

第1回在宅療養専門部会（5月23日）

●会議概要

練馬区薬剤師会の會田委員より、薬剤師会の取組みについて報告いただき、①個々の職種間の連携、②専門職の業務のシェア、について検討した。

●意見

- ・ 在宅医と病院、在宅医と看護師といった職種は診療情報提供書、看護サマリーなど情報提供の仕組みが出来ている。
- ・ 病院薬剤師と薬局薬剤師にも情報提供の仕組みが必要である。
- ・ 多職種への情報提供には、IT技術の活用が有効ではないか。
- ・ ジョブシェアの観点では、薬は薬剤師、身体的なケアは訪問看護師のように仕事を分担できる。その結果、訪問看護師の負担が減り、空いた時間で他のケアを提供できるようになるのではないか。
- ・ 病院内では職能分離が進んでいる。在宅でも薬剤師が積極的に薬剤の管理に関わる必要ではないか。

●その他

- ・ かかりつけ薬局の機能についての質問。

（例）かかりつけ薬局は訪問できないのか、訪問薬剤師との連携はどうなっているのか、訪問看護師との情報共有はどのようにしているか、かかりつけ薬剤師の登録割合はどのくらいか等

第2回在宅療養専門部会（9月27日）

●会議概要

地域包括支援センターの新山委員より、地域包括支援センターの現状と課題について報告いただき、①地域包括支援センターの周知、②地域包括支援センターのコーディネート機能、について検討した。

●意見

- ・ 周知は一定程度進んできたが、年齢別の周知や、キーパーソンとなる方への周知をさらに進めていく必要がある。
- ・ 地域包括支援センターのパンフレットを活用して、区民へ紹介している医療機関もある。
- ・ お薬手帳に管轄の地域包括支援センターのシールを貼り周知するのはどうか。
- ・ まずは専門職と地域包括支援センターで、顔の見える関係づくりを進めていく必要がある。地域包括支援センターにいる専門職の職種と名前を知りたい。
- ・ 地域包括支援センターを介すことで、時間がかかる場合は、ケアマネジャーと医療相談員でやりとりすることもある。
- ・ 各包括圏域単位で顔の見える関係づくりを進めていくことが必要である。（小さな単位での勉強会）

《まとめ》

- ・ 職種間同士の連携を図るためには、それぞれの職種の専門性をより深く理解することが重要である。自身の職種を他の職種に理解してもらうための取組みが必要ではないか。
- ・ 多職種が分業を進める上で、より一層情報共有が必要となる。多職種への効率的な情報提供の仕組みが必要ではないか。

《まとめ》

- ・ チラシの配布を活用し、今後、親の介護を担う子世代への周知を図ることが必要ではないか。
- ・ 地域包括支援センター専門職の名簿の配布については関係機関からの要望もあり検討している。
- ・ 地域ケア会議等を通じて、顔の見える関係づくりをさらに進めていくことが必要ではないか。

平成31年度以降の在宅療養推進事業の取組みについて（中間報告）

～各専門部会での議論～

第1回認知症専門部会（5月30日）

●会議概要

介護サービス事業所連絡協議会の油山委員からのコンビニエンスストアにおけるニンプロ※についての取組と、介護家族会や民生委員の代表委員から取組の報告を受け、①認知症とともに安心して暮せる地域づくり、②認知症の地域支援ネットワークの構築について検討した。

※ N-impro（ニンプロ）=東京大学等と練馬区のプロジェクトで開発した認知症対応力向上プログラム

●意見

- ・ 認知症の学習会を地域で開催し、理解普及を図り、近隣の方に支援を求められる関係づくりをおこなっていくべきではないか。
- ・ 医療・介護連携シートをさらに普及させ、異変に気がついたとき、担当者がわかり早期に対応ができるようにすべきである。
- ・ 介護家族の会や認知症カフェ等のインフォーマルな地域資源について、更なる周知とそれらの地域資源へのつなぎ役が必要である。

第2回認知症専門部会（10月3日）

●会議概要

田邊委員による認知症疾患医療センター（慈雲堂病院）主催の事例検討会の説明およびケアマネジャーの神野委員による介護支援専門員からみた認知症ケアの現状と課題の報告を受け、①認知症ケアにおける多職種連携、②本人・家族の想いに応える認知症ケアのコーディネートについて検討した。

●意見

- ・ 介護サービスが入らない日の支援が欲しいとの声がある。傾聴ボランティアなど地域の取組の案内が必要ではないか。
- ・ 介護家族の会や認知症カフェ等、地域に居場所があることで本人や家族の安心と安定が図れるのではないか。
- ・ ケアマネジャーのコミュニケーション力の向上が必要ではないか。
- ・ 認知症と合併症がある場合、受入困難な医療機関もあるのではないか。医療機関の認知症対応力向上も必要である。
- ・ 主治医が家庭での状況を詳しく聞き、介護家族に適切な助言を行うことで、在宅介護が継続できている事例がある。

《まとめ》

- ・ 認知症地域支援推進員は、区民からの学習会等の要請や個別相談に応じ、地域包括支援センターごとに個別支援のネットワークを築いていく必要があるのではないか。

《まとめ》

- ・ 地域ケア会議等の活用で地域の取組の情報提供ができるのではないか。
- ・ ケアマネジャーには、認知症の本人や家族、関係者間での話し合いの進行役を担うためのリーダーシップや技術が求められるのではないか。
- ・ 専門病院やかかりつけ医等との連携を進める必要がある。
- ・ 認知症に関する事例検討会を通じて顔の見える関係づくりを進めていく必要がある。