

テーマ② 構想区域別テーマ

構想区域	グループワークテーマ	キーワード
区中央部	入院患者を地域のかかりつけ医に円滑に戻すための取組	<ul style="list-style-type: none"> ○多くの流入患者 ○情報共有 ○かかりつけ医との連携
区南部	急変時の受入れなど、病院と在宅医との連携強化の取組	<ul style="list-style-type: none"> ○後方支援体制 ○顔の見える関係づくり
区西南部	地域の中で医療機関等の情報を共有するための取組	<ul style="list-style-type: none"> ○病院・かかりつけ医の情報 ○広域的な情報共有 ○かかりつけ医との連携
区西部	在宅移行をする際の情報共有・連携の取組	<ul style="list-style-type: none"> ○ICT・ネットワーク化 ○顔の見える関係・連携
区西北部	限りある地域の医療資源を有効活用していくための、構想区域内の連携強化について	<ul style="list-style-type: none"> ○多職種連携 ○ICT ○住民理解
区東北部	中小病院間の顔の見える関係を構築し、情報共有・連携を強化する取組	<ul style="list-style-type: none"> ○顔の見える関係 ○情報共有にあたってのルール作り ○住民理解
区東部	退院調整部門を置いていない医療機関も含め、退院調整を充実・強化させるための取組（病院間・地域との連携）	<ul style="list-style-type: none"> ○MSWの役割 ○人材育成・確保 ○在宅医との連携
西多摩	限りある医療資源を効率的・効果的に活用するための連携、役割のあり方	<ul style="list-style-type: none"> ○役割分担 ○情報共有 ○連携の円滑化
南多摩	退院調整機能を充実・強化するための取組	<ul style="list-style-type: none"> ○入院時連携 ○情報共有 ○地域のネットワーク
北多摩西部	地域の中で在宅患者を支えるための病院・診療所間の連携・支援の取組	<ul style="list-style-type: none"> ○後方支援 ○ICT・ネットワーク化
北多摩南部	地域の中で患者を受け止めるための、入退院調整の取組の充実・強化	<ul style="list-style-type: none"> ○役割分担 ○情報共有・ICT ○人材育成・確保
北多摩北部	医療連携を進める上で、各医療機関が担う機能の情報共有について	<ul style="list-style-type: none"> ○役割分担 ○ツールの共通化・ICT ○顔の見える関係づくり

