資料４－１

意見交換「地域連携の推進について」

○ これまでの**調整会議での意見交換や、事前アンケート結果等**を参考に、

✓ 圏域で不足している医療は何か（傷病名、患者の状態像など）

✓ 圏域で機能分化や連携の促進が必要な医療は何か

について、**圏域内で認識の共有**を図る。

→　各病院の自主的な取組、来年度以降の地域医療構想調整会議の取組等に生かす。

【意見交換のための参考資料】

①　都内全病院への事前アンケート結果

「入院患者の受入れ・転退院において、地域との連携の点から課題と感じている傷病」等について、事前にアンケートを実施

➡　次項以降　：圏域ごとの主な意見
資料４－２：事前調査の回答一覧

②　圏域ごとの状況
「地域包括ケア病棟」
「回復期リハビリ病棟」

急性期から慢性期、在宅へのつなぎの役割を担う地ケア・回リハ病棟等について、マップやグラフで可視化

マップ：地理的分布、病院ごとの病床の規模、病床稼働率
グラフ：病院ごとの患者の入棟前・退棟先の状況

➡　資料４－３

事前調査の回答状況

【調査対象等】令和５年11月１日時点で開設している都内の病院（**637**病院*）にメール送付

【回答数】　**244**病院　　*精神科単科病院を含み、休止中の病院を除く、都内の全病院

圏域	対象施設数	提出数	提出率(%)
区中央部	49	19	38.8
区南部	40	17	42.5
区西南部	51	21	41.2
区西部	41	17	41.5
区西北部	94	39	41.4
区東北部	93	24	25.8
区東部	55	17	30.9
西多摩	28	10	35.7
南多摩	74	36	48.6
北多摩西部	26	13	50.0
北多摩南部	43	17	39.5
北多摩北部	42	13	31.0
島しょ	1	1	100.0
計	**637**	**244**	**38.3**

事前調査の主な意見（北多摩西部） n ＝13

傷病等	入院患者の受入れにおける課題等（例）
誤嚥性肺炎	比較的軽症の救急要請も多く、本来注力すべき重症患者への対応に支障も
糖尿病	インスリン等新薬コントロールの患者が他の疾患で入院され、当院には新薬がない場合が多く、都度コントロールが必要
圧迫骨折	安静目的の状態を急性期で受け入れるケースが多い
尿路感染症	ケアミックス病院でリハビリに力を入れているが、転院時期遅れ、合併症や医療行為が多くなると、リハビリ転院がスムーズにいかなくなることがある

傷病等	入院患者の転退院における課題等（例）
骨折 大腿骨頚部骨折	●ADL低下により、退院調整に時間 ●高齢の骨折術後患者の転院がスムーズに行かず、在院日数が長期化
統合失調症 認知症	●急性期疾患と合併で、「リハビリ＋精神疾患」など共に診てもらえる医療機関が少ない ●高齢独居、キーパーソン不在、ゴミ屋敷等の社会的背景を有する患者は退院できず、在院日数長期化
誤嚥性肺炎	短期間で同様の入院を繰り返す患者が多い。病院と退院先では食事形態の違いや摂取の姿勢や介助方法などが違うことが理由か。
高次脳機能障害	若年層が高次脳機能障害を残存する場合の社会資源が不足しており、つなぎ先を探すのに難渋

その他、機能分化・連携の取組や地域医療構想調整会議等についての御意見

- 医療処置や薬など制限のない新たな施設（亜急性）があるとありがたい
- 入院前から、社会的に介入が必要だったような問題が放置され、入院したことを機に病院が生活再構築介入するが、入院していると地域が病院任せになる傾向があり矛盾を感じる
- 機能分化の推進には患者への広報も必要。例えば急性期を脱したが家庭への退院が難しい場合、移動のための費用や転院先の環境など様々な理由で難色を示され、転院が進まない（患者・家族が転院にメリットを感じていない）

