

# 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8年1月25日

厚生労働省

大臣官房審議官（医政、口腔健康管理、精神保健医療、訪問看護、健康、生活衛生、災害対策担当）

榊原 毅

# 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ました。令和7年4月より制度が施行され、本年1月より医療機関からの報告が開始されています。

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、制度の円滑な運用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
- ・ かかりつけ医機能に係る協議の場

## かかりつけ医機能の確保・強化が求められる背景

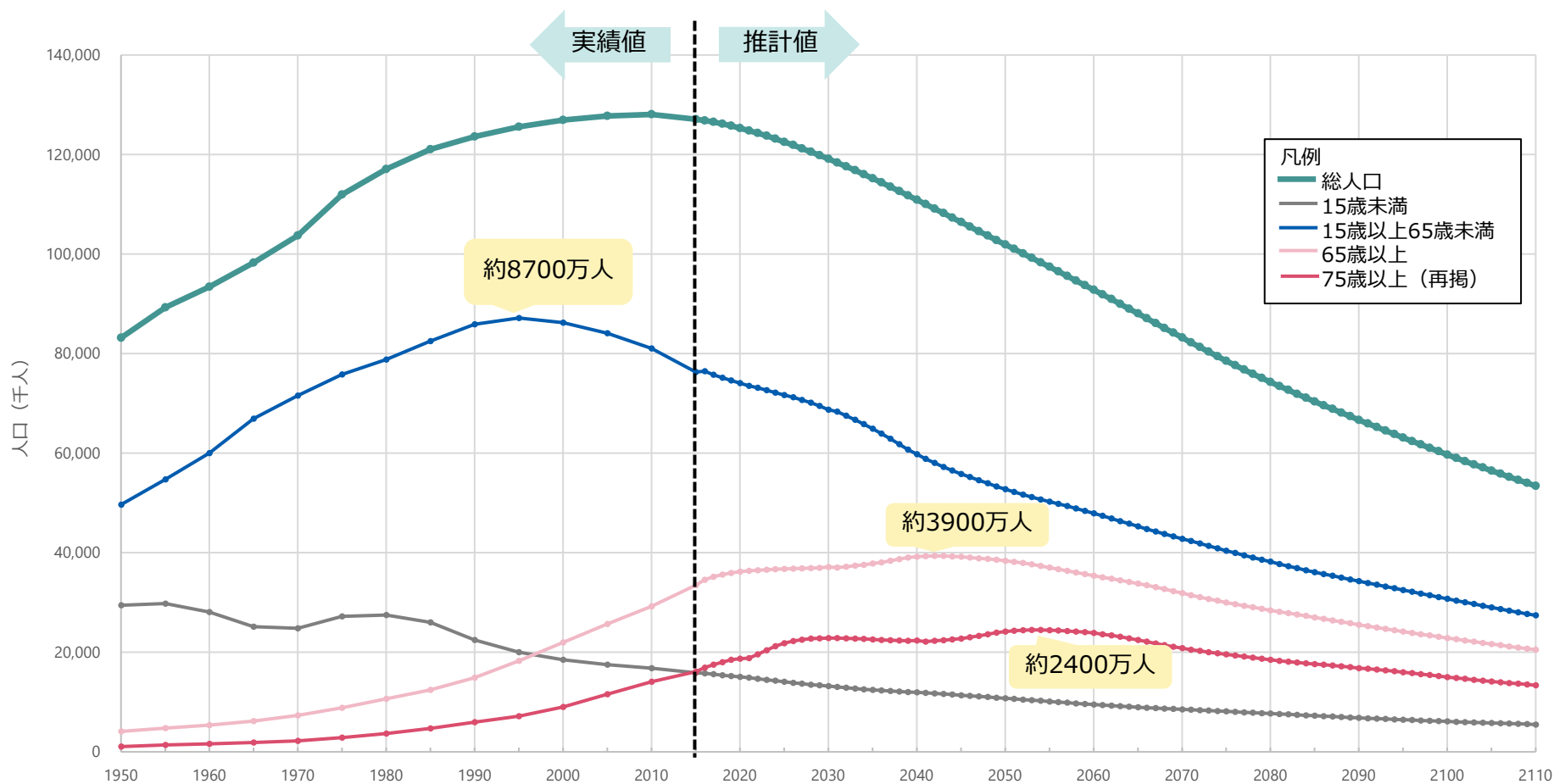
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来

- 我が国の人口動態を見ると、現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢（4区分）別人口の推移と将来推計」「総数、年齢4区分別総人口および年齢構造係数」

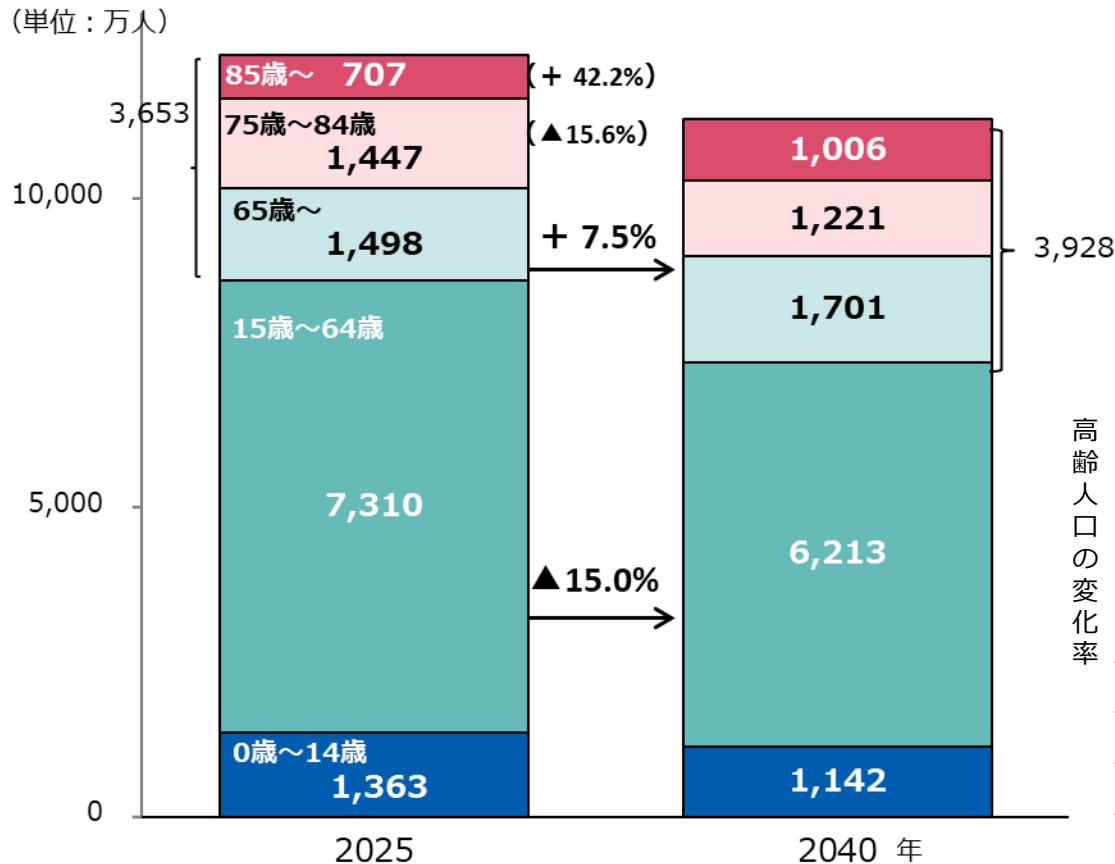
※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。

【出典】第7回第8次医療計画等に関する検討会（令和4年3月4日）

# 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。

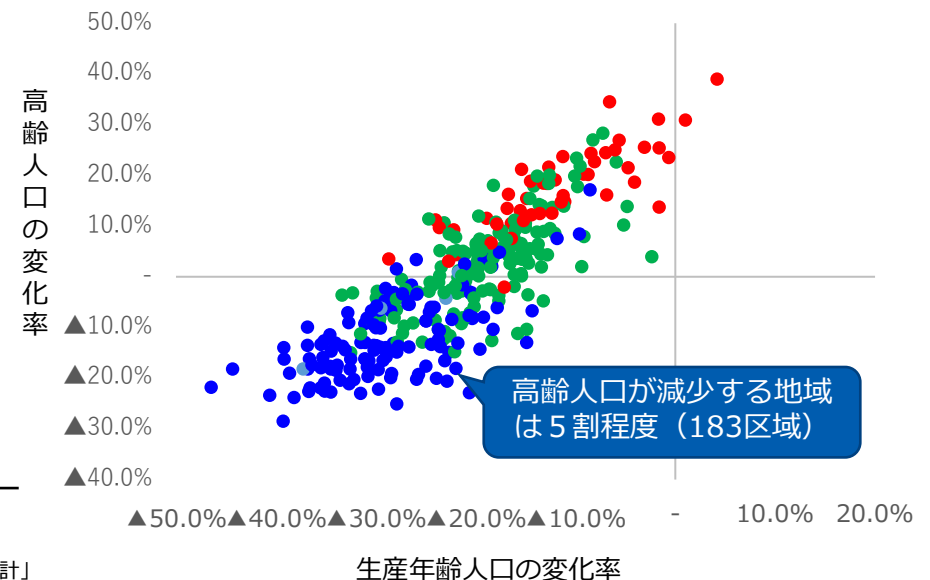
## <人口構造の変化>



## <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/km<sup>2</sup>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/km<sup>2</sup>以上  
 過疎地域型：上記以外

