

	区中央部	区南部	区西南部
主なご意見	<p>①回復期・慢性期機能について</p> <p>○特定機能病院の話は、東京全体でやること。一方で、回復期や慢性期は区中央部で十分な医療が提供されていない可能性がある。 →ポストアキュート、サブアキュートを含めた話し合いが構想区域内で必要</p> <p>○区中央部は、回復期、慢性期の患者流出がある。在宅で看られない人や、回復期・慢性期のベッドをどうしていくか →区中央部は、回復期、慢性期の病床が足りない。自院完結型を考えると、将来的に回復期病床を持つというのも選択肢の一つ</p>	<p>①地域包括ケア病棟について</p> <p>○公的医療機関のような大病院が地ケア病棟を持ち、自院のポストアキュートとして使用することは本来望ましくない。急性期を脱した患者は地域に戻すべき。</p>	<p>①地域包括ケア病棟について</p> <p>○救急患者や急変した在宅患者は、高齢や長期入院が予想されるなどの理由で、在宅復帰率が問われる地ケア病棟では受入れを断るケースが多々ある。サブアキュートで運用する場合は患者を選ばないと在宅復帰率が維持できないため、受入れの増は容易ではない。 ○レスパイト含め、サブアキュート受入れを進める必要性はあるが、明確な患者像をつかみきれていない。</p>
	<p>②病院と開業医の連携について</p> <p>○プラン病院のどこも登録医の仕組みを取り入れているが、圏域内の全ての開業医を対象に広げてほしい。各病院についての情報が少ないが、登録医制度で理解が進む。 ○開業医からの紹介患者をワンストップで受ける体制が必要</p>	<p>②救急搬送と地ケア病棟について</p> <p>○ウォークイン患者を地域の医療機関で分担して、昭和大はより多くの救急車を受け入れ、パフォーマンスを上げることが必要。病院間でウォークイン患者の対応を話し合う機会をもけるべき ○救急車受入後に、患者の状態に応じた施設へ搬送できるとよい。 ○地ケア病棟への病院からの患者受入はポストアキュート扱いで、診療報酬上はマイナス。 ○サブアキュートとして受け入れるべき患者が、救急車で急性期病院へ搬送される実態がある。 ○在宅療養患者の急変時の対応について、家族や救急隊等の間でのコンセンサスが得られていない。 ○患者の状態によって対応先に求められる機能が異なるので、在宅医は適切な機能の医療機関につなげることが必要</p>	<p>②電子カルテのWeb閲覧について</p> <p>○多くの地域の先生に活用してほしいが、若い先生は比較的見てくれるものの、高齢の先生はインターネットに親和性がないせいか、あまり見てもらえない。 ○導入にコストがかかるため、どの病院でも導入できるものではない。</p>
	<p>③二次保健医療圏を超えた調整会議について</p> <p>○区中央部は、他県、他圏域からの流入患者が多く、特に区西北部や区東北部からの流入が多い印象。二次保健医療圏を超えた調整会議も必要ではないか。</p>	<p>③在宅療養患者の入院から転院について</p> <p>○在宅療養患者本人や家族と急性期・終末期治療について予めコンセンサスを得ておくべき。 ○在宅から病院搬送後、他院へ転院すると、在宅医との繋がりがなくなり、在宅で対応可能なはずの患者が施設へ送られることもある。</p>	<p>③公的医療機関の役割について</p> <p>○地域包括ケアシステムを支えるためには、公的医療機関等は、単に医療機関同士の連携だけではなく、地域のケアマネや介護関係者と顔の見える連携を行い、中小病院との連携もしっかり考えていく必要がある。</p>
		<p>④病診療連携について</p> <p>○開業医と病院の退院調整部門の連携が弱い。</p>	<p>④精神身体合併症患者の受入れについて</p> <p>○一般診療科の病院の救急で受けた精神身体合併症患者について、金曜や土日は相談にも乗ってもらえないことがある。365日の対応をお願いしたい。 ○365日対応を目指したいが、土日の内科等の医師が少なく院内対応で手いっぱい。ニーズは認識しているので、他の精神科病院と連携して対応したい。(松沢)</p>
	座長・副座長 主な意見	<p>・病院と診療所(かかりつけ医)との関係性が地域共通の大きな課題。在宅医療をどのような形で誰が担うのかは、ほとんど議論はされていないが、重要な問題。まず、病院主治医との二人主治医制を進める価値がある。患者居住地と病院との距離が離れているほど重要。</p> <p>・患者が居住地から離れた病院に通院せざるを得ないケースでは、その中間点や居住圏にバックアップを務める病院が必要。これらの医療機関間がICTで連携するのが理想的だが、患者に治療データをUSB等に保管してもらい、他医療機関でも見られるようにするのも現実的。</p> <p>・特定の領域(例えば心不全パンデミック、認知症パンデミック)に対する病院医とかかりつけ医との連携する企画を各地域で立ち上げ、専門、あるいは得意とする先生、さらにかかりつけ医の間で顔の見える関係の構築を図ることを行ってみてもよいかもしれない。</p>	
各圏域の課題	<p>○構想区域における急性期治療後の回復期・慢性期治療のあり方の検討 ○各病院と開業医の間での機能・特徴等の情報共有 ○患者の高度急性期、急性期における流入、回復期、慢性期における流出を考慮した検討</p>	<p>○在宅医を含めた開業医と病院の退院調整部門の連携強化 ○在宅療養患者の急変時等に対応・受入できる体制づくり</p>	<p>○サブアキュート受入促進のために必要とされることの検討 ○サブアキュート受入れで想定される患者像別の対応方法</p>

