

令和8年度第1回横浜地域地域医療構想調整会議

資料2

協議：第8次保健医療計画の中間見直しについて

神奈川県健康医療局保健医療部医療企画課

Kanagawa Prefectural Government

目次

- 本県では、すべての県民が健やかに安心してくらす社会の実現に向けて、総合的な保健医療施策を示した「第8次神奈川県保健医療計画（以下「第8次計画という。）」を策定している
- 第8次計画は、計画期間が令和6年度～令和11年度までの6年間となっており、令和8年度は計画期間の中間年に当たる。
- 本資料では、第8次計画の中間見直しの方向性についてご説明する。

- 1 第8次計画の概要
- 2 中間見直しの方向性について
- 3 ご意見を伺いたい事項

Kanagawa Prefectural Government

1

1. 第8次計画の概要 ～医療計画とは～

医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- **6年間**（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項（主なもの）

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

335医療圏（令和3年10月現在）

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

三次医療圏

52医療圏（令和3年10月現在）

※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏）

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の供給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量等を推計。

○ 5疾病・6事業（※）及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）。

6事業（*）…5つの事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）、新興感染症等）。

（*）令和6年度からは、「新興感染症等の感染症等における医療」を追加。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の抽出、具体的な施策等の見直しを行う（PDCAサイクルの推進）

第8次計画から「新興感染症」が追加

○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定（3年ごとに計画を見直し）
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

1. 第8次計画の概要 ～基本的事項～

- 県では、すべての県民が健やかに安心してくらす社会の実現に向けて、次のとおり、総合的な保健医療施策を示した第8次計画を策定

項目	内容
策定の趣旨	医療を取り巻く環境が大きく変化する中、本県の実情に即した効率的で質の高い保健医療提供体制を整備するため、第8次計画を策定
計画の性格	医療法第30条の4第1項の規定により策定する法定計画であり、県の保健医療システムの目指すべき目標と基本的方向を明らかにするもの
計画期間	令和6年度から令和11年度までの6年間
対象区域	県内全市町村

2. 中間見直しの方向性について

- 都道府県は、「在宅医療その他必要な事項については、3年ごとに調査、分析、評価を行い、必要がある場合は変更すること」とされている（医療法第30条の6）
- 令和8年度は、第8次計画の計画期間の中間年であることから、中間見直しを検討する必要がある。

2. 中間見直しの方向性について

【見直しの方向性① 基本的な考え方】

- 新たな地域医療構想は、医療計画の上位概念として整理される。
- 県では、令和8年度から新たな地域医療構想の策定作業を開始するが、国では新たな地域医療構想の策定に2～3年程度の期間を要すると想定している。
- このため、第8次計画の中間見直しでは、新たな地域医療構想も踏まえた様々な項目を反映することは難しいため、次の事項を中心に見直しの検討を行うこととしたい。

（想定される主な見直し検討事項の例）

- 一般・療養病床の基準病床数の見直し要否について地域で検討
- 在宅医療に関する事項
…現行計画の目標値が令和8年度末までとしているため、新たな目標値を検討
- 医師確保計画に関する事項
…国が新たに示す医師確保計画策定ガイドラインに合わせて必要な事項を見直し
- その他見直しが必要と考えられる事項
…5疾病・6事業の所管課への照会を踏まえ、今回の中間見直しで見直しが必要な事項がある場合は反映
- 「かながわ高齢者保健福祉計画」の改定に伴い、見直しが必要となる事項がある場合は反映
…在宅医療と介護施設等の整備目標の整合性を検討

【参考】病床数適正化緊急支援事業について

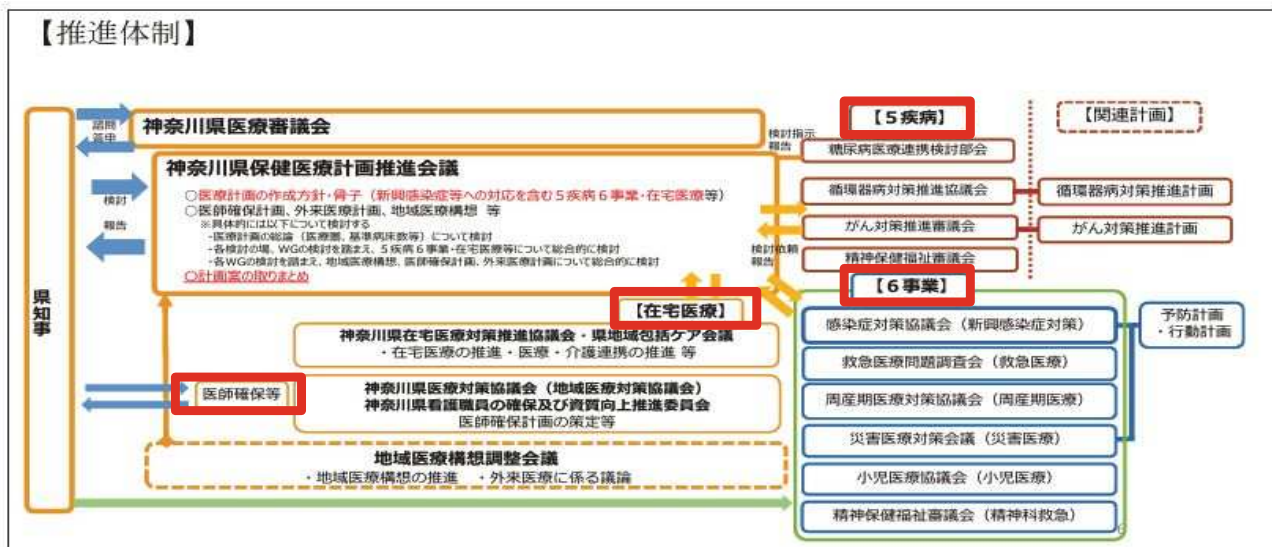
- 令和7年度に実施された標記事業について、令和8年度の実施についても厚生労働省から都道府県あてに4月8日付で通知がされた。
→別紙【参考資料 病床数適正化緊急支援事業について】を参照
- 本事業により病床数を削減したときは、厚生労働省通知に基づき、病床を削減した医療機関が所在する二次医療圏における基準病床数等を削減することとされている。（病床数適正化緊急支援事業実施要綱（5-5）参照）
- 今後、厚生労働省通知に基づき審査手続きの中で、**一定の要件に該当する申請**、例えば病床数をあわせて100床以上削減をする場合等について地域医療構想調整会議等において議論を行うことが想定される。（病床数適正化緊急支援事業実施要綱（5-2）参照）
- 現時点では、本事業についての詳細な手続き等は県から厚生労働省に確認中であるが、今後、地域医療構想調整会議で議論する必要がある場合には、改めて事務局から説明を行う。

6

2. 中間見直しの方向性について

【見直しの方向性② 議論の進め方】

- 関係会議体と連携し、県保健医療計画推進会議において取りまとめを行う。
- 見直しの方向性①で掲げた事項については、関係会議体がある場合、見直しの要否を含め、関係会議体で議論を進めていく。



(出典) 第8次計画第4部第1章第3節「計画の推進体制」より

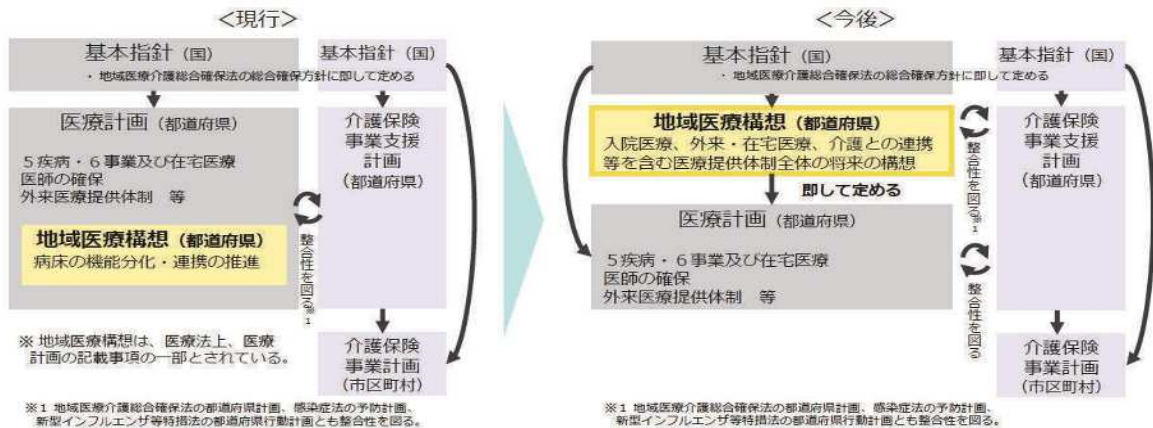
7

【参考】新たな地域医療構想と医療計画の関係

新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理（案）

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より

- 新たな地域医療構想について、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等も含めた医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を行っており、地域医療構想と医療計画の関係の整理を行うこととしてはどうか。
- ・ 新たな地域医療構想について、医療計画の記載事項の一つではなく、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性を定めるとともに、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、病床の機能分化・連携等を定めるものとする。新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る。
- ・ 医療計画について、地域医療構想の6年間（一部3年間）の実行計画として、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業及び在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定めるものとする。



