

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意思決定支援を含む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と医療ニーズの多様化を踏まえ、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確保・育成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

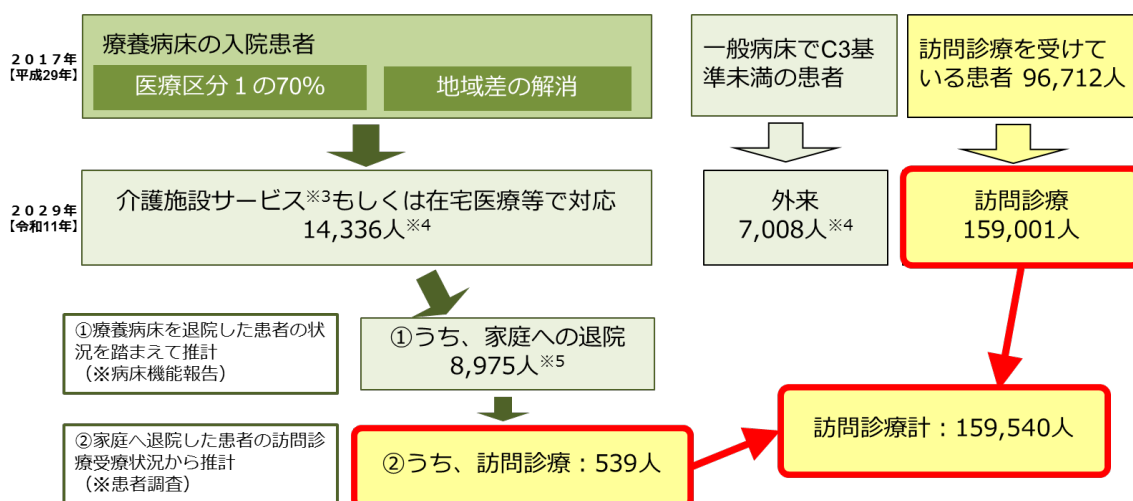
1 社会状況

- 令和2年の国勢調査によると、都の高齢者人口（65歳以上）は約319万人で、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、令和17年には約354万人（高齢化率は25.0%）、令和32年には約398万人（高齢化率は29.4%）とピークを迎え、都民の約3人に1人が高齢者になると見込まれています。
- また、令和2年の都における一般世帯総数は約722万世帯で、そのうち世帯主が65歳以上で夫婦のみの世帯は約59万世帯（総世帯に占める割合は8.2%）、世帯主が65歳以上の単独世帯（以下「高齢者単独世帯」という。）は約92万世帯（総世帯に占める割合は12.7%）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独世帯の割合が大幅に増えると予測されています。
- 「保健医療に関する世論調査（令和5年2月）」（東京都政策企画局）では、都民の34.0%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58.1%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。

- 「令和2年度高齢者の生活実態（令和3年10月）」（東京都福祉保健局）では、34.4%が自宅で最期を迎えたいと思っています。
 しかし、「令和4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58.5%、自宅が24.3%となっています。
- また、自身の人生の最終段階で受たい医療について、家族や医療関係者等と話し合っている方の割合は、「令和2年度高齢者の生活実態（令和3年10月）」（東京都福祉保健局）では、詳しく話し合っているが1.6%、一応話し合っているが20.7%と、約2割にとどまっています。
- 令和11年の在宅医療等の必要量のうち、訪問診療を利用する患者の高齢化の影響による増加見込みを踏まえた訪問診療分は159,001人/日¹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については、令和5年度に再推計したところ、539人/日の需要が見込まれています。
- この結果、令和11年の東京都全体の訪問診療の必要量は、159,540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^{※1} I の70%、地域差解消分の患者数^{※2}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小さくさせることを見込む



※3 介護施設サービスとは、介護医療院、介護老人保健施設及び介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む。）をいう。
 ※4 地域医療構想は2025（令和7）年までの取組を基本としているため、以降2029（令和11）年までは同数を見込む。
 ※5 国が示した推計方法に基づく機械的な試算である。

¹ 平成25年訪問診療実績を引き延ばした推計数

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	1,667 所
在宅療養支援病院	166 所
訪問診療を実施する診療所	2,481 所
訪問診療を実施する病院	
退院支援担当者配置診療所	19 所
退院支援担当者配置病院	309 所
訪問看護ステーション	1,598 事業所
在宅療養支援歯科診療所	699 所
地域包括支援センター	457 所
通所リハビリテーション	65 事業所
訪問リハビリテーション	145 事業所
居宅介護支援事業所	3,350 事業所
介護老人保健施設	205 施設
訪問薬剤指導実施薬局	6,015 施設

