

# 在宅医療の未来を拓く ～課題デザインマップから見える新たな可能性～



株式会社キャピタルメディカ・ベンチャーズ  
ディレクター

## 後町 陽子

薬剤師としてのバックグラウンドを持ち、病院経営コンサルタントとしてオペレーション改革や人材マネジメント支援に携わる。その後、外資系コンサルで製薬企業のDX支援を担当。現職ではインパクト投資及びIMMを中心とした投資先支援業務に従事している。

株式会社シンクハビネス  
代表取締役

## 糟谷 明範

理学療法士免許取得、2014年に株式会社シンクハビネスを創業。「いま」のしあわせをつくる」をビジョンに東京都府中市で活動。訪問看護、居宅介護支援、カフェ＆コミュニティという3つの事業を行いながら、子どもたちが集うアトリエや、学生が運営するコミュニティスペース、お菓子工房、オフィス、お店など様々な人やモノ、コトが集まる「たまれ」という場づくりを行う。

在宅医療患者家族経験者

## 高沼 ひとみ

義両親と両親の介護・看取りを経験。現在は保健所勤務の傍ら、介護予防活動にも携わる。当事者としての経験を活かし、地域の高齢者支援に関わっている。家族介護者の視点から、在宅医療・介護の課題に向き合う。

株式会社omniheal代表取締役 /  
おうちの診療所中野 院長

## 石井 洋介

2010年高知大学卒。消化器外科医のほか、厚生労働省医系技官や経営コンサルタント等を経て現職。おうちの診療所代表、株式会社omniheal運営代表、高知大学デジタルヘルス学特任准教授などを併任。著書に『19歳で人工肛門、偏差値30の僕が医師になって考えたこと』（PHP研究所、2018年）など。

(所属・役職は2025年1月末時点)

高齢化が進む日本社会において、在宅医療の重要性は年々高まっていますが、その現場では様々な課題が山積しています。ウェルネス領域の課題解決を目指しインパクト投資を実践する東京ウェルネスインパクトファンド(TWIF)は、それらの社会課題を可視化し解決への糸口を探るべく、在宅医療分野で活躍する有識者とともに『在宅医療課題デザインマップ』を制作。この特集では、制作に携わった在宅医療に携わる医療者、サービス事業者、そして患者家族が集まり、マップから見てきた課題や今後の可能性について語り合いました。

在宅医療課題デザインマップ P17

## 在宅医療の現場が直面する課題

**後町** まず、今回の在宅医療課題デザインマップを作成した背景についてお話ししたいと思います。私たちは社会課題の解決を目的としたファンドを運営しています。解決に資するスタートアップへ投資し、投資先を支援するためには私たち自身が現場の課題を解像度高く理解する必要があります。投資対象領域における社会的な課題の構造を因果関係とともに可視化する取り組みを定期的に行っています。今回は、住み慣れた地域で自分らしい生活を人生の最期まで続けるために必要な課

題を網羅的に把握する目的で、患者家族、医療提供者、行政・政策担当者、関連サービス提供者の方々に協力をいただき制作しました。あらためて、制作の過程を振り返りつつ、実際に在宅医療に関わる中で最近感じている課題にはどのようなものがありますか。

**石井** 最近特に感じているのは、一つの制度だけでは解決できない問題が多いということです。100人いれば100通りの悩みがあり、医療、介護、生活面など、様々な要素が複雑に絡み合っているのが現状です。その結果、既存の制度の枠組みでは対応しきれず、制度の隙間に落ちて

しまうようなケースが数多く存在します。そのような背景において特に重要だと思うのが、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)と呼ばれる意思決定支援の問題です。本人がどこで生きたいか、どう最期を迎えたいかを決めることは、予測できないことも多い中で経験がないことを想像しなければならず、実は非常に難しい。医療者側にも、そのような対話を進めるスキルが十分ではないと感じています。医療の専門家として選択肢を提示することはできても、その人の人生の価値観に寄り添った対話を行うのは、また別のスキルセットが必要です。

