

令和元年度 第1回練馬区在宅療養推進協議会 在宅療養専門部会 要点録

1 日時	令和元年5月17日(金) 午後7時～午後9時
2 場所	練馬区役所本庁舎5階庁議室
3 出席者	<p><委員> 出席者：佐古田委員(部会長)、中村委員、山川委員、田中委員、會田委員、奥出委員、栗原委員、鈴木(さ)委員、菅原委員、山口委員、芝田委員、谷口委員、永沼委員、郡司委員、鈴木(健)委員、菊地委員、中島委員、枚田委員(地域医療課長)、中島(祐)委員(医療環境整備課長)、今井委員(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	公開
5 傍聴者	0名(傍聴人定員10名)
6 次第	<p>1 委員の委嘱</p> <p>2 報告</p> <p>(1) 平成30年度在宅療養推進事業実施結果について</p> <p>(2) 令和元年度在宅療養推進事業スケジュールについて</p> <p>(3) 摂食・えん下機能支援事業について</p> <p>3 議題</p> <p>(1) 令和元年度練馬区医療・介護資源調査について</p> <p>(2) 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>4 その他</p> <p>(1) 認知症専門部会からの報告</p>
7 資料	<p>次第</p> <p>資料1 平成30年度在宅療養推進事業実施結果(平成31年3月末現在)</p> <p>資料2 令和元年度在宅療養推進事業スケジュール</p> <p>資料2-1 令和元年度練馬区在宅療養推進協議会・同専門部会 予定案件一覧(案)</p> <p>資料2-2 令和元年度在宅療養講演会について</p> <p>資料2-3 令和元年度事例検討会・交流会について</p> <p>資料2-4 在宅医療同行研修の実施について</p> <p>資料3 摂食・えん下機能支援事業について</p>

	<p>資料4 練馬区医療・介護資源調査について</p> <p>資料4-1 医療・介護資源調査 質問票骨子(案)</p> <p>資料5 「わが家で生きる」の改訂について</p> <p>資料5-1 「わが家で生きる」の改訂案</p> <p>参考1 練馬区在宅療養推進事業(令和元年度～令和2年度)</p> <p>参考2 摂食・えん下機能支援事業リーフレット</p> <p>参考3 練馬区摂食・えん下連携医療機関マップ</p> <p>参考4 平成29年度練馬区医療・介護資源調査報告書(平成30年1月)</p> <p>参考5 練馬区はつらっライフ手帳</p> <p>参考6 住み慣れた街でいつまでも —最期まで自分らしく暮らせるまち東京—</p> <p>参考7 在宅療養ガイドブック「わが家で生きる」</p> <p>参考8 仕事と介護の両立パンフレット</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 委員の委嘱

2—(1) 平成30年度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）

2—(2) 令和元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）

2—(3) 摂食・えん下機能支援事業について

【資料3】の説明（委員）

（部会長）

ご質問等ありましたらお願いします。

（委員）

この支援事業の目的である摂食・えん下機能低下の発見にあたり、つつじ歯科を受診した患者さんも多く、我々としても助かっています。ただ、アンケートを見ると無回答も多くありますし、その後の適切な支援に繋げるという点では、特にフォローアップであまり相談がされていないと思います。

参考3の医療機関マップで耳鼻科が掲載されていますが、医師会のアンケートだと、耳鼻科の先生はリハビリはしても往診することが少ないという結果が出ています。在宅の現場で、咀嚼、えん下機能の訓練を継続的にしていく姿がいまひとつ見えません。例えばST（言語聴覚士）や訪問看護師が、現場で継続的に指導していくような体制が望まれるのではないかと思います。

（委員）

その点に関しても、今までの専門部会・協議会で議論が重ねられてきた部分かと思いますが、この事業では、摂食・えん下機能をABCの三段階で評価し、その後に適切な支援に繋げるようにしています。その先については、主治医に相談して頂いて、主治医から患者さんにえん下機能の訓練に取り組むように指導して頂かないと先に進みません。やはり医師会の先生方に、この事業の目的・有用性をよく理解して頂くことが先に繋がると思います。

（委員）

摂食・えん下のリハビリを実施する職種はSTになるとと思いますが、そうした方は、練馬区の在宅医療の現場には十分にいて、在宅に派遣できる状況なのでしょうか。

（委員）

STについて、訪問看護ステーションで雇用されている方は増えているとは思いますが、ただ、雇用形態が非常勤だったりするので、PT（理学療法士）・OT（作業療法士）に比べると、STの派遣はまだ進んでいないと思います。現在、歯科診療所に勤務されているSTはいるのでしょうか。

