

第3回地域ごとの意見聴取の場 当日意見

区中央部

◆地域特性

高度医療の集積

- 区中央部の高度急性期機能には、集積する高度医療を求めて全国から流入してくる患者へ提供する医療と、地域の住民へ提供するための高度急性期機能の医療とが混在しており、両者は切り分けて考える必要がある。
 - ・全国規模、世界規模で展開する病院の取り扱いは重要
 - ・多くの在勤者など昼間人口を支える医療も必要だが、地域に住む高齢者などの夜間人口を支えるためには、在宅支援診療所を充実させ、がん末期の緩和ケア・在宅等を診る体制整備が重要。

構想区域内の病床数・機能の状況

- 構想区域内での病床数格差にも配慮して欲しい。
 - ・台東区は高齢化率が高く、ある程度地域で医療を完結していきたいが、そのためには病床の確保が必要

◆4機能の流出入・完結率

- 東京は交通の便がよいため、区中央部だけで完結させることは難しいが、隣接区域まで含めた完結率が高いのはよいこと。
- 症状の安定しつつある急性期機能の後半～回復期機能は、住み慣れた地域での完結が望ましい。
 - ・慢性期機能も含めて地域完結していることが望ましいが、高度急性期機能・急性期機能の病床が集積している現在では、慢性期機能の病床は少ない。

◆医療連携（介護等との連携を含む）

- 患者をただ受け入れるだけでなく、住み慣れた地域に帰す仕組みが必要。
 - ・患者を住み慣れた地域に帰すことを考えると、区中央部内だけでなく、病床・外来機能・在宅支援診療所等網の目を広く張り巡らせて考えていく必要がある。
 - ・10～20年前に比べると、医療機関同士の連携はかなり進んだ。
 - ・現状の体制を大きく変えるのではなく、連携を進めることで今後の医療需要に対応していくべき。

◆地域包括ケアシステム・在宅医療

- 在宅医療はできるだけ地元で対応できるように整備すべき。
 - ・患者・家族からすると、在宅も含めてできるだけ小さい地域で完結することが望ましい。
 - ・多職種の連携により、在宅医療は構想区域内で完結して欲しい。
 - ・介護保険は区市町村財源であるため、在宅医療のあるべき姿を考えるにあたっては留意する必要がある。

第3回地域ごとの意見聴取の場 当日意見

区南部

◆地域特性

- 高度急性期機能から回復期機能まで、ある程度スムーズに医療提供されており、満足度の高い完結率

◆4機能の流入・流出・完結率

- ・高度急性期機能から回復期機能まで、ある程度スムーズに医療提供されており、満足度の高い完結率（再掲）
- 地域の先生が地域の住民を診る事が大切であり、高度急性期機能は除いたとしても、その他の医療については、地域包括ケアシステムの中で考える必要がある。
- ・高齢者救急や高齢者の在宅復帰のための病棟を充実させなければ、地域に復帰させる機能は充実しないのではないか。
- 慢性期機能については、空床があるにも関わらず病院の経営面等の事情で流出している。
- ・療養病床について、満床を理由に受入れを断っているわけではなく、病院の経営面から差額ベッド代を取らなければならないため、金銭的に受入れできない患者を断っている時もある。
- ・地価の高い区南部において、急性期の治療後の受け皿となる慢性期機能の充実は経営面から難しいのではないか。
- 在宅に帰れない療養患者が流出してしまうのは、実感通りである。

◆医療連携（介護等との連携を含む）

- 高度急性期機能～回復期機能まで、近隣区も含めて連携の道筋ができています。
- 近隣病院については、情報もあり密接な連携が取れているが、区が二つ・三つ離れると連携を取ることが難しい。
- ・病院のMSWの業務量が多く、手が回らない時に対応してもらえる窓口を地域に設置しておけば、広い視点で連携先を探すことが出来るのではないか。

