

## B. 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

### 内 容

地域を包括した、医療・介護資源マップまたはリストを作成し、地域の実情把握とともに、課題抽出を行う。

### 目 的

- 地域の医療介護資源の実情把握・認識共有を行い、課題を抽出する。
- 情報共有による医療や介護関係者による円滑な連携を促進する。
- 住民の医療・介護へのアクセスを容易にする。  
※ マップの作成や共有を通じて医療・介護関係者間に顔の見える関係を構築し、多職種連携につながるという二次的効果も重要である。

### 留意点

- 医療機関等との連絡調整が難しかった介護関連事業所等に対し、医療資源のマップやリスト及びそれらへのアプローチ方法や時間帯等の情報を提供することにより、介護から医療への相談や連携をし易くする。
- これらの情報は、関係者にのみ限定公開する、電子媒体や紙面に印刷し配布するなど、情報を活用する対象の利活用性の高い方法にて共有する。
- 事業所情報は変化が大きいため定期的な更新が必要であり、地域の多くの事業所などに協力を促す必要がある。
- すべてを新たに調査するのではなく、介護情報公表システム、自治体や医師会ホームページ等すでに収集・公表されているデータを利活用することも重要である。

#### ※把握すべき地域情報例

##### 事業所

訪問診療をしている診療所、病院、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、強化型在宅療養支援診療所、強化型在宅療養支援病院、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、訪問薬局、訪問歯科診療所、訪問リハビリテーション施設、ショートステイやデイサービス、療養通所事業所、小規模多機能事業所、レスパイト受け入れ機関、保健所、保健センター、地域包括支援センター、在宅療養患者の後方支援を行う病院 など

##### 各事業所における活動実態

事業所の有無、事業所数、事業所の場所、受け入れ対象者、対象者人数、対象者の受け入れ条件、24時間体制の有無、連携状況、相談可能な時間や窓口、等

#### 地域資源を把握する目的

- 地域で療養するための情報を収集し、不足している資源や支援を可視化する
- 地域の連携体制を整える      ○ 利用者や関係者のアクセスを促進する

例) 沖縄県 中部地区医師会における医療・介護資源把握の取組み (図 15)



※ 中部地区医師会の作成した資源マップでは、在宅医療・介護に関わる施設の数や地域の分布状況等を一目で把握できる。

例) 福岡県 宗像医師会における医療・介護資源把握の取組み (図 16、図 17)

### 宗像地区医療機関診療機能情報

医療機関名	地区	紹介していただいた癌患者の術後フォロー	癌手術患者外来フォロー		抗癌剤治療		麻薬管理 (疼痛コントロールを含む)	丸山 ワクテン	G-CFS 製剤		
			早期	進行	経口	注射					
あ		要相談			要相談		要相談				
		○	○	○	要相談	要相談	○	要相談	要相談		
		○	○	○	要相談	○	要相談				
		要相談	要相談	要相談	要相談	要相談	要相談				
		要相談									
		○		○	○	要相談	○	要相談			
		要相談	要相談	要相談	○	要相談	要相談		要相談		
		要相談	要相談	要相談							
		○	○	○	○	○	○				
		要相談					○				
		○	要相談	要相談			○				
		か		要相談	○	○	○	要相談	要相談		要相談
				要相談	要相談	要相談	○	要相談	要相談	要相談	
				○	要相談	要相談	要相談	要相談	○		
				要相談	要相談	要相談				要相談	要相談
					要相談		要相談				
さ		○	○	○	○	要相談	○		○		
		要相談						要相談			
		○	○	○	○	要相談	○		○		
		要相談	要相談	要相談	要相談						
		○	○	○	○	要相談	○	○	○		
		要相談	要相談	要相談	要相談	要相談	要相談	要相談	要相談		
		○	○	○	○	要相談	○	要相談	要相談		
		○	要相談	要相談	要相談	要相談	要相談	要相談	要相談		
		要相談	要相談	要相談	要相談		○				

