

令和7年度

在宅医療研修会 2026

～持続可能な地域医療提供体制の再構築～

DATE & TIME

2026.03.28(SAT) 15:00～

LECTURER

井上 比奈

医師

一般社団法人AMR / おひさま在宅クリニック八戸

01

現状整理

人口減少・高齢化の進行と医療資源の配置状況

02

在宅医療の需要と課題

多死社会における看取りの現状とギャップ

03

2024/2026 診療報酬改定の要点

制度変更が地域医療に与えるインパクトと対策

04

救急救命士の活用戦略

タスクシフトによる医師負担軽減と救急連携

05

当院の取り組みと今後のアクション

持続可能な在宅医療体制の構築に向けた実践



講師紹介



井上 比奈

在宅医療科 医師

一般社団法人AMR

おひさま在宅クリニック八戸

📍 専門・関心領域

在宅医療

地域連携

看取り支援

救急・プライマリケア

産業医

学校医

🎓 経歴・資格

琉球大学医学部 卒業

日本救急医学会専門医

日本プライマリ・ケア連合学会 認定医・指導医



🏠 活動・その他

産業医、学校医としても地域で幅広く活動中



一般社団法人AMR
おひさま在宅クリニック八戸



当院紹介

診療エリア



広域をカバーする診療圏

八戸市

五戸町

おいらせ町

六戸町

南部町

南郷 ほか

🚗 拠点から半径16km圏内、
車で30分圏内を中心に対応

在宅患者数

287名

(2025年現在)

スタッフ体制

👤 医師 (常勤換算) **2.5名**

👤 看護師 **2名**

🚑 救急救命士 **0名 → 1名**

👤 MSW・他 **4名**



24時間対応体制の確立

地域に根差した24時間365日の往診体制を
自院中心に整備し、安心を提供。



豊富な看取り実績

「住み慣れた場所で最期まで」という希望を
叶えるため、緩和ケアと看取りを支援。



ICT活用の強化・推進中

多職種連携ツールや電子カルテの活用により、
効率的かつ密な情報共有を実現。

第 1 部

現状整理

人口減少・高齢化の進行と医療資源の配置状況



人口減少の現状（2015→2050）

2050年推計人口（対2015年比）

▼ 42.3%

約55万人が減少する見込み

! IMPLICATION

縮退に合わせた医療提供体制の再設計が不可避

出典：JMAP 地域医療情報システム（日本医師会）、国立社会保障・人口問題研究所 推計



高齢化率の深刻さ 全国平均との比較 (2024年・2040年)

全国平均

(2024年)



29.1%

すでに超高齢社会

青森県

(2024年現在)



35.9%

全国平均を
大きく上回る

青森県

(2040年予測)



48.4%

医療・介護需要の
爆発的増加

(約2人に1人が高齢者)

出典：令和6年版高齢社会白書、令和6年青森県の人口、国立社会保障・人口問題研究所 推計



少子化の進行：出生数の底割れ

2024年の出生数

5,099人

統計開始（1899年）以来の最少を更新

⚠️ IMPLICATION

将来の医療需要・担い手双方に構造的かつ不可逆的な影響が確定

出典：令和6年 青森県の人口（青森県統計データ）、厚生労働省 人口動態統計

人口推計の衝撃（-42.3%の意味）

2050年 人口減少予測

 - **約55**万人減少

2050年にはこの規模の人口が消失する見込み

▲ CRITICAL IMPACT

医療・介護・移動・住まいの包括的再設計が不可避

出典：国立社会保障・人口問題研究所 推計、青森県人口推計



 医師総数

2,651人

※令和4年実績

 人口10万対

220.2人

全国平均（約250人）を下回る

 診療所数の偏差値

44/50

全国平均以下



地域偏在の深刻化

1 3大都市への一極集中

「津軽（弘前）・八戸・青森」の3拠点に医療資源が集中し、郡部との格差が拡大。

2 二次医療圏間での格差

医療圏ごとの医師密度に大きな開きがあり、医療アクセスの公平性が損なわれている。

3 農村部・過疎地域の医師不足

特に農村部や過疎地域において医師不足が顕著であり、在宅医療の担い手確保が困難。

出典：令和4年医師・歯科医師・薬剤師統計、JMAP地域医療情報システム



在宅療養支援診療所の現状

Critical Shortage

県内施設数 合計

75

施設

人口10万対施設数が全国平均を大きく下回る
(全国平均の約6割)

