



厚生労働省

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

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行 に向けた検討状況について（報告）

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

改正の趣旨

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

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直し。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和5年9月末→令和8年12月末)等を行う。

等

施行期日

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

かかりつけ医機能が発揮される制度の目的・枠組み

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。

今回の法改正による
制度整備
の目的

概要

（１）医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

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

（２）かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

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

（３）患者に対する説明（令和7年4月施行）

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

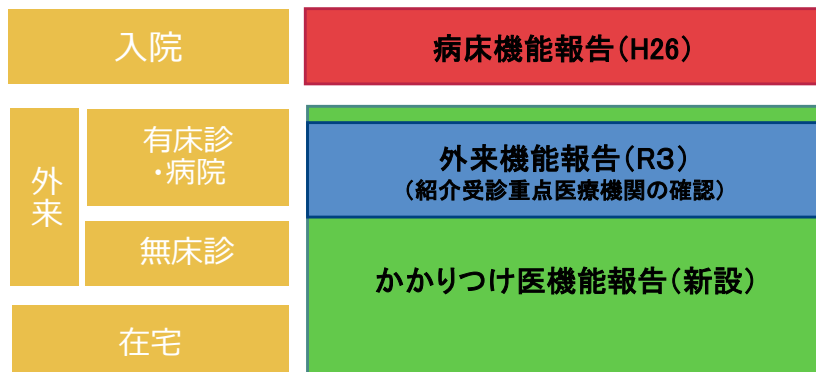
今回の法改正による
制度整備
の枠組み

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

医療機能情報提供制度（H18）



制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

- ・ 医療機関は、**国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報**及び**医療機関間の連携に係る情報**を都道府県知事に報告
 - ① 情報提供項目の見直し
 - ② 全国統一のシステムの導入

かかりつけ医機能報告による機能の確保

- ・ 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、**医療機関から都道府県知事に報告**。
- ・ 都道府県知事は、**報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表（※）**。
- ・ あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で**「かかりつけ医機能」を確保する具体的方策を検討・公表**。

※ 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、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

- 国民・患者が、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能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」(※)の充実・強化を図る。

(※) 医療機能情報提供制度は、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(診療科目、診療日、診療時間、対応可能な治療内容等)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。

【見直しのポイント】

- ① 医療機能情報提供制度について、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能の理解に基づく、国民・患者の医療機関の適切な選択に資する**という制度趣旨を明確化

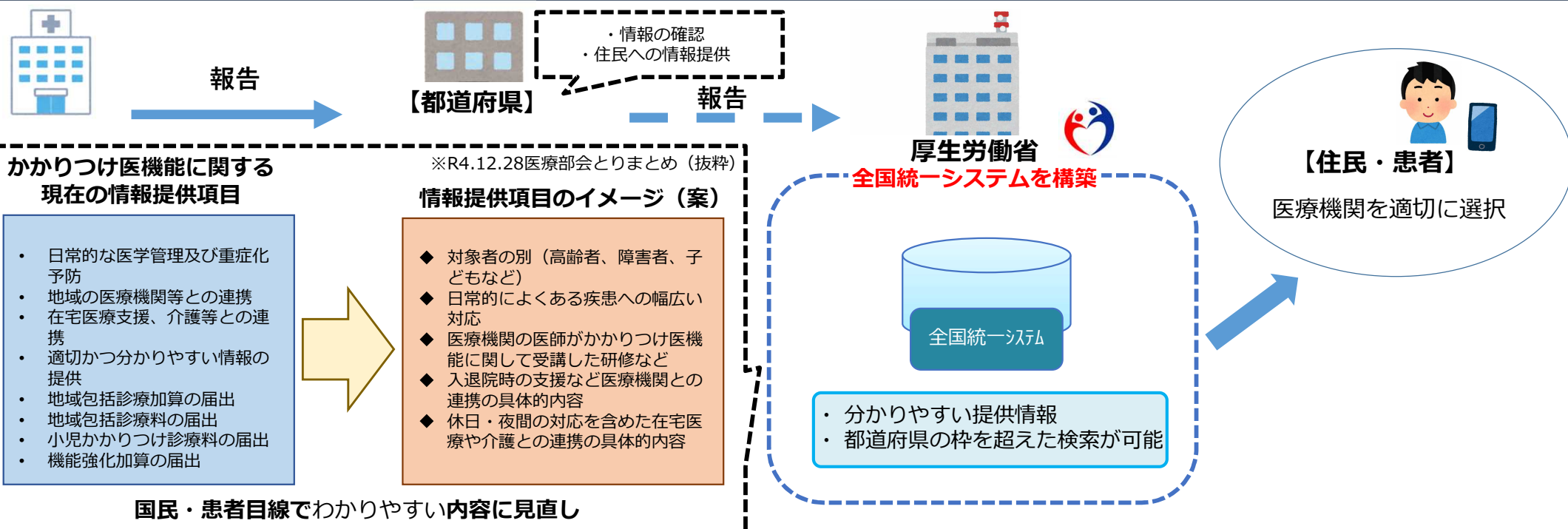
＜かかりつけ医機能＞

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を「かかりつけ医機能」と定義

- ② 全国の情報を一元化・標準化した**全国統一システムを構築**し、より検索性が高くわかりやすい情報を提供

- ③ 国民・患者へのわかりやすい情報提供ができるよう、**情報提供項目を見直す**(厚生労働省令)

(具体的な項目の内容については、今後、有識者等の参画を得て検討。)



- 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能を地域で確保・強化するための仕組みを整備する。

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告を行う。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

【報告対象となる医療機関】

- 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
※ 無床診療所を含む。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

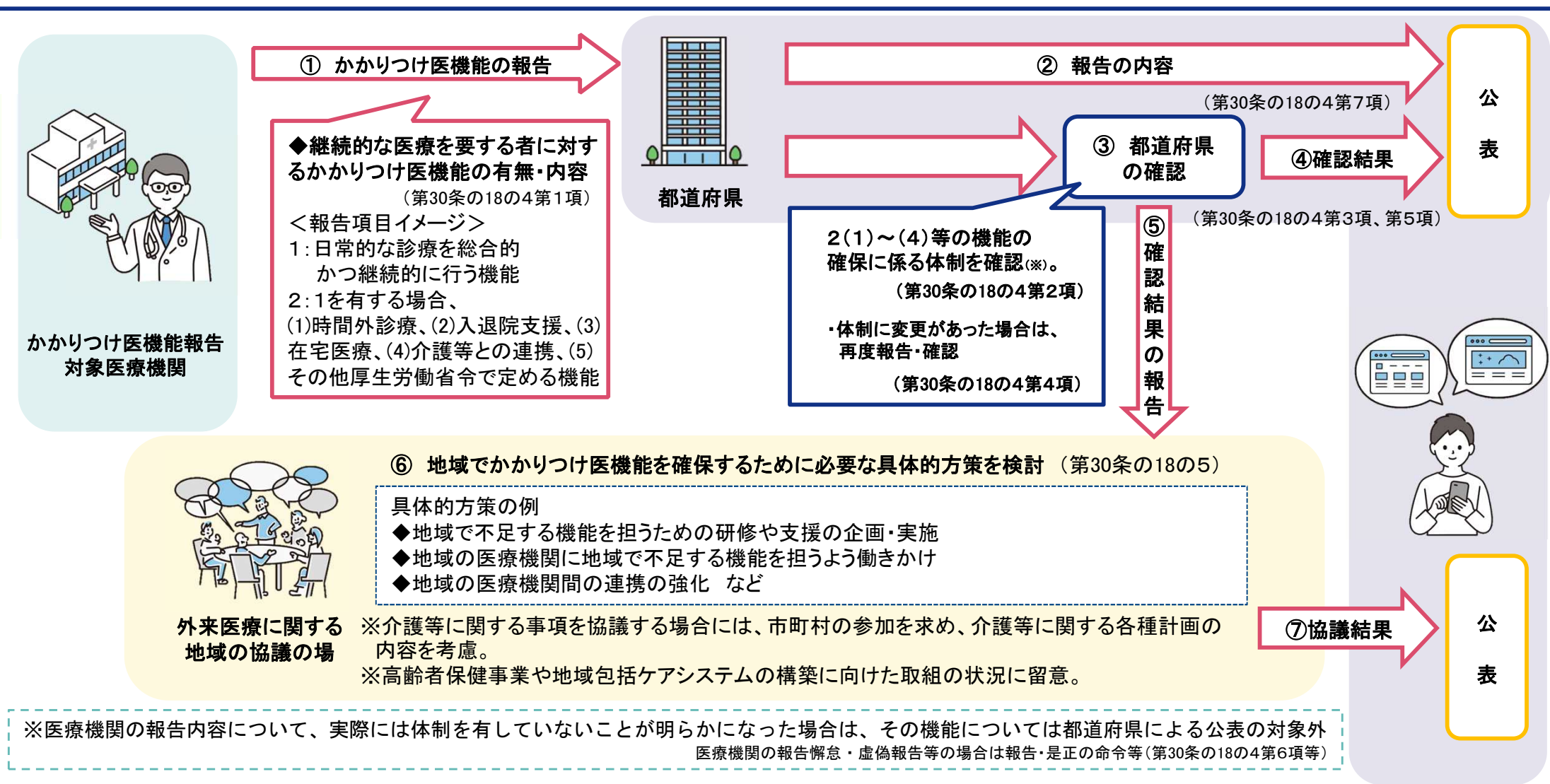
【報告事項】

- かかりつけ医機能のうち、以下の機能の有無及びその内容（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討）
 - 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（厚生労働省令で定めるものに限る）
 - ②：①を有する場合は、(1)通常診療時間外の診療、(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、(5)その他厚生労働省令で定める機能（(1)～(4)は厚生労働省令で定めるものに限る）
 - ・連携して②の機能を確保している場合は連携医療機関の名称及びその連携の内容

- 都道府県知事は、②の機能を有する報告をした医療機関がその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、厚生労働省令で定めるところにより公表する。
- 都道府県知事は、医療関係者や医療保険者などが参加する外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表する。

かかりつけ医機能報告概要

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

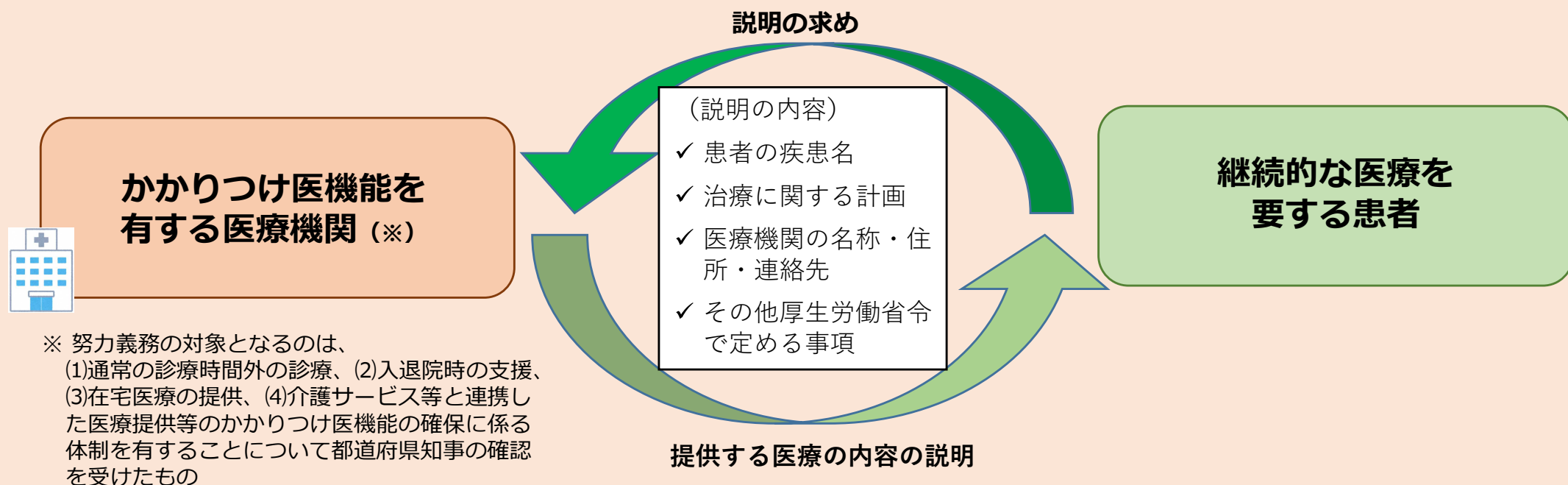


- かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者等に在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であって、患者等から求めがあったときは、正当な理由がある場合を除き、疾患名、治療計画等について適切な説明が行われるよう努めなければならない。（努力義務）

※ 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。

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた検討

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会

(敬称略、五十音順)

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

○:座長、□:座長代理

かかりつけ医機能報告の施行に向けた検討スケジュール

令和5年 11月	第1回分科会
12月	構成員プレゼン・有識者ヒアリング
令和6年 1月	
2月	
3月	
4月	必要とされるかかりつけ医機能など、 論点の議論
5月	
6月	省令等の具体的内容等の議論
7月	
7月	議論の整理・とりまとめ
8月	

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）

2040年頃までを視野に入れた今後の人口動態・医療需要等を踏まえた 地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制のイメージ（たたき台案）①

- 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、今後の人口動態・医療需要等を踏まえ、地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制について、地域での連携も含め、以下のようなイメージを念頭におきながら、かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた検討を進めてはどうか。

※ 本資料の記載はかかりつけ医機能に関連しそうな主なものであり、記載していない医療機能の必要性・重要性を否定するものではない。

※ 本資料は事務局で一定の整理を試みたものであり、引き続き議論を行うもの。

1. 2040年頃までを視野に入れた人口動態・医療需要

- 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約があり、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、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保し、地域の医療需要に対応することが一層重要となるのではないかな。
- 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者の増加に伴い、地域において以下のような機能を確保することが一層重要となるのではないかな。
 - ▶ 複数の慢性疾患の継続的な管理を行う機能
 - ▶ 患者に体調悪化が生じた場合に、生活背景等も踏まえた全人的な診療や保健指導等を行う機能
 - ▶ 必要に応じて他の専門的な医療機関に紹介し、その後、患者の状態が落ち着いた場合は、逆紹介を受け身近な地域で継続的に医療を提供する機能
 - ▶ 認知症対応を行う機能
 - ▶ 高齢者の体調急変時に夜間・休日対応を行う機能、初期救急や二次救急等で高齢者を受け入れる機能
 - ▶ 医療機関等で医療情報の共有を行い、継続的な治療や服薬管理等を行う機能
 - ▶ 生活の場で高齢者を支える在宅医療を行う機能
 - ▶ 在宅療養者の後方支援病床を確保し、入院医療機関と在宅医療を行う医療機関等が連携し、入退院時の情報共有・支援を行う機能
 - ▶ 高齢者施設における入所者の高齢化も踏まえ、高齢者施設の入所者に対する日常的な健康管理、慢性疾患の管理、体調急変時に備えた指導や体調急変時の対応など、高齢者施設における医療を行う機能
 - ▶ 自宅や高齢者施設を含め、看取り・ターミナルケアを行う機能。本人の望む医療やケアを繰り返し話し合うACPを行う機能
 - ▶ 地域包括ケアシステムの中で、主治医意見書、地域ケア会議、ケアカンファレンス、認定審査会等の対応をはじめ、介護サービス・生活支援サービス等との連携・調整を行う機能
 - ▶ 高齢者の生活を支える観点から、治療等とともに、健康相談・生活指導等を行う機能
 - ▶ 予防の観点から、健診・予防接種等を行う機能 など
- 高齢者が増加する中で、治し支える医療を提供するため、個々の医師の担う領域を広げていけるよう、医師の教育や研修の充実が重要となるのではないかな。

2040年頃までを視野に入れた今後の人口動態・医療需要等を踏まえた 地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制のイメージ（たたき台案）②

2. 2040年頃までを視野に入れた医療提供体制を取り巻く状況

- 生産年齢人口が減少する中で、医療従事者の働き方改革を進めながら、地域で必要な医療提供体制を確保するため、以下のような取組が重要となるのではないかと。
- ▶ 生産年齢人口が減少して医療需要の質・量が変化するとともに、人材確保が困難になると見込まれる中で、効率的に質の高い医療を提供する観点から、地域によって、一定の症例を集積して医療の質を確保するとともに、医療機能の転換・集約化、地域の医療機関等の連携の確保、遠隔医療やオンライン診療の活用等。その際、医療情報を共有する基盤の整備、疾患・機能に応じたアクセス時間の考慮等が重要。
- ▶ 24時間の在宅医療や夜間・休日対応等を行うため、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の推進。手法の一つとして地域医療連携推進法人制度の活用。
- ▶ 地域の医師の高齢化が進む中、健診、予防接種、学校医、産業医、警察業務等の地域保健・公衆衛生の体制の確保。
- 医療従事者の確保や医療従事者が活躍できる環境の整備、医師の地域・診療科偏在への対応、現役世代が医療・健診・健康相談等を受けられる体制の確保、医療の高度化や持続可能性への対応等も重要となるのではないかと。

3. 地域の医療提供体制のイメージ（大都市部、地方都市部、過疎地域等で異なる）



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がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約があり、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。

これまでの分科会等における主な意見

【かかりつけ医機能報告の報告内容】

(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」)

- ・現在の医療提供体制や外来診療を見ないと、現場に大きな混乱を招く。現在の外来は、自分の専門性をもって開業しているのが一般的で、専門性を維持しつつ、診療の幅を少しずつ自己研鑽や研修で広げていって診療している。それらの医療機関の外来診療、在宅医療、地域医療への貢献、公衆衛生等があって、それらを組み合わせで地域の医療提供体制になっている。かかりつけ医機能は、多くの医療機関が参画でき、地域を面で支えて医療が提供できることが重要。患者と医療者の信頼関係が瓦解する制度設計になると、医療現場に大きな混乱が生じて問題が大きい。
- ・今後85歳以上の高齢者が増加するので、かかりつけ医機能に参加する医療機関が重要になる。他方、医師の高齢化が進んでおり、多くの医療圏で開業医が減っていく。1号機能を厳格にしすぎると、結果的にかかりつけ医機能の議論が進まなくなる。かかりつけ医機能に参画する意向のある医療機関はできるだけ全て参画できるようにすることが重要。その上で、協議の場で、地域で足りない機能や、自院で担うことができる機能を考えながら、充実させていくことが重要。
- ・診療領域か症状かについて、診療領域では、患者がどの医療機関にかかればよいか判断できない場合がある。症状なら、自分の症状ならどこの医療機関に診てもらえるかが理解できるようになるため、対応できる症状を報告することとすべき。症状によっては領域が複数にわたり、レベルによって一次診療が可能かが変わってくるので、患者の相談に応じるかどうかは患者視点では一番分かりやすい。
- ・診療科は標榜されているので、標榜されている診療科以外に、このような症状も診られるということを明らかにした方が、患者にとってプラスになる。
- ・かかりつけ医機能報告は、患者の適切な医療機関の選択に資することが最大の目的。保険者の立場としては、どの医療機関がどんな症状に対応できるかが明確になれば、加入者に分かりやすい情報発信ができ、患者が医療機関を選ぶ際にも効果的。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を報告する案1が一番望ましい。症状の報告は難しいという意見もあるが、臨床研修の必修項目で頻度の高い症状の報告は可能ではないか。案2の別案のいずれかの症状だと、総合的な診療が担保されるのか疑問。案3は、どんな症状に対応するか分からないと、報告の目的が果たせない。
- ・全世代型社会保障構築会議の報告書にも、日常的に高い頻度で発生する疾患・症状に幅広く対応することが書かれており、案1のように、一定以上の症状に対して診療を行うことができることを要件とするのが理にかなっている。案3のように診療領域や症状の報告もないのでは、何のためのかかりつけ医機能報告なのか分からない。民間のアプリが症状で医療機関検索を行っている。かかりつけ医機能報告で、何らかの形で症状の報告を求めることが必須。
- ・かかりつけ医機能の役割に期待されるのは、病院や救急車の疲弊軽減と患者のQOLの向上。患者の医療機関の選択のため、報告は患者に分かりやすいことが重要。診療領域を出すのでは現状と変わらない。患者には、症状の方が分かりやすい。一次診療で全部診てほしいということではなく、実際に診療して難しい場合もある。患者からは、相談したらきちんと対応してくれて、診療して別の医療機関への引き継ぎも含めて責任感がある、信頼できることが最も大切。患者側の医療教育も重要。
- ・現場を預かる立場として、症状で区切るのは分かりやすいようで現場ではそうではない。症状は主観的に受診者が訴えるもので、文化的、地域的なものがあり、症状で話を聞くと、実際は異なることがある。症状よりも、診療科を示す方が分かりやすいのではないか。かかりつけ医は、身近にいて信頼できて相談しやすく知識をもった医師を患者が選ぶもの。1号機能はあまり絞るべきではなく、患者が1号機能の報告によりそれぞれの医療機関のできることを見て、医療機関を選ぶことが重要。
- ・症状から考えられる疾患は多岐にわたる。症状に対して、どれだけ対応できるか、一次対応でも初期対応でも、どの程度までできるのかは、医療機関にとって非常に判断が難しく、これによって手挙げがしにくくなることを考えると、将来変えていくことは考えられるが、初期においては、診療領域の報告がよい。
- ・35の症候を示すことは混乱を招くのではないか。患者が受診する際には複数の症状があり、背景には様々な原疾患があるので、一歩先で混乱していく可能性がある。どんな専門性をもっているのかや、相談しやすいという部分を明らかにした方がいいのではないか。
- ・一次診療と患者からの相談対応に分けたのは大変よい。患者がかかりつけ医を選ぶにあたり、幅広さと同時に、医師の専門性で判断されており、一次診療は、診療領域で示す方が分かりやすいのではないか。患者からの相談対応は、患者が自分の症状で困ったときに検索するということで、症状でよいのではないか。
- ・案1の症候は医師免許を持つ全員が一定の判断をしなければいけない内容であるところ、特にしっかり診られる症候を挙げていただき、一方で、それ以外の症候を患者が相談できなくなることを防ぐため、案1と案2をバランスよく混ぜて、両方記載すべき。

令和6年5月24日「第5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

- ・1号機能は、医師の診療能力や資質、かかりつけ医になる意欲を聞くということであり、こういう機能があるということを報告してもらい、それが実際にできることを裏付ける担保を客観的にみて分かるように示すことが重要。どの症状や診療領域の対応はできるという報告して、実際にできることを医師会や学会の研修を受けていることで裏付ける、研修はクオリティーコントロールとして出す。現に十年も開業していて、患者との信頼関係もある医師であれば、実習は要らないので、制度的な座学をしていただければよく、研修の中身で対応できる。多くの医師にかかりつけ医機能に参画してもらうなら、医療界で研修を充実することが重要。今回の法律は継続的に医療を要する者を対象にしているが、将来的には、これから病気になる者も重要になり、幅広く多くの医師が参画する仕組みとするのではないかな。
- ・大事なのは案2の④で、医師の専門性には濃淡があるので、患者からの相談の対応可能の有無の報告が重要。患者がきたら必ず受ける、自分ができることはやる、必要があれば専門機関につなぐという、地域の医師や医療機関と協力して解決策を提供することが重要。
- ・精神疾患のある高齢者が増えると、身体合併症が出てきたとき、どのように他の診療科と照らし合わせるのか、相談するのかが大きな課題。医療機関間の連携が取れるような表記が必要ではないか。
- ・障害者の立場から、原疾患がある場合は、専門の医師からアドバイスをいただいているが、高齢化に伴って生活習慣病等にもなりやすいと思っている。身近な地域に障害者も診ていただける医師がいることは心強く、身近な地域に症状についていろいろ相談できる医師がいることが重要。
- ・患者が自らの症状等に応じて最善の治療を受けるための医療機関の選択の判断材料となる情報が必要。医師、外来看護師、専門看護師等の数だけでなく、専門領域、具体的に提供できるケアや支援という情報も必要ではないか。
- ・総合的な診療を担保するため、かかりつけ医機能研修の修了者や総合診療専門医の配置は報告事項に入れるべき。
- ・研修したらすぐに診療できるのかというと、自己研鑽や経験を積み重ねて、しっかりとした診療ができるもの。研修修了者でないと手挙げができないのは、高齢者の増加に対して、より多くの医療機関がかかりつけとなることが重要である中で、手挙げがしにくくなる。研修を修了しているかどうかを報告して可視化すれば、患者の医療機関の選択に資するのではないかな。
- ・研修を受けていないと報告できないという報告の要件にはすべきではない。研修自体をどうブラッシュアップしていくのか検討した上で、徐々に必須とすべきか検討することが必要。研修を受けていないだけで報告ができないとなると、患者とかかりつけ医の関係からマイナス面が大きい。

(2号機能「通常の診療時間外の診療」「入退院時の支援」「在宅医療の提供」「介護サービス等と連携した医療提供」、その他の報告事項)

