

日医総研ワーキングペーパー

第3回 診療所の在宅医療機能に関する調査

(2025年)

No. 497

2025年12月9日

日本医師会総合政策研究機構
野村真美 出口真弓

第3回診療所の在宅医療機能に関する調査

日本医師会総合政策研究機構 主任研究員 野村真美 出口真弓

キーワード

- ◆ 在宅医療の提供体制
- ◆ 機能強化型
- ◆ 医療圏内の地域特性
- ◆ 多職種連携と医療 DX
- ◆ 災害対応
- ◆ 今後の在宅医療の取組方針

ポイント

- ◆ 全国の在宅医療を実施している 4,827 診療所を対象に、在宅医療の現状や在宅療養患者の状況などを把握するため、アンケート調査を実施した（閉院などを除いた有効配布数は 4,797 施設）。1,403 施設から回答（回収率 29.2%）があり、調査時点では在宅医療を提供していた 1,183 施設を有効回答とした。
- ◆ このうち 73.4% は、在宅療養支援診療所（以下、在支診）として届出を行っていた。
- ◆ 在宅医療の開始時期は、2010 年～2019 年が 31.7% で最も多く、2020 年以降に開始した施設も 18.8% であった。在宅医療を始めたきっかけについては、調査開始時期が最近の診療所ほど、「在宅医療に対するニーズの高まり」や「もともと在宅医療に興味・関心があった」といった理由が増加傾向にあった。
- ◆ 在宅医療の位置づけについて、外来の延長として実施している割合は、在宅医療の開始時期が最近の診療所ほど減少傾向にあった。在宅医療を中心とする施設や、在宅医療専門の施設の割合は増加傾向を示していた。
- ◆ 在宅医療に従事する医師数は、1 施設あたり平均 1.9 人であった。機能強化型（単独型）は平均 5.8 人、機能強化型（連携型）は 3.1 人、従来型は 1.3 人、届出なしは 1.1 人であった。
- ◆ 2025 年 3 月の実績報告によれば、1 施設あたりの在宅療養患者数の平均は 23.6 人、平均訪問回数は 58.3 回であった。在宅療養患者の年齢構成比を見ると、85 歳以上が約 65% を占めていた。在支診の施設基準別にみると、機能強化型在支診は他の群と比べて、患者数および訪問回数が顕著に多い傾向が見られた。また、機能強化型は他の群と比べて、40 歳未満や 40～64 歳までの比較的若い年代が占める割合が高い傾向がみられた。
- ◆ 訪問診療における医学管理や患者の状況への対応については、いずれも機能強化型在支診の対応可能割合が最も高かった。一方で、在支診の届け出を行っていない診療所でも

「在宅酸素療法」は約 65%、「膀胱留置カテーテル」や「ターミナルケア」は約 42%が対応可能と回答した。過去に実施した第 1 回（2010 年）、第 2 回（2016 年）の経年でみると、ほぼ全ての項目で対応が可能であるとする回答が大きく増加しており、訪問診療の質そのものが、過去 15 年間で大きく向上していることが示唆された。

- ◆終末期・看取りへの対応について、対象全体では、「可能な範囲で行っている」が 52.0%で最も多く、次いで「積極的に行っている」が 37.7%、「病院と連携して行っている」が 8.4%であった。
- ◆ACP の取組については、「可能な範囲で取り組んでいる」が最も多く 46.9%で、「積極的に取り組んでいる」の 14.4%を合わせると、61.3%が取り組んでいる状況にあることがわかった。「対応可能な人員（組織）体制がないため、取り組んでいない」が 14.5%、「ニーズがないため取り組んでいない」が 12.8%などの順であった。
- ◆医療・介護関係者との連絡手段は、「電話」（96.4%）、「FAX」（79.5%）、「情報提供書等の紙媒体」（67.1%）が中心であり、アナログな手段が主流であった。
- ◆一方で、ICT の活用においては、電話以外で最もよく使う連絡手段として、2 番目に「多職種連携用 SNS・コミュニケーションツール」が利用されており（11.2%）、その他の ICT ツールの利用もみられた。ICT ツールが有用なコミュニケーション手段の一つとして定着しつつあることを示している。
- ◆被災時における在宅医療の対応については、「避難先が自院から近い場合は提供可能」とする回答が 70.8%で最も多く、次いで「電話やオンラインにより、提供可能」が 47.4%、「距離や避難先に関わらず、提供可能」が 17.8%の順であった。BCP を「策定していない」が最も多く 54.8%、次いで「今後策定する予定」が 27.2%、「策定済み」が 16.5%であった。
- ◆今後の在宅医療の取組の方針については、「現状維持」が最も多く 62.7%、次いで「拡充を検討」が 20.5%、「縮小を検討」が 13.1%、「在宅医療の提供をやめる予定」が 3.1%、「在支診のみをやめる」が 0.2%であった。縮小・廃止についての理由を尋ねたところ、「医師の高齢化」が最も多く 73.7%、次いで「24 時間対応が困難になったため」が 40.7%、「後継者がいない」が 26.8%、「在宅医の不足」が 10.0%などの順であった。
- ◆在宅医療を提供する上での課題については、「医師の高齢化」が 44.1%で最も多く、次いで「24 時間対応が可能な体制の確保」が 35.2%、「在宅医療に従事する医師の確保」が 34.1%、「経営の継続性」が 32.9%、「緊急時の受け入れ態勢の整備」が 32.2%、「家族の介護力」が 31.1%、「診療所の後継者の確保」が 30.7%などの順であった。

目次

1 調査の概要	5
1.1 調査の概要	5
1.2 背景・定義	8
1.2.1 前回調査（2016年）から最近までの在宅医療を取り巻く制度変遷	8
1.2.2 クロス集計軸の定義	12
2 調査の結果	16
2.1 基本情報	16
2.2 在宅医療提供の状況	20
2.2.1 在宅医療の開始時期	20
2.2.2 在宅医療を始めたきっかけ	21
2.2.3 在宅医療の位置づけ	22
2.3 在宅医療の提供内容、取り組み	23
2.3.1 訪問エリア、自院からの平均移動時間、最大移動時間	23
2.3.2 対応可能な医学的管理、患者の状態等	25
2.3.3 訪問診療・往診以外の現在提供している在宅医療および介護関連サービス	27
2.4 在宅医療従事者の状況	28
2.4.1 在宅医療に従事する医師の状況	28
2.4.2 在宅医療に従事する医師以外の職員の状況	30
2.5 在宅療養患者の状況	31
2.6 在宅医療の施設基準別の状況	33
2.6.1 在宅医療を担う診療所における在宅療養支援診療所（以下、在支診）の届出の有無	33
2.6.2 在支診届出の時期	35
2.6.3 在宅医療の施設基準別にみた在宅医療の位置づけ	36
2.6.4 在宅医療の施設基準別にみた在宅医療に従事する医師数、医師以外の職員数	37
2.6.5 在宅療養患者の状況	39
2.6.6 在宅医療の施設基準別にみた訪問エリア、自院からの平均移動時間、最大移動時間	41
2.6.7 在宅医療の施設基準別にみた対応可能な医学的管理、患者の状態等	43
2.6.8 在宅医療の施設基準別にみた新規依頼への対応が困難だったケースの有無	44
2.6.9 診療時間外の患者家族からのファーストコールの対応	47
2.6.10 休日・夜間における急変時等に、往診に行けない場合の対応	49
2.6.11 提供している在宅医療・介護関連サービス	52
2.7 地域特性に起因する在宅医療提供体制の特徴	53
2.7.1 訪問可能距離	53
2.7.2 対応可能な医学的管理および患者の状況	54
2.8 終末期・看取りへの対応	58

2.8.1 自宅や特定施設等の居宅での終末期・看取りへの対応状況	58
2.8.2 看取りの場所についての患者の希望	59
2.8.3 亡くなられた方の死亡の場所	60
2.8.4 ACP の取組状況	62
2.9 在宅医療における多職種連携・DX の状況	63
2.9.1 訪問記録・情報を共有している機関・事業所	63
2.9.2 訪問記録・情報を共有している職種	64
2.9.3 医療・介護関係者との連絡手段（複数回答）	65
2.9.4 医療・介護関係者との連絡手段 - 最もよく使う連絡手段	67
2.9.5 ICT を活用した利用目的	69
2.9.6 ICT の活用頻度	71
2.9.7 ICT を活用して共有している項目	72
2.9.8 ICT の導入効果	74
2.9.9 ICT の活用における課題	76
2.9.10 ICT を活用しない理由	77
2.9.11 在宅医療に関連した多職種連携における情報共有に係る診療報酬の算定状況（2025 年 3 月時点）	80
2.10 災害対応についての方針	82
2.10.1 被災時における在宅医療の提供	82
2.10.2 患者・家族と取り決めている内容	83
2.10.3 業務継続計画(BCP)の策定状況	85
2.10.4 業務継続計画(BCP)を策定していない理由	86
2.11 今後の在宅医療の取組についての方針	90
2.11.1 今後の方針	90
2.11.2 今後の方針に沿った対策	93
2.11.3 縮小・廃止についての理由	94
2.12 在宅医療を提供する上での課題	95
2.13 結果のまとめ	99
3 考察	102

1 調査の概要

1.1 調査の概要

【調査目的】

本調査では、在宅医療の提供体制についての現状を把握するとともに、在宅療養をしている患者の状態や前回調査との経年比較を踏まえ、今後の在宅医療のあり方の検討に資する基礎資料とすることを目的としている。

【調査方法】

Web アンケート調査

【集計方法】

・単純集計

・クロス集計

(①地域ブロック別 ②都市規模別 ③在宅医療に関する施設基準別など)

【調査対象】

・抽出母数：全国 24,158 診療所の 20%に相当する 4,827 施設

・有効配布数：4,797 施設（閉院・廃院・住所不明施設を除外）

・届出区分別内訳：

在宅療養支援診療所：3,053 施設（全国総数 15,347 施設）

在支診の届出なしの診療所：1,744 施設（全国総数 8,811 施設）

«対象の抽出方法»

- ・全国 47 都道府県を調査地点とし、在宅医療実施診療所が 1 施設以上ある地点を対象とした
- ・各地点から構成比に応じた乱数表により抽出

【調査期間】 2025 年 4 月 18 日～5 月 16 日（最終的に 5 月 30 日まで延長）

【調査内容】¹

- ・在宅医療機関としての基本情報
- ・在宅医療に従事する医師・他職種の状況
- ・在宅療養患者の状況
- ・在宅医療の取り組み状況・提供体制
- ・在宅医療における多職種連携・DXの状況
- ・災害時における在宅医療の対応
- ・課題・今後の方針

【集計・分析体制】

- ・発送・回収・Web 入力フォームの作成：株式会社中央調査社
- ・集計・分析：日本医師会総合政策研究所機構（日医総研）

【回収状況】

- ・回収率 29.2%（回答数 1,403 施設/4,797 施設）

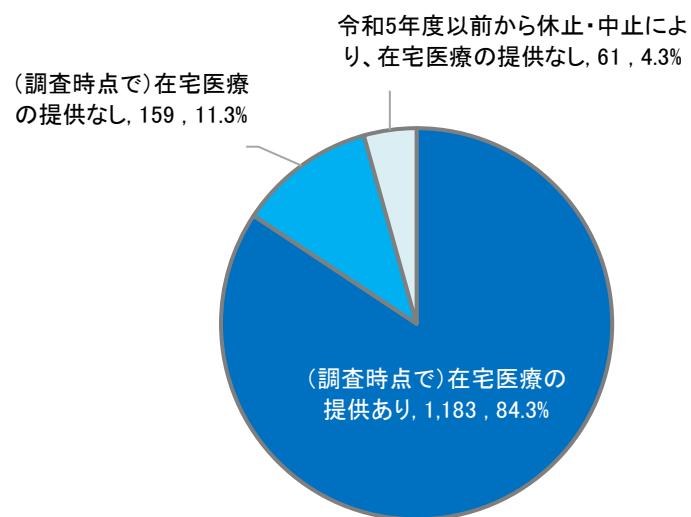
¹ 詳細は、別紙のアンケート調査票を参照されたい

【有効回答数】

1,403 施設の回答から、以下 220 施設を除外し、1,183 施設を有効回答として分析^{2,3}

- ・ 在宅医療未提供施設（令和 6 年度）：159 施設
- ・ 在宅医療休止・中止施設（令和 5 年度以前）：61 施設

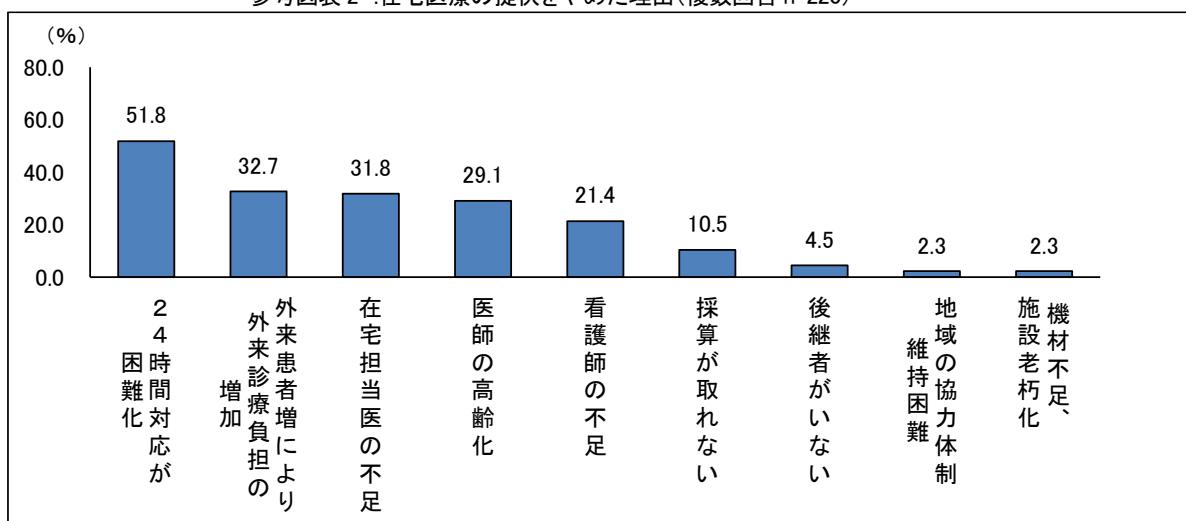
参考図表 1 在宅医療提供の有無による有効回答の絞り込み（回収数 n=1,403）



² 厚生局の公表リスト（届出状況）の届け出時期の状況と、調査時点における活動状況とのタイムラグによるギャップと思われる。第 2 回調査においても、回収数のうち、在宅医療の提供を行っていないという回答により分析対象から除外した回答が 15% 弱存在した。

³ 在宅医療を実質的に行っていないと回答した診療所 220 施設（「（令和 6 年度に）在宅医療を提供していない（159 施設）」および「令和 5 年度以前から在宅医療を休止・中止（61 施設）」）に対して、その理由について尋ねたところ、以下参考図表 2 のような回答が得られた。

参考図表 2 在宅医療の提供をやめた理由（複数回答 n=220）



1.2 背景・定義

1.2.1 前回調査（2016年）から最近までの在宅医療を取り巻く制度変遷⁴

以下の時系列の記述は、2016年度から2025年3月にかけての在宅医療に関する診療報酬の主要な変更点と、関連する政策動向を示している。

- 2015年
 - 「骨太方針」に基づく社会保障予算削減計画
 - 「経済財政運営と改革の基本方針2015」に基づき、社会保障予算削減計画が策定され、2025年を見据えた医療費抑制の方向性が示された。
- 2016年3月4日
 - 平成28年度診療報酬改定の概要発表
 - 厚生労働省から平成28年度診療報酬改定の概要が発表され、在宅医療の基盤確立に向けた方針が示された。
- 2016年4月
 - 平成28年度診療報酬改定施行
 - 在宅専門診療所の正式な位置付け：在宅医療を専門に行う診療所が診療報酬上、新たに位置付けられた⁵。
 - 緊急時・休日の往診評価の拡充：「夜間加算」が「夜間・休日加算」に変更され、休日の往診でも加算が算定可能になった。
 - 包括的管理料の見直し：在宅時医学総合管理料（在総管）および施設入居時等総合医学管理料（施設総管）が見直され、月1回の訪問診療による管理料が新設。対象となる住居も拡大された。

⁴ 参考資料、文献：

・平成28年度診療報酬改定の概要 厚生労働省保険局医療課 2016年3月4日版
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115977.pdf>
・個別改定項目について <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakujouhou-12404000/001210969.pdf>

⁵ 要件：（1）在宅患者が95%以上、（2）1年に5カ所以上の医療機関からの新規患者紹介実績、（3）看取り実績が年20件以上、または15歳未満の超・準超重症児の患者が10人以上、（4）「在総管・施設総管の件数」に占める「施設総管」が70%以下、（5）「在総管・施設総管の件数」に占める「要介護3の患者+重症患者」の割合が50%以上。在宅医療を提供する地域をあらかじめ規定すること、外来診療が必要な場合に対応できるよう地域医師会から協力の同意を得ることなど、7項目の要件を満たすことが条件となった。

- **看取り実績の評価導入**:「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」が新設され、在宅での看取りが推進された。
 - **薬局サービスの拡充**:「在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料」が新設され、薬剤師による在宅患者訪問薬剤管理指導業務の算定制限が見直された。
 - **退院支援の評価**:「退院後訪問指導料」と「訪問看護同行加算」が新設され、病院から在宅への円滑な移行が支援された。
 - **専門的な指導料の設定**:在宅患者訪問栄養食事指導料や在宅患者訪問褥瘡管理指導料が設定された。
- **2018年4月**
 - **平成30年度診療報酬改定施行**
 - 2025年に向けた道筋を示す実質最後の同時改定と位置付けられ、「地域包括ケアシステムの構築」と「医療機能の分化・強化、連携の推進」が重点項目となつた。
- **2023年5月**
 - **医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設特例**
 - 規制改革推進会議の議論を踏まえ、医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設が特例で認められるようになった。
- **2023年10月4日**
 - **中央社会保険医療協議会(中医協)で2024年度改定に向けた議論開始**
 - 2024年度診療報酬改定に向けた議論が開始。在宅医療における効率化の視点が意識された。
- **2024年2月14日**
 - **2024年度診療報酬改定の答申(中医協総会)**。2024年度診療報酬改定による新点数や新施設基準等の概要が明示
- **2024年3月5日**
 - **令和6年度診療報酬改定に関する告示・通知発出**
 - 厚生労働省から令和6年度診療報酬改定に関する告示・通知を発出

- **2024 年 3 月 6 日**
 - **日本医師会による改定見解表明**
 - 日本医師会の松本吉郎会長が記者会見で、令和 6 年度診療報酬改定に対する考え方を表明。
- **2024 年 4 月**
 - **医師の時間外労働上限規制適用**
 - 医師に時間外労働の上限規制が適用される法改正が施行され、働き方改革を推進するための評価見直しも行われた。
- **2024 年 6 月 1 日**
 - **令和 6 年度診療報酬改定施行(一部は 2025 年 3 月まで延長)**
 - **管理料の適正化**: 在宅時医学総合管理料等において、単一建物診療患者数に応じた「適正化区分」が新設され、高頻度訪問や同一建物診療患者が多い場合の減算規定が導入された。
 - **頻回訪問の適正化**: 直近 3 か月で 1 人当たり 12 回以上の訪問診療を行う場合(末期がん患者等を除く)の 5 回目以降の訪問診療に 50% の減算が適用された。
 - **ICT 連携の強化**: 「在宅医療情報連携加算」「在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料」「往診時医療情報連携加算」が新設され、ICT を用いた情報共有と連携が強く推進された。
 - **移行期医療の強化**: 「在宅療養移行加算」が見直され、算定対象が病院にも拡大し、ICT 連携を通じた情報活用が要件化された。
 - **施設連携の強化**: 「介護保険施設等連携往診加算」が新設され、介護施設との連携に基づく緊急往診が評価された。
 - **緊急往診の評価見直し**: 単発の往診に対する緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算が引き下げられた。
 - **ターミナルケア・看取りの評価拡充**: 「在宅ターミナルケア加算」および「看取り加算」の算定要件が緩和・拡充され、対象患者の定義も変更された。
 - **特定疾患の緩和ケア拡大**: 「在宅麻薬等注射指導管理料」の対象疾患に心不全や呼吸器疾患の末期患者が追加され、「在宅腫瘍化学療法注射指導管理料」が新設された。

- **医療従事者の処遇改善**:「外来・在宅ベースアップ評価料」が新設され、医療従事者の賃金改善が図られた。
- **訪問栄養食事指導の推進**:在宅療養支援病院に管理栄養士による訪問栄養食事指導体制の整備が義務付けられ、在宅療養支援診療所にも推奨された。
- **医療 DX 推進**:「在宅医療 DX 情報活用加算」が新設され、2024 年 6 月から 2025 年 3 月までは 10 点が算定された。
- **2025 年 3 月**
 - **2024 年度診療報酬改定の一部経過措置終了**
 - 2024 年度診療報酬改定の一部項目における経過措置が終了。
- **2025 年 4 月**
 - **在宅医療 DX 情報活用加算の点数変更**
 - 「在宅医療 DX 情報活用加算 1」が 11 点、「在宅医療 DX 情報活用加算 2」が 9 点にそれぞれ変更。
- **2025 年 5 月末**
 - **介護保険施設等連携往診加算のホームページ掲載に関する経過措置終了**
 - 介護保険施設等連携往診加算の施設基準におけるホームページ掲載に関する経過措置が終了。

1.2.2 クロス集計軸の定義

回答結果の分析では、単純集計に加え、第2回調査時でも使用した以下の主な3つの軸（地域ブロック別、都市規模別、在宅療養支援診療所の施設基準別）並びに本調査で新たに採用した3つの軸でクロス集計を実施した。各区分の定義は次のとおりである。

・地域ブロック別(8区分)

カテゴリ名	定義（該当する都道府県）
北海道	北海道
東北	青森県 岩手県 宮城県 秋田県 山形県 福島県
東京	東京都
関東・甲信越	茨城県 栃木県 群馬県 埼玉県 千葉県 神奈川県 山梨県 新潟県 長野県
中部	富山県 石川県 福井県 岐阜県 静岡県 愛知県 三重県
近畿	滋賀県 京都府 大阪府 兵庫県 奈良県 和歌山県
中・四国	鳥取県 島根県 岡山県 広島県 山口県 徳島県 香川県 愛媛県 高知県
九州	福岡県 佐賀県 長崎県 熊本県 大分県 宮崎県 鹿児島県 沖縄県

・都市規模別(4区分)

カテゴリ名	定義
21大都市	政令指定都市（人口50万人以上）および東京都特別区に所在する診療所
中都市	人口10万人以上の市に所在する診療所
小都市	人口10万人未満の市に所在する診療所
町村	町村に所在する診療所

・在宅療養支援診療所(以下、在支診)の施設基準別(4区分)

在支診の届出状況に応じ、以下の4区分で整理した。

- ・機能強化型（単独型）…2016年に創設
- ・機能強化型（連携型）…2016年に創設

※ いずれも複数の医師や医療機関により 24 時間 365 日の在宅医療（訪問診療・往診）を提供する体制を持つ。

- ・従来型
- ・届出なし

在支診の施設基準別(4区分)の定義

カテゴリ名	定義
機能強化型 単独型	機能強化型在支診の一類型。従来の在支診の基準（従来型を参照のこと）に加えて、診療所単独で、①在宅医療を担当する常勤の医師が3人以上、②過去1年間の緊急往診が10件以上、③過去1年間の看取り、または15歳未満の「超・準超重症児の医学管理」のいずれか4件以上の実績があることなどを、地方厚生局または厚生局都府県事務所に届出している診療所。
機能強化型 連携型	機能強化型在支診の上記と別類型。従来の在支診の基準（従来型を参照のこと）に加えて、連携内において、①在宅医療を担当する常勤の医師が3人以上、②過去1年間の緊急往診が、連携内で10件以上、③過去1年間の看取りが連携内で4件以上、④各医療機関において看取りまたは「超・準超重症児の医学管理」のいずれかが2件以上の実績があることなどを地方厚生局または厚生局都府県事務所に届出している診療所。
従来型	在宅医療における中心的な役割を担うこととして、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間往診及び訪問看護を提供できる体制を構築するなどの届出要件を満たした上で、地方厚生局または厚生局都府県事務所に届出している診療所。
届出なし	在支診ではないが、往診および訪問診療を行っている診療所。 在宅時医学総合管理料の届出を地方厚生局または厚生局都府県事務所に届出している診療所。

・二次医療圏地区別（3区分）（新規）

カテゴリ名	定義
大都市型	人口が100万人以上であるか、または人口密度が2,000人/km ² 以上である二次医療圏に所在する診療所
地方都市型	大都市型の二次医療圏の条件以外で、人口が20万人以上であるか、または人口が10万人以上で、かつ人口密度が200人/km ² 以上である二次医療圏に所在する診療所
過疎地域型	大都市型二次医療圏、地方都市型二次医療圏の条件以外の二次医療圏に所在する診療所

出所）株式会社ウェルネス作成「地域包括ケア版基礎データ Ver.9.0.2（令和7年8月31日）」を使用。

・二次医療圏内機能強化型届出割合別（3区分）（新規）

二次医療圏別の機能強化型の在支病および機能強化型の在支診の合計を分子、「在宅療養支援病院数（在支病）」および「在宅療養支援診療所数（在支診）」の合計を分母として算出した、圏域内の機能強化型届出率による区分。全国の機能強化型届出率の平均値31.4%を基準に以下の3つに区分した。

カテゴリ名	定義
0%	機能強化型の医療機関が存在しない二次医療圏に所在する診療所
0%超31.4%未満	在宅医療を実施している医療機関のうち、機能強化型の届出割合が0%を超え、全国平均値の31.4%未満である二次医療圏に所在する診療所
31.4%以上	在宅医療を実施している医療機関のうち、機能強化型の医療機関の占める割合が全国平均値の31.4%以上である二次医療圏に所在する診療所

出所）株式会社ウェルネス作成「地域包括ケア版基礎データ Ver.9.0.2（令和7年8月31日）」の掲載データを用いて日医総研が作成。

・二次医療圏内人口動向別（5区分）（新規）

「人口ピーク」については、2020年～2045年の市区町村別総人口および75歳以上人口を医療圏別に再集計し、各医療圏内で人口ピークとなる時期の組み合わせを設定した。各区分の定義は以下の通りである。

カテゴリ名 (総人口ピーク×75歳以上人口ピーク)	定義
過去×過去または現時点	総人口のピークが過去（2020年以前）であり、75歳以上人口のピークが過去（2020年以前）または現在（2025年）となる二次医療圏に所在する診療所
過去×2030年	総人口のピークが過去（2020年以前）、75歳以上人口のピークが2030年となる二次医療圏に所在する診療所
過去×2035年以降	総人口のピークが2020年、75歳以上人口のピークが2035年以降となる二次医療圏に所在する診療所
現時点×2030年・2035年以降	総人口のピークが2025年、75歳以上人口のピークが2030年以降となる二次医療圏に所在する診療所
2030年以降×2035年以降	総人口のピークが2030年以降、75歳以上人口のピークが2035年以降となる二次医療圏に所在する診療所

出所）株式会社ウェルネス作成「地域包括ケア版基礎データ Ver.9.0.2（令和7年8月31日）」の掲載データを用いて日医総研が作成

《参考》

カテゴリ名 (総人口ピーク×75歳以上人口ピーク)	現時点の各地域の人口動向		定義
	総人口	75歳以上	
過去×過去または現時点 人口減少先行地域	減少 減少フェーズ	減少	総人口のピークが過去（2020年以前）であり、75歳以上人口のピークが過去（2020年以前）または現在（2025年）となる二次医療圏に所在する診療所
過去×2030年 高齢化進行地域①		増加フェーズ	総人口のピークが過去（2020年以前）、75歳以上人口のピークが2030年となる二次医療圏に所在する診療所
過去×2035年以降 高齢化進行地域②	増加フェーズ	増加フェーズ	総人口のピークが2020年、75歳以上人口のピークが2035年以降となる二次医療圏に所在する診療所
現時点×2030年・2035年以降 高齢化進行地域③		増加フェーズ	総人口のピークが2025年、75歳以上人口のピークが2030年以降となる二次医療圏に所在する診療所
2030年以降×2035年以降 将来人口増加地域	増加	増加	総人口のピークが2030年以降、75歳以上人口のピークが2035年以降となる二次医療圏に所在する診療所

※国立社会保障・人口問題研究所の推計の予測によれば、

総人口の動向：2070年には総人口が9000万人を割り込み、8700万人程度に。2070年には総人口が9000万人を割り込み、8700万人程度になると予測されている。

75歳以上（後期高齢者）人口の動向：2025年に段階の世代が全員75歳以上となり、2025年以降も増加を続け、多くの都道府県で2030年頃にピークを迎える／近づくとされてい
75歳以上（後期高齢者）人口の占める割合は、今後も増加で推移し、2025年18%→2054年25%。

※従って、今後は上記カテゴリの「将来人口増加地域」に所在する診療所は徐々に「高齢化進行地域」へ、さらに「高齢化進行地域」は「人口減少先行地域」へと所在地の地域特性が移行していくものと想定される。

2 調査の結果

対象全体 (n=1,183) の状況

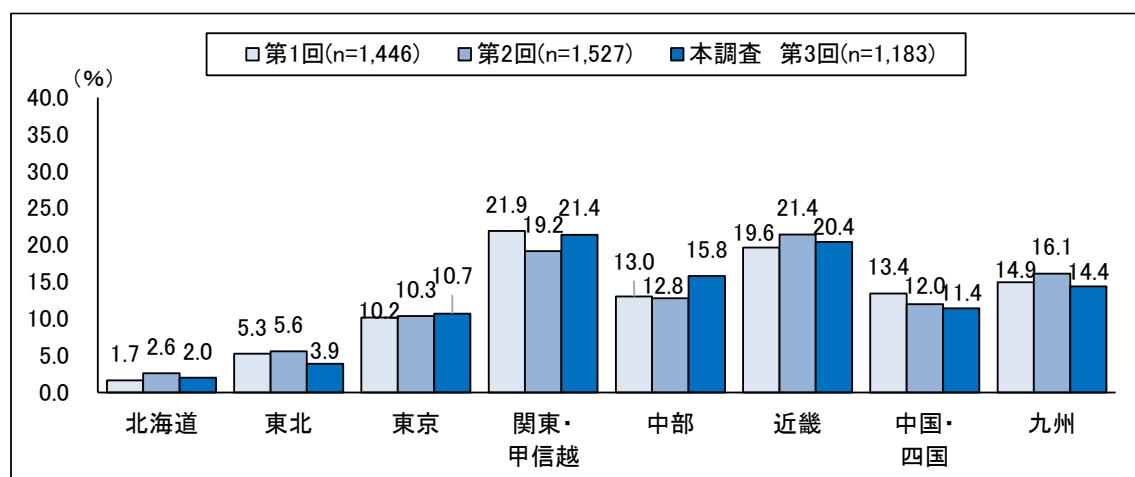
2.1 基本情報

地域ブロック別

地域ブロック別の対象診療所の分布をみると、「北海道」が2.0%、「東北」が3.9%、「東京」が10.7%、「関東甲信越」が21.4%、「中部」が15.8%、「近畿」が20.4%、「中国四国」が11.4%、「九州（沖縄を含む）」が14.4%であった。

第1回調査および第2回調査との構成比に大きな差はなく、本調査時点における全国の在宅医療担い手の構成割合⁶ともほぼ同様の分布を示していた。

図表 1 地域ブロック別

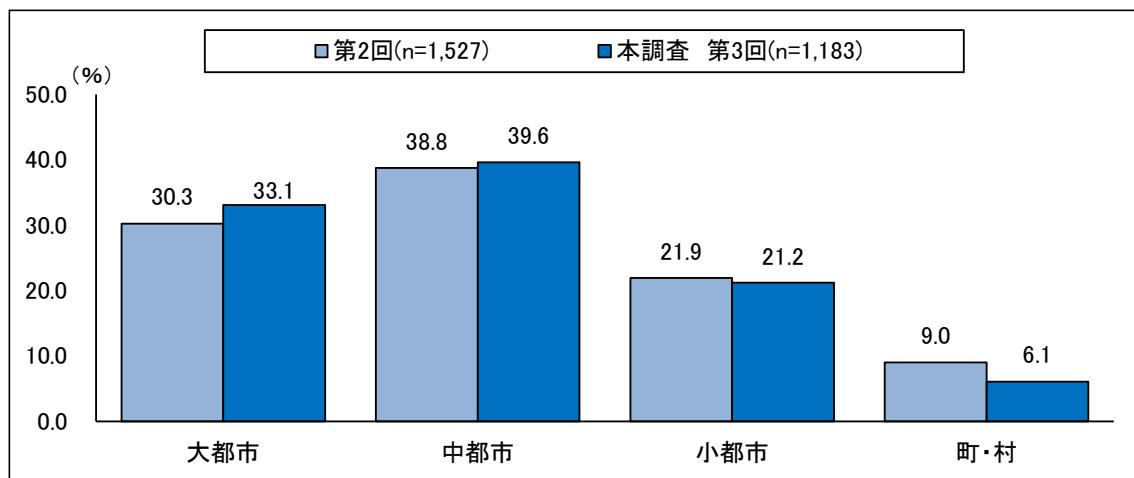


⁶ 2025年3月時点の厚生局の公表データに基づいて集計すると、「北海道」2.3%「東北」4.3%「東京」11.5%「関東甲信越」20.3%「中部」13.8%「近畿」24.6%「中国四国」10.8%「九州」12.6%であった。

