

地域医療構想調整会議 議論まとめ

< 1 2 構想区域 >

1. 地域医療構想について（4機能の定義、推計の方法、病床機能報告制度等）
 - 回復期機能の定義 ▲推計方法
2. 地域の医療の現状（足りている医療、不足している医療等）
 - 回復期機能 ▲慢性期機能 ◆不足している医療
3. 医療機関等が地域の中で果たしていると思う役割や求められる役割
4. 将来に向けて
（予測される将来の医療の状況、将来のあるべき医療提供体制を検討するにあたっての考え方）
 - 流出入を前提とした連携 ▲流出入を固定化しない議論の必要性
 - ◆介護療養病床の廃止 ★在宅医療
5. 地域の課題と現在の取組
 - 在宅移行・退院支援 ▲救急 ◆精神 ★認知症
6. 地域の課題と現在の取組（在宅）
 - 在宅を担う人材 ▲後方支援病床 ◆患者・家族の意識、住民への普及啓発
 - ★医療と介護の連携
7. 調整会議の進め方、議論にあたって必要と考えられるデータ
 - 区市町村単位等での協議

8. その他

< 島しょ >

1. 救急医療の充実について
2. 医療連携の強化（内地との連携）
3. 在宅移行支援の充実

区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部
<p>① 病床機能報告のような自己申告でみるのではなく、各病院が、レセプトデータから推計と同様に点数で切り分けた患者をどのくらいいるかをみて議論すべき。そうすると必要病床数と現在の病床数が7~8割合致すると聞く。</p> <p>② 地域医療構想では精神科は対象となっていないが、精神疾患・認知症が増えている中で精神科の扱いも考えるべき。</p>	<p>① 病床機能報告で緩和ケアの病棟をどう報告すべきか悩んでいる。</p> <p>② 病床機能報告と将来推計の差を見て、「この機能をやれ」と上から言われるのではないかと心配している。</p>	<p>① 精神科の病床数が大きなウェイトを占めるので一緒に検討すべき。</p> <p>② 介護療養病床の廃止が推計に反映▲されていない。</p>	<p>① 「回復期機能」の定義が分かりづらく、注釈をきちんといれないと、都民は「回復期リハビリテーション」が足りないと誤解してしまう。</p> <p>② 「急性期」の一般的な言葉の使い方と地域医療構想の言葉の定義が異なることを再認識する必要がある。</p>	<p>① 「回復期機能」の定義が明確ではない。在宅移行の準備のための病床は、回復期リハのように診療報酬で明確に評価されていないため分かりづらい。</p> <p>② 緩和ケアを行っている。痛みのコントロールが必要な患者を拠点病院から受け入れ、コントロール後に在宅に帰している。急性期機能並みの医療資源を投入しているが、自院の機能・位置づけについて判断が難しい。</p>	<p>① 病床機能報告では、病院の持つ病床すべてを高度急性期機能と報告するケースと、病棟ごとに機能を判断しているケースが混在している。</p>
区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
<p>① 回復期機能の定義をきちんと理解する必要がある。病院単位で決められるのは回復期リハのみで、必ずしも病院の機能とイコールにはならない。</p>	<p>① 療養病床の入院受療率の地域差解消は受療率が高い西多摩にとっては高いハードルであり、区分Ⅰの7割が在宅移行すると見込まれていることと併せて二重に現実を無視された推計となっている。</p>	<p>① 各機能は医療資源投入量で判断されるのか、看護必要度の観点は加味されないのか。</p>		<p>① 自己申告の機能なのか、医療資源投入量による機能なのか、きちんと定義してもらわないと全体最適の議論は難しい。</p>	<p>① 現在の「回復期」と地域医療構想の●「回復期機能」が異なる。</p>

