

かかりつけ医機能に関する 取組事例集 (第 1 版)

厚生労働省医政局総務課
令和 7 年 6 月

■ はじめに

- 令和5年5月に「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）」が公布され、同法においてかかりつけ医機能が発揮される制度整備が行われました。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応し、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくための重要な医療制度改革です。具体的には、令和7年度よりかかりつけ医機能報告制度に基づく取り組みが開始されることとなります。
- 厚生労働省では、上記の制度の全体像を理解しやすくするものとして、かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン（以下「ガイドライン」）を策定しました。
- 本事例集はガイドラインの別冊資料として、特にガイドライン第4章に記載している、協議における課題と方策の具体例や、かかりつけ医機能の実装のための具体例を示すものとして、作成しました。
- 本事例集には、行政主導の取組に加え、地域の医療機関等が中心となって実施している取組も含まれており、次の活用方法などが考えられます。背景・課題、自治体規模なども記載しているため、自地域の状況と近い地域の取組を参照することも可能です。
 - 協議の場の議題設定等の参考にする
 - 他地域の事例を関係者に示しながら、地域で必要なことがないか関係者と調整を始める際の参考とする
- ガイドラインと併せて、地域におけるかかりつけ医機能の確保のための方策の検討や、協議の場を進める際などの参考となれば幸いです。

掲載事例一覧

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

【関係するかかりつけ医機能（主なもの）】

○：事例集で特に焦点を当てて紹介しているもの

※○がなくても、取組が行われていないということではありません

【医療圏分類】

所在する二次医療圏を人口・人口密度を基に以下3類型に分類したもの

・大都市型：（人口が100万人以上）または（人口密度が2,000人/㎢）以上

・地方都市型：（人口が20万人以上）または（人口10-20万人かつ人口密度200人/㎢以上）

・過疎地域型：大都市型にも地方都市型にも属さない場合

1. 県全域への入退院支援ルールの普及促進（福井県）

（基本情報）

総人口・高齢者割合	752,390人 ・ 65歳以上：31.1% 85歳以上：6.0%（令和6年1月1日時点）
面積	4,190.57km ² （令和6年10月時点）
取組開始時点	協議：平成27年度 運用開始：平成28年度
取組に関するホームページ	https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kourei/taiinshien.html
担当部署連絡先	福井県長寿福祉課（メール）choju@pref.fukui.lg.jp

背景課題	● 病院と介護支援専門員の連携ルールは、一部では取り組まれていたが、医療機関や地域で様式等が異なり、十分に活用されていなかった。
取組概要	● 退院支援ルールの適用範囲を全県とすることとし、全県統一の入退院支援ルールを策定した。（平成28年4月運用開始）
効果	<ul style="list-style-type: none"> ● 退院調整のフローを標準化したことにより、入退院時の情報提供率の向上につながった。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 入院時情報提供の割合：約5割→約7割 ➢ 退院時に介護支援専門員に情報提供を行っている割合：約8割→約9割 ● 協議を重ねることで、お互いの事情や役割への理解が深まり、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなった。 ● ルール活用により入退院にかかる診療報酬・介護報酬上の評価・加算につながった。

主な取組内容

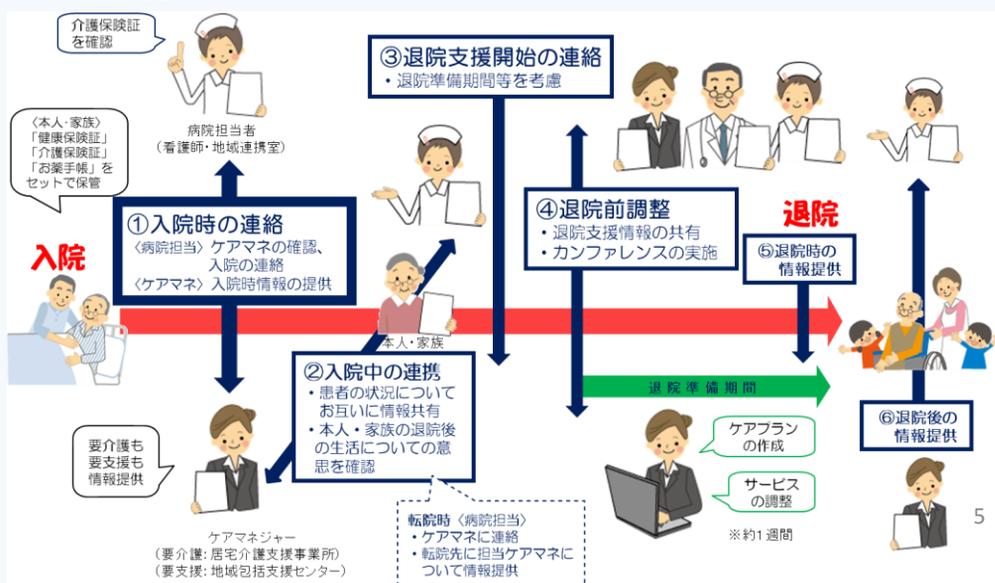
■ 調整の流れ

- 全県統一の入退院支援ルールの必要性について、関係者間で次の流れを調整・議論した。
 - ① 県と県医師会が連携し、入退院時の支援ルール作成に向け取り組むことを確認。
 - ② 全県の介護支援専門員を対象に入退院時連携の実態を調査。
 - ③ 県内すべての保健所が関係者の協議の場を設置。医療機関、介護支援専門員、医師会等による複数回の協議を経て、入退院時の医療介護連携に関する現状と課題の整理、入退院支援ルールについての意見の取りまとめを実施。その中で、市町や医療圏をまたぐ入退院の事例が多く見られることから、ルールの適用範囲は広域にする必要があるとの意見があった。

■ 福井県入退院支援ルールの策定

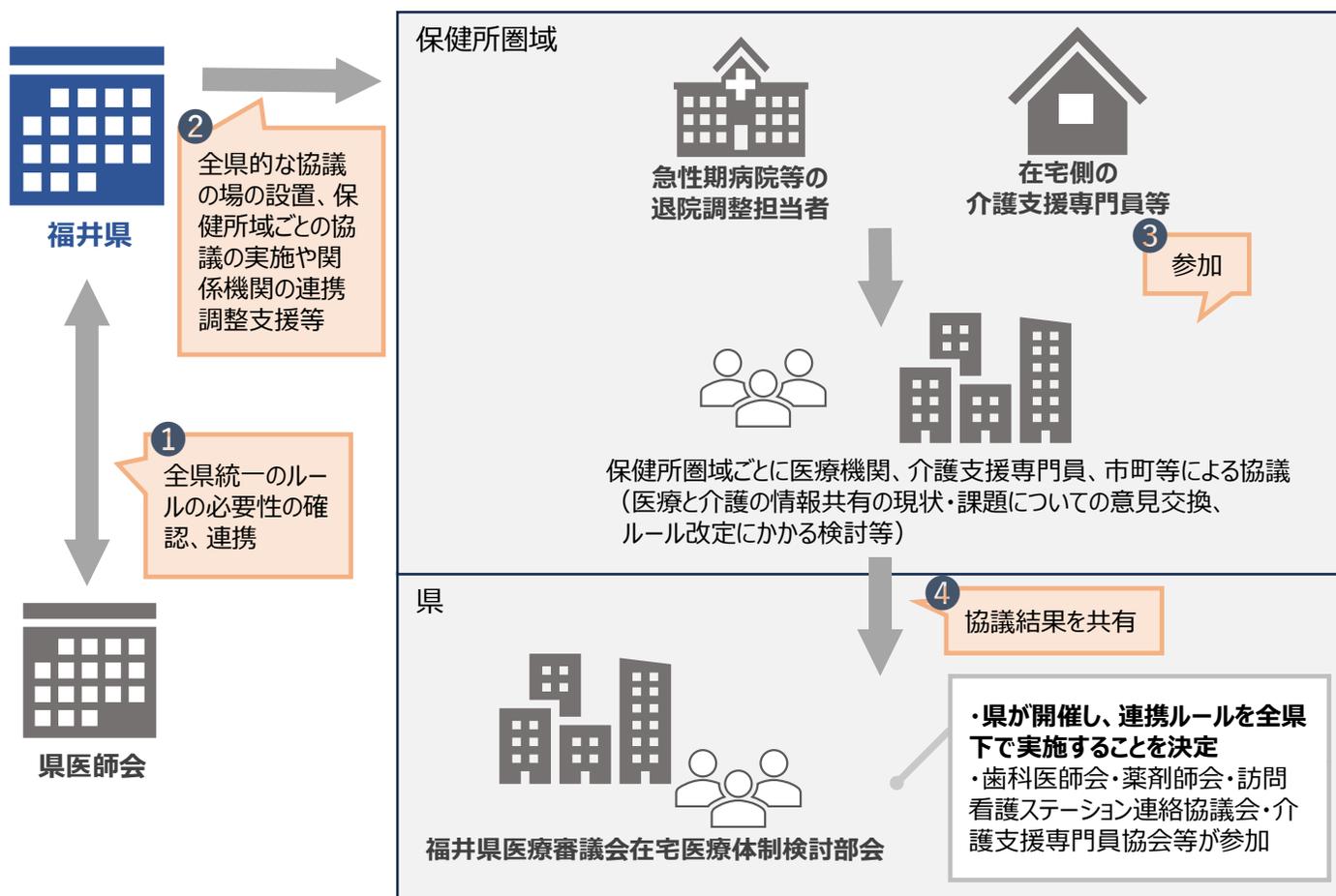
- ルールの適用範囲を全県とすることとし、保健所圏域毎の協議会で出た現場の意見を踏まえた上で、圏域代表者会議及び県医療審議会において全県統一のルールを策定した。

