

## 12 在宅療養

- 誰もが、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを続けることができるよう、区市町村を実施主体とした、在宅医療と介護を一体的に提供する取組を推進します。
- 入院患者が円滑に在宅療養生活に移行できるよう、入院時（前）から、病院、地域の保健・医療・福祉関係者と連携した入退院支援の取組を一層進めていきます。
- 今後の在宅医療の需要増加を見据え、区市町村、関係団体等と連携しながら、在宅療養に関わる人材の育成・確保に向けた取組を進めていきます。
- 在宅療養に関する都民の理解をより一層深めるため、区市町村、関係団体等と連携しながら、効果的な普及啓発に取り組んでいきます。

## 現 状

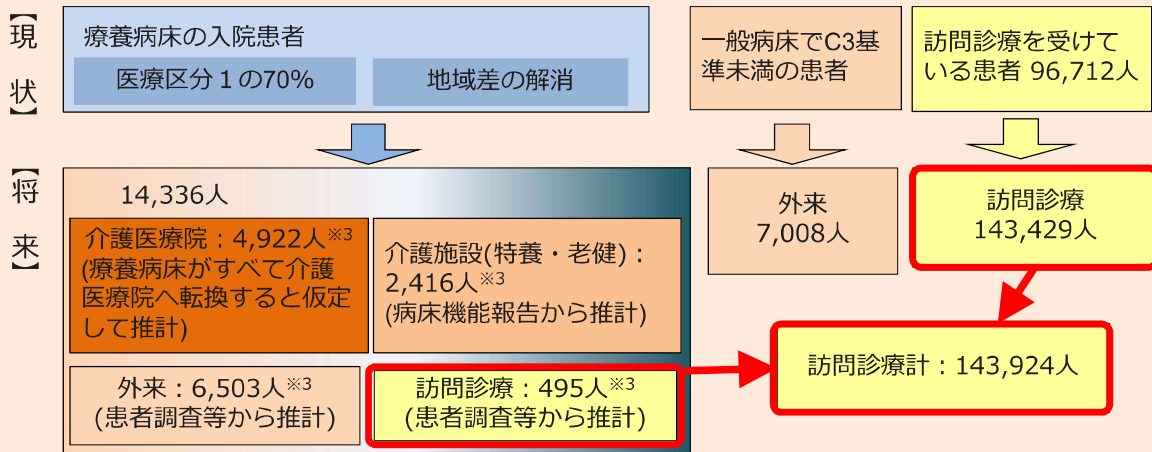
## 1 社会状況

- 平成27年の国勢調査によると、都の高齢者人口（65歳以上）は約301万人で、総人口に占める割合（高齢化率）は22.7%となっています。
- 今後も、高齢者人口は増加が続き、団塊の世代全てが75歳以上となる平成37年には約325万人（高齢化率は23.3%）、平成42年には約340万人（高齢化率は24.3%）に達し、都民の4人に1人が高齢者になると見込まれています。
- また、平成27年の都における一般世帯総数は約669万世帯で、そのうち世帯主が65歳以上で夫婦のみの世帯は約56万世帯（総世帯に占める割合は8.4%）、世帯主が65歳以上の単身世帯（以下「高齢者単身世帯」という。）は約74万世帯（総世帯に占める割合は11.1%）となっています。
- 今後、都における高齢者世帯は増加傾向が続く予測となっており、とりわけ、一般世帯に占める高齢者単身世帯の割合が大幅に増えると予測されています。
- 「健康と保健医療に関する世論調査（平成28年10月）」（東京都生活文化局）では、都民の32.2%が長期の療養が必要になった場合、自宅で療養を続けたいと思っています。しかし、そのうち54.7%が実現は難しいという回答でした。その理由としては、「家族に負担をかけるから」、「急に病状が変わったときの対応が不安だから」等が挙げられています。
- 「高齢者施策に関する都民意識調査（平成28年1月）」（東京都福祉保健局）では、38.2%が自宅で最期を迎えたいと思っています。  
しかし、「平成27年人口動態調査（東京都分）」（厚生労働省）では、都民の死亡場所の内訳は、病院が72.0%、自宅が17.3%となっています。