機能強化型 (単独型)

0

施設

「機能強化型単独型の不在」が大きな課題

自治体病院の現状

県内24か所の自治体病院が
医師不足と厳しい経営状況に直面



施設内訳と課題構造

機能強化型(単独)

0

機能強化型(連携)

13

その他

62

1 24時間対応の"核"不足

24時間対応の「核」となる機能強化型単独型施設が不在であり、
地域の在宅医療基盤が脆弱。

2 後方支援機能の維持困難

在宅医療を支える後方支援機能の維持も課題となっており、
自治体病院の経営難が拍車をかけている。

3 圧倒的な供給不足

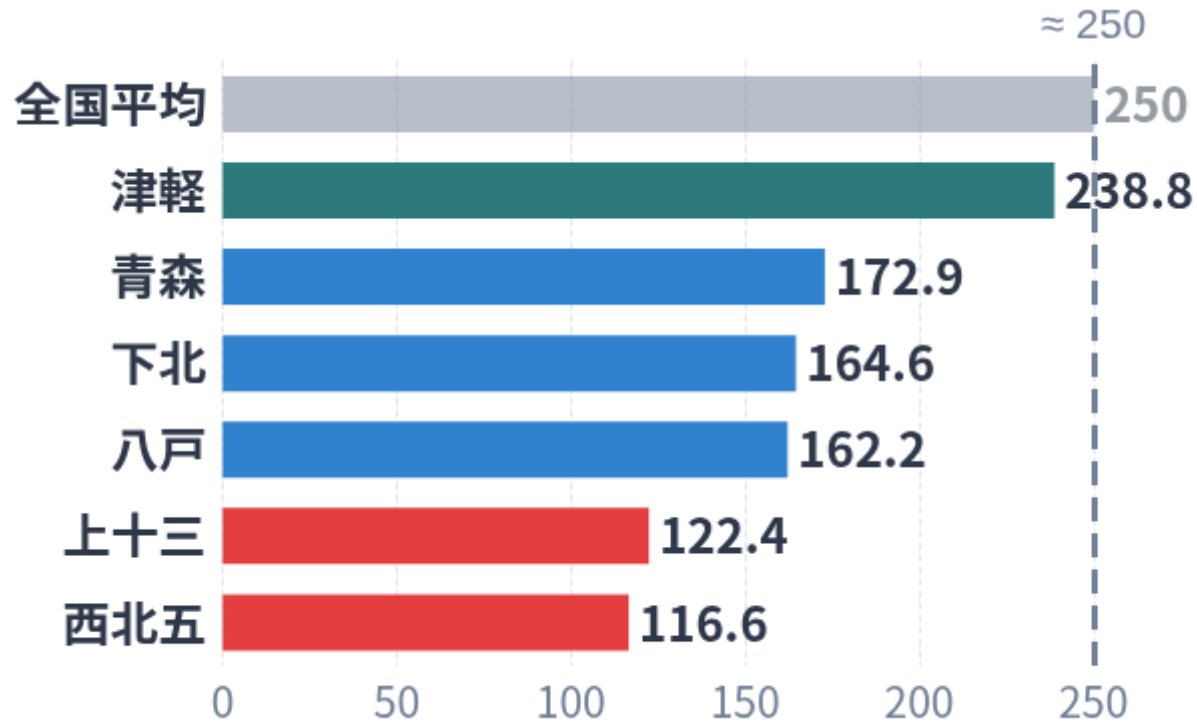
人口10万対施設数が全国平均の約6割にとどまり、
需要に対する供給体制が追いついていない。



