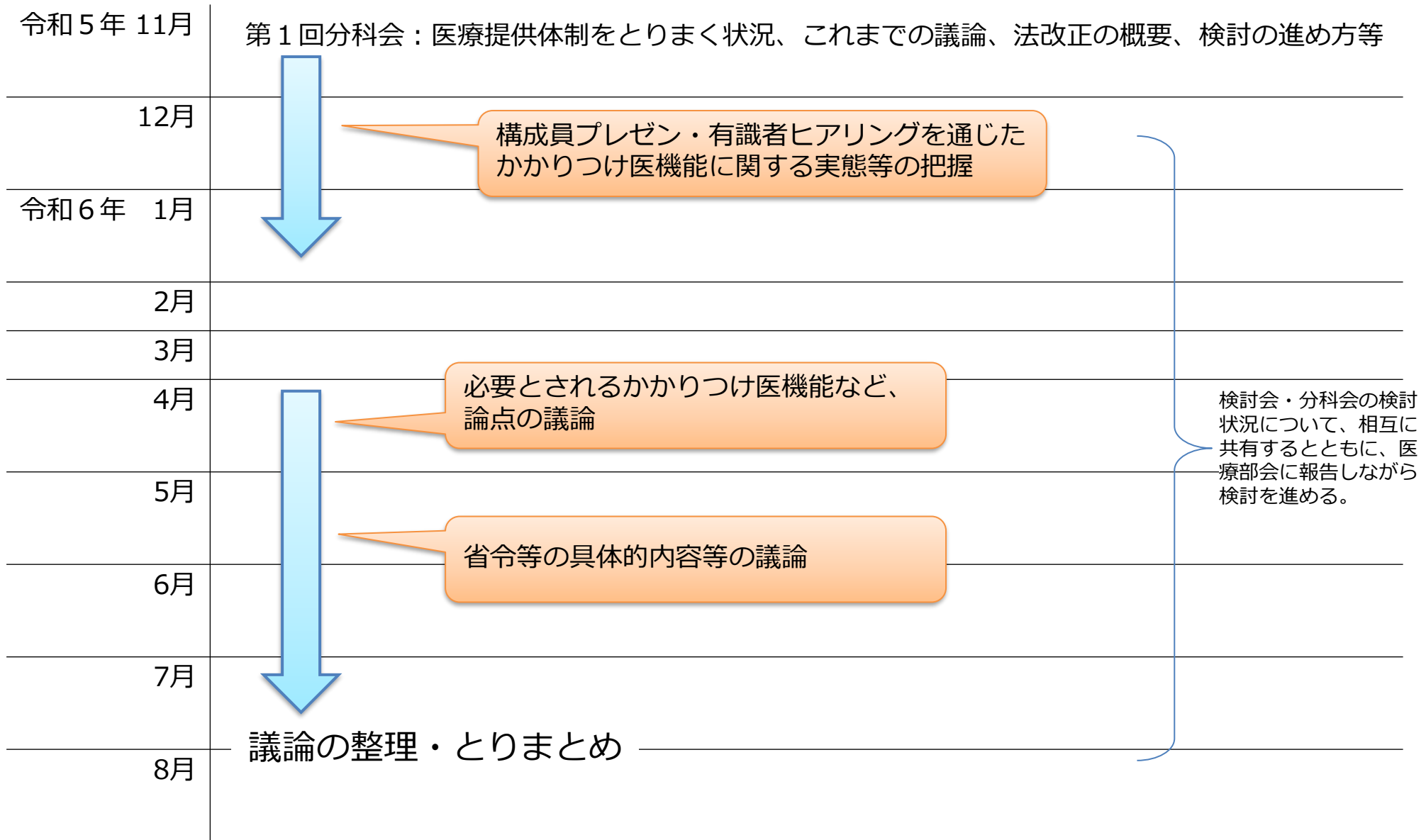


かかりつけ医機能が発揮される制度の施行 に向けた各論の検討について

かかりつけ医機能報告等の施行に向けた検討の進め方（案）



※ 障害者に対するかかりつけ医機能の議論を行う際には、障害者関係団体のヒアリング又は専門構成員等での参画を検討する。
 ※ 今後の議論の進捗状況等に応じて変更がありうる。

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた論点（案）

○ 次回以降の議論において、以下の論点について検討を進めてはどうか。

1. 施行に向けて省令やガイドライン等で定める必要がある事項

- 「かかりつけ医機能を有する医療機関」の明確化
 - ・ かかりつけ医機能報告による報告・公表
 - ▶ 報告を求めるかかりつけ医機能の内容（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、時間外診療、入退院支援、在宅医療、介護等との連携、その他省令で定める機能）
 - ▶ かかりつけ医機能の報告対象医療機関の範囲
 - ▶ かかりつけ医機能の体制に係る都道府県の確認・公表 など
 - ・ 医療機能情報提供制度による報告・公表
 - ・ 地域性を踏まえた多様な「かかりつけ医機能を有する医療機関」のモデルの提示 など
- 「地域における協議の場」での協議
 - ・ 協議の場、協議の参加者、市町村の関与
 - ・ 協議の進め方、地域でかかりつけ医機能を確保するための具体的方策、公表 など
- 「かかりつけ医機能を有する医療機関」の患者等への説明
 - ・ 説明が必要となる場合、説明しない正当な理由がある場合
 - ・ 説明の具体的な内容 など

次回以降の
議論で検討

2. かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備、国の支援のあり方など

- 地域で必要となるかかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実
 - ・ 医療関係団体の研修
 - ・ 地域医療支援病院の「かかりつけ医機能の確保のための研修」を含めた研修
 - ・ 総合診療医の育成 など
- 地域におけるかかりつけ医機能の実装に向けた取組（在宅医療・介護連携推進事業、地域医療連携推進法人、都道府県・市町村職員の研修など）
- 医療DXによる情報共有基盤の整備 など

3. 医療計画に関する事項

- 基本方針、医療計画に定める事項 など

第8次医療計画の中間見直しに併せて検討（令和7年度：国で検討、令和8年度：都道府県で検討、令和9～11年度：中間見直し後の医療計画）

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた基本的な考え方（案）

- 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約があり、医療従事者の働き方改革を推進する中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要ではないか。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」及び当該医療機関のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、明確化することによって、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要ではないか。
 - ・ また、「かかりつけ医機能を有する医療機関」及び当該医療機関のかかりつけ医機能の内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域での確保状況を確認して、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・実施することによって、地域医療の質の向上を図ることが重要ではないか。
 - ・ その際、地域性を踏まえた多様な「かかりつけ医機能を有する医療機関」のモデルの提示を行い、地域で不足する機能の確保のため、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ように促すことが重要ではないか。
- 「地域における協議の場」でのかかりつけ医機能に関する協議について、特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要ではないか。
- かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備として、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修を充実して、患者の生活背景等も踏まえて幅広い診療領域の全人的な診療を行う医師の増加を促していくことが重要ではないか。
- 地域におけるかかりつけ医機能の実装に向けて、在宅医療・介護連携推進事業による相談支援や在宅医療研修等の取組、地域医療連携推進法人等による病院や診療所等の連携確保、複数医師による診療所、複数診療所でのグループ診療等の推進、都道府県・市町村職員の研修等を充実していくことが重要ではないか。また、医療DXによる医療機関間の情報共有基盤の整備等に取り組むことが重要ではないか。

【総論】

- ・ かかりつけ医になる医師の診療能力の問題であるとか、かかりつけ医になる意思があるかないかという意思と能力の問題に係る話と、当該医療機関がかかりつけ医の機能、連携の機能であるとか、時間外の機能であるとかをどう担っているかという話は、分けて議論する必要。
- ・ 1人の医師や1つの医療機関だけで全てカバーできるものではなく、地域を面で支えるという考え方は非常によい。そのためにも、各医療機関がどんな現状にあるのか、実績の見える化が必要ではないか。
- ・ この制度は手挙げが基本。今後高齢者の数は増え、医師は高齢化が進んでいる。地域の多くの医療機関が参画をした上で、かかりつけ医機能を面として発揮することで、その地域で生活している患者に対して質の高い外来医療を提供することができる。
- ・ 年配の医師で地域医療を頑張っている方々が続けられるような、参加できるような仕組みとすべきではないか。
- ・ 患者が医療機関を選択する際の学習の機会の提供や教育に関する支援が必要ではないか。障害があっても、高齢であっても、適切な医療機関を選択できるというのは大事。高齢、障害それぞれのサービスを受けている方には、相談支援機関や福祉事業所等の理解も大事になってくる。

【かかりつけ医機能報告の報告内容】

- ・ 患者はその症状により何が自分に起きているか分からない。医師も症状によって様々な疾患を考えるため、すぐに明確に判断ができるわけでもない。また、病気は連続性があるため、その症状に対してどこまで対応ができるかというのは非常に難しい。ここまでできるという明示を医療機能情報提供制度ですると、大きなトラブルのもとになるのではないか。
- ・ 例えば、日医のかかりつけ医研修制度の中において症状を明示はしているが、症状を特定することをこの会議ですることはなかなか乱暴な議論ではないか。高齢者が有する疾患は非常に多いため、逐一これとこれとということを明確化することは、学問的にもまだ難しいのではないか。
- ・ 日医の生涯教育にある症候については、あくまでも医師がさらに知見を深めたり広げたりするための一つのステップとして用意したものであって、患者さんに御覧いただいて医療機関を選ぶために役立てるといことは考えていない。そこまで患者さんをお願いをするのは無理。
- ・ 症候ではなく、より幅広く、あるいは患者さんの背景も含めてしっかり対応し、家族のことも分かってというようなことにさらに力を尽くしていく意欲、あるいはその決意を表明するという形でこの報告制度が機能していけば、患者にとって非常に役立つのではないか。
- ・ 患者側からすると、症候が分かりやすいというのは分かるが、重症度という観点もあるため、慎重な議論が必要ではないか。
- ・ 自分の症候の程度だったら診られるのか、基本研修は受けているようだが、どのレベルの症候を診てくれるのか、患者にとって判断が難しいのではないか。また、症候は数が多いため、診れるものを申告制にすると大変なことにならないか。ある程度整理が必要ではないか。
- ・ 全世代型社会保障構築会議の報告書でも、かかりつけ医機能の1番目は「日常的に高い頻度で発生する疾患・症状について幅広く対応し、オンライン資格確認も活用して患者の情報を一元的に把握し、日常的な医学管理や健康管理の相談を総合的・継続的に行うこと」としている。特に高齢者がこれから増えていく中、多くの疾患や症状をもつ患者に「治し、支える医療」を提供できる体制を構築していくためにも、幅広い疾患と症状に対応できることが、この制度でも重要ではないか。
- ・ 患者側にとって自分がどの疾患にかかっているかをあらかじめ理解することは容易ではない。どういう症状・症候を持っているかは自覚があるため、どの症状・症候に対応できるかをかかりつけ医機能報告の中で示すことで、患者の選択に資するのではないか。その際には、幅広い疾患・症状に対応できることが重要。
- ・ 症候・症状が分かりやすいのではないか。発生頻度が高い症候を具体的に列挙して、それに対応できるかどうかを、かかりつけ医機能の有無を判断する一つの基準とすることも考えられるのではないか。
- ・ 患者にとって症状は自分の起きていることなので分かりやすい。急に心臓がドキドキして息苦しくなったが、割とすぐ治まってしまった場合に、これは深刻な病気なのか、しばらく放っておいても大丈夫なのか、また、最近手足がしびれるが相談して診てもらいたいとか、具体的な症状に対応してもらえるのかが分かる報告になると、分かりやすいのではないか。
- ・ 患者の視点に立てば、症候・症状が分かりやすいのではないか。なかなか難しい点があるという指摘はあるが、発生頻度が高い症候を具体的に列挙して、それに対応できるかどうかをかかりつけ医機能の有無を判断する一つの基準とすることも考えられるのではないか。
- ・ 「対応」という言葉について、初期診断に加え治療をすることまでしないと「対応」にならないとするのではなく、門前払いをしないで相談に乗ってくれる、その上で、自身は診断・治療はできないが腕のよいしっかり診てくれるところにつなぐ機能を果たせば、十分かかりつけ医機能報告制度で丸をつけてもいいのではないか。

令和6年4月12日「第4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」における主な意見②

- ・ 全国でかなり事情が違うということを考えると、何らかの基準で一線引かれてしまうと、現在でもぎりぎりのところでやっているところで、いろいろな問題が出てくるのではないか。
- ・ 将来的に、医療提供体制の中で外来機能をイギリスのGPのようにゲートオープナーのような機能として目指して考えていくのか、それとも、現在の専門性を活かし各医療機関ができる範囲内のことでウイングを広げていき、足りない部分を面として地域で支えるという医療提供体制を目指していくのか、この考え方によって1号機能の報告の考え方は大きく変わってくるのではないか。
- ・ 診療所における在宅医療実施の意向の有無や、地域医療関係者と介護事業所との連携の状況などの把握も必要ではないか。
- ・ かかりつけ医機能が発揮されるためには、在宅医療の提供や介護サービス等との連携の見える化が必要であり、関係者間で共有され、市民が知ることが重要。
- ・ 実際にかかりつけ医機能を発揮した実績を確認できることも、患者にとって重要。研修の受講状況あるいは総合診療専門医がいるかどうかも患者が医療機関を選ぶ際に重要な情報。
- ・ 研修は受けているか受けていないか、代表的な研修を並べてどれを受けているかがチェックできればいいのではないか。基本研修だけなのか、アドバンスを修了している方なのかわかるようになれば、より患者の選択に役立つのではないか。
- ・ 研修の受講の有無は、医療機能情報提供制度においても明示することで、最終的に患者がかかりつけ医を選ぶことにつながるのではないか。
- ・ 患者・国民の立場からすれば、やる気のある医療機関を選びたいと思うし、例えば今こういう準備をしているとか、こういう体制にしていこうとか、こういう研修を受けるとか、具体的に報告してもらいたいものではないか。
- ・ 他の医療機関との連携の有無、連携している場合にはどのような体制をとっているのか、健診・予防接種も受けられるか見えるようになるといいのではないか。
- ・ 患者に交付する書面にも対応可能な症候を記載すれば、この自覚症状が出た場合にはここを受診すればよいということが理解でき、患者の安心につながると思う。
- ・ 地方では、在宅医療が既に増えており、在支診・在支病の役割は非常に大きくなっている。在支病・在支診の役割をどのように示すかも大切ではないか。
- ・ 入退院支援の場面では、患者にとって元の生活にまた戻れるかどうか非常に重要。医師間の病診連携だけでなく、かかりつけ医に医療ケアチームの一員として、支援の必要な方に元の生活にスムーズに早期に帰っていただく、再入院をしないための関与が必要。
- ・ 病院や診療所の医療機関はもとより、身近なところで患者を支え、また、在宅での暮らしが継続できるように、さらに看取りまで、生活全体を見ながら医療・看護を提供できる訪問看護の役割が非常に大きくなる。

【報告対象医療機関】

- ・ かかりつけ医機能の対象は、慢性疾患を有する高齢者、継続的な医療を要する者にある程度絞らないといけないのではないか。例えば難病を持つ方の場合は大学病院等がかかりつけになっている場合もあるが、その場合は今回のいわゆるかかりつけ医機能というよりは、そこにかかっている、そこに主治医がいるという位置付けにしたほうが分かりやすいのではないか。

【協議の場】

- ・ 基本的にかかりつけ医機能報告は点の情報が集まる。かかりつけ医機能を実装していくことを考えると、点で上がってきた情報を線でつないで面の形にしていく作業を誰かがしないといけない。報告してもらったものを、一定の考え方で組み立てていく作業をやらないといけない。協議の場はそういう役割が求められる。

【研修】

- ・ 地域のニーズに合うようなセルフアセスメントの研修システムを整えて、地域でチームで勉強し、継続的に改良していく姿勢もかかりつけ医として大事ではないか。

1. 施行に向けて省令やガイドライン等で定める必要がある事項

(1) 「かかりつけ医機能を有する医療機関」の明確化

かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度による報告・公表について（案）

【基本的な考え方】

- ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」及び当該医療機関のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、明確化することによって、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資する。
- ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」及び当該医療機関のかかりつけ医機能の内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域での確保状況を確認して、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・実施することによって、地域医療の質の向上を図る。
- ・ その際、地域性を踏まえた多様な「かかりつけ医機能を有する医療機関」のモデルの提示を行い、地域で不足する機能の確保のため、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ように促す。

【かかりつけ医機能報告】

- ・ 10～13ページのかかりつけ医機能報告（案）について、どのように考えるか。

【医療機能情報提供制度】

- ・ 次回以降の分科会において検討。

【改正後の医療法条文】

三十条の十八の四 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。

- 一 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
 - 二 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つては、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つては、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
 - 三 当該かかりつけ医機能報告対象病院等及び他の病院又は診療所が厚生労働省令で定めるところにより相互に連携して前号に規定する機能を確保するときは、当該他の病院又は診療所の名称及びその連携の内容
 - 四 その他厚生労働省令で定める事項
- 2 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（同項第二号イからニ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。
- 3 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。
- 4 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。
- 5 第三項の規定は、前項の規定による確認について準用する。
- 6 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。
- 7 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。

1. 報告を求めるかかりつけ医機能の内容

(1) 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」

の有無及びその内容

<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

※ 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。」

<当該機能に係る報告事項>

【案1】

- 一定以上の症状※に対して一次診療を行うことができること（35項目の症状※ごとの対応可能の有無も報告）

※ 「臨床研修の到達目標」(厚生労働省通知)における「経験すべき症状・病態・疾患」の「頻度の高い症状」(35項目)のうち、必修項目(下線の20項目)以上

全身倦怠感、不眠、食欲不振、体重減少・体重増加、浮腫、リンパ節腫脹、発疹、黄疸、発熱、頭痛、めまい、失神、けいれん発作、視力障害・視野狭窄、結膜の充血、聴覚障害、鼻出血、嘔声、胸痛、動悸、呼吸困難、咳・痰、嘔気・嘔吐、胸やけ、嚥下困難、腹痛、便通異常(下痢、便秘)、腰痛、関節痛、歩行障害、四肢のしびれ、血尿、排尿障害(尿失禁・排尿困難)、尿量異常、不安・抑うつ