30

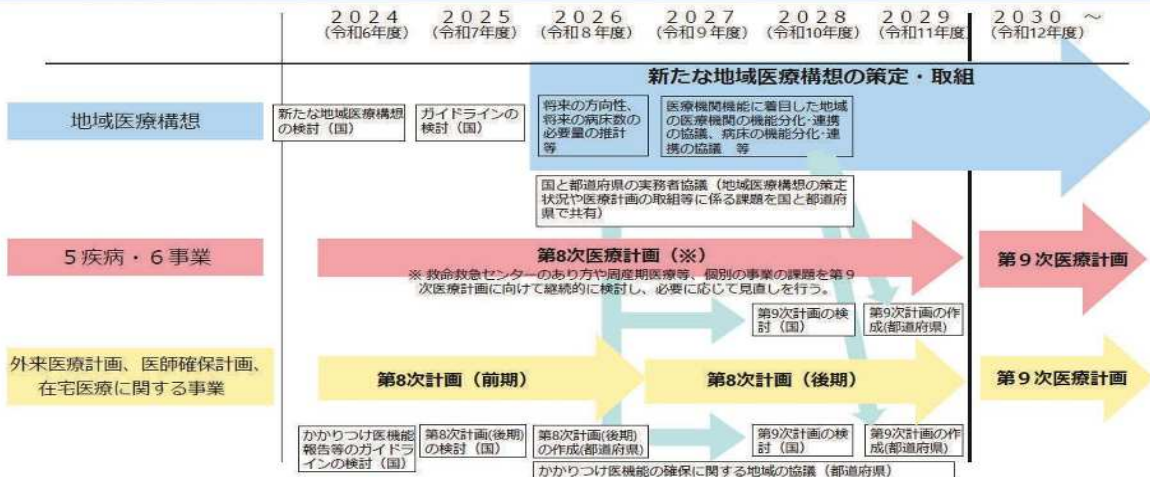
8

【参考】新たな地域医療構想と医療計画の関係

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

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）

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。

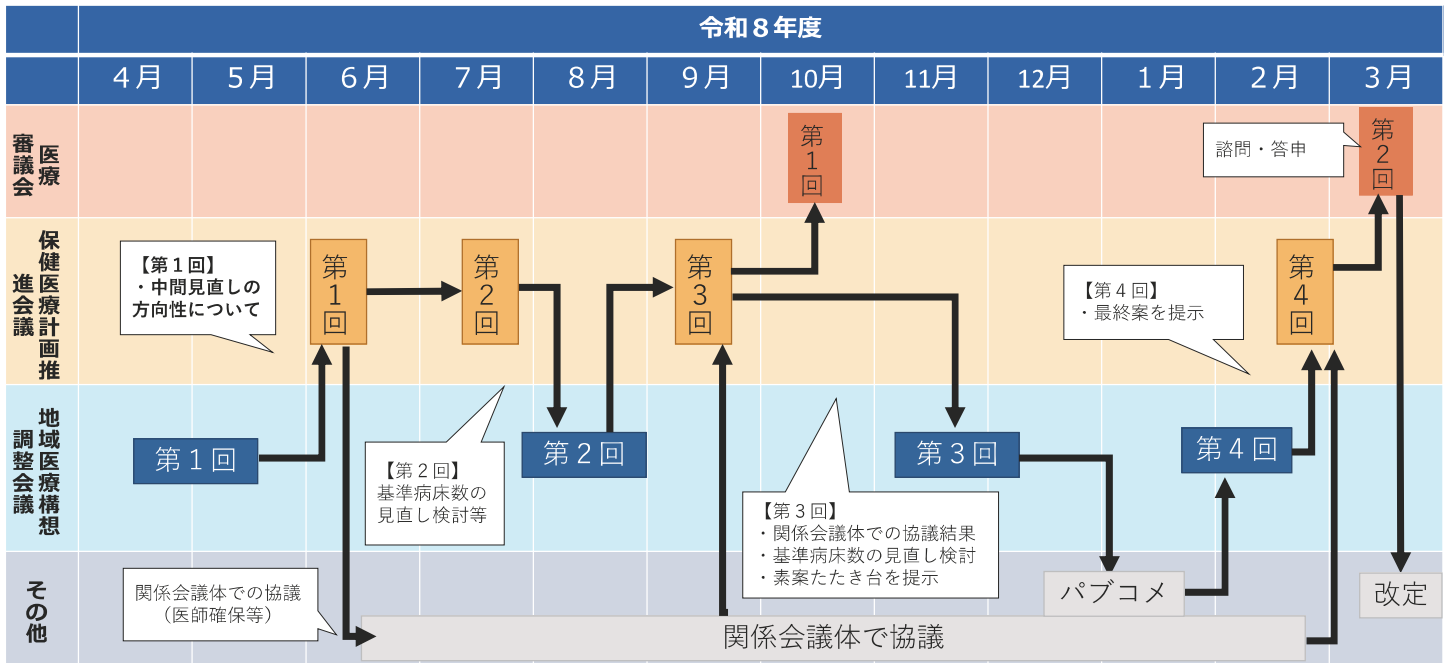


Kana

5

9

2. 中間見直しの方向性について（スケジュールイメージ）



Kanagawa Prefectural Government

10

3. ご意見を伺いたい事項

- 第8次計画の中間見直しの方向性（スライド5、7）について、ご意見を伺いたい。

【参考】

神奈川県保健医療計画の全文は以下のホームページにて掲載しています。

https://www.pref.kanagawa.jp/docs/f6z/cnt/f742/8ji_keikaku.html

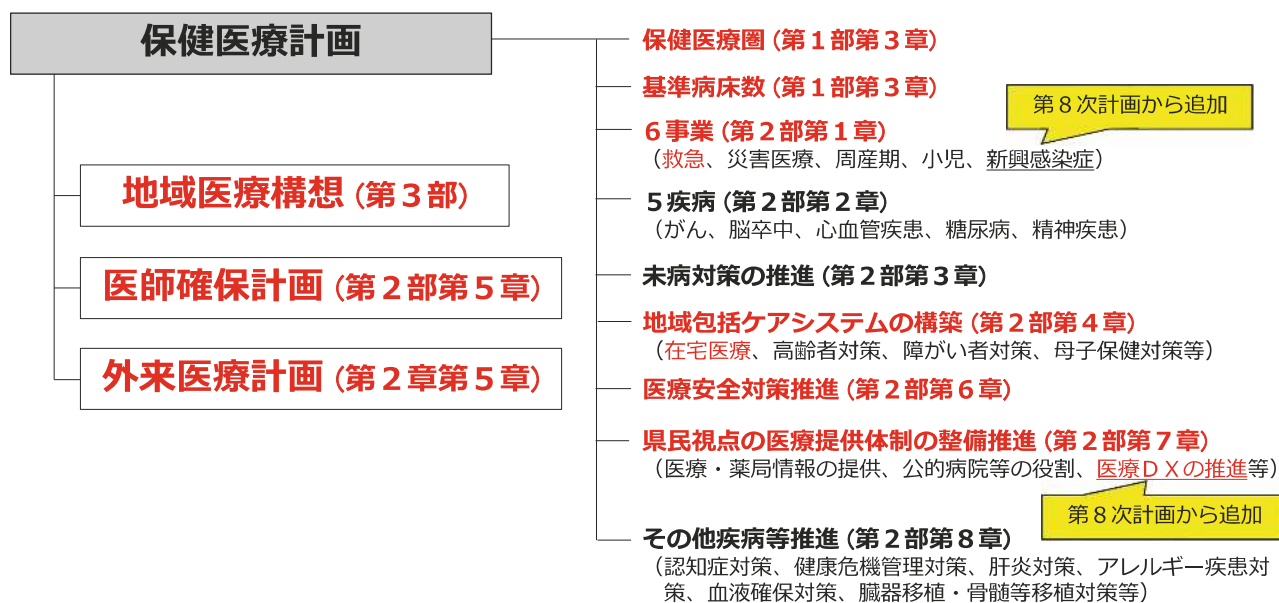


Kanagawa Prefectural Government

11

説明は以上です。
 ※次ページ以降は、参考資料です。

(参考) 第8次計画の全体構成



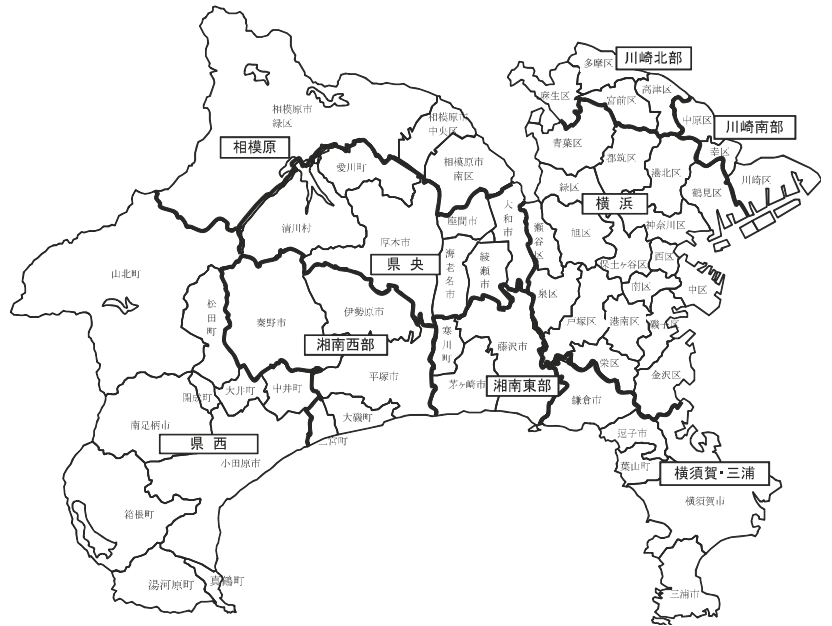
【参考】 本県における圏域の設定状況（二次保健医療圏、構想区域、高齢者保健福祉圏域）

【構想区域／二次保健医療圏】

・右図のとおり、**9つの圏域**を設定

【高齢者保健福祉圏域】

・川崎を**1圏域**として**8つの圏域**を設定



（参考） 基準病床数①

- 基準病床数は、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保することを目的とするもので、病床を整備するための上限であるとともに、基準病床数を超える病床の増加を抑制する基準です。
- 県保健医療計画では、医療法第30条の4第2項に基づき、国の定める算定方法により、療養病床及び一般病床は二次保健医療圏ごとに、精神病床、感染症病床、結核病床はそれぞれ県全域を範囲として基準病床数を定めます。

<療養病床及び一般病床（令和7年4月1日時点）>

二次保健医療圏	基準病床数	既存病床数	差引	整備目標病床数	差引	介護医療院への転換分	差引
	A	B	B'(B-A)	C	C'(B-C)	D	B'+D/C'+D
横浜	25,209	23,217	△1,992	24,510	△1,293	183	△1,110
川崎北部	4,279	4,130	△149	設定なし		0	△149
川崎南部	3,658	4,590	932			0	932
相模原	6,389	5,910	△479			388	△91
横須賀・三浦	5,238	5,020	△218			0	△218
湘南東部	4,726	4,435	△291	4,550	△115	116	1
湘南西部	4,360	4,495	135	設定なし		52	187
県央	5,229	5,324	95			44	139
県西	2,678	2,914	236			228	464
合計	61,766	60,035	△1,731			1,011	

※ 病床整備は、基準病床数を上限として、毎年度の地域医療構想調整会議において病床配分数やその他の要件等について協議を行い、決定します。

※ なお、横浜地域及び湘南東部地域については、基準病床数の範囲内で整備の目標数を設定し、計画的な病床整備に取り組むこととしています。

(参考) 基準病床数②

<精神病床>

区域	基準病床数 A	【参考】既存病床数B (R5.4.1)	【参考】過不足病床数 B-A
県全域	12,080	13,369	1,289

<感染症病床>

区域	基準病床数 A	【参考】既存病床数B (R5.4.1)	【参考】過不足病床数 B-A
県全域	62	74	12

<結核病床>

区域	基準病床数 A	【参考】既存病床数B (R5.4.1)	【参考】過不足病床数 B-A
県全域	124	146	22

医政発 0408 第 4 号
令和 8 年 4 月 8 日

各 都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長
(公 印 省 略)

令和 8 年度（令和 7 年度からの繰越分） 病床数適正化緊急支援事業の実施について

標記の事業については、別紙「病床数適正化緊急支援事業実施要綱」（以下「実施要綱」という。）により行うこととしたので通知する。