- また、人生の最期の過ごし方について、家族と話し合ったことがある方の割合は、「人生の最終段階における医療に関する意識調査（平成25年3月）」（厚生労働省）では、詳しく話し合っているが2.8%、一応話し合ったことがあるが39.4%で、約4割にとどまっています。
- 「東京都地域医療構想（平成28年7月策定）」では、平成37年の在宅医療等の必要量は197,277人/日、そのうち、訪問診療分を143,429人/日<sup>注1</sup>と推計しています。
- また、病床の機能分化及び連携の推進に伴い生じる、在宅医療等の新たなサービス必要量（下図参照）における訪問診療の必要量の推計では、495人/日の需要が見込まれます。
- この結果、平成37年の東京都全体の訪問診療の必要量は、143,924人/日と推計されます。

療養病床の入院患者のうち医療区分<sup>※1</sup> I の70%、地域差解消分の患者数<sup>※2</sup>及び一般病床の入院患者のうち医療資源投入量が175点未満（C3基準未満）の患者数を、療養病床、一般病床ではなく介護医療院、介護施設、訪問診療、外来医療の需要として見込んだ必要数

- ※1 療養病床で算定する診療報酬である「療養病床入院基本料」において、入院患者をその病状により3段階に分類するもの。医療区分Iが最も病状が軽い
- ※2 療養病床の入院受療率の地域差を縮小させることを見込む



※3 国が示した推計方法に基づく機械的な試算であり、今後、実態を踏まえて見直しを行う。

注1 平成25年訪問診療実績を引き延ばした推計数

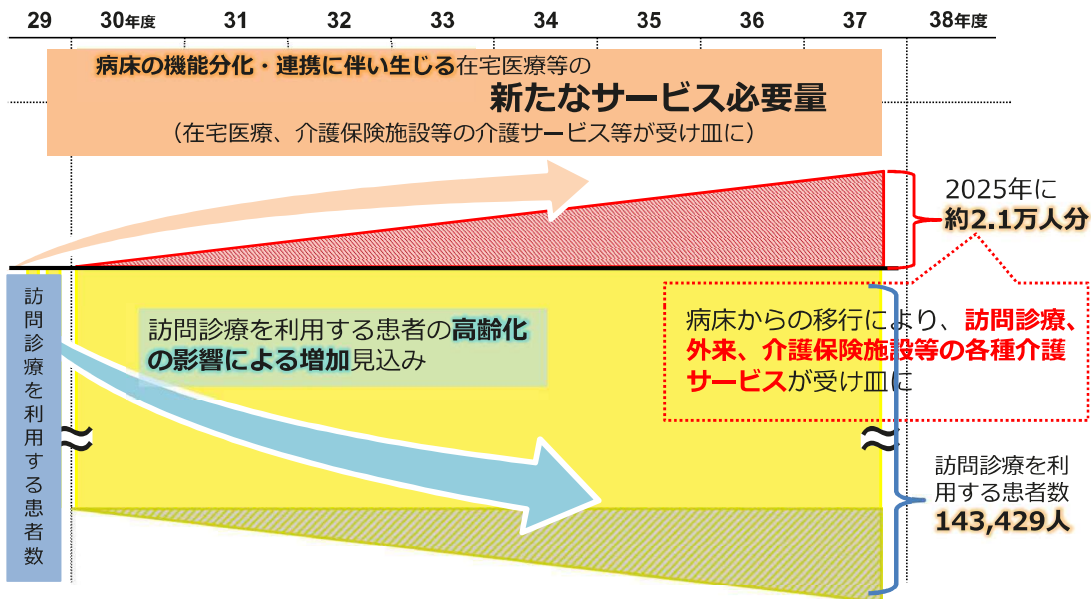
## 在宅医療等の新たなサービス必要量の考え方について

～病床の機能分化及び連携の推進に伴い生じる  
在宅医療等の新たなサービス必要量について～

- 2025年の在宅医療等の必要量は、国が示す計算式により推計した、訪問診療を利用する患者等の増加見込みを反映した2025年の患者数等の推計値と、病床の機能分化・連携に伴い生じる「在宅医療等の新たなサービス必要量」からなります。

