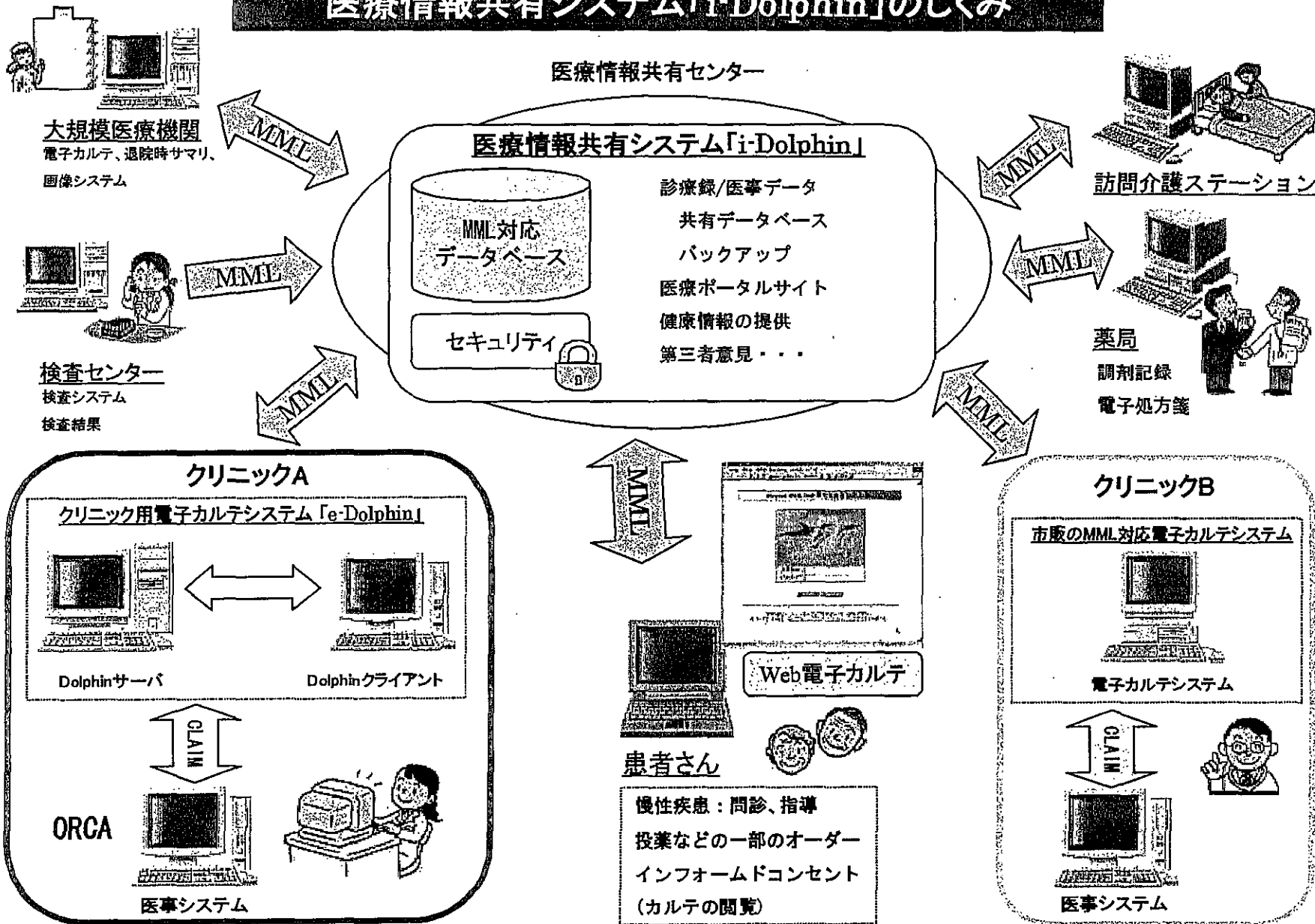


医療情報共有システム「i-Dolphin」のしくみ

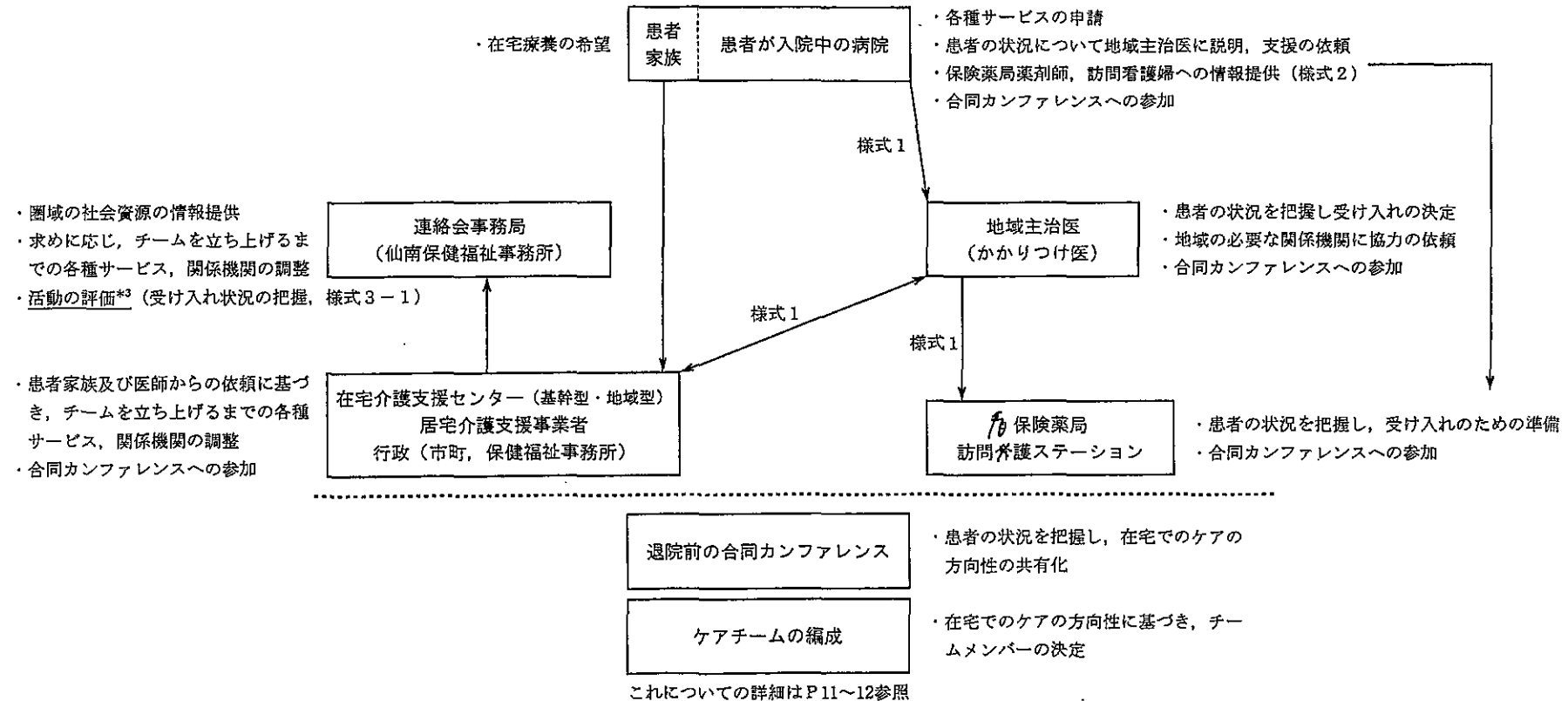


2 支援の依頼からケアチーム*1立ち上げまで

(1) ケアチーム立ち上げまでの経過

患者が入院中の病院からの依頼により、関係機関が連絡をとり退院前に合同カンファレンス*2を実施する。そしてそれを受けてケアチームの編成がなされる。

(2) 合同カンファレンスまでの連絡体制及び役割図



*1 ケアチーム：当該患者・家族に対し直接ケアを担当する関係者の集まり。地域主治医、訪問看護婦、保険薬局薬剤師、ホームヘルパー等々の関係職種で連携をとりながらケアにあたるチーム。事例毎にチーム編成を行う。

