

奈良県の地域医療構想の取組・ 地域医療構想調整会議の結果

1. 奈良県の地域医療構想の取組

(現在地と今後の施策)

2025年をターゲットとした(現行の)地域医療構想について(概要)

2016年(平成28年)3月策定

- 期限:いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年(令和7年)
- 目的:高齢化により増大する医療需要に対応する
- 対象:主に入院医療
- 施策:病床の機能分化・連携を推進するもの

具体的には・・・、

- 二次医療圏(=構想区域)を単位として、
- 4つの病床機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)ごとの2025年の必要病床数を定め、それに近づくよう誘導(機能転換)
- 2015年時点の推計では、病床の機能分化・連携を進めない場合、2025年の時点で152万床程度*の病床が必要とされていたところ、一般病床において医療資源投入量の少ない患者の在宅医療等への移行等を通じて、2025年に119.1万床*となることを目標(病床数適正化)

*病床数は全国での値

奈良県の取組方針①（地域医療構想の実現に向けたメッセージ）

- 奈良県では地域医療構想の内容や、病院が将来目指すべき姿を多くの方と共有できるよう、「シンプルな情報発信」を心がけて2025年に向けた取組を進めてきた。

- 地域医療構想はマーケティング
 - 厳しい経営環境の中で医療機関を支援するのが県の姿勢
 - ただし、局所最適と全体最適のすりあわせが必要
- 奈良に求められるのは「断らない病院」と「面倒見のいい病院」
- 改革への3段階
 - ポスト2025を見据えた解決策は、医療機関の統合などを通じた経営基盤の強化



これからの、奈良の医療

奈良に必要なのは

「断らない病院」と「面倒見のいい病院」



医療機関の方向性

Step 1
今すぐできる

- 急性期と回復期の病病連携
- 病院と診療所の病診連携
- 医療と介護の連携

連携の強化

Step 2
今からやる

地域の需要に基づいた経営ビジョン
(例)
専門・高度医療の集約化
後期高齢者の需要に応じた事業の多角化(在宅医療、訪問看護事業、介護事業など)

自法人の
構造改革

Step 3
今から考える

医療機関の統合などを通じた経営基盤(財務、医師獲得力等)の強化

複数医療機関での
構造改革

奈良県の取組方針②（データに基づく協議 ～エビデンスとナッジの流儀～）

- 県では、様々なデータを病院へお示しし、将来の見通しを立ててもらおう中から、地域における自院の立ち位置を考えてもらい、自主的な取組を促すよう地域医療構想を進めている。特に国保・後期高齢レセプトデータの分析は、実態を様々な角度から詳細に捉えることができるものであり、全国よりも進んで行っているところ。
- また、奈良県病院協会をはじめ多くの関係者のご協力のもと、多くの場で意見交換・協議を行ってきており、多数の方にご参加いただいたことに感謝。

具体的対応方針の再検証に対する県の姿勢

本県では、これまでから、地域の実情や将来の医療需要の変化に対応した医療提供体制の構築を目指し、重症な救急や高度医療を担う「**断らない病院**」と、地域包括ケアシステムを支える「**面倒見のいい病院**」という二つの目標を示し、医療機能の分化・連携を促してきたところです。

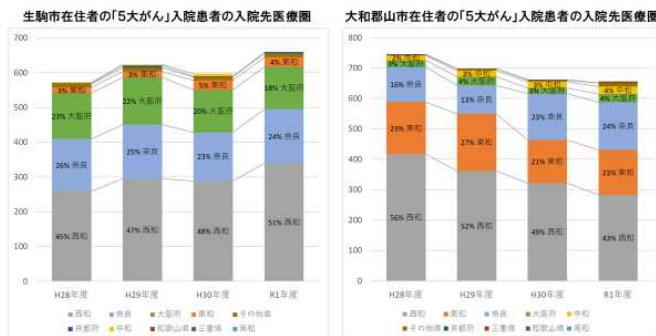
県としては、医療圏ごとの地域医療構想調整会議において、厚労省の公表結果を一つの素材にするなど、**データに基づく議論**を進め、**病院の統廃合ありきで考えるのではなく、地域のニーズに合わせた、より適切な医療の提供**を目指し**医療機能の分化・連携**をはかりたいと考えています。

(R元年度「地域医療構想調整会議」資料より)

● 国保・後期高齢レセプトデータ分析の例

5大がん入院患者の患者受療動向(西和医療圏1)

- 生駒市の患者は、半数以上が西和医療圏の病院に入院しており(R元)、その割合は増加傾向。奈良医療圏や大阪府の病院にもそれぞれ2割程度が入院している(R元)。
- 大和郡山市の患者は、4割強が西和医療圏の病院に入院しており(R元)、その割合は減少傾向。東和医療圏・奈良医療圏の病院にもそれぞれ2割強が入院している(R元)。



(R3年度「地域医療構想調整会議」資料より)

県内の在宅医療提供状況について

- 各市町村の在宅医療提供のキャパシティを分析。
計算式＝(各市町村の医療機関が訪問診療している患者数：供給量) ÷ (各市町村で訪問診療を受けている患者数：需要量)
100%以上【供給量】>【需要量】・・・各市町村において訪問診療が必要な患者全員が、当該市町村の医療機関が行っている訪問診療の患者数の範囲内に納まっている。
○各市町村における医療機関の在宅医療提供状況に大きな差が生じていると考えられる。
(県内市町村の被験者データであり、県外への在宅医療提供は含まれていないため、県外の医療機関から在宅医療を受けている患者数は除外して計算)



※奈良県市町村別(国保)後期高齢者医療給付の被験者データ(平成25年4月～令和2年3月医療分データ)【留意事項】
①国保、後期データに課税されるため、65歳未満の人口カバー率が低い。
②医療給付に異なるデータが含まれていない。
③医療給付のデータは公表されていない。(医療給付のデータは公表されていない。)(医療給付のデータは公表されていない。)

● 意見交換・協議の実施状況

病院意見交換会の開催実績

年度	回数
H29	2回
H30	2回
R元	3回
R2	—
R3	1回
R4	2回
R5	1回
R6	1回
計	12回



意見交換会の様子

奈良県の取組方針③ 「面倒見のいい病院」機能の向上

- 「面倒見のいい病院」は高齢化社会において、地域包括ケアシステムを支える機能としての重要性が高まっている。
- 「面倒見のいい病院」が目指していただく方向性お示しすることで、より機能強化を進めていただきやすくなると考え、7つ領域を定義するとともに指標化を行い、各病院にフィードバックを行っている。

面倒見のいい病院が機能を発揮する7つの領域・指標化の方法

- 患者さんにとっての「面倒見のよさ」を評価することができる指標を検討
- 軽症急性期～回復期・慢性期の患者さんを診る中小規模の病院にとって実質的な指標を検討
- 面倒見のいい病院に求められる機能(7分野)について、検討会での指標内容・作成方法等の議論や、病院意見交換会等での意見を反映し作成

指標項目は、以下等により作成

- ・診療報酬算定件数
- ・施設基準の届出状況
- ・病院アンケート

面倒見のいい病院に求められる機能の明確化

各病院が得意とする面倒見のいい病院の機能を共有

A.入退院支援・介護連携が充実

- ◆ 退院支援加算の算定
- ◆ ケアマネとの連携(介護支援連携指導料)
- ◆ 退院調整ルール

D.リハビリテーション

- ◆ 実施体制
- ◆ 算定件数
- ◆ サービスの多様性
(入院・外来、通所、訪問等)

G.QOL・自己決定の尊重・支援

- ◆ 緩和ケアへの取り組み
- ◆ 人生の最終段階における医療への決定プロセス

B.在宅医療(実施・連携)

- ◆ 在宅医療の実施
- ◆ 訪問看護の実施
- ◆ 退院患者の在宅医療・介護の提供状況
- ◆ 副主治医としての連携

E.食事・排泄自立への取り組み

- ◆ 摂食機能療法・嚥下へのリハの実施
- ◆ 嚥下食の内容
- ◆ 歯科との連携
- ◆ 排尿自立指導料

C.増悪患者の受け入れ

- ◆ 在宅患者の入院受け入れ
- ◆ 軽症患者の救急受け入れ
- ◆ 地域に即した仕組みの整備

F.認知症へのケア

- ◆ 認知症ケア加算
- ◆ 身体拘束
- ◆ 認知症への医療
(診療体制又は他院との連携)

