

	区中央部	区南部	区西南部
情報共有	○他地区の回復期病院に転院し、戻ってくる場合、他地区にとっては元の地区の情報が余りないため、在宅療養相談窓口が有効である。	○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一人について整えておき、お薬手帳に書き加えておく。常に患者に携帯しておいてもらい、救急搬送時にも救急隊に渡すようにする。 ○病院間の情報共有は病院において十分に行っておいていただきたい。 ○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べき。	○病院内の急性期病棟から回復期病棟へ患者が移る際や、急性期病院から回復期病院へ患者が転院する際に、病院内・病院間の情報共有・引継ぎができておらず、在宅へ帰るときに元のかかりつけ医にもどってこない。地域のかかりつけ医の情報のほか、地域での生活情報や福祉的な情報を共有できるようなシステムを構築していく。
円滑な在宅への移行	○退院後、圏外の回復期病院に出て行ってしまった患者について、もといた地域へ帰ることができるように上手く連携を取ることができていない。	○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。	○地域連携室がない中小病院の場合では、退院支援の取組にも限界がある。地域包括支援センターが支援をしていく必要がある。 ○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が病院からみると好印象となり、そちらに患者が流れていってしまう。病院の医師・看護師はもう少し在宅現場の状況について把握した上でのコーディネートが必要であり、また、かかりつけ医側も、なるべく退院前カンファに出席して顔の見える関係を作っていく必要がある。 ○在院日数の問題や在宅復帰率の縛りから、確実に早く受け取ってもらえるところへ患者がどんどん流れている。 ○退院支援に関して、地域連携室等が整備されている大規模病院と異なり、中小病院の場合はMSWの力にも限界があり、医師等の個人的なネットワークに頼っていることが多い。在宅療養支援窓口と連携し、地域の情報を得ながら地域の医療・介護関係者と連携していくことが必要。
相互理解	○大病院の看護師は地域側の様子を分かっていないとの指摘がある。	○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あり、地域との連携がうまく取れていない。地域における他職種連携の会に病院の参加を促し、連携をより深めていく。 ○地域医療支援病院があるが、まだ全部の医師がその存在を知らないので周知していく必要がある。	
地域への後方支援	○夜間・急変時対応など在宅医が対応しきれないところをもっと病院がカバーできるようにすれば、在宅医療を始めようという医師も増えるのではないか。 ○人口に対して病院が少ないため、在宅患者が急変した際のベッドの確保が難しい。区だけでなく、区を越えた広域で受け入れ態勢を整備していく必要がある。	○在宅療養後方支援病院で、「在宅患者協同診察料」(年3回まで)を活用し、在宅医がすぐに看取りの対応できないときに、病院医師が看取るといったことが可能になるのではないか。	○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うまく活用できていない。地域包括ケア病棟を病院の機能にかかわらず、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られる体制を構築していく必要がある。
患者・家族の理解促進	○患者自身もなかなか在宅療養に踏み切ることができないケースが多いため、在宅療養について市民にもっと普及啓発をしていく必要がある。 ○在宅看取りを決めている家族でも、急変すると救急要請してしまうことがある。	○患者の中には大病院にこだわりを持っており、介護や医療の面でうまく対応できないケースがある。いろいろな選択があるということを、適切な時期に話をしていくような支援が必要。	○元のかかりつけ医に戻ってきてもらうためにも、患者自身に「自分の地域のかかりつけ医は誰なのか」を理解してもらうための患者教育が必要。
その他		○新規で開業した在宅医師や事業者など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ため、アドバイスできるようなシステムを構築し、地域で指導・育成していくことが必要。	

	区西部	区西北部	区東北部
情報共有	<p>○患者の医療に関する情報だけでなく、介護に関する情報や栄養面に関する情報も必要である。ICTを活用してそうした情報を共有する取り組みが進んでいる区があるので、他の区でも広げていきたい。</p> <p>○カンファレンスをICTツールを活用し、簡便化していければ、在宅側も参加しやすくなる。</p> <p>○ツールを作るだけでなく、医療・介護の情報を相互に共有し合おうという意識が重要である。</p> <p>○診療所から紹介した患者が紹介元に戻ってこないことがある。カルテ内に必ずかかりつけ医の情報を記載するなどして、病院内で共有できるよう、病院の医師の意識付けを行う必要がある。</p>	<p>○急性期病院から回復期病院へ転院した後、もともとのかかりつけ医に関する情報が途切れてしまい、退院後、元のかかりつけ医のところへ戻ってこない。