高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業 コーディネーター 手引き書 Ver. 2

大阪市健康局 健康施策課

平成 29 年 3 月

目 次

1.	はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2	<u>)</u>
2.	委託業務の実施体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3	}
	1) 受託法人の役割・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3	}
	2) コーディネーターの役割・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3	}
3.	コーディネーターの具体的な業務・活動内容・・・・・・・・・・・・・・・ 4	ļ
	(1) 活動の手順・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4	ŀ
	①現状把握(課題・目標設定) ・・・・・・・・・・・・・・ 5	-
	②計画立案・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9)
	③実行 ❶相談に対する支援・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10	0
	②関係機関との連携強化・・・・・・・・・・・・・ 1	3
	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・・・・・ 14	4
	◆医療・介護関係者の情報共有の支援・・・・・・・・・・・・ 1	6
	④評価・改善・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1°	7
4.	様式・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1½	8
5.	その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19	9
(参	考資料) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20	0

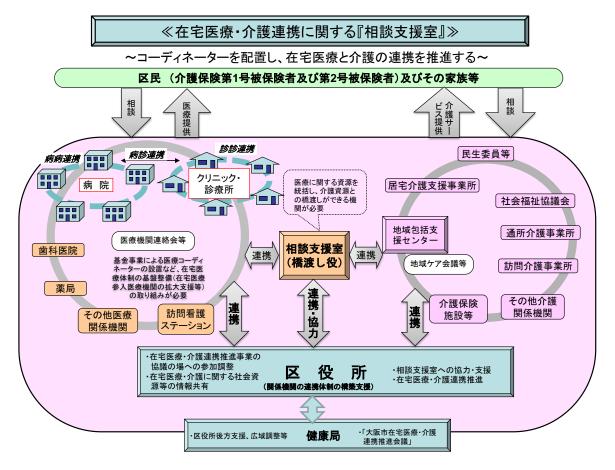
1. はじめに

この冊子は、各区における「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)」に携わる、在宅医療・介護連携支援コーディネーター(以下、「コーディネーター」という)が、その役割、具体的な活動内容について理解し、日々の業務を円滑に行っていただくことを目的に作成しました。

相談支援事業における業務の内容は多岐にわたります。この冊子に記載したすべての業務を一斉に 行うのではなく、地域の実情に応じ、区役所とも連携しながら、ひとつひとつ優先順位を付けて、計 画的に取り組んでいただきたいと考えています。巻末には活動内容についてのチェックリストも添付 していますので、ぜひ活用してみてください。

大きな活動の目的は「高齢者等が疾病を抱え、医療と介護の両方を必要とする状態になっても、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、医療関係者・介護関係者の連携を支援し、医療と介護が切れ目なく提供できる体制づくりを進めていく」ことです。これは、一朝一夕に達成できるものではありません。目的に向かって、日々取り組んでいただきたいと考えています。

この冊子は、コーディネーターの皆さんの日々の活動に少しでも役立ててもらえるよう、今後随時 更新していきます。



2. 委託業務の実施体制

受託法人内に相談窓口を設置し、専任のコーディネーターを配置して、在宅医療・介護に関わる様々な職種間の連携調整や情報提供、社会資源の確保等を行うということが、委託業務の主な内容となります。

具体的な活動内容の説明にはいる前に、受託法人とコーディネーター、それぞれの役割について、少し触れておきたいと思います。

1) 受託法人の役割

コーディネーターがその役割をしっかりと果たすためには、受託法人として、この業務全体を円滑に、かつ着実に進めていく実施体制を構築しておくことが必要と考えます。

具体的には、業務全体の進捗管理や、コーディネーターに対する支援について協議、検討する場を設置して、**受託法人としてコーディネーター業務をバックアップする体制(協議の場)が不可欠**です。

※ 相談窓口「相談支援室」設置に関して

- 「相談支援室」は、既存の事務室や会議室等の空きスペースを活用する。
- 個人情報を取り扱うため、「個人情報管理に配慮された空間」が必要である。
- ・ 開設時間: 月~金曜日 (祝日・年末年始を除く) 9~17時まで。
- 最低1名のコーディネーターは、窓口開設時間内において本事業のみに従事する。
- 専用回線・パソコンを確保すること

法人の体制【必須】

受託法人においては、<u>本事業全体の進捗管理にあたる**責任者(担当理事等)の配置や協議の場を設置**する等、コーディネーターの活動をバックアップする体制を整備することが不可欠!</u>

