

- 複数の慢性疾患や医療・介護の複合ニーズ等を抱える高齢者が増加する一方、医療従事者確保の制約が大きくなる中で、多くの医療機関が参画して、地域で必要なかかりつけ医機能を確保することが重要であり、各医療機関からの報告を受けて、地域の協議の場において地域の医療関係者等が協議を行い、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施していくことが特に重要である。
- 協議の場の立ち上げに際しては、都道府県、市町村、医師会等主体は問わず、既存の場で同様の趣旨・内容を協議している、または協議可能な会議体がないか確認する。
(かかりつけ医機能の確保に関するガイドラインより抜粋)

北部地域の協議の場

かかりつけ医機能報告制度は、新たな地域医療構想における在宅医療の議論に深く関連するものであるため、既存の会議体の中では「地域医療構想調整会議」が最も適当と思われる。

<協議の場の日程>

地域医療構想調整会議

第1回(8月)

かりつけ医機能報告
集計結果の把握

8月～9月

かかりつけ医機能の確保に
向けた意見照会(文書照会)

第2回(10月頃)

調整会議での意見の共有

協議の進め方(案)

- ① 現状把握
 - ・ かかりつけ医機能報告のデータ
- ② データに基づいた議論
 - ・ 「地域の具体的な課題」、「考えられる原因」、「地域で目指すべき姿」、「課題・原因に対する方策」、「方策により期待できる効果」など
- ③ 調整会議への報告・協議(内容を公表)

かかりつけ医機能の報告内容について

- 報告対象は、特定機能病院、歯科医療機関を除く病院及び診療所。
- 報告は毎年1月1日時点の状況を毎年1月から3月の間に行う。報告は、原則G-MISにより行う。
- かかりつけ医機能報告は、大きく、下記の1号機能と2号機能に分けられ、1号機能を有する(★の報告事項を「実施している(できる含む)」が該当)医療機関は、2号機能についても報告する必要がある。

	具体的な機能	報 告 事 項
1号機能	日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能	・「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示していること ★ ・かかりつけ医機能に関する研修の修了者・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（一次診療を行うことができる疾患も報告する）★ ・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 ★
2号機能	(イ)通常の診療時間外の診療	・自院又は他院連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況 ・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 等
	(ロ)入退院時の支援	・自院又は他院連携による後方支援病床の確保状況 ・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 等
	(ハ)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 ・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 等
	(ニ)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(人生会議)の実施状況 等

かかりつけ医機能の協議内容について

- ガイドラインでは、主に2号機能について、協議のイメージ例を示している。あくまでも例示としての内容であり、実際に協議を行う際は、各地域の実情に応じて協議課題等を検討が可能。
- 協議の場と同様に、**まず調整会議にかかりつけ医機能報告の集計結果を報告し、データに基づき、各構想区域の実情に応じて、協議内容を決定してはどうか。**

<ガイドラインにおける協議イメージ例>

	具体的な機能	具 体 的 な 方 策
2号機能	(イ)通常の診療時間外の診療	・時間外診療を行うための連携体制を見える化し、地域の輪番体制の構築や診療所・病院の時間外の対応に関して検討の機会を設ける。 ・かかりつけ医機能報告の結果を踏まえて、時間外診療を担う意向のある医療機関を整理した上で、それらの医療機関に対して対応可否等について相談する。
	(ロ)入退院時の支援	・かかりつけ医機能報告の結果を踏まえて、後方支援病床を確保する意向のある医療機関を整理し、十分な病診連携につなげる。 ・地域の実情を踏まえた実効性のある入退院支援ルールを作り、参加機関を広げる。 ・空床情報を地域で共有し、円滑にマッチング可能なシステムを構築する。
	(ハ)在宅医療の提供	・かかりつけ医機能報告の結果を踏まえて、在宅医療を担う意向のある医療機関を対象とした在宅医療の実地研修を実施する。 ・在宅医療を担う医療機関同士の連携体制を構築する。 ・在宅患者の急変時の連絡を受けた場合に円滑に対応できるよう、連携する医療機関や訪問看護ステーション等と情報の共有や連携ルールを構築する。
	(ニ)介護サービス等と連携した医療提供	・地域の医療機関や介護施設等の担当者が集まって意見交換を行う場の設定を行う。 ・かかりつけ医機能報告によって明らかとなった施設等と連携している協力医療機関の情報を活用しながら、医療機関と施設等のマッチングを行う。

