

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29年12月13日（水曜日）

午後7時00分から8時30分

会場：東京都医師会 2階講堂

参加人数：52人（うち傍聴者24人）

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 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

【在宅療養に関する地域の現状・課題等について】

- 高齢者人口の割合は減少しているが、区全体の人口は増加しており、高齢者への対策が急務。ただし、地域で育った高齢者ではない住民も多くなっている。
- 区民の半数以上が在宅医療を望んでいる。
- 区内の在宅療養患者について区外の先生が多く診療をしている。
- 区内にリーダー医師を10名置き、地域の課題の洗い出し・入院時の体制づくり等を行っている。
- 在宅医療を行う上で、患者・家族と向き合うことが大切。また、医師だけでは対応できないことも多いので、多職種との連携も重要。
- 訪問看護ステーションは増加しているが、廃止となるステーションも多い。支援が必要。
- 在宅歯科診療を実施する体制はあるが、ニーズがあまりない状況。患者からは、先生に来てもらうのが申し訳ないというような話も聞く。
- 在宅対応の薬局は増加してきてはいるが、今後の需要増加を見据えると、地区全体で対応できる薬局を増やすことが必要。

【地域と病院の連携について】

- 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。
- 病院へ紹介した患者が地域（紹介元）に帰ってこない。
- 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うケースがある。
- 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。
- 病院は電子カルテを使って急性期の情報は持っているが、在宅の情報はわからない。また、在宅療養患者を担当するケアマネジャーがわからない。
- 地域包括ケア病床を、退院前のワンステップとして使用。在宅のバックアップの体制が少しずつできてきた。
- 病院と診療所間・病院間の連携は上手くいっている。
- 情報シート（ケアマネジャーが入院時に情報を記入したシート）を作成し、運営を開始。
- 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。
- 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、ケアマネジャー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。

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29年12月14日（木曜日）

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

参加人数：28人（うち傍聴者12人）

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 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

【在宅療養に関する地域の現状・課題等について】

○開業医の横のつながりを利用し、在宅医をバックアップする取組を進めている（7名の医師で輪番体制）。当番医に当直料のようなインセンティブがあると良い。

○在宅専門クリニックと外来の延長で在宅に対応するかかりつけ医との連携がとれていないので情報共有が必要。

○在宅医療相談窓口の担当者会を立ち上げ、地域で抱えている課題について検討している。

○在宅医療相談窓口のレベルアップを考えている。

○行政の在宅療養の担当セクションが明確ではない。

○最近、訪問診療専門の歯科診療所が乱立しているが、地元で根差した診療ではない。

○地域の薬局に聞くと在宅をやりたいとの声が5割以上ある。ケアマネジャーや訪問看護ステーション等から声が掛かった薬局は積極的にやっている。

○薬を管理する人がいないと、残薬がたまっていることが多く、訪問看護師等との連携が必要。

○データの情報共有（医師からの病歴や検査値の情報提供等）が必要。

【地域と病院の連携について】

○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すすめている。

○区を越えると連携が難しくなる。

○病院から病院へ転院するとき、転院もと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。

○入院前からの情報共有が大切。

○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、訪問看護ステーション・ケアマネジャー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。

○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。

○ケアマネジャーに対して、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うよう周知している。

○在宅に帰すのが老健の役割。しかし、病院から老健に来た利用者などは、病院が在宅は難しいという判断をしたが、老健としては、そういった人も在宅に帰さないといけないところが難しい。

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29年11月29日（水曜日）

午後7時00分から8時30分

会場：東京都医師会 2階講堂

参加人数：23人（うち傍聴者4人）

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 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

