

「相談対応」

- ① 関係機関から相談があった際は、必要に応じて関係機関に「個人情報の伝達についての同意」の有無を確認します。
- ② 「相談受付シート」（※様式7）に沿って聞き取りを行います。
- ③ 相談内容に沿った対応をします。
- ④ 記録を作成します。
- ⑤ 個別の相談内容を振り返り、課題分析等を積み重ねていきます。

注意してほしいこと！

○関係機関からの相談対応については、関係機関が『相談支援室』に相談することを本人・家族から同意が得られているか確認をしておくこと。

○個人情報の管理方法（例：記録の保管は鍵がかかるか。相談を受けた際のプライバシーの確保は保たれているか等）について確認する。

「地域ケア会議」（個別ケース会議等）に参加

相談の内容を関係機関とともに医療・介護両面から分析し、積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化します。

ポイント

- 支援が難しい事例への対応は区役所等関係機関と連携する。
- 関係者が気づいていない医療的な問題等があれば提案する。
- 相談はスピード感が求められる内容が多いため、相談内容の情報を整理し、タイムリーな支援をする。

② 関係機関等との連携強化

【業務内容】

- 在宅医療・介護連携推進に係る会議・研修・普及啓発に対して参加・協力

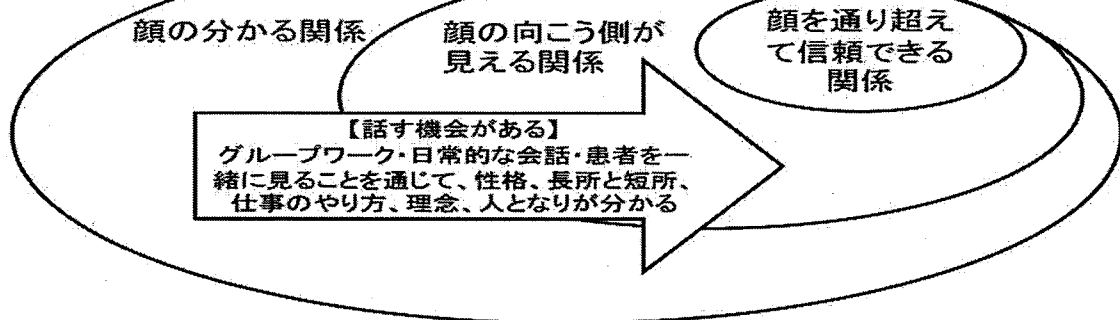
「医療・介護に関する会議に参加」

- ① 区内の医療・介護に関する会議（区によって異なる会議や会議名があるため、区役所の担当者に確認を行う）に出席します。
- ② 地域支援事業（P18参照）、「イ：在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策」の会議を区役所が担っているため、その会議や研修に参画し、区役所の事業担当者と積極的に連携を図ります。
- ③ 地域包括支援センターが開催する『地域ケア会議』に参加し、在宅医療・介護連携の観点よりケースを捉え、地域の課題を認識し、地域における在宅医療・介護連携の課題を共有化します。

ポイント

- 「顔の見える関係」を構築する。
～相談・連絡は電話より顔を見て行うことがオススメ！～
- 会議に参加し関係者との情報共有を図る。
- 相談支援室のPRも行う。

顔の見える関係



顔の見える関係と連携との関係

顔が分かるから安心して連絡しやすい
役割を果たせるキーパーソンが分かる
自分の対応を変えることでやりやすくなる
同じことを繰り返して信頼を得ることで効率が良くなる
親近感がわく
責任のある対応をする



連携しやすくなる

『緩和ケア普及のための地域プロジェクト(厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)』報告書 2012

③ 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築に向けた推進

【業務内容】

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制を構築

「切れ目のない在宅医療・介護の提供体制」を構築することが、業務活動の中でも特に大きな目標です。各区の実情に応じた在宅医療・介護の提供体制に向けた取組を検討する必要があります。