◆地域包括ケアシステム・在宅医療

- 在宅で患者を診るにあたり、病床変化時に地域包括ケア病棟や在宅支援病院にスムーズに入院でき、状態安定後は地域に戻る仕組みが必要。
- ・在宅で診られる医療をどこまで高めるかが重要だが、合わせて、在宅で何かあった時に必ず病院で受け入れてくれるシステム作りが重要。
- ・看取りについて、在宅で療養していた患者を最期だけ急性期病院で看取することも地域での合意があれば可能だろう。
- ・在宅療養となる患者を退院時から地域の多職種にて支えていく必要がある。
- ・住まいまで含めてコーディネートできる新たな職種が必要

◆5 疾病 5 事業 等

救急医療

- ・万が一に備えた高齢者の救急を、区単位で整備することは難しい。

第3回地域ごとの意見聴取の場 当日意見

区西南部

◆地域特性

- がんは拠点病院等が多く揃う区中央部に流出しているが、それ以外をみればバランスが取れている地域と感じている
- ・地域で二次救急をやっていると、病床が余っているように感じない。

◆4機能の流出入・完結率

- 今後、高齢者が増えると移動範囲が狭くなり、地域の病院にかかるようになる。特殊でない医療は地域で診れるよう意識を持つことが大切。
- 将来に向けた変化は、急増する高齢者への対応であり、家族が在宅復帰を希望することも多いことから、回復期機能や慢性期機能など、在宅医療に近い医療の議論を深めた方がよい。
- ・病状的に帰れても、環境的に帰れない人が多い。患者宅に訪問したり、地元行政や介護のネットワークに深く関わらないと在宅に帰すことは難しく、回復期機能は最終的に復帰する地域のそばにあることが理想的。
- ・慢性期の病院も地元に近いところにある方が、家族の負担も少なくて良い。

◆医療連携（介護等との連携を含む）

- 地域に慢性期病院が病院が少ないため患者が流出しているとも言えるが、整備ではなく連携で補える部分があると思う。
- 療養病床に空きがあるにも関わらず、その情報が伝わっていないように思う。
- ・介護療養病床でも、医療区分2・3の患者が多くを占め、がんの疼痛コントロールを行ったりと積極的に医療必要度の高い患者を受け入れている病院もある。
- ・地域に慢性期病院が少ないため患者が流出しているとも言えるが、整備ではなく連携で補える部分もあると思う
- リソースだけでなく、他の医療機能を持つ医療機関や他の職種との情報共有や連携というソフトの部分も考えなければならない。
- ・地域にどんな医療機能を持つ病院があるのか情報共有できていれば、地域の中でもっと診ていくことができるのではないかと。

◆地域包括ケアシステム・在宅医療

- 高齢社会において、地元の医療機関は在宅のバックベッドとして在宅医療を支え、治療後地域に帰す医療を提供していくべき。
- ・歯科医・薬剤師も退院時から患者に関われるよう、今まで以上に積極的な取組が必要。

◆5 疾病・5 事業 等

救急医療

- ・地域で二次救急をやっていると、病床が余っているように感じない。（再掲）

小児医療

- 成人になる患者が増え、キャリアオーバー患者の受入れ医療機関を探すことに苦慮している。
- 受入先情報が欠かせない。

第3回地域ごとの意見聴取の場 当日意見

区西部

◆地域特性

- 医療資源・介護資源の状況等、区ごとにそれぞれ特徴があつて、一緒に議論するのは難しい。
 - ・新宿区は、特定機能病院が集中している一方、介護施設が少なく、人材も足りていない。医療資源に恵まれているにも関わらず、意外と安心して過ごせない区である。
 - ・中野区は、高齢者世帯・高齢者単独世帯が多い。2040年に向けて在宅看取りが増えると予想されるが、それを支える訪問医・訪問看護ステーションが足りない。

