３．在宅医療の４つの場面とは何か

24

在宅医療の４場面は、いつから？

令和5年（2023年）3月31日：
第8次医療計画の策定に向けた新たな「在宅医療の体制構築に係る指針」が国（厚生労働省）から通知される。

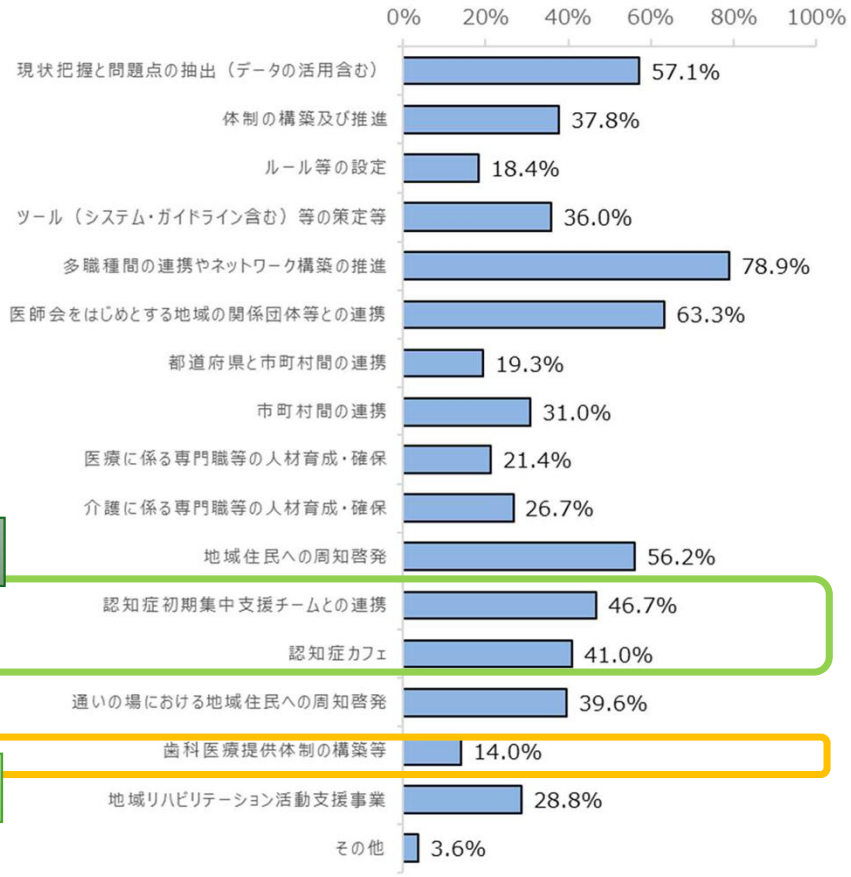


＜在宅医療の提供体制に求められる医療機能について＞ 指針第２ ２
(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】
(2) 日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】
(3) 急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】
(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

