

東京都外来医療計画（令和2年3月）抜粋

～「区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況」に関する意見～

令和元年度実施東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループにおける意見
「区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況」

区
中
央
部

〈千代田区〉

- ・在宅医の数が少ない。
- ・かかりつけ医を担う診療所が少なく、在勤者向けのビルの診療所と訪問看護ステーションが多い。
- ・退院して在宅へ移行する際に、地域包括支援センターが依頼しやすい医療機関につないでしまいがちである。

〈中央区〉

- ・区内でも、日常生活圏域（日本橋、月島、京橋）によって地域特性がある。
- ・夜間・休日のバックアップ体制がないと在宅医の負担が大きく、在宅医療を始める医師が増えていかない。
- ・都心で事業所が多いことから、産業医となる医師が非常に多い。
- ・若年の夫婦世帯が増えて、小児医療が手薄となっており、学校医等を担う医師が少ない。

〈港区〉

- ・在宅医と病院医師の顔の見える連携が少ないのではないか。
- ・訪問看護ステーション、訪問看護師の数が少ない。
- ・薬局の数は充足しているが、在宅療養への支援の状況が十分かどうか問題
- ・専門性のある皮膚科や眼科等について、病院がサポートする体制が取れば良いが、病院スタッフの確保が問題で、現状は難しく、今後の課題

〈文京区〉

- ・将来の訪問診療の需要増を見据えると、開業医の高齢化が課題。若い医師は、大学病院で勤務し続けていることが多い。
- ・同行研修等で、若い医師の訪問診療への興味を喚起し、参入に繋げることが必要
- ・高度医療を求める患者に開業医が対応するのは困難。後方支援医療機関との連携が必要
- ・中央部では、他圏域と比較して人口10万人当たりの診療所数が最も多く、在宅療養支援診療所の数も多いため、看取りがしっかりできているのではないか。

〈台東区〉

- ・現在の資源で充足している。今後の需要増についても、現状の資源が維持されれば、数としてはあまり問題がないが、在宅医療への新規参入が少ないため、現在の在宅医の高齢化が進むと問題
- ・施設への訪問診療は、区外の医療機関が対応しており、今後、区内でどう対応していくかが課題
- ・急性期医療に関しては区外に出る患者が多く、在宅へ戻ってきた際に元のかかりつけ医に戻って来ないことがある。かかりつけ医に関する情報を共有できる仕組みが必要
- ・区では、区内の病院に入院する際情報連携シートを活用しているが、区外とも連携して情報のやり取りができればよい。

令和元年度実施東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループにおける意見
「区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況」

区
南
部

〈品川区〉

- ・訪問診療の資源は充足している。
- ・在宅を行う薬局が少ない中、少しでも多くの薬局が行えるように、ベテランの薬剤師と訪問するトレーニングを行っている。
- ・在宅療養支援病院がなく、中間的な機能が不足している。
- ・医療依存度の高い患者の在宅への移行の際は、困難さを感じている。
- ・今後、医療依存度の高い患者を円滑に在宅へ移行に対応できるよう、休日や夜間の対応について、医師会の中でバックアップ体制を整えて、地域の中でチームで対応できるような体制づくりが必要。
- ・大きな救急病院がバックアップし、在宅医とチームで対応できる体制が望ましい。

〈大田区〉

- ・訪問診療は現状では充足している。
- ・今後の訪問診療の需要増に対して、訪問診療を専門で行う新規の診療所が2、3か所程度増加、現在外来を中心にしながら一部訪問診療を行っている診療所が、あと5名程度追加で訪問診療をできれば、将来的な需要にも対応できるのではないかと推測される。
- ・夜間休日や学会などにより訪問診療が困難な場合のバックアップ体制が整っていなければ、訪問診療を始める医師の増加は見込めないのではないかと推測される。
- ・土日祝・夜間に対応してくれる訪問看護師が少なく、在宅医の負担が増している。

