

令和7年度 地域保健総合推進事業

地域医療構想における
“治し支える医療”提供体制の実現に向けた
保健所の役割についての研究
報告書

令和8（2026）年3月

日本公衆衛生協会

分担事業者 小倉 加恵子（鳥取県倉吉保健所）

「地域医療構想における“治し支える医療”提供体制の実現に向けた
保健所の役割についての研究」報告書

目 次

I 事業の概要	1
1 事業のねらい	3
2 事業の内容	5
3 運営体制	9
4 実施結果	12
5 考 察	15
II 資料	17
1 在宅医療提供体制整備に係る保健所の役割等の実態調査	18
1-1 概要報告	18
1-2 詳細報告	24
1-3 調査用紙	48
2 地域診断の実践	55
2-1 保健所による国内5地域の地域診断	55
3 研修会資料	71
3-1 講演資料	71
3-2 やってみよう！地域診断～医療・介護連携～ 簡単ガイド	80



I 事業の概要

事業の要旨

背景

本研究は、2040年を視野に入れた「新たな医療構想」における地域の「治し支える医療」の充実化に向けて、保健所による地域支援の実践を可能とすることを目的とした。各保健所が、その位置づけや地域特性に応じて在宅医療の充実化支援に取り組むための具体的方法を明らかにし、地域での実践を可能とする仕組み（パッケージ）を構築することを目標として、3年計画で事業を進めることとした。

方法

今年度は3年計画の初年度で、(1) 全国保健所を対象とした在宅医療への保健所の関与に係る実態調査、(2) 保健所による地域診断の実践、(3) 人材育成の取組みを実施した。

結果

(1) 実態調査では、先行研究（令和元年度の当該事業班調査）と比較して、在宅医療に対する保健所の関与割合は約9割まで拡大していた一方、実践的な関与は3割程度にとどまっていた。主な課題として、現状把握と課題整理、対応策の立案、合意形成、行政内外の調整があげられた。(2) 班員により国内5地域で地域診断を実施した。その結果、医療資源の分布や人口密度を考慮した分析の必要性、医療が圏域内で完結していない実態を踏まえた広域調整、住民・関係者への理解促進等の課題が整理された。一部地域では、班員による対応策の立案や合意形成に向けた取組みが開始された。(3) (1)(2)の実施にあたり、経験豊富な班員をメンターとして配置し、若手班員が助言・指導を受けやすい体制を整備した。また、基礎知識の向上と関連分野の理解深化を目的として勉強会を3回実施した。さらに、保健所職員を対象とした研修会を開催し、参加者14名から高い満足度及び理解度の向上が得られた。研修会の企画・運営には班員が参画し、社会医学系専門医に求められるコア・コンピテンシーの獲得に資する内容とした。

考察

調査及び地域診断の結果から、地域の「治し支える医療」の充実化において、保健所は直接の提供主体・推進主体になりにくい一方、多主体協働の実装を促進する中間的な支援や調整機能（価値共創型ハブ機能）を発揮しやすいと考えられた。保健所が地域で支援を実践するうえでの課題として、①地域特性や設置主体による構造的制約、②圏域や関係主体をまたぐ調整の困難さが明らかとなった。これらを踏まえて、保健所の強みである機能を生かし、実践的関与を可能にする仕組み（人材育成、支援ツール等）を整備することが重要であると考えられた。次年度以降は、本事業を通じて体制整備に資する「地域実践パッケージ」の開発を目指す。

1 事業のねらい

1-1 背景

地域医療構想は、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、医療機関の機能分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とする。現行の地域医療構想は医療計画の一部として、2025年の医療需要を踏まえた病床数の必要量を定めたうえで、その機能分化・連携の取り組みが進められてきた。

今後、日本社会において超高齢化が進行するなかで、病院完結型の医療提供体制のみでは、持続的に必要な医療を供給することが困難であり、在宅医療の充実と介護との一体的な支援体制の構築が不可欠となっていく。同時に、少子化に伴う生産年齢人口の減少が進行する中で、医療を支える人材確保にも制約が生じ始めている。そこで国は、これらの課題への対応に実効性を持たせるために、超高齢者数がピークをむかえる2040年ごろを見据え、地域の医療提供体制全体を持続可能な形で再構築することを目的として、「新たな地域医療構想」を進めることとした。

「新たな地域医療構想」においては、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制の構築を目指す。在宅医療は訪問診療のみならず、入院・外来医療や看護・介護等の多領域連携のもと切れ目なく提供されることが重要である。一方、自治体の規模や資源の量・質などの要因による地域特性の違いから、在宅医療の充実化支援のあり方は一様ではない。住民が住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応える医療の提供には、各自治体が地域特性を考慮した連携体制を構築する必要があり、体制整備において、保健所も一定の役割が期待されてきたところである。

1-2 これまでの経過

こうした状況を踏まえて、令和元年度に当事業班は、全国保健所を対象とした在宅医療に係る実態調査を行った。その結果、管内の在宅医療提供体制の強化のために関係機関等に対して実践的関与をしている保健所はわずかに25%であった。この結果を踏まえ、保健所による在宅医療の充実化に向けた実践を可能とすることを目的として、令和2～3年度に、在宅医療体制整備に成果をあげている保健所を対象に、その現状分析や圏域合意形成に係る手法について調査し、令和4年度に、この成果を「管内の在宅医療について、医療計画を策定するためのハンドブック」（以下、ハンドブックという。）としてまとめた。

令和5年度及び令和6年度は、このハンドブックを活用し、保健所を主対象とした研修会とフォローアップを実施した。研修会は基本編と応用編の2部構成とし、基本編では在宅医療の充実化支援に資する基礎知識の習得、応用編では「管内の在宅医療を向上させるための素案」を立案することとした。さらに、研修後に参加者が地域で取り組みを進められるよう、班員によるフォローアップを行い、状況に応じた助言を通じて実践を促した。基本編に

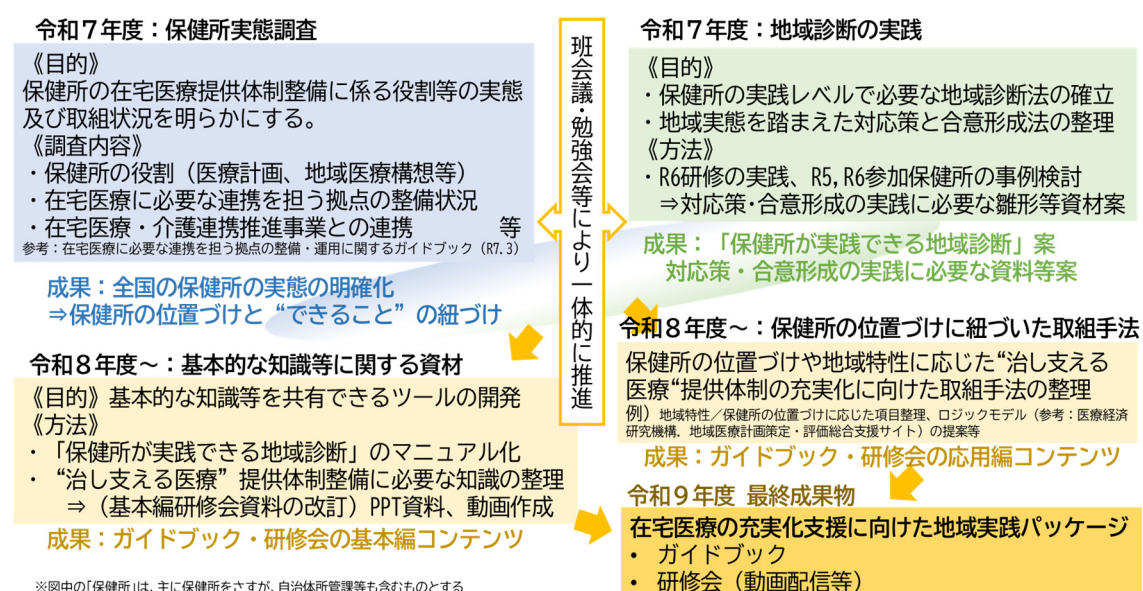
つについては、参加前後のアンケートから研修を通じて在宅医療に関する理解向上が得られ、フォローアップにより知識が定着していることが確認できた。また、応用編とそのフォローアップを通じて、参加者の多くが地域実践に至ったことが確認され、研修会は一定の効果があったと評価できた。一方で、実践につながる応用編研修会の参加者は限られており、より多くの保健所への普及が課題として残った。加えて、地域での実践が困難であった保健所に対する聞き取りから、自治体内の保健所の役割や位置づけの影響があることや、実践に際して保健所組織としての理解と協力が重要であることが分かった。

1-3 研究の目的

当事業班では、2040年を視野に入れた「新たな医療構想」に向けて、保健所がその位置づけや地域特性に応じた「治し支える医療」の充実化支援に取り組むことができるよう、保健所の仕組みの整備に資する「地域実践パッケージ」を開発することを目指す。

事業は、令和7年度から令和9年度の3年間計画とした。1年目は保健所の在宅医療体制整備に関する役割の認識と取組状況について全国の実態を明らかにするとともに、地域診断の実践を通じて質的な評価を行う。2年目以降は、得られたデータを分析し、在宅医療提供体制に関する地域診断の具体的方法や対応策・合意形成に資する資料を作成し、保健所が実情に応じて在宅医療の充実化支援に向けた地域実践を可能とするための「地域実践パッケージ」を開発する。さらに3年間の取組を通じて、地域実践を可能とする人材育成を行う。事業計画の概要を図1に示した。

図1 令和7～9年度事業計画



2 事業運営

2-1 構成員

事業班は、班員 14 名、アドバイザー 7 名で構成される（表 1）。班員のうち 10 名は昨年度以前から事業班に参加しており、4 名は今年度からの参加である。また、班員のうち 11 名は保健所所属（県型 7 名、市型 4 名）、3 名は本庁所属である。アドバイザーは、保健所長会の会員の他、社会医学分野、公衆衛生看護分野、精神保健分野、介護分野の専門家に参加いただき、各領域からの助言が得られる体制を整備した。

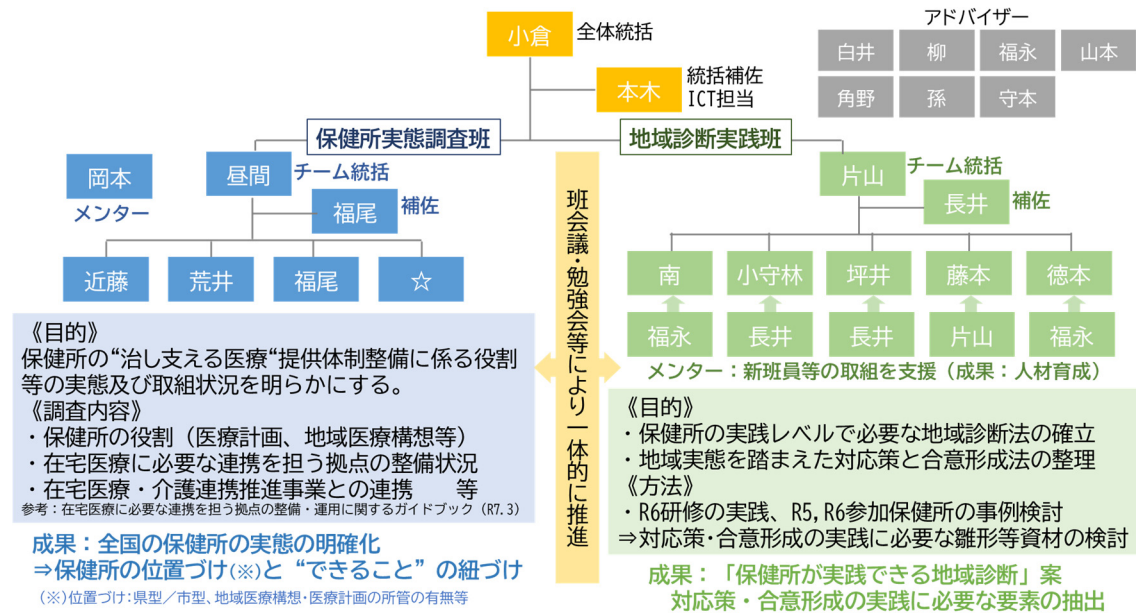
表 1 事業班構成員

分担事業者	小倉加恵子	鳥取県倉吉保健所
事業協力者	岡本浩二	埼玉県川口市保健所
事業協力者	長井大	鳥取県鳥取市保健所
事業協力者	本木隆規	奈良県福祉保険部医療政策局
事業協力者	片山幸	愛知県名古屋市中村保健センター
事業協力者	昼間詩織	群馬県渋川保健所
事業協力者	近藤雪栄	神奈川県横浜市医療局地域医療部がん・疾病対策課
事業協力者	荒井未央	宮城県仙台市保健所太白支所
事業協力者	徳本摩依	宮城県都城保健所
事業協力者	福尾篤子	富山県厚生部健康対策室感染症・疾病対策課
事業協力者	南和	高知県中央西保健所
事業協力者	坪井博文	岡山県美作保健所
事業協力者	小守林靖一	岩手県二戸保健所、久慈保健所
事業協力者	藤本幸	沖縄県南部保健所
アドバイザー	白井千香	大阪府枚方市保健所
アドバイザー	福永一郎	高知県須崎福祉保健所
アドバイザー	柳尚夫	岐阜県精神保健福祉センター
アドバイザー	山本大祐	関西医科大学看護学部
アドバイザー	孫瑜	筑波大学地域医療教育学/ヘルスサービスリサーチ分野
アドバイザー	角野文彦	びわこリハビリテーション専門職大学
アドバイザー	守本陽一	一般社団法人ケアと暮らしの編集社

2-2 事業班の体制

事業運営の円滑な推進のため、班員を保健所実態調査班と地域診断実践班の2つのワーキンググループに分けて組織し、それぞれの課題を遂行した(図2)。加えて、班会議及びメーリングリストを用いて班全体で進捗を確認、意見交換や情報共有をしながら活動した。

図2 令和7年度事業班体制図



2-3 実施日程

図3 令和7年度スケジュール概要

行事	令和7年度 上期			令和7年度 下期		
	5/9 ヒアリング			10月末 日本公衆衛生学会	12月上旬 中間報告	2月中旬 発表会 2月下旬 報告書
全体	班会議	勉強会	勉強会?	★ 学会公募企画 (GW)		
保健所実態調査班	項目の検討	アンケートフォームへの落とし込み アンケートフォーム構築	リマインド3回程度 (最終は9月末まで) 発送	回収	集計・一次解析	
地域診断実践班	基本編研修の自主学習+改訂が必要なコンテンツの洗い出し	応用編研修の実践	発表	地域実践、過去事例の検討	対応策・合意形成の実践に必要な雛形等資材の検討	

2-4 班会議

当該事業の推進を図るために、年間を通じて定期的に班会議を実施し、進捗の共有、意見交換及び課題の検討を行い、事業の推進を図った（表2）。班会議では全体での意見交換等の他に、オンライン会議のグループワーク機能を活用して、保健所実態調査班及び地域診断実践班の2班に分かれて、各班のタスクに従って作業を進めた。また、班のメーリングリストや個別にメール等を用いて、連絡調整を行った。

表2 班会議の開催状況

開催日時	議題
第1回班会議（Microsoft Teams） 日時：令和7年4月19日（土） 10:00～12:00	(1)自己紹介 (2)今年度の基本編研修の内容の検討 (3)事業班での情報共有について (4)その他
第2回班会議（Microsoft Teams） 日時：令和7年5月18日（日） 10:00～12:00	(1)事業ヒアリングの報告 (2)各班の進捗共有・意見交換 (3)その他 (4)グループワーク
第3回班会議（Microsoft Teams） 日時：令和7年6月22日（日） 10:00～12:00	(1)各班の進捗共有・意見交換 (2)その他 (3)グループワーク
第4回班会議（Microsoft Teams） 日時：令和7年7月19日（土） 10:00～12:00	(1)連絡事項 (2)その他 ●勉強会（第1回）
第5回班会議（Microsoft Teams） 日時：令和7年8月2日（土） 10:00～12:00	(1)各班の進捗共有・意見交換 (2)日本公衆衛生学会研修会（GW）企画の検討 (3)その他
第6回班会議（Microsoft Teams） 日時：令和7年9月23日（火・祝） 10:00～12:00	(1)アンケート調査の回収状況共有 (2)日本公衆衛生学会研修会（GW）企画の検討 (3)学会発表予行 (4)その他
第7回班会議（現地・Microsoft Teams） 日時：令和7年10月29日（水） 11:00～13:00	(1)日本公衆衛生学会研修会（GW）企画振り返り (2)アンケート調査について (3)その他
第8回班会議（Microsoft Teams） 日時：令和7年11月15日（土） 10:00～12:00	(1)アンケート調査について (2)今後の進め方について (3)その他

<p>第9回班会議 (Microsoft Teams)</p> <p>日時：令和7年12月7日 (日)</p> <p>10:00～12:00</p>	<p>(1)地域診断の取組発表</p> <p>(2)各班の進捗報告</p> <p>(3)その他</p>
<p>第10回班会議 (Microsoft Teams)</p> <p>日時：令和8年1月12日 (月・祝)</p> <p>10:00～12:00</p>	<p>(1)各班の進捗共有</p> <p>(2)その他</p> <p>●勉強会 (第2回)</p>
<p>第11回班会議 (Microsoft Teams)</p> <p>日時：令和8年2月14日 (土)</p> <p>10:00～12:00</p>	<p>(1)各班の進捗共有</p> <p>(2)その他</p> <p>●勉強会 (第3回)</p>

3 事業の内容

令和7年度は、(1) 在宅医療提供体制整備に係る保健所の役割等の実態調査（以下、保健所実態調査）、(2) 保健所による地域診断の実践（以下、地域診断実践）を実施した。(3) (1)、(2) 及び研修会の開催を通じて地域での実践が可能な人材の育成を行った。

3-1 保健所実態調査

保健所が在宅医療提供体制の整備において果たす役割や取組状況について実態を把握し、2040年を見据えた「新たな地域医療構想」に向けた具体的方策の検討に資することを目的として、全国調査を実施した。方法は、ウェブフォームを用いた質問紙調査法とした。回答者のインターネット環境により、ウェブフォームでの入力できない場合は、メールに用紙を添付して回答し、班員により代理入力を行った。2025年8～10月に、全国の保健所（462か所）を対象としてメール依頼により調査を実施した。調査内容は、以下の項目とした。

- ✓ 保健所の属性
- ✓ 在宅医療提供体制について
- ✓ 在宅医療提供体制構築への保健所の関わり
- ✓ 在宅医療提供体制構築への課題
- ✓ 医療・介護連携の状況。

結果について、今年度は単純集計とクロス集計を実施した。

（倫理的配慮）調査は、鳥取県福祉保健部倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号WH2025-001）。

 詳細は、資料1

3-2 地域診断の実践

新班員4名と若手班員1名が所属保健所の管轄二次医療圏の地域診断を実施した。地域診断の実践においては、令和4年度に当事業班で作成したハンドブックを用い、次の手順を進めた。

- ✓ 地域特性の分析
- ✓ 管内の在宅医療についての現状分析
- ✓ 管内の在宅医療についての課題整理
- ✓ 課題に対する対応案の検討
- ✓ 管内での合意形成の手順の検討

地域特性や在宅医療の現状分析においては、必要に応じてデータ収集・分析の追加、定性分析の視点でのヒアリング等を実施して地域の実態把握に努めた。さらに可能な範囲で、対応策の立案や合意形成の手順の検討、地域での取り組みを開始した。

 詳細は、資料2

3-3 人材育成

3-3-1 事業班活動を通じた人材育成

保健所実態調査及び地域診断の実践にあたって、分析を実施する班員に対して経験豊富な班員をメンターとして配置し、相談支援や助言・指導に応じた（図2）。また、班会議やメーリングリストを通じて、関連領域の専門家であるアドバイザーから助言・指導をいただいた。さらに、班会議のタイミングに併せて、「治し支える医療」に関連するテーマで勉強会を企画した（表3）。今年度は3回の勉強会を実施し、有識者の講義及び班員との意見交換を行った。

表3 勉強会の開催状況

開催日時	議題
第1回勉強会 日時：令和7年7月19日（土） 10:00～11:30（班会議のうち）	講師：孫瑜先生（筑波大学医学医療系地域医療教育学/ヘルスサービスラーナ分野） 演題：我が国の在宅医療の現状と今後～レセプトデータ等を用いた研究の紹介～
第2回勉強会 日時：令和8年1月12日（月・祝） 10:00～11:30（班会議のうち）	講師：田中明美先生（奈良県福祉保険部次長） 演題：地域医療介護総合確保基金等を用いた奈良県生駒市や全国の支援に行った状況等
第3回勉強会 日時：令和8年2月14日（土） 10:00～11:30（班会議のうち）	講師：角野文彦先生（びわこリハビリテーション専門職大学学長） 演題：在宅医療介護連携支援について

3-3-2 研修会の開催

事業班活動を通じた人材育成の他に、人材育成の場として、第84回日本公衆衛生学会総会で研修会（グループワーク）「あなたの町の“治し、支える医療”やってみよう！地域診断」を企画した。企画の目的は次の2つであった。

① 地域で「治し支える医療」の充実に携われる保健所の増加

令和5～6年度の研修会を通じて、参加者において在宅医療の知識習得に関して高いニーズがある一方で、地域での実践への意欲は必ずしも高くなかったことを踏まえ、地域実践のきっかけ作りや意欲向上を目指すこととした。研修会の対象は保健所職員を主とし、事前準備の負担を極力減らし、グループワークで実際に地域診断に取り組み、実践につなげることを主眼とした。副次的に、参加者との対話・意見交換を通じて様々な地域の実情を把握することとした。

② ①の推進に関わる人材育成

スタッフとして参加し、事業班の目的に応じた役割を果たすことを通じて、表に示したコンピテンシーを獲得することを目的とした（表4）。なお、コンピテンシーは、社会医学系専門医がもつべきコア・コンピテンシーを参考にした。

表4 研修会を通じて獲得が期待されるコンピテンシー

	役割	獲得が期待されるコンピテンシー
班員（新・若手）	事例発表 ・年度上期の成果のまとめ ・年度下期の目標の明確化	コミュニケーション能力 分析評価能力 研究推進と成果の還元能力
	ファシリテーター	パートナーシップの構築能力 課題解決能力 教育・指導能力
班員（継続）	ファシリテーターの支援	パートナーシップの構築能力 教育・指導能力 課題解決能力
	グループワークの助言 ・参加者の支援 ・自所の取組の還元	コミュニケーション能力 分析評価能力 研究推進と成果の還元能力

研修会の対象は、保健所長・職員を優先し、当該分野の行政所管部署職員及び関連機関職員とした。関連機関の職員は保健所職員とチームを構成して参加することを条件とした。全国保健所長会メーリングリストを用いて参加者を募集し、当日参加も可能とした。

研修会は全体で3時間とし、（1）グループワークに向けた全体での情報共有と（2）グループワークの構成で実施した。

全体での情報共有では、「在宅医療の基礎知識と保健所の関わり」に関するミニレクチャー、地域診断の手法説明、班員からの事例報告を行った。地域診断には、ハンドブックを改訂したツールとして「やってみよう！地域診断～医療・介護連携～ 簡単ガイド」（以下、簡単ガイド）を作成して使用した。

グループワークでは、5～6名を1グループとして、参加者は「簡単ガイド」に沿って地域診断の作業を実施した。班員は、参加者の作業を促し必要に応じて助言を行い、グループごとに意見交換をしながら進めた。作業後に、各グループから地域診断の結果や感想を発表し、意見交換をすることで地域診断の意義や自所管内の課題に対する意識化を促した。また、保健所として、地域で「治し支える医療」の充実に関わる必要性を共有した。評価として、グループワークの前後にアンケートを実施し、満足度や理解度等の変化を確認した。

☞ 成果物等は、資料3

4 実施結果

4-1 保健所実態調査

4-1-1 回答状況

回収率は54.3% (251/462)、有効回答234。設置主体、地域区分及び地方ブロック別の回答割合は、全国の保健所の配置状況と比べて大きな偏りはなかった。

4-1-2 調査結果の概要

(1) 在宅医療の充実度

「どちらともいえない」が40.6%で最多、「充実している」26.5%と「充実していない」26.9%が拮抗した。大都市型では充実度が高く、地方都市型・過疎地域型では低かった。充実の理由としては、「診療所からの訪問診療」、「訪問看護体制」、「医療介護連携」が上位であった。過疎地域型は、「病院による在宅支援」の回答が一定数あったことが特徴的であった。

(2) 在宅医療提供体制構築への保健所の関与

業務主体は「保健所以外が主で保健所は一部関与」が46.2%と最多であり、「保健所が主」は9.8%であった。取組状況では、9割超が何らかの関与を示した一方、「実践的関わり」（管内の医療関係機関や介護事業所等の関係機関・施設への働きかけ）を行う保健所は31.6%にとどまった。指定都市型では保健所の直接関与は少なかった。

(3) 第8次医療計画の在宅医療

在宅医療に必要な連携を担う拠点（連携拠点）を「知っている」保健所は64%、担い手は医師会、市町村、病院が中心であった。保健所が拠点設置に関与した割合は約半数。第8次医療計画の圏域計画の有無は概ね半々で、計画策定に何らかの関与をした保健所は約6割であった。

(4) 課題と対応のための行動

約9割が在宅医療体制構築に課題を感じており、特に過疎地域で割合が高かった。主な課題は、(1)在宅医療の現状把握・分析、(2)課題整理・解決策立案、(3)行政内外の調整・合意形成であった。課題への対応に関する行動意欲（10段階）は平均6.10であったが、実践に際しては「合意形成の困難」「行政側課題の調整」を主要な障壁としていた。

(5) 医療・介護連携の状況

保健所の関与割合は約8割であったが、その内容の中心は会議への参加であり、実質的な連携構築や資源把握への関与は4割前後であった。取組みを実践している保健所においては、ICT活用、入退院調整ルール、人材育成（ACP推進等）などの工夫がみられた。

 詳細は、資料1

4-2 地域診断の実践

地域診断を実施した5名は、全て県型保健所に所属していた。地域診断の対象とした二次医療圏は6か所であった。班員1名（地域「あ」）は2か所の保健所を兼務しており、各保健所が管轄する2か所の二次医療圏（I、C）の地域診断を実施した。地域の特徴を表5に示した。

