

	在宅医療ネットワーク推進事業	在宅医療拠点病院モデル事業	在宅医療相互研修事業																				
予算額(案)	H20年度 10,131千円(新規事業) H21年度 10,131千円(継続) *2カ年のモデル事業 (都内3地区にて実施)	H21年度 12,200千円(新規事業) *在宅医療の拠点となる後方支援病院に事業委託 (都内4地区にてモデル実施)	H21年度 7,800千円(新規事業) *都医師会への研修委託 (地区医師会と地域の急性期病院との相互研修を含む)																				
概要	<p>都内3地域で様々な「地域」「運営主体」「テーマ」によるモデル的取組を実施</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>墨田</th> <th>豊島</th> <th>国立</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>モデル事業</td> <td>在宅ホスピス緩和ケアネットワークの構築</td> <td>関連診療科の連携を中心とした在宅医療支援体制の構築</td> <td>在宅医療調整システムの構築</td> </tr> <tr> <td>受託先</td> <td>すみだ医師会</td> <td>豊島区医師会</td> <td>新田クリニック</td> </tr> <tr> <td>対象地域</td> <td>【墨田区】 人口23万人 高齢化率21%</td> <td>【豊島区】 人口24万人 高齢化率20%</td> <td>【国立市】 人口7万人 高齢化率18%</td> </tr> <tr> <td>事業目的と特徴</td> <td>◇がん患者対象 ◇在宅緩和ケアの仕組みづくり ◇住民ボランティアも参加 ・自宅での療養が困難になっても地域で療養し続けることのできる“場”(緩和ケアのできるグループホームなど)を拠点とした地域ケアネットワークの構築</td> <td>◇医科・歯科・薬科の、緊密な連携を活かす ・病院⇒在宅への移行時 医歯薬連携で在宅NST、在宅口腔ケア、嚥下障害の指導等の受け皿整備 ・在宅療養患者の症状に応じた主治医と関連診療科(耳鼻科、眼科、歯科など)との連携体制づくり</td> <td>◇地域に、在宅医療に係る調整窓口を設置 ・病院から在宅療養へのスムーズな移行のための調整 ・主治医に加え、複数医師も含めたチーム医療など相互支援</td> </tr> </tbody> </table>				墨田	豊島	国立	モデル事業	在宅ホスピス緩和ケアネットワークの構築	関連診療科の連携を中心とした在宅医療支援体制の構築	在宅医療調整システムの構築	受託先	すみだ医師会	豊島区医師会	新田クリニック	対象地域	【墨田区】 人口23万人 高齢化率21%	【豊島区】 人口24万人 高齢化率20%	【国立市】 人口7万人 高齢化率18%	事業目的と特徴	◇がん患者対象 ◇在宅緩和ケアの仕組みづくり ◇住民ボランティアも参加 ・自宅での療養が困難になっても地域で療養し続けることのできる“場”(緩和ケアのできるグループホームなど)を拠点とした地域ケアネットワークの構築	◇医科・歯科・薬科の、緊密な連携を活かす ・病院⇒在宅への移行時 医歯薬連携で在宅NST、在宅口腔ケア、嚥下障害の指導等の受け皿整備 ・在宅療養患者の症状に応じた主治医と関連診療科(耳鼻科、眼科、歯科など)との連携体制づくり	◇地域に、在宅医療に係る調整窓口を設置 ・病院から在宅療養へのスムーズな移行のための調整 ・主治医に加え、複数医師も含めたチーム医療など相互支援
		墨田	豊島	国立																			
モデル事業	在宅ホスピス緩和ケアネットワークの構築	関連診療科の連携を中心とした在宅医療支援体制の構築	在宅医療調整システムの構築																				
受託先	すみだ医師会	豊島区医師会	新田クリニック																				
対象地域	【墨田区】 人口23万人 高齢化率21%	【豊島区】 人口24万人 高齢化率20%	【国立市】 人口7万人 高齢化率18%																				
事業目的と特徴	◇がん患者対象 ◇在宅緩和ケアの仕組みづくり ◇住民ボランティアも参加 ・自宅での療養が困難になっても地域で療養し続けることのできる“場”(緩和ケアのできるグループホームなど)を拠点とした地域ケアネットワークの構築	◇医科・歯科・薬科の、緊密な連携を活かす ・病院⇒在宅への移行時 医歯薬連携で在宅NST、在宅口腔ケア、嚥下障害の指導等の受け皿整備 ・在宅療養患者の症状に応じた主治医と関連診療科(耳鼻科、眼科、歯科など)との連携体制づくり	◇地域に、在宅医療に係る調整窓口を設置 ・病院から在宅療養へのスムーズな移行のための調整 ・主治医に加え、複数医師も含めたチーム医療など相互支援																				
	<p>後方支援病院を核に、地域の在宅医療・介護の担い手間の連携構築を推進</p> <p>【拠点病院(後方支援病院)…中堅病院】 【種別】 ① 中小規模の指定二次救急医療機関 ② ケアミックス(一般病床+療養病床)の医療機関 ③ 療養病床を有する医療機関 【地区】 区部/多摩部 【地域の在宅医療基盤等の要件】 ◇モデル事業の基となるような、在宅医療を担う医師、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、ヘルパー等の介護事業者との連携の輪があること 【モデル事業での取組】 ◇後方支援病院機能 …在宅療養患者の容態急変時の緊急一時入院受入 ◇在宅医療連携推進機能 …在宅医療を担う医師、訪問看護師、介護職等、病院スタッフによるケースカンファランス、合同研修会等</p>																						
	<p>地域の急性期病院と在宅医療の担い手との相互が受講生となる研修の実施により ⇒地域の急性期病院から在宅医療への円滑な移行機能強化</p> <p>【急性期病院】 病棟医師/ 看護師/ コメディカル等</p> <p>研修を通じ、相互理解 スキルアップ</p> <p>【在宅医療スタッフ】 在宅医師/ 訪問看護師/ ケアマネジャー等</p> <p>研修1) 【講師:在宅医・訪問看護師】 ⇒【受講生:急性期病院の病棟医師・看護師等】 急性期病院から在宅医療への移行するケースの円滑化 ◇在宅医・訪問看護師が、急性期病院の医師らに「在宅医療への移行が円滑だった症例・円滑でなかった症例」等を示して、在宅医療への円滑な移行につなげる急性期病院側の治療等について講義 ◇急性期病院の医師らが在宅医の往診や訪問看護に同行 研修2) 【講師:急性期病院の病棟医師・看護師】 ⇒【受講生:在宅医など診療所医師、訪問看護師等】 急性期病院から退院後の診療へのより円滑な移行 ◇在宅医など診療所医師や訪問看護師が、急性期病院で病棟のラウンドに同行したり、実際に機器を使用したりすることで、急性期病院での治療を具体的に把握</p>																						