

令和4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	令和5年1月25日(水) 午後7時～午後8時50分
2 場所	Zoom (オンライン開催)
3 出席者	<p><委員> 出席者：生方委員(部会長、地域医療担当部長)、寺本委員、大城(堅)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、田中委員、大島委員、金子委員、大城(美)委員、馬籠委員、鈴木委員、丸山委員、中島委員、屋澤委員(地域医療課長)、内田委員(医療環境整備課長)、阿部委員(高齢者支援課長)、風間委員(介護保険課長) 欠席者：なし</p> <p><事務局> 地域医療課</p>
4 公開の可否	公開
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4年度 練馬区在宅療養推進事業実施結果について …資料1 (2)令和4年度 死亡小票分析(案)について …資料2 (3)令和4年度 医療・介護資源調査報告書(案)について …資料3 (4)令和5年度 練馬区在宅療養推進事業スケジュール(案)について…資料4 (5)令和5年度 医療・介護・消防連携事業について(案) …資料5</p> <p>2 基調講演</p> <p>(1)ACP について 基調講演「アドバンス・ケア・プランニングの理解を深めよう」 栗原 直人(練馬総合病院 副院長)</p> <p>3 その他</p> <p>(1)認知症専門部会からの報告</p>
7 資料	<p>○資料1 令和4年度 練馬区在宅療養推進事業実施結果(令和4年12月末現在)</p> <p>○資料2-1 令和4年度 練馬区死亡小票分析報告書(案)の説明資料</p> <p>○資料2-2 令和4年度 練馬区死亡小票分析報告書(案)</p> <p>○資料3-1 令和4年度 医療・介護資源調査報告書(案)の説明資料</p> <p>○資料3-2 令和4年度 医療・介護資源調査報告書(案)</p> <p>○資料4 令和5年度 練馬区在宅療養推進事業スケジュール(案)</p> <p>○資料5 令和5年度 医療・介護・消防連携事業について(案)</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 報告

(1) 令和4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）

令和4年度練馬区在宅療養推進事業の実施結果について、ご意見やご質問があればよろしくお願ひします。

（委員）

地域活動の見える化の今後の課題として、「多くの当事者や家族に知ってもらうため、区民のみならず医療・介護従事者に周知する」とありますが、ぜひこれは進めていただきたいと思ひます。先月、東京都社会福祉協議会の家族介護を考える集いに参加した際にも、支援者側が家族会等の意義を知らないという意見が50%を超えたという報告があったので、ぜひ広報に努めていただければと思ひます。

（部会長）

その方向で今後も進めていきたいと思ひていますので、よろしくお願ひします。そのほかにありますか。ないようですので次に進みます。

(2) 令和4年度 死亡小票分析（案）について

【資料2-1】の説明（事務局）

（部会長）

ご意見やご質問があればよろしくお願ひします。こちらの分析は平成23年度から実施していますが、令和3年度の在宅看取りは1,066件とかなり増えてきています。このように在宅療養、在宅看取りを受け入れる環境が整いつつあるのは、皆様のご尽力があつてのことと考えています。長年、在宅医療にかかわっている委員、この結果や現状についてご意見等あればお願ひします。

（委員）

医師会としては、今後在宅療養や在宅看取りが増えていく中で、まだ十分な体制がとれていないと考えています。いま早急にいろいろな体制を整えているところですが、このまま需要のほうが大きくなるという危機感があります。資料2-1の将来の在宅・施設看取り数の推計（10ページ）で、令和17年に死亡者数が一度目のピークを迎えるとありますが、これはどういう理由でしょうか。

