圏域	区中央部 （令和５年２月１日開催）	区南部 （令和５年１月16日開催）	区西南部 （令和５年１月30日開催）	区西部 （令和５年２月３日開催）
	○超高齢者の救急受入れが今後増える。急性期病院は介護に慣れていないことが今後の課題。職員の業務負担が非常に多くなるため、配置を考えていく必要がある。 ○今後増加が見込まれる高齢者の救急受入れに対応するため、後方支援病院の活動、その先を在宅でということで、それをいかにうまくフォローアップしていくかということが非常に大事。 ○病院間の情報提供を密にすることも大事だが、行政とも情報共有して、病院のほうでうまく動けるように支えていただくことも大事。 ○遠くの施設なら入れるということが多く、話が折り合わないことがしばしばある。 ○都内で施設に空きがあっても、費用が掛かるため断念される方も増えている。 ○（各病院の）連携室の機能が今後ますます重要になっていく。 ○かかりつけ医と病院との患者情報の共有が非常に大切。	○高齢者救急について、退院調整がなかなかスムーズにいかない患者が増えてきている。いかに効果的に退院調整ができるかが高齢者救急の受入れには大切。 ○最近は、独居高齢者が非常に多い印象。また社会的な背景が脆弱な方も多い。在院日数を短くするために、早い段階から地域包括ケアや回復期に治療をお願いしたり、退院後の生活が施設なのか在宅なのか等をできるだけ早く決めている。 ○医師が毎年変わると、その病院の強み・弱みも変わってくる。地域の病院との連携が大切になる。 ○他疾患併存で独居など、在宅復帰が難しい方が増えている。介護保険との連携が大切。 ○入院時に、キーパーソンや治療の着地点等を確認できると良い。 ○医療と介護の連携が今後ますます重要となる。 ○独居も多いため、近所との互助が大切になる。 ○キーパーソン不在の患者さんへの財政的な支援を創設できれば、病院運営に役立つのでは。	○在宅療養者からの救急要請が今後多くなると、地域の中でどこであればその役割を担うことができるかと明確にする必要がある。また在宅療養者の家族の方にも理解していただく必要がある。 ○退院にあたり、医療から介護、福祉、生活に戻っていくところの連携が非常に弱く感じる。地域での協力が必要。 ○高齢者の救急受入れについては、一度入院するとADLが落ちてしまうため、自宅に帰ることが難しくなる。独居や老々介護も多い印象。家族の方が実は認知症だったという経験もある。 ○普段から患者及び患者家族とのACP等についてコミュニケーションが必要。 ○在宅へ帰せない理由は、家族からの極端な要望に対応できるマンパワーがないこと。難しければ施設も検討するが費用面で折り合いがつかないケースが出てくる。	○独居もそうだが、キーパーソンの高齢化が進んでいる。地域の先生方と連携パスみたいなものをうまく使って、リハビリも含めて、多職種が連携できるような形が必要。 ○認知症患者の救急受入れについて、退院調整が上手くいかないことがある。 ○家族の極端な要望への対応にも時間を要してしまう。 ○連携パスはあるが、受入れ病院にDNAR了承が必要等の条件があり、なかなか調整が進まない。 ○ACP等含めて治療方針について、患者及びその家族と密にコミュニケーションをとることが大切。 ○後見人の選定に２，3か月かかっている。速やかな対応を行政にお願いしたい。

圏域	区西北部 （令和５年１月26日開催）	区東北部 （令和５年２月９日開催）	区東部 （令和５年１月25日開催）	西多摩 （令和５年２月６日開催）