在宅医療の４場面別にみた取り組み状況（１）

幅広い！

「日常の療養支援」と関連づけた取り組み状況（複数回答）
（n=1,273）



認知症

歯科

「入退院支援」と関連づけた取り組み状況（複数回答）
（n=1,431）

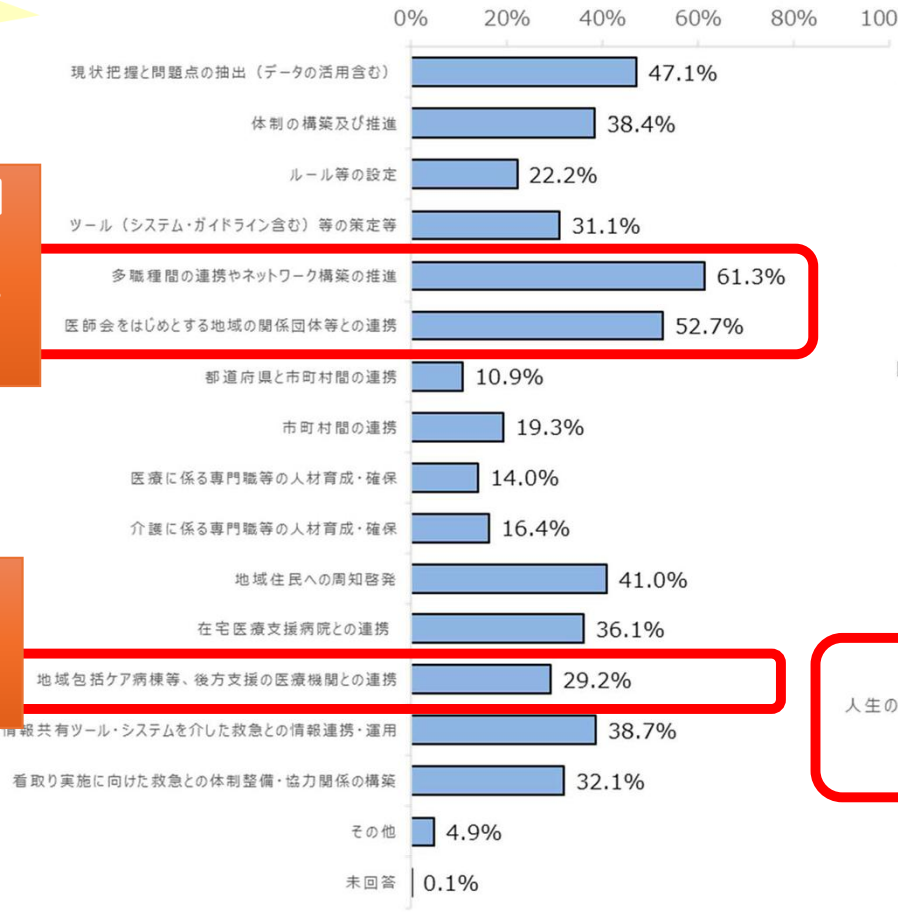


ルール作り

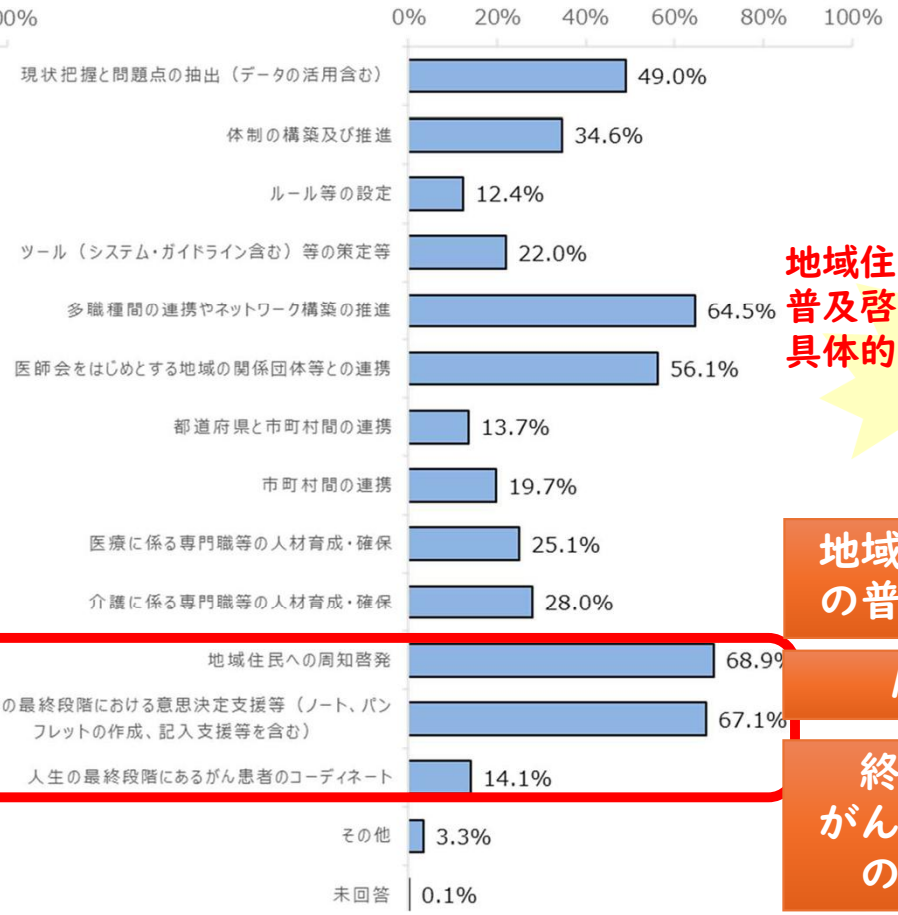
・ケアマネと病院
・地域包括支援Ｃと病院
・障害者相談支援と病院
・医療的ケア児の調整　など

在宅医療の４場面別にみた取り組み状況（２）

「急変時の対応」と関連づけた取り組み状況（複数回答）
（n=954）



「看取り」と関連づけた取り組み状況（複数回答）
（n=1,201）



連携

専門職・団体ネットワーク

後方病床ネットワーク

地域住民への普及啓発から具体的支援の充実

地域住民への普及啓発

ACP

終末期がん患者への支援

27

ちょっと共有

「チャットに一言」（30秒）

在宅医療４場面のうち、自分が一番よく分からないのはどれでしょうか。
チャットに入力してみましょう。



4場面は「並列」ではない

A県の調査分析からは、日常の療養支援の連携基盤の強度が、他の3場面すべての質を決めていることが示唆された。

日常の療養支援	在宅医・訪看・ケアマネの多職種協働による継続的支援	**ここが弱いと、以下3場面すべての質が下がる**
入退院支援	病院MSW ⇔ 在宅ケアマネの「スムーズ」な情報移行	在宅情報が病院に伝わらず退院調整が難航。再入院リスク増大
急変時の対応	在宅医・救急隊の連携、「本人の意思」の事前共有	急変の予防が失敗。本人の意思が不明なまま救急搬送・延命措置へ
看取り	「本人の望む場所」での療養を支えるチーム体制	在宅での生活継続が不可能となり、望まない施設入所や入院死に

