

令和4年度 第3回静岡市在宅医療・介護連携協議会会議録

- 1 日 時 令和5年3月24日（金） 19時15分～21時00分
- 2 場 所 静岡市役所 本館3階 第3会議室
- 3 出席者 (来場出席) 岡委員、河西委員、窪野委員、近藤委員、中村委員、
東野委員、福地委員、山田委員
(オンライン出席) 稲垣委員、金原委員、瀧委員、中川委員
(欠席) 飯田委員、岩上委員、吉永委員
(事務局) 地域包括ケア推進本部 繁田次長
在宅医療・介護連携推進係 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
①令和5年度静岡市在宅医療・介護連携推進事業事業計画（案）
②在宅医療の提供と連携に関する実態調査報告
③人生会議（ACP）に関する市民意識調査報告
(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15名中12名の出席により会議は成立）
(2) 挨拶 地域包括ケア推進本部次長 繁田
(3) 議事

①令和5年度静岡市在宅医療・介護連携推進事業 事業計画（案） （資料1）

岡会長

資料1の2ページ、企画部会で行う「かかりつけ医の総合的評価による介護予防事業」については来年度、最初から話し合いをしながら実施していく。啓発研修部会では研修実施を、地域支援部会は、地域ケア会議の進捗管理をお願いしたい。

新たなプロジェクトとして、ACPや終末期の在り方に関するリーフレットの作成の案が出ている。

福地委員

1 ページのアウトカムが看取り率 33.8%で、厚生労働省から静岡市算出とのことだが、何をもって在宅看取り率としているか。分母と分子は何か。死亡診断書の全体のうち、自宅に丸が付いた人ではないかと思うが、どうか

事務局

そのとおり。

福地委員

在宅看取り率に疑問を感じている。警察協力医をやっているが、自宅で亡くなっているケースで協力医が呼ばれて、事件性がないとしたときには死因を推定し、死亡診断書を書くが、この際亡くなった場所は自宅になり、この数も含まれている。

静岡市で警察協力医での検案 1,000 人くらい。病院搬送されて病院で看取った人を自宅死亡につけているか、病院につけているかが不明だが、半分くらいあると思われる。自宅で検死を行った方、約 300～400 人が入っている。この数字はどんどん増えてくる。訪問診療でなく外来通院の人や未受診の人が多く、その数字を入れて良いのか疑問である。

在宅看取り率を厚労省人口動態調査からもってくるのは、この事業のアウトカムにならないのではないか。一つは、国保あるいは支払基金で毎月レセプトがあがり、死亡診断加算の算定がある。少なくとも自宅で医師が診断しているので、その数字を出すとか、訪問看護ステーションでの数、率でなく数としてあげていく方が、よりこの事業のアウトカムになるのではないか。

岡会長

私も同感だが、福地委員の言う検死を除いた在宅看取り率では、県や他市と比べられないのが問題である。私たちが目標にする数字は、どのような意味合いにするのかは慎重に考えるべきである。

福地委員

他との比較というのが評価に必要なのか。参考数値として加えてもいいが、現在の在宅看取り率をアウトカムとすることは、大きな疑問である。他との傾向をとるのであれば、いずれかを参考数値にして並べる方法もある。検死を除いた在宅看取り率がどうであるかということ、全国に発信していく意味がある。

東野委員

福地委員の言う数字を使い、静岡市では実態を経年的に見ていくのも良いのではないか。アウトカムがたった一つというのもどうかと思う。どう変化していくのか、またはなぜ変化しなかったのか等を見ていくので、これだけでなく、複数の指標があって良いと思う。

連携がうまくいっていると感じる専門職の割合も主観的な数字なので、うまくいったから

どうなのかを客観的に見える指標も欲しい。より客観的なものを加えてもらいたい。

岡会長

指標は一つである必要はない。今の指標では、在宅医療をやったからこういう結果が出たというものと違っている。孤独死が多い現状もあり、多職種連携の結果ではない数字と言える。実態をさらにわかりやすくすることを平行してやっていくこと、多職種連携に関する実態がどうか、しっかりとやったことで受け手である患者当の安心につながったか、それが分かるようなデータを考えなければならない。

