

	主な意見
医療資源等	<ul style="list-style-type: none"> <li>○在宅専門医療機関が増加してきている</li> <li>○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</li> <li>○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</li> </ul>
機能分化	<ul style="list-style-type: none"> <li>○在宅専門医とかかりつけ医の連携も今後必要</li> <li>○訪問診療といっても、疾病によって需要ニーズが異なる</li> <li>○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</li> <li>○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</li> </ul>
多職種連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>○外来から訪問診療への切り替えを希望する患者に対し、ケアマネがかかりつけ医に知らせずに切り替えているケースが有る</li> <li>○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</li> <li>○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、地域ごとに開催し、顔の見える関係を作りが必要</li> </ul>
情報共有(ICT含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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</li> <li>○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</li> <li>○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</li> <li>○区で多職種の情報共有のための共通シートを作成。情報が統一され使いやすく、シートを中心に連携が深まってきた</li> </ul>
24時間診療体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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</li> <li>○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</li> <li>○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</li> <li>○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、普段はかかりつけ医が対応等、かかりつけ医と在宅専門の連携が取ればよい</li> </ul>
医療機関間の連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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</li> <li>○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</li> <li>○一般診療所と強化型の在支診との連携が重要</li> </ul>
看取り	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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</li> <li>○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</li> <li>○地元で亡くなりたいという人が多い</li> </ul>
都民の意識・普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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</li> <li>○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</li> <li>○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</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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</li> <li>○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</li> </ul>

テーマ① 在宅療養に関する地域の現状・課題等について

区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部
<p>【医療資源等】</p> <p>○区内の在宅患者について、区外の先生が多く診療をしている</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>○地区全体で対応できる薬局を増やすことが必要</p> <p>【多職種連携】</p> <p>○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</p> <p>【都民の意識・普及啓発】</p> <p>○区民の半数以上が在宅医療を望んでいる</p> <p>【その他】</p> <p>○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</p>	<p>【医療資源等】</p> <p>○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</p> <p>○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。ケアマネや訪問等から声が掛かった薬局は積極的にやっている</p> <p>【多職種連携】</p> <p>○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</p> <p>【情報共有(ICT含む)】</p> <p>○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</p> <p>○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おらず情報共有が必要</p> <p>【医療機関間の連携】</p> <p>○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</p>	<p>【医療資源等】</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>【機能分化】</p> <p>○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</p> <p>○在宅専門医とかかりつけ医の連携も今後必要</p> <p>【24時間診療体制】</p> <p>○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</p> <p>【看取り】</p> <p>○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</p> <p>【都民の意識・普及啓発】</p> <p>○区民への在宅療養に関する普及啓発も必要</p> <p>【その他】</p> <p>○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</p>	