- ・かかりつけ医機能として、地域で時間外や休日などをどうしていくかを考えると、多くの人が参画して面での地域連携を作っていくため、2号機能の報告、議論が重要になってくる。その上で、かかりつけ医機能を支援する病院・診療所が重要になってくる。
- ・2号機能で、関係する診療報酬項目の算定状況を報告事項に入れることは重要。レセプトデータをほぼ自動的に報告の際に利用するという形で、医療機関の入力の負担を軽くすることが重要。
- ・時間外対応加算は体制を評価するものであり、実際の診療を評価する時間外加算、深夜加算、休日加算の算定実績も報告が必要。
- ・地域医療の質の向上という点で、2号機能は非常に重要。入退院支援では、入院によって、かかりつけの医師との関わりが離れてしまうことが往々にある。退院ルールのような地域の仕組みにかかりつけ医も関与していく仕掛けが重要ではないか。
- ・ACPの実施状況の報告は、実施の有無という二択ではなく、実態が見えるような報告内容が重要。
- ・ACPについて、今回の診療報酬改定で、ACPの実施とともに、他事業所や多職種での情報共有も評価されることになったので、実績等も報告することが重要。
- ・学生・研修医・リカレント教育等の教育活動は、やる気・積極性があることが分かるので、国民は知りたい情報。今後担う意向の有無も報告事項に入れるべき。
- ・市町村の立場からも、今後の在宅医療ニーズに対応した体制確保の検討のため、今後担う意向の有無を把握することは必要。
- ・今後担う意向の有無が報告事項になっているが、現在機能がある場合に、将来続けていく意向の有無も報告事項とすべきではないか。
- ・かかりつけ医機能を支援する医療機関は非常に重要であり、ガイドラインでモデルを提示するだけでなく、報告事項の中に位置付けてはどうか。

【かかりつけ医機能報告の対象医療機関】

- ・地域医療支援病院で、かつ、かかりつけ医機能を担うということが認められるということによいか。
- ・健診だけやっていて、一般の診療をやっていない医療機関は、対象医療機関から除いた方がよいのではないか。
- ・かかりつけ医機能を担う意思と能力がある医療機関に手挙げをしてもらうことからすると、かかりつけ医機能を担う意向がない医療機関に機能はないという報告を求める法律の立て付けに問題があるのではないか。

【協議の場】

- ・市町村の立場から、地域の協議の場について、テーマに応じて市町村単位、二次医療圏単位、都道府県単位など、協議の場を重層的に設定することに賛成。参加者について、協議テーマに応じて、市町村も参加者として、都道府県が市町村と調整して決定することに賛成。市町村は、住民アンケート等を通じて自らの市町村の実態を把握して、協議に臨み発言するなど、主体的に関わることが重要。在宅医療・介護連携推進事業の中で、市町村はすでに在宅医療に取り組んでおり、在宅医療提供体制の充実は今後市町村が取り組むべき中核的な仕事。国は積極的に取り組む市町村を支援してほしい。
- ・市町村が協議の場に入ることはとてもよい。多くの市町村は医療に関して当事者意識が薄いので、当事者意識を持って関与してもらう施策をセットにする必要。
- ・入院は二次医療圏単位でよいが、外来は市町村単位で議論して、連携を取って役割分担を進めていくことが必要。医療機関が少ない町村もあり、そのような地域では保健所等が主体となり市町村と連携を図りながら対応するなど、人口規模、医療機関数等を踏まえ、柔軟に体制が考えられる仕組みがよい。
- ・介護や福祉との連携を考えると、都道府県だけではなく、市町村や地域医師会等の関与を大きくしていくとよいのではないか。
- ・個々のかかりつけ医機能報告は、各医療機関の点の情報であり、線でつないで面にしていくコーディネートが必要。協議の場で目指すべき全体像を共有し、足りない部分を検討するという、デザインができる参加者、権限、体制が重要。在宅や地域医療を考える圏域、入院を考える圏域など、レイヤーで計画をつくっていくので、地域医療構想の話につながっていく。

【患者等への説明】

- ・説明方法について、電子的な方法は必要。外来等でも患者等から求めれば治療計画等が文書やメール等で交付されることを国民に周知する必要。
- ・一定期間の継続的な医療提供として、生活習慣病等を想定して4か月と思うが、運用の実態を踏まえ、必要があれば基準の見直しも検討してもよいのではないか。

【教育や研修の充実】

- ・実地研修もちろん大事であるが、現場で働いている忙しい者を考えると、効果的なドリル、症例ベースの研修として、学びたい人が学びたい分野をしっかりと学べるデジタル教材をつくっていくべき。医師のみならず、多職種も勉強できるデジタルシステムがよい。
- ・かかりつけ医機能を担う全ての医師向けの研修として、eラーニングなどで自ら学べるものを作り、全体を底上げすることが重要。また、他の科から総合診療の分野に移行して、かかりつけ医機能を支援する医療機関に従事する医師になるような研修も重要。
- ・実地研修の場を提供する医療機関について、かかりつけ医機能報告を通じて確認することは重要。かかりつけ医機能の制度整備はそれなりに時間を要するものであり、いかに人材育成をするか、医療機関に人材育成の協力を得られるかということは重要なポイント。
- ・大学を含む医学教育で、かかりつけ医機能の教育を強化することを入れるべき。
- ・医療機関がかかりつけ医機能を発揮するためには、医師のみならず、他の職種の教育や研修も重要。看護の立場からは、在宅医療を担う者は、意思決定支援、多職種連携、退院支援、社会資源の知識・活用など、多くのことを学ぶことが重要。研修の場の整備に関して、多職種も含めて検討が必要。

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①

【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たいただい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確認することは、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うことは考えていない。そこまで患者さんをお願いするのは無理。
- ・ 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、いろいろな問題が出てくるのではない。
- ・ 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。
- ・ 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と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。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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。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。

【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。

令和6年1月24日「第3回 かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」における主な意見①

【かかりつけ医機能(総論)】

- 医療機関においては、それぞれの医療機関が持つ役割あるいは果たすことのできる機能をさらに磨いて幅広くし、そして、できればなるべく深くさらに掘り下げていくという努力を、引き続きしっかり継続する必要がある。
- 自分のところ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しっかり連携して、地域が面として役割を担えるようなことが望まれる体制ではないか。
- 今後いかに持続させていくかということを考えると、1人の人に負担がかかり過ぎないようにするいろいろな工夫が必要。自分のできるところ、できないところもあるわけで、そこを地域で補い合っていくという連携、あるいはお互いのことがよく分かって、やっている人と自分の役割とうまく合わせて、地域に必要な機能を見いだしていくという形が今後必要。
- 在宅療養者、その家族が安心して療養生活を送れるように、在宅医療チームと入院医療チームの協働が重要。高齢者の急性期医療は、若い方たちの急性期医療と異なって、病気だけでなく、全人的に患者の生活など、総合的な面を考慮して治療をしていかななくてはならない。
- 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担をできるだけ軽くすることが重要。
- 高齢者向けのかかりつけ医機能を基盤にしながらも、現役世代もかかりつけ医機能を活用することができるというような、1つの仕組みで現役世代も恩恵を受けられるものを考えていくのではないか。
- 現役世代は、通常は介護は必要ないし、在宅医療の必要性も低い。高齢者はその2つを重視するわけだから、かかりつけ医機能として、在宅医療や介護との連携という機能を持っていることが、現役世代がかかりつけ医機能の恩恵に浴するところで邪魔をすることはない。
- 新型コロナの感染拡大を踏まえて、かかりつけ医をどう考えるかという質問に対して、持病ありで89.2%、持病はないが体調不良がありで83.5%、かなりの数の方が、かかりつけ医が必要だと回答。かかりつけ医に対する国民・患者の期待が大きく、今回の制度整備は非常にタイミングがよい。その都度医療機関を選ぶほうがよいという回答が10%程度あり、1人の医師とか、1か所の医療機関に決めたくないということ。そもそも医療は単独の医師とか医療機関で完結するものでなく、こうした方々のニーズを確実に受け止めるためにも、地域の面で対応する体制というのは必要。
- 365日24時間を全部に強要しても、これは難しい。受け入れられないということになるので、現状で実現可能な形でどうすればよいかという発想の中で、持続可能性を考えながらやっていったらよい。
- 85歳以上の方は、地域の中でかかりつけ医の先生方が日常は診ておられるが、入院が必要になったときに、高機能の大病院に行くというのは、非常に効率が悪い。地域に密着した中小病院の入院機能を活用することが肝要。短い入院期間で、できるだけかかりつけ医の先生に返っていただくように、積極的に進めていく。かかりつけ医機能支援病院の役割は、在宅療養支援病院の機能強化型とほぼ同じ。
- 高齢の方は入院が必要になる場合が非常に多いので、かかりつけ医機能支援病院として、民間の中小病院の役割が重要。
- 在宅医療を行っている施設がよくて、行っていない施設が駄目ではない。在宅医療はかかりつけ医機能の一部で、その一部で優劣をつけるものであってはいけない。それよりも、医療機関同士がどのように連携して、地域を面で支えるかという方法を考えることが重要。仮に救急医療のように、一次から三次のように区分すると、一次は現状の多くのかかりつけ医機能を担う医療機関で対応できるのではないか。二次、三次に進んでいくと、かかりつけ医機能支援病院または診療所が担当するという、すみ分けもできてくるのではないか。
- 在宅医療イコール24時間対応と認識され、在宅医療をやるイコール在支診になりなさいという認識が多い。地域の顔の見える関係の中でかかりつけ医機能支援診療所にバトンタッチをしていただくことで、そこまでは地域の今までのかかりつけの先生に診てもらおうという流れの構築が今後重要。
- かかりつけ医支援診療所は、もう少し機能強化型の在支診までも踏まえた、看取りまでも踏まえた機能を有していると想定。もともとの外来で診ていただいたかかりつけの先生が対応困難というときに、地域の中で速やかにバトンタッチができるような機能を有することになるか。

【医師の教育・研修】

- 全日病は総合医育成事業を実施。対象は全てのキャリア、全科の医師。自院で働きながら2年間から3年間の研修を受けていただく。目標とする医師像は、臓器別にとらわれない幅広い診療ができる医師であり、医師はいろいろな面でチームのリーダーになりマネジメントができることが重要。
- 総合診療専門医が重要なプレーヤー。総合診療専門医は、取得後のキャリアの不透明さが、若い方の間で問題視されているが、地域を支えるキャリアを訴えることで、若手医師にとって魅力的になる。

令和6年1月24日「第3回 かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」における主な意見②

【協議の場】

- 顔の見える関係、医師会を通して問題を協議できるような場であったり、地域医療構想調整会議が発展して、地域で起きている問題を地域で共有して、どうやって解決していこうか検討したり、今後のかかりつけ医機能の協議の場で共有することによって、問題解決に進んでいくことが重要。
- 新潟市南区は、急性期の病院、地域密着型の病院、診療所、訪問看護、介護事業所、これらのつながりを深める有志の会が10年以上前からある。有志の会は、定例で顔を合わせる場として継続して動いてきており、関係者の長い関わりの中で、非常に安定した信頼関係が醸成されている。区民の公開講座でこのような形で医療が動いていることを区民にも話している。面展開のために、地域医療を支える医師とともに、連携拠点のコーディネーターが活動することの重要性を示したモデル。

【市町村の役割】

- 都道府県の医療計画では、病床からあふれた高齢者を地域で受け止めるという発想に対し、稲城市では、地域の在宅医療サービスでは支え切れない高齢者が、病院へ入るという発想で、地域での在宅医療サービスの提供状況、強化施策を稲城市医療計画として策定。
- 市職員が訪問医療を行っているドクターを取材し、診療所の概要や特徴、医師の顔写真や専門、医師になった経過やモットーなどを掲載し、市内の医療機関、ケアマネジャーなどへ配付して、在宅医療が必要となってきた高齢者に、円滑に提案することに役立てている。
- 市町村が地域の医療提供体制の実態を把握し、市町村が必要と判断する事業の施策を、市町村が実施することが、地域の在宅医療の基盤づくりに有効であり必要。

【医療機能情報提供制度】

- 国民にとっては、医療機能情報提供制度が既に動き出していて、また、今後もさらに拡充されて分かりやすくなるが、コロナのときにうまく使われたかという点、必ずしもそうでなかった。医療機能情報提供制度をいろいろな面から拡充して、利用しやすいようにしていくことが必要。
- かかりつけ医、あるいは、かかりつけ医療機関を持っていない方々に、理由を質問した。あまり病気をしないなどの回答が多かったが、どう探していいのか分からない、情報が不足していると回答した方々には、解決策を提示する必要。今回の制度整備で前進することを期待している。
- かかりつけ医機能報告制度における質の担保について、適切な研修の受講、学会等の認定を受けた医師の配置といった情報が提供されるとよい。体制だけではなく、機能を発揮した実績といった情報もほしい。
- 医療機能情報提供制度、保険者、民間事業者等を通じて、広く国民に分かりやすく発信をしていく中で、不足する機能も可視化して、機能強化を促進することは重要。また、研修修了医師や、認定医の氏名とか所属先を各団体から公表することも重要。
- 都道府県の医療情報システムは、病院、診療所、歯科診療所、薬局の検索は簡単だが、訪問看護ステーションのデータがほとんどない。各医療機関に連携している訪問看護ステーションを探し出すのも苦勞する、今後の面的なことを考えれば、ここの部分は留意しないといけない。

【情報連携基盤・DX】

- 各地域の医療資源に対応できる制度設計が必要であり、かかりつけ医の確保には、保健・医療・介護の連携も含めて、市町村の関わりが必要。ICTの活用による診療の補完、関係者の連携が重要であり、そういうものが担保される仕組みが必要。
- 医療機関の減少と並行して、公共交通機関が脆弱になっており、通院の手段確保が難しくなっている。中山間地域における医療アクセスの改善のため、ICTを活用して、ヘルスケアモビリティの導入、対面診療を一部補完するオンライン診療の普及などを支援している。
- ヘルスケアモビリティの導入について、利用者からの評価は、ドクターが画面越しでもきちんと診て、看護師が隣について説明してくれるのであれば、非常に楽になった、行く手間もかからない、交通費もかからないということで、評価は高い。中山間地域では看護師の確保が難しく課題。

令和5年12月6日「第2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

【地域の病院・診療所におけるかかりつけ医機能の実践】

- 地域でかかりつけ医機能を実践していくには、地域において仲のよいグループを作り、一緒に活動していく雰囲気を作っていくことが重要。
- 地域でかかりつけ医機能を発揮していくには、グループプラクティスが重要。例えば、看取りを持続的に行っていくために、地域で輪番を組んで共同で行うことや、ICTシステムの活用等による訪問看護ステーションを含めた連携が効果的だと考えている。
- かかりつけ医機能を発揮していく上では、ICTシステムの導入等で行政の介入があるとありがたい。
- 地域でかかりつけ医機能を発揮していくには、介護との連携、ケアマネとの連携が重要。ケアマネが病院内の会議に参加することや、実際に患者に接しながら医師や看護師とも直接コミュニケーションを取っていく中で医療の知識も身に付いていく。福井県では、入院の場合は3日以内にケアマネが病院に来て連携することをルール化している。
- 地域医師会は警察医や産業医も含めたコーディネート機能を持っており、在宅医療の拠点も、地域医師会主体で担っていくのがよいのではないかな。

【かかりつけ医機能の考え方】

- 地域に必要なかかりつけ医機能が発揮されるようにするにはどうするかに焦点を絞り議論を深めていくことが必要ではないか。1つの医療機関や1人の医師が全てを担うことは困難であり、地域で必要なかかりつけ医機能を、地域の医療資源を開発しながら、どのようにして実現していくか、医療機関あるいは医師、医療従事者がそれぞれの役目に応じて、自分ができることを拡大していく努力をしていく方向性で議論を行うことが重要ではないか。人口が多く医療資源が豊富な地域もあれば、医療資源が非常に限られた地域もあり、それぞれの地域の特徴を反映できるようにすることが重要。
- かかりつけ医機能は地域のネットワークの中で実現していくものであり、個々の患者にとっては、一番フロントに立って関わってくれる医療機関がかかりつけ医機能を担う医療機関となるのではないかな。医療資源の少ない地域と東京都のような医療資源の豊富な地域では条件も異なることから、ネットワークの作り方は画一的なものではなく、地域の現場の先生方の考えをベースにしていくのではないかな。
- 医師不足地域と都市部ではかかりつけ医機能のニーズも異なり、これらを一緒に議論すれば混乱を招く。医師不足地域におけるかかりつけ医機能の発揮の例を参考にしつつ、都市部のかかりつけ医機能を考えていく必要があるのではないかな。
- 医療機関に求められるかかりつけ医機能と、かかりつけ医としての医師個人の資質能力は、区別して議論すべき。一定の幅の広い診療ができることは必要であるが、それをどこまで要求するか、それを担うためにどのような研修が必要かについては、医療界において考えるべき。
- 医師が研修を受けて診療の幅を広げることは重要であるが、何らかの機能を有していなければかかりつけの医師となれない、という仕組みにすることは、フリーアクセスの阻害にもつながることになり、慎重な議論が必要ではないかな。
- かかりつけ医は高齢者だけのためのものではない。今後の議論の中で、若者等も含め、フォーカスを広げていくことが必要ではないかな。
- かかりつけ医を若い方が持てはいけないというものではないが、実現可能性の観点からも、当面は、慢性疾患を有する高齢者や乳幼児、継続的な診療を必要とする患者に焦点を当てて制度整備を進めていく必要があるのではないかな。

令和5年11月20日「第1回 医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会」における主な意見

【医療機能情報提供制度の運用について】

- 医療情報ネットの認知度が低い。本当に必要な方に情報が伝わるよう、医療情報ネットの認知度の向上が必要である。
- システムの全国統一化後も、ICTの導入に対応できない高齢の医師等が医療機能情報提供制度の報告が行えるよう配慮してもらいたい。
- システムが変わって住民・患者・病院等から多数の問合せが寄せられることが想定されるので、厚生労働省の窓口において都道府県の問合せ対応を十分に支援してもらいたい
- 医療情報ネットで提供される情報の信頼性を高めるために、基本情報以外の情報も変更後速やかに更新されるようにするべきである。

【医療情報ネットにおける対象者別の情報提供について】

- 対象者別の情報提供のあり方については、当事者からユーザビリティについての意見を聴きつつ、システム改修を進めていくべきである。
- 弱視の方について、表の音声読み上げ機能などの利用が難しいという声を聞くので、精密に設計が必要である。
- 小児について、「ネットでの予約が可能であるか」の情報が重要であり、検索条件に追加してはどうか。
- 検索条件設定ページを作成する利用者区分として、妊娠関係や女性特有の病気を検索したい方が多いと思うので、「高齢者」、「小児」、「障害児・者、難病患者」の他に、「女性」を追加してはどうか。

【医療情報ネットの利便性の向上について】

- 高齢者がスマートフォンで検索しやすいようにシステム設計を行うべきである。
- 外国語翻訳について、英語、中国語、韓国語だけではなく、スペイン語もニーズがありそうなので、対応してはどうか。
- 医療機関の検索において、チャットボットが利用できるようにしてはどうか。
- 医療情報ネットは多くの国民が利用してこそ価値のあるサイトになると思うが、スマートフォンで利用する方が多そうなので、アプリ化を行うべきである。
- 症状から、受診すべき診療科が案内されるとよいのではないか。

【医療情報ネットでの情報提供のあり方・かかりつけ医機能の情報提供について】

- 病院から報告された医療機能情報そのままだと、一般の方には理解できないような内容が多いので、翻訳するようなことが必要ではないか。
- 医療情報ネットで提供される情報が多すぎても利用者の混乱を招くので、リミットをどうするのか考えないといけない。
- かかりつけ医機能の報告項目は見直し中のところなので、そのことが令和6年4月の医療情報ネットの運用開始時に住民・患者に適切に伝わるようにしないといけない。
- 医療機能情報提供制度は患者に適切な受療行動を促すことが目的であり、かかりつけ医機能のある医療機関がうまく検索できるようにする必要。医療情報ネットの機能を充実させるほど、近くの大病院や専門病院が検索される懸念。
- かかりつけ医機能の情報提供が医療情報ネットでどのように行われるか、一般公開前に実際にシステムを操作して改善のための意見を言えるようにしてもらいたい。
- かかりつけ医機能報告制度と全国統一システムが将来的にどう結びついていくのか。救急や時間外対応を行う医療機関に行ったほうが予約なしで簡単に診てもらえるといった認識間違いが生じないようにする必要。

令和5年11月15日「第1回 かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」における主な意見①

【検討の視点・方向性】

- 地域で連携しながら必要なかかりつけ医機能を確保していくということに加えて、自身が担うことができる領域を広げていく努力が大切であるということ、今後の議論の中でコンセンサスが得られればよい。地域の医療資源の有効活用や地域の特性を踏まえた機能の確保の観点から、現存する地域の医療機能の底上げが図られるような議論になればよい。
- かかりつけ医機能のうち、日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能は特に重要であり、その点を意識した制度設計が必要。時間外診療や入院支援、在宅医療、介護サービス等との連携も重要だが、連携の強度やタイトさが極めて重要である。医療機能情報提供制度も含めて、地域住民の医療機関の選択に資するよう、かかりつけ医機能の可視化が必要。また、地域全体の向上には基準の明確化が必要であり、国民にとって分かりやすい形での確認・公表が重要。患者への書面交付については、障害者や医療的ケア児、難病患者も対象に含めることを検討すべき。
- 水平的連携を進めるには、医療介護全体をコーディネートする役割や視点が大切。医療・介護を必要とする人を支援するには、訪問看護ステーションや介護事業所、ケアマネを含む連携体制の構築が重要。通院困難な方に対しても、オンライン診療や訪問看護で支えることも重要になる。また、医療機関が担うべき役割やその役割を地域連携の中で果たしていくための研修の在り方についても議論すべき。
- かかりつけ医機能報告によって地域における機能の不足が見える化されるようになり、地域の実情に見合う形で、連携しながらカバーし合える体制づくりが重要。より多くの先生に手を挙げてもらえるような柔軟な制度とすべき。
- 報告制度を検討していく上では、市民の立場から見た分かりやすさ、市民の感覚を踏まえた情報提供という視点と、地域においてかかりつけ医機能を面で支えていくに当たって必要となるデータとしての側面があり、これらは別の視点で切り分けて考える必要がある。
- 報告制度の詳細を検討する以前に、今あるリソースをどのように活用していくのか、この報告制度で何が変わるのか、アウトカムを具体性を持って議論すべきではないか。
- 現在の外来がどのように成り立っているのかを認識する必要。医師は病院で20年ほど勤務し、かなり高い専門性を持って開業している。開業した場合、様々な研修を受けるなど、少しずつ自身の領域を広げていく形が基本。患者がかかりつけ医機能を担うと考える診療科は、内科が多いが、様々な診療科を認識。全ての診療科において継続的に診察を要する疾患があることを踏まえれば、ほとんどの診療科が報告制度の対象となり得るのではないかと。できるだけ多くの先生方に参加いただける制度とすることが望ましい。難病等の患者は高次の医療機関がかかりつけ機能を担う場合もあり、報告対象について、高次の医療機関も検討してもよいのではないかと。
- かかりつけ医機能の在り方は、首都圏や地方都市、県庁所在地とそれ以外でも、役割が異なる。患者側も、意識ははっきりしているが重症な病気を持っている方もあれば、高齢化により支援が必要な方もおり、区別しながら検討することが必要。
- かかりつけ医機能を果たしていく上で、質の高いケアを継続的にできる努力が大切。毎年継続的な報告により、かかりつけ医機能の発揮に対する医療機関の努力が患者目線で見えるような報告項目を設けるべき。また、研修制度も大切であるが、かかりつけ医機能を有する医療機関がOJTで担い手を育成する役割を果たすことが期待され、何らかの形で評価する仕組みがあるとよい。さらに、紹介受診重点医療機関が、かかりつけ医機能を有する医療機関になることは否定しないが、当該医療機関の中で、かかりつけ医機能を担う部分と紹介受診を受け入れる機能の部分は線引きが必要。かかりつけ医機能が曖昧なものにならないよう、ある程度輪郭を明確にすることが重要。
- かかりつけ医機能を発揮する単位としては、二次医療圏単位ではなく、市町村単位、日常生活圏単位で考える必要。そのため、市町村が地域医療に関心を持って実態を把握することが大切。市町村の権限や施策の在り方も含め、検討が必要ではないか。
- 医療資源は地域により様々であることも踏まえた制度設計が必要。また、面的な対応には、ICTの活用が有効であり、支援策も検討すべき。
- 救急患者にしても入院患者にしても在宅患者にしても、85歳以上が大宗を占めており、85歳以上の患者を地域でどう支えていくのかを最優先に議論すべき。二次医療圏では議論は難しく、生活圏域の自治体を単位とすることが適当。85歳以上が急増している中で、できるだけ多くの医療機関、介護関係者が参画し、かかりつけ医機能を充実させていく必要。

令和5年11月15日「第1回 かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」における主な意見②

- 医療提供体制を取り巻く状況を踏まえて、なぜ今かかりつけ医機能が必要なのかもう少し明確化すべき。また、中医協のかかりつけ医機能の調査結果にあるように、患者側と医療提供側には、かかりつけ医に求める役割について意識の差があることに留意が必要。地域完結型の医療・介護提供体制の構築には、水平的連携を推進することも重要だが、専門医への紹介など、大病院との連携も重要。特に地域医療支援病院や特定機能病院には地域のかかりつけ医をサポートする重要な役割があることは重視すべき。
- 新しい制度の必要性を社会に説明できるよう、地域で面として医療がうまく機能しているのかや患者の満足度などが確認できるような指標を作って進めていく必要があるのではないか。かかりつけ医機能のコーディネーターを行政が支援する仕組みづくりも考えるべき。
- 地方と都市部では求められるかかりつけ医機能の幅も異なってくる。高い専門性で開業されていることから、日本の外来医療の質は一定程度担保されていると評価されるが、それをどういう形に考えていくのかということも議論すべき。

