

圏域	区中央部 (令和6年7月31日開催)	区南部 (令和6年7月5日開催)	区西南部 (令和6年8月7日開催)	区西部 (令和6年7月19日開催)
	<p>◆高齢者が増えていく中で「限られた人材で患者をどのように受け入れていくか」について、区市町村が連携の調整を担っていくような役割を、充実させていくことが重要。(都病院協会)</p> <p>◆高齢の患者は、たくさんの併存疾患を有している方が多く、下りは滞っている。(高度急性期)</p> <p>◆ACPが重要だが、急性期病院でそれを定めて退院することはしておらず、すぐ退院させる。一方慢性期ではマンパワーの問題もあり対応難しいため、どの施設でACPをやるかは課題。(高度急性期)</p> <p>◆大腿骨頸部骨折や誤嚥性肺炎の患者は長くなってしまうことが多いため、連携について進めなければいけない。(急性期)</p> <p>◆地域医療連携システムを導入して、その範囲内では患者情報の共有が円滑・効率的だが、参加している医療機関の数が少なく利用機会に限られている。(高度急性期)</p> <p>◆急患を受けてもいかに回転よく下り搬送するかが一番の課題。下り搬送を受ける病院のネットワークを作って機能させるのが良いのではないか。(高度急性期)</p> <p>◆地域医療連携システムは導入しているが、実際には受入れにあたり、連携室が努力して、連絡を取り合っている状況。(回復期)</p> <p>◆急性期は終わっても、まだかなりのケアを必要とする方の行き先がなかなか見つからない症例は少なくない。(急性期)</p> <p>◆連携に関して、連携室がフル回転で対応しているが、マンパワーの限界はある。(回復期)</p> <p>◆かかりつけ医が中心になった医療連携が重要。(回復期)</p>	<p>◆患者の転院等の支援のためのシステムを在宅の先生と協力して構築し始めた。(地区医師会)</p> <p>◆高齢者でADLや食事が落ちている人の出口が問題。DXで「どの病院が空いている」ということが分かれば、早く退院できるのではないか。(高度急性期)</p> <p>◆高齢者にはリハを速やかに行き栄養管理することで、早く在宅に帰れるようにしている。品川区医師会が音頭を取って、退院支援もWEBでできるようになっている。(急性期)</p> <p>◆転倒骨折後の返し先が見つからず、入院時から退院後を見据え、家族や周辺施設と退院調整しているが苦慮。DXで様々な施設の様子が分かるといい。(回復期)</p> <p>◆最近、訪問看護ステーションの看護師も少し不足。(回復期)</p> <p>◆最近のニーズは、高齢者のサブアキュート、ポストアキュートという、不安定な状態のまま送りたいという感じの人が増えている。(慢性期)</p> <p>◆品川区医師会と協働で、在宅療養推進事業として、在宅の相談窓口を設け、病診連携を進めている。情報共有は、医療、介護、病院、施設、地域を越えた統一されたシステムがあると良い。(地区医師会)</p> <p>◆病病連携、病診連携に関しては、それぞれの持っている医療機関の特性を、お互いによく知るといった情報共有が必要。夜間の転送などに役立てたい。(地区医師会)</p>	<p>◆今でも内科系は80歳以上が当たり前で、今後増えていく。世田谷区は独居の高齢者で入院して帰れない方もいて、病院だけでなく介護施設で受けられないかと介護施設と会合したが、どの施設も療の吸引ができないから誤嚥性肺炎の人は受けられないとのこと。まだまだ、介護施設との連携の余地はあるかと思う。(高度急性期)</p> <p>◆高齢者で合併症の方は看護度が高く、空きベッドがあっても受けられない。また、地域包括医療棟のように地域連携が中心になりそうなど後方支援ということで、関係を作っていきたい。(高度急性期)</p> <p>◆各区に在宅医療相談窓口があるが、医療と介護の連携の拠点を何か所か作って、単体の病院では対応できない部分を行政の力を使って高齢者の落ち着き先を見つける仕組みが必要。また、都では、医療機関が偏在しているため、例えば、東京都全体の連携ができるコーディネートネットワークができると、都全体として高齢者を守っていくことができるのではないか。(急性期)</p> <p>◆介護施設や医療ではない世界に行くときに、家族の意向で納得されない方が多いことが課題。