

圏域	区中央部 (令和7年7月7日開催)	区南部 (令和7年8月6日開催)	区西南部 (令和7年8月1日開催)	区西部 (令和7年7月3日開催)
	◆今後認知症を抱えた75歳以上の高齢者が増えていくと思うが、その人たちを引き受けることでインセンティブが付くと連携がうまくいくのではないかと。(高度急性期) ◆通院については、二人主治医制が大事。当院としての医療を継続しないといけない患者でも、通常の投薬や日常の診療はかかりつけの医療機関(慢性期や開業医含め)で診てもらい、連携を取りながら双方で診ていくことが大事。認知症を抱えた患者は自宅近くの医療機関にかかることが重要。(高度急性期) ◆80・90歳越える方にどこまで救命延命の医療を提供するか。輸血の要不要や家族との調整が付いていれば良いが、高度急性期医療として任務としてやるが、どこまでやるべきか悩ましい。(高度急性期) ◆認知症でケアが必要な患者、せん妄や転棟などあるので看護師の負担大。リハビリ等もやって戻すようにしているが、診療点数に見合ったサポートされていないと実感。高齢者の入院時の負担が大きく、それに対して看護師や看護助手を雇う必要があるので、金銭的な負担もお願いしたい。(急性期) ◆入院患者のほとんどが認知症。独居が多く、ネグレクトや虐待、介護困難例もあり治療以外のところで手を取られ、対応に苦慮。また、家に帰れなかったり、長期療養になる場合も、次を探すのが大変。行政のサポートがあると良い。(回復期) ◆できるだけ地域でかかりつけ医を持ち、その方を通して急性期に転送したり、そこに戻すという形にした方が良い。今こそかかりつけ医機能が重要であり、二次医療圏ごとでなく各区市町村で区・医師会・病院が三位一体で議論を進めていくことが重要。(回復期)	◆顔の見える関係で、患者・家族の情報を話しながら、早く受け入れるようにするほうが多い場合が多い。全部の病院が入退院システムを共有させていけばうまくいくかもしれないが、現時点では一部分でしか働いておらず、現時点ではDX化した情報共有は現実的に難しい。(高度急性期) ◆DXIについては個々の病院が電カル入れるだけでは無理、早く国が主導で繋いで欲しい。(急性期) ◆最近では、軽症の高齢者救急(特に夜間)が増。その結果、在院日数が増え、本当に重症な患者をとれなくなっている。そのような患者は可能な限り在宅で診る形が肝要。(急性期) ◆高齢者救急からの回復期の患者は、合併症が多く、在宅に帰せない方が増えてきている印象。また、回復期や療養病院は医療資源が潤沢でなく、コロナのクラスターが発生すると病棟が動かなくなることが課題。(回復期) ◆療養型の病院として、稼働率が90%ほどないと厳しい状況。その中で、職員の数もぎりぎりで行っているため、ケアがしっかり必要な患者は断らざるを得ないこともある。DX化についても、小さい病院だと補助等あっても、なかなかそこまで手が回らない。(慢性期) ◆介護施設との連携を行う上で、同じツール・尺度がない。介護施設は要介護度やケアに関する指標はあるが、医療情報はほとんど皆無であり、連携しようにも同じ尺度がないので難しい。(慢性期) ◆かかりつけ医として、病院から退院する際に訪問診療専門のところに任せようという傾向が多いので、かかりつけ医との連携を深めれば受け皿はもっと広がるのではないかと、それにより、病院負担を減らせればと考える。(地区医師会)	◆応需率はピーク時の7割だが全体の受けている件数は変わらないので、救急の数は増えている。色々な病院が夜間の受入れが難しいと聞く。(高度急性期) ◆救急医療に関して、近隣の介護施設と、当院の病院機能だとかこのような患者であれば受けられる、ということがわかるシステムを作してほしい。また、個人の在宅医が病院に患者を搬送するときに、個人のパイプを通してしまうので、近隣の在宅医と病院の間の公的なネットワークを構築してほしい。(急性期) ◆東京ルールで搬送される患者を考えたときに、受け入れる病院の負担が大変増えている。(慢性期) ◆今後救急は、高齢者救急か通常の救急かを分けて考えていくことになり、地域で自院の病院機能を共有することは重要。高度急性期の病院に本当に運ばなければいけないのか等の救急の使い分けをしないと、高度な医療を必要とする患者が受診できなくなってしまう。