【国民・患者目線】

- 医療機能情報提供制度について、患者から見ると非常に分かりにくい。かかりつけ医機能報告の導入に当たっては、国民にとって分かりやすいキーワードで検索できる制度にすべき。また、この報告制度を国民がかかりつけ医機能を担う医療機関を探すときに使うよう、制度周知も必要。
- かかりつけ医機能を担う医療機関は患者が主体的に選ぶものであるべきだが、かかりつけであるということについて、患者側と医師側の認識が一致しているかが重要。
- 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。また、患者側と医療機関側でかかりつけ医機能に求める内容にギャップがあり、それを埋めるには、総合的な診療ができる医師の育成や総合診療の知識・技術の習得が必要。

【地域における協議の場】

- かかりつけ医機能に係る協議の場について、病院主体の地域医療構想調整会議は適切でない。構成員や会議等の再構成が必要ではないか。
- 既存の在宅医療・介護連携推進事業では、在宅医療や24時間体制の確保等に関して、医療機関同士の連携の取組が不十分。地域で不足する必要な機能を補い合うには協議の場での丁寧な議論が必要。協議の場では個別性の高い議論になり得ることから、コーディネーターをうまく活用していくことやその支援が必要。

【障害者のかかりつけ医機能】

- 障害は多様であり、障害の原疾患への理解やその時々体調や症状を診断してくれる機能が身近なところであればありがたい。

【医師の教育・研修】

- 教育研修については、急な変革は困難であり、自分で学びやすい環境をどう効果的・効率的につくっていくかの議論が必要。医師が将来理想的なかかりつけ医になるために、例えば一つの専門性を持ちながらかかりつけ医機能を担うために必要な学びは何か、どの分野で何を学べば幅が出せるようになるか、現場の医師が学びたい内容を聞くことが大切。
- これまで日本の医療を支えてきた方が参加できないような仕組みは避ける必要があるが、単に人数を増やすだけでは解決しない問題もある。総合診療専門医の活用や、プライマリーケアや在宅医療等のリカレント教育が重要である。

令和5年10月13日「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会」における主な意見

- 医療部会、親検討会、2つの分科会において、議論の状況を相互に共有しながら検討を進めていくべき。
- 今回の制度整備は、全世代型社会保障改革の一環という位置づけであり、全ての国民が恩恵を受けられる制度整備とすべき。また、かかりつけ医機能報告制度と医療機能情報提供制度について、医療の質の担保の観点から運用上の実効性を高めるべき。
- かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める上で、全世代型社会保障構築会議の議論も踏まえた検討が必要。かかりつけ医機能の上位概念として地域包括ケアがあり、地域の中で医療・介護等が連携して体制を構築していくことが重要。医療の視点だけでなく、地域で必要とされるかかりつけ医機能を考えて、報告制度にどう織り込むか検討すべき。今後の課題として、患者による選択、かかりつけ医機能の定義・明確化、健康な現役世代、患者・国民のニーズ、医療機関の連携・ネットワーク、医療情報基盤等が考えられる。また、かかりつけ医となる個々の医師の資質・能力の向上、かかりつけ医機能を担う医療機関の制度面と現場での実装、連携・協働を支える基盤整備、財源の確保等の議論も必要。
- 現存する外来医療提供体制が急変してしまうことのないよう、現行の仕組みの長所は活かしつつ、さらによりよいものにしていくという視点が重要。医療資源を最大限に活かしていく観点からも、実際に現在かかりつけ医機能を担っている医療機関が積極的に参画できるような報告制度とすることが重要。
- 医師の高齢化が進み、特に地方では開業する医師も減っている中で、多くの医療機関がこの制度に参画できるようにすべき。地域によっては紹介受診重点医療機関がかかりつけ医機能を担っている場合もあり、地域の実情に応じて医療資源を有効活用できるような制度とすべき。
- 複数の医療機関が連携して、地域住民のかかりつけ医機能を担っていくという考え方が定着するような議論が必要。かかりつけ医機能を持つ複数の医療機関のどこかで診るということはフリーアクセスの考え方と矛盾するものではなく、国民が誤解しないように理解の浸透を進めることが重要。国民皆保険の中で保険者の役割が重要であり、保険者が被保険者に適切に情報提供できるような仕組みとすべき。かかりつけ医機能の確保には在宅医療や介護との連携の視点が重要であり、市町村も参画する制度とすべき。
- 自治体によって医療資源も様々であり、地域で頑張っている医療機関が撤退してしまうことがないような制度設計を考えるべき。
- 医療ニーズは患者によって様々であり、また、国民がかかりつけ医を担う医療機関を選ぶための選択肢が豊富な地域もあればそうでない地域もある。患者が自身の状態を踏まえ、患者主体で適切に選択できるように、かかりつけ医機能報告の検討を行うべき。
- かかりつけ医機能を地域で面的に支える上で、その機能を積極的に担う医療機関が位置づけられるような報告制度を考えていくべき。かかりつけ医機能の公表のあり方について、患者が適切にかかりつけ医を担う医療機関を選ぶことができる基準となるという視点で検討すべき。
- 国民がかかりつけ医機能を持つ医療機関に適切にアクセスできる使い勝手のよい仕組みの構築が重要。国民・患者への客観的な情報やデータの提供と、国民・患者の医療への理解を深めるための仕掛けも必要。現行の法制上の建付にとらわれず、柔軟な姿勢で検討すべき。
- システム構築はもとより、患者が適切な情報に辿り着ける仕組みとすることが重要。
- 附帯決議にもあるように、障害児・者、医療的ケア児、難病患者等も含めた検討を行うべき。将来的には、継続的な医療を要しない者も含めたかかりつけ医機能報告とすべき。
- 障害児・者、医療的ケア児、難病患者が地域で生活していくには、医療、介護、福祉の連携が重要であり、多くの障害種別の方々や難病患者の意見を聞きながら検討を進めるべき。
- かかりつけ医機能に関係する各職種が果たす役割を踏まえた制度整備を行うべき。障害児・者、医療的ケア児、難病患者等も含めた報告制度の検討を早期に行うべき。かかりつけ医機能の確保における医療機関間や訪問看護との連携先の情報は、国民にしっかりと情報提供することが重要。かかりつけ医機能の発揮には、教育研修の充実、処遇改善、キャリアパス等の検討が必要。
- 学生のうちから総合診療を行う医師を明確にしていくより、病院の専門医が地域のかかりつけ医への転換を考えたときに、必要なかかりつけ医の資質等を確保できる研修の仕組みを構築することが重要。
- 医師によっては既に多くの研修を受講しており、かかりつけ医機能の研修のあり方の検討では、受講負担にも配慮すべき。
- かかりつけ医機能が医療機関の能力か個人の能力か分かりにくい。かかりつけ医支援病院等の位置づけがあるとよいと思う。

令和5年9月29日 医療部会における主な意見

【総論】

- 医療部会にもきちんと検討状況を報告してほしい。医療部会に報告しながら検討を進めるだけでなく、医療部会で反復して議論できるようにしてほしい。医療部会でまとめた意見がその後どうなっているかということについて、きちんとフィードバックすべき。
- 外来医療提供体制は、コロナ以前にはそれほど大きな問題が生じていなかったが、外来医療提供体制をよりよいものにしていけるのが今回の制度整備の趣旨と理解。地域の実情や医療機関の実態に応じて、現在の体制の長所は残し生かしつつ、より多くの医療機関が積極的に前向きに取り組めるよう検討を進めてほしい。
- 今回の制度整備により、かかりつけ医機能が十分に担保されて、なるべく多くの国民・患者にメリットのある仕組みにしていけることが大変重要。
- かかりつけ医機能の制度整備は、国民が求めているものと乖離してはいけない。法改正して制度整備を図るわけなので、現状との違いも含め、きちんとした検討をすべき。

【かかりつけ医機能報告】

- 開業医、勤務医に関わらず、かかりつけ医機能を担う医師が適切に負担軽減しつつ、能力を発揮して地域で長く活躍できるように議論してほしい。
- かかりつけ医機能では時間外対応が求められるが、医師個人が夜間・休日も常時責任を担うのは負担であり、地域のグループで対応、多職種でタスクシェア、ICT活用等、働き方改革で進められてきた取組が重要。
- 身近なかかりつけ医の役割や大きな病院との関係など、かかりつけ医に関する普及啓発を分かりやすい形でやるべき。高齢の在宅療養者、障害者には、ケアマネや相談支援事業者が関与するので、支援者にも分かりやすい情報提供をしてほしい。
- 障害者のかかりつけ医機能について、幅広い現場の声を聞いて、議論をしっかり行ってほしい。
- かかりつけ機能を因数分解して、ばらばらに患者が選択する形ではなく、全体を統括する、全人的な視点等が必要になってくると考える。
- 地域によって開業医が少なく、医療資源が乏しいため、病院の医師がかかりつけ医機能も果たし、紹介先がない地域もある。病院の医師がかかりつけ医機能を発揮することが必要な場合もあることを念頭に置くべき。
- 200床以下の地域の病院は、かかりつけ医機能も担わなければいけないと考える。
- 「紹介受診重点医療機関」と「かかりつけ医機能を有する医療機関」はきれいに分かれるわけではなく、紹介受診重点医療機関でも、ある診療科は周りに診療所がなく、かかりつけ医機能の外来をやる地域もある。また、かかりつけ医機能の中に入院に関する機能も含まれるか明確化が必要。
- 第8次医療計画の中で高齢者救急は二次救急病院が担うことが明記されたが、かかりつけ医機能との関係を明確にする必要。高齢者が増える都会では、二次救急は多くの中小病院が担っていることを踏まえる必要。
- 地域や在宅での生活の視点を持ったかかりつけ医の機能を検討して、教育する必要。大学教育も重要だが、地域医師会等を通じた教育が重要。
- 総合診療ができる信頼できるかかりつけ医を育成するため、介護の知識も含め、地域の教育・研修の充実、処遇改善、キャリアパス支援が重要。
- 学部教育、研修制度、卒後教育の段階で、かかりつけ医機能を担当できる医師を長い目で育てる仕組みが重要。
- 地域の医療機関との連携や研修、不足する機能の創出等に一定の費用が発生するため、例えば地域医師会等への財政措置を検討する必要。
- 200床未満の病院の電子カルテの普及率は50%ぐらいであり、情報交換がスムーズにできないので、国からの支援を検討すべき。

【医療機能情報提供提供制度】

- 全国統一システムの構築は、大きな病院から地域に戻るときにかかりつけ医を探す中で、非常によいこと。さらに、全国統一システムに載る情報と各医療機関のホームページを連動させるべき。国民への周知も含め、国民が全国統一システムを活用できるようにしてほしい。
- 医療部会のとりまとめの医療機能情報提供制度の情報提供項目のイメージは非常に大事なものと考える。

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
 - ホ その他厚生労働省令で定める機能
 - 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。
- 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、便秘異常(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后方支援病床の確保状況、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況
 - ④ 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況
 - ⑤ 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数
- 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。

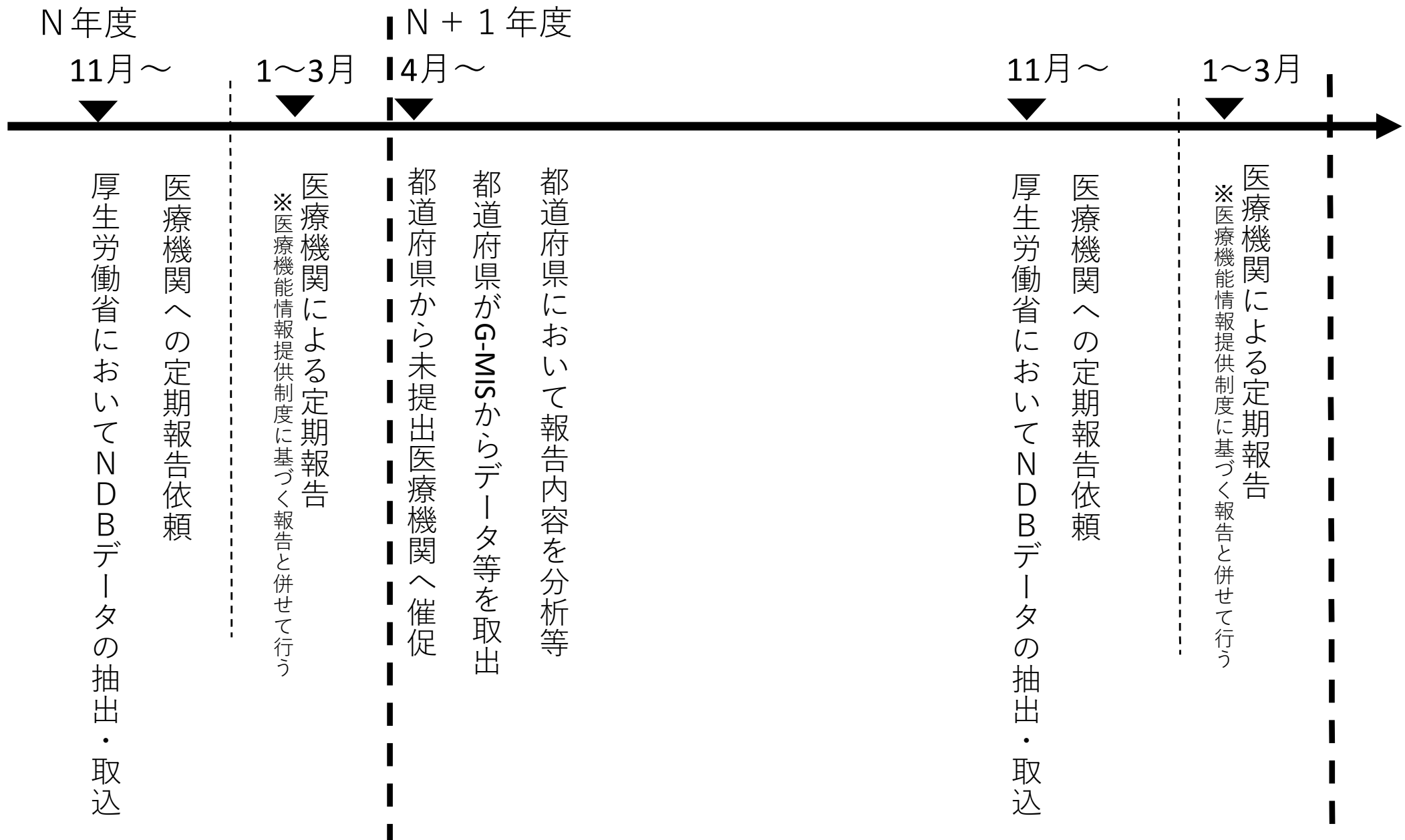
4. かかりつけ医機能報告に関する公表

- ・ 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ことが必要である。
 - ・ 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、在宅を中心に入退院を繰り返し、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、在宅を中心に入退院を繰り返し、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
 - ・ 入退院時の支援
 - ・ 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都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 痔瘡	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	D 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
 - ・ ノンテクニカルスキルコース (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/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・求められる主要要素

- ・ 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					
対応状況	かかりつけ医機能の例				
	時間外診療	在宅医療	病診(診療)連携	入退院支援	介護等との連携
	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？

一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会
多摩ファミリークリニック

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

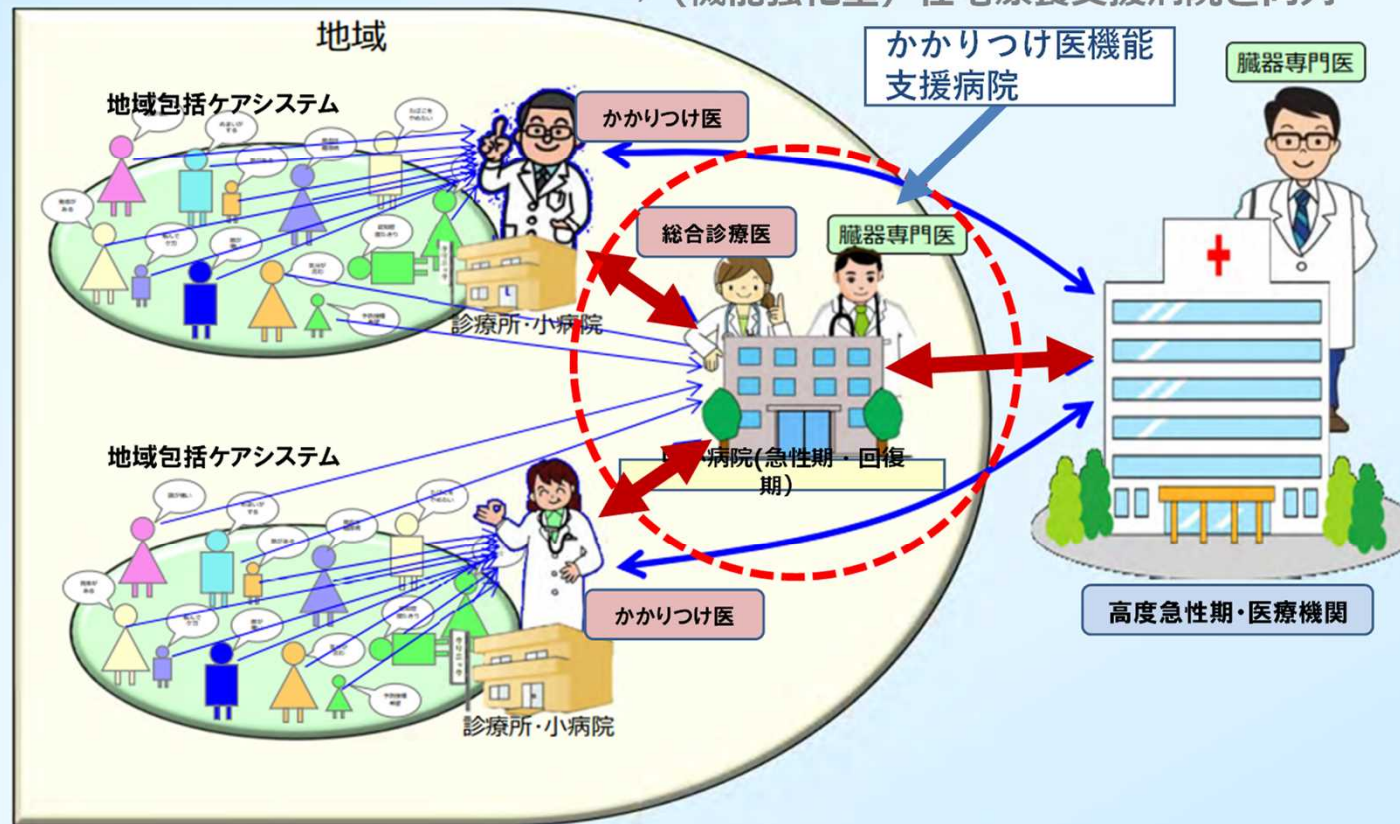
※在宅医療専門クリニックも上記になり得るが、常に地域に密着し、顔の見える関係が構築できていることが必要

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

- 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。
- 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。
- 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百二十五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。
- 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。
- 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。

- 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。

- 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。

【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

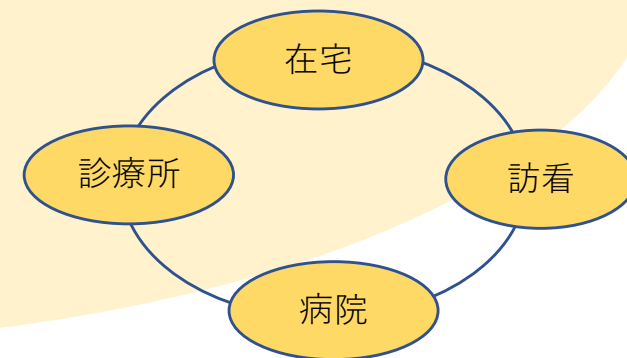


<協議事項>

- ・ 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）

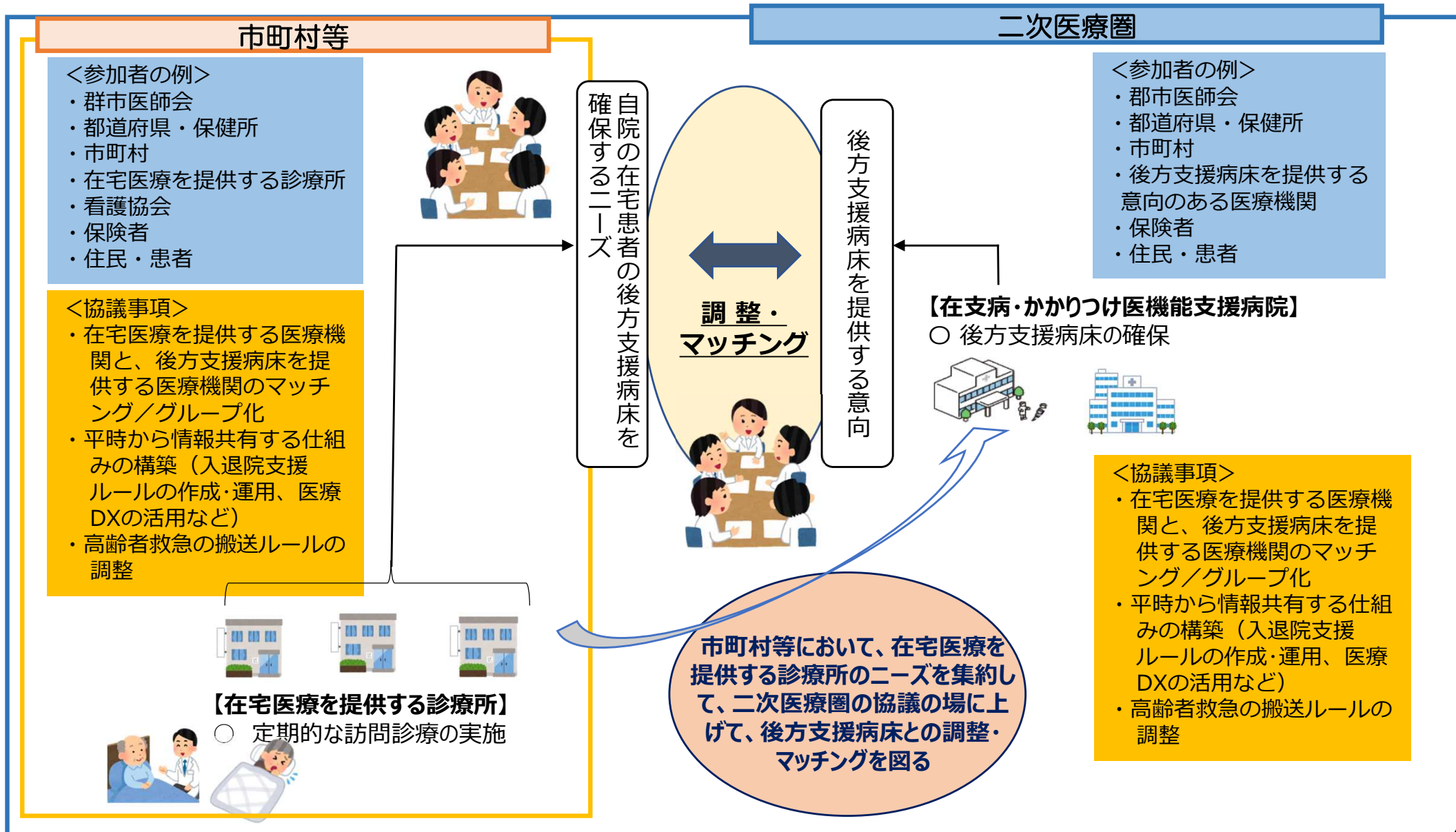
- 【対策①】：地域の医療提供者全体で、在宅患者の24時間対応を行うための連携体制について見える化し、輪番制が構築できていない地域で輪番体制の構築について検討する。
⇒役割分担：(医師会)輪番体制構築の主導、(市・在宅医)個々の在宅患者ごとの緊急時連絡先リストの整備
- 【対策②】：24時間対応体制を訪問看護師やヘルパー、消防等も含めた多職種連携で支える観点から、関係者間でのタイムリーな情報共有を行うためのICT導入
⇒役割分担：(県・市)情報共有ツール導入を主導
- 【対策③】：在宅医療の現実や課題、ノウハウ、事例等の共有による、在宅医療に参加する医師の不安感の解消
⇒役割分担：(医師会)在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。

【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。

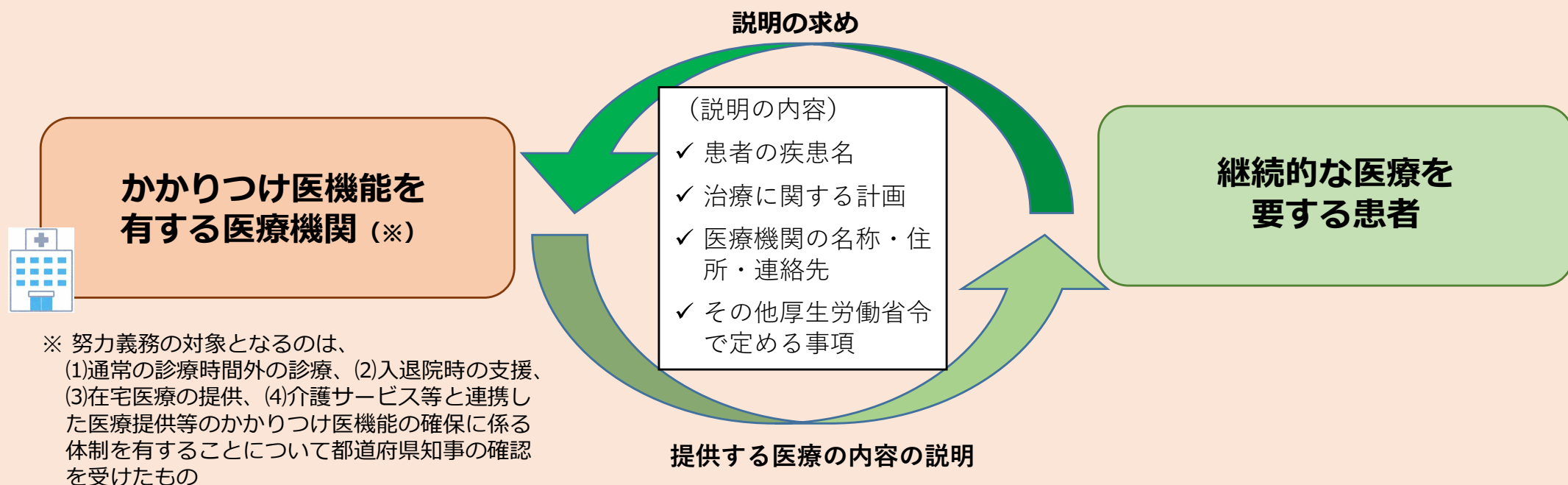
(3) 「かかりつけ医機能を有する医療機関」の患者への説明

- 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



※ 努力義務の対象となるのは、
(1)通常診療時間外の診療、(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等の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もの