なお、貴管下関係者に対しては、貴職からこの旨通知されたい。

別紙

病床数適正化緊急支援事業実施要綱

(1) 事業の目的

本事業は、効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関に対し、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に際して生じる負担について支援を行う。

(2) 事業の実施主体

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第7条の2において「都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができる。」とされていることを踏まえ、本事業全体としては都道府県を実施主体とし、基金管理団体は造成された基金の管理運営を行うものとする。

(3) 事業の内容

以下の医療機関に対し、給付金を支給する。

- ①令和7年12月16日から令和9年3月31日までの間に、病床数（一般病床、療養病床及び精神病床の病床数をいい、医療法第30条の4第10項から12項までの規定及び国家戦略特別区域法（平成25年法律第107号）に基づき許可を受けた病床（以下、「特例病床等」とする。）を含む。以下同じ。）の削減を行う医療機関
- ②「病床数適正化支援事業に係る事業計画（活用意向調査）の提出について」（令和7年2月21日付厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）により、事業計画書の提出をもって削減の意向を示しつつ、令和6年12月17日から令和7年9月30日までに病床の削減を行い、都道府県に対して病床数の変更に関する届出を行った医療機関
- ③「地域医療構想の取組の推進に向けた調査について」（令和7年8月14日付厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）において、病床を削減予定と報告を行い、現に病床を削減した医療機関

(4) 事業の支給額

次により算定したものを、基金の範囲内で支給する。

- 1 削減した病床1床につき4,104千円とする。ただし、削減する病床

が休床の場合は1床につき2,052千円とする。なお、本事業における「休床」とは、本事業申請時（すでに削減済みの病床については、病床削減時）に休棟中の病棟の病床をいう。ただし、災害等のやむを得ない事情により休床となっている病床については、その事情について都道府県が認める場合は、休床ではない病床とみなすことができる。

- 2 支給対象の病床が地域医療介護総合確保基金における病床機能再編支援事業（単独支援給付金支給事業）による給付金の支給を受けていた場合は、差額のみを支給する。
- 3 「令和7年度（令和6年度からの繰越）医療施設等経営強化緊急支援事業」における「2. 病床数適正化支援事業」の支援対象となった病床については、支給しない。

また、算定にあたっては、以下を除くこと。

- ① 産科部門の病床（MFICU等を含む）及び小児科部門の病床（NICU・GCU等を含む）を削減した場合、その削減した病床数（産科施設において現に分娩に用いておらず、今後も用いる予定のない病床等、分娩取扱や小児医療の提供に支障を来さない病床を除く。）
- ② 同一開設者の医療機関へ病床を融通した場合、その融通した病床数
- ③ 事業譲渡等により病床を削減した場合、その削減した病床数
- ④ 病床種別を変更した場合、その変更した病床数
- ⑤ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第36条の3の規定に基づき医療措置協定を締結した医療機関における協定を締結した病床又は協定を締結した病床数が確保できない程度の病床数。ただし、同法第10条に基づく予防計画において確保することとしている協定を締結した病床数が確保できている場合においては、余剰分について削減することを可能とする。
- ⑥ 特例病床等を有する医療機関で、休床等により、許可内容の用途で活用していない病床があり、該当の特例病床等の削減を行わない場合、全ての削減した病床数
- ⑦ その他、以下の病床を削減した場合、その削減した病床数
ア 国の開設する病院若しくは診療所であって、宮内庁、法務省若しくは防衛省が所管するもの、独立行政法人労働者健康安全機構の開設する病院若しくは診療所であって、労働者災害補償保険の保険関係の成立している事業に使用される労働者で業務上の災害を被ったもののみ
の診療を行うもの、特定の事務所若しくは事業所の従業員及びその家族の診療のみを行う病院若しくは診療所、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設若しくは障

