

名古屋市における 在宅医療・介護連携ガイドライン
普及啓発研修会 令和3年3月6日

在宅療養における連携ポイント

～なごや在宅医療・介護連携ハンドブック
を有効利用しよう～

名古屋市医師会
在宅医療・介護連携委員会
古山医院 古山明夫

なごや 在宅医療・介護連携 ハンドブック

「名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン」

発行 | 名古屋市・名古屋市医師会

作成 | 「名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン」
ワーキンググループ

ワーキンググループ構成団体

名古屋市医師会 名古屋市歯科医師会 名古屋市薬剤師会 名古屋市立大学病院
愛知県医療ソーシャルワーカー協会 名古屋市介護サービス事業者連絡研究会
千種区訪問看護ステーション部会
在宅医療を考える東区訪問看護ステーションの会
在宅医療を考える東区ケアマネジャーの会
中村区訪問看護ステーション委員会
中村区ケアマネジャー委員会
昭和区訪問看護委員会
昭和区ケアマネジャー委員会
中川区訪問看護ステーション委員会
中川区ケアマネジャー委員会
名古屋市健康福祉局(高齢福祉部・健康部)

このハンドブックは
はち丸在宅支援センターの
ウェブサイトでも
ご覧いただけます。



はち丸在宅支援センター 🔍 検索

<https://zaitakukaigo.nagoya>



令和元年6月発行

このハンドブックの 目的

名古屋市の在宅療養者が、
いつまでも安心・安全な在宅生活を送れるよう、
医療・介護の多職種が、
在宅療養者本人の意思決定を尊重し、
連携して支援するための指針とする。

療養者のための連携であること

医療・介護のサービスを受ける主体は、だれであるかを常に考えましょう。
「療養者が何を望んでいるか」、それに向けて「何が課題であるか」、「どう
解決し支援するか」を多職種で検討・共有し、協働していきましょう。