</p> <p>○医療情報の共有に当たって、地区ごとに共有の仕方や書式等が異なっている。少なくとも区西南部内だけでも、共通の連携シートを作成していければ良い。</p> <p>○在宅から急性期病院へ紹介した患者が、院内で転科すると元のかかりつけ医の情報が途切れてしまう。</p> <p>○退院前カンファレンスや入院中のカンファレンスに在宅医が参加できていない。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。</p>	<p>○情報ツールを地域で作成しても、別の地域で作成されたツールとの調整が必要になってしまう。東京都や国で統一した医療・介護の情報ツールを作成する必要がある。</p> <p>○在宅医師が病院を紹介した後、患者の追跡ができなくなってしまう。</p>
円滑な在宅への移行		<p>○病院から退院させるとき、在宅医療専門の診療所等を紹介する方が楽と病院が考えて、患者がそちらに流れているケースがある。</p>	
相互理解	<p>○急性期病院は地域側の状況を十分理解してもらえていない。病院の医師や看護師が、訪問看護ステーションの在宅訪問に同行する取り組みを全病院で必須とするのが良い。</p> <p>○病院や施設、法人などの垣根を超えて、互いに現場を共有し相互理解を進めていくことが必要。そうした研修などの取組に対して、都から費用面の支援があると良い。</p>	<p>○病院側の医師と地域側の医師間の相互理解がもっと必要。</p>	<p>○介護関係者から医療関係者に対する敷居の高さを感じる。</p> <p>○医療と介護の共通の言語が必要である。</p>
地域への後方支援	<p>○老健施設へのレスパイトなど、うまく活用していく必要がある。</p>		
患者・家族の理解促進	<p>○在宅患者や家族側へのACPが不十分だと、救急搬送先の病院は、患者にどこまで医療を提供していいのか、どこまでの治療を受けたいと考えているかなどがわからない。</p>		<p>○地域包括システムについて地域住民の理解が不十分などところがある。</p> <p>○ACPを進めていく必要があるが、どのタイミングで誰に話をするかという課題がある。</p>
その他		<p>○在宅医療に取り組む医師を増やしていくには、24時間対応や休日対応等を在宅専門の診療所がフォローする形ができればいいのではないか。</p>	<p>○地域の医療・介護スタッフに頼りすぎている面がある。病院側でもきちんと患者をサポートしていく必要がある。</p>



	区東部	西多摩	南多摩
情報共有	<p>○情報共有ツールは便利であるが、やはり顔の見える関係を構築することが第一である。</p> <p>○情報共有のためのICTや紙を用いた情報ツールについて、作成してもあまり活用されていないという現状がある。</p>	<p>○ICTを活用するにあたって、情報管理や情報が漏洩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。情報管理については行政がサポートしてほしい。</p>	<p>○地域をまたいで他の病院や施設に行った場合、戻ってくるのが大変。お互いに顔の見える関係が築けていない。情報共有のためのツールなどを整備していかななくてはならない。</p> <p>○他の圏域から紹介された患者をもとの地域に戻す際に、必要な情報が取りづらい。他の圏域の病院や医師とも顔の見える関係を作る必要がある。</p> <p>○隣接する神奈川県も含めた広域のネットワーク会議を提的に開催して、区域外の病院等とも連携を強化していく必要がある。</p>
円滑な在宅への移行	<p>○病院の都合でカンファレンスが実施されることがあり、在宅医が出席しづらい。</p> <p>○退院直前ではなく、入院中や退院の少し前のカンファレンスを何度かやってほしいという希望はあるが、なかなか在宅医が出席できない等問題がある。</p> <p>○入退院時の地域と病院の調整が上手くいっていないことがある。他の区市町村ではどのように行っているのかを参考にしたい。</p>		<p>○大学病院やがんセンター等から急に地域へ戻ってくることがある。一旦、地域内の亜急性期病院に入院して在宅移行の準備を整えてから在宅へ戻るといったパスのようなものが作られると良い。</p> <p>○在宅に戻れるかどうか判断する際は、病院側のスタッフが自宅へ訪問するなどして、実際の在宅での状況を把握する必要がある。</p> <p>○独居高齢者や老老介護の場合、在宅療養生活が難しい。ケアマネジャーが積極的にサポートしていくことで、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>
相互理解	<p>○病院内での在宅に関する意識を向上させる必要がある。病院医師、看護師が外部へ外向き、多職種と交流して顔の見える関係を築き上げ、患者を診ていく。</p>	<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ため、病院側と地域側が集まる勉強会や病院の医師を対象とした在宅医療の同行研修などを開催するのが良い。</p>	
地域への後方支援			
患者・家族の理解促進			<p>○患者の在宅療養に対する理解が不十分。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必要がある。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。</p>