表5 地域診断の対象となった二次医療圏

地域	保健所 類型	人口(人)・ 密度(人/km ²)	高齢化率	市町村数	地理的特徴
あ	I 県型	5万・46	40%	1市2町1村	内陸山間
	C 県型	5万・51	37%	1市1町2村	沿岸部
い	県型	7万・61	41%	1市	中山間
				1町1村	
				3町	沿岸部
う	県型	17万・94	35%	2市5町1村	中山間
え	県型	19万・242	32%	1市1町	中山間
お	県型	74万・1905	22%	3市2町	地方都市
				2市2町	
				1町6村	離島

現状分析と課題整理を通じて、次のような課題があげられた。

- ✓ 医療資源の地理的分布から二次医療圏をさらに分割した単位での検討
- ✓ 人口の少ない地域で分散する需要に対して効率的な医療提供を実現するための体制整備
→実態を把握するための情報収集（例：在支診・在支病へのヒアリング）
→ICT ツールの積極的活用、他業種との連携
- ✓ 圏域内で医療が完結していない状況（流入／流出）を踏まえた広域調整
- ✓ 住民・関係者への理解促進（ACP、救急医療の適正利用等）

合意形成の手順として、関係者・関係機関と現状に対する認識を共有するために既存の会議体（在宅医療・介護連携推進協議会、地域医療構想調整会議、県境会議等）の活用やヒアリングなどを通じた意見交換で意識のすり合わせを行うことなどがあげられた。

今後の取組として、合意形成の手順を踏まえた協議会等の開催、DX推進協議会での事例紹介を通じたICTの推進、本庁との課題共有と役割分担、在宅医療・介護連携推進に係る協議体の市町村設置などの必要性について整理した。

 詳細は、資料2

4-3 人材育成(研修会)

研修会の参加者は14名で、事前登録あり11名、事前登録なし3名であった。保健所職員は13名（うち保健所長は7名）であり、1名は研究職（大学所属）であった。

研修会の参加理由は、「管内の在宅医療の現状と課題を把握するため」、「管内の在宅医療の課題に対する解決策を知るため」、「地域医療構想の推進のため」、「知人等が参加しているため」の順に多かった。「治し支える医療」に関する取り組みの意欲は、10段階評価（取り組む意欲が全くない場合を1、取り組む意欲が非常に高い場合を10）において、平均8.3（中央値8）であった。

研修後の満足度について、10段階評価（最も満足度の高い場合を10、最も満足度の低い場合を1）で、全体平均8.6（中央値9）であった。研修終了後の理解度について、項目別に10段階評価（全く理解できなかった場合を1、十分に理解した場合を10）で回答した結果は以下の通りであった。

- ✓ 在宅医療や訪問看護・介護などに関する知識：平均7.0（中央値7）
- ✓ 自所管内の高齢者人口や医療状況などの基礎データの抽出方法：7.8（中央値8）
- ✓ データの分析と課題の整理：平均7.2（中央値8）
- ✓ 地域診断後の課題解決方法：平均5.9（中央値6）

参加者からの全体的な感想について、表6にまとめた。

表6 研修参加後の全体的な感想（自由記載）

勉強になりました！圏域や都道府県を超えた受診行動なども加味した分析なども詳細にやってみたいです。
とても勉強になりました。ありがとうございます。
大変勉強になりました。保健所でできることは限られていますが、今回のことを活用してやれることをやりたいと思います。
質的評価の方法についても今後可能でしたら教えていただきたいと思います。
短時間で実践できたのでよかったです。発表いただいた方々の内容も大変参考になりました。
ワークの際に、もう少ししっかり指導いただけたらよかった。
わかりやすい資料とプロセスの説明、ありがとうございました。
実践形式でとても勉強になりました。
活用データのサイトが分かってよかったです。
地域差があるため、統一的な結論を得ることは難しいかもしれません。
公開データでできる地域診断の可能性を感じることができました。実際に手を動かすことも大事ですが、公衆衛生関係者と一緒にみる、ということの有意義さも感じられました。

5 考察

保健所が地域診断を実施する意義

本研究における保健所実態調査では、地域区分により在宅医療提供体制の充実度や課題、対応の困難さに違いが認められた。その背景には、在宅医療の成立に影響する①資源の密度（訪問診療・訪問看護等の供給基盤）、②アクセス等の地理条件、③連携運用の成熟度（多職種協働、急変時対応、病診連携、医療・介護連携等）の違いがあると整理された。

これらの要素が体制整備に影響することは、班員による複数地域での地域診断事例からも裏付けられた。したがって、保健所が「治し支える医療」の充実に取り組むにあたっては、まず地域診断により地域の実情を的確に把握し、見える化を通じて関係者間での課題認識の共有を図ることが不可欠である。そのうえで、地域特性に応じた対応策を検討し、合意形成へとつなげていくことが重要であると考えられた。

保健所の関与の広がり現状における課題

今回の調査では、先行研究（令和元年の当事業班調査）と比較して、在宅医療提供体制の整備に関与している保健所は約9割に増加しており、「実践的な関わり」を行っている割合もわずかながら増加していた。これらの結果から、保健所の役割が、基盤整備を中心とした関与から、一部実装支援へと拡張しつつあることが示唆された。一方で、実装型の取組みは依然として限定的であり、地域特性や設置主体による違いを踏まえた関与のあり方が十分に確立されているとは言い難い状況にある。今後は、それぞれの保健所が有する機能や立場を踏まえ、実情に応じた関与の在り方を整理していく必要があると考えられた。

また、第8次医療計画で設定された連携拠点とその運用に関して、保健所による認知や関与の度合いには地域差が認められた。連携拠点の所在や機能、担い手を関係者間で共有し、計画（圏域）と運用（連携拠点）を連動させ、地域で実装していく点に課題があると考えられた。

保健所が発揮し得る“価値を共創するハブ機能”

保健所は、直接の医療提供主体や事業推進主体になりにくい一方で、多主体協働の実装を下支えする中間的な支援・調整機能を発揮しやすいと考えられた。具体的には、

- ① 現状把握と課題抽出の標準化（見える化、情報共有、指標化）
- ② 関係者連携の促進（医師会、医療機関、市町村、介護関係者等による協議の場の運営）
- ③ 協議の場の運営支援と合意形成の実効性向上（論点整理、意思決定支援）
- ④ 必要に応じた働きかけの実施（個別機関・行政部局への支援、支援ツールの整備）
- ⑤ 研修・啓発等を通じた実装支援（ACP等を含む人材育成・普及啓発、ICT活用促進）

が挙げられる。これらの機能は、多様な関係者が連携して「治し支える医療」の充実という価値を共に創出する過程を支援するものであり、連携拠点が有する多職種会議、情報共有、研修等の機能との親和性も高いと考えられた。

設置主体別にみた保健所の関与の位置付け

在宅医療提供体制の整備における業務主体の違いは、設置主体の類型に加え、医療計画を踏まえた役割分担に係る組織構造や、庁内（同一自治体内）及び庁外（複数市町村間）における調整状況の違いが反映されていると考えられた。

都道府県型保健所は比較的広域を管轄しており、市町村間で取組状況や医療・介護資源の分布に差が生じやすいことから、広域的な連携促進や市町村間調整を担う意義が高いと考えられた。一方、指定都市型等では、在宅医療・介護連携の担当部署が保健所以外に設置されている場合もあり、保健所は庁内横断的な関与を通じて実装を支援することが有効と考えられた。

地域状況に応じた課題整理

在宅医療提供体制の整備に向けた対応策を検討するうえでの地域区分別の課題を、以下のとおり整理した。保健所による地域実践を可能とする支援策を検討するためには、今回取得したデータについて、今後さらに分析を行う必要がある。

- ✓ 大都市型：①訪問診療・訪問看護の実態把握（量的・質的）、②医療・介護連携、病診連携、急変時対応等の運用の質（連携の成熟度）の向上
- ✓ 地方都市型：①訪問系サービス等の供給基盤の底上げ、②病診連携・多職種協働の運用整備
- ✓ 過疎地域型：①訪問診療・訪問看護の確保と効率的・効果的な供給、②急変時や退院支援を支える病院の後方支援機能の充実、③地域の連携拠点を活用した支援の仕組みの構築

今後の取組み方針

本研究を通じて、保健所が地域で実践するうえでの主な課題は、①設置主体や地域特性に起因する構造的な制約、②圏域や関係主体をまたぐことによる調整の難しさ（庁内外調整、ガバナンス）、③実態把握や対応策立案等に係る企画機能の難しさ、の3点に整理された。

これらの課題に対しては、保健所の強みである価値共創型のハブ機能を強化し、実践的な関与を可能とする体制整備（人材育成、支援ツール等）を進めていくことが重要であると考えられた。次年度以降、保健所の体制整備に資する資材の開発及び周知に取り組むとともに、人材育成を段階的に進めながら、最終成果物としての「地域実践パッケージ」の構築を目指す。

まとめ

本事業により、在宅医療提供体制の整備状況や課題は地域特性や設置主体により大きく異なることが明らかとなり、地域医療構想の推進において保健所による地域診断の意義が再確認された。また、保健所は直接医療を提供する主体とは異なる立場から、多主体協働を促進する「価値共創型ハブ機能」を発揮し、計画と実装をつなぐ調整役を担いうる存在であることが示唆された。本年度は、その役割や課題を整理するとともに、次年度以降の取組みに向けた方針を明確にすることができた。



II 資料

1 在宅医療提供体制整備に係る保健所の役割等の実態調査

1-1 概要報告

在宅医療提供体制整備に係る保健所の役割等の実態調査 概要報告

保健所実態調査:目的と方法

【目的】
保健所が在宅医療提供体制の整備において果たす役割や取組状況について実態を把握し、2040年を見据えた「新たな地域医療構想」に向けた具体的方策を検討する。

【調査概要】
調査名:在宅医療提供体制整備に係る保健所の役割等の実態調査
対象者:保健所長(可能な限り)
方法:オンラインアンケート(所要時間:約15分)

【実施期間】令和7年8月4日～10月3日

- 【調査項目】**
- ✓ 保健所の属性
 - ✓ 在宅医療提供体制について
 - ✓ 在宅医療提供体制構築への保健所の関わり
 - ✓ 在宅医療提供体制構築への課題
 - ✓ 医療・介護連携の状況

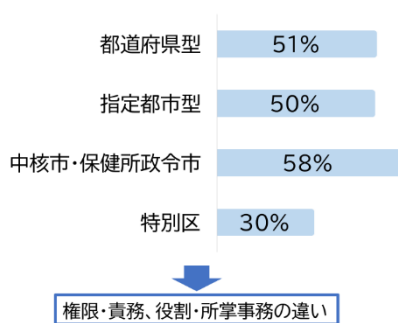
【倫理的配慮】鳥取県福祉保健部倫理審査委員会承認



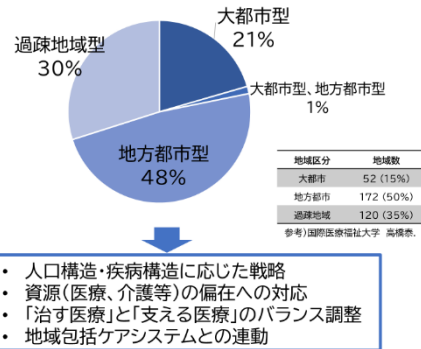
保健所実態調査:結果(1)回答状況

回収率:234保健所より回答(回収率51%)

1) 保健所の設置主体別
(各型の設置実数を母数とした割合)



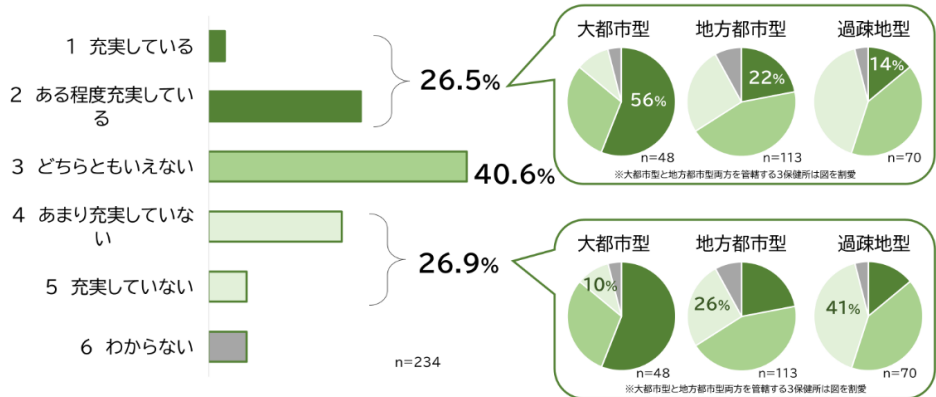
2) 二次医療圏の地域類型



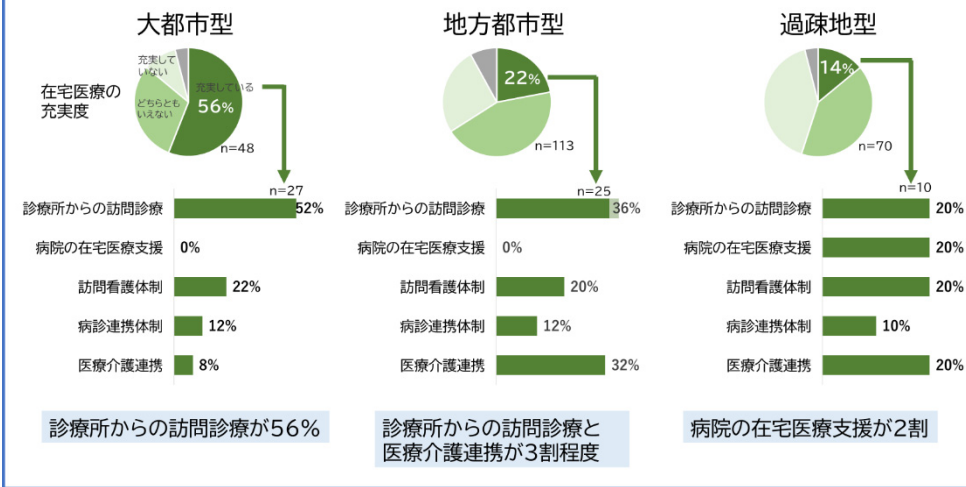
保健所実態調査:結果(2)-1 在宅医療の充実度

「どちらともいえない」が最多
「充実している」と「充実していない」が拮抗

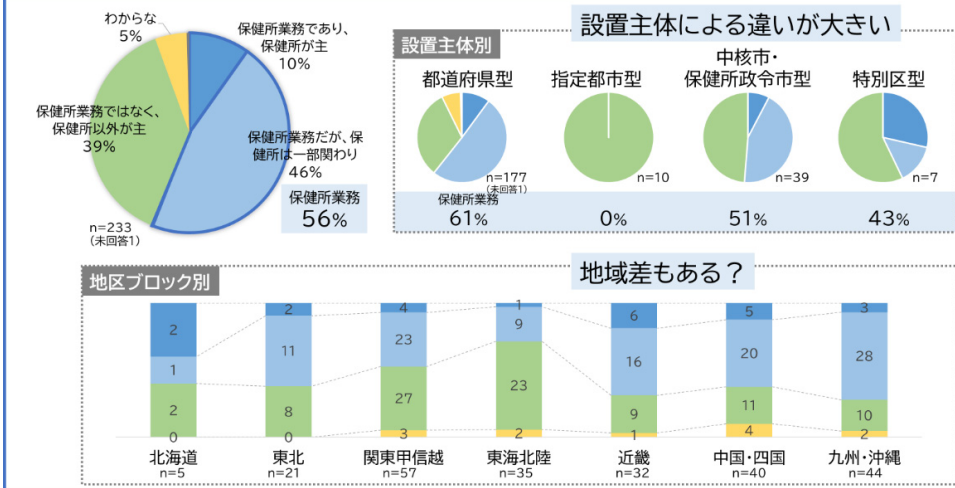
大都市型では充実度が高く、
地方都市、過疎地型は低かった



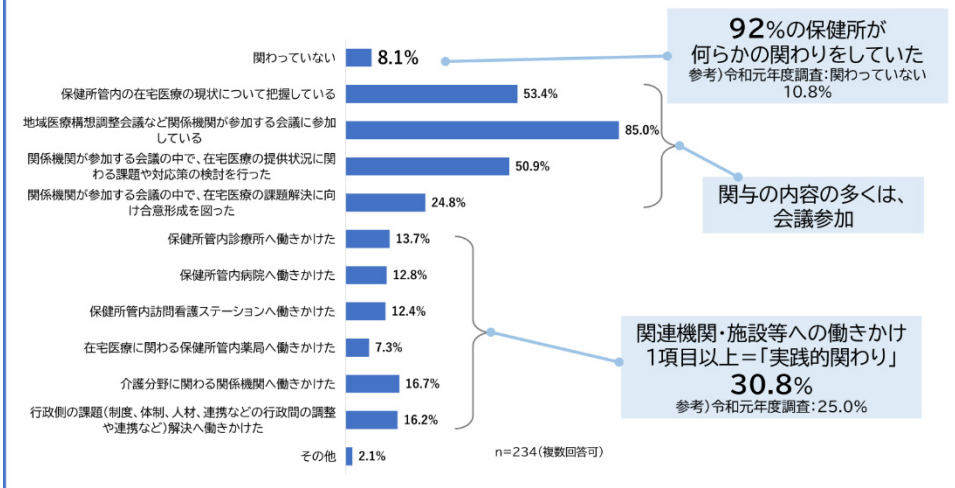
保健所実態調査:結果(2)ー2 特にどの部分が充実?



保健所実態調査:結果(3)ー1 体制整備の業務主体

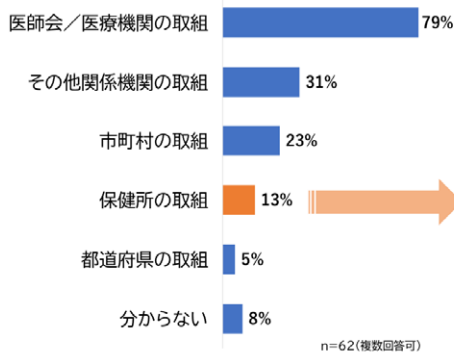


保健所実態調査:結果(3)ー2 体制整備への保健所の関与



保健所実態調査:結果(3)ー3 体制の充実に寄与した取組

医師会／医療機関の取組を多くの保健所が評価



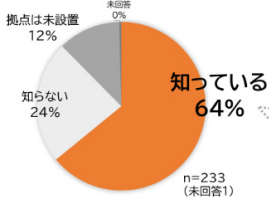
保健所による取組の工夫

- 関係機関との連携
 - ・医師会の事務局機能を支援
 - ・医師会事業に協力
 - ・市役所所管課との密な連携
 - ・関係機関へのヒアリング、意見交換
 - ・連携強化に向けたWG立上げ
- 関係機関への働きかけ
- 訪問看護Stの大規模化の推進
- 研修・啓発活動
 - ・感染症対策を通じた研修・情報発信
 - ・医療介護従事者向け研修会開催
 - ・医療的ケア児・者の防災のしおり作成

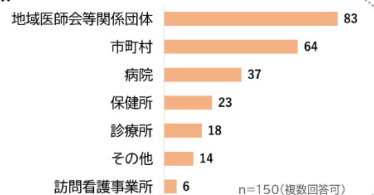
自由記載より

保健所実態調査:結果(4) 第8次医療計画における連携拠点

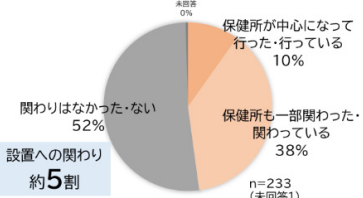
● 在宅医療に必要な連携を担う拠点(連携拠点)の認知



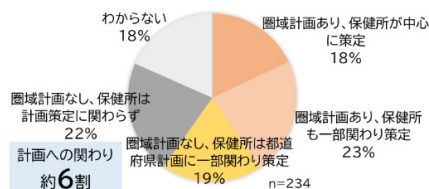
連携拠点



● 連携拠点設置に際する保健所の関わり



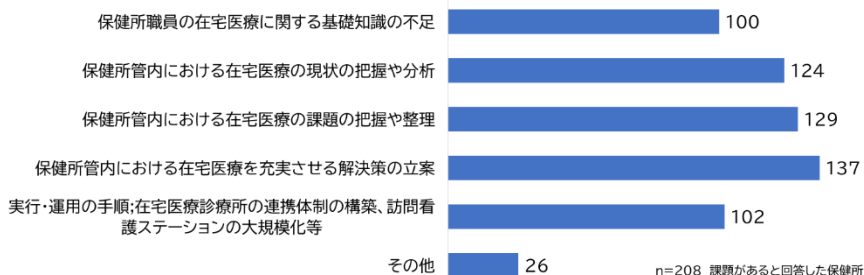
● 第8次計画策定に際する保健所の関わり



保健所実態調査:結果(5)-1 体制構築に向けた課題

在宅医療提供体制構築に向けて課題を感じる
88.9%

● 感じている課題の具体

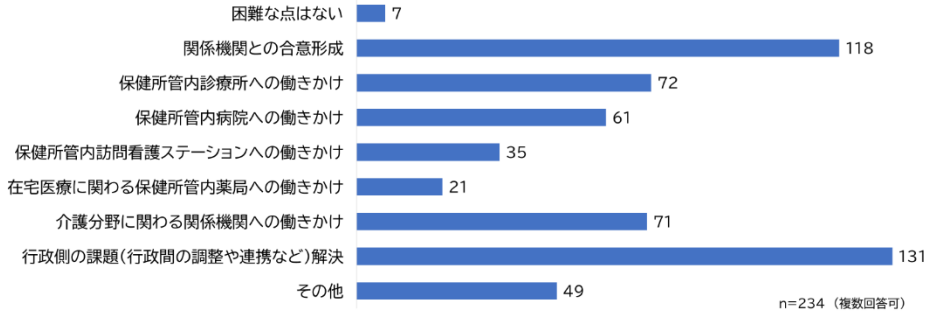


保健所実態調査:結果(5)-2 課題解決への意欲と困難さ

保健所長として積極的に課題解決に取り組みたい
(1-10の10段階)

6.1

● 課題解決のために行動する際、困難さを感じる事



保健所実態調査:結果(5)-3 行動するうえでの困難さ

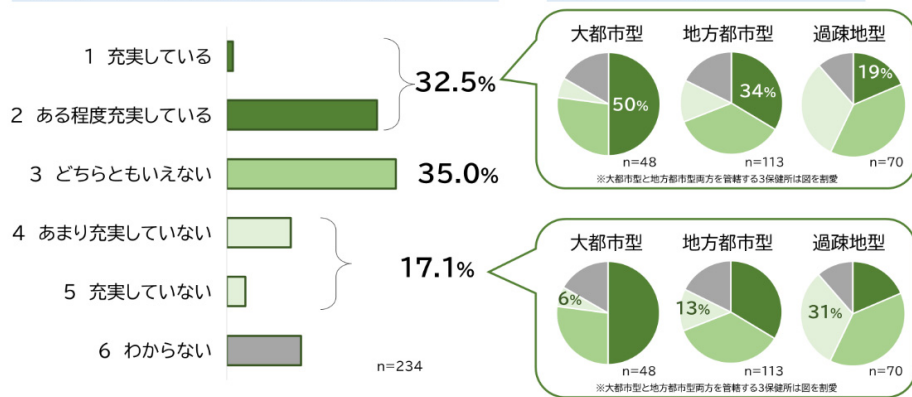
課題解決に向けた行動するうえで困難さを感じる事(自由記載より)

- 人材不足
 - ・医師・医療従事者の不足や高齢化、介護等の人材の不足、確保困難
- 地域資源や地理的条件による制約
 - ・医療・介護資源の不足や確保困難
 - ・採算性が悪い、距離要件による制約問題(16kmルール)
- 行政や保健所の役割・制度運用
 - ・県庁所管課の方針不明確、県庁所管課との連携困難
 - ・保健所業務ではない、担当部署や担当者が不明確
- 保健所内の課題
 - ・地域課題として在宅医療の優先度の低さ
 - ・管轄圏域内の格差(資源、制度、財源)により評価が困難
 - ・対応能力が不足、行動する余裕・余地がない
- 地域連携、広域連携
 - ・管外資源や非医師会員医療機関との連携の難しさ

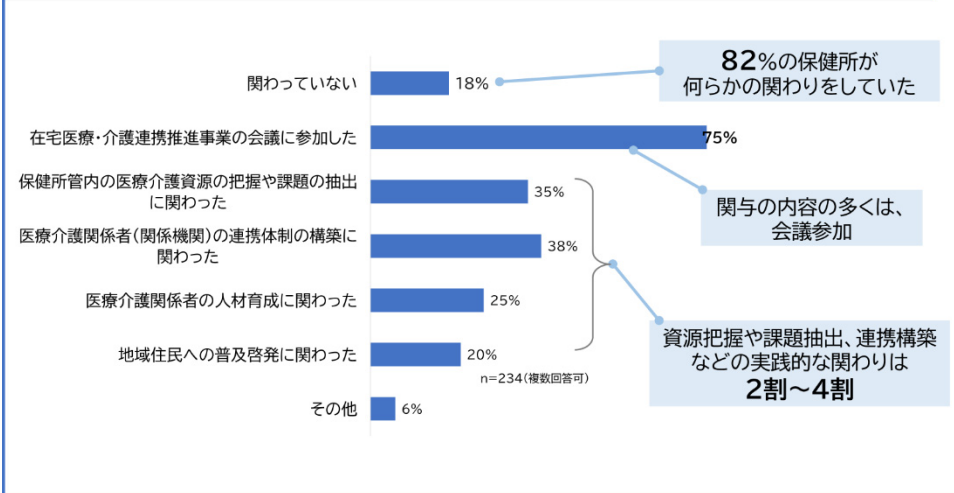
保健所実態調査:結果(6)-1 介護体制の充実度

「どちらともいえない」が最多
「充実している」3割程度と在宅医療より高い

大都市型では充実度が高く、
過疎地型が低かった



保健所実態調査:結果(6)-2 保健所の医療介護連携への関わり



保健所実態調査:結果(6)-3 医療介護連携の取組みの工夫

医療と介護の連携強化のための保健所による取組みの工夫(自由記載より)