### 在宅医療への取組情報

医療機関名	クリニック		院長名					
			窓口担当者 (Dr代理対応の方)					
住 所	〒811-3434		TEL		FAX			
			メール	★各自でアドレスを交換してください				
在宅医療の取組み (○をつけてください)	主治医意見書の記載		○ 対応している		・ していない			
	訪問診療		○ 定期的に訪問している		・ していない			
	新規の訪問診療		○ 受けてよい		・ 受けられない			
	かかりつけ患者の臨時往診		○ 対応している		・ していない			
	在宅医療支援診療所の届出		○ 有		・ 無			
医師との面談方法 優先順位 (1~6の番号をつけてください)	直接面談	往診同席	外来同席	電話連絡	FAX連絡	メール連絡	その他	
	3	1	2	4	6	7		
担当者会議への 医師の参加 (○をつけてください)	先生の都合に合わせた時間で、先生の医療機関で開催の場合		○ 30分以内なら可能		○ 15分以内なら可能		・ 困難	
	訪問診療に合わせて、患者宅で開催の場合		○ 30分以内なら可能		○ 15分以内なら可能		・ 困難	
退院時カンファレンス への医師の参加 (○をつけてください)	先生の都合に合わせた時間で、入院先医療機関で開催の場合		○ 30分以内なら可能		○ 15分以内なら可能		・ 困難	
主治医にアポイントメントとる際に 比較的対応可能な時間帯	○×をつけてください 時間帯 (自由記載をお願いします)		月	火	水	木	金	土
			8:30~9:00					
多職種の方々への要望 (連絡時の注意事項等)	ケアマネジャー連絡・訪問可能時間						連携ガイドに記載 (可)・不可	

※ 宗像医師会は、医療機関、介護施設の数だけではなく、実際に対応可能な機能についても詳細に調査を行い、リスト化し、地域で有効に活用している。

## C. 研修の実施

### 内 容

- 研修の実施は、在宅医療・介護連携の推進及び在宅医療に携わる人材を確保するための中心的な事業であり、全市町村において研修の実施について検討することが必要である。
- 研修では、在宅医療・医療介護連携の必要性や在宅医療の実際の技法、多職種連携の実際、医療保険・介護保険上の各種手続きなど関係職種が実際に業務をすすめる上で必要になる様々な事項を全体研修やグループワーク等を通じて学ぶ。

### 目 的

- 研修の場に、多職種が一堂に会することで、知識等の習得に加え、顔の見える関係が構築できるとともに、互いの専門性が理解でき、医療・介護の「共通言語の構築」に寄与することができる。
- 同職種研修においても、在宅医療への参入を躊躇している医師等に対し、経験者のこれまでの実践のノウハウ等の情報提供を通じて、新規の参入を促すことができる。

### 留意点

- あらゆる研修は年間事業計画に沿って目標設定を行い、準備、実行することが重要である。目標が不明確な研修は効果が薄いので注意が必要である。
- 各地域においては、医師会など関係職種において在宅医療に関する研修の取組みが進められている。まずどのような取組みが展開されているのかを把握し、関係するものがあれば、当該研修との相互の位置付けについて調整しておくことが必要である。
- 地域の実情を把握した上で、教育的介入をしたいターゲットを明確にする。
- 医師会等、在宅医療に関わる関係者と研修の目的を共有し、できるだけ多職種参加による研修会を計画・開催する。
- グループワーク、医師の同行訪問等、有効と言われている手法を積極的に取り入れる。
- 参加者から実施した研修に関するアンケートをとり、今後の研修効果の改善に役立てる。また、複数回参加する参加者が多い場合には、例えば、前回の研修の際のグループワーク等で抽出された「在宅医療推進に当たっての地域の課題」を次回の研修に活かす等研修内容を適宜見直して行くことも必要である。
- 介護職（ケアマネジャー等）は医療職に対し、いわゆる『敷居の高さ』を感じていることが多いので、市町村は連携調整担当として介護職も一定の発言ができるように配慮することが必要である。

- ※ 研修会の具体的進め方については、  
「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会運営ガイド」を参考にされたい。  
こちらのページからダウンロードが可能です↓  
[http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/kensyu/files/outline/uneiguide\\_all.pdf](http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/kensyu/files/outline/uneiguide_all.pdf)
  
- ※ 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会ホームページはこちらです↓  
<http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/kensyu/index.html>

例) 宮城県 石巻市立開成仮診療所における地域のニーズ調査に基づく研修会の取組み  
(図 18)