区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部
<p>① 回復期機能のうち、回復期リハ I で ● は診療報酬の改定で評価が厳しくなっていることもあり、病床が空いている。</p> <p>② 台東区は独居高齢者が多いこともあり、区中央部の中でも特に在宅復帰が難しい状況がある。</p> <p>③ 以前は回復期リハの病床が近隣に少なく転院先を見つけるのに苦労していたが、渋谷や品川に新設され、ある程度困らなくなってきた。</p> <p>④ 療養病床での患者流出が多い。</p>	<p>① 子供の在宅に関わる回復期機能や ◆ 慢性期機能の病院がない。</p> <p>② 大田区内は連携がうまくいっており、不自由がない状況。一方、区をまたぐと「顔の見える度」は減る。</p>	<p>① 周囲の構想区域までである程度医療を完結できている。</p> <p>② 高齢者人口が増加しているのに、病床に空きがある。渋谷区では大病院、中小病院を問わず、病床利用率が落ちている。</p> <p>③ 元気高齢者が急速に増えている。医療の進歩もあり、入院パターンが変わってきているのではないかと。</p> <p>④ 病床稼働率の季節変動が大きい。自院では、4～5月と9～10月は病床が空くが、夏場と冬の乾燥期には脱水が原因と思われる心筋梗塞や脳梗塞が増え、稼働率が上がる。</p> <p>⑤ 回復期リハの需要はいつもあると感じ ● ている。</p> <p>⑥ 医療療養病床に多くの重症患者が ▲ 入ってくるようになり、手術が必要ないというだけで入院時から高度な処置が必要な患者が増えている。</p>	<p>① 医療資源が大変豊富な地域。特定機能病院の先生も病診連携に熱心に取り組んでいる。</p> <p>② リハビリや在宅に移行するための機能、在宅リハビリは不足しているという実感。</p> <p>③ 在宅・介護の充実度は中野区・杉並区が充実しており、新宿区が高度医療を担っている。</p> <p>④ 退院調整の際、近隣で慢性期機能や回復期機能の病院を探しても都内は室料が高く、安いところで探すとう遠方になってしまう状況がある。</p> <p>⑤ 独居や老老介護が非常に多く、それを受け止めるための有床診療所や特養、介護付きの老人ホーム等の施設が不足している。</p>	<p>① 高度急性期や急性期の病院では、救急車の受入れを頑張っている。</p> <p>② 患者の大病院志向が強い。</p> <p>③ 北区で実施した高齢者の意識調査では自宅で暮らし続けたい人が45%なのに対し、一人暮らしでは30%に低下。</p> <p>④ 慢性期の病院は、中小病院が多く診療報酬での締め付けもあり経営的に厳しい。</p> <p>⑤ 急性期病院でも経営が厳しくなっている。</p> <p>⑥ 地域包括ケアシステムでは臓器別の専門性を有しているだけでは対応できず、幅広くかつある程度深い知識を身に着けることが必要。そのような人材育成の仕組みが現在ないため、医療連携システムの中で人材を育成していく視点が必要。</p> <p>⑦ 豊島区では口腔保健センターを持っており、区民の口腔ケアに寄与。</p>	<p>① ユニット系の病床のみを高度急性期機能として報告した病院があるため、高度急性期機能の病床稼働率が低くなっているのではないかと。</p> <p>② 葛飾区では在宅看取りが多い。がんにて特化して看取る先生の寄与が大きい。</p> <p>③ 葛飾区では、救急搬送によって区外に出た患者を戻せるような取組みを進めようとしているところ。</p> <p>④ データを見ると、入棟前の場所も退棟先の場所も院内の他病棟が多く、高度急性期機能の在院日数が短いところが特徴。どの病院も、院内で工夫しているのではないかと。</p> <p>⑤ 高度急性期機能の病床が少ないことの現れか、看護師数が他の地域と比べて飛びぬけて低い。</p>
区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
	<p>① 病床機能報告の結果によると、高度急性期機能は青梅市立総合病院のみが届出しており、7対1病床も含まれない。</p> <p>② 慢性期の病院で患者が減っている。 ▲</p> <p>③ 市町村を越えて連携しなければ、医療・介護の完結はできない。</p> <p>④ 西多摩は療養病床・精神病床が多いことが特徴。医師・看護師等の医療従事者も少ない。</p> <p>⑤ 診療科間の医師偏在もある。</p>	<p>① 回復期機能や慢性期機能では歯科の問題が発生することもあるかと思う。歯科医師がおらず入院患者が困っていないか、また、その対応について知りたい。</p>	<p>① 慢性期機能について、家庭からの入院が多いということは、急性増悪が多くアキュートな機能を担っていると考えるのか。</p> <p>② 急性期から在宅復帰を目指していても、介護力や回復度の問題で帰れない人がいる。そのような場合の受け皿として療養病床が重要な役割を担っている。</p>	<p>① 高度医療機関が多いため患者の流入が多く、病床が足りていないというのが実感。</p>	<p>① 回復期機能の病床は満床に近く、慢性期機能は空きつつある。区分 I の ▲ 患者の受入れが減った分、重症の患者が多い。</p> <p>② 回復期について、北多摩北部では連携が取れており、高度急性期の公立昭和病院・多摩北部医療センターを中心に、早めに回復期に送ってもらっている。</p> <p>③ 慢性期から在宅復帰する患者も増えており、在宅医も勉強しなければ訪問診療で診ることが難しくなってくる。</p> <p>④ 北多摩北部の病病連携・病診連携は上手いっているため、医師も勉強が必要であり、患者も地域医療について理解しなければならない。</p> <p>⑤ 現在の急性期と回復期の間くらいの病院が求められている。</p> <p>⑥ 救急について、二次救急の先生が良く頑張っている。</p>

