

事業に関する進捗管理、 支援、評価方法等について

国立成育医療研究センター

在宅推進室

中村知夫

● 平成25年度小児等在宅医療連携拠点事業
実施都道府県

- 埼玉県
- 長野県
- 東京都
- 千葉県
- 群馬県
- 岡山県
- 三重県
- 長崎県

● 平成25年度小児在宅医療拠点病院事業
評価事業実施機関

- 国立成育医療研究センター

小児等在宅医療連携拠点事業

- 小児等在宅医療連携拠点事業（以下、「拠点事業」とする）は、小児患者数、小児医療や福祉資源の整備状況、地理的特性等の背景が異なる8か所の都道府県が、**地域の実情に合わせて在宅医療を支える体制を効果的に構築し、全国展開のモデルになることを目指す**ものである。
- **地域の小児在宅医療患者の現状を把握し、小児の特性を踏まえた医療と福祉の連携体制の整備を各地域の行政が支えるシステムの構築**

平成25年度小児在宅医療拠点病院 事業評価事業

- 国立成育医療研究センターは、拠点事業の進捗管理及び支援を行い、事業終了にあたっては、小児等在宅医療が推進され、全国展開が可能となるよう提言を行う。

平成25年度小児等在宅医療連携拠点事業の “評価”

1. 各小児等在宅医療連携拠点事業者の**進捗状況の把握**
2. 各小児等在宅医療連携拠点事業者への**技術的支援**
3. **進捗報告会の開催**（中間報告会、最終報告会）
4. 定期的な進捗報告会の開催の事務及び事業を通じた**課題の把握や効果の評価**
5. **全国展開する上での提言や、参考となる資料の取りまとめ**

小児等在宅医療連携拠点事業 評価事業の全体構成

本日の説明内容

- 1 実施体制、スケジュール等
- 2 事業に関する評価及び提言とりまとめ等
 - ① 6つのタスクに関連する評価指標
 - ② 症例および実践から導き出される小児在宅医療における課題の抽出
 - ③ 小児在宅連携支援モデルの提示
 - ④ 小児在宅医療の推進に向けた短期的、中期的、長期的取り組みの提言