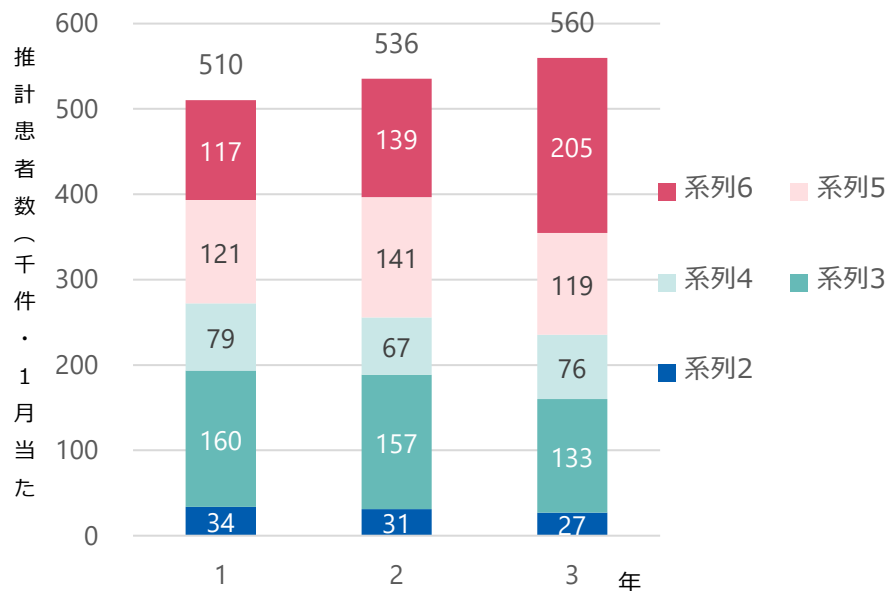


# 2040年の医療需要について

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

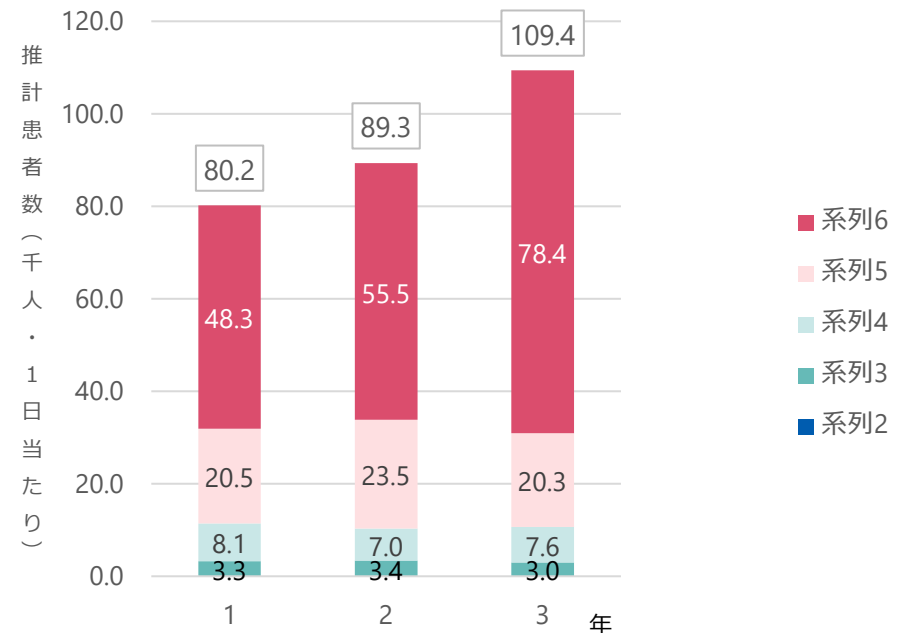
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



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）

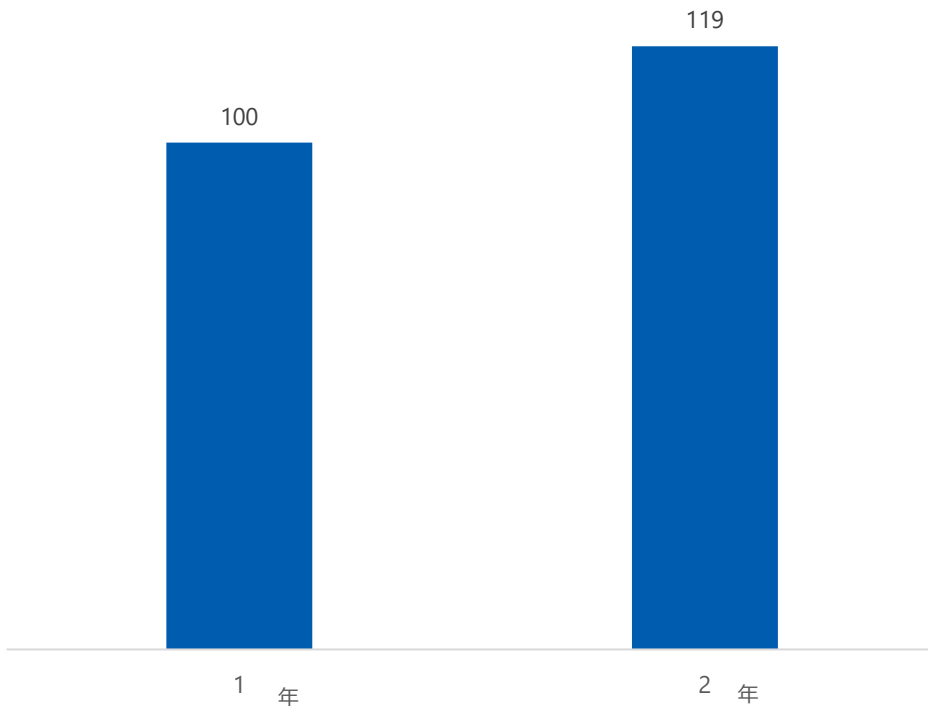
総務省「人口推計」（2017年）

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において推計。

# 入院医療の需要について

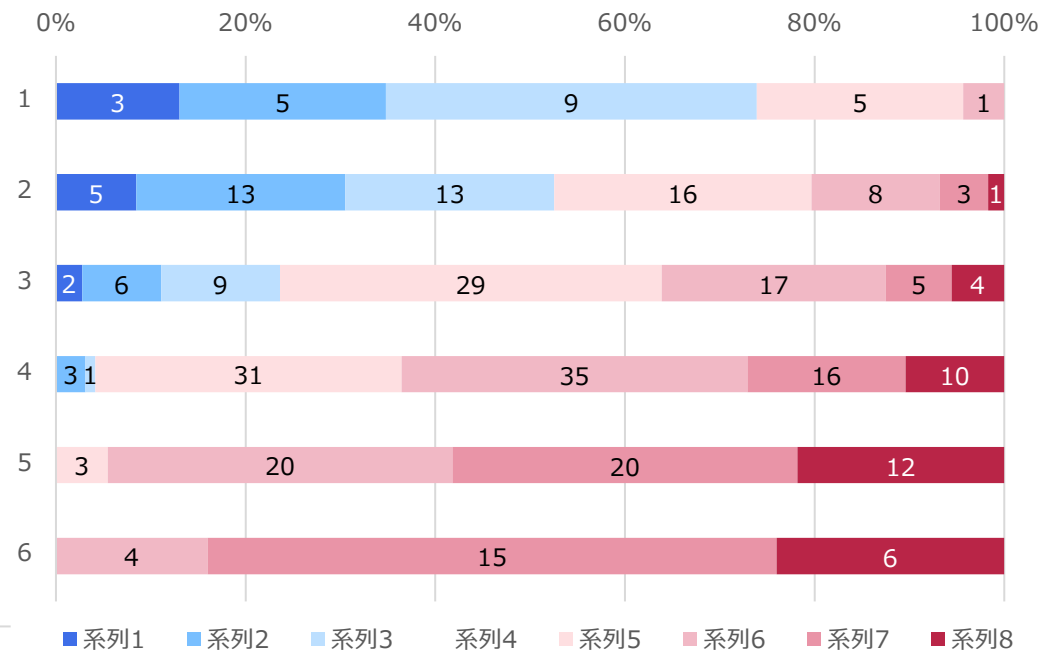
- 2023年から2040年にかけて、年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらなと仮定して推計した場合には、日本全体としては入院患者数は増加する見込みであるものの、圏域ごと人口規模ごとにみると、10万人未満の二次医療圏では半数以上で入院患者数は減少する見込みである。

全国の入院患者数（2023年を100とした場合）



2023年から2040年への入院患者数の増減率別

二次医療圏数（人口規模別）

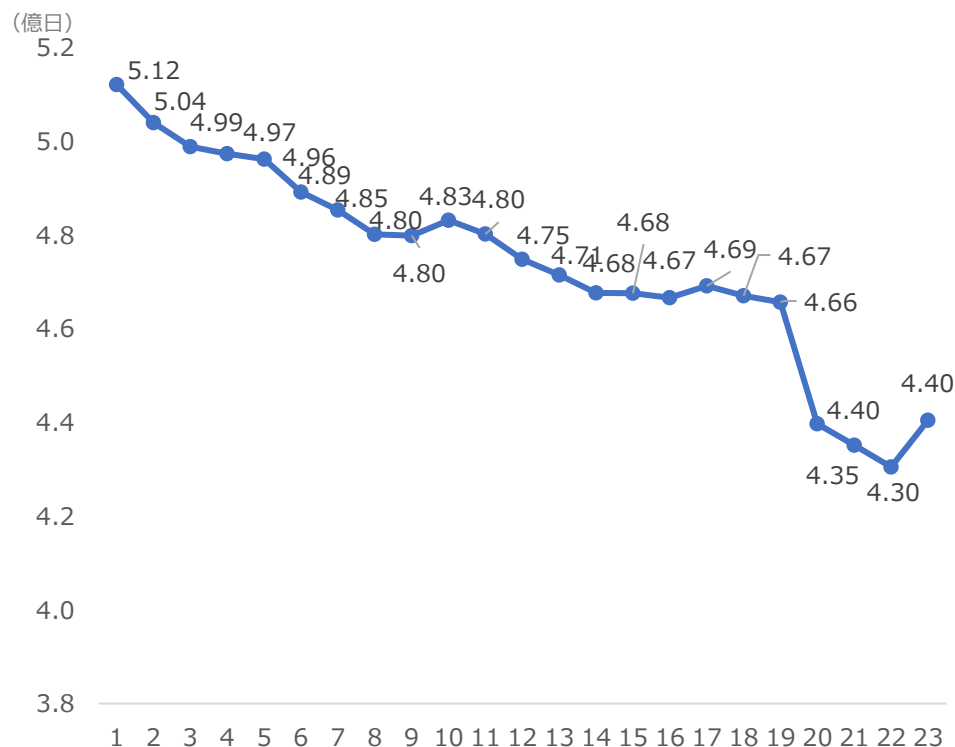


資料出所：2023年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。  
 ※二次医療圏（330圏域）ごとの入院患者数は医療機関所在地ベース。人口規模は2020年国勢調査人口から区分している。

# 近年の入院受療の推移について

入院受診延日数は減少傾向にあり、それに伴い病床利用率も低下している。

## 入院受診延日数の推移

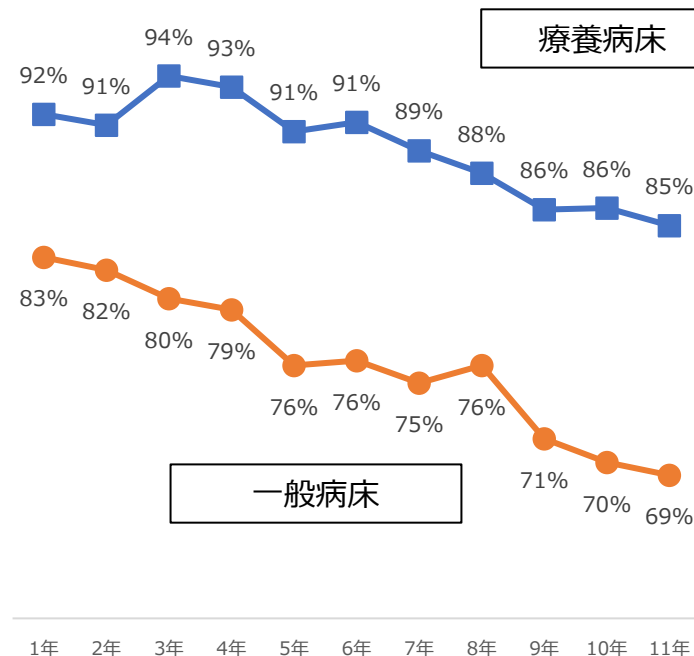


資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2023年度）

※1 労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約98%に相当。

※2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

## 病床利用率の推移



資料出所：厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過の旧療養型病床群の数値である。

※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過の旧その他の病床（経過の旧療養型病床群を除く。）の数値である。