	区西部	区西北部	区東北部
主なご意見	①ICTツールについて ○退院調整時に患者の住所や希望条件を入力するとそれに合う診療所が表示されるのが理想。基幹病院で共通のデータベースを持つとよいのでは ○ICTの利用拡大には、患者の同意と、診療所の医師の理解に時間を要する。 ○療養型病院の空床情報等を共有できると良い。	①地域包括ケア病棟について ○健康長寿は高齢者への高度急性期医療を提供しており、もし、地ケア病床を自院のポストアキュート以外に使うならば、近隣の回復期の病院にその部分は任せて、高度急性期に注力した方が良い。	①プラン策定病院について ＜東京女子医科大学東医療センター＞ ○足立区は周産期医療を担う病院が少ない。女子医東は総合周産期医療センターを目指す。 ○女子医東は救命救急センターなので、移転後も引き続き荒川区の三次救急は担うことになるが、荒川区の急性期医療に関しては、今後他の病院が頑張る必要がある。 ○入院前から患者情報を把握して、在宅医療、介護や他医療機関との連携を強化していくというのは、回復期の病院としてはありがたいこと。ぜひ具体化してほしい。
	②急性期からの移行について(地ケア病棟含む)について (急性期病院の意見) ○自院の地ケア病床は、ポストアキュートの患者が多い。慢性期の患者の転送先は見つかりにくい。 ○急性期と在宅をつなぐ中小病院が少なく、地ケア病床の整備も検討されるが収益性に懸念がある。 ○急性期医療に注力するにあたり、後方連携を強化する。慢性期よりも在宅へ送る方向にシフトする。 (回復期・慢性期病院の意見) ○稼働率でしか収益が上がらず、在院日数を短縮することは不安。空床情報を共有できれば効率化する。 ○慢性期での受け入れには、経済的な問題がある。最初に費用面や将来的な在宅移行等の相談が必要 (その他) ○急性期から回復期、慢性期へ転院する際、「転院先の病院にはずっといられる。」と家族に説明してしまうことがあり、急性期からの転院が進まない一因となっている。	②練馬区の医療提供体制について ○練馬区には三次救急医療機関がなく、救急で区内に搬送される割合が低い。既存の二次救急病院の病床をうまく活用して機能転換していけばよいが、練馬区としては高度急性期が少ないと感じる。 ○杉並区や区東北部は患者流出をそれほどストレスに感じていない。練馬区は交通アクセスの悪さや外に出た後の戻りにくさがあるので、内部で新しい医療資源を生み出すだけでなく、ストレスの少ない連携をどう作るかについても議論が必要	②プラン策定病院について ＜東部地域病院＞ ○説明の中で、地域の民間病院がプランのように自院の機能や方向性を発表する機会が必要との話があったが、どのような形か。→調整会議を考えていた。何らかの形で話す機会があればいいと考えている。 ＜葛飾赤十字産院＞ ○これまでも、分娩について、医師・看護師・助産師等、医療者同士が直接電話で連携は取っているが、今後は地域医療連携担当部署を設置し、懇談の場も設ける等して連携を深めたい。
