

医業 経営情報

REPORT

Available Information Report for
Medical Management

医業経営

地域共生社会を支える
次世代の医療モデル

在宅医療を活用した 経営戦略

- 1 在宅医療が求められている背景と提供体制の課題
- 2 患者を中心に据えた在宅医療体制の構築
- 3 患者の負担軽減とQOL向上を目指すケアモデル
- 4 在宅医療を活用した収益率向上戦略

2025

6

JUN

1 | 在宅医療が求められている背景と提供体制の課題

近年、高齢化の進展と医療環境の変化に伴い、診療所が担うべき在宅医療の重要性が急速に高まっています。従来の病院中心のモデルから、患者の生活に寄り添う包括的なケアへの移行が求められる中、在宅医療は地域医療の基盤として不可欠な役割を担うことになったのです。

診療所にはこの変革の先駆けとなり、患者の生活の質の向上と医療資源の最適な活用に貢献することが期待されています。そこで本稿では、これから果たすべき診療所の使命について考察します。

1 | 在宅医療が求められている背景

質の高い在宅医療は、日本が直面する複数の社会的・経済的課題に応えるために不可欠です。高齢化の急速な進展により、医療・介護を必要とする患者が増加し、病院だけでは対応が困難になっているからです。こうした状況下で、患者が住み慣れた地域で安心して医療を受け続けるためには、地域に根差した診療所の役割が極めて重要です。

また、増大する医療費の抑制も喫緊の課題です。在宅医療は入院と比較して費用を抑えられる可能性があり、財政健全化にも貢献が期待されます。

「自宅で過ごしたい」という患者のニーズに応えることも重要です。人生の最終段階において、患者や家族の意向を尊重した緩和ケアや看取りなど、きめ細やかな医療提供は診療所ならではの強みです。

これらの理由から、診療所が在宅医療に注力することによって、患者のQOL（生活の質）向上、地域医療の維持、ひいては社会保障制度全体の持続可能性に大きく貢献すると考えられます。

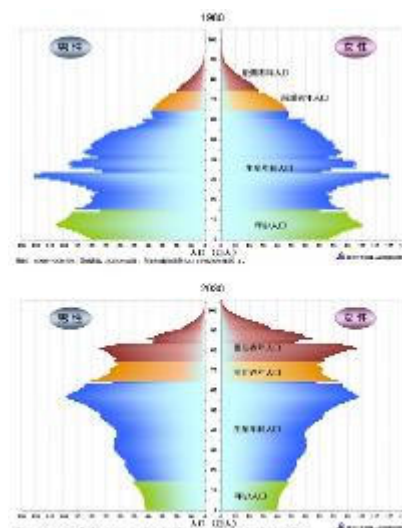
(1) 医療の目的の変化

1980年と2030年の人口分布を比較すると、生産年齢人口（15歳～64歳）と年少人口は減少する一方、高齢人口（65歳以上）は大きく増加します。

現役世代が大多数を占めていた1980年の日本では、救命や病気の治療を目的とした急性期型医療が主な役割でした。

一方、高齢化が進んだ今日では、生活の質の維持・改善を目的とした生活支援型医療の重要性が高まっています。

（出典）国立社会保険・人口問題研究所：
「人口ピラミッド画像」（1980年、2030年）資料



(2)急性期型医療モデルと生活支援型医療モデルの比較

急性期型医療モデル	項目	生活支援型医療モデル
主に現役世代、子ども	対象	主に高齢者、障がい者
主に急性疾患	疾病の特徴	複数の慢性疾患
治すこと、救命・治療	目的	支えること、生活の質の維持・改善
治療	手段	症状緩和、リハビリテーション、認知症ケア、栄養状態の改善、看取りなど
小さい	価値観が医療に与える影響	大きい
病気	ターゲット	人、生活
医師中心	チーム	患者を中心とした多職種
病院	最適な場所	住まい、地域

