資料６

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

令和７年度医療政策研修会	資料2
令和８年３月１７日	

在宅医療の体制整備について

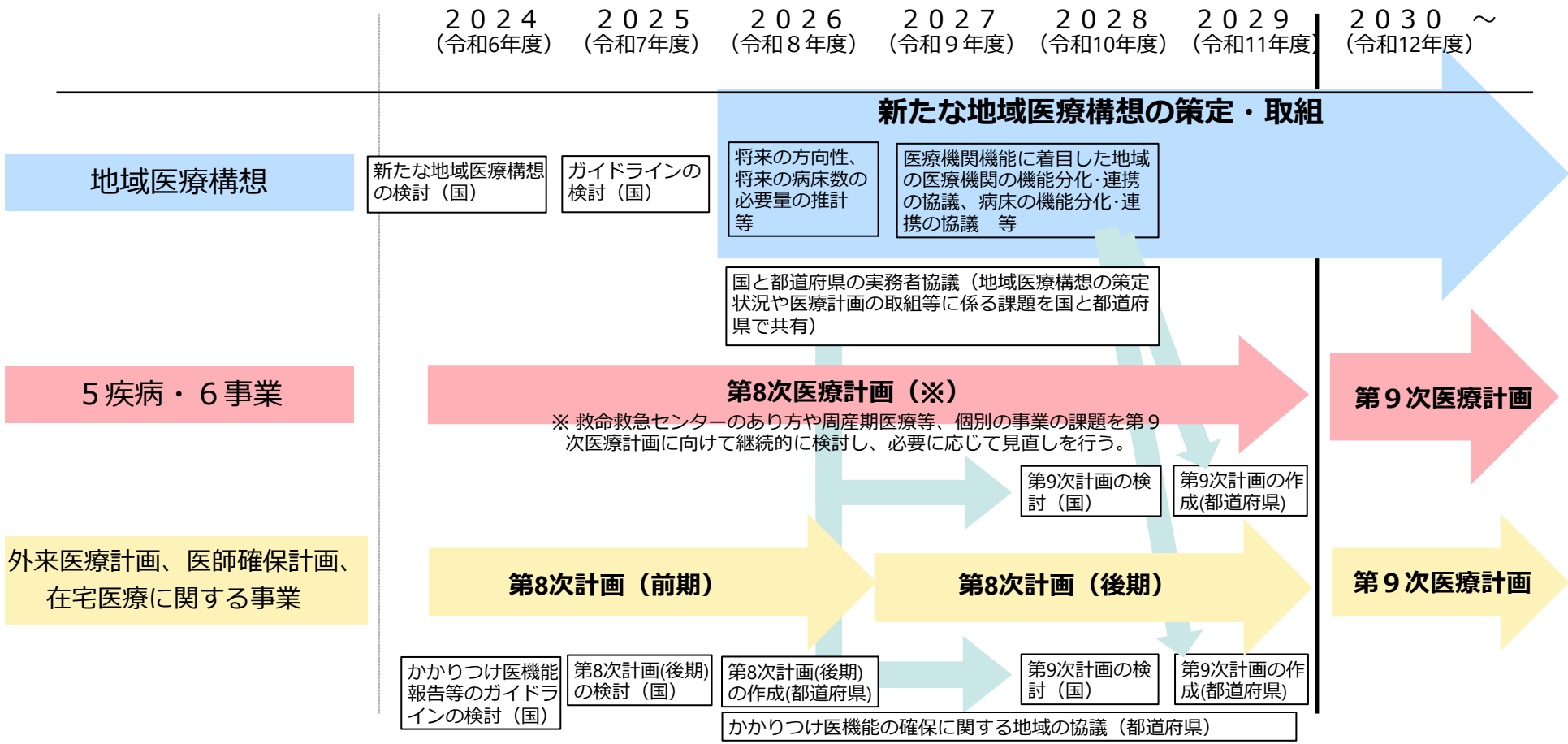
令和８年３月17日
医政局地域医療計画課
外来・在宅医療対策室

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

○　新たな地域医療構想について、令和７年度に国でガイドラインを検討･策定し、都道府県において、まず令和８年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討･策定した上で、それを踏まえ、令和９～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化･連携の協議等を行うこととしてはどうか。

○　新たな地域医療構想の内容について、基本的に第９次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、５疾病･６事業については、個別の事業の課題を第９次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、**また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。**



令和５年度第２回医療政策研修会
第１回地域医療構想アドバイザー会議
令　和　5　年　9　月　1　5　日
資料
4

在宅医療の体制について

○在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
○国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～　「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ　～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援
○入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援
○多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
○緩和ケアの提供
○家族への支援

③急変時の対応
○　在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

④看取り
○住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

・病院、診療所（歯科含む）　・薬局
・訪問看護事業所　・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター
・短期入所サービス提供施設
・相談支援事業所　等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

○①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
・他医療機関の支援
・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

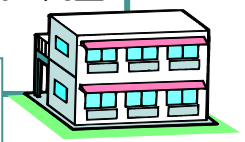
・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院　　等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

○①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
・地域の関係者による協議の場の開催
・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
・関係機関の連携体制の構築　等

・市町村　・保健所
・医師会等関係団体　　等



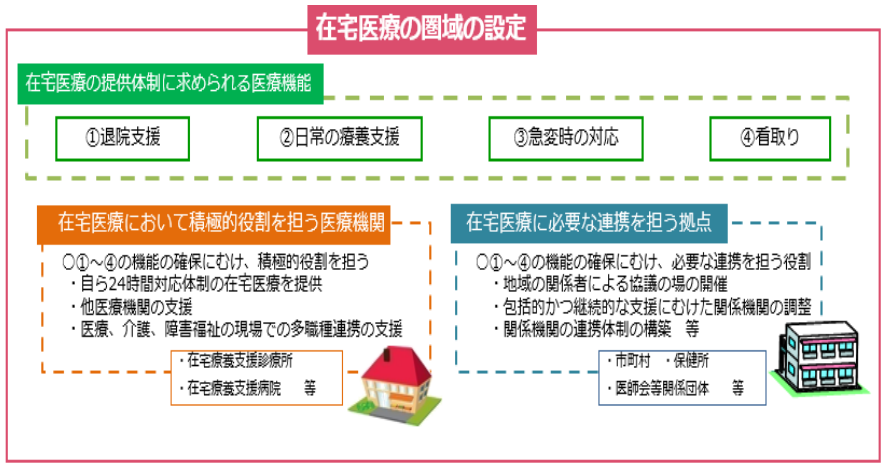
【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和５年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和５年６月29日一部改正））

在宅医療の体制（第８次医療計画の見直しのポイント）

概　　要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

在宅医療の提供体制



◆ 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。

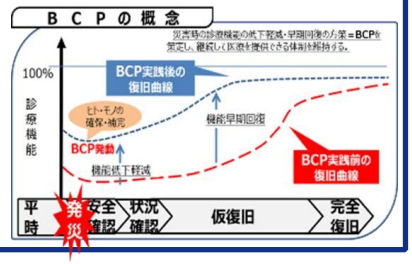
◆ 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。

◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

急変時・看取り、災害時等における整備体制

◆ 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。

◆ 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。



在宅医療における各職種の関わり

◆ 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。

◆ 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。

◆ 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。

◆ 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。

◆ 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

在宅医療の圏域の設定状況について

都道府県調査

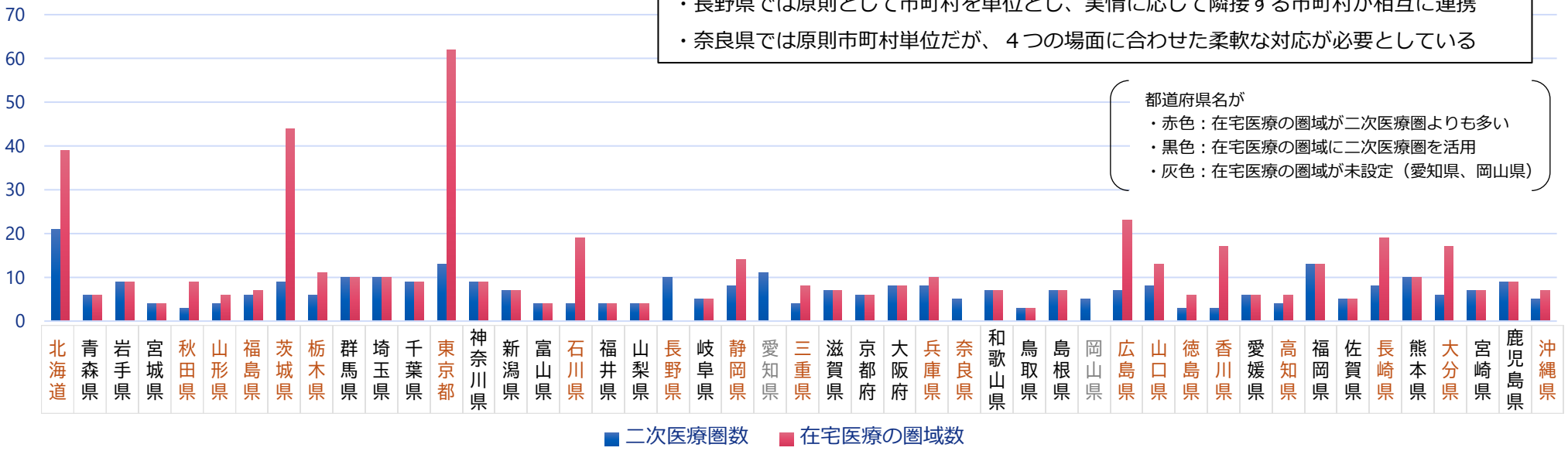
・在宅医療の圏域として二次医療圏を活用していたのは24府県、二次医療圏よりも多い圏域を設定していたのが21都道県であった（2県は未設定）。
・ 二次医療圏よりも多い圏域を設定していた都道府県では、市町村、郡市区医師会、保健所等の単位で設定されていた。

各都道府県における在宅医療の圏域設定状況

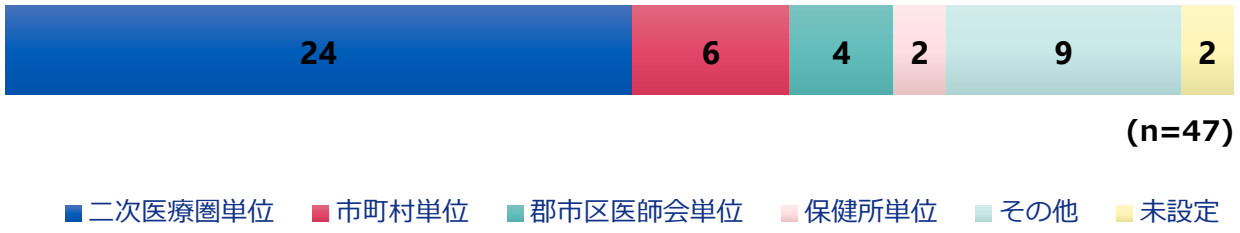
※令和７年10月時点の報告情報に基づき再作成

・長野県では原則として市町村を単位とし、実情に応じて隣接する市町村が相互に連携
・奈良県では原則市町村単位だが、４つの場面に合わせた柔軟な対応が必要としている

都道府県名が
・赤色：在宅医療の圏域が二次医療圏よりも多い
・黒色：在宅医療の圏域に二次医療圏を活用
・灰色：在宅医療の圏域が未設定（愛知県、岡山県）



各都道府県における在宅医療の圏域の設定単位



【その他】
・地域の実情により組み合わせて設定
（二次医療圏単位、郡市医師会単位、市町単位）
・急変時の対応体制や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう設定
・基本市町単位であるが、一部医師会単位で設定
・地域医療構想の区域と同じ　　等

