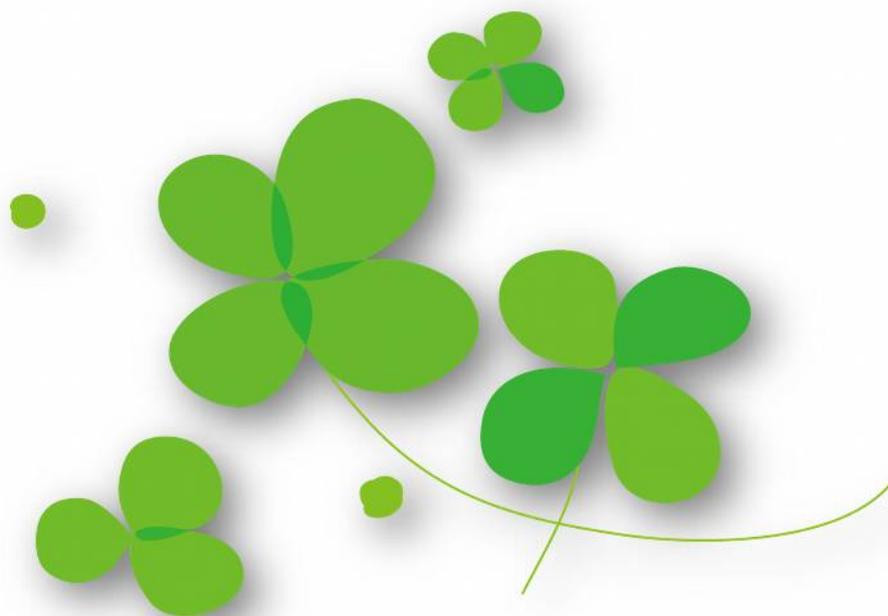


富山市医師会版

在宅療養支援ガイドライン



公益社団法人富山市医師会

はじめに

在宅療養支援が必要な住民の病状急性期・急性憎悪時の診療所・病院連携さらに病院から在宅療養への円滑な移行期、在宅療養期、看取り期においては多職種による「連携」と「協働」で患者・家族への支援をしなければなりません。その「連携」・「協働」には、課題抽出・相互理解・情報共有が必要です。

富山市医師会では、地域包括ケアシステム・在宅医療委員会を設立し、委員の皆様のご協力により「住民が住み慣れた地域で最期まで」を叶えるための、在宅医療と多職種の連携・協働で地域包括ケアシステムを構築するための在宅療養支援ガイドラインを作成いたしました。

