

テーマ② 地域と病院の連携について

	主な意見
広域的な取組・連携	<ul style="list-style-type: none"> ○区を越えると連携が難しくなる ○区内共通の退院ルールをつくらうとしたが、病院ごとでルール等が違い、まず、区内の病院間の周知・共有が必要という結果になった ○病院との連携においては、各市単独ではなく、圏域レベル等での広域的な連携が必要 ○在宅と病院との連携、上手くいっている。一方で、市外の病院との連携が取れていないのが課題 ○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
情報共有(ICT含む)	<ul style="list-style-type: none"> ○病院は電子カルテ情報は持っているのですが往診の状況などはわかるが、地域の誰と連携しているかわからない ○病院から病院へ転院するとき、転院元の病院から入院時の状況等についてこない、情報共有ができていないことが問題、かかりつけ医がわからない、病院間の情報共有が課題 ○入院前からの情報共有が大切
入退院調整	<ul style="list-style-type: none"> ○病院へ紹介した患者が地域（紹介元）に帰ってこない ○在宅専門のクリニックが区市町村単位ではなく、都単位で事業を行っており、退院調整の限られた時間の中で、対応が早くサービスが良いと感じ、利用してしまう退院調整担当の看護師がいる ○退院前カンファレンスは実施されているが、在宅医が参加できていない ○独居でかかりつけ医がいない等、キーマン不在のケースが増え、退院時の調整が大変になった ○独居や経済的困窮などの困難事例において、MSWのみでは対応に限界があり、地域の関係者と連携した取組が必要 ○病院から在宅に戻るためには、ケアマネジャーとの連携が大きなポイント ○病院において、退院シートの活用・退院前カンファレンスの実施、また、ケアマネ等との会議を実施し、交流を図っており、顔の見える関係が構築されつつある
医療介護関係者の相互理解	<ul style="list-style-type: none"> ○病院の医師・看護師と地域の医療介護関係者の相互理解が必要 ○ケアマネジャーにもう少し、医療的な知識を身に付けてもらえると、医療・介護連携が進むのではないかと ○医療側と地域（特に、施設スタッフ）の相互理解が必要
老健施設	<ul style="list-style-type: none"> ○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 ○老健において、医療ショートとして活用できるとより在宅療養患者に対する支援に繋がる
訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療を推進するうえでは、訪問看護ステーションの役割が大変重要と感じている
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○生活面で多くのサポートを必要とする患者は、病院で受け入れても在宅への復帰がなかなか難しい ○医療や介護だけでなく、生活のサポートを併せて行っていくことが重要 ○ケアマネジャーとして関わっている利用者の急変時に、医療者から家族同等に意見を求められる場面もあり、対応に苦慮 ○慢性疾患の在宅患者の中には、救急搬送が本当に必要であったか疑問に感じるケースが多い

区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部
<p>【広域的な取組・連携】 ○急変時の対応など、区で5ブロックに分けて連携をとっている</p> <p>【情報共有 (ICT含む)】 ○病院は電子カルテ情報は持っているが、往診の状況などはわかるが、地域の誰と連携しているかわからない</p> <p>○病院から病院に転院等する際の情報共有ができないのが課題</p> <p>【入退院調整】 ○病院へ紹介した患者が地域(紹介元)に帰ってこない</p> <p>○急性期からの転院において、近隣区では病床が満床の場合も多く、遠くへ転院してもらおうケースがある</p> <p>○病院において、退院シートの活用・退院前カンファレンスの実施、また、ケアマネ等との会議を実施し、交流を図っており、顔の見える関係が構築されつつある</p> <p>【その他】 ○在宅での受入れにあたって、様々な処置が必要な患者も多く、受け入れ側の質の担保も重要</p>	<p>【広域的な取組・連携】 ○区を越えると連携が難しくなる</p> <p>【情報共有 (ICT含む)】 ○病院から病院へ転院するとき、転院元の病院から入院時の状況等がついてこないことが問題。