「切れ目のない」とはどのような状態を意味するのでしょうか？

患者さんが、入退院など転帰するときや自宅療養中に容態が急変したとき等必要に応じて適切なサービスが常に提供されるような状態と考えます。また、地域において、在宅医療・介護のサービスが滞りなく提供されるための社会資源の確保や整備、医療・介護職種間でのスムーズな連携体制がそれぞれ単発のものでなく、次々とつながっていきけるような関係性を保持することが必要であると考えます。

《在宅医療体制の構築・連携》

相談支援室が把握した区内の医療機関の現状や、区役所や、関係機関等が開催する会議等の内容を踏まえ、区内において、在宅医療の需要と供給はどのような状態にあるのかを確認し、状況に応じた必要な対策を進められなければならないということになります。

1：医療機関との連携

区内の病院連絡会などの医療機関間の連携状況や会議などの有無を確認します。また、診療所間の連携状況を把握します。

- ① 区内の入院施設のある病院の退院支援の現状を把握し、退院支援しているスタッフと現状について話し合える場を設けます。
- ② 地域の医療・介護関係者の日ごろの課題を病院側に伝えていき、課題解決のために、緊急時のバックアップ体制や空床情報の把握、休日・夜間の受け入れ体制、患者の病状に応じた病床確保等について病院に働きかけます。
- ③ 診療所間の在宅医療に関する課題のうち、主治医・副主治医制、主治医のグループ化など在宅医が疲弊することがないような体制づくりを検討します。
- ④ 大阪府在宅医療コーディネータ（大阪府基金事業）と役割分担します。

2：訪問看護ステーションとの連携

訪問看護ステーションとの連携を強化し、地域の実情に合わせた連絡体制等を検討します。

- ① 訪問看護ステーション連絡会等に出席し、医療・介護の体制や連携について、訪問看護師と意見交換する場を設けます。
- ② 地域の医療・介護関係者の日ごろの課題を共有し、課題解決に向けて、訪問看護師と検討します。

3：歯科医師・歯科衛生士との連携

口腔衛生の観点の上でも歯科・医科連携は重要であり、在宅歯科ケアステーション等区の実情に合わせた連携体制を構築します。

- ① 在宅歯科ケアステーションと連携します。
(例：歯科診療を希望する患者が歯科のない病院に入院している場合や入退院時にかかりつけ歯科がない場合に在宅歯科ケアステーションにつなぐ)
- ② 歯科治療の有無や連携状況を確認し、歯科治療が切れないよう、医師や介護関係者に口腔ケアの観点について働きかけます。
- ③ 口腔機能の評価・清拭状態・歯科治療の必要性の有無などは、介護認定やケアプラン作成時にチェックされることが少なく、それらに十分反映されないことが多いため本人同意が得られれば、早期に歯科医師・歯科衛生士に介入の必要性を判断してもらうよう働きかけます。

4：薬局・薬剤師との連携

服薬情報の一元的・継続的な管理等において、かかりつけ薬局・薬剤師との連携も図る必要があります。

- ① 第三者の服薬管理が必要なケースを判断し、必要時はケアマネジャーにサービスプランとして反映してもらうなどの必要性を伝えます。
- ② 服薬に関する患者の状態（理解力、嚥下機能、身体能力）に応じ、医科・歯科、訪問看護、介護関係者との情報共有のための連携を図ります。

《医療と介護の連携構築》

- ① 医療と介護との連携については、在宅療養を行う高齢者を支える関係者が「他職種連携による患者支援チーム」になって支援していく意識の醸成が必要です。そのためには、相談支援室が「橋渡し役」となり、関係者間の「顔の見える関係」を構築していくことが重要です。
- ② 病院に入院時の医療（かかりつけ医等）・介護側からの病院側への情報提供、病院から退院時のカンファレンス等の情報交換の場、在宅生活における医療・介護関係者の情報交換の場など、随時情報交換が行える体制づくりに努めましょう。

ポイント

- 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制について地区医師会、病院連絡会等と課題を共有し、解決策等について協議する場を設ける。
- 各医療関係者と介護関係者との橋渡しを行う。

