

令和7年度 第1回
東京都地域医療構想調整部会

「2040年に向けた課題及び取組の方向性」
これまでのご議論に関する当講座としての総括

東京科学大学 東京都地域医療政策学講座

2040年に向けて、自圏域として重点的に協議すべき課題と取組の方向性

<本日発表する内容>

- I. 各圏域の意見交換における主なご意見
- II. 意見交換で浮き彫りになった共通重点課題
- III. 共通重点課題に対する各圏域での取組・提案事項と今後の着目点

I . 各圏域の意見交換における主なご意見

※赤字箇所は地域特有の課題と思われるもの

区中央部	<ul style="list-style-type: none">急性期病院における高齢者ケアの負担増大 認知症やADLが低下した患者の入院は、ケアにかかる労力や転倒リスクの高さからスタッフの負担を増大させ、本来の急性期機能の発揮を妨げとなっている。ACPと超高齢者医療のジレンマ 超高齢患者への高度医療提供の是非が課題。ACPの事前確認がないまま治療が進むことへの葛藤や、訴訟リスクへの懸念がある。退院調整の困難化と社会的課題の増大 独居、身寄りなし、貧困等の社会的課題を抱える患者が増加。退院先の確保が極めて困難であり、医療ソーシャルワーカーや多職種連携の重要性が増している。高度急性期病院の役割と連携体制のあり方 大学病院などの高度急性期病院が集中する圏域の特性上、特定機能病院としての高度急性期医療への集中と地域医療への貢献のバランスが重要。専門治療と日常管理を分担する「二人主治医制」を推進している。
区南部	<ul style="list-style-type: none">退院先調整困難による高齢者救急の受け入れ制約 治療後の後方連携が確保できれば、救急受け入れが拡大可能となる。在宅医療の限界と社会的課題 在宅看取りは増加しているが、独居や生活保護受給者など、在宅復帰も施設入所も困難なケースを地域で完結できない。連携における「顔の見える関係」の重要性 DXによる情報共有が求められる一方、現状では個別の直接的なやり取りが最も有効である。医療と介護で用いる指標が異なることも連携の障壁となっている。深刻な介護人材の枯渇 介護福祉士やヘルパーといった介護人材の確保に窮し、人材紹介会社への手数料が経営を圧迫している。
区西南部	<ul style="list-style-type: none">高齢者救急における役割分担の必要性 プライマリーな要素が大きい高齢者救急と、専門性の高い救急を分けて考え、医療機関の機能に応じた役割分担を整理していく必要がある。医療と介護の連携の壁 介護施設側が夜間の喀痰吸引などに対応できないことが、医療依存度の高い患者の病院からの退院(在宅・施設復帰)を妨げる大きな障壁となっている。情報連携制度の形骸化「後方支援病院制度」など平時からの情報共有の仕組みは存在するが、現場で十分に活用されておらず、実効性に課題がある。高齢者医療を担う人材育成の重要性 若手医師がやりがいを感じて高齢者医療に取り組めるよう、キャリアパスや教育といった人材育成の視点が不可欠である。

区西部	<ul style="list-style-type: none"> • 病院機能の明確化と役割分担の必要性 各病院の医療機能の明確化と、それに伴う役割分担についての早急な議論が必要である。 • 高齢者救急における多職種連携 増加する高齢者救急に対し、入院早期から退院支援看護師やソーシャルワーカーが介入する多職種連携が重要である。 • 二次医療圏の概念への疑問 認知症やがん治療においては、患者の流れが圏域を越える。二次医療圏という枠組みが、現状の医療連携にそぐわないのではないか。 • 病病連携の重要性 大学病院と地域のケアミックス病院、あるいは一般病院同士の連携と役割分担が、今後の地域医療提供体制における重要課題である。
区西北部	<ul style="list-style-type: none"> • 高齢者救急における受け入れと退院調整の課題 入院受け入れに際しては、事前のACPの実施が重要であると指摘されている。また、退院調整の段階では、独居や家族の非協力といった背景により、調整が停滞することが少なくない。 • 連携のあり方の多様な模索 圏域を越えた広域連携や、施設入所が困難な場合の「つなぎの病院」の必要性など、多様な連携の形が模索されている。 • 急性期病院の負担増と経営課題 認知症や複合疾患を持つ高齢者の入院は、スタッフの介護負担が大きく、診療報酬上も評価されにくいいため、病院経営を圧迫している。 • 深刻化するケアワーカー不足 医師・看護師に加え、病院や施設で介護を担うケアワーカーの不足が深刻化、外国人材の活用を試みているが教育に時間を要する。
区東北部	<ul style="list-style-type: none"> • ACP推進の鍵としての「家族への教育」 高齢者救急の受け入れの問題としてACPの普及が課題。患者本人だけでなく、意思決定を左右する家族へのアプローチ強化が必要。 • 疾患別対応と予防医学の必要性 高齢者を一括りにせず、透析・精神疾患・認知症など疾患別対応が必要。誤嚥性肺炎や低栄養、フレイル予防など、予防医学を強化すべき。 • 中小病院・在宅連携の課題 中小民間病院は高齢者救急を担うが、経営の不安定さが新規取組の妨げとなっている。比較的病院間の連携は進んでいるが、在宅や介護との連携が不十分。 • 深刻な介護人材不足 看護補助者や介護士が不足し、病院より介護施設へ人材が流れる傾向がある。