(「面倒見のいい病院」の指標イメージ)



pixta.jp - 10831881

「面倒見のいい病院」指標の活用方法と効果

●目標の明確化

面倒見のいい病院の機能を明確にすることで、各病院が面倒見機能の強化に向けて具体的に取り組むことが可能となる。

●優良な取組の横展開

進んだ取組を共有することで、それぞれの病院が自病院にあった取組を取り入れられる。

●連携の促進

自院及び他院の「強み」が分かることで、機能的な連携が可能になる。

県内の「面倒見のいい病院」全体の機能向上を図る

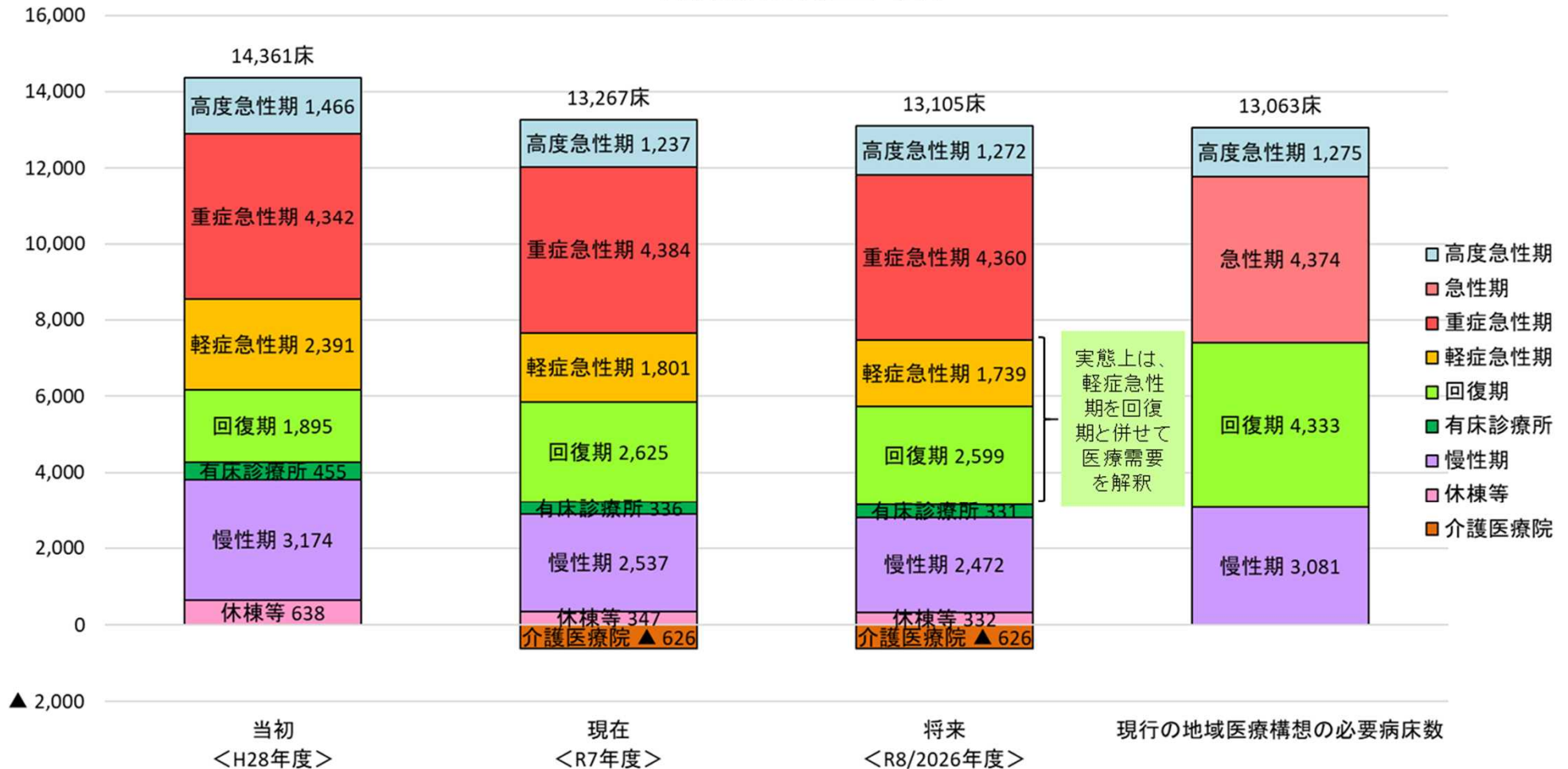
取組みの年度推移

H28	<ul style="list-style-type: none">➤ 「奈良県地域医療構想」策定(H28.3月)
H29	<ul style="list-style-type: none">➤ 急性期機能の明確化(いわゆる奈良方式)の開始➤ 「第7次奈良県保健医療計画」において、「断らない病院」と「面倒見のいい病院」という2つの目指すべき病院の概念や、それぞれに求められる機能等を記載
H30	<ul style="list-style-type: none">➤ 「面倒見のいい病院」機能向上事業を開始し、指標算定結果(H30年度版)を各病院へ提供(以降、毎年度指標のブラッシュアップ、病院への提供を継続)➤ 医療機能再編支援事業(病院へのコンサル支援)開始
R元	<ul style="list-style-type: none">➤ 病院間連携支援事業(病院へのコンサル支援)開始➤ 厚生労働省より「具体的対応方針の再検証」が求められる
R2~R3	<ul style="list-style-type: none">➤ <R2> 新型コロナの影響により、具体的対応方針の作成及び地域医療構想調整会議の開催を見送り➤ <R3> 具体的対応方針の作成及び地域医療構想調整会議を再開
R4	<ul style="list-style-type: none">➤ データ分析に基づく病院意見交換会を再開(10月と1~2月)➤ 再検証対象病院の具体的対応方針について協議・合意➤ 病床の「量の検討」は概ねクリアし、「質の向上」に向けた取組へ注力していくフェーズに入っていくことを確認
R5	<ul style="list-style-type: none">➤ 紹介受診重点医療機関に関する協議と公表
R6	<ul style="list-style-type: none">➤ 西和医療圏における病床整備計画について協議(10月)
R7	<ul style="list-style-type: none">➤ 「面倒見のいい病院」機能強化設備整備事業補助金の新設➤ 奈良県における病床配分方針について協議し、一律の公募・配分は実施しないこととした(11月)

機能別病床数の現在地(令和7年度時点)

- 2025年(令和7年)7月1日時点の機能別の病床数は以下のとおり。①平成28年度に比べ、介護医療院への転換が進むなど、病床数は減少。②軽症急性期を回復期相当と解釈することで、「2025年の機能別の必要病床数」とほぼ一致する結果。

<奈良県全域>



○令和7年度の各病院の「地域医療構想における具体的対応方針」の数値を集計 ○有床診療所の病床数は、R7年度の病床機能報告の速報数値 ○「当初<H28年度>」の病床数は病床機能報告をベースに、具体的対応方針等を踏まえ、実態に合わせて修正している ○医療法人社団 石州会病院は有床診療所へ転換のため、R7年度の病床機能報告の数値を使用

これまでの地域医療構想の取組の評価

県の取組

- 急性期機能の明確化(急性期を「重症急性期」と「軽傷急性期」に分ける、いわゆる奈良方式)
- 「断らない病院」と「面倒見のいい病院」という2つの目指すべき病院の概念を共有し、方向性を明確化
- 「面倒見のいい病院」指標の算定結果を各病院へ提供し、病院機能の可視化
- 医療機能再編・病院間連携支援の実施(病院へのコンサル支援)
- 病院意見交換会の実施により、関係者間の意見交換の機会を創出
- 在宅医療推進事業(地域における関係者間協議の支援、医療機関向け研修会の実施等)の取組による、病診連携の促進及び情報共有の推進



取組による効果

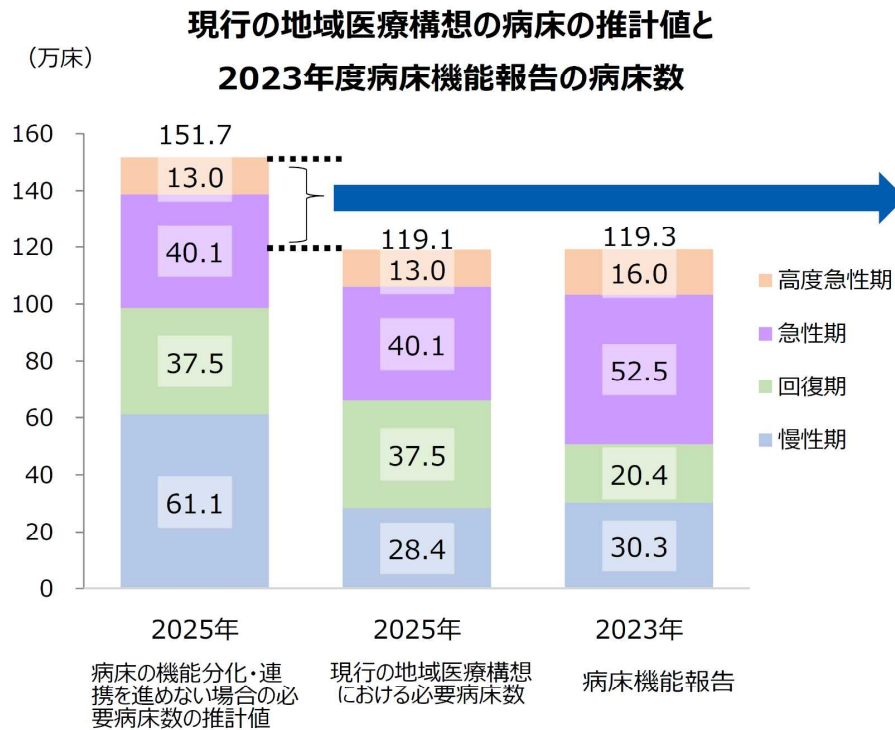
- 機能別病床数の適正化と、医療資源投入量の少ない患者や療養病床患者の在宅移行が進んだ。
- 病院間の役割分担及び連携推進に係る意識が醸成された。

