

令和6年度 第1回磐田市在宅医療介護連携推進協議会議事録

日 時：令和6年11月8日（金） 午後7時00分～8時30分

場 所：i プラザ2階 ふれあい交流室3

出 席：委員11名（欠席2名）

傍聴者：なし

1 課長挨拶

○事務局：令和6年度第1回磐田市在宅医療介護連携推進協議会を開催いたします。福祉政策課長より御挨拶申し上げます。

○課長：こんばんは、福祉政策課、稲垣と申します。本日は大変お忙しい中、令和6年度第1回在宅医療介護連携推進協議会に御出席いただきありがとうございます。委員の皆様におかれましては、日頃より医療福祉行政に関しまして御理解、御協力を賜り改めてお礼申し上げます。今年度、市の組織見直しにより、地域包括ケアシステム推進や高齢者を対象とした施策の企画、実施、一般介護予防事業を行う地域包括ケア推進グループと地域福祉の推進や民生児童委員協議会などの各種団体事務、事業を行う福祉総務グループの二つのグループからなる、福祉政策課が新設されました。本協議会においても、福祉政策課が事務局となりますので、よろしくお願いいたします。ここからは、磐田市の高齢者の現状について少しお話しさせていただきます。磐田市の総人口は減少傾向にある一方で、高齢者人口は2045年まで増加し続けると推計されております。さらに懸念すべきは、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯が10年前と比べ2倍に増加し、高齢者がいる世帯の半数以上が高齢者のみの世帯となっていることです。加えて、認知症高齢者も10年前と比較して1.4倍、に増加しております。これらの統計は、私たちが直面している課題の深刻さを示していると言えます。このような状況下で、高齢者が介護状態となっても住みなれた地域で自分らしい暮らしを続けられる社会の実現が私たちの最重要課題となっています。そのためには、在宅医療と介護が連携できる体制づくりを推進することが不可欠となります。皆様に御協議頂いている在宅医療介護連携推進事業は、地域包括ケアシステムの構築の要であり、地域共生社会の実現のための中核的な仕組みとなります。本日は、昨年度御協議いただいた案件について情報共有や報告を行い、皆様の豊富な経験と知見を共有し、より活発な議論が行われることを期待しております。磐田市の高齢者が安心して暮せる地域づくりに向けて皆様のお力添えをよろしくお願いいたします。

2 会長挨拶

○事務局：続きまして福本会長からよろしくお願いいたします。

○会長：こんばんは、金曜日の業務などのお疲れのところお集まり頂きありがとうございます。今回、会長として対応させていただきます。磐田在宅医療クリニックの福本和彦と申します。よろしくお願いいたします。普段は在宅医療をまさに実践しているという位置づけで参加していますが、この会は在宅医療と介護の連携をいかに推進していくかというところで、各分野の専門的な知識を持っている方々が集まって直接話せる貴重な機会だなどと考えていますので、ぜひ活発な議論をよろしくお願い

願いたします。

3 協議事項

○事務局：ありがとうございました。ただいまから議事に入ります。議事の進行につきましては要綱第5条により会長が議長となりますのでお願いしたいと思います。

○会長：次第に従って会議を進めていきたいと思えます。(1)フレイルの改善を目指した取組について、事務局からよろしく願いたします。

○事務局：資料1を説明。

○会長：まず、最初の概念図のところ、元気とフレイルと要介護っていうのをざっくり縦軸になって分かれているわけですが、元気とフレイルの境目に当たるこの定義、何をもってフレイルというのでしょうか。どのかたが元気で、どのかたがフレイルなのか、それによってもしかしたら、アセスメントの立て方が変わるし、目標も変わってくると思えます。要介護とフレイルの境目は要介護認定を受けているかどうかで客観的な評価ができると思えますが、磐田市の考える元気とフレイルの境目は何でしょうか。

○事務局：フレイルについては、改善可能な状態ということで、介護保険の中で事業対象者、要支援認定を受けている方をフレイルとして捉えております。現段階では事業対象者の方を対象にした事業として取り組んでいるところです。