2) コーディネーターの役割

コーディネーターは、当該区における在宅医療・介護連携に関する「相談支援室」の**専任の従事者**として、この「手引き書」で説明する具体的な取り組みを進めていきます。

求められる役割としては、次のようなことが考えられます。

コーディネーターの役割

- ① 医療と介護の「橋渡し役」
- ② 医療・介護関係者や、関係各機関との「顔の 見える関係」の構築
- ③ 切れ目のない医療・介護の提供体制構築のための「医療・介護分野における課題抽出と解決に向けた取組支援」
- ④ 医療・介護関係者のスムーズな「情報共有」 の支援
- ⑤ 在宅医療・介護連携推進事業担当の区役所職 員との連携

《コーディネーターの資格要件》

(以下のいずれかの要件を満たす専門職こて編成)

(ア)保健師、看護師などの医療に関する国家資格を有する者で、

地域こおいて訪問看護及び保健福祉に関する相談等の実務経験を 有する者

(イ)医療ソーシャルワーカー業務指針「厚生労働省健康局長通知

(平成14年11月29日健康発第1129001号)」に基づく実務経験3年以上を有する者

(ウ)介護支援専門員資格をもつなど介護に関する知識を有し、保健

福祉に関する相談などの実務経験3年以上を有する者なお、相談窓口開設時間内は、最低1名を本業務のみ従事すること

このような イメージ・・・ ①を担うことで24の取組を進め、また⑤との情報共有を踏まえて、3の取り組みを進めるというようなイメージと考えています。

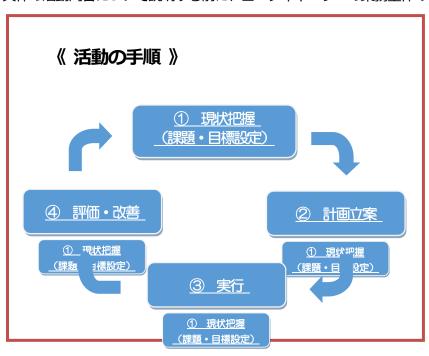
3. コーディネーターの具体的な業務・活動内容

ここでは、コーディネーターの具体的な活動内容について説明します。

区によって異なる医療と介護の現状や住民の二一ズに対応するため、計画的に活動に取り組んでもらいたい と考えます。

(1)活動の手順

個々具体の活動内容について説明する前に、コーディネーターの業務全体のイメージを確認します。



※ 計画通りに進んでいるのか、目標に向かって進んでいるのか等を確認し、必要であれば計画を見直し、新たな目標を設定するなど、常に活動の手順を意識して、サイクルを繰り返していきます。

①現状把握 (課題・目標設定)

まずは区における医療・介護についての現状を把握することから始めてください。それに基づき、現状の把握、課題の抽出、活動目標の設定となります。

② 計画立案

次に、設定した目標に向けて、活動計画を作ることとなります。

3 実行

目標と計画ができたら、それに従って具体的な活動を実行します。

④ 評価·改善

一定の期間 (1か月後、3か月後、半年後など) を設定して実行してきた活動内容を振り返り、評価を行います。

① 現状把握(課題•目標設定)

1)区における、在宅医療・介護の現状を把握し、課題を抽出、活動の目標を設定する。

① 区役所の地域支援事業の在宅医療・介護連携の担当者を確認する。

区役所の〇〇課〇〇担当 (区役所組織の所属先、職種、名前)

② 区役所で把握している医療・介護に関する情報を収集する。

地域支援事業で市区町村が取り組む具体的な事業項目(ア)~(ク)の、「(ア)地域の医療・介護の資源の把握」において、各区役所では、区における医療・介護に関する地域資源についての情報収集をしている。その情報を提供してもらう。

- ▼区の健康指標を含んだ特徴を知る。(下記参照)人口構成や高齢者世帯数等の基礎的な統計指標について把握します。
- 区の医療・介護のデータから現状を知る。(下記参照) 医療、介護、それぞれについての施設数、事業所数等、地域資源について把握します。
- ◆在宅医療・介護連携にかかる地域の現状理解のための情報収集の項目の例