- フローを、「A：入院前にケアマネジャーがいる患者の場合」と、
- 「B：入院前にケアマネジャーがいない患者の場合」に分けて整理。
- （右図は「A：入院前にケアマネジャーがいる患者の場合」）



入退院ルールの作成イメージ

エリア：全県で統一ルールを運用



関係者の主な役割

福井県	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業の企画・予算の確保 ● 市町への参加要請（介護保険担当部局、地域包括支援センター、居宅介護事業所等） ● 県は、全県的な関係者協議の場の設置、県保健所は、保健所圏域ごとの協議の実施や関係機関の連携調整を支援 ● 入退院時の連携状況の定期的な把握・評価、入退院支援ルールの改善
県医師会	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業の実施方法や入退院支援ルール等に対する医療的見地からの助言 ● 郡市医師会に対する連絡調整や協力要請 ● 病院、有床診療所、介護支援専門員協会等の関係機関に対する協力要請
急性期病院等の退院調整担当者	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健所圏域の合同会議や協議会に参加し、議論
在宅側の介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健所圏域の合同会議や協議会に参加し、議論
歯科医師会・薬剤師会・訪問看護ステーション連絡協議会・介護支援専門員協会等	<ul style="list-style-type: none"> ● 県の検討部会に参加し、議論 ● 連携ルールを全県下で実施することを決定

2.地域密着型協力病院の指定などによる後方支援体制の構築（和歌山県）

（基本情報）

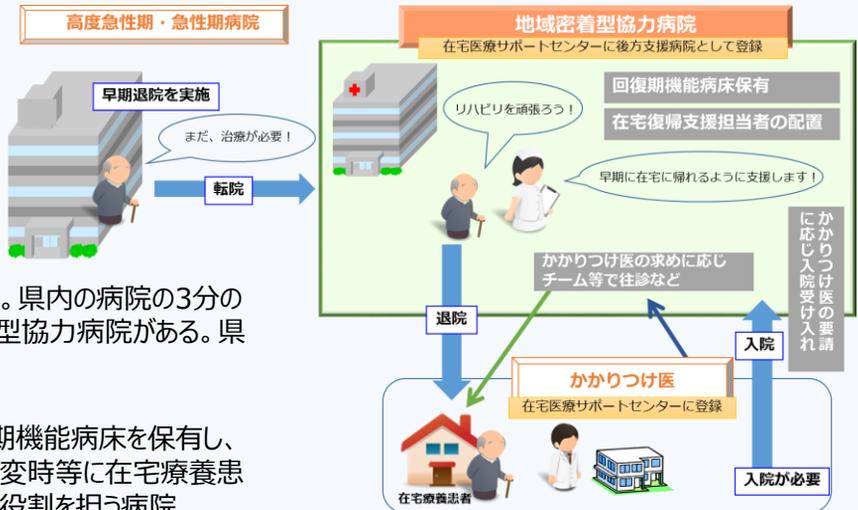
総人口・高齢者割合	913,297人 ・ 65歳以上：33.6% 85歳以上：6.5%（令和6年1月1日時点）
面積	4,724.66km ² （令和6年10月時点）
取組開始時点	平成28年度～現在
取組に関するホームページ	https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/050100/iryokeikaku/keikaku_d/fil/5syou1setu.pdf
担当部署連絡先	和歌山県 医務課（073-441-2604）

背景課題	<ul style="list-style-type: none"> ● 県では、在宅医療需要の増加が見込まれる中、安定的に在宅医療を提供するため、わかやま在宅医療推進安心ネットワークを推進。取組の中心となる機関として、平成27年度より県が主体となり、在宅医療サポートセンターを設置。 ● 安定的に在宅医療を提供するため、特に急変時等に在宅療養患者を受け入れる後方支援体制を充実させることが求められていた。
取組概要	<ul style="list-style-type: none"> ● わかやま在宅医療推進安心ネットワークの1つとして後方支援病院ネットワークを推進。 ● 具体的には、かかりつけ医からの要請に応じ急変時等に在宅療養患者を受け入れる後方支援の役割を担う病院として、「地域密着型協力病院」を県が指定。 ● 地域密着型協力病院が急性期とのつなぎ、在宅への退院支援、入院・往診などを通してかかりつけ医を支援。
効果	<ul style="list-style-type: none"> ● かかりつけ医からの依頼に応じて、地域密着型協力病院が患者の入院受け入れや、訪問診療等、治療方針の相談などにスムーズに対応できる体制を推進。

主な取組内容

■ 地域密着型協力病院の指定

- 県は、地域密着型協力病院の指定等により、後方支援病院ネットワーク等を後押し。在宅医療を推進するとともに、地域医療構想実現に向けて病床機能の分化を推進するため指定。



- 27病院を指定（R6.12.31現在）。県内の病院の3分の1程度で各圏域に1つは地域密着型協力病院がある。県が指定に向けた働きかけ。
 - 地域密着型協力病院：在宅医療を推進するため、回復期機能病床を保有し、かかりつけ医からの要請に応じ急変時等に在宅療養患者を受け入れる後方支援機能の役割を担う病院。

