

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			
		区中央部	区南部	区西南部	
必要な要素	情報共有	○急性期から回復期・慢性期・在宅に移行した患者を、急性増悪時に急性期に戻す際には、どのような場合に患者を戻すか、予め病院間で約束ごとを決めておけばよいのでは。 ○患者情報や病院・診療所の情報の共有が必要で、病院・診療所の特徴を把握するには共通のフォーマットが重要。	○各医療機関に関する情報の共有が必要 ○病病、病診の間で、情報共有を予め簡単な内容でしておいて、実際の連携時に詳しい情報を共有することも、病院からの出口問題に対する一つの方法 ○ICTによるネットワーク化は重要。ただし、設備投資による経済的負担や高齢の医師が使いこなせないこともあるので留意が必要	○各施設間の情報共有、顔の見える関係が必要。大病院から地域の病院へバイトに行くことも有効	
	連携		○急性期から回復期や慢性期病院への移行ができた場合も、患者の急変時には患者の病状を知っている元の病院に戻す体制が必要。 ○慢性期や在宅への移行時に、もとの主治医が誰かわかるようにしておく必要がある。 ○どこでどんな治療が可能かわかるようにすることが必要。地域包括支援センターに、各医療機関の情報を集約し入院コンシェルジュのような機能を持たせたらどうか。	○急性期からの転退院後の患者の不安解消のために、大学病院などによるバックアップ体制が必要 ○地域包括ケア病棟を自院のポストアキュート利用だけでなく、地域のサブアキュート患者の受入にも活用する必要がある。 ○在宅の患者は、まず、かかりつけ医が入院の可否を決めることが必要。	
	人材育成	○連携を担当するソーシャルワーカーの数を増やす。質の向上			
	患者・住民	普及啓発		○地域包括ケアシステムの考え方を行政が普及啓発する必要がある。	○急性期治療後の転院を円滑に行うためには、患者や家族に日頃から理解を得てもらうための説明や、行政による普及啓発が必要
	ACP		○ACPIにより、患者の適切な搬送先の確保や、救急隊の負担を減らすことができる。ただし共通シートを紙で配る等の方法だけでは危険。ときどきの患者の気持ちに寄り添うことが必要。合わせて、医師にbad news tellingの知識が必要		
現状・課題	連携	全般	○高齢患者が救急入院した際、患者の意思や転院先の確保ができず、病院経営にとっては負担となっている。 ○病院からの出口問題がある。どうスムーズに、患者に不利益にならないようにするか。	○予定入院は円滑な移行ができており、特に問題がないが、独居老人が救急で入院した後の在宅移行や慢性期、施設等への移行が課題。 ○救急搬送されて入院する独居老人が増えると、退院先が見つからず入院期間が長くなり、赤字が進む。	
		病病連携	○区中央部は回復期・慢性期の病院は少なく、圏域内の自己完結は困難。周辺部の近接圏域と圏域を越えて連携していく必要がある。 ○病院にとっては連携先の病院の選択肢が多いことも円滑な連携を妨げる要因 ○区中央部は、高度急性期、急性期の病院ばかりなので、実際には回復期の段階でも急性期病院で患者を診ている隠れ急性期も大いにあると考えられる。	○急性期から回復期や慢性期病院への移行では、転院先を探すことが難しいことがある。	
		病診連携		○在宅で診ている患者の病状が悪化した際、かかりつけ医が急性期病院に送り、その後回復期病院に転院すると、行方不明になるという問題がある。	
		医療介護			
		多職種	○聖路加では医療連携の担当者が医師会の会議に参加する等して、連携担当者が顔の見える関係を築くようしている。		
		情報共有		○高度急性期病院から、回復期の病院に移したくても、相手側の病院が適切に対応できるかわからないという、医療機関に関する情報不足がある。 ○在宅への移行に関しては、在宅医に医師会に入っていない医師が多く、情報が不足していて、安心して繋げないという問題がある。 ○ICTは、小さい医療機関にとっては設備投資による経済的負担は大きな問題。また高齢の医師の場合、使いこなせないことがある。	○急性期病院に地域の医療機関等の情報が少ない。持っている情報にもばらつきがある。 ○施設によってはCVカテーテルが入っていても受け入れてくれるが、そのような情報が転出側の病院にない。
		病院			
		MSW	○連携を担当するソーシャルワーカーの数も質も足りていないことも問題。		
		ケアマネージャー			