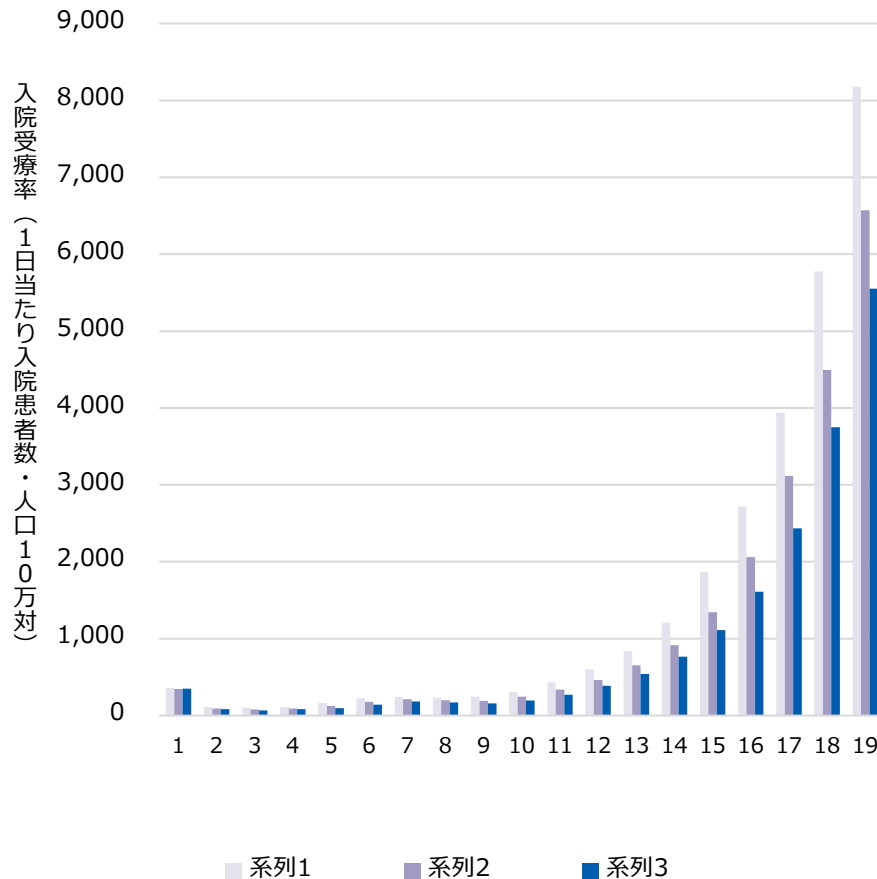
注）2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要



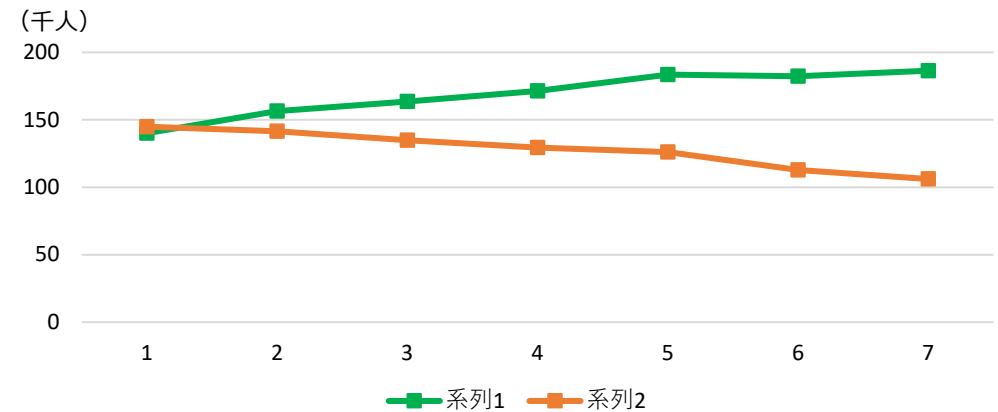
# 入院受療率の低下について

- 例えばがん患者は入院患者数が減少し、外来患者数が増加する等、医療の高度化・低侵襲化、在院日数短縮、在宅医療や外来医療の充実、介護への移行等を背景に、年齢階級別の入院受療率は低下傾向にある。

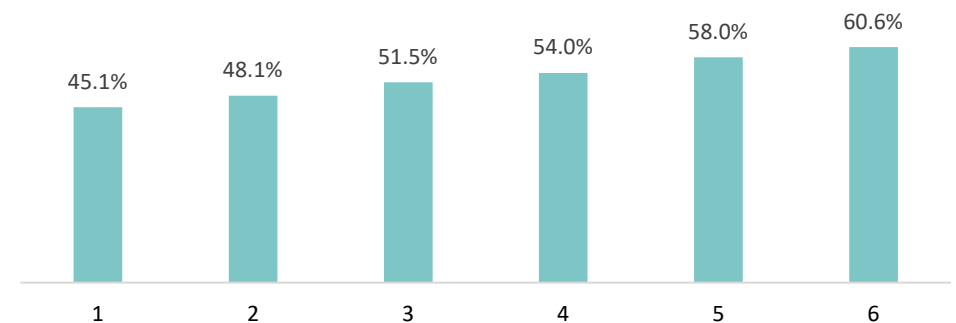
## 一般病床・療養病床における入院受療率の推移



## がん患者数の推移

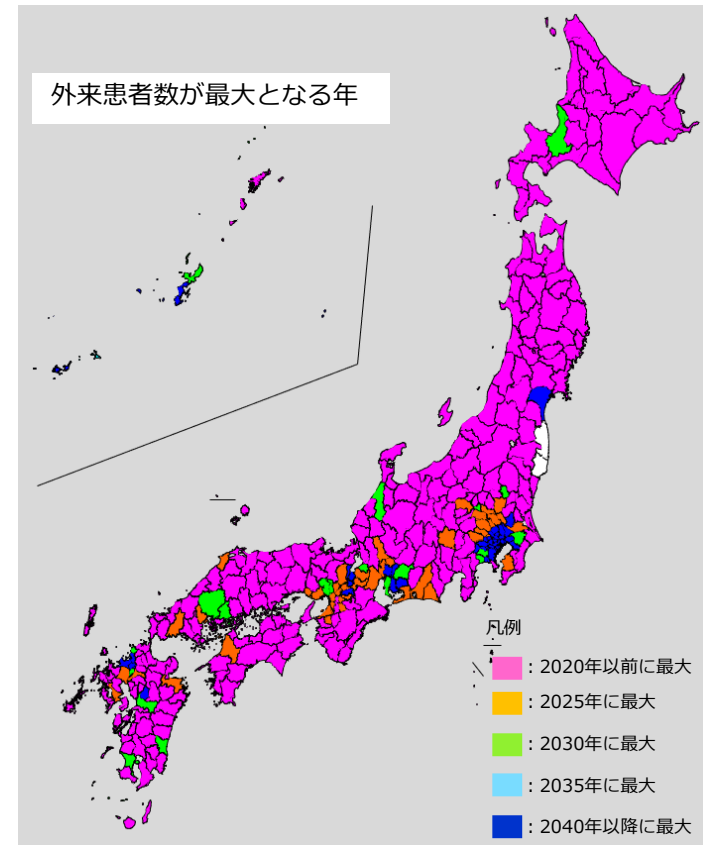
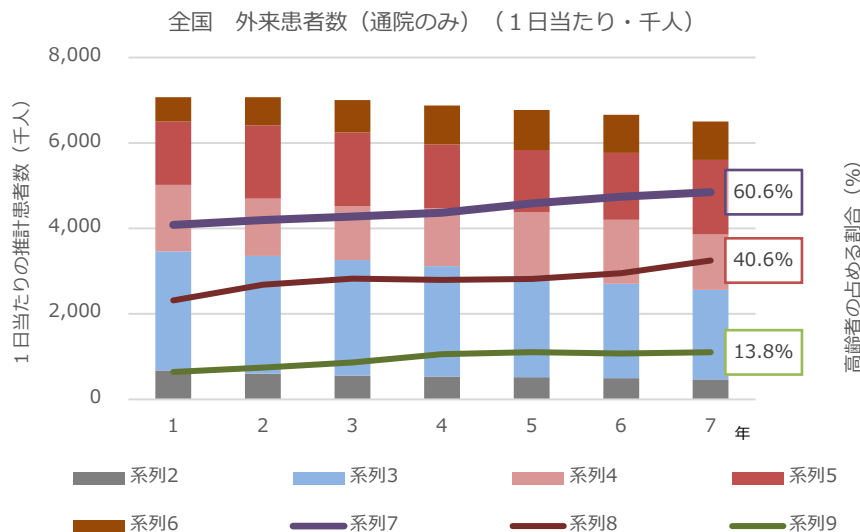
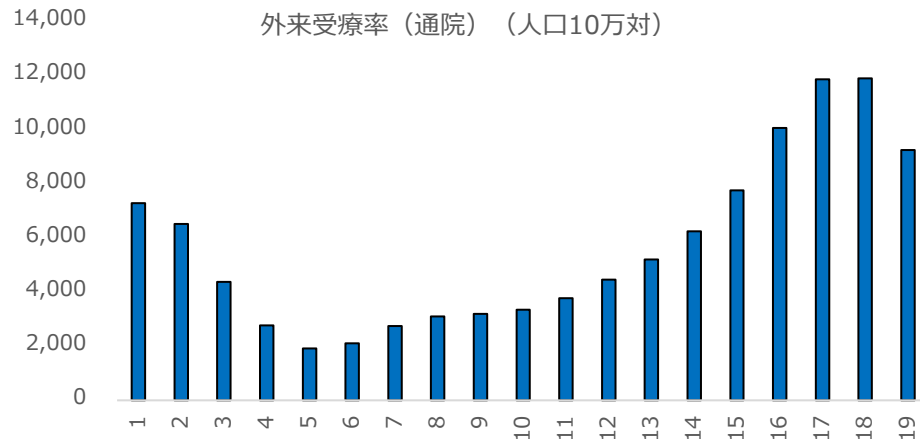


## がん入院患者のうち、入院期間が2週間未満の患者の割合



## 医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに224の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

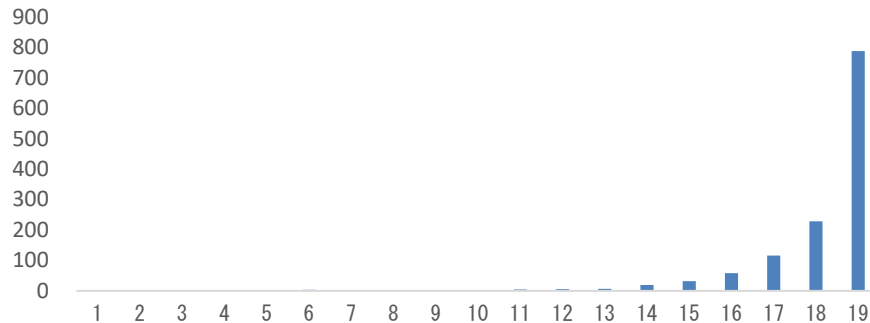
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く328の二次医療圏について集計。