その他	<p>○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。</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処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、病院側も在宅患者の受け入れを躊躇してしまう。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>○在宅医が不足しているため、エリアごとに担当する在宅医を決めるなどし、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>○医療・介護関係者の入れ替わりが多く、連携体制がうまく構築できていない。地域で勉強会や懇親会を積極的に行うことで、多くの関係者がお互いに関わりを持つようにする。</p>

	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
情報共有	<p>○ケアマネジャーや看護師は様々な施設から来ており、情報を共有することができる仕組みが必要である。共通した情報シートで情報を得られるようにする。</p> <p>○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ため、地区を越えて使用することができていない。都全域で上手く活用できるような仕組みが必要。</p> <p>○在宅医師から病院医師に提供する情報には、医療面だけではなく生活面にに関する情報(経済的に困窮している、退院後は在宅療養を継続する 等)も併せて提供することも必要である。</p> <p>○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。病院薬剤師に、病院側と地域側の間に入ってもらおうと地域の薬剤師にも情報が共有できる。</p> <p>○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。</p> <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。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>○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、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のが良い。</p> <p>○認知症など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わからない場合があるため、患者の保険証などに担当ケアマネジャーやかかりつけ医などの各担当者のリストや連絡先などをに入れておくようにする。</p>	<p>○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おらず、認知されていない。より使いやすく視覚的にわ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。</p> <p>○退院後、他病院への転院あるいは在宅療養へ移行する際に、双方の医師館での情報共有はできているが、元のかかりつけ医や地域のソーシャルワーカー等とは情報共有ができていない。</p>
円滑な在宅への移行		<p>○地域と病院をつなぐキーパーソンであるケアマネジャーの質を研修等で高めると同時に、病院側もケアマネジャーの重要性についてよく理解をする必要がある。</p> <p>○入退院時において、病院の医師と地域の医師、MSWと地域の担当ケアマネジャーとの連携がうまく取れていない。</p>	
相互理解	<p>○地域の在宅医療側と病院側とで、相互理解が進んでいない。そのため、病院主導研修会等を行い、地域の医療・介護関係者が病院の中に入っていき、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>	<p>○病院側が在宅療養について十分把握できていないことがある。在宅医療に同行する研修を実施して理解を深めるなど、病院側が在宅側に目を向けて取り組んでいく必要がある。</p>	<p>○顔の見える関係を二次医療圏内で広めていく必要がある。連携会議などに在宅側も参加して意見交換していく。</p>
地域への後方支援			
患者・家族の理解促進	<p>○ACPIについて市民への理解促進が必要である。</p>	<p>○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ため、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。</p>	
その他	<p>○在宅医の高齢化が進んでいる。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>○施設での看取りがまだ少ない状況である。</p>		<p>○病院や施設に歯科医師が訪問し、口腔ケアに力を入れたり、病院のSTと栄養士が歯科医師会と連携しながら嚥下機能のケアに取り組んでいる。将来的には在宅の現場でも病院の栄養士やSTと歯科医師が連携した取り組みを行っていきたい。</p>