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

地域密着型協力病院の要件等

主な指定要件

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

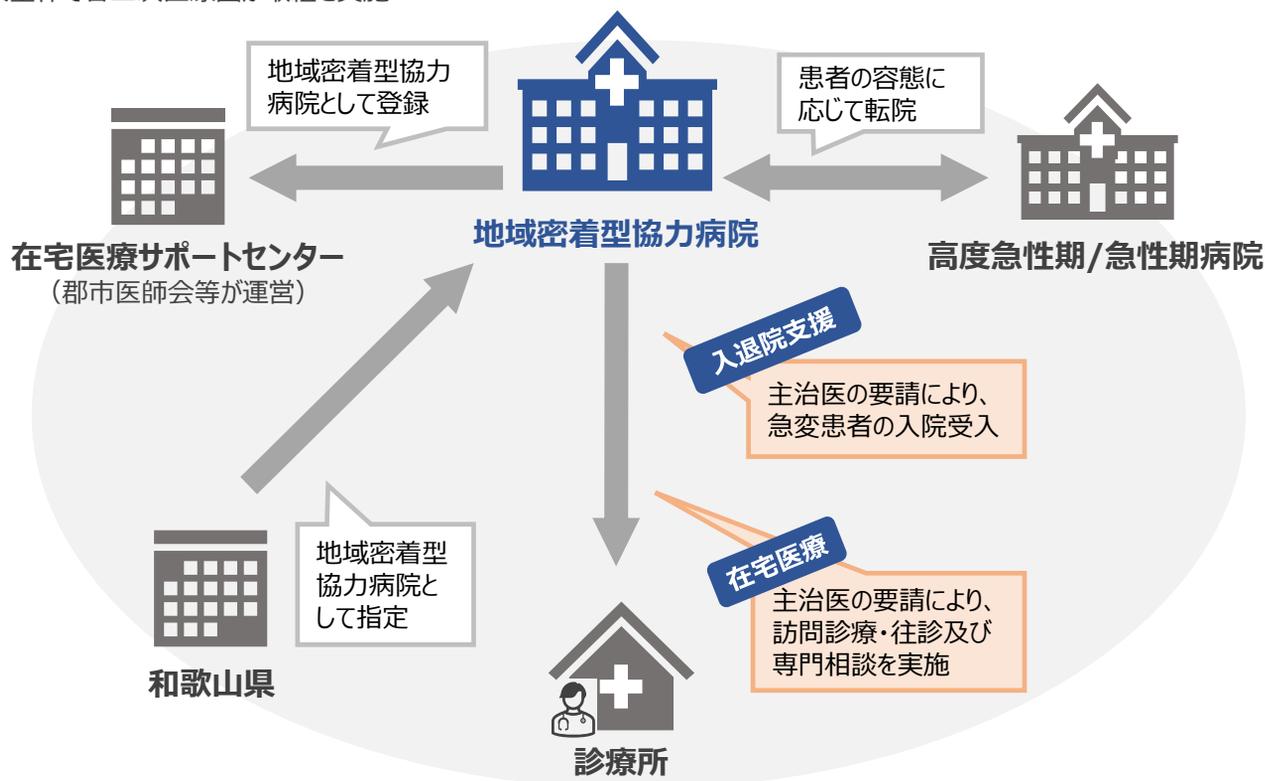
病院のメリット

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

地域のかかりつけ医機能イメージ

エリア：二次医療圏単位

※県全体で各二次医療圏が取組を実施



関係者の主な役割

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

3.地域を一つの病院に見立てかかりつけ医の支援体制を構築（千葉県松戸市）

（基本情報）

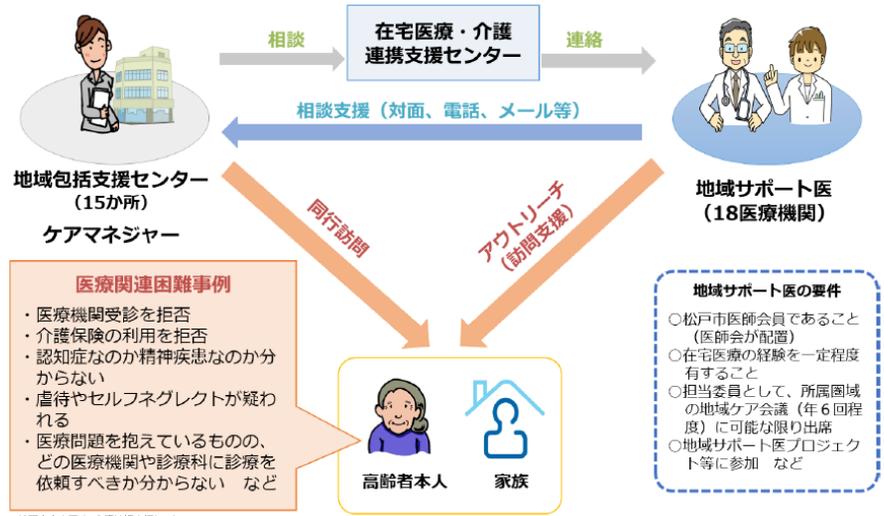
総人口・高齢者割合	478,046人 ・ 65歳以上：26.8% 85歳以上：4.6%（令和6年1月1日時点）
面積	61.38km ² （令和6年10月時点）
取組開始時点	平成30年4月1日～現在
取組に関するホームページ	https://matsudo-zaitaku.org/
担当部署連絡先	松戸市在宅医療・介護連携支援センター 047-701-7533

背景課題	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域共生社会の実現を目指すため、高齢や障害、子どもなど、世代や領域を問わず、医療・介護・福祉・行政に携わっている方々からの相談に応じ、支援の対象者が抱えている様々な課題について、関係機関とともに解決に向けて支援することが求められていた。
取組概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域を一つの病院としてとらえ、市内の医療・介護・福祉機関や行政が一体となって機能を果たし、老いても病んでも暮らしやすいまちづくりを目指すため、松戸市在宅医療・介護連携支援センターが中心となり、以下の取組を実施。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 困難事例に対する相談支援・アウトリーチ ➢ かかりつけ医を持つことを推奨 ➢ 在宅医療のスタートアップ支援
効果	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者の心身機能の介護予防や重症化防止・QOLの向上や円滑な退院支援の実現につながった。

主な取組内容

■ 相談支援・アウトリーチ

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



■ かかりつけ医を持つことを推奨

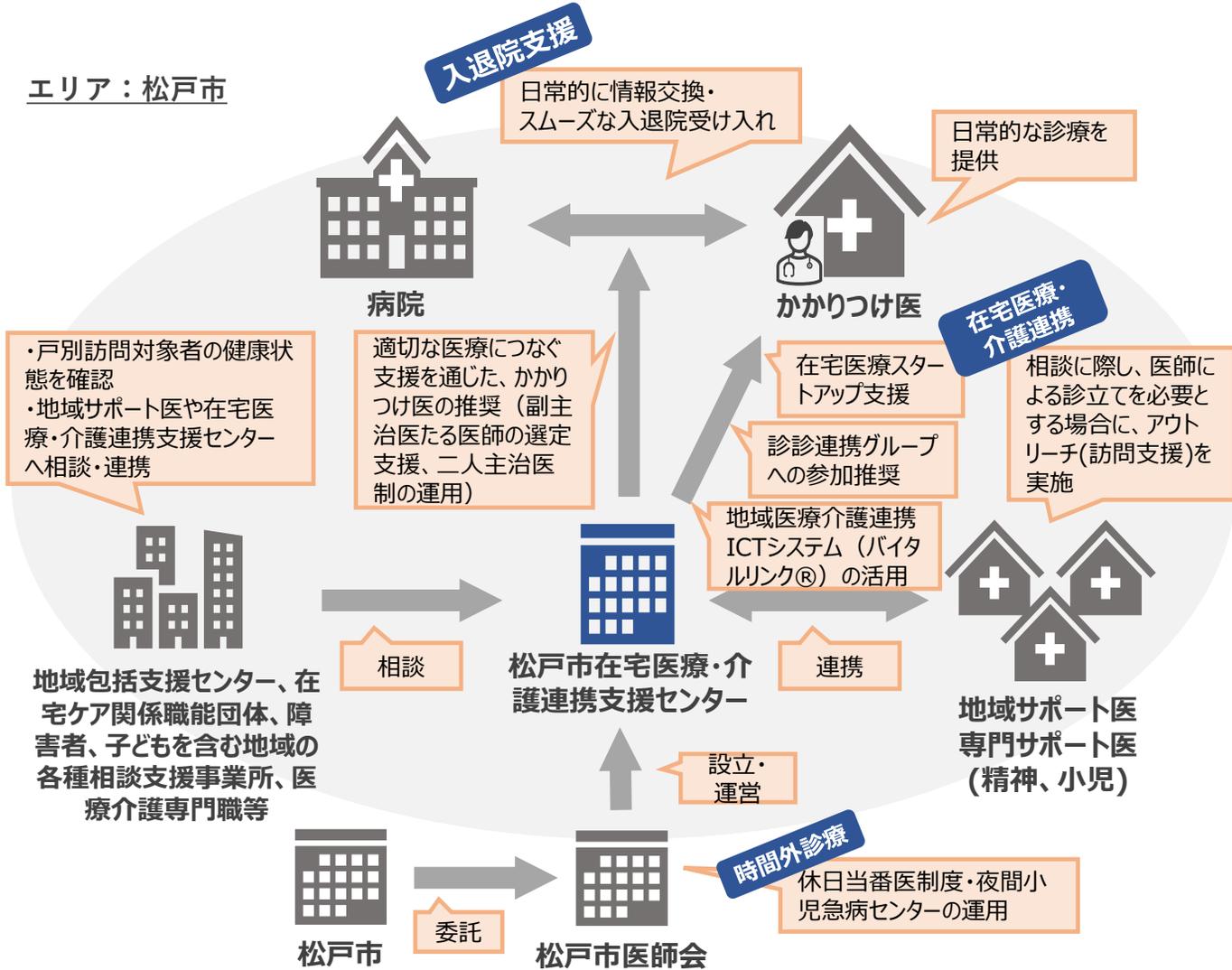
- 相談支援から生じた、適切な医療につなぐべきケースへの支援として、かかりつけ医を持つことを推奨
- 早期の段階から、生活の視点や疾病の軌道を熟知し、在宅医療も行える「かかりつけ医」が総合的な立場から診療できるようになり、患者の心身機能の介護予防や重症化防止・QOLの向上や円滑な入退院支援の実現につながられる

■ 在宅医療のスタートアップ支援

- 診療体制整備や診療報酬請求業務の支援として、届け出書類、院内掲示、カルテ様式等の整備や診療報酬業務の支援
- 訪問看護師による訪問診療同行支援として、医療的ケアへの助言や介助、薬剤師・介護支援専門員等との情報連携支援など
- 在宅医療を開始することに躊躇していたり、在宅医療をすでに行っているがレセプト請求などを正しく行っていないか自信がない開業医でも、これらの支援により安心して在宅医療を開始することが可能

