

大阪府 在宅医療推進事業
在宅医療推進コーディネータの活動指針
(ver.1.0)

【改訂版】

平成29年4月
大阪府 健康医療部
保健医療室 保健医療企画課

《目次》

1	本指針の概要	P 3
2	在宅医療推進コーディネータの活動目的及び役割等	P 4
3	具体的な活動手順	
	STEP 1 地域の現状把握	P 6
	STEP 2 目標の設定・共有	P 9
	STEP 3 具体的なアクション例	
	3-1 在宅医療の地域資源を把握	P 12
	3-2 訪問診療導入研修（同行訪問研修）	P 14
	3-3 地区医師会と病院との協議	P 17
	3-4 訪問看護ステーションの活用推進	P 19
	3-5 在宅医療に取り組む医師による 連携に向けた情報交換会の開催	P 20
	3-6 患者の円滑な入退院・在宅移行支援	P 21
	3-7 他地区医師会等との医療連携 （相互補完の実施）	P 22
	3-8 在宅医等相互支援体制の構築に 向けた検討	P 23

1 本指針の概要

○本資料は、在宅医療の訪問診療や看取りの実績がある診療所（強化型在宅療養支援診療所など）を地域で増やすための活動を行うにあたり、地区医師会と在宅医療推進コーディネータ（在宅医療推進事業）に参考としていただきたい点を活動指針として大阪府がまとめたものです。

○活動指針のすべての実施を求めるものではありません。
どのような手順で事業を実施していくべきか、悩んだ時等に参考にしてください。

○地区医師会が在宅医療推進事業を実施する際には、地域の市町村や在宅医療連携拠点、病院等と十分に意思疎通を図り、必要な連携を行うようにしてください。

※本資料はあくまでも参考であるため、その後の事情や在宅医療推進コーディネータの意見等により、内容が変更となる可能性があります。

2 在宅医療推進コーディネータの活動目的及び役割等

(1) 活動目的

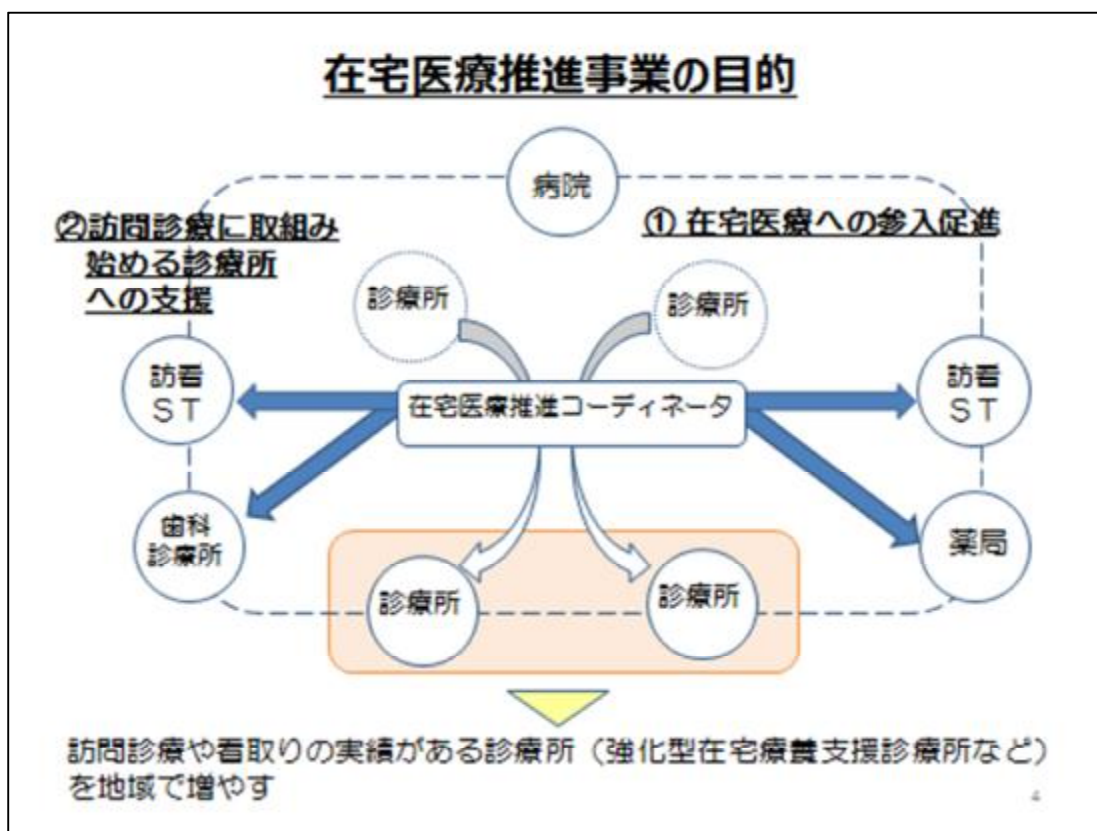
大阪府では今後、全国平均を上回るスピードで、高齢化の進展が予想されています。それに伴い、在宅医療への需要が増大すると見込まれ、その供給量の拡充が重要となっています。

在宅医療の提供体制の確保及び充実を図ることで、患者が安心して在宅療養できる医療体制を目指すことが求められています。

そのため、本事業は、地区医師会に配置した在宅医療推進コーディネータが、本活動指針などに提示した活動を行い、

- ①在宅医療への参入促進を図る
- ②訪問診療に取り組む診療所への支援を行うことで、訪問診療や看取りの実績がある診療所（強化型在宅療養支援診療所など）を地域で増やす