皆様の地域の医療・介護推進に少しでもお役に立てば幸いです。

平成 31 年 3 月

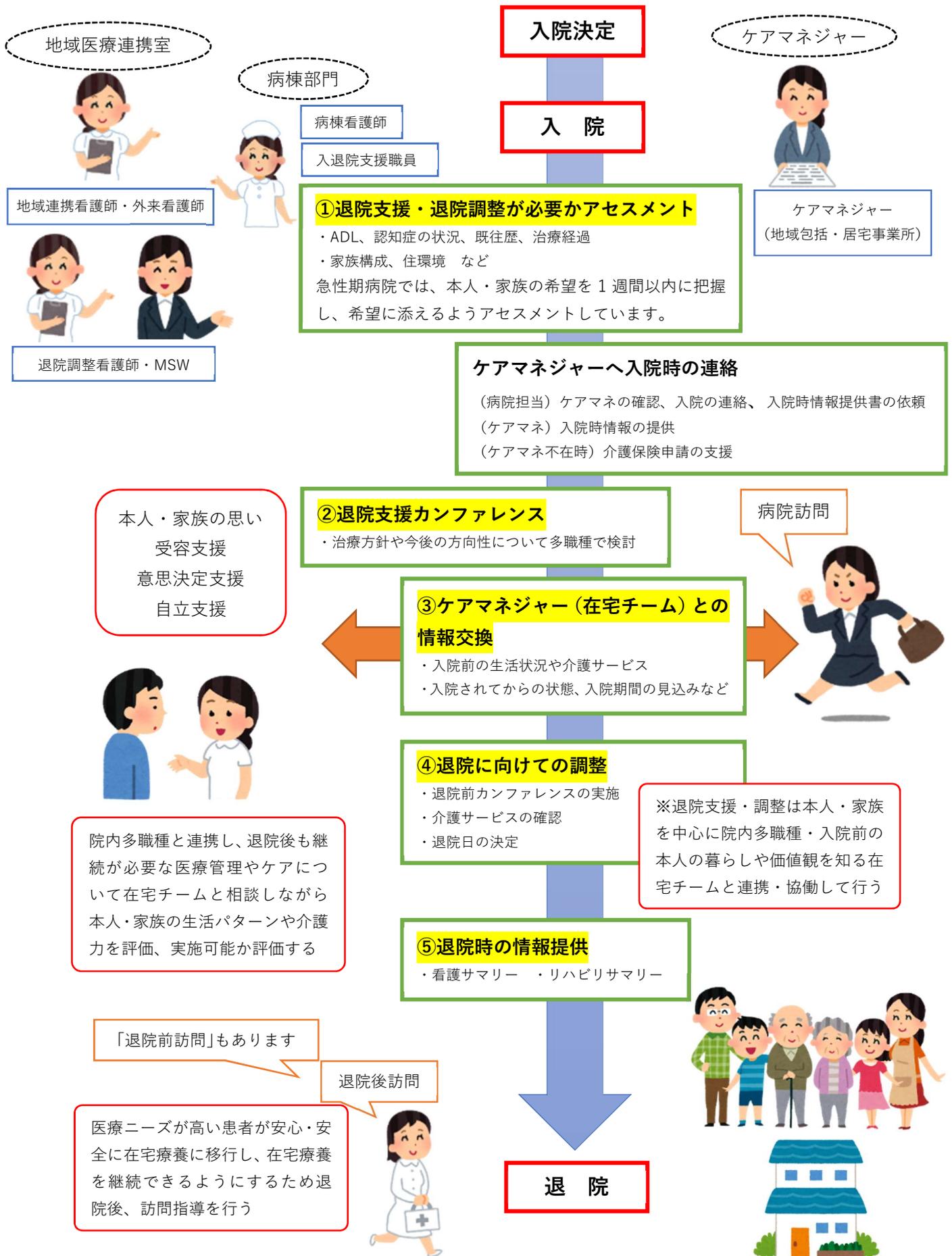
公益社団法人富山市医師会

会 長 吉 山 泉

目 次

1. 病院における退院支援の流れ	1
①退院支援・調整が必要かアセスメント	
②退院支援カンファレンス	
③ケアマネジャー（在宅チーム）との情報交換	
④退院に向けての調整	
⑤退院時の情報提供	
・病院における退院支援・退院調整	
2. 診療所が関わる在宅療養支援	4
①在宅復帰から在宅療養支援	
②急性増悪時支援	
③看取り支援	
3. 訪問看護ステーションが関わる在宅療養支援	6
①導入期（退院/在宅）	
②在宅急性増悪期	
③看取り期	
4. 居宅介護支援事業所が関わる在宅療養支援	7
①在宅復帰から在宅療養支援	
②急性増悪時支援	
③看取り支援	
5. 地域包括支援センターの役割	9
6. 歯科医師の役割と連携	10
7. 在宅療養支援における訪問薬剤師の役割	11
①導入	
②在宅での薬剤師の活動	
③これからの課題・その他	
8. 参考 Web 一覧	13

1. 病院における退院支援の流れ



①退院支援・調整が必要かアセスメント

- ・外来通院中や入院が決定した時点から日常生活動作（ADL）、認知症の状況、既往歴、治療経過、家族構成、住環境などをアセスメントし、退院支援・退院調整が必要か判断します。
- ・入院の目的や病状・病態等から退院時の状態（病状や日常生活動作）を予測します。
- ・病棟と地域連携室の病院担当者（各病院によって、退院支援・調整を行うスタッフの名称が違いますし、地域連携室 MSW のところもあります）は、患者が入院前に介護保険サービスを利用していたことを確認したら、速やかに担当ケアマネジャーに入院の連絡を行い、入院時情報提供書(資料 様式 XX)を依頼します。ケアマネジャーがない場合は介護保険申請の支援を行います。

②退院支援カンファレンス

- ・退院支援・調整が必要とされた患者について、病棟看護師、地域連携室の看護師・MSW、入退院支援職員が多職種（医師、退院調整スタッフ、リハビリスタッフ、薬剤師、栄養士など）と連携しながら、退院に向けて検討すべき課題や今後の方向性について話し合います。
- ・治療方針や今後の方向性について多職種で検討し医療者間での統一を図ります。
- ・患者・家族への適切な情報提供により、**患者・家族の主体的な意思決定を支援**していきます。

③ケアマネジャー（在宅チーム）との情報交換

- ・退院調整スタッフとケアマネジャー（在宅チーム）は電話連絡や患者面会等で**退院支援・退院調整に必要な情報**（入院前の生活情報や介護サービス、入院されてからの状態、入院期間の見込みなど）を共有します。

④退院に向けての調整

- ・患者の退院後の生活において予想される課題を検討し、療養環境の準備・調整を行うために、在宅チームと共に退院前カンファレンスを開催します。
- ・患者・家族の意向や状況、医学的状況判断を踏まえ、退院時の目標や時期を設定し、退院後も継続が必要な医療管理やケア（介護サービス）について確認します。入院前の本人の暮らしや価値観を知る在宅チームと連携・協働し、本人・家族の生活パターンや介護力などを踏まえ、療養上の課題を整理します。課題解決に向けて院内多職種・在宅チームで検討し、「自立に向けた支援」「療養環境の調整」を行います。

⑤退院時の情報提供

- ・退院時、看護サマリーを準備します。必要に応じてリハビリサマリーを準備します。
- ・医療ニーズが高い患者が安心して安全に在宅医療に移行し、継続できるように必要に応じて退院後訪問指導を行います。

病院における退院支援・退院調整

入院は生活の延長線上にあり、病院は必要な治療が終わればそれまでの生活に戻れるように支援していく必要があります。しかし、突然の病気によって人生の生活設計の立て直しを迫られた患者、高齢のため心身の機能が低下した患者、人生の終末期を迎えようとしている患者など、さまざまな患者とその家族が大きな転機を迎えている時期が退院です。それぞれの患者やその家族が現状を受け止め、その人らしい人生を選択していけるよう、支援していくことが必要です。

退院支援と退院調整

退院支援とは、患者やその家族が病気や障がいを理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するのかどのような生活を送るかを自己決定するための支援です。院内多職種（薬剤師、リハビリスタッフ、栄養士など）と連携を図り、自己決定を実現するための自立支援を行います。

