

第5章 関係団体等ヒアリング

1 ヒアリング調査の概要

(1) 調査目的

都内病院調査、都民意識調査、病院患者調査の結果分析に際して、関係団体等の専門家の意見を聴取し、定量情報と定性情報を組み合わせることで、調査全体の分析精度の向上を図るため、関係団体等ヒアリング調査を実施した。

(2) 調査対象

以下の関係団体等を対象にヒアリング調査を実施した。

- ・ 関係団体(東京都医師会)
- ・ 関係団体 (東京都病院協会)
- ・ 一般診療所(3 施設)
- ・ 在宅療養支援診療所(3 施設)
- ・ 介護施設(5 施設) (特別養護老人ホーム 3 施設、介護老人保健施設 1 施設、介護医療院 1 施設)
- ・ 介護・在宅医療の専門家(3 名)
- ・ 医療経済学の専門家(3 名)

(3) 調査時期

令和 7 (2025) 年 11 月 28 日～令和 8 (2026) 年 1 月 22 日

(4) 調査手法

対面又は WEB 会議によるヒアリング調査

2 ヒアリング調査結果

(1) 関係団体（東京都医師会）

■ 病病・病診連携の現状と課題

➤ 病病・病診連携に関する現状

◇ 新型コロナ以降、病診連携は発展し患者受入れは改善したが、救急は準夜帯などで困難な場合がある。病病・診診など同種連携や医療圏間の連携は不十分なケースがあり、医療圏間の連携にも課題があるため、圏域設定も機能別に最適化の検討が必要である。今後、かかりつけ医機能強化には診診連携の充実が不可欠だが十分に進んでいない。

◇ 電子カルテ共有や全国医療情報プラットフォームの普及は十分ではないため、東京総合医療ネットワーク等の普及が望まれる。退院時連携は、退院時連携シート等で情報連携を促進している地域もあるが、限定的である。また、退院時に介護が必要となった場合、退院時連携が滞るケースもあるため、対応策が必要である。

➤ 病病・病診連携に関する課題

◇ 病院と地域の医療機関・施設の間で情報共有が不足しており、急性期から回復期・慢性期への転退院時に患者の希望や主治医情報が十分共有されずに、もとの主治医ではない医療機関へ移る等のケースが見受けられる。

■ 医療と介護の連携の現状と課題

➤ 医療と介護の連携に関する現状

◇ 在宅医療と介護の連携基盤は整いつつあるが、ICT リテラシー不足やシステム統一の欠如により、病院と在宅医・ケアマネジャー・訪問看護師の情報共有や連携は十分ではない。

◇ 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホームなどの施設においては、施設ごとの制度上の制約等により、医療が十分に介入できない場合がある。また、看取り体制の整備も課題である。さらに、家族のサポートもなく、経済的困難も併せもつ患者をどのように支えていくかも大きな課題である。

■ 連携強化のための取組

➤ 病病・病診連携の強化に向けた取組

◇ 退院時カンファレンス、地域ケア会議への参加促進、ICT 活用推進による連携強化などに取り組んでいる。東京都の医療 DX 施策により、東京総合医療情報ネットワークも病院間で進んでいるが、費用面の課題もあり、診療所レベルではまだ十分に浸透していない。

◇ 医師会の非会員医師との連携や交流機会の不足を感じている。また、病診連携においては、診療所から病院に救急患者を引き継ぎたい場合、準夜帯で病院側のシフト入れ替えのタイミングの場合などで連携がスムーズに進まないことがあるため、今後の改善が必要と感じている。

■ 制度的支援の必要性

➤ 制度や政策の改善点

- ◇ 医療経営に関する補助については、病院だけでなく診療所を含めた医療機関全体への経営支援が必要と考える。
- ◇ 在宅医療推進強化事業で対応が進んでいるものの、引き続き、医師、看護師、介護人材の確保や、地域偏在、診療科偏在への対策が必要である。へき地対策も継続して取り組む必要がある。また、都全体では医師多数区域が多いものの、島しょ・西多摩では産科や小児科不足も深刻なので、医師数だけでなく機能を考慮した偏在対策が必要である。
- ◇ 医療連携に関して複数のシステムが存在するため、システム間の接続の使い勝手はよいとはいえない。これらシステムの構築・運営には東京都の補助が重要である。

➤ 医療費や人材に関する支援

- ◇ 相対的に医療・介護職の報酬が低いことによる医療・介護人材の不足を踏まえ、人件費をどのように捻出するかが重要な課題である。また、質も重要で、特に、ケアマネジャーが医師と円滑に意思疎通できるような研修の充実も重要と考える。全体として、研修制度の充実と適切な報酬制度が必要と考える。

■ 地域特性を踏まえた視点

➤ 地域特性に応じた課題

- ◇ 東京都は区部を中心に患者流動性が高く、地域完結型医療の実現が難しい側面があるため、今後の検討が必要である。一方、八王子市、大田区や品川区のように、医療提供体制に一定のまとまりがある地域であり、当該地域内で地域完結型医療の構築を進められる場合は、その地域の実状に合わせて進めることが望ましい。また、区部で各区に設置された保健所において、二次医療圏ごとの機能連携に結びついていない点は課題と感じる。

■ 患者の受療動向について

➤ 外来・入院診療における受療動向及び医療提供体制の検討における患者ニーズについて

- ◇ 入院受療率が増加していない理由は在宅医療が発達したことにある。しかし、今後、医療需要の高い要介護者が増加すると、介護人材等の減少に伴い、医療・介護両方を必要とする高齢者の受け皿不足が深刻化すると考えられ、新たな対応の検討が求められている。
- ◇ 長期処方が可能になったことも受療率の低下に影響している。コロナ禍において、患者は外来の受診頻度を減らすため、2～3 か月ごとに受診していたが、今後は毎月の受診を求められる可能性がある。これは、患者が受診することで診療報酬が発生し、医療機関の収入となる日本の医療制度に基づくものである。一方で、アメリカ等のような包括払い方式（サブスクリプション型）では、医師が必要十分なケアを考え、不必要な受診が減少することで、患者の受診負担減少と医療機関収入の安定につながる可能性が

あるため、日本でも医療制度自体を見直すことも検討すべき時期に来ているのではないか。

■ 近年の経営状況と経営課題

➤ 経営状況に関する課題

- ◇ ランニングコストの上昇に加えて、建設費高騰により病院・診療所・介護施設では建て替えや導入が困難となっている。

■ 医師会としての提言

➤ 連携強化のための提言

- ◇ 連携強化に向けて重要な点は教育である。医師だけでなく、患者のヘルスリテラシー向上が不可欠である。特に、医師については、治し支える医療の視点を踏まえ、患者本人だけでなく、家族や地域とのあり方を含めた教育が必要である。また、医学生に対しても、医師として望まれる人物像を示していく必要がある。これらに加えて、看護師や介護福祉士、ケアマネジャー等の介護関連職種も含めた人材育成が必要である。
- ◇ 医師会では、病院協会や都立病院機構と連携し、総合診療的な視点で医療に取り組める人材の育成を進めている。加えて、より早い段階から総合診療的な人材を育成していくという趣旨での検討も進めている。
- ◇ MCS（Medical Care Station）は医療情報全体を網羅できないため、電子カルテ連携や統一システムの検討が必要である。これらシステムの構築・運用に向けては、情報セキュリティの意識向上も重要である。また、コスト面では行政の協力も必要である。
- ◇ 医療者と患者でかかりつけ医の定義に差があり、コロナ禍でギャップが顕著化したため、患者が医療やかかりつけ医に何を期待しているかを把握することが必要である。
- ◇ 病院勤務医中心の働き方改革が推進される一方で、地域開業医は働き方改革の枠外で夜間対応などをする例も出てきているため、働き方改革と医療資源確保を両立するための制度設計が求められる。

(2) 関係団体（東京都病院協会）

■ 東京都内の医療提供体制の現状と課題

➤ 医療提供体制に関する現状及び医療需要の変化と課題

- ◇ 今後、医療人材の確保と連携がしっかり進めば、都内の病床数・医療施設数は十分であり、むしろ過剰な地域もある。今後は、医療機関で患者が来るのを待つのではなく、医療側が在宅や施設へ出向く姿勢が必要である。
- ◇ 医療提供体制の実現に向けて、人材確保が最も深刻な課題である。また、医療提供体制強化のためには、病院単独で対応できない部分が多いため、診療所や多職種との連携が不可欠である。介護や福祉の分野と医療の分野がより円滑に連携できる体制が必要である。

■ 病診連携の現状と課題

➤ 成功事例

- ◇ 地域連携において、病院と診療所の協力意識は高まっている。役割分担の明確化や、連携時の心理的なハードルを下げられている場合、診療所と病院の連携は非常にスムーズである。病院医師も医師会活動に参加するなどして、診療体制や専門分野の意見交換を行い、開業医と顔の見える関係を構築することが重要である。