今後の課題

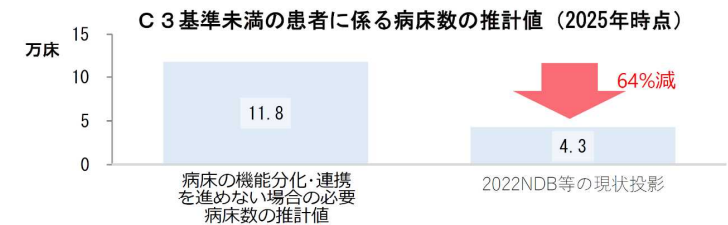
- 医療・介護連携が進んでいるものの、今後の85歳以上人口増加に伴う介護ニーズの増加を踏まえると、更なる連携の取組が必要
- 医療需要の減少に伴う、経営基盤の維持・強化への対応
- 医師の専門分化や働き方改革推進を踏まえた、休日夜間における高齢者救急への対応は引き続き課題

現行の地域医療構想の評価について

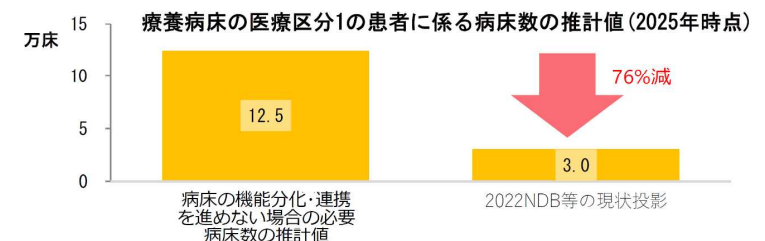
- 現行の地域医療構想においては、病床の機能分化・連携を進めない場合は高齢化により2025年時点で152万床程度の病床が必要と推計されたが、①一般病床のC3基準未満の医療資源投入量の患者数は在宅医療等の医療需要とすること、②療養病床の医療区分1の患者の70%は在宅医療等の医療需要とすること、③療養病床の入院受療率の地域差解消の取組を進めることにより、2025年時点の必要病床数を119万床程度とする目標としている。
- 2025年時点の必要病床数の推計値（病床の機能分化・連携を進めない場合）と、2022年度の診療実績（NDBのデータ）に基づく2025年時点の推計値を比べると、①一般病床のC3基準未満の患者に係る病床数は11.8万床から4.3万床に減少（64%減）、②療養病床の医療区分1の患者に係る病床数は12.5万床から3.0万床に減少（76%減）、③医療区分1以外の慢性期病床の減少は11.9万床に近い11.3万床の減床となっている。



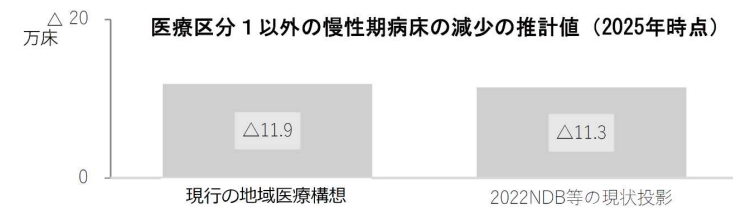
① C3基準未満の患者に係る病床



② 療養病床の医療区分1の患者に係る病床



③ 医療区分1以外の慢性期病床の減少



※病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

2. 今年度の取組について

令和7年度の主な取組み

コンサルティング支援 (機能再編・連携強化)

- 地域医療構想に沿った、機能再編や病院間の連携強化を検討する病院に対し、県が契約したコンサル事業者が、段階に応じた支援を実施。

「面倒見のいい病院」機能強化支援

- **「面倒見のいい病院」機能強化に資する設備整備費用等を補助**
- 昨年度、病院間で共有した「面倒見のいい病院」指標について、今年度もブラッシュアップを実施
- 好事例の紹介、シンポジウムの開催等も実施予定

レセプトデータ分析

- 市町村の合意を得て、国保・後期高齢のレセプトデータを取得
- 様々な切り口から分析を実施し、医療提供体制等の見える化を行うことで、地域医療構想の議論の活性化を図るもの

病床機能転換等に関する 補助金・給付金

- 地域医療構想に沿って、急性期病床を地ケア病床や介護医療院へ転換する際の費用等を補助(補助の詳細や、その他の補助金・給付金については、募集の都度病院へ周知します)

地域医療構想の議論の流れ(令和7年度)

➤ 令和7年度においては、以下のとおり議論の流れを一部見直して実施。

地域医療構想調整会議

審議・承認

奈良

(3/5)

東和

(3/4)

西和

(2/26)

中和

(3/5)

南和

(3/2)

[議題]

- 地域医療構想における各病院の具体的対応方針の審議、承認
- 県内の課題や対策の方向性について意見交換

病院意見交換会(全病院、県医師会、地区医師会)(1月29日)

- 地域、領域を絞り込んで実施した取組の共有と意見交換
- 具体的対応方針におけるトピックスを共有

地域医療構想実現に向けた医療機能再編等に関する研修会
[R7.11.21]

各病院で「地域医療構想における具体的対応方針」の作成
[R7.11.19~12.19]

地域や領域を絞り込んだ課題の抽出や意見交換を実施
[橿原地区での取組状況]
[R7.9 ~ R7.12]

- 県の取組説明
- 各種分析結果等の共有
- 医療機能再編や地域や領域を絞り込んだ取組の実施状況を共有

地域医療構想実現に向けた医療機能再編等に係る研修会[R7.11.21]実施概要

- 急性期からの機能転換をはかり、高齢者への医療提供に関して機能強化に取り組んでいる病院の事例を紹介した。

概要

1. 開催日時

令和7年11月21日(金)17時30分～19時10分

2. 実施方法

Zoomによるリモート配信

3. プログラム

①地域医療構想の現状と今後

[奈良県福祉保険部医療政策局地域医療連携課]

②地域医療構想に関するデータ分析について

- ・奈良県全体の医療需要の現状と見通し
- ・今後、増加する85歳以上高齢者の患者像
- ・在宅医療、介護施設の提供体制

③高齢者への医療提供に関する機能強化(他府県事例の紹介) (トークセッション)

[特定医療法人新生病院

常任理事・法人事務局長 荒木 庸輔氏]

主催 奈良県

共催 一般社団法人奈良県病院協会

後援 株式会社南都銀行

研修会資料抜粋

主要な取り組み

地域・病院

病院だけでなく地域(コミュニティ)のどこにも受けられる質の高い医療を実現



当院の在宅医療発展の原動力

- 最後の砦としての地位確立(断らない)
- 訪問看護(グループ法人)を中心とした診療体制の確立
- 人間味があり、チームに委ねられる医師の存在
- 誰でもわかる目標設定(1日8件)
- 在宅緩和ケアの収益化(在宅がん医療総合診療料)
- 在宅医療マネジメントに傑出した看護師の存在

R7年度病院意見交換[R8.1.29]実施概要

- 高齢者の増悪時の対応を主な議題として意見交換を実施した。

病院意見交換会の概要

1. 開催日時
令和8年1月29日(木)17時～18時30分
2. 実施方法
Zoomによるオンライン開催
3. 次第
 - ①地域医療構想の現状と今後
 - ②奈良県の地域包括ケアに関する取組について
 - ③紹介受診重点医療機関について
 - ④具体的対応方針について
 - ⑤高齢者の増悪時の対応について(檀原地区での取組)の概要
報告及び意見交換
 - ⑥講評
4. 檀原地区での取組の背景
在宅医療や介護を提供する機関、高齢者施設等と病院との連携強化がより一層求められることを踏まえ、**地域や領域を絞り込んだ、より具体的な協議が行えるよう支援を実施**

R7年度は、本県の推進区域である中和構想区域の**檀原地区**において、より詳細な課題の抽出や意見交換を実施

檀原地区での取組概要

1. 取組の流れ
 - ①檀原地区の2次救急病院に対しヒアリングを実施
 - ②高齢者の増悪時の受入に関して課題と感じている点、対応に苦慮している点を中心に聞き取り
 - ③意見交換は2次救急病院と消防で実施し、共通する課題を抽出
2. 抽出された課題
 - 既に患者受入の障壁となっている課題
 - ・医師の専門分化に伴う、**専門外の疾患や処置が困難となる事例の増加**
 - ・医師・看護師の人員不足により、当直やオンコール体制維持・強化が困難

→ **病院内の人員、病院ごとの対応には一定の限界がある**
 - 今後、患者受入の障壁になり得る課題
 - ・受入時の情報取得に難渋する患者への対応
 - ・治療方針の決定・退院調整に難渋する患者への対応