(慢性期) ◆医師・看護師不足はどこでも言われている。2040年に向けて現在30代の医師がやりがいを感じて、急性期や高齢者の医療をまじめに考える医師を育てることも非常に重要な課題。また、公的機関が看護師を人材派遣するようなシステムがあると助かる。(慢性期) ◆施設にいる患者の家族が何を望むかが問題で、担当医が家族にどのように説明しているか。大きい病院は3日までであとは地域の病院に任せようとか、きちんとした話し合いができていないか。現場の先生同士の顔の見える連携が必要。(地区医師会) ◆診療情報提供書が事前にあると、最初に情報があつた方が何か事があつた時に楽ではないか。診療所や訪問している先生が簡単に分かるような情報共有があると、とてもスムーズかと思う。(地区医師会)	◆高齢者救急と一括りにはできない。介護の問題や認知症、病状ごとに多様性が広がっている。(回復期) ◆高齢で認知症がある人がほとんどで、どう対応すべきか。認知症や家族の理解が得られず退院させられないのも悩ましい。(急性期) ◆高齢な方やその家族は、一つの病院で完結することを望んでいるが、それが難しいことの患者への周知に努めて欲しい。(急性期) ◆働き方改革とともに夜間の救急をどうするか、夜間救急が増えている。初療後にどう出していくか、連携において大切。(高度急性期) ◆高齢者の救急が非常に増えていて、初期治療後に退院できないことが多いので、早めに看護師やMSWが入って多職種で協議することは最近特に進んでいる。(高度急性期) ◆当院の課題は病病連携、病診連携はどちらも充実。大学病院と一般病院のニーズが被るところもある。病院ごとにここは強いけどここは弱いから地域の他の病院に、といった掘り起こしていくべきニーズがあり、地域の病病連携を進めていくのもよいかと思う。(回復期) ◆各々の病院の機能が明確でない。区の中で医療完結すべきとみんな言うが、民間同士だと役割分担の話にもっていけないのが現状。今後スタッフが減少するのは明らかなので、早くから話し合いを始めたい。(急性期) ◆高齢者救急増えているので、各病棟に社会福祉士を配置して地域の回復期や地ケアと連携して地域に帰すようにして、病床稼働も上がってきている。(高度急性期)
圏域	区西北部 (令和7年7月14日開催)	区東北部 (令和7年8月4日開催)	区東部 (令和7年8月8日開催)	
	◆高齢者救急を受け入れると認知症がひどくなる等、看護師はじめとしたコメディカルの負担が多く、辞めるスタッフもいる。スタッフを充実させたいが、例えば認知症のひどい患者を受けると都から補助があるとありがたい。(急性期) ◆要介護度が無かったり、手続きを担う人がいないような状況の場合、入院してから介護申請だと1.5か月かかったり、後見人を立てるには半年かかるので、手続きの簡略化が必要。(回復期) ◆高齢者受けても、認知症やBPSDの症状がある場合、連携により精神科の病院で一時的に受け入れてもらいたい。(慢性期) ◆たびたび高齢者の急変時の搬送をどうするか、在宅側の会員から声が出ている。(地区医師会) ◆看護師の離職率が上がっており、病院で働くことが経済的にもおいしい施策を考えて欲しい。(高度急性期) ◆介護を担うケアワーカーが少なく、一時期看護師がそこを補う形になっており、人材は非常に厳しい。ケアワーカーや看護師も、海外の人材に担っていただいているが、その育成に負担感。(慢性期) ◆高齢者救急で問題になるのは、複合疾患、在宅でぎりぎりまで診ている人の急変が多い、急性期の医療資源投入後の転院、行政にもお願いしているACPIに関して受け入れた時にどこまでやるのか、結局この4つ。このうち、ACPIはなかなか進まない。(高度急性期) ◆ACPIはまだ認知されていない。がんではまだ理解されているが、その他では人生の最後を考えることを嫌う傾向。院内でも理解していない職員が多く、カンファで症例の振り返りから始めている。(急性期)	◆医療機関同士での連携は今でもやっているが、在宅や介護施設との連携に課題。医療機関側が介護保険の仕組みなど理解できていない部分もあり、進まないところもあるため、調整会議を含め都の支援の広まりに期待。(急性期) ◆看護補助職の確保が一番厳しい。医師・看護師は国家資格があり他職へあまり流れないが、看護補助職は国家資格ではないため、他職へ取られがち。