

第7期 練馬区高齢者保健福祉計画・
介護保険事業計画

施策④ 医療と介護の連携強化

参考資料

平成29年4月26日

参考データ

第1号被保険者数および要介護認定者の状況（平成29年2月末現在）

・高齢者の2割が要介護認定を受けている

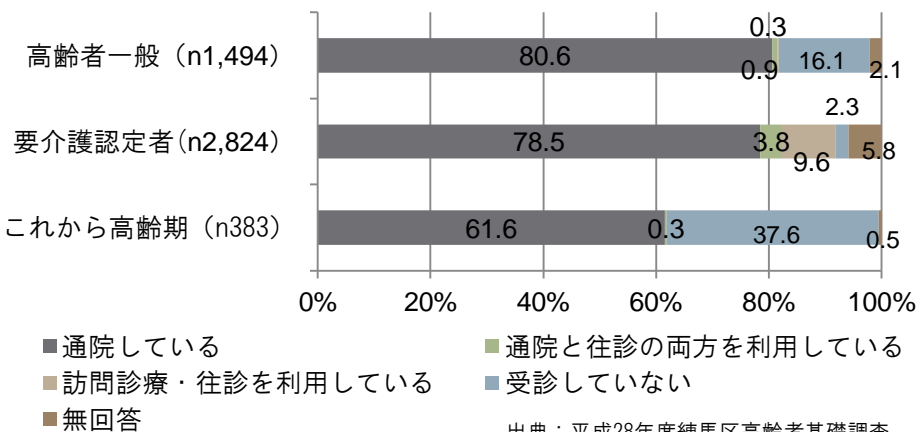
（単位：人）

第1号被保険者数		区分	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計	認定率
157,982		第1号被保険者	3,456	3,930	5,709	6,734	4,323	3,637	3,244	31,033	19.6%
65歳以上 75歳未満	75,400	65歳以上 75歳未満	414	492	666	844	511	407	370	3,704	4.9%
		75歳以上	3,042	3,438	5,043	5,890	3,812	3,230	2,874	27,329	33.1%
75歳以上		第2号被保険者	48	61	99	131	91	78	109	617	
		合計	3,504	3,991	5,808	6,865	4,414	3,715	3,353	31,650	
		構成比	11.1%	12.6%	18.4%	21.7%	13.9%	11.7%	10.6%	100%	

出典：介護保険状況報告（平成29年2月分）抜粋

医療の受診形態

・高齢者の8割が医療を受けている



出典：平成28年度練馬区高齢者基礎調査

区内の医療と主な介護サービス事業所

・高齢者を支える資源の連携が必要

種別	数	種別	数
病院	20	診療所	493
歯科診療所	461	介護老人保健施設	13
居宅介護支援事業所	224	訪問看護	52
訪問介護	195	通所介護	69
小規模多機能型居宅介護	16	認知症対応型共同生活介護	33
地域密着型通所介護	128	認知症対応型通所介護	17
短期入所生活介護	33	短期入所療養介護	15