➤ 課題

- ◇ かかりつけ医は患者が受けるべき医療を適切にコーディネートする役割を担うことで、医療資源を適切に利用し、患者・家族の負担増や医療費の無駄の回避に貢献できると考える。

■ 医療と介護の連携の現状と課題

➤ 医療と介護の連携に関する現状と課題

- ◇ ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の取組は今後非常に重要で、本人や家族の意向が十分に反映され、適切な医療が過不足なく提供されることが重要である。
- ◇ 見かけ上は在宅医療が増加しているように見えるが、実際には質が伴っていないケースもあると認識しており、今後の大きな課題と考えている。
- ◇ 在宅医療の質のばらつきが指摘されている。本来の在宅医療は経験を積んだ人材が求められる現場だが、必ずしも今の現場がそうっていない点は課題である。
- ◇ 効率性や収益性を重視する一部の介護事業者の増加により、小規模介護事業者が立ち行かなくなっているケースがあるため、このような流れの中で、長年の間、地域密着で患者・利用者を理解しながら取り組んできた事業者がいなくなることを懸念している。

■ 患者の受療動向について

➤ 外来・入院診療における受療動向及び医療提供体制の検討における患者ニーズについて

- ◇ 急性期病院の在院日数短縮と在宅移行が進む中、短期入院やレスパイト入

院による家族支援という役割も病院には必要である。また、大学病院等においては、地域のかかりつけ医とのコミュニケーションがないままに退院手続きが進み、別事業者による在宅医療が開始されてしまう事例もあるなど、地域との連携に課題があるケースもある。

- ◇ 高度医療機関が軽症高齢者で占有されると重症患者対応が困難になるため、高齢者救急と一般救急の分離や適材適所の役割分担が不可欠である。
- ◇ 東京都医師会は冊子や動画で医療崩壊防止を訴え、都民の医療リテラシー向上に取り組んでいる。

■ 病院経営の現状と課題

- 経営状況に関する現状、地域差や指定医療機関などの施設特性における課題、経営課題の具体化
 - ◇ 東京都の病院経営においては、物価・人件費高騰に診療報酬が対応せず、経営は厳しい状況である。特に、修繕費や人材確保に伴う紹介料負担なども重なり、東京都内の病院経営は非常に厳しい状況にある。
 - ◇ 地域医療提供は都道府県の責任であり、人口や地域特性に応じた施策が必要である。特に、病院の老朽化が進む東京都において、東京都が医療の質の向上や療養環境の改善に取り組むことは重要と考える。
 - ◇ 東京都医師会・病院協会の要望により東京都の地域医療確保緊急支援事業が実現したところであるが、高度医療施設と民間病院の役割明確化とともに、地域医療ネットワークの維持に向けて、各地域の現状を踏まえたきめ細かな医療政策の実施を期待する。

■ 医療従事者の人材確保と教育研修

- 人材確保の現状
 - ◇ 東京都では医師・看護師数は多いものの、美容医療や訪問看護など病院外への流出により、病院勤務者は増えていない。その結果、高額な手数料を要する有料職業紹介事業者を活用しながら、病院現場の人材を確保している状況である。
- 人材育成の教育研修
 - ◇ 東京都病院協会や東京都医師会は、これからの地域医療に欠かせない総合診療医育成プログラムに取り組んでいる。東京都の看護師確保事業では修学資金の貸与事業による資格取得支援も行っている。しかし、職業紹介事業者が看護学生の就業段階から介入する動きがあり、課題となっている。
- 特定技能外国人の活用
 - ◇ 病院における特定技能外国人の受入れは生活支援や教育負担が大きいため、病院等の現場任せではなく、東京都が支援するべきである。東京都の医療人材確保のために、看護学校や大学と連携していくことも必要である。

■ 医療制度や政策に関する提言

- 医療制度や政策の課題及び政策提言
 - ◇ 病院はそれぞれ得意分野や特色があり、区単位ではなく広域的視点で医療資源を活用すべきで、東京都全体で共通の情報共有ツールを整備し、機能

や空床状況をリアルタイムで把握できる仕組みが必要である。

- ◇ 東京都の二次医療圏は患者の実際の移動と合っていない。再編の検討が必要である。東京都病院協会としても、東京都の医療圏のあり方を検討し、提言していきたい。人材流出や地域包括医療ネットワークの崩壊を防ぐ仕組みが求められる。
- ◇ 地域医療構想調整会議を実効性のあるものにしていく必要がある。また、都立病院は行政的医療に特化し、大学病院は専門診療・研究・教育に注力すべきであり、それぞれが期待される役割を果たしていくべきである。
- ◇ 地域ごとに救急受入れを担う医療機関があり、適切な上り、下り搬送のハブになることで、今後高齢者救急が増えても東京都の救急体制は混乱せずスムーズになると考える。このような仕組みを作ることによって救急災害時の搬送にも応用できる。

(3) 一般診療所（3 施設）

■ 病診連携の現状と課題

➤ 病院との連携に関する現状

- ◇ 病院が経営改善のため患者受入れに積極的になっている一方で、下り搬送先病院との連携や情報共有に課題がある。病診連携のための情報共有の事例はあるが、診療所のシステムや患者の同意手続きに課題があり、十分に活用できていない状況である。
- ◇ 病院の連携室が整備され、問い合わせ窓口が明確になったことで、医療連携がスムーズになり、病診連携が改善している。
- ◇ 患者側の医療サービスの受け方は多様化している。コロナ禍をきっかけに24 時間対応のホームドクター型サービスが始まり、医師会もこうした事業者と連携する必要性が生じている。

➤ 患者の紹介における課題

- ◇ 高齢患者の増加に伴い、高齢患者の受入れが可能な紹介先診療科の選定や、転院先の情報共有に課題がある。病院と診療所の連携状況や、紹介先選定の工夫が必要である。
- ◇ 病院からクリニックに患者が戻る際、診療情報は共有されるが、受け取る側の知識によっては内容理解に不安があるため、カンファレンスやチャットで病院から補足説明が必要である。転院した患者の状況把握は難しい場合があるが、自院に関しては、ほとんどの患者について把握できている。
- ◇ 近年は患者数減少のため、急性期病院で救急患者の受入れがしやすくなっている一方、複数疾患や認知症等の患者は入院拒否されやすく、病院と診療所の顔の見える関係の構築や、医療従事者が働きやすい環境を整備した上での人員の確保が必要である。病院から診療所への紹介は、患者が病院とのつながりが途絶えることを不安視し断ることがある。また、症例数が少ない疾患では主治医が複数となり患者の不安要因となることも課題である。

■ 医療と介護の連携の現状と課題

➤ 介護施設や在宅医療との連携に関する現状

- ◇ 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅は、グループで各サービスを提供しており、利用者の囲い込みをしているように見えることもある。また、施設によっては、看取り対応の有無など、患者本位のサービスに課題が見られる。施設外の医師との情報共有も電話中心で、連携の仕組み強化が求められる。ケアマネジャーによる訪問看護や医師変更の判断に課題があり、人材不足や業務負担の大きさも問題となっている。医療への理解や質の向上、負担軽減策が必要と考えられる。
- ◇ 自院において、介護施設や新しい訪問看護ステーションとの連携は希薄になっている。また、認知症や要支援・要介護の患者では地域包括支援センターやケアマネジャーとの連携が十分でない場合がある。通院が途絶えた患者の状況把握が難しい。また、在宅医療を開始する際の入り口での相談体制がなく、在宅医療に踏み切れない患者が多い。

- ◇ 円滑な介護のため、ケアマネジャーとの情報共有が重要である。ケアマネジャーからの事前相談がないとケアプランに問題が生じる。
- 高齢者の増加に伴う影響
 - ◇ 在宅医療の継続か入院かの判断は、患者とその家族の状況により、非常に難しい。ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の実施や多職種連携の重要性が増しているが、家族の協力が得られにくいケースもあり、対応に課題がある。
 - ◇ 急激に身体機能が衰えた患者にはオンライン診療が有効だが、IT に不慣れた高齢者には利用が難しい。今後普及が進むため、国による IT 環境整備等のサービスがあるとよい。

