日本地域包括ケア学会　第7回大会

日時：令和7年（2025年）12月21日（日）　13:30～17:30

場所：日本医師会館×Zoomハイブリッド開催

在宅療養から見た地域包括ケアシステムの現状と課題

「地域包括ケアシステムを支える在宅療養の担い手」

日本在宅療養支援病院連絡協議会

理事　織田正道

①在宅療養支援病院（在支病）とは、

自宅で療養する患者さんが安心して過ごせるよう、**24時間体制での連絡・往診**、**訪問看護**、**緊急時の入院**など、総合的な医療・看護・介護連携を提供する病院で、主に**病床200床未満の中小規模病院**が指定。地域のかかりつけ医と連携して、患者さんの自宅で計画的・臨時的な診療を行い、介護事業所とも連携し、看取りまで含めた包括的な在宅療養を担う。

（参考）在支診・在支病の施設基準

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	（参考）在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	①　24時間連絡を受ける体制の確保　②　24時間の往診体制　③　24時間の訪問看護体制 ④　緊急時の入院体制　⑤　連携する医療機関等への情報提供　⑥　年に１回、看取り数等を報告している ⑦　適切な意思決定支援に係る指針の作成　⑧　訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ⑨　介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 （１）許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径４km以内に診療所が存在しないこと （２）往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※　医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○　許可病床数200床以上 ○　在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○　連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む） ※　やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○　連携医療機関との間で、３月に１回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦　在宅医療を担当する常勤の医師 ３人以上		⑦　在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で３人以上			
	⑧　過去１年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧　次のうちいずれか１つ ・過去１年間の緊急往診の実績 10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている	⑧　過去１年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で４件以上	⑧　次のうちいずれか１つ ・過去１年間の緊急往診の実績 10件以上各医療機関で４件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている		
	⑨　過去１年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか４件以上		⑨　過去１年間の看取りの実績 連携内で４件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか２件以上			
	⑩　地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい					
	⑪　各年５月から７月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の１月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。					

すべての在支病・在支診の基準

① 24時間**連絡**を受ける体制の確保

② 24時間の**往診**体制

③ 24時間の**訪問看護**体制

④ 緊急時の**入院**体制

⑤ 連携する医療機関等への**情報提供**

⑥ 年に１回、**看取り**数等を報告している

⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成

⑧ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備

⑨ **介護保険施設**から求められた場合、**協力医療機関**として定められることが望ましい基準

機能強化型在支病の基準

① 在宅医療を担当する**常勤の医師連携内で３人以上**

② 次のうちいずれか１つ

・過去１年間の**緊急往診**の実績**10件以上**

・**在宅療養支援診療所等からの要請**により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の**緊急受入**を行った実績が直近１年間で**31件以上**

・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている

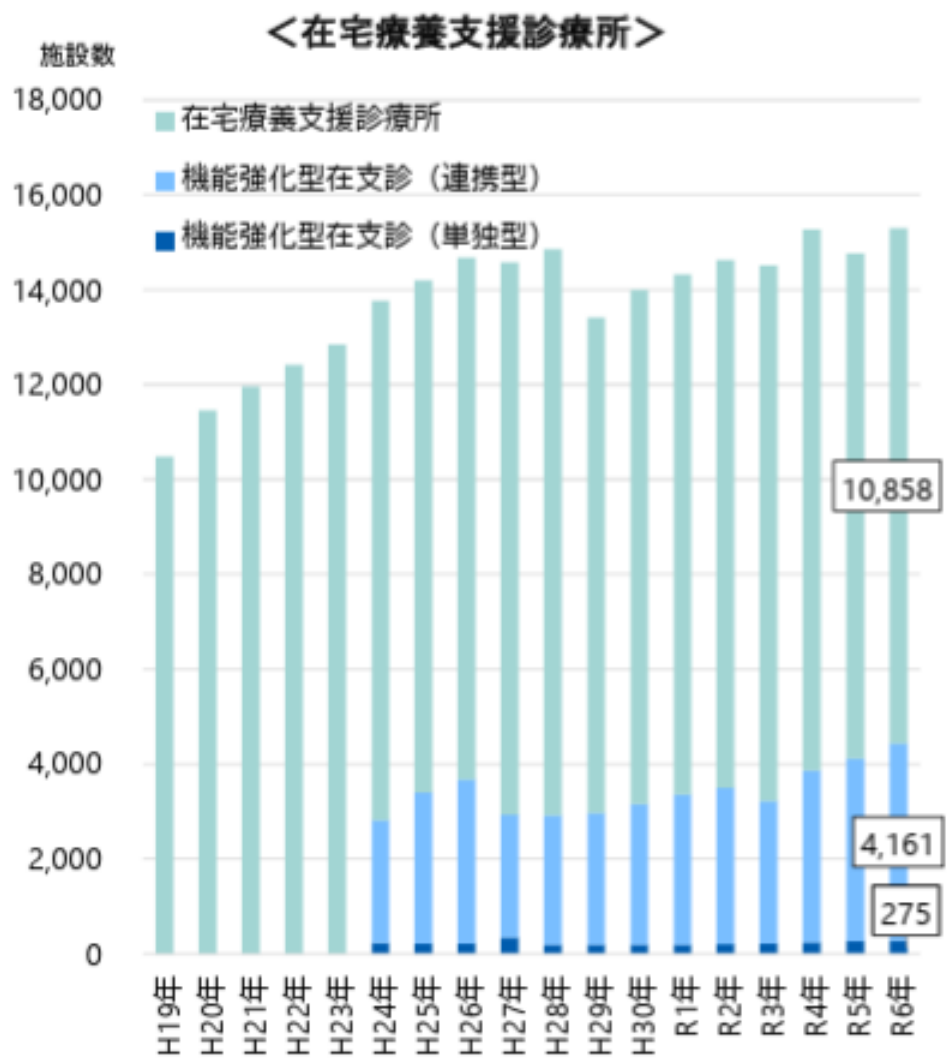
③ 過去１年間の**看取りの実績**又は**超・準超重症児の医学管理**の実績いずれか**４件以上**