	③病病・病診連携について ○大病院同士、中小病院同士の連携は進んでいるが、今後は大病院と中小病院との連携を進めたい。 ○病院における病診連携の取組は一方通行でなく、双方向の情報交換を目指すべき	③病院と在宅の連携について ○前方連携だけでなく、後方連携も重要。どのあたりで後方病院に戻すか、在宅に戻すかを考える必要がある。 ○急性期病院の在宅に対する理解を深めることも大事。 ○在宅医の高齢化が進んでおり、若い在宅医に期待 ○一部の病院で連絡体制の整備がされているようだが、在宅の高齢患者が熱を出した時など、どこに連絡したらよいかわからない。各病院の連携室がわかりにくいということもある。	③病病・病診連携について ○大病院同士、中小病院同士の連携は進んでいるが、今後は大病院と中小病院との連携を進めたい。 ○病院における病診連携の取組は一方通行でなく、双方向の情報交換を目指すべき
	④ICTを活用した連携について ○ICTに対する理解度が、在宅医と非在宅医で異なる。在宅医にはiPhone等の活用が当たり前だが、非在宅医は興味を持っていない。	④ICTを活用した連携について ○ICTに対する理解度が、在宅医と非在宅医で異なる。在宅医にはiPhone等の活用が当たり前だが、非在宅医は興味を持っていない。	④ICTを活用した連携について ○ICTに対する理解度が、在宅医と非在宅医で異なる。在宅医にはiPhone等の活用が当たり前だが、非在宅医は興味を持っていない。
座長・副座長 主な意見	・同じ区西部でも、大学病院などの公的大病院が集まる新宿区と、杉並・中野区では全く状況が異なる。 ・新宿区の大病院では、区内に回復期・慢性期病床が足りないので自院内の一部の病棟を回復期・慢性期病棟に転換するとの意見が出ていたが、本来は病院ごとに機能分化を進めて病病連携でお互いをカバーするというのが正しい方向性ではないか。 ・新宿区内でそれが難しいなら、もっと杉並・中野の回復期・慢性期病院との連携強化を図るべき。 ・それぞれの病院が、どういう患者さんだったら受け入れ可能なのかという情報の交換、具体的なネットワーク作りの強化の方法を議論すべき	・今回はサブアキュートの患者受け入れ、レスパイト受け入れ、などについて、さらには、急性期を終えた後方連携についての取り組みについてのワークショップが必要 ・紹介元の医療機関から急性期病院→回復期病院→慢性期病院、となったのち、紹介元へ戻っているかどうか、などのチェックについても議論が必要	・各地域共通の課題と、特有の課題が見られる。共通の課題については、項目を決めてグループワークをするといい。各地域のまとめについては、次回の会議で配布をすべき。かなり温度差がある。 ・急性期医療後の受け皿として、地域包括ケア病床や医療療養病床を持つ病院への分担も検討が必要 ・平時と災害時では課題が違うため、災害時における「顔の見える」関係性の構築についても議論が必要か。それぞれの病院で日時や曜日によって可能な診療機能が異なるため、それらを互いがシームレスに把握しあえる関係性やシステムを検討すべき。 ・精神合併疾患についての議論が少なめであり、対応を検討すべき。
各圏域の課題	○ICTツールの活用・ネットワーク化による連携強化 ○各病院情報の共有(各病院の特徴や受入れ条件等) ○急性期病院から回復期、慢性期病院、在宅への移行体制の確保	○急性期治療後の回復期・慢性期病院、在宅医との連携 ○サブアキュート受入促進のために必要とされることの検討	○急性期医療後の回復期患者、慢性期患者のスムーズな移行のために必要な方策 ○中小病院が多い区東北部において、お互いの医療機能を分担し、補い合うために必要な方策