＜参考＞
他圏域の状況

事前調査の主な意見（区中央部） n＝19

傷病等	入院患者の受入れにおける課題等（例）
精神疾患 統合失調症	●閉鎖病棟が必要な患者 ●精神薬が常備無い ●症状の程度が不明確だと受入れ困難
誤嚥性肺炎	投薬治療のみの場合、高度急性期機能上、断らざるを得ない
脳卒中	中等症の救急患者で満床となり、 本来見るべき脳卒中患者の受入れを断らざるを得ない
呼吸不全 （重度）	人工呼吸器の専門的な対応。 24時間対応の病院がバックアップについてくれると、在宅、サブアキュート、慢性期でも受け入れ易くなる。

傷病等	入院患者の転退院における課題等（例）
精神疾患	自殺企図による多発外傷での緊急入院。急性期治療が終了するも、回リハ病院等での受入れ先が見つからない。
廃用症候群	回復期リハビリ病棟の対象疾患ではないため、転院先がみつかりにくい
骨髄異形成 症候群	輸血療法のみ必要な患者の療養先選択。頻回な輸血療法ができる訪問診療や療養型病院は少なく、一部の有料老人ホームのみ受入れ可能な状況。
腎不全	腹膜透析でリハビリ目的での転院を受け入れてくれる病院が少ない

その他、機能分化・連携の取組や地域医療構想調整会議等についての御意見

●情報の一元化を図ると、広く連携を取った地域で患者を支えることに繋がるのではないか
●各医療機関が保有している患者情報を共有できるしくみがあると、医療従事者の負担軽減、業務の効率化がはかれる
●今後の課題として、逆紹介に対する地域クリニックとの密な連携について推進する必要

事前調査の主な意見（区南部） n＝17

傷病等	入院患者の受入れにおける課題等（例）
血液疾患全般	隣県からの患者も多く、常に逼迫
尿路感染症	投薬治療のみの患者受入れ要請も多く、本来診るべき重症患者の受入れを断らざるを得ないケースが増えている
大腿骨頚部骨折	予定手術で手術室高稼働であり、受け入れが困難なことが多い
アルツハイマー型認知症	地ケア病棟で高齢者を積極的に受入れているが、徘徊、危険行動等のある認知症患者は受入困難となるケースがある

傷病等	入院患者の転退院における課題等（例）
誤嚥性肺炎	繰り返す誤嚥性肺炎で、終日吸引を要する場合、療養病棟では区分が低く断られる傾向
認知症 統合失調症	精神疾患に内科疾患が併存すると、転院が難渋
慢性腎不全	透析療養が必要な方の受入れ先が限られ、転院が難渋
血液疾患	血液内科入院対応可能な医療機関が少ない

その他、機能分化・連携の取組や地域医療構想調整会議等についての御意見

- 福祉の受け皿が脆弱なために、在院日数が伸びて病院経営が逼迫
- 救急医療では社会背景を考慮せず受入れるが、後方連携において留意されるため、高度急性期医療では社会背景による入院長期化は解決困難
- 特定機能病院としての役割を維持するためには、適応外の患者をいち早く地域の病院にお任せできる体制を行政が推進する必要があり、医療機関に任せるだけではなく会議や話し合いの場を行政が設置することは極めて重要

事前調査の主な意見（区西南部） n ＝21

傷病等	入院患者の受入れにおける課題等（例）
誤嚥性肺炎	●投薬治療のみの受入れ要請も多く、本来診るべき重症を断らざるを得ない ●在宅では対応困難だが、当院のような急性期でなくても入院加療は可能
大腿骨頚部骨折	かかりつけなし、高齢者、独居などの急な転倒で搬送、治療以外の問題が多い
圧迫骨折	保存加療が多く、急性期病床での入院適用とはならない紹介症例が多い。地域包括ケア病棟を活用して対応。
認知症による急性混乱	一般病棟で受け入れているため、地域で精神科病床を有することが望ましい