ことを目的としています。



(2) 在宅医療推進コーディネータの役割

上記の目的を達成するため、在宅医療推進コーディネータが果たすべき役割は以下のとおりです。

- 在宅医療の新規参入に向けた課題把握
- 在宅医療参入に伴う負担感の軽減を図るためのサポート
- 後方ベッドの確保に向けた病院との連携体制の構築
- 在宅医療にかかる関係機関（歯科医師会、薬剤師会、看護協会、訪問看護ステーション協会など）との連携構築
- 在宅医療を行わない医療機関であっても、今後部分的に役割を担ってもらえる場合を想定し、各医療機関の得意分野を把握するなど、関係を構築
- 医療資源（連携可能な病院、歯科医院、薬局等の情報）を把握し、新たに在宅医療に取り組む医療機関へ情報提供

※在宅医療推進コーディネータの活動にあたっての留意点

医療・介護連携の推進は、市町村が地域支援事業（在宅医療・介護連携事業）で行うとされており、コーディネータの活動ではありません。

3 具体的な活動手順

(1) STEP1 地域の現状把握

在宅医療推進コーディネータが効果的に活動を行うためには、地域の現状を十分に把握することが必要です。現状把握の手法としては、アンケート、個別ヒアリングなどが考えられますが、実施にあたっては、既存のものがないか、それを活用できないかを検討することが必要です。

なお、地域の現状把握は、あくまで在宅医療を行う診療所の増加のための活動（コーディネータ活動）の基礎とすることが目的です。そのため、いわゆる、かかりつけ医マップや多職種マップの作成は、地域支援事業（在宅医療・介護連携事業）で実施すべき内容であり、本事業で行うものではありません。

アンケートの調査内容例を提示します。アンケート項目は必要に応じて変更可能ですが、阻害要因の把握は以降の活動に資するものであるため、必要なアンケート項目について関係者と十分に調整してください。

(アンケート調査内容例) ※必要に応じて内容を変更してください。

1. 訪問診療を行っていますか

はい いいえ

⇒【「いいえ」の理由】

2. 往診を行っていますか

はい いいえ

⇒【「いいえ」の理由】

3. 近畿厚生局へ「在宅療養支援診療所」の届け出をしていますか

はい (在宅療養支援診療所1 在宅療養支援診療所2 在宅療養支援診療所3)

いいえ

4. 1. で「はい」と回答いただいた先生にお尋ねします。

①現在の在宅患者数 【 】名

②ひとりの患者様への訪問回数 【 】回

③昨年度(平成〇年〇月～〇月)の看取り患者数 【 】名

(アンケート調査内容例)※この項目すべての調査が必須ではありません。

**5. 1. でいいえと回答いただいた先生にお尋ねします。
いずれかに選択してください。**

在宅医療への意欲
の把握

- ①今後条件が整えば、在宅医療を行ってもよい
【具体的な条件:]
- ②在宅医療を行う予定はまったくない

6. 訪問診療を行う上での不安点を選択してください。(複数回答可)

阻害要因の把握

- ①技術面(緩和ケア・特殊な措置)
- ②緊急時・夜間・休日の対応が困難
- ③患者・家族との対応
- ④訪問看護師・ケアマネ等との連携
- ⑤複雑な診療報酬体系
- ⑥その他【]

