

テーマ① 地域包括ケアを支える病床を効率的かつ効果的に活用するための方策

		主な意見
①必要な機能		○在宅療養患者の後方支援を担う機能 ○地域で患者を受け止めるべき症例の検討が必要
②見える化		○各医療機関や施設の役割・機能を地域で明確化し、リスト化する等でわかりやすくした方がよい ○病床の分布（地域包括ケア・回復期等）をわかりやすくした方がよい
③地域包括ケア病床	現状・取組	○地域からの受入れよりも、院内転棟での利用が多い ○地域包括ケア病棟を持たずとも、系列病院との連携で対応できている
	求められるもの	○入退院を繰り返す患者の受け入れ（地域からの受入れ）
	課題	○施設基準のハードルが高い（経営面・在宅復帰率等） ○入院前の情報が、在宅医から上がってこない ○回復期リハ病棟と地域包括ケア病棟は対象患者が重複するところもあり、連携を取る必要がある
④対住民		○地域包括ケアシステムへの理解が充分でなく、大病院志向が強い ○病院等の役割を理解してもらうことで、転退院が円滑に進むのではないかと
⑤連携（顔の見える関係作り）	全般	○決まった病院同士の連携ではない幅広い顔の見える関係づくりが必要
	病病連携	○転院を円滑にするために、病院間の電子カルテの共有化が有効 ○急性期病棟維持のために転院させた慢性期の患者が、結果転院を繰り返す状況になっている
	病診連携	○紹介元の診療所に患者が戻る際、転院・転科を繰り返すと情報が途切れてしまう ○医師会未加入の在宅医と連携を取ることが難しい ○病院医と在宅との間では、在宅医療についての考えにギャップがある
	医療介護	○医療と介護の橋渡し役が不足しているのではないかと ○患者の元情報がわからなくなった状況では、ケアマネがかかりつけ医に戻さないこともある
	多職種	○地域の医療機関との連携だけでなく、地域包括ケアの資源（ケアマネ・訪看等）との連携を充実させれば医療機関も助かるのではないかと ○お薬手帳を活用が連携に役立つのではないかと
⑥情報共有（ICT含む）		○ケアマネを含めた多職種で正確な情報共有を進めるべき ○ICTを活用した退院調整が行えれば ○区・医師会単位ではなく、広域で情報共有したり調整する方法が必要 ○情報共有にはネットワーク化が重要だが、費用面がネックになっている
⑦役割	病院	○これからは競争ではなく、地域の中で協力していくべき ○救急を行う大病院は断らずに、積極的に救急搬送を受け入れるべき ○後方支援体制は比較的整ってきたが、地域で受け止める事が難しいものもあり検討が必要（がん終末期・精神疾患等）
	かかりつけ医	○患者の一番近くにいるかかりつけ医がリーダーシップを取るのがよいのではないかと
	歯科	○回復期・慢性期の患者における歯科ニーズは多いが、そのような病院は歯科を持っていないことも多い。 ○かかりつけ歯科医の普及
	薬剤師	○24時間対応の薬局が増えるとよい
	看護師 その他	○在宅復帰を進める際の負担が大きくなっている ○退院調整を行うソーシャルワーカー等の確保に行政の支援があるとよい
⑧その他		○高い病床稼働率を維持するとスタッフが疲弊してしまう。適正な病床稼働率について検討が必要