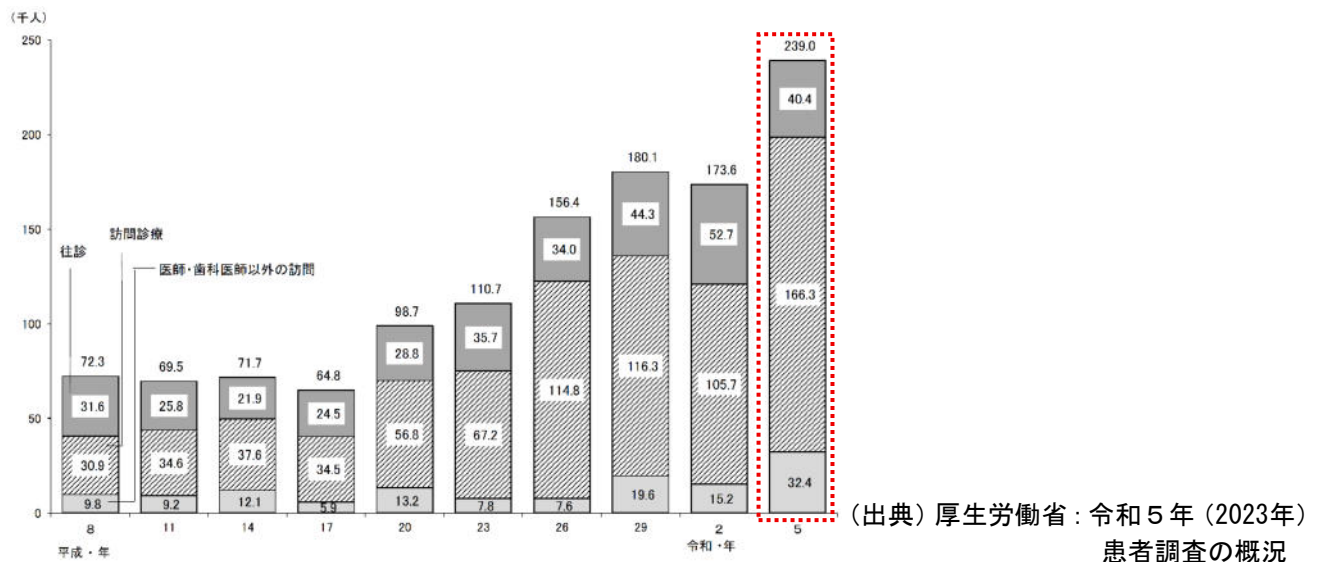
(出典) 厚生労働省：令和5年（2023年）患者調査の概況

2 | 在宅医療の現状と推移

厚生労働省が公表している「令和5年（2023年）患者調査の概況」によると、在宅医療を受けた推計外来患者数は23.9万人であり、これを施設の種類別に見ると、「病院」2.18万人、「一般診療所」12.15万人、「歯科診療所」9.57万人となっています。

在宅医療の種類別に見ると、総数では「往診」4.04万人、「訪問診療」16.63万人、「医師・歯科医師以外の訪問」3.24万人であり、年次推移を見ると、在宅医療を受けた推計外来患者数は、「往診」「訪問診療」「医師・歯科医師以外の訪問」のいずれでも平成8年（1996年）以降増加傾向となっています。

◆在宅医療を受けた推計外来患者数の年次推移



注：平成23年は、宮城県石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

厚生労働省が推進する「2025 年モデル」は、急性期入院の医療資源を集中的に投入し、入院期間の短縮と在宅移行を促す方針を打ち出しています。特に、医療区分1の患者の70%と、医療資源投入量が少ない患者約30万人を在宅医療や介護施設、外来診療へ移行させる計画が進められています。また、地域医療構想でも、療養病床の入院受療率の地域差を縮小するため、在宅医療の充実が求められています。