※　4場面に共通して必要な基盤 ＝ ACP（継続的な対話）と ICT（情報共有の仕組み）

出所）令和7年度「地域包括ケアに係る各種施策の調査（在宅医療・介護連携推進事業）」（A県）より作成。

課題と取組の「ミスマッチ」を探す

A県の分析で最も深刻とされたのは、日常の療養支援の場面であった。

場面	中核的な課題	主な取組	ミスマッチの指摘
入退院支援	情報共有（15件） 連携ルール・情報が不十分	手引き等の作成（18件） ツールの作成・活用（12件）	ルール（手引き）は作られたが、ツールの普及・活用や専門職間の連携そのものが課題として残っている
日常の療養支援	資源の不足（13件） 支援スキル（12件）	手引き等の作成（18件） 研修・講座開催（16件）	最も深刻なミスマッチ。現場は「人・リソース」が枯渇しているのに、取組は「人・時間」を消費する学習と参加に集中している
急変時の対応	情報（知識）の普及（10件） ACPの認知度不足	ツールの作成・活用（13件） 救急医療情報キット等	「モノ（キット）」は配るが、その中身となる「本人の意思決定（ACP）」が課題として残る
看取り	情報（知識）の普及（15件） 住民のACP認知度不足	研修・講座開催（22件） 市民公開講座・終活支援講座	方向性は一致しているが、「興味がある人しか参加しない」可能性。無関心層に届いていない

出所）令和7年度「地域包括ケアに係る各種施策の調査（在宅医療・介護連携推進事業）」（A県）より作成。件数は市町村数。

４場面に共通する取組み

課題として挙げられたテーマの上位。県が違っても、出てくる言葉は驚くほど似ている。

日常の療養支援	入退院支援	急変時の対応	看取り
住民の情報・理解不足 21	医療・介護間の情報共有 19	ACP・事前の話し合い 19	住民のACP認知・対話 20
独居・身寄りなし等 12	本人家族の生活イメージ 18	医療／介護／消防の連携 12	専門職のACP理解・支援力 11
多職種連携・情報共有 10	早期・計画的な退院支援 12	急変時情報・ツール 10	在宅看取りのイメージ 11
本人の希望と家族負担 10	医療と介護の相互理解 7	本人家族の理解と備え 9	供給体制・社会資源 7
社会資源・サービス供給 7		独居・緊急連絡先なし 8	本人と家族の意向の不一致 6

4場面に共通する「4つの要素」

① 住民・本人家族の理解／意思決定・ACP　② 情報連携・多職種協働
③ 家族・社会的脆弱性（独居・身寄りなし・8050）　④ 資源・サービス供給

→ 4場面ごとに会議・研修・ツールを増やすより、共通する根っこを狙うほうが、少ない取組で複数の場面に効く場合がある。

出所）B県「在宅医療・介護連携推進事業 実施状況調査（令和8年度）」25市町の記述を講師が内容分析。

演習　自分の二次医療圏のデータを読む

15分（個人10分 → 全体共有5分）

1 個人ワーク　10分　　参考資料の「2_二次医療圏一覧」から自分の圏域の行を横に読み、4場面ごとにワークシートを埋める

2 全体共有　5分　　チャットに1行、見た場面気づいたことを書き込んでください。

ワークシートに書くこと（4場面それぞれ）

- データから読み取れたこと（全国＝100と比べて高いか低いか。県平均と比べてどうか）
- なぜそうなっていると思うか（現場の実感と照らして。仮説で構いません）
- この場面で、いま自分の地域に必要な取組は何か（資源・連携・住民への働きかけのどれか）

※ まず1場面だけで実施。時間が余ったら他の場面も取り組む。「低い＝悪い」ではない。理由を探すための出発点とする。

ワークシート

お手元でご記入ください。画面共有でも共有します。

	① 日常の療養支援	② 急変時の対応	③ 入退院支援	④ 看取り
自分の圏域の数値 （高い／全国並み／低い）				
データから読み取れたこと （県平均と比べてどうか）				
なぜそうなっていると思うか （現場の実感と照らして）				
この場面で必要な取組 （資源／連携／住民への働きかけ）				