害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第5条第6項に規定する療養介護を行う施設である病院又は独立行政法人自動車事故対策機構法（平成14年法律第183号）第13条第3号に規定する施設である病院若しくは診療所の病床（職員及びその家族、隊員及びその家族、業務上の災害を被った労働者、従業員及びその家族又は入院患者が利用する病床に限る。）

イ 放射線治療病室の病床

ウ 国立及び国立以外のハンセン病療養所である病院の病床

エ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第16条第1項の規定により厚生労働大臣の指定を受けた指定入院医療機関であって、同法第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定を受けた者の入院による医療に係る病床

- ・ 上記のほか、別に厚生労働省から指示があった場合は、その指示を踏まえて支給する。

（5）留意事項

（5-1）給付金の支給について

- ・ 都道府県は、厚生労働省が示す申請に必要な書類のほか、「都道府県が実施する事業」としての確認に必要と認められる書類について提出を求めることができる。
- ・ 給付金の支給を受けようとする事業実施医療機関は、都道府県に対して、厚生労働省が示す申請に必要な書類のほか、当該医療機関が所在する都道府県が必要と認める書類を添えて都道府県へ申請を行う。
- ・ 都道府県は申請された書類の審査を行い、「都道府県が実施する事業」として適当と認める申請について、定められた期間までに厚生労働省が指定する所に提出することとする。
- ・ 基金管理団体は、厚生労働省から提出を受けた申請に対し、医療機関に給付金を支給することとする。
- ・ 都道府県は、上記（4）⑥により病床を削減する場合においては、要件に合致しているかや削減に関する可否等について精査を行うこと。
- ・ 以下に該当する場合は支給対象外とする。

- ① 都道府県への申請日時点において、入院医療の受け入れを行ってない場合、もしくは、削減により入院医療の受け入れを停止する（無床診療所への変更を含む。）場合
- ② 令和9年3月31日時点において廃院する予定の場合

③ 令和9年3月31日時点において事業譲渡等を行う予定の場合

なお、①及び②に該当する場合においても、(5-2)の手続きを経た上で、当該地域における医療提供体制に支障がないと認めたものは支給対象として差し支えない。

(5-2) 以下に該当する場合においては、医療法第30条の14第1項に規定する協議の場等において議論を行った上で削減を行うこと

ア 「(5-2)の手続きを経た上で」とされている事項

イ 現に患者が入院している病床を削減する場合

ウ 病床数をあわせて100床以上削減をする場合

エ その他、都道府県において議論が必要と認める場合

なお、上記の場合においては、代替する在宅・外来医療等の対応や、他医療機関における患者の受け入れに係る調整等を踏まえて検討を行うこと。

(5-3) 実績報告等

- ・ 病床の削減状況については、医療機関は医療法第7条第2項に定める許可申請又は医療法施行令第4条に定める届出により都道府県に実績報告を行い、都道府県及び厚生労働省において、令和9年度に実施する「病床機能報告」における医療機関からの報告や、医療法25条に基づく検査時の施設表等により確認することとする。

(5-4) 給付金の返還について

都道府県は、給付金の支給を受けた開設者又は開設者であった者が以下に定める事項に該当する場合、基金管理団体が支給を行った給付金全額の返還を求める。

ア (5-3)による確認により、申請通りに病床の削減が行われていないことが確認された場合。

イ 給付金の支給を受けた日から令和19年3月31日までに病床を増加させた場合。ただし、医療法第30条の4第10項から第12項までの規定により都道府県知事において病床の増加が必要と認めた場合はその限りではない。

ウ 令和9年3月31日時点において(5-2)の手続きを行わずに廃院した場合、または事業譲渡等をしている場合

エ 申請内容を偽り、その他不正の手段により給付金の支給を受けたと認められる場合。

(5-5) その他

- 削減する病床と医療法上の病床種別を同じとする休床の病床がある場合、休床から申請を行うこと。休床を残したまま、休床ではない病床の削減は認めない。
- 特例病床等を削減する場合、都道府県においては、申請理由とされていた事象及び申請理由に対する現在の状況を確認の上、病床の削減について判断を行うこと。
- 本事業により病床数を削減したときは、別に示す方法により、病床を削減した医療機関が所在する二次医療圏における基準病床数等を削減することとする。

令和8年4月8日
医政発0408第14号
障 発 0408 第 6 号

各

都道府県知事
保健所設置市長
特別区長

 殿

厚生労働省医政局長
(公 印 省 略)
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長
(公 印 省 略)

病床数の適正化に対する支援事業に関する地域における医療及び介護の
総合的な確保に関する法律第7条の2第2項に係る運用について（通知）

「医療法等の一部を改正する法律」（令和7年法律第87号。以下「改正法」という。）が令和7年12月12日に公布及び一部施行され、病床数の適正化に対する支援事業については、令和8年4月8日医政発0408第4号厚生労働省医政局長通知の別紙「病床数適正化緊急支援事業実施要綱」が本日示されたところである。

病床数の適正化に対する支援事業については、衆議院修正における改正法第4条（地域における医療及び介護の総合的な確保に関する法律（平成元年法律第64号。以下「総確法」という。））に係る改正事項の追加により、病床数の適正化に対する支援事業を行うこととされた。その趣旨は、「医療法に関する三党合意書」（令和7年6月6日自由民主党、公明党、日本維新の会合意）において「2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る」とされ、これを踏まえ、当該事業により削減された病床については、不可逆的措置として医療計画で定める基準病床数を削減することとされたものである。

今般、下記のとおり、病床数の適正化に対する支援事業に関する地域における医療及び介護の総合的な確保に関する法律第7条の2第2項に係る運用についてお示しするので、内容を御了知の上、管内の関係機関等に対し、その周知を図るとともに、その運用に遺漏なきを期されたい。

記

1 基準病床数の引下げに関する基本的な考え方

衆議院修正により追加された、病床数の適正化に対する支援事業に係る不可逆的措置について、具体的には、基準病床数は、地域の医療需要を、病床の稼働状況（病床利用率）を用いて病床数に換算するものであるところ、本事業の病床削減による病床利用率の変化を加味する観点から、二次医療圏（精神病床の場合は都道府県。以下同じ。）ごとに、病床削減率（削減病床数/既存病床数）を用いて基準病床数を削減することとする。

削減方法の詳細については、以下のとおりである。

病床削減率による削減方法

例) 既存病床数100床（80床稼働）から10床削減し既存病床数が90床となった場合

※基準病床数は、 $\frac{\text{入院患者数}}{\text{病床利用率}}$ とする。

$$\begin{aligned}\text{基準病床数} &= \frac{\text{入院患者数}}{80/100} \\ \frac{\text{入院患者数}}{80/100} &= \left(\frac{\text{入院患者数}}{80/100} \times \frac{10}{100} \right) \\ &= \frac{\text{入院患者数}}{80/100} \times \left(1 - \frac{10}{100} \right) \\ &= \text{入院患者数} \times \frac{100}{80} \times \frac{90}{100}\end{aligned}$$

以下のとおり、病床削減による病床利用率の変化を加味し、基準病床数を算定するものとする。

$$\text{病床削減後の基準病床数} = \frac{\text{入院患者数}}{80/90}$$

上記、病床削減率（削減病床数/既存病床数）を用いて基準病床数を削減する場合において、小数点以下の端数が生じる際は端数処理（四捨五入）を行うものとする。

なお、上記以外の例外については以下の場合とする。

① 上記削減方法による削減数が本事業による病床削減数を下回る場合

二次医療圏によっては、病床削減率を用いて削減すると、本事業による病床削減数を下回る場合がある（例えば基準病床数が80床、既存病床数が100床であって、本事業により10床を削減した場合、病床削減率が10%（削減10床/既存100床）となり、基準病床数の削減が8床（基準80床の10%）となる）ことから、こうした場合には、削減病床数と同数（10床）分を基準病床数から削減することとする。

