

令和2年度茨城県医療提供施設等グループ化推進事業計画(報告)書

※これから在宅医療への参入又は拡充に取り組む医療機関等の連携強化を支援する取り組みについて記載するものとする。
 なお、必要に応じ、後方支援病院や在宅医療専門診療所(機能強化型在宅療養支援診療所を含む)などの支援(補完)を得て、在宅医療を提供する切れ目のない診療体制の仕組みづくりに取り組むものである。

【地域で支え合う医療機関等の連携体制を構築するために必要な3つの取組】

取組事項	取組内容	現 状 (事前協議月の前月か ら過去6箇月間の状 況)	取組目標 (事前協議月から向こ う6箇月間の取組)	実 績 (事前協議月から翌年 3月末までの取組)
<p>1 これから在宅医療への0参入又は拡充に取り組む医療機関等の連携強化を図るための取組</p> <p>※グループ内の取組に関すること。</p>	<p>記載のポイント(調整を行う者の明確化, 打ち合わせ等の開催頻度, 体制づくり)</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療に取り組む2つの医療機関の院長と訪問看護ステーションの管理者、あけぼの薬局石下店の管理薬剤師、水海道さくら病院の医療相談室、きぬ医師会病院の地域医療支援室が、常総市が運用している電子@連絡帳 JOSO システムを活用し、患者の情報共有や連携を図っていく事を継続していきます。 在宅医療に取り組む2つの医療機関と訪問看護ステーションが日中対応していく中で、急変時や夜間の対応を後方支援病院である水海道さくら病院ときぬ医師会病院で、患者の受け入れを行っていく事を継続していきます。また、地域でカバーできない緩和ケアや看取り、ターミナル期の在宅患者については、つくば在宅クリニックと連携し、訪問医療を行っていく事を継続していきます。 家族には、在宅医療の意向、終末期の確認を行い、緊急の事態に対応できるように連絡体制を整えて参ります。 訪問看護ステーションの参入により、不要不急の往診をすることなく早期に対応していきます。 薬局の参入により、医師が処方した内服薬等の作用・副作用を説明し患者の理解を深めると共に、管理等についても説明していきます。また、必要に応じて患者の情報を医師に報告していくことで、処方の仕方や管理の仕方を一緒に考えていきます。 連携医療機関において、定期的(1回/3~4ヶ月程度)に症例検討を行います。また、困難事例については、必要時に実施します。 			
<p>2 在宅医療を提供する連携体制として必要な拠点機能を担う取組</p> <p>※地域との連携に関すること。</p>	<p>記載のポイント(調整を行う者の明確化, 打ち合わせ等の開催頻度, グループ内の取組課題を地域に提案)</p> <ul style="list-style-type: none"> 連携する医療機関において、地域包括支援センター等との連絡をする事で、地域における日常の取り組み課題について、各医療機関が持ち回り形式で打ち合わせを継続して行っています。 地域包括支援センターが受ける相談のうち、診療・医療に関する相談については、継続して対応していきます。 連携する各医療機関において課題解決が難しい取り組みについては、地域課題として「地域ケア会議」へ提案していく事を継続していきます。 	0回	2~3回	
<p>3 在宅医療についての普及啓発活動等の取組</p>	<p>記載のポイント(主催, 誰が・誰に対して行うのか, 開催頻度, 取組内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> 郡市医師会主催の多職種意見交換会等(在宅医療に関する内容)を実施します。 市町村が開催するイベント等に参加し、市民に対する出前講座等を実施します。 	0回	1~2回	