医政発 0627 第１号
令和７年６月 27 日

各 ⎛都道府県知事⎞ 殿
⎜保健所設置市長⎟
⎝特　別　区　長⎠

厚生労働省医政局長
（公　印　省　略）

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

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）による改正後の医療法（昭和 23 年法律第 205 号）において、今後、慢性の疾患を含む複数の疾患を有し、医療と介護の複合ニーズを有することも多い高齢者の増加に対応するため、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（かかりつけ医機能）の確保を目的とする報告制度等の規定が整備され、令和７年４月１日から施行されたところです。

今般、「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（令和６年７月）を踏まえ、当該報告制度等に係る取組が実効的に行われ、地域で必要なかかりつけ医機能が確保されるために必要な事項や留意点等に関してガイドラインを取りまとめたところです。

貴職におかれましては、内容について御了知いただくとともに、管下の医療機関や関係団体に周知をお願いいたします。

○添付資料

別添１　かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン
別添２　かかりつけ医機能に関する取組事例集
別添３　院内掲示様式（例）
別添４　患者説明様式（例）
別添５　医療機関向け制度周知リーフレット
別添６　協議に活用する課題管理シート（例）
別添７　協議の結果の公表シート（例）
別添８　かかりつけ医機能報告制度Ｑ＆Ａ集

別添1

かかりつけ医機能の確保に関する
ガイドライン

（第１版）

厚生労働省医政局総務課
令和７年６月

はじめに

今後、複数の慢性疾患、医療と介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、生産年齢人口の減少にともなう医療従事者の確保の制約が見込まれています。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、地域の医療機関等をはじめとする多職種が機能や専門性に応じて連携し、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要な時に必要な医療を受けられる体制を確保することが重要です。

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・患者への情報提供等を中心に取り組んできているものの、医療計画等の医療提供体制に関する取組は行われていませんでした。

そのため、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・公布され、同法において、医療法が改正され、かかりつけ医機能が発揮される制度整備が行われました。具体的には、令和７年度より「かかりつけ医機能報告制度」が施行されました。

本ガイドラインは、特に本制度に基づく業務を中心的に担う都道府県を主な対象として作成しつつ、かかりつけ医機能報告を行う医療機関や、地域関係者との協議において積極的な関与が求められる市町村、地域でかかりつけ医機能を確保するための取組に参画する医療・介護関係者等の理解を深めるものとなるよう作成しています。それぞれの地域において必要なかかりつけ医機能の確保に向けてご活用いただければ幸いです。

目次

第１章　かかりつけ医機能が発揮される制度整備の概要 4
第１節　医療提供体制を取り巻く状況 4
第２節　かかりつけ医機能が発揮される制度整備 5
第２章　かかりつけ医機能報告 6
第１節　総論 6
第２節　かかりつけ医機能報告制度のスケジュール 9
第３節　報告を求めるかかりつけ医機能 14
第３章　住民への普及啓発・理解促進 20
第１節　総論 20
第２節　関係者の役割 20
第４章　かかりつけ医機能の協議について 22
第１節　総論 22
第２節　協議の場の進め方 24
第３節　コーディネーター 27
第４節　具体的な協議イメージ（例） 29
第５章　患者への説明 34
第１節　総論 34

参考資料
１．かかりつけ医機能報告制度と関連する法律・計画・事業等との関係（p. 38～）
２．協議の場の進行表（例）（p. 41～）

※以下について、ガイドライン別冊として作成していますのでご参照ください。
・　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

第１章　かかりつけ医機能が発揮される制度整備の概要

第１節　医療提供体制を取り巻く状況

（１）人口動態

○　我が国の生産年齢人口は、既に減少に転じており、2025年以降さらに減少が加速すると予測されている。また、65歳以上の人口は、2040年に向けて引き続き増加が予測されるが、高齢者の中でも、特に85歳以上の人口が増加する見込みである。[1]

（２）医療需要の変化

○　全国の入院患者数は、2040年にピークを迎え、そのうち65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年に約８割になる見込みである。また２次医療圏単位では、既に2020年に98の医療圏が、また2035年までに236の医療圏がピークを迎えることが見込まれ、医療圏によって状況が異なる。[2]

○　全国の外来患者数は、2025年にピークを迎える一方で、在宅患者数は、2040年以降に多くの地域でピークを迎える見込みである。[2]

○　要介護認定率は、年齢が上がるにつれて上昇し、特に85歳以上で上昇するが、85歳以上の人口は、2040年に向けて増加する見込みであるため、今後医療と介護の複合ニーズ等を抱える高齢者が一層増加する見込みである。[3]死亡数は、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡する見込みである。[4]

（３）医療従事者の変化

○　2040年には日本の就業者数全体が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在よりも多く必要となり、生産年齢人口の減少に伴う医療従事者確保の制約が大きくなると見込まれる。また、診療所に従事する医師の高齢化も進展している状況である。[5]

---

1 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」
2 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。
3 厚生労働省「介護保険事業状況報告」(2022年9月末認定者数)及び総務省「人口推計」（2022年10月1日人口）
4 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）及び厚生労働省「人口動態統計」
5 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」

第２節　かかりつけ医機能が発揮される制度整備

○　こうした医療提供体制を取り巻く状況も踏まえつつ、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、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、かかりつけ医機能が発揮されるための制度整備が行われた。

○　本制度整備は、「医療機能情報提供制度の刷新」、「かかりつけ医機能報告の創設」、「患者に対する説明」の３つの柱で構成される。

○　本ガイドラインでは、次の章以降で、主に令和７年４月より施行された「かかりつけ医機能報告制度」について説明する。

図 1 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

令和５年9月29日 | 第102回社会保障審議会医療部会 | 資料１

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。

出典：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　資料２

第２章　かかりつけ医機能報告

第１節　総論

（１）かかりつけ医機能報告制度の目的

○　かかりつけ医機能報告は、医療機能情報提供制度の刷新と相まって、地域において必要とされるかかりつけ医機能の充実強化を図り、国民の医療機関の選択に資する情報を提供することを通じて、国民・患者にとって医療サービスの向上につなげることを目指すものである。

○　その上で、本制度は、一部の医療機関を優良なものとして認定したり、患者の受療行動に制限を加えるといったものではなく、必要なときに迅速に必要な医療を受けられるフリーアクセスの考え方のもとで、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ことが目的であることに留意が必要である。

○　複数の慢性疾患や医療・介護の複合ニーズ等を抱える高齢者が増加する一方、医療従事者確保の制約が大きくなる中で、多くの医療機関が参画して、地域で必要なかかりつけ医機能を確保することが重要であり、各医療機関からの報告を受けて、地域の協議の場において地域の医療関係者等が協議を行い、地域で不足する機能を確保する方策（プライマリケア研修や在宅医療研修等の充実、夜間・休日対応の調整、在宅患者の24時間対応の調整、後方支援病床の確保、地域の退院ルール等の調整、地域医療連携推進法人制度の活用等）を検討・実施していくことが特に重要である。

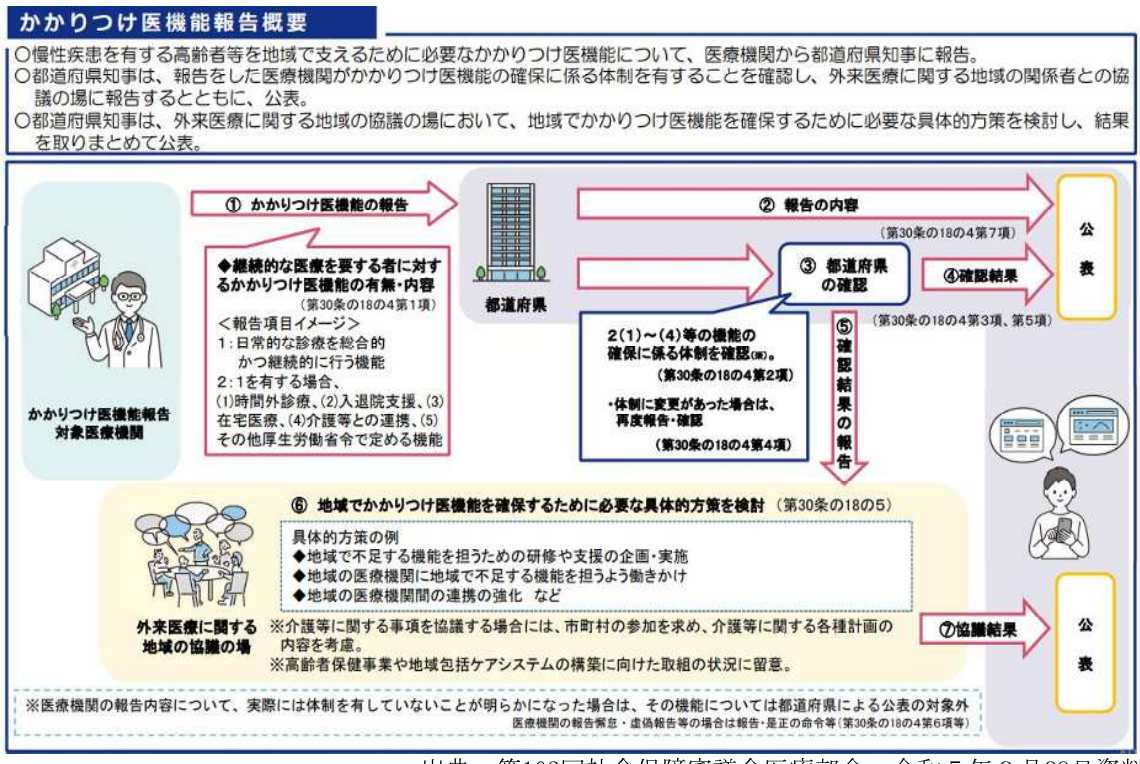
（２）かかりつけ医機能報告制度の概要（詳細後述）

○　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について、各医療機関から都道府県知事に報告する。（図２の①）

○　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（以下「協議の場」という。）に報告するとともに、公表する。（図２の②～⑤）

○　都道府県知事は、協議の場で、地域で必要なかかりつけ医機能を確保するための具体的方策を検討・公表する。（図２の⑥⑦）

図 2　かかりつけ医機能報告概要



出典：第102回社会保障審議会医療部会　令和５年９月29日資料

（３）かかりつけ医機能報告制度の対象医療機関

○　かかりつけ医機能報告を行うかかりつけ医機能報告対象病院等は、特定機能病院[6]及び歯科医療機関を除く、病院及び診療所である。

○医療法第30条の18の４第１項

　地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要な病院又は診療所として厚生労働省令で定めるもの（以下この条において「かかりつけ医機能報告対象病院等」という。）の管理者は、慢性の疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者として厚生労働省令で定める者（第一号及び第二号において「継続的な医療を要する者」という。）に対するかかりつけ医機能の確保のため、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該かかりつけ医機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

○医療法施行規則第30条の33の15第１項

　法第三十条の十八の四第一項に規定する厚生労働省令で定める病院又は診療所は、次に掲げるもの以外の病院又は診療所（以下「かかりつけ医機能報告対象病院等」という。）とする。

一　特定機能病院
二　歯科医業のみを行う病院又は診療所
三　刑事施設、少年院若しくは少年鑑別所又は入国者収容所若しくは地方出入国在留管理局の中に設けられた病院又は診療所
四　皇室用財産である病院又は診療所

（４）かかりつけ医機能報告制度の報告方法

○　かかりつけ医機能報告の報告は、医療機能情報提供制度に基づく報告と同時期に、医療機関等情報支援システム（以下「Ｇ－ＭＩＳ」という。）又は紙調査票により行うものとする。

※原則としてＧ－ＭＩＳによる報告が望ましい。紙調査票は、各都道府県において地域の実情も踏まえて運用する。

6 特定機能病院は、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が承認するものであり、令和７年１月１日現在で88病院が承認されている。厚生労働省：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137801.html

第２節　かかりつけ医機能報告制度のスケジュール

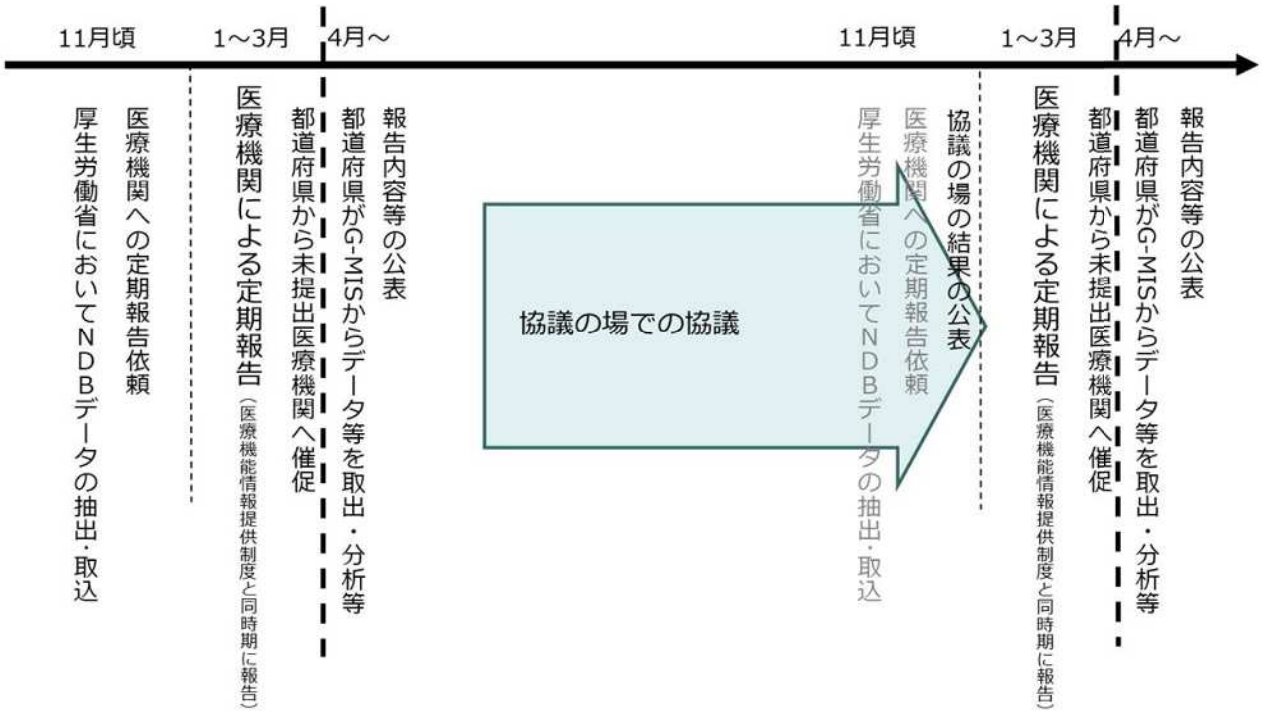
（１）かかりつけ医機能報告制度の年間スケジュール（主なもの）

○　かかりつけ医機能報告は、医療機能情報提供制度に基づく報告と同時期に行うこととなっており、概ね以下のようなサイクルを想定している。

年間サイクルのイメージ

報告年度	
11月頃～	医療機関への定期報告依頼
1月～3月	医療機関による定期報告及び都道府県による体制の有無の確認
翌年度	
4月	都道府県による報告内容や体制の有無の確認結果の公表
4～6月頃	報告内容の集計・分析等
7月頃～	協議の場の開催
12月頃	協議の場の結果の公表

図 3 かかりつけ医機能報告の主な年間スケジュール

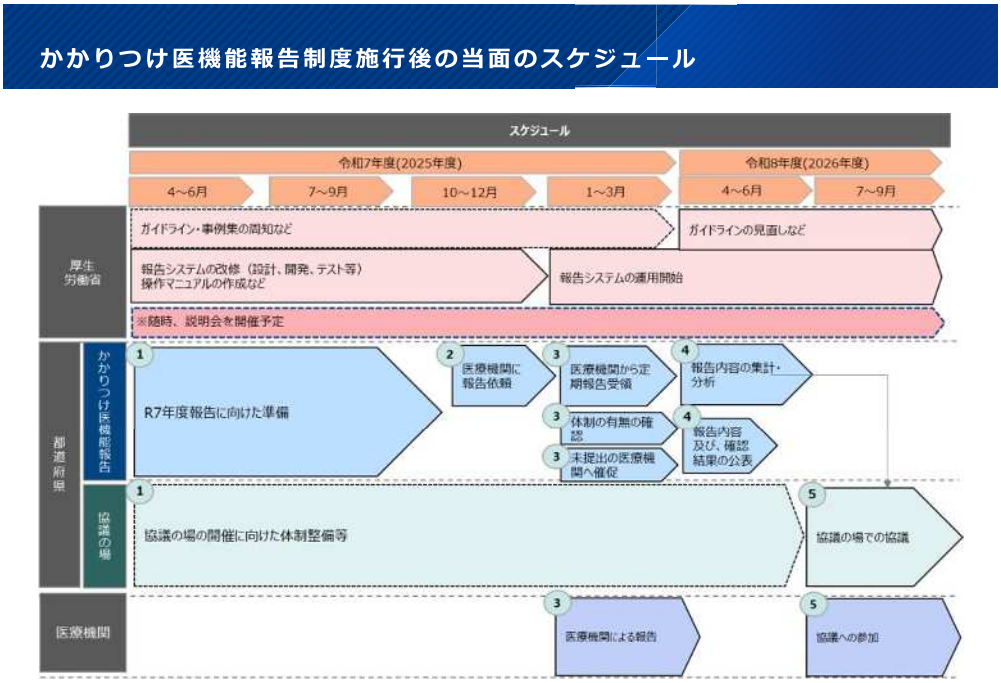


出典：かかりつけ医機能報告制度に係る第２回自治体向け説明会
令和７年１月31日資料

（２）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の施行後の当面のスケジュールは以下のとおりである。

図 4 かかりつけ医機能報告制度の施行後のスケジュール



出典：かかりつけ医機能報告制度に係る第２回自治体向け説明会
令和７年１月31日資料

①　令和７年４月～　令和７年度報告及び協議の場の開催に向けた体制整備等

○　都道府県は、令和７年度報告に向けた庁内体制を整備する。
※医療機能情報提供制度の現行のスキームや人員体制等を踏まえて検討

○　都道府県は、医療機関へかかりつけ医機能報告制度の施行に関する周知を行う。

○　都道府県は、市町村と調整しながら協議の場の開催に向けた調整等を行う。

- 既存の協議の場等の体制確認、活用可能な会議体の検討
- 協議を進める際のキーパーソンの確認
- コーディネーターの配置体制や役割等の検討
- 協議テーマ案の検討
- 圏域・参加者の検討
- 上記を踏まえた都道府県担当者や体制の検討　など

②　令和７年11月頃～　医療機関への定期報告依頼

○　都道府県は、医療機関に対し、令和７年度かかりつけ医機能報告の案内（依頼）を行う。
※医療機能情報提供制度の報告案内と併せて行うことも可能

③　令和８年１～３月　医療機関による報告及び都道府県による体制の有無の確認

○　かかりつけ医機能報告対象病院等は、所在地の都道府県に、かかりつけ医機能報告を行う。（医療法第30条の18の４第１項）

○　都道府県は、報告をした医療機関（２号機能のいずれかを有する旨の報告をしたもの）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する。（医療法第30条の18の４第２項）なお、当該確認は報告事項から体制を有することを確認し、必要に応じて、担当者等の体制を確認すること。

※体制に変更があった場合
２号機能の体制の確認を受けたかかりつけ医機能報告対象病院等の管理者は、当該確認を受けた体制について変更が生じたときは、その旨を都道府県知事に報告しなければならない。この場合において、当該報告を受けた都道府県知事は報告事項で体制を有することを確認する。必要な場合は担当者等の体制を確認する。（医療法第30条の18の４第４項）

※③の報告期間内に報告を行わない医療機関がある場合には、都道府県が当該医療機関に対して報告の催促等を行うこと。なお、都道府県は、かかりつけ医機能報告対象病院等の管理者が報告をせず、又は虚偽の報告をしたときは、期間を定めて、当該かかりつけ医機能報告対象病院等の開設者に対し、当該管理者に報告を行わせ、又はその報告の内容を是正させることを命ずることができることとされている。[7]（医療法第30条の18の４第６項）

7 医療法第30条の18の４第６項の規定に基づく命令に違反した者は、三十万円以下の過料に処するとされている。（医療法第92条）

○医療法第30条の18の４第２項

都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、前項の規定による報告をしたかかりつけ医機能報告対象病院等（同項第二号イからホまでに規定する機能のいずれかを有する旨の報告をしたものに限る。）が、当該報告に係る当該機能について、当該機能の確保に係る体制として厚生労働省令で定める要件に該当するものを有すること（他の病院又は診療所と相互に連携して当該機能を確保する場合を含む。）を確認するものとする。

○医療法第30条の18の４第４項

第二項の規定による確認を受けたかかりつけ医機能報告対象病院等の管理者は、当該確認を受けた体制について変更が生じたときは、厚生労働省令で定めるところにより、その旨を都道府県知事に報告しなければならない。この場合において、当該報告を受けた都道府県知事は、当該変更が生じた体制が同項の厚生労働省令で定める要件に該当すること（他の病院又は診療所と相互に連携して同項に規定する当該機能を確保する場合を含む。）を確認するものとする。

○医療法第30条の18の４第６項

都道府県知事は、かかりつけ医機能報告対象病院等の管理者が第一項若しくは第四項の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたときは、期間を定めて、当該かかりつけ医機能報告対象病院等の開設者に対し、当該管理者をしてその報告を行わせ、又はその報告の内容を是正させることを命ずることができる。

④　令和８年４月～　報告内容の集計・分析及び報告内容等の公表

○　都道府県は、報告された内容及び体制の有無の確認結果を都道府県ウェブサイト等において公表する。（医療法第30条の18の４第３項及び第７項）

○　都道府県は、報告された内容を集計・分析し、地域のかかりつけ医機能の確保状況を把握するとともに、分析の結果抽出された課題を整理し、協議の場の開催に向けた準備を行う。

○医療法第30条の18の４第３項

都道府県知事は、前項の規定による確認をしたときは、その結果を次条第一項に規定する協議の場に報告するとともに、厚生労働省令で定めるところにより、これを公表するものとする。

○医療法第30条の18の４第７項

第三十条の十三第三項、第四項及び第六項の規定は、かかりつけ医機能報告対象病院等に係る第一項及び第四項の規定による報告について準用する。この場合において、同条第六項中「前項」とあるのは、「第三十条の十八の四第六項」と読み替えるものとする。

⑤　令和８年７月～　協議の場での協議

○　都道府県は、医療関係者や保健所、市町村等との協議の場を設け、かかりつけ医機能の確保に関する事項について協議を行い、協議結果をとりまとめ公表する。（医療法第30条の18の５第１項）

※なお、当該協議にあたっては、④における分析結果や国から提示される基礎データ等も活用し、協議すべきテーマ（課題）等について検討を行うこと。

○　その上で、協議の結果（とりまとめ）も踏まえつつ、地域の関係者等とも連携しながら、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具体的方策を講じる。

○医療法第30条の18の５第１項

都道府県は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（以下この条において「対象区域」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この項及び次項において「関係者」という。）との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項（第三号、第五号及び第六号に掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。第五項において同じ。）について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとする。

第３節　報告を求めるかかりつけ医機能

（１）かかりつけ医機能とは

○　かかりつけ医機能報告制度において報告を求める「かかりつけ医機能」とは、慢性疾患を有する高齢者等の継続的な医療を要する者を地域で支えるために確保すべき機能であり、いわゆる「１号機能」と「２号機能」で構成される。具体的には以下の機能である。（医療法第30条18の４第１項第１号及び第２号）

<u>○医療法第30条の18の４第１項第１号</u>

かかりつけ医機能のうち、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（厚生労働省令で定めるものに限る。）の有無及びその内容

<u>○医療法第30条の18の４第１項第２号</u>

前号に規定する機能を有するかかりつけ医機能報告対象病院等にあっては、かかりつけ医機能のうち、継続的な医療を要する者に対する次に掲げる機能（イからニまでに掲げる機能にあっては、厚生労働省令で定めるものに限る。）の有無及びその内容

イ　当該かかりつけ医機能報告対象病院等の通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能

ロ　病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させるため、又は病院若しくは診療所を退院する者が引き続き療養を必要とする場合に当該者を他の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院若しくは居宅等における療養生活に円滑に移行させるために必要な支援を提供する機能

ハ　居宅等において必要な医療を提供する機能

ニ　介護その他医療と密接に関連するサービスを提供する者と連携して必要な医療を提供する機能

ホ　その他厚生労働省令で定める機能

（２） かかりつけ医機能の要件と報告項目

○　各機能の具体的な内容や背景等は以下のとおりである。

＜１号機能＞

○　１号機能を有する医療機関であるかは、（★）が付記されている報告事項について、「実施している」あるいは「実施できる」ことが要件となることに留意されたい。

①　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（１号機能）	
具体的な機能	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[8]
背景及び政策課題	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を背景として、発生頻度が高い疾患に係る診療や患者の生活背景を把握した上で適切な診療や保健指導等を行うニーズが高まっていくことから、よくある疾患への一次診療や医療に関する患者からの相談への対応など、患者の多様なニーズに対応できる体制を構築できるようにすること。
報告事項	「実施している」「実施できる」ことが要件となる事項・・・(★) ○　「具体的な機能」を有すること及び「報告事項（※下記の「その他の報告事項」は除く)」について院内掲示による公表をしていること（※１）（★） ○　かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無[9]、総合診療専門医の有無 ○　17の診療領域（※２）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（※３） ○　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（継続的な医療を要する者への継続的な相談対応を含む）（★）
その他の報告事項	○　医師数、外来の看護師数、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師数 ○　かかりつけ医機能に関する研修の修了者数、総合診療専門医数 ○　全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制（※４）の有無 ○　全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況、服薬の一元管理の実施状況

8　（参考）平成 25 年８月の日本医師会・四病院団体協議会合同提言「かかりつけ医は、日常行う診療においては、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。」

9 今後、かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定し、該当する研修を示す予定。

（※１）院内掲示様式（例）については、本ガイドラインの別冊で示しているため適宜活用されたい。また、Ｇ－ＭＩＳにおいても報告内容が記載された院内掲示用の様式を出力できるようにシステム開発を行うこととしている。

（※２）17の診療領域
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、小児領域のこと。

（※３）一次診療を行うことができる疾患
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された疾患のこと。

図 5　一次診療に関する報告ができる疾患

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 8fileKind=1

【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。

出典：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
令和６年７月31日資料（一部改）

（※４）オンライン資格確認を行う体制、オンライン資格確認等システムの活用により診療情報等を診察室等で閲覧・活用できる体制、電子処方箋により処方箋を発行できる体制、電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制のこと。

＜２号機能＞

○　１号機能を有する医療機関は、２号機能に係る報告を行う。

○　２号機能を有するかどうかについては、２号機能に係る各報告事項のうち、いずれかについて「実施している」あるいは「実績がある」ことが要件であることに留意されたい。

②　通常の診療時間外の診療（２号機能（イ））	
具体的な機能	通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能
背景及び政策課題	高齢化の進展等により多くの地域で医療・介護ニーズが高い85歳以上の患者の割合が増加している。また、高齢者の救急搬送件数が増加しており、これにより救急対応を行う医療機関の負担が大きくなっている。こうした課題に対応できるよう、地域で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、身近な地域の医療機関において適切な診療等を受けられる体制を構築すること。
報告事項	○　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 ○　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

③　入退院時の支援（２号機能（ロ））	
具体的な機能	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[10]に参加し、入退院時に情報共有・共同指導を行う機能
背景及び政策課題	様々な疾患を複合的に有する高齢者が増加することが見込まれる中で、在宅療養中の高齢者等の病状の急変等により、病院等への入院が必要となるケースや、その後の退院先との調整が必要となるケースが増加することが想定される。そのため、地域の医療機関等が連携し、入退院を円滑に行うための体制を構築すること。
報告事項	○　自院又は連携による後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 ○　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 ○　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 ○　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 ○　特定機能病院・地域医療支援病院[11]・紹介受診重点医療機関[12]から紹介状により紹介を受けた外来患者数

10 患者が早期に自宅に帰れるように、治療を受けるすべての医療機関で共有する診療計画のこと。厚生労働省：https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001239485.pdf

11 医療法により、地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院としてふさわしい医療機関について、都道府県知事が個別に承認する病院のこと。主に各地の急性期病院の中核を担う医療機関。厚生労働省：https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001239485.pdf

12 高度な入院治療を受ける前後の外来や特殊な治療機器を使用するような一般的に受診するには紹介状が必要とされる医療機関として都道府県が公表した病院のこと。厚生労働省：https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001239485.pdf

④ 在宅医療の提供（２号機能（ハ））	
具体的な機能	在宅医療を提供する機能
背景及び政策課題	在宅患者数は、多くの地域で今後増加することが見込まれている。こうした状況を踏まえて、定期的な訪問診療、在宅患者の急変時における往診や連絡対応、看取り等に対応できる体制を構築すること。
報告事項	○　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 ○　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 ○　自院における訪問看護指示料の算定状況 ○　自院における在宅看取りの診療報酬項目の算定状況

⑤ 介護サービス等と連携した医療提供（２号機能（ニ））	
具体的な機能	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
背景及び政策課題	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、身近な地域において患者を支えるために医療と介護等の提供を切れ目なく行うことがより一層重要となっている。そのため、医療機関が地域における介護の状況等について把握するとともに、医療・介護間等で適切に患者の情報共有を行いながら医療や介護サービス等を切れ目なく提供できる体制を構築すること。
報告事項	○　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[13]・サービス担当者会議[14]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） ○　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 ○　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病院の名称） ○　地域の医療・介護情報共有システムの参加・活用状況 ○　ＡＣＰ（人生会議）[15]の実施状況

13 市町村等が主催し、地域包括システムの深化・推進に向けて、高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備のための地域の関係者による会議。①個別課題解決機能、②ネットワーク構築機能、③地域課題発見機能、④地域づくり・資源開発機能、⑤政策形成機能を有する。厚生労働省：https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001236582.pdf

14 介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者を招集して行う会議。または、相談支援専門員がサービス等利用計画の作成のために、利用者及びサービス利用計画案に位置付けた福祉サービス等の担当者を招集して行う会議。指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準より改編：https://laws.e-gov.go.jp/law/411M50000100038

15 Advance Care Planning（人生会議）。もしものときのために、患者自身が望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組のこと。厚生労働省：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html

※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「当該機能有り」と現時点でならない場合は、今後担う意向の有無

留意事項

○ １号機能を有する医療機関は、２号機能に係る報告を行う。

○ 各報告事項については、原則として、毎年１月１日時点の体制や状況について報告を行うこととするが、実績に関する報告事項については直近１年分（前年１月１日から12月31日）が報告対象となる。ただし、診療報酬に関する報告事項については、ＮＤＢデータ[16]からＧ－ＭＩＳへの自動取込を行うため、前年度４月から３月までの１年度分の実績(合計値)が報告対象となることに留意すること。（前年度４月から３月診療分の電子レセプトによる診療報酬請求がある医療機関では、厚生労働省において必要な項目の集計を行い、集計結果があらかじめ反映（プレプリント）される。医療機関において、集計内容について確認の上、必要に応じて修正を行うこと。）

○ 報告基準日である１月１日時点において休院している医療機関はかかりつけ医機能報告対象病院等から除外されるが、再開した時点からかかりつけ医機能報告対象病院等となる。また、報告期間中に廃院した医療機関についてはかかりつけ医機能報告対象病院等から除外して差し支えない。さらに、報告期間中に新規開設された医療機関については次年度からかかりつけ医機能報告対象病院等として取り扱うこと。

※ なお、かかりつけ医機能報告の具体的な運用や各報告事項の詳細については、令和７年度中に「かかりつけ医機能報告マニュアル（仮称）」を厚生労働省より発出予定であるため、そちらを参照されたい。

16 厚生労働省保険局が管理している「レセプト情報・特定健診等情報データベース」のこと。 保険者から収集したデータで構築されている。厚生労働省：https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001258154.pdf

第３章　住民への普及啓発・理解促進

第１節　総論

（１）目的

○　かかりつけ医機能が発揮される制度整備においては、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よう情報提供を強化することとされており、かかりつけ医機能報告制度で報告された情報は、医療情報ネット（ナビイ）を通じて国民・患者へ情報提供行うこととしている。

○　国民・患者が医療情報ネット（ナビイ）で公表されている各医療機関の医療機能情報やかかりつけ医機能に係る情報を参照し、必要に応じて、適切な医療機関を選択できるよう、国・都道府県・市町村等がそれぞれの立場で普及啓発・理解促進を実施し、医療情報ネット（ナビイ）を活用してもらうことが重要である。

○　このため、後述の関係者の役割を参照しながら、都道府県を主体とし、かかりつけ機能報告制度及び医療情報ネット（ナビイ）について住民・患者への普及や周知に努めていただきたい。