→ 「可」の報告の場合は「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行う。

【案2】

- ① 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示により公表していること
- ② かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者がいること 又は 総合診療専門医がいること（左記の人数も報告）

※1 かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す

- ③ 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【別案:案1の35項目の症状】

※2 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

- ④ 17の診療領域※2ごとの患者からの相談の対応可能の有無、いずれかの診療領域について患者からの相談に応じることができること【別案:案1の35項目の症状】

→ ①～④のいずれも「可」の報告の場合は「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行う。

【案3】

- ① 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示により公表していること
- ② かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者の有無、受講者の有無、総合診療専門医の有無（左記の人数も報告）

※1 かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す

→ ①が「可」の報告で、②を報告している場合は「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行う。

<上記以外の報告事項>

- ① 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
- ② 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
- ③ 全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制※4を有していること

※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

- ④ 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

(2) 2号機能の有無及びその内容

i 通常の診療時間外の診療

<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

<当該機能に係る報告事項>

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

ii 入退院時の支援

<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に参加し、入退院時に情報共有・共同指導を行う機能

<当該機能に係る報告事項>

- ① 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
 - ② 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況
 - ④ 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況
 - ⑤ 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数
- ①～⑤の報告事項のいずれかがある場合は「当該機能有り」

iii 在宅医療の提供

<具体的な機能>

- ・ 在宅医療を提供する機能

<当該機能に係る報告事項>

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

iv 介護サービス等と連携した医療提供

<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

<当該機能に係る報告事項>

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

→ ①～⑤の報告事項のいずれかがある場合は「当該機能有り」

(3) その他の報告事項

- ・ 健康相談、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)1号機能及び(2)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

2. かかりつけ医機能報告の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・診療所

3. かかりつけ医機能報告の2号機能の体制の確認

- ・ 都道府県は、2号機能で「当該機能有り」の報告をした医療機関について、「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。

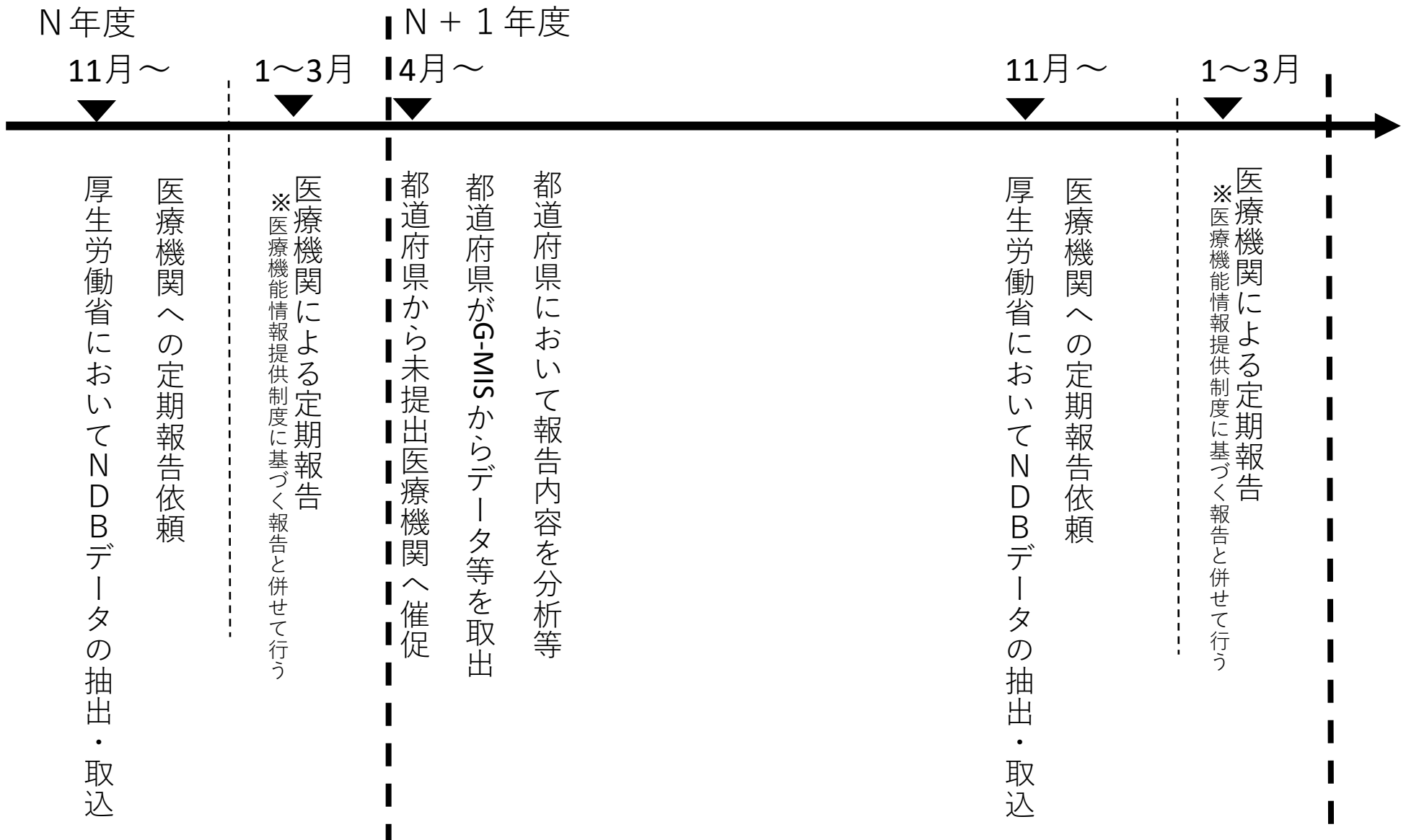
4. かかりつけ医機能報告に関する公表

- ・ 都道府県は、以下について公表を行う。
 - ・ 1号機能及び2号機能について医療機関から報告された事項
 - ・ 2号機能の体制の確認結果
 - ・ 地域の協議の場で協議を行った結果

※ 次回以降の分科会で、医療機能情報提供制度による患者にとって分かりやすい公表のあり方について検討

5. かかりつけ医機能報告のスケジュール

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



「全世代型社会保障構築会議報告書」(令和4年12月16日)

◆ かかりつけ医機能が発揮される制度整備

今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少を見据え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備は不可欠であり、その早急な実現に向けて、以下に整理した基本的な考え方のもとで、必要な措置を講ずるべきである。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。

また、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めるにあたっては、医療従事者、特に医師の育成やキャリアパスの在り方について、大規模病院の果たす役割も含めて検討すべきである。さらに、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、地域包括ケアの中で、**地域のそれぞれの医療機関が地域の実情に応じて、その機能や専門性に応じて連携しつつ、かかりつけ医機能を発揮するよう促すべき**である。

- ・ かかりつけ医機能の定義については、現行の医療法施行規則に規定されている「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能」をベースに検討すべきである。
- ・ こうした**機能の一つとして、日常的に高い頻度で発生する疾患・症状について幅広く対応し、オンライン資格確認も活用して患者の情報を一元的に把握し、日常的な医学管理や健康管理の相談を総合的・継続的に行うことが考えられる**。そのほか、例えば、**休日・夜間の対応、他の医療機関への紹介・逆紹介、在宅医療、介護施設との連携などが考えられる**。
- ・ このため、医療機関が担うかかりつけ医機能の内容の強化・向上を図ることが重要と考えられる。また、これらの機能について、複数の医療機関が緊密に連携して実施することや、その際、地域医療連携推進法人の活用も考えられる。
- ・ かかりつけ医機能の活用については、医療機関、患者それぞれの手挙げ方式、すなわち、患者がかかりつけ医機能を担う医療機関を選択できる方式とすることが考えられる。そのため、医療機能情報提供制度を拡充することで、医療機関は自らのかかりつけ医機能に関する情報について住民に分かりやすく提供するとともに、医療機関が自ら有するかかりつけ医機能を都道府県に報告する制度を創設することで、都道府県が上記の機能の充足状況を把握できるようにすることが考えられる。また、医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関がかかりつけ医機能として提供する医療の内容を書面交付などにより説明することが重要である。
- ・ 特に高齢者については、幅広い診療・相談に加え、在宅医療、介護との連携に対するニーズが高いことを踏まえ、これらのかかりつけ医機能をあわせもつ医療機関を都道府県が確認・公表できるようにすることが重要である。同時に、かかりつけ医機能を持つ医療機関を患者が的確に認識できるような仕組みを整備すべきである。
- ・ 地域全体で必要な医療が必要なときに提供できる体制が構築できるよう、都道府県が把握した情報に基づいて、地域の関係者が、その地域のかかりつけ医機能に対する改善点を協議する仕組みを導入すべきである。

これらの枠組みが導入された後、国民一人ひとりのニーズを満たすかかりつけ医機能が実現するまでには、各医療機関、各地域の取組が必要であり、今回の制度整備はそれに向けた第一歩と捉えるべきである。

「医療提供体制の改革に関する意見」（令和4年12月28日 社会保障審議会医療部会）

- ① 地域医療構想については、新型コロナ禍で顕在化した課題も含めて中・長期的課題を整理し、以下の取組について検討を深める必要がある。
- ・現在は2025年までの取組となっているが、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、議論を進めた上で、慢性疾患を有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速していく2040年頃までを視野に入れてバージョンアップを行う必要がある。
 - ・このため、「治す医療」を担う医療機関と「治し、支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化するとともに、これまでの地域医療構想による病床の機能の分化及び連携の推進（急性期～回復期～慢性期）に加え、在宅を中心に入院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域での医療・介護の「水平的連携」を推進し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。
 - ・こうした基本的考え方を実現するための改革として、①かかりつけ医機能が発揮される制度整備や、②医療法人制度の見直し（医療法人の経営情報データベース構築、地域医療連携推進法人の活用促進、認定医療法人制度の継続）を行う。
- ③ かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化
- かかりつけ医機能には、身近な地域における日常的な医療の提供に関する多様な機能が含まれるが、今後、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で、医療資源には限りがあることを踏まえ、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、地域ごとに必要なかかりつけ医機能を適切に確保していく必要がある。
 - 特に、在宅を中心に入院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者が今後更に増加すると考えられ、こうした高齢者については、以下のようなニーズがあると考えられる。
 - ・持病(慢性疾患)の継続的な医学管理
 - ・日常的によくある疾患への幅広い対応
 - ・入院時の支援
 - ・休日・夜間の対応
 - ・在宅医療
 - ・介護サービス等との連携
 - こうしたニーズに対応する機能を確保していくため、かかりつけ医機能報告制度を新たに創設し、必要なかかりつけ医機能の充実・強化を図る仕組みを導入することとしてはどうか。
 - 具体的には、医療機関は前記ニーズに対応する機能やそれを今後担う意向等を都道府県に報告し（連携して機能を提供する場合には連携する医療機関も報告）、この報告に基づき、都道府県は、地域における機能の充足状況や、これらの機能をあわせもつ医療機関を確認・公表した上で、医療関係者や医療保険者等が参画する地域の協議の場で不足する機能を強化する具体的方策を検討し、結果を公表すべきではないか。その際には、多様な全ての機能を一人の医師・一つの医療機関だけで担うことは現実的ではなく、個々の医療機関の機能強化に加え、医療機関の適切な連携を通じて、機能の充実強化を図ることが重要である。また、強化された機能については、医療機能情報提供制度において随時反映し、国民・患者に分かりやすく提供すべきではないか。

かかりつけ医の定義と機能(日本医師会・四病院団体協議会)

2.1. かかりつけ医の定義

「かかりつけ医」は、以下の定義を理解し、「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない。そして、かかりつけ医は、患者のもっとも身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていく。

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- 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。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

日医かかりつけ医機能研修制度 研修内容

基本研修

- ・日医生涯教育認定証の取得。

応用研修

- ・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに郡市区医師会が主催する研修等の受講。

規定の座学研修を10単位以上取得

実地研修

- ・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。

規定の活動を2つ以上実施(10単位以上取得)

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より証書の発行(有効期間3年)。



日医かかりつけ医機能研修制度

目的

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

実施主体

本研修制度の実施を希望する都道府県医師会 平成28年4月1日より実施

【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践



基本研修

生涯教育カリキュラムコード

日本医師会生涯教育カリキュラム2016(2022年4月版)より

1 医師のプロフェッショナリズム	22 体重減少・うい瘦	43 動悸	64 血尿(肉眼的、顕微鏡的)
2 医療倫理:臨床倫理	23 体重増加・肥満	44 心臓停止	65 排尿障害(尿失禁・排尿困難)
3 医療倫理:研究倫理と生命倫理	24 浮腫	45 呼吸困難	66 乏尿・尿閉
4 医師-患者関係とコミュニケーション	25 リンパ節腫脹	46 咳・痰	67 多尿
5 心理社会的アプローチ	26 発疹	47 誤嚥	68 精神科領域の救急
6 医療制度と法律	27 黄疸	48 誤飲	69 不安
7 医療の質と安全	28 発熱	49 嚥下困難	70 気分の障害(うつ)
8 感染対策	29 認知能の障害	50 吐血・下血	71 流・早産および満期産
9 医療情報	30 頭痛	51 嘔気・嘔吐	72 成長・発達の障害
10 チーム医療	31 めまい	52 胸やけ	73 慢性疾患・複合疾患の管理
11 予防と保健	32 意識障害	53 腹痛	74 高血圧症
12 地域医療	33 失神	54 便秘異常(下痢、便秘)	75 脂質異常症
13 医療と介護および福祉の連携	34 言語障害	55 肛門・会陰部痛	76 糖尿病
14 災害医療	35 けいれん発作	56 熱傷	77 骨粗鬆症
15 臨床問題解決のプロセス	36 視力障害・視野狭窄	57 外傷	78 脳血管障害後遺症
16 ショック	37 目の充血	58 褥瘡	79 気管支喘息・COPD
17 急性中毒	38 聴覚障害	59 背部痛	80 在宅医療
18 全身倦怠感	39 鼻漏・鼻閉	60 腰痛	81 終末期のケア
19 身体機能の低下	40 鼻出血	61 関節痛	82 生活習慣
20 不眠(睡眠障害)	41 嘔声	62 歩行障害	83 相補・代替医療(漢方医療を含む)
21 食欲不振	42 胸痛	63 四肢のしびれ	0 最新のトピックス・その他

総論

症候論

継続的なケア



全日本病院協会 総合医育成事業

—地域包括ケアの中核を担う人材の養成—

第18回医療計画の見直しに関する検討会(令和2年2月28日)資料3より抜粋

概要

- 一定のキャリアを持つ
全科の医師を対象
- 自院で働きながら2年間
程度の研修を行う
- 2018年7月開始(受講料
40万円)、年に1回募集
- 18-24年度研修者315名
(共催の日本プライマリ・ケア
連合学会より137名)
- 受講者プロフィール
所属科:内科、外科を中心
に脳神経外科、整形外科、
救急科等
- 修了者:93名
(2023年1月現在)

目標とする医師像

- 臓器別にとらわれない幅広い治療ができる
- 病院内外でチーム医療のマネジメントができる
- 患者の生活全体を視野に入れた機能を構築する
- 病院組織の運営へ積極的に関与できる

プログラム内容

- 自院での総合診療の実践
- スクーリング(1回6時間を1単位:修了には6割以上の受講)
 - ・医療運営コース (2単位)
医療制度、医療を巡る問題を俯瞰する
 - ・診療実践コース (22単位) 臨床推論、循環器、小児科など
初診外来・一般病棟・全科当直・在宅ケアなどの
プライマリ・ケアの現場で一步踏み出せる能力を修得
 - ・システマチックコース (10単位) リーダーシップ、問題解決など
チームの構築・マネジメントができる能力を修得

参考:全日本病院協会 総合医育成プログラムホームページ (<https://www.ajha.or.jp/hms/sougoui/>)



地域性を踏まえた「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示(案)

- 「全世代型社会保障構築会議報告書」(令和4年12月)において、「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、地域包括ケアの中で、地域のそれぞれの医療機関が地域の実情に応じて、その機能や専門性に応じて連携しつつ、かかりつけ医機能を発揮するよう促すべき」とされている。
- これまでの分科会においても、地域の医療連携体制の構築に関して以下のような意見があった。
 - ・ 自分の医療機関だけで全ての機能を担うことは難しい。地域においていろいろな医療機関と連携して、地域が面として役割を担えることが望まれる体制ではないか。
 - ・ 地域で面での連携をいかに安定して提供していくかという中で、かかりつけ医機能の報告をいかにうまく活用していくかが大切。地域医療の中が見える化されるので、地域に必要なニーズを話し合いながら、お互いに足りない部分の連携を取っていくということ。特に地方では診療所の医師の高齢化も進んでおり、全ての機能を背負うのは非常に難しい。自分の地域の不足しているところが見えてきて、それをいかにカバーしていくかで、前向きな方向に向くのではないか。地域の実情に見合った連携ができるような、かかりつけ医機能の体制づくりをしていく必要。
 - ・ かかりつけ医機能支援病院、かかりつけ医機能支援診療所との連携の中で、頑張っておられる先生方の負荷をできるだけ軽くするような方向性を考えることが重要。
- また、かかりつけ医機能を有する医療機関の多様な類型が考えられる中で、かかりつけ医機能を支援する病院・診療所が支えることにより、地域の医療機関がより積極的に安心してかかりつけ医機能を担うことができるようになるとの意見があった。
- かかりつけ医機能を支援する病院・診療所を含め、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、地域で不足する機能の確保のため、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ように促すことが重要であり、このような観点から、国で策定する「かかりつけ医機能報告ガイドライン(仮称)」において、地域性を踏まえた「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)を示すことについて、どのように考えるか。

