

令和4年度静岡市在宅医療・介護連携協議会
第3回企画部会・情報共有部会 会議録

- 1 日 時 令和5年3月17日（月） 19時30分～21時15分
- 2 場 所 葵消防署 7階 講堂
- 3 出席者 (来場委員) 岩上委員、岡委員、尾崎委員、窪野委員、田村委員、
東野委員、福地委員、山田委員
(オンライン) 河西委員、菊池委員、中川委員
(欠席) 中村委員、水野委員
(事務局) 地域包括ケア推進本部 繁田次長
在宅医療・介護連携推進 森川係長、北原主任保健師
- 4 傍聴者 0人
- 5 次第
 - 1) 開会
 - 2) 挨拶
 - 3) 議事
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
①事業概要、今後のスケジュールについて
②使用資料の確認・修正
報告事項 在宅医療の提供と連携に関する実態調査 速報について
 - 4) 閉会
- 6 会議内容
 - (1) 開会 開会宣言及び会議成立の報告
 - (2) 挨拶 地域包括ケア推進本部次長 繁田
 - (3) 議事

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」
①事業概要、今後のスケジュールについて（資料1）
②使用資料の確認・修正（資料2～8）

事務局説明
資料1裏面の訂正（中間・最終評価を報告へ）

岡部会長

一体的な取組の一つですが、今回はかかりつけ医の総合的評価による予防事業として、かかりつけ医が直接送るのではなく、地域包括支援センターを介することとなっている。

福地委員

資料2, 3, 4に関して、これは事業説明用だが、医師会から変更の要望があれば柔軟に対応してほしい。ただ、静岡医師会モデル事業が基なので、大きな変化はないと思われる。

患者の評価と適切な事業への誘導だが、要望としては、行った先で何をやっているのか、どういう風に評価をしたかのフィードバックが欲しい。これについては、実施しながら考えてもらいたい。最終的には、年に1回はかかりつけ医が問診票で評価する。行った先での内容等について研究して欲しい。

事務局

行った先でどうしているかを把握することと、効果検証をしっかりとしていきたい。アンケート評価は、個人評価を見ていくだけでなく、事業のスキームを分析することも併せて行いたい。

福地委員

被評価者だけでなく、提供事業者へのアンケートも必要だと思う。

山田委員

質問票は高齢者の方が書き込むのか。字の大きさを改善する必要がある。

資料6被評価者へのアンケートは、高齢者がやるのか。問8のフレイルチェックという言葉を、高齢者に分かりやすい表現に修正が必要である。

資料2説明同意書について、仮に情報提供に同意しない場合はどうなるのか。

事務局

同意しない方は事業の対象にはならないが、支援が必要であれば、そのことを伝えながら、地域包括支援センターや、かかりつけ医ができる限り対応していく。

東野委員

対象者数はどの程度の想定か。

事務局

予定としては、600人くらいを想定している。何よりも参加医師を増やし、より多くの高齢者に実施していきたい。

東野委員

情報提供して、高齢者をどう誘導し、アプローチをしていくのか。県モデル事業では、指導の内容に差があり、効果がばらついた。また、継続していく中で、被評価者のモチベーションが下がり指導の内容が薄れてしまうと、介護予防の継続が難しくなるということがある。適切な予防活動につなげる時に、どういう話をすればよいか、介入の話の中で、どういうアプローチをすべきかを、検討した方が良いと思われる。

事務局

県モデル事業に関わった地域包括支援センターへ聞き取りをしたところ、電話や訪問をし、介護予防の必要性を本人に伝えたものの繋がらなかったという話が多くあった。指導のノウハウ等については、市が地域包括支援センター連絡会等でその都度、事業について話題に触れ、検討していく必要があると考えている。

モチベーションの維持については、今回はその手段として、まずかかりつけ医から患者へ介護予防の必要性を伝えてもらい、次に地域包括支援センターからまた詳しく説明してもらい、3回目に市から後押しする通知文を出すという、3段階にした。県モデル事業では、度々の継続介入で行動変容に繋がったのではという考察が報告にあったため、本事業でも取り入れた。

