

平成 30 年度 第 3 回練馬区在宅療養推進協議会 在宅療養専門部会 要点録

1 日時	平成 30 年 11 月 16 日 (金) 午後 7 時～午後 9 時
2 場所	練馬区役所本庁舎 7 階防災センター
3 出席者	<p><委員></p> <p>出席者：森田委員 (部会長)、中村委員、山川委員、田中委員、會田委員、栗原委員、下山委員、奥出委員、宇田川委員、大城委員、山添委員、永沼委員、郡司委員、関委員、新山委員、中島 (加) 委員、伊藤委員 (介護保険課長) 今井委員 (高齢者支援課長)、中島 (祐) 委員 (医療環境整備課長) 枚田委員 (地域医療課長)</p> <p>欠席者：なし</p> <p><事務局></p> <p>地域医療課</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	<p>(1) 報告</p> <p>1. 東京都在宅療養推進研修について</p> <p>(2) 議題</p> <p>1. 在宅療養推進事業の今後の方向性の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養推進事業の現状と課題、論点について ・ 在宅療養に関する区民への周知啓発について ・ 介護家族を支える地域活動について <p>2. その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 練馬区摂食・そしゃくえん下機能支援推進協議会の移行について <p>3. 次回日程</p>
7 資料	<p>次第</p> <p><u>資料 1</u> 東京都在宅療養推進研修について (報告)</p> <p>参考 1 東京都医師会在宅療養推進研修プログラム</p> <p>参考 2 行政から見た在宅療養推進のための課題</p> <p><u>資料 2</u> 在宅療養推進事業の現状と課題、論点 (検討資料)</p> <p><u>資料 3</u> 在宅療養の周知について</p> <p>参考 3 在宅療養講演会アンケート分析</p> <p>参考 4 もしものときのために (ACP 普及リーフレット)</p> <p>参考 5 年代別の健康情報の取得について</p>

	<p>資料4 介護家族を支える地域活動</p> <p>参考6 練馬区介護家族の会マップ</p> <p>参考7 認知症カフェ/ケアラズカフェマップ</p> <p>資料5 練馬区摂食・そしゃくえん下機能支援推進協議会の移行について</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)ー1. 東京都在宅療養推進研修について

【資料1】【参考1】【参考2】の説明（事務局）

（部会長）

こちらの研修には2名の委員の方にもご出席いただきましたので、研修のご感想をお二人からいただいてもよろしいでしょうか。

（委員）

午前中は講演会があり非常に興味深く参考になりました。地域包括ケアについての考え方に関する重要な講演でした。午後からグループワークがあり、東京都の全区・地域から参加されていました。練馬区の立ち位置に若干興味があって見ていましたが、やはり練馬区はこういった会等で多職種が連携しており、他と比べて明らかに進んでいるということがよく分かりました。

議論も非常に活発でした。ファシリテーターが議論の様子を見に回ってくるのですが「よくできている」ということで、後半のまとめの発表で選んでいただきました。時間をいただいて取組みを披露する機会としてアピールしてまいりました。ACPをテーマに選びましたが、在宅療養に関しては「わが家で生きる」をはじめ様々な場所で区民向けに発信、周知徹底しております。それらに加えて今後新たに取り組むことのできる内容も非常に多くありますので、来年以降もこの専門部会で検討できればと思っております。他の区よりも早く練馬区では取り組んでいるということを見せていければと思います。ACPについては厚生労働省が特に力を入れています。この場で議論することで練馬区を取組みをさらにアピールできるのではないかと思います大変勉強になりました。私は今回参加させていただきましたので、ぜひいろいろな人が参加されてはいいかなと思います。

（委員）

午前中の講演はなかなか聞けない内容で、繰り返し思い出しては様々な点で役に立つようなお話でした。このようなお話を聞くことができ、お声かけいただきありがとうございます。午後のディスカッションは様々な地域の方がいらしていました。たまたまだと思いますが、練馬区の参加メンバーの個性的で熱心な様子がファシリテーターの方の目にとまったということです。先生がおっしゃるには「すごく楽しそうにやっているから」ということで最後に発表するチームのひとつに選ばれました。意見が多く出されましたが、地区ごとのニーズの違いや資源の把握も十分ではない中で、何が必要でどのように取り組めばいいか模索している様子でした。よい取組みをしている地域もたくさんあり、よい部分は互いにヒントにしたいと考えている様子でした。特定の参加者が突出しているのではなく全員が一生懸命取り組んでいました。

練馬は昨年社会資源調査を行いましたので、練馬区が実態調査について説明しました。他の地域がニーズ、資源とも把握していない中で私が「練馬区では地域医療と行政が連携して調査をしましたので区から説明します」とお伝えして発表していただきました。大変勉強になるとともに誇りに感じました。これからもさらにいろいろなアイデアを提案しながら、皆さまと力を合わせていければと思っております。来年はぜひ違うメンバーの方が参加されるとよいと思います。私も所属する会の上司から「参加できるといいね」と言わ

れていたのです。このような機会をいただき感謝しております。ありがとうございました。

(部会長)

職員からも委員にご苦勞をおかけしたという報告を受けております。本当にありがとうございました。

今年初めて行われた研修ということですが、練馬区の立ち位置や各地域の状況など得られるものが多くございますので、このような研修の成果についても専門部会等でぜひ共有させていただければと思っております。

ただいまのご報告等についてご意見はございますか。よろしければ次の議題に移ります。

(2)―1. 在宅療養推進事業の今後の方向性の検討

- ・ 在宅療養推進事業の現状と課題、論点について
- ・ 在宅療養に関する区民への周知啓発について

【資料2】【資料3】【参考3】【参考4】【参考5】の説明（事務局）

(部会長)

