

共通テーマに関する主な意見

テーマ（共通）		急性期治療後の転院、在宅療養への円滑な移行のための方策
必要な要素	情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ○各医療機関（病院・診療所）で実施可能な医療の内容等の情報共有が必要 ○患者情報（治療の内容、家族情報、介護情報）の共有が必要 ○医療関係者だけでなくケアマネとも情報共有が必要 ○ICTツールが理想的だがまずは地域で共通シートを使用すべき
	連携	<ul style="list-style-type: none"> ○入院時から退院後を見据えたカンファレンス等による患者支援が必要 ○退院困難者についてはケースワーカーの早期介入、生活保護等行政の早期手続が必要 ○急性期からの回復期や慢性期、在宅への移行後のバックアップ体制が必要 ○地域包括支援センターに入院コンシェルジュのような機能を持たせ連携を強化してはどうか
	人材育成	<ul style="list-style-type: none"> ○病院医師の連携に関する意識の向上や在宅医療への理解を深めることが連携の強化に繋がる。 ○連携担当者であるMSWを増やすことや質の向上 ○ケアマネや介護士の数や質の向上が重要
	患者・住民	<ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケアシステムについて普及啓発が必要。行政の役割が大事だが、病院も努力が必要
	ACP	<ul style="list-style-type: none"> ○医療・介護ともACPをその都度確認することで適切な搬送先の確保や救急の負担を減らすことができる。

個別テーマに関する主な意見①

分野	病院と開業医、在宅医の連携に関するテーマ	
各圏域テーマ	<ul style="list-style-type: none"> ●各病院と開業医（かかりつけ医）の間の連携（区中央部） ●急変時の受入れなど、病院と在宅医との連携強化の取組（区南部） ●在宅療養患者や高齢者の急変時等に対応・受入できる体制づくり（区東部） ●在宅療養患者の急変時等に対応・受入できる体制づくり（南多摩） ●地域の医療資源の有効活用と、在宅医を含めた連携体制の促進（北多摩北部） 	
必要な要素	情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ○病院と診療所間の情報共有 ○病院や診療所の特徴や機能、どんな医療に対応可能か等の情報共有 ○医師とコメディカル、ケアマネとの情報共有 ○患者情報の共有に向けてICTツールが理想的だが、まず地域で共通の簡便なフォーマットを使ってはどうか
	連携	<ul style="list-style-type: none"> ○医師個人の関係に依存しない連携体制の構築 ○在宅医療側は後方支援先の病院を予め決めておくことが大切 ○病院側が受け入れ不可であったときは理由を在宅医にフィードバックすることも必要
	人材育成	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療に関する知識、理解が病院側に不足している。 ○病院の後方支援体制が充実すれば、在宅医も増えるのではないか。
	患者・住民	<ul style="list-style-type: none"> ○患者家族に人生の最終段階における医療や在宅医療のイメージの変革が必要 ○どのようなケースにどのような医療を受ければいいのか、どんな病院に行けばいいのか、患者教育が大切
	ACP	<ul style="list-style-type: none"> ○病院の希望として、患者のACPをできる限り明確にしておいてほしい。 ○救急時にどの程度の蘇生措置が必要か。ACPの普及啓発が必要

個別テーマに関する主な意見②

分野		円滑なサブアキュート患者の受入
各圏域テーマ		<ul style="list-style-type: none"> ●円滑なサブアキュート患者の受入に向けた取組(区西南部、区西北部、西多摩、北多摩西部) ●円滑なサブアキュート患者の受入など在宅医へのバックアップ体制(北多摩南部)
必要な要素	情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ○各施設の医療資源や医療機能の情報共有が必要 ○急性期から慢性期等を経て在宅に戻す場合は、かかりつけ医の情報共有が必要 ○医療、介護関係者双方の情報共有が必要 ○夜間や日勤の遅めの時間帯の受入には早めの情報共有が必要
	連携	<ul style="list-style-type: none"> ○病院と在宅、介護施設の連携に向けて、病院内の退院支援の強化が必要。ICTツールをうまく活用できるとよい。 ○患者が在宅に戻った後もいつでも慢性期や急性期の病院に戻れる安心感を持たせることが大切 ○訪問看護STが間に入り主治医に情報提供し、救急搬送の要否をトリアージする仕組みが必要 ○在宅患者の急性期治療後の行方不明を防ぐには、医療機関同士が直接話し合うことが大事
	人材育成	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療や地域包括ケアシステムについての教育を大学教育や研修医教育で充実すべき
	患者・住民	<p>普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関へのかかり方や病院の役割分担、ACPについて患者や家族に丁寧な説明や行政の普及啓発が必要 <p>ACP</p> <ul style="list-style-type: none"> ○予め患者本人を含めた人生会議を実施し、患者家族のACPを確認しておくことが大切

個別テーマに関する主な意見③

分野		その他
各圏域テーマ		●各病院に関する情報共有と連携促進(区西部)
必要な要素	情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ○ICTを活用して、空床情報や患者情報などのリアルタイムの情報共有ができるといい。 ○診療科の専門医の配置、当日の当直医の配置状況、どんな医師が当直かなどの情報共有が必要。全ての病院・診療所の情報を行政側で管理できれば医療資源の有効活用につながる。
	患者・住民への普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ○看護師配置の厚い医療を求める患者意識を変革させる必要がある。
各圏域テーマ		●中小病院の機能分化と役割の補完のための取組(区東北部)
必要な要素	情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ○医療資源や患者情報、空床情報などの情報を一括で管理できるシステムがあると良い。
	連携	<ul style="list-style-type: none"> ○MSW等医療連携部門が連携を強化し、患者に合った病院に転院させることで、地域の医療資源を有効に活用できる。 ○中小の民間病院としては、地域包括ケア病床をいかに有効に使うかが大事