

【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"> ○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収集しておく必要がある。（北多摩南部） ○入院時において、元いた地域の情報等が共有されないことがある。（区南部） ○圏域内で作成した入院時の情報共有シートが統一的に使用されていない。認知されていない。（北多摩北部） ○転院、病院内での転科や主治医の変更等がきっかけで、患者の元々のかかりつけ医が分からなくなる。（区西北部） ○転院時に、病院間の情報共有ができておらず、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） ○認知症等によって意思表示が困難な患者が入院したとき、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。（北多摩南部） ○入院中の患者の状況に関する情報について、在宅医と病院間で共有しておくことが望ましいが、退院前カンファレンスや入院中のカンファレンスには在宅医が参加できていない。（区西北部） ○各地域で使用されているツールが異なっているため、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） ○ICTを活用するにあたって、情報管理や情報が漏えいした際の責任を医師が負うとなると、負担がかかりすぎるためICTの利用が進まない。（西多摩圏域） 	<ul style="list-style-type: none"> ○ICTを活用して病院の医師あるいは退院支援看護師やMSW等が地域側から収集しておく。 ○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。 ○より使いやすく視覚的に分かりやすい書式を作成し、退院時にも使用できるように改良を加え、統一シートの利用を促進していく。 ○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。 ○地域でのかかりつけ医、ケアマネジャーの情報や生活・福祉面の情報を共有できるようなシステムを構築する。 ○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。 ○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。 ○都あるいは国で統一的な情報共有ツールをつくる。 ○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。

	《課題》	《取組案》
情報共有	<p>○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。（北多摩西部）</p> <p>○各区市町村を越えた二次医療圏での情報共有をもっと進めていく必要がある。（北多摩北部）</p>	<p>○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。</p> <p>○二次医療圏の病院や多職種が集まっ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をするにあたって、病院側が状況を把握できていないことがある。（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>○入院日数が短く、まだ在宅療養への移行が早い患者についても病院が在宅へ戻ってしまうケースが有り、地域との連携が上手く取れていない。（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し、連携をより深めていく。</p> <p>○ケアマネジャーが積極的にかかわりサポートをしていくことで、希望に沿った在宅療養生活を送ることができるようにする。</p>
地域と病院の相互理解	<p>○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。（西多摩圏域）</p> <p>○地域の在宅医療側と病院側とで、共通認識ができていない。在宅医療側の事情等を病院側が把握できていない。（北多摩西部）</p>	<p>○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開催し、地域の在宅医療についての意識を高める。</p> <p>○病院主導の研修会等を行い、地域の医療・介護関係者が病院の中に入っていく、率直な意見交換を行う。できるだけ多職種かつ市を越えた広域で行っていく。</p>

	《課題》	《取組案》
地域への後方支援	<ul style="list-style-type: none"> ○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的できていない。(区西南部) ○病院の数に比べて、人口が急激に増加しており、在宅患者の急変時に対応できる病院が少なくなっている。(区中央部) ○夜間や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) ○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) 	<ul style="list-style-type: none"> ○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。 ○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。 ○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。 ○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。
患者家族の理解促進	<ul style="list-style-type: none"> ○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) ○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。(区中央部) ○患者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、在宅に対する理解が不十分であることが多い。(南多摩圏域) ○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) 	<ul style="list-style-type: none"> ○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。 ○在宅医療についての普及啓発を住民に対して行う必要がある。 ○市民に医療・介護の仕組みを理解してもらい、在宅に対する理解を深めてもらう。また、市民向け講座はリピーターが多くを占めるため、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。 ○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。

	《課題》	《取組案》
その他	<p>○新規で開業をした在宅医師や事業者等が、地域の特性がわからなかったり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るが、後継となる在宅医師の新規参入が進んでいない。（北多摩西部）</p> <p>○地域の急性期病院の数が少ないため、慢性期病院への転院や在宅へ戻る目途を立てられないまま、在宅患者の受け入れが集中してしまうと、病院側も在宅患者受け入れを躊躇してしまう。（西多摩圏域）</p> <p>○在宅医が不足している。（西多摩圏域）</p> <p>○医療・介護関係者の入れ替わりが多く連携体制が上手く構築できない。（南多摩圏域）</p>	<p>○新規開業した医師や事業者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>○病院側が在宅医へのサポート体制（在宅医が対応できない時に代わりに対応する等）を整備することで、在宅医の負担を減らす。</p> <p>○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。</p> <p>○エリアごとに、担当する在宅医を決めることで、できるだけ効率的に患者宅を回ることができるようにする。</p> <p>○地域で勉強会や懇親会を積極的に行うことで、多くの関係者が互いに関わりを持つようにする。</p>