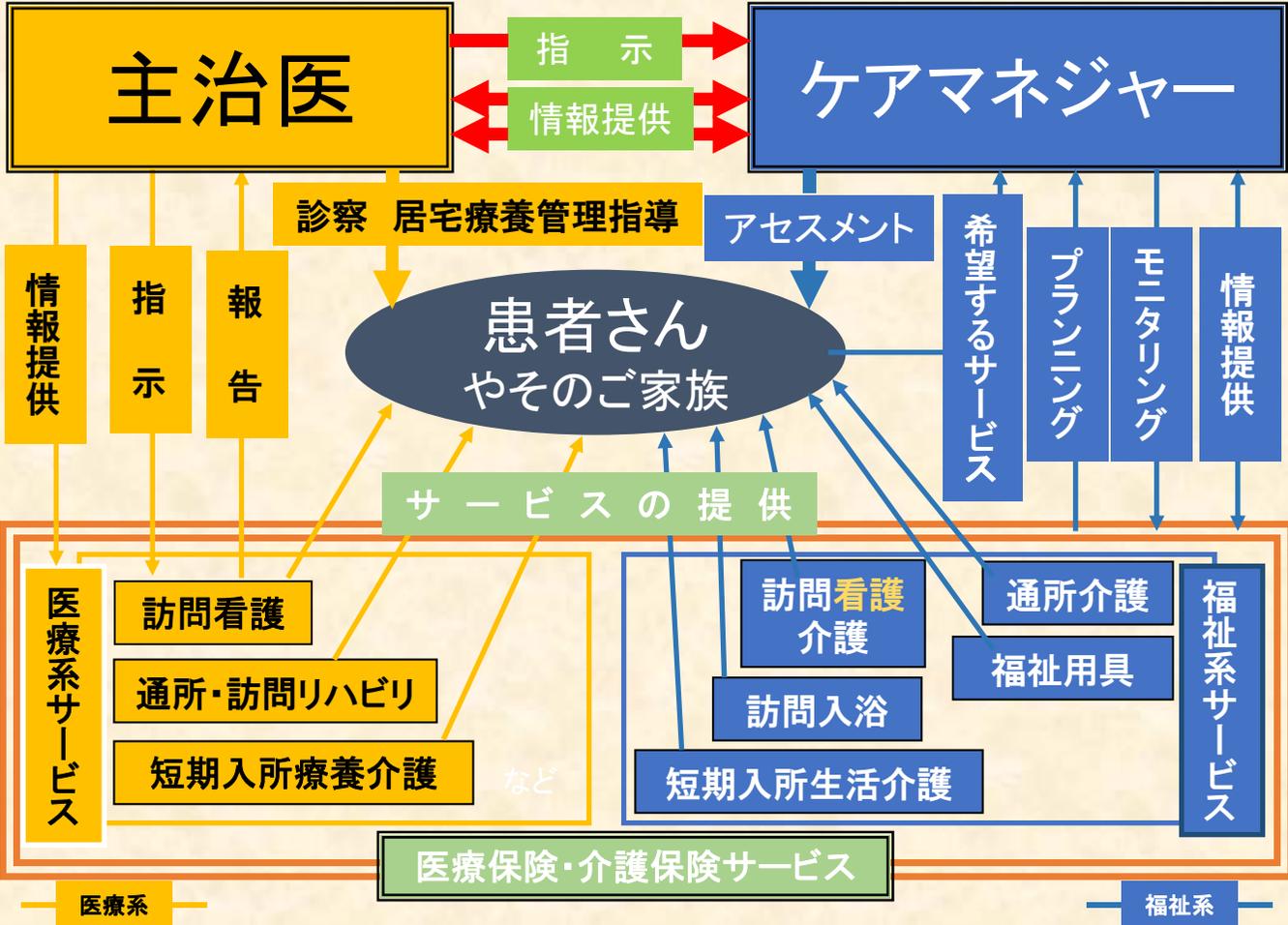
主体的かつ積極的に連携をしていくこと

「忙しい」「分からない」「大変」などを理由に、他職種にお任せとなったり、
情報共有がおろそかにならないよう、多職種チームの一員として支援を
しましょう。

療養者本人の意思決定を支援すること

関わる多職種が、本人と対話を続け、本人にとって望ましい決定ができる
よう、支援を続けていきましょう。

在宅療養における多職種のかかわり



○ 在宅主治医を選ぶこと、介護保険の申請は必須

1. ケアマネジャーとの連携

介護保険は、ケアマネ作成のケアプランに基づき利用可能。医療面・生活面の助言等

2. 訪問看護との連携(診療所の看護師も含め)

訪問看護との連携が必要(重症になればなるほど)。看護的な助言や看取り支援

3. 歯科医師・薬剤師との連携

歯科医師による口腔内の管理・指導・治療

薬剤師による服薬の管理・指導・投薬

4. 多職種連携と情報共有(ICTの利用)

病状の変化をリアルタイムに、そして予測しながら対応する

療養者を中心とした医療と介護によるグループ連携にて情報共有体制を構築

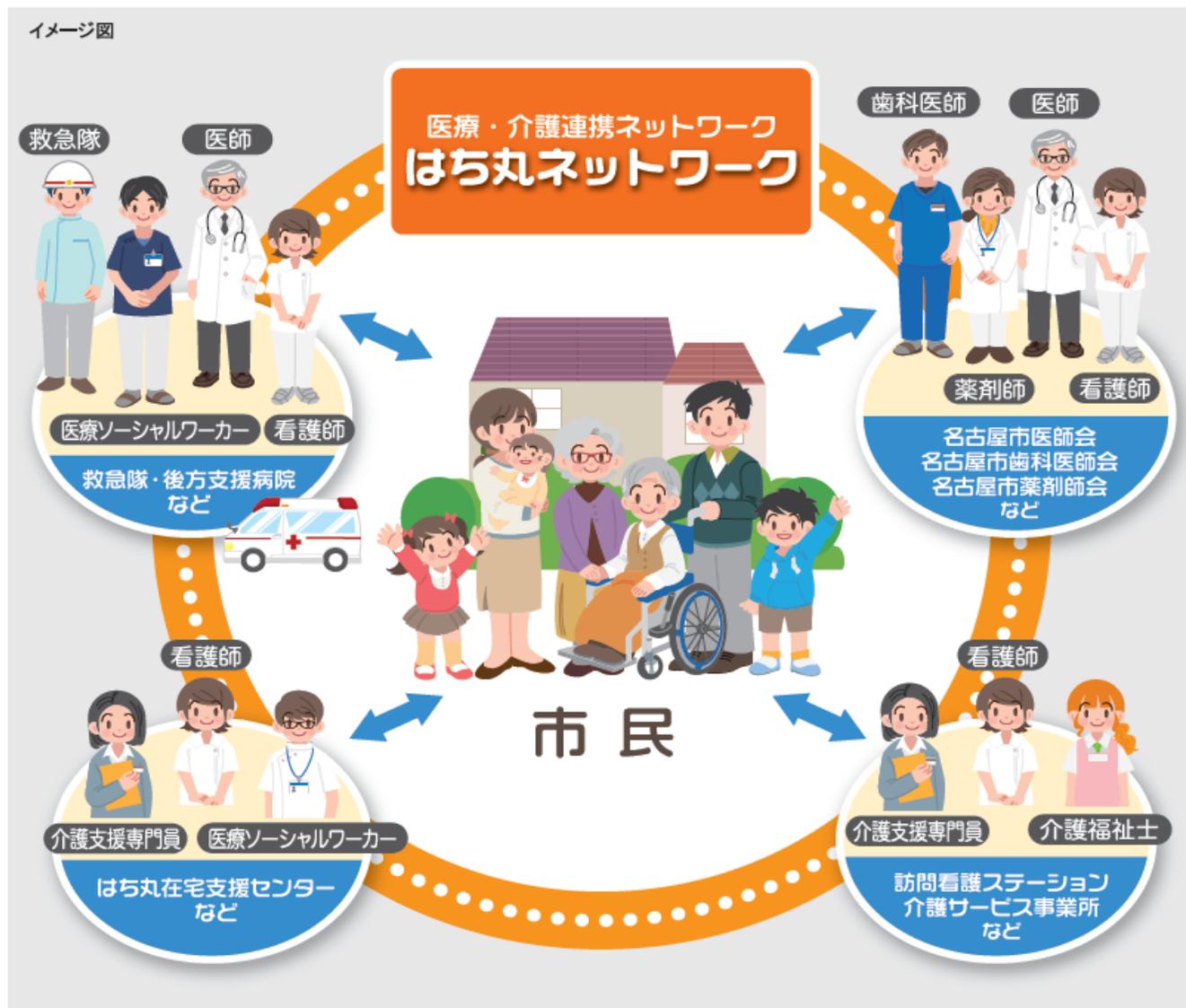
5. 入院ができる病院(バックアップ体制)の確保

在宅療養者の病態が変化した場合、あるいはレスパイト入院(家族の介護休暇入院)等には、

円滑に入院できるよう、後方支援病院との連携体制の構築

はち丸ネットワークとは、患者の同意に基づき、市内の病院・診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護サービス事業所などをネットワークで結び、参加者（患者）の診療・調剤・介護情報を共有するシステムです。

