

かかりつけ医機能の確保に関する ガイドライン

(第 1 版)

厚生労働省医政局総務課
令和 7 年 6 月

目次

第1章	かかりつけ医機能が発揮される制度整備の概要	4
第1節	医療提供体制を取り巻く状況	4
第2節	かかりつけ医機能が発揮される制度整備	5
第2章	かかりつけ医機能報告	6
第1節	総論	6
第2節	かかりつけ医機能報告制度のスケジュール	9
第3節	報告を求めるかかりつけ医機能	14
第3章	住民への普及啓発・理解促進	20
第1節	総論	20
第2節	関係者の役割	20
第4章	かかりつけ医機能の協議について	22
第1節	総論	22
第2節	協議の場の進め方	24
第3節	コーディネーター	27
第4節	具体的な協議イメージ（例）	29
第5章	患者への説明	34
第1節	総論	34

参考資料

1. かかりつけ医機能報告制度と関連する法律・計画・事業等との関係（p. 38～）
2. 協議の場の進行表（例）（p. 41～）

※以下について、ガイドライン別冊として作成していますのでご参照ください。

- ・ かかりつけ医機能に関する取組事例集
- ・ その他資料
 - ① 院内掲示様式（例）
 - ② 患者説明様式（例）
 - ③ 医療機関向け制度周知リーフレット
 - ④ 協議に活用する課題管理シート（例）
 - ⑤ 協議の結果の公表シート（例）
 - ⑥ かかりつけ医機能報告制度 Q&A 集