（委員）

あまりないと思います。

(委員)

そうすると在宅では、訪問看護ステーションから ST が来るのが、一番現実的なのでしょうか。

(委員)

ST がいない場合は訪問看護師が同じような役割を担ってもいいように思います。

(委員)

区内に摂食・えん下機能が低下した方が相当数いることはほぼ間違いありません。それをひとつの職種だけでカバーしようとなると当然無理が生じてきます。訪問看護師や他の職種が同じ方向を向いて対応することは、事業全体の目的としてあるのではないのでしょうか。ST がいるかどうかは問題ではないと思っています。ただ、事業に繋げる前の診断や検査は、医師や歯科医師が行うべきだと考えています。その後は、多職種の方の協力がなければ、とても進めて行くことはできません。様々な職種で進めていくものだと考えています。

(委員)

つつじ歯科で患者さんに指導して頂いた情報は診療所に提供して頂いているのですが、同じ情報を訪問看護師にも伝えて欲しいと思います。

(委員)

つつじ歯科診療所では在宅に伺い診断した後、リハビリテーションとしてどのようなことをして欲しいのかを家族や多職種の方に伝えて頂いています。我々が直接的なリハビリを全てするのは難しいと考えています。

(委員)

ケアマネジャーの立場からです。ケアマネジャーは口腔内の問題のアセスメントが弱いことがあります。この事業の対象の方は、要介護度 1 から 5 の方なので、ケアマネジャーが付いている方が多いと思います。結果をケアマネジャーにもお知らせ頂くシステムにして頂ければと思います。先ほどのリハビリの問題も含めて、計画の中に入れ込めるのではないかと思います。

(委員)

ケアマネジャーの方にも、結果に目を通して頂ければと思います。

(部会長)

ケアマネジャーに評価結果などの情報が提供されて、ケアプランに結び付く流れは望ましいと思います。この事業で介護との連携をさらに進めることについて、事務局で何か考えがありますか。

(委員)

摂食・えん下事業の評価結果はご自宅に送付しています。紹介した方が訪問看護師だったりケアマネジャーであったりとさまざまです。この事業に紹介した方と利用者のお宅へ訪問する方が、多職種で連携する意識を持つ必要があると考えています。例えば、訪問看護師が受けたのであれば、ケアマネジャーや主治医に相談する。主治医が受けたのであれ

ば訪問看護師と連携する。介護サービスを受けている方にはケアマネジャーがついているので、ケアマネジャーには訪問看護師から情報が伝わっていると思っています。

リハビリをどう進めるかは、今後、医師会でも摂食・えん下の研究会を立ち上げているところですので、つつじ歯科などにご協力頂きながら、連携を深めていければと思っています。

(委員)

この事業を受けられる方というのは、ケアマネジャーや訪問看護師から勧められることが多いと思います。私たちも事業のご案内はしますが、その方が実際に行ったか、どういう結果を得たかというのを、ケアマネジャーが利用者を介して把握するのは難しいと思います。例えば、この結果を訪問看護師やケアマネジャーに通知していいか許可を得ておいて、通知するのが良いのではないかと思います。

(委員)

参考2（摂食・えん下機能支援事業リーフレット）の3ページをご覧ください。委員よりご指摘いただいたことが既に盛り込まれております。検査結果を紹介者に送付することを同意するという欄があり、同意があった場合には、実際にケアマネジャーなどの紹介者に結果を送っています。

(部会長)

資料3のP16に課題が記載されています。まだ摂食・えん下機能支援事業は始まったばかりですので試行錯誤を重ねながら進めることになると思います。今年度、事例検討会などもあります。様々な事業をより良くなるように進めて行ければと思います。せっかくよい取り組みをしているので、もう少し申込者数が増えてもよいと思っています。周知に少し力を入れれば、更に参加者も増えると思います。参加者が増えるほど現場が大変にはなりますが、そのなかでより良い形を作って行ければと思います。その点については事務局も含め、ご相談させて頂きながら事業のより良い方向性を決めていければと思います。

(委員)

摂食・えん下機能支援事業のパンフレットは、介護認定の結果を通知する際に同封させて頂いています。

3—(1) 令和元年度練馬区医療・介護資源調査について

【資料4】の説明（事務局）

(部会長)

ご意見ありましたらお願いします。

(委員)