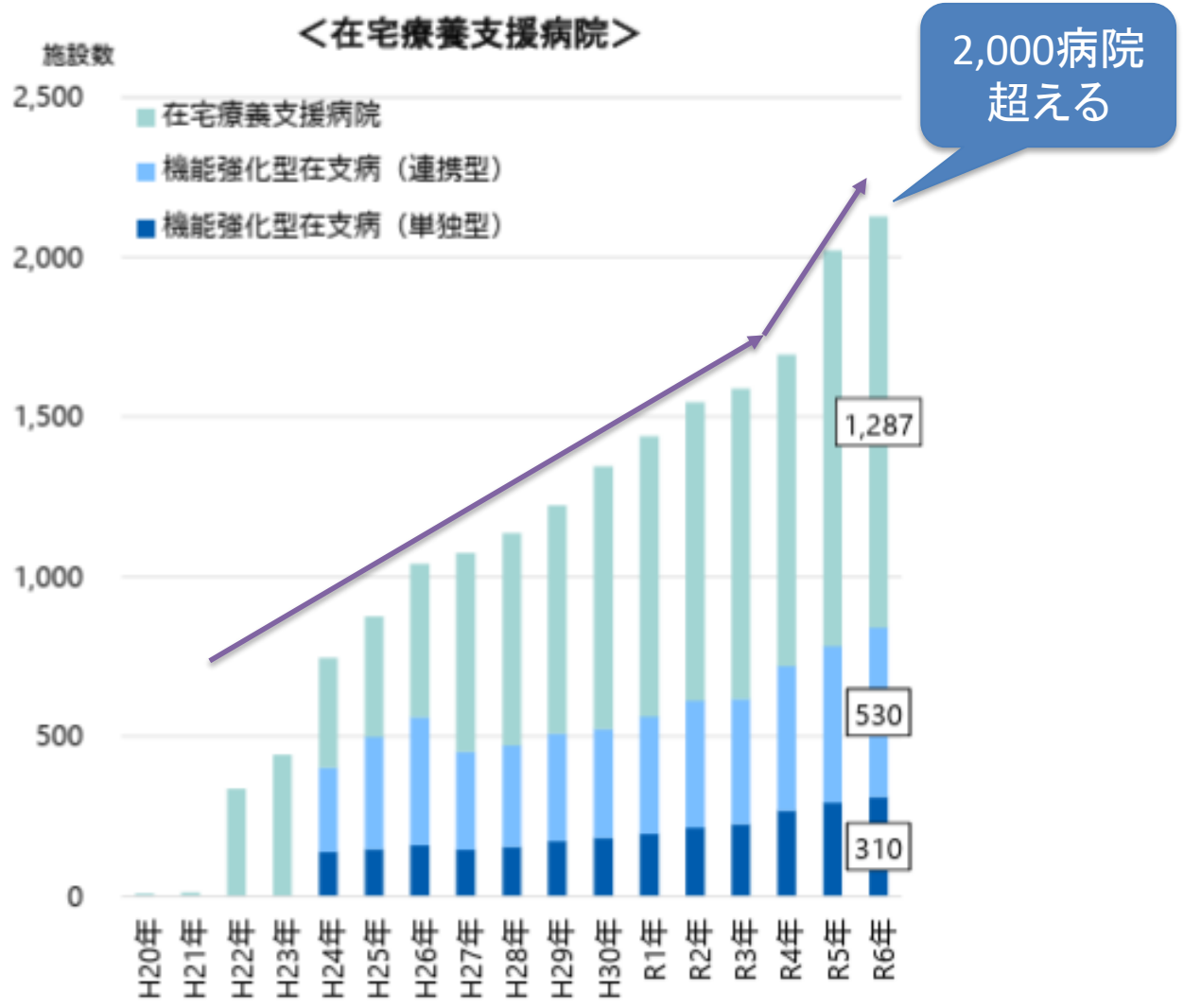
④ 地域において**24時間体制での在宅医療の提供**に係る積極的役割を担うことが望ましい