ただ今説明がありましたが、11月2日に開催された在宅療養推進協議会でのACPの学習会では医師会の齋藤副会長にお話しいただきました。刺激を受ける内容もあり、今後の進め方について示唆に富んだ内容をいただきました。ACPについては国が愛称を募集中で11月末に発表されると聞いています。ACPという概念そのものは日常的にみなさまがなさっていることだと思いますが、これが伝わるかどうかは今後の私たちの課題であると思います。

先ほど報告させていただきましたが、これから高齢期を迎える方や親の介護が問題となり始める方々、まだ在宅療養は必要ではないけれど今後必要になる方々、そういった世代を含めた周知啓発がもう少し必要ではないかということです。健康情報の取得についてもやはり高齢者と若い世代では媒体が全く異なりますので、そういった点も検討すべきではないかと思います。さらに、住民と専門職の双方にACPをどのように普及していくのか等の課題もございます。それぞれご意見などございましたらお願いいたします。

最初に比較的若い世代、これから高齢期を迎える方や50歳代の世代について検討の範囲に入れるということについてはいかがでしょうか。先ほども家族という言葉が入っていると自分のこととして考えるという話がありました。明後日の講演会でも触れるのでしょうか。

(事務局)

明後日11月18日（日）に今年度最後の在宅療養講演会が行われます。大泉生協病院の齋藤先生が講師をされます。ACPとご自身の最期について考えてみませんかというメッセージで開催する予定です。親子よりもご夫婦で申し込まれる方、もしかすると少し若い層が含まれていることも考えられます。ご自身の最期をご夫婦で語り合うという傾向もあるかもしれません。テーマによってターゲットの年齢層を調整できる可能性も感じているところです。

(委員)

一般の区民向けにはこれから継続的にACPの啓発をやっていかなければならないと思

っています。病院勤務医と在宅医師との連携が非常に重要であると思います。病院では今年から退院支援が入退院支援になりました。これまでは入院後数日経過してから退院の手続き・支援をはじめていましたが、入院時から患者さんの状態をよく把握し多職種で関わるようになります。病院では治療が目標になりますが、病院勤務医と在宅医師も加わり在宅に帰った後の生活を多職種で検討します。

そのような連携に関する東京都の受託事業として来年の1月23日に生協病院の医師・スタッフへの研修を行います。私も主催者側の在宅医師として参加しますが、そのような機会に病院と在宅の医師が患者さんにACPについて知らせることがいざば効果的な普及啓発ではないかと思います。病院勤務医も在宅医師もやはりまだACPのことをよく認識されていないので、その点を強調して実施してまいりたいと思います。

(委員)

2点あります。1点目は独居の認知症の方が自分の将来を決められないということです。本日お配りした厚労省の「もしものときのために」に「人生最終段階の医療・ケア」が新たに加わりました。医療面でどのような終末を迎えるかだけでなく、暮らしぶりやその人らしさを考えてどうしていきたいかをケアマネジャーも考えていこうということです。事例検討を通じてその人らしさについて考えています。医療の視点から「こういう治療をすればいいのではないか」という意見があった場合、本人は治療をせずに自然に逝きたいという思いがあれば、介護従事者で話し合う機会は多くあります。

もう一点、私はがん末期の方を受けることが多いのですが、ご本人やご家族が話を聞いてくださるときには、先ほど東京都の研修でも取り上げられていた練馬区が作成する在宅療養の冊子を必ず持っていきます。今後の取組みでも取り上げられていましたが、一人ひとりがどのような終末を迎えることができるかについて書かれたものがあると話の流れで説明もできる上、ご本人にとっても進めやすいようです。昨日もありましたが、お父さまががん末期で娘さんがご一緒にお話を聞いて「私のときはどうしよう」と同じように考えられていました。ですから、あの冊子の効果はすごいと思います。ACPについてももちろん先生方には、今のうちから在宅のケアの人たちとどのようなことを検討しているかを研修等でお話しいただき、病院側の視点だけでなくあと少し踏み込んでいただけるとありがたいです。

(委員)

私はここ5年ほど、エンディングノートを入院や外来の患者さんに書いていただいています。娘さんが「そんなの私書きます」と言って書いて持ってきて終わりというケースもありますが、ACPはそういうものではないと思います。やはり上手に話を何回も聞いてその都度変わっていくような性格のもので、ケアマネジャーが担う部分がたくさんあります。なかなか時間をかけてお話しすることができませんのでケアマネジャーに期待するところは大きいです。

(部会長)

その他にいかがでしょうか。ACPについてご意見はありますか。事例検討会でお話を伺うと、実際には日常的にされていらっしゃるように思います。多職種の方が関わっていると思いますが、患者さん側も自分から積極的に表明するなど、そういった取組みを全体

としてもう少しやりましょうということであると理解しています。お話を聞いているとそのような点に配慮して医療と介護の連携をされているように思います。全く新しいことをしているとは思っておりません。日ごろから同じような取組みをしていると考えていますがいかがでしょうか。

(委員)

おっしゃったように、皆考えてはいます。私の意見ですが、医療職の医師や看護師さんたちは患者さんに言葉に出して言っていると思いますが、介護・ケア職は推測するだけで踏み込めない現状があります。ですので、ケアの人たちの思いを理解して本人の考えをはっきりと表明できるのは医療職の先生や看護師さんたちがいらっしやらないとなかなか難しいです。現場にいるケアマネジャーのスキルがもう少し向上するといいなと思います。

(委員)

その医療職もやはり ACP について患者さんと話すことにまだ慣れていないです。その点について今後取り組んでいく必要があると思います。ガイドラインでは認知症など判断力がない方に関する ACP の進め方について、ご家族などいちばん信頼ができる人が近くにいらっしやるかが重要です。その家族の定義もやはり曖昧なところがあって、家族だから信頼できるということではないですね。反対に家族の都合で決められてしまうような面もあるので難しいところです。多職種が関わる ACP をどのように捉えていくかという点が今いちばん悩んでいるところです。

