

活動実績

項目	志村大宮病院	社会福祉法人天竜厚生会 天竜厚生会診療所	あおぞら診療所	社団法人 鶴岡地区医師会	社会医療法人恵和会 西岡病院	㈱ケアーズ 白十字訪問看護ステーション	社会医療法人 長崎記念病院	別府市医師会訪問看護ステーション	大野市地域医療支援センター	医療法人 葵会 もりおか 往診クリニック
会合ごとの参加者の属性	①多職種合同カンファレンス 看護師、訪問看護師、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員、訪問ヘルパー、医療ソーシャルワーカー、管理栄養士 ②地域包括支援センターとの話し合い 看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員、介護支援専門員 ③社会福祉協議会との話し合い 看護師、社会福祉士、社会福祉協議会事務事業、地域ケアコーディネーター ④地域医療連携意見交換会・懇親会 医師、看護師、社会福祉士、理学療法士、作業療法士、相談員	①北遠地域医療機関協議会 病院、診療所、地域包括支援センター ②多職種合同カンファレンス ③全体会 病院、診療所、調剤薬局、介護施設、行政、民生委員、ヘルパーセッション、地域包括支援センター等 ④ワーキング活動 ※添付資料を見て職種を記載	多職種連携カンファレンス(4回) 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士・作業療法士、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、包括職員/市役所職員、居宅施設職員 カンファレンスの内容: 第1回:課題の抽出 第2回:最重要課題の検討 第3回:多職種が関わる患者の事例検討 第4回:重要テーマに関する解決策の検討 多職種が参加したスモールグループによる討論を活用	①在宅医療連携拠点事業室運営委員会 ②在宅医療連携拠点事業室 Weeklyミーティング(34回中、7回は歯科医と、7回は行政とのミーティング) ③研修会 医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員、介護福祉士、作業療法士、MSW、栄養士 ④「在宅医療連携拠点事業」に係る施設管理者・行政担当者との意見交換会 行政4名、介護事業所21施設23名、医師会8名 ⑤医療と介護の連携研修会(鶴岡市と共催) 医師、看護師、薬剤師、MSW、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員、包括支援センター、保健師、社会福祉士等 ⑥省内在宅医療を考える会 医師、歯科医師、事務 ⑦ふらっと会 ⑤に加え、管理栄養士等	合同会議(4回) 医師、歯科医師、薬剤師、行政担当、看護師(医療機関、訪問看護事業所)、ソーシャルワーカー、福祉施設職員、地域包括支援センター、訪問介護・通所介護事業所職員 ※医師会、薬剤師会等の関係団体からも出席があった。	①牛込地区在宅患者を考える会(地区医師会とタイアップ) 医師(病院、地域)、歯科医師、看護師(病院、訪問看護ステーション)、行政保健師 ②在宅療養シンポジウム(新宿区、地域病院と連携) 地域医師、訪問看護師、ケアマネジャー、介護サービス事業者、民生委員、市民 ③在宅療養学習会(新宿区と連携、区民公開講座) ④多職種連携のためのケース勉強会 医師(病院、診療所)、訪問看護師、地域包括支援センターケアマネジャー他 ⑤個別相談ケースの地域ケア会議 本人、区担当者、地域包括支援センターケアマネジャー、社会福祉協議会、看護師、カウンセラー	①報告相談会(拠点事業実施に当たったコアメンバー会議) 医師(病院・診療所)、看護師(病院、訪問看護ステーション、ケアマネジャー)、居宅介護支援事業所、訪問リハビリテーションスタッフ、長崎市関係者等 ②協議会(150~200名) 医師、看護師、セラピスト、管理栄養士、薬剤師、MSW、ケースワーカー、介護従事者、行政関係者	①在宅医療連携交流会・名刺交換会 