

令和3年度 第2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3年10月20日(水) 午後7時～午後8時15分
2 場所	オンライン会議 (Zoom)
3 出席者	<p><委員> 出席者：三浦委員(部会長)、山川委員、寺本委員、蓮池委員、會田委員、若井委員、栗原委員、酒向委員、森委員、田中(幸)委員、大島委員、金子委員、大城委員、馬籠委員、鈴木委員、丸山委員、中島委員、高橋委員(地域医療課長)、内田委員(医療環境整備課長)、屋澤委員(高齢者支援課長)、風間委員(介護保険課長)</p> <p><事務局> 地域医療課</p>
4 公開の可否	オンライン会議のため公開なし
5 傍聴者	オンライン開催のため傍聴者なし
6 次第	<p>1 報告</p> <p>(1) 医療・介護・消防(救急)との連携促進について</p> <p>(2) 在宅療養講演会・事例検討会の実施について</p> <p>(3) 事例検討会事例集について</p> <p>2 その他</p> <p>(1) 情報提供「コロナ自宅療養者への対応について」</p> <p>(2) フリーディスカッション「身体機能が低下した在宅療養患者の対応について」</p>
7 資料	<p>次第</p> <p>資料1 医療・介護・消防(救急)との連携促進について</p> <p>資料2 在宅療養講演会・事例検討会の実施について</p> <p>資料3-1 令和3年度新型コロナウイルス感染症対策事例集説明資料</p> <p>資料3-2 新型コロナウイルス感染症対策事例集</p> <p>資料4 コロナ自宅療養者への対応について</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－（１）報告「医療・介護・消防(救急)との連携促進について」

【資料１】の説明（事務局）

（部会長）

ありがとうございました。これについて質問はございますか。よろしいでしょうか。特にないようですので次に移ります。

1－（２）報告「在宅療養講演会・事例検討会の実施について」

【資料２】の説明（事務局）

（部会長）

ありがとうございました。これについて質問はございますか。よろしいでしょうか。特にないようですので次に移ります。

1－（３）報告「事例検討会事例集について」

【資料３－１】の説明（事務局）

（部会長）

ありがとうございました。これについて質問はございますか。よろしいでしょうか。特にないようですので次に移ります。

2－（１）情報提供「コロナ自宅療養者への対応について」

【資料４】の説明（事務局）

（部会長）

ありがとうございました。これについて質問はございますか。よろしいでしょうか。特にないようですので次に移ります。

2－（２）フリーディスカッション「身体機能が低下した在宅療養患者について」

（部会長）

こちらについては、委員から議論の必要があるのではないかという提言をいただいています。また、コロナ禍においてデイサービスなどへ通所ができなくなったことにより身体機能が低下してしまったという話も伺っているところです。そのような在宅療養患者についてどのような対応ができるのか、皆様に議論いただければと思います。

（委員）

練馬区のコロナ対応の活動を聞かせていただきました。色々な自治体を見ていますが、このくらいやっている自治体はほかにあるのでしょうか。この練馬区の医療ネットワークの取組は、ほかの自治体でここまでやっているところはないと思うくらい、非常に頑張っていると思います。本当に頭が下がる思いです。コロナ対応は、現在だいぶ患者が減ってきているので、皆さん一安心できると思うのですが、今後1月以降に日本がシンガポールのようなになるのか、それともいい方

にいくのかによって、全く変わってくるので、油断せずにやっていくことになるかと思います。皆さんご存知のように、我々の病院は東京でワースト3の大規模クラスターを起こしまして、102名がコロナに感染し、8名を失うという事態になりました。75名の患者が感染したとき、もう東京都内がパニックになっていましたので、酸素が5L以上必要になった37名の患者は救急搬送できましたが、酸素5Lまでは搬送できないという状況でした。そういう状態の中で37名の患者を搬送できたのですが、そのうち8名が亡くなりました。ですから二度とクラスターを起こしてはいけない、仮に陽性になる人が出たとしても、孤発で止めなくてはならないということを、自ら進めています。また、日本リハビリテーション学会と日本脳卒中学会、その本学会と地方学会がありますが、全国のそういうところから、今講演の依頼が殺到しています。病院がクラスターにならないためにどうするか、そうなったときにどう乗り切るかという話を全国でさせていただいているところです。