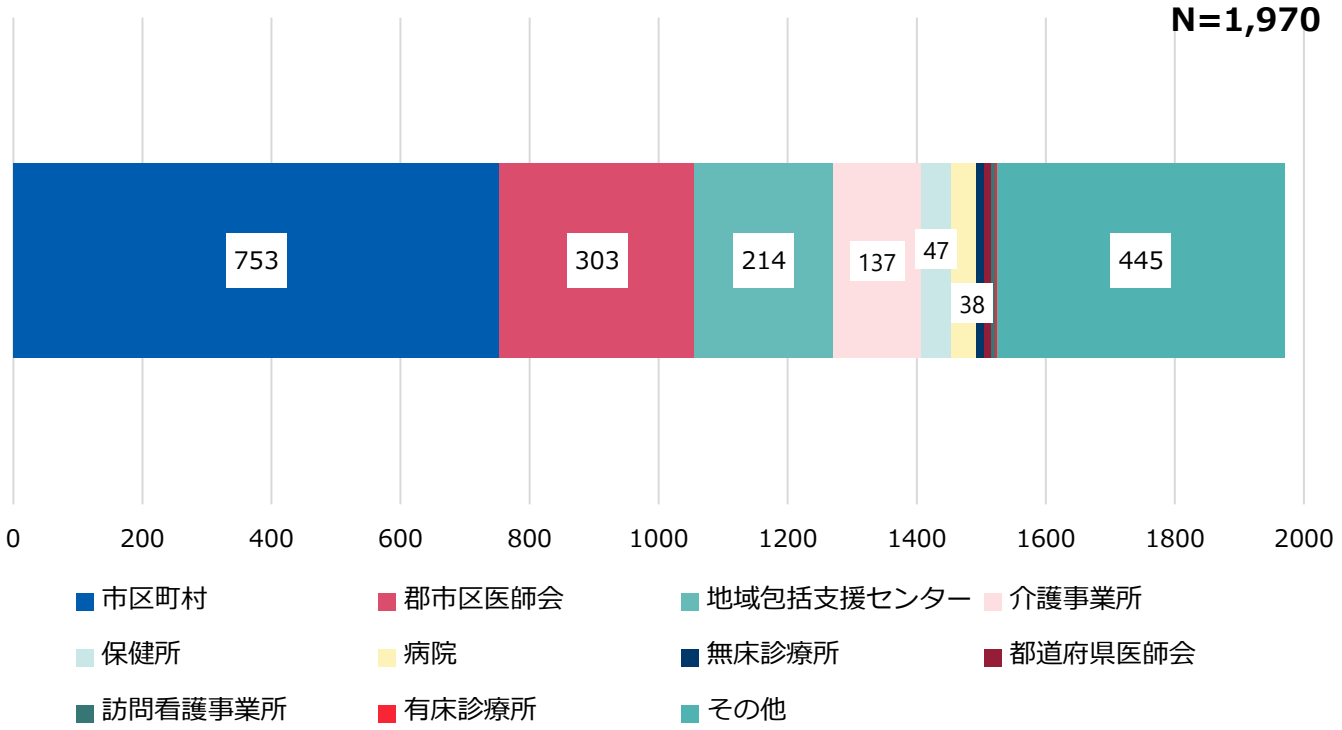
※令和７年度「在宅医療及びACP等に係る全国調査事業」の調査結果をもとに医政局地域医療計画課にて作成

都道府県調査

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体について

- 全国で1,970か所が「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に位置付けられており、市区町村（753か所）、郡市区医師会（303か所）が担うところが多かった。

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体

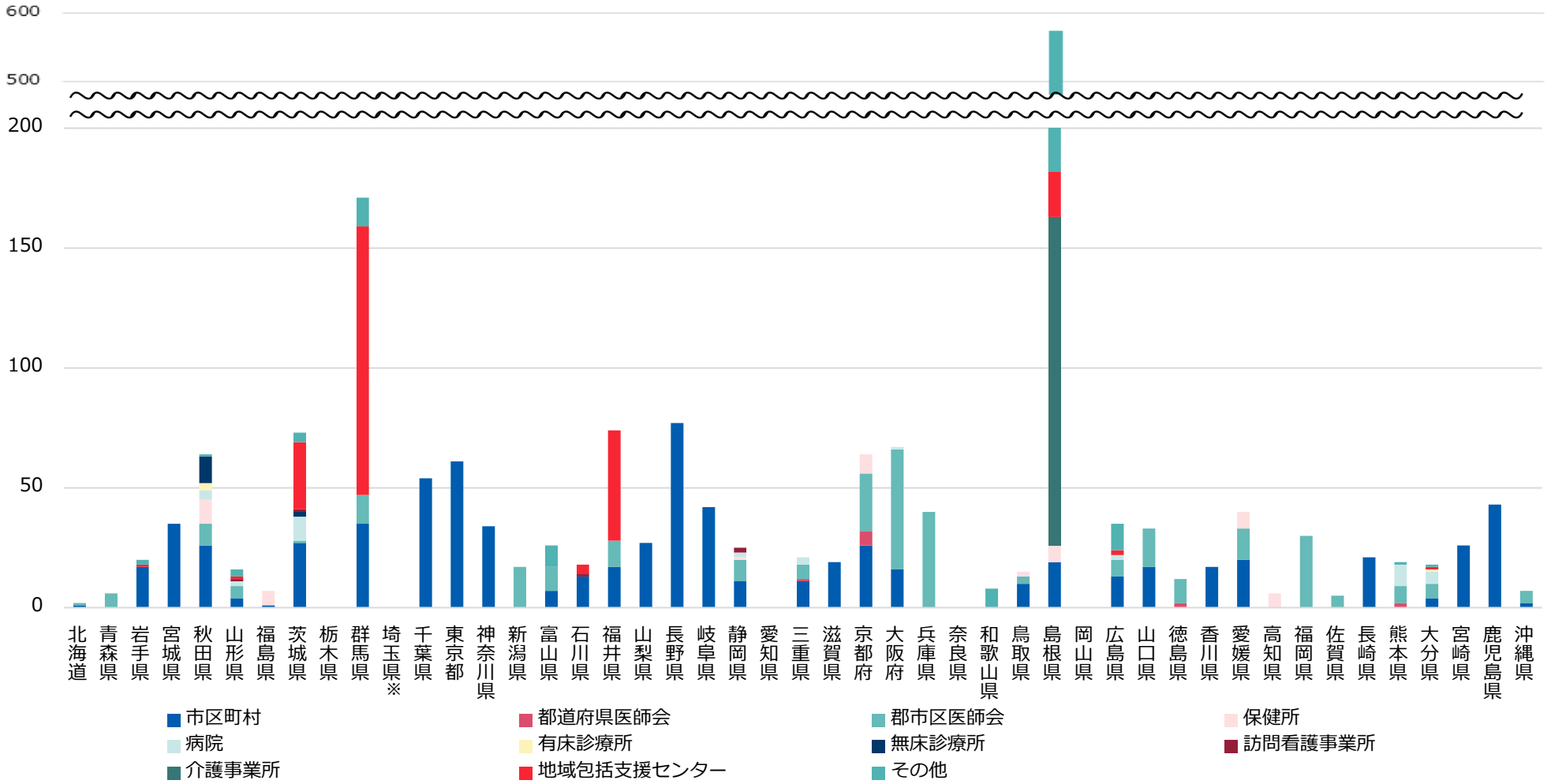


その他：
- 在宅医療・介護連携支援センター
- 在宅医療サポートセンター
- 相談支援事業所
- 居宅介護支援事業所
- NPO法人　等

※令和７年度「在宅医療及びACP等に係る全国調査事業」の調査結果をもとに医政局地域医療計画課にて作成

各都道府県における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の設定状況について

- 各都道府県において「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の位置付けが進んでいる。
- 都道府県間で「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に位置付けられた主体の内訳は様々であった。



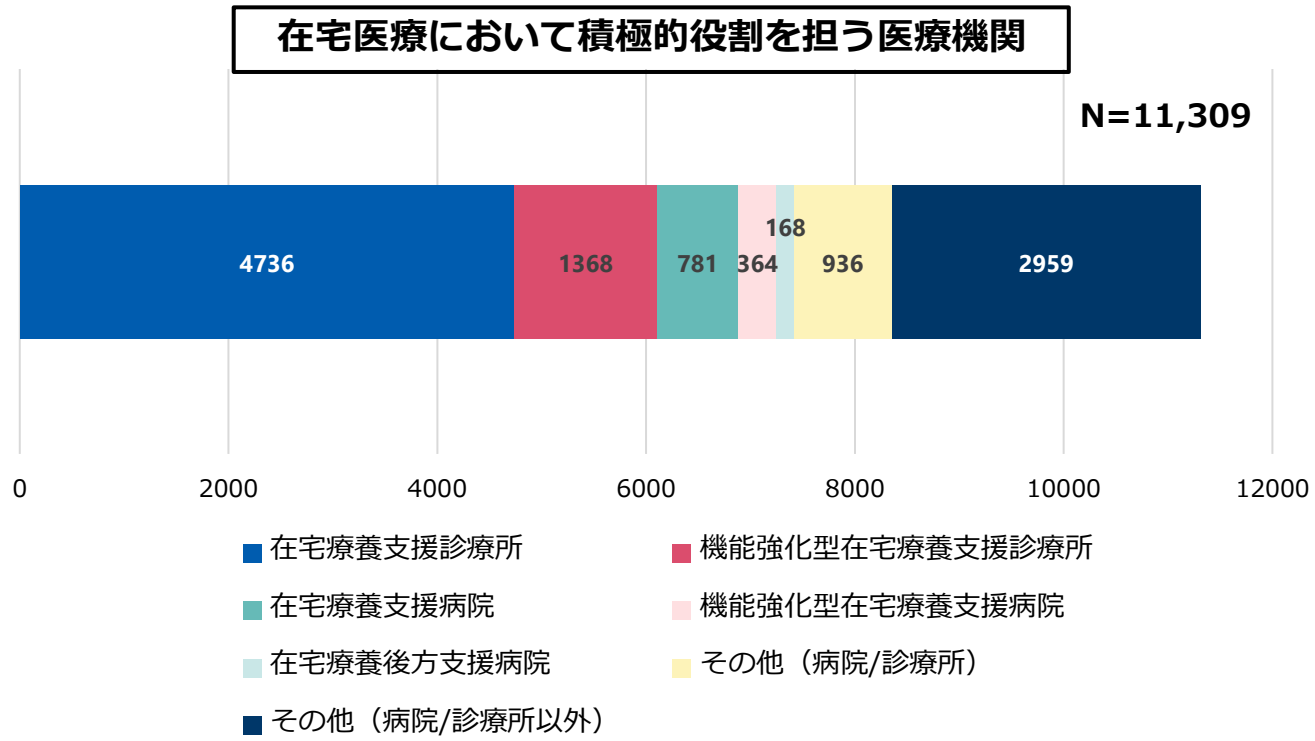
※埼玉県は保健医療計画において、「「在宅医療に必要な連携を担う拠点」については、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等が担うことが想定され」るとしている。

※令和７年度「在宅医療及びACP等に係る全国調査事業」の調査結果をもとに医政局地域医療計画課にて作成

都道府県調査

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の運営主体について

- 全国で11,309か所の医療機関等が「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」に位置付けられていた。
- 位置付けられていた「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」のうち、8,350か所（全体の73.8%）は機能強化型を含む在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院並びに在宅療養後方支援病院を含む病院、診療所であった。一方で、2,959か所は病院・診療所以外が位置付けられていた。



