

圏域	区中央部 (令和7年11月27日開催)	区南部 (令和7年11月13日開催)	区西南部 (令和7年12月2日開催)	区西部 (令和7年10月28日開催)
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">主な意見</p>	<p>◆在宅療養者の実態やニーズの把握、また、在宅療養者の対応が可能な区内医療機関であったり介護サービス事業者等の社会資源の一層の正確な把握が必要と考える。</p> <p>◆駐輪場の整備が十分なく、訪問看護師やヘルパーが駅前などに駐輪していると自転車撤去されるということも実際に起きているので、対策が必要。</p> <p>◆受け持ち患者が、区外の病院に入院等すると、退院後、在宅専門の診療所に紹介されてしまい、最後まで看取れないというトラブルが散見される。</p> <p>◆医療を提供する側においては、在宅専門の医療機関の増加など多様化が進んでいる一方、患者側も海外の方の増加など多様化が進んでいる。在宅医として、多様化した患者に対応できるような仕組みが構築できると良い。</p> <p>◆訪問診療等も入りながら、通院外来のある方の家族への負担はまだまだ高いと感じている。</p> <p>◆訪問看護ステーションの数はかなり満たされている地域だと感じているが、利用者からの信頼も厚く得られる職種でもある訪問看護師の離職の問題についてはしっかりと対応する必要がある。</p> <p>◆サービスの内容等が支援者本位ではなくて、患者のための本来のサービスの使い方であるのかということや常に多職種の中でも問い合わせながら対応することが大事。</p> <p>◆薬局について、チェーン店の割合が増えてきているが、フットワークという点では個店の方が非常に軽いような印象を持っている。各地区でチェーン店と個店のバランスを取って、薬局が存在していくということが非常に重要。</p>	<p>◆今後起こり得る人手不足や有事の場合において、訪問看護師の存在、オンライン診療、それからICTの整備というのが非常に重要。ICTについては平時から慣れておく必要がある。</p> <p>◆情報連携のICTに関して、使用に関するリテラシーや、現在、国が準備しているプラットフォームの動向などの課題もあり、区全体での統一したICT導入は課題。また、今後は情報共有ツールとコミュニケーションツール両方が兼ねられるようなものをつくる必要がある。</p> <p>◆訪問医が1日に診察できる数が限られるため、医療リソースをどう活用していくか課題。オンライン診療を活用してはどうか。</p> <p>◆今以上に高齢者が増えると救急搬送される方も増えると考えられる。救急が受けられるよう、出口調整及び、病床稼働率が高くなければ経営が成り立たない、空床が少ない現状への検討が必要。</p> <p>◆所在区以外の方を受け入れる老健施設もある。老健施設に各地区の医療情報が共有できると良い。</p> <p>◆在宅医療へ移る際、かかりつけ医とは異なる在宅医となるケース等があるため、退院支援の際は円滑に調整できるよう、病院、かかりつけ医、在宅医で顔の見える連携ができると良い。かかりつけ薬局にも情報提供がなされると良い。</p> <p>◆災害時の薬の備蓄目安が分かると良い。</p> <p>◆看護師の他職種への転職、離職が課題。魅力発信や潜在看護師の発掘、他職種との連携強化が必要。</p> <p>◆医師1人の診療所や経験のない在宅医に対する地域でのサポートが必要。</p>	<p>◆訪問診療において、他科専門医、例えば皮膚科、眼科、耳鼻科、精神科等との連携が必要となる場面も多く、今後そういった専門医との連携がスムーズになるような医療的な部分での仕組みを検討していく必要がある。</p> <p>◆医療にたどり着けない高齢者をどのように医療にアクセスさせていくか。老老介護や独居などが増え、実際に医療が入っても、それを活用できていない方もいる。2040年に向けて家族構成や介護の在り方が変化する中で、そのようなことも考慮していかなければいけない。</p> <p>◆慢性期の在宅医療というのは、機能強化型を支診がやるべきか、それとも、いわゆる一般開業医がやっていくべきなのかは、非常に悩ましいところだが、本来在宅と外来は連続性があるので、二分化されつつある現状をもう少し考える必要がある。</p> <p>◆精神疾患や独居、生活困難、住環境を含めて複数の課題が重なる複合的な都市型のケースが多い地域であると感じている。困難ケースのコーディネートや他職種との連携などの負担感は大きい。