	区東部	西多摩	南多摩
主なご意見	①診療連携について ○病院の連携先としては、病院だけでなく老健などの介護関連施設も加えて考えていくべき。 ○自院が属する圏域外から患者が来ているのであれば、連携先医療機関が望む連携方法を意識した連携が必要	①役割分担について ○西多摩では、公立病院が急性期を、回復期以降は民間が診るべき。 ○青梅総合に全ての救急患者が集中しないよう、二次・三次からサブアキュートへの機能分化は具体的議論が必要 ○小児・周産期医療の役割分担を進めたいが、公立福生は小児科が、阿伎留は周産期が厳しく、分娩数が減っている現状では難しい。 ○回復期・慢性期の多い西多摩では、高度急性期から急性期までをうまく役割分担できれば地域完結型となる。 ○青梅総合から転院した入院患者が多いが、廃用症候群で在宅に戻れない患者が多い。リハビリの患者も多いが、状態の悪い人もいて、なかなか在宅に返せない。それでも回復期から多くの患者を在宅に移行し、往診をして支えている。 ○慢性期や精神は他の構想区域から流入しており、その患者の在宅復帰や急変時対応が必要	①プラン策定病院について ＜東京医大八王子医療C＞ ○現時点では緩和ケア病棟などは持たず、高度急性期で運営している。救命救急センターがあり、救急は断らない方針 ＜日野市立病院＞ ○日野市立病院は地域包括ケア病棟を有する地域の病院と円滑なやり取りができるよう、日野市の医療の中心となってほしい。 →地ケア病棟は近隣の患者が多く、地域の先生からたくさんの紹介をしてもらっている。 ＜多摩南部地域病院＞ ○多摩南部地域病院は在宅緩和ケア患者の受入など地域との連携ができています。 ＜稲城市立病院＞ ○稲城市立病院は、市内唯一の大きな病院で回復期も担わざるを得ない。急性期以外の病床があっても良いのではないかと。 →回復期のニーズは多いが、急性期の病床で回復期の患者も診ている。
	②病床機能報告上の回復期病床について ○病床機能報告上、回復期の病床は不足しているようだが、本当に不足しているのか疑問。急性期と報告している病棟で回復期患者を診ているケースも考えられる。現場の実感をもとに議論を進めるべき。	②救急について ○特養で看取りをするようになった影響か、以前は特養から肺炎や心不全の患者が救急車で多く来ていたが、来なくなった。 ○他院を受診している患者の状態悪化時に、当該病院に受け入れを断られ、青梅総合に搬送されることがある。できるだけ元の病院で受診すべき ○救急で受け入れた患者が在宅や元の施設に戻っておらず、急変した在宅療養患者等を受けられない。急性期を脱した患者を回復期や慢性期の施設が速やかに受け入れることが必要。	②その他 ○急性期から慢性期への流れを整理してほしい。 ○ICTは大規模なものから小規模なものまである。適切なICTを活用し更なる連携の強化をしてほしい。
