

かかりつけ医機能報告制度について (在宅療養支援病院に期待される役割)

令和6年12月22日

厚生労働省

大臣官房参事官 (医療提供体制改革担当)

高宮 裕介

はじめに

「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（令和5年法律第31号）により、かかりつけ医機能報告制度が創設され、令和7年4月より施行されることとなります。

かかりつけ医機能報告制度については、医療機関からの報告を受けて、地域における協議の場において地域の医療関係者等が協議を行い、在宅医療や時間外対応など、地域で不足する機能について、地域の医療機関等が連携しながら確保するための方策を検討・推進していくことが重要です。

地域において必要なかかりつけ医機能を確保するに当たっては、在宅療養支援病院が果たす役割も非常に大きいと考えておりますので、制度の円滑な施行に向けて引き続きご協力いただけますようお願い申し上げます。

（本日の説明内容）

- ・ かかりつけ医機能の確保・強化が求められる背景
- ・ かかりつけ医機能報告制度の概要
- ・ 新たな地域医療構想の議論
- ・ （参考）地域における取組事例

かかりつけ医機能の確保・強化が求められる背景

ひと、暮らし、みらいのために

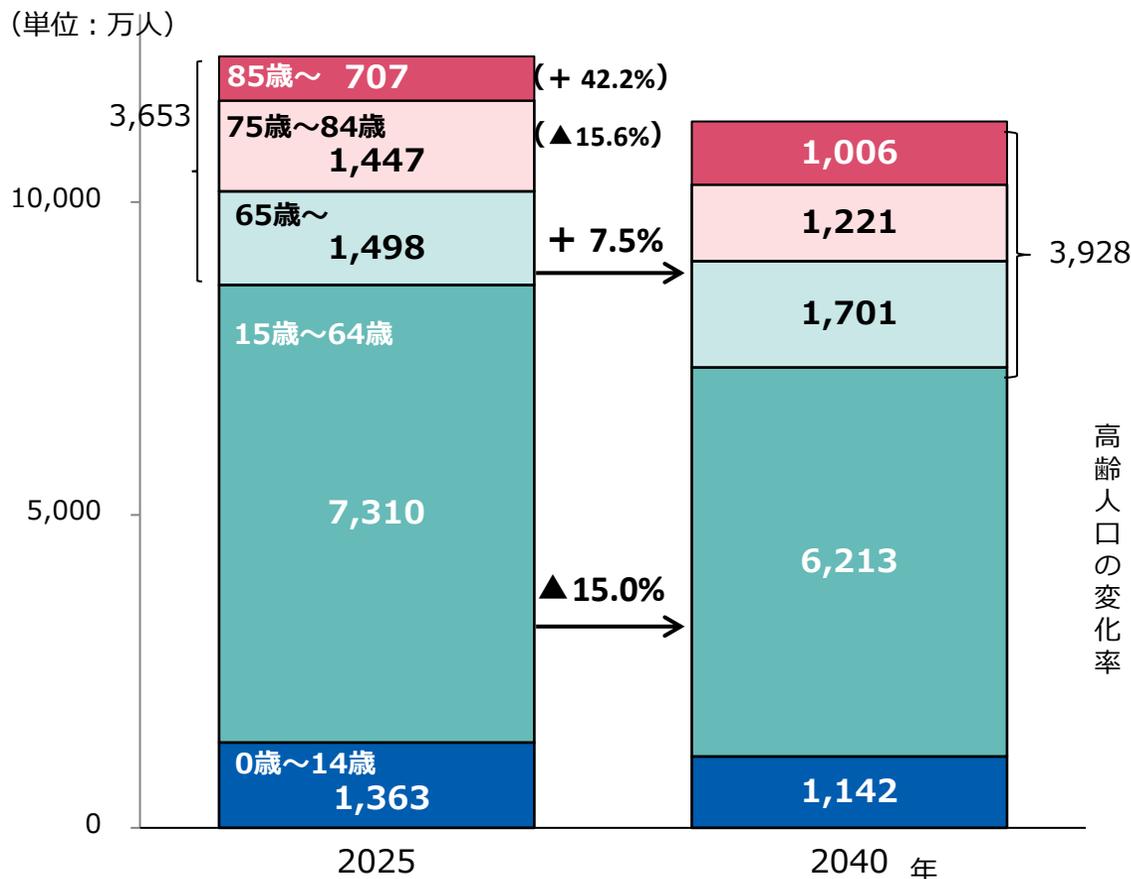


厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

2040年の人口構成について

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとに見ると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

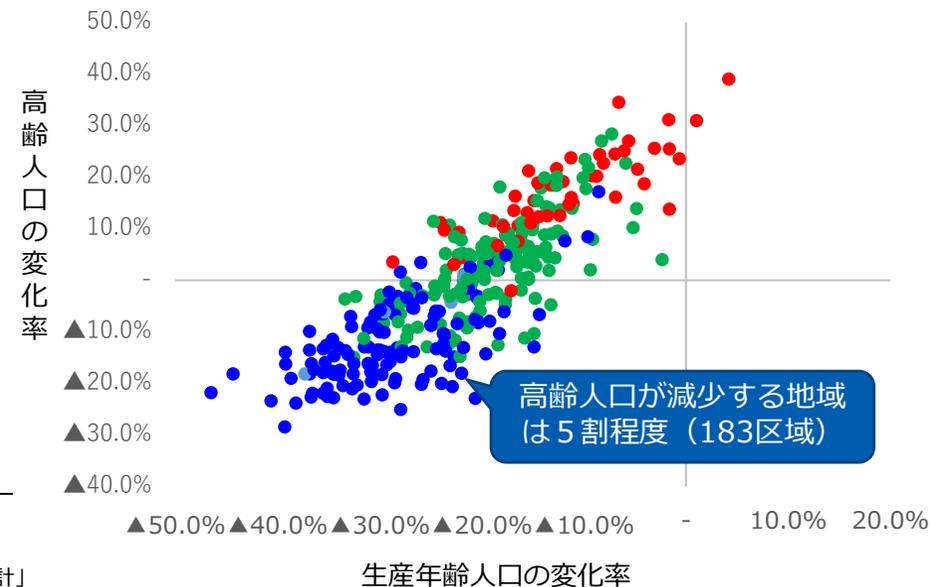
<人口構造の変化>



<2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況>

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
● 大都市型	-11.9%	17.2%
● 地方都市型	-19.1%	2.4%
● 過疎地域型	-28.4%	-12.2%

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

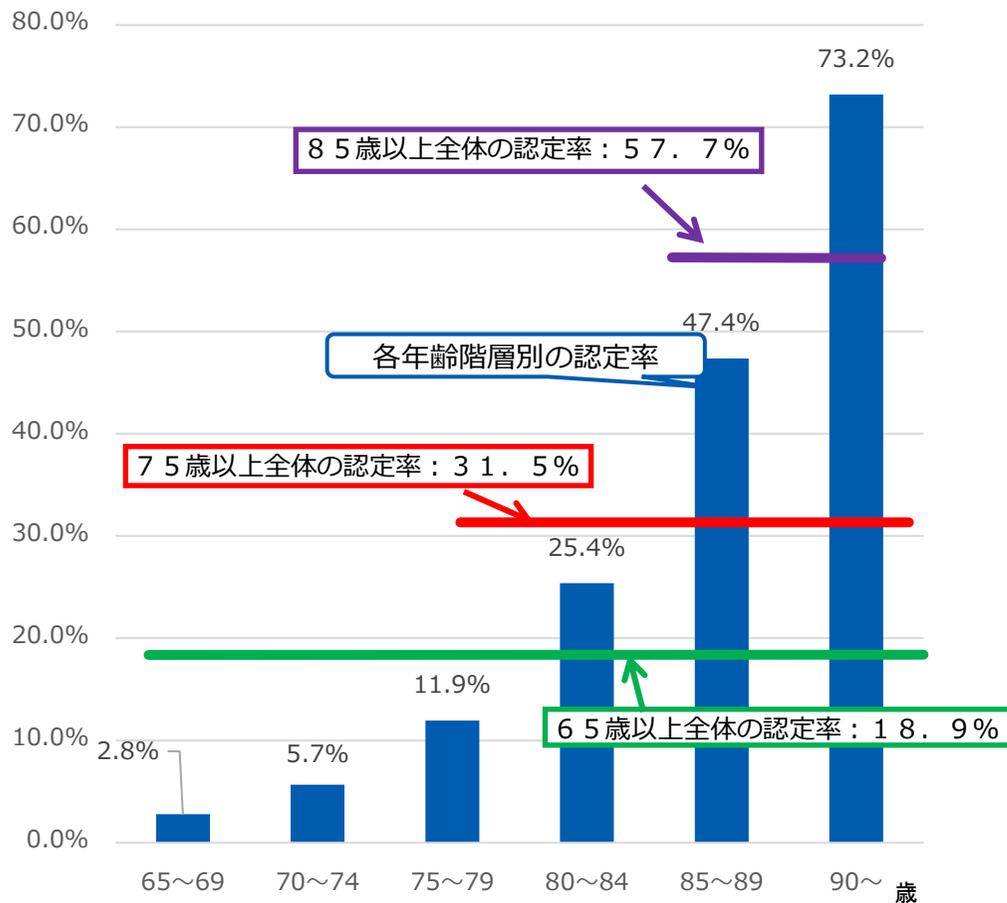


(出典) 総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

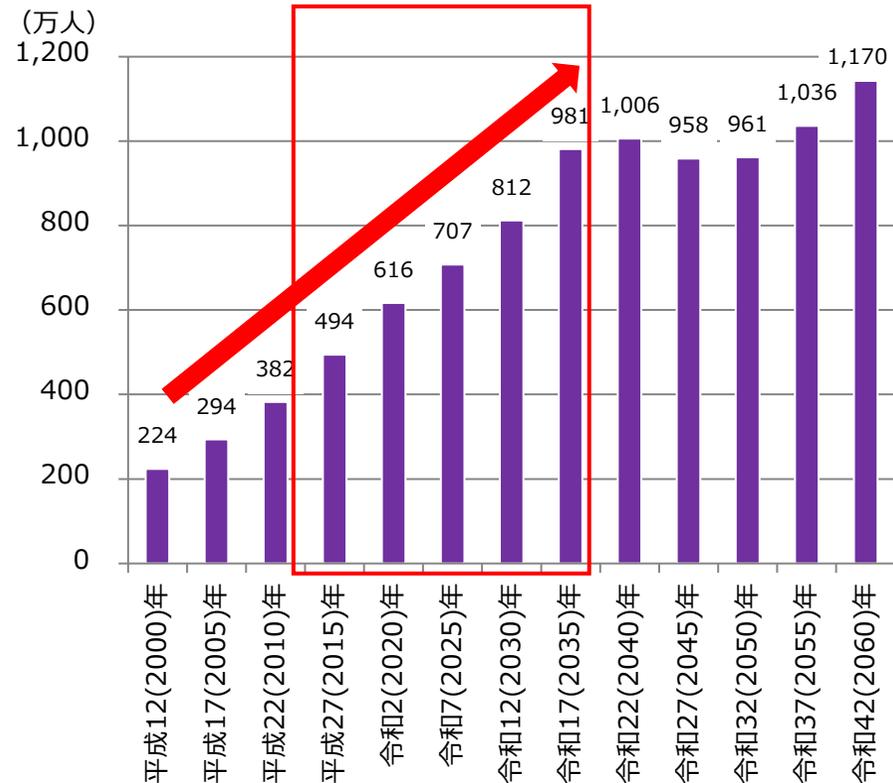
医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移



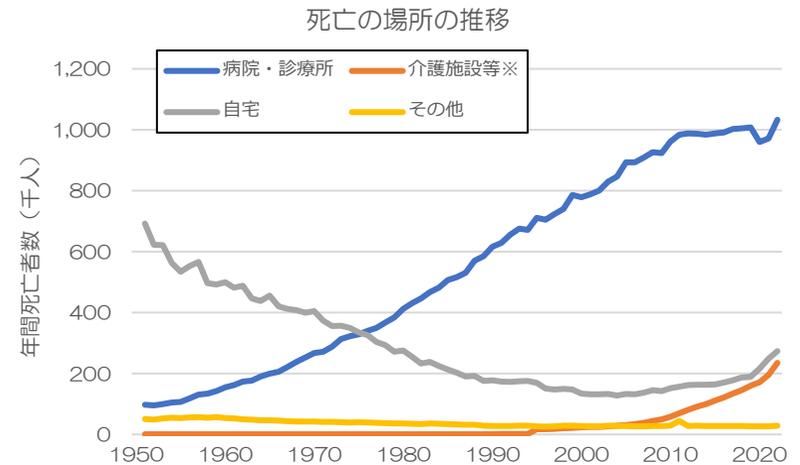
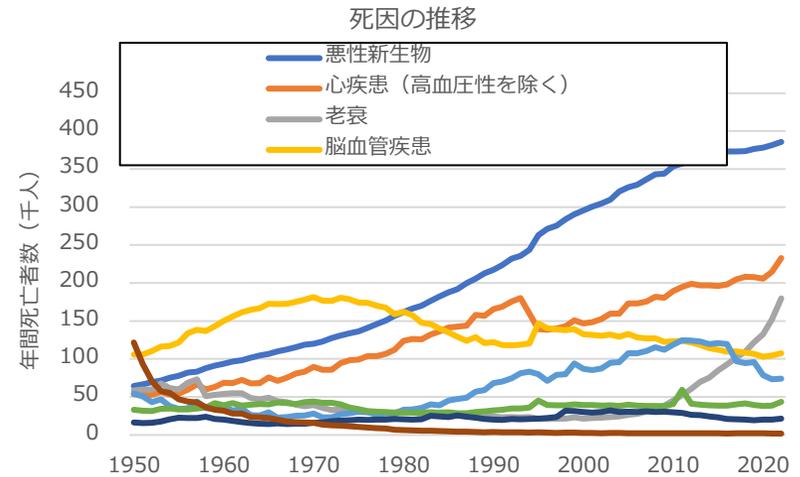
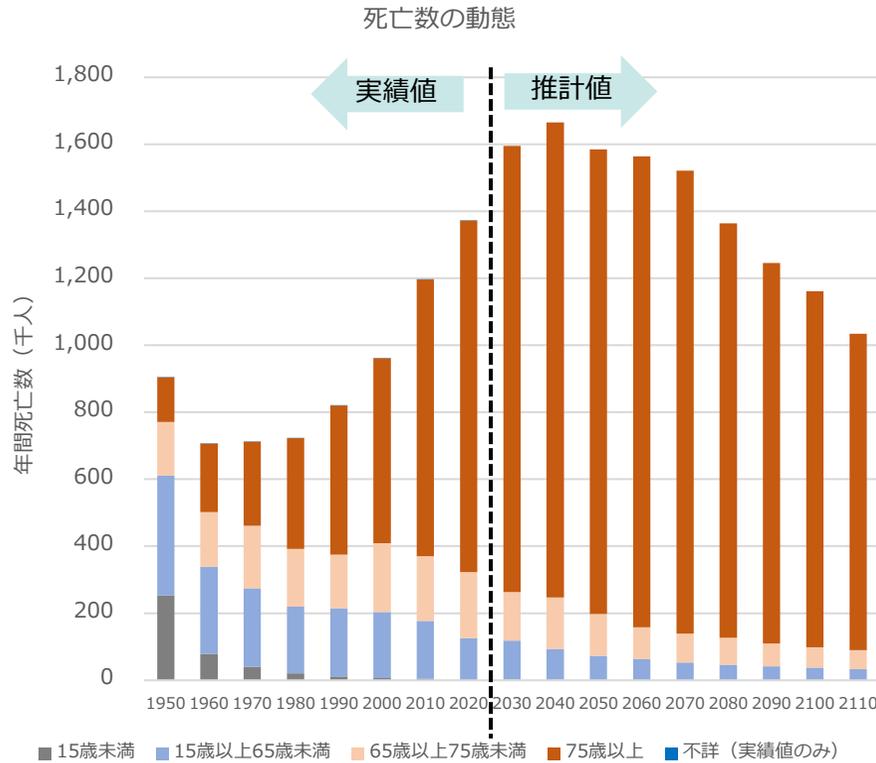
(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