区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部
	<p>① 公的医療機関に子供の在宅支援病院になってもらえるとありがたい。</p>	<p>① 小規模病院であるが、長年地域医療に貢献してきた中で、住民を診るために必要だと感じたため、複数の病棟をもって様々な機能をそろえている。</p> <p>かかりつけ医としてどのような医療を提供していくのが良いか考えたい。</p> <p>東京都の資本ではない地方の法人の病院だが、地域のために医療を提供している。</p> <p>③</p>		<p>① 被保険者や家族が安心して医療を受けられる体制が一番重要であり、保険者としては、被保険者等に対する広報が役割だと思っている。</p>	
区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
<p>① 公立病院は繰入金が入っているという面で民間とは経営状況が異なる。民間の中小病院と競合しないように、担う機能を高度急性期から急性期機能に限ったり、感染症医療などを行うことを検討してもらいたい。</p> <p>② 心臓血管のリハは施設基準が厳しく、実施できるところが限られている。そのようなリハについては公的病院で主に担ってほしい。</p>	<p>① 公立阿伎留医療センターでは、急性期病棟の稼働率が芳しくないこともあり、地域包括ケア病棟設けた。使い勝手が良い印象。</p> <p>② 公立福生病院は、自院の急性期の稼働率が下がっていたこともあり地域包括ケア病棟に一部転換した。急性期を担当してきた従事者のモチベーション低下を心配したが、実際にはむしろ高いモチベーションにつながっている。</p> <p>③ 急性期病院に認知症の対応を学んでもらった方が地域医療には良いと思ひ、公立福生病院の地域包括ケア病棟への転換を応援した。</p> <p>④ 地域包括ケア病棟は公立病院が運営するのではなく、中小の民間病院が担うべき。</p> <p>⑤ 今までは各公立病院が各々の市民のために同じような機能を担っていたが、これからはそうはいかないのではないか。民間の機能とも上手く融合していく必要もある。</p>		<p>① 災害医療について、北多摩西部では災害医療センターと東大和病院が分担している。連携の絵姿が見え始めた段階で訓練などはこれから検討していく。</p>		

区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部
<p>① 看取り機能を担っていることを勘案すると、慢性期機能の在り方は、住み慣れた地域から離れた所で亡くなるのがよいのか、検討する必要がある。</p> <p>② 現在の医療の状況をよしとするのか、▲改善すべきなのか、をまず決めることが重要。</p> <p>③ 在宅や慢性期の機能を他の地域に●任せて高度急性期機能の質を高めることが大事と考えるかどうか。</p> <p>④ 区中央部は一括りでは語れない地域。●南北で患者の流れが異なる、港区は渋谷区、目黒区、品川区などと地域的なつながりが強い。</p> <p>⑤ 回復期機能は区西南部や区南部と●話し合いながら必要な病床数を考えるべき。</p>	<p>① 推計は不足と出ているが、現在病床が空いており、意外とうまく対応できるのではないかと。</p> <p>② 機能を分けて細かく将来の体制を考えてもうまくいかないのではないかと。</p> <p>③ 在宅医療は足りなくなるという実感が★あり、ここを検討していくべき。</p>	<p>① 区西南部だけで完結することを目指して、不足する医療機能を整備するのではなく、周囲と連携し、得意なところをやって補い合っていくべき。</p> <p>② 周辺状況も把握した上で、東京都全体の医療を支えていくという広い視点も必要。</p> <p>③ 患者の年齢層や疾患も踏まえて考えていかないと大きな間違いが起きるのではないかと。</p> <p>④ 病床稼働率の季節変動を見込んで病床数の必要量を考える必要があり、難しい。</p> <p>⑤ 診療報酬改定により7対1の病床数が減ってきており、次回改定でさらに算定要件が厳しくなる可能性もある。現時点で将来を見通すことが困難。</p>	<p>① 機能分化をするにしても、回復期機能とされる病院が診療報酬の点数があまり高くない中で経営的に本当によく行くのか考える必要がある。</p> <p>② 区西部の特色を生かした4機能の在り方を推し進めるのかどうか。</p> <p>③ 慢性期機能が西多摩に流出している現状は地域包括ケアシステムの考え方とは異なるのではないかと。</p> <p>④ 急性期機能を持った回復期や回復期機能を持った急性期というのが混在しており、地域包括ケア病床が急性期機能と回復期機能に振り分けられている。</p>	<p>① 東京都の平均値を理想とするのか、地域ごとに理想値を定めるべきか考える必要がある。</p> <p>② 今ある医療資源をどのように効率的に活用していくかという視点が必要。</p> <p>③ 区西北部は区域内格差が大きい。多くの病床が板橋区に集中している。病床数が少ない練馬区では、地域包括ケアの構築においても課題であり、区域内格差をどう考えて行くのか。</p>	<p>① データからも、区中央部との依存関係が特徴的に現れているが、この流出入の関係が継続するのであれば、区中央部との連携を前提に、この地域の在り方を考える必要がある。</p> <p>② 療養病床については、国の見直しの◆行く末を不安視する声が多い。</p> <p>③ 病床の機能分化については、在宅での受け皿が前提となるため、在宅医療をどう作り上げるかが重要。</p> <p>④ 独居が多い中で本当に在宅医療の★必要量は推計ほど増えるのか不明である。</p>
区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
	<p>① 在宅や特養での看取りの増加につれて、病院での看取りは減っている。</p> <p>② 慢性期病院では患者が減っており、どの病院でも病床稼働率は推計で用いられている92%を下回っているのではないかと。</p> <p>③ 23区にて特養等の建設が進み、人口減少も進む中、西多摩で慢性期病院の患者が増えるとは思えない。</p> <p>④ 病院・施設・在宅が上手く連携して、流入してくる患者も支えられればと思う。</p> <p>⑤ 医療区分のみで在宅移行が見込まれているが、家族による患者のサポート力が考慮されていない。外付けサービスもあるが、患者一人に対してどこまで人的資源を割けるかという問題もある。</p> <p>⑥ 地域包括ケア病棟は、急性期病院としても使い勝手のよい病棟なので増えて欲しい。</p>	<p>① 東京都中で地域的な機能分化が進んでおり、その結果南多摩に療養病床が多い。現在の提供量を引き延ばして考えるだけでは、住民目線で考える必要な医療とは離れてしまうのではないかと。</p> <p>② 現在の流出入を固定化して検討するのではなく、不足するものを整備するという視点も入れて議論する必要がある。</p> <p>③ 介護療養病床の廃止が決まり、南多摩だけでも約1,000床ある介護療養病床がなくなることで、高度急性期機能・急性期機能からの患者や在宅療養患者を受け入れられなくなるという問題が生じる。</p>	<p>① 北多摩西部は23区とは違って南北の移動が難しく、その点も踏まえて検討すべき。</p>	<p>① 慢性期機能の流出が多いが、個々の病院が病床稼働率を上げれば、流出を減らすことができるか。</p> <p>② 医療システムが介護と切れ目なくつながっていくように踏み込んだ議論が必要。</p>	<p>① 都心から患者が流入した場合、今ある病床で対応するか、必要となる機能を担う病院を誘致するのかは大きな問題。</p> <p>② 北多摩北部の在宅は進んでいると感じている。現在の在宅需要の増え方を見る限りでは、実際には推計ほど在宅患者は増えず、今の体制で対応できるのではないかと。</p> <p>③ 診療報酬上の看護必要度と実際に必要な看護師数は異なるはず。高齢者の増加により、実際に必要な看護師も増えるため、その視点も持ち合わせた議論が必要。</p> <p>④ 回復期機能の病床の中でも、肺炎などのサブアキュートの患者に対応できる病床が必要。</p> <p>⑤ 医療機関は診療報酬で動いている。サブアキュートを担う地域包括ケア病棟が増えるよう国が誘導すると考えられ、自ずと回復期機能の病床は増えるのではないかと。</p>

