

【健康寿命延伸のための「介護予防」専門部会】

●第1回：平成29年10月27日（金）

- ＜議題＞・フレイルチェックの活用のための評価・検証
・介護予防の啓発について

●第2回：平成30年1月5日（金）

- ＜議題＞・フレイル対策についての実践について
・介護予防の啓発について

●第3回：平成30年6月7日（木）

- ＜議題＞・介護予防啓発の報告
・フレイル予防・フレイル改善に向けた新しい取組について

＜主な意見＞

- ・フレイルもロコモもだが言葉自体を広めていく必要があるのではないかと。
- ・分かり易く、興味を持てるような工夫（リーフレット等）が必要。⇒作成済
- ・介護予防の啓発について、フレイルチェックを入口（きっかけ）とすることも有用ではないかと。
- ・フレイルチェック（薬局等）を受診しフレイルに該当した場合、該当された方の関心事は「では、どうすれば良いのか」ということとなるが、具体的にどのようなところでどう繋いでいっているのか。⇒あんしんすこやかセンターへつないでいく。
- ・神戸市内における通いの場を1,500箇所（国から通いの場所を人口1箇所/1,000人の割合で設置することを示されている。）まで増やすことについて、残り約200箇所をどのように増やしていくかの検討と同時に、それを担う元気な高齢者などのボランティアをどのように確保するかの検討も必要。
- ・75歳からフレイルの方が増えてくる。高齢者全体の約2割が支援・介護が必要な方で、約1割はフレイルである。この1割の方を回復の方向に持っていくかが大きな課題。
- ・健康格差対策からの視点となるが、無関心層や低所得者の参加率を上げていく必要がある。「安くて・近くて・楽しい」をキーワードにアプローチ方法を検討していく。

＜今後の方向性＞

- ①市民がフレイル対策を含めた介護予防や自立支援の重要性について、自らの問題として取り組んでいけるよう、様々な場面において啓発を強化していくための検討を継続する。また、関係者への研修も行っていく。
- ②介護予防に無関心な方であっても、興味を持って参加できる多様な「つどいの場」や「啓発の場」「通所サービス」を充実させ、地域の特性に応じた取り組みを推進していく。また、高齢者が様々な機会に「フレイルチェック」を受けられるようにスキームを拡大していく。
- ③神戸市の介護予防事業を効果的に展開していくため、地域や高齢者への影響や事業のPDCAサイクルを本部会において、多角的に評価・検証を行っていく。

神戸市地域包括ケア推進部会講演会（11月16日）
東京大学高齢社会総合研究機構 教授 飯島勝矢氏による講演要旨

（1）フレイルとは

「フレイル」は、4年前に日本老年医学会から発表された。

- ①中間の時期：健康と要介護の中間。
- ②可逆性：適切な方法をとれば、様々な機能を取り戻せる段階である。
- ③多面性：様々な側面が絡み合いながら、フレイルは進行していく。
 - ・「身体的フレイル」「社会的フレイル（ソーシャルフレイル）」「心理的・認知的フレイル（メンタルフレイル）」がある。
 - ・70歳以上の6人に1人に栄養失調が生じている。タンパク質の絶対量の不足。高齢者のやせは、総死亡率が高い。
 - ・口腔機能の低下は全身状態に関わっている。オーラルフレイルの予防が重要。