○　なお、かかりつけ医機能報告によって報告された情報が医療情報ネット（ナビイ）に反映されるのは、令和８年１月以降順次となることに留意されたい。

第２節　関係者の役割

（１）国の役割

○　「上手な医療のかかり方.jp」等による国民への普及啓発
（※）上手な医療のかかり方
（厚生労働省）https://kakarikata.mhlw.go.jp/index.html

○　医療機関向け制度周知リーフレットの作成

○　医療情報ネット（ナビイ）による情報提供

など

（２）都道府県の役割

○　かかりつけ医機能報告制度及び医療情報ネット（ナビイ）の住民・患者への普及啓発

○　都道府県の広報誌やＳＮＳなどの広報媒体等を活用した住民への普及啓発

○　管内市町村と連携した住民への普及啓発

○　地域医師会等の職能団体や医療関係者への普及啓発

○　管内市町村と連携した介護関係者への普及啓発　など

（３） 医療・介護関係者の役割

○　患者・住民への医療情報ネット（ナビイ）を活用した医療機関の検索・閲覧方法の紹介や利用支援

○　都道府県や市町村と連携した住民への普及啓発　など

第４章　かかりつけ医機能の協議について

第１節　総論

（１）協議の目的

○　かかりつけ医機能報告により収集したデータ等によって明らかとなった医療・介護資源の実情や地域で不足するかかりつけ医機能に係る課題について、地域における医療関係者や市町村等とも認識を共有しながら、地域で不足するかかりつけ医機能を確保するための具体的方策について検討を行う。

（２）協議の場の立ち上げに向けたポイント

○　協議の場の立ち上げに際しては、都道府県、市町村、医師会等主体は問わず、既存の場で同様の趣旨・内容を協議している、または協議可能な会議体がないか確認する。

○　その際、医療分野だけではなく、都道府県・市町村の介護・福祉分野を含めた会議体の現状把握が重要となる。

（例）地域医療構想調整会議、在宅医療・介護連携推進会議　など

○　活用できる既存の会議体がある場合、参加者についても追加・変更する必要があるか検討する。その際、地域の具体的な課題や具体的方策について協議が可能かどうか精査することが必要である。

○　かかりつけ医機能を協議するにあたって適切な会議体がない場合は、都道府県の介護部局、市町村や医療・介護関係者等と相談しながら、協議の場の在り方を検討し、新たな協議の場の立ち上げを含め検討する。

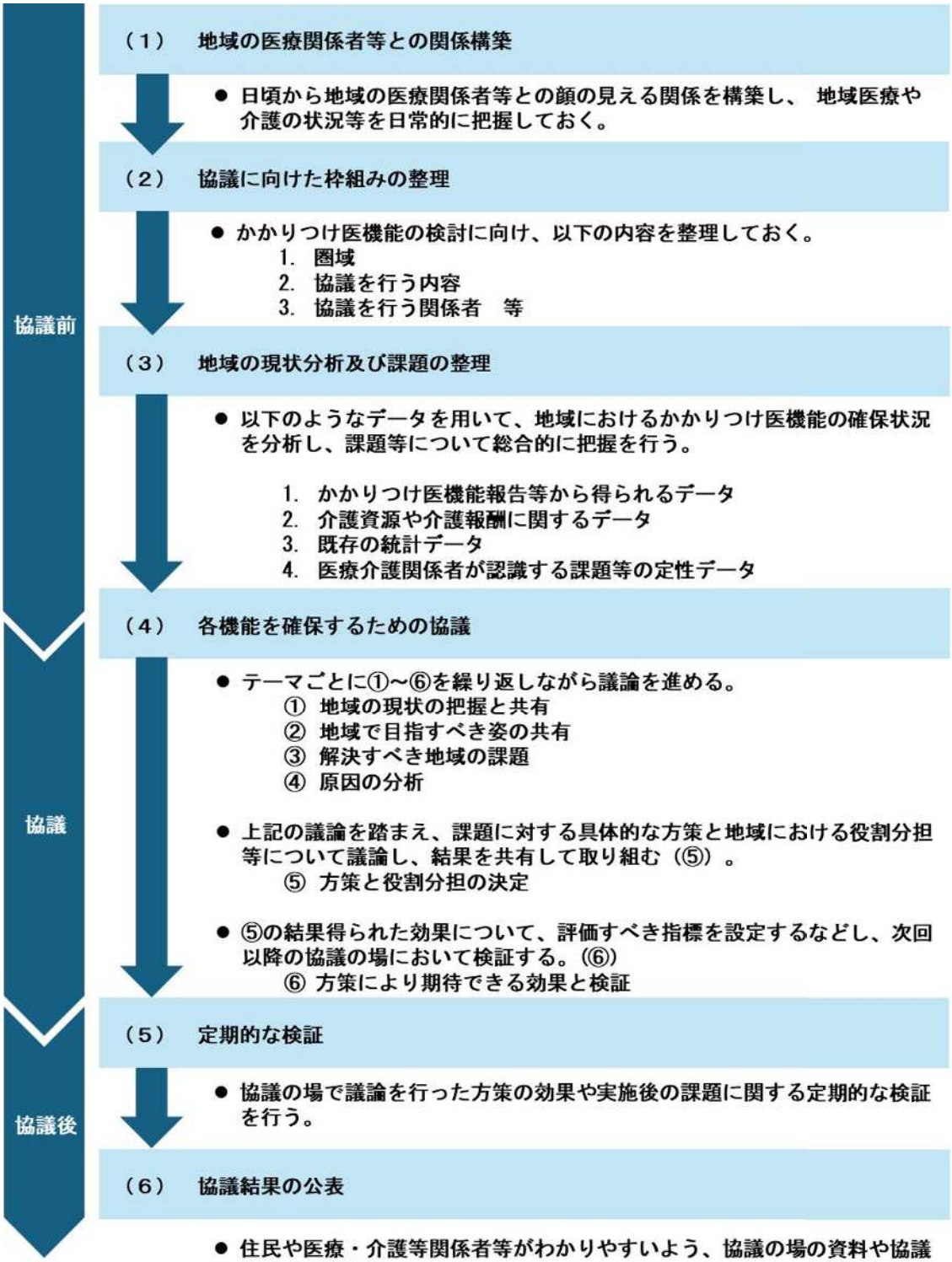
○　協議を円滑に進めるにあたっては協議の目的・内容に応じた「地域のキーパーソンが誰か」ということを都道府県介護部局、市町村、医療・介護関係者等と相談し、協議の場に参加してもらうことが重要である。

※地域医療構想調整会議との関係について

○　かかりつけ医機能に関する協議の場について、その対象区域が構想区域等と一致する場合には、当該構想区域等における協議の場を活用することが可能である。

○　なお、新たな地域医療構想においては、2040年頃を見据え、外来・在宅医療、介護との連携等を含む地域における将来の医療提供体制全体の課題解決をするものとしている。外来医療・在宅医療については、かかりつけ医機能報告や外来機能報告等のデータを基に、地域の外来・在宅・介護連携などに関する状況や将来の見込みを整理して課題を共有し、地域において必要なかかりつけ医機能の確保・強化等、必要な外来医療・在宅医療の提供のための取組を行うこととしている。

図 6　協議の場の開催に向けた流れ



第２節　協議の場の進め方

○　都道府県は、以下を参考として、協議の場の開催に向けた準備等を行うこと。

協議前

（１）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把握しておく。また、顔の見える関係を構築する取組としては以下のような方法が考えられる。

（例）
・市町村が開催する在宅医療・介護連携推進会議など既存の協議の場に参加
・地域医師会等の職能団体や医療機関が開催する研修会に参加
・医療機関等へのヒアリング　など

（２）協議に向けた枠組みの整理

○　かかりつけ医機能に関する「協議の場」の圏域は、実施主体である都道府県が市町村と調整して決定し、その際、協議するテーマに応じて、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）で協議を行い、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議を行い、全体を都道府県単位で統合・調整するなど、「協議の場」を重層的に設定することを考慮すること。なお、政令指定都市等において、区単位で協議を行うことも考えられる。

○　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、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こと。

○　その際、協議するテーマによって、病院・診療所関係者とともに、歯科医療関係者、薬局・薬剤師関係者、看護関係者等の参加を考慮すること。

（３）地域の現状分析及び課題の整理

○　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。

○　例えば、かかりつけ医機能報告等から得られるデータのみならず、介護資源や介護報酬等の介護に関するデータも活用し、介護施設の状況等も踏まえたうえで具体的方策を検討するなど、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ことが必要と考えられる。なお、活用するデ

ータは、市町村とも連携しながら既存の統計データ等[17]も活用すること。また、定量データだけではなく、医療・介護関係者の認識している課題等の定性データも把握すること。

協議

（４）各機能を確保するための協議

○　テーマごとに、以下の①～⑥を繰り返し、各地域の目指すべき姿に近づける。

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

目指すべき姿を議論して共有する。

③解決すべき地域の課題

地域で目指すべき姿を踏まえて、現状抱えている課題を議論して共有する。

④原因の分析

②の目指すべき姿、③の課題について、各関係者の立場（行政、医療・介護関係者等）ごとに原因を出し合う。

⑤方策と役割分担の決定

③及び④を踏まえ、課題に対する具体的な方策と地域における役割分担等について議論し、結果を共有して取り組む。
その際、具体的な方策や役割分担等は、地域内の医療資源等を踏まえ、優先順位を付け、各地域の実情に応じて検討する。

⑥方策により期待できる効果と検証

⑤の方策等を実施することで期待される効果について、評価すべき指標を設定するなどし、次回以降の協議の場において検証する。

※協議にあたっては、参考資料２（協議の場の進行表（例））、別冊（協議に活用する課題管理シート（例））を参照されたい。

---

17 活用するデータの具体例として、介護保険事業状況報告、介護サービス施設・事業所調査等が考えられる。（出典：「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表 11（令和２年４月13日医政局地域医療計画課長通知より））その他、医療・介護関係者等から、現在及び今後の医療・介護サービスの提供体制に関する課題を把握したり、住民アンケート等を実施することも考えられる。

協議後

（５）定期的な検証

○　協議の場で議論を行った具体的な方策の効果や、当該方策を実施した後の課題について検証する。

○　なお、今後国において、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、その中で指標例を示す予定であるので、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。

（６）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、協議の場の資料や協議結果を公表する。

※協議にあたっては、別冊（協議の結果公表シート（例））を参照されたい。

第３節　コーディネーター

○　地域におけるかかりつけ医機能を確保・強化するために、都道府県は、関係する市町村、医療・介護関係者等との協議の場を設け、協議結果に基づく具体的方策を推進することが求められる。

○　特に、協議の場の運営や具体的方策等を円滑に実施するために、地域の関係者との調整役（コーディネーター）を設け、進めていくことも考えられる。

（１）コーディネーターの定義

○　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コーディネート機能を果たす者を「かかりつけ医機能推進コーディネーター（以下「コーディネーター」という。）」とする。

（２）コーディネーターに期待される役割

○　コーディネーターは、地域の医療・介護関係者等との調整やかかりつけ医機能報告制度を運用する都道府県に対する助言等の支援を行うなど、主として、かかりつけ医機能報告制度に基づく協議の場の運営や協議結果に基づく具体的方策の円滑な推進に寄与することが期待される。

○　コーディネーターが担う具体的な役割の例として、協議の場の運営支援、協議結果に基づく具体的方策の実施に向けた地域の関係者との調整が考えられ、その役割を果たす際においては、各地域の実情に応じた対応が期待される。

（３）コーディネーターに求められる要件

○　都道府県がかかりつけ医機能報告制度に基づく業務を円滑に行うために、地域の医療・介護関係者等とのコーディネート機能を適切に担うことができる者であること。

○　医療分野及び介護分野に関する知識や経験を有する者が望ましい。

※コーディネーターについて特定の資格要件は定めないが、医療分野においては、医師、保健師、看護師等の医療に係る国家資格を有する者や、医療ソーシャルワーカーの実務経験等を有する者であることが望ましい。

※かかりつけ医機能報告制度や医療計画制度等をはじめとする医療制度への理解があり、地域の関係団体や医療・介護等の専門職と調整できる立場の者であることが望ましい。

※各地域における課題の把握や分析、具体的方策の検討・実施において、都道府県等への助言や提案等ができる者であることが望ましい。

（４） コーディネーターの配置体制

○　コーディネーターの配置については、各地域の実情を踏まえて柔軟に検討されたい。

第４節　具体的な協議イメージ（例）

○　本節においては、第４章第２節で示した協議の場の進め方について、各かかりつけ医機能ごとに、具体的な事例を交えて概説する。

○　なお、**以下の「協議イメージ例」における記載内容は、あくまでも例示としての内容**であり、実際に協議を行う際は、事例集も参考にしながら、**各地域の実情に応じて協議課題等を検討されたい**。

（１）協議イメージ例（日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能（１号機能））

圏域	市町村・二次医療圏単位　等
参加者	都道府県・保健所、市町村、郡市区医師会、関係する診療所や病院、コーディネーター　等

（１）地域の具体的な課題

継続的な医療を要する方が、新たな症状を呈した場合に、どの医療機関に相談すればよいか分からず、対応が遅れるケースがある。

（２）様々な視点から考えられる原因

原因１：総合的な診療を行う意向を有する医師もいるが、地域の医療機関同士の連携が行われておらず、自己の専門性を超えて対応ができない場合に、地域で活用できる医療機関を把握しておらず、安易に中核病院等に紹介してしまう。

原因２：各医療機関が有する機能や役割が周知されておらず、どの医療機関に相談すればよいかが分からない。

（３）地域で目指すべき姿

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方に対し、患者の生活背景を把握した上で日常診療を行うとともに、地域の医師、医療機関と協力して医療に関する相談に応じることができる体制が確保され、周知・運用されている。

（４）方策

方策１：各医療機関が有する機能や役割を医療関係者間で共有したうえで、患者・家族からの相談に円滑に対応できるよう、医療機関間で必要に応じて患者情報を共有する。

✓医療機関同士が連携できる機会（意見交換の場）を設定する。

✓自院が持つかかりつけ医機能を患者・家族に説明する。

✓地域の医療機関が担う機能や役割を住民向けに周知する・かかりつけ医を持つことを推奨する。

（事例集P.9松戸市の事例参照）

✓健康状態不明者をリストアップし、対象者の状態に応じて、かかりつけ医への相談・紹介を行う。

（事例集P.14燕市の事例参照）

方策２：医療機関が担うかかりつけ医機能を強化し、総合的な診療を行う医師の機能を強化するため、医師の教育や研修会を開催する。

（５）方策により期待できる効果

患者に体調悪化が生じた場合に、必要に応じて地域の医師、医療機関等と協力して、生活背景等も踏まえた相談対応や診療を行うことができる。

（２）協議イメージ例（通常の診療時間外の診療（２号機能（イ））

圏域	市町村単位　等
参加者	都道府県・保健所、市町村、郡市区医師会、関係する診療所や病院、コーディネーター　等

（１）地域の具体的な課題

休日・夜間に地域の高齢者等が体調不良を呈した場合、地域の医療機関に連絡・相談・時間外に受診できる体制が構築できていない。

（２）様々な視点から考えられる原因

原因１：在宅当番医制等を組んではいるが、地域の医師全体の高齢化等もあり、休日・夜間に対応することが難しくなっている。

原因２：時間外対応を担う意向のある医療機関の把握ができていない。

（３）地域で目指すべき姿

地域の高齢者等が体調不良を呈した場合等に備え、医療機関間の時間外診療における役割分担の明確化や輪番制について地域で話し合い、多職種間で患者情報を共有しながら、時間外診療体制を確保する。

（４）方策

方策１：時間外診療を行うための連携体制を見える化し、地域の輪番体制の構築や診療所・病院の時間外の対応に関して検討の機会を設ける。
（事例集P.28すぎうら医院の事例参照）

方策２：かかりつけ医機能報告の結果を踏まえて、時間外診療を担う意向のある医療機関を整理した上で、それらの医療機関に対して対応可否等について相談する。

（５）方策により期待できる効果

地域の高齢者等が体調不良を呈した場合等も、身近な地域において時間外に受診することができ、安心して生活できる。

（３）協議イメージ例（入退院時の支援（２号機能（ロ））

圏域	市町村単位・二次医療圏単位　等
参加者	都道府県・保健所、市町村、郡市区医師会、関係する病院や診療所、訪問看護ステーション、介護関係者、コーディネーター　等

（１）地域の具体的な課題

在宅療養中の高齢者等が急変して入院を要する場合、受け入れる入院病床（後方支援病床）の確保が困難で、入院までに時間を要しその間に状態が悪化したり、退院の調整に時間がかかり、円滑な医療や介護サービスの調整が十分にできない場合がある。

（２）様々な視点から考えられる原因

原因１：地域の後方支援病床を提供可能な医療機関（在宅療養支援病院[18]、在宅療養後方支援病院[19]等）が十分に把握できていない。

原因２：後方支援病床を必要としている患者の情報が、平時から病院と地域の医療機関等との間で十分に共有できていない。（入退院支援ルールが機能していない）

（３）地域で目指すべき姿

入院までの調整がスムーズに実施でき、また、入院から退院の情報連携がスムーズに行われ、在宅復帰までの時間を可能な限り短くすることができる。

（４）方策

方策１：かかりつけ医機能報告の結果を踏まえて、後方支援病床を確保する意向のある医療機関を整理し、十分な病診連携につなげる。
（事例集P.7和歌山県の事例参照）

方策２：地域の実情を踏まえた実効性のある入退院支援ルールを作り、参加機関を広げる。
（事例集P.5福井県、P.36新潟県医師会の事例参照）

方策３：空床情報を地域で共有し、円滑にマッチング可能なシステムを構築する。
（事例集P.16豊中市、P.32地域医療連携推進法人湖南メディカル・コンソーシアムの事例参照）

（５）方策により期待できる効果

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ようになる。

---

18 24時間体制で往診や訪問診療・訪問看護を行う病院のことで、診療報酬上の施設基準に適合するものとして、地方厚生局に届出を行っている病院のこと。厚生労働省：https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001239485.pdf

19 在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院のことで、診療報酬上の施設基準に適合するものとして、地方厚生局に届出を行っている病院。厚生労働省：https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001239485.pdf

（４）協議イメージ例（在宅医療の提供（２号機能（ハ））

圏域	市町村単位　等
参加者	都道府県・保健所、市町村、郡市区医師会、関係する診療所や病院、介護事業者等、訪問看護ステーション、コーディネーター　等

（１）地域の具体的な課題

在宅療養を希望している者について、それを継続する在宅サービスが十分に提供できておらず、本人の希望通りの在宅療養生活を支援することができない。

（２）様々な視点から考えられる原因

原因１：在宅医療を担う医療機関や訪問看護ステーション等が足りない。
原因２：在宅医療を行う意向がある医師もいるが、在宅患者の急変時対応の経験がなく、積極的に参加できない。

（３）地域で目指すべき姿

身近な地域で在宅医療（訪問診療、往診、訪問看護等）を受けられる体制が整備され、在宅療養を希望する患者が、可能な限り在宅療養生活を続けることができる。

（４）方策

方策１：かかりつけ医機能報告の結果を踏まえて、在宅医療を担う意向のある医療機関を対象とした在宅医療の実地研修を実施する。
（事例集P.38横浜市医師会の事例参照）

方策２：在宅医療を担う医療機関同士の連携体制を構築する。
✓医療機関同士が連携できる機会（意見交換の場）を設定する。
✓グループ診療ルール等を策定し、かかりつけ医不在時の代診や訪問診療等を行う連携体制を構築する。
（事例集P.16豊中市、P.21岡山市の事例参照）

方策３：在宅患者の急変時の連絡を受けた場合に円滑に対応できるよう、連携する医療機関や訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護事業所等と必要に応じて患者情報の共有や連携ルールを構築する。
✓医療機関同士や訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護事業所等が情報連携するICTツールを導入する。
（事例集P.21岡山市の事例参照）

（５）方策により期待できる効果

在宅を希望する方が安心して在宅療養ができるようになる。

（５）協議イメージ例（介護サービス等と連携した医療提供（２号機能（二））

圏域	市町村単位　等
参加者	都道府県・保健所、市町村、郡市区医師会、関係する診療所や病院、介護事業者、コーディネーター　等

（１）地域の具体的な課題

介護施設等に入所する要介護高齢者等について、医療機関と介護施設等との連携が進んでおらず、必要な支援の調整に時間を要している。

（２）様々な視点から考えられる原因

原因１：地域の医療機関や介護施設の担当者が集まり情報共有や意見交換を行う場がない。
原因２：介護施設等がどの医療機関と連携すればよいか分からない。

（３）地域で目指すべき姿

要介護高齢者等について、医療機関と介護施設等が連携し、必要な医療・介護サービスを切れ目なく提供することで、住み慣れた地域で介護施設等における生活を継続することができる。

（４）方策

方策１：地域の医療機関や介護施設等の担当者が集まって意見交換を行う場の設定を行う。
（事例集P.32地域医療連携推進法人湖南メディカル・コンソーシアムの事例参照）
方策２：かかりつけ医機能報告によって明らかとなった介護施設等と連携している協力医療機関[20]の情報を活用しながら、医療機関と介護施設等のマッチングを行う。

（５）方策により期待できる効果

医療・介護関係者が連携し、介護サービス利用者の日常的な健康管理、体調急変時に備えた指導や対応を連携して行うことができる。介護施設等と医療機関との連携が進み、介護施設等の入所者の体調不良時における対応体制を構築できる。

20 協力医療機関とは、特別養護老人ホームや介護老人保健施設などの介護保険施設において、入所者の急変時等に、要件として、①相談対応を行う体制、②診療を行う体制、③入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保した協力医療機関（③については病院に限る。）をあらかじめ定めることが令和6年度から経過措置３年として義務化されたこと等に伴い、介護保険施設等が要件を満たすとして定めた医療機関。厚生労働省：https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001300143.pdf

第５章　患者への説明

第１節　総論

（１）目的

○　インフォームド・コンセントの理念等を踏まえ、医療従事者等が診療情報を積極的に提供することにより、患者等が疾病と診療内容を十分理解し、医療従事者と患者等が共同して疾病を克服するなど、医療従事者と患者等とのより良い信頼関係を構築する。

○　また、患者が積極的に自らの健康管理を行っていく上でも、患者と医療従事者が診療情報を共有していくことが重要である。

○　医療法において、かかりつけ医機能（２号機能）の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者等に在宅医療を提供する場合、その他外来医療を提供するに当たっておおむね４ヶ月以上継続して医療を提供することが見込まれる場合であって、患者又は家族から求めがあったときは、正当な理由がある場合を除き、疾患名、治療計画等について適切な説明が行われるよう努めなければならないこととされている。

（２）制度の概要

○　対象医療機関
かかりつけ医機能（２号機能）の確保に係る体制を有することについて、都道府県知事の確認を受けた医療機関

○　対象患者
慢性疾患を有する高齢者等の継続的な医療を要する患者

○　対象となる場合
在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たっておおむね４カ月以上継続して医療を提供することが見込まれる場合で、患者やその家族から求めがあったときは、正当な理由がある場合を除き（※）、説明を行うことについて努力義務が生じる。

（※）正当な理由がある場合として、説明の努力義務が免除される場合
- 説明を行うことで、当該患者の適切な診療に支障を及ぼすおそれがある場合
- 説明を行うことで、人の生命、身体又は財産に危険を生じさせるおそれがある場合

○　説明方法

説明は、いずれかの以下の方法により行う。

- 書面により提供する方法
- 電子メール等により提供する方法
- 磁気ディスクの交付により提供する方法
- 患者の同意を得て電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力する方法

○　説明の内容

説明にあたっては以下の項目について説明を行うこと。

- 疾患名、治療に関する計画、当該病院又は診療所の名称、住所及び連絡先
- 「当該患者に対して発揮するかかりつけ医機能」

  ※ 当該患者に対する１号機能や２号機能、２号機能を連携して確保する場合は連携医療機関
- 「病院又は診療所の管理者が患者への適切な医療の提供のために必要と判断する事項」

※ 別冊において、「患者説明様式（例）」を示しているので、適宜活用されたい。

○医療法第６条の４の２第１項

第三十条の十八の四第二項の規定による確認を受けた病院又は診療所であって、同項の厚生労働省令で定める要件に該当する体制を有するもの（他の病院又は診療所と相互に連携して同項に規定する当該機能を確保する場合を含む。）の管理者は、同条第一項に規定する継続的な医療を要する者に対して居宅等において必要な医療の提供をする場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であって、当該継続的な医療を要する者又はその家族からの求めがあったときは、正当な理由がある場合を除き、電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により、その診療を担当する医師又は歯科医師により、当該継続的な医療を要する者又はその家族に対し、次に掲げる事項の適切な説明が行われるよう努めなければならない。

一　疾患名

二　治療に関する計画

三　当該病院又は診療所の名称、住所及び連絡先

四　その他厚生労働省令で定める事項

○医療法施行規則第１条の８の２

法第六条の四の二に規定する厚生労働省令で定める場合は、同条に規定する病院又は診療所の管理者が当該病院又は診療所において、法第三十条の十八の四第一項に規定する継続的な医療を要する者（以下この条及び別表第八の項において単に「継続的な医療を要する者」という。）に対して在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供する場合であって、おおむね四月以上継続して医療を提供することが見込まれる場合とする。

２　法第六条の四の二に規定する厚生労働省令で定める方法は、次のいずれかに掲げるものとする。

一　法第六条の四の二に規定する病院又は診療所の管理者の使用に係る電子計算機と継続的な医療を要する者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織を使用する方法であって、当該電気通信回線を通じて情報が送信され、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該情報を記録する方法

二　法第六条の四の二に規定する病院又は診療所の管理者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された事項を電気通信回線を通じて継続的な医療を要する者又はその家族の閲覧に供し、当該継続的な医療を要する者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該事項を記録する方法

三　磁気ディスク等をもつて調製するファイルに情報を記録したものを交付する方法

四　書面を交付する方法

３　法第六条の四の二第四号に規定する厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

一　継続的な医療を要する者に対して提供する医療に係る法第三十条の十八の四第一項第一号に規定する機能並びに同項第二号に規定する機能及び当該機能の確保に係る同項第三号に規定する事項

二　病院又は診療所の管理者が継続的な医療を要する者への適切な医療の提供のために必要と判断する事項

参考資料

参考資料１．かかりつけ医機能報告制度と関連する法律・計画・事業等との関係

かかりつけ医機能報告制度は、地域医療構想・医師偏在対策・働き方改革など、他の医療提供体制に関する取組と密接に関連している。このため、関連する法律や事業を把握しつつ、かかりつけ医機能報告制度との関連性について理解することが重要である。

かかりつけ医機能報告制度と関係する法律や主な政策

NO	制度（根拠法）	概要・かかりつけ医機能報告制度との関連
1	医療計画 （医療法第30条の４）	都道府県が、厚生労働大臣の定める基本方針に即して、地域の実情に応じた医療提供体制を確保するために策定する。主な記載事項として、５疾病６事業及び在宅医療に関する事項、医師の確保に関する事項や外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項がある。
2	地域医療構想 （医療法第30条の４第２項）	地域医療構想とは、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もの。 地域医療構想の達成を目指すための医療機関の機能分化・連携について、都道府県は、各構想区域に、関係者との連携を図りつつ、将来の必要病床数を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行う「地域医療構想調整会議」を設置し、医療機関相互の協議により、地域の実情を踏まえて機能分化・連携を進めていく仕組みを設けることとしている。 今後、各都道府県においては、2040年頃を見据え、入院のみならず、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新たな地域医療構想の策定･推進が求められている。
3	外来医療計画 （医療法第30条の４第２項第10号）	都道府県は、医療計画において、地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応に向けた施策内容を「外来医療計画」として定めることとされており、適当な区域（対象区域）で協議を実施。令和６年度以降は３年ごとに外来医療計画を見直すこととしている。外来機能報告や紹介受診重点医療機関の機能・役割とかかりつけ医機能は密接にかかわっている。
4	介護保険事業（支援）計画 （介護保険法第117条・第118条）	市町村は三年を一期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画を定め、都道府県は三年を一期とする介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施の支援に関する計画を定める。
5	在宅医療・介護連携推進事業 （介護保険法第115条の45）	地域医療支援事業として介護保険に規定されている。切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進する事業。

既存の通達やガイドライン等との関係

NO	制度 ガイドライン・手引き	かかりつけ医機能の協議との関係
1	医療計画 『医療計画について』 医政発0331第16号 令和５年３月31日 『疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について』 医政地発0331第14号 令和５年３月31日	第８次医療計画策定にかかる留意事項や具体的手順等が記載されている。 かかりつけ医機能については、医療計画の特に在宅についての記述内容やＰＤＣＡサイクルの進捗状況を把握することが必要となる。 また、在宅医療の体制整備においては、介護サービス基盤の整備状況や今後の見込みも踏まえる必要があることから、医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合性を図るため、医療計画策定の際に、都道府県や市町村における医療・介護の担当部局間で協議を行うことと記載されている。
2	地域医療構想 『地域医療構想策定ガイドライン』 平成29年３月31日	都道府県が、地域の実情に応じた地域医療構想の策定が進むよう、構想区域の設定や医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計方法などをとりまとめたもの。平成27年度以降、各都道府県において地域医療構想が策定され、取組が進められている。 かかりつけ医機能の協議を行うにあたっては、地域医療構想調整会議等の議論の方向性を踏まえながら、協議を進めることが求められる。
3	外来医療計画 『外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン』 （令和５年３月）	外来機能報告や紹介受診重点医療機関の機能・役割とかかりつけ医機能は密接にかかわっており、かかりつけ医機能に関する協議の場は、外来医療に関する協議の場の下に市町村等ごとに設置することも考えられる。
4	介護保険事業（支援）計画 『介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針』 （令和６年厚生労働省告示第18号）	基本指針をもとに、都道府県・市町村が介護保険事業（支援）計画を策定。 都道府県は、医療計画との整合を図るため地域医療構想調整会議の結果を共有しつつ、より緊密な連携が図られるような体制とすることが重要である旨の記載されている。 また、市町村は、かかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果を考慮しながら、在宅医療・介護連携の強化の推進を図ることが重要であると記載されている。
5	在宅医療・介護連携推進事業 「地域支援事業の実施について」（平成18年６月９日老発第0609001号） 別記３　包括的支援事業（社会保障充実分）の「１　在宅医療・介護連携推進事業」の項 『在宅医療・介護連携推進事業の手引き』（Ver.４） 令和７年３月 老健局老人保健課	切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、住民や地域の医療・介護関係者と地域のあるべき姿を共有しつつ、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進することを目的とした事業。 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、解決策等の検討を行うことや、在宅医療・介護の連携を支援する人材（コーディネーター）を配置し、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・介護連携に関する事項の相談を受け付けること等複数の事項が求められている。（同様の取組がある場合は、他の取組を活用可能） かかりつけ医機能との関連では、かかりつけ医機能に関する「協議の場」や第４章第３節に示すコーディネーターとの連携について検討が重要である。

かかりつけ医機能報告と関連する他の報告制度

NO	事業	目的	報告対象医療機関
1	病床機能報告 （医療法第30条の13）	各医療機関が病床機能の現状と今後の方向について、病棟単位で選択し、都道府県に報告する。 また、病棟の設備や人員配置、具体的な医療内容等を報告し、その報告内容データに基づく議論を地域で進める。	• 一般病床・療養病床を有する病院 • 有床診療所
2	外来機能報告 （医療法第30条の18の２第１項及び法第30条の18の３第１項）	地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進める。	• 病院及び有床診療所を対象（無床診療所は任意）
3	医療機能情報提供制度 （医療法第６条の３）	国民・患者による医療機関の適切な選択を支援するため、医療機関に対し、医療機能に関する情報について、都道府県知事への報告を義務づけ、それを都道府県知事が公表する制度。なお、公表は医療情報ネット（ナビイ）により実施。	• 病院等（病院、診療所、歯科診療所及び助産所）
4	（新設）かかりつけ医機能報告 （医療法第30条の18の４）	地域におけるかかりつけ医機能を確保するため、データに基づく議論を地域で進める。	• 特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所

参考資料２．協議の場の進行表（例）

本進行表は一例であり、統一的な様式として定めるものではありません。各都道府県の実情に応じて適宜ご活用ください。

なお、本進行表においては、形式上、「地域の現状の把握と認識の共有」から「方策により期待できる効果と、進捗管理のための指標について議論」まで１回の協議で行う場合として記載していますが、実際には複数回に分けて開催される（課題を１回目の会議で洗い出し、２回目以降、方策や役割分担について議論するなど）ことも想定されますので、進捗状況等に応じて適宜切り分けてご活用ください。

