

分野	主な意見
病床・ 構想区域	・ 東京は国が想定する地域と大きく異なるため、ガイドラインを踏まえつつも東京の特性を十分に捉える必要があり、入院患者数が既にピークを越えている可能性も考慮すべき ・ 必要病床数や基準病床数との差だけで増床・減床を判断するのではなく、在院日数短縮や実際の医療提供体制とのすり合わせを慎重に行う必要がある ・ 二次医療圏と実際の受療行動にはズレがあり、構想区域の広域化は賛成であるが、多摩地域など医療アクセスが特別区と異なる地域特性も考慮すべき ・ 東京都全体を一つの医療圏として考えることには賛成 ・ 西多摩については、人口減少と高齢化が進み、入院患者数は減少している一方、救急患者は減っておらず、圏域を越えて連携している状況があり、広域的な検討が必要 ・ 東京の医療機関は東京三県、関東甲信、一部東海・東北など周辺地域からの患者も受け入れており、東京だけの医療ではないという視点が必要
高齢者救急	・ 東京では拠点病院だけで高齢者救急を支えることは難しく、下り搬送だけでなく、地域全体で受け止め、必要に応じて上り搬送も行う仕組みが必要 ・ 急性期拠点病院と高齢者救急機能は、どちらかを選ぶというよりも機能分化の議論として捉えるべき診療報酬改定のように、特定の機能を目指せば有利になるというイメージが先行しないようにする必要がある ・ 高齢者救急には、心不全・肺炎等に加え、介護困難を背景とする搬送も含まれるため、医療で一旦受け止めた上で介護につなげる工夫が必要 ・ 必ずしも救急病院で診る必要のない高齢者も多く、昼間は受け入れ可能な病院が手を挙げる仕組みや、近隣病院が協力して夜間を持ち回りで対応する等、地域全体で高齢者救急を支える仕組みも考えられる ・ 休日・夜間の高齢者救急は急性期病院に集中しやすく、ピーク時には受け切れない懸念があるため、多摩地域など地域特性を踏まえた受け皿づくりが必要

分野	主な意見
外来医療・在宅医療、介護との連携	・ 出口の部分で苦勞している医療機関も多く、特に地域包括ケア病棟・地域包括医療病棟から在宅への移行は難しいまた、在宅復帰を支援するスタッフ確保への行政支援があるとよい ・ 開業医や往診医との連携を円滑にするため、共通化したフォーマットを用いて病院から在宅へつなげる仕組みを検討してはどうか ・ 重症者は拠点、軽症者は地域で受け止める体制を在宅医療も含めて整えることで、高齢者が地域で暮らし続けられる可能性が高まる ・ 東京の在宅医療を考える場合、外来と並行して一人体制で担う診療所が多いことから、チームで療養生活を継続する体制づくりが重要 ・ 今回の診療報酬改定は、個人在宅の医師にとって要件が厳しく、メガ在宅へ流れてしまうのがよいのか疑問 病院の役割だけでなく、開業医と在宅を担う診療所の役割についても検討し、必要なデータを整理していただきたい ・ 在宅医療の受け皿に地域差があり、ケアマネジャーが在宅生活の継続を支援する上で、訪問診療を担う医師の確保や看取りを含む在宅医療体制の整備も必要 ・ 在宅診療には一人診療所、メガ在宅、施設在宅など多様な形があり、それぞれが担っている役割も異なるため、今後、在宅診療の類型や役割の違いに着目して議論する必要がある ・ 在宅医療需要が増加する中、高齢者単独世帯での在宅療養を実現するには相当の対策が必要 ・ 外来通院中のフレイル高齢者を早期に医療・介護につなぐチャンネルを作っておくことが、急変時の救急搬送の整理につながる ・ 退院後に生活へ戻す際には、医師、看護師、MSW、退院調整看護師、リハビリ職、ケアマネジャー、訪問看護、訪問医等の多職種連携が不可欠