## 第1回多職種合同研修会

- 日時:平成24年10月27日(土)13:30~16:10
- 場所:石巻合同庁舎 5階 大会議室
- 目的:地域の在宅医療に関わる多職種が一堂に会する場を設け、  
地域における連携上の課題の抽出と地域包括ケアへの理解を深める。
- 内容:
  - (1)在宅医療と在宅医療連携拠点事業について  
石巻市立病院開成仮診療所 所長 長 純一
  - (2)「在宅医療連携ガイド作成に関するアンケート調査」結果報告  
石巻市立病院開成仮診療所 在宅医療連携拠点事業担当 安達祥子
  - (3)意見交換「石巻における多職種連携の課題について」
  - (4)講演「地域包括ケアの推進について」  
講師 厚生労働省 老健局振興課 地域包括ケア推進係 係長 山田大輔
  - (5)意見交換「多職種連携の課題に対する解決策について」

在宅医療連携拠点事業活動報告
石巻市立病院開成仮診療所 在宅医療連携拠点事業所
11

※ 石巻市立開成仮診療所は、地域の在宅医療に関わる多職種が一堂に会する場を設け、地域における連携上の課題抽出と地域包括ケアの理解を深める目的で図に示すような研修会を開催している。

例) 福井県 オレンジホームケアクリニックにおける多職種連携のための研修会の取組み  
(図 19)

## 在宅医療 虎の穴 ~多職種連携実践研修~

### 在宅医療の基礎講義と、専門力強化、そして 多職種連携の実践まで、顔の見える関係構築 を軸に行う勉強会

2012年度開催

開催日	タイトル	サブタイトル	テーマ	レベル	参加人数
2012/4/14	在宅医療にギアーズ研修	在宅医療プロフェッショナル大作戦	在宅医療、はじめましょう!	STEP1	84人
2012/5/10	MSW在宅連携研修	行列の出来る在宅相談所	在宅の必要条件とは	STEP2	18人
2012/9/30	専門力強化研修	訪問看護VS薬剤師	専門力を活かした継続ケア	STEP2	41人
2012/7/31	在宅医療と福祉用具を考える会	福祉用具職群 テクノエイジャー	在宅医療における多職種連携	STEP2	22人
2012/9/11	多職種連携実践研修	在宅医療プロフェッショナル大作戦	多職種連携で在宅医療は変わる	STEP3	50人
2012/9/6	多職種連携実践研修	在宅医療プロフェッショナル大作戦	多職種連携を活かした在宅継続ケア	STEP3	26人
2012/10/21	在宅医療基本講座	在宅の鉄人	在宅医療、はじめましょう!	STEP1	46人
2012/11/17	多職種連携実践研修	在宅医療プロフェッショナル大作戦	多職種連携で在宅医療は変わる	STEP3	95人
2012/12/8	専門力強化研修	在宅ナースのお仕事	ひとつ上のスキルを地域で活かそう	STEP2	28人
2013/1/20	介護職のための医療基礎知識講習会	ケアしてガッテン	医療と介護の連携を深めよう	STEP2	32人
2013/2/24	多職種連携実践研修	在宅医療プロフェッショナル大作戦	高齢者を支える多職種連携	STEP3	44人
2013/9/13	介護職のための医療基礎知識講習会	ケアしてガッテン	医療と介護の連携を深めよう	STEP2	24人
2013/9/31	日本在宅医学会大会 ワークショップ	行列のできる在宅相談所	多職種連携で在宅医療は変わる	STEP3	57人

※系統的な研修メニューが組まれている。

例) 福井県 オレンジホームケアクリニックにおける多職種連携のための研修会の取組み  
(図 20-図 23)

### 多職種連携 実践研修 (IPE)

- Step1 「在宅医療について知ろう！」
- 在宅医療とは？という基本的なレクチャー
- Step2 「在宅における自分たちが発揮すべき専門力とは？」
- 在宅医療を行う上で必要な、職種毎の勉強会
- レクチャー、情報交換、ワークショップ
- Step3 「多職種連携を実現しよう！」
- 多職種が協働してケアを行う、実践的な研修
- ワークショップ、模擬カンファレンスなど

**Step3.**  
多職種連携を実現！

施設 スタッフ	M S W	鍼灸 マッ ジ	訪問 入浴	福祉 用具	歯科 衛生士	ヘル パー	ケア マネ	リハ ビリ	管理 栄養士	歯科 医師	薬剤 師	訪問 看護	医 師
------------	-------------	---------------	----------	----------	-----------	----------	----------	----------	-----------	----------	---------	----------	--------