また、司会（事務局）は、テーマの目的や進捗に応じて座長を置くことも考えられます。

議事	内容
開会挨拶	○ 司会 「それでは定刻となりましたので、XX地区かかりつけ医機能の協議会（第１回）を開催させていただきます。 本日はお忙しい中ご出席頂きましてありがとうございます。本協議会の司会を務めますXXでございます。どうぞ宜しくお願い申し上げます。」 本日は初回でございますので、XXよりご挨拶をいただきたいと思います。」 （XX挨拶）
	○ 司会 「続いて、参加者の皆様をご紹介させていただきます。お名前を読み上げましたら、恐れ入りますが一言ご挨拶をいただけますようお願いいたします。」 （参加者名簿に沿って紹介） 「続いて、配布資料を確認させていただきます。」 （資料確認） 「本協議の取扱いですが、原則公開となっております。また、会議後、議事録を作成し、公表することとしております。」 「次に、会議進行の留意点です。発言がある場合は、挙手していただき、指名の後ご発言ください。」
制度概要	○ 司会 「それでは、議事を進めたいと思います。制度概要について、XXより説明をお願い致します。」 ○ XXより資料X（制度概要）を説明
質疑応答	○ 司会 「それでは、説明についてご質問、ご意見等お願いいたします。」 **＜目指す到達点＞** • 制度に関する共通認識の確保
地域の現状の把握と認識の共有	○ 司会 「それでは本年度の当地域におけるかかりつけ医機能の確保のための議論に移りたいと思います。まずは××より当地域の現状について説明をお願い致します。」

議事	内容
	○ ××より資料X（かかりつけ医機能のXX機能の現状）を説明
質疑応答	○ 司会 「当地域の現状についてご質問、ご意見等お願いいたします。」 **＜議論の順番と目指す到達点＞** • 課題管理シートの「地域の具体的な課題」や「様々な視点から考えられる原因」の議論を行う。 • 地域の現状や課題に関する共通イメージをつくる。 • 司会は、できるだけ多くの参加者から意見を得られるよう発言を促す。 ○ 司会 「ご意見ありがとうございます。XXやXX等（この項目の議論の総括)、地 域の現状についてみなさんで共有頂けたと思います。」
地域で目指すべき姿と課題提起	○ 司会 「次に当地域として「解決すべき地域の課題」について議論してまいります。その前提として「地域で目指すべき姿」として○○○○を設定致します。そして、それに向かって○号機能を構築するために「解決すべき地域の課題」について、○○○○と具体的に設定致します。」
原因についての議論	「こういった課題について、なにがその原因となっているのか、それぞれの視点からご意見をお願いいたします。」 **＜議論の順番と目指す到達点＞** • 各出席者からそれぞれの視点から発言を促す。 • 司会は、できるだけ多くの参加者から意見を得るよう発言を促す。 • 司会がホワイトボード等に記入して議論を「見える化」する。 ○ 司会 「ご意見ありがとうございます。XXやXX等（この項目の議論総括）のご意見をいただきました。」
方策についての議論	○ 司会 「それでは、いまみなさんから頂いた原因についてどのように解決していくべきか、「方策」についてみなさんと議論してまいります。それぞれの立場からご意見等お願いいたします。」 **＜議論の順番と目指す到達点＞** • 課題管理シートの「方策と役割分担」の「方策」について議論を行う。併せて、方策を行う時期のめどについても議論を行う。 • 司会は、できるだけ多くの参加者から意見を得るよう発言を促す。 • 連携体制構築等に関し、論点等を整理する。 ○ 司会 「ご意見ありがとうございます。XXやXX等（この項目の議論の総括)、地域の現状についてみなさんで共有させて頂けたと思います。」
役割分担についての議論	○ 司会 「それでは、みなさんから頂いた方策について、地域でどう役割分担して目指すべき姿に近づけていくか議論してまいります。それぞれの立場からご意見等お願いいたします。」

議事	内容
	＜議論の順番と目指す到達点＞ • 課題管理シートの「方策と役割分担」の「役割分担」について、地域での取組に対するそれぞれの役割分担を明確化する。 • 行政だけでなく必要に応じて、関係者、住民と共有する。 ○ 司会 「ご意見ありがとうございます。XXやXX等（この項目の議論の総括)、地域の現状についてみなさんで共有頂けたと思います。」
方策により期待できる効果と、指標について議論	○ 司会 「それでは、「方策により期待できる効果とその指標」についてご質問、ご意見等お願いいたします。」 **＜議論の順番と目指す到達点＞** • 課題管理シートの「方策により期待できる効果とその指標」の議論を行う。 • 司会は、できるだけ多くの参加者から意見を得るよう発言を促す。 • 方策により期待できる効果とその指標に関する共通認識を得る。 ○ 司会 「ご意見ありがとうございます。XXやXX等（この項目の議論の総括)、地域の現状についてみなさんで共有頂けたと思います。」
質疑応答	○ 司会 「それでは、全体通してご質問、ご意見等お願いいたします。」 **＜議論の順番と目指す到達点＞** • 課題管理シートの議論が不足している部分の議論を行う。 • 司会は、できるだけ多くの参加者から意見を得るよう発言を促す。 ○ 司会 「ご意見ありがとうございます。XXやXX等（この項目の議論の総括)、地域の現状についてみなさんで共有頂けたと思います。」
会議総括	○ 司会 「それでは、本日の議論を総括したいと思います。・・・・・・・。」 「予定していた議事は以上となります。次回会議に向けて役割分担しながら目指すべき姿に向けて取組をすすめてまいります。本日は、貴重なご意見をいただき有難うございました。いただいたご意見は議事録として取りまとめの上、後日ご確認のお願いを差し上げます。次回協議会の日程につきましては、改めて調整をさせていただければと存じます。これにてXX地区かかりつけ医機能の協議会を閉会致します。有難うございました。」

別添２

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

■ はじめに

- 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）」が公布され、同法においてかかりつけ医機能が発揮される制度整備が行われました。
- 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、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくための重要な医療制度改革です。具体的には、令和７年度よりかかりつけ医機能報告制度に基づく取り組みが開始されることになります。
- 厚生労働省では、上記の制度の全体像を理解しやすくするものとして、かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン（以下「ガイドライン」）を策定しました。
- 本事例集はガイドラインの別冊資料として、特にガイドライン第４章に記載している、協議における課題と方策の具体例や、かかりつけ医機能の実装のための具体例を示すものとして、作成しました。
- 本事例集には、行政主導の取組に加え、地域の医療機関等が中心となって実施している取組も含まれており、次の活用方法などが考えられます。背景・課題、自治体規模なども記載しているため、自地域の状況と近い地域の取組を参照することも可能です。
  - 協議の場の議題設定等の参考にする
  - 他地域の事例を関係者に示しながら、地域で必要なことがないか関係者と調整を始める際の参考とする
- ガイドラインと併せて、地域におけるかかりつけ医機能の確保のための方策の検討や、協議の場を進める際などの参考となれば幸いです。

掲載事例一覧

No	取組の中心	類型	概要	関係するかかりつけ医機能(主なもの)					医療圏分類	ページ
				2号(イ)時間外診療	2号(ロ)入退院支援	2号(ハ)在宅医療	2号(ニ)介護連携	その他		
1	福井県	都道府県	全県統一の入退院支援ルールを策定		○		○		-	5
2	和歌山県	都道府県	協力病院の指定などにより、かかりつけ医をサポート		○	○			-	7
3	千葉県 松戸市	市町村	地域を「一つの病院」に見立て、かかりつけ医の支援体制を構築	○	○	○	○	○ ICT活用	大都市型	9
4	東京都 稲城市	市町村	医療介護等のデータ分析に基づく市独自の医療計画の作成及び救急医療体制・在宅医療体制等の推進等	○	○	○	○	○ 市で 医療計画	大都市型	11
5	新潟県 燕市	市町村	「転ばぬ先の医療推進」プロジェクトにより、かかりつけ医のいない高齢者の診療体制を構築			○	○		地方 都市型	14
6	大阪府 豊中市	市町村	市とコーディネーターとの協働による医介連携の充実化及び在宅医グループやバックアップ体制の構築などを推進		○	○	○	○ ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ	大都市型	16
7	鳥取県 米子市	市町村	保健師が中心になり、精神障がい者等について病院地域連携室等と連携して支援		○	○	○	○ 精神障害	過疎 地域型	19
8	岡山県 岡山市	市町村	地域別のワーキングを開催し、診診・病診連携やMCS®の活用などを推進	○	○	○	○	○ ICT活用	地方 都市型	21
9	多摩ファミリークリニック （神奈川県川崎市）	診療所	在宅診療と他事業・多職種連携で病院と診療所を繋ぎ地域医療をサポート	○	○	○	○		大都市型	24
10	KOYANAGI真柄CLINIC （新潟県新潟市）	診療所	警察医等として地域社会の一部となりかかりつけ医機能を発揮	○	○	○	○	○ 地域社会 構築	地方 都市型	26
11	すぎうら医院 （島根県出雲市）	診療所	診診連携により24時間かかりつけ医体制を構築	○		○			地方 都市型	28
12	池端病院 （福井県越前市）	病院	エリア唯一の病院として乳幼児から高齢者までの「かかりつけ病院」機能を提供	○	○	○	○		過疎 地域型	30
13	地域医療連携推進法人湖南メディカル・コンソーシアム （滋賀県草津市）	病院	地域医療連携推進法人が中心となり地域で連携し、地域医療サポートカーの運用や入退院等を支援		○	○	○	○ 地域医療連携 推進法人	大都市型	32
14	織田病院 （佐賀県鹿島市）	病院	地域医療の窓口として病診連携・病病連携を推進	○	○	○	○	○ ICT活用	地方 都市型	34
15	新潟県医師会	県医師会	手引きで関係者が協議、実践、評価する「標準プロセス」を示し、入退院支援を推進		○	○	○		-	36
16	横浜市医師会	郡市 医師会	在宅医養成研修を実施			○		○ 研修	大都市型	38

【関係するかかりつけ医機能（主なもの）】
○：事例集で特に焦点を当てて紹介しているもの
※○がなくても、取組が行われていないということではありません

【医療圏分類】
所在する二次医療圏を人口・人口密度を基に以下３類型に分類したもの
・大都市型：（人口が100万人以上）または（人口密度が2,000人／㎢）以上
・地方都市型：（人口が20万人以上）または（人口10-20万人かつ人口密度200人／㎢以上）
・過疎地域型：大都市型にも地方都市型にも属さない場合

■ 本事例集の見方（１枚目）

1. 事例タイトル（地域）

（基本情報）

総人口･高齢者割合	○○人 ・ 65歳以上：○○% 85歳以上：○○%
面積	○○○㎢
取組開始時点	○年○月～
取組に関するホームページ	XXXXXXX
担当部署連絡先	XXXXXX（行政機関等のみ記載あり）

基本情報

- 人口･高齢者割合（65歳以上･85歳以上）を記載しており、自地域と近い地域を確認できます。
- 該当のある場合は、取組に関するホームページ、担当部署連絡先を掲載しています。事例集掲載内容より更に詳細を把握したい場合はこちらを参考にしてください。

背景課題	● □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ ● □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
取組概要	● □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ ● □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
効果	● □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

背景課題･取組概要･効果

- 取組を始めるに至った背景･課題、取組の概要、効果等を簡潔に整理しています。
- 自地域と似た課題等や、得たい効果等のある事例に関して、取組内容を確認することが可能です。

主な取組内容

■ ■ ■ ■ ■

● □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

● □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

■ ■ ■ ■ ■

● □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

● □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

図等

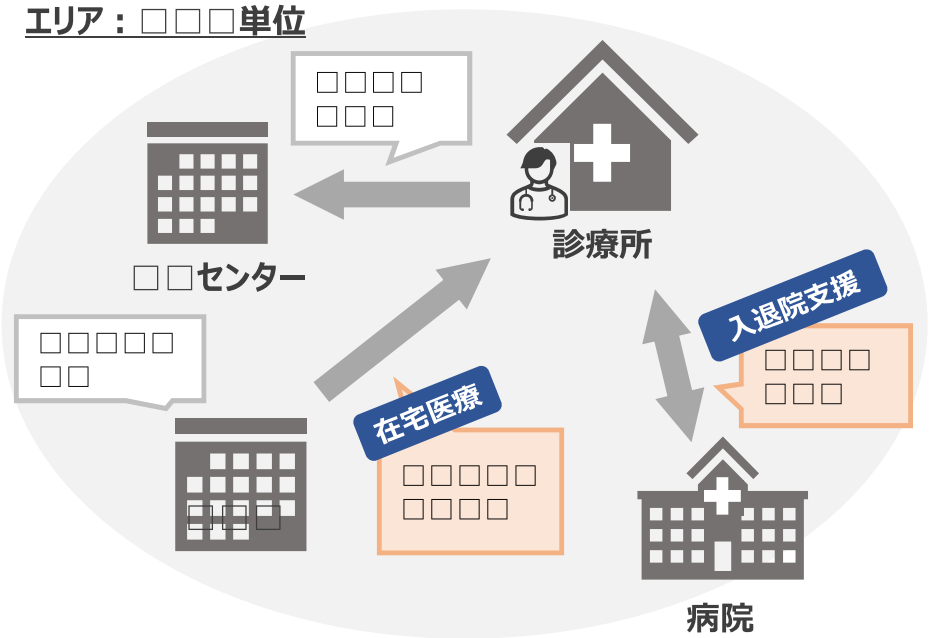
主な取組内容

- 取組概要に記載の内容について、より詳細な内容を整理しています。

■ 本事例集の見方（２枚目）

地域のかかりつけ医機能イメージ

エリア：□□□単位



地域のかかりつけ医機能イメージ

- 掲載されている取組について、どのような体制・どのような主体が取り組んでいるか体制イメージを整理しています。
- どのようなエリア（地域単位）で取り組んでいるかを最初に記載しています。
- かかりつけ医機能に特に関係する連携等については、例えば「在宅医療」「入退院支援」など、青い枠で整理しています。

関係者の主な役割

□□□	● □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
病院	● □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
診療所	● □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
□□センター	● □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

関係者の主な役割

- 地域のかかりつけ医機能イメージに登場する各関係者ごとの主な役割を整理しています。地域での役割分担の実例として参考にしてください。

■ 本事例集の見方（一部事例）

協議の場の進め方

全体の流れ		実施事項・工夫点
① 現状把握 調査分析	• □□□□ • □□□□ • □□□□ • □□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ **考察の観点**：現状把握に関する調査における工夫等
② 協議の場の設置	• □□□□ • □□□□ • □□□□ • □□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ **○○の活用**：コーディネーターの活用における工夫等

協議の場の進め方

- 一部の事例においては、協議の場の進め方についても整理しています。
- 全体の流れを、①現状把握・調査分析②協議の場の設置③協議の場の運営④取組実行などに整理し、それぞれの場面での対応事項と、工夫点などを整理していますので、協議の場の進め方の参考にしてください。

1.県全域への入退院支援ルールの普及促進（福井県）

（基本情報）

総人口･高齢者割合	752,390人 ・ 65歳以上：31.1% 85歳以上：6.0%（令和６年1月1日時点）
面積	4,190.57㎢（令和６年10月時点）
取組開始時点	協議：平成27年度 運用開始：平成28年度
取組に関するホームページ	https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kourei/taiinshien.html
担当部署連絡先	福井県長寿福祉課 （メール）choju@pref.fukui.lg.jp

背景課題	● 病院と介護支援専門員の連携ルールは、一部では取り組まれていたが、医療機関や地域で様式等が異なり、十分に活用されていなかった。
取組概要	● 退院支援ルールの適用範囲を全県とすることとし、全県統一の入退院支援ルールを策定した。（平成28年4月運用開始）
効果	● 退院調整のフローを標準化したことにより、入退院時の情報提供率の向上につながった。 ➢ 入院時情報提供の割合：約５割→約７割 ➢ 退院時に介護支援専門員に情報提供を行っている割合：約８割→約９割 ● 協議を重ねることで、お互いの事情や役割への理解が深まり、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなった。 ● ルール活用により入退院にかかる診療報酬・介護報酬上の評価・加算につながった。

主な取組内容

■調整の流れ

- 全県統一の入退院支援ルールの必要性について、関係者間で次の流れを調整･議論した。

① 県と県医師会が連携し、入退院時の支援ルール作成に向け取り組むことを確認。

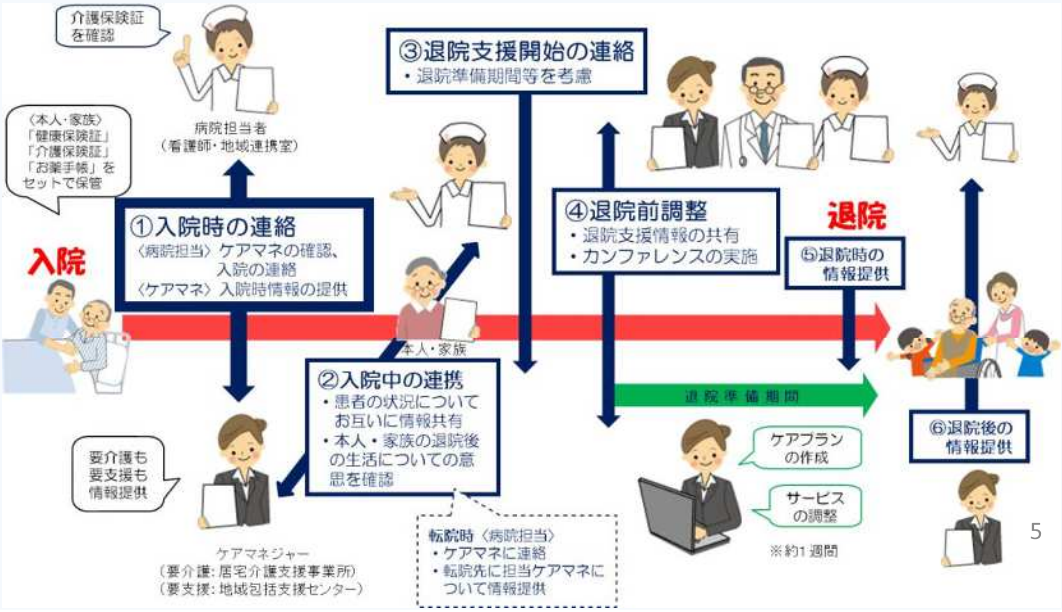
② 全県の介護支援専門員を対象に入退院時連携の実態を調査。

③ 県内すべての保健所が関係者の協議の場を設置。
医療機関、介護支援専門員、医師会等による複数回の協議を経て、入退院時の医療介護連携に関する現状と課題の整理、入退院支援ルールについての意見の取りまとめを実施。その中で、市町や医療圏をまたぐ入退院の事例が多く見られることから、ルールの適用範囲は広域にする必要があるとの意見があった。

■福井県入退院支援ルールの策定

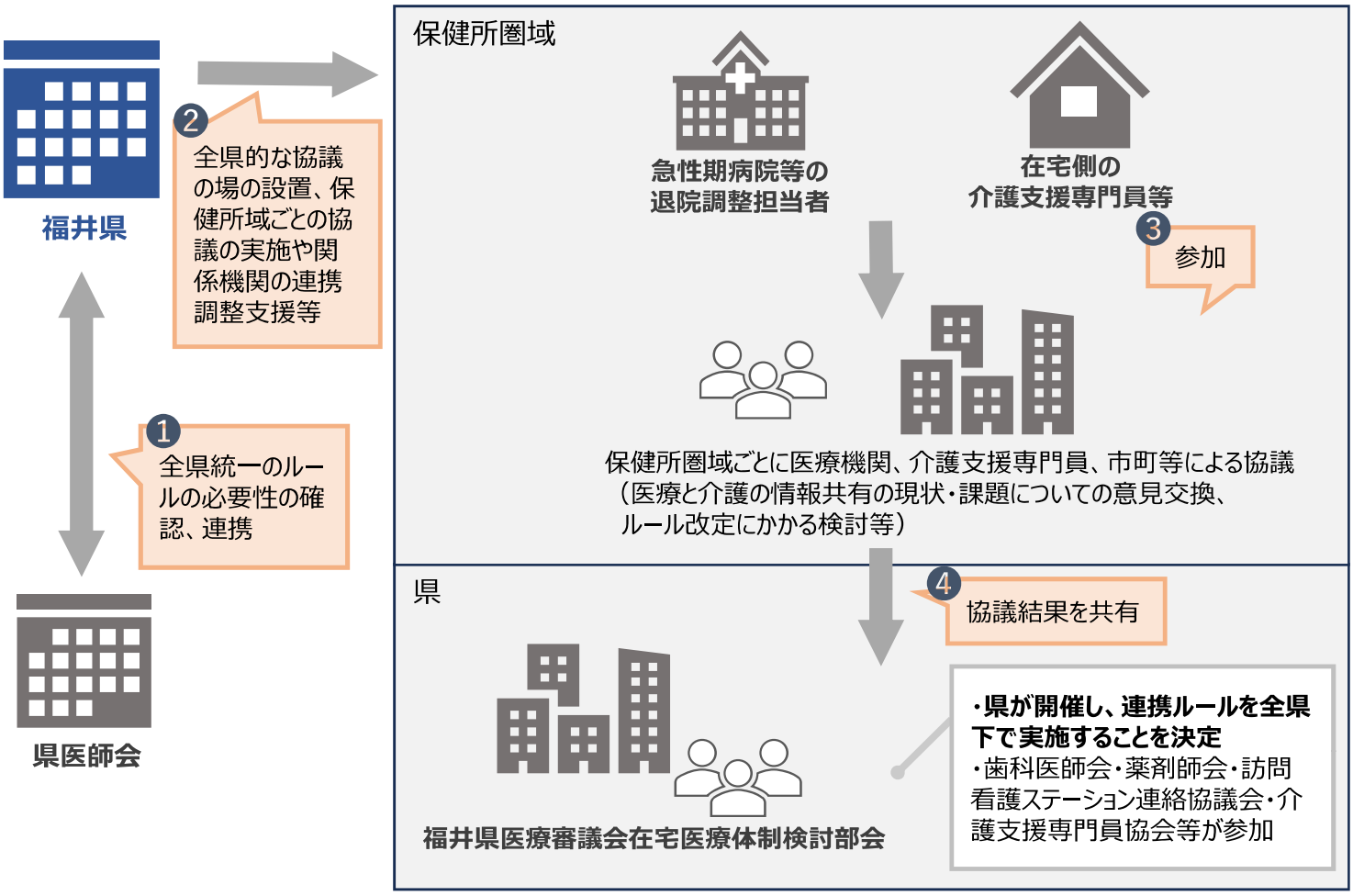
- ルールの適用範囲を全県とすることとし、保健所圏域毎の協議会で出た現場の意見を踏まえた上で、圏域代表者会議及び県医療審議会において全県統一のルールを策定した。

- フローを、「Ａ:入院前にケアマネジャーがいる患者の場合」と、
- 「Ｂ:入院前にケアマネジャーがいない患者の場合」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」）



入退院ルールの作成イメージ

エリア：全県で統一ルールを運用



関係者の主な役割

福井県	● 事業の企画・予算の確保 ● 市町への参加要請（介護保険担当部局、地域包括支援センター、居宅介護事業所等） ● 県は、全県的な関係者協議の場の設置、県保健所は、保健所圏域ごとの協議の実施や関係機関の連携調整を支援 ● 入退院時の連携状況の定期的な把握・評価、入退院支援ルールの改善
県医師会	● 事業の実施方法や入退院支援ルール等に対する医療的見地からの助言 ● 郡市医師会に対する連絡調整や協力要請 ● 病院、有床診療所、介護支援専門員協会等の関係機関に対する協力要請
急性期病院等の退院調整担当者	● 保健所圏域の合同会議や協議会に参加し、議論
在宅側の介護支援専門員	● 保健所圏域の合同会議や協議会に参加し、議論
歯科医師会・薬剤師会・訪問看護ステーション連絡協議会・介護支援専門員協会等	● 県の検討部会に参加し、議論 ● 連携ルールを全県下で実施することを決定

2.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）

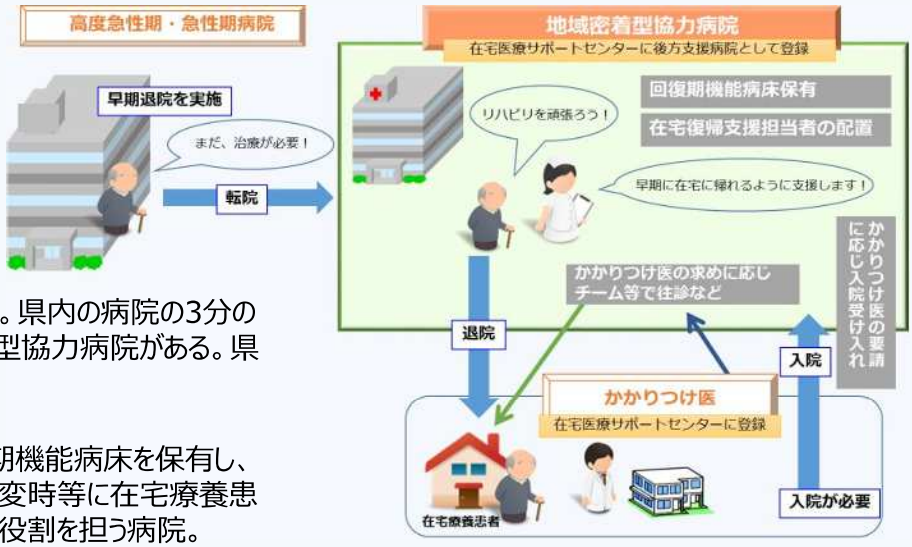
総人口･高齢者割合	913,297人 ・ 65歳以上：33.6% 85歳以上：6.5%（令和６年1月1日時点）
面積	4,724.66㎢（令和６年10月時点）
取組開始時点	平成28年度～現在
取組に関するホームページ	https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/050100/iryokeikaku/keikaku_d/fil/5syou1setu.pdf
担当部署連絡先	和歌山県 医務課（073-441-2604）

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。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。 ● 安定的に在宅医療を提供するため、特に急変時等に在宅療養患者を受け入れる後方支援体制を充実させることが求められていた。
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

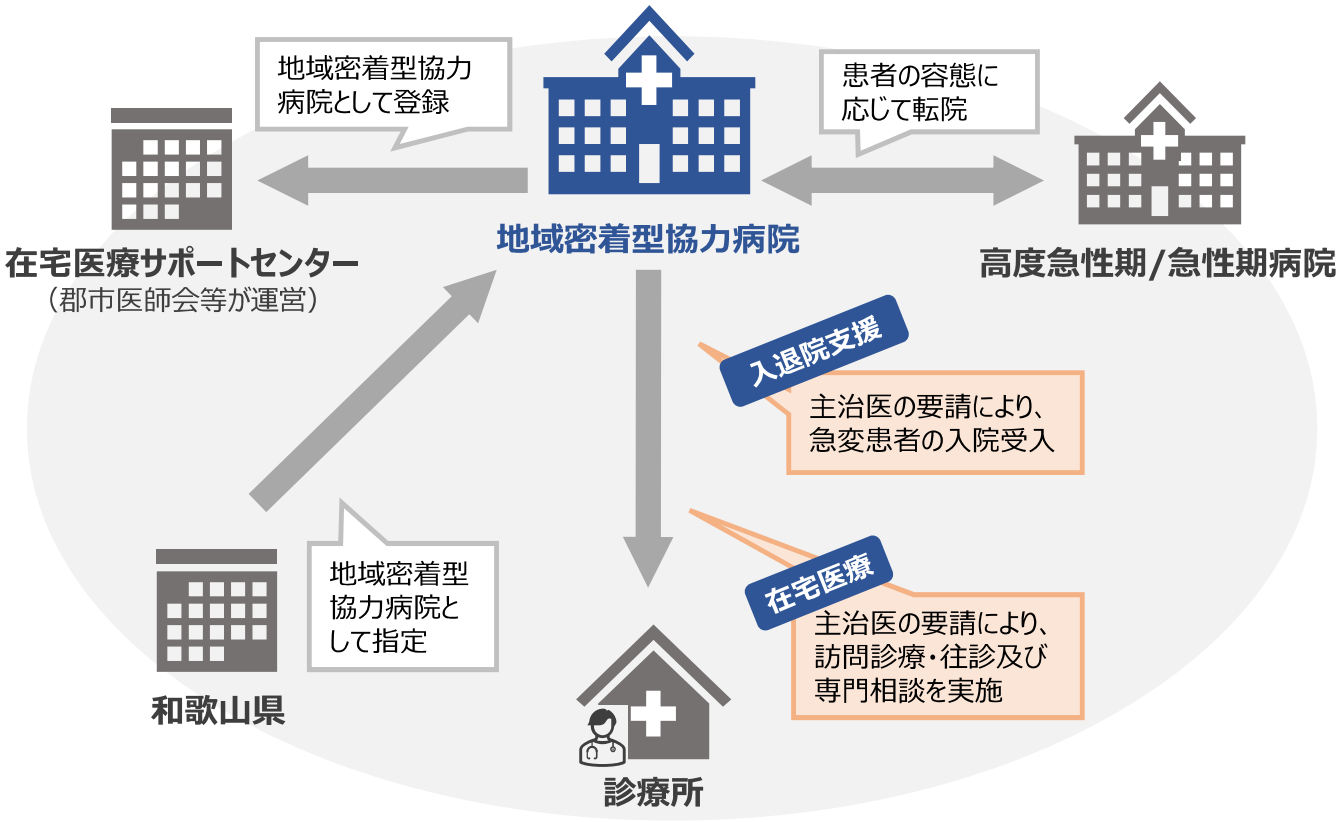
① 回復期機能病床の保有
② 急変時等における在宅療養患者の入院受入※
③ 在宅復帰支援（退院支援）担当者の配置
④ チーム等で訪問診療･往診又は訪問看護実施
⑤ 専門相談の実施
⑥ 在宅医療に関する研修の実施
※かかりつけ医からの入院要請に応じて実施

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

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	● 地域密着型協力病院の指定
地域密着型協力病院	● 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) ● 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
在宅医療サポートセンター	● 地域密着型協力病院等の後方支援病院の登録・紹介 ● 訪問診療を実施する医師の登録・紹介 ● 医療・介護職等からの相談窓口を設置 ● 研修など多職種連携体制構築 ● 在宅医療等の普及啓発の実施
診療所	● 訪問診療、往診を実施 ● 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

3.地域を一つの病院に見立てかかりつけ医の支援体制を構築（千葉県松戸市）

（基本情報）

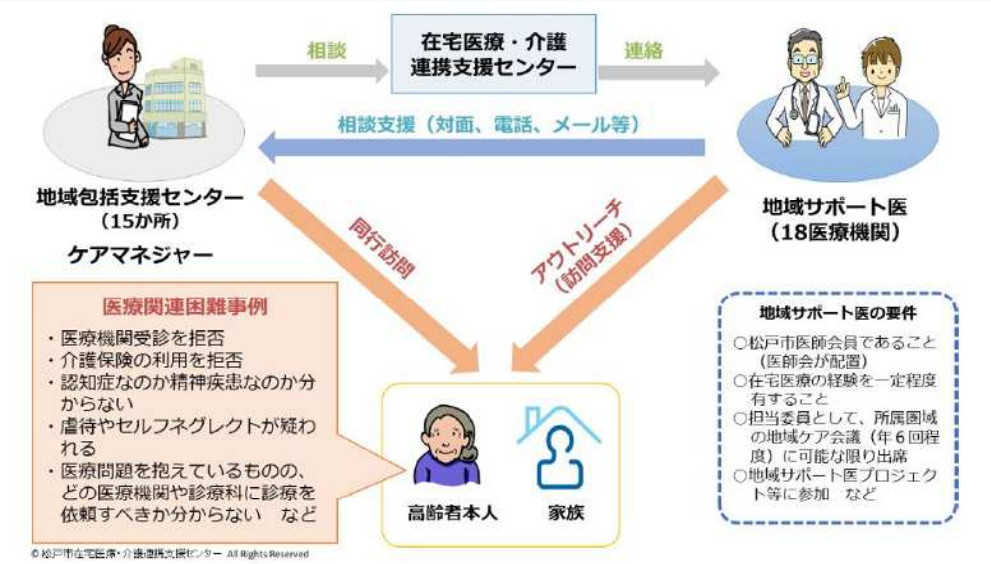
総人口･高齢者割合	478,046人 ・ 65歳以上：26.8% 85歳以上：4.6%（令和６年1月1日時点）
面積	61.38㎢（令和６年10月時点）
取組開始時点	平成30年4月1日～現在
取組に関するホームページ	https://matsudo-zaitaku.org/
担当部署連絡先	松戸市在宅医療･介護連携支援センター 047-701-7533

背景課題	● 地域共生社会の実現を目指すため、高齢や障害、子どもなど、世代や領域を問わず、医療・介護・福祉・行政に携わっている方々からの相談に応じ、支援の対象者が抱えている様々な課題について、関係機関とともに解決に向けて支援することが求められていた。
取組概要	● 地域を一つの病院としてとらえ、市内の医療・介護・福祉機関や行政が一体となって機能を果たし、老いても病んでも暮らしやすいまちづくりを目指すため、松戸市在宅医療・介護連携支援センターが中心となり、以下の取組を実施。 ➢ 困難事例に対する相談支援・アウトリーチ ➢ かかりつけ医を持つことを推奨 ➢ 在宅医療のスタートアップ支援
効果	● 患者の心身機能の介護予防や重症化防止・QOLの向上や円滑な退院支援の実現につながった。