都市規模別

都市規模別にみると、本調査（第3回）では「中都市」が39.6%、「大都市」が33.1%、「小都市」が21.2%、「町・村」が6.1%の順であった。前回（第2回）の分布状況（「中都市」が38.8%、「大都市」が30.3%、「小都市」が21.9%、「町・村」が9.0%）との比較と比較しても、ほとんど差異はみられなかった。

図表2 都市規模



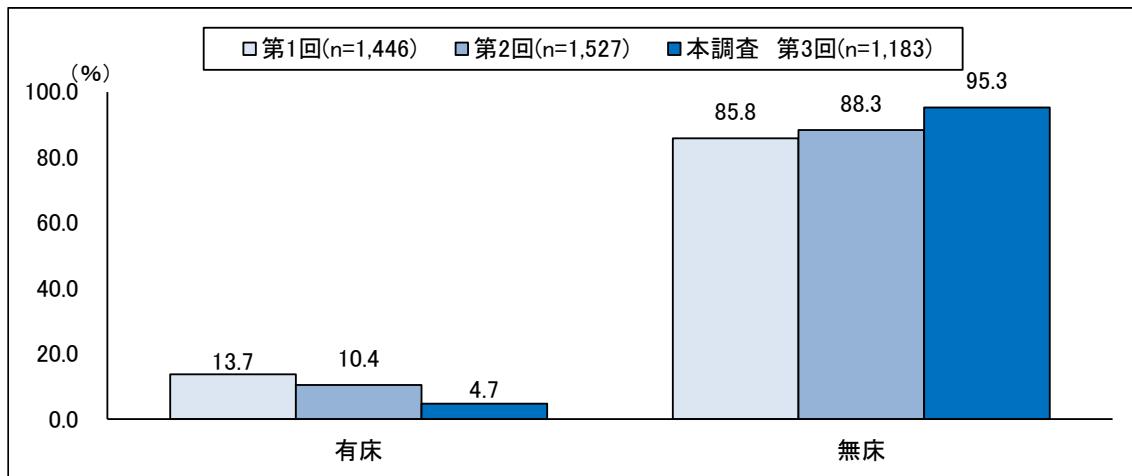
病床の有無別

病床の有無別にみると、本調査（第3回）では「無床」が95.3%で大半を占め、「有床」は4.7%であった。長年にわたる「有床」の減少傾向を受け、在宅医療を担う診療所における「有床」の占める割合も一貫して減少し、その結果「無床」の割合が上昇している⁷（図表3）。

⁷ 厚生労働省「医療施設調査」によれば、第1回調査時点（2010年）の有床診療所の施設数が10,620施設、第2回調査時点（2016年）が7,629施設、本調査年2025年4月末時点では5,251施設に減少している。

出所) 平成22年（2010）医療施設（動態）調査の概況：<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10/>
平成28年（2016）医療施設（動態）調査の概況：<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/16/>
医療施設動態調査（令和7年4月末概数）：
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m25/dl/is2504.pdf>

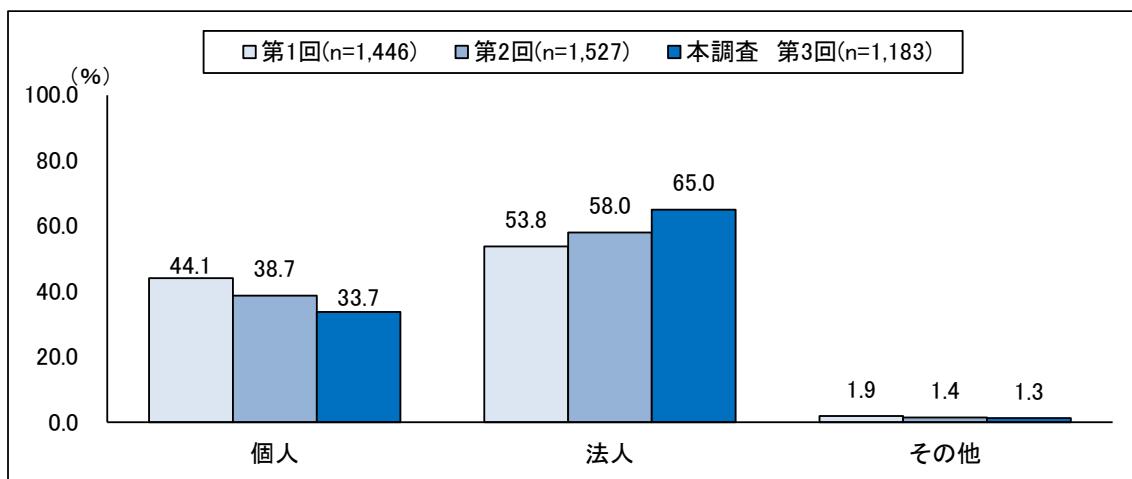
図表 3 病床の有無



開設主体別

開設主体別にみると、「法人」が 65.0%、「個人」が 33.7%、「その他」が 1.3%であった。個人開設の診療所が長期的に減少していることを背景に、在宅医療を担う診療所に占める「法人」の割合はさらに高まる傾向にある。(図表 4)。

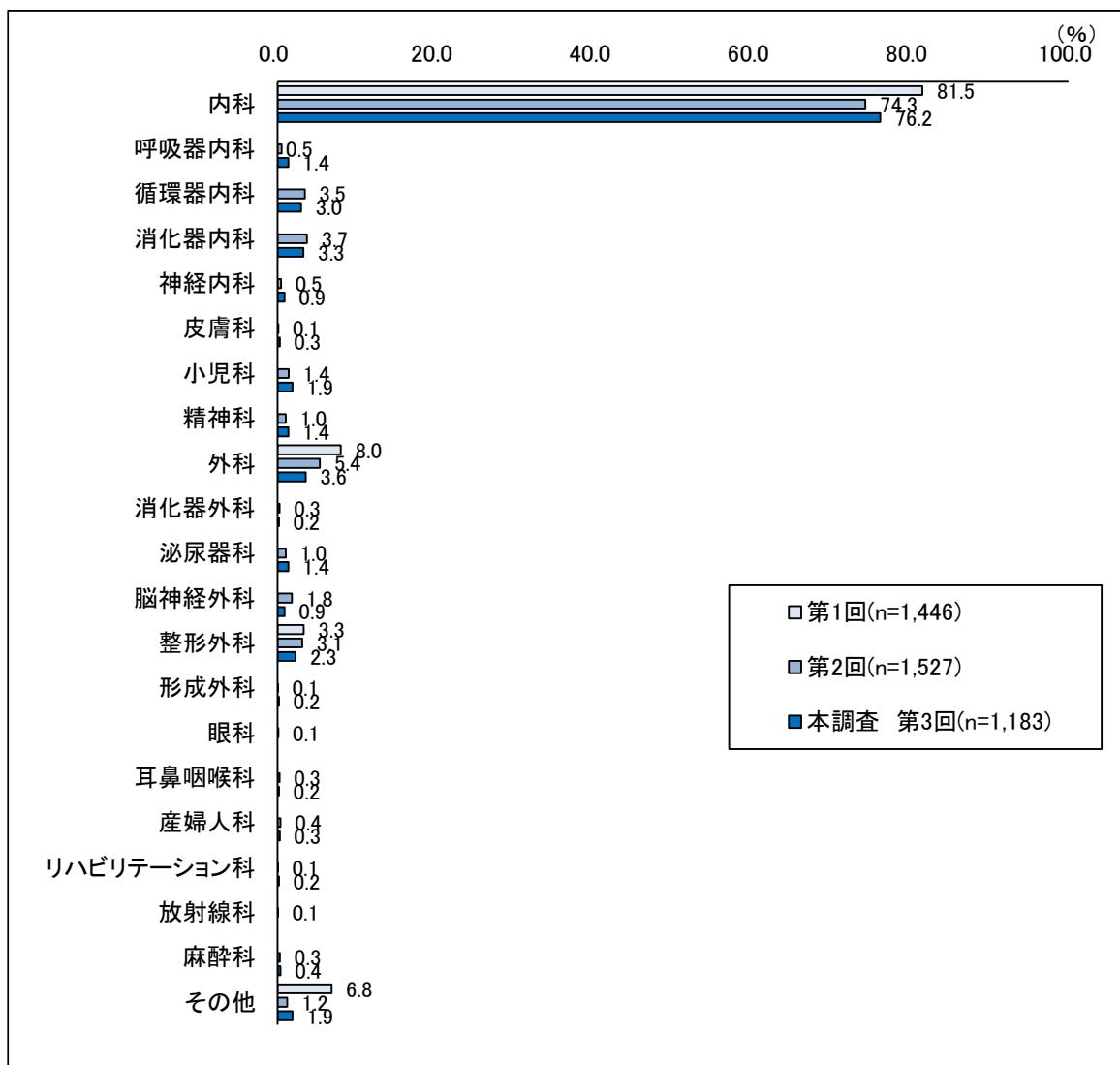
図表 4 開設主体



主たる診療科別

主たる診療科別でみると、「内科」が76.2%、「外科」が3.6%、「消化器内科」が3.3%、「循環器内科」が3.0%、「整形外科」が2.3%、「小児科」が1.9%などの順であつた。在宅医療を担う診療所の大半を内科系が占める傾向は、第1回調査時点からほぼ変わっていない。

図表5 主たる診療科

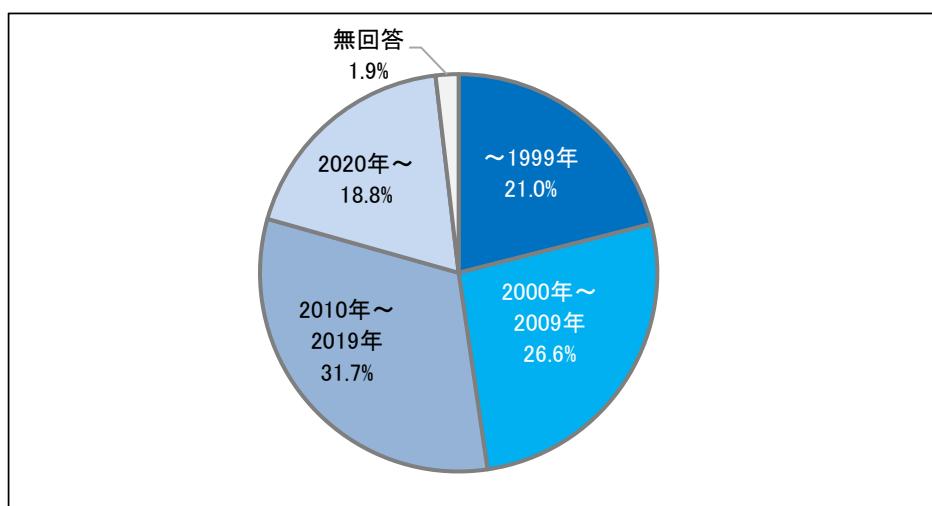


2.2 在宅医療提供の状況

2.2.1 在宅医療の開始時期

在宅医療を担う診療所の在宅医療を開始した時期については、「2010年～2019年」が最も多く31.7%であり、次いで「2000～2009年」が26.6%、「～1999年」が21.0%、「2020年～」が18.8%の順であった。

図表 6 在宅医療開始時期 (n=1,183)

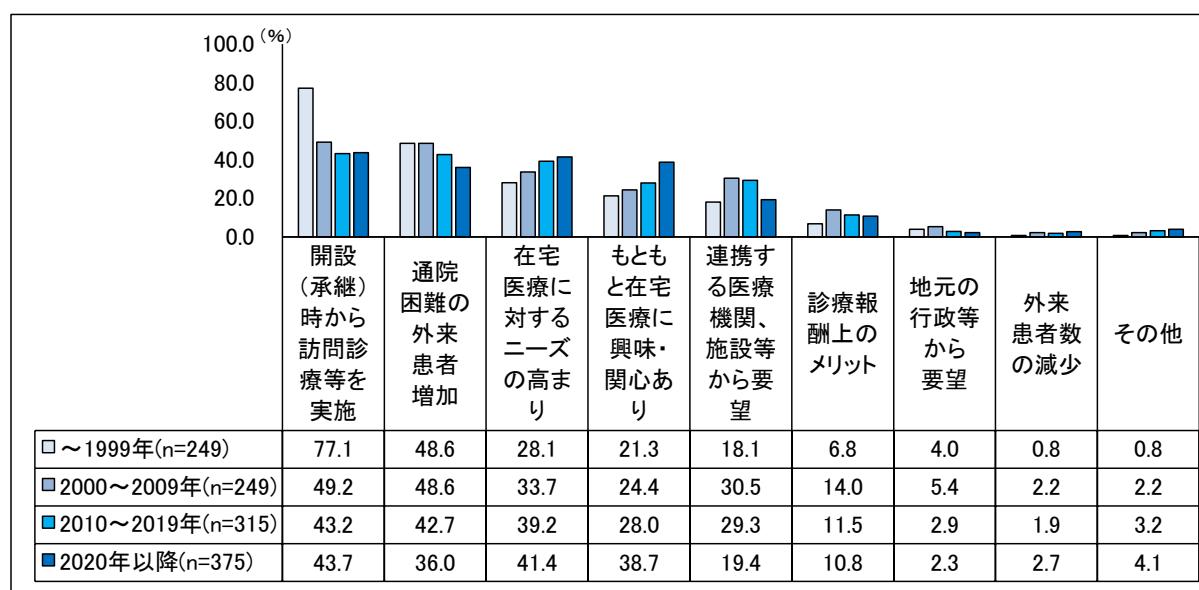


2.2.2 在宅医療を始めたきっかけ

在宅医療を始めたきっかけを開始時期別にみると、「～1999年」では「開設（承継）時から訪問診療等を行っているから」が77.1%と多数を占め、次いで「通院困難になっていた外来患者が増えたから（48.6%）」とこれらの2つの項目が特に多かった。以後、「在宅医療に対するニーズの高まりを感じたから（28.1%）」「もともと在宅医療に興味・関心があったから（21.3%）」「連携する医療機関、施設等から要望があったから（18.1%）」と続いた。

2000年～2009年以降では、前記の「～1999年」に回答が集中していた「開設（承継）時から訪問診療等を行っているから」および「通院困難になっていた外来患者が増えたから」は、在宅医療開始時期が新しいほど割合を下げる一方で、その他の項目は増加傾向を示している。特に、「在宅医療に対するニーズの高まりを感じたから」については、2020年以降は1999年以前と比べて13.3ポイント、「もともと在宅医療に興味・関心があったから」は17.5ポイント高かった。

図表7 在宅医療を始めたきっかけ—在宅医療の開始時期別(複数回答, n=1,183)



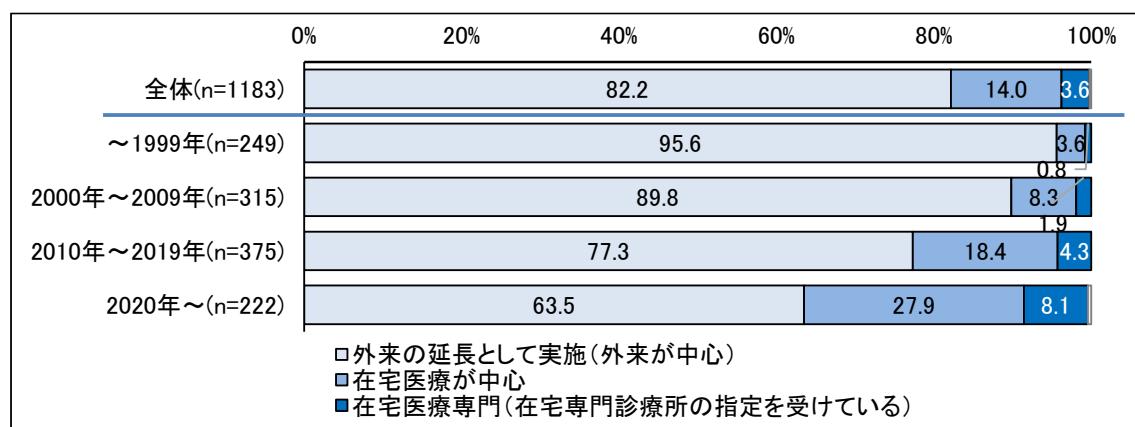
2.2.3 在宅医療の位置づけ

在宅医療を開始した時期別に在宅医療の位置づけを尋ねた結果を図表 8 に示す。

「外来の延長として実施している（外来中心）」は、「～1999年」では95.6%を占めるが、開始時期が新しくなるほど割合は低下し、「2020年～」では63.5%となった。

一方、「～1999年」では「在宅医療が中心」は3.6%、「在宅医療専門（在宅専門診療所の指定を受けている）」は0.8%にとどまった。「2010年～2019年」ではそれぞれ18.4%、4.3%、「2020年～」では27.9%、8.1%に上昇しており、開始時期が新しくなるほど在宅医療に重きを置く施設の割合が顕著に増加していた。

図表 8 在宅医療の位置づけ—在宅医療の開始時期別



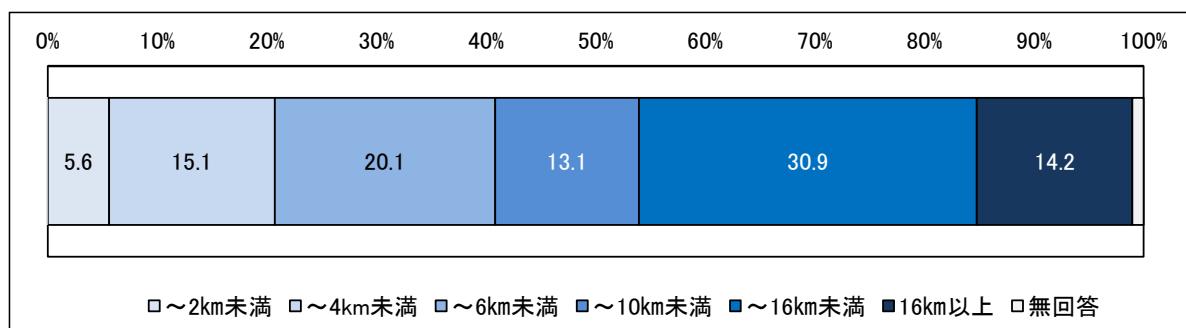
2.3 在宅医療の提供内容、取り組み

2.3.1 訪問エリア、自院からの平均移動時間、最大移動時間

図表 9 は、訪問エリアがおおむね自院から何キロ圏内かを尋ねた結果である。

対象全体では平均訪問距離は 8.7km で、最も多いのは「10～16km 未満」で 30.9% であった。次いで「4km～6km 未満」が 20.1%、「2km～4km 未満」が 15.1%、「16km 以上」が 14.2%などの順であり、中距離圏（10～16 km 未満）を中心に幅広く分布している。

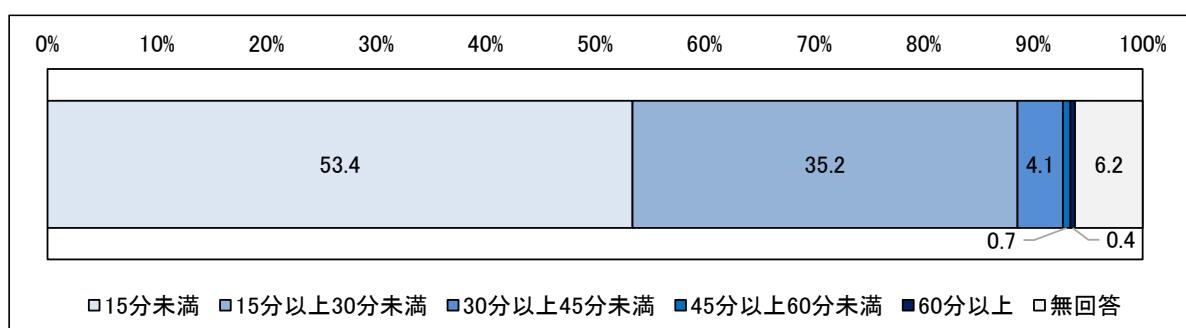
図表 9 訪問可能なエリア (n=1,183, 平均 8.7km)



図表 10 は、訪問エリア内での平均移動時間（自院から各訪問先への片道移動時間）がどう分布しているかを示している。

平均移動時間は「15 分未満」が過半数を占め、概ね短時間での訪問が中心である一方で、平均「60 分以上」かかるという回答もあり、30 分以上かかる施設も一定数存在した。

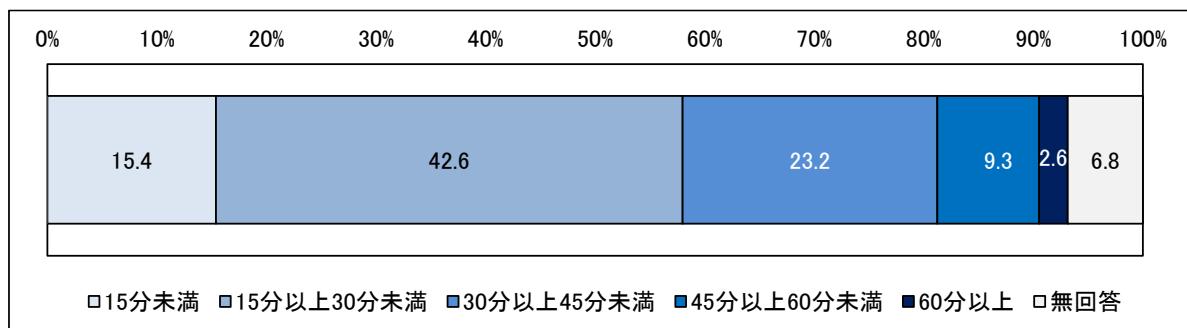
図表 10 自院からの平均移動時間 (n=1,183)



図表 11 は、訪問エリア内で最も遠い訪問先への片道移動時間の最大値がどの程度かをまとめたものである。

6割弱の診療所は最大 30 分未満で移動できる一方、約 4割は 30 分以上を要し、1割以上は 45 分以上かかる遠隔地まで対応している実態も見える。

図表 11 自院からの最大移動時間 (n=1,183)



2.3.2 対応可能な医学的管理、患者の状態等

図表 12 は、在宅療養患者に対して診療所が対応可能な医学的管理および患者状態について、対応可能な割合の高い順に示したものである。

「在宅酸素」が最も多く 81.7%であり、そのうちの 58.8%が現在「患者あり」と回答している。

次いで「点滴・静脈注射」が 76.3%、「ターミナルケア」が 70%（そのうち、50%が在「患者あり」と回答）、「褥瘡処置」「膀胱留置カテーテル」「経管栄養」「喀痰吸引」「麻薬による疼痛管理」「ストーマ管理」「中心静脈栄養」などの順であった。

「小児（15歳未満）の対応」、すなわち小児在宅医療の対応については、15.3%が対応可能とし、現在「患者あり」は 7.8%であった。

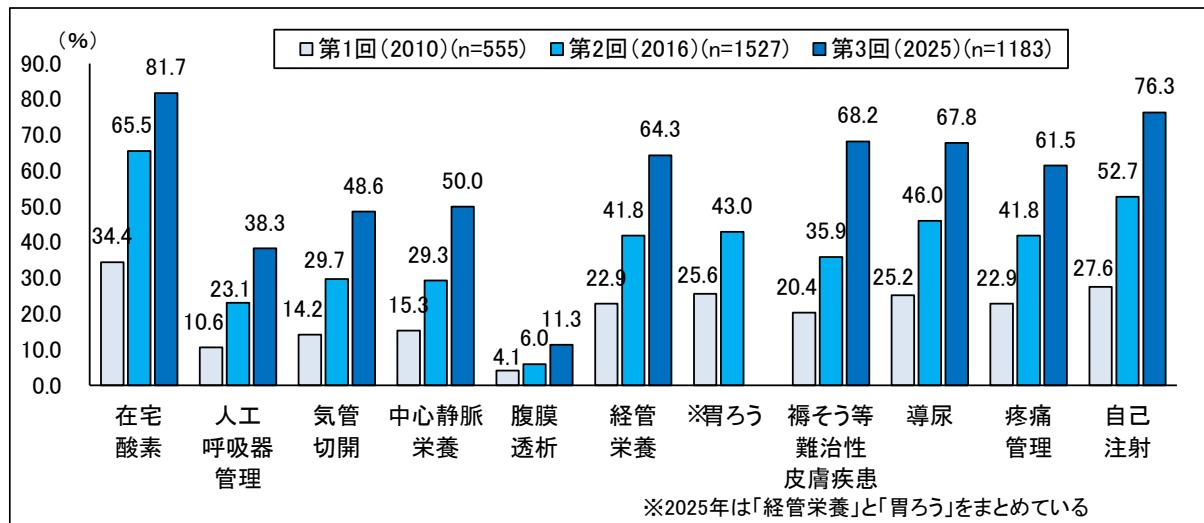
図表 12 対応可能な医学的管理、患者の状態等(複数回答, n=1,183)

	対応可能(計)①+②			要相談	対応不可	無回答
		対応可能 (患者あり) ①	対応可能 (患者なし) ②			
在宅酸素療法	81.7	58.8	22.9	7.9	7.6	2.7
点滴・静脈注射	76.3	53.5	22.8	11.2	9.0	3.5
ターミナルケア	70.0	50.0	19.9	13.1	13.3	3.6
褥瘡処置	68.2	48.0	20.2	14.9	12.6	4.3
膀胱留置カテーテル	67.8	49.5	18.3	11.6	16.4	4.2
経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）	64.3	43.1	21.2	13.0	18.4	4.2
喀痰吸引	61.9	41.3	20.5	14.2	19.3	4.6
麻薬による疼痛管理	61.5	37.0	24.4	12.3	21.7	4.6
ストーマ管理	51.1	29.1	22.0	17.4	26.3	5.2
中心静脈栄養	50.0	25.6	24.3	15.0	30.3	4.7
気管カニューレの管理	48.6	25.4	23.2	13.9	32.5	4.9
在宅人工呼吸器療法	38.3	20.6	17.7	13.9	41.9	5.8
在宅透析療法	11.3	3.0	8.4	12.3	68.9	7.5
小児（15歳未満）の対応	15.3	7.8	7.5	15.8	62.3	6.6

これを見ると、在宅酸素や輸液管理、終末期ケアに対応できる診療所が多数を占める一方、より専門性の高い中心静脈栄養や小児在宅医療は対応可能率が低く、実際の患者稼働も限定的であることがわかる。

さらに、本調査の結果を、過去に実施した第1回（2010年）、第2回（2016年）と比較すると、ほぼ全ての医学的管理項目および患者状態への対応可能率が大幅に上昇しており、過去15年間で訪問診療の質そのものが大きく向上していることが示唆される。

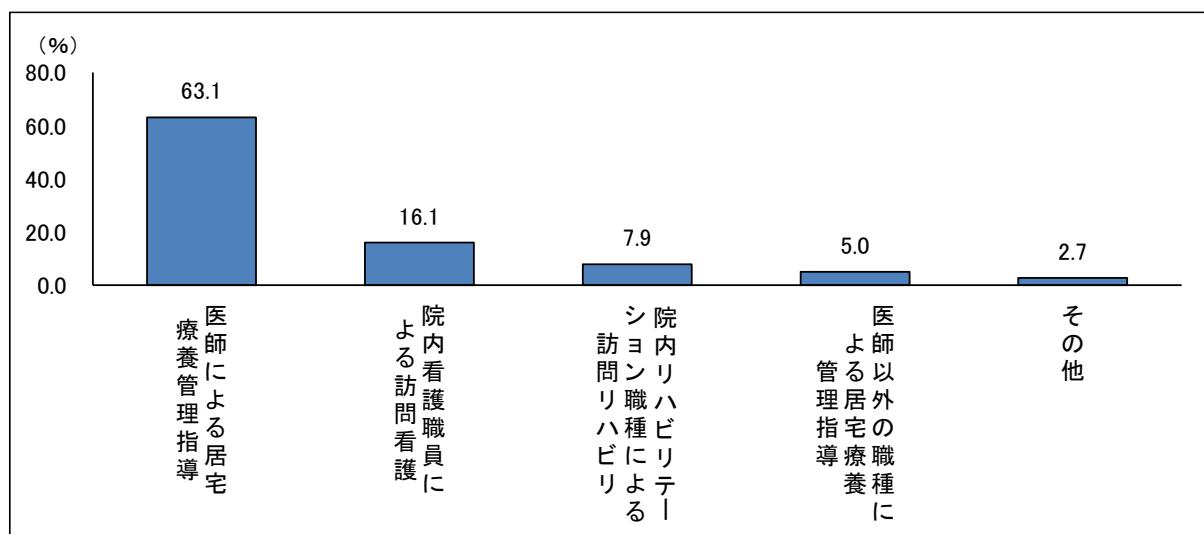
図表 13 訪問診療の対応可能な医学的管理、患者の状態等の割合 - 第1回～第3回調査の比較



2.3.3 訪問診療・往診以外の現在提供している在宅医療および介護関連サービス

訪問診療・往診以外の現在提供している在宅医療および介護関連サービスについては、「医師による居宅療養管理指導」が最も多く 63.1%、次いで「院内看護職員による訪問看護」 16.1%、「院内リハビリテーション職種による訪問リハビリ」 7.9%、「医師以外の職種による居宅療養管理指導」が 5.0%などの順で、医師主体の居宅療養管理指導が多く提供されていることがわかった。

図表 14 提供している在宅医療・介護関連サービス(複数回答, n=1,183)



2.4 在宅医療従事者の状況

2.4.1 在宅医療に従事する医師の状況

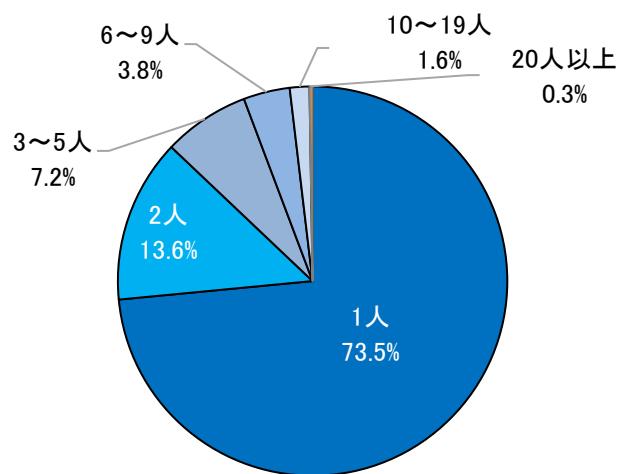
在宅医療に従事する1施設当たりの医師数

本調査では、在宅医療に従事する医師が1人以上いると回答があった1,169施設から、2025年3月時点の在宅医療に従事する医師の状況（常勤医師および非常勤医師の実人数の合計2,180人）を把握した。1施設あたりの在宅医療に従事する医師数は平均1.9人である。

在宅医療に従事する医師数の分布

在宅医療に従事する医師の実人数の階級別にみると、「1人」が73.5%と、多数を占めていた。次いで、「2人」が13.6%、「3～5人」が7.2%の順であり、5人以上は5.7%であった。

図表 15 在宅医療に従事する医師の実人数の分布(n=1,169施設数、医師実人数の合計)



年代別の医師数の状況

常勤および非常勤を合計した医師数の年代別の構成割合をみてみると、最も多いのは「50代」で23.2%、次いで「60代」が22.7%、「40代」が21.0%、「30代」が15.4%、「70代以上」が14.6%、「20代」が3.2%の順であった。

50代以上が全体の6割を占めている。

図表 16 在宅医療従事医師数(n=1,169 施設数、実人数、構成割合)-年齢層別、勤務形態別

	合計 ①+②			構成割合 (%)		
		常勤 ①	非常勤 ②		常勤 (%)	非常勤 (%)
20代	70	10	60	3.2	0.7	8.5
30代	333	117	216	15.4	8.0	30.7
40代	454	275	179	21.0	18.8	25.5
50代	503	376	127	23.2	25.7	18.1
60代	491	415	76	22.7	28.3	10.8
70代以上	316	271	45	14.6	18.5	6.4
合計	2,167	1,464	703	100.0	100.0	100.0

※年齢不詳の13人を総計から除外

2. 4. 2 在宅医療に従事する医師以外の職員の状況

職種別の職員数の状況

本調査では、在宅医療に従事している職員数が 1 人以上の記載があった 896 施設を対象に、2025 年 3 月時点の在宅医療に従事する医師以外の職員数の状況を把握した。1 施設あたりの職種別の在宅医療に従事する医師以外の職員数は、図表 17 のとおりである。