福地委員

連携推進事業の内容について、アウトカムに指標が何かを見つけなければならない。

東野委員

エンディングノートについて、実際使うのは家族や本人である。専門職種が作ったものも大事だが、実際使う人の意見を反映させるべきである。実際使って感想を得たりする機会を得てもらえるとありがたい。

福地委員

エンディングノートをいつどこでどう使うか、誰が管理するかの流れを作っておかないといけない。ツールなので、ACPのシステムのようなものが決まっていなくて使い勝手が悪く、活用されない。静岡県医師会でも、ACPのシステムについて静岡県に対し、流れを決めるよう動いているので、そこに乗せるような形で実施していけば良いのではないかと。

窪野委員

エンディングノートはどう使うのか、というところがイメージしきれていない。どう使うのかという所をイメージしながら、それに必要な職種をあてる必要がある。年金の話、資産情報の話、葬儀の話など、医療介護職の範疇でやれるのかを含め、どう使うために何を準備するのかのイメージがあったほうが良い。このメンバーに限定しないほうが良いと思う。

近藤委員

ケアマネジャーとして、現場で実際に家族や利用者と話す機会が多いため、ケアマネット協会の中の15人くらいでACPプロジェクトを立上げたため、県や市の動きに沿って協力したい。高齢者や家族との実際は、ターミナル期になってからの話になりがちだが、元気なうちや、介護保険被保険者が届く時等が介入のチャンスと考えている。そうになると、ケアマネジャーが関わる介護保険申請の時では遅いと感じている。

河西委員

他市町も工夫して作っている。そもそもエンディングノートという名前はどうかと思って

いる。死を前提に話すことは、本人の拒否に繋がる。例えば生命保険会社では、学資保険等の時に、自分と子どもの年齢、若いころからの人生設計がある。若いうち 30 代くらいから人生設計ノートのような感じで、若い人たちを巻き込み広げていくと、自分と親の年齢、その時に介護はどうするかという話になる。死ぬことから逆算するものでなく、今生きているところから家族ぐるみのものを作った方が取りかかりやすいのではないか。

P4 のシズケア*かけはしの地域ケア会議モデル事業は、活発に動いているのか。市が最大 1 年間の利用料を負担する事業だが、地域ケア会議をウェブでやるところはまだ少なく、これを使ってウェブでやれればと思う。事業の成果が見えてこないが、シズケア*かけはしの活用は進んでいるのか。

事務局

シズケア*かけはしの事業は、今年度は 12 事業所が利用した。主な利用としては会議が少なく、補助した 12 事業所については、医療機関や他のケアマネ、地域包括支援センター等の連絡手段としてセキュアメールの利用という回答が多かった。また、今年度の状況は次回報告する。全地域包括支援センターが利用しているので、ケアマネジャーとの情報共有の効率化を目指しており、市として積極的に取り入れてもらいたいと考えている。年に数回の PR、手順方法の指導を今後も続けていく。

エンディングノートについて、内容、名称は案の段階である。他市でも前向きなネーミングもあり、理解と周知を促すだけでなく、この先どう元気に自宅で最期まで生きるための道しるべとなるものとするため、メンバーで検討したい。年金や不動産などの情報については、終活の身元保証や死後事務の委任契約を実施している弁護士や司法書士等の、専門家の意見も取り入れていく必要があると考えている。

市民目線で作成し、使う人がどう受け入れてくれるかという視点も取り入れて作っていきたい。また、地域包括支援センターや関係団体との話の中で、終末期の相談が多く、あらかじめ準備する必要性が大きいとの話がある。ACP の市民意識調査でも状況が見えており、専門職が話を切り出すためのツールとして欲しい、ということから企画が始まった。実際に使ってもらえるものを作っていききたい。

岡会長

市民の思いに踏み込み、メンバーも検討し、場合によっては部会のメンバー以外も入れ、内容も市民目線、多職種目線で使いやすい物にして欲しい。

金原委員

実際に医療、介護を体験し、看取りをした人の意見や思い、こんな専門職にお世話になった等の経験談、費用はどのくらいかかるか等、具体的なことを書いてもらいたい。また、医療・介護連携の内容等も盛り込んでほしい。また、これからの課題なども掲載されると良いと思う。

