

令和7年度第2回地域医療構想調整会議(圏域別)意見交換「東京の特性を踏まえた医療機関機能について」で出された主な意見

圏域	区中央部 (令和8年1月26日開催)	区南部 (令和8年3月3日開催)	区西南部 (令和8年2月6日開催)	区西部 (令和8年2月5日開催)
	<p>◆高度急性期で治療自体は完結しても、その後に介護度が上がった高齢患者の受け皿が不足しており、在宅や施設へ円滑に戻せない事例が多い。(高度急性期)</p> <p>◆急性期拠点病院と高齢者救急・地域急性期病院を制度的に棲み分けようとしても、患者の希望や移動の困難さ、診療報酬の先行き不透明感があり、政策主導で整理するのは現実的に難しい。(高度急性期)</p> <p>◆救急車を自身で呼んでの搬送の場合、消防の搬送基準によって搬送先が決まるため、高齢者であるから三次救急に行かないとはならないのでは。(高度急性期)</p> <p>◆病院それぞれで診療科ごとの専門性や医師個人の力量差があるため、急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能を棲み分けるのは難しい。(急性期)</p> <p>◆今後の構想では、急性期の病院との連携を強化し、適切な患者を適切なタイミングで受け入れる流れが重要。そこがスムーズにできていないことが回復期病院の課題。(回復期)</p> <p>◆独居・認知症・身寄りなしといった社会的要因により退院調整が難航し、長期入院が増えている。地域の機関や行政との連携の強化も必要。(回復期)</p> <p>◆予後の見込み次第で、ある程度医療受診の制限がつくのは致し方ないが、家族の理解は必須であり、そこがかかりつけ医が重要になってくると考える。(回復期)</p> <p>◆病院内で複数の機能を持ちつつ、病院・区・圏域・都全域と様々な連携の形を持つということも今後重要。(慢性期)</p> <p>◆開業医の立場では、かなりの重症の方もウォークインで診療に来ることがあるが、空床情報や受入れ可否が分からず調整に苦勞。トリアージを行ってくれるようなセンターがあると大変ありがたい。(地区医師会)</p>	<p>◆高齢者を年齢で一括りにするのは困難で、生活機能で考える必要。機能差が大きく、想定数や医療資源配分の判断が難しくなるのでは。(高度急性期)</p> <p>◆年齢区分には無理があり、東京の医療事情を踏まえる必要。疾患別に短期改善の可否を見る視点も一案では。(急性期)</p> <p>◆高齢者救急が高度急性期に集中するのは避けるべきであるが線引きが難しい。ACPが行われておらず対応が難しい場合等もある。(急性期)</p> <p>◆回復期が今後どう位置づけられるのか読み取れない。不要になるのか、サブアキュートとして重要になるのか不透明。(回復期)</p> <p>◆高齢者受入が制度上求められている印象がある。DPC病院では高介護度・認知症対応が難しく、下り搬送患者の受入れは困難ではないか。(回復期)</p> <p>◆慢性期は新構想で変更は少ないものの、看取りに近い転院が増えている。早期説明により転院時期を前倒しできる可能性があるため、療養病院側からアプローチをしておくことが必要ではないかと感じている。(慢性期)</p> <p>◆高齢者救急は要介護状態の患者が多く、入院時に介護関係者からの情報共有が行われるようなシステムがあると良い。(慢性期)</p> <p>◆国は全国一律だが、東京は独自の地域医療構想が必要。急性期拠点への高齢者集中を防ぐ必要性があり、それには患者側への教育・啓発・啓蒙を行うことが重要。(病院協会)</p> <p>◆かかりつけ医の位置づけが見えにくい。また、退院後に患者がかかりつけ医に戻らないケースが多く、連携がうまくいかないことで、患者家族の希望に応えられない課題がある。(地区医師会)</p> <p>◆病院間移動に対する患者・家族の理解が得にくい。平時からの都民への理解促進が必要。(行政)</p>	<p>◆高齢者だからといって三次救急で受けないわけではないが、回復に時間がかかるため、速やかな下り搬送や後方病院との連携が不可欠。病院単体では限界があり、地域全体での指揮系統が必要。(高度急性期)</p> <p>◆地域包括システムを進める中で、介護等は区単位で考えることが多いが、区西南部全体で考えるのか、区単位で考えるのか整理が欲しい。高齢者救急の体制構築には、医療側の立場と医療を受ける側の立場双方の意見が必要では。(高度急性期)</p> <p>◆ACPで、患者・家族の考えを固めないと、三次で高齢者を診ないわけにはいかない。