傷病等	入院患者の転退院における課題等（例）
脳梗塞	●回リハ対象にならないケースの療養病院への転院先が見つからない ●身寄りがなく、意思疎通困難な患者の退院先が少ない
精神疾患	救急を受入れ、診察で精神科診療が必要と判断しても転院先がみつからない。特に身体合併症がある場合や土休日の転院先は皆無。
誤嚥性肺炎	ADL低下で自宅退院が困難となるも、療養型病院は高額かつリハビリできず、患者家族が転院先として希望しない
大腿骨頚部骨折	●区内に回リハ病棟がなく、術後の転院先選定に難航することが多い ●術後の転院を相談する回リハ病院から荷重可能になってからの受け入れを求められ、在院日数が長期化

その他、機能分化・連携の取組や地域医療構想調整会議等についての御意見

●高齢認知症等で身体症状治療のニーズは今後も右肩上がりとなることは明らか、対応可能な医療機関の拡充が必要
●身寄りのない高齢者が増加しており、入院後、医療費の支払いが困難となるケースが増えている。
結局は緊急入院を受け入れた医療機関が独自に対応せざるを得ず、在院日数が長期化。
●入院の受入判定時に予定患者の検査データ等について、事前の閲覧等が可能になるとスムーズな受入判断が出来る

事前調査の主な意見（区西部） n＝17

傷病等	入院患者の受入れにおける課題等（例）
誤嚥性肺炎	●嚥下困難・ADL低下を理由に、自宅・施設への退院困難 ●複数基礎疾患がある高齢者の方は、何科で受け入れればよいか迷う
圧迫骨折	（急性期病院であるが） ●保存的治療の入院を多く受け入れると、本来診るべき患者を受けられない ●独居・体動困難での入院希望。地域に地ケア病棟が少ない。
消化管出血	緊急内視鏡機能がなく、24時間緊急対応の病院があれば助かる
悪性腫瘍	●看取り目的を受け、急性期患者を断らざるを得ない ●サブアキュートを担う病院が少なく、体調変化時に大学病院で受け入れざるを得ない

傷病等	入院患者の転退院における課題等（例）
認知症	●キーパーソン不在・家族が高齢の患者、精神科入院ハードルが高い ●食思不振・体動困難で救急搬送され、「もう家では看れない」ケース目立つ ●意思決定をサポートする身近な存在も減っている
誤嚥性肺炎	●栄養経路が決まらないと転院の受け入れをしてもらえない ●夜間の痰吸引が必要になると施設に戻れない
消化管出血	輸血が必要な場合は、受け入れてくれる病院が少ない
慢性腎不全（透析）	透析のできるリハビリ病院、療養型病院が少なく受入れに時間

その他、機能分化・連携の取組や地域医療構想調整会議等についての御意見

- 「急性期／サブアキュート」の機能を持つ病院への地域ニーズは、治療目的は当然のことながら、ソーシャルハイリスク患者への理解と受け入れも。現場を悩ますソーシャルハイリスク患者への支援についても議論を。
- 本来であれば地域で解決できているはずの社会的課題が手付かずで搬送され、搬送先の病院がその課題に気づき、地域に連携を求めなければいけない。アセスメント不足と課題介入の遅れが、病気の悪化という形で表面化。常日頃の予防的観点からの機能強化が必要では。
- 急性期治療後の退院困難ケースが増加。入院期間の長期化で医療＜介護の状態となり、スタッフ不足で診療に影響。

事前調査の主な意見（区西北部） n ＝39

傷病等	入院患者の受入れにおける課題等（例）
統合失調症	専門医不在、内服薬コントルールが難しく入院相談段階で断るケースが多い
肺炎	急性期治療の適用が低くても、施設では診れないため受入れることで、他の重症患者の受入を断る場合もある
慢性心不全	急性期を脱した亜急性期の転院要請に対して、設備や夜間の医療体制が整っていないため、断らざるを得ない
圧迫骨折	保存加療のため入院適用はないが、ADL低下し在宅療養困難のため入院を希望するケースが多い