→ **SW、訪問看護、行政など多職種が連携し、情報共有できる関係作りが必要**
3. 取組の結果
檀原地区における患者の受入から退院調整に至るまで、高齢者救急を支えるためには、**地域の「病院間、職域間の連携」を具体的に推進していく必要があるという点においては、共通認識が得られた。**
- 今後の取組の方向性(検討中)
段階的な積み重ねの一步目をスタートさせること重要であることから、いただいた意見の内容を踏まえ、県では檀原地域での**取組をもう1年延長し、病院や介護事業者等、幅広い職種が集まる「地域実務担当者会議(仮称)」の実施に向けたサポートを行う。**

R7年度病院意見交換(R8.1.29)での主なご意見 (高齢者の増悪時の対応(榎原地区での取組の報告))

榎原地区での取組の報告を受けた意見

- 高齢者は多疾患合併・認知症を抱えることが多く、大腿骨頸部骨折など整形外科で入院しても、腎・心疾患や認知症対応が必要となり、1人の患者に要する医療・介護の負荷は急性期の重症患者以上になる場合もある。
- 増加する高齢救急患者については、救急搬送後の「下り搬送」をどのように各地域で受け入れていくかが今後の大きな課題であり、対応方法を検討・整理していく必要がある。
- 報告にあったとおり、高齢者救急については各病院が単独で抱えるのではなく、一定の協力・集約による連携が必要であることは理解できるが、**病院間の垣根・ハードルが依然として高く、現状では話し合いの場や調整の枠組みづくり自体が課題**である。

自院の課題や取組を通じた意見

- 救急については基本的に断らず、合併症の多い高齢患者も受け入れている。受け入れた患者は、日勤帯の各診療科の医師が協力して、合併症を分担・連携しながら診療する体制をとっている。
- 地域医療構想や診療報酬改定の影響により急性期病床が減少した結果、救急に割ける人員が減少しており、救急受入能力を維持するには従来以上の努力が必要になっている。**中長期的に、地域全体としてどの程度の救急受入能力を確保できるのかが大きな課題であると認識している。**
- 自院単独では治療～手術まで完結できないため、医大ERおよび近隣病院のバックアップを前提に、まずは検査～初期対応を行い、必要時は転院搬送する形で救急対応を開始した。地元消防とも事前に協議し、自院方針、体制を確認した上で、受傷地・自宅近くで一度診察して外来帰宅となるケースを中心に地域ニーズへ応えている。

3. 2025年以降の新たな地域医療構想 について

- 第119回社会保障審議会医療部会(厚生労働省 R7.10.3開催)、第13回 新たな地域医療構想等に関する検討会(厚生労働省 R6.12.3開催)、第5回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会(厚生労働省 R7.10.15開催)、第8回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会(厚生労働省 R7.12.12開催)、第9回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会(厚生労働省 R8.1.16開催)および、第10回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会(厚生労働省 R8.1.28開催)の資料より抜粋し、ご説明します。
- また、R6.12.18に「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」が発表されています。
- 資料の全体版については厚生労働省HPにてご確認いただけます。(黄色マーカーは県で着色)

第119回 社会保障審議会: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_64271.html

第13回 新たな地域医療構想等に関する検討会: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_46402.html

第5回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_64631.html

第8回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67046.html

第9回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_68718.html

第10回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_69356.html

新たな地域医療構想に関するとりまとめ: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_47465.html

2025年以降の新たな地域医療構想に関する国の取組について

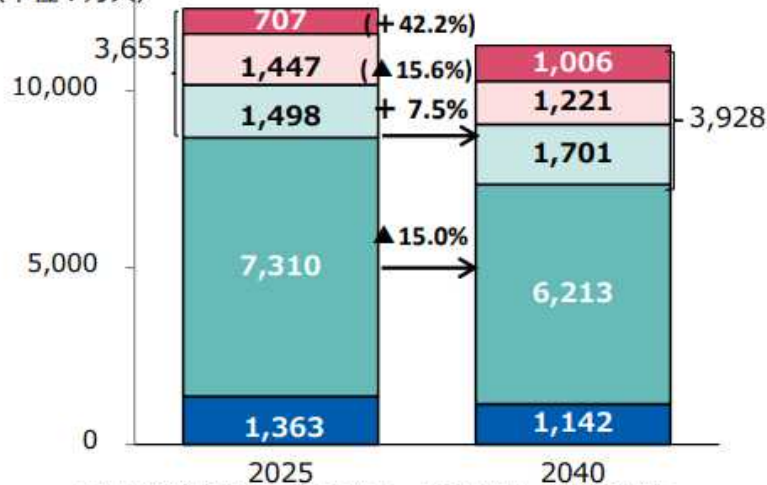
令和7年10月15日 第5回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1

2040年に向けた課題

- ガイドラインにおいては、日本全体としての高齢化や生産年齢人口の減少等の課題や、地域ごとの異なる課題を踏まえながら、整理していく必要がある。

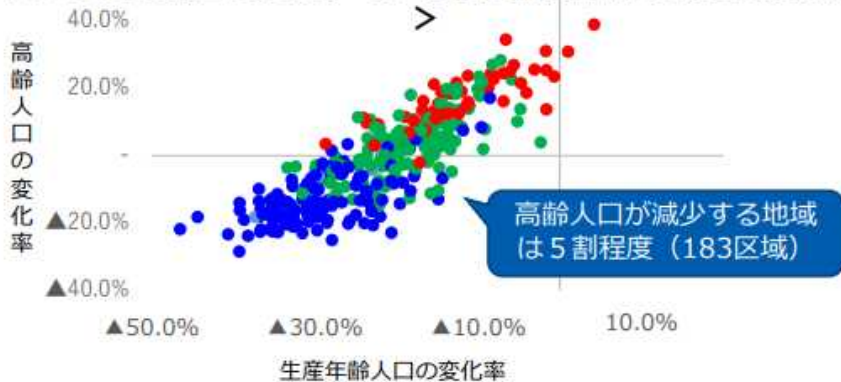
<日本全体の課題（人口構造の変化）>

(単位：万人)



(出典) 総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

<地域ごとの課題（2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況）>



大都市型

医療需要

- 地域の人口：横ばい →
- 高齢者人口：増 ↑
- 在宅医療需要：増 ↑
- 外来医療需要：横ばい →

生産年齢人口

- 一部の地域で増 ↑
- 多くは0～30%程度減 ↓

課題

- 増加する高齢者救急・在宅医療の受け皿の整備等

地方都市型

医療需要

- 地域の人口：減 ↓
- 高齢者人口：増 ↑
- 在宅医療需要：増 ↑
- 外来医療需要：減 ↓

生産年齢人口

- 0～40%程度減 ↓

課題

- 支え手の減少に対応できる提供体制の構築等

人口の少ない地域

医療需要

- 地域の人口：減 ↓
- 高齢者人口：減 ↓
- 在宅医療需要：増 ↑～減 ↓
- 外来医療需要：減 ↓

生産年齢人口

- 10～50%程度程度減 ↓

課題

- 地域の実情に応じた必要な医療機能の維持等

※地域毎に状況は異なるものの、大きな方向性について記載

2025年以降の新たな地域医療構想に関する国の取組について

令和6年11月8日第11回新たな地域医療構想等に関する検討会資料

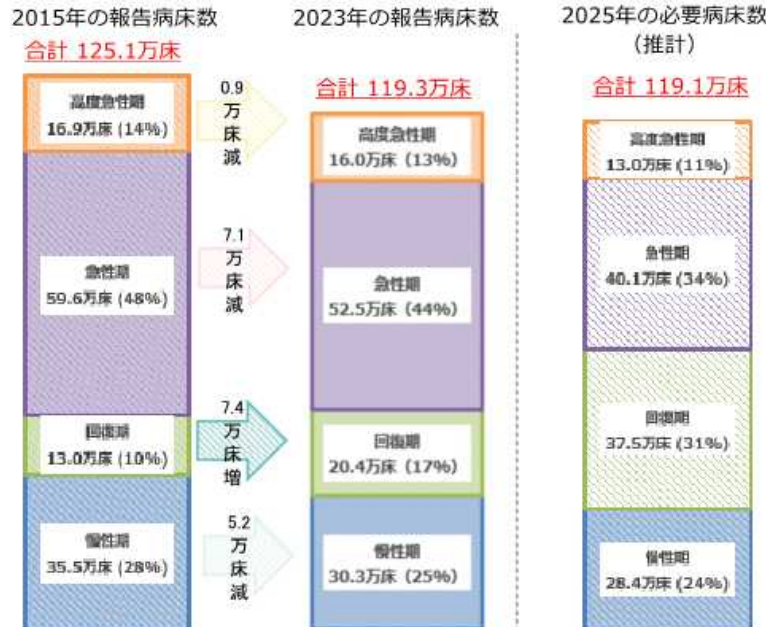
これまでの主な議論（新たな地域医療構想の基本的な方向性（案））

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。このため、約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

＜全国の報告病床数と必要病床数＞



※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、**医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ**

2040年頃に向けて、**医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大**が想定される。

こうした中、限られた医療資源で、増加する高齢者救急・在宅医療需要等に対応するため、**病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）に着目し、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進。**

＜新たな地域医療構想における基本的な方向性＞

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、**地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。**

