

平成30年度東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキング

主な意見交換の内容

○ 区中央部・・・1

○ 区南部・・・2

○ 区西南部・・・3

○ 区西部・・・4

○ 区西北部・・・5

○ 区東北部・・・6

○ 区東部・・・7

○ 西多摩・・・8

○ 南多摩・・・9

○ 北多摩西部・・・10

○ 北多摩南部・・・11

○ 北多摩北部・・・12

在宅療養ワーキングの開催について(区中央部)

開催概況

日時：平成30年12月4日（火曜日）
午後7時00分から8時30分
会場：東京都医師会館 2階講堂

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 病院の地域医療連携部門
- 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

【テーマ】病院と地域の連携について(全体討議)

《課題》

- 区内の人口が急激に増加しており、在宅支援のベッド確保が難しく在宅患者の急変時に対応が困難である。
- 他区の病院に転院し戻ってくる際に、連携が上手く取れておらず、患者が戻ってこないことがある。
- 回復期の病院が少ないため、他地区の回復期病院に転院し、その後在宅へ戻ってくる際に、他地区の病院には区内の情報が共有できておらず、かかりつけ医の所に返す連携が上手く取れていない。
- 急性期病院から在宅へ移行するにあたって、ワンクッションの機能を果たす慢性期病院・回復期病院が不足している。
- 会議等において、最前線で在宅医療に携わっている者があまり参加できておらず、踏み込んだ意見のやり取りがなかなかできない。
- 大きい病院の看護師が地域の状況をあまり知らない。
- 患者側が在宅医療に対して誤解をしていたり、敷居が高いと感じているため、在宅医療に踏み切れないケースがある。
- 夜間、急変時に対応してくれる病院が少ないため、在宅医療を行う上で障害となっている。

《対策》

- 区内だけで考えないで、区をまたいで連携をし、受け入れ体制を整えていく必要がある。
- 地域を支えるためには、区内だけではなく区外の近隣の病院との連携も非常に重要であるため、連携の会を設けている。
- 地域と病院を分けて考えるのではなく、一体となって地域での在宅療養生活を支えることが必要である。
- 災害時等に備えシステム等の共通化を図っていくことが必要であるため、病院間で連携を取るための連絡会を行っている。
- 病院のスタッフに研修会に積極的に参加してもらい、ケアマジャーや地域包括支援センター等が地域でどのようなことをやっているかということについて、情報交換等をしてもらうことで、病院と地域の相互理解を促進する。
- 住民に対して、レスパイト入院等、在宅療養についての普及啓発を行う必要がある。
- 在宅医をバックアップできる病院が増えれば、在宅医療を始める医師も増えるのではないかと。

在宅療養ワーキングの開催について(区南部)

開催概況

日時：平成31年1月29日（火曜日）
午後7時00分から8時30分
会場：東京都医師会館 5階会議室

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 病院の地域医療連携部門
- 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

【テーマ】病院と地域の連携について(グループワーク)

《課題》

- 入院に際して、医療機関側が患者が元いた地域の情報等が把握できないことがある。
- 地域外の病院に転院していく場合、連携が取れず、患者の行方がわからなくなってしまう。
- 在宅療養中の患者を病院へ紹介した後、最期まで自分が診たくても病院側と連携が十分に取れず、退院後に別の在宅医のところに行ってしまうことがある。
- 在宅へ戻すまでのADLではない患者についても、入院日数の関係で、病院から在宅へ戻ってきってしまうケースが有り、コーディネートが難しく、介護サイドが苦勞している。
- 在宅医療後方支援病院が在宅患者共同診察を積極的に行っていくことで、かかりつけ医がどうしても対応できないような場合に病院医師が代わりに対応できるようになるとよい。
- 後方支援病床が少なく、空床を探すのが難しい。
- 新規で開業をした在宅医師やケアマネ、訪問看護ステーションが、人脈がなかったりして、孤立してしまうことを防ぐ必要がある。
- 患者の病状によっては地域の診療所医師がかかりつけ医となって担当した方が良いケースも存在するが、患者自身が大病院にこだわりを持っていて、そのために医療・介護の面で上手く対応できないことがある。
- 地域医療支援病院について、まだその存在を知らない医師がいるので周知していく必要がある。

