

令和6年度中部医師会連合第1回地域包括ケア特別委員会 報告

日時：令和6年8月25日（日）13:30～15:30

場所：各県医師会館（Web会議）

出席者：別紙の通り

1. 開 会

2. 委員長挨拶

岐阜県医師会副会長 鳥澤英紀

3. 報告・協議事項

- (1) 各県において地域包括ケアシステムの推進（在宅医療を含む）に関して特に力を入れている取り組みを2例

【愛知県】

○配布資料のとおり、在宅医療に関する研修会を各種開催している。

○電子@連絡帳

県内の多くの地域で本システムを利用いただいている。名古屋市も同システムを利用しているが、ベンダーが異なる。

医療圏ごとに職種ごとの記事投稿数を収集しているが、活発に利用していただいている地域とそうでない地域があるのが現状。

・システム機能としては基本的にMCSと同様のものと解釈してよいのか。地域PHRを含めて利用されるものであるのか。（石川県）

⇒機能はほぼ同じと思われる。地域の行政も含めている。医療圏ごとにオプション機能が異なる。

・システムの運営費用は市町村負担とお聞きしたがどうか。（岐阜県）

→市町の規模ごとで費用が決められている。会員の費用負担はない。

【富山県】

○富山県内で統一したシステムはなく、地域ごとで異なる。

○富山県医師会として在宅医療支援センターを運営しており、各地域における支援センターのサポートをしている。一部地域では、行政が運営主体となり、そこに医師会が参画するケースもある。

【岐阜県】

○在宅医療普及啓発資材 エンディングノート(岐阜県医師会版)を作成している。

県内でもエンディングノートがいくつか作成されているが、普及啓発が進んでいないのが現状である。医師会が作るエンディングノートとして、自身の病気を理解いただくことを重点としており、市町村が作っているノートとは異なる視点の内容で作成を進めている。

普及啓発が今後重要となる。今年度はエンディングノートを題材とした研修会の開催を予定している。

・各市町でも作られていると思うが、これまでのものとの使い分けなどどう考えているか。

(三重県)

⇒地域である場合はそれを使ってもらえればよい。病気への理解を深めていただくものとして在宅医療の手引きのようなイメージで、退院会議の際に利用するものとして作成している。どちらかに統一するというものではなく、それぞれの場面によって使い分けていただく。

○ICTを利用した看取り連携(もとす医師会)

H29年に開業医4人で在宅看取りグループを立ち上げたが、実際に稼働することなく自

然消滅したことがあり、それを防ぐため、多くの開業医や病院の協力により連携グループを改めて構築。

在宅患者が亡くなったが、主治医が出張等で看取りができない場合、MCS を利用し代務医師を募集。代務医師は依頼元クリニックのバイトとして看取りを実施。

現在、別地域でも連携グループの立ち上げが検討されている。

・看取り連携の中で日本臨床学会が作成している「POLST」のような別のひな形等と併用して使われているのか。(石川県)

⇒使用していない。

・在宅療養あんしん病床確保事業の記載があるが、病院の医師が代務医として看取りに出向いた場合でも事業の対象となるのか。(静岡県)

⇒岐阜県の別事業である。レスパイト等でも気軽に使ってもらえるような事業である。

・兼務届が事前に必要なのではないか。(富山県)

⇒事例が発生した場合に事後に届け出する。(厚生局に確認済み)

【福井県】

○福井県版エンディングノートつぐみを作成。(R4 年)

作成に取り掛かる前に、住民にアンケートを実施。ACP(人生会議)に対する認識はほぼないが、エンディングノートについては3~4割程度の方に認知ないしは書いたことがあるという結果であったことから、エンディングノート+ACPの内容が入ったものを作成した。

なるべく多くの県民に広く普及させるため、公民館レベルの小規模な講演会等(昨年度28回、今年度15回)を開催。

実際につぐみを使っていただき、意見をいただいた結果、エンディングノート部分へのコメントが多く、ACPへの意見が少なかった。今後は、実際に使われた患者家族に追跡調査を実施して、さらに改善していきたい。