<「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)のイメージ例>

	日常的な診療	時間外診療	入退院支援	在宅医療	介護等との連携	その他
かかりつけ医機能を有する医療機関	・ 専門を中心に総合的・継続的に実施	・ 在宅当番医制に参加	・ 未対応	・ 未対応	・ 未対応	
かかりつけ医機能を有する医療機関	・ 専門を中心に総合的・継続的に実施	・ 休日夜間急患センターに参加	・ 紹介状作成	・ 日中のみ実施	・ 主治医意見書を作成	
かかりつけ医機能を有する医療機関	・ 専門を中心に総合的・継続的に実施	・ 準夜帯の患者の問合せに電話対応	・ 退院前カンファレンスに参加等	・ 日中のみ実施	・ 介護保険の訪問看護指示書を作成等	
かかりつけ医機能を有する医療機関	・ 幅広い領域のプライマリ・ケアを実施	・ 時間外の患者の問合せに留守番電話対応	・ 退院困難患者の入院早期から受入相談対応等	・ 24時間体制で対応	・ 地域ケア会議・サービス担当者会議に参加等	
かかりつけ医機能を支援する医療機関	・ 幅広い領域のプライマリ・ケアを実施	・ 時間外の患者の問合せに随時対応	・ 退院困難患者の入院早期から受入相談対応等 ・ 後方支援病床を確保	・ 24時間体制で対応 ・ 複雑困難患者も対応 ・ 地域の在宅医療をサポート	・ 地域ケア会議・サービス担当者会議に参加等	・ 学生・研修医・リカレント教育等の教育活動


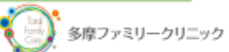
○ かかりつけ医機能を支援する医療機関のコンセプト・求められる主な要素

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

かかりつけ医機能を備える医療機関の類型

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

◆ これらに対応できる医療機関は一人の常勤医では現実的に困難
 → ①・②の医療機関同士が連携しても、解決できない
 → ③・④へも対応できる、かかりつけ医機能を支える医療機関が必要なのではないか？


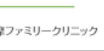
誰が(どの医療機関が)かかりつけ医機能を支えるか？

かかりつけ医機能支援病院 (全日本病院協会)

かかりつけ医機能において、
 一休日・夜間の対応、急変時の入院対応といった2次救急機能
 一在宅医療の提供とその支援機能
 一介護施設との連携
 →地域に密着し、地域医療を担う病院=かかりつけ医機能支援病院
 民間中小病院の役割が重要となる
 (2022年12月22日 かかりつけ医機能に関する全日本病院協会の考え方より)

・地域密着型の中小病院は人口2万~4万人あたり一ヶ所程度の分布で、集約下ではなく、むしろ分散化されることが求められる。
 (2023年3月1日 全日病ニュース特別インタビュー「地域密着型の中小病院が在支病となって」より)

・上記のような病院はかかりつけ医機能を支える上で重要な位置付けとなり得る
 ・一方、都市部では、そのような機能を備えた病院を2~4万人あたり一ヶ所設置するのは困難


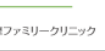
誰が(どの医療機関が)かかりつけ医機能を支えるか？

かかりつけ医機能支援診療所 (仮称)

かかりつけ医機能支援診療所
 一複数医師が常勤
 一訪問診療を行い、24時間対応(在支診は必須)
 一困難な在宅医療(重症心不全・神経難病・腹膜透析等にも対応)
 一感染症まん延時の発熱外来や、自宅・施設往診も
 一地域連携・多職種連携も日常的に行なっている

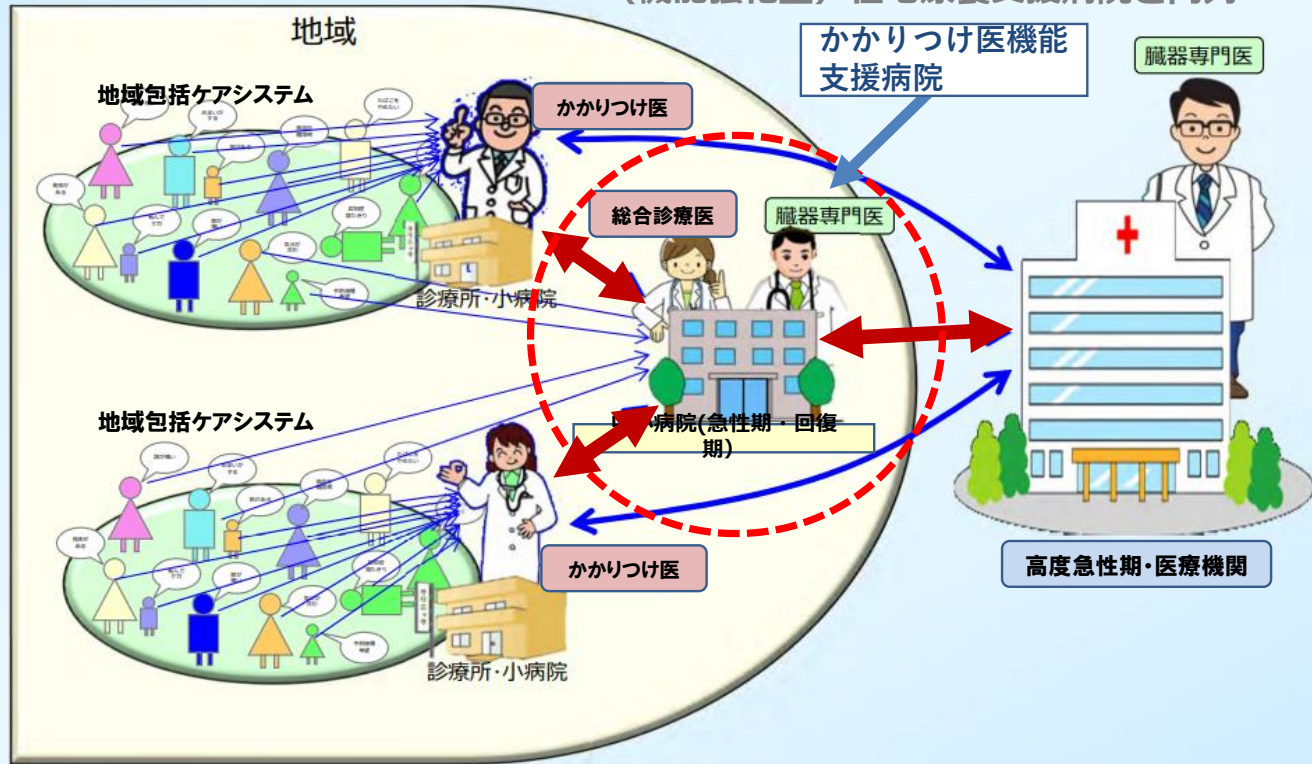
※在宅医療専門クリニックも上記になり得るが、常に地域に密着し、顔の見える関係が構築できていることが必要

**かかりつけ医機能支援病院・診療所が機能することで、
 地域でより積極的に(安心して)かかりつけ医機能を担う医療機関が増えることも期待**

かかりつけ医機能支援病院（役割と連携）

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



全日本病院協会総合医育成プログラムより「総合診療医とは」筑波大学附属病院 総合診療科 前野哲博 一部修正

(2) 「地域における協議の場」での協議

地域における協議の場に関する改正医療法(令和5年5月改正)の規定

- 都道府県は、医療関係者、医療保険者等との地域の協議の場を設け、かかりつけ医機能の確保に関する事項について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表する。

※ かかりつけ医機能報告により報告された事項は、改正医療法第30条の18の4第3項等により、都道府県知事が公表することとされている。

(協議事項)

- ・ かかりつけ医機能の確保に関する事項

- 地域における協議の場は、介護等と密接に関連するサービスに関する事項を協議する場合には、関係する市町村の参加を求める。
- また、地域医療構想調整会議を活用することができる。

(改正後の医療法の規定)

第三十条の四 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

十 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

十の二 かかりつけ医機能の確保に関する事項

第三十条の十八の五 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。

四 前条第一項及び第三項（同条第五項において準用する場合を含む。）の規定による報告を踏まえた対象区域における同条第一項第一号及び第二号に規定する機能を確保するために必要な事項

- 2 関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が調つた事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。
- 3 都道府県は、第一項の規定に基づき同項第四号に掲げる事項（介護その他医療と密接に関連するサービスに関するものとして厚生労働省令で定める事項に限る。）を協議する場合には、関係する市町村の参加を求めるとともに、当該市町村が作成した地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第五条第一項に規定する市町村計画、介護保険法第百十七条第一項に規定する市町村介護保険事業計画その他医療と密接に関連するサービスに関する計画の内容を考慮するものとする。
- 4 都道府県は、第一項の規定に基づき同項第四号に掲げる事項を協議する場合には、対象区域における住民の健康の保持の推進に関する施策の実施の状況、高齢者保健事業（高齢者の医療の確保に関する法律第二百五条第一項に規定する高齢者保健事業をいう。）その他これと一体的に行われる事業の実施の状況及び地域包括ケアシステム（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第二条第一項に規定する地域包括ケアシステムをいう。第七十条第一項第二号及び第七十条の七において同じ。）の構築に向けた取組の状況に留意するものとする。
- 5 都道府県は、対象区域が構想区域等と一致する場合には、当該対象区域における第一項の協議に代えて、当該構想区域等における協議の場において、同項各号に掲げる事項について協議を行うことができる。
- 6 前項に規定する場合には、第三十条の十四第一項に規定する関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において当該関係者間の協議が調つた事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

協議の場の圏域と参加者の考え方について(案)

- 既存の外来医療に関する協議の場は、原則として二次医療圏としつつ、人口規模、患者の受療動向、医療機関の設置状況等を勘案して二次医療圏を細分化した都道府県独自の単位で検討を行っても差し支えないこととされている。
 - ※ 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
- 医療計画における在宅医療提供体制の構築に関する圏域は、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとされている。
 - ※ 在宅医療の体制構築に係る指針
- 本分科会においては、市町村自らが地域医療の実態を把握するとともに、市町村が主体的に地域医療への課題解決に向けた権限や役割を持つことが重要であるとの意見や、かかりつけ医機能に関する協議は生活圏域の自治体単位が基本で、二次医療圏単位で話をする場合は自治体間の情報交換として有効とする意見があった。
- これらを踏まえ、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することとし、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としてはどうか。
- 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としてはどうか。
- また、かかりつけ医機能に関する調整や協議のコーディネーターについて、地域医療介護総合確保基金を活用して支援が可能であることを明確化してはどうか。

協議の場における議論の進め方について(案)

- かかりつけ医機能は、日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能、時間外診療、入退院支援、在宅医療、介護等との連携等の幅広い機能を内包している。
- 地域での協議を進める上では、まずは、地域の関係者で、かかりつけ医機能について、データを活用し、地域での確保状況や課題等の認識を共有して、地域で目指すべき姿について議論して共有を図った上で、当該課題に対する具体的な方策と誰が何を担うのかの役割分担等について議論することとしてはどうか。

<協議の進め方のイメージ(案)>

- ① データの活用、確保状況や課題等の認識共有
 - ・ かかりつけ医機能報告データ等を活用し、地域のかかりつけ医機能の確保状況や課題等について、関係者で認識を共有する。
- ② 原因の分析、地域で目指すべき姿の共有
 - ・ ①の確保状況や課題等について、関係者それぞれの視点から原因を分析し、その上で、地域で目指すべき姿について議論して共有する。
- ③ 具体的な方策と役割分担の決定
 - ・ ②の地域で目指すべき姿を踏まえ、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。
- ④ 効果と検証
 - ・ ③の結果得られた効果について、次回以降の協議の場において検証する。

※ テーマごとに①～④をサイクルとして回す。

協議の場のイメージ（例：時間外対応）

【目指すべき姿】

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

市町村等（協議の場の基本的な圏域）

<参加者の例>

- ・群市医師会
- ・都道府県・保健所
- ・市町村
- ・関係する診療所
- ・関係する病院
- ・看護協会
- ・保険者
- ・住民・患者

【協議の場】



時間外対応の
連携先を見つけたい



調整・マッチング

【課題解決の具体策の例】

- ・時間外対応の連携先の確保
- ・休日夜間急患センターの参加調整・促進

(例)在支診・かかりつけ医
機能を支援する診療所



(例)在支病・かかりつけ
医機能を支援する病院

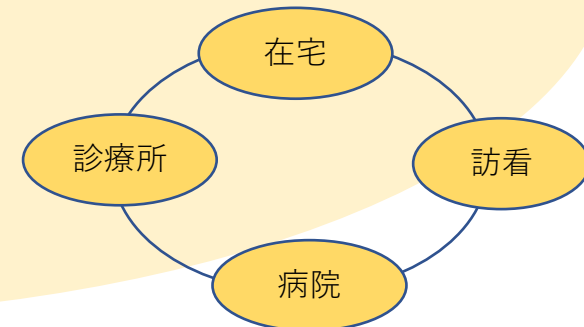


<協議事項>

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

【課題解決の具体策の例】

- ・ICTの活用による患者情報の共有



協議の場における議論の進め方のイメージ（例：時間外対応）

（１）地域の具体的な課題

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

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

【原因①】: 在宅当番医制を組んではいるが、地域の医師全体の高齢化もあり、24時間対応が困難となっている。

【原因②】: 在宅医療の意向がないわけではないが、在宅患者の急変時対応等の経験が少なく、心理的な不安から連携体制に積極的に参加できていない医師がいる。

（３）地域で目指すべき姿

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

（４）対策と役割分担（誰に誰が何をするか）

【対策①】: 地域の医療提供者全体で、在宅患者の24時間対応を行うための連携体制について見える化し、輪番制が構築できていない地域で輪番体制の構築について検討する。

