

令和6年度 第1回静岡市在宅医療・介護連携協議会

- 1 日 時 令和6年5月22日(水) 19:15~21:00
- 2 場 所 静岡市役所静岡庁舎 新館9階 特別会議室
- 3 出席者 (出席) 石上委員、岡委員、小長井委員、近藤委員、柴田委員、下村委員、鈴木委員、瀧委員、土屋委員、坪井委員、縄田委員、原田委員、東野委員、矢野委員、吉永委員  
(事務局) 地域包括ケア・誰もが活躍推進本部 萩原本部長  
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 山本係長、北原副主幹、白鳥主任主事
- 4 傍聴人 0人
- 5 次 第 (1) 開会  
(2) 委嘱状の交付  
(3) 挨拶  
(4) 会長及び副会長の選任  
(5) 議事  
①協議事項  
令和6年度静岡市在宅医療・介護連携推進事業計画(案)  
(6) 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名全員の出席により会議は成立)  
(2) 委嘱状の交付  
(3) 挨拶  
(4) 会長及び副会長の選任  
(5) 議事

事務局

令和6年度静岡市在宅医療・介護連携推進事業計画(案)についての説明(資料1)

矢野委員

エンディングノートについて、4月にメディアで取り上げられた翌日、エンディングノー

トを分けてもらいたいという電話があった。手元にエンディングノートがあったため説明はできたが、配れるものを持っていなかったため市の窓口を案内した。広報はとても大切だと思った。病院などに参考として配ってあるのか。また、メディアの広報は今後どうやっていくのか知りたい。

## 事務局

配布状況については、地域包括支援センターや各区役所の市民相談室、そして老人福祉センターや、生涯学習センターなどで配布している。また、新聞報道の通り、各医療機関に協力をいただき配布をしている。反響が大きく、在庫はかなり少なくなっている。ただし、エンディングノートに関心を持ち、活用したいという方には、機を逸さず配布できるよう増刷も検討している。委員の皆様には、所属団体や職務先で、配布の際には説明をしながらお渡しいただきたい。複数冊の要望の場合は、本部に電話連絡の上、受け取りにお越し願いたい。

また、普及啓発については、当市はACPやエンディングノート、終活に関して認知度が低い状況のため、まずは、知ってもらう段階だと捉えている。様々な方法でご案内していく。

また、知ってもらうことができた次は、やってみることが大事だと思っており、始めてみたが、なかなか続けられないという方も多いし、中身を見て面倒だなと思われる方も多いと思うので、各専門職の方々や家族で行っていただくのもありがたいが、独居の方も増えているので、介護専門職の方が手づからできるように啓発研修部会や地域支援部会の各委員様の意見をいただいて、専門職向けの研修等を通じ、普及啓発に取り組んでいきたいと思う。

## 岡 会長

エンディングノートに関しては、配布はしたが、どれだけ利用できたのか、これをアンケート形式で意見を募ることができるのかどうか。

また、少し改良する点があるのかどうか、この辺も皆様方の意見を反映させながら、またどのように配布するのか、その辺の点もいろいろご審議いただきたいが、吉永委員いかがか。

## 吉永委員

今年度6月に診療報酬の改定があったが、様々な指導管理料や加算の施設基準で、各診療所が積極的に患者さんの情報を福祉サービス担当者と共有して活用していくことが必要とされている。また、ACPについても積極的な普及への取り組みが国から求められている。先生方は、忙しい外来の中で、どうやってやったらいいのか戸惑っているのではないかとと思う。どのクリニックもどのようにやるか、これから模索していかないといけないと思っているし、医師会でも、外来診療の中で、積極的に手助けをしていかないといけないと思っている。