② 都道府県において柔軟な運用を可能とする場合

二次医療圏によっては、基準病床数（例：100床）を既存病床（例：300床）が大幅に上回る場合において、基準病床数以上（例：150床）の病床削減が行われる可能性がある（基準病床数が

マイナスや0に近くなる)が、その場合には、地域の医療提供体制に支障をきたさないよう、基準病床数が削減後の既存病床数を超えない範囲で、都道府県において柔軟な運用を可能とする。

2 対象病床

一般病床、療養病床及び精神病床

以下の場合については、医療法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備等に関する省令による改正後の地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律施行規則（令和元年厚生省令第34号）第7条の2のとおり、基準病床数を削減するものから除く。

- (1) 医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第10項から第12項までの規定に基づき行った許可に係る病床の数（医療法施行令（昭和23年政令第326号）第5条の3第2項若しくは第5条の4第2項の規定に基づき厚生労働大臣の同意を得た数又は同令第5条の4の2第2項に基づき都道府県知事が必要と認めた数を超えるときは当該厚生労働大臣の同意を得た数又は当該都道府県知事が必要と認めた数に限る。）
- (2) 以下に掲げる病床の数
 - イ 医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第30条の33第1項第1号に規定する病院又は診療所の病床の数（当該病床の種別ごとに改正法による改正後の総確法第7条の2第1項に規定する事業に基づき削減した病床数に1から同号の式により算定した数を控除した数（当該数が、0.95以上であるときは1）を乗じて得た数に限る。）
 - ロ 放射線治療病室の病床の数
 - ハ 国立及び国立以外のハンセン病療養所である病院の病床の数
 - ニ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第16条第1項の規定により厚生労働大臣の指定を受けた指定入院医療機関である病院の病床の数（同法第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定を受けた者に対する同法による入院による医療に係るものに限る。）
- (3) 国家戦略特別区域法（平成25年法律第107号）第14条第一項の規定に基づき行った許可に係る病床の数（同条第2項に規定する病床の数を超えるときは当該数に限る。）
- (4) 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（平成18年法律第84号）附則第3条第1項及び第2項各号に規定する病床の数

なお、改正法による改正後の医療法第7条の2第4項において、「都道府県知事は、当該地域における既存の病床数及び当該申請に係る病床数を算定するに当たっては、第30条の4第8項の厚生労働省令で定める基準に従い都道府県の条例の定めるところにより、病院又は診療所の機能及び性格を考慮して、必要な補正を行わなければならない」と規定されていることから、(2)における端数処理については当該規定に基づき各都道府県ごとに条例の定めるところにより取り扱うこと。

3 基準病床数引下げの実施時期

事業実施による基準病床数の引下げについては、申請や支払時期と病床削減実施時期が異

なることから、少なくとも来年度の事業終了後、令和9年度上半期までの間で各都道府県において基準病床数の引下げを行う。

その上で、事業実施中における圏域内での増床については、本事業の趣旨や不可逆的措置の趣旨を踏まえつつ、増床の理由が真に地域の医療提供体制に必要であるかを含め都道府県において適切に判断すること。

4 令和6年度補正予算における「病床適正化支援事業」により削減した病床の取扱い

令和6年度補正予算により削減した病床については、本規定の趣旨を踏まえ、都道府県において、例えば、令和7年度補正予算と同様に基準病床数を削減する等の適切な対応を行うこととする。

5 時限的措置に関する事項

病床数の適正化に対する支援事業については、これを時限的な措置とするため、令和9年4月1日に廃止する。

なお、事業実施詳細については、「病床数適正化緊急支援事業実施要綱」を参照されたい。

以上

令和8年度第1回横浜地域地域医療構想調整会議 資料3

報告：新たな地域医療構想の推進に向けた体制整備について —入院医療と外来・在宅医療、介護連携の一体的な検討に向けて—

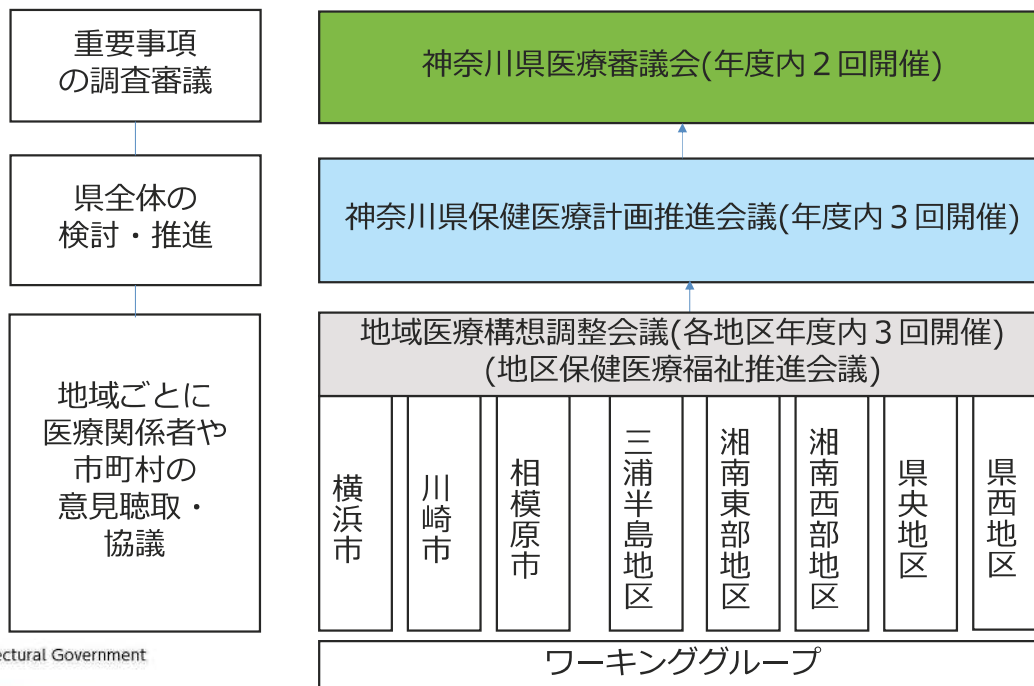
Kanagawa Prefectural Government

はじめに

- 新たな地域医療構想では、協議の対象範囲が「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」となることから、効率的かつ効果的な地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という）の運営等を図る必要がある。
- 本資料では、入院医療と外来・在宅医療、介護連携の一体的な検討に向け、その協議方法等推進体制について、令和7年度第3回地域医療構想調整会議、令和7年度第3回保健医療計画推進会議でいただいたご意見等を踏まえ、今後の方向性を整理したので、報告する。

Kanagawa Prefectural Government

現行の地域医療構想「推進体制」



2

新たな地域医療構想 とりまとめ(案)において示されている考え方①

(厚生労働省 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会の意見とりまとめ)

地域医療構想調整会議について

(R8.3.3 第12回地域医療構想及び医療計画に関する検討会 資料1-2 から引用)

- 新たな地域医療構想については、入院医療だけでなく様々な議論が必要となることを踏まえ、**複数の議題を同時に協議することや、既存の協議の場を活用するなど、効率的かつ効果的に協議を進めることができるよう、都道府県の体制等に応じて柔軟な会議運営ができるようにすることが必要**である。
- 都道府県単位と、構想区域単位の地域医療構想調整会議を設定することが考えられる。また、介護との連携や在宅医療等について、サービス提供者が具体的な連携等を検討する場合は、構想区域よりも狭い単位で検討することが適切な場合が想定される。他方、都道府県が開催する地域医療構想調整会議として、市町村ごとなどの小さい単位で設定することが困難な場合も想定される。
- このため、**将来にわたる慢性期の医療ニーズや人材確保等の見通しに関する現状把握・課題の整理等は、構想区域単位や都道府県単位で行うこと**、また、**サービス提供者間の連携等により実務的な連携を検討する場として市町村単位ではなく、郡市区医師会単位や構想区域より狭い在宅医療の圏域等の単位で検討することや、議題等に応じた会議体を設置すること、特に課題がある地域について会議体を設置すること等、都道府県の体制等に応じて設定することが必要**である。その際、**市町村が主体となる会議体等を活用して連携する場合でも、都道府県は地域医療構想の策定主体として、主体的に関与することが求められる**。

