

【キーワード1:多くの流入患者】

○ 集積する高度医療を求めて全国から流入する患者へ提供する医療と、地域住民へ提供するための医療が混在しており、両者は切り分けて考える必要がある。

○ 地域の患者、都内全域、関東近県、全国それぞれの患者が地域で安心して療養できるよう、患者ごとのかかりつけ医のほか、各地域のハブとなる医療機関と連携することが必須

【キーワード2:情報共有】

○ 地域の医療機関の機能、得意分野、共通課題、協働可能性等を、近隣病院と定期的な会合で情報交換

○ 医療連携・患者支援センターがハブとなり、医師、看護師、MSW、事務職、訪看等が一か所で情報共有可能

○ 近隣医療機関と患者情報共有システムで連携

○ 連携医療機関検索システムにより、約3,200件の医療機関情報を院内共有。HP上公開により患者も閲覧可。退院支援先に特化した情報共有システムも検討中

○ 東京総合医療ネットへ参画する計画

○ 構想区域で、病床機能ごとの診療体制、病床数、収容条件、空床状況などが共有できるシステムが必要

○ 患者が自分の情報を管理し、医療機関に提供する仕組みを検討

【キーワード3:かかりつけ医との連携】

○ 二人主治医制の推奨。かかりつけ医を持たない患者には、いくつかの診療科で逆紹介先のDBを作成し、症例ごとの逆紹介を実施

○ 連携医療機関検索システムが、かかりつけ医のいない患者が近隣医を検索できるシステムとしても機能

○ 治療と並行または終了後、かかりつけ医を設定している。患者ごとに状況に応じた、地域の核となる病院、かかりつけ医との連携強化が必要

○ 急性期治療が終了した患者をすぐに地域病院や在宅に戻すのではなく、中間的な地域医療を担う中規模病院に依頼できる階段状の紹介システムが必要

○ 登録医制度によるかかりつけ医との連携

○ 担当者専用電話・FAXによるかかりつけ医との密な連携

「地域」の考え方と連携

○ 区中央部を中心として隣接する地域
(三井:区東部、区東北部、九段坂、聖路加:区東部、済生会中央:区南部、区西南部、東京高輪:区南部、日本医大:区東北部、区西北部、東京医科歯科:区東北部、東大:区東北部区西北部、区東部等、駒込:区東北部、区西北部)

○ 区中央部を中心に交通アクセスから来院が多い、世田谷、杉並、江東、大田、練馬(虎の門)

○ 自院から30km(集患率80%)エリア。連携医療機関には利便性からWeb予約を実施(慈恵)

○ 23区を中心に首都圏近郊都市(電車利用約1.5時間圏内)(順天堂)

○ がん診療では、全国。遠方の連携先を探す際、地域の中核医療機関に問い合わせる等の取り組みを実施(聖路加)

○ がん専門のナショナルセンターとして、全国から患者を受けているが、中心は、都内と近隣3県(千葉、埼玉、神奈川)。地域で安心して療養できるよう、各地域のハブとなる医療機関との連携が必須(国がん)

○ 研究内容と関連の深いプロジェクト診療に重点を置く医療機関としての機能上、地域が限定されず、患者は全国から紹介される(東大研究所附属)

○ 前方連携は区中央部の超急性期病院、後方連携は台東区(台東病院)

近隣と遠方の関係機関連携

○ 近隣と遠方で連携方法に違いなし。

<近隣>

○ 日常的な紹介・逆紹介、定期的に顔の見える場を作り情報交換

○ 医療連携部門による訪問

<遠方>

○ 電話及び書面。当該地域の中核病院から情報収集し、患者希望に応じた臨機応変な対応。初診紹介システムによる患者紹介。

地域包括ケア病棟の役割

○ 自院のポストアキュート中心。需要次第で、運用見直しを検討(九段坂)

○ 現在はポストアキュートとして使用する機会が多いが、今後は必然的にサブアキュートとして使用する機会が増えるかとみている。(東京高輪)

病床機能の分類方法

○ 看護師配置、患者別日当点の構成割合、入院患者の病棟別手術率、重症度、医療・看護必要度、病棟別の救急医療管理加算ら総合判断

○ 自院が提供している医療内容に合わせて分類

○ 特定集中治療室を使用した診療科を高度、それ以外を急性期

○ 地域医療構想ガイドラインで示された区分に合わせて分類

他の医療機関に望むこと

○ 併存症等によるリスクのある患者で、治療の時間的余裕が少ない患者の遠慮ない紹介。回復期リハや地ケア病棟を持つ病院、かかりつけ医や在宅医療を担う医療機関等には更なる連携

○ 自院が得意とする医療内容に合わせた紹介

○ かかりつけ医との機能分担の推進。急性期治療終了後の地ケア・回復期病床、介護福祉施設等との後方連携の推進

○ 都内全域や他県から高度医療を求めるがん患者の受け入れ。住み慣れた地域での治療を継続のため、各地域のハブ医療機関との連携強化

○ 区中央部では急性期以降の回復期、在宅機能を持つ施設の充実。区中央部以外では、急性期以降の患者を受け入れる施設の情報。診療機能情報や患者情報の共有化のための、都内の大病院等との病病連携。

○ 得意・不得意とする分野の情報共有、お互いの機能を知るための相互見学

○ ポストアキュートを受け入れてくれる急性期、回復期病院の増加

○ 退院前からの患者情報の共有

回復期・慢性期機能について	<p>○ 大学病院などの特定機能病院の話は、東京全体でやらなければならない。超高度急性期は圏域を越えており、二次保健医療圏ではできない。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、慢性期などで流出している患者もいる。在宅で看られない人や、回復期・慢性期のベッドをどうするのかということも考えていかないといけない。 → 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、慈恵大病院のように、将来的に回復期病床を持つというのも選択肢の一つ。</p>
病院と開業医の連携について	<p>○ どの病院も登録医の仕組みを取り入れているが、二次保健医療圏内の全ての開業医を誘ってほしい。各病院についての情報が少ないので、登録医制度でその病院がどのようなことをやっているのかがわかる。また、開業医からの紹介患者をワンストップで受け取ってくれると助かる。さらに様々な情報共有は行政も含めた連携が必要</p>
二次保健医療圏を超えた調整会議について	<p>○ 区中央部は、他県も含め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。都は、現在の構想区域である二次保健医療圏を超えた調整会議も必要ではないか。</p>
その他	<p>○ 港区では区民の転出入が激しく、かかりつけ医を持たない人もいる。</p>

<課題>

- ★ 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

【キーワード1:後方支援体制】

- 退院調整専任看護師の配置や入院前からの患者情報把握
- 患者支援センターを活用し、地域の人材育成を実施
- 在宅療養患者に対する緊急時の対応
- 地域連携室等の窓口の体制強化
- 「かかりつけ医案内窓口」の設置

【キーワード2:顔の見える関係づくり】

- 定期的に在宅医含む医療機関訪問を実施
- 居宅介護支援事業者との意見交換会や症例検討会の開催
- 自院のみならず他院が開催する連携懇話会等への参加
- 年に1回「連携の集い」を開催し区南部を中心とする100か所ほど医療機関との情報交換
- 平日準夜間帯に区医師会の医師が来て小児一次救急を担当、小児救急医療のタスクシェアリングを実現