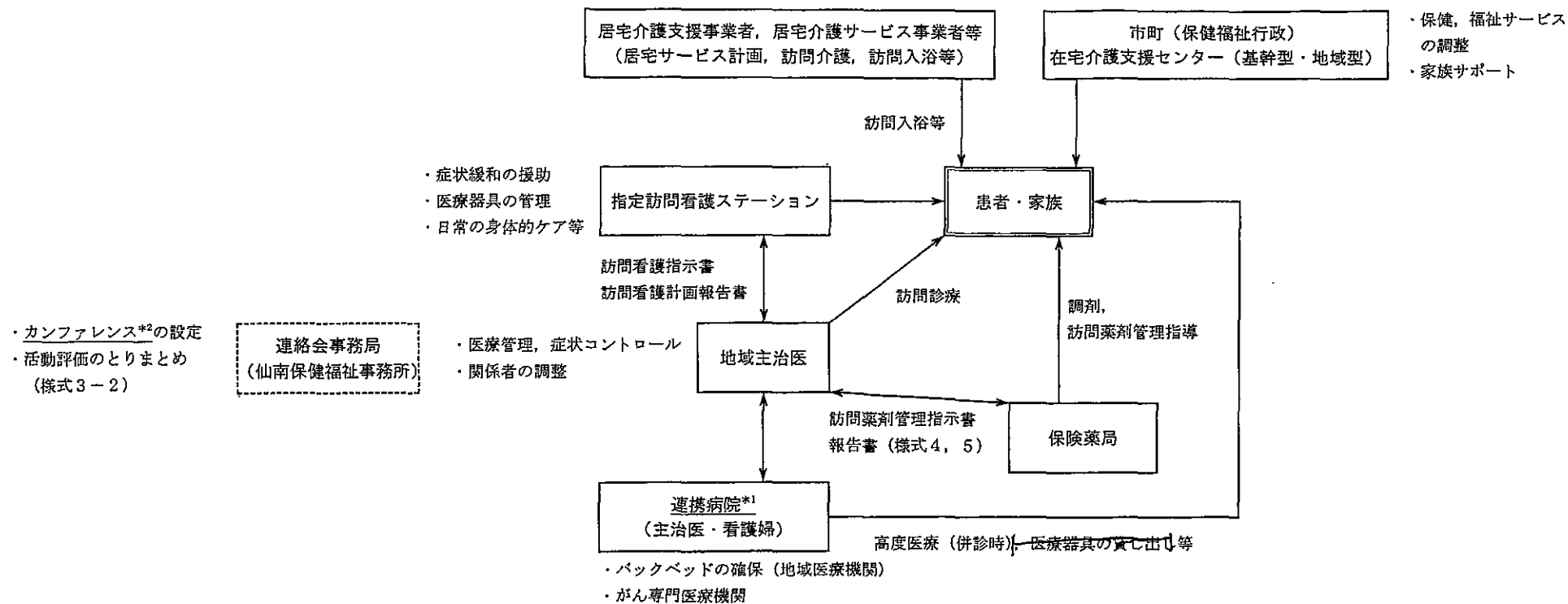
*2 合同カンファレンス：P10で詳細を説明

*3 活動の評価：P16で詳細を説明

3 チームでのケア

退院前の合同カンファレンスで関係機関は概ね決まるが、それを受けて、実際にケアにあたるチームメンバーが決定される。各メンバーが担う役割については、以下のとおりである。

(1) 患者・家族への支援の概要図



ケアコーディネーター：患者・家族の側に立ったケアの調整を行う。
誰が担うかは、ケアチームの中で決定していく。

*1 連携病院：患者の病状の変化等により、ケアチームでは対応が困難になった時、ケアチームを支援してくれるまたは、入院を含め引き継いで患者をケアしてくれる病院。(がんセンター、地域中核病院、地域の病院が考えられる。)主に退院した病院が想定されるが、在宅ケア開始時に合意されることが望ましい。

*2 カンファレンス：チーム内での日常の情報交換の他に、関係者のいずれかが特に必要と認めた時に改めて関係者が一堂に会し行われるカンファレンス。退院前の合同カンファレンスに準じた内容であることが多く、連絡会事務局がセットする。

※ 静岡県保健医療計画より抜粋

静岡市静岡医師会と市内の病院、救急隊との地域医療連携

○ 在宅患者相互連携システム（イエローカード・システム）

静岡市静岡医師会と静岡市内の5病院が連携して実施している、在宅の寝たきりの患者に対する連携システムです。

・制度の概要

ア 在宅の寝たきり患者が、病状の悪化などに備えて、自分が診療を希望する病院を選択し、かかりつけ医は、当該患者の病状をあらかじめ病院に登録します。

→ 患者にイエローカードを配布。

イ 家で寝たきりの患者の容態が急に悪くなったときは、まず、かかりつけ医に連絡しますが、万一、連絡がとれない場合は、イエローカードに登録してある病院に連絡し、当該病院で診療を受け、必要ならば入院もできます。