居宅支援事業所の看取りについては、特定事業所加算Ⅳを算定している事業所であれば、ターミナルケアマネジメント加算の算定数や入退院連携の算定数が基準を満たしていると取得できます。医療連携を行っている事業所の指標にもなるかと思いますが、そうした項目は必要ではないのでしょうか。

(事務局)

前回の調査では項目に入っていないですが、ぜひ追加したいと思います。

(部会長)

追加の方向で調整して下さい。

(事務局)

こちらの報告書(参考4)のP88以降に前回の調査票を載せております。こちらを参照して頂くとよりイメージが湧くのではないかと思います。

(部会長)

調査票を作成した段階で、委員の方々に改めて確認頂き、何か気付いたことがありましたらお知らせ頂ければと思います。

(事務局)

5月31日までに頂いたご意見については検討させていただきます。ある程度調査項目が固まった段階で、6月7日を目途に、委員、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡会や、居宅介護支援事業部にご確認頂くことを考えております。

(部会長)

せっかくの調査です。各団体を通じて調査についてよく周知して頂くようにして下さい。

(委員)

介護資源調査と直接関係ないのですが、家族の意向調査をどこかで入れて頂ければと思います。参考4のP50に「患者や家族の在宅療養の理解の向上の必要性」という項目があります。いろいろな不安があって在宅療養に踏み出せないこともあると思うので、家族の意向を尋ねる項目を関連させて追加して頂けるとありがたいと思います。

(委員)

要望頂いた項目に関してですが、今回の調査は医療機関などのサービス提供側への調査だと思います。ご利用者側の調査は、高齢者施策担当部で実施しています。高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画を作成するに当たり、3年に1回、高齢者基礎調査を実施しております。ちょうど今年度、実施年にあたるので今後項目等について検討を進めることになっています。前回の調査では、在宅療養を継続するために必要なこと、在宅療養での希望といった調査項目を入れていきますので、今のご意見を伺いながら、今度の調査項目を検討したいと思います。

3—(2) 在宅療養ガイドブック「わが家で生きる」の改訂について

【資料5】の説明(事務局)

(部会長)

ご意見ございましたらお願いします。

(委員)

「わが家で生きる」をいつも使わせて頂いています。患者さん・家族との日頃の面談でお渡ししてお話をする事が多いです。とてもよい内容だと思います。P12、がん末期の方の療養生活のところで、末期の前の段階から載せて頂けるといいのではないかと思います。がん患者さんの療養生活では、がんが見つかり、手術や放射線治療をし、その中で転移・

再発して積極的な治療が難しくなり、退院や終末期前期となります。しかし、冊子のように突然、末期の話になると、患者が自分の置かれている状況が分からなくなるのではないかと思います。終末期よりもう少し前段階から書き始めてあると非常にいいのではないかと思います。

終末期の定義ですが、がんの根治治療が難しいこと、治療よりも症状の緩和が目的となることが定義にあたるかと考えています。しかし、根治治療が難しく再発や転移していても化学療法をしている方がいますので、がんの根治治療は難しく積極的な治療も難しくなった段階や、がんに対する治療の適応が難しくなった段階なども必要かと思えます。もう少しそのあたりのことを考慮して内容を追加して頂ければと思っています。

高齢者の方にお渡しする機会が非常に多いので、字を大きくしてイラストを増やして頂けるとありがたいと思っています。

(委員)

がん末期だけでなく緩和ケアについても盛り込んで欲しいとのご意見を頂きました。確かに、緩和ケアはがん発見当初から始めていくものだと思います。もう少し工夫させて頂きたいと思っています。また、字の大きさやイラストについても工夫させて頂ければとは思いますが。現時点のものは内容を絞り込んだものですので、内容について工夫させて頂きたいと思っています。

(委員)

「わが家で生きる」にあるようなことを、病院だけが勝手に考えているのではなく、練馬区も同じように考えているということが、患者さんと家族には響きます。より良いものができればと切に願っていますので、お手伝いできることがあればと思いました。

(部会長)

ありがとうございます。

(委員)

P8の脳卒中のところ、「2 回復期の治療」があります。区民がこの部分を読むと、脳卒中を起こした人は皆、リハビリをすと思いかねません。麻痺がある場合など、必要に応じてリハビリを行うのが実際ですので、修正して頂きたいと思っています。回復期リハビリテーション病院以外にも、老健などでもリハビリを実施しています。その方の状況に合わせてどこでリハビリを行うのかを決めるので、こちらも修正して頂ければと思います。

