

令和元年度 第1回練馬区在宅療養推進協議会 要点録

1 日時	令和元年 11 月 11 日（月） 午後 7 時～午後 8 時 3 0 分
2 場所	練馬区役所本庁舎 5 階庁議室
3 出席者	<p><委員></p> <p>出席者：武藤委員（会長）、齋藤（文）委員、中村（光）委員、斉藤（良）委員、伊澤委員、吉田委員、栗原委員、中村（治）委員、下山委員、永沼委員、山添委員、芝田委員、中村（哲）委員、高山委員、寺田委員、中田委員、佐古田委員</p> <p>欠席者：古田委員（副会長）</p> <p><事務局></p> <p>介護保険課長、高齢者対策課長、医療環境整備課長、高齢者支援課長、地域医療課長</p>
4 公開の可否	公開
5 傍聴者	0 名（傍聴人定員 10 名）
6 次第	<ol style="list-style-type: none"> 1 委員の委嘱 2 会長・副会長の選任 3 報告 <ol style="list-style-type: none"> (1) 令和元年度在宅療養推進事業スケジュールについて (2) 在宅療養専門部会からの報告 <ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護資源調査（速報版）について ・在宅療養ガイドブック「わが家で生きる」の改訂について (3) 認知症専門部会からの報告 <ul style="list-style-type: none"> ・認知症本人ミーティングワーキンググループについて ・認知症ガイドブックの改定について 4 議題 <ol style="list-style-type: none"> (1) 第 8 期高齢者保健福祉計画・介護保険事業に向けて 5 その他 <ol style="list-style-type: none"> (1) 次回協議回日程について
7 資料	<p>追加資料 1 練馬区在宅療養推進協議会設置要綱</p> <p>資料 1 - 1 令和元年度在宅療養推進事業スケジュール</p> <p>資料 1 - 2 令和元年度練馬区在宅療養推進協議会・同専門部会 予定案件一覧（案）</p> <p>参考 1 練馬区在宅療養推進事業（令和元年度～令和 2 年度）</p>

	<p>資料 2-1 令和元年度練馬区医療・介護資源調査について</p> <p>資料 2-2 令和元年度練馬区医療・介護資源調査報告書 速報版</p> <p>資料 3 在宅療養ガイドブック「わが家で生きる」の改訂について</p> <p>参考 2 在宅療養ガイドブック「わが家で生きる」</p> <p>資料 4 認知症本人ミーティングワーキンググループについて</p> <p>参考 3 認知症施策推進大綱（概要）</p> <p>資料 5 「認知症ガイドブック改訂 2 版」について（案）</p> <p>参考 4 認知症ガイドブック</p> <p>資料 6 練馬区在宅療養推進事業と第 7 期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の実施事業</p> <p>参考 5 第 7 期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の位置づけ</p>
	<p>練馬区 地域医療担当部 地域医療課 医療連携担当係</p> <p>電話 03-5984-4673</p>

会議の概要

1 委員の委嘱

2 会長・副会長の選任

会長 武藤委員を選任

副会長 古田委員を選任

【追加資料1】の説明（事務局）

3-（1）令和元年度在宅療養推進事業スケジュールについて報告

【資料1-1】【資料1-2】【参考1】の説明（事務局）

3-（2）在宅療養専門部会からの報告

・医療・介護資源調査（速報版）についての報告

【資料2-1】【資料2-2】の説明（事務局）

（会長）

この調査の回答率は42.5%とのことですが、例年の回収率はどの程度でしょうか。

（事務局）

平成29年度の調査では45.5%でした。それと大きくは変わっていません。速報版ということもあり、まだ集計していない調査票もありますので、回収率は現在の数字よりも増える見込みです。

（会長）

他にご意見はありますか。

（委員）

ACPに関して、（資料2-2の）11ページから12ページの表によると、ACPへの理解は必ずしも大きく進んでいない現状がある一方、訪問看護では43.8%と十分理解をしていると思います。しかし、15ページの表で、ACPを実施していない理由について、「人生の最終段階を迎える患者と関わる機会が少ないから」という項目が最多です。本来、ACPを実施するタイミングは、亡くなる直前ではなくて、それよりもずっと前だと思います。それを踏まえると、（11ページ図表16で）「理解している」と回答した人たちが、ACPをどのように理解しているかも知る必要があると思います。そうした内容が分かる設問はありませんか。