退院調整とは、患者の自己決定を実現するために患者さんや家族の意向を踏まえて、環境・ヒト・モノを社会制度や社会資源につなぐなどのマネジメントの過程です。具体的には地域の医療機関や介護サービス事業所などとの連携・調整を行います。

退院支援・退院調整は**患者とその家族を中心に院内多職種・入院前の患者の生活を知る在宅チーム（在宅医・訪問看護・ケアマネジャーなど）が連携・協働して行います。患者の意思決定支援が軸にあり、「退院支援」という過程の中に「退院調整」がある**と考えます。

（文筆：富山赤十字病院患者支援センター）

参考文献：久留米版 退院調整ルールの手引き

<https://www.city.kurume.fukuoka.jp/1050kurashi/2060hokeneisei/3085zaitakuiryoyou/files/tebiki.pdf>

2. 診療所が関わる在宅療養支援

病院と異なり在宅では生活の一部として医療があります。在宅医療では管理ではなく日々の生活を医療面で支える立場で関わっています。

①在宅復帰から在宅療養支援

診療所は在宅復帰にあたり、病院側と**退院時共同指導**や**診療情報提供書**で在宅でも継続可能な医療処置になるように擦り合わせを行い、支援体制を整える。その際、再増悪時に入院元病院に救急搬送可能かどうか確認をしている。在宅療養支援診療所は24時間連絡可能な電話番号を患者宅に明示している。医療的処置や支援体制の程度を判断し、在宅療養支援診療所での診療の方が望ましいことがある。在宅で看護師や理学療法士による訪問看護が必要な場合は訪問看護指示書を処方する（介護保険を利用されている場合は介護保険での利用となるが、「厚生労働大臣が定める疾病等」（別表第7*）に掲げる疾病等に該当する場合は医療保険での利用となる）。なお、退院日から14日間は訪問看護が医療保険で介入できる（特別訪問看護指示書の処方による）。それにより、退院後在宅での生活が安定するまで手厚く支援ができるようになる。在宅で**薬剤師による薬剤管理**が必要な場合は**訪問薬剤指導**を依頼する。入院時とADLが変化している場合は、**介護保険の区分変更やサービス内容の再検討をケアマネジャー**と行う。医療処置内容などで高額な医療費がかかることが予測される場合、**高額療養費制度***などを紹介する場合がある。

在宅では月に1~2回訪問診療を行い、日々の健康管理を行っている。投薬のみならず、在宅で可能な医療処置や検査があれば現場で行う。療養の給付と密接に関連した物品は診療所より提供する。自科のみでの診療が難しい場合は、**他科に訪問診療併診依頼をすることもある***。依頼科では例外を除き6ヶ月をめどに月に1回訪問診療が可能となる。また、病態によっては高次医療機関と併診が必要な場合がある。その場合は受診に併せて診療情報提供書を送付し、ケアマネジャーと連絡を取り合いながら介護タクシーなどの手配を行っている。

②急性増悪時支援

急性増悪時は在宅で生活が継続可能な状態であるか、入院を考慮して病院への受診が必要かどうか患者家族の意向や介護力も加味して判断する。

病院への受診が必要な場合は、平日日中は以前かかっていた病院に地域連携室を通して受診の依頼をする。平日夜間、土日、祝日の場合には、夜間土日受け入れを約束している病院がなければ、輪番病院救急担当者に受診の相談をする。緊急な対応が必要な場合は、救急隊に搬送依頼をする。診療情報提供書や直接会うことで、病院と情報の引き継ぎを行う。

急性増悪時に在宅で診療行っていく場合は月1回（D3*以上の褥瘡や、気管カニューレが挿入されている場合は月2回まで可能）、14日間は訪問看護が医療保険で介入できる（**特別訪問看護指示書***の処方により）。

③看取り支援

看取りの時期が近づいてきたら医療的処置や支援体制の程度を判断し、在宅療養支援診療所での診療の方が望ましいことがある。病状や患者・家族の思いを聞き、在宅での医療体制を再調整する。がん末期の場合は医療保険で訪問看護での介入が出来、介護保険の上限を気にすることなく手厚く支援を整えることができる。当初在宅での看取りを希望されていても、経過で病院や施設での療養を希望される場合

もあり、その場合は療養場所を整える。ADL が大きく低下している場合は、介護保険の区分変更やサービス内容の再検討をケアマネジャーと行う。医療処置内容などで高額な医療費がかかることが予測される場合、**高額療養費制度***などを紹介する場合がある。

看取りの時期の場合、日々状態に変化が予測されるため、こまめな訪問を行っている。麻薬の持続皮下注射などが必要な場合は訪問薬剤師・訪問看護師と頻繁に連絡を取り合って支援する。病状の進行と今後の見立てについて時期を見て患者・家族に伝え、**人生の最終段階における意思決定を支援する。話し合いの内容は文書に書き起こし関係者間で共有する***。ADL が低下してくると褥瘡の危険性なども高まるため、ケアマネジャー・訪問看護師と相談をしながら、福祉用具等の介護サービスを調整する。

(文筆：富山市まちなか診療所)

参考

「厚生労働大臣が定める疾病等」(別表第 7*)

