

第 5 節 外来医療に係る医療提供体制の確保

- 地域における協議等を通じて、外来医療機能を明確化し、各医療機関の役割分担や医療機関間の連携を促進することにより、地域に必要な外来医療の提供体制を確保します。
- 高額な医療機器の共同利用を進め、地域全体での効率的な医療提供体制の構築を推進します。

外来医療計画とは

- 平成 30 年の医療法の一部改正により策定した東京都外来医療計画は、全国ベースで国が統一的・客観的に比較・評価した「外来医師偏在指標」を用いて、外来医療に係る医療提供体制を確保するための方策を定めるものです。
- 具体的には、外来医師偏在の度合いや地域ごとの外来医療機能の偏在等の情報を新たに開業しようとしている医療関係者等に提供することで、個々の医師の行動変容を促し、偏在是正につなげていくことを基本的な考え方としています。
- また、CT、MRI などの高額医療機器について、人口当たりの台数に地域差があり、医療機器ごとに地域差の状況は異なることから、効率的な医療提供体制の構築に向けて、医療機器の共同利用による効率的な活用を計画に定めることとされています。

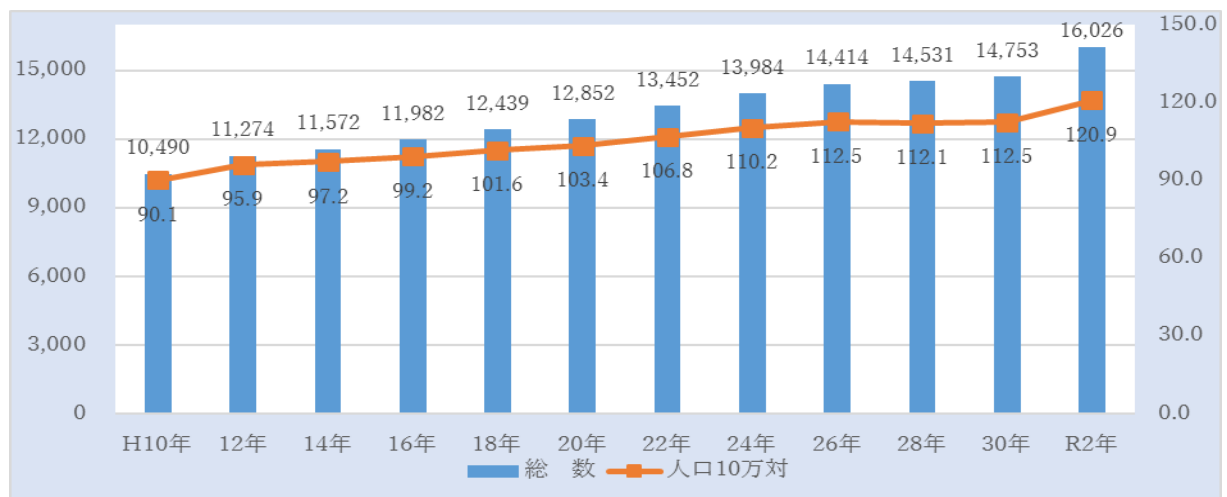
現状・これまでの取組

1 外来医療機能

(1) 外来医療の状況

- 都内の診療所医師数は、年々増加しており、令和 2 年は 16,026 人、人口 10 万人あたりでは 120.9 人です。

<診療所医師数の推移>

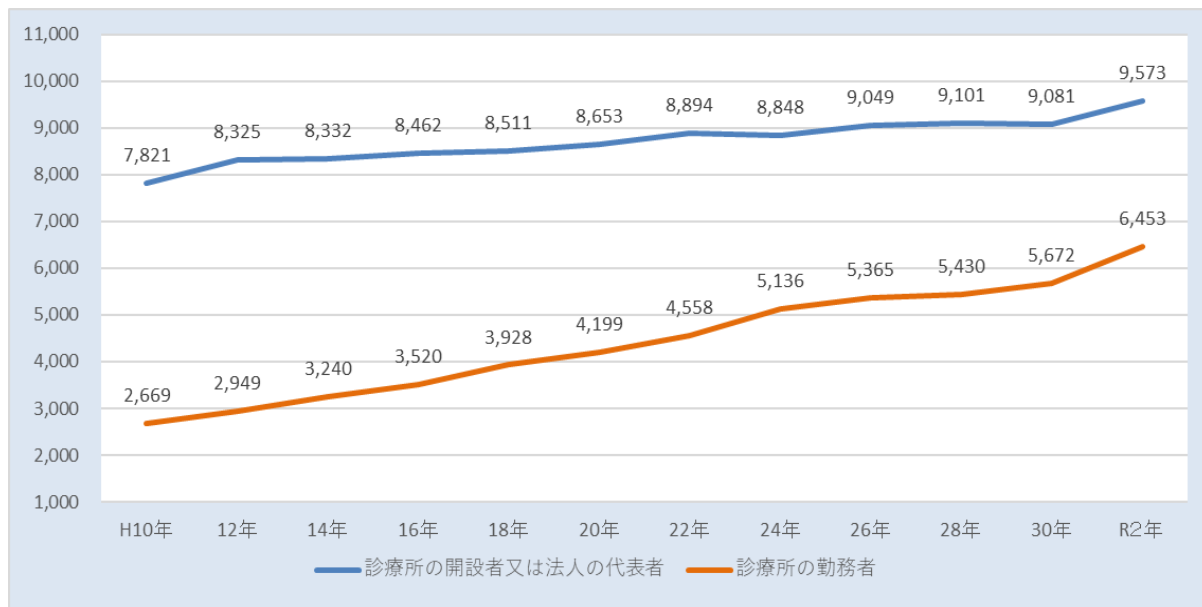


資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」

- 属性別の診療所医師数を見ると、「診療所の開設者又は法人の代表者」に比べて「診療所の勤務者」の増加率が高く、令和2年はそれぞれ、9,573人、6,453人となっています。

