

かかりつけ医機能に関する 取組事例集 (第1版)

厚生労働省医政局総務課
令和7年6月

■ はじめに

- ・ 令和5年5月に「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）」が公布され、同法においてかかりつけ医機能が発揮される制度整備が行われました。
- ・ 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応し、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくための重要な医療制度改革です。具体的には、令和7年度よりかかりつけ医機能報告制度に基づく取り組みが開始されることになります。
- ・ 厚生労働省では、上記の制度の全体像を理解しやすくするものとして、かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン（以下「ガイドライン」）を策定しました。
- ・ 本事例集はガイドラインの別冊資料として、特にガイドライン第4章に記載している、協議における課題と方策の具体例や、かかりつけ医機能の実装のための具体例を示すものとして、作成しました。
- ・ 本事例集には、行政主導の取組に加え、地域の医療機関等が中心となって実施している取組も含まれており、次の活用方法などが考えられます。背景・課題、自治体規模なども記載しているため、自地域の状況と近い地域の取組を参照することも可能です。
 - 協議の場の議題設定等の参考にする
 - 他地域の事例を関係者に示しながら、地域で必要なことがないか関係者と調整を始める際の参考とする
- ・ ガイドラインと併せて、地域におけるかかりつけ医機能の確保の方策の検討や、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 稻城市	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室等と連携して支援		○	○	○	○	○	精神障害	過疎 地域型	19
8	岡山県 岡山市	市町村	地域別のワーキングを開催し、診診・病診連携やMCS®の活用などを推進	○	○	○	○	○	○	ICT活用	地方 都市型	21
9	多摩ファミリー クリニック (神奈川県川崎市)	診療所	在宅診療と他事業・多職種連携で病院と診療所を繋ぎ地域医療をサポート	○	○	○	○				大都市型	24
10	KOYANAGI真柄 CLINIC (新潟県新潟市)	診療所	警察医等として地域社会の一部となりかかりつけ医機能を発揮	○	○	○	○	○	○	地域社会 構築	地方 都市型	26
11	すぎうら医院 (島根県出雲市)	診療所	診診連携により24時間かかりつけ医体制を構築	○		○					地方 都市型	28
12	池端病院 (福井県越前市)	病院	エリア唯一の病院として乳幼児から高齢者までの「かかりつけ病院」機能を提供	○	○	○	○				過疎 地域型	30
13	地域医療連携推進法 人湖南メディカル・ コンソーシアム (滋賀県草津市)	病院	地域医療連携推進法人が中心となり地域で連携し、地域医療サポートセンタ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	都市 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/km²）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/km²以上）

・過疎地域型：大都市型にも地方都市型にも属さない場合

■ 本事例集の見方（1枚目）

1. 事例タイトル（地域）

（
基
本
情
報
）

総人口・高齢者割合	○○人・65歳以上:○○% 85歳以上:○○%
面積	○○○km ²
取組開始時点	○年○月～
取組に関するホームページ	XXXXXXX
担当部署連絡先	XXXXXXX（行政機関等のみ記載あり）

基本情報

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

背景 課題	● ○□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ ● ○□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
取組 概要	● ○□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ ● ○□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
効果	● ○□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

背景課題・取組概要・効果

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

主な取組内容

- ○□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
- ○□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
- ○□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

主な取組内容

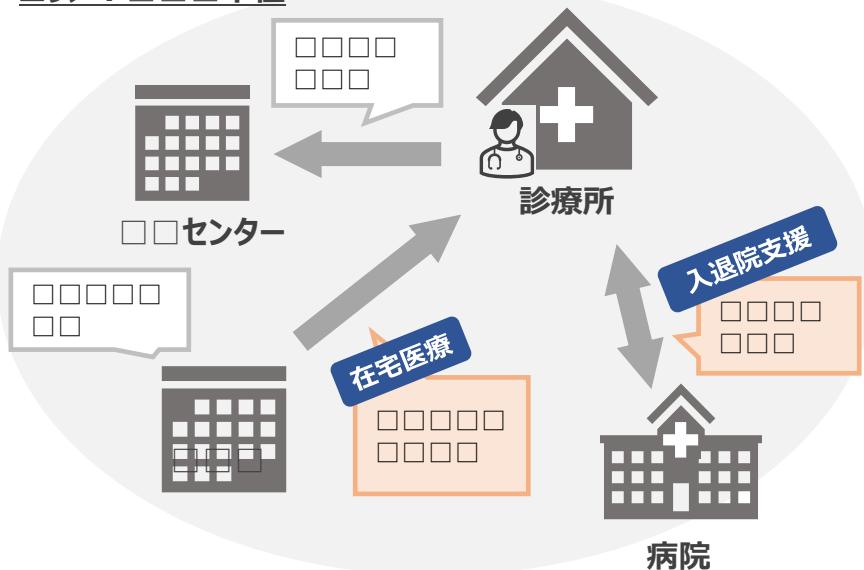
- 取組概要に記載の内容について、より詳細な内容を整理しています。

図等

■ 本事例集の見方（2枚目）

地域のかかりつけ医機能イメージ

エリア：□□□単位



地域のかかりつけ医機能イメージ

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

関係者の主な役割

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

関係者の主な役割

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

■ 本事例集の見方（一部事例）

協議の場の進め方

全体の流れ

① 現状把握 調査分析

-
-
-
-

実施事項・工夫点

-
-

考察の 観点

現状把握に関する調査における工夫等

協議の場の進め方

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

② 協議の場 の設置

-
-
-
-

○○の 活用

コーディネーターの 活用における工夫等

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。

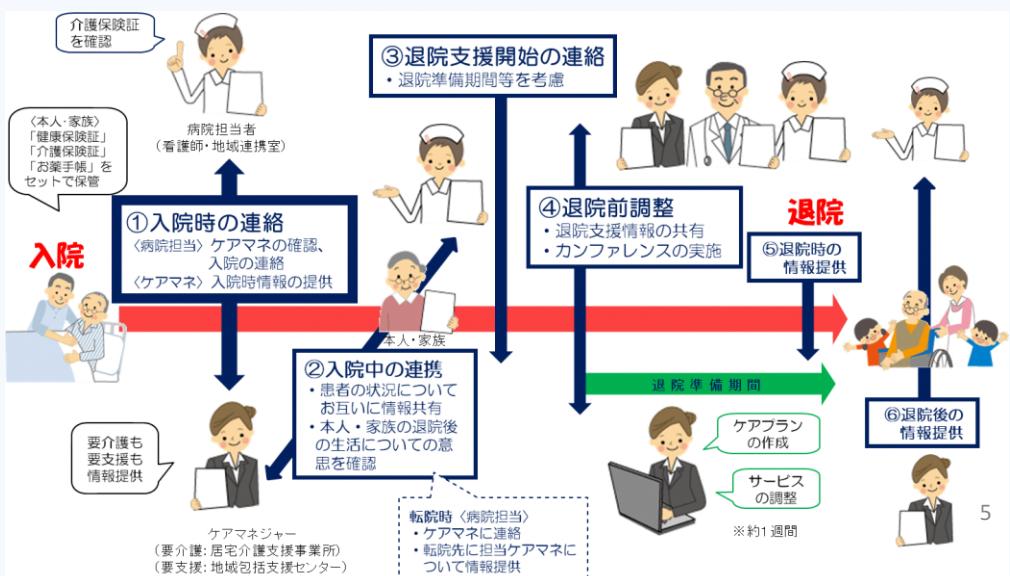
■福井県入退院支援ルールの策定

- 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、

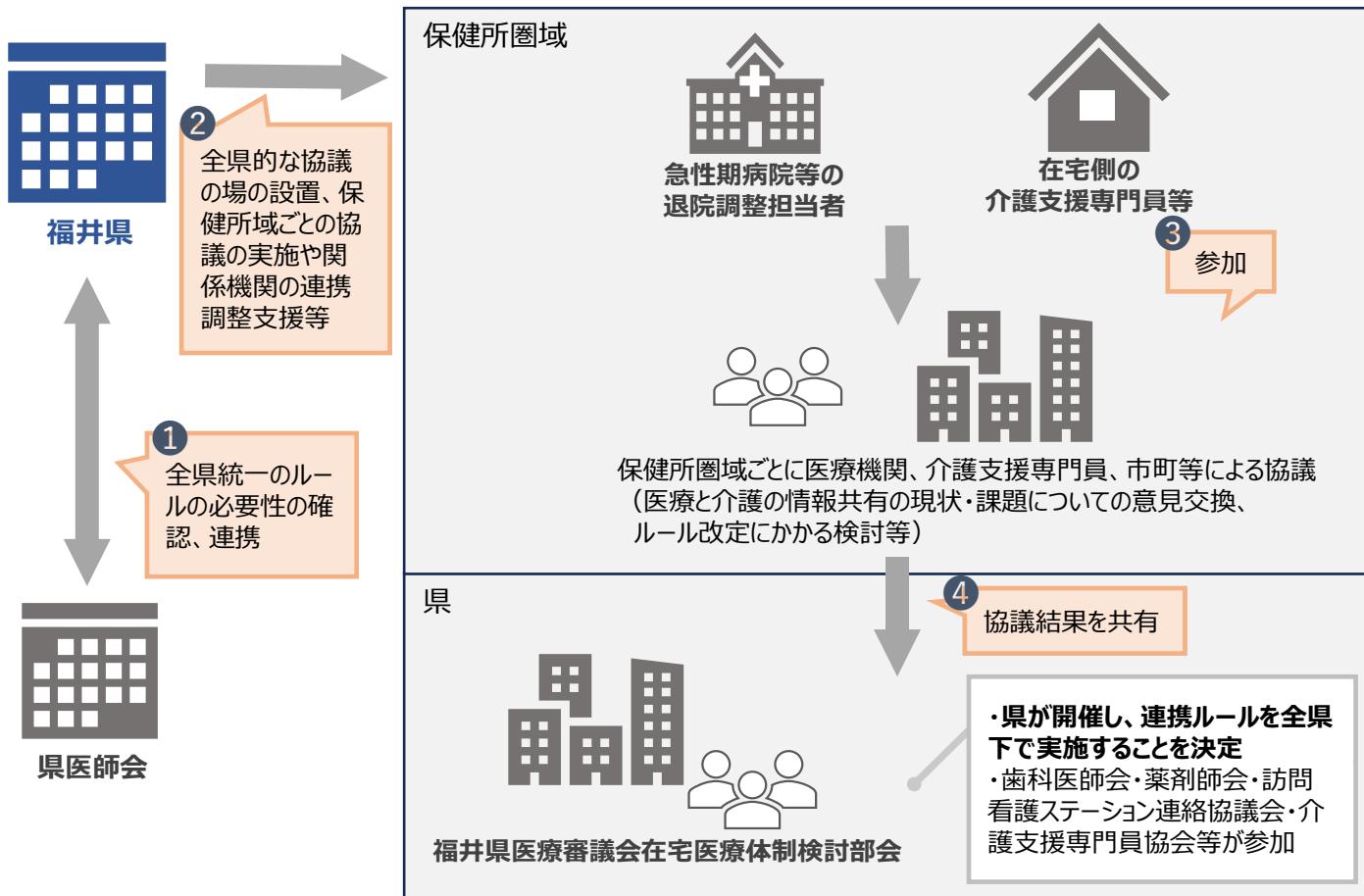
- 「B : 入院前にケアマネジャーがない患者の場合」に分けて整理。

- (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 都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）

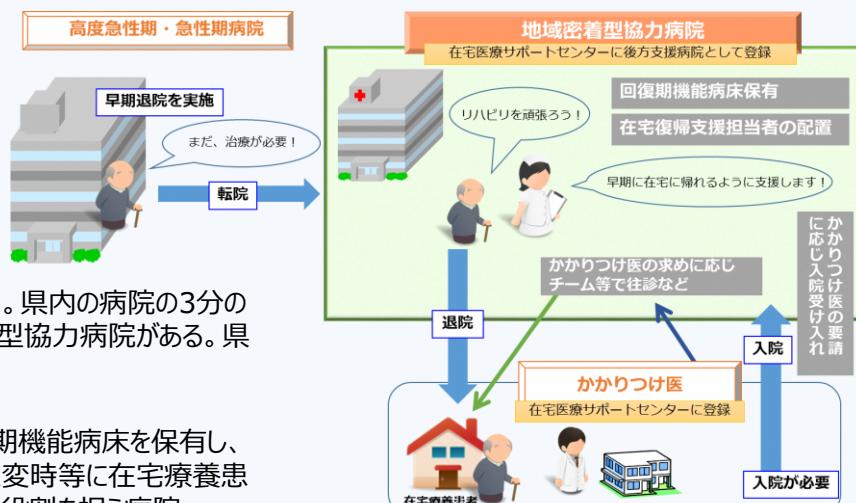
（ 基 本 情 報 ）	総人口・高齢者割合	913,297人 ・ 65歳以上：33.6% 85歳以上：6.5%（令和6年1月1日時点）
	面積	4,724.66km ² （令和6年10月時点）
	取組開始時点	平成28年度～現在
	取組に関するホームページ	https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/050100/iryokeikaku/keikaku_d/fil/5syou1setu.pdf
	担当部署連絡先	和歌山県 医務課（073-441-2604）

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

- 回復期機能病床の保有
 - 急変時等における在宅療養患者の入院受入※
 - 在宅復帰支援（退院支援）担当者の配置
 - チーム等で訪問診療・往診又は訪問看護実施
 - 専門相談の実施
 - 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