病院：平成29年4月現在

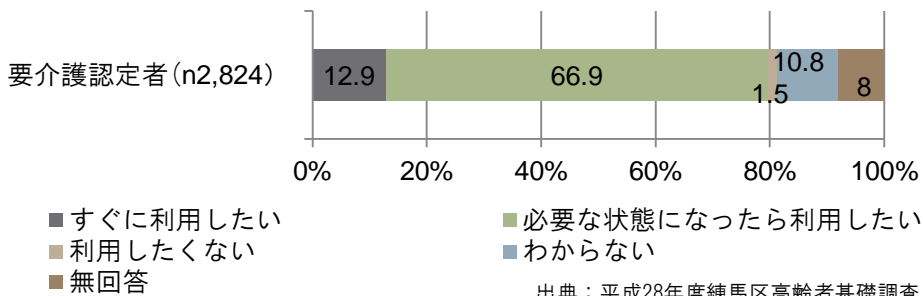
診療所・歯科診療所 平成28年11月現在

介護サービス事業所 平成29年3月現在

参考データ

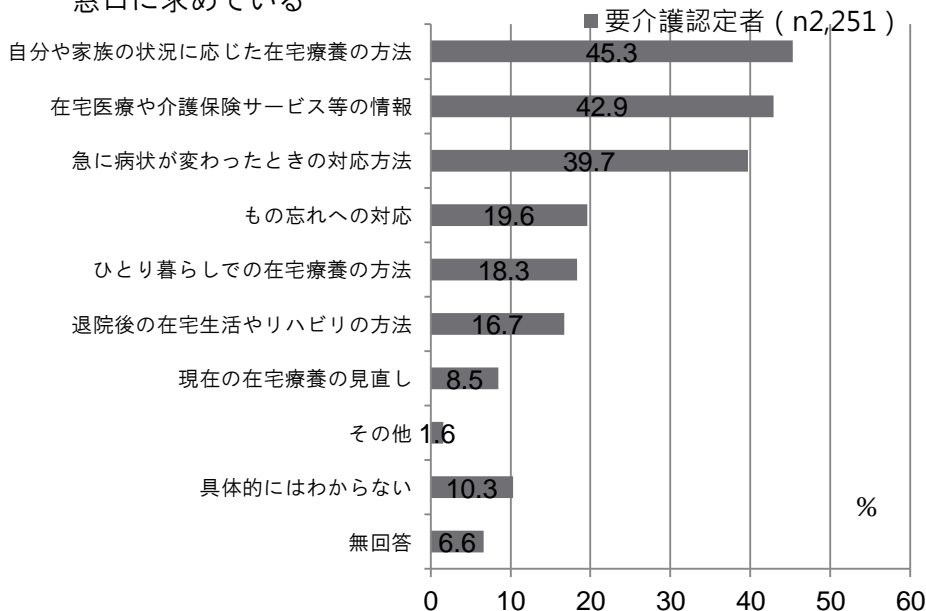
医療と介護の相談窓口の利用意向

・約8割の要介護認定者が利用したいと回答



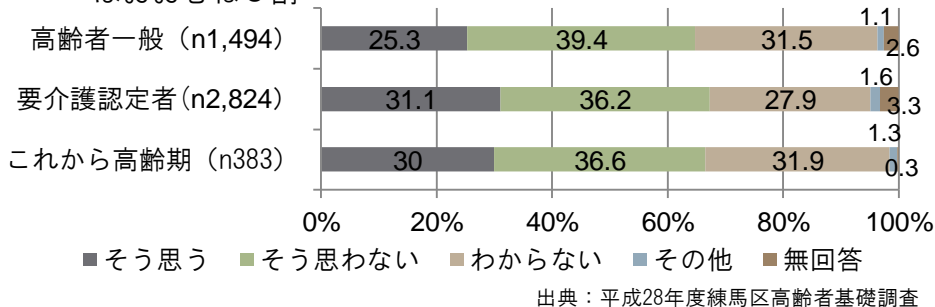
医療と介護の相談窓口で相談したいこと

・要介護認定者は具体的な在宅療養の方法や情報提供を窓口で求めている



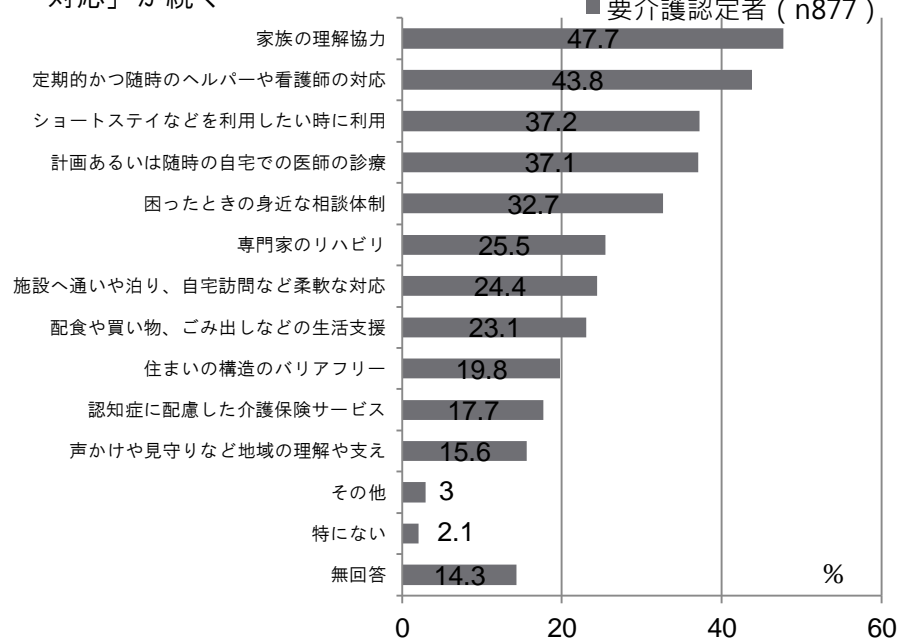
在宅療養の希望

・長期療養が必要になった場合、自宅で生活したい高齢者はおおむね3割