○ 在宅医療支援看取りシステム（グリーンカード・システム）

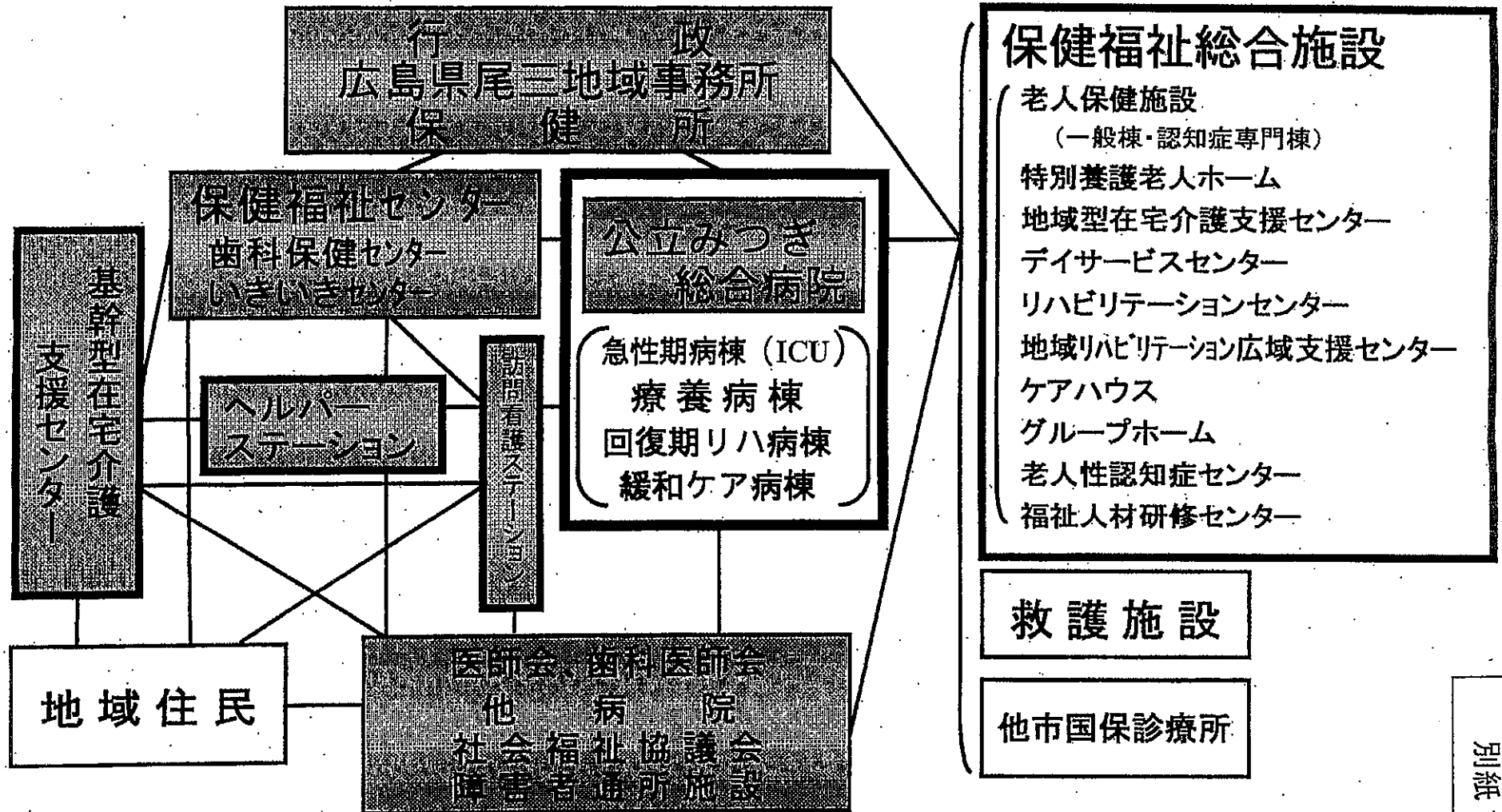
・制度の概要

ア 家族とともに在宅で最後を全うしたいと希望する患者について、かかりつけ医は患者の希望を受けて、あらかじめ病状を医師会に登録しておきます。

→ 患者にグリーンカードを配布。

イ 在宅で看取りを希望される患者の容態が急変したときには、まず、かかりつけ医に連絡します。万一、連絡が取れない場合は、救急隊に電話をし、グリーンカードを持っていることを伝えると、救急隊が当番の医師に連絡し、当該医師が駆けつけ、在宅患者の看取りを行います。

公立みつぎ総合病院を核とした地域包括ケアシステム (保健・医療・福祉の連携・統合システム)