	○慢性期病院との連携の際には、区内でハブとなるところがあると有難い。豊島区には在宅の連携窓口があり、うまく活用して病院連携が進むようにしているが、なかなか難しいところがある。それをいかに在宅や介護施設のほうと連携していくかというのが、一つの案ではないか。 ○練馬区ではメディカルケアステーションを活用し医療機関間の連携ができている。 ○病院の強みや特徴が分かると連携しやすい。 ○豊島区内は急性期病床は多いが、慢性期病床は少ない。在宅に頼らざるを得ず、また施設に行っていただくという形になってしまいがち。もう少し広域で、板橋区や練馬区の施設からの情報がもっと入ってくると良い。 ○板橋区は、病院から在宅へのつながりの中で、「療養相談室」というのがあって、それぞれの診療所がどのような機能を持っているかを把握し、診療所と病院をつなぐようなシステムがある。 ○それぞれの病院の地域連携室同士がもっと深く繋がると他の病院の事情がよりわかるのではないか。	○足立区の特徴として、高齢者施設が非常に多い。急変時の対応は、協力病院や提携病院があるが、対応しきれないことも今後想定される。 ○精神病床の医療機関に入院中の患者が急変した場合の受入をなるべく行っているが、夜間・休日に運ばれてくる割合が多く対応が難しい。 ○透析の患者については、基本的には、在宅で生活ができない場合は、重症度のこともあって、老人ホームとか高齢者施設等には入れない。入院しなければいけないようなレベルになった場合は、病院で受けていくしかない。 ○対応する看護師や医師の確保も重要になる。ベッドが増えても働き手がいないと意味がない。	○高齢者救急では、望んでいる治療がどこまでか、救急のトリアージのようなことが大切になる。このあたりの見極めがどこかでできれば。 ○病院ごとの役割分担をしっかりし、地域で患者さんを支えることが大切。 ○転院調整の際には、ACPに関する情報や医療区分を御理解いただいたうえで、紹介いただけると連携がスムーズになる。 ○江東区医師会では、主治医・副主治医制で高齢者の在宅療養を支えている。 ○江戸川区では、2か月に1度、区内の病院代表が集まり、情報共有の場を設けている。 ○墨田区では、平成20年代から医療連携推進協議会という形で、医療機関、看護、介護、歯科、薬剤などで連携を組んで、区民に向けてのいろいろな啓発活動などを行ってきている。 ○各区の中で、医療施設と介護施設が一緒になって、連携について考えていくということが、非常に重要になってくる。	○認知症以外の精神疾患を持つ高齢者の急性期対応については、西多摩では比較的落ち着いた患者さんは連携して対応できている。 ○ACPについて、改めて認知度を上げる必要がある。 ○これまで調整会議で議論してきたような病院機能の連携だけでなく、ケースワーカー、ケアマネジャーや介護保険担当者等の連携からなる生活中心の連携も必要になる。 ○西多摩地域は都内でも高齢化の最先端を進んでいる状況。医療資源も潤沢に無いなか、各病床機能や在宅、医師会の先生方等との有機的な繋がりをより一層深めていく必要がある。

圏域	南多摩 （令和５年１月23日開催）	北多摩西部 （令和５年１月31日開催）	北多摩南部 （令和５年１月27日開催）	北多摩北部 （令和５年１月19日開催）
	○後方病院が見つけにくいため、急性期を過ぎた患者のスムーズな転院調整が今後は重要となる。 ○高齢者の軽い腰痛や脱水、誤嚥性肺炎などを地域包括ケア病床や回復期、慢性期で対応できるようにすることが重要になる。病院救急車をうまく地域包括ケアで活用する仕組みを作っていく必要があるのではないか。 ○地域医療構想の議論の中では、病床数だけではなく、医師や看護師、薬剤師、リハビリスタッフ、看護助手、介護職種などのマンパワーについても議論していくことが重要。	○今後20年にわたって80歳以上の高齢者が増加するフェーズにおいては、税金を投入してハード面の整備が必要。整備までの間は、医療機関同士の連携を深めて少しでも円滑な医療を行っていくしかない。 ○自宅の問題やキーパーソン不在などで退院困難な方が今後増える。地域包括ケアシステムと上手く連携しないと対応が難しくなる。 ○看護人材、介護人材の確保も今後考えていく必要がある。 ○急性期から慢性期への橋渡しと、在宅に行くときの受渡し方というところが、非常に大事。病院の先生方と地域の薬剤師会の動き方を密にしていきたい。 ○今後増加が見込まれる高齢者救急に対応するため、在宅や訪問診療との連携が必要。 ○認知症患者の救急受入れについて、行政との連携が必要。 ○ADLの低下や嚥下や排尿障害への対応で時間を要し、地域包括ケア病棟での療養期間が長くなる傾向がある。 ○認知症の方だと、自分で口腔清掃ができないことがある。訪問できる歯科医を増やして、口腔ケアはもちろん、歯科治療ができるようにしていきたい。	○入院需要の変化は、高度急性期でではなく、地域ケア病棟の適用である、肺炎や高齢者の慢性心不全の入退院の繰返し、骨折等の需要が増える。一方で、今回の診療報酬改定の影響で、これを受けとめる医療機関がどんどん減っている状況にある。 ○急性期病院で働きたいという医師が減っている。 ○スムーズに回復して退院いただくには、内科を含めた地域密着型の急性期病棟がとても大事。 ○“急性期在宅”といいますか、入院させられないけれども、点滴などで数日しのいだら、何とか戻るかもしれないという場合、本来は入院させる患者さんを在宅で何とか診ているみたいなことも、今起き始めている。 ○救急に関して、実数だけではなくて、病床数当たりの救急受入れ件数や、大きい病院の場合はドクターの数が多くても、高齢者救急を受け入れるためのドクターには限りがあるため、ドクター１人当たりでどのぐらいの台数を受け入れているかとか、このようなデータが必要ではないか。地域の実情に沿った分析ができるようにもなり、問題意識とか危機感の見方が違ってくるのではないか。	○今後増加が見込まれる認知症患者の救急受入れについて、認知症の治療とともに術後のリハビリができるよう整備すべき。 ○高齢の患者は複数疾患を持っている。地域の医療機関同士での共有しないと、受入れに時間がかかってしまう。 ○カルテの情報だけでなく、DNARについての情報もあると良い。 ○回復期には、最新の医療・薬剤を受けられた患者さんが送られてくるが、コストの関係で難渋することが多いため、経済的なことも踏まえ連絡が欲しい。 ○患者・患者家族に対して、各病院が担う機能ごとにどこまで対応できるのか普及啓発が必要。 ○それぞれ病院が上手く連携し、大きな形として総合病院が地域に出来上がるとよい。

圏域	島しょ （令和５年２月９日開催）
	【限られた医療資源を活かし、患者を住み慣れた地域に早期に戻すため、島しょのリハビリテーションに関する現状の課題や行っている取組について、意見交換を実施】 （各島の状況） ○派遣により今年度から理学療法士1名が社会福祉協議会に常駐している。デイサービスや訪問リハにより早期から介入できている。 ○数年前から保健センター職員として理学療法士を採用している。保健事業等もやりつつ、リハも提供している。 ○派遣により今月から理学療法士1名が社会福祉協議会に常駐している。住民へのサービスということで、特に、医療保険、介護保険という制度に乗らずにリハビリを提供するといった形をとっている。「リハビリ指示書」のようなもので連携していきたい。 ○病床を持っているため、比較的早い段階で入院でお受けし、家屋調査等の退院へ向けた準備を平行してい行っている。 ○理学療法士が月に1度、1日出張で来ていて、対象の方を案内している。 ○広尾病院と台東病院と協定により、広尾病院での急性期治療後、台東病院で帰島に向けたリハビリを行っている。 （その他） ○社会福祉協議会の職員としての毎年派遣であるため、診療所の医師及び看護師との関係づくりや情報の共有をスムーズに行うことが重要。 ○島に来る先生はいろいろな科の先生なので、リハビリを受けられる患者さんが戸惑わないよう継続性の確保が重要。 ○派遣で来る理学療法士の仕事の悩み等へのケアも重要。 ○退院後どうのような生活環境に帰るのか、リハビリ病院と情報共有しておく必要がある。 ○通院でのリハは送迎の問題があり、ご自宅に戻られてからのリハビリが継続できるかが課題。 ○在宅で介護のサービスが受けられるのか、しっかりと確認し退院調整することが重要。