3

新たな地域医療構想 とりまとめ（案）において示されている考え方②

（厚生労働省 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会の意見とりまとめ）

在宅医療・外来医療等の協議について

（R8.3.3 第12回地域医療構想及び医療計画に関する検討会 資料1-2 から引用）

- また、在宅医療や外来医療等について、地域医療構想調整会議は都道府県が主体となって開催するものであり、会議の開催や開催に当たっての関係者との調整などの事務的な負担がある中、さらに、現場レベルの連携までを含め、全てを都道府県が把握し、介入することは不可能である。
- これまでも在宅医療・介護連携推進事業等においては市町村等が主体となって、地域の医療・介護の関係団体等が集い、情報共有や協議を行う場等を地域の実情に応じて開催してきており、こうした会議体と地域医療構想調整会議が連携し、それらの取組状況を把握しながら、県内でも圏域ごとの取組状況を踏まえ、メリハリをつけて必要な介入を行い、協議をするなどの工夫をすることが必要である

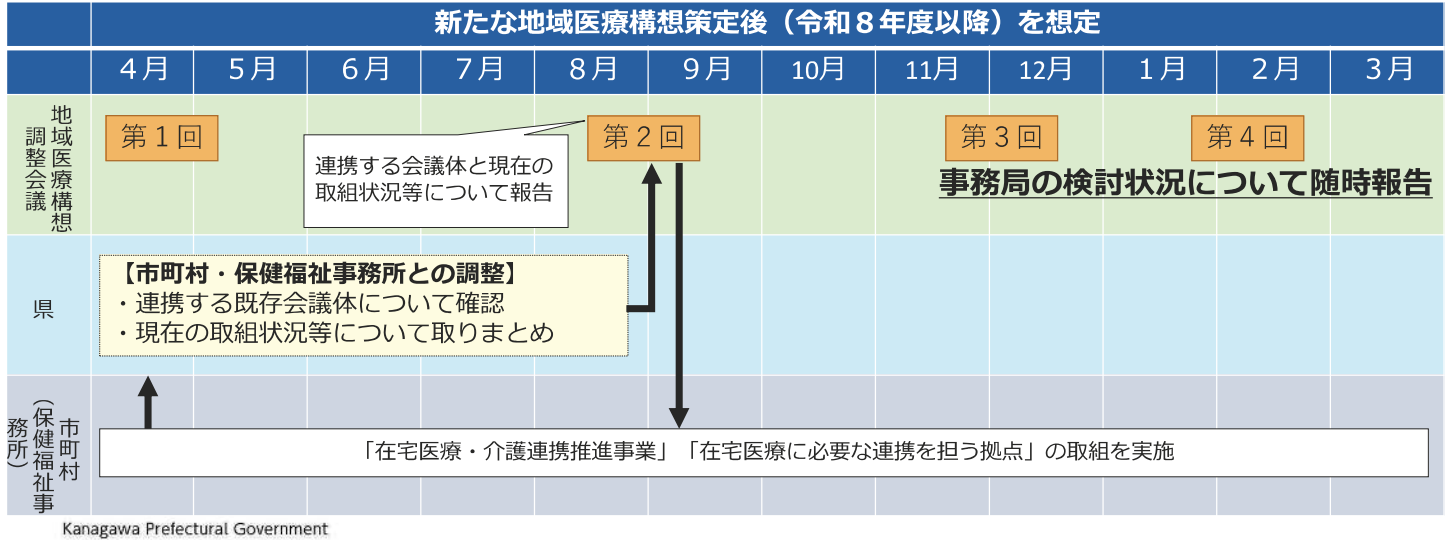
新たな地域医療構想策定後（R9年度以降）の調整会議の運営について

- 新たな地域医療構想の協議に当たっては、調整会議の委員構成や運営方法等について見直しを行う。

見直し（案）	
委員構成	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 現行の医療提供側の委員構成を基本とする ✓ 議題に応じて柔軟に“発言権のあるオブザーバー”や“参考人”を招集する
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 現行の医療施策担当のほか、「在宅医療・介護連携推進事業」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等の介護施策担当も参集する ✓ 在宅医療・介護連携推進事業等の取組状況や医療提供に係る課題（医療機関との協力体制の構築等）を地域医療構想調整会議において共有・報告する
運営方法	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 年3回の会議開催のうち、少なくとも1回を「在宅医療・介護との連携に関すること」に重きをおいた運営の工夫を行う ✓ 構想区域に限らず、患者の動きを主軸とした高齢者救急の対応や入退院の調整等広域的に検討すべき議題については隣接地域で合同開催するなど、柔軟に運営を行う

令和8年度の検討スケジュール

- 令和8年度は事務局で運営方法の見直し（スライド5）、既存の会議体と連携した協議方法（スライド6）について具体化に向けた調整を行っていく。



8

【参考1】調整会議に参加する関係者の役割について（案）

(R8.1.28 第10回地域医療構想及び医療計画に関する検討会資料抜粋)

- ・ 地域医療構想調整会議に参加する関係者として位置付けることとなる市町村及び介護関係者について、以下のような役割についてガイドラインにおいて位置付けることとしてはどうか。

	主な役割
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村立病院の開設者としての観点だけでなく、将来にわたって、地域全体での医療提供を確保するといった観点も踏まえ、他の医療機関と同様に、地域全体の提供体制の構築・維持や医療提供体制の連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。 ・ <u>介護保険事業の実施主体として、介護側の課題を調整会議において共有するとともに、医療側の課題を理解し、医療と介護の連携に向けた取組を推進することが求められる。</u> ・ 隣接する自治体や構想区域内の他の市町村との連携しながら、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を進めることが求められる。
介護関係者	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、地域の医療提供体制の課題の把握や、医療機関との協力体制の構築等、医療における課題の解決に向けた取組への協力が求められる。</u> ・ 介護施設における入所者の重症化予防に向けた取組や、医療機関から施設への早期退院に向けた取組を推進することが求められる。

Kanagawa Prefectural Government

9

【参考 2】在宅医療・介護連携推進事業の実施状況に係る市へのヒアリング結果①

- 既存の会議体との連携を検討するにあたって、政令市・一部の保健所設置市にヒアリングを実施
- 広域的な課題として、高齢者救急や円滑な入退院調整等が挙げられた。

在宅医療・介護連携推進事業を実施する中で把握している地域の課題「介護施設との連携について」

- 介護施設も含めて地域の課題について協議すべきであるが、**行政が指定権限を有していない有料老人ホーム等の施設は運営の現状が分からず連携がとれない。**
- 例えば地域で「救急連絡シート」を作っているが、有料老人ホームが把握していないので、救急車・患者が滞留してしまう等**高齢者救急の場面で課題が発生している。**
- 民間介護施設に地域の協議の参画等については、県のコーディネートが必要。
- **病院から退院する際、介護側で受けるところがないという課題がある。**特に高齢者単身世帯、本人認知症の場合、意思決定ができず、そこで転院不良となる。
- 急性期病院から直で患者を受け入れ、ターミナルまで実施できる住宅型有料老人ホームが増加している。**施設側の状況は行政からも病院からも見えない。在宅医療の「質」に関し在宅協議会委員から課題が提起されている。**

10

【参考 2】在宅医療・介護連携推進事業の実施状況に係る市へのヒアリング結果②

新たな地域医療構想に係る協議の進め方について

- ワーキング等の会議体で関係者に自由に意見を述べてもらい、仕組み作りの発想や課題を抽出し、それを調整会議等の上位の会議体に吸い上げればいいのか。
- 市町村で既に設置している会議体との議題の重複感が出ないように、**会議ごとの役割分担について整理が必要**
- **今後は慢性期の高齢者が増加、慢性期医療・在宅医療の提供について議論することが重要。**認知機能低下者、独居、高齢世帯、経済的困窮を抱えた高齢者への対応をどうするかということを決めないと話が進まないのではないか。
- **三次救急、二次救急、ケアミックス病院等それぞれある役割がある中で、患者がどういうルートで医療を提供されることが望ましいか、そのために必要な機能や効率的な連携について、地域での役割分担を調整会議で協議できるのが本来の在り方ではないか**
- 「こういった病態の患者であればどの病院でとるのか」「こういった条件があれば病院としても受入れが可能なのか」等具体的話をしないと入退院調整に時間がばかりかかってしまう。調整会議の位置づけ、役割等の明文化と共通認識が必要ではないか