在宅療養支援診療所・病院の届出数

中医協　総－２
７．８．２７

○　届出施設数について、在宅療養支援診療所は横ばい、在宅療養支援病院は増加傾向である。
○　機能強化型の在宅療養支援診療所と病院はいずれも、連携型が特に増加傾向である。

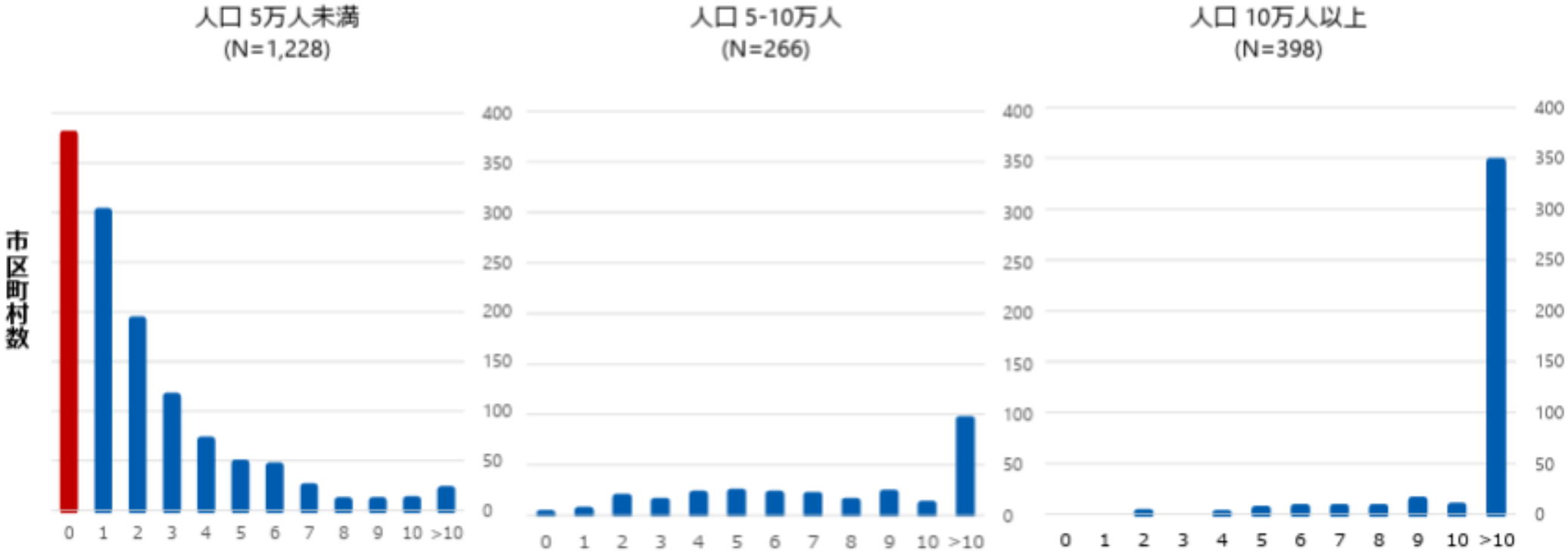




出典：保険局医療課調べ（各年７月１日時点、令和６年は８月１日時点）

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

②　多職種連携と地域包括ケアの推進に向けた事例

「病気が治る」だけでは、家に帰ることができない。

「治す医療」から **「治し支える医療」** へ。

誰ひとり取り残さない。（*No one will be left behind*）

https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/

入院 →

退院 →

在宅療養支援：多職種協働フラット型チームでICT活用

退院

症状安定
約2週間

入院中

入院

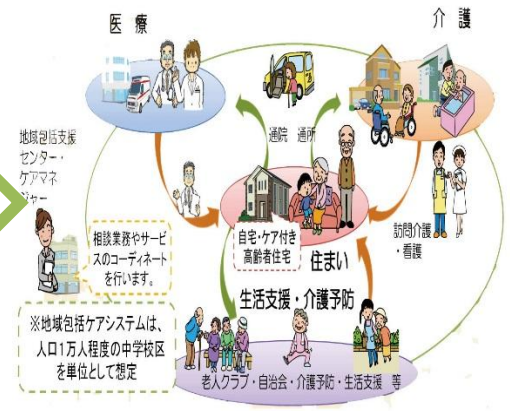
病棟Ns.
医師
MSW
薬剤師
PT OT
1次
2・3次
対象特定
初期調整
退院支援DB
外来Nrs.
他院地域連携室
ケアマネ
老健相談員
管理栄養士

退院直後

MSW
医師
IoT・AI見守りシステム
ケアの継続
ケアマネ
訪問Ns.
家族
ヘルパー
訪問リハ

タブレット
スマートウォッチ
AIカメ

在宅(地域包括ケアシステム)