(委員)

先ほどの説明では 75 歳以上の参加者が多く、その世代が考えているということは資料からわかります。たとえば 50 代や下の世代はどうでしょうか。私は今 40 代で老健に勤務していますが、これからどうするかという話を親としたことはありません。今、親と同居している方はとても少ないですし、そのときになってから考えるという方がやはり多いと思います。行く場所が見つからずどうにかしなければならなくてサービスを利用する、手続きをするという状況の方が多いです。そのときには、ここに書いてあるように自分の意思を表明できない状況になっている可能性もあります。

一方で、意思表示をしているけれども先ほどお話があったようにご家族の事情、都合とは言いませんが、そういった事情で選択を迫られている方もいらっしやいます。ただ、そういった手続きをする上でやはり家族や親族でなければならないことも多いと思います。ご家族の中でお話をする機会がなければ、それぞれが考えているだけでは ACP のコンセプトには合わないのではないかと思います。もちろんそのためにはさまざまな関係者が ACP について知り、前もって決めておくことが必要です。先ほどエンディングノートの話もありましたが、前もって話し合っておくことはとても大事だと思います。

そういうときが来たらどうするかというのはもちろん考えなければなりませんが、そういった話を世代間でできるかという点、練馬にはそこまで三世代家庭が多いと思えませんので、どこで話すかという点に疑問があります。以上の点については、ほんの少しアクセスするだけで、話が効率良く、矛盾なく進められるのではないかという期待もあります。たとえば、急に何らかの病気になって病院に行き、最初の医師の説明、問い合わせにその

場で答えられる家庭があればいいのですが、それが難しい場合の対応などです。介護の現場にも共通する課題だと思います。各段階でスタートするプロセスに少しずつ対応できるとよいと思います。

先ほども少し触れましたが、そのときどきで変わることはあると思います。私の勤務先である老健でもターミナルケアを受け入れています。やはりその都度変わります。あとから病院に救急で連れて行ってあげればと言われることもあります。そういった話がどの段階でどれくらいできているかという点について、何らかの形で調査し働きかけることができると思いました。

(委員)

今のご意見については「ちょっと違う」「そんなことがあるか」と思っています。先ほどのお話でも出たターミナルの方などを見ていると、ご家族の方には考えるきっかけがたくさんあると思います。ただしそういった方以外でいま元気な方や、ご高齢であっても死をまだリアルに感じていないような方々は、やはりなかなか考えることができないと思います。きっかけがあれば考えるようになると思うのですが。普段からこういうことが耳に入るような環境を作るにはどうしたらいいのか、と思いながら聞いていました。

私たち訪問看護は、最初の契約時にターミナルケア加算を希望するか確認する必要があります。そのときにたとえば「がん末期でも家で看取ります」ということであれば、家族が在宅を希望しますということになります。そうではなく「これからリハビリを家で頑張りましょう」という方には、それでも一応、ターミナルケア加算を希望するか聞かなくてはなりません。そういった場合、全く考えたこともない方がほとんどです。途中経過が長いのでその考えは変わってもいいし、その都度取り直すこともできるのですが。やはりそういったときにキョトンとしてしまうので、全く考えるきっかけがなかったのではないかと思います。そういった方々には長いスパンで関わりながらいろいろなお話をしていきます。最初の「はじめまして」のタイミングでそういう話をしなくてはならず、余りにもキョトンとされてしまうのもどうかと思いますので。

普段からこういった話題が耳に入る、考えられるようなものがあるとよいと思います。区で研修会等を開催されるときに来られるのはやはり意識が高い方々なので、そうではない人たちにどのように広げられるかが課題であると思います。

(部会長)

委員のおっしゃったことはこの件に限らず何事にも言えると思います。矛盾しているようですが、区の事業に来られる方はいいのです。来られない方にも相談できる場所やお伝えできる機会はいろいろなところがありますが、考える余裕がないという方も相当数いらっしゃいます。そういう方に対してどうしたらよいかということで様々な場所でお話し、まず民生委員や町会、医師会の方々に普及啓発の取組みについて知ってもらうことも大事であると思います。これはまだ検討中ですが、区で健診結果などを記入できる日誌を作っています。比較的高齢者に人気がありますが、ACP や自身の最期について記入欄を設けるという案もあります。エンディングノートの要素や文言も加えれば普及ツールになるかもしれません。他にもいろいろな方法があると思います。

(委員)

そもそも日本人はこういったことを考えるのが昔からあまり得意ではないですよ。お葬式から帰ってきたらお塩をやるなど死を「汚れ」ととらえる考え方もあります。「今はそういうことを考えたくない」という人が実際は多いです。その点についても徐々に啓発していかななくてはならない状況なのだろうと思います。

(委員)

防災のときに冷蔵庫にボトルを入れておくというアイデアが以前あったと思います。そこにも「どう思われますか」と一言添えるとよいのではないかと思います。

(部会長)

今はもう配ってないですよ。

(委員)

配ってないですが、そういったものがあるとよいと思います。

(委員)

最近はどこかの病院でも治療の際必ず「延命をするかどうか」聞かれると思うのですが、その点について患者さんはとても悩まれますか。

(委員)