図表 17 1 施設当たり在宅医療従事職員数

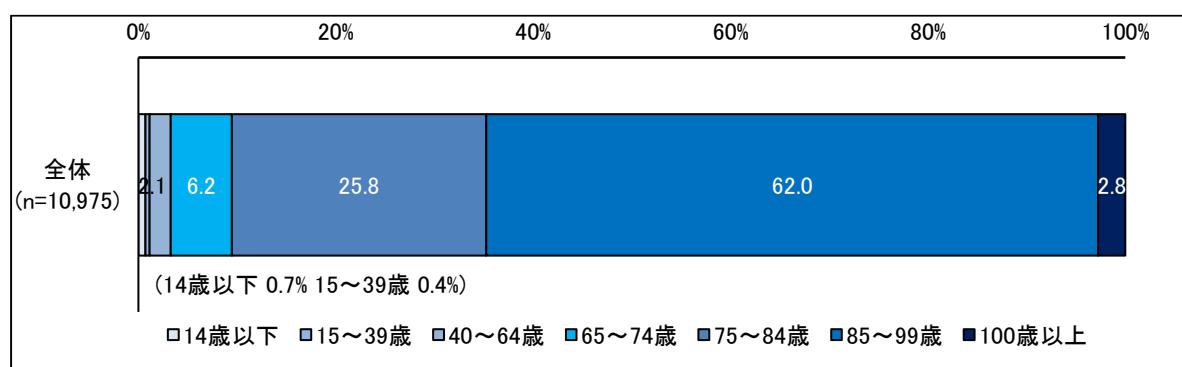
	常勤＋非常勤		該当職種在席施設数	
	平均人員	うち常勤数	該当職種在籍施設数	割合
看護職員	2.9	2.2	789	88.1
薬剤師	1.1	0.9	30	3.3
管理栄養士	1.1	0.7	58	6.5
理学療法士	2.5	2.2	90	10.0
作業療法士	1.9	1.6	45	5.0
言語聴覚士	1.3	0.7	14	1.6
社会福祉士、 医療ソーシャルワーカー	2.0	1.9	75	8.4
介護福祉士、訪問介護員 (ホームヘルパー)	8.9	7.1	16	1.8
事務職員	3.0	2.2	613	68.4
その他職員	2.5	1.8	83	9.3
全体	5.7	4.2	896	100.0

2.5 在宅療養患者の状況

本調査では、在宅療養患者数については任意回答とし、466施設から在宅療養患者 10,975 件分の回答を得た。1 施設あたりの在宅患者数は、23.6 人であった。

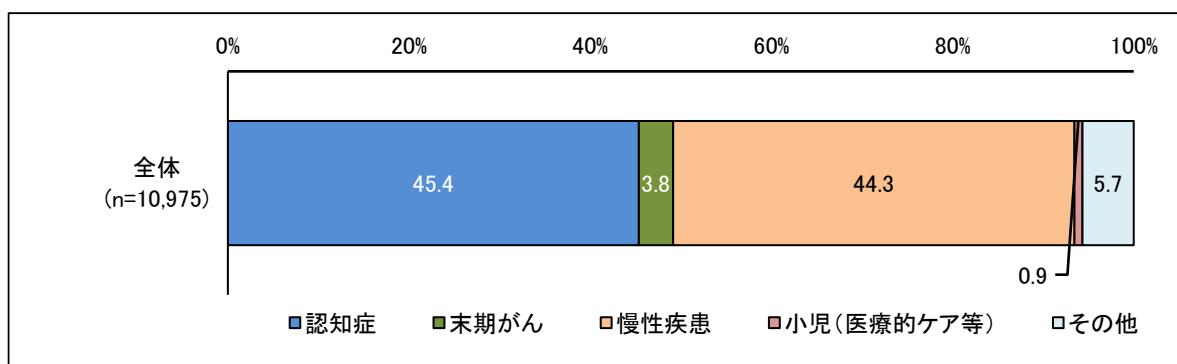
在宅療養患者の状況を年齢別の内訳をみると、「85 歳～99 歳」が 62.0% で最も多く、次いで「75 歳～84 歳」が 25.8%、「100 歳以上」が 2.8% であり、75 歳以上の後期高齢者が約 9 割を占めていた（図表 18）。

図表 18 年齢別構成比-施設基準別(466 施設 患者数 n=10,975)



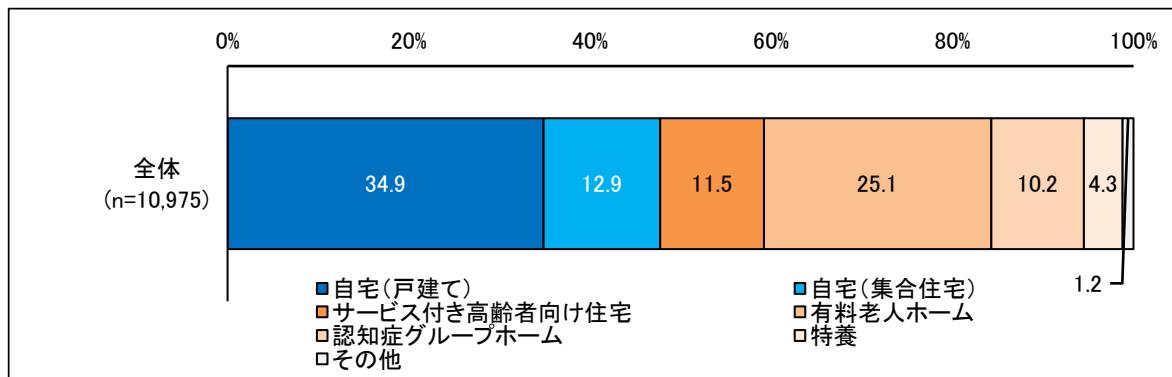
主たる疾患・状態の内訳をみると、「認知症」が 45.4%、「慢性疾患」が 44.3%、「末期がん」が 3.8%、「小児（医療的ケア等）」が 0.9% であった（図表 19）。

図表 19 主たる疾患・状態-施設基準別(466 施設、患者数 n=10,975)



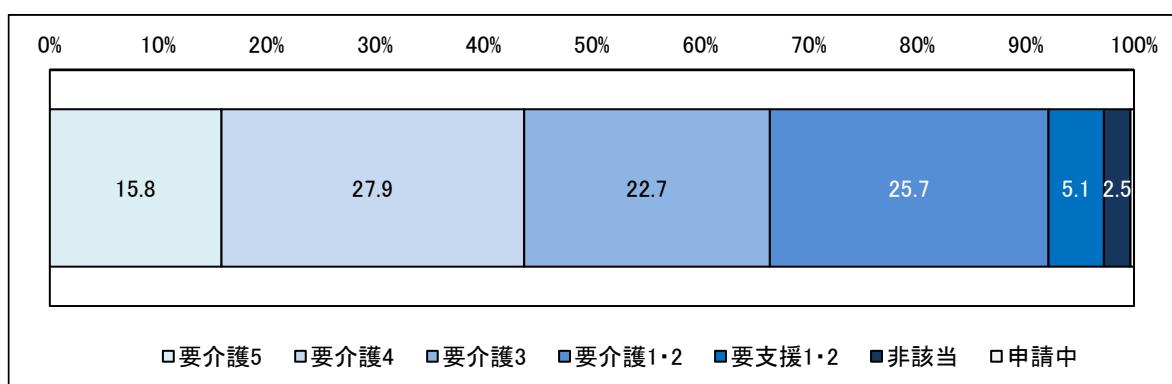
患者の住まいの内訳をみると、自宅(戸建ておよび集合住宅の合計)が最も多く47.7%、次いで「有料老人ホーム」が25.1%、「サービス付き高齢者住宅(サ高住)」が11.5%、「認知症グループホーム」が10.2%、「特養」が4.3%の順であった(図表20)。

図表20 患者の住まい(466施設、患者数n=10,975)



40歳以上の患者について、要介護認定の内訳をみると、「要介護3」～「要介護5」までの中重度の患者は、全体の66.4%を占めていた。なお、在宅医療提供時に、介護保険の対象でない「非該当」⁸が5.1%、「申請中」は2.5%であった。

図表21 要介護認定状況(40歳以上)-(466施設、40歳以上患者数n=10,849)



⁸ 医療保険適用等

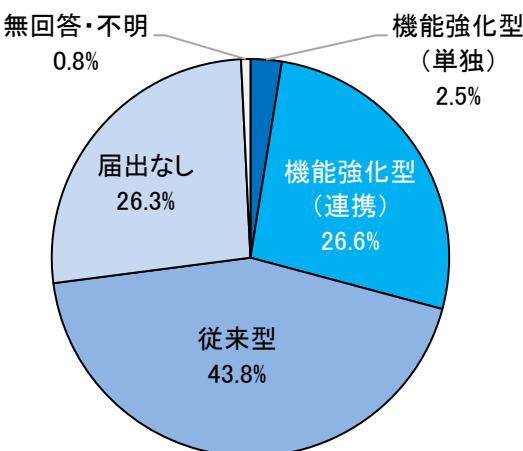
2.6 在宅医療の施設基準別の状況

2.6.1 在宅医療を担う診療所における在宅療養支援診療所（以下、在支診）の届出の有無

在宅医療を担う診療所における在支診の届出の有無については、「届出あり」が 73.4% (868 施設)、「届出なし」が 26.3% (311 施設) であった。

施設基準の届出状況の内訳をみると、「機能強化型（単独型）」2.5% (30 施設)、「機能強化型（連携型）」26.6% (315 施設) を占め、機能強化型在支診が約 3 割を占めていた。また、「従来型」は 43.8% (518 施設) であった。

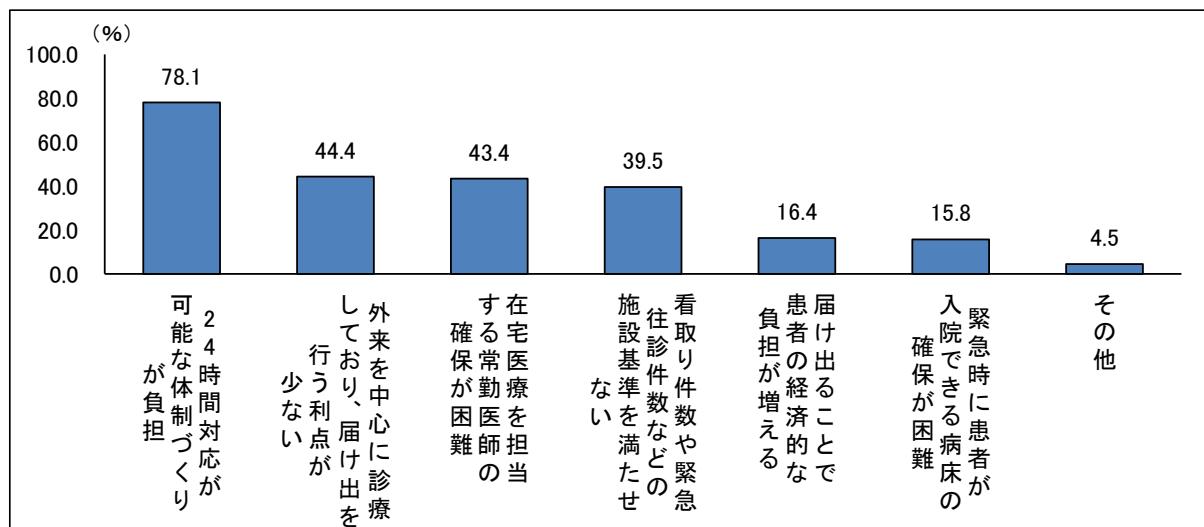
図表 22 在宅医療を担う診療所の施設基準の届出状況



在支診の届出を行わない理由

在支診の「届出なし」(311 施設) がその届出を行わない理由については、「24 時間対応が可能な体制づくりが負担」が 78.1%と最も多く、次いで「外来を中心診療しており、届け出を行う利点が少ない」が 44.4%、「在宅医療を担当する常勤医師の確保が困難」が 43.4%、「看取り件数や緊急往診件数などの施設基準を満たせない」が 39.5%、「届け出ることで患者の経済的な負担が増える」が 16.4%、「緊急時に患者が入院できる病床の確保が困難」が 15.8%の順であった。

図表 23 在支診の届出を行わない理由(複数回答、n=311)



2.6.2 在支診届出の時期

図表 24 は、在支診 868 施設のうち、在支診の届出年の記載があった 696 施設の在支診の届出をした時期（年）を示したものである。

在宅療養支援診療所が創設された 2006 年は 11.9% と相対的に届出の数が多いものの、それ以降の特定の時期への偏りは認められていないが、直近 3 年の届出（2022 年が 7.0%、2023 年が 5.5%、2024 年 8.6%）が占める割合は、全体の約 21% を占め、やや増加傾向にある。

図表 24 在宅療養支援診療所の届出年

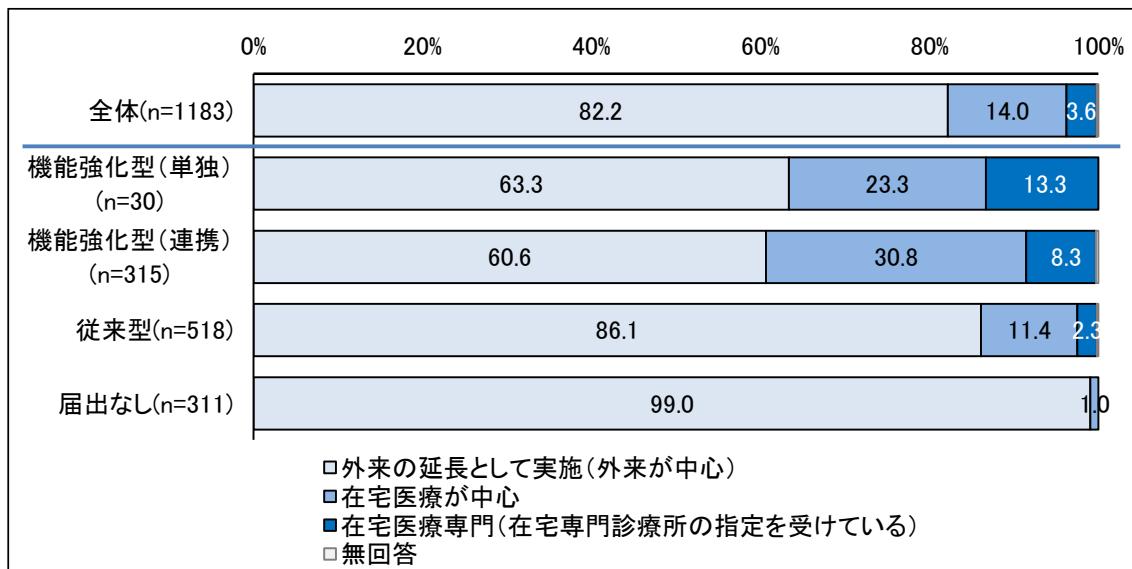
	回答数	割合
2006年	83	11.9
2007年	15	2.2
2008年	27	3.9
2009年	15	2.2
2010年	50	7.2
2011年	20	2.9
2012年	31	4.5
2013年	19	2.7
2014年	37	5.3
2015年	42	6.0
2016年	26	3.7
2017年	38	5.5
2018年	39	5.6
2019年	34	4.9
2020年	35	5.0
2021年	33	4.7
2022年	49	7.0
2023年	38	5.5
2024年	60	8.6
2025年	5	0.7
合計	696	100.0

※無回答、回答の誤りは除く

2.6.3 在宅医療の施設基準別にみた在宅医療の位置づけ

「外来の延長として実施（外来が中心）」の割合が最も高いのは「届出なし」の診療所で99.0%、次いで「従来型」の86.1%であり、「機能強化型」は「単独型」も「連携型」とともに約6割であった。機能強化型在支診については、「在宅医療が中心」および「在宅医療専門（在宅専門診療所の指定を受けている）」の合計が約4割を占めていた。

図表 25 在宅医療の位置づけ - 在支診施設基準別⁹



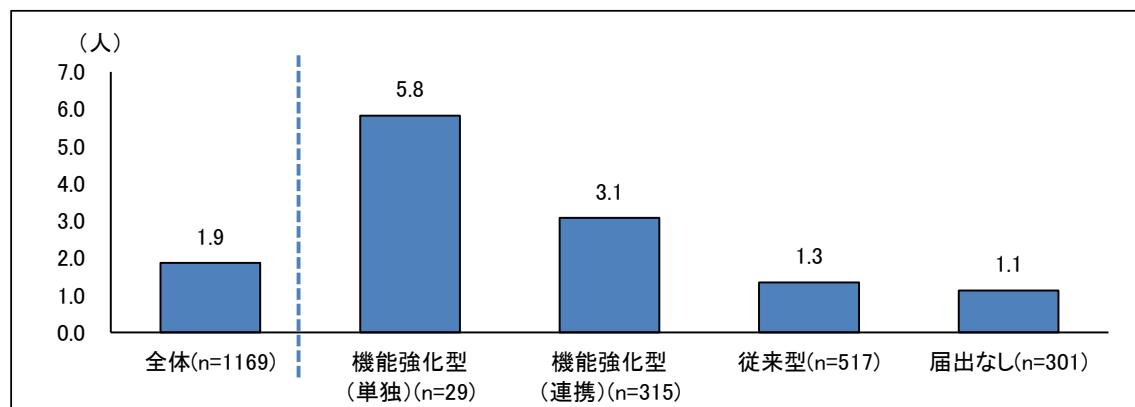
⁹ 全体 n=1,183 には、単独型か連携型かの回答が得られていない機能強化型診療所 5 施設、無回答 4 施設も含まれている。

2.6.4 在宅医療の施設基準別にみた在宅医療に従事する医師数、医師以外の職員数

医師数の状況

1 施設当たりの在宅医療に従事する医師数（実人数）をみると、全体では 1.9 人、「機能強化型（単独型）」が 5.8 人、「機能強化型（連携型）」が 3.1 人、「従来型」が 1.3 人、「届出なし」が 1.1 人であった。

図表 26 1 施設当たりの在宅従事医師数-在支診施設基準別 -n=1,169(無回答を除く)



医師以外の職員の状況

1 施設当たりの在宅医療に従事する医師以外の職種（実人数）をみると、全体では 5.7 人、「機能強化型（単独型）」が 10.3 人、「機能強化型（連携型）」が 8.2 人、「従来型」が 4.6 人、「届出なし」が 3.8 人であった。

そのうち、看護職員数が最も多く、全体では、2.9 人、「機能強化型（単独型）」が 4.7 人、「機能強化型（連携型）」が 3.6 人、「従来型」が 2.6 人、「届出なし」が 2.3 人であった。

図表 27 1施設当たりの職種別の実人数の状況

(人)

	全体 (n=896)		機能強化型 (単独)(n=28)		機能強化型 (連携)(n=274)		従来型 (n=393)		届出なし (n=197)	
	平均 人員	うち常勤 数	平均 人員	うち常勤 数	平均 人員	うち常勤 数	平均 人員	うち常勤 数	平均 人員	うち常勤 数
看護職員	2.9	2.2	4.7	4.2	3.6	2.8	2.6	1.9	2.3	1.6
薬剤師	1.1	0.9	1.0	1.0	1.3	1.1	1.1	1.0	1.1	0.7
管理栄養士	1.1	0.7	1.0	1.0	1.2	0.8	1.0	0.6	1.0	0.4
理学療法士	2.5	2.2	2.5	2.5	2.9	2.5	2.3	1.9	1.8	1.7
作業療法士	1.9	1.6	1.0	1.0	2.0	1.9	1.9	1.4	1.3	0.0
言語聴覚士	1.3	0.7	1.0	1.0	1.4	0.7	1.0	0.7	—	—
社会福祉士、 医療ソーシャルワーカー	2.0	1.9	2.3	2.3	2.0	2.0	1.9	1.8	1.1	0.7
介護福祉士、訪問介護員 (ホームヘルパー)	8.9	7.1	3.0	2.0	11.0	2.2	4.8	2.8	1.0	1.0
事務職員	3.0	2.2	4.8	4.3	3.5	2.6	2.5	1.8	2.6	1.7
その他職員	2.5	1.8	2.6	1.4	3.0	2.3	1.7	1.3	3.5	2.2
全体	5.7	4.2	10.3	9.0	8.2	6.3	4.6	3.3	3.8	2.5

図表 28 該当職種の在籍施設数とその割合

	全体 (n=896)		機能強化型 (単独)(n=28)		機能強化型 (連携)(n=274)		従来型 (n=393)		届出なし (n=197)	
	該当職 種在籍 施設数	割合	該当職 種在籍 施設数	割合	該当職 種在籍 施設数	割合	該当職 種在籍 施設数	割合	該当職 種在籍 施設数	割合
看護職員	789	88.1	26	92.9	248	90.5	342	87.0	169	85.8
薬剤師	30	3.3	1	3.6	8	2.9	12	3.1	9	4.6
管理栄養士	58	6.5	3	10.7	35	12.8	12	3.1	8	4.1
理学療法士	90	10.0	2	7.1	40	14.6	38	9.7	10	5.1
作業療法士	45	5.0	2	7.1	25	9.1	14	3.6	4	2.0
言語聴覚士	14	1.6	1	3.6	10	3.6	3	0.8	0	0.0
社会福祉士、 医療ソーシャルワーカー	75	8.4	11	39.3	44	16.1	13	3.3	7	3.6
介護福祉士、訪問介護員 (ホームヘルパー)	16	1.8	1	3.6	9	3.3	4	1.0	2	1.0
事務職員	613	68.4	22	78.6	229	83.6	260	66.2	100	50.8
その他職員	83	9.3	8	28.6	33	12.0	32	8.1	10	5.1
全体	896	100.0	28	100.0	274	100.0	393	100.0	197	100.0

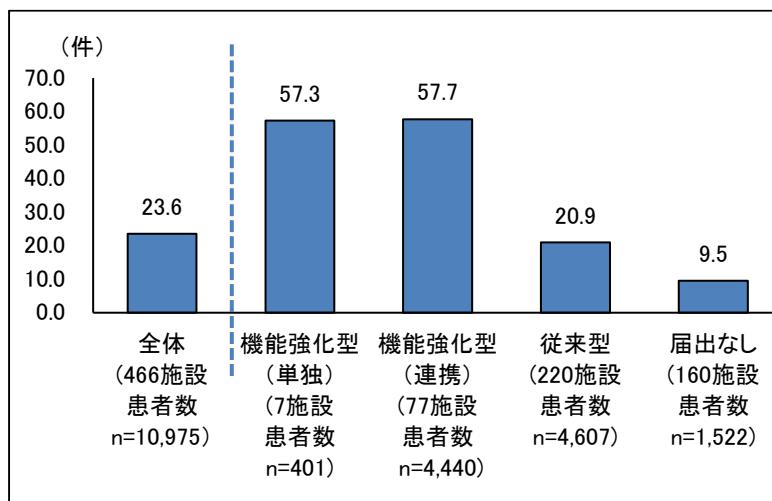
2.6.5 在宅療養患者の状況

1 施設当たりの在宅療養患者の状況

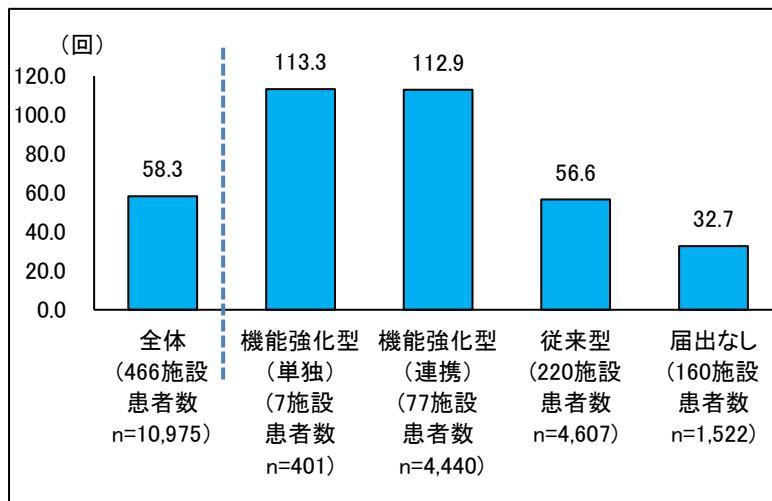
1 施設当たりの在宅療養患者数（件数）をみると、全体では 23.6 件、「機能強化型（単独型）」が 57.3 件、「機能強化型（連携型）」が 57.7 件、「従来型」が 20.9 件、「届出なし」が 9.5 件であった（図表 29）。

1 施設当たりの在宅療養患者への訪問回数をみると、全体では 58.3 回、「機能強化型（単独型）」が 113.3 回、「機能強化型（連携型）」が 112.9 回、「従来型」が 56.6 回、「届出なし」が 32.7 回であった（図表 30）。

図表 29 1 施設あたりの在宅療養患者総件数-施設基準別(患者数 n=10,975)

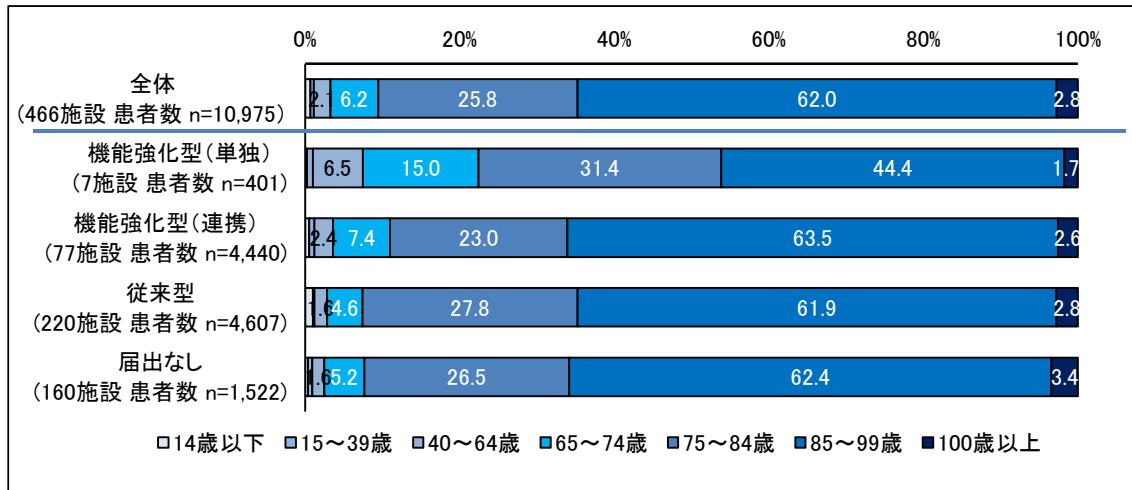


図表 30 1 施設あたりの在宅療養患者訪問回数-施設基準別(患者数 n=10,975)



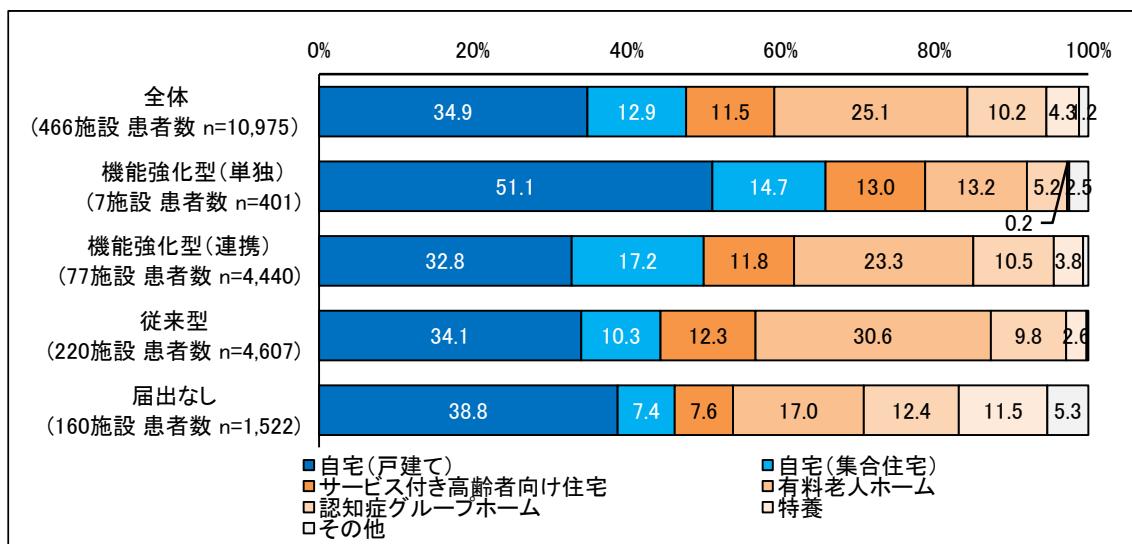
在宅医療の施設基準別の在宅療養患者の年齢別構成比をみると、「機能強化型（単独型）」については、他の群と比べて、40歳未満および「40～64歳」までの比較的若い年齢の占める割合が高い傾向がみられた。

図表 31 年齢別構成比-施設基準別(466 施設 患者数 n=10,975)



患者の住まいの状況は、「機能強化型（単独型）」については、自宅（戸建て+集合住宅）の占める割合が65.8%に対して、「機能強化型（連携型）」が50.0%、「従来型」が44.4%、「届出なし」が46.3%であり、他の群と比べて高い傾向がみられた。

図表 32 患者の住まい-施設基準別(466 施設 患者数 n=10,975)



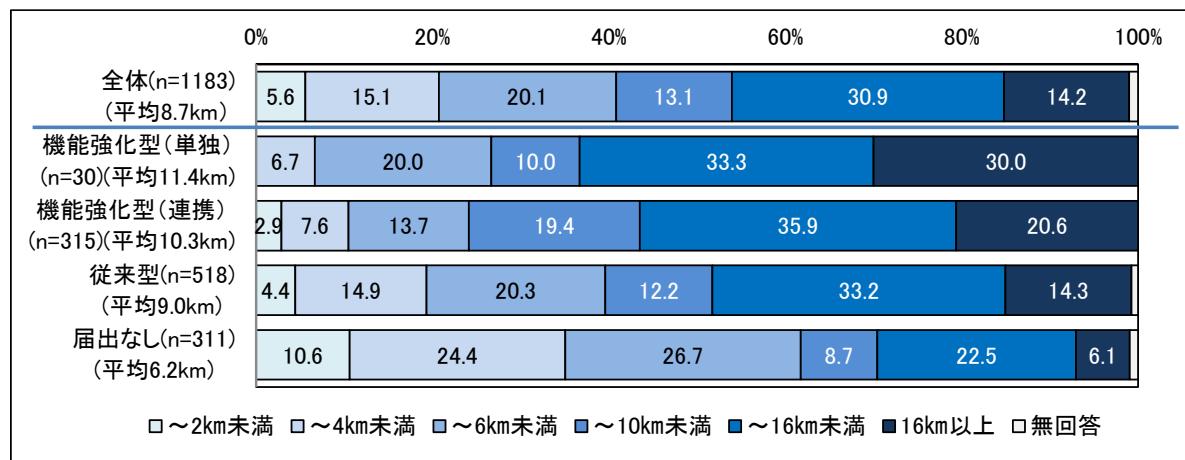
2.6.6 在宅医療の施設基準別にみた訪問エリア、自院からの平均移動時間、最大移動時間

「10km～16km未満」、「16km以上」が占める割合は、「機能強化型（単独）」で63.3%、「機能強化型（連携）」で56.6%と、過半数を占めている。

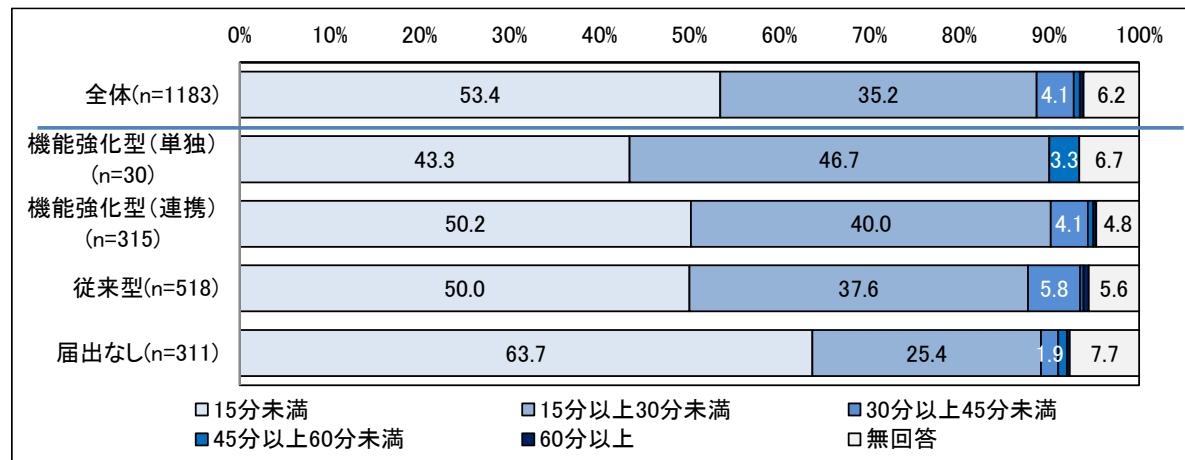
自院からの平均移動時間については、施設基準別で大きな違いはみられないが、最大移動時間については、「機能強化型（単独）」、「機能強化型（連携）」は、45分以上が2割弱～2割超を占めていた。