「地域」 の考え方と連携	<ul style="list-style-type: none"> ○ 近隣4区、8医師会と連携強化(昭和大) ○ 大田区、品川区、目黒区、世田谷区を想定、連携医登録や医療連携を行う病院として協定を締結(荏原) ○ 大田区内のうち、京浜東北線「大森駅」「蒲田駅」から東側の地域が主な診療圏(東京労災) ○ 二次医療圏の範囲だが、圏域外でも同様に連携(大森日赤) ○ 蒲田医師会に属する範囲を想定(東京蒲田) ○ 圏域内に加え川崎市、横浜市の一部まで意識、圏域外へは定期的な訪問や連携懇談会等を案内(東邦大森)
近隣と遠方の関係機関連携	<ul style="list-style-type: none"> ○ 近隣と遠方で連携方法に違いなし。 <近隣> ○ 勉強会開催及び定期的な訪問 <遠方> ○ メールマガジン送付 ○ 双方に必要な場合のみ連絡

地域包括ケア病棟の役割	<ul style="list-style-type: none"> ○ ポストアキュートとして活用するとともにサブアキュートとしても受入実施(荏原) ○ ポストアキュートとして活用、在宅等からの急変時受入は一般病棟(東京労災) ○ 9割をポストアキュート、残りをサブアキュート患者、在宅からのレスパイト患者受入。今後はサブの割合も増やしていく。(東京蒲田)
病床機能の分類方法	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当該機能に相当する機器や人材等の体制がある。 ○ ICU・CCU・SCUは高度、地ケアは回復期、その他は急性期 ○ 診療報酬上の区分に基づき分類
他の医療機関に望むこと	<ul style="list-style-type: none"> ○ 救急医療の機能分担、かかりつけ医の強化、急性期後患者の受入 ○ 地域の医療機関のニーズをとらえるための率直な意見交換ができる場がほしい。 ○ 早期発見・治療を行えるよう早めに紹介してほしい。 ○ 急性期と回復期を担う当院から高度急性期と慢性期へ患者をつなげるための連携強化 ○ 亜急性期患者の切れ目のない医療提供体制、サブアキュート、レスパイト入院対応の充実

地域包括ケア病棟	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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い姿ではない。高度急性期・急性期を脱した患者は地域に戻すべき。 ○ 先般の診療報酬改定で、地域包括ケア病棟の地域からの受入が進むのではないか。
救急搬送と地ケア病棟	<ul style="list-style-type: none"> ○ 昭和大にて少くないウォークインの患者を地域の医療機関で分担して受け入れ、昭和大で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設けるべき。 ○ 救急車受入後、患者の状態に応じた施設へ搬送できるとありがたい。 ○ 大病院に搬送された救急患者の受入れは問題ないが、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となり、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ている実態がある。 ○ 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
在宅療養患者の入院から転院について	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅療養患者について、本人や家族と急性期・終末期治療についてあらかじ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、在宅医とのつながりがなくなり、本来であれば在宅で対応可能な患者が施設へ送られてしまうこともある。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○ 開業医と退院調整部門の連携が弱い。 ○ 品川区は大病院が少ないので連携が難しい。品川区の患者は区中央部の病院へ行くことが多い。 ○ 救急車がどこへ搬送するかで診療圏が決まる部分がある。

<課題>

- ★ 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

【キーワード1:病院・かかりつけ医の情報】

- 各診療科や医師の紹介を掲載した冊子配布
- 院内誌上で連携先開業医を訪問、取材
- 入退院支援センターで入院前からかかりつけ医を含めた情報を収集
- 医療連携室職員が定期的に近隣の診療所等を訪問
- 登録医制度を活用し、必要な情報を把握
- 患者支援の各部門・多職種で構成する部門設置

【キーワード2:広域的な情報共有】

- ICTの活用等による広域的な情報共有基盤整備が必要
- 電子カルテをWEB上で閲覧可能
- 持ち回りで症例検討会や意見交換会を実施
- 定期的な施設見学会等を通じて情報共有
- 登録医制度に基づき情報共有
- 構想区域内と隣接区域を対象に連携連絡会を実施

【キーワード3:かかりつけ医との連携】

- 在宅療養予定患者の退院前カンファに在宅医やケアマネ等が参加
- 紹介患者の子細な経過をかかりつけ医に報告
- 開放型病床共同利用の推進
- 地域医療機関との緊密な連携を目的に「地域医療連携協力機関制度」を開始

<p>「地域」の考え方と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 目黒区を中心とした関係機関連携を重視、区域外との連携は積極的に行っていない。(東京共済) ○ 目黒区・世田谷区・玉川の三医師会との綿密な連携を構築(東京医療C) ○ 紹介医が多く、通院圏と考える祐天寺、池尻大橋、三軒茶屋周囲を含む病院から半径2～3km圏内を想定(三宿) ○ 行政とのつながりを含め目黒区中心、入院患者の6割が圏域内(厚生中央) ○ 自構想区域を中心に隣接区域まで。登録医制度を活用し区域外と連携・情報共有(関東中央) ○ 区西南部のほか東精協の加盟病院からの依頼に対応(松沢) ○ 世田谷区を中心に目黒区・渋谷区。逆紹介患者に対する定期的なフォローの実施(東邦大橋) ○ 東京23区及びその周辺地域(神奈川、埼玉、千葉の一部を含む)(日赤) ○ 所在する渋谷区と、交通路を踏まえ港区、品川区を意識(広尾) 	<p>地域包括ケア病棟の役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ポストアキュートを主として運用、在宅等からの受入はまず急性期で受け入れ、落ち着いたら地ケアへ。レスパイト入院には対応できていない。(東京共済) ○ 自院・他院からのポストアキュート、近隣の訪問診療医・かかりつけ医からのサブアキュートに対応予定(三宿) ○ 主にポストアキュートだが今後はサブアキュートの運用も予定(厚生中央) ○ 自院の急性期病棟からの院内転棟をメインに運用、サブアキュートへの緩やかな移行も試験的に開始予定(関東中央)
<p>近隣と遠方の関係機関連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 近隣と遠方で連携方法に違いなし。 <近隣> ○ 近隣の関係機関との連携が中心 ○ 登録医制度の拡充、逆紹介の徹底、地域医療従事者の研修、地域連携交流会など直接的な交流を通じて、顔の見える関係作り ○ 連携医からの連絡窓口を一本化し迅速対応 <遠方> ○ Web型電子カルテシステムの活用 ○ 関連病院や大学医局等のつながり中心 ○ 専門治療継続できるよう、遠方でもその地域の高度急性期病院を紹介 	<p>病床機能の分類方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設基準届出入院料に基づき分類 ○ 急性期患者に対し診療密度の高い医療を提供する病棟と重症度、看護必要度が高い病棟は高度急性期に分類 ○ ICUやSUCなど集中治療を行う病棟は高度急性期に分類 ○ 重症度や在院日数、病床使用率、診療単価等の実績を踏まえ分類 ○ 提供可能な医療のレベルを踏まえて分類 ○ 患者への1日当たりの医療資源投入量を踏まえて分類 ○ 医療機器や設備、患者の医療・看護必要度を考慮
		<p>他の医療機関に望むこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 患者の転院先が遠方の場合、候補医療機関の情報が乏しい。 ○ 院内で対応できない患者のシームレスな転院をお願いしたい。 ○ 高齢化が進む中、在宅を支える施設や医療機関との連携強化、大学病院やがん専門病院との連携が必要 ○ オープンカンファレンスや院内診療への地域医療機関の積極的な参加をお願いしたい。 ○ 病院の医療機能を踏まえた上での患者紹介と逆紹介患者の受入体制

地域包括ケア病棟	<ul style="list-style-type: none"> ○ 救急車で搬送された患者や急変した在宅療養患者は、高齢であること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域包括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ず、サブアキュート受入れを増やすことは容易ではない。 ○ レスパイト含め、サブアキュート受入れを進めていく必要性は感じているが、明確な患者像がつかみきれていない。
電子カルテのWeb閲覧	<ul style="list-style-type: none"> ○ 多くの地域の先生に活用してほしいが、若い先生は比較的に見てくれるものの、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。登録医であれば同意のある全患者のカルテが見られる有用なシステムだが、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。
公的医療機関の役割	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。
精神身体合併症患者の受入れ	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一般診療科の病院にて救急で受けた精神身体合併症患者について、平日は良いが金曜や土日はなかなか相談にも乗ってもらえないケースがある。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)