薬剤師、医師、ケアマネジャー、訪問介護職員、看護師、MSW、リハビリテーションスタッフ、管理栄養士、その他 ②地域ケア連携システム会議 ③シンポジウム 医師、歯科医師、衛生士、薬剤師、看護師(病院、訪問看護)、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員等	①大野市地域医療推進連絡会(4回) 医師(市医師会)、歯科医師(市歯科医師会)、薬剤師(市薬剤師会)、看護師(訪問看護ステーション)、障害者相談員、介護支援専門員、主任介護支援専門員、保健師 ②大野市地域医療協議会(2回) 医師、歯科医師、薬剤師、副市長、市議会議員、区代表、消防、保健所医師、一般公募 ③多職種及び一般住民対象研修会(2回) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師(医療機関、訪問看護ステーション)、理学療法士、介護支援専門員、ヘルパー、保健師、行政職員、住民	多職種合同研修会 医師、歯科医師、退院調整職員、看護師(医療機関、訪問看護ステーション)、ケアマネジャー、薬剤師、行政職員、介護職員、その他
多職種連携の課題に対する解決策の抽出	【問題点】 ①家族の介護力が十分確保できない ②在宅介護、看護等の受け皿不足 ③在宅に戻ることに関する患者・家族の不安 ④病状急変時の対応の不安 ⑤病院医師の在宅に関する知識不足のため、退院調整が進まない 【解決策】 ①夜間などの家族支援強化、老人保健施設の受け皿増加 ②急性期病院入院中の家族指導、入院時から退院後をフォローするスタッフが関わる ③急性期病院において、在宅復帰を意識した支援	【課題】 ・地理的問題もあり、情報共有が不足 【解決策】 ・地域の在宅医療・介護・行政機関・社会福祉協議会・民生委員等の関係職種が一堂に会する機会を定期的に開催し、顔の見える関係の構築を行う。	【課題】 抽出された課題には、専門職間の連携や医療と介護の連携、病院と在宅の連携などの連携に関する課題が最も多かった。 【解決策】 ・多職種合同カンファレンスの定期的な開催 ・ケアマネジャーとMSWの2職種間交流 ・医療・介護連携のためのケアマネジャー連絡会組織化、ケアマネジャー研修受け入れ、ケアマネジャー相談窓口の開設、講習会開催 ・医師とケアマネジャーの連携のため、松戸市医療機関に関するケアマネタイムの作成	【課題】 ①病院の医療者における在宅療養の理解不足 ②医療と介護の連携不足 ③行政との連携不足 ④歯科との連携の重要性 ⑤在宅医療を担う医師間の連携 ⑥在宅医療・介護従事者の知識の標準化 【解決策】 ①病院職員を対象とした地域主任ケアマネジャーによる研修会の実施 ②「在宅療養者支援のための連携シート」作成、地域包括支援センター主催の地域ケア推進担当者会議等への積極的な出席 ③行政との定期的なミーティング ④歯科医師会との定例会開催 ⑤主治医・副主治医制確立に向けた在宅医中心の会における話し合い ⑥研修会の開催	【課題】 ①顔の見える関係が構築されていない ②多職種で課題の認識・共有がない ③医療福祉従事者の在宅医療に関する認識が不十分 【解決策】 ①行政、関係団体の参加も得て、協議会の設立 ②多職種参加によるグループワークによる課題の抽出、メーリングリスト等による情報共有 ③研修会の開催	【課題】 在宅医療に関する区民の理解が十分でない 【解決策】 シンポジウムや学習会の実施	※別添資料参考とのこと	【課題】 ①多職種、他事業所を統括する連携拠点がない ②医療福祉間の垣根が高い ③同職種間でも連携に課題がある ④顔の見える関係が構築されていない 【解決策】 交流会・名刺交換会を開催 シンポジウムを開催	【課題】 ①医療機関側から介護機関への積極的な連携が少ない ②多職種の連携をまとめる機関が明確でない。連携のためのツールの統一が困難 【解決策】 ①介護機関側からの積極的なアプローチにより、顔の見える関係を作り、多職種連携の意識を高める。 ②円滑な連携のためのシステムとして、在宅チャット研究システムを試験運用	【課題】 ①多職種連携のための研修会が不足 ②一般市民に対する在宅医療の啓蒙活動が必要 【解決策】 ①研修会を継続して実施 ②今後、フォーラム開催、パンフレット作成・配布等