※ 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。

「かかりつけ医機能を有する医療機関」の患者への説明（案）①

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

「かかりつけ医機能を有する医療機関」の患者への説明（案）②

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、以下のとおりとしてはどうか。

・「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

「かかりつけ医機能を有する医療機関」の患者への説明（案）③

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

「かかりつけ医機能を有する医療機関」の患者への説明（案）④

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

改正医療法 適切な説明に関する規定

参考

新	旧
第六条の四の二 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。 - 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	(新設)

医療法 入院時の適切な説明（入院診療計画書）に関する規定

参考

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 妊産婦への適切な説明に関する規定

参考

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（昭和四十年法律第百四十一号）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のもの、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	嗄声	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年間に於いて下記項目より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、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
 - ・ ノンテクニカルスキルコース (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/sougoui/>)



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）

- | | |
|-------------------------------|--|
| ①MBTI（性格タイプ別
コミュニケーション）（1） | ⑥ミーティングファシリテーション |
| ②コンフリクトマネジメント | ⑦ 問題解決（1） |
| ③ コーチング+人材育成 | ⑧問題解決（2） |
| ④ 教育技法 | ⑨ TEAMS-BI（仕事の教え方） |
| ⑤ リーダーシップ・
チームビルディング | 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)

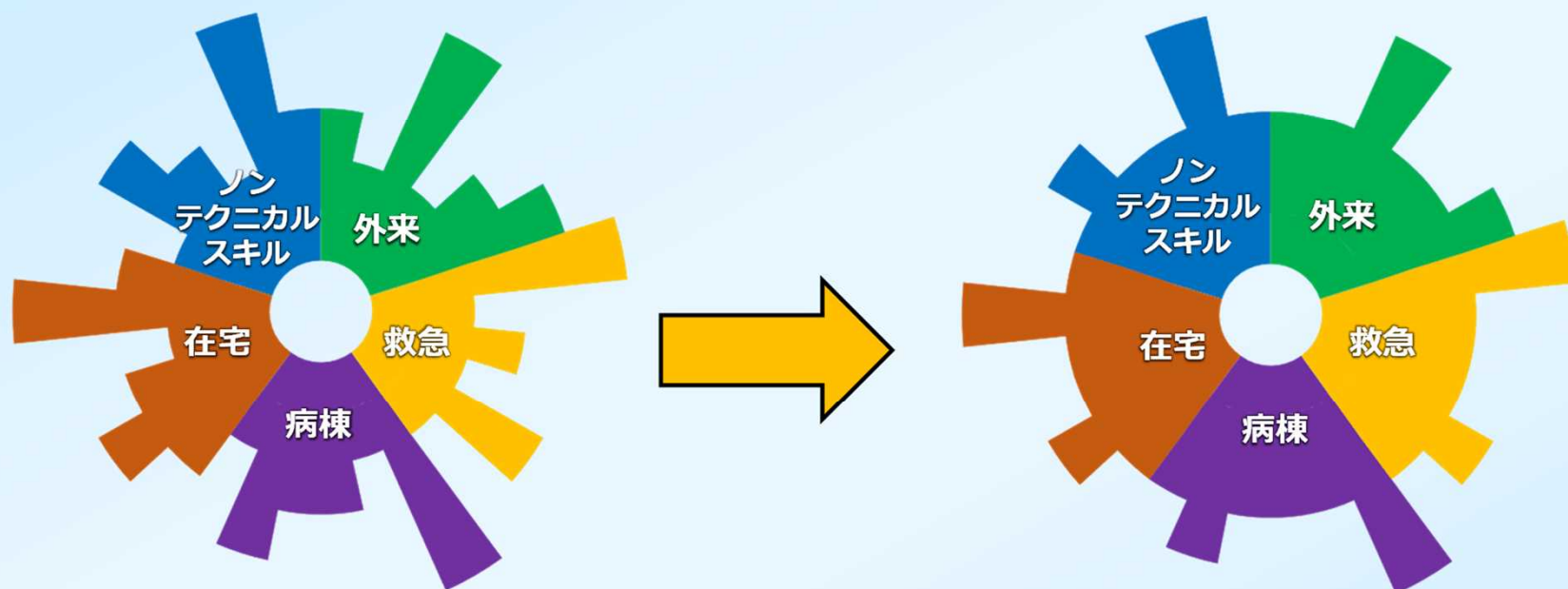


一般社団法人
日本プライマリ・ケア連合学会
Japan Primary Care Association



多摩ファミリークリニック

総合医育成プログラムで養成する医師のイメージ

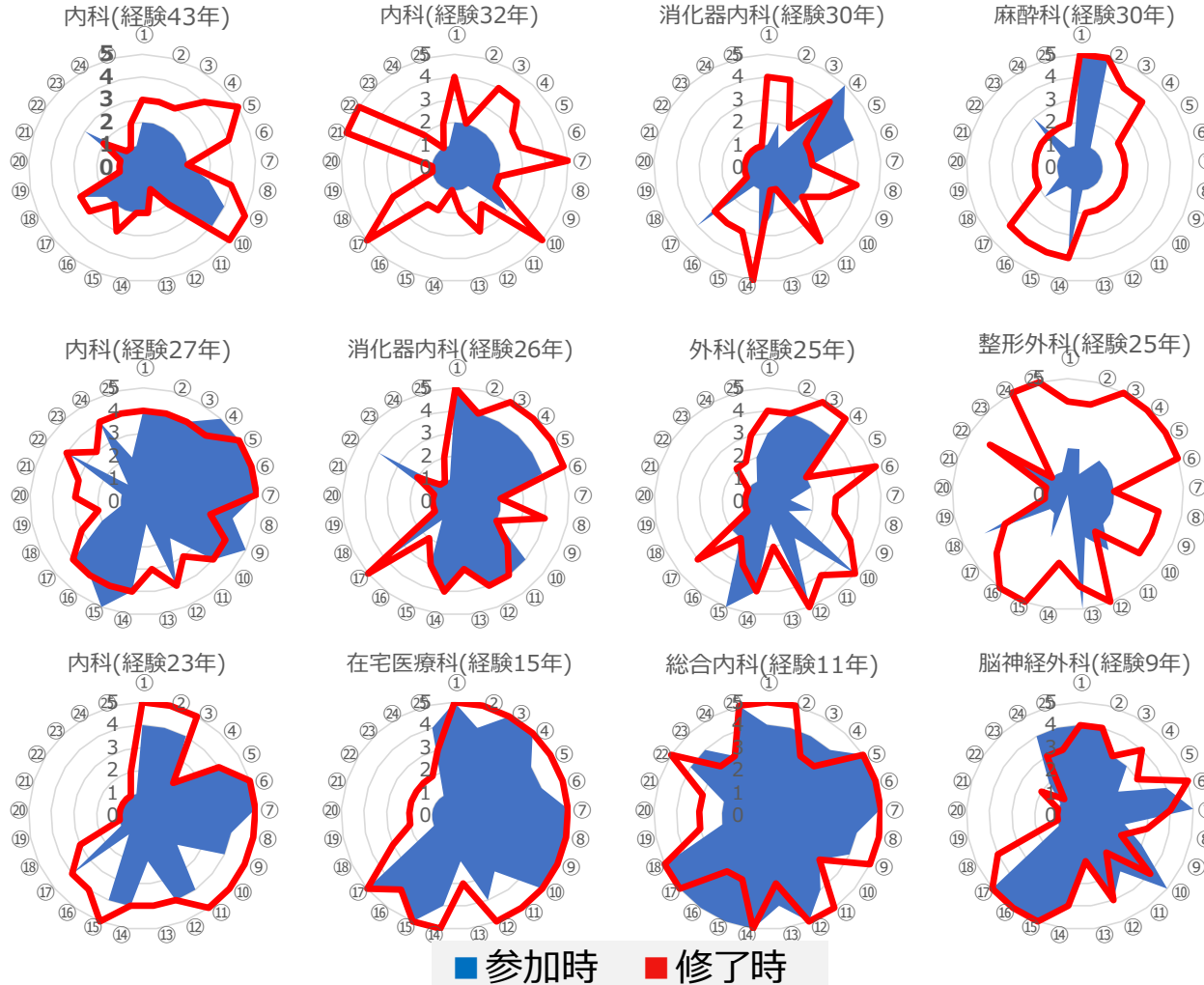


- 経験豊富で、自分の専門領域に関しては高い能力を持っている
- 診療領域の中で、総合的な診療を提供する基本的な診療能力（例：当直での初期対応など）に足りない部分がある
- 在宅ケアや地域連携等の知識や理解が足りない部分がある
- 組織人としてチームを作り、人を育て、リーダーシップを発揮して、効果的にタスクをマネジメントするスキル（ノンテクニカルスキル）は経験的に体得しているが、体系化された教育を受けていない。

- 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/sougoui/overview.html>

診療領域の拡がり 修了者・アンケート結果から



- ①がん患者の看取り
- ②がん患者のQOLの管理
- ③脳卒中患者のケアプラン調整
- 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糖尿病患者のインスリン管理
- 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

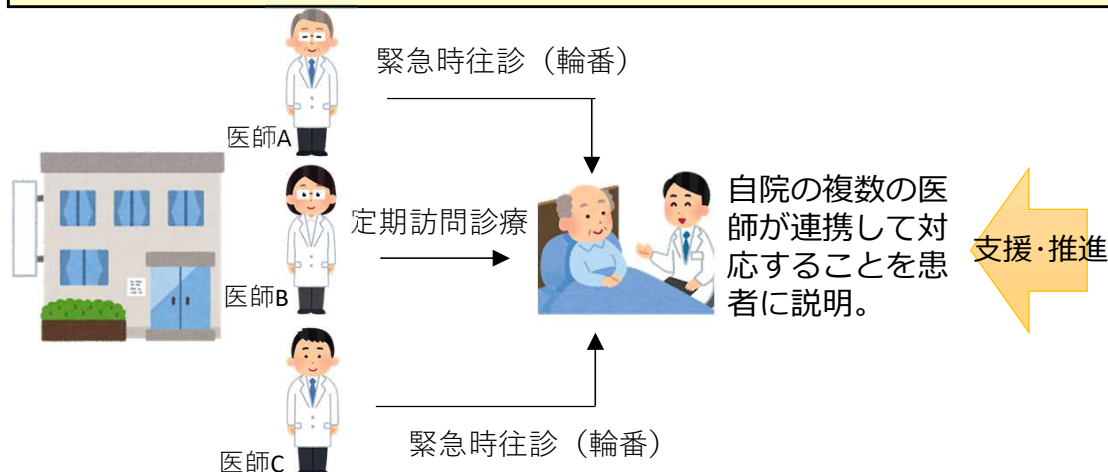
(2) 地域におけるかかりつけ医機能の実装に向けた連携体制の構築

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



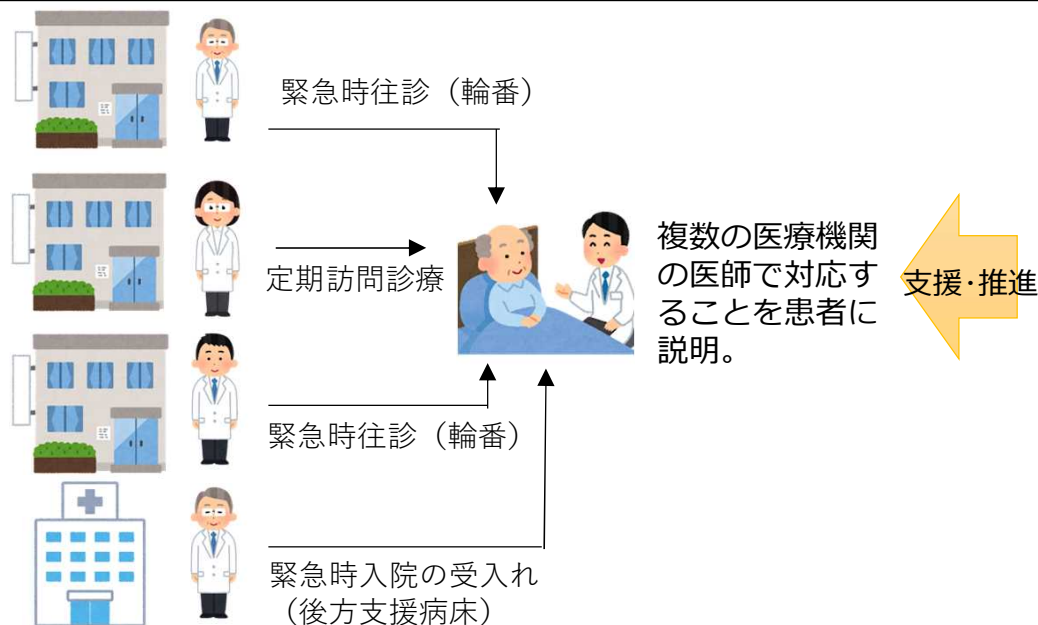
ア 複数医師の連携の仕組み

- ・ 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恵会相澤東病院	長野県		●	●				●							
	14	医療法人社団恵仁会なぎさ病院	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恵会相澤病院
- ・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

グループ診療の事例（診療所）

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）	・ 14 の診療所・病院でグループを構成。	・ 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。	・ 休日夜間の対応が可能。 ・ 在宅医療提供体制強化の実現。 ・ 医師少数区域への医師派遣。 ・ 医師のキャリア形成にも貢献。
はちのへファミリークリニック	・ 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。	・ <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。	・ 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>幅広い多職種連携による医介連携の推進。</u> ・ 家庭医療に関する教育の推進。
悠翔会	・ 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。	・ 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。	・ <u>24時間365日の対応が可能。</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。

【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	・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。	・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。	・ <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	・開放型登録医を50名程度擁する。	・ <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>	・ <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	・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）	・ <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 <u>救急医療体制（※）</u> に協力。	・ <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

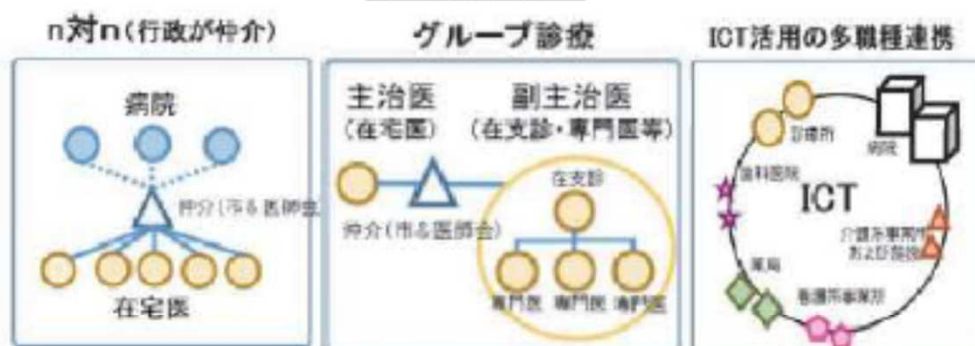
令和3年度「かかりつけ医機能の強化・活用に係る調査・普及事業」で収集された地域全体でかかりつけ医機能を発揮している事例集から抜粋。

	グループの特徴	方法	効果
釜石医師会	・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。	・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>	・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	・30名程度の在宅医が活動。 ・多職種も参加。	・ <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>	・ <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	・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。	・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>	・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	・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。	・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>	・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	・32医療機関・介護施設で構成。	・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。	・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	・27医療機関の他、歯科医院、調剤薬局など85機関で構成。 ・臼杵市民の半数以上参加。	・ <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。	・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)

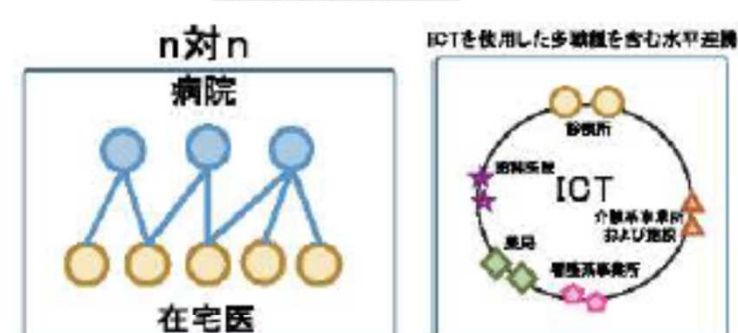
- ・ 診診連携：かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ
- ・ 多職種連携：情報共有システムの利活用

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。

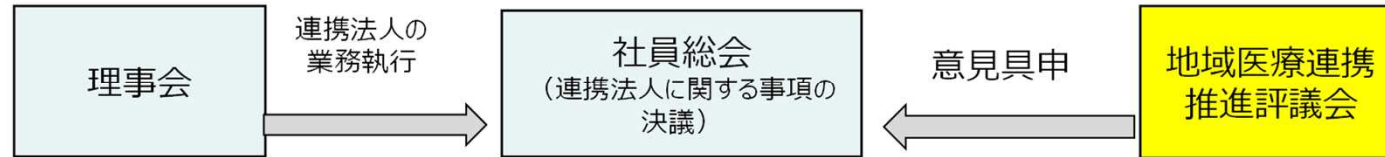
出典：H29年度医政局委託事業 在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書

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

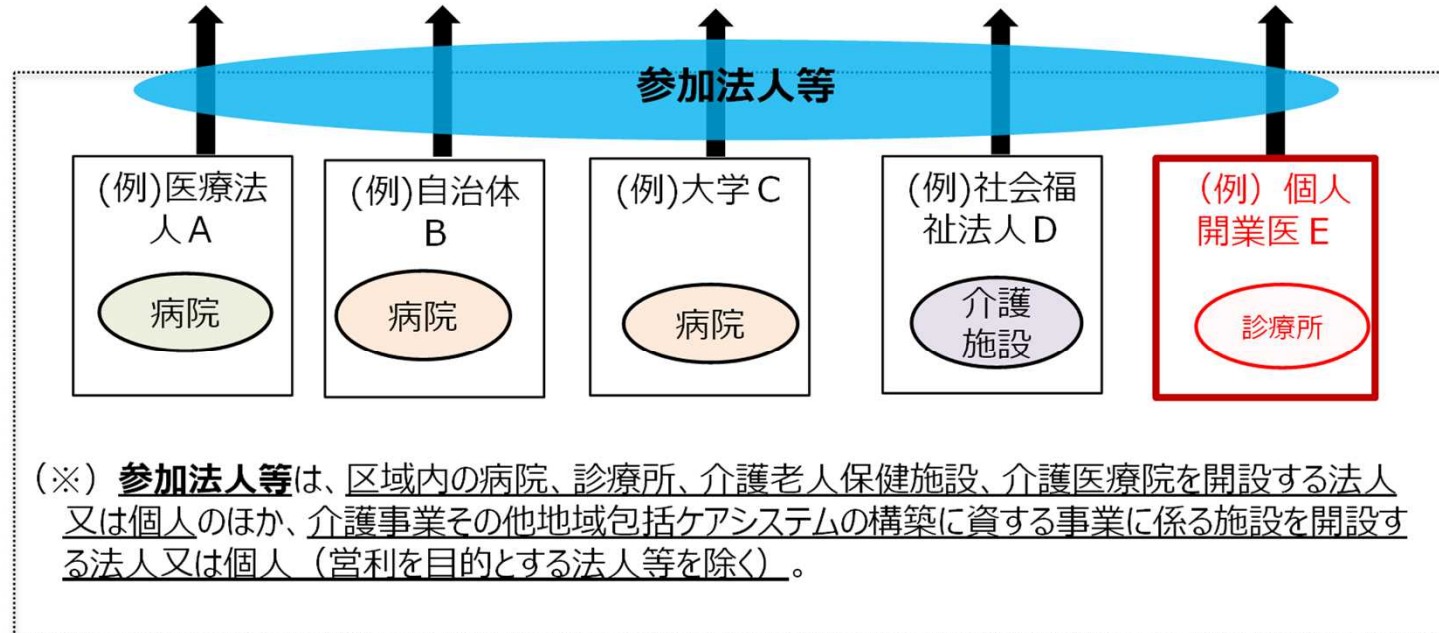
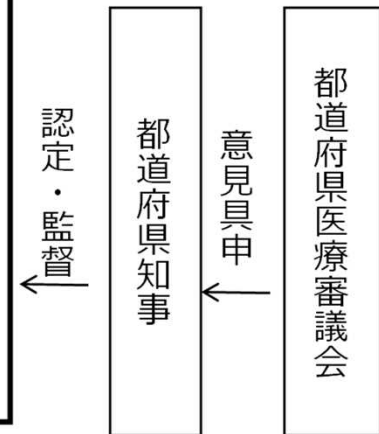
地域医療連携推進法人(新たな仕組み)

※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**



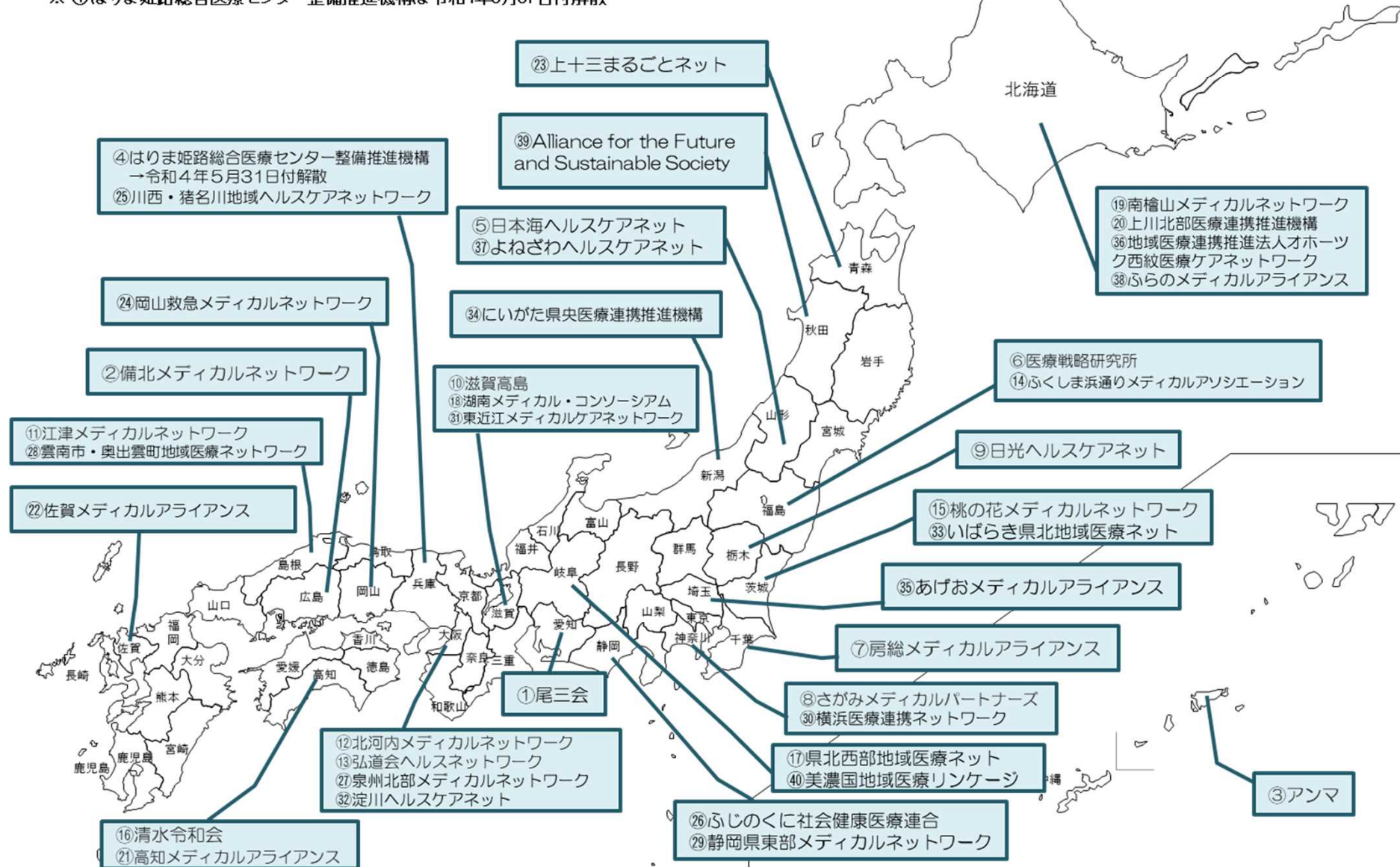
参加法人が重要事項を決定する場合に行う、連携法人への意見照会について、**新たな仕組みの地域医療連携推進法人の参加法人等は、意見照会を一部（※）不要とする。**

