

令和7年度第2回中和構想区域地域医療構想調整会議 議事録

日時：令和8年3月5日（木）
15時00分～16時30分
場所：オンライン

出席委員：別紙名簿のとおり

欠席委員：吉川委員（奈良県立医科大学附属病院院長）、坂本委員（奈良県薬剤師会理事）、
中井委員（大和高田地区歯科医師会会長）、堀内委員（大和高田市長）、
藪内委員（全国健康保険協会奈良支部支部長）

事務局（塚本奈良県地域医療連携課課長補佐 以下「塚本補佐」）

定刻となりましたので、ただいまから令和7年度第2回中和構想区域地域医療構想調整会議を開催いたします。

委員の皆様方には大変お忙しいところ、本日の会議にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

司会を担当します地域医療連携課の塚本でございます。

どうぞよろしく願いいたします。

本会議の委員数は14名となっており、9名の委員の皆様にご出席賜っております。

奈良県中和構想区域地域医療構想調整会議規則第5条第2項に基づき、委員の過半数にご出席いただいておりますので、本会議は成立しております。

開催にあたりまして、通山医療政策局長からご挨拶申し上げます。

事務局（通山奈良県医療政策局長）

医療政策局長の通山でございます。

本日は皆様お忙しい中、令和7年度第2回中和構想区域地域医療構想調整会議にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

皆様には平素より、医療行政をはじめ様々な場面において、広く県政にお力添えを賜っておりますこと、この場を借りて厚く御礼申し上げます。

本県における地域医療構想につきましては、ここまで一生懸命やってみて参りまして、皆様のご協力を得て進んできているところであります。

国では現在、2040年に向けた新たな地域医療構想についての検討が佳境に入っております。

県では来年度以降、予算も確保しておりますので、検討を本格的に進めて参りたい、皆様

とまた議論をさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

本日は、現行の地域医療構想が目標と定めていた 2025 年を迎えまして、皆様から意見交換会を通じて、これまでの所感や、また新たな地域医療構想についての課題について、率直なご意見をいただければと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

事務局（塚本補佐）

本日ご出席委員のご紹介並びに欠席の委員は、委員名簿をもって代えさせていただきます。

また、厚生労働省から委嘱された地域医療構想アドバイザーの今村先生と次橋先生にもご参加いただいております。

本日野田先生は欠席となりました。

この地域医療構想アドバイザーは、都道府県の地域医療構想の進め方についての助言や、地域医療構想に関する各種会議に出席し、議論が活性化するよう助言することを役割としており、平成 30 年 8 月より制度化されているものです。

