

	西岡病院	
	課題	解決策
○多職種連携の課題に対する解決策の抽出	連携の基盤である医療福祉従事者の「顔の見える関係」が構築されていない。	協議会を設立（通称「とよひら・りんく」）。多職種間の連携に関する取り決めに制定し、活動を開始した。6.9.11月合同会議を開催し、グループワークを実施した（次回2月開催予定）。
	多職種で課題が共有されていない。	合同会議で多職種参加によるグループワークを行い、課題の抽出を行った。内容をニュースレターとして、メーリングで関係機関に配信している。また患者データをネット上にアップし、多職種間で情報の共有化を図っている。
	地域内で医療福祉従事者への学習会が行われていない。	11月14日 第3回合同会議にて講演会を開催した（「今後の医療提供体制と在宅医療について」）。
	各地域の行政担当官、職能団体との協力が不十分である。	行政（北海道、札幌市豊平区）、札幌市医師会、札幌歯科医師会、北海道薬剤師会等の関係団体へ事業の説明を実施し、合同会議に出席して頂いた。
○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	地域内で24時間体制が構築されていない	地域の医師の輪番制による共同支援体制を構築（ネットワーク化）し、コールセンターを設置した。
	在宅療養支援病院と在宅療養支援診療所の役割の明確化が必要である。	当法人で、平成23年10月 在宅医療センター、在宅療養支援診療所を新設した。医療・介護連携を円滑に行うため、居宅介護支援事業所、ヘルパーステーションを併設した。今後、在宅医療・介護を集約した機能を目指した活動を行う。
・チーム医療を提供するための情報共有体制の整備	チーム医療のための情報共有体制がない。	インターネット、スマートフォンを用いた情報共有システムを構築し、運用を開始した（個人情報保護規程を制定）。情報の共有化のためホームページを準備している。
○効率的な医療提供のための多職種連携 ・アウトリーチ （介護施設や地域の医療機関への訪問支援）	医師・介護支援専門員間の連携や拠点が行うアウトリーチのための標準化されたツールがない。	MSW、介護支援専門員の資格を有する看護師が活動し、医師・介護支援専門員間の「連絡票」、拠点機関への「相談依頼書」などを作成し、運用を開始した。
・地域の医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動	訪問薬剤管理指導等へのニーズがあるが、対応出来ていない。	訪問薬剤管理指導等に対応するために、地域の薬剤師の会合を調整し、課題の抽出を行う予定である。
	地域内で、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所が少ない。	届出を検討している医療機関（病院、診療所）に対し、事業の説明を実施し、合同会議に出席して頂いた。
	在宅医療の推進のための後方支援機能の強化が必要である。	当院での夜間を含めた緊急入院の受入等のため、医師の勤務体制の変更を行った。また病院内の改修工事を計画している。
○その他 ・緊急一時入院ベッドの確保・レスパイトサービスの実施	緊急一時入院等の対応が出来ていない。	在宅療養支援病院として、緊急入院ベッドを確保し、システム登録患者の対応を行っている。
・訪問看護のコールセンター機能		
・看取り	介護・福祉施設内での看取りの取り組みが出来ていない。	介護・福祉施設職員向けの事例を用いた学習会を計画している。
・災害時の対応	地域内で災害時の役割分担、マニュアルがない。	当院・近隣介護、福祉施設間の災害マニュアルの策定を進めると共に、在宅療養患者（主に自力避難困難者）の対応につき、検討を行う予定である。
・地域包括との連動及び役割分担	地域包括と連動し、アウトリーチを行う必要がある。	MSW、介護支援専門員の資格を有する看護師への「相談依頼書」を作成し、相談窓口を作り、周知した。
・相談	訪問歯科が周知されていない	地域の歯科医師と協働し、訪問歯科問診票を作成し、医療介護従事者間で共有を行う予定である。
・周知	地域住民への周知が不足している。	「医療機関のしくみ」や「高齢化社会に向けての医療者と地域住民の役割」について、地域包括支援センター・介護予防センターの協力を得て、地域講話を行っている。

	志村大宮病院	
	課題	解決策
○多職種連携の課題に対する解決策の抽出	地域において多職種が合同で顔を合わせて交流する機会がない。	「地域医療連携意見交換会・懇親会」の開催（52名参加） 交流を広める場となり、顔の見える連携がとれるようになった。 次回 平成24年1月開催予定
	在宅医療従事者が医療機器に関して勉強する機会がない。（特に介護職）	「在宅医療機器勉強会」の開催（60名参加） 在宅酸素・睡眠呼吸障害関連機器・人工呼吸器 次回 平成24年1月開催予定
	在宅に退院した後の経過に対してのフィードバックの機会がなく、同じ事例に対して、職種間での考えの違いがある。	事例検討会の開催。職種間での視点の違いを理解し、地域で生活するうえでの専門職としての役割を、再認識することができた。
○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	在宅療養支援病院として24時間体制で患者を受け入れているが、他病院・診療所とのネットワークが不十分。	地域医療連携センター内にコールセンターを設置。
・チーム医療を提供するための情報共有体制の整備	急性期から維持期への情報の共有としてのパスの活用が不十分。	「脳卒中地域連携パス研究会」の開催（112名参加）パスの改訂をしながら、普及につとめる。
○効率的な医療提供のための多職種連携 ・アウトリーチ （介護施設や地域の医療機関への訪問支援）	退院前のカンファレンス開催の参加について、介護支援専門員により退院時のサービス調整に対しての考え方に相違がある。	退院前ケアカンファレンスを充実させる。病院内社会福祉士が連絡調整を行い、多職種との連携を行っている。
	在宅医療における、訪問薬剤管理指導の理解が不十分。	訪問薬剤指導の勉強会の開催。平成24年1月開催予定。