⇒役割分担: (医師会) 輪番体制構築の主導、(市・在宅医) 個々の在宅患者ごとの緊急時連絡先リストの整備

【対策②】: 24時間対応体制を訪問看護師やヘルパー、消防等も含めた多職種連携で支える観点から、関係者間でのタイムリーな情報共有を行うためのICT導入

⇒役割分担: (県・市) 情報共有ツール導入を主導

【対策③】: 在宅医療の現実や課題、ノウハウ、事例等の共有による、在宅医療に参加する医師の不安感の解消

⇒役割分担: (医師会) 在宅現場経験の少ない医師に対する同行研修や事例等の共有

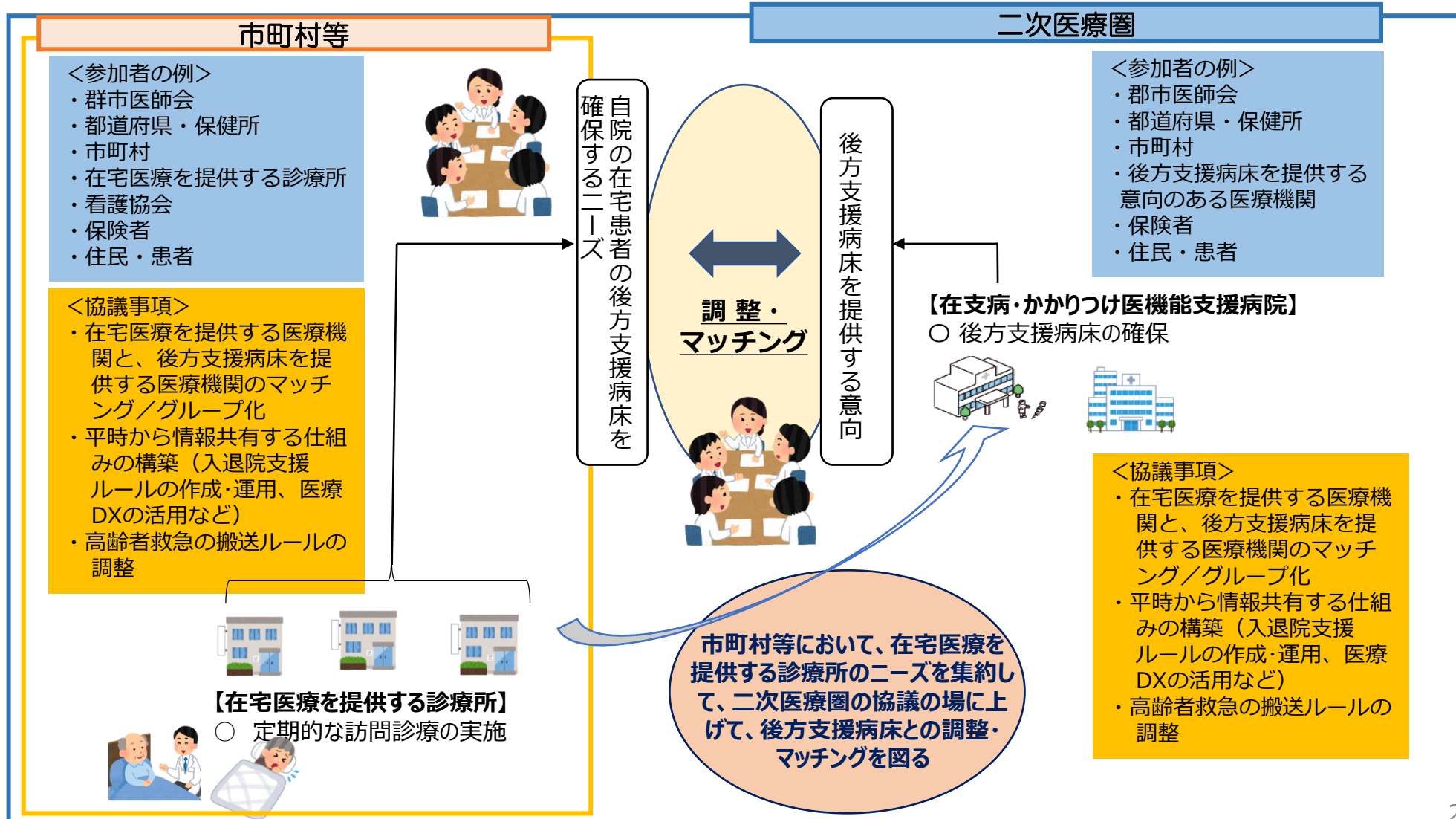
（５）対策により期待できる効果

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

協議の場のイメージ（例：入退院支援）

【目指すべき姿】

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



協議の場における議論の進め方のイメージ（例：入退院支援）

（１）地域の具体的な課題

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

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

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

（３）地域で目指すべき姿

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

（４）対策と役割分担（誰に誰が何をするか）

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

（５）対策により期待できる効果

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

(3) 「かかりつけ医機能を有する医療機関」の患者への説明

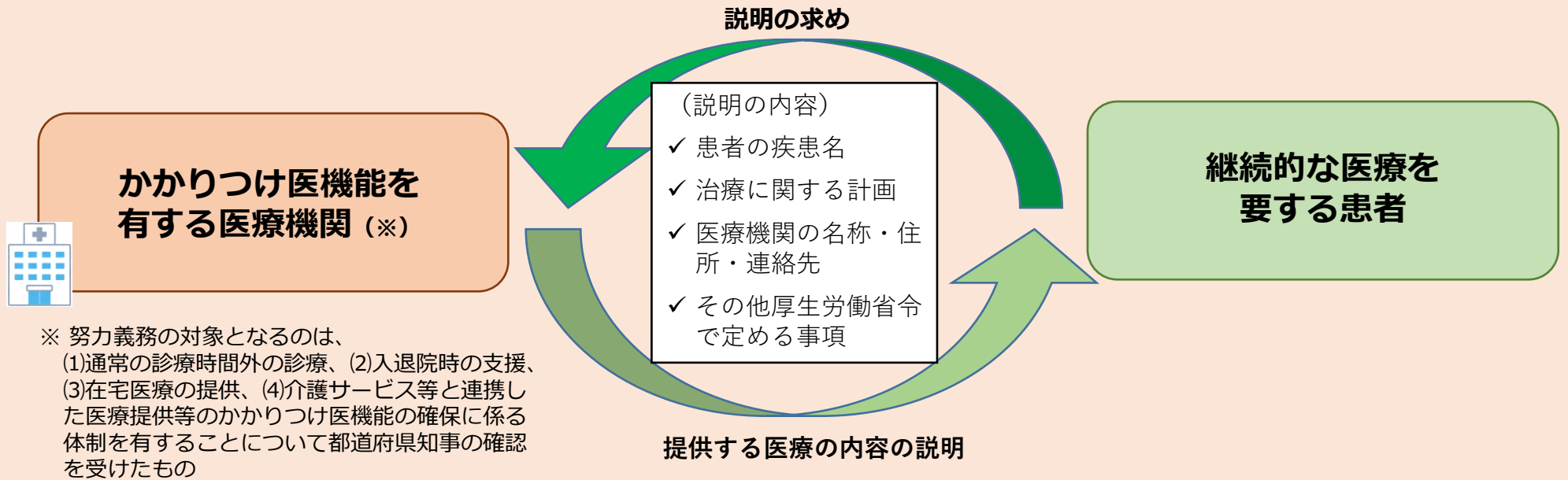
患者に対する説明について

➤ かかりつけ医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、患者等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。（努力義務）

※ 説明は電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により行う

- 対象医療機関：かかりつけ医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説明が特に必要な場合で、患者やその家族から求めがあったとき

※ 医療機関は正当な理由がある場合は説明を拒むことができる



※ 説明の具体的な内容等は、今後、有識者等の参画を得て検討。

説明が努力義務となる場合

- 改正医療法において、説明が努力義務となる場合については、「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、患者又は家族から求めがあったときと規定されている。
- 患者への説明に当たって、継続的な医療を要する者とかかりつけ医機能を有する医療機関との関係を確認できることが重要であり、また、継続的な医療を要する者について、一定期間以上継続的に医療の提供が必要であると見込まれる場合は、在宅医療だけでなく、外来医療においても、必要なときに相談できる関係をつくることが重要であると考えられることから、「厚生労働省令で定める場合」については、以下のとおりとしてはどうか。（なお、説明が努力義務となるのは、この場合であって、患者又は家族から求めがあったとき）
 - ・ **自院において、継続的な医療を要する者に対して在宅医療や外来医療を提供する場合であって、一定期間※以上継続的に医療の提供が見込まれる場合**

※ 一定期間は概ね4か月

説明の内容

- 改正医療法において、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るが、「その他厚生労働省令で定める事項」については、以下のとおりとはどうか。

- ・ **「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」**

- ※ 医療法第6条の4に基づく入院診療計画書の交付の努力義務において、説明内容の一つとして、「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」が定められている。

(参考) 説明内容のイメージ

「治療に関する計画」の説明内容イメージ〔診療報酬で療養計画を説明する場合はその説明内容で代替できる〕

- ・ 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）

「当該患者に対して発揮するかかりつけ医機能」の説明内容イメージ

1号機能の内容

2号機能の内容 ※ 機能を有するものみの説明でも可

- 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

- 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

- 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

- 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

説明の努力義務が免除される正当な理由

- 改正医療法において、「…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つたときは、正当な理由がある場合を除き、…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。」とされている。
- 患者又は家族から説明の求めがあっても、説明の努力義務が免除される場合を規定するものであり、「正当な理由がある場合」については、医療法第6条の4に基づく入院診療計画書の交付の努力義務が免除される場合の考え方※も参考に、以下のとおりとしてはどうか。
 - ・ **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**

※ 入院診療計画書の交付について努力義務が免除される場合

- ・ 患者が短期間で退院することが見込まれる場合
- ・ 当該書面を交付することにより、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
- ・ 当該書面を交付することにより、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

説明の方法

- 改正医療法において、「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つたときは、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。」とされている。
- 「電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法」については、以下のとおりとしてはどうか。
 - ・ **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**
 - ※ 電子カルテ情報共有システムについては開発中

新	旧
<p>第六条の四の二</p> <p>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つて、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つ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つて、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つたときは、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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>(新設)</p>

医療法

第六条の四 病院又は診療所の管理者は、患者を入院させたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該患者の診療を担当する医師又は歯科医師により、次に掲げる事項を記載した書面の作成並びに当該患者又はその家族への交付及びその適切な説明が行われるようにしなければならない。ただし、患者が短期間で退院することが見込まれる場合その他の厚生労働省令で定める場合は、この限りでない。

- 一 患者の氏名、生年月日及び性別
 - 二 当該患者の診療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名
 - 三 入院の原因となつた傷病名及び主要な症状
 - 四 入院中に行われる検査、手術、投薬その他の治療（入院中の看護及び栄養管理を含む。）に関する計画
 - 五 その他厚生労働省令で定める事項
- 2 病院又は診療所の管理者は、患者又はその家族の承諾を得て、前項の書面の交付に代えて、厚生労働省令で定めるところにより、当該書面に記載すべき事項を電磁的方法であつて厚生労働省令で定めるものにより提供することができる。

医療法施行規則

（作成の期限）

第一条の五 患者の診療を担当する医師又は歯科医師は、法第六条の四第一項の規定により、入院した日から起算して七日以内に同項に規定する書面（以下「入院診療計画書」という。）を作成し、当該患者又はその家族に対し当該書面を交付して適切な説明を行わなければならない。

（努力義務の例外）

第一条の六 法第六条の四第一項に規定する厚生労働省令で定める場合は、次に掲げる場合とする。

- 一 患者が短期間で退院することが見込まれる場合
- 二 当該書面を交付することにより、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
- 三 当該書面を交付することにより、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

（説明の内容）

第一条の七 法第六条の四第一項第五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 推定される入院期間
- 二 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

（電磁的方法による代替）

第一条の八 病院又は診療所の管理者は、法第六条の四第二項の規定により、入院診療計画書の交付に代えて、当該計画書に記載すべき事項を電磁的方法であつて第三項に掲げるものにより提供するときは、あらかじめ、患者又はその家族に対し、その用いる電磁的方法の種類及びファイルへの記録の方式を示し、承諾を得なければならない。

2 病院又は診療所の管理者は、前項の規定による承諾を得た後に、患者又はその家族から電磁的方法による提供を受けない旨の申出があつたときは、当該方法による提供を行つてはならない。ただし、当該患者又はその家族が再び前項の規定による承諾をした場合は、この限りでない。

3 法第六条の四第二項に規定する厚生労働省令で定める方法は、次のとおりとする。

- 一 電子情報処理組織を利用する方法のうち、口又はハに掲げるもの
 - イ 電磁的記録に記録された情報の内容を出力装置の映像面に表示する方法
 - ロ 病院又は診療所の管理者の使用に係る電子計算機と患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つて、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

ハ 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患者又はその家族の閲覧に供し、当該患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

二 磁気ディスク等をもつて調製するファイルに入院診療計画書に記載すべき事項を記録したものを交付する方法

4 前項各号に掲げる方法は、患者又はその家族がファイルへの記録を出力することにより書面を作成することができるものでなければならない。

医療法

第六条の四の二 助産所の管理者（出張のみによつてその業務に従事する助産師にあつては当該助産師。次項において同じ。）は、妊婦又は産婦（以下この条及び第十九条第二項において「妊婦等」という。）の助産を行うことを約したときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該妊婦等の助産を担当する助産師により、次に掲げる事項を記載した書面の当該妊婦等又はその家族への交付及びその適切な説明が行われるようにしなければならない。

- 一 妊婦等の氏名及び生年月日
 - 二 当該妊婦等の助産を担当する助産師の氏名
 - 三 当該妊婦等の助産及び保健指導に関する方針
 - 四 当該助産所の名称、住所及び連絡先
 - 五 当該妊婦等の異常に対応する病院又は診療所の名称、住所及び連絡先
 - 六 その他厚生労働省令で定める事項
- 2 助産所の管理者は、妊婦等又はその家族の承諾を得て、前項の書面の交付に代えて、厚生労働省令で定めるところにより、当該書面に記載すべき事項を電磁的方法であつて厚生労働省令で定めるものにより提供することができる。

医療法施行規則

（説明が必要な場合）

第一条の八の二 妊婦又は産婦（以下この条から第一条の八の四まで及び第十五条の三において「妊婦等」という。）の助産を担当する助産師は、法第六条の四の二第一項の規定により、助産所の管理者（出張のみによつてその業務に従事する助産師にあつては当該助産師。次条及び第一条の八の四において同じ。）が当該妊婦等の助産を行うことを約したときに、当該妊婦等又はその家族に対し同項に規定する書面を交付して適切な説明を行わなければならない。

2 法第六条の四の二第一項の規定による書面の交付には、当該書面に記載すべき事項を母子保健法（昭和四十年法律第四百十一号）第十六条第一項の規定により当該妊婦等に対し交付された母子健康手帳に記載する方法により提供することを含むものとする。

（説明の内容）

第一条の八の三 法第六条の四の二第一項第六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 緊急時の電話番号その他の連絡先
- 二 助産所の管理者が妊婦等への適切な助産及び保健指導のために必要と判断する事項

（電磁的方法による代替）

第一条の八の四 助産所の管理者は、法第六条の四の二第二項の規定により、同条第一項の規定による書面の交付に代えて、当該書面に記載すべき事項を電磁的方法であつて第三項に掲げるものにより提供するときは、あらかじめ、妊婦等又はその家族に対し、その用いる電磁的方法を示し、承諾を得なければならない。

2 助産所の管理者は、前項の規定による承諾を得た後に、妊婦等又はその家族から電磁的方法による提供を受けない旨の申出があつたときは、当該方法による提供を行つてはならない。ただし、当該妊婦等又はその家族が再び前項の規定による承諾をした場合は、この限りでない。

3 法第六条の四の二第二項に規定する厚生労働省令で定める電磁的方法は、次のとおりとする。

- 一 電子情報処理組織を利用する方法のうちイ又はロに掲げるもの
 - イ 助産所の管理者の使用に係る電子計算機と妊婦等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つて、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
 - ロ 助産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妊婦等又はその家族の閲覧に供し、当該妊婦等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
- 二 磁気ディスク等をもつて調製するファイルに法第六条の四の二第一項に規定する書面に記載すべき事項を記録したものを交付する方法

4 前項各号に掲げる方法は、妊婦等又はその家族がファイルへの記録を出力することにより書面を作成することができるものでなければならない。

2. かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備、国の支援のあり方など

(1) 地域で必要となるかかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実

地域で必要となるかかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実（案）

- 「全世代型社会保障構築会議報告書」(令和4年12月)において、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めるにあたっては、医療従事者、特に医師の育成やキャリアパスの在り方について、大規模病院の果たす役割も含めて検討すべき」とされている。
- これまでの分科会においても、医師の教育や研修に関して以下のような意見があった。
 - ・ 自分の専門の人を診ながら、ほかの部分も総合的に診ているかかりつけの先生も多い。急な変革は無理なので、目標に向かって学びやすい教育環境をどう効果的・効率的につくっていくかが重要。専門を持ちながらかかりつけ医としてやっている先生にとって何が学びたいか、どういう分野のどういう内容を学べば、もっと幅が出せるか、ニーズに合わせた教材を作成していくことが効率的。
 - ・ 総合診療専門医をどう活用して増やしていくかも重要であり、また、今まで違う科をやってきたけれども、プライマリ・ケア、在宅医療とか、地域医療に参画したい先生方に対するリカレント教育も大変重要。
 - ・ かかりつけ医機能を担う医師向けの研修や認定制度は様々な民間団体で実施されており、こうした取組を支援するなど、既存の取組を活かす形で進めるべき。
 - ・ 研修の内容は、幅広い診療領域の疾患・症候に対応するためもの、地域連携を進めるためもの、24時間対応や在宅医療等の機能を果たす上で必要なもの等を考えるべき。一方、個々の医師が学ぶべき内容は、地域特性や専門性等に応じて異なることから、一律のものとするのではなく、様々な内容の研修資料等を整備した上で、個々の医師の判断で、選択して学べるようにすべき。
 - ・ かかりつけ医機能を有する医療機関がOJTを通じて、かかりつけ医機能を実践する担い手を育成する役割を果たしてくれるのではないかと。かかりつけ医機能を有する医療機関が担い手を育成していることも、評価する仕組みがあってもよい。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修を充実して、患者の生活背景等も踏まえて幅広い診療領域の全人的な診療を行う医師の増加を促していくことが重要。リカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、地域の医療機関での実地研修も含めた研修体制を構築するなど、地域で必要となるかかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実を図ることについて、どのように考えるか。

【対応案】

<研修の内容等の明確化>

- 各団体で実施する「かかりつけ医機能に関する研修」について、知識(座学)と経験(実地)の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示してはどうか。(本分科会で骨格を議論し、詳細は厚生労働科学研究で整理)

(学びやすい環境の整備)

- ・ どの地域でも、1人医師の診療所で多忙でも、医師がかかりつけ医機能に関する研修を選択して学びやすくなるよう、国において必要な支援を検討し、かかりつけ医機能に関する研修の全国共通の基盤として医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進めてはどうか。

(実地研修の場の整備)

- ・ 地域でかかりつけ医機能を担う医師を増やしていくため、在宅医療や幅広い領域の診療等の経験を得るための実地研修の場の整備が重要であり、かかりつけ医機能報告を通じて、実地研修の場を提供する医療機関を確認してはどうか。
- ・ 実地研修の場を提供する医療機関における実地研修に要する設備整備等について、地域医療介護総合確保基金を活用して支援が可能であることを明確化してはどうか。

(実地研修受講の意向のある医師と実地研修の場を提供する医療機関のマッチング)

- ・ 地域において、かかりつけ医機能報告等を通じて、実地研修受講の意向のある医師と実地研修の場を提供する医療機関を把握し、実地研修のマッチングを行ってはどうか。

日医かかりつけ医機能研修制度

目的

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

実施主体

本研修制度の実施を希望する都道府県医師会 **平成28年4月1日より実施**

【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践



日医かかりつけ医機能研修制度 研修内容

基本研修

- ・日医生涯教育認定証の取得。

応用研修

- ・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに郡市区医師会が主催する研修等の受講。

規定の座学研修を10単位以上取得

実地研修

- ・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。

*規定の活動を2つ以上実施
(10単位以上取得)*

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より証書の発行（有効期間3年）。



基本研修

生涯教育カリキュラムコード

日本医師会生涯教育カリキュラム2016(2022年4月版)より

1	医師のプロフェッショナリズム	22	体重減少・るい瘦	43	動悸	64	血尿(肉眼的、顕微鏡的)
2	医療倫理:臨床倫理	23	体重増加・肥満	44	心肺停止	65	排尿障害(尿失禁・排尿困難)
3	医療倫理:研究倫理と生命倫理	24	浮腫	45	呼吸困難	66	乏尿・尿閉
4	医師-患者関係とコミュニケーション	25	リンパ節腫脹	46	咳・痰	67	多尿
5	心理社会的アプローチ	26	発疹	47	誤嚥	68	精神科領域の救急
6	医療制度と法律	27	黄疸	48	誤飲	69	不安
7	医療の質と安全	28	発熱	49	嚥下困難	70	気分の障害(うつ)
8	感染対策	29	認知能の障害	50	吐血・下血	71	流・早産および満期産
9	医療情報	30	頭痛	51	嘔気・嘔吐	72	成長・発達の障害
10	チーム医療	31	めまい	52	胸やけ	73	慢性疾患・複合疾患の管理
11	予防と保健	32	意識障害	53	腹痛	74	高血圧症
12	地域医療	33	失神	54	便通異常(下痢、便秘)	75	脂質異常症
13	医療と介護および福祉の連携	34	言語障害	55	肛門・会陰部痛	76	糖尿病
14	災害医療	35	けいれん発作	56	熱傷	77	骨粗鬆症
15	臨床問題解決のプロセス	36	視力障害・視野狭窄	57	外傷	78	脳血管障害後遺症
16	ショック	37	目の充血	58	褥瘡	79	気管支喘息・COPD
17	急性中毒	38	聴覚障害	59	背部痛	80	在宅医療
18	全身倦怠感	39	鼻漏・鼻閉	60	腰痛	81	終末期のケア
19	身体機能の低下	40	鼻出血	61	関節痛	82	生活習慣
20	不眠(睡眠障害)	41	嘔声	62	歩行障害	83	相補・代替医療(漢方医療を含む)
21	食欲不振	42	胸痛	63	四肢のしびれ	0	最新のトピックス・その他