地域包括ケアを支える病床を効率的かつ効果的に活用するための方策

		区中央部	区南部	区西南部	
必要な機能	1	○回復期の病院が少しずつ増えているが、地域には少ない ○地元志向に応えていくためには、訪問看護や訪問診療の機能を強化する必要がある。	○いざという時に受け入れてもらえる病院があることが、かかりつけ医にとっては大切	○回復期を担う部分がまだ少ない	
見える化	2	○回復期や慢性期の病床数や分布を誰でもわかるようにすることが必要 ○地域包括ケア病棟を持っていることを広報することが大切			
地域包括ケア病床	現状・取組	3	○院内からの転棟が多く占めていたが、院外から患者を受け入れるよう病病連携の取組を進めている。急性期病院や在宅医との連携を進めている ○地域包括ケア病床を持たない病院でも、系列病院との連携で対応している ○高度急性期の病院と地域包括ケア病棟を持った病院が協定を結ぶことで、上り下りの連携をスムーズに行えるようにしている	○入院前の情報が共有化されておらず、在宅からの情報が全然得られない。 ○地域密着型の地域包括ケア病棟と在宅医との連携を強化するためにミーティングを行ったら効果的なものとなった	
	求められるもの	4		○急性期の病院と療養を中心とした病院における地域包括ケア病棟では、その利用方法が異なるのではないか	
	課題	5		○高度急性期病院で安定したため、地域包括ケア病棟で受け入れるとしても、受入れるには医療必要度が高いケースもある。移行にあたっての基準や連携の方法について検討する必要がある	
対住民	6			○地域包括ケアシステムへの理解が充分ではなく、大病院志向の患者さんが多い	
連携（顔の見える関係作り）	全般	7	○医療連携室の設置は必須であり、設置していないところはその理由を確認すべき ○連携室の責任者に、医師又は看護師を配置することが、その機能を効率的に果たすためには必要		
	病病連携	8	○病病連携は進んできており、ケアマネが情報入れてくれる	○急性期病棟を維持するために慢性期の病院に患者を転院させるが、その患者が転院を繰り返す状況になっている ○転院をスムーズにするために、病院間の電子カルテのネットワークを構築することで、情報を共有していくことが必要 ○病院間で協定を結び、急性期の受入れから慢性期への転院を円滑にすべき ○慢性期の受入れ先が少ないため、7対1病床での入院期間が長くなり、結果経営を圧迫している	
	病診連携	9	○病病連携は進んでいるが、紹介元の診療所に患者が戻ると、最初の病院での情報がなかなか伝わらない ○病診連携では、病院ごとに会がありそれぞれに参加することが大変 ○診療所の先生が退院調整にも入ることで、情報がスムーズにやり取りできるようになった	○在宅を薦めても戻りたくないという患者もいる ○患者の背景や環境を踏まえて、在宅にどうやったら帰れるのかという情報を病院側も出してくれると、在宅を受け入れる際に調整しやすくなる	
	医療介護	10			
	多職種	11	○地域の医療機関との連携は当然だが、地域包括ケアの資源との連携をもっと行えば、医療機関も助かる ○事務職・MSW・看護師を一つのチームにした対応	○退院カンファレンスの時にお薬手帳を見ていないケースもあるのではないかと。 ○基幹病院では、お薬手帳の内容を事務部門がデータ化し利用できるようにしているところがある ○OPTは多いが、OTやSTが少ないためそのあたりの評価が不十分になっている	
情報共有（ICT含む）	12	○回復期から本来地元に戻るべきところ、元の急性期病院に戻ってしまうケースがあり、情報提供のあり方や連携のあり方に課題を感じる	○正しい情報を一元化できればよい ○医師会内での情報共有は進んできたため、医師会同士で情報共有を進めれば、ある程度の範囲をカバーできるのではないかと	○地域の中で、病院の特性とかかりつけ医のその病院に対する認識を統一することが必要	
役割	病院	13	○在宅療養患者のバックアップのための病床には、急性期の肺炎での入院が多い。	○かかりつけの患者であれば比較的受けられるが、初診の患者の場合は診づらく現場の担当の判断でお断りしているケースがあるのではないかと ○これからは競争ではなく、地域の中で協力していくべき ○中小の病院では、夜間の人員確保が難しいため救急を行うところは限られてくるのではないかと。逆に救急をやる大きな病院は、断らずに受けていくべき ○身体合併症のある精神疾患の患者の急性期経過後の受入れ先がない ○今後の慢性期機能には、長期療養ではなく看取りの医療が必要になるのではないかと	○目黒区では、事前登録した患者に問題が生じた際に登録された病院で受け入れるというシステムを構築している ○ただし、事前登録を行っていても、早期に対応しなければ、後方支援病院ではなく急性期病院に患者が行ってしまう ○後方支援体制は以前に比べて整ってきたが、がんの終末期や精神疾患を有する方に対する後方支援については協議する必要がある
	かかりつけ医	14			
	歯科	15	○合併症のある患者を地域に戻すにあたっては、歯科との連携も非常に重要		○入院すると、それまでの関係が途切れてしまうため、入院後も継続して連携する体制の構築が必要
	薬剤師	16			
	看護師	17			
	その他	18	○多くの流入患者を抱える区中央部においては、MSWの活用が必須		
その他	19	○精神科の病院において、急性期の身体合併が起きた際には都が窓口となって探している			