《対策》

- 地域の医療情報と介護情報のコアの部分を抽出した必要最低限の情報を一人ひとりについて整えておく。その情報を患者の所持しているお薬手帳に記載し、常に携帯をしておいてもらう。
- 転院時における情報共有は十分に行う。
- 入院中の医療情報は大きく変化することから、病院側が責任を持って、情報をアップデートして、地域のかかりつけ医やケアマネやそのほか介護職と共有し、退院後の方向性を決められるよう準備しておくことが必要である。
- 地域における多職種連携の会等に病院の参加を促す、また、病院と地域の連携の会を設定する。
- 代替りの医師がいきなり来ると患者側も困惑するので、日頃から病院と患者と話し合いを重ねていって、代替りの対応ができるようまで一緒に協議をしていくことが必要である。
- 新規開業した医師等に対してアドバイスをするようなシステムを構築し、指導・育成していくことが必要である。
- 患者に対していろいろな選択があるということを適切な時期に話をする取組ができればよい。

在宅療養ワーキングの開催について(区西南部)

開催概況

日時：平成30年10月30日（火曜日）
午後7時00分から8時30分
会場：東京都医師会館 5階会議室

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 病院の地域医療連携部門
- 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

【テーマ】病院と地域の連携について(グループワーク)

《課題》

- 転院後、在宅へ戻るときに元のかかりつけ医とは別の所に戻ってしまう。また、急性期病院に入院した患者が、元のかかりつけ医のところへ帰ってこない。
- 区内の医療・介護情報が区を越えて共有できていない。
- 救急から入院した場合、かかりつけ医へ連絡がされておらず、情報共有されていないことがある。
- かかりつけ医が多忙により退院前カンファレンスに参加できず、参加できるクリニックや薬局ばかりに病院が患者を任せてしまうケースがある。
- 在院日数の問題や在宅復帰率の縛りがあることから、病院側が元のかかりつけ医の所へ戻すことよりも、確実に受け入れてくれる所に戻ってしまう傾向がある。
- 地域連携室がない中小病院の場合には退院支援の取組に限界がある。
- 退院時において、病院側が患者の在宅の状況を把握しきれていない。
- 医療依存度の高い患者のレスパイトについて、医療・介護を含めてなかなか受け入れ先がない。
- サブアキュートの受け入れに関して、地域包括ケア病棟を上手く利用できていない。

《対策》

- 地域でのかかりつけ医、ケアマネジャーの情報や生活・福祉面の情報を病院側がみんなで共有できるようなシステムを構築する。
- ケアマネジャーが作成した情報シートが病院間で共有されていないことがあるため、転院した場合の病院間の情報共有はしっかりと行う。
- 患者家族にかかりつけ医を把握しておいてもらい、救急から入院した際には、家族からかかりつけ医に連絡をしてもらうことも大事である。
- 患者自身がかかりつけ医が誰なのかを把握しておく必要がある。
- 退院前カンファレンスにはなるべく出席し、病院と地域とで顔の見える関係を構築することが重要である。
- 病院内に地域連携室がない場合は、行政が設置している地域包括支援センター（在宅療養相談窓口）が支援をしていく必要がある。
- 退院前カンファレンスを開くことで、病院と地域の互いの認識を共有化し、病院側に在宅の現場を把握してもらう。
- 医療的なケアのできる介護職員を養成し、医療依存度の高い患者のレスパイトを介護施設に積極的に受け入れてもらう。
- 地域包括ケア病床を病院の機能に関わらず、地域に開放していき、サブアキュート・レスパイトを含めて受け入れる体制を構築していく必要がある。

在宅療養ワーキングの開催について(区西部)

開催概況

日時：平成31年2月15日（金曜日）
午後7時00分から8時30分
会場：東京都医師会 5階会議室

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 病院の地域医療連携部門
- 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

【テーマ】病院と地域の連携について(グループワーク)

《課題》

- ICTを用いた情報共有ツールについては、セキュリティーの問題や医療職同士では連携ができたとしても医療職と介護職ではどこまで連携ができるのか、という問題がある。
- 情報の共有について、医療情報だけでなく、看護や栄養の情報を共有していくことが連携を取るためには必要である。
- 病院と地域の情報共有の仕組みがまだ十分ではない。病院の医療連携室等もあるが、必要な情報をしっかりと把握できるような状態にはなっていない。
- 入院後、元のかかりつけ医の診療所に患者が戻ってこないケースがある。病院側が入退院時にかかりつけ医をしっかりと把握していないところがまだある。
- 病院スタッフの地域に対する理解がなかなか進んでいない。
- 病院の医師・看護師と、地域の医師・看護師の相互理解が進んでいない。
- 患者への意思決定支援について、救急車で運ばれたときに、どう最期を迎えたいのか病院側が把握できない現状がある。

