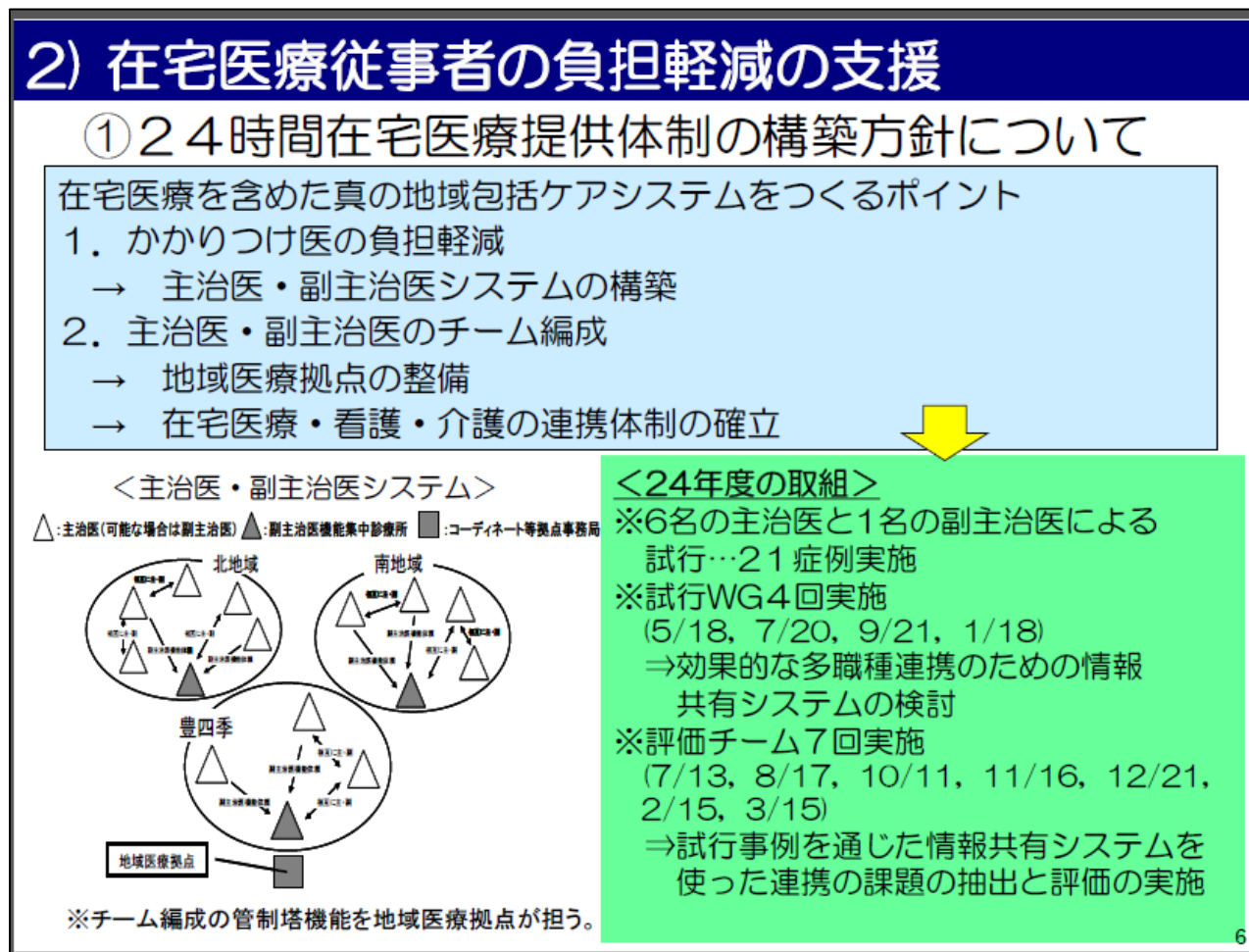


- 地域の在宅医療において、医療機関内部の医療提供体制のようなシステム化されたチームプレイが確立していない地域も見られる。
- 地域でも施設でも大差ない医療支援が提供できる『医療の質の担保』『質の向上』に向けた仕組み作りを今後進めていく必要がある

例) 千葉県 柏市における 24 時間 365 日在宅医療提供体制構築への取組み(図 24)



- ※ 柏市は、24 時間体制の在宅医療の提供体制の構築のために、主治医・副主治医制度の構築や ICT を用いたリアルタイムの多職種連携構築に向けて実践的な活動を行っている。

例) 国立長寿医療研究センター 在宅医療支援病棟における取組み (図 25)