在宅療養を継続するために必要なこと

・「家族の理解協力」が約5割、次に「医療や介護の随時対応」が続く

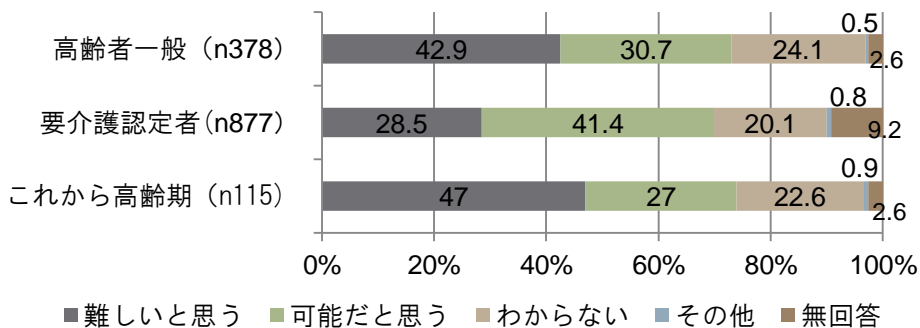


参考データ

在宅療養の実現の可能性

在宅療養の希望で「そう思う（在宅療養をしたい）」と回答した人の実現可能性

・高齢者一般、これから高齢期では4割強の方が難しいと回答

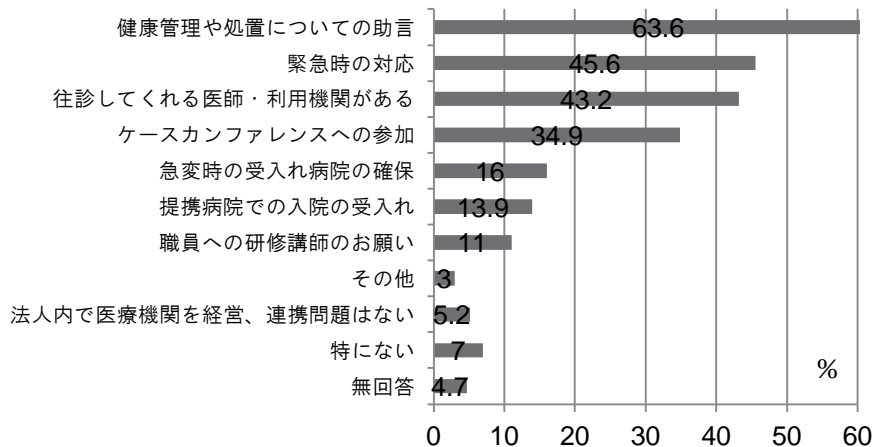


出典：平成28年度練馬区高齢者基礎調査

医療機関との連携で取り組んでいること

・健康管理や緊急時対応、往診等での連携が図られている

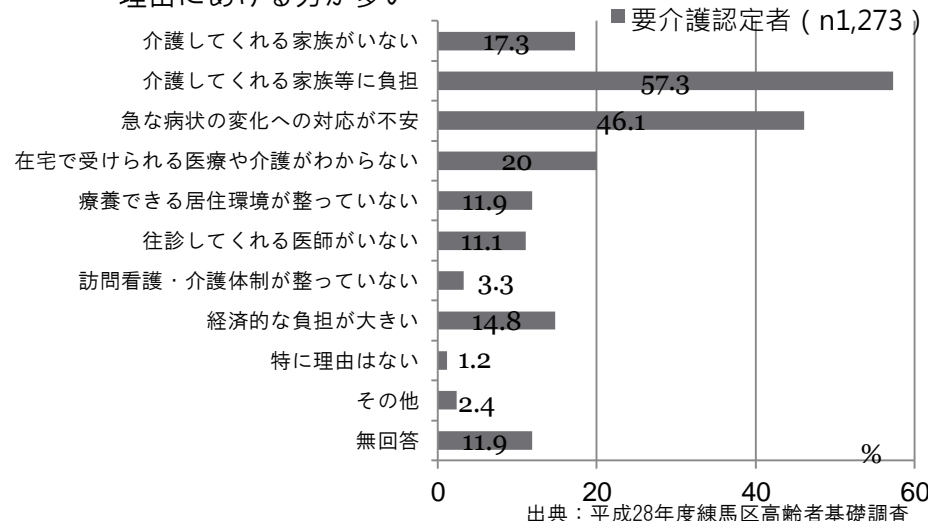
■介護サービス事業所 (n599)