最期について考えている人は意外と多いと思います。病気に関して言えば、たとえば自分ががんだと思っていた人は受け入れやすいけれど、自分では到底がんだと思っていないのにがんと言われたときにはやはり相当落ち込みますよね。でも、次に来院するときには少し立ち直って今後のことも考えはじめます。がんは告知をする時代なので、次の来院では家族と一緒に来てもらって詳しく説明します。そうすると必ず、がんというのは治る場合もあるし治らない場合もあると伝えます。ある程度進行している場合には再発防止もしなければいけないし、再発した場合には治らないとはっきり言わなければならない。私は江戸っ子で嘘をつくのは嫌いだし、全部話をすると言います。だからどんな病状になっていくか、今後どうなっていくかについて私は全部分かっていますと伝えます。話をする度に、どう受け入れて、どのようにしたいかよく考えてほしいということは言います。そのことを病院も分かっています。家族もおそらく来ていると考えて、自分の調子が悪くなったときに、家族にもがんの教育ではありませんが、今後自分ががんになったらどうするか考えてもらいます。

あるいはお母さんやお父さんががんだった場合、自分もある程度年齢がいったときにがん検診を受けなくてはいけないということについても教育しています。それらを一般向けにどのように普及していくかという問題です。たとえば ACP という名称を私自身はあまり好きではありませんが、それをどうしたらもっと区民にわかりやすく説明していくかということです。ですから、今度新たに愛称ができたときにパンフレットにどのように掲載していくか、あるいは区の事業でがんに限らず様々な機会にパンフレットを配布し、ちょっとしたときに考えてもらうということです。たとえば、乳がんとかカフェをやったりしますよね。そういった場所やがん以外にも機会があれば行ってみてもよいと思います。町内会の新年会でこの話をしようかとも思いましたが、新年会はやはり楽しい時間なので、新年会で死んだときの話をするのは不適切とも思いますが。そういった会合等で医者やいろいろな職種から初めの 10 分だけ話をしてもらい、といった普及活動を推進していくと

いいかもしれません。

練馬区の73万人の人たちがどう考えて今後生きていくかということですよね。在宅医療を推進していくとそういうことが少しずつ分かってきます。在宅医療を推進していくと在宅はなるべく避けたいというご家族にもお会いします。在宅の本来の意味、こういうときに家にいたいという気持ちを大切に、ということをお知らせし、家族にもみなさまにも理解してもらっていただければ在宅という方向になると思います。そうではない場合がやはり多く、なんとしても家に帰りたいと本人が思っている、病院に入ってしまうと周囲は「家は恥ずかしい」とおっしゃいます。そうやってみなさまで私を責めてくると、やはりどうしようもないこともたくさんあります。受け入れてくれる先生もいますが「ちょっとこの状態では厳しい」という話になってしまいます。そういう場合、包括やケアマネジャーがすごく頑張って何とかしますが、受け入れる土台が少ないのが難しいところだと思います。ぜひ頑張っていきたいと思います。

(委員)

今のお話にもありましたが、ACPの話をしていくときには、区の資源をどのように使ってACPを考えていくかという具体的な方策が重要だと思います。ACPの概念的な部分だけをやるのではなく、それらの資源をしっかり押さえて進めていくのがよいと思います。

(委員)

そうですね。がん検診の案内などいろいろなところにアプローチできるチャンスはあると思います。区民向けの様々な資料や事業を見直して掲載できる媒体を検討してもよいと思います。町内会レベルで一年中町を歩いてみると、お祭りの時期などで人が集まる時があるんですよね。だから、正月などの時期に何かしらそういったアプローチができることよいと思います。みんな良い気分のあるときに水を差すような話かもしれないですが。逆にこれはすごく大事なことなんだということが理解できると、「あなたのところは どう考えていますか」「私はこう考えている」ということをお互いに言い合える成熟した社会になると思います。

(委員)

自分が院長になってから、病院の性質として「命を助けるのが救急病院」「病院はどこでも一緒に何でもできる」という感覚で来院されている方が多いと感じます。毎日外来をやっている「手術はできないのですか」と聞かれますができません。今さら聞かれるということもすごく多いです。最初にやったこととして、病院の性質として必ずできることはしっかり話すということを決めました。

最初の利用時に私の病院では同意書にサインをもらっています。その時に、その場で話しても最後まで結論が出ない家族も多くいます。何かひとつ必ず選択させるのは難しいので、選択肢のひとつとしてフルコースで全部やってもらいたいかを聞きます。それ以外は、点滴くらいで帰っていただいて何もやらない方針です。その場の状況によって救急病院に運んでもらったり、うちの病院でできるレベルでよいかを家族に選択してもらっています。それに対して家族に何か急変があったときは連絡してまた介護するという形にしているのでかなり負担分は減りました。当初はそこがもっとも職員も患者もストレスが重なるので毎回文句が出ていました。すぐ来ても「何もできない」と言って、すぐ他の病院に送ら

なければいけないとか。しかし、他の病院からすれば「90代の高齢者を送ってこられても」などどうしてもいろいろな事情があります。そういった話をして、入院時に必ずサインをもらっています。

資料にもありましたが、高齢者で家にいたいと思わない人も意外に多いと実感しています。データを見ても、やはり家族のことや迷惑を掛けたくないという理由です。「うちの病院で受け入れるのか」という話も実際にあります。大学病院もそうですが、ここに通ってればそこに入院できると思っている人も多くて、無理をして通っている人もいます。ベッドが満床であればやはり入れられないですし、助かる可能性が十分ある病気なのに受け入れてもトラブルになるとも思います。そういった話を外来で必ずして選択してもらっています。あとは入院すると知らない家族が出てきて、一緒に住んでいる奥さんや息子さんはみんなこれでいいのに、親戚が出てきて大騒ぎになったりといったこともあります。どうしても様々なケースがあるので、みなさまもお話しされているように、家族で意見を一致させておかないと本人の意思が確認できなかつたときに困ります。