福地委員

エンディングノートは、本人が予め意思表示や整理をするのに使うもので、提供する医療介護が選択するために役に立つものでなければならない。そのためにはポイントがどこか、流れを作った上でのツール作りだと思う。医療、介護の選択の場面にあたって、その選択に何が必要かどうかの参考資料が必要であるが、それはノートに載せなくても別に作る資料集になるのではないかと思う。

稲垣委員

発達障害者の支援では、家族と学校先生や医療関係者等で毎年作り変えているノートがある。エンディングノートも作って終わりではなく、ポイントで作り変えていく作業も必要である。10年後も見据えて、アプリ等も視野に入れる必要がある。

福地委員

エンディングノートを作るだけでなく、前段階の議論をし、結果としてエンディングノートが出来ると良い。

岡会長

終末期の在り方に関して、将来目線で考えられる取組みができるとう良い。

中村委員

医療・介護・福祉スーパーバイザー人材配置事業について、静岡、清水に一人ずつの配置で、十分に市民に対応できているのか。一人でなく、地域でベテランのケアマネジャー等を組織するなど、地域で相談できる人を増やせる活動を考えてもらえると良い。スーパーバイザーの相談が、一週間待ちということがあった。人を増やす活動や、活用する仕組みがあれば良いと思う。

福地委員

医療・介護・福祉スーパーバイザー人材配置事業は市民からの相談を直接受けるのではなく、専門職が解決できない内容を受けるというものである。市民からの直接の相談というのは、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所が窓口となって解決してもらおう。そこで解決できない時の専門職の相談拠点であり、目的が少し違う。ただ、一人で十分かということ、静岡医師会では医師会負担し、もう一人抱えている。市で予算を持ってもらえればありがたいと思う。

岡会長

対象と相談内容が色々ある。多職種連携の中で医療・介護・福祉スーパーバイザーは、抱えきれない相談、断らない相談窓口に対応しているが、どういう風に対応すべきかまだ不明な点が多い。対応については、今後、考えられるようにしていければ良いと思う。

福地委員

社会制度に関する相談は、現在のスーパーバイザーでは対応できず、その分野の専門的相談を受ける際に、担当ケアマネジャーや地域包括支援センターなどへの専門的意見の受け皿、社会制度に特化したスーパーバイザーが必要なかもしれない。

岡会長

支える人数に限られ、支えられる人数が増える。その方々を支える専門職が少なくなる中で、生産性を良くする仕組みづくりが必要になってくる。その一つとして「シズケア*かけはし」があると思うが、活用もぜひ考えていきたい。利用者を増やしているだけでいいのか。色々なことが出来るのではないかと。それに関しても考えていきたい。

福地委員

全体的な確認だが、地域包括ケアシステムの構築が行政に課されているが、静岡市の形を作っていないと思う。今年、地域ケア会議で地域包括ケアシステムの構築に関する会議をしたが、本協議会は構築にあたってどういった役割を与えられているか。単発の会議でなく、システムを形にするための継続すべき会議で、田中保健所長を中心にすすめてもらいたいと話したが、ここの協議会、在宅事業の位置付け、大きな部分を教えて欲しい。

事務局

地域ケア会議に関しては、本協議会とは別として実施した。本協議会でも情報共有したいと考えている。地域ケア会議において、指摘のあった2点、一つはやるべきこと、地域課題のボトムアップの検討。これは来年6月頃の地域包括支援センターからの報告を待ち、準備をしている。年度の前半での実施を考えている。もう一つ、システムがどうなっているかについて、田中保健所長を交え、国の調査研究事業の枠組みを使いながらできないかと模索している状況である。

福地委員

地域包括ケアシステムの構築はどこでやるのか。在宅医療・介護連携推進事業との役割分担が見えていない。システムの基本は病診連携、診診連携や医療介護連携である。静岡市ではすでにパーツができていますので、パーツの共有と融合と、隙間を埋めることが必要である。4、5ページはまさにその事業で、その整合性を可視化し、共有する必要があるのではないかと。静岡市健康長寿・誰もが活躍のまちづくり計画の、山腹や裾野の事業もやっているが、山頂との役割分担や共有、整合性がうまくできていない。そこをやれば、これらの事業が活発化するのではないかと。と思う。