◆4機能の流入・完結率

- 急性期の本来意味する”患者にとって急いで治療が必要”という部分が、4機能区分の中に埋没していくことが危惧される。本来の意味での急性期は自宅や職場の近くにあつた方がよい。
 - ・療養病床においても、医療区分が導入されてから高度な医療が求められるようになったため、ある程度は医療必要度の高い患者に対応できるようになった。しかし、すぐに対応できない時のために、亜急性期的な病床が必要。

◆医療連携(介護等との連携を含む)

- 大病院から戻ってくる患者についての病診連携は取れている。
 - ・急性期からの受入れ先が見つからず、結果、病床の回転率が悪くなり、救急等で患者を取りづらくなってしまふ。
- 患者情報等を適宜共有することで連携はもっとスムーズになる。
 - ・シームレスな連携のためには、電子カルテによる情報共有が必要
 - ・患者を帰す場所がなく、加算切れるところまでなんとか粘っていることが多い。
 - ・空床状況の共有も含めて、連携するケースワーカーが増えればよい。
 - ・患者が疾病ごとに大学病院のかけもちをしており、救急で運ばれてきても他の疾患情報が全く入ってこないケースがある。
- 各医療機能で提供される医療の内容を事前に患者・家族が理解できるようになると、スムーズな受け入れが進むのではないか。
- 療養病床における治療の範囲は限られている。急性期病院があらかじめその旨を家族に説明してくれれば、滞りなく受けられることも多いはず。

◆地域包括ケアシステム・在宅医療

- 在宅療養を支援するための医療・介護資源が不足している地域が多い。
 - ・マンパワーが足りていない。
 - ・レスパイト機能としての病床は不足している。
 - ・かかりつけ医との間で、何かあつた場合には在宅で看取りと決めていたにも関わらず、救急搬送されるケースもある。行政から都民への普及啓発が必要。

第3回地域ごとの意見聴取の場 当日意見

区西北部

◆地域特性

構想区域内の病床数・機能の状況

- 区によって医療資源の配置状況が異なるため、まとめて議論するのは難しい。
 - ・例えば豊島区には、緩和ケア病棟も精神科病棟もない。

◆4機能の流入・流出率

- 高度急性期機能では3割以上が流出している。一気に医療提供体制を変えることは難しく、高度急性期機能は全都的に考え、高度急性期機能からの受け皿整備をどのように行うかを連携方法を含めて検討することが大切。
 - ・治療法がどんどん高度化しており、専門性の高い医療を各地域で持つことは難しい。
 - ・急性期～回復期はある程度地域の中で診れる体制を作り、高度急性期はそれとは別に広い範囲でデザインを作ることが必要なのではないか。
- 地域包括ケアの要となる回復期・慢性期はできるだけ区西北部の中で診るべき。
 - ・後方連携の枠組み作りを考えると、二次医療圏ではなく、区や地区医師会という顔が見えるレベルでの完結を目指していくべき。
 - ・身近な地域で慢性期の患者が入院できるためには、慢性期の病院の病床を空けていることが必要だが、慢性期の病院は病床を空けておいても、病床確保料のような収入が得られるわけではない。地価が高く、医業収入が得られにくい都において流出は仕方ないのではないか。

◆医療連携（介護等との連携を含む）

- 高度急性期機能では3割以上が流出している。一気に医療提供体制を変えることは難しく、高度急性期機能は全都的に考え、高度急性期機能からの受け皿整備をどのように行うかを連携方法を含めて検討することが大切。（再掲）
 - ・情報の共有化が遅れていることで、在宅との連携が不十分。

◆地域包括ケアシステム・在宅医療

- ・歯科医も、今後は、患者が病院を退院する時点から関わっていく必要がある。
- 認知症を持つ高齢者や独居高齢者など、訪問看護ステーションとかなり連携をとっていても在宅で診るのが難しいケースもある。
 - ・薬局も訪問看護ステーションとともに退院時カンファに入り、病院薬剤師と連携して、在宅療養により参画できる体制づくりが必要。
- 歯科・薬・看護とさまざまな職種を入れて、顔の見える範囲、例えば区・中学校区にて連携・情報共有について検討を進めるべき。

