

テーマ① 『病院との連携』 に関する報告

研修を通して病院との連携を強化した 入退院支援への取り組み

城東区在宅医療・介護連携相談支援室
(受託法人：城東区医師会)

城東区医師会：在宅医療・介護連携への取り組み

平成29年度以前から

- ・ 24時間365日対応可能な医師会内在宅医療連携体制/バックベッド体制
- ・ 医療連携ハンドブック(第1版)： 区内医療機関の在宅対応の明確化

平成29年度

- ・ 城東区在宅医療・介護連携相談支援室(以下相談支援室) 設置
- ・ 「主治医紹介システム」の整備：相談支援室から問合せ、手挙げ方式

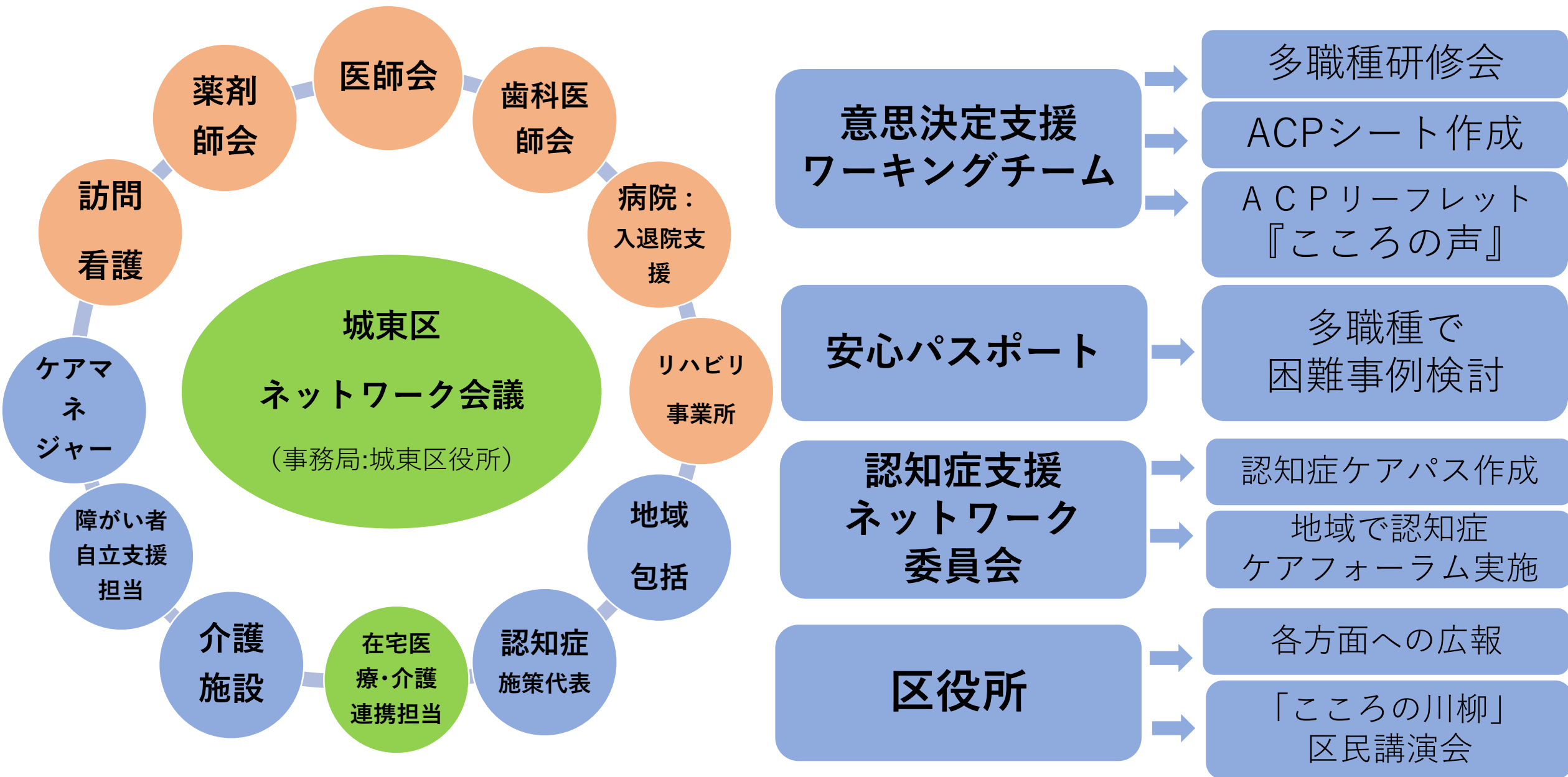
平成30年度

- ・ 医療連携ハンドブック(第2版)： 第1版を改訂
- ・ 相談支援室の相談ケースについて担当理事と検討会(毎月)

令和元年度

- ・ 在宅医療普及促進医療機関連携マップ作成
- ・ 多職種研修の企画・実施、介護職の医療研修への協力(講師派遣)