<課題>

- ★ 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

【キーワード1:ICT・ネットワーク化】

- 東京総合医療ネットワークへの参加検討
- 新宿区医療連携システム(新宿きんと雲)への参加による在宅医との連携
- 上記以外で病院独自に電子カルテやクラウドによる地域連携(東京総合医療ネットワークへの吸収が検討されているものもある)

【キーワード2:顔の見える関係・連携】

- 地域の基幹病院、中小病院との連絡会を活用した関係づくり
- 医療連携登録医制度による連携
- 退院調整、在宅移行・支援部門の体制強化
- 地域の医師、薬局、介護従事者等との勉強会・情報交換会の実施
- 医師、コメディカル、医療連携職員による地域医療機関、介護施設、訪問看護STへの訪問による関係づくり
- 病院広報誌を活用した新任医師等の情報発信

「地域」 の考え方と連携	<ul style="list-style-type: none"> ○ 自圏域と近隣の練馬、豊島、渋谷、世田谷、文京(大久保) ○ 全国が診療圏となる特定の診療科以外は、構想区域内と隣接地域(山手メディカル) ○ 患者の40%、20%を占める新宿と文京を最重視。来院実績のある練馬、豊島、江戸川の関係が強い診療所は、連携医療機関として登録(新宿メディカル) ○ 圏域内の患者が6割だが、流入患者多いため、登録医、医療連携懇話会は都全域。がん等疾患によっては全国(東京医大) ○ 自圏域を軸としつつ、国立高度専門医療センターとして、国際感染症対応等に関しては国内外(国立国際) ○ 二次医療圏に限らず、都内、関東近県、日本全国(慶應) ○ 患者の5割と4割を占める杉並、練馬(荻窪病院) ○ 患者の3/4を占める杉並と隣接する中野、練馬等(河北)
近隣と遠方の関係機関連携	<ul style="list-style-type: none"> ○ 近隣と遠方で連携方法に違いなし。 <近隣> ○ 日常的な紹介・逆紹介、勉強会開催及び定期的な訪問 <遠方> ○ 関係医療機関としての定期会合 ○ 広報誌等の配布、メールマガジン送付 ○ 直接連絡、地域の基幹病院の連携室を介して情報交換

地域包括ケア 病棟の役割	<ul style="list-style-type: none"> ○ ポストアキュートの患者が中心。今後サブアキュートの受入れ体制を充実させ、在宅療養を支援していく。(大久保) ○ 将来的なサブアキュート患者の増加に対応するため、今後整備予定(山手メディカル) ○ 院内ポストアキュートが中心。他院の急性期病棟からの転院、地域の在宅療養患者の悪化時、レスパイト入院、PCU入院待ち患者の悪化時に、一部を活用。今後サブアキュート利用を増やしたい。(新宿メディカル)
病床機能の分類方法	<ul style="list-style-type: none"> ○ ICU・HCUは高度、地ケア、回りハは回復期、PCUは慢性期、一般は急性期 ○ ICUは高度、それ以外は重症度・看護必要度から急性期 ○ 重症度や手術の有無、医療・看護必要度等の情報と、病棟ごとの1日あたりの診療報酬点数から総合的に判断 ○ レセプトデータから算出した医療資源平均投入量と境界点を照合し分類
他の医療機関に望むこと	<ul style="list-style-type: none"> ○ 自他の機能を正確に把握した上での地域医療連携を希望 ○ 積極的に連携活動(医療従事者の研修会、機器の共同利用等)に参加をお願いしたい。 ○ 自院の回復期・慢性期病棟の活用ため、より多くの関係者に新宿きんと雲システムを利用してほしい。 ○ WIN-WINの関係や医師の派遣も含めて検討したい。 ○ 急性期治療後にすぐに家に帰れない患者を受け入れてほしい。転送先が決まらず、他の重症患者を入れられないことがある。 ○ 夜間休日の当直、循環器のフル当直体制の充実が自院の特徴。救急患者、特に循環器救急患者がいたら即座に連絡してほしい。

<p>ICTツールについて</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「新宿きんと雲」のようなシステムが、新宿区だけでなく文京区や千代田区などで共通のシステムとしてあると良いか。 → 文京区や豊島区はMCSを導入していて、当院も参加し情報共有できている。(新宿メディカル) ○ 退院調整時に患者の住所や希望する処置を入力すると条件に合う診療所が表示されるのが理想。そのために基幹病院で共通のデータベースを持つとよいのでは。 → 最近、院内の情報を地域のネットワークに接続することが可能となった段階、今後広げてはいきたい。(東京医大) ○ 基幹病院としてOBの診療所の情報を共有できるデータベース化されたものはあるか。 → 特にデータ化はしておらず、冊子等で情報を提供するにとどまっている。(慶応) ○ クラウドを活用した事業である東京都区西部ネットでは、自院の情報を地域が見られるだけでなく、地域の先生も同じ電カルを使って診療する。拡大していきたいが、患者の同意が必要であるのと、クリニックの医師の理解を得るのに時間がかかる。(河北) ○ 療養型病院の空床等の情報をネットで共有できると助かる。(新宿メディカル) → 他の地域でも、出口問題は同じ。解決するためのシステムを構築できないかという意見がある。東京都医師会でも遠方へ行った患者をどうやって地域に戻すか、マッチングするかについての仕組みを考えている。(東京都医師会)
<p>急性期からの移行について(地ケア病棟含む)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 大久保病院、山手・新宿メディカルから、地ケア病床の展望について説明があったが、新宿区では慢性期を受けてくれる病院はないのか。 → 地ケア病床を持っているが、ポストアキュートの患者が多くてサブアキュートは少ない。慢性期の患者の転送先はなかなか見つからない。(大久保) ○ エリアとして急性期のニーズが高く、急性期と在宅をつなぐ中小病院が少ないため、患者の転送先が見つからず苦勞する。受け皿となる地ケア病床の整備が検討されるが、整備してもベッドが埋まるか懸念。早期入退院加算を取るか、地ケア病床かなら、前者の方が収益があがる。(山手メディカル) ○ 急性期に注力するにあたり、後方連携を強化する必要。慢性期よりも在宅へ送る方向にシフトしていく。ポストアキュートから在宅へ行く人には、当院の訪問診療科が往診に行くようにしている。(荻窪病院) ○ 急性期の病院で地ケア病床や回復期、慢性期へ転院するときに、家族に対して「転院先の病院ではずっといられる。」と説明し、結果、退院時にたらい回しの印象を与えることがあり、急性期からの転院が進まない一因となっている。適切な運用により、各機能間の連携が進み在宅へも戻っていくし、現在の病床数でもやっつけていける。(東京都看護協会) ○ 稼働率でしか収益が上がらないため、回リハの在院日数を短縮しても、病床が空いた時に患者の紹介があるか不安。二次救急の端末に、回リハや地ケアの空床情報をリアルタイム更新できれば効率化する。(中野共立病院) ○ 慢性期での受け入れにあたっては、最初に将来的な在宅も含めた相談をしないと受けられない。解決策として、医療相談室や地域の医療機関のSW同士でネットワークをつくり、各病院が受け入れる患者や費用について情報共有している。(小原病院)
<p>病病・病診連携について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 新宿区では基幹病院の会があるが、それと別に新宿区医師会で中小病院の会を作った。今後は大病院と中小病院との病病連携を進めたい。 ○ 東京医大が開催している病診連携の会に参加して思うが、一方通行で、診療所から病院へ情報を伝えられていない。 → 毎回テーマを決めて講演を行ったあと、意見交換を行っている。参加者同士が名刺交換するなど顔の見える関係を個別に築いてはいるが、今後は双方向で情報交換が行えるようにしたい。(東京医大)
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 救急は三次中心で、充実している。課題は二次救急。脳卒中関連は24時間受けているが、働き方改革で時間外のシフトを見直したため、24時間十分に対応できない部分がある。新病院では、救急と総合診療科がタイアップして対応する予定であり、救急の地域ニーズに応じていきたい。(東京医大)