医師偏在指標（二次医療圏別）

二次医療圏別 医師偏在指標

全国平均（約250）と比較した地域格差



❗ 青森県の医療資源は地域偏在

主要圏への集中と周辺圏の薄さが、在宅医療体制の格差を生む

↔ 2倍以上の地域格差

津軽圏域（238.8）と西北五圏域（116.6）では医師密度に2倍以上の開きがある。

🏢 3大都市への一極集中

弘前・青森・八戸にリソースが集中。郡部の後方支援病院や専門医が脆弱。

👤 在宅医確保の難易度

周辺圏では「24時間対応」医師の確保が困難。多職種連携による補完が急務。

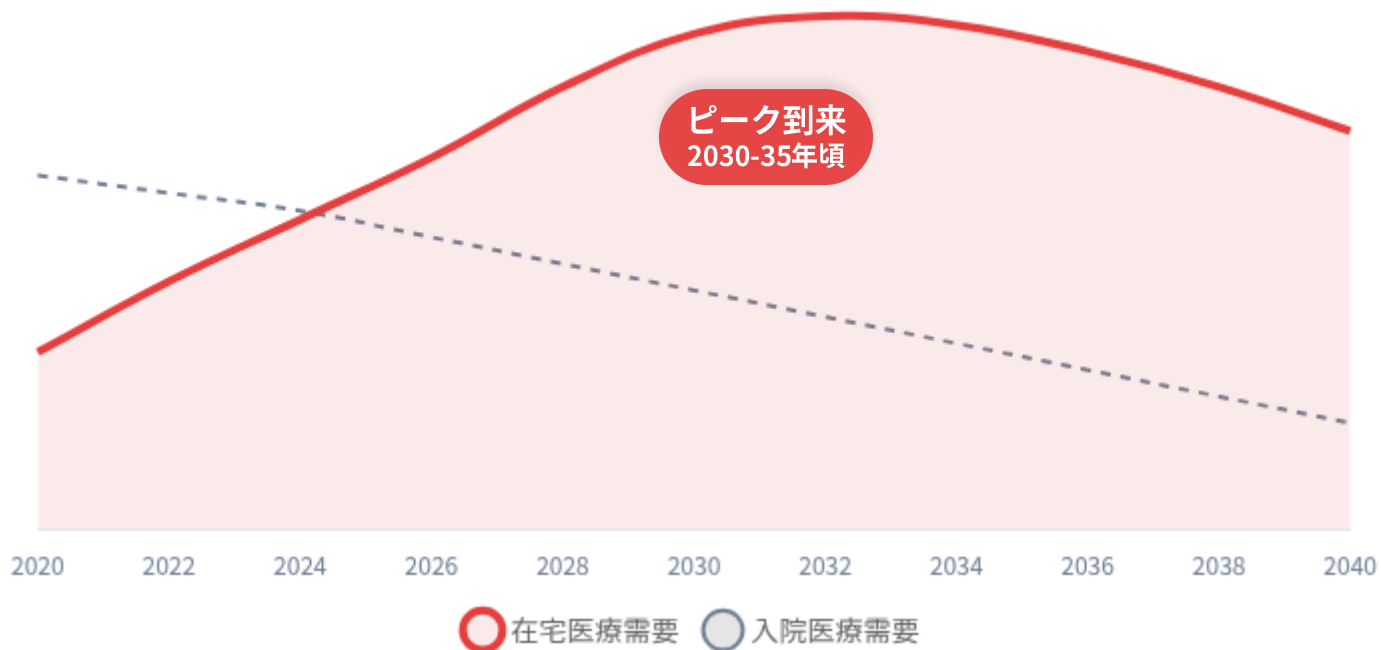