区の健康指標 介護の状況 (例) 人口構成 (例) 地域包括支援センターや圏域、人員構成 単身高齢者数•率 居宅介護支援事業所と人員構成 高齢者世帯数•率 訪問介護事業所と人員構成 通所介護事業所と人員構成 平均寿命 · 健康寿命 死亡率,死因別年齡調整死亡率 介護保険施設と分類 男女別年齢調整死亡率 有料老人ホーム等民間施設 要介護認定率 グループホームや小規模多機能事業所 生活保護受給者数:率

医療の状況

(例) 一般病床

療養病床

回復期病床

地域包括ケア病床

在宅療養支援病院(機能強化型)

在宅療養支援診療所(機能強化型)

在宅後方支援病院

認知症サポート医

診療所(診療科目等)

歯科医院

在宅歯科ケアステーションの有無

在宅療養支援歯科診療所

薬局

訪問薬剤管理指導

訪問看護ステーションと人員構成





◆医療・介護のデータの出典

·介護事業所·生活関連情報検索(厚生労働省HP) http://www.kaigokensaku.jp/	介護関連の事業所についての詳細な情報
	各区別の将来推計人口や地域医療資源(診療科·在宅·病床数など)、介護資源(施設数)など
 医療機能情報提供制度(医療情報ネット) http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou irvou/irvou/teikyouseido/ 	大阪府に届け出のあった医療機関に関する基本情報(診療科目、診療日、診療時間等)のほか、対応可能な疾患・治療内容など
·大阪府地域医療構想(大阪府HP) http://www.pref.osaka.lg.jp/iryo/keikaku/kousou.html	(大阪府において、医療構想について掲載されており、府下の二次医療圏として8つの構想区域があり、大阪市構想区域として単独で1つの医療圏域となっている。その中で、東西南北の4つの基本保健医療圏がある。
・施設基準の届出受理状況(近畿厚生局HP) http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken kikan/shitei jokyo.html	近畿厚生局において届け出のあった保険医療機関・保険薬局(医科・歯科・薬局)に ついて最新の指定一覧や施設基準の届出(毎月更新)
・政府統計の総合窓口(e-stat) http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do	(厚生労働省) 国民生活基礎調査、人口動態調査、医療施設調査、患者調査 (総務省統計局)国勢調査 など
·大阪府 病床機能報告 http://www.pref.osaka.lg.jp/iryo/keikaku/	毎年度、医療機関がその有する病床(一般病床及び療養病床)において担っている 医療機能を自ら選択し、病棟単位を基本として都道府県に報告する仕組み (病床が担う医療機能・その他の具体的な項目 (1) 構造設備・人員配置等に関 する項目 (2) 具体的な医療の内容に関する項目)

③ 医療・介護関係者に関する会議など知る。

区によって開催されている会議や設置目的、構成員などが異なるため、区役所の担当者に確認します。 また、医療・介護関係者からも情報収集しましょう。

例:モデル区の会議(医療・介護の両面の会議)

1/11 こノノレニックム内状(ビンバ	7 10X-21 3PH-22007			
各種会議体	参加者	主な目的や活動内容など		
居宅介護支援事業者連絡会	居宅介護支援事業者	質の高いケアマネジメントを目指し組織立って情報		
后七月喪又扳手来日建船云	店七月喪又 饭事来 自	共有・多職種連携・研修等に関する調整		
病院連絡会	区内8病院	各病院の特徴を最大限に発揮し、病院間や地域の開		
州元里附云	应内 6 内成	業医との連携を図る		
訪問看護ステーション連絡会	訪問看護ステーション事業所	他職種に向けた情報発信、情報共有		
	居宅介護連絡会・訪問介護連絡			
介護サービス事業所連絡会	会・通所サービス連絡会・小規模	 各職能の代表者会議。主に他職種間の連絡調整		
川渡り―に入事来川連和云	多機能連絡会・グループホーム連	谷帆形の八人衣名女職。土に他戦性的の建裕調整 		
	絡会・包括支援センター			
通所介護事業者連絡会	通所介護・通所リハビリ事業所	事業所の資質向上と情報共有と地域への情報発信		

- ④ 高齢者等を支援する関係機関の窓口の業務内容や役割を確認する。 区役所の窓口(介護保険・保健分野・福祉分野等)や地域の関係機関等の相談窓口について、その業務 内容や役割を確認します。
- ⑤ 区内にある医療機関や介護関係者の高齢者支援の現状を知る。
 - 医療・介護関係者と現状を把握するための情報交換等を行い、区内における高齢者支援の現状を把握します。(例:区内入院機関から退院する際の流れ、医療機関の地域との窓口、包括支援センターやブランチの相談の内容等)
- ⑥ 区役所等と連携し医療・介護関係者への在宅医療・介護連携に関する実態を把握するための『アンケート調査等』を実施する。