#### 近藤委員

6月1日に静岡ケアマネット協会の総会があり、私が説明をさせていただき予定になっている。現場で1軒、1軒、訪問している介護支援専門員がやはり一番聞き取りやすい内容になっているのではないかと思う。この冊子を使えなくても、何気ない話の中で聞き取っていくことが大事であり、それがご家族にとってACPに繋がっていけば一番良いのではないか。総会で説明をして、現場で使ってもらおうと思っている。若い方でも、自分が病気を持っていたりや家族が病気だったりする等、特に高齢者だけでなく頭を悩ませている人たちもいるのではないかなということ、何かのきっかけで進めていけたらと思っている。

#### 坪井委員

静岡市の連絡会に加入している訪問看護ステーションには、少しずつだが事業所に分けて、足りない分は市役所で貰うようお願いしている。実際、がんの末期の方と主治医と看護師と訪問看護師と介護支援専門員と家族で面談があり、主治医よりエンディングノートの紹介があり、書けるところから書いていこうということで、私も家族の方に、記入について協力しますよとお話をして、取りかかっている。実際に本人に渡すかどうかは、家族の判断とは思いますが、そのようなケースがあった。

#### 岡 会長

エンディングノートに関して改良すべき点等があったら意見をいただければと思うが、よろしいか。

(各委員) 意見なし

#### 岡 会長

かかりつけ医の総合評価による介護予防事業に関しては、いかがか。

#### 鈴木委員

かかりつけ医の総合的評価による介護予防事業のスキームの作成から関わらせてもらっていた。理念としては要介護、要支援よりもっと手前のフレイル予防の方々を診療の場でまず捕まえる、それを介護予防の事業に繋ぐということがかかりつけ医の果たす役割があるだろうというのがメインである。しかし、実状としては、要介護、要支援の人たちを介護事業に繋げていくことに、ハードルがあるのは皆さん経験があるかと思う。話をしながらやっていくこの事業は、後期高齢者の質問票を書いてもらうが、つながりのない人では、直ぐに話ができ行動にも繋がらないが、やはり、かかりつけ医だからこそこできるという良いところで、1か月に1回等通いながら1年2年という経過の中で、変化がある時に本人や家族等へ、要支援、要介護になってからでは遅くその前の段階で話をするという考え方が組まれた

スキームだと私は考えているので、長い目で見てもらいたい。

原田委員

私の所属している城東地域包括支援センターの圏域では、昨年度、かかりつけ医からの情報提供は3件あった。令和5年度実施した地域包括支援センターからの話だと、一部の包括に偏っていたという情報は聞いている。今年度、私の圏域では3名の医師が手を挙げてくれているという情報を聞いたので、今後、医師と連携してやっていきたい。

岡 会長

昨年度、実施した中で何か感想を持っている方はいるか。

吉永委員

清水医師会でも何人かの先生に積極的に参加してもらった。メンバーが限られてきてしまっている。もっと広く活用できるように勧めていきたい。

もう一つ、葵区・駿河区と状況が違う部分があり、常々清水区で問題だと思っていることがある。それは、福祉やデイサービスへのアクセスが悪い人たちが、清水区には、すごく多いということである。警察協力医をやっていて死体検案をやっているが、静岡市の警察署が3か所ある中では、清水警察署が、圧倒的に検死の率が高い。葵区、駿河区の件数に比べると、それを足した数より清水区のほうが多い。

静岡県の中でも実は一番多い。実際に死体検案に行ってみると、ほとんどが独居の方。

医療へのアクセスも福祉のアクセスも全然できてないという所が多いので、その掘り起こしをしていかなくてはいけない。そういう人たちをまずこの①の受診に持っていかなくてはならない。福祉サービスに繋げていくという取り組みも必要だろうと思っている。

岡 会長

リハビリテーションの現場の方々はいかがか。

瀧委員

病院内にいますので、直接的に、この事業から上がってくる患者は体験はしていない。先ほど、鈴木委員も言っていたように、病院でも退院するときに介護保険サービスに繋がたくても繋がらない人が非常に多く、俺には必要ない、私はできるという方が多いので、やはり、クリニック等で今回この事業に携わっていただく医師の方々に評価してもらいたい。また、地域包括支援センター等に繋がながらも、そこから介護予防サービス等に繋ぐことが非常に難しいと聞いていて思った。