出典：平成28年度練馬区高齢者基礎調査

在宅療養が難しいと思う理由

・「家族の負担」に続き「急な病状の変化への対応」を理由にあげる方が多い

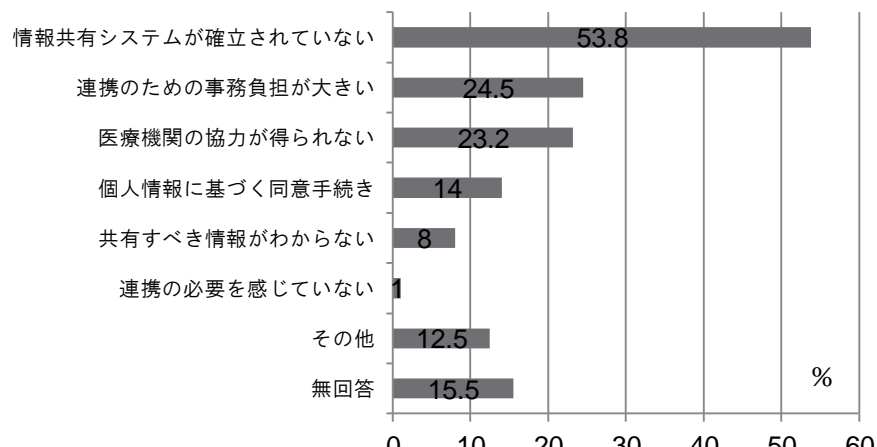


出典：平成28年度練馬区高齢者基礎調査

医療機関との連携を進めるうえでの課題

・「情報共有システムが確立されていない」が5割を超える

■介護サービス事業所 (n599)



出典：平成28年度練馬区高齢者基礎調査

取組 2 区民と区、区民同士がつながる情報受発信の仕組みをつくりま

- ③ 区民が知りたい情報を入手し横断的につながりやすい仕組みをつくりま
高年齢者などが、医療や介護に関する情報をまとめて見られる医療介護情報
サイトを開設します。

取組 7 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせる環境をつくりま

- (2) - ③ 高齢者や家族を支える窓口を強化します
高齢者相談センター支所を、より身近で利用しやすい窓口とするため、出張所
の跡施設などへの移転を進めるとともに、在宅療養など医療と介護の連携に関す
る相談を充実するなど、支援体制を強化します。

取組 9 安心して医療が受けられるように地域医療を充実します

- ② 在宅療養ネットワークを構築し、地域包括ケアシステムを確立します
平成29年4月、大泉学園町に新たな病院が開院します。新病院は、回復期
リハビリテーション病院として急性期を脱した患者の受け皿となります。また、
在宅に戻るまでの医療を提供する施設としての役割も担い、地域の診療所や介
護事業者などと在宅療養ネットワークを構築します。これを中心に、地域の皆
さんとも連携して、介護予防、住まい、生活支援を含めた地域包括ケアを確立
します。この成果を他の地域にも広げていきます。