圏域名（　　）　県（　　）

在宅医療4場面に、どの指標を割り当てるか

今回用いる13指標。医科レセプトのSCRで取得できる項目に限っている。

① 日常の療養支援 在宅医療の裾野の広さ	訪問診療料（Ⅰ）1　／　在宅時医学総合管理料　／　施設入居時等医学総合管理料　／　訪問看護・指導料
② 急変時の対応 24時間対応体制の実効性	往診料等　／　緊急往診加算等　／　緊急時等カンファレンス料
③ 入退院支援 病院と在宅の切れ目のなさ	入退院支援加算1　／　退院時共同指導料2　／　介護支援等連携指導料
④ 看取り 最期まで支える地域力	在宅ターミナルケア加算等　／　看取り加算（訪問診療・往診）　／　死亡診断加算（往診料）

在医総管（居宅）と施医総管（施設）を分けたのは、「どこで在宅医療を受けているか」を見るため。

在宅医療4場面の区分は「在宅医療・介護に係る分析支援データ」（令和4年6月　厚生労働省医政局地域医療計画課 提供）を適用。
指標が一部対応しなかったため、対応する指標のみを並べたものである。

この指標セットは、どこから来ているか

4場面の区分は「在宅医療・介護に係る分析支援データ」
（令和4年6月　厚生労働省医政局地域医療計画課 提供）を適用した。

元データは、内閣府「医療提供状況の地域差」の
令和4（2022）年度診療分「診療行為 枝番」データである。

都道府県　https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/chiikisa/r04/07_r04_t_kouban.xlsx
二次医療圏　https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/chiikisa/r04/08_r04_n_kouban.xlsx
市区町村　https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/chiikisa/r04/09_r04_s_kouban.xlsx

※ データの指標が一部対応しなかったもしくは欠損が多かった項目があったため、
今回は対応するもしくは欠損が少ない13指標のみとした。

出所）内閣府「医療提供状況の地域差」令和4（2022）年度診療分「診療行為 枝番」都道府県・二次医療圏・市区町村別データ
（https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/chiikisa/index.html）

SCR（標準化レセプト出現比）とは

年齢構成の違いを調整したうえで、その地域で当該診療行為がどれだけ算定されているかを、全国平均＝100 として表した指標です。

120	100	80
全国平均より2割多い	全国平均並み	全国平均より2割少ない

使うときの4つの注意

- 医科の診療報酬の算定状況。介護報酬（訪問介護・訪問リハ・居宅療養管理指導・看取り介護加算等）と歯科は含まれない。
- 低いことは「悪い」ことを意味しない。施設が多い・病院が近い・他圏域へ流出している、など理由はさまざま。
- 「体制がなくて算定できない」場合も「算定していない」場合も、同じように低く出る。
- 市区町村別は件数が少ないと非公表（空欄）です。6県の市区町村では約4割が空欄となっている。このため、今回は二次医療圏単位での比較を基本にした。

出所）厚生労働省「医療費の地域差分析」令和4年度診療分 SCR（診療行為 枝番）。※定義・公表条件は最新の公表資料をご確認ください。

対応しなかった指標

4場面の区分に含まれるが、今回のSCRでは扱えなかったもの。

歯科の項目

訪問歯科診療料　等

→ 医科レセプトのSCRには含まれない

介護報酬の項目

訪問介護費／訪問リハビリテーション／居宅療養管理指導／看取り介護加算　等

→ 医科レセプトのSCRには含まれない

公表値の欠測が多い項目

緊急訪問看護加算（欠測16.7%）／深夜往診加算（44.4%）／在宅ターミナルケア加算・訪問看護（30.6%）

→ 6県36圏域での欠測が多く、比較に耐えないため不採用

介護側の状況は、見える化システム（介護SCR）やKDBで補う必要がある。医療SCRだけでは在宅の全体像は見えない。

① 日常の療養支援　― 用いる指標と読み解き

キーワード：在宅医療の裾野の広さ

算定項目	定義・内容	読み解きのポイント
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）Ⅰ	計画的な医学管理のもと、定期的に医師が患家を訪問して行う診療。	在宅医療の主軸。 後期高齢者人口に対するカバー率をみると、潜在需要への充足度が推計できる。
在宅時医学総合管理料（在支診等）	一般居宅（主に自宅）で訪問診療を受ける患者への医学管理。	「地域で暮らす力」を示す。 低い場合、独居・老老介護世帯を支える連携力が不足している可能性がある。
施設入居時等医学総合管理料（在支診等）	有料老人ホーム、サ高住、特養、グループホーム等の入居者への医学管理。	「箱モノ」依存度を示す。 これだけが突出する場合、医療資源が施設へ偏在している恐れがある。
在宅患者訪問看護・指導料（看護師等）	医療保険による訪問看護。医療ニーズの高い療養者が対象。	医療依存度の高い療養者を支える体制を示す。介護保険の訪問看護は含まれない点に注意する。