**高沼** 私の経験からお話しさせていただくと、父は家で最期を迎えたいという思いを持っていましたが、それを私に直接伝えることはありませんでした。医療者の方から聞いて初めて知ったんです。家族でも様々な意見があり、家族だからこそ本音を話せないことが多々あります。いつまで続くんだろうという漠然とした不安がある中で、訪問診療や訪問看護、リハビリなど、地域で支えてくれる人がいると、すごく助かると思います。絶対にそういった地域で支えてくれる人が入ったほうがいいし、仕事は辞めないで続けたほうがいいと、よく知人にも話しています。

**糟谷** 医療と介護と生活の狭間にある相談への対応も大きな課題となっています。たとえば、骨折で医師から自宅安静を指示された方で身動きが取れなくなり、「どうしたらよいでしょうか」という相談の電話をいただくことがありました。こうした相談対応は医療職の業務範囲外で、ケアマネジャーの役割かもしれませんが、実際に対応できる人材とスピード感を考えると、そういった制度の狭間にある相談に応じざるを得ない状況が数多くあります。本来は役所や地域包括支援センターなどが担うべきところかもしれませんが、現状ですすでに限界状態にありますからね…。

**後町** 医療や介護のことだけでなく、日常生活をどのように送ればよいのかという相談を受けたときに、受けられる制度や仕組みがあまりないですね。現場では個々の支援者の善意や使命感で対応している状況ですが、これは持続可能な解決策とは言えません。支援者が燃え尽きてしまうリスクもありますし、サービスの質にも差が出てしまいます。

**高沼** 本当にそうですね。まず「どこに相談すればよいのか」という情報にたどり着けないことも大きな課題だと感じています。私自身、両親の介護を経験して初めて、在宅医療や介護のリソースについて知ることができました。特に困るのは、介護が必要になった初期段階です。何から始めればいいのか、どんなサービスが利用できるのか、全くわからない。そして、その不安や困惑を相談できる場所も見つけれない。結果として、家族が抱え込んでしまうケースが多いように感じます。



## まだまだ埋まらぬ病院と 在宅の支援の溝

**石井** 大きな問題の一つは、病院から在宅への移行の際の情報共有や連携の難しさです。たとえば、救急で運ばれて入院した患者さんが退院する際、病院の医師やスタッフは在宅での療養生活をイメージできないことが多い。私自身も病院勤務時代はそうでした。そのため「在宅は難しいでしょう」と判断し、施設入所を勧めてしまうケースも少なくありません。しかし実際には、在宅でも様々なケアが可能です。緩和ケアを含め、ICUでの治療や手術以外は、ほとんどのことが在宅でできるようになっています。この認識のギャップを埋めていくことや、救急搬送される前の段階での啓発が必要だと感じます。

**糟谷** 医療と介護の連携という点では、ケアマネジャーの数や質の問題も深刻です。不足が指摘されているだけでなく、マネジメント能力にも大きな差があります。本来、ケアマネジメントは利用者の意思決定を支援し、適切なサービスをコーディネートする重要な役割ですが、人手不足や多忙から単なる事務作業になってしまうケースも見られます。こうした状況を改善するため、基本的なケアプランの作成などにAIの活用も検討されています。これにより専門職がより価値の高い業務に注力できる可能性があります。ありますが、AIはあくまでも補完的な役割です。最終的な判断や、きめ細かな対応が必要な場面では、やはり人間の専門職が関わる必要があると思いますね。

**高沼** 今のお話に関連して、私自身の経験からも医療と介護の連携の重要性を強く感じています。母の場合は、早期退院を希望してリハビリ病院から在宅療養に移行する際、病院側から強い反対を受けました。「退院すると、うちの病院には二度と来られなくても構いませんか」と言われるほどでした。しかし、実際に在宅でケアを始めてみると母の状態は予想以上に改善していきました。ただ、その際に困ったのは、病院からの紹介状や引き継ぎが全くなかったことです。在宅療養を選択した患者に対して、必要な情報提供や支援が行われないという現状は、大きな課題だと感じています。