◆人材確保

- ・急性期の患者が流出してしまうと、症例が集まらなくなり、専門医制度との兼ね合いで若い医者が集まらなくなってしまう。

第3回地域ごとの意見聴取の場 当日意見

区東北部

◆地域特性

- 高度急性期から回復期に至るまで流出が多い地域だが、これまでも隣接地域と連携しながら、医療提供体制を構築している。

◆4機能の流出入・完結率

- 高度急性期から回復期に至るまで、隣接地域と連携しながら医療提供体制を構築している。(再掲)
 - ・救急系の疾患の構想区域内完結率は悪くない。区東北部での完結を目指すのではなく、区中央部をはじめとする他の地域に頼ってもよいのではないか。
 - ・高齢者の在宅療養を進めるためには、自治体のような小さな単位での入院体制の整備が必要
 - ・区東北部には緩和ケア病棟がなく、すみなれた地域で患者が最期を過ごすために、急性期や慢性期の病院が対応している。
- 現在、慢性期機能は流入超過だが、介護療養病床の今後の在り方や25対1の経過措置等、先が見通せない要素が多い。

◆医療連携(介護等との連携を含む)

- 今後は高齢者の急性増悪での入院が増えてくるであろう。急性増悪については、全身的にあまりよくなる事が多く、急性期から介護も含めた連携が重要となる。
- 区東北部から区中央部へ流出した患者が、地域に戻るときの連携がうまく取れていない

◆地域包括ケアシステム・在宅医療

- 退院時に薬局がうまく関わらず、薬が重複して処方されていることがある。地域の薬局の必要を感じている。
 - ・今後、住み慣れた地域で最期を過ごすとなると、訪問看護も含めた地域との連携が課題となる。
- 高齢者の増加につれ増えるであろう、在宅看取りをバックアップする病床が必要。

◆人材確保

- ・看護師も流出入が激しい職種のため、人材育成・確保が重要
- ・新専門医制度における専門医育成・確保が重要

◆5疾病・5事業 等

がん

- ・高齢者が増えることで、がんであっても急性期治療を行わない患者の増加が予測されるが、その際必要となる緩和ケア病棟がない。

精神

- ・精神は極端な流出入となっており、流入先の区域では極端なメディカルスタッフの不足が危惧される。医療資源が多摩に偏っていることから、区部は輪番制で対応するほかなく、医療資源の適正配置にも目を向けて欲しい。
- ・精神の合併症を病院の中で看ることは負担が大きい。その労力が評価されるべきだと考えており、一般科の医療機関にもそのことを理解した上で患者を受け入れて欲しい。

救急

- ・現在、救急搬送される合併症をもつ高齢者のうち、7割はそのまま入院している実感がある。高齢者の増加に伴い、そのようなケースの増加が予想されるため、対応を考える必要がある。
- ・葛飾区の3次急は松戸に運ばれている。都内で受け止める体制も考えて欲しい。
- ・足立区の3次救急は女子医大東医療センターに行っている。

第3回地域ごとの意見聴取の場 当日意見

区東部

◆地域特性

- 構想区域内でそれぞれ特徴があるため、きめ細やかに考えていく必要があるのではないか。
- ・江東区は湾岸地域の開発・市場移転・オリンピックなどで急激な人口増が見込まれ、このままでは医療対応できないのではないかと危惧している。

◆4機能の流出入・完結率

- ・急性期は比較的足りている印象
- ・湾岸地域の開発による人口急増で、急性期機能も不足が見込まれるのではないか。
- がんについて、高度医療を求めたダイナミックな移動はよいが、今後の高齢者の増加に対応するためには、ある程度は身近で診れる体制があった方がよい。
- ・例えば、がんにしても、区中央部にかかるから大丈夫とは言っても、江戸川区の東にがんの病院がない現状のままでよいのか。
- ・自宅で診ることが難しい場合に利用できる病床も必要であり、1床あたり面積の広い療養病床を活用して欲しい。
- 介護離職を防ぐためには、慢性期病床こそ地域にある必要がある。
- ・療養病床を整備しても、都内は地価が高く経営上厳しい面がある。