在医総管（居宅）と施医総管（施設）の比をみることで、「どこで在宅医療を受けているか」が読める。

出所）内閣府「医療提供状況の地域差」令和4年度診療分。4場面の区分は厚生労働省医政局地域医療計画課「在宅医療・介護に係る分析支援データ」（令和4年6月）を適用。

② 急変時の対応　― 用いる指標と読み解き

キーワード：24時間対応体制の実効性

算定項目	定義・内容	読み解きのポイント
往診料等	患者・家族の求めに応じ、予定外に医師が患家に赴いて行う診療。	緊急対応の実働数。 訪問診療に対して往診が極端に多い場合、日常管理の不安定さが疑われる。
緊急往診加算等	往診のうち、緊急に行われたものに対する加算。	「真の」24時間対応力を示す。 これが極端に低い地域は、夜間の急変が救急搬送に直結している可能性がある。
在宅患者緊急時等カンファレンス料	急変時等に、在宅の主治医と訪問看護師・ケアマネジャー等が患家に集まり行うカンファレンス。	急変を「搬送」ではなく「話し合い」で解決している度合いを示す。 連携の質を測る指標である。

往診が多くても緊急往診加算が少ない地域がある。「往診はあるが、緊急対応としては算定されていない」状態である。

出所）内閣府「医療提供状況の地域差」令和4年度診療分。4場面の区分は厚生労働省医政局地域医療計画課「在宅医療・介護に係る分析支援データ」（令和4年6月）を適用。

③ 入退院支援　― 用いる指標と読み解き

キーワード：病院と在宅の切れ目のなさ

算定項目	定義・内容	読み解きのポイント
入退院支援加算Ⅰ	入院早期に退院困難な要因をスクリーニングし、地域連携部門が退院調整を行う体制への評価。	病院側の在宅復帰支援力を示す。 低い病院が多い地域は、入院期間が長期化しやすい。
退院時共同指導料２	入院中の主治医等が、在宅の医師・看護師・ケアマネジャー等と共同で退院指導を行った場合の評価。	「顔の見える」引き継ぎ。 文書だけでなくカンファレンスで患者像が共有されていることを意味する。
介護支援等連携指導料	入院中に、医師・看護師等がケアマネジャー等と連携して指導を行った場合の評価。	医師がケアマネジャーをパートナーとして認識し、情報を共有しているかを示す。

入退院支援加算Ⅰ（病院内の体制）が高くても、他の2指標が低ければ、調整が病院の中で完結している可能性がある。

出所）内閣府「医療提供状況の地域差」令和4年度診療分。4場面の区分は厚生労働省医政局地域医療計画課「在宅医療・介護に係る分析支援データ」（令和4年6月）を適用。

④ 看取り　― 用いる指標と読み解き

キーワード：最期まで支える地域力

算定項目	定義・内容	読み解きのポイント
在宅ターミナルケア加算等	死亡日および死亡日前14日以内に2回以上の訪問診療等を行い、十分な緩和ケア等を行った場合の評価。	看取りの「プロセス」の質を示す。死に至る2週間に濃厚な医療管理が行われたことを意味する。
看取り加算（訪問診療・往診）	在宅で看取りを行った場合の評価。	在宅看取りの実績を示す。
死亡診断加算（往診料）	往診により死亡診断を行った場合の評価。	最期の場面で往診が呼ばれたことを示す。計画的な看取りとは性格が異なる。