第2節 かかりつけ医機能報告制度のスケジュール

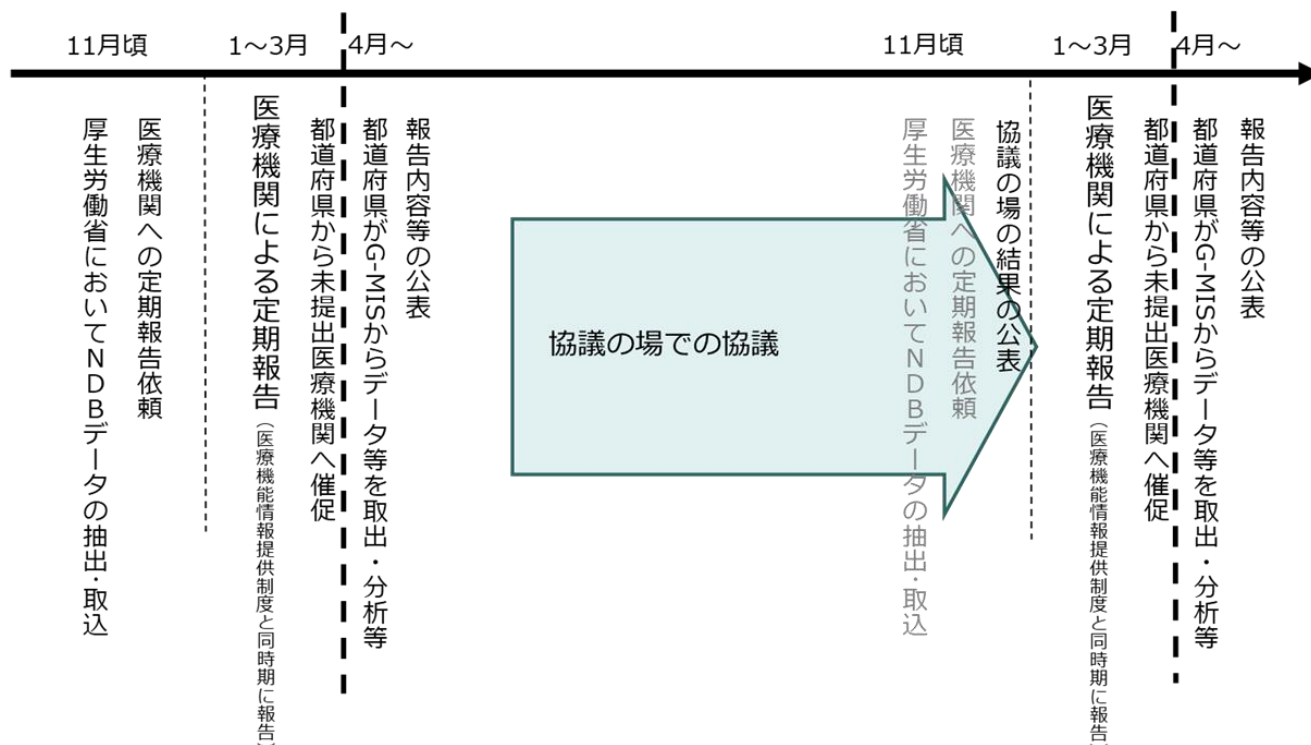
(1) かかりつけ医機能報告制度の年間スケジュール（主なもの）

- かかりつけ医機能報告は、医療機能情報提供制度に基づく報告と同時期に行うこととなっており、概ね以下のようなサイクルを想定している。

年間サイクルのイメージ

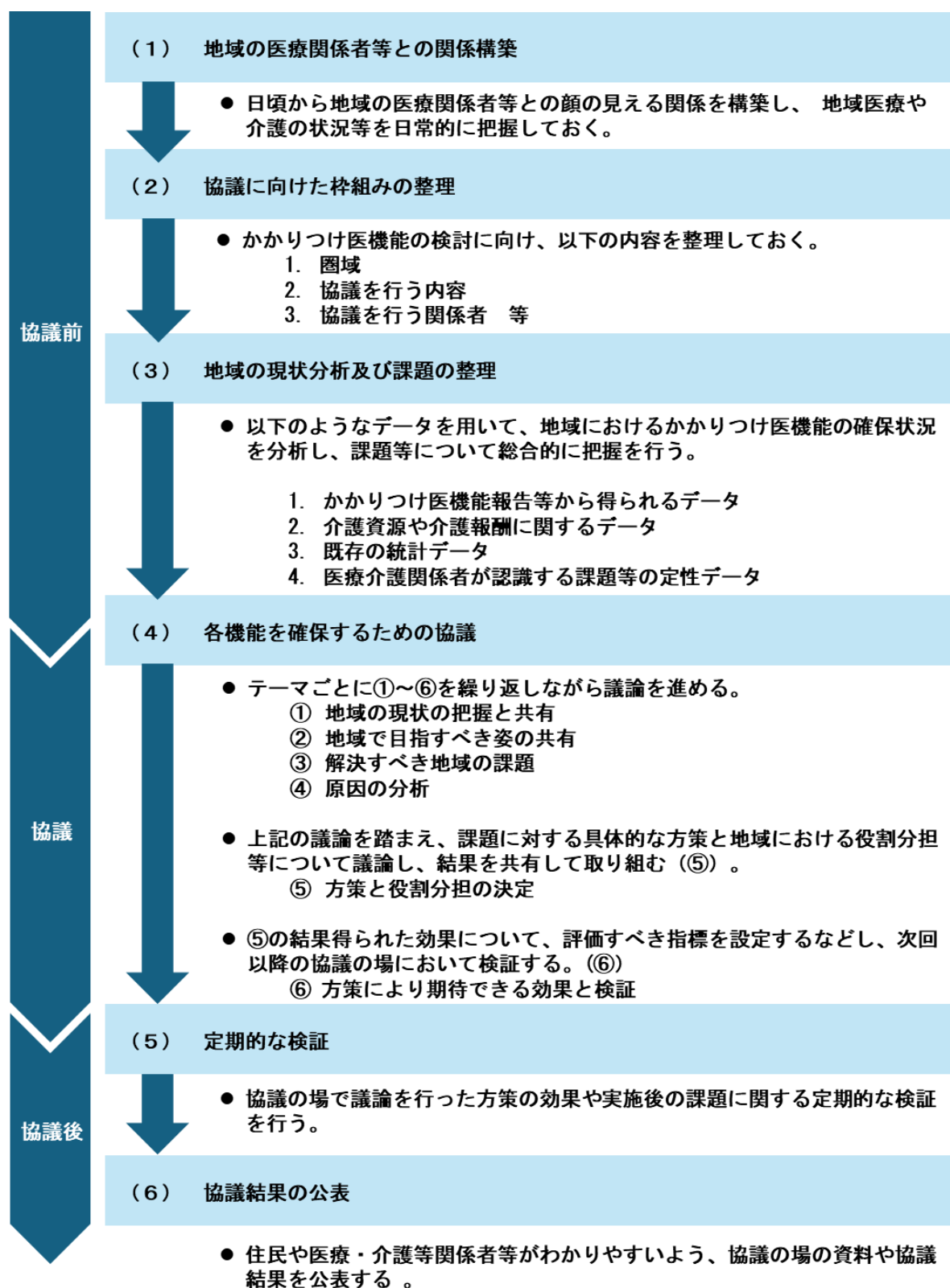
報告年度	
11月頃～	医療機関への定期報告依頼
1月～3月	医療機関による定期報告及び都道府県による体制の有無の確認
翌年度	
4月	都道府県による報告内容や体制の有無の確認結果の公表
4～6月頃	報告内容の集計・分析等
7月頃～	協議の場の開催
12月頃	協議の場の結果の公表

