

令和6年度第1回練馬区在宅療養推進協議会 在宅療養専門部会 会議概要

1 日時	令和6年6月26日(水) 午後7時00分～午後8時30分
2 場所	本庁舎20階交流会場
3 出席者	<p>&lt;委員&gt;  出席者：富田委員(部会長、地域医療担当部長)、寺本委員、生田委員、會田委員、栗原委員、丹正委員、土方委員、鈴木(小)委員、土屋委員、古川委員、高野委員、関委員、八木委員、中島委員、内田委員(地域医療課長、医療環境整備課長兼務)、西方委員(高齢者支援課長)、阿部委員(介護保険課長)  欠席者：大城委員、尾崎委員、鈴木(健)委員</p> <p>&lt;事務局&gt;  地域医療課</p>
4 公開の可否	公開
5 傍聴者	—
6 次第	<p><b>【案件】</b></p> (1) 令和5年度練馬区在宅療養推進事業 ア 令和5年度練馬区在宅療養推進事業実施結果報告 (2) 令和6年度練馬区在宅療養推進事業 ア 令和6年度練馬区在宅療養推進事業スケジュール イ 医療・介護・消防連携小委員会報告 ウ 在宅療養ガイドブック「わが家で生きる」の改訂
7 資料	<p>○資料1 令和5年度練馬区在宅療養推進事業実施結果(令和6年3月末)</p> <p>○資料2-1 令和6年度練馬区在宅療養推進事業スケジュール</p> <p>○資料2-2 119あんしんシート、もしもを考えるきっかけシート</p> <p>○資料3-1 医療・介護・消防連携小委員会報告</p> <p>○資料3-2 ACP勉強会基礎編資料案</p> <p>○資料4 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>○参考資料 練馬区在宅療養推進事業(令和6～8年度)</p>
	<p>練馬区 地域医療担当部 地域医療課 医療連携担当係  電話 03-5984-4673</p>

会議の概要

(1) 令和5年度練馬区在宅療養推進事業

ア 令和5年度練馬区在宅療養推進事業実施結果報告

【資料1】事務局説明

(部会長)

ご質問・ご意見がありましたらお願いします。在宅療養推進協議会委員所属団体の在宅療養に資するさまざまな取組みがなされています。その一つでもある、今年5月に医師会主催で開催した多職種での在宅療養研修懇親会が大変好評だったと伺っています。こちらについていかがでしょうか。

(委員)

ココネリホールで多職種連携の会を行い、130～140人に出席いただきました。前半は認知症に関する講演会を慈雲堂病院の田邊先生に依頼し、後半はグループに分かれてディスカッションを行いました。アンケート結果も非常に好評だったので、来年もぜひ行いたいと思っています。

(部会長)

大変盛況だったということで、ぜひ継続していただければと考えています。ほかにかかでしょうか。それでは次に進みます。

(2) 令和6年度練馬区在宅療養推進事業

ア 令和6年度練馬区在宅療養推進事業スケジュール

【資料2-1】事務局説明

(部会長)

ご質問・ご意見がありましたらお願いします。

(委員)

119 あんしんシートの配布対象はどういう方でしょうか。直接高齢者に配るのでしょうか。

(事務局)

配布先としては、区立施設等で配布しているほか、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターなどに配っています。また医師会にも配っているので、各クリニックなどから患者に渡していただければと考えています。基本的には在宅療養をしている人に情報を記載いただくものであると想定していますが、その対象にかぎらず、高齢者にお使いいただければと考えています。直接配る機会としては、65歳を迎えた人に配布するはつらつライフ手帳に挟み込むものをご確認いただくか、入り用であれば区立施設に取りに来ていただく形になります。

(委員)

医療・介護・消防連携事業で検討しましたが、練馬区では以前、情報シートを筒のケースに入れて冷蔵庫に保管し、必要な際は救急隊が見られるようにしていました。3万本ほど配布しましたが、情報シートはドクターに記入してもらうところもハードルの一つだった可能性があり、救急隊もほとんど見たことがないというご意見でした。今の時代、ACP