出典：2022年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2022年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

医療需要の変化⑤ 死亡数が一層増加する

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。
- 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5年推計）厚生労働省「人口動態統計」

※ 介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム

※ 死亡数の動態については、2020年までは実績値、2021年以降は推計値。

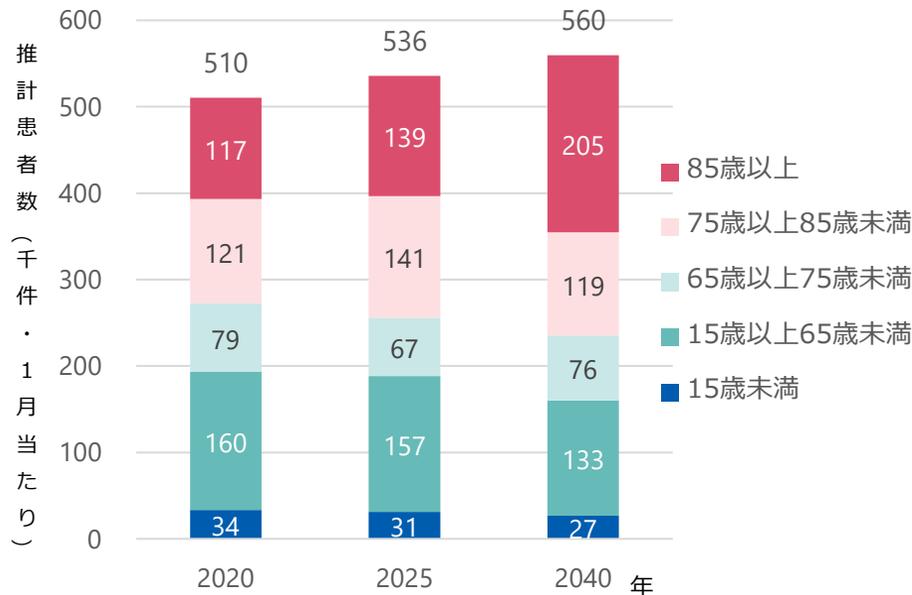
※ 死因の推移及び死亡の場所の推移については実績値。

2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

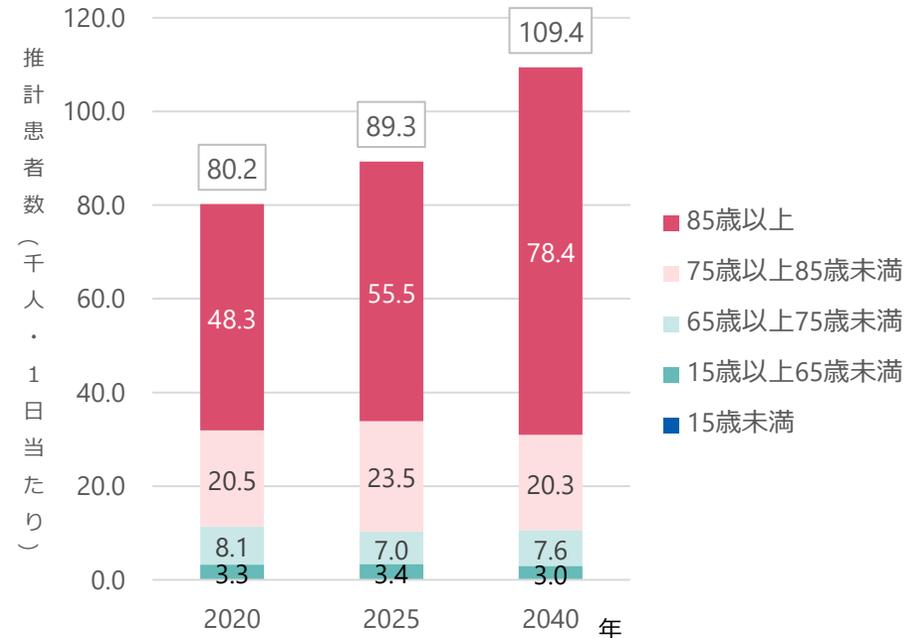
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

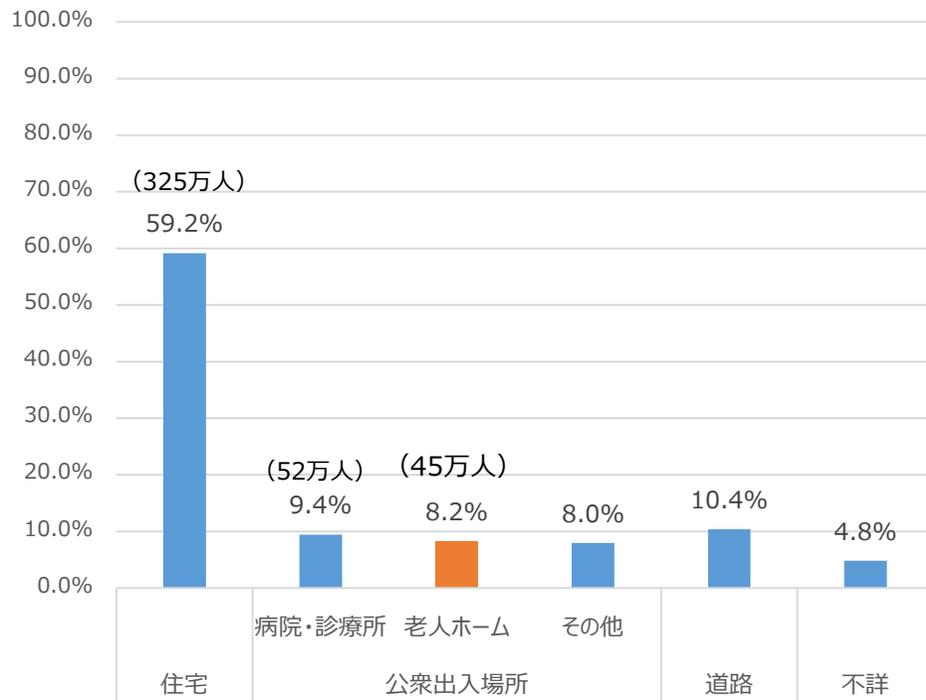
資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
 ※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
 ※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）
 総務省「人口推計」（2017年）
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」
 を基に地域医療計画課において推計。

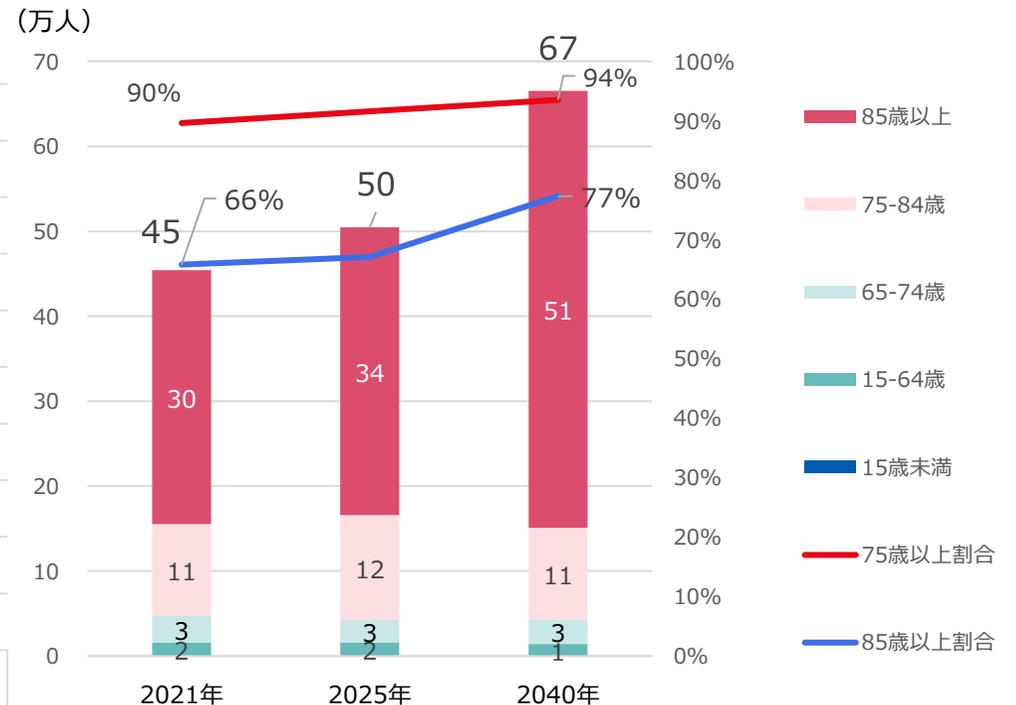
老人ホームからの救急搬送件数の見通し

老人ホーム(特養、有老等)からの救急搬送件数について、令和3年(2021年)の約45万人(全体の8.2%)から、2040年には約67万人に増加、特に85歳以上が増加する見込み。

事故発生場所別の搬送人員内訳 (令和3年)



老人ホームからの救急搬送件数の見通し



資料出所：総務省消防庁「救急統計」データ(2021年)特別集計データ、総務省統計局「人口推計」(2021年)及び
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(2023年推計)を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

高齢者の急性期における疾病の特徴

85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少（症）	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸<結腸>のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物<腫瘍>, 乳房上外側4分の1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫, 部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい<鼠径>ヘルニア, 閉塞及びえ<壊>瘻を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
15 51%

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
30 28%

注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

高齢者の入院時のADL低下防止の重要性について

- 高齢者は10日程度のベッド上での安静により筋力の低下（除脂肪体重が3.2%、下肢筋力が15.6%低下）が報告されており、入院早期から離床し、ADLを維持させる取組が重要。
- リハ職以外の介入の有用性についても、一定の成果が報告されている。

高齢者について、10日間の安静で、除脂肪体重が3.2%、下肢筋力が15.6%低下する。

Table. Effects of 10 Days of Bed Rest in Older Adults

	No. of Participants (N = 12) ^a	Mean (95% Confidence Interval)			P Value
		Bed Rest		Change	
		Before	After		
Muscle fractional synthetic rate, % per h ^b	10	0.077 (0.059 to 0.095)	0.051 (0.035 to 0.067)	-0.027 (-0.007 to -0.047)	.02
% Change				-30.0 (-7.0 to -54.0)	
DEXA lean mass, kg ^c	10	48.05 (40.61 to 55.49)	46.51 (39.57 to 53.45)	-1.50 (-0.62 to -2.48)	.004
% Change				-3.2 (-1.4 to -5.0)	
Lower Extremity % Change		15.01 (12.41 to 17.61)	14.06 (11.85 to 16.27)	-0.95 (-0.42 to -1.48)	.003
Isokinetic muscle strength, Nm per s ^d	11	120 (96 to 145)	101 (81 to 121)	-19 (-11 to -30)	.001
% Change				-15.6 (-8.0 to -23.1)	

Kortebein et al. Effect of 10 Days of Bed Rest on Skeletal Muscle in Healthy Older Adults. *JAMA*. 2007

心疾患で入院する80歳以上の高齢者に対する、看護師による早期の20分程度のベッド外での活動プログラムにより、在宅復帰率や入院時死亡の改善が見られた。

Variable	Intervention, N = 234	Preintervention N = 178	P- value
Primary outcome			
Discharge home	174 (74.4%)	117 (65.7%)	0.047
Secondary outcomes			
CICU length of stay, days	3.0±2.4	2.7±3.4	0.43
Hospital length of stay, days	11.9±19.4	9.9±17.1	0.27
Discharge to rehab or another acute care facility	32 (13.7%)	28 (15.7%)	0.56
Discharge to long-term care facility	13 (5.6%)	7 (3.9%)	0.45
In-hospital death	15 (6.4%)	26 (14.6%)	0.006
30-Day ER visit postdischarge	45 (19.2%)	39 (21.9%)	0.50
30-Day hospital readmission	21 (9.0%)	21 (11.8%)	0.35

Abbreviations: CICU, cardiovascular intensive care unit; ER, emergency room.

Goldfarb et al. Early Mobilization in Older Adults with Acute Cardiovascular Disease. *Age and Ageing*. 2021

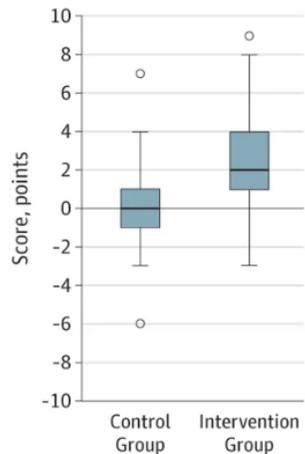
高齢者における早期退院や早期リハビリテーションの重要性

- 早期退院及び退院後の適切なリハビリテーション提供がADLの維持向上に寄与することが知られている。
- 高齢者救急については、入院早期からのリハビリ介入や、早期の退院後に治療や生活を支えるためのリハビリ等を提供できる体制が重要。

超高齢者（平均87歳）に対して、週末も含む連続した5-7日、20分*2回/日のリハビリ介入で身体機能やQOLレベル等が改善

高齢者に対する早期の退院と適切な通所等のリハビリテーション提供により通常の入院でのケアと比較して退院後のADL維持向上に寄与

Change in Short Physical Performance Battery



Change in Barthel index

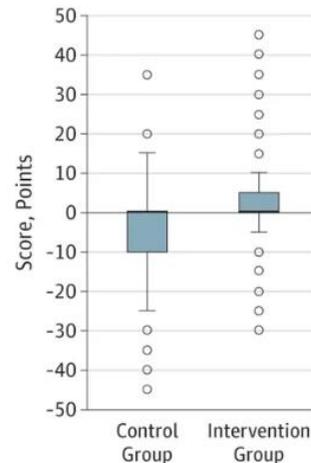


Table 4. Health outcomes at 3 and 12 months

Scale (range: worst to best score)	Mean difference at 3 months (95% CI)	Difference: % of scale range at 3 months		Mean difference at 12 months (95% CI)	Difference: % of scale range at 12 months	
		Intervention worse	Intervention better		Intervention worse	Intervention better
Barthel (0-20)	1.2 (0.4 to 1.9)			0.2 (0.7 to 1.1)		
Extended ADL total (0-66)	3.1 (0.1 to 6.3)			3.0 (0.4 to 6.5)		
Extended ADL sub-sections:						
Mobility (0-18)	0.3 (0.8 to 1.4)			0.3 (-0.9 to 1.4)		
Kitchen (0-15)	1.2 (0.2 to 2.3)			0.7 (0.4 to 1.8)		
Domestic (0-15)	1.1 (0.2 to 2.0)			1.4 (0.4 to 2.4)		
Leisure (0-18)	0.5 (0.3 to 1.3)			0.6 (0.3 to 1.5)		
Euroqol (0.59-1)	0.07 (0.01 to 0.14)			0.02 (0.06 to 0.09)		
GHQ — patient (36-0)	2.4 (4.1 to 0.7)			1.9 (3.5 to 0.4)		
GHQ — carer(36-0)	2.0 (3.8 to 0.1)			1.1 (3.7 to 1.5)		

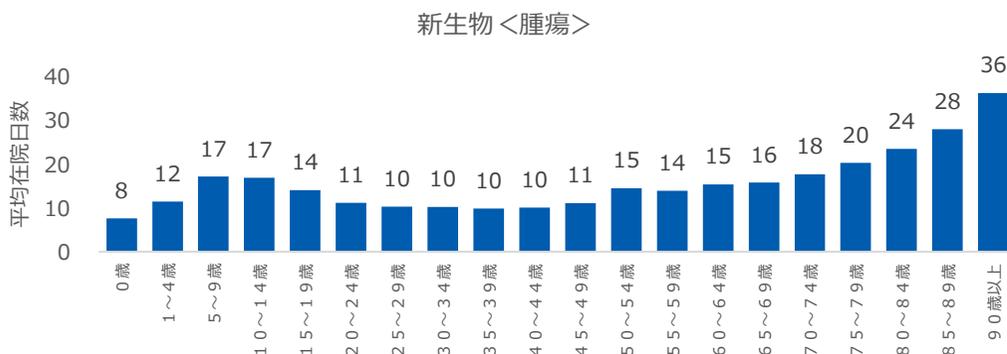
Velilla et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2019