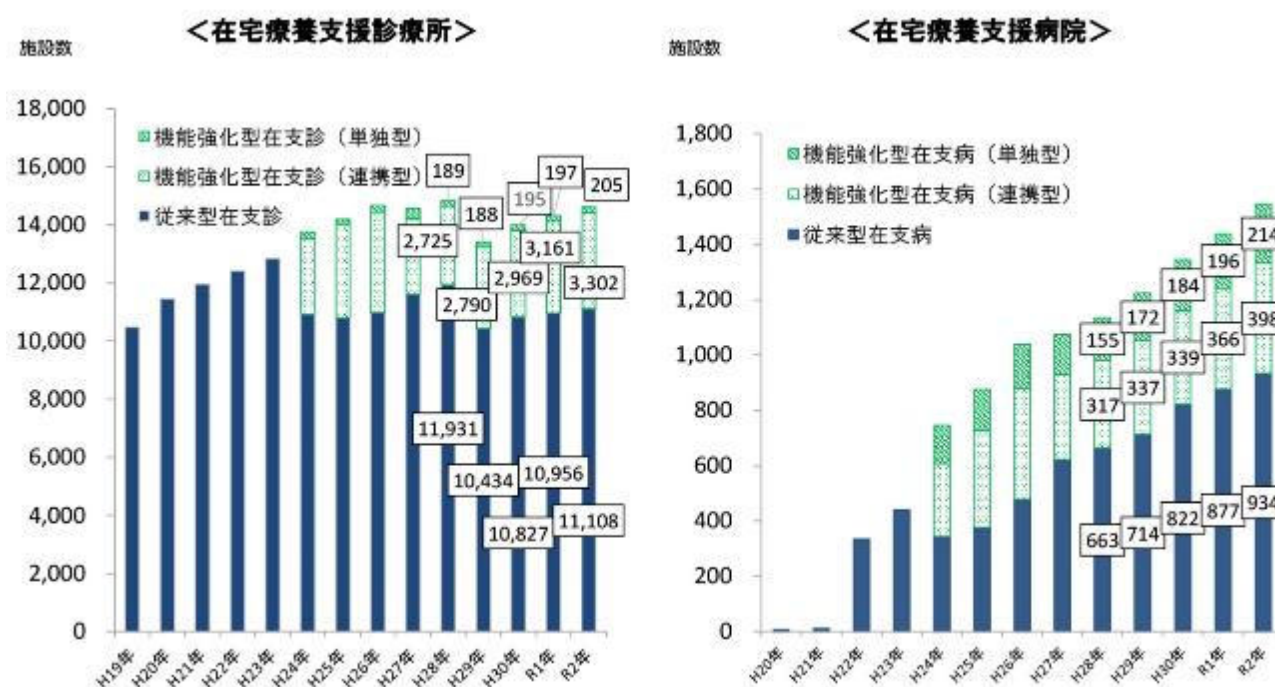
3 | 在宅医療提供体制の現状と課題

これまで述べてきたように、日本における在宅医療には看取りの場としての拡大も期待されていますが、提供体制の整備はまだ十分ではなく少なからず課題も残されています。

たとえば在宅療養支援診療所（在支診）の約3割は過去1年間の看取り実績がゼロであり、約8割は年間9人以下にとどまっています。2016年までは届け出数が増加傾向にありましたが、それ以降は横ばいとなり、近年は「機能強化型在支診」（単独型・連携型）の届け出が増えていきます。

在宅療養支援病院（在支病）は2010年以降増加傾向にあり、「機能強化型在支病」（単独型・連携型）の届け出も増えていきます。しかし、地域による偏在や実際の医療提供との乖離が見られるため、形式的な届け出だけでなく、実質的な在宅医療の提供体制を構築することが求められています。

◆在宅診療支援診療所・病院の届け出数の推移



（出典）厚生労働省：令和4年3月9日 在宅医療の現状について

2 | 患者を中心に据えた在宅医療体制の構築

1 | 在宅医療の仕組みと対象となる患者

在宅医療とは、言うまでもなく慢性疾患や通院が困難な患者が自宅で医療を受けられる仕組みです。訪問診療や往診に加え、訪問看護や訪問歯科診療など、多様なサービスが提供され、医師の指示のもとで専門職が連携しながら支援を行うことになります。

対象となる患者には、高齢者や難病患者、退院後の療養者が含まれます。そのためにも今後、より一層の医療機関や介護事業者との連携強化が求められ、患者が安心して療養できる環境の整備が重要となっているのです。

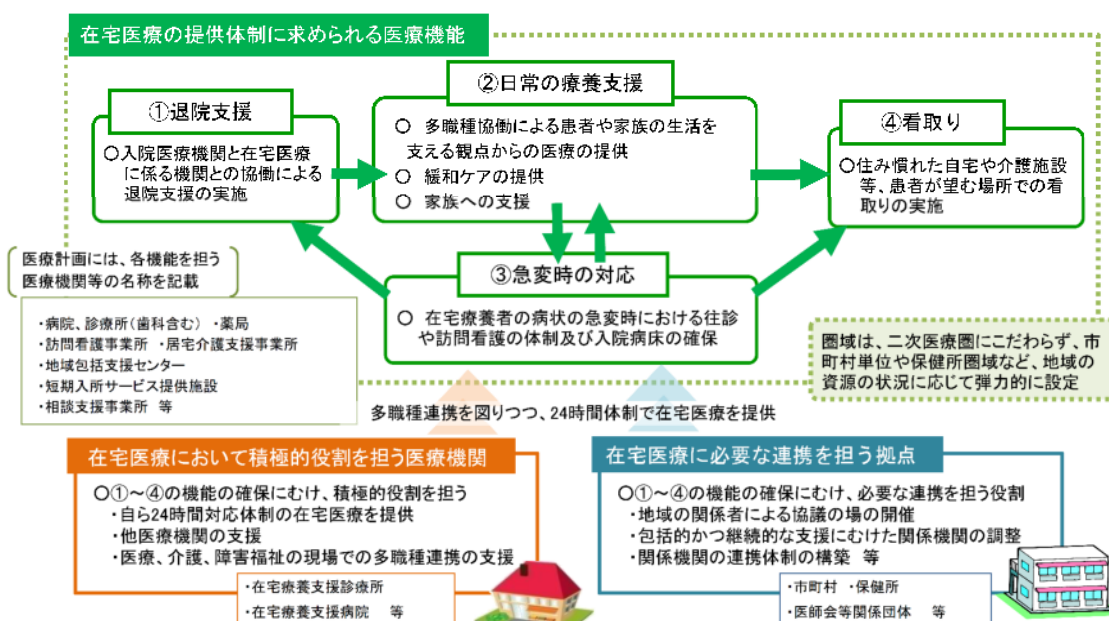
2 | 在宅医療を提供できる範囲

在宅医療には往診と訪問診療があり、患者の状態に応じて提供されます。訪問診療は定期的な医学管理のもとで行われ、往診は病状悪化時に医師が必要性を認めた場合に実施されます。通院が困難な患者が対象で、年齢や要介護度による制限はありません。