を考えたうえで、救急隊が在宅患者と接したときに、患者がどういう状態でどうしたいのかわかってから活動したほうがよいだろうと提案し、事業化したものが3年かかり、やっと形になりました。内容も、どういう手順で救急車を呼んだらよいのか、またかかりつけ医、訪看の連絡先など救急隊にとって必要な情報、救急隊の救急相談センターやACPなどいろいろな情報をこのA3のシートに入れています。目立つように赤いデザインにし、冷蔵庫に貼れば目にとまるよう工夫しました。今後119あんしんシートが活用され、救急隊がいざというときに参考にできること、あるいは119あんしんシートをきっかけに高齢者・区民が自分は将来どうしたいのか意思表示をする機会を作ることが大事だと思いますので、そのよい機会になるよう、ぜひ皆さんに広めていただければと思います。

(委員)

119あんしんシートの内容を先日の小委員会でもお話いただきましたが、このシートについて事業所でも周知し、ケアマネジャーも、今後利用者やご家族にしっかり伝えていくことが大事という意見でした。色味も赤くわかりやすいなど、ケアマネジャーもよい印象をもったようです。まず使ってみるということを前提に、その後でしっかりブラッシュアップしていくため、どういった項目の情報を更新していかなければならないかなど今後考えていく必要があると感じました。利用者の間でも、わが家で生きるやエンディングノートなど冊子から徐々に浸透し、意識づけがされてきていると実感しています。各職種からもこういったものを周知し、自分ごととして備えていくことを実感していただけるような働きかけを行っていくことが必要と感じています。

(部会長)

実際、どう使っていただくかという部分が大事かと思いますので、これから皆さんと意見交換しながら、実際に活かしていければと思います。

(委員)

この119あんしんシートについては、地域包括支援センターなどでも活用したいと思っています。高齢者の集いの場、街かどケアカフェなどに来た人にご紹介し、書き方がわからないということであれば、担当から支援させていただければと思います。まだ介護が必要ない、お元気なうちからそういったものに触れる機会を提供できるものと思いますので、ぜひ活用させていただきたいと思います。

(委員)

希望は移ろうもので、健康なときは管につながれた状態にはなりたくないと思っても、いざ病気になって寿命が読めるようになるともう少し生きていたいという気持ちになることが多いと実感します。意見は変わってもよい、とにかく今の気持ちを119あんしんシートに書くということが大切なのではないかと思います。今回の取組みがその起点になればいいと思います。多くの高齢者や家族に普及していくとともに、今は独居世帯で家族が別に住んでいるというケースが非常に多いと思いますので、一人暮らしの人が倒れたときの情報を第三者が取得できることも重要かと考えます。

(委員)

救命救急センターで24年間仕事をしていましたが、救急隊員が一番悩むのはDNARオーダーがある場合です。これについては臨床救急医学会から現場でのガイドラインや提言も出ています。119 あんしんシートにある生命にかかわる心肺停止なども、「何もしてほしくない」という本人の希望があった場合に、心肺蘇生しないDNARオーダーという、医師の名前でそれを証明するような書類を持っていることもあります。この場合、心肺蘇生を始めないことも法的には許されるので救急隊によっては始めないことを選ぶことがあるかもしれませんが、救急隊は医師ではなく、心肺蘇生開始の原則があるので、書類があってもおそらく心肺蘇生を始めると思います。そのときに大切なのは、現在の状況について、医師が書いたものに本当に合致するかどうか、医師でない者には判断できないので、そのDNARオーダーを認めたかかりつけ医に連絡することです。かかりつけ医が間違いないと言った場合には本人が希望したとおり、心肺蘇生をやめることとなります。医師への連絡がつかない場合には、メディカルコントロールセンターの医師が代わりに判断しますが、医師へ連絡すること、また連絡先を明確に書いておくことが重要かと思えます。

(委員)

ずっと訪問介護に携わっており、実際この状況になることがあります。ヘルパーが同一、利用者が倒れているときに、119 あんしんシートと同じような内容の緊急連絡票という事業所のものを使っています。もともと体に疾病がある人はこういう情報を教えてくれることもあるのですが、生活援助や要支援の人たちは生活援助で入っているので、体のことをあなたたちに教える必要はないという人も多くいます。「でもこういうときに困るから教えて」とどんどんアセスメントをして情報を集めるのですが、今回119 あんしんシートがあるおかげで、さらに区も推進していると話すことができ、私たちとしてもありがたいと思いました。実際、家で倒れて連絡のつかなかった75歳のスタッフがいました。従業員の中にも後期高齢者がいるので、利用者だけでなく、自分のときにどうしたいのかを聞いておけるとよい、活用したいと感じました。