また、病院より介護施設の方が待遇が良いため、そちらに流れてしまうケースも多い。(回復期) ◆看護助手が病院で足りないのは問題だが、介護士は高齢者施設でも足りていない。地域で人の取り扱いになってしまう。ヘルパーステーションが人材が足りずに閉鎖した例もある。何らかのシステムを変えていかなないと、2040年に十分に対応できるような体制をつくるのは難しい。(病院協会) ◆今後ACPが大事。都でも普及活動をしているが、患者から医療従事者に提示されるものは非常に少ないので、問診票にACPの内容を書いていただき、患者の意思をできるだけ把握している。また、患者家族への教育が進んでおらず、病院任せや家族の強引な意思決定が行われてしまう。いかにACPを高齢者がもつと、家族への教育システムを考えて欲しい。介護保険の申請時に家族も勉強するなど、家族への教育を加えると進むのではないかと。(高度急性期) ◆高齢者とひとくくりにしても、受け入れがたい患者は透析や精神疾患等があり、疾患別で切り分けをしていく必要。2040年を考えるにあたっては、予防医学をもっと考えることが必要。(高度急性期)	◆人口問題について、2040年の18歳人口は80万人。そんな中で医療介護業界に人を持ってくることは考えられず、医療介護のシステムを変えるべき。今後15年の間に85歳以上の高齢者は増え続ける中で、病床よりもっと根本の問題に手を打ってほしい。(病院協会) ◆紹介料の圧迫が特に大きく、何とかならないのか。(慢性期) ◆元々ADLが落ちている患者さんが脳梗塞になって、退院時に家にも施設にも戻れないことが一つの問題。退院先として回復期だけでなく、施設や療養型の病院と連携していく必要。(急性期) ◆病院の経営が大変厳しくなっており経営難に陥らないために、医療機関の取組に応じた診療報酬の見直しや、人材採用もコストがかかっている状況なので、足場固めの支援をいただきたい。(急性期) ◆人口構造が変化しており、小児・産科の問題についても考えていく段階にあると思う。地域で協力していく必要があり、評価には数値があつた方が良いので、数値目標を立てて欲しい。(高度急性期) ◆これから病気になりやすい高齢者が増え続ける状況だが、その点の解決策は見通しがついていない状況。行政としては医療機関との連携が非常に大事と思っている。(行政) ◆最近病床が空いているという話があり、高齢者が増えているにも関わらず病床利用率が下がっているのはどうしてか、分析する必要。この辺を分析しないと、今後病床をどれくらい準備したらいいか、きちんとした数字が出てこない可能性がある。(病院協会)	

圏域	西多摩 (令和7年7月29日開催)	南多摩 (令和7年7月25日開催)	北多摩西部 (令和7年7月9日開催)	北多摩南部 (令和7年7月24日開催)
	◆認知症患者の増加により、成年後見人制度を活用するケースも予想されるので、自治体として対応できるよう考えたい。(行政) ◆開設以来、内科医不足に悩まされている。区に比べ、医師が少ない。西多摩の医師が少ない区域に常勤医を派遣できるようなシステムを作って欲しい。高齢者救急はほとんどが内科疾患であり、内科医がいらないことには、十分な治療を行えないことも多い。(急性期) ◆患者の貧困を感じており、金銭的に困難であるから家に帰るとい患者が多い。協会としては、看護師の育成において、患者の背景もアセスメントの中に入れられるようにしている。(看護協会) ◆高齢化率は50%を超えており、15年後はさらに人口が減少している状況が想定されており、一つの自治体だけでは医療・介護など厳しい状況が想定されるので、圏域内で連携が必要。(行政) ◆地域の貧困化を感じる。これまではお金があって、家族がいて、介護サービスを受けながら、充実した在宅生活を送っている方が多かったが、最近は独居でお金もない悲惨な状況で在宅をされている方を多く見かける。本当は療養型に入りたいけれども、お金がないので在宅で我慢しているのではないか。(座長) ◆昨年一昨年に加え、人件費、光熱費、委託費が高騰しており、昨年は赤字出なかった月も赤字。費用負担が厳しい家庭も多い。(回復期) ◆今までは、専門分野でない症例も、他の医師が診ていたが、最近は難しい。医療資源の使い方を考えていけないのではないか。