

かかりつけ医機能報告制度について

医療政策課

かかりつけ医機能報告制度の概要

【背景（人口動態・医療需要・マンパワーの変化の概要）】

〈人口動態〉

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

〈医療需要〉

- 全国の入院患者数は2040年頃にピークを迎えるとともに、死亡数は2040年まで増加傾向にあり、年間約170万人が死亡すると見込まれている。
- 外来患者数は2025年頃にピークを迎えることが見込まれ、65歳以上の割合が増加
- 在宅患者数は2040年以降にピークを迎え、要介護認定率は85歳以上で高くなることから、医療・介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

〈マンパワー〉

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

- 複数の慢性疾患や医療・介護の複合ニーズ等をかかえる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、地域で必要となる時間外診療体制や在宅医療、入退院支援などのかかりつけ医機能の確保が不可欠であると考えられている。
- 本制度により、今後在宅医療等を担う意向の有無などを含めて、医療医機関におけるかかりつけ医機能の取組状況が分かるようになる。
- その情報をもとに、地域のかかりつけ医機能の確保状況を可視化することができ、その上で、不足するかかりつけ医機能の協議に活用し、地域で必要な対策を検討する。

▶ **かかりつけ医機能の確保・強化、地域医療の質の向上を図る**

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

○かかりつけ医機能が発揮される制度整備としては、（１）医療機能情報提供制度の刷新、（２）かかりつけ医機能報告の創設、（３）患者に対する説明で構成される。

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組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

（１）医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

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

（２）かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

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

（３）患者に対する説明（令和7年4月施行）

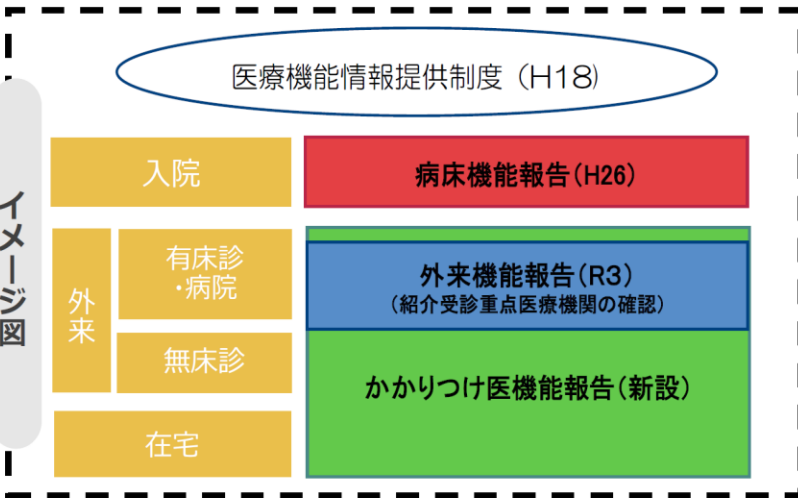
- ・ 都道府県知事による（２）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 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