図表 33 訪問可能なエリアおよび自院からの平均移動時間-施設基準別

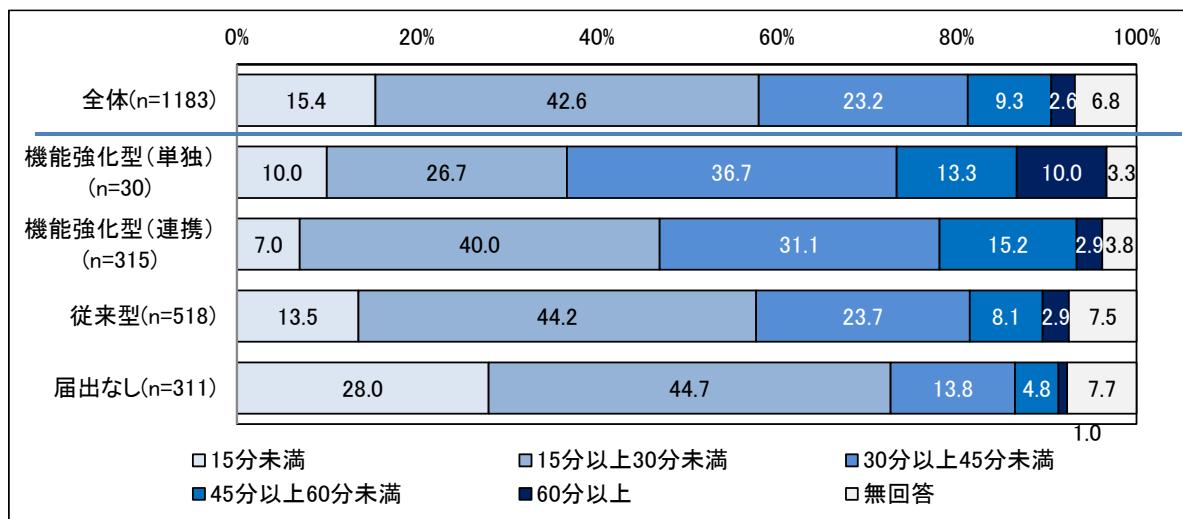
①訪問可能なエリア - 施設基準別



②自院からの平均移動時間 - 施設基準別



③自院からの最大移動時間 - 施設基準別

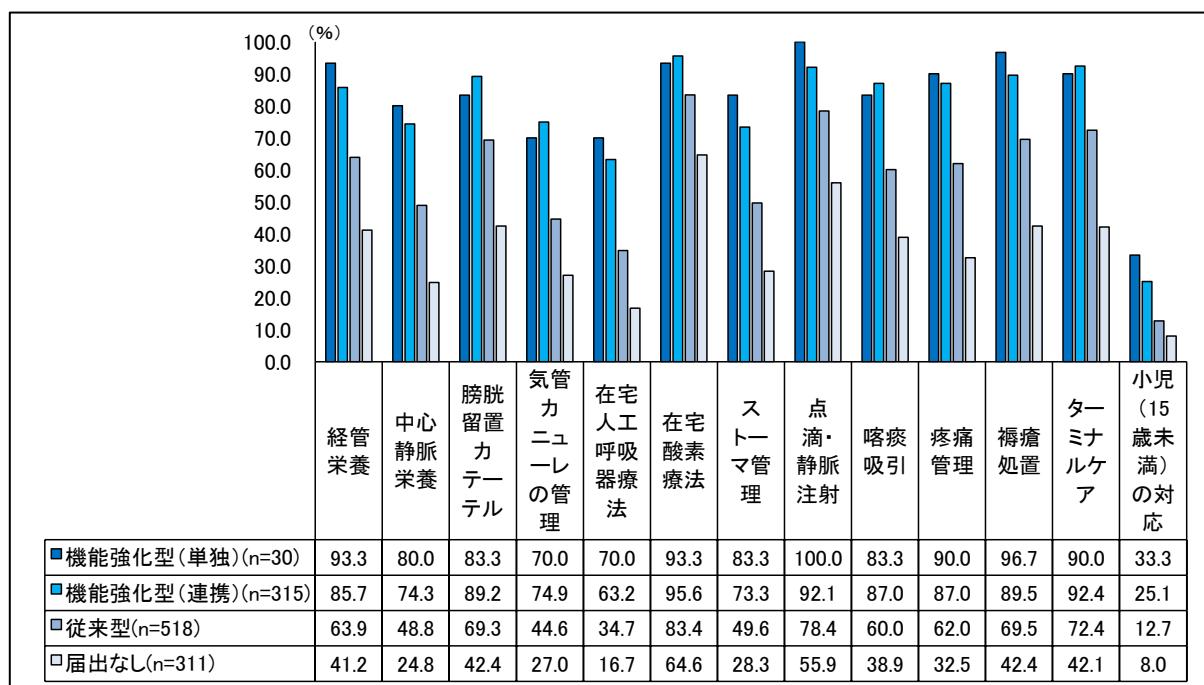


2.6.7 在宅医療の施設基準別にみた対応可能な医学的管理、患者の状態等

在支診の施設基準別に対応可能な医学的管理、患者の状態等をみると、いずれの医学的管理、患者の状態についても、在宅医療のウエイトの高い診療を提供している機能強化型在支診は、「従来型」および「届出なし」と比べて、対応可能な割合が相対的に高い割合を示していた。

図表 34 訪問診療の対応可能な医学管理・患者の状況等（複数回答,n=1,174）

-在支診施設基準別

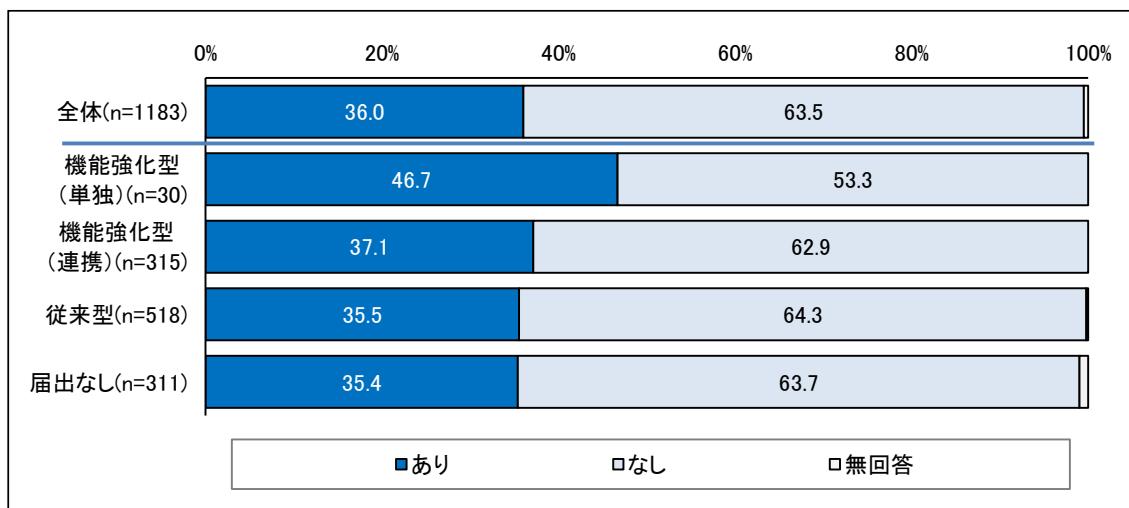


2.6.8 在宅医療の施設基準別にみた新規依頼への対応が困難だったケースの有無

新規依頼の対応（新規の依頼を受けること）が困難だったケースがあったかどうかを尋ねたところ、全体で36.0%が「対応が困難だったケースがあった」と回答していた。

在宅医療の施設基準別にみると、「機能強化型（単独型）」のみが46.7%で、それ以外は35%前後の診療所が「対応が困難だったケースがあった」と回答していた。

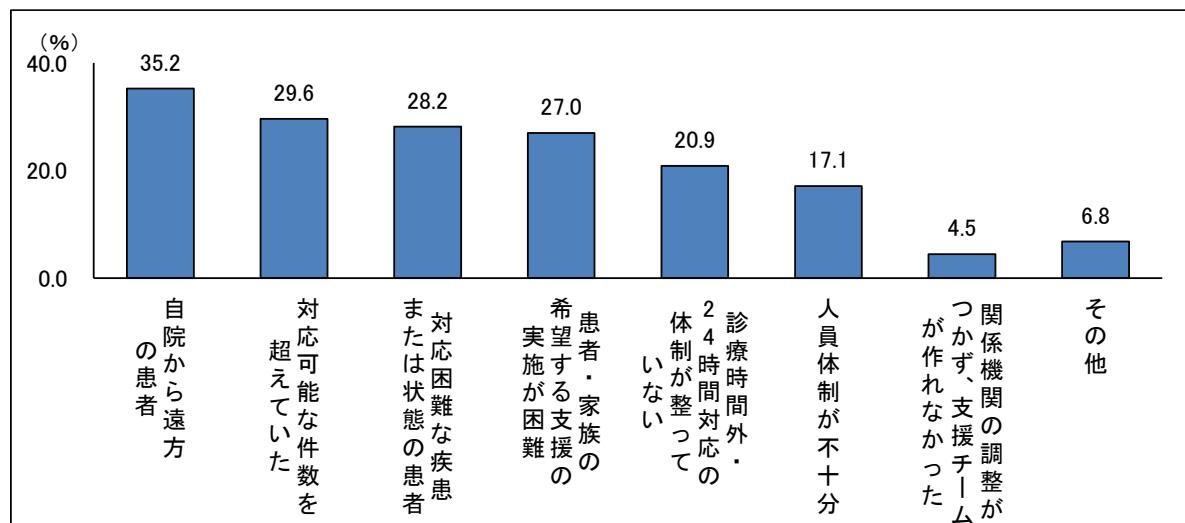
図表 35 新規依頼への対応が困難だったケースの有無



新規依頼の対応が困難だった理由

新規依頼の対応が困難だった理由について質問したところ、「自院から遠方の患者であった」が 35.2%で最も多く、約 3 分の 1 の施設が交通負担や時間管理で困難を経験していた。次いで「対応可能な件数を超えていた」が 29.6%、「対応困難な疾患または状態の患者であった」が 28.2%、「患者・家族の希望する支援が困難」が 27.0%などの順であった。(図表 36)

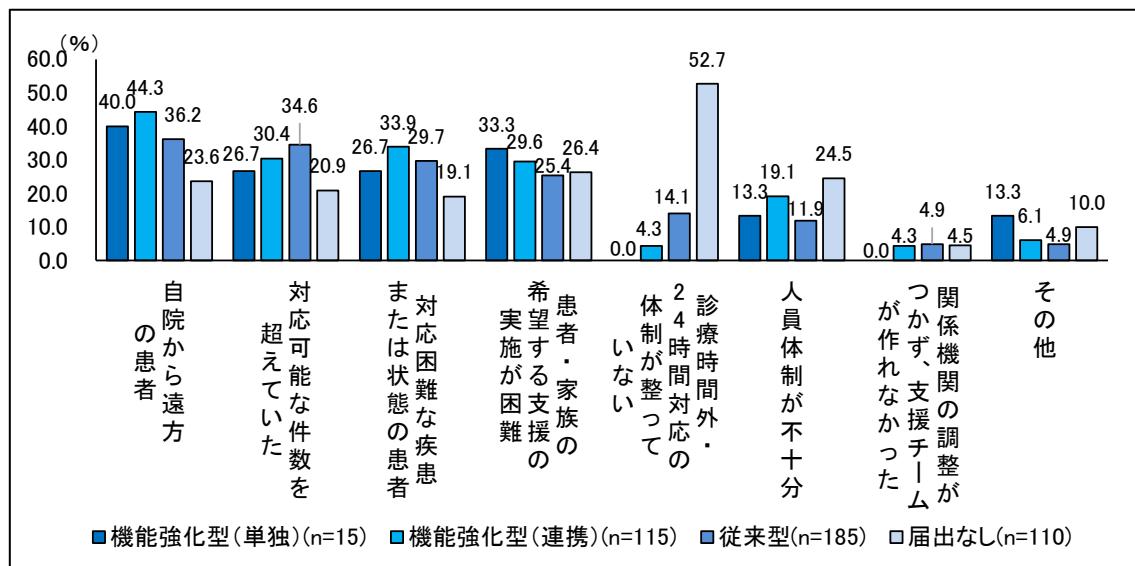
図表 36 新規依頼への対応が困難だった理由(複数回答) n=426



在宅医療の施設基準別にみると、在支診の「届出なし」施設については、「診療時間外・24時間対応の体制が整っていない」という理由が52.7%と顕著に高く、「人員体制が不十分」が24.5%と、在支診の群と比べても突出して高い割合を示していた（図表37）。

図表37 新規依頼への対応が困難だった理由（複数回答、対応が困難だったケースあり n=426）

-在支診施設基準別

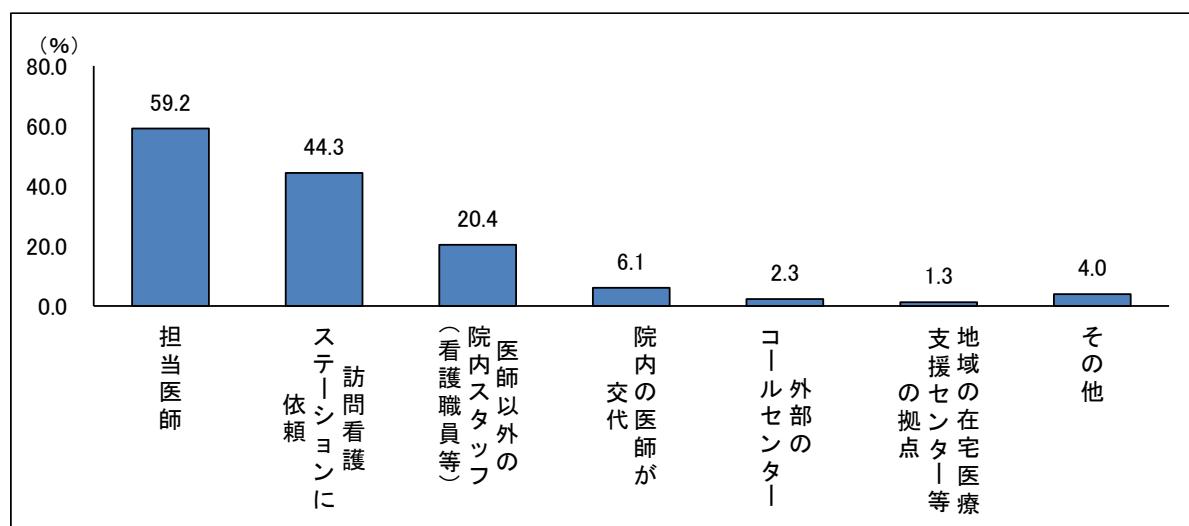


2.6.9 診療時間外の患者家族からのファーストコールの対応

診療時間外の患者・家族からのファーストコールの対応については、対象全体では、「担当医師」が59.2%で最も多く、次いで「訪問看護ステーションに依頼」が44.3%、「医師以外の院内スタッフ（看護職員等）」が20.4%となっていた。

「外部コールセンター」および「地域の在宅医療支援センター等の拠点」がファーストコールの体制に含まれる診療所も僅かながら存在した。

図表 38 診療時間外の患者家族からのファーストコールの対応(複数回答 n=1,183)



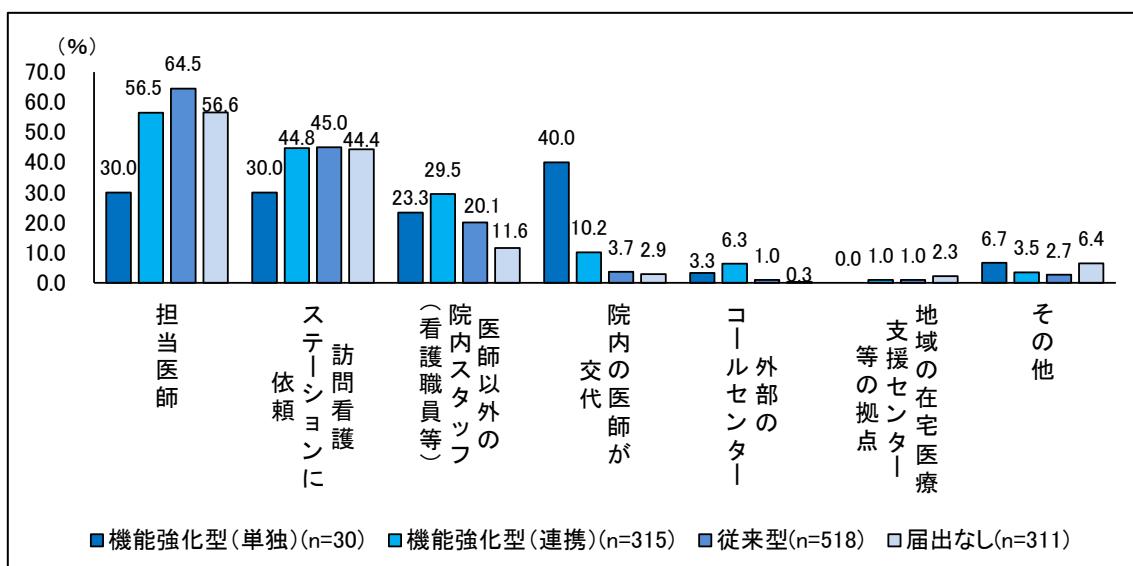
在宅医療の施設基準別にみると、「機能強化型（単独型）」では、「院内の医師が交代」して対応しているとの回答が40.0%で最も多く、次いで「担当医師」および「訪問看護ステーション」が各々30%、「医師以外の院内スタッフ（看護職員等）」が23.3%などの順であった。

「機能強化型（単独型）」以外では、「担当医師」が最も多く各々6割前後を占め、次いで「訪問看護ステーション」が45%前後を占めていた。

ファーストコールの対応については、「機能強化型（単独型）」では、院内の医師や訪問看護ステーションなど、担当医師以外の対応が多い傾向がみられていた。

図表 39 診療時間外の患者家族からのファーストコールの対応

（複数回答,n=1,174)-在支診施設基準別

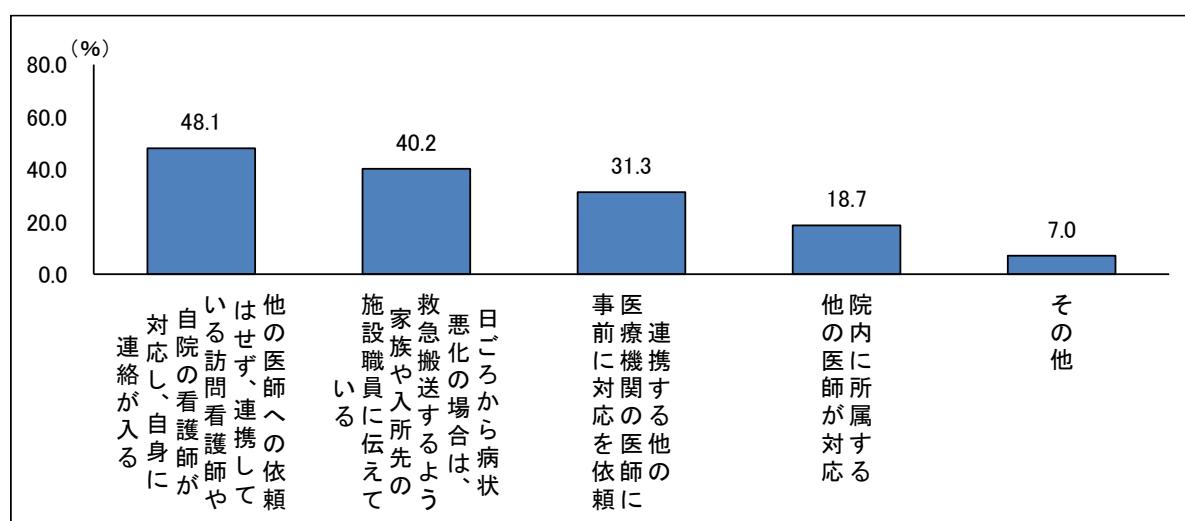


2.6.10 休日・夜間における急変時等に、往診に行けない場合の対応

図表 40 は、休日・夜間帯における急変時等に、往診に行けない場合の対応について尋ねた回答結果を示している。

対象全体では、「他の医師への依頼はせず、連携している訪問看護師や自院の看護師が対応し、自身に連絡が入る」が 48.1%で最も多く、次いで「日ごろから病状の悪化の場合は、救急搬送するよう家族や入所先の施設職員に伝えている」が 40.2%、「連携する他の医療機関の医師に事前に対応を依頼」が 31.3%、「院内に所属する他の医師が対応」が 18.7%などの順であった。

図表 40 休日夜間における急変時など往診に行けない場合の対応(複数回答,n=1,183)



在宅医療の施設基準別にみると、「機能強化型（単独型）」では、「院内に所属する他の医師が対応」との回答が 56.7%で最も多く、次いで「他の医師への依頼はせず、連携している訪問看護師や自院の看護師が対応し、自身に連絡が入る」が 36.7%、「日ごろから病状の悪化の場合は、救急搬送するよう家族や入所先の施設職員に伝えている」および「連携する他の医療機関の医師に事前に対応を依頼」が各々 13.3%などの順であった。

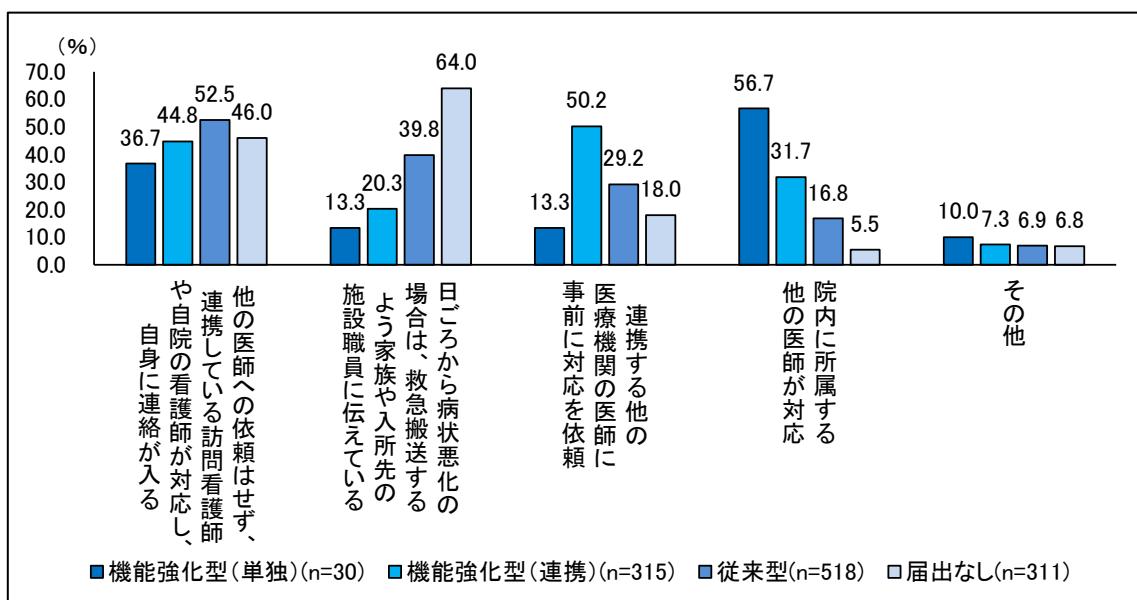
「機能強化型（連携型）」では、「連携する他の医療機関の医師に事前に対応を依頼」が 50.2%と最も多く、次いで「他の医師への依頼はせず、連携している訪問看護師や自院の看護師が対応し、自身に連絡が入る」44.8%、「院内に所属する他の医師が対応」が 31.7%、「日ごろから病状の悪化の場合は、救急搬送するよう家族や入所先の施設職員に伝えている」が 20.3%などの順であった。

「従来型」では、「他の医師への依頼はせず、連携している訪問看護師や自院の看護師が対応し、自身に連絡が入る」が 52.5%で最も多く、次いで「日ごろから病状の悪化の場合は、救急搬送するよう家族や入所先の施設職員に伝えている」が 39.8%、「連携する他の医療機関の医師に事前に対応を依頼」が 29.2%、「院内に所属する他の医師が対応」が 16.8%であった。

「届出なし」では、「日ごろから病状の悪化の場合は、救急搬送するよう家族や入所先の施設職員に伝えている」が 64.0%で最も多く、次いで「他の医師への依頼はせず、連携している訪問看護師や自院の看護師が対応し、自身に連絡が入る」が 46.0%、「連携する他の医療機関の医師に事前に対応を依頼」が 18.0%、「院内に所属する他の医師が対応」が 5.5%であった。

図表 41 休日夜間における急変時など往診に行けない場合の対応(複数回答,n=1,183)

-在支診施設基準別

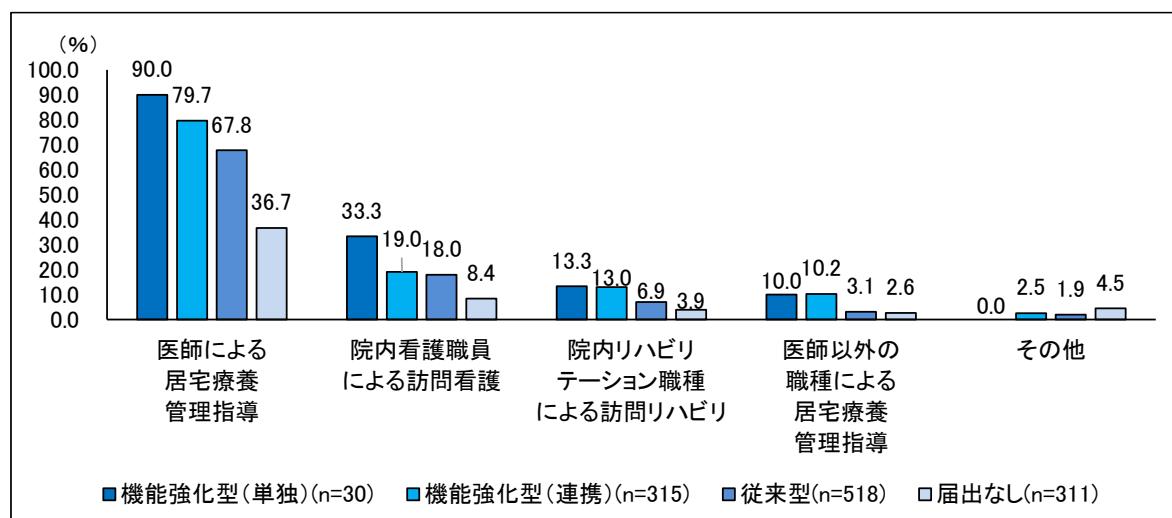


2.6.11 提供している在宅医療・介護関連サービス

訪問診療・往診以外に、提供している在宅医療・介護関連サービス（併設事業は除く）について、在宅医療の施設基準別にみると、いずれも「医師による居宅療養管理指導」、「院内看護職員による訪問看護」、「院内リハビリテーション職種による訪問リハビリ」、「医師以外の職種による居宅療養管理指導」の順である。

それぞれのサービスについての実施率は、相対的に機能強化型在支診で高く、次いで「従来型」、「届出なし」の順となっていた。

図表 42 提供している在宅医療・介護関連サービス(複数回答)施設基準別-n=1,183

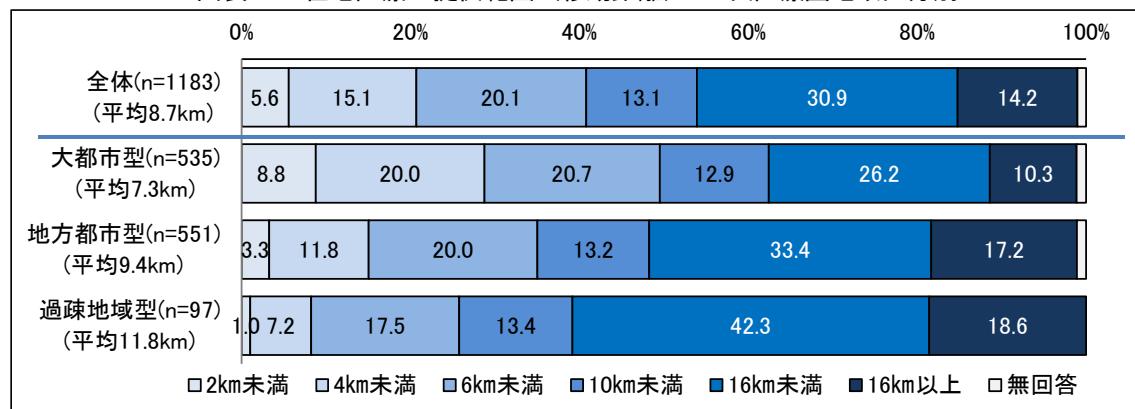


2.7 地域特性に起因する在宅医療提供体制の特徴

2.7.1 訪問可能距離

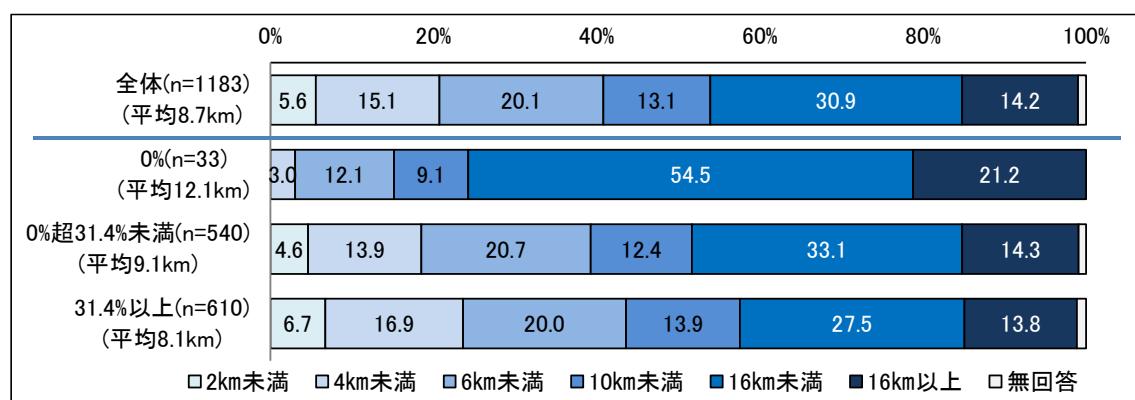
二次医療圏地区別の訪問可能距離の分布をみると、「大都市型」では、移動距離が10km未満の割合が62.4%であったが、「地方都市型」48.3%、「過疎地域型」39.2%と減少し、「過疎地域型」では10km以上が60.8%を占めていた。

図表 43 在宅医療の提供範囲（移動距離）-二次医療圏地区別



二次医療圏内機能強化型医療機関割合別に、移動距離が10km未満の割合をみると、「0%（同一医療圏内に病院を含めた機能強化型医療機関がない地域）」が24.2%で、10km以上が75.8%を占めていた。移動距離が10km未満の割合は「0%超 31.4%未満（同一医療圏内の機能強化型届出率が全国平均未満の地域）」で51.7%、「31.4%以上（同一医療圏内の機能強化型届出率が全国平均以上の地域）」で57.5%であり、同一医療圏内に機能強化型がない地域は、機能強化型がある地域と比べて、移動負担が大きい事が明らかになった。

図表 44 在宅医療の提供範囲（移動距離）-二次医療圏内機能強化型医療機関割合別



2.7.2 対応可能な医学的管理および患者の状況

①二次医療圏地区区分別

「大都市型」では、「気管カニューレの管理 (50.1%)」「在宅人工呼吸器療法 (40.9%)」、「疼痛管理 (63.0%)」「小児の対応 (16.3%)」の4項目が、地域区分間で最も高い割合を示していた。

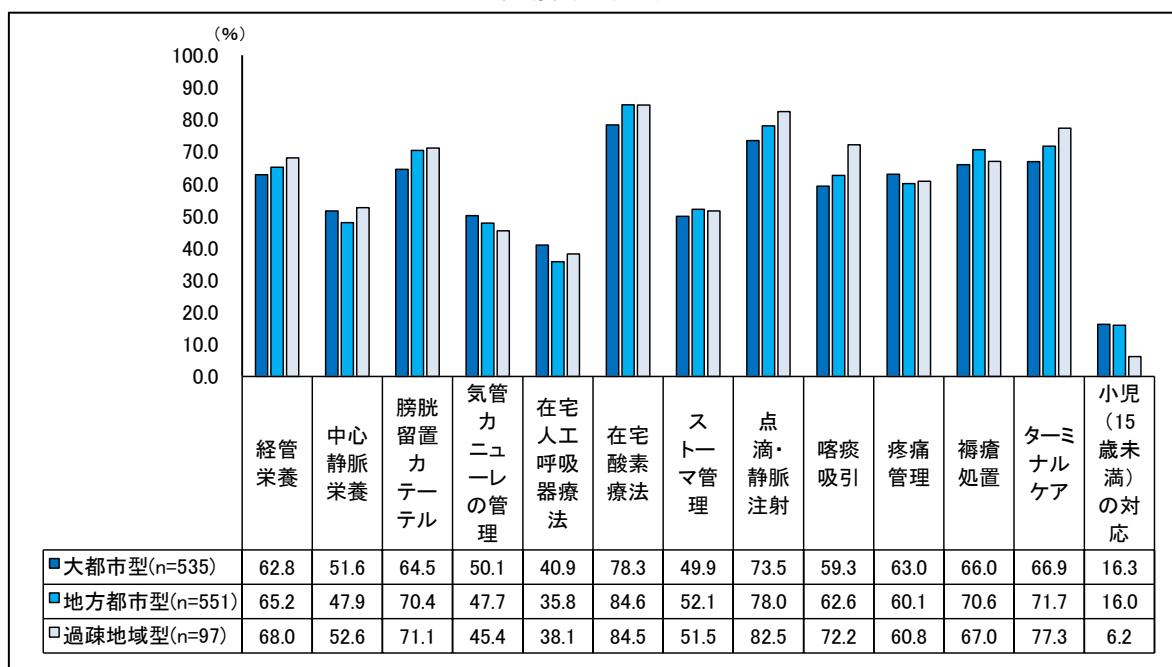
「地方都市型」では、「在宅酸素療法 (84.6%)」「ストーマ管理 (52.1%)」「褥瘡処置 (70.6%)」の3項目が、地域区分間で最も高い割合を示していた。