**Step2.**  
専門力

**Step1.在宅医療について知ろう！**

**在宅医療 虎の穴 ~多職種連携実践研修~ <STEP1>**



**在宅の鉄人** 平成24年10月21日開催

**参加者コメント**

- ★具体的であり、教育があり、よく考えてくださった企画だと思いました。
- ★初心者にはとても分かりやすかったです。
- ★これまで文字でしか分からなかった退院時カンファレンスがリアルに感じられて有意義でした。
- ★カンファレンスの中でポイントの説明が分かりやすかったです。
- ★今後も続けて欲しい。また、続けて出席していきたい。
- ★とても不安な要素があったのですが、カンファレンスを聞くことでとても参考になりました。
- ★患者様の生活状況、気持ちを捉えながらのカンファレンスを進めていく方法がとても学びとなりました。
- ★退院時に行うカンファレンスそのものだったのでずっと入り込みましたし、薬剤師さんが入るカンファが初めてだったので新鮮に移りました。
- ★それぞれの立場の質問や回答を聞きながら自分だったら・・・と考えられよかったです。
- ★ミーティングや議事録など劇団式を取り入れた提示の仕方、「鉄人」になるサンプル提示、有名なテレビのパロディー化、全て素晴らしいです。



**在宅医療 虎の穴 ~多職種連携実践研修~ <STEP2>**

MSWと在宅医療を考える勉強会  
「行列のできる在宅相談所」  
平成24年5月19日開催



訪問看護師・薬剤師 専門力強化研修  
「訪問看護師VS(アンド)薬剤師」  
平成24年6月25日開催



福祉用具専門員 専門力強化研修  
「福祉用具診療 テクノエイジャー」  
平成24年7月31日開催



**在宅医療 虎の穴 ~多職種連携実践研修~ <STEP3>**

在宅医療プロフェッショナル大作戦  
平成24年8月11日開催





※ 若者や学生など、これから地域を担う人材も重要なターゲットとして、研修内容と共にスライドやキャッチコピー等に配慮した、楽しく学べる研修手法を実践している。

例) 多職種連携における在宅チーム医療を担う人材育成事業における  
国立長寿医療研究センターによる研修会アンケート用紙

在宅医療・介護連携推進事業研修会 アンケート用紙

<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaiikusei/2013/Q.pdf>

## D. 24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築

### 内容・目的

- 24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制とは、在宅医療や介護を利用している患者や利用者の緊急の相談等に対応できるよう、医療機関や訪問看護事業所、介護事業所間の連携により、24 時間患者からの連絡を受けられる体制または往診や訪問看護、介護サービス等を提供できる体制を整備することをいう。
- 退院や症状の悪化などにより在宅療養が必要になった患者に対し、1 人のかかりつけ医等で 24 時間 365 日対応することは困難であるため、複数の在宅医による連携体制が重要である。  
そのひとつの手法として、主治医・副主治医制等のコーディネート等をはじめとする療養支援調整の仕組みを、市町村レベルで面的に実現する。
- 地域のかかりつけ医や関係者の負担を軽減し、在宅療養患者の安心を確保するため、在宅療養患者の後方支援病床の確保等の病診連携の体制構築も重要である。
- 在宅療養する住民の現状把握や定期的もしくは必要時に在宅主治医、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、セラピスト等の医療系専門職及びケアマネジャー、介護事業者等の介護系職種によるカンファランス等を通じ、在宅療養を継続的に支援する体制を構築する。
- 地域包括ケアシステムの中心をなすものであり、すべての地域において、その実施について検討することが必要である。