令和元年度実施東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループにおける意見

「区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況」

区
西
南
部

〈目黒区〉

- ・資源は充足しているが、区外に所在の訪問診療専門の医療機関が多く対応している状況であり、もっと地元のかかりつけ医が対応できるようにしないといけない。
- ・区内に回復期の病院がなく、区外の病院に受入れを依頼することがあるが、入院先の病院のMSWと目黒区の開業医との面識がほとんどないため、退院後に区外の専門の医療機関に流れていくことがあるのではないか。
- ・個人的な顔のつながりに依存してしまっていると、システムの形で成熟しないため、顔の見える関係なくとも、しっかりと連携が取れるようなシステムを作る必要がある。

〈世田谷区〉

- ・在宅医療資源は現在充足しており、将来の需要増に対しても対応可能ではないか。
- ・在宅医療を専門で行っている医療機関が非常に多い。
- ・かかりつけ医が行う在宅医療にて、24時間対応は非常に大きな問題となっており、今後、体制を整えることが急務。24時間対応は在宅専門に移行していく必要があるのではないか。
- ・訪問看護師の数は比較的充足しているが、訪問看護ステーションが長続きしないことや担当の訪問看護師が早期に代わることで、24時間サポートという面で問題を抱えているのではないか。
- ・在宅医療において、精神科や泌尿器科、整形外科、皮膚科、小児在宅等、専門性が必要になることが多い。
- ・サブアキュート、レスパイトの受入態勢を作ることが必要

〈渋谷区〉

- ・渋谷区では、在宅医の数も訪問診療を行っている診療所の数も少ない。
- ・医師数全体では充足しているが専門的な医療が多く、昼間人口が多いため一般的な内科を標榜している医師は少なく、在宅医療に積極的に関わる医師が多くない。
- ・区外の在宅専門診療所の対応が多く、区内で訪問診療を完結できていない。
- ・2025年になっても訪問診療の需要数が多くならないこともあり、医師が在宅医療へ積極的ではないのではないか。
- ・訪問看護ステーションの数は充足しているが、職員の異動や退職などにより、実際に24時間体制は機能しなくなってしまうところも多い。
- ・地域によっては訪問看護ステーションを探すのに苦労する。

令和元年度実施東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループにおける意見

「区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況」

区
西
部

〈新宿区〉

- ・在宅医療を専門に行う大規模な診療所がいくつかあり、また、訪問看護ステーションの数も多く、現状資源は充足している。
- ・病院から在宅へ返すときに困ることがない。
- ・1.5倍の需要増にも対応できるのではないか。
- ・区内では、新宿区医師会を中心に、ICTを活用した情報連携（「きんと雲」）に取り組んでおり、多職種の連携に役立ってきている。

〈中野区〉

- ・在宅医療の資源は不足していない。在宅医療を専門に行っている医療機関が、患者の取り合いをしている状況も見受けられる。
- ・訪問看護に関しては、現状では過剰な状況だが、今後の在宅療養患者の増加に対応しやすいのではないか。
- ・在宅医療にかかわる薬局の数は増えてきているが、積極的に行っているとは言えない状況。がん末期の緩和ケアにかかわる麻薬などの薬剤を扱っていない、対応できない薬局があることから、早急に対応を検討する必要がある。
- ・レスパイト、後方支援を行ってくれる病院が不足している。
- ・難病や小児在宅等、専門性がある在宅医療に対し、支援できるような医療機関と連携していくことが必要

〈杉並区〉

- ・将来の需要増に対しても、現状のままで対応が可能
- ・訪問看護は増えてっている状況
- ・医療依存度の高い方に対応できる介護資源が不足している。
- ・各職種が連携できるようなICTのしくみが必要である。

令和元年度実施東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループにおける意見

「区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況」

区
西
北
部

〈豊島区〉

- ・区内の患者は他の区の医療機関から助けを借りている。
- ・医療機関、訪問看護ステーションの数は比較的充足しており、有効に活用していく必要がある。
- ・ビル内の小規模な診療所は多いが、訪問診療専門の大規模な診療所が少なく、訪問診療の患者の流出入が多いと考えられるため、隣接する区との連携を積極的に進めていく必要がある。