現在の主な取組

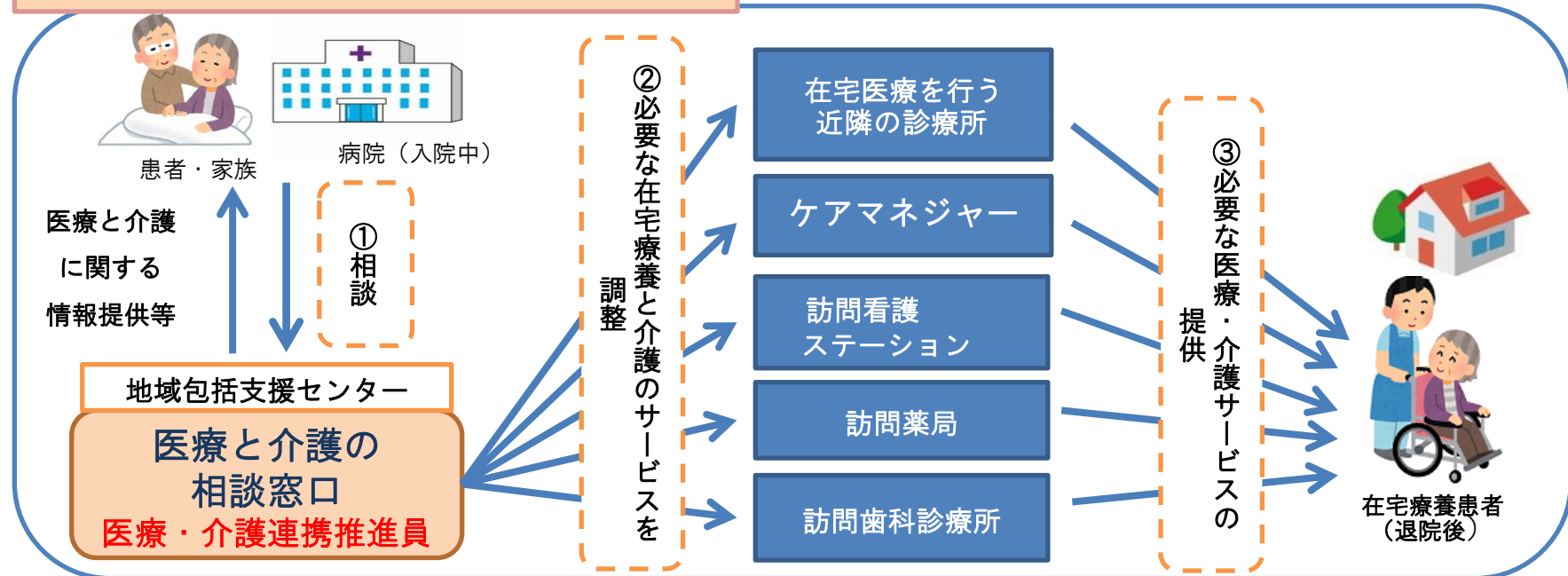
事業名	事業概要	平成28年度実績
1 医療と介護の相談窓口の支援力強化		
医療と介護の相談窓口		別紙
認知症（もの忘れ）相談事業 認知症初期集中支援チーム	認知症専門医の協力を得て高齢者相談センター本所4か所で認知症相談を実施。必要に応じて訪問相談を実施	4か所×9回 相談 延98件 訪問相談 延24件
在宅療養に関する研修	医療と介護サービスのコーディネート支援力向上のためケアマネジャーを対象に実施	地域カンファレンス 4回 受講者164名 全体報告会 1回 受講者122名
2 在宅療養ネットワークの充実		
在宅療養推進協議会	医師、介護サービス事業者、介護家族等と在宅療養の推進のための課題抽出や施策を協議	在宅療養推進協議会 2回 在宅療養専門部会 3回
事例検討会・多職種交流会		別紙
医療・介護連携シート		別紙
情報共有ツールの活用	医師会においてICTツールを用いた医師と介護サービス事業者の連携を試行的に実施	在宅療養推進協議会在宅療養専門部会にて試行中の意見を共有
訪問看護同行研修	病院看護師等に在宅医療のイメージを持っていただくため、訪問看護師に同行して患者宅での在宅医療を学ぶ	出前講座 1病院 参加40名 同行訪問 4病院 参加30名 振返研修 1病院 参加12名
退院支援の課題抽出	退院支援が円滑に行われるよう、病院と在宅サービスとの連携上の課題を抽出する意見交換会を開催	意見交換会の開催 4病院×2回
3 在宅療養を支える医療・介護等の普及啓発と利用促進		
在宅療養講演会・在宅療養ガイドブック・医療と介護の情報サイト		別紙
後方支援病床の確保	在宅療養患者の緊急入院や短期間の受入れに対応するため、医師会の医療機関の協力を得た後方支援病床を確保	13か所 利用件数 延152件
介護老人保健施設ワーキンググループ	急性期の入院後、在宅復帰に向けたリハビリを行う介護老人保健施設の現状と課題、さらなる利用促進のための調査研究	事前調査 1回 ワーキンググループ 3回