・地域の医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動	地域包括ケアの視点から、在宅生活期を重点的に支援できる体制の整備が整っていない。	「茨城県医療介護連携システム推進協議会」を設立 「医療と介護の連携」のネットワーク作り（200名参加）
	在宅療養支援病院の役割として、紹介患者の受け入れ体制を強化する必要がある。	地域医療連携センター内にコールセンターを設置し、紹介患者の受け入れをおこなっている。
	介護支援専門員のベースとなっている職種により得意、不得意の差がある。	地域包括支援センター（常陸大宮市南部・北部の2ヶ所）での相談のうけいれ。主任介護支援専門員が対応しているが、医療面でのサポートを、在宅医療連携拠点事業としてサポートしていく。
	地域の社会資源を活用していくためのネットワークが希薄。	困難事例に対し、地域コーディネーター（社会福祉協議会）との係わりをもつようにした。
○その他 ・緊急一時入院ベッドの確保・レスパイトサービスの実施	入院機能も含めた在宅支援が求められている。	緊急時入院ベッドの確保。ベッドコントロールでの調整。
・訪問看護のコールセンター機能	なし	常に連絡がとれる体制をとっている。
・看取り	なし	訪問看護指示書を出していただいた医師との連携がとれている。
・災害時の対応	在宅での医療機器利用者の連絡体制はできているが、マニュアル化されていない	マニュアルの作成（来年度予定）
・地域包括との連動及び役割分担	地域包括と医療機関において、個別の事例では情報共有できているが、それ以外で医療連携に関して、意見交換の場がない。	医療連携意見交換会の開催。
・相談	地域の方々が、介護で困ったとき、どこに相談すればよいかわ迷うことがある。	介護救急コールを設置し、24時間社会福祉士が相談を受ける体制を構築した。（拠点事業として行っている）
・周知	緊急時、相談時、地域のどこへ連絡していいのかわからない。 （利用者及び在宅医療従事者）	地域医療機関・在宅関連事業所のホットラインの案内の作成。
・その他	病院への通院のための公共交通手段の不足。	無料送迎バスの運行（予約制）⇒実施主体 志村大宮病院 「ご自宅から病院へ」「病院からご自宅へ」
	在宅診療を受けられている患者が、病院へ受診したい時の移動手段がない（老老介護）	今後解決策を考えていく。

	天竜厚生会	
	課題	解決策
○多職種連携の課題に対する解決策の抽出	地域における在宅医療・介護の課題を多職種で協議、共有する場がない。	北遠地域における医療・介護従事者を対象に「多職種合同カンファレンス」を8/27に開催し、地域での課題を抽出する。課題抽出から課題解決に向けた多職種によるカンファレンスを実施した。この地域における医療・介護の連携の必要性を確認した。
	地域において職種や地域を超えて話し合う機会は少ない。	・地域における医療機関、介護事業所、行政職員などから構成されているワーキングを立ち上げて、連携につながるテーマについて検討する機会を毎月1回開催している。 ・この地域は、医療、介護従事者、行政職員、社会福祉協議会職員、地域の民生委員などを含めた、多職種協働で支えあえなければならぬという共通の認識のもとで「全体会」を開催し「顔の見える関係」構築に努めている。
○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	・多職種による全体会議を実施した際、在宅医療に従事する医師を中心として、医療者の視点で「在宅医療従事者の負担軽減の支援」についてディスカッションからの課題抽出。医師5人、歯科医師1人、薬剤師1人他 ・北遠地域は人的資源が充分でなく(在宅医、在宅医療従事者)、チーム医療そのものを構築することが困難な状況である。夜間については、医師ひとりで対応することとなり、24時間 365日体制は、医師個人に頼るところとなる。地域的にも守備範囲が非常に広域的である。(開業医2ヶ所) ・看護師不足により、在宅サービス(訪問入浴)を中止せざるを得ない事業所や、病院の病床についても看護師の確保が厳しく病床を縮小せざるを得ない状況にある。 ・薬剤師については、広域的な北遠地域において薬局が1件のみである。在宅で過ごされる高齢者が薬剤管理ができず、服薬を受けている薬が、きちんと内服されていない状況が多くある。訪問における服薬指導が出来ていない。この地域には、訪問看護ステーションもなく、地域包括支援センターの看護職員が内服管理、受診支援、夜間にコールを受けることもある。	医療負担軽減のために課題抽出、資源の少ないこの地域で何ができるか、事業所ごとに考えるのではなく、お互い機関で連携してできることを補完する体制を検討していく。
・チーム医療を提供するための情報共有体制の整備	在宅・医療機関・施設にて口腔衛生の支援やケアの方法がばらばらになっている。地域で共有する手段がない。	在宅にも身近である口腔衛生に関する連携ツール、アセスメント票をワーキング内で検討。また連携ツールが地域へ浸透していく方法、地域の開業医へのネットワーク化も現在検討中。
	医療機関等同士における情報共有体制が整備されていない。	課題抽出された内容から、今後ワーキングにて検討していく予定。
○効率的な医療提供のための多職種連携 ・アウトリーチ (介護施設や地域の医療機関への訪問支援)	地域の方々が介護、医療で困った時にどこに相談したらよいか迷う場合がある。	地域包括支援センターと連携して総合相談窓口として明確化していく。
	地域においてリハビリスタッフが足りない。	北遠地域におけるリハビリスタッフが定期的に巡回し、地域住民に向けた介護予防運動や健康運動等について実施、また介護施設職員に向けた技術指導を実施しているが、更に強化していく。
・地域の医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けた活動	地域において、介護サービス内容の情報など、事業者、地域住民への周知が不足している。	FAXで共有・伝達を目的とする連携シート(「北遠地域医療・福祉相談用」)をワーキング内で作成。日々の業務の中でスムーズな情報提供・情報伝達に繋げる。地域に浸透していく方法も検討中。
○その他 ・緊急一時入院ベッドの確保・レスパイトサービスの実施	緊急時におけるベッドの確保	北遠地域内に病院が2ヶ所(1カ所は、エリアよりやや離れている)、有床診療所が1カ所あり、緊急一時入院、レスパイとの役割について今後検討していく。