傷病等	入院患者の転退院における課題等（例）
認知症	周辺症状を伴う認知症があり、主病が精神科ではみられない症状がある場合、医療圏内での行先が見つからない
慢性腎不全	リハビリが必要な透析患者さんの受け入れ先が少なく、受入れまでに１か月程度
誤嚥性肺炎	急性期治療が終了しても経口摂取が十分にできない場合が多く、回リハや地ケア、施設では対応困難で入院長期化
脳出血	罹患前のＡＤＬと大きく変わるが医療区分取得には至らないケースが多く、療養病床等への転院先が見つかりにくい

その他、機能分化・連携の取組や地域医療構想調整会議等についての御意見

- かかりつけ医への逆紹介の促進は病院側の努力だけでは困難。大学病院・基幹病院と開業医の役割分担を強力に進めることが、地域の医療を効率よく運用するために必要。
- 医療機関ごとに役割を明確にすることで、救急医療でも迅速に必要な医療を担当する医療機関で受けられる社会環境になり、住民にとっても大変良い
- 単に病床機能の数や区分けでなく、広い視野で捉え、地域全体で地域住民の健康を守る視点で連携強化できると良い

事前調査の主な意見（区東北部） n ＝24

傷病等	入院患者の受入れにおける課題等（例）
誤嚥性肺炎	投薬治療のみの患者の受入が多く、本来の循環器疾患の患者のベッドがひっ迫
統合失調症	精神科の入院病床がないため、精神疾患がベースにある急性期入院患者は受入れられない
白血病 汎血球減少症 重度貧血	無菌室、24時間輸血できる体制がない
大腿骨頚部骨折	手術適応であっても内科的疾患等のある患者の受入れは断らざるを得ない

傷病等	入院患者の転退院における課題等（例）
認知症	ＡＤＬ低下、食思不振、医療・介護拒否など在宅介護困難な方が多く、医療行為が不要となっても在宅調整不可、施設入所不可となるケースが増えている
統合失調症	精神疾患の既往歴がある患者の受入れ先が圧倒的に少ない
廃用症候群	療養目的の転院先を探す場合に、医療区分が低いと受入れ先が見つけづらい
大腿骨頚部骨折	術後、特に合併症のコントロールが必要なケースは転院先が見つからず、自宅退院も困難

その他、機能分化・連携の取組や地域医療構想調整会議等についての御意見

- 救急を多くとった病院が専門外の患者を多く抱え、適切な加療ができない患者も
- 機能分化が進んでいく弊害として、包括的な患者受け入れができなくなっていく印象
- 地域医療構想の実現に向けて、在宅調整の要であるケアマネと医療機関の認識の擦り合わせが必要ではないか
- 精神科と一般科の連携は長い間の課題だが解決していない。身体面と精神面を両方みることのできる機能を持つ病院として国公立の病院や大学病院に期待するしかないのが現状。

事前調査の主な意見（区東部） n＝17

傷病等	入院患者の受入れにおける課題等（例）
腰椎圧迫骨折 **大腿骨頸部骨折**	急性期病院であり、療養目的となると入院の受入れが困難に
廃用症候群	看取りや社会的要因、在宅復帰・退院調整などを目的とする、急性期医療とは異なるケースの依頼が比較的多い
脳卒中	独居、身寄りなしの方の、きちんと往診がなされていないと思われる在宅医院からの依頼が増えている
認知症	うつ病や自殺企図、暴力行為等の精神科救急は対応できない

傷病等	入院患者の転退院における課題等（例）
認知症	近隣に認知症療養の病院がなく、遠方の病院に調整せざるを得ない。 老健で適切な精神薬の採用がなく受入れ先がない。
誤嚥性肺炎	筋力低下、認知症が進み、自宅介護困難。老人保健施設への退院が増加。
血液疾患	地域に輸血を依頼できる訪問診療・病院がなく、退院できない
全身麻酔を要する救急対応	当地域では、休日、夜間に全身麻酔を施行できる病院が極めて少ない。地域全体で対応の受け皿を考えるべき時では。