地域包括ケアを支える形

		区西部	区西北部	区東北部
必要な機能		○地域包括ケアを支える機能をどこに求めていくのか（地域包括ケア病棟が自院にない、あっても院内棟の受入れが中心という場合が多い）	○慢性期の患者にリハビリを実施し、在宅に復帰できるようにする機能	○肺炎や脳梗塞については、地域で受け止められているのではない
見える化			○それぞれの病院の機能がわかるようリストがあるとよい	
地域包括ケア病床	現状・取組	○ポストアキュートとしての利用が中心で、地域から直接患者を受け入れるにまで至っていない	○使い勝手はよいが、施設基準のハードルが高い ○急性期機能から受入れそのまま完結するタイプと、地域から受入れるタイプがある	○さらに病床数を増やして、院内で入院期間が長くなっている方を受け入れることで、サブアキュート・ポストアキュートに対応したい ○現在は、一般病棟からの転床や院内での転棟のケースが多くなっている。
	求められるもの			○入退院を繰り返す患者を診るイメージ ○地域包括ケア病棟のみを有する病院もできつつあるので、そうなると、在宅から入って在宅へ戻るといった運用方法が多くなっていくのではない
	課題	○高い在宅復帰率を求められるため、地域から直接患者を受け入れると要件を満たすことが難しくなる		○回復期リハ病床と地域包括ケア病床への患者の振り分けが難しい
対住民			○大病院志向の結果、遠くに流出するという状況はよくない ○地域で患者を受け止めるためには、中小病院を積極的に利用してもらい、地域に戻せるようにする必要がある	
連携（顔の見える関係作り）	全般	○在宅復帰が難しい方の行き先の確保が難しく、家族の負担となっている		
	病病連携	○新宿区では、区と区医師会が中心となって病病連携の会がさかんに行われている ○退院先の確保が難しい ○保証人がいないと入院できない病院であったり、費用面から退院先が見つからないことがある ○精神疾患を持つ方の身体合併を病病連携でどう対応していくのか	○区によっては病院同士の連携がうまくいっていない	○回復期機能の病院として、急性期病院とのネットワークはできつつあるが、後方連携のネットワークづくりが課題
	病診連携	○在宅医としては、後方支援の病床の存在は重要だがいまいち活用されていない ○紹介先から地域に帰せると判断しても、紹介元が受けられないというケースもある ○在宅医・かかりつけ医が地域包括ケアシステムにおける病診連携というものを理解しているのか（病院の機能の違い等を理解してもらう必要がある）	○急性期病院としては、在宅に帰れる程度まで回復しているかという不安がある ○医師会未加入の在宅医の把握ができていない	
	医療介護	○入所料等、家族の経済的負担も大きく施設を選択できない場合がある	○老健等との施設との連携 ○患者の元情報がわからなくなった状況では、ケアマネがかかりつけ医に帰さないということもある	
	多職種			
情報共有（ICT含む）			○転院を繰り返すうちに、患者の元の情報がわからなくなる ○区単位ではなく、広域での調整や情報共有する方法が必要 ○ケアマネも含めた多職種で情報共有を進めるべき ○ICTを活用した退院調整ができれば	
役割	病院		○回復期・慢性期機能の担い手となる総合診療医を自分たちで育てるという視点が必要 ○圧迫骨折や誤嚥性肺炎で介護中心の患者さんは、構想区域で受け入れられず埼玉県に流出しているケースが多い ○中小病院における地域包括ケアを支える機能を充足させる必要がある	○高齢化した患者をいかに地域で診ていくかを意識しているところが多い
	かかりつけ医			
	歯科			
	薬剤師			
	看護師		○在宅復帰にあたっての看護師の負担が大きくなっている	
	その他			○地域包括ケアを考える際に、周産期の分野にまで話が展開しないが今後は考えて行く必要がある
その他		○働き方改革の流れで、急性期病院の体制が弱くなりつつある。当番制も検討しなければならない ○流出が多い区西南部との話し合いも必要 ○診療報酬を考慮しないと、効率的に考えることは難しい ○個別的でなくシステムチックに捉えるべき		○高い病床稼働率を維持するとスタッフが疲弊してしまうため、適切な病床稼働率について考える必要がある