【在宅療養に関する地域の現状・課題等について】

- 在宅診療を専門に行う診療所と行わない診療所で二極化。
- 患者の医療依存度が高い場合、かかりつけ医だけで24時間体制の確保は困難。
- 在宅専門のクリニックが少ない。隣接区は多いため、患者が区外に流れている。
- 診療所間での連携が難しい。そのため、24時間体制確保が難しく、すぐに後方支援病院という流れになっている。
- 在宅専門医とかかりつけ医の連携も今後必要。
- 急変時の患者搬送手段が救急車しかない。
- 家族が救急車を呼び病院へ搬送等、看取りの困難さを痛感。
- 在宅医と訪問看護師の連携がまだ十分に取れていない。
- 独居や認知症の方など、関係者間の連携を取るのが難しい。
- 区民への在宅療養に関する普及啓発も必要。
- 医療と介護の意見交換の場を設けている。
- ほとんどの薬局が在宅をやっているが、小児在宅や無菌調剤、24時間体制について対応できる薬局は数件しかない。
- 老健も在宅に目を向けている。

【地域と病院の連携について】

- 病院の後方支援体制は充実している。
- 中小病院で急変患者の受入れを断ることは少なくなっているのではないかと。
- 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。
- 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いる。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。
- 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。
- 行政等が医療・介護に関する様々な取り組みを実施しているところもあり、ここ数年で医療と介護の顔の見える関係が出来てきた。
- 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。
- 医師が忙しく、ケアマネジャーが連絡等を遠慮してしまう。

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30年1月12日（金曜日）

午後7時00分から8時30分

会場：東京都医師会 2階講堂

参加人数：45人（うち傍聴者28人）

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 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

【在宅療養に関する地域の現状・課題等について】

○診療所医師の間で在宅の取組に対する温度差があり、地域の足並みが揃っていない。外来をやっている医師が1人でも在宅に対応してくれると地域の取組は進む。

○24時間診療の負担感が大きい。

○多くの中小病院があるという地域柄、患者が病院を選んでいる。患者の意識を変える必要があるのではないか。

○入院当初は在宅を希望するも、患者家族が看続けることが困難と考え再度入院することが多い。

○在宅療養を希望する人が半数以上いるが、家族へ負担をかけることになると考え、実際には不可能と考える人も大勢いる。

○在宅専門の診療所で医師会に所属しない医師が多く、取組がわからない。

○当初、行政が主体となって多職種での事例検討を取り組んでいたが、病院が主体となって多職種を集めて事例検討をするなど、意識が変わりつつある。

○在宅医の数が適正か分からない。在宅医療のニーズと在宅医の数のマッチングを丁寧にする必要がある。

○ICTを活用した情報共有では、複数のシステムが運用されている状況が課題。

○在宅歯科もマンパワーが不足している。

○2025年までにすべての薬局が在宅に取り組むことを目標としているが、現状は一部の薬局に集中している。

【地域と病院の連携について】

○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。

○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。

○区西部全体で後方支援の取組をする必要がある。

○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。

○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。

○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。

○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。

○急性期を脱した直後、直接特養に入るといったケースが多くなってきている。老健施設が中間施設でなくなっている。

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30年1月9日（火曜日）

午後7時00分から8時30分

会場：東京都医師会 2階講堂

参加人数：40人（うち傍聴者20人）

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 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

【在宅療養に関する地域の現状・課題等について】

- 圏域の特徴として、各区の規模が大きく圏域ひとつくりでまとめるのは難しい。まずは、区単位で検討することが必要。
- 在宅専門のクリニックが、区外からも入ってきている。また、医師会にも入っていないことが多いため状況が掴めない。地域包括ケアで行われるべき本来の在宅医療とは違いかたちで動いている。
- 在宅専門・かかりつけ医が訪問診療で対応などのパターンがあるが、全体としてどのように整備していくか検討する必要がある。
- がん・非がんについて対応スパンが違う。患者に対する機能分化が必要なのでは。
- がん・非がんといった線引きは難しいため柔軟性を持って対応することが必要。また、患者に「どういう生き方をしていくか」を聞くことが大切。また、そういった声を介護職が聞いている場合もあり、共有が重要。
- がん・神経難病などの専門医とかかりつけ医との連携が有効では。
- 区境の連携が必要。
- ICTを活用した連携が広まってきている。今後、災害時等で活用が見込める。
- 行政が開催する多職種の会議により地域の医療・介護職同士で話ができて、顔の見える関係が構築されてきた。