	区中央部	区南部	区西南部
テーマ	入院患者を地域のかかりつけ医に円滑に戻すための取組	急変時の受入れなど、病院と在宅医との連携強化の取組	地域の中で医療機関等の情報を共有するための取組
キーワード	<ul style="list-style-type: none"> ○多くの流入患者 ○情報共有 ○かかりつけ医との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ○後方支援体制 ○顔の見える関係づくり 	<ul style="list-style-type: none"> ○病院・かかりつけ医の情報 ○広域的な情報共有 ○かかりつけ医との連携
	<p>【多くの流入患者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○基本はかかりつけ医から情報収集しているが、遠方の病院の情報についてはケースワーカーが力を入れて情報収集している。 ○都道府県を越えた入院や、旅行者の入院については調整が難しい ○かかりつけ医を介せば、遠方からの入院であっても帰すことができるため、かかりつけ医制度を強化する必要がある ○転科や転院を経た結果、患者がかかりつけ医に戻らないケースがある 	<p>【後方支援体制】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○認知症が強くなると合併症が増えてくるため、かかりつけ医が24時間対応することは難しく病院にお願いせざるを得なくなる ○在宅患者の急変時、かかりつけ医と連携している病院が必ず受け入れられているかというところではなく、救急車を使ってどこかの病院に収容されているというケースもある ○心肺停止の場合の搬送等は、家族の意向を確認できる日中時間帯は対応できても、夜間は情報を取れない場合もあり対応が困難という意見がある ○急性期病院としては、普段からしっかり患者を診ている在宅医であれば構わないが、患者情報の提供もない在宅医から急に診てくれとお願いされても受けかねる ○急性期病院としては、経営的な面等から在宅医との連携のために常にベッドを空けておくわけにもいかない ○急変時の受入れで困るケースは、救急搬送時の情報が不足している場合である（お薬手帳の情報が有効であるが病院ごとに手帳を分けてしまっているケースがある） ○看取りのための急変なのか、本当に予期しない急変なのかで対応が異なるが、救急搬送される際にはそのような情報がいないため、救急担当医が苦慮している 	<p>【病院・かかりつけ医の情報（専門性等）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○急性期病院の立場としては、回復期・慢性期病院の利用状況が知りたい ○急性期病院でも回復期機能を有する病院もあり、病院の実際の中身がわかる情報を取得するにはどうすればよいのか ○紹介先の医療機関にどのような医師がいて、どのようなことが得意かを知って信頼できる人間関係を構築することが必要 ○高度急性期・急性期病院において、患者に対する説明が不足している場合もあるためきちんと転院先の医療機関がどのような機能・役割なのか話しておいて欲しい ○かかりつけ医を紹介する時に、どのような専門性のある医師なのかまだまだわかりにくい状況があるのではないかと。
	<p>【情報共有】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○情報提供が回復期や慢性期の病院まででとどまっている状況もあるため、介護施設やかかりつけ医まで含んだ一体的な情報共有の仕組みを作るべき ○かかりつけ医・病院・その他関係者が患者情報を共有化できる仕組み作りが急務 ○情報ネットワークの構築が必要 ○医療連携室で患者の入院履歴がわかるような仕組み作りをしている医療機関がある ○病院側もかかりつけ医と同じくらい患者がよく見える仕組みをつくるのが大切 ○患者に統一した電子カードを持ってもらうことで、円滑な情報共有ができるのではないかと。 ○まずは周辺地域との連携を考え、その先に区中央部内での連携が見えてくるのではないかと。 	