あとは家族に納得してもらわないといけないときがあります。本人の意思も家族の意思も聞きますが、相違する場合は家族と本人とで必ず話をして決めてくださいと伝えます。話し合ってから病院が看る形でないとは今は受け入れできません。本人の意思を通そうとすると「それならもう面倒をみない」と言って病室でけんかをしてしまう家族もいます。そこに病院が割って入って「ご本人のためにこうしましょう」「そういうこともできますよ」という話もしますが、それでも「いやいや、そんなことは」という家族ももちろんいます。両方とも正しいので、やはりご家族とお話ししたりしっかりした意見もお伝えした上で家族が選択していくことができるように、医者レベルもスタッフレベルも全員で上げていければいいのかなと思っています。うちの病院はその点を進めていきたいと思っています。

(委員)

急性期の病院ですので、積極的な抗がん剤治療等を行いたいという希望を持っていらっしゃる方がやはり非常に多い状況です。こういった急性期の病院がある程度治療方針の道筋やエンドオブライフケアが必要な時期をきちんと明示していればいいのですが、まだまだ院内の中でも亡くなるその日まで輸血をしていたり、きちんと説明がされていないでALSで息が苦しくなって救急車で運ばれ、気管切開をせざるを得ない状況もあります。そういった事前の説明がきちんと院内でできていない現状が非常にあるということは課題だと思っています。そういった状況ですので、訪問看護や在宅医の先生方に病状説明をもう少しきちんとしてほしいと言われることも多々あります。まずは院内で医師の見解などをもう少し教育していかなくてはいけない状況です。

神経難病や認知症のために通院は難しくなってやることがないというお話をすると、見放されてしまう感覚がどうしてもあるようです。また治療効果がないというお話をしても、亡くなるかもしれないということがまったくピンと来ない方もいます。人間の命は有限でいつかは亡くなる存在が人間という生き物ですが、そのような感覚がまったく備わっていないのが区民の現状です。ですので、私は小学校の段階から命の授業等で、人はいつか亡くなるということに思いをはせて、人の命も尊厳をもって大事にしようという、小さいと

きからの教育も必要ではないかと思っています。その結果として、いじめも少なくなるのではないかと思ったりもします。さらにだんだんお年を召されてからは、わが身にいつでも起こりうるということが十分考えられるような日本の土壌というか風土ができるとうよいと思います。

現代は、一般的にがんを伝える時代にはなってきたと思いますが、90代で認知症があると、もう伝えないでほしいとご家族が希望されることはあります。本人のオープンに知る権利を理解されていないご家族もまだまだいます。「どうしても言わないでほしい」と地域にお伝えして退院するケースも少なからずあります。難しい時期だと思います。時期は世代を考慮する必要があると思いますので、院内にいる医師、看護師、理学療法士全員のACPに関する意識を高めていく必要性、また地域の中で小学生や小さいレベルから命の大事さやACPを考えていく啓蒙活動が必要ではないかと思っています。

(委員)

先ほど委員がおっしゃっていたように、この問題について区民のみなさまが考えるときというのは、具合が悪くなって病院にいらしたときがやはり多いです。医師会でも、私たちかかりつけ医がACPを来院した患者さんにお話しする機会について考えています。先ほどもおっしゃったように、やはりどうしても性格的に死を受け入れられない方もいらっしゃる場合があります。私が在宅で診ていても、全く何も言わずに亡くなっていく方もいらっしゃいます。それは長年外来で診ていて、この人に言ってもいいのかな、この人は知らないほうがいいんじゃないか、という患者さんは人それぞれいらっしゃると思います。全員に告知ということは私はまだ考えていません。ACPに関してはやはりかかりつけ医が率先して、具合が悪くなった患者さんに推進していくのがいちばんよいのではないかと考えております。

(委員)

私はリハビリ病院で勤務しています。脳出血や脳梗塞などの脳疾患また大腿骨骨折で入院される方が多いです。脳疾患の方ですとやはり高次脳機能障害や失語等があり、ご自分で意思表示ができません。ご家族もこれまで本人にご意向を聞いていないという状況です。当院の患者さんも高齢の方がだいたい増えて、食事が進まず、栄養状態が下がるとリハビリもうまく進まないという状況があります。そういったときにご家族に胃瘻のことを医師から相談する場合がありますが、本人の希望をこれまで聞いていないということもあってなんとなく抵抗感があります。そのような状況がさらに進んで、結果的に栄養状態が下がって低アルブミン血症などで転院される患者もこれまで見てきました。そうすると本来の入院の目的と違うと私自身も感じる人が多いです。希望する医療について考える機会を検討することが重要だと日々感じています。

(委員)

私の経験から、いざというときには本人も家族の気持ちも揺れ動いて変わっていくと感じています。ACPの普及については、早い時期からエンディングノートを作る等の啓蒙を進めていくことができればよいのではないかと思います。先ほどからさまざまな意見が出ましたが、本人が認知になって決められないこともありますので、事前にそれを把握しておくことも大切ではないかと思っています。ですので、ACPを身近にいるみなさまに早い

段階で周知できるようにいろいろな場所でお話しできるとよいと思います。

(委員)

私の場合、病状が悪くなったときなどに「今後どうしたいですか」ということを聞かせてもらっています。病院での話し合いで一緒にお話を聞くことがありますが、お元気な方にはなかなかお聞きできません。地域にお住いの方で配偶者を看取られた方はやはり自分の今後について考えているようです。そこで「私はこういうふうにしてほしい」と言って、ご家族にお伝えさせてもらったりしているようです。広報に関しては、パンフレットを地域包括支援センターに置かせていただくという案もあります。地域包括支援センターでは出張型のケアカフェがありますので、そういった場で参加者と話し合うことも可能ではないかと思っています。

(委員)

