

令和5年度厚生労働省委託事業
在宅医療関連調査・講師人材養成事業

郡市医師会での事例

松戸市医師会 川越 正平
(あおぞら診療所)



松戸市在宅医療・介護連携支援センターが取り組む活動

かかりつけ医の在宅医療スタートアップ支援

新規開業・在宅医療新規参入の医院を支援します



- ◆ 届出書類・院内掲示・カルテ様式等の整備や書式提供
- ◆ 診療報酬明細書点検、介護保険請求ソフトの導入から保険請求点検・提出等の支援
- ◆ 訪問看護師による訪問診療同行のマッチング支援
- ◆ 診診連携グループへの参加や訪問看護との連携推奨の支援

地域ICTの活用支援

ICTシステムを利用した多職種連携における情報共有を支援します



- ◆ システム利用者の登録
- ◆ 利用端末の設定および操作説明

…など



在宅医療事務

松戸市在宅医療・ 介護連携支援センター のご案内

地域を“一つの病院”としてとらえ

市内の医療・介護・福祉機関や行政が一体となって機能を果たし
老いても病んでも暮らしやすいまちづくりを目指します

松戸市の在宅医療・介護連携推進事業

相談支援（オ）

- 地域包括支援センター・介護支援専門員等への相談支援
- 地域サポート医、専門サポート医や多職種によるアウトリーチのコーディネート
- 医療連携が困難な相談事例に対する医療・介護関係者間の直接調整
- レスパイト入院の相談支援
- リハビリ専門職・管理栄養士・歯科衛生士等の専門職による相談支援・質向上支援

…など

普及啓発（キ）

- 在宅ケア普及のための地域におけるミニ講演会の開催
- 在宅ケア普及のための市民公開講座の開催
- 普及啓発素材の開発・普及

…など

連携システムの運用（ウ）（エ）

- 二人主治医制の運用（副主治医たる医師の決定支援）
- 在宅医療に新規参入するかかりつけ医等への支援
- 在宅医と多職種の連携ルール（エチケット集）の作成と運用改善
- 医療・介護関係者の情報共有を支援する連携ツール等の利用促進
- 医療・介護団体の事務局機能の支援
- 在宅ケア現場のリスク管理システムの運用と対応

…など

関係市区町村との連携（ク）

- 専門領域に関する市外医療機関及び関係市区町村との連携強化

情報の把握・対応策の検討（ア）（イ）

- 地域ケア会議を通じた地域サポート医による課題抽出、対応策の検討の取りまとめ
- 在宅医療・介護の実態調査
- 診療やサービス内容の把握に役立つ情報の収集、共有化

…など

人材能力向上（カ）

- 多職種協議会議の開催、運営
- 連携対応能力向上のための相談事例のまとめ、研修の運営
- 介護職員・介護支援専門員向けの医療連携等に関する研修会の運営

…など



お問い合わせ先

松戸市竹ヶ花45-53 松戸市衛生会館 2階

電話：047-701-7533

FAX：047-701-7535

月～金 8:30～17:00

（土日祝日・年末年始・上記時間以外は転送電話対応になります）

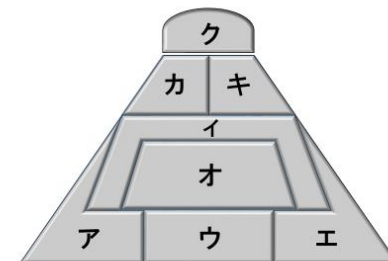
松戸市在宅医療・介護連携支援センター



松戸市在宅医療・介護連携支援センター：活動の柱

“地域バーチャル病院”のプラットフォームとして機能する

高齢や障害、児童等、世代や領域を問わず、
医療・介護・福祉に携わっている方々からの様々な相談に応じます



医師によるアウトリーチ (訪問支援)

アウトリーチの対象となりうる例

- ◆ 医療機関の受診や介護・福祉サービスの利用を拒否している
- ◆ 虐待やセルフネグレクトが疑われる
- ◆ 生活のしづさを抱えているが、支援の方向性が立てられず苦慮している
- ◆ 認知機能や理解力、コミュニケーション能力に課題があり、適切に医療を受けられていない

…など

医師の診立が必要となる事例については、地域サポート医・専門サポート医が訪問します

大まかな診立てや、医学的見地から今後の支援への助言を行います



地域サポート医 専門サポート医



保健師



社会福祉士

医療・介護連携に関する相談支援

全世代に対応し、医療・介護・福祉に関する悩みや、支援の対象者が抱えている様々な問題について、関係機関とともに、解決に向けて考えます



相談



主任介護支援専門員



相談支援員
精神科作業療法士

意思決定支援

- ◆ 本人は家に居たいというが、医師から入院を勧められている
- ◆ 多職種の間で支援の考え方や対応方法にずれがある
- ◆ 胃ろうを造るべきかどうか、なかなか結論が出ない
- ◆ 病院医師と在宅主治医の意見に相違がある
- ◆ 本人が希望していなかった点滴を家族が希望している

…など

関係者間に生じる意見の相違や倫理的葛藤について、ACPサポートチームとして支援します



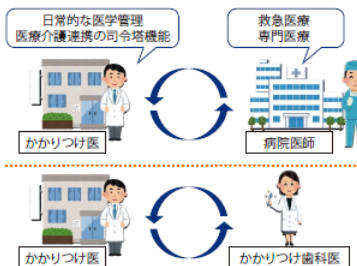
二人主治医制の推奨 (かかりつけ医と病院医師・歯科医師が協働する)

通院可能な早い段階から、「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」を選定できるように支援します

二人主治医制の推奨例

- ◆ がんや神経難病など専門性の高い疾患で入院を繰り返している
- ◆ 病院の外来を複数科受診している
- ◆ 訪問看護指示書を病院医師が発行している
- ◆ 歯科への継続受診が途切れている

…など



歯科衛生士



管理栄養士



リハビリ専門職

専門職による相談・質向上支援

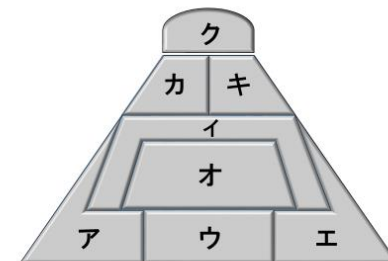
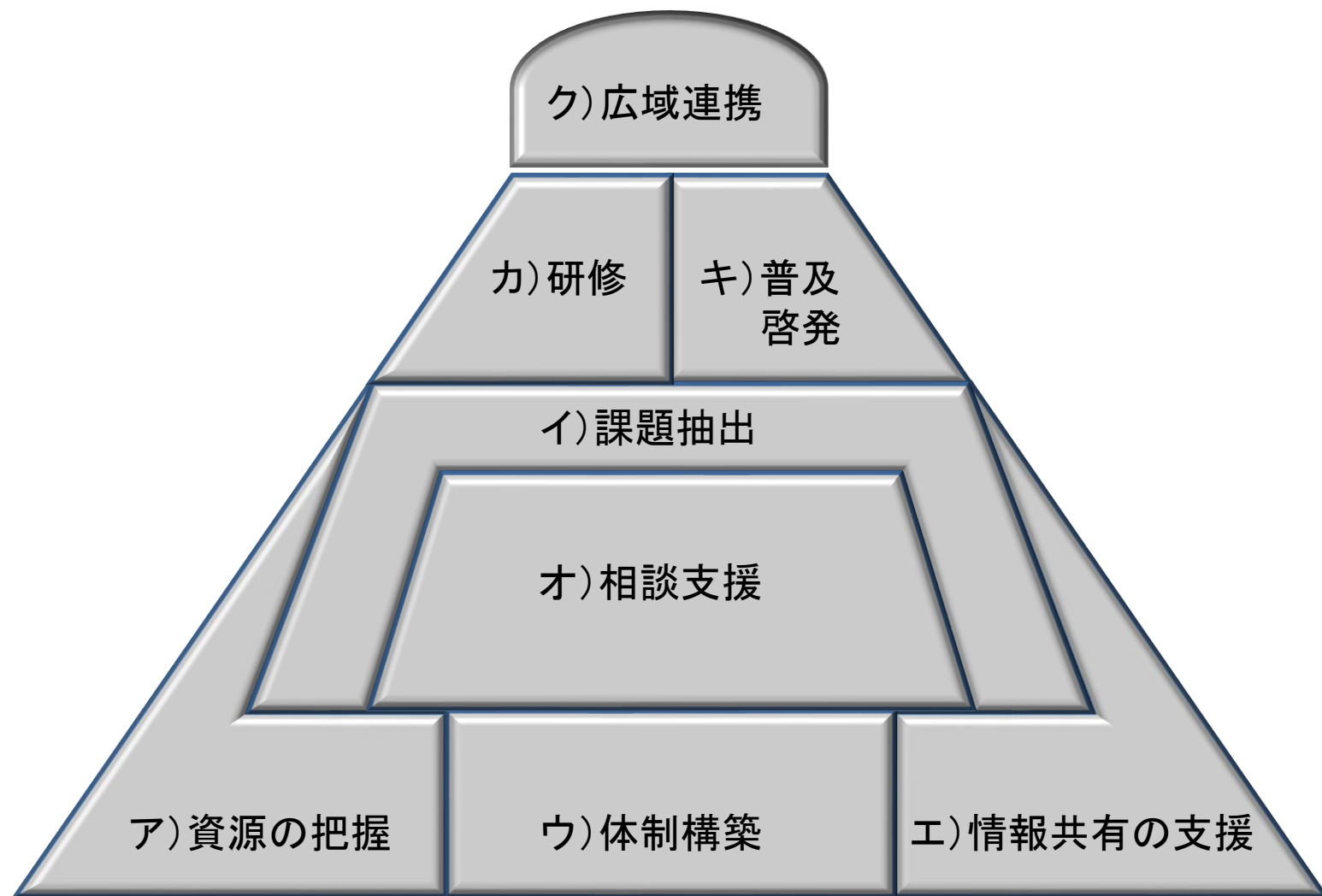
リハビリ専門職・管理栄養士・歯科衛生士の各専門職が様々な相談に応じます