○フレイル予防事業

H29年から東京大学と共同研究協定を締結し、県内統一のフレイル予防プログラムを導入している。

OP・TPにはフレイルトレーナー、地域住民等がフレイルサポーターとなり、フレイルチェック(簡易(イレブン)チェック、深堀チェック)を実施。参加者のリピーターを増やすため、R4~5年分に実施したフレイルチェックの結果を作業療法士会に委託し分析を行った。

R5年度はフレイルチェックを県内各市町で計111回実施(延べ6,805回、実人数3,850人)。フレイルチェックの結果について、全国平均より低い項目について、今後フレイル予防体操等での改善を検討している。また、R4~5年のフレイルチェック参加者で、悪化した方についての問題点も考えなければならない。今後、参加者の増加についても県としていきたい。

・厚労省が作成した後期高齢者の質問票があるが、イレブンチェックを利用されたのは、東大との共同研究が影響しているからなのか。(静岡県)

⇒その通り。

・静岡でもどちらを利用するか迷い、イレブンチェックは妥当性のあるデータが見つからなかったため厚労省のものを利用した。何かデータがあったのか。(静岡県)

⇒確認して、次回報告する。

・チェック後にフレイルあるいはプレフレイルと診断された方は、予防事業に引き継がれているのか。その結果、効果があったというデータなのか。(静岡県)

⇒R4~5年に継続して参加された方のデータである。全市町が事業に参加しており各市町で検討している。

・この予防事業には、かかりつけ医はどのように関与しているのか。(静岡県)

⇒医師会としては、協議会に参画して議論している。かかりつけ医は直接的にはかかわっていない。専門職でデータを解析していただき効果的な運動などを提案してもらい、かかりつけ医は患者にそれを広報して後方支援をすることを考えている。

口腔ケアに関しては歯科医師会を通じて対応ができていますが、運動機能の低下については、かかりつけ医が医療保険を使った対応がしづらいため、各市町の総合事業を利用して、フレイルが悪化しないような対策、体制づくりが必要である。

・フレイルチェック 1 人当たりの所要時間はどれくらいか。(岐阜県)

⇒所要時間についてのデータはない。

・今回の診療報酬改定で、生活習慣病管理料の算定には療養計画書を作らなければならなくなった。日常診療にチェックリストをうまく利用できないか考えている。(岐阜県)

⇒先生方に行っていただくのは手間がかかるのではないかとと思われる。

・過去に、厚労省の質問票を利用したかかりつけ医が関与するフレイルチェックのモデル事業を実施。70～75 歳の通院患者を対象として、虚弱と思われる方にチェックを実施し、フレイルと診断した人を地域包括支援センターに紹介し関与していただくという内容のもの。R5 年からは静岡市において、フレイルチェックを実施し、フレイルと診断された方を地域包括支援センターに紹介すると、1 名につき 4,000 円静岡市から支給されるという事業を実施している。対象者は、要支援の予防という観点から 74～79 歳となっている。R5 は 20 程度の医療機関の手上げがあり、今年は 40 程度に増えている。(静岡県)

【三重県】

○地域包括ケアシステムについては、資料 2-2 のとおり各地域独自で導入されているため、県下統一のシステムは難しい。県下統一のシステムを構築されている県もあると思うのでご意見を伺いたい。

・各市町村で様々なシステム使われているが、ICT での連携加算はどの程度とられているのか。(岐阜県)

⇒把握していない。あまりとっていないのではないかと。実際は最後の看取りの時に取られるのではないかと。

○ACP の取り組み状況について各地域に調査を行った。

地域医師会主催で取り組んでいる地域が多い。

○松坂市では、救急車の利用に関して、選定療養費をとるようになった。これにより前年度比 2 割減。今のところ目立ったクレームはない。

伊勢赤十字病院では、松坂市より前から選定療養費をとっているが大きな問題は上がっていない。今後は選定療養費を導入していき、それを浸透させ、どういった場合に救急車を呼ぶべきかという逆の発想で普及させる方がよいと考えている。

・選定療養費については、救急車を呼ぶと費用が掛かるという心配から、本来は救急車を呼ぶべきだったが呼ばなかったケースがあったのではないかと。(静岡県)