令和5年度の11月から2月末で、先生方が7名参加して件数45件、そのデータを東野委員が分析しているということだが、今年度はどの程度の件数を目標にしているのか。

## 事務局

令和6年度は、1400人の実施を目標としている。限られた予算の中で、いかに効率的に行うかというのを、財政当局からも言われ、根拠を出し予算要求している。対象者を75歳から80歳で区切っている。

人数の根拠は、先ほど鈴木委員から説明があった通り、要介護、要支援の一步手前の人を救っていくという観点である。令和2年度の国勢調査に基づく推計人口からと要支援者認定率から、次の年に要支援に陥るであろう人数を出した。広く把握したいため、次年度、次々年度の要支援に陥るであろう人を対象としている。令和7年度には、75歳から79歳の方のうち670人が要支援になると予測されている。令和8年度も同様に予測し、根拠としている。

## 瀧委員

あくまで対象者数が1400人。その中で、できるだけ拾っていききたいという話で、市としてある程度データ情報数として数値は欲しいのではないか。

## 事務局

この人口予測に基づいて、データ情報数としても予算上の1400人にやってほしいとは思っているが、参加医師があつてこそその事業である。多くの医師に参加していただくことで、目標数に近づけたいと思っている。

## 岡 会長

実際には、アタックしても跳ねてしまう患者が多いということと、それからアタックする時間がないクリニックでは、例えば1日2件実施すると相当負担になる。

地域包括支援センターの負担はどうだったか。

## 事務局

昨年度は、市内14か所の地域包括支援センターが患者を受けた。参加した医師の地域で偏りが生じてしまったため、一つの地域包括支援センターが45人のうちの20人近くを受けた。

今年度は、静岡医師会、清水医師会の協力を得ながら、オンラインで1回説明会を開き、両医師会が、メールで募集をしてくれた。昨年度はそれで終わってしまったが、今年度は、さらにもう1度、メールだけではなくFAXを送ってもらった。そのうえ、4月12日に行った説明会をYouTubeにし、医師会専用の会員のサイトから見れるようにしてくれたため、現在35人の参加を得られている。これからも、医師会の協力を得ながら、参加医師を増やしていきたい。

また、市役所ホームページに高齢者へ啓発のために事業を載せるとともに、参加してくだ

さる医師の医療機関名、住所や電話番号を掲載し参加医師へのインセンティブになる形でやっていきたいと考えている。

地域包括支援センターへの負担については、市として検討を継続する方向である。

#### 縄田委員

総合病院では、入院時に必ず高齢者の総合機能評価というのをやるが、総合機能評価加算が取れるので、全ての人に行う。多少、インセンティブがある。この事業でかかりつけ医の医師にやっていただいた場合には、何かそういうものはないのか。

#### 事務局

この事業は、診療報酬化されていない。診療に関わる、疾患に関わる場所に合った聴き取りであったり、問診であれば点数になるが、この事業はそうではない日常生活、社会生活の聞き取りである。

#### 縄田委員

概要図の矢印が①からあるが、この②の受診する患者さんに、どれだけかかりつけ医の医師が積極的にやってもらうかということが、多分これを回していくための一番最初の基本ではないか。なので、何らかの形で、参加していただく医師をホームページ等で案内するか、指導書などの形でインセンティブをつけてあげられる創意工夫が必要かなと思う。

#### 事務局

医師へのインセンティブについては、概要図の⑨にある通り 1 件当たり 4,800 円という手数料を支払っている。これは診療情報提供書の点数を基に診療時間や消費税等を勘案しており県モデル事業と同じ金額である。

#### 岡 会長

全国的にも珍しい取り組みで、静岡県で初めて、そして静岡市の両医師会が受けてくれたというところで、何とか繋いでいるが、厚生労働省は状況を知ってはいるけれど、その成果がどうなのか、これを見守っていきたいというスタンスである。