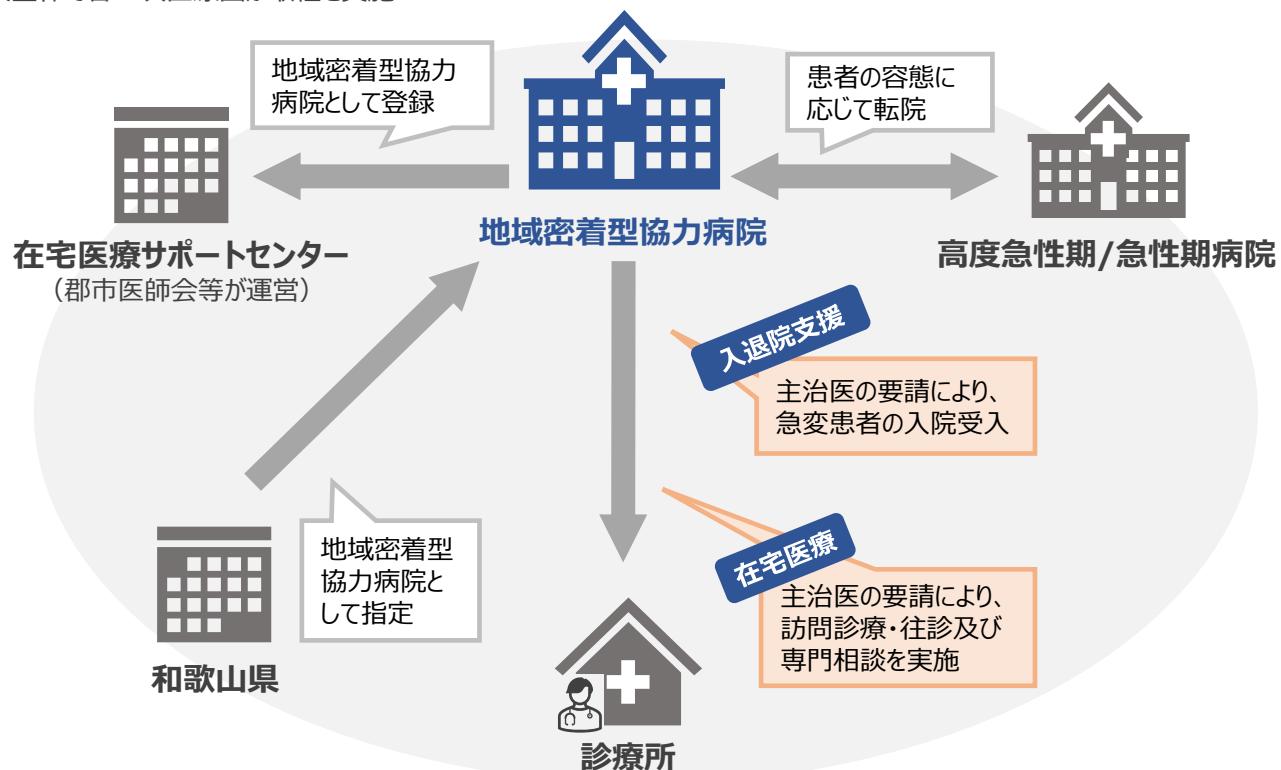
病院のメリット

- 県が実施する退院支援看護師研修の優先受講
- 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

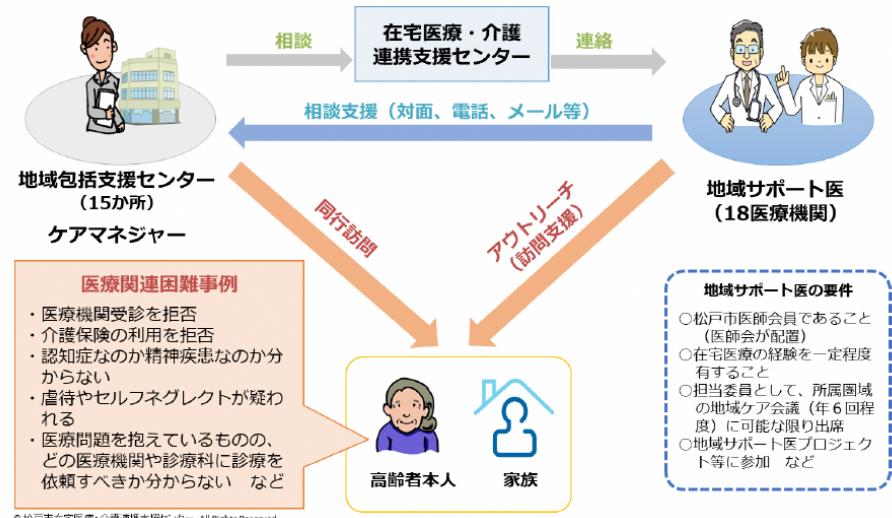
3. 地域を一つの病院に見立てかかりつけ医の支援体制を構築（千葉県松戸市）

（ 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

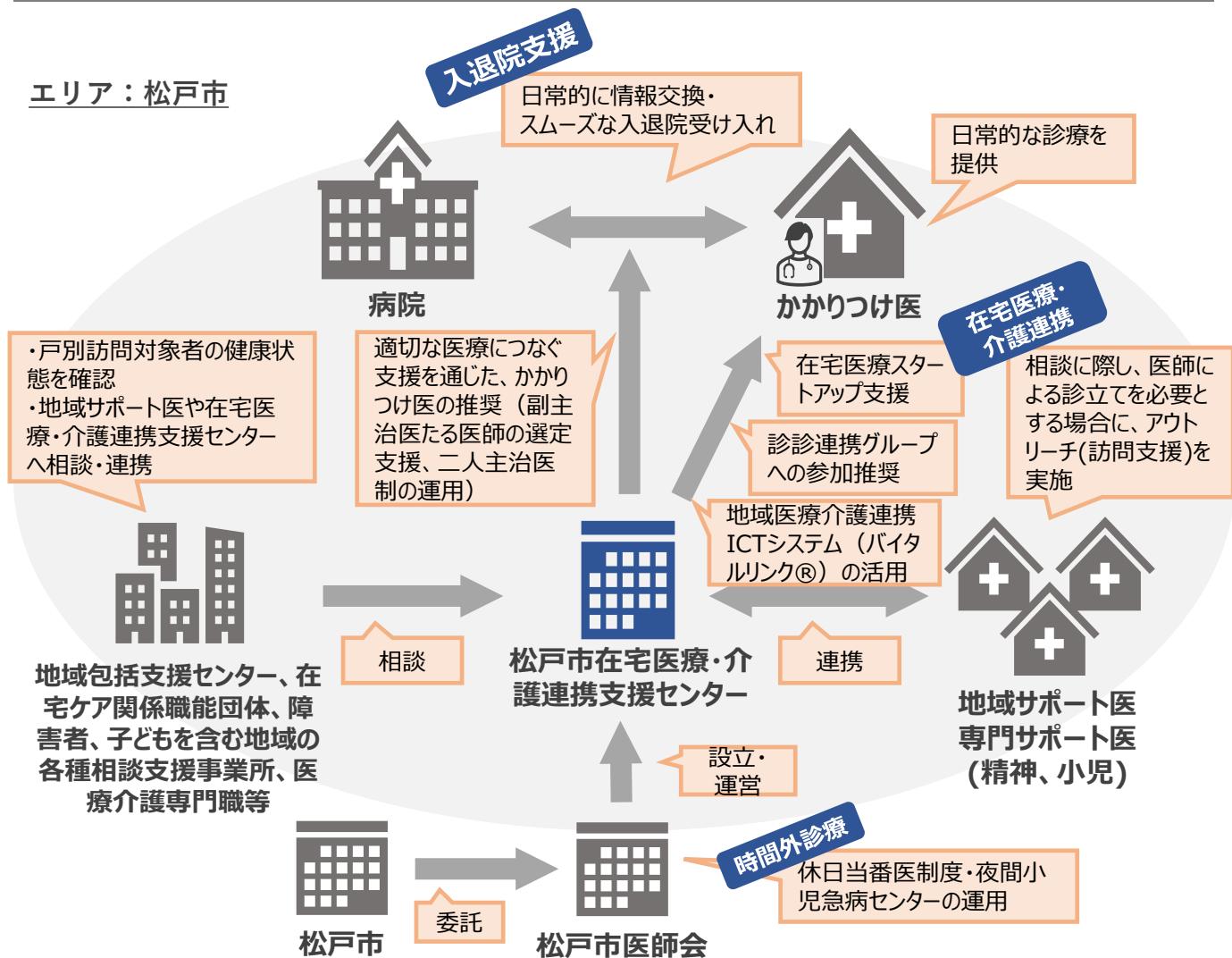
- 相談支援から生じた、適切な医療につなぐべきケースへの支援として、かかりつけ医を持つことを推奨
- 早期の段階から、生活の視点や疾病の軌道を熟知し、在宅医療も行える「かかりつけ医」が総合的な立場から診療できるようになり、患者の心身機能の介護予防や重症化防止・QOLの向上や円滑な入退院支援の実現につなげられる

■在宅医療のスタートアップ支援

- 診療体制整備や診療報酬請求業務の支援として、届け出書類、院内掲示、カルテ様式等の整備や診療報酬業務の支援
- 訪問看護師による訪問診療同行支援として、医療的ケアへの助言や介助、薬剤師・介護支援専門員等との情報連携支援など
- 在宅医療を開始することに躊躇していたり、在宅医療をすでに行っているがレセプト請求などを正しく行えてい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、在宅ケア関係職能団体、障害者、子どもを含む地域の各種相談支援事業所、医療介護専門職等	<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（東京都稻城市）

（ 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	稻城市 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）

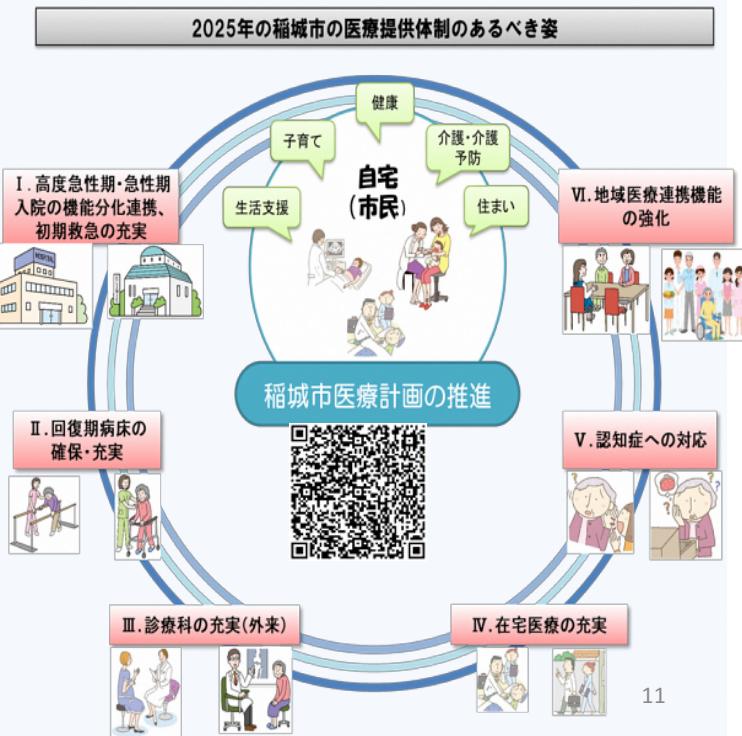
背景 課題	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者を支える現場である市町村においても、医療提供体制の強化に主体的に取り組むことが重要であると認識。
取組 概要	<ul style="list-style-type: none"> 必要な医療ニーズを推計するために、身近な医療介護の実情をきめこまかく把握できる市町村において必要な在宅医療の数を推計すべきという理念のもと、2016年3月に10か年計画として稻城市医療計画を策定し、2021年7月に中間見直しを行った。 医療計画の策定のため、課題仮説を設定し、それを検証するためのデータ分析を行った。必要なデータが手元にない場合は、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、稻城市在宅医療・介護連携推進協議会における今後に向けた検討や稻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

- 日常生活圏域別の人団推計
- 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
- 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
- 市の救急搬送の分析
- 市内医療機関の診療科目等の確認
- 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

- 稻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（稻城市以外）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、稻城市立病院が第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ぐことを希望する医療機関が多い結果となった。

ポイント

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

医療計画の今後に向けた検討

■「在宅医療の充実」分野における、分析と課題の整理、今後の施策を検討

主な分析結果

- 在宅医療需要が令和7年（2025年）には現在の約1.2倍、令和22年（2040年）には約2倍に増加する。
- 往診又は訪問診療を実施している医療機関は42医療機関の内12医療機関である。
- 往診、訪問診療について、42医療機関の内28の医療機関が今後も実施する予定はない回答している。
- 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

- 稻城市在宅医療・介護連携推進協議会の開催
- 稻城市在宅医療・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

■稻城市在宅医療・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）
<p>① ケアマネ向けアンケートの実施方法、結果の考察</p> <p>② いなぎ在宅医療・介護相談室の実績、相談内容の考察</p> <p>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</p> <p>④ 専門職向け研修（年2回実施）の内容や結果の報告・考察</p> <p>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</p> <p>⑥ 認知症初期集中支援事業の実績、傾向等の報告・考察</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>⑨ 稲城市医療計画の進捗状況の報告</p>	<ul style="list-style-type: none">◆ 稲城市医師会（3人）◆ 東京都八南歯科医師会稻城支部（1人）◆ 稲城市薬剤師会（1人）◆ 稲城市立病院（医師1人、看護師1人）◆ 東京都南多摩保健所（1人）◆ 認知症初期集中支援チーム（医師1人）◆ 地域包括支援センター（1人）◆ 稲城市居宅介護支援事業者連絡会・ ケアマネジャー 1人、訪問看護事業所 1人・ デイサービス 1人、地域密着型サービス 1人▷ 消防救急担当、市立病院等も事務局で参加

活発な議論を呼ぶための工夫

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

① 現状把握調査分析

② 協議の場の運営等

③ 取組実行

実施事項・工夫点

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

考察の観点

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

② 要介護高齢者の在宅医療の利用状況に関する介護支援専門員向け調査

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

③ 医療計画の中間見直しのための医療機関向けアンケート

- 訪問診療を始める意向がある市内診療所ではなく、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

・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

【問1】取り組みたい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

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

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

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

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

原因1・家族の介護力が把握できていない
原因2・ケアマネはサービス不足での悪化防止を重視
原因3・老々介護や805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？・病院スタッフ
対策1・病院スタッフ
対策2・ケアマネ、訪問
対策3・病院
対策4・病院の悪化時は、優先して再入院できる体制を取る

対策の内容は？・ケアマネや訪問だけでなく、家族に療養生活を説明する機会を作る
・退院後、1ヵ月以内は家族に介護・看護(吸引等)を教える期間とする

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

期待値1・家族に介護方法を説明する事例の増
期待値2・退院事例の増
期待値3・介護に参加する家族の増

何がどうなることを期待しますか？・ケアマネ向けアンケート
何の指標で測る？・病院向けアンケート、ヒアリング
・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。
- 稻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。

・「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。

顔が見える訪問診療医ガイドの作成と配布(稲城市)

取組実行

・「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、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する。

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する支援者等(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

① 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な方。

② 自由に転床、体動で困難な方。

③ 急なコロナ感染症が疑われるため、通院が困難な方。

④ 独立で寝起きができない、今まで外来通院や訪問診療等の医療に付くことが出来なかった方。

手続き

① 支援者等(×市民)が電話で本事業の対象か相談。

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 往診の割り。

④ 医療報酬等を適用し、自己負担を事後に支払。

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専門支援者。

✓ ティーサービスや有料老人ホーム等の施設職員

✓ カカリつけ医、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「稲城市在宅医療強化推進事業委員会」で評議する。