**石井** これらの課題に対して、在宅医療については2つのステップが重要だと考えています。まず、在宅医療の現状や可能性を知っていただくこと。そして、実際に必要になったときに選択肢として検討できる状態にしておくことです。たとえば、多くの方は人生の最期について具体的なイメージを持っていません。テレビドラマなどで見える心電図のモニターが停止する場面を看取りだと思われていますが、在宅での看取りは全く異なります。在宅でも点滴などの医療処置が可能なのですが、そのことを知らない方も多いのが現状です。病院から直接在宅に戻ってくるのが難しい方の移行には、回復期病院や看護小規模多機能型居宅介護施設(看多機)を中継点として活用するなどの工夫をすることができます。在宅療養が難しい場合は病院への再入院も可能です。しかし現状では、病院から直接在宅医療へ移行することに対して、大きな不安やためらいを感じる方が多いと感じています。

後町 皆さんの話を伺って、在宅医療の難しさについて、もっと広く理解していただく必要があると思います。病院と同じような医療が提供できると考えられがちですが、地域のリソースや体制の制約など、現実には様々な課題があることを実感しています。

## 地域の実情に沿った解決策、 地域のリソースを活かした 関係性づくりを

石井 都市部と地方では、在宅医療を取り巻く環境が大きく異なります。私の大学がある高知県では、人口減少が進み、医療従事者の確保が深刻な課題となっています。ある地域で必要な医療・介護需要を満たすには人口の半分以上が看護師になる必要があるという試算が出ており、これは明らかに現実的ではありません。そこで新しいアプローチとして、集約された医療機関へのアクセスを良くするための高速道路の建設や、さらに遠隔診療の活用が始まっています。当院でもオンラインの取り組みは開始しており、看護師が現場で対応し、医師がオンラインで診療をする形で、高齢者でもオンライン診療を受けることができています。実際にやってみると、普段から状態を把握し

ている患者さんであれば、かなり質の高い医療を提供できることがわかってきました。  
糟谷 地域のリソースを最大限活用する試みも重要です。私たちが運営する地域のコミュニティスペース「たまれ」では、医療・介護の専門職だけでなく、様々な職種の人々が集まる場を作っています。小学生向けの居場所、パティシエのお菓子工房、文房具店、福祉用具の事務所など、様々な機能が集まっています。そこで自然と地域の困りごとの相談が持ち込まれ、インフォーマルな支援のネットワークが育っています。

高沼 そういった地域の中での顔の見える関係づくりは、本当に重要だと感じます。家族だからこそ話せないことも、近所の方には話せることがある。専門職だけでなく、地域の人々との何気ない関わりの中で、支援のきっかけが生まれることも多いと感じています。

## 既存の仕組み・役割の見直しと 「知る機会」の提供

後町 地域ごとに住む人の状況や環境も異なり、活用できるリソースも様々であることから、従来の制度やシステムでは対応しきれない課題が多いことが見え



ました。今後、どのような社会の変化が必要でしょうか。

石井 現状の制度だけを前提に考えるのではなく、地域ごとの実情に合わせた柔軟な仕組みづくりが必要です。たとえば、看護師への権限委譲を進めたり、地域住民主体のケアの仕組みを作ったりといった

取り組みです。実は、これはすでに一部の地域で起きています。高知のある病院では、医師不足への対応として、看護師により多くの権限を委譲する仕組みを作りました。これは現場の実情に応じた変革であり、結果として新しいケアの形を生み出すことができました。

糟谷 行政の役割も見直す必要があります。予防や相談支援など、現在行政が担っている機能の一部を、より機動力のある民間団体に移譲することで、サービスの質と効率を高められる可能性があります。たとえば、介護予防の分野では、行政が持っている予算を十分に活用できていないケースが多々あります。これを地域の実情をよく知る民間団体に委託することで、より効果的なサービス提供が可能になるのではないのでしょうか。