※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。

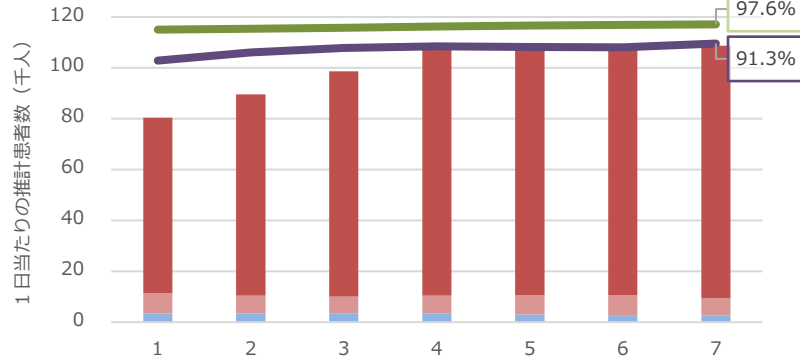
# 医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

訪問診療受療率（人口10万対）

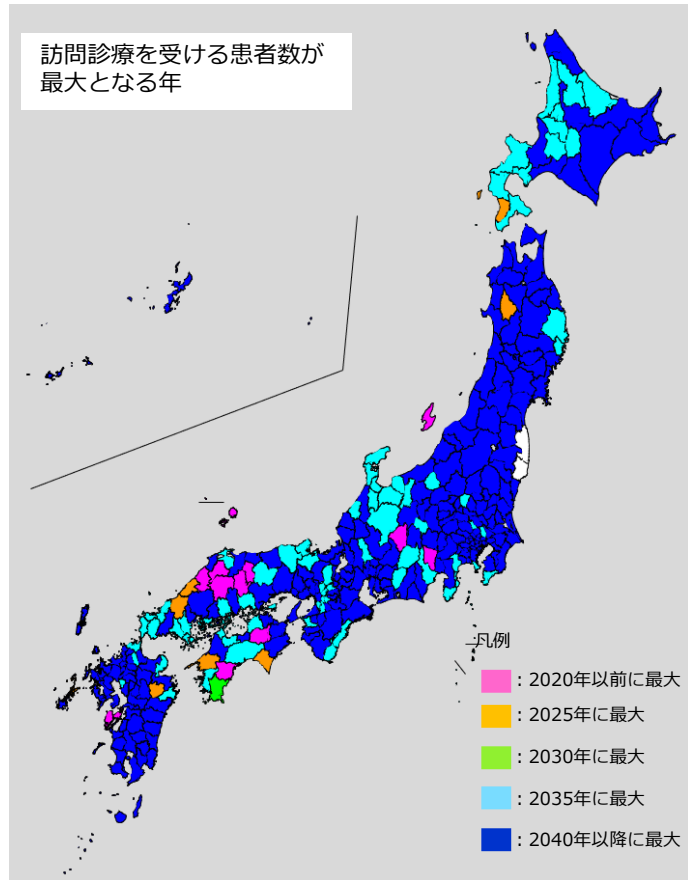


訪問診療利用者数推計



高齢者の占める割合（％）

系列2 系列3 系列4 系列5 系列6 系列7



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

# 人口動態・医療需要・マンパワーの変化の概要

## 人口動態

- 2025年以降、85歳以上を中心に高齢者が増加し、現役世代が減少する。
- 地域ごとに65歳以上の人口が増減し、生産年齢人口が減少する。

## 医療需要

- 全国の入院患者数は2040年ごろにピークを迎える。
- 外来患者数は2025年ごろにピークを迎えることが見込まれ、65歳以上の割合が増加する。
- 在宅患者数は2040年以降にピークを迎え、要介護認定率は85歳以上で高くなることから、医療・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。
- 死亡数は2040年まで増加傾向にあり、年間約170万人が死亡すると見込まれている。

## マンパワー

- 2040年には医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。
- 病院や診療所に従事する医師の平均年齢が上昇しており、60歳以上の医師の割合も増加している。

## かかりつけ医機能報告制度の概要

# 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、令和8年1月より報告開始

## 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取り組まれてきた。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・継続的实施、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。

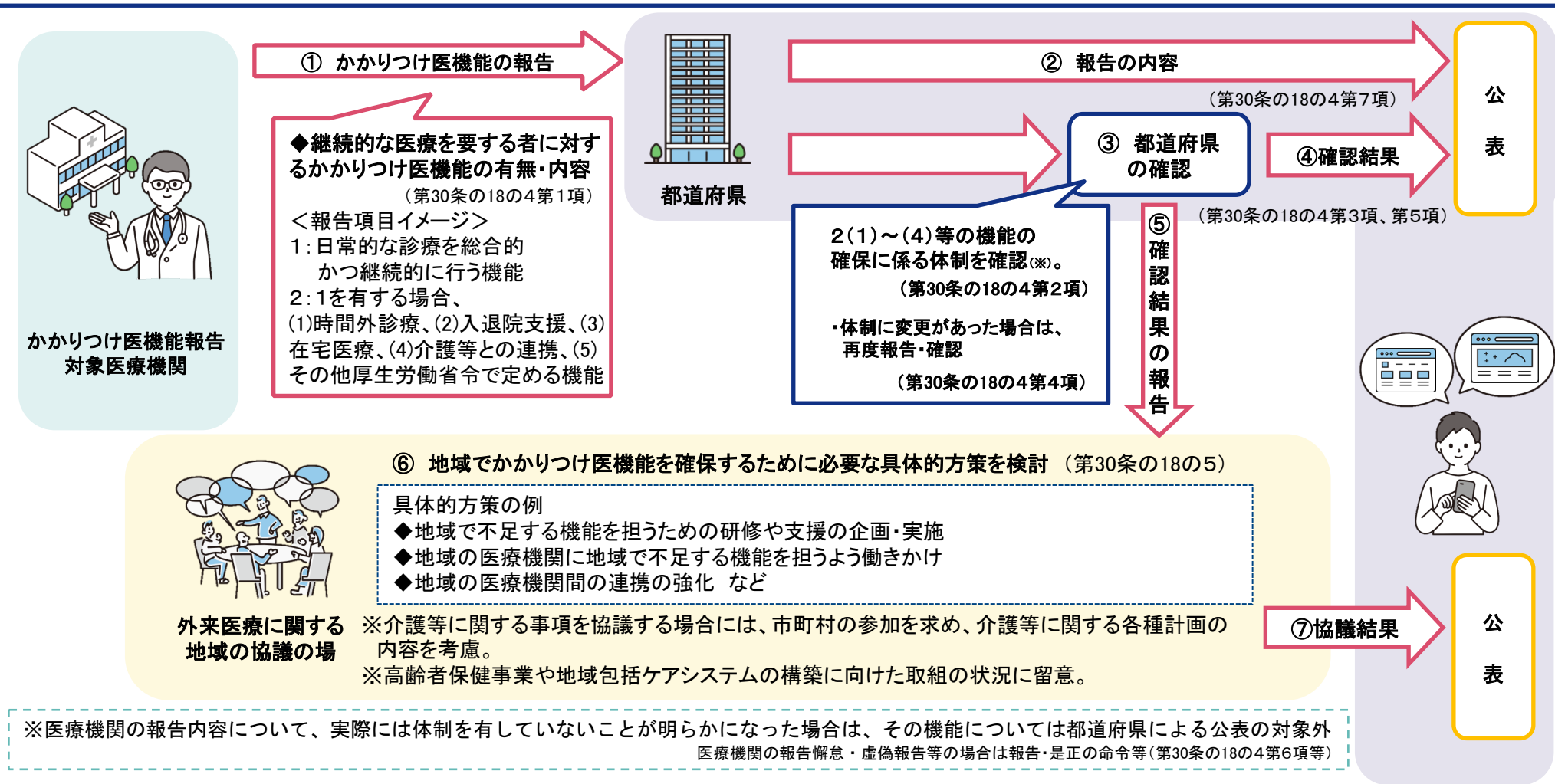
### (3) 患者に対する説明(令和7年4月施行)

- ・ 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。





# 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	
3月	
4月	必要とされるかかりつけ医機能など、 論点の議論
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
	システム改修等の施行に向けた準備
令和7年度	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の概要

各機能に係る政策課題及び報告事項は以下のとおりです。診療時間外における診療体制や後方支援病床の確保状況等について報告いただくこととなっています。

政策課題			報告事項
かかりつけ医機能	1号機能	日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>「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</li> <li>かかりつけ医機能に関する研修の修了者・総合診療専門医の有無</li> <li><u>17の診療領域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も報告する）</u></li> <li>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 等</li> </ul>
	2号機能	(イ) 通常の診療時間外の診療	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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 等</li> </ul>
		(ロ) 入退院時の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>自院又は連携による後方支援病床の確保状況</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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 等</li> </ul>
		(ハ) 在宅医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>自院における訪問看護指示料の算定状況</li> <li>自院における在宅看取りの診療報酬項目の算定状況 等</li> </ul>
		(ニ) 介護サービス等と連携した医療提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li><u>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)</u></li> <li>地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況</li> <li>A C P(人生会議)の実施状況 等</li> </ul>