Cunliffe et al. Sooner and healthier: a randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people. *Age Ageing.* 2004

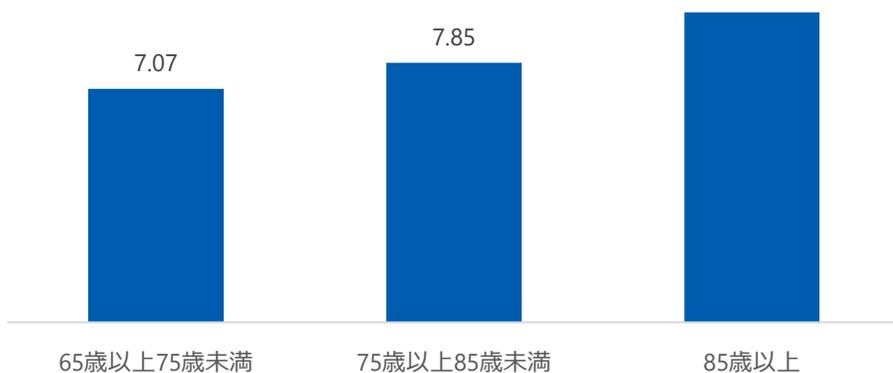
高齢者の退院に向けた課題

- 高齢になるほど、同じ疾患でも在院日数が長くなる傾向にある。
- 疾病によるADL低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の要因も考えられる。高齢者の単独世帯の割合は2040年に向けて更に増加する見込み。

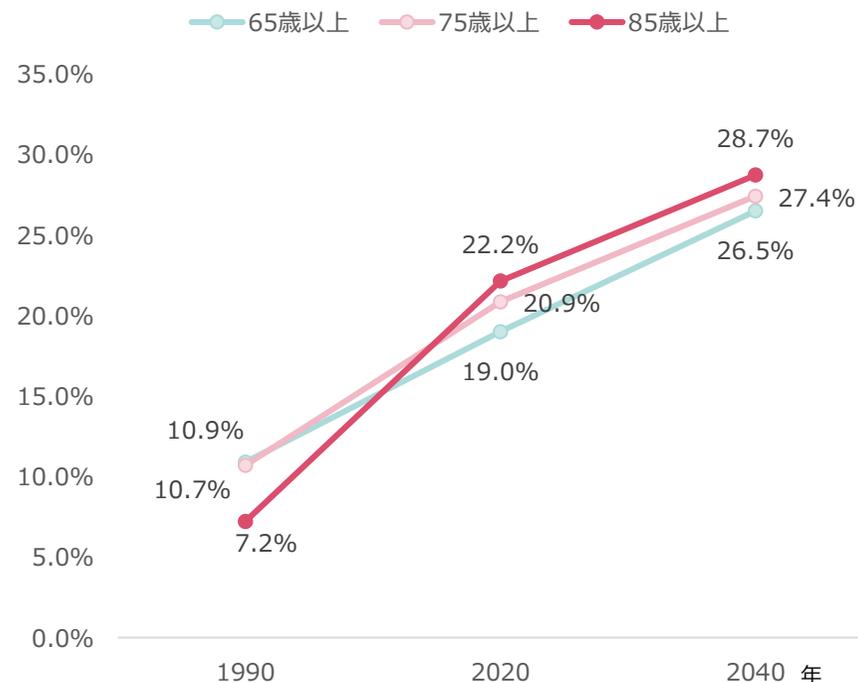
＜退院患者の平均在院日数＞



胆管炎及び胆のう＜嚢＞炎を伴わない胆管結石（手術あり）の年齢区別の平均在院日数



年齢階級別人口に占める単独世帯の割合（高齢者）

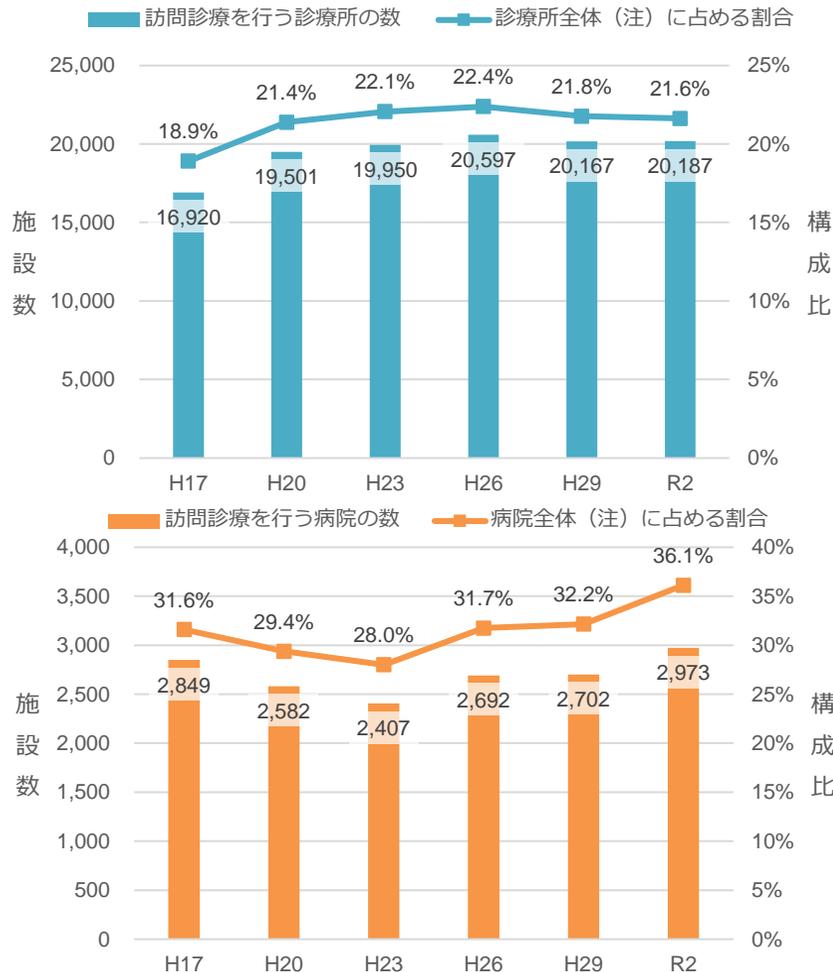


資料出所：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）、「日本の世帯数の将来推計」（2024年推計）、「人口統計資料集」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成
※単独世帯の割合は、単独世帯数を総人口で除したものとす。

在宅医療の需要と供給

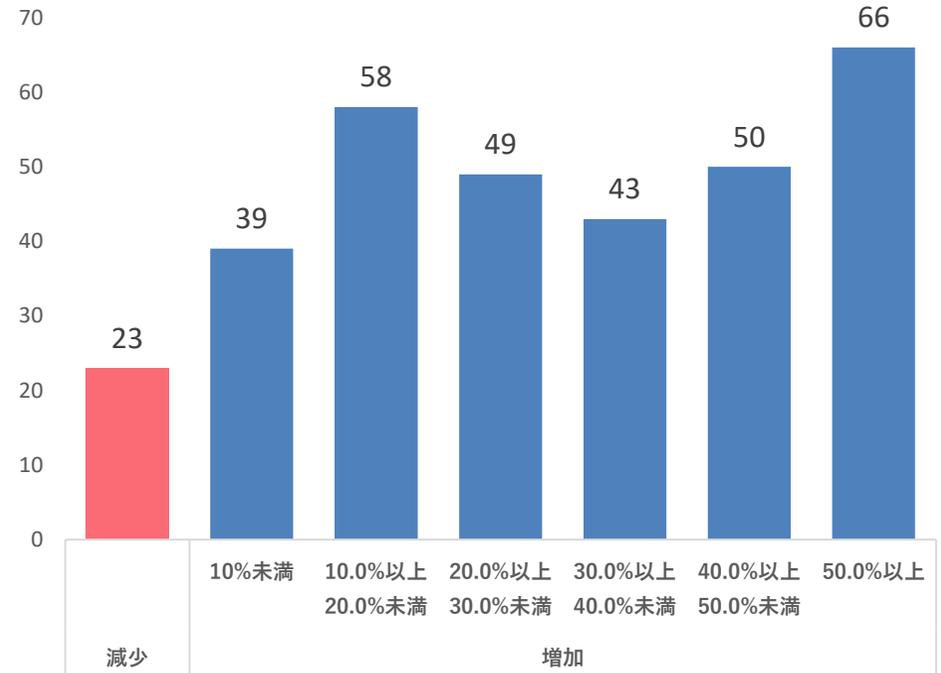
在宅医療を提供する医療機関は、近年、病院数は増加傾向にあるが、診療所数は横ばい。在宅医療の需要は、2020年から2040年にかけて需要が50%以上増加する二次医療圏が66あるなど、増加が見込まれる。

在宅医療の提供体制



在宅医療の需要 (二次医療圏毎)

2020年から2040年への
訪問診療需要の変化率別二次医療圏数



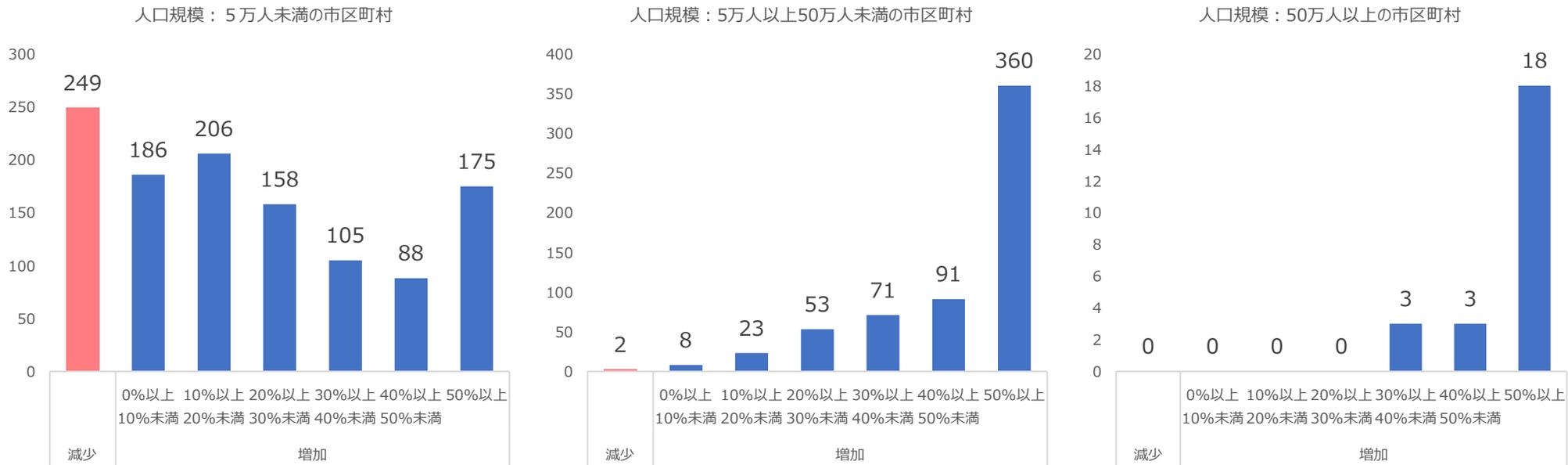
出典：厚生労働省「患者調査」(2017年) 総務省「人口推計」(2017年)
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」
を基に地域医療計画課において推計。

※令和6年4月1日時点において二次医療圏は330であるが、上記の将来推計人口について、福島県相双及びいわきの2二次医療圏は推計結果がないため、328二次医療圏の推計結果である。

地域別にみた訪問診療需要の変化の状況

- 2020年から2040年にかけて、人口規模5万人未満の一部の市区町村を除き、多くの市区町村で訪問診療の需要は増加する見込み。特に、人口規模5万人以上50万人未満、50万人以上の市区町村では、多数の市区町村で訪問診療の需要が50%以上増加する見込み。

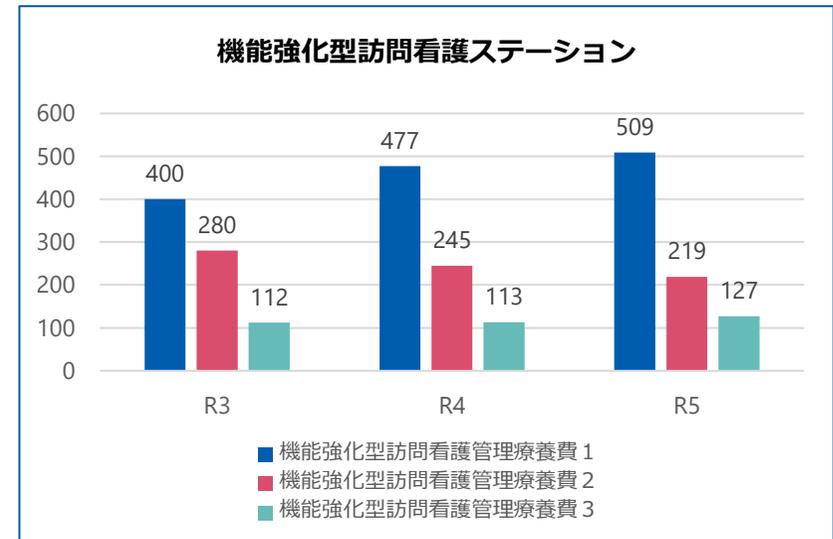
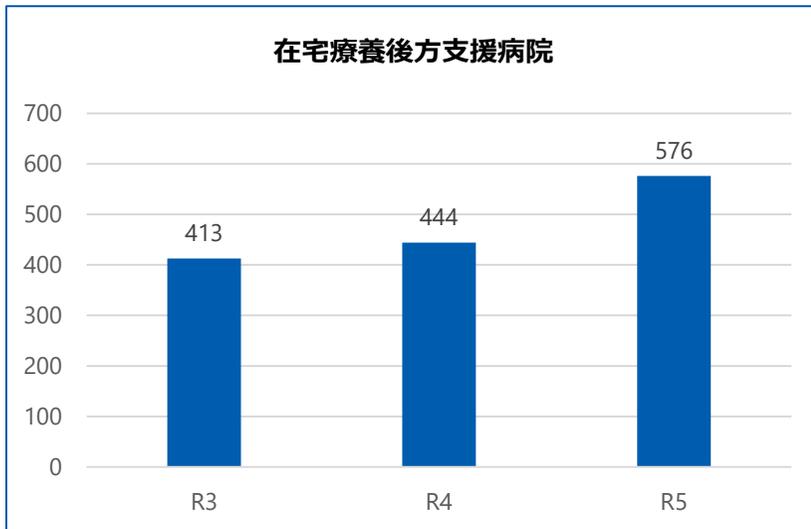
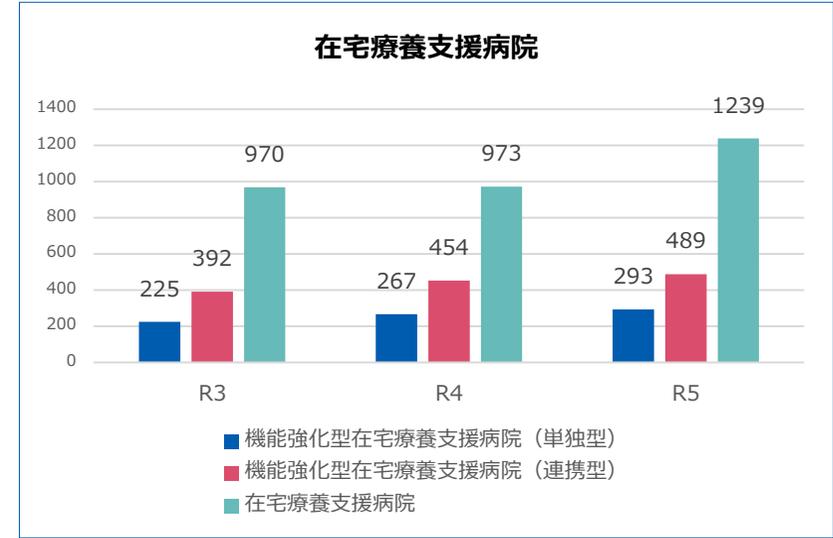
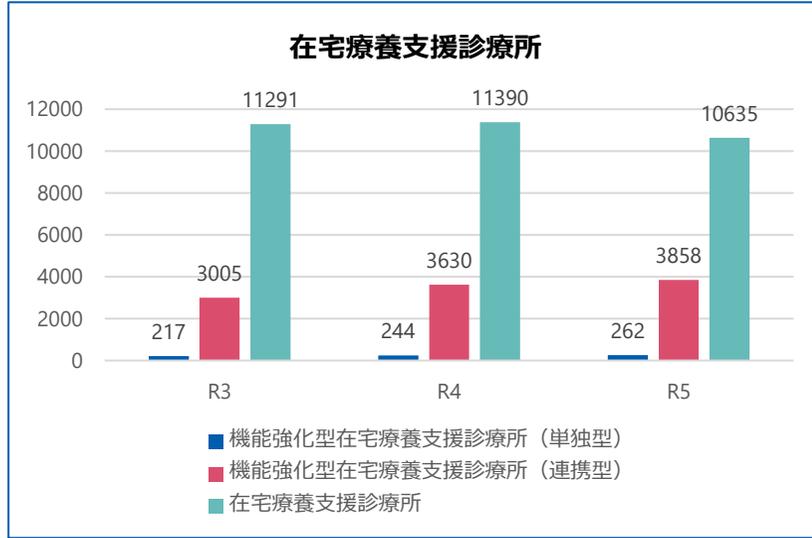
2020年から2040年への訪問診療需要の変化率別市区町村数（人口規模別）