資料：厚生労働省関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿」（令和5年9月）
（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）
厚生労働省データブック（令和4年度版）
（訪問診療を実施する診療所、病院）
厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）
（退院支援担当者配置診療所、退院支援担当者配置病院）
福祉局高齢者施策推進部調べ（令和5年4月時点）
（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）

これまでの取組

1 地域包括ケアシステムにおける在宅療養体制の構築

- 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、訪問薬剤管理指導、訪問介護等）を受けながら、療養生活を送ることです。
- 平成26年の介護保険法（平成9年法律第123号）改正により、介護保険法に基づく地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられました。「在宅医療・介護連携推進事業」は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月からは、全ての区市町村において実施されています。
- 令和2年9月には、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を更に進められるよう「在宅医療・介護連携推進事業」の見直しが行われました。
- 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、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、デジタル技術を活用した情報共有や多職種連携、地域の病院や診療所における「在宅療養後方支援病床」の確保などに取り組む区市町村を支援しています。
- 区市町村が実施する既存の在宅療養推進の取組に加え、地区医師会を主体とした、地域における24時間診療体制の構築を推進する取組を支援することで、更なる在宅医療の推進を図っています。
- 地域の医療・介護関係者のデジタル技術を用いた情報共有の充実を図るため、「東京都多職種連携ポータルサイト」(*)の活用により、在宅療養患者の病状変化時の入院等における地域の医療・介護関係者と病院の連携や、病院間の広域的な連携等を促進しています。

(*)「東京都多職種連携ポータルサイト」

患者によって利用されている情報共有システムが異なっている場合でも、円滑に各システムの患者情報へアクセスできる「①多職種連携タイムライン」や、病院間で転院予定患者の受入れマッチングを行う「②転院支援システム」等の機能を持った、医療・介護関係者向けのポータルサイト。

○ また、在宅療養に関する地域の現状・課題や、今後の取組について意見交換を行うため、二次保健医療圏ごとに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を設置しています。