		患者家族・住民	○患者にとっては転院先の選択肢が多いことが円滑な連携を妨げる要因。	○転院することで患者にとっては経済的な負担が増加するという問題がある。 ○医療機能連携の考えを、都民、区民が理解できていない。どういつにどういう医療を受けべきか等モデルケースを国や都も示していない。 ○そうした考えが住民に浸透していないのは確か。どの区市町村も共通した悩みどころ。	○急性期病院からの転退院に患者の不安がある。 ○転院に患者や家族の同意が中々得られない。
		地域包括ケア病床			○自院では地域包括ケア病棟は院内のポストアキュート用に運用されているので、在宅医の意向に沿いきれていない。
		その他			

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			
		区西部	区西北部	区東北部	
必要な要素	情報共有	○急性期から在宅だけでなく、在宅から急性期へ行く際、またケアマネとの間でも、情報共有が大事。ただし、情報の集約やマッチング方法には課題がある。 ○各医療機関の強みを共有し、活かしていく必要がある。			
	連携	○急性期から在宅への移行に向けては、患者に後方支援病院の連携ベッドを示すなど、安心して在宅に移行できるよう理解を深めることも重要	○急性期からの移行の際は、必ず回復期ということではなく在宅に戻すことも意識し、回復期病院も在宅に戻った患者のフォローアップをしっかりと行うことが必要。 ○急性期・回復期・慢性期が各々の機能を使い分けて連携し、顔の見える関係をつくるべき ○MSWなどの窓口が地域の医療資源に関する情報を押さえた連携が必要 ○キーになるのはケアマネで、退院カンファレンスをしっかりと行うことも重要 ○地域包括ケア病床の増加が必要	○区東北部から区中央部に流出した患者が急性期治療を終了した後、区東北部へ帰すのか、区中央部の高度急性期病院で診るのか、疾患によって対応方法を考える必要がある。 ○入院時から退院後を見据えた患者支援が必要 ○高度急性期の治療終了後、急性期へ転院させる際の迅速な連携方法の構築	
	人材育成	○急性期病院の医師が在宅医療への理解を深めることも連携の強化にとっては重要 ○連携を担当するソーシャルワーカーの数を増やす。質の向上	○ケアマネの質の向上も重要だが、病院側も努力する必要がある。	○地域の在宅医の教育を大病院で集約して行う必要がある。 ○在宅移行に向けた介護士の充実が必要	
	患者・住民	普及啓発 ACP			
現状・課題	連携	全般	○急性期医療は一つの区や圏域に捕らわれず少し広い視野で考える必要がある。 ○慢性期病院では、入院したまま看取りまでいく患者と、良くなって家に帰るパターンもあり、自宅退院率80%という慢性期病院もある。	○区東北部の高度急性期患者の多くは、区中央部へ行く。自区域完結ではなく、区中央部など隣接区域とあわせて役割分担の視点から考えていった方が良い。 ○区東北部から区中央部への流出はがん患者が多い。	
		病病連携	○高度急性期からの紹介患者で、かかりつけ医がいると家族から後で聞くことがある。大学病院からは、緊急対応、サブアキュート対応も期待されていると考えている。 ○大学病院では病棟の担当がすぐに変わるので、その時の担当の医師が知っている地域の医師に紹介するという流れになりがち。 ○大学病院としては、慢性期や回復期へ送る際、患者の病態に合わせて、最後まで対応をお願いすることも、急変時の返送をお願いすることもある。必ず戻してほしい患者には、マークを付けて、電カルを開いたら最初のページに出てくるようにしている。	○高度急性期病院としては、高度急性期の治療終了後、回復期や慢性期へ転院する前に急性期へ転院させたいが、連携室を通すと時間がかかるため、うまくつながる仕組みが欲しい。 ○回復期の病院として、精神疾患や認知症の人でも、スムーズな受入れはできている。 ○回リハ病床の稼働率は冬場は高いが、5月から夏場にかけては意外と空きがある。 ○人工透析患者は合併症があり、転院にとまどいがある。	
		病診連携	○在宅医が診ている患者が救急搬送された場合、再び在宅へ戻せるが、在宅医が入っていない患者の緊急入院の場合は、在宅医を見つけて自宅へ戻すのが難しい。 ○急性期と慢性期では平均在院日数が異なり、患者のサイクルが違う。急性期からの受け皿としての在宅医療が重要		
		医療介護	○在宅患者が弱っていった際、慢性期病院や療養型の老健等は、紹介したらそれで終わり、在宅に戻すという認識があまりないという声がある。一方、在宅復帰率が6割ある慢性期病院も老健もあるという声もあり、施設の違いを理解し連携する必要がある。 ○急性期から在宅への移行は比較的スムーズにしている。顔の見える関係ができていることと連携室が機能している病院が多い。	○在宅への移行となった時、介護士が少ない。医師や看護師が充足していても、介護士が少ないと、回復期から慢性期・在宅への移行は難しい。	