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）

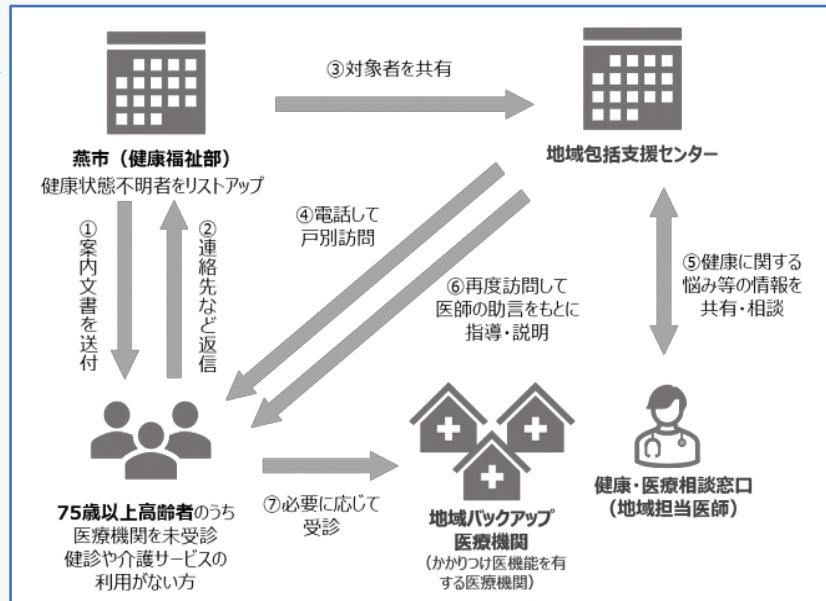
総人口・高齢者割合	75,990人・65歳以上：32.1% 85歳以上：5.9%（令和6年1月1日時点）
面積	110.94km ² （令和6年10月時点）
取組開始時点	令和5年11月～現在
取組に関するホームページ	https://www.city.tsubame.niigata.jp/soshiki/kenko_fukushi/3/1/zaitakuiryoukaigo/17980.html
担当部署連絡先	燕市健康福祉部長寿福祉課 0256-77-8157

背景 課題	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 特に健康リスクが高いと考えられる医療機関・健診未受診の高齢者に対する診療体制を構築でき、予防的な段階からケアが可能になり、病気の早期発見や重症化予防につながった。

主な取組内容

■「転ばぬ先の医療推進」プロジェクト

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



■ 燕市が行う健康状態不明者リストアップのプロセス

STEP1 案内発送者の抽出



抽出条件

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

※2~4は過去4年間の実績

STEP2 案内文書/返信



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

STEP3 訪問の優先順位付け

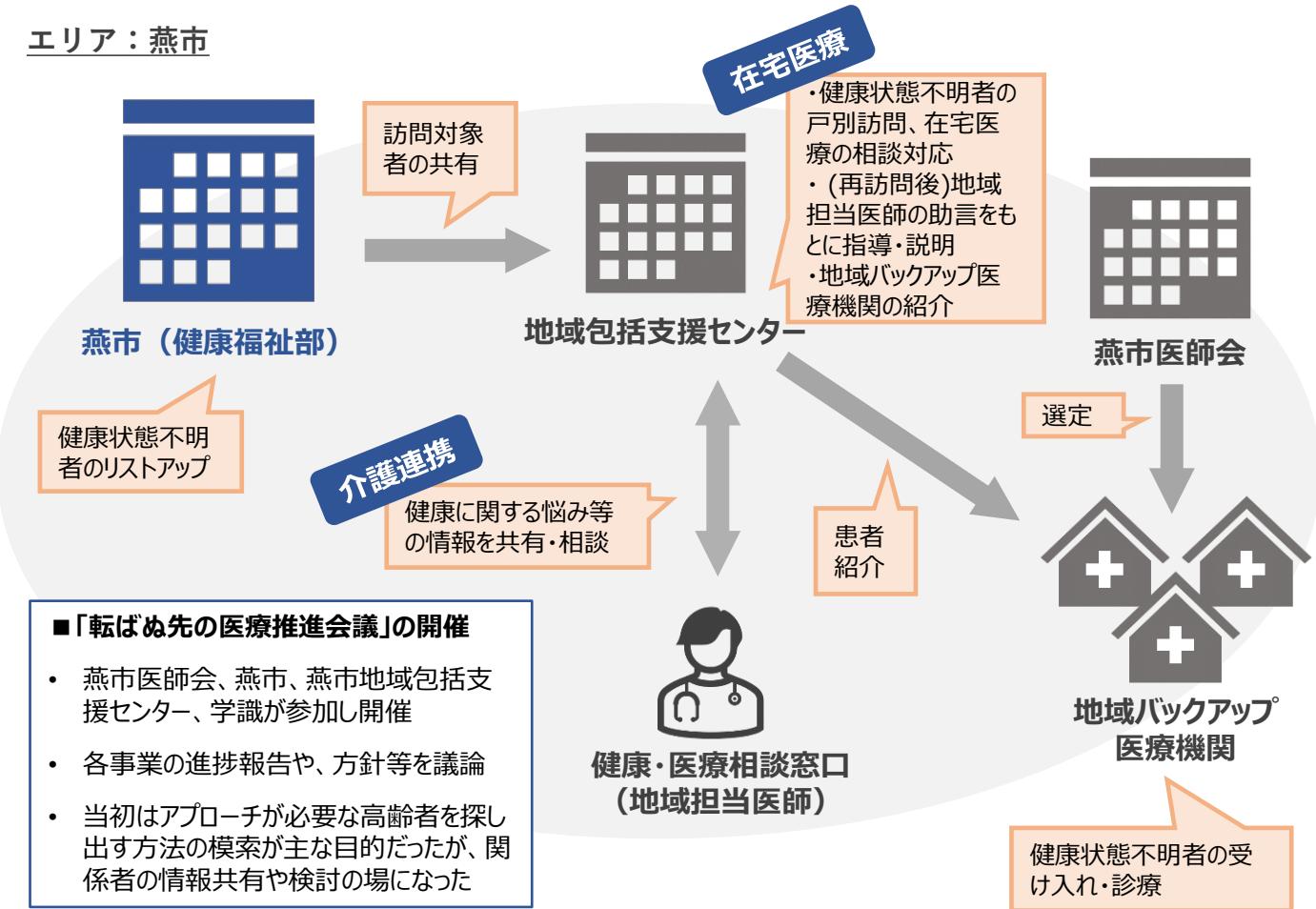


优先順位

- 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 <p>※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</p>
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）

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/chiikiiryo_suishin/tiikiki.html
担当部署連絡先	豊中市健康医療部医療支援課 06-6152-7309

背景 課題

- 高齢化とともに在宅医療需要が高まる中、今後はニーズに応じた訪問診療の提供が困難になることが想定される。
 - 患者の急性増悪時に在宅医が入院先を探す際に手間がかかっていた。
 - 病院からの退院時、病院が在宅医を探す際に手間や時間がかかり、在院日数が伸びていた。

取組 概要

- 豊中市地域医療推進基本方針を策定し、病床の効率的な活用、質の高い医療の確保、持続可能な医療体制の構築に取り組むとともに、市民の役割としてかかりつけ医等を持つことを掲げている。
 - 医療・介護関係団体が参加する「虹ねっと連絡会」を立ち上げ、医療・介護の連携等について協議。医師会を中心に介護関係者等を特に意識的に巻き込み、自主的な活動を促進。
 - 豊中市では、在宅医療・介護連携支援センター運営事業を、医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護ステーション連絡会に委託し、各団体のコーディネーターが会議・研修会等の企画・運営を担当。委託元である市と事前打ち合わせを行い、会議の進行ポイントなどをコーディネーターが整理し、参加者から忌憚のない意見を引き出し活発な協議につなげている。
 - 在宅医をグループ化するとともに、在宅医グループを支える医療機関・関係団体の一覧を作成。在宅医グループへの受入手順を整備中。
 - 病床の有効活用・在宅医の負担軽減を目的にサブアキュート空床情報提供システムを運用。

効果

- 入退院時等の連携を円滑に行うことで、機能分化を図り、医療の質を確保することができる。

主な取組内容

■豊中モデル：在宅医グループの構築とバックアップ体制の構築

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



サブアキュート病床を持つ病院・有床診療所

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



多職種（歯科医・薬剤師・訪問看護師など）

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



他科診療所の医師

- 訪問診療はしていないが在宅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

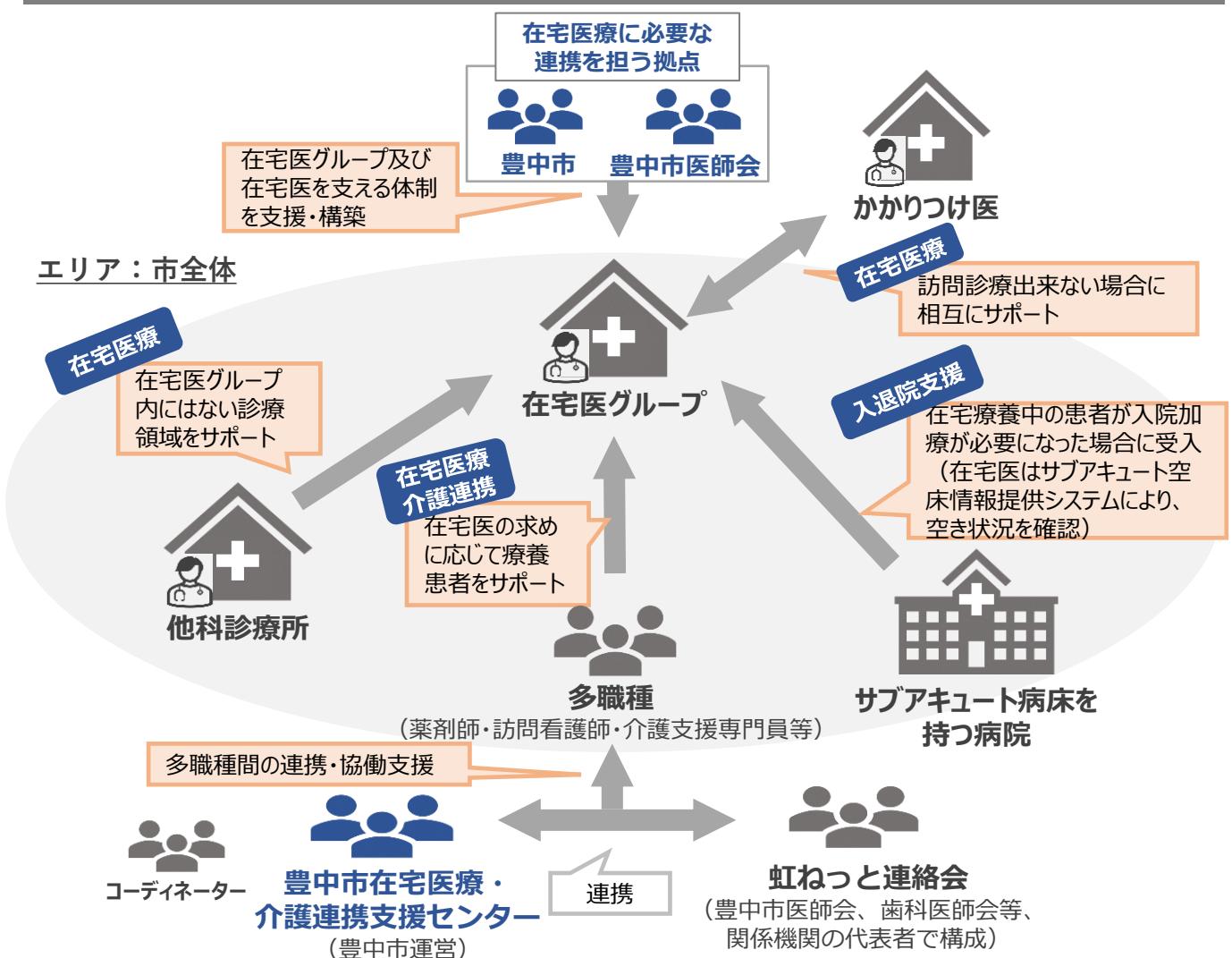
- 外来と訪問診療を両輪で行っている医師をグループ化しグループ内でそれを支える。
 - 地域で訪問診療を行っていない診療所の医師から訪問診療を求められた時に対応する。
(診-診連携)

■サブアキコ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。

A	B	C	D	E	F	G	H
1							
2	サブアキュート空床報告						
3		個室	総室				
4		男性	女性				
5	A病院	<input checked="" type="radio"/> (3床以上) - <input type="radio"/> (1~2床) - <input type="radio"/> (0床) -		特記事項	更新日時		
6						03/04 8:10	
7	登録病院情報						
8	医療機関名						
9	連絡先	<input type="text"/> 電話 <input type="text"/> メール <input type="text"/> FAX					
10	担当部署名						
11	担当者名						
12	受付時間	9:00~17:30					
13	夜間帯の対応	<input type="checkbox"/> 対応可能 <input type="checkbox"/> 対応不可					
14	• 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。 • 閲覧者側は、閲覧用シートだけでなく、病 院用シートも閲覧することができる。						
15	      						
16	      						