<p>【医療資源等】</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>○在宅歯科もマンパワーが不足</p> <p>○現状は一部の薬局に集中している</p> <p>○2025年までにすべての薬局が在宅に取り組みことを目標としている</p> <p>【情報共有(ICT含む)】</p> <p>○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</p> <p>【24時間診療体制】</p> <p>○24時間診療の負担感が大きい</p> <p>【都民の意識・普及啓発】</p> <p>○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</p>	<p>【医療資源等】</p> <p>○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うかたちで動いている</p> <p>【機能分化】</p> <p>○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</p> <p>○がん・非がんについて対応スペンが違う。患者に対する機能分化が必要なのでは</p> <p>○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</p> <p>【情報共有(ICT含む)】</p> <p>○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</p> <p>【その他】</p> <p>○区境の連携が必要</p>	<p>【医療資源等】</p> <p>○訪看STは増加しているが、フルで働ける人がいないなど人材不足。訪問看護師間の連携がとれていない</p> <p>【多職種連携】</p> <p>○外来から訪問診療への切り替えを希望する患者に対し、ケアマネがかかりつけ医に知らせずに切り替えているケースが有る</p> <p>○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、地域ごとに開催し、顔の見える関係を作りが必要</p> <p>○薬剤師の取組が進んできた。地域ケア会議のアドバイザー的な立場の連携から、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</p> <p>○ケアマネとしては、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</p> <p>【情報共有(ICT含む)】</p> <p>○区で多職種の情報共有のための共通シートを作成。情報が統一され使いやすく、シートを中心に連携が深まってきた</p>
区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
<p>【医療資源等】</p> <p>○在宅専門医療機関が増加してきている</p> <p>○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</p> <p>【24時間診療体制】</p> <p>○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</p> <p>【情報共有(ICT含む)】</p> <p>○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</p> <p>【都民の意識・普及啓発】</p> <p>○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</p> <p>【その他】</p> <p>○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</p>	<p>【医療資源等】</p> <p>○訪問診療や往診を行う上で、移動距離が長く、効率が悪い</p> <p>○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</p> <p>【多職種連携】</p> <p>○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</p> <p>【看取り】</p> <p>○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</p> <p>○地元で亡くなりたいという人が多い</p>	<p>【医療資源等】</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>【機能分化】</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>【都民の意識・普及啓発】</p> <p>○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</p> <p>○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</p>	<p>【医療資源等】</p> <p>○医療・介護資源マップを共有する取組が必要</p> <p>○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</p> <p>【24時間診療体制】</p> <p>○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、普段はかかりつけ医が対応等、かかりつけ医と在宅専門の連携が取ればよい</p> <p>【医療機関間の連携】</p> <p>○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</p> <p>【都民の意識・普及啓発】</p> <p>○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</p>	<p>【医療資源等】</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>【24時間診療体制】</p> <p>○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いかなかった</p> <p>○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</p> <p>【情報共有(ICT含む)】</p> <p>○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</p> <p>【医療機関間の連携】</p> <p>○一般診療所と強化型の在支診との連携が重要</p>	<p>【医療資源等】</p> <p>○在宅医を専門に担っている医師が少ない。その結果、患者が集中してしまい疲弊してしまっている</p> <p>○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</p> <p>【機能分化】</p> <p>○看取りや、重い患者は在宅専門で対応することで、少しでも訪問診療を担う人材が増えればと感じる</p> <p>○訪問診療といっても、疾病によって需要ニーズが異なる</p> <p>【24時間診療体制】</p> <p>○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</p> <p>【都民の意識・普及啓発】</p> <p>○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</p>