《対策》

- 病院のカルテにかかりつけ医に関する情報を必ず記載し、かかりつけ医の所に戻ってこないケースを防ぐ。病院内のスタッフの、かかりつけ医の所に戻すという意識を高める。
- 入院時に地域から必要な情報を病院に流すことができる、また退院時に病院から必要な情報を地域に流すことができる情報共有シートを作成する。
- 情報共有ツールを作成するとともに、病院と地域で互いに医療と介護の両方の情報をきちんと送るという意識を高めるようにする。
- 患者本人に、健診結果、既往歴や薬の情報を記載した自身のカルテのようなものを持ってもらい、入院時に病院に渡すことが連携につながる。
- 病院スタッフの地域の理解のためには、病院が訪問看護ステーション同行訪問等を行うことが大事である。病院側に義務付けてしまうのも一つの方法である。
- 病院側にレスパイト等の在宅患者をなかなか受け入れてもらえない時もあるため、老人介護保健施設等を活用していくのもよいのではないか。

在宅療養ワーキングの開催について(区西北部)

開催概況

日時：平成31年1月22日（火曜日）
午後7時00分から8時30分
会場：東京都医師会館 5階会議室

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 病院の地域医療連携部門
- 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

【テーマ】病院と地域の連携について(グループワーク)

《課題》

- 区内での情報共有は比較的進んでいるが、区外になると難しくなってくる。
- 転院、病院内での転科した場合等に、かかりつけ医が誰かという情報がきちんと伝わっていない。
- 在宅へ戻る際に、ケアマネジャーやMSWが関わっていても、かかりつけ医のところに連絡がいかず、戻ってこないケースがある。
- 医療に関する知識の少ないケアマネジャーのところで、医療情報が途切れてしまうことがある。
- 退院時カンファレンスに在宅医がなかなか出席できない。入院中にもカンファレンスができるとうい。
- 病院と地域との間で相互理解がもっと必要である。
- 病院医師（特に若い医師）に、在宅医療についての勉強会や病診連携の研修になかなか出してもらえない。

《対策》

- 電子カルテや紹介状等に、かかりつけ医の氏名も記載し、転院時に情報が病院間で共有されるようにする。
- かかりつけ医に患者を戻すために、ケアマネジャーやMSWに対する教育をしていく必要がある。
- 行政も一緒になって、介護関係者が医療的な知識を身に付けることのできるような研修会を行う。医療関係者側も介護について勉強する機会を設ける。
- ICTを利用したテレビ会議等でカンファレンスを行うことで、在宅医の参加をもっと増やしていく。
- 相互理解のために、東京都で実施している同行研修や病院内で地域の医師が講演をする機会をもっと活用していく。
- 病院において、まずはある程度上の立場の医師達に、積極的に病診連携研修等に参加をしてもらい、地域との連携の要になってもらう。
- 24時間診療体制の確保については、多職種で構成したグループや医師会、訪問看護ステーションを上手く利用できることが大事である。

在宅療養ワーキングの開催について(区東北部)

開催概況

日時：平成30年12月20日（木曜日）
午後7時00分から8時30分
会場：東京都医師会館 5階会議室

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 病院の地域医療連携部門
- 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

【テーマ】病院と地域の連携について(グループワーク)

《課題》

- 地域で情報共有ツールを作っても、別の地域から来る患者の情報は別のツールを使って共有しなければならない。
- 入院後に薬が減ったこと等、薬剤に関する情報共有も地域と病院でできればよい。
- 在宅患者が病院に入院した後、連携が上手くいかず、患者の行方が分からなくなってしまうことがある。
- 地域包括ケアシステムについて、地域の住民に理解してもらう必要がある。
- ACPの話合いについて、どのタイミングで誰に話をするかという問題がある。
- 口腔ケアは在宅療養において非常に重要なポイントであるが、介護関係者にとって訪問診療に対する敷居が高い。
- 介護関係者にとって病院は敷居が高い。

《対策》

- 都あるいは国で統一的な情報共有ツールをつくる。
- 病院の医師と地域の医師、それぞれの立場の医師が一緒になって患者を診ていかなければならないため、連携が必要である。
- 医師から介護関係者に情報を伝えるにあたって、患者家族に話をするときに一緒に来てもらえれば、情報が共有しやすくてよいのではないか。
- 病院と地域の連携を行うケアマネジャーの質を上げていく必要がある。
- 家族や本人のほかキーパーソンにACPの話をする場合は、患者のキーパーソンが誰なのかを把握する必要がある。例えば、医療連携シートにキーパーソンの名前を入れるようにする等はどうか。
- 医療と介護の連携のためにはケアプランが重要であり、そこに記載されている内容が連携できるような内容かどうかポイントとなる。