〈北区〉

- ・埼玉県からの訪問診療が多い。
- ・リハビリ病院や介護老健に一度入った後、元のかかりつけ医に戻ってこないことがある。
- ・これまで診ていた患者が終末期となった際に、家族の意見により在宅専門クリニックに依頼することもあり、かかりつけ医と在宅専門クリニックが顔の見える関係を構築して患者を診ていくことが、これから増えていく在宅患者への対応として望ましい解決策ではないか。

〈板橋区〉

- ・かかりつけ医の延長で、かかりつけ医が在宅医療を行っていくという対応をしていかないと将来の需要増に対応できない。ただし、医療必要度の高い患者については、機能分化し、診診連携を進めていく必要がある。
- ・在宅医療専門の医療機関の問題点は、事務職員から医師に連絡を取ってもらうなどの対応により時間を要することや、医師と連絡を取っているのか分からないところ・主治医・副主治医制などの取組をしているが、なかなか浸透しない。
- ・訪問看護やリハビリについては充足している。
- ・圏域全体でみると、区間での患者の流出入があり、区ごとに区切る必要はなく、圏域全体で対応していくためにも、連携を進めていく必要がある。

〈練馬区〉

- ・練馬区内では、訪問診療を実施している診療所数はそれほど少なくないにも関わらず、急性期病院に入院した後、かかりつけ医に戻って来ないことが多い。
- ・区内の患者について、区内あるいは区外の在宅医療専門の診療所が多く診ている。
- ・訪問診療を行うときに、24時間体制が前提になると、継続的にかかりつけの医師が継続して診療することが困難となりうるため、医師会と区が連携してサポートセンターのような仕組みを構築し、元のかかりつけ医が診療を継続できるようサポートする体制が必要ではないか。

令和元年度実施東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループにおける意見
「区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況」

区
東
北
部

〈荒川区〉

- ・訪問診療を専門に行っている診療所が6か所あるが、足りない。今後、24時間対応をしていない医師と、在宅専門の医療機関との連携をさらに強めていく必要がある。
- ・区では退院の際、医療と介護の連携シートというものを使っているが、区外に入院する患者も多いため、そのシートがなかなかうまく使えない。区内だけでなく都全体あるいは国において同じようなシートを活用できれば、もっと連携がうまくできるのではないかな。

〈足立区〉

- ・現状では訪問診療の資源はデータ上充足しているように見える。しかし、データではあらわれないところ、例えば在宅を掲げていても休眠している診療所があるなど、なかなかすぐに動けないような診療所もあるのではないかな。
- ・訪問診療と連携してくれる訪問看護、訪問介護での人材不足をどのようにケアしていくかが課題・病院から診療所、診療所から病院への患者の紹介、逆紹介における連携が課題

〈葛飾区〉

- ・訪問診療の資源について、現状は充足しているが、2025年には1.5倍の需要増が予想され供給が追い付かなくなる。
- ・そのためには在宅医療における訪問診療への比重を減らし、訪問看護や訪問介護をより充実させていく方向が望ましいのではないかな。
- ・訪問診療を行なえる診療所の数だけを増やすことを考えず、訪問診療にかかる負担を減らすことで需要増を補うことを考えたい。
- ・在宅医療において訪問看護や訪問介護との連携、一体化をより強めてはどうか。
- ・例えば、日頃から診療をしている方に対しては、訪問看護からの報告を受けた時点で処方を出せるようにする。またお薬の管理を訪問薬局や訪問介護の方と連携することにより長期処方しやすくする。等により、訪問診療の回数を減らしても診療の質を落とさないことを考えてみたい。
- ・オンライン診療の活用を増やしてはどうか。

令和元年度実施東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループにおける意見
「区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況」