地域のかかりつけ医機能を支援するイメージ

エリア：松戸市



関係者の主な役割

松戸市医師会	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域包括ケア全般の課題抽出、課題解決に向けた取組を協議
在宅医療・介護連携支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ● 困難事例に対する相談支援・アウトリーチ、適切な医療につなぐ支援（かかりつけ医の推奨） ● かかりつけ医の在宅医療スタートアップ支援 ● 地域のかかりつけ医が、専門的な知識を必ずしも持たない分野である、リハビリテーション、口腔、食事に関する問題点等を医療・介護・福祉の専門職による評価や助言を行う支援
地域サポート医 専門サポート医(精神、小児)	<ul style="list-style-type: none"> ● 松戸市医師会会員医療機関からの手上げにより協力 ● 地域包括支援センター、地域の各種相談支援事業所、医療介護専門職等、松戸市在宅医療・介護連携支援センターからの相談に対応 ● 医学的判断を司り、支援者に医学的助言を提供、必要に応じてアウトリーチ（訪問支援）を実施
地域包括支援センター、在宅ケア関係機能団体、障害者、子どもを含む地域の各種相談支援事業所、医療介護専門職等	<ul style="list-style-type: none"> ● すべての関係者が、課題が憂慮される方に気づく早期覚知のアンテナとなる ● 戸別訪問対象者の健康状態を確認 ● 対象者の状態に応じ、地域サポート医や在宅医療・介護連携支援センターへ相談

4.市独自の医療計画作成・PDCAサイクルを意識した連携（東京都稲城市）

（基本情報）

総人口・高齢者割合	91,932人・65歳以上：22.3% 85歳以上：3.5%（令和6年1月1日時点）
面積	17.97km ² （令和6年10月時点）
取組開始時点	平成26年～現在
取組に関するホームページ	https://www.city.inagi.tokyo.jp/shisei/keikaku_hokoku/1008894/1008913.html
担当部署連絡先	稲城市 医療計画：健康課（042-378-3421）、在宅医療・介護連携推進事業：高齢福祉課（042-378-2111）

背景課題	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者を支える現場である市町村においても、医療提供体制の強化に主体的に取り組むことが重要であると認識。
取組概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 必要な医療ニーズを推計するために、身近な医療介護の実情をきめこまかく把握できる市町村において必要な在宅医療の数を推計すべきという理念のもと、2016年3月に10か年計画として稲城市医療計画を策定し、2021年7月に中間見直しを行った。 ● 医療計画の策定のため、課題仮説を設定し、それを検証するためのデータ分析を行った。必要なデータが手元にない場合は、在宅医療の市内外の流入/流出関係・将来推計や、市内医療機関向けアンケート調査を実施するなど、必要なデータを自ら取得。 ● 分析に基づき把握したことを踏まえ、医療計画を策定し、稲城市在宅医療・介護連携推進協議会における今後に向けた検討や稲城市民のための訪問診療医ガイドの作成などの具体的な施策を実施。 ● 医療計画に記載の取組を実行するため、いなぎ在宅医療・介護相談室に寄せられる相談から地域課題等を分析できるようコーディネーターを支援・育成。
効果	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療計画の策定・調査分析により、市民の医療の将来需要と医療提供の状況のギャップ、在宅医療等の現状と課題等を把握し、具体的な施策を検討することができた。

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

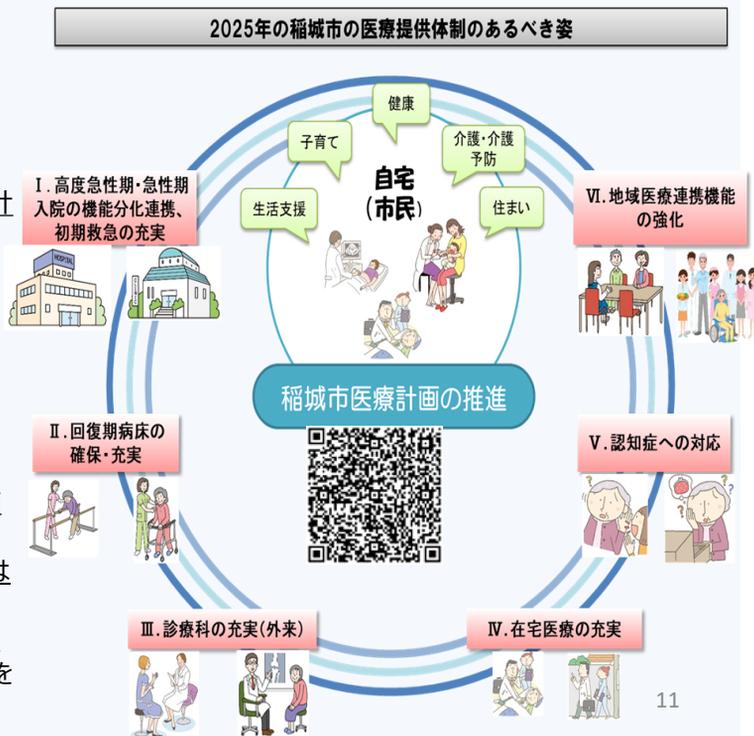
主な分析内容

■ 分析した内容

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

■ 分析から把握したこと

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



医療計画の概要

■市の国民健康保険及び後期高齢者医療の将来需要推計

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

■市の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプト分析

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

■市の救急医療体制

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

■地域における在宅医療の現状と課題

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

ポイント

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

医療計画の今後に向けた検討

■「在宅医療の充実」分野における、分析と課題の整理、今後の施策を検討

主な分析結果

- 在宅医療需要が令和7年（2025年）には現在の約1.2倍、令和22年（2040年）には約2倍に増加する。
- 往診又は訪問診療を実施している医療機関は42医療機関の内12医療機関である。
- 往診、訪問診療について、42医療機関の内28の医療機関が今後も実施する予定はないと回答している。
- 在宅にて「がん」に対応できる医療機関については、今回調査していない。
- 居宅向け訪問診療の流出割合は26.3%である一方、老人ホーム等向け訪問診療の流出割合は83.5%であり、市外在宅医も一定の役割を担っている。
- 在宅医療とともにサービスを提供する事が想定される訪問看護事業所は令和2年度で2か所増加したものの、平成27年度行ったヒアリングでは、市内病院や医師、歯科医との連携や事業所間のつながりが不十分だと感じていた。

今後の課題、方向性

在宅療養後方支援の機能強化
在宅医療に関する市民への普及啓発
市内・市外の在宅医による在宅医療の実現
在宅医療における機能分化・連携体制の実現
訪問看護師の支援

令和3～7年

- 稲城市在宅医療・介護連携推進協議会の開催
- 稲城市在宅医療介護連携マップの更新
- いなぎ在宅医療・介護相談室による相談対応
- 在宅医療を紹介するパンフレットの作成を通じた連携の推進
- 多職種連携研修、専門職研修の実施
- 市民向け講演会やシンポジウムの実施
- 市在宅医療支援病床確保事業の継続

■稲城市在宅医療・介護連携推進協議会の開催

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

活発な議論を呼ぶための工夫

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

取組② PDCAサイクルを意識した在宅医療や医介連携の推進

全体の流れ

実施事項・工夫点

① 現状把握調査分析

・医療計画に記載の取組を実行するため、市が以下調査等より現状把握

① いなぎ在宅医療・介護相談室による相談対応

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

考察の観点

- ①なぜ、そのような相談が生じたのか
- ②相談室以外に相談できる場所はどこか
- ③相談せずに済むようにするにはどうしたらよいか

② 要介護高齢者の在宅医療の利用状況に関する介護支援専門員向け調査

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

③ 医療計画の中間見直しのための医療機関向けアンケート

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

② 協議の場の運営等

・在宅医療・介護連携推進協議会や多職種連携研修において、議論・検討

(活用シート) 入退院支援

【演習4】目指す姿⇒原因と対策⇒評価までの一連のプロセス

研修受講時に作成したものを市の認識等を示したものではありません。

【問1】取り組みたい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

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

【問2】問のテーマの「目指す姿」は何ですか？

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

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

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

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

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

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

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

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

議論の観点

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

③ 取組実行

・「稲城市民のための訪問診療医ガイド」

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

・「稲城市在宅医療推進強化事業」

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

顔が見える訪問診療医ガイドの作成と配布(稲城市)

概要

- 外来通院できない患者が通院できなくなった場合に、かかりつけ医やケアマネジャーが遠隔訪問診療を提供する在宅医療を紹介できるよう、在宅医療を紹介するパンフレットを作成した。
- 診療所の概要や特徴、医師の顔写真や専門、医師になった経路やモットーを掲載。
- 作成したパンフレットは市民、市内の医療機関、ケアマネジャー等に配布し、在宅医療が必要になってきた高齢者に丁寧に届かせるという環境作りを定めている。

