

風邪 っぽい...

SIGH...

HOSPITAL

昼間は時間がないから、夜中に病院に行った。

tick tick

Whie!

Grr...

キヤーツ!!
よけい、時間がかかった。

そりゃ そうだ!!

SCREAM!

BAAAN!!

早めに、
かかりつけ医に
相談・連絡するのが、
一番早い。

でも緊急時は
無理せず、119番に
かけてくれ。

THE FAMILY DOCTOR
Dr. かりつけ

家族を守る!
かりつけ医!!

「かりつけ医」とは、健康に関することを何でも気軽に相談できる、身近で頼りになるお医者さんのこと。

福井県 076-233-1291 02X #shiratsuyu21

一般社団法人 福井県医師会 「かりつけ医」の見つけ方・つくり方

令和6年度 第2回 丹南地域医療構想調整会議	資料1
令和7年3月5日(水) 19時~	

地域医療構想の推進 について

県公式X かりつけ医、もとっさ! 291



一般社団法人 福井県医師会
「かりつけ医」の見つけ方・つくり方



本県における地域医療構想の課題

- 病床機能については、依然として急性期が多く回復期が不足の見込み
- 地域医療構想調整会議等では「急性期から回復期、慢性期病床への転院、入院から在宅、介護施設への移行などがスムーズに進んでいない」という意見がある。

今後の取組の方向性

- 病床機能の転換や医療機関の役割分担・連携に係る協議を中心に実施
- 病床機能報告等の公開データの分析だけでは不十分。より詳細に医療機関ごとの実態を把握し、連携が円滑に進まない要因を整理した上で、地域ごとに関係者が協議し対応策等を具体的に検討

令和6年度は医療機関、介護施設、市町等にご協力いただき、次ページの取組みを実施

令和6年度の地域医療構想の取組

取組① 医療機関の連携、転院等の調整に関するアンケート調査 (R6.9月～10月) <回答 62 病院>

- 病院への入院元・転院元、病院からの転院先・入所先について、**病院・診療所・介護施設等の3区分において、入退院の件数、および件数が多い上位5つの医療機関・施設の具体名・件数を調査**(調査対象期間:R5.4月～R6.3月)
- 転院等の調整における課題(**急性期から回復期・慢性期への転院の課題、入院から介護施設・在宅医療への移行の課題、その他の課題**)、調整を円滑に行うための自院の取組、自院や他院、施設に充実してほしい取組・機能を調査

取組② 地域医療連携室への個別ヒアリング (R6.10月～11月) <実施 40 病院>

- 各病院の地域医療連携室を対象に、**転院や施設への退院について、これまでと比べて停滞していると感じるか、アンケート調査で回答があった具体的な課題等**について個別ヒアリング

取組③ 介護施設、居宅介護事業所、地域包括支援センターへのアンケート調査 (R6.10月) <回答 231 施設>

- **介護施設の直近の入所者数、退所者数**に加え、**提供可能な医療的ケアの内容**(喀痰吸引、人工呼吸器の管理、経鼻経管栄養など)、**看取りの対応方針、往診や訪問看護、訪問介護などの提供状況**などを調査
- また、医療・介護を一体的に提供し在宅療養支援を進めるため、行政にどのような取組を望むかを調査

取組④ 市町の在宅医療、介護の担当者との意見交換 (R6.12月) <実施 6 地域 (参加 17 市町)>

- 上記の調査や個別ヒアリングの結果について、市町の在宅医療、介護の担当者と共有した上で、**現場で感じている課題について意見交換**を実施

令和6年度第2回地域医療構想調整会議における説明

- **取組①～④の調査結果や意見を分析し、医療機関の連携、医療・介護の連携における課題を整理**
- **今後、地域ごとに関係者が協議し具体的な対応策を検討する課題(案)について御意見をいただきたい。**

質問「転院や施設への退院について、これまでと比べて停滞していると感じるか」

- 地域医療連携室とのヒアリングの冒頭に、「**転院や施設への退院について、これまでと比べて停滞していると感じるか**」について必ず質問
- 「**これまでと比べて停滞していると感じる**」9病院、「**条件付きで、これまでと比べて停滞していると感じる**」8病院
- 上記のように感じる要因として、「**介護施設等**」との関係をあげる病院が多い。

これまでと比べて停滞していると感じる

- **6病院：介護施設等への退院調整が難しくなっている。**
- 1病院：地域内の回復期、慢性期病床が減少
- 1病院：診療報酬改定による地域包括ケア病棟の入院料逡減の影響
- 1病院：独居や経済的困窮者の増加

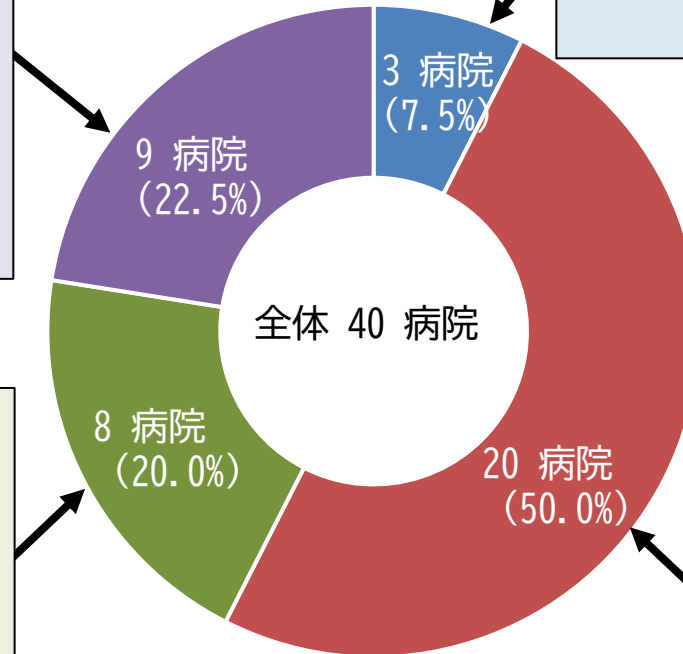
条件付きで、これまでと比べて停滞していることがある

- **5病院：冬期は停滞することが増えた。
(介護施設等の感染症対策の強化による新規受入制限の影響が大きい。)**
- 2病院：独居や経済的困窮者の入院が多いと停滞することが増えた。
- 1病院：患者の状態と当院で受入可能な状態が合致しない場合が多いと、受入に時間がかかるようになった。