図1 地域医療構想を踏まえた2025年における在宅医療等のイメージ

・ 2025年に向け、在宅医療等の需要は、「**高齢化の進展**」や「**地域医療構想による病床の機能分化・連携**」により**増加**する見込み。

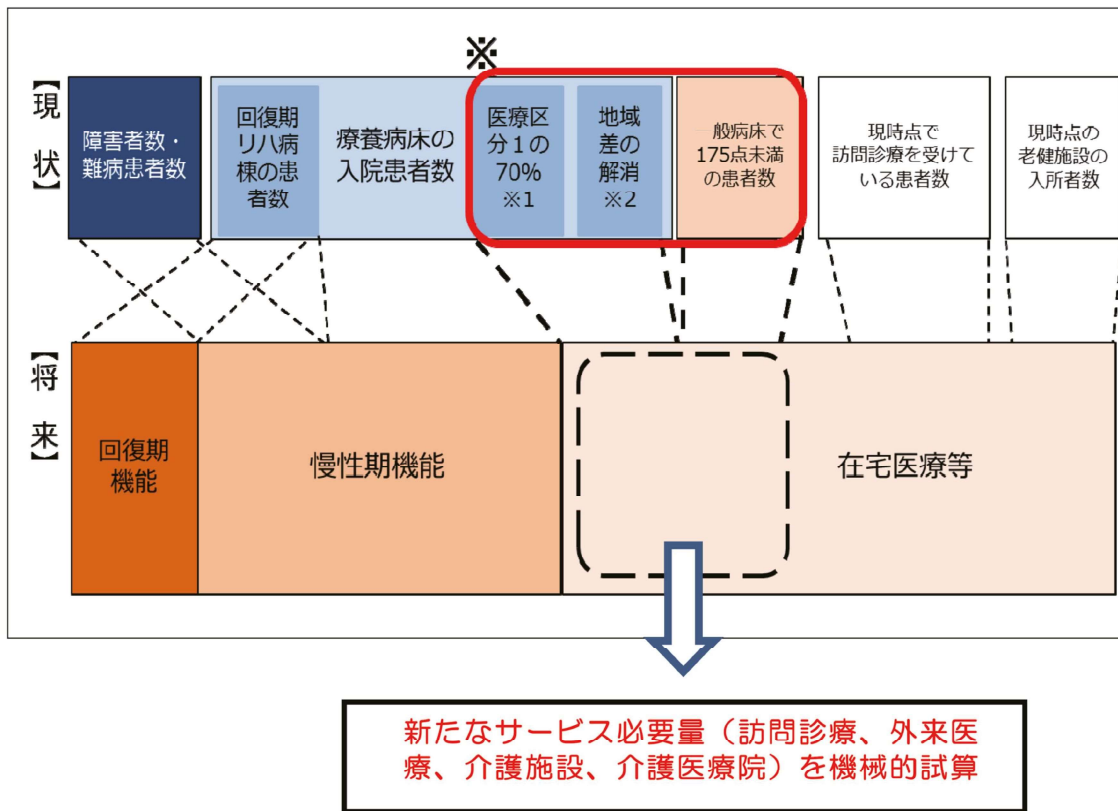


資料：医療計画策定研修会（平成29年8月厚生労働省）資料を加工して作成

- 「在宅医療等の新たなサービス必要量」は、慢性期の患者の一部（下図※）を在宅医療等（訪問診療、外来医療、介護施設、介護医療院）で対応することで新たに発生するサービス量（東京都分計約 2.1 万人）であり、国が示した推計方法に基づいて機械的に試算した 2025 年の推計値です。

【「医療計画について(平成 29 年 7 月 31 日一部改正厚生労働省医政局長通知)」中、「(別添) 介護施設・在宅医療等の新たなサービス必要量の推計方法について」を基に推計】

図2 新たなサービス必要量の考え方



※1 療養病床の入院患者のうち、医療区分 I の 70% を在宅医療等で対応する患者数として見込む。  
 ※2 療養病床の入院受療率の地域差を縮小させることを見込む。

## 2 社会資源

都内において、在宅療養を必要とする患者を支える社会資源の数は、以下の表のとおりとなっています。

施設種別	箇所数
在宅療養支援診療所	1,304所
在宅療養支援病院	101所
訪問診療を実施する診療所	2,432所
訪問診療を実施する病院	
退院支援担当者配置診療所	20所
退院支援担当者配置病院	266所
訪問看護ステーション	1,018事業所
在宅療養支援歯科診療所	585所
地域包括支援センター	427所
通所リハビリテーション	89事業所
訪問リハビリテーション	104事業所
居宅介護支援事業所	3,821事業所
介護老人保健施設	195施設
訪問薬剤指導実施薬局	4,996施設

注1 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養歯科診療所、訪問薬剤指導実施薬局の数は、厚生労働省関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿」(平成29年4月、在宅療養歯科診療所は平成28年8月)である。