PR

有効診療所(19所)のため、入院・外来診療もできます。2時間365日対応しております。
外科・皮膚科・泌尿器科・泌尿器科・消化器科・呼吸器科・循環器科・神経科・眼科・耳鼻科・小児科・産科・歯科
～医師～ 稲城市医師会認定内科専門医、日本老年学協会認定老年学専門医
～看護師～ 稲城市医師会認定在宅訪問看護師
～薬剤師～ 稲城市医師会認定在宅訪問薬剤師
～理学療法士～ 稲城市医師会認定在宅訪問理学療法士
～作業療法士～ 稲城市医師会認定在宅訪問作業療法士
～言語聴覚士～ 稲城市医師会認定在宅訪問言語聴覚士
～臨床心理士～ 稲城市医師会認定在宅訪問臨床心理士
～社会福祉士～ 稲城市医師会認定在宅訪問社会福祉士
～保健師～ 稲城市医師会認定在宅訪問保健師
～公認心理師～ 稲城市医師会認定在宅訪問公認心理師
～保健師～ 稲城市医師会認定在宅訪問保健師
～公認心理師～ 稲城市医師会認定在宅訪問公認心理師

関根 秀明 医師 (院長)
経歴 日本大学医学部卒業
専門科 日本老年学協会認定老年学専門医、日本老年学協会認定老年学専門医
～医師～ 稲城市医師会認定内科専門医、日本老年学協会認定老年学専門医
～看護師～ 稲城市医師会認定在宅訪問看護師
～薬剤師～ 稲城市医師会認定在宅訪問薬剤師
～理学療法士～ 稲城市医師会認定在宅訪問理学療法士
～作業療法士～ 稲城市医師会認定在宅訪問作業療法士
～言語聴覚士～ 稲城市医師会認定在宅訪問言語聴覚士
～臨床心理士～ 稲城市医師会認定在宅訪問臨床心理士
～社会福祉士～ 稲城市医師会認定在宅訪問社会福祉士
～保健師～ 稲城市医師会認定在宅訪問保健師
～公認心理師～ 稲城市医師会認定在宅訪問公認心理師

～医師～ 稲城市医師会認定内科専門医、日本老年学協会認定老年学専門医
～看護師～ 稲城市医師会認定在宅訪問看護師
～薬剤師～ 稲城市医師会認定在宅訪問薬剤師
～理学療法士～ 稲城市医師会認定在宅訪問理学療法士
～作業療法士～ 稲城市医師会認定在宅訪問作業療法士
～言語聴覚士～ 稲城市医師会認定在宅訪問言語聴覚士
～臨床心理士～ 稲城市医師会認定在宅訪問臨床心理士
～社会福祉士～ 稲城市医師会認定在宅訪問社会福祉士
～保健師～ 稲城市医師会認定在宅訪問保健師
～公認心理師～ 稲城市医師会認定在宅訪問公認心理師

稲城市医師会による「稲城市在宅医療推進強化事業」

概要

- 救急車を呼ぶほどでもないが、外来での通院が難しい体調の高齢者等に対して、緊急で往診するもの。
- 平日の日中は稲城市医師会が対応し、土日や夜間は医師が携帯電話で対応することで、24時間365日、対応する。
- すでに当該高齢者に関わる支援者等(ケアマネやかかりつけ医等)が要請し、市内の訪問診療医が協力し合い、対応する。
- 稲城市医師会が東京都の補助金を活用して実施するもの。

対象例

- 発熱や脱水症状により、経口摂取が困難で、一時的な点滴が必要となる方。
- 自宅で転倒し、体動が困難な方。
- 急な発熱でコロナ感染値が疑われるため、通院が困難な方。
- 独居で寝たきりとなり、今まで外来通院や訪問診療等の医療につなぐことができなかった方。

対象

- 稲城市民であること(住民票でなく、居住実態が市内にあれば対応)。
- 往診先が稲城市内であれば、稲城市外の事業所からの要請にも対応。
- 救急対応が必要な方、あるいは高齢等を求める精神症状がある方は除く。

手続

- ① 支援者等(X市民)が電話で本事業の対象が相談。
- ② 対象の場合、往診を待ちつつ「状態チェックリスト」を記入し、医師会へFaxで提出。
- ③ 往診の到着。
- ④ 医療保険等を通し、自己負担を事後に支払い。

支援者等の例

- ✓ ケアマネ、訪問看護師、ヘルパー、地域包括支援センター等の訪問する支援者
- ✓ デイサービスや有料老人ホーム等の施設職員
- ✓ かかりつけ医、薬局薬剤師等の医療従事者

その他

- 本事業は、医師会や市内介護関係者、市(高齢福祉課)から構成する「稲城市在宅医療推進強化推進事業委員会」で評価する。

5.かかりつけ医のいない高齢者の診療体制の構築（新潟県燕市）

（基本情報）

総人口・高齢者割合	75,990人 ・ 65歳以上：32.1% 85歳以上：5.9%（令和6年1月1日時点）
面積	110.94km ² （令和6年10月時点）
取組開始時点	令和5年11月～現在
取組に関するホームページ	https://www.city.tsubame.niigata.jp/soshiki/kenko_fukushi/3/1/zaitakuiryoukaigo/17980.html
担当部署連絡先	燕市健康福祉部長寿福祉課 0256-77-8157

背景課題

- 高齢化とともに在宅医療需要が高まる中、医療と介護の垣根を越えて、きめ細やかなケアを行うことや、特に健康リスクが高いと考えられる医療機関・健診未受診の高齢者への対応を行うことが求められていた。

取組概要

- 燕市医師会、燕市、地域包括支援センター等が協力し「転ばぬ先の医療推進」プロジェクトを発足して、以下の取組を実施。医療や介護の予防的な段階からケアが可能になり、病気の早期発見や重症化予防につなげることが可能。
 - 転ばぬ先の医療相談（個別）訪問事業
 - 健康・医療相談窓口の開設
 - 地域バックアップ医療機関の体制整備

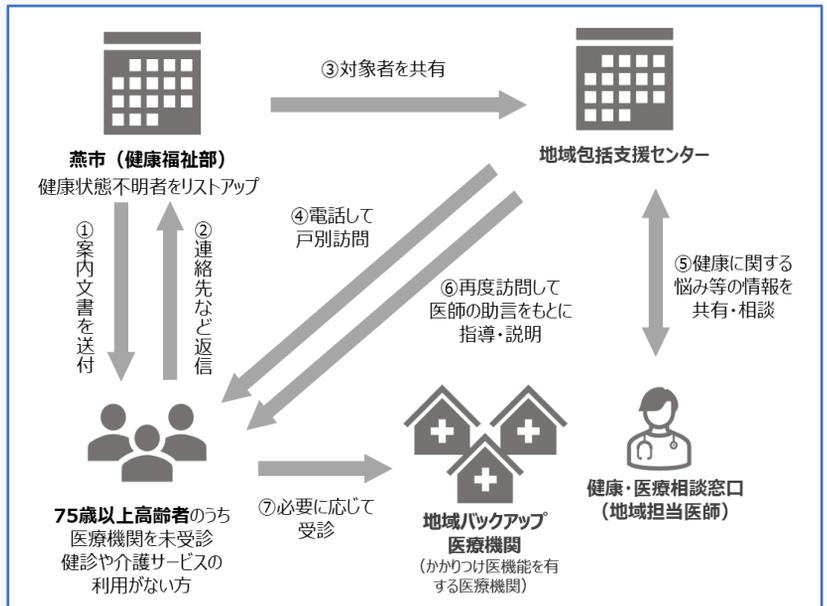
効果

- 特に健康リスクが高いと考えられる医療機関・健診未受診の高齢者に対する診療体制を構築でき、予防的な段階からケアが可能になり、病気の早期発見や重症化予防につながった。

主な取組内容

■「転ばぬ先の医療推進」プロジェクト

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



■燕市が行う健康状態不明者リストアップのプロセス

STEP1 案内発送者の抽出 ▶



- 抽出条件
1. 75歳以上の燕市民
 2. 医療機関の診療情報がない方
 3. 「健康診査・各種健診」の受診実績がない方
 4. 介護の実績がない方
- ※2~4は過去4年間の実績

