

## 【テーマ】病院と地域の連携について

	《課題》	《取組案》
情報共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。（北多摩南部）</li> <li>○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。（区南部）</li> <li>○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。（北多摩北部）</li> <li>○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。（区西北部）</li> <li>○転院時に、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。（区西南部）</li> <li>○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。（区西北部）</li> <li>○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。（区東北部）</li> <li>○ICTを活用するにあたって、情報管理を誰がするのか、情報が漏えいした時にだれが補償するのかなという所が問題である。（西多摩圏域）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○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。</li> <li>○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。</li> <li>○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。</li> <li>○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。</li> <li>○ICTを利用したテレビ会議等でカンファレンスを実施する。</li> <li>○都あるいは国で統一的な情報共有ツールをつくる。</li> <li>○国や都で情報管理を誰がするのかを明確にすべきである。</li> </ul>

	《課題》	《取組案》
情報共有	<p>○二次医療圏での情報共有が大切になってくるがを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。（北多摩北部）</p>	<p>○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。</p>
円滑な在宅への移行	<p>○在宅へ移行できるかどうかの判断が困難である。（南多摩圏域）</p> <p>○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。（区西南部）</p> <p>○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、介護サイドが苦労している。（区南部）</p> <p>○独居、老老介護の場合、在宅療養生活が難しい。（南多摩圏域）</p>	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>
地域と病院の相互理解	<p>○病院の医師について、在宅の知識が不足している。（西多摩圏域）</p> <p>○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。（北多摩西部）</p>	<p>○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。</p> <p>○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。</p>

	《課題》	《取組案》
地域への後方支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。（区西南部）</li> <li>○区内の人口が急激に増加しており、在宅支援のベット確保が難しく在宅患者の急変時に対応が困難である。（区中央部）</li> <li>○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。（区中央部）</li> <li>○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。（区南部）</li> <li>○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戻ってきてしまうことがある。（南多摩圏域）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○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。</li> <li>○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。</li> <li>○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ところまで一緒に協議をしていくことが必要である。</li> <li>○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。</li> </ul>
患者家族の理解促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。（北多摩南部）</li> <li>○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。（区南部）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○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。</li> </ul>

	《課題》	《取組案》
その他	<p>○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。（区南部）</p> <p>○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。（北多摩西部）</p> <p>○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。（西多摩圏域）</p> <p>○在宅医が不足している。（西多摩圏域）</p>	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○担当する地域をまとめることで、効率的に患者宅を回るができるようにする。</p>