日ごろ地域で高齢者等と関わる医療・介護関係者の「在宅医療・介護連携に関する課題」等を明らかにすることも必要です。(例:医科、歯科、薬局に対する訪問診療等の実態調査や連携の課題等の聞き取り調査、介護事業所に対する連携の課題等の調査を実施する)

ポイント

○これらの現状について、資料の見える化を図り、情報の一元化により関係機関と情報を共有する。

2) 現状を分析し、課題を抽出、活動の目標を設定します。

収集した情報をもとに、区における医療・介護に関する現状について分析します。課題を抽出するとともに、課題解決に向けての活動目標を設定します。

具体的には、関係者への聞き取りやアンケート調査の結果等も踏まえ、様々な地域資源(医療機関、介護事業所、関係者の組織や会議等)それぞれが持っている特徴(強みや弱みなど)について、気づいた点を列挙し、医療と介護の関係者が連携し、切れ目のないサービスを提供するにあたって、どんなところに課題があるか、課題解決に向けて、どんな取り組みを進めていけばいいかについて検討し、当面の活動目標を設定します。

課題抽出については、地域支援事業(イ;在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討)を担っている区役所職員等との情報交換及び調整が必要です。

ポイント

○ 課題や目標についても法人と区役所との共通認識が大事!

※ここで抽出した課題や目標は活動の中で随時修正していくことも必要です。

(方法の例)

医療・介護、区の高齢者等の区の現状を把握し、区における在宅医療・介護連携の推進のために必要な課題を 分析する方法の一つとして、下記のような様式(厚生労働省作成プラン強化セミナー資料)に記載し区の在宅医 療・介護の課題を関係機関と情報共有し検討していくことも必要です。

【資料】

強みと弱み整理表(記載例)