区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部
<p>① 救急で精神の患者を受け入れた際、 ▲ 対応に困ることがあり、夜間受け入れ ◆ くれる精神科の病院やネットワーク があると良い。</p> <p>② 在宅医療の推進をしても100%在宅死 の実現は難しく、慢性期の病床や介 護施設も看取りを行わなければならない。</p>	<p>① 大田区では病院と医師会の代表と区 が入った会議があり、ある程度機能し てきている。調整会議のメンバーも加 えて、在宅医療や入退院時の連携に ついて話し合うと良いと思う。</p> <p>② 訪問看護師と病棟看護師が水と油と いうこともある。多職種連携の時代で あり、研修等を通じて意識改革するこ とが必要。</p>	<p>① 軽症患者の救急搬送を減らす努力が 必要。普段から医療機関にかかって いる方が急病にならずに済む。</p> <p>② 転院等の際にどの病院に空きがある か調べるのに時間がかかる。病床の 稼働状況がお互いに瞬時にわかるシ ステムがあると良い。</p> <p>③ 最期をどう迎えたいか考えるよう、啓 蒙が必要。</p> <p>④ 介護療養病床の廃止により、医療区 分Ⅰの患者が相当数入院外となる。 独居や老々介護の問題もあり、どのよ うにみていくかが課題。</p> <p>⑤ 病床が減らないとはいえ、病床の機 能分化は大きな課題の1つ。診療報 酬の改定も不安要素。</p> <p>⑥ 認知症の人が入院した場合、手術の ★ 時より回復期において手厚いケアが 必要。</p>	<p>① 認知症は本人が最初に気付いた時 ★ に相談につなげることが大切。認知 症に関する知識の普及はできてきた が、セーフティーネットと予防的な観 点が重要。</p> <p>② 自院では退院支援を積極的に行っ ており、予定入院は家族との十分な議 論の下、先まで見越した入院受入を しているので問題ない。一方、救急搬 送での受け入れは課題がある。</p> <p>③ 患者を在宅に戻す際、お薬手帳を見 ● て主治医の先生の見当を付けて調整 したという事例もある。</p> <p>④ 円滑な在宅移行には、在宅で療養し ● ていくという患者・家族の意思が重 要。患者の高齢化もあり、家族がきち んと取り組んでくれるかというハードル がある。</p> <p>⑤ 退院支援の際に紹介元のクリニックと ● 異なるクリニックに逆紹介することあ る。前もって紹介元のクリニックにも相 談をするが、その過程で問題が生じる こともある。</p>	<p>① 在宅患者でも救命案件になると救命 ▲ センターに搬送され、地域に戻ること が難しい。地域の急性期・回復期の 病院で診ることが地域包括ケアシ ステムの構築に寄与する。</p> <p>② 地域包括ケアの単位は高齢者の生 活圏である中学校区程度で、訪問診 療も同様の範囲が現実的。</p> <p>③ 介護や在宅療養の体制が整備されて いない中で、診療報酬による誘導に より医療必要度の低い人の退院が促 進されてしまうと問題。</p> <p>④ 結核疑いの段階で指定病院で受け ▲ 入れてもらえると救急病院の負担は 減少する。</p> <p>⑤ 入院元も退院先も介護施設が一定数 を占めることから、介護施設との連携 も検討すべき。</p> <p>⑥ 回復期や慢性期の病院では看護職と ともに介護職も配置が必要だが、介 護職も看護補助者もほとんど希望者 がいない。</p>	<p>① 経営面から考えると、未だにどの病 院とどの分野で連携すればよいのか 掴みきれていない。</p> <p>② 3次救急と周産期については、多くの 患者さんに対応しており、区東北部で 受け止めるのが大変な状況となっ ている。</p> <p>③ 入院時のお薬手帳の活用は進んでき ● たが、退院カンファレンスにかかりつ け薬剤師も参加できると良い。</p> <p>④ 構想区域内の4分の1に退院調整部 門があるにも関わらず、退院調整加 算が取れていないのは、看護師の少な さの現れでは。</p> <p>⑤ 精神科救急について、確定診断がつ ▲ いていない患者の場合、主治医を見 ◆ つけることが大変。連携の谷間に落ち てしまうケースもある。</p> <p>⑥ 周産期の搬送体制について、しっか り構築され以前より困らなくなったが、 調整担当の帝京大学病院が葛飾区 から遠い。</p>
区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
<p>① リハビリを提供する病院がどの病院も 同じような様態の患者を診るのではな く、ある程度役割分担しながら、どのよ うな患者でも適切にリハビリできるシ ステム作りが必要。</p>	<p>① 西多摩では、軽度の認知症について ★ は施設で診てもらえるようになった。 その反動で、病院に来る人は重い患 者や都心で身寄りのない人となっ ている。地域に帰すとなっても、西多摩 では難しいケースが多い。</p> <p>② 精神の身体合併症について、一般病 ◆ 院での受け入れが難しい場合が多 い。精神の病院で身体合併が診れる ようにならない。</p> <p>③ 回復期機能へ転換するにしても、医 師・看護師・コメディカル等が不足す る西多摩では、人材確保が困難。</p> <p>④ 西多摩には、山間に病院・施設・集落 があり、災害時には支援が長期化する ことも想定されるが、その場合、災 害関連死にも配慮が必要。</p> <p>⑤ 救命救急センターを持つ病院として ▲ は、二次救急・三次救急をしっかり診 たい。そのためにも一次救急の患者 はできるだけ地域で診て欲しい。</p>	<p>① 入居者の容態が悪くなった時、介護 ▲ 施設の従事者が不安になって救急車 を呼んでしまうケースがある。</p> <p>② 介護療養病床からでは、8~9割の人 の在宅復帰が難しいと思う。</p>	<p>① 自院にて退院調整部門で調整して在 ● 宅復帰を目指しているが、介護力な どの事情から難しいこともある。地域 連携の中で解決していくべき課題。</p> <p>② 都の事業を活用して、国分寺市では 開業医と病院をICTでつなぐ取組を 進めている。</p> <p>③ 東京都で在宅移行支援の取組をやっ ● ているが、退院支援の充実のため には、全病院に研修に参加してもら うべきだと思う。</p>	<p>① 患者をどの段階で自宅に帰すかにつ ● いて、試験外泊や外出での評価を行 い、多職種でミーティングを行っている。</p> <p>② 医療資源についての連携は進んでき たが、介護は一つ一つがバラバラで アプローチが大変。</p> <p>③ 急性期病院からきた患者にリハビリを 提供すると、要介護度が改善して受 けられる介護サービスが減り、かえっ て在宅復帰が困難になるケースがあ る。</p> <p>④ 訪問看護ステーションの人がきめ細 ● かく対応できるようになると、安心し て患者を在宅復帰させられる。</p> <p>⑤ 在宅移行支援、早期の退院支援につ ● いて、病院がどのような取組を行っ ているの開業医には見えてこない。</p> <p>⑥ 介護を受けている人の急変や少し容 態が悪くなり、診て欲しいときに対 応してくれる準救急的な病院とどう 連携するかが大切。</p>	<p>① 地域から受け入れて地域に帰すとい う役割を果たしている地域包括ケア 病床が少なく、急性期病院の平均在 院日数を下げるためだけに使われて いることが問題。本当の意味で地域 包括ケアを担える病院を増やすこと が必要。</p>