区東部	<ul style="list-style-type: none"> • 病院機能の再編と役割分担の必要性 各病院が総合的な機能を維持するのか、特定の機能に特化するのか、地域全体の視点から再編の方向性を検討すべき時期に来ている。 • 小児・周産期医療への対応 小児科や産科の集約化に伴い周辺地域に入院可能な施設が減少したため、遠方からの患者も受け入れている。 • 精神科医療との連携強化 身体疾患を合併した精神疾患患者への対応について、精神科病院との連携強化が課題である。 • 病床利用率低下の要因分析の必要性 高齢者人口が増加しているにもかかわらず病床利用率が低下している現象について、受療行動の変化など多角的な分析が必要である。
西多摩	<ul style="list-style-type: none"> • 人口減少・高齢化・貧困化という地域特性 都内で唯一人口が減少し、高齢化が著しいという地域特性が全ての課題の根底にある。貧困化や独居高齢者の増加も医療アクセスに影響を与えている。 • 地域の実情に合わせた医療モデルの模索 都市型の専門分化ではなく、総合診療的なアプローチや、地域ならではのACPのあり方など、地域の実情に合わせた医療提供体制の構築が必要である。 • 深刻な医師偏在と医療資源不足 特に高齢者救急を担う内科医が不足。公共交通の脆弱さも相まって、医療機関へのアクセス自体が困難な状況にある。
南多摩	<ul style="list-style-type: none"> • 現場感覚としての「病床過剰」と新規増床への懸念 データ上は病床不足とされていても、現場ではすでに病床が過剰気味である。実際のマンパワーに即した病床配分の検討が急務である。 • 深刻な医師偏在 医師偏在指標が都内で西多摩に次いで低く、医師の確保が極めて困難。特に若手医師が集まらない状況がある。 • 診療報酬制度に起因する病院経営の危機 長期間据え置かれている入院基本料や、物価・人件費高騰が病院経営を根底から揺るがしている。
北多摩西部	<ul style="list-style-type: none"> • 退院調整の困難化と後方連携の課題 独居、経済的理由や非協力的な家族の増加により、退院先が決まらないケースが多い。また、病院間の情報連携の滞りも後方連携を困難にしている。 • 在宅医療の担い手不足 地域によっては在宅医療を専門に行う医師がおらず、24時間体制の構築が困難。病院からの退院患者の受け皿として機能しづらい。 • 救急医療における季節変動と経営課題 冬場の救急患者増による病床逼迫と、夏場の稼働率低下という季節変動が大きく、病院経営を不安定にさせている。

北多摩南部	<ul style="list-style-type: none"> 救急応需努力と人材不足 救急の応需率向上に努めているが、専門性を求める患者の増加や人材不足により、現場に負担がかかっている。 急性期病院から回復期・慢性期病院への患者移行の円滑化 急性期治療後、患者を回復期・慢性期病院へいかに円滑に移行させるかが最重要課題である。医療DXを活用した統一的な情報共有システムの構築が不可欠である。 二次医療圏にとらわれない議論の場の必要性 患者の流れが圏域を越えている実態から、より広域的な視点や、課題に応じた機能別の分科会など、柔軟な議論の場の設定が求められる。
北多摩北部	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者における入院受け入れと退院調整の課題 受け入れ時は、ACPや十分な情報がないまま施設から救急搬送されるケースが問題。退院調整においては、嚥下機能低下や社会的課題を抱える患者で困難を伴いやすい。 医療・介護の一体連携の重要性 高齢者救急においては、医療機関同士だけでなく、介護老人福祉施設など介護施設との一体的な連携が極めて重要である。 議論の範囲の柔軟な設定 課題に応じて、広域、二次医療圏、市レベルといった適切な範囲で議論を進めていくべきである。 情報連携におけるDXへの期待 スムーズな連携のため、東京総合医療ネットワークの活用など医療DXへの期待が高い。
島しょ	<ul style="list-style-type: none"> 人口動態と地理的特性 本土とは異なる文化や生活様式が存在し、各島の事情に応じた医療体制が求められる。高い自宅看取りのニーズがある一方、限られた人材に依存しており、十分な体制が整っていない。 医療人材の偏在と不足 整形外科医やリハビリテーション専門職、ケアマネジャー等が不足している。本土からの短期派遣に依存するだけでは、長期的な医療計画の立案が困難である。ウェブ会議やチャットサービスを活用した情報共有が試みられている。 退院調整と後方連携の課題 家族の支援や医療資源が少ないため、退院後の自宅復帰が難しい。さらに、島内における施設などの受け皿不足が後方連携を困難にしている。 経営課題 収益性の面から新規開業は現実的ではない。診療報酬制度に縛られない、島独自の柔軟な医療モデルの模索も必要ではないか。