◆医療連携(介護等との連携を含む)

- 病床過剰地域のため、新規の病床整備は難しく、連携による医療提供を考えたほうがよい。
- ・地域での完結を目指すのではなく、主な流出先となっている区中央部とどのように連携するかを考えるべき
- 各病院の定める差額ベッド代や施設における個室料などの自己負担分が、自院での治療を終えたあと、転院先や入所先を探す際のネックとなっている。

◆地域包括ケアシステム・在宅医療

- ・退院時にかかりつけ医に連絡をする際に、薬剤師も一緒に関わられるような体制作りが必要。

◆人材確保

- 今後見込まれる医療需要の増加に、病床稼働率を上げて対応することもできるが、医師確保の問題がある。

◆5疾病・5事業 等

救急

- ・湾岸地域の開発により、住民が急増しており、データよりもずっと他県に流出している印象がある。
- ・3次救急が葛飾区まで入れても180万人に1箇所であり、現状のままでよいのか。

第3回地域ごとの意見聴取の場 当日意見

西多摩

◆地域特性

- ・山側の過疎地と平地とがあり、地理的に変動がある。圏央道が出来て、今後人口構造が変わるかもしれない。
- 比較的地域完結型の地域である一方、慢性期の病床や精神病床が多く存在し、西多摩以外の患者の受け入れを担っている。
- 医療機関や介護施設での連携にて現状はうまく対応できている。

◆4 機能の流入・完結率

- ・今後も入院期間の短縮化されることが予想されるため、高度急性期～急性期を脱した後に移る病棟（地域包括ケア病棟）の整備が必要。
- 回復期機能相当・慢性期機能相当の患者でも、急変時や急性疾患発症時に受けるのは急性期機能以上の病院での対応となる。受け口となる内科の体制を充実させる必要がある。
- ・急性期患者の多くが高齢者となる。そのため、認知症など高齢者特有の疾病等に対応していく必要がある。
- 西多摩への慢性期の患者流入は必要があるからこそその結果である。高齢化が進む中で早急に変わっていくことは難しく、都全体で考えるべき。
- 特養やサ高住の整備が進んだことや、在宅を希望する患者の増加により、慢性期病院の患者が以前に比べ減ってきている。
- 回復期機能については、骨折や脳梗塞の麻痺でリハビリ、というだけでなく、生活のレベルでの回復期に該当するところも患者を受け入れていくことが出来る体制が必要。

◆医療連携（介護等との連携を含む）

- 高度急性期～急性期を脱した後に移る病棟（地域包括ケア病棟）にスムーズに移行できる仕組みが必要。
- ・病院・診療所・訪問ST・介護施設は概ね機能しており、連携で上手く対応できているように思う。
- 慢性期病床・精神病床は都内の他地域のための役割も果たしているので、流入を見込んだ上で、連携の仕組み作りをするべき。
- ・効果的な多職種連携を進めた上で、西多摩以外の地域にも拡大できるようにしていく必要がある。

◆地域包括ケアシステム・在宅医療

- ・在宅での受け入れ体制は整いづらい。
- 在宅でも施設でも、いつも急変時の不安を抱えている。
- ・3つの公立病院との病診（歯科）連携はよく取れている。
- ・地域包括支援センターとの連携を密にすることが大切。
- ・生活レベルでのリハビリテーションについても考える必要がある。
- 療養病床が看取りの場の主体となっている。
- ・看取りには昼夜関係なく対応する必要があり、普段から診ている患者以外にも対応する必要があり、苦勞している。

