

令和3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3年5月24日(月) 午後6時半～午後8時10分
2 場所	オンライン会議 (Zoom)
3 出席者	<p><委員> 出席者：佐古田委員(部会長)、山川委員、寺本委員、田中(賦)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、荒井委員、大城委員、馬籠委員、鈴木委員、丸山委員、中島(加)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) 令和2年度練馬区在宅療養推進事業実施結果について</p> <p>(2) 令和3年度在宅療養推進事業スケジュールについて</p> <p>(3) 医療連携・在宅医療サポートセンターについて</p> <p>2 議題</p> <p>(1) 「わが家で生きる」の周知啓発について</p> <p>(2) 医療・介護・消防(救急)との連携促進について</p> <p>3 その他</p> <p>(1) 摂食・えん下機能支援事業について</p>
7 資料	<p>次第</p> <p>資料1 令和2年度在宅療養推進事業実施結果(令和3年3月末現在)</p> <p>資料2-1 令和3年度在宅療養推進事業スケジュール</p> <p>資料2-2 令和3年度在宅療養講演会・事例検討会・在宅医療同行研修について</p> <p>資料3 医療連携・在宅医療サポートセンターについて</p> <p>資料4 「わが家で生きる」の周知啓発について</p> <p>資料5 医療・介護・消防(救急)との連携促進について</p> <p>参考1 練馬区在宅療養推進事業(令和3年度～5年度)</p> <p>参考2 練馬区医師会医療連携・在宅医療サポートセンターのご案内</p>

	参考3 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について 参考4 摂食・えん下機能支援事業について 参考5 摂食・えん下機能支援事業のご案内
	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

会議概要

1－（1） 令和2年度練馬区在宅療養推進事業実施結果について

【資料1】の説明（事務局）

（部会長）

ありがとうございました。該当部分の数値訂正をお願いいたします。これについて質問はございますか。新型コロナウイルスの関係で、事業が計画通りにできなかった部分もありましたが、今年度もできる限りのことをやらせていただきます。

1－（2） 令和3年度在宅療養推進事業スケジュールについて

【資料2】の説明（事務局）

（部会長）

ありがとうございました。内容について質問はございますか。

（委員）

在宅医療同行研修について、去年は新型コロナウイルスの影響もあり参加者1名ということでしたが、令和元年度の参加者数はどの程度でしたか。

（事務局）

令和元年度は71名の参加でした。

（委員）

ありがとうございます。確かに昨年度は新型コロナウイルスの影響によって減少していると理解できました。

（部会長）

ありがとうございます。それでは次の議題に進みます。

1－（3） 医療連携・在宅医療サポートセンターについて

【資料3】の説明（事務局）

（部会長）

ありがとうございました。補足やご質問はございますか。

（委員）

既にご報告いただいた通りですので、特に補足はございません。

（部会長）

その他に質問もないようですので次に移ります。

2－（1） 「わが家で生きる」の周知啓発について

【資料4】の説明（事務局）

（部会長）

ありがとうございました。これまで本専門部会で検討してきたもので、区民の方からは概ね好評のご意見をいただいておりますが、今後も周知に力を入れたいと思います。質問等ございますか。

(委員)

私を含め、会員の先生方が街かどケアカフェ、老健、特養やデイサービスなどといった場所で講座を依頼されることがありますが、こういったテーマのときに、会場の雰囲気をつかむ「つかみ」として使用していきたいです。また現在、高齢者支援課と共同で、薬局の待合室を街かどケアカフェ化する事業を進めています。待合室にモニターやPC、プロジェクターを置いて、DVDを流し、それと併せて冊子を配り、サロンのような形で在宅医療やACPの話題を取り上げることも検討していますが、そういった場合にもDVDを貸し出していただけますか。

(事務局)

もちろんDVDの貸し出しは可能ですのでお声掛けください。冊子も必要部数をご連絡いただければ用意いたします。

(委員)

ACPも多職種で取り組んでいく時代ですので、会員の先生方にもこういった資料があるということを知りたいと思います。

(部会長)

このスライドショーは本専門部会の委員のご意見から生まれたアイデアですが、ご覧いただいでいかがでしょうか。

(委員)

待っている間に見ていただくのに非常に良いと思いますので、ぜひ広く使用されればと思います。

(部会長)

他にはいかがでしょうか。

(委員)