主な取組内容

■相談支援･アウトリーチ

- 支援困難事例に直面する地域包括支援センター、障害者、子どもを含む地域の各種相談支援事業所、医療介護専門職等に対してセンターの医療介護専門職及び、松戸市医師会会員医療機関の地域サポート医が相談支援
- 医療機関受診や必要なサービスを拒否しているセルフ･ネグレクト事例等に対し、センターの医療介護専門職等や地域サポート医がアウトリーチ（訪問支援）を実施



■かかりつけ医を持つことを推奨

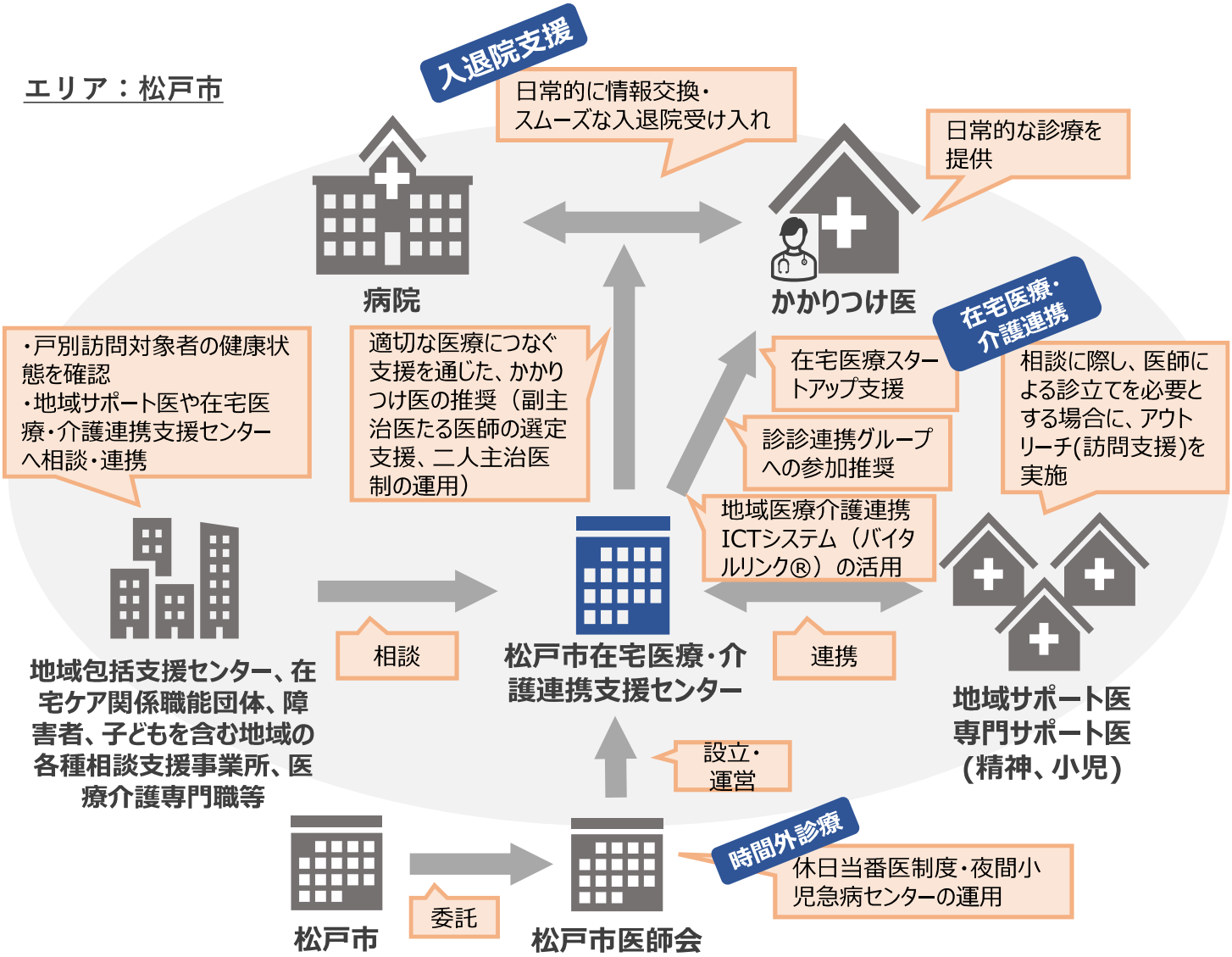
- 相談支援から生じた、適切な医療につなぐべきケースへの支援として、かかりつけ医を持つことを推奨
- 早期の段階から、生活の視点や疾病の軌道を熟知し、在宅医療も行える「かかりつけ医」が総合的な立場から診療できるようになり、患者の心身機能の介護予防や重症化防止･QOLの向上や円滑な入退院支援の実現につなげられる

■在宅医療のスタートアップ支援

➢ 診療体制整備や診療報酬請求業務の支援として、届け出書類、院内掲示、カルテ様式等の整備や診療報酬業務の支援
➢ 訪問看護師による訪問診療同行支援として、医療的ケアへの助言や介助、薬剤師･介護支援専門員等との情報連携支援など

- 在宅医療を開始することに躊躇していたり、在宅医療をすでに行っているがレセプト請求などを正しく行えているか自信がない開業医でも、これらの支援により安心して在宅医療を開始することが可能

地域のかかりつけ医機能を支援するイメージ



関係者の主な役割

松戸市医師会	● 地域包括ケア全般の課題抽出、課題解決に向けた取組を協議
在宅医療・介護連携支援センター	● 困難事例に対する相談支援・アウトリーチ、適切な医療につなぐ支援（かかりつけ医の推奨） ● かかりつけ医の在宅医療スタートアップ支援 ● 地域のかかりつけ医が、専門的な知識を必ずしも持たない分野である、リハビリテーション、口腔、食事に関する問題点等を医療・介護・福祉の専門職による評価や助言を行う支援
地域サポート医 専門サポート医(精神、小児)	● 松戸市医師会会員医療機関からの手上げにより協力 ● 地域包括支援センター、地域の各種相談支援事業所、医療介護専門職等、松戸市在宅医療・介護連携支援センターからの相談に対応 ● 医学的判断を司り、支援者に医学的助言を提供、必要に応じてアウトリーチ（訪問支援）を実施
地域包括支援センター、在宅ケア関係職能団体、障害者、子どもを含む地域の各種相談支援事業所、医療介護専門職等	● すべての関係者が、課題が憂慮される方に気づく早期覚知のアンテナとなる ● 戸別訪問対象者の健康状態を確認 ● 対象者の状態に応じ、地域サポート医や在宅医療・介護連携支援センターへ相談

4.市独自の医療計画作成・PDCAサイクルを意識した連携（東京都稲城市）

（基本情報）

総人口・高齢者割合	91,932人 ・ 65歳以上：22.3% 85歳以上：3.5%（令和６年1月1日時点）
面積	17.97㎢（令和６年10月時点）
取組開始時点	平成26年～現在
取組に関するホームページ	https://www.city.inagi.tokyo.jp/shisei/keikaku_hokoku/1008894/1008913.html
担当部署連絡先	稲城市 医療計画：健康課（042-378-3421）、在宅医療・介護連携推進事業：高齢福祉課（042-378-2111）

背景課題	● 高齢者を支える現場である市町村においても、医療提供体制の強化に主体的に取り組むことが重要であると認識。
取組概要	● 必要な医療ニーズを推計するために、身近な医療介護の実情をきめこまかく把握できる市町村において必要な在宅医療の数を推計すべきという理念のもと、2016年3月に10か年計画として稲城市医療計画を策定し、2021年7月に中間見直しを行った。 ● 医療計画の策定のため、課題仮説を設定し、それを検証するためのデータ分析を行った。必要なデータが手元にない場合は、在宅医療の市内外の流入/流出関係・将来推計や、市内医療機関向けアンケート調査を実施するなど、必要なデータを自ら取得。 ● 分析に基づき把握したことを踏まえ、医療計画を策定し、稲城市在宅医療・介護連携推進協議会における今後に向けた検討や稲城市民のための訪問診療医ガイドの作成などの具体的な施策を実施。 ● 医療計画に記載の取組を実行するため、いなぎ在宅医療・介護相談室に寄せられる相談から地域課題等を分析できるようコーディネーターを支援・育成。
効果	● 医療計画の策定・調査分析により、市民の医療の将来需要と医療提供の状況のギャップ、在宅医療等の現状と課題等を把握し、具体的な施策を検討することができた。

取組①医療介護等のデータ分析に基づく市独自の医療計画の作成及び救急医療体制・在宅医療体制等の推進

主な分析内容

■分析した内容

1.日常生活圏域別の人口推計
2.市国保及び後期高齢者医療の将来需要推計
　・疾病別の入院需要推計
3.市国保及び後期高齢者医療のレセプト分析
　・年齢階級別/地区別/疾病別/受診地域別等
　・在宅医療の市内外の流入/流出関係、将来推計
4.市の救急搬送の分析
5.市内医療機関の診療科目等の確認
6.市内医療機関向けアンケート分析

■分析から把握したこと

- 市内の訪問診療所は増え、市民の居宅に対しては市内の訪問診療所が入っている割合が高いが、市内施設に対しては市外の訪問診療所が入っている割合が高い。同時に市内の訪問診療所が市外の施設に訪問している割合も高い。
- 救急搬送先の４割は市立病院だが、他の大半は２次医療圏外の府中市や川崎市である。
- 訪問診療を始める意向がある市内診療所はなく、患者の外来通院が難しくなった場合は訪問診療を紹介したいと考える診療所が多い。

医療計画の概要

■市の国民健康保険及び後期高齢者医療の将来需要推計

- 令和22年度（2040年度）にかけて、75歳以上の入院医療需要、65歳以上の入院外医療需要の伸びが見込まれている。

■市の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプト分析

- 稲城市内での入院医療は、入院レセプト件数全体の36.3%となっており、東京都市町村（稲城市以外）が33.6%、神奈川県が21.0%と、隣接地域への流出が見られる。
- 市の在宅医療の医療需要は、令和22年度にかけて倍増することが見込まれる。

■市の救急医療体制

- 搬送の受け入れ先は、稲城市立病院が第１位である一方、隣接地域への搬送が半数以上を占めている。
- 特に、中等症以上の患者は、都内隣接地域や他県への搬送の割合が高い。

■地域における在宅医療の現状と課題

- 今後の往診・訪問診療の実施意向について、前回調査（平成27年度（2015年度））と比べ、依然として、「今後も実施予定はない」が多い。
- 「医療機関の医師による訪問診療に同行できる機会があったら、活用しようと考えますか。」については、「活用する予定はない」が多く、自ら訪問診療を導入するのでなく、訪問診療へ円滑につなぐことを希望する医療機関が多い結果となった。

ポイント	市民の医療の将来需要と医療提供の状況のギャップ、在宅医療等の現状と課題等を把握

医療計画の今後に向けた検討

■「在宅医療の充実」分野における、分析と課題の整理、今後の施策を検討

主な分析結果	・在宅医療需要が令和７年（２０２５年）には現在の約1.2倍、令和２２年（２０４０年）には約2倍に増加する。 ・往診又は訪問診療を実施している医療機関は42医療機関の内12医療機関である。 ・往診、訪問診療について、42医療機関の内28の医療機関が今後も実施する予定はないと回答している。 ・在宅にて「がん」を対応できる医療機関については、今回調査していない。 ・居宅向け訪問診療の流出割合は26.3%である一方、老人ホーム等向け訪問診療の流出割合は83.5%であり、市外在宅医も一定の役割を担っている。 ・在宅医療とともにサービスを提供する事が想定される訪問看護事業所は令和２年度で２か所増加したものの、平成27年度行ったヒアリングでは、市内病院や医師、歯科医との連携や事業所間のつながりが不十分だと感じていた。
今後の課題、方向性	在宅療養後方支援の機能強化 在宅医療に関する市民への普及啓発 市内・市外の在宅医による在宅 医療の実現 在宅医療における機能分化・連携体制の実現 訪問看護師の支援
令和３～７年	・稲城市在宅医療・介護連携推進協議会の開催 ・稲城市在宅医療介護連携マップの更新 ・いなぎ在宅医療・介護相談室による相談対応 ・在宅医療を紹介するパンフレットの作成を通じた連携の推進 ・多職種連携研修、専門職研修の実施 ・市民向け講演会やシンポジウムの実施 ・市在宅医療支援病床確保事業の継続

■稲城市在宅医療・介護連携推進協議会の開催

主な議題の例	構成メンバー（選出母体と人数）
① ケアマネ向けアンケートの実施方法、結果の考察 ② いなぎ在宅医療・介護相談室の実績、相談内容の考察 ③ 多職種連携研修（年１回実施）の実施方法、結果の報告・考察 ④ 専門職向け研修（年2回実施）の内容や結果の報告・考察 ⑤ 在宅医療の市民向け説明会（年１回実施）の内容や結果の報告・考察 ⑥ 認知症初期集中支援事業の実績、傾向等の報告・考察 ⑦ 日常生活圏域ニーズ調査等に基づく認知症施策の課題や対策の検討 ⑧ 稲城市医療計画の作成や見直しに伴う調査/データ分析結果の報告、考察 ⑨ 稲城市医療計画の進捗状況の報告	◆ 稲城市医師会（3人） ◆ 東京都八南歯科医師会稲城支部（１人） ◆ 稲城市薬剤師会（１人） ◆ 稲城市立病院（医師１人、看護師１人） ◆ 東京都南多摩保健所（１人） ◆ 認知症初期集中支援チーム（医師１人） ◆ 地域包括支援センター（１人） ◆ 稲城市居宅介護支援事業者連絡会 ・ ケアマネジャー １人、訪問看護事業所 １人 ・ デイサービス １人、地域密着型サービス １人 ➢ 消防救急担当、市立病院等も事務局で参加

活発な議論を呼ぶための工夫

- ○ 議題や資料は、最前線の専門職である委員が興味を持ち、発言しやすいよう現場の視点に基づいた内容になるよう意識している。
- ○ 会長（訪問診療医のことが多い）が議題に沿い、事務局の説明を咀嚼しながら適切な委員へ意見を問うよう進行いただいている。
- ○ 研修のグループワークを活用し、多職種での議論したことをアンケートとともに採取。協議会では、質的に分類して報告している。
- ○ 相談室の実績は、相談件数でなく相談内容から見える課題等を報告し、委員とともに考察しやすくしている。
- ○ 事務局（高齢福祉課や相談室）が参加した全国研修等で考察した「稲城市の課題」も仮説として提示した。

取組② PDCAサイクルを意識した在宅医療や医介連携の推進

全体の流れ	実施事項・工夫点

① 現状把握 調査分析

- **医療計画に記載の取組を実行するため、市が以下調査等より現状把握**

① いなぎ在宅医療・介護相談室による相談対応

- 相談室への個々の相談内容に関して、稲城市と在宅医療コーディネーターが次の観点で議論し、相談内容から地域課題として取り組めることは何か等を考察。

考察の観点	①なぜ、そのような相談が生じたのか ②相談室以外に相談できるところはどこか ③相談せずに済むようにするにはどうしたらよいか

② 要介護高齢者の在宅医療の利用状況に関する介護支援専門員向け調査

- 在宅医療等の経験が少ない介護支援専門員への支援の必要性や、医療機関が確認している「急変時の意向」が介護支援専門員に共有されていない可能性等を把握

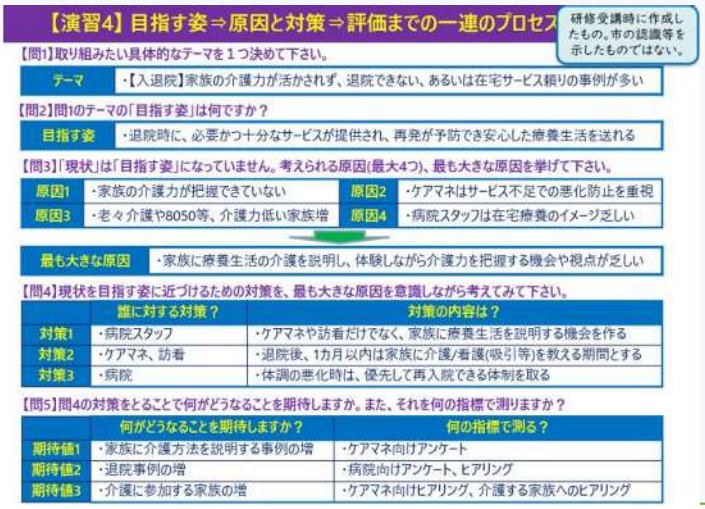
③ 医療計画の中間見直しのための医療機関向けアンケート

- 訪問診療を始める意向がある市内診療所はなく、患者の外来通院が難しくなった場合は訪問診療を紹介したいと考える診療所が多いことなどを把握

② 協議の場の運営等

- **在宅医療・介護連携推進協議会や多職種連携研修において、議論・検討**

（活用シート：入退院支援）



【演習4】目指す姿⇒原因と対策⇒評価までの一連のプロセス

研修受講時に作成したもの。市の認識等を示したものではない。

【問1】取り組みたい具体的なテーマを１つ決めて下さい。

テーマ	・【入退院】家族の介護力が活かされず、退院できない、あるいは在宅サービス頼りの事例が多い

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿	・退院時に、必要かつ十分なサービスが提供され、再発が予防でき安心した療養生活を送れる

【問3】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因(最大4つ)、最も大きな原因を挙げて下さい。

原因1	・家族の介護力が把握できていない	原因2	・ケアマネはサービス不足での悪化防止を重視
原因3	・老々介護や8050等、介護力低い家族増	原因4	・病院スタッフは在宅療養のイメージ乏しい

最も大きな原因	・家族に療養生活の介護を説明し、体験しながら介護力を把握する機会や視点が乏しい

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策を、最も大きな原因を意識しながら考えてみて下さい。

	誰に対する対策？	対策の内容は？
対策1	・病院スタッフ	・ケアマネや訪看だけでなく、家族に療養生活を説明する機会を作る
対策2	・ケアマネ、訪看	・退院後、1カ月以内は家族に介護/看護(吸引等)を教える期間とする
対策3	・病院	・体調の悪化時は、優先して再入院できる体制を取る

【問5】問4の対策をとることで何がどうなることを期待しますか。また、それを何の指標で測りますか？

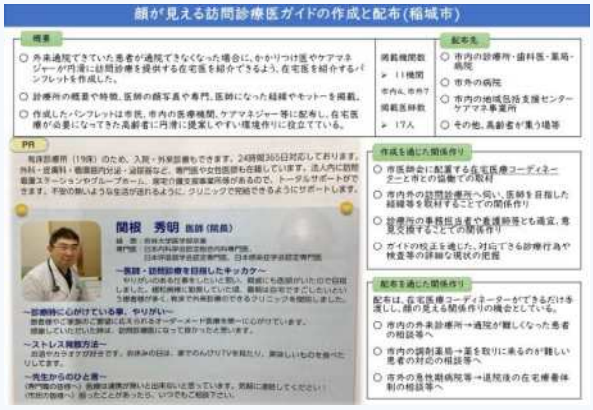
	何がどうなることを期待しますか？	何の指標で測る？
期待値1	・家族に介護方法を説明する事例の増	・ケアマネ向けアンケート
期待値2	・退院事例の増	・病院向けアンケート、ヒアリング
期待値3	・介護に参加する家族の増	・ケアマネ向けヒアリング、介護する家族へのヒアリング

議論の観点

- 委員や専門職が意見を出しやすいよう、具体的な議題を提示。
- 稲城市の人口推計結果等を報告し、課題認識を共有。現場の課題の仮説を提示し、現場感覚での賛同を問う。

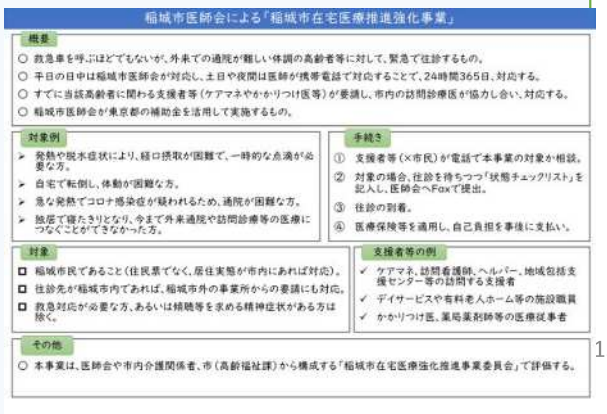
③ 取組実行

- **「稲城市民のための訪問診療医ガイド」**
  - 大学病院の総合案内等に掲示されている医師の顔写真等をヒントに、訪問診療医ガイドを作成。
  - 診療所の所在地に関わらず、稲城市民に訪問診療している診療所と医師の個性が分かるよう取材し、紹介することを通じて関係機関とのネットワーク作りも進めている。



顔が見える訪問診療医ガイドの作成と配布（稲城市）

- **「稲城市在宅医療推進強化事業」**
  - 救急車を呼ぶほどでもないが、外来での通院が難しい体調の高齢者等の支援者からの要請に対し、24時間365日、緊急で往診するもの。
  - 平日の日中は稲城市医師会が、土日や夜間は訪問診療医が対応。



稲城市医師会による「稲城市在宅医療推進強化事業」

5.かかりつけ医のいない高齢者の診療体制の構築（新潟県燕市）

（基本情報）

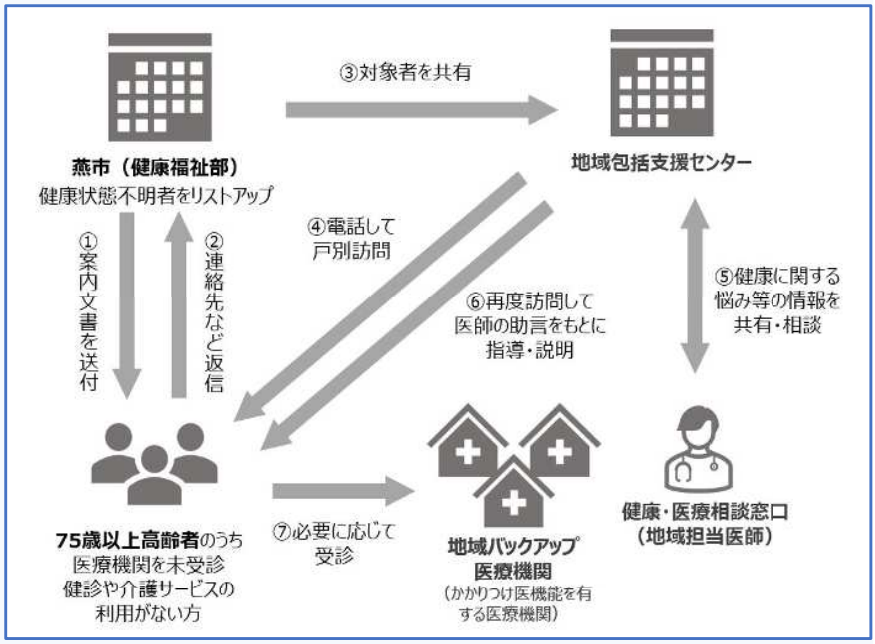
総人口・高齢者割合	75,990人 ・ 65歳以上：32.1% 85歳以上：5.9%（令和６年1月1日時点）
面積	110.94㎢（令和６年10月時点）
取組開始時点	令和5年11月～現在
取組に関するホームページ	https://www.city.tsubame.niigata.jp/soshiki/kenko_fukushi/3/1/zaitakuiryoukaigo/17980.html
担当部署連絡先	燕市健康福祉部長寿福祉課　0256-77-8157

背景課題	● 高齢化とともに在宅医療需要が高まる中、医療と介護の垣根を越えて、きめ細やかなケアを行うことや、特に健康リスクが高いと考えられる医療機関・健診未受診の高齢者への対応を行うことが求められていた。
取組概要	● 燕市医師会、燕市、地域包括支援センター等が協力し「転ばぬ先の医療推進」プロジェクトを発足して、以下の取組を実施。医療や介護の予防的な段階からケアが可能になり、病気の早期発見や重症化予防につなげることが可能。 ➢ 転ばぬ先の医療相談（個別）訪問事業 ➢ 健康・医療相談窓口の開設 ➢ 地域バックアップ医療機関の体制整備
効果	● 特に健康リスクが高いと考えられる医療機関・健診未受診の高齢者に対する診療体制を構築でき、予防的な段階からケアが可能になり、病気の早期発見や重症化予防につながった。

主な取組内容

■「転ばぬ先の医療推進」プロジェクト

- 市がレセプト（診療報酬明細書）データなどを基に、長い間受診歴がなく、健康診断を利用していない75歳以上の後期高齢者を抽出。
- 該当者には市が郵送で案内文書を送り、連絡先を確認した後、地域包括支援センターに連絡。センターの職員が電話で日程を調整し自宅を訪問したうえで健康や医療に関する悩み事を聞き取る。
- 訪問後に、職員は定期的に開催している「健康・医療相談窓口」で地域担当の医師とオンラインでやりとりし、再び高齢者の自宅を訪問して医師のアドバイスなどを伝えている。
- 地域の医師会が「バックアップ医療機関」を選定し、リストを紹介。かかりつけ医のいない高齢者も受診しやすい。



■燕市が行う健康状態不明者リストアップのプロセス

STEP1 案内発送者の抽出 ▶

抽出条件
1.75歳以上の燕市民
2.医療機関の診療情報がない方
3.「健康診査・各種健診」の受診実績がない方
4.介護の実績がない方
※2~4は過去4年間の実績

STEP2 案内文書/返信 ▶

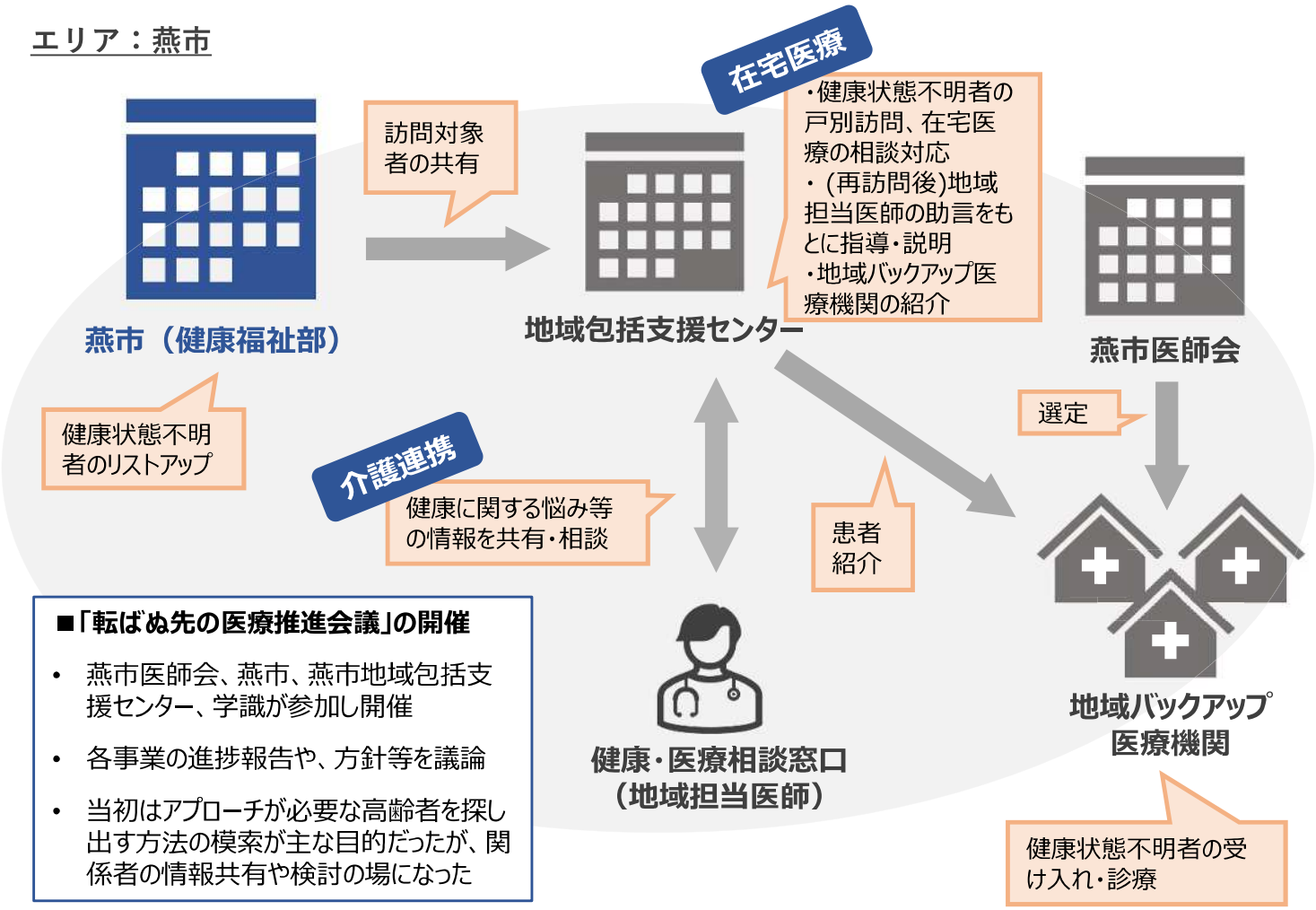
医療相談訪問の案内文書を送付し、連絡先や現在の健康状態を回答・返信してもらう。

STEP3 訪問の優先順位付け

優先順位
1.単独世帯及び高齢者世帯
2.「健康状態に不安がある」と回答した方
3.返信が早い方
4.返信がない方

地域のかかりつけ医機能イメージ

エリア：燕市



■「転ばぬ先の医療推進会議」の開催

- 燕市医師会、燕市、燕市地域包括支援センター、学識が参加し開催
- 各事業の進捗報告や、方針等を議論
- 当初はアプローチが必要な高齢者を探し出す方法の模索が主な目的だったが、関係者の情報共有や検討の場になった

関係者の主な役割

燕市	● 燕市医師会と協力して、本プロジェクトを推進 ● 市内の健康状態不明者の情報収集 ● 収集した情報を地域包括支援センターに共有
地域包括支援センター	● 健康状態不明者への戸別訪問を通じて、対象者の健康状態を確認 ● 対象者の状態に応じて、地域担当医師への相談や、地域バックアップ医療機関への紹介を実施
燕市医師会	● 燕市と協力して、本プロジェクトを推進 ● 主治医を持たない人も気軽に受診できる「地域バックアップ医療機関」を、地域包括支援センターごとに選定
地域担当医師	● 地域包括支援センター職員を通じて、対象者の健康に関する悩み相談 ※基本は、各地域包括支援センター圏域内の内科系医師が担当
地域バックアップ医療機関	● 主治医を持たない人も気軽に受診できる受け皿 ● 患者の状態に応じて、病院や介護保険施設等を紹介

6.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	36.39㎢（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	https://www.city.toyonaka.osaka.jp/kenko/kenko_hokeneisei/chiikiiryo_suishin/tiikiki.html
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

- 豊中市地域医療推進基本方針を策定し、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。
- 豊中市では、在宅医療・介護連携支援センター運営事業を、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

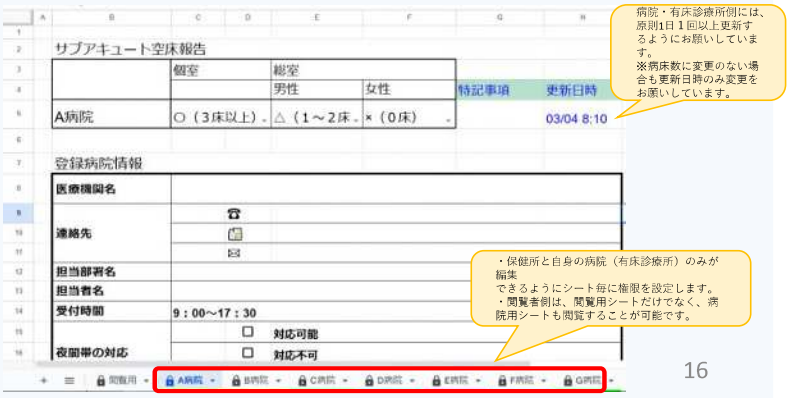
- 訪問診療はしていないが在宅医グループ内にない診療科をサポートする。（例えば、精神科、皮膚科など）
- 訪問診療が必要になった患者がいれば、在宅グループの医師に依頼する。（診-診連携）