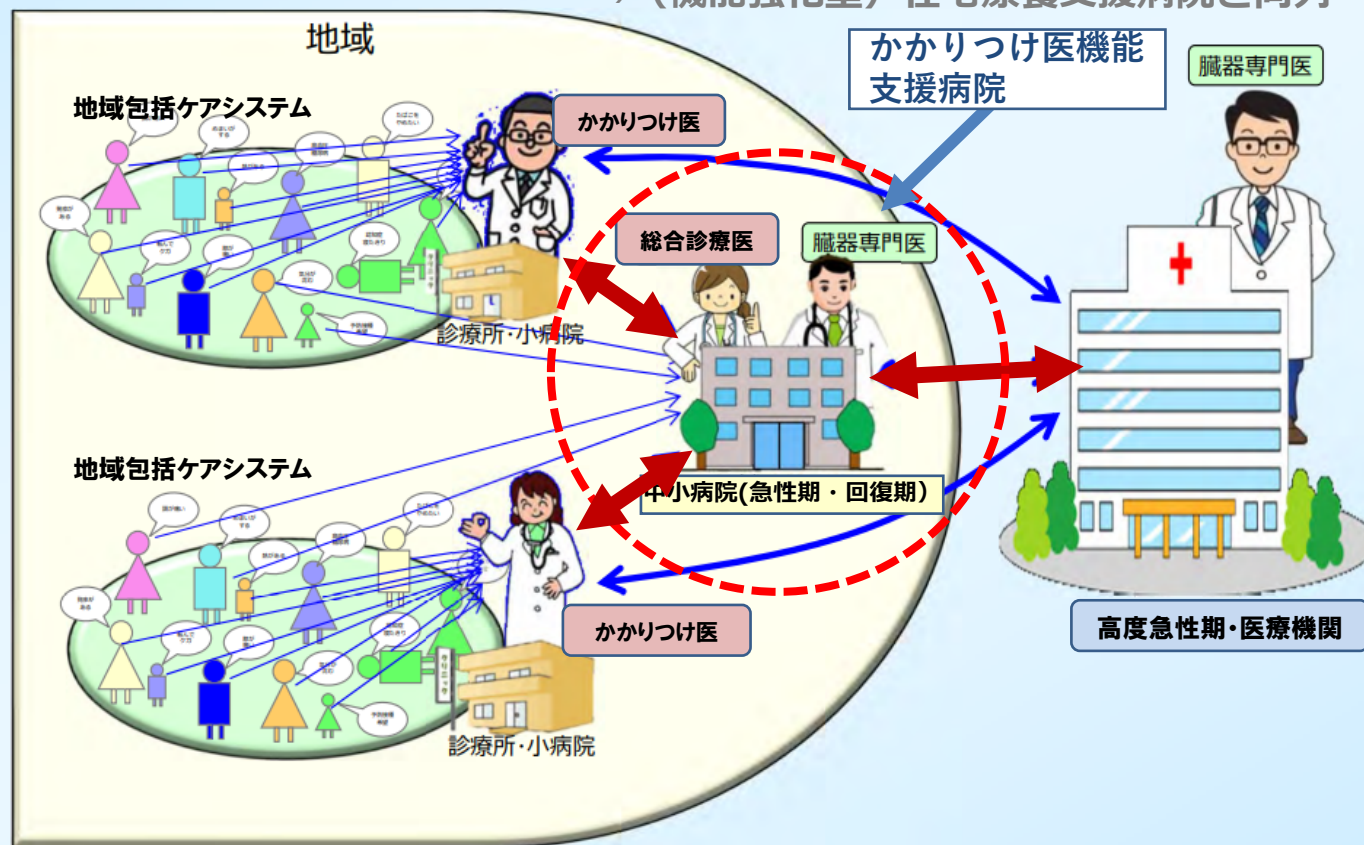
※報告事項の中には、今後対応を行う意向の有無を確認する項目があります。

「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」における構成員プレゼンテーションにおいて、地域の高齢者が入院が必要になった場合において、地域に密着したかかりつけ医機能支援病院の入院機能の活用が重要との意見があった。

令和6年1月24日第3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（織田構成員提出資料）

## 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





「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」における構成員プレゼンテーションにおいて、地域の医療機関におけるかかりつけ医機能の対応状況は様々であり、医療機関同士がどのように連携して地域を面で支えるかを検討することが重要との意見があった。また、地域を面で支えるにあたり、24時間の往診や困難な在宅医療等にも対応するかかりつけ医機能を支える医療機関の役割が重要との意見があった。

令和6年1月24日第3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（大橋構成員提出資料）

## 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

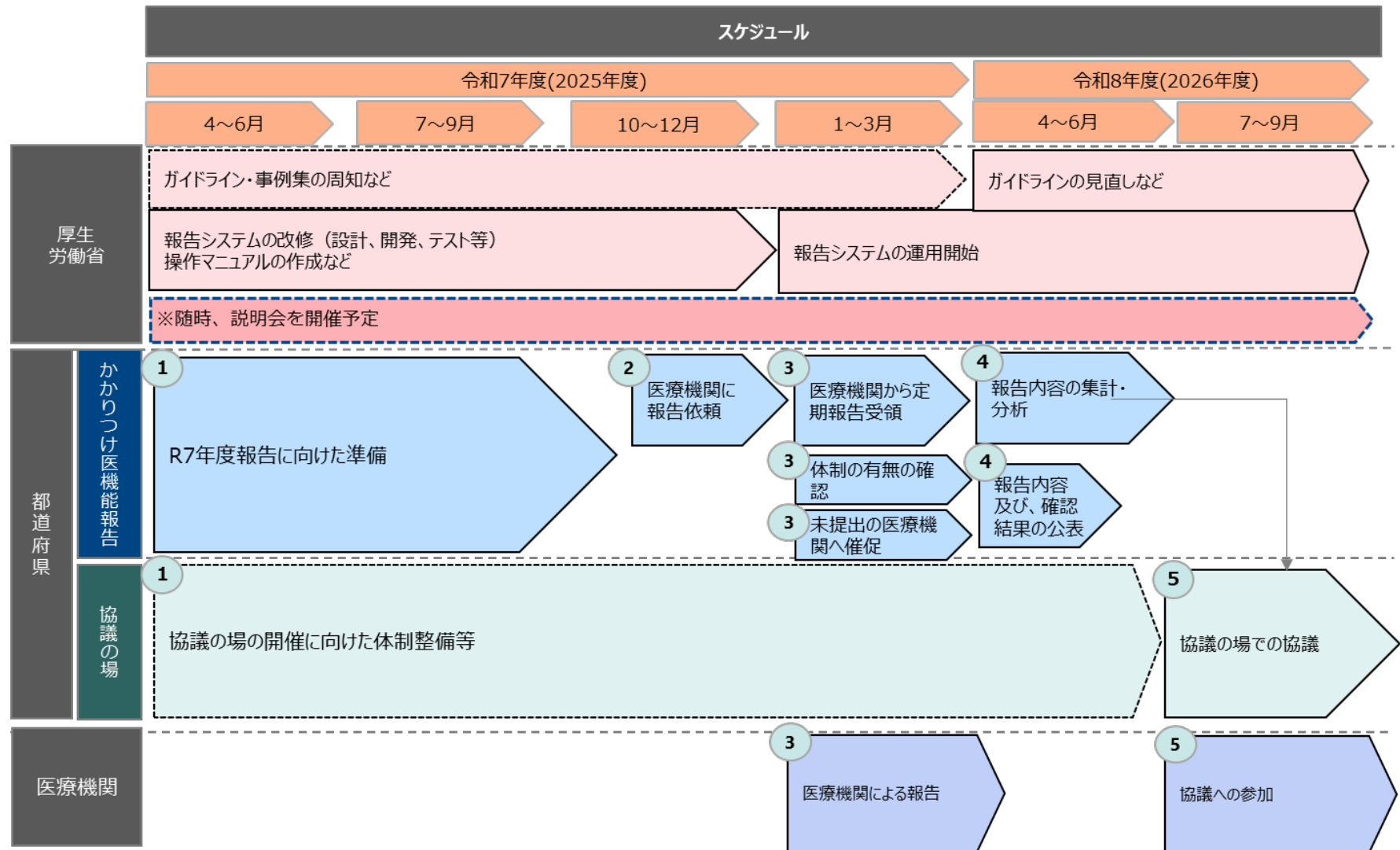
◆ これらに対応できる医療機関は一人の常勤医では現実的に困難

➡ 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？

# かかりつけ医機能報告制度施行後の当面のスケジュール

かかりつけ医機能報告制度施行後の当面のスケジュールは以下のとおりです。



## (参考) かかりつけ医機能の確保に関するガイドラインについて

令和7年6月27日付で「かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン」をお示したところです。本ガイドラインの基本的な考え方及び記載内容等は以下のとおりです。

### 作成にあたっての基本的な考え方

本ガイドラインは、かかりつけ医機能報告制度の法律上の実施主体である都道府県及び分科会とりまとめにおいて積極的な関与・役割を担うこととされた市町村を主な対象としつつ、かかりつけ医機能報告を行い協議に参加する医療・介護関係者が制度の全体像を理解しやすくするもの。

内容については、特に、かかりつけ医機能報告や協議の場に関する内容を中心に記載している。また、ガイドラインの別冊として、協議等を行う際に参考となる取組事例集や医療機関向けの制度周知リーフレット等も併せて発出している。

### 全体の基本構成と主な記載内容

#### 第1章 かかりつけ医機能が 発揮される制度整備

- ・ かかりつけ医機能が発揮される制度整備 など

#### 第2章 かかりつけ医機能報告

- ・ 制度概要
- ・ 年間スケジュール、施行後の当面のスケジュール
- ・ 報告を求めるかかりつけ医機能 など

#### 第3章 住民への普及啓発・ 理解促進

- ・ 住民への普及・周知に向けた関係者の役割 など

#### 第4章 かかりつけ医機能の協 議について

- ・ 協議の場の立上げに向けたポイントや進め方
- ・ 調整役となるコーディネーター
- ・ 具体的な協議イメージ など

#### 第5章 患者への説明

- ・ 説明方法や説明内容 など

#### ガイドラインの別冊

- ・ かかりつけ医機能に関する取組事例集
- ・ その他資料
  - ① 院内掲示様式(例)
  - ② 患者説明様式(例)
  - ③ 医療機関向け制度周知リーフレット
  - ④ 協議に活用する課題管理シート(例)
  - ⑤ 協議の結果の公表シート(例)
  - ⑥ かかりつけ医機能報告制度Q&A集

# (参考) ガイドライン別冊 (かかりつけ医機能に関する取組事例集)

かかりつけ医機能に関連した地域の具体的な取組について、事例集として取りまとめたものです。

## かかりつけ医機能に関する 取組事例集 (第1版)

厚生労働省医政局総務課  
令和7年6月

(福井県)

以上：6.0% (令和6年1月1日時点)

県

tsu/tainshien.html  
f.fukui.lg.jp

は取り組まれていたが、医療機関や地域で

し、全県統一の入退院支援ルールを策定し

退院時の情報提供率の向上につながった。

ている割合：約8割→約9割

理解が深まり、信頼関係が構築され、互い

護報酬上の評価・加算につながった。

の流れを調整・議論した。

り組むことを確認。

言。

を経て、入退院時の医療介護連携に関する現状  
を実施。その中で、市町や医療圏をまたぐ入退院  
必要があるとの意見があった。

出た現場の意見を踏まえた上で、圏域代表者会

支援開始の連絡

福井県医師会

者の場合」に分けて  
整理。

・(右図は「A:入院  
前にケアマネジャーが  
いる患者の場合」)



## 活用方法

本事例集は、地域におけるかかりつけ医機能に関連する取組の事例をまとめたものです。

本資料は以下のような観点で作成しています。

- ・ 協議の課題と解決策：協議の場で取り上げられる具体的なテーマや課題、それに対する解決策の事例の提示
- ・ 行政や医療機関の取組事例：実際に取り組まれている具体例を挙げ、実践的な参考情報の提示
- ・ 協議の場の議題設定や調整の参考情報：地域の関係者との調整や協議の場の議題を設定する際に役立つ情報の提示

各都道府県におかれては、地域関係者との協議の場において具体的な方策を検討するにあたり、適宜ご参照ください。



## (参考) 地域における取組事例① (入退院支援の場合の例)

事例集では以下のような各地域の取組についてお示ししています。

### 事例集 (例) (和歌山県の取組事例)

#### 1. 地域密着型協力病院の指定などによる後方支援体制の構築 (和歌山県)

(基本情報)