【地域と病院の連携について】

- 病院の医師が在宅医療がどのくらいの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（特に、若い医師）。
- 区内の病院を訪ねて退院支援の取組等を伺っているが、病院間の繋がりがわからないことがわかる。
- 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。
- 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。
- 病院内の会議室等での研修は、病院関係者が参加できるため有効である。
- 区内共通の退院ルールをつくらうとしたが、病院ごとにルール等が違い、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。
- 急性期病院に在宅療養患者の病床を確保する事業を実施しているが、効果的である。
- 医師会病院で1床後方支援病床があり、365日活用されている。
- 区内13病院・有床診2か所まで空床を利用し、後方支援を行っている。
- 「年末年始に何かあったら病院へ」といった連絡があり、患者の情報等を病院に連絡し安心して過ごせた。在宅医にとって、「休めない」というのがネックだか病院の支援があると大変気が楽になる。

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1月10日（水曜日）

午後7時00分から8時30分

会場：東京都医師会 2階講堂

参加人数：29人（うち傍聴者15人）

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 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

【在宅療養に関する地域の現状・課題等について】

○区で多職種の情報共有のための共通シートを作成。試行的に1年間使ってきたが、やりとりされる情報が統一されて使いやすく、成果を感じている。また、シートを中心に多職種連携が深まってきた。

○区を4つのグループに分け、かかりつけ医と訪問診療専門医・後方支援病院の連携の取組を行っている。（かかりつけ医の患者で外来通院が厳しくなった患者について、グループ内の訪問診療医にお願いをする。また、後方支援病院がそれをバックアップする取組。）

○外来から訪問診療に切り替えたいと患者が希望した際に、ケアマネジャーがかかりつけ医に知らせずに訪問診療に切り替えているケースがある。

○ケアマネジャーとしては、在宅医療につなげる際には、かかりつけ医と相談するよう共通認識を図っている。老々・認知症などは特に、ケアマネジャーが患者の代弁者として医師と調整をしている。

○医療・介護の壁はまだ解消できていない。代表者による多職種会議だけでなく、地域ごとに会議を開催し、顔の見える関係をつくる必要がある。

○訪問看護ステーションは増加しているが、フルで働ける人がいなかったりと人材不足。また、訪問看護師同士の連携がとれていない。

○薬剤師の取組が進んできた。地域ケア会議のアドバイスの立場の連携から、各事例からの服薬管理に繋げていく具体的な取組に進んできた。

【地域と病院の連携について】

○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。

○病院の看護師は医療の知識は豊富であるが、介護の知識や理解が必要。

○在宅が見えていない病院のスタッフが多い。在宅に1～2日間研修に行っても理解しきれない。

○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が見えていない。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。

○在宅療養患者を救急で受け入れる場合、当直医が対応を判断するが、地域との連携がないと判断が難しい。

○レスパイト入院を前向きに考えて欲しい。レスパイトが必要な状態は、家族がケアをできなくなる一歩手前であり、それは患者にとっても負担になる。

○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。

○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。

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29年10月31日（火曜日）

午後7時00分から8時30分

会場：東京都医師会 2階講堂

参加人数：34人（うち傍聴者16人）

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 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

【在宅療養に関する地域の現状・課題等について】

- 区東部において医療資源について、足りていないという声はない。
- 在宅医療の需要増加が見込まれているが、医師の高齢化や24時間対応が課題になる。
- 在宅専門医療機関が増加してきている。
- 外来と訪問診療を行う診療所の場合、夜間や診療中の対応が課題。地域でチームとして24時間対応する体制や、在宅専門医療機関との連携が必要。
- 多職種連携は、実感としてだいぶ進んできている。
- 在宅療養支援窓口の機能を再整理し、コーディネートの役割を強化していく予定。
- 患者やその家族が、在宅療養を希望しないということも多く、在宅療養に関する患者・家族への理解促進が重要。
- 個人情報の取扱い等、情報共有に関するルール作りが必要。