岡会長

年度の早い時期に実施と話があったが、できることは早いうちに進めてもらいたい。

②在宅医療の提供と連携に関する実態調査報告（資料2，3）

東野委員

資料3は、資料2の59ページ以降のクロス表から、おおまかな傾向をまとめたものになる。資料3の13ページで、調査結果から分かる傾向を書いた。

在宅医療実施機関とうまくいっていない機関の差は、連携がうまくいっているか、いっていないかの差がはっきりしている。在宅医療を実施している機関、は医療介護連携もできているし、未実施は連携も把握できていない。実施に必要なのが何か、時間やスタッフなどのマネジメントに加えて、チームで出来る体制と答える機関が多く、協力を得ればできそうだという機関があった。実施主体によって、求めているものも違う。例えば無床診療所では繋ぎ先の支援を求めている。必要なところにサポートをすれば連携が進むと考えられた。

在宅医療実施と終末期に関して、終末期医療は最大限実施したい意向はあり、ACP実施の意向もあるが、どういうところでアプローチし、活躍すればいいのかを明確にすること、地域ケア会議や自宅ですっとミーティングでどんな機関が関わるかの道筋を立てて個々の患者に不足しているのかを議論する場が必要である。それにより、ACPも進むということが見えてきた。

岡会長

内容について議論できるような場で、先生から講演いただけるとありがたいと思う。

窪野委員

在宅看取り率を指標としているが、その部分が実は実施主体が増えることで、実利用者数が増えることをイメージすることを、本協議会でやるべきではないかと感じた。このアンケート結果から、在宅医療をある程度の支援があれば実施したいという回答が多い。それを具体的にしていく必要があるのではないかと思う。

福地委員

在宅医療をやっているところは連携がうまくいっている、やっていないとうまくいっていないのではなく、やっていないところでは多職種連携が必要なく、結果的に上手くいっていないとも読み取れる。在宅医療が必要な時は、在宅をやっているところに患者をお願いし、連携をしているのではと思う。医療介護連携でなく、医療連携がうまくできていれば、自分の役割を果たすことが出来ると考えられる。

本協議会で、在宅医療の実施を広げようというのであれば、当然入っていないところに在宅が入れるような支援体制を準備し、在宅医療ができるようにするもの、とすれば別のアウトカムが必要になる。必要とする人に応えるだけであれば、在宅専門クリニックを作れば解決できてしまい、そこと連携した介護事業所があればできる。病院は、受け皿のルートが一つできればそこに全部お願いし、連携できて対応できるが、それでいいのか。長く診てもらった先生に最期まで見て頂きたい、という市民の要望に応えるにはどうすれば良いかという

議論である。目的がどこにあるか、何をすべきか。在宅医療のニーズがあった時に、すぐに対応できる体制作りを明示することが必要である。

岡会長

在宅医療に関与する薬剤師やかかりつけ医は、患者との長い付き合いがある。安心して在宅医療を続けられ、最期の看取りまで地域で完結、チームで寄り添うことが自然にできるようになれば良い。出来ない場合は、在宅専門クリニックが入ってくることになるが、うまく折り合えれば良いと思う。

一方、施設での在宅医療については違う目線で見ることがある。それぞれの良さを理解しながら、本協議会では大きな目線で考えていきたい。

山田委員

市民は、可能であれば自宅で最期まで、という希望がある。医療介護の提供者がどれだけマッチするか、ミスマッチがあるか、というところで連携していくと考えている。なるべく自宅にいたい、そのためにどこを埋めていくのかという話になる。

アウトカムと言う言葉が出たが、定義をはっきりして、分母は死亡数千人に対して、自宅で看取った方、死亡診断書などの何らかの形で判断する。実情とかけ離れているところもあるかもしれないが、定義を明確に示してもらえればと思う。

地域包括ケアシステムについて、医療介護を含めた総合的なシステムで、医療は県が全て管轄しているため、市の立場で具体的に操作することができず、医療機関や介護サービス提供者との連携をどうやるかが主眼になっている。システムといっても、連携のシステム、医療機関そのものでなく連携のシステムをどうするかが私たちの課題である。