■ 連携強化のための取組

- 病診連携の強化に向けた取組
 - ◇ 在宅医療の患者がオンライン診療を活用できれば安心感につながるが、高齢者には通信環境の準備が難しく、国による支援が必要と考えられる。
 - ◇ 電子カルテだけでは病診連携が難しいため、情報連携しやすいシステムや、高次医療機関への紹介相談窓口があるとよい。
 - ◇ 地域の医師が診療所で非常勤として勤務することで、顔の見える関係が構築できる。
- 医療と介護の連携強化に向けた取り組み
 - ◇ 医療と介護の連携にコミュニケーションツールが活用されているが、病院医師はセキュリティ上の理由で利用できない場合がある。介護施設のモニタリング機器は診断には使えず、情報共有や「気づき」には役立つものの、診断活用には課題がある。
 - ◇ 軽度認知症のある人の症状などを情報交換できるシステムが必要である。悪化前からの見守りが重要であり、適切なモニタリング体制の構築が求められる。在宅医療のニーズは高まっているが、抵抗感を持つ通院患者もあり、迷っている間に症状が悪化することもある。

■ 制度的支援の必要性

- 制度や政策の改善点
 - ◇ 診療報酬制度のもとでは、医療機関が収益確保のために高度医療サービスへの過剰投資を行う傾向にあり、地域全体での調整が必要である。医療機器や電子カルテの保守・更新費用への診療報酬の手当てがない点も課題である。
 - ◇ 地域連携に関する ICT の仕組み構築がなぜ進んでいないのか疑問である。人手不足が最大の課題であり、特に医療事務の確保が困難となっている。診療報酬制度の複雑さが採用の障壁となっている。ICT 活用や介護業界も含めた情報交換の場が必要だと感じる。
 - ◇ 質の高い医療を安定的に提供するためには、大型診療所の増加が望ましい。東京都では医療空白地帯が生じており、無医地区では高齢者の通院負担が大きい。地域ニーズに応じた柔軟な医療サービスの提供が必要である。

■ 地域特性を踏まえた視点

➤ 地域特性に応じた課題

- ◇ 小児科・産科の減少で医療提供が難しくなる地域が生じるため、東京都の支援が必要である。
- ◇ 再開発や在宅ワークの普及で外来患者が減少し、患者との関係も途切れがちになっている。また、小児患者のオンライン診療の普及を実感している。
- ◇ 診療所は専門医集団であるべきで、専門外の患者は適切に他の医療機関へ紹介する必要がある。

■ 患者の受療動向について

➤ 外来診療における受療動向について

- ◇ コロナ禍以降、受診控えや長期処方による受診頻度の低下が続いており、受診が必要な人が医療機関を受診しないことが増えている。
 - ◇ 長期薬剤処方の影響で外来患者が減少している。コロナ禍以降は区内在勤の患者が減少し、地域住民の受診が増加した。感染症受診をきっかけにかかりつけ医となり、退職時には近隣診療所に紹介するケースもある。外国人患者の診療の際には翻訳ツール等を活用して対応しているが、十分に説明内容が伝わっているか不安である。行政等が提供する外国人向け多言語説明資料を活用しているものの、同行者に通訳を頼ることも多い。
 - ◇ コロナ禍以降入院患者が減少した主な理由として、面会制限による入院への否定的な意見の増加、便利な新サービスの利用拡大、発熱患者と一般患者の診察場所の分離などが考えられる。
- ### ➤ 医療提供体制の検討における患者ニーズについて
- ◇ 地域医療構想では医療と介護の連携が重要なテーマとなる。特に中小規模の病院や診療所は介護との連携が大切である。
 - ◇ 診療所は縮小傾向でも、患者からの相談ニーズがあり、役割を変えつつ存続していくと考えられる。

■ 近年の経営状況と経営課題

➤ 経営課題の具体化

- ◇ 診療所は人手不足やコスト増、電子カルテ費用、人材定着の難しさなどの課題に直面しており、医師の業務負担も増加している。
- ◇ 患者数減少・物価高・人手不足は経営難につながる。夜間診療は人員確保が難しく、診療時間の変更は容易でないため、オンライン診療の導入も検討中である。
- ◇ 診療所における医師1人当たりの患者数、診療単価の両方が減少している。

■ 一般診療所としての提言

- ◇ 診療所は病院と役割分担し、外来患者の受入れを強化して病院の負担軽減を図ることが必要である。高齢者が通院困難な場合には在宅医療体制の整備や、患者の希望に応じた医療（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）の周知も重要である。

- ◇ 少子高齢化の中で、診療所が高齢者（特に介護度が低い方）とどのように関わり、関係性を深めていくかについて検討していきたい。
- ◇ 病院と診療所の職員交流が増えることが望ましく、自院では病院医師の受入れが病診連携につながっている。

(4) 在宅療養支援診療所（3 施設）

■ 在宅医療の現状と課題

➤ 訪問診療・往診に関する現状

- ◇ 高齢者医療の需要の増加により、終末期医療の在宅患者が増加している。訪問診療の医療ニーズの多様化により、医療行為が高度化している。他の医療機関と連携を図る際に、方針や施設規模の違い等によって情報共有に課題がある。診療報酬上、医療行為ができる職種、できない職種があり、タスク・シフト／シェアが進まない状況である。患者の家族が近くにいないことや、金銭面の問題等で治療方針を立てることが困難なケースもある。
- ◇ 訪問診療医は増えたが、専門のトレーニングを受けていない医師もあり、医療の質が担保できていない状況である。在宅医療の質を担保するためには経験や研修が必要である。居宅介護支援事業所の介護支援専門員が利用者（患者）の希望をうまく引き出せずに医師を選別・紹介している事例もある。
- ◇ 経済的な利益のために、経験の少ない若い医師が在宅医療に参入するケースが増えている。利益重視で夜間や土日対応はせず、自力で通院できる患者も対象としている医療機関があり、実態をチェックする仕組みがない状況である。ホスピスが増加し、看護師がアルバイトで雇用される等があり、医療の質の低下に懸念している。

■ 24 時間対応や緊急対応の実態と課題

➤ 24 時間対応の現状

- ◇ 24 時間対応を必要とする高齢者の救急への対応は増加しているが、医師の確保に課題がある。
- ◇ 患者は初見ではなくいつも診察している医師に診てもらう方が安心であり、常勤医師を増やすべきだと思う。
- ◇ 日中の診察で患者の状態を把握することで、夜間対応は月数回程度に留められている。東京都の助成金を利用し、オンコール代行業者を利用しており、週末に休暇を取得することもできている。

➤ 緊急時の入院受入れの課題

- ◇ 後方支援病院の確保も必要であるが、患者情報の連携や受入れ可能な医療機関を探すことに課題がある。
- ◇ 地域の医師同士が顔の見える関係を築けているかが、後方支援病院での受入れにつながる。

■ 多職種連携の現状と課題

➤ 多職種連携の現状

- ◇ 医療・介護機関間での情報共有は進めやすくなっている。
- ◇ 居宅介護支援事業所によっては、患者の意向がうまく反映されずにかかりつけ医を変更することになっているケースもあり、患者に不利益が生じている状況である。

◇ LINE 等のチャットツールは過去のやり取りを遡るのが難しく、使用を避けている。

➤ 多職種連携の課題

◇ ケアマネジャーによっては医療知識に差があり、情報共有の面で課題がある。

◇ 働き方改革の影響で、以前より看護師が患者のもとに到着するのに時間がかかっている印象がある。

■ 地域医療連携の現状と課題

➤ 地域包括ケアシステムとの連携

◇ 東京都は医療資源が豊富であるがゆえに、医療機関同士の競合も激しいことから、在宅患者を自院で確保するため、医療機関間での患者情報が共有されないケースもある。

◇ 事業所によっては、地域連携室等の職員が頻繁に入れ替わるため、情報共有（例えば、自院からの紹介患者について進捗を問い合わせる、連携室を訪問するなど）や連携体制を構築しないと、患者が退院後に戻ってこられない状況となる。

◇ 地域包括支援センターとの連携に課題があり、支援を必要としている人に対してセンターの訪問が進んでいないようである。

➤ 地域医療連携の課題

◇ 医療機関と多職種間の連携では、それぞれの求める情報が異なっているという課題がある。

➤ 地域特性に応じた課題

◇ 24 時間の医療サービスを提供するためには、在支診のネットワーク化が重要である。コロナ禍に東京都からの補助金で市区町村単位の 24 時間の支援体制を構築したが、今後は診療報酬で対応できるようにするか、補助事業を継続するかなど、国、自治体で検討する必要がある。