		多職種			
		情報共有	○パスの使用やICTの活用など医療機関によっても異なり、情報をどう集約してマッチングさせていくのが課題。 ○病院側と在宅医やケアマネとの情報共有は今後の課題。 ○急性期といっても、脳卒中やがんの術後、大腿骨骨折など様々であり、医療機関にもそれぞれ強みがある。		
		病院	○急性期病院の医師の在宅医療への理解が足りない。	○高齢患者の重症化が問題。急性期から回復期へ患者を送っても、誤嚥性肺炎等が重症化して診れる状態じゃないことがある。対策として、歯科や耳鼻科が予防対策を施すことが大事だが、スキルを持った人材が不足している。	○在宅は中小病院や在宅医が担っていく必要がある。地域における在宅医の教育は女子医大東医療センターに行ってもらいたい。
		MSW	○一定の人数のMSWが必要で、質も重要だが、量的な問題がある。		
		ケアマネージャー		○ケアマネは送りやすい病院に送る傾向があり、偏りが生じている。	
		患者家族・住民	○急性期から慢性期へ移ると、支払いの限度額が8～9万くらいだったのが、20～30万くらいになる。経済的な問題もあってスムーズに慢性期への移行が進まないのではないか。		
	地域包括ケア病床		○急性期病院の意見としては、高度急性期から受けることも地域から受けることもある。地域包括ケア病床が不足している。		
	その他				

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			
			区東部	西多摩	南多摩	
必要な要素	情報共有		○ICTの情報ネットワークの活用	○病院同士の連携だけでなく、病院、患者、保険者等各関係者の情報共有が大事	○各医療機関でどのような治療が可能かという医療機関に関する情報の共有	
	連携		○医療と介護の連携を進めるために、ケアマネ資格を有する看護師などを活用して、医療機関側にも地域における包括支援センターのような役割を持たせられると良い。 ○顔の見える関係の拡大 ○在宅患者の急変時に備えた急性期病院のバックアップ体制の確保	○地域包括支援センターの拠点機能を強め、福祉だけでなく、医療にも軸を置くことで、地域を支える役割が強化される。地区医師会が関わることで、包括的な機能の強化が可能 ○地域全体で医療・介護の連携を深める必要がある。 ○慢性期患者が医療必要度の高い治療を要することになった際の急性期病院のバックアップ体制が必要	○DNARへの対応の地域での共有 ○在宅移行時の患者を中心とした体制づくり ○訪問診療側の個人で受け入れる力の向上 ○在宅医の高齢化への対応が必要 ○地域包括ケア病床の活用	
	人材育成		○連携担当者であるMSWの確保		○医療連携についての医師側の意識の改革が必要	
	患者・住民	普及啓発		○地域包括ケアシステムの考え方を普及啓発	○地域包括ケアシステムの考え方を普及啓発 ○患者を重症化させないよう、予防に向けた普及啓発が必要	○急性期から療養、在宅へという流れが今の主流であることの普及啓発が行政だけでなく、療養病院からも必要
		ACP			○医療・介護とも、どの施設でも、ACPをその都度確認し、患者や家族の意思を引き出していくことが大事	
現状・課題	連携	全般	○急性期から回復期・慢性期への流れより、回復期や慢性期から在宅への移行の方が問題 ○慢性期における透析患者や精神疾患患者などの困難事例や、寝たきりであっても更に医療を求める患者をどうするか。	○西多摩にはがん専門病院などはなく、治療に際して圏域外に出た患者を、回復期、慢性期、在宅と地域に戻す際にどうするかという問題がある。	○入院治療後、回復期への流れが滞る、元の在宅医へ戻せない、特に合併症がある場合の急性期病院からの出口問題がある。連携の促進には、診療報酬との連動が必要で、退院支援加算などがもっと必要 ○八高連を通じて、医師会、行政、市などが顔の見える関係を築いている。	
		病病連携		○班内では、急性期医療は公立福生病院が中心となり、転退院支援も地域連携室がしっかりやっている。 ○慢性期病院の意見としては、高齢者の骨折や誤嚥性肺炎の患者で急性期治療が必要な際の連携に問題がある。		
		病診連携	○整形外科ではリハビリ後の在宅復帰が遅れがち。患者の意識を変える必要がある。		○在宅への移行については、八王子では医師会の医師を中心に、交代制でやったり、病院からの訪問診療を実施したり、連携体制ができてきている。 ○急性期の病院で、在宅医に患者の入院中から関与してもらっているところもある。 ○60歳を超えた医師が在宅医療を支えており、24時間対応の訪問診療などは続けていくことが難しい。今後の大きなテーマ	