<属性別の診療所医師数の推移>

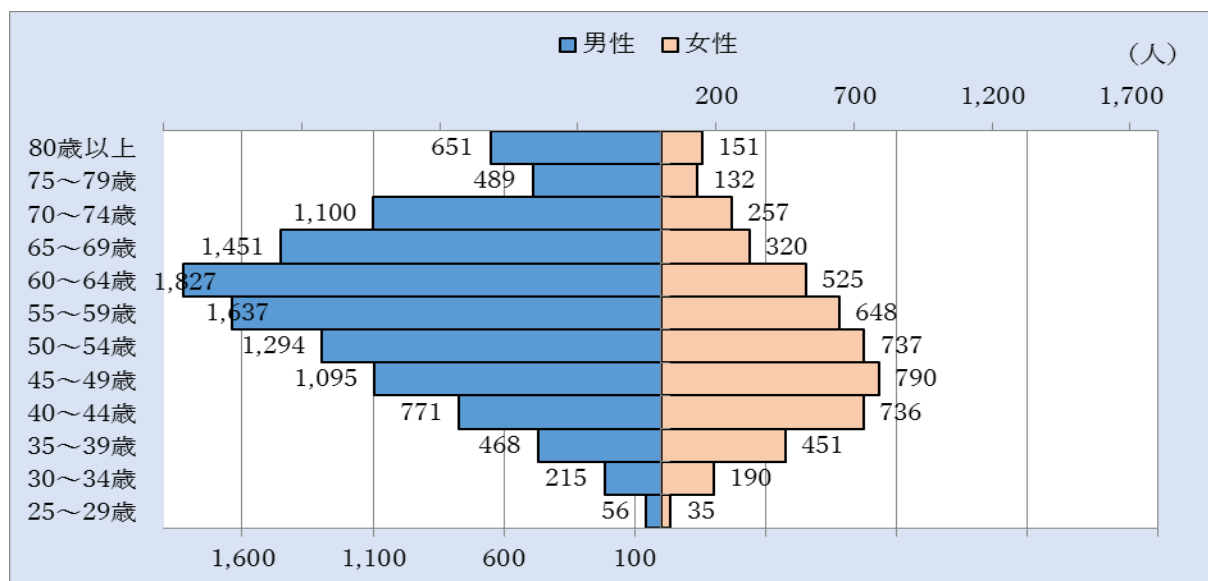
(人)



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」

- 性別年齢階級別診療所従事医師数を見ると、男性では60歳～64歳までの区分、女性では45歳～49歳までの区分で最も多くなっています。

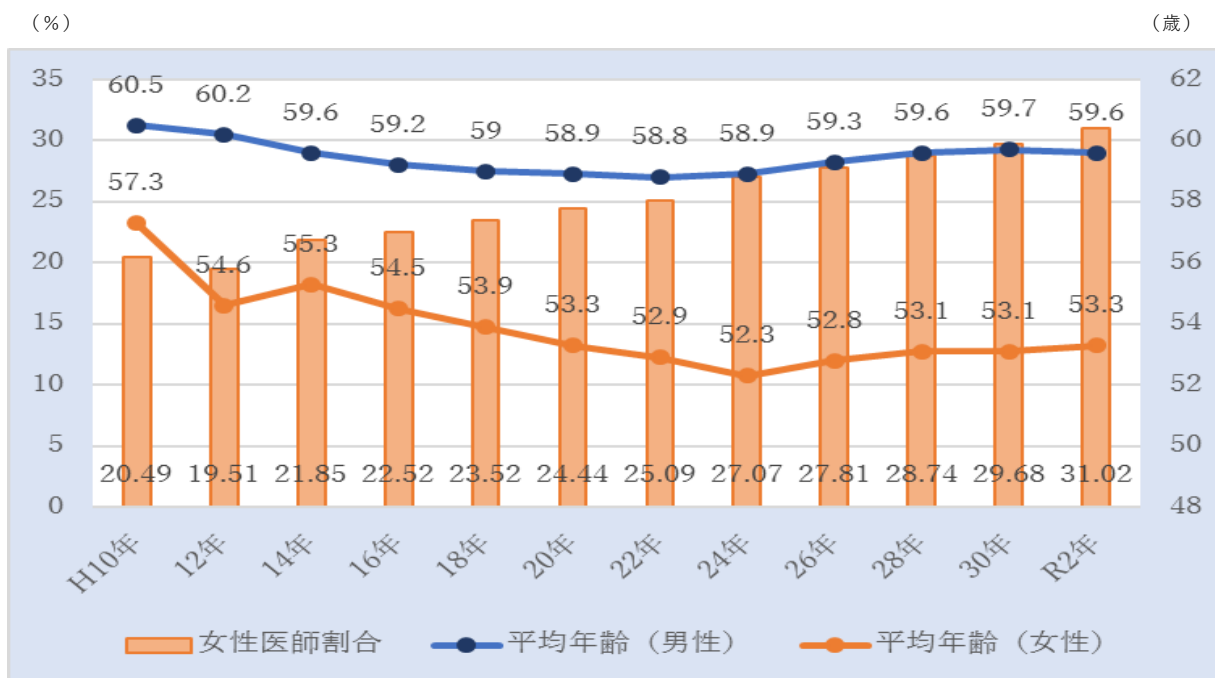
<性別年齢階級別診療所従事医師数>



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2年）

- 診療所医師に占める女性の割合は増加傾向にあり、令和2年に30%を超え、3人に1人が女性医師となっています。平均年齢は、男性医師が約60歳、女性医師は約53歳となっています。