- 関係機関との連携、情報共有
 - ・在宅医療介護連携推進協議会や地域医療構想調整会議の活用
 - ・ICTや地域医療情報連携ネットワークの構築・普及
 - ・医師会や連携拠点との定期的な情報交換
 - ・地域包括ケア推進スタッフ配置
- 市町村、関係者の人材育成
 - ・市町村職員やコーディネーターの育成
 - ・ACP(人生会議)推進リーダー養成
 - ・共通フォーマット作成支援
- 普及啓発
 - ・厚労省事例集やセミナーでの取組紹介
 - ・施設看取り推進による医師負担軽減

保健所実態調査:考察

- 令和元年度調査との比較から
 - ・保健所による在宅医療の充実化への関与は裾野が拡大
 - ・実践的関わりは依然として限定的
- ⇒① 医療(都道府県)と介護(市町村)にまたがる行政の制度構造
 - ② 主体が複数で役割分担が複層化
 - ③ 保健所の権限や内部の人的資源等に伴う企画調整機能の制約
 - ④ 地域間の資源偏在(特に過疎地域)
- 在宅医療の「充実度」が評価しにくい状況
 - ⇒現状把握やデータ可視化の不足
- 実践的関わりを阻む主要因は関係機関との合意形成の困難
 - 一方で、人材育成・ICT活用・啓発等、保健所の中間支援機能を活かした前向きな取組もみられた。

1-2 詳細報告

在宅医療提供体制整備に係る保健所の役割等の実態調査 詳細報告

1. 目的

当事業班では、令和元（2019）年度に全国調査を実施して保健所による在宅医療の充実に係る実践的な取組みが25%と少ないことを明らかにした¹⁾。今般示された「新たな地域医療構想」²⁾において在宅医療を中心とした「治し支える医療」の充実化の必要性が一層高まる中で、保健所がその位置づけや地域特性に応じた実践を可能とするために、現状を明らかにし、具体的方策の検討に資することを目的として調査を実施した。

2. 方法

（1）対象と実施方法

全国の保健所を対象として、令和7（2025）年8月～10月にメールによる依頼及びアンケートフォームもしくはメールによる回答により調査を行った。

調査項目は、保健所の基礎的情報、在宅医療の充実度、在宅医療提供体制構築への保健所の関わりと課題、医療・介護連携の状況等とした。

（2）集計方法

調査項目について、単純集計及び保健所の属性（設置主体、地方ブロック、管轄する二次医療圏の地域区分（以下、地域区分））によるクロス集計を行った。各属性に含まれる属性カテゴリーは次の通りである。

- ・設置主体：都道府県、指定都市、中核市・保健所政令市、特別区
- ・地域区分：(表1)³⁾
- ・地方ブロック：北海道・東北、関東、北陸・甲信越、東海、近畿、中国、四国、九州・沖縄

表1 地域区分

地域区分	条件
大都市型	人口100万人以上、又は人口密度2,000人/km ² 以上
地方都市型	人口20万人以上、又は人口10～20万人かつ人口密度200人/km ² 以上
過疎地域型	上記以外

また、回答が得られた保健所の代表性を確認するため、全国に設置されている全保健所数を分母とし、回答のあった保健所数を分子として全体及び属性ごとの回答割合を算出した⁴⁾。

「在宅医療提供体制構築への保健所の関わり」に関する項目では、在宅医療に係る機関・施設等に働きかける取組みを「実践的な関わり」と定義した。具体的には、管内の医療関係機関（診療所、病院、訪問看護ステーション、薬局）への働きかけ及び介護分野に関わる関係機関への働きかけ並びに行政側の課題解決への働きかけである。さらに、「その他」の項目の

自由記載のうち、関係病院へのヒアリング（1 保健所）、医療機関への外来医療計画の意向調査の配布・回収（1 保健所）を含めた。

（倫理的配慮）

本調査は、鳥取県福祉保健部倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 WH2025-001）。

3. 結果

（1）保健所の基礎的情報

回収率は 54.3%（251/462）であった。うち、有効回答数は 234 であった。

回答のあった保健所の設置主体について、都道府県型 178（76.1%）、指定都市 10（4.3%）、中核市・保健所政令市 39（16.7%）、特別区 7（3.0%）であった。また、地域区分では、大都市型 48（21.0%）、大都市型・地方都市型 3（3.1%）、地方都市型 113（48.0%）、過疎地域型 70（30.0%）であった。

保健所の属性別に算出した回答割合について表 2 に示した。設置主体別の回答割合は 30.4%～58.2%と設置主体間で大きな差は認められなかった。地方ブロック別の回答割合は 16.7%～69.0%であった。最も低かった北海道ブロックを除くと、回答割合は 43～69%と偏りは比較的小さかった。

表 2 保健所の属性別の回答状況

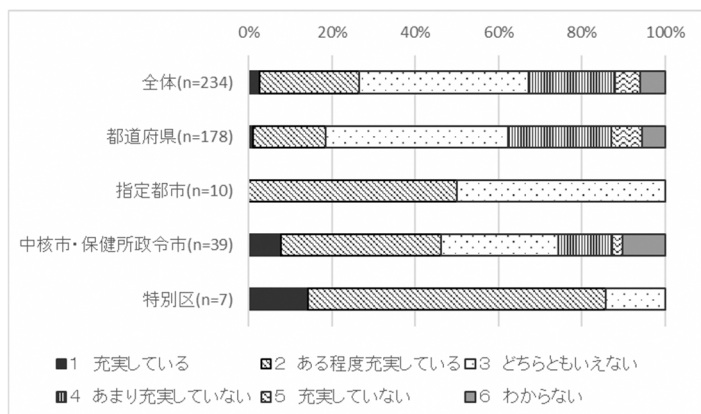
属性	属性カテゴリー	全国保健所数	回答保健所数	回答割合
設置主体	都道府県	352	178	50.6%
	指定都市	20	10	50.0%
	中核市・保健所政令市	67	39	58.2%
	特別区	23	7	30.4%
地方ブロック	北海道	30	5	16.7%
	東北	47	21	44.7%
	関東甲信越	132	57	43.2%
	東北北陸	59	35	59.3%
	近畿	62	32	51.6%
	中国・四国	58	40	69.0%
	九州・沖縄	74	44	59.5%
合計	（全体）	462	234	54.3%

（2）保健所管内の在宅医療の充実度

保健所管内の在宅医療の充実度について、「どちらともいえない」が 95（40.6%）と最も多く、「充実している」又は「ある程度充実している」は 62（26.5%）、「あまり充実していない」又は「充実していない」63（26.9%）、「わからない」14（6.0%）であった。

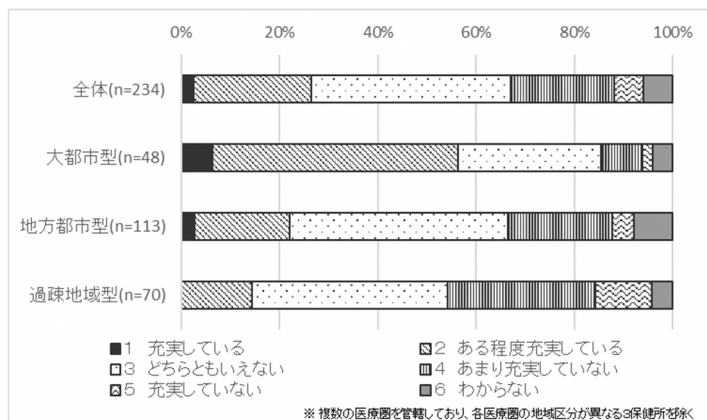
設置主体別では、都道府県型においては「充実している」又は「ある程度充実している」が2割程度であった。一方で、指定都市型及び中核市・保健所政令市型では約半数、特別区型では9割弱であった（図1）。

図1 在宅医療の充実度（保健所設置主体別）



地域区分別では、大都市型は「充実している」又は「ある程度充実している」の割合が6割近くであったのに対し、地方都市型は2割強、過疎地域型では1割強であった（図2）。

図2 在宅医療の充実度（地域区分別）



在宅医療が「充実している」又は「ある程度充実している」と回答した保健所について、特に充実していると評価した内容を表3に示した。全体では、診療所からの訪問診療、訪問看護体制、医療介護連携の順に高かった。

設置主体別でみると、充実していると評価した内容は、都道府県型と中核市・保健所政令市型では全体の傾向に近く、指定都市型では、医療介護連携及び診療所からの訪問診療の2項目となっており、特別区型では、診療所からの訪問診療の割合が8割超と高かった。

地域区分別でみると、大都市型や地方都市型では、診療所からの訪問診療、訪問看護体制、

病診連携体制の順で高かった。一方で、過疎地域型では、診療所からの訪問診療、病院の在宅医療支援、訪問看護体制、医療介護連携が同程度の割合であった。また、過疎地域型においてはこれらに加えて、病院の在宅医療支援が充実している要因として評価されていた。「その他」の回答では、多職種連携に関する記載が3件あった。

表3 在宅医療において特に充実していると評価した内容

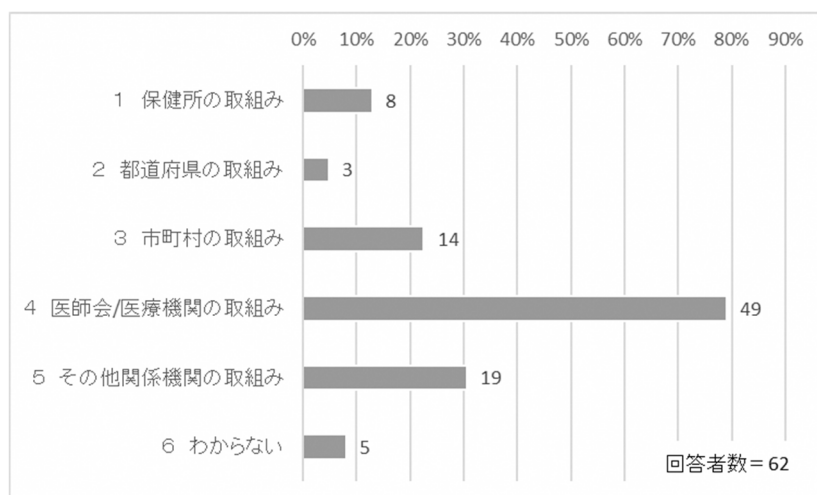
	全体	保健所設置主体別				地域区分別 ^注		
		都道府県	指定都市	中核市・保健 所政令市	特別区	大都市型	地方都市型	過疎地域型
合計	62 100.0%	33 91%	5 100.0%	18 100.0%	6 100.0%	27 92.6%	25 100.0%	10 90.0%
1 診療所からの訪問診療	25 42.4%	12 36.4%	2 40.0%	6 33.3%	5 83.3%	14 51.9%	9 36.0%	2 20.0%
2 病院の在宅医療支援	2 3.4%	2 6.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 20.0%
3 訪問看護体制	13 22.0%	5 15.2%	0 0.0%	7 38.9%	1 16.7%	6 22.2%	5 20.0%	2 20.0%
4 病診連携体制	7 11.9%	5 15.2%	0 0.0%	2 11.1%	0 0.0%	3 11.1%	3 12.0%	1 10.0%
5 医療介護連携	12 20.3%	6 18.2%	3 60.0%	3 16.7%	0 0.0%	2 7.4%	8 32.0%	2 20.0%
6 その他	3 4.8%	3 9.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 7.4%	0 0.0%	1 10.0%

※上段は実数、下段は%

注：複数の医療圏を管轄しており、各医療圏の地域区分が異なる3保健所を除く

在宅医療の充実度の向上に寄与した取組みについて、全体の約8割が医師会/医療機関の取組みと回答していた（図3）。設置主体別の集計でも同様の結果であった。

図3 在宅医療提供体制の充実に寄与した取組み（複数回答可）



保健所の取組みが在宅医療の充実度の向上に寄与したとする回答は8（13.0%）であった。保健所による取組みの工夫に関する自由記載を表4に示した。

表4 保健所による取組みの工夫

<p>関係機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師会の在宅医療関係会議の事務局機能を支援 ・ 医師会の実施する在宅療養強化事業に協力 ・ 市役所（特に医療介護の担当課）と密な連携 ・ 在宅医療・介護連携推進協議会への参加と事業実施に対する積極的な協力 ・ 関係機関との意見交換やヒアリング ・ 連携強化を目的としたワーキンググループの設置 ・ 地域医療構想調整会議の議題に「在宅医療」を取り上げた
<p>関係機関への働きかけ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護ステーションの大規模化の推進
<p>研修・啓発活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症分野での研修や情報発信（例：介護職、医療職向けの PPE 研修会実施） ・ 医療介護従事者向けの若年性認知症研修会実施 ・ 在宅医療をうけている医療的ケア児・者支援として防災のしおりを作成

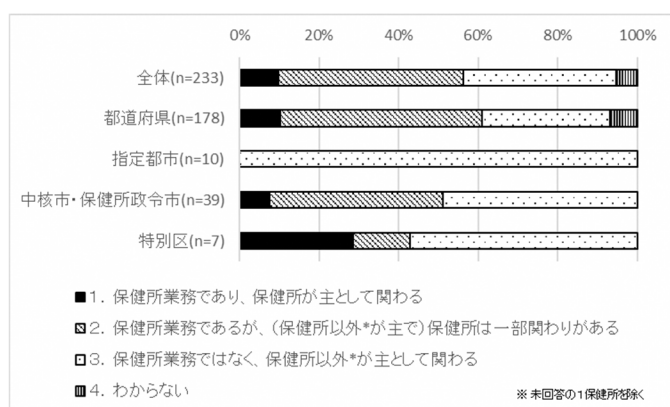
(3) 在宅医療提供体制の構築への保健所の関わり

(3) - 1 在宅医療提供体制整備に係る業務の主体

在宅医療提供体制整備に係る業務の主体について、「保健所業務であるが、保健所以外が主で保健所は一部関わりがある」が最も多く（46.2%）、「保健所業務ではなく、保健所以外が主として関わる」（38.5%）、「保健所業務であり、保健所が主として関わる」（9.8%）、「わからない」（5.1%）と続いた。

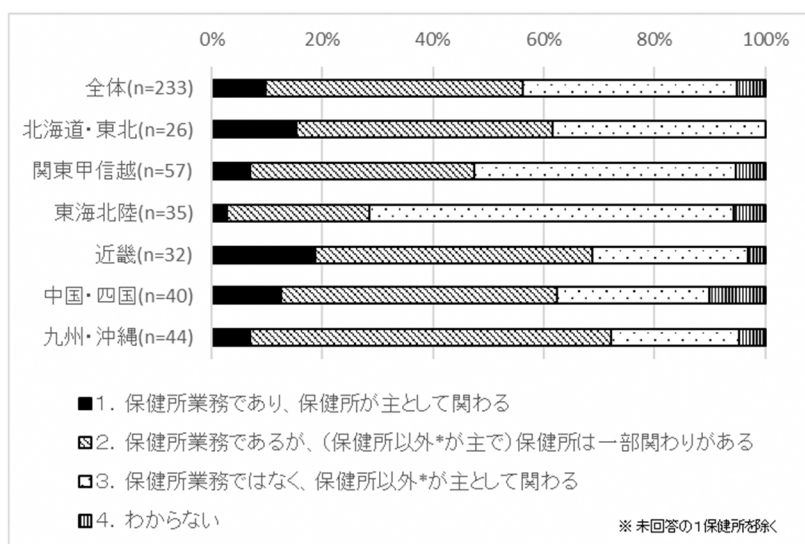
設置主体別の集計を図4に示した。都道府県型、指定都市型、中核市・保健所政令市型では、保健所業務（主、又は一部）の回答割合が40～60%であった。一方で指定都市型は、全回答が「保健所業務ではなく、保健所以外が主として関わる」であった。

図4 在宅医療提供体制の整備への保健所の関わり（設置主体別）



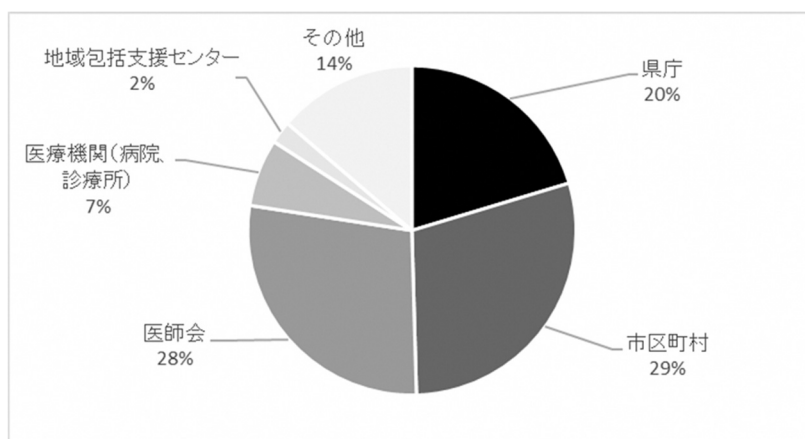
地方ブロック別では、北海道・東北、近畿、中国・四国、九州・沖縄において保健所業務（主、又は一部）と回答している保健所の割合が6割を超えていた（図5）。東海・北陸は、保健所業務（主、又は一部）と回答している割合は3割弱と最も少なかった。

図5 在宅医療提供体制の整備への保健所の関わり（地方ブロック別）



在宅医療提供体制整備に保健所以外が主として関わるとの回答において、その対応部署等は、市町村、医師会がいずれも3割程度と多く、次いで県庁が2割であった（図6）。

図6 在宅医療提供体制の整備について主として対応している部門等

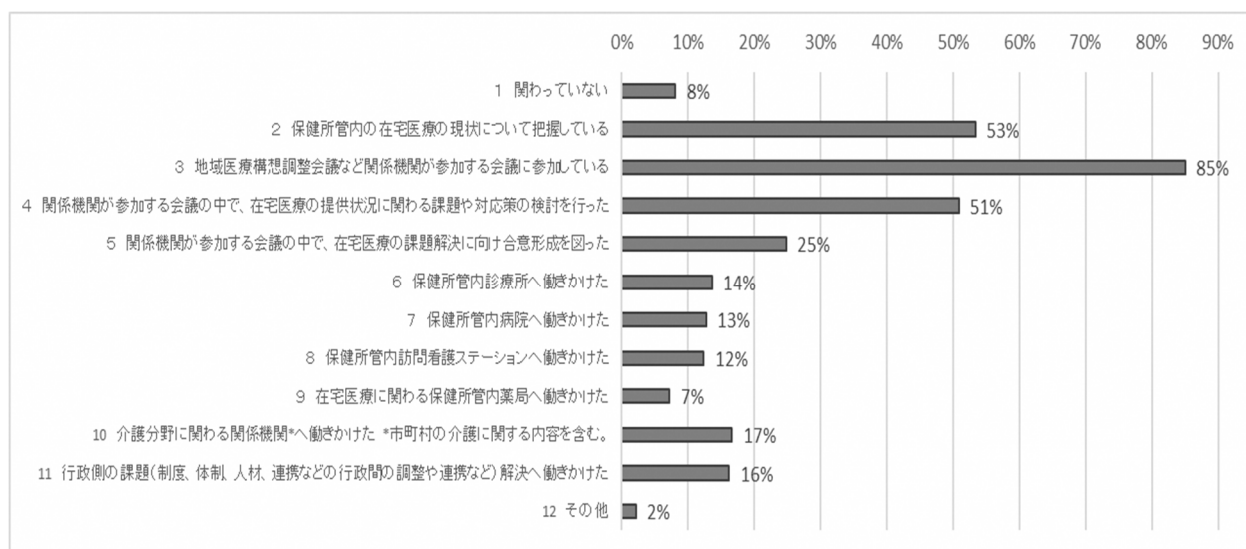


設置主体別の集計でも同様の傾向があった。指定都市型、中核市・保健所政令市型、特別区型では、同自治体内での在宅医療部門や福祉部門という回答が複数みられた。

(3) - 2 在宅医療提供体制の構築に向けた保健所の取組

在宅医療提供体制の構築に向けた保健所の取組状況について、9割超の保健所が何らかの取組を実施しており、「関わっていない」と回答した保健所は19(8%)であった。取組内容としては、在宅医療の現状の把握や会議への参加・検討が50~85%であった(図7)。一方で、「実践的な関わり」については、74保健所(32%)が何らかの取組を実施しており、項目別にみると各々15%前後であった。

図7 在宅医療提供体制構築に対する保健所の取組(複数回答可)

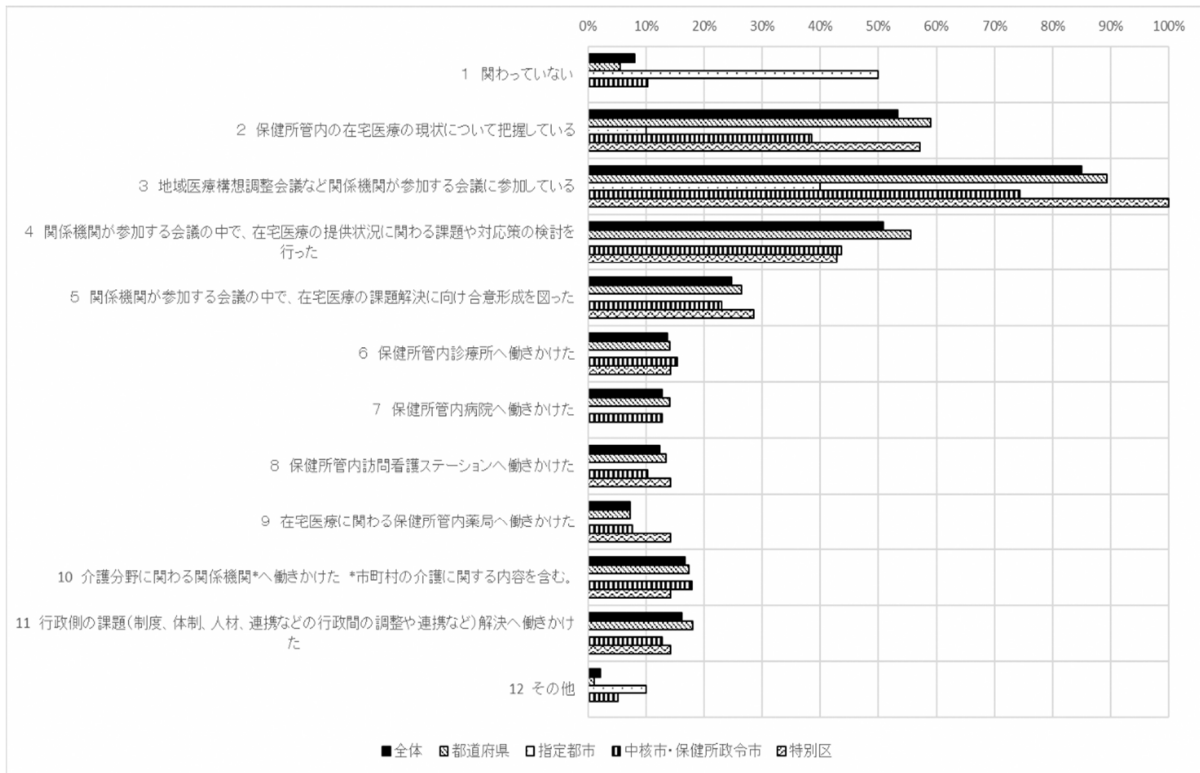


「その他」として、自由記載があったものは次の通りであった。

- ✓ 医療機関の新規の許認可業務に際して外来医療計画への意向調書の配布や回収(指定都市型)
- ✓ 市の保健医療計画の策定・進捗管理を行う会議に参加(中核市・保健所政令市型)
- ✓ 圏域の地域医療構想調整会議を県から受託し開催(中核市・保健所政令市型)
- ✓ 圏域医師会委員へ医療機関の意向調査を実施(中核市・保健所政令市型)
- ✓ 第8次医療計画策定時に関係病院へのヒアリングを実施(中核市・保健所政令市型)

設置主体別の集計では、概ね全体と同様の傾向を示した(図8)。ただし、指定都市型については、半数の保健所が在宅医療の提供体制構築に関わっていなかった。

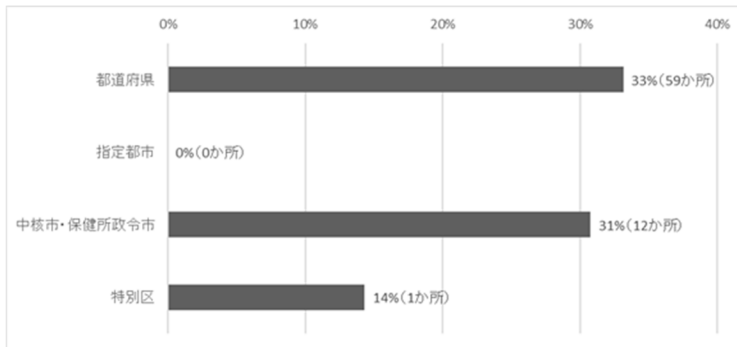
図8 在宅医療提供体制構築に対する保健所の取組み（複数回答可）（設置主体別）



注：「その他」5回答のうち、取組に該当する内容以外の2回答は除く

在宅医療提供体制の構築について「実践的な関わり」を実施している74保健所（31.6%）について、設置主体別に示した（図9）。都道府県型及び中核市・保健所政令市・中核市型は3割程度の保健所が1項目以上の取組を実施していた。一方で、指定都市型及び特別区型で実践的な関わりをしている保健所はそれぞれ1保健所であった。

図9 「実践的な関わり」を実施している保健所（設置主体別）

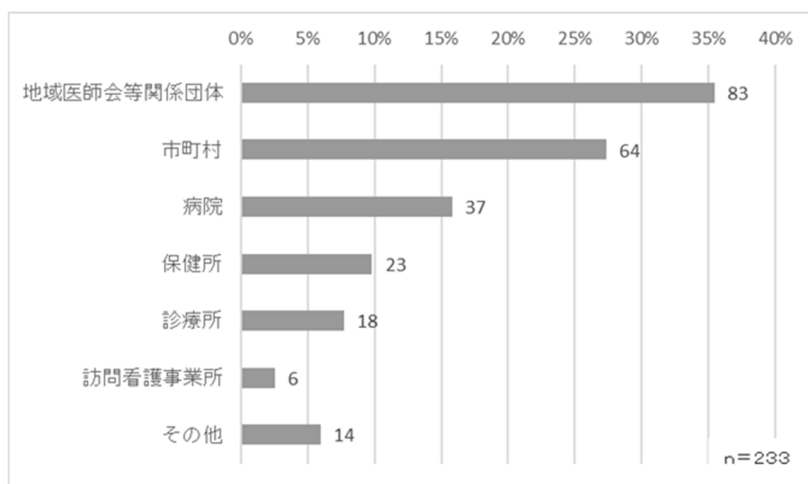


(3) - 3 第8次医療計画における在宅医療と保健所の関わり

第8次医療計画で設置した「在宅医療に必要な連携を担う拠点」(以下、連携拠点という)の把握状況について233保健所から回答があり、64%が「知っている」、24%が「知らない」、12%が「未設置」であった。