- ◆ リハビリ専門職がリハビリテーションの適応やゴール予測等、心身機能・生活機能の評価を行います
- ◆ 管理栄養士が食事や栄養に関する問題点の把握や、栄養状態の評価を行います
- ◆ 歯科衛生士が口腔に関する問題点の把握を行います

- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 切れ目のない提供体制の構築推進
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

在宅医療・介護連携推進事業



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 切れ目のない提供体制の構築推進
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

ウ) 在宅医療・介護連携を推進する体制の構築

機能する会議体の継続開催

- ✓ 協議会やネットワークなど関係者が参画する会議
- ✓ 建設的に議論できる形での継続開催を確保する

同職種間の関係性強化

- ✓ 職能団体や事業者団体の設立を促す
- ✓ 団体活動の継続・推進を支援する

多職種間の関係性強化

- ✓ 研修会や交流会など顔の見える関係づくり

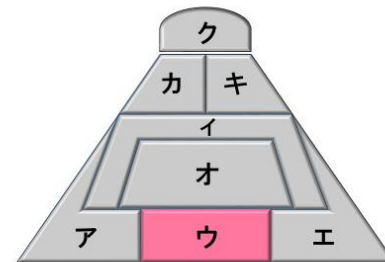
切れ目のない体制の基盤づくり

- ✓ 診診連携や診療所-訪問看護連携の推進、強化
- ✓ 入退院時や施設利用時の連携体制の構築
- ✓ 在宅医療・介護連携支援センター事務局の強化

【松戸市における取り組み例】

- ・地域包括ケアについて継続議論する場としての医師会在宅ケア委員会
- ・職能団体・事業者団体設立の推奨
- ・機能強化型(連携型)在支診が行う月に一度のカンファレンスへの参加推奨
- ・在宅医療・介護連携支援センター事務局の強化(2018年度～)

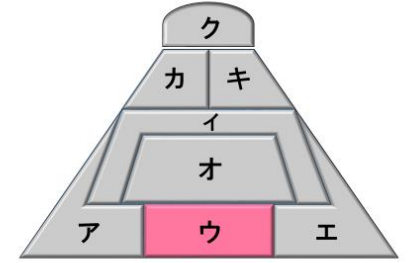
- ✓ 会員医療機関からの出向人事により人事を構成
- ✓ 在宅医療・介護連携の実務経験者を中心とする
- ✓ 医療機関単独での雇用は難しい専門職を配置する



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
 - * 機能する会議体の継続開催
 - * 同職種間の関係性強化
 - * 多職種間の関係性強化
 - * 切れ目のない体制の基盤づくり
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

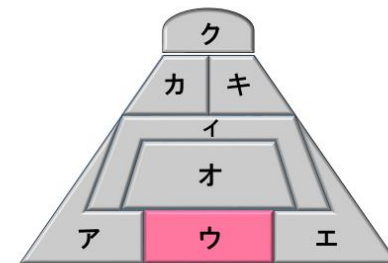
松戸市医師会 在宅ケア委員会

- 月1回の会議に**歯科医師会、薬剤師会**が定例出席
 - 後方支援機能を担う病院や急性期病院の医師が参加
-
- **市の所掌関連2課**が定例参加(2014年度～)
-
- 関係者間の調整機能、活動状況共有、議論検討等をこの委員会の場が担う
 - **地域を“一つの病院”として捉え、機能することを目指す**
-
- 訪問看護の協議会設立を医師会がサポート(2014年)
 - **訪問看護、ケアマネジャー、リハビリ、MSW、介護事業者団体**の設立に伴って、順次代表者が加わって現在に至る

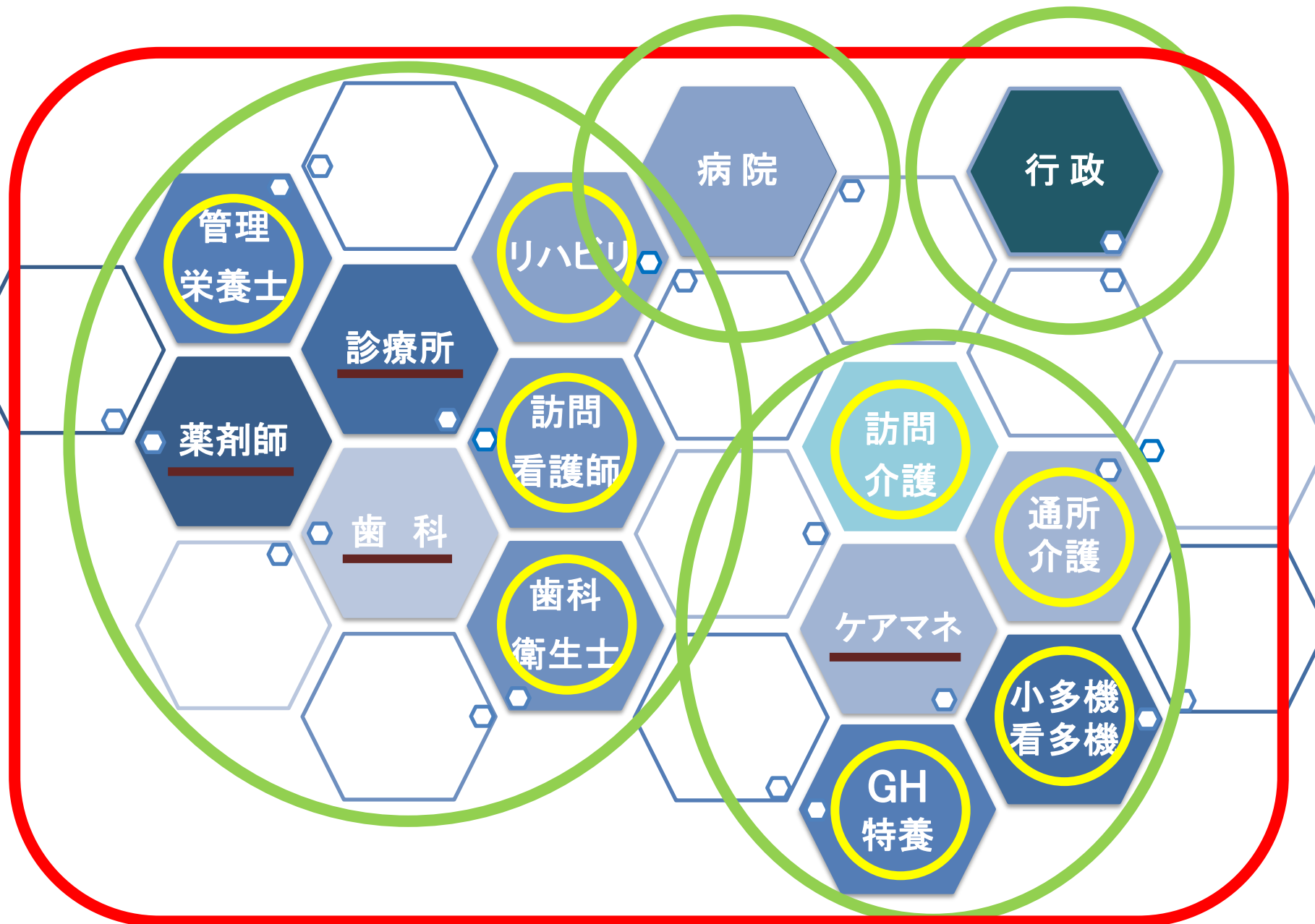


- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
 - * 機能する会議体の継続開催
 - * 同職種間の関係性強化
 - * 多職種間の関係性強化
 - * 切れ目のない体制の基盤づくり
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

専門職能団体や事業者団体の設立や関係性の強化



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
 イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
 ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- * 機能する会議体の継続開催
 - * 同職種間の関係性強化
 - * 多職種間の関係性強化
 - * 切れ目のない体制の基盤づくり
- エ) 関係者間の情報共有の支援
 オ) 関係者に関する相談支援
 カ) 医療・介護関係者の研修
 キ) 地域住民への普及啓発
 ク) 関係市区町村の連携



ア) 地域の医療・介護の資源の把握

連携に必要な情報の把握と更新

- ✓ 公開情報にはない機関の特性を示す情報が重要
- ✓ 情報は住民・従事者・支援者向けに峻別する
- ✓ ハンドブックやMAPの情報を必要に応じて更新する

情報に基づき連携を促進する

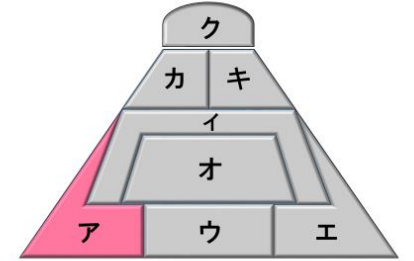
- ✓ 機関間の連携を促進するための情報を収集する
- ✓ 公開の範囲や情報の活用方法を戦略的に定める

資源やニーズに基づく最適化

- ✓ 地域の在宅医療・介護資源の多寡を把握する
- ✓ 地域の在宅医療・介護ニーズを把握する
- ✓ 資源とニーズの過不足を考慮しその最適化を図る

【松戸市における取り組み例】

- ・訪問看護ステーション活動状況
- ・医療機関ハンドブック
- ・居宅介護支援事業所ハンドブック
- ・通所介護事業所ハンドブック
- ・医師会として作成したケアマネタイム
- ・介護保険事業計画策定に向けた給付分析



ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- * 連携に必要な情報の把握と更新
- * 情報に基づき連携を促進する
- * 資源やニーズに基づく最適化

イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

ウ) 医介連携を推進する体制の構築

エ) 関係者間の情報共有の支援

オ) 関係者に関する相談支援

カ) 医療・介護関係者の研修

キ) 地域住民への普及啓発

ク) 関係市区町村の連携

訪問看護ステーション活動状況アンケート(2014年度)

訪問看護に従事している看護師の人数: (2016年9月末時点)		7名 , <常勤 5名、非常勤 2名(常勤換算 0.5名)>									
専門看護師 いる(名:専門分野) ・ ☒ いない		認定看護師 いる(名:専門分野) ・ ☒ いない									
24時間連絡体制加算の届出 ☒ あり (方法: 携帯電話に直接連絡 ・ 転送電話で対応 ・ その他) ・ ☒ なし											
24時間対応体制加算の届出 ☒ あり ・ ☒ なし		機能強化型の届出 ☒ あり (機能強化型 1 ・ 2) ・ ☒ なし									
休日の訪問体制について 土日・祝祭日の訪問: ☒ あり ☒ 定期・臨時・その他 ☒ 土曜日は定期訪問あり ☒ 対応件数に限りあり ☒ 日・祭日は臨時対応のみ ☒) ・ ☒ なし											
訪問で対応可能な 臨床分野		がん		難病		小児		精神科			
◎: 複雑なケースにも対応できる ○: 通常のケースには対応できる △: ケースによっては対応可能 ×: 対応できない		○		○		○		×			
看護師以外の 職員数 (2016年9月末時点)		PT		OT		ST		ケアマネ		その他	
0名		0名		0名		1名		2名			
担当患者数 (訪問看護 2016年9月末時点)										55名	
担当患者数 (訪問リハ 2016年9月末時点)										0名	
在宅看護実績 (2016年1月～9月末)										14名	
ケア・コンサル加算実収実績 (2016年1月～9月末)										14名	
STの特徴											
●利用者様が安心して在宅で、その人らしく、療養生活を送ることができるよう支援します。											
●居宅介護支援事業所を併設しています。											
移動手段		車・自転車・徒歩									
交通費規定		ステーションからの距離によります。									

訪問対応エリア(下記の地図を○で囲んで下さい。)

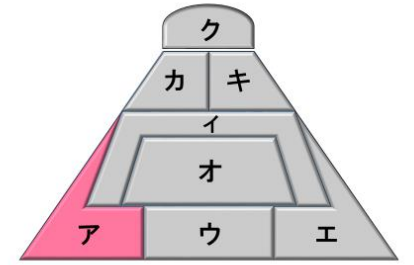
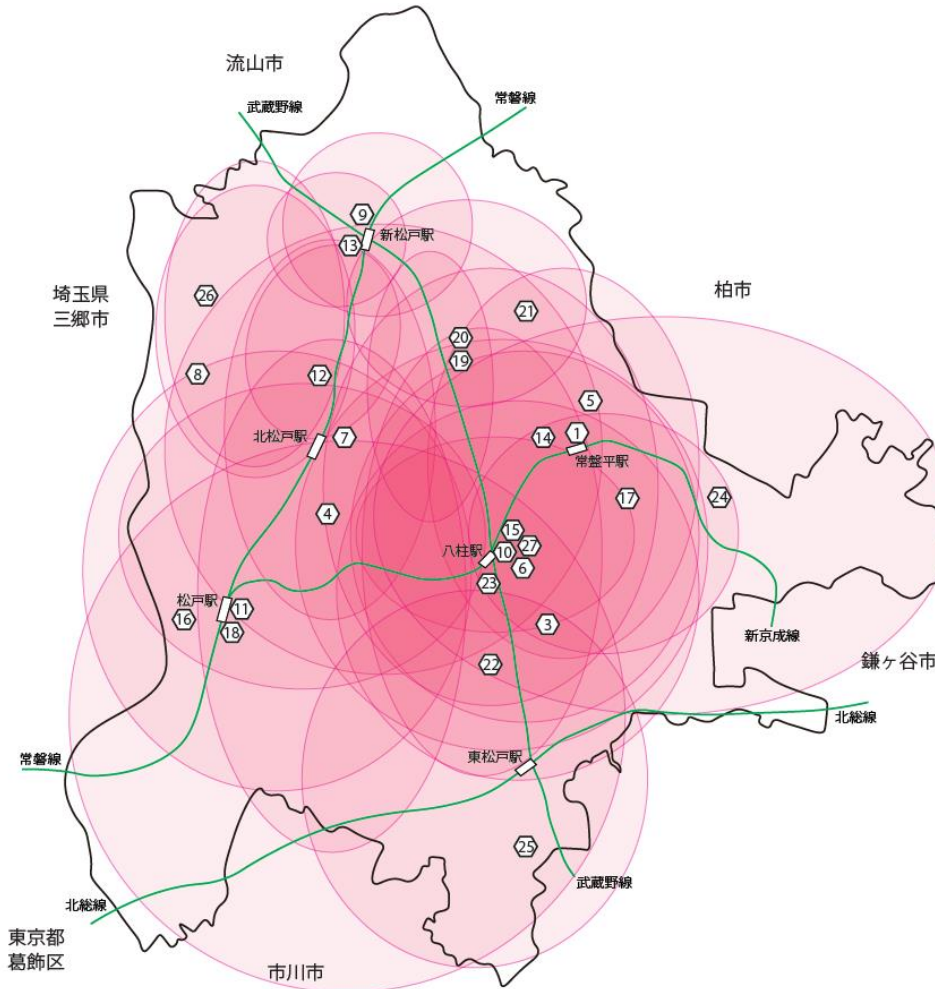
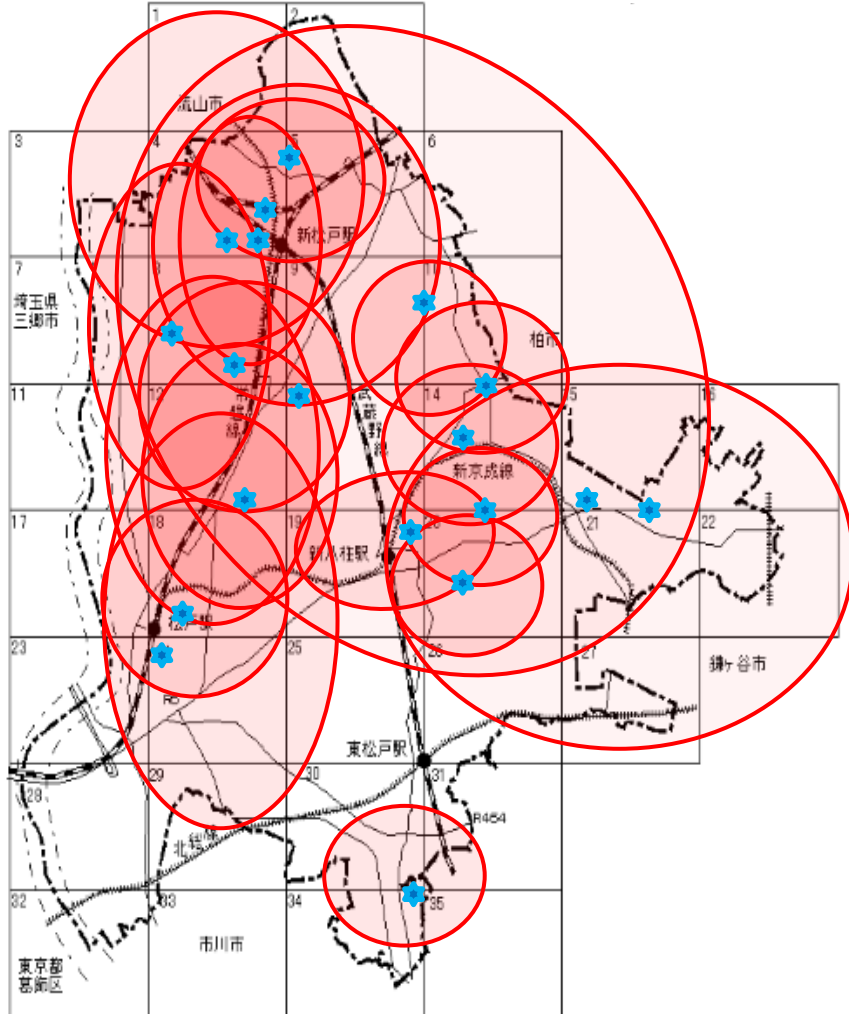
- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- * 連携に必要な情報の把握と更新
 - * 情報に基づき連携を促進する
 - * 資源やニーズに基づく最適化
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

訪問看護ステーションの最優先対応エリアマップ°

2014年度時点



2016年度時点



ア) 地域の医療・介護の資源の把握

* 連携に必要な情報の把握と更新

* 情報に基づき連携を促進する

* 資源やニーズに基づく最適化

イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

ウ) 医介連携を推進する体制の構築

エ) 関係者間の情報共有の支援

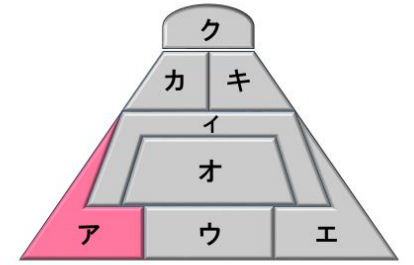
オ) 関係者に関する相談支援

カ) 医療・介護関係者の研修

キ) 地域住民への普及啓発

ク) 関係市区町村の連携

松戸市医師会 医療機関ハンドブック(2020)



ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- * 連携に必要な情報の把握と更新
- * 情報に基づき連携を促進する
- * 資源やニーズに基づく最適化

イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

ウ) 医介連携を推進する体制の構築

エ) 関係者間の情報共有の支援

オ) 関係者に関する相談支援

カ) 医療・介護関係者の研修

キ) 地域住民への普及啓発

ク) 関係市区町村の連携

診療科は松戸市医師会
会員名簿から引用しま
す。

関東信越厚生支局届出状
況の情報から引用し、該
当する場合は、在宅療養
支援診療所と表記します。

住所・TEL・FAX番号は松戸
市医師会会員名簿から引
用します。

医師会ホームページアドレ
スもしくは、ご回答いただ
いた貴院のホームページア
ドレスをQRコード化し掲載
します。

Q2で☑した担当している患者
さんの主な状態は■で表示、特
に力を入れているものは更にア
ンダーラインも表示します。

院長からのメッセージには、診
療の特徴、専門領域機能、設備、
理念やPRポイントなどをご記載
ください。

診療以外の活動には、学会認定
資格や、医師会推薦委員の他、
〇〇大学臨床教授など公的なお
立場などをご記載ください。

G-5 〇〇医院

消 内 漢 外

在宅療養支援診療所

〒271-0065 松戸市 〇〇2-〇-3

TEL 047-367-〇〇 FAX 047-367-〇〇



【担当している患者さんの主な状態】※特に力を入れているものは太字

■高血圧 ■糖尿病 ■脂質異常症 ■脳卒中後遺症 ■心疾患 ■がん
■肺気腫・喘息 ■胃腸の病気 ■肝疾患 □慢性腎臓病 □神経難病
■腰痛・関節症 ■うつ・不眠 □小児 ■更年期 ■認知症
■その他（甲状腺など内分泌疾患）

【院長からのメッセージ】消化器疾患を中心に、かかりつけ医として内科系疾
患全般に対応しています。また、外来の外科的処置も行います。
内視鏡・エコー検査や漢方治療等の専門医療も積極的に行っています。

【診療以外の活動】消化器内視鏡専門医、学校医、警察嘱託医、〇〇大学臨床教授

臨時往診	◎	24時間対応	◎
訪問診療(自院)	◎	訪問診療(紹介)	○

【訪問診療で対応可能な状態・管理等】

■脳血管疾患	■認知症
■整形外科疾患	■内部臓器障害
■悪性腫瘍	□神経難病
□医療的ケア児	□精神疾患合併
□胃ろう管理	□中心静脈栄養管理
□気管切開管理	□人工呼吸管理

Q3の【5】で☑した訪問診療
として対応が可能な疾患や状態、
管理等は、■で表示します。

Q3の【1】臨時往診について、以下の通り表記します。
*原則として柔軟に対応している（依頼があった場合の8割以上で往診してい
る）＝「◎」

*対応できる場合とできない場合がある（忙しさ等の事情により）＝「○」

*対応できないことが多い（往診しているのは2割以下）＝「△」

*往診は行わない方針としている＝「－」

Q3の【2】訪問診療患者の24時間対応について、以下の通り表記します。
*訪問診療患者には、必要に応じて緊急往診などの24時間対応を行っている
＝「◎」

*24時間対応を行っている患者と、行っていない患者がいる＝「△」

*24時間対応は行っていない＝「－」

Q3の【3】訪問診療について、以下の通り表記します。

*原則として引き続き主治医として訪問診療を担当する（依頼があった場合
の8割以上）＝「◎」

*対応できる場合とできない場合がある（忙しさ等の事情により）＝「○」

*対応できないことが多い（担当しているのは2割以下）＝「△」

*訪問診療は行わない方針としている＝「－」

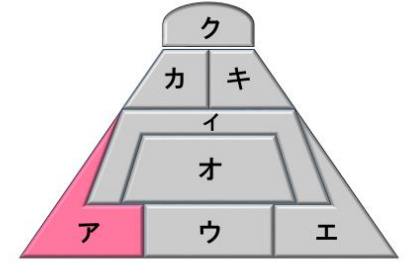
Q3の【4】かかりつけではない患者の訪問診療について、以下の通り表記
します。

*できるだけ訪問診療を担当する（依頼があった場合の8割以上）＝「◎」

*対応できる場合とできない場合がある（忙しさ等の事情により）＝「○」

*対応できないことが多い（担当しているのは2割以下）＝「△」

*訪問診療は行わない方針としている＝「－」



ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- * 連携に必要な情報の把握と更新
- * 情報に基づき連携を促進する
- * 資源やニーズに基づく最適化

イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

ウ) 医介連携を推進する体制の構築

エ) 関係者間の情報共有の支援

オ) 関係者に関する相談支援

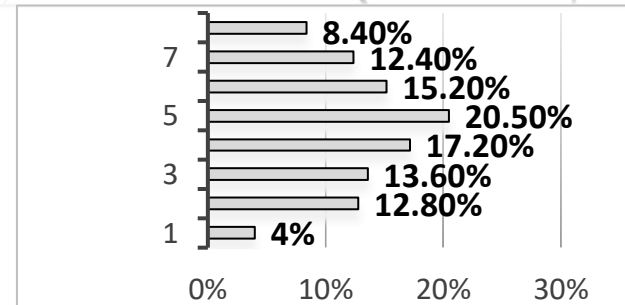
カ) 医療・介護関係者の研修

キ) 地域住民への普及啓発

ク) 関係市区町村の連携

【居宅在住利用者の地域分布図】

★事業所 ○対応可能エリア ○利用者居住最大エリア



【併設サービス】特養、通所介護、短期入所生活介護

【主な日常生活圏域】常盤平・常盤平団地・小金原

【担当している利用者の主な診断名・病態】

■認知症 ■脳血管疾患 □高齢による衰弱 ■骨折・転倒 ■関節疾患
□心疾患 □呼吸器疾患 □悪性新生物 ■糖尿病 □パーキンソン病
□脊椎損傷 □視覚・聴覚障害 □その他

【特別な医療等を要する方の対応経験】

■悪性腫瘍末期 □神経難病 ■精神疾患合併 ■胃ろう等管理
□中心静脈栄養管理 □気管切開管理 □人工呼吸器管理 □その他
()

【会員登録・加算情報等】

松戸市居宅介護支援事業所連絡協議会	会員	松戸市介護支援専門員協議会会員	3/5名
松戸市医療・介護地域ICTシステム(バイタルリンク)登録			あり
生活保護指定	あり	障害サービス相談(居宅介護)	なし

2019年度の加算算定件数

ターミナルケア加算算定	なし	緊急時カンファ加算算定	なし
入院時情報連携加算算定	3件	退院退所加算算定	20件

【介護支援専門員経験年数分布】5名(常勤換算4.5) 主任ケアマネ2名



【専門職としての活動歴】

松戸市介護支援専門員協議会役員、認知症初期集中支援チーム事例提供

【事業所の理念】

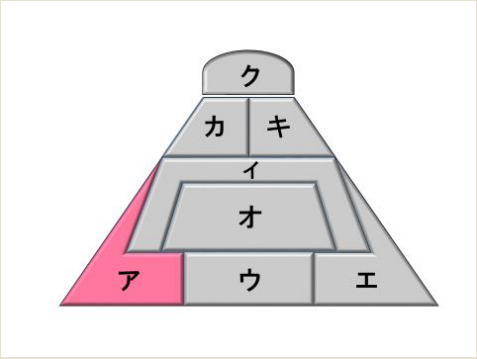
自立支援・公正中立な立場・より良い社会づくりへの貢献

【PR】

ご利用者様に寄り添いながら、住み慣れた地域で安心して暮らせるように支援いたします。お気軽にご相談ください。

ケアマネタイム作成のためのアンケート調査票(2011年)

医療機関名	〇〇診療所	院長名	〇〇 △△	窓口担当者 医師の代理で主に 対応できる担当者 名をご記入ください	△△ □□											
在宅医療への 取り組み	主治医意見書の記載	対応している	対応していない	TEL・FAX	職種 看護師											
	訪問診療	定期的に行っている	行っていない		047-xxx-△△△△											
	外来かかりつけ患者の臨時往診	対応している	対応していない	047-xxx-〇〇△△												
	在宅療養支援診療所の届出	有	無	メールアドレス	□□□ @ △△△. xx . jp											
医師が面談等対応可能な時間帯や外来受診付き添い等を 避けてほしい時間帯 (外来診療時間や往診時間をご記入ください)	8:00	月	火	水	木	金	土	医師との相談方法 希望の優先順位を ご記入ください。	直接 面談	往診 同席	外来 同席	電話	FAX	メール		
	9:00				△	△	△	△	5	4	3	2	1	6		
	10:00	外来 診療	外来 診療	外来 診療	△	△	△	△	主治医の都合に合わせて 医療機関で開催する場合 30分以内なら可能 15分以内なら可能 困難 訪問診療の時間に合わせて開催 30分以内なら可能 15分以内なら可能 困難 自院の待合室等を利用して開催の場合 人数 参加人数 (5) 人以内であれば可能							
	11:00	外来 診療	外来 診療	外来 診療	△	△	△	△								
	12:00	外来 診療	○	○	△	△	△	△								
	13:00	外来 診療	○	○	△	△	△	△								
	14:00		往診	○	○	△	△	△	ケアマネジャーへの要望(連絡時の注意事項等を含む) ※月曜日の午前中の外来は非常に混雑しているので、外来同席や電話連絡は ご遠慮ください。							
	15:00		往診	○	○	△	△	△								
	16:00	外来 診療	外来 診療	外来 診療	△	△	△	△								
	17:00	外来 診療	外来 診療	外来 診療	△	△	△	△								
	18:00															
	19:00															



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- * 連携に必要な情報の把握と更新
 - * 情報に基づき連携を促進する
 - * 資源やニーズに基づく最適化
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有ツールの活用