・訪問看護のコールセンター機能	訪問看護が少ない。	訪問看護、有床診療所の連携において看護コールセンターができないか、今後検討していく。
・看取り	地域が広域である。訪問看護が少ないなかで、地域によっては、医師の負担が大きくなっている。	施設における看取りの研修を開催していく。
・災害時の対応	地域が山間部に位置しており、台風などにより土砂災害が起こり道路が寸断され、地域が孤立化されることがある。	自治体、地域諸団体との連携が必要である。
・地域包括との連動及び役割分担	資源の少ない地域での地域包括支援センターの役割が大きい。	この地域における「地域包括」の役割は大きく、多職種協働の地域包括ケアを実現していくためにも、地域ごとの要となり、連携をしていく必要がある。地域格差の大きい資源の少ない地域において「地域包括支援センター」の役割の柔軟性、人員の強化など制度として望むところでもある。
・相談	一般住民、従事者がどこに相談していいか迷うことがある。	地域包括支援センターとの連携し、介護、医療などの相談窓口としての機能をもつ。
・周知	地域で連携していくことの重要性を住民にも周知する必要がある。	地域で講演会を12/10に開催予定。「安心して暮らせる地域包括ケア～在宅ケア・地域連携を中心に～」地域医療を推進されている講師の先生をお招きし、地域住民への周知を図る。
・その他	介護が必要な方の情報伝達・情報共有ツール・あり方が地域内で確立されていない。	今後ワーキングにて検討する予定。

	チームもりおか	
	課題	解決策
○多職種連携の課題に対する解決策の抽出	多職種連携のための研修会等が不足	定期的な情報交換会・研修会の実施。他団体の共催を得て開催し周知を図る。 他職種との相互交流研修。(下線1)
	在宅医療の普及・啓蒙活動の不足	次世代・一般へ向けた在宅医療のフォーラム開催(次年度以降予定)
	地域連携型モデルの構築	行政担当官との在宅医療推進に係る意見交換会実施、(行政の)在宅医療担当部署の位置づけの明確化への取り組み。
○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	在宅医療に関わる事業所の24時間体制の維持	医療・介護従事者へ向けた在宅医療の理解を深める研修会の実施。同職種連携のための会合設定。
・チーム医療を提供するための情報共有体制の整備	情報共有体制の整備、強化	現行の情報共有システムの普及・マニュアル整備・QRコードからの簡単入力。 ホームページからの情報発信。
○効率的な医療提供のための多職種連携 ・アウトリーチ (介護施設や地域の医療機関への訪問支援)	病院から在宅療養移行時の情報・準備不足	退院時カンファランスの充実。
	施設介護従事者のスキル不足	施設で行う勉強会への講師派遣。
・地域の医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動	在宅医療総合相談窓口の整備	地域包括支援センター・行政担当課・在宅医療連携拠点事業所が中心となった、タイムロスのない相談対応体制をつくる取り組み。
	医療・介護従事者のスキル不足	受講対象者のレベルに合わせた講習会(下線2)の開催(年5回)及び講師の派遣。資料提供。他職種との交流研修。
	在宅医の不足・(医療者の)在宅医療への理解不足	大学病院よりもりおか往診クリニックへ非常勤医師の派遣(週2回)
	医療依存度の高い療養者の受け入れ施設が不足	施設管理者同士の情報交換の場を設定。施設での医療・介護についての研修会を開催。口コミ情報の集約と提供。
○その他 ・緊急一時入院ベッドの確保・レスパイトサービスの実施		
・訪問看護のコールセンター機能	訪問看護に関する相談窓口がない	レセプト疑義に対する回答。新規開業事業所へのアドバイス。
・看取り	地域で看取る体制の構築	施設での看取りを考える研修会の実施。他施設の状況を知る研修会の実施。 ＜研修会の内容＞ ・施設で看取りを行うための法解釈・看取りを行う施設からの事例提示・施設の現状を知るグループワーク(1月実施予定)
・災害時の対応	災害時の在宅療養者のサポート不足	関係機関への情報提供。事業所ごと(療養者ごと)の災害対策マニュアルの策定(下線3)への助言。情報提供。(別紙参照)
・地域包括との連動及び役割分担	地域包括支援センターとの連動	行政担当課・在宅医療連携拠点事業所がその特性を活かしたバックアップ体制を取るための取り組み。相談・支援体制の構築と役割分担(下線4)。行政担当官との意見交換会(2月予定)
・相談	在宅医療・介護従事者の相談先のない悩みごと(下線5)	拠点事業所ラウンジ開放と不定期開催の座談会。電話相談。
・周知	在宅医療連携拠点事業(所)の周知	各種協議会等への出席。HPからの情報発信。関係事業所との相互リンク。
・その他	在宅療養者の疾病予防、介護者の介護負担予防	岩手県歯科医師会・その他関係機関との連携強化。 *解決策のうち下線1～5の詳細は次ページに記載 *災害対策マニュアル 別紙1.2

解決策	具体的内容	備考
(下線1)他職種との相互交流研修	在宅医療・介護従事者が他職種の実際を知る場として相互交流研修を開催。指定期間のうち1日間、希望する相互交流研修機関にて研修を行う。 ＜研修受け入れ機関＞訪問診療・訪問リハビリ・在宅訪問薬剤管理指導・デイサービス事業所(重度利用者受け入れ施設)	
(下線2)受講対象者のレベルに合わせた講習会の開催 * 多職種が100名以上集まる会を「研修会」 * 主に同職種～2職種の参加者数十名の集まる会を「勉強会」 * 参加・体験型勉強会 * テーマに合わせて受講し必要とする知識技術を学ぶ	第5回勉強会(平成23年12月～平成24年1月実施予定・実施回数5回 施設への出前講座4回)	参加人数
	テーマ:「たんの吸引」 対象 : 介護職 講義 : 在宅医療、解剖生理学、呼吸理学療法、吸引のメカニズム、人工呼吸器の仕組みと取り扱い、緊急時の対応方法 実技 : 吸引器の仕組みと取り扱い、実技～吸引モデル人形を使用しての吸引体験～	110名(予定)
	第4回勉強会(平成23年10月、11月実施 実施回数3回)	参加人数
	テーマ:「パソコンを操作して情報共有システムを学ぶ」 対象 : 在宅医療・介護従事者で情報共有システムを使用したことのない者 講義 : 情報共有システムの概要 実技 : PC操作「情報共有システムを使ってみよう」	7名