区東部

〈墨田区〉

- ・墨田区民の訪問診療へのニーズと、供給側のバランスを踏まえると、不足している。
- ・開業医をしながら地道に訪問診療も行う医師を増やす一方で、病院でも訪問診療を行う必要がある。
- ・内科系や外科系以外の専門医的な医師を増やしていきたい。
- ・訪問看護師の数も徐々に増えてきている。薬局も頑張っており、多職種連携を進めたい。
- ・訪問診療を行っている医師の高齢化も課題であり、今後は、訪問診療を専門に行っている医師との連携も重要

〈江東区〉

- ・在宅療養支援診療所が人口 10 万人当たり 38.5 に対し、訪問を実施している診療所が 65.9 となっており、この差を何とかバックアップしていけるようなシステム作りが必要なのではないか。
- ・区外の医療機関が訪問診療を行うことが多く、地域のかかりつけ医が診療する体制づくりが必要・医師会で主治医・副主治医システムをしっかり構築すべきである。
- ・サブアキュート体制を充実させるため、各病院がどのような患者なら受入可能かといった情報を広めていくのがよいのではないか。
- ・地域の中で病院を含めた情報交換の場が必要。
- ・眼科や皮膚科、耳鼻科の医師にも参画してもらう取組を、医師会が中心となって行うべきでは

〈江戸川区〉

- ・在宅医療資源が不足している感じはしないが、実際には、連携が取りにくい医師や、専門的な領域や医療依存度が高い患者の受け入れなどの場合には選択肢が狭まる。
- ・様々な疾患を持って在宅療養している患者が増えている中で、すべてを医師が対応するのではなく、薬剤師のサポートや、病院の専門医等とのつながりをうまく持つことで、医師が患者を診ていく上での不安な部分をフォローできれば、医師も安心して長く患者を診ていくことができるようになるのではないか。
- ・訪問看護師やケアマネなどが、どれぐらいの能力を持っているか、こういったことを過去に扱ったことがあるかを、可視化していくと、在宅医の負担も軽減され、調整するケアマネも上手くやれるようになり、在宅療養患者のためになるのではないか。

令和元年度実施東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループにおける意見
「区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況」

西多摩

〈青梅市〉

- ・在宅医療の資源は足りない。慢性期の入院・入所施設が多く、医療ニーズとの間にギャップがある。
- ・特養等で最期まで診るか、最期に急性期病院に行くかの二者択一になるケースが多いのでは。
- ・高齢者人口の割合が増加し、外来医師多数区域ではないことから、誘致等も検討の余地がある。
- ・病院と地域の顔の見える連携をもっと構築していくため、行政と相談できるような場がほしい。

〈福生市〉

- ・訪問診療を行う医師や訪問看護師は現状不足していない。
- ・訪問看護 ST の数はあるが、看護師の数は少ない。行政的なフォローや大規模な ST の構築が必要・看取りの段階で、最期に病院が診てもらえると医療介護関係者や家族の負担も軽減されるケースが多い。最期はまた病院で診てもらうこともできる関係性の構築が必要
- ・ヘルパーの数が足りていない。

〈羽村市・瑞穂町〉

- ・訪問診療を行っている医療機関が少ないが、他市（青梅市、福生市、立川市等）の診療所から訪問診療を受けており、明らかな不足はない。しかし、この地域だけでみると圧倒的に足りていない。
- ・ホスピスや療養型の病棟のベッド数に余裕があり、看取りを病院が対応していることが多い。
- ・都心部と異なりエリアが広く、在宅医が看取りの際にすぐに行けないことが多いため、在宅で看取る方針であっても家族が救急車を呼び、元々かかっていた病院へ行くこともある。
- ・他市の医療機関から訪問診療を受ける患者が多いことから、西多摩医療圏だけではなくて、もう少し範囲を広げた医療圏での多職種ネットワークが構築できれば良い。
- ・地域包括ケア病棟にかかわるスタッフについて、もう少し地域を知る人材の育成ができれば、よりスムーズに受入れと退院ができるようになるのではないか。