<p>【顔の見える関係づくり】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○組織として地域連携室があっても、現実には個人と個人のつながりによる連携が有効 ○顔の見える会議を増やすことによって、地域での連携を強化していくことができるのではないかと ○在宅医がどこまで対応してくれるかわからず、退院調整に必要以上に時間をかけてしまっているケースがある ○在宅医と病院医との意見交換の場を作っても、若手の医師や看護師の参加がなかったり、参加する医師が固定化されてしまうなどの問題点もある ○在宅医同士の連携や協力については考え方に差があり、患者を抱え込んでしまっている医師もいるのではないかと 	<p>【広域的な情報共有】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○うまく連携するためには、患者自身の情報も大事だが、家族の情報や問題を抱えている場合はその問題についても共有した方がスムーズに進むだろう ○病床設置等の新しい情報をどこまで共有していくことができるか ○情報が多くなりすぎて、どの情報を信頼してよいのかわからなくなっている。情報の整理も必要ではないか ○地域の情報データベースも作られているが、区単位になっていることがほとんど。区を越えた情報のやり取りをもっと進めていかなければならない ○各区市町村が在宅医療介護連携推進基盤事業の中で、医療資源の情報を収集しているため、それをICTのネットワークで繋げることはできないか。 ○紹介先の病院で転科してしまうと、紹介元の医療機関との関係が途切れてしまうため、対応を検討していく必要がある
	<p>【かかりつけ医との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○大学病院からの転院を受けた場合、患者が最初のかかりつけ医に戻らないことがある ○紹介先の病院に逆紹介をお願いしてもなかなか希望が叶わないことある。 ○逆紹介率が非常に高い診療科もある ○高齢者の場合は複数科を持つ病院の方が便利な場合があるなど、患者自身が病院での診療継続を希望するケースもある。 ○患者が手術等を行った病院での診療継続を希望する場合、病院と診療所で並行して診るケースもある。（ツードクターシステム） ○患者を地域に直接帰せるほど回復しないケースもあり、その際は回復期リハ病棟等でワンステップ置かざるを得ない。 ○在宅療養は大変だという意識が先行しているが、在宅でもケアすることができるということを伝えていく必要がある 		<p>【かかりつけ医との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病院に紹介した患者を地域に戻す際、必ずしもかかりつけ医に戻らないことがある ○在宅患者が救急車で運ばれた場合、かかりつけ医に戻らない場合がある ○圏域・地域の中で、医療機関とかかりつけ医間の協議の場があればよいのではないかと ○患者を地域に帰す際に、診療所のマップを作った上で選んでいくようにすればスムーズに行くのではないかと ○地域包括ケアを継続的に進めていくには、患者を一番よく知るかかりつけ医とのつながりを切らさないようにすることが大切
	<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケア病棟へ転換した病院について、今後は他の病院との連携が評価されていくのではないかと。 ○看護師とケアマネ間の顔の見える関係を強化することで、介護が主となっている方たちが医療にかかりやすくなるのではないかと。 ○精神科の病院ではケースワーカーが中心となり、できるだけ患者を地域に帰そうという取組を進めている 	<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> 	<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○現在、各医療機関が独自に連携を行っているが、それを専門で行うメディカルコーディネーターのような方がいるともっと効率的になるのではないかと ○病院内・病院間で情報をやりとりすると言っても、調整できる期間が限られているため最初から「どうするのか」を見極めないと難しい ○福祉の問題が関与する場合もあり、福祉の方達にも頑張ってもらいたい ○患者が地域包括ケアについての理解をもった上で連携していくことが、医療資源を有効に使うことにつながる