高沼 私たち当事者の意識も変える必要があります。今は病院での治療が当たり前という意識が強いですが、在宅での療養や看取りという選択肢についても、もっと知る機会が必要だと感じています。実際、病院での延命治療が必ずしも本人の望む形ではないこともあります。私の母の場合は、病院のリハビリ病棟で4点柵で囲まれた生活を見ていて、それが本当に母の望む生活なのか、と考えて在宅でのリハビリテーションを選択しました。このような選択肢があることを、もっと多くの人に知ってほしいと思います。

## これからの在宅医療への期待

後町 最後に、在宅医療の未来についての展望をお聞かせください。

石井 確かに課題は山積していますが、ある地方では遠隔医療や社会的処方など新しい形の医療が実践されています。たとえば、都市部では在宅医療の質が着実に向上していますし、地方では遠隔医療など新しい形のケアが実践されています。ただ、私たち医療者は診療報酬に依存している以上、なかなかその枠組みから脱却しづらい面があります。これからは、診療報酬だけに頼らない新しいビジネスの形を作っていくことも必要でしょう。その上で、地域ごとの特性に合わせた柔軟な解決策を見出していく必要があります。

糟谷 医療・介護の専門職だけでなく、地域の特色に合わせて全体で支える仕組みづくりが重要です。特に自治体からの権限移譲やタスクシフトを進めていく必要があります。たとえば、予防という視点で見ると、予算はついているのに十分に活用できていない現状があります。そういった部分は行政から民間にもっと任せてもらえば、地域包括支援センターの負荷も下がるのではないのでしょうか。

高沼 当事者として強く感じるのは、早い段階からの情報提供と、気軽に相談できる場の重要性です。制度や仕組みを整えるだけでなく、それを必要な人に確実に届ける努力も欠かせません。特に、介護が必要になる前から、将来の選択肢について考える機会を持つことが重要だと感じています。

後町 本日の座談を通じて、在宅医療の課題が構造的なものから日常的なものまで、実に多岐にわたることをあらためて実感しました。しかし同時に、それぞれの立場でできることがあり、新しい可能性も増えてきたように思います。特に印象的だったのは、課題解決には従来の枠組みを超えた柔軟な発想と実践が必要だということです。



ちょうど先日、在宅医療に携わる薬剤師の方から、このマップで可視化された課題の一つである人材不足やノウハウ継承の課題について「まさに自分たちが直面している課題です」という声をいただきました。現場の方々が日々感じている悩みを構造的課題として捉え、関係者同士で話し合いをすることが解決への第一歩だとあらためて感じました。

今後も、この課題デザインマップを多くの方々に活用いただき、医療・介護の専門職、行政、地域の方々、サービス提供者、そして私たちのような投資家も含めて、多様な関係者対話を重ねていきたいと思います。

課題が大きいということは、新しい医療・ケアの形を生み出すチャンスでもあると言えます。地域のリソースを最大限に活用し、テクノロジーも適切に取り入れながら、持続可能な在宅医療・介護の仕組みの実現に向けた取り組みを支援していきたいと思っています。



## HOME MEDICAL CARE ISSUE DESIGN MAP

なお、本マップは初期版であり、今後様々なステークホルダーの方々や専門家の方々と共に、ブラッシュアップしていきたいと考えています。本マップは在宅医療の課題解決を目指す皆様にご自由にお使いいただくことが可能です。改変する場合はオリジナルを編集したものである旨を記載してご利用ください。