■ 経営状況と経営課題

➤ 経営状況の現状

◇ 診療報酬単位は改定の度に圧縮されており、電子カルテ等の間接的な支出も増えている。24 時間運営をするための人員確保のコストもかかる状況である。

◇ 在宅ビジネスの増加により利益は減少している。小児在宅等、地域特性やニーズに合わせた対応が必要である。

◇ 収益は徐々に増えているが、人件費等も増えている。

■ 技術革新と情報共有

➤ 技術革新の活用

◇ 多職種との情報連携のためのシステムを導入している。一方、DX ツールを導入すると医師が管理しなければならず、負担につながることもある。

◇ MCS（Medical Care Station）で多職種との情報共有をしているが、情報の

仕分けがされておらず、負担がある。

◇ 診察中の会話等を録音し、そのデータからカルテを作成している。

■ 患者の受療動向について

➤ 外来診療における受療動向について

◇ コロナ禍により病院の外来の受診率は下がったが、在宅診療は高いニーズがあり、在宅で急性期医療を提供している医師もいる。

◇ 自院でコロナに感染した患者は多くはなかった。

➤ 医療提供体制の検討における患者ニーズについて

◇ 在宅診療は医療介入度、重症度の高い患者が多いため、長期処方患者は少ない傾向がある。

◇ クリニックによっては診療報酬の改定により患者数に影響が出ているようであるが、患者のニーズは信用できる医師に診察してもらうことにある。

◇ 自院の医療資源の限界により、患者の希望に応えられないケースもある。

■ 制度的支援の必要性

➤ 制度や政策の改善点

◇ 最近では医療 DX・制度改正が進められ、システムの構築など医療外支出の負担が増加している。医療機関の運営上も大きな負担となっているため、運営補助が必要である。電子カルテについても同様に運営上負担となっている。これらの社会保障上必要なシステムについては、公的な支援、あるいは公的機関がシステム構築して医療機関に無償で提供し利用できるようにするなどの必要がある。また、人材不足もある中、業務効率を上げるためにも、職種間でタスク・シフトできるよう規制改革を進めていただきたい。

◇ 医療費が減ることで、医療界では競争が生じ始めている。医療費の確保と適材適所への医療費の分配が必要である。

◇ 十分な教育を受けていない医師がモラルに反する行為をしている場合があり、それを確認できる制度が必要である。

■ 在支診としての提言

➤ 現場からの提言

◇ 24 時間医療提供体制の構築に向けて必要なことは、地区医師会レベルでの 24 時間の診療提供体制・ネットワークの構築が重要である。また、東京には多くの医療資源があることから、これらの医療資源を活用することが必要である。

◇ 若い医師が経済的利益のみを重視することに懸念がある。

■ その他

◇ ホスピス型住宅の施設の在り方と連携について国として検討する必要があると思う。

(5) 介護施設（特別養護老人ホーム3施設）

■ 医療と介護の連携の現状と課題

➤ 医療と介護の連携に関する現状

- ◇ 医療機関との連携が最も必要な場面は、新規入所時、急変時の医療機関の受診、入院から施設に戻る際である。協力医療機関は近隣で検討しているが、費用もかかるため複数の医療機関と連携することは難しく、他の医療機関で受診することもある。医療と介護の連携が進むことは、入居者にとっては安心感につながる。
- ◇ 看取りについても医療機関との連携が必要である。医療機関が介護施設で可能な医療行為の範囲を理解していない場合に課題を感じる。介護施設での医療的ケアは難しいため、受入困難と判断された患者の退院先を見つけることに課題がある。病院の医師・看護師・ソーシャルワーカーと顔を合わせて打ち合わせをすることで、スムーズな連携につながる。
- ◇ 協力医療機関とは入居者のリストの共有、毎月の会議を実施している。急性期病院からの新規紹介はほとんどないが、生活保護等の社会的背景がある方を受け入れる場合がある。

➤ 医療と介護の連携における課題

- ◇ 介護施設と医療機関で認識にズレがあり、共通情報シート等で共通認識を持てるとスムーズである。入院前と医療レベルが大きく変わっている場合、当該退院患者の受入れは難しくなることがある。協力医療機関が夜間・休日診療に対応していないこと、医師が多忙で連携のための調整に時間がかかることに負担を感じている。医師が多忙のため、医療と介護の連携強化に向けた改革は難しいが、情報共有により共通認識が持てるとよいと考える。
 - ◇ 介護施設側で作成しているカルテを診療情報提供書の形式で医療機関とデータ連携できるシステムが有効だと思う。急変対応が介護職員には負担であり、特に夜間の看護師不在の際、入居者の状態を介護職員から看護師へ正確に伝えることに課題がある。行政と医師会がプラットフォームを作成し、平時から連携をとれるとよいと考える。訪問看護や中小病院を介し、医療と介護をつなぐ仕組みや病院と訪問診療所の医師が連携できる打ち合わせの機会があるとよいと思う。
 - ◇ 協力医療機関であるものの積極的な連携ができていない医療機関があることは課題である。医療機関を受診する際に、相談員が介助することに負担を感じる。病院と介護の連携の際には相談員が間に入るのではなく、専門職が直接やり取りをする方がスムーズであると思う。医師との連携の際には顔の見える関係を構築できるような支援が必要である。
- #### ➤ 入居者の医療ニーズの変化
- ◇ 入居条件が要介護3以上となったことで、入居者が重度化し入院も増え、入退所の回転が速くなった。医療ニーズの高い入居者の付き添いや夜間対応で、介護職員の負担が増えている。
 - ◇ ケアに対する認識について病院との温度差があり、医療的に重度な方をどのように受け入れるかが課題である。介護職員に喀痰吸引研修等も実施し

ているが、急変時は医師の診断・処置が必要である。協力医療機関であっても満床の場合等は受入れを断られる場合もある。介護施設における往診が機能するよう整理いただきたい。

- ◇ 当施設では積極的に治療を望む方の受入れはしておらず、医療ニーズの変化による負担は感じていない。認知症のある人の行動・心理症状は現場の負担につながっている。

➤ 医療ニーズへの対応策

- ◇ 緊急時には施設長又は管理職が対応を判断しているが、医療職が多い方が精神的負担も減る。認定特定行為が可能な介護職が増えることで、医療ニーズの高い入居者への対応に対する精神的負担の軽減につながる。
- ◇ 24 時間対応可能な看護師を確保することが難しく、介護職員も可能な処置に制限があるため、医療ニーズへの対応は難しい。

■ 看取りケアの現状と課題

- ◇ 看取りの対応はケアの必要性が高く、家族対応も負担となるため、受入れに制限を設けている。
- ◇ 看取りは積極的に受け入れているが、病院との連携に課題がある。家族と施設の看取りに関する要望を医師に伝えることが必要である。医療機関にも看取りについて理解を深めていただきたい。
- ◇ 患者と家族にメリット・デメリットを説明するため、施設の担当者が退院前カンファレンスに参加し、在宅、特養、療養型の説明をしている。

■ 重度要介護者への対応

- ◇ 急変や病状の悪化、食事介助、移動等の全ての面で負担は増加している。
- ◇ 入居条件が重度要介護となったため、職員の負担は増加している。研修も増加しており、重度要介護者のケア、医療に関する勉強も必要である。
- ◇ 入居者の体格によっては移乗の対応に苦慮する場合がある。認知症のある人の行動・心理症状についても対応に苦慮している。

■ 入居者の生活の質向上

- ◇ 近年では集団でのレクリエーションは実施しておらず、休日等に外出するなど、「普通の生活」の提供を推進しており、結果的に職員の負担も軽減された。

■ 多職種連携の現状と課題

➤ 多職種連携の現状

- ◇ 薬剤師、ケアマネジャー、老健との連携はできている。しかし、特養への早い入居を望む家族の意向に対して、老健や病院での対応が進まないことで、当施設が病床を空けて待機せざるを得ないことがあり、当施設の経営に影響することがある。地域ケア会議等の多職種の集まりには参加し、顔の見える関係を築いている。

- ◇ 病院の医師との連携の際、看護師を窓口とすることが多いが、ケアマネジャーも医療知識等を勉強し積極的に連携が取れるとスムーズであると思う。施設の特徴や提供医療水準の観点から、受入れの限界があることについて、医療機関には理解いただきたい。医療機関の医師や看護師が施設内を見学し、介護施設の医務室で対応可能な医療の範囲を知っていただきたいと思う。
- ◇ 多職種が集う合同研修会で、顔の見える関係を構築している。地域の薬局に薬のセット等の業務を委託しており、看護師の負担軽減につながっている。嘱託医は日頃から連携している医師に依頼しており、顔の見える関係を構築している。

■ 地域医療連携の現状と課題

➤ 地域包括ケアシステムとの連携

- ◇ 在宅が限界となった方の受入れは特養が果たすべき役割である。緊急ショート受入れや生活困窮者等の受入れも行っている。
- ◇ 医療機関と介護施設で日頃から顔の見える関係を構築することで、ミスマッチは減らせると思う。