	第3回勉強会(平成23年10月実施 実施回数2回)	参加人数
	テーマ:「お口の清潔を保つために～日常ケアのポイント～」 対象 : 介護職・看護職 講義 : 「お口の清潔を保つために」 実技 : 日常ケアのポイント、口腔内の異常の見分け方、入れ歯の取り扱い、歯科診療が必要な状態	28名
	第2回勉強会(平成23年9月実施 実施回数3回)	参加人数
	テーマ:「在宅医療におけるアロマの効用」 対象 : 介護職・看護職 講義 : 「香りの効用」 実技 : アロマオイルを用いたマッサージの実際	62名
	第1回勉強会(平成23年8月～9月実施 実施回数3回)	参加人数
(下線3)事業所ごとの災害対策マニュアル策定への助言	もりおか往診クリニック(別紙1) * 外部非公開 盛岡市医師会訪問看護ステーション(別紙2) * 外部非公開 盛岡地域振興局管内 岩手県央保健所へ情報提供	
情報提供		
(下線4)相談支援体制の構築と役割分担	●役割分担 ・地域包括支援センター・・・地域における問題を抱え支援を必要とする高齢者・要支援者を見つけ出し、医療・介護に結びつける ・チームもりおか・・・在宅医療の専門知識を生かし、地域包括支援センターを主に医療面で支援する ・行政担当課・・・設置者として、地域包括支援センターの業務負荷の解決(参考 地域包括支援センター実態調査結果 * 外部非公開) 地域包括支援センターの抱える困難事例への積極的関与、担当課の明確化 ●相談支援体制の構築 ・地域包括支援センターとチームもりおかの役割をうまく結び付け、相互支援関係で運営できる「専門的なアドバイスを必要とする在宅医療・介護従事者の相談窓口」を構築する必要がある ・在宅医療に関する相談ごとの「たらい回し」を解決 ・在宅医療に関わることに一括して対応する担当課の設置を視野に入れた行政との意見交換会を開催	
(下線5)在宅医療・介護従事者の相談先のない悩み事	相談窓口が多数あることで「どこに相談すればよいのか分からない」在宅医療・介護従事者は多い。また、小規模事業所等では、事業所内での人間関係における悩み等の相談先がない。	対応
	＜チームもりおかに寄せられた相談ごと・具体的な内容＞ ・包括支援センター職員より 居宅支援事業所のケアマネと同資格なのに、求められる事が大きすぎる。 ・施設介護職より 講習でなかったことと、自施設で行う手技が異なる。施設のNsが根拠を示してくれない。 ・訪問看護師より 他の訪問看護ステーションとの連携がうまくいかない。人間関係がうまくいかない。他に比べてスキルが劣る。 新規に事業所を立ち上げるので、その方法を教えてほしい。 ・新規開設の事業所より 地域の情報が入ってこない。 ・他府県の医療従事者より 地域連携の状況を教えてほしい。 被災地の医療情報を教えてほしい。	・傾聴。 ・対応方法のアドバイス。 ・連携の調整。情報提供。 ・行政担当課へ。 ・必要な情報を提供。 ・チームもりおかの情報提供。 ・分かる範囲で回答。

	あおぞら診療所	
	課題	解決策
○多職種連携の課題に対する解決策の抽出	地域の多職種で顔を合わせる機会がない	多職種が一同に会する「多職種合同カンファレンス」を大きな規模で実施する(年4回:150人規模)。
	地域の在宅医療を推進する上での課題抽出	多職種合同カンファレンスでグループワークを行い、参加者の意見集約、課題の抽出・概念化を実施。抽出された課題に沿った具体的な解決策の検討を年度後半に行う。
	在宅患者の歯科介入の必要性に関する実態把握と介入	モデル事業の一環として歯科衛生士を連携拠点に配置し、当院に加えて地域の複数の診療所が担当する在宅患者の必要度スクリーニング調査を実施。歯科介入を要する在宅患者に訪問歯科診療や訪問歯科衛生指導を導入するしくみの構築を進めている。
○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	病診連携の強化	後方支援病院、緩和ケア病棟を有する専門病院との定期的カンファレンスを実施、後方支援病院・専門病院・診療所(当院)の3者で患者が安心できる医療を地域の中で切れ目なく提供する「ホスピストライアングル」を構築し、患者向けのリーフレットを作成する。
	診診連携の強化	連携拠点である当院が一人医師体制の連携診療所医師の不在時待機や外来診療中の緊急往診を支援する。
	居宅系介護施設等の介護職のスキルアップ	連携を取っているグループホーム職員を対象とした医療と介護の連携を深めるための基礎知識講習会を開催した。今後、市内のショートスティやケアマネジャー、グループホーム職員に対象を拡大する方向。
・チーム医療を提供するための情報共有体制の整備	医師とケアマネジャーのスムーズな情報共有体制の整備	松戸市医師会の協力を得て、開業医がケアマネジャーと面談が可能な時間や窓口担当者等を掲載した一覧(ケアマネタイム)を作成し、各居宅介護支援事業所に配布する。
○効率的な医療提供のための多職種連携 ・アウトリーチ (介護施設や地域の医療機関への訪問支援)	薬局連携に関する課題の明確化、連携強化	在宅医療連携薬局連絡会(37薬局)を組織した(2011年6月発足)。会の最重要課題として「訪問薬剤管理指導 はじめの一步」、「在宅患者の処方箋のスムーズな対応」、「麻薬を含めた薬剤の365日対応」を取り上げ、具体的な解決策を検討中。マニュアルやリーフレット、薬局輪番制度の拡充を行う。
	医療と介護の連携強化	在宅医療連携ケアマネジャー連絡会(約100名)を組織した(2011年6月発足)。介護支援専門員にとって有益なロコミ情報やケアマネジャーの活動を評価するためのデータベースを作成するとともに、ケアマネジャー向けの研修プログラムの開発とその実施に取り組んでいる。
	訪問看護との連携強化	緊密に連携するSTと定期的に合同カンファレンスを行い、患者の情報共有、治療や生活全般に関する方向性の確認を行う。定期的にSTとの懇親会を開催、知識の共有・交流を図る。
・地域の医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動	ショートスティ・特養の医行為への対応の実態把握	ショートスティ・特養の医行為への対応可否に関する調査を行い、医療行為を必要とする患者のショートスティや施設での看取り推進を目指すための実態を把握する。