11

【参考3】令和7年度第3回地域医療構想調整会議での主なご意見

項目	主な意見
地域医療構想調整会議の運営	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅・介護の議論は二次医療圏では大きい。調整会議の基本的枠組みは変更せず、現場に任せる議論は現場に任せ、連携状況等を報告／共有してもらいながら、調整会議で先導できるようにするとよい。 ● 委員構成は現状のままで、個々の課題は地域包括ケア会議で、調整会議で議論すべきことがあれば参加してもらうのがよい。 ● 既存会議体の活用、訪問看護事業者・ケアマネ・高齢者施設など多職種の参画を考えてほしい ● 在宅医療とどう結びつけるのか。在宅医療側のリクエストは時に一方通行になりがちなので、この会議が調整の場になればよい。 ● 高齢者施設は事情が様々である。ステークホルダーの意見を拾う場は必要。
行政（県・市町村）の役割	<ul style="list-style-type: none"> ● 今後は行政（市町村）のより積極的な参画が必要 ● 行政側で課題を言ってもらい、医療・介護側でどう応えるかの議論をするべき ● 調整会議と保健福祉事務所設置の会議体のスケジュール調整など、県に取りまとめの旗振り役をしてほしい。
今後の協議の進め方	<ul style="list-style-type: none"> ● 今後は既存の資源をどうやりくりするか、持続させるかが議論の中心 ● 次期地域医療構想の肝は、地域包括ケアシステムの構築と同義と考える。分析データの活用、国のガイドラインに捉われない検討が必要。高齢者救急が増加すると言われているが、どの時点で厳しくなるのか等データも示しながら議論すべき。議論の絞り込みができるデータの示し方も必要。 ● 高齢者の課題について、医療提供側でどこまでできるか。一定の基準を示しながら議論できればよい

12

説明は以上です。

令和8年度 方面別地域医療検討会 「地域完結型医療推進ワーキンググループ」について

横浜市医療局

2026年5月15日

明日をひらく都市
OPEN X PIONEER

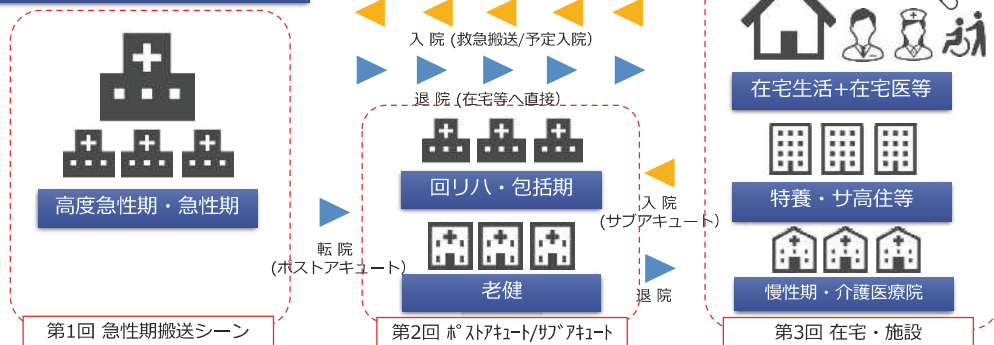
地域完結型医療の推進に向けて

明日をひらく都市
OPEN X PIONEER
YOKOHAMA

背景 (2040年を見据えたシフトチェンジ)

- **ネットワーク型医療提供体制**を構築し、**それぞれ適所で医療提供**できることを目指す
 [提供側] 生産年齢人口減 → 現有資源のフル活用(生産性・効率性の向上)、ニーズと得意のマッチング
 [需要側] 量的・質的変容、さらなる高齢化 → 慢性・多疾患併存/看取り/治す医療と治し支える医療
- **病床機能間(高度急性期・急性期・回復期・慢性期、在宅)**の連携だけでなく、
医療・介護間(病院・在宅・施設)のシームレス・効率的効果的な連携までを照準とする議論が必要
 ⇒WG議論を通じ、①地域全体での意識醸成 ②論点・課題整理 ③具体的取組・アクションなどを整理

地域完結型医療イメージ

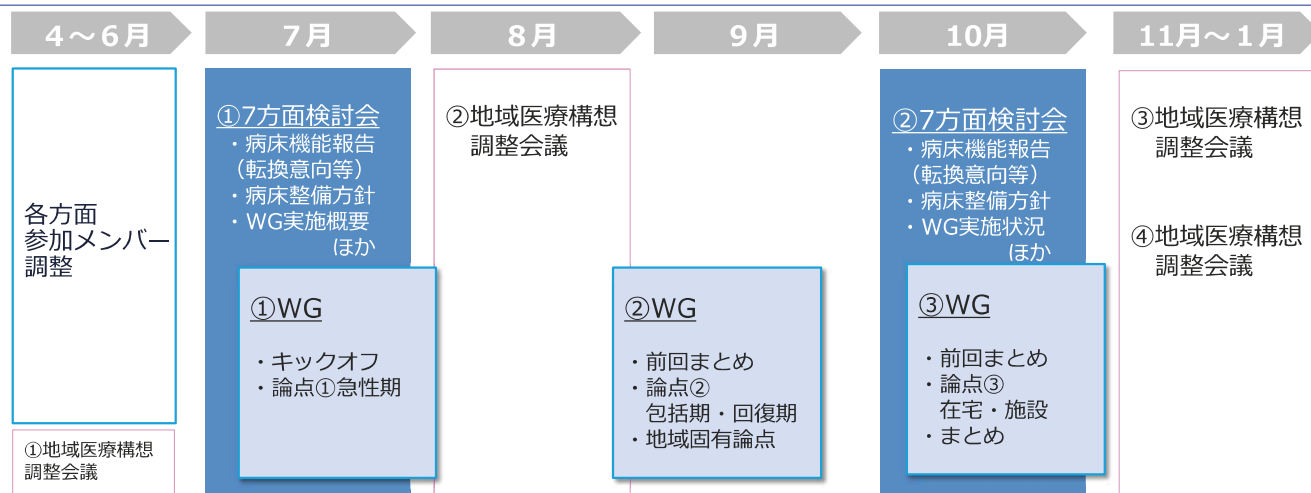


<議論の視点・ポイント>
 高齢者増にともなう医療需要増や求められる内容の変化が想定されます
 ・慢性多疾患の暮らしを支える医療 (在宅(施設)医療介護・多職種連携)
 ・急性増悪・手術検査等入院医療
 それぞれの得意特徴・役割がシームレスにつながりながら、市民を支える地域完結型医療提供体制を横浜で進めるにあたり、課題整理や関係構築をどのようにすすめたらよいか



令和8年度 WG実施スケジュール(イメージ)

- ・ 令和8年度は、全3回*7方面で実施
- ・ うち2回については、地域医療構想調整会議「地域医療検討会」開催日程と同日を想定（2部構成）
- ・ 対面による会議開催を基本（オンライン環境の有無等については現在調整中）



【ご参考】地域医療検討会：横浜は全市でひとつの構想区域ですが、7方面別に関係病院間で病床機能分化・連携等に関する議論をしています。
東部：東部病院(鶴見区)、北東部：横浜労災病院(港北区)、北部：藤が丘病院(青葉区)、西部：西部病院(旭区)、南西部：横浜医療センター(戸塚区)、南部：南部病院(港南区)、中央部：市民病院(神奈川区)

3

7年度WG実施状況(メンバー構成)

	東部圏域 (鶴見・神奈川・港北)	南部圏域 (港南・栄・金沢・磯子)
議題	①8/26 自己紹介, 急性期病院への搬送 ②10/1 回復期(ホスピタル/ケアホスピタル)連携 情報連携・サルビアねっと ③11/7 在宅医療介護・高齢者施設、振り返り	①8/28 自己紹介, 急性期病院への搬送 ②9/26 回復期(ホスピタル/ケアホスピタル)連携 ③10/28 在宅医療介護・高齢者施設、振り返り
病院関係		
高度急性期・急性期	○東部病院 ・ 汐田総合病院 ・ 平和病院	○南部病院 ・ 栄共済病院
回復期	・ 鶴見リハ ・ 佐々木病院	・ 港南台病院 ・ 地ケア港南台病院
慢性期	・ 徳田病院 ・ 西井病院	・ 長田病院
在宅医療介護関係		
在宅医	・ 鶴見区医師会 ・ 神奈川区医師会	・ 港南区医師会
ケアプラザ	・ 駒岡地域ケアプラザ	・ 下永谷地域ケアプラザ
ケアマネ	・ ひかりケアサービス	・ 在宅看護センター横浜
訪問看護	・ 鶴見区医師会訪問看護ステーション	・ 港南区医師会訪問看護ステーション
高齢者施設関係		
特養	・ 新鶴見ホーム	・ わかくさ
老健	・ うしおだ老健やすらぎ	・ 老健ひとりざわ
有料・サ高住	・ リアンレーヴ三ツ池	・ SOMPOケア ラヴィール横浜洋光台