出典：厚生労働省「医師偏在指標」（令和2年）、青森県保健医療計画

在宅医療需要は5-10年でピークへ

CRITICAL INSIGHT

今後5～10年で需要が急増しピークへ（2030-35年頃）。
「二重の課題」により供給体制が逼迫する。

在宅医療需要の推移イメージ（概念図）



病床機能分化の圧力

病床削減政策による早期退院の促進
入院需要はピークアウトし逡減傾向へ
在宅シフト圧力が年々強まる

供給制約の同時進行

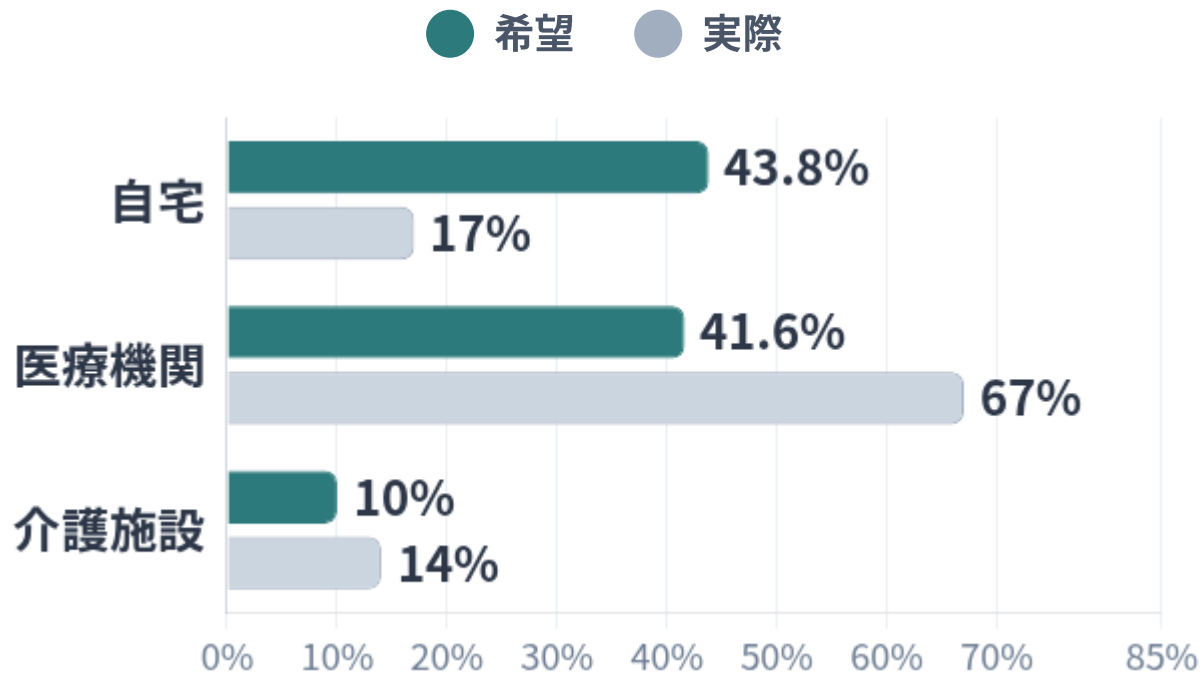
介護現場の人手不足・逼迫
医療・介護マンパワー不足が供給のボトルネックに
支える側の高齢化も進行