【参考例】XXX地域におけるかかりつけ医機能の課題について（1号機能）

（１）地域の具体的な課題

継続的な医療を要する方が、新たな症状を呈した場合に、どの医療機関に相談すればよいか分からず、対応が遅れるケースがある。

（２）様々な視点から考えられる原因

【原因①】総合的な診療を行う意向を有する医師もいるが、地域の医療機関同士の連携が行われておらず、自己の専門性を超えて対応ができない場合に、地域で活用できる医療機関を把握しておらず、安易に中核病院等に紹介してしまう。

【原因②】各医療機関が有する機能や役割が周知されておらず、どの医療機関に相談すればよいか分からない。

（３）地域で目指すべき姿

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方に対し、患者の生活背景を把握した上で日常診療を行うとともに、地域の医師、医療機関と協力して医療に関する相談に応じることができる体制が確保され、周知・運用されている。

（４）方策 ※地域の実情に応じて役割分担も検討されたい

【方策①】各医療機関が有する機能や役割を医療関係者間で共有したうえで、患者・家族からの相談に円滑に対応できるよう、医療機関間で必要に応じて患者情報を共有する。

- ✓ 医療機関同士が連携できる機会（意見交換の場）を設定する。
- ✓ 自院が持つかかりつけ医機能を患者・家族に説明する。
- ✓ 地域の医療機関が担う機能や役割を住民向けに周知する・かかりつけ医を持つことを推奨する。
- ✓ 健康状態不明者をリストアップし、対象者の状態に応じて、かかりつけ医への相談・紹介を行う。

【方策②】医療機関が担うかかりつけ医機能を強化し、総合的な診療を行う医師の機能を強化するため、医師の教育や研修会を開催する。

（５）方策により期待できる効果

患者に体調悪化が生じた場合に、必要に応じて地域の医師、医療機関等と協力して、生活背景等も踏まえた相談対応や診療を行うことができる。

【参考例】XXX地域におけるかかりつけ医機能の課題について（時間外診療）

（１）地域の具体的な課題

休日・夜間に地域の高齢者等が体調不良を呈した場合、地域の医療機関に連絡・相談・時間外に受診できる体制が構築できていない。

（２）様々な視点から考えられる原因

【原因①】在宅当番医制等を組んではいるが、地域の医師全体の高齢化等もあり、休日・夜間に対応することが難しくなっている。

【原因②】時間外対応を担う意向のある医療機関の把握ができていない。

（３）地域で目指すべき姿

地域の高齢者等が体調不良を呈した場合等に備え、医療機関間の時間外診療における役割分担の明確化や輪番制について地域で話し合い、多職種間で患者情報を共有しながら、時間外診療体制を確保する。

（４）方策 ※地域の実情に応じて役割分担も検討されたい

【方策①】時間外診療を行うための連携体制を見える化し、地域の輪番体制の構築や診療所・病院の時間外の対応に関して検討の機会を設ける。

【方策②】かかりつけ医機能報告の結果を踏まえて、時間外診療を担う意向のある医療機関を整理した上で、それらの医療機関に対して対応可否等について相談する。

（５）方策により期待できる効果

地域の高齢者等が体調不良を呈した場合等も、身近な地域において時間外に受診することができ、安心して生活できる。

【参考例】XXX地域におけるかかりつけ医機能の課題について（入退院支援）

（１）地域の具体的な課題

在宅療養中の高齢者等が急変して入院を要する場合、受け入れる入院病床（後方支援病床）の確保が困難で、入院までに時間を要しその間に状態が悪化したり、退院の調整に時間がかかり、円滑な医療や介護サービスの調整が十分にできない場合がある。