注2 訪問診療を実施する診療所、病院の数は、診療所と病院の計であり、厚生労働省データブック(平成27年度版)である。

注3 退院支援担当者配置診療所及び退院支援担当者配置病院の数は、厚生労働省「医療施設調査」(平成26年)である。

注4 訪問看護ステーション、地域包括支援センター、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、居宅介護支援事業所、介護老人保健施設の数は、福祉保健局高齢社会対策部調べ(平成29年4月)である。

### これまでの取組

#### 1 地域における在宅療養体制の確保

- 在宅療養とは、住み慣れた自宅等で、医療と介護(訪問診療、訪問看護、訪問介護等)を受けながら、療養生活を送ることです。
- 在宅医療・介護の連携推進については、平成26年の介護保険法(平成9年法律第123号)改正により地域支援事業に位置付けられ、区市町村が主体となって取り組むこととされ、平成30年4月には、在宅医療・介護連携推進事業(ア)から(ク)まで(※269ページ参照)の全ての取組を、全ての区市町村が実施することになっています。

- 都は、区市町村の主体的な取組を基盤に、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員等、在宅療養に関わる多職種が緊密に連携した地域における在宅療養体制の確保に取り組んできました。
- 具体的には、医療・介護に係る関係者や行政、住民代表等による「在宅療養推進協議会」の設置や、地域の病院や診療所における「在宅療養後方支援病床」の確保、在宅療養に関する相談対応や医療・介護連携に関する調整等を行う「在宅療養支援窓口」の設置などに取り組む区市町村を支援してきました。
- また、在宅医相互に補完し合いながら、又は訪問看護ステーション等と連携しながら、チームとして24時間の診療体制を確保する取組や、ICTを活用した情報共有・多職種連携の取組を進めています。
- 在宅療養の取組を広げていくため、区市町村や地区医師会との連絡会等を開催し、各区市町村等の取組状況を把握するとともに、先行事例や好事例の取組等の情報を発信しています。

## ※在宅医療・介護連携推進事業について

在宅医療・介護連携推進事業は、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供することを目的に以下の取組を実施するものです。

### 「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」(厚生労働省)

#### ア 地域の医療・介護資源の把握

地域の医療機関、介護事業者等の住所・連絡先、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報と合わせて、地域の医療・介護関係者と共有する。

#### イ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策等の検討を行う。

#### ウ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築に向けて、必要な具体的取組を企画・立案する。

#### エ 医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備するなど、地域の医療・介護関係者間の情報共有を支援する。

#### オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療と介護連携を支援する相談窓口の設置、運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療、介護連携に関する事項の相談の受付を行う。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、患者・利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行う。さらに、相談対応の窓口やその役割が関係者等に明確に理解されるよう、「在宅医療・介護連携支援センター」等の名称を設定し、関係者等に周知する。

#### カ 医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種でのグループワーク等の研修を行う。また、必要に応じて、地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催等の研修を行う。

#### キ 地域住民への普及啓発

在宅医療や介護に関する講演会の開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。

#### ク 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

複数の関係市区町村が連携して、広域連携が必要な事項について協議する。

## 2 在宅療養生活への円滑な移行の促進

- 平成26年3月に、退院後に向けて入院早期から取り組むべき事項を段階毎に記載した「東京都退院支援マニュアル」（平成28年3月改定）を作成しました。
- また、地域包括ケアシステムにおける在宅療養移行支援の意義や、医療機関の役割を理解するとともに、入院早期から退院後の在宅療養生活を見据え、地域の在宅療養患者を支えるスタッフとも連携した退院支援に取り組む人材の育成・確保を進めています。

## 3 医療・介護に関わる多職種の人材育成・確保

- 地域で在宅療養患者の中心的な役割を担う、「在宅療養地域リーダー」を養成するとともに、養成したリーダーを中心とした多職種連携の強化や、病院スタッフと診療所、訪問看護ステーションのスタッフが相互理解を促進する研修等を実施しています。
- また、区市町村が設置する「在宅療養支援窓口」において在宅療養のコーディネーター機能を担う人材の養成に取り組んでいます。

## 4 重点的に取り組むべき課題への対応

- 医療的ケアを必要とする小児等の在宅医療の推進や、自宅や施設等の住み慣れた暮らしの場における看取りの支援など、重点的に取り組むべき課題について、区市町村や関係団体等と連携し、取組を進めています。