区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部
<p>① 在宅療養支援診療所の数はあるが、名ばかりのところがある。</p> <p>② 後方支援病床がないので在宅医療▲ができないという医師もあり、急変時等に診てくれる後方支援病床が必要。</p> <p>③ 24時間密な在宅医療をしなければいけない患者と、長期的にみていく患者の差がある。</p>	<p>① 小児患者が急性期を脱したあと、地域の開業医や病院で在宅療養を支えていく包括的なシステムが必要。</p> <p>② 実際に在宅看取りをしてみると、家族の負担が大きく、医療者として考えていたものとは違う実感を抱いた。</p> <p>③ 大田区は在宅の資源が豊富だが、需要が2倍になると対応は困難。在宅医自身も高齢化するため、個別の医師に頼るのではなく、地域として体制を考えるべき。</p> <p>④ 病院が在宅復帰が困難と決めつけているために自宅に戻れない患者が多いと聞く。入院医療を担う医師が意識を変える必要がある。</p> <p>⑤ 独居でも在宅療養できる環境づくりや◆都民への啓発が必要。</p> <p>⑥ 品川区は在宅医療介護連携推進事業のアからクすべてを地区医師会で行うことは難しいと感じており、まず医療の連携に取り組みたい。</p>	<p>① 訪問看護師の確保が重要。従来は一般病床で経験を積んだ看護師が訪問看護師となっていたが、現在は新人の時から訪問看護師を育成している。新人教育のために2人で動かなければならず、人件費がかさみ、大規模ステーションしか生き残れなくなっている。小規模のステーションで良いので、小学校区くらいの地域をカバーして運営していける体制が必要。</p>	<p>① 独居老人や老人世帯が多く、介護力が弱い中で、地域でどのくらい状況を把握しているのかが重要。中野区では町会と協力してデータを集積する事業を始めている。</p> <p>② 在宅医療介護連携推進事業は行政と医療機関、医師会等がタッグを組んでいかないと実現が難しい。</p> <p>③ 医療だけでなく、介護との橋渡しができるよう、有床診療所などを活用することが必要。</p> <p>④ 在宅療養の実現には家族の意向が◆強く影響する。なるべく病院において欲しいという家族の意向をどう解決するかが課題。</p> <p>⑤ 区民は統計上は「在宅で最期まで」と答えるが、直接話すと「最期まで在宅は不安」との声がある。区民が在宅でも最期まで生活できるイメージを持てるよう、ハンドブック作成や学習会の開催をしている。</p>	<p>① 現在の在宅療養支援診療所は余力があり、提供量を増やすことが可能なのか、在宅支援診療所の数を増やす必要があるのか検討が必要。</p> <p>② 地域包括ケアシステムの受け皿を作ることが大切であり、そのためには地域包括ケアシステムの大きさを話合うとよい。</p> <p>③ 医療関係者だけで連携することも難しい中で医療介護を含めた多職種連携の構築が課題。連携を構築するためには、行政が関わっていかないと介護や福祉に繋がっていかない。</p> <p>④ 在宅医療介護連携推進事業を医師会と行政が連携して推進する必要がある。</p> <p>⑤ 区民への意識づけが必要。◆</p> <p>⑥ 北区の意識調査を踏まえると、必ずしも自宅ではなく少し広い範囲で受け皿を考えてもよいのでは。</p>	<p>① 在宅患者は増えており、現状でいっぱいいっぱい。在宅の急変時の受け手がなく、例え受けたとしても在宅復帰が困難な場合の転院先もない。</p> <p>② 在宅患者の急変時に病院で受入れる体制を整備するのか、病院自ら在宅をやるのか、病院も含めて医師会も話し合わなければならない。</p> <p>③ 足立区での看取りは意外と多いが、区内でも取組にバラつきがある。</p> <p>④ 足立区では医療介護連携推進事業★の取組は遅れているが、研修センターの立ち上げ等を予定。</p> <p>⑤ 国の推計では葛飾区の人口は減少と予測されたが、実際には人口流入が続いている。今後どれだけの在宅需要に対応できるか話し合っている。</p> <p>⑥ 訪問看護ステーションがあるだけで在宅移行が進むわけではない。一般市民の理解を得る必要がある。</p>
区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
	<p>① 訪問診療が増えるというデータがあるが、在宅歯科のニーズが掴めていない。</p> <p>② 在宅医がいけないというわけではないが、かかりつけ医が普段の診療の延長で在宅まで診てくれるようになると在宅のすそ野が広がる。</p> <p>③ 在宅医療を充実させるためには、医師・訪問看護師・訪問薬剤師・訪問歯科医師を増やしていく必要がある。</p> <p>④ 在宅患者の急性転化の際の救急を青梅総合の救命センターにお願いすることが良いことなのか検討が必要。</p> <p>⑤ 在宅療養中に急変して入院する際の不安が大きいことが課題。</p> <p>⑥ 老人ホームから慢性期機能の病床へ入院するケースもあり、そのような現状で医療区分 I の7割が在宅移行可能なのか。</p>	<p>① 在宅患者の8~9割ががん末期と聞けるが、がん末期ではなく、長期間、在宅患者を看るのは関係者の負担が大きい。在宅で看れる患者を識別する観点が重要。</p> <p>② 病院医療のような継続性と機動力のある治療を求める在宅患者が増えており、訪問診療の機能を相当高めなければ対応できない。</p> <p>③ 緊急対応可能な組織力のあるところがやるか、集約化して患者を診る方が効果的なのか等の検証も必要。</p> <p>④ 八王子で在宅を主に担っている先生は2人でバンク状態。人材も含めた医療資源があるのか、考えるべき。医療経済的に病院に集約した方がよいこともある。</p> <p>⑤ 介護サービスでは使える資源に限られてしまい、患者を支えきれずに入院に至るといったケースもある。</p>	<p>① 東京都平均よりも薬剤師数が少ない。在宅医療の推進のために、訪問指導や服薬管理を行うことを考えると、人材が足りるか不安。</p>	<p>① 本人・家族の意向が強くと退院させ自宅に戻ったが、結局すぐに救急車で戻ってきてしまうケースがある。</p> <p>② 今後高齢者が増える中で、医療と介護をどのようにつないでいくのか検討が必要。</p> <p>③ 在宅医療等の需要の増加が予想されているが、担い手がいなければ進まない話である。</p> <p>④ 在宅等を担う開業医にとって、高次の医療機関だけでなく、ケアマネジャーたちとのネットワーク作りが急務だと思っている。</p> <p>⑤ 武蔵野市において、医療・介護の連携はずっと前から取り組んできたため比較的進んでいる実感。各市の取組が地域、そして都全体のまとまりとなれば理想的。</p>	<p>① 在宅患者の状態悪化時に受け入れてくれる病院が構想区域内だけで足りるのか不安。</p> <p>② 地域のどこにどれだけの病床が空いていて、どこが受け入れ可能なのかといった連絡が上手く取れていない。</p> <p>③ 在宅は行政が主体的な役割を担うとなっているが、福祉関係の行政が動くことが重要。</p> <p>④ 西東京市では、特養においてどれくらいの看取り数があるかなど、多職種で課題を出し合って検討している。</p>