○その他		
・緊急一時入院ベッドの確保・レスパイトサービスの実施		
・訪問看護のコールセンター機能		
・看取り		
・災害時の対応		
・地域包括との連動及び役割分担		
・相談	ケアマネジャーの相談窓口の設置	ケアマネジャーからの医療に関する相談窓口を連携拠点に開設(2011年6月開設)、病態や医療系サービスの適応等についての相談に応じる。
・周知		
・その他	在宅医療従事者の研修受け入れ強化	従来通り研修医・学生(医師・看護師等)の研修を広く受け入れると同時に、病院看護師・MSWの現地研修受け入れを強化する。

	㈱ケアーズ 白十字訪問看護ステーション	
	課題	解決策
○多職種連携の課題に対する解決策の抽出	・医療資源が豊富で、さまざまな専門職の組合せが考えられるがゆえに、医療職および行政サービスの提供側に、在宅医療も視野に入れた最適な医療連携のあり方が見えにくい ・地域における専門職集団が、まとまりのないまま個別にプレーをしている ・医療者個人も所属する組織や職場が変わると行動や思考に変化を生じる	・多職種連携の名の下に、一気に多職種を集めて連携させようとしても無理があるとの前提に立ち、まずは専門職集団としてのまとまりを形成し地域資源の底上げを促進させる ・そのうえで、先導者が、異なる職種と職種をていねいにつないでいく必要がある
	・誰が先導的役割を担うか、それをいかに組織的に支援するかの体制づくりが進まない	・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の機能を果たす ・そうした看護師の育成(機能強化)を行う
○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	・クリニックの医師が単独で24時間体制を敷くことの大きな負担	・診療所と在宅支援診療所との新たな契約関係の構築による診－診連携の実施 ・その調整役に訪問看護師が入ることによって両者の負担軽減を実現
・チーム医療を提供するための情報共有体制の整備	・急性期病院内の医療者が在宅へつなぐという意識がなく、転院支援のみになっている	・できるだけ早い段階からの情報共有を進める ・急性期病院から退院後の在宅療養のイメージを入院時から医療者と患者が共有するよう働きかける。それにより、患者に意思決定するさいのさまざまな手がかりを提供する ・チーム医療を意識した多職種での担当者会議の推進
	・大病院志向の患者や家族が、在宅医療を選択肢として認識していない ・入院中に「在宅」と聞くと、患者はターミナルへの移行(宣告)と間違った理解をする	
○効率的な医療提供のための多職種連携 ・アウトリーチ (介護施設や地域の医療機関への訪問支援)	・包括支援センターの医療連携担当看護師が病院との連携を行なうが、まだ十分に機能していない	・区立訪問看護ステーション在宅療養担当が相談ケースに訪問し、医療サービス導入をすみやかに行なう(区としての対応)
		・暮らしの保健室の相談ケースに対し、病院訪問を行ない、連携の促進をはかる
・地域の医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動	・急性期病院の立ち並ぶ地域ゆえに、何かあったら救急車で病院へ、という意識が住民の間に根強い ・住民がどこで地域のサービスについて聞けばよいのか知らない	・個別の相談支援と市民講座等により、「適正な医療消費者」を育成し、重度化を予防する ・ケアマネジャーに予防的かつ医療的な視点を持ってもらうよう支援
	・医療・介護専門職は、各職域の専門的知識については共有する機会が少なく役割の混乱が起こり、必要なサービスが提供されない ・各専門職がそれぞれの立場で必要と判断されるサービスを行っているが、患者(住民)サイドから見たトータルなサービスが考えられていないため、結果的にサービスの欠落が起こってしまう	・相談事例をもとに勉強会を開き、ケアに当たる地域の専門職個々人の、顔の見える連携を実現する ・地域内の医療機関がそれぞれ有するリソースに注目した組織間の役割分担と連携を考える
	・患者の疾患や容態により、連携に関わる主体はダイナミックに変化しなければならないが、多職種間で認識や解釈がまちまちで患者の不安や迷いを増す結果を招いている	・暮らしの保健室での個別相談から見えてくる、本当の意味の医療への期待を吸い上げ、関係各所と情報共有する
○その他 ・緊急一時入院病床確保事業が区で行なわれているが、十分認知されていない	・緊急一時入院病床確保事業が区で行なわれているが、十分認知されていない	・区民向け勉強会の席で情報提供をし、周知をする ・活用しきれていない医師へも周知を図る(訪問看護ST、暮らしの保健室からの情報提供)
・訪問看護のコールセンター機能	・病院にかかるほどでもない健康上の問題や、病院にかかったほうがよいかどうかの判断に迷ったときなど、住民にとって相談する先がない	・訪問看護ステーション連絡会で24時間体制がとりにくい訪問看護ステーションへの働きかけを行なう ・暮らしの保健室で看護師が相談(電話、来訪)にのり、個々のケースに適切なアドバイスを提供する
・看取り	・在宅での看取りが具体的にすすんでいない	・区民向けのシンポジウムの開催、医師の24時間体制の強化を、診－診連携ではかる
・災害時の対応	・高い高齢化率の地域特性から、独居高齢者の災害時の対応が心配される	・暮らしの保健室での来室者への対応および過去に来室した独居高齢者の安否確認を行う ・提供された情報の中から要援護者の状況を抽出し、必要時行政へ提供
・地域包括との連動及び役割分担	・地域包括が多職種と連携するうえでの窓口が明確でない	・地域包括との密な情報交換を行い、暮らしの保健室がハブとなって地域包括と他の組織や施設をつなぐ
・相談	・さまざまな相談窓口が準備されているのに、利用が少ない	・自治組織や民生委員、社協などの従来の組織も動員し、窓口の広報を実施。(相談は月40件)
・周知	・医療機関でも行政機関でもない、まったく新しい試みのため、一般的な周知が難しい	・メディアの活用および学会や各種シンポジウム、講演会にて、室長が周知活動を行う
		・地域のボランティアスタッフが地域活動を通じてアピールする