地域のかかりつけ医機能イメージ

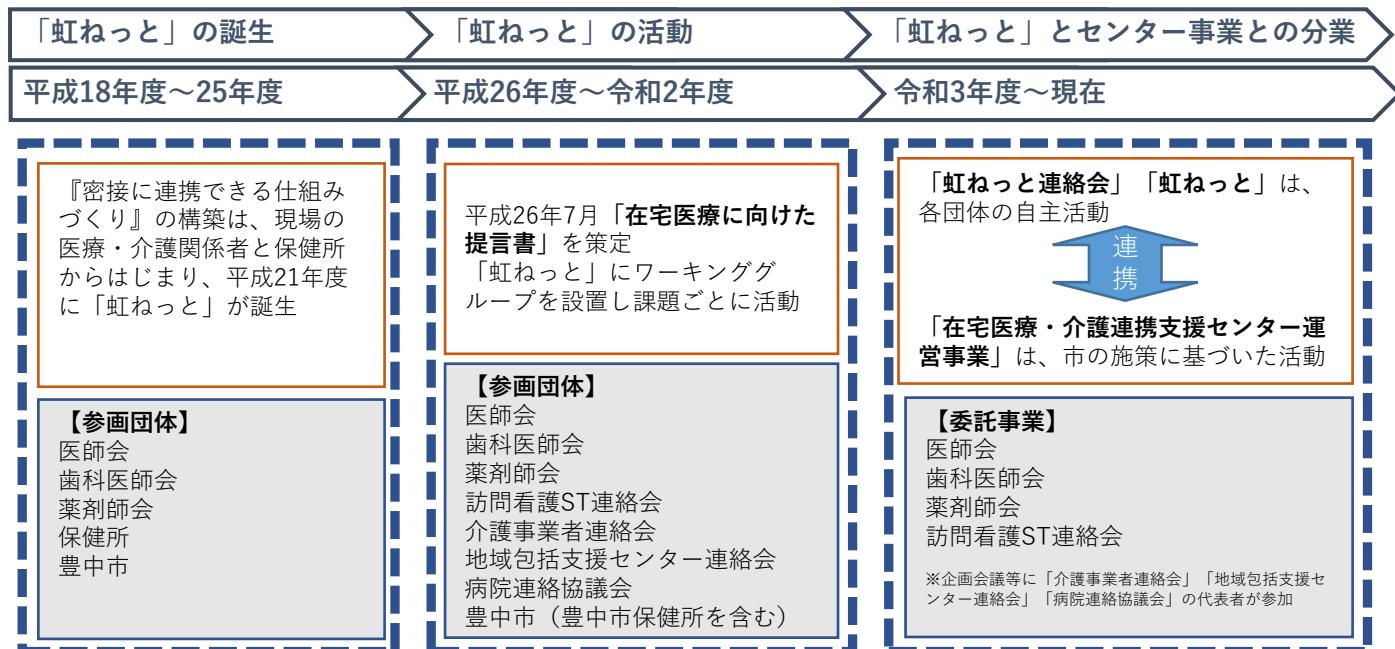


関係者の主な役割

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

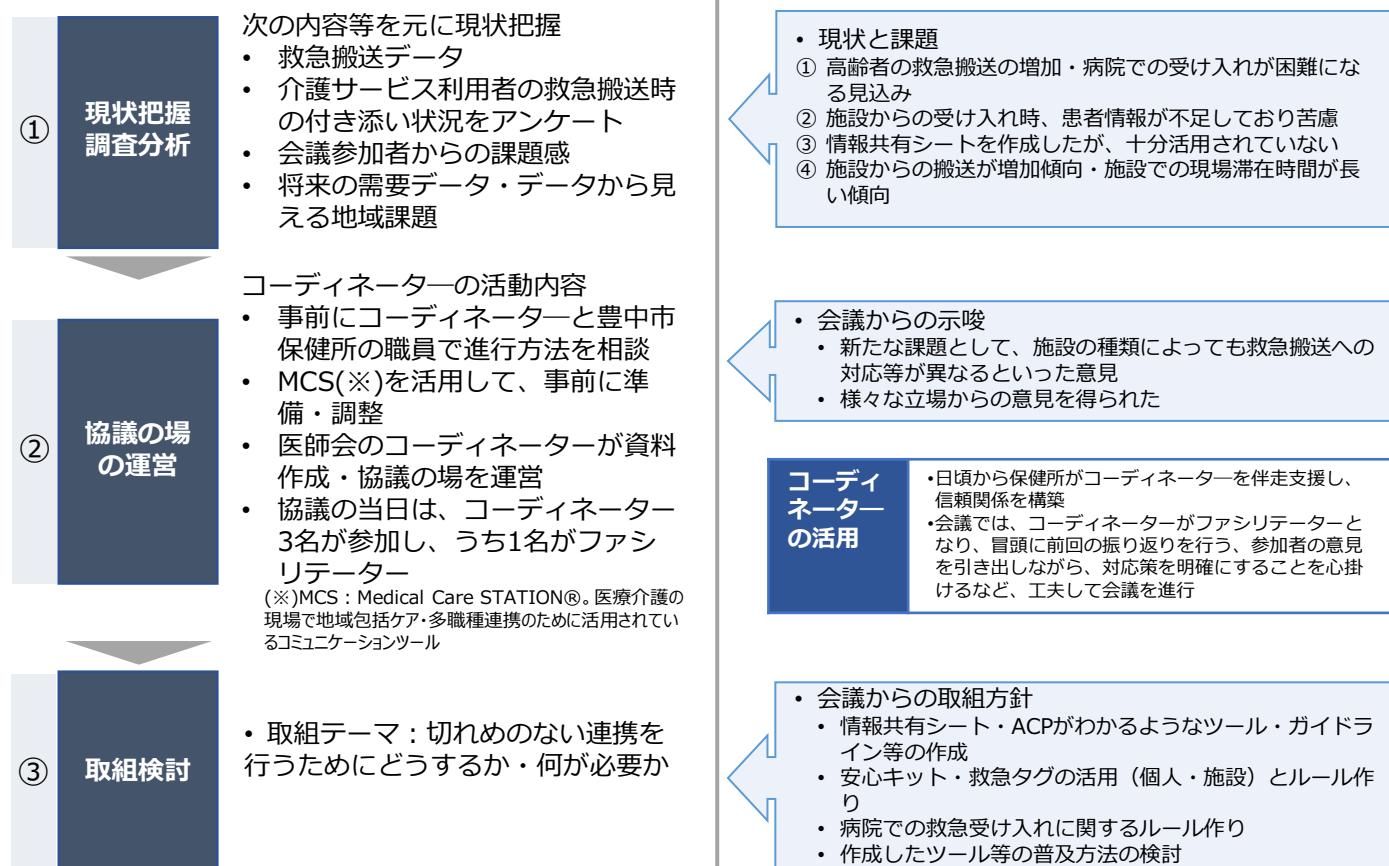
協議の場の変遷

- 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)

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

主な取組内容

■ サポートが必要な方への対応

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

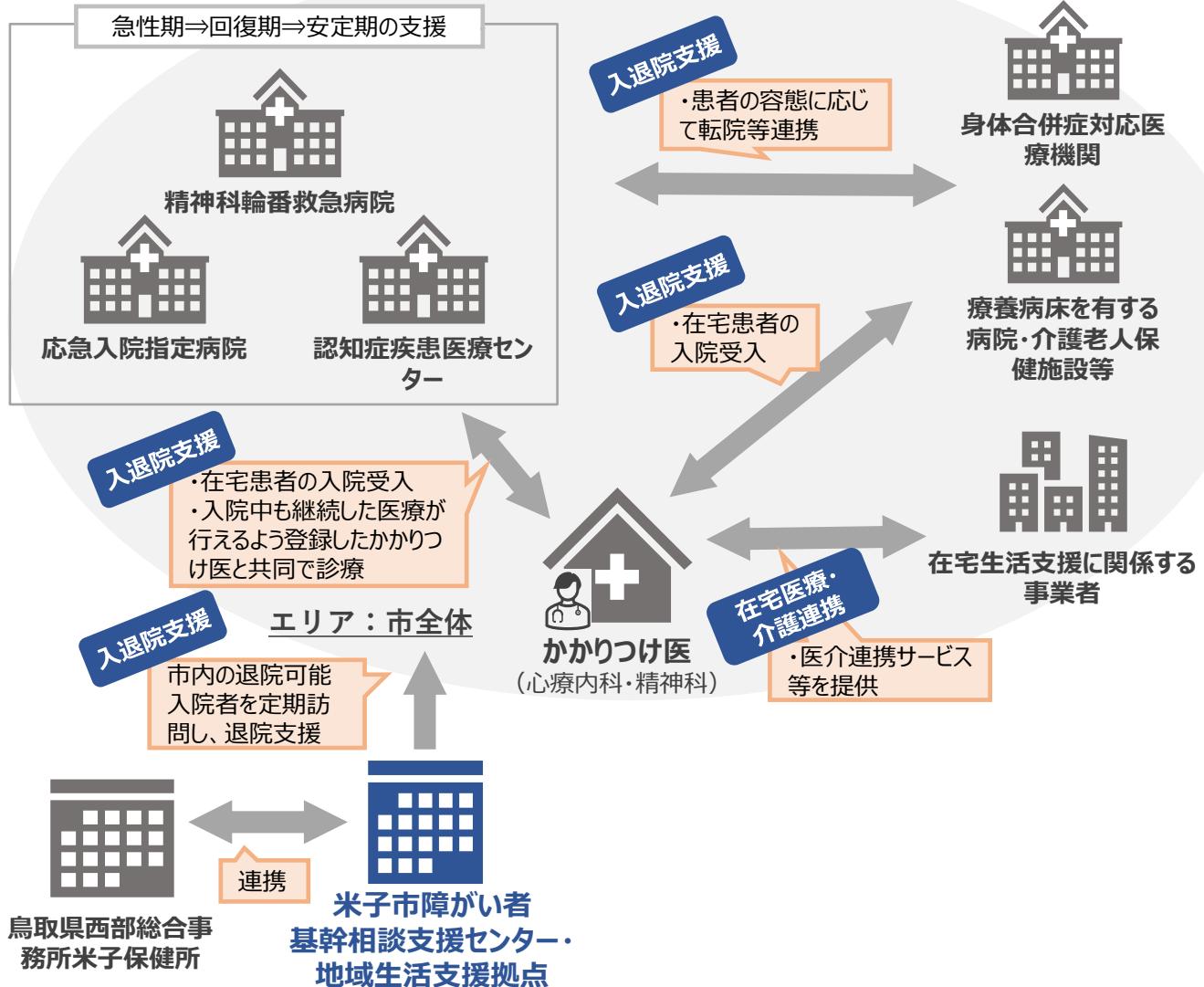
■ 保健師を中心とした連携体制整備

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



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

地域のかかりつけ医機能イメージ（精神疾患に関するもの）



関係者の主な役割

地域生活支援拠点・米子市障がい者基幹相談支援センター	<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

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

総人口・高齢化率	683,166人・ 65歳以上：27.5% 85歳以上：5.1%（令和6年1月1日時点）
面積	789.95km 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	—
担当部署連絡先	岡山市地域ケア総合推進センター 086-242-3135

背景 課題	<ul style="list-style-type: none"> 市民の「人生の最終段階に過ごしたい場所」は「自宅」が4割で最多の一方、自宅死亡率は17%と乖離。在宅医療を担う診療所の医師の高齢化への対応・医師確保の必要性。 2040年には市内死亡者は1,500人程増えるが、全てを受け止めるには病院の病床数は十分ではなく、自宅死亡者数が現在の約1,000人から増える見込みであり対応が必要。
取組 概要	<ul style="list-style-type: none"> 主治医不在時のグループ医による代診や主治医の専門外の症状が発生した場合の専門医への相談体制構築 診診連携（グループ診療）や病診連携（退院後の患者の経過のフィードバック、在宅医からの相談・バックアップを目的）時にMCS(※)にて試行 <p style="text-align: center;">(※)MCS : Medical Care STATION®。医療介護の現場で地域包括ケア・多職種連携のために活用されているコミュニケーションツール</p>
効果	<ul style="list-style-type: none"> 福祉区ごとにワーキングを開催することで、地域の状況に合わせて丁寧に検討することができた。グループ診療モデル事業により、福祉区ごとのグループと一定のスキーム（患者情報共有時にMCSを活用等）ができた。

主な取組内容

■在宅医療・介護連携推進ワーキングの開催

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

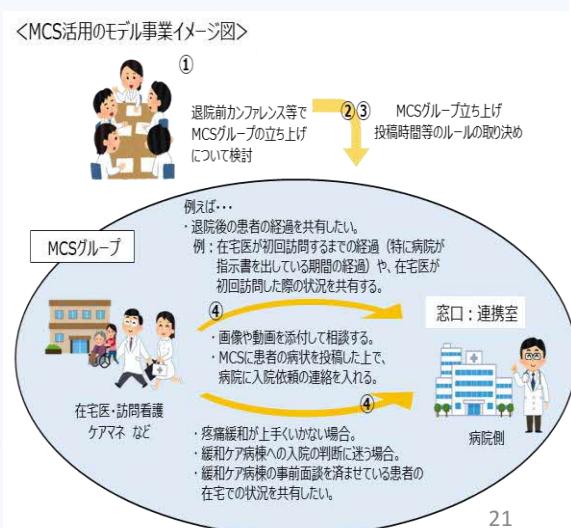


■グループ診療ルール

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

■ MCSの活用

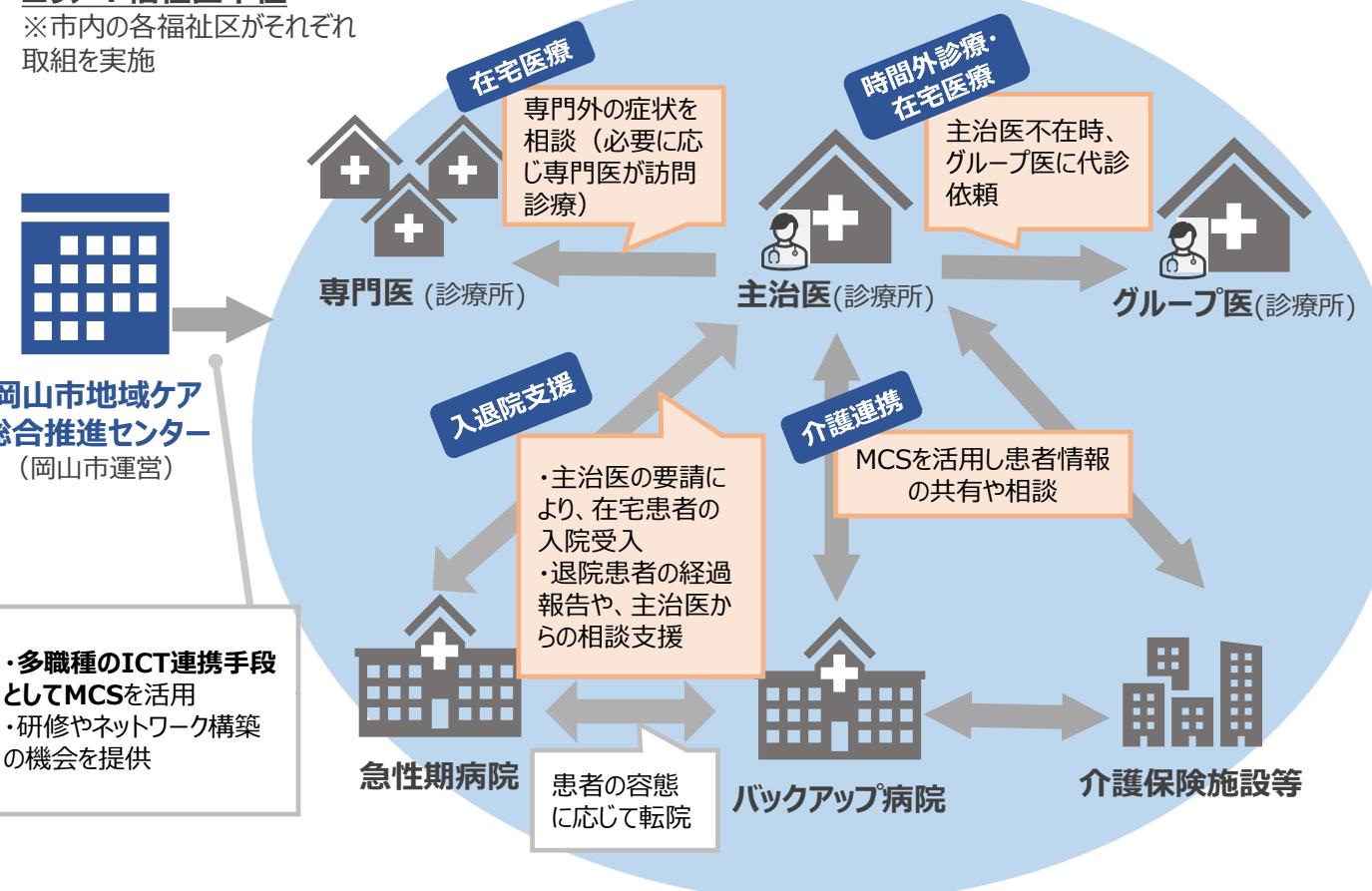
- MCSの運用は岡山市医師会に委託しており、利用する際には岡山市医師会を通じて登録。登録者数は2,247人（医師198人、歯科医師33人、薬剤師245人、看護師500人、介護支援専門員311人、その他960人）患者グループ1,094グループ（令和6年12月末時点）
 - 令和4年10月から多職種連携で活用している。在宅医側から、病診連携の活用ニーズ（特に退院後の患者の経過のフィードバックや、在宅医からの相談・バックアップ）があり令和6年度モデル事業で試行。