資料出所：厚生労働省医政局地域医療計画課において、2019年度NDB及び総務省「住民基本台帳人口」(2020年1月)を用いて構想区域別の訪問診療受療率を作成し、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(2019年推計)に適用して作成。

※東京都特別区部及び政令市については、各区を一つの市区町村とみなして集計

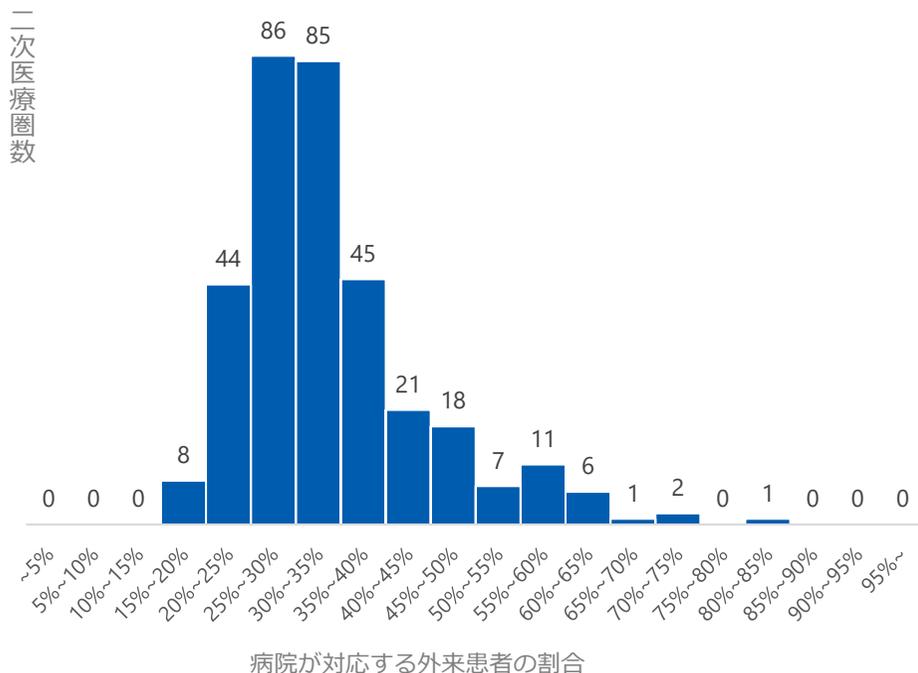
(参考) 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、機能強化型訪問看護ステーションの届出数の推移



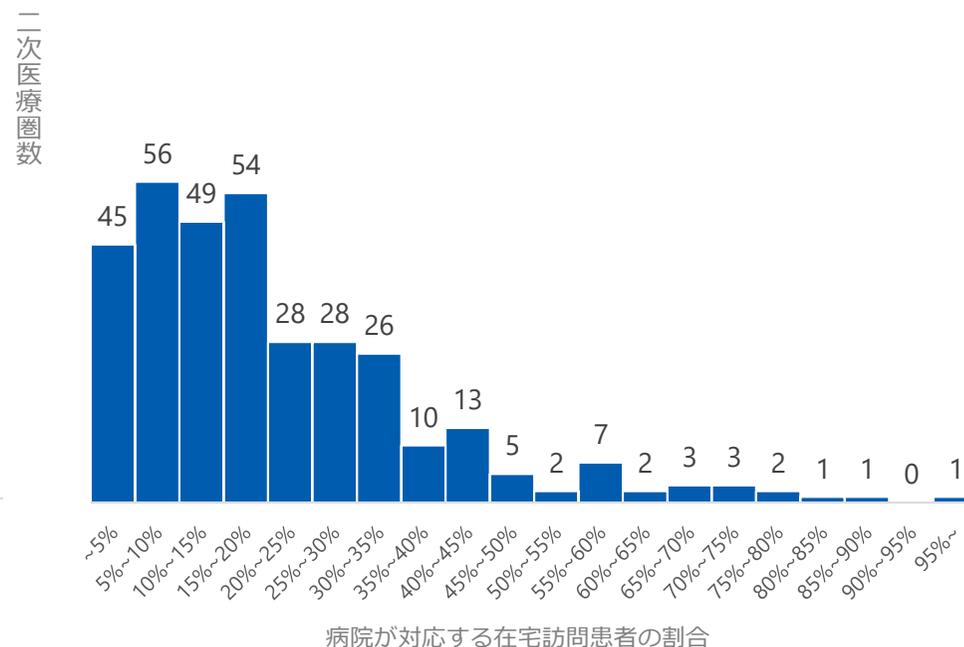
病院と診療所の外来・在宅医療の対応状況

多くの二次医療圏では、外来医療や在宅医療を診療所が多く担っているが、病院も一定の役割を果たしている。

二次医療圏別の病院が対応する外来患者の割合



二次医療圏別の病院が対応する在宅訪問患者の割合



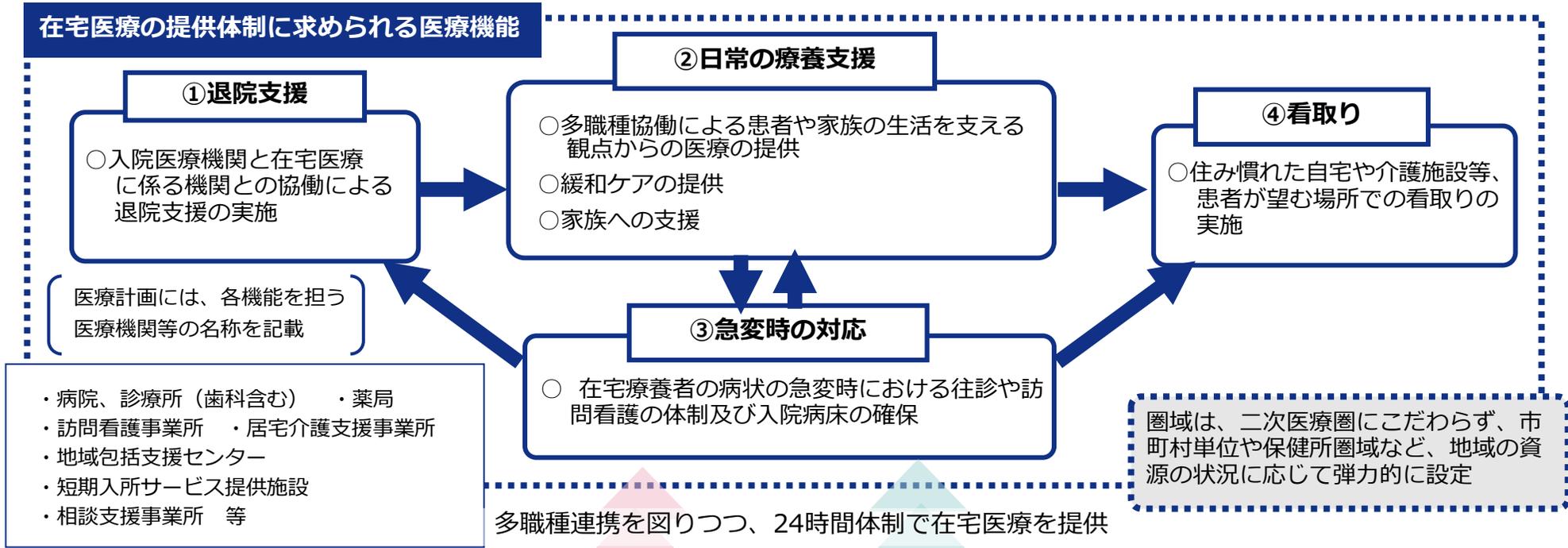
資料出所：厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

資料出所：NDB（2022年10月分）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成
※「在宅訪問患者」とは、在宅患者訪問診療料Ⅰ又はⅡを算定している患者

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「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 ～



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・市町村 ・保健所
- ・医師会等関係団体 等



訪問診療・訪問看護の体制整備の考え方

第6回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和4年9月28日

資料

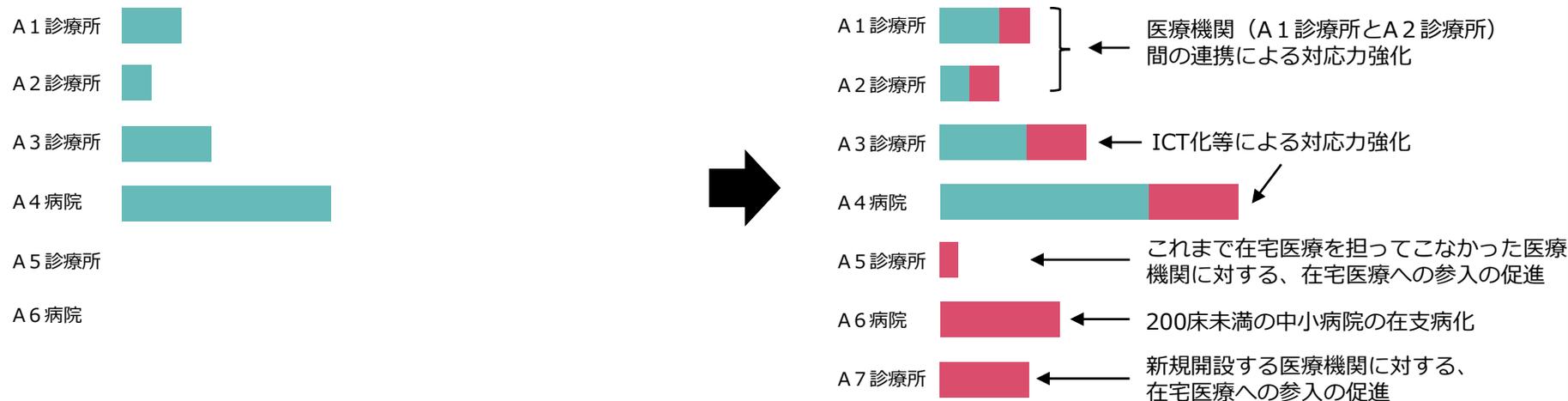
- 今後増加が見込まれる訪問診療・訪問看護の需要に対し、都道府県においては、国から提供を受けた、在宅医療提供体制の現状を把握するためのデータ等を踏まえ、適切な在宅医療の圏域を設定し、地域での協議・調整を通じて、より実効性のある体制整備を進める必要がある。
- 医療機関間及び事業所間の連携やICT化等による対応力強化を進めるとともに、これまで訪問診療を担ってこなかった医療機関や新規に開業する医療機関の訪問診療への参入促進、訪問看護事業所の機能強化等、地域医療介護総合確保基金等を活用し、地域の医療資源に応じた取組を進めていく。

<A医療圏における訪問診療・訪問看護の2019年の実績数と需要推計>

2019年度の実績数



<A医療圏の2019年度における医療機関ごとの訪問診療の供給実績を踏まえた体制整備のイメージ>



医療と介護の連携の推進（イメージ）

- これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

- **介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化**
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
- **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- **介護保険施設等連携往診加算の新設**
入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価
- **介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**
高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- **協力対象施設入所者入院加算の新設**
介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

●：診療報酬 ■：介護報酬

(1) 平時からの連携
(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

- **協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定**
- **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
- **協力医療機関連携加算の新設**
- **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- **介護保険施設等連携往診加算の新設**
- **医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**

(4) 入院調整

- **協力対象施設入所者入院加算の新設**
- **退所時情報提供加算の見直し**

(5) 早期退院

- **退院が可能となった場合の速やかな受入りの努力義務化**

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院】

協力医療機関等との連携の強化

- **診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化**
以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化
① 入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
② 診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
③ 入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保
※ 協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- **協力医療機関連携加算の新設**
介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**
感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- **退所時情報提供加算の新設**
入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価
- **早期退院の受入りの努力義務化**
退院が可能となった場合の速やかな受入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所

- **入院時情報連携加算の見直し**
入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実
- **通院時情報連携加算の見直し**
算定対象に歯科医師を追加

地域包括診療料等を算定する医療機関

- **地域包括診療料等の算定要件の見直し**
地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じること等を追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

介護施設等における対応力の強化

- 増加する高齢者救急への対応として、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理や、医療機関との緊急時の対応を含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要。

■ Ambulatory Care Sensitive Conditions(ACSCs)

ACSCs：緊急入院を避けることができると考えられる喘息や糖尿病等の一連の疾患・状態。

Hodgson et al. Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Quality & Safety*. 2019

高齢者に関しては、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水、COPD等があげられる。

■ 老健施設における治療管理などの対応の評価

単位等

- ・ 所定疾患施設療養費（Ⅰ） 239単位/日
- ・ 所定疾患施設療養費（Ⅱ） 480単位/日

- 注1 所定疾患施設療養費（Ⅰ）（Ⅱ）は、いずれか一方のみ算定可能。
 注2 同一の入所者に対して1月に1回、連続する7日（Ⅰ）もしくは10日（Ⅱ）を限度とする
 注3 所定疾患施設療養費は、緊急時施設療養費を算定した日は算定不可