下り搬送を進めるために多くの病院と協定を結んでいるが、スムーズな受入れができるか懸念。(高度急性期)</p> <p>◆救急隊が適切に振り分けるためにはACPが不可欠。脳卒中のように搬送ルールが明確な分野はうまく機能しており、救急隊が分かりやすい仕組みづくりが重要。(急性期)</p> <p>◆自院は高齢者救急が中心で、急性期・回復期・在宅を併せ持つケアミックス病院であるが、新たな医療機関機能の中で、こうした病院の立ち位置が分かりにくい。(急性期)</p> <p>◆高度医療は必要ないと入院した患者でも、いざという時に家族の意向が変わることも多いため、ACPの地道な普及が必要。(急性期)</p> <p>◆在宅患者の救急受入れは行っており、夜間の受入れも行っていきたくと考えているが、人員不足の影響で出来ていない。(回復期)</p> <p>◆後方支援病院を活用することで事前の情報共有が可能となるため、活性化に期待。役割分担を進めるには診療報酬での評価が重要で、ACPIについても評価の対象となると促進されると思う。(慢性期)</p>	<p>◆急性期病院が多い区西部では、同じ急性期でも診療科ごとの役割分担や病院間の横の連携が重要であり、夜間救急では「対応可能・不可能」の見える化が必要。また、下り搬送が必ずしも円滑でなく、療養型病床との連携強化が課題。(高度急性期)</p> <p>◆急性期病院は比較的充足している一方、療養型病院が不足しており、昼夜で対応可能な医療内容が異なる現実を踏まえ、疾患別に夜間対応を地域で整理する必要。(高度急性期)</p> <p>◆国が示す医療機関機能のフローは、高齢化・多疾患併存の実態には必ずしも合致せず、大学病院と中規模病院が同じ枠組みで議論する難しさがあるため、下部組織の設置や病床機能の見える化を進めるべき。(急性期)</p> <p>◆病病連携においても「顔の見える関係」が重要。回復期リハビリ病院でも、総合診療機能の有無などにより担える役割が大きく異なるため、診療科レベルでの病院特性の共有や診療情報の見える化が役割分担に不可欠。(回復期)</p> <p>◆病病連携・病診連携は比較的円滑だが、安定した医療提供のためには人材確保が最大の課題であり、特に派遣看護師の高額な紹介料が病院経営を圧迫。(回復期)</p> <p>◆急性期からの紹介を迅速に受ける努力をしているが、人件費や療養費の制約は大きい。また、在宅医療の夜間対応が診療報酬改定で難しくなると、急性期病院への救急搬送増加が懸念。(慢性期)</p> <p>◆回復期リハを増やした結果、急性期病院との連携や病床稼働率は改善したが、単身高齢者や老老介護世帯では在宅復帰が難しく、特養や介護医療院の不足がボトルネック。(慢性期)</p>
圏域	区西北部 (令和8年1月27日開催)	区東北部 (令和8年2月9日開催)	区東部 (令和8年3月4日開催)	
	<p>◆東京は実態として「2.5次救急」であり、国の機能区分をそのまま当てはめると混乱が生じる。急性期拠点はなるべく三次救急に特化したものを行うという機能を、みんなで保てるような棲み分けをする方向性を持つことが必要ではないか。(高度急性期)</p> <p>◆高齢者救急では複合疾患を持つ患者も多いため、総合診療が求められる。(高度急性期)</p> <p>◆急性期から回復期、在宅への流れは現状機能しているが、将来的には在宅や療養を担う人材不足により退院調整が困難になることを懸念。(回復期)</p> <p>◆救急搬送時の判断を円滑にするためにはACPの普及が重要であり、あわせて救急隊が判断するときの指標や仕組みがあると流れが改善すると考える。(慢性期)</p> <p>◆大学病院では下り搬送が進まず機能不全が日常化しており、本構想は有効と受け止めている。機能分担の情報共有と、経営面での配慮、ACPを含めた患者・家族への啓発が不可欠。(高度急性期)</p> <p>◆要介護高齢者でも三次救急が必要な場合があり、一律の振分けが課題。地域急性期の後方となるリハビリ・中長期入院との流れも含め、都の図は不十分と感じている。(急性期)</p> <p>◆救急搬送は医師会の救急搬送協議会を活用した地域ごとの調整が重要。回復期後は医療依存度が高い場合は慢性期、そうでない場合は超強化型老健を活用して在宅復帰を促す流れも有効。(回復期)</p> <p>◆高齢者救急・地域急性期から回復期リハへの流れが構想図から抜けている点に違和感。ACPIについては、かかりつけ医の要件として制度化してもよいのではないかと考える。