総論

症候論

継続的なケア

日医かかりつけ医機能研修制度

応用研修

・ 修了申請時の前3年間において下記項目より10単位を取得する。

単位数は各講義ごとに最大2回までカウントを認める。(別日に同一講義を受講した場合も2単位まで取得可能)
 下記1～6については、それぞれ1つ以上の講義を受講することを必須とする。
 下記1～6については、応用研修シラバスに基づき作成されたテキストを使用する。

【応用研修会】(各1単位)

1. 「かかりつけ医の倫理」、「かかりつけ医の質・医療安全」、「かかりつけ医の感染対策」、「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」
2. 「生活期リハビリの実践」、「小児・思春期への対応」、「メタボリックシンドロームからフレイルまで」、「フレイル予防・対策」、「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」
3. 「医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築」、「在宅医療、多職種連携」、「地域医療連携と医療・介護連携」、「地域リハビリテーション」、「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」
4. 「社会的処方」、「リーダーシップ、マネジメント、コミュニケーションスキル」、「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割」、「かかりつけ医と精神科専門医の連携」、「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」
5. 「終末期医療、褥瘡と排泄」、「認知症、ポリファーマシーと適正処方」、「リハビリと栄養管理・摂食嚥下障害」、「オンライン診療のあり方」、「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」
6. 「多疾患合併症例」、「在宅リハビリ症例」、「地域連携症例」、「新型コロナウイルス感染症とかかりつけ医」、「症例検討～意思決定を尊重した看取り/フレイルの改善へ向けた取組～」

【関連する他の研修会】

7. 「地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会」等※の受講 (2単位)
 ※日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会が主催する当該研修会に準ずる研修会
8. 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了 (1単位)
9. 「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」の修了 (1単位)
10. 「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の修了 (1単位)
11. 「日本医学会総会」への出席 (2単位)

※令和5年度時点

日医かかりつけ医機能研修制度

実地研修

- ・ 修了申請時の前3年間において下記項目より2つ以上実施していること。
1項目実施につき5単位とし、10単位以上を取得する。

1. 学校医・園医、警察業務への協力医
2. 健康スポーツ医活動
3. 感染症定点観測への協力
4. 健康相談、保健指導、行政（保健所）と契約して行っている検診・予防接種の実施
5. 早朝・休日・夜間・救急診療の実施・協力
6. 産業医・地域産業保健センター活動の実施
7. 訪問診療の実施
8. 家族等のレスパイトケアの実施
9. 主治医意見書の記載
10. 介護認定審査会への参加
11. 退院カンファレンスへの参加
12. 地域ケア会議等※への参加（※会議の名称は地域により異なる）
13. 医師会、専門医会、自治会、保健所関連の各種委員
14. 看護学校等での講義・講演
15. 市民を対象とした講座等での講演
16. 地域行事（健康展、祭りなど）への医師としての出務

日医かかりつけ医機能研修制度 現在の進捗状況(令和5年12月6日現在)

応用研修受講者数(延べ人数)合計:64,430名

第1期

H28年度受講者:9,391名
(研修開催回数:日医中央研修1回、22都道府県42回)
H29年度受講者:9,712名
(研修開催回数:日医中央研修1回、27都道府県47回)
H30年度受講者:10,609名
(研修開催回数:日医中央研修1回、31都道府県46回)

第1期 合計:29,712名

第2期

R元年度受講者:9,361名
(研修開催回数:日医中央研修1回、30都道府県53回)
R2年度受講者:6,571名
(研修開催回数:43都道府県138回 ※日医中央研修未開催)
R3年度受講者:6,296名
(研修開催回数:日医中央研修3回、26都道府県68回)

第2期 合計:22,228名

第3期

R4年度受講者:6,618名
(研修開催回数:日医中央研修3回、27都道府県56回)
R5年度受講者:5,872名※
(研修開催回数:日医中央研修3回、16都道府県22回)

第3期 合計:12,490名

※ R5.12.6現在

修了者数 認定期間有効実人数(R2~4年度):4,158名 累計:12,578名

R2年度修了者:1,547名 R3年度修了者:1,225名 R4年度修了者:1,386名

日医生涯教育制度

日医 e-ラーニング

その他コンテンツ

日医雑誌オンライン

日医 e-ラーニング

メンテナンスのお知らせ

4月1日より、生涯教育On-lineのe-ラーニングは年度切り替えのためのメンテナンス期間に入り、「生涯教育講座」の機能はご利用いただけません。

『日医雑誌』問題解答はメンテナンス対象外ですのでご利用いただけます。
全ての機能の再開は2024年4月8日10:00を予定しています。


• 日医e-ラーニングとは

1. 「日医e-ラーニング」は、インターネット上で日本医師会生涯教育制度における単位・カリキュラムコードが取得できる日本医師会会員向けの教育コンテンツです。
2. 配信しているコンテンツを受講し、セルフアセスメントにおいて80%の正答率を得ることによって、指定されたカリキュラムコードと単位が取得できます。
3. 日本医師会会員向けコンテンツのため、日本医師会会員以外は受講できません。

• 【日医e-ラーニング受講の前に必ず確認してください。】

スマートフォン、タブレットを利用する場合、[アプリ注1](#)からログインすることはできません（「受講する」ボタンを押下するとエラーになります）。[ブラウザ注2](#)をご利用ください。

なお、パソコンからログインする場合には上記の問題は発生しません。

注1) 例えば、のアイコンを押下して日医e-ラーニングにアクセスする場合。

注2) SafariやChromeを起動してアクセスすること。

• 専門医共通講習関係

1. 日医e-ラーニング「生涯教育講座」コンテンツの一部において、日本専門医機構が認める専門医共通講習の単位が取得できます。



全日本病院協会 総合医育成事業

—地域包括ケアの中核を担う人材の養成—

第18回医療計画の見直しに関する検討会(令和2年2月28日)資料3より抜粋

概要

- 一定のキャリアを持つ
全科の医師を対象
- 自院で働きながら2年間
程度の研修を行う
- 2018年7月開始(受講料
40万円)、年に1回募集
- 18-24年度研修者315名
(共催の日本プライマリ・ケア
連合学会より137名)
- 受講者プロフィール
所属科:内科、外科を中心
に脳神経外科、整形外科、
救急科等
- 修了者:93名
(2023年1月現在)

目標とする医師像

- 臓器別にとらわれない幅広い治療ができる
- 病院内外でチーム医療のマネジメントができる
- 患者の生活全体を視野に入れた機能を構築する
- 病院組織の運営へ積極的に関与できる

プログラム内容

- 自院での総合診療の実践
- スクーリング(1回6時間を1単位:修了には6割以上の受講)
 - ・医療運営コース (2単位)
医療制度、医療を巡る問題を俯瞰する
 - ・診療実践コース (22単位) 臨床推論、循環器、小児科など
初診外来・一般病棟・全科当直・在宅ケアなどの
プライマリ・ケアの現場で一步踏み出せる能力を修得
 - ・システマティックスキルコース (10単位) リーダーシップ、問題解決など
チームの構築・マネジメントができる能力を修得

参考:全日本病院協会 総合医育成プログラムホームページ (<https://www.ajha.or.jp/hms/sougouji/>)



総合医育成プログラム（スクーリングの内容）

・ 診療実践コース

● テーマの構成（全22回）

- ・ 臨床推論
- ・ EBM
- ・ 病院T&A (triage&action)
- ・ マイナーT&A (triage&action)
- ・ 生活習慣指導（行動変容含む）
- ・ 地域包括ケア
- ・ リハビリテーション
- ・ 循環器
- ・ 呼吸器
- ・ 消化器
- ・ 代謝内分泌
- ・ 腎・泌尿器
- ・ 神経
- ・ 血液・膠原病
- ・ 感染症
- ・ 小児科
- ・ 整形外科
- ・ 産婦人科
- ・ 耳鼻科
- ・ 皮膚科
- ・ 精神科
- ・ 認知症

総合医育成プログラム（スクーリングの内容）

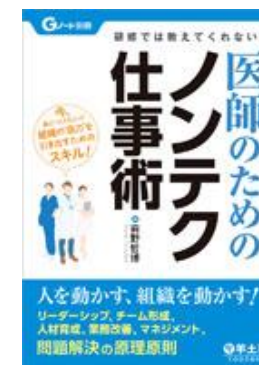
・ ノンテクニカルコース

● テーマの構成（全10回）

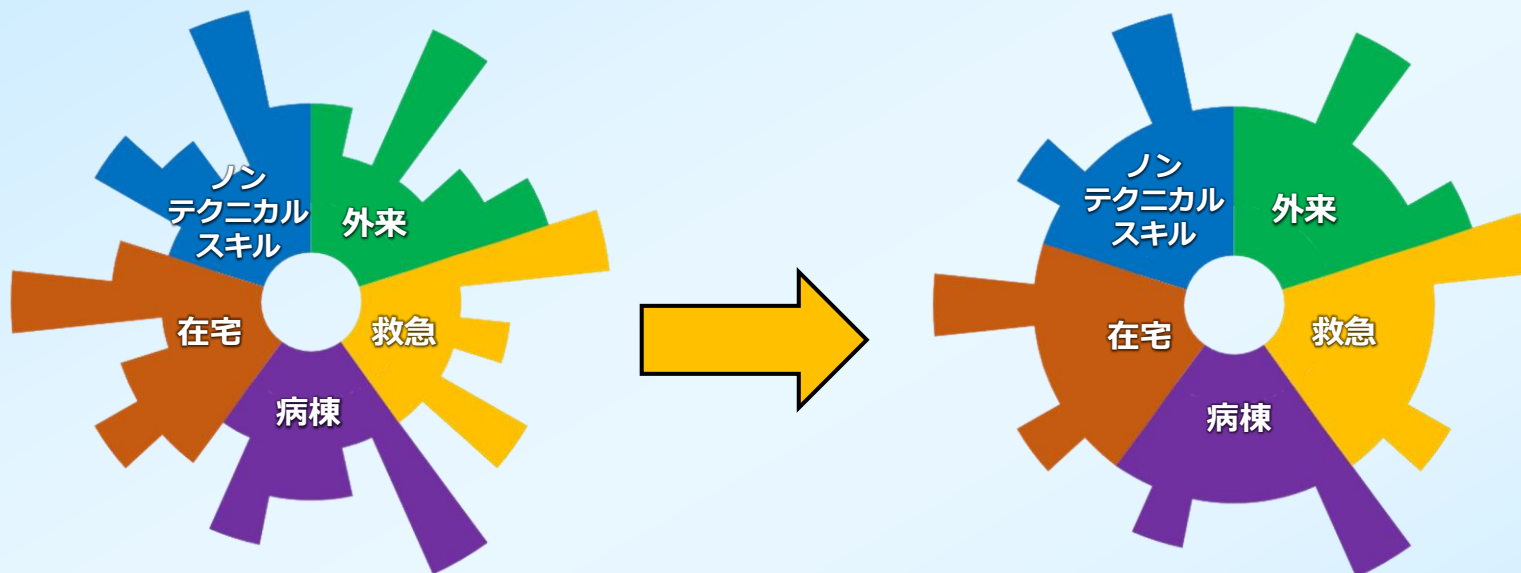
- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ① MBTI（性格タイプ別
コミュニケーション）（1） ② コンフリクトマネジメント ③ コーチング+人材育成 ④ 教育技法 ⑤ リーダーシップ・
チームビルディング | <ul style="list-style-type: none"> ⑥ ミーティングファシリテーション ⑦ 問題解決（1） ⑧ 問題解決（2） ⑨ TEAMS-BI（仕事の教え方） ⑩ TEAMS-BP（業務の改善の仕方）
+ TEAMS-BR（人への接し方） |
|---|--|



参考資料：
研修では教えてくれない！
医師のためのノンテク仕事術
（羊土社）



総合医育成プログラムで養成する医師のイメージ

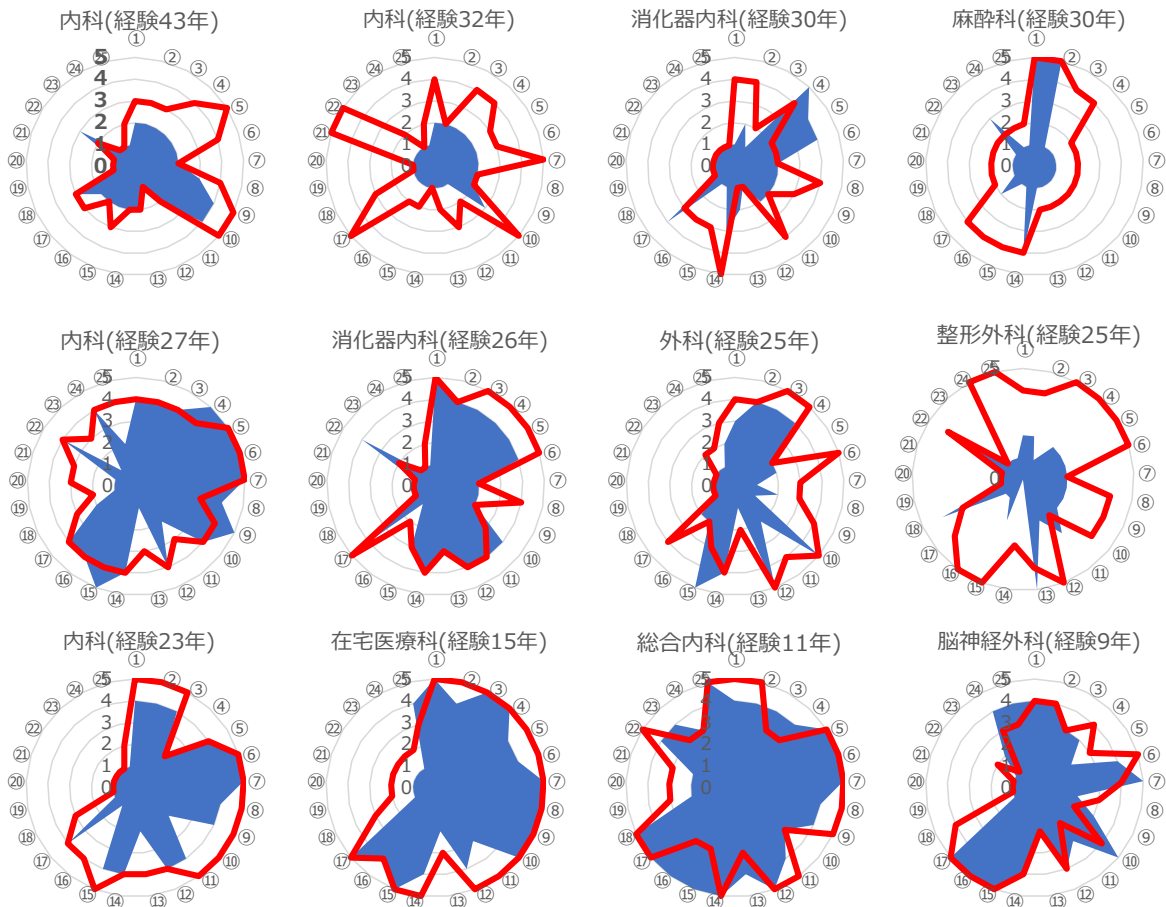


- 経験豊富で、自分の専門領域に関しては高い能力を持っている
- 診療領域の中で、総合的な診療を提供する基本的な診療能力（例：当直での初期対応など）に足りない部分がある
- 在宅ケアや地域連携等の知識や理解が足りない部分がある
- 組織人としてチームを作り、人を育て、リーダーシップを発揮して、効果的にタスクをマネジメントするスキル（ノンテクニカルスキル）は経験的に体得しているが、体系化された教育を受けていない。

- 経験豊富で、自分の専門領域に関しては高い能力を持っている
- 診療領域の中で、総合的な診療を提供する基本的な診療能力（例：当直での初期対応など）を広い範囲で身につける
- 在宅ケアや地域連携等の知識や理解が十分ある
- 組織人としてチームを作り、人を育て、リーダーシップを発揮して、効果的にタスクをマネジメントするスキル（**ノンテクニカルスキル**）は経験的に体得しているに加えて、体系的なスキルを身につけている

<https://www.ajha.or.jp/hms/sougou/overview.html>

診療領域の拡がり 修了者・アンケート結果から



■ 参加時 ■ 修了時

- ①がん患者の看取り
- ②がん患者のケアの管理
- ③脳卒中患者のケア調整
- ④脳卒中患者のリハビリテーションの指示や処方
- ⑤心血管疾患患者に対する抗凝固薬の管理
- ⑥糖尿病患者のインシュリン管理
- ⑦ CKD stageを意識した糖尿病性腎症患者の管理
- ⑧軽症うつ病の管理
- ⑨認知症の診断と治療
- ⑩認知症周辺症状のコントロール
- ⑪アルコール使用障害の発見と管理
- ⑫創傷に対する縫合
- ⑬小児喘息発作の初期対応
- ⑭心肺停止患者の救急対応
- ⑮在宅患者の急性感染症の管理
- ⑯急性腰椎症の診断と治療
- ⑰湿疹や皮膚炎の外用剤使用
- ⑱家族計画の相談
- ⑲妊婦健診
- ⑳産褥期のケア
- ㉑乳幼児健診
- ㉒小児患者の予防接種
- ㉓小児の点滴
- ㉔膝関節穿刺
- ㉕骨折初期対応

1 実施できない
 2 実施していない
 (専門医と連携できれば実施可)
 3 実施していない
 (状況が許せば実施可)
 4 機会があれば実施
 5 日常的に実施