在宅ターミナルケア加算・看取り加算が低く死亡診断加算（往診料）が高ければ、計画的な看取りでない可能性がある。

出所）内閣府「医療提供状況の地域差」令和4年度診療分。4場面の区分は厚生労働省医政局地域医療計画課「在宅医療・介護に係る分析支援データ」（令和4年6月）を適用。

場面をまたいで読む　３つの視点

単独の数値の大小より、指標どうしの関係からみえてくることがある。

① どこで受けているか

在医総管（居宅）　対　施医総管（施設）

施設に偏っていないか。一般居宅への訪問体制は足りているか

② 日常と急変の関係

訪問診療料　対　緊急往診加算

日常管理に対して緊急対応が極端に少なければ、急変が救急搬送に流れている可能性がある

③ 看取りの入口

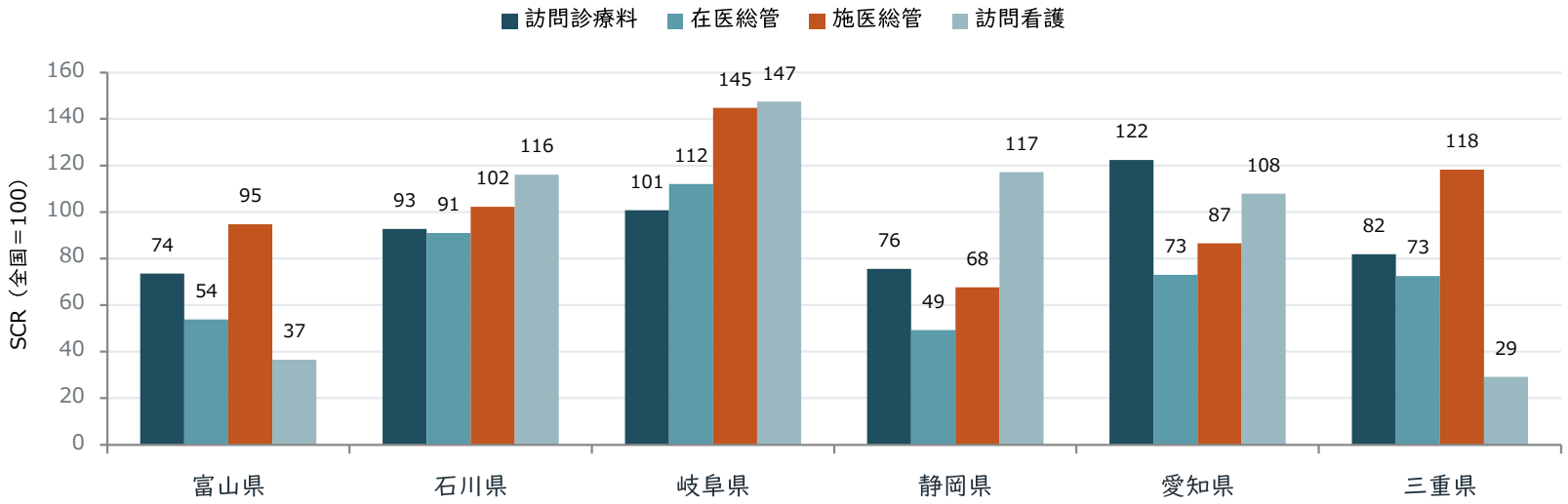
在宅ターミナルケア加算・看取り加算　対　死亡診断加算（往診料）

前者が低く後者が高ければ、計画的な看取りではなく最期に呼ばれた可能性がある

いずれも、仮説にすぎない。数値は、現場に確かめるための問いを立てる材料であることに留意。

東海北陸6県のすがた　①日常の療養支援

都道府県SCR（全国＝100）。グラフの帯が短いほど、全国平均に比べて算定が少ないことを示す。



全国47都道府県の中央値

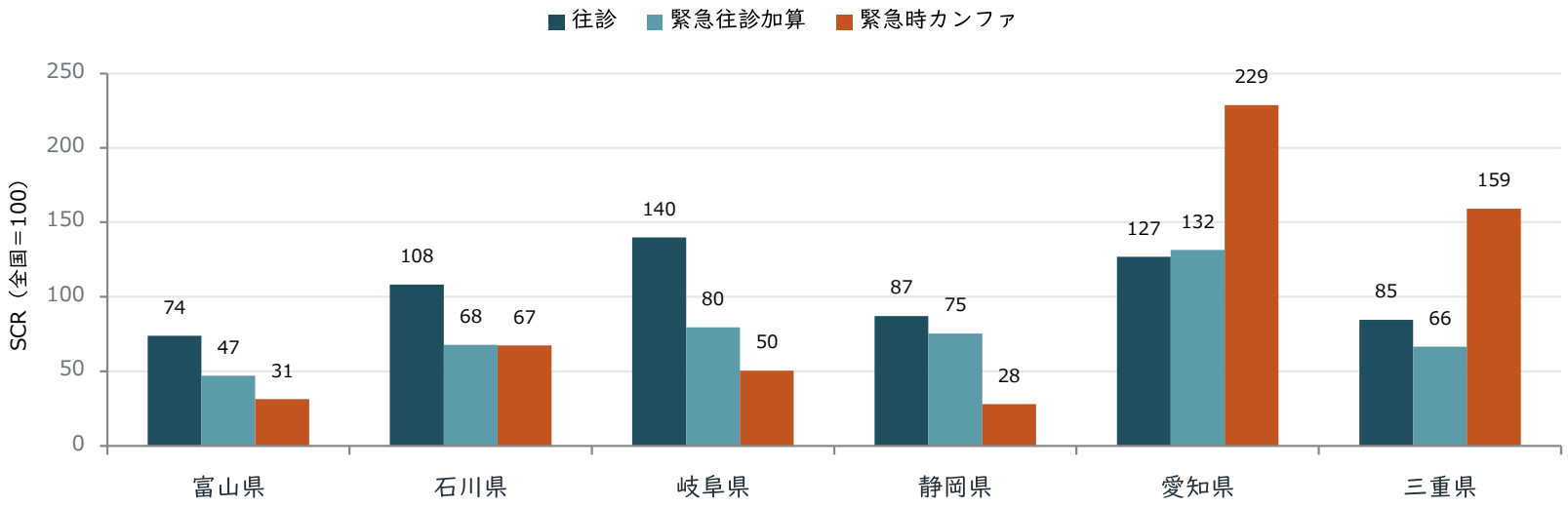
訪問診療料 79.2　／　在医総管 83.8　／　施医総管 102.2　／　訪問看護 84.7

