

圏域	区中央部 (令和7年2月3日開催)	区南部 (令和7年2月7日開催)	区西南部 (令和7年1月10日開催)	区西部 (令和7年1月27日開催)
	◆高度急性期で受けるべきか迷う複数疾患を持った高齢患者が増。看護師もヘビーに対応しないといけない患者多い。その中で平均在院日数を短くするのは後方の病院も難しい。高度急性期の診療報酬が上がらない中で人件費を上げると言われており財政上苦しい。(高度急性期) ◆できるだけ断らずに患者を受け入れ、高度急性期として平均在院日数を短く後方病院に受け渡し連携しているが、今の保険診療の仕組みの中では経営大変。東京は全国的に恵まれていると言われるが、患者を受けて稼いでも、それを上回る費用が掛かり苦しい。(高度急性期) ◆病棟では看護師よりも看護助手による高齢者のケアが大変で、人材確保が大変。支出である給与を確保するのが今の経営状況だと厳しい。少し前は感染症の人が一杯に入るが、それが済むと病床が埋まらず経営的に厳しくなるので、病床を確保している場合の助成が必要。(急性期) ◆コロナ後患者の受療行動が変わり、稼働率が上がらない中で報酬改定がなされ、今までの稼働率では病院経営厳しい。急性期と地ケアの患者はほとんど高齢者で、これに対応した体制にしたいが、高齢者は医療より介護がメインであり、介護の部分を充実させることで診療報酬が付くのであればもっと対応可能。(回復期) ◆認知症やせん妄の人の対応でスタッフが疲弊。看護師、ケアワーカーが給与の問題で辞める人もおり、今後病棟が回らなくなると懸念。地域ではケアマネが足りず、(患者を)家に返せないことが起きている。(回復期) ◆患者や患者家族は高度急性期並みの医療を要望され、小さい病院は苦労。かかりつけ医機能を持った医療機関との連携が大事で、患者家族の理解さえあれば休日夜間は十分な検査体制ないが受け入れて看取りまで対応。(回復期) ◆地域の在宅患者受けて在宅に帰しているが、経営厳しくベッド数が限られ収入含めて厳しい。在宅の患者を診ようと思うとMRIやCTの更新が必要だが物価高で難しい。(慢性期)	◆高齢者は色々な合併症があり、どうしても入院期間が長くなるが、転退院さえしっかりしていれば、救急の受入れはできる。急性期病院は高齢者をどんどん受けて次のところに移っていく流れがしっかりすれば、経営的にも安定し患者にとっても良い。また、最初の段階で「1週間～10日でリハビリ病院等に移っていただく」ということを患者に必ず話すようにしている。(高度急性期) ◆示されたDPCデータから「この病院はこの疾患が強い、得意」というのがある程度分かる。ただ、満床でも頑張って取っても、入院にならずに自宅に帰る方もいる。また、他の病院では苦手な症例も検査をして帰しているが、(DPCデータでは)見えてこない軽症が多く、看護師も医者も大変。地域で(一部の医療機関に)集中せずに満べんなくやっていくために、どのような取組をしていくべきかが課題。(急性期) ◆複合的な疾病を持つ高齢患者は、看護部を中心としてかなり負担が掛かる。それにより疲弊してしまうために離職が増えるといった問題もある。その点、急性期を主体にしているが、ケアミックスにして、回復期を併設し、そちらにうまく流して対応したい。(急性期) ◆下りはどうやって退院させるかということで、特に高齢者在宅の先生からの入院の人は「どの段階になったらお帰りいただいてもいいか」というのを、最初からある程度決めている。(回復期) ◆下りの話で、療養型病院だと軽症過ぎる人が増えていくのは国の方針的には難しく、医療行為がある程度されていないと断りしなればいけない。また、急性期の医療がずっと入っていて、療養型病院で継続していくのが難しい医療が続けられた状態で紹介されるとどうしても受入れが難しいケースがある。当院のような病院が「どういことをできます」というのを、急性期病院にお伝えしていきたい。(慢性期)	◆救急が一部の病院に集中、救急隊も頼むところが限定。高齢者や軽症の方はもっと振り分けるべきで、救急隊と話さなければならない。病院として救急が取れる医師を確保しても依頼がこない。下り搬送のシステムを作っても件数は増えない。(慢性期) ◆患者に今の救急の状態を伝えないといけなが、診療所の医師はそこまでの理解がなかったり、診療報酬上の手当てもなくやっておらず、結果的に救急がひっ迫。