総人口・高齢者割合	913,297人 ・ 65歳以上：33.6% 85歳以上：6.5% (令和6年1月1日時点)
面積	4724.66km <sup>2</sup> (令和6年10月時点)
取組開始時点	平成28年度～現在
取組に関するホームページ	<a href="https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/050100/iryokeikaku/keikaku_d/fil/5syousetu.pdf">https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/050100/iryokeikaku/keikaku_d/fil/5syousetu.pdf</a>
担当部署連絡先	和歌山県 医務課 (073-441-2604)

背景課題

- 県では、在宅医療需要の増加が見込まれる中、安定的に在宅医療を提供するため、わかやま在宅医療推進安心ネットワークを推進しているところ。
- 取組の中心となる機関として、平成27年度より県が主体となり、在宅医療サポートセンターを設置。

取組概要

- わかやま在宅医療推進安心ネットワークの1つとして後方支援病院ネットワークを推進。
- 具体的には、かかりつけ医からの要請に応じ急変時等に在宅療養患者を受け入れる後方支援の役割を担う病院として、「地域密着型協力病院」を県が指定。
- 地域密着型協力病院が急性期とのつなぎ、在宅への退院支援、入院・往診などを通してかかりつけ医を支援。

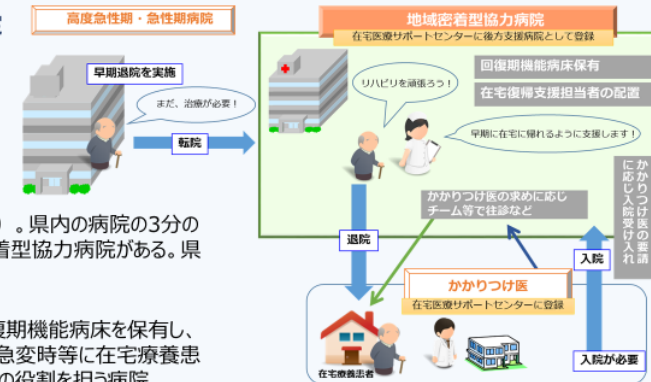
効果

- かかりつけ医からの依頼に応じて、地域密着型協力病院が患者の入院受け入れや、訪問診療等、治療方針の相談などにスムーズに対応できる体制を推進。

#### 主な取組内容

##### ■ 地域密着型協力病院の指定

- 県は、地域密着型協力病院の指定等により、後方支援病院ネットワーク等を後押し。在宅医療を推進するとともに、地域医療構想実現に向けて病床機能の分化を推進するため指定。
- 27病院を指定 (R6.12.31現在)。県内の病院の3分の1程度で各圏域に1つは地域密着型協力病院がある。県が指定に向けた働きかけ。
- 地域密着型協力病院：在宅医療を推進するため、回復期機能病床を保有し、かかりつけ医からの要請に応じ急変時等に在宅療養患者を受け入れる後方支援機能の役割を担う病院。



- 公的・民間を問わず、以下の要件を満たす病院を県が独自に“地域密着型協力病院”として指定

##### 地域密着型協力病院の要件等

###### 主な指定要件

- ① 回復期機能病床の保有
  - ② 急変時における在宅療養患者の入院受入※
  - ③ 在宅復帰支援(退院支援)担当者の配置
  - ④ チーム等で訪問診療・往診又は訪問看護実施
  - ⑤ 専門相談の実施
  - ⑥ 在宅医療に関する研修の実施
- ※かかりつけ医からの入院要請に応じて実施

###### 病院のメリット

- ① 県が実施する退院支援看護師研修の優先受講
- ② 県立医科大学が実施する特定行為研修の受講支援

## (参考) 地域における取組事例① (入退院支援の場合の例)

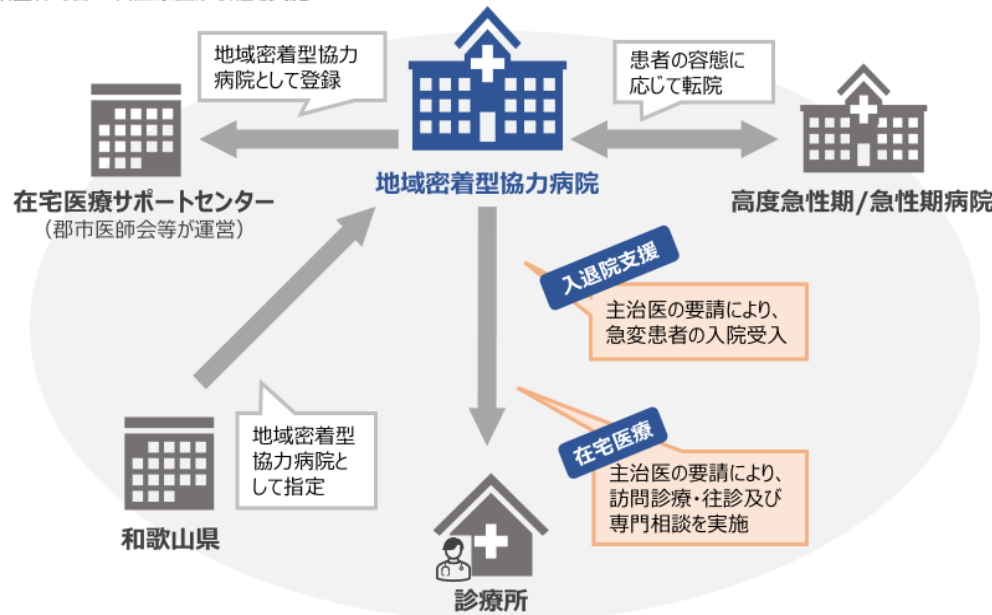
事例集では以下のような各地域の取組についてお示ししています。

### 事例集 (例) (和歌山県の取組事例)

#### 地域のかかりつけ医機能イメージ

##### エリア：二次医療圏単位

※県全体で各二次医療圏が取組を実施



#### 関係者の主な役割

和歌山県	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域密着型協力病院の指定</li> </ul>
地域密着型協力病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>高度急性期病院/急性期病院と在宅のつなぎ役(リハビリなど)</li> <li>診療所からの依頼に応じ、患者の入院受入れや訪問診療等、技術的支援実施</li> </ul>
在宅医療サポートセンター	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域密着型協力病院等の後方支援病院の登録・紹介</li> <li>訪問診療を実施する医師の登録・紹介</li> <li>医療・介護職等からの相談窓口を設置</li> <li>研修など多職種連携体制構築</li> <li>在宅医療等の普及啓発の実施</li> </ul>
診療所	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問診療、往診を実施</li> <li>地域密着型協力病院をはじめとする後方支援病院への入院要請</li> </ul>

## (参考) 地域における取組事例② (入退院支援の場合の例)

事例集では以下のような各地域の取組についてお示ししています。

### 事例集(例) (大阪府豊中市の取組事例)

#### コーディネーター等と協働し地域の自主的な活動推進(大阪府豊中市)

(基本情報)

総人口・高齢者割合	399,674人 ・ 65歳以上：26.1% 85歳以上：4.9% (令和6年1月1日時点)
面積	36.39km <sup>2</sup> (令和6年10月時点)
取組開始時点	平成18年4月1日～現在
取組に関するホームページ	<a href="https://www.city.toyonaka.osaka.jp/kenko/kenko_hokensei/chikiiryu_suishin/tiikiki.html">https://www.city.toyonaka.osaka.jp/kenko/kenko_hokensei/chikiiryu_suishin/tiikiki.html</a>
担当部署連絡先	豊中市健康医療部医療支援課 06-6152-7309

#### 背景課題

- 高齢化とともに在宅医療需要が高まる中、今後はニーズに応じた訪問診療の提供が困難になることが想定される。
- 患者の急性増悪時に在宅医が入院先を探す際に手間がかかっていた。
- 病院からの退院時、病院が在宅医を探す際に手間や時間がかかり、在院日数が伸びていた。

#### 取組概要

- 豊中市地域医療基本方針を策定し、病床の効率的な活用、質の高い医療の確保、持続可能な医療体制の構築に取り組むとともに、市民の役割としてかかりつけ医等を持つことを掲げている。
- 医療・介護関係団体が参加する「虹ねっと連絡会」を立ち上げ、医療・介護の連携等について協議。医師会を中心に介護関係者等を特に意識的に巻き込み、自主的な活動を促進。
- 在宅医療・介護連携支援センター運営事業は、医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護ステーション連絡会に委託し、各団体のコーディネーターが会議・研修会等の企画・運営を担当。委託元である市と事前打ち合わせを行い、会議の進行ポイントなどをコーディネーターが整理し、参加者から忌憚のない意見を引き出し活発な協議につなげている。
- 在宅医をグループ化するとともに、在宅医グループを支える医療機関・関係団体の一覧を作成。在宅医グループへの受入手順を整備中。
- 病床の有効活用・在宅医の負担軽減を目的にサブアキュート空床情報提供システムを運用。

#### 効果

- 入退院時等の連携を円滑に行うことで、機能分化を図り、医療の質を確保することができる。

#### 主な取組内容

##### ■豊中モデル：在宅医グループの構築とバックアップ体制の構築

- 在宅医グループの医師を、他科診療所の医師、多職種、サブアキュート病床を持つ病院が支えるバックアップ体制を構築。



##### サブアキュート病床を持つ病院・有床診療所

- 在宅療養中の患者が入院加療が必要になった時に受け入れていただける病院(病-診連携)
- サブアキュート空床情報提供システムに掲載



##### 多職種(歯科医・薬剤師・訪問看護師など)

- 医師の求めに応じて在宅療養中の患者のサポートをする
- 地域でサポートができる薬局や訪問看護ステーションの情報提供



##### 他科診療所の医師

- 訪問診療はしていないが在宅医グループ内にない診療科をサポートする。(例えば、精神科、皮膚科など)
- 訪問診療が必要になった患者がいれば、在宅医グループの医師に依頼する。(診-診連携)



##### 在宅医グループの医師

- 外来と訪問診療を両輪で行っている医師をグループ化しグループ内でそれぞれを支える。
- 地域で訪問診療を行っていない診療所の医師から訪問診療を求められた時に対応する。(診-診連携)

##### ■サブアキュート空床情報提供システム

- 市内の病院及び有床診療所が、サブアキュート病床の空き状況をクラウド(Googleスプレッドシート)に入力し、診療所側がリアルタイムで空床情報を閲覧することができるシステム。
- 豊中市保健所がシステム管理。
- Googleスプレッドシートの活用のため、施設側の経費等がかからず、参加ハードルが低い。