岡山市が目指しているイメージ図

エリア：福祉区単位

※市内の各福祉区がそれぞれ取組を実施



関係者の主な役割

岡山市地域ケア総合推進センター	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療を支える基盤整備：在宅を担う専門職の質の向上、量的増加 在宅への流れの構築：MCSの活用による多職種でのネットワークの構築 市民がつくる在宅医療（普及啓発）：市民の在宅医療・介護に対する理解向上/市民が支え合う気運の醸成 地域包括ケアの深化に向けた取組
急性期病院	<ul style="list-style-type: none"> バックアップ病院や診療所では対応できない急性期等患者の受入 MCSを活用し、退院した患者の経過を在宅医に対して共有や、主治医からの相談対応※ <p>※令和6年度モデル事業として実施</p>
バックアップ病院	<ul style="list-style-type: none"> 主治医からの要請に基づき、事前に登録していた在宅患者の入院受入
診療所	<ul style="list-style-type: none"> 診療所間で緩やかなグループを構築し、主治医不在時に連携して在宅患者へ往診 それぞれの専門領域に応じ、専門医として主治医をサポート
介護保険施設等	<ul style="list-style-type: none"> MCSを活用し、患者の状態を医療機関と情報共有

協議の場の進め方

全体の流れ



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



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



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



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

実施事項・工夫点

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

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

構成員選定

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

WG開催・運営の流れ（南区南WGの例）

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

関係者の役割

- WGメンバー（医師会含む）：提示したデータ・地域課題に関する意見だし、施策案の提示 等
- 医師会事務局：メンバー募集・事前の打ち合わせ参集、会場準備、議事録作成、意見のまとめ 等
- 大学関係者（アドバイザー）：提示したデータ・市の方針等への意見だし、参考事例の紹介 等
- 市：まとめた意見をもとに方針を整理、取組内容（案）の提示 等

WGの議題例

- 診診連携（グループ診療）運用ルールの検討
病診連携（退院前カンファレンス）の情報共有方針
協力医（専門診療科）リスト作成に係る調査設計 等

例）南区南WGで検討する令和6年度の取組

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

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

（ 基 本 情 報 ）	総人口・高齢者割合	1,478,342人・65歳以上: 20.8% 85歳以上: 3.6% (令和6年1月1日時点)
	面積	142.96km ² (令和6年10月時点)
	取組開始時点	平成23年4月 (複数医師体制開始) ~現在
	取組に関するホームページ	https://www.tamafc.jp/homevisiting.htm

背景 課題	<ul style="list-style-type: none">地域の中核病院と診療所の間をつなぐ病院が両者の間にすることで、救急受診や一時的な入院治療の提供、必要に応じて中核病院への紹介、在宅復帰の支援などを担うことが可能。そのような病院は、人口規模が大きい地域では不足することも考えられ、同様の役割を診療所が担う必要がある場合もある。
取組 概要	<ul style="list-style-type: none">多摩ファミリークリニックが地域の医療機関や介護施設等の架け橋となる役割を担う<ul style="list-style-type: none">外来診療、在宅医療で地域の多世代の患者さんを総合的に診療他院の受診状況や服薬状況も把握複数医師体制で24時間対応の在宅医療多職種・多事業所との顔の見える関係の構築と綿密な連携
効果	<ul style="list-style-type: none">応急的な対応や必要なときに適切に入院に繋げるなど、地域の医療機関や介護事業所等の間での補完的な役割を担うことにより、患者に安心してもらえる地域医療体制の確保

主な取組内容

■ 地域の医療機関や介護施設等の架け橋となる役割

・24時間対応の在宅医療でかかりつけ医を支える対応例

症例1) 81歳、男性 (妻と二人暮らし)

高血圧症、2型糖尿病でO医院へ外来通院中、介護保険の利用なし

- 8月、妻からO医院へ相談の電話、「熱中症の疑い」と判断

当院へ電話連絡
往診の依頼

これまででは・・・

- 体温37.4℃、他のバイタルは安定
- 軽度の熱中症の診断で、末梢輸液を施行
- 連日往診、計3日間で2500mLの輸液を施行
- その後は、O医院へ外来通院を継続中

妻へO医院への外来受診を指示するが受診できず
救急要請を指示
急性期病院で入院加療

- 入院医療の回避
- かかりつけ医と患者の関係性の継続
- 地域の中でかかりつけ医同士の連携が進む

・地域を面で支えることで、地域のケア力が高まる対応例

症例3) 73歳、女性、長男夫婦、孫と5人暮らし

慢性腎不全、2型糖尿病、高血圧症で血液透析(HD)を実施中
→脳梗塞を発症し、透析のための通院が困難となる (要介護4)

- 腎代替療法の選択肢は、透析医療の見合わせ、療養型病院への入院、腹膜透析への変更
- 血液透析患者を受けられる療養型病院は多くないため、遠方の病院へ入院する可能性が高い
- 家族は自宅療養の継続を希望 (入院・施設入所の希望なし)

S大学病院から当院へ
在宅医療の相談

- 血液透析から腹膜透析への移行は、医学的には可能な状態だが通院困難
- 地域の中で在宅医療で腹膜透析を受け入れている医療機関がない

これまでには、透析医療の見合わせしか選択肢がなく、
自宅看取りになる

- 腎臓専門医や透析専門医と連携しながら、腹膜透析を在宅医療で管理する
- 地域の訪問看護ステーション、訪問介護スタッフなどと連携して腹膜透析の勉強

地域の中で、腹膜透析という患者の選択肢が増える
腹膜透析の患者を受け入れるという文化が地域・多職種の中に根付く

■ 他事業所・多職種との連携

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

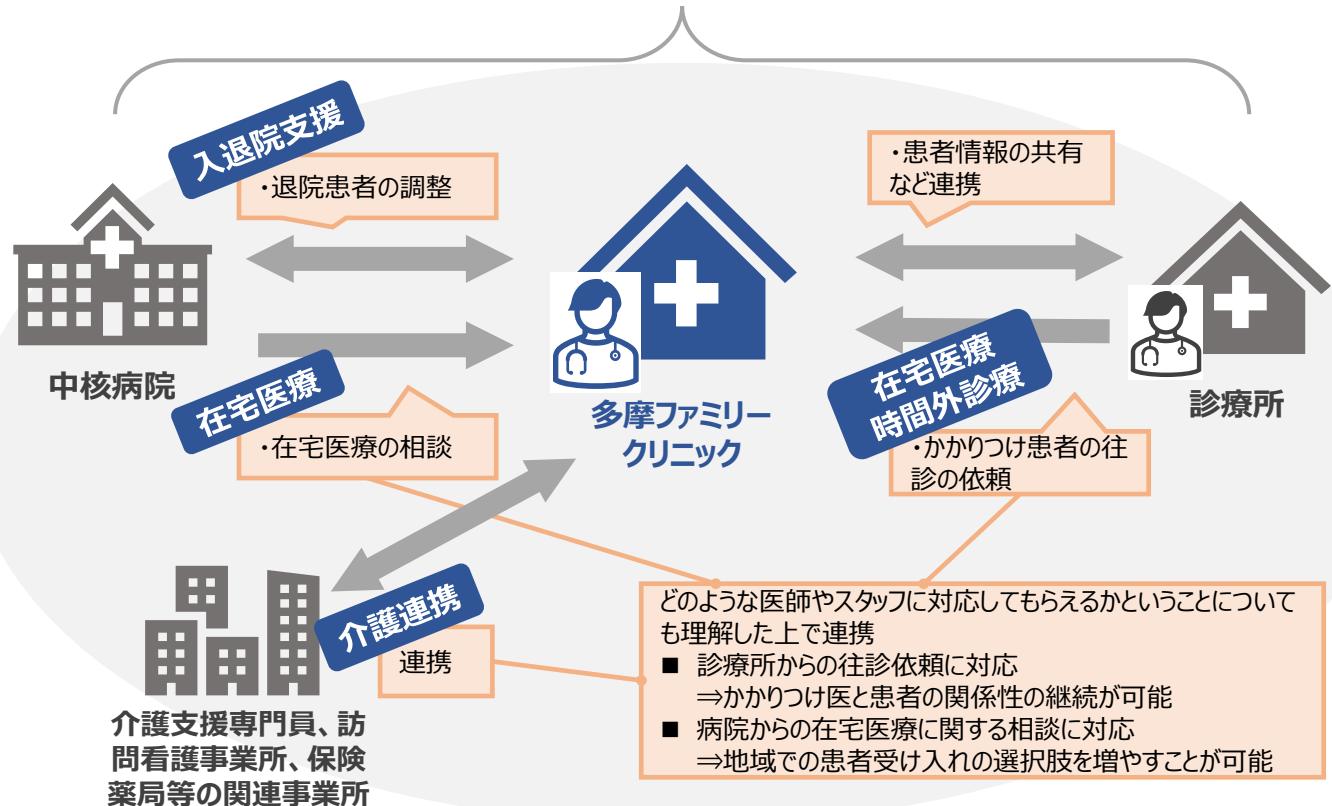
■ 多職種の院内連携

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

地域のかかりつけ医機能イメージ

エリア：川崎市

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



関係者の主な役割

多摩ファミリークリニック	<ul style="list-style-type: none"> 地域の中核病院と診療所の間で、応急的な対応や、病院・診療所・介護といった治療・ケア環境の架け橋となる役割を担う 外来診療、在宅医療で地域の多世代の患者を総合的に対応 他院の受診状況や服薬状況も把握 24時間対応の在宅医療、多職種・多事業所連携の推進などにより、地域医療のハブとして活動
診療所	<ul style="list-style-type: none"> 多摩ファミリークリニックと受診状況や服薬状況を共有し、連携 必要な場合はかかりつけ患者の往診を依頼
病院	<ul style="list-style-type: none"> 退院患者の調整や、在宅医療に関して多摩ファミリークリニックと相談
介護支援専門員、訪問看護事業所、保険薬局等の関連事業所	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療では多摩ファミリークリニックが診療のみ担当し、他の医療サービスは近隣の関連事業所・多職種に任せることで、専門性の高い包括的ケアや、患者のニーズへの柔軟な対応、地域において患者を受け入れる文化の形成と支援体制の強化

10. 地域社会の一部となりかかりつけ医機能を発揮

(医療法人社団小柳真柄医院 KOYANAGI真柄CLINIC : 新潟県新潟市)

（ 基 本 情 報 ）	総人口・高齢者割合 761,312人・65歳以上: 30.7% 85歳以上: 5.7% (令和6年1月1日時点)
	面積 725.99km ² (令和6年10月時点)
	取組開始時点 平成24年8月（開院）～現在
	取組に関するホームページ https://www.km-c.org/

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

主な取組内容

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

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

■ 地域社会を支えるための取組

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

■ 警察医(治安を守る機能) <ul style="list-style-type: none">地域の治安を守るために警察・警察協力医を務め検査を担当警察友の会にも参加し警察と顔の見える関係を構築	■ 産業医(雇用を守る機能) <ul style="list-style-type: none">近隣の工場の産業医を務める地域の雇用を守ることも医師の役割だと考える	■ 学校医(地域の宝を守る機能) <ul style="list-style-type: none">各学校を地域医師会の医師が共同して担当どの医師がどの学校を診るのかを地域医師会の合議体で決定
--	--	--