作成  
東京ウェルネスインパクト投資事業有限責任組合

内容協力（敬称略、順不同）

宮地 紘樹（掛川東病院）

榛葉 馨（掛川市役所）

森田 幸平（イムス横浜狩野場脳神経外科病院）

糟谷 明範（株式会社シンクハビネス）

高沼ひとみ（患者家族）

羽田 知世（有限会社親和）

石井 洋介（おうちの診療所）

堤 光洋（株式会社笑美面）

前田 桂吾（日本調剤株式会社）

原島 崇（薬圖台リハビリテーション病院）

金子 萌（株式会社想ひ人）

和田 誠一郎（マネックスベンチャーズ株式会社）

西河 佑夏（マネックスベンチャーズ株式会社）

青木 武士（株式会社キャピタルメディカ・ベンチャーズ）

後町 陽子（株式会社キャピタルメディカ・ベンチャーズ）

河村 由実子（株式会社キャピタルメディカ・ベンチャーズ）

（所属・役職）2024年11月18日時点）

最終更新日：2024 年 11 月 18 日



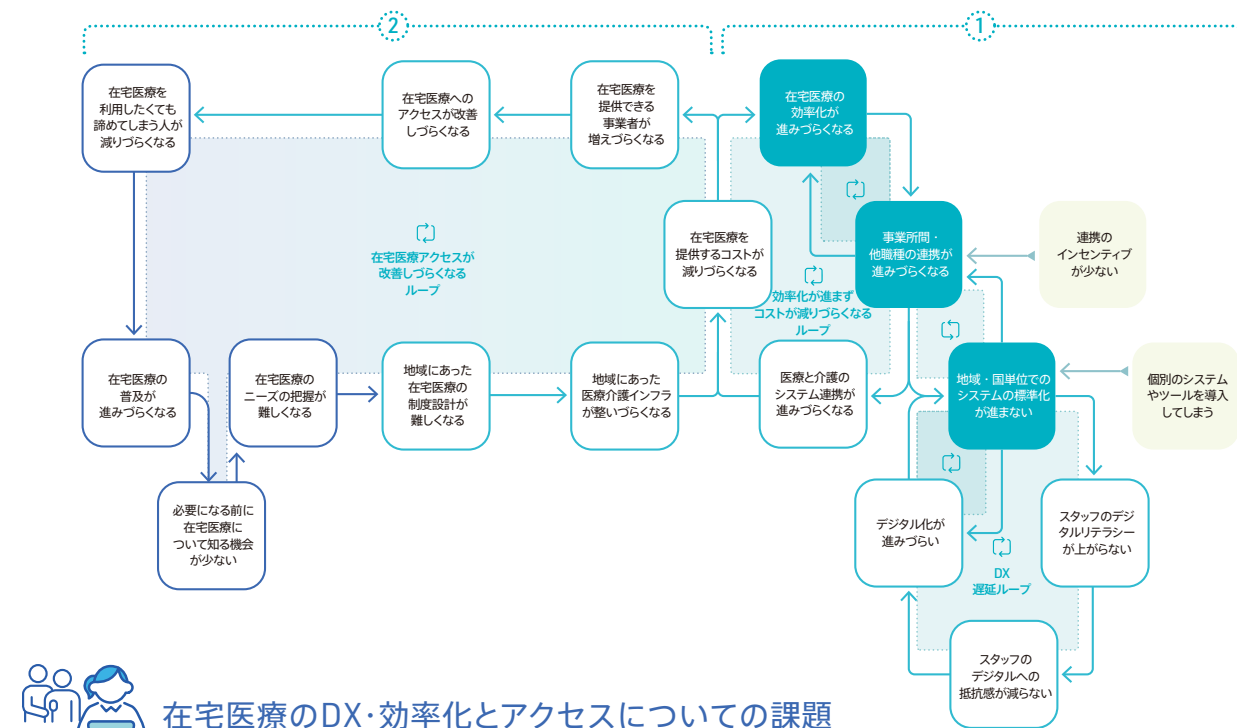
## 在宅医療課題デザインマップを取り巻く因果関係

在宅医療課題デザインマップの制作により浮き彫りにされた在宅医療にまつわる社会課題。各課題はどのように関連しているのでしょうか。需要と供給、DX・効率化とアクセス、適切な意思決定の観点から解説します。