二次医療圏ごとにピーク時期が異なるため、地域ごとのタイムライン把握が重要

※本図は実測値ではなく、地域医療構想および各種推計から見た一般的傾向を示した概念図です。

🏠 最期を迎えたい場所：希望と現実のギャップ

「自宅で最期を」という希望は4割超だが、現実には1割台にとどまる



自宅：約2.5倍の乖離

希望は43.8%と高いが、実際は17.0%のみ。
本人の意思に反して自宅で最期を迎えられない。



医療機関：意図しない病院死

希望は41.6%だが、実際は67.0%が病院で最期を迎えている。



介護施設：生活の場の延長

希望10.0%に対し、実際は14.0%と比較的近い数値。

出典：厚生労働省 令和4年度「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」ほか

🏠 青森県の在宅看取りの現状（データ補足）

施設を含めた看取り率は全国並みだが、『自宅そのもの』での看取り体制には課題が大きい

自宅死亡割合

青森県
10.9% vs 全国平均
12.8%

↓ 全国平均を下回る

在宅看取り率（施設等含む）

青森県
20.6% ≒ 全国平均
20.6%

✓ 全国平均と同等水準



介護施設が受け皿として機能している一方、
本人が最も望む「自宅」での看取りを支える医療リソースの不足が示唆される。

第 2 部

地域課題

アクセス・連携・後方支援の実態

地域別課題 (1) 医療資源とアクセス

課題テーマ

現状・課題

求められる対策・方向性



都市部集中と過疎地不足

都市部への医師集中と過疎地域の
医師不足

地理的条件による医療機関への
アクセス困難

移動手段確保の課題解決と
巡回診療等の検討

ICTを活用した遠隔医療の導入促進



受け皿の再編

地域医療構想に基づく病床機能の
分化

急性期後の受け皿不足

回復期・慢性期病床や在宅復帰
支援機能の確保

後方支援病院の役割明確化

 ※各二次医療圏の特性（地理・資源・人口動態）に応じた柔軟な体制構築が求められます。



地域別課題（2）連携と移行支援

課題テーマ

現状・課題

求められる対策・方向性



切れ目なき支援

退院支援から在宅療養開始までの
連携不足

情報共有の遅延

MSWやケアマネジャーとの
連携強化

退院前カンファレンスの充実と
情報共有確立



連携ルート明確化

救急搬送時のトリアージと搬送先
選定の混乱

介護施設からの救急要請基準の
曖昧さ

搬送先選定ルールの共有と
消防連携推進

救急要請基準の明確化

i ※各二次医療圏の特性（地理・資源・人口動態）に応じた柔軟な体制構築が求められます。



地域課題の具体像 アクセス格差の実態



地理的な距離と移動負担

二次医療圏が広大であり、拠点病院から患家までの移動距離が長い。

日常的な訪問診療において、**医療者の移動時間ロスが大きく、**効率性を圧迫する要因となっている。



交通手段の限界と気象条件

公共交通機関が脆弱で、自力での通院が困難な「医療難民」が生じやすい。

冬季の豪雪・凍結により、車両移動のリスクが増大し、**所要時間が大幅に延伸する。**



緊急時対応の困難さ

急変時の駆けつけに物理的な時間を要し、迅速な対応が難しいケースが存在。

悪天候時にはアクセス自体が困難になるリスクがあり、**遠隔対応などの代替手段確保が急務。**

退院支援の課題（急性期→在宅）



急性期病院

入院中
治療・病状安定化



退院調整・情報連携

 **BOTTLENECK**
サマリー遅延・共有不足



在宅医療

訪問開始
療養環境の整備



現状の課題

入院から在宅への移行期において、情報連携の遅延と抜け漏れが発生し、**患者・家族の不安増大**や**再入院リスク**を高めている。



ICT活用の遅れと推進の必要性



情報共有ツールの不統一

各医療・介護機関で異なるシステムを使用しており、データ連携の障壁となっている。

シームレスな共有が困難で、重複入力や確認作業が発生している。



導入コストと操作習熟の課題

システム導入費用の負担感や、ランニングコストへの懸念がある。

高齢スタッフ等への**操作指導の難しさ**が、導入のハードルとなっている。



推進に向けた取り組み

地域共通プラットフォームの検討や、導入支援研修の実施が必要。

成功事例の共有を通じて、具体的なメリットを可視化することが重要。



ICT活用の遅れと推進の必要性



情報共有ツールの不統一

各医療・介護機関で異なるシステムを使用しており、**データ連携の障壁**となっている。

紙媒体と電子データが混在し、情報の即時共有が困難な状況。



導入コストと操作習熟の課題

システム導入費用の負担感が大きく、中小規模の事業所で導入が進まない。

高齢スタッフ等への**操作指導の難しさ**が現場での定着を阻害している。



推進に向けた取り組み

地域共通プラットフォームの検討を進め、システム間の相互運用性を確保する。

導入支援研修の実施や**成功事例の共有**により、ICT活用のメリットを普及させる。

② 24時間体制の困難（持続可能性）



夜間・休日当番の
過重負担

バーンアウト・離職の
リスク増大

💡 KEY MESSAGE

体制の「量」ではなく
「質・分担」の再設計が鍵となる



消防・救急との協働が不可欠

COOPERATION SCHEME



在宅医療機関

患者情報・事前指示の共有
受入可否の即時回答

ホットライン

情報共有



消防・救急

現場トリアージ
ホットライン経由の照会
搬送先選定

搬送連携

受入要請



後方支援病院

緊急入院・治療
逆紹介時のサマリー還元

連携強化のポイント



ホットラインの構築と情報の往還により、**現場トリアージの標準化と搬送判断の適正化**を実現する。

第 3 部

診療報酬改定

2024/2026改定の要点

☰ 2024年改定の全体像 (5つの方向性)