〈あきる野市・日の出町〉

- ・在宅の資源は充足している。
- ・日の出町に在宅専門の医師はいないが、他の地域の医師が対応している。西多摩全体でも同様に他市の診療所が対応しているため、圏域内の資源は非常に厳しいが、それほど不足していない。
- ・現在訪問診療を行う医師の高齢化などで、将来的に資源が足りなくなる可能性もある。

〈檜原村・奥多摩町〉

- ・人口減少と高齢化が急速に進んでおり、独居世帯や老々世帯が多く、人口密度が低い民間業者も入ってこない状況であり、そもそも在宅医療自体が成り立たないのではないか。
- ・在支病も、現状は自分で診ている在宅患者の受け入れしかできず、他の診療所の在宅患者を受け入れることは困難
- ・医師の偏在が根本的な問題であるから、大きな行政単位で配置することや、住民を 1 か所に集めて医療福祉資源をそこに集中させるといった、大きな視野が必要

令和元年度実施東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループにおける意見
「区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況」

〈八王子市〉

- ・市内では、なかなか訪問診療を行う医師が増えない。
- ・積極的な治療を望んでいないが、在宅での療養が楽になるように病院で処置してもらい、在宅へまた戻るといった流れが気軽に行える状況があれば、訪問診療に取り組みやすくなるのではないか。
- ・治療のみではない支える医療を行うには、開業医も病院の医師も、ACP を理解する必要がある。
- ・病院のソーシャルワーカーが、患者の自宅などに訪問し、患者の生活がどのように継続しているかを知ること、より患者のことを理解することができるのではないか。

〈町田市〉

- ・在宅医療に取り組む医師が少ない。外来診療を行った後 24 時間の対応を行うことは現実的に困難
- ・在宅医のグループ化を行えば解決につながるが、診療報酬等の仕組みが煩雑でありハードルが高い。都や国が主導してほしい。
- ・医師同士や医師と訪問看護師との情報共有が円滑に行える施策が必要

〈日野市〉

- ・在宅医療の資源は充足している。
- ・療養から地域包括ケアに転換した医療機関のニーズが高いが、医師の確保が困難という問題がある。
- ・訪問診療を中心にやるいわゆる「メガ在宅」が 3 か所、外来を中心に訪問診療を行う医師が 10 人くらいで、おおむね 700 ぐらいの枠がある。
- ・訪問診療の需要増に向けて、メガ在宅に頼らざるを得ない部分もあるが、外来も行っている医師との連携の体制を強化していくことで、対応していくことが必要
- ・新規開業の内科系の診療所には、訪問診療をある程度紹介して、一定程度経営が成り立つよう地域で支援することで、外来と訪問診療を維持する体制を取っていけると良い。
- ・通常の外来を行っている医師が 24 時間体制を取れなくても、看取りが近くなった際にメガ在宅に患者を移行できるような連携体制を作っていけると良い。

〈多摩市〉

- ・患者の流入が多い。2つのメガ在宅があり、患者が多すぎて対応できないという印象はないが、将来の需要増に対しては、大規模な診療所に頼らざるを得なくなる。
- ・24 時間体制をとるため、多摩市では ICT を活用して、月 1 回患者情報を共有しながら、緩い副主治医制をとっているが、診療報酬上の取り扱いをもっとフレキシブルにしてほしい。

〈稲城市〉

- ・稲城市の患者は、市内に訪問診療の受け皿がなく、神奈川や北多摩南部の施設に入所することがある。市内に特養と老健が 3 つあり、訪問診療を受けない方の割合が少し多い印象
- ・患者や家族に、在宅は大変というイメージがあるが、払しょくできるよう市民への普及啓発が必要・認認介護や老々介護などの状況で、何とか外来通院できている状態の患者もいるが、入院してしまう前に地域包括支援センターやケアマネとつなげて、訪問診療につなぐ仕組みがあると良い。

