防になった、行っただけでは駄目や、何で行く必要があるのか等、色々な基礎データの積み上げで、最初からあらゆることを想定したデータの収集をした方がいいと思う。

包括が基本チェックリストの33項目で、介護認定までいかない人を繋ぐ事業は、フレイル事業ではないか。そこに、包括だけが介入するのはいかがなものかということで始めた話だったと思う。そこはもう一度、静岡市として包括だけで基本チェックリストを実施して介護認定までいかない人たちを総合事業に繋げことは変えた方がいいと思う。そこにはやはり医療が介入しなくてはならない。

事務局

福地部会長の言葉の通り「かかりつけ医の総合的評価による介護予防事業」は、医師が後期高齢者の質問票でチェックし判断した内容で明らかになった本人の状態像をいかに包括が活用していくか、そして患者さんに伝えて行き渡らせるというのが目的であるので、そこを忘れずにやっていきたい。

窪野委員

介護保険事業者側からしますと、包括での仕事がどう変わるかというのが、少しイメージしにくい。単純に、これが増えてくる話なのか、基本チェックリストが変わってこれくるのか、そのあたりの受け止めと、事業所にどう伝えていくかというところが、少し整理しきれていないような印象を持っている。そのあたりはいかがか。

事務局

この事業は、医学的根拠、医学的な見識が入ったものとして、自信を持って活用できるというところでやっていただけたらと思っている。

事業量としては、例えば600人を30包括圏域でやると、1包括圏域あたり20人になってくる。

窪野委員

実務としては、プラスアルファでこれが増えるという説明の仕方をしないといけないと認識している。ただ現在、それぞれの包括の状況で余裕があるとは思えないので、現場にこの仕事をどうこなすかを説明するのは難しい。

事務局

その点については、包括を統括している担当と検討している。

福地部会長

基本チェックリストはどのような流れでやっているのか。基本チェックリストでチェックし、通いの場等が必要な方は包括で導いていると聞きましたが、そういった方はかかりつけ医がないのか。いるのであれば、その方を包括が基本チェックリストでやらずに、かかりつけ医がいるのであればそこで、この事業としてやってくださいと言え、包括の仕事はプラスマイナスゼロになるのではないかと。

その前段階の作業は包括がやらずにかかりつけ医がやり、後の結果的なものを包括が受けてやるわけですから、対応する人は同じけどもその人への包括の関わる事業は前半分だけ減るのではないかと。

包括は、基本チェックリストでチェックし総合事業等への繋ぎやっているが、かかりつけ医に情報提供してそちらでやってもらうことが、本来の仕事であろうと思う。そのような流れだとしたら、包括の仕事は減ることはあっても増えることはないのではないかと。

もう一つ、対象者 600 人ですから、静岡市内の包括は 29 包括で、一つの包括に平均 20 人増えるだけ。それが普通の包括の仕事と比較してすごく負担になるかどうか。

岡部会長

医療機関も、何とか拾い上げて繋いでいこうという意欲を持ってもらいたい。つまり、フレイルも含めて高齢者の重症化予防の観点を医療機関もしっかり見定めて、そして地域連携の一員として十分役立っていく医療機関を作りたい。包括では、自分たちの手が届かなかった利用者の中で、そういうような対象者がいたら、そこを繋いでいくことで重症化予防できるという利点があることを意識してもらいたい。また、今後、要支援、要介護になる人に、何とか支えることができる地域作りと対応体制の中に、将来、大変な思いをする利用者が少なくなるというような大きな目で見てみれば、みんなのメリットになる事業。

歯科との話し合いも、連携を深めて地域の連携体制を構築していくという観点でお互いに連携し合うことはこの一体的な事業、一体的な地域を作っていく意味合いの中に入ってくれば、診療の場でそれぞれの負担をみんなでカバーしながらできるということになる。

窪野委員

以前、この会議の中で、包括の仕事量について話をした。今回の会議で、その回答資料が一つもない状態で、包括へ繋ぐという話だけが存在している。包括の仕事量について、今までのこの部分を、これに変えるというところの説明をしていただきたい。この事業の方向性や理想としているところは、理解できるし、現場にもそういう説明はできる。ただ、包括の仕事量について、大元のところを少しケアしてもらいたい。この事業案を出すところと、包括を管轄しているところは同じなはずなので、資料をつけてもらえたら説明しやすい。

事務局

何の資料も出せずに申し訳なく思っている。こちらは、また持ち帰り検討する。

基本チェックリストについては、介護保険の中で包括の仕事として国から示されている。福地部会長が言っていたようなやり方は、医学的見識に基づき医師が実施し、わざわざ包括でチェックしなくても前半の部分は手間が省けるという意見だが、この事業は、包括に相談に来た、あるいは包括が把握した65歳以上の高齢者に対して、明らかに介護になる人は介護保険申請を進めるが、そうではない人に対して、包括が基本チェックリストを実施し、その結果に基づいて、資料の裏面にあったような総合事業を勧めるのか、またはS型デイサービス等を勧めるのかという国の流れに則っている。そこを市としてどうやっていくのかという点では、国へ、意見は言えないのかもしれない。

静岡市のデータでは75歳以上の約94%が、医師にかかっているというデータが既にある。ほとんどの75歳以上は、医師にかかっているので、包括に行く前に先生方には、少し怪しいなという状態を見つけてもらい、「かかりつけ医の総合的評価による介護予防事業」を実施していただければ、包括が根拠を持って、通いの場等に繋がられるのではないかと考えている。