「過疎地域型」では、「経管栄養 (68.0%)」「中心静脈栄養 (52.6%)」「膀胱留置カテーテル (71.1%)」「点滴・静脈注射 (82.5%)」「喀痰吸引 (72.2%)」「ターミナルケア (77.3%)」など6項目が地域区分間で最も高い割合を示していた。そのうち、「喀痰吸引」「ターミナルケア」については、「大都市型」より10ポイント以上の差がみられた。

「小児の対応」については、「過疎地域型 (6.2%)」は、「大都市型 (16.3%)」および「地方都市型 (16.0%)」に比べて約10ポイント少ない¹⁰。

図表 45 訪問診療の対応可能な医学的管理、患者の状態等の割合(複数回答,n=1,183)

二次医療圏地区区分別



¹⁰ 過疎地域の方が、相対的に小児の絶対数が少ないことも影響していると考えられる。

②二次医療圏内機能強化型届出割合別

機能強化型届出割合が「0%（同一医療圏内に病院を含めた機能強化型医療機関がない地域）」の地域では、「経管栄養（69.7%）」「中心静脈栄養（57.6%）」「膀胱留置カテーテル（72.7%）」「点滴・静脈注射（87.9%）」「疼痛管理（63.6%）」について地域別で最も高い割合を示していた。

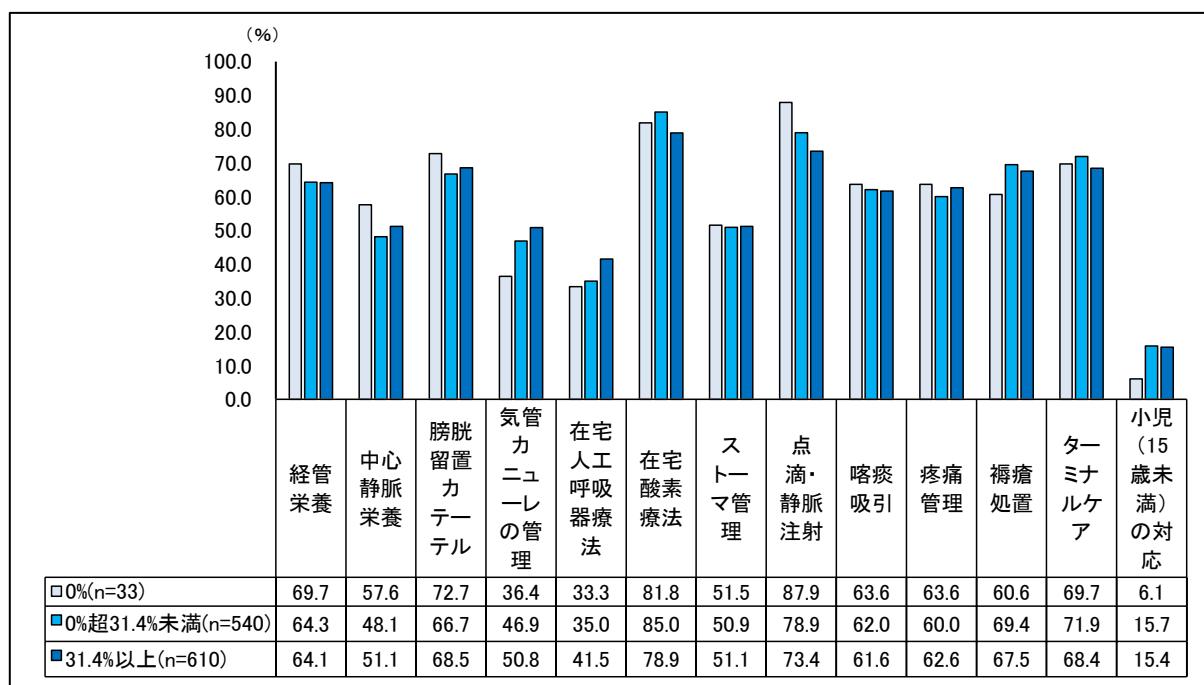
「0%超31.4%未満（同一医療圏内の機能強化型届出率が全国平均未満の地域）」では、「在宅酸素療法（85.0%）」「褥瘡管理（69.4%）」「小児の対応（15.7%）」が地域別で最も高い割合を示していた。

「31.4%以上（同一医療圏内の機能強化型届出率が全国平均以上の地域）」では、「気管カニューレの管理（50.8%）」「在宅人工呼吸器療法（41.5%）」「褥瘡処置（67.5%）」が最も多かった。

「ストーマ管理」「喀痰吸引」「ターミナルケア」については、地域間の差はほとんどみられなかった。

図表 46 訪問診療の対応可能な医学的管理、患者の状態等の割合(複数回答,n=1,183)

二次医療圏内機能強化型届出割合別



③二次医療圏人口動向別

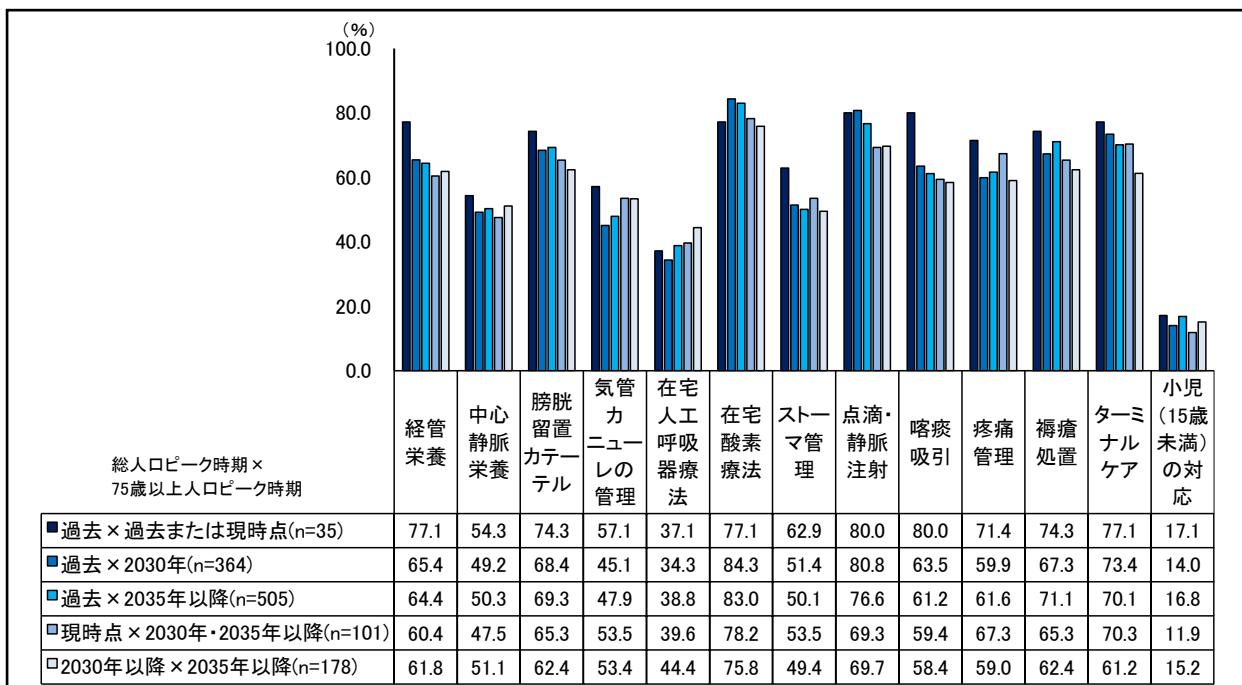
「過去×過去または現時点（総人口および75歳以上人口がピークアウトしている人口減少フェーズの地域）」の対応可能率は総じて高く、それ以外の4地域（総人口のピークの時期にかかわらず75歳以上人口のピークを迎えるのが2030年以降の地域）と比べて、「在宅人工呼吸器療法」「在宅酸素療法」「点滴・静脈注射」を除いた項目（「経管栄養（77.1%）」「中心静脈栄養（54.3%）」「膀胱留置カテーテル（74.3%）」「気管カニューレの管理（57.1%）」「ストーマ管理（62.9%）」「喀痰吸引（80.0%）」「疼痛管理（71.4%）」「褥瘡処置（74.3%）」「ターミナルケア（77.1%）」）で高くなっていた。

「2030年以降×2035年以降（総人口のピークが2030年、75歳以上人口のピークが2035年以降という人口増加フェーズにある地域）」は、「過去×過去または現時点（総人口および75歳以上人口がピークアウトしている人口減少フェーズの地域）」と比べて、「経管栄養」「膀胱留置カテーテル」「ストーマ管理」「点滴・静脈注射」「喀痰吸引」「疼痛管理」「褥瘡処置」「ターミナルケア」については、▲10ポイントの差がみられた。

人口減少フェーズの地域（「過去×過去または現時点」）が、単に高齢化が進んでいるだけでなく、限られた医療資源で複合的かつ重度の在宅患者のニーズを引き受けている構造的な実態が浮き彫りとなった。今後の人口減少を迎える層の高齢化が進む地域においても、必要な体制の整備が求められることも示唆している。

図表 47 訪問診療の対応可能な医学的管理、患者の状態等の割合(複数回答,n=1,183)

二次医療圏内人口動向別



《再掲》

カテゴリ名 (総人口ピーク × 75歳以上人口ピーク)	現時点の各地域の人口動向		定義
	総人口	75歳以上	
過去 × 過去または現時点 人口減少先行地域	減少	減少	総人口のピークが過去（2020年以前）であり、 75歳以上人口のピークが過去（2020年以前）または現在（2025年）となる二次 医療圏に所在する診療所
過去 × 2030年 高齢化進行地域①		増加	総人口のピークが過去（2020年以前）、 75歳以上人口のピークが2030年となる二次医療圏に所在する診療所
過去 × 2035年以降 高齢化進行地域②	増加	増加	総人口のピークが2020年、 75歳以上人口のピークが2035年以降となる二次医療圏に所在する診療所
現時点 × 2030年・2035年以降 高齢化進行地域③		増加	総人口のピークが2025年、 75歳以上人口のピークが2030年以降となる二次医療圏に所在する診療所
2030年以降 × 2035年以降 将来人口増加地域	増加	増加	総人口のピークが2030年以降、 75歳以上人口のピークが2035年以降となる二次医療圏に所在する診療所

※国立社会保障・人口問題研究所の推計の予測によれば、

総人口の動向: 2070年には総人口が9000万人を割り込み、8700万人程度に。2070年には総人口が9000万人を割り込み、8700万人程度になると予測されている。

75歳以上(後期高齢者)人口の動向: 2025年に段階の世代が全員75歳以上となり、2025年以降も増加を続け、多くの都道府県で2030年頃にピークを迎える／近づくとされてい

75歳以上(後期高齢者)人口の占める割合は、今後も増加で推移し、2025年18%→2054年25%。

※従って、今後は上記カテゴリの「将来人口増加地域」に所在する診療所は徐々に「高齢化進行地域」へ、さらに「高齢化進行地域」は「人口減少先行地域」へと
所在地の地域特性が移行していくものと想定される。

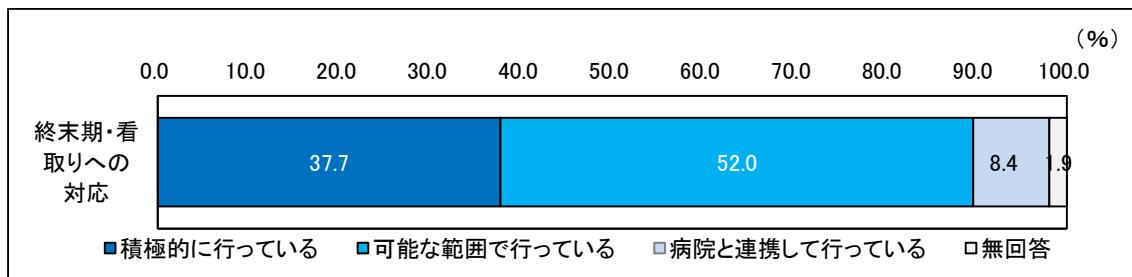
2.8 終末期・看取りへの対応

2.8.1 自宅や特定施設等の居宅での終末期・看取りへの対応状況

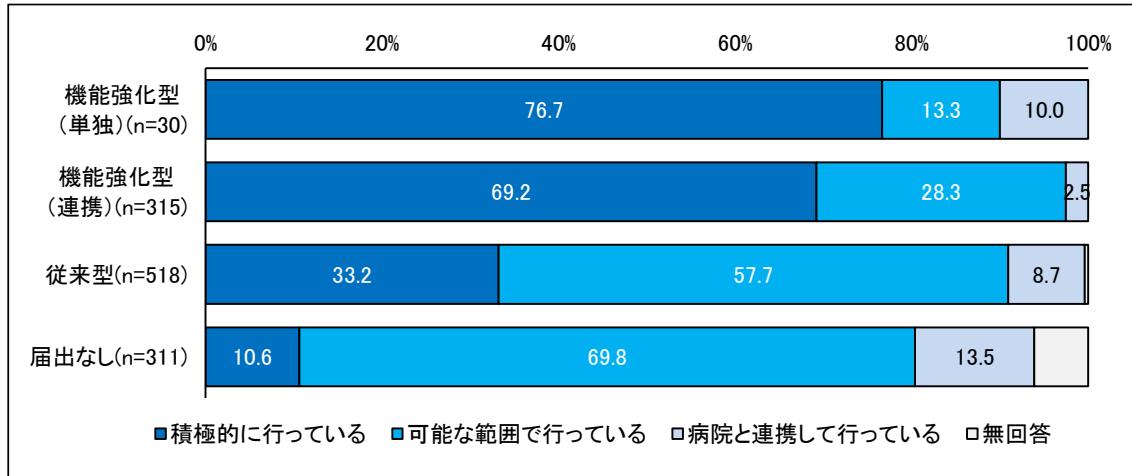
自宅や特定施設等の居宅での終末期・看取りへの対応について、対象全体では、「可能な範囲で行っている」が52.0%で最も多く、次いで「積極的に行っている」が37.7%、「病院と連携して行っている」が8.4%であった。

在宅医療の施設基準別に「積極的に行っている」と回答した割合をみると、「機能強化型(単独型)」が76.7%、「機能強化型(連携型)」が69.2%と高い割合を示していた。一方で、「従来型」の在支診および在支診の「届出なし」については、「可能な範囲で行っている」という回答が各々57.7%、69.8%と高い割合を示していた。それぞれの施設基準に即した人員等の提供の中で、最大限の対応をする認識をもって看取り等を行っていることが示唆されている。

図表 48 自宅や特定施設等の居宅での終末期・看取りへの対応状況(n=1,183)



図表 49 終末期・看取りへの対応-在支診施設基準別(n=1,183)



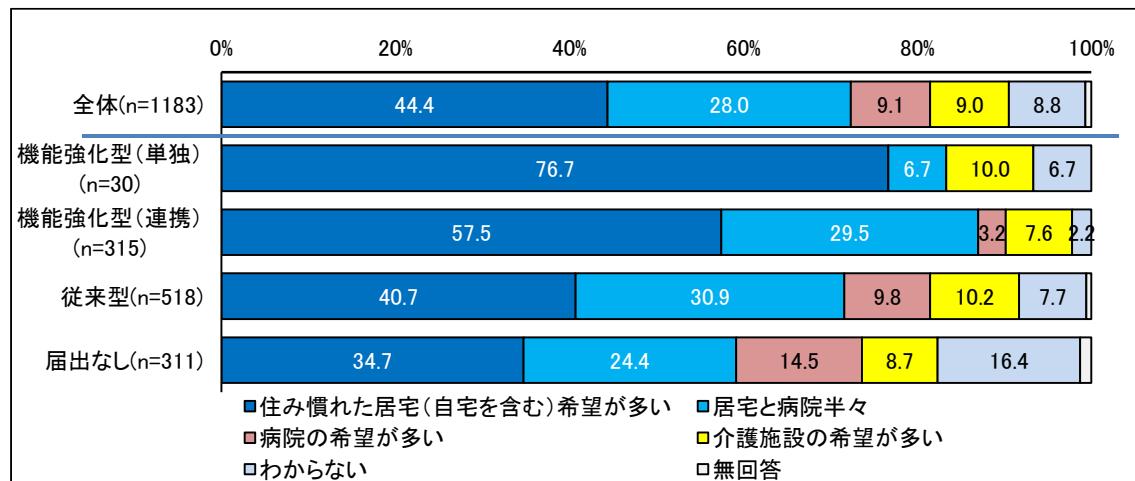
2.8.2 看取りの場所についての患者の希望

図表 50 は、訪問中の在宅療養患者が希望する看取りの場所を尋ねた結果である。

対象全体では、「住み慣れた居宅（自宅を含む）希望が多い」が 44.4%で最も多く、次いで「居宅と病院半々」が 23.0%、「病院の希望が多い」が 9.1%、「介護施設の希望が多い」が 9.0%、「わからない」が 8.8%の順であった。

在宅医療の施設基準別にみると、「機能強化型（単独型）」では「住み慣れた居宅（自宅を含む）希望が多い」が 76.7%と多数を占め、「機能強化型（連携型）」についても 57.5%と半数を超えていた。また、「機能強化型（連携型）」「従来型」「届出なし」では、「居宅と病院が半々」との回答が 3 割前後を占め、「届出なし」では、「病院の希望が多い」との割合が 14.5%と相対的に高い割合を示していた。

図表 50 看取りの場所についての患者の希望(n=1,183)



2.8.3 亡くなられた方の死亡の場所

図表 51 および図表 52 は、在宅医療において、実際に亡くなられた場所について尋ねた回答結果を示している。

自宅療養の患者の場合

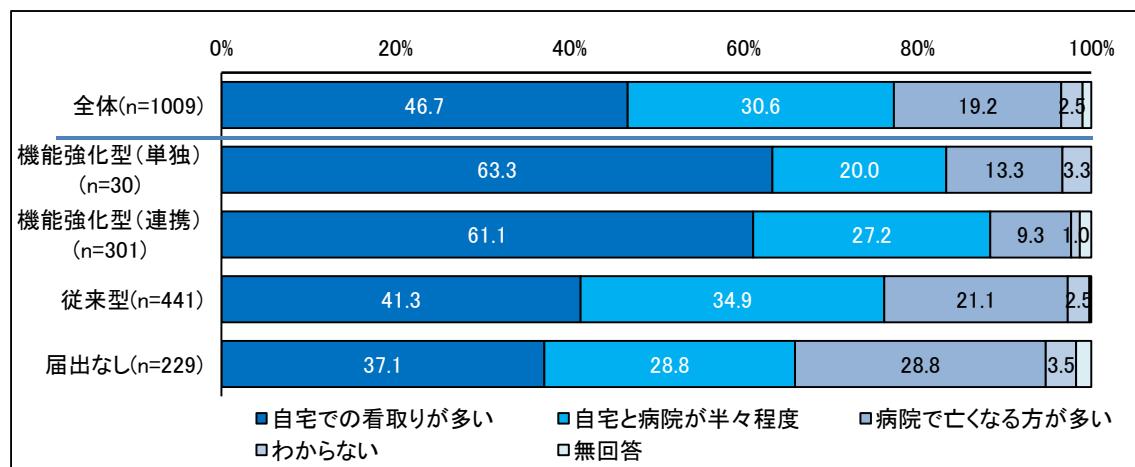
対象全体では、「自宅での看取りが多い」という回答が 46.7%で最も多く、次いで「自宅と病院が半々程度」が 30.6%、「病院で亡くなる方が多い」が 19.2%であった。

機能強化型在支診の患者については、「自宅での看取りが多い」という回答が最も多く、単独型で 63.3%、連携型で 61.1%を占めていた。

「従来型」および「届出なし」についても、「自宅での看取りが多い」という回答が最も多い一方で、「病院で亡くなる方が多い」が各々 21.1%、28.8%であり、機能強化型在支診と比べて相対的に高い傾向がみられた。

図表 51 亡くなられた方の死亡場所の状況-施設基準別

(自宅療養の患者の場合 n=1,009 ※該当なしを除く)



特定施設等の居宅療養の患者の場合

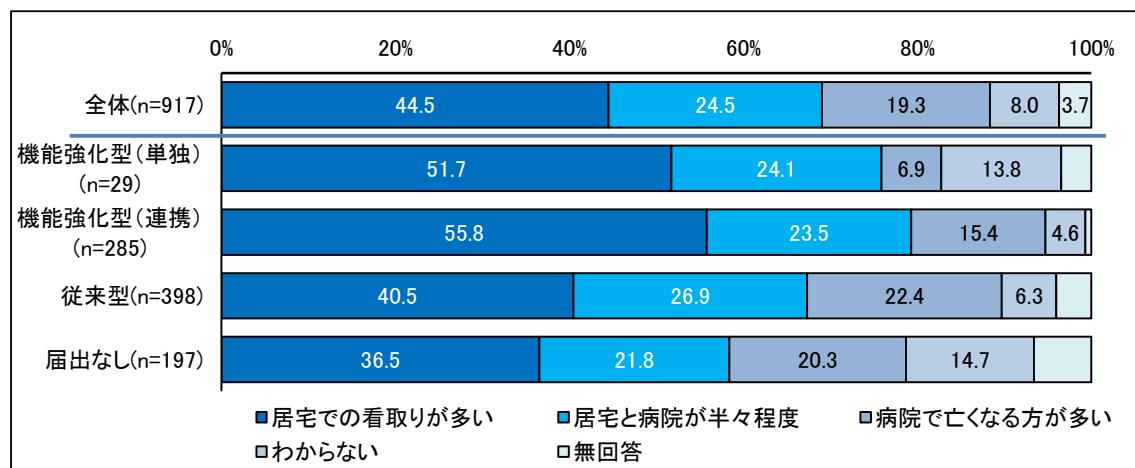
対象全体では、「居宅での看取りが多い」という回答が44.5%で最も多く、次いで「自宅と病院が半々程度」が24.5%、「病院で亡くなる方が多い」が19.3%であり、自宅療養の患者の場合とほとんど差はなかった。

機能強化型在支診の患者については、「居宅での看取りが多い」という回答が最も多く、単独型で51.7%、連携型で55.8%を占めていた。

「従来型」および「届出なし」についても、「自宅での看取りが多い」という回答が最も多い一方で、「病院で亡くなる方が多い」が各々22.4%、20.3%であり、機能強化型在支診と比べて相対的に高い傾向がみられた。

図表 52 亡くなられた方の死亡場所の状況- 施設基準別

(特定施設等の居宅療養の患者の場合 n=917※該当なしを除く)

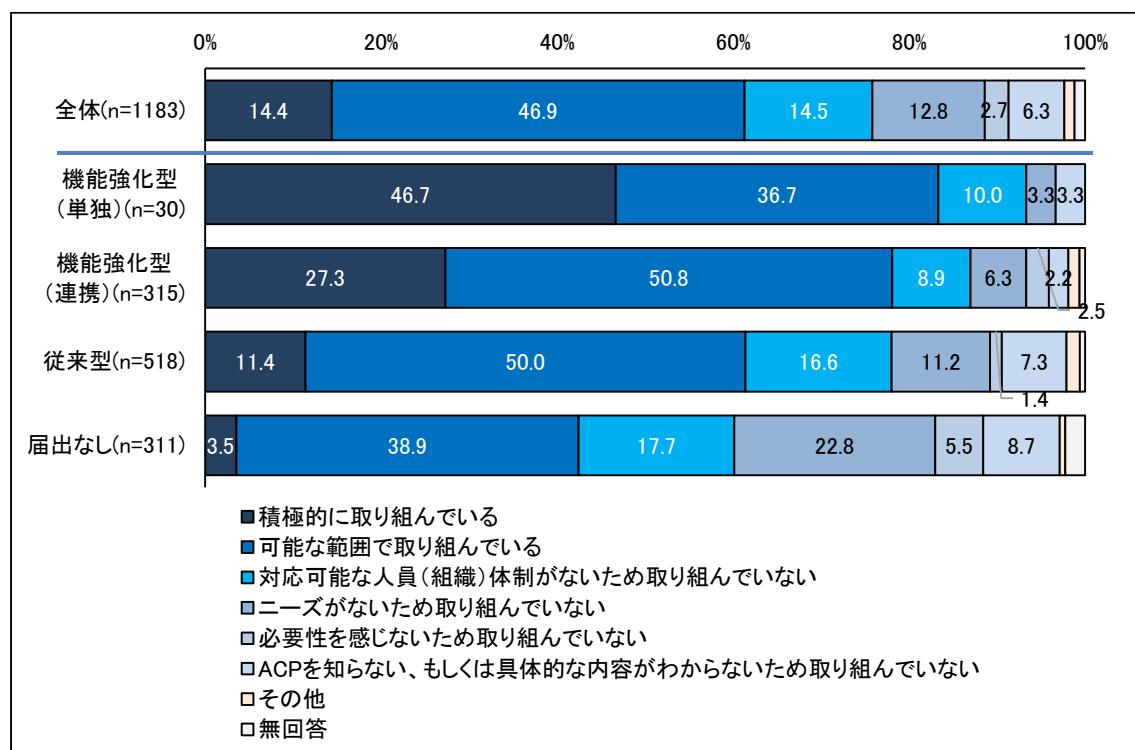


2.8.4 ACP の取組状況

ACP の取組状況をみると、「可能な範囲で取り組んでいる」が 46.9%で最も多く、これに「積極的に取り組んでいる」14.4%を合わせると 61.3%が何らかの形で ACP に取り組んでいることがわかった。取り組んでいない理由は、「対応可能な人員（組織）体制がないため」が 14.5%、「ニーズがないため」が 12.8%、「ACP を知らない、もしくは具体的な内容がわからないため」が 6.3%などの順となっている。

在宅医療の施設基準別にみると、「可能な範囲で取り組んでいる」および「積極的に取り組んでいる」の合計でみると、「機能強化型（単独型）」では 83.3%、「機能強化型（連携型）」では 78.1%、「従来型」が 61.4%、「届出なし」が 42.4%であった。それぞれの施設基準に応じた人員・組織体制の下で、可能な範囲で ACP に取り組む割合が高い一方、届出なしや従来型では「取り組めない」割合が高かった。

図表 53 ACP の取組状況

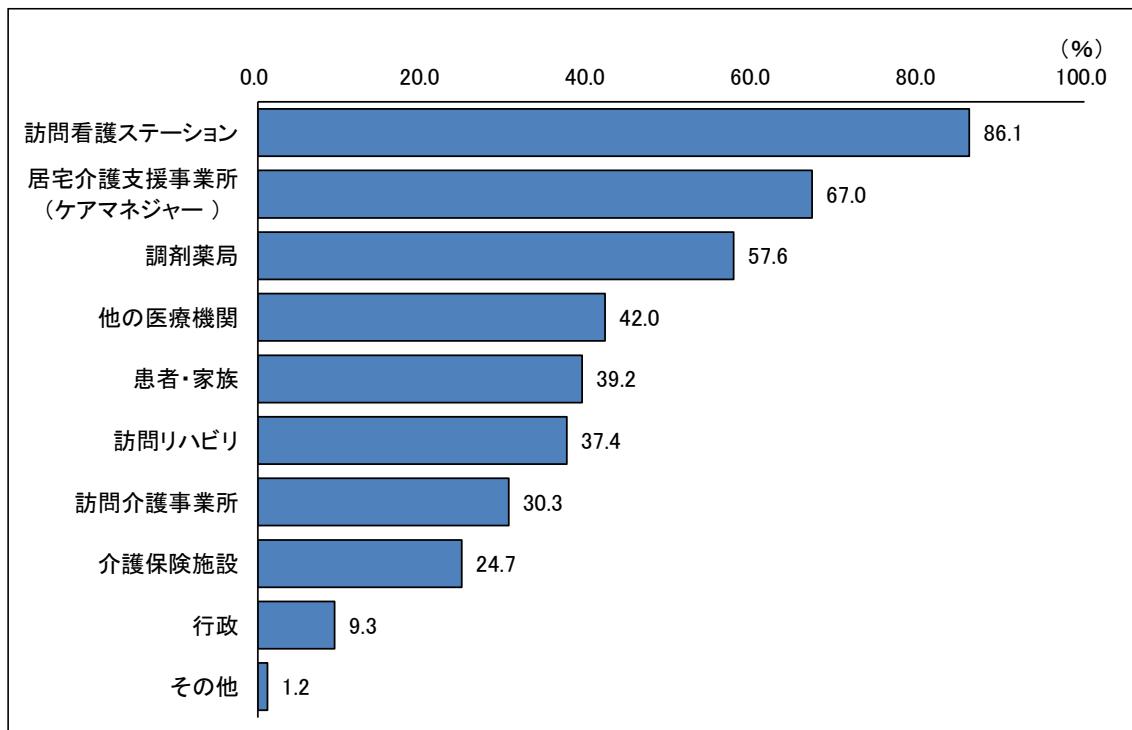


2.9 在宅医療における多職種連携・DXの状況

2.9.1 訪問記録・情報を共有している機関・事業所

在宅医療を実施している診療所 (n=1,183)において、訪問記録や情報を共有している職種・機関は、訪問看護ステーションが 86.1%で最も高い割合を占める。次に、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）が 67.0%、調剤薬局が 57.6%であり、これらの医療・介護の主要な連携先との情報共有が進んでいることがわかる。一方、行政との共有は 9.3%であった。

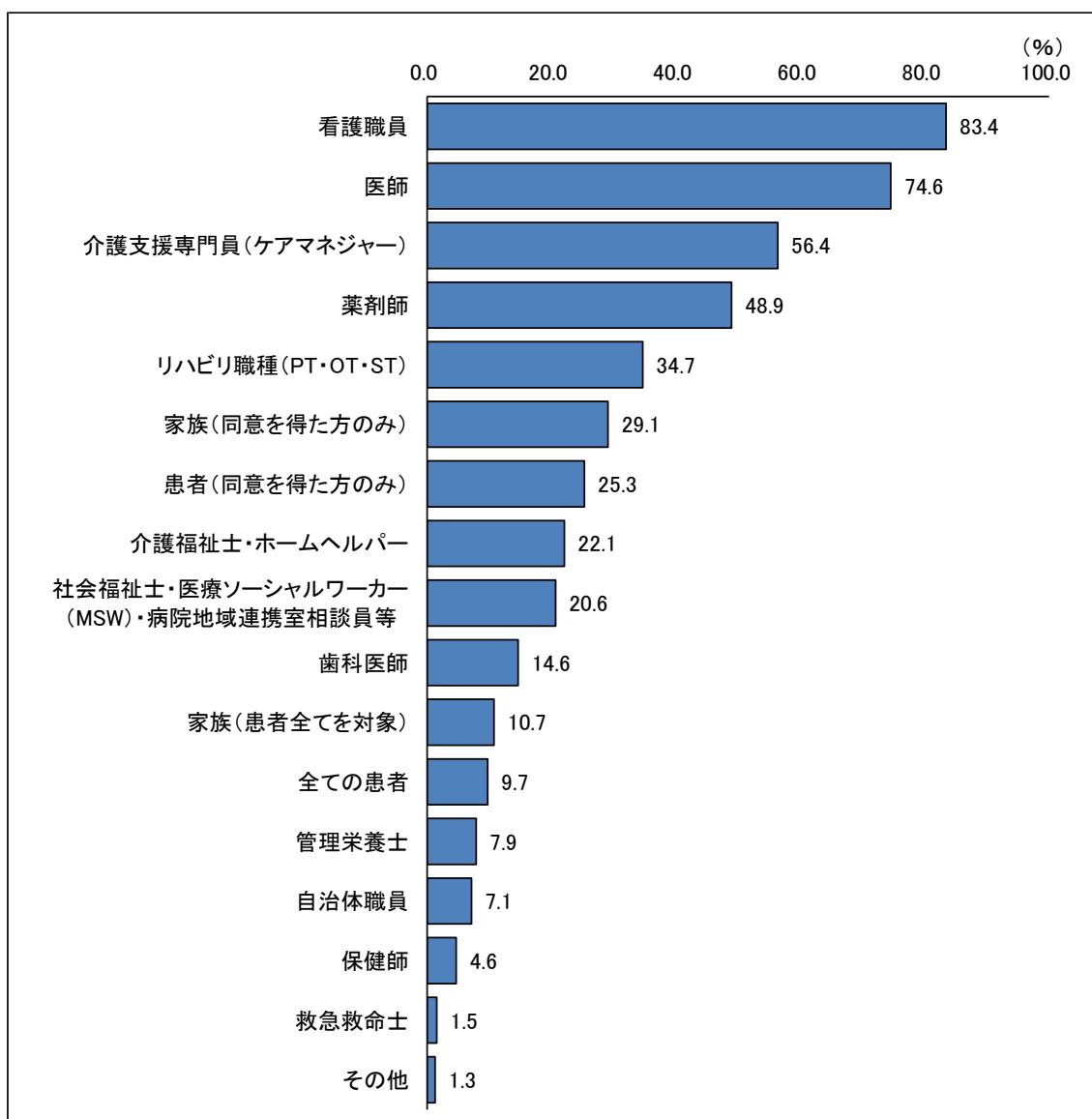
図表 54 訪問記録・情報を共有している機関・事業所(複数回答)n=1,183



2.9.2 訪問記録・情報を共有している職種

訪問記録・情報を共有している職種では、「看護職員」が 83.4%で最も高く、次いで「医師」が 74.6%、「介護支援専門員（ケアマネジャー）」が 56.4%、「薬剤師」が 48.9%、「リハビリ職種」が 34.7%などの順であった。同意を得た家族および患者については約 3 割、「介護福祉士・ホームヘルパー」は 22.1%であった¹¹。