### 留意点

- 重要なことは、地域で住民を含めどのような地域を目指すのかを共有し、住民がいつまでも安全・安心して暮らせる地域にむけて、地域の多職種が有機的に連携できる体制をとることである。
- 『24 時間 365 日』の医療・介護支援体制の構築は、最もハードルの高い響きを持った取組みであるが、多職種が有機的に連携した場合、個々にかかる負担は非常に軽減されることが報告されている。
- 後方支援病床の確保は、病状が変化した際に必要な治療を受けられるようにするためであり、地域でも医療機関のように安心した療養環境を提供することにつながる。  
確保する病床数や受け入れ基準、手順、対象の病状、対象エリアについては地域の関係者、各事業所の承認のもとで検討を重ね、マニュアル作成などにより着実に実現に向けて進める必要がある。
- 地域の病院や診療所、訪問看護ステーション、介護事業所等多くの主体の連携が必要な事業であり、市町村や郡市区医師会等のリーダーシップのもと、各事業所間や、関係者間の心理的信頼関係の構築しながら進めていく必要がある。
- 関係者間の情報共有の仕組み(F 参照)を併せて検討することが必要である。



- 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)

## 2) 在宅医療従事者の負担軽減の支援

### ① 24時間在宅医療提供体制の構築方針について

在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムをつくるポイント

1. かかりつけ医の負担軽減
  - 主治医・副主治医システムの構築
2. 主治医・副主治医のチーム編成
  - 地域医療拠点の整備
  - 在宅医療・看護・介護の連携体制の確立

＜主治医・副主治医システム＞

△:主治医(可能な場合は副主治医) ▲:副主治医機能集中診療所 ■:コーディネーター等拠点事務局

※チーム編成の管制塔機能を地域医療拠点が担う。

＜24年度の取組＞

- ※6名の主治医と1名の副主治医による  
試行…21症例実施
- ※試行WG4回実施  
(5/18, 7/20, 9/21, 1/18)  
⇒効果的な多職種連携のための情報共有システムの検討
- ※評価チーム7回実施  
(7/13, 8/17, 10/11, 11/16, 12/21, 2/15, 3/15)  
⇒試行事例を通じた情報共有システムを使った連携の課題の抽出と評価の実施

6

※ 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)



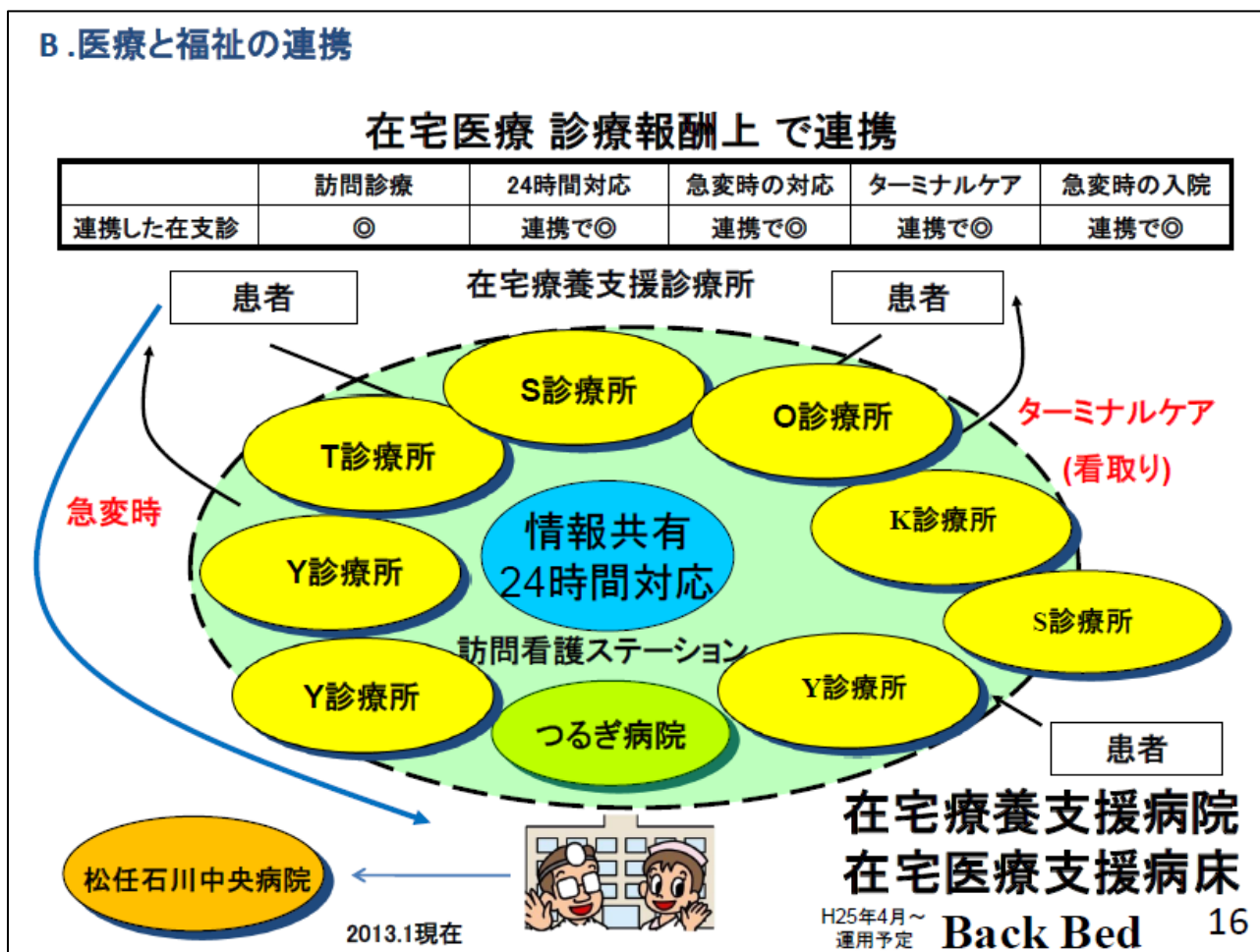
※ 国立長寿医療研究センターでは、在宅療養を継続できるよう、患者や家族の安心を担保し、かかりつけ医の負担軽減を目的に在宅療養支援病棟を運営している。