➤ 地域特性に応じた課題

- ◇ 協力医療機関が救急指定外で、特にコロナ禍では夜間休日に受入先が見つからないことがあった。感染症発生時の受入体制を整えていただきたい。
- ◇ 地域内に連携可能な医療機関が1つのみの場合もある。病院の負担軽減のため、依頼方法、書式、連絡方法を統一した方がよいと思う。
- ◇ 地域によっては医療資源に差があり、往診対応可能な医師や訪問看護師が少ないため、在宅看取りが難しい地域がある。

■ 経営状況と経営課題

➤ 経営状況の現状

- ◇ 物価高騰の影響が最も大きい状況である。医療レベルの高い方の入居が増加したことで、入れ替わりが激しくなり、稼働を保つことが困難な状況である。
- ◇ ICT 機器の導入を進めたいが、補助金に加え自己負担も必要である。看護師や介護職員も人材確保が困難であり、オンコールの外注や外国人職員に頼っている。協力医療機関や嘱託医との契約で契約料を支払うが、医療機関や施設によって金額が異なる。医療機関によっては金額に見合った対応をしてもらえないことがあり、不満が生じる場合もある。
- ◇ コロナ禍で離れた入居者が回復していない状況である。入居者の歯科検診等を実施し、入院等で施設に空きが出ないよう工夫している。

➤ 経営課題の具体化

- ◇ 医療機関が入居者を退院させない場合があり、その場合、経営にも影響が出る。
- ◇ 介護職の確保と人件費の高騰が課題である。特に人材紹介会社の利用は紹介料が高額なため経営を圧迫する要因となる。

■ 技術革新と情報共有

➤ 技術革新の活用

- ◇ 入居者情報のデータ化が進んでいる。介護ロボットはコストや準備の負担があり、検討の上、試用するところである。訪問歯科はICTを活用しており、治療写真の共有により、経過の把握ができています。一方で、内科や協力医療機関の医師は同様の連携は難しい状況である。コロナ禍では会議や面会にZoomを活用していたが、現在は可能な限り対面で実施している。医療機関との連携において、オンライン上で医師の判断を仰ぐ等の取組はしていない。
- ◇ オンライン上で患者の画像やバイタル等の確認や、死亡診断書の作成ができれば、医師と介護施設の負担軽減につながる。
- ◇ 会議録の作成にAIを活用しており、ICTは必須である。

➤ 情報共有の課題

- ◇ 医療情報の共有範囲は医療機関が判断するため、医療機関が情報共有ツールに介護施設を招待する形となっており、介護施設主導では関わっていない部分がある。
- ◇ 患者のモニタリングには、転倒センサー等のモニタリングシステムを導入しているが、いずれもシステム頼みになってしまう面があるため、そうではなく、自分からコミュニケーションをして情報を取りに行くという意識づけが重要である。

(6) 介護施設（介護老人保健施設 1 施設）

■ 医療と介護の連携の現状と課題

➤ 医療と介護の連携に関する現状

- ◇ 医療法人の老健施設は診療所や病院が併設されていることが多いため、連携時の課題は少ない。医療ニーズの限度を超える方は基本的に入所することはないため、医療ニーズの急増における変化は感じていない。日頃のケアや併設の診療所での受診により、入居者の生活の質に変化は生じていない。

➤ 医療と介護の連携における課題

- ◇ 退院時に必要医療水準が上がっていると老健では受入困難であり、老健の医療体制の水準を上げる必要がある。特養等、医師が常駐していない施設の場合、情報提供が希薄になりがちである。高齢者の入院の場合、病院側が元々の認知機能低下等に対応できないことがある。一方、入院中に他疾病を併発し施設に戻れない場合もある。
- ◇ 夜間に受入れ可能な病院を探すことが困難である。また、緊急搬送時に介護施設側から提供できる情報が限られていることに懸念がある。外部の医療機関と医療的なやり取りをする際には、看護師が担当することでスムーズに進んでいる。介護職員の医療的知識を引き上げるための研修が有効である。

➤ 入居者の医療ニーズの変化

- ◇ コロナ禍前後で受入れに関して大きな変化はない。認知症が重度の場合は、治療や薬で症状が落ち着いてからの入居としている。在宅酸素療法利用者の方については、酸素ボンベの用意にコストがかかるため、老健では受入人数や期間に制限を設ける場合が多い。

➤ 医療ニーズへの対応策

- ◇ 看護師を多く配置したいが、人手不足や人件費等があり、思うように増員できない状況である。介護職においては外国人の採用が増加しているが、コミュニケーション等に課題が発生すると懸念している。

■ リハビリテーションの提供状況

- ◇ 認知症のある人への短期集中リハビリテーションに力を入れているが、人手不足という課題もある。勤務先として老健を希望するセラピストが少ない状況である。入院していた医療機関と定期的にリハビリ計画のブラッシュアップはしていないが、協力医療機関と月に1回会議をしており、患者の状況をフィードバックしている。

■ 在宅復帰支援の現状と課題

- ◇ 東京都は独居や家族介護が希薄な高齢者が多く、在宅復帰できないケースが多々ある。家族によるトイレ自立の希望が、在宅復帰を妨げる要因となることもある。老健としては在宅復帰可能と判断しても、家族が在宅復帰を受け入れられないケースが増えているため、他施設の見学や他施設との受入調整まで対応することもある。訪問看護や往診でのフォローアップは

週に1回程度となるため、家族の不安感は大いようである。ヘルパーの人材不足により訪問介護も難しい状況である。

■ 多職種連携の現状と課題

➤ 多職種連携の現状

◇ 多職種の集まるカンファレンスを開催し、顔の見える関係性で情報共有をすることが重要である。

➤ 多職種連携の課題

◇ カンファレンスに不参加の職員の情報共有が曖昧であることが課題であり、カンファレンス内容の送付等で対応している。

■ 地域医療連携の現状と課題

➤ 地域包括ケアシステムとの連携

◇ 訪問介護事業所の代わりに老健のスタッフが在宅復帰の手助けができると、老健として地域に貢献できると思う。

➤ 地域特性に応じた課題

◇ 当地域がリハビリ活動に活発であるため、老健がフレイル予防、運動指導、栄養指導に協力できるとよいと思う。

■ 経営状況と経営課題

➤ 経営課題の具体化

◇ 利用者の確保が難しいことが課題であり、急性期病院や回復期病院を退院する方であっても、老健側で病状が安定していないと判断し受入れを見送らざるを得ない場合がある。

■ 技術革新と情報共有

➤ 技術革新の活用

◇ MCS（Medical Care Station）で医師会や協力医療機関へ書類の提出や会議の実施が可能である。

➤ 情報共有の課題

◇ MCS（Medical Care Station）と類似のプラットフォームが多くあり、施設によって利用しているものが異なることが課題である。

■ 介護保険制度全般・その他の課題

◇ 物価高騰が進むが、価格転嫁ができない点に懸念がある。人材の確保や質のよいケアの提供に向けて、基本報酬で老健の収入が上がるとよいと思う。介護職員だけでなく看護師等を含めた全体の賃金を上げる必要があると思う。

(7) 介護施設（介護医療院 1 施設）

■ 医療と介護の連携の現状と課題

➤ 医療と介護の連携に関する現状

- ◇ 入居者の急変時に他病院へ転院するケースはほとんどなく、退院時は死亡退院や自宅、特別養護老人ホームへの転出である。

➤ 医療と介護の連携における課題

- ◇ 患者や家族に対して、介護医療院の役割や機能、医療保険と介護保険の違い等の説明がされておらず、受入時に時間を要している。入院を要しない高齢者を介護へつなぐ仕組みが必要である。また、介護職の人手不足も課題であり、外国人職員やスポットワークを活用している。DX 技術の活用も検討しているが、業務を効率化しても、施設基準のため、職員数の削減はできない。医療と介護は立場が異なるため、連携時に情報が足りないケースがある。当地区では医療・介護の連携のため情報共有ツールを作成した。

➤ 入居者の医療ニーズの変化

- ◇ 介護医療院では高度な医療のニーズの増大は感じていない。むしろ、痛みや苦しみを緩和するニーズが高まっていると思う。認知症で興奮状態が強い方の対応に課題があり、職員数が足りず、精神科へ転院となる場合もある。当院では傾聴ボランティアに協力いただき、認知症のある人の不安を落ち着かせている。