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



自動化 Automation

自動会計機
検査報告電子化
オンラインワーカー



教育・訓練 Teaching & Training

職員研修
中央省庁見学
新潟大学医学部実習
MSU実習
新潟青陵大学看護実習



ペーパーレス化 Paperless

電子カルテ
地域医療連携
オンライン
院内・院外
チラシツーリル
公文書電子化
検査報告電子化



機動化 Mobilized

訪問診療
往診時可能
訪問看護併設（24時間）
遠隔診療
往診車10台
大型除雪車
移動電子カルテ・エコー



地域社会構築 Community Development

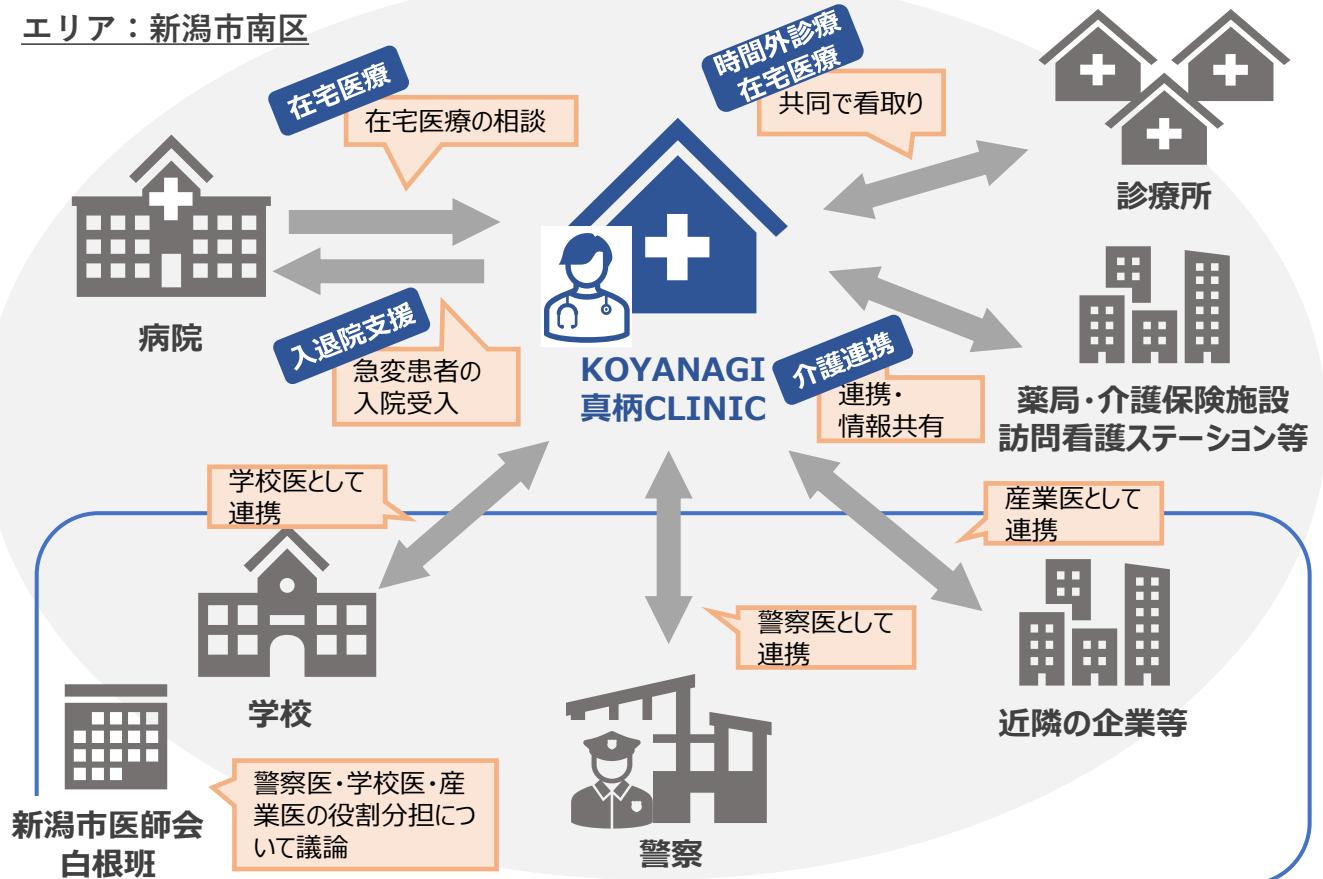
産業活動
普教区活動
学校協力活動
市医師会各種委員
日本医師会委員

地域のかかりつけ医機能イメージ

■ 地域社会における役割

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

エリア：新潟市南区



関係者の主な役割

KOYANAGI真柄CLINIC	<ul style="list-style-type: none"> ● 学校医、警察医等、地域社会を支える活動に積極的に参加 ● 外来診療、在宅医療で地域の患者に対応 ● 他医療機関や介護施設等との連携の中心として、地域の医療ニーズに対応
新潟市医師会白根班	<ul style="list-style-type: none"> ● 2～3ヶ月に一度集まり学校医、産業医、警察医の役割分担について議論
学校・警察・近隣の企業等	<ul style="list-style-type: none"> ● 学校医・警察医・産業医に関してKOYANAGI真柄CLINIC等と連携 ● 地域の見守りなどを新聞配達員が行う体制もある。
病院	<ul style="list-style-type: none"> ● 退院予定患者の在宅医療の相談・依頼 ● 急変患者の入院受入（後方支援病床の確保）
診療所	<ul style="list-style-type: none"> ● 診療所間で連携して、看取りを共同で実施 (訪問診療医が留守をする際等に、御互いに留守番をし合う取組み)
薬局・介護保険施設等	<ul style="list-style-type: none"> ● コミュニケーションにICT等を積極的に活用し、患者情報を相互に共有し、連携 ● (薬局) 診療所と連携し、訪問薬剤指導や服薬管理を実施
訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ● KOYANAGI真柄CLINICや同クリニックが運営する訪問看護ステーションと連携して、在宅患者の時間外対応

11. 診療連携による時間外対応体制の構築

(医療法人医純会 すぎうら医院：島根県出雲市)

（ 基 本 情 報 ）	総人口・高齢者割合	168,170人・65歳以上：31% 85歳以上：6.6%（令和6年1月1日時点）
	面積	624.32km ² （令和6年10月時点）
	取組開始時点	平成25年4月～現在
	取組に関するホームページ	http://www.sugiuraiin.jp/dept_homecare.html

背景 課題	● 以前は患者からの求めに応じて各診療所が自院の患者を往診していたが、医師の負担が大きかった。患者の安心と医師のワークライフバランスを両立しながら、時間外対応できる体制を構築する必要があった。
取組 概要	<ul style="list-style-type: none"> 「機能強化型在宅療養支援診療所」の制度を活用し、6診療所で時間外の輪番体制（チーム尊）を構築して往診対応。 すぎうら医院が中心となり、当初は2診療所で輪番制を始めた。訪問診療を実施している診療所等から参加希望があり、現在は6診療所で連携して実施している。 患者からの休日・夜間の電話はコールセンター（看護師等対応）が受け付け、その日の担当医に連絡。 担当医はコールセンターが集約した症状等の情報と、相互に閲覧可能な電子カルテ内容を見て症状を把握して訪問。
効果	● 医師の負担を軽減し、患者の安心と医師のワークライフバランスを両立しながら、時間外の輪番体制を構築して往診対応することが可能になった。

主な取組内容

■チーム尊の取組

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

2025年1月 医師待機日程表						
		連絡先				
		7:00以降19:00まで (土曜のみ～13:00)			19:00以降翌日7:00まで	
月～金		3※～4※※9			09※～4※※～27※※	
日・祝日					(土曜は13:00～)	

上記の番号は医療総合管理料の契約をしている患者様専用の番号です。

契約患者様に関するご相談・問い合わせのみにご使用ください。

診療時間外におきましては、以下の日程にて担当医師が担当させて頂きます。

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

すぎうら医院
須佐クリニック
遠藤クリニック
遠藤クリニック

杉浦弘明
須佐建央
遠藤正博
嵯峨山敦

豆の木在宅診療所
つる川クリニックひくら内科
江口内科

美川達郎
津村弘人
江口春樹

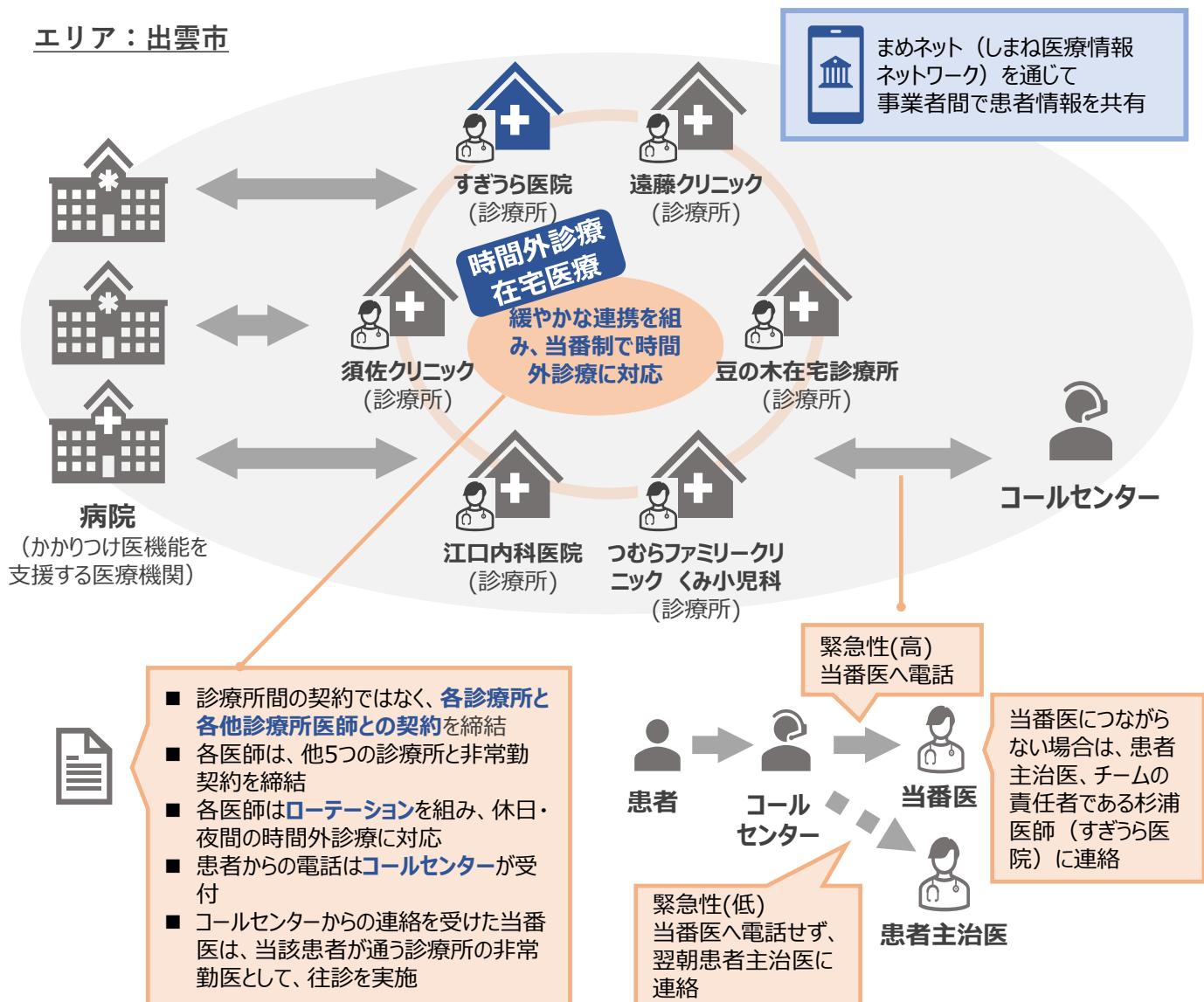
往診・看取り、オンライン代行の流れ

コンタクトセンターは
医療行為を行いません



地域のかかりつけ医機能イメージ

エリア：出雲市



関係者の主な役割

6診療所 [機能強化型（連携型）在宅支援診療所]	<ul style="list-style-type: none"> 各診療所の医師がその他の診療所と非常勤契約を結び、時間外診療を当番制で担当 平時は、電子カルテの相互利用及びまめネットを通じてお互いの患者カルテを閲覧し、緊急時は電話やSNS等で担当医に連絡 時間外における連絡先電話番号を一元化するため共同でコールセンターに委託
コールセンター	<ul style="list-style-type: none"> 時間外の電話受付業務を受託 電話受付は看護師等の有資格者が担当 緊急性に応じて、当番医や患者主治医へ連絡
病院	<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、「まめネット」等で病状を把握し主治医の要請に応じて受入

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

(医療法人池慶会 池端病院：福井県越前市)

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

背景 課題	<ul style="list-style-type: none">越前市郊外の王子保地区（旧南条郡王子保村）と呼ばれる人口約6,000人の地域に立地。この地域の医療機関は診療所も含めて池端病院のみ。隣接する南越前町には診療所はあるものの病院ではなく、池端病院は王子保地区から南越前町にかけてのエリアで唯一の病院。地域の高齢化率は約30%と高く、高齢者医療中心の慢性期病院の役割を担う一方で、初期救急機能も有している。エリア唯一の病院として乳幼児から高齢者までのかかりつけ医機能を持つ必要があった。
取組 概要	<ul style="list-style-type: none">小規模ながら地域包括ケア病床と療養病床を併せ持つ地域密着型多機能病院として、入院機能は在宅復帰・在宅医療支援機能、リハビリテーション機能、看取りを含む終末期医療機能に特化。高度急性期医療は他の医療機関が担うため、それらの機関と連携しながら対応。周囲に医療的ケア児に対応できる機関が少なく、人材も不足。小児を診る意欲を持つ在宅医を増やすべく、自ら医療的ケア児の外来・在宅医療にも取り組んでいる。
効果	<ul style="list-style-type: none">エリア唯一の病院として、地域のニーズに応じて乳幼児から高齢者までのかかりつけ医機能を提供。多職種連携により平均在院日数の短縮、在宅復帰率も高水準を維持。

主な取組内容

■ 地域のニーズに応じて在宅医療を提供

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

■ 医療・介護の多職種連携

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

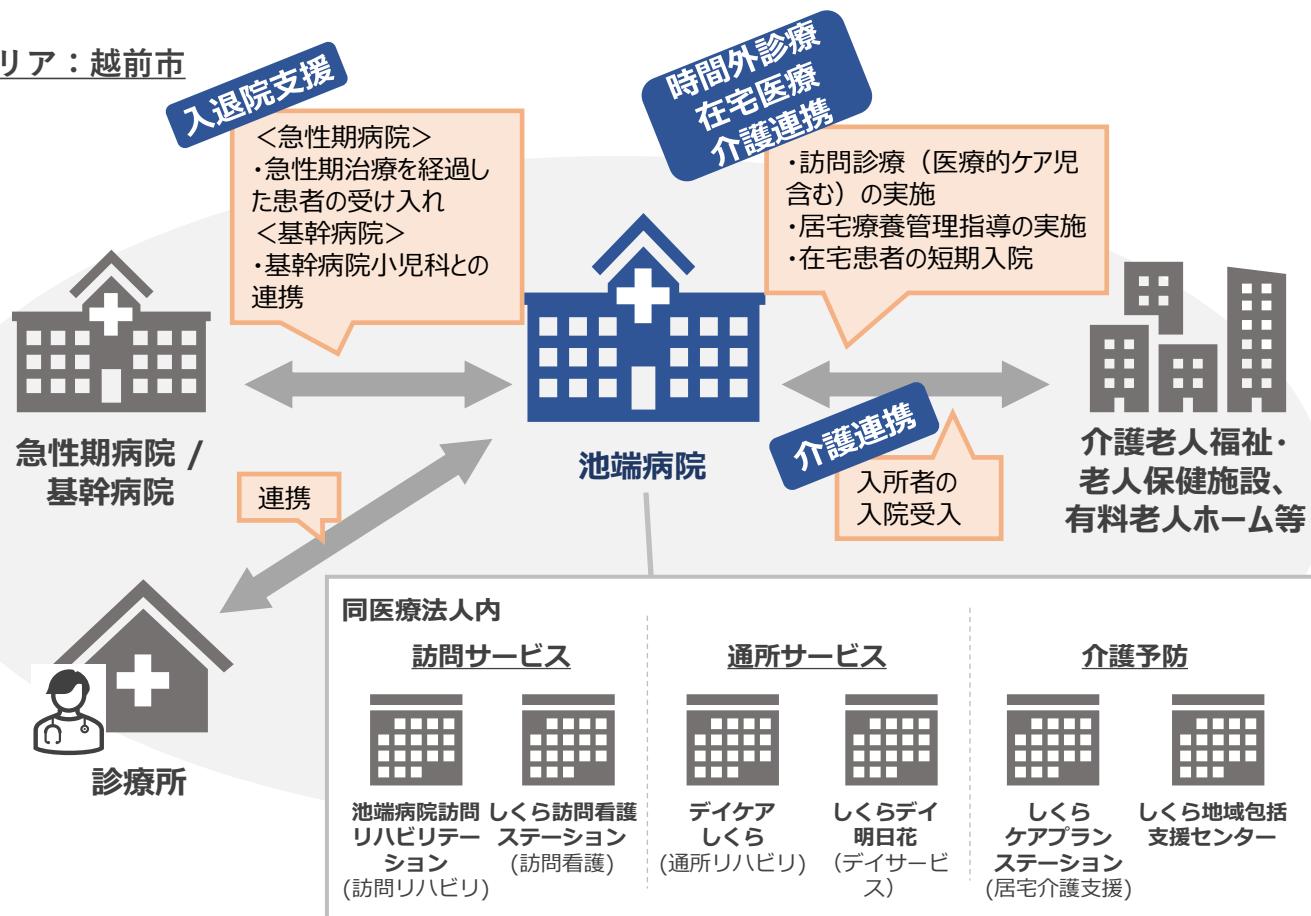


■ 小児の在宅医療に関する取組

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

地域のかかりつけ医機能イメージ

エリア：越前市



関係者の主な役割

池端病院 (在宅療養支援病院)	<ul style="list-style-type: none"> 30床1病棟という小規模ながら、地域包括ケア病床と療養病床を併せ持つ地域密着型多機能病院として、乳幼児から高齢者までを対象に、在宅復帰・在宅医療支援機能、リハビリテーション機能、看取りを含む終末期医療機能に特化して地域医療を展開 法人内に各種介護サービス事業者を有し、保健医療福祉複合体として、医療・介護の別なく一体的な医療及び介護サービスと介護予防事業を提供 小児在宅専門医を有し、基幹病院小児科との連携のもと、小児在宅連携拠点として地域で在宅医療中の医療的ケア児を診療
急性期病院 / 基幹病院	<ul style="list-style-type: none"> 池端病院と連携し、急性期治療を終えた患者のリハビリテーションや在宅復帰目的の転院や、医療的ケア児の在宅・外来診療を要請
診療所	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医として外来・在宅診療を担う一方、主にマルチモビディティ (多疾患併存) の患者の急性増悪の際、入院医療等を池端病院に要請
介護老人福祉・老人保健施設、有料老人ホーム等	<ul style="list-style-type: none"> 入所者が、誤嚥性肺炎や尿路感染症、脊椎圧迫骨折等高齢者特有の急性疾患や、慢性心不全や廃用症候群を含む慢性疾患の急性増悪等により治療が必要となった際、池端病院に往診や入院治療を要請