以上の項目をレーダーチャート

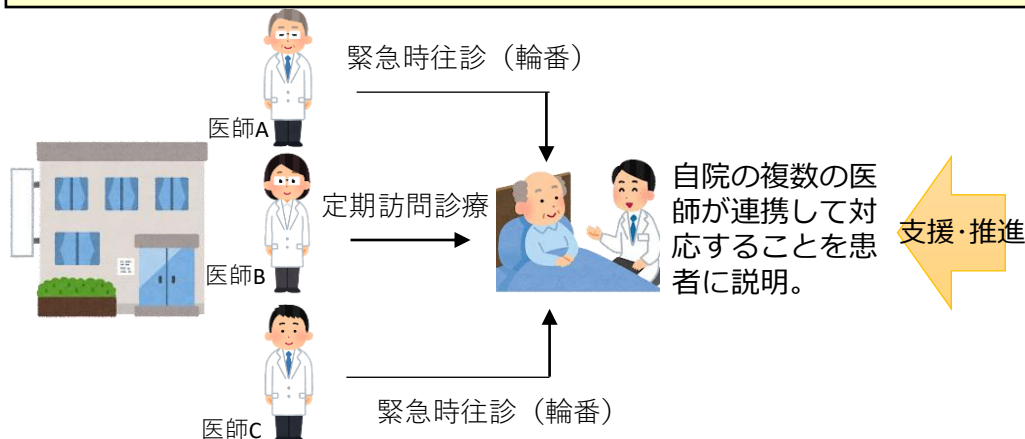
(2) 地域におけるかかりつけ医機能の実装に向けた連携体制の構築

地域におけるかかりつけ医機能の実装に向けた連携体制の構築（案）

- 24時間の在宅医療や夜間・休日対応等を行うため、患者と医師が1対1の関係性で診療にあたるのではなく、1人の患者に対し、複数の医師が診療にあたる仕組み（グループ診療）を構築する有用性が指摘されている。複数の医師のいる診療所の医師同士が連携する場合、別の診療所・病院にいる複数の医師同士が連携する場合の連携体制の構築について、どのように考えるか。

【対応案】

① 複数医師のいる診療所の医師同士が連携するパターン



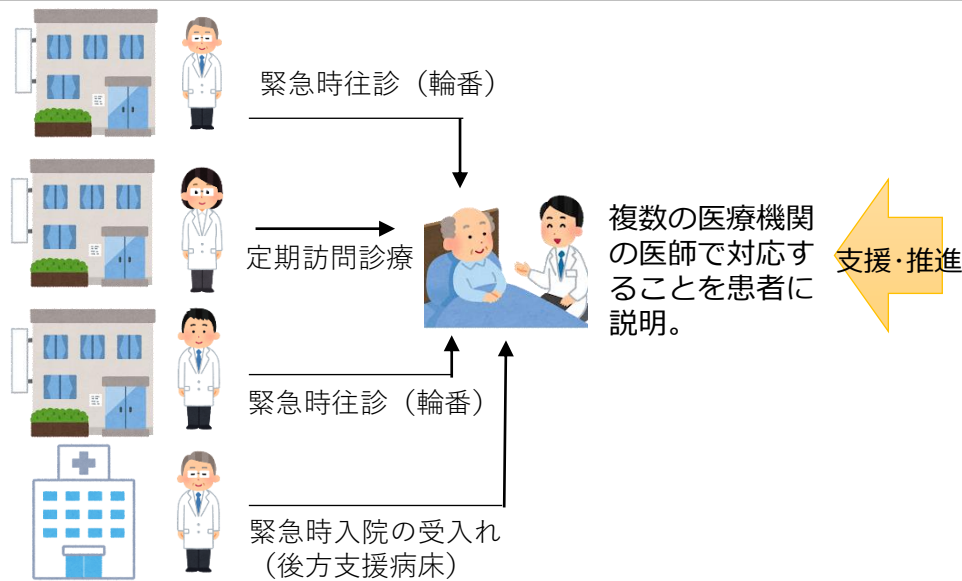
ア 複数医師の連携の仕組み

- ・ 24時間の在宅医療や夜間・休日対応等を行う観点から、院内の複数医師の情報共有や患者への事前説明の推進
- ・ 在宅医療等、かかりつけ医機能を担うための実地研修を受けようとする医師が、こうした研修を提供する診療所に集まることで、複数医師の体制を確保。

イ 診療報酬の評価

- ・ 機能強化型在宅療養支援診療所（常勤医師3名以上配置）の評価

② 別の診療所・病院にいる複数の医師同士が連携するパターン



ウ 医療機関間の情報連携の仕組み

- ・ 医療DXの取組の推進
- ・ 輪番を組む際の情報連携のルール作り（情報提供フォーマット作成など）

エ 医療機関間の連携の仕組み

- ・ 地域の協議の場等における調整や協議（調整や協議のコーディネーターの基金による支援）
- ・ 地域医療連携推進法人の仕組みの活用

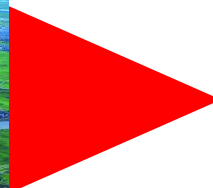
オ 診療報酬の評価

- ・ 機能強化型在支診・在支病（連携型）の評価

Invisible General Hospital

仮想化総合病院

入退院支援、病診連携、医療介護連携、診療所間の連携
顔の見える関係、ICTの活用



地域の得意を集めて一つの病院のように

自らの地域医療を面としてとらえる



「かかりつけ医機能に関する事例集」(抜粋)

(厚生労働省「令和3年度かかりつけ医機能の強化・活用にかかる調査・普及事業」)

分類	No	事例名	場所	かかりつけ医の役割													
				医療機関連携			保健			介護・福祉との連携	休日夜間・24時間対応	在宅医療	看取り	多職種連携	有事対応	医師のキャリア支援	その他
				診診連携	病診連携	病病連携	母子保健	学校保健	産業保健								
診療所	1	北海道家庭医療学センター	北海道	●	●					●	●				●	●	
	2	医療法人はちのへファミリークリニック	青森県	●				●		●		●				●	
	3	医療法人財団はるたか会 あおぞら診療所新松戸	千葉県		●		●			●	●					●	
	4	医療法人社団健育会さとう小児科医院	千葉県				●	●								●	
	5	医療法人社団悠翔会	東京都	●	●					●	●		●				
	6	医療法人社団はとりクリニック	神奈川県	●	●			●	●								
	7	医療法人社団オレンジ オレンジホームケアクリニック	福井県							●	●		●			●	
	8	医療法人 SIRIUS いしが在宅ケアクリニック	三重県						●	●	●	●	●				
	9	社会医療法人祥和会沖野上クリニック	広島県	●	●		●		●	●						●	
病院	10	医療法人博仁会志村大宮病院	茨城県		●	●			●		●					●	
	11	医療法人大誠会内田病院	群馬県						●			●	●				
	12	医療法人池慶会池端病院	福井県		●	●			●	●	●		●				
	13	社会医療法人財団慈泉会相澤東病院	長野県		●	●			●								
	14	医療法人社団恵仁会なぎ辻病院	京都府		●	●			●	●						●	
	15	社会医療法人祐愛会織田病院	佐賀県		●	●			●	●	●		●	●		●	
地域の連携	16	一般社団法人釜石医師会	岩手県	●	●	●							●				
	17	一般社団法人柏市医師会(柏モデル)	千葉県	●	●				●	●	●		●				
	18	一般社団法人豊田加茂医師会	愛知県		●						●					●	
	19	一般社団法人福岡市医師会	福岡県		●	●			●		●		●			●	

本事例集では、各地域でかかりつけ医機能を発揮していると考えられる事例を紹介しています。各医療機関・団体等の取組内容についてすべては紹介しきれないため、ポイントを絞って紹介しております。下表に事例を一覧にしていますので、ご活用ください。

本書で特に焦点を当てた取組について●をつけています。(●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)

また、かかりつけ医機能を担う医療機関を支援すると考えられる取組等をしている事例については、その観点で下記の医療機関等に関し収集し、参考事例としてまとめました。

- ・名寄市立総合病院
- ・地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネット
- ・社会医療法人財団慈泉会相澤病院
- ・地域医療連携推進法人尾三会
- ・独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO) 中京病院
- ・うすき石仏ねっと運営協議会

令和3年度「かかりつけ医機能の強化・活用に係る調査・普及事業」で収集された地域全体でかかりつけ医機能を発揮している事例集から抜粋。

	グループの特徴	方法	効果
北海道家庭医療学センター（北海道全域）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 14 の診療所・病院でグループを構成。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護ステーションと連携。 ・ ハブ診療所として周辺の診療所や医師会と連携。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>休日夜間の対応が可能。</u> ・ <u>在宅医療提供体制強化の実現。</u> ・ <u>医師少数区域への医師派遣。</u> ・ <u>医師のキャリア形成にも貢献。</u>
はちのへファミリークリニック	<ul style="list-style-type: none"> ・ 総合病院・診療所・居宅介護事業所・薬局など約300カ所が参加するコミュニティー。 ・ 対象患者は4000人程度。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>ICTツールを活用した情報共有。</u> ・ 事例検討会や交流を含めた連携強化。 ・ <u>地区医師会と連携して多職種研修を実施。</u> ・ 家庭医療の専門医プログラムへの教育の場の提供。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>地域医療として内科疾患から精神科疾患まで幅広い症状に対応。</u> ・ <u>幅広い多職種連携による医介連携の推進。</u> ・ <u>家庭医療に関する教育の推進。</u>
悠翔会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 18拠点（首都圏近郊17拠点、沖縄に1拠点）で構成される。 ・ 患者の90%以上が診療所から約半径5キロ圏内に収まる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所属する診療所を隣接させ、地域の介護事業所・施設・病院との連携を可能にする。 ・ <u>クラウド型電子カルテを用いた情報共有。</u> ・ <u>主治医とは別に夜間・休日対応に当たる当直専従医師を配置。</u> ・ 提供する医療について指標化分析を実施し、必要に応じて医師に勉強会参加を求める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>24時間365日の対応が可能。</u> ・ <u>診療品質均一化により、高い医療の質と患者満足度を維持。</u>

【方法に関する項目】 ■ 多職種連携関連 ■ 情報共有関連 ■ バックアップ関連

【効果に関する項目】 ■ 24時間対応関連 ■ 医介連携関連 ■ 紹介逆紹介関連 ■ 在宅医療関連

グループ診療の事例（病院）

第8次医療計画等に関する検討会
(令和4年9月9日) 資料1(抜粋)

参考

令和3年度「かかりつけ医機能の強化・活用に係る調査・普及事業」で収集された地域全体でかかりつけ医機能を発揮している事例集から抜粋。

	グループの特徴	方法	効果
志村大宮病院	<ul style="list-style-type: none"> 医療法人の他、社会福祉法人（26事業所）、学校法人を含めたグループを形成。 	<ul style="list-style-type: none"> 機能分化において在宅療養支援に注力。 <u>法人内の拠点では共通の情報記録システムを活用。</u> <u>法人外とも多職種連携ツールを活用。</u> 職員有志が行政と連携してまちづくりに貢献。 	<ul style="list-style-type: none"> <u>24時間365日の在宅医療対応が可能。</u> 緊急入院の受入体制の確保。 シームレスな情報共有により、医介連携が促進される。 地域包括ケアを担う医療機関として、効率的な高齢者のフレイル予防などに貢献。 <u>紹介逆紹介の推進。</u>
織田病院	<ul style="list-style-type: none"> 開放型登録医を50名程度擁する。 	<ul style="list-style-type: none"> <u>必要な情報のみを掲載した閲覧システムを多職種に共有。</u> ICTを活用した在宅見守りサービスの展開。 在宅医療へのオンラインシステムの導入。 <u>バックアップベッドの確保。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> <u>24時間365日の救急受入が可能。</u> 医介連携の推進。 退院直後の患者の支援の確立による平均在院日数の減少。 <u>紹介逆紹介の推進。</u>
(参考) 相澤東病院	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネや訪問看護師が相談出来る環境整備によるグループ化。 近隣の急性期病院と共通の医療連携センターが設置されている。(明確なグループではないが転院や入退院が円滑化される) 	<ul style="list-style-type: none"> <u>院内外の多職種カンファレンスの実施。</u> 松本医療圏における松本医師会が構築する在宅・看取りシステム・救急センターなどの救急医療体制(※)に協力。 	<ul style="list-style-type: none"> <u>地域の診療所と連携した24時間の往診・訪問診療が可能。</u> サブアキュート患者の紹介入院受入。 密接な協力・連携による医介連携の推進と在宅医療の対応の拡充。 <u>紹介逆紹介の推進。</u>

(※)救急医療体制:夜間の軽症患者の診療を年中無休で行う施設である夜間急病センターと重症患者等を受け入れる救急当番医(二次救急病院・救急救命センターで構成)。

松本市の取組として紹介したが、その他多くの医師会や自治体でも運営されている仕組みである。

グループ診療の事例（医師会・自治体・その他）

第8次医療計画等に関する検討会
（令和4年9月9日）資料1（抜粋）

参考

令和3年度「かかりつけ医機能の強化・活用に係る調査・普及事業」で収集された地域全体でかかりつけ医機能を発揮している事例集から抜粋。

	グループの特徴	方法	効果
釜石医師会	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療連携拠点に参加する医療機関および多職種で構成。 	<ul style="list-style-type: none"> 3段階に分けた多職種による課題解決会議の開催。（階層毎の役割を明確化） <u>ICTツールを活用した情報共有。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療連携により、地域の医療崩壊を防ぐ。 医療圏における資源の最適分配。
柏市医師会	<ul style="list-style-type: none"> 30名程度の在宅医が活動。 多職種も参加。 	<ul style="list-style-type: none"> <u>主治医・副主治医制の導入。</u> <u>バックアップベッド（病院）の確保。</u> 訪問看護ステーションと連携した在宅医療構築。 多職種の顔が見える会議の開催。 <u>ICTツールを活用した情報共有。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> <u>24時間365日の在宅医療対応が可能。</u> 医師の負担軽減。 <u>多職種を交えた在宅医療の強化。</u>
豊田加茂医師会	<ul style="list-style-type: none"> 3後方支援病院と7在宅療養支援診療所の10医療機関で構成。 	<ul style="list-style-type: none"> 月1回のグループ内のカンファレンス開催。 診療所医師の不在の際の支援医師の探索・調整。 <u>グループ内の情報共有ツールのフォーマット作成。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> 医師少数区域における医師の負担軽減と医療崩壊の是正。 <u>（バックアップ体制の確保による）在宅医療の強化。</u>
福岡市医師会	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療をサポートする体制構築に参加する診療所と病院で構成。 	<ul style="list-style-type: none"> 急変時対応における医療連携の確保。 かかりつけ医の事前登録と<u>ターミナルケアに関するバックアップ病院の確保。</u> <u>グループ内の情報共有ツールのフォーマット作成。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療資源不足対策。 行政と連携した予防医療への対応。 <u>（バックアップ体制の確保による）在宅医療の強化。</u>
(参考) 尾三会	<ul style="list-style-type: none"> 32医療機関・介護施設で構成。 	<ul style="list-style-type: none"> 大学病院による地域の診療所や介護事業所向けの勉強会開催。 高度医療機器の民間利用の推進。 看護師などの人材派遣による連携強化。 医薬品等の一括価格交渉。 	<ul style="list-style-type: none"> 最新の情報を提供することによる地域の医療の質の向上。 人材派遣による医療機関間の技術格差の軽減。 地域医療全体のコスト軽減。
(参考) うすき石仏ネット	<ul style="list-style-type: none"> 27医療機関の他、歯科医院、調剤薬局など85機関で構成。 白杵市民の半数以上参加。 	<ul style="list-style-type: none"> <u>ICTツールを活用した情報共有。</u> <u>多職種が情報を双方にやりとりできる環境整備。</u> 消防署の司令室の連携体制による救急・有事対応の推進。 	<ul style="list-style-type: none"> 最新の情報を連携機関が入手可能。 ポリファーマシーなどの課題対応。 救急・有事対応の際の情報共有の円滑化により現場対応が迅速化。

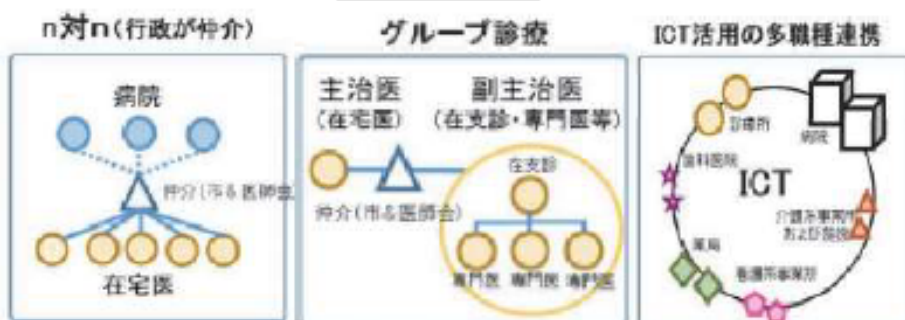
地域で有効に機能している在宅医療連携モデル

第12回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年8月4日

資料
1

- 診療のバックアップ体制や夜間輪番制等の在宅医療を担う医師による相互協力や多職種連携に基づく水平連携と、急変時に入院を要する在宅療養患者のための垂直連携の仕組みを構築している地域がある。

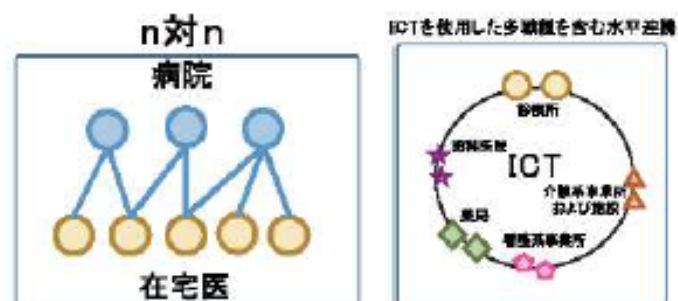
訪問診療を行う医師のグループ形成によるバックアップ (千葉県柏市)



→柏市と医師会が中心となり、地域の多職種も巻き込みつつ、体制を構築。

- 垂直連携 (柏市が事務局として実施)
 - ・病診連携：急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保
 - 水平連携 (主に、柏市と柏市医師会にて実施)
 - ・診診連携：かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ
 - ・多職種連携：情報共有システムの利活用
在宅医・多職種向け研修会の開催
 - 市民への在宅医療の支援：柏市地域医療連携センター※ (柏市が設置)
 - ・在宅主治医がいない市民の方に対して紹介
 - ・多職種への『在宅医療多職種連携研修会』等の実施
- ※土地提供は柏市、建物は柏市医師会・柏歯科医師会・柏市薬剤師会の寄附により建立。