④ 医療・介護関係者の情報共有の支援

【業務内容】

○ 情報共有シート等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援

- ① 各区において医療・介護関係者が従来から使用している「情報共有ツール」があるか確認し、活用状況を把握します。
- ② 医療・介護関係者双方の意向を反映した内容や情報共有方法になっているのか検討します。
- ③ 既存のシートがなければ、関係機関と相談し、簡素化・統一化した「情報共有ツール」を作成します。
- ④ 作成した「情報共有ツール」の使用方法などを関係機関に十分周知・説明します。
- ⑤ 個人情報を取り扱うため各関係機関が個人情報管理に対する認識を深め、意識向上に努めます。

【モデル区が使用している情報共有シートの例】（参考資料①～④）

- ①「医療・介護連携シート」：ケアマネジャーが主治医と連絡をとる際に使用
- ②「転帰シート」、③「紹介患者状況把握シート」：かかりつけ医からの紹介で入院した患者が転院や退院する際に情報を把握
- ④「入院時情報提供シート」：入院時患者情報をケアマネジャーから医療機関に情報提供

④ 評価・改善

1) 活動の評価について（目標・計画・活動を見直します。）

定期的に活動や成果を振り返り、評価を行います。

《視点》

- 活動の成果が得られているか。（目標は達成できたか。）
- 目標は適当であったか。
- スケジュール（計画）は適切であったか。

- ・ 3半期（4月～7月、8月～11月、12月～3月）を目途に活動状況の確認を行います。その時期に合わせて評価を行ってください。
- ・ 振り返りを行い、目標や計画の修正・改善を行い、さらに活動を継続します。

4. 様式

1) 報告書 (各種報告書の書き方 参照)

1: 毎月の報告

翌月上旬に健康局まで提出してください。

- ・実績報告書(月報) (様式5) . . . 紙面とデータ
(メール及び郵送または持参)
- ・活動記録簿(日報) (様式6) . . . データ(メール)
- ・相談記録票(随時) (様式7) . . .
- ・相談シート (様式8) . . .
- ・各種会議議事録 (様式9) . . .
- ・研修等報告書 (様式10) . . .
- ・リーフレットや情報共有シート等の成果物

1 か月分まとめて郵送
または持参

2: 年度末の報告

- ・教育・研修実施報告書 (様式3) . . .
- ・人権問題研修実施報告書 (様式4) . . .
- ・収支報告書 (様式11) . . .
- ・支出内訳 (様式12) . . .
- ・事業実施報告書 (様式13) . . .

年度分にまとめて郵送
または持参

3: 随時

- ・市が求める業務に関する報告書

2) 活動のチェックリスト(現在作成中)

- ・チェックリストを使用し随時活動の状況を確認します。

【提出先】

〒530-8201 大阪市北区中之島1丁目3-20
大阪市健康局 健康推進部 健康施策課

担当者: 早野・藤井・柴山

TEL: 06-6208-9940

E-mail: fc0004@city.osaka.lg.jp

【モデル区の情報共有シート】

1

医療・介護連携シート

発着日：平成 年 月 日

ケアマネジャー⇄医師

医院・クリニック
診療所・病院

先生へ

下記のご利用者の介護保険におけるケアマネジャーを担当しております。サービス提供はもとより、ご利用者の身体状況について、注意を要する事項等、先生よりご指導いただきたく存じます。

ご利用者

様

☐ 返信ください
☐ 報告まで

- ☐ 1.担当になった事のお知らせです。
- ☐ 2.ご相談したいことがあります。
- ☐ ケアプラン作成時の意見について
- ☐ 利用者の医療・介護・病状の意見、指示について
- ☐ サービス担当者会議における意見または開催について
- ☐ 福祉用具貸与(購入)における意見について
- ☐ 医療系サービス導入における意見・相談について
- ☐ 別紙参照
- ☐ その他

医師⇄ケアマネジャー

連絡事項

11月

【居宅介護支援事業所】

【担当】

【TEL】

【FAX】

【担当者携帯番号】

【Email】

H27 改訂版 東成区医師会承認済み

2

転帰シート

担当医 連携室の皆様へお願い

この度は、紹介患者 様につきましまして以下の点お願いいたたく存じます。

- 転科・転院・退院の情報をお願いします。
- 施設入所を決定する前に、必ずご一報をお願いします。

東成区医師会では、地域完結型医療を目指しております。将来在宅医療へ移行することを踏まえて、転院の際はできれば可能な限り東成区内の病院と連携をお願いいたします。転院が必要となった際は医師会連携室にご連絡いただくことで、区内病院と連携し転院受入可能病院を速やかにご案内いたします。施設入所の場合も、同様に相談対応させていただきます。