今日はその一方で、身体機能が低下したときに在宅療養患者の対応をどうしていくかという非常に大事なテーマですが、これは非常に選択肢が多いと思います。その選択肢を有効に利用できるかどうか大きなポイントになるかと思います。つまり、在宅療養患者の身体機能が低下したときに、がんがん機能を上げるように、例えばリハビリ病院的な感覚で機能アップをお願いするのか、それとも預かっていただくような感覚で過ごすのか。それはそれぞれの施設によって体制が違いますので、その人に合ったところをお願いすることになると思います。そういういろいろな連携ができるというなかで、一つの選択として、我々の施設のことをご紹介させていただきます。

私たちの施設は、2階が大規模クラスターを起こしました。3階が老健80床です。幸いなことに、3階の老健での発症はゼロでした。食い止めることができました。回復期病棟である2階での広がり食い止めることはできなかったのですが、2階から3階をどう食い止めることができたかと言うと、人流を減らすしかないわけです。2階と3階の移行ができるのはドクターだけにしました。医師以外は、リハビリも事務の方も、看護師もケアワーカーも、全部病棟をまたがないゾーニングをすること、そして当然のことながら、マスク位置、接触位置、手指衛生をすることによってほとんど防げたという状況です。

我々の病院がクラスターを起こした1年前、その後悔を一つ申しますと、スタッフは全員マスクをしていたのですが、認知症のある患者のマスクを、そのときは残念ながらできていなかったのです。回復期病棟では、認知症の患者が3割いらっしゃって、老健では認知症の患者は9割ぐらいいらっしゃいます。そういう方のマスク管理が、当時はできないのではないかと感じていましたが、実はどんな重症の方でもマスク管理はできたのです。ですからクラスター発生以降は100%、180人の患者にきちんとマスク管理ができています。それができないのではないかと考えたことが、私たちの大きな問題でした。

身体機能が低下した患者に対する取組ですが、当院の回復期リハビリは、ご存知のように1日3時間のリハビリが徹底的にできますので、朝起きて着替えてから、朝ごはんをとって、夕食をとって、そのあと着替えて寝るまでの間に、20分から40分ごとに分けて3時間リハビリができます。ところが老健のリハビリというのは、毎日ですが、3か月間、1日30分しかできません。30分のリハビリでどうするかと言うと、回復期と同じクオリティを得ようというのは非常に難しいです。

そこで我々がやっているリハビリは、その30分のマンツーマンのリハビリ以外に、午前中1時間から2時間、午後1時間から2時間、自主訓練リハをしています。自主訓練リハができない方は集団リハという形になります。それからリハビリテーション栄養で、その患者さんの栄養状態、およびプロテイン付加をして、しっかり筋肉をつけていくことをやっています。病院と連携している老健なので、入院された患者さんは全員人間ドック的なことができます。血液検査、検尿、心電図、レントゲン、CT、脳はMRIチェックで脳ドックを行います。これもパックとしてできるわけです。常勤医としては、脳外科の専門医、リハビリテーション専門医、脳卒中専門医、認知症専門医、総合内科専門医、外科専門医、呼吸器内科専門医が常勤していますので、老健ではありますが、病院と同じクオリティでできるという状態です。ですから、患者さんがどの程度のリハビリをしたいかによって、我々のところを選ぶのもいいですし、自主訓練がどんどんできる方であれば、近くで便利なところを選んだほうがいいと思います。在宅の方で積極的なリハビリが必要という場合は、当老健のようなところを選ぶという選択もありますし、逆に自分でどんどんできる方は、便利なところがいいと思います。

(部会長)

ありがとうございます。では、ほかの方のご意見やお話を伺わせていただければと思います。介護老人保健施設の観点からご意見や、経験でお話いただけることはありますか。

(委員)