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

※ 都道府県において、令和8年度（2026年度）に新たな地域医療構想を策定し、令和9年度（2027年度）から取組を開始することを想定

2025年以降の新たな地域医療構想に関する国の取組について

令和6年12月3日 新たな地域医療構想等に関する検討会資料（一部改）

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

- | | |
|---------------|--|
| 高齢者救急・地域急性期機能 | ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。
※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 在宅医療等連携機能 | ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。
※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 急性期拠点機能 | ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。
※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。 |
| 専門等機能 | ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。
※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要 |

広域な観点の医療機関機能

- 医育及び広域診療機能
・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

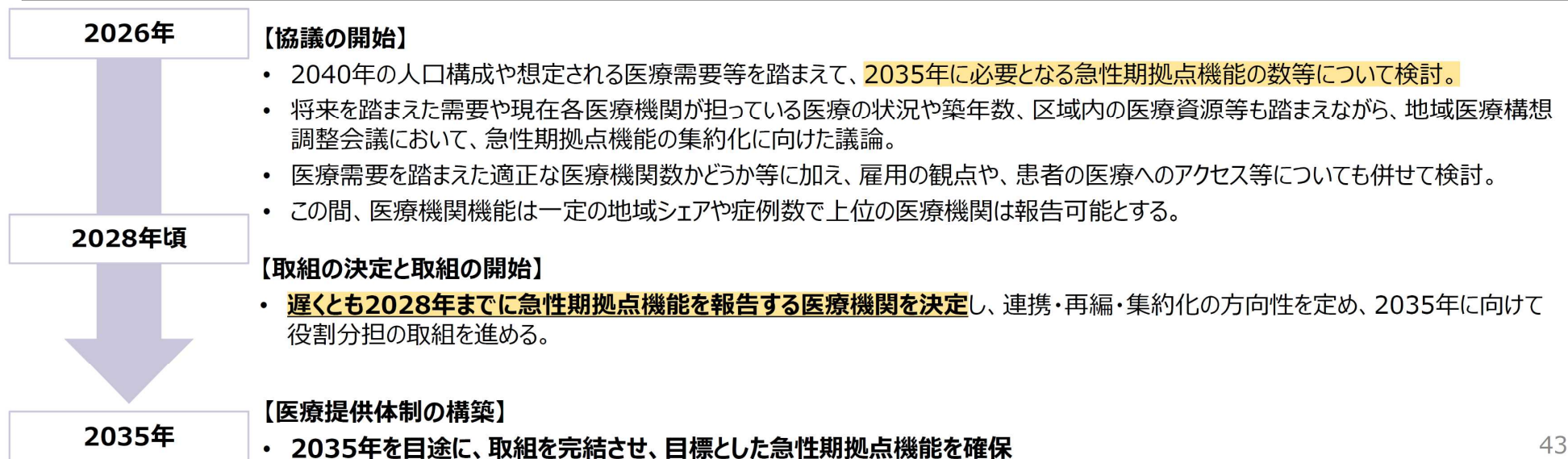
2025年以降の新たな地域医療構想に関する国の取組について

令和7年12月12日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1 - 2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取組の一定の完結は2035年を目途に進めることとしてはどうか。
- また、急性期拠点機能の数については、20 - 30万人に1医療機関を目安とするが、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に2つとすることや、人口が30万人超であっても流出が多く、症例数が少ない場合に1医療機関を目安として取り組むこととしてはどうか。

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方



2025年以降の新たな地域医療構想に関する国の取組について

令和6年12月3日新たな地域医療構想等に関する検討会資料（一部改）

病床機能について

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	• 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 • 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 • 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	• 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 • 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

2025年以降の新たな地域医療構想に関する国の取組について

令和8年1月16日 第9回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1

② 改革モデルについて（医療機関機能に係る取組等）（案）

論点

包括期機能について

- 増加が見込まれる高齢者救急のうち、一定割合の患者については医療資源投入量が高くとも、包括期機能を有する病床で対応することが必要である。これまでの必要病床数の算定においては、年齢にかかわらず医療資源投入量の多寡に応じて病床数の推計を行ってきたところ、これまでの検討会での議論において、今後の必要病床数の算定に当たっては、75歳以上の患者について、急性期と見込まれる患者のうち、一定割合を包括期として算出することと整理してきた。75歳以上の患者のうち4割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていることや、そういった治療は行わないものの引き続き急性期入院医療として実施される患者が存在することを鑑み、これまで急性期と区分してきた75歳以上の患者のうち5割を引き続き急性期の需要として見込み、残りの5割の患者を包括期の需要として見込むこととしてはどうか。
- 包括期機能を新たに位置付け、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能の確保を推進することとしている。こうした中、回復期リハビリテーション入院料を算定している整形外科疾患の患者について、入院後からの速やかなリハビリテーションの提供や、入院での集中的なリハビリテーションを要さない状態となった後に速やかに外来・在宅等でも切れ目なく必要なリハビリテーションを提供する体制を構築し、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を進めることを見込んで推計することとしてはどうか。あわせて、患者の状態に応じた適切なリハビリテーションを推進する観点から、介護老人保健施設について、リハビリテーションを提供することができること等の介護との連携や退院後のリハビリテーションの提供についても、ガイドラインに位置付けることとしてはどうか。

医療機関機能に係る取組について

- 医療機関機能の確保のための取組を推進し、医療機関の連携・再編・集約化を進めることとしており、また、昨今の医療需要の変化を踏まえ、新たな地域医療構想に向けて、病床数の適正化を支援する事業を実施することとしている。必要病床数の算出にあたり、医療需要が変化している中で、低下している現在の病床利用率をそのまま用いて必要病床数を算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがある。今後の医療機関機能の確保のための取組や病床数適正化の取組により、病床利用率が上昇する可能性があることを踏まえ、必要病床数の算出にあたり用いる病床稼働率については、現構想と同様に高度急性期75%、急性期78%、包括期90%、慢性期92%とすることとしてはどうか。

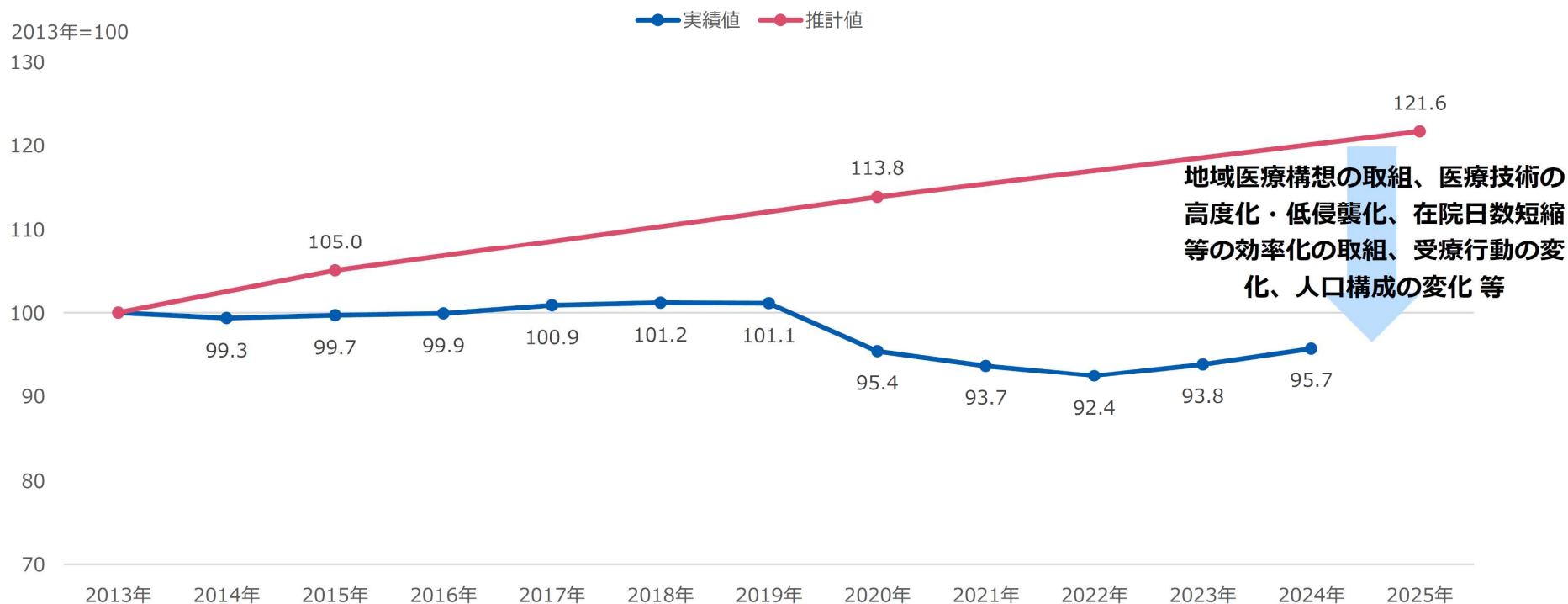
2025年以降の新たな地域医療構想に関する国の取組について

令和7年10月15日 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

入院患者数の推計と実績について

現行の地域医療構想策定当時に、**年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらないと仮定して推計した入院患者数**（改革モデル反映前の現状投影）と、これまでの実際の入院患者数（実績値）を比較すると、2025年まで増加すると推計されたが、実際には地域医療構想策定以降、地域医療構想の取組の推進等により、減少している。

