

分野		病院と開業医、在宅医の連携に関するテーマ				
テーマ（個別）		各病院と開業医(かかりつけ医)の間の連携	急変時の受入など、病院と在宅医との連携強化の取組	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	在宅療養患者の急変時等に対応・受入できる体制づくり	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
		区中央部	区南部	区東部	南多摩	北多摩北部
必要な要素	情報共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ICTを活用して、病院同士の特徴を把握できるフォームを整備することが必要</li> <li>○病院からかかりつけ医に患者を戻すにあたって、訪問診療や感染症患者の対応の有無等、かかりつけ医に関する情報の整理、共有が必要</li> <li>○病院・開業医の間での情報共有は非常に大切。地区医師会で開業医の情報を取りまとめて、共有する取組をしたい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○患者情報の共有に向けて、すぐに取り組める施策としては、記載内容をなるべく簡便なものとし、域内で統一性のあるフォーマットを作成することがある。ゆくゆくはICTを活用して、病病、病診等関係者双方がカルテベースの情報を参照できるとよい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○他の病院の状況やどうしたらスムーズに受診できるのかなど、他の病院の機能や情報の共有が必要</li> <li>○コメディカルと医師の間の情報共有が都全体でスムーズに行われる必要があり、東京総合医療ネットワークが重要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○受入時は在宅療養患者の情報がほしい。前もってわかればよいが難しいので、ケアマネや連携室との連携が必要。MCS等の情報共有ツールが必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○情報共有を行う際の共通シートは一方通行になっているので、相互の情報共有ができるようになるとよい。</li> <li>○病院と診療所の医師の情報共有がICT含め必要</li> </ul>
	連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>○病院同士の顔の見える関係が必要。医師個人に依存した連携では異動等による入れ替わりで関係が切れてしまう。地域の開業医の情報が連携担当部署に集まるようにする必要がある。</li> <li>○病院同士で患者の受け方が違う。共通のフォーマットを整備することで、連携が円滑に進むのではないかと。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○在宅医療側として、後方支援先として予め病院を決めておくことが大切。</li> <li>○患者一人ひとりに対して、病院と在宅医療の紐づけを行っていくのが、時間はかかるが理想的な形。希望がはっきりしている患者からやっていっては。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○急性期病院は後方支援病院を見つけるため、MSWとの連携を強く持つべき</li> <li>○引退した救命士が病院に勤務し患者を迎えに行くなど、東京消防庁の救急車に依存しない方法を考えていくべき。慢性期の病院が救急車を持つことで、慢性期病院から患者を迎えに行く形が作れると良い。</li> <li>○夜間の搬送患者を少なくするため、在宅医療側には早めに患者の状況を見極めてほしい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○急性期、回復期、在宅をいかに循環させるかを考える必要がある。かかりつけ医と病院がどうつながるかが重要</li> <li>○病院として急変時の受け入れが不可となった時、理由を在宅医にフィードバックすることも必要。</li> </ul>	
	人材	<ul style="list-style-type: none"> <li>○病院による後方支援体制が充実すれば、在宅医も増えていくのではないかと。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○在宅医療に関する理解の促進</li> </ul>			