うちの施設に関しては、濃厚接触者もコロナの方も1人も発生しないままここまで来ています。東京都の老健協会のほうで、アフターコロナを受け入れて、少しでも元気になって戻っていただくという取組もしているので、そのあたりでうまく使っていただくということもあるかと思います。ただ、施設だとどうしても面会ができないので、入りたがらない地域の方もいらっしゃるという現状も知っています。直接面会も、感染者が減ってきたところなので、少しずつ始めているというのが当方の施設になります。

(部会長)

ありがとうございます。続きまして、リハビリに関して訪問で実施している中で、コロナ禍で大きく変化したことなどお話しただけるとありがたいのですが、いかがでしょうか。

(委員)

私はリハ連絡会を代表して本部会に参加していますが、私自身は訪問のほうで伺っており、施設のことに疎い状況です。訪問では、私の事業部署では特にコロナの患者に直接出会うことがなく、リハビリとしては、コロナ後、肺炎後の後遺症の方を受けることが多くはなっています。もちろん皆さんと同じく、感染予防に関しては以前よりかなり厳密にやらなければならない状況です。リハそのものとしては、私どもが心配しているのは、患者はコロナになると入院をして、コロナウイルスがなくなれば病院を退院されるのですが、肺機能が低下したまま帰られる方が非常に多いということです。なので、在宅では呼吸器リハの割合が結構増えているという印象です。

(部会長)

ありがとうございます。ではケアマネジャーに対するリハビリの要望が増えているといったことはあるのでしょうか。

(委員)

傾向になっているかまではわからないのですが、やはり感染を恐れてそういうサービスを使うのを躊躇される方はまだまだたくさんいらっしゃるのではないかと考えています。デイサービスも、コロナ禍が始まってからまったく行かなくなってしまうとか、本人が行きたがっても家族が家から出したくないという思いがあったり、レベルの低下を招いていて、今後そういった方たちをどう支援していこうというのは、地域としての課題かと非常に考えています。また、家族が感染した等でご本人が濃厚接触者だったり、陽性者になったけれど症状が出ていなくて入院できないという状況のときに、その方をサポートする状況が地域としてはほとんど確立していないのが現状だと非常に感じています。その間にケアマネジャーも様子を見に行かれない、ヘルパーも、行かれる方はいるのですが非常に限られている。一人での生活が不可能な状況の方も、ほとんど一人で生活しなければいけないなかで、事故が起こったり転倒が起こったり、それで入院になってしまうというところが、まだまだ解決していないのではないかと。それが、今回感染が非常に多くなったときに大きく出てきたと実感しているところです。ですから次回の流行に向けて、介護従事者等も、陽性者、濃厚接触者の方をどう支援していくのか、自信をもって支援できる人がどこにどれだけいるのかをはっきりさせる体制を作っていくことが非常に重要で、次の感染拡大までに取り組んでいかなければいけないことと、非常に強く感じています。

(部会長)

ありがとうございました。介護者家族の立場から、家族の身体機能低下に関する相談も多くあるのでしょうか。

(委員)

この間に悲しい事例が二つほどありました。これまで認知症を発症した当事者が亡くなるというのはずっと見聞きしてきたのですが、この1年で家族が亡くなってしまったり、または身体機能が落ちてしまって一人暮らしが不可能となり、認知症の方が仕方なく施設に行くという事例が発生しているので、やはり家族の方の健康管理は非常に大事であると考えているところです。また、介護保険を利用していない方が、コロナで身体機能が低下していくということを見聞きしていますので、やはり地域での見守り体制をよりよくすることがとても大事ではないかと考えています。私のところでは、介護保険を使っていない方、お茶の間のようなところでは介護保険を使っていない方との接触が多いので、自力でリハビリをやろうという方はよいのですが、自己管理ができない人たちをどうするか。語弊があるかもしれませんが、男性の一人暮らしの方は、意外に健康管理ができないという部分もあるので、そのへんをできるだけ地域の人とつなげていく努力が、これからはとても大事ではないかと考えています。

(部会長)

ありがとうございます。

(委員)

個々の患者が、地域で困ったことがあったときに気軽に相談できる連携が一番大事だと思うのですが、我々のところもほかのところも、そういう窓は開いているのではないかと思います。委員がさきほどおっしゃられたような形は、実は我々のところでもよく経験しています。ある方の奥様が骨折して入院した。認知症の旦那様はどうするんだということがあり、そういう方は老健に入るようにしています。当院で受けることもありますし、ご自宅近くの施設に入ることもあり、

