

1 多職種の連携強化

(1) 医療と介護の連携

区内各地区における交流会

<目的>

在宅療養に関わる医療・介護等の関係者が集まり、相互理解を深めることで顔の見える関係を作る。

<概要>

区内4地区（練馬、光が丘、石神井、大泉）で、在宅療養や多職種連携に関する講演会や事例検討、懇親会を開催する。

現在、医師会主催で「主治医とケアマネの連絡会」と「主治医と訪問看護の連絡会」をカデンツァ光が丘で開催しているが、これを多職種を対象として4地区に分けて行うことを想定している。

多職種連携研修

<目的>

医療職は介護制度を、介護職は医療知識をそれぞれ身につけることで、相互理解の促進を図る。また、ともに研修を受講することで顔の見える関係づくりの一助とする。

<概要>

医療・介護関係者を対象とし、在宅療養推進の背景や多職種連携の必要性、医療職向けの介護知識、介護職にも理解できる医療知識について理解を深める研修を実施する。また、在宅療養に取り組むきっかけづくりとして、医師を対象とした講演会や訪問診療への同行を行う。柏市が東大高齢社会総合研究機構と共同で実施している多職種連携研修会をモデルとして練馬区版で実施したい。

- ①医師向け講演会
- ②多職種合同の事例検討会等
- ③訪問診療の同行

(2) コーディネート機能の充実

コーディネート能力向上研修

<目的>

在宅療養相談窓口以外の地域包括支援センター職員や、在宅療養においてコーディネート役を担う可能性のある職種にも、関係者に対して助言・情報提供・調整を行う能力を高めてもらう。

<概要>

ケアマネジャー・訪問看護・MSWなどを対象として、コーディネート能力向上のための研修を行う。東京都や豊島区が実施している在宅医療コーディネーター養成研修が参考になる。

(3) 情報の共有化

医療・介護・家族の情報共有ツールの作成

<目的>

家族を含めた関係者間で連絡や情報共有をしやすくし、連携を深める。

<概要>

本人の基本情報、病歴・治療歴、お薬情報、主治医やケアマネジャー等関係者の名称や連絡先、本人・家族の希望などを書き込めるノートを作成する。

足立区の「在宅介護ノート」や千代田区の「チームケアファイル」などを参考に内容を検討する。

連絡ツール（ICT・クラウド）の活用

<目的>

多職種が連携して患者を支援する際に、患者の情報をタイムリーに共有することができるようにする。

<概要>

ICTによる連絡ツールを試行的に導入する。各職種が訪問した時の患者の状況を掲示板に書き込むことで、紙媒体よりも迅速な情報共有と対応が可能である。(写真の共有も可)

他自治体での事例を参考にしながら、試行で導入するツールを決定する。

2 サービス提供体制の充実

(1) 人材の確保・育成

訪問診療・訪問看護への同行

<目的>

医療機関での勤務経験しかない医師や看護師に訪問の現場を体感してもらうことで、訪問への不安を軽減し、訪問診療や訪問看護を始めようとする意識をもってもらう。

<概要>

主にこれから訪問診療や訪問看護を始めようとする医師や看護師を対象として、訪問診療や訪問看護の現場に同行してもらう。

柏市でも実施しているように、医師については多職種連携研修の参加者の中から希望者を募ると効果的と考える。

(2) 24時間体制・後方支援病床の確保

後方支援病床の確保

<目的>

患者の病状変化に対応できる病床を確保することで、医師や本人・家族の負担を軽減する。

<概要>

患者の病状変化等により、在宅での療養が一時的に困難となった場合に、受け入れが可能な病床を区内に確保する。

アンケートでも「訪問診療を実施する医師を増やすために必要なこと」として医師からの要望が高い。また、現在実施している「高齢者等緊急医療ショートステイ事業」は、申請先が高齢者相談センターのみである等の課題があるため、利用手続きや確保方法を見直し、後方支援病床確保事業として実施していく。

3 区民への普及啓発・家族の支援

講演会・シンポジウムの開催 リーフレットの発行

<目的>

区民に在宅療養について理解を深めてもらうことにより、在宅での療養を選択肢の一つとして考えられるようにする。

<概要>

在宅でどんな医療・介護が受けられるのか、看取りや急変時の対応など、本人や家族が望む療養生活や最期について考える機会を提供する。

4 認知症に関する取組

認知症専門相談の充実

<目的>

認知症の早期発見・早期対応を推進する。

<概要>

高齢者相談センターにおいて実施している認知症専門医による専門相談の回数を増やす。

4所×年6回、計24回実施している認知症専門相談を医師会（認知症サポート医）の協力を得て、36回程度に回数増することで、相談者増への対応と予約から相談までの期間短縮を図る。

アウトリーチによる支援の充実

<目的>

必要な支援や診療に早期につなぎ、対応を図れるようにする。

<概要>

認知症の疑いのある受診困難者や一人暮らしの人等を認知症サポート医、ケアマネ、介護事業者、福祉行政職等の専門職で構成するチームが必要に応じて訪問し、身体、生活状況の確認や助言を行う。

高齢者相談センターを中心に情報収集を図り、対象者の選定と必要なチームを構成し、訪問を実施する。訪問前後には、ケース会議を開催し、訪問での確認事項や訪問後の支援方針を明確にする。

もの忘れ相談医リストの充実

<目的>

初期の受診や日常診断、専門的な鑑別診断や重症化した後のBPSD対応等、適切な医療機関の利用についての区民への周知を充実させる。

<概要>

医師会が発行している「もの忘れ相談医医療機関名簿」に専門医、サポート医を明記し、各役割についても区民にわかりやすく整理し提示する。

医師会の協力を得て、各役割を整理する。日常的な受診先や認知症対応はかかりつけ医にて行い、急性期やBPSD対応等、専門的な診断や治療が必要な場合に専門医、サポート医を活用する。

地域資源情報集の作成

<目的>

認知症に対する区民の根強い不安や誤ったイメージの払拭、安心感の醸成を図る。

<概要>

認知症支援に関する制度や地域資源の解説、利用の流れ等を載せたパンフレットを作成し、配布する。