医師会在宅医療・介護相談支援室より、情報照会が参りましたらご返答をお願いいたします。

*皆様のご理解とご協力を賜りますよう、よろしくお願いいたします。

東成区医師会
会長 中村 正廣

在宅医療・介護連携相談支援室

【行政の役割】

事業をすすめるにあたり、行政との連携は欠かせません。在宅医療・介護連携推進事業は区役所・健康局を中心にする事業です。コーディネーターの各業務をすすめるために区役所の会議等で情報共有し、また活動の中で得た課題を提議するなど医療・介護連携体制の構築をすすめていきましょう。

「高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業報告書」より

「相談支援事業」の全市展開に向けた、現時点における区役所・健康局の役割を以下に整理しています。

I：区役所の役割

「相談支援室」の設置・運営については、平成27年度の東成区でのモデル実施の結果を踏まえ、平成28年8月から11区において、平成29年度からは全区において実施する予定としている。区役所としては、これまで培ってきた医療・介護関係機関との連携に係る取組についてのノウハウを生かし、「相談支援室」の業務内容を十分に理解したうえで「相談支援室」の業務をバックアップすると共に連携を強化し、各区の地域特性に応じた取り組みを推進する。

〈区役所の相談支援室との連携の例〉

- (ア)：区役所が既に把握している在宅医療・介護の連携に関する地域の社会資源等の情報を整理し、「相談支援室」と共有する。
- (イ)：区役所が開催する「在宅医療・介護連携推進事業」の協議の場に「相談支援室」のコーディネーターに参加を促し、課題や解決方法等についての情報を共有する。
- (ウ)：「相談支援室」に対して、在宅医療・介護連携推進に必要な情報を提供し、各関係機関との関係づくりを図るための支援をする。
- (エ)：医療・介護関係者の情報共有を図るための「情報共有シート」等の内容や活用方法等について、会議等で双方の評価・改善を図っていく。
- (オ)：「相談支援室」の相談事業に協力するための区役所における窓口を整理するとともに、「相談支援室」のコーディネーターだけでは対応しきれない支援が難しい事例への対応について区役所も協力する。
- (カ) (キ)：互いの職種の役割を明確にし、「顔の見える関係」を築くために、各区が実施する多職種の研修や地域住民への普及啓発に関する検討会に「相談支援室」も参加、協力できるようにする。

II：健康局の役割

健康局は、「大阪府保健医療計画（地域医療構想）」や「大阪市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」に基づき、各区における在宅医療・介護連携の取り組み状況を把握し、施策の進捗状況を確認し、目標達成に向け、積極的に区役所を支援する。