イメージ図



在宅療養時の 連携ポイント

かかりつけ医



窓口の明確化

- ◎多職種からの問い合わせ窓口・連絡可能な時間帯・手段等を明確にしましょう。

ケアマネジメントへの協力

在宅療養は医療サービスを始め、介護サービスも重要となるため、かかりつけ医としてケアマネジメントにも積極的に協力しましょう。

- ◎サービス担当者会議へは積極的に参加しましょう。

- 参加が困難な場合、必要な情報を文書、または、はち丸ネットワーク等のICTツールを活用して情報提供を行きましょう。
- 参加できない場合の意見照会に対する回答について、診療報酬(診療情報提供料)として取り扱う場合は、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」の様式、または、これに準じた様式の文書により情報提供を行きましょう。

※診療情報の提供や意見照会に対する回答を行う際、保険診療の自己負担や文書料等の費用負担が発生する場合は、療養者、または、その家族に同意を得ましょう。

入院時の対応

療養者が入院する場合、迅速な情報共有が重要です。

- ◎速やかに診療情報提供書を入院先医療機関へ送付しましょう。

- 診療情報提供書には、担当する居宅介護支援事業所、薬局、訪問看護事業所を記載しましょう。

ケアマネジャー



かかりつけ医との連携

療養者のかかりつけ医へ担当する旨を伝えましょう。
 (医療系サービスを利用していない療養者や医療依存度が低い療養者で)
 あっても連絡を取りましょう

◎かかりつけ医への連絡手段について

- ① 直接面会しましょう。
- ② 面会が困難な場合、主治医連絡票等を送付しましょう。
 - 介護支援専門員証等の身分証明を携帯のうえ、直接、医療機関へ持参する。
 - FAXで送付する際は、送付後に送付先へ電話等で受信を確認する。

◎要介護・要支援認定の更新時について

- 有効期限が切れる2ヶ月～1ヶ月以上までに、主治医意見書の作成に際して必要な情報を提供しましょう。必要に応じて、「介護保険主治医意見書用問診票」を療養者の受診時に持参してもらう、もしくは、ケアマネジャーがかかりつけ医へ送付しましょう。
- 初回認定時、更新認定時、区分変更時に作成した居宅サービス計画書(ケアプラン)は、原則、かかりつけ医を始め、利用予定の介護サービス事業所等へ提供しましょう。

かかりつけ医への相談・情報の確認

電話での相談や情報照会はできるだけ避けましょう。

◎かかりつけ医への連絡手段について

はち丸ネットワーク等のICTツールを活用しましょう。

サービス担当者会議の開催

◎かかりつけ医を始め、介護サービス事業者などの関係者が全員参加できるよう調整しましょう。

- 医療依存度の高い療養者については、特にかかりつけ医が出席できるよう調整しましょう。
- かかりつけ医に、診療時間をあらかじめ確認のうえ連絡し、調整しましょう。
(かかりつけ医が対応困難な場合、窓口受付者と調整を行う)
- 開催後は、議事録等を作成し関係者間で、話し合いの内容を共有しましょう。

薬局との連携

居宅療養管理指導(在宅患者訪問薬剤管理指導)は主治医の指示により行われることに留意しましょう。

◎居宅療養管理指導について

- 薬剤師による訪問や、服薬指導が必要と考えた場合、かかりつけ医に相談しましょう。
※療養者等の意向、居宅療養管理指導(在宅患者訪問薬剤管理指導)が必要と考えた理由等を相談しましょう。
- 薬局が居宅療養管理指導(在宅患者訪問薬剤管理指導)を行っていない場合、対応可能な薬局を探しましょう。

薬局の検索方法

- ① 名古屋市薬剤師会ホームページ(<http://www.nagoya-yakuzaishi.com>)の「在宅医療受入薬局リスト」を参考にする。
- ② 地区薬剤師会へ相談する。

サービス事業者



サービス担当者会議への参加

◎サービス担当者会議へは積極的に参加しましょう。

- サービス導入前に、使用薬剤、処置等の内容やリハビリテーションの内容、注意事項、緊急時の対応等について関係職種間で情報共有を行いましょう。

情報の収集

◎既往疾患等の把握に努め、サービス提供中に想定されるリスクに十分考慮しましょう。

- 療養者の身体に係るサービスを提供する事業者は、サービス中止の基準や禁忌事項等の把握に努めましょう。
- 診察に付き添う場合は、療養者が自分の状態を正確にかかりつけ医に伝えられない場合があるため、自宅での様子やサービス利用中の様子等を出来る限りかかりつけ医に伝えられるようあらかじめ情報収集しておきましょう。

かかりつけ医・サービス事業者間の連携

◎情報共有について

- かかりつけ医、薬局、訪問看護等への相談については、原則、ケアマネジャーを通じて連絡を取りましょう。
ケアマネジャーを介さずにかかりつけ医や他のサービス事業所へ連絡を取った場合は、その内容をケアマネジャーへ情報提供しましょう。