本日、在宅医療の先生のお話を聞いてきましたが、ACP についてお話しされていました。その先生の考えはとても先進的で、現在 80 代、90 代の方にはとても受け入れられないようなお話も相当数ありました。私たちぐらいの年齢から自分のことを考えていくのがやはり大切であるということで、お話の内容は良かったと思います。広報は繰り返し行うことが大切であると思います。認知症のお話も早期発見に取り組まれている方で、これからはご自分の意思で判断できる方も多く出てくると思います。諦めずに繰り返し広報を実践していくことが大切ではないかと思つづくと思います。これから私からお話しさせていただきますが、地域資源の活用と捉えて聞いてくださるとうれしいです。

(委員)

考え方に個人差が大きくあると思うので、その点は考慮すべきではないかと思っています。

(委員)

私は両親の面倒をみています。昨年父は骨折で、母は心不全で入院して独り暮らしをしたことがあります。すごくわがままな両親なんです。私も「あなたたちのようにわがままな人たちは、最期は病院じゃなくて家じゃないと駄目よね」と言っています。このような仕事に就いているからということもありますが、やはりいざとなったらいろいろな方々の力を借りて家で看取りたいと思っています。

先ほどもおっしゃっていたように、いつ、何を考えるかが本当に問題です。ACP を広めるために研修会等を開催するのであれば、シャワー型で聞く基調講演も大事ですが、思いを口にすることが本当に大事ではないかと思っています。私自身はすでに普通の親子関係ではないと言えばおかしいですが、「父さんはどこで死にたい？」という話を晩ご飯を食べながら平気で言ったりもします。「〇〇先生が来てくれると思うよ」といった話もします。母も医療的な依存度の高い高齢者ですが、最後に心不全で入院したときに「もう二度と病院は嫌だ」と言われ、どんな病気でも私が家で看取ろうと思いました。日中は私がパートに出るかもしれませんが、それでも家で死にたい、私に「あんたに迷惑をかけてもいいから家で死にたい」と言ってくれました。

やはり思いは口にしないと伝わらないと思います。資料に掲載されたデータを見て、「家族に迷惑をかけるから病院で死にたい」という方に本当の思いを吐露してもらうにはどうすればよいかと思います。薬剤師にとって ACP はアセトアミノフェン、カフェイン、ポ

ラミンという風邪処方のことなのです。ACP 処方という用語もあって ACP という言葉はまったく薬剤師には響かないので、なにかよい愛称ができればいいと思います。もっと人の気持ちにすっと入るようなキーワードを愛称として希望します。薬剤師は本当に風邪薬としか思いませんし、うちの職員に言ってもおそらく同じだと思います。

今年は看取りが多くて私も少し落ち込み気味なのですが、膵臓がんになって半年くらいでパッと亡くなった方がたまたま私の勤務する薬局にいました。お父さんががんで「家族に迷惑をかけるから最期はホスピスに入る」と言っていました。お母さんはまた別のときに「私は看取れない。最期が激しいのは無理だ」と言います。また、娘さんからは「親がどう言っているかは分からないけど、私は家でみたい」と。そうすると私がそれぞれに「お父さんは迷惑をかけるけど、最期は家が良いみたいだよ」とか「先生のところに行ったら先生が看取りをするからお父さんは家がいらしいよ」と私が間に入って伝えます。

私がつなげた ACP のようになりましたが最終的に家で亡くなりました。お母さんとしゃべっていて気がついたら亡くなっていました。すぐにお母さんが電話をくれて「先生に先に電話しないと」と言ったのですが、「お父さんが今死んだ」と言うので「えっ、今？」と言いながら「良かったね」と伝えました。亡くなったことに気づかないくらい安らかで、しゃべりながらお亡くなりになったということです。私は看取っておりませんので「こうしたほうがいいよ」などという差し出がましいことは言えませんが、最期は末期でしたので「お父さんは家で良かったんじゃないですか」と言いました。看護師さんが病棟を回り亡くなっているのを発見するのは少しかわいそうだなと思いましたので。偶然ですがこのようなケースもありますので、思いを口にするという行為を取り入れた勉強会等であればよいのではないかと思います。

(部会長)

たくさんのいろいろなアイデアをいただきありがとうございます。さまざまなご提案もありました。本人の生き方を周囲が知ることが重要ですが、そのための資源や選択肢があることを知らないとそれもできません。本当はこうしたいができない、資源そのもので足りないところがあれば作っていかないといけない、また、もっと若い、小さいうちから実施するといったみなさまのお気持ちもあります。

しかし、それでも、人間なのでその場にならないとわからないことはあります。私もそうですが、50 歳前後で親の介護の問題などが出てくるので、そのくらいの年代・層をターゲットにしてもよいのではと思っています。50 歳くらいになると自身の体力の衰えを顕著に感じるようになりますので、そういった意味でも、50 歳周辺をターゲットにしてみてもいいと思います。お話を伺っていて、地域の方や行政が行っていることでもいろいろなやり方ができるのではないかと思ったところでした。どうもありがとうございました。本日のお話を踏まえて、あらためて検討させていただきたいと思います。

・ 介護家族を支える地域活動について

【資料 4】【参考 6】【参考 7】により発表（中島委員）

(部会長)

発表、本当にどうもありがとうございました。いろいろな視点をいただきました。縦横

の軸のつながりという話もございました。今いただいたお話を踏まえ、今後の取組み等についてご意見をいただければと思います。

(委員)

認知症の方やご家族の苦労は本当に大変だと思います。先ほどお話があったように、公的な介護保険でできることは本当に限られています。場合によっては、ケアマネジャーが介護保険を使わずに支援をしていたり、話し相手にせつせと通うケースも多くあるそうです。いろいろな機関や薬剤師さんもそうですし事例はたくさんあると思います。特にこうしてほしいということはありませんが、たとえば渋谷区では徘徊する方やご家族による見守りのために介護保険外で1カ月何時間、200円というサービスもあります。見守りは介護保険ではできません。やはり外に出て徘徊してしまう方はたくさんいらっしゃるので、そういった方々の見守りや病院で待っている時間も含めてサービスを使える区もあるようです。練馬区でも実現してほしいという意味ではありませんが、ご家族が苦労をされていることに対して上乘せサービス等があるとありがたいです。