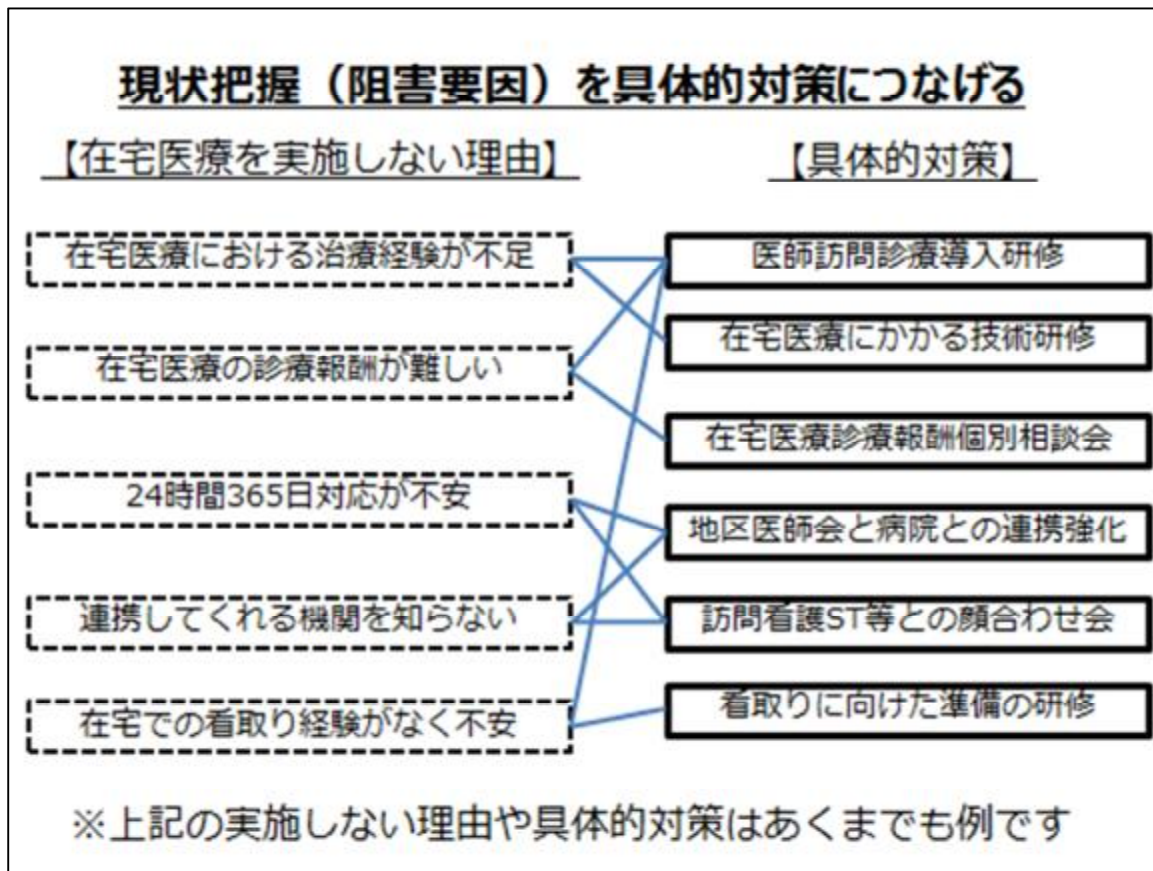
7. 上記の不安を解消するために有効と思われる方法

【]

上記のような現状把握（阻害要因）をもとに、具体的な対策につなげます。

たとえば、「在宅医療における治療経験が不足している」という理由で在宅医療を実施しない診療所が多い場合は、訪問診療導入研修（同行訪問研修）や技術研修を行うことで、阻害要因の解消を図ります。

以下に示す現状把握（阻害要因）や具体的な対策は例示であり、各地区の状況に応じた活動を実施してください。



(2) STEP2 目標の設定・共有

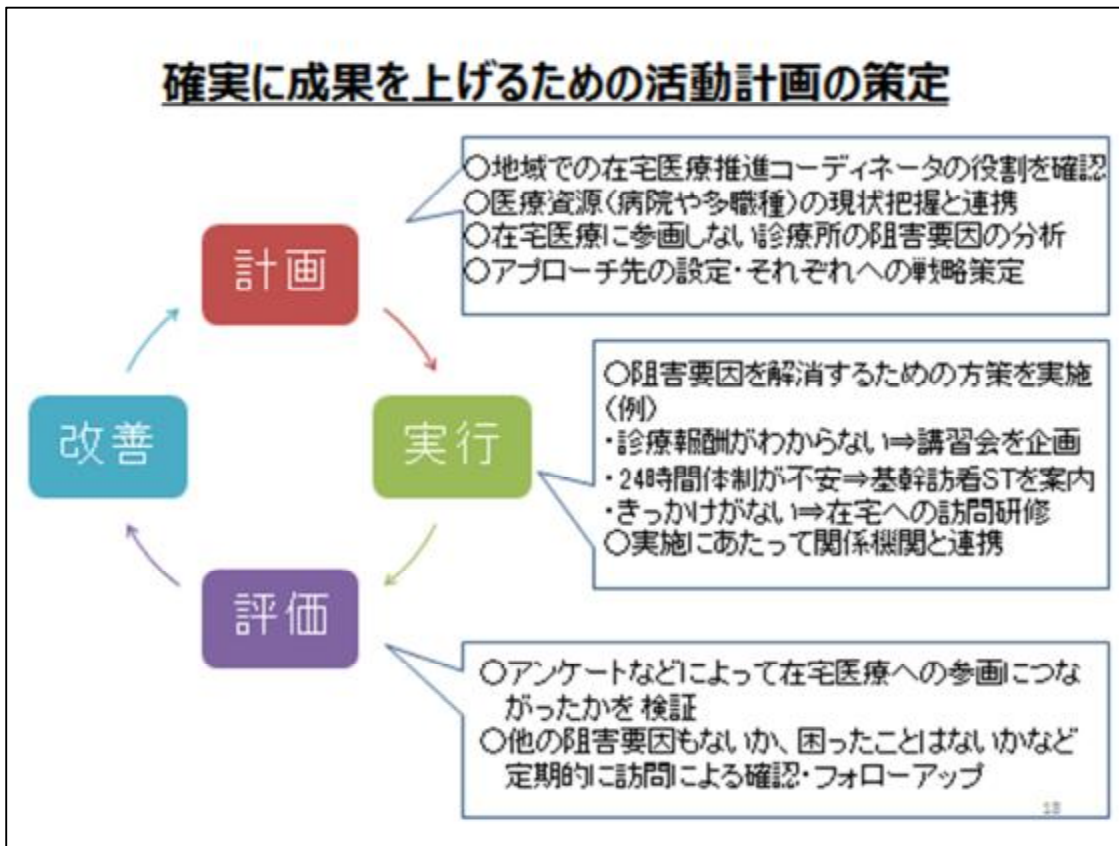
在宅医療推進コーディネータが事業目的に合致した活動を行うためには、関係者との目標の設定・共有が必要になります。

