

他医療機関・介護施設等との連携に関する要望や課題認識等
(2025年に向けた対応方針より)

- 地域医療構想の元で、機能分化・強化を進めていくためには、各医療機関・施設の機能や役割に関する相互理解が現状足りていない。管理職のみでなく、現場職員同士の連携も強化しながら、相互理解を深めていくことが不可欠であると認識している。
- 高齢者患者の救急受け入れ後の退院・転院後の連携及び入院期間の見直し(他の疾病を併発することが多く、入院期間が長くなるケースの場合の対応)
- 「在宅医療を支える交流会」を年3回行い、顔の見える関係を構築することに努めている。
- 地域の医療機関とのさらなる連携を図りたい。退院先の確保、高齢者施設との連携強化。
- 今年度から療養病床の施設基準で「看取り指針」の策定が義務になり、家族や本人の「意思の確認書」が必要となった。当院の場合、入院時に本人の意思が確認できない患者がほとんどであり、戸惑うご家族も多い。ご本人が元気なうちから意思の確認をする必要があり、急性期病院や介護施設から連続した関わりが重要。
- 在宅診療を受ける側(患者・家族)の意識改革と在宅診療医師の育成が必要。
- 在宅を担う地域の医療機関とのスムーズな連携のための、IT技術を活用したシステムの整備が必要。
- 自院の特徴や受入可能な疾患等について、地域の病院・クリニックへ十分周知できていない。
- 連携に吝かではないが、ケア・ミックスとして単体で設計し運用している病院なので、部分的改編対象とされるのは困難。
- 在宅診療を含め地域における診療連携の充実をより一層図る。
- 藤沢市・茅ヶ崎市の公的病院をはじめとした病病連携の強化に努める。