緊急時の 対応

緊急時、急変時の対応方針や連絡体制を、あらかじめ関係する多職種で話し合い、整備しておきましょう。

医療依存度の高い療養者、認知症の療養者、独居の高齢者の場合、いざという時の連携がスムーズにいくよう準備が必要です。

在宅医療の導入について

訪問診療・往診の導入

訪問診療・往診(在宅医療)の導入については、療養者・家族の意向、関係するサービス事業者の助言を基に調整しましょう。

ケアマネジャー

◎かかりつけ医に相談するよう勧めましょう。

かかりつけ医による在宅医療の提供が困難な場合

- 1) かかりつけ医に、訪問診療が可能な医師を紹介してもらう。
- 2) 各区はち丸在宅支援センターに相談する。
- 3) 医療系サービスを利用している場合、医療系サービス事業所に相談する。

◎医療／介護保険証、障害者手帳、特定医療費(指定難病)等公費負担医療の受給者証等を確認しましょう。

訪問歯科診療の導入

訪問歯科診療(在宅歯科医療)の導入については、療養者・家族の意向、関係するサービス事業者の助言を基に調整しましょう。

ケアマネジャー

◎かかりつけ歯科医に相談するよう勧めましょう。

かかりつけ歯科医による在宅歯科医療の提供が困難な場合

- 1) かかりつけ歯科医に紹介してもらう。
- 2) 名古屋市在宅歯科医療・介護連携室に相談する。
(TEL:052-619-4188/FAX:052-619-4189)
- 3) 地区歯科医師会に相談する。(愛知県歯科医師会、名古屋歯科保健医療センター HP(<https://nagoya-dc.jp/>))

◎医療／介護保険証、障害者手帳、特定医療費(指定難病)等公費負担医療の受給者証等を確認しましょう。

訪問看護の導入

訪問看護サービスの対象者は、在宅において療養が必要な状態にあり、訪問看護が必要とかかりつけ医が判断した人です。

ケアマネジャー

- 訪問看護が必要と考えた場合、かかりつけ医に相談しましょう。
- 医療／介護保険証、障害者手帳、特定医療費(指定難病)等公費負担医療の受給者証等を確認しましょう。
- 介護保険優先ですが、疾患等により医療保険の対象となる場合があるので注意しましょう(P11参照)。
- 訪問看護ステーションの選択は、かかりつけ医・本人・家族へ確認しましょう。

かかりつけ医

- 訪問看護が必要と判断した場合、「訪問看護指示書」を作成・発行しましょう。

訪問リハビリテーションの導入

訪問リハビリテーションについては、療養者・家族の意向、関係するサービス事業者の助言を基に調整しましょう。

ただし、リハビリテーションは医療保険や介護保険等の制度を問わず、リハビリテーションを行う療法士が所属する医療機関または事業所の医師の指示に基づいて行われることに留意しましょう。

ケアマネジャー

- 医療／介護保険証、障害者手帳、特定医療費(指定難病)等公費負担医療の受給者証等を確認しましょう。
- かかりつけ医に相談するよう勧めましょう。

留意点

- ① 医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションは併用できない。
- ② 介護保険のリハビリテーションを計画する際には、医療保険における疾患別リハビリテーションの実施を確認する。
- ③ 医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの移行を計画する場合、かかりつけ医だけでなく、疾患別リハビリテーションを提供する医療機関の合意を得る。