特に、在宅医療推進コーディネータを地区医師会が強力にバックアップする仕組みが最も重要です。具体的には以下のような取組みが考えられます。

- ・担当理事の設置
- ・医師会事務局との連携
- ・コーディネータ活動への担当理事の同行など

その上で地域の関係者間で「在宅医療推進協議会（仮称）」などを立上げ、『在宅医療の拡充』にいかに関わるべきかを十分情報共有することが必要です。

さらに確実に成果を上げるため、活動計画の策定、実行、評価、改善の仕組みを確立し、進めていくことが必要です。



活動計画の立て方は、各地区の状況によって異なります。

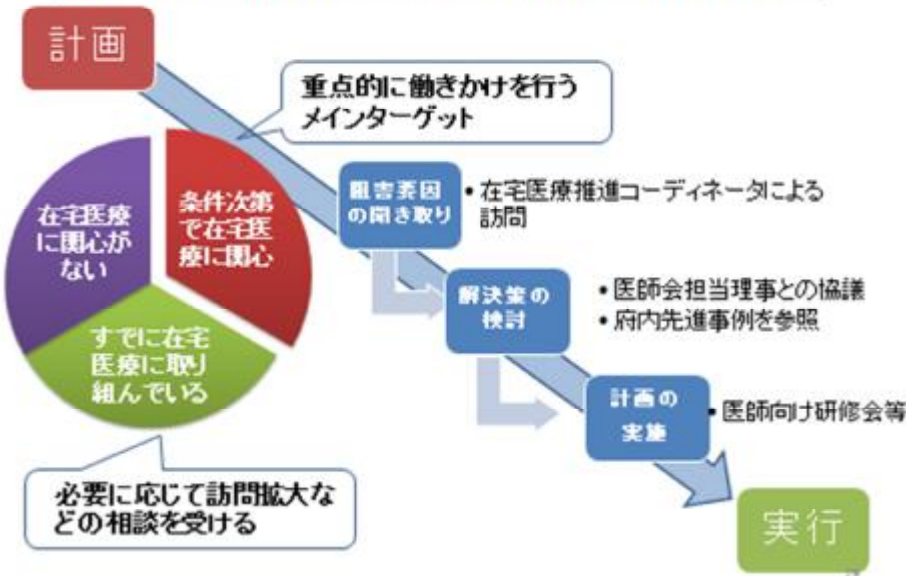
たとえば下記のように、

- ①在宅医療への参画の阻害要因をもとにした計画
- ②診療所の施設基準に合わせた計画

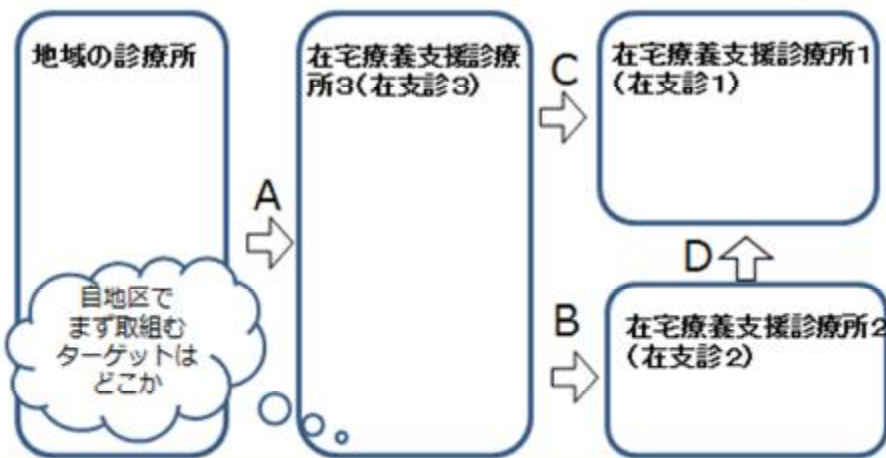
などが考えられます。

いずれも地域の現状把握を踏まえて策定する必要があります。

活動計画の立て方①（阻害要因を基にした計画）



活動計画の立て方②（診療所別の計画） 例



実績をもつ診療所を増やしていく際に、それぞれの段階（上記A～D）で必要な対策を考えてみる

(3) STEP3 具体的なアクション例

在宅医療を行う診療所を増やすための在宅医療推進コーディネータの具体的な活動を以下に例示します。

◎昨年度から継続して実施する事業者（継続事業者）は、以下の事業を実施することを要件とします。（事業実施計画書にて設定）

※新規事業者には初年度は要件ではありませんが、2年目以降は要件となります。

【郡市区医師会】

○以下の**①の事業は必ず実施する**とともに、②～⑧のうち、**2つ以上の実施**を事業計画に盛り込み、実施すること。

○在宅医療推進コーディネータ活動指針（ver.1.0）に示した具体的なアクション例などのうち、①～⑤のいずれの事業についても、管内の医療機関等に案内を送付するなど、協力体制の構築に努めること。

①地域資源を把握するため、地域の病院や診療所（医科および歯科）、訪問看護ステーションや薬局等を継続的に訪問し、在宅医療の地域資源を把握

②訪問診療導入研修（同行訪問研修）

③後方支援機能の運用ルールの作成に向けた協議（地区医師会と病院との協議）

④訪問看護ステーションの活用推進（訪看ステーションとの連携）

⑤在宅医療に取り組む医師で連携に向けた情報交換会の開催（年3回以上）

⑥患者の円滑な入退院・在宅移行支援

⑦他地区医師会等との医療連携（相互補完の調整）

⑧在宅医等相互支援体制の構築に向けた検討

○これらの事業要件の実施にあたって、**別紙1**のとおり、目的や概要・取組み手順案を示しているので参考にしていきたい。

○地区医師会の担当理事、事務局および在宅医療推進コーディネータが適切な役割分担のもと、連携を図りながら事業を推進することが重要である。

役割分担（例）を**別紙2**のとおり示したので、事業推進の参考にしていきたい。

【別紙 1】

① 地域資源を把握するため、地域の病院や診療所（医科及び歯科）、訪問看護ステーションや薬局等を継続的に訪問し在宅医療の地域資源を把握

【目的】

在宅医療に携わる地域の病院、診療所（医科、歯科）、薬局、訪問看護ステーション等が提供している在宅医療資源や、各機関における在宅医療の特性について把握する。

また、在宅医療を充実させていくために、それぞれの分野における連携状況や課題を把握し、その課題解決に向けた取り組みが行えるよう情報収集を行う。

【概要】

在宅医療に携わる地域の病院、診療所（医科、歯科）、薬局、訪問看護ステーション等を継続的に訪問し、顔の見える関係を構築しつつ、地域の在宅医療資源と連携課題について情報収集を行う。