地域包括ケアを支える形

		区東部	西多摩	南多摩
必要な機能		○救急も含めて、地域で十分対応できる症例があるのではない	○在宅療養患者の急変時に対応するバックベッドがない ○マンパワー、特に内科医不足が深刻	○在宅療養患者の急変時の後方支援の病床が必要
見える化		○地域包括ケア病床について、もっとアピールする場があった方がよい ○レスパイト入院を希望する開業医のニーズに対応するセンター的機能を果たすシステムがあればよいのではない		○空床情報や入院費用の情報を公開することで、入院費用の格差の縮小を図れる ○病院見学に行けない方のために、色々な情報を公開することでミスマッチが起きないようなシステムを試験的に導入しているところもある ○自分の施設の役割をPRした方がよく、そのためにはそれぞれの施設を集めてカンファレンスをやった方がよい
地域包括ケア病床	現状・取組		○地域包括ケア病棟は安定した稼働率だが、院内転棟が多く、サブアキュートの受入れは進んでいない	
	求められるもの			
	課題	○回復期リハ病棟と地域包括ケア病棟では患者が重複するところもあり、うまく連携を取りながら進めて行く必要がある		○ケアマネ等、介護側の方に対し周知が進んでいない
対住民		○病院の機能分化を理解してもらった上で、搬送や入院の段階で適切な病床に入院してもらう必要がある	○病気になった際にどのようにすればよいかの情報が不足している	
連携（顔の見える関係作り）	全般	○入院から退院までスムーズに進めるには、決まった病院同士の連携ではなく、もっと幅の広い連携が必要であり、また、顔の見える連携が一番大切 ○医師会主催のMSWの退院調整の会を作り、各医療機関のMSWが参加すれば顔の見える関係が構築できるのではない	○地域包括ケア病棟をもつ病院に一度入り、重症の場合は救急病院に搬送するようなシステムがあればよいのではない	○急性期病院から転院すると発生する自費部分が、退院調整を難しくしているケースもある
	病病連携	○区中央部の高度急性期の病院から地域の急性期病院や診療所に戻る際のコーディネートが上手くいっていないのではない		
	病診連携	○在宅療養患者の急変時に、救急車ではなく病院救急車を活用する取組を進めている	○在宅医と病院とでは考えに違いがあり、在宅医は具合が悪くなったら病院で診て欲しいと思っているが、病院側としては、在宅療養患者は在宅医に診て欲しいと思っている ○急性期病院からすれば、忙しい業務の中で在宅療養患者が来ると、もっと在宅で工夫して診れないのかと思ってしまう	
	医療介護			○周辺の老健施設等と情報共有を円滑にする事で回復期病床の回転率を上げる努力をしている病院もある ○医療と介護の橋渡し役が不足しているのではない
	多職種	○ソーシャルワーカーの数自体が足りないという実感はないが、業務が忙しいため連携がなかなか取れていないのではない		
情報共有（ICT含む）		○PFMを導入することで、予定入院については事前に情報を共有できるよう取組を進めている ○情報共有にはネットワーク化が重要だが、コスト面がネックになっている ○病院・在宅医双方から情報を収集することができるシステム作りが有効	○患者の正確な情報を地域で早く共有する必要があるため、皆が利用できるネットワークを構築しなければならない。 ○共有する情報は、病状だけでなく経済事情や家族や親族などの情報等受ける側の施設が必要とする情報も含む必要がある	
役割	病院	○急性期病院の医師が必ずしも患者の状態にあった転院先を選定できているわけではなく、そこを埋めているのが退院調整部門ではないか ○中小病院における退院調整という機能を区東部の中だけでなく、区中央部にまで広げもっとオープンにできればよいのではない ○高度急性期と名乗る病院がどこまで受け入れる覚悟があるのか、受入れにあたってどこまで地域に開いていくのか		
	かかりつけ医		○在宅医療を行うには非効率な環境の中、成り手がいるのかどうか	○誰か患者に対してリーダーシップを取るのかについては、患者の一番近くにいるかかりつけ医がよいのではない
	歯科	○かかりつけ歯科医について普及を進める必要がある		○回復期・慢性期の患者のニーズが多いが、そういう病院は歯科がないことも多い。求めがあれば歯科医が行く事もできる
	薬剤師		○24時間対応の薬局が増えるとよい	
	看護師			
	その他			○患者の流れを誰がコーディネートするのか。患者の生活により近くで関わっている施設がリーダーシップを取った方が上手くいくのではない
その他		○職場の介護休暇への理解等も必要		○町田の医療機関では、神奈川県内の病院と連携を取ることが多く、神奈川を含めて地域包括ケアが行われている。