※ 国立長寿医療研究センターでは、在宅療養を継続できるよう、患者や家族の安心を担保し、かかりつけ医の負担軽減を目的に在宅療養支援病棟を運営している。

かかりつけ医を『登録医』とし、登録医の判断で必要時にいつでも入院が可能なシステムである。  
詳しくは、国立長寿医療研究センター ホームページよりご覧ください。

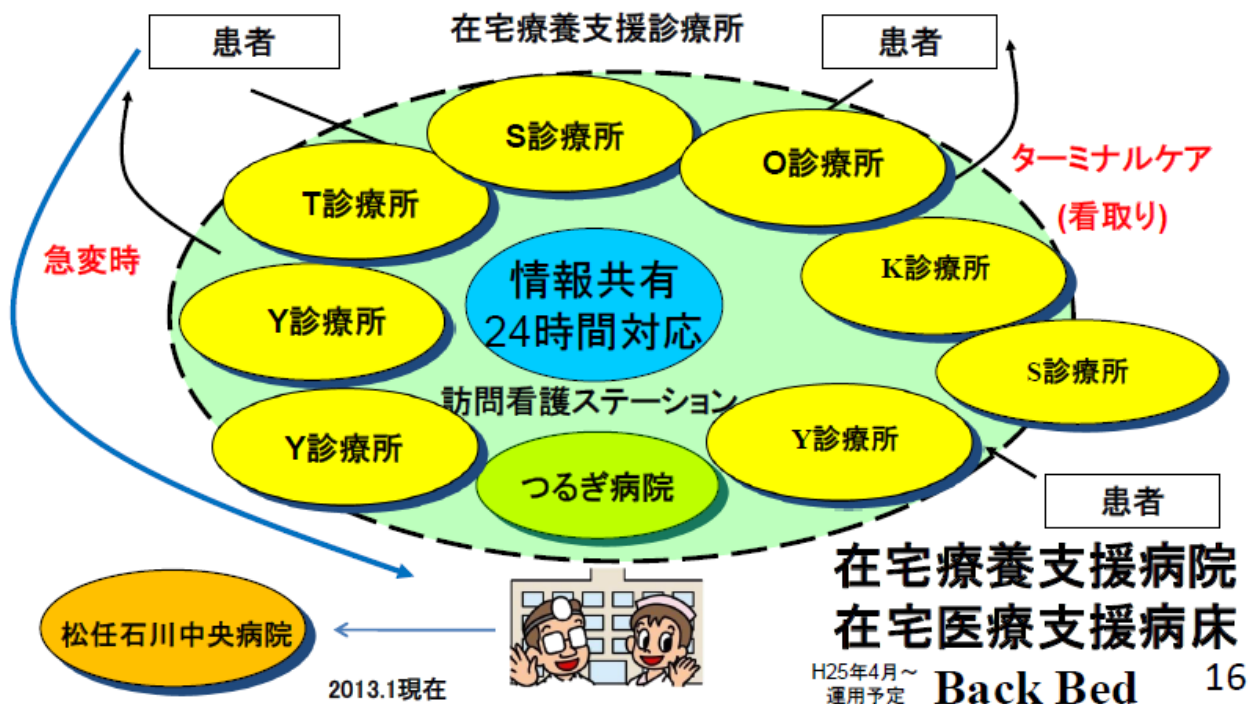
<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku/zaitakusien/byoto/1system.html>

例) 石川県 公立つるぎ病院における後方支援病床設置の取組み (図 26)

## B.医療と福祉の連携

### 在宅医療 診療報酬上で連携

	訪問診療	24時間対応	急変時の対応	ターミナルケア	急変時の入院
連携した在支診	◎	連携で◎	連携で◎	連携で◎	連携で◎



※ 公立つるぎ病院では地域の在宅療養ネットワークの患者の後方支援病院として、専用の病床を確保し、24時間365日支援体制をサポートしている。

円滑な入院受け入れのためのルールやマニュアルの整備、情報提供様式の作成も行った。

例) 大分県 臼杵市医師会立コスモス病院における24時間365日在宅医療提供体制構築への取り組み (図 27)



※ 過疎化が進む臼杵市では、地域のかかりつけ医が平日夜間当番を担当し、平日深夜や土日祝日は当番を病院が担当し、地域の後方支援病院の機能を担っている。  
コーディネーター機能も担っており、多職種を集めた担当者会議や事例検討なども行っている。

例) 北海道 夕張市立診療所における24時間365日在宅医療提供体制構築への取り組み (図 28)



※ 高齢化、過疎化が深刻な人口約1万人の夕張市では地域の医療や介護、福祉など在宅療養患者を支援する多職種スタッフが垣根なくカンファレンスに参加し、情報共有や課題の共有を行っている。  
24時間365日の支援体制については、医療だけでなく、介護や施設等の役割分担と常日頃からの情報共有によって地域独自の支援体制を構築している。



## E. 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

### 内 容

医療知識の十分でない地域包括支援センターやケアマネジャー等の介護サイドの職種に対して、医療知識の提供、相談窓口の設置等により支援を行い、在宅医療・介護連携の円滑化を図るもの

### 目 的

在宅医療を含む多職種協働においては、特に、介護サイドの職種において医療的な知識が不足していることが連携を困難にしているとの指摘があり、他方、介護職種からは、とりわけ多忙な医師へのアプローチは敷居が高く困難との声が聞かれる。このような状況に対応する支援を行うものである。