STEP2 案内文書/返信 ▶



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

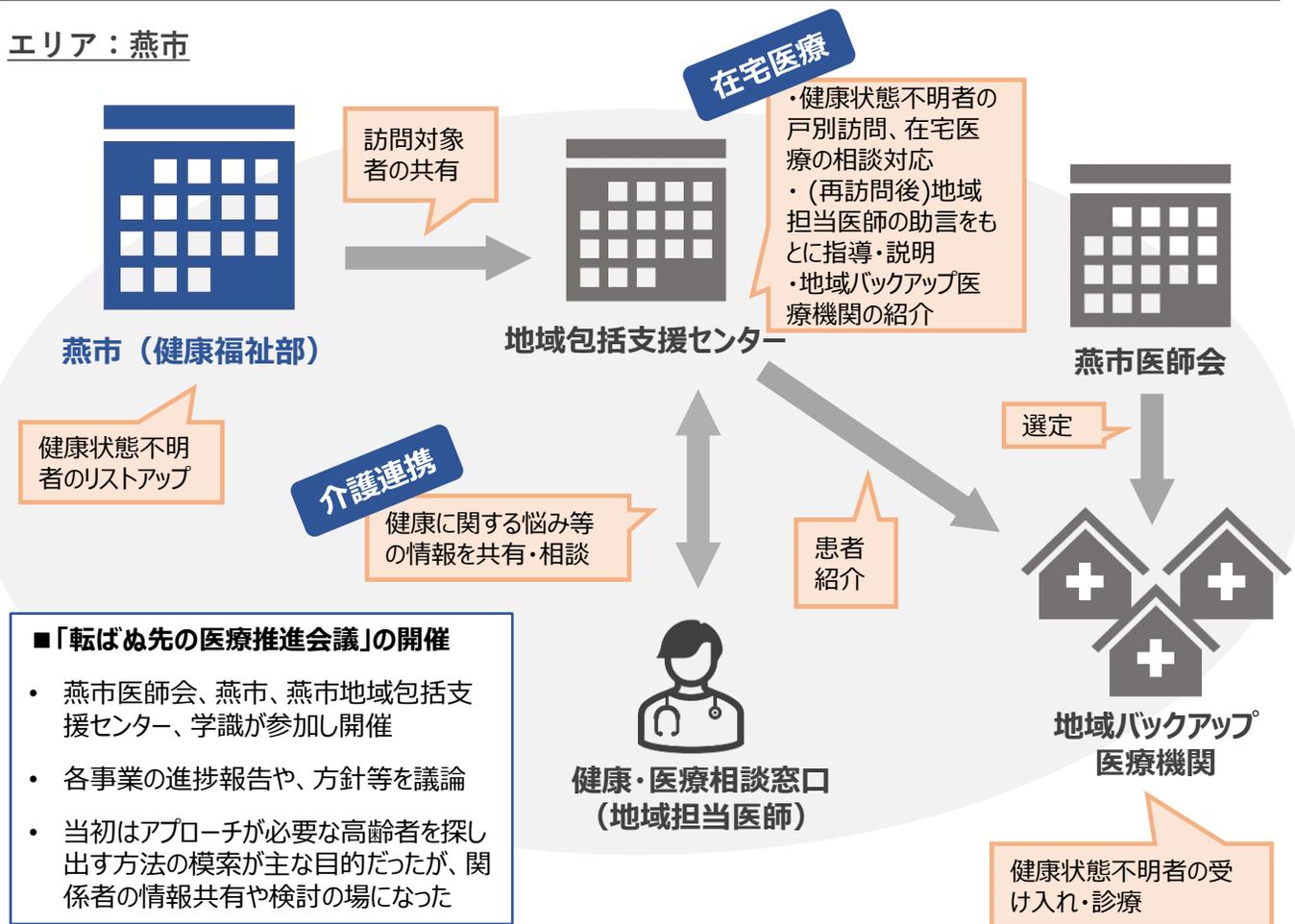
STEP3 訪問の優先順位付け



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

地域のかかりつけ医機能イメージ

エリア：燕市



関係者の主な役割

燕市	<ul style="list-style-type: none"> 燕市医師会と協力して、本プロジェクトを推進 市内の健康状態不明者の情報収集 収集した情報を地域包括支援センターに共有
地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> 健康状態不明者への戸別訪問を通じて、対象者の健康状態を確認 対象者の状態に応じて、地域担当医師への相談や、地域バックアップ医療機関への紹介を実施
燕市医師会	<ul style="list-style-type: none"> 燕市と協力して、本プロジェクトを推進 主治医を持たない人も気軽に受診できる「地域バックアップ医療機関」を、地域包括支援センターごとに選定
地域担当医師	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センター職員を通じて、対象者の健康に関する悩み相談 ※基本は、各地域包括支援センター圏域内の内科系医師が担当
地域バックアップ医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 主治医を持たない人も気軽に受診できる受け皿 患者の状態に応じて、病院や介護保険施設等を紹介

6.コーディネーター等と協働し地域の自主的な活動推進（大阪府豊中市）

（基本情報）

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

背景課題	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢化とともに在宅医療需要が高まる中、今後はニーズに応じた訪問診療の提供が困難になることが想定される。 ● 患者の急性増悪時に在宅医が入院先を探す際に手間がかかっていた。 ● 病院からの退院時、病院が在宅医を探す際に手間や時間がかかり、在院日数が伸びていた。
取組概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 豊中市地域医療推進基本方針を策定し、病床の効率的な活用、質の高い医療の確保、持続可能な医療体制の構築に取り組むとともに、市民の役割としてかかりつけ医等を持つことを掲げている。 ● 医療・介護関係団体が参加する「虹ねっと連絡会」を立ち上げ、医療・介護の連携等について協議。医師会を中心に介護関係者等を特に意識的に巻き込み、自主的な活動を促進。 ● 豊中市では、在宅医療・介護連携支援センター運営事業を、医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護ステーション連絡会に委託し、各団体のコーディネーターが会議・研修会等の企画・運営を担当。委託元である市と事前打ち合わせを行い、会議の進行ポイントなどをコーディネーターが整理し、参加者から忌憚のない意見を引き出し活発な協議につなげている。 ● 在宅医をグループ化するとともに、在宅医グループを支える医療機関・関係団体の一覧を作成。在宅医グループへの受入手順を整備中。 ● 病床の有効活用・在宅医の負担軽減を目的にサブアキュート空床情報提供システムを運用。
効果	<ul style="list-style-type: none"> ● 入退院時等の連携を円滑に行うことで、機能分化を図り、医療の質を確保することができる。