・その他	・市民(住民)自体が在宅医療に対しての理解が乏しい ・住民側の核となる情報提供者に在宅医療の情報が十分に届いていない	・暮らしの保健室来訪者によりよいケアや対応をすることによって、口コミにより暮らしの保健室のような地域に開かれた相談室が存在することの意義が浸透する
		・市民へ向けて行政ともタイアップした教育活動の場を企画運営、地区単位で実施(すでに2回実施)
		・民生委員、社会福祉協議会等への積極的な働きかけ

	別府市医師会訪問看護ステーション	
	課題	解決策
○多職種連携の課題に対する解決策の抽出	地域の医療、福祉、社会資源は充足しているが多職種、多事業所を統括する機関がない。医療福祉間の垣根が高いと感じている。	6/13 第1回 在宅医療連携拠点事業推進委員会開催。行政から県医療政策課、市高齢者福祉課、医師会から県医師会、郡市医師会、地域包括支援センター主任ケアマネ等で構成され拠点事業の事業推進について協議検討。10/17第2回を開催し中間報告、後半の事業等について協議検討。7/22第1回 在宅医療連携交流会、名刺交換会を開催しかおのみえる関係づくりの一步を。8/29 多職種が一堂に会する「地域ケア連携システム会議」継続開催で拠点事業の推進と連携を深めた。12/13 在宅医療連携シンポジウムを開催予定、多職種それぞれの立場でシンポジストとして発表 職種、事業所、かかりつけ医の理解を深めるスムーズな連携へとつなげる。
	職種間で連携に対する課題に少しずつ違いがある。また同職種間でも連携について課題があり、共通理解、かおのみえる関係づくりが必要。	6/16 訪問看護ST連絡協議会管理者会議、課題を共有し検討(第3木定例開催)7/12 第1回訪問介護事業所管理者会議、解決策の検討及び業務共有、交流する。8/23 第1回 居宅会議支援事業所 管理者会議開催 解決策の検討及び同職種の業務共有、交流する。10/18 第2回 訪問介護事業所管理者会議 制度、スキルup研修についてグループワーク 10/19 第2回居宅介護支援事業所管理者会議 制度、情報共有ツールについて協議
○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為のネットワーク化	医療機関のゆけむり医療ネット会員は増えつつあるが、利用に躊躇している医師もいる。多職種が一堂に会する機会を意図的に開催する事で、かおのみえる関係は深まりつつある。ゆけむり医療ネットは1つのツールであり、使うのは人であるため信頼関係維持に継続が必要。 診療所等の医師が24時間体制の負担は大きい	医療機関のレセプト請求を別府市医師会でまとめて代行伝送している 医療情報担当者と連携をとり、主治医の多くにゆけむり医療ネット活用の利点について広報する。基幹病院と診療所等「ゆけむり医療ネット」で連携、クリニック間でも相互に連携している。訪問時の状態がリアルタイムで主治医に届くよう訪問看護師がアイパッドで撮影や入力したものが主治医、ステーションで見える様に整備(従来はステーションに帰り入力し主治医に届く)等整備内容が充実。行政(保険医療課、市の健康増進課、高齢者福祉課連携予定) 主治医は2〜3名でチームを組みケアマネ、訪問看護師もメンバーとなり患者に氏名・連絡先を明記、配布し連携している。
	各職種の管理者会議開催で訪問介護職員が診療の補助行為(痰の吸引等)に不安、負担を感じており研修会の要望がある。	22年度、市内の介護従事者を対象に嚥下のメカニズム、誤嚥について講義し、吸引実技を実施。23年度は11/16ストーマ装具交換について講義し、実技を訪問看護師と実施。現在は看護師がしているが観察視点、Nsに伝えるポイントが理解できた。再度研修依頼がある。自信を持って訪問できるよう精神的負担軽減の為にスキルup研修継続が必要。Nsと研修のため連携強化となった。継続。
チーム医療を提供するための情報共有体制	各自の情報提供書を媒体としている。緊急対応時の情報提供が遅れがち。	刻々と変化する患者の状態が適宜共有できる体制整備としてゆけむり医療ネットの活用。多職種連携上の情報共通ツールの作成(居宅介護支援事業所管理者会議で検討し作成中)
○効果的な医療提供のための多職種連携 ・アウトリーチ(介護施設、地域医療機関の訪問支援)	要支援者に医療サービスを導入し介護予防をする認識不足。医療機関Nsの在宅看護等の理解不足。管理栄養士や歯科衛生士の在宅支援のスキルがあるが実習の場がない。	定期的に包括支援センターに訪問課題の聴取対応策について検討。市開催の包括支援センター会議へ参加。医療機関訪問し訪問看護、社会資源の活用について情報提供在宅へつなげる支援。県歯科衛生士会へ講義7/24と実習受け入れ同行訪問11/25。
・地域の医療・福祉資源の量・質に関する適正化にむけての活動	事業所間のスキルに差がある。職種に必要な定期研修や共通マニュアルの整備が出来ていない。	実践可能な研修開催と継続が必要。各職種管理者会議で検討された研修会を開催。何処の事業所とチームを組んでも同質のケア提供を目標に継続開催している。
○その他 緊急一時ベットの確保、レスパイトサービスの実施	難病患者レスパイト入院医療機関の登録病院はありベットの確保はあるが広報不足から認知されていない	連携ガイドの作成する。ガイドに記載の有無。その他必要事項について確認作業中。相談窓口を拠点とし調整する方向で整備していく。
訪問看護コールセンター機能	訪問看護ステーションは全て緊急対応体制。管理者の課題は多く多岐にわたる。	訪問看護ST管理者会議で課題の検討をしている。事務局が拠点にある事から相談が寄せられる。コンサルテーションし対応策の提案をしている。管理者からが多く傾聴で済む事もある。
看取り	在宅での看取りについて提供者側の連携はできるが介護者等が在宅で看取ると意識が希薄、又不安がある。病院で死ぬものと考えている傾向が根強い	地域福祉部門運営委員会(医師、看護師、ケアマネ、介護福祉士)で看取りケースの積み重ねと地域住民への啓発、周知する地道な活動の継続。11/28 県が在宅医療連携部会委員として活動
災害時の対応	地域の防災ガイドマップが各家庭に配布、避難場所等が記されているが周知にムラがある。各事業所の対応マニュアルは整備されているが連携体制は未整備	訪問看護st管理者会議でマニュアル作成中、災害時の共通マニュアルも含む。地域ケア連携システム会議に提案し災害時の協働体制を検討していく。代替訪問共通マニュアル標準化。訪問サービス提供時に利用者へ確認。消防署と医師会の合同訓練の参加(県主催で年1回)
