

各医療機関からのヒアリング結果

令和元年 10 月～11 月に掛けて市内 8 病院（日本医科大学多摩永山病院、公益財団法人東京都保健医療公社多摩南部地域病院、聖ヶ丘病院、天本病院、一般財団法人愛生会 厚生荘病院、社会福祉法人日本心身障害児協会島田療育センター、社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会桜ヶ丘記念病院、医療法人社団聖美会多摩中央病院）の内 7 病院についてヒアリングを行った結果を次のように病床機能別にまとめた。（尚、島田療育センターについては別途実施予定）

なお、複数の医療機関にヒアリングした結果なので、必ずしもすべての医療機関が同じ対応ではありません。

【入退院（転院）支援について】

●入院（転入院）支援について

- ・患者に、入院前に一度外来してもらい、入院の支援看護師がオリエンテーションとリスクアセスメントをし、そして入院当日来院していただく。
- ・転院受け入れは医療連携室が担当。外部病院から連絡が来て、転院を受諾し入院の運びとなる。
- ・高度急性期病院は 1 日も早く退院させなければならないことなどからターミナルの患者の様相が多様になってきている。本人や家族の希望をソーシャルワーカーが埋めていかないといけない。事前にできるだけ家族と面談するようにしている。病院から聞いたことと全然違うといわれることもあるので、会って話を聞くのが大事。理解していても納得できていないケースがある。
- ・脳卒中と地域連携パス、多摩緩和ケアカンファレンスに入っていて、看護師は南多摩地域の退院調整看護師の会に参加している。
- ・連携パスはそこまで活用されていない。看護師にそのような意識がない可能性。
- ・現状は、多摩地区は受け入れ先がある、結構スムーズに転院できる。
- ・病院相談員連絡会がもともとあり、ネットワークとして立ち上がった MSW の集まりがあり、そこで顔見知りになる。できるだけ病床を埋めることを優先して、1 日も早く受けてあげられるようにしている。転院するということは、病院側が家には帰せないという選択をしたということ。
- ・連携医からの要請は受け入れる。断らない姿勢の徹底を図っている。
- ・急性期から急性期 ホスピスに入るのに入院の手順が必要となるので、一般病床に入ってターミナルケアをしながらその後ホスピスに移る。
- ・病院間では、ファックスで病状のデータ、血液検査、ADL などをもっている。
- ・医師間でのつながりは、医師会か個人的なものがほとんどではないかと思う。
- ・急性期からの転院が 90% を占めており、市内の高度急性期・急性期からの転院が多く、南部地域病院は CW に加え、Ns も増えてきており連携しやすくなってきた。また、日医大多摩永山病院も入退院を含め 3 課体制をとっており個別の連携がとりやすい。
- ・日々のコミュニケーション、顔の見える関係はできている。
- ・何件かは、退院前に病院へ行き面接をしている。身寄りのない方など、市関係者、包括等含めて行っている。
- ・大腿骨頸部骨折、脳卒中の連携パスあり。

- ・急性期（南部、日医大）と回復期リハ病棟（天本）、年3回、パスを使ってどうか、使用する用紙について会議がある。
- ・事業所内の勉強会や職種別に交流、勉強会あり。
- ・急性期病棟は期間が短いため、家族の受け入れが不十分、家族、患者の理解が追い付いていない場合が多い。
- ・ネットの情報が多い。市民の方が正しい知識を知ることができるとよい。
- ・医療依存度の高い人の連携、在宅での緩和ケア
- ・連携する際にお互いの機能を知ることが大切。尊重しあう。お互いがカバーしあうといい。グレーの人が落ちないように。近場の病院とは、連携は比較的スムーズ。
- ・転院していく患者は少ない。
- ・転院患者には、療養型と急性期症状がいる。
- ・療養型の転院先：