<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

【キーワード1:ICT・ネットワーク化】

- 東京総合医療ネットワークへの接続に向けた整備の実施
- 早期のICT化、ネットワーク化は急務だが、情報セキュリティ、学内規定との整合性等、課題も多い。
- 地域医療連携システムを導入しており、他の医療機関からの画像診断や診療予約のオンライン予約に対応

【キーワード2:顔の見える関係・連携】

- 各診療科医師による紹介元等訪問。医科、歯科、薬事連絡会・研修会や大塚モデル協力医連絡会の開催による情報共有
- 連携医向けセミナー、合同カンファレンス等の開催や医療機関訪問
- 「総合患者支援センター」の設置による、地域医療機関、診療所、訪看ST、在宅診療所等の窓口機能強化
- 医療連携登録医制度による連携
- 脳卒中地域連携パスの導入

<p>「地域」の考え方と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 区西北部のほか、隣接し患者も多い文京区を認識。産婦人科地域医療連携システム(大塚モデル)では、医療圏外の文京区、足立区医師会と協定を結んでいる。(大塚) ○ 区西北部を想定するが、板橋区の近隣及び志木、和光含む東武東上線沿線が中心(豊島) ○ 区西北部を中心に、埼玉県の一部(和光、朝霞、志木、新座)(日板) ○ 患者数から区西北部のほか区東北部、埼玉県南部を想定(帝京) ○ 区西北部の中でも特に板橋区内の近隣(健康長寿) ○ 区西北部の中でも南西の端に位置し、西武池袋線や環八通りに沿った連携がメイン。脳卒中パスでは清瀬、「大腿骨骨折パス」では練馬駅周辺、「児童虐待の対応」では杉並の医療機関と連携(順天練馬) 	<p>地域包括ケア病棟の役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 自院のポストアキュートでの活用が多くなっている。(健康長寿)
<p>近隣と遠方の関係医療機関連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 近隣と遠方で連携方法に違いなし。 <近隣> ○ 日常的な紹介・逆紹介、勉強会開催及び定期的な訪問 ○ 研修会等の交流や合同カンファ ○ 定期的な協議会等を通じた関係づくり ○ 区域内の連携医療機関マップの作成配布 <遠方> ○ 各機関の医療機能等の情報を収集し、患者の状況に合わせた連携を実施 	<p>病床機能の分類方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ICU、NICU、MF-ICUは高度、それ以外は急性期 ○ ICU、SCU、HCUを高度、それ以外はPCU含め急性期 ○ 特定機能病院として、比較的安定した急性期患者を収容する個室専用病棟以外は高度急性期 ○ 病棟ごとの医療資源の投入状況 <p>他の医療機関に望むこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 総合周産期母子医療センター等自院の機能に合った患者の積極的な紹介、レスパイト患者の紹介。 ○ 在宅患者の急変時含む、救急患者を受け入れていきたい。「緊急診療依頼直通電話」(ゴールド電話)で、地域医療機関から、直接自院担当医に繋がるシステムになっており、もっと活用してほしい。 ○ 各々の医療機関と得意分野の相互理解に基づく連携を進めたい。また、機能の分担と連携を進め、特に急性期治療後の加療をお願いしたい。 ○ 回復期、慢性期の機能を有する、医療圏内の医療機関等と相互に機能を補完しあう連携を進めたい。 ○ 自院の診療機能及びスタッフをよりよく知ってもらうこと ○ 高齢者医療に特化していることからノウハウの相互共有を含め連携を進めたい。

<p>プラン病院について(健康長寿)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 健康長寿は高齢者への高度急性期医療を提供しており、地ケア病床は自院のポストアキュート用だと思いが、それ以外の使い方をするのであれば、近隣の回復期の病院にその部分は任せてもらい、高度急性期をやってもらった方が良い。 ○ 板橋区の高齢者からはぜひ健康長寿医療センターに行きたいという意見がある。
<p>練馬区の医療提供体制</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 三次救急医療機関のない練馬区では、救急搬送で区内に搬送される割合が低い。病院を増やす必要はないが、順天堂練馬や練馬光が丘など、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。練馬区としては高度急性期が少ないと感じる。 ○ 練馬区は他の3区とは違い、人口に対する病床数が少ない。年間千人くらいの三次救急患者が区外へ運ばれている。高度急性期がなく区民が困っている。順天堂練馬では、490床の増床計画がスタートし、NICUや無菌室等を整備しているが、次は三次救急に手を付けたい。 → 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。これは交通アクセスにもよる。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はないかと。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具体的に話してもらいたい。
<p>病院と在宅の連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ プラン病院の全てが受け入れ対策中心であったが、後方支援が必要。どのあたりで後方病院に戻すか、在宅に戻すかを考え、在宅と急性期病院の連携に対する理解を深めることが大事。在宅で何をやっているのか病院の医師は知らないので、研修等を活用して理解を深める取組を進めてほしい。 ○ 医師会所属の医師も高齢化が進んでおり、若い在宅医に期待している。 ○ 病院から在宅医につなぐ流れを具体的にどうするかは今後の課題。大塚病院の「緊急診療依頼直通電話」(ゴールド電話)の話はあったが、各病院の連携室がわかりにくいということもある。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。特定機能病院に総合窓口のようなものがあると良い。 → 数年前に問題になり、院内で話し合った。窓口を連携室に一本化し、曜日ごとに診療科の窓口を決め、当日受診、当日転院に対してタイムラグなく対応できるようにしている。 → このような意見・要望が多いので、当院では、救急担当医長が一括で電話を受けて割り振るようにしている。代表電話にかけていただき、救急担当医長につなぐように言っていただければと思う。
<p>ICTを活用した連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 豊島区は大塚病院が唯一の基幹病院でMCSで連携を取っている。大塚病院も豊島病院も、順天堂練馬もだが、患者のお願いができる環境で恵まれている。がん関連の患者は24時間これらの病院と連携が取れるようになっている。豊島病院の緩和ケア病棟(PCU)は一度入院していれば24時間いつでも急変時に患者を受け入れてくれる体制を取ってくれている。 ○ 練馬区では、ICTを新規に導入する病院に対しては最大5万円の補助を出す。問題は、ICTに対する理解度が、在宅医と非在宅医とで異なること。在宅医はiPhone等を活用して連携することが当たり前になっているが、非在宅医は、ICT連携にあまり興味がない。
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ プランを見ると、高度急性期・急性期を目指すということだが、急性期と言っても患者の状態は幅広い。医療必要度の高い病院や、少し落ち着いた急性期患者を診る病院など、各病院の患者への対応状況がもっと詳しくわかると良い。 ○ ある医科大では働き方改革で週1回も当直ができない状況、麻酔科の医師が勤務時間オーバーとなり勤務できず、手術ができないという話があった。 → 医師の働き方については問題だが、特定機能病院にはタイムレコーダーが義務付けされている。今のところは超過勤務した分だけ手当を支払っていれば良い。自院でも、当直医の数を減らし、オンコール対応可能か、必要のない会議等の削減やe-ラーニングの活用等を検討している。