病院・有床診療所側には、原則1日1回以上更新するようにお願いしています。  
・空床状況に変更のない場合も更新日時のみ変更をお願いします。

現在(R6.9.12)は、この欄に特記事項を記載できる欄を新たに設けています。

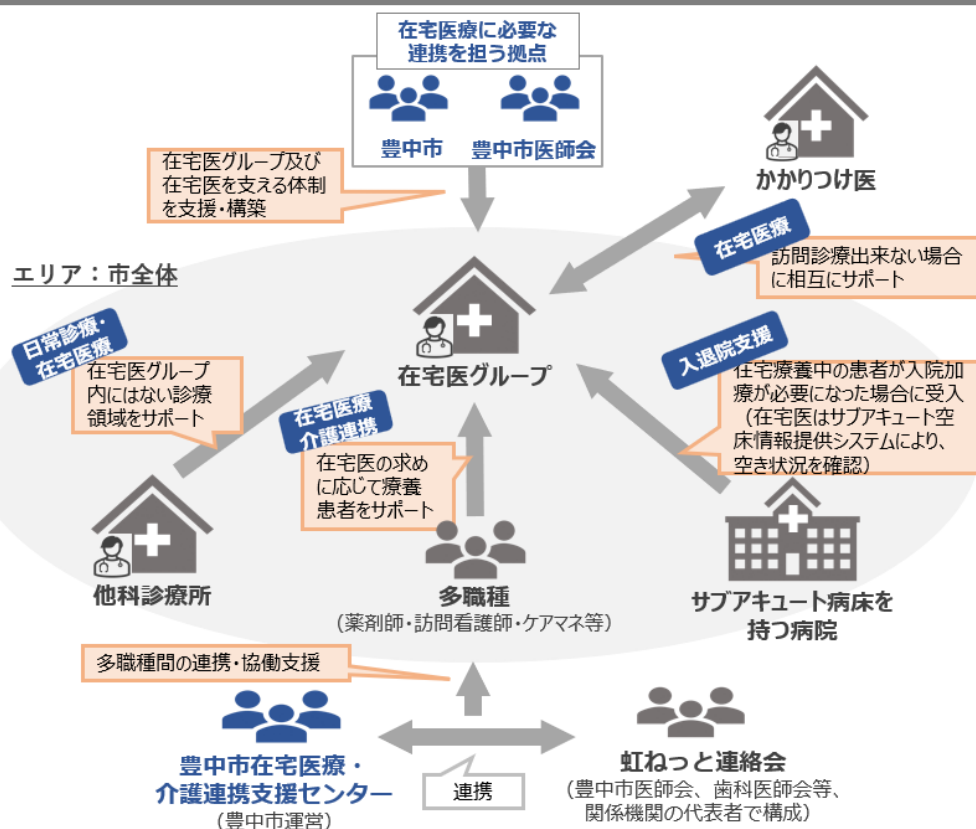
・保健所と自身の病院(有床診療所)のみが編集できるようにシート毎に権限を設定します。  
・閲覧者側は、閲覧シートだけでなく、病院用シートも閲覧することが可能です。

## (参考) 地域における取組事例② (入退院支援の場合の例)

事例集では以下のような各地域の取組についてお示ししています。

### 事例集(例) (大阪府豊中市の取組事例)

#### 地域のかかりつけ医機能イメージ



#### 関係者の主な役割

在宅医療・介護連携支援センター運営事業(豊中市)	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療・介護スキル向上に向けた取組(研修会等)</li> <li>在宅・病院・施設の切れ目のない提供体制の構築に向けた取組</li> <li>地域で取れる基盤づくりの取組</li> <li>ICTを取り入れた情報共有の取組</li> <li>医療・介護関係者の相談窓口</li> </ul>
虹ねっと連絡会	<ul style="list-style-type: none"> <li>医介連携を推進する上で課題となっていることを検討</li> <li>現場で抱えている課題を参加機関の代表者同士で検討</li> </ul>
在宅医療に必要な連携を担う拠点(豊中市・豊中市医師会)	<ul style="list-style-type: none"> <li>豊中市・豊中市医師会が共同して連携の拠点を担う</li> <li>在宅医グループ及び在宅医を支える体制を支援・構築等</li> </ul>
サブアキュート病床を持つ病院・有床診療所(かかりつけ医機能を支援する医療機関)	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養中の患者が入院加療が必要になった際に、在宅医の要請に応じて受入</li> <li>サブアキュート空床情報提供システムに掲載</li> </ul>
在宅医(診療所/かかりつけ医機能を有する医療機関)	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来と訪問診療を実施している診療所を在宅医グループとして、グループ化し、相互にサポート</li> <li>在宅患者の急変時、空床情報提供システムにより、病床の空き状況を確認し、病院・有床診療所に対して入院受入を依頼</li> </ul>
他科診療所(診療所/かかりつけ医機能を支援する医療機関)	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医の専門外の症状が発生した際に、在宅医をサポート</li> <li>自院の患者で訪問診療が必要になった際には、在宅医に依頼</li> </ul>
多職種	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医の求めに応じて在宅療養中の患者のサポート</li> </ul>





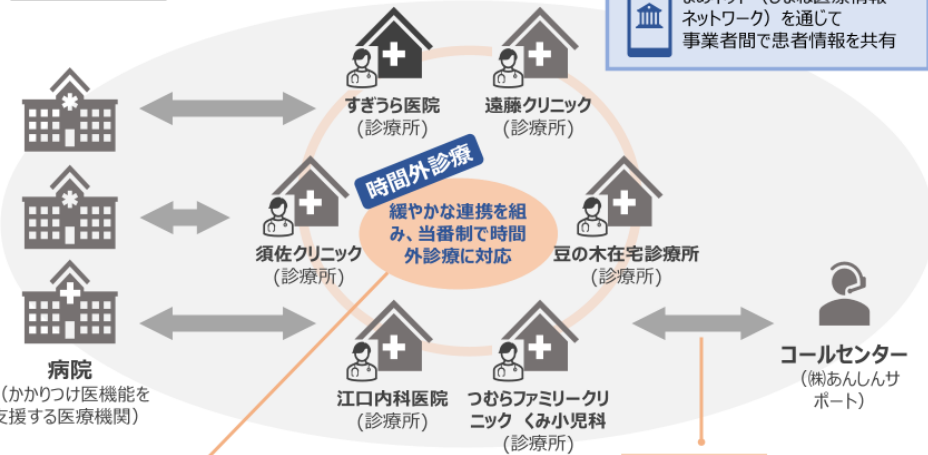
## (参考) 地域における取組事例③ (在宅医療の場合の例)

事例集では以下のような各地域の取組についてお示ししています。

### 事例集 (例) (島根県：すぎうら医院等の取組事例)

#### 地域のかかりつけ医機能イメージ

エリア：出雲市



#### 関係者の主な役割

6診療所 [機能強化型(連携型)在宅支援診療所]	<ul style="list-style-type: none"> <li>各診療所の医師がその他の診療所と非常勤契約を結び、時間外診療を当番制で担当</li> <li>平時は、まめネットを通じてお互いの患者カルテを閲覧し、緊急時は電話やSNS等で担当医に連絡</li> <li>時間外における連絡先電話番号を一元化するため共同でコールセンターに委託</li> </ul>
コールセンター	<ul style="list-style-type: none"> <li>時間外の電話受付業務を受託</li> <li>電話受付は看護師等の有資格者が担当</li> <li>緊急性に応じて、当番医や患者主治医へ連絡</li> </ul>
病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養中の患者が入院加療が必要になった際に、主治医の要請に応じて受入</li> </ul>



- 診療所間の契約ではなく、**各診療所と各他診療所医師との契約**を締結
- 各医師は、他5つの診療所と非常勤契約を締結
- 各医師は**ローテーション**を組み、休日・夜間の時間外診療に対応
- 患者からの電話は**コールセンター**が受付
- コールセンターからの連絡を受けた当番医は、当該患者が通う診療所の非常勤医として、往診を実施

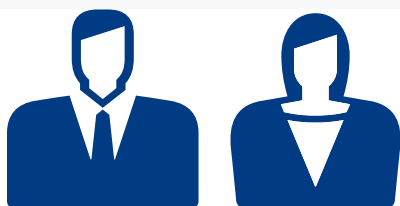


# (参考) かかりつけ医機能報告マニュアルについて (都道府県用／医療機関用)

令和7年12月19日 かかりつけ医機能報告制度に係る自治体向け説明会資料(第5回) (一部改)

- かかりつけ医機能報告を行う際に参照するマニュアルは、11月4日に厚生労働省から都道府県に対し、医療機関用及び都道府県用の各種マニュアルを発出しております。
- 医療機関用マニュアルについては以下の厚生労働省HPにも公開済ですので、適宜ご確認ください。  
([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_67633.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67633.html))

## 都道府県用マニュアル



- ① **【都道府県用】 かかりつけ医機能報告マニュアル**  
毎年度の定期報告に係る都道府県の一連の基本的な業務の流れを簡潔にまとめたマニュアル。  
G-MISで定期報告業務を実施する際は、基本的にこちらのマニュアルをご参照ください。



- ② **【都道府県用】 かかりつけ医機能報告マニュアル (G-MIS操作編)**  
G-MIS操作手順についての詳細を記載し、システム上の各種仕様についての留意点等の解説を記載したマニュアル。  
G-MISの詳細な内容を確認する際には、必要に応じてご参照ください。

## 医療機関用マニュアル



- ③ **【医療機関用】 かかりつけ医機能報告マニュアル**  
医療機関がかかりつけ医機能報告を行う際に参照できる、基本的な事項について簡潔に分かりやすくまとめたマニュアル。  
毎年度の定期報告の際には、基本的にこちらのマニュアルを参照して実施いただくことを想定。



- ④ **【医療機関用】 かかりつけ医機能報告マニュアル (G-MIS操作編)**  
医療機関がかかりつけ医機能報告を行う際にシステムの詳細な仕様について確認が必要となった場合に活用するマニュアル。  
※③において基本的な事項はまとめられていますので、④はG-MISの詳細情報について確認したい場合にのみ適宜ご参照いただくことを想定。

## かかりつけ医機能に係る協議の場

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare



# 協議の場の進め方のイメージ

協議の場の進め方のイメージです。

## 協議前

### 地域の医療関係者等との関係構築

- 都道府県は市町村と連携し、日頃から地域の医療関係者等との顔の見える関係を構築し、地域医療や介護の状況についてを把握しておく。

### 協議に向けた枠組みの整理

- 「協議の場」の圏域は、都道府県が市町村と調整して決定し、協議するテーマに応じて設定する。
- 協議の場の参加者については、協議するテーマに応じて、都道府県が市町村と調整して決定する。

### 地域の現状分析及課題の整理

- 都道府県は市町村と連携し、地域におけるかかりつけ医機能の確保状況や課題等について把握を行う。
- かかりつけ医機能報告から得られるデータに加えて、介護に関するデータも活用しながら、地域におけるかかりつけ医機能の確保状況を総合的に把握する。