（2）大規模高齢者長寿縦断追跡コホート研究によるフレイル予防を通じた健康長寿のまちづくり（他都市の取り組みについて）

- ・講師は、大規模高齢者長寿縦断追跡コホート研究を実施 49,238人の自立高齢者が対象。
- ・「運動習慣がなし」「他の活動あり」より、「運動習慣あり」「他の活動なし」の方が、フレイルに対するリスクが高い。
- ・「文化活動」「ボランティア・地域活動」のある場合はフレイルに対するリスクが低い。共通していることは、人とのつながりである。世界147研究を合わせた結果をみても、「人とのつながりがある」ことが長生きに1番プラスであるという結果になっている。
- ・このようなエビデンスを元に、市民フレイルサポーターによるフレイルチェックを開発した。研修を受けたフレイルサポーターが同世代に啓発を行なっていく。
- ・「簡易チェックシート」と「総合チェックシート（深掘りチェック）」がある。簡易版は、機材を使用せずに実施が可能。
- ・指輪つかテスト：ふくらはぎ周囲計→高齢者は平均30cm。身長に比例。加齢による変化がなく、不変の物差しである。
- ・「隙間ができる」とフレイルの赤信号。「囲めない」に比べて、サルコペニア危険度は6.6倍、サルコペニア新規発症は3.4倍。食事摂取量が少ない、孤食が多い傾向にある。
- ・海外でも実施されている。①費用がかからない ②5秒でできる ③メタボ予防の概念が強い場合、フレイルへのギアチェンジがしやすい。
- ・チェックの回答は、必ず○もしくは×に分かれる。半年毎にチェックを繰り返す。「集いの場」を「気づきの場」にすることが大事。

（3）健康長寿のための3つの柱

①栄養（食・口腔） ②社会参加 ③運動

- ・フレイル予防の方法は、一律ではなく、その人なりの方法で三位一体を継続していくことが重要である。
- ・フレイル予防は「総合知によるまちづくり」である。

【医療介護連携に関する専門部会】

●第1回：平成29年12月13日（水）

＜議題＞・医療介護連携の現状と課題について（意見交換）

●第2回：平成30年1月24日（水）

＜議題＞・第1回会議の論点整理について

・在宅療養生活を支える医療介護関係者間で共有すべき情報について

＜主な意見＞

【現状と課題】

- ・在宅療養生活を支えるそれぞれの職種の人が、必要な患者情報等を異なる職種の人と十分に共有できていない。
- ・医療と介護の連携がシームレスで行われるような仕組み、共通言語を造り、共有することが大事である。
- ・訪問看護師として、多職種間で共有してほしい患者情報を詳細に記載した訪問看護シートを試行的に活用している。このシートを作成することが訪問看護師の人材育成にもつながっている。
- ・全ての職種が集まるのは難しいので、ICTの活用など、集まらなくても効率的に情報共有できる仕組みが必要。
- ・在宅療養患者の急変による入院時に、ケアマネジャーの情報（患者の背景・既往歴、キーパーソン等）やお薬手帳の情報を有効活用できればよい。
- ・在宅から施設に入所する場合は、生活面での情報が多く、一方病院等から施設に入所する場合は医療的な情報はあるが生活面の情報は少ない。サービス付高齢者向け住宅から病院へ入院する際、患者情報を提供するための統一様式があれば、円滑に情報提供できる。
- ・転院を繰り返すうちに、患者サマリーを記入する人によって情報が取捨選択、分断されるため、最初の詳しい患者情報が引き継がれず、在宅医療の導入時点では、症状の経過が全くわからないことがある。
- ・退院時の病診連携が不十分であるため、今後の在宅医療のことを十分に考慮されないまま、経鼻栄養や胃ろうができて退院してくることがある。
- ・介護サイドに特化したケアマネジメントになっているケースが多いが、患者によって看護師資格のあるケアマネジャーが必要な場合もある。例えば主治医意見書の作成時に、看護師によるケアマネジメントの要否を判断する仕組みなどが必要ではないか。

＜今後の方向性＞

- ① 多職種間で最低限共有すべき在宅療養患者の情報を整理する。そのうえで、患者・利用者の状態の変化等に応じて、多職種間で速やかな情報共有を行うため、紙ベースに加えて、ICTの活用なども検討していく。
- ② 転院を繰り返しても、最後まで引き継いでいくべき患者情報（必要項目）を事務局で整理して、次の議論の重要なテーマとする。その議論を踏まえ、市内共通の「入退院（転院）連携シート」を作成する。
- ③ 「医療介護連携のための用語集」や「医療介護連携ガイドライン」を作成する。

【在宅療養者の服薬管理に関する専門部会】

- 第1回：平成29年12月21日（木）
＜議題＞・服薬管理における現状と課題について
- 第2回：平成30年1月25日（木）
＜議題＞・課題の整理および論点案について
・「情報の共有・一元化」について
- 第3回：平成30年6月28日（木）
＜議題＞・「服薬支援体制」について