現在の取組

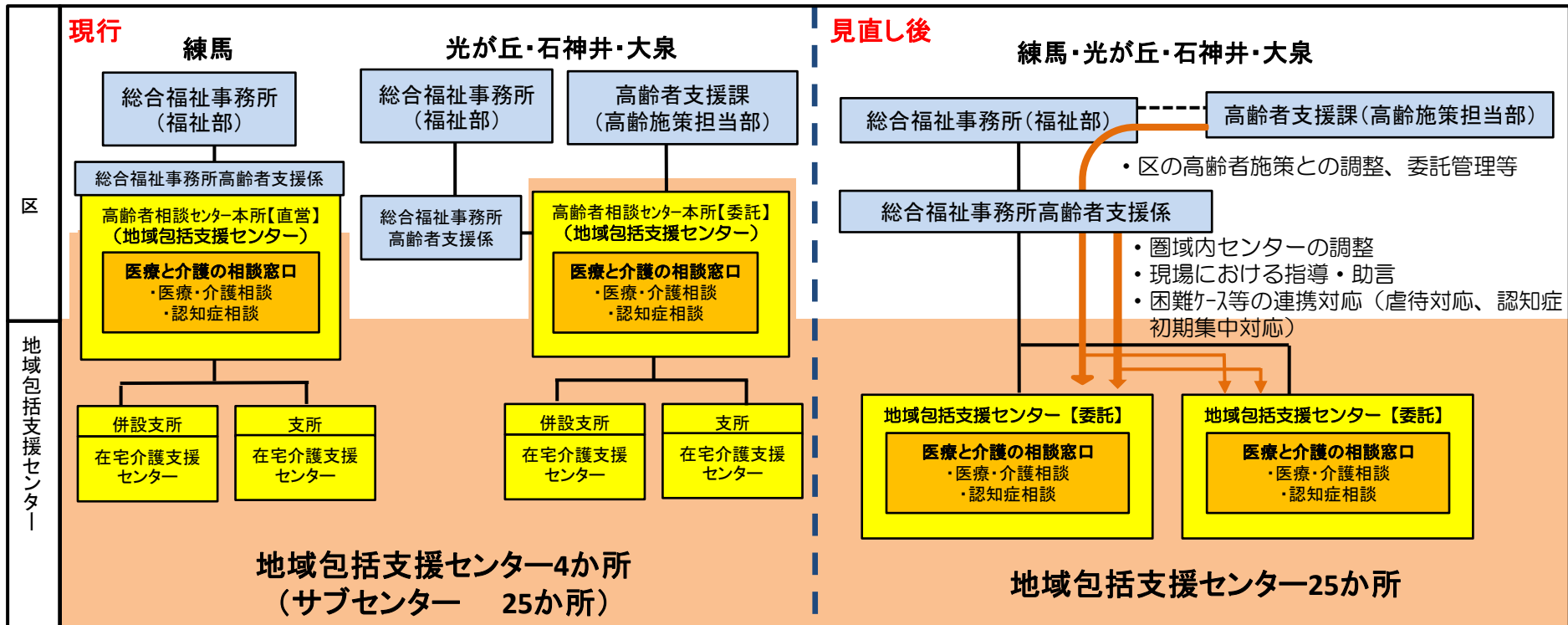
医療と介護の相談窓口

- 高齢者相談センター本所4か所に設置
- 医療と介護のコーディネーターである **医療・介護連携推進員**を配置
- 退院後などの **在宅療養に必要な支援を構築**
- 4所で年間約3,000件の相談に対応
- 平成28年度実績 3,065件

医療・介護の連携支援が開始するまでの流れ



- 4か所の高齢者相談センター本所(地域包括支援センター)と25か所の支所(サブセンター)から25か所の地域包括支援センターに再編
- 本所と併設支所は統合。在宅介護支援センターは廃止し、在宅介護支援センター業務は、地域包括支援センターが引き継ぐ
- 区高齢者施策との調整は高齢者支援課が行い、4圏域ごとにおける各センター間の調整、指導・助言は総合福祉事務所が実施
- 再編に伴い、すべての地域包括支援センターを委託で運営
- 再編後、センター職員を増員
- すべてのセンターに医療・介護連携推進員、認知症地域支援推進員を配置し、「医療と介護の相談窓口」を全センターに開設
- 名称を「高齢者相談センター」から「地域包括支援センター」へ変更
- より身近で利用しやすい窓口とするため、出張所跡施設などへ移転(平成29年度から順次実施)



