

# □ 在宅医療連携拠点事業の展開

## ■ 事業の実施地域 47都道府県 × 2か所 = 94か所

- データ収集・分析を通じて、在宅医療連携拠点が地域において必要な役割を果たすための条件を見出していくことにつなげる。
- 好事例の情報を広く関係者に提供し、在宅医療の取組みの全国的な向上を図る。
- この事業から得られた各種データや好事例の情報については、下記のような地域特性、連携拠点となる主体、対象疾患等による各種モデルごとに整理・分析を行い活用する。

## ■ 地域特性による実施例

### 【都市型モデル】

都市部での医療と介護の連携のあり方についての対応策を検討する

### 【過疎地域モデル】

山間地域等での医療と介護の連携のあり方についての対応策を検討する

## ■ 連携拠点となる主体による実施例

### 【在宅療養支援病院モデル】

診療所と同様に在宅医療の担い手となっている在宅療養支援病院が連携拠点となる(在宅療養支援のための病床運営のあり方を含め検討)

### 【在宅療養支援診療所モデル】

訪問診療を行い、自宅での療養をサポートする在宅療養支援診療所が連携拠点となる(有床診においては、在宅療養支援のための病床運営のあり方を含め検討)

### 【訪問看護ステーションモデル】

医療と介護の要として機能している訪問看護ステーションが連携拠点となる

### 【市町村主導モデル】

患者の日常圏域における行政をつかさどる市町村が地域の医療福祉従事者を結びつける役割を担う

### 【医師会主導モデル】

地域において医療機関等を束ねる医師会が主体となって、地域の医療福祉従事者を結びつける役割を担う

### 【保健所主導モデル】

保健所が行政と地域の医療福祉従事者を結びつける役割を担いながら、在宅医療連携拠点となる

## ■ 対象疾患等による実施例

### 【がん患者モデル】

痛みや苦痛症状を緩和しながら自分らしい生活を送ることができるよう必要なサポート体制についての検討を行う

### 【小児患者モデル】

NICU退院者等のサポート体制など、子どもが在宅で生活する上での必要な対応策を検討する

### 【精神疾患モデル】

統合失調症患者やうつ病患者も医療的・福祉的支援を受けながら地域で療養できる体制についての検討を行う

### 【難病・疾病患者モデル】

難病患者が可能な限り住み慣れた場所で生活できるよう必要なサポート体制についての検討を行う

### 【障害患者モデル】

障害者が可能な限り住み慣れた場所で生活できるよう必要なサポート体制についての検討を行う

### 【認知症患者モデル】

認知症患者が可能な限り住み慣れた場所で生活できるよう必要なサポート体制についての検討を行う

○医師が積極的に関与している場合やITを用いた連携体制の構築を行っている場合は、補助の増額を行う。(下記は、増額を行う場合の要件の例)

■多職種カンファレンスをはじめとする事業の運営全般に医師が参加する。

■医師の退院カンファレンス参加回数2回以上/月である。

■訪問診療数150名/年、年間看取り数30名/年である。

■ITなどツールを用いた情報共有システムを活用し、効率的な多職種の情報共有を行っている。

## 【事業概要】

がん患者等の在宅医療を推進するため、高い無菌性が求められる注射薬や輸液などを身近な薬局で調剤できるよう、地域拠点薬局の無菌調剤室の共同利用体制を構築し、在宅医療を推進する。

## 【背景】

薬局における在宅医療が進まない原因の一つとして、在宅のがん患者等に必要な無菌性が高い注射剤や輸液などを調剤できる設備を整えた薬局が少ないことがあげられる。

(高い無菌性が求められる製剤の例)

- ・疼痛緩和のための持続点滴による麻薬等の注射剤
- ・口から栄養を取ることが困難な高齢者及び小児を対象とした高カロリー輸液 等