- ✓ 情報共有シート(退院支援・医療介護連携など)
- ✓ クリティカルパス、認知症ケアパスなど

ルールやエチケットの作成とその遵守

- ✓ 地域の機関間で話し合い、ローカルルールを作成する
- ✓ 職種間等で話し合い、エチケットを合意する
- ✓ 地域で定めたルールやエチケットを遵守する

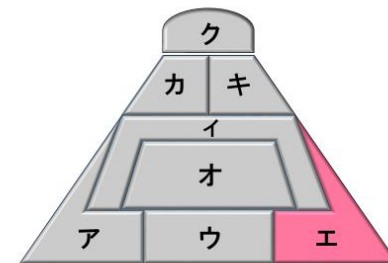
地域ICTの事務局機能

- ✓ 利用促進目的の説明会や研修会、資料作成等
- ✓ 患者・利用者登録、紐付け等のICT事務局機能

【松戸市における取り組み例】

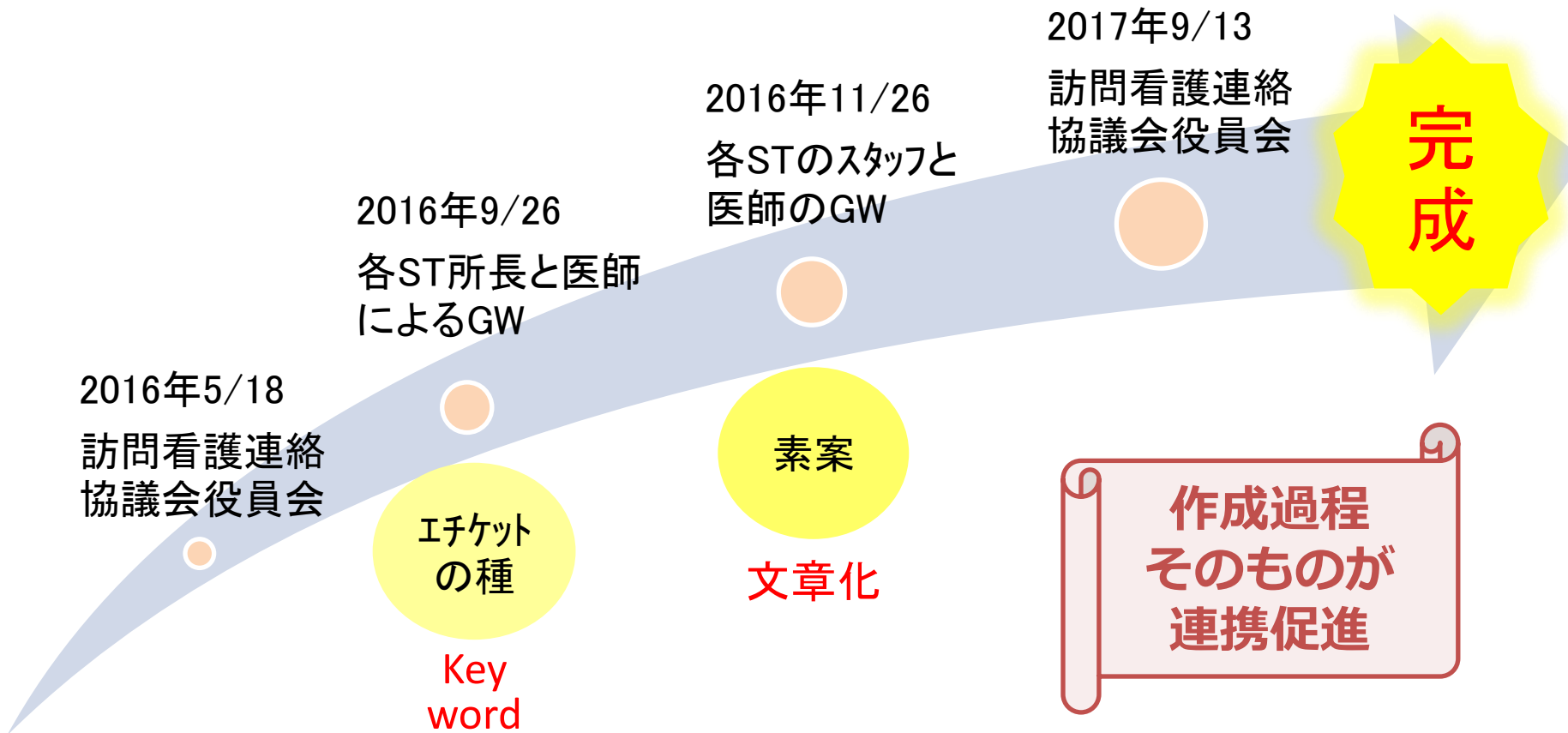
- ・エチケット集の作成
- ・病診連携にかかる交流会
- ・介護現場における新型コロナウイルス感染症
情報共有ローカルルールの作成
- ・地域ICT活用好事例の発信によるICT
活用効果の共有

運用の細部やリテラシー向上を
司る事務局が存在することにより、
地域ICTの活用が促され、プラットフォームとしての機能が
地域に浸透する



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
 - * 情報共有ツールの活用
 - * ルールやエチケットの作成とその遵守
 - * 地域ICTの事務局機能
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

在宅医と訪問看護師の連携ルールづくり

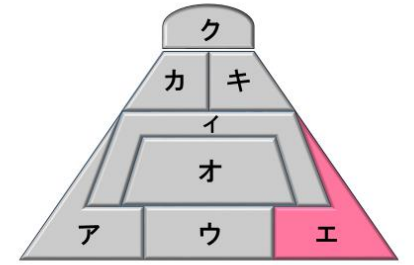


基本討議

医師会在宅ケア委員会（訪問看護連絡協議会会長が定例参加）

医師会と訪問看護連絡協議会で検討を重ね、連携上のエチケット集を作成

※ 同様の手順を踏んで、ケアマネジャー・薬剤師とのエチケット集も作成



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
 - * 情報共有ツールの活用
 - * ルールやエチケットの作成とその遵守
 - * 地域ICTの事務局機能
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

在宅医と訪問看護との連携エチケット(2017年)

看護師が医師に望むこと

●守るべきこと。

- ・医療機器の導入や設定変更時(酸素など)は必ず連絡をする。
- ・看護師から求めがあれば、検査結果を提供する。
- ・点滴指示や重要な与薬(ピオドなど)の指示は、原則として文書(できれば所定の書式)で行う。なお緊急時は例外だが、後で文書を出す。
- ・ご本人・ご家族の求めがないのに、現在のステーションに相談なく訪問看護ステーションを変更しない。

●できればしてほしいこと。

- ・訪問看護指示書にはできるだけ具体的な指示内容を書いてほしい。
- ・訪問看護指示書には、予測される急変・今後の病状予測なども記載してほしい。
- ・訪問看護指示書には、略語は少なくしてほしい。
- ・訪問診療における診療内容を定期的に看護師に伝えてほしい。
- ・緊急時の処置指示をあらかじめ決めておいてほしい。発熱時は〇〇など。
- ・病院では連携窓口を明確にしてほしい。
- ・病院から看護指示書のでている患者さんは、できれば二人主治医制にしてほしい。

医師が看護師に望むこと

●守るべきこと。

- ・状態変化時は訪問看護師が先に訪問する(特に外来診療時間など)。
- ・状態に変化があり、必要と思われたことは遅滞なく医師に連絡する。

●できればしてほしいこと。

- ・ファーストコールは訪問看護師に受けてほしい(一人医師体制が多い現状を考慮して)。
- ・退院時の初回往診にはできる限り同席してほしい。
- ・訪問看護報告書の内容は定期的に更新してほしい。
- ・サービス担当者会議に医師が参加できなかった時には、医師の代わりに医療面での代弁者として発言してほしい。

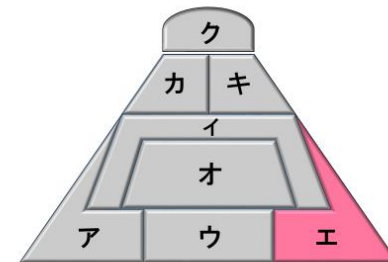
お互いに注意すること

●守るべきこと。

- ・頭ごなしに怒らない。
- ・同時訪問する機会を設けるなど、お互いの連携機会をつくるように努力する。
- ・医師と看護師はお互いの関係性が良くなるように努める。

●できればしてほしいこと。

- ・連携シート・連絡ノートなどを活用し、お互いの訪問内容が分かりやすくなる工夫をしてほしい。
- ・病状のみでなく、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)に関する事柄と思われることも情報共有してほしい。



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
 - * 情報共有ツールの活用
 - * ルールやエチケットの作成とその遵守
 - * 地域ICTの事務局機能
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

好事例の発信による地域ICT活用効果の共有(2021年～)

バイタルリンク運用好事例紹介(その10)

～居宅療養管理指導の情報伝達～

●【事例】91歳男性、脳出血後遺症の方



件名：歯科訪問

口腔内衛生状態が悪いです。義歯も清掃不良。奥様にも毎回食後に義歯を外して洗浄するようにお願いしているのですが、行われていないようです。歯科月1～2の訪問の為歯肉炎の増悪が心配です。

件名：訪問

口腔内衛生状態相変わらず悪く、可能な限り義歯作成外して清掃をお願いしてあります。

歯科医より口腔内の衛生状態の悪化を心配するメッセージがあり、1ヶ月後に改善はないと再度コメントされている。

件名：Re:訪問

ご本人の認知機能は保たれていて、歯みがきはやっているとおっしゃいますが、障害もありますし、継続実行能力は不十分と思われます。また、奥様が代理セルフケアを継続して担当することは望めそうにない状況のようです。一方、デイサービスやショートステイ、訪問看護において、ケアを依頼、確保することは可能だと思います。訪問看護師さんには直接お願いすることができました。これまでは、排泄ケアとリハビリを担当するということに入っているとのことでした。

歯科医師からの2度のコメントを受けて、主治医からは現状を鑑みると本人・家族共に口腔ケアを担うのは難しいと報告、本人に係る各職種による支援の再検討を提案しています。