会合による成果や評価	多職種が交流する機会を継続的に作ることで、職種間の壁を越えた顔の見える関係の構築に資する。この実現のためには、コーディネーターが必要。	課題は地域により異なり、違いを知ることができた。医療的視点・介護現場の視点の双方から情報を得ることが、医療と介護の連携につながる。取組を継続するためには、地域の医療機関や事業所等を調整する事務局の必要性・有用性がある。	参加者の多くがカンファレンスに満足していた。カンファレンスを行うことで、多職種連携の重要性の理解や、顔の見える関係作り、地域の現状の理解、業務上の連携への発展等の効果が得られると考えられた。	研修会を開催するに当たり、事前に質問を受け付け、問題意識に沿った開催、実技を含めた研修会にすることで、日常業務にすぐに応用可能なものとなった。	・地域の医療機関等からの入院の受け入れが増加 ・事前に情報を共有することで、認知症の入院が以前よりスムーズに受け入れられるようになった ・主治医がいけない場合の介護保険申請に際し、行政保健師と協働することにより、受診調整を拠点中心で行えるようになった	医師と他の職種の橋渡しである訪問看護師や地区保健師等の意識の変革につながった。	多職種間の相互理解の促進、在宅医療を提供していない医師と介護事業所スタッフ等との連携が構築された	交流会・名刺交換会の開催により、顔見知りになることにより、ヘルパーからも医師に聞きやすくなった。逆に、医師からも協力する意識が生じたとの意見があった。シンポジウムにより、各職種の役割等が理解でき、連携につながるとの評価があった。	関連する事業等を共催で行うようになり、効果的にいえるようになった。ケアマネと医療機関の連絡を円滑にするためには訪問看護ステーションの役割が重要であると考えられた。顔の見える関係作りにより、声がかげやすくなるなどの声が見られた。	研修会への医師、歯科医師の参加が少ない。グループワークにより、他職種について理解を深めることができ、今後の連携に資すると考えられた。

活動実績

項目		志村大宮病院	社会福祉法人天竜厚生会 天竜厚生会診療所	あおぞら診療所	社団法人 鶴岡地区医師会	社会医療法人恵和会 西岡病院	(株)ケアーズ 白十字訪問看護ステーション	社会医療法人 長崎記念病院	別府市医師会訪問看護ステーション	大野市地域医療支援センター	医療法人葵会 もりおか 往診クリニック
在宅医療従事者の負担軽減の支援	24時間体制を構築するためのネットワーク化	【課題】 ①在宅での急変時にすぐに入院を受け入れてもらえるか不安がある。 ②介護の相談窓口がわからない 【解決策】 ①拠点に24時間入院受け入れを行うコールセンターを設置。高度な検査・治療を要する患者以外について、受け入れ体制を整備 ②24時間社会福祉士が対応する介護相談窓口を設置	【課題】 地域の医療資源が少なく、地域で補完しあう体制作りが必要。 【解決策】 拠点事業者と提携する近隣医療機関がレスパイト入院のサポート体制を明確化。	【課題】 ①麻薬を含めた薬剤に関する365日の体制を構築。 ②訪問診療を行う診療所のほとんどが常勤医師1人体制で、各々が24時間体制をとるのは困難。 【解決策】 ①薬局連携のための連絡会を組織し、解決策について議論 ②近隣医師3人と連携を開始し、24時間体制を支援(主治医が患者からの連絡を受け、往診が必要と判断した場合に連携医師に往診を依頼。)	【解決策】 在宅医療にかかわる医師が数多く顔を合わせる機会を創出することにより、バックアップを気軽に頼めるような人間関係の構築に資する。	