主な取組内容

■ 豊中モデル：在宅医グループの構築とバックアップ体制の構築

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



サブアキュート病床を持つ病院・有床診療所

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



多職種（歯科医・薬剤師・訪問看護師など）

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



他科診療所の医師

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



在宅医グループの医師

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

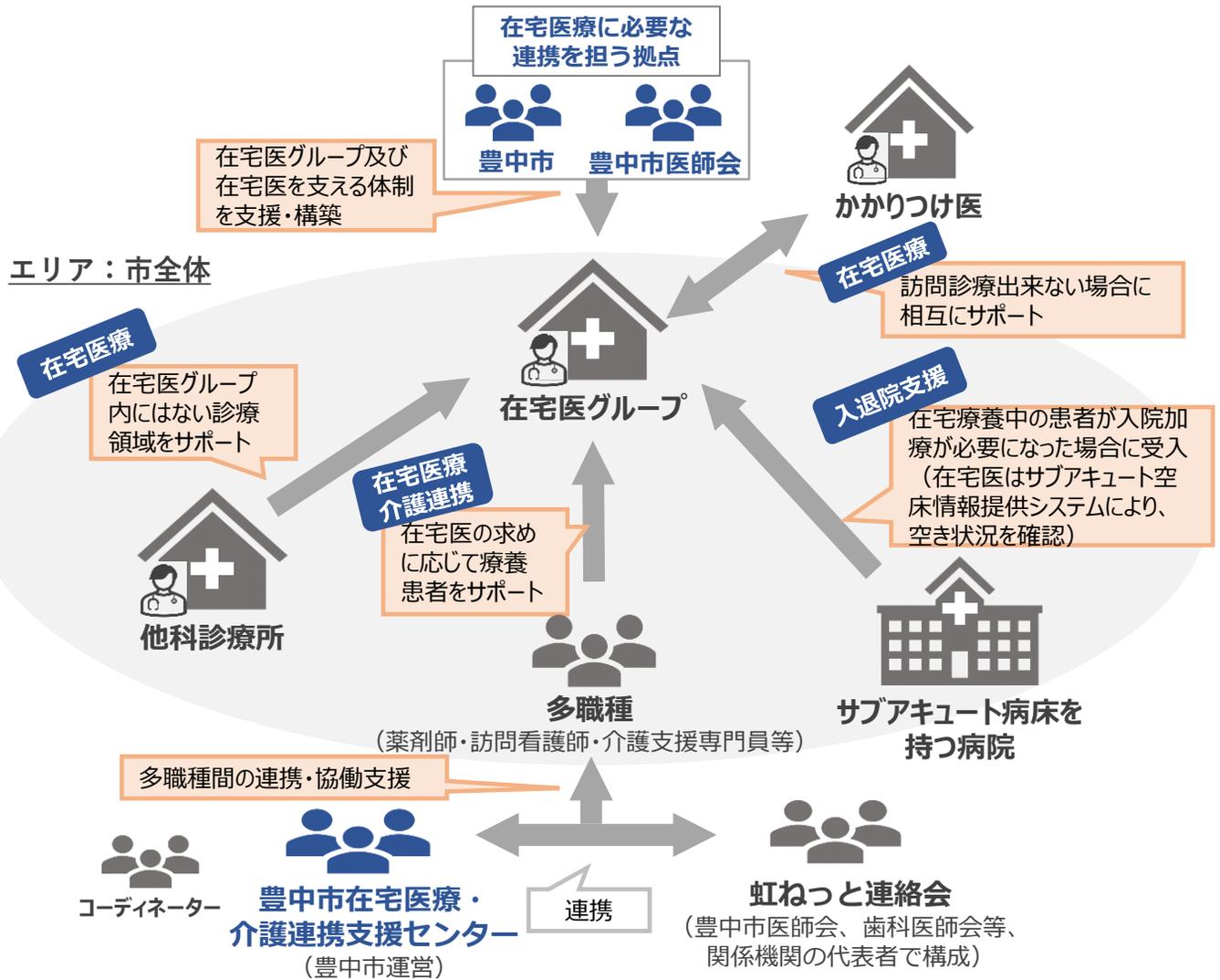
■ サブアキュート空床情報提供システム

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

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

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

地域のかかりつけ医機能イメージ

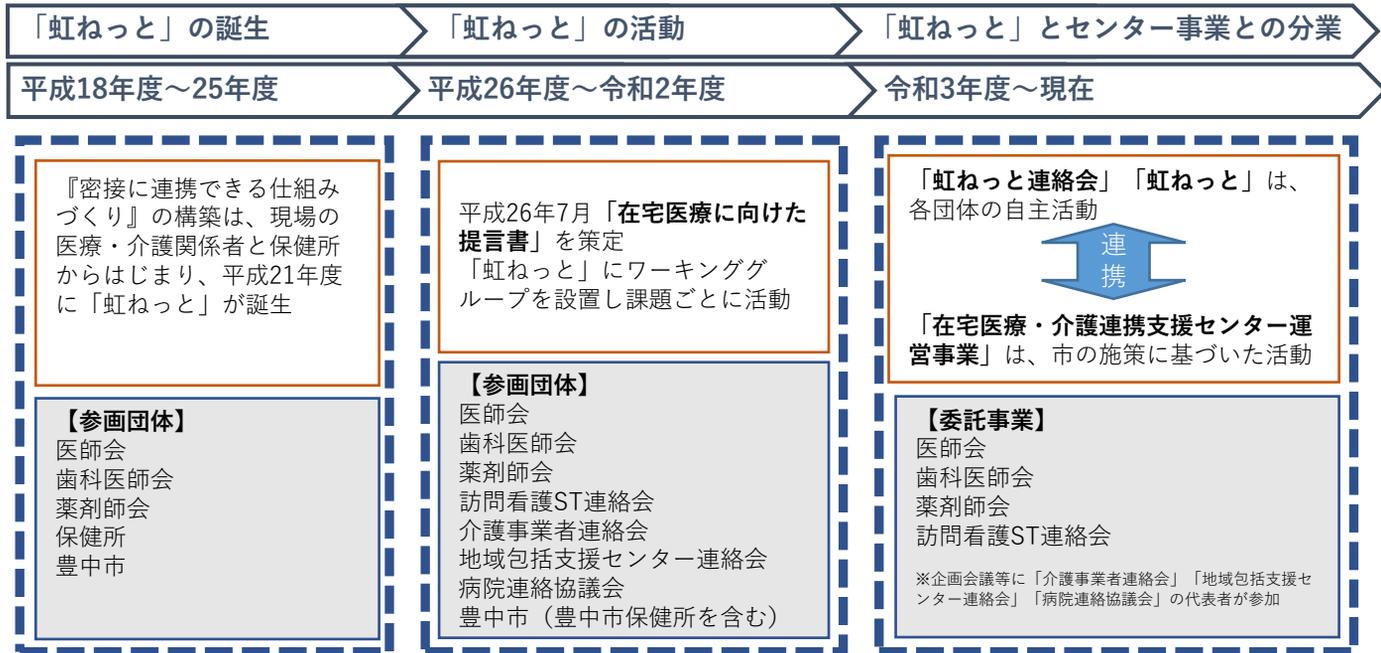


関係者の主な役割

在宅医療・介護連携支援センター 運営事業 (豊中市運営)	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・介護スキル向上に向けた取組 (研修会等) 在宅・病院・施設の切れ目のない提供体制の構築に向けた取組 地域で看取れる基盤づくりの取組 ICTを取り入れた情報共有の取組 医療・介護関係者の相談窓口
コーディネーター	<ul style="list-style-type: none"> 豊中市在宅医療・介護連携支援センター運営事業は、医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護ステーション連絡会に委託し、事業委託先にコーディネーターを配置 会議・研修会等の企画・運営を担当。会議の進行ポイントなどをコーディネーターが整理し、参加者から忌憚のない意見を引き出し活発な協議につなげる
虹ねっと連絡会	<ul style="list-style-type: none"> 医介連携を推進する上で課題となっていることを検討 現場で抱えている課題を参加機関の代表者同士で検討
在宅医療に必要な連携を担う拠点 (豊中市・豊中市医師会)	<ul style="list-style-type: none"> 豊中市・豊中市医師会が共同して連携の拠点を担う 在宅医グループ及び在宅医を支える体制を支援・構築等
サブアキュート病床を持つ病院・有床診療所	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養中の患者が入院加療が必要になった際に、在宅医の要請に応じて受入 サブアキュート空床情報提供システムに掲載
在宅医	<ul style="list-style-type: none"> 外来と訪問診療を実施している診療所を在宅医グループとして、グループ化し、相互にサポート 在宅患者の急変時、空床情報提供システムにより、病床の空き状況を確認し、病院・有床診療所に対して入院受入を依頼
他科診療所	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医の専門外の症状が発生した際に、在宅医をサポート 自院の患者で訪問診療が必要になった際には、在宅医に依頼
多職種	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医の求めに応じて在宅療養中の患者のサポート