<https://www.jvnf.or.jp/shippei100420.pdf>

褥創分類

<http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design2.pdf>

高額療養費制度

<https://www.mhlw.go.jp/content/000333279.pdf>

特別訪問看護指示書

http://www.tampopo-clinic.com/torikumi/bennkyoukai/images/06/slide_6.pdf

平成 30 年度診療報酬改定の概要 PDF

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000203227.pdf

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について

<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>



3. 訪問看護ステーションが関わる在宅療養支援



訪問看護では、看護師などが居宅を訪問して、主治医の指示や連携により看護（療養上の世話又は必要な診療の補助）を提供します。病気や障がいがあっても、医療機器を使用しながらでも、居宅で最期まで暮らせるように多職種と協働しながら療養生活を支援します。

①導入期（退院/在宅）

病状が安定したら、「帰れる状態」を目指した「退院支援」が病院内で始まる（この時点で地域の訪問看護師と協働し、退院支援が行えるとよい）。

1.治療継続上の問題点 2.本人の生活上の問題点 3.介護者の生活上の問題点の視点から**退院に向けた具体的な確認・調整事項を抽出し、目標の共有**を図る。具体的には、**退院前カンファレンスや担当者会議への参加**である。病院生活では見えない、自宅での生活状況や地域資源の活用方法、訪問看護師ならではの視点からアドバイスや提案をする。

また、試験外泊した際の自宅への訪問看護の提供が可能であり、退院後の生活のイメージがつきにくい場合、この制度を利用し不安軽減を図るとよい（介護保険の要介護者であるか否かに関わらず、医療保険での利用となり、入院先主治医の訪問看護指示書交付が必要になる）。

退院した当日に訪問看護を利用し、療養上必要な指導を受けることにより安心して在宅療養を開始することができる（医療保険では、厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）、特別管理加算（別表第8）の対象者や、退院日の訪問看護が必要であると認められたもの：介護保険では特別管理加算の対象者）。

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ（図）

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000170290.pdf

②在宅急性増悪期

通常の訪問看護では、健康状態のアセスメント、日常生活の支援、心理的な支援、家族等介護者の相談支援、医療的ケア、病状悪化の防止（予防的看護）等を行う。しかし、在宅療養中には、病状の悪化「**急な状態変化**」に加え、想定外の骨折など「**急変**」として新たな症状出現が生じることがある。そのような場合には、医師やケアマネジャー等と連携をとり、**療養者本人や家族それぞれの意思決定を支援**しながら対応する。医師より点滴指示書が交付された場合は、点滴処置を在宅でもすることができる。入院時には、有機的な連携の強化、継続した看護の実施を目的として、主治医に訪問看護に関わる情報を提供する。

③看取り期

人生の最期の時間をどのように過ごすかを、厚生労働省「**人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスガイドライン**」等の内容を踏まえ、療養者およびその家族と話し合いを行い、療養者本人の意志決定を基本に他の関係者と連携の上対応する。

訪問看護師は主治医や多職種と連携を取りながら、本人や家族を24時間365日支えます。かかりつけ医を持つことにより、医師と直接的に連絡を取り合い、機能的に訪問看護師が動くことができます。

（文筆：富山県訪問看護ステーション連絡協議会）

4. 居宅介護支援事業所が関わる在宅療養支援

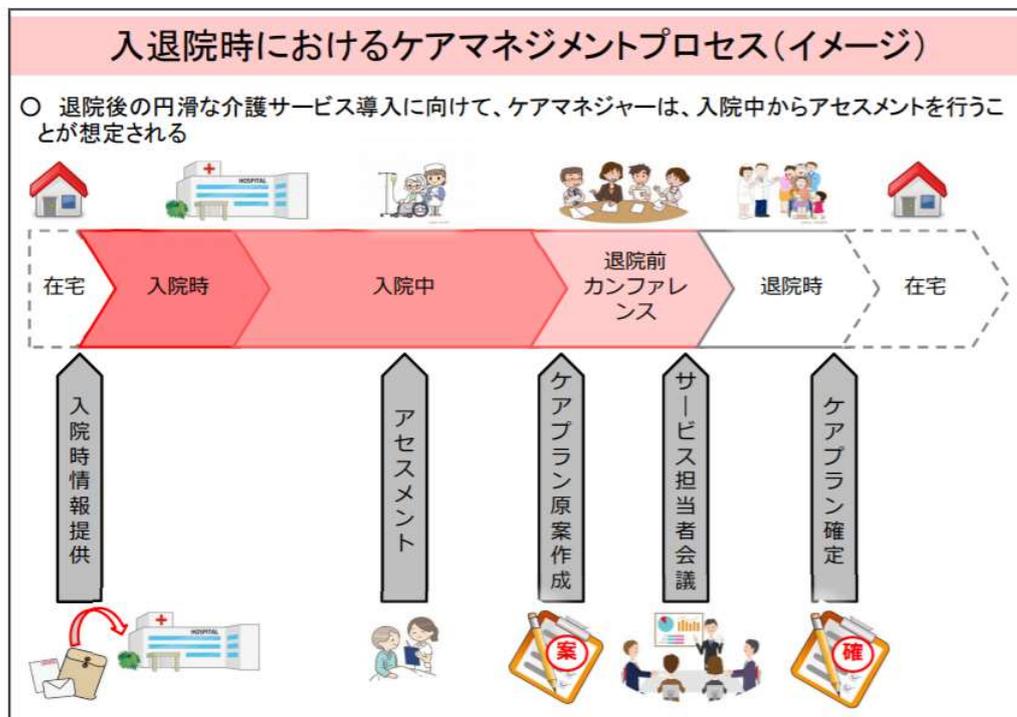
①在宅復帰から在宅療養支援

退院支援看護師や医療ソーシャルワーカーから相談があった場合は、家族等（介護のキーパーソンになる方）と連絡を取り、一緒に病院へ伺いアセスメント（ADL、病状や予後をどの程度聞いているか、介護力や経済状況、退院後の希望や不安等）を行います。自宅に限らず、特養や老健、グループホーム、サービス付高齢者住宅等を含めて希望や条件に沿った住処を検討します。