◆人材確保

- 急性期以上の病棟における内科医の確保が難しい

第3回地域ごとの意見聴取の場 当日意見

南多摩

◆地域特性

○隣接する神奈川県も含め、比較的連携が取れている地域

◆4 機能の流出入・完結率

○流出入を考えるにあたっては、機能だけではなく患者ニーズ・地形・医療資源の配置等も合わせて考える必要がある。

○高度急性期病院の整備には莫大な投資が必要であり現実的には困難。隣接する神奈川県には大学病院本院もあるため、連携で対応していけば問題ないのではないか。

○高度急性期機能を診られる施設を拡充し、地域で診る事ができるようになれば、結果、急性期・回復期機能も地域で診られるようになり、患者・家族の負担が少なくなるのではないか。

・面会に來れない家族も増えており、できるだけ地域の患者を診ることが望ましい。

・他の地域から、地域の回復期に戻ってこれるように、安心できる療養環境を整備することが必要なのではないか。

・血管系や誤嚥性肺炎のような疾患は近くで診るべき医療である。

○慢性期患者が急性転換した場合、認知症を持っているとなかなか一般急性期で受け取らず、地域での完結が難しくなる。

・平成30年に介護療養病床が廃止となることで、「病院」でなくなることによる喪失感など、職員のモチベーションの低下があるのではと心配している。

・2025年、2040年に向けて、重症のまま慢性期病床に入っていく患者の増加が予想され、慢性期病床が十分とは思えない。

◆医療連携（介護等との連携を含む）

・高度急性期病院の整備には莫大な投資が必要であり現実的には困難。隣接する神奈川県には大学病院本院もあるため、連携で対応していけば問題ないのではないか。（再掲）

・現時点においても、連携は取れており不便はない。

・現在の診療報酬では、急性期病院が一番費用のかからない仕組みとなっているため、転院のマッチングが難しい。病院紹介の仕組みが必要。

○顔の見える関係も、隣の地区医師会レベルになるととたんに希薄なものになる。

・円滑な転退院のためには、入院早期からの調整が欠かせない。

○患者がどの地域・機能・フェーズにいても、その状況に対応できるよう情報の共有が必要。

◆5 疾病5事業等

救急医療

○今後、高齢者が増える中で救急医療に対応し続けられるか危惧される。

・八王子市は人口に対して、3次救急に対応できる医療施設が少ない。

・八王子市の救急告示医療機関が減ってきている。もう少し頑張らないと、病床に余裕があるにも関わらず実際の患者を診れないという事態も起こりかねない。

・診療報酬の改定で急性期病院が絞られ、結果、内科的な救急医療が受けづらくなるのが危惧される。診療報酬による影響も小さくないので、今後、動向をきちんと見ていく必要がある。

第3回地域ごとの意見聴取の場 当日意見

北多摩西部

◆地域特性

- 隣接する北多摩南部・北多摩北部を含めた3多摩で考えると、救急から療養までコンパクトにまとまっている。
- ・西多摩に次いで人口が少なく、国立や国分寺には急性期の病院が少なく、立川には急性の精神疾患を診れるところがない。

◆4機能の流入・流出・完結率

- 隣接する北多摩南部・北多摩北部を含めた3多摩で考えると、救急から療養までコンパクトにまとまっている。(再掲)
足りない部分については、連携やネットワークを構築することで対応していけばよいのではないか。
- ・北多摩西部は人口が少なく、特に国立・国分寺には急性期病院が少ないため北多摩南部の大病院に流出する。
- がんと同じように治療先を患者自身が選べる疾患については、広範な受療範囲でよいが、急性心筋梗塞・脳卒中・母体搬送のような時間を急ぐ医療については、身近な地域にあった方がよい。
- 完結率や流入・流出のデータは大きなマスとしてみれば、現場で肌で感じていることを反映しており、脳卒中や心筋梗塞は地域の中である程度完結している。
- ・7対1に入院していても、高齢者であれば、退院の調整の数日間は医療資源をほとんど投入していない状況(推計上慢性期機能相当の状況)もある。