<課題>

- ★ 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

【キーワード1:顔の見える関係】

- 患者支援センター(仮称)を設置し、退院支援を強化。入院前からの患者情報把握による、在宅、介護、他機関との連携強化を検討中(女子医東)
- 院内の組織として地域医療連携を担当する部署の設置を検討中(葛飾赤十字)
- 地域医療支援病院としての共同診療や、医療機関訪問などによる関係構築を実施(東部地域)
- 入院前から看護師、MSWが介入し、在宅医やケアマネ、介護事業所、訪問看護師等を含めて、退院支援カンファレンスや定期的な意見交換会を実施している(東部地域)

【キーワード2:情報共有にあたってのルール作り】

- 患者支援センター(仮称)が、連携する施設に必要な情報を事前に把握し、退院後の情報の提供が十分に行える体制を整備する。(女子医東)
- 地域の医療機関や医師会、自治体等が参加する運営協議会等で、情報交換をしながら外部の意見を取り入れる仕組みを有している。(東部地域)
- 脳血管疾患に関する検査結果(画像)をICTを用いて都立墨東病院(区東部)と共有できる診療連携の仕組みを導入検討中(東部地域)

【キーワード3:住民理解】

- 地域住民を対象にした医療連携の勉強会やホームページ、冊子を用いて、早期退院や介護施設・他医療機関への転院について、広報活動を推進(女子医東)
- 最新の医療事情を基に地域住民に役立つ情報を提供。また、毎年公開セミナーや「看護の日」のイベントを開催し、自院の役割やシステムを地域に周知(東部地域)

「地域」の考え方と連携

- 区東北部の患者が中心だが、診療科の特性によって受診患者の地域特性が異なる。埼玉県在住の患者もいるため、埼玉県の医療施設との連携も必須(女子医東)
- 主に区東北部と江戸川区を意識(葛飾赤十字)
- 区東北部(葛飾区、足立区、荒川区)のほか、近隣の江戸川区、墨田区、江東区を加えた六地区を範囲としている。六地区と連携を推進するため、年4回「六地区協議会」を開催し各医師会長と情報共有しながら、意見調整を行っている。(東部地域)

近隣と遠方の関係機関連携

- 紹介、逆紹介ともに患者住所地の医療機関や介護施設との連携が多いことから、遠方地であっても患者のニーズを把握し、連携を行う。(女子医東)
- 近隣の関係機関に対しては、直接訪問することもあるが、現状では、連携方法に大きな違いはない(葛飾赤十字)
- 近隣と遠方の関係機関との連携方法等に特に違いはない。(東部地域)

地域包括ケア病棟の役割

なし

病床機能の分類方法

- 現在の高度急性期医療を維持する。区東北部で唯一の三次救急施設という特長を生かし、救急医療対応を充実する(女子医東)
- NICU、GCUが高度急性期、それ以外は急性期(葛飾赤十字)
- ICUを高度急性期、その他を急性期(東部地域)

他の医療機関に望むこと

- かかりつけ医と自院の2人主治医制の推進、高度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(女子医東)
- 今後は「顔の見える関係」を構築し、情報共有に努めたい。忌憚のない意見、指導を求める。(葛飾赤十字)
- 区東北部は中小病院が多いため、お互いの医療機能を分担し、補い合うことが必要。地域の急性期医療を担う中核病院として必要な医療機能の充実・強化を図るとともに、地域包括ケアシステムの構築を支援し、他の医療機関と連携を図りたい。(東部地域)

プラン 策定病院	女子医東	<p>○ 以前の発表では総合周産期医療センターを目指すとのことだったが、今日の発表ではなかった。足立への移転後はどうか。足立区は周産期医療を担う病院が少なく、自区で分娩の1割くらいしか担えないと思う。</p> <p>→ 実施する予定。NICUは3床整備する予定</p> <p>○ 診療科の特性によって受療患者の地域特性が異なるとのことであったが、診療科の特性とは。</p> <p>→ 耳鼻科、脳神経外科、新生児科は、特殊な治療を行っているため、全国から患者が来る。</p> <p>○ 女子医東は三次救急を担う救命救急センターだが期待することはあるか。</p> <p>→ 救命救急センターが移転するので、今後、荒川区の急性期医療がどうなるのか気がかり。</p> <p>→ 足立に移転しても荒川区の三次救急は引き続き担うことになる。急性期医療に関しては他の病院が頑張る必要はある。</p> <p>○ 足立区には小児7万人くらいいる。小児救急に関して、初期救急、二次救急を担う医療機関もあり、現在も女子医東含め各機関と一緒に意見交換をしている。女子医東とは足立区移転後も連携を密にとっていきたい。</p> <p>○ 入院前から患者情報を把握し、他の医療機関との連携を強化することは、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。</p>
	東部地域	<p>○ 地域住民に役立つ情報を提供とあったが、情報とは何か。手術件数や平均在院日数等か。</p> <p>→ 情報としてはそう。ホームページ等に出すことになる。また診療科ごとにパンフレットを作って、院内に配置したり地域の診療所等に配布するなどしたい。住民向けイベントも充実させたい。</p> <p>○ 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。</p> <p>→ 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。</p>
	葛飾赤十字	<p>○ 産科・婦人科・小児科で顔の見える関係というのは具体的にどういうことをいうのか。</p> <p>→ 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て連携を深めたい。懇談の場等も設けたい。</p> <p>○ 産科・婦人科・小児科の三科で今後どこに力を入れていくか。</p> <p>→ 地域周産期母子医療センターであり、分娩件数も年2,000件、NICU、GCUもあるので、産科、周産期に力を入れていく。また、帝王切開の率がかかなり高い。難度が高いものを中心になっていく。</p>

<課題>

- ★ 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

【キーワード1:MSWの役割】

- 入退院支援室の創設
- (旧)退院支援加算 I の基準に基づいた退院支援の取組開始
- 常勤のMSWが、早期退院・転院のため積極的に介入
- MSWが江戸川区主催の医療福祉連絡会の研修の立案・運営・進行を担当

【キーワード2:人材育成・確保】

- 他院との間で療法士の派遣研修の検討開始
- 入退院支援業務に精通した看護師の育成
- 地域の訪看への出前研修や周産期研修等、既存の研修の拡大検討

【キーワード3:在宅医との連携】

- 登録医制度を活用して連携
- 在宅リハへの理解深める研修実施
- 専用窓口を設け連携医療機関等と事前協議し転退院を推進
- 在宅患者の急変・増悪への積極的対応
- 多職種チームが近医を訪問し連携促進

<p>「地域」の考え方と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 多くの患者が流出している区中央部の同系列病院との連携を定期的な連絡会等を通じて強化(済生会向島) ○ 地域のリハビリテーション力向上のため、圏域内の関係機関へ技術的支援するとともに、都内全域を対象とした事業も展開(都リハ) ○ 圏域内+区中央部。区中央部へは講演会等の出席案内を送付(江東豊洲) ○ 高度救命C、総合周産期Cは全都、精神科救急は区東部、区東北部、区中央部、その他は区東部全域と区東北部・区中央部の一部を地域と認識(墨東) ○ 病院所在地から半径2キロ程度(城東) ○ カルテ情報を他院からも閲覧可能なネットワークを構築し関係機関と連携(がん研有明) ○ 江戸川区内と葛飾区の一部(江戸川) ○ 基本的に圏域内。圏域外とは登録医制度等を活用し連携(東京臨海) 	<p>地域包括ケア病棟の役割</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 受入可能であればどのような形態の受入でも可(済生会向島) ○ ポストアキュートを主として運用(城東)
<p>近隣と遠方の関係機関連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 近隣と遠方で連携方法に違いなし。 <近隣> ○ 医療機関訪問の実施 ○ 高度医療機器の共同利用を通じて連携 <遠方> ○ メールマガジン送付 ○ 双方に必要な場合のみ連絡 ○ 近隣より早期に連携構築を開始 ○ 大学等の人事交流を主軸に連携 	<p>病床機能の分類方法</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者の重症度や運用方法に基づき分類 ○ 回リハ中心のため、全て回復期に分類 ○ 大学附属病院であり、専門分野の診療科が網羅され、重症患者の受入可能であることから高度急性期 ○ 診療報酬に基づき分類
		<p>他の医療機関に望むこと</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 回リハで効果が期待される患者の紹介と、入院患者急変時の受入体制構築 ○ 当院の機能・役割を十分に理解していただき、活用してほしい。 ○ 今後も地域の医療機関と医療連携を深め、回復期へ移行する患者の円滑な受入れをお願いしたい。入退院支援体制を強化し、急性期患者の受入れは強化していく。