訪問診療の対象疾患と 提供している医療内容

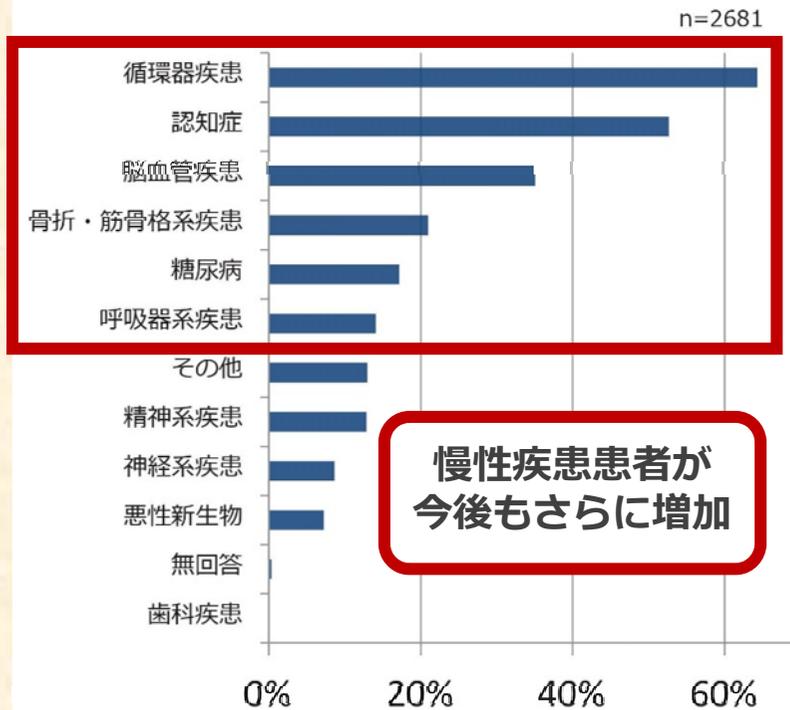
訪問診療の対象患者について④

<患者の疾患>

中医協総会資料 6
27.02.18

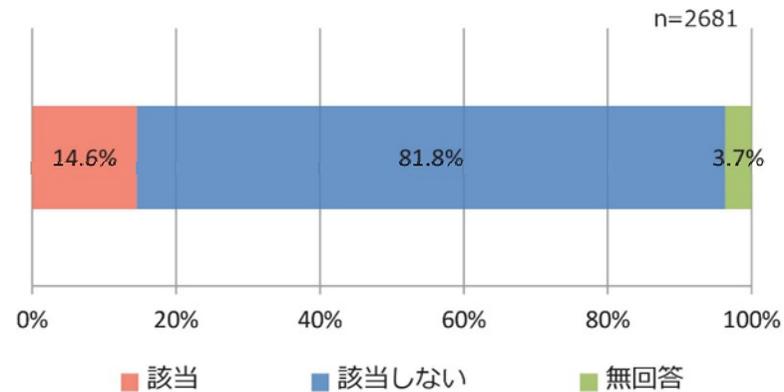
- 在宅患者の基礎疾患は多様であり、特に循環器疾患・認知症・脳血管疾患を抱える患者の割合が大きい。
- 別表7に規定する疾病等に該当する患者は全体の15%程度である。

<疾患別の患者割合>



**慢性疾患患者が
今後もさらに増加**

<別表7に規定する疾患への該当割合>



別表7に規定する疾病

・末期の悪性腫瘍	・多発性硬化症	・重症筋無力症
・スモン	・筋萎縮性側索硬化症	・脊髄小脳変性症
・ハンチントン病	・進行性筋ジストロフィー症	・パーキンソン病関連疾患
・多系統萎縮症	・プリオン病	・亜急性硬化性全脳炎
・ライゾゾーム病	・副腎白質ジストロフィー	・脊髄性筋萎縮症
・球脊髄性筋萎縮症	・慢性炎症性脱髄性多発神経炎	・後天性免疫不全症候群
・頸髄損傷	・人工呼吸器を使用している状態	

※患者票のデータを、日計表における同一建物/非同ー建物患者の人数にあわせて重み付けして集計
出典：平成26年度検証部会調査（在宅医療）

在宅医療推進における今後の方向性（2015）.厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室, P 26.
<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaikusei/2014/0301festa/1b.pdf>

患者の診療状況について①

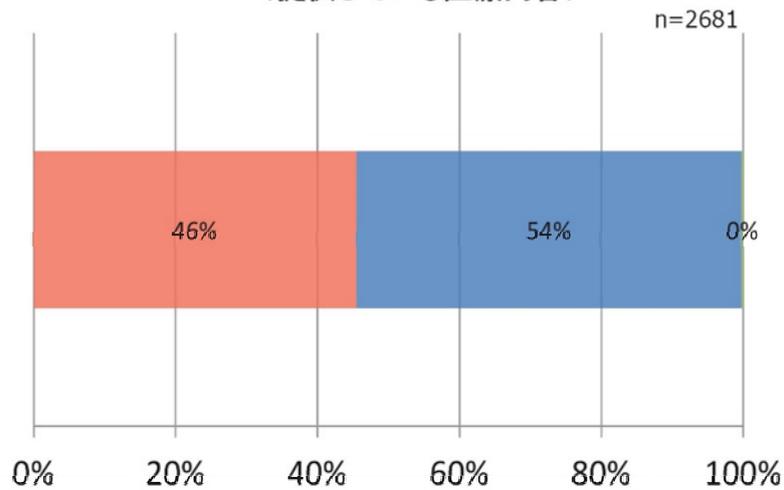
中医協総会資料6

27.02.18

<提供している医療内容>

- 在宅患者全体の45%程度は調査項目のうち「健康相談」「血圧・脈拍の測定」「服薬援助・管理」のみに該当する一方、残りの55%は「点滴・中心静脈栄養・注射（約11%）」等何らかの処置・管理等を実施されている。