区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部
<p>① 在宅療養支援診療所の中で強化型を取っているところ、とっていないところの数を知りたい。</p> <p>② それぞれの在宅療養支援診療所が診ている患者数を知りたい。</p> <p>③ 推計された在宅の必要量に対応するためには、どのくらいの医療資源(在宅医の数等)が必要か推計ができるか。</p>	<p>① 調整会議は2区合同で一同に会す貴重な機会。地域医療を良くすることが目的であり、より連携を深めて小児医療や精神科医療の解決に向けて話し合えれば意義がある。</p> <p>② 現状の機能を把握する際に、特定機能病院を入れるとひずみがでてしまうので、のぞいて考えてみると実態に近づくのではないかと。</p> <p>③ 精神科も重要な資源なので、データがあるとよい。</p>	<p>① 調整会議では病院同士の顔の見える関係が作れるのでありがたい。</p> <p>② 増加する高齢者に安心して住み続けてもらえるよう、病院がどういう機能を持って地域でどういう医療を提供していくべきか、調整会議において意見交換をしながら考えていきたい。まわりの地域のデータも総合的に考え、自分たちの立場を作っていく。</p>	<p>① 4つの機能が出てきた経緯もわかっているが、それぞれの機能がどういう患者を対象としているか、区西部の中だけでもいいのでコンセンサスを取るべき。特に、回復期機能について、点数だけでなくこういう機能を担う、という共通認識が必要。</p> <p>② 区西部の中に地域医療を支える中心となる病院や在宅と連携してくれる病院があるのかを議論し、その中で方向性を見出すことが調整会議の役割ではないかと。</p> <p>③ 機能で切り分けて考えるより、地域の病院の役割や特性を踏まえながら連携を考えていく方がよいのではないかと。</p> <p>④ 回復期機能や慢性期機能は、もう少し具体的な病像を明らかにし、その場合在宅移行できるのか、福祉施設に行くのか、といったことを具体的に話せるとよい。</p>	<p>① 在宅支援診療所の数と、実際に訪問診療を実施している医療機関数は異なる。各医療機関が訪問している患者数のデータがあるとよい。</p> <p>② 区単位や医師会単位での話し合いを●した上で調整会議に臨めるとよい。</p> <p>③ 区西北部内の4区はお互いにどのような取組をしているか医師会でも行政でも情報交換はできているので、今後はどのように調整会議で意見を取りまとめていくかが課題。</p> <p>④ 居宅指導を行う薬局数を知りたい。</p>	<p>① 在宅患者の疾患別内訳が見たい。</p> <p>② 議論を進めるにあたって、テーマが広すぎるので、分野を限っていただきたい。</p>
区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
<p>① 必要病床数はあくまで推計であり、それに合致させることが調整会議の目的ではなく、地域における医療連携、質の高い医療を目指すことが目的である。</p>		<p>① 元気な団塊の世代、独居の人が何人いるのか、年収はいくらくらいなのかというデータが必要。</p> <p>② 独居の方の在宅を考えるにあたっては、医療関係のデータだけではなく、有料老人ホーム・介護施設などのデータも併せて見る必要がある。</p> <p>③ 在宅をやっている先生から見た病床の機能や配置について意見を聞いてみた方がよい。</p> <p>④ 市単位で話し合う場を設け、それを●ち寄って調整会議を開くとよいのではないかと。</p> <p>⑤ 南多摩でも町田と八王子では文化がまるで異なる。構想区域ごとにデータをまとめられてもピンとこないため、市ごとのデータがあるとよい。</p>	<p>① データだけでは全体をイメージしづらく、お互いの病院を知って、他の病院の役割も理解して協力していくことが重要。</p> <p>② 日常的に率直な意見交換をする場が必要で、その中でどのような課題があるか、段階的に高めていくことが必要。</p>	<p>① 在宅医療等の推計について、市ごとの患者数やどのような疾病の人が在宅療養しているのかがわかれば議論しやすい。</p> <p>② 5疾病5事業に即したデータも必要なのではないかと。</p>	<p>① データを単純に比較するのではなく、効率よく医療が提供できているかなど質の評価を合わせて行う必要がある。</p> <p>② 流出について、どのような患者が地域で収まっていないのかなどのデータも必要。</p> <p>③ 主要科目は充実しているが、アレルギー抗原科のような専門的医療の紹介が難しい。各種専門化の配置・受入情報があるとよい。</p>