(慢性期)</p>	<p>◆高齢者救急・地域急性期病院がどこまで対応するのが重要であり、特に高齢者手術をどの程度担うのが不明確。手術可否での振り分けでは現状と大きく変わらない印象。(高度急性期)</p> <p>◆都の図はよくできていると思うが、国や都から支援がない限りは、病院の機能分類は進まない。また、搬送を行う救急隊が適切に判断できるような情報提供が行われない限りこの図は成り立たない。(高度急性期)</p> <p>◆現状、区東北部では高齢者救急を複数病院で分担しており、比較的うまく回っている。急性期拠点病院をどのように位置づけるかが今後の課題。(急性期)</p> <p>◆高齢者の増加によって、医療需要は増えているにもかかわらず、理学療法士や作業療法士等の人材が不足しており、今後マンパワーが確保していけるのか懸念。(回復期)</p> <p>◆専門等機能は集中的なりハビリという位置づけになっているが、実際は急性期での治療が済んだにもかかわらず、独居等の理由により回復期に転院する患者も多く存在。マンパワーや転院の問題等もあり、今後集中的なりハビリを行っていけるのか懸念。(回復期)</p> <p>◆高齢者救急では中小病院ほど、病院ごとの得意分野に応じた役割分担が重要。また、救急隊との連携強化により三次救急の負担軽減につながる。(慢性期)</p> <p>◆高齢者救急については在宅や施設などの状況を把握しているかかりつけ医の存在を踏まえたトリアージが重要であり、上り・下り搬送を含めて救急隊を交えた連携の強化が必要。画一的な決め方では患者の受入れ先がなくなるおそれ。(東京都病院協会)</p> <p>◆精神科も今後地域医療構想に組み込まれることとなり、24時間入院に対応する病院の指定等が既に始まっている。(東京都病院協会)</p>	<p>◆東京では大学病院が三次救急、民間病院が二次救急を担う構造がある中、診療報酬改定により三次病院が二次まで担うことで救急の取合いが生じる懸念があり、東京独自の基準で急性期拠点の整理が必要ではないか。(高度急性期)</p> <p>◆小児・産科中心の病院は成人・高齢者中心の病院機能論とは前提が異なり、小児・産科については東京都全体で重症患者の受け皿を議論すべき。(急性期)</p> <p>◆二次は圏域内で対応可能だが、三次救急は区中央部等と合わせた整理と役割分担が重要。(急性期)</p> <p>◆救急車受入れが集中すると病院がすぐ満床となり転院先が確保できず、本来受けるべき重症患者が受けられなくなるため、役割分担と迅速な移動が可能なネットワーク構築が必要。(急性期)</p> <p>◆急性期に併設する少数の回復期病床で高齢者増加に対応できるか懸念がある一方、区内では回復期病床の整備が進んでいるため、連携を強化し対応していきたい。(回復期)</p> <p>◆回復期・地域包括病床を多く有するため後方支援を担えるが、機能が地域に十分認知されていないと感じる。各病院の得意分野を明確にすることが連携促進につながると考える。(回復期)</p> <p>◆療養病棟と地域包括表頭を有するが患者が他区に流れているが、院内で発生した患者を急性期に送ろうとしても受け入れてもらえない現状があるため、高度急性期病院には余裕を持った救急対応を求めたい。(慢性期)</p> <p>◆高齢者で軽症だが在宅療養が難しいケースが増え、代替搬送手段がないため救急に頼らざるを得ない現状。在宅についても機能分化を進めないと、メガ在宅のような重装備な在宅ばかりが増え、そういうところに地域の先生でも診られる慢性疾患の緩やかな患者を多く診られてしまい地域の受け皿が育たない。(地区医師会)</p>	

圏域	西多摩 (令和8年2月2日開催)	南多摩 (令和8年3月2日開催)	北多摩西部 (令和8年1月22日開催)	北多摩南部 (令和8年2月12日開催)