	●県××市)	1. 在宅医療	2. 入院医療	3. 在宅介護	4. 庁内	5. 多職種間の連携	6. 利用者
現	①量的充足 ニーズに対する資源・提供サービスの量	○診療所:70診療所 ○在支診:15診療所 ○訪問看護事業所:15診療所 ○歯科診療所:48診療所 ○歯科診療所:48診療所 ○訪問薬料指導を行っている薬菌:6薬局 ○在宅医療を担っている各医療機関数は、ほ全国平均に近い整備状況となっているが、市中心部に備っており、特に市の南部では在宅療養の体制が不足ぎみ。	床、精神病末130床 〇地域の入原医療の中心である市立病院の 平均在院日数は15日で、病床機能は急性更 である。 〇三次救急を含む大規模病院、大学病院は 市外にあり、また市内には回復期を担う川ビリ	か所) ○居宅介護に係る給付費:受給者一人当かり185千円 ○認定率(第一号被保険者に占める要支援・要介置):16.8%。ご数年増加傾向。 ○要介護認定者数は、2016年現在201500名 増加し、うち700名程度が受介護度3以上の	○在宅医療・介護連携推進事業に係る予算 はある程度確保できている。 ○担当部署の配置人員は少なく、連携の主 担当者は1名である。	○多職種合同研修会を年1回開催し、約100名の参加が得られている。 ○医療介護の関係団体による会議を年1回 開催している。 ○入院時の介護支援専門員による病院への 情報提供率は、約20%でありかなり低い(ア ンケート調査) ○川、職の関係団体の支部がない。	○人口は年々滅少し、2025年は2016年の 90%水準に。その後も、人口は減少し、2040 年には2016年の75%水準となる見込み。 ○高齢化率は2016年現在29%であるが、 2025年には33%となり、3人に1人は高齢者 となる。その後も、高齢化率は上昇し、2040 年には38%となる見込み。 ○高齢者人口に占める75歳以上の比率は 年々増加し、2016年現在、半数を下回って いるが、2040年には6割を占める見込み。 ○在宅死亡率は9%。
状	②質的充足 提供されているサー ビスの質等の確保	〇地元医師会は在宅医療従事者向け研修を 定期的に開催している。 〇在宅医療、訪問診療専門の診療所が熱心 に取り組んでくれている。 〇在宅医療に関する相談窓口が設置されている。 〇在宅医療を支える後方病床や主治医副主 治医制が整備できておらず、在宅医療を行う 医師の負担が大きくなっている。	看護ステーションを併設している。	○居宅介護事業者間の連絡会議が自主的に 運営されている。 ○介護従事者向け研修会を年2回開催して いる。 ○看護小規模多機能型居宅介護や定期巡 回・随時対応型訪問介護看護により、困難な ケースにも支援ができている。 ○介護事業所の離職率は20%と高く、常に 人材が不足している。	組は、医師会に委託している。 〇庁内の在宅医療・介護連携に関連する部 局関係者の対する勉強会を定期的に開催している。	取組に削向きて、各団体から理解・協力が得られている。 〇多職種合同研修会の出席者は、団体役員 の出席が多く、現場の出席者が少ない。また、 歯科医師、薬剤師の参加が少ない。	〇在宅で最勝を切かえたい住民は6割を超えている。 、在宅で看取りを希望している家族は7割を超えている。 〇在宅療養に対し6割が関心がある」「まあま あ関心がある」と回答。 〇訪問診療の利用者は多くない。(一般診 療所による訪問診療の実施件数は全国平均 を下回る) ○福祉や介護の窓口の充実度について「十分 ある」「ある程度ある」は4割弱。
で現る状態が		〇在宅医療、訪問診療専門の診療所が熱心 に取り組んでれており、住民や介護支援専門 員にとっても安心感がある。 〇在宅医療に関する相談窓口が設置されてい る。	を構築しやすく、また在宅医療の困難なケース	○居宅介護支援事業所、入所型介護サービ ス事業所とも人口比で多い水準にある。 ○看護小規模多機能型居宅介護や定期巡 回・随時対応型訪問介護看護が多り、支援が 困難なケースに対応できている。 ○居宅介護事業者間の連絡会議や研修な ど、介護職種間の顔の見える関係ができてい	〇市としても在宅医療・介護連携の重要性を 理解し、推進している。	○多職種合同研修会、関係団体代表による 会議等を実施しており、開催され頭を合わす機 会がある。	○在宅療養について、市民の理解されつつある。
強みと弱み	弱み	○ 高齢者人口や死亡者数の増加予測に対 し、在宅看取りの体制を含めて、今後、対応していけるか不安がある。 ○ 在宅療養の体制が比較的弱い地区があ る。 ○ 後方病床が確保できていない患者、医療従 事者とも在宅療養へ不安がある。	○二次教急を含めた教急患者は近隣自治体 にある病院に搬送されるため、入院完結率が 65%(二次医療園82%)と低い。 ○市内にリバビリテーション病院が少なく、回復 期に市外病院に転院する患者も多い。	る。 ○資源数としては人口比で多い水準だが、事業所内では人材不足が課題となっており、要介護者が増加した際に対応が困難になる可能性がある。	○取組内容を委託している場合は、委託内容 の変更等的しづらい。 ○マンパワーが不足している。 ○関係部局の庁内連携がスムーズでない。	○一部の関係職種の巻き込みが不十分。○入退院時の病院と介護支援専門員との情報連携が不十分である可能性がある。	○在宅死亡率は9%であり、終末期の在宅療 養を希望する市民のニーズに応えられていない 可能性がある。 ○在宅療養に対する間心は高いものの、訪問 診療の利用者は多くない。
強み	と弱みの総括】			2			
	強み	各種会議や多職種研修を定期的に実 在宅医療に熱心に取り組んでいる診療			することで困難ケースにも概ね対応できて	เงล.	# A
	55.7		な偏在がみられることに加え、在宅患者 D見える関係構築に努めているが、一部	の後方病床や医師のグループ制等のし 関係職種の参加が進んでいない。	今後、終末期を含めた在宅療養のニーン くみが構築できておらず、医師の負担がソ		

厚生労働省作成プラン強化セミナー資料より

②計画立案

活動の計画(年間スケジュール)を作成します。受

① 課題や目標に沿った計画を作成します。

(作成した計画表は区役所にも情報共有する)

出来る限り早めに作成することで活動の方向性が決まります。

例: ○ 8月~ 区の現状を調べる。また、相談支援室のPRを行う。

○ 10月~ 現状と目標のギャップから考えられる課題をあげる。

○ 11月~ 課題に対する取り組みを検討するための会議を行う。医療体制⇒医師会や区内病院と在宅医療の推進や介護との連携について、課題解決のための具体的な取り組みを検討し、推進する。