【課題】 ①地域内の24時間体制のネットワークの構築 ②患者にわかりやすい緊急時体制 【解決策】 ①地域の医師の輪番制による協働支援体制を構築、クラウド型ウェブアプリケーションシステムを開発 ②相談窓口の一元化のため、コールセンターを開設	【解決策】 ①訪問看護が診-診連携による24時間体制における連絡調整等のバックアップを行う	【課題】 急性増悪患者の受け入れ促進 【解決策】 地域の在宅医療の後方支援としての役割を各所で明確に発信	【課題】 診療所医師の24時間体制の負担が大きい 訪問介護事業所のサービス提供時間の集中 【解決策】 在宅医のチームづくり(医師2~3名、ケアマネ、訪問看護師)同職種管理者会議を開催	【解決策】 地域医療推進連絡会等において、多職種連携のための統一したツール(「かかりつけ医」、「薬剤情報」「既往歴」等の情報等のキット)を検討	【課題】 市内で、医療用麻薬の処方箋に対応でき、休日夜間の訪問薬剤管理指導を行う薬局が1事業所しかなく、麻薬の受け渡しが薬局・訪問看護事業所の負担となっている 【解決策】 地元薬剤師会等により、在宅訪問薬剤管理指導の普及のための会議を開催
	成果・評価	コールセンターを通しての緊急入院数は11ヶ月で391名、うち在宅からは231名(月平均21名)。介護相談も11ヶ月で55件。夜間の不安は医療面によるものが多く、医療機関における夜間対応と、介護面での対応を両立する必要があるが、グレーゾーンの質問もあるので、相互両立が望ましい。		・議論の内容を基に、次年度活動。		システムに1病院3診療所から24時間対応を必要とする患者116名を登録し、平成23年度中に登録患者の9件に緊急往診、2件の看取りを実施	自宅で看取った症例などに対応できた		同職種で相互にコンサルテーションを行うことで、既に課題を解決した事業者からの情報提供が得られたり、利用者が集中する事業所と少ない事業所のマッチングができた	事例検討や交流会等により、関係機関の24時間体制の状況が見えてきた。今後、情報の整理や発信方法について検討する必要がある。	会議の結果、平成24年度地元薬剤師会事業として、 ・在宅医療推進委員会の設置 ・在宅医療支援薬局(仮称)のリストアップと配布 ・医療用麻薬注射剤取り扱いについての手順書の作成を行うこととなった
	チーム医療の提供のためのインフラの整備	【課題】 維持期においては多職種が関わるため、各職種間の連携が困難 【解決策】 医療と介護(福祉)をつなぐための協議の場(医療介護連携システム推進協議会)をつくる 脳卒中地域連携バスの普及を図る 連携バス研究会の開催	【解決策】 ・口腔衛生に関する地域連携バスを作成・運用 ・入退院時のスムーズな情報共有・提供のため、FAXでの相談の際の書式を作成。	【課題】 ①病院におけるスムーズな退院支援の実施 ②歯科ニーズの把握と歯科との連携 【解決策】 ①・がん患者について、状態に合わせた適切な医療機関で医療・ケアを提供できるよう、がん治療を行う病院、地域の病院、地域の診療所の3カ所の連携体制を整備 ・病院が患者の在宅療養に移行後の生活をイメージできるよう、「在宅療養以降報告書」を作成 ②医師の往診に歯科関係者が同行	【課題】 ①介護事業所との情報共有 ②歯科との連携 ③行政との連携 【解決策】 ①地域電子カルテの介護事業所への普及のため、説明会を実施 ②スクリーニングシート作成、脳卒中地域連携バスへの歯科的チェック項目の追加 ③市直轄の基幹型地域包括支援センターと定期的な話し合いの場を設け、調査等を実施・企画。	【課題】 ①多職種での情報共有が図られていない、訪問看護等が有効に活用されていない ②介護サービスとの連携がとれていない 【解決策】 ①多職種が情報共有を行えるシステムを開発、書式の統一を実施 ②在宅医療センター(在宅療養支援診療所、訪問看護、居宅介護支援事業所、訪問介護を併設)を解説し、ワンストップの医療・介護提供体制を構築	【解決策】 厚生年金病院と地域医療機関、ケアマネジャーとの情報共有システム開発に協力 一般市民が牛込地区の医療資源を検索できるシステムを開発、暮らしの保健室で市民とともにかかりつけ医を探す支援も実施	【課題】 限られた予算で効率的な連携をする 【解決策】 既存の認定NPO法人長崎在宅Dr. ネット、ケアマネ間のメールリストと連携。	【課題】 多忙で交流の機会が持てない緊急時のスムーズな連携、情報提供体制の整備が必要 【解決策】 ゆけむり医療ネットの活用により、病診連携、診診連携を図る在宅医の連携チームづくり(医師2~3名、訪問看護師、ケアマネのチーム)を拠点が代行	【課題】 多職種の情報共有のための統一したツールがない 【解決策】 携帯による「チャットシステム」をモデル的に実施	【解決策】 運用中の連携システムの周知を踏まえ、研修会を開催 患者のモバイル端末からの配信が可能なシステムを導入