	患者・住民	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域にかかりつけ医を持つことに対する区民の意識改革も必要</li> <li>○患者である区民やその家族の人生の最終段階における医療や在宅医療へのイメージの変革も必要</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○患者教育が大事で、医師が高齢の患者などに対して、こういう状態のときはこうすれば良い、こういう病院に行けばいい、こういう連絡をすれば良いなどを予め伝えておくことが重要。医師だけでなくコメディカルを含めて患者に伝える患者教育が重要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○予防や患者の病状を悪化させないための情報周知が必要</li> </ul>	
	ACP		<ul style="list-style-type: none"> <li>○病院から在宅医への希望として、できる限りACPを明確にしたうえで来させてほしい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○在宅からの患者受け入れ時に蘇生措置が必要か。ACPを普及させていく必要がある。</li> </ul>		
現状・課題	連携	全般		<ul style="list-style-type: none"> <li>○各病院が地域や自院の機能に合わせた取組をしているが、救急では墨東病院など大きな病院につながりがちであったり、特定のクリニックとの間で紹介数に偏りがあるなど、地域全体ではバランスが取れていない。</li> </ul>		
	病診連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>○開業医は、早く受けてくれる病院との連携を望みがち。</li> <li>○どの病院も連携には力を入れていて、特に医師会の医師とは顔の見える関係を築いている。また各病院で勉強会や講習会を行い、関係構築を図っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○行政の取組として、会議体を活用して、入退院に関する課題抽出等をしており、在宅患者と病院の情報共有用のノートを作るという取組を進めている。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○急変時の受入については基本的に問題はない。</li> <li>○小さい病院だと、夜間、時間外は全て受け入れることは難しい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○この地域では病院と在宅医の連携は増えている。中小病院が多く、在宅医との距離も近い。</li> <li>○病院でも在宅にチャレンジしてみようかという意見がある一方、病院の役割は基本的に在宅の支援であり、在宅医への配慮が必要との声もあった。</li> </ul>
	多職種	<ul style="list-style-type: none"> <li>○歯科との連携を深め口腔ケアをしていくことも必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医師と患者を繋げるのが看護師の役目であるが、病院看護師に在宅医療への理解が不足している。</li> </ul>			
	情報共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>○電子カルテやICTによる情報共有も進んできている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○病院側の意見としては在宅患者の急変時に、救急で患者を受け入れても、独居の患者だと情報が少なく、どこまで治療してよいかかわからないという問題がある。</li> <li>○患者情報の共有が大きな課題</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○八高連を通じて、連携シートなどを活用しながら、急変時にも対応している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○在宅歯科を実施していても、その情報が浸透せず、ニーズが増えていかない。</li> <li>○院内で医療機関の情報が限られた人の中でしか共有されていない。</li> <li>○病院内で情報共有の意識が強いのはこうした会議に出席する人に限られている。出席してもそれを病院に持ち帰った後に院内で共有することも難しい。ICTの活用を含めて情報の共有は大きな課題</li> </ul>
	病院			<ul style="list-style-type: none"> <li>○高次施設で患者が亡くなった時、若い医師は警察任せにしがちだが、診断書を書いて家族に対して説明するなどの対応をすべきではないか。</li> </ul>		
	患者家族・住民	<ul style="list-style-type: none"> <li>○区中央部特有の話だが、大病院をかかりつけにしている患者もいる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○独居の患者の場合医療費の問題もある。</li> </ul>			