「わが家で生きる」はわかりやすいパンフレットなので広めていただきたいと思います。今回、「はつらっライフ手帳」が紹介されましたが、健康管理のため前向きな内容です。「わが家で生きる」はどちらかというと人生終末の現実的なことが多く書いてあるので、ペアで配布すると良いと思いました。「はつらっライフ手帳」には、どのように健康を維持するか、食事療法などについて具体的に書いてあります。この2つをコラボレーションさせることで、家で生きるにはどうしたら良いのか、高齢者の方が前向きに捉えることができると思いました。

(委員)

今年度から委員に就任しましたが、お恥ずかしながら、「わが家で生きる」は委員になって初めて存在を知りました。事業所連絡会に加入していても情報が入ってこなかったのが現状です。冊子の対象となるのは在宅療養を受ける区民の方だと承知しておりますが、それを提供している各事業者がしっかり把握しておくことが必要だと思います。事業者が知っていることで利用者にも広がっていくと思います。

(事務局)

毎年、事業所宛てにご案内は差し上げておりますが、わかりにくかったと反省しております。もう少し事業者の皆さんにご説明をさせていただきたいと思います。

(委員)

「わが家で生きる」がケアマネジャーのところに毎回送られてきているのは理解しております。クリニックなどで、訪問診療の際に患者さんにお渡しして、これを使用して説明をしています。ただ、ケアマネジャーがうまく活用できているかという点、「すぐわかる介護保険」は活用されていますが、「わが家で生きる」をどう活用して良いのか正直なところ理解できていないケアマネジャーもいると思います。ただACPについて理解しようと努力しているケアマネジャーは非常に多いので、もう少し使い方を説明していただく機会があると「わが家で生きる」がACPの話題に入っていくのにとっても使いやすいものだというのが理解できると思います。

(事務局)

今回の周知啓発の対象は区民を中心としていますが、専門職への周知について不足しているのご意見を踏まえ、事務局内で対応を検討し、またご相談させていただきたいと思います。

(委員)

今年度から、街かどケアカフェに冊子を置いています。そこに来られるのは介護保険を申請する前の方が多く、今後自分たちが在宅で暮らしていくにはどうしたら良いかと質問を受けます。そういった時にこの「わが家で生きる」をお見せし、好評ですので、引き続き活用したいと思います。

(部会長)

ありがとうございます。この件については区民だけでなく、事業者に対する周知について検討したいと思います。

2- (2) 医療・介護・消防(救急)との連携促進について

【資料5】の説明(事務局)

(部会長)

ありがとうございます。この議題についてご意見はございますか。

(委員)

病院では救急隊と症例検討会を定期的に行なっています。今回と同様のテーマで以前に検討会を開催しました。やはり、救急隊が現場に到着したときにACPを実施していないために困った事例があったと聞いています。例えば、在宅医とその場で連絡がとれずに救急要請されたが、患者が病院に行くことを拒んだり、あるいは在宅医と連絡がついて「私が診るから救急搬送しないでほしい」と言われたり、いろいろなことが現実には起きています。また、東京消防庁からの通達後に現状がどのようになっているのか把握することが重要だと思います。当然、在宅医療では、急変時の対応は大きな問題です。急変時に急性期病院に搬送し、呼吸不全のため治療として最終的に挿管人工呼吸器管理となると、本人が延命を望まない場合、何のために在宅医療を継続してきたのかという話になります。その意味でも、現在の医療・介護・消防の連携はどのような段階であるかを確認し、着地点がどこになるのか検討することは、とても良いテーマであると思います。少しでもサポートできるように、救急隊と意見交換などをしていきたいと思っています。

(部会長)

事業を進める際には、ぜひご意見を聞かせていただきたいです。

(委員)

緊急時に慌てて連絡するのは、ほとんどが家族だと思います。2013年に「暈の上で大往生」の講演をしていただいた際、「体調が急変した時、慌てて救急車を呼ばないこと。」という発言に対して、会場からすごく苦情が出たという経験がありますが、こういう時は救急車を呼んだほうが良い、こういう時は#7119に連絡をしたほうが良い、というような項目を、今後、「わが家で生きる」に載せた方が良いのではと思いますが、いかがでしょうか。

(事務局)

先程、この連携の着地点がどこにあるのかというお話しをされていましたが、今回アンケートを実施して、皆様から出た意見を、最終的に周知していく必要があります、それを「わが家で生きる」に載せることはすごく良い案だと思いますので、今後ご相談させてください。

(部会長)

家族側の視点も重要だと思いますので、その点も忘れずに考えていきたいと思っています。

(委員)