また、最後のページの地域包括支援センターの一覧表をよく使わせて頂いていますが、青を組み合わせた表だと、ご高齢の方が見づらく感じるの見やすい色に修正して頂けるとありがたいと思います。地図も入っているとありがたいです。区民へお渡しした際に、「(地域包括支援センターの) 場所、どこかしら」と聞かれた時には、大きな地図を印刷し渡しています。ただ、わが家で生きるに地図が載っていれば、その冊子だけで完結するのでありがたいとです。

(委員)

ご指摘頂きましたように、P8の脳卒中の方、全てが回復期リハビリテーション病院でリハビリを行うわけではありません。しかし、区民の方にできるだけ分かりやすくイメージ

を持って頂けるように作成しています。確かに、老健でもリハビリを行っていることなど抜け落ちている情報はあります。もう少し表現などを工夫させて頂きたいと思っております。ただ、全体的な趣旨は、大きな流れを区民の方に理解して頂くことにあります。地域包括支援センターの表の色合いは確かに見づらいと思しますので、工夫させて頂きます。

(委員)

地域包括支援センターの地図は「すぐわかる介護保険」の冊子には掲載していますし、地域包括支援センターのパンフレットにはより大きな地図を掲載しています。

「わが家で生きる」の考え方として、これだけで済ませられるようなオールインワンにするのか、それとも情報を絞って全体を理解しやすくした上で、個別の詳しい内容は専門の冊子に任せるのか、どちらがいいのかという問題はあると思います。今回ご提案させて頂いた中でも、介護保険の説明は「すぐわかる介護保険」を読んで頂くという考えで作成しています。現場、区民の方々、特に高齢者の方にとって、どうすれば分かりやすいのか、事務局で検討させて頂くことになると思います。

(部会長)

まずは冊子を手にとって頂かないと何も始まらないので、ボリュームを抑えて手に取りやすいものにするというのは作成時に念頭に置いていたと思います。今回頂いた点については、ご意見を踏まえつつ、複数パターンを作成しながら検討を進めたいと思います。

(委員)

ACPの部分については、最期のときではなく、その日までどう生きたいかというニュアンスだとよいと思います。ここにある内容は、とても分かりやすいので、もちろん残して頂きたいのですが、最期の日まであなたはどうか自分らしく生きたいか、あなたにとってあなたらしい最期は何か、とした方が明るい印象があります。

日本人の文化的に、いきなり最期の話をしようとなると気が滅入ると思います。人生の最期の日までどう生きたいかという問いかけがよいと思います。そのように話を持っていくと、考えてみようと思うのではないかと考えています。

神戸大学の緩和ケアが専門の先生が作ったパンフレットがあります。そのパンフレットでは、導入として「あなたの大事な人は誰ですか」、「その人が大事にしているものは何ですか」、「自分で意思を伝えられないときに、誰にお願いしたいですか」という問いかけで始まります。このような考えやすい問いかけから始めると、「じゃあ少しチェックしてみようか」となりやすいのではないかと思います。アンケート、チェックボックスのようなものがあればいいかなと思います。

考えておきたいこと、話しておきたいことは、とても具体的なことからぼんやりしたことまでをうまく配置してあります。考えやすいものを少し残しておき、そこを切り口にして、気付いたら話し始めていたとするような工夫が必要かと思えます。相手があつてのことなので、自分の中で整理するところから、それを語るというところまでうまく繋げていけるような、少し明るめの雰囲気がいいかなと思いました。

(委員)

私も今の意見に賛成です。このガイドブックは、これから在宅療養を迎える人、既に在

在宅療養をしている人、その家族など、さまざまな方々が目にします。自身が病気の場合と、健康な場合とでは、アドバンス・ケア・プランニングについて考えることの意味合いは全然違います。いかにACPを区民に広めていくか、なぜ今ACPについて考える必要があるのかということから、もう少し工夫が必要かもしれません。

「もしものとき」というと、もう亡くなる時以外を意味しないと思います。例えば、参考6「住み慣れた街でいつまでも」のP6、7では「心積もり」という言葉を使っています。そういう中で、もしものときどうするかという表現をもう少しオブラートに包んだところから始めた方が、皆さんが抵抗なく考えられるのではないかと感じます。

元気なおばあさんは、「私はピンピンコロリで逝きたい」、「自然にポックリ逝ければ一番いい」と言います。しかし、死ぬときのことを、われわれも含めて十分に考えられていない現状があります。そうした人々に向けて、どうすれば抵抗なく自分自身で考え始められるのか考える必要があると思います。直接、具体的に問われると逃げてしまうけれど、自身の課題から考え始めてACPに辿り着くような方法を検討した方が、区民の人に普及させやすいのではないかなと思います。