		医療介護		○西多摩は老人施設、特養のメッカ。在宅と同義の特養、有料老人ホームも、これからの地域連携にとって、大切なポイント。老人ホームなども議論に加わることができると良い。		
		多職種	○MSWの連絡会は区ごとにありますが、どうしても仲の良いグループでまとまったり、小さくなりがちなので、医師会主導で広げてほしい。	○重症化した患者の在宅復帰に向けては、院内の医師、看護師、MSWの意識づけも非常に大切。	○歯科医師会に加入していない先生が訪問歯科診療をしているケースが多いが、八南歯科医師会では訪問診療部門を作って歯科医師を振り分けて実施する制度を実施予定	
	情報共有	○急性期病院からリハ病院を経て在宅へ行ったあと、急性期病院の医師はどこまで診てくれるのか。前の前の病院の情報が途切れがちである。 ○情報共有や連携に際して、各病院のMSWが電話するのだけでは効率が悪い。ICTのネットワークをしっかりと利用すべき。	○南多摩の病院では、患者支援センターを中心とした各病院の空床情報の共有、病院同士の相互訪問による相互理解が進み、早期退院に結び付ける取組が進んでいる。	○八王子は顔の見える関係ができていて、急性期からの転院時はウィークリーカンファ、空床情報のネットでの交換等を行っており、重症度の高い患者以外の連携はうまくいっている。 ○多職種が関わることが大事だが、必要な情報がチーム内で共有されていない。特に在宅も含め後方病院の情報が多職種チームに入っていない。		
	病院			○患者を他院に移したくないという医師側の意識がある		
	MSW	○MSWの役割が大事だが、急性期病院では患者を早く帰そうとする医師と、MSWの意見が異なり、結果として辞めてしまうMSWが少ない。どのようにMSWをつなぎとめるのが課題				
	ケアマネージャー					
	患者家族・住民	○地域的な問題や経済的な問題で転院を拒む患者をどうするかが問題	○重症化した患者の在宅復帰に向けては、患者や家族に対する啓発も大切 ○患者、都民を重症化させない、予防に向けた取組も重要	○在宅に戻すに当たって患者が不安になる、といった課題がある。 ○家族の問題。転院先病院の選択肢が多くて選べない。複数の候補病院がある場合、病院を群に分けることが必要。経済的な理由もある。選択できる工夫が必要。		
	地域包括ケア病床			○回復期の空床は、急性期と回復期のミスマッチによるもの。地ケア病床に移行して、介護・医療・在宅の3つをバランス良く利用できるようなことで受入れを促進できる。		
その他						

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		
			北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
必要な要素	情報共有		○円滑に連携を進めるにはICTによる情報共有とネットワークが重要。ただし、個人情報の扱いは難しく、患者個々人の同意を要するのではないかと。患者情報が共有されれば薬剤の重複を避けられる、画像情報によって診療情報提供書だけではわからない情報も見える。受入れ側も安心して患者を受けられるようになる。	○多職種連携の強化に向けて、MCS等のアプリを活用し、情報ネットワーク基盤を作り地域としてボトムアップしていく必要がある。 ○地域の在宅医療資源の有効活用に向けて、地区医師会や行政が協力して、医療資源に関する情報を集約することが必要 ○医療、介護情報、家族背景など多くの情報を一つにまとめ、患者に関わる全ての人が共有できるツールが必要。ICTが理想的ではあるが、初めは紙による連携ツールでもよい。	○各病院の得意分野を他の医療機関などに知ってもらうことが必要 ○病院と在宅医との情報共有に当たっては、医療情報だけでなく介護情報を共有することも大事 ○情報共有に当たっては、ケアマネとの「共通シート」の更なる活用が必要。多職種で活用できると更に良い。ICTの活用も行っていく必要がある。
	連携		○退院困難患者の円滑な移行に向けて、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重要	○在宅や介護との連携については、ケアマネや地域包括支援センター等に市の担当者が病院との連携に関する情報を流していくことが必要。医師会の役割も重要で、在宅医で医師会に入らない先生を巻き込んで行くことが必要	○急性期治療の段階の入院早期から入退院カンファレンスを行い、地域に戻せるように調整を行っていく必要がある。 ○夜間、休日に在宅の急患を受け入れるため、疾病別に地域で診ることができる体制作りが必要 ○ACPを入り口にして、研修会など地域の顔の見える関係を作っていけるとよい。