（事務局）

理解のされ方については、今回は調査していません。

（委員）

このような実態を踏まえると、実際にACPを実施している施設も、人生の最終段階になってからACPを実施している可能性が高いと思います。今回、調査は実施していないとしても、今後は理解の内容の部分も見えていかないと、正しいACPの実態把握にはならないと思います。

（会長）

ACP が関わる範囲は、かなり広く捉える必要があると考えています。調査では聞き方による問題もあるかと思いますが、今後、どのように調査するか検討する必要はありそうです。

(委員)

この調査結果が、ACP がまだ知れ渡っていない証拠だと思います。関係者にさらに ACP について周知していく必要があると思います。

(事務局)

区としても、これまでも事例検討会等で、周知を図っていますが、今後も引き続き進めたいと考えています。また、在宅療養ガイドブック「わが家で生きる」でも ACP について今回取り上げていますので、こちらも併せて周知に努めていきたいと考えています。

(会長)

ありがとうございます。26 ページに記載されている緊急入院のバックベッドの不足は、大きな問題かと思いますが、バックベッドを確保する試みは何か実施しているのでしょうか。

(事務局)

区の補助金事業として、医師会の後方支援病床確保事業を支援しています。協力医療機関が現在 13 施設あります。在宅療養をしている患者さんの体調が悪化したときなどの対応を、医師会を通じて実施して頂いています。昨年度は年間で 160 件を超える協力を頂きました。

(会長)

区内で地域包括ケア病棟がある病院はどのくらいありますか。また病床数はどの程度でしょうか。

(事務局)

現在、練馬区内で地域包括ケア病床があるのは、大泉生協病院と浩生会スズキ病院の 2 病院です。それぞれ 47 床と 48 床で、計 95 床です。

(会長)

地域包括ケア病床は、特に高齢者のサブアキュートを受け入れるための病床として設置されたものですが、利用状況はどうでしょうか。

(委員)

区内では地域包括ケア病棟はマイナーな存在ではありますが、利用状況は、非常に高い状態です。近隣の大病院、DPC 病院はどうしても一定の治療を終えたら早めに退院させなければならないので、その後のリハビリや退院調整を含めて利用されています。

(会長)

最大で 60 日間の入院期間をもって在宅復帰のリハビリを行えますので、ぜひ活用していただきたいと思います。地域包括ケアの面からはどうでしょうか。

(委員)

医療依存度の高い方も在宅では多く過ごされているので、よく利用させて頂いています。家族のレスパイトにもなっていると思います。

(会長)

ICT 関連では、24 ページに記載がありますが、区内での ICT ツールの利用は、MCS が多いようです。

(事務局)

25 ページの下の表（図表 34）によると、活用している ICT ツールはほとんどが MCS です。

(会長)

MCS の使い勝手はいかがでしょう。

(委員)

MCS は区から補助金が出るので、訪問看護でも利用している事業所が多いですが、依然として導入していない事業所の方が多いです。大規模法人ではシステム部門がセキュリティの問題を懸念して導入できていない一方で、現場としては導入を求めているようです。

(会長)

以前、豊島区での MCS の利用状況を視察しましたが、難病を中心に比較的濃密な連携が必要な患者さんに対して使われていました。

(委員)

ケアマネジャーの視点だと、医師会に所属している在宅医が多く使用している印象があります。ケアマネジャーから医療的なことや生活のことを MCS に載せると、医師からの返信も早いですし、それを踏まえて訪問診療も実施して頂けるので、使い勝手はとてもよいと聞いています。

(会長)

他に、20 ページにある歯科診療所との連携ですが、訪問歯科では摂食・えん下にどの程度関わっているのでしょうか。

(委員)

つつじ歯科という歯科診療所を区に設置して頂いて摂食・えん下専門の事業を行っています。摂食・えん下の支援として、むせやすい、摂食が難しい方のケアマネジャー、もしくは本人から連絡を頂き、つつじ歯科で様々な検査をしてから支援をしています。摂食・えん下を専門的に実施している訪問看護の事業所もあるようですが、個々の診療所には、摂食・えん下専門というのは難しいと感じています。