地域包括との連動、役割分担	アウトリーチや電話、来所相談から医療系主任ケアマネの割合が少ない	市担当者と相談、医療専門職が少ない事から医師との連携等、拠点が主になり活動している。主治医と包括支援センターの意見交換会は医師会、市と相談し日程調整中。
相談	ワンストップサービスが出来ていない	社団法人の立場から、医療機関、多職種、事業所からの相談を受け入れている。医師会事務局への相談で在宅医療福祉関係の相談は拠点で対応。来所者のために相談室を設置した。
周知	周知不足。さらなる広報活動の実施が必要	10/20地域の健康教室の講話、在宅医療看護の講義 看護科学大学、看護協会その他。地元新聞社の取材を受け新聞を通して広報。実習施設として受け入れ継続。

	長崎記念病院	
	課題	解決策
○多職種連携の課題に対する解決策の抽出	地域における在宅医療での問題点の抽出・検討が未実施であった。	当該地域における医療・介護・福祉施設を対象にアンケートを実施。協議会においてアンケート結果の報告を行い問題点を共有した。
	専門職（歯科・リハビリ・栄養）の在宅患者に対する積極的な係わり	当院の看護師・MSW・ケアマネージャー・セラピスト・管理栄養士による地域の医療従事者、介護職員等を対象にした勉強会を実施。
	行政・他団体との交流	当該事業の認定後、当院の地域連携室・居宅介護支援事業所の職員を中心に、積極的に当該事業の説明・周知を行い地域住民への講演会や在宅医療に係わる研修会を共催し、行政・他団体との効率的な活動を実施
○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	時間外の急性増悪時の受入れ	診療所・介護施設等からの紹介患者の時間外受入の強化
・チーム医療を提供するための情報共有体制の整備	在宅医との連携	院内で在宅医・ケアマネージャー等を含めた退院カンファレンスの実施・強化
	在宅医療ネットワーク不足	多職種研修会・交流会。ネットワーク強化
○効率的な医療提供のための多職種連携 ・アウトリーチ （介護施設や地域の医療機関への訪問支援）	セラピストや管理栄養士等による専門職による研修の要望が多い。	アンケート結果で希望の多かった専門職による勉強会・研修会の実施（作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士）
・地域の医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動	地域全体での在宅医療に係わる医療従事者・介護従事者等の技術向上	当院の看護師・MSW・ケアマネージャー・セラピスト・管理栄養士による地域の医療従事者、介護職員等を対象にした勉強会を実施。また、認知症に関するG・W（グループワーキング）を開催。
○その他 ・緊急一時入院ベッドの確保・レスパイトサービスの実施 ・訪問看護のコールセンター機能 ・看取り ・災害時の対応 ・地域包括との連動及び役割分担	在宅患者の急性増悪時の対応（受入れ）	在宅医療を提供する診療所からの紹介患者受入の推進・強化を当院の方針とするとともに、開放病床届け出の検討を行っている。（今年度届出予定）
・相談	当院における窓口が不明確であった	当該事業に当院の地域連携室（看護師・MSW・リハ（兼務））・居宅介護支援事業所職員が積極的に係わることにより、「顔の見える」関係を構築し、窓口・相談機能としての役割を強化。
・周知	当該事業および活動の周知	定期的（月1回）地域連携室だよりの発行、研修会・勉強会などのお知らせの随時発行
・その他	末期Ptの在宅支援の強化	院内で末期Ptの在宅支援の勉強会、グループ検討会の実施

	鶴岡地区医師会	
	課題	解決策
○多職種連携の諸課題への対応	病院の医療者における在宅療養の理解不足	地域の主任ケアマネジャーによる、病院職員を対象とした研修会を実施。
	医療と介護（とくに、医師とケアマネ）の連携不足	医師とケアマネジャーとの連携を進めるために、「連携シート」を作成。冊子およびデータベース化して活用する。
		おもに、病院看護師、ケアマネジャーを対象とした研修会を市と共催。研修会では、ロールプレイで実際の事例を提示、多職種でのグループワークを行っている（年2回）。
	行政との連携不足	行政（鶴岡市長寿介護課地域包括支援センター）との定期的な話し合いの場を設け、関連する調査や会合を共同で実施。
○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	在宅における歯科との連携が希薄、在宅口腔ケアの推進	在宅医療の現場において、歯科との係わり方や、今後の連携を進めるべく、担当役員間での定例会を開催し、12月には医師・歯科医師同士の情報交換会を企画。
	在宅医療を担う医師間の連携不足	以前より活動をしている「南庄内在宅医療を考える会」でグループ診療（主治医、副主治医制）確立へ向けて、継続した話し合いを行っている。
・チーム医療を提供するための情報共有体制の整備	情報共有の有用なツールである地域電子カルテ「Net4U」が、介護系に普及していない	居宅介護支援事業所や薬局へのNet4U利用拡大のため、運用ルールを作成し、普及を目指す。
	既存の各種連携の会の集約窓口がない	各種連携の会に積極的に参加し情報を収集するとともに、ホームページなどを活用し活動内容を情報提供する。
○効率的な医療提供のための多職種連携 ・アウトリーチ （介護施設や地域の医療機関への訪問支援）	地域のフォーマル・インフォーマルサービスの情報不足	退院調整カンファレンスなどに参加し、地域リソースなどの情報提供や助言を行う。
・地域の医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動	在宅医療介護従事者の技術と知識の標準化、レベルアップ	おもに介護系職種を対象とした研修会を開催した。日常業務に活かせるテーマを選択し、現場での疑問を解決できるよう事前質問を受け、講演に活かした。本年度2回予定。（1回は実施済み）
	医療依存度の高い患者の受け入れ先施設の不足	施設の機能調査を実施。そのなかで、医療依存度の高い患者の受け入れ状況を調査。それをもとに、冊子、およびデータベースを作成予定。