(委員)

フライングをして申し訳ないのですが、利用者の方に、今度こういうものが出ると教えて119 あんしんシートと一緒に見ました。色も救急のものとわかりやすいという意見でした。正式にリリースされたら改めて記入しようと決めています。先ほど委員も言われたように、私たちも利用者の既往歴や薬のことなどなかなか聞きづらいこともありますが、練馬区としてこういう取組みをしているという形にしてもらえると聞きやすくなります。また救急隊から利用者について連絡が来たときも、こういう情報がわかっているというものがあるのとならないのでは全然違うと思っています。先ほど委員が言われたように、かかりつけ医がいないときに、本人の意思がどの程度反映されるのかという点は、今後様子を見ながらになっていくかと思いますが、作っていただけてよかったと思っています。

(部会長)

現場でこれから活かしていくなかで、このシートの意味合いが出てくると思います。しっかり広めて使っていく形にしていくことができればと思います。では先に進みます。

#### イ 医療・介護・消防連携小委員会報告

##### 【資料3-1】事務局説明

(部会長)

ご質問・ご意見がありましたらお願いします。

(委員)

日本在宅救急医学会という学会があり、これはより身近に在宅と救急との連携を図ろうと発足した学会で、私はその理事を務めています。私は今まで救急医の目で在宅というものを見てきました。医師を含めた医療者全体が ACP 勉強会に参加することの意義は分かりますが、消防も対象とする意義がよく分かりません。基本的には患者に対して救急対応をする消防が ACP について勉強する直接の意義はどのようなもののでしょうか。

ACP の主体は患者で、ACP の実践者は医療者・介護者だと思います。救急隊が ACP の内容を知りたい・救急の現場でそれを知っているほうがやりやすいということはあると考えますが、ACP 実践編のワークショップにも参加するのでしょうか。

(事務局)

本小委員会には消防の方にも委員と参加していただいております。消防から ACP の勉強会に参加したいというお話がありました。背景の一つに、東京消防庁から出された「心肺蘇生を望まない傷病者の搬送について」のガイドラインがあります。ACP をしている、終末期である、かかりつけ医と連絡がとれる等が分かった場合、救急隊はかかりつけ医に引き継ぎ、心肺蘇生をせず引き上げるという対応です。そのため、救急隊も ACP について知る必要があるというお話を受けております。基礎編資料にて、ACP、AD、リビングウィル、DNAR、IC の違いを示すなど、専門職でも混同しやすいものを整理して、ACP を理解していただけるとよいと考えています。

なお、今回の ACP の勉強会基礎編と実践編で構成しておりますが、消防には基礎編のご案内をご案内する予定です。実践編については、医療・介護従事者にご案内する予定です、消防の方が参加することは現状、想定していません。

(部会長)

医療・介護・消防連携小委員会の委員長を務められた委員、お願いします。

(委員)

今回、練馬消防署にもご協力いただきました。事前にアンケートを行い、消防が何を考え、医療・介護をどのように見ているかを検討したうえで進めました。このような情報を得たこと、連携ができたことは大きいと思います。消防署は第三者なので、直接 ACP の決定に関与することはありませんが、状況がわかり、世の中がどう動いているのかを知ることは重要であると思います。救急隊は救急隊で忙しく、重症の患者を搬送する役割がある

なかで、無茶な依頼や必要性が低い救急搬送もあると思いますが、在宅の取組みや ACP を理解して情報共有ができればよりよい救護活動ができると考えます。皆で話し合うきっかけを作り、お互いの業務や取組みを理解し合うことが重要であると考え、今後も連携が継続できればとよいと思います。これまでは、医療・介護を中心に検討してきましたが、新たに消防・救急隊の方々が加わったことは非常に先進的であると思います。本取組については、日本臨床外科学会で発表し、評価をいただきました。練馬区では、消防署の方々にも本部会、小委員会の活動にご協力していただいております、また我々も消防署の事業・活動について理解するという機会ができ、実践ができることが励みになると思います。