本日の資料は次第に記載の通りで、ホームページよりダウンロードいただいていると思いますので、お手元にご準備ください。

お手元に届いていない資料がありましたらチャット欄等でお知らせください。

なお、本会議は、県の「審議会等の会議の公開に関する指針」に基づき公開としておりまして、傍聴をお受けする形で開催しております。

傍聴される方には、本会議の内容を YouTube にてライブ配信しておりますのでご了承ください。

また、YouTube にて傍聴される方は、録音・録画はご遠慮ください。

それでは議事に入ります。

奈良県中和構想区域地域医療構想調整会議規則第 4 条の規定に基づき、議長はあらかじめ知事が中和保健所長の山田所長を指名しています。

ここからの進行は山田議長にお願いいたします。

山田議長（中和保健所長）

それでは議事に入ります。

まず、事務局より議事 1 について、ご説明をお願いします。

事務局（金井奈良県地域医療連携課長 以下「金井課長」）

（資料 1-1 に基づき説明）

事務局（田中奈良県福祉保険部次長）

（資料 1-2 に基づき説明）

事務局（上永地域医療連携課医療企画係長）

（資料 1-3 に基づき説明）

山田議長（中和保健所長）

ただいま事務局から説明のありました内容について、ご質問、ご意見はございますでしょうか。

（意見等なし）

それでは、議事 1「奈良県の取り組み及び国の動向について」は、議論はこれまでとさせていただきます。

続きまして、議事 2「紹介受診重点医療機関について」、事務局よりご説明をお願いします。

事務局（金井課長）

（資料 2 に基づき説明）

山田議長（中和保健所長）

ただいま事務局から説明がありました内容について、ご意見、ご質問はございますでしょうか。

（意見等なし）

それでは議事 2「紹介受診重点医療機関について」に関する議論はこれまでとし、これまでに引き続き、奈良県立医科大学附属病院を紹介受診重点医療機関として公表されるよう、事務局にて手続きをお願いいたします。

それでは、議事 3「2025 年を迎えての意見交換」に入りたいと思います。

意見交換いただきたい内容については資料 3 に記載のとおりとなり、この内容について、ご出席の委員の皆様方からご意見を頂戴したいと思います。

順番に指名いたしますので、それぞれの立場からご意見ををお願いいたします。

まず、青山委員お願いいたします。

青山委員（平成記念病院理事長）

当院は、平成 26 年度から 28 年度にかけて、まず、病院のベッドの稼働率がどうしても上がってこないのので、一般病床を地域包括ケア病床、回復期リハビリ病床へと変更しました。

それをやることによって、病床数の稼働率というのは確かに上がったんですが、現在になって、高齢者が非常に多くなったことが問題になってきました。

高齢者が多いと、元気になって在宅や中間施設への移行がなかなか難しいということが問題になったわけです。

そういうことでリハビリを重点的にやったんですが、高齢者の場合、多病が問題です。

自宅退院ができにくいということで、中間施設に一時的に入ってもらんですが、最初は急性期から中間施設への退院が可能だったんですが、できないということになってから、やはり病院で何とか見ないといけないということで、リハビリ病床で長期入院していました。

ただ、現在のリハビリと少し方針が違ったもので、リハビリの対象となる疾患自身を、すなわち入院した原因の疾患に特化したってということが1つ大きな問題かもしれません。

多病に対応できるリハビリをやるということで、最近では高齢者に対してリハビリをやるようにしていますが、そういうことがやはり問題かと思います。

どうしても自宅への退院をある程度やらないと急性期が持ちませんでしたので、地域包括ケア病床を開設したんですが、それも同じことで、なかなか自宅への退院が十分認められることがなかったのです。

そういうことで、また中間施設でお願いしてという形になりました。

これから先というものは、今年度の改正もそうですが、高齢者ということを目指してやれるような形になれば、病院で面倒を見ていけるということで、回復期病床も今度設置されてきますけども、そこである程度の月日が見えるかどうかなんです。

しかしやはりリハビリというものを対象としないと、どうしても自宅への退院ということは無理だと思っていますので、最近ではリハビリの職員に、「高齢者のリハビリはどういうものをやっていくのか。例えば骨折だったら、骨折のリハビリだけをして問題にならないが、全体の状態を見ながらリハビリをやるように、初期の段階から考えて欲しい」ということで、現在取り組んでもらっています。

今後の問題としては、超高齢者の方々の対応、急性期の対応、回復期への対応、その辺がどのようになっていくのか、療養の病棟を作る必要があるのかどうかと、その辺の考え方が非常に難しいので、今後検討していきたいと思っています。

いろんな形で問題が出るとは思いますが、1つは現在の二次医療圏の中で今後の問題をもっと考えていくのかどうか。

最初に話があったように、人口を30万人や20万人ぐらいを1つの単位としてやっていくのかどうか、その決め方によっても今後の考え方が変わってくるんじゃないかと思っています。

病院単体でいろんなことに対応することは考えられません。

今後どうしても病院自身がお互いに協力し合いながら、お互いのモチベーションをどうやって上げていくかということが必要ですが、どうやって患者を病院から在宅へ持っていくかです。