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。

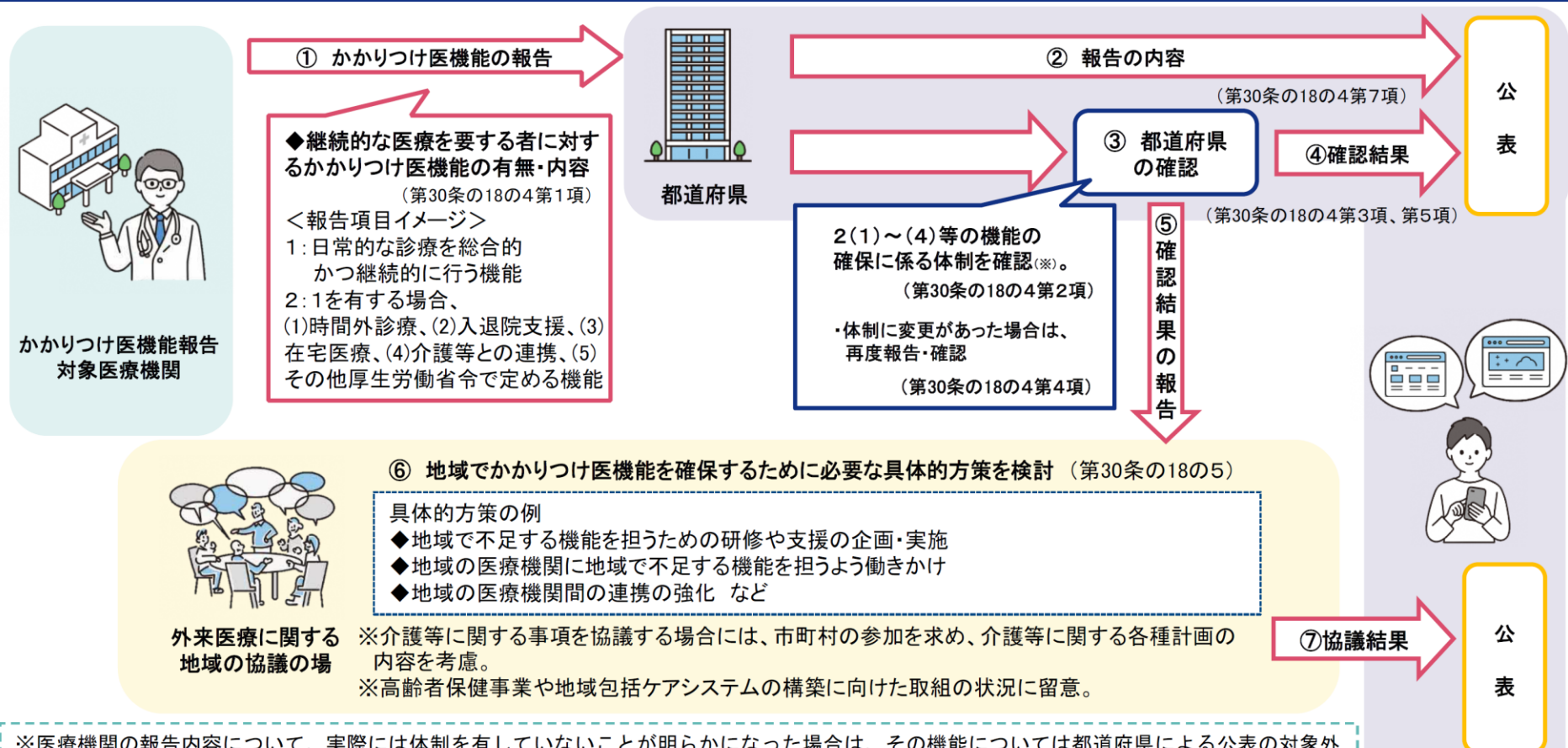
かかりつけ医機能報告の流れ

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資料

かかりつけ医機能報告の流れ

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。



※医療機関の報告内容について、実際には体制を有していないことが明らかになった場合は、その機能については都道府県による公表の対象外
医療機関の報告懈怠・虚偽報告等の場合は報告・是正の命令等(第30条の18の4第6項等)

具体的な報告内容（1号機能、2号機能）について

「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」報告書（概要） 令和6年7月31日

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・ また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
 - ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- 通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供
- ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
 - ・ 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

具体的な報告内容（1号機能）について

かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン（第1版）から一部抜粋

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

① 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能（1号機能）

具体的な機能	継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能
背景及び政策課題	複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加を背景として、発生頻度が高い疾患に係る診療や患者の生活背景を把握した上で適切な診療や保健指導等を行うニーズが高まっていくことから、よくある疾患への一次診療や医療に関する患者からの相談への対応など、患者の多様なニーズに対応できる体制を構築できるようにすること。
報告事項	「実施している」「実施できる」ことが要件となる事項・・・（★） ○ 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項（※下記の「その他の報告事項」は除く）」について院内掲示による公表をしていること（★） ○ かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無 ○ 17の診療領域ごとの一次診療の対応可能な有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること（★） ○ 一次診療を行うことができる疾患 ○ 医療に関する患者からの相談に応じることができること（継続的な医療を要する者への継続的な相談対応を含む）（★）
その他の報告事項	○ 医師数、外来の看護師数、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師数 ○ かかりつけ医機能に関する研修の修了者数、総合診療専門医数 ○ 全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制の有無 ○ 全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況、服薬の一元管理の実施状況