（事務局）

こちらは、将来推計人口を基に推計しています。高齢者数がここで一度ピークを迎えるということで、このような推計値となっています。

（委員）

ありがとうございます。

（部会長）

現状と今後についてお話いただきました。ほかにご意見、ご質問はありますか。ないので、次に進みます。

(3) 令和4年度 医療・介護資源調査報告書（案）について

【資料3-1】の説明（事務局）

（部会長）

本調査にご協力いただき、大変ありがとうございました。今の報告や報告書（案）についてご意見やご質問があればお願いします。

（委員）

今報告いただいた調査結果から、今後取り組むべき課題をクローズアップすると、どのような点が挙げられるでしょうか。

（事務局）

いま分析を進めているところですが、一つはACPの実施度の向上、強化です。ACPの認知度は上がってきているのですが、上がってきたからこそ、実施状況が下がっている可能性があると考えています。ACPの認知や理解が進んだからこそ、自分たちは十分できていないのではないかと評価されている可能性があります。次回の専門部会でご報告できると思いますが、今年度実施した定性ヒアリング調査でもACPに係るテーマがあがっており、今後、ACPについて広く知っていただくとともに、どのように実践したらよいかという点も併せて、普及啓発を強化していきたいと考えています。

ACP以外にも、今回の医療・介護資源調査結果に基づき、強化していくべき点はあるかと考えています。

（委員）

ありがとうございます。

（4）令和5年度練馬区在宅療養推進事業スケジュール（案）

【資料4】の説明（事務局）

（部会長）

ご意見やご質問があればお願いします。説明にあった入退院連携ガイドライン作成の際に、病院に加え、ケアマネジャーの皆様にも大変ご尽力をいただきました。活用状況のアンケートを実施するなど、現在も深く関わっていただいていると認識しています。関わっておられる委員より、本事業について一言お願いします。

（委員）

現在のガイドラインも何回かにわたって先生、病院の方々と集まり、一緒に作りましたが、コロナ禍でいろいろ大きく変わってきたので、来年以降、協力して変更していきたいと思っています。また2月22日には、事連協の居宅部会と地域医療課との共催で「コロナ禍における入退院時連携の現状と強化に向けた取り組み」と題して研修を行う予定です。ココネリホールとZoomのハイブリッド形式で、病院のMSWとケアマネジャーに集まいただき、入退院連携の現状を互いに知り合おうという会で、すでに130名ほど申し込みをいただいています。今後さらに入退院の連携が必要になってくると思いますので、研修で得られた情報も共有しながら、現状に即した良い関係を作っていけるとよいと思っています。

（部会長）

入退院連携ガイドラインについては、専門部会で適宜進捗を伝えたいと思いますので、よろしくお願いします。では次に進みます。

(5) 令和5年度 医療・介護・消防連携事業について (案)

【資料5】の説明 (事務局)

(部会長)

この事業にご尽力いただいている委員に補足、また一言いただければと思います。

(委員)

本事業の第1回意見交換会において救急消防隊員の方々とディスカッションし、方向性はおおよそ見えてきていると思います。また2月に第2回の意見交換会があります。さきほどの死亡小票分析の報告にもあったように、在宅看取りが増えてきていますが、去年は救急隊の出動件数が東京都で84万件を超えたということで、救急車が呼ばれる機会が非常に多くなり、消防隊が疲弊しているのが現実であり、一番大事なポイントです。その中で、在宅の患者でACPをしっかり行い、救急搬送を必要としない方を選別できる機会を作っていくことが、本連携事業としては重要になってくると思います。来年度小委員会でも、ぜひ皆様と一っしょに勉強、検討し、先につなげていきたいと思っています。

(部会長)

委員の皆様からご意見、ご質問がありましたらお願いします。ないようですので、次に進みます。本事業は新たに着手している分野です。皆様のご協力なしには進まない事業ですので、今後も引き続きご協力をお願いします。

2 基調講演

(部会長)

栗原先生からACPについての基調講演をいただきます。講演をご依頼した経緯としては、今年度実施した定性ヒアリング調査において「専門職の間でもACPに対する定義や考え方に差があるのではないか」というご意見を多くいただいたことや、医療介護資源調査の結果からACPについて様々な見解があるのではないかと推測されたことがあります。院内での勉強会の開催や取り組みの学会発表など、ACPについて積極的に活動されている栗原先生のお話が、改めてACPの理解を深める機会になればと思います。

(1) ACP について「アドバンス・ケア・プランニングの理解を深めよう」

講演 (栗原 直人先生)

(部会長)

先生ご自身のご経験も交えながらお話しいただきました。大変わかりやすい講演をありがとうございました。ご意見、ご質問、ご感想などあればお願いします。

(委員)