在宅に帰っても在宅医療が必要なのかもわかりませんが、とにかく自宅へ帰ってもらうような形をするにはどうしていきのかってことを考えれば、やはり一番重点的に治療をやっていけるような病院を、お互いに考え合わせながらやっていかないとはいけません。

そのためには、やはり二次医療圏をしっかりと考えていただきたい。

規模はよくわかりませんが、どの辺でやるのか、いつやられるのかということがまず大変大切だと思いますし、病院群でも変わってきますので、その辺をしっかりと教えていただければと思っています。

山田議長（中和保健所長）

続きまして、向川委員お願いいたします。

向川委員（大和高田市立病院院長）

当院の現状は、コロナ後も患者の受診動機が変化したままで、病院への受診を控える傾向が続いているように感じております。

実際に当院の入院患者数も減少傾向で、特に医療資源投入量の少ない軽症患者さんや、社会的要因で入院されるような患者さんは以前に比べて減少しているように思っております。

おそらく軽症の患者さんは、療養型の病院や在宅・介護施設の方で療養されるケースが増えているんじゃないかと思われまます。

ただ、地域医療構想の観点からは、病院機能別に役割分担が進んでいるのではないかと実感しています。

一方、当院は急性期中心の病院ですので、なかなか病床稼働率が上がらず、経営悪化の一因となっております。

こういった医療需要の変化に応じた対応が必要ではないかと実感しています。

そこで当院では救急医療の強化と、それから今年から緩和ケア病棟を開設しまして、何とか稼働率を維持していこうと努めているところです。

ただ救急医療に関しては、複数の疾患が併存するような高齢者の割合が非常に増えており、当直医師の専門性とのギャップから、受け入れが困難とされるケースも見られ、当院としては、幅広く診療できる総合医や救急医の配置が望むところですが、医師の確保がなかなか困難な状況となっております。

またもう1つの問題としては、夜間・休日等に高齢者の救急を受け入れた後に、社会的事情や帰宅手段がないということで帰宅困難となるケースが結構あり、これに対していろいろ議論していますが、病院だけで対応するというところに少し限界を感じているところです。

それと、外科で扱う悪性の疾患では、コロナ禍の影響と地域性もあると思うんですが、高度に進行した状態で受診される患者さんが多いように思います。

ただそういった患者さんも、以前はできるだけ手術等の濃厚な治療を希望されることが多かったんですが、最近では高齢化と社会的な事情から、必ずしもそういった濃厚な治療を望まないという患者さんも見られ、治療の選択肢は非常に多様化していると感じています。

まさに当院のような一般急性期の病院でも、「治す医療」ということから、治すだけでなく「支える医療」というものが必要ではないかと感じています。

その中で緩和ケア病棟の開設は、その取り組みの1つになっているんじゃないかと思っ

ています。

新たな地域医療構想における病院機能としては、当院は従来どおり急性期を担う病院として地域医療に貢献していきたいと考えています。

中和地区における病診・病病連携を維持しながら、今後は在宅介護分野においても、必要時に支援を行えるような連携を構築していきたいと考えています。

病床数の適正化につきましては、中和地区における必要病床数の今後の動向を注視しながら見ていきたいのですが、現時点では当院もまだ病床数 320 床を維持していこうと思っております。

ただ当院は建物の老朽化で現在建て替えを検討中です。

ただ建て替えても増床するという計画は今のところございません。

山田議長（中和保健所長）

続きまして、橋本委員お願いいたします。

橋本委員（奈良県医師会理事）

診療所からしますと、最近では病院・救急の受け入れが本当にスムーズに行っていて、本当に助かっております。

特殊な例を除けば、ほとんどどこの病院も受け入れていただいて、診療がやりやすくなっております。

前回の医療審議会でも、病床利用率が奈良県で 80%ないということを聞いており、我々の立場からすると、それぐらいの病床の稼働率でも余裕を持って診療できるよう、病院の先生方にも余裕があればいいと思います。