⇒目立った形でのそういったケースは今のところ聞いていない。

・施設からの安易な救急搬送が減ったなどの具体的なメリットがあったか。(静岡県)

⇒施設では、施設の嘱託医からの指示であれば療養費をとらないという形をとっている。

他にも、熱中症や学校からの要請にはとらない。

・浜松市では主治医を介さずに施設が勝手に救急車を呼ぶケースがある。(静岡県)

・搬送されて入院になった方にはとらないのか。(岐阜県)

⇒その通り。入院にならなかった方でも療養費をとるかをとらないかは担当医師が判断する。

・いくら請求しているのか。(岐阜県)

⇒7,700 円

【静岡県】

シズケアサポートセンター(正式名称:静岡県地域包括ケアサポートセンター)をR2年から設置している。各地域における包括的な体制づくりへの支援、シズケアかけはしの運営等を行っている。

○人材育成 在宅医療スタート研修 在宅医療入門編を実施(R5~)

今年度からは、さらに踏み込んだ「実践編」の研修を開催する。

・スタート研修に参加した方の人数、バックグラウンドを知りたい。(愛知県)

⇒R5年は8名参加。先代から医療機関を継承し今後在宅を始めたいという先生、これから開業して在宅医療を始める予定の先生、在宅医療に興味がある先生等。

○シズケアかけはし(静岡県地域包括ケア情報システム)

システムに患者を登録し、多職種で情報共有するシステムとして稼働している。

登録施設数、ユーザー数どちらも増えている。

機能の一つにある「掲示板」は災害時の情報共有にも活用されている。

・シズケアかけはしが日医地域包括ケア委員会で好事例とされた。(岐阜県)

【石川県】

○いしかわ在宅医療介護連携ルール(急変時の連携編、入退院支援編)の促進

H30年に県医師会にてルールを作成。これをもとに市町独自で展開している地域もある。急変時の連携編では、救急隊や病院が求めている情報を、いかにわかりやすいところに保管するのかルールを決めている。※このルールには、DNARのルールや様式は盛り込まないこととしている。

かほく市:医療情報キット…玄関扉の裏にキットを冷蔵庫に保管していることを示すシールを貼り付けるようにしている。普及率が高く、記載情報は年1回更新する機会がある。

金沢市:要支援者の名簿を活用…要支援者に対し名簿掲載の意向を確認したうえで、災害時要支援者名簿を作成し消防局に提供。救助活動に活用している。

○ACPのための共有意思決定支援(SDM)を学ぶ研修会を開催

金沢市において、金沢市医師会と連携して国立長寿医療研究センターの研修が行われている。この研修をもとに全県下にACPを広めていきたい。

○連携グループごとにACPのノートが作成されている。

(2) 在宅医療について

- ・在宅医療圏の設定の有無(2次医療圏との差異、県境を跨ぐ在宅医療等、これらに対するの県医師会の関与や課題)
- ・在宅医療提供体制に関するの県医師会としての関与や課題

【愛知県】

○在宅医療に関する事業の中で「在宅医療の提供と医療・介護連携に関する実態調査」を毎年実施している。

○2019年から3年かけて、人口動態等のデータベースを利用し、疾患別の2次医療圏ごとの入院状況等に関する調査を実施し、どういった資源が今後必要となってくるのかといった報告資料「目で見える在宅医療・介護連携推進のための地域課題の抽出とその解決策」(https://www.aichi.med.or.jp/webcms/wp-content/uploads/2022/08/hyoukashihyou_houku.pdfからダウンロード可)を作成した。

【富山県】

○県内の医療圏は4つ(新川、富山、高岡、砺波)あり、2次医療圏とほぼ同じである。

(問題点)

・システムが各地で異なっているため多職種連携で困るケースがある。(射水市)