(回復期)</p> <p>◆病院が縛られている在院日数や早く退院・転院しようという努力に対して、家族はもっといい場所をという思いのずれ違いもあり、期間が延びる。家族の希望に問題がある例が多く、ACPと家族へのリテラシーが大事。(慢性期)</p> <p>◆急性期病院との連携を強化し、急性期の外来に来た軽症の方やACPに基づいて、余り高度な治療を必要としない方を受け入れて、高齢者救急が増える中で、急性期のベッドを有効活用できるよう、慢性期の病院としても頑張っていきたい。(慢性期)</p> <p>◆病院と診療所でお互いをもっと情報交換をして、診療所の先生は病院の現状を患者や家族に共有し、協力しながら医療を続けていくのが大事。(地区医師会)</p>	<p>◆急性期でも介護が必要な高齢者多く、看護師の数は足りていても、介護士が不足して、病床をうまく使えない。病院の中で働いてくれる介護士を育てていく等の取組が必要。(高度急性期)</p> <p>◆地域医療連携システムを入れたがほかの施設で広く使われず、導入費や維持費がかかり休止中。医療連携システムあったほうがよいが、診療所側の接続不備の問合せが病院にくることが多く、その説明に時間を取られてしまう。(高度急性期)</p> <p>◆東京総合医療ネットワークについて、もう少し全体的に周知をすると、もっと広がりが出てくるのではないか。(急性期)</p> <p>◆人材不足が課題で看護師、看護助手も採用しづらい。技能実習生等も考えていかなければと思っている。(急性期)</p> <p>◆現状、医療連携はFAXと電話で、MSW同士が細かな点を確認している。システムが入ってもどこまで回復期側が求めるデータを得られるかが疑問。(回復期)</p> <p>◆在宅からのレスパイトや急性期入院までは必要ない方の受入準備を進めているが、在宅の訪問クリニックや高齢者施設からの情報を繋ぐものがあるとよい。(慢性期)</p> <p>◆MSWIによると、FAX文化が根強く、それでも情報が足りず、先方病院への電話や本人から情報収集。また、キーパーソン不在の単身者が増えている。(慢性期)</p> <p>◆ここ数年、新卒看護師が就職しても定着しない状況。看護補助者・介護福祉士の採用・定着も厳しい。(都看護協会)</p>
	<p>◆地域医療連携という言葉は大事だが、医療介護連携まで広げないといけない。今後は、病床の稼働について、余力があるところに調整していくことが必要であり、行政を中心に顔の見える範囲で調整できる仕組みをつくらないといけない。(高度急性期)</p> <p>◆効率よく資源を使っていくには行政が前面に出て統一的なシステムを作る。それを各医療機関・施設に導入する資金も行政が中心にやっていく必要がある。(高度急性期)</p> <p>◆病床の有効利用について、転院の際の情報のやり取りは、手作業で行っている。患者の事情で、作業が進まないこともあるため、今の医療事情について、区民に啓蒙していくことが重要。(急性期)</p> <p>◆地域連携について、それぞれの病院でシステムが様々で、広範囲でやっていくとシステムが違って非効率的。(急性期)</p> <p>◆地域連携は、病院と在宅と、お互いを理解しないと行けない。病院が在宅も理解しないと連携がうまくいかない。システムだけではなくてお互いを理解することで患者のためになる連携が取れる。(回復期)</p> <p>◆複数疾患や社会的課題を有する患者を何とか地域に返す場合に、今の限られた入院期間の中で隠れた疾患も治療しながら退院調整するのは非常に難しくなっている。(慢性期)</p> <p>◆DXで取り扱う情報について、整理すべき。患者情報と医療機関側の情報、また、医療情報と介護情報等。患者情報はストックしておく情報とフロー情報があり、情報のやり取りは連携に繋がるが、整理がつかないと連携できない原因。DXでできることは情報の整理ぐらいで、顔の見える連携や信頼関係の構築も大事。(地区医師会)</p>	<p>◆これまでは医療機関同士の連携に力を入れてきたが、今後は患者を介護施設や訪問施設に帰すこともあり、地域医療連携という意味では、医療機関同士だけではなくて、(介護施設との連携等)もう少し幅広く裾野を広げていく必要。(高度急性期)</p> <p>◆高齢者が増えていく中で働き方改革も入ってきて、医師も看護師も厳しい状況で限界がある。