	<p>◆図で示していただいた振り分けの方向性は理解できるが、実際の救急現場では住民や救急隊がこの図式を意識できておらず、ACPや住民の受診行動の問題も含めて考える必要。(回復期)</p> <p>◆西多摩は人口減少による医療需要減少が著しく、今後は適正な病床数や病院数の議論を避けて通れない状況。一次・二次・三次の厳密な線引きは現実的に難しく、人口・医療需要が減少する中での連携や機能付けを考える議論が必要。(回復期)</p> <p>◆包括期病院として、上り・下り搬送をしっかりと受け止める役割を果たし、急性期を守るため訪問医療・在宅医療や外来診療も含めて地域医療を支えていきたい。(慢性期病院)</p> <p>◆地域内で病院が少ないため救急車を積極的に受け入れており、青梅総合の手前で患者を受け止める役割を担っている。一方で人手不足・赤字経営であるため、今後も補助をお願いしたい。(急性期)</p> <p>◆二次救急および下り搬送を担う意向はあるが、内科医不足が深刻・医師少数区域に西多摩地域を位置付けることで、医師の派遣がしやすくなると思うため、検討をお願いしたい。(急性期)</p> <p>◆西多摩は都内でも特殊な地域。高齢化率も全国平均を超え、働く人も減っていることもあり、都の図式よりかは、地方に沿って考える必要。(高度急性期)</p> <p>◆自院が一次から三次までを担わざるを得ない地域特性であり、受け入れる方針であるが、ベッド不足が問題となっているため下り搬送を強化する必要。現状では、搬送先の医師・看護師が不足しており、病床をフル稼働できていないため、東京都には医師・看護師が増えるような施策をお願いしたい。(高度急性期)</p>	<p>◆高齢者救急をどの病院で担うのかという点について、現場では選定が非常に難しい。救急車が「高齢者救急」と判断して、あらかじめ決められた病院に搬送できるのか、その基準や運用が見えにくい。現時点では具体像が漠然としていると感じている。(慢性期)</p> <p>◆高齢者救急における最初のトリアージは非常に難しい問題。一方、ACPを行い患者の意思が明確な場合、判断を行うことは可能。(高度急性期)</p> <p>◆高齢者救急は単純に年齢だけで区分できるものではなく、疾患の性質によって決まる部分が多い。また家族の意向もある。実際には、まず受け入れてから上り搬送・下り搬送を整理する対応を取らざるを得ないのではないか。(急性期)</p> <p>◆金銭的に厳しい患者の搬送が行えないというケースが増えた時の対応を懸念。在宅でも、お金がなく訪問診療に入れないという患者もいる。(地区医師会)</p> <p>◆南多摩医療圏は人口規模が大きいため、まずは高度急性期の拠点病院を明確に整理することが重要。また、5つの市それぞれの病院同士で、病院機能をどうするかを協議していく必要。(慢性期)</p> <p>◆単身高齢者の増加などの課題は自治体ごとに状況が異なる。市町村単位で会議体を設け、それぞれの実情に応じた検討を行うことが重要。(行政)</p> <p>◆今回示されたように、クリニックの手術実績なども含めて地域の医療供給を把握することは非常に重要。地域医療構想は需要と供給を考える場であり、病院同士が互いの機能を見ながら連携していくべき。(急性期)</p>	<p>◆「断らない救急」を続けているが、転院先(回復期・中長期入院先)の医師不足により出口が確保できず、北多摩西部の西側では受け皿の絶対数が不足。(高度急性期)</p> <p>◆生活破綻状態で救急搬送される患者への対応が現場任せになっており、東京都としての啓発や仕組みづくりが見えない点に課題。(高度急性期)</p> <p>◆救急応需率で評価される現行の仕組みでは、役割分担のために「断る」判断がしにくい。評価指標の見直しを東京都・東京消防庁で検討していただきたい。(高度急性期)</p> <p>◆急性期拠点病院を「30万人に1か所」とする考え方は理解できるが、がん手術や心カテなどまで含めてそれらの病院が担う数が不足する恐れ。(回復期)</p> <p>◆回復期と位置付けられていても、実態として急性期医療・手術を担ってきた病院があり、「オベをやめる」前提の整理には現場として納得できない。(回復期)</p> <p>◆急性期病院の経営は新規入院患者数と全身麻酔手術数に大きく依存しており、高齢者救急の役割分担を進めるなら、病院経営が成り立つ具体的指針が必要。(高度急性期)</p> <p>◆高度急性期以外の病院が通常医療や一定の手術を担ってきた実態があり、「制限する」議論に見える整理は現場感覚と乖離している。(急性期)</p> <p>◆救急搬送時は介護度ではなく病態で病院選定が行われており、上位病院が断った場合の患者の受け皿と出口設計が最重要課題。(急性期)</p>	<p>◆北多摩南部医療圏では競争ではなく協力・協働で地域医療を守る共通認識のもと、将来の地域医療提供体制の構築のためWGを重ねている。誤嚥性肺炎や骨折等の、地域で不足する医療ニーズを共有しながら下り搬送患者情報シート等の成果物を作成し、各医療機関の強みの可視化を踏まえて現場で実際に機能する連携へ移行しつつある。