小児等在宅医療連携拠点事業 評価事業の全体構成

1 実施体制、スケジュール等

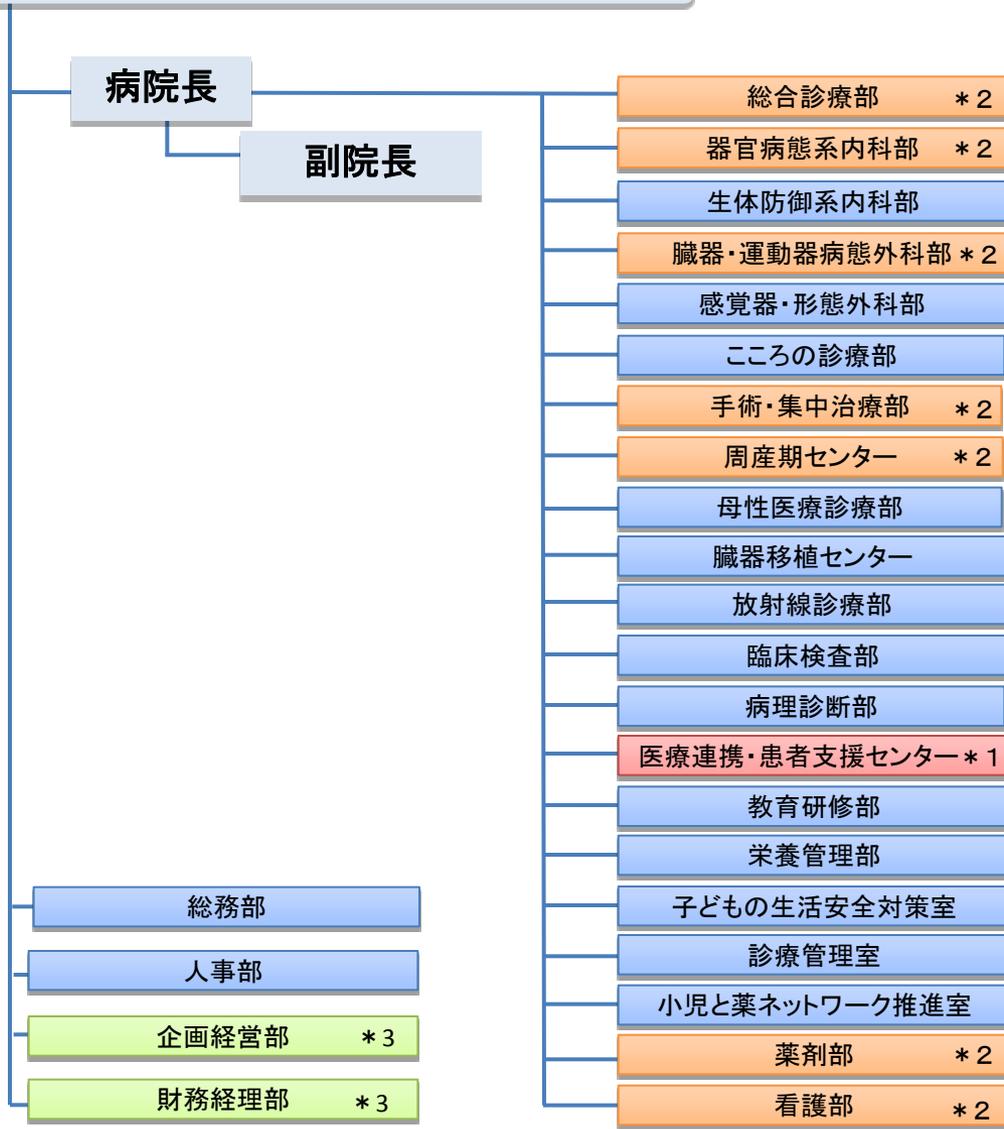
2 事業に関する評価及び提言とりまとめ等

- ① 6つのタスクに関連する評価指標
- ② 症例および実践から導き出される小児在宅医療における課題の抽出
- ③ 小児在宅連携支援モデルの提示
- ④ 小児在宅医療の推進に向けた短期的、中期的、長期的取り組みの提言

本事業の組織図

国立成育医療研究センター 理事長・総長

注) * 1 : 担当部門
 * 2 : 協力チーム
 * 3 : 経理担当部門



本事業の実施体制

総長、病院長の指揮のもと、病院の医療連携・患者支援センターに「在宅医療推進室」を設置し、医療連携・患者支援センター、各診療部門等の多職種による組織横断的なチームによって、支援を行う。

国立成育医療研究センター 五十嵐 隆 理事長・総長

松井 陽 病院長

副院長

医療連携・患者支援センター

在宅医療推進室

医師(責任者)	中村知夫
看護師又はMSW	1名
事務担当者	2名

組織横断的な支援チーム

総合診療部	医師
医療連携・患者支援センター	医師
手術・集中治療部	医師
器官病態系内科部 神経内科	医師
臓器・運動器病態外科部 リハビリテーション科	医師
医療連携・患者支援センター	看護師・MSW
薬剤部	薬剤師
看護部	看護師
	臨床工学技士

オブザーバー

外部研究者

支援

- HPに本事業に関する各都道府県の活動状況、報告内容を共有できる環境の整備
- 情報交換のためのメイリングリストの作成
- 希望に応じ相互視察の調整などを通じて、情報、問題共有
- 小児在宅医療に関する情報の提供
- 評価内容等の問い合わせ（成育および厚労省）

事業全体スケジュール

実施時期	イベント等	事業者における取組 (イメージ)	提出物
平成25年 7月～8月	○関係都道府県への事業説明会	○年間事業計画(タイムスケジュール)の作成 ○関係者への協力の呼びかけ ○参考事例の収集 ○地域の課題を抽出するための会議の開催 ○地域の課題を抽出するために活用する基礎(既存)データの収集・分析	・最終計画書 ・事業のタイムスケジュール ・メイリングリスト作成のための情報 ・交互訪問の希望 ・地域特性把握のための基礎データ
平成25年 8月～10月	○拠点事業実施都道府県への訪問・相互訪問(全数か所) ・参加都道府県間の活動内容、課題等の意見情報交換	○地域の在宅医療提供体制を把握 →地域の課題の抽出に活用 →医療福祉連携に活用 ○課題の解決に向けた取組	・地域の在宅医療提資源マップ ・抽出された課題
平成25年 11月	c 進捗報告会の開催(中間報告会) ・8都道府県による現時点での活動内容等の発表、意見交換 ・事業終了までの今後の予定確認	○課題の解決に向けた取組 ○進捗の確認 ○参考事例を踏まえた取組の検討	○ 中間報告書
平成25年 12月～平成 26年2月	○拠点事業実施都道府県への訪問・相互訪問(全8か所)	○課題の解決に向けた取組 ○取組の総括と成果の把握	
平成26年 3月	○平成25年度小児等在宅医療連携拠点事業成果報告会の開催		○ 最終報告書の提出

8月16日までのお願い

- 各都道府県の最終計画書、事業のタイムスケジュール
- メイリングリスト作成のため：都道府県と事業者の住所、所属、肩書き、担当者名、電話番号、ファックス、メールアドレス
- 8-10月に視察を希望する都道府県、希望理由と目的、得たい情報、意見交換したい内容を