■ 医療的ケアの提供状況

- ◇ 他院では医療的ケアが必要となった場合の転院先の選定に苦慮しているようである。

■ 看取りケアと長期入居者への対応

- ◇ 特養と比べ、サービス・レクリエーションが充実していないが、人員や報酬の観点から対応は難しい。

■ 多職種連携の現状と課題

➤ 多職種連携の課題

- ◇ 病院と介護医療院のそれぞれが必要とする情報の認識に不一致があり、提供される情報が相手方にとって不十分な場合がある。

■ 地域医療連携の現状と課題

➤ 地域包括ケアシステムとの連携

- ◇ 地域の高齢者の医療ニーズの変化により、療養病床や介護医療院での受入希望が増加している。

➤ 地域特性に応じた課題

- ◇ 治療の選択の自由や金銭的な理由から、入院よりも在宅を選ぶ方が増えており、その結果として独居の高齢者が増加している。

■ 経営状況と経営課題

➤ 経営状況の現状

- ◇ 人材流出により採用コストが増えており、光熱費等の費用も増加している状況である。

■ 技術革新と情報共有

➤ 技術革新の活用

- ◇ 訪問介護の情報まで含めた電子カルテ情報の共有や AI によるサマリ作成は有用であるが、いずれも高額である点が問題である。

■ 介護保険制度全般・その他の課題

- ◇ 介護施設には医療的ケアが足りていないことが課題である。改善されれば、救急搬送の減少につながると思う。ナースコール機能や転倒時のアラート、脈拍等の常時測定が可能なスマートウォッチは有用であると思う。

(8) 介護・在宅医療の専門家（3名）

■ 在宅医療の現状と課題

➤ 現状把握

- ◇ 独居の高齢者の増加や家族の介護経験不足等により在宅の介護力が変化している。在宅医療の対象患者のニーズについて、特に超高齢者の在宅ニーズが増えており、そのため多疾患併存で複雑な症状を抱えた患者が増えていいる。しかし、供給側（往診する医師）の対応が追い付いていない。在宅医療は比較困難なサービスであるため、質の悪い在宅医療が淘汰されない面もある。
- ◇ 在宅医療のニーズは増加傾向にあり、都市部では在宅医療を専門に行う医療機関が増加している。一方で、ケアマネジャー等が、訪問診療を行っている一般診療所主治医の了承なく、在宅医療専門の医療機関に担当医を変更させているケースがあり、一般診療所医師の在宅医療へのモチベーションを下げる原因ともなっている。今後、寝たきりの患者が増加することが見込まれるため、コロナ禍における地域の医療機関連携による 24 時間の往診対応で培った体制を活かせるような体制整備が必要である。令和 5 年度より東京都は「在宅医療推進強化事業」を 3 か年事業で展開し、体制充実を図る自治体を補助している。令和 8 年度からは「区市町村在宅療養推進事業」として継続する。ただし、東京都の中でも西多摩は医療資源の密度が低く広域であり、基礎自治体単位で在宅医療を充足させることは難しい。さらに、島しょ部においては既存の医療資源でできることは限られており、今後、同じ都民への医療提供として過不足ない体制を整備する必要がある。
- ◇ 全体的な現状として、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等の在宅医療の提供者が増加している。一方、在宅医療の提供者が増加する中、在宅医療の質に大きなばらつきが生じている。加えて、在宅医療の療養場所として、自宅が選ばれにくくなっている。具体的には、「小規模多機能型居宅介護」や「定期巡回・臨時対応型訪問介護看護」等の地域密着型サービスの増加により、在宅医療を支える仕組みは充実しつつあるが、家賃が安価である等の理由でホスピス型住宅の利用が広がりつつある。

➤ 課題の具体化

- ◇ 看護師やヘルパーの人材不足が深刻である。在宅医療を実施する医師は増えているが質は低下している。一般外来は減少傾向にあり、病院にアクセスしづらい高齢患者の訪問診療が増えている。
- ◇ 今後ますます深化する東京都の超高齢社会において、良質な在宅医療提供を持続させるためには、地域医療、総合医療を目指す若い医師の育成が必要である。また、繰り返しとなるが、地域の医師同士の同職種連携が重要である。
- ◇ 介護の質は年々上がっており、日本のケアのレベルは高い状況である。スキル不足の医師が在宅医療を提供しているケースがある。医師とその他専門職と対等なコミュニケーションが取りづらいという問題もある。病状急変の頻度を減らし、医療への依存度を下げることが重要である。国、学会、医師会等で在宅医療の質に関する基準を定めるべきである。

■ 医療と介護の連携の現状と課題

➤ 医療と介護の連携の現状

◇ 多職種連携の話し合いの場に参加しない事業者との連携に課題がある。例えば、訪問介護事業所に併設された居宅介護支援事業所では、併設された事業所のヘルパーだけを使ったり、また、ホスピス型住宅の場合は自施設の看護師だけで対応したり、他からの介入を好まないケースがあるため、連携が進まない面がある。そういった事業所の質は相対的に低いこともあり、どう対応するかが課題である。

◇ 東京はリソースが多くあるため、多職種との顔の見える関係を構築することに苦慮している。

➤ 課題の具体化

◇ ケアマネジャーと医師の連携に苦慮している。介護保険の範囲で解決できない複雑な事例も増えている。ケアマネジャーと医師が直接話し合える場を作ることが必要である。

◇ 質を評価するモニタリングシステムと見える化が必要である。2040 年に向けて、地域の医療機関同士の連携が重要である。

◇ サービス付き高齢者住宅や介護付き有料老人ホームが増設されているが、提供される医療や看護の質が担保されておらず、在宅扱いとなるために地域から見えないという課題がある。特養では医療ニーズの高い方が入居する傾向にあるが、配置医師の役割が十分機能していないという課題がある。

■ 在宅医療の提供体制

➤ 訪問診療の現状

◇ 24 時間対応や制度が増えることによりペーパーワークに負担がある。AI の活用等の支援が必要である。

◇ 訪問診療の移動コストの最小化、カルテの電子化及びリアルタイムで確認できることが重要である。多職種との患者情報の共有の際には、なぜ共有が必要なのかという観点での記録が重要であり、必要な情報を収集するために労力を要する場合もある。

➤ 24 時間対応の体制

◇ 夜間は外部委託することで、昼間の業務に集中できるが、情報共有のタイムリーさに欠けることもある。タイムリーな情報共有や主治医と連絡がとれる体制を築くことが必要である。

◇ 夜間対応の医師を別途確保し、常勤医が夜間対応をしない体制としている。日頃から急変しないようなケア、リスクを考慮した体制整備の必要がある。

➤ 患者の医療ニーズ

◇ 絶対的な量の増加、特に認知症へのニーズが増えている。医師の総合診療の技量が追いついていないことが課題である。

◇ 事前指示（リビングウィル）について考える時間の確保、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）をどのように定着させるかが課題である。

➤ 家族の支援

- ◇ 普段は患者と関わりを持っていない家族が、患者本人の意向に沿わずに口だけ出すなど、医療・健康に関するリテラシーの低い家族が増えており、対応に苦慮している。家族の支援の必要性や関連する制度については国民の啓発が重要とされているが、我々ができることは経験談を話す等のささいなことに留まるため、関心がない人はそもそも注目せず、課題と考える。
- ◇ 入院による身体・認知機能の低下により、家族が対応に苦慮し、再入院となるケースがある。退院後及び今後起こりうる状況、それに対応するための知識の提供、医療ソーシャルワーカーの支援が必要である。

■ 地域医療連携の現状と課題

➤ 地域包括ケアシステムとの連携

- ◇ 在宅医療の医師が包括ケアシステムへ積極的に関与することが必要である。外来通院の患者が急性疾患の際に救急車を呼ぶ方法しかないことが課題である。末期癌や高齢者の患者の場合、本人の意向が反映されず、ホスピス住宅へ転院している場合が多くある。
- ◇ 患者を中心に多職種が平等に意見を言い合える関係を築くことが重要であるが、同じ言語、同じ目線、同じ目標でつながることができない等、コミュニケーションの点で課題がある。地域包括ケアシステム構築に向けた地域の多職種連携、ネットワークづくりがより重要である。

➤ 地域特性の影響

- ◇ 病態を正確に把握し、患者や家族へ積極的に関与することが医師の役割である。

➤ 人材確保の現状

- ◇ 医師も看護師も人材紹介業者に頼っており、質が追い付いていないことが課題である。
- ◇ 都市部においては、在宅医療に参入する若い非常勤医師が増えていると思われるが、質の面で課題がある。主治医として責任を持って、包括的、継続的な医療を提供できる医師の育成が必要である。また、同じ地域で活躍する「在宅医療を行う1人開業医」「在宅医療専門の医療機関」との連携も進めるべきである。これによって、他の職種が介入した主治医の変更という前述した課題にも対応できると考える。

➤ 教育研修の充実

- ◇ 医師や看護師の研修会等があるが、出席していない方の質の向上に課題がある。専門医認定の普及や診療の中身の監査等によって、質の向上の取組が必要である。

■ 技術革新と情報共有

➤ 技術革新の活用

- ◇ AIが組み込まれているカルテを診療に使用することが理想的である。
- ◇ 医療介護連携用 SNS が普及している。医療過疎地や非常時に向け、オンライン診療を普及させる必要がある。