<提供している医療内容>



■ 健康相談・血圧・脈拍測定・服薬援助・管理のみ

の

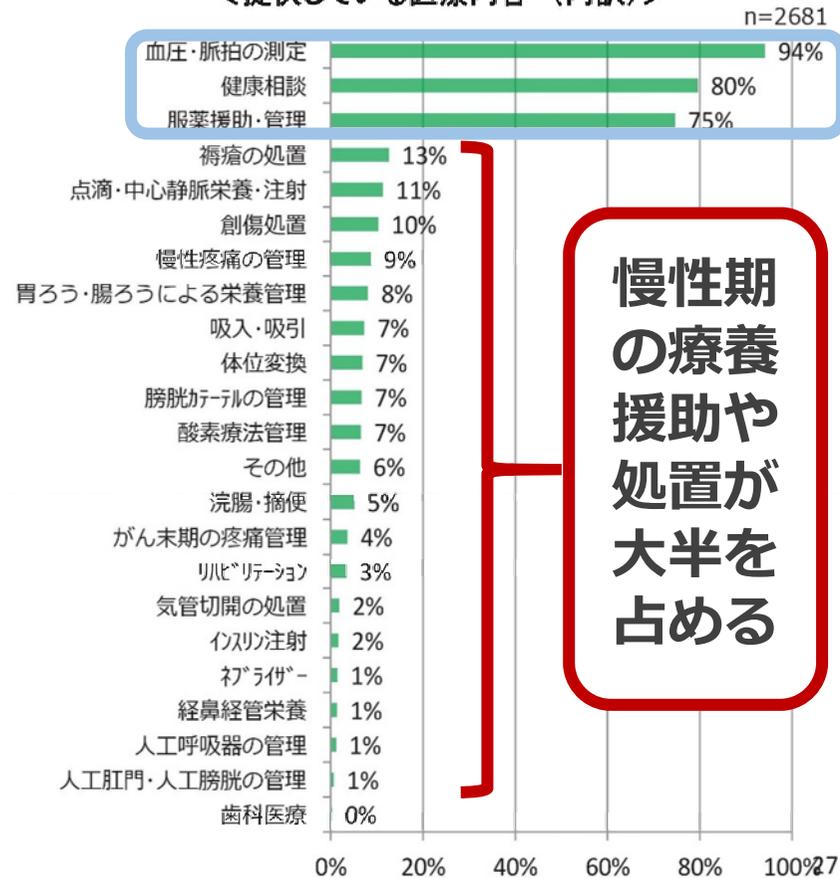
■ その他の内容を含むもの

■ 無回答

※患者票のデータを、日計表における同一建物/非同一建物患者の人数にあわせて重み付けして集計

出典：平成26年度検証部会調査（在宅医療）

<提供している医療内容（内訳）>



慢性期の療養援助や処置が大半を占める

在宅医療推進における今後の方向性
(2015) 厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室、P
27. <http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaiikusei/2014/0301festa/1b.pdf>

訪 問 看 護

- ◆在宅医療の大部分はナーシングであり、
看護師が主導的に実施できる（**看護を通じての生活支援**）である
- ◆医師が必要に応じ助言し支援することで、
（**看護師が本来の力を発揮**）できる場である

16

介護保険主治医意見書用問診票

(ふりがな)		男 女	記入者 氏名		続 柄
申請者氏名					
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		連絡先	() -	

基1. ケアプランを依頼している事業者名をご記入ください。(事業者名:)

基2. 介護保険の認定を受けていますか。

- いない 要支援1 要支援2
 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

基3. 介護保険を申請した主な理由は何ですか。 手足が不自由 寝たきり もの忘れ その他
 (※その他の理由:)

基4. 他の先生(医師・医院)にかかっていますか。

- いる いない

(【いる】にチェックをされた方) 診療科は何ですか。

- 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科
 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリ科 歯科 その他(科)

【1】傷病に関する意見

1-1. 現在、診療や治療を受けている病気がありますか。 ある ない

(【ある】にチェックをされた方) どのような病名または病状ですか。

- ・病名または病状(): 発症年月日(年 月 日 頃)
 ・病名または病状(): 発症年月日(年 月 日 頃)
 ・病名または病状(): 発症年月日(年 月 日 頃)

1-2. 患者さんの状態は6ヶ月前と比べて変わりましたか。 変わった 変わっていない

(【変わった】にチェックをされた方)、どのような点が変わりましたか。

【2】特別な医療

2-1. 過去2週間以内に疼痛の看護や、褥瘡の処置などを受けましたか。 ある ない

【3】心身の状態に関する意見

3-1. からだの不自由なところがありますか。あてはまるところに○をつけてください。

- からだの不自由なところはまったくない。
 からだが多少不自由であるが、バスやタクシーを使って一人で外出できる。
 からだが不自由であるが、隣近所なら歩いて外出できる。
 一人での外出はわずかしいが、家の中ではだいたい身のまわりのことはできる。
 介助してもらっても外出そのものが少ない、家の中では横になっていることが多い。
 車いすが必要な生活であるが、食事やトイレは人の手を借りずにできる。
 車いすに乗り降りするの一人ではわずかしい。すわっていることはできる。
 一日中ベッドの生活であり排泄、食事、着替えて人の手がかかるが、寝返りはうてる。
 一日中ベッドの生活であり排泄、食事、着替えて人の手がかり、寝返りも打てない。

3-2. もの忘れの状況についておたずねします。次の症状のうち、あてはまるところに○をつけてください。

- もの忘れはない。
 もの忘れなど、少し精神面でのおとろえはあるが、一応一人でも生活できる。
 家の外に出ると、ときどき道に迷ったり、買い物でおつりをまちがえたりする。
 家の中でも薬を飲み忘れしたり、電話や来客の対応ができない。
 日中、トイレで不始末をしたり、理由もなく外へ出歩いてしまったりすることがある。
 夜間、トイレで不始末をしたり、外へ出歩いてしまったりして、家族が起こされる。
 昼も夜も目が醒まず、家族がおちついて眠ることもできない。
 被害妄想・暴力・落ち込みなどがひどく、家族の手におえない。

【1】

次ページの記入をお願いします。

3-3. 理解したり、記憶したりすることについておたずねします。

- (1) もの忘れはありますか? いいえ はい
 (2) 日常生活でものごとを自分で決める(判断する)ことができますか?
 できる だいたいできる あまりできない まったくできない
 (3) 自分のしてほしいこと、ほしくないことは、きちんと伝えられますか?
 伝わる だいたい伝わる あまり伝わらない まったく伝わらない