その他（病院/診療所以外）：

在宅薬学総合体制加算算定薬局

在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局

機能強化型訪問看護ステーション

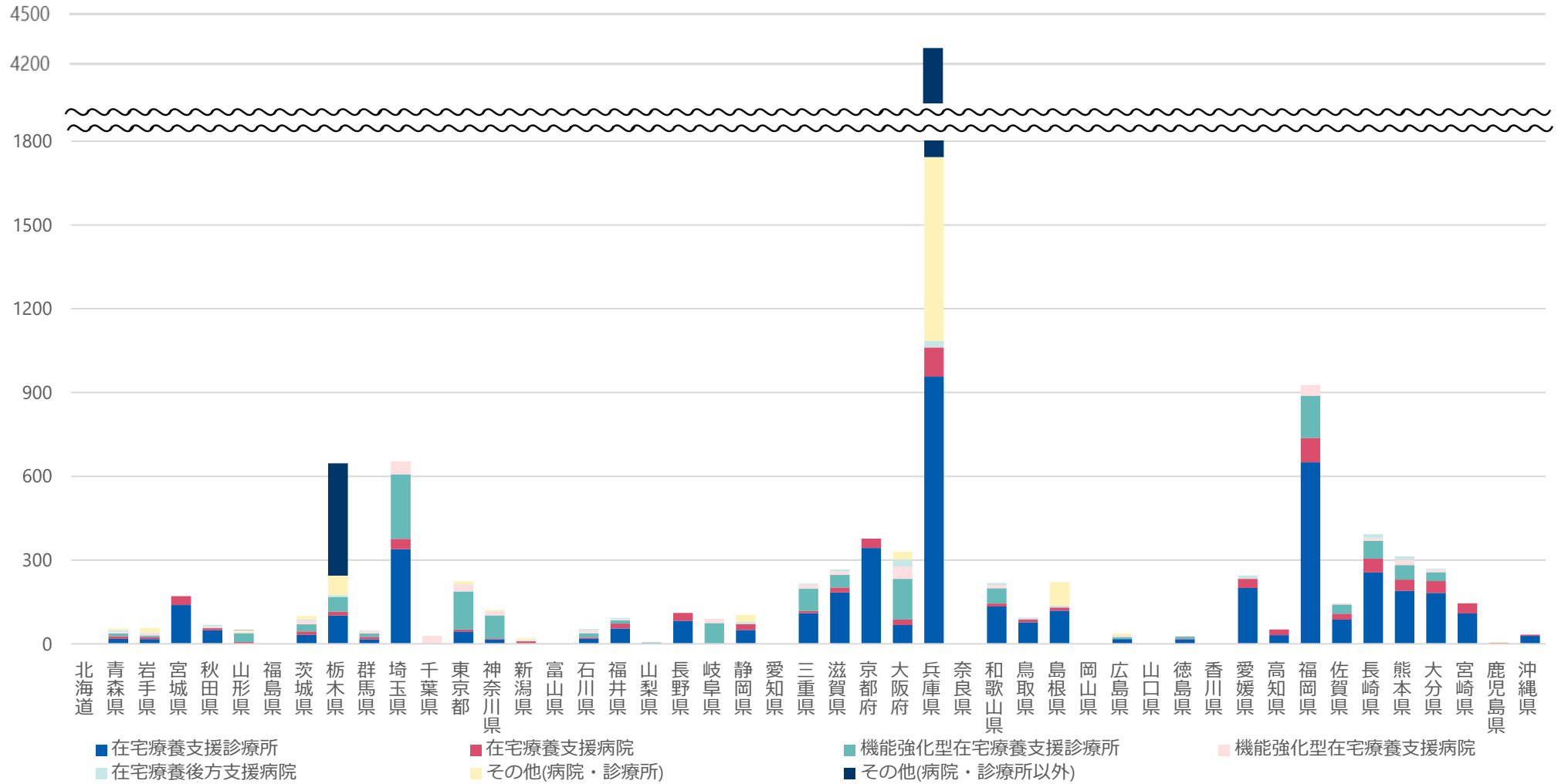
訪問看護ステーション

※令和７年度「在宅医療及びACP等に係る全国調査事業」の調査結果をもとに医政局地域医療計画課にて作成

各都道府県における「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の設定状況について

都道府県調査

- 多くの都道府県では「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」に在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院及び在宅療養後方支援病院を位置付けていたが、在宅医療において積極的役割を担う医療機関を位置付けていないところもあった。病院・診療所以外の機関を位置付けていたところは一部に限られていた。



※令和７年度「在宅医療及びACP等に係る全国調査事業」の調査結果をもとに医政局地域医療計画課にて作成

在宅医療の提供体制構築の充実に向けた協議（イメージ）

○　在宅医療に必要な連携を担う拠点は、専門性の高いケアを必要とする小児等を含む医療を必要とする患者の在宅医療が円滑に提供されるように、在宅医療に係る医療資源（病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所等）、介護、障害福祉サービスについて把握し、関係者や都道府県と必要な情報連携を行うことが必要と考えられる。

○　都道府県は、これらの在宅医療に必要な連携を担う拠点による地域レベルでの協議や在宅医療提供体制整備の状況、抽出された課題等の把握を行うことが必要と考えられる。

都道府県

- 地域で在宅医療の提供体制が確保されるよう、地域の実情に応じた在宅医療に必要な連携を担う拠点の医療計画への位置付け
- 在宅医療に必要な連携を担う拠点の協議で抽出・把握された地域における在宅医療に係る課題等の把握と、その情報を活用した更なる在宅医療推進のための対応の検討

・各拠点の取組状況、抽出された課題等の把握

・地域での協議、在宅医療提供体制整備に必要な支援（※）

※地域医療介護総合確保基金（医療分）を活用した体制整備の実施等

・各拠点での協議状況や抽出された課題等について、都道府県に情報連携（報告等の形式が考えられる）

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- 都道府県によって設定された在宅医療の圏域や、より狭い地域・範囲における在宅医療に関する課題等の抽出を行うための、地域の医療及び介護、障害福祉関係者等が参加する情報連携会議の開催
- 小児・医療的ケア児への対応を含む医療資源の情報把握や、介護、障害福祉サービスの実施主体と連携した介護、障害福祉資源の情報把握と、医療・介護関係者に対する必要な情報連携
- 地域の課題を踏まえた在宅医療の提供体制の構築のための協議（地域における各種資源、機能等の見える化と情報共有、夜間・休日の診療、看護、医薬品等の提供に関する体制構築、専門性の高いケアを必要とする小児や麻薬、無菌調剤などの高度な薬学管理を必要とする疾患を有する患者への治療等を在宅で提供する際の方策の検討、必要なルール作りなど）

第８次医療計画（後期）に向け早期に取り組むべき事項（とりまとめより抜粋）

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

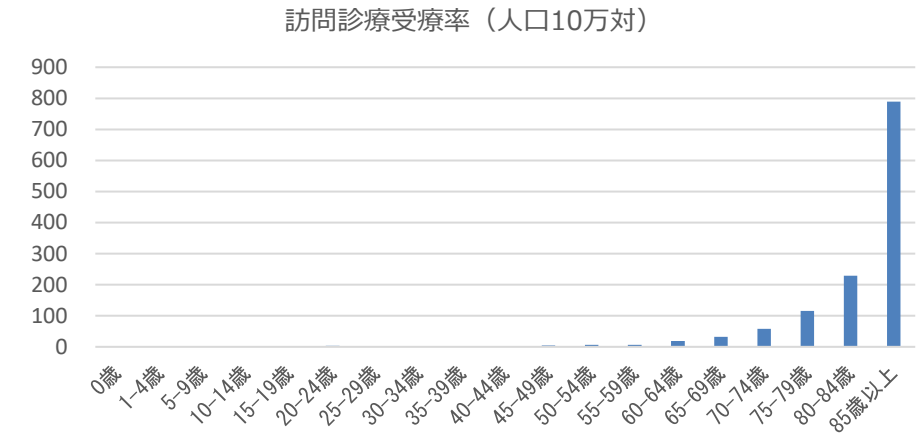
・「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う 拠点」については、それぞれを位置づけること自体が目的ではなく、多職種連携を図りつつ、24 時間体制で在宅医療を提供する体制を構築するために位置づけるものである。
・都道府県は、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」が地域で担っている役割について、定期的に把握すること。
・国は、都道府県間の位置づけの状況やばらつき等を踏まえ、都道府県で適切な位置づけが進むよう促すこと。

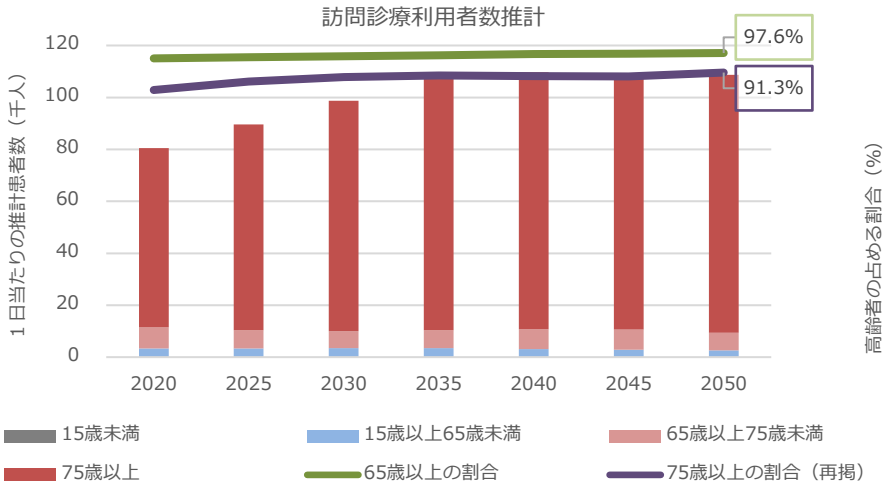
＜在宅医療において積極的役割を担う医療機関＞
・「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」について、医療機関以外の施設等を位置づけている地域が存在することについて、「在宅医療を自ら提供」するといった「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の趣旨に合致しないことから、その位置づけを速やかに見直すこと。
・また、現行において位置づけられている「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」が在宅医療の実態を反映したものであるかが不明確であるといった意見を踏まえた位置づけの整理が必要であること。