その上で退院前カンファレンスにおいて、医師や看護師との連携や情報収集を図ります。具体的には、病名、治療経過と現在の病状、予後予測、在宅療養における注意点、再入院の可否、医療処置の有無や具体的な指導方法を確認し、看護サマリーや（必要あれば）訪問看護指示書等を依頼します。

次に在宅生活のための準備として、福祉用具や住宅改修の検討、サービス事業者との連絡調整を行い、ケアプラン原案を作成します。原案に沿ってサービス担当者会議を開催し、チームとして「誰が」「いつ」「何をするのか」というそれぞれの役割を明確にします。ここではサービス事業者だけでなく、本人や家族が出来ることやしたいこと（セルフケア等）も確認していきます。退院時に会議を開催することによって、医療と介護の連携が図られ、チームケアの方向性が確認でき、本人や家族との間に信頼関係や安心感が生まれます。また急変時の連絡体制を共有することにもつながります。

在宅療養生活においては、医療職からケアマネジャーへ提供してもらいたい情報として、1) 病気の状況や今後の展望、2) 薬（種類、副作用）及び治療内容、3) 生活上で疾患に影響を及ぼすこと、等が挙げられます。またケアマネジャーからは、1) 病状の変化、2) 日頃の生活状況、3) 治療に対するコンプライアンス（指示が守られているか）、等を提供し、情報共有を図ることが大切です。



②急性増悪時支援

常に利用者の入院のリスクを意識し、予期しない入院にも慌てることなく必要な情報を入院医療機関にタイムリーに伝えられるよう、普段の状況を把握しておくことが重要です。日頃から「入院時情報提供書（案）」を作成しておき、入院されたという情報が得られれば、すぐに修正して提供するよう心がけます。入院する際には「健康保険証」「介護保険証」「お薬手帳」の3点セットを医療機関に提示することも含めて、できるだけ速やかにケアマネジャーに入院の連絡をいただくよう、利用者や家族にあらかじめ依頼しておきます。緊急入院などの場合は、必要に応じてかかりつけ医療機関にも連絡を入れて、利用者が入院したことを知らせます。

入院医療機関によって、ケアマネジャーの連絡相談窓口（医療ソーシャルワーカー、退院調整看護師、病棟看護師、担当医師等）が異なるため、日頃から医療機関の窓口を把握しておくように努めます。

③看取り支援

看取り期では、医師や看護師が中心になることが多く、本人や家族も在宅で尽力してくれる医師や看護師を頼りにしています。その中でケアマネジャーは、直接手を差し伸べる立場にはありませんが、最後の残された時間に本人や家族が満足できる環境を整えるのが役割です。利用者や家族の気持ちが揺れ動いたり、意志決定ができず悩んだときに、傾聴を繰り返しながらサポートしていくことが大切です。そのために出来ることは、利用者や家族に寄り添い、不安や悲しみ、怒りなどの感情がいつでも吐露できるよう、信頼関係を築き、傾聴していくことです。

医療職が前面に出ることが多いため、利用者や家族にケアマネジャーの役割が伝わらなかったり、ケアマネジャー自身も立ち位置がわかりにくかったり、十分に役割が果たせていないのではないかという無力感や不全感を抱くことがあります。長年にわたり関わっているケースもあれば、末期がんなどで短期間しか関わることの出来ないケースもあります。利用者これから起こるであろう変化について理解し、その上で利用者の現状を把握し、医療と介護のチームが連携し、協力し合ってサポートしていくために、情報を常に共有することを心がけます。

（文筆：富山市介護支援専門員協会）

参考文献

「入院時情報提供書」（富山老人保健福祉圏域地域リハビリテーション連絡協議会）

<http://www.tch.toyama.toyama.jp/cbr/download>



5. 地域包括支援センターの役割

地域包括支援センターは、富山市が設置主体となり、高齢者の皆様が、いつまでも自分らしく住み慣れた地域で安心して生活ができるよう、市内32カ所に高齢者の総合相談窓口として業務委託されている施設です。

その為に様々な相談にも対応できるように、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置しており、3職種チームアプローチにより、住民の健康の保持及び福祉の増進を包括的に支援することを目的としています。（介護保険法第115条の46第1項）

主な業務は、介護予防支援業務及び包括的支援事業（①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）で、制度横断的な連携ネットワークを構築するために、地域の関係団体や医療や介護などのさまざまな関係機関と連携を図りながら、地域ネットワークづくりに取り組んでいます。主な業務内容をもう少し具体的にご紹介させていただきます。

