

切れ目のない支援体制構築のためのプロトコル
【概要版】

令和4年3月

東京都福祉保健局医療政策部

目次

- 1 はじめに
- 2 地域の医療体制に関する分析
- 3 切れ目のない連携体制の構築
- 4 効果検証

1 はじめに

このプロトコルは、地域で切れ目のない在宅医療体制を行政が主体的に地域の医療介護従事者と協力して構築することができるよう東京都が作成したものです。

東京都ではこれまで在宅医療・介護連携推進事業の枠組みを超えて、地域の在宅療養体制が充実するよう「区市町村在宅療養推進事業」をはじめとした財政的支援を行ってきたところであるが、本プロトコルは技術的支援の充実を目的に作成されたものであり、現時点では「概要版」という位置づけです。

実際に区市町村の中で活用いただき、その知見を踏まえて完成版を目指すものであり、本プロトコルの内容については、あくまで取組の一案として取り扱ってください。

2 地域の医療体制に関する分析

本プロトコルは実現可能なものだけを事業化することのみを目的とせず、区市町村が主体となって地域における切れ目のない支援体制を検討、そして構築していくことを目的としています。

医療と介護の連携体制を構築していくにあたって、地域にどのような社会資源があるのかを把握することは必要不可欠ではあります。しかし、今回の連携体制を検討するにあたっては、「実現できないものについてはこれ以上検討しない」という議論を避けるため、現状の連携体制の把握は行っても、詳細な地域医療資源の分析を行うことは、目指すべき連携体制を検討した後、それをどのように実行に近づけるのかという、後段での作業という位置づけとします。

なお、実際の分析については、『在宅医療に係る各種データを活用した区市町村の取組支援事業』において提供した分析ツールも併せて活用いただければと思います。

3 連携体制の構築

ここでは、実際に区市町村で切れ目のない在宅医療体制を構築するにあたってのプロセスを順番に例示しています。

区市町村においては、既に在宅療養関連の検討の場を設けているかと思われます。ここでは、新たに会議体を設置することを目的とせず、既存の会議体や連携体制の中で本プロセスを踏まえて検討を進めることで、切れ目のない在宅医療体制を構築できるようになることを目指すものです。

【ステップ1 「切れ目のない在宅医療体制とは何か」の定義づけ】

これまでも在宅医療・介護連携推進事業において、厚生労働省の手引きにおいても「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築の推進」として項目付けされており、「在宅医療と在宅介護が夜間・休日、容態急変時の対応等、切れ目なく提供される体制」と説明されていますが、ではいったいそれがどのような連携体制、連携フローがあれば担保されるのかというポイントについては各地域の実情に委ねられており、行政と地域の医療介護従事者で認識を合わせた上で体制構築に取り組んでいく必要があります。

是非一度地域の医療介護従事者と「地域における切れ目のない在宅医療体制とはどういった連携体制、サービス提供体制なのか」という認識についてすり合わせるために検討を行ってください。

★ポイント

- (1) 医療介護従事者の方々が対応に苦慮している事例を中心に、地域が目指すべき姿を検討してください。
- (2) 実際に地域の医療介護事業者から、自宅での生活の維持が難しい方の具体例を挙げてもらいなどして、それらを包括的に支援できるサービス体制、連携体制を検討してみてください。
- (3) ここでは認識をすり合わせることを目標にし、具体的な連携図については完成しなくても問題ありません。

【ステップ2 連携の全体像を作成する】

前段で話し合った「連携体制の定義」について、全体像を作成してください。このステップについては、ステップ1の作業と並行して行うことも想定されますが、連携図の作成にあたっては、今後関係機関との調整をしていくことを前提としながらも、行政機関が中心となり、行政の立場から必要だと考えられる全体像を意識してください。実現可能なものに近づけていく作業は今後必要になりますが、地域の方々と目指すべき姿を共有するためにも、まずはひとつひとつ必要なものを盛り込んでくようにしてください。