連携拠点を「知っている」と回答した保健所に対して、その担い手を問うたところ、地域医師会等関係団体がもっとも多く、市町村、病院と続いた(図10)。

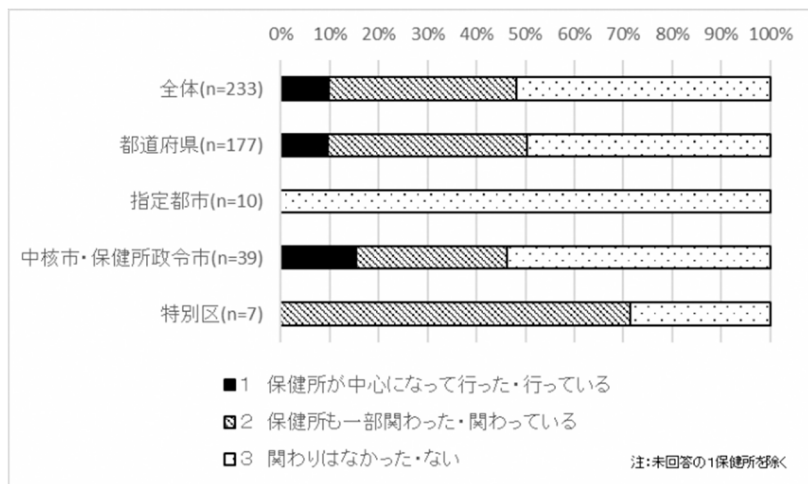
図10 管内の連携拠点(複数回答可)



連携拠点の設置に際する保健所の関わりについては、回答保健所全体の約半数が何らかの関わりを持っていた。

設置主体別でみると、都道府県型及び中核市・保健所政令市型は約半数、特別区型は7割程度が何らかの関わりをもっていた。一方で、指定都市型は回答した10保健所全てが「関わりはなかった」と回答していた(図11)。

図11 在宅医療連携拠点の設置に際する保健所の関わり



第8次医療計画の「在宅医療」に関する圏域計画の有無について、圏域計画があるという回答と圏域計画がないという回答は、いずれも全体の4割程度であった（表6）。計画について「わからない」という回答は2割程度であった。

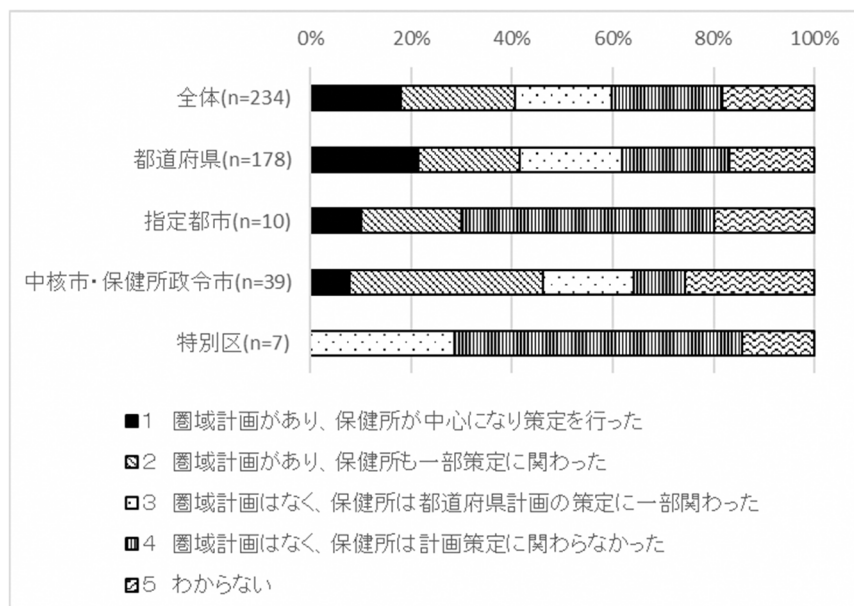
医療計画への保健所の関わりについては、圏域計画の有無にかかわらず何らかの形で策定に関わった保健所は、全体の6割程度であった。

表5 第8次医療計画「在宅医療」計画の策定における保健所の関わり

圏域計画があり、保健所が中心になり策定を行った	42 (17.9%)
圏域計画があり、保健所も一部策定に関わった	53 (22.6%)
圏域計画はなく、保健所は都道府県計画の策定に一部関わった	45 (19.2%)
圏域計画はなく、保健所は計画策定に関わらなかった	51 (21.8%)
わからない	43 (18.4%)

医療計画への保健所の関わりについて設置主体別にみると、都道府県型では、「圏域計画があり、保健所が中心になり策定した」の回答割合が2割超と全体の傾向よりもやや多かった（図12）。中核市・保健所政令市型では「圏域計画があり、保健所が一部策定に関わった」の割合が最も高く、4割程度であった。一方で、指定都市型及び特別区型では「圏域計画はなく、保健所は計画策定に関わらなかった」の割合が半数を超えていた。

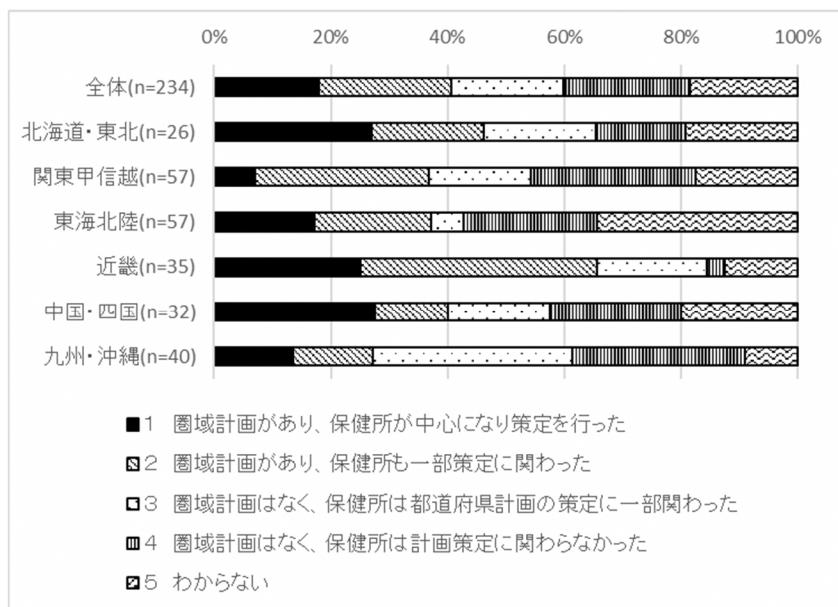
図12 第8次医療計画「在宅医療」計画の策定における保健所の関わり（設置主体別）



地方ブロック別の集計結果を図13に示した。北海道、近畿、中国・四国ブロックでは「圏域計画があり、中心になって策定を行った」の回答割合が2割超であった。近畿ブロックにつ

いては、一部関わった場合を加えると 8 割超の保健所が何らかの形で計画策定に関っていた。九州・沖縄ブロックでは圏域計画がない割合が高いことが特徴であった。

図 13 第 8 次医療計画「在宅医療」計画の策定における保健所の関わり（地方ブロック別）



(4) 在宅医療提供体制の構築に向けた課題

(4) - 1 保健所が感じている課題

在宅医療提供体制構築に向けて、課題を感じている保健所は約 9 割であった。

設置主体別では、特別区型は 10 割、都道府県型は 9 割超で、指定都市型及び中核市・保健所政令市型が 8 割弱であった（表 6）。

地域区分別にみると、過疎地域型、地方都市型、大都市型の順に課題を感じていると回答した割合が高かった。

表 6 在宅医療提供体制構築に向けた保健所の課題意識

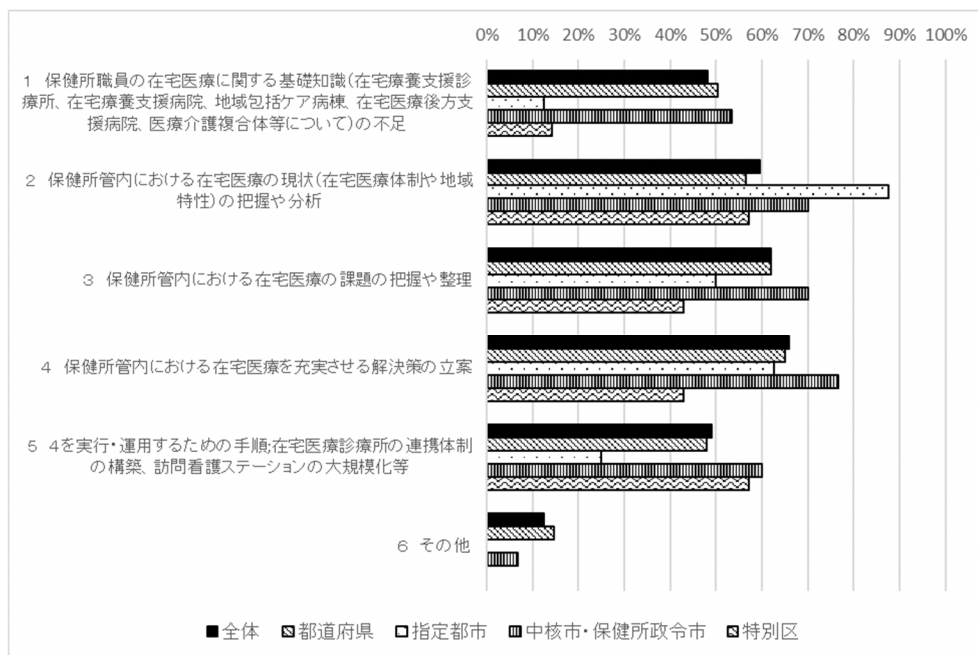
	全体	保健所設置主体別				地域区分別 ^注			
		都道府県	指定都市	中核市・保健所政令市	特別区	大都市型	大都市型、地方都市型	地方都市型	過疎地域型
合計	234	178	10	39	7	48	3	113	70
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1 課題を感じる	208	163	8	30	7	39	3	101	65
	88.9%	91.6%	80.0%	76.9%	100.0%	81.3%	100.0%	89.4%	92.9%
2 特に課題を感じない	26	15	2	9	0	9	0	12	5
	11.1%	8.4%	20.0%	23.1%	0.0%	18.8%	0.0%	10.6%	7.1%

※上段は実数、下段は%

注：複数の医療圏を管轄しており、各医療圏の地域区分が異なる3保健所を除く

保健所が感じている課題の具体的な内容については、半数以上の保健所が、管内の在宅医療の現状の把握や分析、課題の把握や整理、在宅医療の充実化に向けた解決策の立案に課題があると感じていた（図 14）。

図 14 在宅医療提供体制構築に向けた課題の具体的内容



設置主体別にみると、在宅医療の現状の把握や分析、在宅医療の課題の把握や整理、在宅医療を充実させる解決策の立案の3項目は設置主体に関わらず半数以上が課題を感じており、指定都市型においては、在宅医療の現状の把握や分析を課題と感じる割合が9割弱と突出して高かった。都道府県型及び中核市・保健所政令市型においては、課題の把握や整理、解決策の立案の割合がより高い結果であった。特別区型においては、解決策を実行・運用するための手順についてより課題意識が高い傾向を認めた。

課題の具体的内容に関する自由記載を表7にまとめた。

表7 在宅医療提供体制構築に向けた課題の具体的内容（自由記載）

人材不足、医療資源不足
・医療・介護に係る人材の不足
・医療資源の不足
・医師の高齢化・後継者不足
行政や保健所の役割・制度運用
・県庁所轄課の方針が不明確
・保健所業務ではない
・保健所の立ち位置による制限
・保健所管轄地域と属する二次医療圏が異なることによる制限
保健所内の課題
・保健所の対応能力

・保健所が複数の二次医療圏に属することによる難しさ

地域連携、広域調整の課題

・市区町村と医師会の連携、市区町村間の連携、病診連携

普及啓発

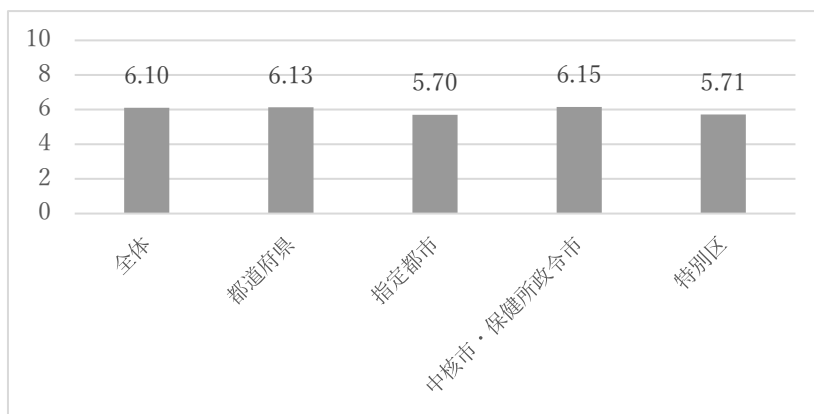
・住民や福祉施設従事者への ACP の周知、理解

(4) - 2 課題解決に向けた行動

在宅医療体制の課題解決に向けた保健所長の行動意欲について、「1：まったく思わない」から「10：非常に強く思う」の10段階で問うたところ、平均値は6.1、中央値は6.0であった。

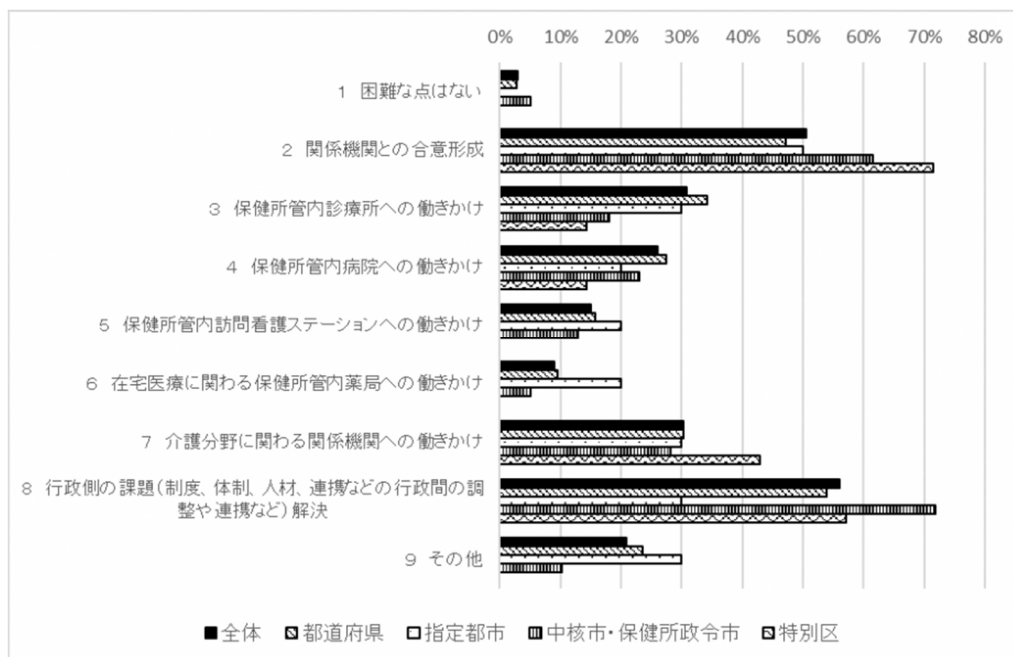
設置主体による有意な差はなかった(図18)。

図18 在宅医療体制の課題解決に向けた保健所長の行動意欲(設置主体別)



在宅医療体制の課題解決に向けて、行動する際に困難さを感じるということについて、図16にまとめた。約半数の保健所が、関係機関との合意形成、行政側の課題解決に困難さがあると回答していた。また、3割程度が、管内診療所への働きかけ、保健所管内病院への働きかけ、介護分野に関わる関係機関への働きかけといった「実践的な関わり」に困難さを感じていた。

図 16 課題解決に向けた行動する際に困難さを感じる事（複数回答可）



設置主体別では、中核市・保健所政令市型において、行政側の課題に困難さを感じている割合は7割超と高かった。困難さの内容に関する自由記載は表8にまとめた。

表8 課題解決に向けた行動するうえで困難さを感じる事（自由記載）

人材不足

- ・ 医師・医療従事者の不足や高齢化
- ・ 介護人材の不足
- ・ 人材確保の困難さ

医療資源による制約

- ・ 医療・介護資源の不足や確保困難
- ・ 採算性が低い
- ・ 距離要件による制約問題（16kmルール）

行政や保健所の役割・制度運用

- ・ 県庁所轄課の方針が不明確
- ・ 県庁と保健所の連携
- ・ 保健所業務ではない（複数）
- ・ 担当部署や担当者が不明確

保健所内の課題

- ・ 地域課題として在宅医療の優先度の低さ
- ・ 所管する地域内の格差により評価が困難
- ・ 保健所の対応能力

- ・ 行動する余地・余力がない（複数）

地域連携、広域連携

- ・ 管外所在や非医師会員医療機関との連携
- ・ 医師同士の連携体制の構築

地域間格差

- ・ 地域間の制度や財源格差

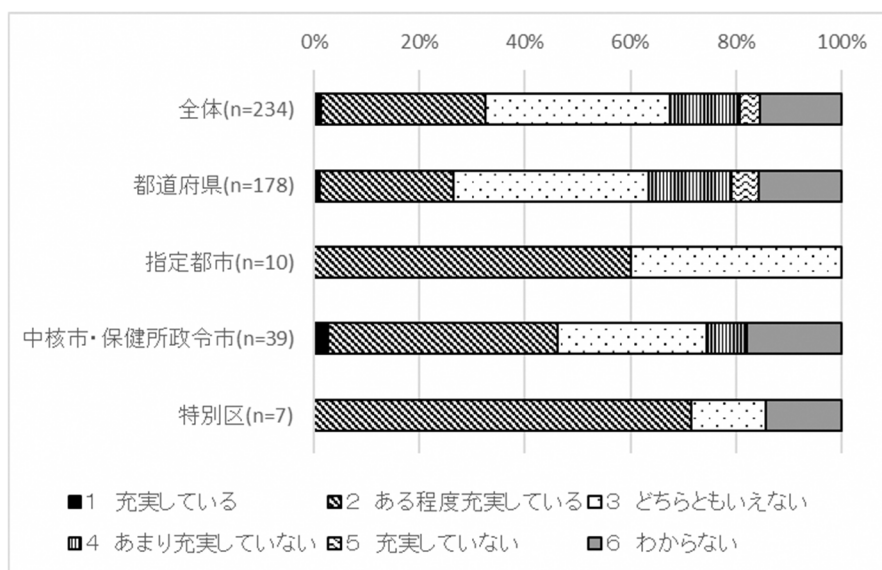
(5) 医療・介護連携の状況

5) - 1 介護体制の充実度

在宅医療を受ける方への介護体制の充実度に関して、「充実している」と「ある程度充実している」の合計が76（33%）、「どちらともいえない」が82（35%）、「充実していない」と「あまり充実していない」の合計が4（17%）、「わからない」は36（15%）あった。

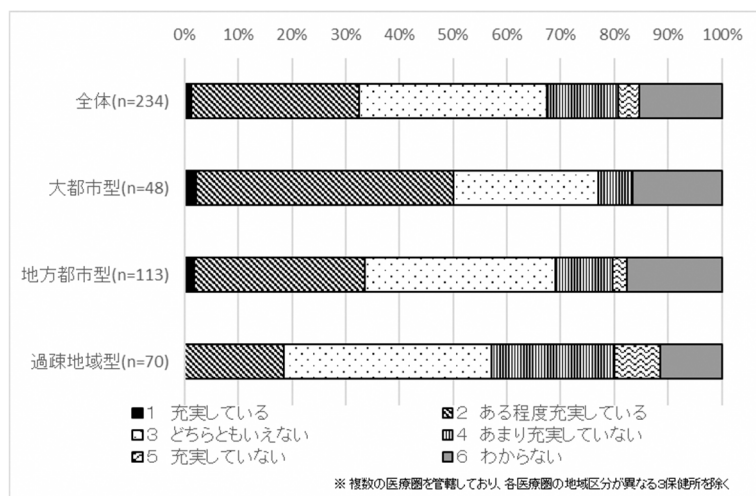
設置主体別では、「充実している」と「ある程度充実している」という回答は特別区型、指定都市型、中核市・保健所政令市型の順に高く、都道府県型は3割弱と低かった（図17）。指定都市型においては、「わからない」という回答がなかった。

図17 介護体制の充実度（設置主体別）



地域区分別の集計では、「充実している」と「ある程度充実している」は、大都市型で24（50%）、地方都市型で38（34%）、過疎地域型では13（19%）であり、充実しているという評価の割合は人口規模に応じて減少していた（図18）。

図 18 介護体制の充実度（地域区分別）



（５）－ ２ 在宅医療介護連携への保健所の関わり

在宅医療介護連携への保健所の関わりについて、193 保健所（82.5%）が何らかの関わりを持っており、「関わっていない」は 41（17.5%）であった。関わりの内容としては、在宅医療・介護連携推進事業の会議への参加がもっとも多く（175；74.8%）、医療介護関係者（関係機関）の連携体制の構築（89；38.0%）、保健所管内の医療介護資源の把握や課題の抽出（82；35.0%）と続いた。

設置主体別のまとめを表 9 に示した。「関わっていない」との回答割合は、指定都市型がもっとも高く、80%が関わっていないという回答であった。一方で、都道府県型、中核市・保健所政令市、特別区はいずれも 15%前後であった。

在宅医療介護連携への保健所の関わりの内容について、都道府県型では、在宅医療・介護連携推進事業の会議への参加がもっとも多く（80.3%）、次いで医療介護関係者（関係機関）の連携体制の構築への関与（42.7%）であった。都道府県型で会議参加のみを選択した保健所は 29.2%（52 保健所）であった。中核市・保健所政令市型についても会議への参加が最も多く、保健所管内の医療介護資源の把握や課題の抽出への関与と続いた。その他の関わりとして、担当職員の専門性向上を目的とした研修・勉強会への参加について多数の保健所があげていた。また、地域包括ケアに関わる主管課への保健師ジョブローテーションなどもあった。

医療と介護の連携強化のための保健所による取組みの工夫について表 10 にまとめた。

表9 在宅医療介護連携への関わり（複数回答可）（設置主体別）

	全体	都道府県	指定都市	中核市・保健所政令	特別区
合計	234 100.0%	178 100.0%	10 100.0%	39 100.0%	7 100.0%
1 関わっていない	41 17.5%	25 14.0%	8 80.0%	7 17.9%	1 14.3%
2 在宅医療・介護連携推進事業の会議に参加した	175 74.8%	143 80.3%	2 20.0%	28 71.8%	4 57.1%
3 保健所管内の医療介護資源の把握や課題の抽出に関わった	82 35.0%	66 37.1%	0 0.0%	15 38.5%	2 28.6%
4 医療介護関係者（関係機関）の連携体制の構築に関わった	89 38.0%	76 42.7%	0 0.0%	11 28.2%	2 28.6%
5 医療介護関係者の人材育成に関わった	59 25.2%	50 28.1%	0 0.0%	7 17.9%	2 28.6%
6 地域住民への普及啓発に関わった	47 20.1%	34 19.1%	0 0.0%	11 28.2%	2 28.6%
7 その他	13 5.6%	7 3.9%	3 30.0%	3 7.7%	3 42.9%

※上段は実数、下段は%

表10 医療と介護の連携強化のための保健所による取組みの工夫（自由記載）

関係機関との連携、情報共有

- ・在宅医療介護連携推進協議会や地域医療構想調整会議の活用
- ・ICT や地域 EHR の普及
- ・情報連携システムの構築
- ・医師会との定期的な情報交換
- ・行政・拠点との定期ミーティング
- ・入退院調整ルールの策定と運用
- ・特養の後方支援病院選定と包括ケア病床活用
- ・地域包括ケア推進スタッフ配置

市町村、関係者の人材育成

- ・市町村職員やコーディネーターの育成
- ・ACP（人生会議）推進リーダー養成
- ・共通フォーマット作成支援

普及啓発

- ・厚労省事例集やセミナーでの取組紹介
- ・施設看取り推進による医師負担軽減

4. 考察

(1) 在宅医療の充実度に対する保健所の認識と充実に向けた取組

在宅医療の充実度に関する保健所の認識は、「どちらともいえない」が40.6%と最多であり、「充実している／ある程度充実している」(26.5%)と「あまり充実していない／充実していない」(26.9%)が拮抗した。この結果は、地域の状況により評価が分かれていることを示すとともに、現場において在宅医療の充実度を判断する材料(定量指標や可視化された情報)が十分でない可能性を示唆すると考えられた。

地域区分による結果では大都市部では充実度が高く、地方都市では充実度が低く、過疎地域ではさらに低い傾向がみられた。在宅医療の利用に関連する要因(資源の集積、移動距離、関係機関の連携運用のしやすさ)が人口／人口密度に偏って分布していること^{5),6),7),8)}が、影響した可能性が考えられた。つまり、大都市型では在宅医療の利用に関連する好条件が整いやすく、一方で、地方都市型や過疎地域型では広域性や低密度といった地理的な構造条件が重なり、体制整備の難度が高くなりやすいと考えられた。

在宅医療の中で特にどの部分が充実しているかという問いに対して、在宅医療が充実していると回答した保健所は、「診療所からの訪問診療」が特に充実していると評価しており、次いで「訪問看護体制」や「医療・介護連携」が続いた。これらが上位を占めたことは、在宅医療の充実には訪問系医療サービスの供給基盤に加え、生活支援となる介護との協働が重要であることが示唆された。