○会長：事業対象者がそうなくなるためには何が必要かってことを考えるために事業対象者になる人とならない人の境目はどうでしょうか。

○事務局：事業対象者の判断基準としまして25項目のチェックリストというものがあります。資料添付が無く詳細をお伝え出来ず申し訳ありません。そのチェックリストの項目に当てはまるかどうかというところで、身体状況、栄養状況、認知機能の低下、うつ状況等に該当するか。また、総合的にチェックが多いとさらに該当になるということも事業対象者の判断になっています。

○会長：今回のプログラムの目標は、事業対象者になっている方の該当項目をゼロにするもしくは、ある一定以下にすることが目標ということでしょうか。対象となるのはリハビリが必要な方で口腔ケアの問題が該当する方は、ターゲットではないのでしょうか。

○事務局：そのような方もターゲットにしています。アセスメントのところではリハビリ専門職が関わっていただいておりますが、チェックリストやアセスメントで口腔機能の低下を認められるという方には、短期集中予防サービスCの中で口腔機能や低栄養の改善に取り組むことができます。

○会長：25項目のどこかに該当する方に短期集中で取り組んでいくというイメージで、フレイルの方の課題はバラバラということですね。全体を通して概念についてご意見ある方いらっしゃいますか。

○委員：フレイルの状態であるということをおもは比較的早い段階で察知できますが、それを本人に指摘しても受容してくださらない。栄養状態や体重、気持ちの問題など様々な点から判断して本人に伝えても、事業対象者としての利用も前向きではない。本人は「まだまだ元気だから、そこまでじゃない」という方が非常に多い

です。フレイルと要介護の間、改善可能な時期を過ぎたあたりで、本人が自覚したり家族が気づいたりということが起きています。

- 会長：実際に事業に関わる中で、まだ大丈夫という意識の壁はありますか。
- 委員：介入時期はとても大事だが、本人が課題を自覚できている人に取り組むことで効果を感じています。リハ職と同行訪問するなかで飲み込みなど筋肉について嚥下機能の評価にもつながるが、地域包括支援センターにはない視点で助言いただきながら活動できているのは評価できると思います。本人のモチベーション維持や地域の活動に行くための足の問題など活動の継続という点では課題は大きいと思います。
- 会長：連携という意味では、今、提供しているサービス以外に何を受けているかという情報が分からないままに進んでいくところが多いように感じます。医療だとお薬手帳があったり、何々先生に何曜日に行ったなどの情報でお互いに意識しながら進めたりするわけですが、このサービスに関しては、他で何を受けているかという情報は入手しやすい状況でしょうか。
- 委員：認知症の方は対象外になっていて、比較的、認知機能の自立度が高い方が多いので、御自分で私たちにお話をいただくか家族から聞き出すのですが、漏れもあったりします。今回、リハ職の方たちと同行すると、地域包括支援センターにはない視点や聞き出し方があって勉強させていただいています。
- 会長：例えば近所のラジオ体操や民間でやっているダンススクールとかインフォーマルといいますか、介護サービス外を利用されている方は多いでしょうか。
- 委員：やっている人はやっているし、やらない人はやらないというような両極端な状況です。環境因子も影響があります。歩いていける距離にそのような場があれば行けるけれど、車を手放すと行けなくなってしまうなどの課題があります。
- 会長：9月までの実績で、34例のうち介護申請に至った事例が3件あって、フレイルだと思って評価したら要介護状態に近かったというのはどのような状況でしょうか。
- 委員：事例でもありますが、1度転倒などの経験があると介護申請に至るということがあって、高齢者の支援というのはそういった難しさを感じたりもします。
- 会長：昨日までは元気でも急に介護状態ということはあると思います。ありがとうございます。1事例目は79歳の女性で、めまいがあって、恐らく足腰を鍛えることでめまいを良くしていこうということで、短期集中トレーニングを受けたという事例でした。実際、かかりつけ薬局の関係で、本人が例えばあっちの病院でもこっちの病院でもめまいを訴えると薬が重複してしまうみたいな事例がやっぱり課題としてあるのかなと思います。そのことについて発見するや先生にフィードバック、疑義紹介することはできるのでしょうか。
- 委員：必ずその手帳はチェックしますし患者さんからも聞き取りをして重複を防ぐようにしています。薬の内容である程度の把握はできますが、処方意図が分からない場合は、患者さんにお伺いして把握できることもあります。
- 会長：前回の会議の中で議論されましたが、救急で変化があったときに、薬局はなかなか情報が得られないポジションで、退院して初めて入院していたことが分かるという話があったかと思いますが、そういったところで情報の集約をどのようにし