練馬区で診療をしていると、他の地域と全く異なる点があります。本当の緊急時の救急隊の対応が非常に遅いと感じています。ACPもできていて、搬送元も受け入れ先も体制が整っているのに、救急隊に来ていただいて、心肺蘇生で1秒を争う状態で電話連絡に30分もかかることがあります。どちらの医療機関も準備ができていのに、救急車が動かないことがあります。練馬区以外では迅速に対応できているのですが、練馬区はあまりにも遅いので、愕然としております。このような件に関して、皆さんは違和感をお持ちではないでしょうか。

(委員)

救急隊との勉強会で、当院に搬送された症例の検討をすると、覚知してから救急隊が駆けつけて、患者を収容・搬送し、病院に連れてくるまでの流れや時間がどうなっているのか検討しています。症例検討では、特に問題を感じていません。おそらく先程のような問題はケースバイケースであり、救急隊長の教育レベルや現場の状況により差があることは予測されます。実際、私は練馬消防署救急活動訓練効果確認の判定会に毎年参加させていただいています。各救急隊はとて訓練されていますが、救急隊長の指揮によって多少の差があります。救急隊は非常に真摯に取り組んでいますので、救急活動の相互理解を高める意味で勉強する機会をつくるのは重要かもしれません。特に、在宅の現場では実際に何が問題であるかを救急隊に伝える機会がないと思います。勉強会は意見交換するために必要であると思います。

(委員)

仰る通り、問題になるのは1割程度で、9割のケースはきちんとやってくさっています。1秒を争う状況に対してあまりに遅いので、びっくりすることがあるということです。

(部会長)

特にコロナ禍では、様々な問題が起きているかと思っていますので、小委員会等でも検討したいと思っています。

(委員)

私が担当している患者は家族がいても離れて暮らしているなど、ほとんどが独居で、日頃の在宅療養を支えているのは多職種です。体調が悪いと連絡を受けてご自宅へ行くこともあります。

バイタルを取りながらケアマネジャーや訪問診療医に電話をしたところ、ケアマネジャーが ACP をとっていて、とりあえず訪問診療医が到着するまでなんとか繋いでいる状況で、家族に電話をすると、「どうしても病院で診てくれ。」と言われることがあります。その方とは長いお付き合いであったとしても、私も家族ではないし、医師やケアマネジャーがすぐに到着できないときに、「救急車を呼んでください」となることもあります。そこで救急車を呼ばない勇気が出るかと言われると個人的には難しく、多職種の意識をこれから変えていくと思うと、3年計画はちょうど良いかと思います。そういった難しさも把握しながら進めていただきたいと思います。

(部会長)

今、訪問診療医がかけつけるまでの間に関するお話がありました。訪問診療医と患者の間で緊急時の対応を決めておきながらも、家族が救急車を呼んでしまうという状況も現実には起きているようですが、この件に関してご意見ありますか。

(委員)

在宅医療で救急搬送となるケースは、吐血や苦痛で暴れてしまう場合等、家族がみきれなくなってしまう場合です。静かに眠るようになるときは、救急搬送にはならないです。ケースバイケースですので、予め関係者が勉強会で考えることは重要だと思います。

(委員)

現在コロナ禍で多くの病院では家族の面会ができない状況が続いております。そういう状態では、看取りを考えたときに、家族と大事な時間を過ごしたいと考える人はとても多いです。私は癌の末期の方を看取することも多いですが、危険な状態でも在宅に戻して、在宅医や訪問看護師の指導のもと、家族に見守られて亡くなるのがどんなに大切かを思い知らされています。また、救急搬送に関しては、亡くなるというよりも、助かるかもしれないと思って家族は救急車を呼んでいることが多いと思います。逆に、ある患者さんはもう病院に行っても心肺停止で助からないという状況であれば、そのまま家で看取ってあげた方がよかったのではないかと思います。その患者の病状により、メリハリを考えた医療連携が大切だと思います。

(委員)

もうすぐ亡くなるとご家族に説明しても、「死ぬと思わなかった」という言葉を聞くことがあります。そういった温度差が、救急搬送の場では多くあるのかと思います。

(部会長)

ご家族の複雑な心境が背景にあるので、重たいテーマだなと認識しております。

(委員)