だから診療点数がもうちょっと病院の方もしっかり経営が成り立つように考えていただけたらなど、ここで言っても仕方がないのかもしれませんが、我々の立場からすると病床利用率・稼働率が低い方が受け入れていただけますので、ありがたいと思っております。

山田議長（中和保健所長）

続きまして、西川委員お願いいたします。

西川委員（御所市医師会会長）

我々地域の診療所の立場でも患者数が減っていて、経営が前に比べて大変な状態です。

今度の令和 8 年の診療報酬を見ますと、医療連携や眼科、歯科との連携では加算されたり、いろいろ連携が工夫されているので、介護医療連携や病診との連携を細かにやっていくことによって、医療需要の減少に伴う医療基盤をある程度取り戻す、そういうことができると思っております。

ドクターも、細かな点数加算を知っておくことが大事だと思います。

どうしても皆さん事務に任せておりますので、それと在宅も結構、必要な患者さんには積極的にやっていくということで、経営基盤を維持・強化することが大事だと思います。

それから働き方改革ですが、診療所のドクターは現行、制限はないんですが、いずれにしても効率的に診療あるいは在宅をうまく工夫してやっていくということで、いろんな患者さんの対応を引き続きやっていきたいと思っております

山田議長（中和保健所長）

続きまして、山本委員お願いいたします。

山本委員（奈良県老人福祉施設協議会副会長）

こういった会議に出るたびに、医療と介護の連携の重要さや必要性がますます増しているというのはすごく意識させられるんですが、現場としても、特に令和6年度から、協力医療機関連携加算が介護保険制度上つくようになり、そこから現場レベルで連携先の病院さんとの間で、月々に毎月話し合いを持つ機会も増えましたし、医療と介護との連携の重要さというのが、実際に形になってきつつあるのかなと思います。

ところが、「介護報酬がつくから」とか、「加算があるから」というレベルで、「だからこれをしないといけない」というような意識・動機からの動きになりがちです。

こういった会議に参加させていただいている立場上、老人福祉施設協議会の中で、「医療の世界ではこういう話が進んでるんだよ」「こういう形に動いていってるんだよ」といったこと、特に我々と関係の深い面倒見のいい病院の実際の動きと我々老人福祉の仕事をしている者との意識や知識において、我々が全然追いつけてないというのも正直なところでは

先ほど言いました協力医療機関の連携で、施設と病院としては現場レベルでの関わりは月々定期的にありますし、在宅ではケアマネージャーは各かかりつけの先生や他の介護や医療機関との日常的な関わりが欠かせない仕事になってきますので、そういったところから現場レベルでは現実問題として動きはあるにせよ、「どこを目指していくのか」「これからどうなろうとしているのか」、老施協の中でもきちんと会員施設に対してアナウンスし、周知のための活動をしていかないといけないという意識を、今改めて持っているところです。

加えて、先ほど言いましたケアマネージャーにしても、冒頭でご報告があった中でもヘルパーさんのなり手が少なくなっているという話もありました。

また我々の施設で働く職員についても同じです。

職員の高齢化はどんどん進んでいきますし、新しく入職してこの介護の仕事をしようかなという者が本当に少なくなってきていて、新人職員の採用というのは、全くの素人か外国籍の人になりつつあります。

なので、これから職員さんたちの育成と定着というのも、我々にとっては本当に喫緊の課題ということで、実際に、医療と介護の間の連携をしっかりと深めていかないといけないのはもちろん大事ですし、その必要性も十分理解はしますが、一方でそれを実際にやっていくの

は人ですので、その人をいかに確保して育成して定着させてということについても、何らかの行政の施策的な取り組みが、これからますます必要になっていくと思っております。

山田議長（中和保健所長）

続きまして、森田委員お願いいたします。

森田委員（奈良県看護協会常任理事）

これまで取り組まれたことや、また今後の課題等についての意見交換ということで、高齢者の救急搬送が増加しているという話を、この会議で以前もされていたと思います。

やっぱり高齢者の救急搬送・入院があった後に、予約入院患者さんのベッドが埋まってしまい、その高齢者の入院患者さんを退院させる受け皿がないっていうことをよく病院の人たちから聞いておりました。