算定要件等

<対象疾患>

- ・ 肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪

<所定疾患施設療養費（Ⅰ）>

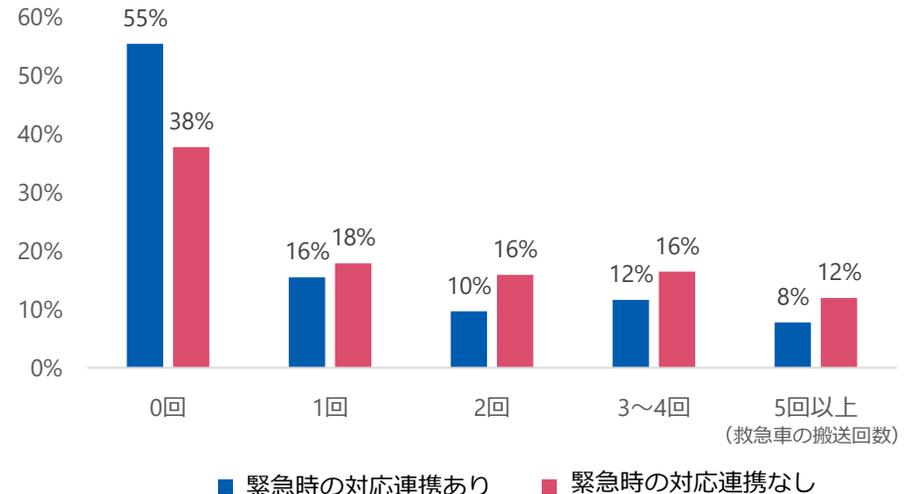
- ・ 診断・診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること

<所定疾患施設療養費（Ⅱ）>

- ・ 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること
- ・ 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること

■ 介護施設と協力医療機関における緊急時の対応の連携

介護施設における協力医療機関との緊急時の対応連携の有無別の2か月間の救急車の搬送回数



資料出所：「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」PwCコンサルティング合同会社（令和4年度老人保健健康増進等事業）データから厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」の調査内容及び結果の概要

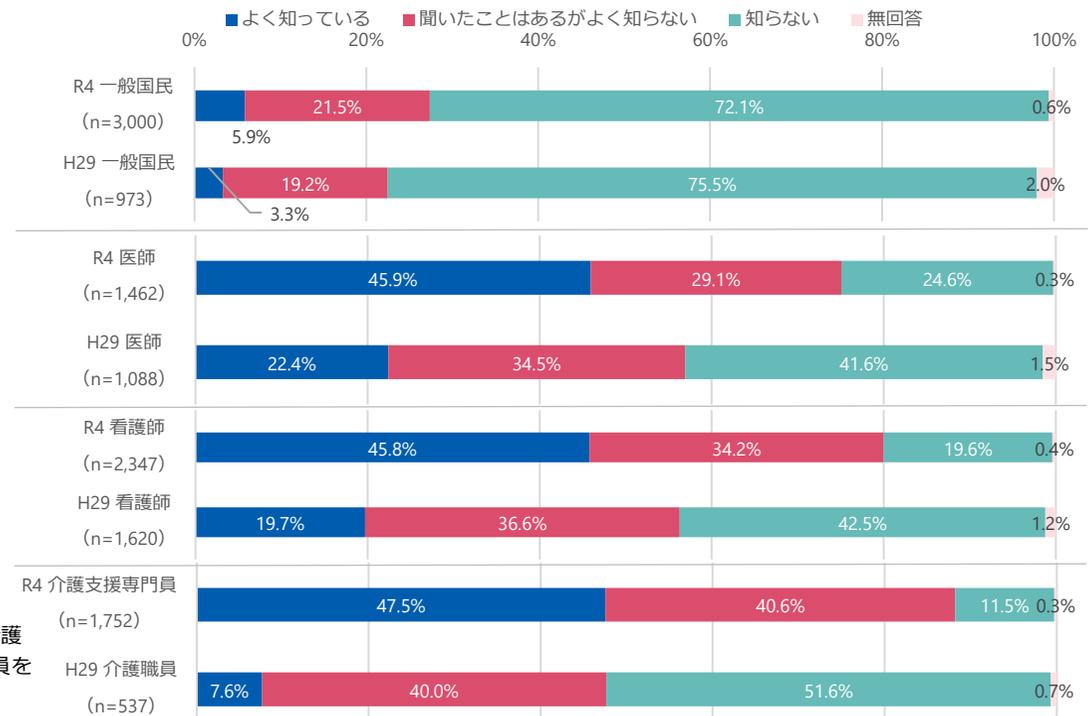
調査の概要

- 一般国民及び医療・介護従事者の人生の最終段階における医療・ケアに対する意識やその変化を把握することを目的として、平成4年度以降、約5年ごとに調査を実施しており、前回の平成29年度調査から5年経過した令和4年度（令和4年11月22日～令和5年1月21日※1）に、一般国民、医師、看護師、介護支援専門員※2を対象に調査※3を行った。
- 全対象者向け調査票（一般国民票）の回収率は、一般国民50.0%（平成29年度：16.2%）、医師32.5%（同：24.2%）、看護師42.7%（同：27.0%）と、平成29年度調査と比べて全体的に上回った。介護支援専門員については、回収率は58.4%であった。

※1 平成29年度調査とは調査期間が異なる ※2 平成29年度調査の対象は介護職員 ※3 令和4年度調査から郵送に加え、Webによる回答も可能とした

結果の概要①（人生会議（アドバンス・ケア・プランニング＜ACP＞）について知っていたか。）

- 人生会議の認知度について、一般国民では平成29年度調査と大きな変化はなく、「よく知っている」と回答した者の割合は5.9%（平成29年度：3.3%）、「聞いたことはあるがよく知らない」と回答した者の割合は21.5%（同：19.2%）、「知らない」と回答した者の割合は72.1%（同：75.5%）であった。
- 医師、看護師で、人生会議について「よく知っている」と回答した者の割合はそれぞれ45.9%（平成29年度：22.4%）、45.8%（同：19.7%）であり、平成29年度調査と変化がみられた。介護支援専門員で「よく知っている」と回答した者の割合は47.5%であった。



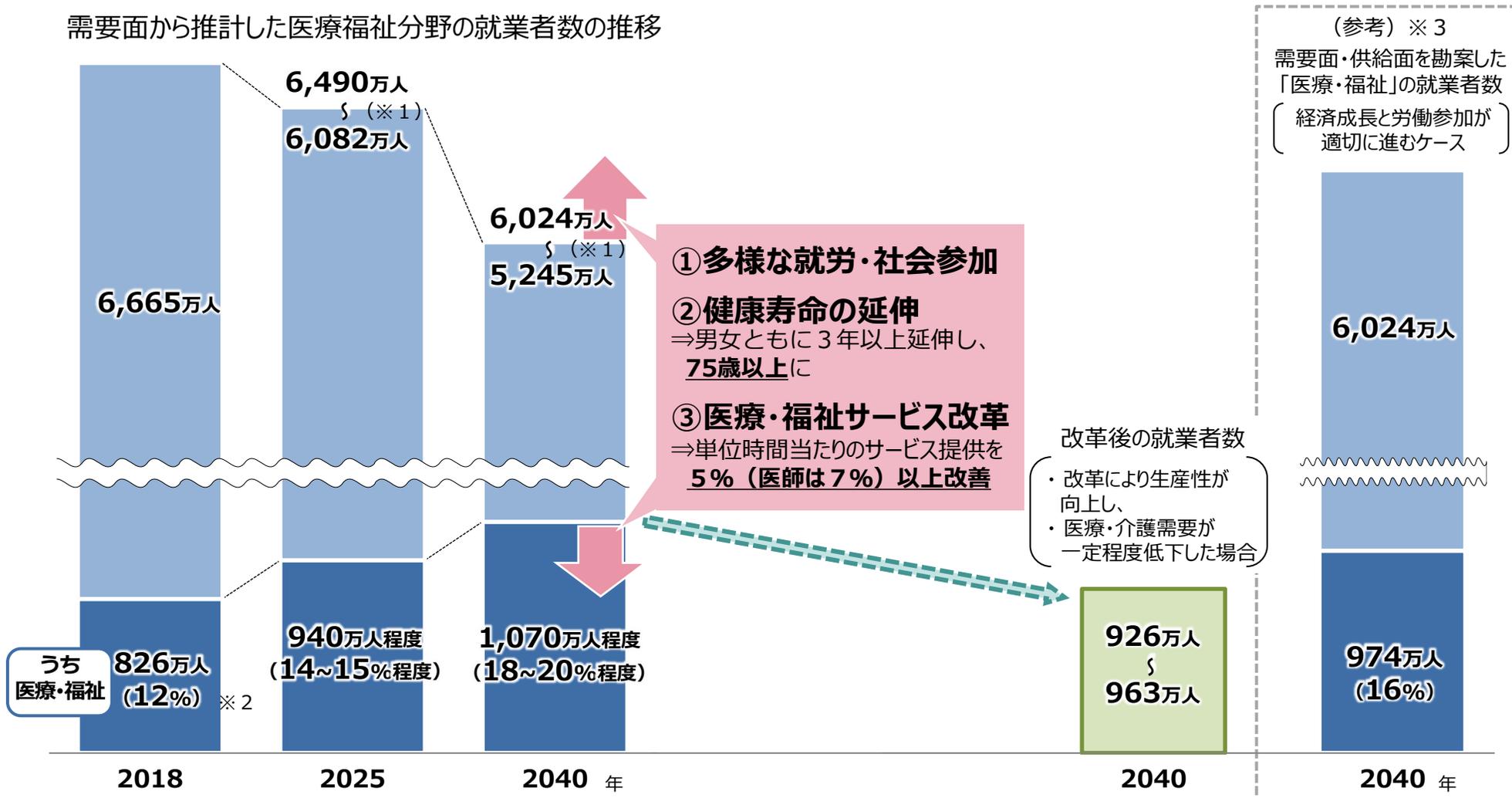
※ 平成29年度調査とは調査期間や回収率等が異なる点に留意する必要がある。また、介護従事者については、平成29年度調査では介護職員、令和4年度調査では介護支援専門員を対象としている。

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

令和4年3月4日第8次医療計画等に関する検討会資料1（一部改）

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」(2019年3月)による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

かかりつけ医機能報告制度の概要

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

- 令和5年5月に「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（令和5年法律第31号）が成立し、かかりつけ医機能報告制度が創設された。

→ 令和7年4月施行

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

(略)

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

(略)

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

(略)

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。

- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和5年9月末→令和8年12月末)等を行う。

等

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的実施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



① かかりつけ医機能の報告

◆継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能の有無・内容

(第30条の18の4第1項)

<報告項目イメージ>

- 1: 日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
- 2: 1を有する場合、
(1)時間外診療、(2)入退院支援、(3)在宅医療、(4)介護等との連携、(5)その他厚生労働省令で定める機能



② 報告の内容

(第30条の18の4第7項)

③ 都道府県の確認

2(1)~(4)等の機能の確保に係る体制を確認(※)。
(第30条の18の4第2項)

- ・体制に変更があった場合は、再度報告・確認
(第30条の18の4第4項)

④ 確認結果

(第30条の18の4第3項、第5項)

公表

⑤ 確認結果の報告



⑥ 地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討 (第30条の18の5)

具体的方策の例

- ◆地域で不足する機能を担うための研修や支援の企画・実施
- ◆地域の医療機関に地域で不足する機能を担うよう働きかけ
- ◆地域の医療機関間の連携の強化 など

※介護等に関する事項を協議する場合には、市町村の参加を求め、介護等に関する各種計画の内容を考慮。

※高齢者保健事業や地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の状況に留意。

⑦ 協議結果

公表

※医療機関の報告内容について、実際には体制を有していないことが明らかになった場合は、その機能については都道府県による公表の対象外医療機関の報告懈怠・虚偽報告等の場合は報告・是正の命令等(第30条の18の4第6項等)

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会について

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会

(敬称略、五十音順)

阿部 一彦	日本障害フォーラム(JDF) 代表
家保 英隆	全国衛生部長会会長／高知県健康政策部長
石田 光広	稲城市副市長
猪熊 律子	読売新聞東京本社編集委員
今村 知明	奈良県立医科大学教授
大橋 博樹	日本プライマリ・ケア連合学会副理事長／ 医療法人社団家族の森多摩ファミリークリニック院長
尾形 裕也	九州大学名誉教授
織田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長
香取 照幸	一般社団法人未来研究所龍代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授
角田 徹	日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員会委員長
河本 滋史	健康保険組合連合会専務理事
城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
土居 文朗	慶應義塾大学経済学部教授
座長 永井 良三	自治医科大学学長
長谷川 仁志	秋田大学大学院医学系研究科医学教育学講座教授
服部 美加	新潟県在宅医療推進センター基幹センターコーディネーター
山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事

かかりつけ医機能報告の施行に向けた検討スケジュール

令和5年 11月	第1回分科会
12月	↓ 構成員プレゼン・有識者ヒアリング
令和6年 1月	
2月	↓ 必要とされるかかりつけ医機能など、 論点の議論
3月	
4月	
5月	
6月	↓ 省令等の具体的内容等の議論
7月	↓ 医師の研修等の議論
	7月31日 報告書公表
令和7年度	↓ システム改修等の施行に向けた準備 かかりつけ医機能報告制度の施行

「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」報告書（概要）

令和6年7月31日

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・ また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- **継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**
 - ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- **通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供**
 - ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等**

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
 - ・ 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

報告を求めるかかりつけ医機能「1号機能」

- かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関は、特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所とする。
- 報告を求めるかかりつけ医機能（1号機能）の概要は、以下のとおり。
- 1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行う。

■ 具体的な機能（1号機能）

継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能

〔報告事項〕

- ・ 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示していること
- ・ かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無
- ・ 17の診療領域※1ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること
- ・ 一次診療を行うことができる疾患
- ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること

※1 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・膵臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域

※ かかりつけ医機能に関する研修及び一次診療・患者相談対応に関する報告事項については、改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえて、改めて検討する。

令和6年7月5日「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」資料

（例）一次診療に関する報告できる疾患案（40疾患）

傷病名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域
高血圧	590.1	9. 循環器系
腰痛症	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷
関節症（関節リウマチ、脱臼）	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷
かぜ・感冒	230.3	6. 呼吸器、17.小児
皮膚の疾患	221.6	1.皮膚・形成外科、17.小児
糖尿病	210	14. 内分泌・代謝・栄養
外傷	199.1	16. 筋・骨格系及び外傷、17.小児
脂質異常症	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養
下痢・胃腸炎	124.9	7. 消化器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系
がん	109.2	-
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17.小児
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17.小児
うつ（気分障害、躁うつ病）	91.4	3. 精神科・神経科
骨折	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	4. 眼
白内障	64.4	4. 眼
緑内障	64.2	4. 眼
骨粗しょう症	62.9	16. 筋・骨格系及び外傷
不安・ストレス（神経症）	62.5	3. 精神科・神経科
認知症	59.2	2. 神経・脳血管
脳梗塞	51	2. 神経・脳血管

傷病名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域
統合失調症	50	3. 精神科・神経科
中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉、17.小児
睡眠障害	41.9	3. 精神科・神経科
不整脈	41	9. 循環器系
近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼、17.小児
前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
狭心症	32.3	9. 循環器系
正常妊娠・産じょくの管理	27.9	11. 産科
心不全	24.8	9. 循環器系
便秘	24.2	7. 消化器系
頭痛（片頭痛）	19.9	2. 神経・脳血管
末梢神経障害	17.2	2. 神経・脳血管
難聴	17.1	5. 耳鼻咽喉
頸腕症候群	17	16. 筋・骨格系及び外傷
更年期障害	16.8	12. 婦人科
慢性肝炎（肝硬変、ウイルス性肝炎）	15.3	8. 肝・胆道・膵臓
貧血	12.3	15. 血液・免疫系
乳房の疾患	10.5	13. 乳腺

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和2年「患者調査」全国の推計外来患者数
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000032211984&fileKind=J>

【上記例の設定の考え方】

- ・ 一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。
- ・ 推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出。該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数の多い傷病を追加。ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
- ・ XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

報告を求めるかかりつけ医機能「2号機能」

○ 報告を求めるかかりつけ医機能（2号機能等）の概要は、以下のとおり。

■ 具体的な機能（2号機能）

（1）通常の診療時間外の診療

・ 通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能

- 〔報告事項〕① 自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況（在宅当番医制・休日夜間急患センター等に参加、自院の連絡先を渡して随時対応、自院での一定の対応に加えて他医療機関と連携して随時対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
- ② 自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況