</p> <p>◆電子カルテを見ながらICTツールを見るとなると、情報量が多いので、例えばテーマをACPIに絞るとか、褥瘡のページを立ち上げると良い。普段の診療、介護、ケアが一緒くたになっているとかえって扱いにくいと感じる。</p> <p>◆病院と介護の現場の認識が違う部分がかかなりあって、そういった点を改定していくことが必要。</p> <p>◆口腔ケアは患者の全身健康状態の維持や、QOLの維持向上に不可欠。歯科衛生士は口腔ケアのプロなので、連携の場に加えていくべき。</p>	<p>◆ICTによる連携の具体的な活用、好事例を発信するなど、利用を促進していくことが課題。ICTの活用は負担軽減にもつながるため、早期に進めていってほしいという介護家族の意見もある。</p> <p>◆一方で、ICTの導入がベテラン世代の離職のきっかけとなり世代交代が加速している現状がある。プラットフォームを構築するにあたってはどのように進めて広がっていくかを丁寧に検討していく必要がある。</p> <p>◆退院後の受け皿不足や、高齢独居や認知症の方が多いことから、一度入院すると在宅復帰が難しいという問題がある。地域の実情に即した退院支援体制の強化が求められる。在宅ホスピス等施設医療のあり方についても議論をしていく必要がある。</p> <p>◆介護人材の不足によって自宅での生活が継続できず、施設への入所を余儀なくされるケースがある。介護人材の確保は喫緊の課題である。</p> <p>◆事業のPDCAサイクルを意識した継続的な改善や、好事例の共有・活用が課題である。</p> <p>◆在宅療養において積極的役割を担う医療機関という制度をうまく使い、今後新たな取組ができると良い。</p> <p>◆ACPのエンディングノートの多言語化や人生会議の周知等、区民への在宅療養理解促進が必要である。</p> <p>◆訪問看護ステーションがニーズの増大等に伴い増えている。経験の浅い管理者もいるため、連絡会等への参加を促すなどして、質を担保していく必要がある。</p> <p>◆多剤投与への対応や、薬剤師による減薬提案など薬剤管理の強化が求められている。</p>
	<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">主な意見</p>	<p>◆在宅医療の取組が十分に区民に浸透しておらず、一般の方の認知不足が課題となっている。</p> <p>◆ICTの活用について、ICT未対応の医療機関も多く、統一的な情報基盤の整備が課題となっている。</p> <p>◆近年カスハラ対応等で、2人体制が求められる場面も増え、人的負担は増加。2040年問題を踏まえ、持続可能な人材の確保や小児や認知症、看取り対応等の専門性の高い人材の育成が喫緊の課題。</p> <p>◆患者の流動や在宅診療の高度化を踏まえ、圏域全体で機能を補完し合う在宅医療ネットワークの形成等、急変時や終末期支援に切れ目のない対応を実現できるよう、区境を越えた広域的な連携体制の構築や高機能化が必要。</p> <p>◆様々な統計調査の分析に基づき、地域の特性を踏まえて在宅医療の現状と将来の課題について議論することが重要。分析支援をお願いしたい。</p> <p>◆在宅医療が多様化、複雑化している中で、在宅医療の質、医療安全や倫理的課題への対応が今後求められていくと思う。</p> <p>◆訪問診療にあたっては多くの診療科をもつ診療所に紹介が集まり、これまでのかかりつけ医からはがされてしまっている印象がある。継続されるのが理想。</p> <p>◆フレイルについて健診など一般の方への啓発等を進めたい。</p>	<p>◆在宅に関わる事業所が増える中で、利益が追及するところが多くなって、モラル的に疑問を感じる事業所を見受けられる。</p> <p>◆介護職の中には医療に対する苦手意識を持っていらっしゃる方もいるので、突き合わせて話をしていくことで、もう少し連携が取りやすくなるのではないかと考える。</p> <p>◆今後ケアマネの業務としてはICTの活用が要になってくるが、一方でケアマネの高齢化も進行しており、ICTに苦手意識があるケアマネも多い点が課題となっている。</p> <p>◆認知症の独居の方や精神疾患の方など多職種で一丸となって関わっていかなければならない患者が増え続ける中、適切なタイミングで情報連携がしっかりと多職種の中でされていくことが重要。担当者会議などにも薬剤師を呼んでいただきたい。</p> <p>◆近隣の区からも患者が来ることはあるので、区だけの取組というより、東京都として色々と共通化していることがあったりすると、より連携が進むかと思う。</p> <p>◆ACPをどの時点で実施するかが重要。