病院間の情報共有が課題</p> <p>○入院前からの情報共有が大切</p> <p>【入退院調整】 ○ケアマネに対して、地域において摩擦が起きないように、退院に関し主治医に患者を帰すように、細心の注意を払って周知している</p> <p>【医療介護関係者の相互理解】 ○病院の看護師が、在宅でどこまで看護ができるかわからないため、病院で出前講座を予定している</p> <p>【その他】 ○主治医が「患者が病院から地域に戻った際に診させてほしい」という意思を表明し、訪看・ケアマネの手配等も主治医が行うという取組も考えられるのでは</p> <p>○回復期・慢性期病床を持つ病院として、ポストアキュート・サブアキュートの役割を担い在宅療養をバックアップする体制をとっている</p>	<p>【入退院調整】 ○独居でかかりつけ医がいない等、キーマン不在のケースが増え、退院時の調整が大変になった</p> <p>○在宅専門のクリニックが区市町村単位ではなく、都単位で事業を行っており、退院調整の限られた時間の中で、対応が早くサービスが良いと感じ、利用してしまう退院調整担当の看護師がいる</p> <p>○退院前カンファレンスにかかりつけ医(紹介医)も参加できれば連携が進むと考えられるが、実際に参加することは少ない</p> <p>【医療介護関係者の相互理解】 ○医療と介護では、使用する言語が異なり、連携するには共通の言語が必要である</p> <p>○病院の看護部長と訪問看護ステーション間の連絡会を開催しているが、医師も含めた連携会議や多職種で意見交換できる場が必要</p>	<p>【広域的な取組・連携】 ○区西部全体で後方支援の取組をする必要がある</p> <p>【入退院調整】 ○退院調整が不足しており、どう地域へ帰すか悩んでいるときに急変することもある</p> <p>【医療介護関係者の相互理解】 ○病院の医師・看護師と地域の医療介護関係者の相互理解が必要</p> <p>○退院時カンファレンスが不十分であるため、在宅の現場(患者家族の事や地域での生活のことなど)を理解できていない</p> <p>○急性期の医師はどこまで在宅でできるのか理解が不足しているように感じる</p> <p>○病院看護師は在宅看護がどこまでできるのか理解が不十分であるため、情報のマッチングが必要である</p> <p>【看取り】 ○老健施設での看取り希望者が増えつつあるため、施設でも看取りをする必要がある</p>	<p>【広域的な取組・連携】 ○区内共通の退院ルールをつくらうとしたが、病院ごとでルール等が違い、まず、区内の病院間の周知・共有が必要という結果になった</p> <p>○区内の病院間の繋がりがわからないことがわかる</p> <p>○区内13病院・有床診2か所で空床を利用し、後方支援を行っている</p> <p>【情報共有 (ICT含む)】 ○急性期病院からリハビリ病院に転院した際、病院同士で情報共有がされず、かかりつけ医がわからない</p> <p>【医療介護関係者の相互理解】 ○病院の医師が在宅医療がどのくらい医療ができるかわからないため病院医師の在宅への理解促進が必要</p> <p>○病院の取組を在宅医が把握する必要がある。また、病院は病院内の状況について地域に情報提供することが必要</p>	<p>【広域的な取組・連携】 ○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</p> <p>【入退院調整】 ○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</p> <p>○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</p> <p>【医療・介護関係者の相互理解】 ○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</p> <p>○在宅が見えていない病院のスタッフが多い</p> <p>【老健施設】 ○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</p>
区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