Ⅱ. 意見交換で浮き彫りになった共通重点課題

1. 高齢患者における入院受け入れと退院調整の課題

認知症や複合疾患を抱える高齢者の救急搬送が増加し、急性期病院の負担が拡大している。高齢者といっても一様ではなく、背景や併存疾患、治療意向などは多様である。入院受け入れ時には、ACPの未普及や情報不足のまま搬送されることが課題となっており、かかりつけ医機能の強化に加え、救急時に専門的医療が必要か、あるいはプライマリーケアで対応可能かの見極めが求められる。退院調整の段階では、独居や経済的困窮といった社会的要因により退院先の確保が困難となり、結果的に急性期病床の滞留を招いている。

2. 二次医療圏に限定されない柔軟な協議の場の必要性

患者の流れが二次医療圏を越えている現状から、「二次医療圏」の枠組みが議論内容にそぐわないとの指摘が複数の圏域でみられる。高度急性期医療や小児・周産期、がん、精神科医療など特定の機能では広域的な連携が必要である一方、かかりつけ医療や在宅介護は市区町村単位での密な連携が適している。課題に応じて柔軟に協議の場を設けることが求められる。

3. 情報連携におけるDXと「顔の見える関係」の両立

医療機関同士や医療と介護の連携強化は全圏域に共通する課題であり、その手段として医療DXへの期待が高い。しかし、システムだけでは解決できない個別の状況伝達や信頼関係の維持には、従来からの「顔の見える関係」の構築も依然として重要である。

4. 病院経営の構造的な危機

物価や人件費の高騰、さらに入院基本料をはじめとする診療報酬の長期据え置きにより、多くの病院が経営難に直面している。これは2040年を見据えた体制構築以前に、医療機関の存続そのものに関わる喫緊の課題である。

5. 深刻な人材不足と偏在

医師・看護師のみならず、病院や施設で介護を担う看護補助者や介護職員の不足が、多くの圏域で危機的な状況にある。給与面での施設間競争や人材流出も深刻であり、外国人材の活用やDX推進など、新たな人材確保策が求められる。

Ⅲ. 共通重点課題に対する各圏域での取組・提案事項と今後の着目点

1. 高齢患者における入院受け入れと退院調整の課題

- ACPの推進: 日頃からかかりつけ医や多職種が本人・家族と連携し、緊急時に備えた情報を準備しておくことを推奨する。
- 病院の役割分担の明確化: 各病院の強みや専門性を再確認し、地域全体で役割分担を整理する。
- 情報共有ルールの検討: 入退院時に共有すべき情報のルールを定め、情報不足による受け入れ判断の遅れを防ぐ。

2. 二次医療圏に限定されない柔軟な協議の場の必要性

- 課題の特性に応じて関係する地域や関係者を整理し、柔軟に協議の場を設計・運営する。

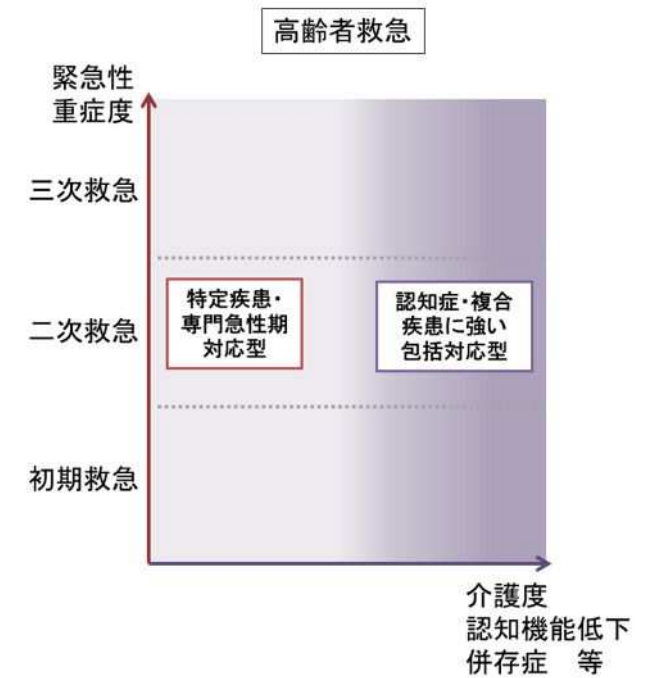
3. 情報連携におけるDXと「顔の見える関係」の両立

- 地域連携ツールの選定と活用の促進
- 合同の研修会・事例検討会の企画・開催等

4. 病院経営の構造的な危機

5. 深刻な人材不足と偏在

- 復職支援
- 外国人材の活用
- DX推進による業務効率化



<今後の着目点>

現場経験と客観的データに基づいて地域の実情を継続的に把握し、**各地域で合意形成し実装可能な取り組み**から段階的に進めていく姿勢が求められる。