退院や施設入所のタイミングなどいかにそのACPの話ができるかどうか、さらに、本来は医師中心でのACPのコミュニケーションが必要だと思う。</p> <p>◆ICTの普及に努めているが、紙ベースでないに対応しないという方も相当数いるので、そういった方を拾い上げるためにはICTだけでなく、アナログ的な手法も取り入れながら全員を取りこぼさなく拾っていくという活動も大事。</p>	<p>◆在宅医療・介護連携推進事業の中で、急変時の区内の病診連携、入院対応等に関してはとても迅速になって、助かっている。</p> <p>◆圏域を越えたところから来る患者については、連携が難しい。</p> <p>◆患者家族への支援も重要であり、患者家族に対してどのような体制で在宅で診ることができるのかといった情報の啓発をすることも重要。</p> <p>◆共生社会の中で、1つの家庭の中に色々なケースが存在しており、その連絡調整というのが、またこれから大きく課題</p> <p>◆在宅医療・介護連携の取組について有効な取組だったかどうか分かりにくい、結果として改善されているのか、進んでいるのか評価ができない。</p> <p>◆今後、病院の短期滞在化や、外来へのシフトが進むと思われるが、そういったことが進むほどポストアキュートな役割が老健に一層求められるし、そのような役割を拡大していくことが期待されていると感じている。</p> <p>◆往診医への診療報酬が低いため、専門診療科への往診をお願いしづらい。</p> <p>◆地域医療でスムーズに連携するには、その地区の医療介護資源を把握することが大事</p> <p>◆新規の診療所や、リソースの少ない診療所のベースアップを図って、質の高い在宅医療を実現することができるよう、強化型の診療所が支援するという体制が構築できればと考えている。</p>

令和7年度地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループ(圏域別)意見交換「地域医療連携の更なる推進について」で出された主な意見

圏域	西多摩 (令和7年11月18日開催)	南多摩 (令和7年11月4日開催)	北多摩西部 (令和7年12月9日開催)	北多摩南部 (令和7年11月25日開催)
主な意見	<p>◆都心とは異なり西多摩地域では人口減少と高齢化が進み、医療・介護従事者の人材不足や医療過疎が深刻な課題となっている。</p> <p>◆市町村ごとに医療介護資源や人材の地域格差がある。夜間・休日を含む24時間の医療提供体制の維持にあたっては、8市町村が連携し、西多摩全体で包括的な医療・介護体制を構築する必要がある。</p> <p>◆独居や身寄りのない高齢者、生活困窮世帯、介護者のマンパワー不足といった問題を抱える患者が増加している。生活が困難という理由で救急を呼ぶなど、高齢者の救急パンデミックが起きる可能性がある。</p> <p>◆西多摩医師会による「在宅安心サポート事業」で外出困難になった在宅療養者を支援しているが、今後はオンライン診療や電子処方箋の活用、災害時における本事業の有効性も検討したい。</p> <p>◆多職種間の情報共有や連携が十分でなく、ICTツールの統一や活用による効率化が求められている。</p> <p>◆認知症や精神疾患、障害を抱えている方など、自分の気持ちをうまく表しにくい方が増えている。ACPや意思決定支援は多職種で早くから支えていくことが大切。</p> <p>◆多職種と連携し、誤嚥性肺炎等のオーラルフレイルの予防等の口腔ケアに取り組んでいきたい。</p> <p>◆老健施設や療養型病院の空床が目立ち、多様な受け皿を地域全体で議論・整備する必要がある。</p>	<p>◆在宅医療を受ける高齢者は、複数の疾患や独居、老老介護等複雑化している。患者の特徴の情報共有など、多職種が連携することがより一層必要。</p> <p>◆外来診療と訪問診療ができる医療機関が協力しながら、地域の中で起こった急変をできるだけ地域の中で解決できるような体制を構築したい。</p> <p>◆多職種連携のためのルールやツールを作成してきたが、利用が進んでいない。今後はデジタル技術の活用や現場のニーズ把握、ルール・ツールの見直しが必要。</p> <p>◆病院から施設、急性期から回復期、外来のクリニックから在宅療養クリニックなどの連携構築を進めていく中で、当事者本人や、その家族が困ることがないような仕組みづくりを広域で進めていくことが大切。</p> <p>◆介護人材やヘルパーの不足、ケアマネジャーの高齢化など、人材確保と育成が課題。</p> <p>◆住民への在宅療養の普及が課題。健康リテラシーが高くない層や、インターネット等をあまり利用しない高齢者への啓発を検討する必要がある。