	区西部	区西北部	区東北部
テーマ	地域の中で医療機関等の情報を共有するための取組	限りある地域の医療資源を有効活用していくための、構想区域内の連携強化について	中小病院間の顔の見える関係を構築し、情報共有・連携を強化する取組
キーワード	<ul style="list-style-type: none"> ○ICT・ネットワーク化 ○顔の見える関係・連携 	<ul style="list-style-type: none"> ○多職種連携 ○ICT ○住民理解 	<ul style="list-style-type: none"> ○顔の見える関係 ○情報共有にあたってのルール作り ○住民理解
	<p>【ICT・ネットワーク化】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ICTの活用について、セキュリティの問題を理由に慎重に考える声もある ○情報共有もどこまで対象に広げていくのか（医療関係者のみか、介護事業者も含めるのか） ○認知症等で本人の同意が取れない際に、電子カルテの共有にしるネットワークにしる情報をどこまで出していくのか ○医療機関等のマップを区・圏域を越えて広げていく必要がある ○ネットワークの構築について、補助金を活用するにしてもコストがかかる ○開業医側からすれば、病院ごとに構築されたネットワークに参加するとそれぞれに参加費を支払う必要があり負担が増える ○介護の情報の共有 	<p>【多職種連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病院会議室で多職種が集まるカンファレンスを行うことで、顔の見える関係の構築や情報共有を進めている区がある ○連携強化のためには、顔の見える関係が一番大事であり、看護師だけでなく医師も含めた緩やかな交流があるとよい ○ケアマネと上手く連携できているケースもあれば、そうでないケースもあり、多職種を含めた会を設ける努力が必要 ○MSWや退院調整看護師が連携を担っているところが大きく、その働きが重要になる ○病院間の連携についてはある程度先が見えてきたが、退院となるとハードルが高くなる。施設を含めた介護系への連携について調整が必要 ○急性期～慢性期に向けての連携についてはある程度できているが、情報共有のルールを決めればより連携が深まっていくのではないかと ○在宅での看取りについて、本人の意思が重要だがそれを多職種で統一して認識しておくことが重要である ○薬剤師も、多職種連携の中で役割を発揮することが大切だが、取組としてはまだまだ不十分 ○急性期以降においては、連携によってできるだけ患者さんの自区内で医療が完結できるようにしたいが、まだまだ不十分な状況 	<p>【顔の見える関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○葛飾区では、MSWによる連携の会が頻繁に行われている ○顔の見える関係と言っても、実際に会うことが難しい場合もあるため、テレビ電話やメールでのやり取りであってもインセンティブを付けて欲しい
	<p>【顔の見える関係・連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○多職種による入退院支援センターを作って、情報の入口・出口を一本化している病院がある ○情報共有にあたっては、医療機関間の信頼関係が非常に大切 ○在宅療養を支えるにあたり、介護との連携は欠かせない ○在宅医のネットワークが活発である結果、急変時対応もスムーズに行えている ○病院と在宅医のみではなく、行政・医師会との連携も必要 ○訪問歯科を行う歯科医師には非会員も多く、連携を取ることが難しい ○接触嚙下のリハビリ等に積極的に取り組んでいる病院が、歯科医師への支援も行っている 	<p>【ICT】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○今後、ICTの活用が重要になってくるだろう ○MSWを入れたチーム対応やICTによる連携によって、退院支援に力を入れている医療機関がある ○ICTの活用を進める中で、個人のデバイスを使うことは望ましくないとされている。今度どう対応していくかが課題 	<p>【情報共有にあたってのルール作り】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ICTによる連携は、小さい規模ですすでに色々行われているが、そのような連携を都の中で一つにつないでいくことができると、より情報共有がしやすくなるのではないかと ○情報共有するにあたって、共通のフォーマットが決まらないと後々使えなくなってしまいう場合も想定される ○情報共有にSNSが使われているケースもあるが、SNSを使うのであれば自然発生的に広がってしまう前に、しっかりルールを決める必要がある
		<p>【住民理解】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○家族や住民が病床機能について深く理解を進める必要がある ○住民が医療の現状・将来をうまく理解していない中で、高い病院志向をどうやって改善していくのか 	<p>【住民理解】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○働き方改革が進めば、今の医療体制の維持は難しくなる。行政から、これからの医療で出来ること出来ないことをしっかり伝えて欲しい。 ○住民に対して、病院の機能や役割についての情報をもっと伝えて行けば、結果患者情報の共有化も進むのではないかと
	<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○各医療機関に情報共有を任せるとはせず、専門のコーディネーターがいた方が円滑になるのではないかと ○在宅医を増やすためにどういうことを考えるべきか ○患者・家族の理解も必要 ○在宅移行は患者・家族に経済的な負担がかかるため、メリットがなければならぬ 	<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療依存度の高い方をどうやって診ていくかについて苦慮している ○在宅患者の登録制度を設けることで、病院と在宅医の連携システムを作り、急変時やレスパイトの受け入れが上手く回っている 	<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○中小病院間の連携において、ICTは必ずしも必要ではない ○救急端末のようなシステムを、回復期や慢性期の病院でも活用できるようにしてはどうか ○糖尿病や透析の患者が多い区では、行政がもっと病院と連携を進めて行きたいと考えている