（2）入退院時の支援

・ 在宅患者の後方支援病床を確保し、地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスに参加し、入退院時に情報共有・共同指導を行う機能

- 〔報告事項〕① 自院又は連携による后方支援病床の確保状況、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
- ② 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況
- ③ 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況
- ④ 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況
- ⑤ 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数

（3）在宅医療の提供

・ 在宅医療を提供する機能

- 〔報告事項〕① 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況（自院で日中のみ、自院で24時間対応、自院での一定の対応に加えて連携して24時間対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
- ② 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況
- ③ 自院における訪問看護指示料の算定状況
- ④ 自院における在宅看取りの実施状況

（4）介護サービス等と連携した医療提供

・ 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する機能

- 〔報告事項〕① 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況（主治医意見書の作成、地域ケア会議・サービス担当者会議等への参加、介護支援専門員や相談支援専門員と相談機会設定等）
- ② 介護支援専門員や相談支援専門員への情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況
- ③ 介護保険施設等における医療の提供状況（協力医療機関となっている施設の名称）
- ④ 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況
- ⑤ ACPの実施状況

■ その他の報告事項

- ・ 健診、予防接種、地域活動（学校医、産業医、警察業務等）、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動等
- ・ 1号機能及び2号機能の報告で「当該機能あり」と現時点でならない場合は、今後担う意向の有無

地域における協議の場

- 都道府県は、医療関係者等との地域の協議の場を設け、かかりつけ医機能の確保に関する事項について協議する。
- 協議の場の圏域及び参加者については、都道府県が市町村と調整の上、協議テーマに応じて決定する。

■ 協議の場の圏域と参加者

● 「協議の場」の圏域

- ・ 実施主体である都道府県が市町村と調整して決定する。
 - ・ その際、以下のように、協議するテーマに応じて「協議の場」を重層的に設定することを考慮する。
 - 時間外診療、在宅医療、介護等との連携等は、市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議
 - 入退院支援等は、二次医療圏単位等で協議
 - 全体を都道府県単位で統合・調整
- ※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能

● 「協議の場」の参加者

- ・ 協議するテーマに応じて、都道府県、保健所、市町村、医療関係者、介護関係者、保険者、住民・患者（障害者団体・関係団体を含む）等を参加者として、都道府県が市町村と調整して決定する。

※ 今後、厚生労働省で策定するガイドラインにおいて、報告や地域の協議の際の参考として、かかりつけ医機能を支援する病院・診療所を含め、かかりつけ医機能を有する医療機関の多様な類型(モデル)を提示

＜かかりつけ医機能を有する医療機関の多様な類型(モデル)のイメージ例＞

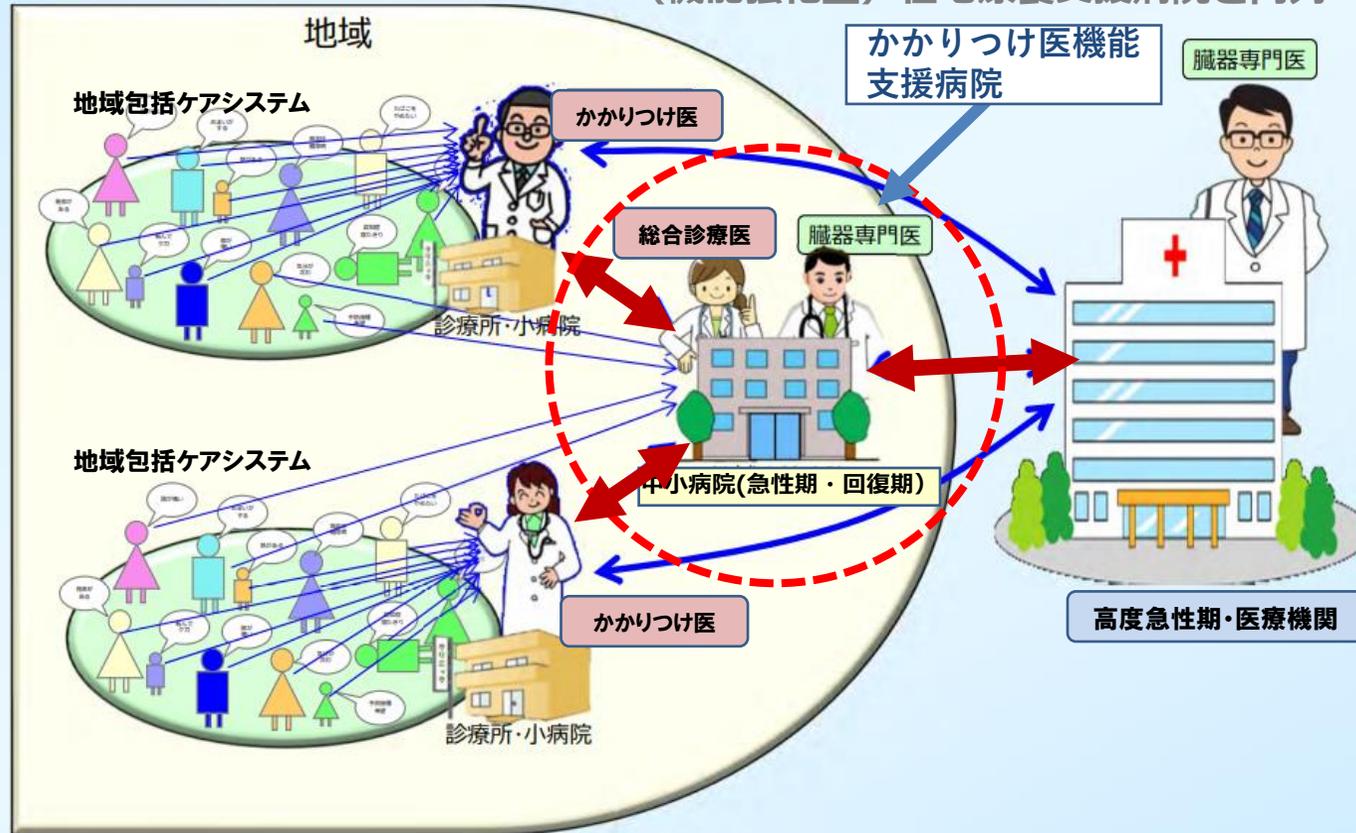
日常的な診療	時間外診療	入退院支援	在宅医療	介護等との連携
・ 専門を中心に総合的・継続的に実施	・ 在宅当番医制に参加	・ 未対応	・ 未対応	・ 未対応
・ 専門を中心に総合的・継続的に実施	・ 休日夜間急患センターに参加	・ 紹介状作成	・ 日中のみ実施	・ 主治医意見書を作成
・ 専門を中心に総合的・継続的に実施	・ 準夜帯の患者の問合せに電話対応	・ 退院前カンファレンスに参加等	・ 日中のみ実施	・ 介護保険の訪問看護指示書を作成等
・ 幅広い領域のプライマリ・ケアを実施	・ 時間外の患者の問合せに留守番電話対応	・ 退院困難患者の入院早期から受入相談対応等	・ 24時間体制で対応	・ 地域ケア会議・サービス担当者会議に参加等

○ かかりつけ医機能を支援する医療機関のコンセプト・求められる主な要素

- ・ 地域の医療機関がかかりつけ医機能を発揮するための包括的な支援を行い、地域で積極的にかかりつけ医機能を担う医療機関の増加に資する。
- ・ 複数医師が常勤、休日・夜間対応を実施、24時間体制の在宅医療を実施、困難な在宅医療にも対応、地域の在宅医療をサポート、後方支援病床を確保、介護施設との連携、地域連携・多職種連携を日常的に実施、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動等

かかりつけ医機能支援病院（役割と連携）

在宅医療において積極的役割を担う医療機関
⇒（機能強化型）在宅療養支援病院と同列



かかりつけ医機能を備える医療機関の類型

		かかりつけ医機能の例				
		時間外診療	在宅医療	病診(診診)連携	入退院支援	介護等との連携
対応状況	①	未対応	未対応	未対応	未対応	未対応
	②	休日・夜間診療の 当番に参加	日中のみ実施 休日・夜間対応なし	紹介状作成	紹介状作成	主治医意見書作成
	③	電話対応 (留守電 →折返し対応)	24時間体制での 対応	在宅医療移行患者 の受入	退院前カンファ レンスに参加	介護認定審査会 に参加
	④	電話対応 (随時対応)	複雑困難例も対応	他院の在宅医療の 実施のサポート	退院困難例の 入院早期からの 退院受入相談対応	サービス担当者 会議・地域ケア 会議に出席

◆ これらに対応できる医療機関は一人の常勤医では現実的に困難

➡ ①・②の医療機関同士が連携しても、解決できない

➡ ③・④へも対応できる、かかりつけ医機能を支える医療機関が必要なのではないか？

協議の場のイメージ（例：時間外対応）

【目指すべき姿】

- 地域での時間外（休日・夜間）の医療機関間の連携体制を構築し、患者が時間外に体調の悪化等があった場合にも、身近な地域で適切な診療や相談を受けられるようにする。

市町村等（協議の場の基本的な圏域）

<参加者の例>

※協議内容に応じて参加者は異なることに留意

- ・ 郡市区医師会
- ・ 都道府県・保健所
- ・ 市町村
- ・ 関係する診療所
- ・ 関係する病院
- ・ 薬剤師会
- ・ 看護協会 など

【協議の場】



時間外対応の連携先を見つけたい

【課題解決の具体策の例】

- ・ 時間外対応の連携先の確保
- ・ 休日夜間急患センターの参加調整・促進

(例)在支診・かかりつけ医機能を支援する診療所



調整・マッチング

(例)在支病・後方支援病院、かかりつけ医機能を支援する病院

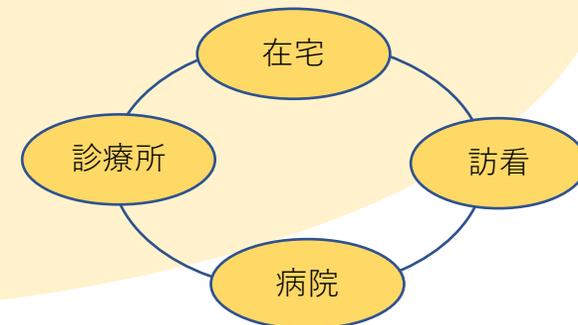


<協議事項>

- ・ かかりつけ医機能報告により得られた情報を基に、地域での時間外（休日・夜間）の医療機関間の連携体制の構築状況を把握
 - ・ 在宅当番医制・休日夜間急患センター等に参加している医療機関
 - ・ 自院の連絡先を渡して随時対応している医療機関
 - ・ 他の医療機関と連携して随時対応している医療機関 等
- ・ 地域において連携体制が構築できていない場合は、その課題を把握（例えば、連携先の不足、患者情報の共有が不十分 等）
- ・ 課題を踏まえ、連携体制の構築についての具体策を検討

【課題解決の具体策の例】

- ・ ICTの活用による患者情報の共有



協議の場における議論の進め方のイメージ（例：時間外対応）

（１）地域の具体的な課題

- 休日夜間に在宅療養中の高齢者が肺炎等で発熱した場合、日常的に訪問診療を受けている医師、看護師等に連絡・相談できる体制がなく、その結果、地域外の大病院に搬送され、寛解後の在宅復帰が遅れる、ないし、ADLの低下を招いているのではないか。

（２）様々な視点から考えられる原因 (ex: 医療側、介護側、住民側・・・)

- 【原因①】：地域の医師全体の高齢化もあり、24時間対応が困難となっている。
- 【原因②】：在宅医療の意向がないわけではないが、在宅患者の急変時対応等の経験が少なく、心理的な不安から連携体制に積極的に参加できていない医師がいる。

（３）地域で目指すべき姿

- 在宅療養中の高齢者が急変した場合に備え、医療機関間の役割分担の明確化や連携体制について地域で話し合い、多職種間で在宅患者の情報を共有しながら、24時間の往診体制や緊急電話相談体制、訪問看護体制を確保する。

（４）対策と役割分担（誰に誰が何をするか）

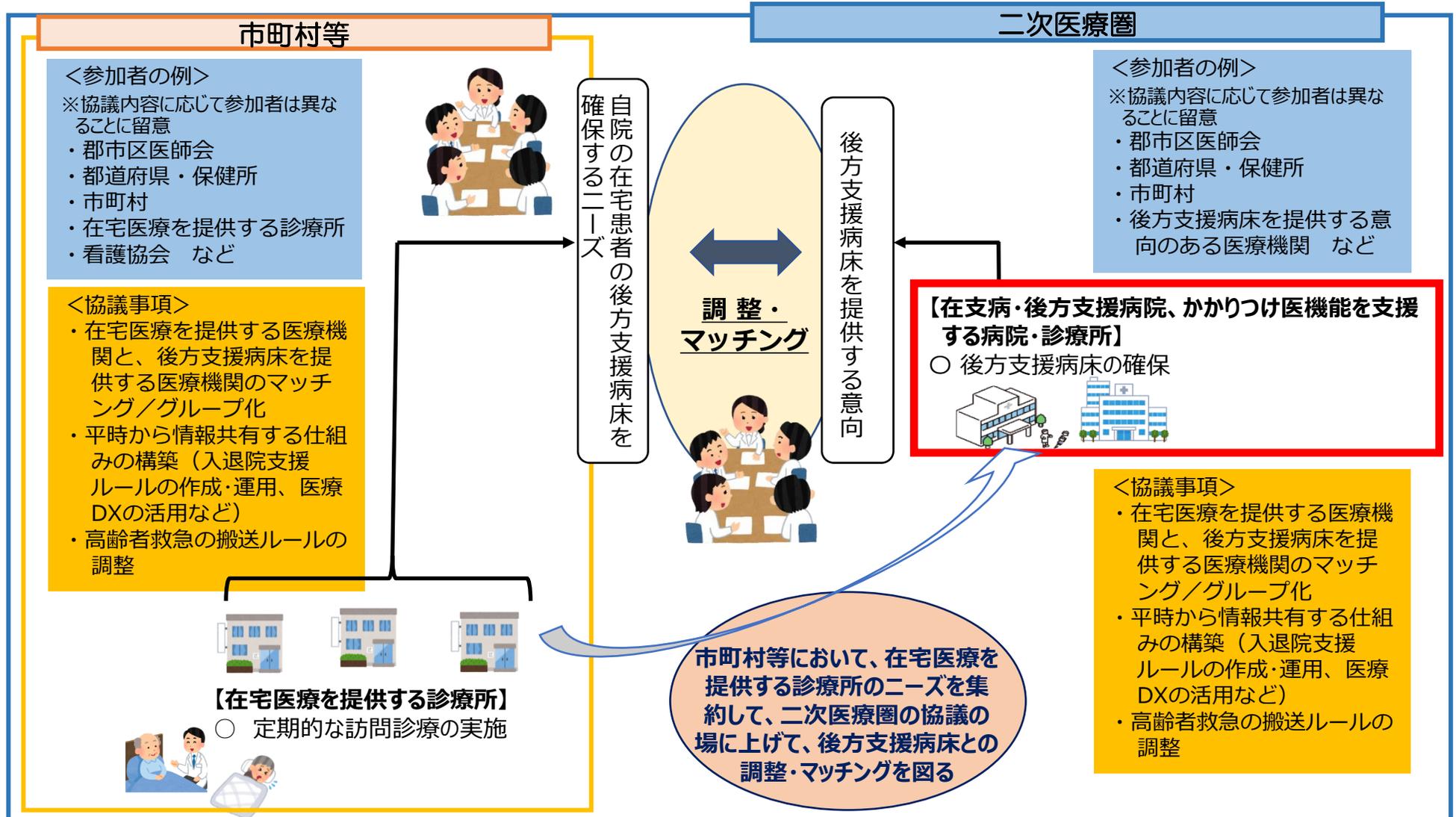
- 【対策①】：地域の医療提供者全体で、在宅患者の24時間対応を行うための連携体制について見える化し、24時間体制が困難な地域で在宅医療を提供可能な医療機関があるかどうか、連携体制でカバーできないか等について検討する。
⇒ 連携体制構築、個々の在宅患者ごとの緊急時連絡先リストの整備 など
- 【対策②】：24時間対応体制を訪問看護師やヘルパー、消防等も含めた多職種連携で支える観点から、関係者間でのタイムリーな情報共有を行うためのICT導入
⇒ ICT情報共有ツール導入 など
- 【対策③】：在宅医療の現実や課題、ノウハウ、事例等の共有による、在宅医療に参加する医師の不安感の解消
⇒ 在宅現場経験の少ない医師に対する同行研修や事例等の共有 など