(回復期)	◆医療法人の経営情報等の報告書から赤字・黒字の比率だけでも都から発信して、国へその実態を踏まえ、入院基本料のアップに係る緊急要望を望む。また、入院基本料アップの要望に加えて、今以上の要件強化や急性に診療報酬を変えることはしない欲しい。さらに、南多摩の医師偏在指標は西多摩に次いで低いので注視して欲しい。(急性期) ◆私大協の病院長会議が行われ、病院の7割が赤字、分院の6割が赤字。増収減益であり、原因として医療資材が高騰しており、非常に高い薬剤を用いているが収益がほとんど得られない。また、働き方改革の中で医療従事者の給与も非常に高額。南多摩だけが、都の中でも要医療者が1.5倍に増えると言われており、その多くは高齢者ということも非常に大きな問題。高齢者はマルチモビディティがあるが、DPCで一つの疾患に対してのみ稼げるので、1人の高齢者が入ると1つの疾患では済まず、大学病院には複雑な症例が集まってくることから、その中で収益を上げていくことは極めて困難。また、医師偏在もあり、救急患者を最も多く引き受けているが、研修医を含めて運営しており、医師偏在に関して都にも考慮いただきたい。(高度急性期) ◆患者そのものが減っている。コロナ前に比べ9%ぐらい患者減っており、在院日数も医療の進歩により急激に減っているので、各病院の病床が埋まらない。今まで急性期病床が南多摩では足りないと試算が出ていたが、在院日数の減少は加味されているか。本当に必要なベッド数はこの場で議論すべきで、それに合わせて各病院も内容を変えていく、積極的に病床を減らすのもありかと思う。(急性期)	◆コロナ明けから、救急車の要請が何故か増えていて、応需率減っているが受入れ患者増。高齢者は手術になる人が少なくて、誤嚥性肺炎や尿路感染で入院しても外科的処置が少なく日当が上がらず、経営が厳しくなる。高齢者救急依存の病院であり、一定程度診療報酬や補助などで、85%くらいの稼働率でも運営できるような診療報酬体系であれば、季節性に対しても対処できるが、現状では救急隊の要請が増えた時には十分応えられないのが実態。(回復期) ◆ケアミックス病院として高次施設からの後方支援の役割も持っているが、医療情報や複合的な問題を持つ高齢者の情報が十分にもらえず受けられない、受けても在宅に持っていけないことが起こっていて困っている。(急性期) ◆救急患者へのMSWの介入が遅れると転院先がなかなか決まらない。また、患者の病態は多種多様なので、どこの病院に紹介すればいいか決めるまでに時間が掛かる。転院先が見つからないと亡くなる方が結構多く、当院では1割くらい当院で亡くなっている。とにかく救急患者に関して、地域連携で救急で入ってきた患者は早期にMSWが介入して近隣と密に連携取ることが非常に重要。(急性期) ◆高齢者救急を主体として地域医療を進めないといけないが後方連携で非常に苦勞。患者が入院したときから入退院支援センターが、家族構成やどこに退院させるか介入するが、独居の方は難しい。DPC上の退院期日が迫って、ということも日常茶飯事。(回復期) ◆入院患者の後方連携が厳しい。独居の方や、非協力的な家族の方だと進まない。在宅を進めるのが国の政策だが、独居だと在宅にも返しにくい。そもそも家で生活が破綻している患者の相談先がないため、ADLが下がっている患者の相談窓口を行政に設けて欲しい。(高度急性期)	◆救急は高齢者問題そのものとなってきており、土日は高齢者に偏っている状況。特に、働き方改革で中小病院で宿日直許可を受けながら土日夜間の救急受け入れるのは厳しいので、土日夜間は一旦うちで受けて、平日日中に転送するように運用。(急性期) ◆中等症以下の患者が急性期拠点病院に集中してしまうが、この下り搬送がなかなか円滑にいかない。情報基盤を整備することも必要だが、下り搬送を円滑に進めるために医師の負担が大変大きい。医師同士の関係性がないとできないので、急性期拠点病院と地域密着病院の間で関係を構築していく必要。(回復期) ◆役割の分担や、情報を共有するためにも、病院間でDXを使うことが非常に重要。(高度急性期) ◆独居高齢者が非常に多く、縁故者が周りにおらず、本人の認知が進んでいると情報を全く得られない。急変時の処置を聞くが、その情報すらも得ることができないこともあるため、大変困っている。介護保険を取っていない高齢者も多く、入院してからでは早くても1か月かかり、老健等に直接いかせられない。行政が独居や介護認定受けていない人を70歳や75歳を超えたら介護認定を受けるようなシステム作れないか。(急性期) ◆増えてきている高齢者救急について、慢性期から急性期の入退院を繰り返す救急もあれば、高度な医療を必要とする高齢者もあり、細分化して考える必要。急性期拠点機能は最初の入り口として、万全を期して全てを受け入れる体制を整える必要があるため、人数を増やして自分たちがやりたい医療を半分・地域のための医療を半分というスタンス。そうなると間口が広い分、役割分担をどうしていくか非常に重要な課題。(高度急性期)