診療連携	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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て連携を進めてほしい。
回復期病床	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病床機能報告上で足りないように見える回復期について、実際本当に足りていないのか疑問が残る。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あると考えられる。現場で感じている実感をもとに意見交換して議論を進めるべき。
高齢者の救急搬送	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。
地域の人材育成	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。

▶ <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

【キーワード1:役割分担】

- 構想区域内で不足している高度急性期を中心とした担う病院として、手術室や集中治療系の病室を中心に改修を計画(青梅総合)
- 急性期に加え地ケア病棟の充実(公立福生)
- 秋川流域の地域完結型医療提供体制における急性期基幹病院として、二次救急を中心とした医療の提供と、地ケア病棟の充実(阿伎留)
- 保健・予防医療、プライマリケア、軽症・中等症救急、終末期医療、在宅医療、施設診療などの機能の充実(奥多摩)

【キーワード2:情報共有】

- 東京総合医療ネットワークによる情報共有を予定
- 密接な連携体制の構築と様々なツール等の活用
- 医療連携担当を中心に、他医療機関と患者情報を共有

【キーワード3:連携の円滑化】

- 退院調整機能の強化と地域の医療機関との連携強化
- 相談窓口の一本化
- 病院のゲートキーパーである地域医療連携センターの機能強化
- 連携会議や研修会に加え、他院の救急業務への医師派遣などを通じて顔の見える関係を構築

「地域」の考え方と連携

- 構想区域全体を主な地域として認識(青梅総合)
- 構成自治体である2市1町(福生市、羽村市、瑞穂町)を中心とした西多摩地域(公立福生)
- 多くの患者が占めるあきる野市、日の出町、檜原村を中心的な範囲として認識。隣接区域からの患者には、状況に応じ当該区域の医療機関等に患者紹介をするなどして連携(阿伎留)
- 青梅、羽村、福生、あきる野市、日の出町などを地域として認識。患者のやり取りの多い青梅総合とは会議・研修等を通じて顔の見える関係を構築(奥多摩)

近隣と遠方の関係機関連携

- 近隣と遠方で連携方法に違いなし。
- <近隣>
- 症例検討会や研究会を通じて、紹介・逆紹介を促進
- 定期的な情報交換会
- 地域の関係機関への訪問活動
- <遠方>
- がん診療拠点病院であるため、国立がんセンター等と連携
- 関係医局等を通じた大学病院との連携
- 該当の患者がいる場合に随時対応
- 日常的な連携なし

地域包括ケア病棟の役割

- ほぼポストアキュートだが、一部レスパイト患者の直接入院あり(公立福生)
- 主にポストアキュートだが、今後地域のニーズを踏まえてサブアキュートの活用も検討(阿伎留)
- 近日中に運用開始予定。主に在宅や施設の患者を受け入れるサブアキュート機能を充実させる予定(奥多摩)

病床機能の分類方法

- 果たすべき役割・機能を踏まえて分類
- 病床種別・診療報酬上の施設基準を踏まえて分類

他の医療機関に望むこと

- 急性期を脱して症状が安定した患者の積極的な受入れをお願いしたい。
- 各区市町村における一次救急への積極的な取組及び開業医の協力
- 行政における、かかりつけ医制度についての地域住民に対する理解促進
- 当院の高度医療機器や施設を更に利用してほしい。
- 地域の異なる機能を有する医療機関が各々の特徴を活かして役割分担し、地域の医療機関全体で一つの医療機関としての機能を有することができるような連携体制の構築

役割分担	<ul style="list-style-type: none"> ○ 西多摩においては、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。(多摩リハビリテーション病院) ○ 青梅総合は三次医療における最後の砦。専門性が高いケースも公立福生などに受けてもらい連携はうまくいっている。(目白第二病院) ○ 自宅に戻る手前の患者を紹介してもらい、地域包括ケア病棟で受け入れている。(高木病院) ○ 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。(青梅総合) ○ 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 ○ 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。 ○ 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
救急について	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特養で看取りをするようになった影響か、5～6年前は特養から肺炎や心筋梗塞の患者が救急車で多く来ていたが、2年位前から来なくなった。 ○ 既に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、救急車で搬送されてくる。できるだけ受診している元の病院で受けてほしい。(青梅総合) ○ 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。
地域包括ケア病棟	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域でポストアキュートのみならずサブアキュートのニーズもあることは認識しているが、地ケア病棟をサブアキュート運用した際、あらかじめ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取るためにも、搬送元施設との信頼関係や顔の見える関係の構築が必要。

＜課題＞

- ★ 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

【キーワード1:入院時連携】

- 総合相談支援センターが窓口となり、他の医療機関からの紹介患者について一括で対応
- 多職種による入院前から退院を見据えた患者支援
- 退院支援調整員を配置し、支援が必要な患者の入院前・入院早期からの退院支援を実施
- 入退院支援センターの設置検討
- 退院調整部門の人員増など機能強化

【キーワード2:情報共有】

- 転院患者について近隣病院と定期的な合同カンファレンスの実施
- 三師会や近隣大学病院、保健所等との意見交換会
- ケアマネサマリーの利用推進
- 転院先の空床情報をいつでも入手でき、空床確保できる空床情報ネットワークが望まれる。
- 迅速な情報共有にはICTの活用が必要

【キーワード3:地域のネットワーク】

- ITネットワークシステムの活用によるスムーズな患者情報の共有、転院、在宅復帰の促進
- 八高連等の地域ネットワークの活用
- 医療・介護等の多職種連携を図る地域のプロジェクト・協議会への参加
- 多くの関係機関と様々なレベルで連携しているが、連携会議等出席の負担軽減のための工夫が必要

「地域」の考え方と連携

- 南多摩、西多摩、北多摩医療圏に加えて山梨県上野原市、大月市、神奈川県相模原市を地域と認識。山梨県上野原市や相模原市とは医師会の会合を通じて連携(八王子医療C)
- 構想区域に加え、相模原市・横浜市・川崎市の一部を含めたエリア。町田市医師会の「近隣大学病院等連絡協議会」等を通じて構想区域外と連携(町田)
- 病院を中心とした半径6キロ圏内を急性期医療圏、三次救急搬送は自圏域に加え北多摩とも連携、急性期から回復期、在宅は二次救急よりやや広い範囲をイメージなど、患者像によって異なる。(日野)
- 病院所在地を中心に圏域内が基本的範囲。圏域外の都立・公社病院と人員交流や連携強化を実施(多摩南部)
- 圏域内と府中市や川崎市多摩区を含めて地域と認識(稲城)

近隣と遠方の関係機関連携

- 近隣と遠方で連携方法に違いなし。
- 近隣・遠方共に入退院調整窓口を通じて連携<近隣>
- 患者の転院について週に1回の合同カンファレンス実施
- 連携会議や研修会、症例検討会などの活用
- 登録医を対象とした交流会の実施
- 病院の情報誌・広報誌や医師紹介冊子を配布<遠方>
- 顔の見える関係までには至っていない
- 連携医の募集の拡大を検討
- 慢性期施設へMSW主体となり施設間相互訪問を実施