13. 地域医療連携推進法人を中心に入退院支援や医介連携等を推進

(地域医療連携推進法人湖南メディカル・コンソーシアム：滋賀県草津市)

(基本情報)	総人口・高齢者割合	136,436人・65歳以上：22.8% 85歳以上：3.6%（令和6年1月1日時点）
	面積	67.82km ² （令和6年10月時点）
	取組開始時点	令和5年6月～現在
	取組に関するホームページ	https://www.konan-mc.or.jp/

背景課題	<ul style="list-style-type: none">高齢化とともに在宅医療の需要が高まり、高齢者施設や在宅からの救急搬送が増えることが想定され、対応が求められていた。高齢者が増え働き手が減少する中で、医療機関の機能分化と地域への患者の流れを担保するため、地域医療連携推進法人によるDXや間接業務の統一化に取り組む必要があった。
取組概要	<ul style="list-style-type: none">社会医療法人誠光会が中心となり、地域医療連携推進法人湖南メディカル・コンソーシアム（以下「湖南MC」）を通じた連携<ul style="list-style-type: none">救急車を呼ぶほどではないが、自力で病院へ行くのは難しい患者のために、淡海ふれあい病院の看護師が同乗する地域医療サポートカーを運用し、介護保険施設や在宅から病院へ搬送。全体の見える化のためコマンドセンターを運用し、各施設の稼働や職員の状況などをタイムリーに把握することで、近予測・分析し適正な入退院・入退所を支援。
効果	<ul style="list-style-type: none">地域医療サポートカー運用による効果は以下のとおり。<ul style="list-style-type: none">勤務時間内で業務を完結。施設、病院とも職員の負担や業務が軽減。病院搬送に対する遠慮や障壁の軽減、早期対応の重要性など職員の意識変容。迅速な病院搬送により治療介入が早くなり治療成績の向上と早期退院につながる。将来的には高齢者救急の新たな搬送手段として期待できる。

主な取組内容

■ 地域医療サポートカーの運用

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

地域医療サポートカー 搬送基準

	症状	サポートカー	119番通報
A 気道	声が出せるか？ 呼吸はあるか？	Yes	No
	呼吸回数 10回／分以下	No	Yes
B 呼吸	呼吸回数 31回／分以上	No	Yes
	SpO2 92%未満	No	Yes
C 循環	血圧 90／以下	No	Yes
	冷汗・皮膚の湿り気	No	Yes
D 意識レベル	声掛けで容易に反応しない	No	Yes
	普段のレベルより著しく低下	No	Yes

■ コマンドセンターの運用

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

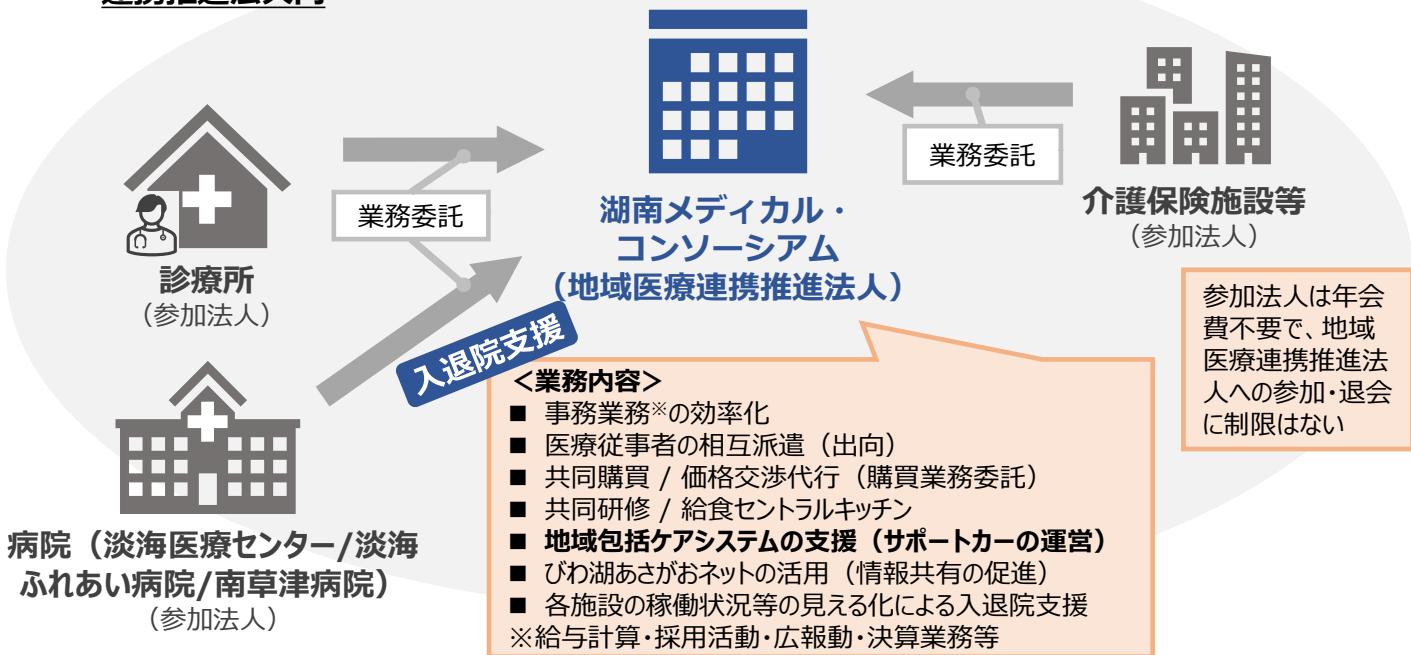


■ 協力医療機関ミーティングの開催

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

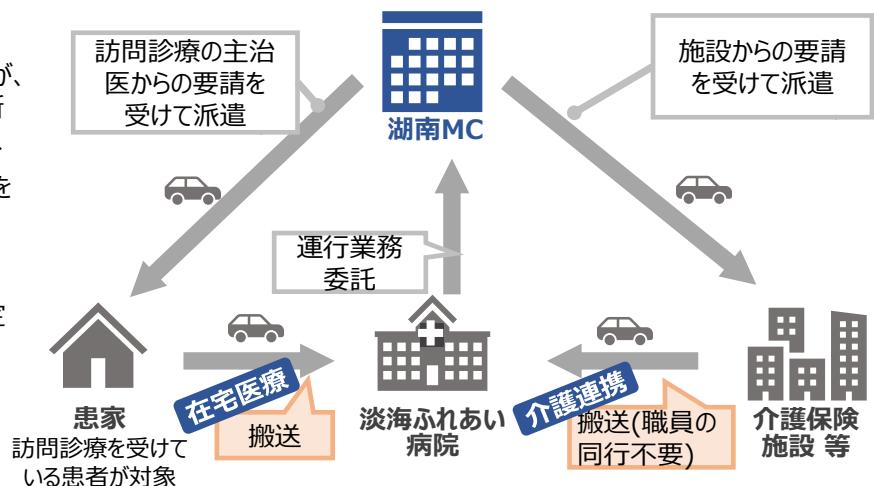
地域のかかりつけ医機能イメージ

連携推進法人内



(参考) 地域医療サポートカーの運営

- 救急車を呼ぶほど重篤な症状ではないが、自力で病院へ行くのは難しい患者/入所者のために病院へ搬送する医療サービス
- 要請を受けてから到着まで概ね 1 時間を目安
- 淡海ふれあい病院の看護師が同行
- 病状の重症度に応じた搬送基準を設定
- 淡海ふれあい病院での迅速な検査と円滑な入院対応が可能



関係者の主な役割

湖南メディカル・コンソーシアム（地域医療連携推進法人）	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源を最大活用に向けた施策の実施（医療DXの推進による法人間のタイムリーな情報共有等） 共同購買や共同研修等の連携推進業務の実施 サポートカーの運行業務を通して地域包括ケアシステムを支援
参加法人	<ul style="list-style-type: none"> コンソーシアムに対する事務業務等の委託（一律ではなく、各参加法人の判断） 病院として迅速な患者受け入れと円滑な入退院を実現

14. 地域医療の窓口として病診連携・病病連携を推進

(社会医療法人祐愛会 織田病院：佐賀県鹿島市)

(
基
本
情
報)

総人口・高齢者割合	27,367人 ・ 65歳以上：34.6% 85歳以上：7.2% (令和6年1月1日時点)
面積	112.12km ² (令和6年10月時点)
取組開始時点	平成16年（開放型病床開始）～現在
取組に関するホームページ	https://www.odahp.cotg/cooperation/

背景 課題

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

取組 概要

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

効果

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

主な取組内容

■ 地域の診療所の医師と連携による24時間365日救急受入れ体制の実現

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

■ 高度急性期病院の地域医療の窓口としての病病連携を推進

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

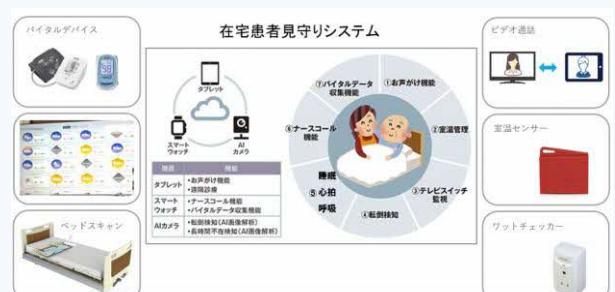
■ 多職種から構成する在宅医療支援チームによる手厚い退院時支援

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



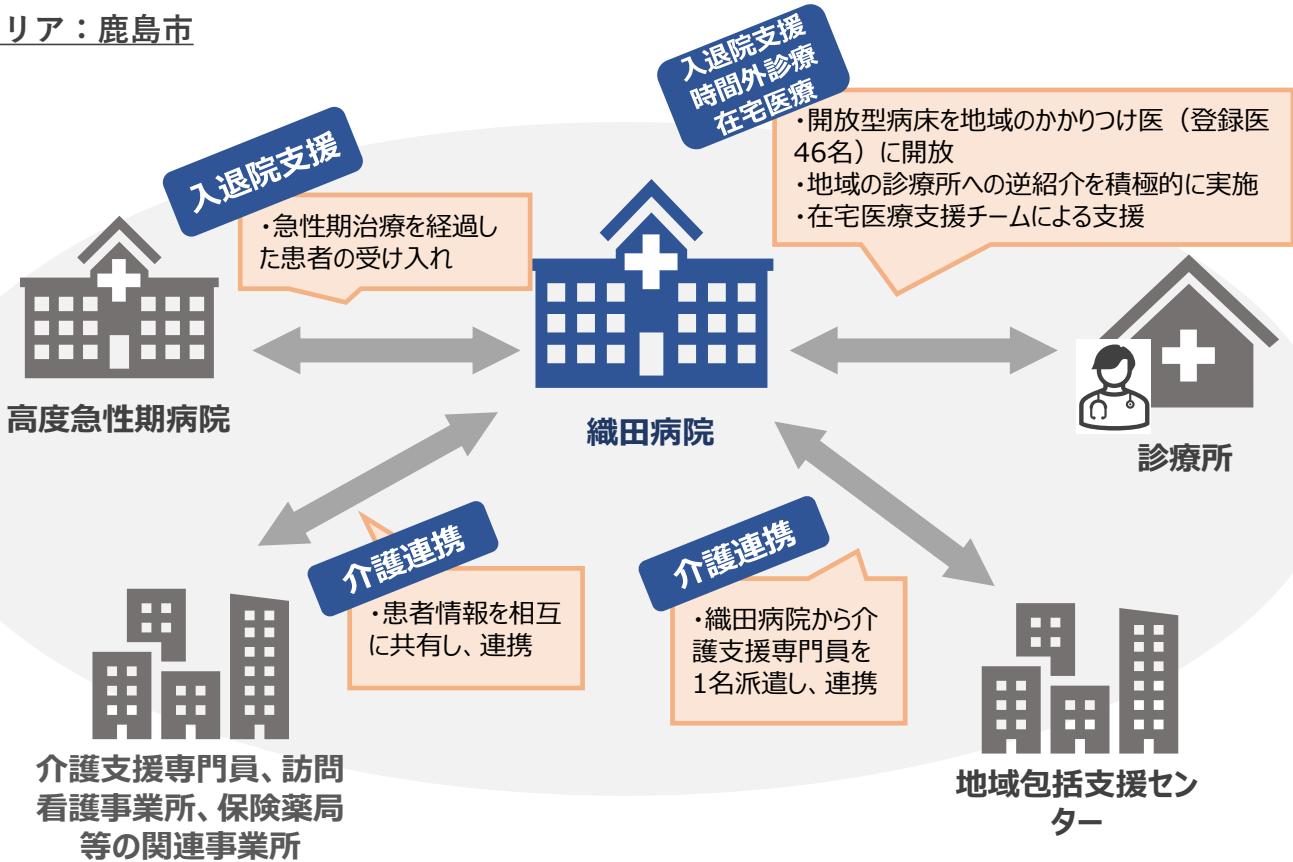
■ ICTを活用して在宅での見守り効率化

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



地域のかかりつけ医機能イメージ

エリア：鹿島市



関係者の主な役割

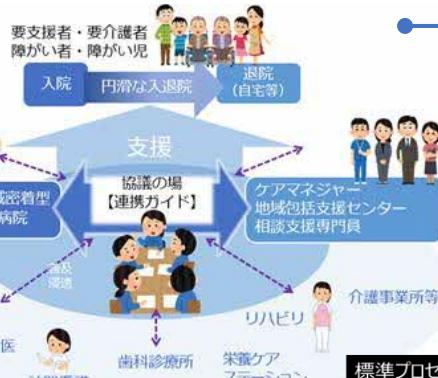
織田病院	<ul style="list-style-type: none"> 多職種から構成する在宅医療支援チームによる手厚い退院時支援 地域の診療所の医師との連携による24時間365日救急受入れ体制の実現 病院と在宅医療のシームレスな連携を実現するために、地域の診療所への逆紹介を積極的に実施 大学の付属病院等の高度急性期病院に対し、当該医療機関が地域医療の窓口となり、急性期治療終了後の患者を積極的に受け入れ
急性期病院	<ul style="list-style-type: none"> 織田病院と連携し、急性期治療を終えた患者の在宅復帰目的の転院等調整
診療所	<ul style="list-style-type: none"> 開放型病床や織田病院からの逆紹介に対応し、連携
介護支援専門員、訪問看護事業所、保険薬局等の関連事業所	<ul style="list-style-type: none"> 大病院での対応が難しい患者ニーズに合った介護や福祉サービスを提供する上で、織田病院と患者情報を相互に共有し、連携
地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> 織田病院から介護支援専門員を1名派遣