(事務局)

ACPを自分事として捉えるにあたり、最期をどこで迎えたいか、皆がどう思っているのかをデータから見えていく方法もあると、委員の方から事務局に事前に提案があり、今回こちらの冊子（「最期まで自分らしく暮らし続ける（東京都福祉保健局）」）を資料として提出させて頂きました。

「わが家で生きる」のACPのページの狙いは、ご意見があったように、まずACPを皆さんに知って頂くことにあります。ひとつひとつの具体的なチェックボックスを埋めていくこと、それがACPだと捉えて欲しくないこともあり、少し抽象的な書き方をしています。

「わが家で生きる」のコンセプトとしては、自宅で受けられる医療や介護の選択肢のひとつとして、在宅療養があることにまず気付いてもらうことがあります。ACPに関するページは4ページあります。読み進めながら、自分のことかも、あるいは自分の親のことかもというように思いを巡らせてもらえればと考えています。

(委員)

余命幾ばくもない人に、「最期、このまま在宅でいいですか、それとも病院がいいですか」と聞くと、患者さんは「家族にお任せします」と言います。家族に聞くと「先生にお任せします」と言います。このような状況があります。みんなで考えていかななくてはならないことですが漠然として考えにくいということもあります。病気ごとに経過の例を示してはどうかと思います。例えば、日本医師会の資料では、人生の最期に至る軌跡をいくつかパターンで示しています。交通事故、心筋梗塞、くも膜下出血など突然亡くなるというパターン、がんなどで数カ月で亡くなるパターン、呼吸器疾患や心不全のように、一進一退を繰り返しながら徐々に低下していくパターンがあります。また老衰やフレイルのように状態が悪いまま低空飛行で推移していくパターンもあります。

また「最期まで自分らしく暮らし続ける（東京都福祉保健局）」には、最期をどこで迎えたいかとかについての調査が掲載されています。区で実施した調査でもある程度の結果は

出ているのではないかと思います。

ACP を考えるときに延命処置だけを考えてしまい、呼吸器を止める、胃ろうを止めることだけをイメージしている人もいます。そうしたことだけではないことを分かりやすく説明しないと、誤解を受ける可能性もあります。

(委員)

この「わが家で生きる」を、老健の方にも何冊か送って頂いています。老健に面談・相談に来るご家族は、これを読むだけの余裕がありません。せっかくいいもの作って頂いても、配布のタイミングも重要だと思います。渡すタイミングを皆さんで考えた方がいいのかなと思いました。

(事務局)

元気なうちから、「わが家で生きる」を読んで頂きたいと思っております。資料5の下のところにも書いてありますが、区立施設、図書館などでも配布しています。その他、練馬区役所の1階のアトリウムのパンフレット棚にも配置しています。クリニックや薬局でも配布しています。元気な方にとっては読み物として、ご利用いただければと考えて配布しております。クリニックの待合室などで簡単に読めるようにしたり、身近なところから取り組んでいければいいのかなと思っています。

(委員)

ケアマネジャーとしても活用させて頂いています。利用者さんやご家族に説明するのに、先ほどあったように、区全体としてこのように在宅で生きる人を支えていると分かってもらうだけで、利用者さんやご家族には響きます。前回作成した時にも申し上げましたが、例えば片まひやターミナルになり医療依存度が上がった状態で病院から在宅に帰ってくる場合、皆さん、まず家の環境を考えます。介護ベッドが借りられるか、車いすが借りられるか、手すりが付けられるか。そうしたことを考え、退院する際にベッド買って帰ってくる人や、車いすを買ってしまったという人がいます。住まいの環境を整えるサービスがこのチームの中にあることを、P6、7でぜひ表現してもらいたいと思います。

(事務局)

ありがとうございます。

(部会長)

様々な意見を頂きました。特にACPの部分はどう表現するのかが非常に難しい問題です。全体的にオブラートに包んだような書き方が出来ないかどうか少し工夫して頂こうと思います。今回提案させて頂いたACPのページを少し修文して、次回に確認して頂く流れになるのでしょうか。介護保険の部分も、ページを減らした場合の例を一度見て頂けないかなと思います。単にページを減らすというだけでは、何が減るのか分かりませんし、減った結果で内容が不十分になってはもったいないです。次回、案を出して頂ければと思います。その他のページの部分も、頂いたご意見を反映させたものを提示させて頂き、少しずつブラッシュアップして進められればと思います。