(部会長)

他にはいかがでしょうか。

(委員)

発表の中で「昔取った杵柄」というお話がありました。そういった点を利用することが必要かとよく思います。デイサービスに行って塗り絵だけで満足できる人はあまりいないと思うんですね。御坊市という自治体の地域包括支援センターの話聞いたことがあるのですが、認知症になって作業所まで行くことのできない大工さんがいらっしゃるそうです。作業所に行く途中で車をあちこちにぶつけてしまうので、お昼に帰ってくるのはちょっと危ないということで、ご家族はお弁当を持たせて作業所に通わせていました。地域包括の人が様子を見に行ったら、ボーッと作業所の中で座っていたということです。そこで包括が仲立ちして傾斜のついた屋根のようなものを作ったりしたところ、とてもよくできたそうです。それから包括のパソコンラックやテーブルもその方に作ってもらうようにしたのですが、生きがいを持っていただくことができました。さらに色を塗る作業は別の認知症の職人さんをお願いしたところ、デイサービス同士の連携ができたそうです。このように昔取った杵柄というのは、その人をとても尊重する方法ではないかと思いました。

(部会長)

ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

(委員)

10月27日開催のフォーラムでも昔取った杵柄を含む事例を紹介していました。特に「謝金」という言い方をされていて、要するに男性は仕事がしたいというニーズが多いんです。賃金ではなく謝金ですのでほんの少しですが、自動車の洗浄や農作業の手伝い、単純な農作業など、さまざまな形でわずかですが謝金をいただくことですごく元気になるという事例がたくさん取り上げられていました。人間なので、やはりそういう方向に行けるとありがたいと思っています。

(部会長)

地域包括支援センターと連携したという事例がありましたが、委員から何かございます

か。

(委員)

ご家族から「少しもの忘れが出始めた」とか「どうしたらいいんだろう」というご相談があった比較的軽度の認知症の方は、その方の特技を生かしてちょっとしたボランティアをしている方がいらっしゃいます。私の場合、母体がデイサービスや特養ですのでそちらの何人かにお願いして実施しています。書道が得意な方には書道の先生として来ていただいたりしています。そうしますと、現在ではもう出勤するような雰囲気ではしゃキッとして、先生、という感じでおいでになる方もいらっしゃいます。また、オレオレ詐欺やシロアリの消毒に引っかかってしまった方もいらっしゃいました。区のほうからご連絡があったと記憶していますが、その方もお困りになってボランティアを希望されました。うちのほうでボランティアをしていただいたところ、本当にしっかりしてきたという方もいらっしゃいます。

デイサービスを希望するご家族の方には、認知症デイサービスを紹介します。他の認知症デイサービスにも相談し、どうしても本人が嫌がる時は別ですがその方の特技を生かしています。先ほど洗車のお話もありましたが、たとえば、私の場合も洗車からはじめてデイサービスを利用していただいたり、会社勤めの方はそういったところからデイサービスに参加していただいたりしています。

地域でのお困りごとには、ご家族がどうしても離れなければならず見守りが必要な方に支援ができないことが私たちとしても悩みです。

(部会長)

この点について、区として何かコメントはありますか。

(委員)

昔取った杵柄という話に関連して私が伺ったお話は、練馬高野台に「街かどケアカフェ」という施設があります。そこはいろいろな方が気軽に通える場所で、デイサービスが苦手な方でも利用できる形態で運営しています。ここの街かどケアカフェでは、月に一度、敬老館や医療機関、有料老人ホームなど地域の団体を交えて会議を開催しています。

みなさまで集まって地域づくりをしています。そこで聞いて面白いと思った話ですが、図書館などにいつも来られる方で以前落語をしていたらしいという話を聞いたそうです。なんとかその人が落語を話す機会をつくりたいけれど、図書館なのでそういう場がないという話をしたら「それなら有料老人ホームでやってほしい」、「うちの敬老館でやってほしい」ということでされたそうです。別の事例ですが、昔、ジャズか何かのシンガーをされていた方に舞台を用意したこともありました。一つの機関だけでできることを考えると活躍の場を提供できることは少ないと思いますが、いろいろなところがつながることで機会が広がるのは非常に面白い事例として伺った記憶があります。

委員のおっしゃった見守りについては、お出かけになる場所すべてを対象にするのは現実問題としてなかなか難しいと思います。地域で見守りを行う「目」を育てていくのは、少しずつ取り組んでいかなければならないことだと思います。特効薬はなかなかないですし、地道にサポーターなどを広げていくことがまずは重要であると思っています。

(委員)

中島さん、本当にありがとうございました。先ほど「木瓜の花」を立ち上げ、お茶の間ネットまた認知症サポートセンターと相次いで広げていったと伺いました。参考資料6・7でも認知症カフェ等の広がりを実感しています。前回、資料として提出した死亡小票分析によりますと、在宅で亡くなる方はがん患者の方が非常に多いという現状があります。そういった観点から中島さんのご講演を伺っていました。がん患者の家族会について聞く機会はあまりありませんが、みなさまのほうで家族会等の情報はございますか。区としてはそういった点でもつながりをつくることができればと思っています。みなさま、いかがでしょうか。

(委員)

順天堂練馬病院でがん患者の家族の会のような形で第4木曜に開催されます。参加者にアロマセラピーやテーマ別のラフにお話をさせていただく場はあります。高野台支所の方にもお越しいただきました。案内していただき、ご高齢の方にも参加いただいています。本人とご家族にご参加いただける会も催しております。