(部会長)

委員には委員長として引っ張っていただきありがとうございました。引き続きよろしくお願いたします

(委員)

消防や救急隊と医療・介護職種が膝を交えて話すことはこの委員会がはじめてだったと思います。それによって、町中で救急車を見かけたり、近隣の医療機関が救急搬送をするために呼んだりした際にも、どこの救急かな、誰々さんが来ているのかなと見方が変わるほど、消防や救急の方との距離がぐっと縮まりました。また ACP 勉強会に関しては、専門職種が自分ごととして勉強を始め自分が実践することで、職場の同僚に共有することもあるでしょうし、ご自身の家族や伴侶と話すこともあるでしょう。そして利用者、普段何気なく会っているかかりつけの患者に話がしやすくなる、説得力のある話がしやすくなるという意味があると思います。以前、東京都医師会の研修会で代表が集まって、その頃から ACP の話をしていますが、この単語を出しておけばよいでしょうと言っていた時代から 5-6 年経っています。今、まさにこの時期が来たのは、やはりステップを踏む時間が必要だったことと、リーダーシップをとる先生がいないといけないのだと思います。

(部会長)

物事が浸透してくるには時間がかかりますね。それを積み上げていただきありがとうございます。では次に進みます。

## ウ 在宅療養ガイドブック「わが家で生きる」の改訂

### 【資料 4】事務局説明

(部会長)

ご質問・ご意見がありましたらお願いします。

(委員)

普段ケアマネジャーをやっていますが、わたしの事業所では初回のケアマネジメントのインテークのときに、この「わが家で生きる」を配布しています。このタイトルを見ると構えてしまい、神妙なことを考えなければいけないのかというイメージをもつようなので、少しやわらかいイメージの表紙にすると受け入れやすいのではないかと思います。すてきな

表紙なのですが、自分の余命を考えないといけないの？硬いことが書かれていそう、と考えると利用者は開く前に閉じてしまうので、開きやすい表紙にしていただけるとよいのではないかと思います。

(部会長)

現場の貴重なご意見をいただきました。深く頷いていらした方もいました。

(委員)

委員と同じように、これは自宅で死ぬということですかと言われたことは何回かあります。また実際にはじめて相談に来られたときに、本人よりもご家族が参考にされることも多いです。急に親の体調が悪くなりどうしたらよいかと言われ、在宅の療養について説明するときに見せると、自宅でも先生や薬剤師が来てくれることを知らなかったと言う人が非常に多いので、自宅でできることについて絵や図でまとめられ、わかりやすいと言っただけです。そこから訪問診療の先生への相談につながったり、親にまだ自宅にいられるよと言えると安心されたりすることもあるので、改訂を楽しみにしています。

(事務局)

表紙については、明るいものに変更できればと思います。内容についても、現在のものは専門職向けでわかりづらい部分があるというご意見をいただくこともあるので、利用者目線でわかりやすいものになるよう構成したいと思います。案ができ次第、ご意見等いただければと思いますので、引き続きご協力をお願いいたします。

(部会長)

皆様からまたご意見をいただきながらよりよい改訂ができればと思います。

(委員)

これは第3版です。もともとは ACP が入っておらず、前回の改訂で ACP を詳細に導入しました。表紙は、当時の在宅療養専門部会委員にすてきな写真をとっていただきました。「わが家で生きる」というタイトルは、家で生きるためにはどうしたらよいのかという意味です。親しみやすいタイトルもよいかもしれませんが、必要なことは伝える必要があります。またこのタイトルはインターネットでもよく検索されており、認知度が高いことも考慮しなければいけません。また、今回の改訂で何を売りにするのかをよく考え、区民の皆様を理解していただくのが重要です。そのポイントについて皆さんと一緒に考えていきたいと思えます。変更した点を明確にし、改訂後、実際に実用されることが重要です。

(委員)