(委員)

「住み慣れた街でいつまでも(参考6)」は、練馬区の在宅療養ガイドブックのコンセプト

トと同じで、住み慣れた自宅で、いつまでも自分らしくということだと思います。この中で、最初に地域包括ケアシステムの基盤、いわゆる植木鉢の受け皿のところ、本人の選択、本人・家族の心構えが在宅医療の中心になると思います。そこでまず、このような本（参考6）の構成のように、最初にACPを持ってきて欲しい。その上で、それを支えるのが多職種、かかりつけ医であったり、ケアマネジャーだったり、いろいろな職種で支えていくという構成がいいのではないかと思います。

(委員)

「わが家で生きる」を最初に作ったときには、いろいろなディスカッションがありました。盛り込みたいこともたくさんありました。対象を誰にするか、どの時期に配るかなど、相当に議論を重ねて作っています。完成までこぎ着けたときには、とてもよいものができたと思いました。

委員の方、実際にこの冊子を利用されている方には、もっとこれもあった方がいい、あれもあった方がいいという意見があると思います。ただ、盛り込み過ぎると、ページ数が増えていきます。がんの初期から終末期まで入れてしまうと冊子が分厚くなってしまいます。絵を増やすと字が少なくなるので内容が薄くなってしまうことも考えられます。全体のバランスが非常に大事になります。いくつか原案を作って頂いて、最終的にどれを選ぶか議論していけばよいと思います。私は初期から関与しているので、作成する中で、盛り込みたい内容はたくさんありました。その中で取捨選択した結果、今の「わが家で生きる」が出来上がったこともご理解して頂かなくてはならないと思います。

最初にこの冊子を作成したときには、病院から自宅に退院せず施設や療養型の病院に行ってしまう人を、どうにか在宅の方向性に導くために、選択枝としてこうした知恵があることをみんなに分かってもらう、そのための第一歩となるものにするという目的がありました。これを利用した結果、いろいろプラスアルファが出てきたということなので、その上での改訂を考えることが大事であると思いました。

(部会長)

素晴らしいまとめをありがとうございます。事務局でいくつか案を作成して頂いて、それをもとに次回議論を深めていただければと思います。

4—(1) 認知症専門部会からの報告

【参考8】の説明（事務局）

5 その他

(委員)

練馬区はつらっライフ手帳（参考5）を初めて拝見しました。これはどのような形で、どのように配られていますか。

(委員)

区立施設で配布しています。ご希望があれば、お送りすることはできると思うので、所管している高齢社会対策課、もしくは高齢者支援課へご連絡頂ければと思います。

(部会長)

高齢者の方を主に対象にして保健相談所でも配布しています。

(委員)

老健の利用について、前回のときにもいろいろと話題になっていました。いい資料も作りましたが一般公開できなくなり非常に残念です。在宅療養をしてレスパイトで病院に入院している人もいますが、老健の利用の仕方についても工夫の余地があると思います。区内は老健が多く、利用できるベッドもあるでしょうから、どのように活用したらよいかを、この専門部会の検討項目の一つとしてはいかがでしょうか？老健をもっと理解をする必要があると思います。やはり在宅が難しい状況の人もたくさんいるでしょうし、レスパイト入院する場合もあります。一時的に在宅以外の場を利用することが必要な場合あると思います。そういう意図で、老健の活用について考えるよい機会と思いました。これだけのメンバーがいるので、もっと多角的にいろいろなことを考えられるような新たな試みもぜひ検討することを期待したいと思います。

(事務局)

介護老人保健施設の利活用に関して、平成 29 年度までに区民向けのガイドブックと、専門職向けのガイドブックを作成しました。細かい医療処置などが記載されている専門職向けのものは医療法と介護保険法の関係で専門職のみの配布にはなっていますが、どう活用するかは、まだ議論が尽くされていません。まさにご指摘の通りだと思います。先ほども摂食・えん下機能の事業の話もありましたように、ST がいる老健もあると思いますので、例えば、通所のケアで受けられるのかなど、老健の活用について議論できればと思います。

(部会長)

ありがとうございました。本日、各委員の皆さまから頂きましたご意見等につきましては、また事務局で整理し、また次の機会等に、皆さまにご確認頂ければと考えております。お忙しい中、長時間にわたりご意見をありがとうございました。

以上