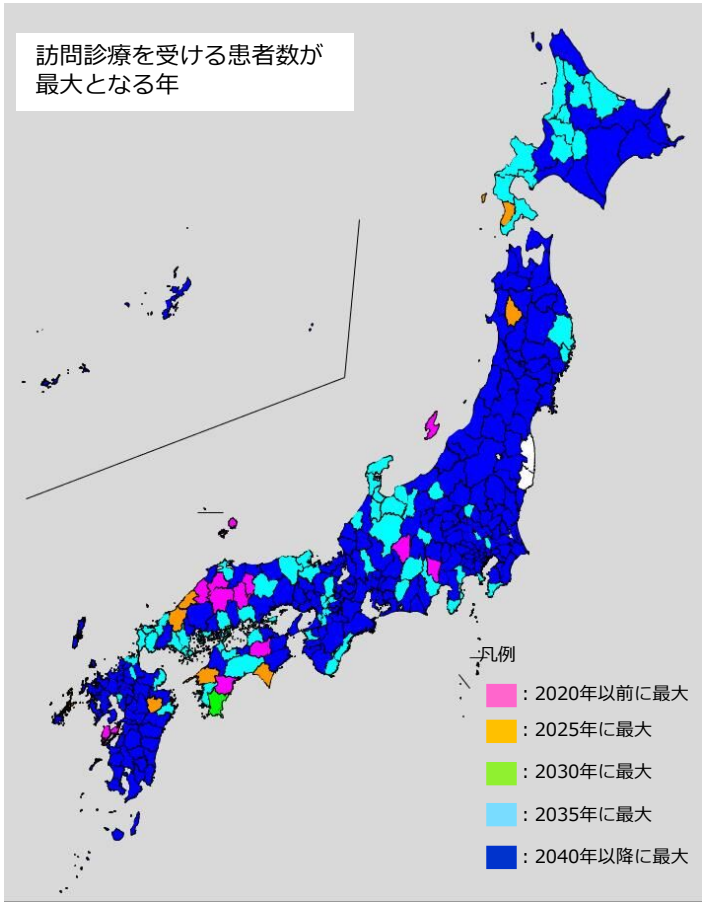
＜在宅医療に必要な連携を担う拠点＞
・「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の趣旨等が分かりにくいとの指摘を踏まえ、第８次医療計画（後期）においては、以下について取り組むべきである。
- 今後、在宅医療の需要の増加が見込まれること等を踏まえ、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」は、地域における在宅医療の提供体制に関する協議の機会を提供し、在宅医療提供施設や職能団体等の関係者、行政の担当者が参画した「顔の見える関係」の構築を進めること。また、協議の中で、議題に応じて、介護関係者や障害福祉サービスの関係者とも連携しながら、切れ目ないサービスの提供に向けた関係者間の関係構築に努めること。
- 都道府県は、当該拠点の取組状況を在宅医療の圏域ごとに把握し、連携における課題があると考えられる地域に対しては、郡市区医師会と市町村を繋ぐ等の関係者間の関係構築に努めること。
- また、都道府県は、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の担当者及び都道府県・市町村等の担当者の理解促進や業務の円滑な実施の観点から、「在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック」も活用し、地域の医療資源等の把握、連携上の課題の抽出等の実施状況の確認、課題解決に向けた検討を進めること。

医療需要の変化　在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

○　全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
○　在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。







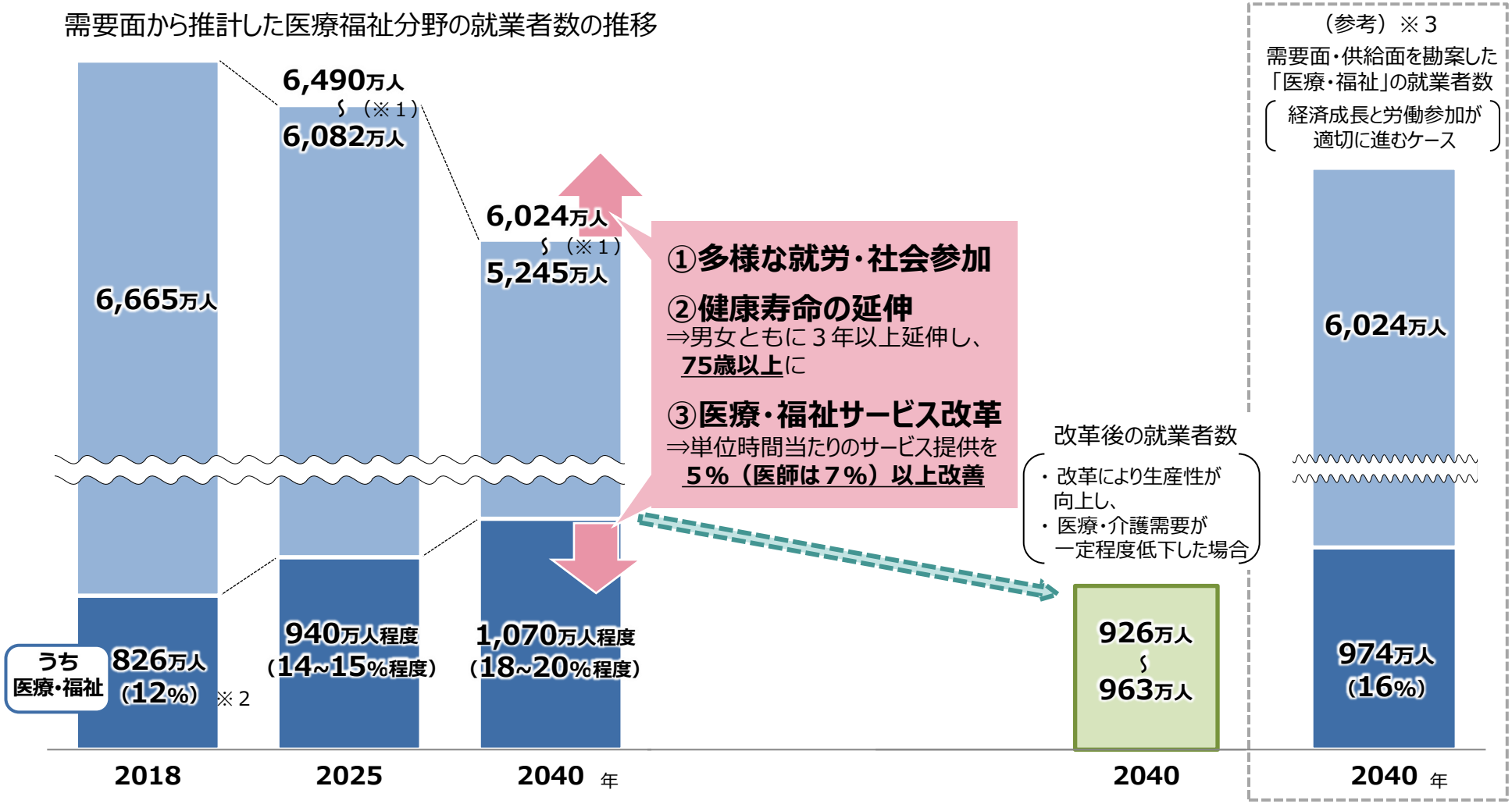
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの２医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの２地域を除く333の二次医療圏について集計。

マンパワー　2025年以降、人材確保がますます課題となる

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。



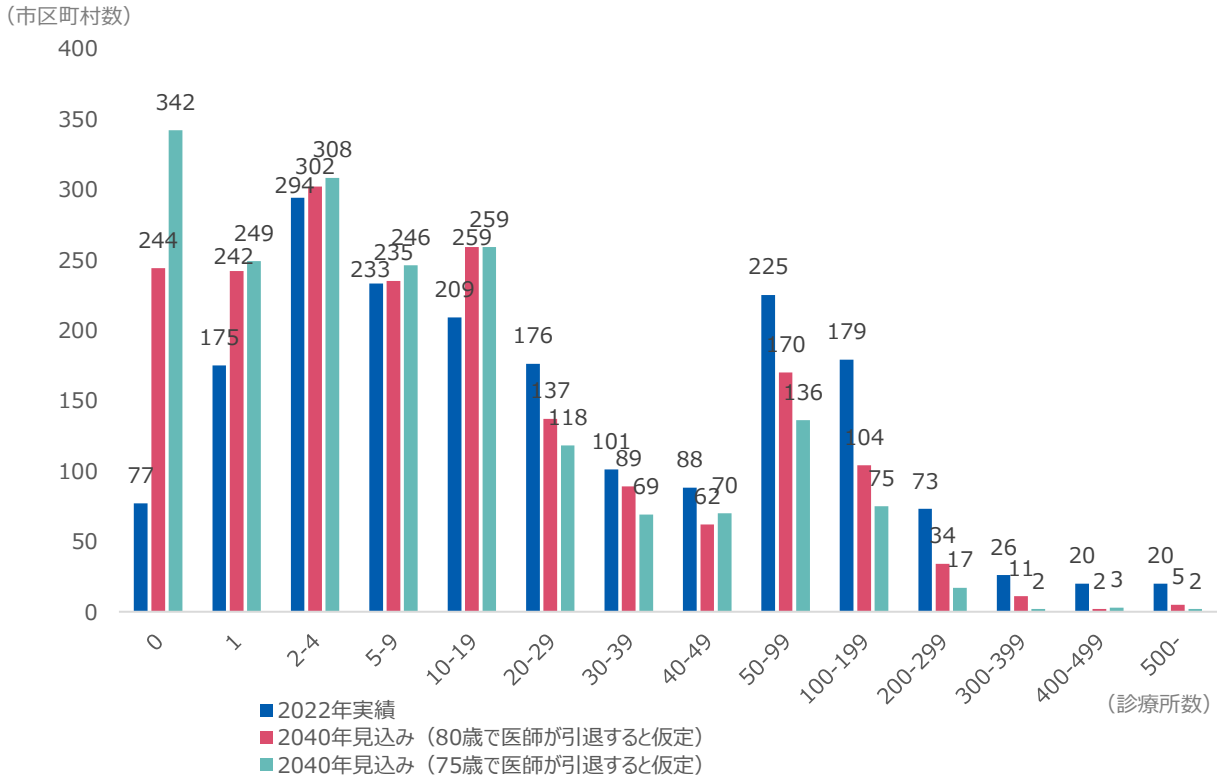
※１　総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年３月）による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。
※２　2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。
※３　独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

市区町村における診療所数と2040年の見込み

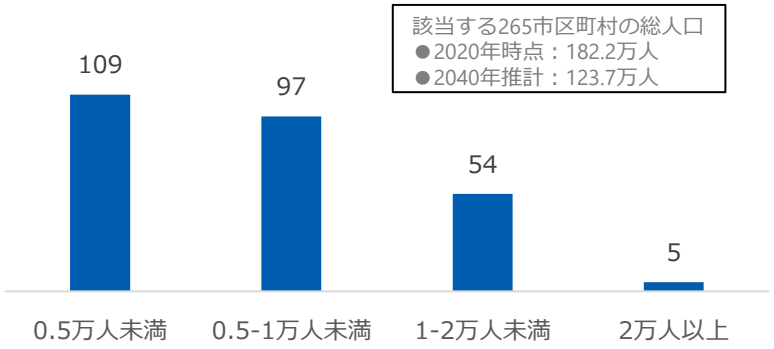
診療所医師が80歳で引退し、承継がなく、当該市区町村に新規開業がないと仮定した場合、2040年においては、診療所がない市区町村数は170程度増加する見込み。