成果・評価	連携が難しい要因として、病院・施設間の物理的な壁、医療・介護に携わる専門多職種の多忙さ、複数の地域連携バス運用等による業務負担の増加、医療・介護資源と患者ニーズとの間の乖離、医療・介護に対する地域住民の知識不足等が示唆された。チーム医療提供のためのインフラ整備には長期的な取組が必要。		歯科が同行した226名(うち、自宅258名、施設68名)についてアセスメントを実施。自宅患者158名中、47名に訪問歯科診療を開始。歯科の動向により、医師、看護師の口腔への意識が高まり、歯科との連携方法が確立するとともに、患者についても、口腔症状の改善や摂食・嚥下機能への影響が見られた。	地域電子カルテを導入した介護事業所数が3施設から6施設に増加。	・書式の統一は連携において有用性があった ・退院時の多職種カンファレンスは在宅療養における課題の共有等に有効であった		民間病院の勤務医師、診療所の医師、ケアマネジャー等の相互理解が促進された。	相互のコンサルテーションが行われた。 連携ツールも基本的に顔の見える関係構築の上に成り立つと考えられた。	チャットシステムについて、今後評価。情報連携のため、介護支援専門員から主治医への「情報提供書・連絡票」を開発予定。また、ショートステイの空き情報が一元的に地域包括支援センターに入るよう、検討。	新規の連携事業所が10カ所増加(それまでも地域の7割、200以上の事業所と連携) 患者のモバイル端末からの配信システムを他の医療機関でも利用できるように改良することで連携が深まることが期待できる	

活動実績

項目	志村大宮病院	社会福祉法人天竜厚生会 天竜厚生会診療所	あおぞら診療所	社団法人 鶴岡地区医師会	社会医療法人恵和会 西岡病院	(株)ケアーズ 白十字訪問看護ステーション	社会医療法人 長崎記念病院	別府市医師会訪問看護ステーション	大野市地域医療支援センター	医療法人 葵会 もりおか 往診クリニック
アウトリーチ	<p>【課題】 介護支援専門員のベースの職種によって知識等の差がある</p> <p>【解決策】 地域をベースとして活躍する介護支援専門員に対し、在宅医療に関する勉強会を開催</p> <p>【評価】 福祉系がベースの介護支援専門員を中心に、医療機器に関する理解が進んだ。参加者からは、今後の継続への希望があった。</p>	<p>地域の集会所等をリハビリスタッフが定期的に巡回し、地域住民への介護予防運動指導、筋力維持運動指導、事業所職員への技術研修等を実施</p>	<p>①緩和ケア病棟の病棟カンファレンスに参加し、自宅で過ごしたい患者の希望を実現するためのアドバイスをするとともに、癌患者の症状緩和目的の入院の受け入れ等をお願いしている。参加をきっかけに、地域の訪問看護ステーション、クリニックの看護師が参加するようになった。</p> <p>②連携病院(市立病院)と月1回のカンファレンスを開催し、医療処置等の多い患者のスムーズな退院支援について話し合いを実施</p>	<p>①地域ケアネットワーク会議への参加し、医療的助言を提供</p> <p>②地域の病院が開催する退院時カンファレンスに参加。学ぶ段階であり、アウトリーチとして十分に機能するには至っていないが、信頼関係を構築し、医療的助言につなげたい。</p>	<p>地区内の医療、介護、福祉事業所に個別に活動内容の説明を行い、地域の課題の抽出を行った。</p> <p>【抽出された課題と対応】</p> <p>①多くの課題を抱えており、課題を整理し、多職種で検討することが必要</p> <p>②アウトリーチのための標準化されたツールがないため、書式の統一を図ったところ、情報集約がスムーズに行われ、より多くの対応が可能となった</p>	<p>電話によるコミュニケーションだけでなく、直接出向き、病院医師と面会することにより在宅医と病院医師の情報共有を促進したり、退院時調整を行うとともに、ケアマネジャー等介護提供者とも連携を行うなどの取り組みを実施。