	③高齢者の救急搬送について ○高齢者の救急搬送が多い。もっと老健等の施設で看取りを行うべき。 ○在宅療養患者や高齢者が、誤嚥性肺炎等の予期できるような病状で、高度急性期や急性期の病院に搬送されるのは良くない。かかりつけ医や地域の病院で診るべき。 ○在宅療養患者や高齢者について、かかりつけ医が状態を把握しておくとともに、急変時等の対応を事前に家族と話し合ったり、情報の共有化や必要なシステムを作っておくことが大切。	③地域包括ケア病棟について ○地ケア病棟をサブアキュートで運用した際、事前に聞いていた情報と患者の状態が異なると困る。安心して患者を受けけるには、搬送元施設との信頼関係や顔の見える関係が必要。	
	④地域の人材育成について ○公的医療機関のMSWは入退院・転院調整をしっかりと行っている一方、人材育成は足りていない印象 ○地域の人材育成における公的病院等の大病院の役割は大きく、大病院から地域へ人材を派遣することが望ましい。 ○人材育成の重要性は認識しているが、公的医療機関においても、人材派遣するほど余裕はなく、なかなか難しい。		
座長・副座長 主な意見	・具体的に病院と在宅かかりつけ医との間で地域連携を実施している事例について共有すべき(ALS等により、長期間にわたり病院と在宅看護を繰り返すような事例はイメージしやすいが、様々な実際の事例に基づいた現状はどの程度問題になっているか水平化が必要)	・西多摩医療圏として、グループワークでは以下の内容を課題と捉え協議すべき(①西多摩二次医療圏としての二次・三次・診療科別急性期医療機能分担をどう行うか。②西多摩二次医療圏としてのサブアキュート(慢性期応急)連携体制構築をどう行うか。) ・急性期病院における地域包括ケア病棟はポストアキュートではなくサブアキュートに対応する病棟として運営すべき。 ・慢性期病院は、急性期病院からの受け入れまでの期間を短くする努力や、断らない努力も必要。慢性期病院は在宅医療からの受け入れを積極的に行う方向で考えるべき ・区域全体で平日夜間・休日における1次救急の提供量が足りない。 ・診療所と急性期病院と慢性期病院の話し合いが足りない為にお互いに信頼関係が十分では無い。 ・地域包括ケア、地域医療構想について市民への広報が足りないのので、医療提供者が役割分担を行っても市民に理解されない。	・地域の基幹病院は高度急性期病床だけでなく、相当数の急性期病床もつべき。特に、がん治療を行う病院は、根治的治療の後も、地域の他の病院や訪問診療を行う診療所と連携しながら、緩和ケア病床(急性期病床)をもって、増悪期の緊急入院に対応する等、ターミナル期においても役割を担うべき。 ・病床の機能変換にどのように踏み込むか。資料上の数字から見ると、急性期病床から回復期病床への転換が必要に見えるが、元となる数字も病床機能報告は実態を表しているとは限らない(病棟単位である、多くの急性期病棟で急性期から回復期までをも診ていると思われる)。
各圏域の課題	○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 ○入退院・転院支援体制の強化と人材育成	○二次・三次・診療科別急性期医療機能分担をどう行うか。 ○サブアキュート受入促進のために必要とされることの検討 ○他の地域から多く流入している慢性期等の患者の在宅復帰に向けた取組	○在宅療養患者の急変時等の受入先確保 ○急性期病院から回復期・慢性期の病院への患者の円滑な転院