(東京都病院協会)</p> <p>◆高度急性期病院は入口機能を担う一方で高齢者救急の切り分けや下り搬送は単独では完結しないため、医療機関間の連携を前提とした共通の仕組みづくりが不可欠。(高度急性期)</p> <p>◆WGを通じて地域病院の事情を深く理解できたこと自体が成果であり、専門病院としての位置づけを新たな地域医療構想の中でどう整理するか継続して議論が必要。(高度急性期)</p> <p>◆高度急性期と急性期の中間的立場として地域の病院の強み・弱みを共有できた意義は大きく、今後も定期的な会合を通じて救急体制の連携強化を進めたい。(高度急性期)</p> <p>◆成果物の現場浸透が課題であり、連絡・調整体制の一本化が必要。(急性期)</p> <p>◆医療圏をまたぐ患者流入の実態を踏まえ医療圏の枠組み自体も柔軟に検討しつつ、情報共有プラットフォームが乱立しないよう東京都主導で整理してもらいたい。(急性期)</p> <p>◆「専門等機能」は地域急性期機能と一体運用しつつ、高齢者救急から在宅・慢性期までの多様な流れを想定した地域の受け皿設計が必要。(回復期)</p> <p>◆新たな医療機関機能が地域に認知されるまでに、経営が立ち行かなくなることを心配。今まで培ってきた地域の連携を併用しながら移行していく必要。(慢性期)</p>
圏域	北多摩北部 (令和8年2月13日開催)	島しょ (令和8年3月6日開催)		
	<p>◆超高齢者の三次救急搬送増でICUが逼迫しているため、高度急性期が不要な症例は早期に下り搬送するなど役割分担を進める必要。重症でも侵襲的治療を望まない高齢者を看取りも含めて受け継げる転院先が不足しており、パトタッチの在り方を整理すべき。(高度急性期)</p> <p>◆高齢者救急は軽症例も多く、一般救急病院がファーストタッチを担って必要時のみ上り搬送とする仕組みが重要。誤嚥性肺炎・尿路感染症など地域で対応可能な例は救急隊任せにせず搬送ルールを事前に定め、在宅復帰や施設入所まで見据えて地域包括ケア病棟等へつなぐ運用が重要。(慢性期)</p> <p>◆ACPが十分なら三次救急に搬送せずに済むケースが多く、住民理解も含め地域として普及に取り組む必要。急性期の長期入院によるADL低下を避けるため在宅医や施設との連携を深め、早期退院・早期リハを促し、「2.5次」的役割を果たしていきたい。(高度急性期)。</p> <p>◆慢性期の療養型医療の受け皿不足で急性期から在宅へ円滑に移れないケースがあるため、急性期で役割を終えた段階で早期に療養型へつなぐことが重要。(回復期)</p> <p>◆高齢者救急の適正な搬送と三次救急集中の回避には、かかりつけ医が元気なうちから患者・家族とACPを進めることが不可欠。(地区医師会)。</p> <p>◆三次救急に患者が集中しないよう二次救急病院の応需率を高める努力が重要。(高度急性期)</p>	<p>◆高齢者救急を含め急性期医療の受入れは行えているが、治療後に島内で在宅や施設に戻れないケースが増えている。特に医療依存度が高い高齢者では、島内での受け皿がなく、島外の療養先を探す必要が生じている。家族や親族がいない場合、施設調整や面談に時間を要し、調整が難航することも多い。急性期後の回復期・慢性期へのつなぎが現在の大きな課題。(大島医療センター)</p> <p>◆電子カルテ共有など、日常診療を安定して行うための支援の充実を求めている。(利島村国民健康保険診療所)</p> <p>◆医師以外の専門職を含めた人員不足が大きな課題。看護職の短期間の派遣制度はあるものの、1週間から数週間程度に限られている。数か月から1年程度の中長期的な人材支援があれば、診療体制の安定につながる。(新島村診療所)</p> <p>◆病床利用率が30%台と低迷しており、病床数のあり方自体を検討する必要があると認識。現時点で病床機能転換の具体的議論には至っていないが、今後の検討課題。(町立八丈病院)</p> <p>◆小笠原村では本土まで船で約24時間を要する地理的制約があり、治療後すぐに帰島することが難しい場合が多い。広尾病院で急性期治療を行った後、本土の台東病院でリハビリ等を実施し、その後帰島する三者連携の取り組みを行っている。(小笠原村)</p> <p>◆急性期病院として、島しょからの救急患者や重症患者の受入れに対応。急性期治療後は長期入院が難しく、早期に転院や退院先を検討する必要。島内に回復期・慢性期の受け皿がない場合、本土の病院へ転院せざるを得ず、結果として島への早期帰還が難しくなる。島側での施設や在宅を強化する体制構築も必要では。(東京都立広尾病院)</p>		