*参加者については、院長や事務長のほか、地域連携室、看護部長、相談員など

*8年度は、これに加えて歯科医師会、薬剤師会、県精神科病院協会等も含めて調整中

4

7年度WG実施状況(議論より抜粋)

□総論として:どの連携ポイントにおいても、「信頼関係の有無」が効率的効果的かつモチベーション高い医療介護提供において重要。それぞれの役割・強みを連携・補完しあう、ネットワーク全体で対応するなかお互いの限界や役割を理解のうえ、それぞれ役割を出し合える関係を。

□論点例2:高齢者施設連携
・市内高齢者施設から年間延べ16,000人が入院受療。特養173か所、有老サ500か所
・施設側の日常医療管理と地域病院との連携があれば、救急資源によらず**予定入院**で
→施設・病院・市民それぞれにとって望ましいあり方を



□論点例1:ポストアキュート連携の充実(基幹病院・地域病院の役割分担。入院連携)
・基幹的病院は高度治療だけでなく、地域中小病院の弱い休日夜間もしっかり守る
・高齢化進展による医療需要の質・量的変化に、我々はどう適応していくか
・地域病院も、体制の整った平日日中に患者を受ける(下り搬送・後方支援)。
それぞれの強み・役割を活かし、地域(面)で受け止めていく。連携と信頼関係。
・患者に関する必要情報の迅速・確かな引継(後方病院の「聞いていたのと違う」の予防)
・本人・家族理解の獲得。急性期病院滞りの長期化を避け、速やかな転退院を

□論点例3:地域共通の連携ツール
・EHR(地域医療介護情報連携ネットワーク)の実装により、効率的効果的でありシームレスな関係性構築。患者情報・生活情報の共有基盤整備が必要
・さらなる高齢化に向け、医療介護多職種による入院退院連携の充実を

ほか、医療側のDNAR理解、転退院等に関する市民理解、など様々な論点がありました

5

7年度WGのふりかえり(地域完結型医療の論点*WGでの議論)

課題・論点	成果物(イメージ) ☆こちらについて、どの項目でも構いませんのでコメントをお願いします。		
	①気づき/論点・課題整理[Findings] 🔍	②取組・行動化[Action] 🏠	③成果・変化[Outcome] 🍏
総論 地域完結型医療の実現に向けて	・信頼関係がすべての基本。お互いの役割を果たしあう相互信頼から、強みが発揮できる ・施設ほか連携でよりよくなる事例は多数 ・社会変化・生活支援の視点(孤独、孤立、家族)	◇WG契機に継続的な顔の見える関係を果たしあう相互信頼から、事業への働きかけ(医療(調整会議他)、高齢施設等) ◇介護等関係団体へ継続的アプローチ(福祉事業経営者会、老健協、在宅協等)	◇相互理解・信頼関係構築(一緒に悩んでくれる/ゴールは一緒) ◇地域完結型医療へ共通認識形成 ◇WG7方面展開のフォーマット ◇医療・介護関係団体の理解獲得
①(高度)急性期からの速やかな転退院	□高齢者救急需要増に、地域全体としてどのように対応していくか ・休日夜間は基幹病院、平日日中には地域中小病院へ。分担と連携。 ・救急患者の速やかな転退院の実現(基幹病院が詰まらないように) ・本人・家族理解獲得が転退院調整のひとつの論点。どう協力を得るか。	□基幹と地域病院 一体となった分担・連携 ・[下り搬送]休日夜間は基幹、平日日中に地域へ ・[ポストアキュート連携]在宅帰結を想定した移行を ・[退院調整]社会的背景、在宅調整・介護連携 ・[市民理解]転退院への理解を得るには ・[生産性]連携時の手間・調整コストを下げたい ・[機能転換]地域医療需要を理解し転換 自院の求められる役割・ポジション ・[施設連携]日常ケアと病院連携で予定入院	◇相互理解と信頼関係醸成 ◇入院退院支援・連携、PFMの推進 ◇市民理解醸成(医療機能分任・連携)(広報・啓発物、説明リポート検討) ◇病院間の連携協定締結
②入院需要増への解決策	□高齢化による医療需要の質・量的変化に、病院や地域全体も適応を ・回復期・慢性期需要への対応[新規整備/病床の再稼働/生産性向上] ・回復期・慢性期需要への対応[急性期→回復期・慢性期への転換] ・在宅・高齢者施設等 医療機関以外での医療対応力の向上	◇EHR推進(後述④) ◇各種データ提供による見える化 ◇制度改正要望(地域包括医療機構) ◇施設職員への医療研修	◇EHR参照拡大(後述④) ◇地域包括医療機構転換事例(R8:平和、汐田) ◇高齢施策の検討推進(後述⑤)
③社会的背景ある患者への対応	□医療以外の「社会的背景」要因での調整コスト増に、どう対応するか ・高齢・単身高齢者増による、退院調整コストの増(介護認定、家族、自宅環境) ・認知症高齢者への対応(治療方針、退院調整、支払いリスク) ・低所得者増によるサービス制限。支払い問題リスク ・家族・親族意向への調整(転退院拒否・長期化、退院時カケア調整)	◇地域包括ケアとの連携強化 ◇退院前カンファレンスの推進 ◇EHR推進(後述④) ◇福祉施策との連動(情報登録事業等)	◇介護含めたEHR拡大(後述④) ◇医療・介護連携した身寄りなし高齢者等対応
④EHR・医療介護情報連携の推進	□患者情報・生活情報を地域医療介護関係者で共有可能な基盤づくり ・「とどき入院、ほぼ在宅」入院退院連携はじめ情報共有基盤は必須 ・在宅療養、退院後予後管理、看取り連携等、多職種連携の重要性 ・課題は山積(使い勝手/利活用メリット見える化/職員周知...)	・[期待]緊急対応はじめ情報一元管理は有用 ・[期待]在宅訪問時の写真共有・相談など便利 ・[期待]退院予定日やカンファの日等もれず把握 ・[課題]使い勝手/利活用メリット見える化/職員周知 ・[課題]特に介護方面の浸透、職員への周知	◇WG意見(実践ベース提案) ◇WG関係団体へアプローチ(特養等) ◇県基金新規事業提案 ◇加入施設へのインセンティブ再考 ◇職員周知・使い方の向上
⑤高齢者施設の医療対応力向上	□高齢化・単身化で施設需要は今後も高い。医療対応や緊急時連携あり方は ・特養・老健・有老ホーム等、終の棲家としての役割増。看取り含めた対応力 ・夜間看護師不在等、弱い体制下での効率的・効果的な医療対応とは ・予後管理、予定入院、不用意な救急搬送の予防。	□地域病院連携で施設ケアを補完 ・日頃の健康管理と病院連携で適切な医療提供(熱発→予定入院、患者情報、退院時連携、看取り) ・お互い信頼し協力しあう関係性醸成	◇予定入院や予後管理の仕組みづくり ◇夜間搬送を含め適切な連携・送り ◇退院連携(施設職員同席での見送り) ◇ACPの推進、適切なDNAR運用
⑥在宅生活の確立多職種連携推進	□在宅医療・介護多職種連携での地域生活支援において、必要ことは ・慢性・多疾患併存、病気と付き合いつながりの暮らしを支えるには、 ・単身世帯、認知症等、社会資源(医療・介護等)を組み合わせた体制構築 ・ACP等、家族も含めた「本人支援」。看取り期に必要な準備・支援	・本人・家族理解の獲得(医師等の協力も有効) ・入院退院連携の充実(退院日程未連絡、急な呼出)退院帰結(在宅生活)まで見据えたメンテを ・病院の適切な使い方を(※非医療職の限界) ・深刻な担い手不足(ケアマネ他)、時間がない	◇入院退院連携・PFMの充実(多職種連携/在宅環境調整/家族理解) ◇地域7会議等多職種連携機会の活用 ◇EHR推進、情報共有効率化(再掲④) ◇看取り期連携(家族の準備含め)