その他、機能分化・連携の取組や地域医療構想調整会議等についての御意見

- ２次医療圏内での救急患者の受け入れが出来ておらず、同医療圏在住の患者が他医療圏から回復期へ流入するケースが多く、とりわけ２次救急の充実が課題と思われる。
- コロナ後、急性期病床の稼働低下が続いており、現時点では大きな問題はない。病床稼働が高くなると、高齢者の骨折手術後あるいは誤嚥性肺炎等でADLが低下し、リハビリや療養継続が必要な高齢者の転院先の早期確保が困難に。
- 複数診療科を受診する患者の逆紹介対策として、該当クリニックを容易に検索できるシステムの構築が求められる。

事前調査の主な意見（西多摩） n＝10

傷病等	入院患者の受入れにおける課題等（例）
脳出血 脳梗塞	重症で意識障害があり、リハビリ困難な状態であるにもかかわらず、回復期への転院依頼がある。 本当に回復期リハビリが必要な患者を優先的に受け入れるようにしている。
誤嚥性肺炎 尿路感染	社会的入院など専門的治療を要さない患者の受け入れも多い。後方病院との連携を進めているが、病床逼迫の一因に。
身体合併症	精神科医との連携や発症予防が課題
高額薬剤	包括病棟では薬価がハードルとなり受入れ先が見つからない

傷病等	入院患者の転退院における課題等（例）
認知症	●在宅が困難で介護度がⅡ以下、医療区分1等では受入れ先がない ●自殺企図など精神救急扱いとなる症状が現れたときに受入れ先に苦慮
誤嚥性肺炎	嚥下機能の回復が難しいことが多く、90日間で今後の栄養管理と退院先を決定するのが困難
糖尿病	インシュリン注射が1日３回以上必要で自宅退院困難、金銭面が厳しいケース。施設は医療度が高いため入居できず、療養病院は入院費が高いため入院できず、行き場がない。
癌治療 緩和ケア	精神疾患と癌治療、緩和ケアを希望されると併診できる病院がみつからない

その他、機能分化・連携の取組や地域医療構想調整会議等についての御意見

受入れ（入口）に関しては、事前に提供された情報と患者実態との間に相違がみられるケースも時々ある。その中には稀ではあるが、患者実態が当院での本来の受入れ基準を外れてしまっているケースもあることから、受入れ準備にあたり常にタイムリーでより正確な情報の収集（情報提供）が望まれる。
転院・退院（出口）に関しては、患者病態よりも患者背景（身寄りなし、経済的事由など）によって出先を探すのに難航することがある。

事前調査の主な意見（南多摩） n＝36

傷病等	入院患者の受入れにおける課題等（例）
認知症	●向精神薬での調整が困難で断るケースが多い ●主病は対応可能でも精神疾患のある患者の受入要請を断らざるを得ない
誤嚥性肺炎	施設➡急性期➡回復期・慢性期➡施設の速やかな連携構築には、システマティックに患者に移動して頂くための工夫が必要
圧迫骨折	高齢者は運動機能・認知機能の低下が懸念、介護の側面が多くなるため、患者の状態によっては受入れ困難
急性腰痛症等	手術適応ではない患者の受入先がすぐ見つからず、ERのベッドを占有して手術適応患者を断るケース

傷病等	入院患者の転退院における課題等（例）
認知症	●問題行動が強く出ている方の受け入れ先が限定 ●合併症もあることが多いため転院先を探すのに苦労
誤嚥性肺炎	●吸引対応可能な施設が限られる ●経口摂取できず退院先が見つからない
血液関係の疾患	●近隣に専門医在籍の医療機関が少ない ●輸血が定期的に必要な方の受入れ先を探すのが困難
慢性腎不全	維持透析を受入れる医療機関が地域に少なく、限られた選択肢しかない