図3 かかりつけ医機能報告の主な年間スケジュール



出典：かかりつけ医機能報告制度に係る第2回自治体向け説明会
令和7年1月31日資料

図 6 協議の場の開催に向けた流れ



第4節 具体的な協議イメージ（例）

- 本節においては、第4章第2節で示した協議の場の進め方について、各かかりつけ医機能ごとに、具体的な事例を交えて概説する。
- なお、以下の「協議イメージ例」における記載内容は、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、事例集も参考にしながら、各地域の実情に応じて協議課題等を検討されたい。

（1）協議イメージ例（日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能（1号機能））

圏域	市町村・二次医療圏単位 等
参加者	都道府県・保健所、市町村、郡市区医師会、関係する診療所や病院、コーディネートーター 等

（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わからず、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わからない。

（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

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。
（事例集 P.9 松戸市の事例参照）
✓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。
（事例集 P.14 燕市の事例参照）
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。

（２）協議イメージ例（通常の診療時間外の診療（２号機能（イ））

圏域	市町村単位 等
参加者	都道府県・保健所、市町村、郡市区医師会、関係する診療所や病院、コーディネーター 等

（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

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。

（事例集 P.28 すきうら医院の事例参照）

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。

（３）協議イメージ例（入退院時の支援（２号機能（ロ））

圏域	市町村単位・二次医療圏単位 等
参加者	都道府県・保健所、市町村、郡市区医師会、関係する病院や診療所、訪問看護ステーション、介護関係者、コーディネーター 等

（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¹⁸、在宅療養後方支援病院¹⁹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

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。
 （事例集 P.7 和歌山県の事例参照）
 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。
 （事例集 P.5 福井県、P.36 新潟県医師会の事例参照）
 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。
 （事例集 P.16 豊中市、P.32 地域医療連携推進法人湖南メディカル・コンソーシアムの事例参照）

（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。

18 24 時間体制で往診や訪問診療・訪問看護を行う病院のことで、診療報酬上の施設基準に適合するものとして、地方厚生局に届出を行っている病院のこと。厚生労働省：

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001239485.pdf>

19 在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院のことで、診療報酬上の施設基準に適合するものとして、地方厚生局に届出を行っている病院。厚生労働省：

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001239485.pdf>

（４）協議イメージ例（在宅医療の提供（２号機能（ハ））

圏域	市町村単位 等
参加者	都道府県・保健所、市町村、郡市区医師会、関係する診療所や病院、介護事業者等、訪問看護ステーション、コーディネーター 等

（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

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。
（事例集 P.38 横浜市医師会の事例参照）
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。
（事例集 P.16 豊中市、P.21 岡山市の事例参照）
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。
（事例集 P.21 岡山市の事例参照）

（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。

（５）協議イメージ例（介護サービス等と連携した医療提供（２号機能（二））

圏域	市町村単位 等
参加者	都道府県・保健所、市町村、郡市区医師会、関係する診療所や病院、介護事業者、コーディネーター 等

（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

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。
（事例集 P.32 地域医療連携推進法人湖南メディカル・コンソーシアムの事例参照）
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²⁰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。

（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。

²⁰ 協力医療機関とは、特別養護老人ホームや介護老人保健施設などの介護保険施設において、入所者の急変時等に、要件として、①相談対応を行う体制、②診療を行う体制、③入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保した協力医療機関（③については病院に限る。）をあらかじめ定めることが令和６年度から経過措置３年として義務化されたこと等に伴い、介護保険施設等が要件を満たすとして定めた医療機関。厚生労働省：<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001300143.pdf>