＜主な意見＞

【情報の共有・一元化】

- ・在宅療養者の薬歴情報の共有は、お薬手帳が最も信頼できる。処方全体を一元化して把握するとともに、調剤する者や介護者が処方目的・対象疾患を把握・共有すること、製剤的な工夫、患者が自己管理できるか、フォロー体制など管理できる在宅環境かどうかといった情報も共有できればよい。
- ・処方の際、疾病名が記載されると、多重投薬、相互作用等の確認のための情報精度が増す。かかりつけ薬局が管理できるシステムづくりが必要。
- ・情報伝達手段として、お薬手帳以外に、診療情報提供書や看護サマリー、介護保険制度の主治医意見書を活用できないか。患者同意を前提とし、医療と介護が相互に情報を共有するプラットフォームがあれば良い。制度的な整理も必要だが、医療側・介護側の両方の委員による議論が問題解決の糸口の一つになる。
- ・電子お薬手帳について、お薬手帳の枠を超えた情報共有ツールにできるかが課題。電子お薬手帳を拡張し、様々な情報を追加するニーズがある。
- ・退院時カンファレンスに、病院薬剤師も保険薬局もあまり参加できていない。マンパワーのせいにするのではなくどうすれば参加できるかを考えていきたい。
- ・訪問薬剤管理指導について医療保険と介護保険では介護保険優先となるが、薬局では医療保険の訪問薬剤管理指導を行っている患者が介護認定を受けたことを把握するのは難しい。ケアマネジャーから薬局に対し、情報提供するなど一層連携を図る必要がある。

【服薬支援体制】

- ・訪問診療や訪問薬剤管理対象の高齢者は服薬できていることが多いが、それ以外の通院の高齢者の服薬チェックができにくい。薬剤師の関与を高めていくことが必要である。
- ・薬剤師は、患者が服薬できない場合には、ケアマネジャーやホームヘルパーと情報を共有し、医師に対して報告書を提出して処方の再考慮を依頼することもある。

＜今後の方向性＞

- ① 現在使われているお薬手帳や情報連絡シート等の情報共有ツールについて、より多職種によって共有するための手引き・フロー等を検討していく。その際は、電子お薬手帳の普及や機能拡張も含めた、ICTの一層の活用についても検討していく。
- ② 「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」について、国による詳細版の検討状況も踏まえながら、本市の事情にそって活用できるように、検討・議論していく。
- ③ かかりつけ薬局・薬剤師の役割・効果や、啓発・発信等についても議論する。

【看取り支援に関する専門部会】

●第1回：平成30年1月17日（水）

<議題>・看取りの現状と課題について

●第2回：平成30年2月15日（木）

<議題>・神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科 木澤義之特命教授による講演

○アドバンス・ケア・プランニング (ACP)「いのちの終わりについて話し合いを始める」

<主な意見>

- ・地域の診療所で在宅看取りをしているが、看取りは医師同士が連携することで医師自身の時間的束縛や精神的負担が少なくなる。
- ・患者を看取った後の遺族へのグリーフケアも大切である。
- ・自宅や施設看取りを増やすには、在宅死が選択肢の一つであるという市民啓発や、人が最期を迎えることがどういうことなのかを市民が理解する必要がある。家族や専門職の不安解消も大切である。また、看取りをする訪問診療医やホスピス等医療関係者とケアマネジャーが連携できるガイドラインの作成も必要。
- ・リハビリがメインの訪問看護ステーションが増えており、終末期になると対応できない訪問看護ステーションがある。
- ・終末期にも関わらず介護保険サービス上の訪問リハビリが多く提供され、訪問看護が夜間に呼ばれても介護保険利用限度額を超えていて提供できず、看取りに合わせたケアプランが作成されていないことがある。看取り期のサービスの使い方を制度的に考える必要がある。
- ・がん等で、保険外診療に多額のお金を使ってしまい、末期の在宅医療で、お金が残っていない人もいる。
- ・介護老人保健施設ではターミナルケア加算が認められ、看取りにかかる費用負担が軽減されたが、施設長の方針や協力がないと施設看取りは難しい。
- ・特別養護老人ホームは「終のすみか」のはずだが、看取り数の実態調査では0~50件までばらつきがあり、利用者側からは、どこの施設が看取りのできる施設なのか分からない。
- ・重症患者の看取りの大変さを十分に理解せず受け入れる場合があるので、施設ごとにそれぞれ研修をするのがよいのではないか。
- ・看取りのスキルのない医療職もいるし、医療的なアセスメントのできないケアマネジャーもいる。神戸市が中心となってケアマネジャーを含め介護職に研修するべき。
- ・ケアマネジャーの終末期のケアマネジメントに関する試験や教育が必要ではないか。その際、行政で介護保険制度における規制の上乗せをすることは難しいので、介護サービス協会で、ルール作りをしてはどうか。