表紙案としていろいろな写真がありましたが、この写真は人生を1本の木に例え、生き抜くというイメージがありました。例えば「練馬区在宅療養ガイドブック」の文字を大きいフォントにした上で「わが家で生きる」と書かれていれば、十分なのかもしれません。一人の人生が終わるとは大変なことで、地に根を張って生き抜くイメージもあり、少し格式が高くなってしまったという気はします。終わるための本ではないのですが、わが家で死ぬ人はなかなかいない、家で生き続けるのは難しいので、よいタイトルかと思います。また最初、

この「わが家で生きる」は、各職種が情報を出し合って作成したもので、私はこの薬局のページをまだ新米の頃に作った覚えがあります。おそらく版ごとにそれぞれ関わった方々が愛情を込めて作ってきたものだと思います。

(委員)

「わが家で生きる」が出てから、自宅で亡くなる人の割合が、練馬区では9%から19%まで上がりました。そういう意味で役割を果たしていますし、よく活用されています。

(委員)

自分の住んでいるところで死にたい、一生を終えたいと願っている方が多いと思いますが、それがなかなか叶わないのが現実だと家族会をやっていて思います。「わが家で生きる」6pの図のように回るとよいのですが、いろいろな悩みや負担があります。「デイサービスに行ってくれない」、「老老世帯の片方が倒れ、同居していない娘さんがかけつけなくてはいけない」、「誰が夜中におむつを交換するの?」、夜間対応の訪看がいなければ定期巡回になります。この時点でケアマネジャーが来て、訪問看護が来て、デイサービスに行つて、薬剤師が来て、先生が来て相談しますが、もうこれ以上人と接触したくない、人と会うだけで疲れてしまうという家族もあります。これは理想の図で、現実には上手く回るのは大変なこととは実感しますが、上手く回してわが家で生きてもらうには、皆さんの連携が重要です。ヘルパーもとても減っています。先ほど75歳のスタッフがいると聞きましたが、それが現実だと思うので、働きやすい介護職、医療職の環境を作っていくことも、わが家で死ぬる条件ではないかと思っています。

(部会長)

今の点はP6-7をご紹介します。図にて連携を表していますが、実際にはなかなか難しいところもあるので、ぜひこの会を通じて連携を深め、少しでも円滑に進められればと思います。

(事務局)

表紙とタイトルについてご意見をいただきありがとうございました。表紙については何パターンか作り、委員の皆様にご確認いただいて決定したいと思います。「わが家で生きる」というタイトルは、その名前で認知をいただいているので、タイトル自体は変えずにこのまま改訂を行えればと考えます。

(部会長)

経緯を聞くとなるほどということもありますし、現場の声を聞くとそういうこともあるのだらうと思うので、いろいろな意見を伺いながら調整できればと思います。

また、医療・介護・消防連携事業について、今後ACPの勉強会、実践編の内容などを検討していきますが、最終的な編集については、小委員会委員長および事務局に一任していただければと思います。ほかに全体を通じて何かありますか。

(委員)

情報提供です。今東京都薬剤師会の理事もしており、いろいろな会議に出席させていただ

いた折に、東京都看護協会の役員の先生と知り合いになり、入退院時連携の研修にはじめて薬剤師を呼んでいただきました。練馬でもずいぶん前から話していましたが、看護協会から薬剤師の入退院時連携が必要という話で、9～11月にZoomの座学とディスカッションに参加してきます。またご報告させていただきます。

(部会長)

ぜひ次の機会にご報告いただければと思います。

(委員)

医師会の中にある在宅推進協議会という在宅医の集まりで、在宅の将来について検討しようという話があります。例えば精神疾患をもった患者にどう接していくかなど、医師サイドの問題点・視点からの勉強会です。どんなディスカッションをするのか、興味のある方が参加できるオープンな形にしようと思っています。あくまでも医師サイドのディスカッションですが、できるだけオープンにやりたいと思っているので聴講、参加してみたいという方がいれば言ってください。

(部会長)

ご希望があれば、先生のほうにお声がけください。ほかにご意見がなければ本日の専門部会は以上で終了いたします。本日、委員の皆様からいただいたご意見につきましては、事務局で整理し、後日委員の皆様にご確認いただきたいと思います。お忙しいなか、ありがとうございました。