（５）対策により期待できる効果

- 【効果】：在宅患者が急変した場合も、家族が緊急相談することができ、身近な地域において24時間の往診や訪問看護を受けることができる。

【目指すべき姿】

- 地域の在宅療養中の高齢者が、病状の急変等により突発的入院が必要となった場合に受け入れられる後方支援病床を地域で確保する。入院しても早期に在宅復帰して住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入院前から在宅療養を担う医療機関と後方支援を担う医療機関との情報共有を強化する。



協議の場における議論の進め方のイメージ（例：入退院支援）

（１）地域の具体的な課題

- 在宅療養中の高齢者が状態悪化により入院を要する場合も、受け入れる後方支援病床の確保ができていないため、入院まで時間がかかり、状態が悪化する。その結果、寛解までに時間がかかる。また、入院から退院に至るまで関係者間で十分な情報共有ができていないため、在宅復帰が遅れ、在宅療養の継続が難しくなっているのではないかと。

（２）様々な視点から考えられる原因 (ex: 医療側、介護側、住民側・・・)

- 【原因①】：地域で後方支援病床の確保ができていない。
- 【原因②】：地域で在宅療養中の高齢者の状態が悪化した場合の対応方法が不明確。
- 【原因③】：入院から退院に至るまでの情報共有の仕組みが地域にない、もしくは機能していない。

（３）地域で目指すべき姿

- 在宅療養中の高齢者の状態が悪化した場合に、入院できる後方支援病床を地域で確保する。入院から退院に至るまでの円滑な情報共有のルール（入退院支援ルール）を作成する。ルール作り、運用、修正を通じて、地域の関係者間の関係強化を図り、「顔の見える関係」を広げていく。

（４）対策と役割分担（誰に誰が何をするか）

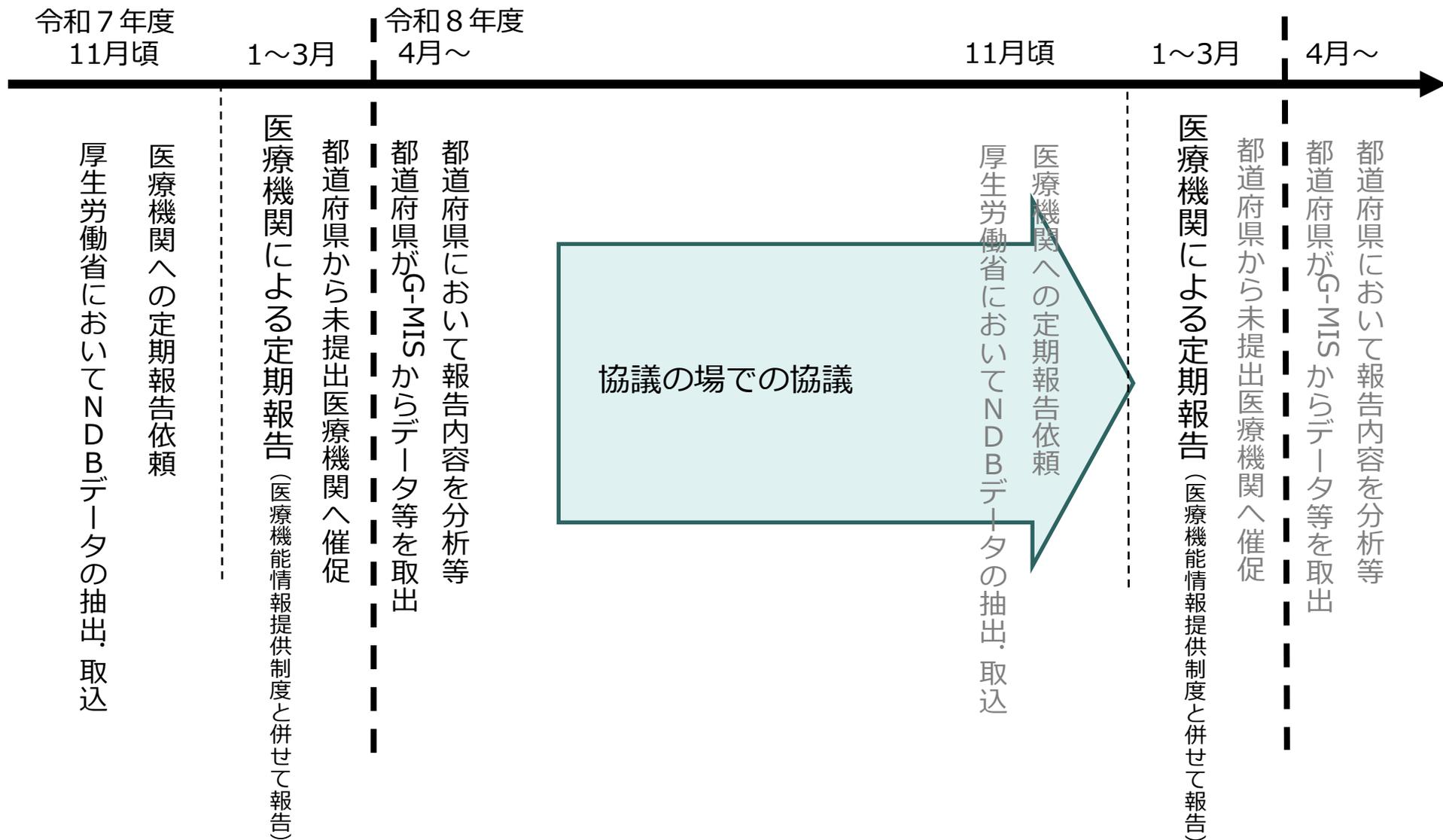
- 【対策①】：地域で後方支援病床を確保し、運用する。
⇒ 後方支援病床を確保するニーズの把握、圏域ごとの一定数の後方支援病床の確保、マッチング など
- 【対策②】：入退院支援のルール作り、活用する参加者を広げていく。
⇒ 入退院支援の標準ルール作成とフォロー、地域性に沿った入退院支援ルール作成の場作りと支援 など

（５）対策により期待できる効果

- 【効果】：後方支援病床の確保と入退院支援ルールが広がることで、地域の医療関係者がつながり、在宅患者の状態変化時に迅速に入院対応、その後の早期在宅復帰ができることで、在宅を中心とした療養生活を継続できるようになる。

令和7年度以降の実施スケジュール

- かかりつけ医機能報告について、医療機能情報提供制度に基づく報告と併せて行えるよう、以下のようスケジュールとする。



新たな地域医療構想の議論

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

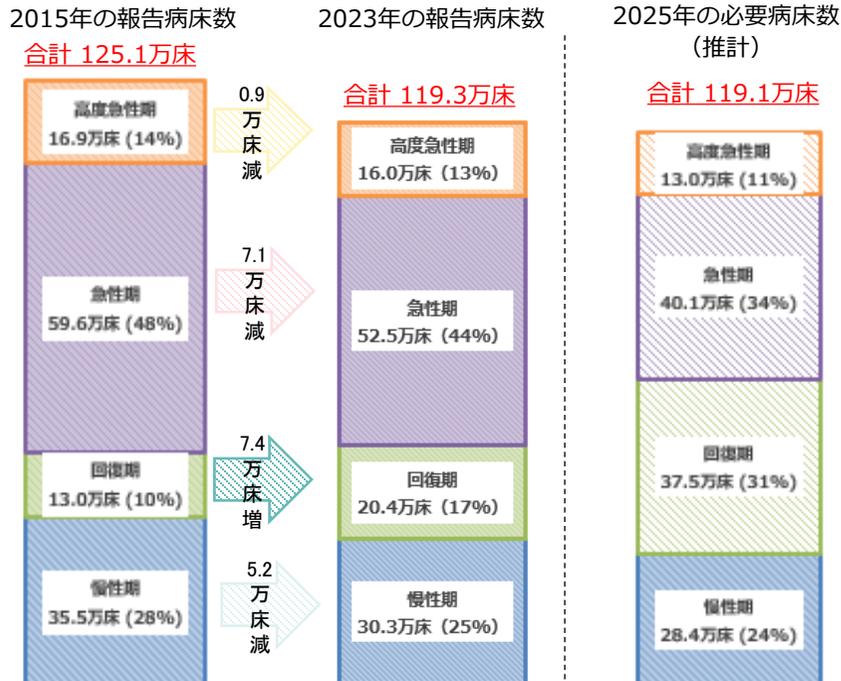
これまでの主な議論（新たな地域医療構想の基本的な方向性（案））

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。このため、約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

＜全国の報告病床数と必要病床数＞



※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、**外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ**

2040年頃に向けて、**医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大**が想定される。こうした中、限られた医療資源で、増加する高齢者救急・在宅医療需要等に対応するため、**病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）に着目し、地域の実情に応じて、「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、医療機関の連携・再編・集約化を推進。**

＜新たな地域医療構想における基本的な方向性＞

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

※ 都道府県において、令和8年度（2026年度）に新たな地域医療構想を策定し、令和9年度（2027年度）から取組を開始することを想定

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「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、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

- | | |
|---------------|---|
| 高齢者救急・地域急性期機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 在宅医療等連携機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 急性期拠点機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。 |
| 専門等機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 |

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリテーションを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」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・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

(参考) 地域における取組事例

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

地域における取組事例①

○志村大宮病院では、地域包括ケアを支える病院としてリハビリ・緩和ケア・認知症を中心にかかりつけ医機能と専門医療を提供するとともに、全世代・全対象型地域包括ケアを実現するためのまちづくりに貢献することを病院理念として掲げ、チーム医療と地域医療連携を推進。

令和5年11月15日

第1回 かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会

参考資料2
(抜粋)

事例 10 医療法人博仁会志村大宮病院

診療所の取組

病院の取組

地域の連携の取組

診療連携

病診連携

病病連携

母子保健

学校保健

産業保健

介護・福祉との連携

休日夜間／24時間対応

在宅医療

看取り

多職種連携

有事対応

医師のキャリア支援

その他

1. 概要

所在地 茨城県常陸大宮市

医療施設類型等 病院：178床（一般病床130床、療養病床48床）
医療法人博仁会の他、社会福祉法人（26事業所）、学校法人を含めた志村フロイデグループは、グループ内外で医療・介護において密に連携している。

その他 「地域包括ケアを支える病院としてリハビリ・緩和ケア・認知症を中心にかかりつけ医機能と専門医療を提供するとともに、全世代・全対象型地域包括ケアを実現するためのまちづくりに貢献」することを病院理念として掲げ、患者さんのためのチーム医療と地域医療連携の推進に取り組んでいる。

志村フロイデグループの在宅支援体制



出典：医療法人博仁会志村大宮病院 提供資料
2022年2月時点

2. 地域の特徴を踏まえた取組

- 茨城県常陸大宮市は、人口約4万人、高齢化率約37%である（令和3年4月時点）。市内中心部は高齢化率が約32%であるが、約48%の地域もある。高度急性期医療を担う病院や地域の診療所との役割分担を行い、志村大宮病院では特に在宅療養支援に注力している。
- 高齢化が進化する地域であることを踏まえ、元気高齢者の雇用促進を図っている。

3. 取組の詳細

① 地域密着型中小病院として基幹病院、診療所、行政等との幅広い連携を実施

当該医療機関は、地域密着型病院として、地域の医療ニーズに対応し、在宅医療を提供したり、基幹病院から逆紹介を受けて、在宅復帰のためのリハビリテーションや緩和ケアを提供し、介護サービスと連携した利便性の高い医療を提供している。また、地域の診療所等の後方支援を担い、緊急入院の受入体制を整備している。無医地区へ職員を派遣するほか、行政と連携し、後述するまちづくりや介護予防活動など幅広い活動に取り組んでいる。医療・介護サービスを利用する者のニーズにも配慮し、リハビリシューズや介護用品を利用者が好みに応じて選択できるような多くの選択肢を準備する等の細やかな工夫を行っている。



前方連携・後方連携 年間実績

出典：医療法人博仁会志村大宮病院提供資料

② システムを活用した情報連携を推進

当該医療機関における法人内の各拠点では、シームレスな情報共有のため、医療・介護で連携した記録システムを構築している。これにより、介護支援専門員（ケアマネジャー）が病院の診療記録や処方等を確認したり、医師や看護師が介護記録を確認することが可能である。また毎朝、病院とグループ内の施設をつないだWEB会議を実施することで、限られた時間の中で入院/入所の方の一元的な調整を効果的に行うことができる。



法人内情報連携イメージ

出典：医療法人博仁会志村大宮病院提供資料

③ 医療・介護の視点でまちづくりに参画

当該医療機関は地域包括ケアを支える病院として、まちづくりにも参画している。具体的には、職員有志が結成した常陸大宮市地域活性化プロジェクト「フロイデDAN」を活用し、行政とのまちづくりに関する協働、コミュニティカフェの設置・運営、元気高齢者のサポーター制度（フロイデサポーター）の運営、SNS等を利用したフレイル予防に関する動画の配信、一般介護予防事業への専門職（理学療法士等）の派遣等を行っている。これらの活動は、まちづくりだけでなく、職員のやりがいにもつながっている。法人内の少子化対策にも取り組み、くるみんマーク認定を受けている。



病院を中心としたまちづくり
出典：医療法人博仁会志村大宮病院提供資料

地域における取組事例②

- 池端病院では、小規模ながら地域密着型慢性期多機能病院として、入院機能は在宅復帰・在宅医療支援機能、リハビリテーション機能、看取りを含む終末期医療機能に特化。
- 周囲に医療的ケア児も対応できる機関が少なく、人材も不足している。小児を診る意欲を持つ在宅医を増やすべく、自ら医療的ケア児の在宅医療に取り組んでいる。

令和5年11月15日

第1回 かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会

参考資料2
(抜粋)

事例 12 医療法人池慶会池端病院

診療所の取組

病院の取組

地域の連携の取組

診療連携

病診連携

病病連携

母子保健

学校保健

産業保健

介護・福祉との連携

休日夜間／24時間対応

在宅医療

看取り

多職種連携

有事対応

医師のキャリア支援

その他

1. 概要

所在地	福井県越前市
医療施設類型等	病院：30床（療養病床30床）
その他	院是として①常に信頼され愛される病院、②地域に根差したかかりつけ病院、③常に考え学び向上心を持ち続ける病院を掲げ、乳幼児から超高齢者を幅広く対象として、一次救急から生活習慣病を初めとする慢性疾患に至るまで幅広く地域医療に取り組んでいる。また、在宅療養を支える在宅療養支援病院を中心に、通所・医療系訪問（診療・看護・リハビリ等）・居宅介護支援・地域包括支援センター等の各種サービスを提供することで、多職種連携の中で、保健・医療・介護の複合体として一体的に質の高いサービスを提供することを目指している。

2. 地域の特徴を踏まえた取組

- 高度急性期医療は他の医療機関が担うため、それらの機関と連携しながら対応し、当該医療機関は小規模ながら地域密着型慢性期多機能病院として、入院機能は在宅復帰・在宅医療支援機能、リハビリテーション機能、看取りを含む終末期医療機能に特化している。
- 周囲に医療的ケア児に対応できる機関が少なく、人材も不足している。小児を診る意欲を持つ在宅医を増やすべく、自ら医療的ケア児の在宅医療に取り組んでいる。