15. 県全域への入退院支援ルールの普及促進 (一般社団法人新潟県医師会)

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

背景 課題	<ul style="list-style-type: none"> 市町村単位で始まった入退院連携ルール等の作成・運用の取組により、運用していない地域に比べ、入院時に介護側から迅速な情報提供が行われる等の有用性が県調査により明らかとなる中、ルール未整備の地域も存在した。 在宅医療の導入等、必要な支援が届かないまま退院する事例が少くないことが県内多くの地域で課題となっていた。
取組 概要	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療推進センター（基幹センター）が中心となり、有識者や実践者等による検討を経て「入退院連携ガイドを活用した入退院支援の手引き」（以下「手引き」という）を作成し、県内自治体に展開。 市町村の担当者や当該事業を受託する医師会等に所属するコーディネーターが、自地域での入退院支援にかかる課題解決の一手段として活用することを想定。
効果	<ul style="list-style-type: none"> 令和6年3月手引き発出を受け、2圏域（2次医療圏単位）で内容のブラッシュアップ、6地域（都市医師会単位）で新たにルール作成に着手。 協議の場に参加した関係者からは、グループワーク等を通じ実際に話し合う機会があることにより関係性が深まった、機会を継続してほしいとの声が多く聞かれている。

主な取組内容



■手引きのコンセプト

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

■手引きで示した「標準プロセス」

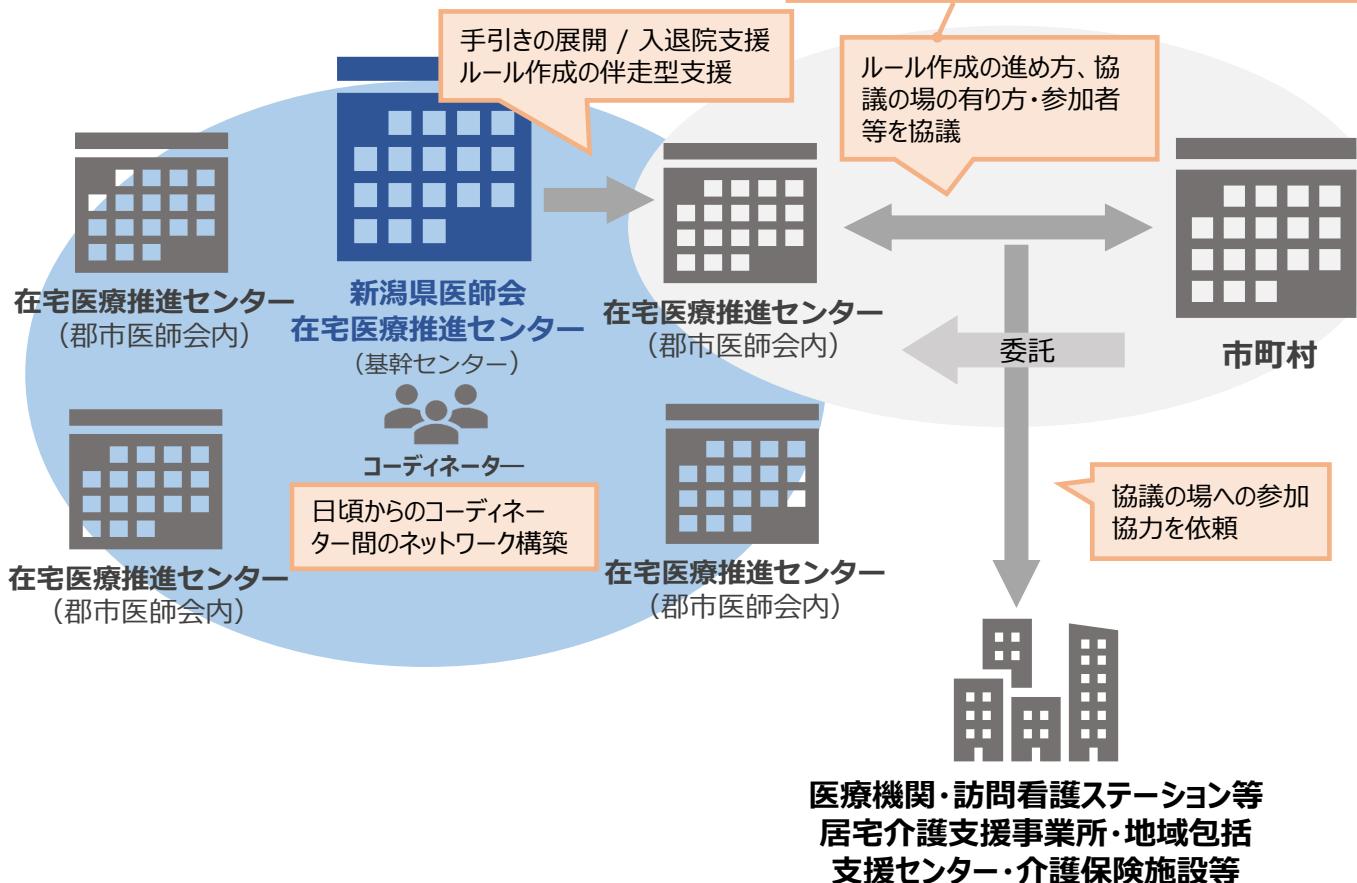
- 標準的な病院と在宅チームの支援の流れを可視化。
- その流れの中で、情報共有のタイミングを矢印で明示。診療報酬や介護報酬も意識して作成。
- 標準プロセスをたたき台に、地域で実践可能な方法を話し合ってカスタマイズする、実践して評価していく道具として活用いただくことを想定。
- 各地域における取組を支援するため、基幹センターによる伴走型支援（研修会やWGへのオブザーバー参加、関連情報の提供等）を実施。



入退院ルールの作成イメージ

エリア：原則都市医師会ごと
必要に応じて2次医療圏等の広域連携検討

■ 手引きで示した標準プロセスをたたき台に、地域で実践可能な方法を話し合ってカスタマイズする、実践して評価していく道具として活用可能



関係者の主な役割

コーディネーター	<ul style="list-style-type: none"> 新潟県医師会在宅医療推進センター（基幹センター）、都市医師会在宅医療推進センターに配置 基幹センターにおいて、当該事業に限らず、コーディネーターのスキルアップに資する研修会や情報提供、ネットワーク構築、伴走支援を実施。
新潟県医師会 在宅医療推進センター	<ul style="list-style-type: none"> 有識者による入退院連携検討委員会設置、運営 「入退院連携ガイドを活用した入退院支援の手引き」を作成、在宅医療推進センターのネットワークを通じ、県内自治体に展開 入退院支援ルール作成の伴走型支援
都市医師会 在宅医療推進センター	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援ルール作成、運用のために、市町村をサポート 必要に応じて、作成のための検討委員会の事務局や協議の場のファシリテーターを担当
市町村	<ul style="list-style-type: none"> 所在する在宅医療推進センターと協働し、入退院支援ルールを作成、運用
都市医師会 在宅医療推進センター	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援ルール作成、運用のために、市町村をサポート 必要に応じて、作成のための検討委員会の事務局や協議の場のファシリテーターを担当
医療機関 訪問看護ステーション等	<ul style="list-style-type: none"> 市町村からの要請に応じて、入退院支援ルールに関する協議の場に参加 入退院時に情報共有を行う軸となるのは、病院の連携部門と地域のケアマネジャーであるが、かかりつけ医や訪問看護等もルールの標準プロセスに位置づけ、ルール協議の場に参画する機会を持つ。
居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護保険施設等	

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

基本情報	総人口・高齢者割合 3,637,015人・65歳以上：25.6% 85歳以上：4.6%（令和6年1月1日時点）
	面積 438.23km ² （令和6年10月時点）
	取組開始時点 平成28年7月8日～現在
	取組に関するホームページ https://www.yokohama.kanagawa.med.or.jp/

背景課題	● 横浜市医師会の開業医に対して在宅医療の取組状況に関するアンケートを実施したところ、 ➤ 在宅医療を行っている開業医が少ないこと ➤ 在宅医療に取り組むことが難しい理由として、「診療報酬の算定が難しい」「何を用意すればよいか分からない」等、共通の理由が多いこと などが把握でき、在宅医療に関する研修の必要性を認識した。
取組概要	● 市医師会員及び会員が管理者である医療機関の勤務医を対象に在宅医養成研修を開始。 ● 内容は、①座学研修と②同行研修の2類型。 ● 共通の知識・課題については座学研修で扱い、個別対応については在宅医への同行による研修の中で学ぶこととした。 ● 横浜市医師会から会員に対して開催周知し、受講者をとりまとめ。
効果	● 座学研修では、診療報酬の改定等に合わせて研修の内容も都度ブラッシュアップしているため、どのレベルにおいても参考になる情報を提供。 ● 同行研修では、外来を受診する際と異なり、自宅でのその人の生活を知っていただくことが可能。同行研修の参加者合計93名。

主な取組内容

■ 研修内容（横浜市医師会事務局で毎年度検討）



①座学研修

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



②同行研修

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

■ 受講者の声・メリットなど

・ 座学研修

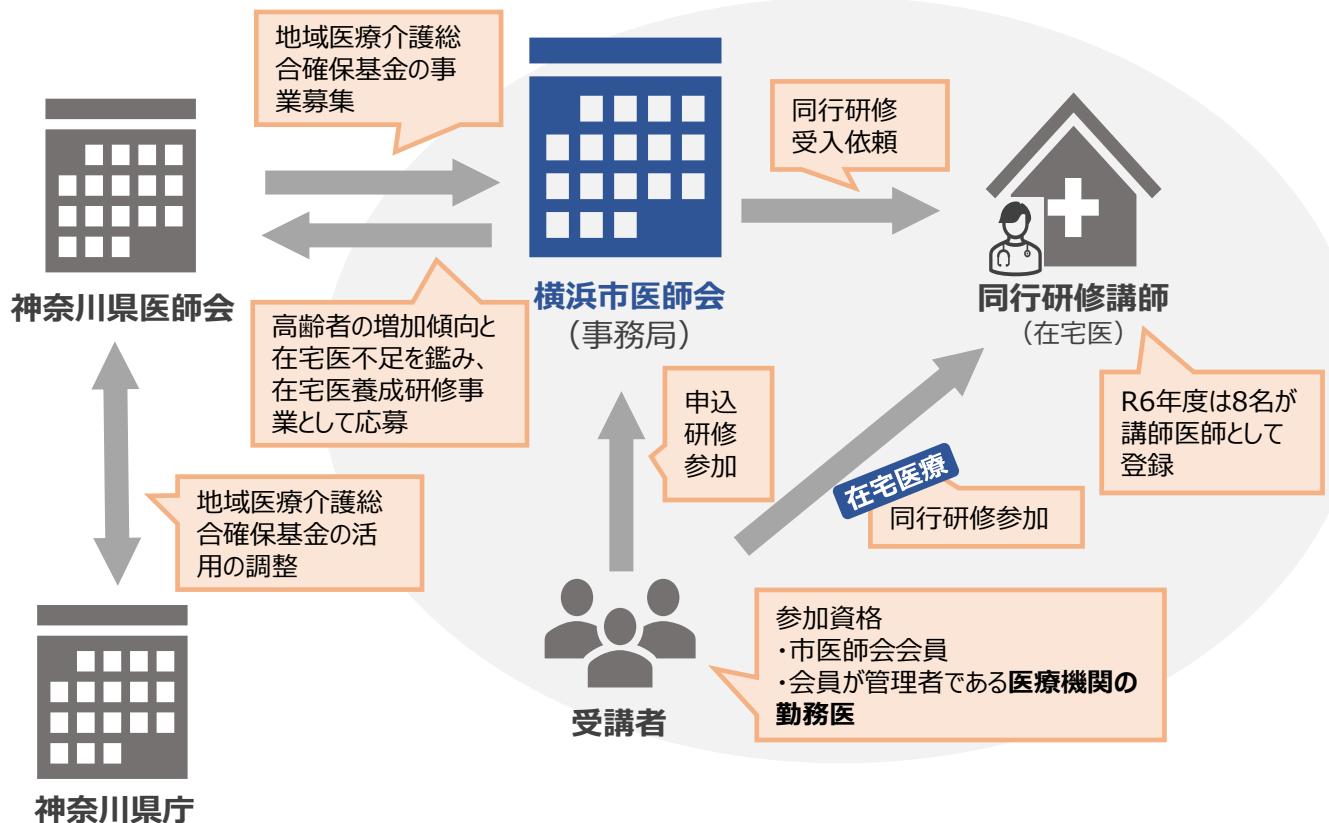
- 特に在宅医療を実施したことのない医師、実施している中で疑問のある医師の満足度が高い。
- 診療報酬の改定等に合わせて研修の内容も都度ブラッシュアップしているため、どのレベルにおいても参考になる情報がある。

・ 同行研修

- 病院の医師も参加することができる、その際には、外来だけでなく自宅での様子を知っていただくことができる。外来を受診する際と異なり、自宅でのその人の生活が分かり、どのような治療が必要か、どんな思いで病院に来ているかを感じ取ってもらうことが重要である。
- 同行研修講師のメリット
➤ 研修を実施する中で知り合いの医師が増えていく、同行研修にあたりあらためて手順等を確認できる。
➤ 研修先に選ばれるほど信頼性がある医療機関であるということを、患者家族に認識してもらえる。

在宅医養成研修の全体像

エリア：横浜市



関係者ごとの主な役割

横浜市医師会	<ul style="list-style-type: none">地域医療介護総合確保基金を財源に、在宅医養成研修の事務局を運営座学研修の実施
同行研修講師	<ul style="list-style-type: none">受講者からの希望に応じて、同行研修を実施事前に研修先の患者に対する説明の実施
受講者	<ul style="list-style-type: none">在宅医養成研修への参加参加資格は、市医師会会員又は会員が管理者である医療機関の勤務医
神奈川県医師会	<ul style="list-style-type: none">地域医療介護総合確保基金の活用において神奈川県との間で調整を取り、在宅医養成研修の実施を支援