令和元年度実施東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループにおける意見

「区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況」

北
多
摩
西
部

〈立川市〉

- ・ 病院や新規の診療所、訪問看護ステーション、歯科診療所が多く、サービスとしては充実
- ・ 患者の意思決定支援では、最初の医師からの説明とケアチーム全体の意思統一が重要だが、不十分・夜間対応が必要な際に、すぐに駆け付けられる医師が一般の診療所ではなかなか確保が難しく、医師会や行政と協力しながら、夜間当番医の仕組みを構築できるとよいのではないか。

〈昭島市〉

- ・ 一般診療所で訪問診療をやっているところが非常に少ない。
- ・ 夜間・休日のバックアップ体制を整えるなど、診療所が訪問診療を始めやすい環境づくりが必要
- ・ 1人診療所が多い中、24時間365日対応は難しい。訪看など多職種連携で支えることが必要
- ・ 看取りの際に家族が救急車を呼ぶケースがある。ACPの普及啓発が必要

〈国分寺市〉

- ・ 訪問診療を依頼する方法を知らず、状態が悪くなってから依頼が来ることもある。少し調子の悪い患者を、地域で早めに把握する体制が取れると良い。
- ・ 外来の合間に訪問診療を行うのは困難な場合もあり、重度の患者を支援するには、訪問看護師や、そのほかの多職種と連携することが重要である。
- ・ 高齢者を対象とした対応だけでなく、若年層の在宅療養への対応も課題

〈国立市〉

- ・ 在宅医療の資源は充足している。近隣市との患者の流出入があるため、さらに連携強化が必要
- ・ 退院する患者が、かかりつけ医ではなく、在支診からの訪問診療を希望することが多い。在支診からのバックアップ等により、患者が安心してかかりつけ医に戻れる関係づくりが必要

〈東大和市〉

- ・ 市内では、訪問看護ステーションの数は比較的少ないが、うまく機能している。
- ・ 医師会の医師になるべく訪問診療を行うよう働きかけており、徐々に数が増えている。
- ・ 言語聴覚士の数が非常に少ない。
- ・ 今後の需要増に対応する方策として、病院の看護師に訪問看護を体験してもらい、将来のセカンドキャリアにつなげられれば、有効な人材活用となる。

〈武蔵村山市〉

- ・ 在宅医療の資源は、現状でまだまだ足りていない、診療所の数も少ない。
- ・ 新しく開業した医師等に少しずつ訪問診療を始めてもらえるよう、声がけしていくことが重要。
- ・ 主治医・副主治医制がなかなか機能していないため、市にも何らかの形で支援をしてもらいたい。

令和元年度実施東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループにおける意見

「区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況」

北多摩南部

〈武蔵野市〉

- ・強化型在支診等の数が少ない。外来の延長として訪問診療を行う医師がほとんど
- ・どのようにして在宅医療を専門に行う医師を増やすかが課題
- ・在宅看取りの推進には、自分の患者は看取る又は看取りに近い時期まで診ていくことが必要
- ・専門科（皮膚科、精神科等）の訪問診療や、歯科の訪問診療を行う診療所を増やす必要がある。
- ・病院にも訪問診療に取り組んでもらい、開業医と連携できるように取り組んでくれると良い。

〈三鷹市〉

- ・在宅医療の資源は足りていない。訪問診療は、月2回訪問にこだわらず、月1回や2カ月に1回等といったスタイルがあってもよいのでは。そのためにも、訪問看護師やケアマネなどから必要な情報が十分に共有され判断できる体制を構築することが必要
- ・将来の需要増に対応するため、かかりつけ医が訪問診療を一部担うといったことも必要

〈府中市〉

- ・患者が入院すると、元のかかりつけ医との関係が途絶えてしまうことが課題
- ・在宅を実施していない医師をバックアップし在宅医療に取り組むサポートを行っている。
- ・研修を行っても同じメンバーが集まるため、新規をどう集めるかが課題
- ・医科歯科連携が非常に重要だが、訪問歯科診療を行う歯科診療所が不足している。