※ 75歳で引退すると仮定した場合は270程度増加する見込み。

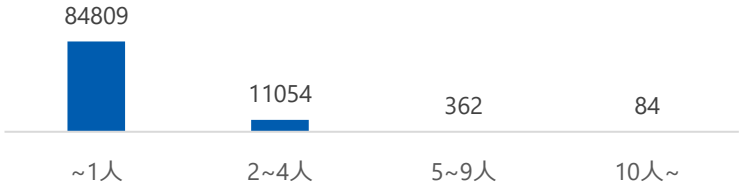
■市区町村別診療所数の見込み（2022年実績、2040年見込み）



■2040年に診療所がなくなる可能性がある市区町村数
（人口規模別）※75歳で診療所医師が引退すると仮定



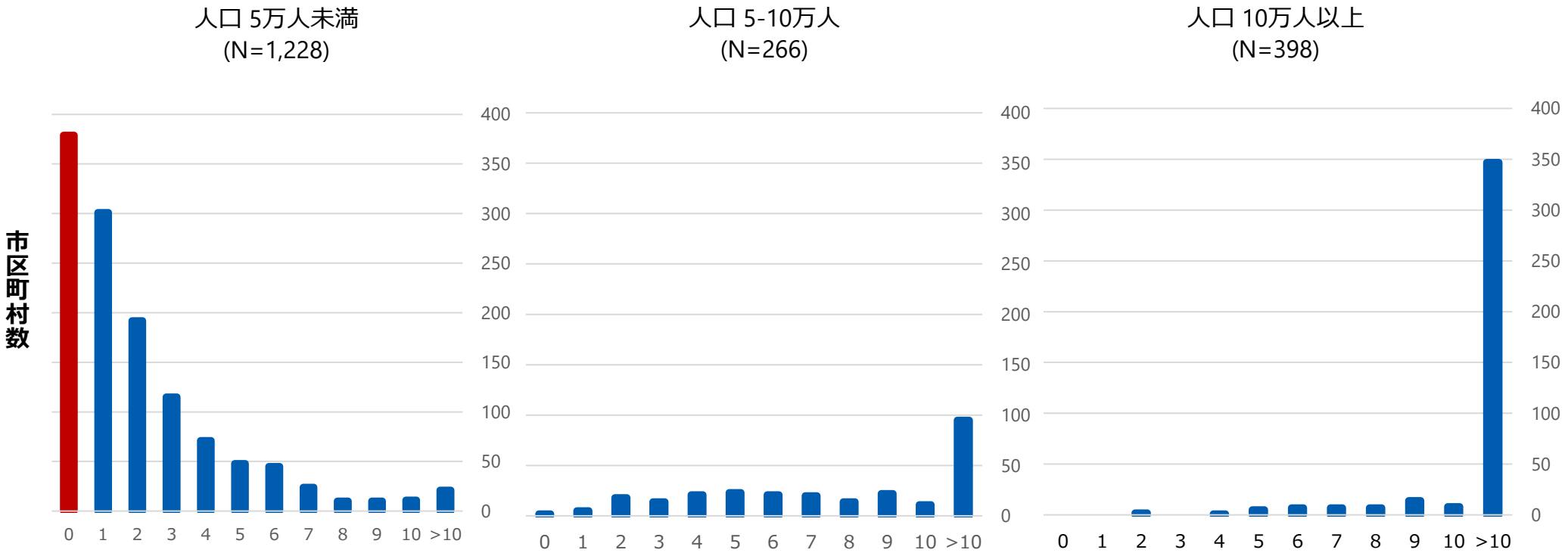
■（参考）常勤医師数別の無床診療所数



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和４年）、厚生労働省「医療施設調査」（令和２年）を特別集計。
※ 市区町別診療所数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数＝診療所数、診療所医師が80歳又は75歳で引退し、承継がなく、新規開業がないと仮定
※ 人口規模は2020年国勢調査結果、2040年推計人口は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」に基づくものである。
なお、福島県浜通り地域（13市町村）においては、市町村別の2040年人口が推計されていないため、2040年推計における総人口の集計からは除外している。

市区町村単位の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の配置状況

- 市区町村における在宅療養支援診療所（機能強化型を含む）及び在宅療養支援病院（機能強化型を含む）がどちらもない市区町村は379自治体あり、その多くが人口５万人未満の市区町村であった。10施設以上ある市区町村は461自治体あり、その多くが人口10万人以上の市区町村だった。
- 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院がなく、今後更に在宅医療の需要増加が想定される地域において、24時間体制の在宅医療提供体制を維持し続けることは困難なことが予想される。



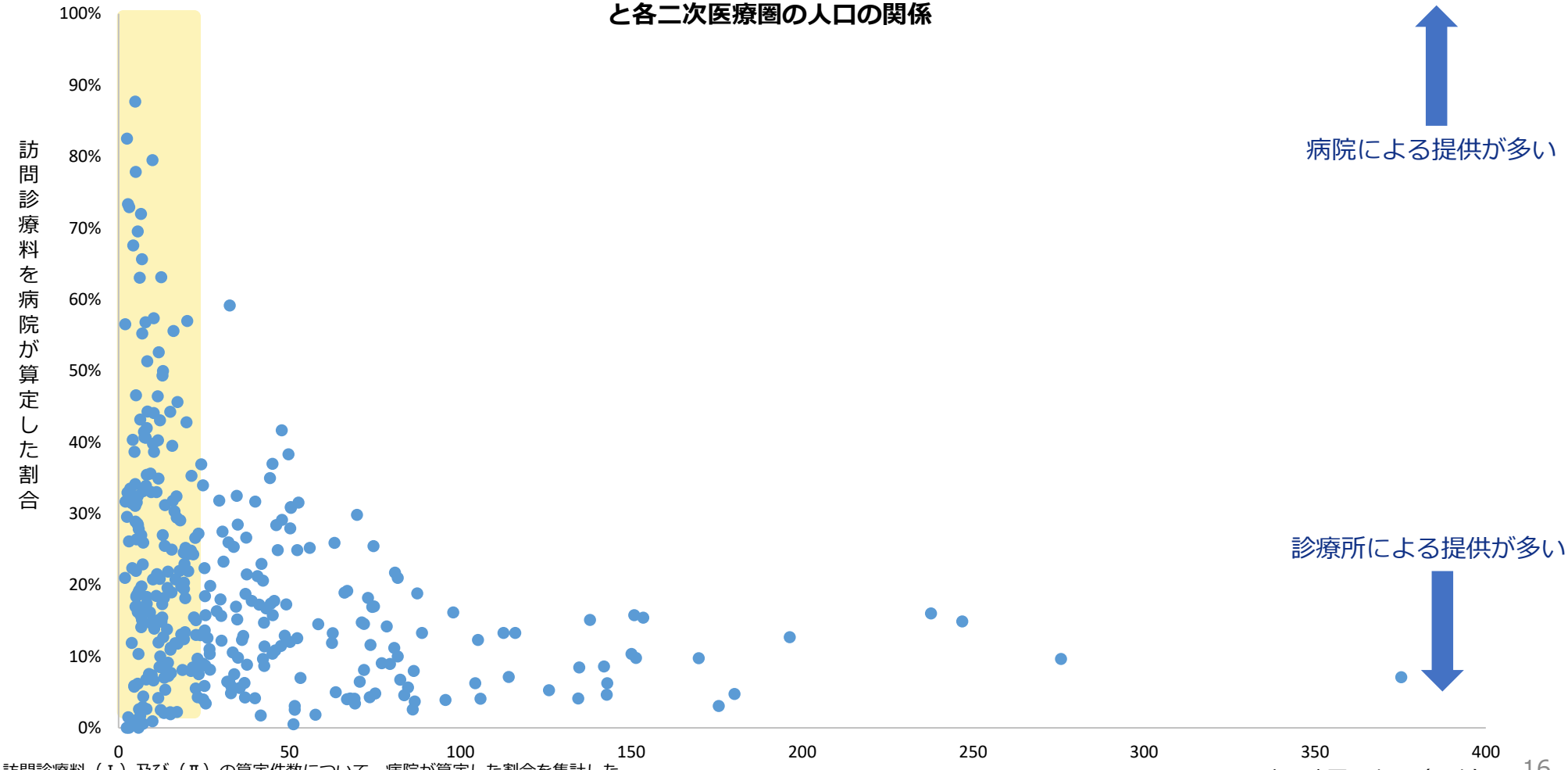
市区町村における在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の医療機関数

令和６年３月31日時点の在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の届出施設数
令和６年１月１日住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）（総計）をもとに、医政局地域医療計画課にて算出

訪問診療において病院が担っている役割

○　在宅医療について、特に人口の少ない二次医療圏においては、病院が一定の役割を担っており、増加する在宅医療需要を支えるために供給が足りない地域においては、在宅医療等連携機能を担う医療機関が在宅医療を提供することも求められる。

各二次医療圏において訪問診療料を病院が算定している割合と各二次医療圏の人口の関係



※　訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定件数について、病院が算定した割合を集計した。

資料出所：2023年10月NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

在宅療養患者・介護施設等入居者への急変時の入院受入体制構築のための取組

- 宮城県では、令和６年度に地域医療介護総合確保基金を活用して「在宅患者入院受入体制事業」を実施した。（平成27年から継続して実施）
- 在宅患者・介護施設入居者の急変時に速やかに対応するため、医療圏単位で病院による輪番体制を構築し、空床及び体制確保に要する経費を支援する取組を実施した。

<宮城県における在宅療養患者・介護施設入居者への急変時の入院受入体制構築のための取組>

目的

在宅療養者の夜間等の急変時対応体制を確保するため，急性期以外の医療機関を中心に，輪番による入院受入体制を構築し，在宅医療の推進及び急性期病院の負担軽減を図るもの。

事業内容

- 在宅療養支援病院，在宅療養支援診療所，関係医療機関及び介護施設等からの受入要請により，患者の診療を行う。
- そのため，当番日において，受入要請に対応できる医師などの人員と病床を確保する。
- また，医師が診察した結果，転送が必要な患者と判断した場合は，他の専門医療機関に転送する。