一次診療に関する報告ができる疾患

傷病名	推計外来患者数（千人）	主な診療領域
高血圧	590.1	9. 循環器系
腰痛症	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷
関節症（関節リウマチ、脱臼）	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷
かぜ・感冒	230.3	6. 呼吸器、17.小児
皮膚の疾患	221.6	1.皮膚・形成外科、17.小児
糖尿病	210	14. 内分泌・代謝・栄養
外傷	199.1	16. 筋・骨格系及び外傷、17.小児
脂質異常症	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養
下痢・胃腸炎	124.9	7. 消化器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系
がん	109.2	—
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17.小児
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17.小児
うつ（気分障害、躁うつ病）	91.4	3. 精神科・神経科
骨折	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	4. 眼
白内障	64.4	4. 眼
緑内障	64.2	4. 眼
肩こり・肩痛	62.9	16. 筋・骨格系及び外傷
不安・ストレス（神経症）	62.5	3. 精神科・神経科
認知症	59.2	2. 神経・脳血管
脳梗塞	51	2. 神経・脳血管

傷病名	推計外来患者数（千人）	主な診療領域
統合失調症	50	3. 精神科・神経科
中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉、17.小児
睡眠障害	41.9	3. 精神科・神経科
不整脈	41	9. 循環器系
近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼、17.小児
前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
狭心症	32.3	9. 循環器系
正常妊娠・産じょくの管理	27.9	11. 産科
心不全	24.8	9. 循環器系
便秘	24.2	7. 消化器系
頭痛（片頭痛）	19.9	2. 神経・脳血管
末梢神経障害	17.2	2. 神経・脳血管
難聴	17.1	5. 耳鼻咽喉
頸腕症候群	17	16. 筋・骨格系及び外傷
更年期障害	16.8	12. 婦人科
慢性肝炎（肝硬変、ウイルス性肝炎）	15.3	8. 肝・胆道・脾臓
貧血	12.3	15. 血液・免疫系
乳房の疾患	10.5	13. 乳腺

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

※ 院内掲示様式（例）については、ガイドラインの別冊で示しているため適宜活用されたい。

※ 17の診療領域

皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・脾臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域のこと。

具体的な報告内容（2号機能）について

かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン（第1版）から一部抜粋

- 1号機能を有する医療機関は、2号機能に係る報告を行う。
- 2号機能を有するかどうかについては、2号機能に係る各報告事項のうち、いずれかについて「実施している」あるいは「実績がある」ことが要件であることに留意されたい。

② 通常の診療時間外の診療（2号機能（イ））		③ 入院時の支援（2号機能（ロ））	
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	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
背景及び政策課題	高齢化の進展等により多くの地域で医療・介護ニーズが高い85歳以上の患者の割合が増加している。また、高齢者の救急搬送件数が増加しており、これにより救急対応を行う医療機関の負担が大きくなっている。こうした課題に対応できるよう、地域での医療機関間の連携体制を構築し、患者が時間外に体調の悪化等があった場合にも、身近な地域の医療機関において適切な診療等を受けられる体制を構築すること。	背景及び政策課題	様々な疾患を複合的に有する高齢者が増加することが見込まれる中で、在宅療養中の高齢者等の病状の急変等により、病院等への入院が必要となるケースや、その後の退院先との調整が必要となるケースが増加することが想定される。そのため、地域の医療機関等が連携し、入退院を円滑に行うための体制を構築すること。
報告事項	○ 自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況（在宅当番医制・休日夜間急患センター等に参加、自院の連絡先を渡して随時対応、自院での一定の対応に加えて他医療機関と連携して随時対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称 ○ 自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況	報告事項	○ 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 ○ 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況 ○ 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況 ○ 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況 ○ 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数