※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）

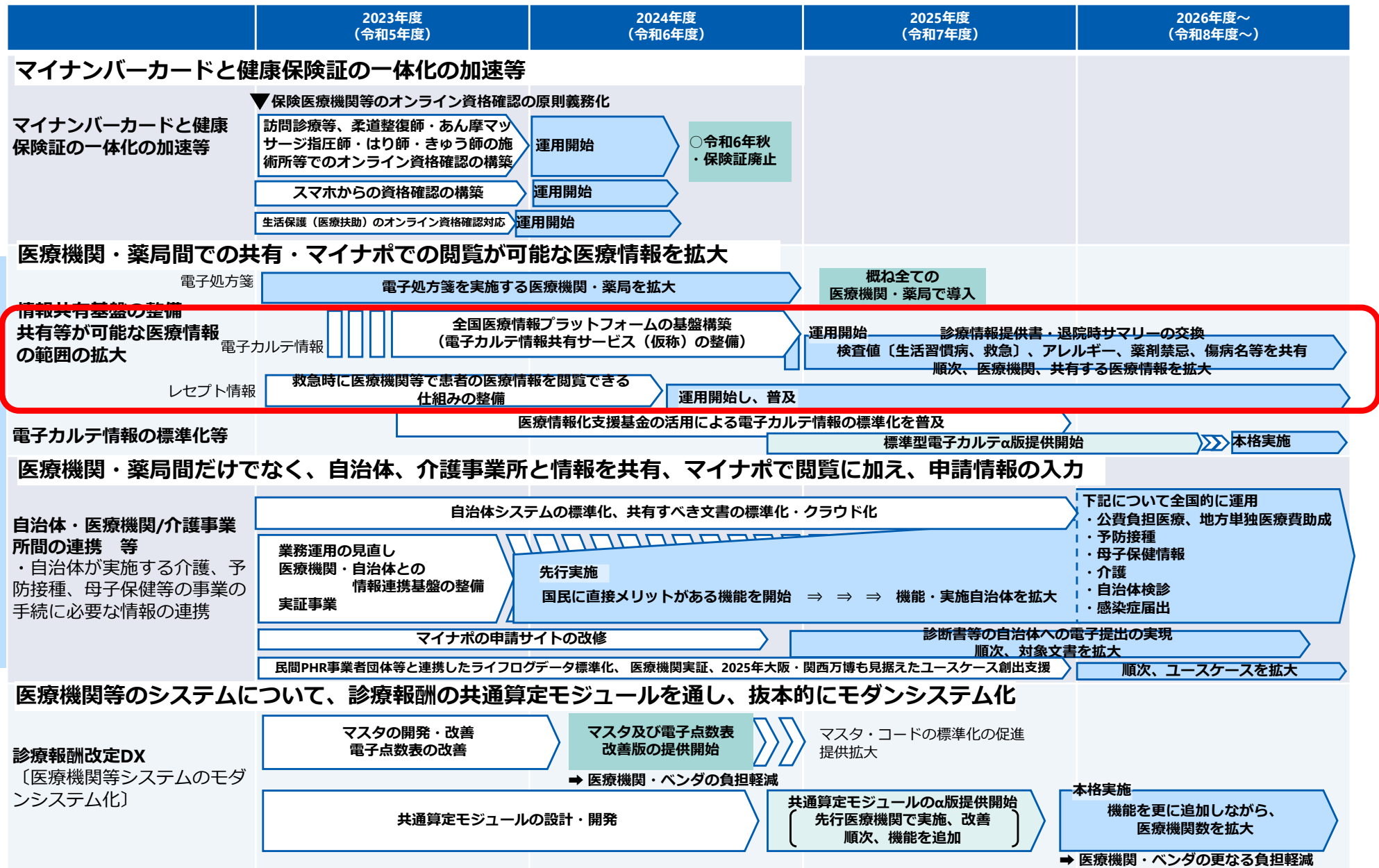
- 医療DXの取組として、健診・医療・服薬・介護等の患者情報の共有を可能とする「全国医療情報プラットフォーム」の構築が進められている。
- 令和6年度から、3文書（健康診断結果報告書、診療情報提供書、退院時サマリー）、6情報（傷病名、感染症、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等、検査、処方）の情報共有が開始される予定であり、服薬の一元管理等における活用が考えられる。
- 将来的には、入退院時等に医療・介護関係者で状況が共有され、よりよいケアを効率的に受けられる切れ目ない情報共有が想定され、検討が進められているが、具体的な実施時期は未定である。
- 「全国医療情報プラットフォーム」により介護関連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】

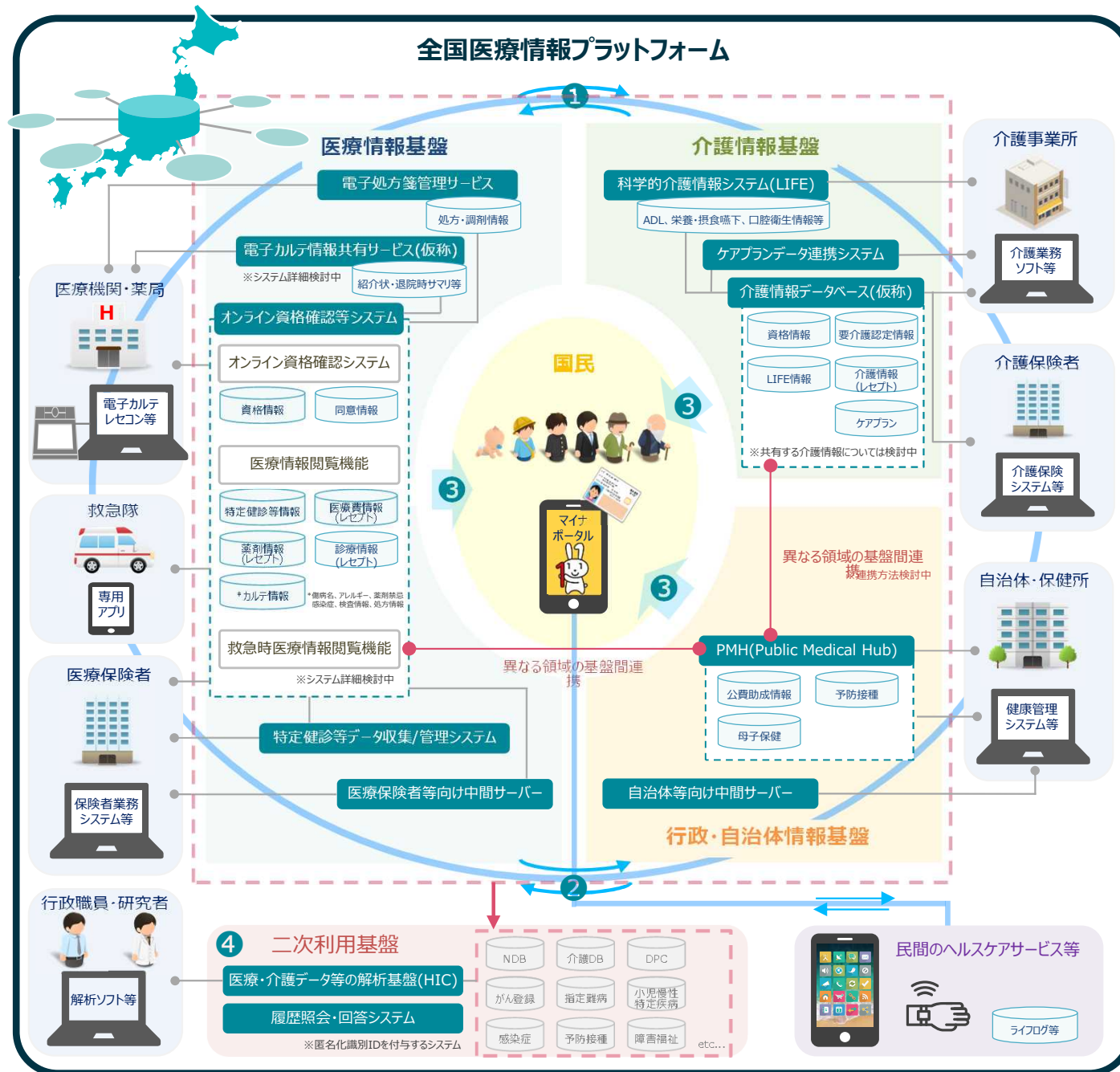
- 国が医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携しながら、地域におけるかかりつけ医機能の確保を推進していく。
- 医療DXを活用した医療提供に関する関係者の理解を深めるため、医師・医療機関向けの研修も重要であると考えられ、かかりつけ医機能に関する研修において、医療DXを活用した医療提供に関する項目を盛り込むこととしてはどうか。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでにおいても、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービス（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」

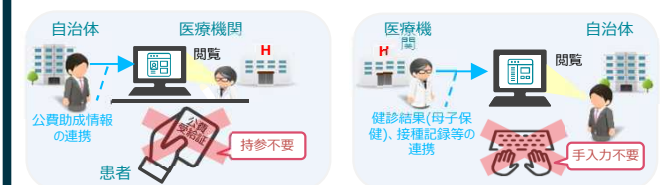
1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有

- ✓ 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。



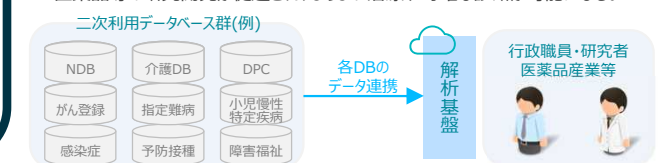
3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

- ✓ 予防接種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。予防接種・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

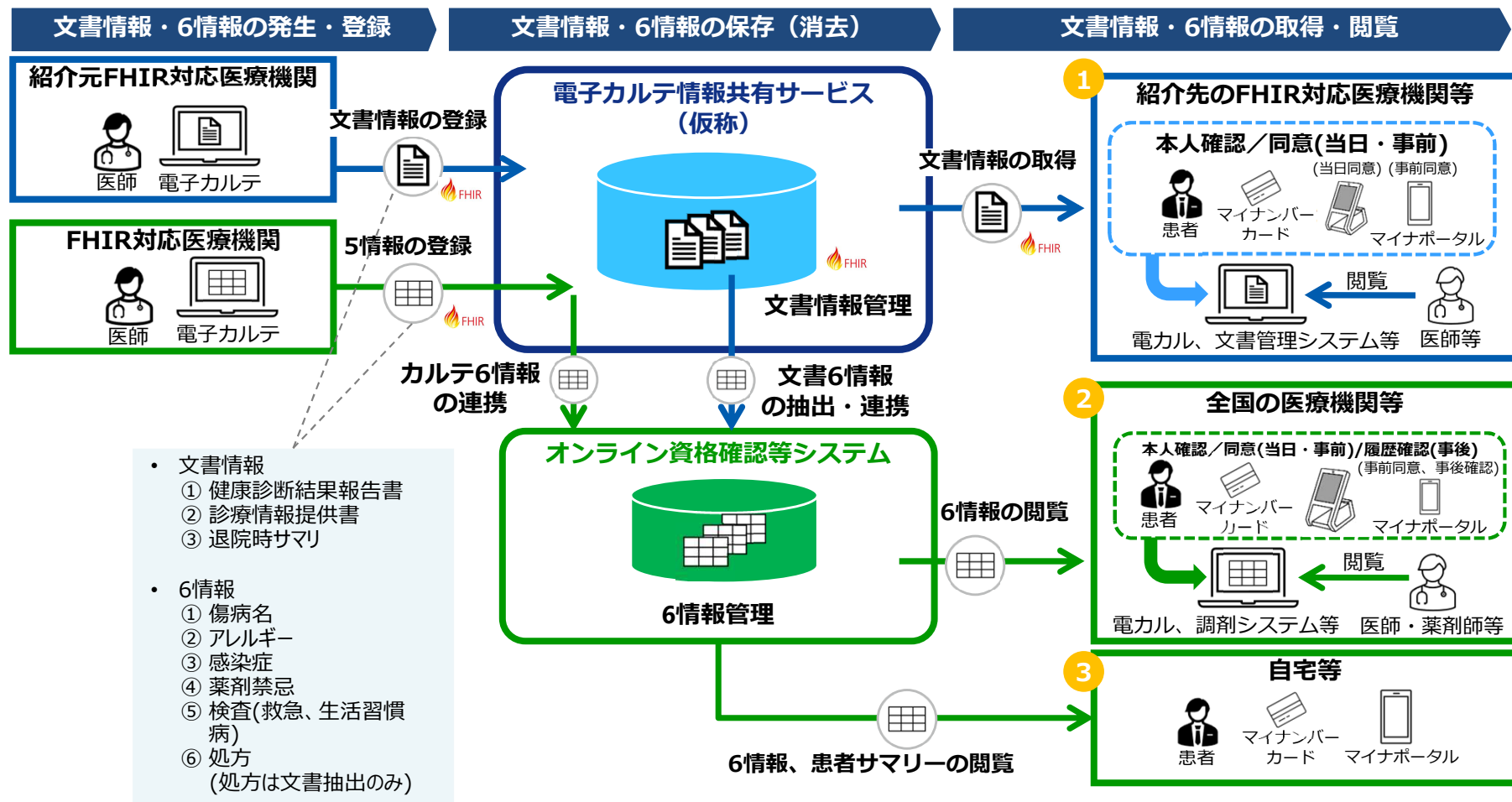
- ✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
- ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や的確な診断が可能になる。



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

3文書	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	

6情報	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	顔リーダー 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 <u>ICD10対応標準病名マスターの病名管理番号</u>	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 <u>JLAC(10/11)</u> 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	<u>YJコード(及び派生コード※)</u> 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	<u>J-FAGYコード</u> 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 <u>JLAC(10/11)</u> 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	<u>YJコード(及び派生コード※)</u> (※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】

中医協 総-2
5. 10. 4

○ 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)



(看護師)

-58日



(看護師)

-14日



(看護師)

-10日



(在宅医師)

-6日



(ケアマネジャー)

-4日



(在宅医師)

-2日

(緩和ケア
病棟スタッフ)

-2日



0日

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。**

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。」

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)**

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。

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

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るんですけども、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」

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。

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たので**、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。

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。

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】

○月△日 □□:□□
投稿者:○○ ○○(医師)

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。

添付:



家族が医療従事者に吐露しにくい思い等の情報が共有。

ICTで共有された情報も用いながら治療方針について、家族と相談。

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。



道南Medlkaで使用されている
連絡票（急性期→慢性期・介護）

出典：函館市医療・介護連携支援センター・はこだて
医療・介護連携サマリー：
<https://www.medika.or.jp/>

この部分をB項目やLIFEに対応させることで一般化が可能になる。

8	今後起こる可能性のある病態	
8_01	尿失禁	有 / 無
8_02	転倒・骨折	有 / 無
8_03	移動能力の低下	有 / 無
8_04	褥瘡	有 / 無
8_05	心肺機能の低下	有 / 無
8_06	閉じこもり	有 / 無
8_07	意欲低下	有 / 無
8_08	徘徊	有 / 無
8_09	低栄養	有 / 無
8_10	摂食・嚥下機能低下	有 / 無
8_11	脱水	有 / 無
8_12	易感染性	有 / 無
8_13	がん等による疼痛	有 / 無
8_14	発熱	有 / 無

主治医意見書にある「今後起こりうる病態」情報を追加することで、予防の視点が明確になる。

はこて医療・介護連携サマリ【基本ツール】									
情報提供先 施設名称			途中		情報提供先 担当者名				
			種						
● 基本情報等									
(ワザワザ) 氏名 生年・性別 ☐ 男 ☐ 女 (漢字・生年) 生活保護 ☐ 有 ☐ 無 障害等 ☐ 有 ☐ 無 身体障害 ☐ 有 ☐ 無 知的障害 ☐ 有 ☐ 無 精神障害 ☐ 有 ☐ 無 特定疾患 ☐ 有 ☐ 無									
居住所 電話番号									
居住 ☐ 戸建 () ☐ 集合住宅 () ☐ ※エレベータ ☐ 有 ☐ 無 医療機関等 健康保険 国民健康保険 後期高齢者									
介護度 認定有 介護度 年 月 日 障害高齢者日常生活自立度(要たきり度) 認定有 高齢者日常生活自立度									
同居家族 ☐ 無 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他 ()									
連絡先の 姓 名 関係 主治医師 カーパソン									
連絡先の 姓 名 関係 主治医師 カーパソン									
● 医療情報等 * 主治医師等が黄色い口欄クアに入力されている場合は、応用ツール⑤を作成下さい。									
主病名 医療機関等名称 診療科等名称 担当医師 受診状況等()									
特記の付く場合は応用ツール⑤を作成して下さい。									
● 身体・生活機能等									
評価日 令和 年 月 日									
* 起居生活 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 移動									
歩行の状況 ☐ 無 ☐ 軽重 ☐ 中重 ☐ 重重 歩行の部位									
視力(日常生活に支障) ☐ 無 ☐ 有 () * 聴覚 ☐ 無 ☐ 有									
聴力(日常生活に支障) ☐ 無 ☐ 有 () * 聴覚器 ☐ 無 ☐ 有									
意思の伝達 ☐ 可 ☐ 時々可 ☐ ほとんど不可 ☐ 不可 失語症 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明									
* 認知症等 ☐ 無 ☐ 記憶障害 ☐ 幻覚・妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊・不安 その他									
食事摂取 ☐ 全量摂取 ☐ 減量 ☐ ソフト ☐ ミキサー ☐ 流動 水分摂取 ☐ 無 ☐ 有									
食事摂取 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 食事・水分制限 ☐ 無 ☐ 有									
口腔 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 歯磨使用 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 歯ブラシ									
排便介助 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 トイレ使用 ☐ 無 ☐ 夜間 ☐ 常時									
排便介助 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 オムツ使用(1パッド含む) ☐ 無 ☐ 夜間 ☐ 常時									
衣服の着脱 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 * 服薬管理 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助									
入浴(沐浴等) ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助									
● 特別な医療等									
* 特別な医療等 ☐ 胃腸カテーテル (応用ツール⑤ 作成) ☐ 自己居眠 (応用ツール⑤ 作成) ☐ 胃腸・尿管留置 (応用ツール⑤ 作成) ☐ ドレーン (部位:) ☐ 人工呼吸器 (応用ツール⑤ 作成) ☐ 気管カニューレ (応用ツール⑤ 作成) ☐ 人工肛門・人工静脈 (応用ツール⑤ 作成) ☐ 感染症 (応用ツール⑤ 作成) ☐ リハビリテーション (リハビリテーションサマリ 作成) ☐ 癌手術・癌治療 (応用ツール⑤ 作成) ☐ その他 (応用ツール⑤ 作成)									
* 介護上・特に注意すべき点等 ☐ 有 ☐ 無 (有の場合応用ツール⑤ 作成)									
* 介護上・取扱いに関する本人・家族の希望等 ☐ 有 ☐ 無 (有の場合応用ツール⑤ 作成)									
* 超短期行動(自立・見守り以外)は応用ツール⑥を、認知症状況(要たきり度)以外は応用ツール⑦⑧を作成下さい。									
* 食形態・飲料・口腔クアの項目で普通・自立以外を選択した場合は応用ツール⑥を、服薬管理(自立以外)は応用ツール⑥を作成下さい。									
● サマリーの記入者									
電話 FAX 記入者 作成日									
* 応用ツール⑥以上の適用を妨げる該当項目の記入を避けて下さい。									

はこでて医療・介護連携サマリー	
応用ツール④ 食事摂取困難管理	
1. 氏 名	生年月日
2. 食事摂取に対しての問題（該当するものに☑）	
☐ ① □の中にに関する問題 ☐ 入れ歯が合わない ☐ 歯が無いのに入れ歯を使っていない ☐ 口が濡いた感じ、ねばねばした感じがする ☐ むし歯 ☐ 口臭がある ☐ □内炎等により痛いところがある	
☐ ② 食事摂取に関する問題 ☐ 最近3ヶ月間に、食事量が減った ☐ 最近3ヶ月間に、食事にかかる時間が長くなった ☐ 最近3ヶ月間に、食形態に変化があった ☐ 最近3ヶ月間に、3キロ以上体重の減少があった ☐ 最近1年間に肺炎にかかった	
☐ ③ 食事中、気になる事 ☐ 食べようとしていない ☐ 食べこぼしや、うまく噛めないことがある ☐ 飲み込んだ後に食べ物が口に残っている ☐ 食事中によくむせる ☐ 飲み込んだものが逆流することがある ☐ 不明	
☐ ④ 食事を摂取しない場合の問題 ＊ 疾患との関連性 有の場合の要因() ＊ 内服薬の内容との関連性 有の場合の要因() ＊ 拒食の意思表示 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無	
3. 現在の食事摂取カロリー及び量	
＊ 現在の食事提供カロリー()kcal提供中 ＊ 現在の食形態 ☐ 刻み食 ☐ 軟食 ☐ トロミ食 ☐ ミキサー食 ☐ その他 ()	
＊ 主食	

ガー項目にあたる場
、ケアを行う上で必
なる追加情報を提供

トリガー項目にあたる場合は、ケアを行う上で必要となる追加情報を提供

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
幅多以外における、医療介護
情報連携システム

はたまるねっと

幅多医療圏における、
医療介護情報連携
システム

歯科診療所

双方向の連携

病院

薬局

訪問看護ST

介護事業者

はたまるねっと

幅多地域医療情報ネットワーク
高知家@ライン

(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

保存

入力

情報

病院

診療所

薬局

訪問看護ST

介護事業所

歯科診療所



高知家@ライン

高知医療介護情報連携システム

(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。



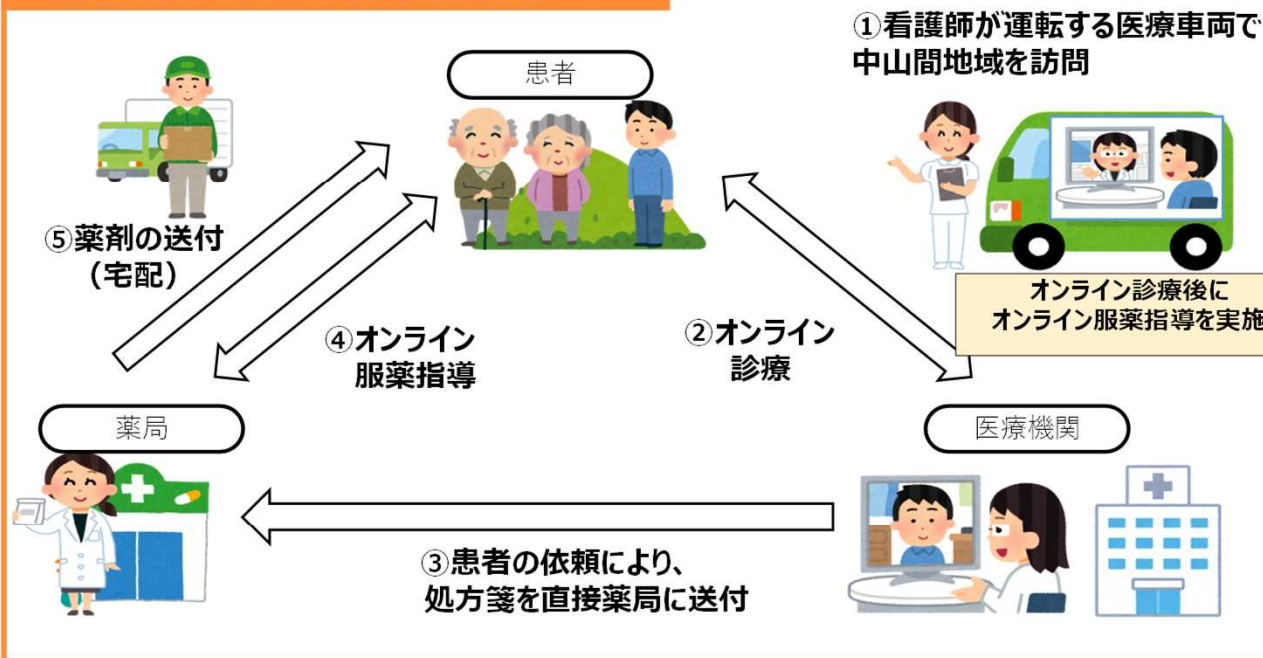
(出典：高知県制作TV番組 つなぐ！高知家の健康長寿（高知版地域包括ケアシステムの構築）2018年12月放送)

- ・ 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
診察を実施

- ・ 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
- ・ 医療機関に近い診察ができるよう、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察に加え、現場の看護師によるサポート（診察補助）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察可能
- ・ 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