- ② 作成した計画については法人内で共有します。
- ③ 随時、課題や目標を確認しながら、計画の方向性を修正します。

ポイント

- 目標や計画に優先順位をつける。
- 相談支援を行いながら、状況をみながら随時変更する。
- ◆【例】 高齢者等在字医療・介護連携に関する相談支援事業 〈計画表〉

行動管理目標 TASK クリアすべき項目 具体的実施項目 5月 6月 7月 4月 相談窓口の設置・運 広報・周知 情報の収集 相談に対する支援 関係機関等との連携 強化会議・研修会へ の参加 切れ目のない在宅医 療と介護の提供体制 の構築に向けた推進 医療 · 介護関係者間 の情報共有の支援 その他)

③ 実行

設定した目標と作成した計画に従って、具体的な取組を実行します。

相談に対する支援(相談窓口の周知も含む)

【業務内容】

○ 医療・介護関係者からの相談を受け付け、支援(関係機関との調整や情報提供)を行う。

《相談支援の対象》

本事業の「支援」の対象は、**医療・介護関係者**です。相談支援室では、医療・介護関係者からの連携に関する相談を受け、関係者間の調整や医療・介護サービスの情報提供や調整等の支援を行います。地域の方からの相談は主に地域包括支援センターやケアマネージャーが担っていることが多いので、混乱を招かないため、住民からの直接相談窓口としてではなく、医療・介護関係者からの相談窓口として活動を行ってください。ただし、実情に応じて住民からの相談に対応することもできることとしています。

《対象住民》

- ・介護保険第1号被保険者(65歳以上)
- ・介護保険第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者で特定の疾病に該当する者)

《相談支援室の周知・啓発》

- ①相談支援室の業務のリーフレットやホームページを作成します。
- ②医療・介護関係機関に周知します。
 - ●区の実情に応じて効果的な周知先を区役所と共に検討します。
 - ●区役所の開催する「在宅医療・介護連携推進会議」(区により名称は異なる)にて周知します。
 - ●それ以外の医療・介護の関係機関の会議や居宅介護支援専門員連絡会等や研修の場にて周知します。
 - ●医療機関や介護施設への個別訪問を行います。
 - ※ 医療機関によっては、医療機関の連携室と相談室が分かれていることもあるため両方の窓口に周知します。
- ③フェイスブック等のSNSを活用した広報も検討します。

«相談支援のための情報収集»

医療・介護関係者からの相談に対応するためには医療・介護関係機関の状況を把握しておく必要があります。そのため、情報収集を行います。

(方法例)

- ・既存の医療機関や介護事業所マップを活用する。
- ・区内の医療機関や介護事業所に向けた実態調査等を行う。
- ・関係機関からの口コミ情報も参考にする

◆関係機関の情報収集項目一覧例

分野	把握事項
【医療】	基礎情報
	• 医療機関名、薬局名
医科	・住所、電話番号、FAX
歯科	・診療日・診療時間、営業日・営業時間
薬局	医師との面談方法優先順位
訪問看護ステーション	直接面談・往診同席・外来同席・電話連絡・FAX連絡・メール連絡
訪問リハビリテーション	比較的面談が可能な時間帯(曜日・時間)
	担当者会議への医師の参加
	多職種の方々への要望(連絡時の注意事項を含む)
(医科)	在宅医療の取り組み
	主治医意見書の記載の不可
	訪問診療
	かかりつけ患者の臨時往診
	在宅療養支援診療所の届出
	強化型支援診療所・支援病院の届出
(歯科)	かかりつけ歯科医師の有無
	かかりつけ歯科診療所の在宅歯科診療の取り組み
	在宅療養歯科診療所の届出
	かかりつけ機能強化型歯科診療所の届出
	訪問歯科診療の応需・可能時間
	口腔ケアの対応・口腔機能管理の対応・食支援の対応
(薬局)	・訪問指導の応需・可能時間、訪問可能な範囲
(*****)	担当者会議参加
	;にコーム版シル ;経管栄養剤の対応、輸液ルート・カテーテルの供給、衛生材料の供給
	錠剤の粉砕、麻薬の届出、
	- 事業特色
	至本的已 緊急時訪問看護体制
 (訪問看護ステーショ	受け入れ医療項目
(動向有護スノーショ ン)	(小児・精神・人工呼吸器・ターミナル・リハビリ)
	事業所の特色
(訪問リハビリテーショ	: 訪問リハビリ体制: ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
ン)	サービス提供加算、利用地域、提供時間、職種
	訪問看護ステーション、病院・診療所、介護老人保健施設
	中し込時提出書類
	専用書類の有無
F A Edit 1	事業所の特色
【介護】	基礎情報
	• 医療機関名、薬局名
	·住所、電話番号、FAX
	・営業時間
	受け入れの不可(積極的受入、受入、要相談、考えていない)
	胃瘻/ストーマ/酸素療法/人工呼吸器/IVH/留置カテーテル/ターミナル/難病
	障がい者/気管切開下の吸引/認知症/精神/インスリン注射/創傷処置