提供範囲は原則として医療機関の所在地から半径 16km 以内ですが、特例としてそれを超える場合もあります。在宅医療については居宅のほか、医師の配置が義務付けられていない施設での提供が可能となっています。

◆在宅医療の体制について

～「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ～



在宅医療の体制構築に係る指針（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）より

（出典）厚生労働省：令和4年9月15日 在宅医療の体制整備について

3 | 在宅医療を提供する診療所の類型

診療所には、在宅医療を提供する施設とそうでない施設があります。在宅医療を行う診療所は、在宅療養支援診療所（在支診）や機能強化型在支診、在宅医療専門診療所などに分類されます。

在支診は24時間の連絡・往診体制を整えた診療所で、機能強化型在支診はより高度な医療を提供できる施設です。

また、在宅医療専門診療所は在宅患者割合が95%以上の施設であり、外来機能を持たず在宅診療を専門としています。それぞれのもつ機能と役割を明確にしたうえで、地域医療への質的貢献が求められます。

◆在宅療養支援診療所の要件

- 保険医療機関たる診療所であること
- 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネージャー）等と連携していること
- 当該診療所における在宅看取り数を報告すること等

（出典）厚生労働省：平成19年3月 在宅療養支援所の要件

4 | 在宅医療への取組みと段階的な導入の検討

在宅医療は段階的な導入が可能であり、最初から在宅療養支援診療所（在支診）としての届け出を目指す必要はありません。まずは定期的な訪問診療を、夜間・休日の対応義務を伴わない形で開始することで、導入時の負担を軽減できます。

たとえば、昼休みなどの時間を活用して小規模に訪問診療を始め、需要が増加した段階で対応時間や医療スタッフを段階的に拡充していくことが望ましいといえます。

最終的には、診療体制を整えたうえで在支診として届け出を行うことで、より広範囲での在宅医療提供が可能となります。

在宅医療の導入は、一気に全体を構築するのではなく、以下のような段階的プロセスを踏むことで、無理なく持続可能な体制へと移行できます。

◆在宅医療導入ステップ図（具体的な取り組みと成功のポイント）

【STEP 1：訪問診療の開始（小規模）】

この段階では、医師が外来診療の合間や昼休みの時間を活用し、少数の患者様を対象に訪問診療を実施します。

★成功のポイント：無理のないスケジュールで訪問診療を開始し、訪問先や診療内容を記録して今後の展開に備えることが大切です。患者や家族からのフィードバックを重視し、改善点を丁寧に洗い出していくことが望めます。

【STEP 2：ニーズの把握とスタッフ拡充】

訪問診療の実施を通して地域の在宅医療ニーズを把握し、必要に応じて看護師や事務スタッフの体制を整えていきます。

★成功のポイント：患者数の推移や業務負担を記録し、将来的な業務分担を意識した体制づくりを進めます。また、地域包括支援センターや訪問看護事業所との連携を検討することも効果的です。

【STEP 3：24時間対応体制の整備（在支診を視野に）】

夜間や休日のオンコール体制や緊急対応マニュアルを整備し、安定した在宅医療の提供体制を築きます。

★成功のポイント：他の医療機関や訪問看護ステーションなどと協力して対応負担を分散させます。さらに、ICTツールを活用して患者情報を効率よく共有できる環境づくりが求められます。

【STEP 4：在支診として届け出、地域連携強化】

必要な人員や設備を整備したうえで、在宅療養支援診療所として正式に届け出を行います。これにより、診療報酬の加算を受けることが可能となり、経営的な安定が図れます。

★成功のポイント：自治体や地域医療機関との連携を深め、医療計画と調和した運営を心がけます。多職種による連携カンファレンスを定期的に行うことで、より質の高いチーム医療が実現します。

【STEP 5：包括的な在宅医療ネットワークへ展開】

診療所単体での対応から、訪問看護、薬局、リハビリ、福祉機関などと連携したネットワーク型医療体制へと発展させていきます。

★成功のポイント：医療だけでなく生活支援まで視野に入れた包括的な支援体制を構築します。人材育成や地域住民への啓発活動にも積極的に取り組むことが、持続可能な体制の鍵となります。