(都民に)医療のかかり方をもっと教える必要。(地区医師会) ◆認知症で家族が見に行くと動かなくなっていたり、どういった疾患か分からない独居の方、東京ルールでどこも引き受けなかった人を受けている。こういった方は対応に時間と人手が取られるが、DPC上の診療報酬ではバランスが取れないので、受けた場合のインセンティブが必要。(慢性期) ◆下り搬送の仕組みを作ったが機能しない。病院ごとに電カルシステムが違って情報共有できないのが問題。(高度急性期) ◆地域の施設との連携について、お互いに問題となる点の理解など進めている。誤嚥性肺炎で吸引が必要となると施設は受け入れられないという話あり、吸引の訓練をする場合の指導など協力。下り搬送では夜間は厳しいと言われることが多いが、回復期への移行はスムーズ。(高度急性期) ◆連携について困るのはACP取れていない人が多い。医療をやることで本人のためにならないこともあるので、個人が実際持っていると非常にスムーズにいく気がする。(急性期) ◆高齢者救急の受入について、初期の診断では色々な検査から対応が必要になり対応するのは難しいので、下り搬送で対応することを近隣の急性期と協議したい。(回復期)	◆大腿骨近位骨折の患者を多く受けているが、スムーズに転院させることで新たな患者を受けられる。そのためにはソーシャルワーカーを揃える必要があり、人件費の補助が必要。(高度急性期) ◆高齢者救急を多く受けており、肺炎・尿路感染症の患者を受けることが多いが転退院が滞っている。急性期として地域貢献したいが、流れをスムーズにするためにはソーシャルワーカーや回復期病院・施設との連携等情報共有できる仕組みづくりが大事。(急性期) ◆大学病院としてはソーシャルワーカーの費用補填があればより受けられる。(急性期) ◆急性期から慢性期に紹介してもらうが、患者が病院の機能を理解していない。それぞれの病院でできる機能を理解してもらい、過度な延命治療はしないということであれば肺炎や尿路感染症でも受け入れているので、患者や家族への理解促進が必要。(慢性期) ◆救急でくる高齢者が滞留しないように在宅や施設に戻すことになるが、なかなか連携が取れない。それらの施設がどの段階なら診てもらえるのか判定するのは非常に難しく、そこに時間をかけてしまうと病院の機能が落ちることが課題。(高度急性期) ◆病床数、医師数が限られ、診られる領域も限られるので、大きな病院で診てもらい診断がつけば診られる。どの病院がどういう体制でどういう疾患を診られるかが見える化できるとよい。何がどの地域で足りないのかわかると、役割や機能を将来目線で考え直す情報になる。(急性期)
圏域	区西北部 (令和7年1月30日開催)	区東北部 (令和7年1月31日開催)	区東部 (令和7年1月29日開催)	
	◆急性期治療が一段落して行き先がない人が多く、高度急性期病床を十分活用できていない現状。圏域や県を越えて腹部外傷や脊椎損傷の患者が来るので行政の介入が必要。(高度急性期) ◆病院から家に帰るときに独居認知症、入院を契機にADL落ちて家で生活困難な方がいて、ケアマネが入って在宅の調整するが、認知症だと本人のコンセンサス取れないとか生活保護かなかならないかの人は難渋する。独居で認知機能下がる方を支援する後見人制度があるが、入院してからだと時間がかかるので、制度の周知や積極的な利用を促す世論の醸成が必要。(急性期) ◆高齢者の転院は家族の問題がある。治療が終わってからではなく治療途中で受けてもらえる病院等の情報があるとよい。(急性期) ◆地ケア病棟は受けるに当たり2か月の期限があり、入院時から退院に向けた調整をしないと多疾患を抱えた高齢者受けるのは難しく、なかなか満床にならない。一つの疾患であれば急性期からのワンクッションとして受けて在宅に帰せるが、複数疾患だと難しい。2か月の制限が緩和されればもう少し受けられる。(慢性期) ◆開業医からすると入院時の連絡先は地域連携室であり、連携室との医療的な連絡がうまくいくと入院受けてもらいやすい。連携室の人数よりもコメディカルが配置されていることが重要。(地区医師会) ◆認知症含め疾患多い人は急性期病院では受けてもらえないので、回復期・慢性期病院にお願いしている。