国立成育医療研究センター 長田裕子

osada-yu@ncchd.go.jp までお送り下さい。

年間スケジュール

在宅医療連携拠点事業ほたるアクションプラン

目標:多職種連携の繋げ役として、利用者・家族が安心して過ごせる在宅医療の支援体制を築く。

業務分類	事業内容	課題	目的	具体内容	備考	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
企画・運営 支援業務	・学習会開催	・病院看護士に退院後の在宅のイメージが見えていない。	・病院看護士等へ、在宅医療・介護についての繋げ方や情報提供をする。 ・多職種のスキルアップ。	・在宅内院、協立病院に Outreach 医師や看護士を対面し1回ずつ研修会を主催する。 ・主任ケアマネに講師依頼し、在宅介護の現状を講演してもらう。 ・多職種を対象とした研修会を主催する。	・研修会を行って理解が深まったか等を把握するよう、アンケートを実施する。			・8月4日(木)第1回医療と介護の連携研修会へ共催 ・8月9日(水)多職種研修会打ち合わせ ・多職種研修会講師依頼済み ・多職種研修会の案内文書作成と配布開始			・11月18日(金)第2回医療と介護の連携研修会へ共催 ・11月11日(金)在宅内院にて在宅医療介護についての研修会を主催	・協立病院にて研修会主催予定				
	・現況調査と報告会の開催	・医療依存度の高い利用者への理解と受け入れ先の必要性	・受入れ先が抱える問題を把握し、どのようになれば受け入れられるかを模索する。 ・理解を深めるため、専門医師や看護士等に依頼し、報告会で講演してもらう。	・アンケートを作成し、受け入れの現状や、抱える問題などを把握し、報告会で発表する。	・結果をまとめ、報告会で発表する。 ・連携の会でやっている介護施設調査(対応可能な医療依存度等)における調査協力(集計)を行う。3年行っているのが前後比較も可能。				・庄内地域医療連携の会と合同で、医療依存度の高い方の受け入れについての調査(8月5日発送)	・調査結果集約	・医療依存度の高い方の受け入れ情報開示作成	・冊子配布		・行政担当者、各関連施設の管理者向け報告会を主催		
	・在宅医療の現状把握と、各種連携の会へ参加し情報収集、提供	・各種連携の会の把握、集約窓口がない。	・在宅医療連携拠点事業のPR ・地域連携の課題の抽出 ・各研修会の活動内容の把握、情報提供	・多職種とコミュニケーションをとるために、準備段階より参加させてもらう。 ・各研修会でほたるのチラシを配布し、業務内容や活動内容を報告する。 ・研修会の内容を把握し、その中で地域連携の課題を抽出しまとめる。 ・ほたるのホームページ上で、参加した各種連携の会についての情報提供をしていく。	・ほたるのホームページを立ち上げる。		・7月12日(水)地域連携バス講演会へ参加 ・7月13日(木)庄内地域医療連携の会へ参加 ・7月14日(木)来客と食、口腔ケアを考える会へ参加 ・7月15日(金)退院調整・転院調整看護士の会へ参加	・8月23日(月)南庄内在宅医療を考える会へ支援 ・ほたるのチラシ完成、配布開始			・10月9日(日)市民健康のつどいへ参加し、ほたるのPR ・10月14日(金)地域医療連携の会へ参加 ・10月21日(金)つるやネットワークへ参加 ・10月27日(木)ふらっと会へ共催 ・ほたるHP立ち上げ	・市民公開講座 ・南庄内在宅医療を考える会へ支援	・地域医療連携推進協議会合同懇談会へ参加 ・来客と食、口腔ケアの連携を考える会へ参加	・南庄内在宅医療を考える会へ支援	・つるやネットワーク学習会へ参加 ・鶴岡地区地域医療福祉活動報告会へ支援	
総合窓口 業務	・調査と情報提供	・多職種間の橋渡しを行うワンストップ窓口が無い。	・ほたるが窓口として機能するよう、情報を集約し、提供する。	・行政との定期的な話し合いの場を設ける。 ・地域のリソース調査の情報を使用し、窓口業務とする。 ・ほたるのホームページで、ショートステイの空き情報を提供する。	・多職種にどのような情報が必要なのかをすり合らし、調査票に取り込んでいく。 ・ほたるのチラシを持参しながら、訪問調査を行う。		・行政担当者との打ち合わせ ・調査内容についてのアンケート配布	・行政担当者との打ち合わせ ・調査内容についてのアンケート配布			・調査まとめと資料作成	・総合窓口業務開始				
	・在宅口腔ケアの推進	・在宅歯科医・歯科衛生士の関わりが少なく、窓口がはっきりしない。 ・適切な口腔ケアが提供されていない。	・在宅口腔ケアのシステム作り	・歯科医への働きかけをする。	・ほたると歯科医の話し合いを行い、システム作りを進めていく。				9月26日(月)歯科医と拠点のミーティング	10月24日(月)歯科医と拠点の話し合い						
連携促進 業務	・情報共有の促進と利用状況調査	・情報共有ツールNet4Uが限られているが、利用施設数が少ない。	・利用施設数の増加と活用促進	・研修会でのNet4UのPRをする。 ・調剤薬局・ケアマネへの導入促進。 ・Net4U利用状況調査をする。	・Net4U紹介のホームページ作成。		・居宅介護支援事業所部会でのケアマネへのNet4U説明	・ケアマネのNet4U利用開始を支援							・Net4U在宅患者利用者数調査、評価 ・登録先へのアンケート調査	
	・在宅医とケアマネの連携促進 ・医師への調査と連携支援シートの作成	・在宅医とケアマネの連携不足	・ケアマネと在宅医のコミュニケーションと情報共有の改善。 ・サービス担当者会議への医師の参加数の増加。	・医師へのアンケート調査による現状把握と、担当者会議への参加を呼びかける。 ・主治医とケアマネの連携支援シートの作成をする。	・市の包括と協力し、アンケート調査の実施と集約をする。			8月15日(月)～医師へのアンケート調査開始	8月15日(月)～医師へのアンケート調査開始			・連携シート作成				
アウトリーチ 業務	・退院調整での情報提供、助言	・病院での在宅医療への情報不足。	・在宅受け手側の立場で適切な支援をする。 ・地域資源調査の情報提供をする。	・退院調整業務を理解する。 ・退院前カンファレンスに参加する。 ・地域の資源調査の結果を提供し、退院支援に関する調整・支援を行う。	・カンファレンスへ参加し、地域資源情報の提供をする。		・6月27日(月)在宅内院退院カンファレンスへ参加	・8月4日(木)協立病院合同カンファレンスへの参加			・カンファレンスへ参加し、情報提供・助言					
	・地域包括支援センターとの連携	・在宅医療・介護の要であるケアマネのスキルアップが必要。 ・地域包括支援センターとの連携の必要性。	・在宅医療・介護の要であるケアマネのスキルアップ。 ・地域包括支援センターとの協働体制の構築。	・ケアマネへの参加 ・地域包括支援センターの主催する会議等への参加、助言。	・ケアマネへの参加 ・地域ケア推進担当者会議へ出席(毎月第1水曜日)		7月27日(水)田川地区地域ケアネットワーク会議への参加	8月12日(月)第3学区地域ケアネットワーク会議への参加	9月12日(月)第3学区地域ケアネットワーク会議への参加	・田川地区地域ケアネットワーク会議への参加	・第3学区地域ケアネットワーク会議への参加	・田川地区地域ケアネットワーク会議への参加				