在宅医グループの医師

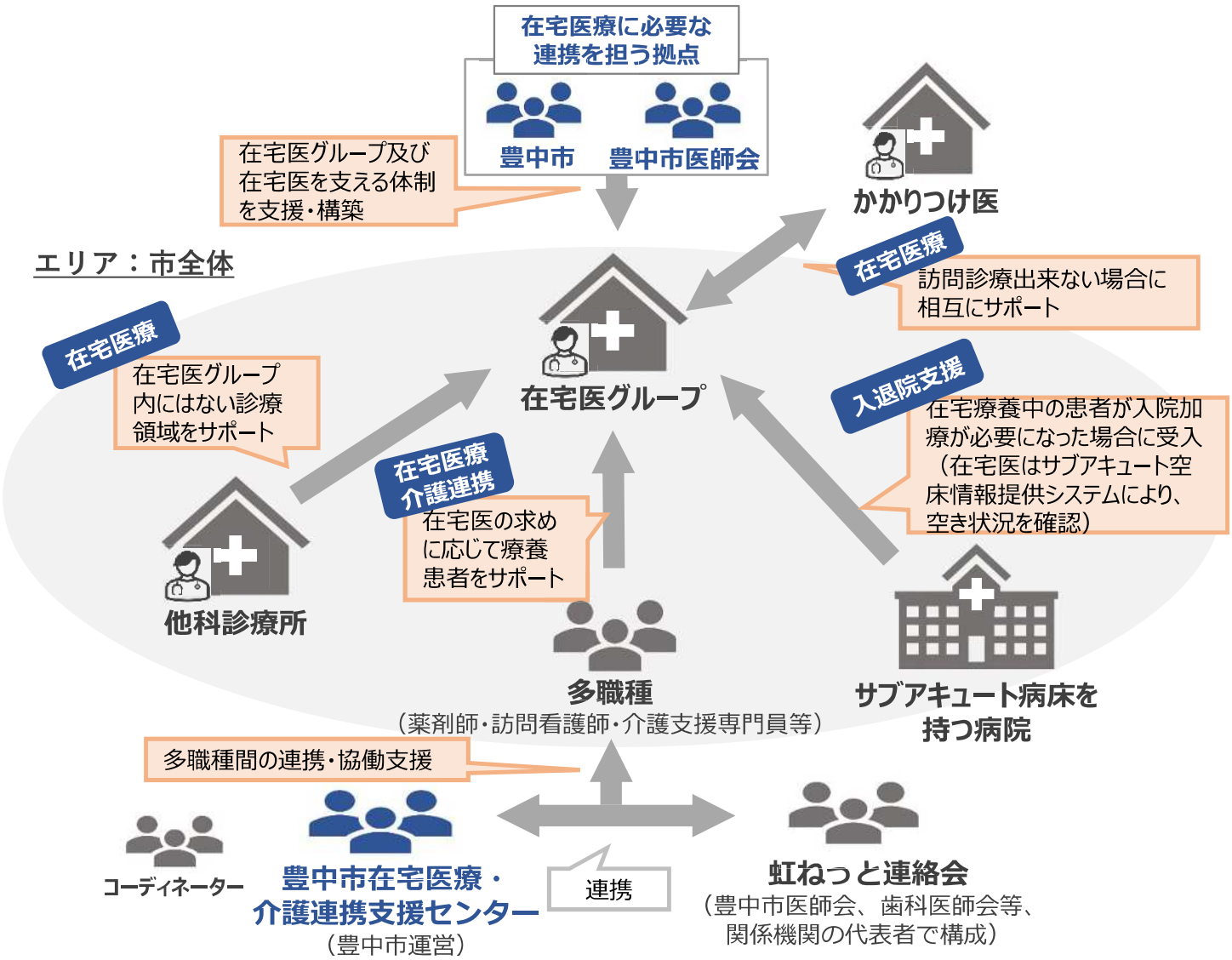
- 外来と訪問診療を両輪で行っている医師をグループ化しグループ内でそれぞれを支える。
- 地域で訪問診療を行っていない診療所の医師から訪問診療を求められた時に対応する。（診-診連携）

■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、参加のハードルが低い。



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（豊中市運営）	● 在宅医療・介護スキル向上に向けた取組（研修会等） ● 在宅・病院・施設の切れめのない提供体制の構築に向けた取組 ● 地域で看取れる基盤づくりの取組 ● ICTを取り入れた情報共有の取組 ● 医療・介護関係者の相談窓口
コーディネーター	● 豊中市在宅医療・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、事業委託先にコーディネーターを配置 ● 会議・研修会等の企画・運営を担当。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る
虹ねっと連絡会	● 医介連携を推進する上で課題となっていることを検討 ● 現場で抱えている課題を参加機関の代表者同士で検討
在宅医療に必要な連携を担う拠点（豊中市・豊中市医師会）	● 豊中市・豊中市医師会が共同して連携の拠点を担う ● 在宅医グループ及び在宅医を支える体制を支援・構築等
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際に、在宅医の要請に応じて受入 ● サブアキュート空床情報提供システムに掲載
在宅医	● 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 ● 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
他科診療所	● 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 ● 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
多職種	● 在宅医の求めに応じて在宅療養中の患者のサポート

協議の場の変遷

- 豊中市では、医師会の医師と地域包括ケアシステムの担当者が医療と介護の連携に関して問題意識を抱いたことから始まり、平成21年度に「虹ねっと連絡会」を設立。現在の取組につながっている。

「虹ねっと」の誕生	「虹ねっと」の活動	「虹ねっと」とセンター事業との分業
平成18年度～25年度	平成26年度～令和2年度	令和3年度～現在
『密接に連携できる仕組みづくり』の構築は、現場の医療・介護関係者と保健所からはじまり、平成21年度に「虹ねっと」が誕生	平成26年7月「**在宅医療に向けた提言書**」を策定 「虹ねっと」にワーキンググループを設置し課題ごとに活動	**「虹ねっと連絡会」「虹ねっと」**は、各団体の自主活動 連携 **「在宅医療・介護連携支援センター運営事業」**は、市の施策に基づいた活動
【参画団体】 医師会 歯科医師会 薬剤師会 保健所 豊中市	**【参画団体】** 医師会 歯科医師会 薬剤師会 訪問看護ST連絡会 介護事業者連絡会 地域包括支援センター連絡会 病院連絡協議会 豊中市（豊中市保健所を含む）	**【委託事業】** 医師会 歯科医師会 薬剤師会 訪問看護ST連絡会 ※企画会議等に「介護事業者連絡会」「地域包括支援センター連絡会」「病院連絡協議会」の代表者が参加

協議の場の進め方

- 在宅医療・介護連携支援センター運営事業　入退院・入退所WGでの協議の一例（協議テーマ：施設等からの救急搬送時の情報共有）

① 現状把握 調査分析

次の内容等を元に現状把握
- 救急搬送データ
- 介護サービス利用者の救急搬送時の付き添い状況をアンケート
- 会議参加者からの課題感
- 将来の需要データ・データから見える地域課題

- 現状と課題
① 高齢者の救急搬送の増加・病院での受け入れが困難になる見込み
② 施設からの受け入れ時、患者情報が不足しており苦慮
③ 情報共有シートを作成したが、十分活用されていない
④ 施設からの搬送が増加傾向・施設での現場滞在時間が長い傾向

② 協議の場の運営

コーディネーターの活動内容
- 事前にコーディネーターと豊中市保健所の職員で進行方法を相談
- MCS(※)を活用して、事前に準備・調整
- 医師会のコーディネーターが資料作成・協議の場を運営
- 協議の当日は、コーディネーター3名が参加し、うち1名がファシリテーター

(※)MCS：Medical Care STATION®。医療介護の現場で地域包括ケア・多職種連携のために活用されているコミュニケーションツール

- 会議からの示唆
  - 新たな課題として、施設の種類によっても救急搬送への対応等が異なるといった意見
  - 様々な立場からの意見を得られた

コーディネーターの活用
- 日頃から保健所がコーディネーターを伴走支援し、信頼関係を構築
- 会議では、コーディネーターがファシリテーターとなり、冒頭に前回の振り返りを行う、参加者の意見を引き出しながら、対応策を明確にすることを心掛けるなど、工夫して会議を進行

③ 取組検討

- 取組テーマ：切れめのない連携を行うためにどうするか・何が必要か

- 会議からの取組方針
  - 情報共有シート・ACPがわかるようなツール・ガイドライン等の作成
  - 安心キット・救急タグの活用（個人・施設）とルール作り
  - 病院での救急受け入れに関するルール作り
  - 作成したツール等の普及方法の検討

7.精神障害等の医療的サポートが必要な方への支援体制の構築

（鳥取県米子市）

（基本情報）

総人口・高齢者割合	143,587人 ・ 65歳以上：29.8% 85歳以上：5.9%（令和６年1月1日時点）
面積	132.42㎢（令和６年10月時点）
取組開始時点	平成30年6月～現在
取組に関するホームページ	https://www.city.yonago.lg.jp/17371.htm
担当部署連絡先	米子市障がい者支援課 0859-23-5546

背景課題	● 精神病院に長く入院している方などの地域移行に関する具体的な課題を把握し、どのような支援を行うか検討するにあたり、市内外の連携体制を構築する必要があり、まずは市内の連携から取り組むこととした。
取組概要	● 保健師による個別ケース支援を通じて、市内の関係機関・関係専門職との横の連携を構築。精神疾患についての市民講座、ひきこもりの現状に関する市民講座なども実施。 ● 医療的なサポートが必要な方については、個別に相談・訪問支援を行い、受診同行等をして医療機関に繋いでいる。
効果	● 保健師による個別ケース支援を通じ、市内の関係機関・関係専門職との横の連携体制が自然に構築されている。

主な取組内容

■サポートが必要な方への対応

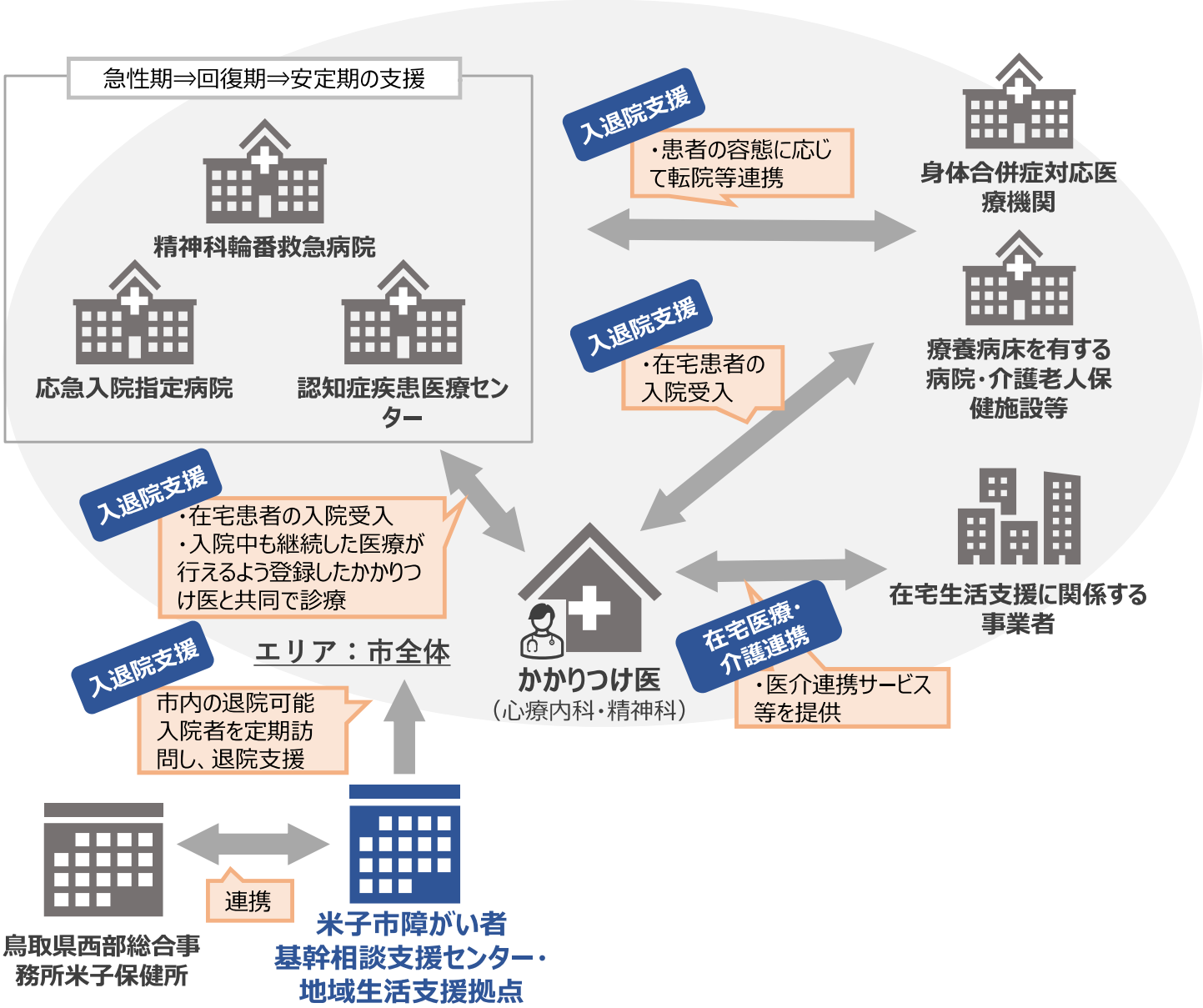
- 精神障害を含めサポートが必要な方について、情報共有・支援方針を決定するために重層的支援会議を実施するケースがある。
- 市民からひきこもりの相談等を受け、必要に応じて長寿社会課、地域包括支援センターの職員、障がい者支援課などの関係機関担当者が集まり、個別ケースの課題を確認し、支援体制・それぞれの機関の役割を明確にしている。
- 重層的支援会議には、必要に応じて医療機関等も参加し、情報共有。地域連携室等から患者の状況や必要な支援を聞き取ることなどがある。
- 米子市障がい者基幹相談支援センターは、精神症状が悪化したケースの相談を受けたら、医療機関や鳥取県西部総合事務所米子保健所等、関係機関と連携して支援を行う。

■保健師を中心とした連携体制整備

- 保健師による個別ケース支援を通じ、市内の関係機関・関係専門職との横の連携が自然に構築されている。
- 市民向けのイベント等の実施で地域づくりにも貢献。
- 取組に関する協議の場としては右記の３つがあり、地域移行に精通した主要メンバーで協議。
- 630調査(※)に関する意見交換や、交流会なども実施。医療関係のテーマ（長期入院・退院阻害要因等）も含まれており、地域移行推進会議には、病院長等も参加。

(※)630調査：精神科病院、精神科診療所等及び訪問看護ステーションを利用する患者の実態を把握し、精神保健福祉施策推進のための資料を得ることを目的に、毎年6月30日付で厚生労働省が実施している調査

地域のかかりつけ医機能イメージ（精神疾患に関するもの）



関係者の主な役割

地域生活支援拠点・米子市障がい者基幹相談支援センター	● 保健所とも連携して、長期入院・入所者の地域移行の取組（退院可能入院者への訪問・把握、地域の受入体制の整備） ● 相談支援体制の強化
精神科輪番救急病院、応急入院指定病院、認知症疾患医療センター	● 開放病床の運営など、かかりつけ医と連携して診療 ● 相談支援事業所と協力し、精神科入院患者の早期退院支援
身体合併症対応医療機関、療養病床を有する病院・介護老人保健施設等	● 患者の容態に応じて転院等連携 ● 相談支援事業所と協力し、精神科入院患者の早期退院支援
在宅生活支援に関係する事業者（相談支援事業所・障がい福祉サービス事業所・地域包括支援センター・介護サービス事業所・訪問看護ステーション・薬局等）	● かかりつけ医とも連携して患者の在宅生活を支援 ● 相談支援事業所は、米子市と連携し、長期入院、入所者の地域移行の取組（退院可能入院者への訪問）
かかりつけ医	● 入院中も継続した医療が行えるよう、病院と協働 ● 関係機関や病院と協力し、退院した患者を診療
鳥取県西部総合事務所米子保健所	● 医療機関・市町村などと連絡調整会議を開催し、精神障がい者が適正な医療を受けられるように課題等を協議

8.地域別ワーキングを開催し、診診・病診連携やMCSの活用を推進（岡山県岡山市）

（基本情報）

総人口・高齢化率	683,166人・ 65歳以上：27.5% 85歳以上：5.1%（令和６年1月1日時点）
面積	789.95㎢（令和６年10月時点）
取組開始時点	平成30年4月1日～現在
取組に関するホームページ	―
担当部署連絡先	岡山市地域ケア総合推進センター 086-242-3135

背景課題	● 市民の「人生の最終段階に過ごしたい場所」は「自宅」が4割で最多の一方、自宅死亡率は17%と乖離。在宅医療を担う診療所の医師の高齢化への対応・医師確保の必要性。 ● 2040年には市内死亡者は1,500人程増えるが、全てを受け止めるには病院の病床数は十分ではなく、自宅死亡者数が現在の約1,000人から増える見込みであり対応が必要。
取組概要	● 主治医不在時のグループ医による代診や主治医の専門外の症状が発生した場合の専門医への相談体制構築 ● 診診連携（グループ診療）や病診連携（退院後の患者の経過のフィードバック、在宅医からの相談・バックアップを目的）時にMCS(※)にて試行 (※)MCS：Medical Care STATION®。医療介護の現場で地域包括ケア・多職種連携のために活用されているコミュニケーションツール
効果	● 福祉区ごとにワーキングを開催することで、地域の状況に合わせて丁寧に検討することができた。グループ診療モデル事業により、福祉区ごとのグループと一定のスキーム（患者情報共有時にMCSを活用等）ができた。

主な取組内容

■在宅医療・介護連携推進ワーキングの開催

- 平成30年度より6エリア（6福祉区）ごとに在宅医療・介護連携推進ワーキング（以下「WG」という。）を設置。まず3福祉区（中区・南区西・東区）で実施したのち、コロナ禍で中断したが、令和5年度より残りの3福祉区（北区北・北区中央・南区南）でWGを再開。
- エリアごとの課題を明らかにし、関係者を交え、在宅医療提供体制構築に向け、3～4か月に1回開催。

令和5年度～

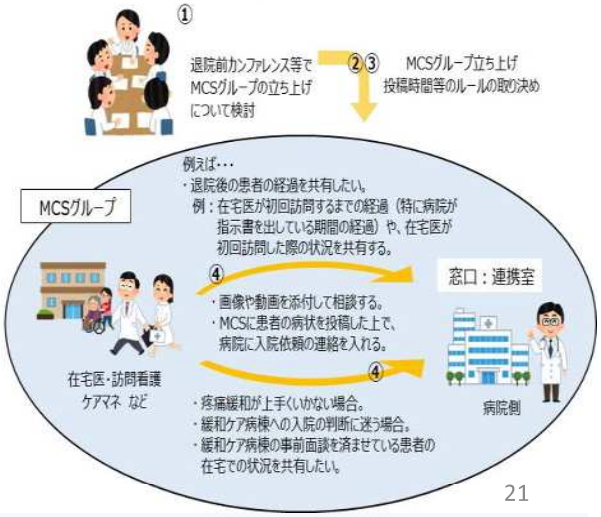
■グループ診療ルール

- グループ診療ルールを策定し、主治医不在時はグループ医が代診を行う。主治医の専門外の症状が発生した場合に主治医から協力医（専門医）に相談できる体制を構築。

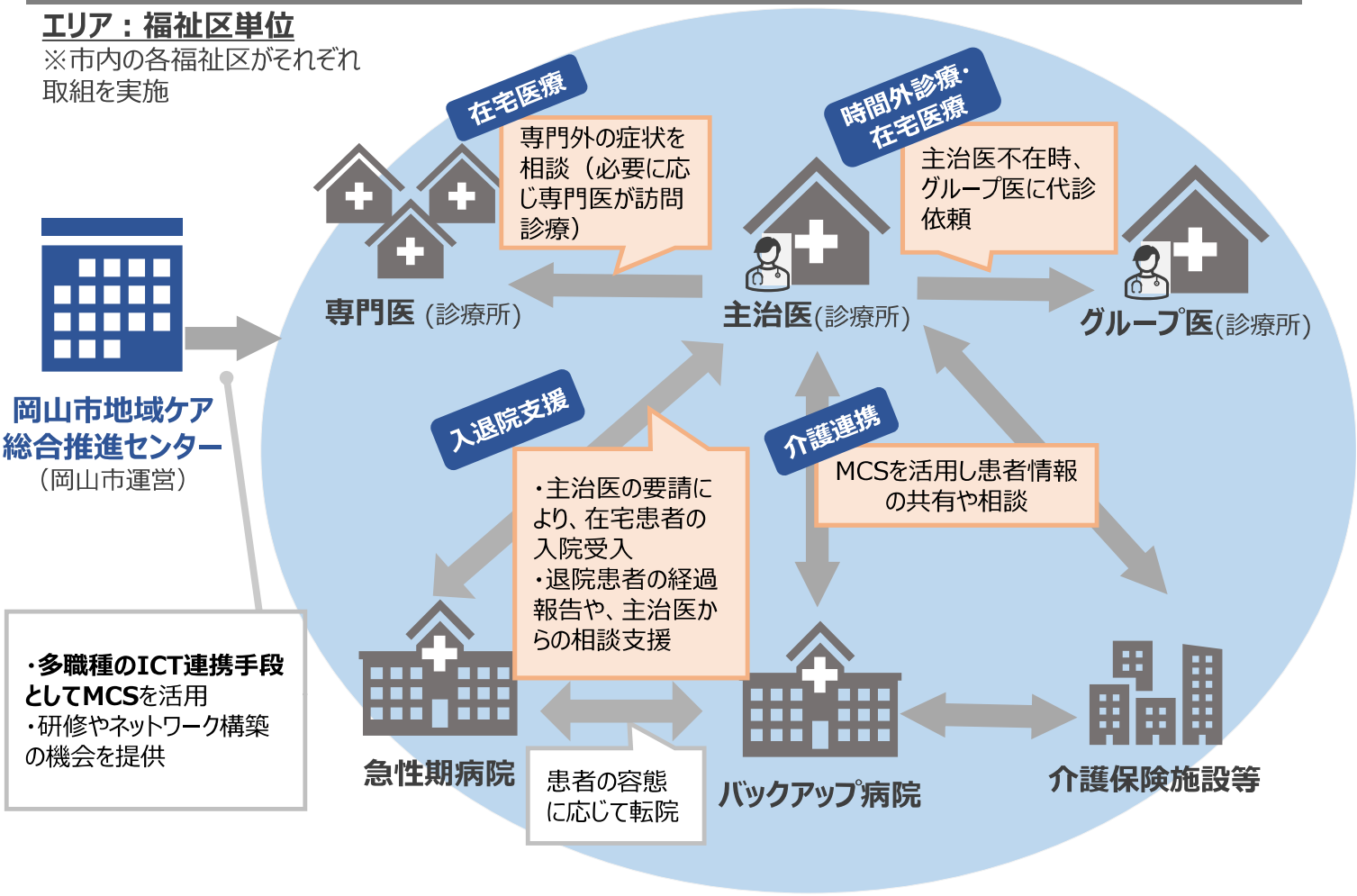
■MCSの活用

- MCSの運用は岡山市医師会に委託しており、利用する際には岡山市医師会を通じて登録。登録者数は2,247人（医師198人、歯科医師33人、薬剤師245人、看護師500人、介護支援専門員311人、その他960人）患者グループ1,094グループ（令和6年12月末時点）
- 令和4年10月から多職種連携で活用している。在宅医側から、病診連携の活用ニーズ（特に退院後の患者の経過のフィードバックや、在宅医からの相談・バックアップ）があり令和６年度モデル事業で試行。

<MCS活用のモデル事業イメージ図>



岡山市が目指しているイメージ図



関係者の主な役割

岡山市地域ケア総合推進センター	● 在宅医療を支える基盤整備：在宅を担う専門職の質の向上、量的増加 ● 在宅への流れの構築：MCSの活用による多職種でのネットワークの構築 ● 市民がつくる在宅医療（普及啓発）：市民の在宅医療・介護に対する理解向上/市民が支え合う気運の醸成 ● 地域包括ケアの深化に向けた取組
急性期病院	● バックアップ病院や診療所では対応できない急性期等患者の受入 ● MCSを活用し、退院した患者の経過を在宅医に対して共有や、主治医からの相談対応※ ※令和6年度モデル事業として実施
バックアップ病院	● 主治医からの要請に基づき、事前に登録していた在宅患者の入院受入
診療所	● 診療所間で緩やかなグループを構築し、主治医不在時に連携して在宅患者へ往診 ● それぞれの専門領域に応じ、専門医として主治医をサポート
介護保険施設等	● MCSを活用し、患者の状態を医療機関と情報共有

協議の場の進め方

全体の流れ

① 現状把握調査分析

- 市が以下調査を実施
  ① 市民・専門職意識調査
  ② 医療・介護レセプト分析（産業医科大学へ委託）
  ③ 医療機関ヒアリング

② 協議の場の設置

- 市がWGを設置
- 医師会に事務局を委託し、市内６地域（福祉区単位）に設置

③ 協議の場の運営

① 将来の需要データ・データから見える地域課題の提示
② 地域課題を踏まえWGメンバーで方向性検討
③ WG意見を踏まえ市が取組内容（案）を提示

④ 取組実行

- 福祉区ごとにWGを開催し課題に対する取組を実施中
- MCS施設登録数：1,088施設（病院80、医科診療所118、歯科診療所32、保険薬局164、居宅介護支援事業所178、訪問看護ステーション138、訪問介護事業所84、通所介護70、その他224）（令和6年12月末時点）

実施事項・工夫点

- 調査では、産業医科大学に委託し要介護者・疾患がどう増えるかを福祉区ごとに算出
- 調査結果から、市が事業展開の４つの柱を提示
  １在宅医療を支える基盤整備
  ２在宅への流れの構築（多職種連携・ネットワーク）
  ３市民がつくる在宅医療（普及啓発）
  ４地域包括ケアの進化に向けた取組（高齢者に限定しない）

- 岡山市内でも状況が異なるため、６地域に分けて検討。平成30年度から順次実施していたが、コロナ禍で一度中断。令和5年度より地域状況の変化を踏まえて市内残りの3福祉区のエリア（北区北・北区中央・南区南）でWGを再開。

構成員選定	市が現状把握として医療機関ヒアリングを実施する中でキーパーソンに関する情報を得て、構成員を選定。往診専門の若手医師などが参加　等

- WG開催・運営の流れ（南区南WGの例）
  ① 市が事務局である医師会に開催相談
  ② 医師会と市・病院が協議の場の進め方をすり合わせ
  ＜開催頻度＞３～４ヶ月に１回

関係者の役割	•WGメンバー（医師会含む）：提示したデータ・地域課題に関する意見だし、施策案の提示　等 •医師会事務局：メンバー参集・事前の打ち合わせ参集、会場準備、議事録作成、意見のまとめ　等 •大学関係者（アドバイザー）：提示したデータ・市の方針等への意見だし、参考事例の紹介　等 •市：まとめた意見をもとに方針を整理、取組内容（案）の提示　等
WGの議題例	診診連携（グループ診療）運用ルールの検討 病診連携（退院前カンファレンス）の情報共有方針 協力医（専門診療科）リスト作成に係る調査設計　等

- 例）南区南WGで検討する令和6年度の取組
  ① WG参加診療所でグループ組成し、看取りの症例を中心にバックアップ体制構築。患者情報の共有や日々の診療の困りごとを情報交換する定期ミーティングを開催
  ② 協力医（専門医）の調査を行いリスト化し、診診連携グループで活用
  ③ 病院の地域連携室でモデル的にMCS活用を試行。退院後の患者のフィードバック・在宅医からの相談・バックアップが目的

9.在宅診療と他事業・多職種連携で病院と診療所を繋ぎ地域医療を支える
（医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック：神奈川県川崎市）

（基本情報）

総人口・高齢者割合	1,478,342人 ・ 65歳以上：20.8% 85歳以上：3.6%（令和６年1月1日時点）
面積	142.96㎢（令和６年10月時点）
取組開始時点	平成23年4月（複数医師体制開始）～現在
取組に関するホームページ	https://www.tamafc.jp/homevisiting.htm

背景課題

- 地域の中核病院と診療所の間をつなぐ病院が両者の間にあることで、救急受診や一時的な入院治療の提供、必要に応じて中核病院への紹介、在宅復帰の支援などを担うことが可能。
- そのような病院は、人口規模が大きい地域では不足することも考えられ、同様の役割を診療所が担う必要がある場合もある。

取組概要

- 多摩ファミリークリニックが地域の医療機関や介護施設等の架け橋となる役割を担う
  - 外来診療、在宅医療で地域の多世代の患者さんを総合的に診療
  - 他院の受診状況や服薬状況も把握
  - 複数医師体制で24時間対応の在宅医療
  - 多職種・多事業所との顔の見える関係の構築と綿密な連携

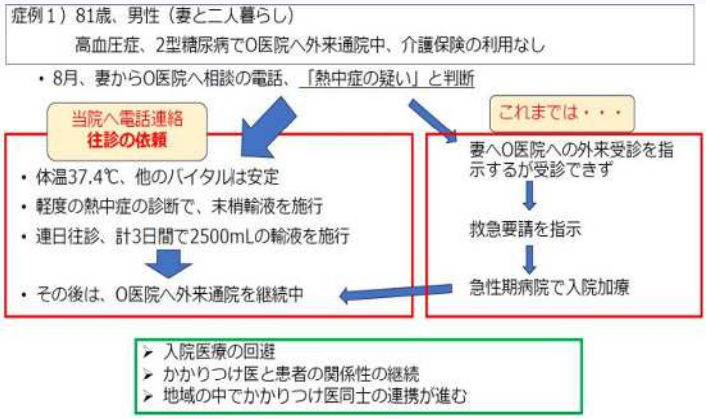
効果

- 応急的な対応や必要なときに適切に入院に繋げるなど、地域の医療機関や介護事業所等の間での補完的な役割を担うことにより、患者に安心してもらえる地域医療体制の確保

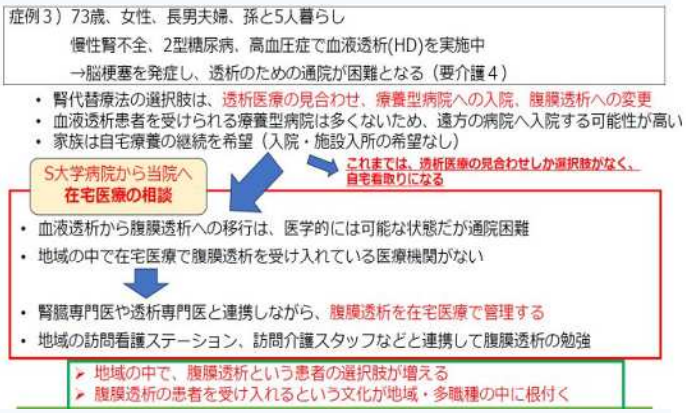
主な取組内容

■地域の医療機関や介護施設等の架け橋となる役割

・24時間対応の在宅医療でかかりつけ医を支える対応例



・地域を面で支えることで、地域のケア力が高まる対応例



■他事業所・多職種との連携

- 在宅医療では診療のみ担当し、他の医療サービスは近隣の関連事業所・多職種に任せることで、専門性の高い包括的ケアや、患者のニーズへの柔軟な対応、地域において患者を受け入れる文化の形成と支援体制の強化が可能。従って、在宅患者を囲む介護支援専門員、訪問看護師、訪問薬剤師ら関連事業所・多職種、在宅患者の主な紹介元である近隣の病院あるい訪問指導を行う保険薬局との綿密な連携が必須。
- ファーストコンタクトを看護師同士など同じ職種同士で実施することにより、同じ専門性や目線を持った人同士で連携。多職種間で互いの役割や機能などを理解、尊重し、価値観を共有する意識をもつことで関係性を強化。