病病連携に関しては、都でコロナの時に転院支援システムあったがこういったものが使われるとよい。また、東京総合医療ネットワークの参加者が増えてきているのでデータ連携が進むとよい。(地区医師会)	◆高齢者の救急も受診も複合的な疾患をもっていることが問題で、どこまで自院で対応するかにより入院日数が長くなり、DPC上不利になる。入院時点でどこまで治療するか決めておかず、後で施設を探すとあつという間に1～2週間経ってしまう。三次救急で80歳90歳代の人が来てなるべく取るようにしているが、医師・看護師不足で取れずに転送することも生じている。(高度急性期) ◆救急でくる高齢者非常に多い。高齢者は複数疾患あり診療科的に受入れに限界。地域連携でこの疾患であればこの病院にということを周知していきたい。(高度急性期) ◆医者も従事者も足りていない。連携するためのMSWがどの病院も足りない、定着しない増えないのが問題。職員をうまく活用できるような策があるとよい。少ない医療資源を活用するように急性期病院の得意分野をうまく共有できるとよい。(急性期) ◆最近、本人の気持ちを無視して施設に入れてください等、家族が患者本人の気持ちをないがしろにすることが増えている。回復期は、ソーシャルワーカー、PT、病院の介護人材不足。(回復期) ◆急性期から送られてきた患者、通常通りリハでできればいいが、増悪すると急性期に戻す必要。これまで滞っていないかったが、高齢者増えると持っている疾患も多く、原疾患以外が発症することもままあるので、さらなる緊密な連携が重要。(回復期) ◆在宅の患者、かかりつけ医と地域包括病院が連携できておらず東京ルールにのってさまよってしまう。慢性期患者の複数疾患をどう受けるか、上り紹介は病院ごとに何の疾患であれば受けられるかオープンにする必要。高度急性期からの下りで在宅に戻る患者、医療介護だけでなく経済的背景があることが散見され、行政のサポートがないと何度も救急車に乗って病院に来てしまう。23区東部は高齢者減らず、特に独居高齢者を支えるシステム考える必要。民間だけでなく、行政を中心に状況に応じてコーディネートできる組織が必要。(都病院協会)	◆医者や医療従事者を増やすのは難しいので、コミュニケーションツール、DX等を整備して下り搬送しないと焦げついてしまう。疾患や重症度を限定するとか、(受入に当たっての各病院の状況が)リアルタイムで見えないので見えるとよい。(高度急性期) ◆特に脳卒中の患者多く断らないようにしているが、治療後の行き先がなく治療後の搬送先のネットワーク必要。高齢者に関して、治療や手術が必要な方はよいが、点滴だけのような方の行き先がなくなってしまう。救急搬送されたときにどういう治療を望むか、患者と家族の意思が決定していれば対処しやすいので、ACPIについて開業医を巻き込んで取り組む必要。(急性期) ◆高齢者救急に関して心不全、肺炎、骨折の患者を受けているが急性期治療の次の段階がなく困っている。急性期病床に残ってしまい、回復期の病棟もいっぱいになると、その後の救急を受け入れられない状況になるので、移動先を連携していきたい。(回復期) ◆地域包括医療病棟をもっており、高齢者積極的に受けたいと思っている。ACPIについて急性期から受けるときに方針が決まっているとじっくりと次の施設を探すことがができるが、決まっていないと連携室が慌てて患者の要望を聞き、地域包括医療病棟の平均在院日数21日を超えてしまい苦慮。(慢性期)	

令和6年度第2回地域医療構想調整会議(圏域別)意見交換「地域連携の推進に向けて」で出された主な意見

圏域	西多摩 (令和7年1月15日開催)	南多摩 (令和7年1月23日開催)	北多摩西部 (令和7年1月28日開催)	北多摩南部 (令和7年2月14日開催)