地域特性把握のための基礎データの提出 (8月末まで)

a) 基本的な人口等のデータ

- 都道府県の面積、人口構成(特に、18歳までの各小児年齢人口構成)、地域の特徴、小児在宅患者が使用可能な交通手段等
- 医療機関(病院、診療所)、訪問看護事業所、歯科、薬局、福祉機関、教育機関の数と分布
- 事業対象地域の範囲(都道府県全域か、または一部の地域か、その選定理由等)と、その他の都道府県全域での二次医療圏・障害者福祉圏との関係性

b) 支援対象患者に関する 定性的・定量的データの提示 (8月末まで)

要支援患者の人数、年齢構成、状態等に関する
データ(データの有無、内容及び入手・把握方法、
データ元:医療、福祉、教育)

(活用可能な既存統計)

- ・患者調査
- ・レセプトデータ(社会医療診療行為別調査等)
- (その他)
- ・身体障害者手帳、療育手帳所得者数

小児在宅医療に関わる資源データ提出 (10月末まで)

- 各都道府県および今回の事業対象地域の範囲における小児在宅医療を支援する医療(病院、重心施設、在宅療養支援病院、診療所、歯科、薬局、訪問看護)、訪問介護、放課後デイ、児童発達支援センター・事業所などの福祉機関、教育、相談支援等の機関・施設等のリストアップ
- 各都道府県および今回の事業対象地域の範囲における相談支援専門員の数、配置状況
- 上記機関・施設等をマップ上に示し、小児在宅医療における関わりの深さ(重要度)をマークや色分け等で示すとともに、**最終報告時に本事業で新たに開拓・連携した機関等を明記**

各地域の小児在宅医療等の実施体制の実態把握のためのデータ提出(10月末まで)

- 在宅医療のニーズを把握する観点から、
 - 病院に長期入院している患者で自宅への退院の適応がある患者
 - 通院治療を受けているが、訪問診療の導入が適切であると考えられる患者
 - 在宅医療を受けている患者

等を把握し、地域の課題分析等に活用するとともに、データとデータ抽出方法を提出する。

在宅医療連携拠点事業所(十和田市立中央病院)

青森県十和田市 医療・福祉資源マップ



平成 24 年 8 月末の世帯数・人口

世帯数: 27,094 世帯

総人口: 65,355 人

(男: 31,348 人、女 34,007 人)