(会長)

他にご意見はよろしいでしょうか。医療・介護資源調査の分析についてアイデアがありましたら、事務局までご連絡頂ければと思います。

・在宅療養ガイドブック「わが家で生きる」の改訂について

【資料3】【参考2】の説明（事務局）

(会長)

何かご意見はありますか。

(委員)

ACPについてのページに矛盾している部分があるかと思います。まず（資料3の）1枚目の右上の部分ですが、「人生の最期まであなたはどのように生きていきたいですか」の項目で、命の危機が迫った状態になると約7割の方がこれからの治療やケアについて自分で決めたり、人に伝えたりすることができなくなると書かれています。一方で、2ページ目のQ&AのQ2では、ACPを始めるタイミングとして「病状の悪化や大きな身体機能の低下があった時、または治療時にACPを行うといい」と書かれています。これは矛盾していないでしょうか。

また、ステップ3の右の白枠の中では、「人生の最終段階における医療について、希望する・希望しない医療がありますか。心肺蘇生・気管挿管など」と書いてありますが、ACPはその前の段階で、治療を差し控えるかどうか非常に重要です。現在の文面ですと、治療の差し控えと蘇生の希望が混同され、誤解を招きかねないと思います。表現が非常に難しいですが、治療の差し控えと、蘇生の希望は分けて考えなければなりません。

（事務局）

事務局としては、Q2でいう病状悪化は危篤のような命の危機が迫った状態を想定していたのではなく、身体状況が変わった、病気が進行したという段階を想定していました。この部分に関しては、誤解を招く可能性があるとも思えますので、表現は改めて考えさせて頂きます。また、2ページ目のステップ3の部分ですが、この部分も考え方が混同されてしまう可能性がありますので、修正したいと思います。どのような表現が良いか、何か案がありましたら頂ければと思います。

（委員）

ACPのことでしたら、この部分はまとめて削除してもいいのではないのでしょうか。この内容では急変したときに心肺蘇生するのか、挿管するか、という話になってしまうので、ACPの本来の考えと異なるかと思います。

（会長）

この部分についてはゆっくりと考えましょう。がんと非がんでの対応の違いでは、がんでは比較的療養期間が短くステップも明確です。問題なのは非がんの場合かと思います。いかがでしょうか。

（委員）

非がんの疾患は特に苦勞します。がんの方は自身の行く末を自覚できているので、意外と「心肺蘇生はいりません」「気管挿管はやりません」だけで済んでしまうと思います。ですが、非がんの場合、特に認知症の場合はだらだらと坂を下るように状態が悪化しますので、ACPが必要です。坂を下り始めた段階で、どうしたいか希望を聞いておかないと、治療差し控えをするのかどうか、最期をどうするのか、判らなくなってしまうと思います。ACPは坂を下りきったタイミングの話だけでは足りないと思います。

（会長）

たとえば、誤嚥性肺炎を繰り返す人だと、どのタイミングでACPを行えばよいでしょうか。具体的なタイミングが提示できると分かりやすいと思います。いかがですか。

（委員）

臨床の場で考えると、がん・非がんなど疾患による違いは小さく、認知症がある人に対

してどうするかがポイントだと思います。高齢で体力が衰えていても意思決定ができれば対応できますが、認知症の場合は非常に難しいです。例えば認知症で意思決定ができなくなってしまった方で、積極的な治療をすればよくなる可能性が高いと考えられ、家族もそれを望んでいる場合があります。そうした場合、認知症になる前に「治療は何もしない」と意思を伝えられていたとしても、本当にその意思に従っていいのか非常に迷います。認知症の場合はかなり早めにACP 考えておく必要があると思います。

(委員)

今の認知症のご意見に対して、何かありますか。

(委員)

先ほどの調査にもありましたが、ケアマネジャーはACP について他の職種と比べてまだ理解が足りていないようですので、ACP との関わり方やACP と関わるタイミングをどうするべきか、今、勉強している最中です。