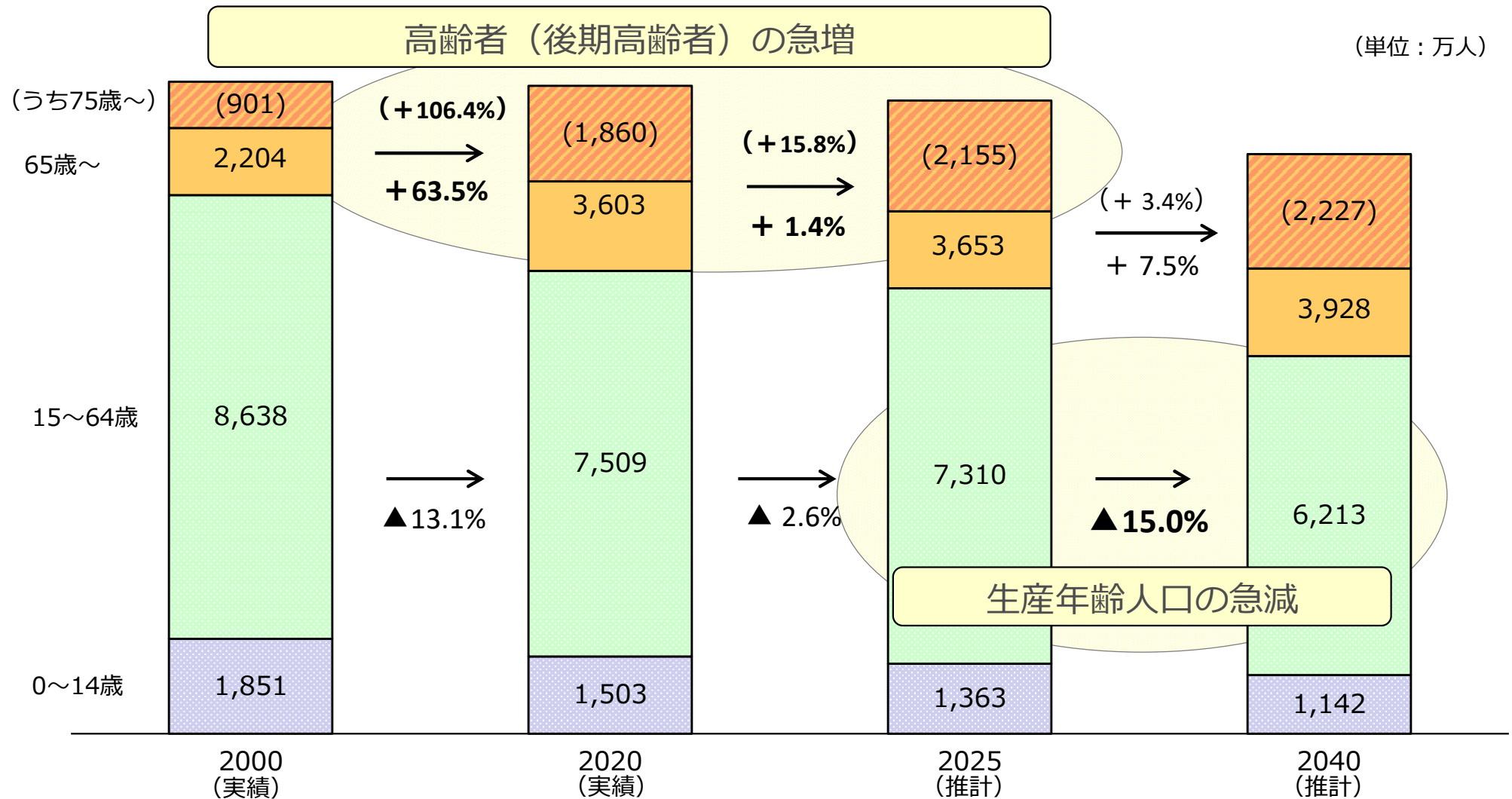


※子どもから高齢者まで、年齢や障害の有無にかかわらず、小規模でありながら必要なサービスが提供でき、ふれ合うことのできる地域福祉の拠点。
市町村が設置し、社会福祉法人、NPO法人、民間企業等に運営を委託。
31市町村に55拠点・254サテライト設置。
(R5.4.1時点)

**(参考) 医療提供体制をめぐる状況 (人口動態、
医療需要の変化、マンパワー等)**

人口動態： 2025年以降、「高齢者の急増」から「生産年齢人口の急減」に局面が変化

【人口構造の変化】



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

2025年以降の変化①：人口動態（地域別）

○ 構想区域別に、年齢区分別人口の2015年から2025年まで、2025年から2040年までの人口変動をそれぞれみると、特に2025年以降については、地域ごとに状況が大きく異なっている。

- ・大都市型では、高齢人口が概ね増加、生産年齢人口は微増～減少
- ・地方都市型では、高齢人口が増加～減少と幅広く、生産年齢人口は微減～大幅減
- ・過疎地域型では、高齢人口が減少している地域が多く、生産年齢人口は概ね大幅減

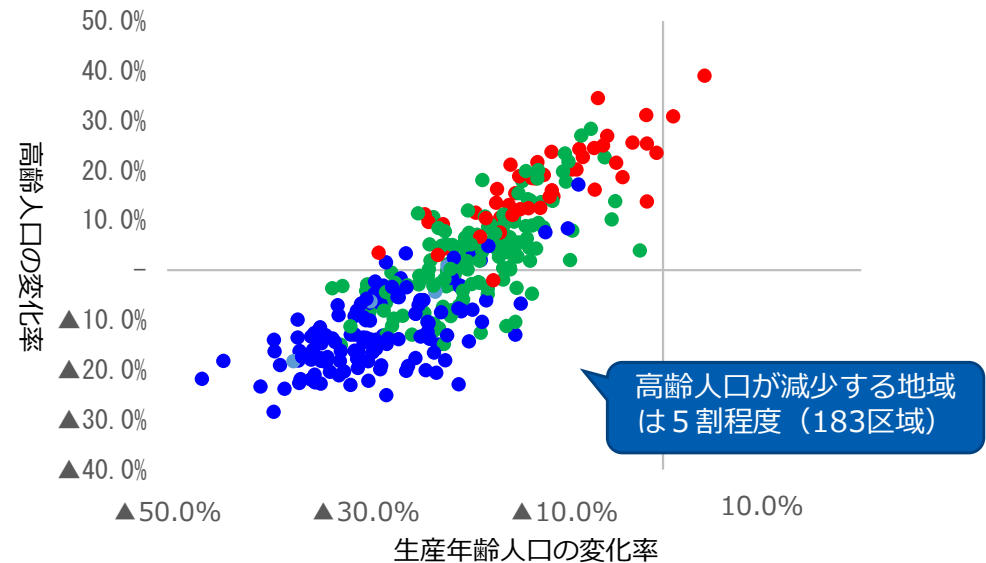
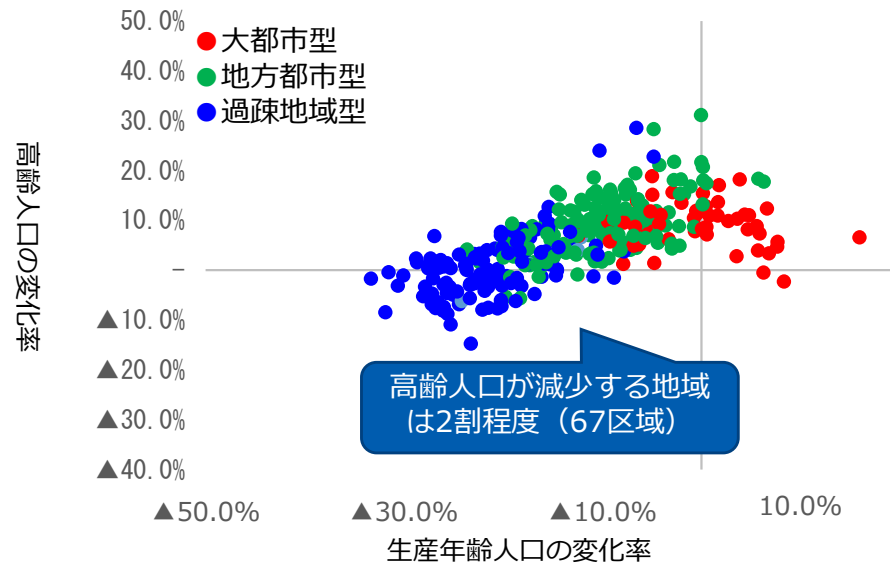
大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
 過疎地域型：上記以外

＜2015→2025の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
● 大都市型	-0.1%	9.1%
● 地方都市型	-10.4%	8.9%
● 過疎地域型	-20.9%	0.6%

＜2025→2040の年齢区分別人口の変化の状況＞

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



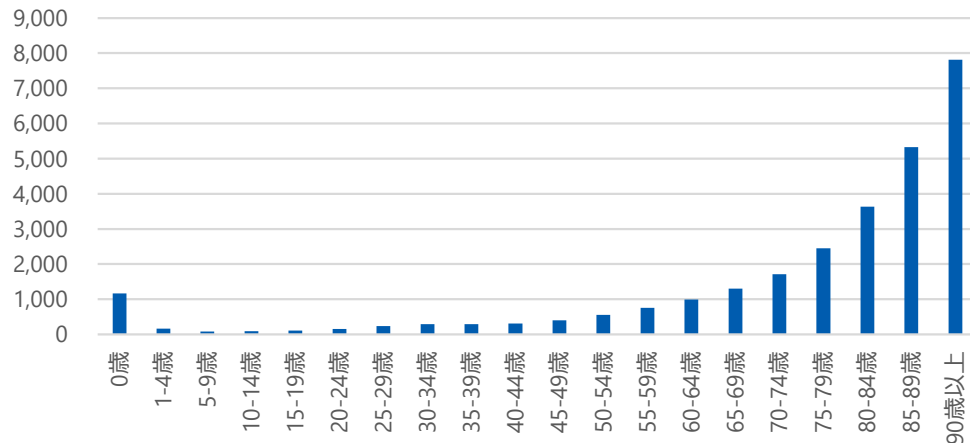
出典：2015人口は総務省「国勢調査」（2015年）、それ以外は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2023年推計）

※福島県の相双構想区域及びいわき構想区域については一体的に推計されているため、これら2つの構想区域を除く337構想区域について集計。

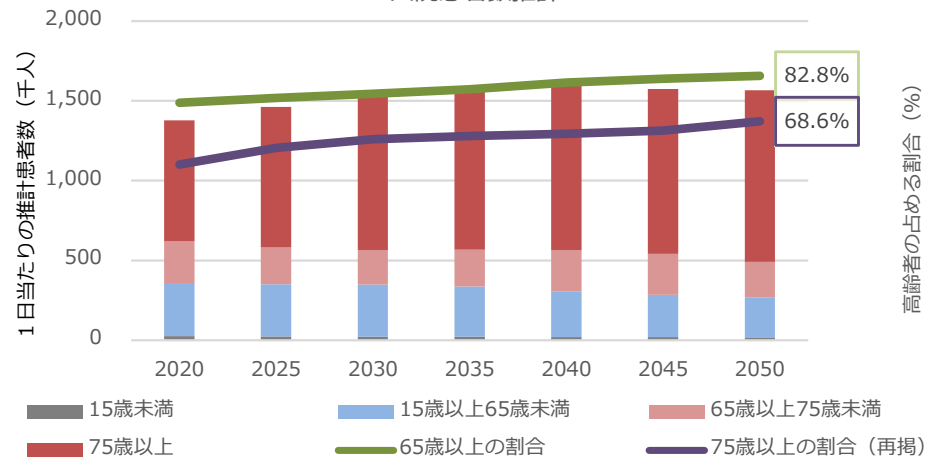
医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約8割となることが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに98の医療圏が、また2035年までには236の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

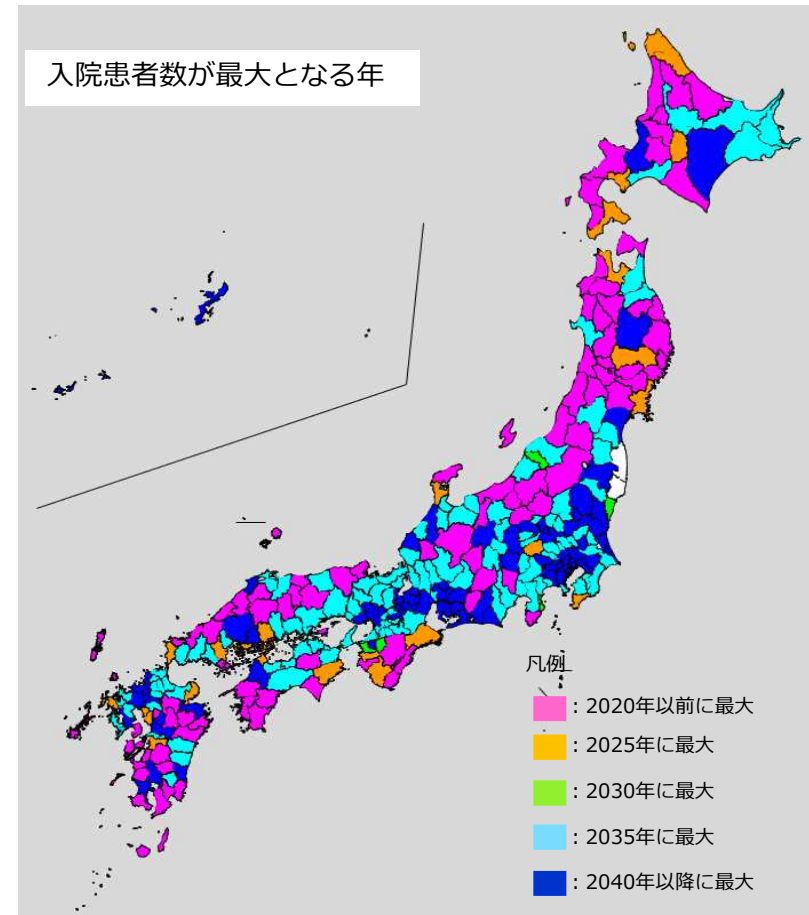
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



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

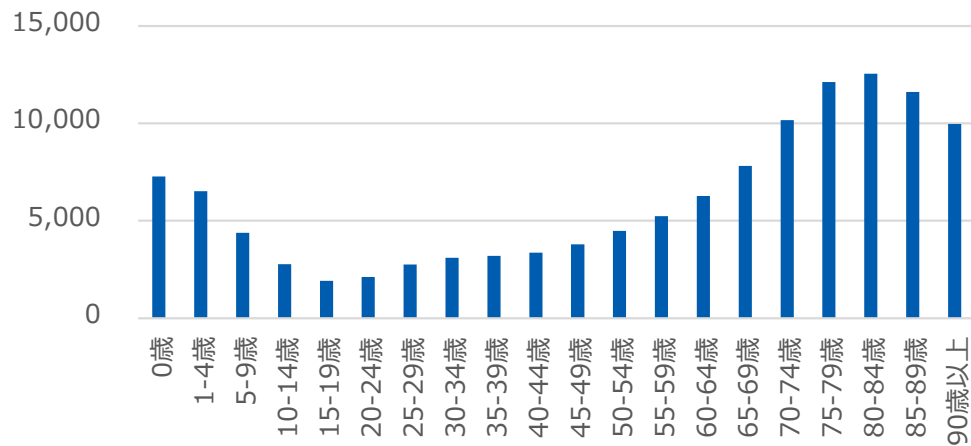
※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

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

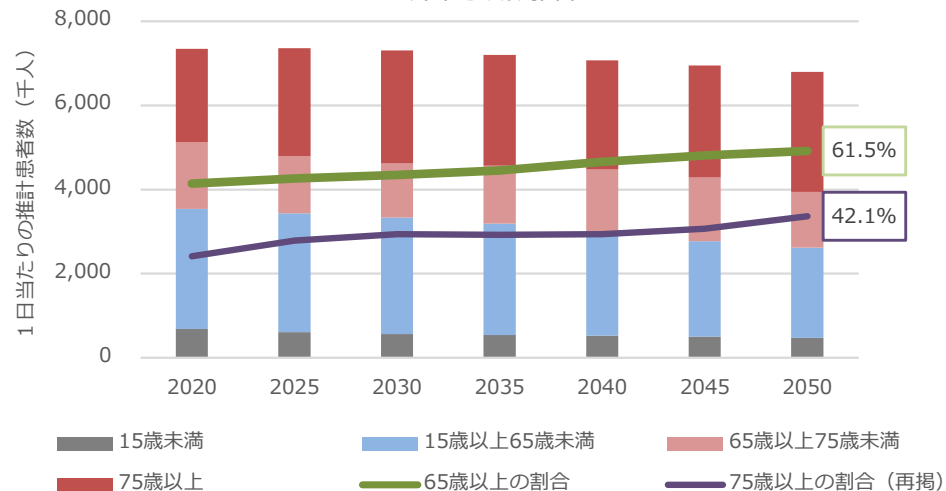
医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに218の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

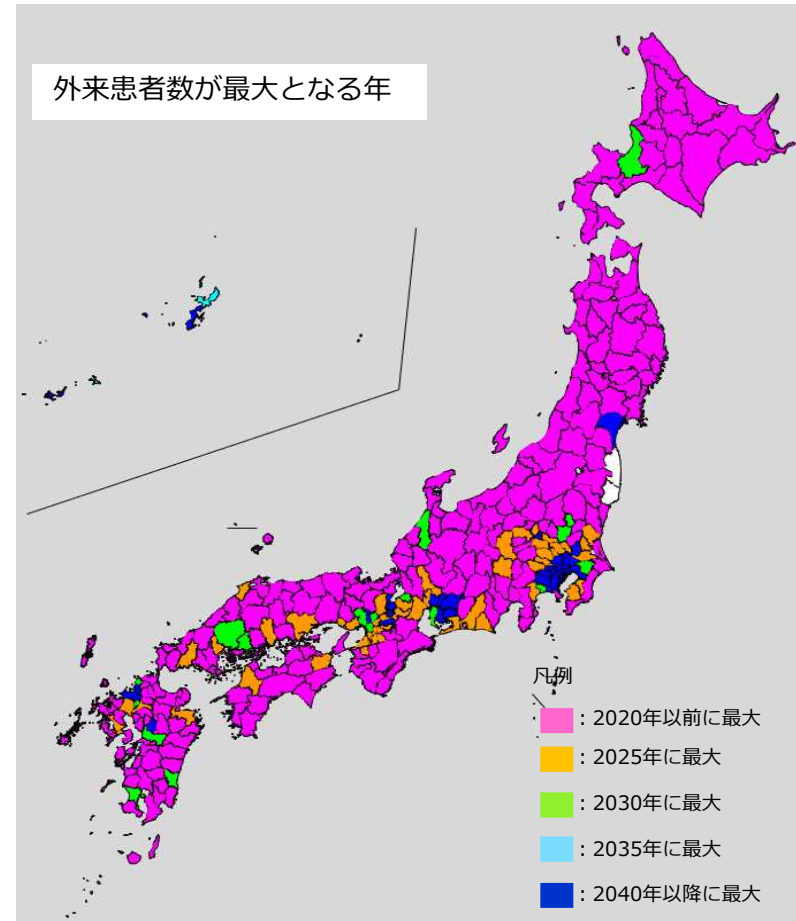
外来受療率（人口10万対）



外来患者数推計



外来患者数が最大となる年



高齢者の占める割合（%）

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

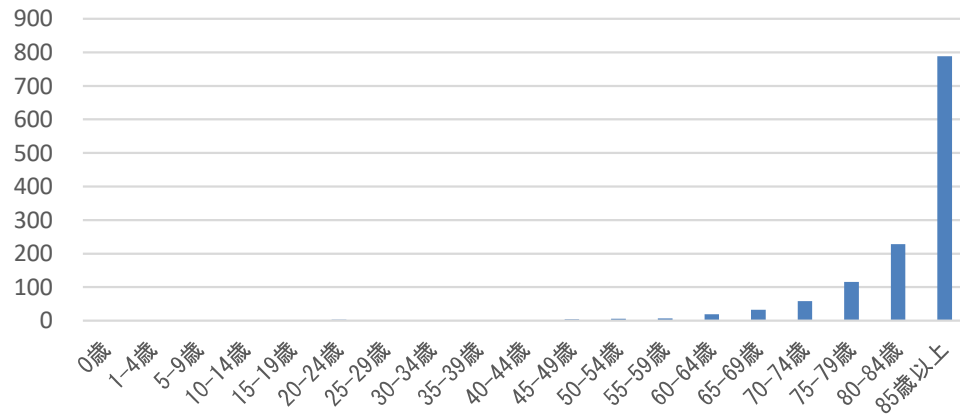
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

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

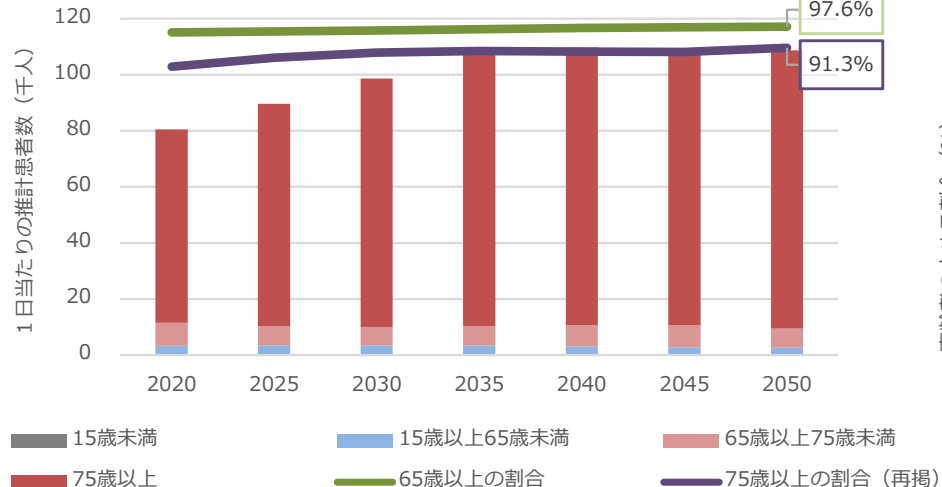
医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

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

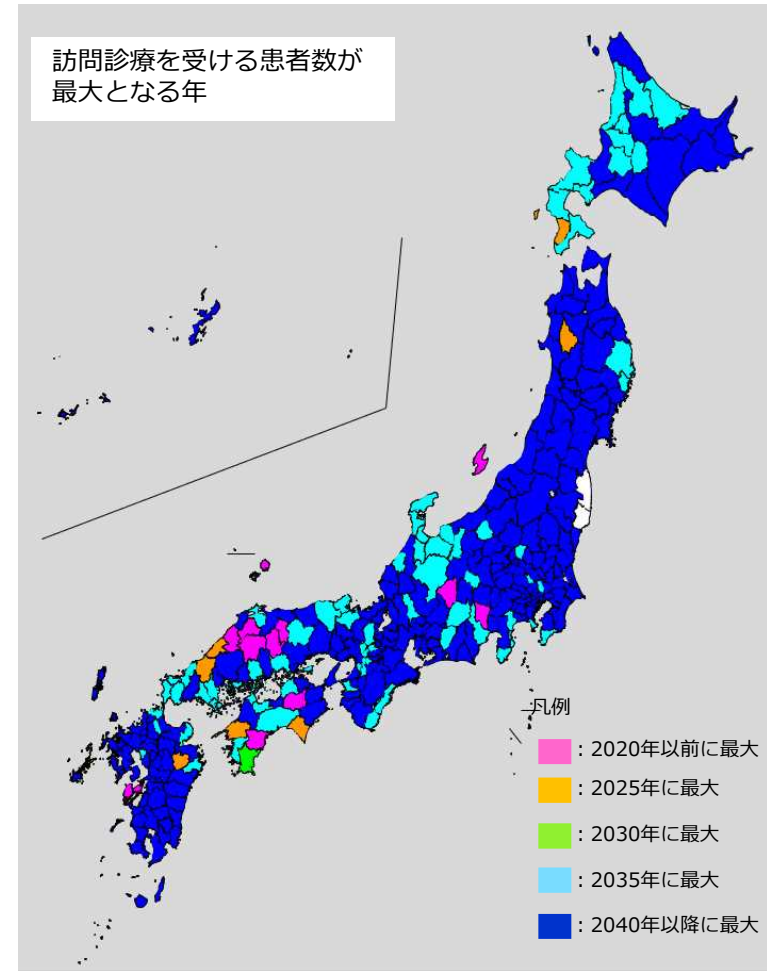
訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