区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部
<p>① 病床整備は基準病床で行っていくとなると、区中央部は病床過剰地域であるため、病床整備の余地がない。</p>		<p>① 医療計画とあわせて改定となる第7期の介護事業計画について、調整会議等の意見も踏まえて、医療のことを書き込んでいくことが求められている。</p> <p>② 地域に根差して何十年もやってきた医療機関が地域医療を支えている。経営の保障がないと地域貢献が立ち行かなくなる。</p>			
区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
<p>① 都は構想区域を二次医療圏に定めた上で、事業推進区域を柔軟に設定するという話だった。今後の事業推進区域の運用の仕方はどのようになるのか。この10年間で二次医療圏をどう考えて行くのか。</p>	<p>① 地域医療構想の推計を基に今後議論を進めて行くのであれば、その内容を住民にわかりやすく説明すべき。</p>	<p>① グランドデザインは漠然としていて、現場で何をすればよいのかわかりづらい。</p> <p>② 病床整備は基準病床で行うとなると、調整会議で地域の関係者が不足する医療等について検討を進めている間に、病床配分がなされ、他県から病院が参入してしまわないか不安。</p>			<p>① 地域医療連携推進法人は、地域包括ケアの中で病床整備やサービスの提供が行いやすいようにという趣旨だと思うが、これから都として推進していくのか。</p>