【取組み手順案】

□診療所における在宅医療の状況把握

- 新たに訪問診療に参入した診療所や在宅専門診療所。
- 訪問診療で対応可能な処置等。

人工呼吸器の使用、気管切開の管理、気管カニューレの使用、ドレーンチューブ又は留置カテーテルの使用、人工肛門・人工膀胱の管理、在宅自己腹膜灌流の実施、在宅血液透析の実施、酸素療法の実施、在宅中心静脈栄養法の実施、在宅自己導尿の実施等の受入れが可能な診療所。

- 疼痛緩和（麻薬等含む）や看取りを実施している診療所。
- 訪問診療医と後方支援機能を有する医療機関との連携状況と課題。

□病院における在宅医療の状況把握

- 病院における退院調整の状況。
地域連携室や MSW 等の配置の有無、退院時の調整内容等。
- 退院時、退院後の訪問診療医との連携状況と課題。

□訪問看護ステーションにおける状況把握

- 関係団体等と連携し、訪問看護ステーションにおける対応可能な機能等について把握。
- 訪問診療医による訪問看護ステーションの活用状況と連携課題。

□歯科における在宅医療の状況把握

- 関係団体等と連携し、在宅訪問歯科診療を行っている歯科診療所や在宅で対応可能な診療内容の把握。
- 在宅療養患者における医科と歯科の連携状況と課題。

□薬局における在宅医療の状況把握

- 関係団体等と連携し、在宅訪問薬剤指導を行っている薬局や夜間や休日等における緊急調剤の実施等について把握。
- 医師との連携方法や連携状況と課題。

□その他の職種の在宅医療の状況把握

- 関係団体等と連携し、在宅訪問を行っている他の職種（栄養士等）の状況を把握

② 訪問診療導入研修（同行訪問研修）

【目的】

訪問診療への参画を考えている医師の掘り起しと訪問診療へのきっかけ作り

【概要】

訪問診療に取り組む意思のある医師（受講生医師）が在宅医療に取り組んでいる医師（アドバイザー医師）等の訪問診療に同行し、患者宅での治療や対応を学ぶ研修を実施する。

※同行研修の前後に座学研修を組み込む。

【取組み手順案】

□地域の診療所で、在宅医療に対して取り組む意思の有無について把握する。

- 今後やっていきたい、条件次第で取り組みたいなど前向きな診療所の把握。
- 既存の資料などがあれば必ず活用し、既存の資料等がない場合はアンケート等の実施により把握。

□アドバイザー医師と、座学研修や同行研修の内容を協議（参考1参照）

- 例：第1回座学研修⇒同行研修⇒第2回座学研修
- 必要であれば在宅医療に関する技術研修を組み合わせることも可
- 受講後のアンケートの実施、質疑応答の設定は必ず行うこと

□研修開催の案内、同行研修希望者の募集と受講生の決定

□研修の実施、受講後のアンケートの実施（参考2参照）

□受講後のアンケートの分析、受講生医師のフォロー等

《第1回座学研修》 (所要時間：14時～15時30分)

時間	タイトル	講師
13:30	開場	
14:00	開会挨拶・趣旨説明	医師会会長
14:10	(1) 訪問診療について ※質疑応答を含む 自身の取組み、経営や申請手続き、急変時の対応 (休日や夜間)、多職種との連携	アドバイザー医師等
15:00	(2) 訪問看護師との連携 ※質疑応答を含む 訪問看護の取組み、緊急時の対応、医師との連携、 多職種との連携	訪問看護師等

《同行訪問研修》

- ・アドバイザー医師の訪問診療に、受講医師が2か所～3か所程度同行訪問
- ・研修内容
本人の病状把握、家族への説明方法、ケアマネとの連携（多職種）、緊急時対応、疼痛緩和等

《第2回座学研修》 (所要時間：14時～15時30分)

時間	タイトル	講師
13:30	開場	
14:00	(1) 在宅医療の保険請求について	アドバイザー医師等
15:00	(2) 在宅ケアに必要な介護保険の知識	アドバイザー医師等
15:25	(3) 研修の振り返りまとめ	アドバイザー医師等

講師はアドバイザー医師や訪問看護師等

訪問診療導入研修事業 終了アンケート

今後の事業展開の参考にしたいと考えておりますので、アンケートにご協力ください。

1 開業されている年数に○印をご記入ください。

- ①10年 ②20年 ③30年 ④30年以上

2 現在、在宅医療について、どのような形で実施していますか？（複数回答）

- ① 訪問診療を実施している（平均月 件）
② 往診している（平均月 件）
③ 夜間や休日、急性増悪時の往診も実施している（平均月 件）
④ 在宅療養支援診療所の届出をしている
⑤ 在宅時医学総合管理料の届出をしている