件名：Re:訪問

各サービス関係者には口腔ケアの強化依頼を行わせて頂きます。ご自宅での口腔ケアに関してですが、奥様の介護力や最近の物忘れの感じからすると期待は難しく金銭面に関しての不安も多くサービスの追加もあり望まれています。同居している長男に協力を得られるか確認させて頂きます。又、近日常にスポンジブラシなど口腔ケアのセットを用意してもらおう依頼しておきます。

件名：CMさん

デイサービスやショートステイにおいて、おそらく口腔ケア用品の用意などの支援はしてくださっているものと思います。本人も歯みがきは「やっています」とのことでしたが、歯周炎の状態は悪いという状況を有する脳出血後遺症の方です。水ものでむせるとのことであり、誤嚥性肺炎のリスクを有しています。低頻度の専門的口腔ケア提供だけでリスクをなくすことは困難ですので、セルフケア、(家族による)代理セルフケア、介護によるケア、看護によるケア、そして、専門的口腔ケアを適切にコーディネートして、可能な範囲で誤嚥性肺炎のリスクを低減する必要があると考えます。



件名：Re:CMさん

ご家族と面談するアポイントをとりましたので現状を直に伝えさせていただきます。その時点でサービス担当者会議の必要性を伝えていただきます。

ケアマネジャーは、本人及び家族による金銭負担の不安について触れ、口腔ケア用品の用意や長男の協力の可能性について返信しています。

本事例では、歯みがき行為自体は行っていたけれども、歯周病が改善するレベルでは実施出来ていませんでした。そして現在の口腔内環境では誤嚥性肺炎リスクがあるという課題があります。バイタルリンク上の歯科医師からの報告を受けて、他の専門職が重要な問題があることを把握しました。解決すべき課題としての認識を共有するために、バイタルリンク上で返信しました。

【ケアマネジメントの層別化】

一般的に、ケアマネジメントは右図のように構成されていると言えます。セルフケア、代理セルフケア(本事例では家族による歯磨き)でどの程度疾病予防(本事例では歯周病進行予防)ができるかを評価した上で、不十分な点を介護職によるケア(身体介護)、看護職によるケア、専門的口腔ケア(本事例では歯科医師あるいは歯科衛生士によるケア)を適切に組み合わせたケア体制を検討する必要があります。

これは、単にサービスの回数や頻度を増やすという意味ではありません。議論やすり合わせが必要であれば、サービス担当者会議の開催が適切だということになります。

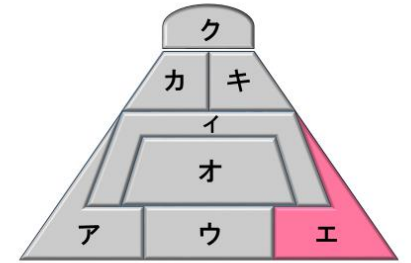


図. ケアの層別化



バイタルリンクを用いることで、参加している各事業所が発信する情報を容易に共有することが出来ます。

ケアマネジャーに報告される居宅療養管理指導の内容は様々であるが、ケアマネジャーはその中から多職種に共有すべき重要な情報を選別し、適切に伝えるべき職種に対して伝達し、ケアに反映させることは難易度の高い作業と言えます。各職種がそれぞれ作成する報告の内容(の一部)をバイタルリンクへアップすることにより、ケアマネジャーの負担軽減、ケアの質向上や役割分担などの具体的な課題解決につながりやすくなります。



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
 - * 情報共有ツールの活用
 - * ルールやチケットの作成とその遵守
 - * 地域ICTの事務局機能
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

地域ICTシステム運用好事例



オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

新たに取り組む機関への支援

✓ 診療所や病院の在宅医療参入を促す

かかりつけ医の推奨

✓ 主治医不在または病院だけに受診している患者

困難事例に対する医師の関与

✓ 未診断認知症や医療拒否事例への医師の関与

在宅医療の質向上支援

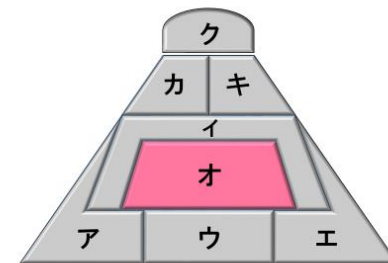
✓ 医師の専門外の領域についての支援

悩ましい事例への関与・支援

✓ 医関係者間で臨床的、倫理的葛藤が生じた場合

【松戸市医師会による取り組み例】

- ・在宅医療スタートアップ支援
- ・二人主治医制推奨
- ・医師アウトリーチ
- ・在宅医療の質向上支援



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
 - * 新たに取り組む機関への支援
 - * かかりつけ医の推奨
 - * 困難事例に対する医師の関与
 - * 在宅医療の質向上支援
 - * 悩ましい事例への関与・支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

“在宅医掘り起こし作戦”

在宅医療未着手の開業医10名のインタビュー調査(2016年度)

◎診療体制整備・報酬請求事務関係

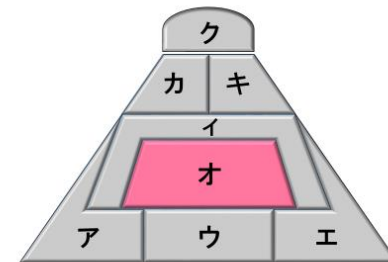
- ✓ 保険請求等の制度が複雑なのでとっつきにくい
- ✓ 介護保険制度についての知識がない
- ✓ 在宅医療を始めるための準備に手間がかかりそう
- ✓ 検査機器がないところで診断することは難しい

◎多職種連携関係

- ✓ 自院に訪問診療に同行してくれる看護師がいないので心細い
- ✓ 急病の知らせがあっても、外来診療中にすぐには往診できない
- ✓ 慣れない疾患をみることへの不安がある
- ✓ 専門外の病気の方の最期を決めてしまうことにためらいがある

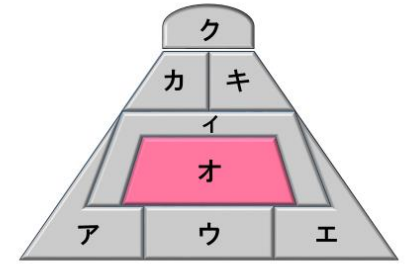
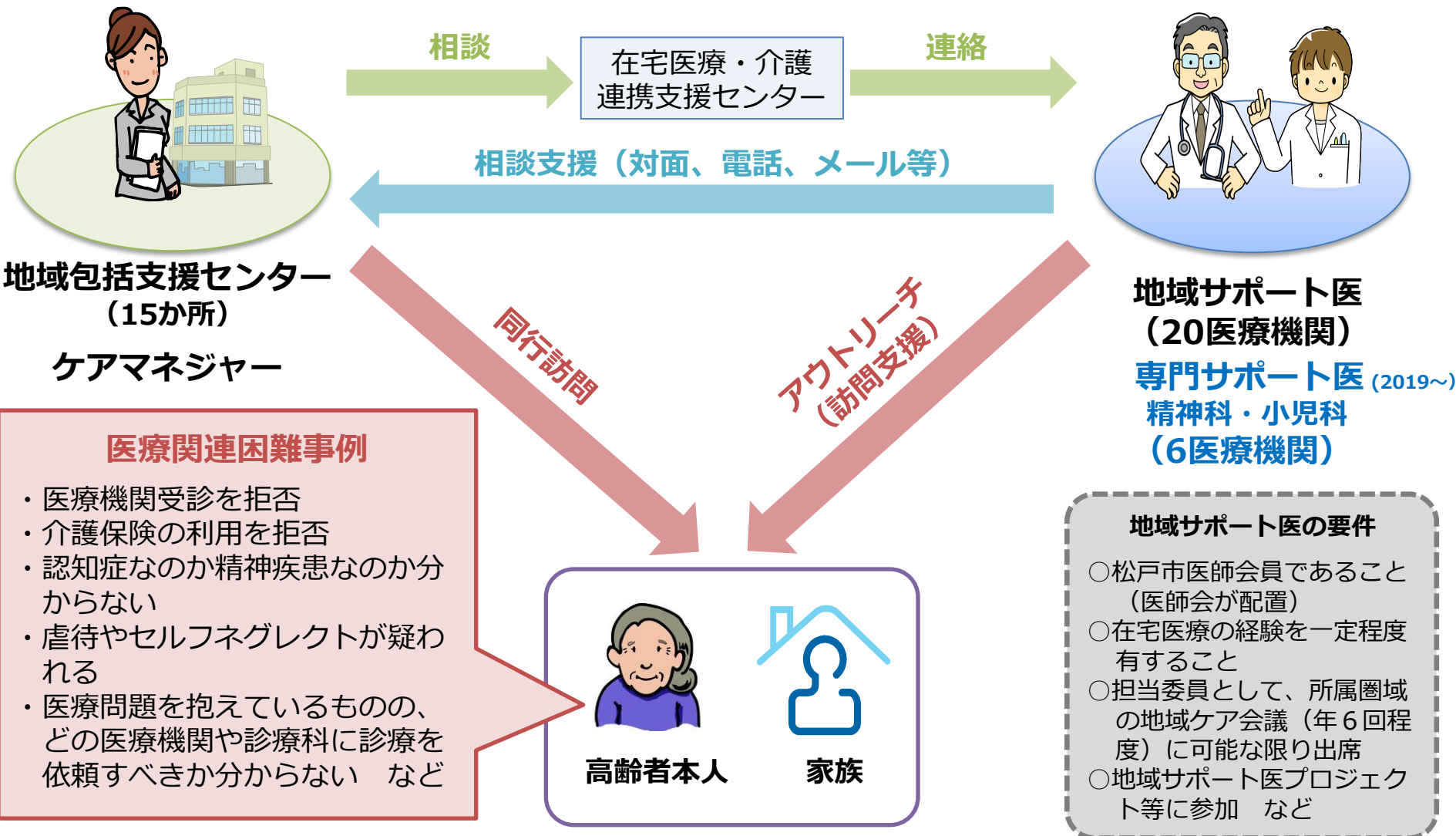
◎夜間などの緊急時対応関係