### 課題と取組の方向性

#### <課題1>区市町村を実施主体とした在宅療養体制の構築

- 誰もが、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを続けることができるよう、区市町村において、医療・介護の関係団体が連携した、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供できる体制づくりを推進していくことが必要です。
- 区市町村を越えた入院医療機関と地域の医療・介護関係者との連携や人材育成・普及啓発など、広域的な取組も必要となります。

#### 〔取組1〕地域包括ケアシステムにおける在宅療養体制の構築 [基本目標Ⅲ、Ⅳ]

- 住民に最も身近な区市町村を在宅療養の実施主体とした、地域包括ケアシステムの視点に立ち、地域の実情に応じた取組を推進していきます。
- 広域的な医療・介護連携、普及啓発、人材育成など、都が実施した方が効果的・効率的な取組については、区市町村との役割分担を確認の上、関係団体等と連携し、取組を進めます。



- 地域の状況把握・課題分析に際して必要な在宅療養に関するデータの提供、先進事例の紹介など、区市町村の取組を引き続き支援していきます。

## ＜課題2＞地域における在宅療養の推進

- 在宅医療・介護連携推進事業（ア）から（ク）までについて、区市町村の地域の実情に応じた取組を引き続き推進し、切れ目のない医療・介護の提供、医療・介護関係者の情報共有、災害時の支援体制の確保等に取り組んでいく必要があります。
- また、地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅療養患者等を緊急時に受け入れるサブアキュート、急性期後の治療やリハビリテーションを要する患者を受け入れるポストアキュート、在宅復帰支援等の機能を持つ地域包括ケア病棟の果たす役割が重要となっています。

### 〔取組2〕在宅療養患者を支える地域の取組を促進

〔基本目標Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ〕

- 区市町村が設置する在宅療養支援窓口における取組が充実し、地域における医療・介護の連携や円滑な入退院支援が促進されるよう、区市町村の取組を一層支援します。
- 切れ目のない在宅医療の提供に向け、主治医、副主治医制の導入、在宅医と訪問看護ステーション等との連携等による24時間の診療体制の確保、地域包括ケア病棟等を活用した病状変化時に利用できる後方支援病床の確保などの取組を推進します。
- 地域の医療・介護関係者が、在宅療養患者の体調の変化や服薬状況等の情報をICTを活用して効果的に共有するなど、在宅療養患者の療養生活を支えるための情報共有・多職種連携の取組を推進します。
- 在宅療養生活において重要な役割を担う訪問看護サービスの安定的な供給のため、訪問看護人材の確保・定着・育成等、訪問看護ステーションへの支援を行います。
- 在宅人工呼吸器使用者に関する災害時個別支援計画の作成を区市町村に働きかけるなど、災害時の要支援者への支援体制の確保に向け、取組を進めます。
- 住み慣れた地域で安心して暮らし、本人の希望する場所で最期を迎えられるよう、看取りに対する都民の理解を促進するとともに、人材育成や看取り環境の整備に向けた取組を推進していきます。
- 医療的ケアを必要とする小児等の在宅療養患者とその家族が、地域で安心して暮らしていけるよう、地域の実情に応じた取組を行う区市町村を支援するとともに、小児等在宅医療を担う人材の確保等に取り組んでいきます。

**<課題3>在宅療養生活への円滑な移行の促進**

- 入院患者が円滑に在宅療養生活に移行できるよう、入院時（前）から、入院医療機関、かかりつけ医等地域の医療・介護関係者が連携した入退院支援の取組が必要です。
- また、入院医療機関が患者の住所地から離れた区市町村に所在する場合には、地域の医療・介護関係者との情報共有や連携が難しい場合があり、在宅療養生活への円滑な移行に向け、広域的な視点での取組が必要な場合もあります。

**（取組3）在宅療養生活への円滑な移行の促進****〔基本目標 II、III〕**

- 入院医療機関における入退院支援の取組を更に進めるとともに、入院時（前）からのかかりつけ医、地域の医療機関、介護支援専門員等、多職種との情報共有・連携を強化し、患者・家族も含めたチームでの取組を促進していきます。
- 区市町村を越えた広域的な入院医療機関と地域の連携（入退院支援・医療・介護連携）の充実に向け協議の場を設定するとともに、地域における在宅療養への移行調整の役割を担う在宅療養支援窓口の機能強化に向けた取組を充実していきます。
- 東京都退院支援マニュアルや転院支援情報システムの活用を促進するとともに、内容・機能の充実に向けた検討を進めていきます。