地域包括ケアを支える形

		北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
必要な機能		○ターミナルに応える機能 ○リハビリテーション機能		○地域包括ケア病棟にこだわらず、役割機能として必要なものを考えるべき
見える化		○勤めている人の場合、居住地が遠方の場合もある。そのような場合に紹介できるシステムがあればよい	○構想区域外から入ってくる高度急性期の患者を、元の地域の急性期・回復期の病院に帰すためのネットワークが見える化できればよいと思う。また、そのネットワークは病院独自の努力ではなく都としてコーディネートされるものがよい。	○各病院の得意な点を知ってもらうことが、連携を進める上で大切
地域包括ケア病床	現状・取組			○在宅医側からみると、救急を行っている病院の地域包括ケア病棟は使い勝手がよくない。（本当に地域に帰ってくるのかわからない）
	求められるもの			
	課題	○疾患や病院の機能の違いから、地域包括ケア病床がうまく利用されていないのではない ○地域包括ケア病床が近隣になく、結果療養病床に行ってしまうことがある ○嚥下のリハや口腔ケア機能を持つ地域包括ケア病床が少ない	○在宅復帰率の要件等が厳しく、なかなか地域包括ケア病床を導入できない。	○慢性期機能の病院からすると、転換によって採算的なメリットがあったとしても施設基準のハードルが高い ○経営面はもちろん、在宅医との連携や認知症対応の難しさを理由に病床が減っているのではないかと ○健診や保健指導の取組によって、健康な人が増えることがよい
対住民				
連携（顔の見える関係作り）	全般	○ケアマネを含めた退院時の合同カンファレンスの実施が有効		○回復期・慢性期機能をうまく機能させるためには地域のネットワーク構築が必要で、地域連携の取組が増えている
	病病連携		○高度急性期の病院においても、帰せるところがない結果重症度が高くない患者を受け入れざるを得ない状況になっている。これから高齢者や救急患者の増加が予測される中で大丈夫なのか。 ○三鷹市では、在宅療養患者の状態が悪くなった際に3つの病院で2週間受け入れるというシステムを構築しようとしている	○リハビリ機能を自院で持たなくても、練馬区を含む他地域との連携によって対応しているのではないかと ○回復期病棟を作るとしても、将来の運営に対する不安がある
	病診連携	○病院での治療後の受入れ先がなかなか見つからない	○在宅を専門にやっている先生が医師会未加入であることも多く、連携を取ってグループを組んで診ていくことが難しい ○独居等が増える中で、在宅にどこまで帰していくことができるのか	○病院は、地域の状況について認識が足りていないのではないかと ○在宅医が少ないので、65歳以上の医師にももう一度参入してもらえたら
	医療介護			
	多職種	○ケアマネ・訪問看護ステーションとの連携が上手くいけば、在宅療養生活への移行がスムーズになるのではないかと		
情報共有（ICT含む）				
役割	病院	○ライバルという関係から、病院同士が協調する考えが必要 ○医師会に入っていない医師に対して、情報が上手く伝達できない		
	かかりつけ医	○いつの間にかかかりつけ医を外れていることがある ○在宅専門の医師自体の数が少ない	○24時間対応できないかかりつけ医もいる	
	歯科			○回復期・慢性期機能になれば歯科とも連携が取れるのではないかと
	薬剤師	○薬剤の情報が共有できていない		
	看護師	○病院でも在宅でも働けるよう研修を実施している		
	その他		○退院調整を行うソーシャルワーカーを増やすための行政のサポートがあれば	
	その他		○調布・狛江、三鷹・武蔵野、府中・小金井の3つのグループに分けて地域包括ケアを考えてはどうか ○医療重症度だけではなく、患者の年齢も考慮した上で対応を考えていくべきではないかと。（40歳のがんと80歳のがんでは話が違ってくる） ○二次医療圏の中で患者の為に調整した方が有利になるようなインセンティブがあるとよい。（在院日数を長くカウントできる等）	○医師の働き方改革によって、急性期の運営が難しくなりつつある