看護の立場からも、やっぱり入院直後からの退院調整が非常に大事と思っており、地域連携にも看護職もおりますので、その辺を今後も強化していきたいと思っております。

それと、やっぱり問題だと思ったのは、救急搬送された患者さんが、高齢者の方だと、本人が認知症とかあって意思決定ができていない。

そうすると、家族さんとの ACP や計画がやっぱり充実しないといけないということをごく感じております。

なので、私たち看護協会の方でも、ACP を題材にした教育研修は毎年複数行っています。

看護職だけを対象にしていますので、看護職においては ACP に対することもだんだん定着はしつつあるとは思いますが。

最近、ちょっと小規模な施設の方に私自身行かせてもらったときも、やっぱり ACP の話がありましたので、そこはだんだん普及していったのかなっていう実感はしております。

あと 2040 年に向けて、生産年齢人口の減少や 85 歳以上の高齢者の増加が同時並行しますので、やっぱりこれからは介護の需要が非常に増大していくと思っております。

なので、介護と看護が拮抗しないように、きちんと役割分担をして、人材や質の確保も大事と思っております。

看護職においては、看護補助者という名称で、ライセンスのない方を病院等で補助者として雇用しているところが多いと思います。

その教育とかも当協会ですらやっていますが、就職されても、介護がハードワークということで、なかなか定着しないっていうのも結構問題となっております。

なので、例えば患者さんの移乗・移動とかもかなり体力を使うとか、食事介助にしてもリスクが高いということもあり、それらも含めて、介護者の方も体を痛めないようなボディメカニクスを使った研修や、実際演習をするアクティブラーニングで食事介助させるような研修とかも実施して、定着していくように、就職ももちろんそうですが「辞めない」というようなことに力を入れていくっていうのが大事だと思っていて、今行っているところです。

それとあと、若年世代の急減ということで、医療者の人材確保、介護のことをお話しましたけれども、看護師についても、中和区域って結構大規模な病院が多くありますので、特定行為研修修了看護師や認定・専門看護師も他の病院に比べたら結構多いのかなと思います。

なのでこれからは、病院に来られる方だけを診るのではなくて、施設などで看護を提供するというような、派遣とかの仕組みも望まれるのではないかと、そうした仕組みづくりが大事になってくるのが課題だと思っています。

それと、やっぱり若い人はもう望めない、若い働き手は本当にいないので、60才以上の定年を迎えたプラチナナース、セカンドキャリアになっていく人たちを、働き方改革として、フルタイムで働けなくても、週3、4やフレックスタイムとかを入れたりして、今ある人材を有効に使っていかなくてはならないです。

その辺は強化していかないといけないところではないかと考えております。

山田議長（中和保健所長）

続きまして、池之畑委員お願いいたします。

池之畑委員（樫原訪問看護ステーション所長）

在宅移行が取り組みによって進んだと書かれていました。

まさに2000年の介護保険制度が始まってから、在宅への移行はかなりスムーズに、25年経って進んできたというふうに思います。

その中でずっと仕事をしている中で、やっぱり病院さんによって地域連携室の方の理解や対応・やり方に差があるというのはずっと感じており、お互いに理解し合うというのは、利用者さんの利益になると思いますので、その辺の移行がスムーズにいけるよう、お互いに協力できたらなと感じます。

それと、もう1つがケアマネージャーさんの問題、介護支援専門員の問題ですが、うちも居宅を併設したステーションを持っていますが、本来やるべき仕事以外のことに、家の中のことに関わっていきますので、状況がよくわかるので、やっぱり寄り添ってしまうんです。

お金を実際いただくという中では割に合わないというところが本来のところでした、やはり手数が少なくなる、それと、やめて居宅を畳んでしまうというような、過疎地の方からそういうことが起きてきていますので、介護支援専門員は本当にこれから必要な職種だと思いますので、ぜひ大切に育てていきたいと思っています。