ケアプランを立てるときは、必ず何か理由があって立てます。生活面の変化や要介護認定の更新時期等、何かしらの仕切りのタイミングでケアプランを立てます。認知症の方の場合は、認知機能が低下していく過程で、ケアプランを立てる折に、どのように暮らしていきたいのか、残りの人生をどう過ごしたいのか、ご本人の気持ちをケアチームの人たちが聞く機会をなるべく取り入れていきたいと思います。最近、勉強会も増えていますので、また先生方のご意見を聞きながら進めて行きたいと思います。

(会長)

ありがとうございます。「わが家で生きる」に関しては、次回の在宅療養専門部会で最終案を出すということでしょうか。

(委員)

「わが家で生きる」は、脳卒中、がんの末期、認知症等、バランスよく触れています。認知症に特化したものについては、「認知症ガイドブック」で扱えばよいのではないのでしょうか。「わが家で生きる」は非常に好評で、全体がバランスよく書いてあるのがよい点だと思います。あまり認知症に特化し過ぎてしまうと、逆に使いにくい面も出てくるかと思えます。困ったときの相談先を少し入れたり、先程も意見がありましたが、文章表現を少し変えるだけで、いいものができると思います。

(会長)

ありがとうございます。

3-(3) 認知症専門部会からの報告

・認知症本人ミーティングワーキンググループについて

【資料4】【参考3】の説明（事務局）

(会長)

ご意見はありますか。本人ミーティングのメンバーは若年性認知症の方が中心ですか。

(事務局)

若年性認知症を支援する会にマリネの会というものもあります。20～30名の方がシンポジウム形式で話をするものです。実際、ご本人はなかなか1人では来られないので、ボランティアの方や家族の方が一緒に来て参加されています。昔のことを話して頂いています。たとえば、カメラマンだった方がカメラ教室をしたり、パッチワークが得意だった方パッチワークを教えたりしています。

・認知症ガイドブックの改定について

【資料5】【参考4】について報告（事務局）

（会長）

認知症ガイドブック改訂について、何かご意見はありますか。

（委員）

高齢による認知症の場合は、自立支援医療費助成は受けられないかと思いますが、（資料5の）12ページのコラムはなぜ載せたのでしょうか。

（事務局）

若年性認知症と前期高齢者の認知症の方はこの助成の対象になります。支援の一つとして掲載を考えておりました。

（委員）

対象者をもう少し分かりやすく記載して頂かないと、対象外の方から介護事業所にも多くの問い合わせが来て対応に時間を取られてしまいます。

（事務局）

ありがとうございます。参考にさせていただきます。

（委員）

最近コグニサイズとって、エクササイズと頭を使うものを合わせたものが流行っています。そういったキーワードを載せると取り組みやすいかもしれません。ぜひ検討して頂きたいと思います。

（会長）

ありがとうございます。他にはよろしいでしょうか。気が付かれたことがあれば事務局にご連絡頂ければと思います。

4—議題

（1）第8期高齢者保健福祉計画・介護保険事業に向けて

【資料6】【参考5】についての報告（事務局）

（会長）

第8期は何年度からスタートするのでしょうか。

（事務局）

令和3年度からの3か年計画を予定しております。

（会長）

第8期に向けた要望は何かありますか。

(委員)

救急搬送と ACP の関連は、今後、重要になってくると思います。要請を受けて出動したら患者さんから病院に搬送されたくないと言われて対応に困ることがあるという話を、救急隊の隊員から聞くことがあります。あるいは、治療を望まない患者さんが、外来に救急搬送されたときに、何も治療をしなくていいのか悩むという声も耳にします。このように、今問題になっていますので、次の3年に向けて救急搬送と ACP について考えておかなく必要があると思います。

(会長)

他にありますか。またご意見がありましたら事務局にご連絡を頂ければと思います。

5 ーその他

(1) 追加資料「医療のかかり方ミニガイド」について報告(事務局)

(2) 次回協議回日程について

(会長)

この場でご意見を頂けなかった部分に関しては、事務局にご連絡頂ければと思います。最後に何かありますか。本日の協議会は以上で終了とさせていただきます。お忙しい中ありがとうございました。

以上