01

質の高い在宅医療の推進

看取りや重症患者への対応力を強化し、医療ニーズの高い患者を地域で支える体制を整備。



02

ICT活用・多職種連携の評価

医療・介護間の情報共有を効率化し、チーム医療の質を向上させるICT連携を評価。



03

不適切事例の抑制・適正化

過剰な訪問診療や不適切な算定を是正し、制度の持続可能性を確保するためのルール厳格化。



04

介護施設との連携強化

協力医療機関としての往診体制を整備し、施設入所者の医療アクセスを確保。



05

24時間体制の推進

夜間・休日の往診体制を充実させ、いつでも安心して療養できる環境を作る。

出典：厚生労働省 令和6年度診療報酬改定の概要（在宅医療）

品 ICT連携加算（月100点）の実務要件

✓ 算定要件

ICTを用いて他職種と診療情報を常時共有すること。
セキュリティガイドラインへの適合が必須。

👥 連携対象

地域の他の医療機関、訪問看護ステーション、
保険薬局、介護事業者等とのネットワーク構築。

📝 同意取得・記録

患者・家族への十分な説明と書面による同意取得
が必要。連携の実績を診療録に記載・保存する。

🔄 実務のポイント

単なるチャットではなく、バイタルや経過記録を
リアルタイムに共有できる体制の整備が重要。

出典：厚生労働省 令和6年度診療報酬改定の概要（在宅医療・訪問看護）



 機能強化型（在支診・病）

6,500点

在宅ターミナルケア加算（看取り実績評価）

 その他の医療機関

3,500点

在宅ターミナルケア加算（一般）

 対象疾患の拡大

心不全・ALS等

在宅麻薬等注射指導管理料へ名称変更



看取り・急変対応の評価拡充

1

在宅ターミナルケア加算の対象拡大

看取り実績を適正に評価するため、点数設定をきめ細かく見直しました。機能強化型6,500点／その他3,500点と実績に応じた評価へ。

2

看取り加算の要件緩和（早期対応）

退院時共同指導料の実施で、訪問診療開始前の往診での看取りも算定可能に。退院直後の急変などに対応します。

3

在宅麻薬等注射指導管理料への変更

名称変更し対象疾患を拡大。
末期がんだけでなく心不全呼吸器疾患ALS等の難病も対象に。

出典：令和6年度診療報酬改定の概要（厚生労働省）



2024年改定(1)新設項目

項目名	点数	概要・ポイント
【新設項目】ICT連携・多職種協働の評価		
在宅医療情報連携加算	100点/月	ICTを用いて他職種と診療情報を常時共有する場合に算定。
在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料	200点/月	末期がん患者について、ICT共有されたACP情報を基に緊急時対応を支援。
往診時医療情報連携加算	200点/回	連携する在支診等の患者へ往診した際、診療情報を共有・活用した場合に評価。
介護保険施設等連携往診加算	200点/回	協力医療機関として、施設入所者へ往診を行った場合に算定。
在宅強心剤持続投与指導管理料	1,500点/月	重症心不全患者等に対し、在宅で強心剤の持続投与を行う場合の指導管理。

出典：厚生労働省 令和6年度診療報酬改定の概要（在宅医療・訪問看護）



2024年改定(2)見直し・適正化項目

項目名	点数・変更	概要・ポイント
【見直し項目】 評価の適正化・厳格化		
在宅療養移行加算	300点 → 500点	評価区分を整理し、移行支援の実態に沿ったメリハリある評価体系へ見直し。
頻回訪問加算	算定要件厳格化	訪問回数の要件を見直し、医学的必要性の乏しい過剰算定を抑制。
介護施設訪問の減算措置	-300点（減算）	同一建物居住者への訪問診療が過剰な場合の減算規定を強化し、適正化を推進。