**<課題4>在宅療養に関わる人材育成・確保**

- 東京都地域医療構想の推計では、在宅医療（訪問診療）の必要量は、平成37年には、平成25年の約1.5倍の必要量が見込まれています。
- こうした在宅医療の需要増加を見据え、在宅医療の担い手の育成・確保や、地域における医療・介護連携のコーディネーター的な役割を担う人材の確保に向けた取組の一層の充実が必要となります。

**（取組4）在宅療養に関わる人材育成・確保****〔基本目標 IV〕**

- 区市町村、医師会等関係団体と連携し、在宅医療に関する理解を促進するためのセミナーを実施するとともに、かかりつけ医と在宅医療を専門に担う医療機関との連携強化や、24時間診療体制の確保等の取組により、在宅療養に関わる人材の育成・確保に取り組みます。
- 区市町村が、地域の在宅医療資源の状況を把握するとともに、在宅医療の必要量の推計等を踏まえ、在宅療養体制の確保・充実に向けたきめ細かな取組を実施できるよう、支援していきます。

**<課題5> 都民の在宅療養に関する理解の促進**

- 在宅療養への円滑な移行と退院後の療養生活の継続には、都民が日頃から在宅療養に関する知識と理解を深め、病状が変化した際の対応や看取りについて考えておくことが重要です。

**〔取組5〕 在宅療養に関する都民への普及啓発****〔基本目標 Ⅲ〕**

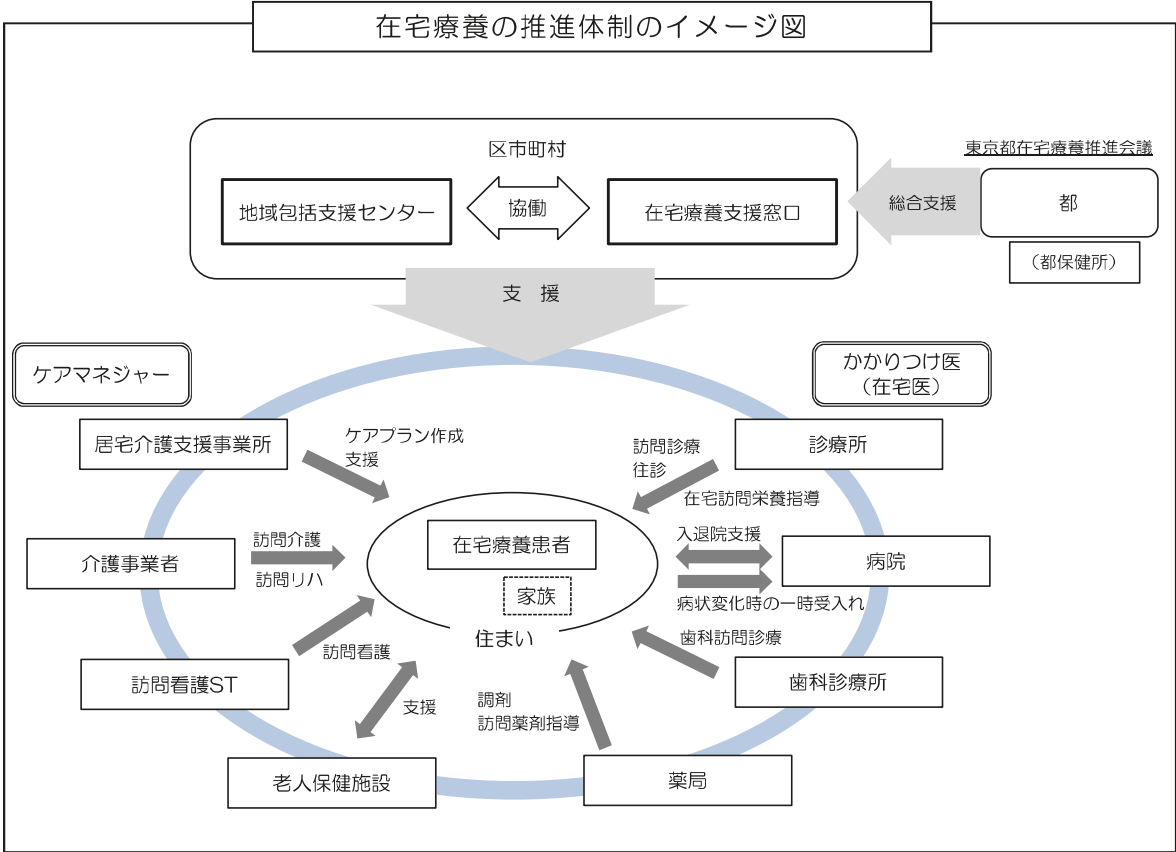
- 在宅療養に関する都民の理解を深めるため、区市町村の在宅療養に関する相談窓口の設置状況、医療機関の役割や機能、医療・介護保険制度、災害時の支援体制等について、引き続き、都民に対する普及啓発に取り組んでいきます。
- 在宅療養の推進に向けたパンフレット・DVD等の普及啓発媒体等を作成し、区市町村がそれらを活用して普及啓発を進めるなど、区市町村や関係団体と連携した取組を推進していきます。