以前、消防とも話し合いしたことがありますが、本人が延命を望まないと言われていても、後から家族に何か言われるかもしれないと考えると、主治医とすぐに連絡がつかない場合は、救急隊を呼ばざるを得ないという判断になると聞きました。特に現場でそういう場面に遭遇するのはヘルパーが多いと思いますが、ヘルパーから状況報告があっても、救急車を呼ばなくて良いという判断に責任を持つのは難しいです。一人の家族が賛成していても、もう一人の家族から反対されることもあります。今後、本人の意思決定を公的に証明する方法をつくっていく必要があると思います。

(部会長)

ありがとうございます。簡単ではない取り組みですので、3年計画で時間をかけて検討したいと思えます。

3—(1) 摂食・嚥下機能支援事業について

【参考4】および【参考5】の説明(委員)

(部会長)

ありがとうございます。本事業は誤嚥性肺炎のチェックなど意義は大きいですが、周知に課題があるにご相談いただきました。ご意見はございますか。

(委員)

この事業について、管理者に対する周知はわりと行き届いているという報告を受けていますが、事業所のスタッフに聞いてみると、比較的知らないケアマネジャーが多いのが現状です。一方でこのような事業に興味も持っているスタッフも多いようなので、ケアマネジャーへの周知という点でも、これから事業所連絡協議会やケアマネジャー連絡会、区内4圏域のケアマネジャーグループなどへの周知活動は非常に効果的だと思います。またケアマネジャーからの意見ですが、嚥下機能について、患者・利用者に支援が必要だと評価するスキルがケアマネジャーに不足していることもあるので、訪問看護師から、こういった事業があると声掛けがあると大きな力になるという意見も聞いております。また、嚥下機能に課題があると評価されたとして、その後どのような形で回復まで向かっていくか、ケアマネジャーがイメージできていません。嚥下機能に問題が出てきたとわかって、では何をすれば良いかわからないのが現状かと思えます。例えば、区内に言語聴覚士が非常に少なく、探しても見つからないケースがありますので、そういった部分でも、区内で多職種が連携する力をつけていくことが、こういった事業のスタート地点だと思います。

(委員)

令和2年度の報告で薬剤師からの報告が少なく大変残念ですが、現在、訪問時に薬を飲んでいるところを確認しようということをや薬剤師会として進めています。独居で認知症の方だと、多職種が連携して、デイサービスで飲む、ヘルパーがいるときに飲む、薬剤師が訪問したときに飲むなどしていますが、薬を飲むとき側にいることが最も多いのはヘルパーだと思います。以前、薬を飲むときにむせているということをヘルパーから薬剤師に連絡していただいて、薬剤師からケアマネジャーに相談してこの事業に紹介してもらいました。報告自体はケアマネジャーの件数に入っていますが、そもそもはヘルパーから薬剤師、サービス担当者からケアマネジャーにという形になっています。訪問介護の方々のご意見を伺うのはいかがでしょうか。

(委員)

前回の法改正から、訪問介護としても、ケアマネジャーへ口腔機能や服薬の状況を報告することが新たに追加されたのですが、実際は書面上の形式的な形にとどまっています。というのも、こういった摂食・嚥下支援センターがあるということ自体が現場で周知できていないためです。ヘルパーが最も利用者に関わる人が多いので、ヘルパーへの周知が重要かと思えます。

(委員)

評価医による無料検査は土日対応していますか。施設入所の方の場合、家族が土日のみしか同

席できないことも多いので、教えていただければと思います。

(委員)

対応の日時は評価医と患者との間で、アポイントをとってもらうことになっていますので、その評価医が対応できる日時によって変わってきます。

(委員)

区内には、摂食・嚥下障害の患者が非常に多くいます。高齢者の方、神経変性症の進行期の方、脳卒中の方などです。障害が進んだ方の場合、1日4回ほど訓練しないと経口摂食が難しく、また、発声トレーニング、頸部の筋肉強化、全身の身体機能アップが必要になるため、食事介助のみでは足りません。評価後のバックアップ体制がどうなっているのか、現時点の対象者がどうなっているのか、もう少し詳しく教えていただけますか。

(委員)

この事業は、摂食嚥下の機能回復のために道筋をつけるためのものです。評価で問題があった方を区内のどこで受け入れられるのか、いわゆる医療資源を以前マップにまとめましたが、情報がやや古くなっており、最新版をつくる必要はあるかと思います。

(委員)

この事業では、このまま嚥下機能が低下すると危ないので、ここから落ちないようにしましょうという方を対象にしているという認識で合っていますか。

(委員)