! 制度の持続可能性を確保するため、実態の伴わない管理や過剰な訪問に対しては厳しい適正化（減算・要件厳格化）が導入されています。

出典：厚生労働省 令和6年度診療報酬改定の概要（在宅医療・訪問看護）

在宅医療充実体制加算（1,000→2,000点）

体制評価の大転換

1,000 → 2,000点

従来の「在宅緩和ケア充実加算」を再編し、
緩和ケアだけでなく**重症在宅全体を担う体制評価**へと移行します

対象項目（加算対象）

- ✓ 往診料
- ✓ 在宅患者訪問診療料Ⅰ・Ⅱ
- ✓ 在宅時医学総合管理料
- ✓ 施設入居時等医学総合管理料

地域の核としての責任

点数の大幅な引き上げは、それに見合う「**重責**」と「**高機能**」を求めている証左です。

単独での要件充足が難しい場合、ICT連携や機能強化型（連携型）への移行検討が急務となります。

出典：令和8年度診療報酬改定 答申資料（厚生労働省）



診療報酬改定2026 新要件の詳細

在宅医療充実体制加算の施設要件



体制・実績要件

(量的基準)

- ✓ **医師体制の強化**
常勤換算医師 3名以上 かつ 常勤医師 2名以上
- ✓ **緊急往診実績**
過去1年間の緊急往診実績 30件以上 /年
- ✓ **看取り実績**
過去1年間の看取り実績 30件以上 /年
- ✓ **重症患者割合**
重症患者が全患者の 20%以上



質・連携・教育要件

(質的基準)

- ✓ **医師の質・経験**
緩和ケア研修修了医、看取り実績10件以上での勤務歴
- ✓ **オピオイド鎮痛療法**
オピオイド鎮痛療法の実績 (年2件以上等)
- ✓ **ICT連携・BCP**
在宅医療情報連携加算の届出、事業継続計画 (BCP)
- ✓ **教育・受入実績**
地域医療実習生、研修医等の受入実績 (過去2年度以内)

出典：厚生労働省 令和8年度診療報酬改定 答申資料

第4部

救急救命士という選択

"夜間初動"と"連携の要"を担う新たなチームメンバー



- ◎ 制度の狙い
- ✓ 夜間初動の迅速化
- ✓ 医師負担の適正化
- ✓ 連携の一体化

🕒 法改正の経緯

2021年の救急救命士法改正により、医療機関内での業務が可能となり、チーム医療の一員としての役割が拡大。

👥 期待される効果

タスクシフト・シェアによる医師の働き方改革推進と、質の高い救急医療提供の両立。



法改正の意義と業務拡大

1 医師の指示下での業務範囲の明確化

病院・診療所・在宅医療の現場において、医師の具体的な指示の下で診療の補助を行うことが法的に整備されました。

2 チーム医療での役割拡大

救急現場での経験を活かし、院内や在宅チームにおいて、患者の評価・観察・連携支援を担う専門職としての実装が進んでいます。

3 シームレスな連携の実現

消防機関との共通言語を持つ救急救命士が介入することで、搬送調整や情報共有が円滑化し、地域医療連携の質が向上します。



救急救命士の役割



夜間・休日のファーストタッチ

- バイタル測定
- 状況把握（主訴・経過）
- 緊急度評価

※医師到着前の初期対応により、患者・家族の不安を即座に軽減



医師への即時報告と遠隔トリアージ支援

- 現場状況を医師にリアルタイム報告
- 映像・データ共有による遠隔指示の仰ぎ

※「行かなくても良い」判断の精度向上



搬送判断の調整支援

- 消防（救急隊）との共通言語での連携
- 後方支援病院への受入要請代行

※救急隊の滞在時間短縮にも寄与



物品・記録の整備 チーム内情報共有

- 医療機器・医薬品の管理
- 活動記録の作成とICTシステムへの入力

※看護師・医師の事務負担を軽減

救急救命士の活用効果 (KPI)