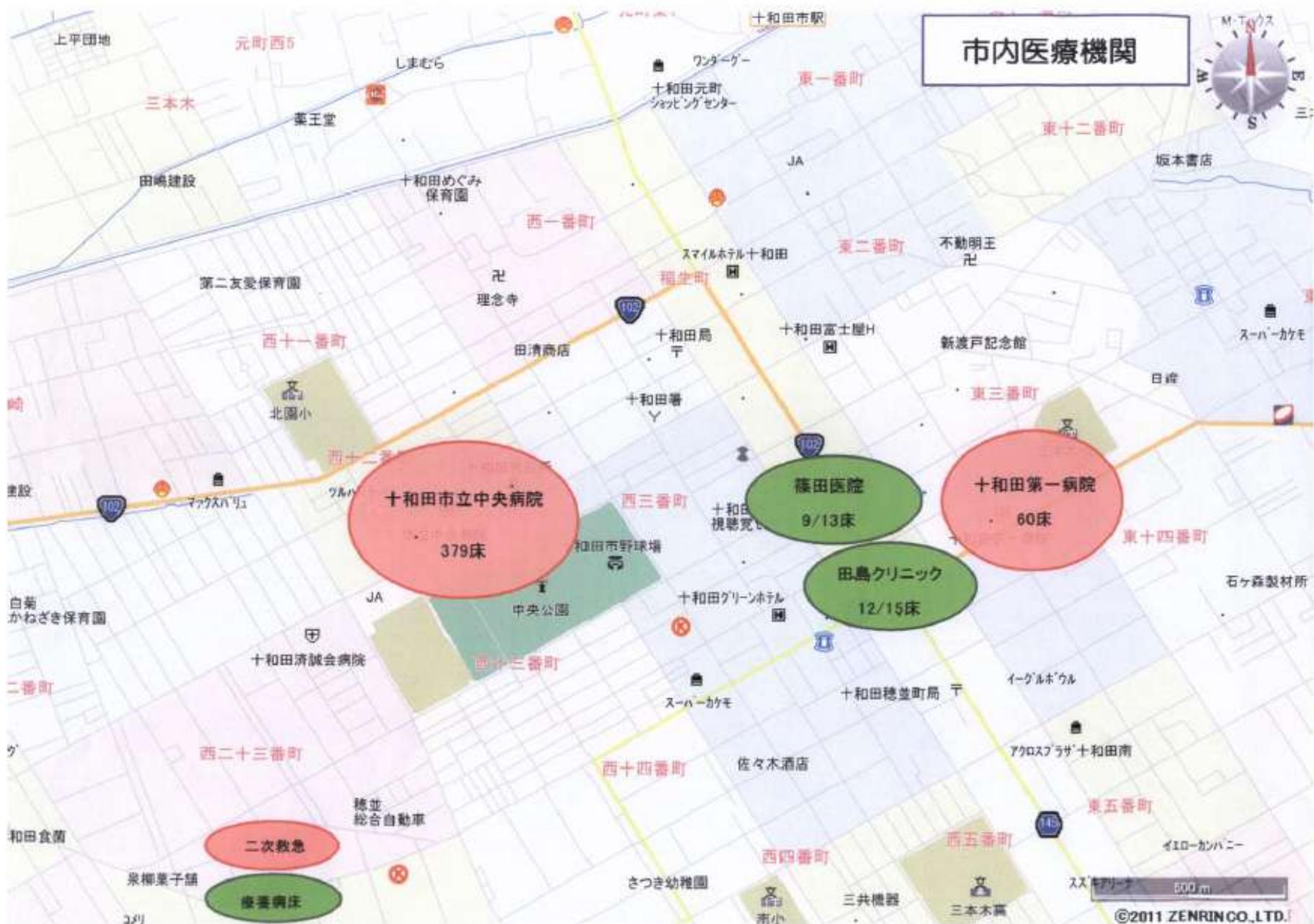
医療資源(病院・診療所・歯科) 66 施設

福祉資源(福祉施設) 43 施設

目 次

1. 市内医療機関
2. 在宅で看取り可能な病院・診療所
3. 訪問診療が可能な病院・診療所
4. 訪問看護併設病院・診療所
5. 訪問看護ステーション
6. 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設
7. 認知症グループホーム
8. 有料老人ホーム
9. 医療ニーズ受け入れの可否
10. 看取りを見据えたケアに対応した医療ニーズ