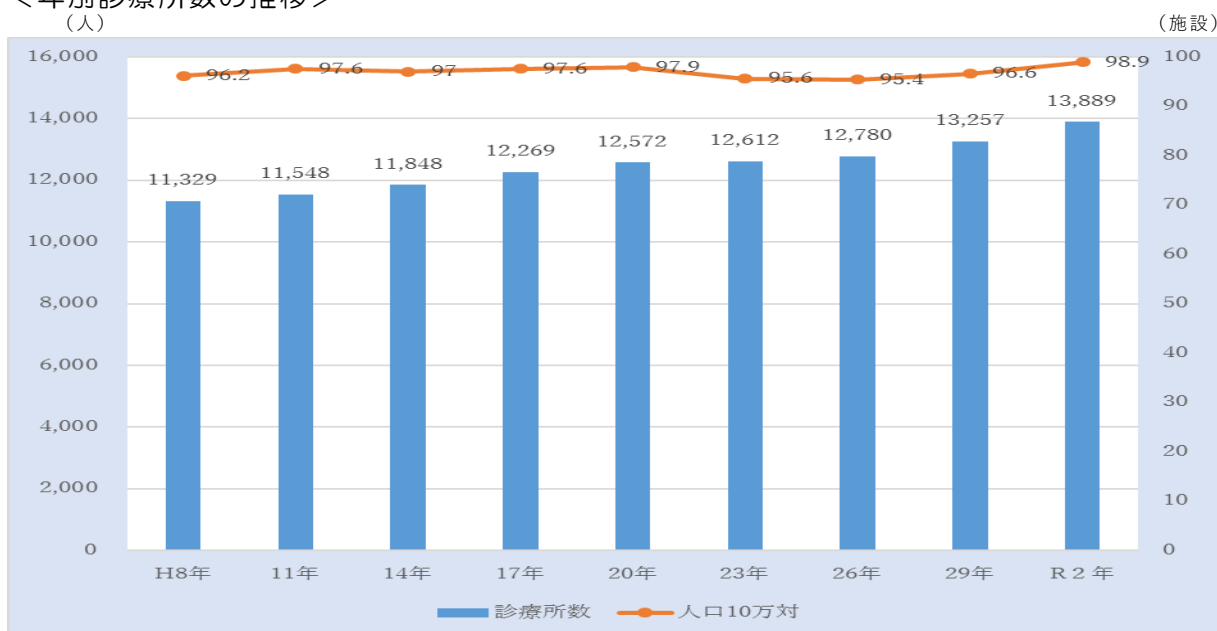
＜診療所従事医師の男女別平均年齢及び女性比率の推移＞



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」

- 都内の診療所数は年々増加しており、令和2年は13,889施設、人口10万人当たりでは98.9施設です。

＜年別診療所数の推移＞



資料：厚生労働省「医療施設調査」

- 都内の令和元年10月から令和2年9月までの期間における診療所開設数は867施設、廃止数は629施設となっており、開設数は全国の開設数の約1割を占めています。

＜診療所の開廃（令和元年10月から令和2年9月までの期間）＞

	開設数	廃止数
全国	8,302	7,770
東京都	867	629
区中央部	253	162
区南部	59	31
区西南部	120	90
区西部	97	71
区西北部	101	73
区東北部	36	40
区東部	68	62
西多摩	16	12
南多摩	46	42
北多摩西部	11	10
北多摩南部	38	30
北多摩北部	21	6
島しょ	1	0

(施設)

資料：厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）

(2) 外来医師偏在指標

- 外来医師偏在指標とは、地域ごとの外来機能の偏在・不足等を客観的に把握するため、二次保健医療圏ごとの人口10万人当たりの診療所医師数を指標化したもので、国が全国一律の算定式により算出したデータが都道府県に提供されています。
- 国の「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」（以下、「ガイドライン」という。）では、外来医師偏在指標の値が全国の二次保健医療圏の上位3分の1に該当する二次保健医療圏を「外来医師多数区域」としています。
- 国が算出した東京都の外来医師偏在指標は次表のとおりで、区部の全7圏域、北多摩南部、及び島しょの9圏域が「外来医師多数区域」に該当します。

＜外来医師偏在指標と外来医師多数区域への該当状況＞

全国順位 (335圏域中)	圏域名	国が算定する 外来医師 偏在指標	外来医師多数区域 (全国の上位33.3%)
	全国(参考)	112.2	
1	区中央部	270.1	外来医師多数区域 に該当
2	区西部	201.8	
3	区西南部	185.0	
13	島しょ	145.5	
14	区南部	144.7	
16	区西北部	142.8	
37	北多摩南部	127.7	
58	区東部	120.6	
74	区東北部	116.3	
120	北多摩西部	106.9	
152	南多摩	102.5	
169	北多摩北部	99.5	
269	西多摩	83.8	

厚生労働省が「医師・歯科医師・薬剤師調査」（令和2年）等に基づき算出

- 区部の全ての二次保健医療圏が外来医師多数区域に該当し、中でも区中央部、区西部、区西南部が全国順位の上位3位であり、大学病院本院が所在する二次保健医療圏が全国上位を占める状況は、前回（令和2年3月の計画策定時）と変わりません。
- 外来医師偏在指標においては、医師の確保が困難な地域等における自治体の医師確保施策等に基づく配置は考慮されず、前回同様、へき地である島しょ圏域が全国13位で「外来医師多数区域」となるなど、外来医師偏在指標が機械的に算出された相対的な数値であり、必ずしも実態を反映していない点には注意が必要です。
- また、都における外来医療の提供体制を確保するための検討においては、次の点に留意することが必要です。