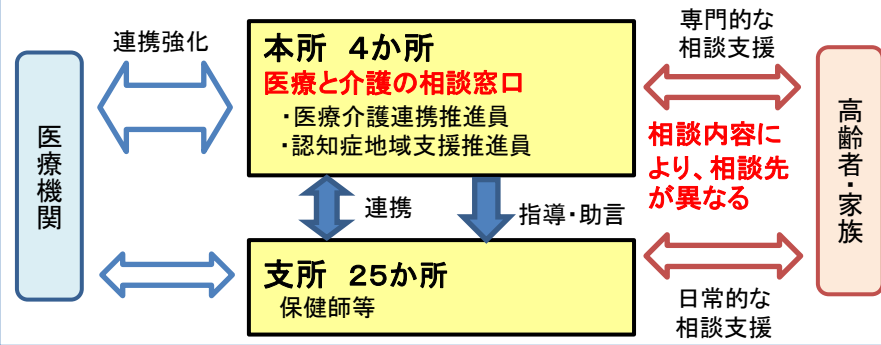
医療・介護相談体制の充実

(30年度から実施)

医療と介護の相談窓口を、4か所から25か所に増設。また、医療・介護連携と認知症相談支援の推進員を全ての窓口配置

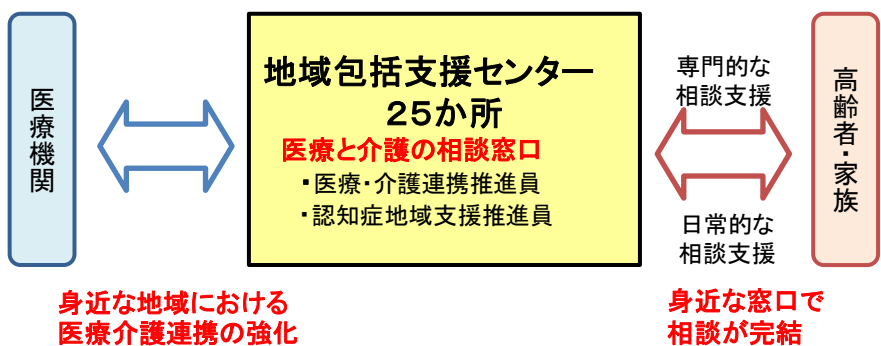
現状

医療と介護の相談窓口の設置により、医療機関と各推進員との連携が進んだ一方、窓口と支所で役割が分かれているため、区民にとっては、支援の過程で窓口の推進員から支所の相談員に支援者が変更することがあった。



見直し後

全てのセンターで、専門的な相談支援と日常的な相談支援を一体的に実施。身近なセンターで相談が完結し、**利便性が向上**する。



ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業の新規開始

(29年度から3か所モデル事業 30年度から全センター実施)

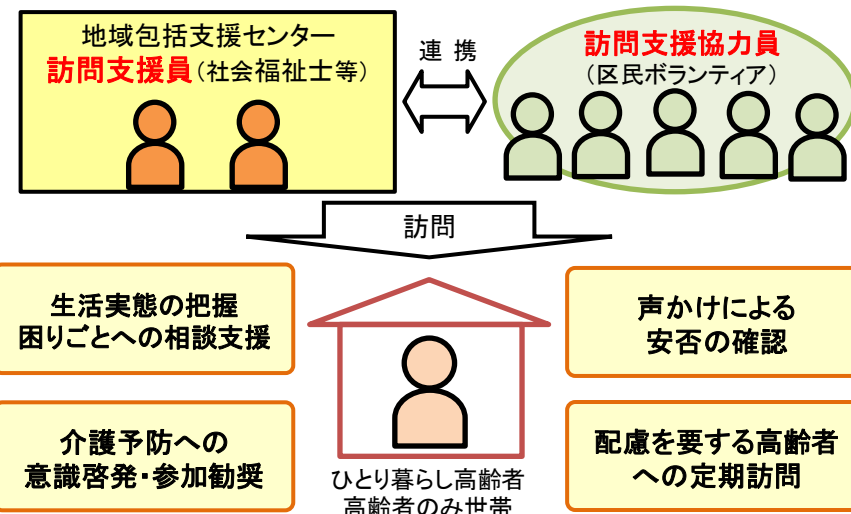
地域包括支援センターと区民ボランティアが連携して、ひとり暮らし高齢者等の自宅を訪問し支援につなげる訪問支援事業を開始