地域区分別でみた場合、大都市型では診療所からの訪問診療が半数を超えており、都市特有の診療所集積が在宅医療の中核機能として位置づけられている可能性や、在宅医療の充実度が診療所等の活動に依存している可能性が考えられた。地方都市型では、診療所からの訪問診療と医療介護連携が同程度に評価されており、供給基盤が一定程度あるなかで、医療と介護をつなぐ仕組みの機能性が充実度の判断材料として重要になっている可能性が考えられた。過疎地域型では、訪問診療、訪問看護、医療介護連携が同程度の評価であり、さらに病院による在宅医療支援も評価されていた。資源が限られている過疎地型においては、診療所や訪問看護のみでの体制維持が困難な場合に、病院が在宅医療の担い手を補完する構造が考えられた。

また、在宅医療の充実度向上に寄与した取組として、多くの保健所が医師会や医療機関の取組を挙げており、地域の医療提供側の主体的な体制整備(訪問診療の組織化、訪問看護との連携、病診連携の運用など)が在宅医療の基盤形成において中心的役割を果たしている状況があると考えられた。他方で、保健所による取組の工夫に関する自由記載では、関係機関との連携や働きかけ、研修・啓発活動等が挙げられており、保健所の役割として、関係者をつなぎ、体制構築を促進する役割を担っていることが示された。

(2) 在宅医療提供体制の構築への保健所の関わり

2) - 1 在宅医療の提供体制整備に係る業務の主体

在宅医療提供体制の整備に関する業務主体については、保健所以外が中心となり保健所は一

部関与する、あるいは保健所以外が中心となって担うという回答が多かった。保健所は、体制整備の中心的主体というより、関係者間の調整や支援を担う立ち位置にあると考えられた。

設置主体別にみると、都道府県型は、「保健所業務であるが、(保健所以外が主で)保健所は一部関わりがある」が半数程度あり、都道府県が主となり全体調整をする中で、保健所は圏域単位の調整を担う2段階の構造が想定された。これに対し、指定都市型、中核市・保健所政令市型、特別区型は、設置主体である自治体内の役割分担がさらに明確にされ、在宅医療提供体制の整備は保健所以外の部門(庁内在宅医療部門・福祉部門等)に位置づけられやすい構造が想定された。自由記載からも、庁内連携を軸に推進体制が組まれている可能性が示唆された。

(2) - 2 在宅医療提供体制の構築に向けた保健所の取組

在宅医療提供体制の構築に向けて、9割の保健所が何らかの取組みを実施していた。今回の調査では「関わっていない」と回答した保健所の割合は8.1%で、先行研究2)による調査時の27.7%より大きく低下していた。先行研究を実施した令和元(2019)年度時点では、地域や組織体制によって保健所の関与が限定的であった可能性があるが、今回調査の結果から、その後の在宅医療需要の高まりや国の在宅医療に関する推進方針に伴い、保健所が地域の課題整理に一定の役割を果たす方向へと取組みの裾野が広がったことを示唆している。

医療機関・介護関係機関・行政部局への働きかけ等を含む「実践的な関わり」についても、今回調査では31.6%で先行研究2)の25.0%より増加していた。これは、地域の課題解決に向けて具体的な働きかけを行う保健所が増えてきたことを示唆する。ただし、「実践的な関わり」が増加傾向とはいえ、取組みの中心は依然として現状把握や会議参加・検討などの調整業務であり、保健所が実装局面に踏み込みにくい要因が残存していると考えられた。

この背景の一つとして、在宅医療が、医療分野だけでなく介護分野との協働が不可欠な領域であり、医療計画等は都道府県、介護事業は市町村の所管として実施される制度上の構造による影響が考えられる。また、在宅医療を地域に実装する段階については、医師会/医療機関の取組みが充実化に大きな役割を担っていた。このことは後述する連携拠点でも示されている。そのため、保健所の取組みとして、現状把握や会議への参加といった役割は広がりやすい一方、関係機関等への働きかけなど運用変更を伴う取組みは限定されやすい可能性が考えられた。「実践的関わり」の制約要因については、保健所の権限・担当範囲・人的資源・庁内外の役割分担の影響が考えられ、さらなる分析を通じて整理していきたい。

(2) - 3 第8次医療計画における在宅医療と保健所の関わり

第8次医療計画では、在宅医療の体制整備を進めるため、医療計画の中に「在宅医療に必要な連携を担う拠点」(連携拠点)を位置づけることが示されている⁹⁾。本調査において、連携拠点の把握状況は「知っている」が多数を占めた一方で、「知らない」や「未設置」も一定割合みられた。今回の結果から、各地域における整備が途上で情報共有・周知の度合いに地域差があることが考えられた。

連携拠点の担い手としては、医師会等の関係団体が最も多く、市町村、病院が続いた。これは、在宅医療提供体制が、診療所を中心とする地域の医療提供者ネットワーク（医師会等）と、介護保険を含む生活支援を担う市町村の機能、さらに後方支援を担う病院機能の組み合わせによって成立している実態を反映していると考えられた。保健所自体が連携拠点となっている割合は少なかったが、連携拠点の設置に際して約半数の保健所が何らかの関与していた。国が公表した連携拠点の整備・運用ガイドブック¹⁰⁾では、都道府県が拠点を設定し、拠点多職種連携会議の開催、提供状況の把握、課題抽出と対応策検討、災害時対応の検討等を担うことが整理されており、保健所の役割はこうした連携の運用を支える形で発揮されやすい可能性が考えられた。

設置主体別では、都道府県型、中核市・保健所政令市型、特別区型では保健所による一定の関与がみられた。一方で、指定都市型については、回答したすべての保健所において関与がない状況であった。背景として、指定都市における在宅医療の所管が庁内の他部門（在宅医療部門・福祉部門等）に位置づけられていたり、医療計画の所管が都道府県となっていたりするなど、制度やその運用の構造的な背景が影響している可能性が考えられた。すなわち、指定都市型で保健所の関与が薄く見えることは、保健所の取組不足を意味するものではなく、同一自治体内での役割分担（保健所以外が主体）による結果とも考えられた。

第8次医療計画における在宅医療の計画において、圏域計画の有無と保健所の関わりについては全体に回答がばらついた。地方ブロック別にみた場合も、地域によるばらつきがみられた。在宅医療提供体制の整備には医療資源の分布、地理条件、自治体組織の設計、医師会や市町村の関与など多因子に影響されることから、解釈を進めるうえでさらに分析を加える必要がある。また、「わからない」という回答が一定程度あったことから、地域によって計画単位・推進主体・会議体が複層化し、保健所職員の視点から計画の位置づけが見えにくくなっている可能性が考えられた。

（3）在宅医療提供体制の構築に向けた課題

（3）－1 保健所が感じている課題

在宅医療提供体制の構築に向けて約9割の保健所が課題を感じていると回答しており、在宅医療が多くの地域で喫緊の課題として認識されていることが示された。地域区分別では過疎地域型、地方都市型、大都市型の順に課題認識が高く、医療資源や人材の制約が大きい地域ほど課題が顕在化しやすい構造が示唆された。

課題の内容をみると、半数以上の保健所が、現状の把握や分析、課題の把握や整理、解決策の立案に困難を感じていた。この結果から、在宅医療提供体制の実装の前段階に課題があることが分かった。すなわち、地域内の実態を分析して可視化し（地域診断）、可視化した資料をもとに関係者間で共有することで課題認識をすり合わせ（課題の共有化）、対応策について検討・立案して合意形成を得る（対応策の立案・合意形成）までの段階がボトルネックとなっている可能性を示唆する。指定都市型で複数の課題を抱えていたことは、一定の医療需要と比較的充

実した資源を抱えるなかで、保健所の負担が相対的に大きくなっている可能性や組織構造上の関わりの制約などが考えられた。特別区型については、回答した全ての保健所が課題を感じており、課題の内容として現状の把握や分析と在宅医療診療所の連携体制構築・訪問看護ステーションの大規模化が挙げられていた。豊富な資源がある一方で、それらの実態を把握し、調整していくことに困難さがある可能性が考えられた。

自由記載から読み取れる保健所が抱える課題は大きく2つに分けられ、①人材・医療資源不足と、②保健所としてのガバナンス・調整の困難があると考えられた。前者は供給制約として地域差を生み、後者は在宅医療が医療（都道府県）と介護（市区町村）にまたがる領域であることに起因して、推進主体・圏域・会議体が複層化しやすい構造を反映している可能性が考えられた。加えて、住民や福祉施設に対するACP等の普及啓発に対する課題感は、在宅医療の充実化に向けて、意思決定支援や看取りの理解といったより踏み込んだ支援にも保健所の関与の必要必要性が示唆されている。

（3）－2 保健所による課題解決に向けた行動

在宅医療体制の課題解決に向けた保健所長の行動意欲は中程度以上であり、設置主体間で大きな差はみられなかった。一方で、行動に際しては「関係機関との合意形成」と「行政側の課題解決」に困難を感じる保健所が多く、在宅医療が医療・介護・行政にまたがる多主体協働領域であることから、自治体内外の調整・合意形成の負荷が主要なボトルネックとなっていることが示唆された。診療所・病院・介護関係機関への働きかけ等の「実践的な関わり」に困難を感じる割合は一定程度にとどまったが、「実践的な関わり」を実施している保健所自体が3割程度と限定的であることから、未経験のため困難感が顕在化していない可能性があり、過小評価に留意が必要である。

設置主体別では中核市・保健所政令市型において、行政側の課題に対する困難感の回答割合が高かった。業務の主体が保健所以外（在宅医療部門・福祉部門等）に置かれている状況や、医療は都道府県が主体となり保健所が関わりにくい状況がある可能性が考えられた。

困難感の背景として、人材・資源不足（医療・介護人材、医師の高齢化等）、制度・ガバナンスの不明確さ（方針や担当の不明確、保健所業務としての位置づけ）、保健所内部の余力不足、広域連携・地域間格差（管外機関や非医師会員との連携、制度・財源差等）が挙げられており、以上の解釈を裏付ける内容であった。

（4）医療・介護連携の状況

介護体制の充実度については、全体の3割程度が「充実している」又は「ある程度充実している」と評価した一方、「どちらともいえない」も同程度あり、評価が定まらない自治体が一定程度ある状況がみられた。地域区分別の回答傾向は前述の在宅医療の充実度と同様の結果であり、大都市型や地方都市型で高く、過疎地域型で低かった。これは、医療・介護人材の確保状況やサービス提供密度など、在宅医療・介護の双方に共通する地域構造の影響^{11), 12)}を反映して

いると考えられた

在宅医療・介護連携への保健所の関与は8割超に及ぶが、その中心は会議への参加であり、医療・介護資源の把握や連携体制の構築といった実質的な調整に踏み込んでいる保健所は4割前後にとどまった。指定都市型では8割が「関わっていない」と回答しており、庁内の専門部署への機能分化により、保健所の役割が限定されている可能性が考えられた。一方、都道府県型や中核市・保健所政令市型では会議参加が主軸で、広域行政としての立ち位置から、協議の場を通じた間接的な関与が中心となりやすいと考えられた。

取組みの工夫として、会議や情報共有の強化（医師会・市町村等との定期協議、ICTや地域EHRの活用）、入退院調整ルールへの運用、人材育成（市町村職員・ACP推進リーダー育成）、看取りや普及啓発の取組など、多様な工夫が挙げられた。これらは、保健所が直接の実施主体ではなくても、「調整・情報共有・人材育成」といった関係者をつなぎ、体制構築を促進する役割を発揮することで、地域の在宅医療・介護連携の底上げに寄与できることを示していると考えられた。

（5）本調査の限界点

本調査は保健所長等の主観評価に基づくものであり、地域の実態（提供量、アウトカム等）を直接測定したものではない。また、「充実度」に影響する因子は資源の量や質（24時間対応、急変時対応、看取り、連携の質等）など多数含まれており、回答者や地域により評価した内容が異なる可能性がある。加えて、自治体における庁内機能分化や役割分担により、回答者が把握できる範囲が異なる可能性が考えられた。

調査対象は全保健所とし、設置主体や地域区分では全国的な傾向をとらえられていた。しかし、回答が全体の半数であったことから、地域医療構想に関わりや関心がある保健所からの回答が多い可能性が考えられた。

引用文献

- 1) 厚生労働省. 新たな地域医療構想検討会. 新たな地域医療構想に関するとりまとめ. 令和6年12月18日. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001357306.pdf>
- 2) 日本公衆衛生協会、分担事業者 逢坂悟郎. 医療構想と包括ケアの推進における保健所の役割についての研究. 令和元年度 地域保健総合推進事業報告書. (令和2年3月)
https://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_r01_03.pdf
- 3) 厚生労働省. 第7回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1 新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療について.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001294917.pdf>
- 4) 厚生労働省健康・生活衛生局健康課地域保健室調べ(令和7年4月1日現在)設置主体別保健所数 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001232824.pdf>
- 5) Shibata M, Kaneko M, Regional Disparities in Home-Based Medical Care Utilization in Japan: Ecological Study of Nationwide Claim Data. J General Internal Medicine. DOI : <https://doi.org/10.1007/s11606-025-09945-1>
- 6) 加藤幸治. 密度からみた日本における医療の地域間格差—医師密度・医療機関密度の分析—. 国土館大学地理学報告, 2021; 29; 1-22.
https://kokushikan.repo.nii.ac.jp/?action=repository_action_common_download&item_id=15295&item_no=1&attribute_id=189&file_no=1
- 7) Sun Y, Sakata N, Iwagami M, et al. Regional disparities in home health care utilization for older adults and their associated factors at the secondary medical area level: A Nationwide study in Japan. Geriatrics Gerontology. 2024; 10; 1350-1361.
- 8) 杉井たつ子、門間貴史、武田文. 訪問看護サービスの利用と提供に関する過疎地域と全国の比較分析. 厚生指標. 2023; 6; 35-40 https://www.hws-kyokai.or.jp/images/ronbun/all/202306_05.pdf
- 9) 厚生労働省医政局長. 医療計画について. 医政発 0331 第16号 令和5年3月31日、最終改正 医政発 0615 第21号 令和5年6月15日.
<https://www.mhlw.go.jp/content/001108169.pdf>
- 10) 厚生労働省. 在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック(令和7年3月) <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001465325.pdf>
- 11) 岡田理沙、後藤悦、慎重虎ら. 市区町村別にみた介護保険サービス利用の地域差と関連因子の検討. 日本医療・病院管理学会誌. 2023; 60; 44-52.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsha/60/2/60_600203/_pdf/-char/ja
- 12) 菊澤佐江子・澤井勝「介護サービス資源の地域格差と要介護高齢者のサービス利用—介護保険レセプトデータに基づく実証分析—」老年社会科学 34(4):482-490, 2013.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/rousha/34/4/34_482/_pdf/-char/ja

1-3 調査用紙

1-3-1 在宅医療提供体制整備に係る保健所の役割等の実態調査:調査用紙

1. 保健所の属性と貴保健所管内の地域性、属する二次医療圏について教えてください。

- (1) 都道府県 ()
- (2) 保健所名 ()
- (3) 設置主体 (共同設置の場合には複数回答可)
 - ① 都道府県
 - ② 指定都市
 - ③ 中核市・保健所政令市
 - ④ 特別区
- (4) 貴保健所が管轄する市町村数を、選んでください。(数字を選択)
- (5) 貴保健所の管内地区医師会数を、選んでください。(数字を選択)
- (6) 貴保健所が属する二次医療圏名を記載してください。
- (7) 貴保健所が属する二次医療圏の地域区分を下記の目安に基づいて選択してください。

大都市型：人口が 100 万人以上 (又は) 人口密度が 2,000 人/km² 以上

地方都市型：人口が 20 万人以上 (又は) 人口 10~20 万人 (かつ) 人口密度が 200 人/km² 以上

過疎地域型：上記以外

出典：厚生労働省 第 7 回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料 1 より

- ① 大都市型
- ② 地方都市型
- ③ 過疎地域型
- ④ 不明

2. 貴保健所管内の在宅医療提供体制について教えてください。

- (1) 貴保健所管内の在宅医療の充実度について、どのように評価されますか。
 - ① 充実している
 - ② ある程度充実している
 - ③ どちらともいえない
 - ④ あまり充実していない
 - ⑤ 充実していない
 - ⑥ わからない
- (2) (1) で 1、2 と答えた方にうかがいます。在宅医療のどの部分が特に充実していますか。
 - ① 診療所からの訪問診療

- ⑧ 保健所管内訪問看護ステーションへ働きかけた
- ⑨ 在宅医療に関わる保健所管内薬局へ働きかけた
- ⑩ 介護分野に関わる関係機関へ働きかけた (※) 市町村の介護に関する内容を含む
- ⑪ 行政側の課題(制度、体制、人材、連携などの行政間の調整や連携など)解決へ働きかけた
- ⑫ その他(自由記載:任意)

(3) 第8次医療計画において設置した「在宅医療に必要な連携を担う拠点」についていかがいます。貴保健所が属する二次医療圏ではどこが拠点かご存知ですか。

- ① 知っている*

[*選択肢(複数回答可):病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村、その他(自由記載:任意)]

- ② 拠点がどこか知らない
- ③ 拠点は未設置

(4) (3)の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について。拠点を設置する際に、貴保健所の関わりはありましたか。(これから設置する場合も含む)

- ① 保健所が中心になって行った・行っている
- ② 保健所も一部関わった・関わっている
- ③ 関わりはなかった・ない

(5) 第8次医療計画の在宅医療の計画の策定に関して、貴保健所の関わりはありましたか。

- ① 圏域計画があり、保健所が中心になり策定を行った
- ② 圏域計画があり、保健所も一部策定に関わった
- ③ 圏域計画はなく、保健所は都道府県計画の策定に一部関わった
- ④ 圏域計画はなく、保健所は計画策定に関わらなかった
- ⑤ わからない

4. 在宅医療提供体制構築へ、感じる課題等について教えてください。

(1) 在宅医療提供体制構築に向けて、課題を感じますか。

- ① 課題を感じる
- ② 特に課題を感じない

(2) (1)で1と答えた方に伺います。感じる課題は具体的にどのようなことですか。(複数回答可)

- ① 保健所職員の在宅医療に関する基礎知識(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、

地域包括ケア病棟、在宅医療後方支援病院、医療介護複合体等について)の不足

- ② 保健所管内における在宅医療の現状(在宅医療体制や地域特性)の把握や分析
- ③ 保健所管内における在宅医療の課題の把握や整理
- ④ 保健所管内の在宅医療を充実させる解決策の立案
- ⑤ ④を実行・運用するための手順
- ⑥ その他(自由記載:任意)

- (3) あなたは保健所長として、積極的に貴保健所管内の在宅医療の課題解決に向けて行動したいと思いますか。

(1-10の10段階:1=まったく思わない、10=非常に強く思う)

- (4) 在宅医療の課題に対し実際に行動する際、困難さを感じるのはどのようなことですか。
(複数回答可)

- ① 困難な点はない
- ② 関係機関との合意形成
- ③ 保健所管内診療所への働きかけ
- ④ 保健所管内病院への働きかけ
- ⑤ 保健所管内訪問看護ステーションへの働きかけ
- ⑥ 在宅医療に関わる保健所管内薬局への働きかけ
- ⑦ 介護分野に関わる関係機関への働きかけ (※)市町村の介護に関する内容を含む
- ⑧ 行政側の課題(制度、体制、人材、連携などの行政間の調整や連携など)解決
- ⑨ その他(自由記載:任意)

5. 貴保健所管内の医療・介護連携の状況について教えてください。

- (1) 貴保健所管内の在宅医療を受ける方への介護体制の充実度について、どのように評価されますか。

- ① 充実している
- ② ある程度充実している
- ③ どちらともいえない
- ④ あまり充実していない
- ⑤ 充実していない
- ⑥ わからない

- (2) 貴保健所の在宅医療介護連携への関わりについて教えてください。(複数回答可)

- ① 関わっていない
- ② 在宅医療・介護連携推進事業の会議に参加した

- ③ 管内の医療介護資源の把握や課題の抽出に関わった
- ④ 医療介護関係者（関係機関）の連携体制の構築に関わった
- ⑤ 医療介護関係者の人材育成に関わった
- ⑥ 地域住民への普及啓発に関わった
- ⑦ その他（自由記載：任意（例：民間多職種連携の会への出席））

(3) 医療と介護の連携を強化するために、貴保健所の取組の工夫があれば教えてください。
(自由記載：任意)

1-3-2 インフォームドコンセント

【説明と同意】

1. 調査の目的

本調査は、全国の保健所が在宅医療提供体制の整備において果たす役割や取組状況を把握し、2040年を見据えた「新たな地域医療構想」の中で、保健所が地域特性に応じた在宅医療の充実支援に取り組むための具体的方策を検討することを目的としています。

この調査は、令和7年度厚生労働省地域保健総合推進事業（全国保健所長会協力事業）「地域医療構想における“治し支える医療”提供体制の実現に向けた保健所の役割についての研究」班（分担事業者・研究責任者：鳥取県倉吉保健所 小倉加恵子）の一環として実施されます。

調査の目的について理解しました。

2. 調査の内容

本アンケートでは、所属する保健所名等の情報と在宅医療に関する取組状況等をお尋ねします。個人を特定する情報は収集しません。また、回答は統計的に処理され、個人や保健所が特定されることはありません。調査対象となる保健所の求めがあった場合には、提出いただいた情報を全て消去いたします。

保健所名の記載が求められることを理解しました。

3. 回答の任意性

本アンケートへの参加は任意です。回答を拒否しても、いかなる不利益も生じません。また、途中で回答を中止することも可能です。

回答は任意であり、途中で中止できることを理解しました。

4. 情報の取得方法、利用開始日

令和7年（2025年）8月4日より、アンケートフォームを用いたオンライン調査により記入・提出いただき、回収及び集計を開始します。

情報の取得方法、利用開始予定日について理解しました。

5. 情報の利用者の範囲

情報の利用は、本研究に関わる事業班の研究者および政策立案に関与する関係者に限ります。外国にある者への情報提供は原則として提供は行いませんが、論文発表等公表時に投稿先編集委員会等から求めがある場合は鳥取県福祉保健部倫理審査委員会の審査を受けて提供の可否を決定します。

情報の利用者の範囲について理解しました。

6. 問い合わせ先

調査に関するご質問がある場合は、以下の連絡先までお問い合わせください。

担当者：昼間 詩織（渋川保健福祉事務所）メール：hiruma-si@pref.gunma.lg.jp

問合せ先について理解しました。

【同意確認】

以上の内容を理解し、調査に協力することに同意します。

同意します。

2 地域診断の実践

2-1 保健所による国内5地域の地域診断

保健所による国内 5 地域の地域診断

地域	保健所 類型	人口(人)・ 密度(人/km ²)	高齢化率	市町村数	地理的特徴
あ	I	5万・46	40%	1市2町1村	内陸山間
	C	5万・51	37%	1市1町2村	沿岸部
い	県型	7万・61	41%	1市	中山間
				1町1村	沿岸部
う	県型	17万・94	35%	2市5町1村	中山間
え	県型	19万・242	32%	1市1町	中山間
お	県型	74万・1905	22%	3市2町	地方都市
				2市2町	
				1町6村	離島

あ 内陸山間(I 圏域) および沿岸部地域 (C 圏域) 県型保健所

●地域特性

- 本圏域 (I 圏域および C 圏域) は、いずれも県平均を上回る高齢化率 (I : 40%、C : 37%、県 : 29%) を示し、人口密度は低水準 (I : 46 人/km²、C : 51 人/km²、県 : 80 人/km²) である。総面積は共に 1,100km² と広域であり、生活圏が広範囲に分散している。
- 地域包括ケア「見える化システム」からは、I 圏域では 2030 年、C 圏域では 2035 年に高齢化率が生産年齢人口割合を上回り、いずれも人口は大幅に減少すると見込まれている。要介護 (要支援) 認定の推移をみると、I 圏域では要介護認定者数およびその内訳は概ね横ばいで、認定率は母集団減少により横ばい～上昇が示唆される。一方、C 圏域では認定者数が微増から直近で減少に転じており、人口減少の影響が顕在化し始めている。結果として、C 圏域でも認定率は横ばい～上昇傾向を示し得るが、人口減少に伴い認定者数は減少に向かう可能性が高い。介護費用額の推移については、I 圏域では施設・居住系・在宅の比率は大きく変わらない一方、在宅や居住系の伸びに比して施設系の伸びが大きく、施設サービ

スへの依存傾向が続く。C圏域では施設サービスの比率がやや高く、費用総額の増加幅は大きい直近では伸びが鈍化しており、人口減少と認定者数減少の傾向を踏まえると、今後は横ばい～微減に転じる可能性がある。

- 山間地率はI圏域74%、C圏域86%と高く、特に**C圏域は沿岸部に集落が線状・点在的に分布し、背後に急峻な地形を有する**という地理的特性を持つ。このため、**同一距離であっても実移動時間の負荷が大きく、訪問・連携活動に構造的制約が生じやすい。**
- 日常生活圏の近似として公立中学校区を用いると、I圏域は7校（1校あたり160km²）、C圏域は13校（1校あたり80km²）であり、生活圏単位が広域化しやすい。地域包括支援センターはI圏域4施設（1施設あたり約280km²）、C圏域5施設（同約220km²）であり、**支援拠点の担当範囲が広域に及ぶ構造である。**
- これらの基礎指標から、本圏域では「生活圏単位の広域化」、「支援拠点密度の相対的薄さ」、「地理条件による到達可能性制約」が重なり、在宅医療・介護を日常生活圏単位で維持・展開するうえで**構造的に不利な条件を有している**ことが示唆される。
- I圏域およびC圏域の医療提供体制および地域特性を把握するため、人口10万対医療資源指標および地域指標を表1、表2に示す。

表1 人口10万対医療資源指標（I圏域・C圏域と全国平均の比較）

指標	I圏域	C圏域	全国平均
医師数	180	190	300
歯科医師数	53	55	85
薬剤師数	159	82	148
一般診療所病床	112	70	54
病院病床	1037	1025	1150
在宅療養支援診療所数	0	3.7	12.5
在宅療養支援病院数	3.94	0	1.73
在宅療養後方支援病院数	2.0	1.8	0.5
介護施設数	10.6	11.8	11.8