このように、各段階で着実に準備と評価を行いながら進めていくことが、結果として質の高い在宅医療サービスの提供につながっていきます。

3 | 患者の負担軽減とQOL向上を目指すケアモデル

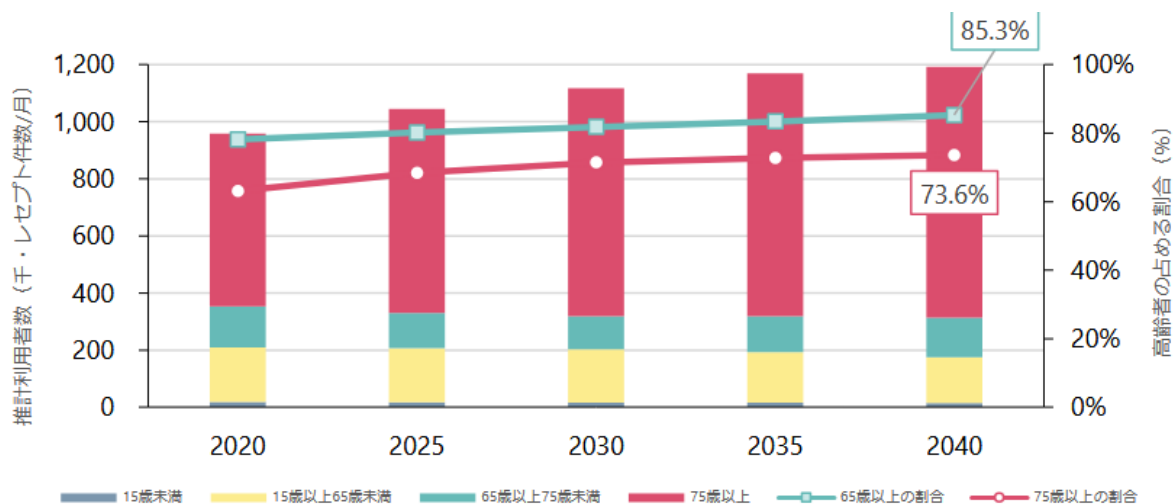
1 | 医療介護連携の強化

在宅医療の定着と発展には、病院・診療所・介護施設や介護事業者との密接な連携が不可欠です。特に、訪問看護ステーションのハブ機能強化とデジタルプラットフォームの活用が重要なポイントとなります。

患者ごとのケアプランを迅速に共有することで診療の継続性が向上し、多職種協働による個別ニーズへの対応が可能となります。また、電子カルテの相互運用性を高めることで情報共有が円滑になり、患者ニーズへの即応性が高まります。

さらに、AI を活用したケアプランの最適化により、効率的な在宅医療が実現されます。これらの取り組みにより地域医療の統合が促進され、患者に質の高い医療を提供できるようになります。

◆年齢階層別の訪問看護事業の将来推計（医療保険＋介護保険）



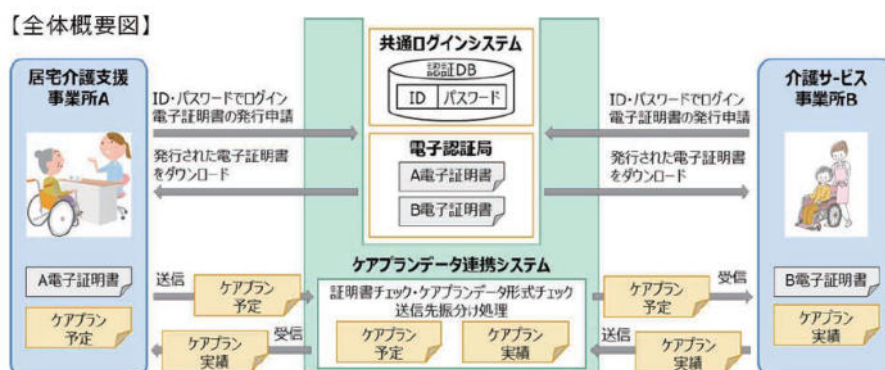
（出典）厚生労働省：令和6年1月26日「在宅医療における各種の関わり方について」（訪問看護）

2 | テクノロジーの活用

遠隔医療の普及により、医師がオンライン診療を行い、訪問看護師と連携して治療を進めるといったモデルが確立されつつあります。特に、ウェアラブルデバイスによる健康モニタリングやAIを活用したケアプランの最適化は、在宅医療の効率向上に大きく貢献しています。これにより、患者は自宅にしながら適切な診察や健康管理を受けることが可能となります。