奥様が治療を終わって家に帰るときに、数日遅れで旦那様が帰るようなこともセッティングしています。そのように気軽に相談して連携できる形になればいいのではないかと思います。

(部会長)

ありがとうございます。今事例などお話いただきましたが、皆さん様々な立場がありますので、日頃から情報の連携をしておく、有事のときにしっかり機能できるのではと思っています。我々としてもそのあたりをしっかりと考えて今後の施策を展開していきたいと思っています。

(委員)

非常に興味深く聞かせていただきました。在宅の患者で、外出もしないで自宅にこもっていて、あるいは一人暮らしのために低栄養になって褥瘡がひどくなったり、身体的に機能が低下して非常に困る場合があるのではないかと思います。普通であればすぐに病院に行く人が、病院に行くのが怖いと行き控えが重なり、非常に状態が悪くなって病院に運ばれてくることが結構あると思います。そういう方がいたときに、なるべく早く病院につなげるのが、この会でも大事かと思っていますので、連携をして、ここにいる方は代表なので、代表の方がコーディネートして、そういう方がおられるときには、なるべく早く医療機関につなげるのがとても大事なのではないかと思いましたので、発言させていただきました。

(委員)

一つよろしいでしょうか。前回のこの会で、練馬区の救急隊の対応が遅くて困っているという話をしましたが、あれは練馬区だけではありませんでした。申し訳ありません。と言うのは、この東京オリンピック、パラリンピックでスタジアムの医務室の担当をやっていたのですが、そのときに選手の調子が悪くなって救急搬送をしようとした。結局救急隊はどこも受け入れてくれず、救急車が出るまでに45分かかりました。救急車が45分間出ないんです。その間に結局オリンピック村の医務室が受け入れてくれて、そのころには患者さんがよくなっていました。ですから練馬がひどいのかと思っていたのですが、東京都全体がそういう状況なのだと感じましたので、失礼致しました。

(委員)

さきほど身体機能が低下した在宅療養患者について、非常に重要なご提示をいただいたと思います。実際に積極的なリハビリは回復期リハビリテーション病院等をお願いすると良いことがわかりました。では預りのものはどうしたらいいのか、あるいは自分でリハビリできる方はできる場所でやりなさいということでしたが、その見える化がいまひとつ、どうつなげていったらいいのか、できていないのではと感じました。また、結局問題になるのは認知症です。マスクで管理できるということですが、認知症の高齢者がマスクをしてリハビリをやって何が楽しいのかと、思ってしまうところもあり、かえってストレスになってBPSDにつながってしまうのではないかと思います。実際、こういう時期だとクローズドにしたり、少しリハビリの人数を制限するというやり方もあると思いますし、もうひとつは、在宅にいる患者に少しアクセス、アウトリーチしてやっていただく、あるいは自宅でこういうリハビリをやってみてくださいというような指導がこれから必要になってくるのではないかと感じました。さきほど委員がおっしゃったように、コロナ禍で患者だけでなくご家族の介護力、一番弱いところが非常に露呈されてきたように思います。来年いよいよ認知症基本法案が成立すると思いますが、その目指すところは認知症

のかたと共生する社会です。いかに認知症の方と共生していくか、長い目線で検討していかなければならないことが山積していると思います。

(委員)

ありがとうございます。委員がおっしゃられたとおり、認知症の患者が入られて、ばんばんリハビリできるかと言うとできません。認知症の患者の何が困っているかと言うと、昼夜逆転するのと、栄養状態が悪くなって動けなくなっていることが結構あります。そこで当院のほうで昼夜逆転を整え、健康状態を整え、移動性のある方は起こらない状態にする。だいたいそれが1ヶ月から2か月でできますので、そうなって家に帰っていただくわけです。そうするとご家族の方が喜ばれて、本当は定期的に、また調子が悪くなったら来てくださいと言うのですが、皆さんよくなってもう来なくなります。我々は年に1回ぐらい入ってもらえればと思っていたのですが、結構よくなって家で喜ばれているようです。