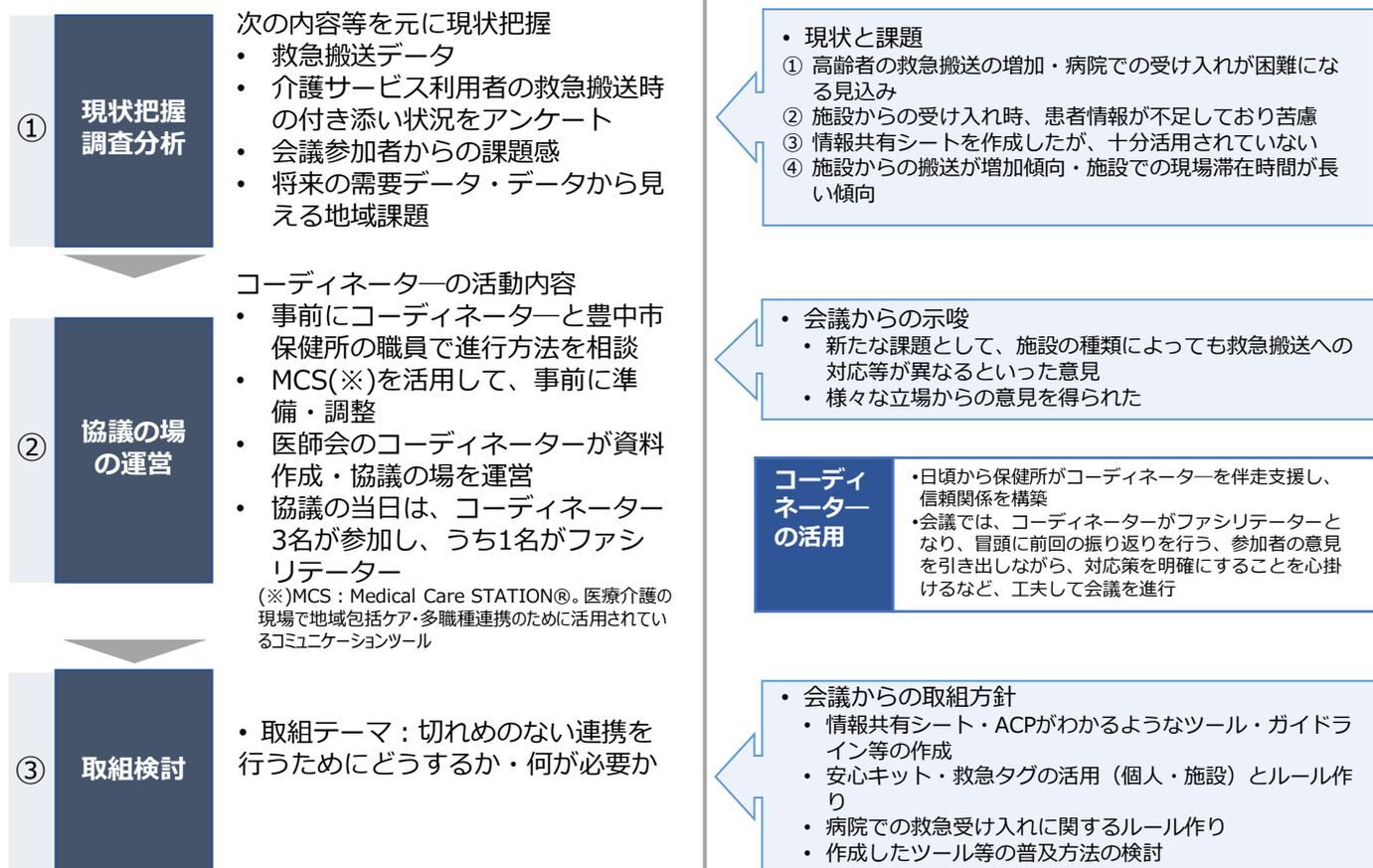
協議の場の変遷

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



協議の場の進め方

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



7.精神障害等の医療的サポートが必要な方への支援体制の構築

(鳥取県米子市)

基本情報	総人口・高齢者割合	143,587人・65歳以上：29.8% 85歳以上：5.9% (令和6年1月1日時点)
	面積	132.42km ² (令和6年10月時点)
	取組開始時点	平成30年6月～現在
	取組に関するホームページ	https://www.city.yonago.lg.jp/17371.htm
	担当部署連絡先	米子市障がい者支援課 0859-23-5546

背景課題	<ul style="list-style-type: none"> ● 精神病院に長く入院している方などの地域移行に関する具体的な課題を把握し、どのような支援を行うか検討するにあたり、市内外の連携体制を構築する必要があり、まずは市内の連携から取り組むこととした。
取組概要	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健師による個別ケース支援を通じて、市内の関係機関・関係専門職との横の連携を構築。精神疾患についての市民講座、ひきこもりの現状に関する市民講座なども実施。 ● 医療的なサポートが必要な方については、個別に相談・訪問支援を行い、受診同行等をして医療機関に繋いでいる。
効果	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健師による個別ケース支援を通じ、市内の関係機関・関係専門職との横の連携体制が自然に構築されている。

主な取組内容

■サポートが必要な方への対応

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

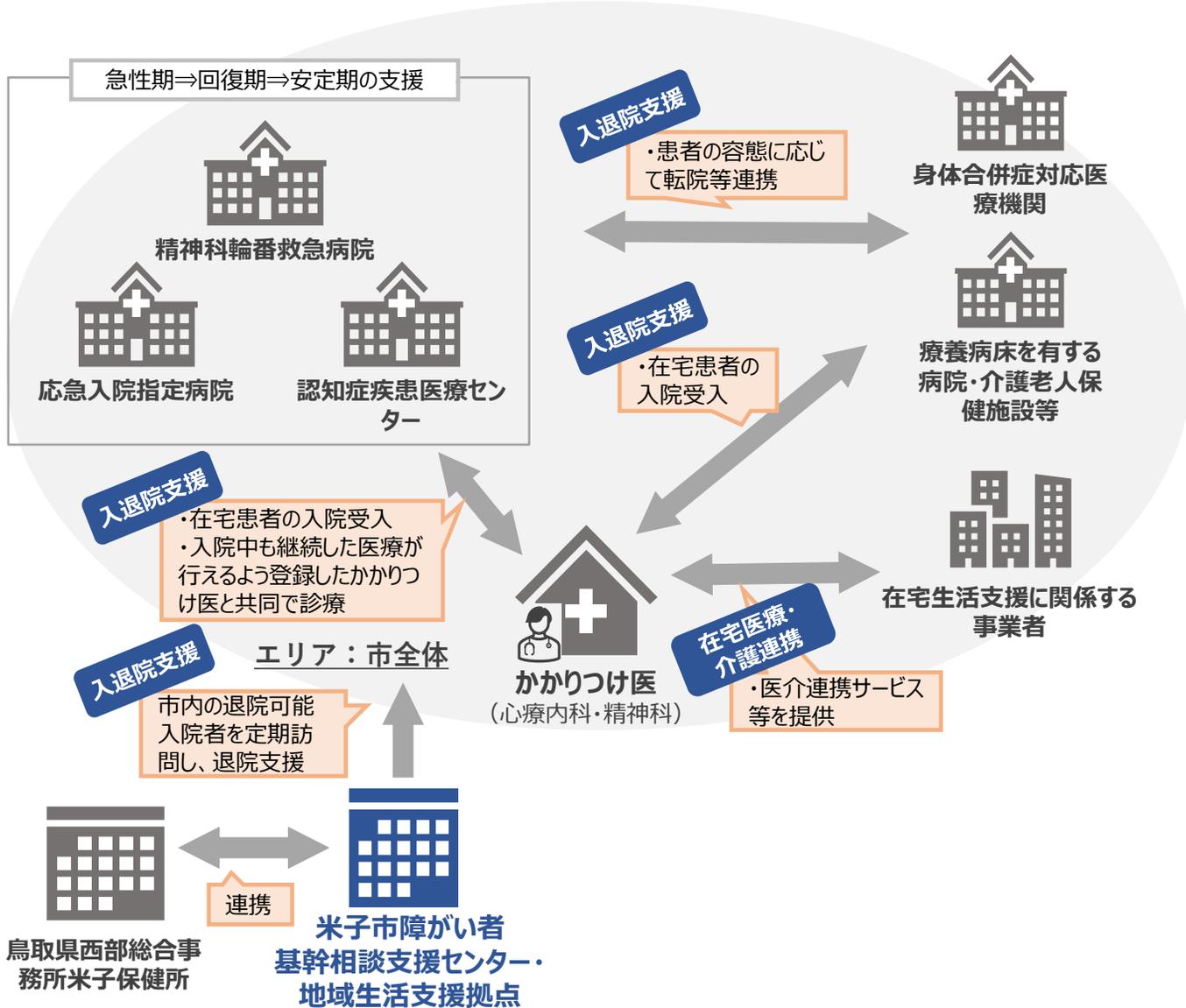
■保健師を中心とした連携体制整備

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



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

地域のかかりつけ医機能イメージ（精神疾患に関するもの）



関係者の主な役割

地域生活支援拠点・米子市障がい者基幹相談支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健所とも連携して、長期入院・入所者の地域移行の取組（退院可能入院者への訪問・把握、地域の受入体制の整備） ● 相談支援体制の強化
精神科輪番救急病院、応急入院指定病院、認知症疾患医療センター	<ul style="list-style-type: none"> ● 開放病床の運営など、かかりつけ医と連携して診療 ● 相談支援事業所と協力し、精神科入院患者の早期退院支援
身体合併症対応医療機関、療養病床を有する病院・介護老人保健施設等	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者の容態に応じて転院等連携 ● 相談支援事業所と協力し、精神科入院患者の早期退院支援
在宅生活支援に関する事業者（相談支援事業所・障がい福祉サービス事業所・地域包括支援センター・介護サービス事業所・訪問看護ステーション・薬局等）	<ul style="list-style-type: none"> ● かかりつけ医とも連携して患者の在宅生活を支援 ● 相談支援事業所は、米子市と連携し、長期入院、入所者の地域移行の取組（退院可能入院者への訪問）
かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> ● 入院中も継続した医療が行えるよう、病院と協働 ● 関係機関や病院と協力し、退院した患者を診療
鳥取県西部総合事務所米子保健所	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関・市町村などと連絡調整会議を開催し、精神障がい者が適正な医療を受けられるように課題等を協議