本事業は評価までであって、区内の受け入れ先へつなぐための事業です。対象者としては要介護1～5なので、軽い人から重い人までいますが、重い人であっても医療につながっていない人が、居宅には多くいます。そういった方々に道筋をつける支援を行う事業です。一部は歯科医師会で受け入れていますが、区内で受け入れてくれるところがまだまだ少ない状況ですので、受け入れ先はこれから広げていかなければならないと思っております。

(部会長)

チェックすること自体は有益ですが、その先の道筋がわかりづらく紹介が滞る要因になっている可能性はあるかもしれません。事務局と一緒に検討して欲しいと思います。最後に全体を通して、ご質問やご意見はございますか。

(委員)

先程の嚥下リハビリテーションに関して、どのような回復の方法があるのかなどお話することもできますので、そういった形で協力させていただきます。

(部会長)

ありがとうございます。その際はぜひよろしく願いいたします。その他、全体を通してご意見などございますか。

(委員)

新型コロナウイルスにおける多職種連携は非常に大きなテーマとしてあると思います。PCR検査が陽性になると入院もしくは宿泊療養、自宅療養になりますが、本日時点の自宅療養者は143人です。1月は1か月間で自宅療養者が1270人もいました。この時は我々も慣れていませんでしたし、患者もマスクに煽られて、すぐに救急車を呼んでしまうような状況があり、うま

く医療が機能していませんでした。今、区内の在宅療養者は20～30代が中心ですが、大阪では入院できない高齢者が在宅療養を求められています。練馬区医師会では東京都から要請されている、在宅療養者の電話診療・オンライン診療、あるいは往診対応の事業に参加しようと思っておりますが、一筋縄ではいかないところがあり、多職種連携がうまく機能していません。往診も医師一人で継続してできることではなく、訪問看護ステーションの協力が不可欠です。それから、電話診療で処方箋を出したときに、薬局との薬の受け渡しをどのようにするかとか、それを24時間対応でやってくれる薬局はあるのかなど、いろいろな課題が出てきております。ぜひ、本日出席の多職種の皆さまで、これから大きなテーマとしてやっていけたらと思います。

(部会長)

新型コロナウイルスの在宅療養対応はまさに今問題となっています。東京も変異株が広がっていますし、保健所と在宅医を中心に在宅療養患者の往診・処方に関して調整しております。在宅の推進と並行して、皆さんに様々な場面を通してご協力いただきたいと思います。

(委員)

最後に一つお伝えしたいのですが、在宅療養支援を考えたときに、在宅で頑張りすぎて結局嚔下で肺炎になってしまったり、歩くことをしないので筋力が低下し転倒して骨折して入院になったり、というケースもあります。在宅で頑張るのか、もしくは機能が落ちてきたときに病院ではなく、回復を図る老健で身体機能面の向上や、プレサルコペニア、認知機能の低下に対応して、1ヶ月程度で自宅に帰って在宅生活を健やかにするという考え方が必要だと考えます。在宅療養の方がお預かりで老健やショートステイに行っていて、弱って帰ってきたというのではなく、弱ってきたからお預けして、良くなって家に戻ってくるというのが当たり前の時代になってきていますので、もしもそれが当たり前でなければ、ぜひ当たり前になっているところを利用していただければと思います。

(部会長)

そのあたりの実情に関しても機会があれば実態を調べ、足りないところは補足していきたいと思っております。

(事務局)

過去に練馬区でも老健を活用できないかという議題に上がり、そういったガイドブックを作成したのですが、こちら周知が行き届いていないという課題があります。うまく老健を使えないかということに関しては、区としても周知していきたいと思っておりますので、またご意見をいただきたいと思っております。

(委員)

先日、事業所連絡協議会の居宅部会で、ICTの利用状況に関するアンケートを実施しました。その中で、勉強会などではZOOMなどのICTの利用がかなり進んでいるようですが、入退院時の病院との連携や事業所間での連携に関してはかなり低い数値が結果として出ています。訪問診療を実施している医療機関との連携は比較的進んでいると思うのですが、訪問診療をしていないクリニックや大きな病院とのICT連携は、現状ではあまり行われていないという結果が出ており、そこが進んでいくことで、コロナ禍での患者支援にも繋がっていくかと思っておりますので、皆さんと検討していけたらと思っております。

(部会長)

ありがとうございます。連携ツールは、継続して使っていきたいと思います。それでは本日は以上となります。ありがとうございました。

以上