3 今回、この事業に参加された理由について○印をご記入ください。

- ① 最近の訪問診療の現状を知りたかったから
② 訪問診療と一緒にする仲間をつくりたかったから
③ その他（ ）

4 参考になった研修内容について○印をご記入ください（複数回答）

- ① 訪問診療について
② 訪問看護師との連携
④ 実際の同行訪問
⑤ 在宅医療の保険請求
⑥ 在宅ケアに必要な介護保険の知識
⑦ 研修の振り返り・まとめ
⑧ その他

[]

5 今後、訪問診療が実施できそうですか。

- ①はい ②いいえ ③どちらでもない（以前から実施している）

6 今回の研修を終えての感想やご意見がありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

③ 後方支援機能の運用ルールの作成に向けた協議

(地区医師会と病院との協議)

【目的】

安心した在宅療養を過ごすためには、夜間や休日あるいは急性増悪時などの必要に応じて、後方支援機能を担う病院等と連携するための体制づくりが必要であることから、地域におけるバックアップ体制づくりを行う。

【概要】

在宅療養患者が、夜間や休日あるいは急性増悪時に対応が必要となった場合に、地域の実情に応じ、病院が後方支援機能として受け入れを行うための、具体的な運用についてルール作りに向けた協議を開始する。

【取組み手順案】

複数年度で取組むことを想定し、以下の取組みについて初年度・2年目以降各々の手順で行う。(具体的な運用ルールの策定など、初年度に更なる取組みを進めることを妨げるものではない)

《取組み初年度》

- どのような連携体制を構築するのか医師会内で話し合いを行う。(目指す姿)
- 地域の病院が在宅医療の後方支援としてどのような取組みを行っているのか、あるいはどのような後方支援が可能かについて把握する。
 - ・病院への訪問(院長や事務長と面談)やアンケート調査により把握。
- 在宅医療の後方支援として協力が得られそうな病院等の選定を行う。
 - ・参加メンバーの検討
- 後方支援体制の確立に向けた具体的な協議の場の設定(少なくとも1つの病院)を行う。

《取組み2年目以降》

- 運用ルール(案)の策定
- 運用ルールの試行的運営を行う。
- 運用状況の課題を把握し、必要に応じてルールの修正を行う。
- 運用ルールの本格的稼働。
- 運用ルールの拡大に向けた病院への働きかけ(病院との連携拡大)
(例)
 - ・実際の病診連携の運用ルールの紹介。
 - ・病院スタッフ研修の開催を企画。(病院スタッフの在宅医療に対する理解促進)
在宅医療は病院医療の延長ではなく、生活の場(介護・福祉との連携)で展開される医療についての理解促進を図る。

【病院とかかりつけ医との連携 取り組み事例】

○柏市における「急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保」

- ・在宅患者の急性増悪時の対応としては、可能な限り、退院元の病院が受け入れる。
※病院は、救急隊又は医師からの連絡により、自院の退院患者であることを確認
- ・夜間等で救急受け入れが困難な場合は、受け入れ可能な病院が一時的に受け入れ、患者の意向を考慮し、可能な場合は、後日、退院元の病院に転院する。

(ホームページ「柏市医療・介護多職種連携柏モデル ガイドブック」より抜粋)

○地域の後方支援病院が、在宅療養者の夜間・休日の急変時はすべてバックアップ

- ・在宅療養後方支援病床を持つ医療機関が、連携の中に入り、地域の「かかりつけ医」の後方支援を行う。
- ・地元医師会の診療を病院が24時間の強化型連携を組んだ上で、夜間や休日は在宅後方支援病院がすべてバックアップ。
- ・「主治医・副主治医制」で考えると、連携病院が副主治医機能を担うモデル。

(国立研究開発法人国立長寿医療研究センター在宅連携医療部「在宅医療と介護の連携事例集」より)

○青葉区における「在宅医療連携拠点 バックベッド調整支援機能」

- ・在宅療養中の患者が夜間や休日に病状が急変した際、確実に夜間休日当直体制のある急性期病院へ入院でき、かつ病床に余裕のある病院へ転院することで、在宅復帰までの治療を行える、転搬送を組み込んだバックベッドのセーフティーネットモデルの構築

(ホームページ「青葉区在宅医療連携拠点 バックベッド調整支援機能」より抜粋)

④ 訪問看護ステーションの活用推進（訪看ステーションとの連携）

【目的】

訪問診療への参画を考えている医師が、訪問看護の役割や訪問看護師との連携のあり方を理解することで、訪問診療に参入しやすくなることを目的に実施する。

在宅療養の様々な場面における訪問看護師の役割について理解を深めるとともに、訪問診療医と訪問看護師の役割を明確にし、スムーズな連携のもと安心した在宅療養が送れるよう支援体制を構築する。

【概要】

医師を対象に、在宅療養における訪問看護師の役割や連携等について理解を深める研修や連絡会等を開催する。

【取組み手順案】

□関係団体等を連携し、地域における訪問看護ステーションの機能を把握する。

- ・24時間対応の可否、重症患者や高度医療が必要な方の受入れの可否等。

□訪問診療医による訪問看護ステーションの活用状況や連携課題の把握を行う。

□課題に応じた取組みを行う。

例 1)