【地域と病院の連携について】

- 紹介状のみで患者が診療所に帰ってくることもある。
- 区東部は退院調整部門の設置が少ないとのデータがあるが、全般的に退院支援は十分取り組まれていると感じている。
- 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。在宅医側の意識があまり高くない場合や、病院側の都合でカンファレンスの日程が組まれていることが原因ではないか。
- 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。
- 病院の看護師は、介護に関する知識をあまり持っていない。
- 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。
- 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。

在宅療養ワーキングの開催について(西多摩)

開催概況

日時：平成29年11月15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

参加人数：30人（うち傍聴者9人）

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 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

【在宅療養に関する地域の現状・課題等について】

- 在宅医療の需要増加が見込まれるが、在宅医や訪問看護が不足している。
- 西多摩において、訪問診療や往診を行う上で、移動距離が長く、効率が悪い。
- 市町村において、医療・介護の連携として病院と地域でグループ討議や多職種を集め検討会を実施している。
- かかりつけ医が診ている患者を最期まで看ることができるようになることが重要。
- 地域と往診医との連携は比較的とれている。
- 地元で亡くなりたいという人が多い。

【地域と病院の連携について】

- 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。
- 在宅医の立場として、在宅療養患者が病状変化の際に、気軽に入れるベッドがあると安心。
- 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。
- がん・非がんに分けて整理する必要がある。
- 病院と関わりのある医療機関や施設等だけで連携をしている現状がある。
- 医療側と地域（特に、施設スタッフ）の相互理解が必要。
- 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。
- 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。

在宅療養ワーキングの開催について(南多摩)

開催概況

日時：平成29年11月27日（月曜日）

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

参加人数：42人（うち傍聴者20人）

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 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

【在宅療養に関する地域の現状・課題等について】

- 在宅医療と言っても患者の病態は様々であり、多様化する医療ニーズに、病床機能のような訪問診療の機能分化も必要。
- 患者・家族との信頼関係が重要。その上で、今後の病状変化等、想定される事態をあらかじめ伝えておくことが大切。
- 地域の資源を把握した上で、どこまで対応ができるかという、患者・家族との話し合いも必要。
- 在宅医療の需要と供給、現状ではバランスが取れていると感じる。そのため質の確保・向上に向けた取組が進められる。
- 在宅医療を進める上で、患者自身が独居であったり、生活力がないと、実態としてはかなり難しいと感じる。
- 在宅医療を専門に担わなくても、外来+訪問診療で、その先は在宅専門医に上手くバトンタッチするなど、しくみづくりが必要。
- 外来を中心に成り立っているところでは、訪問診療を新たにやろうという意識はあまりないように感じる。
- 在宅医療に対応しているという趣旨の看板をなかなか掲げてくれない。依頼があると断れなくなるからだと思う。

【地域と病院の連携について】

- 地域と病院で顔の見える関係を作るための会を開催している。
- 在宅と病院との連携は、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。
- 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、在宅専門のクリニックを紹介するか、一般のクリニックを紹介するか対応している。
- 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。
- 区分Ⅰの7割を在宅に戻すのは、現実的には難しいと思う。
- 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。
- 療養病床からの移行にあたって、施設等の整備も必要ではないか。
- 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。
- 独居、生活力がないとやはり帰れない。

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29年11月8日（水曜日）
午後7時00分から8時30分
会場：立川市医師会館 3階会議室
参加人数：33人（うち傍聴者9人）

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 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