良好なコミュニケーションのため、直接顔を合わせることが必要な場合もある。</p>	<p>長崎大学病院地域医療連携センターに出向し、長崎記念病院の多職種連携における支援について検討した結果、以下の活動があった</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・バックベットの確保</li> <li>・長崎市南西部地域の拠点病院としての参加</li> </ul>	<p>地域包括支援センターへの訪問支援 診療所等の医療機関に対し、在宅医療看護についての説明や、在宅看護研修の支援、介護保険の説明等を行った。その結果、早めの退院調整の相談や、説明に来てほしいという要請が増加。</p>	<p>【課題】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①拠点として、地域の医療機関や福祉機関からの情報収集や提供を行う必要がある</li> <li>②地域における包括的な在宅医療提供体制を構築する必要がある</li> <li>③在宅医療・療養を継続できている要因を明らかにする</li> </ol> <p>【取組】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①市内外医療機関・市内居宅介護支援事業所を訪問し、事業説明や在宅医療状況についての情報を収集</li> <li>②在宅医療相談支援センターを保健・医療・福祉の行政機関がワンフロアに集結する施設に開設</li> <li>③市内ケアマネを対象にした実態調査 調査結果(在宅医療・療養を継続できている要因、上位)</li> <li>・本人・家族と医療機関とのネットワークがとれている</li> <li>・家族に自宅で看たいという強い意志がある</li> <li>・家族の中で介護体制がとれている</li> <li>・緊急時や24時間の医療体制がとれている</li> <li>④住民への啓発活動</li> </ol>	<p>①地域包括支援センターへの実態把握</p> <p>②退院時カンファレンスへの参加を通して、ケアマネジャーの継続支援。また、病院担当者への情報提供、利用者と訪問看護ステーションとのカップリング</p> <p>③介護事業所内での勉強会を実施、介護福祉士への一部医師行為の解除に伴う研修の実施</p>
効率的な医療提供のための多職種連携	<p>【課題】 医療資源が少ない地域で、高度な検査・治療を必要とする患者以外の入院が困難</p> <p>【解決策】 連携拠点事業者・在宅療養支援病院として、緊急の入院受け入れ病床を確保</p>	<p>【課題】 山間地域特有の背景(道が狭く車が通れない、冬は道が凍結する等)から、送迎が伴う在宅サービスの稼働率が低い</p> <p>【解決策】 地域のインフォーマルサービスについて整理し、製本化・周知</p>	<p>連携を推進するための以下の取組を実施</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①病院看護師が在宅の視点を持つことを目的に、訪問診療と訪問看護の同行訪問を中心とした研修</li> <li>②薬剤師の訪問診療同行</li> <li>③連携する認知症対応型共同生活介護事業所等を対象に、医療と介護の連携を深めるための講習会</li> </ol>	<p>【課題】 地域における医療・福祉資源の情報を拠点に集約し、地域の施設間で共有する</p> <p>【取組】 行政等と協働して以下のデータベースを構築</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①医師に対する在宅医療に関するアンケート結果</li> <li>②施設に対する医療依存度の高い患者の受け入れに関する調査結果</li> <li>③ショートステイの空き情報(ホームページで公表)</li> </ol>	<p>【課題】 ①訪問薬剤管理指導のニーズに対応できていない</p> <p>②地域内に在宅療養支援診療病院、在宅療養支援診療所が少ない</p> <p>③看取り、終末期への対応ができていない</p> <p>【取組】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①合同会議の中で、地域薬剤師による訪問薬剤管理指導を実施。