	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
主なご意見	<p>①プラン病院について</p> <p><災害医療センター> ○患者の急性期後の転送には苦勞している。患者の高齢化も大きい。退院調整スタッフが入院前から介入している。後方連携は多摩地域共通の問題 ○共済立川と災害医療Cの口腔外科に、かなりの患者を紹介している。がんの周術期の口腔ケアは、開業医に紹介してもらえると良い。</p> <p><東大和病院> ○電カルによる患者情報の共有は、地域の若い医師や東大和病院を退職した医師等、限定的な使用。PCへの慣れが必要。 ○地ケア病床の利用は、自院のポストアキュートが中心。空床を埋めるため、患者のピックアップについて検討している。今後、レスパイトを含めサブアキュート利用も検討する。</p> <p><村山医療センター> ○地ケア病床のサブアキュートの患者は少ないので、このような患者なら受入れ可能という条件を、地区医師会や訪問看護ステーションなどへ周知し、アプローチしている。</p>	<p>①プラン病院について</p> <p><武蔵野赤十字病院> ○連携センターが活発に動いて、年間2,500人の退院調整をしている。肺炎等治療すべき疾患が残っているうちに転院させている。</p> <p><榊原記念病院> ○心血管手術に起因する症状が表れた場合のため、榊原記念を中心に、開業医、急性期後のケアを担う病院の連携体制を構築してほしい。 ○主治医、副主治医制のような形で、循環器疾患を抱えた患者のケアについて、地域の医師を指導してもらってほしい。</p> <p><府中恵仁会病院> ○最初に地ケア病床に入ると必要な検査ができないので、自院のポストアキュート利用としているが、在宅医から正確な情報が得られれば、サブアキュートでの運用も可能</p> <p><多摩総合医療センター> ○多疾患併存患者の病状悪化時に、多摩総合は患者の一時受け入れをする等バックアップ体制を取ってくれる。</p> <p><小児総合医療センター> ○小児総には自院で診られない新生児患者の受入れをお願いしているが、小児総からの在宅治療は受けられていない。自院の近所の患者であれば対応しないといけない。</p>	<p>①地域医療連携ネットワークシステム</p> <p>○在宅医も含めて地域全体でICTの活用を進めるには、公的3病院が共通システム使用をすることも必要だが、コスト等の問題はある。 ○東京総合医療ネットワークは、NECと富士通からはリンク可能。追って異なるシステム間でもリンク可能になる予定。今後は在宅へも広げていく。</p>
			<p>②地域連携について</p> <p>○画像診断専門の診療所が増えており、地域医療支援病院としての共同利用は漸減。医療機関の立地・アクセスの問題もある。 ○医師同士の連携会議に参加するかかりつけ医が固定されているので、地域から各病院を訪問し、講義やGW等を実施 ○4機能の病床ごとの連携は進んでいるが、在宅との連携は不十分。医療介護のシームレスな連携を進めたい。 ○入院治療後、遠方でも施設が空いていれば返せるが、家族仲が悪い場合や独居老人、老老介護の場合などは行政の介入も必要</p>
		<p>②人材育成について</p> <p>○地ケア病床をサブアキュートとして運用しているが、在宅に戻したくても、医師や看護師が在宅の目線を持っていない。医師だけでなく看護師に対する教育も必要</p>	<p>③急性期病床</p> <p>○急性期病床の在院日数は、診療報酬の影響もあり短縮したが、稼働率が低くなっている。稼働率を上げるためには、連携が必要 ○昨年夏ころから急性期の稼働率がかなり落ちている。急性期病床数が適切か、再編含め検討の必要あり。 ○「急性期が少ない」という声と「急性期の稼働率が低い」という声は、地域連携を深めれば解決できる。</p>
			<p>④回復期と慢性期</p> <p>○回復期の不足が言われているが、北多摩北部は足りている印象。回復期と慢性期の患者を扱っているが、特に慢性期が満床な状態。</p>
座長・副座長 主な意見	<p>・「後方支援」との考え方が、高度急性期・急性期を主にする病院はポストアキュートであり、その他の2次病院は本来の意味の在宅からのサブアキュート問題ととらえていた。どちらも圏域内の大きな問題として、課題が2つあることを明確に関係機関で共有し、話し合いの場を継続してゆく方向性が良い。</p> <p>・在宅療養ワーキンググループと、重複する部分もあり、そちらとの意見の共有化も確実に行う必要がある。</p>	<p>・専門分野や規模など多様なプラン作成病院のある圏域ではあるが、「急性期治療後の円滑な回復期等への移行」、「サブアキュート患者の受入れ等在宅医へのバックアップ体制」といった課題は医師会、各市も含めて圏域全体として共有できるものと言える。</p>	
各圏域の課題	<p>○急性期治療後の患者の転送先確保 ○サブアキュート患者の受入れ促進と円滑な在宅復帰に向けた医療従事者の育成</p>	<p>○急性期治療後の円滑な回復期等への転院や在宅移行(小児在宅移行含む) ○サブアキュート対応含む在宅医へのバックアップ体制の充実</p>	<p>○独居老人や老老介護、重症の慢性期患者などへの対応 ○在宅療養患者の急変時等の対応</p>