（1）介護予防支援業務

要支援者に対するケアプラン作成

*要介護のケアプラン作成は居宅事業所を選定できますが、要支援者のお住まいになっている地域包括支援センターが担当します。（居宅事業所への委託は可能）

（2）包括的支援事業

①介護予防ケアマネジメント支援業務

筋力の衰えや栄養状態の低下等で生活機能低下が見られる事業対象者等に対する介護予防ケアプランの作成など支援を行います。

②総合相談支援業務

介護保険や介護予防サービスに関するだけでなく、福祉や保健・医療等の幅広く相談に応じます。

③権利擁護業務

成年後見制度の活用促進、高齢者虐待への対応などを実施します。

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

在宅復帰支援の初動支援やケアマネジャー日常個別指導・相談、支援困難事例等への指導・助言等の業務を行います。

地域包括支援センターは、住み慣れた地域で高齢者の皆さんが尊厳を持って、いつまでも自分らしく暮らせるために、地域の中核拠点として、地域の皆様や様々な関係機関の皆様とのネットワークを構築しながら、安心して安全な生活へのご支援を実施します。

（文筆：富山市地域包括支援センター連絡協議会）



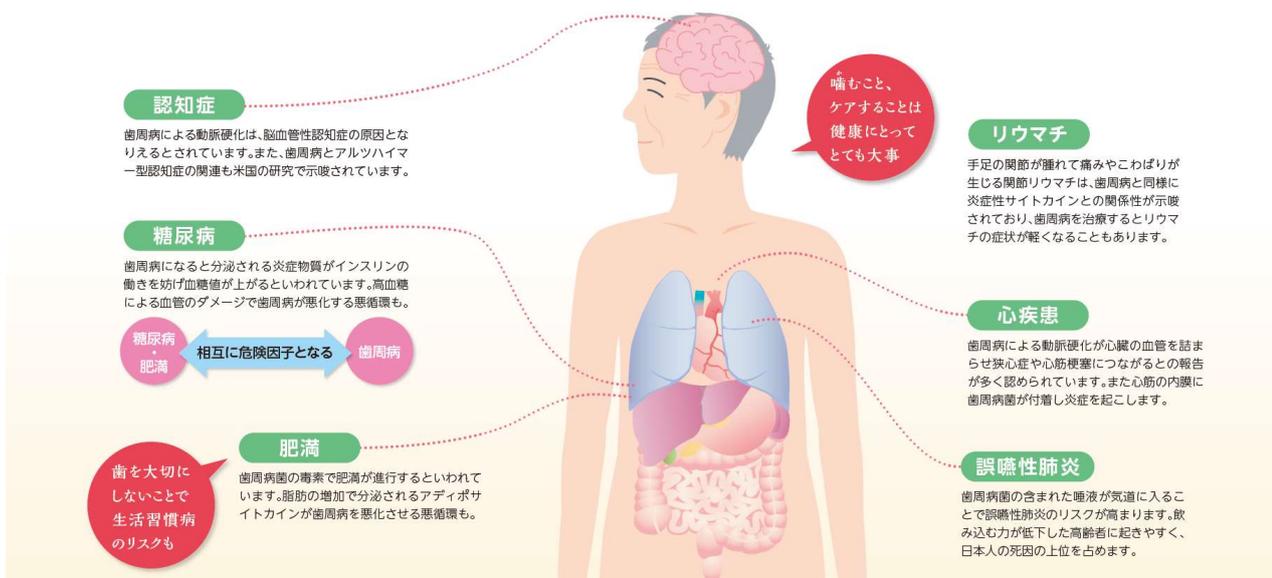
6. 歯科医師の役割と連携



口腔内の状態（歯の崩壊や喪失状態、歯の動揺や歯肉からの出血の有無、義歯の不適合等）をもとに、口腔ケアの必要性に応じて主治医意見書の該当する□にレ印をつけ、訪問歯科診療および訪問歯科衛生指導を依頼する。在宅等において療養を行っている人の約7割が該当するが、実際に行われているのは半数以下である。

- 訪問歯科診療…在宅等において療養を行っており、通院が困難な方に対して、患者の求めに応じ訪問して歯科診療を行う。
- 訪問歯科衛生指導…訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、当該保険医療機関に勤務(常勤又は非常勤)する歯科衛生士等が訪問して療養上必要な実地指導を行う。

「口腔衛生状態の改善と咀嚼の改善を図ることが誤嚥性肺炎の減少や低栄養、ADLの改善に有効であり、健康寿命の延伸に寄与することや残存歯数が多く、よく噛めている高齢者ほど健康で総医療費が低い」という口腔ケアのエビデンスが示されており、口腔の健康と全身の健康には関連性があるとされている（図）。



出典：8020推進財団小冊子「歯と口のケアからはじめる健康長寿」（P8,9）改変

在宅の歯科医療を推進することにより、歯科医療の場を拡げる効果（地域での展開）、幅を拡げる効果（包括的医療への転換）、人間性を高める効果（患者の主体性の尊重）、チームワークを強化する効果（医科歯科の連携）等があるものの、医科的（ハイ・リスク）、歯科医学的（治療の制約・限界）、社会的な問題点（不採算）がハードルとなる。