福地部会長

かかりつけ医がいることを確認したら、その段階でかかりつけ医に包括の方から情報提供してやってくださいということではないか。

介護予防や総合事業の判定として包括でやれと国は言うかもしれないが、静岡市はそれより一歩先のシステムを作ったので結果的にチェックし、受けるのは包括だから、前半部分はかかりつけ医にやってもらい後半を連携して、包括がやる形になるので、問題ないと思う。

対象者を600人と決めたが、その根拠を説明していただくと同時に、全ての診療所に手を挙げてもらうようお願いした方がいいと思う。静岡医師会と清水医師会で450診療所があるが、そのうち300以内だったならば、一つの診療所で2人だけお願いすれば負担にならないから実施しますと手を挙げると思う。この事業が必要だと思う人と言えば、介護認定を受けていないが少しこの人は危ないなという人を選ぶ。しかも包括からこの人やってとなれば、前半の部分の仕事は減るし、どっちも仕事はそんなに増えない。全体の流れのスキームを考えて説明してもらえればいいのではないか。

事務局

事業の考え方として1件当たりの予算の付けをしているので、医師の人数を限り広くやった方が広がりもある。一方、当てはまる患者さんを選んでいただき、先生の負担にもならない、そして広がりを見せるという点では、福地部会長案がとても魅力的に思ったので、事務局の方で再度検討し、両医師会への説明のときにはそれを生かした回答をさせていただきたい。

包括での相談だが、現在は、包括の視点で必要と思われる方に基本チェックリストを実施している。75歳以上のほとんどの人がかかりつけ医を持っているため、かかりつけ医のところに行って、この事業を受けてきてという一言をかけてもらえるように、包括の説明会のときに説明に加えていきたい。

岡部会長

この事業は、始まってまだ日が浅く少しずつ変えていかなければいけないと思うが、まずこの方法でやって、そして次の年に改革できるのだったら、このようにしてみるというような、いくつかの段階が必要だろう。何か上手な方法をそれぞれすり合わせていくことでやっていけばいいと思う。

尾崎委員

以前、柏モデルと同じやり方を静岡市で始めて、私も見学に行ったことがあるが、私は東大の飯島先生の、市民のボランティアのやり方を教えて始めた記憶があるが、それはその後どういふようになったのか、教えていただきたい。

事務局

東大の飯島先生のフレイルチェック、イレブンチェックということで、同じ部署で事業として継続実施している。これも、介護予防の一環ではありますが、今回のように少し心配な人を拾うという意味合いではない。ポピュレーションアプローチとしてチェックし、フレイルを予防していくと同時に、市民のサポーターを養成していく講座を並行して進めている。

東野委員

県の事業の中身を分析して思ったところがある。

かかりつけ医を入れる意義というのは、社会的処方をするというところに大きな意義がある。だから、どんな項目で、どういうリスクがこれから生じるとか、今後、どういう活動に繋がったり、どういう行動を起こした方がいいということを、医師から社会的処方という処方箋をもらい包括がそれに準じて、繋がったり、活動を見ていくことが大事。

逆に歯科で、オーラルフレイル対象者が出てくるのであれば、歯科で行った基本チェックリストの情報を医師に渡して、その情報を共有することで、その人の社会的処方を考えると

ころを、かかりつけ医で時間をかけてやって欲しい。基本チェックリストの項目をつけることで時間を費やし、医師の負担を増やすよりも、既に歯科で行った結果を共有することで社会的処方時間に時間をかけてもらい、それを包括で受けて活動に活かしてもらうことが大事。事務局に、エビデンスと対応と具体的な声かけの例とか、留意事項を示した方がいいという話をした。患者さんも、医師からこういうこと言われたのだから、次は、介護予防サービスに通う等のステップがあるのだということがわかるので、そこに時間を費やしていった方がいいのではないか。

また、この事業はサービスの場に繋げることが目的になっているが、単純に言うだけではなく、自分なりにできることを医師と考えてもらい処方してもらおうと、達成目的のハードルが低くなり、継続的にできるというところもある。

エビデンスの話だが、個々の身体的な変化に加え、サービスに繋がったときにどのような効果が出たかを考えることは大事だと思う。例えば介護給付に繋がらず予防サービスで済んだ場合や、デイサービスを利用するという意向があったが、通いの場に繋がり、デイサービスに行かずに済んだ場合、その分の介護給付費用は安くなる。何か続けてみたくなかった、行ってよかった等、今後、継続性に繋がるようなエビデンスを蓄積した方がいいのではないか。

福地部会長

確認したいが、ここである程度この流れ形を決めないと、医師会に説明できない。それは、今言ったいろんな提案を、ここでは即答できないので形を固めて、一応委員の先生方に確認し決定してやる形で流れていくのか。

事務局

そうしたいと思い、今日、集まっていたいている。

岡部会長

今日は決めきれないので、内部で相談し、結果を待つとする。
各委員は所属団体に現状の情報共有をお願いしたい。

■会議録確認署名

「令和5年度 静岡市在宅医療・介護連携協議会

第1回企画部会・情報共有部会の合同会議 会議録」について、内容を確認しました。

静岡市在宅医療・介護連携協議会 企画部会 部会長

氏名(署名) 岡 慎一郎

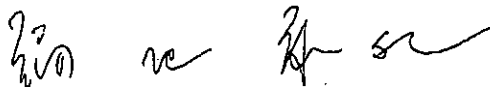
■会議録確認署名

「令和5年度 静岡市在宅医療・介護連携協議会

第1回企画部会・情報共有部会の合同会議 会議録」について、内容を確認しました。

静岡市在宅医療・介護連携協議会 情報共有部会 部会長

氏名 (署名)

Handwritten signature in black ink, consisting of several stylized characters.