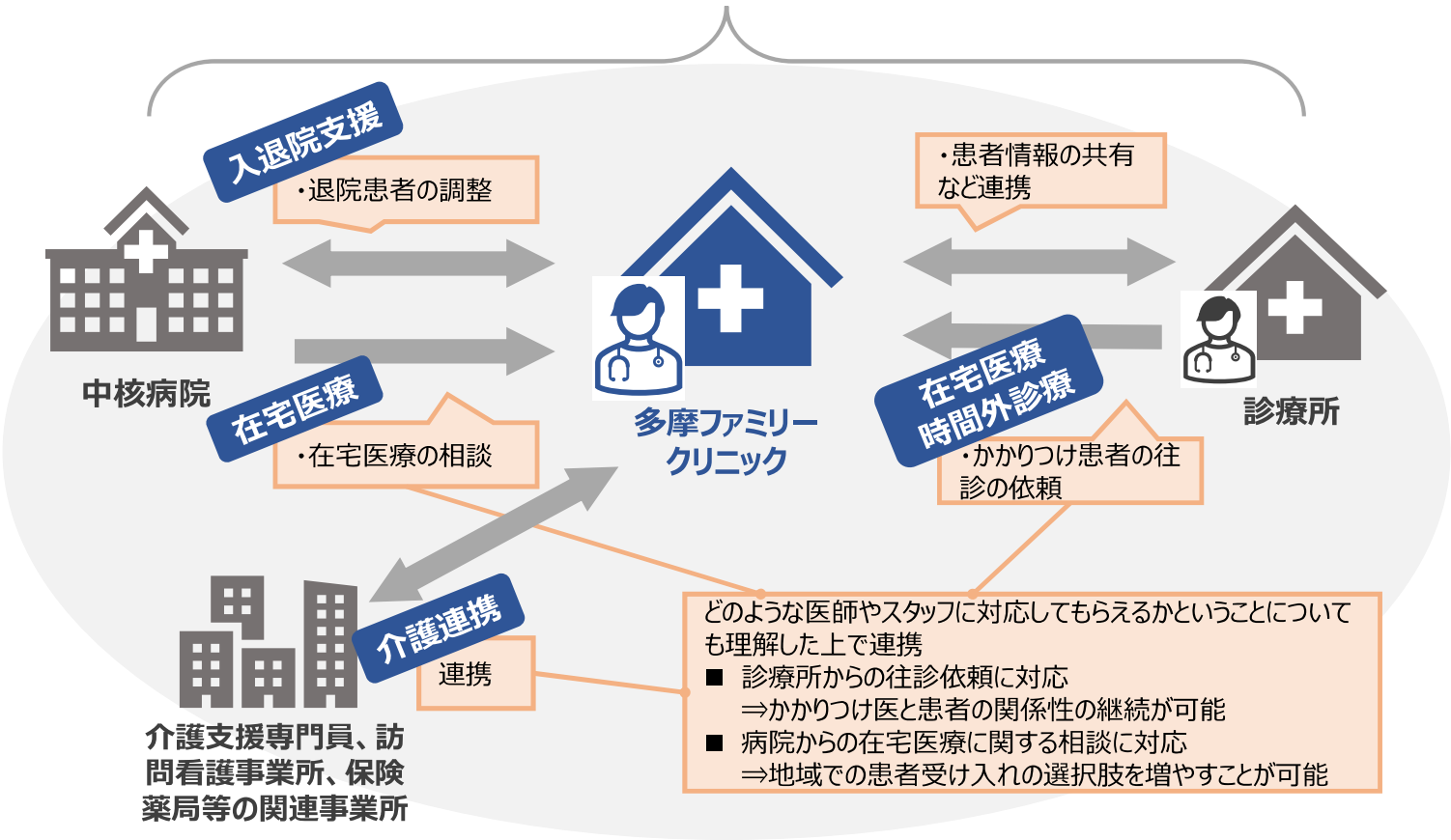
■多職種の院内連携

- 在宅医療/医師間/後方支援/多職種連携などのチャットグループ作成や、職種や部門別などでのミーティング実施により、患者情報の共有やスケジュール管理、課題の相談等を行うことで、様々な診療形態で質の高い医療提供が可能。

地域のかかりつけ医機能イメージ

エリア：川崎市

■ 地域の中核病院と診療所の間に、中小規模の病院や、多摩ファミリークリニックのような診療所が入ることで、救急受診の回避や、中核病院・診療所両者の強みを発揮できるような連携のハブとなることが可能。



関係者の主な役割

多摩ファミリークリニック	● 地域の中核病院と診療所の間で、応急的な対応や、病院・診療所・介護といった治療・ケア環境の架け橋となる役割を担う ● 外来診療、在宅医療で地域の多世代の患者を総合的に対応 ● 他院の受診状況や服薬状況も把握 ● 24時間対応の在宅医療、多職種・多事業所連携の推進などにより、地域医療のハブとして活動
診療所	● 多摩ファミリークリニックと受診状況や服薬状況を共有し、連携 ● 必要な場合はかかりつけ患者の往診を依頼
病院	● 退院患者の調整や、在宅医療に関して多摩ファミリークリニックと相談
介護支援専門員、訪問看護事業所、保険薬局等の関連事業所	● 訪問診療では多摩ファミリークリニックが診療のみ担当し、他の医療サービスは近隣の関連事業所・多職種に任せることで、専門性の高い包括的ケアや、患者のニーズへの柔軟な対応、地域において患者を受け入れる文化の形成と支援体制の強化

10.地域社会の一部となりかかりつけ医機能を発揮
（医療法人社団小柳真柄医院 KOYANAGI真柄CLINIC：新潟県新潟市）

（基本情報）

総人口･高齢者割合	761,312人 ・ 65歳以上：30.7% 85歳以上：5.7%（令和６年1月1日時点）
面積	725.99㎢（令和６年10月時点）
取組開始時点	平成24年8月（開院）～現在
取組に関するホームページ	https://www.km-c.org/

背景課題	● KOYANAGI真柄CLINICが所在する新潟市南区は、市中心部に向けたベッドタウンと、広大な農村集落の間に立地している。特に農村集落において高齢化が進展し、老々介護や独居老人が増加している。 ● また同地域は積雪量が多く、年間での医療の安定的確保が課題。医療圏が広いため、医療機関の個別の課題としては積極的なICTの利活用、人員確保が課題である。地域の課題としては地域包括ケア構築のため医師同士の協力が不可欠な風土。
取組概要	● 警察医・学校医・産業医として、地域社会に参加。その関わりの中で、支援の必要な方の情報を把握することができ、適切な介入に繋げることができる。 ● 地域の医療機関の得意分野を集めて一つの病院（仮想化総合病院：Invisible General Hospital）のように見立て、幅広い連携体制を構築している。
効果	● 地域社会の中で役割を果たす・人と関わることで、様々な方の情報が自然に耳に入り、医療提供にとどまらない必要な支援を行うことができている。

主な取組内容

■KOYANAGI真柄CLINICが考える地域におけるかかりつけ医機能・理念

- かかりつけ医機能の目的は、「地域社会に参加し、その一員となって支えること」であり、そのために医師が協力し合い出来うる全てのことをする。
- 医療の表面上の役割のみを担うのではなく、覚悟を持ち、地域社会の一部になることがかかりつけ医のあるべき姿。

■地域社会を支えるための取組

- 警察医･学校医･産業医･新潟県が認定する認知症対応医として地域で活動
- 地域医師会での集まりにおいて、警察医･学校医･産業医の役割分担について議論

■警察医(治安を守る機能)
- 地域の治安を守るために警察･警察協力医を務め検案を担当
- 警察友の会にも参加し警察と顔の見える関係を構築

■産業医(雇用を守る機能)
- 近隣の工場の産業医を務める
- 地域の雇用を守ることも医師の役割だと考える

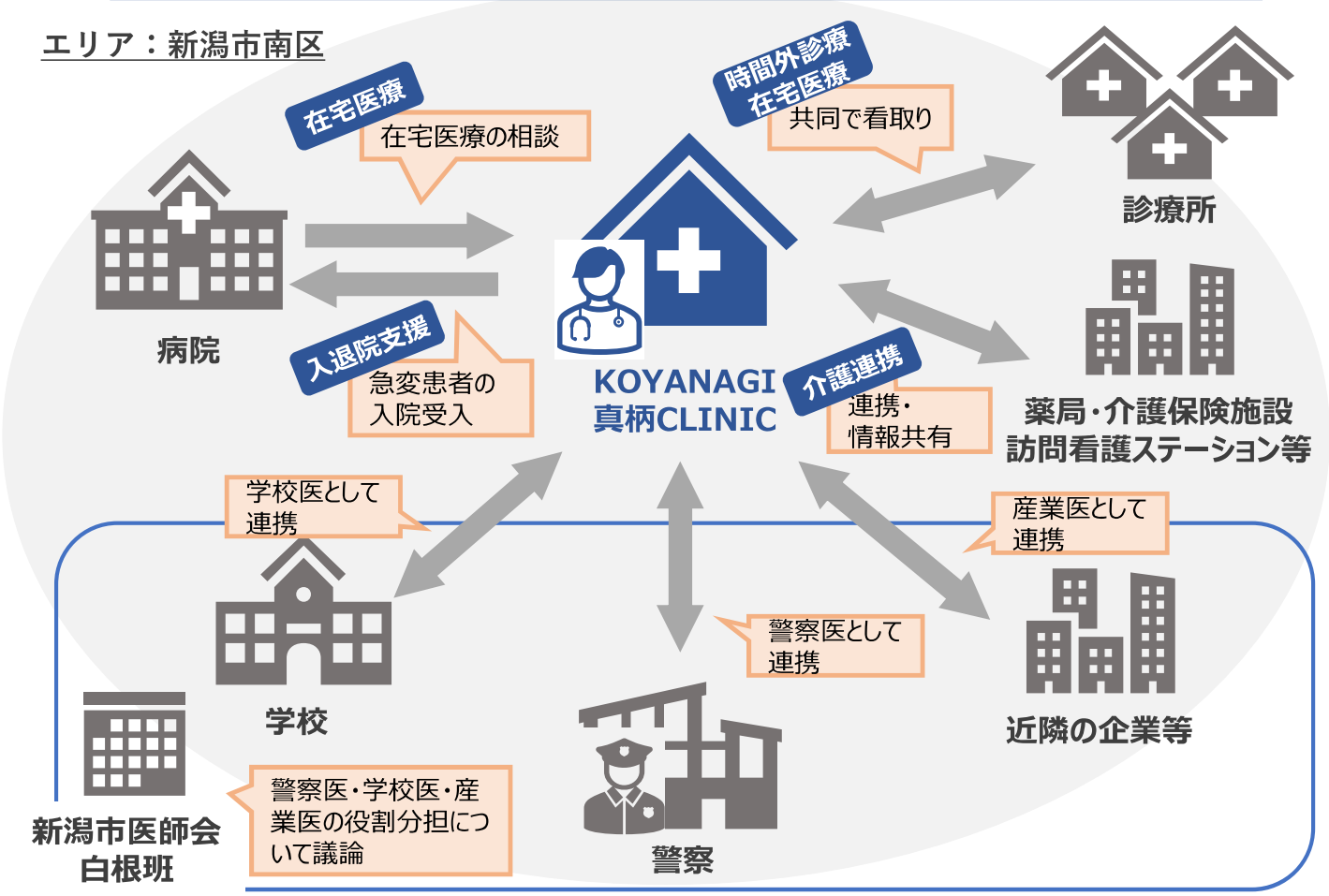
■学校医(地域の宝を守る機能)
- 各学校を地域医師会の医師が共同して担当
- どの医師がどの学校を診るのかを地域医師会の合議体で決定

- 自治会に参加し、民生委員と話す中でその地域の健康に不安を抱える人を把握。民生委員から地域包括支援センターへの情報共有などを一緒に把握し、医療･介護･福祉を同時に早期介入することが可能。
- 地域社会に参加する中で、支援の必要な人の情報が自然に耳に入り、必要な支援に繋げることができる。
- 上記のように地域社会に参加していくには、積雪量の多い時期も含め、年間を通じて安定的に訪問診療等が行えるように往診などで運用が可能な端末に極力し、積雪期でもモビリティを維持する機動化を行っている。
- 医療圏が広大なため、医療介護複合ニーズへの対応に対しICTを積極的に活用しペーパーレスを進めている。
- KOYANAGI真柄CLINICでは、右図の５つの方針を掲げ、地域社会への参加とともに、積雪量の多い時期も含め日常診療を安定的に行えるよう取り組んでいる。

地域のかかりつけ医機能イメージ

■地域社会における役割

- 警察医・学校医・産業医等として地域社会へ参加
- 地域の中で役割を果たすことにより、支援の必要な方の情報を把握でき、適切な介入に繋げることができる。



関係者の主な役割

KOYANAGI真柄CLINIC	● 学校医、警察医等、地域社会を支える活動に積極的に参加 ● 外来診療、在宅医療で地域の患者に対応 ● 他医療機関や介護施設等との連携の中心として、地域の医療ニーズに対応
新潟市医師会白根班	● ２～３ヶ月に一度集まり学校医、産業医、警察医の役割分担について議論
学校・警察・近隣の企業等	● 学校医・警察医・産業医に関してKOYANAGI真柄CLINIC等と連携 ● 地域の見守りなどを新聞配達員が行う体制もある。
病院	● 退院予定患者の在宅医療の相談・依頼 ● 急変患者の入院受入（後方支援病床の確保）
診療所	● 診療所間で連携して、看取りを共同で実施 （訪問診療医が留守をする際等に、御互いに留守番をし合う取組み）
薬局・介護保険施設等	● コミュニケーションにICT等を積極的に活用し、患者情報を相互に共有し、連携 ● （薬局）診療所と連携し、訪問薬剤指導や服薬管理を実施
訪問看護ステーション	● KOYANAGI真柄CLINICや同クリニックが運営する訪問看護ステーションと連携して、在宅患者の時間外対応

11.診診連携による時間外対応体制の構築

（医療法人医純会 すぎうら医院：島根県出雲市）

（基本情報）

総人口･高齢者割合	168,170人 ・ 65歳以上：31% 85歳以上：6.6%（令和６年1月1日時点）
面積	624.32㎢（令和６年10月時点）
取組開始時点	平成25年４月～現在
取組に関するホームページ	http://www.sugiuraiin.jp/dept_homecare.html

背景課題	● 以前は患者からの求めに応じて各診療所が自院の患者を往診していたが、医師の負担が大きかった。患者の安心と医師のワークライフバランスを両立しながら、時間外対応できる体制を構築する必要があった。
取組概要	● 「機能強化型在宅療養支援診療所」の制度を活用し、6診療所で時間外の輪番体制（チーム尊）を構築して往診対応。 ● すぎうら医院が中心となり、当初は２診療所で輪番制を始めた。訪問診療を実施している診療所等から参加希望があり、現在は６診療所で連携して実施している。 ● 患者からの休日・夜間の電話はコールセンター（看護師等対応）が受け付け、その日の担当医に連絡。 ● 担当医はコールセンターが集約した症状等の情報と、相互に閲覧可能な電子カルテ内容を見て症状を把握して訪問。
効果	● 医師の負担を軽減し、患者の安心と医師のワークライフバランスを両立しながら、時間外の輪番体制を構築して往診対応することが可能になった。

主な取組内容

■チーム尊の取組

- 機能強化型在宅療養支援診療所として6診療所でチームを組み、「チーム尊」という名称で活動。時間外間の輪番体制を構築して往診対応。
- 休日夜間の当番医が、患者が受診する診療所の非常勤医として訪問診療を行う。
- 当番医がかかりつけの患者の対応をしてくれた際には、かかりつけの診療所から当番医に対して、1件あたり4万円を支払うインセンティブがある。

2025年1月　医師待機日程表

連絡先		
	7:00以降19:00まで（土曜のみ～13:00）	19:00以降翌日7:00まで
月～金	3※-4※※9	09※-4※※※-27※※
土		
日・祝日		（土曜は13:00～）

上記の番号は医学総合管理料の契約をしている患者様専用の番号です。
契約患者様に関するご相談・問い合わせのみにご使用ください。
診療時間外におきましては、以下の日程にて担当医師が担当させて頂きます。

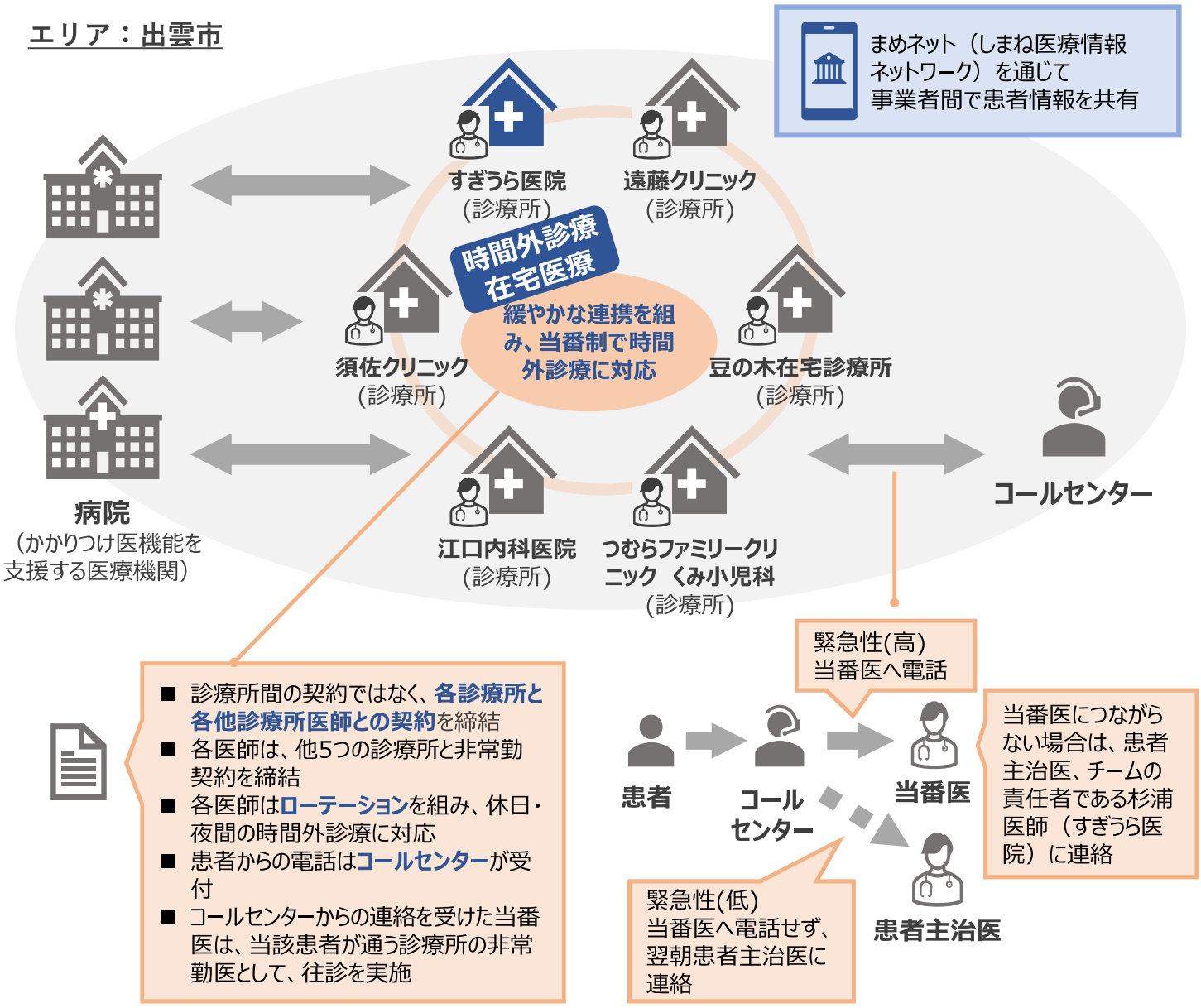
月	火	水	木	金	土	日
		1	2	3	4	5
		杉浦	杉浦	江口	嶮峨山	嶮峨山
6	7	8	9	10	11	12
美川	須佐	遠藤	江口	津村	須佐	須佐
13	14	15	16	17	18	19
美川	杉浦	嶮峨山	美川	江口	杉浦	杉浦
20	21	22	23	24	25	26
津村	須佐	杉浦	美川	江口	遠藤	遠藤
27	28	29	30	31		
津村	須佐	遠藤	杉浦	美川		

すぎうら医院	杉浦弘明	豆の木在宅診療所		美川達郎
須佐クリニック	須佐建央	つむらファミリークリニック(み小児科)		津村弘人
遠藤クリニック	遠藤正博	江口内科		江口春樹
遠藤クリニック	嶮峨山敦			

■コールセンターの活用

- 患者からの休日･夜間の電話はコールセンター（看護師等の有資格者）が受け付け。
- コールセンターの看護師等は、相談内容をすべて聞き取り、一度電話を切り医療相談の場合はすぐ担当医に連絡。
- コールセンターの活用により次のメリットがあった。
  - コールセンターが集約した症状等の情報と、相互に公開している電子カルテ内容を見て患者のことを理解してから医師が対応できる。
  - 翌日の事務対応で可能なことは翌日報告される。緊急性のない電話で呼び出されない。
  - コールセンターで必ず受電でき、着信漏れがない (以前は医師は安心して風呂にも入れない、運転もできない状況であった)。
- コールセンターの契約形態等
  - すぎうら医院が「チーム尊」を代表して契約。
  - 基本料金は6診療で按分。

地域のかかりつけ医機能イメージ



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]	● 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 ● 平時は、電子カルテの相互利用及び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 ● 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
コールセンター	● 時間外の電話受付業務を受託 ● 電話受付は看護師等の有資格者が担当 ● 緊急性に応じて、当番医や患者主治医へ連絡
病院	● 在宅療養中の患者が入院加療が必要になった際に、「まめネット」等で病状を把握し主治医の要請に応じて受入

12.エリア唯一の病院として乳幼児から高齢者まで幅広くかかりつけ医機能を発揮

（医療法人池慶会 池端病院：福井県越前市）

（基本情報）

総人口・高齢者割合	75,493人 ・ 65歳以上：31.4% 85歳以上：6.2%（令和６年1月1日時点）
面積	230.70㎢（令和６年10月時点）
取組開始時点	平成2年12月（訪問診療・訪問看護開始）～現在
取組に関するホームページ	https://ikebata.jp

背景課題	● 越前市郊外の王子保地区（旧南条郡王子保村）と呼ばれる人口約6,000人の地域に立地。この地域の医療機関は診療所も含めて池端病院のみ。 ● 隣接する南越前町には診療所はあるものの病院はなく、池端病院は王子保地区から南越前町にかけてのエリアで唯一の病院。 ● 地域の高齢化率は約30%と高く、高齢者医療中心の慢性期病院の役割を担う一方で、初期救急機能も有している。エリア唯一の病院として乳幼児から高齢者までのかかりつけ医機能を持つ必要があった。
取組概要	● 小規模ながら地域包括ケア病床と療養病床を併せ持つ地域密着型多機能病院として、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。 ● 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。 ● 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。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外来・在宅医療にも取り組んでいる。
効果	● エリア唯一の病院として、地域のニーズに応じて乳幼児から高齢者までのかかりつけ医機能を提供。 ● 多職種連携により平均在院日数の短縮、在宅復帰率も高水準を維持。

主な取組内容

■地域のニーズに応じて在宅医療を提供

- 非常勤を含む医師の多くが訪問診療や往診を行い、各部署の看護師も師長級はほぼ全員が訪問看護を経験。
- 病院隣接の居宅介護支援事業所(ケアプランステーション)には常勤介護支援専門員8人(うち主任介護支援専門員3人)を配置し、月250件ほどのケアマネジメントを提供。

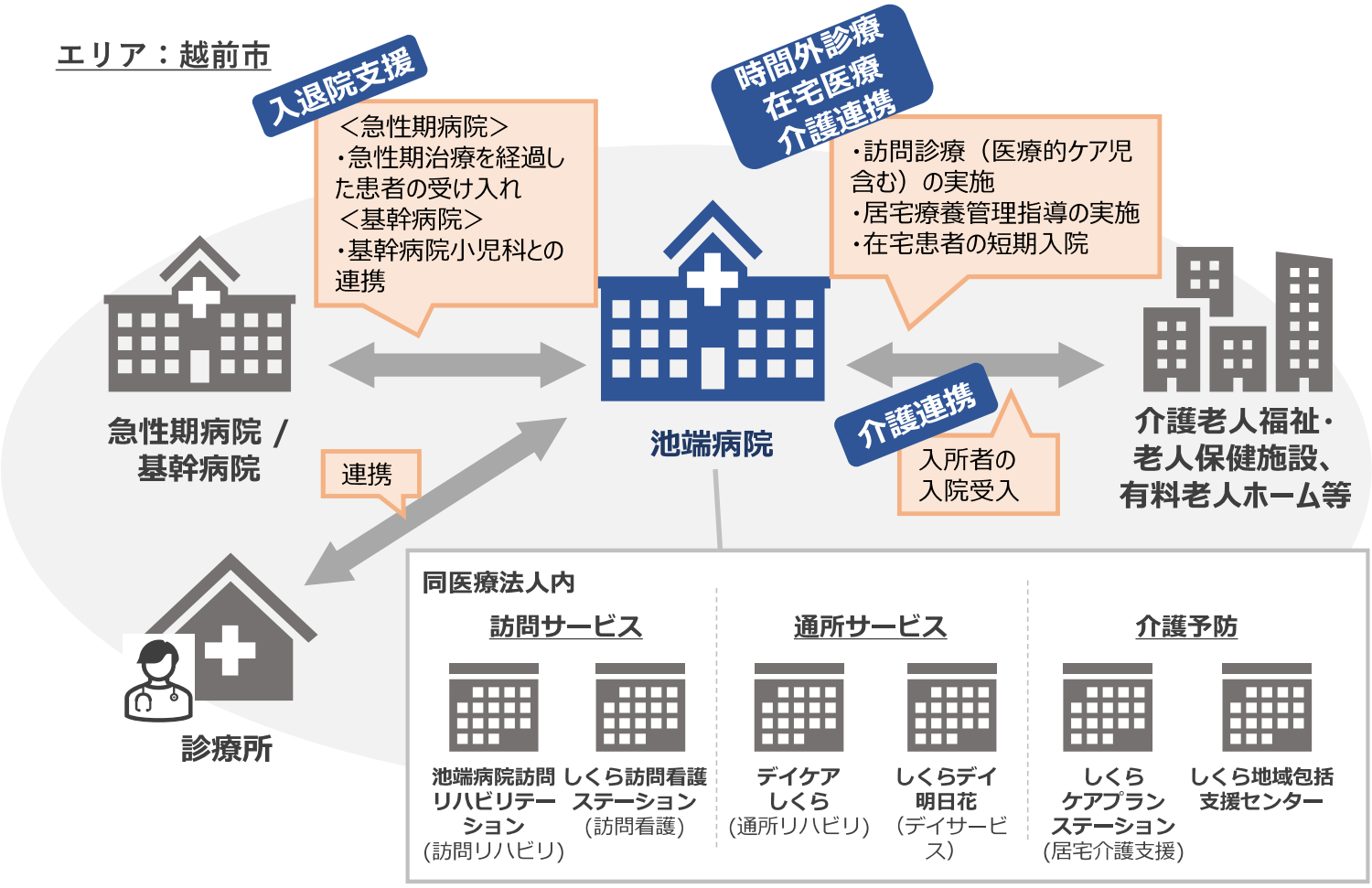
■医療・介護の多職種連携

- 週１回、全職種の職員が出席する病棟カンファレンスを開催。多職種で意見を交換し方向性を共有。
- 在宅支援に向けた個別症例の課題分析のほか、介護福祉士や介護支援専門員に医療知識を共有し、連携。
- 多職種連携による在宅メニューの充実が図られているため、療養病棟の平均在院日数は地域包括ケア病床23.9日、療養病床114.4日と全国平均を下回り、在宅復帰率も同88.1%、75.6%という高さを維持。(令和5年度実績)
- 医療法人の体制として、看護師21人、保健師2人、介護福祉士21人、介護支援専門員18人など（令和6年9月時点）

■小児の在宅医療に関する取組

- 高齢者だけでなく、小児の在宅医療にも積極的に取り組み。
- 地域に医療的ケア児に対応できる医療機関がなく、ニーズに応える形で取組を開始。
- 現在は小児在宅専門医も非常勤医として勤務し、基幹病院小児科との連携のもと、小児在宅連携拠点として地域で在宅療養中の多くの医療的ケア児に訪問診療・訪問看護等を提供できる体制を整えている。

地域のかかりつけ医機能イメージ



関係者の主な役割

池端病院 （在宅療養支援病院）	● 30床1病棟という小規模ながら、地域包括ケア病床と療養病床を併せ持つ地域密着型多機能病院として、乳幼児から高齢者までを対象に、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地域医療を展開 ● 法人内に各種介護サービス事業者を有し、保健医療福祉複合体として、医療・介護の別なく一体的な医療及び介護サービスと介護予防事業を提供 ● 小児在宅専門医を有し、基幹病院小児科との連携のもと、小児在宅連携拠点として地域で在宅医療中の医療的ケア児を診療
急性期病院 / 基幹病院	● 池端病院と連携し、急性期治療を終えた患者のリハビリテーションや在宅復帰目的の転院や、医療的ケア児の在宅･外来診療を要請
診療所	● かかりつけ医として外来･在宅診療を担う一方、主にマルチモビディティ（多疾患併存）の患者の急性増悪の際、入院医療等を池端病院に要請
介護老人福祉・老人保健施設、有料老人ホーム等	● 入所者が、誤嚥性肺炎や尿路感染症、脊椎圧迫骨折等高齢者特有の急性疾患や、慢性心不全や廃用症候群を含む慢性疾患の急性増悪等により治療が必要となった際、池端病院に往診や入院治療を要請

13.地域医療連携推進法人を中心に入退院支援や医介連携等を推進

（地域医療連携推進法人湖南メディカル･コンソーシアム：滋賀県草津市）

（基本情報）

総人口･高齢者割合	136,436人 ・ 65歳以上：22.8% 85歳以上：3.6%（令和６年1月1日時点）
面積	67.82㎢（令和６年10月時点）
取組開始時点	令和5年6月～現在
取組に関するホームページ	https://www.konan-mc.or.jp/

背景課題

- 高齢化とともに在宅医療の需要が高まり、高齢者施設や在宅からの救急搬送が増えることが想定され、対応が求められていた。
- 高齢者が増え働き手が減少する中で、医療機関の機能分化と地域への患者の流れを担保するため、地域医療連携推進法人によるDXや間接業務の統一化に取り組む必要があった。

取組概要

- 社会医療法人誠光会が中心となり、地域医療連携推進法人湖南メディカル・コンソーシアム（以下「湖南MC」）を通じた連携
  - 救急車を呼ぶほどではないが、自力で病院へ行くのは難しい患者のために、淡海ふれあい病院の看護師が同乗する地域医療サポートカーを運用し、介護保険施設や在宅から病院へ搬送。
  - 全体の見える化のためコマンドセンターを運用し、各施設の稼働や職員の状況などをタイムリーに把握することで、近予測・分析し適正な入退院・入退所を支援。

効果

- 地域医療サポートカー運用による効果は以下のとおり。
  - ➢ 勤務時間内で業務を完結。施設、病院とも職員の負担や業務が軽減。
  - ➢ 病院搬送に対する遠慮や障壁の軽減、早期対応の重要性など職員の意識変容。
  - ➢ 迅速な病院搬送により治療介入が早くなり治療成績の向上と早期退院につながる。
  - ➢ 将来的には高齢者救急の新たな搬送手段として期待できる。

主な取組内容

■地域医療サポートカーの運用

- 湖南MCの患者搬送の事業としてサポートカーを運用。
- 介護保健施設に入所されている方や訪問診療を受けている患者が病気の急変で病院搬送が必要となった場合に利用。
- 淡海ふれあい病院の看護師が同乗するため、救急車と異なり、施設職員の同乗が求められず施設側の負担が少ない。
- 軽症･中等症の患者を救急車以外で対応することが、今後の高齢者救急体制において非常に重要。

地域医療サポートカー 搬送基準

	症状	サポートカー	119番通報
A 気道	声が出せるか？ 呼吸はあるか？	Yes	No
B 呼吸	呼吸回数 10回／分以下	No	Yes
	呼吸回数 31回／分以上	No	Yes
	SpO_2 92%未満	No	Yes
C 循環	血圧 90／以下	No	Yes
	冷汗･皮膚の湿り気	No	Yes
D 意識レベル	声掛けで容易に反応しない	No	Yes
	普段のレベルより著しく低下	No	Yes