在宅療養ワーキングの開催について(区東部)

開催概況

日時：平成30年11月13日（火曜日）
午後7時00分から8時30分
会場：東京都医師会館 5階会議室

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 病院の地域医療連携部門
- 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

【テーマ】病院と地域の連携について(グループワーク)

《課題》

- 情報共有のためのICTや紙を用いた情報共有ツールについて作成してもあまり活用されていないという現状がある。
- ICTや紙の情報共有ツールを作成しても、何をどこまで伝えるべきか、伝えてもよいのかという問題が出てくる。
- 入院の際、ケアマネジャーと病院とで患者の情報を上手く共有できない。
- 入院中、退院前のカンファレンスが病院都合で行われてしまうため、在宅医が出席しにくい。
- 病院内での在宅に関する意識を向上させる必要がある。
- 退院調整部門が設置されている病院がまだ少ない。
- 会議や話し合いの場への出席者が同じ顔ぶれになっていると感じる。出席していない側に課題等を伝えていかななくてはならない。

《対策》

- 情報共有ツールのよりよい活用のためには、顔の見える関係を構築することが第一である。
- 病院内スタッフが地域に出向き、地域の多職種と交流し、連携を取って患者を診ていくことが必要である。
- 口腔内の問題から全身の疾患が起こり得るため、歯科衛生士の活用ができるとよい。
- 老人保健施設を活用する際に、空きが多い区と少ない区があるため、区を越えて連携ができるとよい。
- 在宅への円滑な移行のためには、退院直前のカンファレンスだけではなく、入院中や余裕を持った退院前カンファレンスを何度かやるとよいのではないかと。
- 在宅医のための夜間緊急対応をする等、病院と診療所だけでなく、診療所同士の連携も必要になってくる。
- 在宅からの入院の際、急性期病院以外にも、地域包括ケアの病院をより活用していけるとよい。

在宅療養ワーキングの開催について(西多摩圏域)

開催概況

日時：平成31年2月6日（水曜日）

午後7時00分から8時30分

会場：公立福生病院 1階多目的ホール

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 病院の地域医療連携部門
- 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

【テーマ】病院と地域の連携について(グループワーク)

《課題》

- ICTを活用するにあたって、情報管理を誰がするのか、情報が漏えいた時にだれが補償するのかという所が問題である。
- 病院の医師について、在宅の知識が不足している。
- 病院の医療・介護関係者と地域の医療・介護関係者が、お互いの状況や事情についてよく知らない。
- 病床稼働率が非常に高く、ベッドに余裕がない中で、難病や複合疾患の患者が入ってくるとその先の退院がないのではないかと躊躇してしまう。
- 医師不足していたり、患者が多いために、急性期病院の受け皿がパンクしている。
- 在宅医が不足している。
- 末期の患者について、病院から急に在宅へ戻されてしまうと、患者と家族と地域の医療・介護関係者の間でどういう最期を迎えたいかという話し合いが十分にできなくなってしまう。

《対策》

- 情報管理をどのようにしていくのかを行政がサポートをしてほしい。
- 病院側と地域側が集まる勉強会等を開催する。病院の医師については同行研修等を活用し、地域の在宅医療についての認識を深める。
- 在宅医や慢性期病院で、難病や複合疾患の患者を退院後に引き受けられる体制を作っていく。
- 地域での役割分担を明確にすることで、病院側も在宅患者を受け入れやすくなる。
- 急性期病院にばかり患者を受け入れてもらうのではなく、地域包括ケア病棟に余裕があることが多いので、有効活用していくべきである。
- 在宅医不足について、在宅医ごとに担当する地域を決めることで、効率的に患者宅を回ることができるようにする。
- 在宅医師の専門分野やできる処置等を明確化することで地域連携室やケアマネジャーからの相談を効率的に受けることができるのではないかと。
- 患者が在宅でどういう最期を迎えたいか、入院している病院の医師もある程度イメージを持っておいてほしい。

在宅療養ワーキングの開催について(南多摩圏域)

開催概況

日時：平成31年1月31日（木曜日）

午後7時00分から8時30分

会場：パルテノン多摩 4階第一会議室

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 病院の地域医療連携部門
- 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

【テーマ】病院と地域の連携について(グループワーク)