- ◇ 診療機器の小型化、遠隔モニタリングにより診療の質を上げることができる。クラウドを通じて各専門医の助言・指示を得ることで、質の高い診断が可能である。

➤ 情報共有の課題

- ◇ 都市部は直接通院する方が早いため、在宅医療の活用方法の模索が続いている。紹介元・先の医療機関でカルテ情報を閲覧できるようになることが理想である。
- ◇ ベンダーが多く互換性がないため、電子カルテの情報を共有することに課題がある。国が標準化されたシステムを構築し、様々な医療介護データを一元化し、そのデータを基に医療計画や地域医療構想、基礎自治体ごとの包括ケアを構築していく必要がある。

■ 患者の受療動向について

➤ 在宅診療における受療動向について

- ◇ コロナ禍で在宅診療は増えたが、終息後は入院志向である。
- ◇ コロナ禍後も入院や外来の受療率は低下傾向にある。
- ◇ コロナ禍後は病院での入院や通院を避ける方が増加している印象である。
- ◇ コロナ禍前後で入院、在宅医療の大きな変化はないが、在宅医療の認知度は上がっている。日本は入院の閾値が低く、在宅でのケア能力が育まれていないことが課題である。在宅医療による負担を軽減できるような体制を整える必要がある。

➤ 医療提供体制の検討における患者ニーズについて

- ◇ 入院は患者の家族や病院が決める傾向にある。今後、入院及び在宅で診るべき患者像を明確にする必要がある。
- ◇ 多くの患者の家族は、患者の尊厳を守りたい意向や認知症が進むことへの懸念等があり、長期の入院加療を避けているようである。地域医療構想調整会議では今年度より在宅医療や地域連携を検討課題に据えているが、東京都での議論はあまり進展していない。

■ 在宅医療の発展に向けた提言

➤ 現場からの提言

- ◇ 在宅における救急体制について、プライマリケアレベルの救急の普及が必要である。入院の必要がない患者を入院させない体制を地域で作るのが大事である。

➤ 政策や制度への提言

- ◇ 入院の必要がない患者へのプライマリ救急の充実が優先である。
- ◇ 総合診療医、家庭医を育成すると同時に、既存の医療資源が多い東京都では、地域の医療機関連携によって、面としての「かかりつけ医機能」を完結できるような医療機関の連携体制が求められる。

■ その他

- ◇ 平時のみならず、大規模災害等の非常事態にも対応できる地域連携を構築する必要がある。

(9) 医療経済学の専門家（3名）

■ 受療率推計に係る医療経済学の視点

➤ 受療率の変化を測定・評価する際の重要な視点・指標等

- ◇ 受療率は季節性などを考慮しない限定的な指標であり、需要・供給要因の影響を見極める必要があるものの、経年的なトレンド把握には有用である。
- ◇ 受療率の上昇・下降は理由の把握が重要で、人口構成や高齢者の活動量変化、コホートの健康度の違いが影響する。近年は活動的な高齢者の増加により同年齢層でも受療率低下があり得る。疾患別受療率の上昇・下降トレンドを反映した受療率推計は重要である。一方、受療率を固定し、人口・年齢構成変化を考慮した推計も重要であり、推計方法がわかりやすいという利点がある。

■ 受療率低下の背景と要因

➤ 受療率低下の要因

- ◇ 受療率の低下は、入院と外来の代替や介護・予防サービスの利用増、市販薬利用など多様な要因が想定される。コロナ禍後、従来型医療ニーズ減少の可能性も考えられる。
- ◇ 受療率低下は在宅医療の拡大や在院日数の短縮、低侵襲手術の普及が要因とされており、病床数は削減傾向にあるが、感染症への備えとして余剰病床を一定程度は確保する必要もある。

➤ 受療率の変化の社会経済的要因

- ◇ 研究を通じて、前期高齢者の入院減少が確認されており、健康度向上で発症が遅れている可能性がある。受療率減少はコロナ禍の影響が大きいと考えられる。

➤ 医療技術の進歩、オンライン診療の受療率への影響

- ◇ オンライン診療の拡大は政策動向の影響を強く受ける。また、治療薬や治療法の変化が受療率に影響を与えている。

■ 受療率の将来見通しや患者・医療機関に与える影響

➤ 受療率低下の将来的な影響

- ◇ 医療技術の進歩やオンライン診療で受療率回復の余地はあり、供給側でも受療率回復の取組を進められると思われるが、その効果は疾患によって異なる。例えば、需要側の意識変化や供給側の工夫があっても救急医療のニーズは変わらない。また、自己管理等により、慢性期外来受療率の低下は続く。自己管理手段の普及や長期・リフィル処方、保険適用見直しなども受療率の低下に寄与すると考えられる。
- ◇ 受療率と医療システムは相互に影響し、減少する領域も増加する領域もある。現在需要への対応と将来需要を見据えた体制転換の両立が課題である。

➤ 医療費の増加、医療経済の変化が受療率に与える影響

- ◇ 制度変更やニーズ対応で受療率が上がる可能性はあるが、コロナ禍による低下が回復するかは不明である。経済学的には、最終的に需要と供給は均衡するはずなので、需要側のニーズに対応できない医療機関は退出するこ

とになるだろう。

■ 海外において、医療リソースの最適配分を検討する際の視点

➤ 医療リソースの最適配分の海外事例

- ◇ 公的医療機関優位の状況では、受療率を基に病床数を算定する方法が現実的である。民間医療機関優位の状況では、競争原理や過剰投資の影響があるため、受療率を基に医療リソースを配分することは難しい。日本ではがんや循環器疾患での患者数把握が進みつつあるので、その領域では実患者数ベースの検討へのシフトが見込まれる。ただ、全体的には、受療率を中心に他データで補完しながら、医療リソースの配分を検討する方法が妥当と考える。米国の CON（Certificate of Need）規制は、医療資源投資をニーズ調査に基づき許可する制度で、対象範囲は州により異なる。日本でも、病床以外の医療資源について都道府県がニーズ調査を行い、医療資源投資を推奨する制度が必要ではないかと考える。主に、先進医療機器などが対象になり得ると考える。
- ◇ 米英では、病床や高額医療機器を地域ごとの必要性に応じて計画的に配置し、米国は制度化されており、英国は NHS（National Health Service：国民保健サービス）の権限で実施している。

■ 病院経営の現状と課題

➤ 経営状況に関する現状

- ◇ 東京都の病院利益率が全国より悪いのは、経済学的には違和感がない。経済成長しているエリアでは、規制産業から非規制産業への労働移動が生じ、続いて規制産業側でコスト上昇するため、人件費等の上昇により、規制産業の利益率は悪化することが一般的である。
- ◇ 今回、診療報酬は上がるものの、人件費や物価の上昇、医療技術の進歩による費用の増加が経営に与える影響は大きい。
- ◇ 病院の収支は急速に悪化している。収益が増加しても、材料費や人件費の上昇がそれを上回っている状況である。材料費、人件費、委託費、光熱費が経営課題としては重い。コロナ禍で設備更新を止めていた病院で、コロナ禍後に設備更新した病院の中には、収益が改善せず、減価償却負担で収支が悪化しているケースもある。複数年連続の赤字や賞与資金の借入困難が増え、一般病院は資金繰りが厳しい。公立病院の損益率は大幅な赤字で、民間も悪化傾向にある。病床規模別では 50 床未満が厳しい。200 床程度までは院長のリーダーシップで経営可能だが、それ以上は経営を支える人材が必要である。

➤ 経営課題の具体化

- ◇ 特定機能病院の多さや病床規模分布の違い、材料費比率の高さが影響し、東京都の病院は全国より経営状況が悪くなっている。病床稼働率が高くて赤字となる例があり、診療報酬の低さや費用構造変化がキャッシュフロー悪化を招いている。国や都の補助継続と対象の適切なメリハリ付け、救

急受入状況等に応じた支援、診療報酬改定による改善が必要である。

➤ 将来の病院経営を取り巻く環境

- ◇ 受療率は戻らない前提で経営を組み立て、例えば、稼働率 75%程度で利益が出るにはどうすべきかを逆算で考えて経営を行う必要もあると考える。

■ 受療率推計に係る医療経済学の視点

➤ 受療率低下を測定・評価する際の指標・データ

- ◇ 純粋な医療需要指標といえるものはないので、受療率を活用した検討が現実的で、トレンド把握には有用と考える。なお、疾患別に受療率を重みづけするなどの検討も必要である。