</p> <p>◆急性期病院で初期治療を終えた患者の転院先が確保できない現状がある。高齢者救急の定義を明確にし、早期の受入れや病院救急車など既存資源の活用を検討できると良い。</p> <p>◆かかりつけ薬局やICTを活用し、医師・薬剤師間の薬剤情報連携を強化したい。訪問診療に同行する薬局も増えている。</p>	<p>◆在宅と急性期病院との連携がなかなかスムーズではなく、タイムラグや温度差を感じる時がある。急性期病院が在宅患者を積極的に受け入れたいような保健システムの構築、また、逆に病院から在宅復帰を促進させるような仕組みも考慮すべき。</p> <p>◆在宅医療を受けられる患者は、経済的・家庭的に恵まれている方が多いように感じる。今後は、恵まれていない方への取組も必要になっていく。</p> <p>◆全体的なまちづくりの視点を持って、在宅療養の受皿について備えておくような議論の場が必要。</p> <p>◆薬に関しては今、流通が非常に不安定な状況なので、その状況を踏まえながら多職種と相談をして、できる限り不具合が起きないようにしていくということが重要と考える。</p> <p>◆ターミナルケアにおけるケアマネへの評価や訪問介護全体に対する評価が低い。給料面を見ても分かるかと思うが、その点をしっかり充実させないと、人材確保に至らない。</p> <p>◆ターミナル期における介護認定が、要介護で出る自治体もあれば、要支援認定が出てしまうような自治体もあり、この格差については報酬に繋がっていくし、迅速な動きということでも繋がっていくので、大きな課題。</p> <p>◆住宅型の医療系に特化されたサービス付高齢者住宅や介護型の有料老人ホームなど、看取りの場が多様化しているが、情報がゆえにその選択肢を選べない状況にある。</p>	<p>◆顔の見える関係ができ、話しやすくなった一方で、各職種が抱える課題をどう解決していくか、リーダーシップを取る職種の明確化が必要である。</p> <p>◆医療面の連携は確かに推進されているが、介護の連携については、まだ特定の事業にとどまっていると感じている。その根底には、マンパワーの不足等もあり、連携の在り方を考える必要がある。</p> <p>◆個々の患者をハブとして繋がる医療・介護の連携は広がったように感じるが、医療・介護というより上位のハブでの繋がりには、まだ依然として甘いように感じる。</p> <p>◆会議体など顔の見える関係はあるが、そこで出た意見を、地域向けの施策に反映していけると良いと感じている。</p> <p>◆在宅医療機関について、現時点ではそれほど不足感はないが、今後の高齢者人口の増加を見据えると、増やしていかなければならないと感じている。</p> <p>◆在宅医療・介護連携の取組について有効な取組だったかどうか分かりにくい、結果として改善されているのか、進んでいるのか評価ができない。</p> <p>◆訪問看護が入っていない要介護1、2の方々について、ケアマネジャーがいかに医療と介護を繋げていくかということが、課題になっている。</p> <p>◆医療ショートの活用など老健が訪問診療の手助けになるということをもっと知ってもらいたい。</p>
主な意見	<p>◆ICTを活用した情報共有が進んでいるが、地域や職種間等の利用格差があり、普及には至っていない。更なる利用促進及びデジタルデバイドの解消が必要。</p> <p>◆開業医の高齢化も進み、今後の在宅療養ニーズに安定的に対応していくためには人材確保が課題。タスクシフト、タスクシェアも含めて検討をするべき。</p> <p>◆在宅医療に取り組めない主な理由は、24時間体制の構築が難しいことや、若手開業医の足踏み、高齢化する開業医を支援する体制の不足が挙げられ、これらをバックアップする仕組みが必要。</p> <p>◆この地域では市内の患者を他市の在宅医等が担当したり、入院することが日常的に行われている。施設、事業所単位ではなく地域全体での多職種連携が重要。</p> <p>◆高齢者の救急搬送増加や急変時対応について、救急隊を含めて議論ができると良い。単身独居や家族が遠方にいるなどキーパーソンのいない高齢者への支援や連携方法も課題。</p> <p>◆医療保険制度・介護保険制度の相互理解が不十分であり、制度間の連携強化が必要。</p> <p>◆ACPを浸透させ、延命治療の見直し及び、限られた病床の活用方法の検討をすることが必要。</p> <p>◆研修等を通じ顔の見える関係は構築されてきたが、、参加メンバーが固定している現状がある。</p>	<p>島しょ</p> <p>※令和7年度第2回東京都地域医療構想調整会議と合同開催</p>		