ているのでしょうか。ケアマネジャーなど軸となる方がいれば良いですが、仕組み上ケアマネジャーが就かないと情報の集約ができず連続性がないし、状況が変わったとき、特に通院しているだけの方などは情報の集約が難しいことが現場ではありますがいかがでしょうか。

- 委員：そのとおりです。通院のみの患者さんは、他の薬局に通っている可能性もあるなかで情報集約は難しいと感じます。マイナンバー連携に同意された方に関しては、服薬情報を把握できます。
- 会長：薬が重複していることに関して誰がリーダーシップをとるのか、情報の集約をするのかということに関して、家族に伝えるしかない状況です。地域包括支援センターでもこれぐらいのレベルの方に介入していくことはないのでしょうか。
- 委員：地域包括支援センターが把握している情報もありますが、事業対象者というのは、介護状態ではないので、ある程度御自分でしっかり自己申告してもらう必要がある。逆に言うと情報源は本人から口頭確認のみになります。もし気になるようであればこういった方の事例でも、各地域包括支援センターが把握していることもありますので対応できます。
- 会長：歯科だと元気な頃、若いうちから関わると思いますが、歯科の視点でフレイルについて、オーラルフレイルという点、飲み込みの問題など、診療の中で見出せることとはありますか。
- 委員：フレイルかなと思う人は、口の渇きをよくうったえる傾向があります。年齢的に唾液量の関係と、多剤服用の関係などの影響が考えられます。口が乾いてくると食べづらい、飲みづらい、しゃべりづらいという症状が出てきて、その後口のケアができなくなり介護状態になるという方が多いです。
- 会長：面白い視点ですね、口の渇きがあったり、口の清潔が保てなくなってきたりすると、フレイルの手前の状況の人を見つけられるのではないかというご指摘でした。要介護者の御家族様が既にフレイルじゃないかというような場面もあると思いますがそういったときに、介護している人がどこに相談し、どう動くかについてご発言ありますか。
- 委員：利用者には介護者もお年を召している方が多くて、老老世帯だと同じぐらいの年齢の夫婦で介護者の方が転んじやったということも聞かれます。在宅で体操やる場合は必ず御夫婦2人並んでやるという形をとっていて、それが一つのフレイル予防につながっていればいいなと感じています。自分たちのサービスの利用者は要介護・要支援の方ですが、一緒に住んでいる方に関してはそのように関わって、なるべくフレイルの予防をしていこうということをしています。相談先については、子世代などの家族に介護申請の手順や相談先として地域包括支援センターを紹介しています。在宅サービスならではの利用者プラス家族にも目を向けて必要な場合は助言をして、フレイルの予防につなげていければ良いと思います。
- 会長：ありがとうございます。事例に移ります。2事例目は85歳の男性で、脳梗塞の既往があって、お酒を飲んで転倒した後に1週間ぐらい入院し、退院ができたものの、うまく歩けないという状況がいわゆるフレイルということでした。短期集中のリハビリがうまく奏功したという事例だったかと思いますが、確認事項とか御意見ございますか。なかなか奥様だけでは支え切れない状況で、病気ではないけれ