	人材育成			○ケアマネの質の向上に国全体で取り組む必要がある。	
	患者・住民	普及啓発	○医療機能連携の考え方を普及啓発		
		ACP			○ACPで今後どのように治療・対応していくのかを決めていくべき
現状・課題	連携	全般	○紹介率の高い診療科では入院前からのケースワーカーの介入が可能だが、救急患者が多い診療科では、患者の背景が多様で転院先の確保が難しい。 ○個別の病院で見れば、紹介率を上げるというのが一つの解決策になるが、救急など紹介のない患者も受け入れる病院では、永遠の課題ともいえる。	○病病連携については、長年培ってきた病院同士の関係性、医師、看護師、連携室や事務同士の繋がりが問題はない。課題は回復期から在宅にどうやって返すかということ。 ○北多摩南部では、高度急性期病院が4つあるが、次に続く規模の急性期病院が少ない。 ○自院で急性期や回復期のベッドを持ちながら、在宅医療チームも持ち、急性期医療から在宅、急変時の支援も含めて一体的に取り組む病院も出てきている。	○急性期病棟には高齢者が多く、リハビリ病棟や療養型病棟への移行が実際のところ多い。 ○急性期病院を退院した後、患者急変の際に対応してもらえるのかという問題がある。 ○市境の住民は隣接市のサービスや施設を利用している人がおり、それらの関係施設との連携も大事である。
		病病連携	○診療報酬の変化もあって、急性期病院の患者の在院日数はどんどん短くなってきており、連携を前提とした後方病院が必要となっている。		○ICU等の高度急性期から回復期へ移行するのが理想であるが、同一病院内の急性期病棟や別の病棟に行くことが多いのが現状。合併症があり退院が困難なケースもある。 ○夜間休日の救急では、受入れに一定の制限が生じてしまう。
		病診連携		○在宅医療資源が不足しているが、圏域の中でも地域差があり、調布市では足りているが小金井市では不足していて、小平市などから在宅医が入ってはくるが、ケアマネとの連携不足を感じる。	○病院に地域の医師に集まってもらい、病院主催で研修会を実施している。
		医療介護	○武蔵村山市の在宅の対応は、他自治体も参考にしてほしい。行政が在宅移行に向けて一番介入している。お金がない患者、介護力がない患者、一人ひとり介入をしてくれる。		
		多職種		○医師同士、看護師同士など職種ごとの連携は進んでいるが、多職種連携は十分ではない。	
		情報共有	○脳卒中や大腿骨骨折などリハビリに時間がかかる場合は、入院早期からの介入が必要となっているが、連携担当者であるMSWの連携施設の情報の持ち方次第で、転院が早まることも遅れることもある。	○患者情報について、病院から在宅への移行には、医療、介護情報、家族背景など多くの情報が必要で、診療情報提供書だけでは十分ではない。 ○武蔵野市では、入退院支援として、地域で情報共有のための在宅支援シートを作っている。この拡大が課題。ICTツールとしては、MCSを導入していて、60の医療機関から500人程度のケアマネや訪看を含めた医療従事者が登録している。ただ、システム作りが難しく、掲示板利用にとどまっている。それをいかに入退院支援につなげていくかが課題。	○ICTの活用に際しては、いろいろなメーカーが混在していることにより互換性等の問題から簡単に繋がれないという問題がある。 ○病院職員が地域の医療資源を学ぶ機会があまりない。
	病院				
	MSW				
	ケアマネージャー		○人材面に関してはケアマネの質の向上が必要で、医師会や医療機関でも取組は行っているが、個別での取組には限界がある。		
	患者家族・住民		○急性期からの円滑な移行に向けて、足枷になるのは、患者家族の要望や患者自身の背景		○円滑な退院・在宅移行を行うに当たった課題としては、家族が遠方、一人暮らし、複雑な家庭環境、老老介護といったことがある
	地域包括ケア病床			○自院の地ケア病床では、急性期治療だけでは在宅復帰は難しいと思われた患者を、リハをすることで実際に自宅に繋げている。医療連携の中で、地ケア病床の役割は大きい。	
	その他	○病院から見て、在宅や訪問看護ST等、在宅の環境が充実してきているが、今後高齢者が一層増える中でキャパシティは十分なのか。実はある意味で贅沢な医療なのではないか。	○在宅医療は地域でという話がよくあるが、外から在宅医療グループが入ってくるのが本当に問題なのか、という問題提起があった。		