家族にとって利便性の高い病院

リハビリ内容が本人に適した病院

言語聴覚士（ST）のいる病院 ※食事に関するリハビリの必要性が出てくると相模原や立川へ転院。

- ・急性期症状の転院先：

極力市内の日本医科大学多摩永山病院、多摩南部地域病院へ願います。

●退院支援について

- ・退院支援の看護師が、アセスメントを担当するので、早い段階から関わるができる。
- ・自宅退院が自分でできない方に関しては、退院支援の下で早めに連絡をとり介入して、カンファレンス等行い、在宅・転院・施設など方向を決める。
- ・多摩市内のケアマネージャー、訪問看護師、訪問診療の方に、患者の退院時に来院してもらいカンファレンスをしている。
- ・退院支援についての具体的な取り組みについては、意思決定支援を行い合意形成の上で、患者の意思を優先しつつ現実的な問題を考えながら、在宅・施設・転院などの調整をする。
- ・退院時カンファレンスは、各関係者と協力し行っている。
- ・退院カンファレンスにドクターまで入ると、全員集まるのは至難の業。特に、終末期の患者は早くしないと在宅で過ごせる時間が少なくなってしまうのでカンファレンスをしないで早期退院を優先させる場合もある。一方、ドクターが参加すれば、ドクター同士が知り合う良い機会になっている。
- ・入退院支援加算1を取っており、入院前にスクリーニングをかけ退院支援が必要な患者に対し、入院前から支援をすることになっている。入院後3日以内に、退院支援の専任・専従がスクリーニングの結果を確認し要介入を決定後、1週間以内に病棟でのカンファレンスを実施するとともに、患者・家族と計画を共有し支援を開始している。
- ・入退院支援加算1の算定のために、2部署に1名の退院支援の専任の看護師もしくはソーシャルワーカーを配置し、あと専従のソーシャルワーカーを配置して、入退院支援をしている。
- ・救命救急センターに関しては、ソーシャルハイリスクの患者が多数のため、担当のソーシャルワーカーを配置し対応をしている。
- ・平均在院日数は7.5日か7日ぐらいなので、地域の医師からの要望に応えられる。
- ・リハビリや回復期の患者は、できれば早く回復期病院や療養型病院に転院させたいが、病院間や地域と

の連携に難しさを感じる。

- ・在宅の関係者とは既に顔の見える関係ができており、患者の病態に応じて誰にお願いするか考える。
- ・今の需要と供給でいえば、訪問診療の受け皿の中で、病態に応じて依頼できている状況。再入院せずに看取ってもらえている。
- ・慢性期への転院について 市外へ出る人が多い。お金、距離、立地等を勘案し決定している人が多いが、遠くてもいいという決定も多い。
- ・退院前カンファレンス実施時は、担当 CW が必ず出席するようにしている。
- ・在宅へ戻る際には、ケアマネや包括に相談し、カンファレンスを実施している。
- ・ガン末期の患者の場合、主治医の参加は少ない傾向である。
- ・急性期症状が落ちついて、リハビリを目的とした入院を経てから退院するケースがある。

●介護保険との連携について

- ・入院時から調整を始めて病状が急性期を脱出した段階で、在宅・転院・施設などに移行したいが、地域包括支援センターでは病状が落ち着いてから介入したいとの温度差があり、患者に不利益となる場合がある。
- ・独居の患者の介護保険申請代行に困っている。地域包括支援センターに依頼してもスムーズに申請できない場合がある、改善をお願いしたい。
- ・役割分担がポイントになる。患者の希望を急性期の当院から次の地域のスタッフの方にバトンを渡して、速やかに継続して支援することが大事。
- ・ケアマネからの入院情報提供書が少ないうえ郵送が多く連携がとりにくいため、できれば来院してほしい。
- ・ケアマネからの意見として、「情報提供したにもかかわらずレスポンスがない」「病院訪問時のタイミングがわからない」などがある。対策として、治療方針が概ね決定した時点でケアマネに来院してもらい情報共有をして退院支援につなげたい。
- ・入院情報提供書が院内にすぐに目に触れる場所にはないため情報を生かしてきれてない部分がある、工夫が必要。
- ・地域のケアマネ不足が顕著、特に多摩市においてはケアマネージャー不足で、連携に手間取る。
- ・ケアマネが見つかりづらい、ケアマネ不足。(多摩市は受け入れ可能なケアマネが半年くらい前からおらず、市外へお願いしている現状)
- ・ケアマネージャーの個人差による介護方針の違いが大きい。
- ・在宅に戻る場合、ケアマネは指名。訪看もドクターも医療機関側で選ぶ。
- ・医療機関からの受診相談を当院地域連携部門から救急棟当番医へ連絡後、半数近くの患者を入院受け入れし、症状改善後は元の連携医や医療機関からの相談内容を加味し、かかりつけの医師に逆紹介するという道筋をつくっている。
- ・一時的に転床ということでは、患者を診察後入院した場合、また入院に至らない場合でも受診をしたという来院はがきを転床前の医師へ送付する体制をとっている。
- ・症状安定後、転床前の担当医師へのはがき到着や報告書作成に少し時間がかかるため、速やかな情報伝達に課題がある。
- ・退院前のカンファレンスの際、かかりつけ医師や訪問医師の調整や連絡をとり、退院後の診察や訪問診療に関する連携を図っている。