平成29年4月までの「相談支援室」の全区設置に向け、区役所や関係機関との連絡調整を行う。

また、「大阪市内在宅医療・介護連携推進会議（仮称）」において、全市展開に向けた課題を整理し、解決策を検討する。

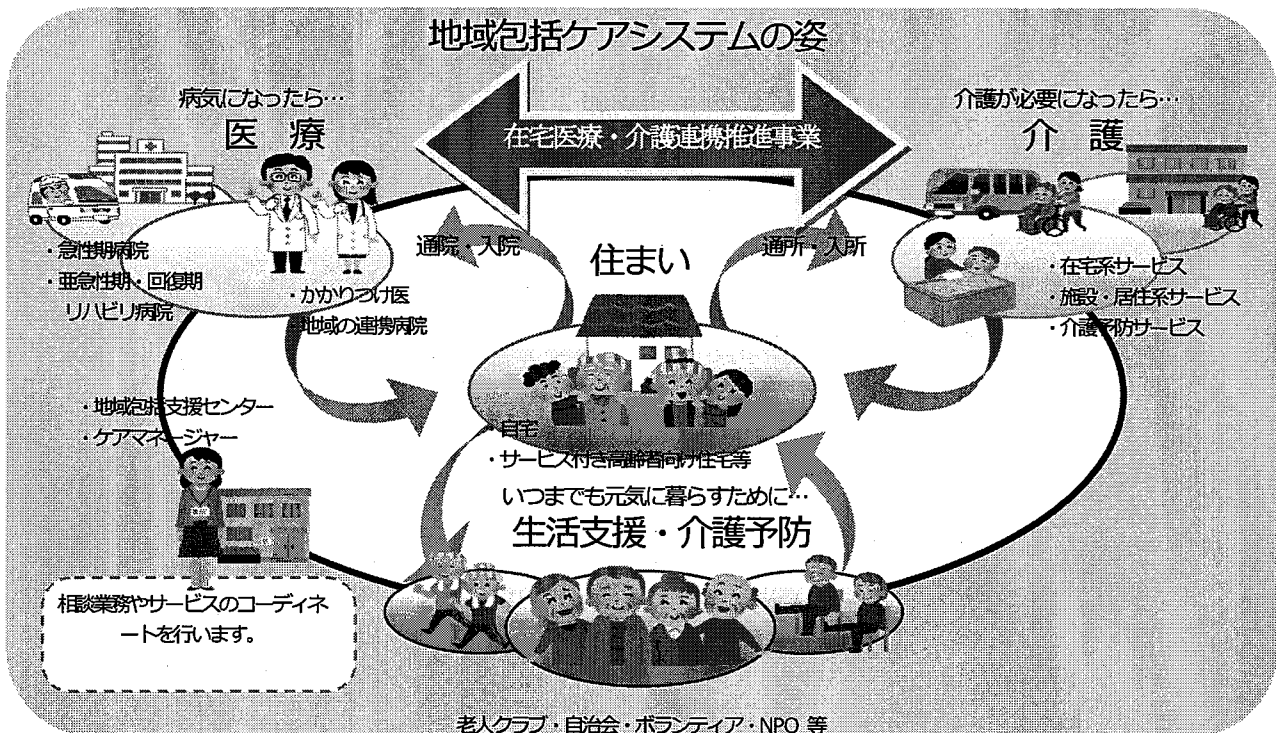
更に、医療と介護の連携におけるレスパイト入院等の体制整備については、福祉局と連携して検討する。

- 1) 各区のコーディネーターが「相談支援室」の業務を円滑に実施できるように「手引き」等を作成する。
- 2) 健康局が把握した在宅医療・介護連携に関する資料を可能な限り「相談支援室」に情報提供する。
- 3) コーディネーターの資質向上のための研修や情報交換の場を設ける。

【地域包括ケアシステムについて】

わが国では、世界に例のないスピードで高齢化が進行しています。

団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年（平成37年）以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれており、2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される『地域包括ケアシステム』の構築を推進しています。



地域包括ケアシステムの大きな柱でもあります医療と介護の一層の連携を推進するために、在宅医療・介護連携推進事業は、平成27年度から介護保険法の地域支援事業に位置づけられ、市区町村が中心となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組むこととされました。各市区町村は、平成30年4月までには次の(ア)～(ク)の事業項目のすべてを実施することとされています。

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

大阪市では、これら(ア)～(ク)の事業項目のうち、(ア)(イ)(カ)(キ)の4項目については各区役所を中心に進め、(ウ)(エ)(オ)の業務については、委託して事業を行うこととしています。今般、11区において、「高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業」（以下、「相談支援事業」という）として、行政区を単位に区医師会等の受託事業者業務委託を行い、専任のコーディネーターを配置した相談窓口「在宅医療・介護連携相談支援室」（以下、「相談支援室」という）を設置することとしました。相談支援室では、医療・介

護事業関係者からの相談を受け付け、連携調整や情報提供等の業務にあたるとともに、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築や医療・介護関係者の情報共有の支援に向けた取り組みを進めていくこととしています。

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を都市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有

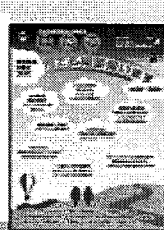


（カ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（ク）在宅医療・介護連携の制度の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（コ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ク）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実践を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

厚生労働省の資料より