訪問看護への医師同行研修の開催（医師の訪問診療導入研修に準ずる）

- ・訪問看護師の在宅訪問に同行することで、訪問看護師の役割を学ぶ。
- ・医師の訪問診療導入研修と同様に、訪問看護の同行研修前後に座学研修を盛り込む。
- ・座学研修には、訪問看護ステーションの機能等の理解を深める内容を盛り込む。
- ・訪問看護を利用するための流れ。
- ・訪問看護の依頼の方法、医療保険経度と介護保険制度における訪問看護。
- ・訪問看護指示における算定、記載方法。
- ・訪問看護のサービスの内容、訪問看護師の役割。
- ・病状悪化時や看取り時における看護と医師との連携。
- ・研修終了時にアンケートを実施。

例 2) 連携強化に向けた訪問看護ステーションとの連絡会を開催する。

- ・事例を通じて、医師と訪問看護師の連携について課題の共有。
- ・看取り時の訪問看護師と医師とのそれぞれの役割のあり方について検討
- ・医師と訪問看護師の連携が良好に行えた事例の集積。

⑤ 在宅医療に取り組む医師による連携に向けた情報交換会の開催 (年3回以上)

【目的】

地域の在宅医療における連携課題を抽出し、安心して在宅医療が受けられるための体制構築に向けた方策について議論をする。

【概要】

訪問診療を行っている医師が集まり、在宅医療における連携課題について情報交換を行い、解決に向けた議論を行う。

課題解決に向けて議論された内容は、在宅医療の推進として取組みを行う。

【取組み手順案】

□情報交換会の開催趣旨について地区医師会内で話し合いを行う。

□情報交換会に参加を呼び掛ける医師の選定を行う。

- ・緩和ケアや看取りを実施している、あるいは夜間や休日の対応として他機関と連携し取り組んでいるなど、在宅医療に取り組んでいる医師を選定。

□在宅医療に取り組んでいる医師への参加依頼、趣旨説明を行う。

□情報交換会を開催する。

(開催例)

- ・取り組むべき事柄について意見交換、整理
- ・具体的取組み案の検討
- ・実施した内容の評価
- ・次回の取組み検討

□情報交換会での検討例

- ・夜間や休日対応など、24時間対応のためのバックアップ体制
- ・訪問診療医によるグループ化
- ・急変時や、家族のレスパイトのための入院先の確保、病院との連携
- ・退院時における病院、訪問診療医、訪問看護師との連携等のあり方
- ・在宅医療への参入促進及び質の向上を目指した研修の企画（医師対象）

以下の⑥～⑧については、現時点でのイメージを記載しています。

各地区医師会における工夫した取組の実施や活動実績によって、内容は変わる場合があります。

⑥ 患者の円滑な入退院・在宅移行支援 (在宅、診療所⇔各地区医師会⇔患者紹介体制のない病院)

(地区医師会内での活動を想定していますが、病院等、取組内容については広域での活動も可能。)

【目的】

各地区医師会の保有する医療資源を活用し、患者の転退院、在宅移行の促進に向け、病院から地域への流れを円滑化させる。

【概要】

病診の紹介体制がない又は転退院困難な患者(※)を持つ病院に対し、地区医師会及び在宅医療コーディネータが中心となって、地域のかかりつけ医との退院調整を実施する。

※主な想定患者

病院の個別対応(診療エリア外、登録医対象外など)で調整が困難な患者
医療的ケアが必要な重症心身障がい児者、
介護施設から救急搬送された患者のうち、もとの施設での受入が難しい患者 など

【取組み手順案】

過去、在宅医療推進事業の取組(地域利用資源の把握、病院訪問、後方支援機能の運用ルール作成等)の中で、「患者の入退院・在宅移行支援」について、地域の医療機関からの相談やニーズを把握されている地区医師会での実施を推奨

- 退院調整に関し、どのような取り決めを行うのか、地区医師会内で話し合いを行う。
(対象とすべき、患者、症例など、退院調整の範囲の設定)
- 対象となる病院の選定(必要に応じて、近隣の医療機関への照会、ヒアリングを含む。)
- 地域のかかりつけ医への患者紹介方法(特定のかかりつけ医に集中しない方法)
- 病院(地域連携室等)との協議の場の設定。
- 協議に基づく、退院調整に関する取り決めの策定
- 退院調整に関する取り決めによる試行実施を行う。
- 運用状況と課題を把握し、必要に応じて取り決めの修正を行う。
- 退院調整に関する取り決めの本格的稼働。
- 実施内容に係る、他の地区医師会への情報提供(先進事例の紹介)

⑦ 他地区医師会等との医療連携（相互補完の調整）

（地区医師会の枠を超えての近隣・広域対応を想定）

【目的】

地区医師会が有するネットワークを活用し、近隣の（他の）地区医師会等と連携のうえ、患者の状態に応じた医療提供体制を提供する。

【概要】

患者において、生活動線やニーズ、治療段階等に応じた医療機関で治療を受けたい希望があっても、当該地区内に当該医療機関がない場合に、他（近隣）の地区医師会等との連携協議のもと、治療可能な医療機関を紹介する。

【取組み手順案】

- 医療連携に際し、どのような取り決めを行うのか、地区医師会内で話し合いを行う。
（対象とすべき、患者、症例など、連携の範囲の設定）
- 受入対象となる病院等の対応範囲の把握
- 医療連携する地区医師会との協議
（それぞれが対応できる範囲の確認、問合せから病院紹介までの運用方法等）
- 協議に基づく、運用方法の決定。
- 運用状況と課題を把握し、必要に応じて取り決めの修正を行う。
- 前述の⑥事業の取組とあわせ、病診の紹介体制がない又は療転退院が困難な患者の転退院先や、患者のニーズ、治療段階等に応じた医療機関が地区医師会内にない場合、他の地区医師会と連携し、受入可能な医療機関を紹介する。
- 他の地区医師会以外のその他関係機関との連携調整が必要な場合は、当該関係機関との協議の場を設定する。
- 実施内容に係る、他の地区医師会への情報提供（先進事例の紹介）。