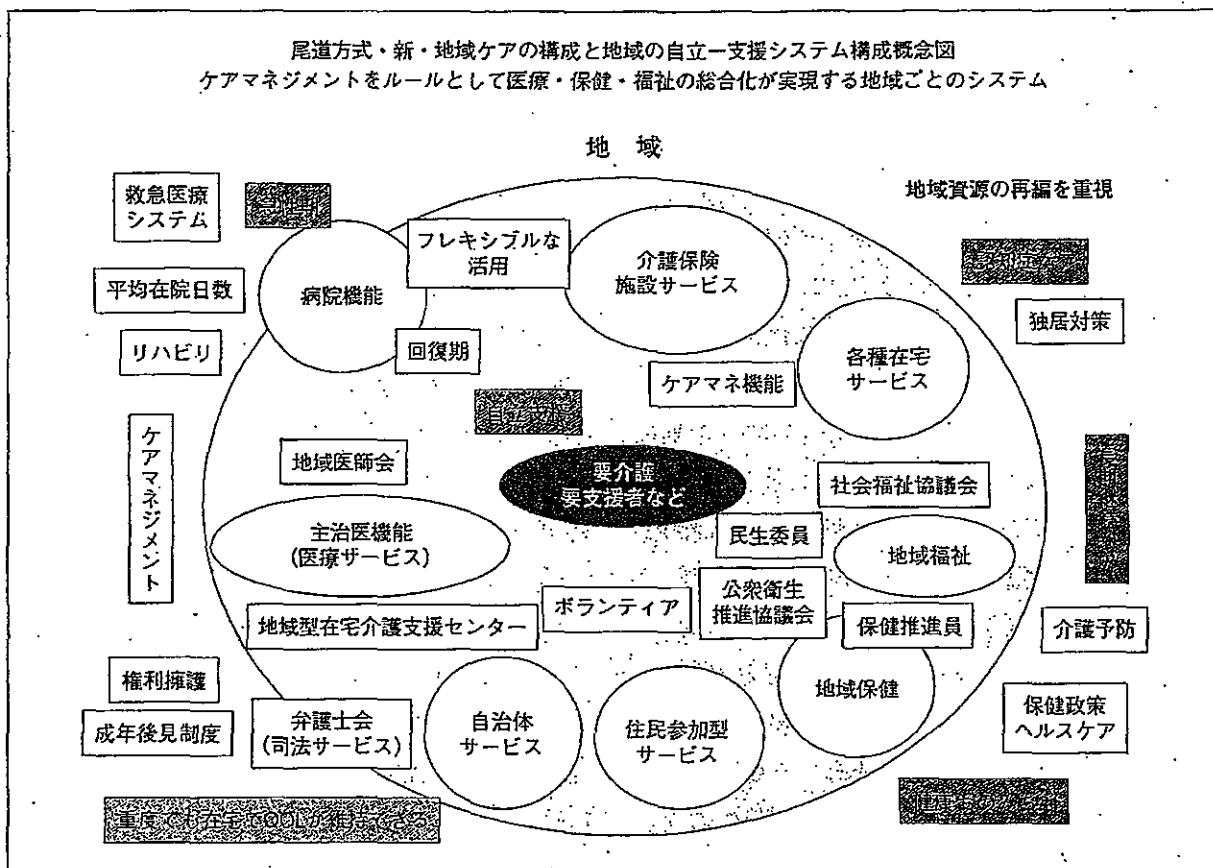
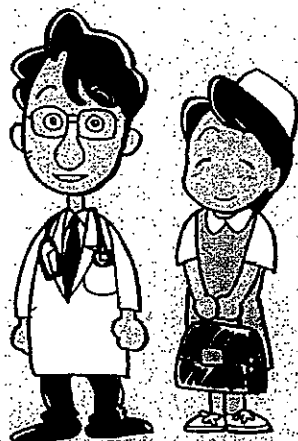


図6 新・地域ケアの構成概念図と医療・保健・福祉の総合化(厚生労働省高齢者介護研究会委員 片山 壽(尾道市医師会))

はじめに



「長崎在宅Dr.ネット」(ながさきざいたくドクターネット)は、在宅訪問診療や往診を複数の医師が連携して行ないます。複数の医師が連携することで24時間対応を実現し、患者さんが安心して在宅療養を行えるようにすることを目的としています。平成15年3月に結成され、広く長崎市内の診療所の先生にお集りいただきました。実際には、患者さんの居住地域にあわせて、主治医を決め、さらに、副主治医がバックアップとして控え、訪問診療の分担や万が一の際の緊急対応をおこなうシステムを作っています。

[Next](#) [Home](#)