	区東部	西多摩	南多摩
テーマ	退院調整部門を置いていない医療機関も含め、退院調整を充実・強化させるための取組（病院間・地域との連携）	限りある医療資源を効率的・効果的に活用するための連携、役割のあり方	退院調整機能を充実・強化するための取組
キーワード	<p>○MSWの役割</p> <p>○人材育成・確保</p> <p>○在宅医との連携</p>	<p>○役割分担</p> <p>○情報共有</p> <p>○連携の円滑化</p>	<p>○入院時連携</p> <p>○情報共有</p> <p>○地域のネットワーク</p>
	<p>【MSWの役割】</p> <p>○MSWを多く配置している病院もあるが、そうでない病院も多数ある</p> <p>○MSWが不足しており、また、業務量が多いので片手間になってしまっているのではない</p> <p>○MSWの介入のタイミングについて、救急主体の病院では、どういった患者が入院してくるかわからないので入院時からほぼ全ての患者に関わる必要があり、後方連携がメインとなる。</p> <p>○MSWの介入のタイミングについて、回復期機能の病院の場合は退院時だけでなく入院時連携も必要となる</p> <p>○MSWの介入のタイミングについて、療養型の病院の場合は前方連携が主体となる</p> <p>○MSWが退院調整をする際に誰と話すかについて、急性期病院では家族が中心となるが、回復期の病院となるとケアマネを交えないと様々な準備が進まない</p>	<p>【役割分担】</p> <p>○マンパワーが少なくなるような科については、病院間で当直日などの分担した方がよいのではない</p> <p>○公立病院には、高度医療・救急・周産期・小児を頑張りたい</p> <p>○民間でも救急を頑張っている病院はあるが、より高次の医療が必要となった場合には公立病院にお願いしたい</p>	<p>【入院時連携】</p> <p>○退院調整だけでなく、入院時から調整をするようになってきた</p> <p>○退院調整だけでなく入院時から調整を図らないと、退院がスムーズにすまないため、転院先にいかに情報を提供していくかということをしつかりさせる必要がある</p>
	<p>【人材育成・確保】</p> <p>○退院調整部門はあっても動きが非常に弱いことがある。看護師の場合は、他の業務と兼務している場合も多い。</p> <p>○退院調整を扱うにはただ研修に行けばよいというわけではない。幅広いキャパを求められるので、退院調整を行う人の養成に力を入れる必要がある</p> <p>○MSWや看護師に在宅の現場を見学してもらうことで地域を理解してもらうという区の実践があるが、そのような啓蒙活動を活発に行っている方がよい</p> <p>○若い医師の中には、地域医療についての理解が少ない方もいるので医学生への啓蒙も必要</p>	<p>【情報共有】</p> <p>○地域包括ケア支援センターが充実し、情報の共有が進めば効率的に進むことができるのではない</p> <p>○薬剤について、薬の管理が、病院から在宅・病院間・施設等に行く時にばらばらになっていることが多いため薬剤師が介入していく必要がある</p> <p>○お薬手帳を何冊も持っている患者もおり、在宅で医師や看護師が確認するのが大変。対応検討する必要がある。</p>	<p>【情報共有】</p> <p>○患者が地域に帰った際にかかりつけ医に入院中の情報を渡せるような仕組みが必要</p> <p>○八王子市では、八高連（八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会）という協議体の中で、本人の意思表示を確認する仕組みができつつある</p> <p>○ICTを活用し、パソコンを通して相手施設と顔が見える形で情報交換ができるような方法が普及するとよい</p> <p>○調剤薬局としては、患者の入退院の情報がわからないので、ネットワークが必要</p>