地域包括ケア病棟の役割

- 市内に地ケア病棟がないため、将来的に地ケア病棟相当の機能を担う必要性は感じている。運用に当たってはサブアキュート中心の医療提供や政策医療として重症度の低い患者の受入れをイメージ(稲城)

病床機能の分類方法

- 基本的に高度急性期とし、一部の重症度が低い患者への対応分部分について急性期と分類
- 果たすべき役割・機能を踏まえて分類
- 地域医療構想におけるデータや地域のニーズ等を踏まえ分類

他の医療機関に望むこと

- 回復期・慢性期の患者を受け入れる病床の整備が進んでほしい。できれば、呼吸器装着や人工透析など特殊な事情の患者への対応可能な機能を有してほしい。
- 検査・入院治療を必要とする患者の紹介や、急性期治療を終えた患者の受け入れをお願いしたい。
- 在宅訪問診療実施施設の看取り機能充実
- 慢性期病院へ、冬期繁忙期の病床確保と入所費用の軽減対策をお願いしたい。
- 近隣大学病院・都立病院、三次救命施設へ、高次救急搬送の受入と医師等の人材派遣を期待
- 診療所へ、一層の患者紹介と専門領域を問わない逆紹介受入を求めたい。
- 院内で対応できない機能を補完する医療機関との連携希望

<p>プラン策定病院 について</p>	<p><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く。救命救急センターがあり、救急は断らない方針</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><稲城市立病院> ○ 稲城市立病院は、市内唯一の大きな病院で急性期を目指していても回復期を担わざるを得ない。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。</p>
<p>その他</p>	<p>○ 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。</p>



<課題>

- ★ 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

【キーワード1:後方支援】

- 入退院センターを設置し、入院前から患者情報を収集し、多職種による早期介入を実施
- 地域医療連携センターが窓口となりケアマネとの情報共有や地域の医療スタッフとのカンファによる連携強化
- 病棟専従の退院調整職員による退院前カンファや訪問の実施

【キーワード2:ICT・ネットワーク化】

- 独自の地域連携システムによる診療データ連携
- 電子カルテベンダーと東京総合医療ネットワークへの参画に向けたシステム構築の実施

<p>「地域」の考え方と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 立川市を中心とした隣接する市町村。周産期医療では多摩ブロック、精神身体合併症救急医療では多摩エリアの1ブロック(共済立川) ○ 北多摩西部を中心とし、隣接した市を意識している。(災害医療C) ○ 北多摩西部を中心に、西多摩、所沢、北多摩北部とは脳卒中、大腿骨骨折地域連携パスを通じた連携の会を年3回実施(東大和病院) ○ 北多摩西部を地域とし、診療情報提供等を必ず返信すること、自院の機関誌を発送することを通じて、区域外の医療機関とも関係構築(村山医療C) 	<p>地域包括ケア病棟の役割</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ H30.3月から運用を開始し、ポストアキュートを主として運用している。今後は一部サブアキュートの利用を検討する(東大和病院) ○ 在宅や介護施設で療養している患者の急性増悪時やレスパイトなどサブアキュートとしても門戸を開いているが、主に院内他病棟からのポストアキュートが中心(村山医療C)
<p>近隣と遠方の関係機関連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 近隣と遠方で連携方法に違いなし。 ○ 地域医療連携センターが窓口となり情報交換 ○ FAXによる情報通信 <近隣> ○ 年6回ほどの症例検討会による情報交換 	<p>病床機能の分類方法</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 診療点数の評価だけでなく、重症度、医療・看護必要度や在院日数なども加味し、提供可能な診療体制と地域の医療ニーズを反映させている。 ○ 自院の機能・役割をもとに分類 ○ 回リハ、地ケア、障害者病棟を回復期、一般を急性期
		<p>他の医療機関に望むこと</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 定期的な勉強会や情報交換会を通じ、相互の医療機能の認識に基づく役割分担 ○ 自院の特性を知ってもらい、紹介、逆紹介に協力してほしい。 ○ 課題となるのはポストアキュート対策であり、自院、自法人のみならず幅広く連携を持ち対応していきたいが、転院には患者、家族の要望等も大きく影響するため、日頃からの情報交換が重要 ○ 自院の特殊な医療機能を知ってもらったうえでの病病、病診連携

プラン 策定病院	共済立川	○ 退院時共同指導の課題として、薬局を固定していない、疾病によって病院が違う患者が多いことがある。処方薬をネット上に記録し、処方時にその情報を開示する仕組みも必要
	災害医療C	○ 患者の急性期後の転送には苦労している。患者の高齢化も大きい。退院調整スタッフが入院前から関わり、次のオプションを考えている。救急患者が一番困難だが、翌朝にはMSWが介入している。後方連携は多摩地域共通の問題 ○ 自院で診られない患者は、災害医療Cで受けてもらっているが、災害医療Cから移ってくる患者はいない。患者の転院先が見つからないのは共通の問題。病院の性質として、より高齢の患者が多く、より悩みは深い。 ○ 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
	東大和	○ 電子カルテによる地域の医療機関等との患者情報の共有の状況について → 登録施設のうち、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。26床中、5~6床は空いているので、どういう患者をピックアップするか等検討をしている。在宅のサポートセンターも持っているので、レスパイト含めサブアキュート利用も検討する。 ○ 東大和病院とは、同一法人、同じ圏域内にあることから、住み分けをし、補完的にやっている。当院はケアミックス病院であり、回りハ、地ケア、療養病床も有しており、より高齢の患者で、疾患が多く、複雑な人を診るようにしている。(武蔵村山病院)
	村山医療C	○ 地ケア病床のサブアキュートの患者は少ない。受入れのために、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、アプローチはしている。
人材育成	○ 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。訪問看護STも運営しているので、そこで研修してもらっているが、なかなか連携が取れない。医師だけでなく看護師に対する教育の必要性を感じている。	

<課題>

- ★ 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

【キーワード1:役割分担】

- 救急搬送依頼の全て受入れ。精神疾患等合併症を有する救急患者の対応(武蔵野赤十字)
- 特定機能病院としての高度医療の提供(杏林)
- 専門性をもつ循環器治療への対応(榊原)
- ケアミックス病院としての幅広い対応(府中恵仁会)
- 救命救急Cとしての救急対応。精神科救急、周産期、難病、結核等行政的医療の提供(多摩総合)
- 小児重症患者等への対応。小児救急、小児精神科、周産期医療等の行政的医療の提供(小児総合)
- 難病医療の中核としての役割(神経)

【キーワード2:情報共有・ICT】

- ICTによる空床情報や画像共有を実施
- 急性期治療を終えた患者を受け入れてくれる医療機関の情報が必要
- 退院前カンファによる患者情報の共有
- 多摩キャンパスの都立3病院間での電子カルテ相互参照
- 小児在宅医療のサポート体制の検討
- 地域の関係機関や療養型医療機関等からのケアや技術的指導に対するコンサルを実施予定

【キーワード3:人材育成・確保】

- 転退院調整能力が高い人材の育成
- 最新の医療技術や治療等に関する定期研修会
- 看護師確保のための復職支援による採用の実施
- 24hの保育施設設置による両立支援
- 多摩地域の公立病院等医療機関との間での相互臨床研修、医師派遣
- 小児医療を担う人材の育成・輩出
- 神経難病リハ研修会都の開催による地域人材の育成

「地域」の考え方と連携

- 北多摩南部を主とし、区域の内外を問わず、定期的に病院幹部の訪問による顔の見える関係の構築を実施(武蔵野赤十字)
- 自医療圏のほか隣接する世田谷、杉並(杏林)
- 全国を対象、遠方で連携している医療機関とは不定期で訪問による情報共有(榊原)
- 病院所在地の府中のほか、二次救急として国立、調布、多摩、日野、稲城、町田市(府中恵仁会)
- 北多摩南部のほか、医療圏の端にあるため北多摩北部、西部医療圏も想定(多摩総合)
- 多摩地域全域と23区西部(小児総合)
- 神経系難病は専門人材に限られるため構想区域に捕らわれていない(神経)