⑧ 在宅医等相互連携支援体制の構築に向けた検討

【目的】

在宅で療養している患者に対し、「365日24時間の安心」を提供するため、在宅医療に携わる医師間等の連携により負担を軽減し、在宅医療に取り組みやすくすることにより、在宅療養環境を整備する。

【概要】

在宅医が相互に補完し合いながら、又は、訪問看護ステーション等と連携しながら、チームとして24時間の診療体制の仕組みを構築するために、その取組み方法を検討し、実施につなげることで、在宅医への負担軽減と仕組みを構築するためのノウハウを積み上げ、安定した在宅医療の提供体制を確保する。

【取組み手順案】

過去、在宅医療推進事業の取組（「⑤在宅医療に取り組む医師による連携に向けた情報交換会の開催（年3回以上）」）の中で、24時間対応のためのバックアップ体制、訪問診療医によるグループ化などについて、情報交換もしくは検討が進んでいる地区医師会の実施を推奨

- 相互連携に関し、どのような取り決めとするのか、地区医師会内で話し合い。
（必要に応じて、先行している他の医師会等への事前調査を含む。）
- 参画希望のある地域の在宅医、訪問看護ステーション等の把握、確保。
（極力、現在把握している医療資源を活用し、新規開業の診療所等については、参画意向調査もしくはヒアリング等を実施。）
- 地域の在宅医、訪問看護ステーション等との協議の場の設定。
- 在宅医等相互支援体制の取り決め（案）の決定
 - 在宅医のメーリングリスト作成
 - 輪番制オンコール対応
 - 主治医・副主治医制の導入
- 上記の取り決め（案）による試行実施を行う。
- 運用状況と課題を把握し、必要に応じて取り決めの修正を行う。
- 上記取り決めの本格的稼働。
- 実施内容に係る、他の地区医師会への情報提供（先進事例の紹介）

【別紙2】（役割分担例）

①地域資源を把握するため、地域の病院や診療所（医科および歯科）、訪問看護ステーションや薬局等を継続的に訪問し、在宅医療の地域資源を把握

【地区医師会 担当理事・事務局】	【在宅医療推進コーディネータ】
・医師会員や関係機関への協力要請	・情報収集項目の検討
	・訪問の実施（情報収集・提供）
	・課題の集約
・解決に向けた取組みの検討	

②訪問診療導入研修（同行訪問研修）

【地区医師会 担当理事・事務局】	【在宅医療推進コーディネータ】
・企画案の検討（たたき台を理事・事務局作成、コーディネータが意見修正など）	
・会場の確保、依頼文の作成	・講師医師の選定、講師との打合せ
・研修会の運営、講師謝礼の支払い	・地区の診療所へ研修実施の情報提供

③後方支援機能の運用ルール作成に向けた協議（地区医師会と病院との協議）

【地区医師会 担当理事・事務局】	【在宅医療推進コーディネータ】
	・病院と地区医師会のニーズの把握
・運用ルールの項目確定、対象とする病院の確定	
・病院窓口との調整	
・会場の確保（協議の場合など必要があれば）	
・協議の場の運営、講師謝礼の支払い	

④訪問看護ステーションの活用推進（訪看ステーションとの連携）

【地区医師会 担当理事・事務局】	【在宅医療推進コーディネータ】
・訪問看護ステーション協会への協力	・訪問看護STと地区医師会のニーズの把握
・会場の確保、依頼文の作成、講師謝礼支払い	・協力可能な訪問看護STのリスト化
	・訪問看護STと診療所とのマッチング
	・講師医師の選定、講師との打合せ

⑤在宅医療に取り組む医師で連携に向けた情報交換会の開催（年3回以上）

【地区医師会 担当理事・事務局】	【在宅医療推進コーディネータ】
・企画案の検討（たたき台を理事・事務局作成、コーディネータが意見修正など）	
・会場の確保、依頼文の作成	・参加医師の選定、必要に応じて講師医師の選定、講師との打合せ
・研修会の運営、講師謝礼の支払い	・地区の診療所への開催について情報提供

⑥患者の円滑な入退院・在宅移行支援

【地区医師会 担当理事・事務局】	【在宅医療推進コーディネータ】
	・病院のニーズの把握と受入可能なかかりつけ医のリストアップ
・病院窓口との調整	
・会場の確保（協議の場など必要があれば）	
・協議の場の運営、講師謝礼の支払い	
・退院調整の体制づくり（取り決め内容の決定）、対象とする病院の確定	
・かかりつけ医との連絡調整	

⑦他地区医師会等との医療連携（相互補完の調整）

【地区医師会 担当理事・事務局】	【在宅医療推進コーディネータ】
	・病院のニーズの把握
・他地区医師会等との調整	
・病院、市町村など関係機関の担当者との調整	
・会場の確保（協議の場など必要があれば）	
・協議の場の運営、講師謝礼の支払い	
・	

⑧在宅医等相互支援体制の構築に向けた検討

【地区医師会 担当理事・事務局】	【在宅医療推進コーディネータ】
	参画希望のある地域の在宅医、訪問看護ステーション等の把握
・協議の場の運営	
・会場の確保（協議の場など必要があれば）	
・在宅医等相互支援体制の取り決め（案）の決定	