【在宅療養に関する地域の現状・課題等について】

- がんなどの高度医療を必要とする患者は区部に流れ、急性期を脱した慢性期の患者が多摩に帰ってくるという現状。
- 医療・介護資源マップを共有する取組が必要。
- 24時間365日の診療体制を確保するのはなかなか難しいが、外来で診ていた患者が在宅に切り替わった時に、24時間体制は在宅専門医療機関、普段はかかりつけ医が対応等、かかりつけ医と在宅専門医療機関の連携が取ればよい。
- 診診連携として、主治医・副主治医制による取組を始めてはいるが、これからという状況。
- 最期まで病院で診てほしいという都民が多い。在宅療養に関する都民への啓発も必要ではないか。
- 退院調整について、在宅復帰を見据えると、介護の視点も大変重要だが、なかなかそこまでの対応が難しい状況。

【地域と病院の連携について】

- 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。
- 医療と介護の連携では、ケアマネジャーの役割が重要。
- 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おうと、医療・介護連携が進むのではないか。
- 急性期病院では、在宅への視点が足りないこともある。
- 退院支援部門の充実が必要。
- 7：1の体制の確保が優先され、退院支援部門に多くの人員配置することが難しく、多忙な状況となっている。
- 患者が退院後、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。
- 老健施設のショートステイで、レスパイト機能的な役割を担えると考えているが、なかなか利用率は上がってこない。

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29年12月12日（火曜日）

午後7時00分から8時30分

会場：調布市医師会館 4階大会議室

参加人数：36人（うち傍聴者10人）

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 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

【在宅療養に関する地域の現状・課題等について】

- 現行でも在宅医療の資源が不足しており、在宅医療への参入も進まず、今後の在宅医療等の需要増加に対応できない。
- 外来だけやっていたら診療所の経営的には問題ないと考えているところが多い。
- 在宅医療への参入が進まない要因として、「24時間対応」「オンコール体制」「休日夜間対応」等への困難が挙げられる。
- 医師会で、診療所医師の訪問診療への同行研修や地域の連携を促進し在宅医療に取り組みやすくするためにICTの活用などの取組を行っている。
- 医師会で、24時間体制を支援する取組を試みたが、医師に「自分の患者は自分で診る」という考えがあり上手くいかなかった。
- 在宅専門クリニックの医師等と新たに在宅医療に参入する医師との間でスキルの差が大きいことが問題。
- 一般診療所と強化型の在支診との連携が重要。

【地域と病院の連携について】

- 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。バックベッドの取組を市外も対象としている例がある。
- 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。
- 病院側から在宅側へアプローチしていくことも必要。
- 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。
- 中小規模の病院においては、経験のある退院支援看護師等を配置するのは、コストが高く難しい。
- 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。
- 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。

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29年12月8日（金曜日）

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

参加人数：43人（うち傍聴者18人）

参加団体等

- 区市町村
- 地区医師会
- 在宅医
- 病院
- 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

【在宅療養に関する地域の現状・課題等について】

○在宅医療を専門に担っている医師が少ない。その結果、少ない在宅医療を行っている医師に患者が集中してしまい疲弊してしまっている。

○団地にエレベーターがないから階段を降りられず通院困難といった慢性疾患を抱える患者に対し、かかりつけ医が少しでも訪問診療により対応して欲しいが、実際は難しい。

○看取りや、病状が重い患者は在宅専門の医療機関で対応することで、少しでも訪問診療を担う人材が増えればと感じる。

○訪問診療に取り組んでいない医師も多く、余力はまだある。

○訪問診療といっても、疾病によって需要ニーズが異なる。

○独居の患者だと、最初から在宅医療を受けるのは無理と決めつけている患者が多く、行政による地域に対する普及啓発が重要。

○在宅医にとって、24時間診療体制の確保が大きな課題だが、訪問看護ステーションが連携に入ってくると大変心強い。

○退院時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。

【地域と病院の連携について】

○病院と在宅医の連携はよくとれている。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。

○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。

○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。

○ケアマネジャーで、医師に対する苦手意識を持っている者はまだいる。

○病院と地域の診療所で、多職種を含めて顔の見える関係作りが少しずつ進んできている。

○病院側の取組として、地域の医療・介護関係者と連携した多職種連携、顔の見える関係作りを進めている。

○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。

○救急の立場から、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。