診療所等開設の届出

診療所の開設は、医療法第8条により届出制とされており、憲法上保障された営業の自由との関係により、どこに、どの診療科の診療所を開設するかは、開設者の自由とされています。

病院の外来診療機能

特定機能病院や拠点病院等は救命救急や難病等の特殊な外来を、200床未満の病院等は地域に密着した外来をそれぞれ担い、診療所とともに、外来医療の提供において重要な役割を果たしています。

外来医療機能の多様化

診療所の専門分化、かかりつけ医機能、総合診療機能、救急、在宅、看取りなど外来医療に求められる機能は多様化しています。

都民の受療行動

病状に応じた適切な受療行動が浸透するよう、都民の理解促進を図ることが必要です。

少子高齢化の進展、地域における疾病構造の変化、医療機関の開設・閉鎖等に伴い、都民の受療行動は大きく変化する可能性があります。

- ガイドラインは、外来医師多数区域において、新規開業者に対する取組を行うことを求めています。都の外来医療の課題解決や将来を考えるためには、外来医師多数区域に限ることなく、全ての二次保健医療圏で新たに開業を希望する医師及び既存の診療所の医師に対し、行動変容を促すことが必要です。
- 都は、診療所の新規開業希望者が、地域の外来医療の状況について早い段階から理解を深められるよう、二次保健医療圏ごとに地域で不足する外来医療機能、外来医師偏在の度合いや地域ごとの外来医療機能の偏在等の情報を記載した外来医療計画をホームページで公表するとともに、新規開業手続きの窓口などで情報提供しています。
- また、全ての圏域において診療所の開業手続に合わせて、新規開業者の「地域の外来医療機能の状況を理解し、必要に応じて地域医療へ協力していくこと」の合意を確認し、合意がない新規開業者には、外来医療に係る医療提供体制の確保に向けた協議の場である地域医療構想調整会議への出席要請を行い、協議を行うこととしています。
- なお、「地域の外来医療機能の状況を理解し、必要に応じて地域医療へ協力していくこと」への合意の有無や地域医療構想調整会議における協議の実施の有無により、診療所の開設が妨げられるものではありません。

(3) 紹介受診重点医療機関等

- こうした診療所医師への取組に加え、外来における患者の行動変容を促し、紹介・逆紹介の流れの円滑化を図るため、紹介状を持った患者の診療に重点を置く医療機関を明確化する「紹介受診重点医療機関」制度が、国において整備されました。
- 都は、紹介受診重点医療機関については、医療機関が報告した外来機能報告の結果を基に、地域医療構想調整会議において協議を行い、協議が整った医療機関を、東京都保健医療局のホームページにおいて公表しています。
- 高齢化が進展するなか、慢性疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する患者を地域で支えるために必要な「かかりつけ医機能」について、国は全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）により医療法を一部改正し、「かかりつけ医機能」について各医療機関が都道府県知事に報告することなどを含む「かかりつけ医機能報告制度」を令和7年4月に創設することとし、制度の詳細について検討を進めています。

2 医療機器

- 二次保健医療圏ごとのCT、MRIなどの高額医療機器¹の調整人口10万人当たりの台数は、次のとおりです。

＜都内二次保健医療圏の調整人口当たり台数の状況＞

	調整人口当たり台数(台/10万人)				
	CT	MRI	PET	マンモグラフィー	放射線治療 (体外照射)
全国	11.5	5.7	0.47	3.4	0.82
東京都	9.6	5.0	0.52	3.6	0.96
区中央部	29.7	17.3	3.85	13.6	5.42
区南部	8.4	4.5	0.10	2.7	0.94
区西南部	7.8	5.2	0.17	3.3	0.88
区西部	9.8	5.3	0.98	5.3	1.20
区西北部	8.1	3.7	0.48	2.5	0.66
区東北部	9.6	4.6	0.08	2.0	0.24
区東部	7.1	4.0	0.47	2.5	0.72
西多摩	10.1	2.5	0.25	2.1	0.74
南多摩	7.8	3.9	0.07	2.3	0.36
北多摩西部	7.6	5.4	0.65	2.9	0.66
北多摩南部	8.7	3.9	0.00	2.2	0.79
北多摩北部	6.7	2.9	0.14	2.4	0.57
島しょ	24.2	3.6	0.00	0.0	0.00

資料：厚生労働省が「医療施設調査」（令和2年）等に基づき作成した調整人口当たり台数

- CT、MRIなどの高額医療機器については、人口当たりの医療機器台数に地域差があり、また、医療機器の種類ごとに地域差の状況が異なります。

¹ 本計画における医療機器とは、以下の5種類を指す。①CT（全てのマルチスライスCT及びマルチスライスCT以外のCT）、②MRI（1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のMRI）、③PET（PET及びPET-CT）、④マンモグラフィー、⑤放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）

- 高額な医療機器を効率的に活用するためには、医療機器の共同利用を進める必要があることから、高額な医療機器を購入（新規又は更新）する医療機関が作成する当該機器の共同利用に係る計画（以下「共同利用計画」という。）について、地域医療構想調整会議において協議を行い、結果を取りまとめ公表しています。

共同利用計画には、次の内容が盛り込まれていることを確認しています。

- ・ 共同利用の相手方となる医療機関
- ・ 共同利用の対象とする医療機器
- ・ 保守、整備等の実施に関する方針
- ・ 画像撮影等の検査機器については画像情報及び画像診断の提供に関する方針