第1回地域医療構想策定部会（7/10）での意見

分野	主な意見
外来医療・在宅医療、介護との連携 (続き)	・施設や在宅からの救急搬送が増えており、高齢者を支える医療、生活を支える医療を中心に考えていく必要がある、そのためには地域包括ケアをより充実させることが重要 ・治療を受けながら自宅で生活続ける視点や、入退院を繰り返す場合、緩和ケア・ホスピスを含めた療養の場の選択を構想に位置づけるべき ・85歳以上人口と要介護需要の増加を踏まえ、回復期・包括期の病床機能や在宅等支援機能を介護と連動させて整備することが重要 ・急性期治療後の認知症高齢者等を高齢者施設・介護施設で受け入れるには、専門性の高い看護師による支援や施設側の看護体制の強化が必要 ・訪問看護ステーションは増加しているが質に差があり、在宅支援や看取り支援の実績を確認し、地域の訪問看護の質を担保していくことが重要 ・老健施設は介護予防、リハビリ、看取り、フレイル対応、ショートステイ等を担っており、在宅生活を支える地域資源として活用すべき ・独居高齢者や老老介護が増える中で、特養等の施設を最期の住まい、在宅の延長として位置づける視点も必要 ・医療と介護の複合ニーズは住民に分かりにくいいため、ワンストップで相談できる機能を東京都として実現し、全国に示すべき ・在宅医療・在宅介護を進めるには、家族介護者の精神的・身体的負担を軽減する支援も検討する必要がある ・高齢単独世帯や高齢者のみ世帯では、医療的には退院可能でも生活が成り立つかが課題であり、施設を含めた退院後の生活の場の確保が必要

第1回地域医療構想策定部会（7/10）での意見

分野	主な意見
人材確保	・在宅歯科を担う歯科医師は多いとは言えず、口腔ケアを担う歯科衛生士も不足しているため、人材確保上の課題として提起したい ・看護職がD to P with N等の取組を機能させるためには、看護職のスキルアップや教育が必要 ・在宅分野では特定行為研修修了看護師が少なく、在宅における活用をさらに進める必要がある ・介護職、特にヘルパーの高齢化や担い手不足が在宅生活支援の大きな課題となっている ・特定機能病院には人材派遣、教育、研究の役割があり、医師派遣や専門医制度の影響も踏まえ、給与面だけでなくやりがいを持って働ける人材確保策が必要 ・高齢者がさらに増える中で、医療・介護人材をどれだけ確保し、支えられるかが大きな課題AIの活用も含め、大きな仕組みを上から作るだけでなく、地域の現場から構築していく視点が重要 ・都心部では医療機関の増加や再開発による賃料上昇等により、人手不足感や事業継続上の厳しさが増しており、提供側の持続可能性も考慮すべき ・需要側のデータだけでなく、人材確保、病院経営状況など供給側のデータも把握し、新たな地域医療構想の検討に反映していくことが重要
医療DX	・病院、診療所、薬局、訪問看護、市町村が情報共有する体制を整備し、医薬連携を含めた地域の情報連携を進める必要がある ・医療と介護の情報連携には地域差があり、入退院時・転院時・施設間・在宅療養中の状態変化を迅速に共有できるよう、ICTの標準化や共通ツールの整備により、連携強化の仕組みが進むことを期待している ・ケアマネジャーの業務負担が増す中で、AIやICTを活用し、在宅生活を支えるケアマネジメントの質を維持することが必要

第1回地域医療構想策定部会（7/10）での意見

分野	主な意見
その他	・ 国が示す新たな構想は、どちらかというとい医療資源が少ない地域に着目している印象都の場合、地域ごとのばらつきはありつつも、全体としては医療の完結性が高いという東京都の特性があることから、国の考え方をそのまま当てはめるのではなく、東京都独自の構想を考えるべき ・ 高齢者救急や在宅医療が増える状況に対して、入院や救急搬送を減らすための予防の視点が重要歯科の立場からは、口腔ケアによって誤嚥性肺炎などの発症や重症化を防ぐことが重要 ・ 薬局・薬剤師を地域の医療提供体制を構成する社会資源として明確に位置づけていただきたい病院薬剤師と薬局薬剤師を分けた需給の把握、圏域別の無菌調整対応薬局数、24時間対応薬局数、麻薬小売業者数、地域連携薬局や健康サポート薬局の数などをデータとして整理いただけると、より実効性のある議論につながる ・ 服薬アドヒアランスやポリファーマシーへの対応を通じ、高齢者救急の予防の入口と退院後の薬物療法継続の出口の両面で関与できると考えている