<今後の方針>

- ① 人生の最終段階における医療・介護に関する意思決定を支援するため、ACP を医療介護従事者へ普及するための方策を検討する。
- ② 自宅や施設での看取りを含めた在宅医療に関する市民啓発の先行モデルを把握し、チラシ等の啓発物の作成及び市民啓発の仕組み作りについて検討する。
- ③ 施設看取の実態調査、及び医療介護従事者への看取りに関する研修の検討

(1) 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインの解説

- ① 終末期医療の中止、差し控えのためのガイドラインである。
- ② 一人で決めない、一度に決めない、多職種で関わる
- ③ 患者が十分な意思決定能力（理解、認識、論理的思考、表明）があるかを評価
- ④ 患者との対話が可能な場合、患者・家族・医療者で意思決定に向け継続的に対話
- ⑤ 患者との対話が困難な場合、患者の推定意思を知ったうえで、多職種で検討

(2) アドバンス・ケア・プランニング（ACP）について

- ① 今後の治療等について患者・家族と医療従事者が予め話し合う自発的なプロセス
- ② 終末期においては、約70%の患者で意思決定が不可能
- ③ 米国で9,000人の患者を対象とした比較試験において、アドバンスディレクティブ（リビングウィルなどの事前指示書＝AD）は有効でないとの結果。家族など代理決定者がADの作成に関与しておらず、患者がなぜその選択をしたか、その理由や背景、価値が不明であるのが要因（ADの書類があっても役立たない）。ADからACPへ。
- ④ 国民の意識調査では、人生の最終段階の医療について、家族と話し合ったことがある割合は3%、実際に事前指示書を作成しているのも3%。70%の人は予め、自分の治療やケアについての希望を書面に記載しておくことに賛成している。
- ⑥ ACPの効用
 - ・患者の自己コントロール感が向上・病院死の減少・代理決定者と医師とのコミュニケーションが改善・患者と家族の満足度向上による遺族の不安や抑うつが減少
- ⑦ ACPの課題
 - ・患者が将来を予想するのが困難・患者の意向が変化・臨床に活かすのが困難
 - ・患者、家族にとってつらい体験となる可能性・時間と手間がかかる
- ⑧ ACPのタイミング
 - ・健康な人には、ACPを知ってもらうのを目的に、ライフイベントにあわせて行う。
 - ・病気を持った人には、予後1年を一つの目安として実施
 - ・早すぎるACPは、1～2年経つと違う選択をする。覚えていないことがある。
 - ・遅すぎるACPは、患者が話し合うことを避ける傾向にある。
 - ・ACPは見直しが必要。特に健常人では約半数の意向が変わる。
 - ・この患者が1年以内に亡くなって驚かないなら、ACPを開始すべき。
- ⑨ 実際の進め方
 - ・代理決定者を選び、価値を話し合う（適切な時期を選ぶ）
 - ・病気に直面した際に、治療及びケアの目標や具体的な内容について話し合う
- ⑩ 日本で一番進んでいるのが千葉県松戸市の「ふくろうプロジェクト」。介護保険申請者を対象に、不必要な救急搬送を減らすことを目的としたランダム化比較試験で慶応大学の公衆衛生学教室が協力。約2,000人が参加。来年度に結果が出る予定。希望搬送先として、①救命救急医療を提供する病院、②苦痛を減らす医療をする病院、③苦痛を減らす治療を受けながら自宅や施設で過ごしたい、の3つの選択肢から選んで、「ふくろうシート」に本人の意向を聞きながら、地域包括支援センターが記載。それをQRコード化して、カードとステッカー（冷蔵庫に貼る）を発行。