- 医療機関が購入する医療機器の共同利用を行わない場合については、共同利用を行わない理由について地域医療構想調整会議で確認しています。

- なお、共同利用計画作成の有無により、医療機器の購入が妨げられるものではありません。

- また、ガイドラインでは、地域における医療機器の効率的な活用に向けて、医療機器の共同利用方針を定めることとされており、都は、全ての二次保健医療圏、全ての医療機器共通の共同利用方針を次のとおりとしています。

《医療機器の共同利用方針》

※5種共通（CT、MRI、PET、マンモグラフィー、放射線治療）

- ・ 連携する医療機関との間で共同利用を進める
- ・ 保守点検を徹底し、安全管理に努める
- ・ 検査機器の共同利用にあたっては、画像情報、画像診断情報の共有に努める

- なお、「共同利用」については、画像診断や放射線治療が必要な患者を、医療機器を有する医療機関に対して患者情報とともに紹介する場合があります。

課題と取組の方向性

<課題1> 外来医療機能の明確化・連携

- 都の実情に応じた外来医療提供体制を確保するためには、地域で不足する外来医療機能を可視化し、外来医師多数区域に限ることなく全ての圏域において外来医療を担う医師の自主的な行動変容を促すことが必要です。
- 地域の外来医療の状況をより詳細に明らかにするため、診療所のみならず病院の外来医療機能も含めて、外来医療に関する区市町村単位及び診療科別等の現状を分析把握し、当該データに基づいて地域における協議を行うことが必要です。

- 各医療機関の外来医療機能を明確にし、患者の紹介・逆紹介の流れを一層円滑化するため、地域の実情を踏まえた協議により、紹介受診重点医療機関を公表し、医療関係者、都民に周知する必要があります。
- 国が検討する、かかりつけ医機能が発揮される制度では、都道府県が医療機関からの報告を踏まえ、当該医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、地域の協議の場に報告・公表すること等が想定されています。都内には約1万5千の医療機関が所在することから、協議の場の運営方法等について検討していくことが必要です。

(取組1) 外来医療機能の明確化・連携の推進

- 外来医療を担う医師の自主的な行動変容を促すために必要な情報を提供するとともに、全ての圏域で新規開業希望者に地域医療への協力を要請します。
- 区市町村単位及び診療科別等の外来機能の現状を詳細に分析して可視化し、外来医療機能の明確化・連携に向けた協議を実施していきます。
- 毎年度の外来機能報告に基づき、地域医療構想調整会議での協議を踏まえて紹介受診重点医療機関を公表し、紹介・逆紹介の流れを円滑にします。
- かかりつけ医機能に関しては、国の詳細な制度設計を注視し、都の実情に応じた対応を検討していきます。

<課題2> 医療機器の効率的な活用

- 医療機関間での共同利用により、高額な医療機器の効率的な活用を図るには、医療機器の新規購入や更新を検討している医療機関が、近隣の医療機関における共同利用可能な医療機器の配置状況や利用状況を把握できることが必要です。
- 医療機器の共同利用については、法令等で定められている保守点検計画の策定等を遵守した上で運用すべきであることから、都は、共同利用を運用するに当たり医療機関が遵守すべき事項を共同利用方針として定めています。

(取組2) 医療機器の効率的な活用

- 医療機器の配置状況に関する情報を可視化するとともに、医療機器の保有状況等に関する情報を提供していきます。
- 新規に高額な医療機器を導入する医療機関に対し、医療機器の共同利用計画書の提出を求め、地域医療構想調整会議で確認します。
- 医療機器の共同利用を行う医療機関に対し、共同利用方針の遵守を求めます。

外来医師偏在指標及び高額医療機器の調整人口当たり台数

- 外来診療所医師の偏在状況を把握するために、国が全国の二次保健医療圏ごとに算定する指標が「外来医師偏在指標」です。また、高額な医療機器の配置状況を可視化するために、国は全国の二次保健医療圏ごとに「高額医療機器の調整人口当たり台数」を算定しています。「外来医師偏在指標」は、次の5つの要素を勘案した人口10万人対の診療所患者当たりの診療所医師数です。

①医療需要（ニーズ）及び人口構成とその変化

地域ごとの医療ニーズを、人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別の外来受療率により反映

②患者の流出入

外来医療では、患者の動きが大きいことから、医療機関所在地ベースの考え方を採用し、患者調査（平成29年厚生労働省）に基づく全ての流出入を反映

③へき地等の地理的条件

へき地等における外来医療機能の確保は医師確保計画の中で対応することとし、外来医師偏在指標の算定に当たっては考慮しない。

④医師の性別・年齢分布

地域ごとの性・年齢階級別医師数を、性・年齢階級別の平均労働時間によって重み付け

⑤医師偏在の種別（区域、病院／診療所）

・区域

外来医療における医療需要の多くは二次保健医療圏よりも小さい地域で完結していると考えられるが、指標の算出に当たって、市町村単位では必要なデータを必ずしも把握できないため、二次保健医療圏を単位に設定

・病院／診療所

外来医療機能の多くは診療所で提供されていることから、外来医師偏在指標は診療所の医師数をベース。病院については、入院機能と外来機能の切り分けが難しいことも、診療所医師数に限定している要因

○外来医師偏在指標の計算式

外来医師偏在指標

$$= \frac{\text{標準化診療所医師数(※1)}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万人}} \times \text{地域の標準化受療率比(※2)} \right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合(※4)}}$$

$$(\text{※1}) \text{ 標準化診療所医師数} = \sum \frac{\text{性年齢階級別診療所医師数} \times \text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$$

$$(\text{※2}) \text{ 地域の標準化外来受療率比} = \frac{\text{地域の外来期待受療率(※3)}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

$$(\text{※3}) \text{ 地域の外来期待受療率} = \frac{\sum \left(\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口} \right)}{\text{地域の人口}}$$

$$(\text{※4}) \text{ 地域の診療所の外来患者対応割合} = \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所+病院の外来延べ患者数}}$$