福地部会長

繋ぐことについては、診療所に来てもらい、フレイルと思った人をセレクトして質問票を使い、話をするが、その時に医者がこのフレイル点数で介入しないとどうなるかが分からないと、介入できないし、患者も動かないと思う。エビデンスを参加医師に情報提供し、それを元に動いてもらう必要がある。

先日の講演でもエビデンスがあったと聞いたので、説明会ではそれを交えて説明して欲しい。それが患者のモチベーションにつながると思う。

事務局

先行調査では、通いの場へ行く人ほど介護費の支出が少ないというエビデンスが得られている。また、通いの場等へ行った方ほど死亡率が低いという結果も得られている。本市ではどうなのか、身近な話題を取り入れて説明したい。

福地部会長

オーラルフレイルに関しても、エビデンスがある程度あると思われ、それがあれば歯科への誘導がしやすくなる。受ける歯科診療所も、誘導にもとづいてオーラルフレイルあるいは治療し、1年後の評価でどのような介入をしたかを医師も知れるような形が必要であり、市もモデル事業として把握できるようにする必要がある。各事業所に、介入したことを報告してもらうような体制が必要である。

東野委員

原因と結果が逆になってしまう内容がエビデンスとして出されていることもある。介護費用についても、元気だから介護費用が少ない、通いの場に通う頻度が多いから介護費用が少ないのは、元気だから当然とも言える。行けば介護費用が少なくなるのではなくて、行っている人が少ないだけなので、説得力に欠けると思う。

また、これは社会的処方なので、高齢者に行く目的を持ってもらう必要がある。目的をしっかりと伝えられるような資料を用意すると、かかりつけ医もアプローチしやすくなる。何より、高齢者に通いの場等へ行ってもらうための工夫が必要であると思う。

岡部会長

この事業は、ある意味総合的な事業で、総合的というのは行政でも他部門と協働し、医療も歯科医師や薬剤師、あるいは栄養士、保健師、協働でやっていたいかなければならないものである。そういう中で包括的な支援体制を組み、通いの場等まで繋ぐという、今後、静岡市のあるべき姿の大きな流れを作っていく土台になると思う。まだ他の市町は実施していないので、困難さや課題が出てくると思うが、丁寧に課題を見据えながら、次に進むにはどうすれば良いかを考え、ここから少しずつ進化してくると良い。

これを作っていくために、協議会でも見守る体制を組む必要がある。一度で成功する事業でないかもしれないが、どこで躓くのか等、色々な場面を把握し改善していく必要がある。また、予防が必要な人ばかりだけでなく、健康でも孤立している人もたくさんおり、社会的役割をこの中に落とし込めるか等、この事業には様々な広がりがある。

このような事業は、行政でも多部署、多くの専門職、住民が同じ方向を見ないとうまく進まない。包括的なアプローチになってくるので、これをやれば、より、医科と歯科の垣根も取れたり、地域の支え合いの中でさらに知り合えるという場面ができる。社会参加の機会を拡充し、まちづくりをしていくという思いでやりたい。上手くいかない部分が出てくるのは当たり前で、だからどうするかを前向きな思考で対応していく必要がある。

窪野委員

地域包括支援センターは様々な業務を受けている。この事業を進めるにあたり、現場でかなり時間をかけて対応する必要があるが、その時間をどこから捻出するか、これをどの事業と置き換えるイメージをしているのか。市は、地域包括支援センターの運営をどうするかという視点での準備が必要かと思う。

次にサービス提供側からのフィードバックだが、介護保険サービスであれば、ケアマネジャーとのやり取りで把握する等のノウハウがある。しかし、地域の通いの場やボランティアへの参加は、フィードバックの方法が枠組みとしてないと思われる。どう追跡していくか等アプローチが必要になり、計画するにあたっては準備が必要だと思う。

山田委員

どのような良い効果が後期高齢者に期待できるのか、というのが大事なポイントだと思う。総合的評価を行ってスクリーニングを行い、介護予防サービス等の通いの場、ボランティア活動等に参加してもらえば、高齢者の孤立化を防ぐ事では、すぐに効果が期待できると思う。また、フレイルに関する客観的効果が期待できるなら、この事業を積極的に進めて欲しい。