	<p>【在宅医との連携】</p> <p>○在宅で診ていた患者が、ケアマネや病院のMSWを介したら他の診療所に行ってしまうケースがある</p> <p>○在宅を専門にやっている医師の中には、地域との連携についての配慮が足りない方が少なからずいるのではない</p> <p>○在宅とはいっても、がん・小児など分野もさまざま一括りに話を進めるのは難しい</p> <p>○江戸川区には区内の病院が在宅医・患者と登録契約を結び、屋間は病院救急車を活用して搬送するというシステムがある</p> <p>○後方支援病院において在宅患者の急変時対応を行うという取組もあるが、受けられないケースがある。できるだけ自区内でとは思っているが、上手くいかない場合もある</p>	<p>【連携の円滑化】</p> <p>○実際に顔を合わせる機会が地域でも意外と少ないため、そのような機会を増やすべき</p> <p>○退院調整部門を部門としては設置してなくても、MSWを配置するなどして業務として行っているところは必ずある</p> <p>○患者の受入れをスムーズに行えるようなルール作りをしていく必要があるのではない</p>	<p>【地域のネットワーク】</p> <p>○独居の方をいかに地域で受け止めていくかを検討する必要がある</p> <p>○介護者がいない又は病気など、誰もサポートできないような場合に行政が介入する必要がある</p> <p>○認知症の患者には、家族や地域の力が必要で、特に地域の力が重要になってくる</p> <p>○在宅に帰す際にサポートが必要な場合が多く、包括支援センター的なことを行政がしっかりと行い、その中に医療関係者が多職種で関与していけばよいのではない。また、保健所も関わる必要がある</p> <p>○経済問題・距離の問題・独居などから退院調整が進みづらいため、地域や社会、自治会などのネットワークや、それぞれ市町村の受入れ先等とのネットワーク構築が必要</p> <p>○独居の方の退院調整においては、民生委員の存在が大事だが成り手が少なく、その変わりとなるケアマネジャーの存在が不可欠</p> <p>○歯科の口腔ケアが在宅に帰る際に重要にも関わらず不足しているため、歯科医師も地域のネットワークに関与していく必要があるのではない</p>
	<p>【その他】</p> <p>○退院調整は元をただせば入院に結びつくものであり、入院から介入するように医師にも協力してほしい</p> <p>○ケアマネ同士のネットワークを強化していくために行政や医師会の力を借りてはどうか</p> <p>○薬局の立場としては、退院調整となった際に色々な科から話が来てしまい対応に苦慮することがある</p> <p>○医療保険での入院の方が、介護保険での入所等より安いいため入院に流れてしまう</p>	<p>【その他】</p> <p>○マンパワーにおいて、公立と民間の間で差を感じる。民間は人材確保に苦しんでいる。</p> <p>○在宅医療を行うには家族のマンパワーが必要になってくるが、高齢独居が増えている中で在宅という選択肢を取りづらいうという現状がある</p>	<p>【その他】</p> <p>○かかりつけ医と訪問看護が入っている場合は、割と連携が上手くいくが、独居の方や、遠方の病院・施設に入っていた人が地域に戻る際の受入れについては対応を考える必要がある</p> <p>○患者や家族に、医師がきちんと説明することが大切であり、その説明が不十分なままソーシャルワーカーが介入すると苦労することがある</p> <p>○退院調整看護師が置かれていない病院では、各病棟師長の協力を得ながらソーシャルワーカーが間に入っている</p> <p>○退院調整看護師の存在が非常に重要である</p> <p>○それぞれの病院が、どこの病院に退院調整するか探しあぐねている状況</p>