○高額医療機器の調整人口当たり台数の計算式

高額医療機器の調整人口当たり台数

$$= \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万人}} \times \text{地域の標準化検査比率(※1)}}$$

$$(\text{※1}) \text{ 地域の標準化検査比率} = \frac{\text{地域の性年齢調整人口当たり期待検査数(外来)(※2)}}{\text{全国の人口当たり期待検査数(外来)}}$$

$$(\text{※2}) \text{ 地域の性年齢調整人口当たり期待検査数(外来)}$$

$$= \frac{\sum \left\{ \frac{\text{全国の性年齢階級別検査数(外来)}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢階級別人口} \right\}}{\text{地域の人口}}$$

紹介受診重点医療機関とは

- 紹介受診重点医療機関とは、紹介状を持った患者の診療に重点を置く医療機関であり、手術・処置や化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来など、より専門的な検査や治療を重点的に行います。
- まずは身近なかかりつけの医療機関を受診し、専門的な検査や治療が必要と判断された場合に、紹介状を持って紹介受診重点医療機関を受診することで、かかりつけの医療機関と紹介受診重点医療機関の役割分担が明確になり、医療機関の混雑緩和やスムーズな受診につながることを期待されます。



- 都内の紹介受診重点医療機関は、東京都保健医療局のホームページで公表しています。(令和5年8月1日現在 83医療機関)

東京都保健医療局ホームページ内アクセス方法

医療政策 ▶ 医療・保健施策 ▶ 東京都保健医療計画関連事項 ▶
紹介受診重点医療機関

URL⇒ https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/kanren/syukaijushin.html

**地域医療構想調整会議及び地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループ
で出された外来医療機能に関する意見**

区中央部

- ・特定の在宅医に訪問診療の依頼が集中しがちだが、依頼する数が増えるにつれて在宅医との信頼関係が深まり、連携がより取りやすくなった。
- ・在宅療養を希望する区民は増えつつあり、訪問診療の実施件数も増加している。
- ・コロナ禍があけてからは、地域に在宅を支援するクリニックや訪問看護ステーションが増え、連携先としての繋がりができてきた。
- ・訪問看護ステーションの数は充足しており、ステーション間の連携も取れている。
- ・例えば循環器専門医、眼科専門医等とデジタルデバイスを通じて連携するなど、医療DXの取組も今後進む予定。
- ・産科や小児科など、特に夜間・休日の救急対応が多い診療科の受け入れ体制は不十分。
- ・休日夜間診療を輪番制で行っているが、実施する医療機関数が限定されていることから、一部の医療機関の負担が大きくなっている。
- ・スペシャリティを持っているような先生のところに通いたいという患者さんの逆紹介については、ある程度の壁がある状況。

区南部

- ・コロナ禍を経て、地域医療機関(在宅医療機関、入院医療機関)の連携が深まった印象。
- ・訪問診療を専門で行う新規診療所や、訪問看護ステーションの数は増加している。
- ・土日・休日の夜間は診療体制が確保されているが、平日夜間については現在小児科のみの対応。通常時は二次三次の救急医療体制が担保されていれば十分だが、感染症流行時等における平日の内科初期救急医療の体制整備は課題である。
- ・大田区の医療機関の情報がデジタル化されており、(紹介・逆紹介の際の)医療機関の選択という部分に関しては、現場としてそこまで苦労していない。
- ・オンライン診療の枠組みはできたものの、普及・活用は図られていない。外来の機能分化の更なる推進、患者の移動負担や診療現場の混雑、待ち時間の軽減などが課題である。
- ・外来施設については診療科の偏りも地域医療の確保においては影響が大きいいため、単に数のみを見るのではなく総合的に必要な機能を判断する必要がある。
- ・かかりつけ薬局が増加してきているが、麻薬などの処方薬や無菌調製などで対応できる薬局が限られている。

区西南部

- ・在宅療養支援病院／診療所や訪問診療・看取りを実施する診療所及び訪問看護ステーションの数は増加している。
- ・がん末期や他の疾患による終末期の療養先として在宅を選択するケースは確実に増えている。
- ・区内で在宅医療を行う医療機関同士の連携を図り、また医師会内で在宅専門医療機関への依頼ができる関係作りを強化したことで紹介頻度が増え、区内で完結する形が見えてきた。
- ・コロナを経験し、行政も含め医療のサポート体制を構築していく機運ができたように思う。
- ・夜間休日、眼科・耳鼻科・泌尿器科などマイナー科の受け入れ先は少ない。
- ・初期救急医療体制について、人口の増加等による地域偏在が課題となっており、一部の地域では区民の初期救急医療へのアクセスがしづらくなっている。
- ・二次医療圏外にかかりつけ医療機関を持つ区民がいるなど、区内及び圏内で医療連携を含む医療提供体制の課題を解決することが難しい。

区西部

- ・訪問診療、訪問看護ステーションは充足していると感じる。特に訪問看護ステーション数は急激に増えている。
- ・地域の多職種連携 ICT システムを活用し、感染症流行下であっても定期的なオンライン多職種連携会が継続開催できるようになった。
- ・コロナ禍を経験し、在宅療養者の 24 時間支援体制を構築するためのデジタル活用について、地域の機運が高まっている。
- ・平日日中の在宅療養支援体制は充実しているが、深夜帯の体制が十分とは言えない。小規模診療所の 24 時間体制をサポートする仕組みが必要。
- ・在宅医療で ICT の活用が増えてきたが、まだ電話や FAX での連絡も多い。また、ICT 連携はしているが医療職同士が中心となっており、介護職の参入が少ない。
- ・今後進められる医療 DX により、患者情報の共有化とそれに伴って医療の質の向上を図る必要がある。在宅の現場で医療情報を地域でいかに共有し活用できるか、体制をどうするか検討を進めていく必要がある。
- ・在宅療養に移行する手前の段階にある、フレイル、プレフレイルの高齢者を早期にトリアージして、医療・介護・行政が情報共有してケアできるシステムを作ることが必要である。

