

別添 1

※本票（別添 1）は公表資料として活用する。なお、令和 4 年度まで公表するものとする。
（取組状況に応じて随時、修正するものとする）

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 （参入促進・連携（グループ化）している医療機関一覧）

参入促進・連携（グループ化）名：きぬグループ 4

	①拠点、②積極的役割を担う医療機関	郡市医師会名又は医療機関等名	所在地	問い合わせ先 （電話番号）
郡市医師会	①	一般社団法人茨城県きぬ医師会	茨城県常総市新井木町 13-3	0297-23-1771
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	②	寺田医院	茨城県常総市菅生町 1717	0297-27-2662
	②	いとう医院	茨城県常総市古間木新田 817-1	0297-42-1666
		きぬ医師会訪問看護ステーション	茨城県常総市新井木町 13-3	0297-23-1771
		あけぼの薬局	茨城県常総市古間木新田 811-2	0297-42-3301
後方支援病院等		医療法人 つくば在宅クリニック	茨城県つくば市西大沼 637-5	029-886-6123
		医療法人寛正会 水海道さくら病院	茨城県常総市水海道森下町 4447	0297-23-2223
		きぬ医師会病院	茨城県常総市新井木町 13-3	0297-23-1771

※①拠点、②積極的役割を担う医療機関の欄については、疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成 29 年 3 月 31 日付、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）に記載されている、①在宅医療において積極的役割を担う医療機関、②在宅医療に必要な連携を担う拠点について、構成機関から選定

※本票（別添 1-2）は公表資料として活用する。なお、実績分も反映させうえて、令和 4 年度まで公表するものとする（取組状況に応じて随時、修正するものとする）。

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 (事前協議月から今回 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)
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 ※グループ内の取組に関すること。	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) - 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。	きぬ医師会 チームの取り組みを後方支援 寺田医院 ↔ いとう医院 水海道さくら病院 ↔ きぬ医師会病院 ↔ つくば在宅クリニック きぬ医師会訪問看護ステーション ↔ あけぼの薬局石下店		
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 ※地域との連携に関すること。	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) - 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きます。 - 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	3 回 1 月 8 日 2 月 12 日 3 月 12 日
3 在宅医療についての普及啓発活動等の取組	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) - 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	0 回

【令和2年度 参入促進・連携（グループ化）の実績】

1 在宅に赴いて診療（往診、訪問診療）する合計診療患者数

在宅に赴いて診療 （往診、訪問診療） する合計診療患者 数	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）
	10 名	16 名	12 名

2 在宅に赴いて診療（往診、訪問診療）する合計回数

在宅に赴いて診療 （往診、訪問診療） する合計回数	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）
	合計回数:59 回 （うち往診:6 回，訪問診療:50 回）	合計回数:106 回 （うち往診:16 回，訪問診療:90 回）	合計回数:90 回 （うち往診:30 回，訪問診療:60 回）