図表 55 訪問記録・情報を共有している職種(複数回答)n=1,183

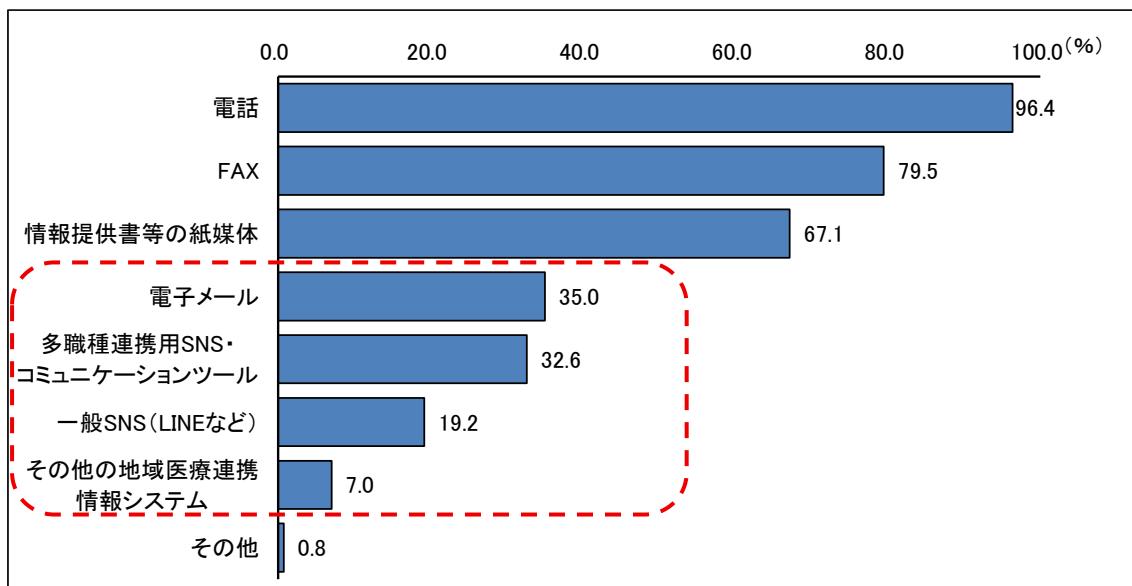


¹¹ 施設基準別では、機能強化型（単独）と機能強化型（連携）の共有割合が、従来型や届出なしを概ね上回る傾向が確認されたが、共有している職種の傾向について、機能強化型では、社会福祉士・MSW 等や介護福祉士等の福祉系職種との共有が相対的に高い以外は大きな差はみられなかった。

2.9.3 医療・介護関係者との連絡手段（複数回答）

医療・介護関係者との連絡手段では、「電話」が96.4%と高い割合であり、次いで「FAX」が79.5%、「情報提供書等の紙媒体」が67.1%であり、依然としてアナログな連絡手段が中心であることが示された。他方、デジタルな手段では、「電子メール」が35.0%、「多職種連携用SNS・コミュニケーションツール」が32.6%、「一般SNS」が9.2%、「その他の地域医療連携情報システム」が7.0%利用されており、ICTの活用も一定程度進んでいることが分かった¹²。

図表 56 医療・介護関係者との連絡手段(複数回答)n=1,183



¹² 常勤医師の年齢別に見ると、電話、FAX、情報提供書等の紙媒体といった従来の手段の利用に大きな差はなかったが、ICTを用いた手段では年齢別の傾向が見られた。「多職種連携用SNS・コミュニケーションツール」の利用は、40代以下で41.4%と最も高く、次いで50代が30.2%、60代が25.3%、70代以上が16.4%の順であり、若い医師ほどICTの活用に積極的な傾向もみられていた。

実際の情報共有ツールの活用状況をみると、図表 57 に示すように、複数のツールを多様な組み合わせによって活用している。

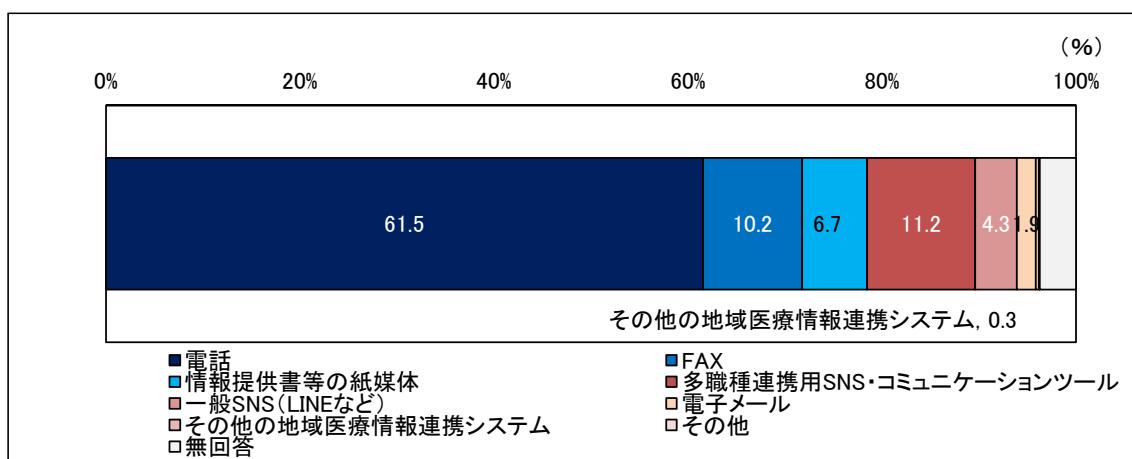
図表 57 情報共有ツールの組み合わせ(n=1,183) - 0.5%超の組み合わせ(抜粋)

連絡手段組み合わせ	割合
電話・FAX・紙	21.9
電話のみ	9.0
電話・FAX・紙・Eメール	8.1
電話・FAX	7.2
電話・FAX・紙・Eメール・多職種SNS	7.1
電話・FAX・紙・多職種SNS	6.4
電話・FAX・紙・Eメール・多職種SNS・一般SNS	4.2
電話・紙	3.2
電話・FAX・Eメール	3.0
電話・FAX・紙・一般SNS	3.0
電話・FAX・紙・Eメール・一般SNS	2.4
電話・FAX・多職種SNS	2.1
電話・FAX・紙・多職種SNS・一般SNS	1.7
電話・FAX・紙・Eメール・多職種SNS・他地連・一般SNS	1.7
電話・多職種SNS	1.4
電話・FAX・一般SNS	1.1
電話・FAX・紙・Eメール・多職種SNS・他地連	1.1
電話・Eメール	1.0
電話・FAX・紙・他地連	1.0
電話・FAX・紙・多職種SNS・他地連	0.8
電話・FAX・紙・Eメール・他地連	0.8
電話・FAX・Eメール・多職種SNS	0.8
電話・FAX・Eメール・一般SNS	0.7
電話・FAX・Eメール・多職種SNS・一般SNS	0.7

2.9.4 医療・介護関係者との連絡手段 - 最もよく使う連絡手段

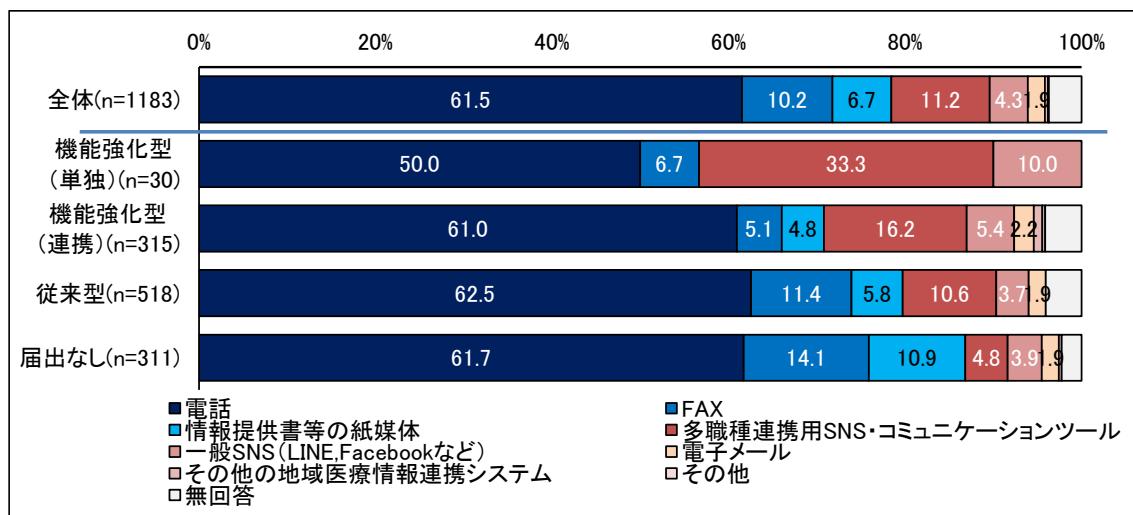
最もよく使う連絡手段では、「電話」が 61.5%で過半数を占めていた。次いで、「多職種連携用 SNS・コミュニケーションツール」が 11.2%、「FAX」が 10.2%と続いた。低率ではあるものの、「多職種連携用 SNS・コミュニケーションツール」が「FAX」を上回り第2位となっていることから、主要なコミュニケーション手段の一つとして、ICTツールが定着しつつあることがわかる。

図表 58 最もよく使う連絡手段(1つ)



施設基準別に見ると、「電話」は全ての施設で最も高いが、「多職種連携用 SNS・コミュニケーションツール」は、「機能強化型（単独）」で33.3%であり、他の施設基準（連携型16.2%、従来型10.6%、届出なし4.8%）を大きく上回っていた。「機能強化型（単独）」では、アナログな「FAX」の割合（6.7%）が全体平均（10.2%）よりも低く、デジタル化への移行が徐々に進んでいることも示唆された。

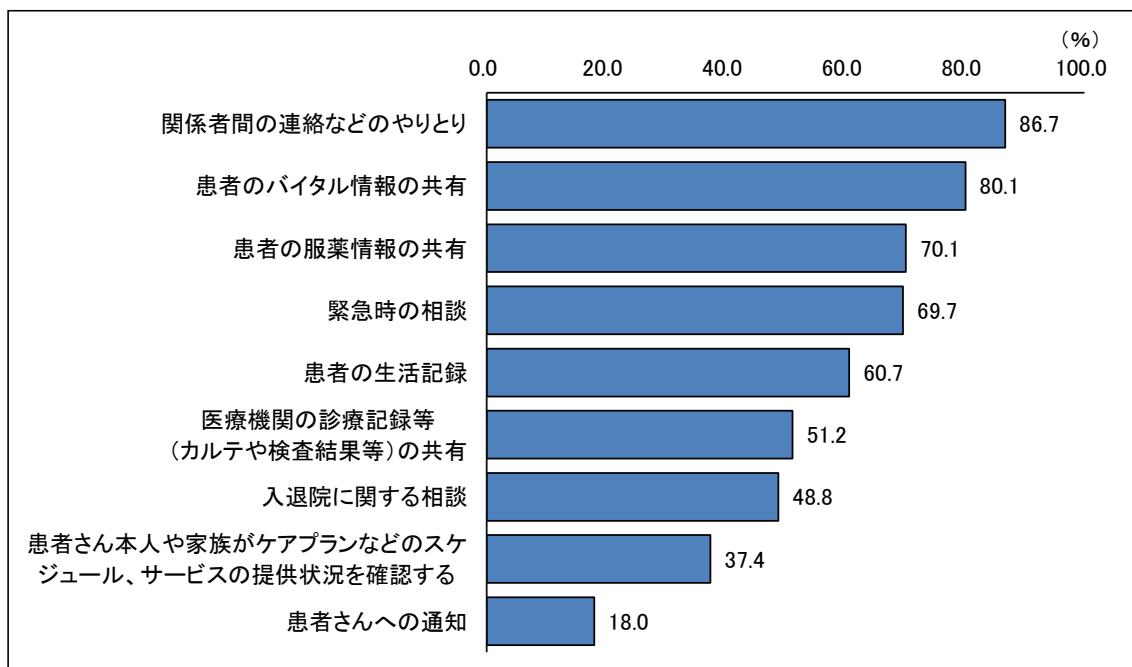
図表 59 最もよく使う連絡手段-在支診施設基準別



2.9.5 ICT を活用した利用目的

ICT を活用した利用目的は、「関係者間の連絡などのやりとり」が最も多く 86.7%、次いで、「患者のバイタル情報の共有」が 80.1%、「患者の服薬情報の共有」が 70.1%、「緊急時の相談」が 69.7% であり、医療情報共有と緊急時対応が主要な目的となっている。「患者さんへの通知」は 18.0% であり、主に多職種間の連携に多く活用されていることが確認された。

図表 60 関係者との連絡手段の利用目的(複数回答) ICT を活用している施設 n=211



在支診施設基準別

利用目的を施設基準別にみると、機能強化型（連携）が多くの利用目的に対して最も高い利用割合を示しており、ICT ツールを多角的に活用していることが窺える。

「医療機関の診療記録等（カルテや検査結果等）の共有」は機能強化型（単独）で 76.9% と最も高く、診療記録の共有を目的とした利用に積極的であった。他方、届出なしの診療所は、全ての項目で最も低い割合であり、ICT ツールの活用範囲が狭い傾向がみられている。

図表 61 関係者との連絡手段の利用目的(複数回答)-在支診施設基準別 n=211

	機能強化型 (単独) (n=13)	機能強化型 (連携) (n=79)	従来型 (n=84)	届出なし (n=34)
関係者間の連絡などのやりとり	76.9	92.4	84.5	85.3
患者のバイタル情報の共有	76.9	83.5	81.0	70.6
患者の服薬情報の共有	69.2	81.0	65.5	55.9
緊急時の相談	76.9	73.4	67.9	64.7
患者の生活記録	61.5	69.6	57.1	47.1
医療機関の診療記録等(カルテや検査結果等)の共有	76.9	62.0	42.9	38.2
入退院に関する相談	53.8	60.8	44.0	32.4
患者さん本人や家族がケアプランなどのスケジュール、サービスの提供状況を確認する	53.8	50.6	33.3	11.8
患者さんへの通知	23.1	21.5	16.7	11.8

連絡手段別

最もよく使う連絡手段別に見ると、多職種連携用 SNS・コミュニケーションツールは、ほとんどの利用目的で最も高い割合を示しており、多機能な情報共有のハブとして機能している様子がうかがえた。特に、「患者の生活記録」(72.7%) や「医療機関の診療記録等(カルテや検査結果等)の共有」(60.6%) の利用が高い。一般 SNS も「緊急時の相談」で 72.5%と、多職種連携用 SNS と同等に利用目的とされており、緊急時の連絡手段として活用されていることがみてとれた。

図表 62 関係者との連絡手段の利用目的(複数回答)-最もよく使う連絡手段別 n=211

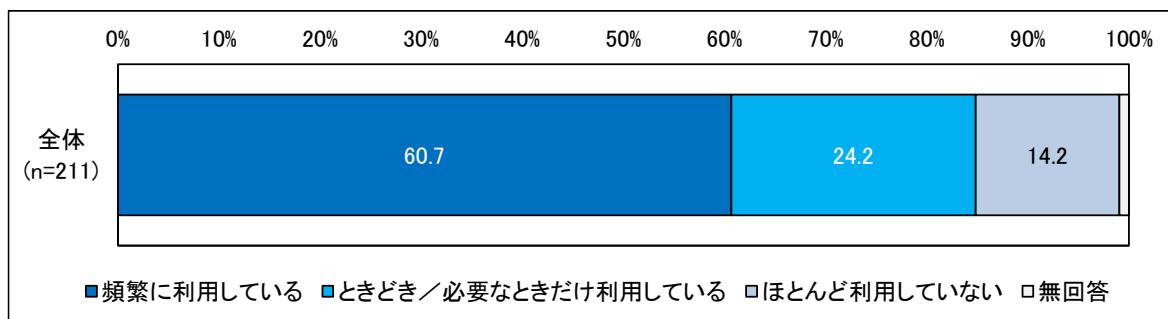
	多職種連携用 SNS・ コミュニケーションツール (n=132)	一般SNS (LINE,Facebookなど) (n=51)	電子メール (n=23)	他の 地域医療 情報連携 システム (n=4)
関係者間の連絡などのやりとり	90.9	84.3	69.6	3
患者のバイタル情報の共有	86.4	66.7	73.9	4
患者の服薬情報の共有	78.0	58.8	47.8	4
緊急時の相談	72.0	72.5	52.2	3
患者の生活記録	72.7	41.2	34.8	3
医療機関の診療記録等(カルテや検査結果等)の共有	60.6	37.3	26.1	3
入退院に関する相談	53.8	45.1	30.4	2
患者さん本人や家族がケアプランなどのスケジュール、サービスの提供状況を確認する	46.2	25.5	13.0	2
患者さんへの通知	18.9	19.6	13.0	0

※「他の地域医療情報連携システム(n=4)」の数値は実数(参考値)。「その他」はn数が5未満のため、非掲載

2.9.6 ICT の活用頻度

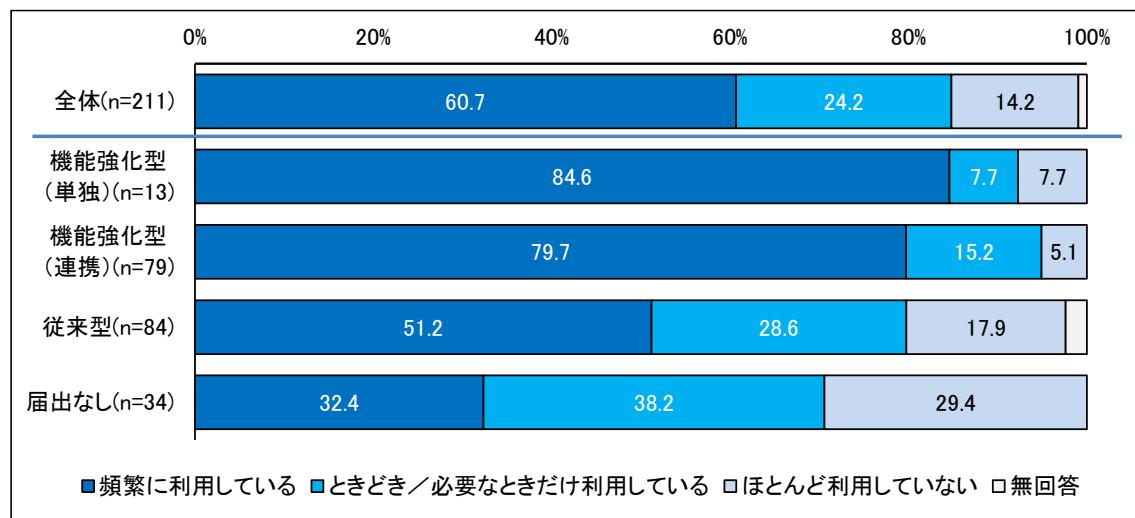
情報共有先との ICT の活用状況 (n=211) は、「頻繁に利用している」が 60.7%と過半数を超えており、ICT ツールを導入した施設では、日常業務に組み込まれ定着していることがわかる。「ときどき/必要なときだけ利用している」は 24.2%、「ほとんど利用していない」は 14.2%であった¹³。

図表 63 情報共有先との ICT の活用 n=211



在支診施設基準別にみると、「頻繁に利用している」割合は、機能強化型が約 8 割を占め、従来型が 51.2%、届出なしが 32.4%を占めていた。他方、「ときどき/必要なときだけ利用している」および「ほとんど利用していない」の合計が従来型で 46.4%、届出なしで 67.6% であった。

図表 64 情報共有先との ICT の活用ー在支診施設基準別 n=211

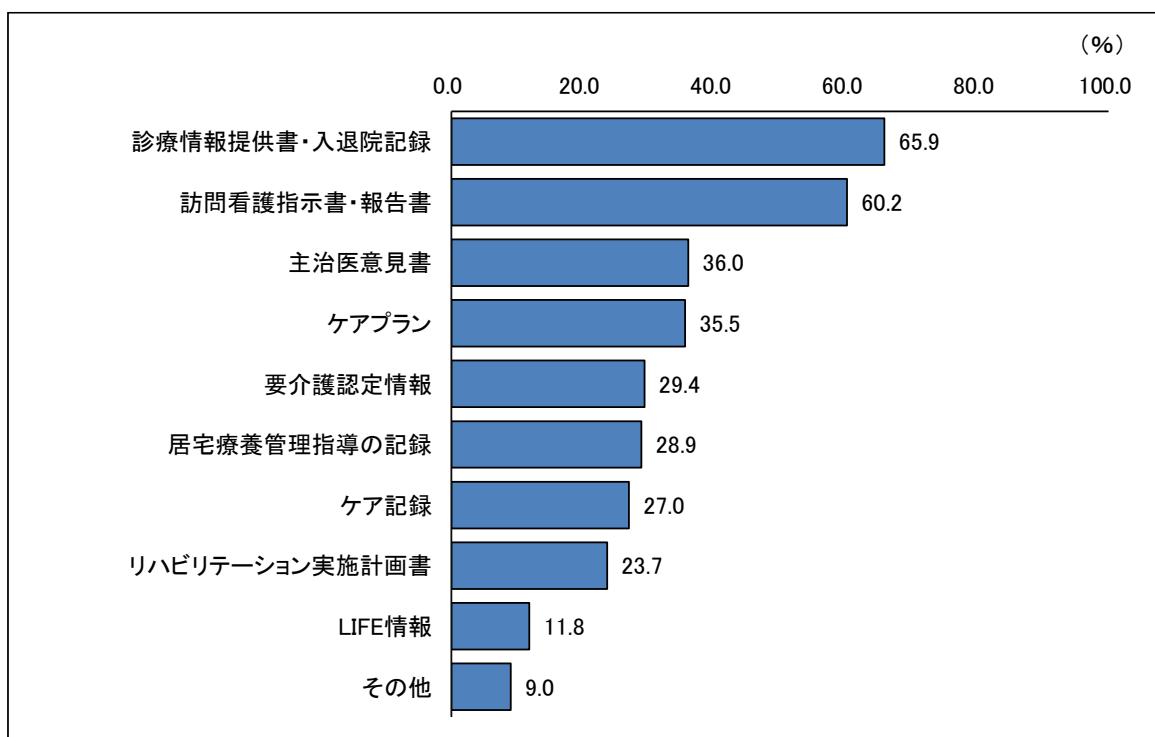


¹³ 常勤一人医師の診療所の医師年齢別にみると、「頻繁に利用している」と「ときどき/必要なときだけ利用している」の合計はほぼ 8 割で大きな差はみられなかったものの、そのうち「頻繁に利用している」割合が、40 代以下では 7 割を占め、他の年代の約 30 ポイントも多く、若年層医師が積極的に ICT に活用している現状の一端がここでも示唆されていた。

2.9.7 ICT を活用して共有している項目

ICT を活用した連絡手段 (n=211) で共有している項目は、「診療情報提供書・入退院記録」が 65.9%で最も多く、次いで「訪問看護指示書・報告書」が 60.2%である。「主治医意見書」が 36.0%、「ケアプラン」が 35.5%、「要介護認定情報」が 29.4%、「居宅療養管理指導の記録」が 28.9%、「ケア記録」が 27.0%などであった。この結果は、ICT ツールの主要な役割が、患者の診療・療養に関する公的な書類の共有にあることを示している。

図表 65 最もよく利用している連絡手段で共有している項目(複数回答) n=211



施設基準別にみると、ICT のなかでも多職種連携ツール・コミュニケーションツールの活用割合が高い機能強化型（単独）は「要介護認定情報」（46.2%）や「居宅療養管理指導の記録」（46.2%）の共有割合が他の施設基準よりも高く、介護関連情報との連携に積極的である。一方、もともと ICT の活用割合が低い届出なしの診療所は、全ての項目で最も低い割合であった（図表 66）。図表 67 に示すように、多職種連携ツール・コミュニケーションツールを最も利用している施設では、共有している情報の項目数が相対的に高い傾向を示し、連絡手段によって共有する情報も異なる傾向が見てとれる。

図表 66 共有している項目(複数回答)ー在支診施設基準別 n=211

	機能強化型 (単独) (n=13)	機能強化型 (連携) (n=79)	従来型 (n=84)	届出なし (n=34)
診療情報提供書・入退院記録	61.5	77.2	60.7	55.9
訪問看護指示書・報告書	53.8	63.3	59.5	55.9
主治医意見書	30.8	39.2	36.9	29.4
ケアプラン	30.8	39.2	34.5	29.4
要介護認定情報	46.2	32.9	27.4	20.6
居宅療養管理指導の記録	46.2	38.0	22.6	17.6
ケア記録	38.5	25.3	26.2	26.5
リハビリテーション実施計画書	30.8	29.1	17.9	23.5
LIFE情報	0.0	16.5	10.7	8.8
その他	7.7	8.9	8.3	11.8

図表 67 共有している項目(複数回答)ー最もよく使う連絡手段別 n=211

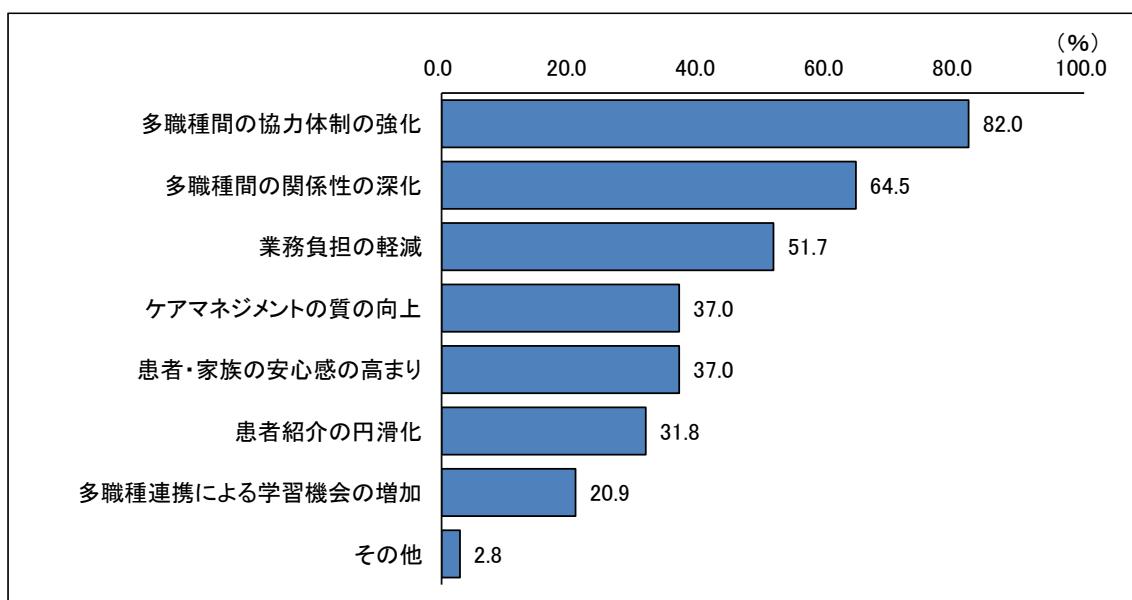
	多職種連携用 SNS・ コミュニケーションツール (n=132)	一般SNS (LINE, Facebookなど) (n=51)	電子メール (n=23)	その他の 地域医療 情報連携 システム (n=4)
診療情報提供書・入退院記録	70.5	54.9	60.9	3
訪問看護指示書・報告書	57.6	58.8	73.9	3
主治医意見書	33.3	37.3	52.2	0
ケアプラン	40.2	25.5	30.4	2
要介護認定情報	34.1	15.7	39.1	0
居宅療養管理指導の記録	34.8	17.6	21.7	1
ケア記録	32.6	19.6	8.7	2
リハビリテーション実施計画書	24.2	17.6	34.8	0
LIFE情報	13.6	11.8	4.3	0
その他	7.6	13.7	8.7	0

※「その他の地域連携システム(n=4)」の数値は実数(参考値)。「その他」はn数が5未満のため、非掲載

2.9.8 ICT の導入効果

ICT を活用した連絡手段 (n=211) の導入効果として、「多職種間の協力体制の強化」が 82.0%で最も高く、最も実感されている効果である。次いで「多職種間の関係性の深化」が 64.5%、「業務負担の軽減」が 51.7%と続く。ICT の導入は、多職種連携を円滑にし、業務の効率化に貢献していると評価されている。

図表 68 連絡手段の導入効果(複数回答) n=211



在支診施設基準別

導入効果を施設基準別に見ると、機能強化型（連携）は「多職種間の協力体制の強化」(92.4%) など、多くの項目で高い効果を実感している。機能強化型（単独）は「業務負担の軽減」で 76.9%と最も高く、業務効率化の面で効果を強く感じている。一方、届出なしの診療所は、全ての項目で最も低い効果の割合であり、ICT 導入の効果を十分に享受できていない可能性がある。

図表 69 連絡手段の導入効果－在支診施設基準別 n=211

	機能強化型 (単独) (n=13)	機能強化型 (連携) (n=79)	従来型 (n=84)	届出なし (n=34)
多職種間の協力体制の強化	84.6	92.4	76.2	73.5
多職種間の関係性の深化	69.2	68.4	65.5	52.9
業務負担の軽減	76.9	57.0	51.2	32.4
ケアマネジメントの質の向上	38.5	49.4	31.0	23.5
患者・家族の安心感の高まり	30.8	44.3	35.7	23.5
患者紹介の円滑化	15.4	36.7	33.3	23.5
多職種連携による学習機会の増加	23.1	26.6	21.4	5.9
その他	0.0	2.5	4.8	0.0

最もよく使う連絡手段別

「多職種連携用 SNS・コミュニケーションツール」を活用している施設は、「多職種間の協力体制の強化」が 91.7%、「多職種間の関係性の深化」が 76.5%、「業務負担の軽減」が 55.3%、「ケアマネジメントの質の向上」43.9%など、ほとんどの項目について、他の連絡手段と比べて高い割合を示していた。

図表 70 連絡手段の導入効果－最もよく使う連絡手段別 n=211

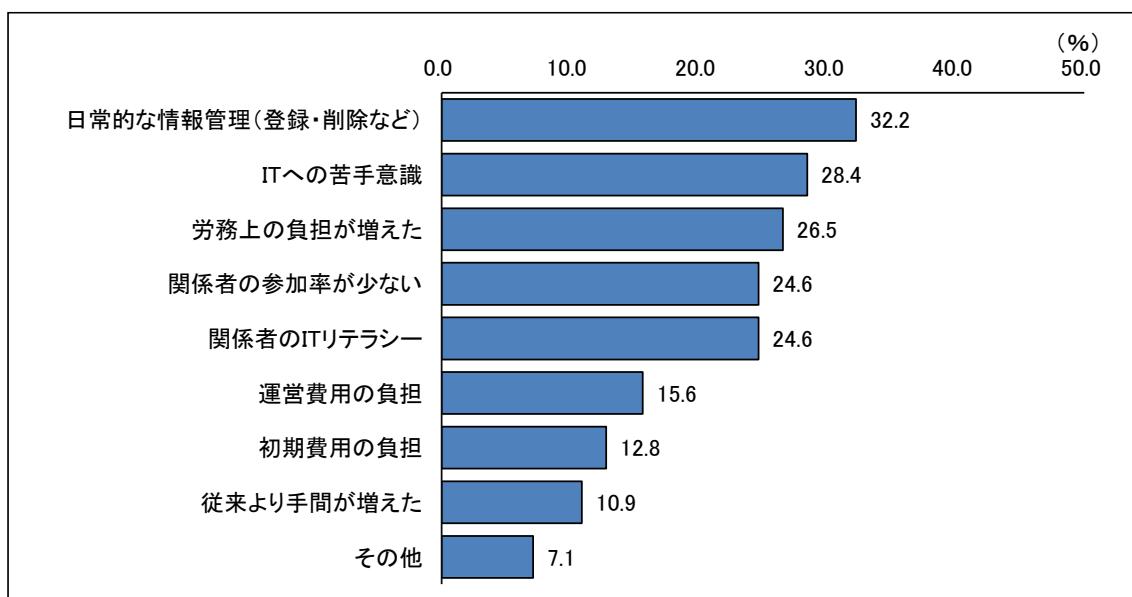
	多職種連携用 SNS・ コミュニケー ションツール (n=132)	一般SNS (LINE,Faceboo kなど) (n=51)	電子メール (n=23)	その他の 地域医療 情報連携 システム (n=4)
多職種間の協力体制の強化	91.7	68.6	52.2	4
多職種間の関係性の深化	76.5	45.1	39.1	3
業務負担の軽減	55.3	45.1	43.5	3
ケアマネジメントの質の向上	43.9	25.5	17.4	3
患者・家族の安心感の高まり	40.9	31.4	30.4	1
患者紹介の円滑化	34.1	29.4	21.7	2
多職種連携による学習機会の増加	24.2	11.8	21.7	1
その他	2.3	3.9	4.3	0