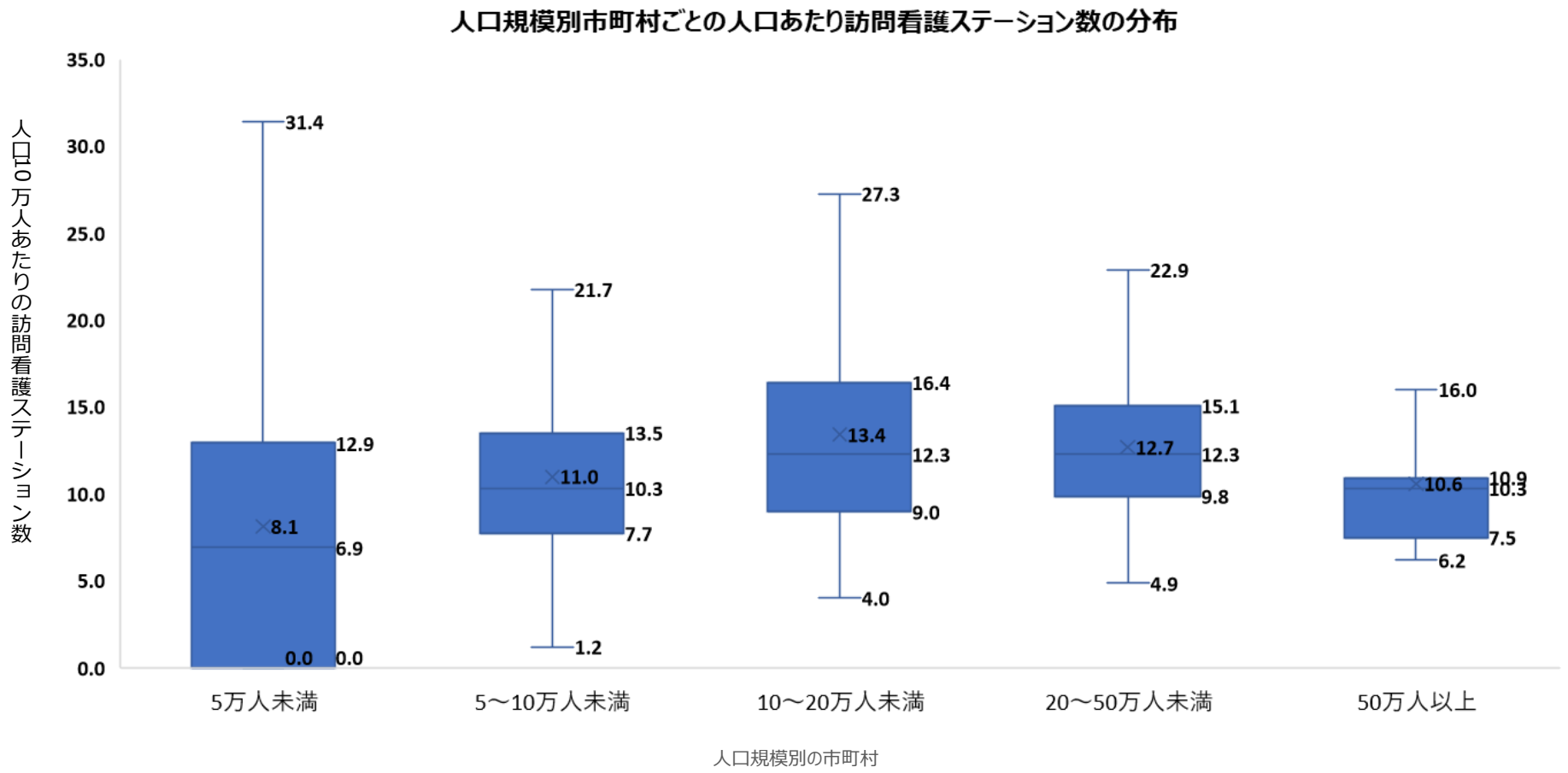
実施体制

区分	輪番病院数	医療圏ごとの内訳
平日昼間	12 病院	仙台５，大崎・栗原３，石巻・登米・気仙沼２，仙南２
平日夜間	９病院	仙台３，大崎・栗原２，石巻・登米・気仙沼２，仙南２
休日昼間	12 病院	仙台５，大崎・栗原３，石巻・登米・気仙沼２，仙南２
休日夜間	９病院	仙台３，大崎・栗原２，石巻・登米・気仙沼２，仙南２



市町村の人口規模別にみた訪問看護ステーションの設置状況

- 市町村の人口規模別にみると、人口規模の小さい市町村では、訪問看護ステーションがない地域が一定数存在する。

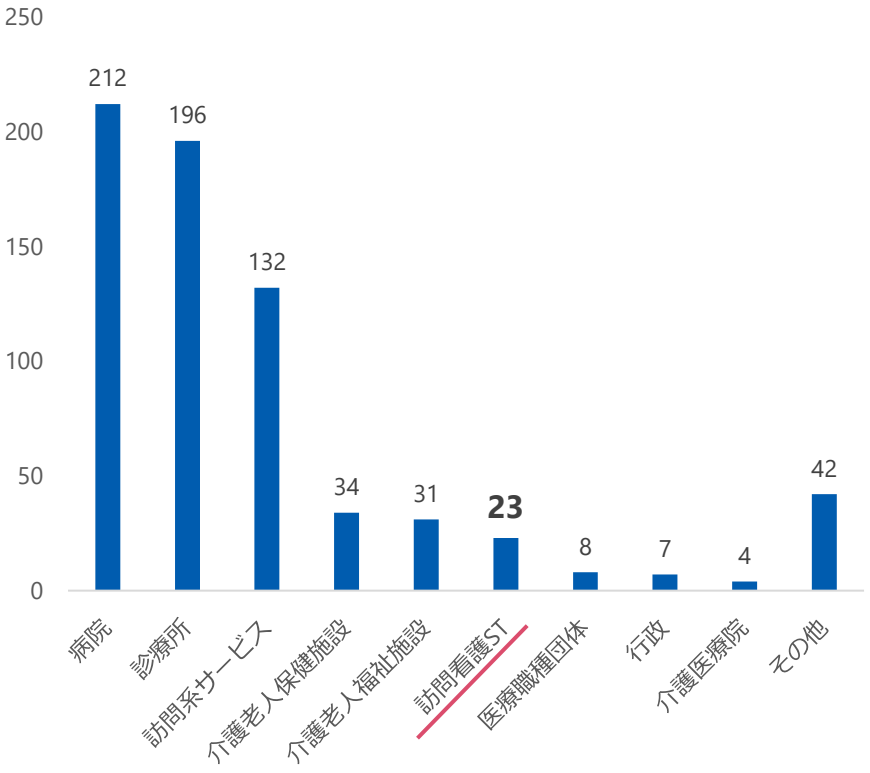


資料出所： ７月１日（令和５年）の届出状況及び総務省国勢調査（2020年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課にて作成

地域医療連携推進法人を活用した訪問看護の体制確保について

- 現在、地域医療連携推進法人は全国57法人（令和7年7月1日時点）であり、訪問看護も一定数参加している。
- 法人参加により常勤看護師が増加したことで、経営の安定化や、従業員の休暇取得等の働き方改革の改善につながった事例もある。

■ 地域医療連携推進法人の参加機関種別



※市町及び医師会・歯科医師会・薬剤師会以外で、医療連携推進方針に具体的な施設・機関が記載されていない場合を除く

出所：各地域医療連携推進法人の医療連携推進方針等を確認し地域医療計画課で作成

■地域医療連携推進法人による効果（日本海ヘルスケアネット山形県酒田市）

統合前の課題

- 小規模運営であったため、一定数以上の看護職員数が要件となる機能強化型訪問看護STの指定が受けられず、採算確保が困難。
- 人員の少なさから、夜間対応等における柔軟なシフトが組みづらく休暇取得も困難。
- 患者が広範囲に散在するために多くの移動時間を要する。
- 4法人は人材確保や運営の効率性向上のため、再編の必要性について認識していたが、法人ごとに異なる給与体系や福利厚生制度が統合に際しての課題だった。

＜再編前＞

訪問看護ステーションの名称	看護職員数
酒田地区医師会十全堂 訪問看護ステーションスワン	5
健友会 訪問看護ステーションかがやき	8
宏友会上田診療所 訪問看護ステーション	1
日本海八幡クリニック 訪問看護ステーションやわた	5

＜再編後＞

訪問看護ステーションの名称	統合前(人)	統合後(人)
日本海八幡クリニック訪問看護ステーションやわた	5	6
健友会 訪問看護ステーションスワン（旧かがやき）	5	13

取組の効果

- ４つから２つのSTの集約により、機能の充実に加えて効率的な業務運営が実現
- 延べ利用者数の増加
- 常勤看護師が7人以上となり、機能強化型訪問看護STとなることで診療報酬が向上し経営の安定化につながった
- ステーション当たりスタッフ数の増加で、柔軟なシフトが可能。有給休暇の取得率の向上等、勤務環境が改善
- 管理業務（シフト作成、給与管理、書類作成等）に要する時間が削減され、他業務に充てられるようになり、電子化や書類の簡素化も進んだ

出所：地域医療連携推進法人が行う取組に関する調査研究 野村證券株式会社（令和7年3月）より地域医療計画課で作成

訪問看護空白地域の解消に関する取組事例

- 訪問看護空白地域である３町村・県看護協会・町立病院の調整により、町立病院内に訪問看護ステーションのサテライトを設置。
- 町立病院から看護師が出向することで、３町村における訪問看護の年間平均利用者数が増加。
- 在宅療養のイメージが明確となり、病院における入退院支援にも好影響となった。

１．背景

◆ 山形県の最上医療圏（１市４町３村）の訪問看護は、新庄市内の３つのステーションでカバーしていたが、１事業所がカバーする範囲は600㎢に及び、３町村（真室川町、金山町、鮭川村）は「訪問看護空白地域」となっていた。

◆ 住民の在宅看取り希望が約７割であり、訪問看護の必要性は認識しつつも、各町村単位での開設は困難という判断となり設置には至らなかった。

■山形県の訪問看護ステーションの状況（2016 年 1 月時点）

医療圏域	事業所数（人口 10 万人対）	事業所あたり訪問圏域	事業所あたり高齢者人口
村山	26(15.8)	104.8 km²	63,132 人
最上	**3(11.9)**	**604.5 km²**	**83,533 人**
置賜	14(18.4)	208.0 km²	54,414 人
庄内	17(16.7)	171.0 km²	63,952 人
山形県全体	60(16.3)	172.7 km²	62,541 人

２．取組内容

◆ **関係機関による調整会議**

県から看護協会に対し、訪問看護ステーション開設について検討依頼し、県、看護協会、病院・診療所関係者との調整会議により、以下のように方針を決定した。

・サテライトは町立病院内に設置し、看護師は当該病院から出向する。
・約５年間は３町村で赤字を補填する。
・開始年度は県の補助金を活用する（地域医療介護総合確保基金）。

◆ **関係機関や地域住民への説明・周知啓発**

看護協会が３町村の医療機関に対し、サテライト開設への理解・協力の依頼、在宅医療についての意見交換を実施。地域の医療関係者や住民にも利用について普及啓発を実施した。

３．成果

◆ **訪問看護利用者の増加**

・３町村の訪問看護の年間平均利用者数は、サテライト開設前の4.2人/年から、開設後２年間で17.5/年（４倍以上）に大幅に増加した。
・地域の医療・介護関係職種の訪問看護に対する理解が深まり、医師の紹介やケアマネジャーからの依頼が増え、がん患者の在宅看取り等が可能となった。

◆ **地域医療提供体制の変化**

・病院内にサテライトを開設したことで、主治医や看護師とスムーズに連携ができ、地域包括支援センターとの連携報告がタイムリーにできるようになった。
・病院看護師の在宅療養のイメージが明確となり、病院における入退院支援にも好影響となった。
・看護師が確保できたことで、移動時間の短縮と効率的な訪問スケジュールが可能となり、訪問看護師の負担軽減に繋がった。

４．課題

◆ 地域住民や関係職種の訪問看護に対する理解は進んできたものの、まだ施設志向が強い。医療処置のないケースや自立度の高いケースでも訪問看護で対応可能であることを説明し、訪問看護の利用に繋げていく。

◆ 訪問看護と連携して在宅看取りをできる医師が不足している。

５．資金源

◆ **地域医療介護総合確保基金（介護分）**

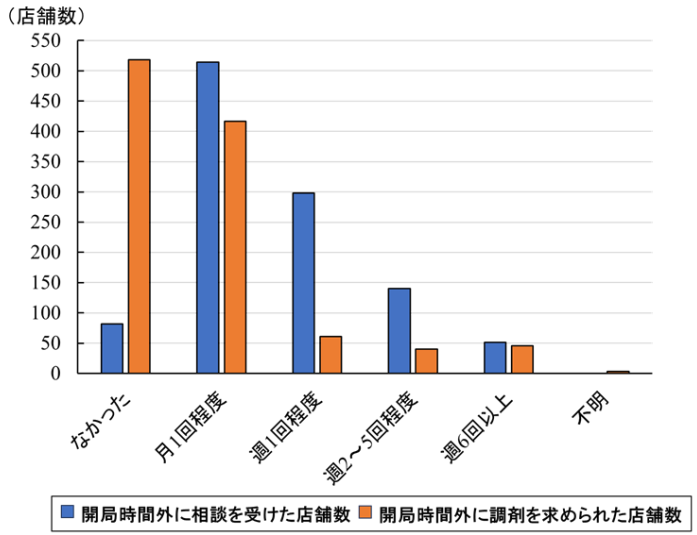
・訪問看護担い手創出等事業：病院等看護師に対し訪問看護ステーションでの長期研修の機会を設定する。
・訪問看護ステーション空白地支援事業：最上地域での訪問看護ステーション設置、普及啓発事業に関する補助