区西北部

- ・在宅療養支援病院／診療所の件数、訪問診療実施件数、自宅死の割合が増加しており、在宅療養支援事業の効果が一定程度現れているものとする。
- ・「医療連携・在宅医療サポートセンター」を設置し、在宅医療における入退院連携や在宅医療に関する医師のサポート等を開始している。
- ・病院と診療所の連携により、総合的な診療が行われているということを実感。
- ・コロナ禍を経て多職種間の連携が強化され、他区との連携でも情報のやり取りが緊密となった。
- ・在宅医療の資源は増えつつある一方で、在宅療養対象者も増加しつつあるため、資源の適切な配分が必要である。
- ・夜間、休日における救急医療、特に初期医療・救急車の受け入れに関して、各病院の医療資源を共有していくことは、今後の高齢者救急の増加に伴って重要。
- ・地域内で、診療科の偏りがみられる。具体的には、眼科が駅周辺に集中している。地域全体では、皮膚科、耳鼻咽喉科が少ない。
- ・開業医の先生がこういった患者を受けていただけるかがなかなか把握できないので、その辺の情報が詳細に伝わるようになれば病診連携がうまくいく。

区東北部

- ・訪問診療に力を入れる医療機関が増え、訪問診療専門も多くなってきている。また、SNSを活用し、多職種での連携や情報共有などがしやすくなった。
- ・訪問診療専門の診療所も増え、またその診療所を利用されている方も増えた。看取り期に入られた方のご家族が最期は自宅だと希望され、訪問診療、訪問看護等のサービスにつなぐケースも複数あり、在宅療養というカードを提示しやすくなった。
- ・多職種の連携を強化していくための意識や取組が増えている。
- ・在宅療養者に対する皮膚科、眼科、耳鼻科等の専門医も含めたチーム編成が今後の課題。
- ・在宅療養の中心となる訪問看護と医療機関、介護事業所との連携を促進していくため、情報共有ツールの活用や相互理解の促進が必要である。
- ・小児科が少なく、保育園が増えたため園医の需要が多く、保健センター等での乳幼児健診への協力が得られないようになった。
- ・病院のように大きな特徴や専門性が見えにくく、訪問診療を行うところが増えた分、地域の利用者が選びにくくなった。また、遠方から出勤する医師が多く、地域に住んでいる医師が少ないため、災害時などの対応が課題である。

区東部

- ・在宅療養支援病院/診療所が増加した。訪問看護ステーションの数も増えて自宅での看取りも増えている。訪問診療医も活発に活動しており、概ね在宅療養は推進されていると思う。
- ・在宅医療・介護連携推進事業会議を継続的に開催し、多職種連携推進を目的とした研修等についても情報や知識等の共有に努め、顔の見える関係の深化を進めている。
- ・在宅療養支援診療所の数や訪問診療件数、看取り件数が増えており、また、主治医ー副主治医システムなど、全体として在宅医療の状況は良い方向に向かっている。支援者間で連携しながら患者支援をするという考え方も当然のこととして関係者の間で理解が進んでいると感じている。
- ・小児科の夜間、休日等の対応が出来る医療機関が少ない。児童相談所との関わりのある医師が少なく、一人の医師にかかる負担が大きい。児童精神科の予約待ちが長く、また専門医療機関が少ない。
- ・かかりつけ医として診療してきた医師が、在宅医療を行う医療機関とどのように連携していくかが課題であり、在宅専門の医療機関との連携なども視野に入れ、区内にとどまらない在宅医療体制を作ることが必要である。

西多摩

- ・在宅医療提供クリニックが増え、訪問看護ステーションも機能強化が図られており、在宅療養は充実してきていると感じる。
- ・訪問看護ステーションが増え、在宅療養を支える資源が充実した一方、訪問介護事業所のヘルパーの減少や高齢化等により、介護生活を支える資源不足となっている。
- ・主任ケアマネ連絡会で医療職から研修を開催し、医療と介護の連携強化に繋がっている。
- ・初期救急医療の輸番を依頼している医師の高齢化、医療機関の減少等により、従来の診療体制を維持することが困難となっている。
- ・独居高齢者や、親族がいてもキーパーソンになり得ない高齢者も地域で多く生活しており、必要な支援体制を整えるのに困難、あるいは非常に時間がかかることが課題。
- ・介護福祉の需要が増加しているが、人的資源（特にヘルパーさん）が圧倒的に不足している。
- ・広域医療圏でかつ医師数が過少、診療所医師の高齢化及び多様な合併症を有する高齢地域住民の増加等が顕著である。
- ・眼科・耳鼻科・皮膚科等の専門外来機能を提供する医療機関が少ない。