◆ケアプランデータ連携システムの概要

ケアプランデータ連携システムは、介護事業所に設置される「ケアプランデータ連携クライアント」と運用センターに設置される「ケアプランデータ連携基盤」から構成されます。
介護事業所の利用者は、「ケアプランデータ連携クライアント」からインターネット回線を経由し、「ケアプランデータ連携基盤」を通して事業所間のケアプランデータのやり取りを行います。



- ・インターネット請求で実績のあるセキュアな通信方式を採用し、安心、安全を提供
- ・インターネット請求で使用するユーザID、パスワード等の活用により、本システム利用にかかる事務手続きを簡便化

(出典) 厚生労働省：ケアプランデータ連携を円滑に行うための業務改善のポイント集

3 | 新たなケアモデル「在宅入院」

病院と同等の治療環境を在宅で実現する「在宅入院」は、今後の医療提供体制において重要な役割を果たすことになるでしょう。例えば点滴・投薬・酸素療法を自宅で実施できる仕組みを整えることで、患者の負担軽減とQOLが大きく改善されることが期待されます。

また、訪問看護師の役割を強化し、医師が遠隔で指示を出すハイブリッドモデルが確立されれば円滑な診療が可能となります。

◆「在宅入院」のフローチャート図

1. 開始（患者の状態評価）

主治医の診療

- ・在宅入院の適応を判断し、必要な治療方針を決定

在宅入院の準備

- ・訪問看護師の手配・医療機器（点滴・投薬・酸素療法）の設置・遠隔診療システムの準備（医師のオンライン指示）

2. 治療フェーズ

訪問看護師の定期診療

- ・点滴・投薬・酸素療法の管理
- ・患者の状態確認・記録

遠隔診療の実施

- ・医師によるオンライン診察
- ・診療方針の調整、訪問看護師への指示

3. フォローアップ

患者の状態改善・継続治療

- ・状態が改善すれば治療終了
- ・必要に応じて訪問頻度の調整
- ・緊急時の対応手順確立

また、在宅医療を持続的に発展させるためには、若手医療従事者へのオンライン研修を強化する必要があります。さらには、地域外からのリモート支援やパートタイム勤務の導入により、柔軟な働き方を可能にし、在宅医療の担い手を増やすことが期待されています。

4 | 「オーダーメイド型地域包括ケアシステム」の構築

地域包括ケアシステムは、高齢者が住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らせるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供する体制であり、このシステムにおいて、診療所は患者に最も近い存在として極めて重要な役割を担います。

特に、訪問診療や訪問看護などの在宅医療への積極的な参画が求められ、病院や介護施設、介護事業者と密接に連携し、シームレスなケアの中心的な担い手となることが期待されています。これにより、各機能間で患者データを共有し、効率的かつ迅速な対応が可能となります。

さらに、遠隔診療などを活用した地域ごとのオーダーメイド型システム構築は、へき地における医療アクセスの改善に不可欠です。医療の脱施設化が進む中で、診療所経営においては、従来のスタンドアロン型診療から「地域」を念頭に置いた全人的な高齢者見守り体制への移行が求められます。訪問診療、訪問看護、訪問リハビリといった訪問サービスへの展開を通じて、診療所が地域包括ケアシステムの中でその役割を最大限に発揮することが、安定的な経営につながるでしょう。

※スタンドアロン型診療…特定の専門分野に特化し、独立した診療所として運営される医療機関のこと。

◆ 「オーダーメイド型地域包括ケアシステム」の概要

項目	概要
定義	地域の特性に応じて医療・介護資源を最適に配置し、住民一人ひとりのニーズに合わせた切れ目のないケアを提供するシステム。
医療資源配置	人口構成や疾病傾向に基づき、病床数、診療科、診療所の配置を最適化。
シームレスな連携	病院、診療所、在宅、介護施設が連携し、統合型ケアネットワークを構築することで診療の継続性を強化。
データ駆動型運営	電子カルテやAI解析を活用し、医療資源の適正配置や効率的な運営を推進。
遠隔診療の活用	過疎地域など医療アクセスが限られる地域において、遠隔診療を導入し、診療の機会を拡大。
在宅療養支援	訪問診療、訪問看護、訪問リハビリを統合し、退院後のケアや住み慣れた場所での療養を充実。
地域主体の運営	行政、医療機関（病院・診療所含む）、住民が連携し、地域ごとの健康課題を柔軟に解決。