○ 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。

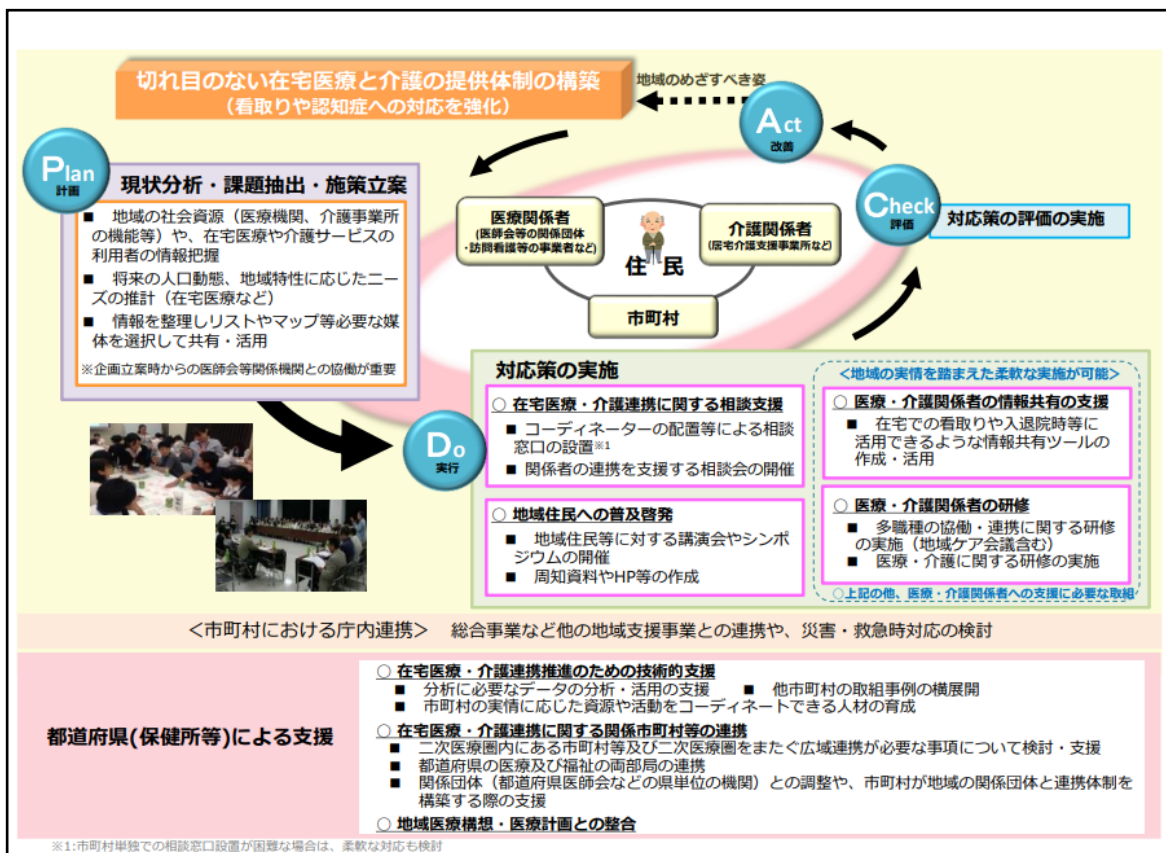
※ 在宅医療・介護連携推進事業について

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出来るよう、在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進するために、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿（地域の理想像）を共有し、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進するために、区市町村が実施主体となって地域の実情に応じて様々な取組を実施するものです。

「在宅医療・介護連携推進事業」の事業内容について

地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組が行われるよう、令和2年9月に事業構成の見直しが行われました。

令和3年度からの在宅医療・介護連携推進事業の取組内容は、以下のとおりです。



資料：厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3」（令和2年9月）

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ごとに記載した「東京都退院支援マニュアル」を作成しました（平成28年3月改定）。
- 入院医療機関における入退院支援の取組を推進し、入院時（前）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や、人材確保に係る人件費の支援を行っています。

3 在宅療養に関わる人材確保・育成

- 地域で在宅療養推進の中心的な役割を担う「在宅療養地域リーダー」を養成し、養成したリーダーを中心として多職種連携の強化を図るとともに、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、地域における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取組を推進する研修を実施しています。
- 訪問診療を実施していない診療所医師等に対し、在宅医療に関する理解の促進を図るためのセミナー等を開催することで、在宅医療を担う人材の確保等に取り組んでいます。
- 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・育成等を図る訪問看護ステーションへの支援を行っています。

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ます。
- 都が作成した普及啓発用小冊子「わたしの思い手帳」等を活用して、区市町村や関係団体と連携しながらアドバンス・ケア・プランニング²(ACP)について都民に広く周知を図るとともに、地域の医療・介護関係者及び病院スタッフのアドバンス・ケア・プランニング(ACP)に関する理解促進と対応力の向上を図るための研修等を実施しています。

² アドバンス・ケア・プランニング：自らが望む医療・ケアについて本人と家族、医療・介護関係者等であらかじめ十分に話し合い、共有する取組のこと

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保健・医療・福祉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

- 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、普及啓発や人材育成など、都が実施した方が効果的・効率的な取組については、引き続き区市町村との役割分担の下、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・介護連携推進事業について、区市町村ごとに取組を進めているところですが、切れ目のない医療や介護の提供体制を構築するためには、地域において医療・介護関係者の連携を図りながら、24時間体制で在宅療養が提供されることが重要です。こうした観点から、在宅療養に必要な連携を担う拠点³や在宅療養において積極的な役割を担う医療機関⁴を整備する必要があります。
- 保健・医療・福祉関係者間や患者とのデジタル技術を活用した情報共有、入退院時等における地域のかかりつけ医や介護関係者等と病院の間の情報共有を促進していく必要があります。
- 近年顕在化している在宅医療・介護関係者に対するハラスメントに対して、安全を確保して、安心して従事できる体制を整える必要があります。

³ 在宅療養に必要な連携を担う拠点：在宅療養において、地域の関係者による協議の場の開催や関係機関の連携体制の構築等、必要な連携を担う拠点

⁴ 在宅療養において積極的な役割を担う医療機関：在宅療養において、自ら24時間対応体制の在宅医療の提供や、医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援等、積極的な役割を担う医療機関