（文筆：富山市歯科医師会）

参考

歯科訪問診療協力歯科医院

<https://www.toyamacitydental.jp/visit>

歯科医師との連携のためのシート・SNS 診療工房の利用（口腔衛生・栄養機能情報提供書）

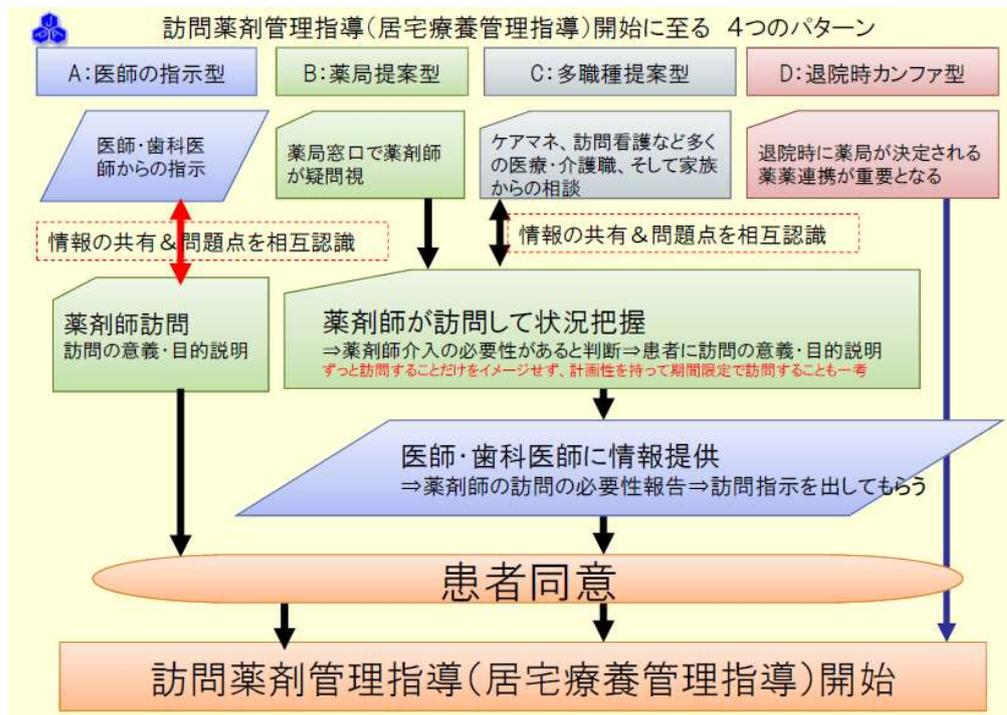
7. 在宅療養支援における訪問薬剤師の役割



①導入

薬剤師による訪問薬剤管理指導の開始は、退院時における地域連携室からの依頼、往診先での必要性による主治医からの指示、薬局において薬剤師が患者家族の要望に応じて訪問が必要と判断した場合、患者宅においてケアマネジャー等が薬剤師の訪問が必要と感じた場合の訪問要請など色々なケースがあります。

いずれの場合でも、薬剤師はできる限り早急に対応して訪問することとなりますが、まずは主治医と連携して訪問指示（処方せん記載や文書あるいは口頭）を受けることとなります。その後、多職種連携が開始され情報共有されることが望まれます。また、介護保険利用の場合は介護支援専門員と連絡をとりケアプランに組み込んでいただきます。



②在宅での薬剤師の活動

- 訪問先での薬剤師の活動は、まずは現状確認から始まります。
 - 薬の保管状況や残薬の確認
 - 服薬状況の確認
 - 患者の副作用等のモニタリングなど問題点を探していきます。
- 問題点があった場合その原因を推察・究明し対処します。
 - 薬のある場所があちこちにある場合の整理や服用を忘れにくくするための工夫
 - 薬の保管場所の最適化、薬整理箱・お薬カレンダーの活用、一包化など
 - 服薬がうまくいってない場合、服用ができないのか、服薬をしたくないのか
 - 服用できない…カプセルが飲み込めない・PTP から出せない・散薬がむせるなど
 - オブラートやトロミ剤の活用・一包化・処方医への口腔内崩壊錠等へ薬の剤形変更提案や剤形変更不可の場合は処方薬剤変更の提案など
 - 服用したくない…味、臭いがいや、入れ歯に挟まる、服用すると眠くなる、口が乾く、ふらつく、頭痛がする、便秘や下痢になる、使用するとかぶれる、効果を感じられないなど

オブラートやトロミ剤、簡易懸濁法などの服用方法の検討・処方医への剤形変更や副作用疑いによる用法用量変更や処方薬剤中止変更等の提案・治療薬服用の理解をすすめるための説明などいずれの場合でも患者の主に食事・運動・排泄・睡眠の状況を出来るだけ把握し主治医・処方医や患者本人・家族との相談の上、慎重に行っていきます。

3. 継続的な活動

1回から数回の訪問で状況が安定する場合を除き、定期的な訪問により処方薬剤追加変更時や患者病状の推移に伴って起きる問題点に対処します。また、新しく処方された治療薬の理解や予測される副作用の説明と予防対処できる場合はその対処法の説明などを行います。