・入退院支援チーム

・連携センター
在宅療養支援チーム（MBC）

・地域と共に支える仕組み
（オンライン診療）

多職種協働の在宅療養支援チーム（メディカル・ベースキャンプ）

病院を基地（ベースキャンプ）とし、
訪問系サービスで
退院後の在宅生活までケアする部署

リエゾンナースとＭＳＷ、ケアマネの役割分担

退院支援

リエゾンナース主な役割

医療や看護の視点から継続したケアが必要なケースの退院支援

退院調整

MSW主な役割

経済的問題の調整・解決、福祉制度や社会的資源の活用、ネットワークを利用した後方施設の調整など

訪問看護・訪問リハ主な役割

在宅を訪問し、医療処置やリハビリ、生活支援、家族への指導

ケアマネ主な役割

退院後の介護保険サービスのマネジメント

在宅生活のケアプラン作成

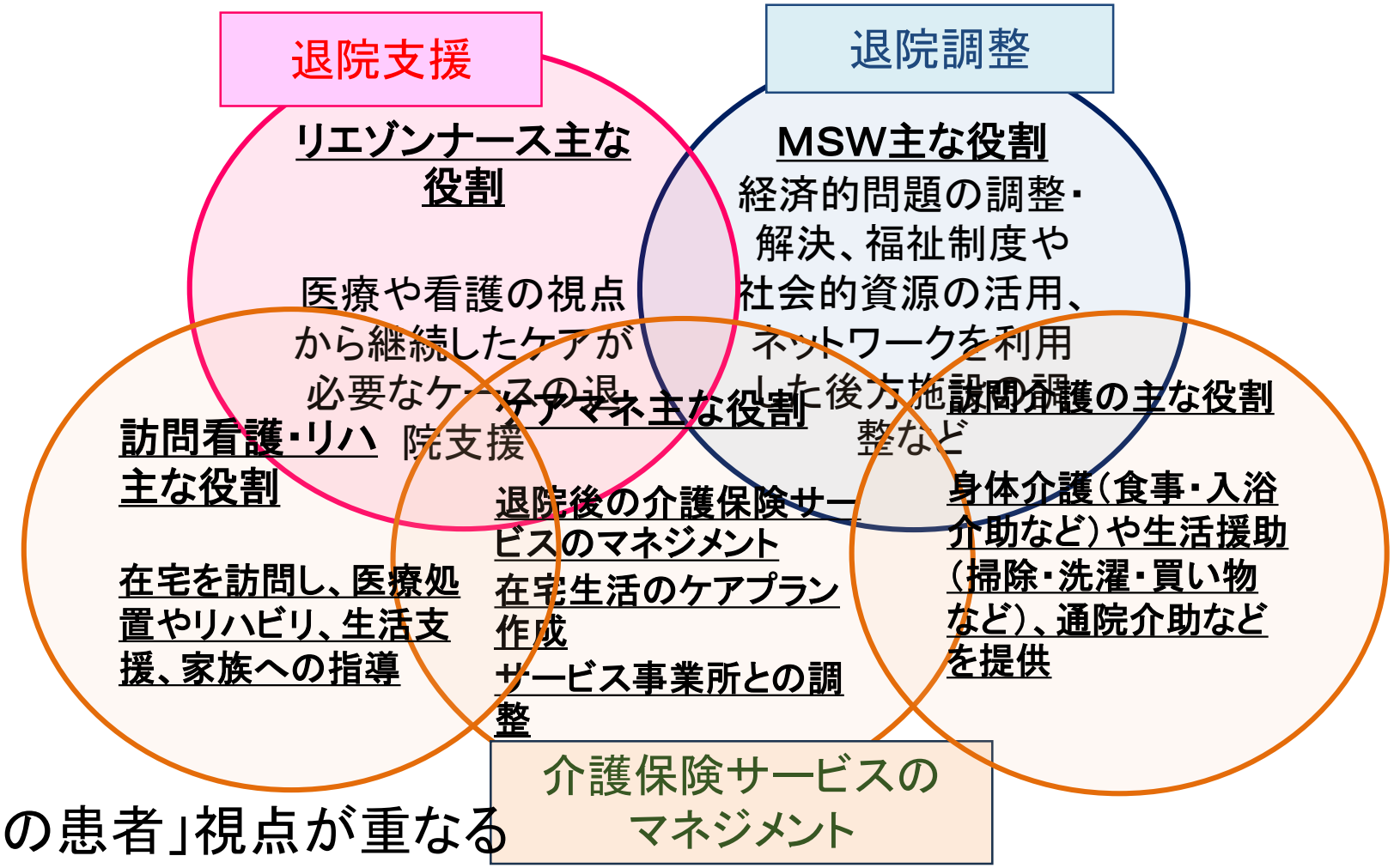
サービス事業所との調整

介護保険サービスのマネジメント

訪問介護の主な役割

身体介護（食事・入浴介助など）や生活援助（掃除・洗濯・買い物など）、通院介助などを提供

リエゾンナースとＭＳＷ、ケアマネの役割分担

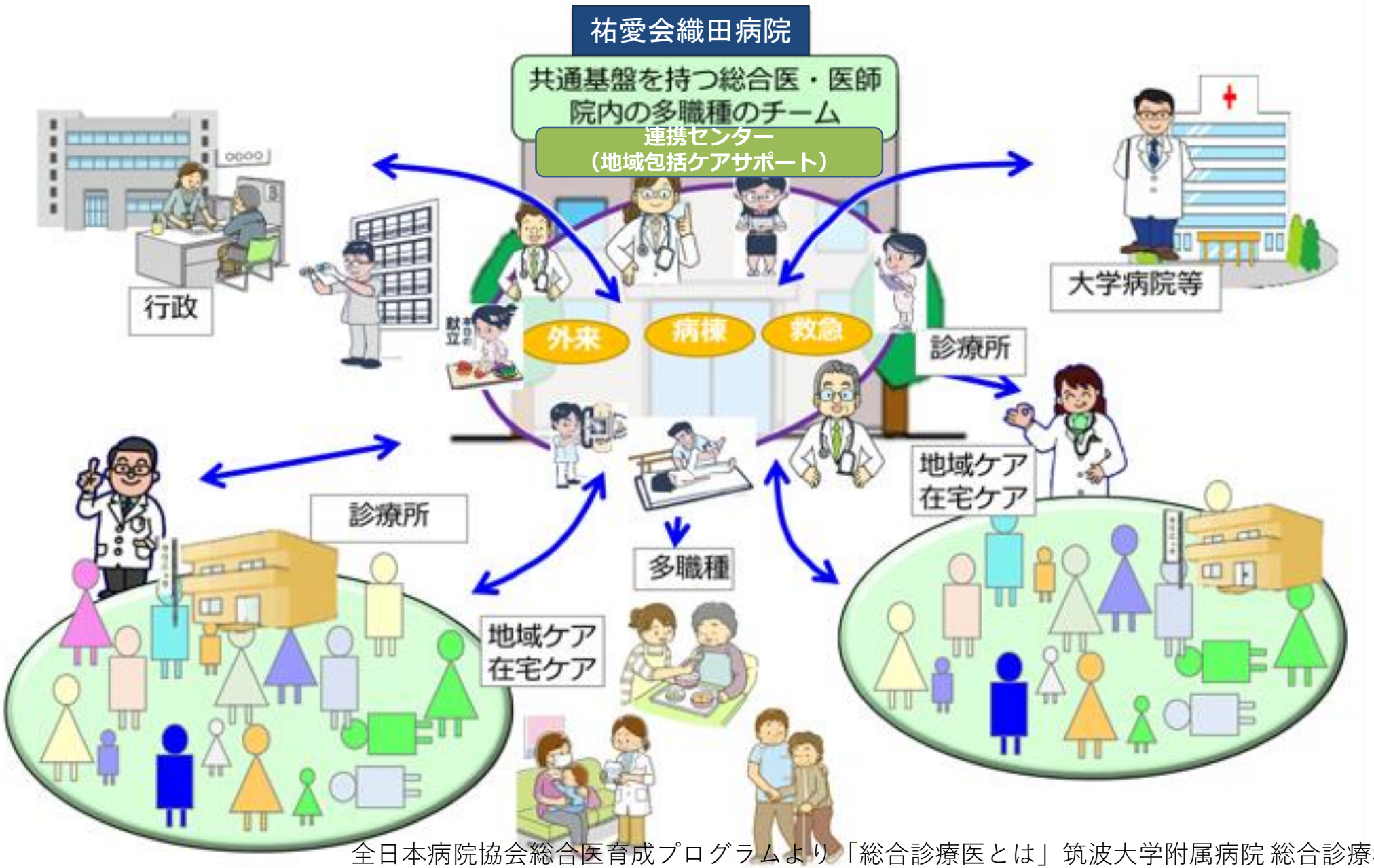


- 「生活者としての患者」視点が重なる
- 重複しているからこそ協働が重要
- 情報の“分断”ではなく“重なり”が必要

MBC（Medical Base Camp）もスタッフ間の壁がない

訪問直後に
在宅の情報を交換

地域を支える病院と地域包括ケアシステム



全日本病院協会総合医育成プログラムより「総合診療医とは」筑波大学附属病院 総合診療科　前野哲博