3つ目は、訪問看護ステーションもそうですが、居宅を持つところもすごく経営が波に左右されやすいところがあり、診療報酬の上がり下がりでも、居宅を畳んでしまわないといけないというようなところがありますので、コロナに入って抜けてから先が読めないというところが今の時代なのかなと思っています、迷っています。

特に訪問看護ステーションの管理者などは、どうしようかと思っているところがすごく大きいのかと思いますので、人材確保と経営について、意見を述べさせていただきました。

連携の部分で大事にしていけないといけない部分というのがあると思うので、その部分をお話しさせていただきました。

山田議長（中和保健所長）

続きまして南委員お願いいたします。

南委員（万葉クリニック理事長・院長）

精神科の立場からしますと、精神科救急の困難事例が多いです。私たちは県内の精神科病院で夜間の輪番制を組んでいますが、精神科救急を受診される患者様に合併症や身体症状があった場合の対応を県の方にもお願いしています。

例えば意識障害があったり、けいれんがあったりという人も、救急隊は精神科救急輪番病院に依頼される事がよくあります。しかし合併症も含めて、単科病院でCTもない、検査もできないという状況の中で対応するのは難しいので、何とか精神科救急のときの合併症の対応をお願いしたいと思っております。

そして、やはり精神科病院も患者様が高齢化しており、稼働率も減ってきている状況なので、これからの精神科病院の運営は更に厳しくなるだろうと思っております。

山田議長（中和保健所長）

それでは保健所から、2025年までの地域医療構想の実現に向けた取り組みに対しまして、厚く御礼を申し上げます。

また病床機能のみならず、「断らない病院」、「面倒見のいい病院」での医療の質の向上に取り組んでいただきましたこと、重ねて御礼を申し上げます。

局長のご挨拶にもありましたが、2040年に向けた新たな地域医療構想がスタートするわけで、85歳以上の高齢者の増加と生産年齢人口の減少を受けまして、在宅医療や高齢者救急が増加し、入院の受療率が減少する中で、新たな地域医療構想に基づく病院機能が求められておりますので、引き続き、病院機能の役割分担と連携にご協力をお願いします。

また、先ほどもございましたが、認知症患者、あるいは合併症を持った認知症患者の問題、独居の高齢者や身寄りのない高齢者が増加する中で、意思決定のできない方が増えていきます。そういう方々の場合、在宅でも入院でも対応に苦慮する場面が増えてきておりますので、地域包括ケアの体制強化や、医療と介護の連携をさらに一層深めていただいて、ご支援をいただければと思っております。

それでは最後に、地域医療構想アドバイザーよりコメントをお願いしたいと思います。

まず、今村先生お願いいたします。

今村地域医療構想アドバイザー

私からは、今、国の新たな地域医療構想の委員もしていることもあり、その関係の情報提

供もさせていただきたいと思います。

実は一昨日、3月3日に新たな地域医療構想の取りまとめが行われました。

座長一任までいきましたので、この流れでいくんだと思います。

最も関心があるのは、必要病床数としてどれぐらいの目標を設定するかということなんですが、その係数が示されました。

それを簡単に逆算すると、おそらく1割ぐらいの病床を削減するということが2040年の1つの目標になると思われます。

その中でも特に、今、急性期の75歳以上の高齢者の方の半分を、回復期、今でいう包括期に割り振るといようなことが書かれていますので、急性期については、さらにもう現在の必要量よりも2割ぐらい減るような計算になって、1割ぐらいその分が包括期の方に、今回、回復期から包括期に変わるそちらの方に乗るといような変化が起こるのではないかと思っております。

その意味では高齢者救急と在宅に力を入れているわけですが、今回の新しい地域医療構想は、病院機能や医療機関機能ということに非常に力を入れており、その象徴が急性期の拠点病院だと思うんですが、救急車の数やオペ件数が病院全体の機能を評価する基準としてかなり注目されているという状況です。