<p>【入退院調整】 ○紹介状のみで患者が診療所に帰ってくることもある</p> <p>○退院前カンファレンスは実施されているが、在宅医が参加できていない</p> <p>○独居や経済的困窮などの困難事例において、MSWのみでは対応に限界があり、地域関係者と連携した取組が必要</p> <p>○病院とクリニックの会議を始めたことにより、連携がとれるようになってきた</p> <p>【医療介護関係者の相互理解】 ○病院の看護師は、介護に関する知識をもっていない</p> <p>【その他】 ○医療や介護だけでなく、生活のサポートを併せて行っていくことが重要</p>	<p>【広域的な取組・連携】 ○医師が不足しているなかで、病院と連携し、病院がバックアップする体制が必要</p> <p>○市町村において、病院に対する後方支援病床等の取組は進んでいない</p> <p>【情報共有 (ICT含む)】 ○顔の見える関係で対応しきれない部分について、患者情報を共有する方法の検討が必要</p> <p>【医療介護関係者の相互理解】 ○医療側と地域(特に、施設スタッフ)の相互理解が必要</p> <p>【都民の意識・普及啓発】 ○患者の意識啓発も大切。医師からの教育や行政等からの普及啓発が必要</p> <p>【機能分化】 ○がん・非がんに分けて整理する必要がある</p> <p>【その他】 ○病院と関わりのある医療機関や施設だけで連携をしている現状がある</p>	<p>【広域的な取組・連携】 ○在宅と病院との連携、上手くいっている。一方で、市外の病院との連携が取れていないのが課題</p> <p>【入退院調整】 ○急性期病院から在宅への移行にあたっては、医療連携室が病態に応じて、在宅専門を紹介するか一般のクリニックを紹介するか対応している</p> <p>【都民の意識・普及啓発】 ○病院としては、自宅へ帰れると思っていても、家族が在宅での対応は無理というケースもある</p> <p>○在宅療養というより、患者からは施設等への意識が強く感じる。この辺りの意識変容がないと進んでいかない</p> <p>【その他】 ○独居、生活力がないとやはり帰れない</p> <p>○生活面で多くのサポートを必要とする患者は、病院で受け入れても在宅への復帰がなかなか難しい</p>	<p>【入退院調整】 ○退院支援部門の充実が必要</p> <p>○7:1体制の確保が優先され、退院支援部門に多くの人員配置をすることが難しく、多忙な状況となっている</p> <p>○患者さんが退院後、どのようなことを望んでいるかを整理し、支援することが重要</p> <p>○病院と地域の連携は進んできているが、在宅復帰後の生活支援という視点までは難しい</p> <p>【医療介護関係者の相互理解】 ○ケアマネジャーにもう少し、医療的な知識を身に付けてもらおうと、医療・介護連携が進むのではないかと</p> <p>○急性期病院では、在宅への視点が足りないこともある</p>	<p>【広域的な取組・連携】 ○病院との連携においては、各市単独ではなく、圏域レベル等での広域的な連携が必要</p> <p>○病院単独では夜間対応は難しいので、一度、救急医療機関で受入れ、翌朝受け入れる連携で夜間対応の充実に努めている</p> <p>【入退院調整】 ○在宅での暮らしを見据えた退院支援ができておらず、結果的に再入院になってしまうケースがある</p> <p>○かかりつけ医や在宅医を含めた退院前カンファレンスがなかなかできないのが、課題</p> <p>【老健施設】 ○老健において、医療ショートとして活用できるとより在宅療養患者に対する支援に繋がる</p>	<p>【情報共有 (ICT含む)】 ○予定入院患者の場合、自分のケアマネジャーが誰かを把握しているが、予定外入院だと把握していないことが多い</p> <p>【入退院調整】 ○病院から在宅に戻るためには、ケアマネジャーとの連携が大きなポイント</p> <p>○退院カンファレンスに訪問看護ステーションが参加してくれていると情報が上手く伝わる</p> <p>【訪問看護 S T】 ○在宅医療を推進するうえでは、訪問看護ステーションの役割が大変重要と感じている</p> <p>【その他】 ○慢性疾患の在宅患者の中には、救急搬送が本当に必要であったか疑問に感じるケースが多い</p> <p>○ケアマネジャーとして関わっている利用者の急変時に、医療者から家族同等に意見を求められる場面もあり、対応に苦慮</p>