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)



※ 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組み (図 29、図 30)

### 3 療養相談室(高島平地区)

- 区民支援: 相談開始
- 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
- 退院支援(スクリーニングシート)・入院支援
- 施設情報: 機能リスト付きMAP作成
- 災害MAP: 区とハイリスク療養者MAP調整中
- 災害対策: 支援調整 衛星電話 発電機 吸引器
- HP公開 (医療連携MAP・施設MAP公開)

### 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っている。

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

日田市在宅医療連携にかかわる入退院の取扱いについて

白濁市において、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、退院・入院に関する多職種が連携して情報共有し、円滑な連携を推進するため、退院・入院に関する「入院時(退院時)情報提供票」を作成し、関係機関等に提供し、在宅医療・介護サービスの連携・調整を図る。なお、この提供票は、在宅医療・介護サービスの連携・調整(以下「連携サービス等」という)を実施するために活用される。利用するに当たっては、以下の取扱いを行うものとする。

**1-1 介護サービス利用者が入院する場合**

居宅ケアマネージャー(以下ケアマネ)は、自ら担当する利用者が退院・入院する場合、利用者の了解「療養支援要請書」を添付し、出来るだけ速く(なるべく早い)に、医療機関(医師と連絡を取り、利用者の在宅での生活状況及び介護状況について情報提供を行う)とする。なお、在宅医療・介護サービス連携・調整(以下「連携サービス等」という)を実施する。また、入院期間中、必要に応じて、退院調整(退院支援)計画を連絡する。なお、退院調整(退院支援)計画は、退院するまで継続する。

**1-2 介護サービス利用者が退院する場合**

退院が決定される場合は、退院調整(退院支援)計画(以下ケアマネ)の下、退院調整(退院支援)計画を作成する。なお、その場合は、別に定める「退院調整(退院支援)要請書」を使用する。

**2-1 連携調整で介護サービス等が必要な患者について**  
(介護サービス等が必要な患者について)

退院調整(退院支援)計画は、退院調整(退院支援)計画を作成する。なお、その場合は、別に定める「退院調整(退院支援)要請書」を使用する。また、退院調整(退院支援)計画は、退院するまで継続する。なお、退院調整(退院支援)計画は、退院するまで継続する。(「療養支援要請書」参照)

**主な決定事項**

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。)

2. ケアマネージャと医療機関の面会時期をできるだけ「当日」と明記

3. 退院時カンファレンスの開催 等


### 3. 効率的な医療提供のための多職種連携

**(1) 地域包括支援センター会議への参加**

- 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
- 個別の地域包括支援センターへの訪問(予定)

**(2) 在宅医療連携交流会の開催**

- 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
- 日時：平成24年 11月6日
- 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
- 参加者：医師、歯科医師、薬剤師、ケアマネ等 102名が参加



※ 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。