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

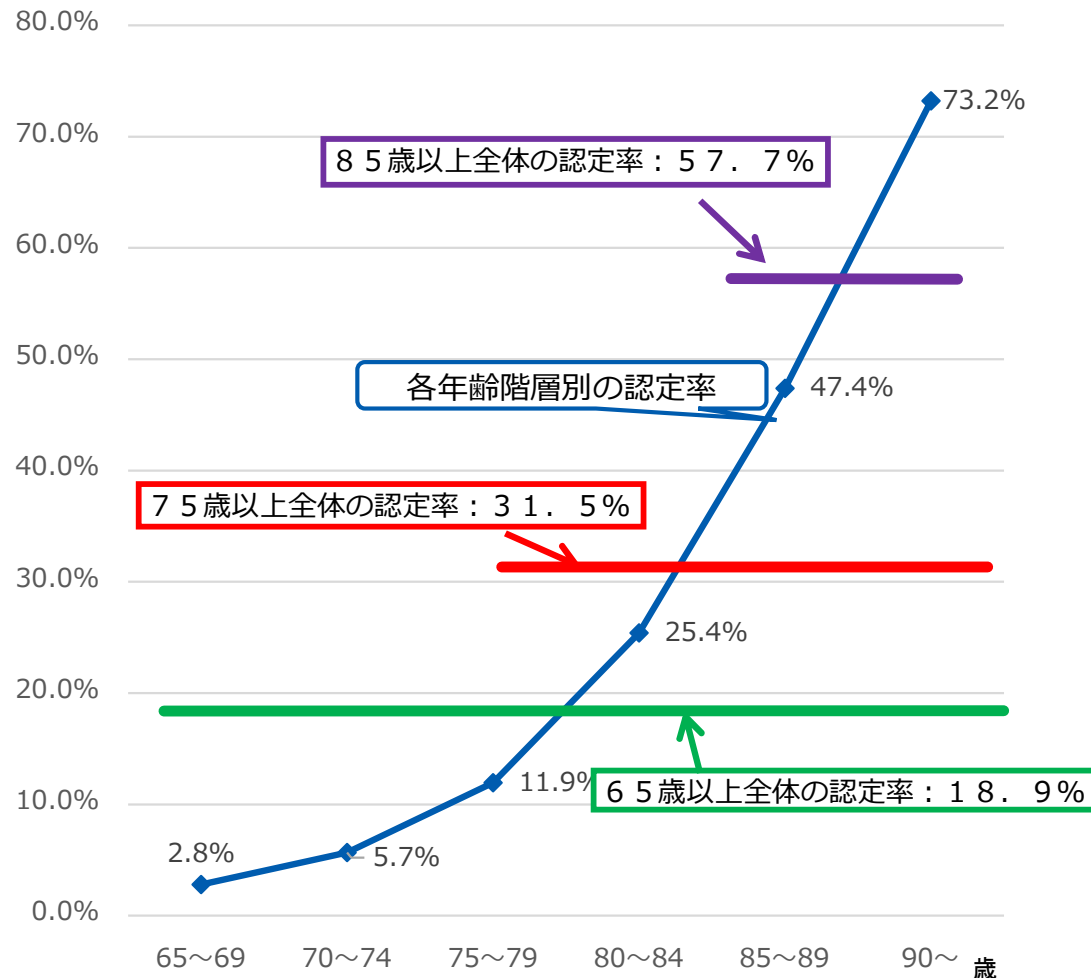
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

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

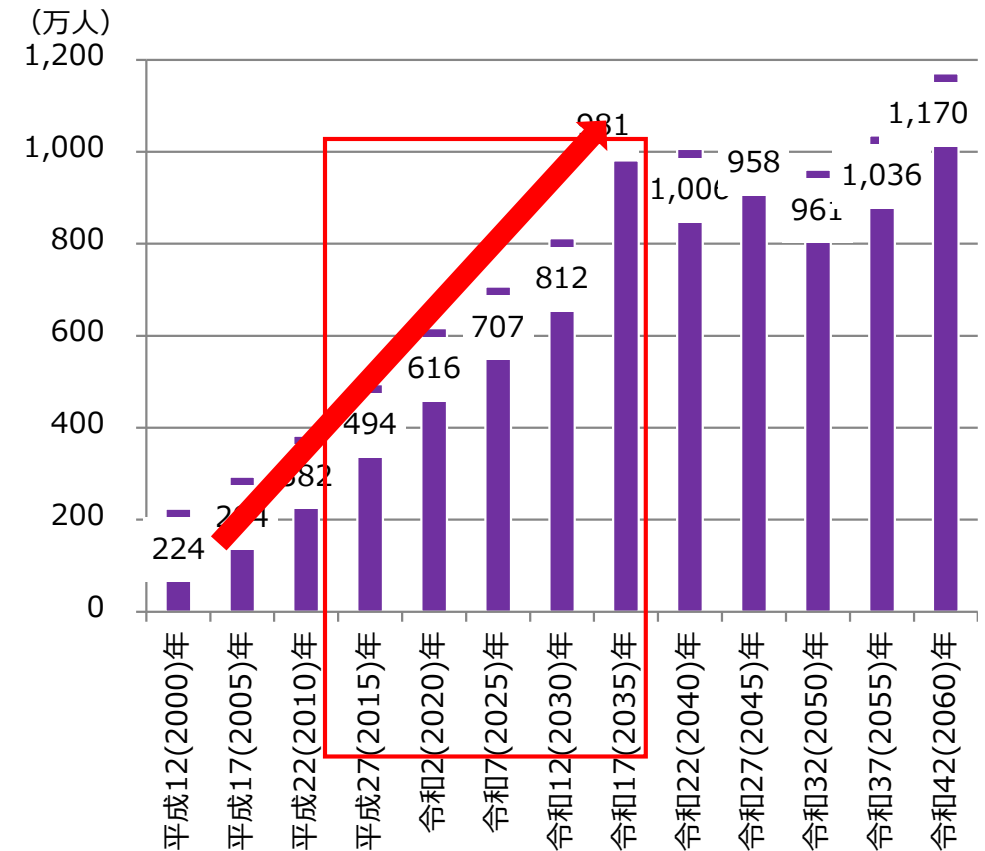
医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

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

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移



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

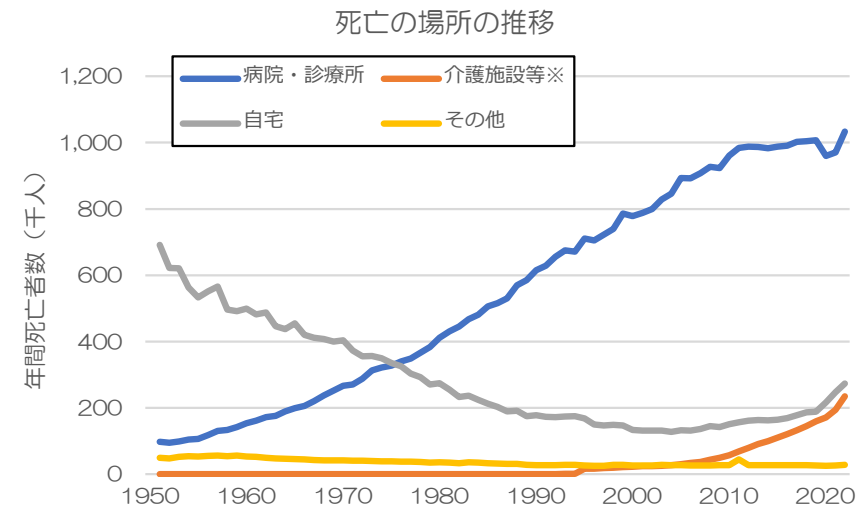
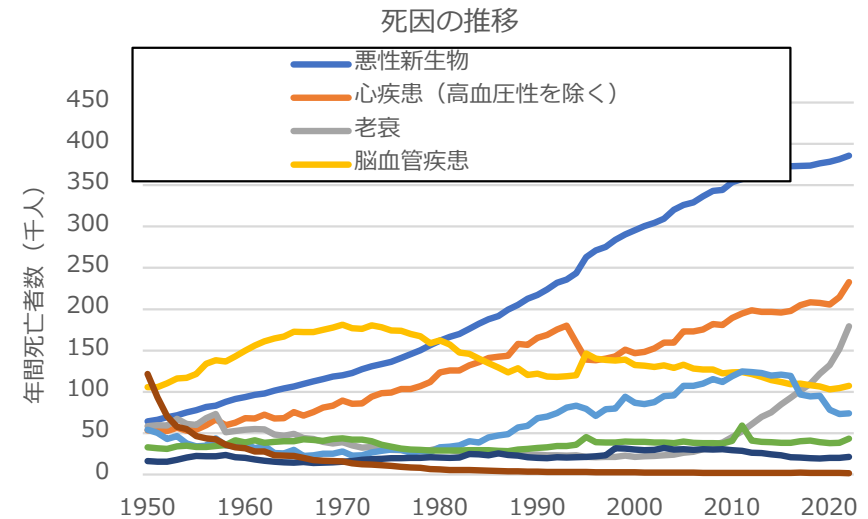
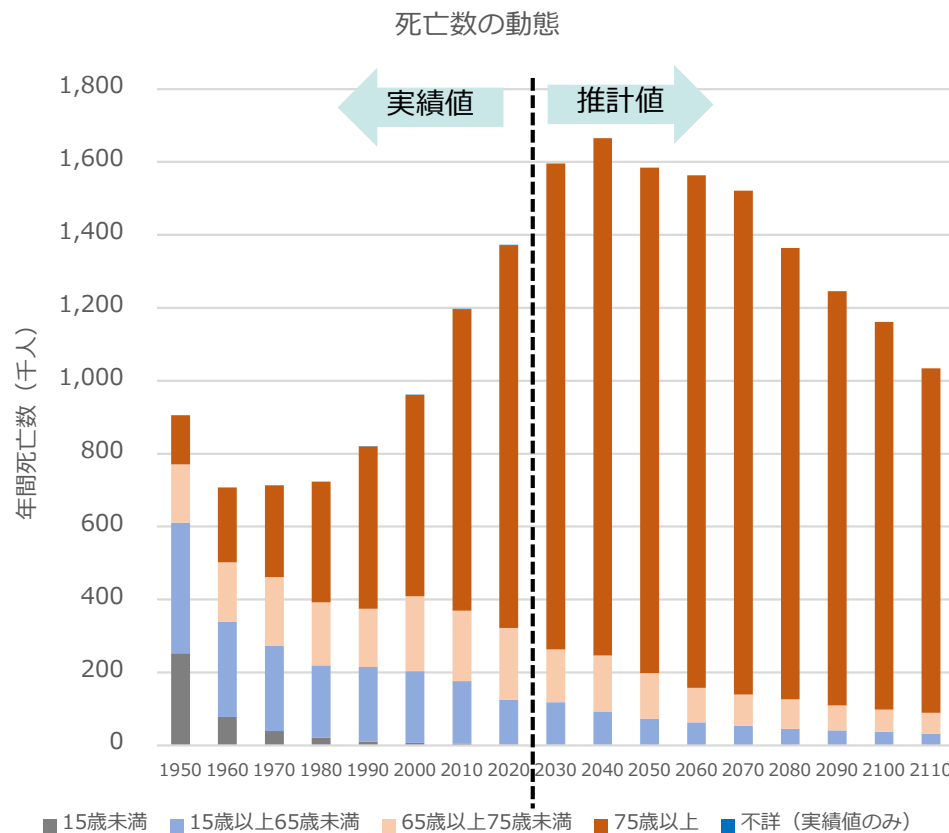
（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」

（令和5（2023）年4月推計）出生中位（死亡中位）推計

2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

医療需要の変化⑤ 死亡数が一層増加する

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



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

※ 介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム

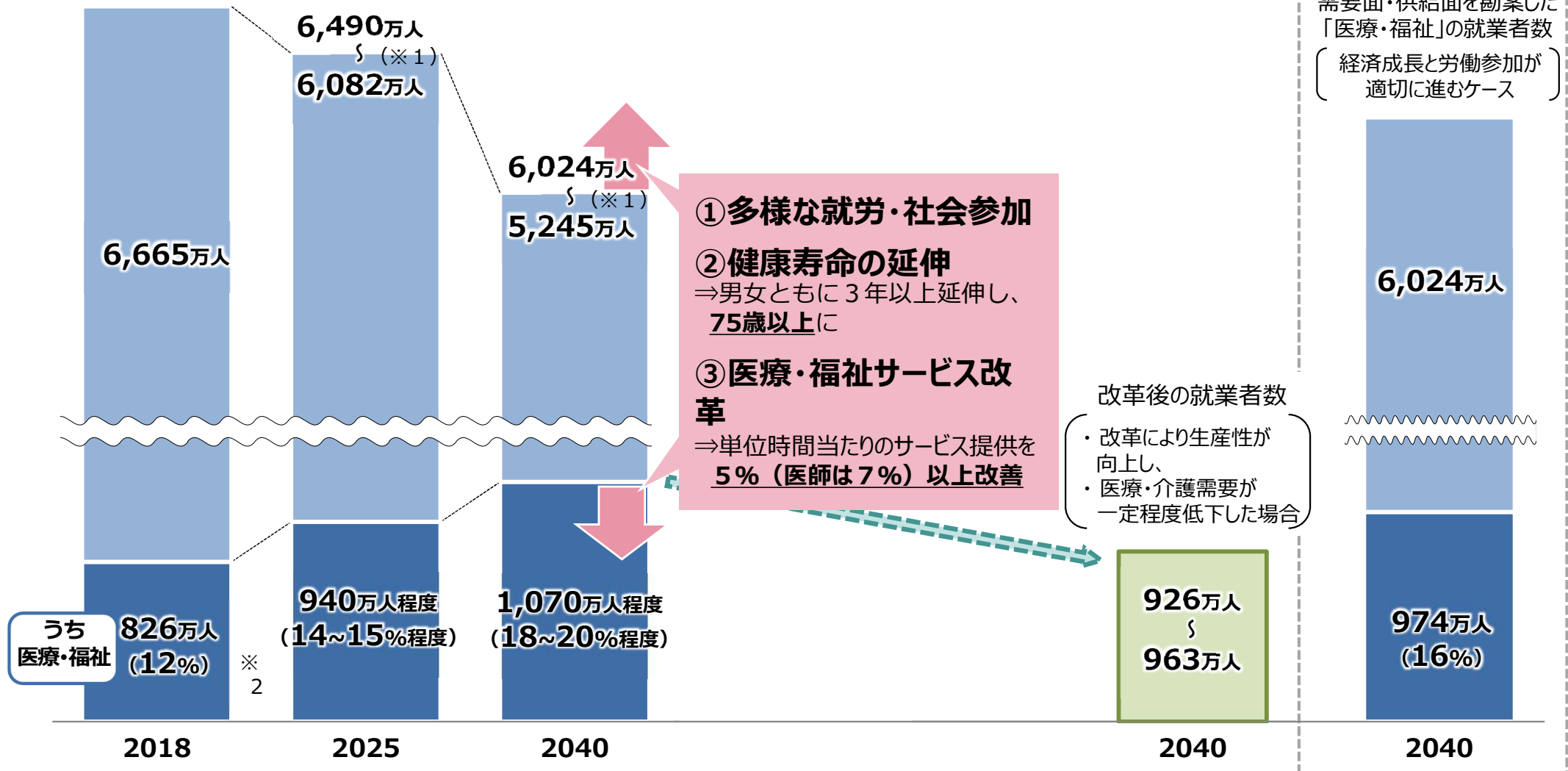
※ 死亡数の動態については、2020年までは実績値、2021年以降は推計値。

※ 死因の推移及び死亡の場所の推移については実績値。

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

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

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



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

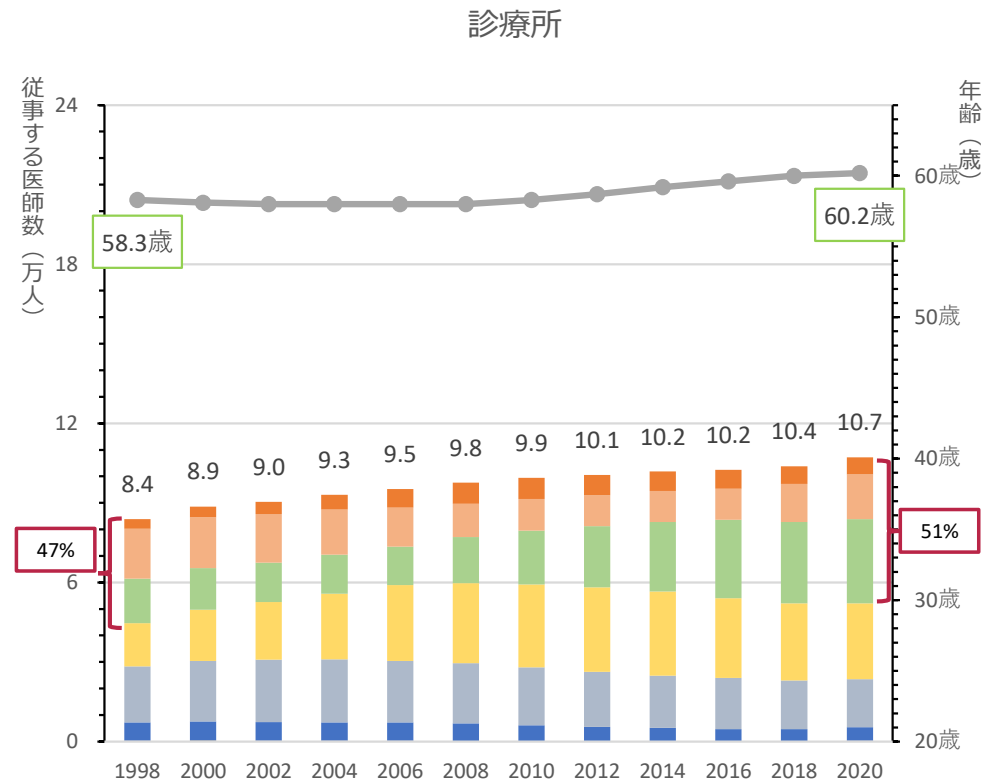
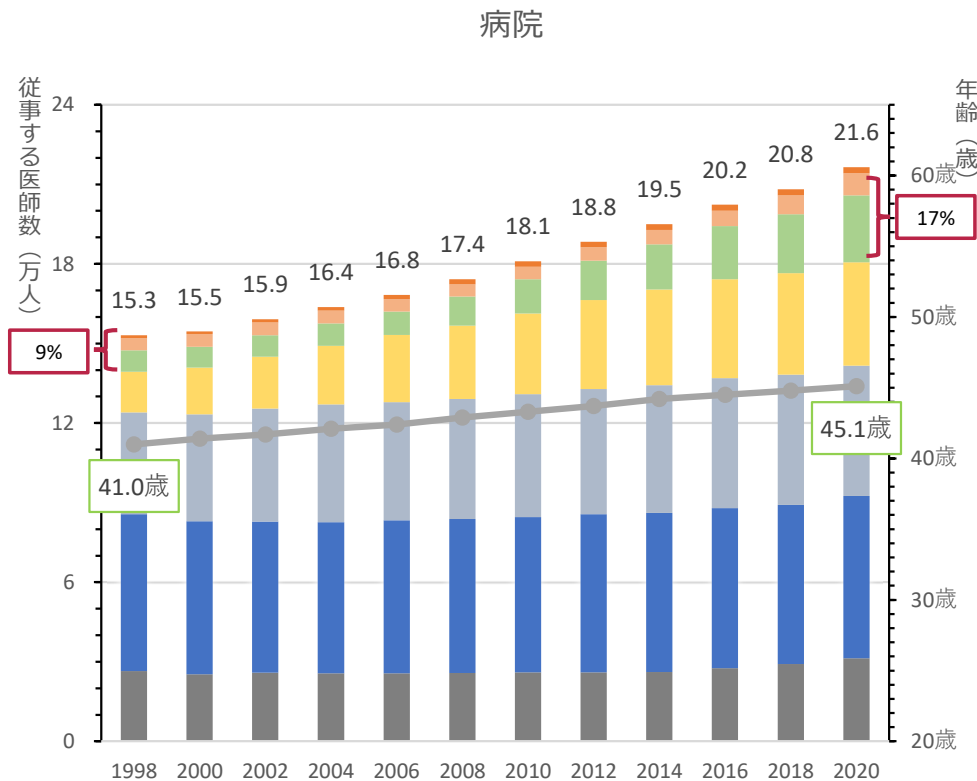
※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

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

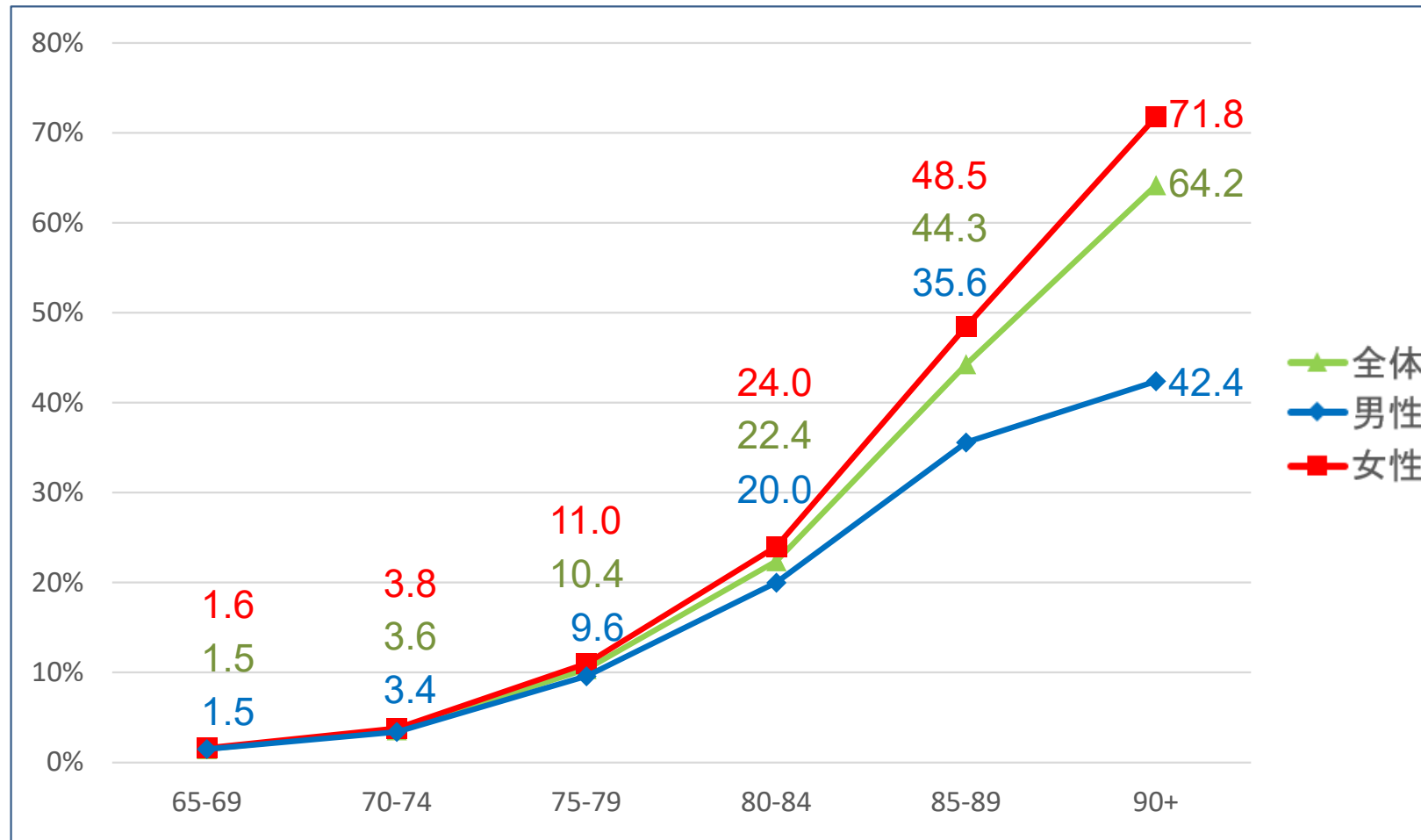
マンパワー② 提供者側（医師）の高齢化も進展している

- 病院に従事する医師数は、ここ20年で6.2万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は17%に増加しており、平均年齢は45.1歳まで上昇している。
- 診療所に従事する医師数は、ここ20年で1.9万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は50%程度で、平均年齢は60.2歳まで上昇している。

年齢階級別にみた病院従事する医師数及び平均年齢の年次推移



一万人コホート年齢階級別の認知症有病率



日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究(2016年～2020年)」

悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果
(2017年 解析対象 5,073人)

研究代表者 二宮利治(九州大学大学院)提供のデータより2019年4月時点に厚生労働省が作図

単独世帯の認知症高齢者数の推計

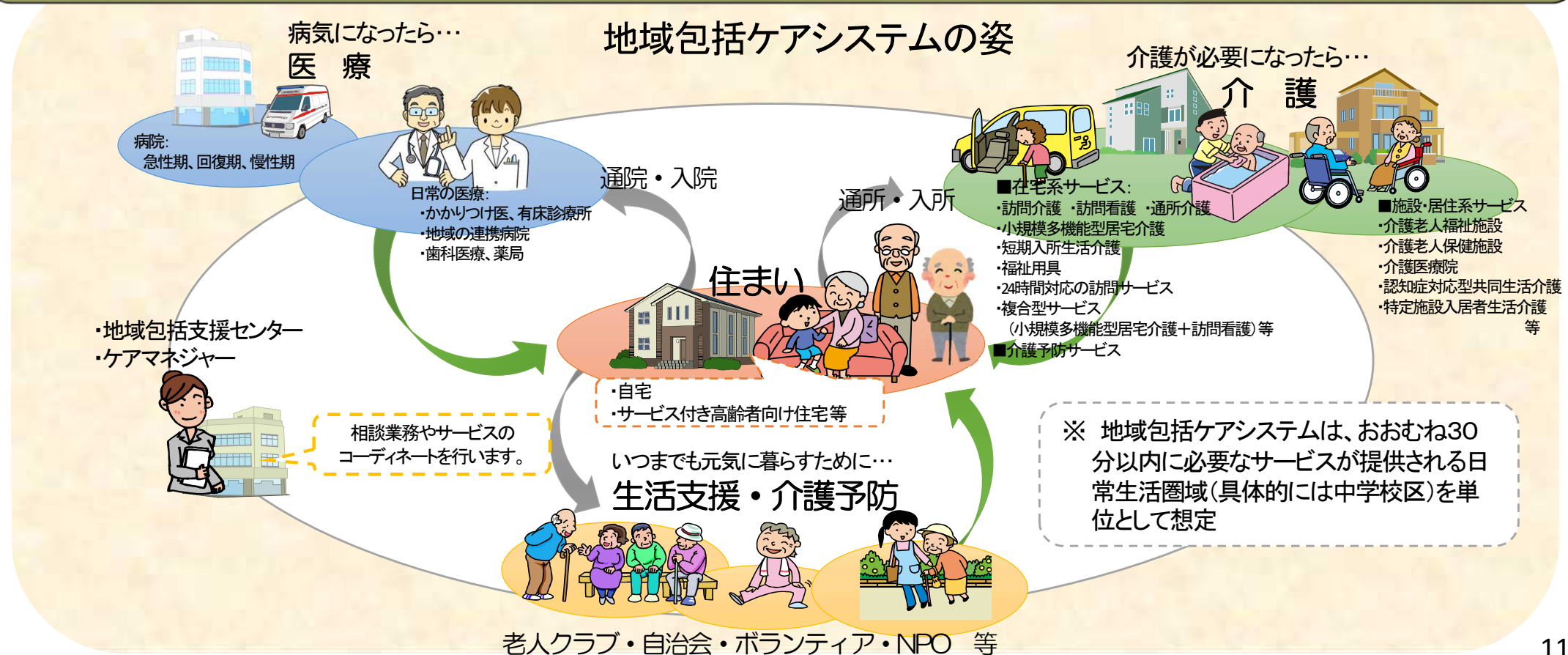
- 単独世帯の認知症高齢者の増加は85歳以上で特に顕著である。
- 2025年には、85歳以上の男性の7%、女性の14%が独居認知症高齢者になる。
- 2015～2040年の25年間で85歳以上の認知症高齢者は男性は2.80倍、女性は2.03倍増加する。