入院患者数の実績値と推計値（現状投影）を2013年の実績を100とした時の指標の推移



資料出所：（実績値）厚生労働省「病院報告」

（推計値）2013年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2014年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2013年推計）を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※2013年推計において福島県は市町村別に将来推計人口が公表されていないため、全国推計は福島県推計と、福島県を除く現行の二次医療圏（324）別推計の合計値としている。

※入院患者数は一般病床及び療養病床（介護療養病床を除く）に入院する者に限る。なお、病院報告については病院の1日平均在院患者数であり、有床診療所の患者数を含まない。

県の新たな地域医療構想策定の進め方(案)

- 2040年に向けた「新たな地域医療構想」の策定にかかる検討委員会を設置し、令和8年度に検討を進める。

①(仮称)地域医療構想検討委員会の設置

【課題】

- 各圏域の地域医療構想調整会議(以下、「調整会議」という。)で検討を行う場合、会議の開催回数が膨大となり県の人員体制での対応が困難。
- 圏域毎に意見が異なることが予想され、調整及びとりまとめが困難。



【方向性】

- 関係団体等の代表者等を委員とする(仮称)地域医療構想検討委員会(以下、「検討委員会」とする。)を設置。
- 各団体等の意見については、代表者が意見を集約した上で検討委員会においてその内容を反映する。
- 検討委員会を3回程度開催し、その議論を踏まえて新たな地域医療構想の素案を作成。
- 素案について地域医療構想調整会議で議論した上で、医療審議会に諮問し、策定する。

②新たな地域医療構想策定スケジュール(案)

【国の指針】

- 改正医療法において、新たな地域医療構想の取組は令和9年(2027年)4月1日施行とされている。
- ただし、令和10年(2028年)度中までは新構想の取組を猶予する旨の経過措置が設けられている。

令和8年			令和9年	
4~6月	7~9月	10~12月	1~3月	4月~
検討委員会の開催(3回)			●調整会議	●調整会議
←→			●医療審議会	●医療審議会 →
				取組開始

※構想区域の検討状況により、令和9年度にずれ込む可能性がある。

③構想区域の再編検討

※見直しを前提とするものではない。

【課題】

- 患者の圏域を跨いだ流出入など、現状の構想区域が実態に即していない可能性がある。



【方向性】

- レセプトデータ等の分析を行い、検討委員会において再編の必要性について検討を行う。

2025年以降の新たな地域医療構想に関する国の取組について

地域医療構想調整会議の進め方について（案）

令和8年1月28日 第10回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1

改定後の医療法

第三十条の三の三

- 1 1 厚生労働大臣は、都道府県の圏域を超えた広域的な見地から情報の収集、整理及び分析（略）を行い、都道府県に対し、地域の実情に応じた地域医療構想の達成の推進に関する技術的事項について、当該収集等の結果の提供その他の必要な援助を行うものとする。
- 1 2 厚生労働大臣は、地域医療構想の作成の手法その他地域医療構想の作成上重要な技術的事項について、都道府県に対し、必要な助言をすることができる。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

（6）国・都道府県・市町村の役割

① 国

- 新たな地域医療構想については、対象範囲を医療提供体制全体に拡大すること等を踏まえると、国による役割が重要となることから、国において、都道府県による地域の実情に応じた取組を支援するため、医療法上、厚生労働大臣の責務を明確化し、データ分析・共有、研修等の支援策を講じることが適当である。
- 国において、新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインを策定し、地域の協議の参考となるよう、新たな地域医療構想として目指すべき方向性、地域の類型ごとの医療提供体制の構築に必要なモデルを示し、地域における協議のために必要なデータ等を提供することが適当である。

論点

- 地域医療構想の策定については、広く関係者で現状や課題の認識を共有することが重要である。このため、策定に向けて、**2026年度～2027年度上半期を目途に**、構想区域ごとに現状の把握、医療機関機能の確保その他の2040年に向けて中心的に取り組むべき課題や都道府県単位で取り組むべき課題を設定し、**必要に応じて区域の見直しを行うこと**としてはどうか。課題の設定にあたっては、区域ごとの議論に資するよう、検討すべき課題の例をガイドラインにおいて示すこととしてはどうか。
- 課題の設定後、取組の方向性について2028年度中までに決定し、具体的な取組については第9次医療計画の検討の過程等で検討し、2035年を目途に一定の成果の確保を行うこととしてはどうか。
- 現状の把握やその後の議論において必要となる人口推計などの基本となるデータについては、ガイドラインで整理することとしてはどうか。また、診療領域ごとの病院ごとの入院患者数のデータ等の詳細なデータについて、国からの提供や都道府県が公開データから加工できるような体制作りに向けた支援を行うこととしてはどうか。今後の地域の協議において把握が必要なデータで、病院からの報告により把握が可能なものについては、医療機関機能報告・病床機能報告において報告を求めることとしてはどうか。

4. かかりつけ医機能報告制度について

かかりつけ医機能報告制度について

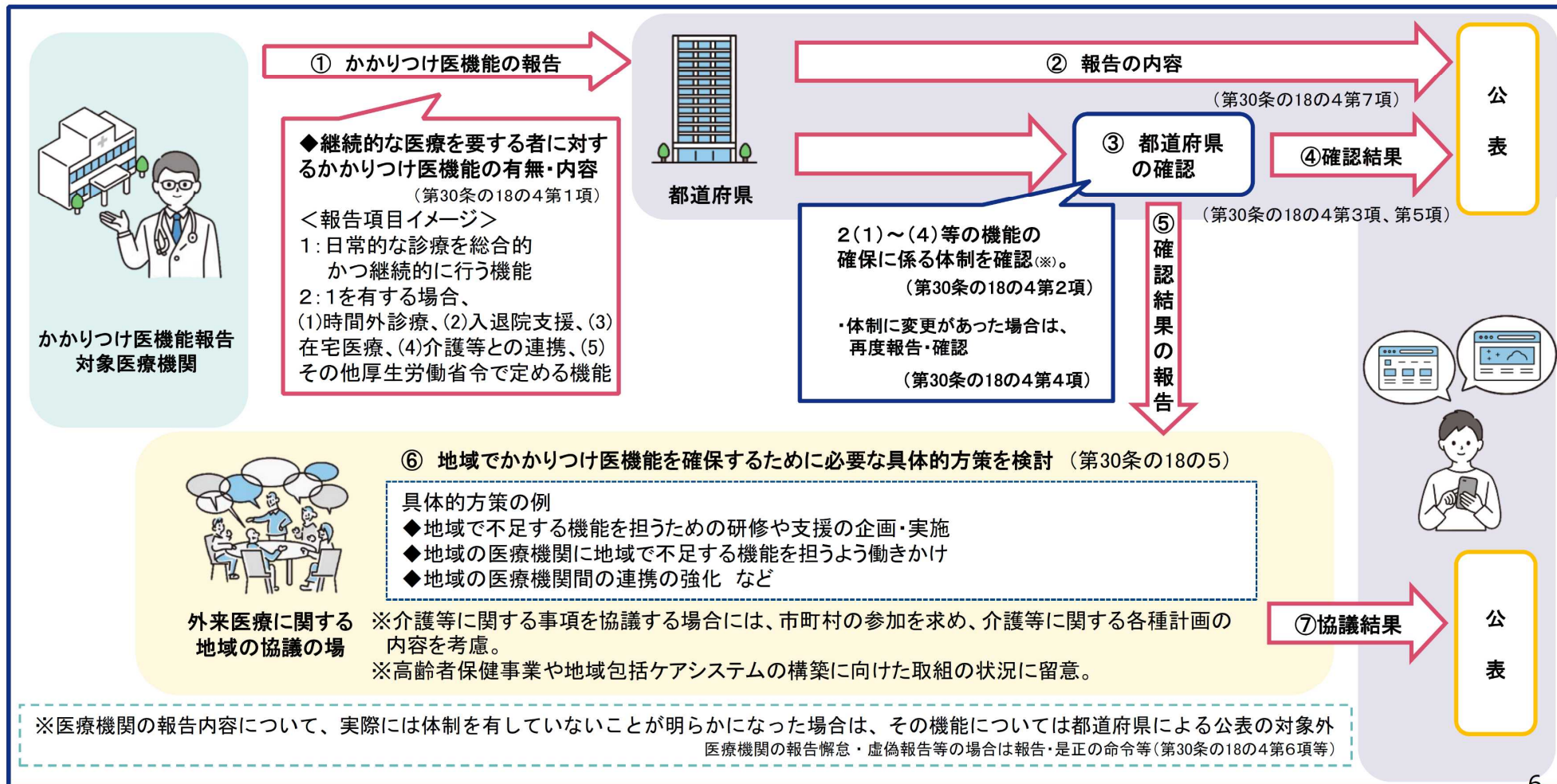
かかりつけ医機能報告の流れ

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

令和6年10月18日 かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

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。



かかりつけ医機能報告制度について

令和7年1月31日 かかりつけ医機能報告制度に係る自治体向け説明会資料(第2回)(一部改)