	◆医師会では西多摩ワンチームを合言葉に病院、介護施設、訪問看護等の在宅機関等があたかも一つの医療機関のようにスムーズな連携を目指している。都の在宅医療推進強化事業で、「西多摩在宅安心サポート事業」を開始。西多摩ではドクターの代わりに訪問看護師が訪問し、困ったときに待機医師グループ(現在8名)が相談に乗っている。今後独居高齢者が増えて、その方たちが救急車を呼ぶことが想定され、そこに訪問看護師が対応し、困ったら待機ドクターに相談することで、在宅の一次救急のトリアージを推進。(地区医師会) ◆高齢者救急で来た患者は、一つの病名で入院期間終了しないので、連携できれば当院で受けられる患者は増えるかと思う。高齢者は入院が長期化することが悩み。(急性期) ◆スタッフ自体も高齢化しており、急を要する人への夜間の対応が難しい。スタッフへの収入面等考えてもらえればよりスムーズに受けられる。(慢性期) ◆内科医不足に尽きる。自院の医師が潤沢であれば積極的に受けられる。(急性期) ◆特に看護師と看護助手不足。今の時期は紹介を多くいただくが、朝や夕方に看護助手が不足、スムーズな受入れできない。採用もうまいかない。11～3月の繁忙期とそれ以外で紹介数の差があり、繁忙期を過ぎると病床が空いている。年間を通して病床の稼働を維持するのが課題。(回復期) ◆地域の中で特養等は充実していて要介護4・5は良いが、サ高住や有料老人ホーム等は費用面で選べないが自宅に住むのが難しい要介護1～3の人の居場所がない。また、この方々は高度医療を望む場合とある程度の医療で良いという場合とで気持ちが揺れ動く人が多く、居場所を考える必要。(回復期)	◆急性期から後方に移る際の患者受け入れ能力が重要。介護医療院や老健は医療法上でも医療提供施設でもありその数や、在宅医療を担うクリニックの数とキャパ(どういった疾患をどれほど診られるか)を含めて全体を眺めることが大事。(慢性期) ◆病病連携・病診連携において中核はかかりつけ医。地域でどれだけの人がかかりつけ医をもっているか、かかりつけ医について啓蒙していくことが大事。(急性期) ◆急性期病院とかかりつけ医が連携するのが重要であり、かかりつけ医にはマルチモビディティ(多疾患併存)の患者をある程度診てほしい。スペシャリティは重要であり、これは下り搬送・上り搬送も同様で、下り搬送で、搬送先の病院が特定の疾患が得意だと下り搬送はスムーズにいくが、マルチモビディティの患者は上りで当院に上がってくる。かかりつけ医、救急の上り下り搬送に関しては、(各医療機関の)スペシャリティを明確にした議論を進めて欲しい。(高度急性期)	◆予定治療は外来である程度の治療方針とボタンタッチする施設を事前に用意できるが、救急でくる生活が行き詰っている患者への対応でケースワーカーと看護師が疲弊。病院だけで患者と患者家族への理解促進を進めるのは無理で、入院しても落ち着いたら早く後方病院に行くことを発信する必要。後方病院に患者が行かない理由として、当院よりも看護体制が手厚くないのに後方病院の方が高く、家族が首を縦に振らないことが挙げられる。(高度急性期) ◆今後高齢者救急が中心となり、平時では8割程度の稼働率でもやっていける報酬にしないとちょっと波が来たときに破綻してしまう。(回復期) ◆年末年始ベッドがいっぱいで、救急取れず、患者も後方病床に行ってくれない。医療圏全体のペイシェントフローマネジメントを考えた方がよい。患者の意見を聞きすぎて調整すると転院が簡単に伸びてしまうので、業務として割り切って後方連携の病院に流していく必要。(高度急性期) ◆ケアミックスであり、急性期として(後方に)送る、高度急性期から受ける両方に関係しているが、ベッドを埋めないと経営が成り立たない中でなかなか受けることができない。送ることも難しいので、医療・介護の地域を含めた各施設と1対1の対話による調整を進めていきたい。(急性期) ◆今の医療費では病院経営は非常に厳しい。できなくなってくるところが出てくるので、国にやってもらうのか皆が少しずつ負担するのか考えていかないと破綻していく。(回復期)	◆本医療圏は割とバランスがよく連携が取れているが、アンケートからは下り転院をもう少しスムーズにできないかという意見、下りを受けるにしても「すぐ相談できる窓口があればもうちょっと受けられるかもしれない」という意見が見られた。令和6年度からどんどん入院患者が増えており、まだまだこれから救急ひっ迫する。(都病院協会) ◆急性期の下り搬送で、疾患を限定して「こういう疾患だったら受けられる」という協定を17医療機関と結び急性期転院できている。ただ、マッチングが一番の問題で、ドクター to ドクターのやり取りが一番速いが、時間を割くので現場の医師が疲弊。