《課題》

- 区域外の患者を元の地域に戻す場合、情報が少なく調整が難しい。
- 退院時に元のかかりつけ医が誰なのか、情報が共有されていない。
- 病院側では、在宅へ移行できるかどうかの判断が困難である。
- 他圏域から流れてくる患者が多いため、自区域内の圏域だけで考えているだけでは連携が追いつかない。
- 医療・介護関係者の入れ替わりが多く顔の見える関係の構築ができない。
- 独居、老老介護の場合、在宅療養生活が難しい。
- 患者や家族が納得した上で在宅療養生活を送ることが第一であるが、納得・満足は難しい。
- 患者の家族に、今の在宅では何ができるのかをきちんと理解してもらったうえで退院させないと、退院後に家族が苦勞する。
- 地域外の病院に行ってしまうと連携が難しくなり、患者が事前のやり取りなく急に帰ってきてしまうことがある。

《対策》

- 病院側のスタッフが自宅へ訪問するなどして、実際の患者の状況を把握する必要がある。
- 地域外の病院とも、連携関係構築のため交流ができるとよい。顔の見える関係は隣接する圏域等も含んだ広域ネットワーク会議のようなものを開催して構築するのがよい。
- 地域で勉強会や懇親会を積極的に行うことで、顔の見える関係を構築する。
- ケアマネジャーがキープレーヤーであり、計画性を持って関わっていく必要がある。
- 市民に医療・介護の仕組みを理解してもらう。市民向け講座はリピーターが多くを占めることがあるため、参加したことのない人が新しく興味を持てるような工夫が必要である。
- 在宅を始めたい医師が、訪問診療に同行できるような体制ができるとよい。
- 高度医療を提供する病院と地域の亜急性期病院とで連携し、在宅に戻る前に地域の亜急性期病院にいったん入院するというワンクッションがあるとよい。

在宅療養ワーキングの開催について(北多摩西部)

開催概況

日時：平成30年11月29日（木曜日）
午後7時00分から8時30分
会場：東京都多摩立川保健所

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 病院の地域医療連携部門
- 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

【テーマ】病院と地域の連携について(グループワーク)

《課題》

- 様々な施設から医療・介護関係者が来ているため、情報を共有することができる仕組みが必要である。
- ICT情報共有ツールについて、区市町村ごとで使用しているツールが異なる等の理由があり、地区を越えて使用することができていない。
- ICTを使った情報共有の取組がなかなか広がらない。診療報酬につながるような仕組みを構築する必要がある。
- 薬剤情報を医師間だけでなく地域の薬剤師側へも共有してほしい。
- 医療資源マップについて、マップの活用が当該地域に留まってしまっている。病院の強み、出来ること等を、他市の医療・介護関係者が知らないことがある。
- 地域側ができることと病院側ができることについて、共通認識ができていない。
- 病院医師と在宅医師の間で踏み込んだ連携が取れていない。
- ACPについて市民への理解促進が必要である。
- 訪問看護、訪問診療を担う人材を育成できるシステムができるとよい。
- 在宅医が少ないため、在宅医に対するサポートをしっかりと行う必要がある。
- 在宅医の高齢化が進んでいくが、後継となる在宅医が必要である。

《対策》

- ICTの利用自体が診療報酬につながる必要がある。
- 情報共有のための圏域を越えた連携シートが必要である。
- 入院時に、在宅医から退院後の方針や生活情報について診療情報提供書の中に記載をしておくことよい。
- 病院薬剤師に、病院側と地域側の間に入ってもらうと地域の薬剤師にも情報が共有できるのではないかと。
- 地域を越えて医療資源マップを広げていけば、医療・介護関係者がより広域に資源を把握することができる。患者側の選択肢も広がる。
- 病院主導で、病院内で地域の医療・介護関係者も含めた研修会を実施し、相互理解を促進する。
- 病院医師に在宅医側の視点を持ってもらう。
- ACPに関して市民向けに行政がもっと普及啓発を行うべき。
- 質の高いケアマネジャーが、病院と地域間のキーパーソンになり、在宅医をサポートする必要がある。質の高いケアマネジャーを育成するための研修も必要である。
- 24時間体制の訪問看護を行っている所が主治医・副主治医制の副主治医のような役割を担うことよい。
- 在宅医の新規参入を進めていくためには、病院の在宅医へのサポート体制が必要である。

在宅療養ワーキングの開催について(北多摩南部)

開催概況

日時：平成31年1月23日（水曜日）
午後7時00分から8時30分
会場：東京都多摩府中保健所

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 病院の地域医療連携部門
- 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