今日の朝、最終的な診療報酬の改定の資料が出てきましたが、その中で見ても、急性期の7対1の急性期1が一番上だったわけですが、上位概念として急性期病院AとBができて、それがオペ件数と救急車の受け入れ台数によって一定の制限を受けるというように診療報酬も設定されているというふうに思います。

そのような状況の中で、それぞれの病院がお立場をどのようにとっていくのかということを考えなければいけない場面が、より一層明確になったというふうに考えております。

それと、コロナを経ての大きな変化として、患者さんの受療行動が大きく変わったということがあります。

コロナの間の受診抑制はコロナが終わったら戻ってくると思っていたんですが、結果的には戻ってきていません。

おそらくこれから先も戻ってこないだろうというところまでできています。

その中で一番稼働率が落ちているのは慢性期の病床です。

急性期の病床はかなり戻ってきているという状況があります。

特に慢性期の病床の稼働が落ちている理由としては、入院する人が減ったというのが一番なんですが、その理由として半分以上はおそらく亡くなっている人が増えているんです。

今までサ高住等で少しでも調子が悪くなったら病院へ救急搬送していたと思うんですが、コロナの間にACPが普及したこともあって、そのまま亡くなってしまっているというようなケースが散見されます。

実際、今から5年ほど前に予測された死亡者数よりも、毎年10万人ずつぐらい多く亡くなっていますので、この影響は非常に大きいと思います。

そのような中で、今から急性期を目指すのか、高齢者救急を受け入れる病院となっていくのか、在宅を目指すのかというのを、それぞれの病院が考えていただかなければいけなくなっている、いよいよその選択を明確に迫られる状況になったと理解しております。

奈良県においては、そういったことは事前に情報としてはかなり周知されていますので、それぞれのお立場でもうすでに考えというのがまとまりつつあると思っておりますが、ここからおそらく1年から2年で、はっきりと目に見える形で宣言していかなければいけなくなると思います。

山田議長（中和保健所長）

続きまして次橋先生お願いいたします。

次橋地域医療構想アドバイザー

私からは他地区の地域医療構想調整会議に参加して聞こえてきたお話と、本日のディスカッションの中でいくつか気になる点、強調すべき点がございまして、この点についてお話させていただきます。

特に課題として感じられましたのが、やはり人材のところだと思います。

他地区、中和地区においても、働き手の確保が非常に難しくなっているということ、本日のディスカッションの中でも複数の職種・団体の方々からお話がありました。

またその中でも、「若い人、新たな人材が次々に来る」というのはもう現実的ではないという認識のもとで、今いらっしゃるスタッフを育成していく、あるいは横の連携・他との連携を強化して、より効果的に生産性を高めていく。

その中には人だけではなく ICT などのものも含まれますし、また看護師の特定行為といった新しい働き方、スキルを持った方々の育成、そしてその方々との連携ということが非常に重要になってくることだと思います。

その観点から、今までは個別改定項目という文字の羅列が多かったんですが、本日付で厚生労働省から「診療報酬改定説明資料等」というものが公開されております。

すべての資料について分かりやすい図説、また YouTube で動画解説が公開されております。

各職種別に非常に見やすくなっておりますので、ぜひ参照いただければと思います。

その中でも、人材の部分ではこの改定の中にも複数、仕組みとして含まれております。

ICT の活用、あるいは複数の職種との連携の観点から見ていただくことも有意義ではないかと考えております。

引き続き様々な情報収集をいたしまして、皆様方の助言・参考になる情報提供ができればと考えております。

山田議長（中和保健所長）

それでは予定していました内容をすべて終了いたしましたので、事務局にお返しします。

事務局（塚本補佐）

以上をもちまして、令和 7 年度第 2 回中和構想区域地域医療構想調整会議を終了いたします。

長時間にわたり熱心にご審議いただき、ありがとうございました。