3. 取組の詳細

① 患者さん、家族、医療者の覚悟と熱意によるオーダーメイドの在宅医療

当該医療機関では、地域包括ケア病床を取得し、満床近くであっても、常に24時間対応で在宅等からの緊急時の入院希望に備えて病床を用意できるように準備している。偶発的に来院した患者さんの体調不良や怪我に対する突然の入院だけでなく、在宅医療のレスパイト入院にも対応し、患者さんやご家族の突然のSOSに応じるための受け皿を常に用意している。在宅の患者さんは、入院時と比べると小さなことでも不安に感じる場合が多いが、些細な症状でも電話相談にのり、迅速に対応することで、不安や心配の解消につながっている。骨折で入院を希望する方から人工呼吸器で在宅を希望する方まで、患者さん、家族、医療者の熱意と覚悟によるオーダーメイドの医療を提供し、在宅医療の患者さん家族からは、「日常動作でできることが増えた」「食事が増えた」「予告された余命をどうに過ごしているかまだ一緒に暮らせている」といった“おうちパワー”があったとの声が届いている。

② 医療と介護の融合を目指した、多職種連携、病病連携、病診連携の推進

これからの医療には生活を支える視点も必要となり、また生活を支える介護の中に医療的マインドが求められるようになるとの考えの下、医療と介護の「連携」からさらに一歩進んだ「融合」を目指した取組を行っている。カギとなるのは医師と介護支援専門員（ケアマネジャー）だが、その間を取り持つのが医療ソーシャルワーカー、看護師、連携室職員となる。さらにその他の専門職間の連携も重要であり、毎週のカンファレンスには全職種が参加し、情報を共有している。病病連携や病診連携を進めるため、他院で開催される退院時カンファレンスにスタッフが積極的に参加している。会議出席は「義務」ではなく「権利」と捉え、「報告・連絡・相談」の時間や手段を相互に確認したり、いつでも入院できるベッドを担保し、効果の大きい退院直後の訪問看護、訪問リハビリ等が提供されるようにする等、共同診療による患者さんの支援を心がけている。こうした取組により、患者さんやその家族は安心して退院することができている。

③ 行政と連携した在宅医療の充実

福井県から委託を受けた福井県医師会在宅医療サポートセンターで、県担当者との協働のもと研修会を開催しており、医師会会員だけでなく訪問看護職員や介護支援専門員（ケアマネジャー）等の多職種が参加している。「顔の見える連携」よりも深い「腹の底がわかる連携」を目指した取組を実施している。ロールプレイングによるACPの実践研修を実施したり、福井県版エンディングノートの作成を行い、地域全体の看取りへの理解も深めており、当該医療機関もこれらの取組に積極的に参画している。また、センターによる在宅医療器材の共同購入により小ロットの器材が提供できることが、在宅医等のメリットの1つになっている。

地域における取組事例③

○相澤東病院では、高齢化が進みつつある地域において、急性期病院と診療所の架け橋となる地域密着型の医療機関が重要な役割を担うため、地域の診療所の医師と連携して24時間対応できる往診・訪問診療体制を構築。

令和5年11月15日

第1回 かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会

参考資料2
(抜粋)

事例13 社会医療法人財団慈泉会相澤東病院

診療所の取組

病院の取組

地域の連携の取組

診診連携

病診連携

病病連携

母子保健

学校保健

産業保健

介護・福祉との連携

休日夜間/24時間対応

在宅医療

看取り

多職種連携

有事対応

医師のキャリア支援

その他

1. 概要

所在地	長野県松本市
医療施設類型等	病院：54床（一般病床54床） 在宅療養支援病院であり、3名の医師が配置されている。
その他	地域の住民が安心して自分らしい生活を送れるよう、在宅療養の安全・安心を確保すべく、急性期病院と在宅療養をつなぐ地域密着型病院として地域医療に貢献することを目指している。

2. 地域の特徴を踏まえた取組

- 高齢化が進みつつある地域であり、急性期病院と診療所の架け橋となる地域密着型の医療機関が重要な役割を担うため、地域の診療所の医師と連携して24時間対応できる往診・訪問診療体制を構築している。
- 院内のすべての職種が地域に出て行くことで、地域に密着した病院を目指している。
- 松本医療圏では、松本市医師会が中心となって、地域の診療所の医師の連携による在宅看取りシステムや小児科・内科夜間救急センター、二次救急輪番制及び救命救急センターによる救急医療体制が構築されている。

3. 取組の詳細

① 急性期病院からの退院時支援として円滑な在宅復帰・在宅療養を支援する取組実施

当該医療機関の近隣地域では、従前より急性期治療終了後の円滑な自宅退院において、患者さん及びその家族、または逆紹介先の診療所医師から病気は軽快しても入院前のように生活ができないとの訴えが根強くあった。こうした課題について、在宅医療へスムーズに移行するため、当該医療機関は、地域密着型病院として、急性期病院からの患者さんを積極的に受け入れ、ADLの改善や維持を図るとともに、多職種連携を強化した。これにより、地域における円滑な在宅医療への移行が可能となった。

<具体的な取組内容について>

- 広域型急性期病院に入院するほどではない高齢患者の紹介入院を引き受ける（サブアキュート）
- 訪問診療・訪問看護等訪問系のサービスを充実させる
- 広域型急性期病院からの転院を引き受け、全身管理下で集中的にリハビリを行い、在宅で暮らせるようADLの改善や維持を図る
- 院内外の多職種でカンファレンスを十分にを行い、地域の訪問看護・介護などと連携し地域密着型の支援を行う

② 地域の医療機関と密接に協力・連携して、地域における総合的な支援体制を構築

地域の診療所の医師や訪問看護ステーション・高齢者福祉施設と連携を密にし、必要に応じて外来・入院医療（レスパイトを含む）を提供している。また、介護支援専門員（ケアマネジャー）や訪問看護師等が適切に来院できる環境を整備し、退院カンファレンスなど多職種が連携しやすい体制を提供している。さらに、近隣の急性期病院と共通の医療連携センターが設置されており、急性期病院からの転院や当該医療機関の入院が円滑に行われる仕組みができてきている。これにより、地域の医療機関との密接な協力・連携が実現しており、在宅療養患者を地域で診ていく体制の構築に協力している。

③ 高齢者の介護予防・健康増進のための活動を展開

当該医療機関では、在宅療養生活を支援する施設として、高齢者の介護予防・健康増進のための活動にも積極的に取り組んでいる。こうした取組を通じて地域住民とも交流を深め、信頼関係の構築に努めると共に、地域に根ざした医療提供を実現している。

<具体的な取組内容について>

- 地域包括支援センターと連携して、公民館の地域住民の集いに参加して健康チェックを実施
- 地域住民サロンの場で100歳生き生き体操を実践
- 介護施設に出張して音楽療法を実施
- 市民のための医療・福祉・介護講座を実施
- 転倒・認知症予防教室（正しいWalking講座）を開催

地域における取組事例④

- なぎ辻病院では、高齢者の医療に対応するだけでなく、重度の肢体不自由児（者）や脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィーなど難病患者さんも多数対応。
- 京都府が推進する「在宅療養あんしんネットワーク」に参加し、患者情報等を参加医療機関間で必要に応じて共有。本ネットワークに参加することにより、地域医療において病診連携の推進・夜間休日対応・在宅医療の推進に貢献。

令和5年11月15日

第1回 かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会

参考資料2
(抜粋)

事例 14 医療法人社団恵仁会なぎ辻病院

診療所の取組

病院の取組

地域の連携の取組

診診連携

病診連携

病病連携

母子保健

学校保健

産業保健

介護・福祉との連携

休日夜間／24時間対応

在宅医療

看取り

多職種連携

有事対応

医師のキャリア支援

その他

1. 概要

所在地	京都府京都市
医療施設類型等	病院：169床（一般病床169床） 高齢者の医療に対応するだけでなく、重度の肢体不自由児（者）や脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィーなど難病患者さんも多数対応している。
その他	「人と人のつながりを大切にし「心のかよい合う医療」を通じて地域医療に貢献しつつ地域とともに病院とその職員が発展を遂げる。」を理念として掲げ、慢性期病院ながら、地域の医療ニーズに応えるために、急性期対応からホスピス対応まで、幅広く対応している。

2. 地域の特徴を踏まえた取組

- 当該医療機関は200床未満の病院であり、200床以上の病院のように、在宅療養後方支援病棟の施設基準を取ることが出来ない。また、都心部に位置しているため、在宅診療や看取りを実施している在宅専門の診療所が多く存在する。このため、当該医療機関では、機能分化の点で、役割の明確化に困難を感じているが、地域住民の医療ニーズに対応するため、近隣の大学医学部附属病院をはじめとした大規模な専門病院や地域の診療所と積極的に協力・連携を進めている。
- 2次医療救急機関としても活動しているほか、筋萎縮性側索硬化症(ALS)や脊髄小脳変性症(SCD)などに対応した再生医療にも取り組んでいる。

3. 取組の詳細

① 在宅療養あんしんネットワークを通じて地域の高齢者の医療ニーズに幅広く対応

当該医療機関は、京都府が推進している在宅療養あんしんネットワーク（在宅療養あんしん病院登録システム）に参加している。このシステムは、地域の高齢者が24時間365日安心して療養生活が送れるように医療支援をすることを目的としている。本システムには、京都市内77か所の病院が参加しており、当該医療機関も他の参加病院と協力・連携して取組を進めている。また、当該医療機関を受診している患者さんのうち、これまでに364名が本システムに登録している。本システムに、地域の高齢者があらかじめ必要な情報を登録しておくことで、在宅療養中の高齢者が体調を崩し、在宅での対応が困難になった時に、スムーズに病院を受診し、必要に応じて入院ができる体制が構築できるようになっている。当該医療機関は、本ネットワークに参加することにより、地域医療において病診連携の推進・夜間休日対応・在宅医療の推進に貢献している。また、機能強化型在宅療養支援病院（単独型）としても、地域の高齢者の生活を支えるために在宅医療に取り組んでいる。



京都府における在宅療養あんしん病院登録システム

出典：京都府地域包括ケア推進機構 HP
<https://www.kyoto-houkatoicare.org/onshin-hospital/>
2022年2月閲覧

② 地域の難病患者にも対応

通常の病院では受入れが難しいクロイツフェルト・ヤコブ病やミトコンドリア病、常染色体劣性遺伝等の難病にも対応しており、一般に知られていないような難病でも受け入れている。こうした取組によって、地域の医療ニーズに幅広く対応している。

③ 患者さんにも職員にも魅力的な環境づくりにより人材確保を実現

当該医療機関では、設備投資等も積極的に行っており、患者さんにも職員にも魅力的な環境づくりに努めている。建物は築18年になるが、新築並みに改装されており、近隣でも珍しい耐震設計である。病室がきれいであることも、患者さんと職員にとって、大きな魅力となっており、終末期の末期がん患者さんが当該医療機関でホスピスケア・看取りを迎えたいという要望も多い。また、職員の働き方改革にも積極的に取り組んでおり、救急対応以外では看護師を含めて残業せずとも継続的な医療提供ができるよう体制を構築している。さらに、待遇の向上に取り組んでいることもあり、医師・スタッフの勤続年数は長い。

地域における取組事例⑤

- 豊田市・みよし市では、地域の在宅医療を推進するために「くらげ方式」と呼ばれる病診・診診連携を支援。
- 機能強化型在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所等の医療機関でグループを構成し、情報共有・連携している。

令和5年11月15日

第1回 かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会

参考資料2
(抜粋)

事例 18 一般社団法人豊田加茂医師会

診療所の取組

病院の取組

地域の連携の取組

診診連携

病診連携

病病連携

母子保健

学校保健

産業保健

介護・福祉との連携

休日夜間／24時間対応

在宅医療

看取り

多職種連携

有事対応

医師のキャリア支援

その他

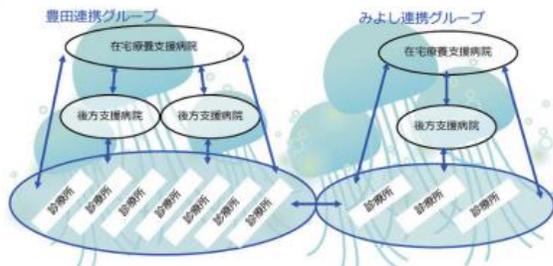
1. 概要

所在地 愛知県豊田市

その他 西三河北部医療圏（豊田市、みよし市）の医師で構成された一般社団法人である。医師会会員の相互の学術活動の支援をすることにより、地域住民の健康、保健、福祉に貢献することを目的としている。

2. 地域の特徴を踏まえた取組

- 40万人弱の旧豊田市に6つの町村が吸収され、さらに町村部の過疎化が急速に進んだことにより、豊田市内で2極化が進んでいる。山間部では使命感のある医師により、医療提供体制としては維持はされているものの、少数の診療所に大きな負担がかかってしまっている状況である。
- こうした過疎地への対応や、豊田市・みよし市共に、全国平均と比較しても今後急激に高齢化が進む地域であるため、診診連携の強化や診療所の医師の後方支援病院のバックアップ体制の強化が求められ、平成27年から取組を進めている。現在は豊田加茂医師会による「くらげ方式」と呼ばれる病診・診診連携の取組が進められ、地域に求められる医療ニーズの対応に貢献している。



豊田加茂医師会の病診連携「くらげ方式」

出典：一般社団法人豊田加茂医師会提供資料

3. 取組の詳細

① 在宅医療を行う病院・診療所の連携を支援することによりグループ診療を実現

地域の在宅医療を推進するために「くらげ方式」と呼ばれる病診・診診連携を支援している。連携グループは豊田市とみよし市にそれぞれ存在し、豊田市では機能強化型在宅療養支援病院1つと他2病院が後方支援病院となり、7つの在宅療養支援診療所（うち4医療機関は機能強化型）を加えた10医療機関でグループが構成されている。みよし市では、機能強化型在宅療養支援病院2つと3つの在宅療養支援診療所（うち2医療機関は機能強化型）の5医療機関でグループが構成されている。必要に応じて地域を超えた協力・連携もできるよう支援している。

具体的な支援業務は以下の通りであり、医師会の中に設置されている在宅相談ステーションが診療所の連携において、医師会会員の作業負担軽減のため事務作業を担当している。

<具体的な支援業務>

- 月1回のカンファレンスの開催にあたり、共有する患者情報の集約・資料化を実施。
- 診療所医師が出張・学会参加等で不在となる場合の、支援医師の探索・調整、患者情報の共有などの支援を実施。
- 参加医療機関の中で、機能強化型（連携型）在宅療養支援病院・診療所の実績要件を満たすようになった医療機関について、その申請手続きの支援を実施。

② 円滑な情報共有のための入退院支援ガイドブックの作成や情報共有ツールとしての共通のフォーマットの作成

患者さんの生活は入院前から継続し、退院後も続いていくため、在宅の支援者から病院の医療者へ、また、病院の医療者から在宅の支援者へ、患者さんの支援を着実に引き継ぐことができるよう入退院支援ガイドブックを作成している。ガイドブックでは、入退院患者さんの引継ぎに関する以下の項目について、どのような関係機関が協力・連携するのか、どのような患者さん情報を共有するのか、等について詳しく解説している。情報のやり取りに必要な共通のフォーマットも作成して運用している。

<入退院患者さんの引継ぎに関する項目>

- 入退院時の患者さん情報の流れ
- 入院時の引継ぎの流れ（入院前に在宅で各種支援者により支援を受けていた場合）
- 退院時の引継ぎの流れ（退院後、新たに支援が必要と見込まれる場合）

③ 在宅医療に関する啓発（パンフレットの作成）

在宅相談ステーションにおいて、地域住民からの在宅療養に関する相談に対応しており、訪問診療医の決定支援なども行っている。また、パンフレットを作成・配布して、住民に対する周知・啓発を実施している。



豊田加茂医師会の在宅療養相談パンフレット

出典：一般社団法人豊田加茂医師会提供資料