表2 I圏域・C圏域の地域特性に関する基礎指標

指標	I 圏域	C 圏域	県
総人口	5.1 万人	5.5 万人	120 万人
65 歳以上人口	2 万人	2 万人	40 万人
高齢化率	40%	37%	29%
総面積	1,100km ²	1,100km ²	15,000km ²
山間地率	74%	86%	88%
人口密度	46 人/km ²	51 人/km ²	80 人/km ²
公立中学校数	7 校	13 校	—
1 中学校あたり面積	160km ² /校	80km ² /校	—
地域包括支援センター数	4 施設	5 施設	—
センター数/高齢者 1 万人	2.0	2.5	—
センター数/中学校数	0.6	0.4	—

- 山間地率については、県全体では広大な山間部を含むため高値となるが、I・C 圏域では居住地が限定された地形構造により、実際の生活圏単位での移動負荷がより顕在化しやすい。また、いずれも県庁所在地から遠く、隣県と接する位置にあり、生活圏の分散や交通条件の制約が日常生活圏レベルで顕在化しやすい地域である。C 圏域は、沿岸部に集落が線状・点的に分布し、背後に急峻な地形を有するため、地理的には面ではなく「線と点」で構成される生活圏となりやすい。以上の基礎指標から、本圏域では在宅医療・介護を日常生活圏単位で展開する際、構造的な制約が生じやすいことが確認された。

●管内の在宅医療についての現状と課題

【I 圏域における在宅医療の現状と課題】

- I 圏域は内陸山間部に位置し、高齢化率が高水準にある一方で、**新幹線停車駅**を有し、**都市部との時間距離が比較的短い**という交通上の優位性を有している。このため、**外来・入院医療**については、**一定程度、圏域内で成立している構造**が認められる。
- 在宅医療**についても、担い手となる医療機関は限られているものの、圏域内の医療機関による対応を基本とした運用が可能な状況にある。すなわち、在宅医療が「**制度上は成立し得る圏域**」と位置付けられる。
- 一方で、地理的に生活圏が広く、集落が分散していることから、訪問診療・訪問看護においては**移動負荷が大きく**、サービス提供の効率性や持続性には課題が残る。特に、**冬期の道路条件や長距離移動を前提とした対応は、医療従事者側の負担増大につながりやすい。**

- また、在宅医療は一部の医療機関・個人の努力に依存している側面があり、圏域全体としての仕組み化や役割分担の明確化には至っていない。このため、支援困難事例や急変時対応においては、個別調整に多くの時間と労力を要する状況が見られる。

【C 圏域における在宅医療の現状と課題】

- C 圏域は沿岸部に位置し、集落が広範囲に分散しているうえ、医療資源が限られている。このため、特定の診療科については圏域内のみでは医療が成立せず、越県医療を前提とした受療構造となっている。
- 外来・入院医療において既に越県依存が生じていることから、在宅医療についても、圏域内で完結させること自体が困難なケースが少なくない。在宅療養支援の担い手は極めて限定的であり、居住地や担当医療機関の有無によって、在宅医療の導入可能性に大きな差が生じやすい。
- さらに、人手不足に加えて地理的条件により移動距離・移動時間が長く、訪問診療・訪問看護を日常的に実施すること自体のハードルが高い。その結果、在宅医療は「必要性があっても選択しにくい選択肢」となりやすい構造が存在する。
- また、医療は越県、介護は市町村単位、行政調整は広域圏域と、制度単位が複層的に分断されていることから、在宅医療をめぐる調整は複雑化しやすい。支援困難事例においては、関係機関間の役割分担が不明確となり、結果として在宅療養の継続が困難となるリスクがある。

●課題に対する対応案

【I 圏域における対応の方向性】

- I 圏域では、外来・入院医療が一定程度圏域内で成立しており、在宅医療についても制度上は成立可能な条件を有している。このため、対応の基本方針は、既存の医療提供体制を前提としつつ、在宅医療の持続性と効率性を高めることに置く必要がある。具体的には、以下の対応が考えられる。
- 第一に、在宅医療の担い手となっている医療機関・個人の役割を可視化し、圏域内での役割分担を整理することである。現在は、個別の努力に依存している側面が強く、対応可能な範囲や限界が共有されにくい。対応可能領域を明示することで、支援困難事例における調整負荷の軽減が期待される。
- 第二に、訪問診療・訪問看護の移動負荷を踏まえ、医療職以外の関与も含めた多層的な支援体制を検討することである。全てを医師・看護師の直接訪問で担うのではなく、見守りや情報収集など、医療の前段階を支える役割を整理することが、医療資源の有効活用につながる。
- 第三に、地域包括支援センターや行政が、個別ケース対応だけでなく、将来の需要を見据えた調整・仕組みづくりに関与できる余地を確保することが重要である。これにより、在宅医療が「続けられるかどうか」を事前に検討できる体

制整備が可能となる。

【C 圏域における対応の方向性】

- C 圏域では、外来・入院医療の段階から越県医療に依存しており、在宅医療についても圏域内完結を前提とした設計には限界がある。このため、対応の基本方針は、在宅医療を単独で成立させることではなく、**補完と調整を前提**とした現実的な運用を構築することにある。
- 第一に、**越県医療を前提**とした受療構造を「例外」として扱うのではなく、**現実の医療提供構造として明示的に位置付ける**ことが必要である。これにより、医療計画や支援調整の議論を、実態に即した形で行うことが可能となる。
- 第二に、在宅医療の「すべて」を医療職が担う前提を見直し、医療と生活支援の間をつなぐ**役割の整理**が求められる。医療行為そのものは担えなくとも、定期的な訪問・状態把握・情報連携を行う役割を位置付けることで、在宅療養の継続可能性を高める余地がある。
- 第三に、医療（越県）、介護（市町村）、行政調整（広域圏域）という**複合的な制度分断を前提とした調整機能の強化が不可欠**である。保健所が、個別事例を通じて分断点を可視化し、関係機関間の調整ルールを整理することが、在宅医療の「宙吊り状態」を回避する鍵となる。

●管内での合意形成の手順

本地域診断における合意形成は、完成した分析結果を提示することを目的としたものではなく、地域の現場認識を把握し、課題設定を共有するまでの**過程を重視して進めた**。

1. 市町村担当者への個別ヒアリングの実施：地域診断に先立ち、管内市町村の担当部署を個別に訪問し、在宅医療・介護をめぐる現状についてヒアリングを行った。ヒアリングでは、制度や将来構想に対する意見聴取よりも、
 - ・ 日常業務として対応している具体的事例
 - ・ 医療・介護・行政の連携が難しいと感じる場面
 - ・ 「課題と認識しているが、十分に検討できていない事項」といった、**現場の実感に基づく認識の把握を主眼**とした。その結果、多くの市町村において、個別事案への対応が優先され、将来予測や体制全体を見渡した検討が後回しになっている実態が共有された。
2. ヒアリング結果を踏まえた課題の整理：市町村ヒアリングを通じて得られた内容をもとに、在宅医療・介護をめぐる課題を整理した。この段階では、**対応策を提示するのではなく**、
 - ・ 課題がどの場面で顕在化しているか
 - ・ 医療・介護・行政のどこで調整が滞りやすいか

といった点を整理し、地域診断で検討すべき論点の明確化を図った。

●地域分析を実施した後の取組経過

本地域における地域診断の結果を踏まえ、分析結果を机上の整理にとどめず、現場での認識共有と具体的な取組につなげることを目的として、以下の対応を進めている。

1. 市町村担当者への分析結果のフィードバック：地域分析で得られた人口動態、医療・介護資源、地理的条件に関する整理結果について、管内市町村の担当者に対し、個別に説明・共有を行った。この際、数値や指標の提示そのものよりも、
 - ・市町村が日常業務の中で感じている「やりにくさ」
 - ・個別事例対応の積み重ねとして生じている負担
 - ・将来に対する漠然とした不安と、分析結果との対応関係を意識して説明することを重視した。その結果、地域診断で示した課題が「新たな指摘」ではなく、「既に現場で感じていた問題の言語化・可視化」であるとの受け止めが得られた。
2. 圏域特性を踏まえた課題認識の整理：分析結果の共有を通じて、I圏域とC圏域では在宅医療・介護をめぐる課題の現れ方が異なることが、関係者間で改めて確認された。

I圏域では、新幹線を含む交通インフラの存在により、医療提供体制そのものは一定程度成立している一方、日常生活圏が広く、訪問・連携の負荷が高いという課題が共有された。

一方、C圏域では、診療科によっては圏域内で医療が完結せず、越県受診を前提とせざるを得ない実態があり、在宅医療・介護を支える体制整備において、医療圏の枠を超えた視点が必要であるとの認識が共有された。
3. 関係機関との意見交換の深化：地域診断後、医療・介護関係者、行政担当者との意見交換の場を通じて、分析結果を踏まえた課題整理を継続している。特に、
 - ・在宅医療が制度的に宙づりになりやすい構造
 - ・医療・介護・行政調整がそれぞれ異なる圏域単位で行われている点
 - ・人材不足の中で既存資源をどのように組み合わせるかといった論点について、現場の実感を交えた議論を継続している。
4. 今後の検討に向けた論点の明確化：これらの取組を通じ、地域診断は「結論を出すための作業」ではなく、関係者が同じ現実を共有し、次の一手を検討するための共通基盤として機能し得ることが確認された。現在は、地域の実情に即した在宅医療・介護の支え方について、関係者とともに検討を進める段階にあり、本地域診断を起点として、「顔の見える関係」の構築も兼ね、引き続き現場との対話を重ねていく予定である。

●考察

本地域診断は、人口減少・高齢化が進行する内陸山間圏域および沿岸分散圏域において、在宅医療・介護体制を維持するうえでの課題を、基礎データと現地ヒアリングの両面から整理したものである。本地域診断の結果、本事例は人口減少・高齢化が急速に進行する地域において、在宅医療・介護体制をどのように維持・再構築していくかという、我が国が今後直面する課題を先取りして示している。本診断を通じて明らかになったのは、医療・介護人材の不足が現実の制約として存在する一方で、課題の多くが単純な「資源量の不足」だけでは説明できないという点である。

- I圏域においては、新幹線等の交通条件を背景に、医療提供体制そのものは一定程度成立し、また関係者間の顔の見える関係も比較的構築されており、これは今後の体制再設計を進めるうえでの重要な基盤となっている。一方で、生活圏の広域性や人口減少の進行により、今後は現行体制の持続可能性が問われる段階に入りつつある。
- C圏域では、地理的制約と資源配置の経緯から、越県受療を前提としなければ成立しない診療領域が存在し、制度上の圏域と実態としての生活圏・受療圏との乖離がより顕著であった。

これらを総合すると、在宅医療・介護の課題は「やる気」や「努力」の問題ではなく、生活圏の広がり、圏域単位の粗さ、支援拠点の担当範囲の大きさといった**構造的条件的積み重ねによって生じている**と考えられる。特に、外来・入院医療は越圏域・越県で成立し得る一方、在宅医療は制度上・運用上ともに地域内完結を前提としており、このギャップが現場における「選択肢の乏しさ」として表出している可能性が示唆された。

こうした状況下において、保健所が担うべき役割は、個別施策の実行主体となることではなく、地域診断に基づく客観的データを共有し、医療・介護・行政の関係者をつなぐ**ハブとして機能すること**にあると考えられる。すなわち、顔の見える関係を土台としつつ、現状と将来見通しを「翻訳」して共有し、関係者が同じ現実認識のもとで議論できる環境を整えることが、保健所に求められる現実的かつ重要な役割である。

本事例は、特定地域の特殊性を示すものではなく、今後多くの地域で顕在化する課題を先行的に示すものである。地域診断を起点とした合意形成のプロセス自体が、次期地域医療構想における「治し、支える医療」を具体化するうえで、有効な実践モデルとなり得ると考えられる。

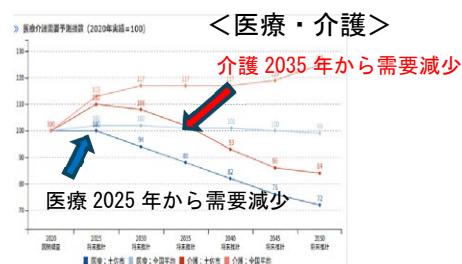
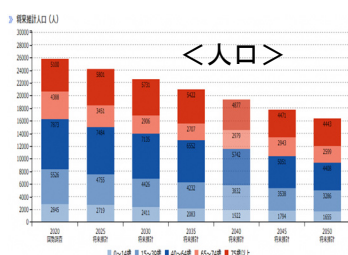
このような地域特性を踏まえると、保健所は医療・介護・行政の各主体を直接担う主体ではなく、それぞれの機能をつなぎ、顔の見える関係を維持・調整するハブとしての役割を担うことが重要であると考えられた。

い 中山間地域 県型保健所

●地域特性（1市4町1村）

- ・ 人口 6.9 万人、2050 年には半減すると予測
- ・ 高齢化率 40.7%、2040 年に高齢者人口が生産年齢人口を上回ると予測
- ・ 外来患者数はすでに減少、入院患者数は 2035 年以降に減少の速度が速まると予測
- ・ 在宅医療は 2040 年まで需要が増加する見込み

＜人口 2.5 万人の市の将来予測＞



●ヒアリング調査について

- ・ 目標：2040 年の「治し・支える」医療・介護を地域全体で考える
- ・ 目的：定性分析の視点で医療・介護の現状を把握し、課題の抽出と対応を検討する
- ・ 対象：21 機関（市町村 6、病院 7、診療所 3、訪看ステーション 2、消防 3）
- ・ 期間：R6.9 月～R7.9 月
- ・ 方法：①事前にヒアリング内容を対象機関に送付
②ヒアリング（1 時間前後）
③ヒアリング結果報告会と懇親会
- ・ 内容

＜市町村担当者、医療機関、訪看ステーションへのヒアリング＞

体制	入退院支援	日常の療養支援	病状悪化急変時	看取り ACP	多職種連携
スタッフ数 診療時間	担当者	連携先	対応方法	看取り方法 (夜間休日含めて)	情報共有の場
患者数	調整方法	夜間休日の体制	受診依頼先 依頼方法	ACPの実施	市町村との 関係性
カバーする地域	退院調整ルール の使用状況	歯科診療	情報提供の方法	ACPの推進に 取り組んでいるか	公立病院との 関係性
強化している 機能		送迎サービス	退院後の逆紹介		K 市との連携

う 中山間過疎地域 県型保健所

●地域特性

- ・圏域は 8 市町村で構成され、人口は 17.1 万人、高齢化率 34.6%である。広域かつ中山間地が多く、訪問距離が長いという地理的特性を有する。
- ・人口は 2040 年には 13.5 万人（△17%）へ減少する一方、85 歳以上人口は 2040 年がピークとなる。
- ・入院・外来需要は既に減少局面だが、在宅医療需要は 2035 年にピークを迎える見込みである。「分散する需要をいかに効率よく支えるか」を重要な論点として位置づけ、地域分析を実施した。

●管内の在宅医療についての現状と課題

<診療所>

在宅療養支援診療所は 2019 年 29 か所から 2023 年 26 か所へ減少傾向。訪問診療実施件数は診療所全体で 2017 年 1,507 件から 2023 年 1,677 件へ増加したが、地域差が大きい。小児在宅や麻薬、無菌製剤など、在宅医療の多様化への対応に課題がある。

<病院>

在宅療養支援病院は 4 か所で増加傾向。病院アンケートでは、現在の機能維持は多くの病院で 5～10 年以内が限界とされ、今後、在宅医療機能が低下すると 61.5%が回答している。

<訪問看護ステーション等>

訪問看護ステーション数は 2020～2021 年に 17 か所であったが、2023 年には 14 か所へ減少。T 市に集中し周辺市町村ではアクセスに課題がある。その他、在宅療養支援歯科診療所 11 か所、訪問薬剤指導薬局 89 か所がある。

<医療従事者の状況>

医師の 50 歳以上割合は 54.2%、看護師・准看護師は 43.4%に達しており、医療人材の高齢化が進行している。2040 年には担い手の大幅な減少が見込まれる。

●課題に対する対応案

2040 年に向けて、需要（入院・外来↓、在宅医療↑）と供給（人材↓）の変化を踏まえ、分散する需要を効率的に支える持続可能な在宅医療提供体制を構築する。そのため、保健所が「地域連携のハブ」として機能し、郡市等医師会、各市町村、関係機関と協働して推進する。

1. 地域連携、基盤の強化

分散する医療資源を有効活用するため、地域全体を俯瞰した連携基盤を強化する。

- ・医療・介護資源の見える化による課題の可視化

<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・介護連携推進協議会等を通じた顔の見える関係と情報共有の推進 ・入退院支援ルールや地域連携パスの活用、ICT を活用した情報共有の推進 <p>2. 供給体制の確保と効率化</p> <p>限られた人材で増加する在宅医療需要を支えるため、供給体制の効率化を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ICT ツールの積極的な活用や他業種との連携 ・広域連携や組織間連携を含めた持続可能な在宅医療提供体制の検討 <p>3. 普及啓発</p> <p>医療提供体制の持続性を高めるため、住民・関係者双方への理解促進を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関が協働して行う普及啓発活動の実施 ・かかりつけ医、ACP（人生会議）の普及啓発、救急医療の適正利用の推進
<p>●管内での合意形成の手順</p> <p>保健所が「地域連携のハブ」として、合意形成を進める。具体的には、在宅医療・介護連携推進協議会や地域医療構想調整会議において、医療・介護資源の分析結果を共有し、郡市等医師会、市町村、医療機関、介護事業所等と現状認識を統一する。その上で、地域の実情に応じた具体的な取組内容と各機関の役割分担を協議する。取組については、定期的に進捗状況を確認・評価する。</p>
<p>●地域分析を実施した後の取組経過</p> <p><2025 年度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・既存情報の分析と在宅医療機能調査（県実施） ・調整会議における協議 5月：介護保険施設との連携、10月：在宅医療・介護連携 ・在宅医療・介護連携推進協議会における状況把握 ・DX 推進協議会での事例紹介 ・かかりつけ医、ACP の普及啓発、救急医療の適正利用推進 <p><2026 年度以降></p> <ul style="list-style-type: none"> ・入退院支援ルール等の活用促進 ・多職種連携のための ICT ツール推進 ・広域的な在宅医療モデルの検討と推進方策の策定 ・住民向け普及啓発の継続実施
<p>●考察</p> <p>本圏域は人口減少が加速し、高齢者人口も減少局面に入っている。入院・外来需要はピークアウトし、在宅医療のピークは 2035 年頃と予測される。</p> <p>広域かつ中山間地が多く訪問距離が長いこと、医療機関の分布に偏りがあること、医療従事者の高齢化や後継者不在が顕在化しつつあることが課題である。独居や高齢者のみ世帯の増加により医療と介護の一体的支援が必要であり、急変時対応や看取りを含めた「最期まで安心して暮らせる体制」への期待が高まっている。一方で、医師・看護師・介護人材の高齢化と確保難が深刻であり、病院アンケートでは現在の病院機</p>

能維持は多くの病院で5～10年以内が限界とされ、2040年を待たずに供給危機が顕在化する可能性がある。

これらの課題に対し、保健所が「地域連携のハブ」として機能を強化し、地域連携・基盤の強化、供給体制の確保と効率化、普及啓発の3つの柱で取り組みを進めることが重要である。各市町村では在宅医療・介護連携推進会議等が開催され、入退院支援ルールや検討も進められている。圏域全体で取組を共有し、広域的な視点での調整を進めるなど、持続可能な在宅医療提供体制の構築に向けて保健所が調整・推進役として関与し続けることが不可欠である。

え 中山間地域 県型保健所

●地域特性

- ・構成自治体…1市1町で構成（2次医療圏と一致）
- ・人口動態…総人口：18.5万人、高齢化率：31.9%、後期高齢化率：17.3%
将来推計（2050）：高齢者人口は増加、総人口及び生産年齢人口は減少
- ・医療介護需要…全国平均より低く、2035年をピークに減少
- ・広域的な生活圏…隣県と生活圏域を共有・患者流入がある。

●管内の在宅医療についての現状と課題

○在宅療養支援を行う診療所・病院

- ・管内の医療機関がA市の中心部に集中
⇒ アクセスに課題
- ・在支診および在支病の数は全国よりも少なく、かつ横ばいで推移
⇒ 体制の拡充が停滞

○訪問看護ステーション

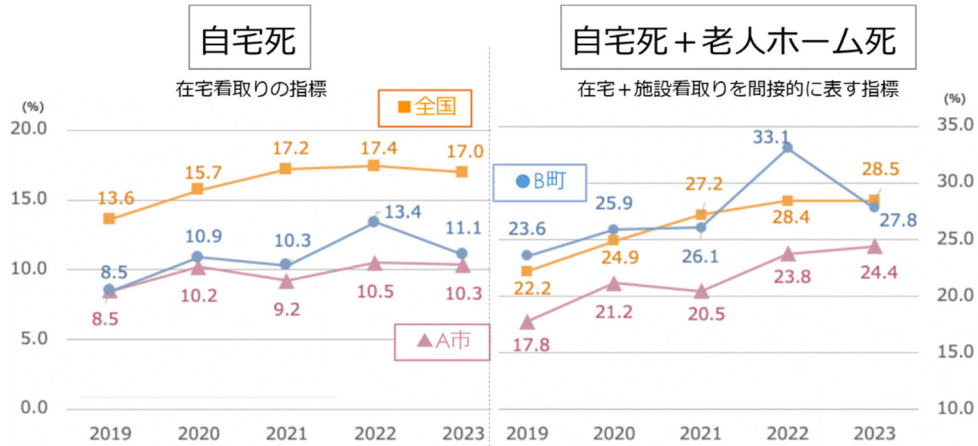
- 1施設あたりの看護職員数が4.1人
（全国平均5.6人）
⇒ 個々の運営体制が小規模。

○看取りの場所

- ・自宅死の割合が全国平均よりも低く、かつ「自宅死＋施設死」の割合は全国平均に近い ⇒ 自宅看取りが少ない



- ・高齢者施設の入所定員数が全国平均より少ない ⇒ 今後の需要増への受け皿不足



自宅死のみでは全国平均よりも6~7ポイント低いが、自宅死+老人ホーム死は全国平均から全国平均以上になる ▶▶在宅看取りが少ないことが推察される

○地理的要因による医療需要

隣県及び県内の他2次医療圏からの入院患者流入割合が高い

⇒ 近隣圏域の需要も考慮した調整が必要

	流入※	流出※
当県	15.9	15.2
当医療圏	21.7	14.9
Y医療圏	9.3	12.5
Z医療圏	10.4	19.0
他県	14.2	15.4
他県S医療圏	17.8	61.3
他県K医療圏	18.7	4.7

※流入=流入入院患者割合(%),
流出=流出入院患者割合(%)

- ・生活圏の共有 (他県S医療圏)
- ・患者流入が想定される (他県S医療圏、県内Z医療圏)



○将来的な需要に向けた体制構築

医療・介護需要が2035年をピークに減少に転じる

⇒ 施設の拡充・数の増加は一時的には有用である可能性があるが、将来的な需要減少を見据えた効率的な体制構築（ダウンサイジング、機能分担）等の方法の検討が必要。

●課題に対する対応案

○在宅・施設看取り

- ・在支診・在支病が高齢者施設をどこまでバックアップできているかの検証が必要

- ・在支診・在支病・訪問看護ステーションの増加と協力体制の構築への課題抽出
- ・在宅看取りが進んでいない要因の検討
 - ⇒ 管内の在支診・在支病への調査・ヒアリング、在宅医療介護連携協議会等での調査・情報共有
- ・高齢者施設数の増加・定員数の増員を検討
 - ⇒ 定員数が全国平均に比べて少ない理由の調査・ヒアリング

○広域連携

- ・医療圏域・都道府県を跨いだ医療・介護の調整が必要
 - ⇒ 行政・医療機関の県境会議、医療機関の連携に関して情報収集とヒアリング

●管内での合意形成の手順

- ・管内の医療介護連携推進は在宅医療介護連携協議会（保健所も参加）が担う。
- ・県境をまたいだ医療介護連携に関する協議体がある。
- ・医療資源の分配や体制の整備は本庁が担う。
 - ⇒ 協議会・会議への参加、現状把握、課題・危機意識の共有を踏まえ、体制整備の検討を行う

●地域分析を実施した後の取組経過

- ・管内の在宅医療介護連携協議会へ参加。関係者と顔の見える関係づくりから開始。

●考察

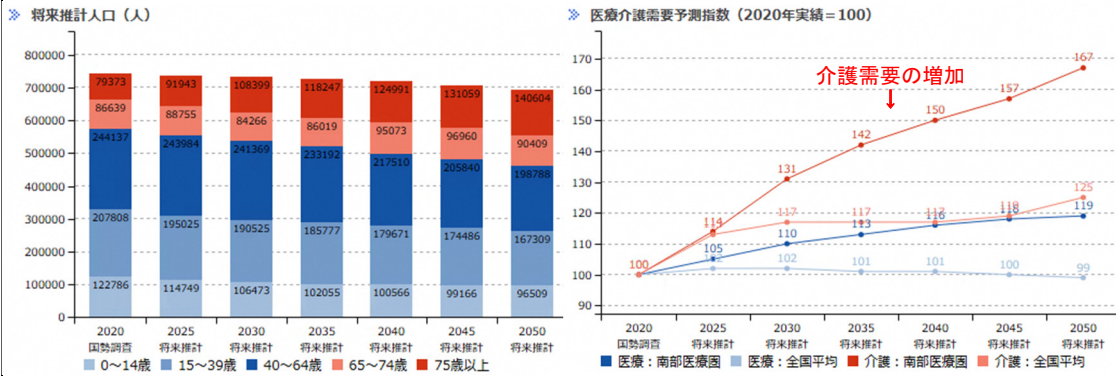
- ・県境・医療圏をまたぐ患者流入、医療資源の地域的偏り等、地域・地理的な課題が複数認められ、今後更に県境・医療圏を跨ぐ「広域調整システム」の構築が望まれる。
- ・将来的な人口減少を見据えた効率的な体制構築（機能分担）が必要であり、数字には表れにくい部分であるため、どのように分析・評価するか検討が必要となる。

お 地方都市＋過疎地域（離島） 県型保健所

●地域特性

- ・人口 74.1 万人（中核市保健所管轄人口 31.7 万人含む）、人口密度 1905 人/km²、高齢化率 22.4%。
- ・人口および人口密度は地方都市型であるが、管内に離島 7 町村を含む。

- ・ 将来推計人口は、総人口と生産年齢人口がゆるやかに減少、後期高齢者が増加。
- ・ 後期高齢者の増加に伴う医療需要と介護需要の増加が予想されている。特に介護需要の増加は著しい。