お話を聞き、自分の毎日の臨床を振り返って気がついたことがありました。私はかかりつけ医として、患者を10年、20年という単位で診ています。長い年月にわたって話を聞いていると、患者の病気だけでなく、生活や考え方、子どもがいるかいないか、「絶対抗がん剤を使わない」という意思など、自然に医師としてのACPが入ってきます。今お話を聞き、ACPには2種類あるという気がしました。一つは状態が悪くなったときに行うもの、もう一つは普段から行うもので、

それが一緒くたになってしまっている気がします。何もない人が ACP をやりましょうということではなく、何かきっかけがあるわけです。欧米では、重大な疾患がきっかけで ACP を行うというイメージです。普段からの ACP は、かかりつけ医をやっているとよくわかります。普段の ACP と生命の危機に面したときの ACP は、質的に違うところがあると思いますので、そのような点も考慮しながら、患者とのコミュニケーションをとっていくことが重要ではないかと思いました。

(委員)

まさしくそうだと思います。最初に挙げた世界的な 2 つの流れのうち、健康人に対する ACP は ACP 的、ACP のようなもの、という意味で、話し合っておく、話し合うことに対する免疫をつけておくということだろうと思います。先生がおっしゃるように、長期間診ている患者の場合、その心の状態が手に取るようにわかる、医療従事者であれば、皆そう感じていると思います。やはり病気が悪くなってくると、健常時とは考え方が変わってくると思います。絶対に手術はしないと拒否していた人も、がんになると手術をするという方もいます。いざとなると人間は変わるので、患者の意向はその時々で汲み取らないといけませんし、医療従事者としては丁寧に説明し、選択肢を真剣に考え、示すことが大事かと思います。その中で、やはり抗がん剤治療はしたくないという人もいれば、したいという人もいます。最期は病院で過ごしたいという人もいれば、やはり自宅に戻りたいという人もいるでしょう。私も先生とまったく同じ意見です。

(委員)

私どもは地域包括なので、健康人に対する ACP を行っています。「もしバナゲーム」を使って何人かでゲーム形式で行ったり、一人でやる場合はソリティアのような形式で行ったりしながら、その人の人生の土台となるように、またそこでの思いを共有するようにしています。抽出したカードの内容を、東京都が出している「わたしの思い手帳」に書き込んでもらい、介護が必要になったときにはケアマネジャーへ、医療が必要になったときには医療職へこの思いを引き継いでくださいと伝えています。地域ではこのような形で普及に努めていますので、ご意見などありましたら教えていただければと思います。

(委員)

「もしバナゲーム」は非常に有用だと思いますが、実際に行われてみてどうですか。

(委員)

皆さん、気づきがあると言われます。どちらかと言うと、病気の人ご本人というよりも家族や介護者が体験されることが多く、こんなことが大事だったんだ、家に帰ったらトランプに貼り付けて病気の母とやってみると、コピーして行かれた方もいます。認知症患者をもつ家族では、患者がカードを 1 枚ずつよく見て、自分に必要だったのはこれだと「家族といっしょに過ごす」というカードを差し出したので、特養入所の話が来ていたところをもう少し待つことにされるなど、とても有効です。私たちは、地域の健康な方向けに行っていますが、やはり健康なときから意識することがとても大事だと感じています。

(委員)

非常に参考になりました。町内会などに広めていけると、もっと裾野が広がりそうです。ACP の理解というよりも、「もしバナゲーム」から入って、そういうことを考えることが大事だということですね。また教えていただければと思います。

(委員)