#### 鈴木委員

補足すると、地域包括支援センターに対して医療機関から介護福祉に関する情報提供をした際に、診療情報提供料を加算できるが、介護予防に関して算定できるかどうかは、はっきりしていない。また、縄田委員が発言した診療報酬化等インセンティブだが、なかなか交渉が遅い。身近な例では日常の受診患者への長谷川式に診療報酬が算定されたのは、ほんの数年前。それまでは、初診と再診の一環という扱いで、時間がかかりかかり、繰り返しやら

なくてはならないというところを考えていくと、話が進みづらいのが実情だと思う。

この形に関しては、我々医師も 2000 年から始まった、要支援の人たちの介護予防事業に関してはいくらか知識が増えた。ただ、一般介護予防や通いの場という概念がまだ医師の診療の中では思いつかない。受診患者に対し、一般介護予防や通いの場に行っているかどうか等を聞くことからまず始まるのではないかと正直思っている。

#### 矢野委員

病院で相談を受けていると、認知症の方の最初の受診は、本人ではなく家族が連れてきて脳神経内科等で診てもらい長谷川式をやる。まだ大丈夫みたいな話から始まる受診がある。それに対して、フレイル予防はどうしたらいいだろうと思っている市民もいると思う。

本人へのアプローチは、鈴木委員も言っていた通り難しい。本人に言っても聞かないこともあるので、認知症初回診断と同じように、フレイル予防に対する早期発見、早期治療に繋がるように受け取りようかなと思える広報をしたほうが良いと思う。

#### 小長井委員

患者本人は、フレイルを否定する。そこを私たちがどう見て、どうやって繋げるかが課題。スポーツクラブのトレーナーをやっていたが、スポーツクラブに来る方たちは比較的元気な方たちが多い。中には、生活習慣病にかかりそうな方もいる。企業にも足を運びトレーニングをやらせてもらっていた。その時は危機感を感じてもらえ、理解してもらえるが、なかなか体を動かすところまではいかないのが現状だったので、この事業もその延長ではないかと感じた。やはり危機感というのがあって初めて入り込んでいくというのが一つのポイントと思う。どうやって危機感を与える、それに関して何かツールが必要なのか、どうアプローチしていくのか、どの期間でそれを強化していくのかということ、現場現場で構築していかないといけないと感じた。

#### 柴田委員

吉永委員の話でもあったように、この①の受診に繋げるというところだが、薬局は、やはり何かあったときには、一番初めに来るところだと私は思う。実際に、薬局の薬剤師では、例えば介護保険の認定を持っていない患者がいれば、介護保険の申請をした方がいいよという説明をやっているし、実際に地域包括支援センターに直接電話して情報共有をしている。この事業を見ると、薬局が出てこない。私が 2 年前にこの協議会委員をやった時にも、薬局もファーストアクセスになるからという話をしたと思う。薬局を上手に使ってもらえたら、患者がアクセスしやすくなると思う。

エンディングノートに関しては、静岡市版のエンディングノートがあることがわかった。清水区の薬局だけでも約 100 店舗あるが、そこにどれだけ配れるものなのか、ダウンロードできるのであればダウンロードしたい。その辺もあわせて教えてもらいたい。

事務局

薬剤師会には既に送付してある。静岡薬剤師会からは追加配布の依頼があり、300冊を配っている。

柴田委員

私の方でもしっかり会員に向けて話をして、エンディングノートを活用していけるように薬局としてもやっていきたい。

岡 会長

オーラルレイルについて、歯科の取り組みが大切だろうと思うが、いかがか。

下村委員

歯科医師会では、オーラルフレイルに関して講師を呼び講演会等を行ったり、歯科医師に周知をする機会も作っている。オーラルフレイルというと訪問歯科が一番関わり合いが多いかと思う。静岡市からの委託事業として去年も多くの訪問歯科の依頼があったが、まだまだ市民の皆さんに、訪問歯科があるという周知がなかなかできていないというところがある。歯科医師会の事務からは、ホームページの掲載や葉書での周知、介護支援専門員等へパンフレットの配布をしている。今は、まず訪問歯科の周知が必要と思っている。