河西委員

薬剤師会では、同行訪問研修等を行っているが、受講者が少なく苦勞している。バックアップ体制は確保しているが、今回の調査で、数字としてそういうものが欲しいという声が上がっているということは、アナウンスが足りていないと考えた。現場と薬剤師会の乖離を感じたので次年度に活かしたい。

病院に入院中の患者が、亡くなる直前に、家族も気持ちの整理のつかないうちに在宅に戻されたというケースがある。往診医や訪問看護、訪問薬剤師が慌てて対応しているうちに亡くなってしまうケースもあった。これで良かったのか。在宅での看取りは、連携のとれたものなのか、本人や家族の満足度がどれだけ高いのか等、数字だけでは計り知れないところがある。在宅看取り率を指標に動くことが全てではない。自宅に戻すことだけにスイッチしてしまうのは良くない。指標をしっかりと考えていかないといけない。

岡会長

このようなことを受け止めながら、来年度事業を進めていく必要がある。

③人生会議（ACP）に関する市民意識調査報告（資料4，5）

東野委員

資料5について説明する。静岡市調査と厚生労働省の全国調査の比較を行った。

末期がんや認知症の方、自宅で最期を希望する値は全国に比べて低い。

最後を自宅で選ぶ理由は、好きなように過ごしたい、経済的負担が挙げられた。自宅以外の理由では、支援者への負担、急変時対応の不安、家族の負担が挙げられた。人生の最終段階の医療ケアの話し合いの率は全国値より大きく、必要性も感じている。

11 ページ、ACPについて結果を見ると、全国値よりも静岡市のほうが知らない割合が大きいが、話し合う事についての賛成は多いので、広めていく必要性がある。

12 ページ以降、最後を迎える場は多様化していて、それに応じた看取りケアを求められている。色々な機関が連携することが求められ、地域での連携を強める取組みが必要である。ACPは本人の意思決定支援もあるが、本人や家族だけでは出来ず、専門家の関わりが必要で、積極的に信頼できる専門家をつくる必要があり、頼られる専門家を作らなければならない。

14 ページ、終末期を迎えるまでの経済的負担については、どういうプロセスによりどういう負担が生じるのかがまだイメージできていない。そこを情報提供していく必要性がある。早い段階で知ること、よりよいサービスを受け、よい状態を保つことが期待できる。

15 ページ、世代によってACPの考え方が違い、若い人にはイメージできないが、死は平等に訪れるので、ACPを考える要素を若い人にはどういう情報を発信すればよいか、検討が必要である。一律に伝えるのではなく、世代ごとに知りたい内容、求める内容の提供などの工夫が必要である。

事務局

静岡市健康長寿・誰もが活躍のまちづくり計画にて、在宅看取り率については現指標でやっていく。今後、補足するデータを研究したい。

福地委員

在宅看取り率について、過去の在宅看取り率との違いは何か。

事務局

自宅と、高齢者向けのケア付き住宅、老人ホーム等の高齢者施設を含み、在宅看取り率という指標にしている。

東野委員

在宅看取り率は、全国値としてはよく使われている。

福地委員

施設在宅と居宅在宅は2：1の割合である。施設在宅は在宅専門医療機関が担っており、診療所の関与が少ない。在宅看取率を指標にすることに疑問を感じる。

岡会長

全国や県と比べるための指標、活動のための指標である。静岡市は、在宅看取り率は高い地域である。自宅に帰りたいのに帰れない人がどれだけいるか、それを埋めるにはどうすべきかを考えていきたい。そういうことを、本協議会で議論するべきと思う。

ある地域では死亡診断書を1枚ずつ確認し、本質に迫ったというところもある。

今年度、この事業は皆さんの力を借りて進められた。来年度も協議を深めていきたい。

中川委員

静岡県訪問看護ステーション協議会に行った実態調査より、在宅看取りについて、静岡県中部・志田地区は前回調査より約1600人増加し、在宅看取りが進んでいるという結果が出た。地域包括ケアシステムの広がりが見えてきている。役員交代により、今年度で協議会委員を辞任するが、今後もシステムの拡大に携わっていききたいと思う。

(4) 閉会

■会議録確認署名

「令和4年度 第3回静岡市在宅医療・介護連携協議会 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 会長

氏名 (署名)

岡 慎 一 郎