③これからの課題・その他

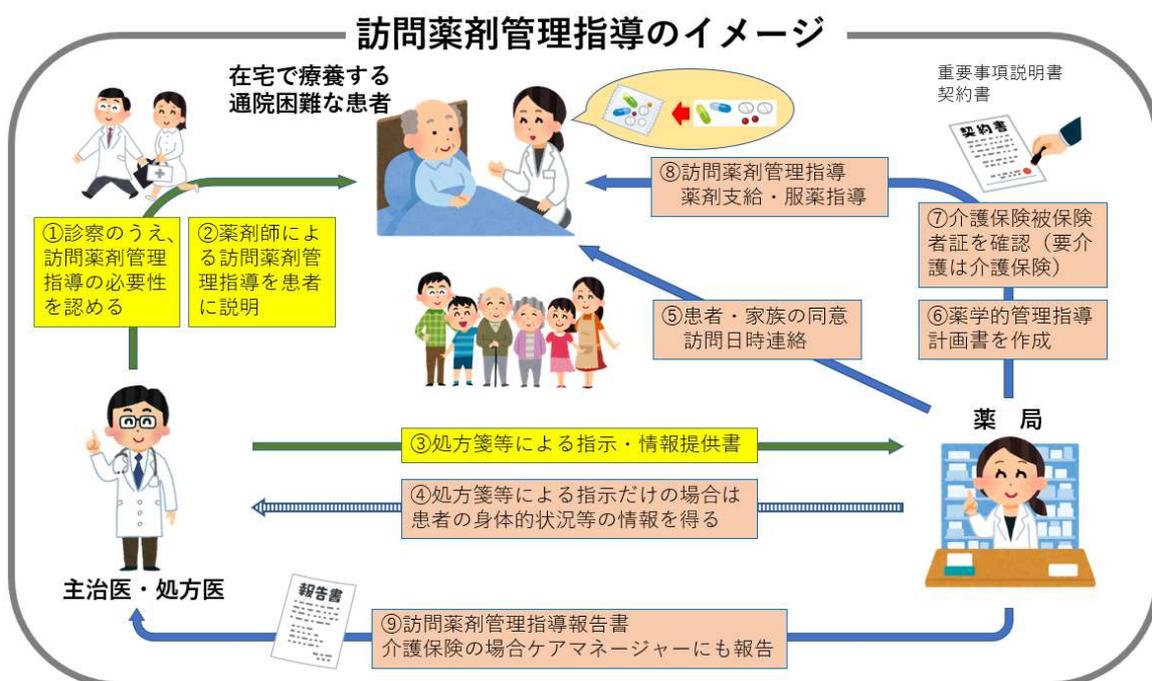
最近では、在宅での中心静脈栄養や医療用麻薬の管理など患者やその家族のみでの管理対応が困難な場合が増えてきています。薬局により対応可不可がどうしても出てきていますが、まずは普段かかりつけにしている薬局に相談していただきたいと考えております。薬剤師はまだまだ他職種との連携が不十分な現状であり、薬剤師の在宅活動内容やその必要性について他職種の方に理解していただくことが大きな課題となっています。また、多職種の情報交換の輪の中に薬剤師も積極的な参加をしていく必要があると考えています。他職種の方々からも是非積極的に声掛けをしていただければ幸いです。

今後の安定的な在宅利用提供に向けて

- ・薬局の役割についての多職種の理解
- ・薬局の在宅参入のための支援
- ・薬局間、薬剤師間での連携による在宅療養支援体制の構築

「訪問薬剤管理指導指示書」「診療情報提供書」「訪問薬剤管理指導報告書（主治医・介護支援専門員あて）」「服薬情報提供書」などを通じて情報の共有化を図る。

（文筆：富山市薬剤師会）



8. 参考 Web 一覧

<p>かかりつけ医 を探す 公益社団法人富山市医師会 https://www.toyamashi-med.or.jp/map/</p>
<p>かかりつけ歯科医 を探す 一般社団法人富山市歯科医師会 https://www.toyamacitydental.jp/kakaritsuke</p>
<p>施設・サービス を探す 富山市まちなか総合ケアセンター http://machinaka-care.city.toyama.lg.jp/mnr/top.aspx</p>
<p>訪問看護ステーション を探す 富山県看護協会訪問看護ネットワークセンター http://www.toyama-houmon-kango.net/kangostation/</p>
<p>訪問薬剤管理調剤薬局 を探す とやま医療情報ガイド：薬局を探す http://www.qq.pref.toyama.jp/qq16/qqport/kenmintop/</p>
<p>入院時情報提供書 様式（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所→医療機関） 富山老人保健福祉圏域地域リハビリテーション連絡協議会版 http://www.tch.toyama.toyama.jp/cbr/download</p>
<p>富山市医師会版 医療情報共有・多職種連携ソフトの紹介（診療工房・たてやまネット） http://www.tcma-kenkou.com/health04.html</p>
<p>多職種連携のための共通シート（堺市医師会） http://www.sakai-med.jp/renkei/sheet.html</p>

富山市医師会 地域包括ケアシステム・在宅医療委員会

加治 正英（富山県立中央病院 総合地域連携部長）	
家城 恭彦（富山市立富山市民病院 地域医療部主任部長）	
圓谷 朗雄（富山赤十字病院 地域医療連携室長）	
亀山 智樹（富山県済生会富山病院 副院長、地域医療連携担当部長）	
小原 留美（富山県訪問看護ステーション連絡協議会会長）	
野口 雅司（富山市地域包括支援センター連絡協議会会長）	
野村 明子（富山市介護支援専門員協会副会長）	
増田 晶彦（公益社団法人富山市薬剤師会会長）	
中道 勇（一般社団法人富山市歯科医師会会長）	
伊井 祥（一般社団法人滑川市医師会会長）	
植野 克巳（一般社団法人中新川郡医師会会長）	
高場 英人（富山市福祉保健部長寿福祉課長）	
吉山 泉（公益社団法人富山市医師会会長）	
前川 裕（公益社団法人富山市医師会在宅医療担当理事）	（順不同）