現状・課題

- 練馬区のひとり暮らし高齢者は平成29年1月現在、約4万9千人。ひとり暮らし高齢者は要介護認定率が高い
- 今後さらに増加するひとり暮らし高齢者が地域で孤立することのないよう介護予防や相談等の必要な支援につなげる必要がある

事業概要

- 全ての地域包括支援センターに、訪問支援員(社会福祉士等の専門職)を新たに2名ずつ配置。区民ボランティア(訪問支援協力員)と連携して、ひとり暮らし高齢者および高齢者のみ世帯を訪問
- 生活状況等から定期的な訪問が必要と判断した方について、訪問支援協力員による定期訪問を実施。認知機能の低下等を早期発見し、センターにつなぐ。
- 平成29年度より、街かどケアカフェを併設する高齢者相談センター支所(高野台支所、南大泉支所、中村橋支所)において、モデル事業を実施



現在の取組

事例検討会・多職種交流会

- 多職種を理解し、顔の見える関係づくり
- 区内4地区で各1回開催
- 地区内の実際の事例を用いた検討
- 地区内の医療・介護関係者が講師・パネリスト
- 参加者は地区内の事業者が優先的に参加
- 交流会では、積極的な交流と情報交換
- 平成28年度実績

4回 参加者延327名 傍聴163名



	平成28年度のテーマ	講師・企画
第1回	胃ろうは幸せにつながるの？ ～コミュニケーションが取りにくいパーキンソンの症例～	在宅医
第2回	多職種でがん患者の在宅療養を支える ～専門職はいつから、どのように関わるのが良いか～	在宅医
第3回	多職種で考える。視力障害を持つひとり暮らしの方の支え方 ～より長く、住み慣れた自宅で過ごしてもらうために～	薬剤師
第4回	地域で支える老老・認認生活 ～1日でも長い夫婦生活のために～	訪問看護師

現在の取組

医療・介護連携シート

- 一人の**高齢者に関わる医療機関**や
ケアマネジャーなど**担当者がわかる**
- おくすり手帳や保険証等と一緒に携帯
できるサイズ
- 高齢者相談センターやケアマネジャー
のいる居宅介護支援事業所で配布中
(15,000部)

こんな時に使用します

医師から 介護の現場でも医療的な配慮をしてほしい。
連絡先はどこですか？

ケアマネジャーなどから この症状は、お医者さんに伝えたい。
かかりつけ医は誰ですか？

かかりつけ医



〇〇さんのケアマネ
ジャーさんですね。
こんなことに気をつ
けてください。

ご自身からうまく関係先を伝えられないけど・・・
連携シートを
見せることで
必要な情報が
スムーズに
伝わります。



連絡



はて？
どこだっけ？
誰だっけ？

ケアマネジャーなど

承知しました。
症状に変化が
あればお伝え
します。



●利用している医療機関

記入日	診療科目	医療機関
		名称 電話番号 担当者名
		名称 電話番号 担当者名
		名称 電話番号 担当者名
		名称 電話番号 担当者名
		名称 電話番号 担当者名
		名称 電話番号 担当者名
		名称 電話番号 担当者名
		名称 電話番号 担当者名

●利用しているサービス

記入日	サービス種別	実施機関
		名称 電話番号 担当者名
		名称 電話番号 担当者名
		名称 電話番号 担当者名
		名称 電話番号 担当者名
		名称 電話番号 担当者名
		名称 電話番号 担当者名
		名称 電話番号 担当者名
		名称 電話番号 担当者名

現在の取組

在宅療養講演会

- 在宅医を中心に**在宅療養を紹介する講演会**を区内4地区で各1回開催
- 大規模講演会（参加152名）では、自宅看とりを取りあげた映画の上映や講演を実施
- 参加者の7割以上は「**将来、医療や介護が必要になっても自宅で暮らしたい**」と回答

	平成28年度の講演会テーマ	講師・パネラー
地区別小規模講演会	住み慣れた我が家で安心して最期まで生きる ※ 4地区同テーマで開催	在宅医・病院医師 医療・介護連携推進員 他
大規模講演会	今、みんなで知っておく自宅での療養生活 ※ 映画上映と講演	映画監督

在宅療養ガイドブック

- 在宅療養ガイドブック「**わが家で生きる**」を発行（42,000部）

医療と介護の情報サイト

- 区ホームページから医療と介護サービス、生活支援サービスがまとめて見られるサイトを厚生労働省のシステムを活用し、平成29年1月開設