※「その他の地域連携システム(n=4)」の数値は実数(参考値)。「その他」はn数が5未満のため、非掲載

2.9.9 ICT の活用における課題

実際に ICT を活用している施設 (n=211) に課題についてたずねたところ、最も多いものは、「日常的な情報管理（登録・削除など）」が 32.2%、次いで「IT への苦手意識」が 28.4%、「労務上の負担が増えた」が 26.5%「関係者の参加率が少ない」および「関係者の IT リテラシー」が各々 24.6%などの順であった。「運営費用の負担」および「初期費用の負担」については、2割を下回っていた。

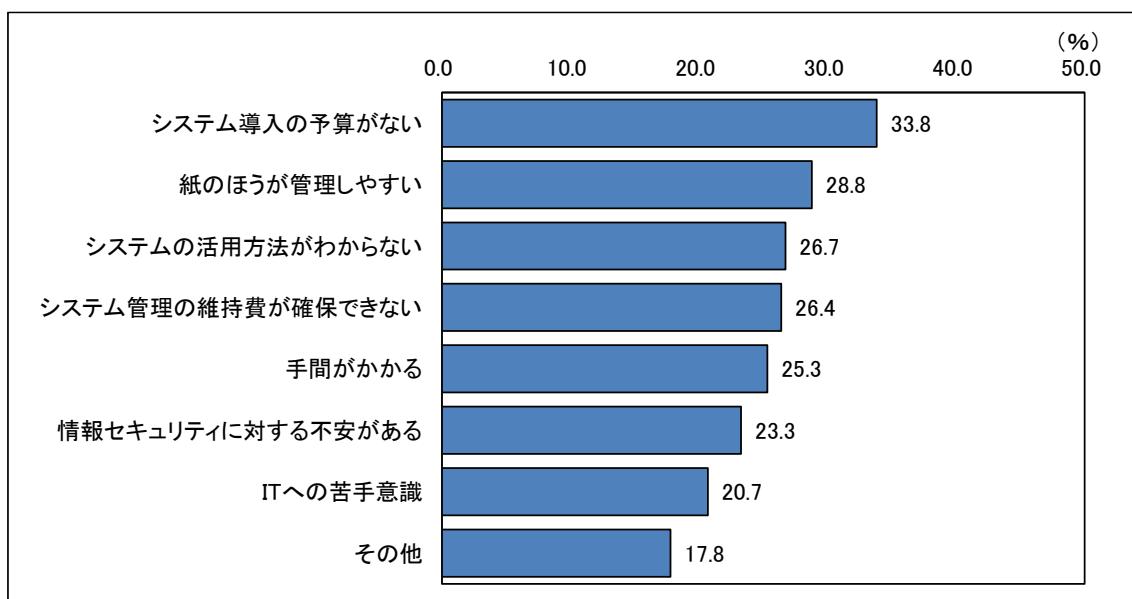
図表 71 情報通信技術(ICT)における課題(複数回答),ICT を活用している n=211



2.9.10 ICT を活用しない理由

ICT を活用していない施設 (n=928) に対して、ICT を活用していない理由を尋ねたところ、「システム導入の予算がない」が 33.8%で最も多く、「紙の方が管理しやすい」が 28.8%、「システムの活用方法がわからない」が 26.7%、「システム管理の維持費が確保できない」が 26.4%、「手間がかかる」が 25.3%などの順であった。「IT への苦手意識」は 20.7%と相対的に低い割合にあった。ICT を活用している施設での課題（図表 71）においては費用の問題は低位であったが、ICT を活用していない施設では、上位に挙げられている¹⁴。

図表 72 情報通信技術(ICT)を活用しない理由(複数回答) n=928



在支診施設基準別

全体でみると最も多かった「システム導入の予算がない」については、施設基準によつて違いがみられた（機能強化型（単独型）5.9%、機能強化型（連携型）27.4%、従来型 35.8%、届出無し 38.1%）。「システム管理の維持費が確保できない」についても、機能強化型とそれ以外では、後者の方がより高い割合が示されていた（機能強化型（単独）5.9%、（連携型）19.7%、従来型 28.6%、届出無し 30.4%）。

¹⁴ メディカルケアステーション（MCS）、バイタルリンクなどの地域医療介護等の多職種連携ツールについては、大きな導入コストやランニングコストがかからないという現状が、十分に知られていないと思われる。

「紙のほうが管理しやすい」(機能強化型(単独) 11.8%、(連携型) 19.7%、従来型 32.9%、届出無し 31.1%)、「システムの活用方法がわからない」(機能強化型(単独) 17.6%、(連携型) 15.7%、従来型 29.5%、届出無し 32.2%)についても、機能強化型とそれ以外では、後者の方がより高い回答割合が示された。

図表 73 情報通信技術 (ICT) を活用しない理由 (複数回答) - 在支診施設基準別

	機能強化型 (単独) (n=17)	機能強化型 (連携) (n=223)	従来型 (n=413)	届出なし (n=270)
システム導入の予算がない	5.9	27.4	35.8	38.1
紙のほうが管理しやすい	11.8	19.7	32.9	31.1
システムの活用方法がわからない	17.6	15.7	29.5	32.2
システム管理の維持費が確保できない	5.9	19.7	28.6	30.4
手間がかかる	23.5	25.6	26.6	23.7
情報セキュリティに対する不安がある	23.5	17.5	24.0	27.0
ITへの苦手意識	29.4	15.7	21.1	24.1
その他	41.2	26.5	16.5	11.1

その他に関する自由記述

図表 74 は、ICT を導入していないまたは活用していない診療所 (n=156) が挙げた理由(自由回答)についてキーワード分類を行い整理したものである。最も多いのは「関係者の事情」(41.0%) であり、連携先の ICT 導入状況や利用意向により導入に至らない要因が抽出された。次いで「非 ICT の利点(即時性・正確性・確実性)」が 20.5%、「併用¹⁵」(12.8%) などが挙げられていた。

¹⁵ 「電話と ICT を使い分け」、「電話・紙・FAX の利点がある場合はそちらを使用」、など状況に応じての使い分けしている状況。

図表 74 ICT を活用しない理由「その他」自由記述分類ー在支診施設基準別(n=156)

	全体 (n=156)
関係者の事情	41.0
相手の事情	34.0
地域の事情	4.5
患者側の事情	4.5
自院の事情	1.3
非ICTの利点	20.5
即時性	16.0
正確性・確実性	4.5
利便性	1.9
併用中	12.8
ICTの問題点	7.1
システム面	5.8
コスト面	1.3
導入のメリット・必要性がない	7.1
慣れ・不慣れ	4.5
時間がない	2.6
導入検討中・導入予定・導入希望	1.9
閉院予定	1.3
災害時の不安	1.3
その他	3.2

2. 9. 11 在宅医療に関連した多職種連携における情報共有に係る診療報酬の算定状況 (2025年3月時点)

本調査における、在宅医療に関連した多職種連携における情報共有に係る算定状況 (2025年3月の実績) を図表 75 に示す。「在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料」の算定率が 4.3%、「在宅医療情報連携加算」が 12.2%、「往診時医療情報連携加算」が 6.6%、「介護保険施設等連携往診加算」が 4.2% であった。いずれの算定率も低位に留まっていた。

図表 75 在宅医療に関連した多職種連携における情報共有に係る算定の状況 (n=1,183)

項目	要件	点数	算定ありの施設の割合
在宅がん患者 緊急時医療情報 連携指導料	末期悪性腫瘍患者の急変時の ICT を用いて得られた人生の最終段階における医療・ケアに関する情報等を活用した療養上の指導	200 点	4.3%
在宅医療情報 連携加算	連携する医療機関や関係機関 (5つ以上) と常に情報を共有できる体制を整え、患者本人からの同意を得た上で ICT (情報通信技術) を活用して在宅療養患者の診療情報を他の医療機関と共有し、計画的な医学管理を行った場合に算定	100 点	12.2%
往診時医療情報 連携加算※	患者の急変時の対応方針等の共有。連携する在支診・在支病以外の医療機関が普段訪問診療している患者さんで、その連携医療機関が往診できない時間帯に、在支診・在支病が往診を行った場合に算定。(在支診・在支病であること)	200 点	6.6%
介護保険施設等 連携往診加算	平時からの介護保険施設等の入所者に関する情報の共有 (定期的なカンファレンスを含む)。協力医療機関として指定されており、事前に施設と、24 時間の往診体制に関する取り決め等を行うこと。	200 点	4.2%

※算定要件が在支診・在支病のため、本調査での対象 (母数) は、n=837 である。

在宅療養移行加算の算定率については、「在宅療養移行加算 1」が 4.7%、「在宅療養移行加算 2」が 3.4%、「在宅療養移行加算 3」が 0.9%、「在宅療養移行加算 4」が 2.1%であり、いずれも低位に留まっていた（図表 76）。

図表 76 在宅療養移行加算 (n=1,183)

項目	要件	点数	算定ありの施設の割合
在宅療養移行加算 1	24 時間の往診を行う体制を有する、もしくは市町村や地域医師会などの協力を得て往診体制を確保。24 時間の連絡を受ける体制を有する、もしくは市町村や地域医師会などの協力を得て連絡体制を確保している。 <u>ICT を活用や、定期的なカンファレンスにより、在宅療養支援診療所や病院などと定期的な情報共有を行っている</u>	316 点	4.7%
在宅療養移行加算 2	旧在宅療養移行加算 1 と同様。24 時間の往診を行う体制を有する、もしくは市町村や地域医師会などの協力を得て往診体制を確保。24 時間の連絡を受ける体制を有する、もしくは市町村や地域医師会などの協力を得て連絡体制を確保している。	216 点	3.4%
在宅療養移行加算 3	市町村や地域医師会などの協力を得て、患者に対して医療機関による往診を提供できる体制を確保。24 時間の連絡を受ける体制を有する、もしくは市町村や地域医師会などの協力を得て連絡体制を確保。 <u>ICT を活用や、定期的なカンファレンスにより、在宅療養支援診療所や病院などと定期的な情報共有を行っている</u>	216 点	0.9%
在宅療養移行加算 4	旧在宅療養移行加算 2 と同様。市町村や地域医師会などの協力を得て、患者に対して医療機関による往診を提供できる体制を確保。24 時間の連絡を受ける体制を有する、もしくは市町村や地域医師会などの協力を得て連絡体制を確保。	116 点	2.1%

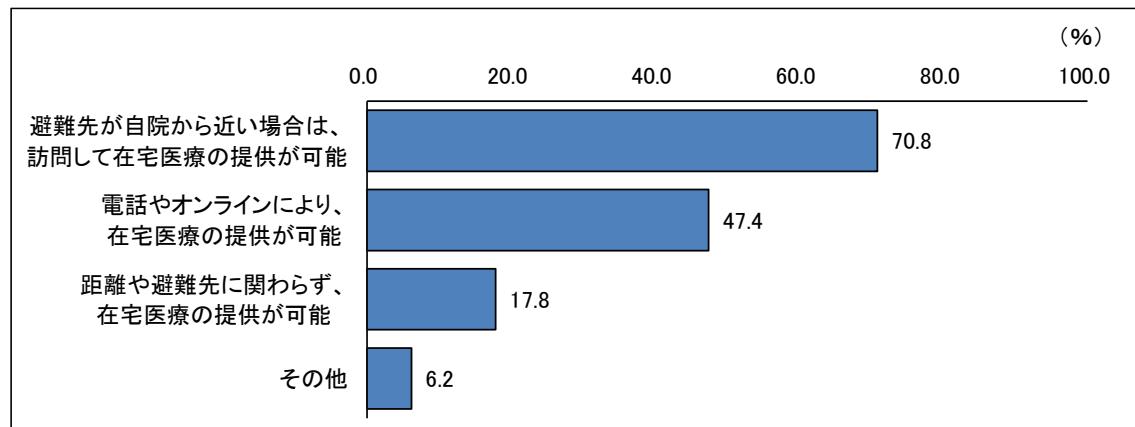
2.10 災害対応についての方針

本項では、災害下における在宅医療の継続性についての意識と BCP 策定に関する現状等を把握した回答結果を示す。

2.10.1 被災時における在宅医療の提供

被災時において、自院が機能していることを前提とした在宅医療の提供状況については、「避難先が自院から近い場合は、訪問して在宅医療の提供が可能」とする回答割合が最も高く 70.8%を占めていた。次いで「電話やオンラインにより在宅医療の提供が可能」が 47.4%、「距離や避難先に関わらず在宅医療の提供が可能」が 17.8%であった。

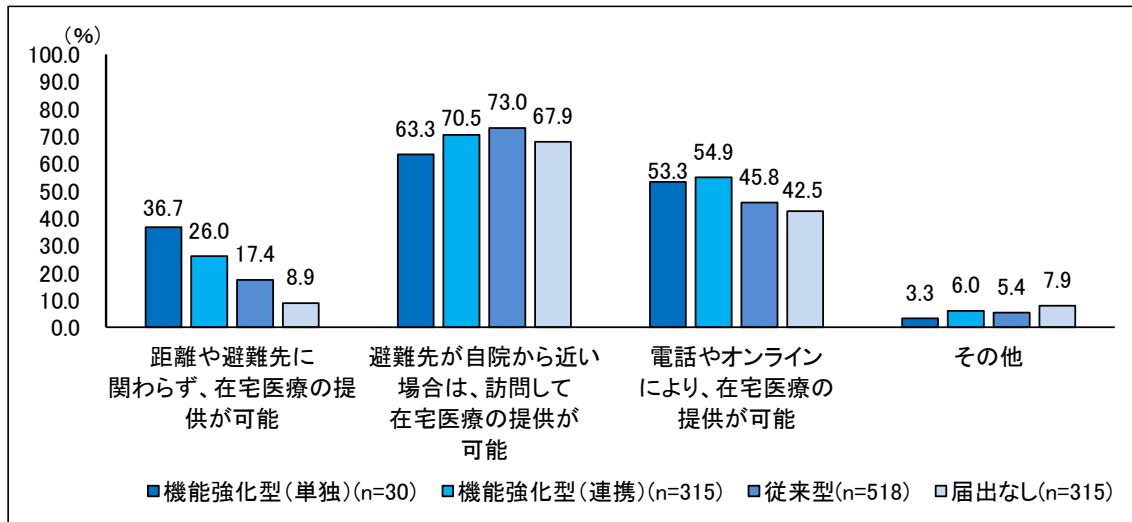
図表 77 被災時における在宅医療の提供状況(複数回答)(n=1,183)



在支診施設区分別

在支診の施設区分別にみると、機能強化型（単独型・連携型）については、「距離や避難先に関わらず在宅医療の提供が可能（単独型 36.7%、連携型 26.0%）」、「電話やオンラインにより在宅医療の提供が可能（単独型 53.3%、連携型 54.9%）」の割合が、それ以外の診療所と比べて相対的に高い割合を示していた（図表 78）。

図表 78 被災時における在宅医療の提供状況(複数回答)

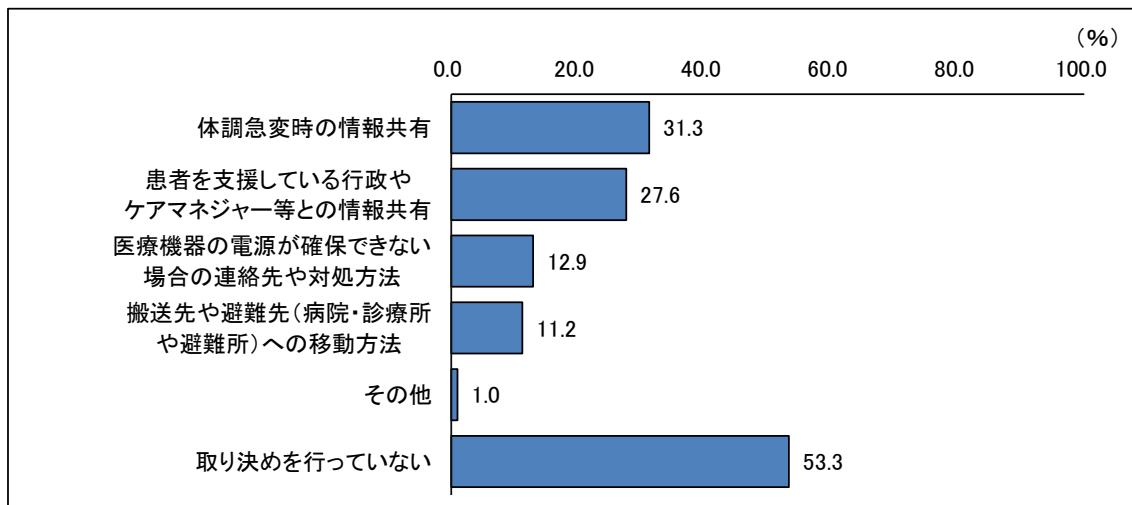


2.10.2 患者・家族と取り決めている内容

災害時において、患者・家族と取り決めている内容のうち、最も高い割合を示していたのは、「体調急変時の情報共有」で 31.3%、「患者を支援している行政やケアマネジャー等との情報共有」が 27.6%、「医療機器の電源が確保できない場合の連絡先や対処方法」が 12.9%、「搬送先や避難先（病院や診療等の医療機関、避難所）への移動方法」が 11.2%であった。

一方で、「取り決めを行なっていない」は 53.3%で最も高い割合を示していた。

図表 79 患者・家族と取り決めている内容(複数回答)n=1,183

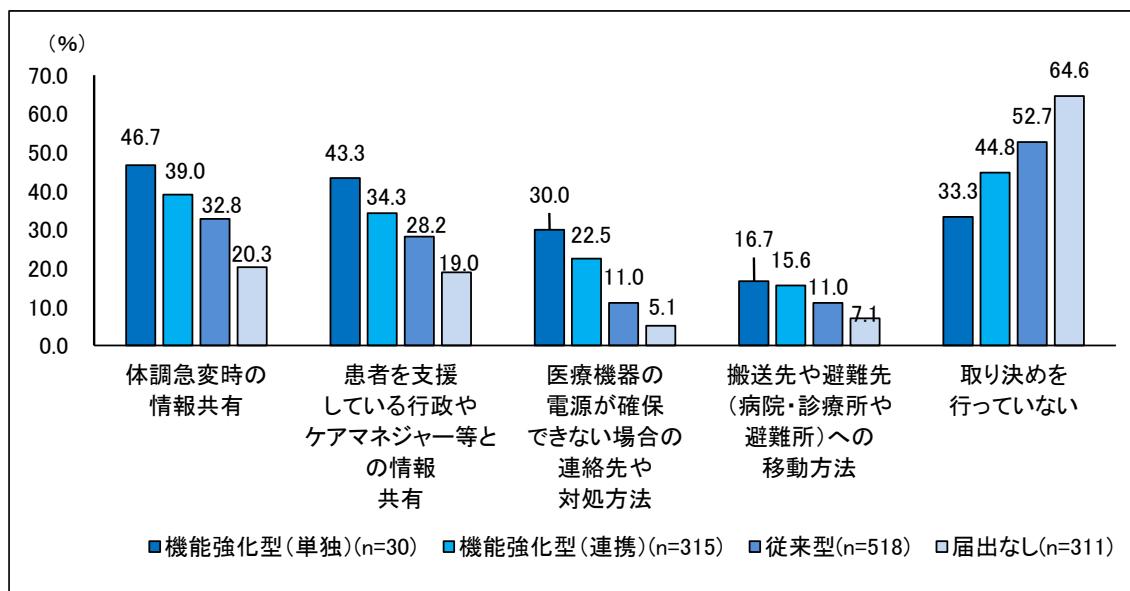


在支診の施設基準別にみると、在宅療養患者数が相対的に多く、24時間での在宅医療の体制を持つ機能強化型（単独型・連携型）では、「体調急変時の情報共有」が最も高かった（単独型 46.7%、連携型 39.0%）。

また、「患者を支援している行政やケアマネジャー等との情報共有」（単独型 43.3%、連携型 34.3%）、「医療機器の電源が確保できない場合の連絡先や対処方法」（単独型 30.0%、連携型 22.5%）、「搬送先や避難先（病院や診療等の医療機関、避難所）への移動方法」（単独型 16.7%、連携型 15.6%）についても、機能強化型（単独型・連携型）は、いずれも相対的に高い割合を示していた。

「取り決めを行っていない」については、機能強化型（単独型・連携型）は、相対的に低い割合を示していた（単独型 33.3%、連携型 44.8%）。

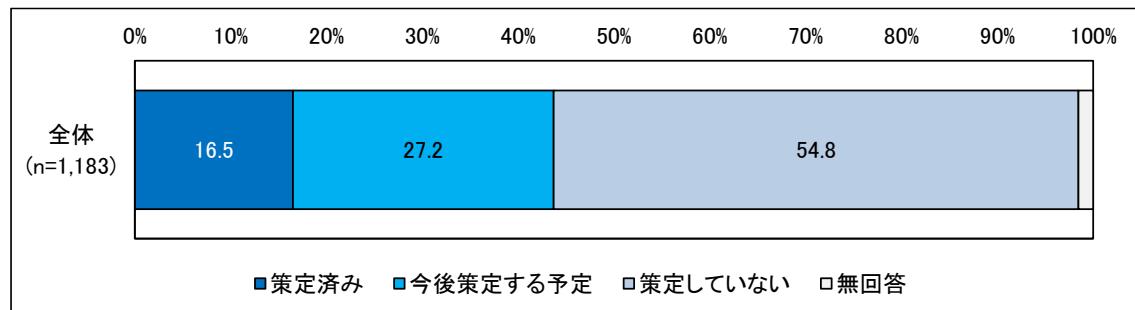
図表 80 患者・家族と取り決めている内容(複数回答)-在支診施設基準別



2.10.3 業務継続計画(BCP)の策定状況

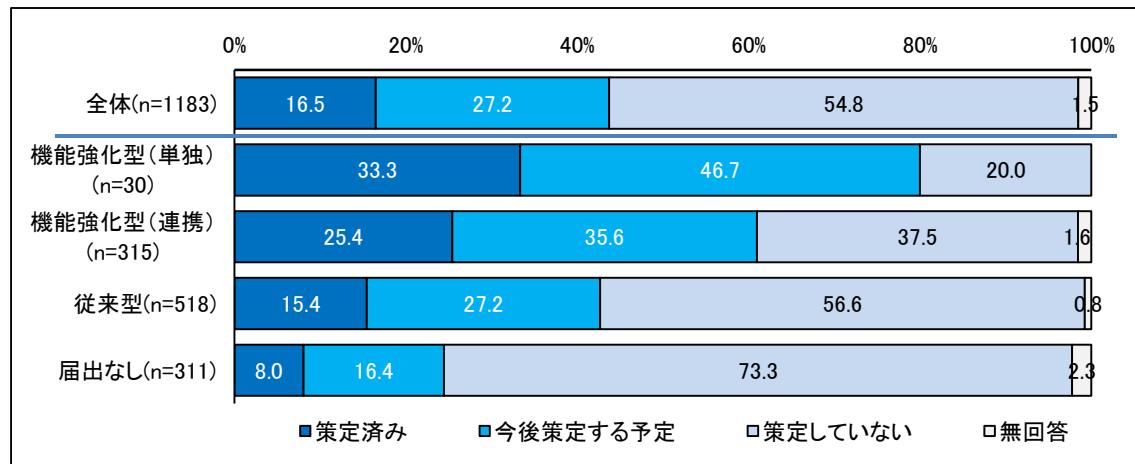
業務継続計画(BCP)の策定状況については、「策定していない」が 54.8%で最も高く、次いで「今後策定する予定」が 27.2%、「策定済み」が 16.5%の順であった。

図表 81 業務継続計画(BCP)の策定状況(n=1,183)



在支診の施設区分別に「策定済み」と「今後策定する予定」の合計をみると、機能強化型（単独型）では 80.0%、機能強化型（連携型）では、61.0%、従来型では 42.7%、届出なしでは、24.4%であった。

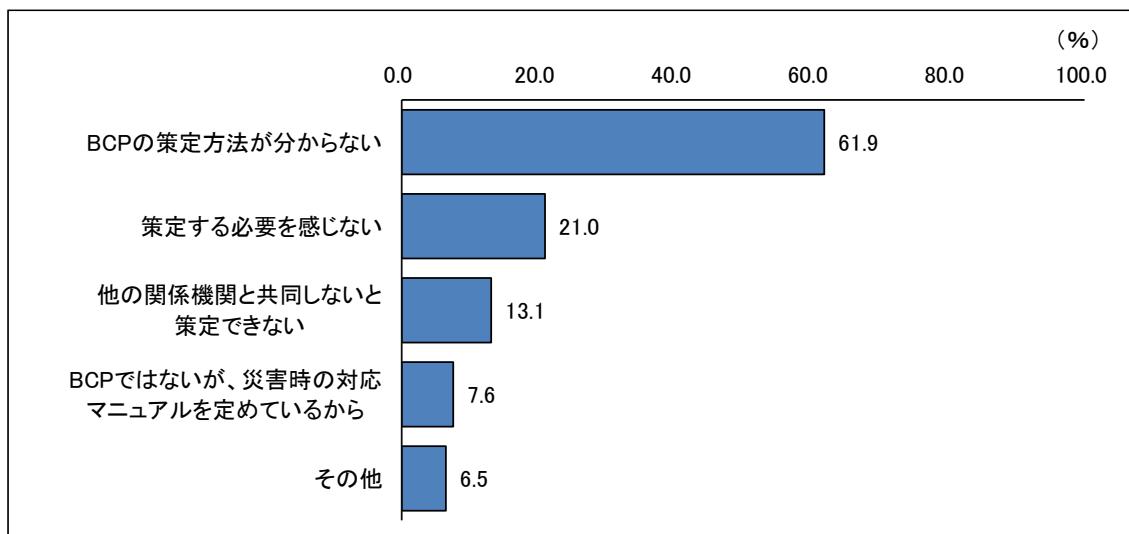
図表 82 業務継続計画(BCP)の策定状況 - 施設基準別



2.10.4 業務継続計画(BCP)を策定していない理由

BCPを策定していない診療所に対して、策定していない理由を尋ねたところ、「BCPの策定方法が分からぬ」が61.9%で最も高く、「他の関係機関と共同しないと策定できない」が13.1%、「BCPではないが、災害時の対応マニュアルを定めているから」が7.6%であった。一方で、「策定する必要を感じない」は21.0%であった。

図表 83 業務継続計画(BCP)を策定していない理由(複数回答、策定していない施設 n=648)



災害時の医療に係る備えとして、今後必要とされる対応(自由記述回答)をキーワード分類したものが図表 84 である。

最も出現頻度の高かったのは、「情報共有・連絡体制の整備(47施設)」に関する意見であった。その内容は、「連絡手段・連絡方法・連絡体制」、「情報共有」、「ICT」などである。次いで、「電源の確保(人工呼吸器、電子カルテ、在宅酸素)」が39施設、「連携(行政・自治体、他医療機関・他施設など)」が33施設、「物品の確保・備蓄」25施設、「道路事情・移動手段・交通事情」15施設、「事前準備(研修・訓練・シミュレーション、事前の取り決め)」などが挙げられていた。

図表 84 災害時の医療に係る備えで、今後必要とされる対応(自由記述)の分類 n=265

カテゴリ	回答数
情報共有・連絡	47
連絡手段・連絡方法・連絡体制	29
情報共有	13
ICT	10
電源の確保	39
人工呼吸器	6
電子カルテ	5
在宅酸素	5
連携	33
行政・自治体	16
他医療機関・他施設	14
多職種	5
医師会	5
訪問看護ステーション、地域包括支援センター等	2
医師会以外の団体	1
その他	5
物品の確保・備蓄	25
物品の確保	19
備蓄	9
事前準備	12
研修・訓練・シミュレーション	7
事前取り決め	5
道路事情・移動手段・交通事情	15
人材育成・マンパワー確保	11
要支援者の療養先確保	11
行政	9
BCP	8
避難所拡充	6
受け入れ先確保	6
財政支援・補助金・診療報酬	4
災害の規模による	5
対応は困難	15
なし・特になし	40
わからない・思いつかない	22
未検討・未対応	5
その他	15
全体	265

震災 당시에, 해당 지역에서 주민 치료를 시작한 치료소에 한정해 의견을 모았습니다. 주된 의견은 다음과 같습니다. 「정보 공유·연락」이나 「연락」 등과 같은 상황에서 관계자 간의 정보 공유의 필요성에 대한 의견이 많았습니다. 「전원 확보」·「물품 확보·준비」·「도로 상황· 移動手段·교통手段」 등도 제기되었습니다.