近隣と遠方の関係機関連携

- 近隣と遠方で連携方法に違いなし。
 <近隣>
 - 電話による情報交換
 - 循環器の連携パスの作成・運用による連携
 - 相互訪問や地区医師会で用いるICTツールによる情報共有
 <遠方>
 - 不定期の病院幹部による訪問のほか、相手方からの来訪による情報提供
 - 電話、FAXによる情報交換
 - 交流会、懇話会等による情報交換

地域包括ケア病棟の役割

- 34床有し、主に自院急性期病棟からのポストアキュートとして使用、他の急性期病院からの受入れや、在宅患者のサブアキュート受け入れが課題ではあるが、引き続き自院のポストアキュートが主(府中恵仁会)

病床機能の分類方法

- 重症度、医療・看護必要度や平均在院日数等から総合的に分類
- 救命救急病棟やICU等のクリティカル病棟と外科病棟を高度とし、内科系を急性期とした
- ICU、HCUを高度、一般を急性期、地ケア、回リハ等を回復期
- 産婦人科等を除き高度急性期

他の医療機関に望むこと

- 急性期治療後の速やかな転院や回復期での重症患者の早期受け入れ、転院までの面談を含む手続の簡素化。
- 急性期医療の提供が終了した患者の積極的な受け入れ。特に高齢者で医療区分が低い患者や高額な薬剤を投与している患者を受けられる機関の情報がほしい
- 自院が持つ地ケア、回リハ病棟の活用
- 各医療機関の強み・弱みを共有した、効率的な連携
- 在宅難病患者への地域の対応力の向上。難病専門医療機関である自院の積極的な活用

プラン
策定病院

武蔵野赤十字	○ 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。退院調整の工夫として、全ての治療が終わってからだと、受けてくれる医療機関がないので、肺炎等治療すべき疾患が残っているうちに転院させるようにしている。
杏林	○ 杏林には高齢者で手術を急ぐ案件、特に整形外科の案件をよく受けてもらっている。 ○ 杏林から急性期後の紹介は多い。緩和ケアなど対応可能な患者を中心に受けている。 ○ 三次救急を担っているが遠方の患者は数%、遠方の医療機関からの紹介は特定の診療科に限られるので個別対応している。
榊原記念	○ 治療後の在宅移行が多いとのことだが、開業医としては、心血管手術に起因する機能低下などの症状が現れた場合など、榊原記念に相談したいこともあるが、できる状況になく、他の急性期病院に頼らなければならない。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。 → 循環器に起因する症状が残っている患者を長期で受けてくれる病院を探しているが、受けてもらえない病院も多い。地域の医師と連携して地域の心不全の患者を診られるようにしていきたい。 ○ 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。
府中恵仁会	○ 在宅で急変した患者を最初に地ケア病床に入れると必要な検査ができないため、自院のポストアキュート患者の利用で始めた。急性期病床で検査、必要な治療を行い、地ケアに移している。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
多摩総合	○ 多疾患併存患者の病状悪化時に、多摩総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。回復期病院としては助かる。 ○ 多摩総では災害中核拠点として、発災時を想定した図上訓練を実施するなど、災害拠点病院同士の連携を図っている。 ○ 多摩キャンパスの都立3病院間で電子カルテを相互参照できるが、都の個人情報保護条例で厳しく縛られており、電子カルテの外部機関との連携は遅れると思う。
小児総合	○ 小児総には自院で診られない新生児患者の受け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。 ○ 小児総から逆紹介してもらっているが、手一杯。小児在宅をしている医師は少ないが、自院の近所の患者から始めていかないといけない。
神経	○ 神経病院では在宅移行に力を入れており、以前から積極的に患者を受け入れている。ALSの患者も増えているが、今後も症状の安定している患者は地域に任せていくのか。在宅移行には、入退院カンファの活性化が重要だが、開業医の出席が難しく中々進まない。 → ALSの患者は増えている。在宅が難しい患者も一定数いるが、全て病院で引き受けられないので、在宅医へのバックアップを充実させ連携したい。カンファレンスについては医師だけでなくコメディカルも含め、自ら外に出てやっていきたい。

<課題>

- ★ 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

【キーワード1:役割分担】

- 北多摩北部圏域における高度・急性期医療センターとしての役割を担う。政策的医療では特に、がん専門医療、脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病、救急医療について地域の中核的な役割を果たす。(公立昭和)
- 地域の急性期医療を担う中核病院として、病病・病診のみならず介護(保健・福祉)との連携も強化(多摩北部)

【キーワード2:ツールの共通化・ICT】

- 地域医療連携ネットワークシステムを構築し、現在、地元医師会とともに試行中
- 院内外問わずICT化は必須だが、患者情報の漏えい防止や構築費用の確保等、圏域全体での活用に向けて課題解決の検討が必要

【キーワード3:顔の見える関係づくり】

- 北多摩北部病病連携会議の事務局として定期的に会議を開催
- 近隣医療機関へ事務職員と医師、MSW等が同行訪問することで信頼関係を構築
- 各種研修会等を定期的に開催

「地域」の考え方と連携

- 当企業団を構成する7市のうち2市の所在する北多摩南部、北多摩西部を地域として意識(公立昭和)
- 北多摩北部医療圏に加え、埼玉県近隣市(新座市、所沢市等)を地域として認識。医療機関訪問や登録医制度の活用を通じて連携(多摩北部)

近隣と遠方の関係機関連携

- 近隣・遠方で特に連携方法に違いなし。
- 転院先が圏域外の場合でも、連携について協議する会議への参加を御案内

地域包括ケア病棟の役割

なし

病床機能の分類方法

- 担うべき機能や診療報酬上の施設基準、医療・看護必要度などを加味して分類

他の医療機関に望むこと

- 紹介・逆紹介の一層の推進
- 診療所を含めた多くの医療機関に地域医療連携ネットワークシステムへの参加をお願いしたい。
- 医療連携を更に強化し推進し、病院・診療所ともに情報の共有化を図るための良好な関係を築くため、相互に協力をしていきたい。

地域医療連携ネットワークシステム	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医も含めて地域全体でICTの活用を進めたい。北多摩北部地域の公的医療機関3病院が共通システムを使ってもらえると地域にとってはありがたい。 → 他の2病院と相談する必要があるが、コストがかかる。東京総合医療ネットワーク事業の状況にもよる。(公立昭和) ○ 東京総合医療ネットワークは、NECと富士通のシステムからはリンク可能。追って異なるシステム間でもリンク可能になる予定。病院同士が中心だが、今後は在宅へも広げていく。 ○ 西東京で医療・介護連携のために使用しているMCSは、東京総合医療ネットワークと完全につながることが難しい。
地域連携	<ul style="list-style-type: none"> ○ 各地域で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している印象。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は参加者が増えつつあり、地域包括ケアの進展も感じるが、参加するかかりつけ医が決まっているので、地域から各病院を訪問し、講義やグループワーク等を実施 ○ 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が介入しないと対応が難しい。
急性期病床	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期病床の在院日数は、診療報酬の影響もあり10年前より明らかに短縮。そのため稼働率が低くなっている。稼働率を上げるため、連携の必要性を感じる。 ○ 救急患者が多いため、患者数の季節変動が大きい。 ○ 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。
回復期と慢性期	<ul style="list-style-type: none"> ○ 回復期の病床の不足が言われているが、北多摩北部の回復期は足りている印象。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。重症の慢性期患者は在宅への移行が難しい。



<課題>

- ★ 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