		人口(千人)						割合(%)						2015-2040 増加率
		2015	2020	2025	2030	2035	2040	2015	2020	2025	2030	2035	2040	
男	65～69歳	14	14	13	15	18	20	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	1.41
	70～74歳	20	29	27	26	30	35	0.6	0.7	0.7	0.8	0.9	1.0	1.72
	75～79歳	32	40	56	52	50	58	1.1	1.3	1.4	1.6	1.7	1.9	1.80
	80～84歳	52	61	75	101	94	91	2.6	2.7	2.9	3.2	3.5	3.8	1.73
	85歳以上	96	130	161	196	251	269	6.5	6.6	6.9	7.1	7.3	7.7	2.80
女	65～69歳	19	16	15	17	20	23	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	1.22
	70～74歳	44	50	43	39	43	50	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2	1.2	1.14
	75～79歳	103	114	133	113	101	110	2.9	2.9	2.9	2.9	3.0	3.1	1.07
	80～84歳	225	238	265	312	263	234	7.5	7.5	7.5	7.4	7.4	7.5	1.04
	85歳以上	453	593	688	785	931	921	13.1	14.0	14.2	14.2	14.2	13.7	2.03

※割合は各年齢層の人口に占める単独世帯高齢者の割合を示す。

地域包括ケアシステムの構築について

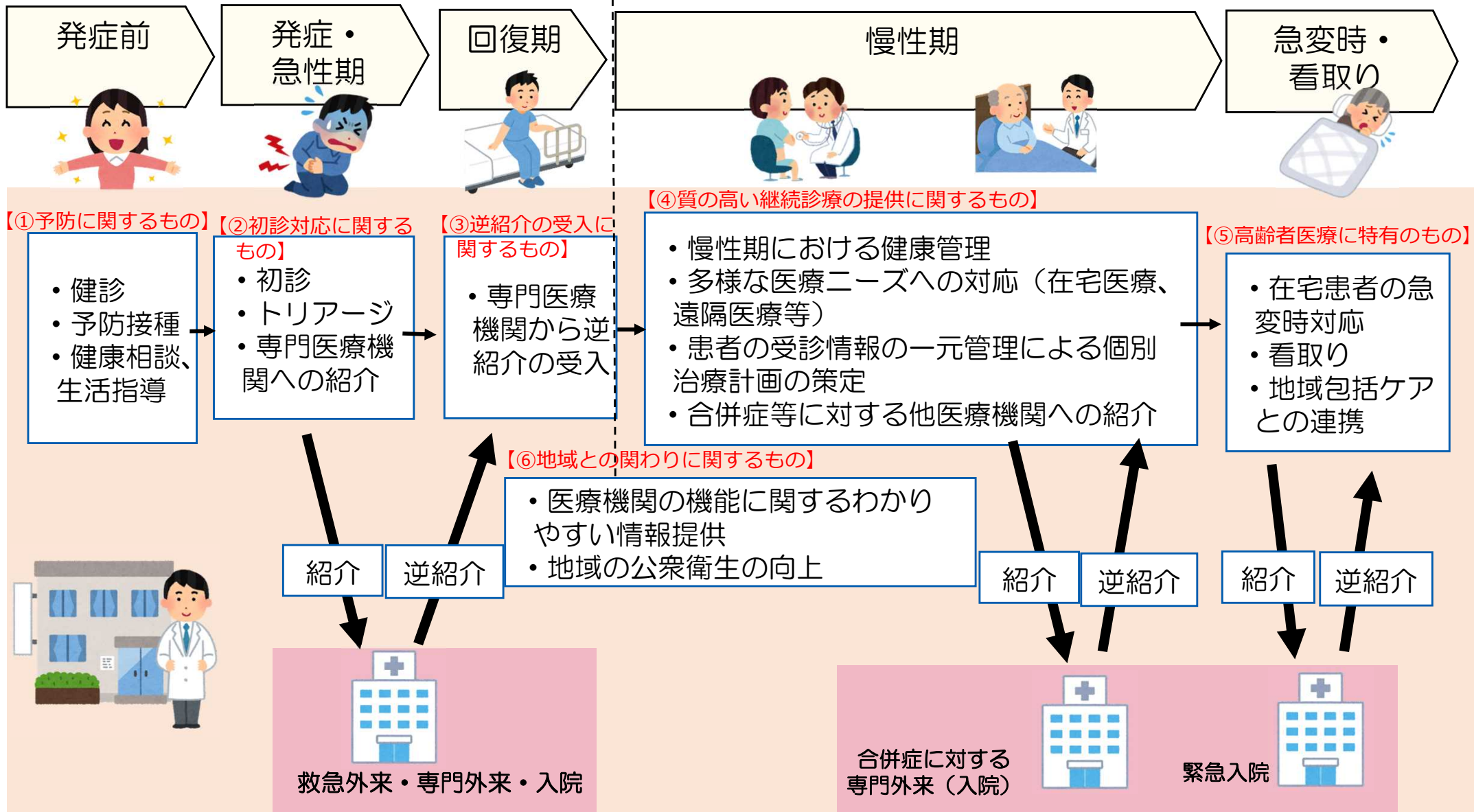
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



受診の場面からみた、保健医療のニーズ

＜医療にかかっていない者＞
（持病がない者）

＜継続的に医療にかかっている者＞
（持病のある者）



高齢者の多疾患併存について

- 高齢者は複数の疾患を有しており、入院の契機となった疾患以外にも配慮が必要となる。

東京都の75歳以上の後期高齢者約131万1,116人分のレセプト情報の分析結果

- 東京都の後期高齢者の約8割が2疾患以上の慢性疾患を併存。
- 3疾患以上の疾患を併存した割合が約6割。
- 頻度の高い3疾患の組み合わせは、男性は以下の通り。
 - ・高血圧・潰瘍性疾患・虚血性心疾患(12.4%)
 - ・高血圧・脂質異常症・潰瘍性疾患(11.0%)
 - ・高血圧・脂質異常症・虚血性心疾患(10.8%)。
- 女性では以下の通り。
 - ・高血圧症・脂質異常症・潰瘍性疾患(12.8%)
 - ・高血圧・潰瘍性疾患・脊椎／関節疾患(11.2%)
 - ・高血圧・脂質異常症・変形性関節症／脊椎障害(10.7%)。
- 多疾患を有する高齢者の特徴は、男性、85～89歳、医療費が1割負担、在宅医療を受けている、外来受診施設数が多い、入院回数が多い、であった。

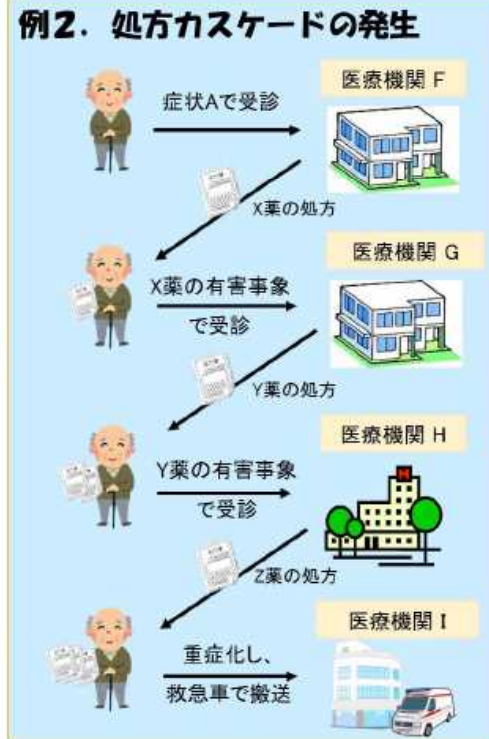
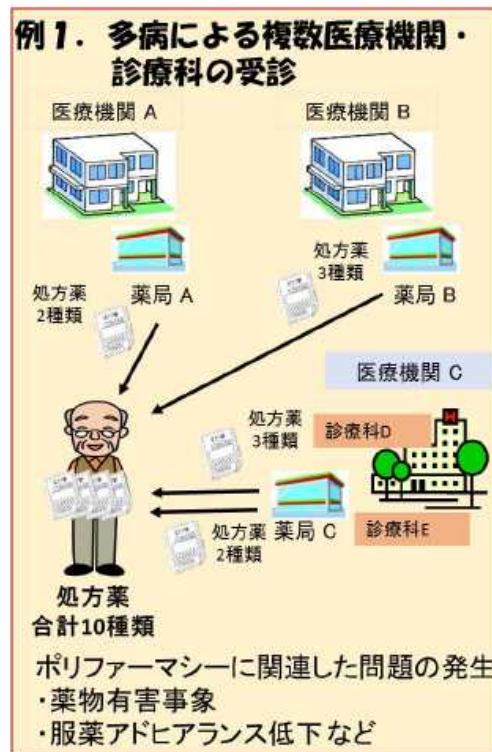
Mitsutake S, Ishizaki T, Teramoto C, Shimizu S, Ito H. Patterns of Co-Occurrence of Chronic Disease Among Older Adults in Tokyo, Japan. Prev Chronic Dis. 2019 Jan 31;16:E11.

ポリファーマシーの現状等

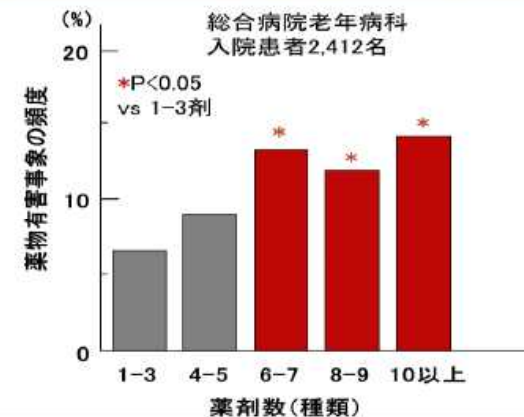
中医協 総-1-1
3 . 7 . 2 1

- ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す（**多剤服用の中でも害をなすもの＝ポリファーマシー**）
- ①新たな医療機関の受診による服用薬の積み重ね、②薬物有害事象に薬剤で対処し続ける「処方カスケード」の発生、によりポリファーマシーが形成される可能性がある
- 高齢者では6種類以上の投薬で有害事象の発生増加に関連したというデータがある
- 75歳以上の高齢者が1ヶ月間に1つの医療機関から処方される薬剤種類数は、約31.7%で6種類以上

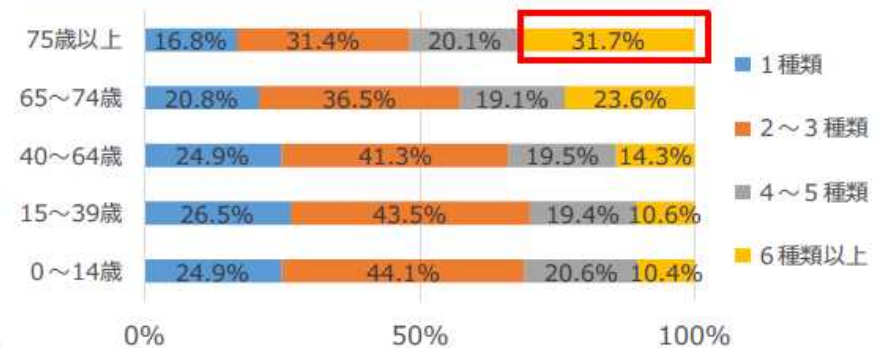
1 ポリファーマシーが形成される事例※1



2 服用薬剤数と薬物有害事象の頻度※1



3 調剤レセプト1件あたりの薬剤種類数※2



※1 出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編（2018年5月厚生労働省）に基づき医療課において作成

※2 出典：令和2年社会医療診療行為別統計

(参考) 政府における検討の主な経過

全世代型社会保障構築会議報告書（抄）（令和4年12月16日全世代型社会保障構築会議とりまとめ）

② 医療提供体制（抄）

◆ 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」（抄）（令和4年12月28日社会保障審議会医療部会とりまとめ）

1 基本的な考え方

- 今般の新型コロナウイルス感染症への対応においては、行政による事前の準備が十分でなかったため、全国的な感染拡大による急速な医療ニーズの増大に直面し、それぞれの地域において、通常医療との両立を含め機能する保健医療提供体制を早急に構築することが求められる中で、平時から入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化と連携を図ることにより、地域医療全体を視野に入れて必要な医療を連携やネットワークにより提供していくことの重要性が改めて認識された。
- 一方、この間も少子高齢化は着実に進みつつあり、今後、さらなる高齢者の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」に対し、機能分化と連携、人材の確保を一層重視した国民目線での提供体制の改革を進め、コロナ禍における関係者の密接な意思疎通や役割分担・連携の模索の経験・教訓も活かしながら、地域ごとに必要な医療を必要なときに受けられる体制を確保していくことが喫緊の課題である。
- このため、2040年頃まで続く高齢化への対応とあわせて、人口減少に対応した全世代型の社会保障制度を構築していくという基本理念の下で医療提供体制の改革を推進する必要がある。

（2）人口構造の変化への対応

- 将来の人口構造の変化に対応した医療提供体制を構築するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医療従事者の働き方改革、医師偏在対策を一体的に推進するとともに、DX等の技術革新を医療分野に確実に取り込むなど、総合的な医療提供体制改革を推進する必要がある。
 - 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、在宅を中心に入退院を繰り返し、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。

「医療提供体制の改革に関する意見」①（抄）（令和4年12月28日社会保障審議会医療部会とりまとめ）

2. 具体的な改革の内容について

（1）かかりつけ医機能が発揮される制度整備

① 基本的な考え方

- かかりつけ医機能については、平成25年に日本医師会・四病院団体協議会から合同提言が行われ、行政においても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慢性疾患を有する高齢者等に関する評価を中心に組み込まれてきたが、医療計画等の医療提供体制に関する諸施策に位置付けた取組はこれまで行われていない。
- しかしながら、1に示したように、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くみられる高齢者が今後更に増加するとともに、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、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現し、地域ごとに必要な医療を必要なときに受けられる体制を確保していくためには、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選択して利用することができる仕組みとし、医療機関は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、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化する仕組みとすることを基本的な考え方としてはどうか。
- なお、制度整備の検討及び実施に際しては、我が国の医療制度が、フリーアクセスの保障、国民皆保険、医師養成のあり方と自由開業制、人口当たりの病床数、といった様々な要素が微妙なバランスの上に成立していることに鑑み、エビデンスに基づく議論を行い、現在ある医療資源を踏まえ、性急な制度改革がなされないよう時間軸に十分に留意することが必要ではないか。

「医療提供体制の改革に関する意見」②（抄）（令和4年12月28日社会保障審議会医療部会とりまとめ）

② 医療機能情報提供制度の刷新

- 「かかりつけ医がない」者について、「かかりつけ医を選ぶための情報が不足している」、「かかりつけ医を探す方法が分からない」という状況があり、国民・患者にとって、わかりやすいかかりつけ医機能に関する情報提供のあり方を検討することが必要である。
- これまでも医療機能情報提供制度において、かかりつけ医機能に関する国民や患者への情報提供が行われているが、当部会における議論においても、情報提供項目について、内容の具体性に乏しい、あるいは診療報酬点数そのままでは理解しづらいため、実際に医療機関を選択するツールとしては不十分といった指摘があったところである。
- このため、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、医療機能情報提供制度を以下のとおり刷新すべきではないか。
 - ・ 医療法第6条の2第3項において、国民は、「医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない」とこととされていることも踏まえ、その選択に資するべく「かかりつけ医機能」の定義を法定化する。
 - ・ かかりつけ医機能の定義は、現行の医療法施行規則1において「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医療機関の機能」とされていることを踏まえた内容とする。
 - ・ 医療機関は、国民・患者による医療機関の選択に役立つ情報及び医療機関間の連携に係る情報を都道府県に報告するとともに、都道府県知事は、報告された「かかりつけ医機能」に関する情報を国民・患者に分かりやすく提供する。
 - ・ このため、情報提供項目を見直すとともに都道府県ごとに公表されている医療機関に関する情報について全国統一のシステムを導入する。

（参考：情報提供項目のイメージ（案））

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| ◆対象者の別（高齢者、障害者、子どもなど） | ◆日常的によくある疾患への幅広い対応 |
| ◆医療機関の医師がかかりつけ医機能に関して受講した研修など | ◆入退院時の支援など他の医療機関との連携の具体的内容 |
| ◆休日・夜間の対応を含めた在宅医療や介護との連携の具体的内容 | |

- なお、具体的な項目の内容等については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討することとしてはどうか。その際、項目についてはその意味合いが国民に十分に理解されるように、住民・患者目線でわかりやすい内容とするよう検討すべき、職域の観点も含め幅広い国民を対象に検討すべき、特に、かかりつけ医を必要としながらもかかりつけ医がない方々の目線から検討すべき、その際、保険者の役割も重要である、医療機能情報提供制度そのものの認知度を高める取組も併せて講じる必要があるのではないかと、との意見に留意すべきではないか。
- こうした取組について、以下のようなスケジュールを想定して着実に進めてはどうか。
 - ・ 令和6年度以降に医療機能情報の公表の全国統一化
 - ・ 有識者や専門家等の参画を得た検討結果等を踏まえ、情報提供項目の見直しを実施

「医療提供体制の改革に関する意見」③（抄）（令和4年12月28日社会保障審議会医療部会とりまとめ）

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、在宅を中心に入退院を繰り返し、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
 - ◆ 入退院時の支援
 - ◆ 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。
- その際、在宅医療や介護サービス事業者との連携などについて、医療介護総合確保法に基づく計画や介護保険法に基づく市町村介護保険事業計画等との関係についても検討すべきではないか。
- なお、報告を求める具体的な機能については、報告する医療機関が診療所である場合に加え、病院である場合も含めて、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討すべきではないか。他院を支援する意向も、不足する機能の充足に活かすことが考えられる。その際には、以下の意見があったことに留意すべきではないか。
 - ・ 個々の医療機関の機能を向上させるため、一定の報告基準を国が統一的に定めるべき。
 - ・ 研修の受講を必須とすべき。
 - ・ 医療機関からの報告だけでは不十分であり公的な認定によって一定の質を担保する仕組みを設けるべき。
 - ・ 全人的な診療に対応できる総合力を有する医師は重要である。
 - ・ こうした医師を養成するため、病院が研修を行う役割を担うべき。
 - ・ 大学病院等の大病院から患者を逆紹介させる仕組みを機能させるために必要である。

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

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

- 都道府県が、地域の協議の場において検討する具体的方策については、例えば、以下のような事項が考えられるのではないかと。
 - ・ 病院勤務医が地域で開業し地域医療を担うための研修や支援の企画実施（例えば在宅酸素療法、在宅緩和ケア、主治医意見書の書き方等。研修先の斡旋や研修中の受け持ち患者の診療支援も考えられる。）
 - ・ 地域で不足する機能を担うことを既存又は新設の医療機関に要請
 - ・ 医療機関同士の連携の強化（グループ診療、遠隔医療やオンライン資格確認の活用等）
 - ・ 在宅医療を積極的に担う医療機関や在宅医療の拠点の整備
 - ・ 多職種連携の推進
 - ・ 地域医療連携推進法人の設立活用（個人立を含めた医療機関の連携を可能とする新類型を設ける。）
- こうした取組を後押しするため、厚生労働省において、例えば以下の支援を検討すべきではないかと。
 - ・ 研修の標準的な基準の設定等を通じた研修等の量的・質的充実と受講の促進
 - ・ 国民・患者の健康・医療情報の共有基盤等の整備（医療 DX の推進）
 - ・ かかりつけ医機能の診療報酬による適切な評価 など
- 地域の協議の場において検討する具体的方策や、国の支援内容については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討することとしてはどうか。その際、以下の意見があったことに留意すべきではないかと。
 - ・ かかりつけ医機能を有する医療機関に関し、最初に診療を受ける医療機関としてのかかりつけ医機能及び初期救急のあり方について検討すべき。
 - ・ かかりつけ医機能を有する医療機関に中小病院を含めるべき。
 - ・ 内科のみならず、眼科や耳鼻科など専門的な領域を担う医療機関のあり方についても検討すべき。
 - ・ 地域においては1つの医療機関で全てのかかりつけ医機能を担うのは困難であること。
 - ・ 地域における協議の過程において、かかりつけ医機能について合意し、行政や地域の医師会などの医療関係者の支援を受けながら、それぞれの医療機関の連携の在り方について確立していくべき。
 - ・ 地域の協議の場に関して、高齢者の在宅医療を想定するのであれば、地域医療構想調整会議では対応困難であることや、2次医療圏では規模が大きいので、市区町村単位での議論を前提とすべき。
 - ・ 医療分野の DX に関し、かかりつけ医機能を発揮させるためには PHR基盤の整備やオンライン資格確認の活用による患者の情報の一元的な管理が肝要、セキュリティを確保した上で患者と医療機関側の双方のデータ基盤の整備が重要である。その際、母子保健の仕組みも参考にして健診や予防接種なども含めてかかりつけ医が全人的に伴走できるようにすべき。

「医療提供体制の改革に関する意見」⑤（抄）（令和4年12月28日社会保障審議会医療部会とりまとめ）

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

- さらに、慢性疾患を有する高齢者が在宅で医療を受ける場合をはじめ患者が継続的な管理を必要とし、患者が希望する場合に、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について、書面交付などを通じて説明することとしてはどうか。なお、書面の具体的な内容や交付手続き等については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討することとしてはどうか。その際、以下の意見があったことに留意すべきではないか。
 - ・ 対象者については、慢性疾患を有する高齢者のみならず、子どもを含め幅広く対象とすべき。
 - ・ 継続的な管理が必要と判断される患者に限定すべきではない。
 - ・ 情報の一元化やその調整窓口を想定し、患者と医師との関係は1対1にすべき。
 - ・ その情報を都道府県に登録し保険者が把握できるようにすべき。
 - ・ 複数の医療機関から書面の交付を可能とすべき。
 - ・ 書面等について統一様式を定めるなど医療現場の負担に配慮すべき。
- こうした取組を着実に進めるため、以下のスケジュールを想定してはどうか。
 - ・ 有識者や専門家等の参画を得た検討結果等を踏まえ、医療法に基づく「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針（告示）」等の関係法令を改正する。
 - ・ 令和7年度を目途に個々の医療機関からの機能の報告を受けて、地域の協議の場における「かかりつけ医機能」に関する議論を開始する。
 - ・ 具体的方針等が決定した段階で、適宜、医療計画に反映する（第8次医療計画の中間見直しを想定）。
- かかりつけ医機能が発揮される制度整備は、地域医療構想・医師偏在対策・働き方改革など、現在進めている医療提供体制に関する取組に密接に関連し、今後の少子高齢化の進展の中でも国民・患者が必要な医療を必要なときに受けられるようにしていく上で重要な取組となる。厚生労働省においては、今回の制度整備を具体化するとともに、実施していく際には、国民・患者目線に立って、その趣旨や内容を国民・患者にわかりやすく伝え、その理解を得ながら継続的に推進していくことが求められる。

「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（抄） （令和5年12月22日閣議決定）

2. 医療・介護制度等の改革

＜②「加速化プラン」の実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組＞

◆ 医療提供体制改革の推進

- ・ 地域医療構想については、これまでのPDCAサイクルを通じた取組の進捗状況等を踏まえ、2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進める。その際、国においては、都道府県・構想区域の病床機能等の状況の見える化、構想区域の効果的な事例（内容、検討プロセス等）の周知、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる構想区域を設定してアウトリーチの伴走支援の実施など、都道府県における地域の実情に応じた取組を支援する。
- ・ 2026年度以降の地域医療構想の取組について、今後、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応できるよう、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討を行う。
- ・ こうした対応に実効性を持たせるため、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う。
- ・ かかりつけ医機能が発揮される制度整備について、85歳以上の高齢者の増加等を見据えて、診療実績に係る情報提供の強化を含め、医療機能情報提供制度の刷新や、かかりつけ医機能報告制度の創設等により、国民・患者から見て、一人一人が受ける医療サービスの質の向上につながるよう、2025年4月の制度施行に向け、検討会等で具体的な議論を行い、2024年夏頃までに結論を得る。
- ・ さらに、令和5年法改正の施行状況等を踏まえ、患者による選択や、地域包括ケアの中でのかかりつけ医機能、かかりつけ医機能の対象者、医療機関の連携・ネットワークによる実装等について更なる検討を進める。
- ・ また、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にも取り組んでいく。