●管内の在宅医療についての現状と課題

<在宅療養支援診療所>

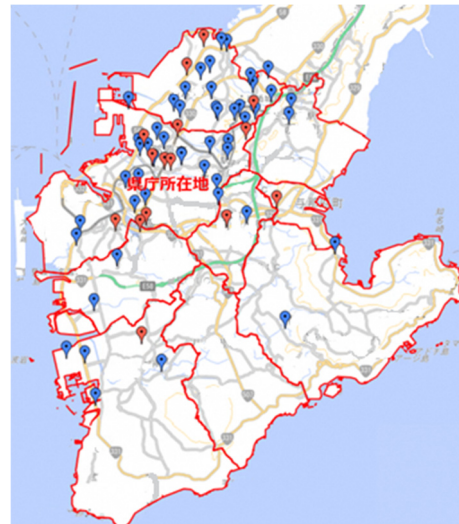
- ・ 県庁所在地周辺の西部に偏在。人口あたりの施設数は全国平均の約半数と少ない。

<在宅療養支援病院・在宅療養後方支援病院>

- ・ 診療所と同じく西部に偏在。人口あたりの施設数は全国平均と同程度。

<訪問看護ステーション>

- ・ 医療機関の分布と比較して東西での偏在は少ない。一方、離島には存在しない。



在支診(青)・在支病(赤)の所在地

⇒ 今後の高齢化に対して
在宅医療資源は全体的に不十分。

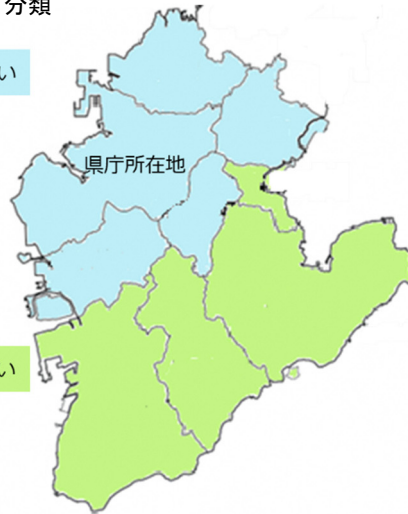
●課題に対する対応案

- ・ 医療資源分布や将来推計人口が二次医療圏内で一様ではないため、より小さい単位で分析と対応を行う。

例：医療資源量に応じて分類

A地域 医療機関が多い

人口10万人あたり
内科系診療所数 \geq 50



離島地域

島により状況が異なる

- ・ 医療資源の少ない地域の診療実態（遠方の一般診療所が在宅医療を担っているのか）を把握する。
- ・ 離島の在宅医療や看取りの実態が全く不明であるため、離島診療所にアンケートやヒアリングを行い、実態把握に努める。

●管内での合意形成の手順

- ・ 病院間の役割分担は、本庁主催の管内医療提供体制協議会で合意形成を行う。
- ・ 医療介護連携推進事業は、市町村から各地区医師会に委託されている。

3 研修会資料

3-1 講義資料

「在宅医療の基礎知識と保健所の関わり」

令和7年10月29日(水) 09時05分~09時20分(15分) 練習室1・2

令和7年度地域保健総合推進事業(全国保健所長会協力事業)

「地域医療構想における“治し支える医療”提供体制の実現に向けた保健所の役割についての研究」事業班

目次

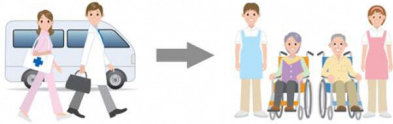
- 1 在宅医療の基礎知識
- 2 保健所の関わり
- 0 参考資料

1) 在宅医療の基礎知識(在宅医療が心要理由、第84回日本公衆衛生学会企画セッション G-051 2025/10/29)



訪問診療と往診の違い

訪問診療 計画的な在宅医療サービスを行うこと



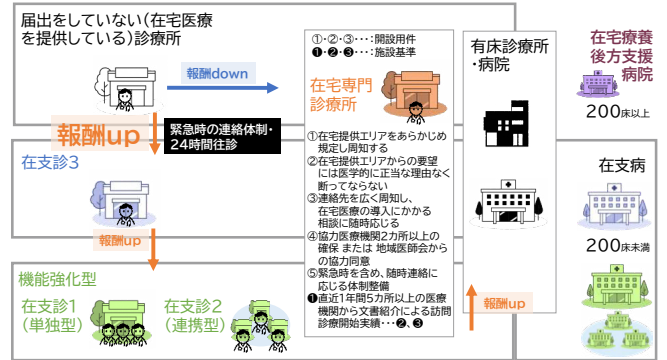
往診 患者の要請を受けて、その都度診療を行うこと



1) 日本訪問診療機構: <http://www.jpvmc.jp/power-acton/>



在宅医療提供施設(診療所・病院)の構成



参考資料 01 外来診療と在宅医療の収益比較

1) 白濱工: 比較で在宅医療: https://www.ge-nchiho.co.jp/storeroom_documents/file/176811320c15500908b3a187799.pdf



在宅療養支援診療所(在支診)・病院(在支病)の施設基準

施設基準	機能強化型在支診・在支病	連携型	在支診・在支病	(参考)在宅療養後方支援病院
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間応答を受け対応可能な体制 ② 緊急時対応体制 ③ 連携する医療機関への情報連携 ④ 医師の配置は在宅療養支援診療所で行うことが望ましい(医師の確保、介護保険診療から誘引された場合、協力医療機関として認めらるることも可能)	① 24時間対応体制 ② 緊急時対応体制 ③ 連携する医療機関への情報連携 ④ 医師の配置は在宅療養支援診療所で行うことが望ましい(医師の確保、介護保険診療から誘引された場合、協力医療機関として認めらるることも可能)	① 24時間対応体制 ② 緊急時対応体制 ③ 連携する医療機関への情報連携 ④ 医師の配置は在宅療養支援診療所で行うことが望ましい(医師の確保、介護保険診療から誘引された場合、協力医療機関として認めらるることも可能)	24時間365日 200床未満 夜間往診は専断
全ての在支病の基準	① 在宅療養支援診療所(か)施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (2) 往診を担当する医師は、当該病院の医師体制を担う医師と別であること。 ② 医師の配置は在宅療養支援診療所で行うことが望ましい(医師の確保、介護保険診療から誘引された場合、協力医療機関として認めらるることも可能)	① 在宅療養支援診療所(か)施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (2) 往診を担当する医師は、当該病院の医師体制を担う医師と別であること。 ② 医師の配置は在宅療養支援診療所で行うことが望ましい(医師の確保、介護保険診療から誘引された場合、協力医療機関として認めらるることも可能)	① 在宅療養支援診療所(か)施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (2) 往診を担当する医師は、当該病院の医師体制を担う医師と別であること。 ② 医師の配置は在宅療養支援診療所で行うことが望ましい(医師の確保、介護保険診療から誘引された場合、協力医療機関として認めらるることも可能)	
機能強化型在支診・在支病の基準	① 在宅療養支援診療所(か)施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (2) 往診を担当する医師は、当該病院の医師体制を担う医師と別であること。 ② 医師の配置は在宅療養支援診療所で行うことが望ましい(医師の確保、介護保険診療から誘引された場合、協力医療機関として認めらるることも可能)	① 在宅療養支援診療所(か)施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (2) 往診を担当する医師は、当該病院の医師体制を担う医師と別であること。 ② 医師の配置は在宅療養支援診療所で行うことが望ましい(医師の確保、介護保険診療から誘引された場合、協力医療機関として認めらるることも可能)	① 在宅療養支援診療所(か)施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (2) 往診を担当する医師は、当該病院の医師体制を担う医師と別であること。 ② 医師の配置は在宅療養支援診療所で行うことが望ましい(医師の確保、介護保険診療から誘引された場合、協力医療機関として認めらるることも可能)	診療報酬が増加する在宅医療強化型は3人以上の在宅医療強化型

1) 厚生労働省: 第10回地域医療連携推進に関する検討会、2024年10月17日 <https://www.mhlw.go.jp/content/10830000/001316790.pdf>



24時間365日の在宅医療を1人の医師で担うのは負担が大きすぎる。

在宅医療を担うオンコール医の負担は、24時間対応の訪問看護ステーションとの強い連携があれば、医師の負担が軽減される。



1) 連携所: 「在宅医療体制整備に関する医師職員研修(基本編)」セッション② 在宅医療の基礎知識、2024年

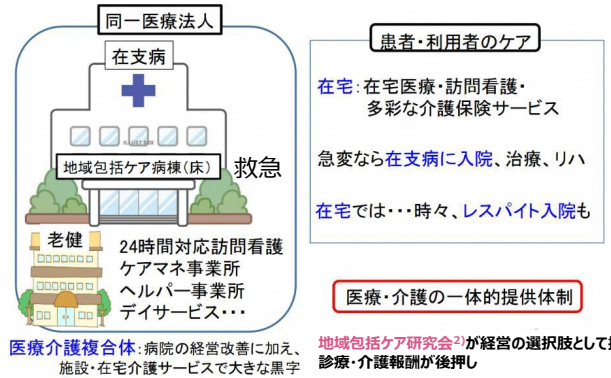


各施設による在宅医療等の提供状況

- 2016年度のNDBに基づく施設別在宅医療総合管理料算定数によると、機能強化型在支診・在支病が5割、通常在支診・在支病が4割、届出をしていない（在宅医療を提供している）診療所が1割算定している。
▶届出をしていない診療所が一定の訪問診療を担っているため、**参考資料 02** 高齢化に伴う廃業等により、今後供給が減る可能性のある地域は注意
- 2010年以降、訪問看護ステーション数は右肩上がりに増えているが、2017年の調査では訪問看護ステーションの看護職員数は平均6.8（中央値5.5）人と中小規模が多く、職員も高齢化し、24時間365日の体制維持が課題となる。**参考資料 03**
- 2014年以降、在宅医療を提供する診療所数は横ばいとなる一方、病院数は増加している。**参考資料 04, 05, 06**
- 2014年度に急性期～回復期まで対応し、救急と訪問機能を求める地域包括ケア病床の創設に伴い、在支病が増加した。**参考資料 07, 08**
- 2019年と2022年の入院料算定状況を比較すると、急性期▲2.0万床、回復期+1.3万床と、診療報酬の誘導・高齢化の影響がある。**参考資料 09**
- 2022年10月の在宅医療サービスの病院からの提供量は、診療所の1/6-8程度である。**参考資料 10**

012 6

地域包括ケア病床 ▶ 在支病 ▶ 医療介護複合体



1) 速報版「在宅医療体制整備に関する経路研究員研修（基本編）」セミナー② 在宅医療の基礎知識、2024年
2) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング地域包括ケア研究会 報告書「2040年の2023年版」p.25

012 7

在宅医療の対象となる居住場所

	医学管理料	訪問診療可	往診可
戸建て住宅	在医総管	○	○
集合住宅	在医総管	○	○
サ高住	施設総管	○	○
有料老人ホーム	施設総管	○	○
認知症高齢者グループホーム	施設総管	○	○
軽費老人ホーム(A型・B型)	施設総管	○	○
軽費老人ホーム(ケアハウス)	在医総管	○	○
養護老人ホーム	施設総管	○	○
看多機・小多機	在医総管	△ 宿泊日に限り、医師指定	○
特別養護老人ホーム	施設総管	△ 末期がん患者他に限り、医師指定	○

1) 速報版「在宅医療体制整備に関する経路研究員研修（基本編）」セミナー② 在宅医療の基礎知識、2024年
2) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング地域包括ケア研究会 報告書「2040年の2023年版」p.25

012 8

介護と在宅医療の関係性、自宅死

- 高齢者向け施設・住まいの利用者数の経年変化を見ると、2011年に開始されたサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）以降、施設入居時等医学総合管理料（施設総管）の対象となるサ高住・有料老人ホームの伸びがめざましく、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）も増加している。**参考資料 11**
 - 都道府県別の65歳以上訪問診療患者数を比較すると変動係数は0.32だが、それに介護保険施設定員数を足して比較すると0.13と平均化されることから、介護による日常生活の支援があった在宅医療であることを意識する必要がある。**参考資料 12**
 - 近年、病院での死亡割合は、在宅・施設での死亡割合の増加に伴い、減少傾向である。**参考資料 13**
 - 令和6年度東京都練馬区死亡小票分析報告書によると、自宅での死亡の38%が異状死であった。保健所は死亡小票の確認できるため、在宅死者が看取られているのが確認することで、管轄地域の在宅医療充実度を把握し、地域包括ケアシステムの深化に寄与できる。**参考資料 14,15**
- ▶在宅医療は、特に在支診中心に、自宅だけではなく、施設への訪問診療を行い、病院以外での看取りに寄与している。

012 9

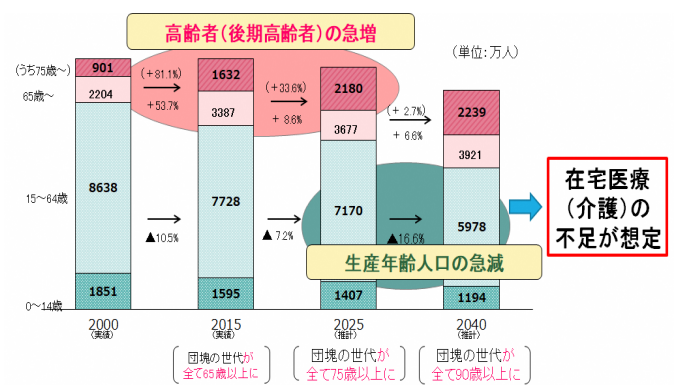
「在宅医療の基礎知識」のまとめ

- 在宅医療の提供方法は、予定された訪問診療と、要請による往診がある。
- 在宅医療は、在支診による提供が主力だが、在支病・それ以外の診療所・病院も担っているため地域の把握・分析が重要。
- 医師の負担を軽減し24時間365日の往診体制を維持するには訪問看護ステーションとの連携が必須だが、訪問看護ステーションも大規模化しないと24時間365日の体制が維持できない。
- 近年は、診療所の在宅医療供給が伸びなくなり、病院からの供給は相対的に少ないが伸びてきている。
- 在宅医療の提供先は、自立生活が難しい高齢者が増えてくると、自宅以外の高齢者向け施設・住まいへと拡大していく可能性が高い。
- 保健所は在宅医療の充実度を評価し、強化することができる。

1) 在宅医療の基礎知識は在宅医療に必要な理由、第4回日本公衆衛生学会学術シンポジウム G-051 2025/10/29

012 10

2040年までの全国の人口構造の変化からの想定



1) 厚生労働省「第3回地域医療確保及び医療提供計画に関するワーキンググループ」

012 11

診療所の在宅医療供給の方向性

- 在宅医療の提供には、多疾患併存高齢者・神経難病・悪性腫瘍等に対応するため、生活環境評価/調整・処置・緩和ケアといった診療能力が求められる。標榜科では、内科[63%]（消化器[17%]・循環器[12%]・神経内科）、外科[12%]・整形[12%]と最大半分ぐらいの診療所が在宅医療の提供候補として見込まれる。 **参考資料 16**
- 標榜科の推移は、2008年を基準とした15年間の伸び比は内科で1.2倍弱、外科は1.0倍である。 **参考資料 17**
- 高齢者人口は増えている一方、診療所数は増加しているが**外来受療率は横ばい**。 **参考資料 18**
- 医師数の増加に伴い診療所勤務医も増加している(2022年/2014年比で5%増)が、75歳を境に減少する。 **参考資料 19,20**

- ▶ 現在・未来の地域の在宅医療の提供体制を診るには、公的データでは表層しか把握することができず、各医療機関の医師の年齢・医療提供内容・承継の有無など多面的な情報から需給予測をする必要がある。
- ▶ 公的データを議論・会話のきっかけとして、立体的な地域診断を行う必要があるのではないかと。

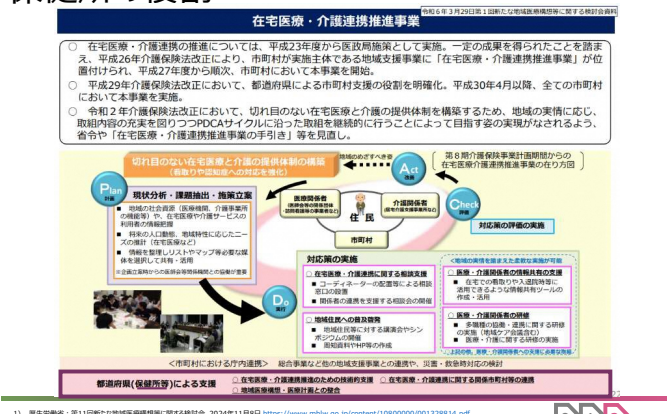
012 18

在宅医療・介護連携推進事業の促進の役割分担



1) 厚生労働省：第11回都道府県地域医療連携推進事業に関する6府県会、2024年5月30日 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001329642.pdf> 012 19

保健所の役割



1) 厚生労働省：第11回都道府県地域医療連携推進事業に関する6府県会、2024年11月9日 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001329642.pdf> 012 20

保健所の役割



調整会議の課題/対応方法

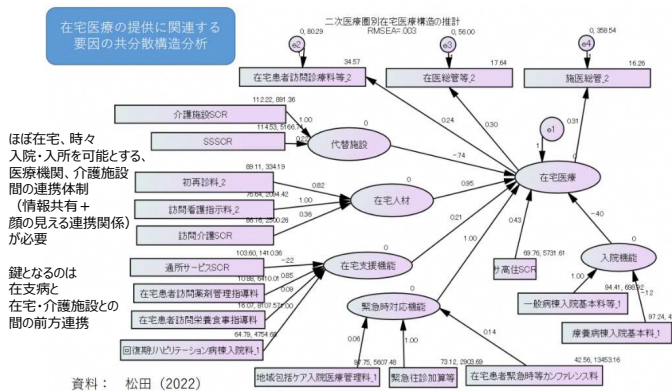
会議デザイン・医療機関の経営に配慮した議論（患者推計）・段階の進め方

- 経営者の悩みを想定した情報、議論、支援が求められている
- ①～⑤を繰り返す
 - ①ステークホルダーの参加（当事者意識の醸成）
 - ②地域課題（問いを設定）を「ともに」熟考
 - ③課題の「見える化」（データの提示）
 - × 目標値の押しつけは地域理解を遠ざける
 - ④解決策（案）の提示（仮説構築）
 - ⑤合意形成 → 行動を起こしてもらうことが重要
- 参加者が意思決定できる範囲を理解した上で、参加者が答えられる「問い」を選定する必要がある。
- 必要に応じて、課題を持ち帰ってもらい、次回の会議までに検討してもらうことが必要。
- 同様の課題を抱えている参加者グループを作ると議論が進みやすくなる。

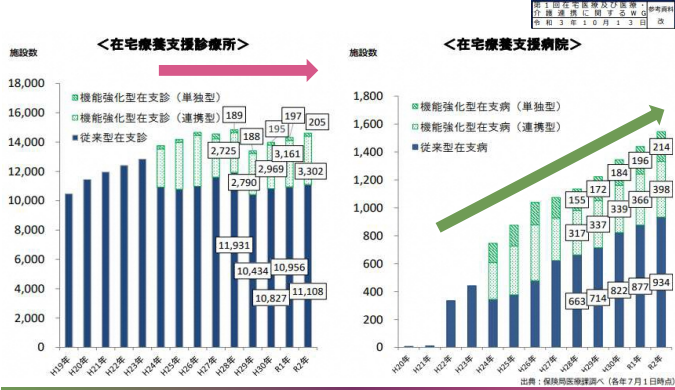
データ分析 - 地域内で特徴を持つ医療機関や共通する部分が明らかに、新たな気づきや不都合な真実が見えることがある。

1) 厚生労働省：地域医療連携推進事業に関する6府県会、2023年3月1日 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001329642.pdf> 012 22

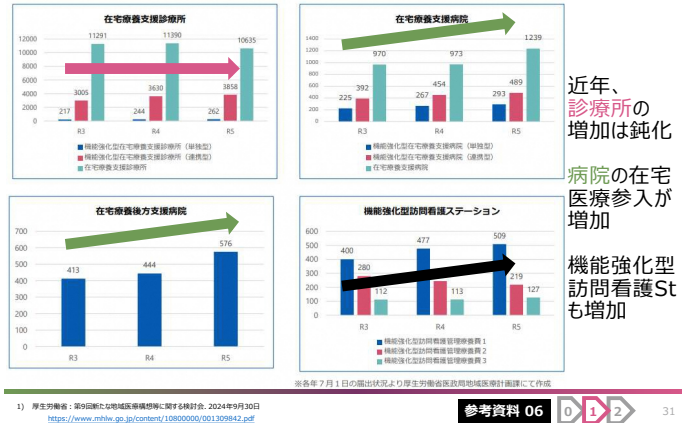
在宅医療提供体制に影響を与える診療報酬因子



在支診は横ばい・在支病は増加

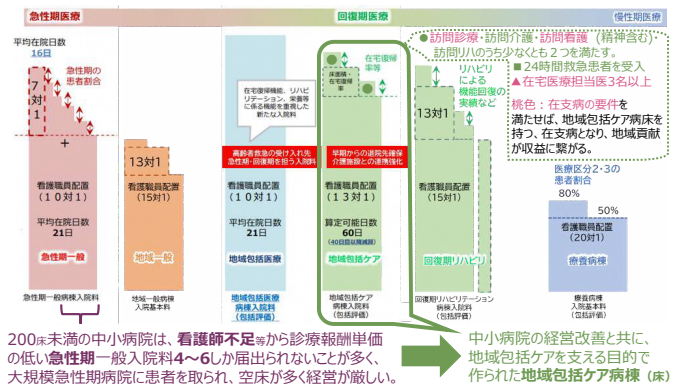


在支診・在支病・後方支援病院・機能強化型訪問

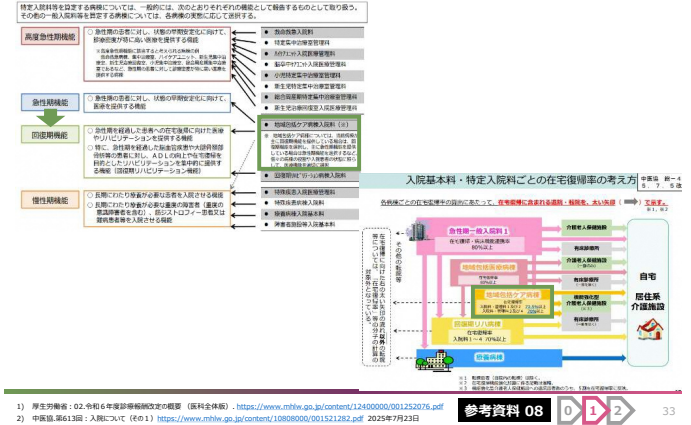


近年、
診療所の
増加は鈍化
病院の在宅
医療参加が
増加
機能強化型
訪問看護St
も増加

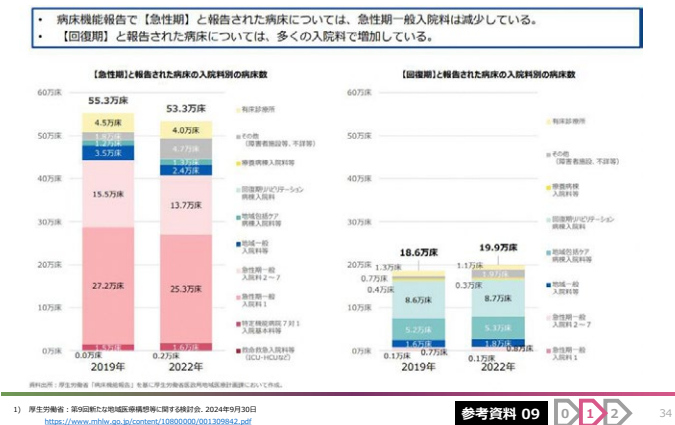
病床分類と中小病院の病床転換の背景



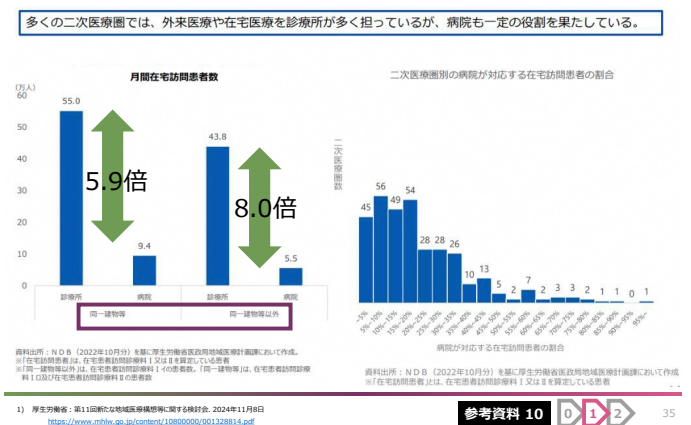
病床機能分類と入院料・管理料、期待される機能



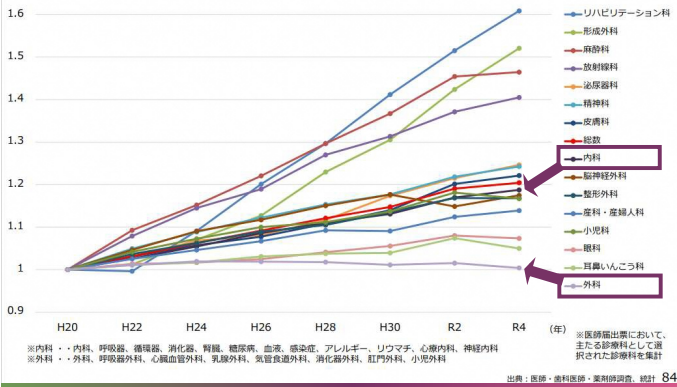
回復期病床での入院料算定床数の増加



病院も在宅医療を担っているが、6-8倍の差

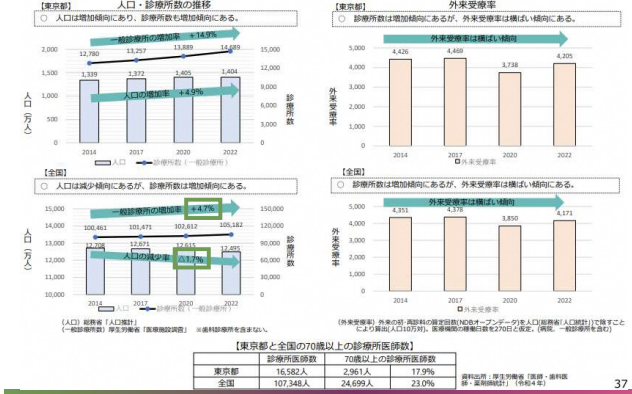


診療所勤務医の診療科推移と在宅医療を行える可能性のある科



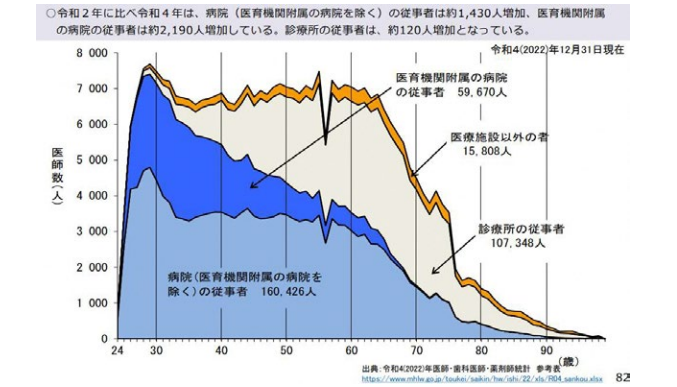
1) 厚生労働省、第12回都心の地域医療構想に関する検討会、2024年11月20日
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001335627.pdf>