その他、機能分化・連携の取組や地域医療構想調整会議等についての御意見

●病院間で検査データなど診療録の一部の情報がオンライン上で共有できる仕組みはあるが、様々な業者がある現状。全国的に統一されると地域完結型の医療体制の構築や、病床機能分化の強化に繋がってくると思われる。
●急性期病院での治療後、その後の栄養法の選択等も含めてすぐに受け入れていただける亜急性期の病院が必要。地ケア病棟は受け入れ制限が多く、すぐに受け入れていただけない。薬価が高いと受け入れていただけない。

事前調査の主な意見（北多摩南部） n ＝17

傷病等	入院患者の受入れにおける課題等（例）
認知症	訪問診療医や高齢者施設からの入院依頼が増えているが、検査データがないケースが多く、受入判断に困る
神経難病 COPD	急性期で受けると本来の治療目的患者を受けれなくなるが、地域要望は多い
消化管出血	輸血の在庫がなく、緊急内視鏡が常時できないため受入が困難
尿路感染症	抗生剤点滴のみでの入院依頼は、当院が高度急性期病院のため、断らざるを得ない場合も。訪問診療医から地域の療養型の病院に相談する流れができるとよいのでは。

傷病等	入院患者の転退院における課題等（例）
誤嚥性肺炎	キーパーソンが高齢・不在、病状が安定しない、療養型病院の空きが無い等、転院調整のための在院日数が長期化
精神疾患	精神科の患者が他の病気を合併した場合、受け入れてくれる病院が少ない
大腿骨頚部骨折	術後の合併症や持病の悪化等スムーズにリハビリに移行できず、急性期病棟での入院が長引くケースが多い
腎不全	透析患者で回復期の受け入れ先が少ない

その他、機能分化・連携の取組や地域医療構想調整会議等についての御意見

- 医療の機能分化を進めるためにも、社会的問題を持つ人の支援体制が必要
- 施設や病院がどのような機能なのか、どのような患者を希望し、どれだけ受入れ可能か、どこでどのような患者が転院を希望しているのか、共通ネットワークの中で具現化できれば
- 各医療圏でコマンドセンターを作って欲しい

事前調査の主な意見（北多摩北部） n ＝13

傷病等	入院患者の受入れにおける課題等（例）
慢性腎不全	骨折や消化器疾患であっても、透析設備がなく、透析中の患者の受入れは困難
精神疾患合併	●一般病棟では管理困難 ●精神疾患の採用薬が少ない為、入院後の持参薬継続に苦慮
心不全	回復期/療養病棟の場合、薬価の高い薬を服用している患者は、受入れ困難
血液疾患	●近隣に血液内科を標榜している病院が少ない ●血液内科医師の補充が困難

傷病等	入院患者の転退院における課題等（例）
誤嚥性肺炎 COPD	●急性期を脱した高齢患者は、ＡＤＬの回復が遅く、入院期間が延長 ●退院時に吸引が必要となった場合、入院前の施設での受入れが困難 ●介護医療院は常に満床
精神疾患	●精神疾患合併患者の受入れ先が厳しい ●転院先が近隣に少ない
慢性腎不全	●慢性腎不全で透析導入になると、入院前の精神科病院に透析設備がなく戻れない ●透析可能な精神科病院が少ないため、一般病院での入院が長期化
多疾患合併	形成外科の皮膚欠損の術後、１型糖尿病合併の管理などで転院先が見つからない

その他、機能分化・連携の取組や地域医療構想調整会議等についての御意見

●各医療機関の医療機能や問題点等が相互に見えていないために、スムーズな入院や転院が行えない状況がある。情報をある程度共有できれば、患者さんの様々なニーズに圏域として対応ができるのではないか。

●独居の高齢者や、ＡＤＬの低下した介護を要する患者の退院に難渋するケースが多く、今後もその問題は増えていくように感じる。行政も含め、地域全体で取り組んでいきたい。

●北多摩医療圏では高齢者人口比率が高いという現状から、行政区域を超えた病診連携が必要。病病連携では、救急を扱う施設と慢性回復期を扱う施設の区分が曖昧となっており、この部分の話し合いを進めていただければと考える。