客観的データを示したものがあるのか。

福地部会長

先日の講演の中では、フレイルに介入する効果は、ある程度エビデンスが出ていた。通いの場等に行くことで孤立の解消ができ、社会的フレイルという点で予防になっていると言える。どのフレイルなのかというところを振り分けるので、孤立的なフレイルがあるような方

は通いの場等へ行くことで、効果が期待できる。通いの場等で行う内容や参加回数については、結果を出してもらい、報告書のようなものをまとめて提供していただければ良いのではないか。

東野委員

研究ベースでいうと、効果は、介護費用が下がる等の話では、単年度事業ではおそらく測れないと思う。一過性で効果が出るものと、長期的にアプローチしながら効果が出るものがあるので、住み分けて考えなければいけない。孤立化等の予防は、継続的モニタリングが必要である。それによりフレイルチェックの結果が変わるため、一過性な効果が出るものになるが、そこから関係性が続くかどうか、という効果の見方をする必要がある。今回の事業の中で見る効果と、今後の話で見る内容というのは、住み分けて考えながら、その後の話というのも考えていかなければならないと思う。

岡部会長

効果の検証は個人もそうだが、受け手側の事業体も必要である。様々な効果検証の方法を、皆で検討したい。

福地部会長

モデル的に実施するので、スタートする段階で想定する効果を作っておき、それに基づき分析する作業が必要だと思う。分析作業は、東野先生にお願いしたい。想定される効果を、短期的長期的等決めて評価指標にし、チェックすることで、この事業の評価ができる。

以前聞いた講演では、行政だけで事業を構築していく所がほとんどで、今回のように、医師会と一緒に作っていくというのは全国的にも珍しい事例である。これが全国のモデル事業になって、全国的な展開になるかもしれず、将来的にはフレイル予防のシステムとして全国に発信できる可能性もある。それを見据えて検証するものとして、10月頃までに決めていければ良い。

尾崎委員

歯科医師会と医師会の連携状況や、対象者になった方について、効果が出て向上するというより、維持できているかの指標になると思う。この事業や連携そのものが珍しくて、これから大いに発信できるところとなれば、そちらも評価できるような準備が必要である。説明会などで意見が出て修正していくことも、良い傾向になっていくと思う。上手く評価をしながら、更に良い連携に結び付けていくということで、2つの視点でやっていければ良い。

福地部会長

システム構築と連携の部分で、提供側の医療提供体制がどのように良くなったかというのも評価指標に入れると良いと思う。

例えば医科歯科連携では、紹介状の数がどのくらい増えたとか、全受診に占める紹介患者

がどのくらい増えたのか等、あるいはフレイルに関与する患者さんがどのくらい増えたのか等、評価指標にしてスタートできれば良い。

岡部会長

医師、歯科医師他、多職種による総合的アプローチが必要になり、静岡市で住民と共に参加していくという中で、各専門職のモチベーションも変わってくると思う。住民の見方も変わってくると期待できる。静岡市を作っていくのだ、という大きな流れを好循環できるものである。皆の協力を得ながら進めたい。

河西委員

フレイルとチェックされた高齢者は、本人が持ち帰る資料や受け取るチラシをもらい、フレイルと認識することになるのか。

事務局

今回は、県モデル事業に参加した医師の聞き取りから、具体的な指導ではなく、かかりつけ医からは通いの場等へ繋ぐ、地域包括支援センターへの誘導を伝えることで良いのではないかとのご提案をいただき、資料5を渡す案としている。皆様のご意見をいただきたい。

河西委員

このようなチラシをもらっても、自分から動かないケースが多いと思う。地域包括支援センターから電話や手紙と書いてあるが、最近高齢者は昼間も電話に出ず、連絡が大変なのが現状。例えば、この事業のチェックが出た方に、お薬手帳や保険証等、手持ちの物にチェックが入って、この事業の対象者である旨のマーク等がお薬手帳等があれば、薬局でもそれを確認し、地域包括支援センターへの連絡を勧めたり、歯科受診を勧めたり等の話ができると思う。

