

開催概況

日時：平成30年1月10日（水曜日）

午後7時00分から8時30分

会場：東京都医師会 2階講堂

参加人数：29人（うち傍聴者15人）

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 病院協会
- 歯科医師会
- 薬剤師会
- 看護協会
- 介護支援専門員研究協議会
- 老人保健施設協会
- 保険者協議会

主な意見交換の内容

【在宅療養に関する地域の現状・課題等について】

- 区で多職種の情報共有のための共通シートを作成。試行的に1年間使ってきたが、やりとりされる情報が統一されて使いやすく、成果を感じている。また、シートを中心に多職種連携が深まってきた。
- 区を4つのグループに分け、かかりつけ医と訪問診療専門医・後方支援病院の連携の取組を行っている。（かかりつけ医の患者で外来通院が厳しくなった患者について、グループ内の訪問診療医にお願いをする。また、後方支援病院がそれをバックアップする取組。）
- 外来から訪問診療に切り替えたいと患者が希望した際に、ケアマネがかかりつけ医に知らせずに訪問診療に切り替えているケースがある。
- ケアマネとしては、在宅医療につなげる際には、かかりつけ医と相談するよう共通認識を図っている。老々・認知症などは特に、ケアマネが患者さんの代弁者として医師と調整をしている。
- 医療・介護の壁はまだ解消できていない。代表者による多職種会議だけでなく、地域ごとに会議を開催し、顔の見える関係をつくる必要がある。
- 訪問看護STは増加しているが、フルで働ける人がいなかったりと人材不足。また、訪問看護師同士の連携がとれていない。
- 薬剤師の取組が進んできた。地域ケア会議のアドバイスの立場の連携から、各事例からの服薬管理に繋げていく具体的な取組に進んできた。

【地域と病院の連携について】

- 強化型在支診と病院がグループをつくり連携する取組を試験的に運用している。
- 病院の看護師は医療の知識は豊富であるが、介護の知識の理解が必要。
- 在宅が見えていない病院のスタッフが多い。在宅に1～2日間研修に行っても理解しきれない。
- 病院の退院調整窓口が地域の在宅療養患者を支えるチームの取組を見えていない。そうした状況で、短い日数で地域と連携しながら、退院調整を行うのは難しい。
- 在宅療養患者を救急で受け入れる場合、当直医が対応を判断するが、地域との連携がないと判断が難しい。
- レスパイト入院を前向きに考えて欲しい。レスパイトが必要な状態は、家族がケアをできなくなる一歩手前であり、それは患者にとっても負担になる。
- 老健は中間施設としてショートステイ、レスパイトの受入れが可能であり、活用して欲しい。多職種も揃っており、施設内で医療・介護の対応ができる。
- 退院後独居を希望する患者が増えて、退院時からのリスク管理、医療と介護の連携が必要。