患者急変時のICTを活用した患者情報連携 (新潟県長岡市)



→医師会が中心となって、長岡市の協力を得て、医師と訪問看護師グループの連携が実現。

- 垂直連携 (医師会及び市内10病院で実施)
 - ・救急医療機関との後方支援体制や地域の医療機関とのバックアップ体制を構築。
- 長岡地域救急懇談会 (事務局：消防署、2か月に1回程度) において、病院関係者・医師会・市役所・警察署・弁護士会・報道機関が参加し、地域の救急体制について議論を実施。
- 水平連携 (長岡市・医師会・訪問看護ステーション協会にて実施)
 - ・ICTを利用した、多職種間で患者情報を連携 (医師会)
- 長岡フェニックスネットワーク協議会 (事務局：医師会、年2回程度) で、長岡市、訪問看護ステーション協会、歯科医師会、薬剤師会の各団体が参加し、連携ルールの構築や課題等について協議。

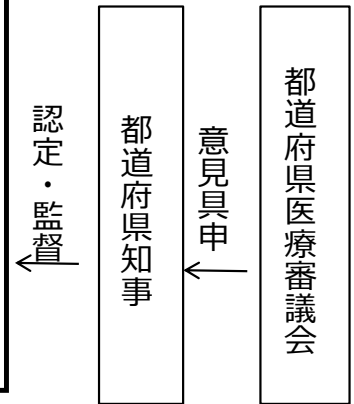
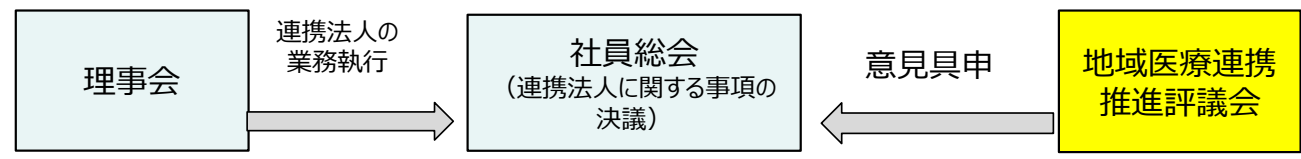
出典：H29年度医政局委託事業 在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書

令和5年度第3回医療政策研修会 資料7
 令和6年1月19日 (一部改)
 ※令和6年4月1日施行

「地域医療連携推進法人制度」の見直し

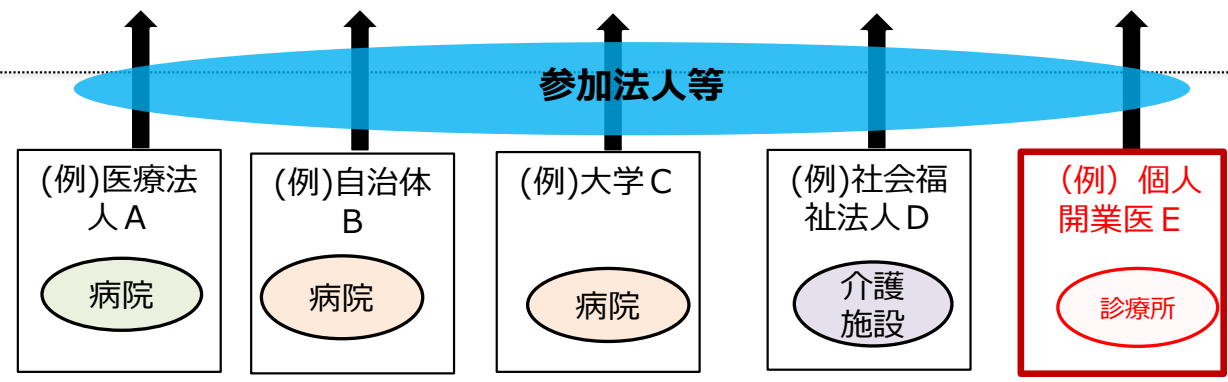
地域医療連携推進法人(新たな仕組み)

※赤字箇所が現行との相違点



個人立の医療機関・介護事業所等が参加法人等である新たな仕組みは、

- 診療科・病床の再編（病床特例の適用）、医師等の共同研修、医薬品等の共同購入等の医療連携推進業務を行うが、**参加法人等への資金貸付や関連事業者への出資は不可**
- 外部監査の実施等**といった、**連携法人の一部の事務手続きを緩和**



参加法人が重要事項を決定する場合に行う、連携法人への意見照会について、**新たな仕組みの地域医療連携推進法人の参加法人等は、意見照会を一部(※)不要とする。**

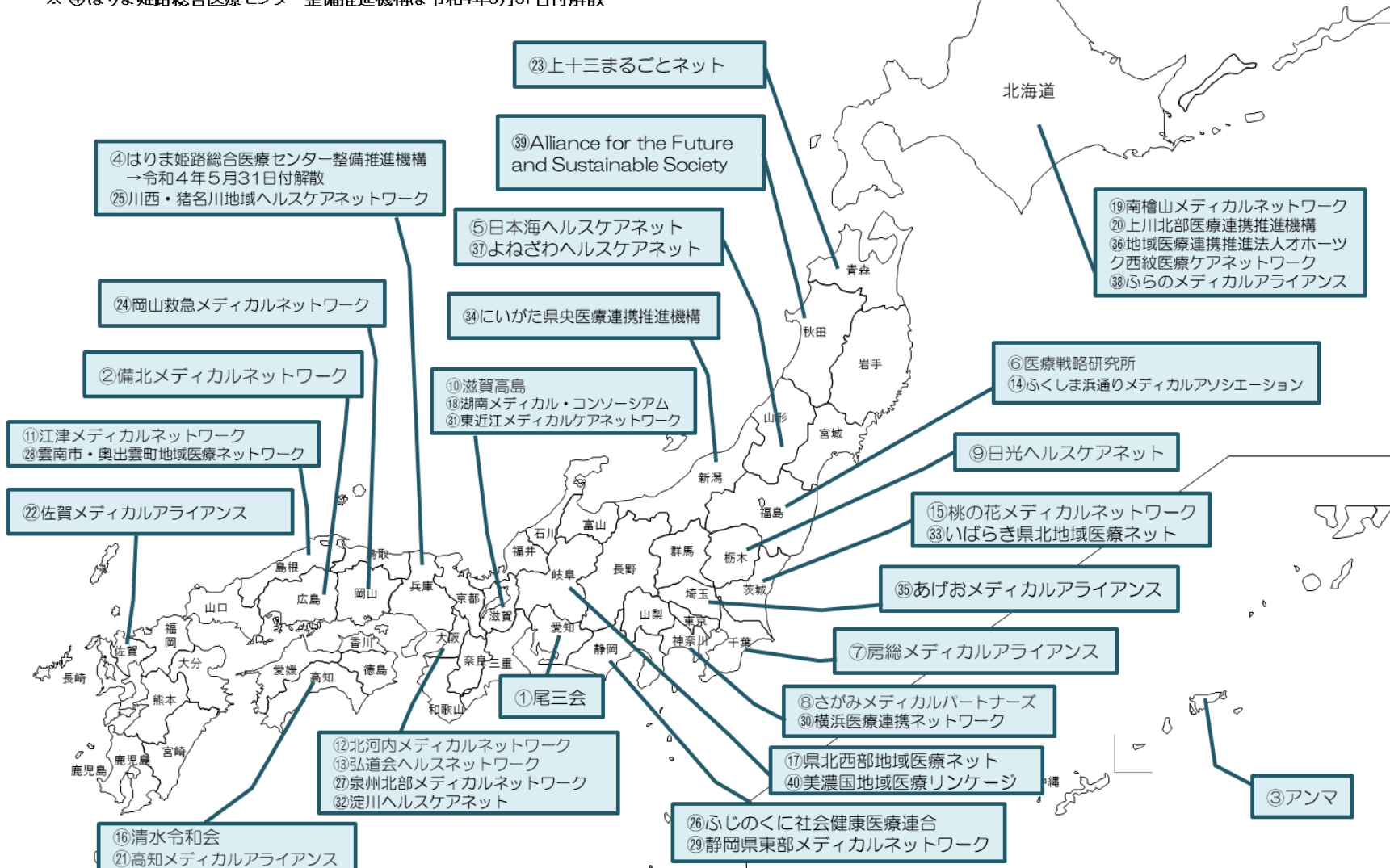
(※) **参加法人等**は、区域内の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院を開設する法人又は個人のほか、介護事業その他地域包括ケアシステムの構築に資する事業に係る施設を開設する法人又は個人（営利を目的とする法人等を除く）。

- ※①予算の決定又は変更、②借入金借り入れ、③定款又は寄付行為の変更。

地域医療連携推進法人の設立事例（設立順）

令和6年4月1日現在 連携法人数:39法人

※ ④はりま姫路総合医療センター整備推進機構は令和4年5月31日付解散



(3) 医療DXによる情報共有基盤の整備等

医療DXによる情報共有基盤の整備等（案）

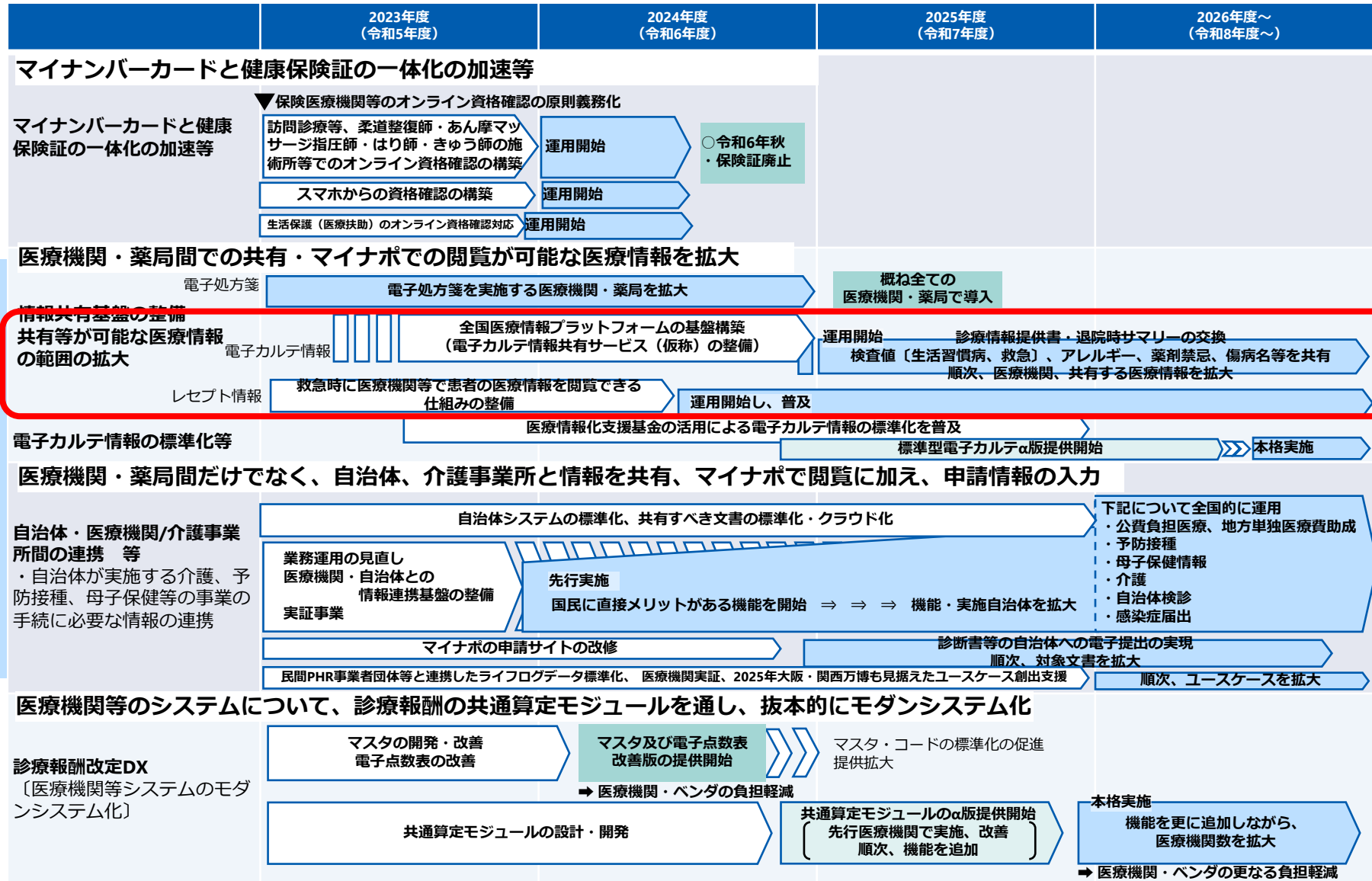
- 医療DXの取組として、健診・医療・服薬・介護等の患者情報の共有を可能とする「全国医療情報プラットフォーム」の構築が進められている。
- 令和6年度から、3文書（健康診断結果報告書、診療情報提供書、退院時サマリー）、6情報（傷病名、感染症、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等、検査、処方）の情報共有が開始される予定であり、服薬の一元管理等における活用が考えられる。
- 将来的には、入退院時等に医療・介護関係者で状況が共有され、よりよいケアを効率的に受けられる切れ目ない情報共有が想定され、検討が進められているが、具体的な実施時期は未定である。
- 「全国医療情報プラットフォーム」により介護関連情報が共有されるには一定の期間を要することが見込まれる中、在宅療養患者等に関して、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、モバイル端末で患者の状態等をリアルタイムで情報共有する民間サービスが実施されている。
- 特にへき地等の医療資源の少ない地域においてかかりつけ医機能を発揮するには、対面診療を補完するオンライン診療（D to P with Nなど）の実施や、専門家と連携する遠隔コンサルテーション（D to D）などの活用が考えられる。
- 地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して医療の提供を行うに当たって、医療DXによる情報共有基盤の整備、対面診療を補完するオンライン診療（D to P with Nなど）の実施等を図ることについて、どのように考えるか。

【対応案】

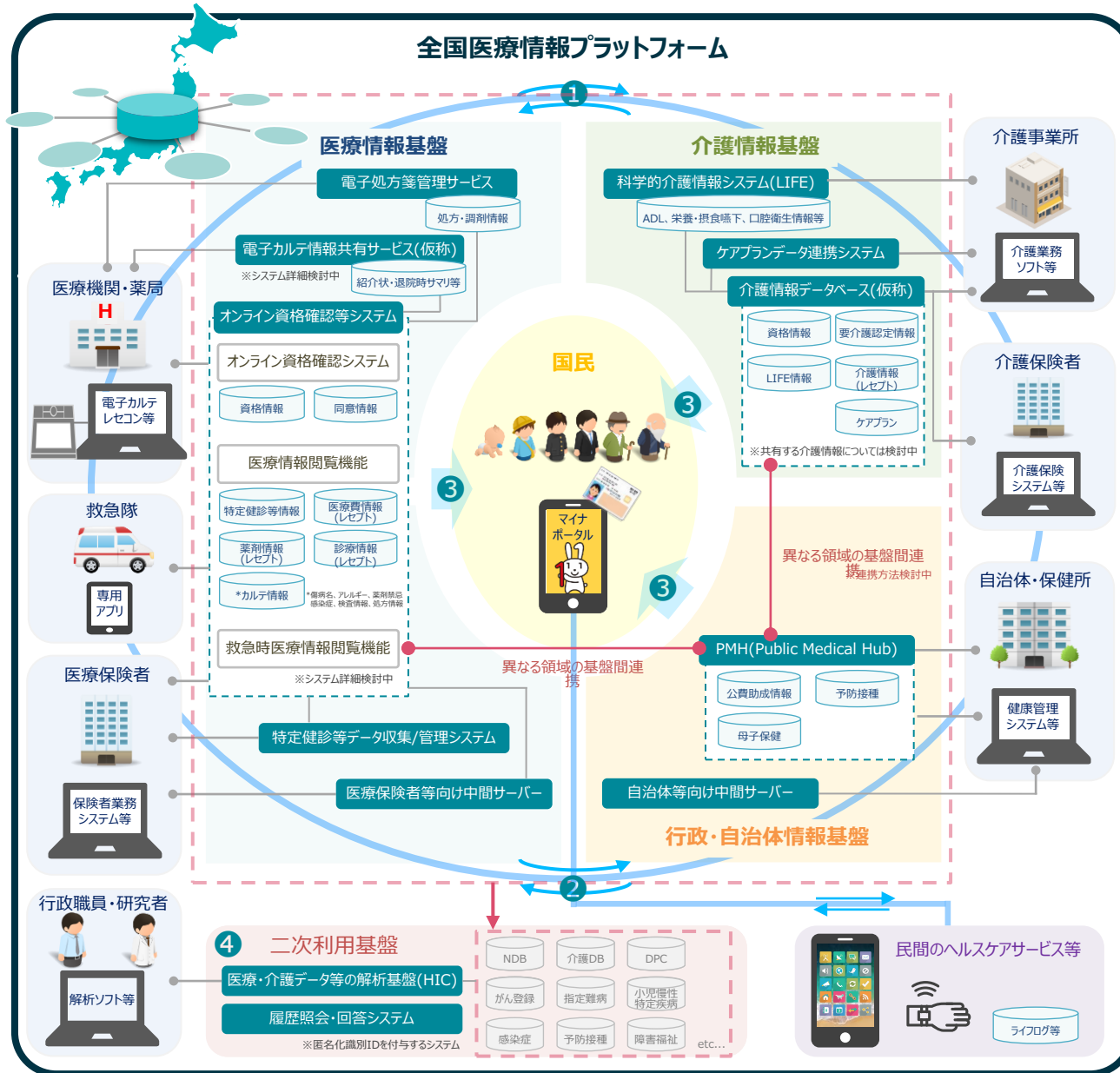
- 国が医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携しながら、地域におけるかかりつけ医機能の確保を推進していく。
- 医療DXを活用した医療提供に関する関係者の理解を深めるため、医師・医療機関向けの研修も重要であると考えられ、かかりつけ医機能に関する研修において、医療DXを活用した医療提供に関する項目を盛り込むこととしてはどうか。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでにおいても、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービス（モバイル端末で患者の状態等をリアルタイムで情報共有するサービス等）の活用などの好事例の周知等に取り組むこととしてはどうか。
- 地域の実情に応じたオンライン診療・遠隔医療の実施に資する通信機器整備・連携体制構築等を推進してはどうか。