## 事業推進区域

- 入院医療：広域な区域（複数の区市町村、生活圏、二次保健医療圏等）
- 在宅療養：区市町村

## 評価指標

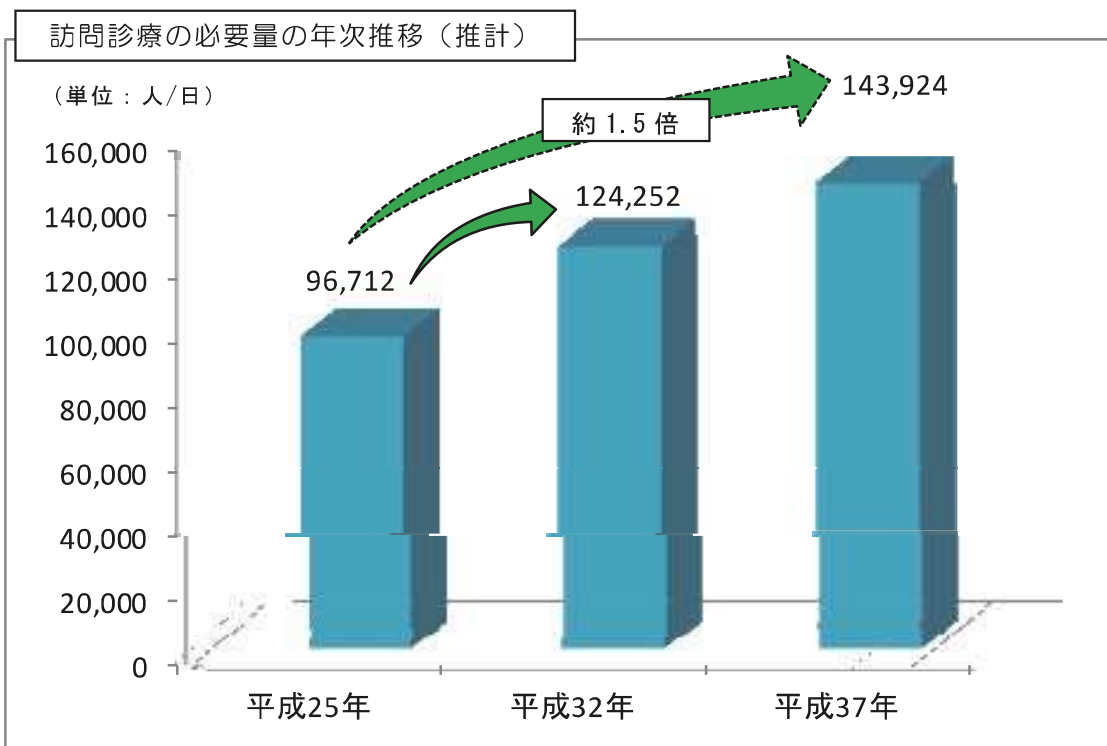
取組	指標名	現状	目標値
取組1 取組2 取組4	訪問診療を実施している診療所数 訪問診療を実施している病院数	2,432 所	増やす
取組1 取組2 取組4	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所数 在宅看取り（ターミナルケア）を実施している病院数	1,060 所	増やす
取組1 取組2 取組4	訪問診療を受けた患者数 （レセプト件数）	1,017,495 件	増やす
取組1 取組2 取組4	在宅ターミナルケアを受けた患者数 （レセプト件数）	10,487 件	増やす
取組2	訪問看護ステーションの看護職員数	4,476 人	増やす
取組3	退院支援を実施している診療所数 退院支援を実施している病院数	243 所	増やす
取組3 取組4	入退院支援に関わる研修受講者数	1,497 人	3,177 人