ど専門職が見るとバランスが悪いという状況は、長く見ると恐らくそれがフレイルの始まりであり要介護の始まりであるような状況だと思います。

- 委員：今、自分の病院だけでなく急性期病院のアドバイスする立場で、入院された方がその後、リハを必要とするかしないかについてということに関しては、カンファレンスで主治医であったり、看護師であったりが歩くことができたなら良しと判断するケースが多いです。家族が積極的にリハを希望するケースであれば、リハビリが関わるが、そうでないケースでは、認知機能が問題なく、歩行に問題が無ければ自宅に返そうという形で、リハビリテーションが介入しないということもしばしばあります。本当にこの人って大丈夫なのかという視点が必要かと思います。
- 会長：例えばそういう事例で大丈夫と判断して、介護なしで自宅に戻られて、実際に経過を見て半年後に転んで病院に帰ってくるなどはありますか。
- 委員：急性期病院ではなくリハビリ病院にご相談を頂くということもあります。御家族からの相談で退院した後に、車の運転が危なっかしくなったので、これでは運転させられないから何とかしてくれというような相談もあり、入院した段階、早い段階から介入していたらそういうことは防げたのではないかと思うことはあります。
- 会長：外来の患者さんでグランドゴルフをされている方がいますが、インフォーマルな運動などの機会を勧めることはありますか。
- 委員：何でもいいから、とにかく社会参加っていうことを促します。隣の家の人があるところに行っているという話であれば、そこに一緒に行くことを提案します。リハビリは保険診療の上での制限がありますのでいきなり医療リハを進めるよりは、まず、インフォーマルなところから日々の生活の中で体力増強を取り入れてくださいという話をします。例示されているようないきいき百歳体操や、市の広報とかを見せながら紹介されているところへの参加を提案します。
- 会長：エリアによって活動が盛んな地域とそうじゃないエリアもあるというような課題は感じますか。
- 委員：積極的な方は、そのエリアまで行ってやります。
- 会長：自分の学校区ではなくても隣町の学区に行ってしまうということですね。モチベーションを保つという意味では、人によっては面倒くさいからとか、男性の方だとなかなか社会参加が難しいということもあって、そういう人がこの事業で取り込めていますか。治療を受けた後のリハをやらない人がもしかしたら新たなターゲットかと思いますがどのような状況でしょうか。
- 事務局：退院直後というイメージは、現在 34 人の中にはありません。そこから少したって昔のように動けないというような方が多いです。フレイルに気づいてどこか相談先を探すのも御本人というよりは御家族が気づいて地域包括支援センターに相談がある状況で、積極的に対象をキャッチしている状況ではないです。
- 会長：困り果ててからつながるのではなく、介護保険も使わないし、訪問リハ通所リハも使わない方が事業対象者になるということはあるように感じました。積極的にこの事業が選択肢として挙がるようになると口コミでちょっとずつ裾野が広がっていくような気がします。では、資料 2 の身寄りのない方への支援について、事務局から御説明をお願いいたします。

○事務局：資料2を説明。

○会長：3月に磐田病院で身寄りがない方への支援の問題点について話し合いがあり、救急外来でかかったときに、身寄りがないとどうしたらいいか困るのでしらみつぶしに親族を探すことや同意を得られるかどうかという問題・課題がありました。実際市では金銭管理、緊急連絡先に関して動きがありますが、磐田病院ではその後、身寄りのない方への病院として変化ありましたでしょうか。

○委員：マニュアルが幾つかあります。説明同意に関する規約やマニュアル、人生の最終段階における医療ケアの基本方針、救急搬送の消防と連携したマニュアル、キーパーソンがいない方で治療などに関してなかなか意思決定ができない場合には、キーパーソン不在の方の支援マニュアル、そういったもの作成しています。それでも万全ではなく現場では苦慮することは多々あります。

○会長：早速、取組をされているということで安心します。身寄りのない方の支援について皆さんそれぞれ一過言持ってらっしゃると思いますが、身寄りのない方や緊急連絡先ない方は、サービスが受けがたというような状況があったと思いますが、特養では身寄りのない方についての展開はありましたでしょうか。