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

全国医療情報プラットフォームの構築



全国医療情報プラットフォームの全体像（イメージ）



≪医療DXのユースケース・メリット例≫

1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有

- ✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる。
- ✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを効率的に受けられる。



2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

- ✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
- ✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。



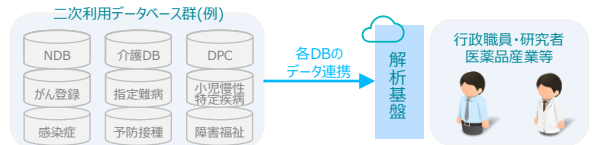
3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

- ✓ 予診票や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予診票・問診票を何度も手書きしなくて済む。
- ✓ 自分の健康状態や病態に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。



4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

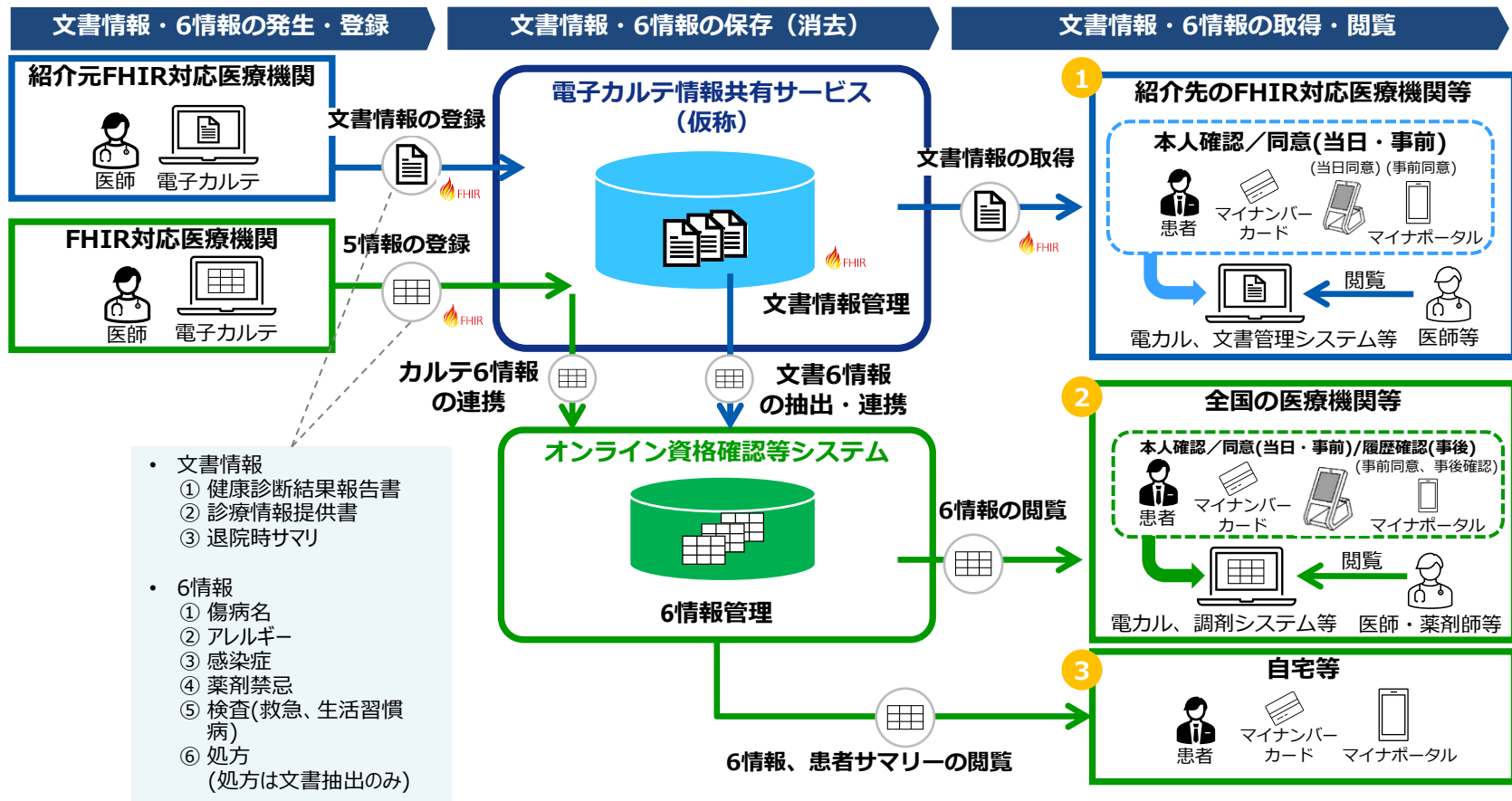
- ✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
- ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や的確な診断が可能になる。



電子カルテ情報共有サービス(仮称)の概要

本仕組みで提供するサービス

- 1 文書情報を医療機関等が電子上で送受信できるサービス
- 2 全国の医療機関等で患者の電子カルテ情報（6情報）を閲覧できるサービス
- 3 本人等が、自身の電子カルテ情報（6情報）を閲覧・活用できるサービス



3文書6情報の概要


健康・医療・介護情報利活用検討会
第21回 医療等情報利活用ワーキンググループ
持ち回り開催（令和6年3月27日）一部修正

No	文書項目	概要	記述仕様	宛先指定	添付	電子署名	保存期間
1	健康診断結果報告書	特定健診、事業主健診、学校職員健診、人間ドック等を対象	HS037 健康診断結果報告書 HL7 FHIR記述仕様	なし	可能	不要	オンライン資格確認等システムに5年間保存
2	診療情報提供書	対保険医療機関向けの診療情報提供書を対象	HS038 診療情報提供書 HL7FHIR記述仕様	必須	可能	任意	電子カルテ情報共有サービスに6か月間保存。 但し、紹介先医療機関等が受領した後は1週間程度後に自動消去。
3	退院時サマリー	退院時サマリーを対象 ※診療情報提供書の添付(任意)としての取り扱い	HS039 退院時サマリー HL7FHIR記述仕様	なし	可能	不要	

No	情報項目	概要	対象となるFHIRリソース	主要コード	長期保管フラグ	未告知/未提供フラグ	顔リダー閲覧同意区分	保存期間(オン資)
1	傷病名	診断をつけた傷病名	Condition	レセプト電算処理マスターの傷病名コード ICD10対応標準病名マスターの病名管理番号	あり	あり	傷病名 +手術情報 +感染症	5年間分
2	感染症	梅毒STS、梅毒TP、HBs(B型肝炎)、HCV(C型肝炎)、HIVの分析物に関する検査結果	Observation	臨床検査項目基本コードセット内にある JLAC(10/11) コード	あり	-		5年間分
3	薬剤アレルギー等	診断をつけた薬剤禁忌アレルギー等情報(医薬品、生物学的製剤)	Allergy Intolerance	YJコード(及び派生コード※) テキスト (※銘柄を指定できない場合に限り、下3桁をzzz(一般名処方マスタに相当)で記載する。先頭にメタコードを付与する)	あり	-	診療+お薬 +アレルギー等 +検査	5年間分
4	その他アレルギー等	診断をつけた薬剤以外のアレルギー等情報(食品・飲料、環境等)	Allergy Intolerance	J-FAGYコード テキスト (J-FAGYで表現できないものはテキスト入力する)	あり	-		5年間分
5	検査	臨床検査項目基本コードセット(生活習慣病関連の項目、救急時に有用な項目)で指定された43項目の検体検査結果	Observation	臨床検査項目基本コードセット内にある JLAC(10/11) コード	-	-		1年間分 もしくは 直近3回分
6	処方	※直接登録は行わない (文書から抽出した処方を取り扱う)	Medication Request	YJコード(及び派生コード※) (※銘柄を指定できない場合に限り、下3桁をzzz(一般名処方マスタに相当)で記載する)	-	-	100日間分 もしくは 直近3回分	

ICTを用いた情報共有【事例】

○ ICTを用いた情報共有を行うことで、訪問診療を行っている患者が入院する場合に、診療情報及び患者の生活の場における情報を詳細に把握することができる。

	記録者	記録内容(概要)	補足
Day			
	(在宅医師)	肺がんの男性、化学療法を行ったが、効果が無く、入院先にてBSCの判断。少量の胸水と脊椎転移があり、オピオイド内服で訪問診療・訪問看護を導入。主たる介護者は妻であり、 本人は最後まで自宅で過ごす意思を固めている趣旨の発言あります。	<p>写真・動画によって視覚的な情報が共有ができる。 【共有内容のイメージ】</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>○月△日 □□:□□ 投稿者: ○○ ○○(医師)</p> <p>① 題名:呼吸苦時の対応 本文:呼吸苦の症状が出た際は、動画のような姿勢を確保すると、呼吸が楽になります。</p> <p>添付: </p> </div>
-58日	(看護師)	奥様「主人を支えていけるか不安もありますが、できるだけ家で見てあげたいと思っています。」	
-14日	(看護師)	トイレ移動時はオピオイドの頓服が必要なことを家族に説明しております。座位から立位へ移行するときには介助者の肩に腕を乗せて上半身を前屈みにして立位に移行させると骨転移の痛み、呼吸苦が軽減されます。 (起居動作を動画にて保存)	
-10日	(看護師)	頓服の残薬が思ったより多いです。奥様にもう一度説明しましたが、病状の変化に伴い薬も増えたので、奥様に少し混乱が見られます。	
-6日	(在宅医師)	奥様からオピオイド頓服・リスペリドンを内服させても、落ち着か無いとの連絡があり、夜中に緊急往診を実施。胸水増加の疑いがあり、ベッドを30度くらい挙げ、健側の右を下にした半側臥位で呼吸が楽になりました。 (良姿勢を動画にて保存)	
		連携先の病院医師にあらかじめ地域ICTの記録を病院MSWを通じてFAXにて共有	
-4日	(ケアマネジャー)	福祉業者の方と訪問し、ポータブルトイレを導入しました。奥様が気持ちを吐露されていました。「主人が具合が悪いのはわかっていて、助けてもらっているいろいろやっていますけれども、病状は悪化する一方ですね。先生たちが頑張ってくれているからなかなか言えないけれど、私にはやりきれないかも。一度入院させてもらった方が安心」	家族が医療従事者に吐露しにくい思い等の情報が共有。
-2日	(在宅医師)	画像評価や疼痛・せん妄の把握・対応を整理する目的に加えて、妻の負担や不安増大も勘案しつつ患者家族と話し合いを行った結果、一旦緩和ケア病棟に入院する方針として、病院に相談することにしました。	ICTで共有された情報も使いながら治療方針について、家族と相談。
-2日	(緩和ケア病棟スタッフ)	これまでも地域ICTの記録を通じて病態変化を事前に確認できているので、受入の準備はできております。明後日の11時到着で入院を受け入れます。	患者特有の対応について視覚的な情報を用いることで円滑な入院受入が可能となった。 
0日		当該緩和ケア病棟に入院 入院当日にオンラインで退院時共同指導を実施。起居動作や良姿勢を在宅医と病院スタッフで供覧しながら、カンファレンスを実施した。	

医療・介護情報の共有システム接続等への支援

医療情報



(令和元年度～)

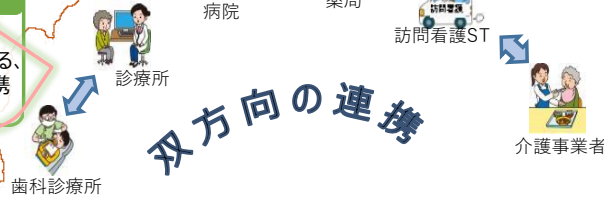
電子カルテ、レセコン、PACS等の情報を共有

高知あんしんネット
 幡多以外における、医療介護
 情報連携システム

はたまるねっと

幡多医療圏における、
 医療介護情報連携
 システム

双方向の連携

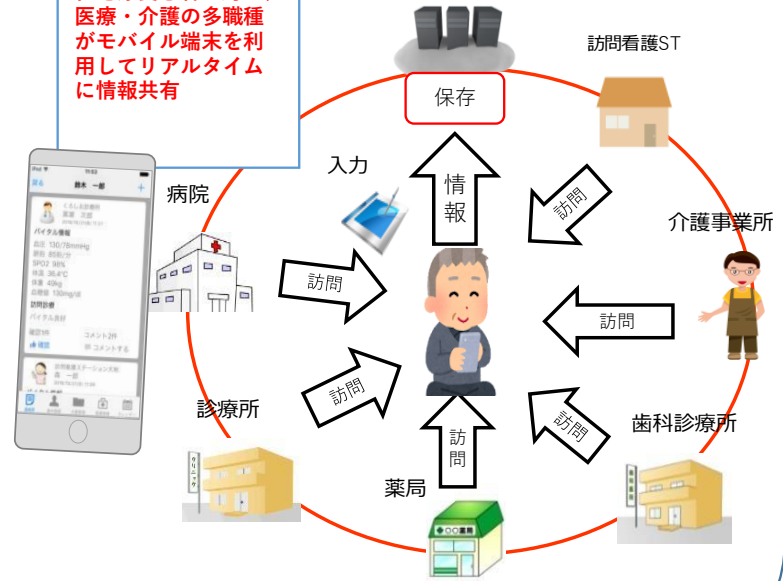


(平成29年度～)

在宅情報

高知家@ライン
 事務局 (高知大学医学部)

在宅療養患者に対し、
 医療・介護の多職種
 がモバイル端末を利用
 してリアルタイムに
 情報共有



(平成29年度～)

在宅医療介護連携にかかる高知家@ラインの活用例

登録患者のバイタルやお薬手帳の情報、看護師が訪問したときの状況などをモバイル端末に時系列でテキスト入力、画像共有。



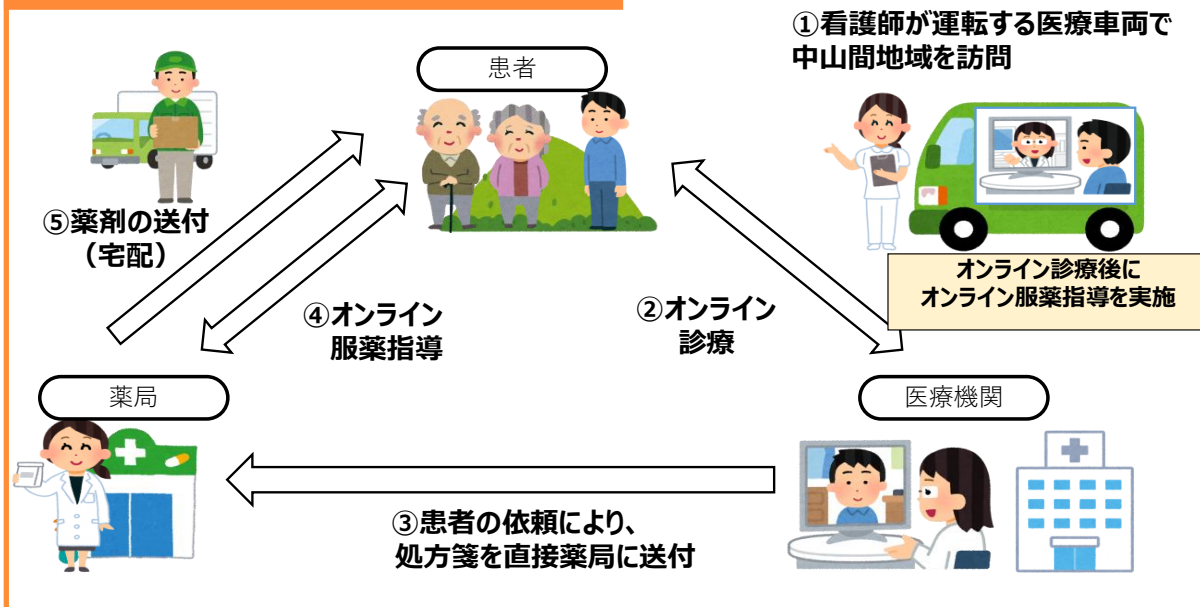
(出典：高知県制作TV番組 つなぐ！高知家の健康長寿（高知版地域包括ケアシステムの構築）2018年12月放送)

- 医師は、訪問診療に行く前に患者の情報を把握できる。
- 病状の変化を早くつかみ、適切なタイミングで訪問することができる。
- 患者本人や家族にとっても安心できるケアにつながる。

ヘルスケアモビリティ導入支援経費への補助

(令和4年度～)

オンライン診療・服薬指導の実施イメージ



ヘルスケアモビリティ事業

医療機器を搭載した車両を導入し、医療機関に近い

診療を実施

- ・ オンライン診療・オンライン服薬指導を実施するために必要なパソコンやモニターを車両に搭載
- ・ 医療機関に近い診療ができるよう、心電図や遠隔用聴診器等を車両に整備
- ・ 医師によるオンラインでの診療に加え、現場の看護師によるサポート(診療補助)が可能
- ・ 看護師がオンライン機器を操作するので、機器に不慣れな方でも診療可能
- ・ 公民館やあったかふれあいセンター等への訪問も想定



車両は中山間の狭い道の運転も想定した、軽自動車のキャンピングカー仕様



ヘルスケアモビリティを活用したオンライン診療の車内の様子

(出典：さんSUN高知6月号・一部加工)

対面診療の一部を補完するオンライン診療の普及支援

(令和6年度～)

② あったかふれあいセンター(※)、集会所・公民館等

① 患者宅、入居施設



③ 2か所管理する へき地診療所等



地域医療を担う医療機関



※子どもから高齢者まで、年齢や障害の有無にかかわらず、小規模でありながら必要なサービスが提供でき、ふれ合うことのできる地域福祉の拠点。
市町村が設置し、社会福祉法人、NPO法人、民間企業等に運営を委託。
31市町村に55拠点・254サテライト設置。
(R5.4.1時点)