先生とは何年も ACP の話をさせていただいているので、異論はまったくありません。先生のスライドにもあったように、本人がもちろんメインなのですが、ご家族がいた場合、ご家族に後悔が残らないような ACP の支援をしたいと考えています。コロナの影響もあり、去年は特に自宅看取りが多く 10 例ほど関わった中で 3 から 4 例、お別れのあとの家族のさわやかな顔と、お別れの数日前に、本人からありがとう一言言われたというのを共通点として見てきました。私ができることはわずかですが、訪問看護師がよいリードをしてくれたり、痛みの緩和についても、早め早めに薬にチャレンジしたり、先生の意見を伺いながら、薬局も、どの薬剤が一番ふさわしいか提案させてもらったりしました。最後のスライドにもありましたが、病状をしっかりと見極めて早めに対応すること、そしてご家族の最後の思いが ACP の中に含まれていることが大事かと思えます。最後に散髪してあげたい、お風呂に一回入れたいなど、どたばたですし、心肺機能がぎりぎりですと賭けというところもあるのですが、それを受け止めてしっかり対応される訪問看護師、プロとしての強い気持ち・意思をそばで見ると、かなわないなと思えます。現場での私の経験も、次の患者に活かされていくべきかと思えますので、この場で共有させていただきました、現場でも、さまざまな職種と常に意見交換をすることが大事だと思えました。

(委員)

よい死を迎えられたかというのは、亡くなられたあと家族がどう満足されるかがとても大きなことだと思っています。ここにいる方もそう実感されていると思います。亡くなられたあとに家族に悔いが残ると、ずっと後を引くことがあると思います。本人が家族にありがとうという言葉かけたということですが、亡くなるときに家族がいっしょにいれば、その言葉がなくても、きっと心の中でそう通じているのではないかと思います。コロナ禍で、病院で亡くなる方もいますが、家に帰りたいというのは、家族と最期のひとときをいっしょに過ごしたいという強い思いだと思います。このように厳しい状況の中、家で看取っていただき、在宅の方々には本当に感謝しています。今後ともよろしく願います。

(委員)

ケアマネジャーとして、いろいろな状態の方と接するのですが、9 割以上はまだ死を考えておらず、何年か先に現実的にはあるという方です。ケアマネジャーの話を聞くと、話し合いに持っていくきっかけが難しいというのが皆の共通した意見かと思えます。本人がまだ死を意識していない時点で話し合うことには非常に難しさを感じています。今後そういった話し合いが当たり前のように行われる練馬区にしていく必要があります、話し合いに対するハードルを下げていくにはどうしたらよいのかを今後考えていかななくてはいけないと思います。例えば、老人検診（後期高齢者健診）などにそういった項目を少しでも含めていただくなどもあると思います。包括でも、健康なときに話し合った紙があると、何々さん、前にこんな話し合いをしたんですねという会話のきっかけになり、話がしやすくなると思います。このような当たり前の枠組みを今後考えていき、話し合える地域にしていけるとよいと思います。ケアマネジャーとしてできることがあれば、情報として伝えていきたいと思えます。

(委員)

膨大な資料、情報をありがとうございました。私どもは回復期と慢性期に関わっていますので、ACP という言葉は使いませんが、日々の仕事の中で ACP を行っています。終末期というよりは、高齢者を含め、急性期治療を受けた後の弱った患者が我々のところに来るので、まず回復期、そし

てその後介護期、終末期が来るという流れがあるなかで、回復期から ACP を入れるという形をとっています。60 代、70 代、80 代、90 代、100 歳の方が来ますので、期間は 30 年、20 年、10 年、数年単位、数か月単位と、人それぞれです。我々医師は、どう回復させてあげようか、どう楽しようかという観点から、患者の病気や精神状態、キャラクターを見てしまいます。加えて、看護師、ケアワーカー、リハ職、ソーシャルワーカーが 7 名、ソーシャルワーカーをするケアマネジャーが 4 名、計 11 名がチームとして、患者とご家族それぞれの視点から我々医師にアドバイスをくれますので、それを総合してサポートする流れで行っています。ですから、内容的には、先生が話されたとおりのことだと思います。それを毎日行うことで、一人の患者にとっては年に 1 回だったり、3 か月に 1 回だったり、週に 1 回行うことになっていると思います。

(部会長)

そのほかによろしいでしょうか。本日の講演資料が必要な場合は、栗原先生に直接ご相談いただければと思います。次に進みます。

3 その他

(1) 認知症専門部会からの報告

報告（認知症専門部会）

(部会長)

事務局からの報告についてご意見やご質問があればお願いします。

次第は以上となりますが、最後に全体を通してご意見、ご質問はございますか。なければこれを持ちまして専門部会を終了いたします。長時間にわたりご参加いただきありがとうございます。