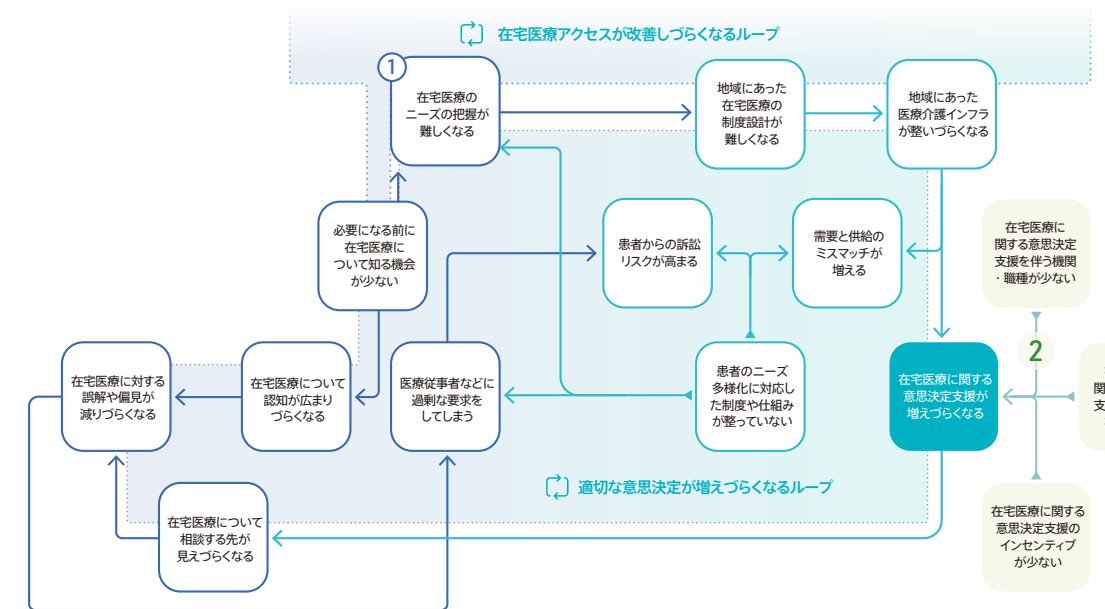
## 在宅医療を供給する人材の 不足についての課題

- ①** 供給側のループではまず、「地域の過疎化」と「事業所の規模が小さいところが多い」という2つの課題を起点に、結果として在宅医療の担い手が減るというクリティカルな状況を生じさせています。
- ②** 担い手の不足は、小規模事業所の多さもあいまって働く条件の悪化をもたらし、さらに人材が集まりづらくなる人材不足の加速ループを作り出します。このループと、地域の過疎化で訪問の移動時間等の報酬につながらない時間が相対的に増えること等の非効率な状況から、在宅医療を提供するインセンティブが減る課題が生まれています。
- ③** また、在宅医療をめぐるのは職種ごとに信念や考え方の違いがある背景から、連携のコミュニケーションコストが高いことや地域にあった制度設計が難しいことにより、地域レベルでの対応困難な状況を発生させるループ構造が存在しています。このループ構造と、在宅医療の提供ノウハウが属人化してしまうループは、在宅医療の効率化が進まない課題（下図）の発生に影響を与えています。
- 
- ```
graph TD; A[診療圏における患者宅までの距離が遠くなる] --> B[訪問のための移動時間が増える]; A --> C[人材が不足する]; B --> D[報酬にならない時間が増える]; B --> E[訪問できる件数減る]; C --> F[人材が集まりづらくなる]; C --> G[事務所の人員体制的に24時間対応薄が国難]; D --> H[在宅医療を提供するインセンティブが減る]; E --> I[働く条件が悪化する]; F --> J[人材不足の加速ループ]; G --> K[国からの枠組みに対して地方担当者が異議があるための方を作り上げることが国難]; H --> L[連携するための関係者が多くてコミュニケーションコストが高い]; I --> M[在宅医療を提供するインセンティブが減る]; J --> N[在宅医療の提供ノウハウが属人化してしまうループ]; K --> O[在宅医療の提供ノウハウが属人化してしまうループ]; L --> P[在宅医療の提供ノウハウが属人化してしまうループ]; O --> Q[在宅医療のロールモデルが生まれづらくなる]; P --> R[在宅医療の提供ノウハウが属人化してしまうループ]; R --> S[在宅医療の提供ノウハウが属人化してしまうループ]; T[職種ごとの信念や考え方の違いによる対立がある] --> U[在宅医療の提供ノウハウが属人化してしまうループ];
```