圏域	北多摩北部 (令和7年7月17日開催)	島しょ (令和7年8月27日開催)		
	◆家族もある程度納得して回復期へ来るが、人によっては期待が大きすぎる方もいる。なかなか理解できないこともあるが、丁寧に説明して在宅や施設に持っていくなど、MSW等も含め話し合うことが大事。(回復期) ◆施設に入っている方も在宅に行く前の通院の時から、開業医んの段階で、ACPIに関して家族と話しておくべきだが、なかなかできていない。施設に入られると、家族は施設にお任せとなってしまうので、開業医の立場としては施設移行前に患者と家族と話を詰めて、入所後も家族にはキーパーソンとして情報共有する形を通院時から構築していくのが良い。(地区医師会) ◆回復期の際に、遠くの病院へ行ってしまうと、情報があまり入ってこないまま帰ってきてしまう。最近は、家族の高齢化もあり、理解が十分でないため、どうかカバーするかケアマネ等の他の職種との連携が大事。患者の情報が医療DXですぐに分かると、急性期から含めてスムーズに事が進む患者は多くいるので、そのような状況ができることを期待。(地区医師会) ◆病院・施設間の調整を行う地域連携室の職員を多く配置している。地域連携室を強化するのも一つの方法。そうすることで、施設や急性期の状況といった情報が集約され、患者にとってよい施設・病院がどこか即時に対応できる。(慢性期) ◆入院時、時々病院ほぼ在宅・施設という観点で、具合が悪くなり過ぎて病院に来る方が多いので、早めに病院に相談いただくよう近くの施設にお願いしている。退院時、嚥下機能が落ちた方を急性期でどこまで回復させられるかが大きな問題。嚥下機能を地域全体でうまく連携して支えるのが結構課題。また、身体的な問題以外に、社会的な問題を抱えた方を速やかに次の施設に移すのはハードルが高く、こちらも課題。(高度急性期)	◆自宅看取りについて、クリニックができて対応しているが、急変時には病院に来てもらうようになっている。クリニックが24時間対応できればよいが、常駐していないため難しい。高齢者の看取りニーズはあるが、以前の状況は実現出来ていない。(病院) ◆リハは一人職種なのでいていただいてありがたいが、欠員になってしまうと色々崩れてくるので心配。もう一人雇うことは、職員住宅や財政的にも難しい。(行政) ◆病院には常勤PT2名、入院・外来リハを実施。地ケア病床を以前やっていたが、今は施設基準が満たせず休止。退院支援という部分で、退院後の高齢者住宅等の空きがなく、島外施設への転所を余儀なくされることが課題。また、リハでは整形の疾患が多いが、整形外科の常勤医がおらず、適切な時期に診断や治療方針が示せない、義肢装具士がいけないことも課題。専門の医師に相談等できないことが負担。5Gを整備してもらっているので、それを活用して医療連携を拡充してはどうかという意見が挙がっており、スタッフと基幹病院で相談や連携ができる関係が結べると良い。(病院) ◆診療所や社協の空いたスペースや訪問してリハを実施。比較的に利用してもらっており、リハ記録をチャットで医師とも連携できており、本土からの復帰の退院カンファにも参画して退院後の事前準備の体制を整えてもらっている。ケアマネが島にいないため、ケアプランが作成できず居宅サービスを利用できないのが課題。(診療所) ◆PTがおりリハ室はあるが、診療所が施設基準を満たしていないので併設の保健センターで実施。かえって診療報酬にとらわれず自由に行動できると聞いた。リハ病院でやるようなことはできないが、運動教室やフレイル予防等を行っている。(行政) ◆R4からPT等の派遣を受けており、島に常駐していることがメリットだが、年によって来る方が変わるので、継続的なリハが難しい。(診療所)		