診療所は増加だが、外来受療率は横ばい



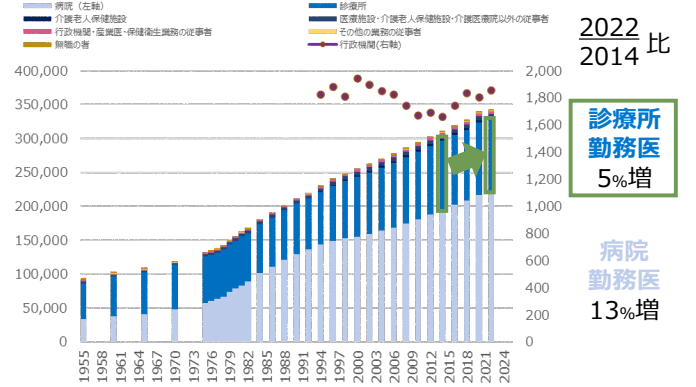
1) 厚生労働省、第12回都心の地域医療構想に関する検討会、2024年11月20日
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001335627.pdf>

医師数の増加に伴い、診療所勤務医数も増加



1) 厚生労働省、第12回都心の地域医療構想に関する検討会、2024年11月20日
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001335627.pdf>

医師数の増加に伴い、診療所勤務医数も増加



1) 医師・歯科医師・薬剤師統計 / 令和4年医師・歯科医師・薬剤師統計 年次資料より作成

3-2 やってみよう！地域診断～医療・介護連携～簡単ガイド

やってみよう！地域診断 ～医療・介護連携～ 簡単ガイド

2026年3月

令和7年度 地域保健総合推進事業(全国保健所長会協力事業)
「地域医療構想における“治し支える医療”提供体制の実現に向けた保健所の役割についての研究」事業班

地域診断の目的・方法

目的

これまで会議・研修会以外に在宅医療に関わってこなかった保健所が、

- (1)地域の在宅医療・医療計画に関する課題を抽出・整理し(地域診断)、
- (2)解決策とその手順を検討する

ことで、保健所による地域支援の実践を可能とすることを目的とします。

方法

本ガイドに沿って、**地域診断**を実践

課題の「見える化」

抽出された**課題**への**対応策**を実践

課題への対応

本ガイドは、『管内の在宅医療について、医療計画を策定するためのハンドブック(令和5年3月)』(参考文献18)を基にしています。

本ガイドについて

内容

地域診断を実践するために抽出するべきデータ、作成するべきグラフ・図、そのまとめ方を、実在する自治体例と合わせて掲載しています。

構成

地域診断は **4領域** の分析で構成されています。

- (1) **人口動態** 関連の分析
- (2) **医療機関** 関連の分析
- (3) **在宅医療** 関連の分析
- (4) **まとめ**(課題・今後の方針)

・本ガイドのうち、タイトルが **黄色** のスライドは作成する内容の「説明」です。ご自身の分析結果をまとめるときには削除してください。
・タイトルが **無色** のスライドは、作成する内容の「様式」です。ご自身の所属する自治体のデータに上書き・変更することで、地域診断が可能となります。

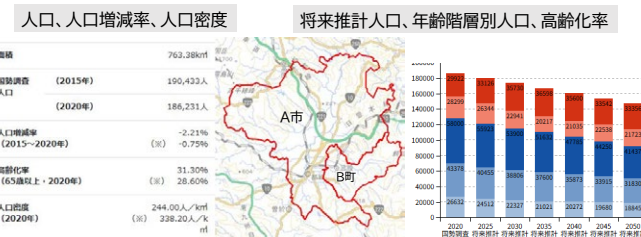
〇〇県(市)〇〇保健所 管内の在宅医療の 現状と将来予測分析

20〇〇年〇月〇日
自治体名
参加者氏名

(1)人口動態関連の分析①

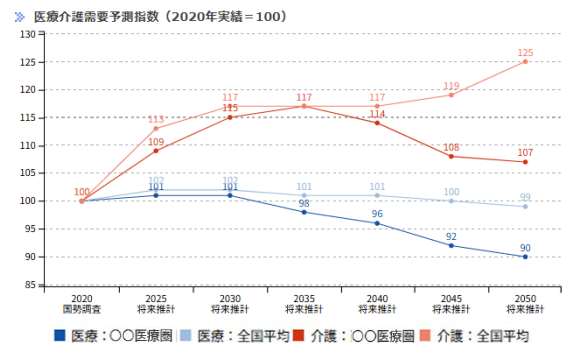
必要なデータ	現在人口、将来推計(年齢階層別) 高齢化率、人口密度 等
データ元	JMAP(日本医師会 地域医療情報システム)

※全国都道府県・二次医療圏・市町村のデータがある



(1)人口動態関連の分析②

必要なデータ	医療と介護の需要予測指数
データ元	JMAP(日本医師会 地域医療情報システム)



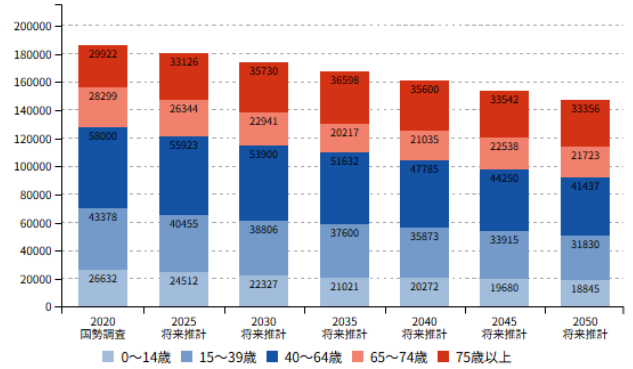
●●県(市) ○○医療圏 概要



(2000年○月○日時点)日本医師会 地域医療情報システム(JMAP) <https://jmap.jp/>

○○医療圏 将来推計人口

※ 将来推計人口(人)



(2000年○月○日時点)日本医師会 地域医療情報システム(JMAP) <https://jmap.jp/>

○○医療圏 医療介護需要予測指数

※ 医療介護需要予測指数 (2020年実績 = 100)



(2000年○月○日時点)日本医師会 地域医療情報システム(JMAP) <https://jmap.jp/>

(2)医療機関関連の分析①

必要なデータ
・管内の医療機関数(施設種別、診療科別)/全国との比較
・在支診数・在支病数/全国との比較

データ元 JMAP(日本医師会 地域医療情報システム)

施設種別別の施設数



○○医療圏 医療機関数(一般医療関連)

施設種別別の施設数



(2000年○月○日時点)日本医師会 地域医療情報システム(JMAP) <https://jmap.jp/>

○○医療圏 医療機関数(在宅医療関連)

施設種別別の施設数



(2000年○月○日時点)日本医師会 地域医療情報システム(JMAP) <https://jmap.jp/>

(2)医療機関関連の分析②

必要なデータ 管内の許可病床数、地ケア病床数・支援病院
 データ元 ○○厚生支局ホームページ「保健医療機関の管内指定状況」
 管内の病院の許可病床数

データを抜き出して表作成が必要

施設名	設置主体	許可病床数					地域包括ケア病床 （在宅医療 支援病院）	在宅療養 支援病院
		療養	一般	精神	結核	感染		
1 国立病院機構 A医療センター	公立	305					60	○
2 B市郡医師会病院	公的	220			4	224		
3 C総合病院	民間	50	293					
4 D病院	民間	32	27					○
5 医療法人●●会 E病院	民間	88						
6 医療法人△△会 F病院	民間	48					12	
7 医療法人○○会 G病院	民間	45						
8 医療法人社団●●会 H病院	民間	22						
9 医療法人△△会 I病院	民間	71						
10 J病院	民間	34						
11 医療法人○○会 K病院	民間	42	50					
12 医療法人●●会 L病院	民間	40						
13 医療法人△△会 M病院	民間	43						
14 医療法人○○会 N病院	民間	40						
15 医療法人●●会 O病院	民間	41						
16 医療法人社団△△会 P病院	民間	52						
17 医療法人○○会 Q病院	民間	67				67		
18 医療法人●●会 Rクリニック	民間	64				64		
19 医療法人△△会 S整形外科病院	民間	60				60		
20 医療法人○○会 T東部病院	民間	32	111			143	22	
21 医療法人●●会 U病院	民間	84	0			84	15	○
22 医療法人△△会 V病院	民間	30				30		
計		369	1,801	0	4	2,174	189	6

経年変化や施設名を知るために、自分でグラフ・表を作成する
 地域包括ケア病床：在宅、在宅への道筋を立てる役割を担う

○○医療圏 許可病床数

施設名	設置主体	許可病床数					地域包括ケア病床 （在宅医療 支援病院）	在宅療養 支援病院
		療養	一般	精神	結核	感染		
1 国立病院機構 A医療センター	公立	305					60	○
2 B市郡医師会病院	公的	220			4	224		
3 C総合病院	民間	50	293				49	
4 D病院	民間	32	27				6	○
5 医療法人●●会 E病院	民間	88					88	
6 医療法人△△会 F病院	民間	48					12	
7 医療法人○○会 G病院	民間	45					45	
8 医療法人社団●●会 H病院	民間	22					22	
9 医療法人△△会 I病院	民間	71					71	
10 J病院	民間	34					34	
11 医療法人○○会 K病院	民間	42	50				92	
12 医療法人●●会 L病院	民間	40					40	
13 医療法人△△会 M病院	民間	43					43	
14 医療法人○○会 N病院	民間	40					40	
15 医療法人●●会 O病院	民間	41					41	○
16 医療法人社団△△会 P病院	民間	52					25	○
17 医療法人○○会 Q病院	民間	67				67		
18 医療法人●●会 Rクリニック	民間	64				64		
19 医療法人△△会 S整形外科病院	民間	60				60		
20 医療法人○○会 T東部病院	民間	32	111			143	22	
21 医療法人●●会 U病院	民間	84	0			84	15	○
22 医療法人△△会 V病院	民間	30				30		
計		369	1,801	0	4	2,174	189	6

※管内26病院中、精神科単科4病院を除く
 (2020年〇月〇日時点) ○○保健所 ○○報告、○○厚生局(届出受理医療機関名簿)より作成

(2)医療機関関連の分析③

必要なデータ 管内の新規開業数・継承数・(廃止数)
 (在宅主治医になり得る内科・外科・神経内科など)
 データ元 管轄保健所への届け出
 データを抜き出して表作成が必要

新規開業・継承

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
圏域	1	1	0	4	2	1	2
A市	1			3	1	1	1
B町		1		1	1		

開業、継承、廃止
 院長年齢などの情報＝保健所への届け出から入手

○○医療圏 新規開業数・継承数 (在宅主治医になり得る内科、外科、神経内科など)

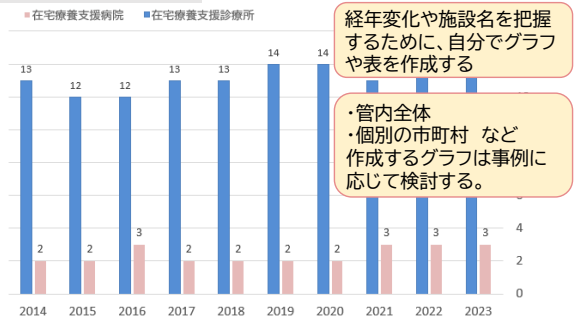
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
圏域	1	1	0	4	2	1	2
A市	1			3	1	1	1
B町		1		1	1(1)		1

(): 在宅診の届出数(再掲)

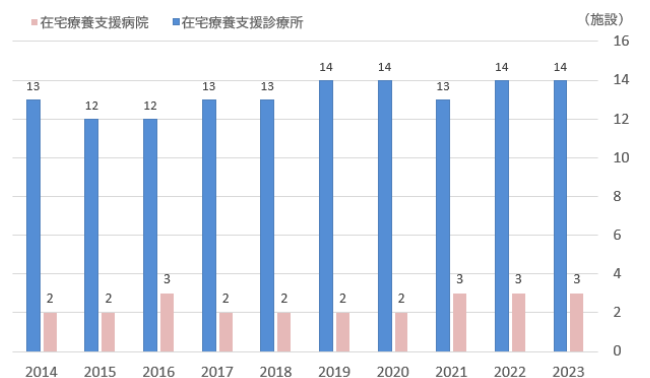
(2020年〇月〇日時点) ○○保健所 ○○報告より作成

(2)医療機関関連の分析④

必要なデータ 在宅診数・在宅病数の推移
 データ元 厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集
 管内の在宅診数・在宅病数の推移

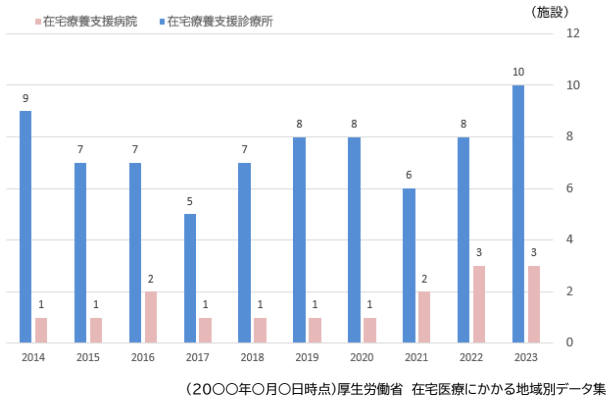


○○医療圏 在宅療養支援医療機関数 推移



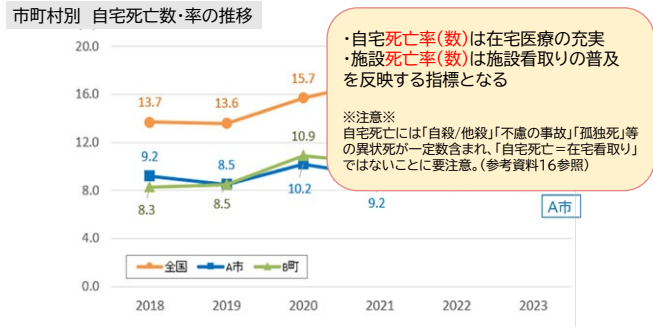
(2020年〇月〇日時点) 厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集

〇〇医療圏 A市 在宅療養支援医療機関数 推移

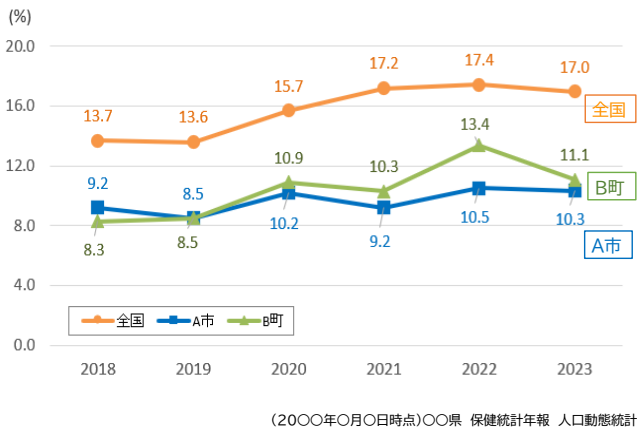


(3)在宅医療関連の分析①

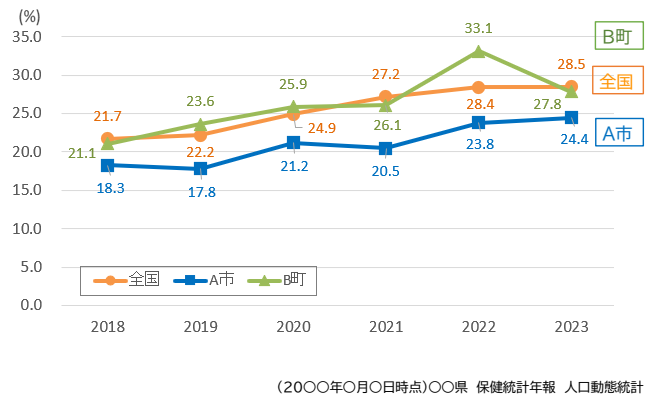
必要なデータ 自宅死亡率(数)、自宅+施設死亡率(数)の推移
 データ元 厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集
 各都道府県 保健(衛生)統計年報



〇〇医療圏 市町村別 自宅死亡率の推移



〇〇医療圏 市町村別 自宅+施設死亡率の推移



(3)在宅医療関連の分析②

必要なデータ 市町村別 訪問看護ステーション数、看護職員数(常勤/24時間対応)

データ元 厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集

訪問看護ステーションについて データを抜き出して表作成が必要

	訪問看護ステーション(ST)数	訪問看護ST全体の看護職員数(常勤換算)	全体の平均看護職員数	うち24時間対応のSTの看護職員数(常勤換算)	全体の看護職員数との差	24時間対応でないST数
	(施設)	(人)	(人)	(人)	(人)	(施設)
	①	②	④=②/①	③	⑤=②-③	⑥=⑤/④
A市	34	144	4.24	134	10.0	2.36
B町	4	12	3.00	12	0.0	0.0
圏域	38	156	4.11	146	10.0	2.44
●●県	182	861	4.73	785	76.0	16.07
全国	16,423	91,462	5.57	84,381	7,081	1271.27

〇〇医療圏 訪問看護ST施設数・看護職員数 1施設あたり換算

	訪問看護ステーション(ST)数	訪問看護ST全体の看護職員数(常勤換算)	全体の平均看護職員数	うち24時間対応のSTの看護職員数(常勤換算)	全体の看護職員数との差	24時間対応でないST数
	(施設)	(人)	(人)	(人)	(人)	(施設)
	①	②	④=②/①	③	⑤=②-③	⑥=⑤/④
A市	34	144	4.24	134	10.0	2.36
B町	4	12	3.00	12	0.0	0.0
圏域	38	156	4.11	146	10.0	2.44
●●県	182	861	4.73	785	76.0	16.07
全国	16,423	91,462	5.57	84,381	7,081	1271.27

(20〇〇年〇月〇日時点)厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集

(3)在宅医療関連の分析③

必要なデータ	管内の介護施設 定員数、介護職員数、全国との比較
データ元	JMAP(日本医師会 地域医療情報システム)

介護施設について



〇〇医療圏 高齢者入所施設 定員数・職員数



(2000年〇月〇日時点)日本医師会 地域医療情報システム(JMAP) <https://jmap.jp/>

(4)まとめ(課題・今後の方針)

管内の在宅医療の課題

課題の「見える化」

- ・医療・社会的背景
- ・現状
- ・将来予測

対応案

課題への対応

- ・不足するデータの確認
⇒関係機関へのヒアリング、専門機関への問い合わせアンケート等
- ・対応策の検討・立案・合意形成の手順
⇒関係機関との協議、新たな施策の実施

〇〇医療圏 在宅医療のまとめ・課題

管内の在宅医療の状況のまとめ・全国等との比較
そこから考えられる課題

例)

- ・医師数と医療機関数は、ともに全国平均よりも少ない
- ・在宅医療支援病院は全国平均よりも多いが、在薬医療支援診療所が全国平均に比して少なく横ばいである。
- ・訪問看護ステーション数が横ばいであり、1か所を除き小規模である。

〇〇医療圏 課題に対する対応案

- ・管内の合意形成の手順
- ・ヒアリング等の対応 等

例)

・管内の在宅医療に係る協議会の連携づくり・情報共有を行い、在宅医療に参加する医療機関を増やすための検討を行う(「●●地域医療連携協議会」、「●●在宅医療部会」、「●●地域包括ケア協議会」)。

・潜在課題を明らかにするために、在宅医療に関わる診療所・病院・訪問看護ステーションに関する質的な情報を得る必要がある。

→管内の在宅診療・在宅病・訪問看護ステーションにヒアリング調査を行う。

参考資料

調べる上での参考に。初めは1~2だけでOK◎

名称	調べることのできる内容	提供元	URL	アクセス要件
1 地域医療情報システム(JMAP)	都道府県、二次医療圏、市町村別の人口動態推計、医療介護需要予想指数(2015~2045)、人口あたりの在宅診療・在宅病数など	日本医師会	https://jmap.jp/	なし
2 在宅医療にかかる地域別データ集	在宅診療・在宅病数、訪問看護ステーション数と平均の看護師数(常勤換算)・24時間対応のステーションの看護職員数(常勤換算)、自宅死の割合、老人ホーム死(老健は含まれない)の割合など	厚生労働省	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html	なし
3 病床機能報告	各病院が持つ病床の機能	厚生労働省	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html	なし
4 DPC公開データ	各医療機関等のDPC算定状況	厚生労働省	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000049343.html	なし
5 介護サービス情報公表システム	介護サービスの状況	厚生労働省	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/	なし
6 施設基準の届出	医療機関(医科、歯科、薬局)、訪問看護ステーションの届出数、施設基準(設備・人員等)の届出状況	厚生労働省 地方厚生局	各地方厚生局のホームページ	なし

参考資料

調べる上での参考に。初めは1と2だけでOK◎

名称	調べることのできる内容	提供元	URL	アクセス要件
7 地域包括ケア「見える化」システム	要支援・介護の地域状況等	厚生労働省	https://mieruka.mhlw.go.jp/	利用登録が必要(誰でも可)
8 NDB(National Database)オープンデータ	医療行為別の患者数、算定回数等	厚生労働省、内閣府	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunit/suite/bunya/0000177182.html	なし
9 NDB(National Database)オープンデータ分析サイト	医療行為別の患者数、算定回数等	厚生労働省	https://www.mhlw.go.jp/ndb/opendatasite/	なし
10 医療計画作成支援データブック	必要病床数等	厚生労働省	厚労省から都道府県に現物提供(所管部署に確認・手続きが必要)	
11 経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト	医療提供状況の地域差	内閣府	https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html	なし
12 政府統計の総合窓口	各種統計データ(市町村別人口、死亡数、病院、老人保健施設、自宅死等の死亡場所)	総務省統計局、独立行政法人統計センター	https://www.e-stat.go.jp/	
13 各種人口推計データ	社会保障費用統計、人口統計、将来推計人口・世帯数	国立社会保障・人口問題研究所	https://www.ipss.go.jp/	なし

参考資料

調べる上での参考に。初めは1と2だけでOK◎

名称	調べることのできる内容	提供元	URL	アクセス要件
14 医療計画分野別口ジックモデル・指標リスト	在宅医療介護等に関する各種指標	医療経済研究機構(IHEP)	https://iryokeikaku.jp/t/sh/	なし
15 保健統計年報 人口動態統計	自宅死亡数・率、施設死亡数・率、病院外死亡数・率	都道府県、厚生労働省	https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1a.html	各所属の状況による
16 死亡小票	孤独死など異状死の割合(保健統計年報では把握できない)	保健所(例:○○区死亡小票分析報告書)		各保健所所有 各所属の状況による
17 都道府県医療計画	医療圏の設定、基準病床数、地域医療構想、在宅医療に関する現状・課題・指針等	都道府県	都道府県HP、所管部局等	各都道府県の状況による
18 市町村介護保険事業計画	高齢化等の情報、地域包括ケアシステム、介護サービスに係る統計等	都道府県	都道府県HP、所管部局等	各都道府県の状況による
19 管内の在宅医療について、医療計画を策定するためのハンドブック	管内の在宅医療等に関する地域診断を行う手法と、地域診断の実践例を掲載	令和4年度地域保健総合推進事業「医療構想と包括ケアの推進における保健所の役割についての研究班」	https://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2/menu04_2_r04_03-1.pdf	なし

企画・編集

2026年3月

令和7年度 地域保健総合推進事業(全国保健所長会協力事業)
「地域医療構想における“治し支える医療”提供体制の実現に向けた保健所の役割についての研究」事業班

【分担事業者】

小倉 加恵子(鳥取県倉吉保健所)

【協力事業者】

岡本浩二(埼玉県川口市保健所)、長井大(鳥取県鳥取市保健所)、本木隆規(福祉医療部医療政策局)、片山幸(名古屋市中村保健センター)、昼間詩織(群馬県渋川保健所)、近藤雪栄(横浜市医療局地域医療部がん・疾病対策課)、荒井未央(仙台市保健所太白支所)、福尾篤子(富山県厚生部健康対策室感染症・疾病対策課)、坪井博文(岡山県美作保健所)、小守林精一(岩手県二戸保健所、久慈保健所)、藤本幸(沖縄県南部保健所)
*本資料作成担当:徳本摩依(宮崎県都城保健所)、南和(高知県中央西保健所)

【アドバイザー】

白井千香(大阪府枚方市保健所)、福永一郎(高知県須崎福祉保健所)、柳尚夫(岐阜県精神保健福祉センター)、山本大祐(関西医科大学看護部)、孫瑜(筑波大学地域医療教育学)、角野文彦(びわこリハビリテーション専門職大学)、守本陽一(一般社団法人ケアと暮らしの編集社)

令和7年度 地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業
「地域医療構想における
“治し支える医療”提供体制の実現に向けた
保健所の役割についての研究」報告書

発行日 令和8年3月

編集・発行 日本公衆衛生協会

分担事業者 小倉 加恵子（鳥取県倉吉保健所）

〒682-0802 鳥取県倉吉市東巖城町2番地