(急性期)</p> <p>◆医療DXと言ってもコストも人手も掛かる。報酬改定があるにつれ、申請自体の手間も増え、施設基準も厳しくなり、効率化とは逆方向に行っている。(急性期)</p> <p>◆今後在宅の患者が増えてくると考えると、在宅や各医療機関の役割分担を詰める必要。(急性期)</p> <p>◆クリニックではブラウザ上で動く電子カルテが割と出てきているが、病院でも使えるようになるとかなり変わってくる。(回復期)</p> <p>◆実際の救急医療の搬送件数はコロナ禍後もどんどん増えている状況が続いている。救急車の稼働も全然減る気配がない中で、いわゆる医療連携においてDXで電子カルテを連携させても、どうにもならないという現場がかなり増えているのではないか。(都病院協会)</p> <p>◆復職支援研修やプラチナナースの就業継続支援も力を入れていくが成果がなかなか出ない。加えて、若い看護師たちの現場離れが進んでしまったり、確保が難しいのが現状。(都看護協会)</p> <p>◆来年4月に「すこやかプラザ あだち」という施設をオープン予定で、高齢者支援部門、医療介護の連携部門、地域包括支援センターなども入れていくほか、200人から300人が研修できる施設も入れていき、医療と介護の連携を進めていきたい。(区市町村)</p>	<p>◆三次救急の下り搬送、搬送していただいてあまり症状が重くない方は、早期に後方の病院にお願いしている。当院でなければ受けられない患者を積極的に受け入れる、また、ある程度落ち着いた方は連携を強化している。(高度急性期)</p> <p>◆連携室を中心に連携しているが、今後は、コロナの時の経験を踏まえると、公的な介入も必要か。(高度急性期)</p> <p>◆看護師や看護助手等の採用は年々難しくなっている。(急性期)</p> <p>◆「自分の患者をどこに搬送するか」を電話で連絡しているシステムは、もう限界。近隣の病院とSNS等で連携して、受入状況を共有できれば現場も精神的負担が軽くなる。(急性期)</p> <p>◆コロナ以降始めたWEB会議など柔軟に使うと、自分の病院の役割を把握して、みんなで役割分担していくことが重要。(急性期)</p> <p>◆高齢者の連携を考えた時に、範囲としては、中学校圏域等の範囲か。隣の圏域とも連携する等、医療のレベルによって連携が変わってくる。(慢性期)</p> <p>◆以前より「主治医-副主治医」体制をとって、在宅診療を行っている医療機関が、お互いサポートしながら診ていく取組をしている。それに加え新たに、在宅診療を始める民間医療機関のスタートアップをサポートする取組や医療連携の観点から「江東区在宅医療連携センター」を医師会の中に作って、病診連携を今後も進めていきたい。(地区医師会)</p> <p>◆区単位でいろいろな連携システムができており、二次医療圏というよりは行政区単位の連携を進めた方が顔が見えて連携しやすい。(都病院協会)</p>	

圏域	西多摩 (令和6年7月25日開催)	南多摩 (令和6年7月12日開催)	北多摩西部 (令和6年7月23日開催)	北多摩南部 (令和6年8月1日開催)
	<p>◆内科医不足であり、内科医さえいればできることがある。(急性期)</p> <p>◆医療費が非常に抑制されている中で、人材を確保するのは非常に難しい状況。特に国民皆保険が十分に手当てしていない状況で、病院が努力するのは限度がある。(急性期)</p> <p>◆4月から総合診療医4名体制であらゆる疾患に対応。総合診療医の長所は全部診られる点、短所は100点の医療とは言えないことだが、患者側もへき地医療の不便さへの理解や度量の広さがあり何とかやれている。(回復期)</p> <p>◆医療の方の責任主体をはっきりして、医療と介護がお互いに連携できる形にしていきたい。また、二次医療圏が絶対的なものと考えずに、医療をコーディネートする地域包括支援センターの医療版みたいなものをお願いしたい。(回復期)</p> <p>◆人口減少地域に在宅を専門とした医療機関が増えるのは難しく、大事なのはかかりつけ医や開業医が、往診をすることだけが在宅医療ではなく、外来に通っている人が要介護認定を受けたり、デイサービスを使い始めたり、訪問看護が入り始めたりというのは、既に在宅医療が始まっていると考えており、その先生たちのトータルコーディネーターとしての意識が非常に大切。