※ 在医総管（居宅）は富山・静岡・愛知・三重で全国中央値を下回る一方、施医総管（施設）との大小関係は県ごとに逆転する。「どこで在宅医療を受けているか」の違い。

出所）内閣府「医療提供状況の地域差」令和4年度診療分。4場面の区分は厚生労働省医政局地域医療計画課「在宅医療・介護に係る分析支援データ」（令和4年6月）を適用。

東海北陸6県のすがた　②急変時の対応

都道府県SCR（全国＝100）。グラフの帯が短いほど、全国平均に比べて算定が少ないことを示す。



全国47都道府県の中央値

往診 83.3　／　緊急往診加算 66.3　／　緊急時カンファ 53.5

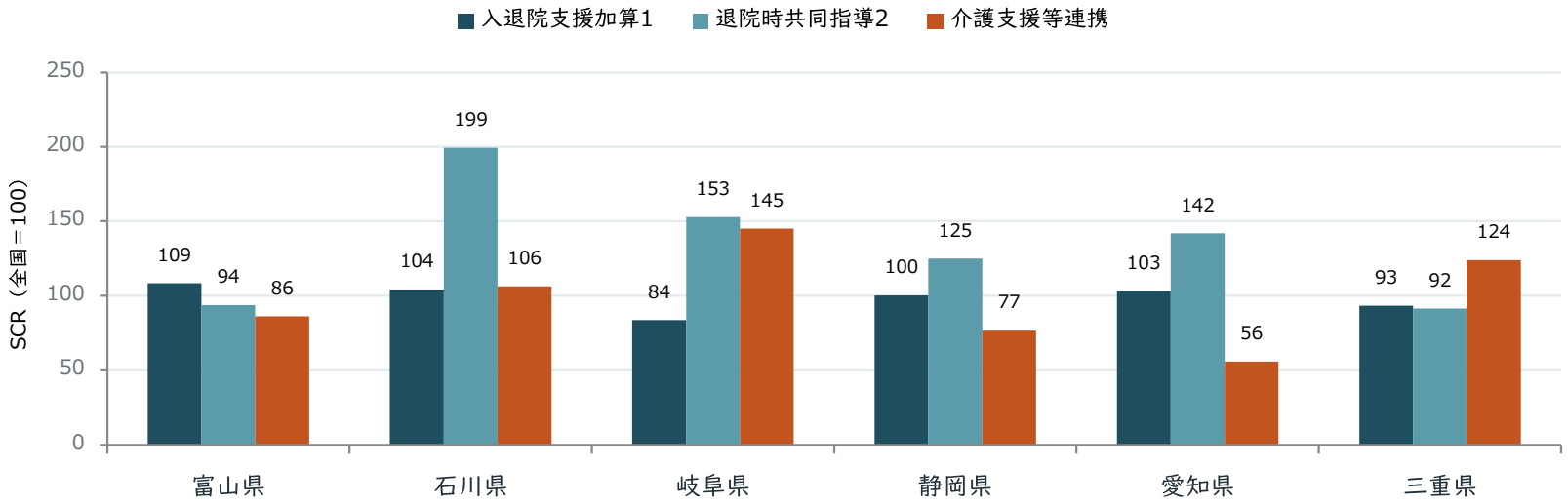
※　往診の多寡と、緊急往診加算の多寡は必ずしも一致しない。

「往診はあるが、緊急対応としては算定されていない」地域がある。

出所）内閣府「医療提供状況の地域差」令和4年度診療分。4場面の区分は厚生労働省医政局地域医療計画課「在宅医療・介護に係る分析支援データ」（令和4年6月）を適用。

東海北陸6県のすがた　③入退院支援

都道府県SCR（全国＝100）。グラフの帯が短いほど、全国平均に比べて算定が少ないことを示す。



全国47都道府県の中央値

入退院支援加算1 98.6　／　退院時共同指導2 93.7　／　介護支援等連携 106.4

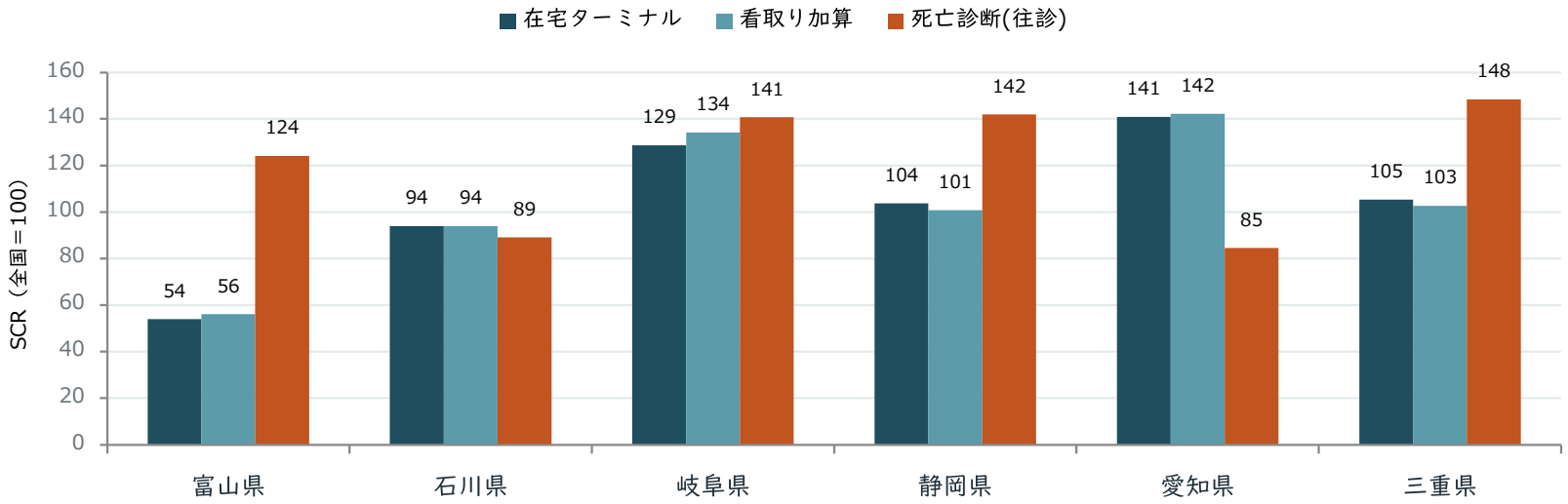
※ 入退院支援加算1（病院側）は6県ともおおむね全国並み。

退院時共同指導料2や介護支援等連携指導料（在宅側との接続）は県による差が大きくなっている。

出所）内閣府「医療提供状況の地域差」令和4年度診療分。4場面の区分は厚生労働省医政局地域医療計画課「在宅医療・介護に係る分析支援データ」（令和4年6月）を適用。