	主な意見
広域的な取組・連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>○区を越えると連携が難しくなる</li> <li>○区内共通の退院ルールをつくらうとしたが、病院ごとでルール等が違い、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</li> <li>○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</li> <li>○在宅と病院との連携、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</li> <li>○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</li> </ul>
情報共有(ICT含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○病院は電子カルテ情報は持っているのですが往診の状況などはわかるが、地域の誰と連携しているかわからない</li> <li>○病院から病院へ転院するとき、転院元の病院から入院時の状況等についてこない、情報共有ができていないことが問題、かかりつけ医がわからない、病院間の情報共有が課題</li> <li>○入院前からの情報共有が大切</li> </ul>
入退院調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>○病院へ紹介した患者が地域（紹介元）に帰ってこない</li> <li>○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おり、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</li> <li>○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</li> <li>○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</li> <li>○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</li> <li>○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</li> <li>○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</li> </ul>
医療介護関係者の相互理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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</li> <li>○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えると、医療・介護連携が進むのではないかと</li> <li>○医療側と地域（特に、施設スタッフ）の相互理解が必要</li> </ul>
老健施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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</li> <li>○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</li> </ul>
訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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</li> <li>○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</li> <li>○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</li> <li>○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</li> </ul>

テーマ② 地域と病院の連携について

区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部
<p>【広域的な取組・連携】</p> <p>○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</p> <p>【情報共有 (ICT含む)】</p> <p>○病院は電子カルテ情報は持っているが、往診の状況などはわかるが、地域の誰と連携しているかわからない</p> <p>○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</p> <p>【入退院調整】</p> <p>○病院へ紹介した患者が地域(紹介元)に帰ってこない</p> <p>○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おうケースがある</p> <p>○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</p> <p>【その他】</p> <p>○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</p>	<p>【広域的な取組・連携】</p> <p>○区を越えると連携が難しくなる</p> <p>【情報共有 (ICT含む)】</p> <p>○病院から病院へ転院するとき、転院元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</p> <p>○入院前からの情報共有が大切</p> <p>【入退院調整】</p> <p>○ケアマネに対して、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、細心の注意を払って周知している</p> <p>【医療介護関係者の相互理解】</p> <p>○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</p> <p>【その他】</p> <p>○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、訪看・ケアマネ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</p> <p>○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とっている</p>	<p>【入退院調整】</p> <p>○独居でかかりつけ医がない等、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</p> <p>○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おり、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</p> <p>○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</p> <p>【医療介護関係者の相互理解】</p> <p>○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</p> <p>○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</p>	<p>【広域的な取組・連携】</p> <p>○区西部全体で後方支援の取組をする必要がある</p> <p>【入退院調整】</p> <p>○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</p> <p>【医療介護関係者の相互理解】</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>【看取り】</p> <p>○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</p>	<p>【広域的な取組・連携】</p> <p>○区内共通の退院ルールをつくらうとしたが、病院ごとでルール等が違い、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</p> <p>○区内の病院間の繋がりがわからないことがわかる</p> <p>○区内13病院・有床診2か所で空床を利用し、後方支援を行っている</p> <p>【情報共有 (ICT含む)】</p> <p>○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</p> <p>【医療介護関係者の相互理解】</p> <p>○病院の医師が在宅医療がどのくらい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</p> <p>○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</p>	<p>【広域的な取組・連携】</p> <p>○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</p> <p>【入退院調整】</p> <p>○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を見えていない。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</p> <p>○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</p> <p>【医療・介護関係者の相互理解】</p> <p>○病院の看護師は医療の知識は豊富であるが、介護の知識の理解が必要</p> <p>○在宅が見えていない病院のスタッフが多い</p> <p>【老健施設】</p> <p>○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</p>
区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
<p>【入退院調整】</p> <p>○紹介状のみで患者が診療所に帰ってくることもある</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>【医療介護関係者の相互理解】</p> <p>○病院の看護師は、介護に関する知識をもっていない</p> <p>【その他】</p> <p>○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</p>	<p>【広域的な取組・連携】</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>【情報共有 (ICT含む)】</p> <p>○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</p> <p>【医療介護関係者の相互理解】</p> <p>○医療側と地域(特に、施設スタッフ)の相互理解が必要</p> <p>【都民の意識・普及啓発】</p> <p>○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</p> <p>【機能分化】</p> <p>○がん・非がんに分けて整理する必要がある</p> <p>【その他】</p> <p>○病院と関わりのある医療機関や施設だけで連携をしている現状がある</p>	<p>【広域的な取組・連携】</p> <p>○在宅と病院との連携、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</p> <p>【入退院調整】</p> <p>○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</p> <p>【都民の意識・普及啓発】</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>【その他】</p> <p>○独居、生活力がないとやはり帰れない</p> <p>○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</p>	<p>【入退院調整】</p> <p>○退院支援部門の充実が必要</p> <p>○7:1体制の確保が優先され、退院支援部門に多くの人員配置をすることが難しく、多忙な状況となっている</p> <p>○患者さんが退院後、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</p> <p>○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</p> <p>【医療介護関係者の相互理解】</p> <p>○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と</p> <p>○急性期病院では、在宅への視点が足りないこともある</p>	<p>【広域的な取組・連携】</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>【入退院調整】</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>【老健施設】</p> <p>○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</p>	<p>【情報共有 (ICT含む)】</p> <p>○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</p> <p>【入退院調整】</p> <p>○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</p> <p>○退院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</p> <p>【訪問看護 S T】</p> <p>○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</p> <p>【その他】</p> <p>○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</p> <p>○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</p>