地域医療資源の情報



在宅で看取り可能な病院・診療所





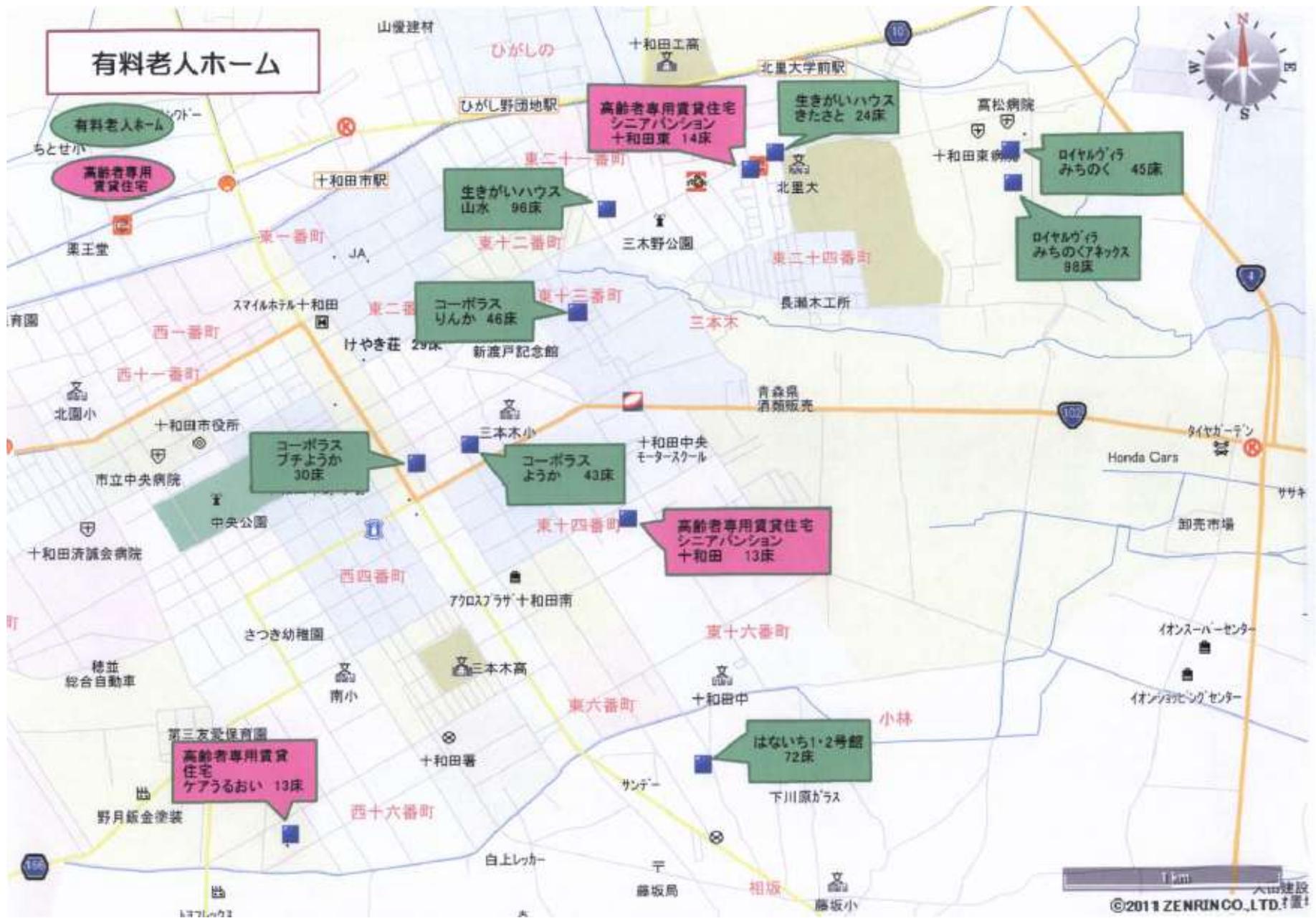




地域福祉資源の情報



有料老人ホーム





医療ニーズ受け入れの可否 (特養・老健)



上北郡

介護老人保健施設 とわた

経路別費	看護	診療	気管切開
インスリン注射	尿カテ	ストマ	褥瘡

高齢者専用賃貸住宅シニアバジエン十和田

経路別費	看護	診療	気管切開
インスリン注射	尿カテ	ストマ	褥瘡

特別養護老人ホーム 一葉園

経路別費	看護	診療	気管切開
インスリン注射	尿カテ	ストマ	褥瘡

有料老人ホーム ロイヤルヴィラみちのく

経路別費	看護	診療	気管切開
インスリン注射	尿カテ	ストマ	褥瘡

特別養護老人ホーム 八平荘

経路別費	看護	診療	気管切開
インスリン注射	尿カテ	ストマ	褥瘡

有料老人ホームコーポラスようか

経路別費	看護	診療	気管切開
インスリン注射	尿カテ	ストマ	褥瘡

介護老人保健施設 みちのく苑(高松病院併設)

経路別費	看護	診療	気管切開
インスリン注射	尿カテ	ストマ	褥瘡

有料老人ホームプチようか

経路別費	看護	診療	気管切開
インスリン注射	尿カテ	ストマ	褥瘡

介護老人保健施設 ハートランド

経路別費	看護	診療	気管切開
インスリン注射	尿カテ	ストマ	褥瘡

特別養護老人ホーム 湖泉園

経路別費	看護	診療	気管切開
インスリン注射	尿カテ	ストマ	褥瘡

高齢者専用賃貸住宅ケアうるおい

経路別費	看護	診療	気管切開
インスリン注射	尿カテ	ストマ	褥瘡

有料老人ホーム ロイヤルヴィラみちのく アネックス

経路別費	看護	診療	気管切開
インスリン注射	尿カテ	ストマ	褥瘡

有料老人ホームコーポラスはないち1・2号館

経路別費	看護	診療	気管切開
インスリン注射	尿カテ	ストマ	褥瘡

有料老人ホーム生きがいハウスきたさと

経路別費	看護	診療	気管切開
インスリン注射	尿カテ	ストマ	褥瘡

介護老人保健施設 みのり苑

経路別費	看護	診療	気管切開
インスリン注射	尿カテ	ストマ	褥瘡

有料老人ホームコーポラスりんか

経路別費	看護	診療	気管切開
インスリン注射	尿カテ	ストマ	褥瘡

有料老人ホーム生きがいハウス山水

経路別費	看護	診療	気管切開
インスリン注射	尿カテ	ストマ	褥瘡

対応可能

要相談

対応不可

3km

©2011 ZENRIN CO., LTD.

看取りを見据えたケアに対応した医療ニーズ



介護老人保健施設 とわだ

経費次第	看護	診療	終身(看取り)介護
中心診療施設	末梢施設	吸引	がん末期

特別養護老人ホーム 一葉園

経費次第	看護	診療	終身(看取り)介護
中心診療施設	末梢施設	吸引	がん末期

高齢者専用賃貸住宅シニアマンション十和田東

経費次第	看護	診療	終身(看取り)介護
中心診療施設	末梢施設	吸引	がん末期

有料老人ホーム ロイヤルヴィラみちのく

経費次第	看護	診療	終身(看取り)介護
中心診療施設	末梢施設	吸引	がん末期

特別養護老人ホーム 八甲荘

経費次第	看護	診療	終身(看取り)介護
中心診療施設	末梢施設	吸引	がん末期

介護老人保健施設 みちのく(高松病院併設)

経費次第	看護	診療	終身(看取り)介護
中心診療施設	末梢施設	吸引	がん末期
経費次第	看護	診療	終身(看取り)介護
中心診療施設	末梢施設	吸引	がん末期