東海北陸6県のすがた　④看取り

都道府県SCR（全国＝100）。グラフの帯が短いほど、全国平均に比べて算定が少ないことを示す。



全国47都道府県の中央値

在宅ターミナル 77.5　／　看取り加算 79.3　／　死亡診断(往診) 115.5

※ 富山県は在宅ターミナルケア加算・看取り加算が低い一方、死亡診断加算（往診料）は全国平均を上回わる。計画的な看取りより、最期の場面で往診が呼ばれている可能性がある。

出所）内閣府「医療提供状況の地域差」令和4年度診療分。4場面の区分は厚生労働省医政局地域医療計画課「在宅医療・介護に係る分析支援データ」（令和4年6月）を適用。

６県の二次医療圏別の４場面に関わるデータの特徴

各県で、二次医療圏の間の差がもっとも大きかった指標（最小の圏域 → 最大の圏域）。

県	圏域数	指標	最小の圏域	最大の圏域	差
富山県	4	退院時共同指導2	砺波　18.1	新川　276.8	258.7
石川県	4	訪問看護	能登中部　29.2	能登北部　330.1	300.9
岐阜県	5	介護支援等連携	中濃　67.8	西濃　303.9	236.1
静岡県	8	訪問看護	熱海伊東　0.7	静岡　253.6	252.9
愛知県	11	緊急時カンファ	尾張東部　1.6	西三河南部西 1019.4	1017.8
三重県	4	緊急時カンファ	中勢伊賀　10.3	南勢志摩　510.7	500.4

県の平均値だけを見ていると、この差は見えない

同じ県のなかでも、算定状況は圏域によってまったく異なる。「県として在宅医療が少ない」のではなく、「県内のどの圏域で、どの場面が薄いのか」を特定することが、支援の出発点になる。

出所）厚生労働省「医療費の地域差分析」令和4年度診療分 二次医療圏別SCRより筆者が作成。