○その他 ・緊急一時入院ベッドの確保・レスパイトサービスの実施 ・訪問看護のコールセンター機能 ・看取り ・災害時の対応	レスパイトサービスの統括窓口がない	ホームページ上で、ショートステイベッドの空き情報を公開予定。
・地域包括との連動及び役割分担	地域包括支援センターとの連携不足	地域包括支援センター主催の地域ケア推進担当者会議や地域ケアネットワーク会議へ積極的に関与し、医療的助言をしていく。
・相談	在宅療養に関する総合相談窓口がない	在宅医療に関わるさまざまな相談に応える総合相談窓口を設置済（6件の相談あり）。
・周知	一般市民への在宅医療介護の認知度不足	市民向けの健康に関するイベントに参加し、訪問看護・訪問入浴等の在宅で受けられるサービスについて、ポスターを作成しPR活動を行う（実施済み）。
・その他	在宅医療に関するワンストップ窓口がない	拠点事業室と、医師会の地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションは同じ施設内にあり、狭い意味でのワンストップサービスが提供可能である。

	福井県大野市	
	課題	解決策
○多職種連携の課題に対する解決策の抽出	在宅医療について、在宅医療従事者自身が地域の課題を把握し、医療と介護の連携の必要性を認識する機会が必要である。	市医師会と共催し、市内関係者(○医療機関:医師・看護師・PT・OT○訪問看護ステーション○薬剤師会○ケアマネージャー○介護福祉士○行政機関:県保健所・市地域包括支援センター・消防署・市保健センター■参加者数:249人)を対象に研修会を実施し、在宅医療への関心と理解を深めた。
	市内医療機関側から地域の介護等関係機関への積極的な連携、支援の関わりが少ない。	・在宅医療への関心、理解を深められるよう、医療機関に対し、在宅医療支援に関するアンケートを行う。(H22年度に行ったアンケートに追加してH24年度に向けて実施予定) ・研修会や事例検討会を重ねながら、地域から医療機関への発信の機会を多く持つよう取組む。
○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	在宅医療支援診療所及び病院以外の診療所等は24時間体制が困難である。	在宅医療アンケート等の実施を通し、副主治医制を推進したり、医師会にも協力を依頼する。
・チーム医療を提供するための情報共有体制の整備	多職種チームの情報共有として統一されたものがない	地域医療推進連絡会で、多職種が共通して利用できる連絡ノートの改良を提案する。
○効率的な医療提供のための多職種連携 ・アウトリーチ (介護施設や地域の医療機関への訪問支援)	拠点として、地域の医療機関や福祉機関より情報の収集や提供を行う必要がある。	市が、市内外の関係医療機関や市内居宅介護支援事業所を訪問し、市の在宅医療相談窓口についての情報提供と、関係機関の在宅医療状況について把握した。
・地域の医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動	多職種の連携をまとめる機関が明確でないため、連携のためのツールを統一することが難しい	在宅サポート体制のネットワークシステムの一環として、「チャットシステム」をモデル的に実施し、多職種合同交流会時に成果報告を実施予定。 また、次年度に向けて、予算要求中
	在宅療養者においては、服薬管理が必要なケースも見られるが、薬剤師への要望は少なく、十分な活動ができていない。	在宅医療研修会や地域医療推進連絡会において、薬局薬剤師の活動を紹介する場を設定した。
	市外の総合病院等から地元に帰る時、地域の受け皿が課題であり、そのためコーディネーターが必要である。	平成23年4月1日～地域医療コーディネーター採用
	地域における包括的かつ継続的な在宅医療提供体制の構築が必要である。	平成24年4月1日「大野市在宅医療相談支援センター(仮称)」を保健・医療・福祉サービスの新拠点施設の中に開設予定。 ワンフロアとなる地域包括支援センターと連携し、多職種のための情報発信の場、連携拠点の場とする。
	病院や診療所において、入院の休止や満床にできない事情等があり、患者の柔軟な入退院希望に応えられない現状がある。	医療機関の的確な情報収集のため、毎年度当初に、医療機関に対し、在宅医療支援に関するアンケートを行う。
○その他 ・緊急一時入院ベッドの確保・レスパイトサービスの実施	かかりつけ医であっても、夜間対応を拒否される等緊急受診に困る時がある。	地域医療推進連絡会において、副主治医制の推進を医師会に要望する。
	関係者の訪問時の緊急対応時、日中独居や独居の患者の対応に困る時がある。	地域医療推進連絡会のテーマに取り上げ、家族への対応策として、緊急時フローチャートを確認し合い、連絡様式の情報交換を行った。
・訪問看護のコールセンター機能		
・看取り	最後まで、在宅で看取るケースは少ない現状である。	住民と関係者の意識の向上のための普及啓発活動を継続して行う。24時間体制の構築を検討する。
・災害時の対応		
・地域包括との連動及び役割分担	協働での事業や連携の機会が少ない。	県と共催で多職種合同交流会を実施する予定である。次年度から福祉・保健・医療がワンフロアになり、連携しやすい環境になる。
・相談	今年度は、拠点の準備期間ということで、周知不足があり個別相談が少ない。	次年度から「在宅医療相談支援センター」開設に向け、住民や関係機関に様々な機会を通じ周知する。
・周知	・在宅医療は老老介護や独居、共稼ぎ家族が大多数を占める大野市においては、家族の受け入れが困難な状況である。 ・住民は現実的には入院、入所志向である。今後、在宅医療推進のための住民自身の意識の醸成が必要である。 ・市民は市内にかかりつけ医を持つ必要性を充分理解していない。	・各地区の健康教育とともに、10月15日実施の市民対象研修会では、かなり反響があり、在宅医療への関心が深まると共に、かかりつけ医の必要性についても理解が深まった。(10/30現在、健康教育53回、延べ915人受講、内市内にかかりつけ医を持つ人632人 69.1%) ・住民に対する在宅医療についての効果的な普及啓発方法については、多職種での交流会においても議論を行う予定。(H24.1.19実施予定)