	ACP		<ul style="list-style-type: none"> <li>○在宅患者のACPをどう見るかという問題がある。</li> </ul>			
	地域包括ケア病床	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域包括ケア病棟を持っている病院は、ポストアキュート、レスパイト入院の両方を扱っており、病床稼働率は高い水準にある。</li> <li>○区中央部においては地域包括ケア病床が不足しているように感じる。</li> </ul>				

分野		円滑なサブアキュート患者の受入					
テーマ（個別）		円滑なサブアキュート患者の受入に向けた取組	円滑なサブアキュート患者の受入に向けた取組	円滑なサブアキュート患者の受入に向けた取組	円滑なサブアキュート患者の受入に向けた取組	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	
		区西南部	区西北部	西多摩	北多摩西部	北多摩南部	
必要な要素	情報共有	○地域包括ケア病棟にサブアキュート患者を入れるなら、一層の医療連携の強化と患者情報の共有が必要 ○各施設の医療資源や医療機能の情報共有が必要	○急性期から慢性期などを経て在宅に戻す場合は、かかりつけ医の情報を慢性期と情報共有することが大事。		○円滑な受入に向けては、各病院の機能が医療、介護関係者で情報共有されることが必要。	○区域を絞って、行政、保険者のデータを活用し誰がどんな病気に罹ったかを共有できると、ニーズの判断が容易になる。 ○夜間や日勤の遅めの時間の受入れも、早めに情報共有をしておけばスムーズな受入が可能 ○サブアキュートは地域の医師や医師会の医師が診ることが多い。地区医師会を中心に情報共有すべき	
	連携		○病院と在宅や介護施設の連携に向けて、退院支援の強化が必要。自法人で介護施設を持つことも一つ。連携強化には、ICTが有効だが、手続きが簡便であることが大事 ○地域包括ケア病床の利用が重要 ○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事。 ○在宅患者が急性期治療後に行方不明になることを防ぐには、医療機関同士がお互いに直接話し合うことが大事。慢性期から急性期の医療機関へ何の連絡もなく患者が送られるケースも同様。	○サブアキュート患者の円滑な搬送に向けては、訪問看護STが間に入り主治医に情報提供し、主治医がトリアージをする仕組みが必要 ○在宅医療の充実には薬局が大事で、24時間対応可能な薬局があると良い。		○連携の強化には、医師に加え、医療連携室や相談室の役割が重要。多職種による連携の研修会を活用できる。	
	人材育成		○在宅医療に関して研修医教育の中で充実させるべき	○医師に大学教育時から、地域包括ケアの考えを教育していく必要がある。			
	患者・住民	普及啓発		○患者側に病床機能に関する理解不足があるため、丁寧な説明や行政的努力が必要	○医療機関へのかかり方、病院等の役割分担、ACPIについて、患者、家族、市民への啓発が必要		
		ACP			○サブアキュート患者を円滑に受け入れるには、患者本人を含めた人生会議の実施、患者、家族のACPが大事		
現状・課題	サブアキュート	定義	○サブアキュートの定義が、各施設によって異なる。ある程度、疾患や病態などから一定の基準をつくるべき		○サブアキュート患者の状態像を、脳梗塞後に後遺症がある方、心不全の増悪を繰り返す方、褥瘡がある方と捉えて、意見交換を行った。	○サブアキュートの定義が医師以外で共通していない。薬剤師会代表、精神代表、行政代表では異なる認識をしていた。まずは共通認識や定義が必要。 ○高齢者のサブアキュート症例の代表例である誤嚥性肺炎、圧迫骨折、脱水症の3つをもとに話をした。	
		受入	○現場ではサブアキュートを区別して運用していない。 ○多くの病院では、高齢や認知症を理由に救急を断っていない。 ○地域包括支援センターでは医療的な対応はできない。また24時間対応できる訪問医は少ない。在宅患者や高齢者に何かあった際には、まずは病院で対応すべき。 ○サブアキュート患者をどの病棟で受けるかは問題ではないが、7:1や10:1で診ていると診療報酬上追い込まれていく。地ケア相当の患者を地ケアで受け入れないといけない報酬体系がおかしい。急性期病院から他院への連携を評価するのが良い。	○問題点として、在宅復帰が困難な出口問題がある症例は、受け入れに当たっての門が狭くなる。	○三次救急の青梅総合では、サブアキュートレベルの患者は減ってきており、地域完結の傾向があるという声がある。在宅医の意見として、サブアキュートの患者を受けてもらえないとの認識はあり、病院側と在宅側で意識にギャップがある。	○サブアキュートが発生する施設側、在宅や介護施設側がサブアキュート症例の見極めをできているかという問題もある。	