南多摩

- ・在宅療養支援病院／診療所数、訪問診療を実施する診療所数ともに増加しているものの、今後更に増加する在宅療養に対応するため、医療と介護が更に連携する必要がある。
- ・近隣市からも参入している在宅医療機関が増加しているが、市で研修会等を実施する際に市内の医療機関に偏る傾向があり、市外医療機関にも案内、意識共有が必要。
- ・在宅療養に関わる多職種の世代交代が進んでおり、地域の顔の見える関係の再構築が必要である。
- ・在宅医療相談窓口において、問合せ内容が多岐、また専門性が高く、相談対応にあたる専門的な知見を有する人材の確保・育成及び多職種連携の充実が課題。
- ・耳鼻科・眼科の学校医が不足しており、5校以上の兼任が常態化している。
- ・夜間休日帯における小児救急、周産期救急が課題である。
- ・夜間、休日における初期救急医療は、医師の働き方改革の導入により成り立たなくなりつつある。今後は、地域の病院間の当番制導入も視野に入れた新しい対応が必要。
- ・移動手段がなく、受診が困難な高齢者が今後どんどん増えていくことについて、受診、受療の機会をきちんと提供するという観点から、対応を検討していく必要がある。

北多摩西部

- ・地域ケア会議や地域医療研修を通して、医療と介護の連携強化が図られ、入院、受診相談、訪問診療、難病患者家族のレスパイト入院等、様々な医療ニーズへの対応がスムーズになった。
- ・コロナ禍で在宅療養を取り巻く各方面の協力・連携・調整体制が整備され、連携がしやすい状況になった。
- ・ICTのツールが一般的になり、多職種で活用できるケースも増えてきたが、利用しない医療機関もあり、連携のスピード感に差が出ているように思われる。
- ・市内に7ヶ所ある在宅療養支援診療所と近隣市の訪問診療クリニックにより夜間も含めて支援出来ていると考えるが、その中には実質医師1人で対応しているクリニックが複数あるため、持続可能性を考えると課題。
- ・在宅・医療介護連携支援センターの設置や多職種連携研修会などの開催により、専門職に対する「在宅療養」の周知については一定程度実施できているが、市民への周知については改善の余地がある。
- ・高齢者数並びに要支援・要介護者数の増加に伴い、在宅で介護サービスを利用する人数が増え、相対的に在宅療養のニーズが増加しているが、かかりつけ医・歯科医・薬剤師をはじめとしたマンパワーや、在宅療養支援診療所のほか訪問看護や居宅療養管理指導を24時間提供する体制の整備が不足している。

北多摩南部

- ・地域で退院後フォローする患者さんが増えてきている中、病院同士でつながって退院前カンファレンスを実施したり、ケアマネを通して情報共有できる環境が増えてきている。
- ・訪問診療のクリニックが増加し、患者やケアマネが気楽に相談しやすくなった。アウトリーチ的な動きも増えたことは良い傾向だと感じる。また、情報システムを活用しこまやかに情報を共有できるようになってきた。
- ・強化型在宅療養支援診療所が増えて、地域の在宅医療環境は整ってきている。
- ・ここ数年で ICT の活用がすすみ、MCS で主治医を中心に多機関・多職種がタイムリーに情報共有する場面が増えている。
- ・新規の在宅療養支援診療所が増え、内科以外の皮膚科や眼科、精神科等の医師も非常勤で所属するクリニックが増えた。医療モールなども出来ているが、新しいクリニックでは往診・訪問診療を行うところは少ない。
- ・看取り等で、本人の意思が確認できず適切なサービスが提供できない事例が近年多く、関係機関でも、ACP に対する正しい知識を持っていない方が多い。
- ・クリニックごとの横のつながりと、それを踏まえての在宅医療の 24 時間体制の構築が課題である。

北多摩北部

- ・訪問診療を専門的、積極的に行う医療機関や訪問看護ステーションも増加し、資源は充足してきている。
- ・リモートや ICT を活用することで多人数の多職種が情報共有、意見交換が可能となり利便性が向上した。
- ・コロナ禍で自宅療養者が増えたことにより、保健所と在宅訪問診療や訪問看護ステーション等の関係機関との連携が深まった。
- ・整形外科領域の当直を行っている医療機関が少なく、夜間・休日の受け入れ体制が不十分である。
- ・多職種連携において医師、看護師、MSW、ケアマネの連携は構築されてきたが、介護、歯科医師、栄養士、薬剤師、理学療法士などの連携拡大が必要である。
- ・在宅療養者の増加に対して、地域全体として 24 時間夜間休日の統一した往診体制、かかりつけ医をサポートできる体制が構築されていない。
- ・独居や身寄りのない方が増えている中、介護量の増加やエンドオブライフの時期に入った際に、「在宅は無理」と多職種が判断してしまうことは現在もあり、意思決定に沿った暮らしの支援に対する課題がある。

島しょ

・診療所において総合診療を行っており、広尾病院など都立病院と連携し、外来医療を提供しているが、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科など専門診療について、島内で受診する機会が年1回しか確保できていないため、本土の医療機関への受診が必要。

・医療、介護、福祉の各分野で人材不足がある。診療所においても常勤の薬剤師が欠員であり、看護師についても一部を短期派遣で確保しているが観光のオフシーズンである冬場を中心に派遣の看護師が減る。その一方で発熱外来などの繁忙度が大きく、職員の負担が大きい。

・独居・身寄り無・認知症・老老介護など社会生活困窮者、困難者が増えている。外来受診している方は何らかの関わり・介入が出来るが、それ以外の方は介入困難な方が多い。予防の段階で介入できると良いが、マンパワー不足などにより不十分。

・高齢独居、身寄りのいない患者さんが体調悪化時や自宅での生活困難となった時の意思決定や患者の療養先の選定、移動手段の確保が難しいことが多々ある。

・進行がん、再発がんに対しての化学療法の進歩に伴って、生活を維持しながら外来化学療法を島で継続したいというニーズが増えている。マンパワー、リソースや経験の乏しい地域で今後どのように対応していくか悩ましい状況を感じている。

・離島は狭い地域なため医療・福祉が連携することで調整もスムーズに行くはずだが、大きな壁は人材不足である。