- 自然災害の発生時や新興感染症の発生・まん延時等においても、在宅療養患者に対し、継続的に医療を提供する必要があります。

（取組2）在宅療養患者を支える地域の取組を促進

- 切れ目のない在宅医療の提供に向け、在宅医療に取り組むかかりつけ医の連携や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に加えて、往診を支援する事業者等との連携等による24時間の診療体制の確保など、地域における区市町村や関係団体等による在宅療養を推進する取組を一層支援します。
- 在宅医療・介護連携推進事業の実施主体である区市町村を「在宅療養において必要な連携を担う拠点」と位置付け、これまでの医療・介護関係者の連携等の取組を充実させるとともに、新たに障害福祉の関係者との連携や災害時対応等の取組を推進します。また、地域の在宅療養体制が確保されるよう、自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに他の医療機関の支援などを行う「在宅療養において積極的な役割を担う医療機関」の検討を行い、地域の実情に応じた当該医療機関を活用した取組を推進します。
- 「東京都多職種連携ポータルサイト」の提供により、地域の保健・医療・福祉関係者のデジタル技術を活用した情報共有の充実を図ることで、在宅療養患者の病状変化時の入院等における地域のかかりつけ医や介護関係者等と病院の連携や、病院間の広域的な連携を引き続き促進していきます。
- 在宅療養の現場で、医療従事者が安心して在宅医療に従事できるよう、在宅医療従事者が患者やその家族から受けるハラスメント対策の取組を推進していきます。
- 停電時の在宅人工呼吸器使用者の安全を図るため、自家発電装置等を貸与又は給付する区市町村への支援を引き続き実施していきます。
- 在宅療養の現場における災害時や新興感染症の発生・まん延時等にも対応できるよう、関係団体等と協力して、地域における保健・医療・福祉関係者間の連携体制の強化を図っていきます。
- 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、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を含めた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引き続き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、入院医療機関とかかりつけ医を始めとする地域の保健・医療・福祉関係者が連携した意思決定支援を含む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、地域の保健・医療・福祉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

- 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、かかりつけ歯科医、地域の医療機関、介護支援専門員等の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）の充実に向けた意見交換の場として、在宅療養ワーキンググループを活用するとともに、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東京都多職種連携ポータルサイト（転院支援システム）の活用を促進するとともに、内容や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確保・育成

- 在宅医療（訪問診療）の必要量は、令和11年には、平成25年の約9.7万人から約1.6倍の159,001人/日になると見込まれています。
- 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確保・育成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確保・育成

- 区市町村、医師会等関係団体と連携し、在宅療養に関する理解を促進するための研修会やシンポジウム等を実施し、在宅療養に関わる人材の確保・育成に引き続き取り組んでいきます。
- 訪問診療を実施していない医師等に対し、在宅療養に関する理解の促進を図るためのセミナーや参入に当たっての様々な課題の解決に向けた個別相談等を実施することで、在宅医療を担う人材の確保等に取り組んでいきます。
- 在宅療養に関わる人材の確保を図るため、これまで夜間の往診体制の確保等の問題により参入できなかったかかりつけ医と、往診を支援する事業者や在宅医療を専門に担う医療機関との連携強化による24時間診療体制の構築等、地区医師会を主体とした取組を支援していきます。
- 住み慣れた暮らしの場において最期まで自分らしく暮らし続けるため、都民が自らの希望する医療・ケアを受けることができるよう、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）について、地域の保健・医療・福祉関係者や病院スタッフの理解促進と対応力の向上を図るための研修等を引き続き実施します。
- 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引き続き行っていきます。

<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、都民に対して在宅療養に関する知識と理解を深める取組が必要です。
- 住み慣れた暮らしの場において最期まで自分らしく暮らし続けるため、都民が自らの希望する医療・ケアを受けることができるよう、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する都民への普及啓発に取り組むことが必要です。

（取組5）在宅療養に関する都民への普及啓発

- 都が作成した普及啓発小冊子等やシンポジウム等を通じて、在宅療養及びアドバンス・ケア・プランニング（ACP）について引き続き都民に広く周知を図っていくとともに、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する理解促進と対応力の向上を図るための研修等について、都民と直接関わる地域の医療・介護関係者及び病院スタッフに対して実施します。