【テーマ】病院と地域の連携について(グループワーク)

《課題》

- 入院早期から、病院側において、在宅療養中の患者の状況などに関する情報を把握しておく必要がある。
- 病院の医師とケアマネジャーをつなぐツールが事実上は訪問看護指示書しかないため、ツール開拓の必要がある。
- 入退院時において、病院の医師と地域の医師、MSWとケアマネジャーの連携が現状としては取れていない。情報共有が上手くいっていない。
- 認知症等によって意思表示が困難な患者が入院した時、地域側の担当ケアマネジャーやかかりつけ医等が分からない場合がある。
- 病院のMSWについて、人員的にも時間的にも余裕がなく、退院させること自体に注力してしまい、退院後の生活まで目を向けることができない。
- 円滑な在宅への移行のためには、ケアマネジャーによるところが大きい。
- 病院内の在宅に対する理解をどこまで深められるかが課題である。
- 近隣で入院歴がない場合、あるいは離れた地域から在宅に戻ってくる場合、地域でバックアップしてくれる病院をどのように探すかが課題である。
- ACPを確立しておくことで、病院側も積極的に患者を受け入れやすくなるのではないか。
- 市民向けの公開講座等を実施しても、当事者や意識の高い市民だけが参加している。

《対策》

- ICTを活用して病院の医師あるいは退院支援看護師やMSW等が地域の情報を把握しておく。
- 保険証等に、担当ケアマネジャーやかかりつけ医等の各担当者のリストや連絡先などを入れておく。
- 病院側の方で在宅診療でどこまでできるのか等をあまり把握をしていないため、同行研修等を実施し、在宅への理解を促進する。
- 病院と地域でそれぞれの役割の違い、専門性の違いを認識し、相互理解を深めていく必要がある。
- 地域の医療・介護関係者が病院へ出向いて、勉強会や研修会を開催できるとよい。
- 病院と地域の連携においては、ケアマネジャーの役割が重要となるため、ケアマネジャーの質を上げる研修を行うと同時に、病院側もケアマネジャーの重要性について理解をする必要がある。
- 入院中にカンファレンスを行うことで、在宅につなげることがより円滑にできる。
- ケアマネジャー全体の質を向上させることが重要であるが、得意分野のあるケアマネジャーについては、その分野において重点的に活躍をしてもらうとよい。
- 行政を中心に民生委員も含めて、ACPの話ができるような環境整備をしていく。
- 行政が、当事者ではない市民にも在宅療養に関することに興味を持ってもらえるような工夫をする必要がある。

在宅療養ワーキングの開催について(北多摩北部)

開催概況

日時：平成31年1月9日（水曜日）

午後7時00分から8時30分

会場：成美教育文化会館 3階大研修室

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 病院の地域医療連携部門
- 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

【テーマ】病院と地域の連携について(グループワーク)

《課題》

- 圏域内で作成した入院時の情報共有シートをまだ使用していない施設もある。
- 二次医療圏での情報共有が大切になのでもっと進めていく必要があるが、全体で集まることは難しい。
- 情報共有シートを作成したが、あまり普及していないため、広めていく必要がある。
- 入院後、療養型の病院に転院する時や地域に戻す時、元のかかりつけ医の情報が共有できていないことがある。MSWにも情報が伝わらないケースがある。
- 情報共有ツールについて、ICTツールだとセキュリティの問題があり、進めることが難しい。
- 地域と病院の連携について、二次医療圏までは連携が取れているのではと感じるが、それを越えるとかなり困難を感じる。
- 在宅療養において、嚥下障害がある患者が多いため、口腔ケアに力を入れていく必要がある。

《対策》

- より分かりやすい書式とするとともに、利用を促進していく。また、退院時の情報も共有できるようにする。
- 例えば、病院ごとや多職種の部会を個々で開いて、意見交換ができるような情報共有の場を設ける。
- 情報共有シートについて、退院時の情報も共有できるようにし、関係多職種にとって必要な事項をいれて、改良したものを作成できればよい。
- 情報共有ツールについてICTだとセキュリティの問題があるため、紙ベースでやるとよいのではないかと。
- ICTツールを用いた情報共有について、全てをやらうとすることは難しいので、ある程度情報をピックアップして共有していくのがよいのではないかと。
- 在宅患者を診るにあたって、どのように終末期を迎えるのか、どこまで医療をしたらいいのかを日頃から整理しておく必要がある。在宅医療のガイドラインのようなものがあるとよいのではないかと。