- ✓ 夜間緊急時にすぐ駆けつけられるとは正直限らない
- ✓ 急な往診があると思うと、アルコールを飲めなくなるのでは・・・
- ✓ 必要なときに入院できる病院がみつからないのではないかと



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
ウ) 医介連携を推進する体制の構築
エ) 関係者間の情報共有の支援
オ) 関係者に関する相談支援
- * 新たに取り組む機関への支援
 - * かかりつけ医の推奨
 - * 困難事例に対する医師の関与
 - * 在宅医療の質向上支援
 - * 悩ましい事例への関与・支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
キ) 地域住民への普及啓発
ク) 関係市区町村の連携

地域サポート医による医師アウトリーチ(2016年度～)



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
ウ) 医介連携を推進する体制の構築
エ) 関係者間の情報共有の支援
オ) 関係者に関する相談支援
- * 新たに取り組む機関への支援
 - * かかりつけ医の推奨
 - * 困難事例に対する医師の関与
 - * 在宅医療の質向上支援
 - * 悩ましい事例への関与・支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
キ) 地域住民への普及啓発
ク) 関係市区町村の連携

医師によるアウトリーチ



医師が大まかなみたてを示すことで介護・福祉など関係者が介入する方向が定まる

在宅医療の質向上支援(2018年度～)

身体機能の評価(リハビリテーション専門職)

- リハビリテーションの適応やゴール予測

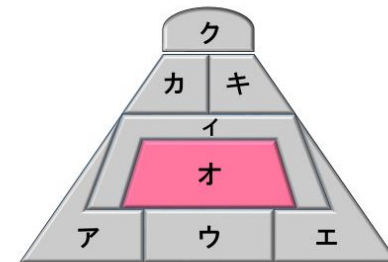
栄養状態の評価(管理栄養士)

- 低栄養、フレイル・サルコペニアの把握

口腔衛生の相談(歯科衛生士)

- 口腔に関する問題点の把握

- ・医師からの依頼に基づき、相談支援の一環(原則として単回の訪問)として専門外の領域の大まかなアセスメントを行い、**医師の診療に資する助言を行う**
- ・歯科診療や歯科衛生指導が必要な場合、**歯科医師会医療機関を紹介をする**
- ・ケアマネジャー等の依頼を受けて、**医療専門職介入の必要性について助言する**



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
 - * 新たに取り組む機関への支援
 - * かかりつけ医の推奨
 - * 困難事例に対する医師の関与
 - * 在宅医療の質向上支援
 - * 悩ましい事例への関与・支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

アンケートやヒアリング調査の活用

- ✓必要に応じて行われるヒアリング調査
- ✓アンケートは情報を更新する必要がある

会議や研修会の活用

- ✓地域ケア会議など公的会議体で議論された課題
- ✓多職種が参加する研修会等で議論された課題

相談支援事例を通じた課題抽出

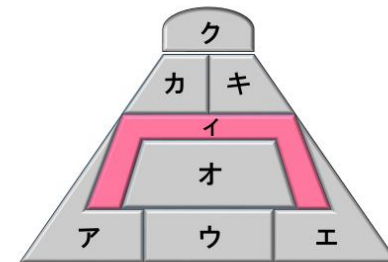
- ✓オ)相談支援を通じて見いだされた課題

他事業や活動を通じた早期覚知

- ✓高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業
- ✓障害者福祉計画推進協議会
- ✓医療的ケア児支援連携推進会議

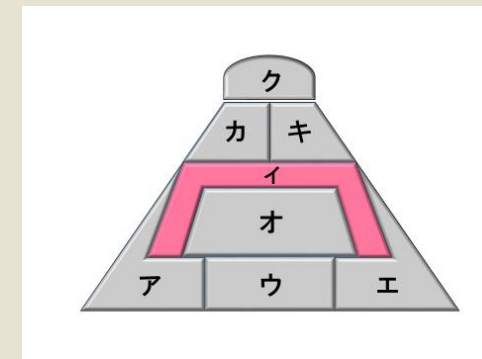
【松戸市医師会による取り組み例】

- ・地域ケア会議の検討事例の分析
- ・介護保険運営協議会における検討
- ・相談支援事例からの地域課題抽出
- ・一体的実施事業(医師会への一部委託)を通じて得た知見の共有によるかかりつけ医の機能強化



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
 - * アンケートやヒアリング 調査の活用
 - * 会議や研修会の活用
 - * 相談支援事例を通じた課題抽出
 - * 他事業や活動を通じた早期覚知
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

地域ケア会議において検討された事例の分析(2015年度～)



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
 - イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
 - * アンケートやヒアリング 調査の活用
 - * 会議や研修会の活用
 - * 相談支援事例を通じた課題抽出
 - * 他事業や活動を通じた早期覚知
 - ウ) 医介連携を推進する体制の構築
 - エ) 関係者間の情報共有の支援
 - オ) 関係者に関する相談支援
 - カ) 医療・介護関係者の研修
 - キ) 地域住民への普及啓発
 - ク) 関係市区町村の連携
- 松戸市地域ケア会議(松戸市HP)



事例	地域要素				家族要素		本人要素			本人要素(医療関係)			
	見守り不在	地縁の欠如	ゴミ出し問題	その他	世帯の困難	その他	助けを求める力の欠如	認知症	その他	かかりつけ医不在	医療連携困難	精神疾患	その他疾病
A					独居		サービス利用拒否	疑い		○			
B						家族要介護者				○		○	
C					独居			疑い		○			
D		○			独居		ゴミ屋敷						
E		○			実態独居					○	○		がん
F	○			マンションセキュリティ	独居		サービス利用拒否	○		○			
G					日中独居	家族不干涉		○	危険運転				アルコール
H		○					サービス利用拒否	○		○			
I	○			個人情報	日中独居			○	買い物				
J		○		個人情報	独居			○	徘徊				
K	○				認認世帯	家族関与拒否							
L	○		○		独居			○		○	服薬困難		
M					独居	家族不干涉	サービス利用拒否	疑い		○			
N						家族障害者							脳疾患
O		○								不信感		○	

地域ケア会議の困難事例は、独居・認知症のほか、地縁の欠如、家族の課題（障害など）、助けを求める力の欠如（サービス利用拒否など）、医療連携（かかりつけ医不在など）といった複合化した課題を抱えている。このため、地域包括支援センターは、医療・介護関係の多職種や地域関係者との連携に基づき、支援を要する事例について、早期対応を図っていくことが重要。

相談支援事例からの地域課題抽出の例(全世代)

地域包括支援センター

認知症の祖母の介護のため、孫が高校に行っていないようだと言った近隣住民から相談があった

ヤングケアラーであることを学校は把握していなかった

卒業に向けての支援、祖母の施設入所、生活保護申請支援

ケアマネジャー

65歳になる障害者を担当したが、自立支援観点に基づく介護サービスの利用推奨に苦慮した

セルフプランとなっている障害者についてアセスメントが不足している

65歳到達を見据えてCMがより早期から該当者に関わるべき

病院MSW

30代男性脳腫瘍末期の方が在宅療養を希望しているが、課題が山積している

地域生活支援事業の紹介、第2子の保育所入所、国民健康保険料の減免申請などの側方支援を行った

地域包括支援センター

55歳時に物忘れのため複数の医療機関を受診したが診断が遅れ、退職を余儀なくされた

鑑別診断が難しい若年性認知症の経験蓄積を認知症疾患医療センターに誘導していく意義
診断後、早期に制度や支援につなぐ司令塔機能が不可欠

基幹相談支援センター

長年引きこもりの40代、生活が破綻しライフライン停止にもかかわらず、支援を拒否していると相談

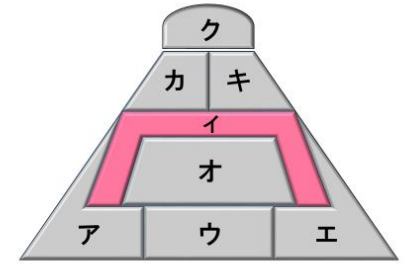
医師アウトリーチによる医療へのつなぎ、弁護士の助言も得て成年後見申立、生活保護申請、障害福祉サービス利用等の支援を行った

スクールソーシャルワーカー

不登校、高度肥満の児童について、医療的視点から助言がほしい

医師アウトリーチで高度肥満は単純性肥満ではなく内分泌疾患も否定できないと診立て、専門科受診につないだ

不登校児童生徒の中に医療の介入が必要な児や生徒がいる



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
 - * アンケートやヒアリング 調査の活用
 - * 会議や研修会の活用
 - * 相談支援事例を通じた課題抽出
 - * 他事業や活動を通じた早期覚知
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

力) 医療介護関係者の研修

介護に関する研修(医療者向け)

- ✓生活情報を医療に活かす方法や介護の役割理解

医療に関する研修(介護者向け)

- ✓未来予測に基づいて介護を提供する意義

多領域に関わる研修

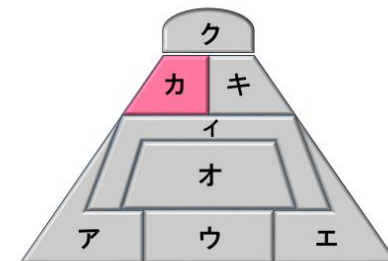
- ✓顔の見える関係づくり目的の研修会・交流会開催
- ✓他の専門職や経験豊富な同職種の同行研修
- ✓病院と地域間の相互研修、出向研修