《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!

- 〇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。
- ○個人情報の管理について**保護責任体制や緊急時の連絡体制を確立**する。(確認事項参照)
- ○個別事例の相談時に関係機関につなぐ際にはできる限りつなぎ先の意向も確認をします。(たらい回しを防ぎ、相談支援室のPRにもなる)
- ○相談支援の相手先が特定の関係機関等に理由なく偏ることがないよう、公正・中立性を確保しなければならない。

個人情報管理

~確認事項~

- ○個人情報を含む記録物の複写及び複製を行っていないか
- 〇施錠できる保管場所があるか
- ○来訪者に相談者情報が目に触れないように保管しているか
- ○個人情報を入力している PC 等は外部流出しない管理体制になっているか
- ○相談者のプライバシーに配慮したスペースが確保できているか
- ○相談内容が来訪者に聞こえない環境になっているか
- ○個人情報を相談支援室外に持ち出していないか
- OFAX 送付やメール送信時には個人情報がないことを確認しているか

《「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

《区役所との連携》

各区役所の担当者と地区医師会等と一体的になって 進めていく必要があると考えます。

そのため、コーディネーターは各区役所の担当者と 本事業の方向性等も含めて、様々なことを話合える 関係性を築きます。

また、区役所が担う(ア)(イ)(カ)(キ)の事業項目に ついても本事業を推進するにあたっても協力します。 『市区町村が中心となって、地域の郡市区

医師会等と緊密に連携しながら、地域の関

係団体の連携体制を構築することが重要

である。』

厚生労働省老健局老人保健課 在宅医療・介護連携能進事業 の手引きより

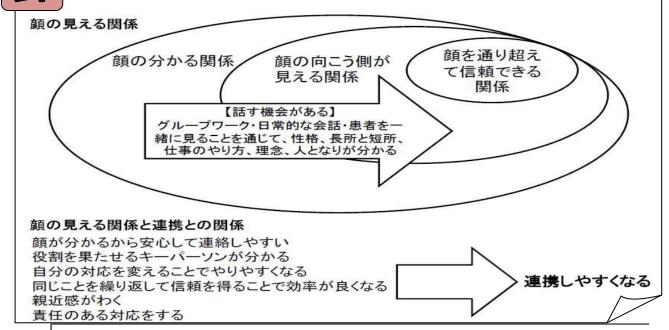
《医療・介護に関する会議に参加》

- 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「イ:在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策」にあたる会議を区役所が実施している 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。

参考



『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)』

❸ 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項目です。 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。(必要時には医師を対象にした研修会等を企画する)
- 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。
- ⑤ 病院との連携においては、必要時は入退院時の支援マニュアル等を作成するなどルール化を行います。

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 大阪府訪問看護ステーション協会の教育ステーションとも連携を図ります。

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犬兄を確認し、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・清掃状態・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。

- 第三者の服薬管理が必要なケースを判断し、必要時はケアマネー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「橋度し役」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。
- ③ 在宅医療側の団体や会議、介護側の団体や会議がお互いの課題(日ごろの困りごと等も含めて)に関する研修等を一緒に行う等情報や課題の共有化を図りましょう。
- ④ 区役所が行う(イ)の会議において在宅医療・介護連携における課題を協議していきましょう。

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、関係機関と相談した上で用途を明確にし、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」や既存の情報共有ツールが幅広く活用されるよう説明会の開催や手引き (マニュアル等)等の配布などの導入支援を行い、ルール化し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。
- ⑥ その活用状況をアンケート等により定期的に把握、評価し、その結果を踏まえた改善を図る。

【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」:ケアマネー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ージャーから医療機関に情報提供