坪井委員

かかりつけ医の総合評価というところで、訪問看護で訪問に行っている利用者は、対象外だが、ご家族の方や介護者の方で度々訪問していくと、この人、認知機能が低下してきたかなと思ったり、ちょっと足が弱ってきたのかなと感じることもあるので、対象者が家族とか介護者の方というところで掘り起こしができることが多いと思った。こういう案内がいただけたら、また連絡会のところで対象やご家族、介護者でこういう方がいたらかかりつけ医の総合的評価を行っている医師のところに行くよう促せる道すじができると良い。

石上委員

エンディングノートのことだが、高齢者福祉センター等にも送られたか。

事務局

高齢者福祉センターや生涯学習センター等に送付しており、また各区役所にもある。

石上委員

近くへ取りに行った時に、在庫が無かった場合は、請求はできるか。

事務局

地域包括ケア・誰もが活躍推進本部まで電話をいただきたい。

土屋委員

フレイルに関する評価について、診察をしながら行っていくのは医師にはかなり、負担になると思っている。介護保険も、医療機関を受診するにも本人の申請があって成り立つものなので、今現在も拒否する方が、かなり多く、地域包括支援センターに繋げても介護保険の申請に繋がらなかったり、医療機関の受診にも繋がらないというような場面に出くわすことが多いので、その辺の掘り起こしも問題になるのではないかと感じた。

エンディングノートだが、訪問看護とか、診療所とかに配られたのは聞いていたが、居宅の介護支援専門員に配布しても大丈夫なのか。

事務局

大丈夫です。

東野委員

かかりつけ医の総合的評価による介護予防事業の分析を担当させてもらう。社会的処方という話で、医師には説得力があり、市民の皆さんにとっては、医師が言われたらから直ぐに行くという、そういう力が医師にはあると思う。このスキームで次のステップに進む方がたくさんいるという所だが、昨年度からもそうだが本人が最終的に選択して行かないと意味がないし続けると意味がない。その受け皿として、魅力的なものが存在するのかというと、そこが難しい。それぞれの居場所があれば、それはそれでいいと思うし、過ごし方等処方に準じた活動ができていれば、それでも良いのではないか。難波市長は、PFSに係る介護予防等の民間事業者のプロポーザルを実施した。居場所を工夫して出てきてもらうような取り組みを民間委託し、成果を出しそれに対してお金を出す。ずっとやってほしいと思うが、財政が続くのか。イベント的にやらないで欲しいと思っはいるが、今後は民間の事業も増えてくると思う。

大事なことは、定期的に変化を見るところ。その状態を誰かが見て、伴走支援しなくてはいけない。先ほどのデータの話もそうだが、1年2年で変化が出るものもあれば、3年かかるものもあるので、何かしらの変化を見て、それに対しての社会的処方をしていくということがすごく大事であり、医師はこういう変化があったから、やはりこの部分でこのようなことをした方がいいのではないかと等と評価し、具体的な方策については、地域包括支援センターと相談していけばその後のサービスに連動できる。

また、受診の話については吉永委員も言った通り、受診になかなか行かない。行く人は既に行ってるし、地域包括支援センターにも行っている。この人をどうアウトリーチで探すか