かかりつけ医機能報告制度の年間スケジュール

医療機関からの報告期間は1月から3月です。医療機能情報提供制度に基づく報告と同時期に行います。都道府県は医療機関の報告に基づき、かかりつけ医機能に係る体制の有無を確認の上、報告内容とともに公表、協議の場の開催を行います。

年間サイクルのイメージ

11月頃～
医療機関への定期報告依頼

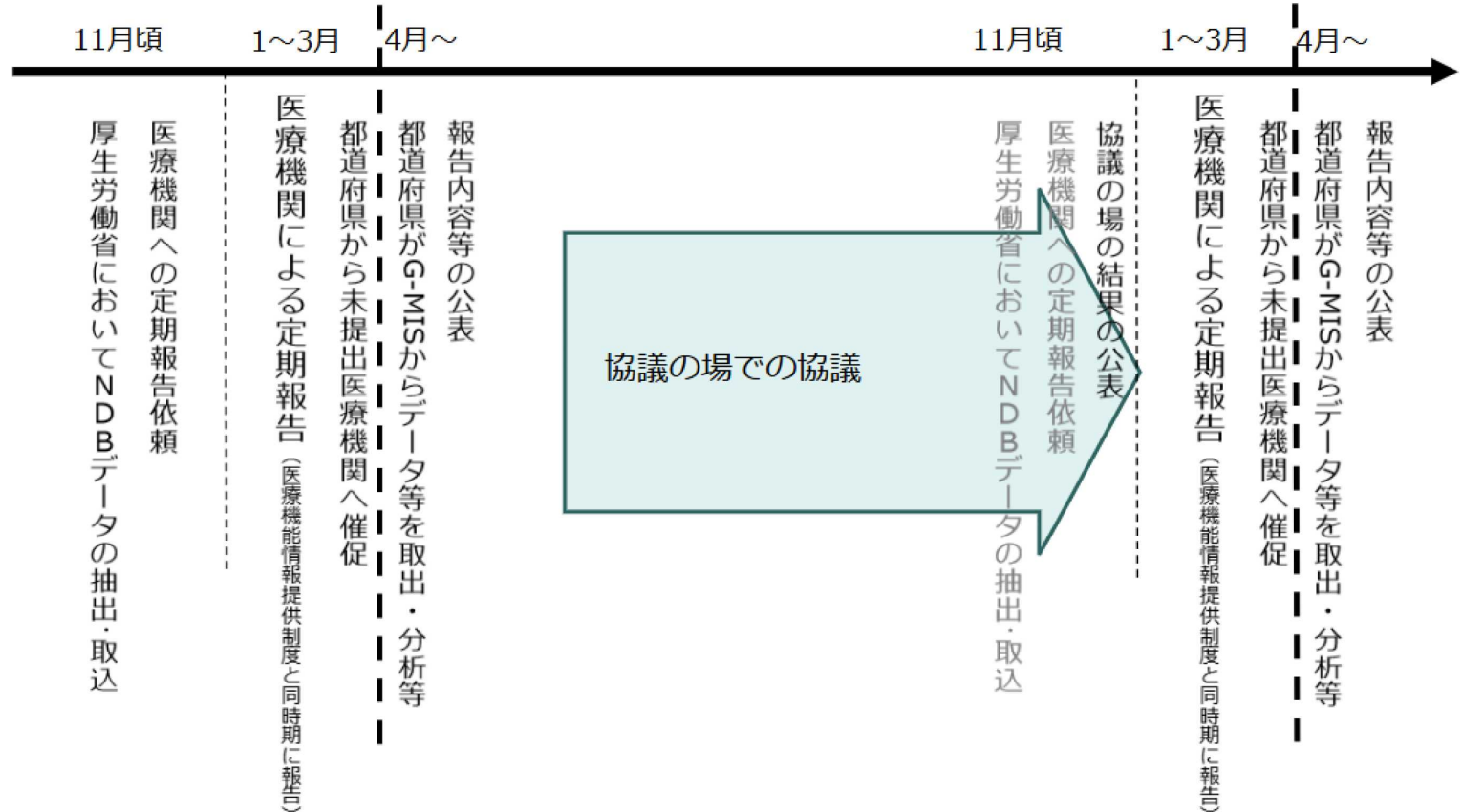
1～3月
医療機関による報告及び都道府県による体制の有無の確認

4月
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



出典：令和6年5月24日 第5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(一部改)

会議体の設置・運営（協議の場の開催に向けた体制整備）

協議の場の圏域について（ガイドラインより）

○かかりつけ医機能に関する協議の場について

かかりつけ医機能に関する「協議の場」の圏域は、実施主体である都道府県が市町村と調整して決定し、その際、協議するテーマに応じて、時間外診療、在宅医療、介護等との連携等は市町村単位等で協議を行い、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議を行い、全体を都道府県単位で統合・調整するなど、「協議の場」を重層的に設定することを考慮すること。

○協議の場の参加者について

協議の場の参加者については、協議するテーマに応じて、都道府県、保健所、市町村、医療関係者、介護関係者、保険者、住民・患者（障害者団体・関係団体を含む）等を参加者として、都道府県が市町村と調整して決定すること。

会議体の設置・運営（協議の場の開催に向けた体制整備）

かかりつけ医機能の項目と圏域参加者の整理（調整中）

○：必須参加 △：参加が望ましい ×：参加不要

項目	圏域		協議への参加者							
			医療関係者 (病院)		医療関係者 (地区医師会)	介護関係者 (施設、ケアマネ、 訪問看護を想定)	県 (保健所)	市町村	保険者	住民・ 患者代表
	二次 医療圏	市町村 (※1)	急性期	かかりつけ						
① <1号機能> 日常的な診療を総合的 かつ継続的に行う機能		○	×	△	○	×	○	○	△(※2)	△(※2)
② <2号機能(イ)> 通常の診療時間外の 診療		○	×	△	○	△	○	○	△(※2)	△(※2)
③ <2号機能(ロ)> 入退院時の支援	○		△	○	○	○	○	○	△(※2)	△(※2)
④ <2号機能(ハ)> 在宅医療の提供		○	×	△	○	○	○	○	△(※2)	△(※2)
⑤ <2号機能(ニ)> 介護サービス等と連携 した医療提供		○	×	△	○	○	○	○	△(※2)	△(※2)

※1 協議を市町村単位で行うことは非効率であるため、地区医師会単位ベースで実施することを調整中

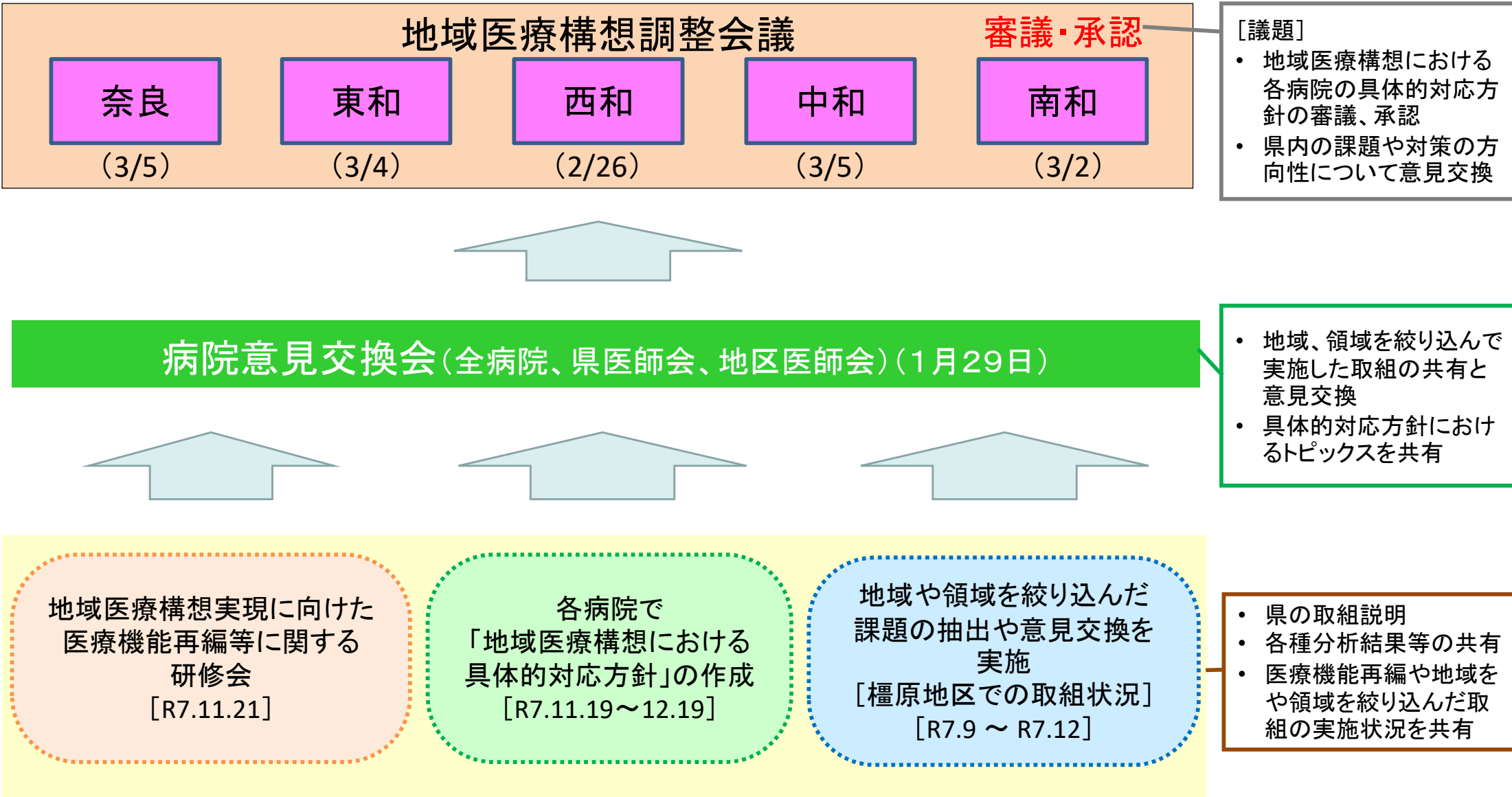
※2 国ガイドラインにおいて、保険者、住民・患者代表の参加も調整することとされているものの、参加いただく際のテーマも含めて今後検討していく