4 | 在宅医療を活用した収益率向上戦略

1 | 効率的な患者管理システムの導入

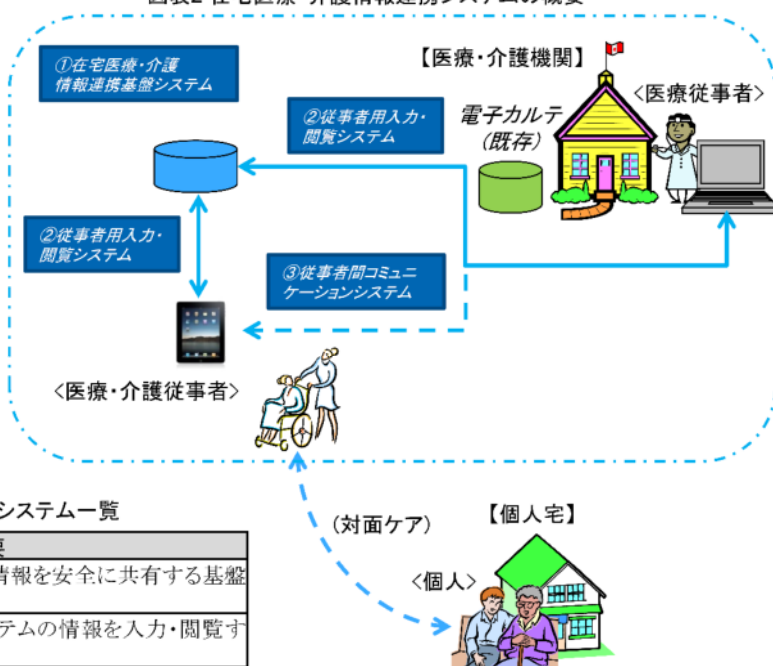
電子カルテや患者ポータルといった患者管理システムを効率的に導入することにより、診療所の運営を最適化し、利益率を向上させることができます。これらを活用することにより患者情報を一元管理し、スタッフの業務が効率され、より多くの患者にサービスを提供することが可能となります。また、システム導入により、誤診や重複検査の防止にも寄与し、医療資源の無駄を減らすことにもつながります。

◆在宅医療・介護情報連携におけるICT利活用の概要

- 在宅医療・介護情報連携システムは、セキュリティが担保されたモバイルネットワークで医療・介護機関と携帯端末を接続し、医療・介護情報を安全に格納し、医療・介護従事者がこれらシステムに格納された医療・介護情報を閲覧することや、訪問先で医師に指示や助言を仰ぐことができるようにするデータベース連携及び画像通信システムである(図表2)。
- これによって次のようなサービスが可能となる。

- ① 医用画像データ、患者基本データ、臨床検査データ、処方情報データ等を保存し、アクセス権や利用者認証等の管理を行う。これにより、医療機関や介護機関、訪問先の医療・介護従事者に分散している医療・介護情報を一元的に集約できる。
- ② 患者宅等を訪問する医療・介護従事者が、保管された要介護者等の医療情報の一部を携帯端末で一時的に参照し、効率的・効果的な訪問看護・介護を行う。これにより、要介護者等は自宅で適切な医療・介護サービスを受けることができ、治療効果の向上やQOLの向上が期待される。
- ③ 患者宅等を訪問する医療・介護従事者と、医療機関にいる医師との間で、表示されるカメラ画像を共有し、医師が遠隔で簡単な診察を行い、訪問先の医療・介護従事者に適切な指示や助言を行う。これにより、患者が自宅で適切な医療・介護サービスを受けられるだけでなく、訪問先の医療・介護従事者も安心して業務を行うことができる。

図表2 在宅医療・介護情報連携システムの概要



図表3 在宅医療・介護情報連携システムにおけるサブシステム一覧

サブシステム	概要
①在宅医療・介護情報連携基盤システム	医療・介護機関の医療・介護情報を安全に共有する基盤となるデータベース
②従事者用入力・閲覧システム	医療・介護従事者が基盤システムの情報を入力・閲覧する機能
③従業者間コミュニケーションシステム	医療・介護従事者間でTV電話等を用いて、診療、指示、助言等のコミュニケーションを同期的に行う機能

(出典) 総務省：情報通信技術及び人材に係る仕様書（平成23年度版）概要版

2 | 訪問診療と外来診療の融合による収益安定化

訪問診療と外来診療の両方を提供することで、診療所の患者層を拡大し、収益源の多角化に繋がります。特に、外来受診が困難な高齢者や慢性疾患の患者を自院で行う在宅医療へ誘導することで、稼働率向上と安定収益の確保が期待できます。また、外来診療時に在宅医療サービスを案内することで、導入率の向上も図れるでしょう。このアプローチは、診療所の特性を活かした地域医療への貢献と、持続可能な経営の両立を実現します。

◆訪問診療の普及と地域医療連携の促進

●地域の多職種に認知してもらう

訪問診療の選択は、患者や家族よりも、多職種からの紹介がきっかけになることが多いです。そのため、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所、病院などに直接訪問し、診療所の認知を広めることが大切です。開業前であれば、告知用のチラシやパンフレットを持参し、各施設を訪問することで、顔の見える関係を築いていきます。