- ・診療情報提供書などについては、ケアマネや院内担当部門と連絡をとり、患者の情報提供や情報共有を図る。
- ・地域ケア会議への出席は参加しておらず。呼ばれていない。
- ・ケアマネ次第で提供する情報が変わってくるので、退院の際にスムーズかと言われれば、そうでないときがある。
- ・統一的な書式があればスムーズかどうかについては、その書式がケアマネさんとマッチするかどうかにもよる。
- ・地域包括センターとの連携はしている。
- ・ケアマネのなかには、病院とのコミュニケーションが上手く取れない人もおり、底上げをして一定ラインの質はキープして欲しい。
- ・ケアマネや包括は、患者さんの疾患に関して持っている情報が少ない場合が多い。特に本人が話せなくなっている場合や家族が遠方にいる場合、ケアマネや包括が医師に情報を伝える役割を担っており、この点がスムーズになるような工夫が必要。
- ・病院もケアマネや包括にどこまで歩み寄れるかが課題。

●福祉的課題の連携について

- ・年に4回実施している多摩ソーシャルネットワークに出席している（多摩市高齢支援課が主催）。
- ・患者の経済問題やキーパーソン不在の件が大きな問題となっている。
- ・認知症患者の医療同意をとることが困難。行政などの連携で解決できないか。
- ・患者・介護者の高齢化に伴い、転院先選定の際に金銭・距離の二大要素が影響を及ぼしているため、金銭問題、身元保証人問題など課題は多くなっており、病院内連携や福祉関係者との連携強化が必要。
- ・いわゆる8050問題について、キーパーソンになるには能力的に難しい高齢者、障がい者の方もいるので、介護関係・障がい者福祉関係・保健所などと連携して、病院とチームを組まないで解決しない問題もある。
- ・高齢者が増えるということはがん患者も増えるということ。環境的に、老老世帯や独居では在宅は難しいだろう。
- ・現実受け入れが厳しいケース、家族間の意見の相違があるケース、虐待、経済的困難性のあるケースの対応

【終末期の対応について（ACPの取り組みについても含む）】

- ・在宅でより良い時間を過ごすという場合、電話やカンファレンスができなくても、可能な限り集まれるメンバーで対応をするなど工夫はしている。代替手段などの情報を共有するための良好な関係性は院内にある。
- ・退院カンファレンスにドクターまで入ると、全員集まるのは至難の業。特に、終末期の患者は早くしないと在宅で過ごせる時間が少なくなってしまうのでカンファレンスをしないで早期退院を優先させる場合もある。【再掲】
- ・院内の医師もACPを意識していこうと動いているが、浸透までには至っていないと感じる。
- ・健康なうちから考える必要があり、医療関係者と市民と互いのスキルアップが必要。例えば市からの積極的な働きかけで市民啓発を図り、市民に考えを深めていただき、医療・介護が必要になった際に医療関係者との連携をとることができる。特に独居の方など事前にACPの考えがあれば、スムーズな地域