- ・小さな医療圏では耳鼻科医や眼科医が1つしかないなどの問題がある。
 - ・在宅を始めようとする医師と同行する研修を行っているが、なかなか進んでいない。
 - ・在宅を行う医師が減少している。
 - ・富山と高岡地域において、在宅専門医療機関が出てきた。看取りを行うとしていたが、夜間は救急へ搬送されるなどの問題が出ている。
- ICTの活用、支援活動ガイドラインの作成や在宅医療のレベルアップを図るため、医療機器の貸出しを行っている。
- ・在宅医療圏の設定されていないということだが、国策としてR5年度中に設定することとされたはずではないか。(静岡県)
- ⇒従来の二次医療圏と同一であり、改めて医療圏が設定されたものではない。

【岐阜県】

○愛知県等からの在宅専門クリニックの介入や、病院に送ったが、自身に戻ってこないケースが散見されたため、「在宅医療における病院連携体制強化のための実態調査」を実施している。

症例を収集し、今後、地域医師会や病院に報告することを考えている。

【福井県】

○二次医療圏と在宅医療圏は原則同一で4医療圏。(福井坂井、奥越、丹南、嶺南)
福井坂井地区…多くの基幹病院が集まっており他の医療圏から受診する人多い。石川県と隣接していることもあり、どちらかに患者が流入、流出することがある地域。

嶺南地区…京都と隣接。坂井地区と同様。

○在宅・訪問診療を行っている医師の半数が60～70代である。10年後も訪問診療を行うかについての調査を実施したが、3割程度はやめるという回答だった。

若い先生方からは、今後在宅医療をやるという回答は1割しかなく、今後在宅をしていただく医師の減少が予測される。また、在宅医療を行わない主な理由として、「外来患者の対応だけで時間がない」「時間外の対応が負担」「緊急時の対応や連携体制に不安がある」などが挙げられていたことから、不安(緊急時の受け入れ病院の確保や自身が不在市の副主治医・病院の確保等)を取り除いて在宅を行う医師を増やすことが課題。

○訪問診療を受けた患者数、訪問診療を行っている医療機関、在支診、訪問看護利用者数等少しずつ減ってきている。訪看STの数は横ばいであるが、小規模の事業所が多い一方で、在宅ターミナルケアを受けた患者数、自宅死は増えている。今後増えることが予測される自宅での看取りへの対応を今後積極的に検討したい。

・自宅死の数が増えているが、風呂で突然亡くなった等で検視検案のケースがあり、在宅看取りの数とは異なると思われるが、それを省いた数なのか。(静岡県)

⇒診断書ベースのデータである。

・独居老人が増えており、通院していた方が1週間ほど来られず、様子を見に行ったら亡くなっていたということもある。そういったケースが増えている印象がある。(静岡県)

⇒そういったケースを調べてみる。

ガン末期、慢性疾患の末期の方は在宅看取りの希望が増えている実感がある。

【三重県】

○三重県は、南北に長いという特徴から、二次医療圏を細分化し、8つの構想区域を基本とし、実際に事業を実施する際は、圏域にこだわらず必要に応じて市町村単位等での分析や体制構築をする。

【静岡県】

○県と協力し、昨年度から在宅医療圏域の設定についての県下全域が参加する会議を行っており、連携拠点や積極的役割を担う医療機関が概ね決まってきた。

積極的役割を担う医療機関に対し、どういった支援が必要かアンケート調査を実施(R6年7月)し、その結果を基に利用して支援内容を検討していく。

・医師会主体と行政主体となっているところがあるがそれぞれの地域で検討をおこなっているのか。(岐阜県)

⇒地域ごとで調整。市町でまかなえない所を医師会がまかなうところもある。

○在宅医療提供体制構築モデル事業の実施

患者の急変や夜間に対応できる体制整備、看取りやより高度な処置に対応できる体制整備等に対する補助を行うものであり、希望する郡市医師会に委託する。上限 100 万円×7箇所

【石川県】

○医療圏は4つ(能登北部、能登中部、石川中央、南加賀)に分かれているが、在宅に関しては市町ごとの単位となっている。

○石川県第8次医療計画・石川県医療計画推進委員会・在宅医療対策部会に参画している。

○高齢者増加に伴う医療機関編負担軽減、コロナ禍による在宅看取りの希望の増加等から、看取りの重要性が高まっている。今年度は県医師会中心でACP(非がん特に慢性心不全中心)の普及啓発を重点的に実施予定。