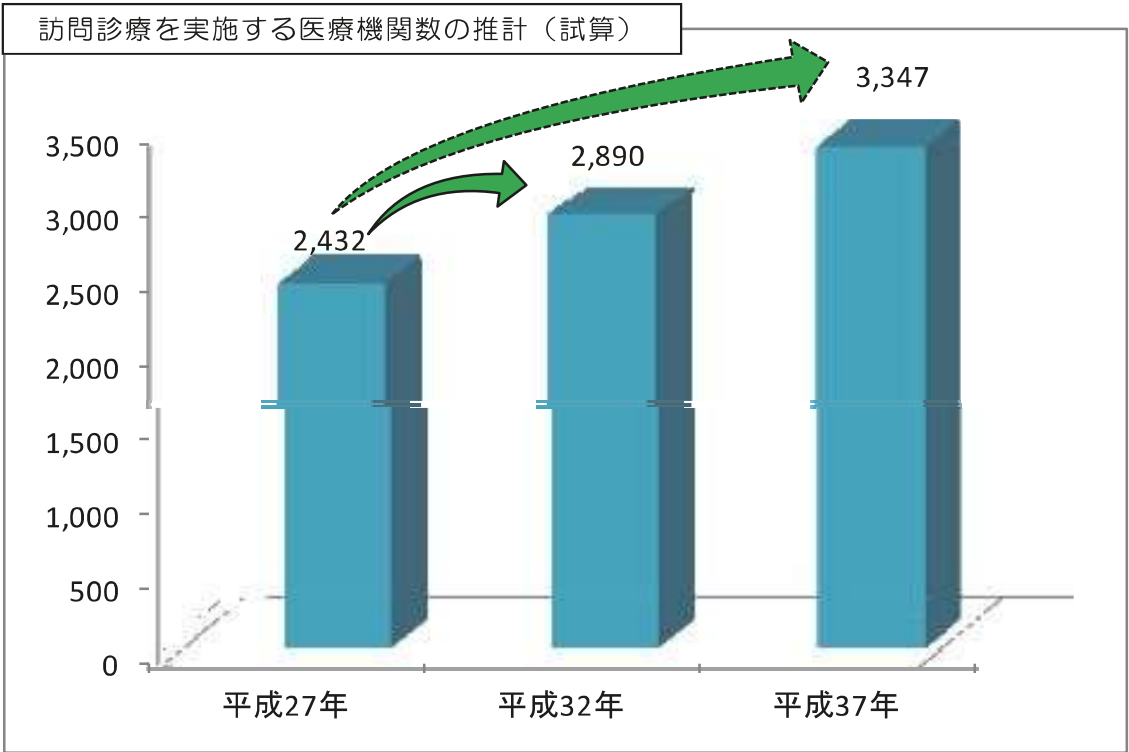


「東京の平成37年の地域包括ケアシステムの姿」については、320ページを参照してください。

## 訪問診療を実施する医療機関数の推計（試算）

- 東京都地域医療構想（平成28年7月策定）で記載している医療需要の推計（平成37年の在宅医療等の必要量）における「在宅医療等」とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所で提供される医療を指しています。
- 推計の中には、現在、訪問診療を受けている患者数を引き伸ばした数のほか、療養病床の入院患者のうち、比較的医療の必要性が低い方などが、今後は、在宅医療等の提供を受けていくこととして、推計しています。
- 東京都地域医療構想では、平成37年の在宅医療等の必要量は、197,277人/日、そのうち、訪問診療分を143,429人/日と推計しています。
- また、病床の機能分化及び連携の推進に伴い生じる、在宅医療等の新たなサービス必要量における訪問診療の必要量の推計では、495人/日の需要が見込まれます。
- この結果、平成37年の東京都全体の訪問診療の必要量は、143,924人/日と推計されます。





※ 地域医療構想における訪問診療の需要推計の伸び率と同じ比率で訪問診療を実施する医療機関数を増やした数

- 訪問診療を実施する医療機関は在宅医療を専門に行う医療機関から、外来診療を中心に訪問診療も行う医療機関まで、規模等は様々です。
- また、地域によって医療資源、在宅療養患者の状況等も異なり、今後、区市町村が地域の実情に応じた在宅療養環境の整備を進める必要があります。
- このため、区市町村ごとに在宅医療の状況、課題等を把握し、きめ細かく医療資源の確保等に取り組んでいく必要があります。