➤ 協議の実施については、二次医療圏ごと(5回実施)、奈良県北部・南部(2回実施)等の合同開催を原則とし、グループワーク形式で圏域ごとの協議を行う予定

5. 地域医療構想調整会議の結果

地域医療構想の議論の流れ(令和7年度)(再掲)

➤ 令和7年度においては、以下のとおり議論の流れを一部見直して実施。



令和7年度の地域医療構想調整会議〈開催概要〉

- 開催日時(開催方法はZoomによりオンライン会議:傍聴はYouTubeLiveで配信)
 - 奈良:令和8年3月 5日(木)17:30~19:00
 - 東和:令和8年3月 4日(水)14:00~15:30
 - 西和:令和8年2月26日(木)10:00~11:30
 - 中和:令和8年3月 5日(木)15:00~16:30
 - 南和:令和8年3月 2日(月)17:00~18:30
- 出席者
 - 〈委員〉県医師会、地区医師会、県病院協会、県看護協会、県保険者協議会等の代表
 - 奈良:12/15名 東和:13/15名 西和:12/15名 中和:10/14名 南和:10/13名
 - 〈地域医療構想アドバイザー〉
 - 今村知明先生(奈良県立医科大学公衆衛生学講座 教授)
 - 野田龍也先生(学校法人関西医科大学メディカルデータサイエンス講座 主任教授)
 - 次橋先生野田龍也先生(奈良県立医科大学公衆衛生学講座 准教授)
- 議事
 1. 報告等(県の取組、国の動向、地域包括ケアの取組、奈良県の医療提供体制の現状)
 2. 紹介受診重点医療機関について
 3. 2025年を迎えての意見交換
 4. 病院の有床診療所への転換について(奈良・東和)
 5. 東九条病院の改修及び新築計画の進捗について(奈良)
 6. 病床機能再編支援事業の活用について(東和)
 7. 災害拠点病院の指定について(東和)
 8. 病床配分後の進捗状況について(西和)

2025年を迎えての意見交換〈主な意見①〉

かかりつけ医・在宅医からの意見

- 最近では病院・救急の受け入れをスムーズに行っていただいております。
- 応需体制強化については、**病院群による面の連携構築を進めることが重要**であり、その際、AIの活用なども良いのではないかと。
- データ共有を進めるためには、**デジタル化への投資が必要**となるが、その**費用負担が非常に大きい**という課題がある。
- 医療は治療、介護は生活の継続を重視するため、**それぞれの役割を理解し、連携**することで、医療介護連携、提供の効率化が可能。
- **サ高住等で医療がどのような形で提供されているのか、どのようなところが提供しているのか注視する必要がある。**
- **生産年齢人口の減少に伴う家族介護力の低下**により、有料老人ホームなど施設に入られる方が多くなっている。
- 在宅医療を担う主治医の**高齢化や過疎地域での担い手不足**等の状況があるため、**担い手の年齢構造や労働環境を考慮した制度設計が必要**。
- 電子カルテについていけない、新たに設備投資できないという理由で閉院している**高齢の医師が増**えてきている。**高齢の医師も上手く活用しない**と、**学校健診など地域の医療が回らない**のも事実。
- 地域医療構想が、**高齢者だけではなく医療的ケア児への対応など、全年齢に対しても実効性のあるものとなるようにしていただきたい。**
- 歯科衛生士は**高齢化等により不足**しており喫緊の課題。
- 県内歯科医院の**偏在や地域格差**について**非常に憂慮**している。

訪問看護ステーションからの意見

- 在宅では医療ケアを必要とする利用者も増えており、**在宅医療の受け皿の確保や、24時間対応体制の維持、人材確保**が大きな課題。
- **訪問介護事業所の減少や人材不足の影響**もあり、これまで訪問介護が担っていた部分を、訪問看護が補完するケースが増えてきている。
- 訪問看護は医療である一方で介護保険の事業者という側面もあり、うまく**多職種で回っていくように連携を進める役割を担っていく必要がある。**
- 比較的高齢の**看護師が多く、人材がなかなか集まらない**状況であり、次の世代の人材を育成していくための環境整備が課題。
- 一対一で対応する場面も多く、精神的な負担も大きくなるため、スタッフに対する**精神的なサポート体制も必要**。
- 介護支援専門員は本来やるべき仕事以外のことに関わるため割に合わず、**担い手が少なくなっている**。
- 病院によって**地域連携室の職員の理解や対応に差**がある。
- 救急搬送までの時間がとても短くなった一方で、入院期間も短くなっており、**十分な調整ができないまま在宅に戻ってくる患者も多くなっている**。

老人福祉施設協議会からの意見

- 高齢者施設においても**介護職員の高齢化**が大きな課題。
- 人材不足を背景に、外国人を介護職員として雇用する施設も増えてきているが、**雇用の過程でトラブルが生じている**ケースもある。
- 職員の高齢化が進むとともに、介護の仕事を目指す人材が減少しており、これから**職員の育成と定着が喫緊の課題**。

2025年を迎えての意見交換〈主な意見②〉

病院からの意見

- 人材確保、特に**看護師の確保がなかなか難しい**状況。
- 看護助手が非常に難しいということ、あと**事務職もより採用が厳し**なってきた。
- **複数の疾患が併存するような高齢者の割合が増加**しており、幅広く診療できる**総合医や救急医の確保がなかなか困難**な状況。
- 病診、病病連携だけではなく、**多職種連携、医療介護連携**、さらには**病棟間の連携をいかに円滑にできるかが重要**。
- 新しい地域医療構想を確実に推進するには、**県と市町村の連携、各協議会との連携等**を行い、体制を構築していくことが非常に重要。
- **人口構造の変化や人の移動といった要素も踏まえ**ながら、地域の医療体制をどのようにしていくのかという点が大きな課題。
- **現在の二次医療圏で今後の課題に対応していくのか検討する必要がある**。
- 情報共有のICT化について、**効率的な連携体制を構築し、地域全体で患者を見守っていく仕組みを整えていくことが必要**。
- 医療資源投入量の少ない軽症患者や、社会的要因で入院されるような患者は以前に比べて減少している。
- 状態が回復した患者の行き先について、**なかなか入所先が見つからない**というのが現状。

看護協会からの意見

- 「断らない病院」「面倒見のいい病院」という取組の中で、それぞれの医療機関が役割や機能を分担しながら様々な活動を通して、看護職にも取組が定着してきているのではないかと。
- 患者の**高齢化、多疾患、認知症等**によって、看護の現場というのは**負担が確実に増えている**。
- 介護の需要が非常に増大していくため、介護と看護が拮抗しないように**役割分担をするとともに、人材や質の確保も重要**。
- 病院や在宅、介護、行政が同じ方向を向いて、**役割分担と情報共有できるような体制が必要不可欠**。
- 救急搬送について**到着後に搬送先がなかなか見つからないケース**があり、とりあえず受入れるという体制についても配慮いただきたい。
- 救急搬送された患者が認知症等で意思決定ができない場合もあり、**ACP等の充実が必要**。
- 若い人材が少なくなっているため、**今いる人材を有効に活用することが必要**。

薬剤師会からの意見

- 在宅、介護という部分にも力を入れて研修なども実施している。
- 地域の薬局にある**医薬品目をICTを使って見える化**し、医薬品を譲り合ったりという体制構築に向けて取り組んでいる。
- **地域の偏在というのも喫緊の課題**。

健康保険組合などからの意見

- **医療機能の見える化と役割分担の明確化が進むことは、加入者の適切な受療行動に繋がる重要な基盤**。
- データに基づく議論をさらに深化させるとともに、課題を共有しながら、**地域全体で持続可能性を高めしていくことが重要**。
- 限られた医療資源を有効に活用しながら、地域で完結できる**効率的な質の高い医療提供体制の構築が重要**。