具体的な報告内容（2号機能）について

かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン（第1版）から一部抜粋

④ 在宅医療の提供（2号機能（ハ））		⑤ 介護サービス等と連携した医療提供（2号機能（ニ））	
具体的な機能	在宅医療を提供する機能	具体的な機能	介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する機能
背景及び政策課題	在宅患者数は、多くの地域で今後増加することが見込まれている。こうした状況を踏まえて、定期的な訪問診療、在宅患者の急変時における往診や連絡対応、看取り等に対応できる体制を構築すること。	背景及び政策課題	医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれ、身近な地域において患者を支えるために医療と介護等の提供を切れ目なく行うことがより一層重要となっている。そのため、医療機関が地域における介護の状況等について把握するとともに、医療・介護間等で適切に患者の情報共有を行いながら医療や介護サービス等を切れ目なく提供できる体制を構築すること。
報告事項	○ 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況（自院で日中のみ、自院で24時間対応、自院での一定の対応に加えて連携して24時間対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称 ○ 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況 ○ 自院における訪問看護指示料の算定状況 ○ 自院における在宅看取りの診療報酬項目の算定状況	報告事項	○ 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況（主治医意見書の作成、地域ケア会議・サービス担当者会議等への参加、介護支援専門員や相談支援専門員と相談機会設定等） ○ 介護支援専門員や相談支援専門員への情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況 ○ 介護保険施設等における医療の提供状況（協力医療機関となっている病院の名称） ○ 地域の医療・介護情報共有システムの参加・活用状況 ○ ACP（人生会議）の実施状況

※ その他の報告事項

- ・ 健診、予防接種、地域活動（学校医、産業医、警察業務等）、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動 等
- ・ 1号機能及び2号機能の報告で「当該機能有り」と現時点でならない場合は、今後担う意向の有無

留意事項

- 1号機能を有する医療機関は、2号機能に係る報告を行う。
- 各報告事項については、原則として、毎年1月1日時点の体制や状況について報告を行うこととするが、実績に関する報告事項については直近1年分（前年1月1日から12月31日）が報告対象となる。ただし、診療報酬に関する報告事項については、NDBデータからG-MISへの自動取込を行うため、前年度4月から3月までの1年度分の実績（合計値）が報告対象となることに留意すること。（前年度4月から3月診療分の電子レセプトによる診療報酬請求がある医療機関では、厚生労働省において必要な項目の集計を行い、集計結果があらかじめ反映（プレプリント）される。医療機関において、集計内容について確認の上、必要に応じて修正を行うこと。）
- 報告基準日である1月1日時点において休院している医療機関はかかりつけ医機能報告対象病院等から除外されるが、再開した時点からかかりつけ医機能報告対象病院等となる。また、報告期間中に廃院した医療機関については、かかりつけ医機能報告対象病院等から除外して差し支えない。さらに、報告期間中に新規開設された医療機関については次年度からかかりつけ医機能報告対象病院等として取り扱うこと。

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

地域における協議の場での協議

【報告・協議の流れ（一部再掲）】

○ 必要なかかりつけ医機能の有無・内容について報告【医療機関→県】

○ 報告内容の確認(かかりつけ医機能の確保に係る体制確認等)【県→医療機関】

- 地域の関係者との協議の場※に報告 ※地域医療構想調整会議等の関係会議体の活用を想定
- 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、協議結果を取りまとめて公表【県→協議の場】