◆医療連携(介護等との連携を含む)

- ・大きな病院の多い北多摩南部と密接に関係している。
- ・患者に対し、疾患別にどこに行けばよいのか情報をわかりやすく提供すれば、無駄に医療機関にかかることも減るのではないかと。各医療機関の役割分担や医療連携の状況を明らかにしていくとよいのではないかと。
- 連携にあたり、病院・診療所の医師が疾患別にどこまで対応できるのか把握すべき。

◆地域包括ケアシステム・在宅医療

- 人工呼吸器をつけた患者のレスパイトに対応する病院がなかなかない。

◆人材確保

- ・訪問看護師の確保が必要

◆5疾病5事業等

精神疾患

- ・地域の中に精神科の病院があるとよい。

第3回地域ごとの意見聴取の場 当日意見

北多摩南部

◆地域特性

○大きな急性期病院があり、流出が少ない恵まれた地域

◆4機能の流出入・完結率

- 大きな急性期病院があり、流出が少ない恵まれた地域であるが、大病院と中小病院との差が大きく、中小病院はいっぱいいっぱいの状況。地域に中間くらいの病院があった方がよい。
- 療養病床も、家族が最期まで見舞えるよう地域で整備すべきだが、病床が偏在している現状では難しい部分がある。
- 身近な地域で患者を診るためには、その受け皿となる地域包括ケア病棟や急性期機能・回復期機能の病床が必要である。
 - ・高齢者の救急搬送が多く、慢性期に近い患者も相当多く受けざるを得ない状況。地域で受け止めていくためには地域包括ケア病棟が必要。
 - ・在宅で急性増悪した患者の受入れや急性期から在宅に戻す機能は、急性期や回復期が担うことになっており、これらの病床は身近な地域で確保されるべき。

◆医療連携（介護等との連携を含む）

- ・知り合いを頼って行う連携だけでなく、都内の施設・病院の情報や受入状況がわかるシステムなどを利用した連携の仕組み作りが必要。
- ・遠距離から患者が搬送されてきた患者を地域に帰す際、介護との連携に問題がある。
- 高度急性期・急性期から回復期・慢性期に転院する際の連携に苦労している。
 - ・マクロで見れば隣接区域を含めると高い割合だが、患者はミクロで動いているため、高度急性期・急性期から転院するタイミングで転院先が見つからないことがある。
 - ・回復期や亜急性期は不足しており、転院先探しに苦労している。
 - ・急性期で入院した後、食事を摂ることができない人は療養病床を転院先として探すしかない。療養病床を含めた受け皿を増やし、地域で患者を受け止めるべき。
- 医療機関だけでなく、介護施設の情報まで含めた状況共有のシステムがあるとよい。
- 患者や家族にどのような病院に行ったらよいか、介護・地域サービスも含めて紹介できるようなシステムがあるとありがたい。
 - ・少し先にはなるかと思うが、地域医療推進法人を形成し、法人内部で入退院の調整を進めていく事も可能なのではないか。

◆地域包括ケアシステム・在宅医療

- 家族が介護離職することなく、患者が在宅にて療養できる環境の整備が必要
 - ・介護離職してでも面倒をみようとする人もいるが、共倒れになり生活保護になってしまうケースもあり、在宅がどこまで有効かは疑問がある。
- 三鷹市では、介護事業者と連携を密にして、在宅に結び付ける取組をしてくれる病院が増えている。

◆5疾病5事業等

救急医療

- 高齢者の救急を地域の病院が診ることで、地域に帰しやすいというメリットがある。
- 2025年を考えると高齢者割合が高まり、救急搬送率の高まりが予想される。救急の受け入れ体制は今のままで耐えられるのか。
 - ・高齢者の救急搬送の増加に対応していくためには、夜間のマンパワーが足りない時に近隣病院に応援してもらえる仕組みがあるとよい。