➤ 都民の受療意識の変化を考慮した推計方法

- ◇ 将来患者推計において、受療率のブレ幅を考慮することには意義がある。受療率のトレンドを考慮する場合はトレンドの意味を説明できるようにすることが重要である。

■ 専門家としての提言

➤ 経営課題の具体化

- ◇ 東京都では経営実態と指標が乖離する例があり、都道府県による医療法人の情報開示や実態調査を強化し、公費投入の保険診療にふさわしい詳細な開示制度を設けるべきと考える。
- ◇ 医療の質向上と効率化には、効果の低い領域から高い領域へ資源を移し、人材育成とシステム改革を進める必要がある。プライマリ・ケアや総合的医療、救急医療を支える医師を育てるため、全ての医師に総合的診療に係る教育を実施し、将来の社会に必要な医師を計画的に養成することが医療システムの土台となる。

第6章 まとめ及び考察

1 本調査・分析のまとめ

都内病院調査では、東京都全体の病床稼働率は令和 5（2023）年度から令和 6（2024）年度にかけて一定の改善が見られるものの、コロナ禍前の令和元年（2019）度の水準までは回復しておらず、特に高度急性期及び精神では低下が顕著であった。関係団体等ヒアリングでは、この背景として、コロナ禍を契機に在宅医療の対応力が向上し、従来は入院で担っていた医療の一部が在宅へ移行していることに加え、看護師や看護補助者・介護職員等の不足が継続していることも、病床運用の制約要因として示唆された。これらを踏まえると、病床稼働率がコロナ禍前の水準に戻っていない背景には、単純な入院需要の減少のみならず、在宅への機能移行、人材不足等が複合的に影響している可能性がある。

また、平成 23（2011）年から令和 5（2023）年までの受療率のトレンドや都内病院調査「患者の受療動向に関する調査」において各病院から得られた受療率上昇・下降見込みを踏まえて将来患者推計を実施した結果、東京都の入院患者数は、令和 47（2065）年に向けて減少することが見込まれている。この背景について、関係団体等ヒアリングでは、コロナ禍を契機として在宅医療の対応力が高まり、「在宅でも対応できる」という認識が広がった結果、従来は入院で担っていた医療の一部が在宅へ移行していることが示唆された。また、受療動向調査においても、入院受療率が下降する理由として「入院治療が在宅医療へ移行するため」「入院治療が外来へ移行するため」が上位に挙げられており、入院以外の場で対応可能な医療の拡大が、将来の入院患者数減少の一因となっていると考えられる。加えて、将来患者推計では平均在院日数の短縮見込みも反映しており、こうした医療提供の場の変化と在院日数の短縮が、1 日当たりの入院患者数の減少につながっていると考えられる。一方で、外来患者数は、概ね横ばいで推移することが見込まれている。また、高齢者救急搬送件数は、65 歳以上人口の増加に伴って令和 42（2050）年までは増加し、以降は減少することが見込まれている。訪問診療等の在宅医療の患者数は、平成 23（2011）年から令和 5（2023）年までの訪問診療等の在宅医療患者数の増加トレンドを踏まえ、令和 47（2065）年に向けて増加することが見込まれている。

都内病院調査「医療提供体制に関する調査」の結果において、病病・病診・病介連携について、紹介患者が自院の診療内容と合致しないことを課題として挙げる病院が多く、地域において各病院で対応可能な診療内容等の情報共有が十分でない状況が示された。

都内病院に勤務する医療人材については、提供する医療機能によって不足する職種は異なるが、看護補助者・介護職員は共通して不足している状況にある。これらの職種の採用においては、他病院等との比較による給与水準の見劣りが課題として挙げられており、人材獲得競争が激化する一方で、給与水準を簡単には上げられない病院経営の現状が把握された。在宅医療については、今後提供の拡大が見込まれる一方で、その課題として在宅医療人材の不足が挙げられた。

対応困難患者については、精神疾患を有する患者への対応が困難であり、他の疾患と比較して該当患者の増加を見込む病院が多かった。

ICT ツールについては、現時点で導入している病院は多くないものの、画像診断等の診療の支援に活用するツールの導入が進んでいる傾向が見受けられた。今後の導入については、記録作成や患者への状況把握といった日常業務の効率化に関する ICT ツールの導入検討が進められている状況にある。外国人患者は急性期系の病院を中心に受け入れている状況であり、

受入れに伴うトラブルについては、医療費の支払に関するものが多くなっている。

都内病院調査「経営状況に関する調査」の結果において、都内病院の経営状況は令和元年度、令和5年度、令和6年度と悪化基調にあり、令和6年度には医業赤字の病院が約7割に達した。物価高騰による費用増に診療報酬が追いつかないことが主な要因と考えられる。特に、病床規模が大きい病院や救急などを担う病院でその傾向は顕著であった。収支構造を全国平均と比較すると、都内病院は病床稼働率や診療単価が高く医業収益が高い一方、それを上回る費用が発生している。都内では人材確保競争が激しく、人件費や委託費が高くなる傾向であることや、高度急性期病院が多く、材料費、給与費、設備関係費などが高コスト構造であることから、物価高騰等の影響が顕著であり、全国一律の診療報酬では都内の高いコスト構造を吸収しきれていない実態が示された。

都民意識調査・病院患者調査の結果から、都民の健康に関する意識等に加えて、外来・入院受療に関する意識の変化を把握し、今後の医療提供体制検討の材料となる情報を整理した。コロナ禍前後の外来受診頻度は「変わらない」が最多である。他方で、コロナ禍前後で外来受診頻度が増えたと回答した人は、定期通院をしていない人で約3%である一方、定期通院をしている人では約14%となっており、定期通院の有無で受診頻度の変化に違いが見られた。

今後の外来受診意向については、高齢者の約8割強が、「外来受診を必要とする状況になれば外来を受診する」と回答した一方、64歳以下では約3割が「受診したくない」と回答しており、年齢による外来受療意識の違いが明らかとなった。外来受診の考え方に影響する要因について、64歳以下は「医療機関へのアクセス」を挙げた人が2番目に多い点で高齢者と異なっていた。

入院については、今後入院が必要な状況になった場合に、64歳以下は「入院したいと思わない」の回答が約4.5～5割である一方で、65歳以上は「入院したいと思う」の回答が約5.5～6.5割であり、年齢による入院受療意識に違いが見られた。

65歳以上の高齢者では、「症状や体調の重症度・悪化の自覚」や「治療や回復への期待・意欲」について、64歳以下の人よりも入院受療意識に影響する傾向が把握されたため、高齢者ほどこれらの要因が入院への考え方に強い影響を与えていると考えられる。

コロナ禍前後で受療意識の大きな変化は見られなかった一方で、65歳以上の高齢者の方が受療に積極的であることに加えて、体調不良等を自覚したり健康状態等への不安を覚えたりした際に予防的に受診しようという意識があるとみられ、年齢による受療意識とその影響要因に違いがあることが明らかとなった。

2 本調査・分析を踏まえた考察

都内の医療提供体制は、高齢化に伴う外来・在宅・高齢者救急の需要ピークを見据えつつ、入院需要の縮小トレンドへの対応が求められる。需要側では、高齢者の受療意向の高さと定期通院者の受診・入院意向を踏まえ、これらに応える外来体制の整備や在宅医療の体制強化が重要と考えられる。供給側では、高齢者救急受入体制の強化や在宅医療の担い手拡大を進める必要がある。

一方で、現下の病院経営は物価・人件費高騰の影響で厳しい状況にあり、病床規模が大き

い病院や救急などを担う病院は厳しい経営状況にある。また、将来の医療需要を見据えて、地域連携の円滑化や業務の効率化により、持続可能な地域医療体制を構築していくためには、紹介受入時のミスマッチや情報不足を解消するための ICT 等のさらなる活用や、タスク・シフト推進における主導人材の確保・育成が求められている。そのため、新たな地域医療構想も踏まえながら、病院間の役割分担や連携だけでなく、医療と介護の連携を促進すべく、関係者の取組の重要性が高まっている。

以上を踏まえ、都においては、既存の取組だけでなく、今回の調査で把握された課題にも対応できるよう様々な視点で関係団体等との協議を進め、東京の地域特性を踏まえた持続可能な地域医療の確保に向けた取組を推進していくことが期待される。

本報告書は、東京都と当社との間で締結された、令和7（2025）年7月24日付け業務委託契約書に基づいて実施した業務をご報告するものであり、医療機関の決算内容の証明や内部統制の保証を行う目的で実施したものではありません。本報告書の内容の活用等に関しては、東京都の責任で判断するものとします。本報告書に記載されている情報は、調査時点のものであり、公開情報を除き、東京都又は調査対象者から提出を受けた資料、また、その内容についての質問を基礎としております。これら入手した情報自体の妥当性・正確性については、当社側で責任を持ちません。

令和7年度東京都保健医療局委託調査

地域医療に関する調査・分析等業務委託

報告書

令和8年3月発行

合同会社デロイト トーマツ