城東区 在宅医療・介護 多職種連携の現状



アンケート・聴取りから見えてきたこと

在宅医

- 薬剤師の実態が知りたい（麻薬処方など）
- 施設の実態が知りたい（入所時に利用者との関係が切れるケース）
- 病院側の連携確認（退院時、元の在宅主治医に戻らないケース）

薬剤師

- 麻薬は金曜の午前中までのFAX希望。麻薬に限り土曜の配達無し
- 注文単位を発注単位に合わせてほしい
- 利用者に関する連絡ほしい(ショートステイやデイの時間・日付変更)
- 退院カンファレンスから関わりたい

ケアマネジャー

- 半数近く（48％）が服薬管理に問題を感じ訪問看護に服薬管理を依頼
- 病院ごとの窓口や連絡経路を知りたい
- 退院カンファレンスの無い、急な退院が困る

訪問看護

- 入院中から退院後の在宅生活を念頭に置いた退院指導を希望
- 家族の体調にも配慮したスムーズなレスパイト入院可能な体制
- 退院時、患者・家族の意向の明確化
- 病棟指導の到達段階と患者側の理解度が不明確でケアの徹底が困難

【課題】

病院との
連携を
確実に！

課題から導いた研修

「病院を知ろう」

(平成30年度)

- ・ 区内9病院の紹介・目的別連携窓口の明確化

多職種
81名

「なぜ今、入退院支援が見直されたのか

～入退院支援をケアプランに生かす」 (平成30年度)

- ・ 入退院支援の手引きの周知・解説

多職種
58名

「退院支援の実際～退院会議で確認するACP」

(令和元年度)

- ・ 病院で実施されたACPを、在宅医療につなげる

多職種
142名

区内 9 病院：目的別連携窓口の明確化

(平成30年6月)

病院名： M病院		06-6969-〇〇〇〇			
	目的	入院			外 来
		連絡部署	TEL(内線等)	FAX(必要な場合)	連絡部署
目的別 連絡先	入院時連携・相談窓口	医療相談室	代表：6969-〇〇〇〇 直通：6969-〇〇〇〇 (8:45～17:00)	直通：6969-〇〇〇〇	医療相談室
	入院時情報届け先	医療相談室	代表：6969-〇〇〇〇 直通：6969-〇〇〇〇 (8:45～17:00)	直通：6969-〇〇〇〇	
	カンファレンス 問合せ・出欠連絡	医療相談室	代表：6969-〇〇〇〇 直通：6969-〇〇〇〇 (8:45～17:00)	直通：6969-〇〇〇〇	
	診療情報提供書依頼☆	事務部	代表：6969-〇〇〇〇	代表：6969-〇〇〇〇	事務部
	主治医意見書依頼 主治医への状況説明	事務部	代表：6969-〇〇〇〇	代表：6969-〇〇〇〇	事務部
	ケアマネ宛医療系サービス 導入時の主治医の意見	事務部	代表：6969-〇〇〇〇	代表：6969-〇〇〇〇	事務部
	医療系サービス指示書 (訪看・訪リハ) 依頼	事務部	代表：6969-〇〇〇〇	代表：6969-〇〇〇〇	事務部
	退院支援のための ケアの注意点連絡	医療相談室	代表：6969-〇〇〇〇 直通：6969-〇〇〇〇 (8:45～17:00)	直通：6969-〇〇〇〇	
	ケアプランの送付先	医療相談室	代表：6969-〇〇〇〇 直通：6969-〇〇〇〇 (8:45～17:00)	直通：6969-〇〇〇〇	事務部
	福祉用具に対する 意見・理由書	事務部	代表：6969-〇〇〇〇	代表：6969-〇〇〇〇	事務部
	次回受診に関する 問合せ	各担当病棟 △	代表：6969-〇〇〇〇		中央処置室 9:00～17:00
	院内介助の相談	△次回予約は退院近くに確定します。付き添い等の都合で日時希望がある場合は 事前にご相談ください。			事務部

研修により深まった理解

「病院を知ろう」

- 病院ごとの機能を理解
- かかりつけ医との連携
- 的確な書類のやり取り

「なぜ今入退院支援が見直されたのか」

- 退院支援は入院から始まる
- 入院時情報提供書・退院退所情報記録書がダウンロード可能

「退院支援の実際」

退院会議で確認するACP」

- 病院でのACPを退院会議で確認
- 在宅療養へACPを受継ぐ
- 些細な記録で変化に対応

今後に向けて

目標：在宅医療と介護の連携を円滑に！

●退院カンファレンスに多職種参加への働きかけ

- ・病院・在宅医・在宅チーム連携→入院時から退院に備える

●患者の変化をいち早く共有（医療⇄介護）

- ・医療⇄介護の情報共有ツールを活用
- ・介護サイドの気づきレベルアップ→疾患や看取りの勉強会

●地域包括ケアで安心できる在宅療養

- ・地域包括ケア病床を含めた医療資源情報の「見える化」
- ・「ときどき入院、ほぼ在宅」の実現
- ・高齢者向け住宅等でも、従来のかかりつけ医との連携を継続可能に！