■コマンドセンターの運用

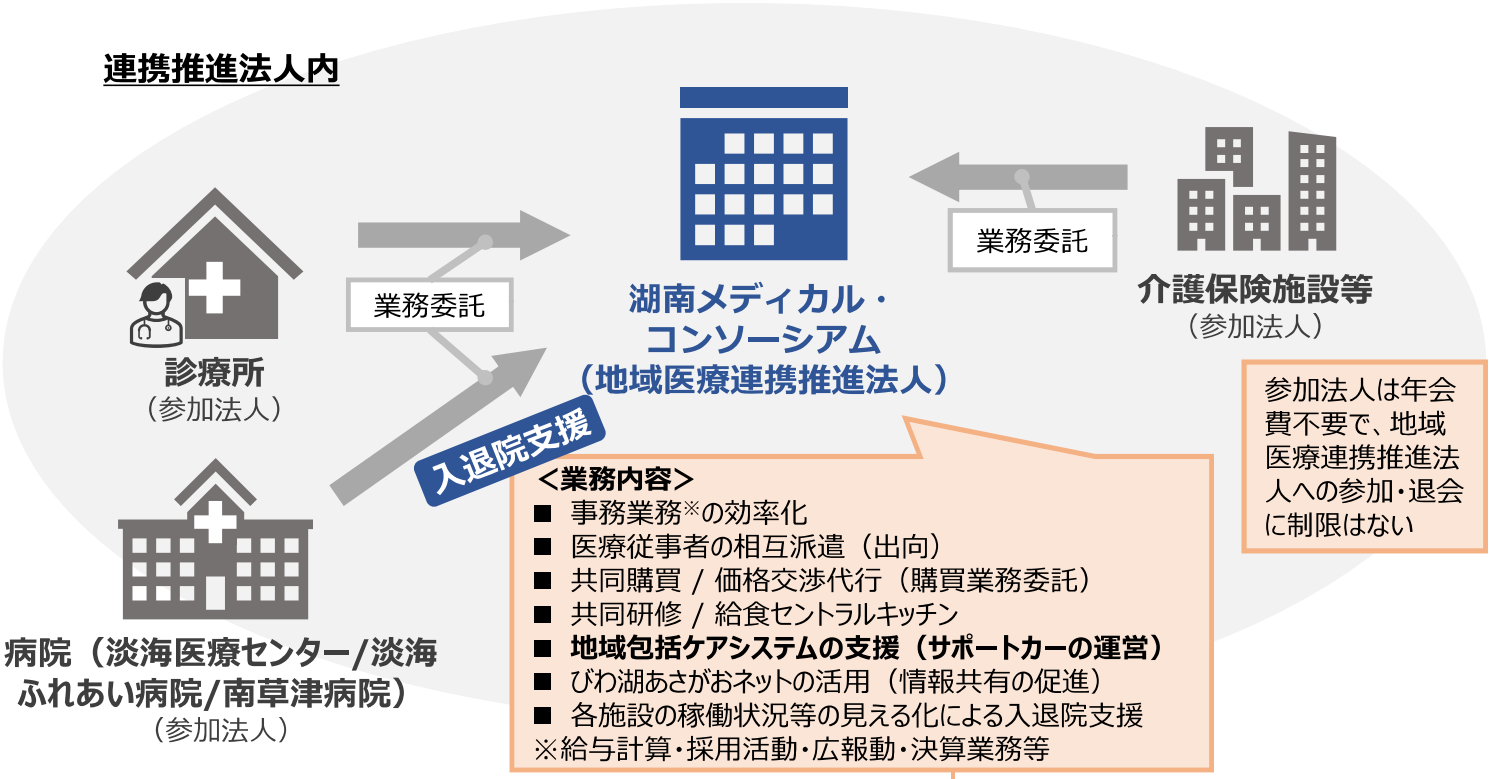
- 各施設の稼働や職員の状況などをタイムリーに把握することで、近予測･分析し適正な入退院･入退所、医療資源の有効活用を支援。
  - 病棟別の稼働状況と現状の作業量･将来予測、スタッフの力量による優先入院順位の表示
  - 勤怠システムと連携し、病床毎の看護師リソースを可視化し、調整･再配分（応援指示）
  - 急性期病院より退院が決定した患者のデータと後送病院や介護施設が受け入れ可能な条件をマッチングし、退院先を決定 等

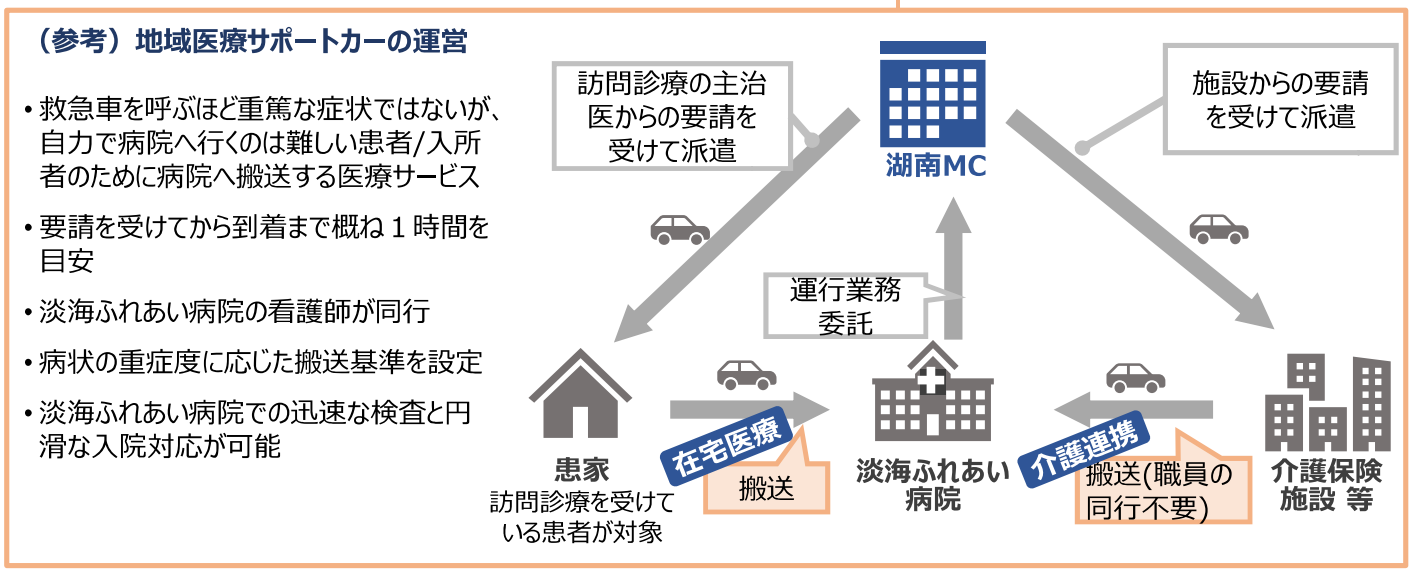
淡海医療センター 病棟医長会
湖南メディカル･コンソーシアム事務所
淡海医療ふれあい病院 看護部長室
淡海医療センター ベッドコントロールミーティング
南草津病院 ベッドコントロールミーティング

■協力医療機関ミーティングの開催

- 湖南MCの参加法人（協力医療機関）のミーティングを開催し、報酬改定に基づく連携方法の確認や、地域医療サポートカーの活用状況など報告。地域の状況（高齢化や要支援･要介護認定者、独居高齢世帯の増加等）を伝え、連携や取組の必要性について認識合わせを行う。

地域のかかりつけ医機能イメージ





関係者の主な役割

湖南メディカル・コンソーシアム（地域医療連携推進法人）	● 地域の医療資源を最大活用に向けた施策の実施（医療DXの推進による法人間のタイムリーな情報共有等） ● 共同購買や共同研修等の連携推進業務の実施 ● サポートカーの運行業務を通して地域包括ケアシステムを支援
参加法人	● コンソーシアムに対する事務業務等の委託（一律ではなく、各参加法人の判断） ● 病院として迅速な患者受け入れと円滑な入退院を実現

14.地域医療の窓口として病診連携・病病連携を推進

（社会医療法人祐愛会 織田病院：佐賀県鹿島市）

（基本情報）

総人口・高齢者割合	27,367人 ・ 65歳以上：34.6% 85歳以上：7.2%（令和６年1月1日時点）
面積	112.12㎢（令和６年10月時点）
取組開始時点	平成16年（開放型病床開始）～現在
取組に関するホームページ	https://www.odahp.cotg/cooperation/

背景課題

- 佐賀県南部医療圏では、15 年前と比較し、85 歳以上の救急車搬送数は2.6 倍に増加。織田病院における85歳以上の新規入院患者数も15年前の約3倍に増加。
- 地域医療の変化に伴い、在宅医療ニーズが急増しており、地域を支える医療機関として、在宅医療のバックアップ体制を構築することが求められた。

取組概要

- 次の方針で取り組み、地域のニーズに応じて、シームレスな病診連携に尽力
  - ➢ 地域の診療所の医師と連携による24 時間365日救急受入れ体制の実現
  - ➢ 高度急性期病院の地域医療の窓口としての病病連携を推進
  - ➢ 多職種から構成する在宅医療支援チームによる手厚い退院時支援

効果

- 高齢化に伴う人口構造・患者の変化の中で地域の医療ニーズに対応。
- 多職種連携により平均在院日数の短縮、在宅復帰率も高水準を維持。

主な取組内容

■地域の診療所の医師と連携による24 時間365日救急受入れ体制の実現

- 病院と在宅医療のシームレスな連携を実現するために、地域の診療所への逆紹介を積極的に実施。外来患者数は大幅に減少し、その結果役割の明確化が果たされ医療資源の効率化も実現。
- 開放型病床を有し地域のかかりつけ医（登録医46名）に開放し、診察や検査も利用できるようにしている。これにより地域の診療所の医師との二人主治医制を推進している。

■高度急性期病院の地域医療の窓口としての病病連携を推進

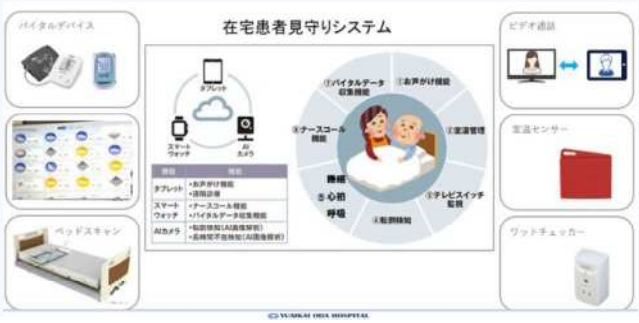
- 大学の付属病院等の高度急性期病院に対し、当該医療機関が地域医療の窓口となり、急性期治療終了後の患者受入を積極的にしている。
- さらに、高度急性期病院での対応が難しい患者ニーズに合った介護や福祉サービスを提供する観点でも、介護支援専門員（ケアマネジャー）やMSW との連携を図ることにより、地域密着型病院として積極的に取組。

■多職種から構成する在宅医療支援チームによる手厚い退院時支援

- 円滑な入退院時支援を実現するため、電子カルテから、入退院時に必要となる情報のみを抽出した入退院支援DB を構築したり、退院後のケアにおいて最も重要な時期である退院後２週間の手厚い対応のため、病院内に在宅医療支援チームを設置し、ICTを活用し患者・家族の不安解消や地域の医療機関のサポート実施。
- このチームには、医師、訪問看護師、ソーシャルワーカー（MSW）、理学療法士、ヘルパー、介護支援専門員（ケアマネジャー）等が属し、医療・介護・福祉など幅広く支援できるようにしており、病院の在院日数の短縮も実現している。（平均在院日数：11.6 日）

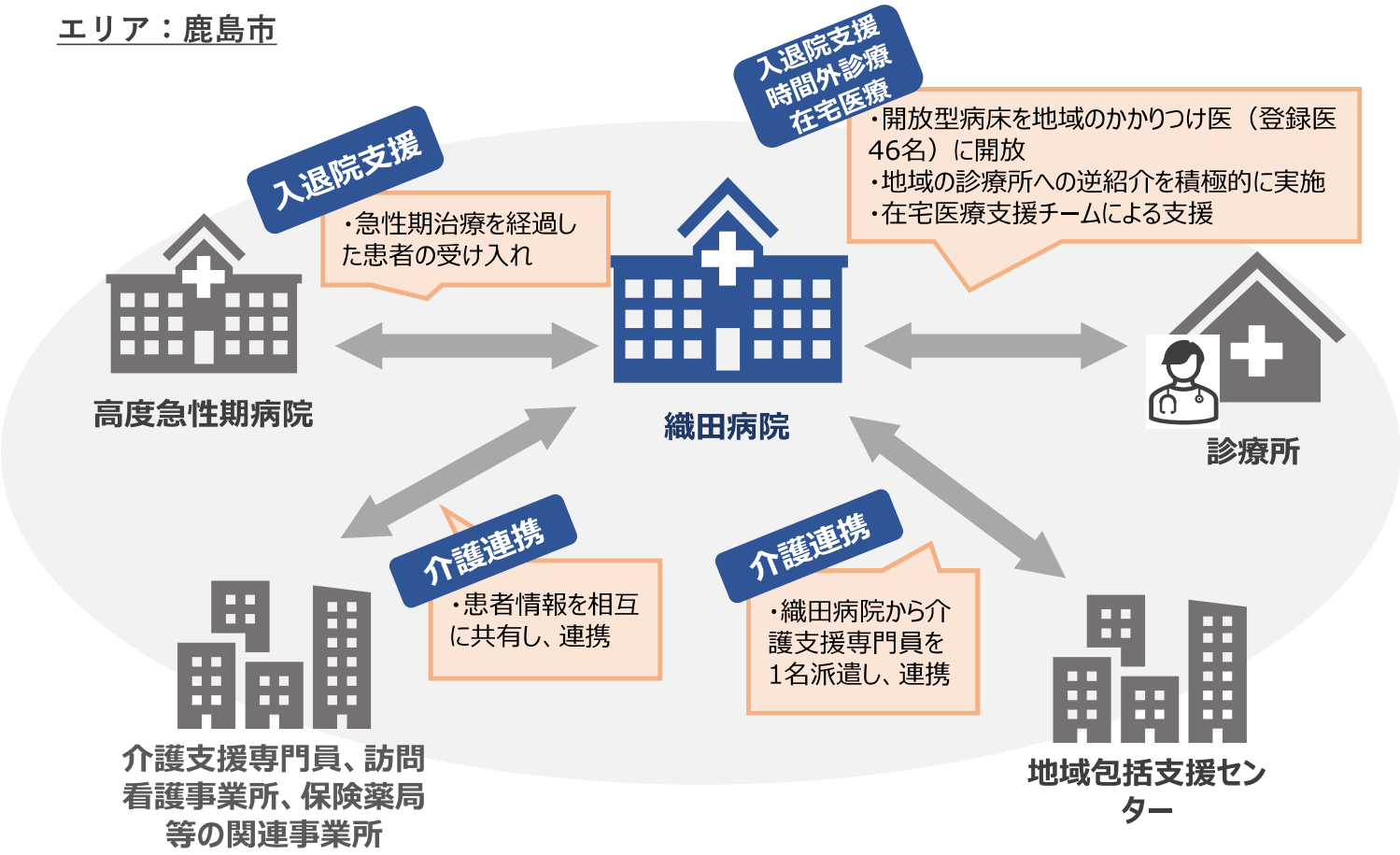
■ICTを活用して在宅での見守り効率化

- 在宅患者見守りシステムとして、患者宅にタブレット・スマートウォッチ・AIカメラ等を配置。
- 当該機器を活用して、在宅患者のバイタルデータの収集、患者への声かけ、室温管理などを行い、在宅での見守りを行っている。



地域のかかりつけ医機能イメージ

エリア：鹿島市



関係者の主な役割

織田病院	● 多職種から構成する在宅医療支援チームによる手厚い退院時支援 ● 地域の診療所の医師との連携による24 時間365日救急受入れ体制の実現 ● 病院と在宅医療のシームレスな連携を実現するために、地域の診療所への逆紹介を積極的に実施 ● 大学の付属病院等の高度急性期病院に対し、当該医療機関が地域医療の窓口となり、急性期治療終了後の患者を積極的に受け入れ
急性期病院	● 織田病院と連携し、急性期治療を終えた患者の在宅復帰目的の転院等調整
診療所	● 開放型病床や織田病院からの逆紹介に対応し、連携
介護支援専門員、訪問看護事業所、保険薬局等の関連事業所	● 大病院での対応が難しい患者ニーズに合った介護や福祉サービスを提供する上で、織田病院と患者情報を相互に共有し、連携
地域包括支援センター	● 織田病院から介護支援専門員を1名派遣

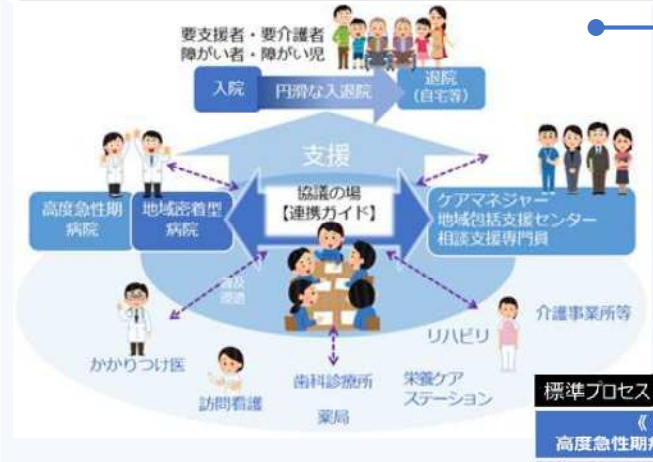
15.県全域への入退院支援ルールの普及促進（一般社団法人新潟県医師会）

（基本情報）

総人口･高齢者割合	2,137,672人 ・ 65歳以上：33.6% 85歳以上：6.7%（令和６年1月1日時点）
面積	12,583.67㎢（令和６年10月時点）
取組開始時点	令和5年度～現在
担当部署連絡先	新潟県医師会 在宅医療推進センターホームページ お問い合わせフォーム http://www.niigata.med.or.jp/zaitaku/

背景課題	● 市町村単位で始まった入退院連携ルール等の作成・運用の取組により、運用していない地域に比べ、入院時に介護側から迅速な情報提供が行われる等の有用性が県調査により明らかとなる中、ルール未整備の地域も存在した。 ● 在宅医療の導入等、必要な支援が届かないまま退院する事例が少なくないことが県内多くの地域で課題となっていた。
取組概要	● 在宅医療推進センター（基幹センター）が中心となり、有識者や実践者等による検討を経て「入退院連携ガイドを活用した入退院支援の手引き」（以下「手引き」という）を作成し、県内自治体に展開。 ● 市町村の担当者や当該事業を受託する医師会等に所属するコーディネーターが、自地域での入退院支援にかかる課題解決の一手段として活用することを想定。
効果	● 令和6年3月手引き発出を受け、２圏域(２次医療圏単位)で内容のブラッシュアップ、６地域（郡市医師会単位）で新たにルール作成に着手。 ● 協議の場に参加した関係者からは、グループワーク等を通じ実際に話し合う機会があることにより関係性が深まった、機会を継続してほしいとの声が多く聞かれている。

主な取組内容

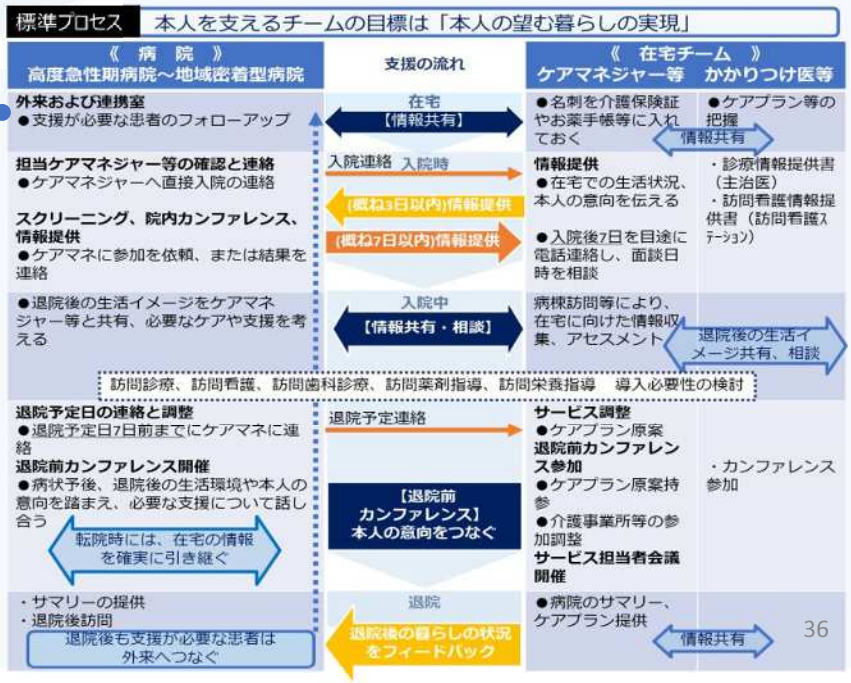


■手引きのコンセプト

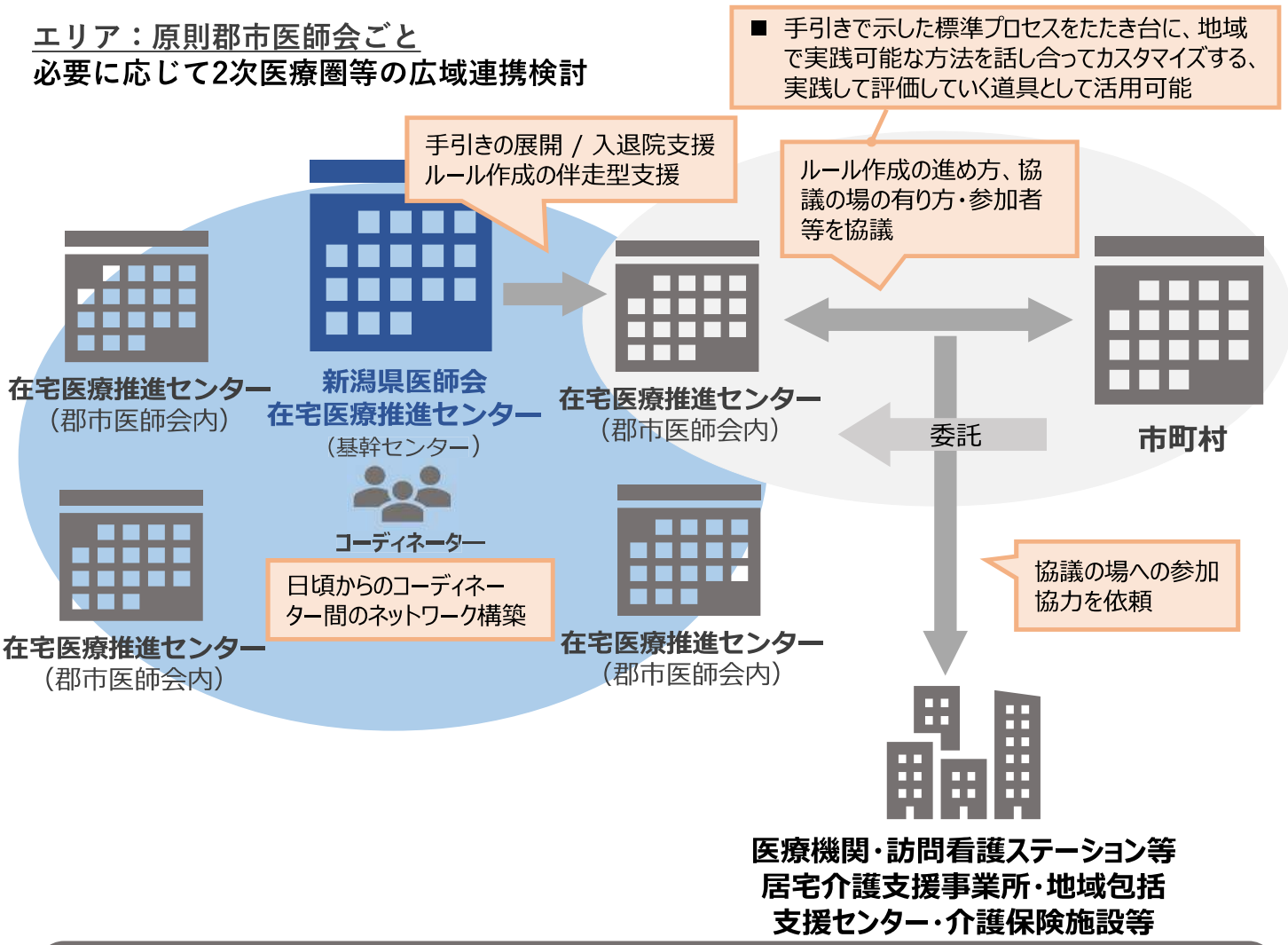
- 手引きは、全県で遵守する一律の手順を示したマニュアルではなく、必要な人によりよい入退院支援を提供するために、情報共有等に関わるタイミングを決めておくための協議ツール。
- 手引きで示している「標準プロセス」をたたき台として、関係者が共に実践可能な方法を協議し、実践、評価。
- この過程を継続することにより、地域で顔の見える関係を醸成し、入退院支援の質の向上を目指す。

■手引きで示した「標準プロセス」（一部抜粋）

- 標準的な病院と在宅チームの支援の流れを可視化。
- その流れの中で、情報共有のタイミングを矢印で明示。診療報酬や介護報酬も意識して作成。
- 標準プロセスをたたき台に、地域で実践可能な方法を話し合ってカスタマイズする、実践して評価していく道具として活用いただくことを想定。
- 各地域における取組を支援するため、基幹センターによる伴走型支援（研修会やWGへのオブザーバー参加、関連情報の提供等）を実施。



入退院ルールの作成イメージ



関係者の主な役割

コーディネーター	● 新潟県医師会在宅医療推進センター（基幹センター）、郡市医師会在宅医療推進センターに配置 ● 基幹センターにおいて、当該事業に限らず、コーディネーターのスキルアップに資する研修会や情報提供、ネットワーク構築、伴走支援を実施。
新潟県医師会 在宅医療推進センター	● 有識者による入退院連携検討委員会設置、運営 ● 「入退院連携ガイドを活用した入退院支援の手引き」を作成、在宅医療推進センターのネットワークを通じ、県内自治体に展開 ● 入退院支援ルール作成の伴走型支援
郡市医師会 在宅医療推進センター	● 入退院支援ルール作成、運用のために、市町村をサポート ● 必要に応じて、作成のための検討委員会の事務局や協議の場のファシリテートを担当
市町村	● 所在する在宅医療推進センターと協働し、入退院支援ルールを作成、運用
郡市医師会 在宅医療推進センター	● 入退院支援ルール作成、運用のために、市町村をサポート ● 必要に応じて、作成のための検討委員会の事務局や協議の場のファシリテートを担当
医療機関 訪問看護ステーション等	● 市町村からの要請に応じて、入退院支援ルールに関する協議の場に参加 ● 入退院時に情報共有を行う軸となるのは、病院の連携部門と地域のケアマネジャーであるが、かかりつけ医や訪問看護等もルールの標準プロセスに位置づけ、ルール協議の場に参画する機会を持つ。
居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護保険施設等	

16.在宅医確保のために、座学研修と同行研修を実施（一般社団法人横浜市医師会）

（基本情報）

総人口・高齢者割合	3,637,015人 ・ 65歳以上：25.6% 85歳以上：4.6%（令和６年1月1日時点）
面積	438.23㎢（令和６年10月時点）
取組開始時点	平成28年7月8日～現在
取組に関するホームページ	https://www.yokohama.kanagawa.med.or.jp/

背景課題

- 横浜市医師会の開業医に対して在宅医療の取組状況に関するアンケートを実施したところ、
  - 在宅医療を行っている開業医が少ないこと
  - 在宅医療に取り組むことが難しい理由として、「診療報酬の算定が難しい」「何を用意すればよいか分からない」等、共通の理由が多いこと

  などが把握でき、在宅医療に関する研修の必要性を認識した。

取組概要

- 市医師会員及び会員が管理者である医療機関の勤務医を対象に在宅医養成研修を開始。
- 内容は、①座学研修と②同行研修の2類型。
- 共通の知識・課題については座学研修で扱い、個別対応については在宅医への同行による研修の中で学ぶこととした。
- 横浜市医師会から会員に対して開催周知し、受講者をとりまとめ。

効果

- 座学研修では、診療報酬の改定等に合わせて研修の内容も都度ブラッシュアップしているため、どのレベルにおいても参考になる情報を提供。
- 同行研修では、外来を受診する際と異なり、自宅でのその人の生活を知っていただくことが可能。同行研修の参加者合計93名。

主な取組内容

■研修内容（横浜市医師会事務局で毎年度検討）

①座学研修

- 年間3回開催
- うち2回は同じテーマ（①医師一人で始めるノウハウ、②在宅医療の診療報酬）
  - 講義の内容は、「栄養管理」「疼痛（とうつう）管理」から「死亡診断書の書き方」「診療報酬点数の算定方法」まで幅広い。
- 残り1回は社会動向に合わせてテーマを選定
  - 例えば令和5年度は「多職種協働で挑む在宅看取りの実際」
- 過去に研修参加した者の再受講も可能

②同行研修

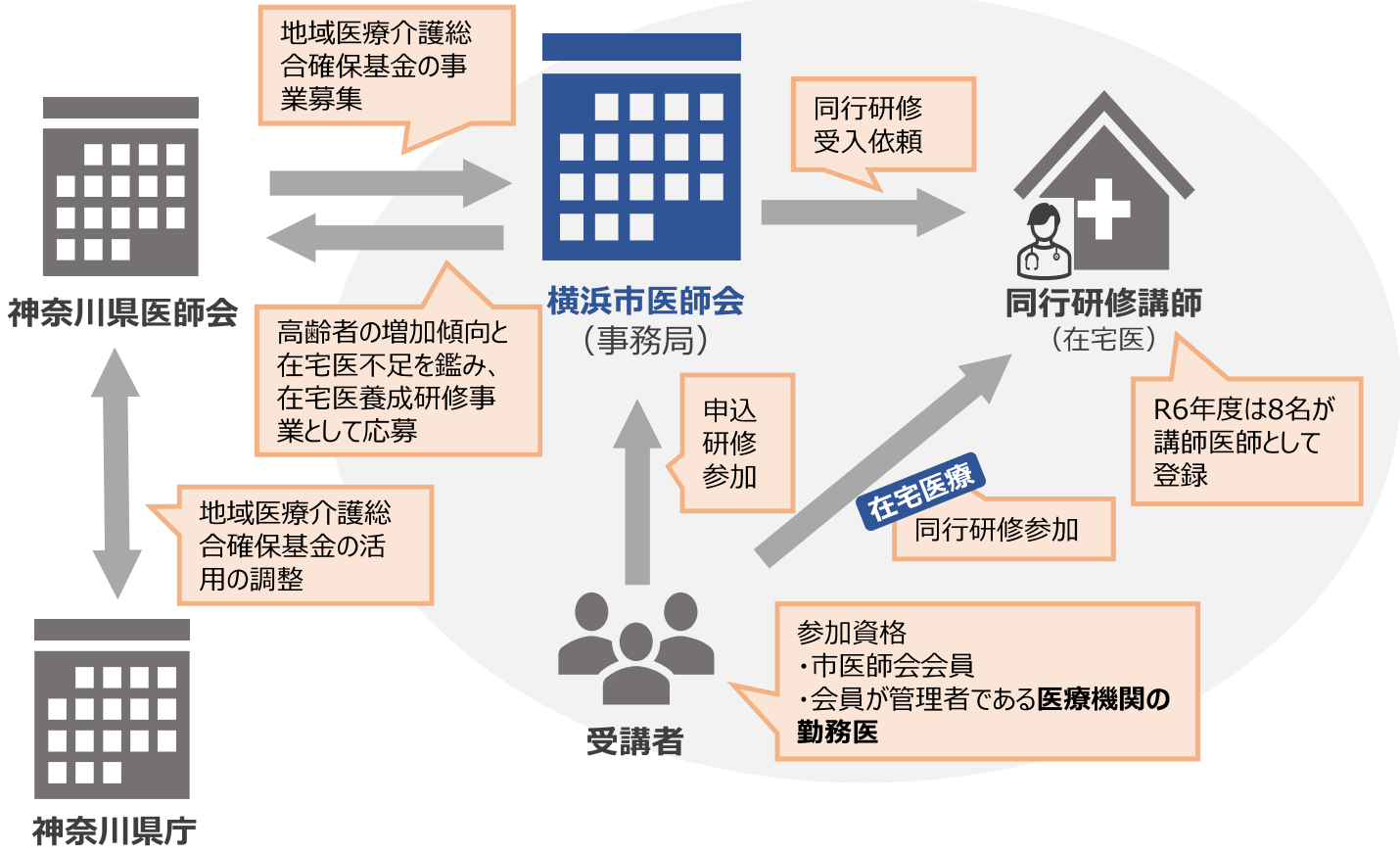
- 受講者が、事務局を介し講師医師の在宅診療に同行・見学
  - 知識習得、ノウハウ共有・情報交換と人脈形成を支援
  - 経験談やカルテの記載方法、診療の工夫点など、同行しながら在宅医とマンツーマンでちょっとした疑問も含め聞きやすい
- 10～3月までの期間で、受講者と講師が受講可能な日程で受講

■受講者の声・メリットなど

- 座学研修
  - 特に在宅医療を実施したことのない医師、実施している中で疑問のある医師の満足度が高い。
  - 診療報酬の改定等に合わせて研修の内容も都度ブラッシュアップしているため、どのレベルにおいても参考になる情報がある。
- 同行研修
  - 病院の医師も参加することが可能で、その際には、外来だけでなく自宅での様子を知っていただくことができる。外来を受診する際と異なり、自宅でのその人の生活が分かり、どのような治療が必要か、どんな思いで病院に来ているかを感じ取ってもらうことが重要である。
- 同行研修講師のメリット
  - 研修を実施する中で知り合いの医師が増えていく、同行研修にあたりあらためて手順等を確認できる。
  - 研修先に選ばれるほど信頼性がある医療機関であるということを、患者家族に認識してもらえる。