</li> <li>②届け出を検討している医療機関に事業の説明をし、合同会議に出席していただいた。</li> <li>③看取りへのアンケートを事前に行った上で、「入所系施設意見交換会において意見交換を実施、終末期についての研修会を実施</li> </ol>	<p>【課題】 在宅で何かあったら救急車で病院に、という住民意識は変わらない</p> <p>【取組】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①在宅医療も理解した看護師が医療コーディネーターとして、相談及び退院調整にあたる。</li> <li>②住民に対して、医療に関する相談窓口(暮らしの保健室)を解説。</li> </ol>	<p>病院であることを活用し、理学療法士、管理栄養士、薬剤師等による研修を開催</p>	<p>社会資源の情報を提供し、在宅へつなげる支援活動を実施 口腔ケアに関する研修会、訪問看護事業者を対象としたスキルアップ研修を実施</p>	<p>【課題】 ・薬剤管理に関するニーズに対応できていない</p> <p>・医療依存度の高い症例を受け入れる施設が不足</p> <p>・市民の在宅医療に関する理解が乏しい</p> <p>【取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療相談窓口の設置</li> <li>・在宅医療に関する基本的な情報提供のための研修会を開催</li> <li>・連絡会等において、薬局薬剤師の活動を紹介</li> <li>・医療依存度の高い症例の受け入れは検討会等のテーマとして議論した</li> <li>・一般市民を対象にした研修会を実施</li> </ul>	<p>【課題】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①在宅医療に関する総合相談窓口がない</li> <li>②医療依存度の高い患者に対する対応を強化する必要がある</li> <li>③在宅医不足</li> </ol> <p>【取組】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①盛岡市との意見交換を実施</li> <li>②受講対象者のレベルに合わせた研修会を実施</li> <li>③大学病院からの医師派遣、相互交流研修、多職種合同カンファレンスを通じて、在宅医療の現状の理解を促進</li> </ol>
地域での医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動	課題・解決	成果・評価	<p>①病院看護師の退院後の生活を見据えた退院支援につながる事が期待される</p> <p>②薬剤師の在宅に対する意識が向上</p> <p>③参加者から高い評価</p>	<p>今後は、データベースの活用、更新、評価を行う。</p>	<p>①一部の調剤薬局で訪問薬剤指導を開始。各職能団体や単体での取組では、実践的な部分までは踏み込めないことがあり、職能団体での活動を地域内の実践者が発揮することが重要</p> <p>②多くの医師が合同会議に参加し、3診療所と情報共有システムにより連携</p> <p>③終末期については、設備の問題等、様々な課題があり、今後も解決を図っていく必要がある</p>	<p>今後、個々の相談ケースへの対応の室の評価軸構築に取り組む</p>			<p>医療依存度の高い症例には短期入所が難しく、病院でのレスパイト入院体制の整備が必要。市民に対する研修会はかなりの反響があり、在宅医療への関心が深まった。</p>	<p>地域包括支援センター、拠点、行政の役割を今後整理 今後も継続学習の機会を確保 今後は病棟勤務者への働きかけも検討</p>