〈調布市〉

- ・市内の診療所からの訪問診療が3割程度、世田谷区の専門診療所からの訪問診療が3割程度と市外の医療機関が多く対応しており、現状資源は概ね充足
- ・将来の需要増に対しては、かかりつけ医による訪問診療を進めることが必要。24時間対応のバックアップ体制を整えているが、外来だけで生計を立てられる診療所は、なかなか訪問診療をやらない。
- ・地域で診療所ごとに近隣の医療機関とグループを作ってバックアップしあったり、市内の病院がかかりつけ医の長期不在時に、訪問患者に何かあった際に診療する体制などを整えていきたい。

〈小金井市〉

- ・今後の訪問診療の需要増に対応するためには、かかりつけ医による訪問診療を進める必要があり、24時間体制へのバックアップが重要。市内の強化型在支診を核として体制を作っていくたい。
- ・訪問看護ステーションの看護師の数が少ない。一つ一つの規模が小さく、24時間体制も1人の看護師がカバーしている。訪問看護ステーションの規模を大きくすることが必要
- ・急変時に受け入れ可能な病院が市内にはないが、多摩総合等との連携により、退院後のポストアキュートを受け入れる病院が市内にはできてきており、システムは充実している。

〈狛江市〉

- ・現状、資源は不足していないが、将来の需要増に対応可能かわからない。
- ・看取りに対応できる在宅医が不足している。
- ・訪問診療を行う医師同士が連携し、看取りや24時間の対応を行うこともあり得るが、カルテの共有の課題等がネックとなる。医師会主導で、夜間休日の輪番制のような仕組の導入も考えられる。

令和元年度実施東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループにおける意見

「区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況」

北多摩北部

〈小平市〉

- ・多くの市と境界を接しており、他市の診療所から訪問診療を受ける患者の数が多く、市内の患者を市内の診療所が診ている割合が極端に低い。
- ・訪問診療の需要はあるが、市内には病院が多く選択肢が多いため、患者側も病院に頼ることが多い。
- ・今後は、軽症で通院困難になった患者は、かかりつけ医が訪問診療を行っていくことが必要

〈東村山市〉

- ・約4割の患者を市内の医師で診ている。市外の医師ともお互い支えあっている。
- ・将来の需要増に対応するには、現状では困難。かかりつけ医が普段診ている患者が通院できなくなったら、訪問診療で診る形を増やしていけば良い。
- ・訪問診療は、訪問看護師などと連携すれば、いつも24時間連絡が来るわけではないことなどをアピールし、訪問診療を始める医師を増やすことが必要

〈清瀬市〉

- ・北多摩北部の医療圏内で医療は完結できている。
- ・病院からの在宅移行調整に困難はなく、地域でシステムが構築されている。
- ・診療所による看取りの実施件数が高い。訪問看護ステーションも充実した地域
- ・在宅と慢性期病院、急性期病院が顔の見える関係を構築しており、引き続き取り組んでいく。

〈東久留米市〉

- ・北多摩北部では急性期から慢性期まで多くの病院があり、スムーズに患者の受け渡しができている。
- ・患者本位で考えれば、訪問診療専門の大規模な診療所があれば、そこに依頼することは問題ではない。多くのマンパワーがあり、訪問看護ステーションを併設している等、手厚い対応ができるため、地域への参入は歓迎

〈西東京市〉

- ・在宅医療はニーズも件数も増えている。
- ・ケアマネのサービスの調整に大きく困ることはないことから、インフラは整備されている。しかし、市内だけでは完結しておらず、市内の訪問診療医や訪問看護師、薬剤師等については足りていない。
- ・不足に対しては、病院が参画することで、地域のかかりつけ医の負担感を軽減することを少しずつ始めている。また、在宅医を増やす努力もしている。
- ・市が主導で多職種連携のグループワーク等を行っており、顔の見える連携ができている。フレイル予防などに医療機関も積極的に関わることで、将来の患者を少しでも減らせるようにしたい。