資料出所：令和元年度厚生労働省委託事業　訪問看護ステーションの拠点化に関する調査事業　報告書

地域連携薬局における夜間・休日対応の状況について

- 地域連携薬局において開局時間外の調剤の求めに対応した事例では、「自薬局で調剤（回答数の89.9%）」又は「夜間・休日の輪番薬局を紹介（9.2%）」がほとんどを占めており、地域連携薬局を中心とした対応が行われている状況がみられた。
- 一方で、「夜間・休日等の時間外対応の体制の確立」が地域における薬剤の安定供給体制要件を満たすために難しかったこととして最も多く挙がっており、これらの体制整備には困難がある状況がみられた。なお、「特にない」も同程度であった。

■開局時間外の相談・調剤への応需状況



■開局時間外に調剤を求められたときの対応

		調査数	開局時間外に調剤を求められたときの対応の区分（店舗） 自薬局で調剤	夜間・休日の輪番薬局を紹介	その他	不明
全体		564	507 89.9%	52 9.2%	3 0.5%	2 0.4%
グループ店舗数別	1店舗	18	18 100%	0 0%	0 0%	0 0%
	2～4店舗	29	29 100%	0 0%	0 0%	0 0%
	5～19店舗	33	31 93.9%	1 3.0%	1 3.0%	0 0%
	20～49店舗	17	14 82.4%	2 11.8%	1 5.9%	0 0%
	50～299店舗	25	22 88.0%	3 12.0%	0 0%	0 0%
	300店舗以上	442	393 88.9%	46 10.4%	1 0.2%	2 0.5%

■地域連携薬局に係る要件への対応

	調査数	地域における薬剤の安定供給体制要件を満たすために難しかったことの区分（店舗） 夜間・休日等の時間外対応の体制の確立	麻薬の調剤応需体制の確立	他薬局への医薬品の提供や情報提供体制の確立	高度管理医療機器販売業の取得	医療材料・衛生材料の提供体制の確立	その他	特にない	不明
全体	1,085	388 35.8%	256 23.6%	254 23.4%	28 2.6%	91 8.4%	7 0.6%	357 32.9%	2 0.2%

※　令和５～６年度厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業
「地域連携薬局・専門医療機関連携薬局が地域で果たすべき機能に関する調査研究」総合研究報告書（令和７年５月）（研究代表者　山村重雄）より医薬局総務課において作成。

在宅医療におけるICTの類型について

- 在宅医療におけるICT （Information and Communication Technology : 情報通信技術）の活用には様々な類型があるが、特に在宅医療の需要に対して医療従事者のマンパワーが不足している地域においては、オンライン診療等の活用や各種業務の自動化の導入、多職種間の情報共有・連携による業務効率化と医療の質の担保が期待される。

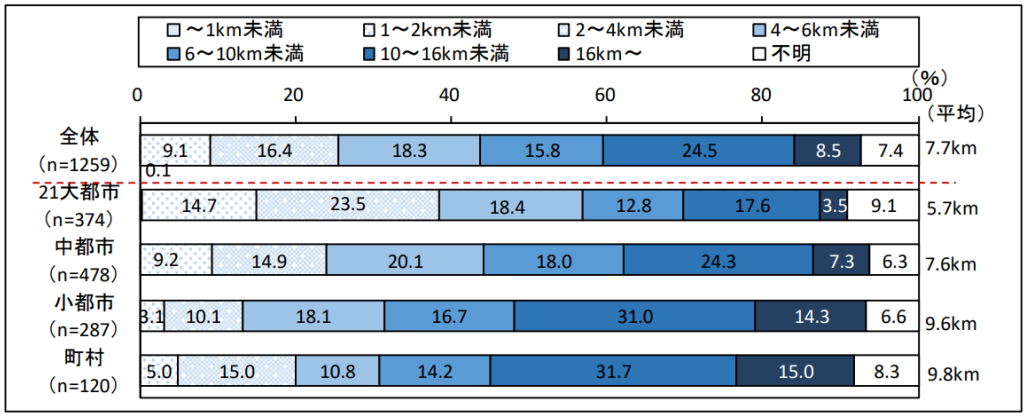
ICT活用の類型	概要
多職種間の情報共有・連携	病診・診診・多職種・施設間といった関係者の間で患者情報等の共有をコミュニケーションツールを用いて行うもの
オンライン診療等の活用	急変時等で訪問診療が困難な状況に置かれた場合や、遠方の患者に対して、受診等の機会がなくならないようにするもの
情報ネットワーク基盤を活用した患者情報の共有	各地域で独自に整備した情報ネットワーク基盤を用いて、カルテ・患者情報・画像データ等を共有するもの
自施設内の業務効率化	音声カルテ自動入力、AI要約、様式作成の自動化を行い、主に医療機関内における定型的な業務を効率化するもの

その他、遠隔モニタリング、ＡＩによるデータ解析・診療支援等の類型も考えられる。

訪問診療における移動距離とオンライン診療等の活用について

- 訪問診療は患者宅訪問の移動に時間を要することから１日で多くの患者を診られない点で外来診療と異なる。
- 町村では特に移動距離が長い。最も遠い患者宅との移動所要時間は平均で20.6分であった。
- オンライン診療等導入の効果は、「移動時間の短縮に繋がった」が最も多かった。

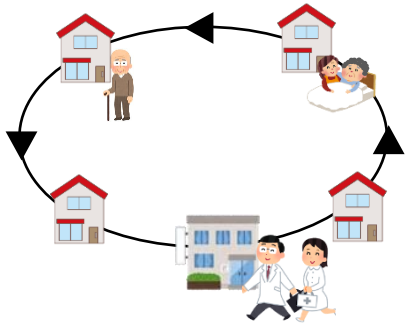
往診や訪問診療にかかる移動距離別割合-都市規模別（n=1,259）



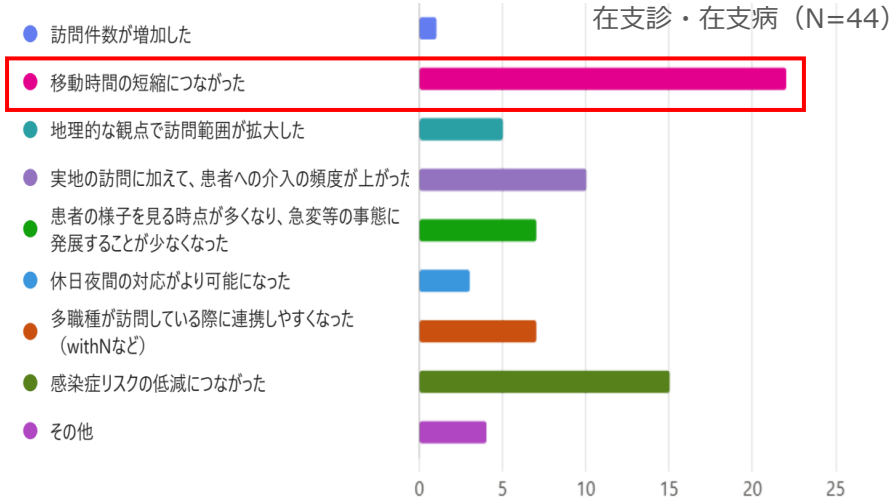
<外来診療イメージ>



<訪問診療イメージ>



オンライン診療等導入の効果



※有効回答のみを集計。

最も遠い患者宅との移動距離（n=1,259）

	施設数	割合
1km未満	1	0.1
1～2km未満	114	9.1
2～4km未満	206	16.4
4～6km未満	230	18.3
6～10km未満	199	15.8
10～16km未満	309	24.5
16km以上	107	8.5
無回答	93	7.4
計	1,259	100.0

最も遠い患者宅との移動所要時間（n=1,259、**平均20.6分**）

	施設数	割合
10分未満	75	6.0
10～19分	473	37.6
20～29分	333	26.4
30～39分	207	16.4
40～49分	52	4.1
50～59分	11	0.9
60分以上	25	2.0
無回答	83	6.6
計	1,259	100.0

日本医師会総合政策研究機構
第２回 診療所の在宅医療機能調査報告書（2017 年 10 月 ）より引用

ICT等を活用した訪問看護の効率的な提供に関する取組事例

- 訪問看護の効率的な提供の事例として、ICTの活用やタスクシフト・シェアの実施等により、1人あたりの訪問回数の増加、時間外勤務時間の削減、電話対応時間の減少につなげている事例がある。

■ ICT活用による職場全体の情報共有・コミュニケーション円滑化、訪問スケジュールの自動作成・最適化（所在地：茨城県土浦市）

<背景・取組概要>

- 職員間のコミュニケーションの希薄化・多数の訪問予定の変更に係る伝達困難・報告/連絡/相談の混乱などの課題を抱えていた
- 職員全員に業務用スマートフォン・タブレットを配布し、チーム、職場全体の情報共有、コミュニケーション手段として、SNSサービスを目的別に活用
- 業務管理アプリの活用
  ⇒ 利用者側の条件、看護側の条件をあらかじめ入力し、マッチング機能で訪問スケジュールを最適化（1ヶ月分の訪問スケジュールの自動作成機能）
  ⇒ 看護計画を実践過程の段階に沿って入力し、各種書類・帳簿類を自動作成



成果・効果

○一つの業務に要する時間の短縮

訪問スケジュールの作成：**数日** ▶ **2～3**時間/月

報告書等の作成/１書類：平均**60分**程度 ▶ **40**分程度

○時間外勤務時間の削減

157.8時間/月 ▶ **55.7**時間/月

■ 電話対応専属スタッフによるタスクシフト・シェア（所在地：埼玉県所沢市）

<背景・取組概要>

- 看護師1人当たり一日平均約90分を電話対応に費やしていた
- 24時間365日営業であるため、事業所に電話対応専属部署を設置し、問合せ内容に応じて看護師や事務員に電話を転送
- 看護師がケア業務に専念できる体制を構築
- 看護職でないスタッフが初期対応するためのマニュアルの作成



成果・効果

○時間外勤務時間の削減

22時間/月 ▶ **8.5**時間/月

○電話対応時間の削減

看護師１人あたり **90**分/日 の対応時間を削減

１件の電話対応：平均5分

１日の平均対応回数：18件/看護師1人(8時間勤務内)

○訪問回数の増加

6 件/日 ▶ **9** 件/日

出典：看護業務効率化先進事例集・周知事業ポータルサイト（日本看護協会）の掲載情報をもとに厚生労働省医政局地域医療計画課にて作成

第８次医療計画（後期）に向け早期に取り組むべき事項（とりまとめより抜粋）

「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループにおける意見及び今後の対応の方向性のとりまとめ（令和８年２月13日）」において、「在宅医療の提供体制について」は次のように示されている。

□ 医療資源等が限られ、在宅医療を 24 時間提供する体制の構築が困難な地域においては、在宅医療の需要等も踏まえながら、主治医のみによる往診等を必ずしも前提とせず、夜間・休日における輪番制による対応や、在宅療養支援病院以外も含めた病院による往診・訪問診療の提供、また、地域における急変時の受入病床の明確化等の取組を推進することや、在宅医療を支える歯科医療機関、訪問看護事業所、地域連携薬局を含む薬局、高齢者施設等の関係機関等とともに、地域で面として在宅医療の提供を支える体制の整備を進めることが必要である。

□ 加えて、地域の医療資源を踏まえながら、在宅医療に係る生産性向上に資する取組等を通じて効率的な在宅医療の提供体制を構築できるよう、往診、D to P with N を含 むオンライン診療、在宅療養患者のバイタル等の遠隔モニタリング等を推進する必要がある。

□ また、訪問診療・往診や訪問看護に加え、歯科医療、薬学的管理・指導、栄養管理、リハビリテーション等について、患者の状態に応じて適切に提供されることが必要であり、在宅医療提供体制の構築に当たっては、多職種との連携についても、あわせて検討することが重要である。