夜間初動到達時間


▲15分

迅速な初動対応により
患者と家族の不安を軽減

医師の夜間呼出件数


▲30%

救急救命士が一次対応することで
医師の負担を軽減

在宅コールの
一次対応カバー率


90%

ほとんどのコールに
救急救命士が対応可能

 運用指標 (継続的モニタリング)

✓ 現場トリアージ精度

✓ 再搬送率

✓ 家族満足度

運用フロー：夜間初動体制



第5部

当院の取り組みと 今後のアクション

現行体制の磨き上げと、救急救命士を組み込んだ
持続可能な24時間体制へ

🏠 当院の現状 (2025年データ)

在宅患者数



287名
(2025年現在)

スタッフ体制



医師(常勤換算) **2.5名**

看護師 **2名**

救急救命士 **1名**

MSW・他 **4名**

当院の特徴



- ✓ 24時間対応体制の確立 (自院)
- ✓ 豊富な看取り実績
- ✓ ICT活用の強化・推進中

診療エリア



八戸市

五戸町

おいらせ町

六戸町

南部町

南郷

ほか

拠点から半径16km圏内、車で30分圏内中心

実施ロードマップ（3ステップ）

01

0 - 3 ヶ月 ICT基盤整備

地域共通PF導入

ツール選定・導入、多職種アカウント整備

共通プロトコル策定

トリアージ基準、連携フローの文書化

02

3 - 6 ヶ月 人材育成・試行

救急救命士研修

OJT訓練、夜間ファーストタッチ体制試行

消防連携整備

ホットライン構築、搬送ルールの共有

03

6 - 12 ヶ月 本格運用・届出

体制届出・要件整備

在宅医療充実体制加算の届出準備とクリア

重症患者20%維持

患者構成適正化、KPI指標の改善運用



人材育成計画



OJTと伴走型教育

ケース同乗・シミュレーション訓練による実践的なスキル習得。現場での判断力を養う。



評価とスキルマトリクス

役割定義、到達目標の可視化、定期的な評価とフィードバック。成長プロセスを明確にする。



ワークライフバランス

夜間分担最適化、バーンアウト予防策の実施、休暇取得の促進。持続可能な働き方を実現。



学習文化の醸成

定期ケースレビュー、リフレクション、チーム内の知識共有。失敗からの学びを組織知として蓄積。

連携体制構築プラン（BCP・MCS）

ICT基盤の整備

地域共通プラットフォーム選定
ID統合・認証基盤の確立
ACP／バイタル／サマリーの連携

多職種カンファレンスの定例化

月1回定例 + 緊急時オンデマンド開催
標準議事録フォーマットの導入
アクションプランの進捗管理

BCP（事業継続計画）の策定

災害・感染拡大時の優先順位設定
代替手段とバックアップ体制の確保
緊急連絡網、電源・通信手段の確保

MCS（Medical Care Station）の実装

地域救急・後方病院・消防との情報ハブ
完全非公開型SNSによるセキュアな連携
夜間ホットラインの一元化



参考資料・出典一覧（データソース2）

- ✓ 厚生労働省 令和6年度 診療報酬改定の概要（在宅医療・訪問看護）
- ✓ 厚生労働省 令和8年度 診療報酬改定 答申資料
- ✓ 地域医療構想策定ガイドライン
- ✓ 在宅医療・訪問看護関連資料（通知・Q&A等）
- ✓ 令和6年 青森県の人口（青森県）ほか



参考資料・出典一覧（データソース3）

- ✓ 救急救命士法の一部を改正する法律（令和3年法律第32号）
- ✓ 在宅医療の推進のためのガイドライン（厚生労働省）
- ✓ 医療・介護・消防の連携におけるICT活用事例集
- ✓ BCP策定ガイドラインおよびMCS（Medical Care Station）導入マニュアル
- ✓ 日本プライマリ・ケア連合学会／日本在宅医療連合学会 関連資料

ご清聴ありがとうございました



井上 比奈 (いのうえ ひな)

医師 / 一般社団法人AMR / おひさま在宅クリニック八戸

 おひさま在宅クリニックHP（詳細はご案内資料参照）

 ご質問はセッション後またはメールでお寄せください