(部会長)

ありがとうございます。ほかにご発言はいかがでしょうか。

(委員)

訪問看護ステーションでは、コロナの感染が拡大したときに、最初に業者の利用控えが始まり、リハビリの訪問を断られるケースが多くありました。看護師の訪問に関しては、医療措置があるのでほとんど断りがなかったのですが、リハビリ職の訪問に関してはお休みが続き、もちろん通所控えも多くありました。元々介護保険を利用しておらず、地域の体操教室に通っていたり、日々の散歩が日課だった方たちも外出控えが多くなり、現在は身体機能が低下してリハビリの依頼が非常に増えてきています。うちのステーションでもリハビリの訪問もありますが、今受けきれないくらいのリハビリの依頼が来ているのが現状です。例えば、病状の変化があるなどで、本来であれば病院に行ったほうがいいのか、通所控えで家族の負担が増えていて、ショートステイを利用したほうがいいのかといった状況がたくさんあるのですが、いまだに通院の控え、入院控え、通所控え、入所控えが続いているのが現状で、病状が変化して一度入院したほうがいいのか状況であっても、自宅で可能な範囲の検査を受けたいという患者もたくさんいます。さきほど委員からもお話がありましたが、実際はいまだに病院になかなか行きたがらないという方たちがいるので、ご自宅で有効的にリハビリができるようなアウトリーチがあるといいと感じました。

(部会長)

ありがとうございます。

(委員)

皆様のご意見、大変参考になりました。私が危惧しているのは、皆さんのところに到達していない患者さんのことです。90歳を超えて、歩行器程度で一人でバスに乗って受診される方も結構います。一人暮らしでちょうどMCIという形で、受診間隔が伸びたり短くなったりして、見ていて歩行も怖いという方をどうしようかと思っています。もちろん地域包括に電話をして情報をいただいたり、何かというときには思い切って踏み込ませていただいているのですが、90歳を超えてお一人の女性が今本当に多くて、はっきり認知症の治療をしているわけではなく、心房細動があり、頻尿の薬で3週間に1回お見えになるのですが、心配で見えられなくなる時は、必ず地域包括に連絡させていただいています。あとは薬の飲み方。ハルシオンや下剤は飲まれるの

ですが、心臓の薬は残っていたり、意図的に調整されているような、分からなくなっているのが分からない感じで、そういう方に聞いてみると、歩行器のレンタル程度で介護保険もお使いになっていない。まだご自身でできるんだという昭和一桁の気概のある方が多いので、薬局としては、そういう方を何かある前にどうにかできないかというのが腕の見せ所になっています。あとは徘徊。薬を取りに行かせたがまだ帰ってこないということで、夕方になってご家族から電話があり、みんなで自転車で近所を走り回ってみると、とても遠いところで見つかったり、最後は警察に連絡させていただくのですが、薬局はもう薬を出すところではなくて、来ていただいている方、うちを利用していただいている方でも、暮らしに何かしら心配があることを私たちのほうで気がつけば、皆さんにつないでいく役割があるのではないかと最近よく感じています。今回の自宅療養支援に関しても、ここで皆様と結ばれていたのも、今回このような体制を急速に整えていただきましたが、その間いろいろな方たちと順調に結びついて、なんとか乗り越えられたような気がしていますので、そのお礼も申し上げたいと思います。

(部会長)

ありがとうございます。

(委員)