	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
テーマ	地域の中で在宅患者を支えるための病院・診療所間の連携・支援の取組	地域の中で患者を受け止めるための、入退院調整の取組の充実・強化	医療連携を進める上で、各医療機関が担う機能の情報共有について
キーワード	○後方支援 ○ICT・ネットワーク化	○役割分担 ○情報共有・ICT ○人材育成・確保	○役割分担 ○ツールの共通化・ICT ○顔の見える関係づくり
	<p>【後方支援】</p> <p>○がんや脳血管などの特殊な疾患については、パスの整備等があるため比較的連携が取りやすい</p> <p>○診療所の医師からすれば後方支援があると助かるが、十分に整備されているわけではないため、在宅医療を行うにあたってのハードルになっている</p> <p>○慢性疾患に対応できるような病床を作っていただきたい</p>	<p>【役割分担】</p> <p>○他の急性期病院があるにも関わらず、大病院に急性期の患者が一極集中してしまう傾向があるため、入院についても上手く分担できるようになればよいのではないか</p> <p>○地域包括ケアシステムに詳しい近隣の病院がハブ病院となり、そこで一括して地域に患者を移送するようなシステムができないか</p>	<p>【役割分担】</p> <p>○働き方改革により、急性期病院も地域の中で役割分担を進めないと破綻してしまうのではないかと</p> <p>○個別の医療機関における、診療科やリハビリ実施の有無等の強みはもちろん弱みの部分も理解しあえる情報共有が必要</p>
		<p>【情報共有・ICT】</p> <p>○紹介元の病院から来る患者情報が不正確な場合が多く、ICTによる正確な患者情報の共有のシステムを確立すればよい</p> <p>○開業医が関係者間のカンファレンスに参加することは時間的な制約等から難しくICT等での情報共有が非常に大切になる</p> <p>○空床があるにも関わらず、その事実が意外と周知されていないため、空床情報や病院の特徴を医師会などで広報すればよいのではないか</p> <p>○在宅を専門に行っている医師と病院とでは連絡が取りづらいため、情報共有を進めていく必要がある</p> <p>○病院間の連携について、病院ごとにルールが異なるため、ルールの共通化を図っていく必要がある。地域である程度骨太のルールを作り、各病院がそれを尊重していくようにしていくのはどうか</p>	<p>【ツールの共通化・ICT】</p> <p>○情報共有のツールを早く設定することで、個々の病院の不必要な投資が防げるのではないかと</p> <p>○医療圏内の保健所や大きい病院が音頭を取って、病病・病診・医療介護それぞれの機能について情報共有できると非常に有効</p> <p>○電子カルテの共有化などによっていずれは全ての情報が繋がると思うが、セキュリティの問題が心配</p> <p>○在宅等から救急搬送された際、当直医が患者のバックグラウンドがわかる簡素化された情報シートが整備されるとよい</p> <p>○現在は、連携時に主にMSWが関与して紙ベースで情報をつないでいるが、今後はICTを導入・活用していくことが必須になるだろう</p> <p>○それぞれの施設が得意な点を明らかにし、どのような患者を受けられるかをICTの中で共有した方がよい</p> <p>○保険者の取組として、会社が変わっても情報が伝わるようIDを統一した一元管理に向けて検討を進めて</p> <p>○薬の情報が共有化されないと、患者が何の病気になっているかがわからない</p>
	<p>【ICT・ネットワーク化】</p> <p>○ICTはまだ始まったばかりで使い方はさまざまだが、少なくとも連絡帳としての機能は非常によい</p> <p>○電子カルテのネットワーク化により情報を共有することが大切ではないか</p> <p>○病床機能が分かれていくことにより「つなぎ」のネットワークが必要になってくる</p> <p>○在宅患者の急変時、現在は顔の見える関係でお願いすることが多いが、ネットワーク化されると連携しやすくなるのではないかと</p> <p>○ICTの活用について、個人情報問題や、個々がそれぞれのシステムで動いており難しい状況</p>	<p>【人材確保・育成】</p> <p>○退院支援・退院調整にはマンパワーがかかる</p> <p>○急性期の一般病院ではマンパワーが不足しているところが多く、MSWが十分確保できていない医療機関もある</p> <p>○退院調整を行う能力を持った人を育てることが難しい</p> <p>○退院支援看護師の育成が大切</p> <p>○病院間の入退院連携ではかなりのマンパワーを割く必要があるが、回復期・慢性期病院ではそれが難しく、結果調整部門を置いている割合が低くなっている。</p> <p>○退院調整を行うにあたって有益となる情報が迅速に得られるようになれば、ソーシャルワーカーの負担も減るのではないかと</p>	<p>【顔の見える関係づくり】</p> <p>○ケアマネが患者の状態を把握し関係機関のネットワークにつないでいるが、患者と直接会う医師たちも、互いに顔の見える連携を取っていくことが必要ではないか</p> <p>○医療機関・医師・歯科医師・保健師等の連携がとれる様な会を実施している自治体もある</p>
	<p>【その他】</p> <p>○地域連携室があるため、病院同士の連携は比較的取れているが、診療所との連携となるとケアマネジャーが中心となる</p> <p>○顔の見える関係の中での情報共有が第一</p> <p>○在宅カンファレンスについては、一堂に関係者が集まることも難しくあまり行われていないのではないかと</p> <p>○病院と診療所のつなぎ役として地域包括支援センターがもっと充実していくとよいのではないかと</p>	<p>【その他】</p> <p>○MSWが一生懸命探しても転院先が見つからないこともあるため、行政にコーディネートシステムを持ってほしい</p> <p>○回復期や慢性期については病床が空いていることがあるが、療養費が安いことから急性期の患者を入れるより、空床のままのほうがよい場合がある。行政のサポートがあれば変わるのではないかと</p> <p>○回復期・慢性期から在宅移行する際、在宅医の診療レベルがわからず不安な場合がある</p> <p>○病院では在院日数のハードルが高いため、関係者会議を開く時間も取りづらい。二次医療圏内での退院調整の場合は在院日数が数日猶予される等あれば、病院も患者もメリットを感じる。</p> <p>○回復期病院でリハビリをしたら家に帰れるかと言ったらそうでもなく、環境整備等含めた調整を行う必要がある。</p> <p>○高齢独居等でノーマークになっている方が救急搬送されてくる場合がある。そのような人を見守っていける仕組みがあるとよい。</p>	<p>【その他】</p> <p>○認知症が進んでいくと、服薬忘れのリスクも高まるため、ケアマネの存在は大きい</p> <p>○急性期病院としては、救急で入ってきた患者が出ていく際に時間を要してしまうため、ポストアキュートを担う専任スタッフがいたらよいのではないかと</p> <p>○西東京市の在宅支援センターでは、都内から地域の病院への転院の場合に窓口を務めている</p>