岡部会長

背中を押してくれる薬剤師がいれば、高齢者は通いの場等へ行きやすくなるという良い仕組みだ。

岩上委員

ここ数年、清水区の地域包括支援センターの運営会議に出て、活動状況を聞いている。どこの地域包括支援センターも人数が少なく、業務も多い状況だ。この事業で負担がかかることになるが、地域包括支援センター側の意見としては、静岡市としてその負担をどう考えているか教えて欲しい。

事務局

市内の地域包括支援センターの状況は把握している。この事業は、600人を想定しており、

1 包括あたり 20 人くらいとなる。当本部の基幹型と相談しながら事業を組み立てているが、地域包括支援センターの負担への対応策は、現在取れていない状況である。

福地部会長

基幹型地域包括支援センターは、原則市町設置ということだが、静岡市はどのようになっているか。もし受託している地域包括支援センターが事業を受けられないのであれば、区の基幹型が受けるのか。負担を半減し、半分は基幹型が受けるという体制はどうか。

事務局

市では基幹的機能と呼んでいて、完全な包括支援センターではなく、本部に三職種を配置して、基幹的機能として各地域包括支援センターの運営指導等をしている。そこでこの事業を受け持つのは厳しい。介護予防のための相談に来ているということでは、他の相談と変わりはないものとして、地域包括支援センターで受けて頂きたいと考えている。

岡部会長

それぞれの機関で、新しい事業への抵抗感、不慣れであることの負担が大きいですが、負担の軽減として包括的・効率的アプローチの仕方を考えていく必要がある。書類での情報提供を効果、効率的にやる方法はないか等、変えるタイミングが来ている。無理なくやってもらいたい。流れを作り、多職種を上手く使うことも地域包括支援センターのやり方の中ではあると思う。

田村委員

清水医師会では静岡医師会と違う方法でやってきた。対象者の想定が 600 名では、目標が高すぎるのではないか。目標を下げて、実施した方が良いのではないか。

岡部会長

やれる範囲でやるということもあり得ると思う。ただ、ある程度の数がないとデータとして通用せず、次に進む時にデータをもとに考えるべきである。そのため、ある程度の人数が必要と思われる。

菊池委員

フレイル・介護予防・地域リハビリテーションという観点からも、医師会に絡んで頂けるのは非常に心強い取組である。効果検証をしっかりと考えて実施すべきと思う。地域包括支援センターからの紹介先、事業所によって実施内容が違うので効果が変わってくる。評価指標とエビデンスをどこに持ってくるかが大切であると思う。

中川委員

繋げることは、難しいと感じている。介護保険未利用者は、自分で出来ることも多く、介

護予防の必要性を感じない人が多いと思う。そのため、かかりつけ医から上手く繋げて頂けるよう、話をしてもらい必要がある。また、繋げる上でも検証し、結果を見ていくのが大事だと考える。

岡部会長

高齢の男性で独居、独歩が可能で認知症もない方が、呂律がまわり辛くなった患者がいる。、会話もなく、社会との繋がりが無い状態であった。この事業では、地域を支えるボランティア活動に参加できる可能性がある。元気な人でも、支える側に立ってもらいことが大切である。

山田委員

対象者を 600 名見込んでいるが、予算費目は具体的にどのようなものが含まれるのか。

岡部会長

費用対効果がなければ最初にやってくれる医師が少ないと思う。当初は、インセンティブが必要である。それがモチベーションとなり、参加医師が段々と増え、やがて、地域を支援する医師が増えていけると良い。

また、地域包括支援センターに支援金を考えなければならないと思う。他にも文書費や通信費等の統括していく予算も必要かと思う。

事務局

予算のほとんどが、資料 1 の⑨に記載がある手数料である。その他、会議費や印刷製本等が入っている。

岡部会長

事業のスタートは少し先で、まだ議論をする機会がある。また、振り返りの機会も必要である。医師会との話し合い等を持ち、それを踏まえ、また議論をしたい。評価の基準や分析に関しては、東野先生にお願いしたい。また、菊池委員はこれから介護予防の場ということで忙しくなるが、よろしくをお願いしたい。

窪野委員

資料 1 の⑤の部分で、リスクなしと評価された方にボランティア活動をすすめるという表現になっているが、そうではなく、リスクありだからサービスを受ける、リスクがないからボランティアをする、というステレオタイプな表現は誤解を招くので、「その方にあった活動をすすめる」という表記にすべきだと思う。説明の趣旨を明確にし、どう伝えるかが大切である。