私の事例で、こういった場合どうしたらいいのかと不安があるのが、今まで家族の支援があっただけでなんとかやりくりできていた、ご本人様はパーキンソン病なのですが、振戦や硬直がかなりひどくて、固まってしまったら3時間も動けなくなってしまう。その方に関しては、2時間おきの服薬があるにもかかわらず、ずっと固まりっぱなしになってしまう。独居ですが、今まではご家族の方、長男様であったり、遠方に住んでいる娘様やご兄弟で支援ができていたのですが、コロナによって東京の方の支援ができなくなり、本当の独居を強いられる状況になってしまっている。本人が認知症でもなく、ただただパーキンソン病というところで、機能訓練のデイサービスに行っていたのですが、あなたはもうこれ以上のADLでは無理ですよと言われてしまった。独居ですが、このコロナの中で、今まで家族全員でその方を支えてきたところが全部崩れてしまい、施設に入ると面会ができなくなってしまうなどの弊害があるので、やはり在宅は続けたいという思いで、結果的に小規模多機能を選んだのですが、家族が遠方にいるなかで、誰も契約に行かれない、誰も駆けつけることができない。夜間に何かあっても誰も対応できない。それでも本人は在宅がいいと。それでこの方はどこまで生活できるのかというケースが身近にありました。本来コロナでなければうまく在宅で生活できていたのに、コロナによって生活ができなくなってしまったという事例がこれからもあるのではないかと思います、そういう方をどう支援していけばいいのか、皆さんにご回答いただけたらと思います。発言させていただきました。

(部会長)

ありがとうございます。

(委員)

地域包括支援センターでは最近いろいろなところから通報をもらっています。特に薬局が多く、認知症の方のご相談であったり、眼科や病院からの通報も多く、通報があったお宅に行くのが地域包括の役割になっていて、平成30年度から訪問支援事業も行っています。実は独居の人、高齢者世帯のところに見守り訪問に行っていますが、その人たちがコロナ禍によって結構崩れてきて

いて、今その人たちからの通報が一気に私たちのところに来ています。実際にさきほどお話があったように、家族で支えていて、特に認知症もないパーキンソンのような方、直接行かれないという方のお宅にもうかがい、何かできることがないかというところもありました。実際コロナ禍のときには、介護保険の申請も延長申請ということで、主治医の意見書や認定調査もないまま6か月の延長をしていた人が多かったのですが、最近9月、10月になって通常の申請に戻ってきているような状況です。今私どもの地域包括にはケアカフェが併設されていて、下肢筋力の低下している方が自主的に来られて、今ではだいたい1日20人ぐらいの方が来て、ゆる×らく体操などをみんなでやっています。そういう場所もあるので、薬局の方、病院の方は、とりあえず担当のエリアの地域包括支援センターにご一報いただければ、介護保険を申請していない方でも、私たちのところでできることがあるかと思えますので。私たちも周知が足りずにご利用に至らないところも多いかと思えます。この場を借りてお願いしたいと思えます。よろしくお願い致します。

(部会長)

ありがとうございました。

(委員)

今、委員がおっしゃられた症例が非常に増えています。その依頼が非常にたくさん来ていて、パーキンソンで調子が悪くなっていく患者は、骨折と心不全を起こす方が結構いらっしゃり、肺炎も起こしてしまいます。在宅でなんとかなる場合は在宅ですべてを入れてやればいいのですが、どうしようもないという相談が結構たくさん来ています。そういう患者は、病院や施設に入っていたただいて体の状態を立て直します。だいたい1か月から2か月で患者の状態がよくなったら在宅にお戻りする形です。その場合、お戻しして安定していく患者と、パーキンソンが進んでいくと、3か月から半年ぐらいでまた調子が悪くなります。それでリピートで入る方がだいぶ増えてきていますので、もし困ったときはご相談いただける選択肢のひとつとして選んでもらえればうれしいです。また家に帰った後、委員がおっしゃられたように、サポートをしていただかないとまたすぐに悪くなるので、ぜひその連携もよろしく願います。

(部会長)

ありがとうございます。

(委員)

パーキンソンの患者さんに関して、薬が飲めなくなり、急に動きが止まってなかなか動きがとれなくなる、低栄養になり体調が悪くなる方が多いのですが、頼まれることが結構あるのが胃ろうです。胃ろうというと、非常に末期になって食べられなくなってからと考える方が多いのですが、パーキンソンの場合は、薬をしっかり飲むことが難しくなったときに、胃ろうから薬だけでもしっかりと投与すると、とても安定して食事を経口からいけることが多いので、それも一つの選択肢だと思います。主治医の先生と、服薬がちゃんとできているかを地域の薬剤師と相談して管理するひとつの選択肢として、それも提案されるといいと思います。参考までに。

(部会長)

