

在宅医療・介護連携推進事業に関する提言

～現場の実態に即した実効性の高いシステム構築に向けて～

中野区における在宅医療提供体制のさらなる充実のため、現場医師の視点から以下の4項目を提言いたします。

1. 24時間体制の構築及び医療機関連携の実績評価と報告のあり方

現在検討されている「積極的な役割を担う医療機関」の要件は、すでに地域の連携チーム（主治医・副主治医制など）が日常的に行っている相互カバーの範囲内であると認識しています。

また、訪問診療を受けていない患者からの夜間・深夜帯に発生する相談の多くは、「翌朝まで待機可能な案件」または「即座に救命処置が必要な救急搬送案件」であり、医師による直接往診が真に不可欠なケースは限定的です。

24時間体制の構築にあたり、対象を「訪問診療を受診中の患者」に限定し、以下のフローを標準化・支援することを提案します。訪問診療を受けている患者の多くは、既に訪問看護ステーションとの契約があり、24時間対応体制が整っています。この既存リソースを最大限に活用することが、医師の負担軽減と患者の安心を両立させる最短ルートです。

24時間対応に関する連携体制、電話対応、往診代行実績、ICTを利用した多業種連携体制など、東京都在宅医療推進強化事業で求められる報告事項を、中野区内の在宅支援病院、在宅支援診療所に対して実態調査を行い、現在の連携体制の実績とデータを蓄積します。

かかりつけ医のみ（訪問診療未導入）の患者への対応については、上記モデルの安定稼働を待ってから、第2段階として検討すべきと考えます。

- 提言：区全体で画一的な新システムを構築するよりも、既に自律的に稼働している「多職種連携チーム」の活動実績を適切に吸い上げ、評価する仕組みへのシフトを求めます。

2. 多職種連携 ICT ツールの利便性向上と運用の見直し

「なかのメディケアネット」が十分に普及していない現状を打破するため、運用の柔軟化が必要です。

- 居住地制限の撤廃： 患者が「中野区民」であることに限定される現在の仕様は、区境の医療機関にとって大きな運用負荷となっています。難病訪問事業等の例に倣い、「中野区内の事業所（医療機関・訪問看護ステーション）」をベースとした運用への変更を強く要望します。
- 既存ツールとの整合： 現場で普及している「MCS（メディカルケアステーション）」や、東京都の多職種連携ポータルサイト（別添）との円滑な連携・統合を検討してください。

3. 入退院における医療介護の「シームレス連携」

「在宅療養者入院病床確保事業」により、在宅から病院への緊急入院（上りの連携）は一定の成果を上げています。一方、患者さんが退院する際、かかりつけ医（主治医）に連絡がないまま、別の医療機関による訪問診療が開始されてしまうケースがいまだにあるようです。家族の希望や入院主治医が「専門医の訪問が必要」と判断されて進める場合もありますが、患者本人や家族も、システムや役割分担を「よくわからないまま」訪問診療を受けることもあります。

- 「入院＝即時連絡・情報共有」というフローを属人的な判断に頼らず、「運用の標準ルールの制定」「組織内の MSW だけでなく、外部顧問や地域リソースを戦略的な活用」「タイムリーな共有を実現するため、ICT ツールや共通の連絡プロトコルの導入」することを求めます。
- 独居、高齢認知介護といった「社会的孤立リスク」が高い対象者をスクリーニングし、退院支援部門が自動的に介入する仕組みを構築していただきたいと考えます。

4. 災害時における在宅医療継続体制の構築（喫緊の課題）

現在、人工呼吸器装着患者、医療的ケア児以外の方々に対する災害時の個別計画策定が遅れています。

- 提言：人工呼吸器装着患者、医療的ケア児以外の要支援者、特に要介護 4 以上の独居患者などについて、訪問看護ステーションやケアマネジャーと連携した「個別避難計画」の策定促進、および区としての具体的なバックアップ体制の提示を求めます。