3-4. 日常生活で問題となる行動についておたずねします。

- ・実際にはいない人や、虫、動物などがみえると言ったことがありますか? (ある ・ 時々 ・ ない)
 ・実際にはいない人の声や、物音が聞こえると言ったことがありますか? (ある ・ 時々 ・ ない)
 ・金品などを盗まれたなど、実際にはない事を言う事がありますか? (ある ・ 時々 ・ ない)
 ・昼間寝て、夜間騒ぐことがありますか? (ある ・ 時々 ・ ない)
 ・介護する人などに暴言をはくことがありますか? (ある ・ 時々 ・ ない)
 ・介護する人などに暴力をふるうことがありますか? (ある ・ 時々 ・ ない)
 ・介護する際に抵抗して、世話ができないことがありますか? (ある ・ 時々 ・ ない)
 ・目的もなく出歩き、迷子になったりする事がありますか? (ある ・ 時々 ・ ない)
 ・ガスの消し忘れなど、火の不始末がありますか? (ある ・ 時々 ・ ない)
 ・便をこねたり、下着を何日も替えないなど不潔な行動がありますか? (ある ・ 時々 ・ ない)
 ・紙や消しゴムなど通常食べられない物を食べる事がありますか? (ある ・ 時々 ・ ない)
 ・性的問題行動がありますか? (ある ・ 時々 ・ ない)

※具体的な問題点がございましたら、『設問5-3』に記入して下さい。

3-5. 身体の状態についておたずねします。

- ・き腕(右・左)・身長()cm・体重()kg・過去6ヶ月の体重変化(増えた・変わらない・減った)

【4】生活機能とサービスに関する意見

4-1. 現在の介護の様子をおたずねします。

- ・自宅での歩行は一人で行えますか? (できる ・ なんとかできる ・ できない)
 ・屋外での歩行はできますか? (一人でできる ・ 介助があればできる ・ できない)
 ・自分でベッドから椅子や車椅子などに乗り移れますか? (できる ・ できない)
 ・車椅子を使用していますか? (使用していない ・ 自分で操作できる ・ 他人が操作)
 ・歩行補助具・装具は使用していますか? (使用していない ・ 屋内で使用 ・ 屋外で使用)
 ・調理をすることはできますか? (できる ・ 何とかできる ・ できない)
 ・現在の栄養状態はどうか? (良好 ・ 不良)
 ・食事を自分で食べたり、後片付けはできますか? (できる ・ 何とかできる ・ できない)
 ・一人で着替えができますか? (できる ・ 一部はできる ・ できない)
 ・一人で入浴ができますか? (できる ・ 一部はできる ・ できない)
 ・一人で排尿・排便ができますか? (できる ・ 一部はできる ・ できない)
 ・失禁対策は必要ですか? (不要 ・ 尿漏れ下着 ・ おむつ)
 ・自分で掃除・洗濯(干したり、たたむこと)はできますか? (できる ・ 何とかできる ・ できない)
 ・自分で買物はできますか? (できる ・ 何とかできる ・ できない)
 ・自分で薬・金銭の管理ができますか? (できる ・ 何とかできる ・ できない)

4-2. 現在ある状況すべてにチェックして下さい。

- 尿をもらす 家に閉じこもる 食欲がない のみだみにくい 痛みがある 床ずれ(褥瘡)がある

【5】その他(特記すべき事項)

5-1. どのような方法で来院されましたか?

- 電車 バス 自動車 バイク 自転車 徒歩[※] その他()
 ※徒歩の場合の付き添いは? 不要 時々必要 いつも必要(付き添い: 家族 []・ヘルパー)

5-2. 利用したいサービスはありますか?

- ヘルパーの訪問 通所介護(デイサービス) 通所リハ(デイケア) 病院や施設に何日か泊まる 訪問入浴
 ◎多職種訪問(医師 看護師 歯科医師 歯科衛生士 薬剤師 訪問リハ その他[])

5-3. その他、希望することや困っていることがありましたら、内容を具体的に記入して下さい。

※記憶力のテスト(長谷川式)にご協力ください。

【2】

(一社)名古屋市医師会 令和元年5月 一部改訂



中村区多職種連携シート

利用者名	種 別			事業所名	担 当 者			記入日
	自立	見守り	一部介助		全介助	オムツ	ボタボタイレ	
排 尿	自立	見守り	一部介助	全介助				
洗 濯	自立	見守り	一部介助	全介助				
買い物	自立	見守り	一部介助	全介助				
調理	自立	見守り	一部介助	全介助				
食 飲 管理	自立	見守り	一部介助	全介助				
食 事	自立	見守り	一部介助	全介助				
食事形態	普通食	軟 飯	全 粥					きざみ
	ペースト	ミキサー	経管栄養					
口腔状態	自立	見守り						
嚥 下	できる	見守り	できない					
排 便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ	ボタボタイレ		
排 尿	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ	ボタボタイレ		
洗 面	自立	見守り	一部介助	全介助				
入 浴	自立	見守り	一部介助	全介助				
更 衣	自立	見守り	一部介助	全介助				
起 居	自立	見守り	一部介助	全介助				
移 乗	自立	見守り	一部介助	全介助				
寝 返り	自立	見守り	一部介助	全介助				
歩行・移動	自立	見守り	一部介助	全介助				
麻 痺	無	対麻痺	片麻痺・右					片麻痺・左
	四肢麻痺・上肢	四肢麻痺・下肢	痺 痺・歩行					
階段昇降	自立	見守り	一部介助	全介助				
日常生活用具	杖	歩行器	ベット					
聴 視	良	不良	無					
コミュニケーション能力	できる	できない						
視 力	問題なし	約1m離れた視力表が見える						目の前に置いた視力表が見える
	ほとんど見えない	見えているか判断不能						
聴 力	問題なし	やっと聞きとれる	大きな声で聞きとれる					ほとんど聞きとれない
	判断不能	聴 弱・右	聴 弱・左					
設備管理	自立	見守り	一部介助	全介助				
	設置場所 (セット方法)							
継続処置 医療処置 の寄附	中心静脈栄養		気管切開					血液透析
	末梢点滴		人工呼吸器					腹膜透析
	経鼻栄養		経管吸入					ストマ
	褥 瘡		吸 引					尿ストマ
	導 尿		吸 入					洗 滌
	膀胱容量カテーテル		インスリン					換 気
	膀胱瘻		血糖測定					
	緩和ケア		褥 瘡					
備 考	ベット		軟 器					換 気
	過去に利用していた事業所の寄附 (ある場合の理由)							