## 協議

協議課題ごとに、以下の①～⑥を繰り返しながら、各地域において不足するかかりつけ医機能を確保していく。

### ① 地域の現状の把握と共有

地域のかかりつけ医機能の確保に係る現状と今後の見通しについて、関係者で現状認識を共有する。

### ② 地域で目指すべき姿の共有

目指すべき姿を関係者で共有する。

### ③ 解決すべき地域の課題

目指すべき姿を踏まえ、地域が抱えている課題を共有し議論する。

### ④ 原因の分析

②と③について、関係者の立場ごとにその原因を考え、意見を出し合う。

### ⑤ 方策と役割分担の決定

③と④を踏まえ、具体的方策と役割分担について議論。地域の医療資源などを踏まえて、取組の優先順位等を検討。

### ⑥ 方策により期待できる効果と検証

⑤の結果得られた効果について、次回の協議の場で議論・検証。

## 協議後

### 協議結果の公表

- 都道府県において、住民や医療・介護関係者等がわかりやすいよう、協議結果を公表する。

### 定期的な検証

- 協議の場で取り組むこととされた具体的方策の効果や、当該方策を実施した後の課題について検証する。

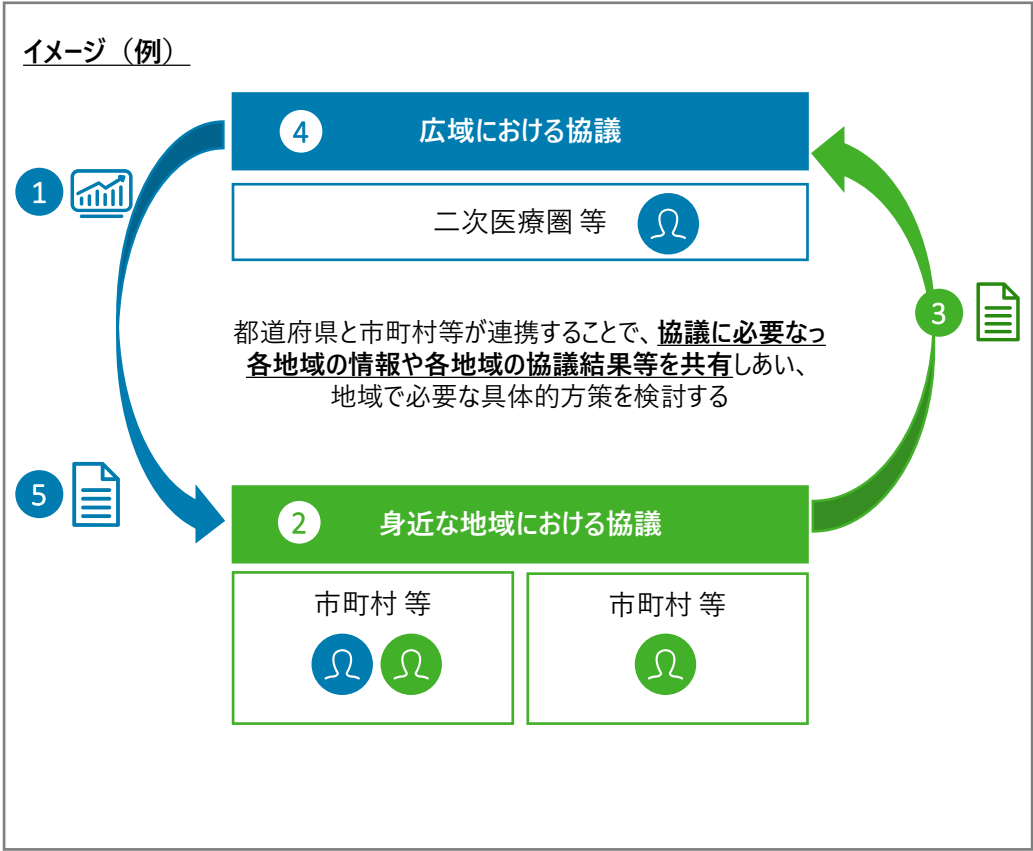
※かかりつけ医機能の協議に資するよう、圏域ごとの人口構成や医療機関数等の基礎データ、地域の医療機関に関するデータ等のデータブックを作成し、参考となる指標を示す予定。各地域の実情に応じて指標を設定する際に参照されたい。

# かかりつけ医機能に係る協議の場の進め方について（例）

令和7年12月19日 かかりつけ医機能報告制度に係る自治体向け説明会資料(第5回)

- かかりつけ医機能の協議は、身近な地域における医療・介護の実情や不足する機能の課題等を把握した上で、当該課題等を協議に反映し、具体的方策の検討を行うことが重要であると考えています。
- 従って、都道府県が介護や福祉分野の実情等を把握する市町村等とも連携して協議体制を検討することが重要であり、例えば、広域的な観点から検討を行う協議と身近な地域において検討を行う協議について、それぞれの協議の内容を共有しながら、地域において必要な具体的方策等を検討することが考えられます。

## かかりつけ医機能に係る協議体制（例）



## 協議の進め方（例）

No	具体的な実施内容（例）
1	<b>身近な地域における協議へのデータ等の情報提供や協議結果の共有等を依頼</b> 都道府県は、身近な地域の関係者へのヒアリング等により、地域の課題等を把握し、報告データ等も参照して、協議課題を検討。 都道府県は、各地域へ必要な情報提供を行うとともに、協議結果の共有などを依頼。
2	<b>身近な地域における協議でのかかりつけ医機能に関する協議</b> 都道府県や市町村等は、報告データや市町村等が所持するデータ等も活用しつつ、身近な地域における課題や具体的方策等について協議。 ※市町村等が実施する協議であっても、都道府県は、かかりつけ医機能に係る協議が円滑に行われるよう必要な支援を行う。
3	<b>身近な地域における協議結果の共有</b> 都道府県や市町村等は、身近な地域における協議結果を整理。 都道府県は、当該結果を踏まえつつ、広域的な観点から協議を行うことが望ましい課題等について検討。
4	<b>広域における協議でのかかりつけ医機能に関する協議</b> 都道府県は、身近な地域における協議結果も踏まえながら、広域的な観点から検討を行うことが望ましい課題等について協議を行う。
5	<b>広域における協議の場での協議結果の共有</b> 都道府県は、広域における協議結果を身近な地域における協議へ反映できるよう、身近な地域における協議に共有し必要な調整を行う。

※身近な地域におけるかかりつけ医機能の課題等を適切に把握して協議を行うことが可能である場合には、このスキームに限る趣旨ではない。

## 【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

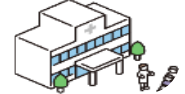


調整・マッチング

(例)在支診・かかりつけ医  
機能を支援する診療所



(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

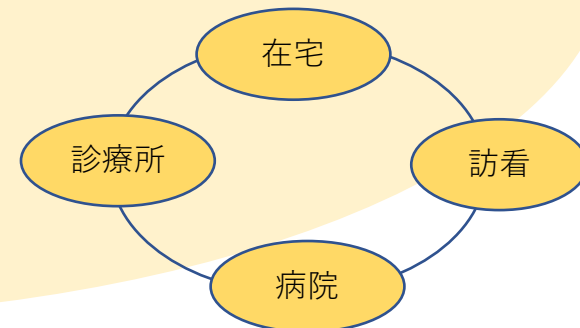


### 【課題解決の具体策の例】

- ・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

### 【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

## 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な。

### （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）

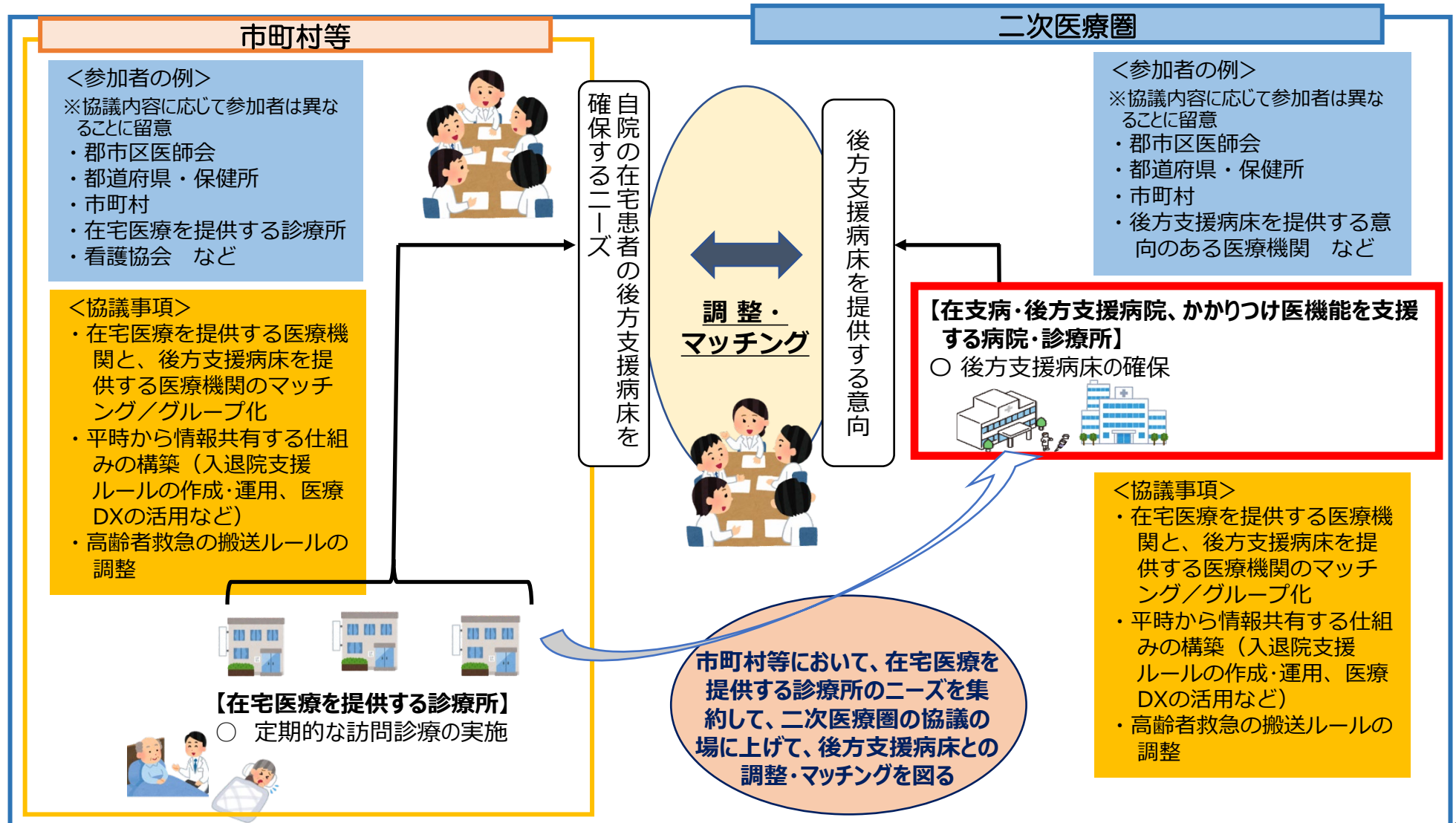
- 【対策①】：地域の医療提供者全体で、在宅患者の24時間対応を行うための連携体制について見える化し、24時間体制が困難な地域で在宅医療を提供可能な医療機関があるかどうか、連携体制でカバーできないか等について検討する。  
⇒ 連携体制構築、個々の在宅患者ごとの緊急時連絡先リストの整備 など
- 【対策②】：24時間対応体制を訪問看護師やヘルパー、消防等も含めた多職種連携で支える観点から、関係者間でのタイムリーな情報共有を行うためのICT導入  
⇒ ICT情報共有ツール導入 など
- 【対策③】：在宅医療の現実や課題、ノウハウ、事例等の共有による、在宅医療に参加する医師の不安感の解消  
⇒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

## （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。