		出口		○急性期病院では、退院困難事例を把握し、早期から退院支援センターを活用して連携している。 ○後方支援事業などの仕組みが、うまく利用されていない。 ○急性期からすぐに在宅に戻すのではなく、慢性期病院で自信を付けてから在宅に帰っていても良い。 ○長く在宅や外来で診ている患者が急性期に入院した後、他の在宅のグループに行くことがある。MSWが入院前の状況を把握していないと帰すときに難しくなる。			○地域には地域包括ケア病床を運営している病院もそれなりにあり、サブアキュートの受入はそれなりに整ってきている。 ○サブアキュート患者は24時間発生するが、日勤帯、病院の終業の17時、診療所の医師の勤務が終わる19時、翌日まで我慢しようとなる22時と時間帯の考え方を入れつつ、体制を作る必要がある。
	情報共有		○看護師同士の看看連携として、病院の看護師と訪問看護ステーションの看護師とで連絡を取り合い、患者の状態を共有する取り組みもしている。				
	人材育成		○急性期病院の若い医師は在宅医療に関する経験や知識が不足しており、在宅が可能なケースも、難しいと考えてしまう。 ○最近では在宅で医療必要度の高い患者を受け入れる体制も整備されてきた。在宅の現状を教えることは重要 ○現在も地域医療研修として在宅医の所へ研修で行くことはある。	○若い医師たちの医療機能連携に関する理解は進んでいない。地ケア等が増えるなか、専門医としての志向と実際に現場で求められることにギャップがある。			
	患者家族・住民	○区西南部でも同じ区内でも場所によって患者数も何もかもが違う。実際に患者は増えているのか。在院日数の短縮や効果的なリハビリテーションによって患者数は減っているのでは	○退院困難事例には、高齢、独居、特に日中独居が多い。家族の経済的な問題や会社勤め等で介護に難しい場合もある。介護離職や介護心に繋がる問題。				
	ACP			○奥多摩病院では、本人、家族の意思を事前に確認して、患者情報として明記している。主治医以外の医師、看護師も確認可能で、不要な三次救急を減らせている。			
	地域包括ケア病床	○地ケア病棟は院内のポストアキュート用 ○地ケア病棟の地域の患者のほとんどはレスパイト。 ○今後、地ケア病棟では看取り患者が増加するのでは。			○サブアキュート患者の受入には地域包括ケア病棟が最適		

分野		その他		
テーマ（個別）		各病院に関する情報共有と連携促進	中小病院間の機能分化と役割の補完のための取組	
		区西部	区東北部	
必要な要素	情報共有	<p>○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。</p> <p>○マイナーな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。全ての病院や診療所などのそういった情報を行政側で管理できればスムーズにいき、医療資源の有効活用につながる。</p> <p>○ICTを活用してリアルタイムの情報を共有したいが、現時点では東京都総合医療情報ネットワークはNECと富士通といった高価なメーカーのものが対象。ソフトウェアサービスなど他のメーカーのものもつなげられるようにしていく必要がある。</p>	<p>○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。</p>	
	連携		<p>○一括の情報共有システムの実現は遠い話なので、MSWなど医療連携部門がうまく連携して、患者を転院させ、患者に合った病院へ行くことが、医療資源の有効活用にもつながる。</p> <p>○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である。</p>	
	患者・住民 普及啓発	<p>○看護師配置の厚い医療を求めると、医療ニーズに関する患者の意識を変化させることは病院で取り組むには限界があるので、行政が主体となって普及啓発してほしい。</p>		
現状・課題	連携	全般	<p>○回復期の病床は徐々に充足されつつある。</p>	
		病病連携	<p>○区西部は病院、特に大学病院や基幹病院が多いが、高度急性期や急性期の時間外(夜間)の病病連携が取れていない。</p>	
	患者家族・住民	情報共有	<p>○急性期を利用するに当たって今日診てもらえるのか、空床があるのかなどのリアルタイムの情報がない。こういった情報共有にはICTを活用した共有が良いが、コストの問題がある。</p> <p>○急性期から回復期、慢性期、地域包括ケア病床への移行に当たっては、病院間で患者情報の共有が不足しており、受けてみたら聞いていたよりも重症だったなどということがある。病院間であっても本当の意味での情報共有ができていない。</p>	
			<p>○患者の価値観が様々あり、7:1や4:1といった(看護師配置の厚い)急性期から、回復期、慢性期へ行くと、患者から物足りない不満が出たり、患者からの要求ニーズが高く、経済的な問題含めて大きなネックになっている。</p> <p>○専門医による治療を希望する患者が増えていて、救急受入側にハードルになっている。</p>	
地域包括ケア病床				