事務局

いただいたご意見のとおりのため、修正したい。

報告事項 在宅医療の提供と連携に関する実態調査 速報について（資料9、10）

事務局

調査概要、報告書の内容について説明。

東野委員

結果のまとめの依頼を受けて実施した。今回のまとめについては、資料9の58ページ以降の、医療連携、在宅医療、ACP、今後の介護連携などをクロス集計表で分かるデータを見ながら傾向をまとめたもので、基礎データの分析による統計ではないことを前提としている。

13ページの総合考察に全部をまとめたものとして、3点書いている。

在宅医療実施状況と医療介護連携について、各機関に質問しているが、在宅医療実施機関とそうでない機関の差がはっきり見られた。出来ていないところは医療介護連携も上手くいっていない。在宅医療をするのに必要なのは、出来ていないところでは協力できる体制が必要という意見が多い。チームで実施できる体制があればできるとか、他には人手不足などが挙げられている。実施している機関により、求めている支援の内容に違いが見られる。例えば無床の診療所では、症状悪化に対応した受け入れ先が必要であったり、薬局であればアドバイザーや体験が必要である等、機関によって求めている支援の内容に違いが見られた。

それらを改善することで、在宅医療をどう進めれば良いかのイメージが持ちやくすくなり、進むのではないかと思われる。静岡市のスキームで、各機関がどう関わるか等の個々の内容については、地域ケア会議などの場で検討される必要があり、それを実施することで各機関の連携が進むと思われた。

2点目の、在宅医療の実施状況と終末期医療については、在宅医療が進んでいる機関はACPを含め最後までしっかり関わるアプローチができています。未実施機関はACPも実施できていないという結果が明らかであった。在宅実施機関は、関われる期間について調整が必要ということも言える。

ACPのイメージについて、これは別でACPに関する調査を実施した結果においても同様で、ACPに関する認識は医療機関の中でも違うと思われた。終末期もどこまで関わるかは、診療所一つとっても違うということが見られた。この点を統一していき、静岡市の終末期医療のイメージを確立していく必要があると思う。

3点目は、どの機関も在宅医療を進めているところは、終末期医療において出来る限り最後まで実施したいと考える傾向があり、単独では実施が難しいため、一緒に実施できる体制作りが必要だと思われた。また、医療連携が円滑であるほどACPの実施が進むと思われた。ACPだけを先行して動かすのではなく、在宅医療の形を他の機関を含めて固めながら、ACPの話を入れ込んでいく必要があると思われた。

窪野委員

9 ページの（5）従事者規模と医療機関の連携で、「ケアマネが少ない場所」とあるが、地域、事業所のどちらを指すのか。多い事業所は連携が上手くできているイメージがあるのだが、少ない事業所が上手くいっている結果にはどういう要因があるのか。

東野委員

事業所である。顔が見える、コミュニケーションが取れているという要因であった。

尾崎委員

この結果はホームページに載っているのか。

歯科医院の参加が少なかった。実態調査に関する問い合わせに対応するため、調査概要等を歯科医師会に送付していただければと思う。

事務局

ホームページに掲載する予定である。ご意見に対応したい。

岡部会長

経年的な変化や、地域ごとの差等はあるのか。

東野先生

要望があれば、データを加工し比較して分析結果が出せる。今回はクロス結果を見ながら、様々な機関をまとめて見た内容になっている。

岡部会長

これは非常に大切なデータである。これを用いながら、将来の静岡市の課題は何か、高齢化が増え、支える側が少なくなる中での在宅支援のニーズがどれだけ増えてくるのか、それを支えるにはどういう静岡市の在宅医療体制が必要なのかを考えなければならない。そういう意味合いでも、このデータを大切にしたい。

（4）閉会

■会議録確認署名

「令和4年度静岡市在宅医療・介護連携協議会

第3回企画部会・情報共有部会会議録」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 真 一 郎

■会議録確認署名

「令和4年度静岡市在宅医療・介護連携協議会

第3回企画部会・情報共有部会会議録」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)

福 元 厚 紀