退院前カンファランスと自宅訪問

退院前カンファレス

自宅訪問

地域との顔の見える関係作り

他事業所介護職員の研修や、地域住民への啓発活動を積極的に企画する

地域リーダー研修事業
～多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業～

在宅サービス関係者対象の勉強会（月1回）

市民公開講座（月1回）

ヘルスアップ事業（随時）

③　ICT活用による情報共有と会議の実施体制

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

➢ 在宅で療養を行っている患者等に対し、ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、**医療・ケアに関わる関係職種がICTを利用して診療情報を共有・活用して実施した計画的な医学管理を行った場合の評価、患者の急変時等に、ICTを用いて関係職種間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合の評価**等を実施。

在宅医療におけるICTの類型について

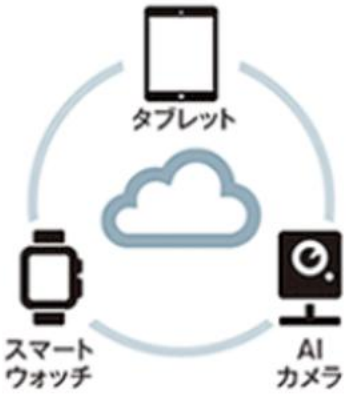
- 在宅医療におけるICT （Information and Communication Technology : 情報通信技術）の活用には様々な類型があるが、特に在宅医療の需要に対して医療従事者のマンパワーが不足している地域においては、オンライン診療等の活用や各種業務の自動化の導入、多職種間の情報共有・連携による業務効率化と医療の質の担保が期待される。