＜意見交換＞島内における在宅療養支援の取組について

（視点）島内での在宅療養支援を行うにあたっての課題

島内での医療－介護の情報共有の方法について

今後、在宅療養を希望する患者が増えた際の対応について

＜島内での在宅療養支援を行うにあたっての課題＞

- 集落が点在しており、ケアマネでも完全に対象者を把握できているかどうかわからない（三宅村）
- 転院先がない・看る人がいない等で対応に苦慮することが時折ある（大島町）
- 退院できる事と、島でADLを保って暮らせることとのギャップは大きいと思う（小笠原村）
- 島の状況を考慮せず本土医療機関が島へ退院させてしまっていることもある（広尾病院）
- 老老介護の場合で、介護者に疾病が見つかった際の対応に苦慮する（神津島村）
- 看取り段階での在宅診療は行っているが、その他の疾患に対しては行っていない（小笠原村）
- 完全独居の方の看取りは難しいと思う（新島村）
- 介護者がいない場合(独居の場合)の終末期対応は断っている（三宅村）
- ホームヘルパーを入れて独居の方へ対応したとしても、休日夜間の対応は難しい（三宅村）
- 急にADLが落ちた方への緊急ショートステイが複数人重なると対応できない（三宅村）
- 式根島含め、デイサービスにも対応できていない状況（新島村）
- 訪問リハは数十人対応しており、需要に追い付かなくなりつつある（三宅村）

＜島内での医療－介護の情報共有の方法について＞

- 必要に応じた集まりやケアマネとの連絡など、随時対応している（新島村）
- 月1回の在宅サービス支援会議にて、急にADLが落ちた方について取上げている（神津島村）
- 月に一度、医療ケア会議にて今後問題が生じそうな人の把握と対応について話し合いをしている。
また、内地から島内に帰ってくるケースをキャッチした場合も同じく話し合っている（三宅村）
- ICTを活用した情報共有を進めている（三宅村）

＜今後、在宅療養を希望する患者が増えた際の対応について＞

- 医療系の人材は充足しているが、将来への備えが出来る状況ではない（新島村・神津島村）
- 町として、現在、在宅に関する施策は行っていない（八丈島）
- 今後は離島同士の連携や、本土における急性期対応以外の入院についても検討してもらえるとよい（青ヶ島村・三宅村）
- 本土や八丈島の施設等とも連携を取っていきたい（青ヶ島村）
- ADL低下の防止のためにも通所リハを行った方がよいのではないかと考えている（三宅村）
- 将来的には理学療法士が雇えるといい（三宅村）
- 医師・看護師1人の診療所であるため、家族への意識づけが大切だと思っている（青ヶ島村）