報告項目（2号機能）

会議体（想定例）

(1)通常の診療時間外の診療

救急医療対策協議会

(2)入退院時の支援

地域医療構想調整会議

(3)在宅医療の提供

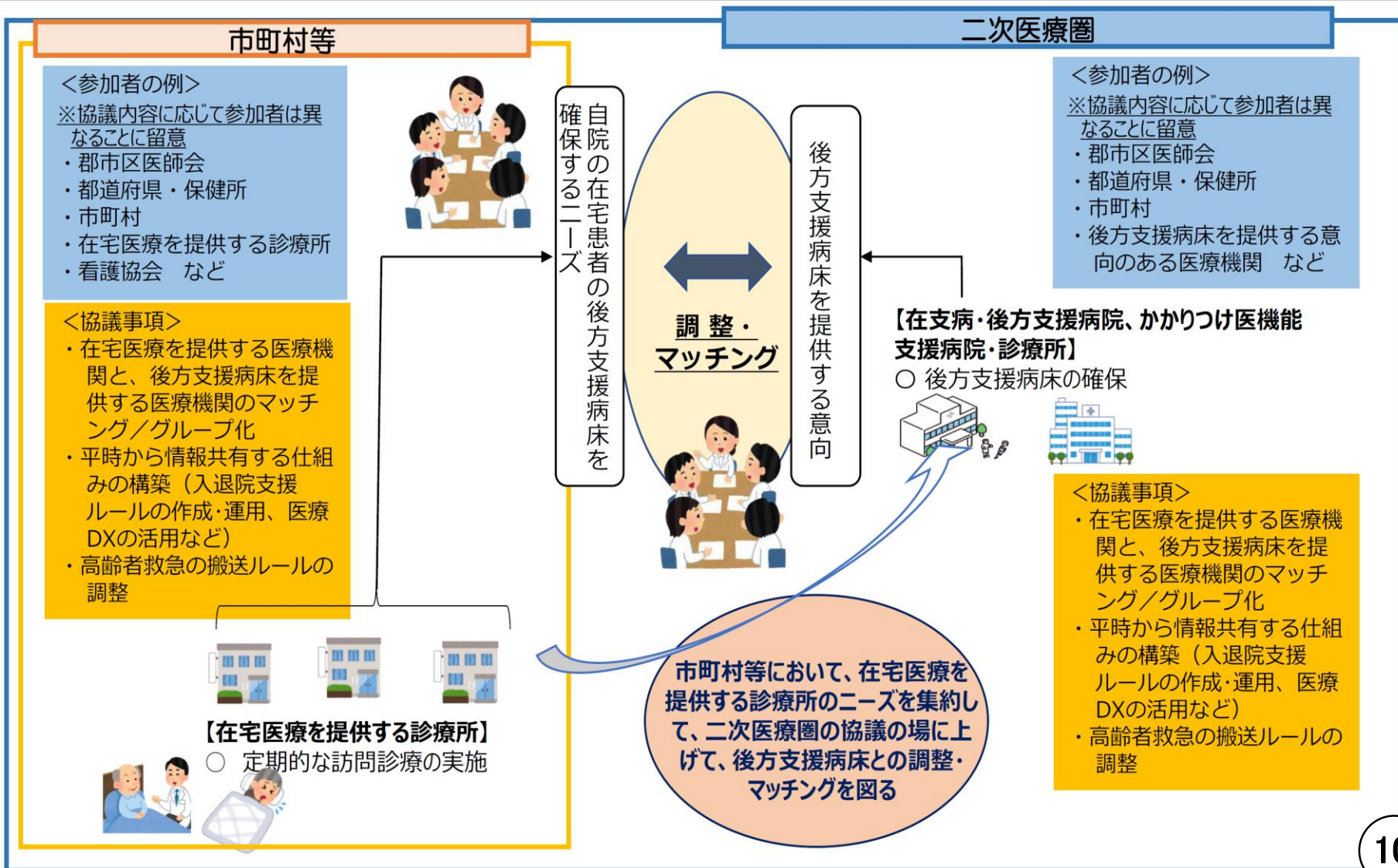
在宅医療・介護連携会議 等

(4)介護サービス等との連携

▶ **在宅医療や介護連携等の協議**に当たっては、その実情をこまやかに把握する**市町の積極的な関与・役割が重要**であり、県と市町が協働しつつ、かかりつけ医機能を確保するための方策を検討する。