患者のマッチングをいかに迅速に簡便にDX化していくかが重要。(高度急性期) ◆落ち着いた患者ばかりではなくて、中小病院でもできるような手術症例も送ってもらえると、もっと下り搬送の症例数が増える。(急性期) ◆下り搬送は、実際にドクター to ドクターでの話が一番話が速く、地域の施設、開業医からの紹介は直通電話で医師が受けるようにしている。ただ、どうしても依頼が集中すると、当日全てを受けることができないこともあり苦慮。(慢性期) ◆2040年とは言わないまでも、もう5年10年は下りの患者をどうするかということが、非常に問題。個々の病院がどういう患者をどう引き受けているか、それをもう少しリアルタイムにダイナミックにデータとして把握できるとよい。(慢性期)
圏域	北多摩北部 (令和7年2月6日開催)	島しょ (令和7年2月12日開催)		
	◆高齢患者の救急、予定手術も含めて増加。高齢者は救急も紹介も一定程度状態が安定してからの転退院が難しい。地域の中で病院の機能を共有して連携したい。人材の部分は、働き方改革の影響がポディブローのように効いており、収支の状況が厳しい中で医師数は増やせず、仮に自院だけ増やしても仕方ないので、DXでマンパワーを創生するしかない。病院やクリニックからの紹介であれば急性期治療が落ち着けば返すのが原則だが、老人施設に人が転倒や肺炎等で来たパターンは、施設の連携病院では引き取れず行き先に困ることが多く特に難渋。(高度急性期) ◆救急受けた後に、他所でお願いするときの十分な連絡網ができていない。当直の医師が電話をかけ続けたり、その間に新たに救急車が来ても受けられない。地域で機能するコーディネーター的な役割がいるとよい。(高度急性期) ◆高齢者は介護力が必要な人多く、医師も看護師も稼働率90%以上で疲弊。院内に介護力が不足。治療の目途がついたら転院を進めて次の方を受けたいので、救急の端末のように今なら受けられる等シンプルに情報共有できれば受けやすい。救急受けた方がいいが自院で対応できず転送先探すのに医師が何時間とも対応するので困っている。(高度急性期) ◆診療科に偏りあるが、複数疾患を抱えた高齢患者に対して、若い先生は後期研修を内科などで3年経験しているので、比較的内科を総合的、ジェネラルに診られるので心配していない。(急性期) ◆高齢者の受入後、転院先が見つからない。昨年度から1病棟地ケアにして院内や下り転送受けられるようにしている。西東京6病院で診療の得意・不得意あるので、病病連携のための情報共有等のアイデアを出し合い、西東京市全体で総合病院というコンセプトで進めている。(高度急性期)	◆地区診断も踏まえ、今後医療機関等の地域や地域を越えた連携のほか、介護との連携も必要になるので、今患者がどういった医療を受けているかと同時に、それを支える人材や施設の分析が必要。また、今後介護との連携が課題であるが、要介護のどれぐらいの人が何%いる、それが経年的にどのように増えて、今後の予測はどうかという情報もあると地域分析がさらに進むのではないかと。(都看護協会) ◆ACPIについて、医師と患者、または看護師と患者家族、あとは地域のケアマネと看護師、家族という立ち位置で集まって検討する機会は多く、在宅看取りに関しても件数は意外とある。また、広尾病院とのWebカンファレンスがあり、広尾病院の退院調整看護師やNPの介入により、患者家族、医師、色々な人たちがWebで話し合いをして、大島に帰ってくる。(大島医療センター) ◆島民の考え方として、終末期に関していわゆる老衰的な意味での体力が低下した場合に、内地に行くという考え方が傾向としてある。24時間介護が必要なレベルになると、家族の力が必要というところが大前提になるが、看取りは可能。(御蔵島診療所) ◆小離島3島で、本土からPTやOTを派遣していただいており、比較的急性期後のリハビリも島でできるような環境が今整いつつある。ACPも力を入れているが、問題なのは親戚も島にいない独居や夫婦二人とも介護が必要な方が増えてきているので、そういった方は本土に家族で引っ越しされるケースが増えている。(利島村) ◆看取りに関しては、社会福祉協議会やデイサービスを行う社会福祉法人と情報交換を行いながら、家族にも確認した上で対応。(小笠原村)		