応用的な内容を取り扱う研修

- ✓医療・介護・福祉にまたがる課題を検討する
- ✓高齢者にとどまらない課題について検討する

【松戸市医師会による取り組み例】

- ・介護現場からの新型コロナウイルス感染症Q&A
- ・地域共生社会をテーマとする研修会
- ・困難事例を取り上げる事例検討会の継続開催
- ・かかりつけ医による社会的処方実践を推奨する企画



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- 力) 医療・介護関係者の研修
 - * 介護に関する研修 (医療者向け)
 - * 医療に関する研修 (介護者向け)
 - * 多領域に関わる研修
 - * 応用的な内容を取り扱う研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

応用的な内容を取り扱う研修会の開催(2023年度)

子ども・障害・高齢者・経済困窮等の支援者&
子育て・福祉・介護・医療・保健等の専門職対象

多分野合同研修会

障害分野における支援困難事例への対応力向上を目指して

講演

相談支援における医療的視点と医療との付き合い方

松戸市医師会

会長 川越 正平 先生

事例検討 (グループワーク)

医療中断している支援困難事例への介入

あおぞら診療所

医師 住谷 智恵子 先生

令和5年11月22日(水) 13:30~16:00

衛生会館／参加費無料／先着 80名

講演

在宅医療・介護連携支援センターの機能と活用のポイント

ほしの在宅ケアクリニック

院長 星野 大和 先生

申込み方法

松戸市在宅医療・介護連携支援センター (<https://matsudo-zaitaku.org/>) から申込みください。
3日以内に受信メールが届きます。
もし届かない場合は、下記までお問い合わせ下さい。



研修内容の詳細は裏面をご覧ください

問い合わせ先 松戸市在宅医療・介護連携支援センター

電話 047-701-7533 FAX 047-701-7535

主催／松戸市医師会 かかりつけ医・COVID-19 ワーキンググループ

かかりつけ医と地域包括支援センターの連携推進のための

地域包括支援センター利用ことはじめ研修会 ～社会的処方を実践する一歩として～

地域包括支援センターは、地域を一つの病院と捉え、かかりつけ医が日常診療で遭遇する困り事を相談できる、医療福祉相談室、地域連携室の機能を有する公的機関です。

受診や服薬などが継続できない患者、生活状況が心配だが把握できない患者などへの社会的処方を実践する第一歩として、地域包括支援センターの利用をご提案します。

地域包括支援センターの機能や実際の活動の紹介、かかりつけ医が地域包括支援センターと協働した事例検討などを予定しています。

ご多忙中と存じますが、是非、ご参加ください。

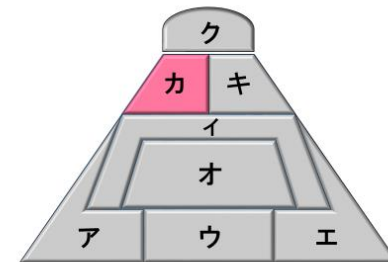
開催
日時

12/14 (木)
19時~21時

申込

※後日、申込書・アンケートを送付します

オンライン



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
 - * 介護に関する研修 (医療者向け)
 - * 医療に関する研修 (介護者向け)
 - * 多領域に関わる研修
 - * 応用的な内容を取り扱う研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

キ) 地域住民への普及啓発

啓発資料の作成

- ✓パンフレットやポスターなどの作成
- ✓啓発用動画の作成

市民向け企画の開催

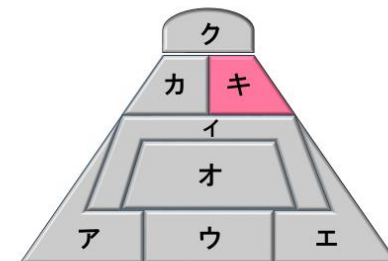
- ✓市民公開講座など大規模企画の開催
- ✓出前講座やサロンなど小規模企画の複数回開催

オンライン企画の開催

- ✓オンライン市民講座・オンラインサロン等の開催
- ✓医療介護関係者や地域住民のICT活用の推進

【松戸市医師会による取り組み例】

- ・小中学校への出前講座の開催
- ・オンライン市民講座の開催
- ・オンラインサロンの開催
- ・啓発用動画の作成
- ・市民向け啓発用動画の作成と活用
の推奨



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
 - * 啓発冊子の作成
 - * 市民向け企画の開催
 - * オンライン企画の開催
- ク) 関係市区町村の連携

市民向け啓発動画の作成(2022年度)

すこやかな高齢期を過ごすための充実！朝ごはん

・医師会

オーラルフレイル と 口腔機能低下症

・歯科医師会

かかりつけ薬剤師のすすめ

・薬剤師会

薬の飲み方・飲ませ方

・薬剤師会

薬剤師の在宅業務

・薬剤師会

うんちは身体からのお便りです

・訪問看護連絡協議会

健康 と 運動

・リハビリテーション連絡会

高額療養費制度とは

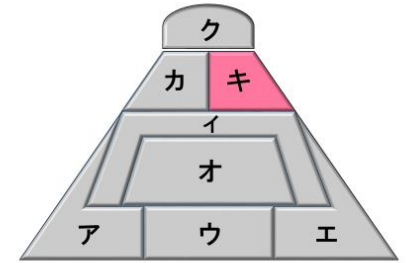
・医療ソーシャルワーカー連絡協議会

施設について知ってみよう

・居宅介護支援事業所連絡協議会

看多機ってなんだろう？

・小多機・看多機連絡協議会



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
 - * 啓発冊子の作成
 - * 市民向け企画の開催
 - * オンライン企画の開催
- ク) 関係市区町村の連携

地域包括支援センター主催講習会や医療機関での待合室教育用コンテンツとして

ク) 関係市区町村の連携

広域連携のための枠組み構築

- ✓ 市区町村等の拠点間の関係性強化・ノウハウ共有
- ✓ 内実ある会議を開催する関係性・枠組みの構築
- ✓ 支援する都道府県との関係性や役割の明確化

広域連携を要する領域の検討

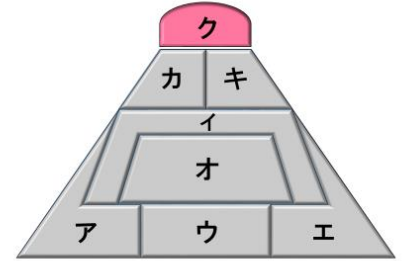
- ✓ 精神疾患やがん、難病など域内で完結できない

広域で協調すべき案件の検討

- ✓ 激甚災害や新興感染症等発生時の協調対応
- ✓ 拠点や積極的役割を担う医療機関の間関係性強化や役割分担についての検討

【松戸市医師会による取り組み例】

- ・他市区町村からの視察の積極的な受け入れや交流
- ・他地域の企画に対する講師派遣や企画への協力



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

- * 広域連携のための枠組み構築
- * 広域連携を要する領域の検討
- * 広域で協調すべき案件の検討

ク) 関係市区町村の連携

在宅医療の圏域に求められる事項について

第6回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和4年9月28日

資料

- 現行の指針において、都道府県は、在宅医療の提供体制に求められる医療機能として、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの4つの機能を示し、圏域を設定することとしている。
- また、「在宅医療の体制構築に係る指針」において、上記4つの機能の確保に向け、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について「医療計画に位置付けることが望ましい。」と記載している。
- 圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであるため、在宅医療の圏域においては、在支診・在支病等の「在宅医療における積極的役割を担う医療機関」の役割や、地域の医療資源により、複数の医療機関が連携や、医療及び介護・福祉との連携を構築する観点から、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の役割も踏まえ、設定することが求められる。

在宅医療の圏域の設定

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

②日常の療養支援

③急変時の対応

④看取り

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・ 自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・ 他医療機関の支援
 - ・ 医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

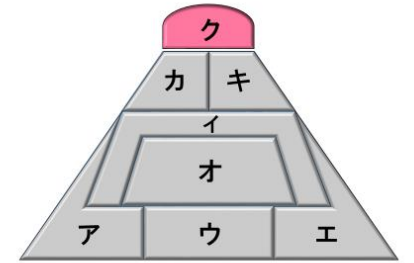
・ 在宅療養支援診療所
・ 在宅療養支援病院 等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・ 地域の関係者による協議の場の開催
 - ・ 包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・ 関係機関の連携体制の構築 等

・ 市町村 ・ 保健所
・ 医師会等関係団体 等



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

- * 広域連携のための枠組み構築
- * 広域連携を要する領域の検討
- * 広域で協調すべき案件の検討

まとめ：次のステージに進むための3つの「鍵」

相談支援事例に基づき把握した課題から出発する

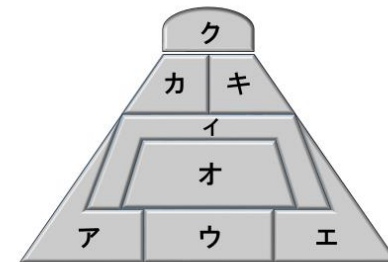
- 地域で遭遇する**困難事例**や**難しい課題**を受け止め、咀嚼し、関係機関や部署をつなぎ、解決へのアクションや新たな活動に取り組んでいく

活動の基盤としての「拠点」機能を確保・強化する

- 地域や医療機関にとって、病院の連携室、福祉相談室、専門医療部門等に相当する部署（**共同利用施設**）の存在は心強い
- 事務職員等の配置**により、研修会等企画のマネジメントや地域ICTの事務局機能を確保・強化することが活動発展の礎となる

困難性の高い相談事例への対応に**医師が関与**する

- 事例に対応するにあたり、**医師が早いタイミングで**大まかな**みたて**や**支援の方向性**を示すことによって、関係者それぞれが解決に向けて動き出すことができる



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 切れ目のない提供体制の構築推進
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

松戸市在宅医療・介護連携支援センター

見学・オンライン視察・人事交流・人事採用
講演依頼・アドバイザー依頼等のお申し込み