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

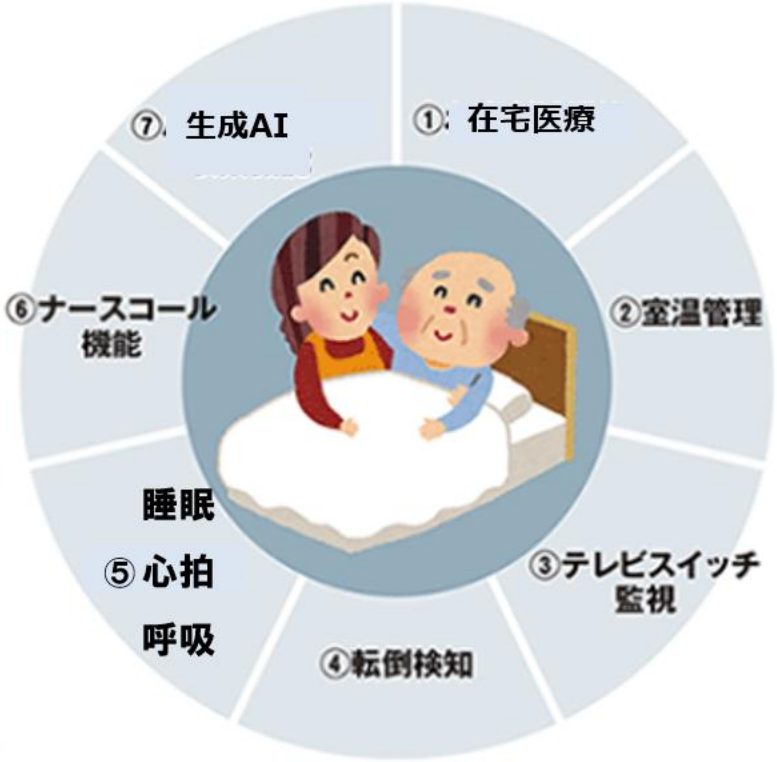
その他、遠隔モニタリング、ＡＩによるデータ解析・診療支援等の類型も考えられる。

ICTの活用で在宅見守り効率化

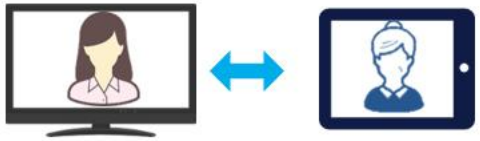
ベッドスキャン



機器	機能
タブレット	•お声がけ機能 •遠隔診療
スマートウォッチ	•ナースコール機能 •バイタルデータ収集機能
AIカメラ	•転倒検知（AI画像解析） •長時間不在検知（AI画像解析）