(地区医師会)</p> <p>◆医療療養病床に入る程ではないが、徐々に体調が悪化し家族で看取りもできない方に対して、今の考えでは介護医療院を整備していく必要。特養や老健、あるいは医療・療養病床の在り方を、国も視野を持って検討してもらいたい。(地区医師会)</p>	<p>◆医療連携について、電子カルテの普及を国のDXでも今推進している。問題は中小病院で、電子カルテの値段が上がっているため、手が出せない。今の診療報酬の状況だと難しいため、病床規模別に、ある程度の補助を行ったほうが電子カルテの普及が進むと思う。また、クラウド型の電子カルテが共有できるとランニングコストもいい影響が出るので統一できるとよい。(都病院協会)</p> <p>◆八王子では、医師会が主導して「まごころネット八王子」という、在宅を中心として医療と介護が連携したシステムがある。システムを改良しながら、浸透させることが大事。(都病院協会)</p> <p>◆東京総合医療ネットワークがどれだけ推進されていくか。そういうところに登録しているクリニックが多ければ、患者の受入れにあたって分かりやすい。(高度急性期)</p> <p>◆医療DXは費用が現実的ではない。電子カルテもネットワークも、なぜか以前に比べて費用が、明らかに医療機関の負担が増えてきているので、今推進すればするだけ、高止まりしたシステムで使い勝手が悪いものがばらばら広がるという感じがして、非常に難しい。便利さと費用の比較では割に合っていない。(病院)</p> <p>◆国の方で資格確認を使った情報共有や、今後標準的な電子カルテを国が作っていくという話も進んでいて、ベースの電子カルテを国が作ることによって、費用も今後だんだん抑えられていくことに期待。(慢性期)</p>	<p>◆尿路感染症や誤嚥性肺炎等は、介護力が求められるが、病院の性格上看護師が対応しており、現場が疲弊。そのような患者を療養ベースの施設で受入れをお願いしているが目に見える改善はなく、まずは関係性を構築していく必要がある。(高度急性期)</p> <p>◆人材不足に関して、看護師の不足は病院の機能を落としてしまうため、試みとして、看護師の業務をなるべく看護師にしかできないものとして、それ以外は看護助手並びにクラウドにシフトしなければならない。(高度急性期)</p> <p>◆看護学校でのPR、中学生の職場見学・体験、あるいは高校生の職場見学に関して、院内を挙げて「こういうことやっているんだよ、一緒に働こう」というような働きかけを積極的にやっていきたい。また、SNSなどで我々の活動を報告して、できるだけ若い人たちの興味を引くような活動もやっている。(回復期)</p> <p>◆患者の状態について事前に聞いていた話と受入れ時の状態がずれていることがあり、画像のオンラインシステムは確立していきたい。(回復期)</p> <p>◆看護助手は人材確保の補助も出る介護施設に行かれる方が多く、病院の看護助手として働く方が少ない傾向。(都看護協会)</p> <p>◆国民全体がお金を払っていれば何とか面倒をみてくれるんだという医療のシステム自体は悪くないと思うが、自分の身は自分で守らなければいけなくなってきたことを(国民に)周知徹底していかないといけないのでは。(地区医師会)</p> <p>◆人材不足に関して、積極的に外国人を取り入れ、看護、介護を、主に東南アジアからの医療スタッフの労働者を取り入れている。サポートをしながら、2、3年で業務を支障なく行えるようになっていく。(回復期)</p> <p>◆看護師の流出先は美容整形・コロナワクチン関係、一般企業等であるが、一部病院への戻りもあり。(急性期)</p>	<p>◆人材確保について、特に最近懸念されるのは他業種に流れていく医師、看護師、医療従事者をどのように引き止めるかが課題。介護補助者に外国人の方を登用するという試みも多く行われている。(高度急性期)</p> <p>◆急性期の患者を取るために転院調整が重要だが、地域に戻す病院を探すのが大変で、地域でうまく連携しないと詰まってしまう。(高度急性期)</p> <p>◆画像の共有等に関しては、脳神経外科等では「Join」で、手術の必要性や緊急の治療の必要性があるかどうかを共有している。