図表 85 災害時の医療に係る備えで、今後必要とされる対応(自由記述分類)一震災経験あり n=26

震災	在宅医療開始年	在支診施設基準	対応内容	Q34今後必要とされる対応
阪神淡路大震災(1995)	1988	従来型	なし・特になし	なし。
	1990	機能強化型(連携)	情報共有・連絡、行政	災害時等緊急時に備えて、患者さんの医療情報の管理、共有が必要。また、行政の取り組みに問題有りだと思います。大阪市においては保健所が全く機能していません。これは府、市のトップの政党や能力によるものだと思います。
	1991	機能強化型(連携)	物品の確保・備蓄	薬剤を余分に備蓄しておいてもらう。
東日本大震災(2011)	1989	従来型	人材育成・マンパワー確保、その他	時間にかかわらず、 <u>往診の準備と人員の確保</u> をする。
	2002	従来型	わからない・思いつかない	今は思い当たらない
	2004	従来型	電源の確保	停電時、在宅避難に備えた電源の確保。自家発電機の貸し出しなど。
	2006	従来型	財政支援・補助金・診療報酬	準備費用の補助をご検討いただきたい
	2006	従来型	連携	訪問薬剤師との連携
	2008	従来型	情報共有・連絡	緊急時の連絡方法
	2009	従来型	電源の確保	非常用電源としてのポータブル電源+ソーラーパネルの普及を促す仕組みなどを医師会や行政と検討してはどうかと思う。
	2010	従来型	情報共有・連絡	連絡・連携手段
	2011	従来型	情報共有・連絡、物品の確保・備蓄、電源の確保	災害時の連絡手段、薬局との薬の確保の確認など。人工呼吸器使用時の電源確保などの対応についての確認。

(次ページへ)

震災	在宅医療開始年	在支診施設基準	対応内容	Q34今後必要とされる対応
熊本地震 (2016)	1990	従来型	災害の規模による	<u>被害の程度で異なる、例えば当方の被害の程度によっても違うので難しい</u>
	2004	機能強化型(連携)	情報共有・連絡、連携	<u>自医院の情報共有と連携の強化 他医療機関との情報共有と連携の強化 多職種との情報共有と連携の強化</u>
	2007	届出なし	なし・特になし	特になし
	2010	機能強化型(連携)	財政支援・補助金・診療報酬	<u>人材、費用が担保されるなら取り組めるかもしれない</u>
	2016	従来型	連携	<u>他院との連携強化</u>
能登半島地震 (2024)	1992	機能強化型(連携)	わからない・思いつかない	不明
	1997	届出なし	情報共有・連絡、行政	<u>連絡出来る手段の確立が必要、相手の携帯電話、避難場の連絡先を教えてくれる行政の窓口等</u>
	2010	機能強化型(連携)	BCP	<u>BCPを作成したいと思う。</u>
	2012	機能強化型(連携)	道路事情・移動手段・交通事情	<u>患者・避難先へ車で行けない場合の動き方</u>
	2015	届出なし	情報共有・連絡 ^(注) 、道路事情・移動手段・交通事情	マイナンバーカードがなければ、他院診察や処方状況などが全く分からないので 災害時は本人の名前や住所を入れたり、マイナンバー番号がわかる人は入れるだけで、行政機関も麻痺していることを想定すれば、国で管理するクラウドに情報を一元化し。情報の取り出しあはID、パスワード管理。医師、市町村の特定の人しか確認できないシステム。 <u>診療情報、処方情報が確認できるようなシステム</u> があればお薬が必要な人や治療中が必要な人でも継続できるのではと思う。お薬を持参しないで、着の身着のまま避難の人もいるためである。又道路が寸断された避難場所や避難できずにやむ終えず自宅から離れられない人等にお薬を届ける為にドローンを活用は必須だと感じている。
	2021	従来型	情報共有・連絡	ラインなどで医療機関同士で連携の取れるグループがあるといいと思います。掲示板のようなものもあるといいと思います。そうすれば災害時にいち早く稼働できるクリニックや、逆に被災したクリニックやスタッフなどの情報を伝えることができると思います。
	2022	従来型	財政支援・補助金・診療報酬	<u>病床の削減しない施策</u> 。病院医院介護に係わる十分な診療報酬が確保されゆとりある医療政策を推進する。
	2023	従来型	情報共有・連絡	災害程度に応じた、何通りかの連絡網の構築が必要だとおもいます。(災害ダイヤル?)
	2023	機能強化型(連携)	電源の確保、道路事情・移動手段・交通事情	医療機器を使用している患者様への <u>予備電源の支援、搬送ルートの策定等</u>

「阪神淡路大震災(1995)」、「中越地震(2004)」、「東日本大震災(2011)」、「熊本地震(2016)」、「能登半島地震(2024)」において、災害救助法が適用された市町村を対象。

(注)2025年12月現在、「緊急時医療情報・資格確認機能(災害時医療情報閲覧)」(災害時モード)¹⁶が柔軟に運用されるようになっている。

<https://www.mhlw.go.jp/content/001203369.pdf>

¹⁶地震等の災害発生時に、災害救助法適用地域等に対して時限的に開放される機能で、災害時モードを利用すれば、患者がマイナンバーカードや健康保険証、お薬手帳等を持参できない場合であっても、氏名や住所等の情報から患者を特定し、本人の同意の下、患者の薬剤情報・診療情報・特定健診等情報を閲覧することができる。

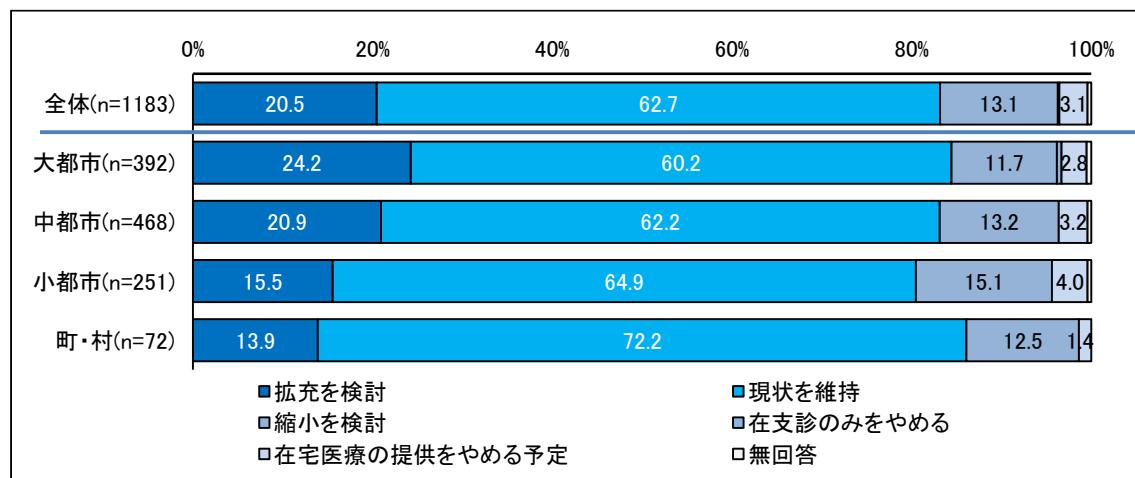
2.11 今後の在宅医療の取組についての方針

2.11.1 今後の方針

図表 86～図表 89 は、今後の在宅医療の取組の方針について尋ねた回答の結果を示している。対象全体でみると、「現状維持」が最も多く、62.7%、次いで「拡充を検討」が20.5%、「縮小を検討」が13.1%、「在宅医療の提供をやめる予定」が3.1%、「在支診のみをやめる」が0.2%であった。

都市規模別にみると、「大都市」においては、「拡大を検討」が全体平均より約4ポイント高く、「小都市」、「町・村」において各々5ポイント、6.6ポイント低いものの、「拡充を検討」および「現状を維持」の合計でみると、「大都市」84.4%、「中都市」83.1%、「小都市」80.5%、「町・村」86.1%と、いずれも現状維持以上の体制を予定していることが確認された。

図表 86 今後の在宅医療の取組についての方針-都市規模別

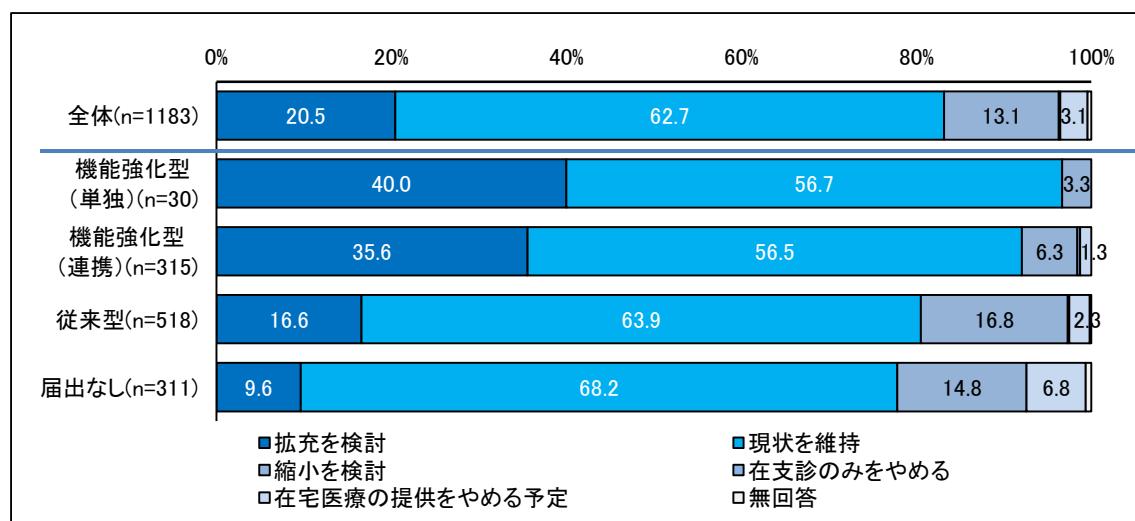


在宅医療の施設基準別にみると、いずれも「現状を維持」が最も多く、「機能強化型（単独型）」も「機能強化型（連携型）」とともに6割弱、「従来型」では63.9%、「届出なし」では68.2%であった。

「拡充を検討」している割合については、機能強化型（単独型）も「機能強化型（連携型）」とともに約4割を占めて相対的に多く、一方で、「従来型」は16.6%、「届出なし」は9.6%と、相対的に少ない状況であった。

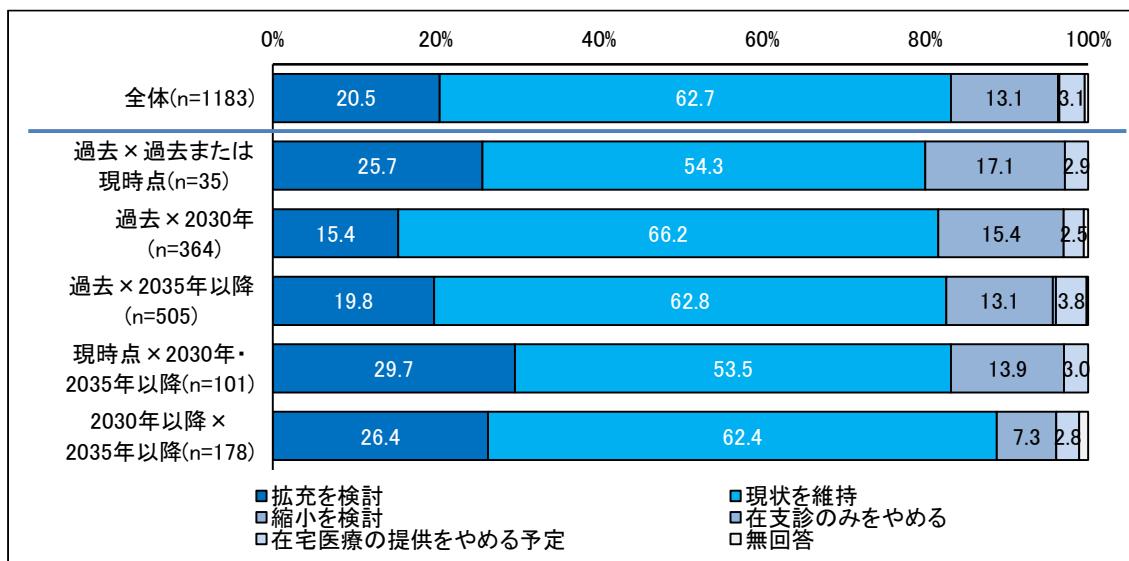
「縮小を検討」している割合については、「従来型」と「届出なし」が15%前後を占めていた。

図表 87 今後の在宅医療の取組についての方針-施設基準別



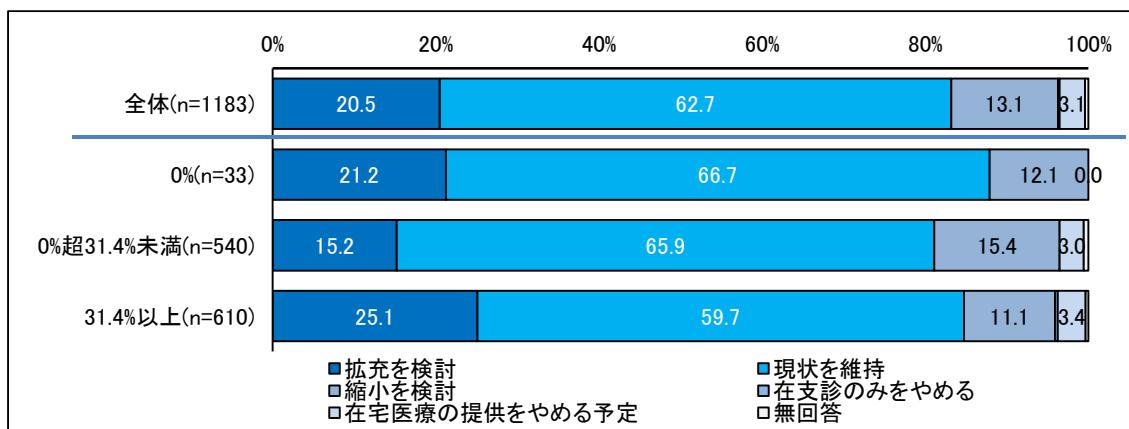
二次医療圏内人口動向別では、どの地域も約8割超が、維持・拡充という回答であった。「過去×過去または現時点」で「縮小を検討」および「在宅医療のみをやめる」の合計が最も多く約2割であるが、人口ピークが将来になるにつれて減少し、「2030年以降×2035年以降」では約1割であった。

図表 88 今後の在宅医療の取組についての方針-二次医療圏内人口動向別



二次医療圏内機能強化型届出割合別にみると、在宅医療を縮小・提供をやめるとした回答は、「0%」の方が少なく、医療圏内機能強化型届出がある地域のほうが相対的に高い割合を示していた。どの地域も8割以上は維持・拡充の方針であった。

図表 89 今後の在宅医療の取組についての方針-二次医療圏内機能強化型届出割合別



2.11.2 今後の方針に沿った対策

今後の方針（拡充か縮小か等）に基づいて、各診療所はどのような対策を講じる予定なのか、具体的な方法についての回答を図表 97、図表 98 に示す。

拡充を検討

拡充を検討している施設における具体的な対策をみると、最も多かったのは「医師の増員」であり 63.2%を占めていた。次いで、「看護師の増員」55.0%、「その他の職員の増員」が 38.8%、「提供する医療の拡充」が 38.0%、「対応エリアの拡大」34.7%などであった。

図表 90 在宅医療の「拡充を検討(n=242)」

	拡充: 具体的な方法(複数回答)	
	回答数	割合
医師の増員	153	63.2
看護師の増員	133	55.0
その他職員の増員	94	38.8
提供する医療の拡充	92	38.0
対応エリアの拡大	84	34.7
その他	17	7.0
合計	242	100.0

縮小を検討

縮小を検討している施設における具体的な対策をみると、「提供する医療の縮小」が最も多く 56.7%、次いで「対応エリアの縮小」が 38.2%、「看護職員の減員」が 10.8%、「医師の減員」が 10.2%、「その他の職員の減員」4.5%などの順であった。

図表 91 在宅医療の「縮小を検討(n=159)」

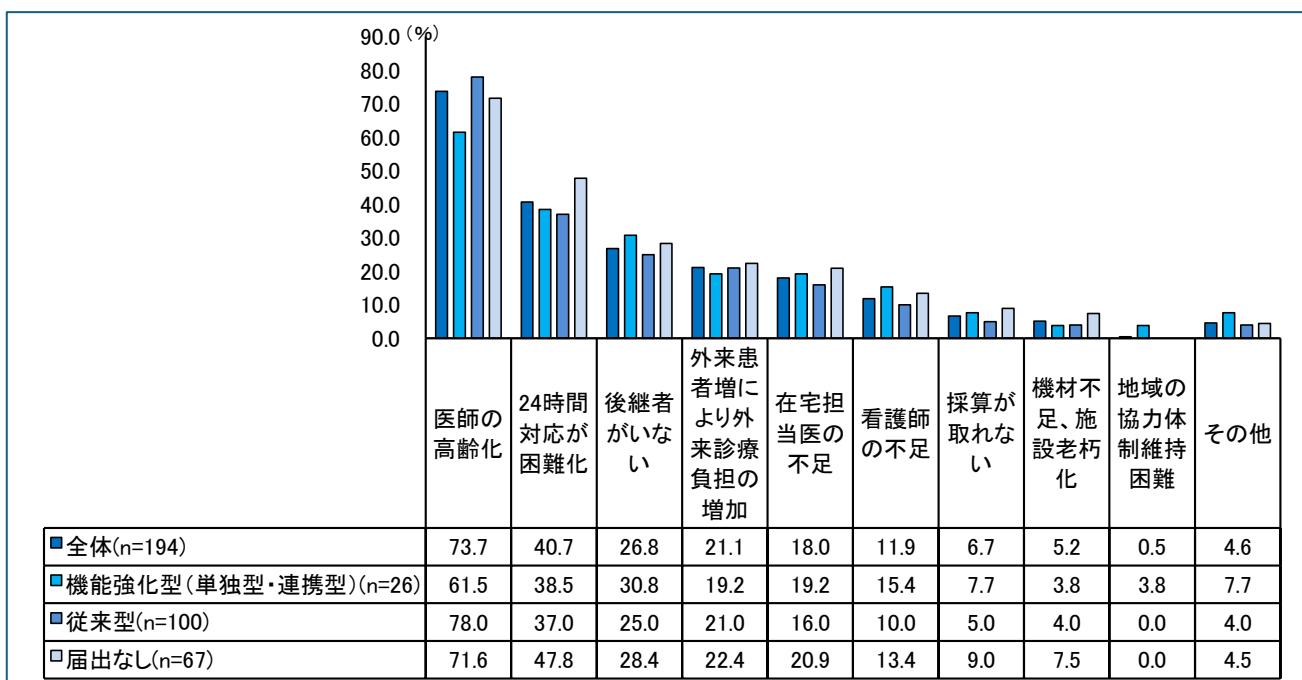
	縮小*: 具体的な方法(複数回答)	
	回答数	割合
提供する医療の縮小	89	56.7
対応エリアの縮小	60	38.2
看護師の減員	17	10.8
医師の減員	16	10.2
その他職員の減員	7	4.5
その他職員の増員	2	1.3
提供する医療の拡充	2	1.3
看護師の増員	1	0.6
対応エリアの拡大	1	0.6
その他	23	14.6
合計	157	100.0

*「在支診のみをやめる(2件)」を含む

2.11.3 縮小・廃止についての理由

縮小・廃止についての理由を尋ねたところ、「医師の高齢化」が最も多く 73.7%、次いで「24 時間対応が困難になったため」が 40.7%、「後継者がいない」が 26.8%、「外来患者増により外来診療の負担の増加」が 21.1%、「在宅医の不足」が 18.0%などの順であった。在宅医療の施設基準別でみても、理由の要素について特段の違いはなく、ほぼ同様の傾向が見られていた。

図表 92 縮小・廃止する理由(複数回答)-在支診施設基準別(n=194)



2.12 在宅医療を提供する上での課題

在宅医療を担っている診療所が、在宅医療の提供を通じて抱えている課題認識の現状を、図表93に示す。

「医師の高齢化」が44.1%で最も多く、次いで「24時間対応が可能な体制の確保」が35.2%、「在宅医療に従事する医師の確保」が34.1%、「経営の継続性」が32.9%、「緊急時の受け入れ態勢の整備」が32.2%、「家族の介護力」が31.1%「診療所の後継者の確保」が30.7%などの順であった。

図表93 在宅医療を提供する上での課題(n=1,183、複数回答)

	回答数	割合
医師の高齢化	522	44.1
24時間対応が可能な体制の確保	416	35.2
在宅医療に従事する医師の確保	403	34.1
経営の継続性	389	32.9
緊急時の受け入れ態勢の整備	381	32.2
家族の介護力	368	31.1
診療所の後継者の確保	363	30.7
在宅医療に関する診療報酬	290	24.5
在宅医療に従事する看護職員の確保	266	22.5
人口減少や競合医療機関增多による減収	212	17.9
本人や家族に対する看取り・ACPIについての理解の醸成	162	13.7
ターミナルケアや看取りケアまで対応できる体制づくり	143	12.1
災害時の継続的な医療の提供	143	12.1
在宅医療に従事するその他の職員の確保	136	11.5
在宅医療を提供する医療機関間の連携体制の構築	128	10.8
多職種連携のための環境の整備	109	9.2
在宅介護関連サービスの人手不足	78	6.6
住民へ医療機能分化や在宅医療への理解を促進するための情報提供	60	5.1
在宅医療に関する取組・研修機会の確保	34	2.9
その他	30	2.5

都市規模別

「大都市」においては、「24 時間対応が可能な体制の確保」が 38.5%で最も多く、次いで「医師の高齢化」が 38.3%、「経営の継続性」が 34.7%、「在宅医療に従事する医師の確保」が 32.7%、「緊急時の受け入れ態勢の整備」が 31.4%、などの順であった。

「中都市」においては、「医師の高齢化」が 49.4%で最も多く、次いで「診療所の後継者の確保」が 36.3%、「在宅医療に従事する医師の確保」が 35.3%、「家族の介護力」が 33.5%、「24 時間対応が可能な体制の確保」が 33.1%、の順などの順であった。

「小都市」においては、「医師の高齢化」が 45.8%で最も多く、次いで「24 時間対応が可能な体制の確保」が 35.5%、「在宅医療に従事する医師の確保」が 35.1%、「緊急時の受け入れ態勢の整備」が 33.1%、「診療所の後継者の確保」が 32.7%であった。

「町・村」においては、「医師の高齢化」が 36.1%で最も多く、次いで「家族の介護力」が 34.7%、「緊急時の受け入れ態勢の整備」が 33.3%、「在宅医療に従事する医師の確保」が 30.6%、「24 時間対応が可能な体制の確保」および「診療所の後継者の確保」が各々 29.2% であった。

図表 94 在宅医療を提供する上で主要な課題-都市規模別(n=1,183)

	大都市 (n=392)	中都市 (n=468)	小都市 (n=251)	町・村 (n=72)
医師の高齢化	38.3	49.4	45.8	36.1
24時間対応が可能な体制の確保	38.5	33.1	35.5	29.2
在宅医療に従事する医師の確保	32.7	35.3	35.1	30.6
経営の継続性	34.7	32.7	32.3	26.4
緊急時の受け入れ態勢の整備	31.4	32.3	33.1	33.3
家族の介護力	27.0	33.5	31.9	34.7
診療所の後継者の確保	23.0	36.3	32.7	29.2
在宅医療に関する診療報酬	25.5	25.2	22.7	20.8

在宅医療の施設基準別

「機能強化型（単独型）」においては、「在宅医療に従事する医師の確保」が 56.7%で最も多く、次いで「経営の継続性」および「在宅医療に関する診療報酬」が各々 33.3%、「家族の介護力」および「在宅医療に従事する看護職員の確保」が 30.0%であった。

「機能強化型（連携型）」においても、「在宅医療に従事する医師の確保」が 47.9%で最も多く、次いで「医師の高齢化」が 34.9%、「経営の継続性」が 33.0%、「在宅医療に関する診療報酬」が 31.1%、「24 時間対応が可能な体制の確保」が 30.8%などの順であった。

「従来型」においては、「医師の高齢化」が 47.5%で最も多く、次いで「緊急時の受け入れ態勢の整備」が 35.3%、「24 時間対応が可能な体制の確保」34.7%、「診療所の後継者の確保」が 33.2%、「経営の継続性」が 31.5%などの順であった。

「届出なし」においては、「医師の高齢化」が 49.8%で最も多く、次いで「24 時間対応が可能な体制の確保」が 41.8%、「緊急時の受け入れ態勢の整備」が 38.6%、「経営の継続性」 35.7%、「家族の介護力」 33.1%などの順であった。

図表 95 在宅医療を提供する上で主要な課題-在支診施設基準別 (n=1,183)

	機能強化型 (単独) (n=30)	機能強化型 (連携) (n=315)	従来型 (n=518)	届出なし (n=311)
医師の高齢化	26.7	34.9	47.5	49.8
24時間対応が可能な体制の確保	20.0	30.8	34.7	41.8
在宅医療に従事する医師の確保	56.7	47.9	29.3	26.4
経営の継続性	33.3	33.0	31.5	35.7
緊急時の受け入れ態勢の整備	16.7	22.5	35.3	38.6
家族の介護力	30.0	30.2	30.7	33.1
診療所の後継者の確保	26.7	26.3	33.2	31.8
在宅医療に関する診療報酬	33.3	31.1	25.9	15.4
在宅医療に従事する看護職員の確保	30.0	29.5	21.8	15.8

二次医療圏内人口動向別

「過去×過去または現時点」では「医師の高齢化」が 57.1%で最も多く、次いで「診療所の後継者の確保」が 48.6%、「在宅医療に従事する医師の確保」、「経営の継続性」が各々 42.9%などの順であった。

「過去×2030 年」では「医師の高齢化」が 46.2%で最も多く、次いで「24 時間対応が可能な体制の確保」「診療所の後継者の確保」が各々 33.8%などの順であった。

「過去×2035 年以降」では「医師の高齢化」が 47.1%で最も多く、次いで「緊急時の受け入れ体制の整備」が 35%、「24 時間対応が可能な体制の確保」が 34.3%などの順であった。

「現時点×2030 年・2035 年以降」では「24 時間対応が可能な体制の確保」が 41.6%で最も多く、次いで「在宅医療に従事する医師の確保」が 38.6%、「医師の高齢化」が 37.6%などの順であった。

「2030 年以降×2035 年以降」では、「24 時間対応が可能な体制の確保」が 38.2%で最も多く、次いで「経営の継続性」が 37.1%、「医師の高齢化」、「在宅医療に従事する医師の確保」が各々 32.6%であった。

図表 96 在宅医療を提供する上の課題-二次医療圏内人口動向別(%)

	過去×過去または現時点(n=35)	過去×2030 年(n=364)	過去×2035 年以降(n=505)	現時点×2030年・2035年以降(n=101)	2030年以降×2035年以降(n=178)
医師の高齢化	57.1	46.2	47.1	37.6	32.6
24時間対応が可能な体制の確保	28.6	33.8	34.3	41.6	38.2
在宅医療に従事する医師の確保	42.9	32.7	34.1	38.6	32.6
経営の継続性	42.9	29.9	32.5	34.7	37.1
緊急時の受け入れ態勢の整備	31.4	31.3	35.0	29.7	27.5
家族の介護力	25.7	32.4	33.3	27.7	25.3
診療所の後継者の確保	48.6	33.8	31.7	28.7	19.1
在宅医療に関する診療報酬	20.0	26.9	23.6	19.8	25.8
在宅医療に従事する看護職員の確保	22.9	21.2	24.6	17.8	21.9
人口減少や競合医療機関增多による減収	25.7	17.9	18.0	15.8	17.4
本人や家族に対する看取り・ACPIについての理解の醸成	5.7	15.4	13.9	12.9	11.8
ターミナルケアや看取りケアまで対応できる体制づくり	8.6	12.9	12.3	15.8	8.4
災害時の継続的な医療の提供	14.3	9.1	14.3	8.9	13.5

2.13 結果のまとめ

(1) 基本情報

- ・在宅医療を担う診療所 (n=1,183) は、「中都市」(39.6%)、「大都市」(33.1%) の順で多く、中核都市および周辺都市が主要な提供主体となっている。「無床」が 95.3%、「内科」が 76.2%と大半を占めている。

(2) 在宅医療提供の状況

- ・開始時期は、「2010 年～2019 年」が 31.7%で最多、「2020 年以降」も 18.8%が新規参入している。新しい時期に開始した診療所ほど「在宅医療に対するニーズの高まり」や「もともと興味・関心があった」という、社会的な要請と医師側の高い意欲による理由が増加傾向にある。また、開始時期が新しいほど「外来の延長」として実施する割合 (～1999 年 : 95.6% → 2020 年～ : 63.5%) が低下し、「在宅医療が中心」または「専門」とする割合が顕著に増加していた。

(3) 在宅医療の提供体制

- ・1 施設あたりの在宅医療に従事する医師数は平均 1.9 人。機能強化型（単独型）は平均 5.8 人と、多人数体制で在宅医療の中心を担っていた。医師の年代構成は「50 代」(23.2%)、「60 代」(22.7%) が中心であり中高年層の医師の割合が高い。
- ・訪問エリア・移動時間については、平均訪問距離は 8.7km。過疎地域型の二次医療圏では、移動距離 10km 以上が 60.8%を占めるなど、大都市型と比べて移動負担が大きい。同一医療圏内に機能強化型がない地域 (0%) では、10km 以上の移動が 75.8%と、特に負担が大きい。
- ・対応可能な医学的管理については、「在宅酸素」(81.7%)、「点滴・静脈注射」(76.3%) 「ターミナルケア」(70.0%) への対応可能率が高い。過去 15 年間で訪問診療の質が大きく向上している。過疎地域型では、「経管栄養」「ターミナルケア」などの項目で、むしろ大都市型・地方都市型を上回る対応可能率がみられた。また、過去に実施した第 1 回 (2010 年)、第 2 回 (2016 年) の経年でみると、ほぼ全ての項目対応が可能であるとする回答が大きく増加しており、訪問診療の質そのものが、過去 15 年間で大きく向上していることが示唆された。
- ・1 施設あたりの在宅療養患者数の平均は 23.6 人、平均訪問回数は 58.3 回であった。

（4）在宅医療の施設基準別の状況

- ・患者の年齢構成は85歳以上が約65%。機能強化型在支診は他の群と比べて、患者数・訪問回数が顕著に多いだけでなく、40歳未満や40～64歳までの比較的若い年代の患者の割合も高い傾向が見られた。機能強化型がより重度で多様な在宅医療ニーズに対応していることを示唆していた。

（5）終末期・看取りへの対応

- ・対象全体で約9割（89.7%）の診療所が看取りに対応しており（「積極的に行っている」37.7%+「可能な範囲で行っている」52.0%）、在宅医療における看取りの役割の重要性が示されていた。また、ACP（人生の最終段階における医療・ケアに関する話し合い）への取り組みについても、61.3%（「積極的」14.4%+「可能な範囲」46.9%）が取り組んでいる状況である。取り組んでいない理由では「対応可能な人員（組織）体制がない」（14.5%）が上位に挙げられた。

（6）多職種連携とDX

- ・医療・介護関係者との連絡手段は、「電話」（96.4%）、「FAX」（79.5%）、「情報提供書等の紙媒体」（67.1%）が中心であり、アナログな手段が主流であった。
- ・一方で、ICTの活用においては、電話以外で最もよく使う連絡手段として、2番目に「多職種連携用SNS・コミュニケーションツール」が利用されており（11.2%）、その他のICTツールの利用もみられていた。ICTツールが有用なコミュニケーション手段の一つとして定着しつつあることを示している。
- ・機能強化型（単独型）は「多職種連携用SNS・コミュニケーションツール」の利用割合（33.3%）が他の施設基準を大きく上回っており、ICTへの移行を牽引していた。若手医師（40代以下）もICT活用に積極的に採用している傾向が裏付けられた。
- ・診療報酬上のICTを活用した連携についての診療報酬上の評価はかなり整備されている。しかし、在宅医療における多職種連携に係る加算の算定状況をみてみたが、「在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料」、「在宅医療情報連携加算」、「往診時医療情報連携加算」、「介護保険施設等連携往診加算」、「在宅療養移行加算（1～4）」のいずれも算定率は低位であった。

（7）災害対応についての方針

- ・被災時における在宅医療の提供については、「避難先が自院から近い場合は提供可能」が70.8%、「電話やオンラインにより、提供可能」が47.4%であり、提供意向は高い。しかし、業務継続計画（BCP）の策定状況は、「策定していない」が54.8%と最も多く、「策定済み」は16.5%に留まり、大規模災害時における医療提供体制の脆弱性が懸念され

（8）今後の在宅医療の取組についての方針

- ・今の方針は「現状維持」が62.7%と最も多く、拡充を検討している施設は20.5%に留まっている。縮小・廃止を検討する理由として、「医師の高齢化」（73.7%）、「24時間対応が困難になったため」（40.7%）、「後継者がいない」（26.8%）といった、供給側の構造的課題が上位を占めている。

（9）在宅医療を提供する上での課題

- ・在宅医療を提供する上での課題は、以下の通り、人的資源と体制の維持に関する項目が上位を占めた。
 - 医師の高齢化（44.1%）
 - 24時間対応が可能な体制の確保（35.2%）
 - 在宅医療に従事する医師の確保（34.1%）
 - 経営の継続性（32.9%）
 - 緊急時の受け入れ態勢の整備（32.2%）
 - 家族の介護力（31.1%）
 - 診療所の後継者の確保（30.7%）

3 考察

調査の結果、診療所における在宅医療は、量・質ともに進展しており、地域における役割・存在が確立しつつあることを示している。一方で、詳細に把握していくと、地域特性に起因する医療提供体制の不均衡やそれぞれの地域課題も異なり、在宅医療の継続性に関しては脆弱な面も浮き彫りになった。

1. 地域特性に起因する提供体制の課題

- ・**二次医療圏地区別**：地方圏・過疎地域の診療所は、大都市型・地方都市型の診療所と比較して、一部の高度な医学管理項目においてむしろ高い対応可能率を示している。これは、これらの地域では医療資源が限られているため、個々の診療所がより広範な医療ニーズにオールラウンドに対応せざるを得ず、その結果として、ある程度独立したスタンスで、幅広い能力を身につけていることを示唆している。
- ・**二次医療圏人口動向別**：人口減少地域に位置する診療所は、患者数の減少リスクに直面しつつも、現に地域で療養する患者の重度化のニーズを一手に引き受ける傾向が強いと推測される。そのため、「医師の高齢化」や「24時間対応体制の確保」といった課題が、人口増加地域（主に都市部）と比較してより深刻な課題として顕在化していると考えられる。一方で、人口増加地域では、重度化ニーズは機能強化型在支診に集中する傾向にあるが、24時間体制の確保や緊急時の受け入れ先の整備について課題認識が強く、今後の在宅患者のニーズの増加に向けて、地域医療全体の中での連携体制や在宅医療を担える医師の確保などが課題となっている。

2. 在宅医療提供体制の構造的課題

在宅医療提供体制の全体を通して、「医師の高齢化」と「24時間対応の確保」が最大の課題として挙げられている。これは、地域医療構想の推進の中で、個々の診療所の努力を超えた構造的な問題となっている。医師の働き方改革も相俟って、緊急対応や24時間体制の構築は今後より一層困難になることが想定される。

3. 多職種連携と DX と災害対応

- ・多職種連携における情報共有においては、関係者の負担軽減が急務とされる中で、ICT を導入している診療所は全体の約 3 割であり、業務の効率性や安全性を向上していくためにも一層の進展が必要である。特に、地域全体での標準化や異なるシステム間の連携がボトルネックになっていること、ICT の導入そのものに対して、好事例の周知や普及などが不十分であることも示唆された。
- ・日常的に広く用いられているアナログな連絡手段は、災害時においては脆弱である¹⁷。ICT ツールの利用が進みつつあるものの、それが地域や多職種間で運用されていない場合、災害時に連携機関間で共通のプラットフォームで情報共有を行うことができず、円滑な連携を阻害する要因となる。

上記の結果と考察に基づき、今後の在宅医療のニーズが増大する地域が多数であることから、在宅医療の提供体制の持続的な展開に向けて、以下のように提言する。

1. 地域特性に応じた在宅医療を担う診療所の後方支援ネットワークの構築

地域医療構想の中でより一層の連携強化が必要である。

2. 在宅医療 DX の一層の推進：情報セキュリティに十分に留意し、医療機関単体ではなく、地域全体で多職種連携における ICT を活用した情報共有システムの地域標準化と相互運用性の確保を自治体や医師会主導で推進すべきである。そのための好事例の周知を国が中心となって積極的に行うべきである。これにより、医師が時間や場所を問わず患者情報にアクセスでき、平時における多職種連携がシステムとして充実するとともに有事の際に有効な手段となりうる。

3. 在宅医療継続性に向けて

医師会や診療所自身が、圏域内の連携強化（共同診療）、地域医療推進法人等の新たな経営の方向性について、主体的に検討することが必要である。また、医師の高齢化に伴う事業の継続性そのものが大きな課題となっている。行政による事業承継などの支援も必要である。

¹⁷ 電話・FAX の機能停止：大規模災害発生時、電話回線（特に固定電話や一部の携帯電話回線）は輻輳や物理的な損壊により機能停止する可能性が極めて高い。主要な連絡手段が失われることにより、診療所と患者家族、連携機関との間で必要な情報交換が即座に断絶する。紙媒体の限界：カルテや情報提供書といった紙媒体は、診療所の損壊や水害により容易に失われ、情報の回復が困難となる。災害時には、患者の基本情報、投薬状況、緊急時の対応方針といった生命維持に直結する情報の喪失リスクが極めて高い。