（意見交換）

- 本土医療機関と島しょ医療機関の連携
- 離島同士の医療機関の連携
- プラン策定病院が自院の持つ機能を活かすために、他の医療機関に求めること

＜電子カルテによる情報共有について＞

○将来、電子カルテを島しょ医療に導入して、広尾病院と同じシステムで、クラウド上で共有できれば、紹介した患者の入院後の経過やその後のフォローをしやすい。受け手側の広尾病院としてもどのような患者がやってくるのか、事前に情報を収集しやすいというメリットがあるのでは。（新島）

○広尾病院が電子カルテであれば、SS-MIX2 というストレージを使うと、島しょ側が電子カルテでなくても共有化はできるはず。（医師会）

＜退院調整について＞

○患者が診療所を経由せず内地の病院にかかった場合や広尾病院での入院後に他院に転院した場合、島に戻る際又は転院の際に、島しょにも手紙を出す等、情報共有を検討してほしい。

○退院の情報が何日か前でないとわからないことがあるが、村には社会資源がないので、どういった対応ができるか戸惑う。調整の仕方を教えてほしい。（利島）

⇒退院調整時にはスクリーニングを行い、支援を要する患者の抽出はしているが、島というだけでは抽出していない。島の医療資源の情報は院内で共有していて、島でできることと、病院で実施しておくべきことを選び分けている。その際にケアマネや地域包括には連絡をし、在宅の調整をお願いしている。全員は難しいので、島からも連絡をしてもらい、調整をしていきたい。（広尾）

○昨年度、広尾病院からの退院時に転院でなく、自宅退院扱いとなるために看護サマリーがついてなくてわかりにくいということがあった。病院に対しても今は出しているのか。

⇒出していないが、連絡をもらえれば診療情報提供書につけることはできる。内視鏡で検査だけに行くことや、パスを使っていると看護サマリーを書かないこともあるので、全員は難しい。（広尾）

○退院したときに船で島に戻る場合、夜 22：00 発くらいの便か早朝 7：45 くらいの便になる。退院の時間から乗船するまでの間どうするか苦労があると聞く。（利島）

⇒船や飛行機の到着時間、出発時間を考慮し、入退院ができるように対応している。早朝に関しては、支払の延納手続を取ることで支払を後日とし、朝 7 時の退院とする、夜だと 20 時くらいに退院する等、患者に合わせて対応をしている。（広尾）

○退院時に処方薬が不足していると、島に戻るまで薬がもたなかったり、島に戻っても院外処方になるので、間に合わなかったりする場合もある。（利島）

<Web によるケアカンファレンスについて>

- 広尾病院で以前、三宅と大島とケアカンファレンスを Web で実施したことがある。診療所にシステムがあることや、システムの操作が難しいことがあるが、退院前カンファレンスを Web でできないか模索している。診療所の先生方のご協力をいただけるか。（広尾）
- ・ ケアマネージャー同席のもと、できれば島の主治医も一緒に参加して会議を行いたい。診療所に連絡をしてくれれば島の主治医も含め、時間の調整を行う。（新島）
 - ・ 島側のシステムの設置場所が医局や、レントゲンの操作室等、外部の人間が入ってきにくい場所にあるケースもある。用途をケアカンファレンス等にも使いやすいように接続地点の拡充を行っている。島の診療所を通して都に申請すれば、端末が設置してある場所以外でも、インターネットが繋がる PC であればログイン可能。（医療政策部）
 - ・ 先日、ケースカンファを保健所で、Web 会議システムを使用して実施したが、診療所以外でも使えるようにしていくと、より利便性が向上すると、実際に感じる。（三宅島）