地域医療構想調整会議 議論まとめ（島しょ）

救急医療の充実について

○広尾病院では搬送可能となっていた事案で、天候不良で広尾に行けず他県の病院との調整となった場合、電話のみでの相談のため患者の状態が上手く伝わらず、島内での対応が可能と判断され、ヘリ搬送できないケースがあった。天候等で都内での受入れが難しい場合の県外の受入れ先を確保して欲しい。（三宅島）

○小笠原村では、南鳥島と硫黄島の搬送取次ぎを行っている。しかし、南鳥島は電話回線が少ないのか、症状の聞き取りをしようとしても電話がなかなか繋がらず調整に時間がかかったケースがあった。両島から直接搬送要請できるようにならないか。（小笠原）

医療連携の強化（内地との連携）

○専門医療について、内地から巡回診療にきている病院が入院を受けてくれることもあるが、たまたま満床で対応できない場合等は、ソーシャルワーカーがいないため診療所医師が入院先を探すことになり、その間診療がストップしてしまう。（三宅島、新島、神津島）

○専門医療についても、広尾病院から巡回診療に来てもらえれば急患発生時にやりとりがしやすくなる。（三宅島）

○ケアマネが島にいないこともあり退院調整の窓口が定まっておらず、退院調整に苦労したり、家族に負担をかけるケースがある。（利島村）

●島民には、島に帰りたい希望が強い人が多く、認知症になってもその思いは変わらない。しかし、キーパーソンは内地にいる場合が多く、退院調整が十分でないまま島に戻り、またすぐに内地へ救急搬送されるケースもある。そうならないよう、内地で転院し、その間に、家族と島と転院先の病院とで退院調整することが望ましいが、転院先の選定は非常に困難で日常業務に差支えることもある。島の状況を理解している回復期的な病院で一度受け入れてもらえれば助かる。（三宅島）

在宅移行支援の充実

●ケアマネ2名で全島カバーしている状況。退院調整の際に顔の見える関係がないため、患者の状態を正確に把握できないまま島に戻ってきてしまい、その後の対応に苦労することがある。日頃からWEBシステムを使ってケアマネと広尾病院の退院支援看護師等が連携できると良い。（新島）

○内地の病院から患者が島に戻る際、退院の連絡が直前であったり、無い場合がある。明らかに島での暮らしが難しい人が帰ってくると本当に無理をして支えている状況。内地の病院では島の実情を理解していない医師も多く、在宅移行は決まる前の早い段階から島に連絡するように周知して欲しい。（三宅島）

○通院できない人には大島医療センターの医師が訪問診療を行っている。（大島町）

○現在、訪問看護は行っていないが導入に向けて前向きに検討しているところ。（利島村）