在宅医養成研修の全体像

エリア：横浜市



関係者ごとの主な役割

横浜市医師会	● 地域医療介護総合確保基金を財源に、在宅医養成研修の事務局を運営 ● 座学研修の実施
同行研修講師	● 受講者からの希望に応じて、同行研修を実施 ● 事前に研修先の患家に対する説明の実施
受講者	● 在宅医養成研修への参加 ● 参加資格は、市医師会会員又は会員が管理者である医療機関の勤務医
神奈川県医師会	● 地域医療介護総合確保基金の活用において神奈川県との間で調整を取り、在宅医養成研修の実施を支援

別添３

当院におけるかかりつけ医機能について

当院は、発生頻度の高い疾患についての診療を行い、日常的な診療において、患者様の生活背景を把握し、適切な診療・保健指導を行い、必要な場合には、地域の医師・医療機関と協力して解決策を提供します。この他、患者さんが適切な医療機関の選択ができるように、当院の有する「かかりつけ医機能」に関する体制を以下のように報告します。

〇〇病院/診療所

20XX 年 XX 月 XX 日

1. かかりつけ医機能に関する研修の修了者および総合診療専門医について

研修の修了者の有無/人数	無		有		有の場合 ⇒	名
総合診療専門医の有無/人数	無		有		有の場合 ⇒	名

2. 一次診療の対応について

(1) 一次診療の対応ができる領域

該当無し					
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			

(2) 一次診療を行うことができる発生頻度が高い疾患

該当無し							
貧血		糖尿病		脂質異常症		統合失調症	
うつ（気分障害、躁うつ病）		不安、ストレス（神経症）		睡眠障害		認知症	
頭痛（片頭痛）		脳梗塞		末梢神経障害		結膜炎、角膜炎、涙腺炎	
白内障		緑内障		近視・遠視・老眼（屈折及び調節の異常）		中耳炎・外耳炎	
難聴		高血圧		狭心症		不整脈	
心不全		喘息・COPD		かぜ、感冒		アレルギー性鼻炎	
下痢、胃腸炎		便秘		慢性肝炎（肝硬変、ウイルス性肝炎）		皮膚の疾患	
関節症（関節リウマチ、脱臼）		骨粗しょう症		腰痛症		頸腕症候群	
外傷		骨折		前立腺肥大症		慢性腎臓病	
更年期障害		乳房の疾患		正常妊娠・産じょくの管理		がん	
その他の疾患（　　）							

3. 医療に関する患者からの相談への対応について

可 ☐ 不可 ☐

別添４

かかりつけ医機能に関する療養計画書

（患者氏名）　　殿

令和　年　月　日

疾患名		
治療に関する計画	現在の症状 (症状、ADL の状況、体温・脈拍・排便・食事などの状況や疼痛の有無など)	
	治療方針・計画・内容（検査・服薬・点滴・処置などの予定など）	
	患者と相談した目標	
	その他 (生活上の配慮事項など)	
体調不良時の対応（通常の診療時間外の診療・入退院時の支援等）		
在宅医療の提供・介護サービス等と連携した医療提供		
その他（患者への適切な医療の提供のために必要と判断する事項）		

注）　上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

当医療機関について	名称	
	住所	
	連絡先	

（主治医氏名）

参考（医療機関向け）かかりつけ医機能の体制を有する医療機関の患者等への説明

1. 患者説明の概要
   - かかりつけ医機能の体制を有することについて都道府県知事の確認を受けた医療機関は、患者やその家族からの求めに応じて、疾患名や治療計画、医療機関の情報に加え、かかりつけ医機能に係る情報を適切に説明するよう努めることとされています（努力義務）。説明は書面や電子メール等を通じて行われ、患者が理解しやすい形で提供されることが求められます。

2. 対象となる医療機関
   - かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関（特定機能病院及び歯科医療機関を除く病院及び診療所）のうち、2 号機能の体制を有していることを都道府県より確認を受けた医療機関が対象になります。

3. 取組みの開始時期
   - かかりつけ医機能報告制度は令和７年４月より施行されましたが、2.に記載の通り、その対象はかかりつけ医機能の体制を有している確認を受けた医療機関になります。そのため、実際にかかりつけ医機能に関する患者説明が努力義務になるタイミングは、報告開始以降（令和８年１月以降）になります。

4. 説明が必要となるケース（努力義務が発生するケース）
   - 以下に当てはまる患者又はその家族から求めがあった場合に、説明が必要になります。
     - ✓ 在宅医療や外来医療を受けており、概ね４ヶ月以上継続して医療を提供することが見込まれる者

5. 患者に対する説明内容
   - 医療法において、疾患名、治療に関する計画、当該病院又は診療所の名称、住所及び連絡先、その他厚生労働省令で定める事項について、適切な説明が行われるように努めなければならないこととされています。

     ① 疾患名

     ② 治療に関する計画

     説明内容イメージ（診療報酬で療養計画を説明する場合は、説明内容で代替可）
     - ✓ 現在の症状（症状、ADL の状況、体温・脈拍・排便・食事などの状況や疼痛の有無など）
     - ✓ 治療方針・計画・内容（スケジュール、目標、治療内容（検査・服薬・点滴・処置などの予定）など）
     - ✓ その他（生活上の配慮事項など）

     ③ 当医療機関の名称、住所及び連絡先

     ④ その他厚生労働省令で定める事項
     - ✓ 当該患者に対して発揮するかかりつけ医機能（当該患者に対する１号機能や２号機能、２号機能を連携して確保する場合は連携医療機関の名称と連携内容）

       説明内容イメージ
       - １号機能の内容　※院内掲示している自院のかかりつけ医機能について説明

- ２号機能の内容　※機能を有するもののみの説明でも可
  - A)　通常の診療時間外の診療
    - 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、連携して確保する場合は連携医療機関の名称及び連絡先
  - B)　入退院時の支援
    - 自院又は連携による後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
    - 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
  - C)　在宅医療の提供
    - 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、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
    - 自院における在宅看取りの実施状況
  - D)　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体制の確保状況
    - 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）
    - 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況
    - ＡＣＰの実施状況

⑤　病院又は診療所の管理者が患者への適切な医療の提供のために必要と判断する事項

6. 患者に説明する方法

- 患者又はその家族に対する説明として、以下の方法があります。
  - ①　書面により提供する方法
  - ②　電子メール等により提供する方法
  - ③　磁気ディスク等の交付により提供する方法
  - ④　患者の同意を得て電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力する方法

※電子カルテ情報共有システムは開発中

7. 説明の努力義務が免除されるケース

- 患者又はその家族から説明の求めがあっても、以下の場合には説明の努力義務は免除されます。
  - ①　説明を行うことで、当該患者の適切な診療に支障を及ぼすおそれがある場合
  - ②　説明を行うことで、人の生命、身体又は財産に危険を生じさせるおそれがある場合

8. 説明作成に当たっての留意事項

- 患者又はその家族が理解できるように、なるべく分かりやすい文章で記載して下さい。また、必要に応じて図表を使用してください。
- 可能な限り専門用語や難解な言葉を使用しないで下さい。使用する場合は、これらの後にカッコをつけて解説を加えて下さい。
- 印字される患者氏名欄は誤認防止のため、強調かつ目立つ大きさで記述して下さい。

かかりつけ医機能に関する療養計画書（記載例）

（患者氏名）　　殿

令和　年　月　日

疾患名		慢性心不全、慢性腎臓病、発作性心房細動、骨粗鬆症
治療に関する計画	現在の症状 (症状、ADL の状況、体温・脈拍・排便・食事などの状況や疼痛の有無など)	足のむくみ 心不全が悪化時には、息苦しさを感じたり、数分程度歩くなどのちょっとした動作で疲れたりする
	治療方針・計画・内容（検査・服薬・点滴・処置などの予定など）	脈拍を調整する薬、血液をサラサラにする薬、心不全の悪化を防止する薬を使用して、心不全の悪化によって入院しないで済むようにしていきます。また、骨折のリスクを下げる治療をしています。 特に心不全の悪化のリスクに対して、月１回診療をしていきます。
	患者と相談した目標	塩分が多くならないように注意する 毎朝体重測定をする
	その他 (生活上の配慮事項など)	骨折の危険性がありますので、転倒等に注意が必要です 階段等は手すりを利用するようにしてください
体調不良時の対応（通常の診療時間外の診療・入退院時の支援等）		20 時以降に急激な体重の増加や息苦しさ等があれば、●●診療所に連絡するようにしてください
在宅医療の提供・介護サービス等と連携した医療提供		体調や必要に応じて別途ご説明します
その他（患者への適切な医療の提供のために必要と判断する事項）		現時点ではありません

注）　上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

当医療機関について	名称	
	住所	
	連絡先	

（主治医氏名）

医療機関の皆様へ

別添５

かかりつけ医機能報告制度
が始まります！

令和８年１～３月に、都道府県に対して
かかりつけ医機能報告を行うようお願いします

報告を行う対象医療機関

- **特定機能病院及び歯科医療機関を除く、全ての病院・診療所**が対象です。

医療機関の実施事項

報告

毎年１～３月に、**かかりつけ医機能の内容について都道府県にご報告**をお願いします。

※原則、**医療機関等情報支援システム（G-MIS）**による報告となります。
※**かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無も報告事項**となります。

院内掲示

かかりつけ医機能を有する医療機関の要件として、**報告したかかりつけ医機能の一定の内容を院内掲示**する必要があります。

※G-MISにおいて、院内掲示用の様式例を出力できるようにシステム開発を行う予定です。

患者説明

おおむね４ヶ月以上継続して医療を提供することが見込まれる場合で、患者・家族から求めがあったときは、治療計画等についてご説明をお願いします。

※かかりつけ医機能を有する医療機関は、原則、医療法に基づく患者への説明が努力義務となります。

詳しい情報は厚生労働省ホームページへ

厚生労働省「かかりつけ医機能報告制度」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000123022_00007.html

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

かかりつけ医機能報告制度の概要

制度の目的

- かかりつけ医機能報告制度は、地域で必要とされるかかりつけ医機能の充実強化を図り、国民の医療機関の選択に資する情報を提供することを通じて、国民・患者にとって医療サービスの向上につなげることを目指すものです。
- 多くの医療機関に参画いただき、地域で必要なかかりつけ医機能を確保することが重要であり、各医療機関からの報告を受けて、地域で協議を行い、不足する機能を確保する方策を検討・実施していくことが特に重要です。

ご報告いただく内容

- ご報告いただくかかりつけ医機能の内容は、下記のとおりです。

※報告事項の詳細等については、令和７年度中に、厚生労働省から報告マニュアルを発出する予定です。

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

［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（有無を報告すれば可）
- 所定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
- 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

※★：これらの項目を「可」と報告する医療機関は、「1号機能を有する医療機関」として２号機能の報告を行います。

２号機能　（１）通常の診療時間外の診療、（２）入退院時の支援、（３）在宅医療の提供、（４）介護サービス等と連携した医療提供

［報告事項］

（１）通常の診療時間外の診療
- 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
- 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

（２）入退院時の支援
- 自院又は連携による後方支援病床の確保状況
- 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
- 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
- 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
- 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

（３）在宅医療の提供
- 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
- 自院における訪問看護指示料の算定状況
- 自院における在宅看取りの診療報酬項目の算定状況　等

（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体制の確保状況
- 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
- 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）
- 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況
- ＡＣＰ（人生会議）の実施状況　等

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

XXX地域におけるかかりつけ医機能の課題について（ XXX ）

別添６

（１）地域の具体的な課題

（２）様々な視点から考えられる原因

【原因①】

【原因②】

（３）地域で目指すべき姿

（４）方策　※地域の実情に応じて役割分担も検討されたい

【方策①】

【方策②】

【方策③】

（５）方策により期待できる効果

XXX地域におけるかかりつけ医機能の課題について（１号機能）

（１）地域の具体的な課題

継続的な医療を要する方が、新たな症状を呈した場合に、どの医療機関に相談すればよいか分からず、対応が遅れるケースがある。

（２）様々な視点から考えられる原因

【原因①】総合的な診療を行う意向を有する医師もいるが、地域の医療機関同士の連携が行われておらず、自己の専門性を超えて対応ができない場合に、地域で活用できる医療機関を把握しておらず、安易に中核病院等に紹介してしまう。

【原因②】各医療機関が有する機能や役割が周知されておらず、どの医療機関に相談すればよいかが分からない。

（３）地域で目指すべき姿

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方に対し、患者の生活背景を把握した上で日常診療を行うとともに、地域の医師、医療機関と協力して医療に関する相談に応じることができる体制が確保され、周知・運用されている。

（４）方策　※地域の実情に応じて役割分担も検討されたい

【方策①】各医療機関が有する機能や役割を医療関係者間で共有したうえで、患者・家族からの相談に円滑に対応できるよう、医療機関間で必要に応じて患者情報を共有する。

- ✓医療機関同士が連携できる機会（意見交換の場）を設定する。
- ✓自院が持つかかりつけ医機能を患者・家族に説明する。
- ✓地域の医療機関が担う機能や役割を住民向けに周知する・かかりつけ医を持つことを推奨する。
- ✓健康状態不明者をリストアップし、対象者の状態に応じて、かかりつけ医への相談・紹介を行う。

【方策②】医療機関が担うかかりつけ医機能を強化し、総合的な診療を行う医師の機能を強化するため、医師の教育や研修会を開催する。

（５）方策により期待できる効果

患者に体調悪化が生じた場合に、必要に応じて地域の医師、医療機関等と協力して、生活背景等も踏まえた相談対応や診療を行うことができる。

※「地域の具体的な課題」や「地域で目指すべき姿」等の記載はいずれも例示としての内容であり、実際に協議を行う際は事例集も参考にしながら、各地域の実情に応じて対応を検討されたい。

XXX地域におけるかかりつけ医機能の課題について（時間外診療）

（１）地域の具体的な課題

休日・夜間に地域の高齢者等が体調不良を呈した場合、地域の医療機関に連絡・相談・時間外に受診できる体制が構築できていない。

（２）様々な視点から考えられる原因

【原因①】在宅当番医制等を組んではいるが、地域の医師全体の高齢化等もあり、休日・夜間に対応することが難しくなっている。

【原因②】時間外対応を担う意向のある医療機関の把握ができていない。

（３）地域で目指すべき姿

地域の高齢者等が体調不良を呈した場合等に備え、医療機関間の時間外診療における役割分担の明確化や輸番制について地域で話し合い、多職種間で患者情報を共有しながら、時間外診療体制を確保する。

（４）方策　※地域の実情に応じて役割分担も検討されたい

【方策①】時間外診療を行うための連携体制を見える化し、地域の輪番体制の構築や診療所・病院の時間外の対応に関して検討の機会を設ける。

【方策②】かかりつけ医機能報告の結果を踏まえて、時間外診療を担う意向のある医療機関を整理した上で、それらの医療機関に対して対応可否等について相談する。

（５）方策により期待できる効果

地域の高齢者等が体調不良を呈した場合等も、身近な地域において時間外に受診することができ、安心して生活できる。

※「地域の具体的な課題」や「地域で目指すべき姿」等の記載はいずれも例示としての内容であり、実際に協議を行う際は事例集も参考にしながら、各地域の実情に応じて対応を検討されたい。

XXX地域におけるかかりつけ医機能の課題について（入退院支援）

（１）地域の具体的な課題

在宅療養中の高齢者等が急変して入院を要する場合、受け入れる入院病床（後方支援病床）の確保が困難で、入院までに時間を要しその間に状態が悪化したり、退院の調整に時間がかかり、円滑な医療や介護サービスの調整が十分にできない場合がある。

（２）様々な視点から考えられる原因

【原因①】地域の後方支援病床を提供可能な医療機関（在宅療養支援病院 、在宅療養後方支援病院 等）が十分に把握できていない。

【原因②】後方支援病床を必要としている患者の情報が、平時から病院と地域の医療機関等との間で十分に共有できていない。
（入退院支援ルールが機能していない）

（３）地域で目指すべき姿

入院までの調整がスムーズに実施でき、また、入院から退院の情報連携がスムーズに行われ、在宅復帰までの時間を可能な限り短くすることができる。

（４）方策　※地域の実情に応じて役割分担も検討されたい

【方策①】かかりつけ医機能報告の結果を踏まえて、後方支援病床を確保する意向のある医療機関を整理し、十分な病診連携につなげる。

【方策②】地域の実情を踏まえた実効性のある入退院支援ルールを作り、参加機関を広げる。

【方策③】空床情報を地域で共有し、円滑にマッチング可能なシステムを構築する。

（５）方策により期待できる効果

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ようになる。

※「地域の具体的な課題」や「地域で目指すべき姿」等の記載はいずれも例示としての内容であり、実際に協議を行う際は事例集も参考にしながら、各地域の実情に応じて対応を検討されたい。

XXX地域におけるかかりつけ医機能の課題について（在宅医療）

（１）地域の具体的な課題

在宅療養を希望している者について、それを継続する在宅サービスが十分に提供できておらず、本人の希望通りの在宅療養生活を支援することができない。

（２）様々な視点から考えられる原因

【原因①】在宅医療を担う医療機関や訪問看護ステーション等が足りない。

【原因②】在宅医療を行う意向がある医師もいるが、在宅患者の急変時対応の経験がなく、積極的に参加できない。

（３）地域で目指すべき姿

身近な地域で在宅医療（訪問診療、往診、訪問看護等）を受けられる体制が整備され、在宅療養を希望する患者が、可能な限り在宅療養生活を続けることができる。

（４）方策　※地域の実情に応じて役割分担も検討されたい

【方策①】かかりつけ医機能報告の結果を踏まえて、在宅医療を担う意向のある医療機関を対象とした在宅医療の実地研修を実施する。

【方策②】在宅医療を担う医療機関同士の連携体制を構築する。
- ✓医療機関同士が連携できる機会（意見交換の場）を設定する。
- ✓グループ診療ルール等を策定し、かかりつけ医不在時の代診や訪問診療等を行う連携体制を構築する。

【方策③】在宅患者の急変時の連絡を受けた場合に円滑に対応できるよう、連携する医療機関や訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護事業所等と必要に応じて患者情報の共有や連携ルールを構築する。
- ✓医療機関同士や訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護事業所等が情報連携するICTツールを導入する。

（５）方策により期待できる効果

在宅を希望する方が安心して在宅療養ができるようになる。

※「地域の具体的な課題」や「地域で目指すべき姿」等の記載はいずれも例示としての内容であり、実際に協議を行う際は事例集も参考にしながら、各地域の実情に応じて対応を検討されたい。

XXX地域におけるかかりつけ医機能の課題について（医介連携）

（１）地域の具体的な課題

介護施設等に入所する要介護高齢者等について、医療機関と介護施設等との連携が進んでおらず、必要な支援の調整に時間を要している。

（２）様々な視点から考えられる原因

【原因①】地域の医療機関や介護施設の担当者が集まり情報共有や意見交換を行う場がない。

【原因②】介護施設等がどの医療機関と連携すればよいか分からない。

（３）地域で目指すべき姿

要介護高齢者等について、医療機関と介護施設等が連携し、必要な医療・介護サービスを切れ目なく提供することで、住み慣れた地域で介護施設等における生活を継続することができる。

（４）方策　※地域の実情に応じて役割分担も検討されたい

【方策①】地域の医療機関や介護施設等の担当者が集まって意見交換を行う場の設定を行う。

【方策②】かかりつけ医機能報告によって明らかとなった介護施設等と連携している協力医療機関 の情報を活用しながら、医療機関と介護施設等のマッチングを行う。
在宅医療を担う医療機関同士の連携体制を構築する。

（５）方策により期待できる効果

医療・介護関係者が連携し、介護サービス利用者の日常的な健康管理、体調急変時に備えた指導や対応を連携して行うことができる。介護施設等と医療機関との連携が進み、介護施設等の入所者の体調不良時における対応体制を構築できる。

※「地域の具体的な課題」や「地域で目指すべき姿」等の記載はいずれも例示としての内容であり、実際に協議を行う際は事例集も参考にしながら、各地域の実情に応じて対応を検討されたい。

別添７

本様式は、かかりつけ医機能に係る協議結果の公表様式例としてお示しするものであり、統一的な様式として定めるものではありません。各都道府県の実情に応じて適宜ご活用ください。

なお、協議の場は、複数回に分けて議論することも想定されますので、議論の状況に応じ、下記内容を分けて公表しても差し支えありません。

かかりつけ医機能報告を踏まえた協議結果について

令和　年　月　日

都道府県名

1.　概要

開催日	
協議事項	
協議区域	
関係者・参加者	

2.　協議内容

(1) 地域の具体的な課題

(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）

(3) 地域で目指すべき姿

(4) 方策と役割分担

(5) 方策により期待できる効果等

(6) その他留意事項

別添８

かかりつけ医機能報告制度
Ｑ＆Ａ集

（第１版）

厚生労働省医政局総務課
令和７年６月

目次

1　かかりつけ医機能報告 4

Q1. かかりつけ医機能報告制度の目的は何か。
Q2. 病床機能報告・外来機能報告との関係について教えてほしい。
Q3. 本制度により、医療機関にはどのようなメリットがあるのか。
Q4. 都道府県における体制の有無の確認はどのように行うのか。
Q5. 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医療機関の要件は何か。
Q6. １号機能の報告事項のうち「かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無」があるが、どのような研修が該当するのか。
Q7. １号機能の報告事項のうち「17 の診療領域ごとの一次診療の対応可否」や「一次診療を行うことができる疾患」があるが、対応可能な日時等が限定的であっても、「対応できる」として報告することは可能なのか。（例：毎月第２水曜の午前のみ、対応可能な医師がいるなど）
Q8. ガイドラインに「１月１日時点において休院している医療機関は報告対象から除外する」とされているが、報告期間中に休院となった場合の取扱いについて教えてほしい。

2　住民への普及啓発・理解促進 6

Q9. 本制度により、国民や患者にはどのようなメリットがあるのか。
Q10. 都道府県は、本報告の内容等について、住民・患者への公表はどのように行えば良いのか。

3　協議の場について 6

Q11. 協議の場の圏域について、単位は市町村となるイメージか。
Q12. 協議について、市町村の積極的な関与等が重要であるとされているが、二次医療圏単位で開催する場合であっても、関係する全ての市町村に検討・参加してもらう必要があるのか。
Q13. 協議について、地域医療構想調整会議や在宅医療・介護連携推進会議等、既存の協議の場を活用することは可能なのか。また、その場合において、時間を分けて開催するのではなく、同じ協議の中で議題を分けて実施しても良いか。
Q14. 協議について、市町村が実施主体である既存の協議の場に、都道府県がかかりつけ医機能に係る議題提供を行い実施することでも差し支えないか。
Q15. 新たな地域医療構想との関係性について教えて欲しい。
Q16. 地域の現状分析や協議課題、具体的方策等を検討するにあたり、参考となるデータや資料はあるか。
Q17. 都道府県において、地域で必要なかかりつけ医機能が確保できているかどうかについて、どのような指標で判断すればよいのか。
Q18. 都道府県は協議結果の公表を行うこととされているが、どのような内容について公表すれば良いのか。
Q19. かかりつけ医機能のコーディネーターは、「在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター」が兼ねることもあり得るのか。

4　患者への説明 9
Q20. 患者説明の様式は、医療機関が任意で作成したものでも良いのか。
Q21. 患者説明を行うことが努力義務とされる「都道府県知事の確認を受けた医療機関」とは具体的にどういうこと か。

1　かかりつけ医機能報告

Q1.　かかりつけ医機能報告制度の目的は何か。

本制度は、地域で必要とされるかかりつけ医機能の充実・強化を図り、国民の医療機関の選択に資する情報を提供することを通じて、国民・患者に対する医療サービスの向上につなげることを目指すものです。

各医療機関からの報告を受けて、地域で協議を行い、不足する機能を確保する方策を検討・実施していくことが重要です。

Q2.　病床機能報告・外来機能報告との関係について教えてほしい。

病床機能報告は、医療機関の病床機能の現状と今後の方向について報告し、その報告データに基づいて地域での議論を進めるものであり、また、外来機能報告は、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けた議論を地域で進めるものです。一方、かかりつけ医機能報告は、医療機関からかかりつけ医機能について報告いただき、地域で不足する機能を確保する仕組みです。

Q3.　本制度により、医療機関にはどのようなメリットがあるのか。

時間外診療や入退院支援、在宅医療等のかかりつけ医機能を報告いただき、それが公表されることで、地域の医療機関が有するかかりつけ医機能や連携状況等について把握できるようになります。また、各医療機関から報告されたかかりつけ医機能の情報は、医療情報ネット（ナビイ）を通じて、国民・患者にも広く情報提供することができます。

Q4.　都道府県における体制の有無の確認はどのように行うのか。

医療法の規定に基づく都道府県の体制の有無の確認について、Ｇ－ＭＩＳ上で報告内容を確認することが可能となるようにシステム開発を行うこととしています。なお、報告内容に事実誤認がある場合など、必要に応じて、電話等により医療機関の担当者等に体制を確認いただくようお願いします。

Q5.　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医療機関の要件は何か。

１号機能に係る以下の事項に該当する場合には、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ことになります。

- １号機能に係る具体的な機能を有すること及び１号機能に係る一定の「報告事項」について院内掲示による公表をしていること
- 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
- 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（継続的な医療を要する者への継続的な相談対応を含む）

Q6.　１号機能の報告事項のうち「かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無」があるが、どのような研修が該当するのか。

厚生労働科学研究班での検討結果を踏まえて改めてお示しする予定です。

Q7.　１号機能の報告事項のうち「17 の診療領域ごとの一次診療の対応可否」や「一次診療を行うことができる疾患」があるが、対応可能な日時等が限定的であっても、「対応できる」として報告することは可能なのか。（例：毎月第２水曜の午前のみ、対応可能な医師がいるなど）

可能です。各報告事項に係る詳細については、令和７年度秋頃に厚生労働省において作成予定の「かかりつけ医機能報告マニュアル（仮称）」を参照ください。

Q8.　ガイドラインに「１月１日時点において休院している医療機関は報告対象から除外する」とされているが、報告期間中に休院となった場合の取扱いについて教えてほしい。

１月１日から３月 31 日の間に、休院となった場合は報告対象外として差し支えありませんが、当該期間中に再開した場合は報告対象として取り扱うようお願いします。

2　住民への普及啓発・理解促進

Q9.　本制度により、国民や患者にはどのようなメリットがあるのか。

地域の医療機関が有するかかりつけ医機能が見える化されることにより、国民・患者が自らのニーズに応じた医療機関をさらに選択しやすくなります。また、本報告に基づき、それぞれの地域においてかかりつけ医機能を地域全体で確保するための協議を通じて、地域のニーズに沿って必要な医療提供体制を強化することにつながり、医療サービスの向上につなげることを目的としています。

Q10.　都道府県は、本報告の内容等について、住民・患者への公表はどのように行えば良いのか。

医療機関からの報告内容や体制の有無の確認結果の公表については、Ｇ－ＭＩＳから報告データをダウンロードし、各都道府県のウェブサイト等において公表ください。なお、厚生労働省において、各都道府県の報告データについて公表用に加工処理を行ったデータを提供する予定ですので、そちらをご確認の上、公表いただいても差し支えありません。

3　協議の場について

Q11.　協議の場の圏域について、単位は市町村となるイメージか。

かかりつけ医機能の協議の場の圏域は、例えば、時間外診療や在宅医療、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）で協議を行い、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議を行うことが考えられます。ただし、各自治体の規模や地域の実情等によって適当な圏域は異なるものであり、協議テーマや取組状況等を踏まえて、実施主体である都道府県が市町村と調整して決定することが重要です。なお、政令指定都市等において、区単位で協議を行うことも考えられます。

Q12.　協議について、市町村の積極的な関与等が重要であるとされているが、二次医療圏単位で開催する場合であっても、関係する全ての市町村に検討・参加してもらう必要があるのか。

関係する市町村については、可能な限り参加することが望ましいと考えており、特に在宅医療、介護サービスその他医療と密接に関連するサービスを提供する事業者との連携を協議テーマとするときは、関係する市町村の参加を求めることとされています（医療法第 30 条の 18 の５第３項、医療法施行規則第 30 条の 33 の 20）。

具体的な運用については、協議テーマ等に応じて、関係する市町村と調整しながら検討をお願いします。

Q13.　協議について、地域医療構想調整会議や在宅医療・介護連携推進会議等、既存の協議の場を活用することは可能なのか。また、その場合において、時間を分けて開催するのではなく、同じ協議の中で議題を分けて実施しても良いか。

既存の協議の場を活用することも可能です。医療分野のみならず、都道府県や市町村の介護・福祉分野を含む既存の協議の場で同様の趣旨・内容について協議している、または、活用可能な協議の場がないかを検討ください。活用できる既存の協議の場がある場合には、参加者の追加や変更等の必要があるかを検討いただくようお願いします。なお、かかりつけ医機能については、既存の協議の場を活用する場合であっても、医療法に基づく外来医療に関する協議の場として開催する必要がある点にご留意ください。

また、議題の設定等の具体的な運用については、各都道府県の実情に応じて検討いただいて差し支えありませんが、かかりつけ医機能の協議の場として適切に議題設定がなされているか、必要な論点が網羅されているか等についてご留意ください。

Q14.　協議について、市町村が実施主体である既存の協議の場に、都道府県がかかりつけ医機能に係る議題提供を行い実施することでも差し支えないか。

各都道府県の実情に応じて、協議の開催事務について市町村と役割を調整して運用することは差し支えありませんが、具体的な議題の決定や具体的方策の検討、協議後の検討や関係者間の調整等については、あくまでも、医療法上の実施主体である都道府県において中心的な役割を担う必要がありますのでご留意ください。

Q15.　新たな地域医療構想との関係性について教えて欲しい。

新たな地域医療構想においては、2040 年頃を見据え、外来・在宅医療、介護との連携等を含む地域における将来の医療提供体制全体の課題解決をするものとして検討しています。このうち、外来・在宅医療については、かかりつけ医機能報告のデータ等を踏まえ、地域の外来・在宅医療、介護連携などに関する現状や将来の見込みを整理して課題を共有した上で、地域の協議を通じて取組を進めていくことを検討しています。

このため、先行して開始されるかかりつけ医機能に関する協議についても、2040 年頃の医療提供体制を見据えて議論を進めていただくことが重要です。

Q16.　地域の現状分析や協議課題、具体的方策等を検討するにあたり、参考となるデータや資料はあるか。

医療機関からのかかりつけ医機能報告に基づくデータに加え、都道府県医療計画で把握しているデータや市町村で把握する介護関係のデータなど、医療や介護に関する既存データについても効果的に活用することが重要です。

なお、各都道府県が協議を行うにあたって、各地域における医療・介護の基礎データとして参考とできるよう、国において一定の圏域ごとの人口構成や医療機関数等の基礎データ集を作成し、提供することを検討しています。

また、ガイドラインの別冊としてお示しするかかりつけ医機能に関する取組事例集も参考にご検討ください。なお、取組事例集については、様々な地域の姿（モデル）を示しております。各自治体の規模や実情等も踏まえて参照ください。

Q17.　都道府県において、地域で必要なかかりつけ医機能が確保できているかどうかについて、どのような指標で判断すればよいのか。

地域において必要な機能が確保されているかを測定する指標については、各地域の実情を踏まえて検討することが重要であり、協議において関係者で議論しながら決定することが重要です。かかりつけ医機能報告から得られるデータや各自治体において実施している調査データ等を用いて、各地域における機能の確保状況を総合的に把握することが重要です。

Q18.　都道府県は協議結果の公表を行うこととされているが、どのような内容について公表すれば良いのか。

ガイドラインの別冊として、協議の結果の公表シート（例）をお示ししておりますので、適宜活用ください。なお、各都道府県における既存様式を活用いただいても差し支えありません。

Q19.　かかりつけ医機能のコーディネーターは、「在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター」が兼ねることもあり得るのか。

在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターは、主に地域の医療・介護関係者からの相談支援等を行うのに対して、かかりつけ医機能のコーディネーターは、主にかかりつけ医機能報告に基づく協議の場における地域関係者との調整や都道府県への助言等を行います。一方で、これらについては、いずれも医療・介護に係る業務経験や知識等が求められることから、地域によっては、在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターが、かかりつけ医機能のコーディネーターを兼ねることもあり得ると考えています。

4　患者への説明

Q20.　患者説明の様式は、医療機関が任意で作成したものでも良いのか。

医療法に定める事項について記載している場合には差し支えありません。なお、ガイドラインの別冊として、患者説明様式（例）をお示ししておりますので、適宜ご活用ください。

Q21.　患者説明を行うことが努力義務とされる「都道府県知事の確認を受けた医療機関」とは具体的にどういうことか。

１号機能を有する医療機関が２号機能について報告を行うこととなりますが、患者説明が努力義務となるのは、２号機能に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けた医療機関が対象となります。