有料老人ホーム ユニコ ボンボよしか

経費次第	看護	診療	終身(看取り)介護
中心診療施設	末梢施設	吸引	がん末期

有料老人ホーム ブラサよしか

経費次第	看護	診療	終身(看取り)介護
中心診療施設	末梢施設	吸引	がん末期

十和田市

特別養護老人ホーム 湖東園

経費次第	看護	診療	終身(看取り)介護
中心診療施設	末梢施設	吸引	がん末期

高齢者専用賃貸住宅ケアうるおい

経費次第	看護	診療	終身(看取り)介護
中心診療施設	末梢施設	吸引	がん末期

有料老人ホーム コーポラスはないち1・2号館

経費次第	看護	診療	終身(看取り)介護
中心診療施設	末梢施設	吸引	がん末期

介護老人保健施設 みりの苑

経費次第	看護	診療	終身(看取り)介護
中心診療施設	末梢施設	吸引	がん末期

有料老人ホーム コーポラスりんか

経費次第	看護	診療	終身(看取り)介護
中心診療施設	末梢施設	吸引	がん末期

有料老人ホーム ロイヤルヴィラみちのく アネックス

経費次第	看護	診療	終身(看取り)介護
中心診療施設	末梢施設	吸引	がん末期

有料老人ホーム 生きがいハウスきたさと

経費次第	看護	診療	終身(看取り)介護
中心診療施設	末梢施設	吸引	がん末期

有料老人ホーム 生きがいハウス山水

経費次第	看護	診療	終身(看取り)介護
中心診療施設	末梢施設	吸引	がん末期

対応可能

要相談

対応不可

1km

©2011 ZENRIN CO.,LTD.

これまでの取組の報告 (10月末まで)

- 事業開始前までに行っていた取組
- 事業開始前までのデータの分析や連携会議により抽出されていた課題
- 事業開始時のこれらの課題の解決に向けた取組方策と設定した目標
- それらの中間報告時までの取組の進捗状況

小児在宅支援連携モデルの提示 (10月末まで)

- 特に医療と福祉の連携、相談支援、コーディネートについて留意し、この事業終了までに構築予定の連携のイメージ図について提示していただく。
- また、この時点までにどこまでの連携が構築されたかも記載していただく。
- 現時点での連携図には、今回の事業対象地域と、全都道府県を対象として広げた際の、実際の機関名や、具体的な連携のために行った取組も記載する。

制作時の注意点

- イメージ図を各地域の実情、今回の事業に合ったものに改変してください
- その上で、各都道府県で制作したイメージ図に沿って、各施設及び各施設間レベルで連携した内容（24時間対応体制、退院時共同カンファ、統一様式等）を、施設名、連携方法や内容を図内記入または別途記載してください。

今後の予定・お願い

○ 本事業の実施状況の情報公開(随時)

- 今後成育医療研究センターHPで進捗状況を公表するため、各都道府県での進捗状況が分かる現場の写真などを定期的に送りいただく。

○ 事業実施都道府県への訪問

- 各事業指定都道府県での情報交換を目的として、進捗状況の見学時に、他の事業指定都道府県から見学希望を募る予定。

→ 参加及び受け入れにご協力をお願いします。

○ 事業実施都道府県への相互視察後

- 視察目的、共有した情報、問題、解決された問題、未解決の問題などの成果についての報告書の提出をお願いします。
- 成育がその内容HP上へ掲載いたします。

小児等在宅医療連携拠点事業 評価事業の全体構成

1 実施体制、スケジュール等

2 事業に関する評価及び提言とりまとめ等

- ① 6つのタスクごとの取組内容と成果を報告
- ② 症例および実践から導き出される小児在宅医療における課題の抽出
- ③ 小児在宅連携支援モデルの提示
- ④ 小児在宅医療の推進に向けた短期的、中期的、長期的取り組みの提言

① 各タスクごとの取組内容と成果を報告 (中間、最終報告時)

- ① 行政、地域の医療・福祉関係者などによる協議の場の定期的開催、連携上の課題の抽出と対応方針の策定。
- ② 地域の医療・福祉資源を把握し活用
- ③ 小児等の在宅医療の受け入れが可能な医療機関・訪問看護事業所数の拡大とネットワークの構築
- ④ 医療と福祉の連携の促進
- ⑤ 小児等の患者・家族に対して個々のニーズに応じた支援の実施
- ⑥ 小児の在宅医療などに関する理解の促進や負担の軽減を図るため取り組みの実施

② 症例及び支援の実践から導き出せる小児在宅医療における 課題の抽出

(個々のニーズに応じた支援の実施)