○委員：身寄りがないという状態で申込みに来られる方は少なくなってきたと思います。それはケアマネジャーさんたちの努力と感じています。相談を受ける中で成年後見制度を早く使ったほうが良いのではないかと思うこともありますが、申立てる人がいなかったり、市長申立が簡単には進まないというようなお答えをもらうことはあります。それでも今は成年後見制度を使っている方も多く、入所者の1割強は成年後見制度か生活保護という状況になっています。ただ、昨日たまたま救急搬送するときに救急隊の方が来て、家族の方と連絡取れますかという第一声は変わらないです。

○会長：病院としては大きく手間が変わりますからね。昨年の状況よりは少し感触としては良くなった感じがあります。ケアマネジャーでも身寄りがないとサービスが受けがたいというような状況があったと思いますが何か変化がありますか。

○委員：あまり変化は感じません。成年後見制度を申立てるお金がない、制度が利用できるまで半年以上かかることが理解できない方が多いです。地域包括支援センターと一緒に相談に行ってもなかなか進まないという状況です。

○会長：小規模多機能型居宅介護支援事業所では状況はどうか。

○委員：会社として受け入れる体制は整えていても金銭面の問題や病気が進んでしまって利用できないということがあります。

○委員：本当に困っているのは現場でその状況をどのように改善して、本人の権利として医療や介護を受けられるようにしなければいけないと思います。市長申立も増えていますが、手続きが煩雑なので時間がかかるのがどうにかならないかという課題や全ての方に対して成年後見制度の利用が適切ではないため、そのような方へのサポート等があるといいなと思います。

○会長：市では福祉相談課で関わることが多くなるということで、福祉相談課への相談事例は多いのでしょうか。

- 事務局：困難事例を最終的に受け持っているのが福祉相談課の生活相談グループということで、福祉政策課とも連携をとりながら進めていくというように考えています。福祉相談課で受ける困難事例は常にあり、地域包括支援センターが関わる事例や病院で入院しても身寄りがない人などのその先をどうしたらいいかという事例があります。
- 委員：普段は現場にいないので本当に皆さんの話を伺い、現状を認識しました。問題に上がったことが少しずつでも変わってきているということで、共有して考えていくことが重要と感じました。
- 会長：皆様ありがとうございました。次の議題に移ります。資料3は救急情報シートの郵送についてということで、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局：資料3を説明。

- 会長：歯科でもマイナ保険証取り組まれていると思いますが、実際の利用率などはいかがでしょうか。
- 委員：特に高齢者の方がマイナ保険証について気にされています。ここ数か月単位で、使用率は微増しています。パーセンテージでいうと今は全体で6~7%ぐらいで、初期の導入したときは1~2%でした。
- 会長：医療ではある程度このパーセンテージを上げないと、減算や加算が取れないというような非常に厳しい状況です。
- 委員：患者さんには御高齢の方が多く国保なのでマイナンバーカードを出していただける方が多いです。ここ数か月で22~23%の利用率です。
- 委員：病院は17%程度かと思います。
- 会長：在宅はかなり低い状況です。端末で撮影をするというような運用ですが、実証実験はやられていますが、実際に全員が利用し始めると更新がうまく進まないというような状況で、利用率は数%からなかなか上がらない状況です。外来は比較的増えたような印象もありますが、それでも5%前後ぐらいじゃないかなあとと思います。訪問看護では、マイナ保険証やマイナ救急というのはいかがでしょうか。
- 委員：マイナ保険証はあまり関わりがありませんが、救急情報シートは、新規の契約に行くときに必ず1枚持って行き書いていただいで、玄関や冷蔵庫に張ってもらっています。郵送されてきて、これは何と質問を受けたこともあったので、お年寄りって、見てもなかなか分からなかったり、封を開けなかったりしている状況です。
- 会長：この取り組みも少しずつ現場で浸透していくというように思います。皆様から御意見、感想、日々困っていること、在宅医療と介護の連携の推進について御意見頂きたいです

ー意見無しー

- 事務局：以上をもちまして、協議事項は終了させていただきます。御協力ありがとうございました。本日委員の皆様から頂きました意見を参考にさせていただきます。これからの政策に生かしていきたいと思っております。本日は、御参加頂きましてあ

ありがとうございました。以上で閉会いたします。