中村区在宅医療・介護連携推進会議 訪問看護ステーション・ケアマネジャー・訪問介護委員会作成 2020.03 (改)

在宅療養あんしんサポートシステム ～かかりつけ医による在宅医療提供体制の確立・充実に向けて～

はち丸ネットワークによる
情報共有体制の構築

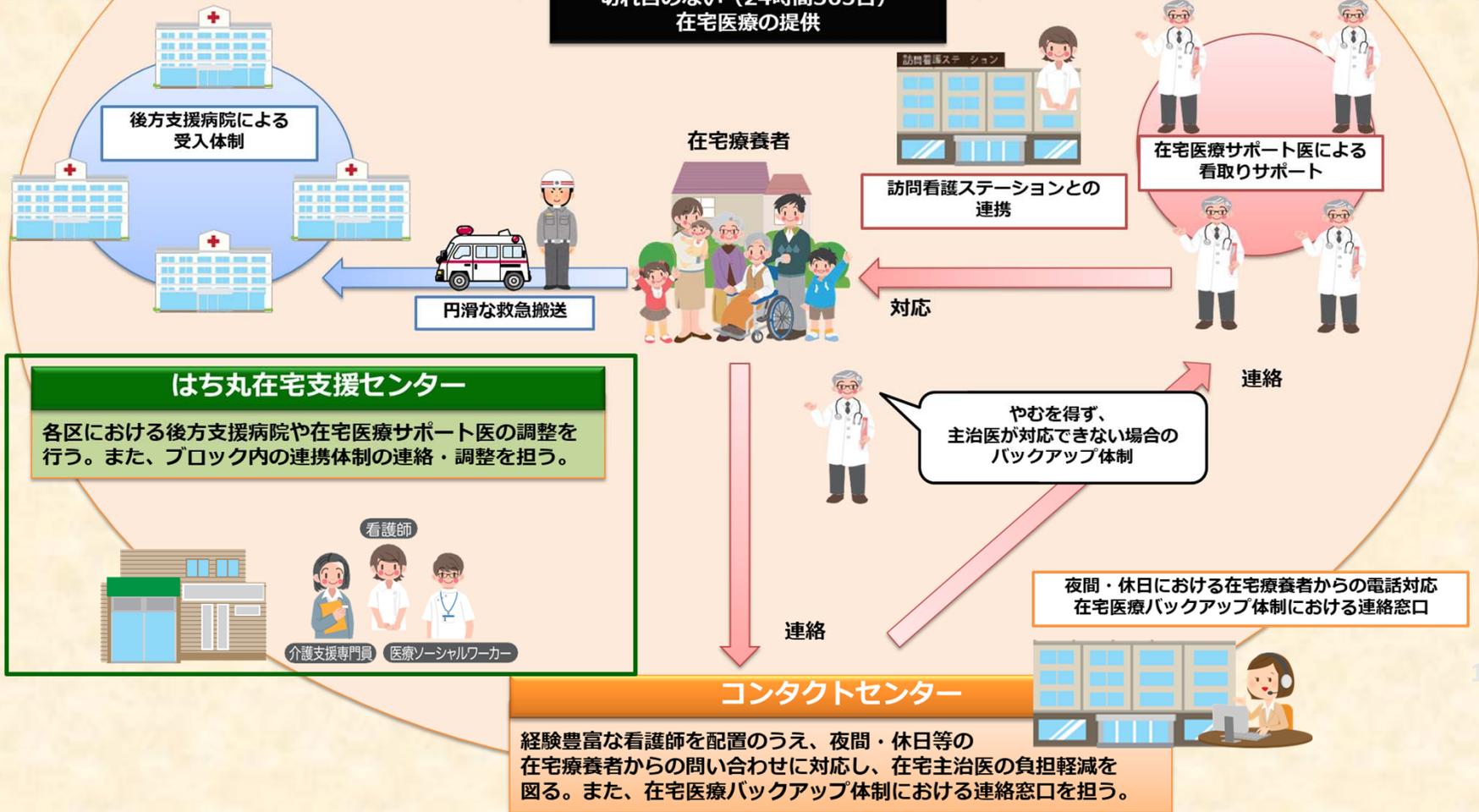
自分の患者さんが通院困難になっても、継続して診てあげたい。

在宅医療に取り組みたいけど…夜間や休日に対応するのが難しい。

後方支援病院による急変時サポート
在宅療養者の急変に対応するため、各区において、2次救急指定病院を中心とした病院（後方支援病院）による受け入れ体制。

在宅医療サポート医による看取りサポート
主治医不在時の在宅療養者の看取り時にコンタクトセンターからの要請に基づき、在宅医療サポート医（待機医）が主治医に代わって対応する体制。

在宅医療における課題
切れ目のない（24時間365日）
在宅医療の提供



ご清聴ありがとうございました