中間報告会時

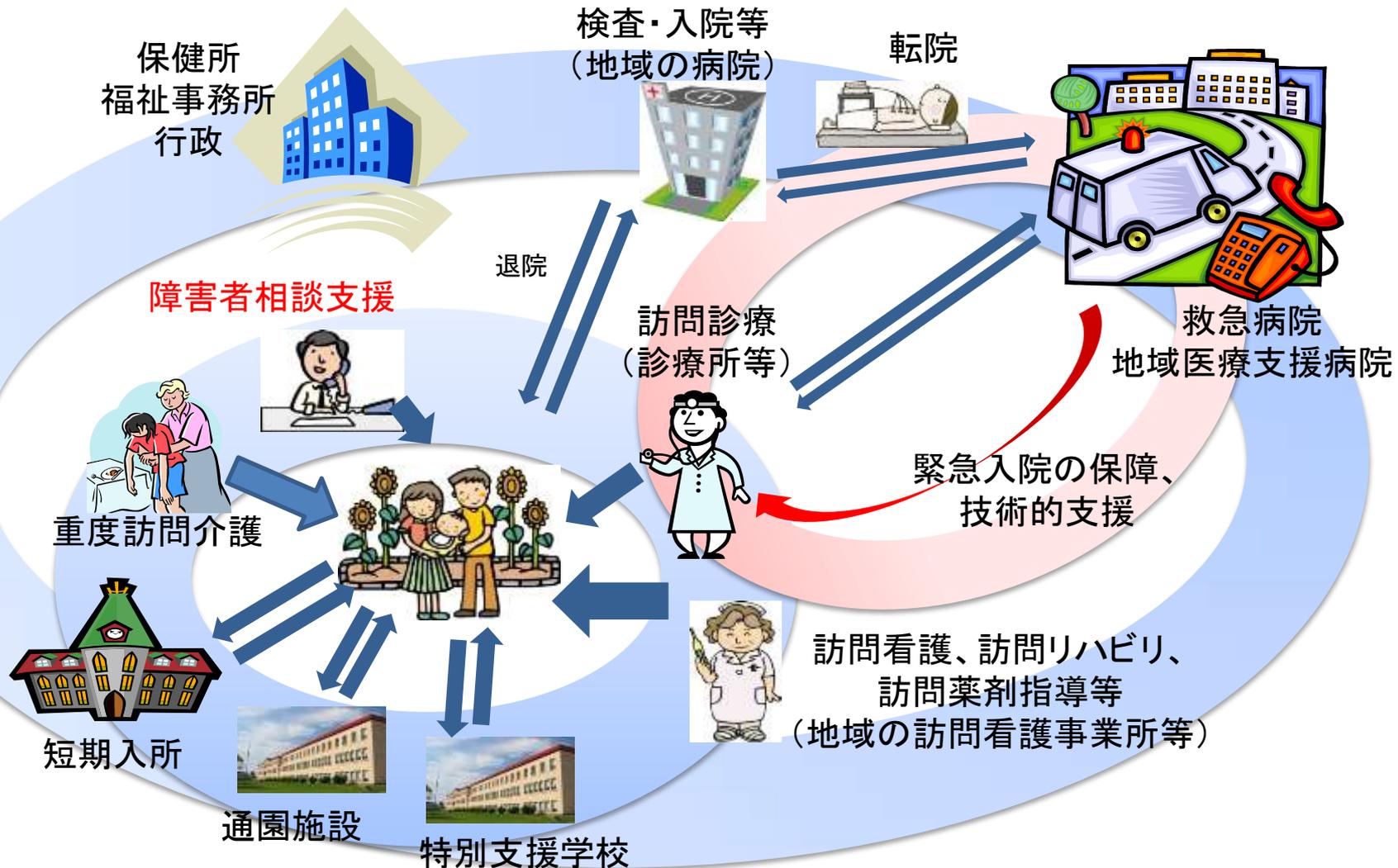
- “上手くいった”と考えられる小児在宅医療症例(できれば人工呼吸症例と非人工呼吸症例)と、“上手くいかなかった”症例を各都道府県と事業者が共同して提示していただく。
- これらの症例における、特に鍵となる医療と福祉の連携に焦点を当てて小児在宅医療を支援する医療(病院、重心施設、在宅療養支援病院、診療所、歯科、薬局、訪問看護)、訪問介護、放課後デイ、児童発達支援センター・事業所などの福祉機関、教育、相談支援等関わりを提示し、在宅移行に向けた支援の評価・分析をしていただく。

③ 小児在宅支援連携モデルの提示 最終報告時

- 特に医療と福祉の連携、相談支援、コーディネートについて留意し、この事業終了までに構築予定の連携のイメージ図について提示していただく。
- 実際、この事業終了までに構築できた連携を記載していただく。
- 連携図には、今回の事業対象地域と、全都道府県を対象として広げた際の、新たに開発できた機関名や、連携を具体的に記載していただく。

平成25年度小児等在宅医療連携拠点事業の目指すイメージ

地域の医療・福祉関係者が顔の見える関係でつながり、関係者の連携によって問題が解決できることを目指す。



④ 小児在宅医療の推進に向けた短期的、 中期的、長期的取り組みの提言 最終報告時

- 今回の事業や、今までの小児在宅医療の実績を踏まえ、各事業指定都道府県から、今後より良い小児在宅医療システムを構築・普及し、安定的な運用を行う上で必要なこと、改善すべき点について、ハードウェア、制度、財源、人的資源、その他の観点から提言していただく。
- 事業評価者である成育医療研究センターが、それらを、より普遍的なものになるよう整理し、最終的な提言としてとりまとめる。

ご協力よろしくお願ひ致します

問合せ先

事務：長田裕子

osada-yu@ncchd.go.jp

03-5494-7120 (内線 7355)

医師(責任者)：中村知夫

nakamura-t@ncchd.go.jp

03-5494-7120 (内線 7059)