### 留意点

- 具体的手法としては、介護関係者向けの研修の実施により知識レベルの向上を図ることに加え、介護関係者が気軽に医療的相談ができる窓口設置の必要性が高い。
- また、医師がケアマネジャーからの電話等を受ける時間帯(『ケアマネタイム』)を設定し、その一覧を介護側に周知することによって、介護側の、多忙な医師に対する相談への心理的障壁を減らそうとする試みがされている地域もある。
- 介護保険制度の開始をきっかけに全国的に郡市区医師会主導により、多くの地域において医師・ケアマネジャー間のファックス通信が導入された。しかし、長年の経過により、残念ながらこのような通信ルールが機能していない地域がある。現在、これが機能していればさらに強化し、不十分である場合にはその再活用も検討する。
- 前述の医師・ケアマネジャー間のファックス通信のような連携ルールは、定期的に課題を確認した上で是正するシステムを継続することが極めて重要であり、これを怠ると機能を失う場合があることに留意すべきである。

例) 東京都 板橋区医師会における相談支援への取り組み (図 29、図 30)

3 療養相談室(高島平地区)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>区民支援: 相談開始</li> <li>多職種情報収集: 地域内在宅医、訪問看護ST、介護サービスの受け入れ状況</li> <li>退院支援(スクリーニングシート)・入院支援</li> <li>施設情報: 機能リスト付きMAP作成</li> <li>災害MAP: 区とハイリスク療養者MAP調整中</li> <li>災害対策: 支援調整 衛星電話 発電機 吸引器</li> <li>HP公開 (医療連携MAP・施設MAP公開)</li> </ul>	
療養相談室相談の実績 (平成24年9月～平成25年1月)	
医師会病院より	22件 ・退院調整依頼 ・訪問医の紹介依頼
在宅医より	10件 ・ケアマネの相談 ・吸入器導入について ・在宅医から退院支援相談(2)
地域包括支援センターより	7件 ・退院支援の協力依頼 ・精神疾患の方の支援
他の病院相談室より	4件 ・独居のがん末期の支援相談 ・在宅医相談 ・訪問針灸院相談 ・気管切開、レスビ装着患者の在宅医相談
ケアマネジャーより	4件 ・脊髄損傷患者のサポートについて ・褥瘡が急きよ悪化し、専門医調整
訪問看護STより	3件 ・在宅医紹介依頼
施設より	1件 ・グループホームでの看取りについて
その他	3件 ・在宅看取りの相談 ・開業についての相談
計	54件

※ 板橋区医師会では療養相談室を作り、区民からの相談を受け入れるとともに、在宅医やケアマネジャー等専門職からの相談窓口としても活用し、医療と介護連携に役立てている。

例) 大分県 日田市医師会立訪問看護ステーションにおける地域包括支援センター、ケアマネジャーを対象にした支援の取り組み (図 31、図 32)

「入院時(退院時)情報提供票」取扱いマニュアルの策定	
<p>日田市在宅医療連携にかかる入院時の取扱いについて</p> <p>自市において、患者(利用者)が適切な医療・介護サービスを受けられるよう、医療・介護に関わる各関係機関との連携を図り、円滑な連携体制を築くため、医療機関・介護施設・訪問看護ステーション等と連携し、在宅医療・介護の推進を図る。在宅医療・介護サービスの提供、相談支援(以下「連携サービス」という)を実施する。連携サービスは、以下のとおりである。</p> <p>1-1. ケアマネジャーが利用者の入院する場合は、</p> <p>1. 情報提供票は、必ず直接手渡し、説明すること。 ( FAXやメールで済ませない。 「会う」ことが信頼関係を生む。)</p> <p>2. ケアマネジャーと医療機関の面会時期をできるだけ「当日」と明記</p> <p>3. 退院時カンファレンスの開催 等</p> <p>2-1. 連携協議会等で連携サービスが実施される場合について (「連携サービス」が実施される場合について)</p>	
3. 効率的な医療提供のための多職種連携	
<p>(1) 地域包括支援センター会議への参加</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括支援センターの会議に参加し、包括の活動内容の理解と訪問看護ステーションの利用を提案</li> <li>○ 個別の地域包括支援センターへの訪問(予定)</li> </ul> <p>(2) 在宅医療連携交流会の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 連携ツール等の運用には、関係者の相互理解と信頼関係の構築が重要であることから、「連携ツール等の説明会と併せて、在宅医療連携交流会を開催</li> <li>○ 日 時 : 平成24年 11月6日</li> <li>○ 内 容 : ・「入院時(退院時)情報提供票」取扱いマニュアル等の説明 ・参加者による名刺交換会</li> <li>○ 参加者: 医師、歯科医師、薬剤師、ケアマネ等 102名が参加</li> </ul>	

※ 日田市医師会立訪問看護ステーションでは、医療機関や地域のケアマネジャー等の医師にむけた情報共有のためのマニュアル作成や、地域包括支援センター会議への参加を行っている。