○認知症予防、各機関との連携体制整備や、在宅医療を担う医療機関においてBCPが作成されていない医療機関が多かったことからBCP作成のための研修会を開催する。

○能登半島地震での在宅医療の課題

1月1日の発災から時間が経過したが、様々な問題が残っている。問題点に関して、能登に残って在宅医療を担っている2名の医師が資料を作成されたので提示する。

特に⑤地域コミュニティのサポート不足(若者の減少等)が能登を非常医困難な状態にしている。

震災後、高齢者が戻ってきている中で、震災住宅の整備がされているか、医療介護福祉の視点がない。高齢者が一人で入浴できない状況や医療介護が連携するスペースがないなど、住居を建てるにもそういった考慮が必要であると考えている。

地震により医療機関も被災し、多くの住民が金沢以南に避難された。県医師会において、総務省、厚労省、県、日医、薬剤師会、JMAT、ドコモの協力により、オンライン再診による被災地域の医療再生に取り組んだ。平時からオンライン診療をやっておかないと、いざというときにオンライン診療ができない。

・オンライン診療については、NTTドコモから何かアプリの提供があったのか。(富山県)

⇒ドコモから無償提供。県の補助もあり、9月までは無料となっている。10月以降の費用等は9月中に検討予定。

・ごちゃまるクリニック小浦先生の資料において、発災直後から発災後時間別の対応が書かれている。地域包括ケアを考えたくて非常に大切であると感じた。(静岡県)

・慢性心不全に関するACPは、ステージによって異なる。プレハートの状態(ステージAB)でACPが始まるのではないかと思っている。ステージCで退院後に非常に不安定な時期があるかと思う。石川県でABCDに対しての個別の様式やABCDの違いなどお考えがあれば教えてほしい。(富山県)

⇒ABになると病院医師が説明されることが多いイメージ。CDはかかりつけ医としての連携が増えてくる。病院医師とどういったACPをするべきか相談していきたい。

(3) その他

- ・提出議題①(富山県医師会)

地域包括ケアシステムにおいて多職種連携は非常に重要だと思われるが、そのケアシステムの中で、神経難病、心不全、認知症など非がん疾患症例においてはがん患者症例に比べてACPがよくなされていない、不明確など問題点があるのではないかとと思われる。これらに関する各県医師会での状況について。

次回(第2回)へ持ち越し。

・提出議題②(静岡県医師会)

「高齢者施設等と医療機関との連携に関する状況について」

令和6年度の介護保険制度の改正に伴い、高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化や医療機関との連携強化を目的に、一定の要件を満たす協力医療機関を定めることが義務化(一部努力義務化)されるとともに、診療報酬や介護報酬において関係する加算が新設されたが、本件に関する課題や対応に関する、各県医師会の状況について。

同上

4. 閉 会

中部医師会連合 第1回地域包括ケア特別委員会出席者名簿

令和6年8月25日(日)

(敬称略)

県名	役職名	氏名
愛知県	副会長	西脇 毅
	理事	松浦 誠司
	〃	高田 統夫
	事務局	兼松 良充
富山県	〃	深尾 真帆
	副会長	炭谷 哲二
	常任理事	松岡 理
	理事	寶田 茂光
岐阜県	事務局	井澤 光
	副会長	鳥澤 英紀
	常務理事	平野 良尚
	〃	美濃輪 博英
福井県	〃	佐竹 真一
	〃	小川 真穂
	事務局	〃
	副会長	広瀬 真紀
三重県	理事	伊部 晃裕
	〃	得田 彰嗣
	〃	中山 崇嗣
	事務局	〃
静岡県	副会長	野村 豊樹
	理事	石田 亘宏
	〃	小西 博仁
	事務局	木本 祥仁
石川県	〃	福地 康紀
	〃	小野 宏志
	事務局	竹内 浩視
	〃	紅野 聖二
石川県	〃	滝浪 栄太
	理事	長尾 信
	〃	石田 雅樹
	事務局	菊地 勤美
石川県	〃	小林 友美
	〃	〃
	〃	〃
	〃	〃

計 32名