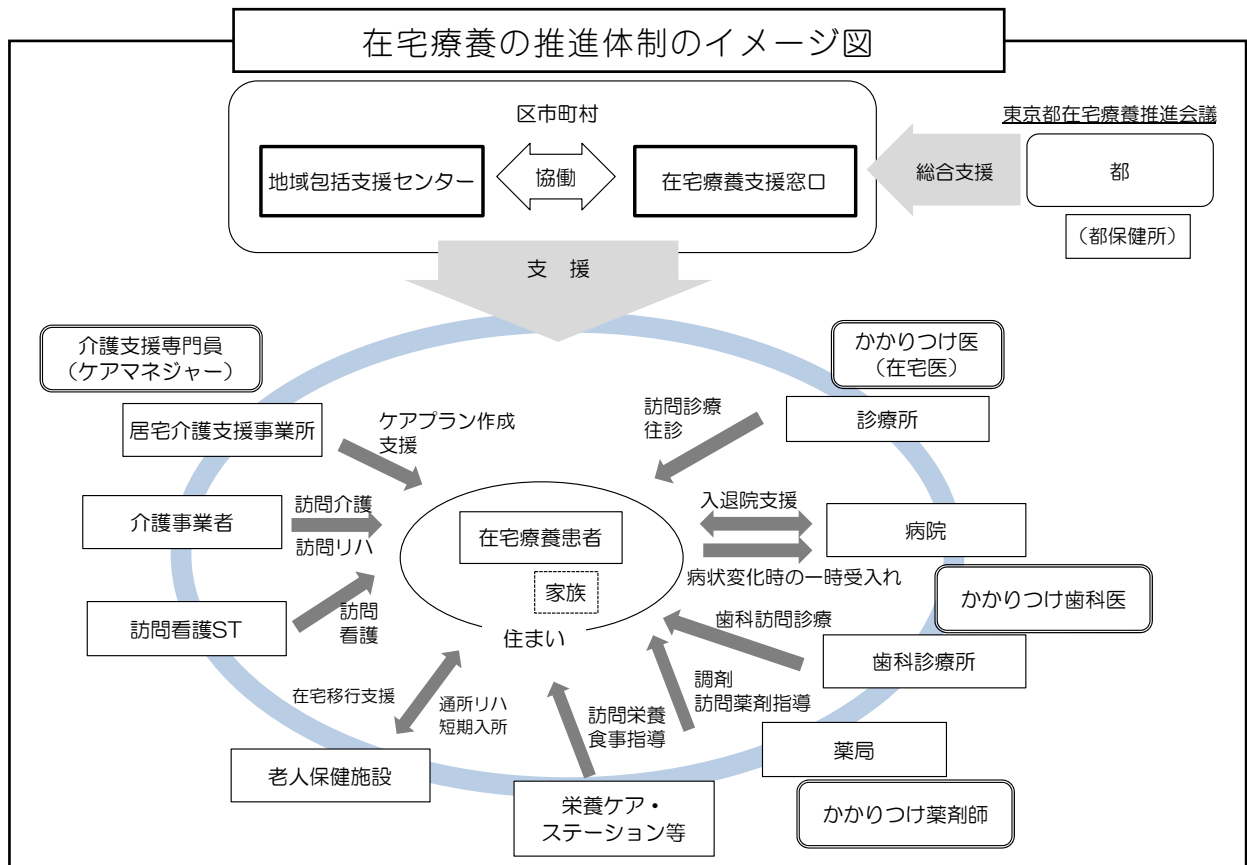
事業推進区域

○ 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	2,289 所 (令和 4 年度)	増やす
	訪問診療を実施している病院数	192 所 (令和 4 年度)	
取組 1 取組 2 取組 4	訪問診療を担当する医師数	2683.45 人 (令和 4 年度)	増やす
取組 1 取組 2 取組 4	往診を実施している診療所数	3,684 所 (令和 4 年度)	増やす
	往診を実施している病院数		
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	1,192 所 (令和 4 年度)	増やす
	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している病院数	70 所 (令和 4 年度)	
取組 1 取組 2 取組 4 取組 5	訪問診療を受けた患者数 (レセプト件数)	1,471,822 件 (令和 4 年度)	増やす
取組 1 取組 2 取組 4 取組 5	訪問看護利用者数（NDB） (レセプト件数)	40,505 件 (令和 4 年度)	増やす
	訪問看護利用者数（介護 DB） (レセプト件数)	1,582,248 件 (令和 4 年度)	
取組 1 取組 2 取組 4 取組 5	在宅ターミナルケアを受けた患者数 (レセプト件数)	21,810 件 (令和 4 年度)	増やす
取組 1 取組 2 取組 4 取組 5	看取り数	26,703 件 (令和 4 年度)	増やす

取組	指標名	現状	目標値
取組2 取組4	訪問看護を実施している診療所数	409所 (令和4年度)	増やす
	訪問看護を実施している病院数	83所 (令和4年度)	
	介護保険を取り扱っている病院、 診療所、訪問看護ステーション数	1,430所 (令和4年度)	
	医療保険を取り扱っている訪問看護 ステーション数	1,397所 (令和4年度)	
	訪問看護事業所従事者数	10,922人 (令和4年度)	
取組2 取組4	24時間体制を取っている訪問看護 ステーション数	1,084所 (令和4年度)	増やす
	24時間体制を取っている訪問看護 ステーション従事者数	9,682人 (令和4年度)	
取組3	退院支援を実施している診療所数	254所 (令和4年度)	増やす
	退院支援を実施している病院数		



「東京の地域包括ケアシステムの姿」については、418ページを参照してください。