への連携、病病連携も取ることができると思う。

- ・緩和ケア。在宅に切り替えた患者が急変した場合、全て病院へ戻す体制ができていて患者や家族には安心していただいている。
- ・最近、ホスピスで最期を迎える方ばかりではなく、家に帰る方がどんどん増えている。病状によるが、施設（老健、有料老人ホーム）でもがんの看取りをするところもある。あとは在宅に戻る。

【小児・周産期】

●小児科について

- ・医療的ケア児の枠を広げるのは体制的に難しさがあるが、受け入れる方向で看護師数人が研修中。

●周産期病院の連携について

- ・多摩市内の周産期病院不足のため、他病院との連携は医師の判断で行っている。

【その他】

●在宅医療推進のために急性期の病床を減少させる傾向について

- ・高齢者でも病氣予防を心掛けている方が多いが、体調悪化は年齢的に避けられない側面もあり、専門的・急性期医療を希望する方が多いため、提供できる医療はやるべき。

精神科病院

【入退院（転院）支援について】

●入院について

- ・新たに来る精神疾患の患者さんは、入院期間が1年以上にならないようにコントロールしている。
- ・入院期間が短くなったため、精神科は外来医療にシフトしている。
- ・入院して何十年という人が多くいるが、入院患者数は減少傾向にある。
- ・県外など遠方から来る患者も多い。
- ・近隣では、日医大多摩永山病院からの紹介が多い。
- ・入院患者については、高齢者が多く、若者は少ない。
- ・統合失調症は多くなく、他の精神症状が増えてきている印象
- ・若い人は少ない。40代、50代が多い。
- ・入院期間は、国の方針で3ヶ月以内を目指す（最長3ヶ月）。早いほど診療報酬の加算がある。
- ・MR（精神遅滞）の子供と、その子の親が認知症となったため、両方が入院することもある。

●退院について

- ・支援が必要な人は初期であることが多く、病院では退院支援は行っていない。という病院と、逆に急性期の患者さんに対してはもちろん、長期入院になっている患者さんの地域以降、退院支援は大変大きな課題であり、取り組んでいる。
- ・退院後は、自宅に戻るより特養や有料などの施設に移る患者さんが多い。

- ・退院後については、ご家族と相談の上決めていく。
- ・最優先されるべきは、退院後も患者さんが安全に暮らせるということ。

【外来について】

- ・市内の病院からの紹介や、元在職していた先生、もしくは在職している先生の知り合いからの紹介など様々なケースがある。
- ・産業医の紹介で来る人が多い。
- ・過去に中学生の患者さんを診たことがあったが、難しかった。基本は、18歳以上を対象としている。
- ・初診の場合、電話やネットなどで予約をしてから来院してくる。いきなり外来はない。
- ・病院を紹介するサイトを見て予約してくる患者さんもいる。
- ・他の予約が取れないから来院してくる患者さんもいる。

【連携について】

- ・精神科病院学会に参加している。
- ・多摩市内の7病院の相談員ネットワークで情報交換している。
- ・症状が悪くなると入院し、回復すると退院して、自宅や元の施設に戻る患者が多くなっており、そうしたなかで、包括さんやケアマネさんとの連携が増えてきている。
- ・0次予防をしたくても上がってくる情報が少ない。
- ・包括がBackUpに終始してしまうため、患者さんの情報が後から来る。特に、加害、被害、同意者、については、きちんと伝えて欲しい。

【認知症】

●認知症の治療について

- ・インターネットでの予約システムも持っており、病院と患者さんが繋がりやすくなるようにしている。という病院と予約システムを有していない病院がある。

●地域連携型認知症疾患医療センターについて

- ・認知症に関する相談数が月に50～60件ある。
- ・相談の電話は、多摩市全域や八王子に加え、域外からもある。
- ・センターができて重度の患者が増えた感じはしない。
- ・センターができたことによって、地域連携の人材育成に携われることはよかった。
- ・月1回だが、高齢支援課主催で、ケアマネと包括両方の顔合わせができるようになった。
- ・2ヶ月に1回会合がある。

以上。