(部会長)

さまざまな地域資源の輪があります。もしかすると、見守りをお願いすればやってくる方もいるかもしれません。そういった薄い網の目のようなものをどのようにつないでいけばよいかということも今後考えていくべき課題であると、お話を伺っていて思いました。とても良い内容のお話を本当にありがとうございました。

2. その他

- ・ 練馬区摂食・そしゃくえん下機能支援推進協議会の移行について

【資料5】の説明（事務局）

(部会長)

この練馬区摂食・そしゃくえん下機能支援推進協議会で、最終的に結果の取りまとめをした上で引き継ぎをしたいということです。成果をまとめたものをこの場で提示することはできないのですが、おおよそできあがっておりますので、まとめていただいた上で、在宅療養専門部会でご検討いただけるとありがたいです。会議については、専門部会メンバーの推薦団体からも参加していただいています。田中先生には両方ご参加いただいておりますので、そういった意味でも専門部会の場でご検討いただければ大変ありがたいと思っております。いかがでしょうか。

(委員)

一点質問です。資料(2) A「機能低下が見られる」、B「機能の軽度の低下あり」に対して介護予防を推奨するのは、具体的にどのようなことをされるのでしょうか。

(事務局)

B判定になりますが、「お口すっきり体操」の勧奨ですとか「街かどケアカフェ」や「食のほっとサロン」等々を紹介しています。その他参加型として「わかわかかむかむ元気応援教室」等々の事業を紹介します。それらを通じて機能を維持・向上していただくというものです。

(委員)

はい。わかりました。

(委員)

事務局からお答えしましたが、それだけではなくて、歯科医師が一人ひとりに検査結果のコメントを書きます。そして先ほどの施策をお勧めしますので個別対応です。

(部会長)

先ほど事業名を申し上げましたが、お口すっきり体操というのは、音楽に合わせて先生が指導する動画があって、それをやってくださいという取組みを行っています。区のホームページ等でも紹介したり、いろいろなイベントで実際に教室などを行っています。「わかわかかむかむ」という嚙む力を維持するためのお料理の教室など、さまざまな事業を行っていますので、そういったものを紹介ながら口腔機能の向上をお伝えして自身でやっていただくという取組みをしています。摂食・えん下機能支援事業は、原則として要介護認定を受けている方を対象に実施している事業です。対象者の中でこういった教室にご参加いただけるような方へのご案内や、委員がおっしゃったように、その方に合ったりハビリ、口腔機能の維持向上のためのやり方を個別にご指導いただいているところ です。

(委員)

先日行われた講演会にメインでお話しされた先生が、オーラル・フレイルというのでしょうか、サルコペニアや身体全体の低下と咀嚼嚥下の機能は相関するというお話をされてきました。やはり全身を動かすということがすごくよいのだと私は解釈したので、その指導も含まれているかと思ったのですが、いかがですか。

(委員)

その通りです。

(委員)

この実績は想定どおりの数だったのでしょうか。移行後もそのまま続けていただけるのでしょうか。国のほうも重度化防止ということを言っています。私たちケアマネジャーも口腔機能や嚥下について言われているので、このままご相談できるところが継続的に移行されていくかについて教えてください。

(事務局)

他自治体の推計ですが、要介護高齢者のうち約 18%がこういった嚥下障害を持っていると推定されています。練馬区内には 2 万 4,000 人ほどの要介護高齢者がおられますので、簡単に計算して 4,000 人強の方々がいらっしゃいます。そのような方々を支援していく目的でこの事業をはじめました。ただし浸透具合はまだ高くありません。平成 29 年 2 月から既に 20 カ月ほど経過していますが平均して月の実績でおおよそ 4~5 件という実績です。ここ数か月は二桁に近い実績がありますので、今後増えていくことが見込まれます。目標としては対象となる 4,000 人の方々を可能な限り支援できるように事業をさらに浸透したいと考えています。

(委員)

摂食・えん下機能支援事業は継続して行ってまいります。すでにえん下機能障害があ

るということでケアを受けている人もいらっしゃると思います。4,000人ぐらいが対象になるだろうということですが、それがどこまで進んでいるかはなかなかわからないところです。ただし、このところ要介護度2や3の方の申請が比較的多くなっています。これは重い方の申請がないということではなく、先ほどおっしゃっていたオーラル・フレイル予防をみなさまで意識してやっていこうという取り組みですので、その結果、要介護度が少し低めの2や3の方が多くなっているのではないかと考えているところです。本当に悪くなる前に先生方のほうで見つけていただくということが一番大事であると思っています。

(部会長)

練馬区医師会ではえん下に関する研究会の活動がはじまっています。練馬区歯科医師会と練馬区が協働で実施しているような口腔機能向上のための事業も実施しながら、この摂食・えん下機能支援事業も継続して行いますので、ご相談等があれば練馬つつじ歯科診療所にお問い合わせいただければと思います。

多職種にだんだん浸透したことでこの事業を利用される方も増えていると思います。そのような意味でもこの場でご検討いただくことで、事業のより良い運営方法もテーマとしてご検討いただけたらと思います。どうぞよろしくお願いたします。

それでは、時間もだいぶ押し迫ってまいりましたので、この場でご検討いただけるということでよろしいでしょうか。よろしくお願いたします。

■次回日程

(部会長)

次回の第4回在宅療養専門部会は平成31年1月18日、場所は本庁舎19階の1902会議室で開催させていただきます。

本日は中島委員からの発表、各委員からもさまざまなご意見、ご提案をいただきました。事務局で整理して後日委員の皆様にご確認いただきたいと考えております。それでは本日の専門部会を終了させていただきます。長時間にわたりありがとうございました。

以上