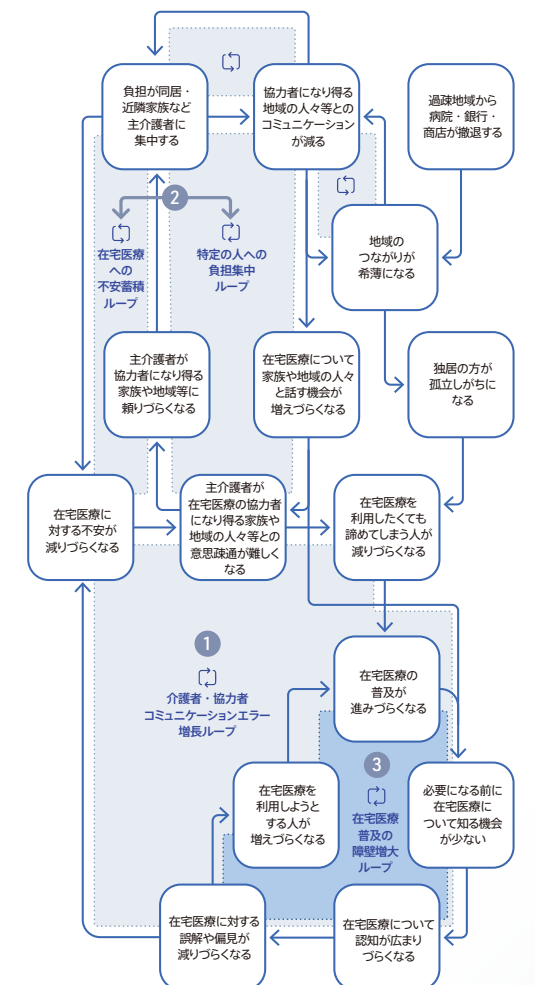
## 在宅医療のDX・効率化とアクセスについての課題

- ① 先述の在宅医療を提供するインセンティブが減る課題や在宅医療の効率化が進みづらくなる課題と、制度レベルで他者・他職種との連携インセンティブがない課題や事業所単位で個別のシステムやツールを導入してしまう現状があいまって、連携や標準化、効率化が進みづらくなる状況を引き起こしています。これにより、効率化が進まずコストが減りづらくなるループやDX遅延のループ構造が形成されています。
- ② これらの状況はさらに在宅医療を提供するインセンティブを減らし、在宅医療アクセスが改善しづらくなるループを助長する構造になっています。



## 在宅医療に関する 適切な意思決定についての課題

先述の在宅医療アクセスが改善しづらくなるループや、在宅医療のニーズの把握が難しくなる課題(①)の影響と、意思決定支援の教育・リソース等が不足している課題(②)により、在宅医療に関する意思決定支援が増えづらくなる課題のループが生じています。この課題は需要側の抱える様々な課題に対し、根源的に影響を及ぼしており、どんなに医療提供体制の充実が図られても、本人や家族の意思決定が適切に実施できないと、在宅医療を受ける人々の課題が解決しづらいことを示唆しています。



## 需要側の抱える課題

- 1 在宅医療の「需要側」の課題の中で目につくのが、介護者・協力者コミュニケーションエラー増長の大きなループです。この背景には、必要になる前に在宅医療について知る機会がなく、誤解や偏見が減りづらいという在宅医療普及の障壁の存在があります。
- 2 この構造が在宅医療への不安蓄積を生み、さらには特定の人への負担が集中するという2つのループを引き起こしています。
- 3 介護者の在宅医療に対する不安のため、主介護者が在宅医療の協力者になり得る家族や地域の人々との意思疎通することが難しく、在宅医療を利用したくても諦めてしまう人が減らない。それにより在宅医療普及の障壁のループがより増大し、結果的に在宅医療の普及がなかなか進まないという負のループの連鎖が起こっています。