かかりつけ医との、画像あるいは電子カルテの共有には、HumanBridgeを使ったシステムを導入しているが、コスト面のこともあり、十分にまだ行き渡っていない現状。(高度急性期)</p> <p>◆各専門診療科の当直室を持っているが、例えば、脳外科あるいは、心臓血管外科でも、当直を常に維持することが非常に困難。場合によっては地域で輪番制や当番制といったことも検討しなければいけない。(急性期)</p> <p>◆恐らく他業種の方が給料がいいため、ケアワーカーを募集してもほとんど来ない。(急性期)</p> <p>◆看護師や看護助手が少なく困っているのに加え、患者の介護のレベルが上がってきており、その点も苦慮。(慢性期)</p> <p>◆超高齢社会が進む中で人生の終末期をどう迎えるか、救急で搬送されたときに患者本人が望まない医療とならないよう、地域のいろいろなところ、福祉・介護施設と一緒にACPを進めていくのが大事。(高度急性期)</p>
圏域	北多摩北部 (令和6年7月11日開催)	島しょ (令和6年8月21日開催)		
	<p>◆地域包括医療病棟について、この圏域でどれぐらいの病床ができて、機能するのか、関心がある。(高度急性期)</p> <p>◆総合診療科の医師が85歳以上の社会的課題がある人に対して総合力を発揮して頑張っている。地域に出てサポート役等になることを期待しながら、育成している。(高度急性期)</p> <p>◆複数疾患を有する高齢患者が病棟の多くを占めており、看護師不足、医師は必要な科に補充できず診療科の偏り。病院は人の労働力で9割動いており、ICTや情報共有で解決したい。(急性期)</p> <p>◆内科の医師が足りず、複数疾患の患者も対応しているが、内科系の複数疾患を抱える患者は他院に頼るしかない。(急性期)</p> <p>◆昔は医師がいろんな疾患取り扱ったが、若い先生は専門医制度があるから、医療の原点がズレてしまっている。また、セラピストや看護師が認知症の資格を取るなど進めており、こういったサポートをしていきたい。(回復期)</p> <p>◆複数疾患や介護が必要な人の入院は、慢性期や医療療養病棟では介護をしながら治療。介護士は老人ホームでは処遇改善加算があるが、病院勤務の介護士には加算がない。都の補助も施設従事者に対するもので、病院から介護施設に人材が流れて、医療・看護スタッフが介護しなければいけない状況が続いてしまう。(慢性期)</p> <p>◆当初の急性期医療を提供しただけでは、全く完治せずに、複数疾患を持つ高齢患者が多くなっているというのが、地域全体の問題。連携の深度を深めるため、患者の医療情報や各病院で受入可能な患者の情報を共有し、空床後のタイムラグをDXで解決すべき。(高度急性期)</p>	<p>◆移住したいという話もあるが、住宅がない。空き家はあるが、各所有者により貸してくれない事情があり、移住者を受け入れられない、住居が見つからないケースが多い。(行政)</p> <p>◆身寄りが分からない人が突然運ばれてくることもあり、医療施設の中で、患者の医療行為と並行して身寄りを探すこともやっているのが実情で、そういう面では、そもそも独居の方を洗いざらい把握しておく必要もあるのでは。(診療所)</p> <p>◆島内にも島外にも身内がいなくて、東京の病院に救急でヘリで運ぶ場合には、町の職員が同行して広尾病院等についていくケースは、年に数回ある。独居の方の把握は、「災害時要配慮者」であれば把握できるが、島内に住所が無い方など事前に情報のない方については把握が難しい。(行政)</p> <p>◆住んでいる方に関して、人数も少ないので、社会福祉協議会、診療所や役場も含めて、関係各所と定期的に会議を行ったりして、情報を共有。(行政)</p> <p>◆病院の中にMSWが1名いて、MSWが島外の医療機関と情報交換するのが標準的なやり方。ただ、対象者が多いと時間がかかってしまうため、転院や、島の中での在宅支援、在宅復帰支援の話を進めるのは非常に時間がかかってしまう。(病院)</p> <p>◆5Gを活用した医療連携について、内容としては高度な診療ができるが、双方の医師のスケジュールを合わせて行うという点で、患者の人数をあまりこなせない。(病院)</p> <p>◆島の診療所の場合、24時間常に誰かがいるという体制は難しいか。(病院)</p>		