ありがとうございます。今日は、さまざま現場の声をそれぞれの立場から発言いただきありがとうございました。区として、皆さんからいただいたさまざまなお意見を受けて、何ができるのかをしっかりと検討していかなければいけないと思っています。では全体を通して、最後にご質問、

ご意見があればお伺いしたいと思います。

(委員)

新型コロナの自宅療養者の対応について、一点、別のステーションが対応したケースですが、若いご夫妻が新型コロナウイルスになり、幼いお子さんがいる場合に、お父さんの病状が悪化して入院されたそうです。そのあと、お母さんも本当は入院の必要があったのですが、お子さんの受け入れ先がなく、感染もかなり拡大している時期でしたのでいっしょに入院もできず、お母さんが自宅を選択されたというケースがあると聞いています。第6波になったときに、こういった小さいお子さんがいるケース、お子さんの受け入れ先がないケースが出てくると思いますので、そういったところも今後検討していただきたいと思います。

(部会長)

ありがとうございました。

(委員)

短く2点ほど。さきほど講演会の映像を図書館等で流したというお話もありましたが、非常に皆さんの役に立つと思いますので、もっと広く見られる機会を作ってもらえるといいと感じました。事連協からですが、以前に入退院連携ガイドラインの研修を行った際、地域のケアマネ等にアンケートをとっています。アンケート結果がそろそろ出揃ってきましたので、ご報告できるとお伝えするよう言われていましたので、以上2点お伝えしておきたいと思います。

(部会長)

ありがとうございました。ほかはいかがでしょうか。

(委員)

ACPに関して、最近、木瓜の花で、富士見台特養の看取り事例ということで、公開学習会の形で行ったのですが、スタッフを入れて40名ほどの方が参加され、その中で半数ぐらいが自分事として参加したことが、主催する側としてもびっくりしました。80代ぐらいの方も多く、自分が最後残ることの勉強のために来たという方が多かったので、世の中に変化が起きてきているのかなというところで、報告させていただきました。もう一つ、毎年のことですが、第14回認知症フォーラムが11月6日に行われます。今年は夜の開催で18時から20時、ココネリホールでメモリークリニックお茶ノ水の朝田先生に来ていただき、物忘れが気になり始めたらということで開催致します。現在参加者数が60名を超えていますが、定員100名でまだ席がありますので、ご興味のある方はご出席ください。

(部会長)

ありがとうございました。ほかはよろしいですか。

(委員)

第6波を見据えて、徒歩の施設の通所リハビリにいられている方で、ほかのデイサービスでコロナが発生したために、うちに2週間ぐらい来られなかったという方がいました。濃厚接触の判断も、保健所の指示を仰がないとできない。そこに通っている利用者さんも、自費でPCRを受けるという現状がありました。マイナスかどうか心配だから自費でPCRを受けるというのもちよっと違うのかなと思います。拡大していたときに何か体制をとれないかと感じましたので、発言させていただきました。

(部会長)

ありがとうございました。

(委員)

オリンピック、パラリンピックのときのコロナ対応をどうするかという問題がありました。オリンピック、パラリンピックで濃厚接触になったときにどう試合に出していくか。これは毎日PCRを回しました。陽性になったら当然だめですが、今までの日本の考え方は、陽性になる2日前までが危ないと言われていました。陽性になった人もいたわけですが、ただ2日前に接触している人も当然いるわけですが、でも皆さんならなかったんです。感染対策は今までどおりやるほうがいいのですが、コロナが出始めた非常に危ないとき、PCRで陽性になった、2日前は感染すると言われていたのが、もしかしたら変わってきているかもしれません。つまりPCRをやってマイナスであれば、そのときの感染力はかなり落ちているというのが、今回のオリンピックでわかりましたので、一応情報共有をさせていただきます。

(部会長)

ありがとうございました。本日はさまざまご意見をいただき、本当にありがとうございました。情報共有を図れたと私どもも感じております。本日各委員からいただいたご意見につきましては、事務局で整理をさせていただき、後日委員の皆様にご確認いただければと思っておりますので、よろしく申し上げます。本日の専門部会は以上で終了させていただきます。本日はお忙しいなか、どうもありがとうございました。

以上