第3回地域ごとの意見聴取の場 当日意見

北多摩北部

◆地域特性

○地域での連携会議などでコミュニケーションを取っており、全体の連携は取れている。

◆4 機能の流入・流出率

○自分たちで高度急性期から慢性期までをどう提供するかを考えるべき。

・回復期は現在でも、比較的地域で完結しているのではないか

○高齢化が進むにつれ、より地域完結型医療が求められてくるのではないか。

・患者を地域から受け、地域に帰すための病床を整備すべき。

・慢性期機能については、介護施設・居宅サービス・在宅も含めて考えていく必要がある。

・慢性期機能は現在でも流入超過だが、25対1、介護療養病床が廃止されてしまうと、他の地域からの流入超過分が増大する恐れがあるため対策が必要。

◆医療連携（介護等との連携を含む）

・地域での連携会議などでコミュニケーションを取っており、全体の連携は取れている。
(再掲)

○隣接区域だけでなく、交通網も流入に影響する中でどう連携体制を構築していくのか。

・施設からの救急も多く、施設との顔が見える連携が必要。

・介護施設に往診に来る医師が遠方の場合、夜間救急の際に情報が入ってこない。顔が見える地域の訪問医の方が頼りになる。

◆地域包括ケアシステム・在宅医療

○医療連携は取れているが、今後は介護との連携もより重要となってくる。

○地域包括ケアシステムの充実のため、地域包括ケア病棟における在宅患者の病状変化時の受入れの充実させるべき。

○在宅医は多いが、在宅医自身の高齢化や今後の在宅療養への移行を踏まえると、足りるのか疑問・訪問歯科になかなか手が出せずにいたが、診療報酬で在宅向けの訪問歯科診療が評価されるようになったため、しっかり取り組んでいきたい。

◆人材確保

・在宅医自身の高齢化が進んでおり、人材の確保が必要。

◆5 疾病5事業等

救急医療

○救急件数も増え、今後は肺炎など地域で診るべき救急も増えるだろう。

・当該地域は救急の応需率が低い。それに加え、今後、急性期の絞り込みが行われるとさらに応需率が悪くなるのではないか。

・救急搬送について、去年までは流出が多かったが、今は逆転して流入が多くなった。今の流入がそのまま続くわけではないと思う。

小児医療

○小児科・小児救急が不足し、担う人材についても不足している。

第3回地域ごとの意見聴取の場 当日意見

島しょ

◆地域特性

○島しょ地域は地理的条件等を踏まえ、本土の医療機関等と連携しながら、適切な医療を受けられる体制を整備している。

◆4 機能の流出入・完結率

・本土の医療機関に入院する際、受入先の多くは、島しょ医療基幹病院である都立広尾病院であるが、本土にいる家族の住所地の近くや、専門診療で島しょを訪れる本土の協力病院、空港の近くの病院等、自ら医療機関を選択する場合もある。

◆医療連携（介護等との連携を含む）

○本土の医療機関に入院した患者が退院し、帰島する際に、患者情報が島の関係者に十分に伝わらず介護に支障をきたす場合がある。例えば、介護度が想像以上に高く、家族が看ることができないケースがあるが、その要因の一つとしては、患者の帰島前にケアマネジャー等が実際に患者の状態を確認できないことが挙げられる。

- ・ヘリコプター搬送非適用の症例の場合、島から本土、及び本土内での移送など、患者・家族の負担が大きい。
- ・島の交通機関の関係で夜間に本土に到着することもあるが、本土の病院での時間外受入れが難しい場合がある。

◆地域包括ケアシステム・在宅医療

○島しょ地域では、介護のリソースが限られている。そのため、本土の医療機関を退院したとしても、24時間介護が必要となった場合には、島に帰ることことができず、他県の病院に転院したり、家族のもとに行くことにある。

◆5疾病5事業等

救急医療

・都立広尾病院以外にヘリコプター搬送により収容となった場合、付添いの家族の宿泊場所の確保が困難なため、宿泊場所の案内があると良い。