という話も、民間でやると聞いている。入り口は、色々なあった方が良い。だから薬局の話もあったが、薬局に行く機会があるのだから、病院に行かずとも、薬局に行ったときに何かしらチェックリスト等で評価してもらって、かかりつけ医に1回相談してみてもどうかと病院に誘導してもらうのはどうか。歯科検診は、皆検診になるそうなので、その機会にチェックリストを入れてもらい、その結果を、かかりつけ医と共有すれば別に医師は評価しなくても結果だけもらえれば良いので、社会的な処方だけを行う。そうすると、コストや時間を削減できるのではないか。そういうスキームに、このスキームが発展していく必要があると思っている。大事なのは、継続してその人にアプローチをしていくことになる。それは医者が定期的に診るという話も大事だし、地域包括支援センターの人が定期的に見れるような指標があれば、それはそれで良く、サービス事業所でも同じである。何かそういう情報共有がうまくいけば、誰かがその結果を見て変化が起こっていれば、何かしらのアプローチが必要だということがわかるように、データを蓄積する仕組みも同時に考えていかないとけないので、そういう意味では情報共有部会でも検討しなくてはならないと思う。もっと言うと、早い段階の60代から、様々な健診等があるので、その都度健康状態のデータは取れ、そういうデータを連結させて見ていくことで、健診結果の中でリスクファクターがある人は、かかりつけ医の受診干渉をすれば、全員に、コストを使わなくても、限られた人だけにアプローチができて、優先順位もつけられると思う。せっかく作ったスキームをうまく回すために、情報のインテークの部分や受け皿の部分等をどう活用していくかを、部会で考えるといいと思う。

#### 岡 会長

皆さん方の力を拝借しながら、より成果があり、どこかに偏らないような取り組みができれば地域の住民を支える、大きなツールになる可能性もあると思う。社会的処方のところでも少し問題点を感じるのは医療機関が予防サービス、介護サービスに対して利用者を繋いでいくことがいいのかどうか。その辺は少し問題があると思う。

これに関しては皆さんの意見をお聞かせいただきながら地域包括支援センターの負担を減らしながら何ができるのか。医療機関がどこまでどういうふうに按配するのかとかいうことも含めて、皆さんの意見をいただきたい。

#### 東野委員

ヒューマンリソースの話だが、介護支援専門員がすごく高齢化してきていることで退職者が増え、新たな担い手は減少し、どこの地域も困る問題が出ている。医療と介護の連携には、介護支援専門員はキーになってくる。今後、需要は多くなっていくのに供給が難しくなるのではないかと思うので、人材の話は、介護支援専門員だけではないとは思いますが、支援の担い手等ヒューマンリソースの話はどこかで考える機会が必要と感じる。

#### 土屋委員

確かに介護支援専門員は高齢化しつつある。実際、医師との連携は、年数を重ねた介護支援専門員の方がやはり力強く、新人とかだと敷居が高くなってしまふ。さらに、介護支援専門員の業務が問われているところで、何でも屋になりつつある中で業務の線引が必要じゃないかという声が出ている。負担が大きく、新しく人が入ってくるのは難しい状況であると思う。

#### 近藤委員

介護支援専門員は、何でも屋になりたくてなっているわけではなく、ならざるを得ない現状である。例えば、家族がいない等の一人暮らしで、金曜日の夜に具合が悪くなって病院に行くとなっても病院は閉まっている。そうすると、介護支援専門員が救急車を呼び同乗し、病院に行って入院となる。家族に連絡をし、家族が来るまで、病院に居てくださいということになる。そういう流れができてしまっている中で、私は置いて帰りますとはやはり言えないし、できない。そうすると24時間働けますかという状態になってしまい、その流れを私たちが平成13年から、どうしてもやらなくてはいけないから、やってきたために若い人たちが入ってこないという現状があると思う。現在、独居高齢者が増え、病院に付いて行く人もいない状況である。受診や介護サービスに結びついていないと言っていたが、相談を受けて訪問すると、どうにもならない状態の家の中で暮らしている高齢者は本当に多い。でも、やはり医師の一言はとても大きく、私達が何度説得してもどうにもならなかった方が、受診することでどんどん生活が良くなる、薬局さんがこまめに通ってくれることで薬がちゃんと飲めるようになる。皆様の力を集結しないと、今どうにもならないのではないかと思ひながら毎日仕事をしている。

#### 岡 会長

将来を考えていくと、ここ数年がやはり大事な時期だろうと感じる。ですから、この話合いは実をつけ、花を咲かせていきたい、その思いでこの1年、みなさんとやっていきたい。

(閉会)

■会議録確認署名

「令和6年度 第1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 真一郎