ビデオ通話



室温センサー

ワットチェッカー

全体ミーティングでの患者状態確認。情報は視覚化され、共有もスムーズ。

ただし、ICT活用の際には『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン』に沿うこと

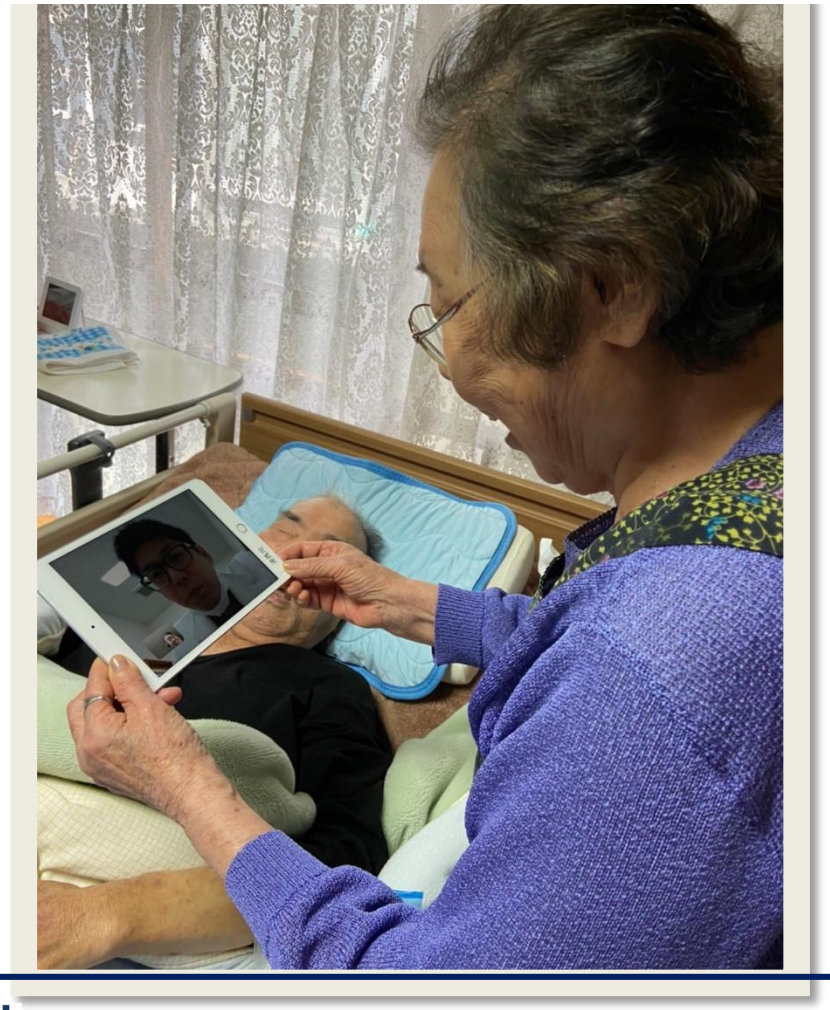
④「オンライン診療」を本格化

スマートフォンやタブレットでオンライン診療が簡易化

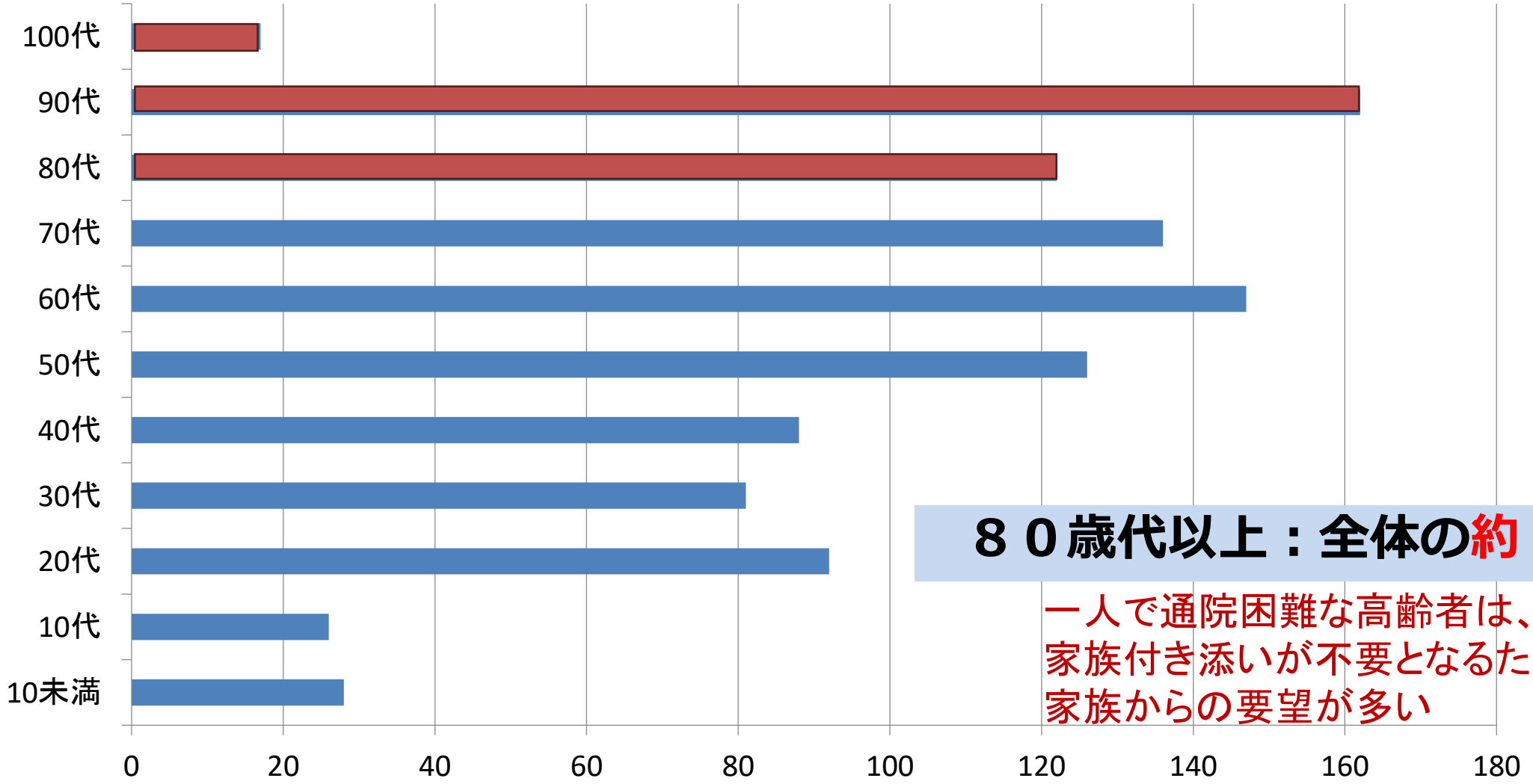
オンライン診療を、スマートフォンやタブレット、PCなどを用いて診察の予約から診療、決済まで全てオンライン（非対面）で行うための**アプリケーション**が数多く登場

共有できるデータ

- 血圧
- 血糖値
- 体重
- 体温
- 心拍数
- 歩数
- 酸素飽和度



当院のオンライン診療・年代別件数 （総数：1，137名）



８０歳代以上：全体の約２９％

一人で通院困難な高齢者は、
家族付き添いが不要となるため
家族からの要望が多い

在宅療養支援病院から見た現状と課題、および重要な視点

① **在宅療養支援病院は全国で増加**しているが、**人口5万人未満の自治体**では在支診を含め**“未整備”**の地域が多く**大きな地域格差**が存在

② 在宅療養を支えるには **多職種連携が不可欠**

③ 医療・介護・行政の情報をつなぐ **ICT活用は連携強化に有効**

・診療情報・ケア情報の共有
・地域連携の迅速化

④ **オンライン診療**は在宅療養者のフォローに有用であり、当院では**積極的に活用**している

⑤ 在宅療養を支える基盤である **訪問介護の役割は非常に大きい**
しかし地方では事業運営が厳しく、利用者ニーズに**十分対応できない**地域が多い