第８次医療計画（後期）に向け早期に取り組むべき事項（とりまとめより抜粋）

□ こうした在宅医療提供体制の構築を見据えて、第８次医療計画（後期）に向け、具体的には、以下について取り組むべきである。

＜24時間の提供体制の構築について＞

□ 都道府県は、地域において在宅医療を実施している病院や診療所等のそれぞれの診療の実態等や、在宅医療を支える歯科医療機関、薬局、訪問看護ステーション等が有する機能や診療との連携状況を踏まえ、市町村や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」とも連携して、24 時間の提供体制等について特に課題がある地域を把握すること。

□ また、特に課題がある地域を中心に、夜間・休日の輪番制等の地域におけるルー ルの作成状況等について、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を通じて、情報を把握するよう努めること。また、地域において、夜間・休日における輪番制等のルールが明確でない場合は、都道府県と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」が連携しながら、地域において、曜日・時間帯別等の往診体制整備や緊急時の連絡を受ける医療機関等の整理等を行い、24 時間の提供体制の構築を進めること。

＜専門性の高い在宅医療も含めた提供体制の構築について＞

□ 小児や医療的ケア児等に対する在宅医療については、専門性が特に必要であり、 各医療機関、薬局、訪問看護ステーションにおける小児の在宅療養への対応には地域差があるといった指摘があること等も踏まえ、地域において、高齢者等に対する在宅医療の提供体制と併せて検討すること。

□ 都道府県は、各地域において、小児に対する在宅医療の提供状況を把握すること。 課題を有する地域がある場合について、在宅医療の圏域にこだわらず、隣接する圏域や、二次医療圏全体での提供体制を構築することも検討しながら、各地域における小児の在宅療養への対応が可能な医療機関、薬局及び訪問看護ステーショ ンを把握すること。

＜効率的かつ効果的な在宅医療について＞

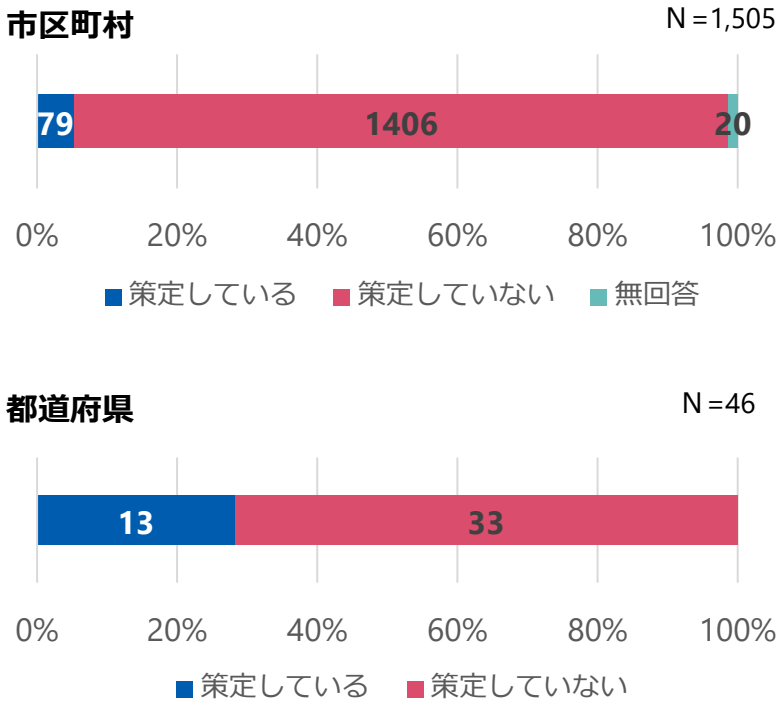
□ 在宅医療の需要が増加する一方、医療従事者の確保が困難となることから、在宅医療の領域においても、業務効率化や職場の環境改善に取り組むことが求められることから、各地域においては、在宅医療を担う医療機関と、後方支援等機能を担う病院、その他訪問看護ステーションや歯科医療機関、薬局、高齢者施設等の関係者の情報共有を可能とし、効率的な在宅医療の提供が可能となるシステムの 導入等の取組を進めることが考えられ、また、国においては、こうした取組に対する後押しが望まれること。

在宅医療機関に係る業務継続計画（BCP）の策定について

- 在宅医療機関では、人工呼吸器等の医療機器を使用している患者も多く診療しており、災害が起きた際、患者の安否確認を含め、緊急性の高い状況において事業の継続が必要となるため、業務継続計画（BCP）※の策定が重要。
- 在宅医療提供機関の災害時における医療提供体制を充実、強化するためには、自施設のBCPのみならず、在宅療養患者に関わる関係機関を含めた地域全体の医療・ケアの継続と早期復旧のための体制構築が求められる。

※業務継続計画（BCP）：災害などの緊急時に低下する業務遂行能力（医療機関の場合は診療機能）について、その影響を最小限に抑え、早期復旧を可能とするための準備体制及び方策をまとめたもの

在宅医療に特化したBCPを策定しているか。



出典：令和７年度「在宅医療及びACP等に係る全国調査事業」の調査結果をもとに医政局地域医療計画課にて作成

在宅医療に関するBCPの策定に際して、地域で検討・共有をしておくべきであると考えられる項目

（１）在宅人工呼吸器装着者、在宅酸素療法における電源確保状況
（２）情報の共有・発信
（安否確認の効率化、各機関の支援ニーズ・稼働状況・被災状況の把握方法等）
（３）個別避難支援計画への専門職としてのコミットメント及び住民との協働
（４）地域健康危機において指揮を執る機関との平時からの連携や協働
（５）各職能団体や各機関の役割分担と協働の在り方・支援協定
（６）有事の際のヘルスケア専門職の再配置
（サージキャパシティへの対応含む）
（７）救護所対応と自院対応の両立のバランス
（８）在宅避難者・車中避難者への支援
（９）在宅療養支援機能

出典：令和６年度 在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業実施報告書

在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業

1 事業の目的

＜現状・課題＞

○在宅医療を担う機関は、自然災害や感染症等、医療設備への被害、従業員が感染した場合等においても、在宅療養患者に対し、在宅医療の診療体制を維持し継続的な医療提供をすることが求められる。

○病院等の一定程度の規模を持つ医療機関では、BCPの策定等を通じて、災害時における医療提供体制が強化されつつある。一方、在宅医療提供機関等は小規模であり、BCP策定等を行うにも体制が脆弱な上、病院と違い、患者が在宅で療養している等の特性があり、これまでのBCPの枠組みでは対応しきれない部分がある。

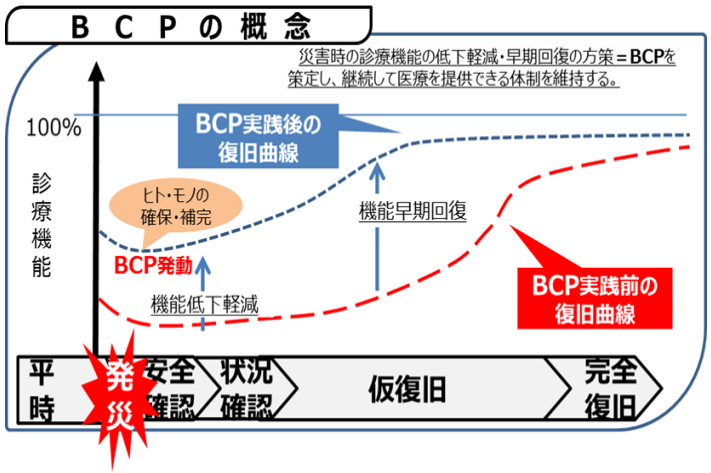
○また、令和６年度から開始される第８次医療計画においては、昨今の災害の被害状況を鑑み、平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進めるとともに、災害時における業務継続計画（BCP）の策定を推進することとしており、在宅医療提供機関等がBCP策定を推進するための支援が不可欠である。

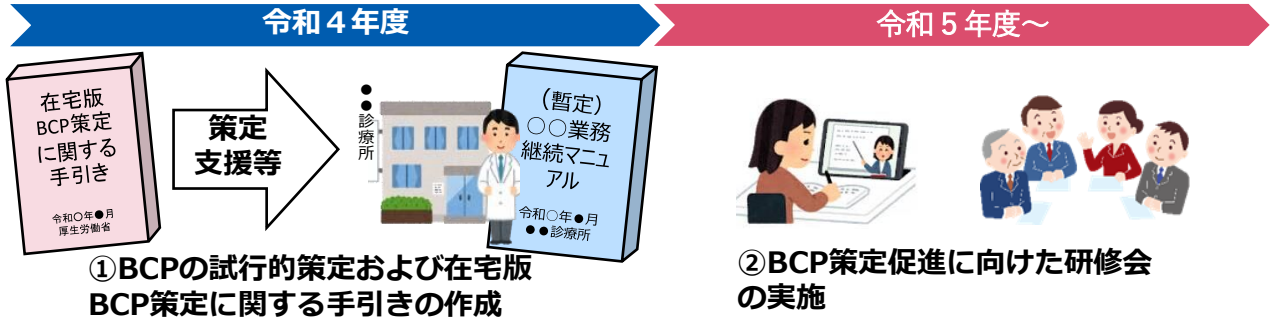
＜対応＞

○令和６年度は、令和４年度及び令和５年度に作成した在宅版のBCP策定に関する手引きを用い、BCP策定促進に向けた研修会を開催する。

○在宅医療は、在宅療養患者を取り巻く様々な職種や機関等の連携で成り立っており、地域内での有機的な繋がりが不可欠であるため、関係諸機関との連携を見据えた連携型ＢＣＰ、さらには地域包括ケアシステムにおける役割や関係性を念頭に置いた地域ＢＣＰへのスケールアップを図り、地域における在宅医療版ＢＣＰの実装化につなげる。

2 事業の概要・スキーム・実施主体





第８次医療計画（後期）に向け早期に取り組むべき事項（とりまとめより抜粋）

災害の発生に備えた在宅医療のあり方について

□ 各医療機関等において、災害時においても引き続き業務を継続できるよう、BCP の策定等の取組が進められている。在宅医療を提供する医療機関等は、平時から BCP を策定し、発災後も可能な限り在宅医療を引き続き提供できる体制の整備を進めることや、継続した在宅医療の提供が困難な場合については、患者の医療提供を途切れさせない観点から、在宅療養患者の被災状況等の把握・共有について自治体と連携する方策を検討すること。また、在宅療養患者の発災時の受け入れ先についても、自治体とともに予め検討すること。

□ 都道府県は、既存のシステムの活用等により、在宅医療を提供する医療機関等や事業所等の被災状況を災害時に迅速に把握できるよう、体制の整備に努めること。また、患者が在宅での療養継続が困難になった場合を想定し、当該都道府県内において、災害時に継続的に医療的介入が必要な患者の受入れ先として想定される災害拠点病院を中心とした医療機関等における受入れの可否や受入れ可能人数等について、地域の医師会、病院団体等の関係団体と協力しながらあらかじめ把握し、受入れ先を検討しておくこと。その際、介護保険施設等での受入れも含め、地域で活用可能な資源を広く検討することが望ましい。さらに、当該都道府県内だけでは完結しない場合、隣接する都道府県とあらかじめ相互に受入れを依頼することなどについても検討すること。なお、こうした検討に当たっては、被災する地域が様々想定されるところ、まずは受け入れ可能な医療機関等の明確化を進めることが重要であると考えられる。