★ポイント

- (1) 抽象的な連携のイメージ図ではなく、プレイヤーである地域の医療介護従事者がどのように動くのか具体的に分かるものにしてください。
- (2) ひとまず必要だと思われる要素を盛り込むことを意識して作成してください。
- (3) 実現できないというものをこの段階で削らないことを意識してください。

【ステップ3 連携体制構築に向けた課題を洗い出し、関係者と調整する】

作成した連携図をもとに実際に地域の医療介護従事者の方たちと意見交換をしながら、実現可能な連携図になるよう各職種の方々と調整を行ってください。

ステップ2では、行政が必要だと思われる要素を盛り込んだ連携図を作成しましたが、ここではそれをスタート地点とし、実現できるものに近づけることを目的とします。

(例) 調整事項

- ◎訪問看護ステーションとの連携
- ◎居宅支援事業所との連携
- ◎主治医不在時にバックアップ対応が可能な在宅医との連携
- ◎在宅の経験が少ない医師が在宅医に相談できる体制の確保
- ◎後方支援病床との連携（+αで病院救急車）

★ポイント

- (1) 必要に応じて、KDBの各種データを基に、地域にある医療資源を分析しながら検討を進めるようにしてください。
- (2) 介護保険制度だけでなく、診療報酬制度も踏まえて検討を進めるようにしてください。
- (3) 制度のはざままで対応が難しい部分は事業化すべきかどうかも検討してください。

【ステップ4 連携を動かすためのルールづくりをする】

ステップ3で作成した連携図や検討した事業を実際に動かすにあたって、地域での統一したルールづくりを行ってください。ここでは地域で既に構築されている共通認識を活用することを念頭に作業を進めてください。連携については、ICTを活用した情報連携を前提としながらも、緊急時の電話でのやりとり等必要に応じて検討してください。

また、地域の医療介護従事者の連携がスムーズにいくよう複数名の医師が関わることや多職種が連携して生活をサポートすることについて、住民への普及啓発を行う等理解促進にも取り組むことが必要です。併せて、地域の中でより多くの医療介護従事者が連携体制に入っていくことができるよう、連携体制についての研修や情報共有、多職種での関係構築の場を設定することが求められます。

(例) ルール作りを進める上での留意事項

◎情報共有について

- ・「なにを」「いつ」「だれに」「どうやって」情報共有するのか
- ・多職種連携システムの活用マニュアルの作成（システムの使用マニュアルではなく、地域での活用方法の明文化）

◎医師間の保険診療の認識について

- ・主治医以外が往診する場合の診療報酬と死亡診断書に係る考え方
- ・訪問看護師の役割と医師との連携フロー（指示書等）
- ・薬剤の緊急対応の場合の連携フロー（処方箋対応等）

★ポイント

- (1) 「最低限、手短に、こまめに共有できる」を意識する等、経験の短い方でも連携がうまくいくようなルール作りを意識してください。
- (2) 保険診療に関する医師同士の認識については、国民健康保険関係部署とも情報共有をしながら進めてください。
- (3) 連携体制に関する研修や情報共有をはじめ、連携体制に対する住民の理解促進を目的とした普及啓発を行うことを検討してください。

4 効果検証

本プロトコルは冒頭でも記載したとおり、現時点では「概要版」の位置づけです。ここまで、流れに沿って「切れ目のない在宅医療体制」に向けた連携体制の構築に取り組んでいただき、いかがでしたでしょうか。

東京都では、プロトコル「完成版」に向けて皆様から御意見をいただき、今後の内容検討を進めて参ります。

区市町村の皆様には是非以下のポイントで御意見をいただければと思います。

- (1) 各ステップのポイントは進めるうえで参考になったか
- (2) プロトコルを進めていく上で障壁になった箇所はどこか
- (3) プロトコルを進めていく上で不足していると思ったことはあるか
- (4) 関係者との調整で苦労した部分はあるか、それはどんなことか
- (5) 都からの技術的支援としてプロトコルにはどのようなものがより必要か
- (6) その他