●紹介してもらう

地域の多職種に認知してもらった後は、自院を紹介してもらうための信頼関係を築くことが必要です。患者に対して真摯に向き合い、迅速かつ丁寧な対応を心がけることで、多職種からの信頼を得られます。良い評価が広まることで、訪問診療が必要な患者を紹介してもらえる流れを作ることができます。

●リピートしてもらう

患者数が増えるにつれ、診療所の受け入れ能力を適切に管理することが重要です。訪問診療は計画外の訪問が発生する可能性があるため、運営状況を把握し、無理のない体制を整えることが求められます。患者に継続的に満足していただき、信頼関係を維持しながら、安定した運営を目指して営業活動を進めていくことが大切です。

3 | 保険外サービス及び付加価値サービスの導入

診療所は、保険診療に頼らず、独自の保険外サービスを行うことで収益源を多様化することができます。さらに患者や家族の多様なニーズに応えることで収益性だけでなく、自院のサービス提供価値を高めることが可能です。

例えば、以下のサービスなどが考えられます。

◆保険外サービス及び付加価値サービスについて

予防・健康指導	栄養・運動指導、禁煙指導など、個別の健康増進プログラム
自費診療・高度医療	保険外の先進医療や美容皮膚科、専門外来など
個別化された生活支援	服薬管理サポート、医療機器の自宅管理指導など
家族向けサポート	疾患情報提供、ケア相談、家族自身の健康相談

これらは、診療所の専門性を最大限に活かしつつ、患者個々の課題に対し、保険診療ではカバーしきれない多様なニーズにきめ細かく寄り添うものです。これにより、患者満足度を高め、リピート患者を増やすことで経営の安定化と地域医療への貢献を図ることが可能になります。

◆訪問診療の普及と地域医療連携の促進

「地域の医療提供体制のイメージ（大都市部、地方都市部、過疎地域等で異なる）」



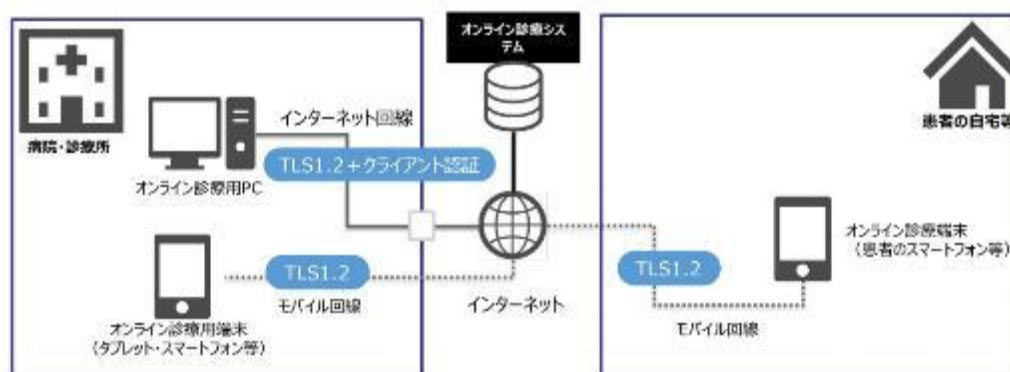
（出典）厚生労働省：令和6年9月5日 新たな地域医療構想の検討状況について（報告）

4 | 遠隔診療サービスの拡大

遠隔診療は訪問診療の前後を補完し、初期評価やフォローアップに活用することで、診療の必要性や頻度を調整することが出来、同時に時間やコストを節約することも可能となります。また、訪問診療中に専門的な判断が必要な際には、遠隔診療を通じて他の専門医と連携し、包括的なケアを提供することも出来るでしょう。

このように遠隔診療と訪問診療の組み合わせにより、患者に最適な医療を提供し、効率的な運営と在宅医療の質向上が期待できるのです。

◆訪問診療の普及と地域医療連携の促進



- ・オンライン診療システムはクラウド型での提供が一般的
- ・病院側の回線は院内の情報システムのネットワークと分離されているケースが多い

（出典）総務省：令和2年5月 遠隔医療モデル参考書 -オンライン診療版-

■参考資料

厚生労働省：「平成19年 在宅療養支援所の要件」

「令和4年 在宅医療の体制整備について」

「令和4年 在宅医療の現状について」

「令和5年 患者調査の概況」

「令和6年 新たな地域医療構想の検討状況について（報告）」

「令和6年 在宅医療における各種の関わり方について」

「ケアプランデータ連携を円滑に行うための業務改善のポイント集」

「多職種協働・地域連携 資料」

総務省：「平成23年度 情報通信技術及び人材に係る仕様書」

「令和2年 遠隔医療モデル参考書」

国立社会保険・人口問題研究所：人口ピラミッド画像