（２）様々な視点から考えられる原因

【原因①】地域の後方支援病床を提供可能な医療機関（在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院等）が十分に把握できていない。

【原因②】後方支援病床を必要としている患者の情報が、平時から病院と地域の医療機関等との間で十分に共有できていない。
（入退院支援ルールが機能していない）

（３）地域で目指すべき姿

入院までの調整がスムーズに実施でき、また、入院から退院の情報連携がスムーズに行われ、在宅復帰までの時間を可能な限り短くすることができる。

（４）方策 ※地域の実情に応じて役割分担も検討されたい

【方策①】かかりつけ医機能報告の結果を踏まえて、後方支援病床を確保する意向のある医療機関を整理し、十分な病診連携につなげる。

【方策②】地域の実情を踏まえた実効性のある入退院支援ルールを作り、参加機関を広げる。

【方策③】空床情報を地域で共有し、円滑にマッチング可能なシステムを構築する。

（５）方策により期待できる効果

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ようになる。

【参考例】XXX地域におけるかかりつけ医機能の課題について（在宅医療）

（１）地域の具体的な課題

在宅療養を希望している者について、それを継続する在宅サービスが十分に提供できておらず、本人の希望通りの在宅療養生活を支援することができない。

（２）様々な視点から考えられる原因

【原因①】在宅医療を担う医療機関や訪問看護ステーション等が足りない。

【原因②】在宅医療を行う意向がある医師もいるが、在宅患者の急変時対応の経験がなく、積極的に参加できない。

（３）地域で目指すべき姿

身近な地域で在宅医療（訪問診療、往診、訪問看護等）を受けられる体制が整備され、在宅療養を希望する患者が、可能な限り在宅療養生活を続けることができる。

（４）方策 ※地域の実情に応じて役割分担も検討されたい

【方策①】かかりつけ医機能報告の結果を踏まえて、在宅医療を担う意向のある医療機関を対象とした在宅医療の実地研修を実施する。

【方策②】在宅医療を担う医療機関同士の連携体制を構築する。

✓医療機関同士が連携できる機会（意見交換の場）を設定する。

✓グループ診療ルール等を策定し、かかりつけ医不在時の代診や訪問診療等を行う連携体制を構築する。

【方策③】在宅患者の急変時の連絡を受けた場合に円滑に対応できるよう、連携する医療機関や訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護事業所等と必要に応じて患者情報の共有や連携ルールを構築する。

✓医療機関同士や訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護事業所等が情報連携するICTツールを導入する。

（５）方策により期待できる効果

在宅を希望する方が安心して在宅療養ができるようになる。

【参考例】XXX地域におけるかかりつけ医機能の課題について（医療介護連携）

（１）地域の具体的な課題

介護施設等に入所する要介護高齢者等について、医療機関と介護施設等との連携が進んでおらず、必要な支援の調整に時間を要している。

（２）様々な視点から考えられる原因

【原因①】地域の医療機関や介護施設の担当者が集まり情報共有や意見交換を行う場がない。

【原因②】介護施設等がどの医療機関と連携すればよいか分からない。

（３）地域で目指すべき姿

要介護高齢者等について、医療機関と介護施設等が連携し、必要な医療・介護サービスを切れ目なく提供することで、住み慣れた地域で介護施設等における生活を継続することができる。

（４）方策 ※地域の実情に応じて役割分担も検討されたい

【方策①】地域の医療機関や介護施設等の担当者が集まって意見交換を行う場の設定を行う。

【方策②】かかりつけ医機能報告によって明らかとなった介護施設等と連携している協力医療機関の情報を活用しながら、医療機関と介護施設等のマッチングを行う。在宅医療を担う医療機関同士の連携体制を構築する。

（５）方策により期待できる効果

医療・介護関係者が連携し、介護サービス利用者の日常的な健康管理、体調急変時に備えた指導や対応を連携して行うことができる。介護施設等と医療機関との連携が進み、介護施設等の入所者の体調不良時における対応体制を構築できる。