【目指すべき姿】

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



協議の場における議論の進め方のイメージ（例：入退院支援）

（１）地域の具体的な課題

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

（２）様々な視点から考えられる原因 (ex：医療側、介護側、住民側・・・)

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

（３）地域で目指すべき姿

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

（４）対策と役割分担（誰に誰が何をするか）

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

（５）対策により期待できる効果

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

かかりつけ医機能に関する取組事例集 (例：福井県 全県統一の入退院支援ルールを策定)

かかりつけ医機能に関する取組事例集 (第1版) から一部抜粋

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/koureitainshien.html
担当部署連絡先	福井県長寿福祉課 (メール) choju@pref.fukui.lg.jp

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

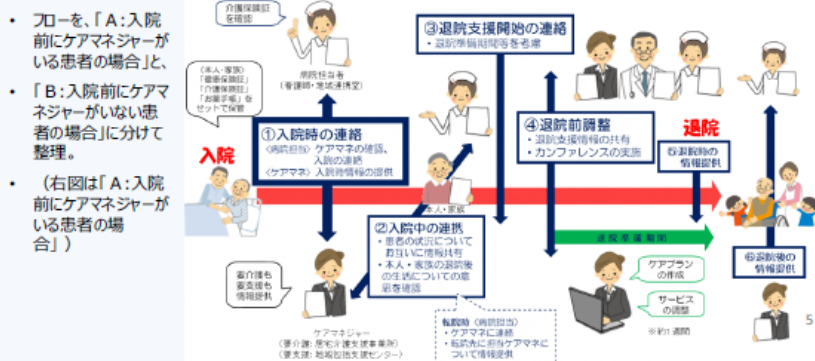
主な取組内容

■調整の流れ

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

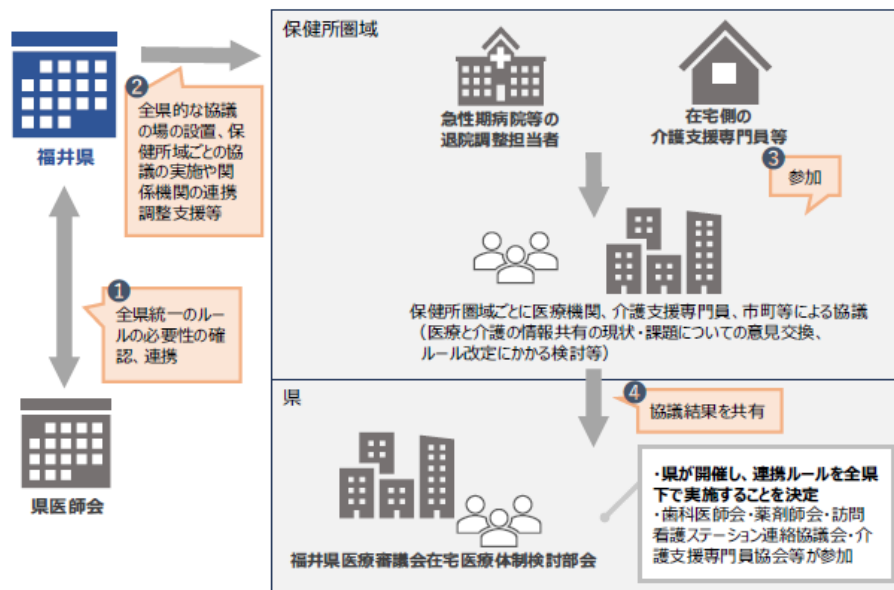
■福井県入退院支援ルールの策定

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



入退院ルールの作成イメージ

エリア：全県で統一ルールを運用



関係者の主な役割

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

スケジュール

【報告・協議に向けた実施スケジュール(予定)】