これまでと比べて円滑になった

- **3病院：CAREBOOK（ケアブック）の導入効果大きい。**

現在、30病院が参加
(主に福井、坂井、丹南)



これまでと比べて停滞しているとは感じない
「以前から停滞していると感じる」2病院を含む。

次ページ以降、医療機関の連携、転院等の調整に関するアンケート調査で得られた、**介護施設等からの入院者数、介護施設等への退院者数、それぞれの上位5つの施設に着目し分析**

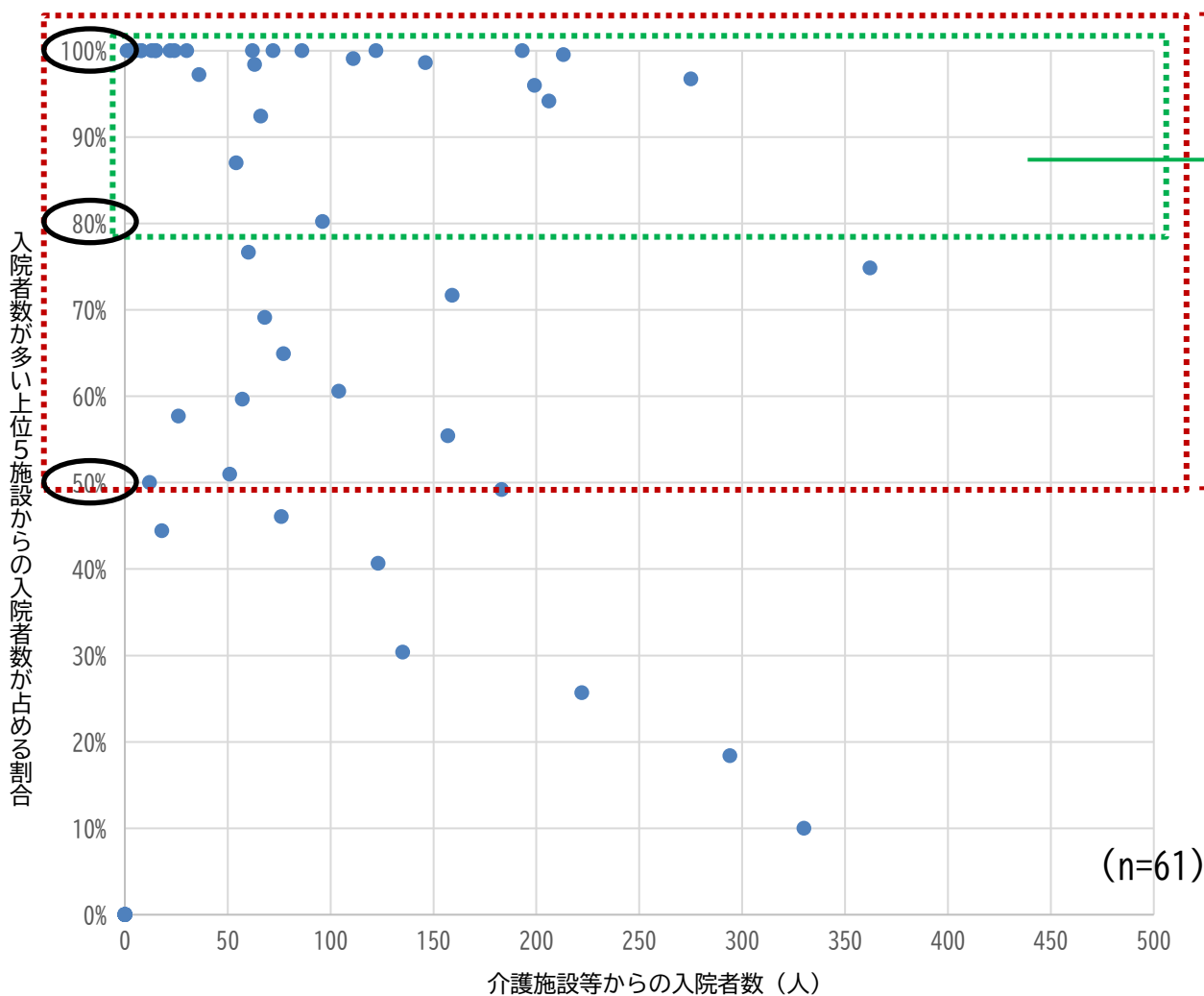
介護施設等からの入院者数、上位5つの施設に関する分析 ①

入院元の介護施設等の分析

- 介護施設等からの入院が無い、および無回答の病院を除く、**61病院**について分析

横軸：介護施設等からの入院者数

縦軸：**入院者数が多い上位5施設からの入院者数が占める割合**



<緑色 点線内>

上位5施設が占める割合

100% ⇒ **21病院 (34%)**

80%以上 ⇒ **32病院 (51%)**

<赤色 点線内>

上位5施設が占める割合

50%以上 ⇒ **43病院 (70%)**



入院元の介護施設等が限定的

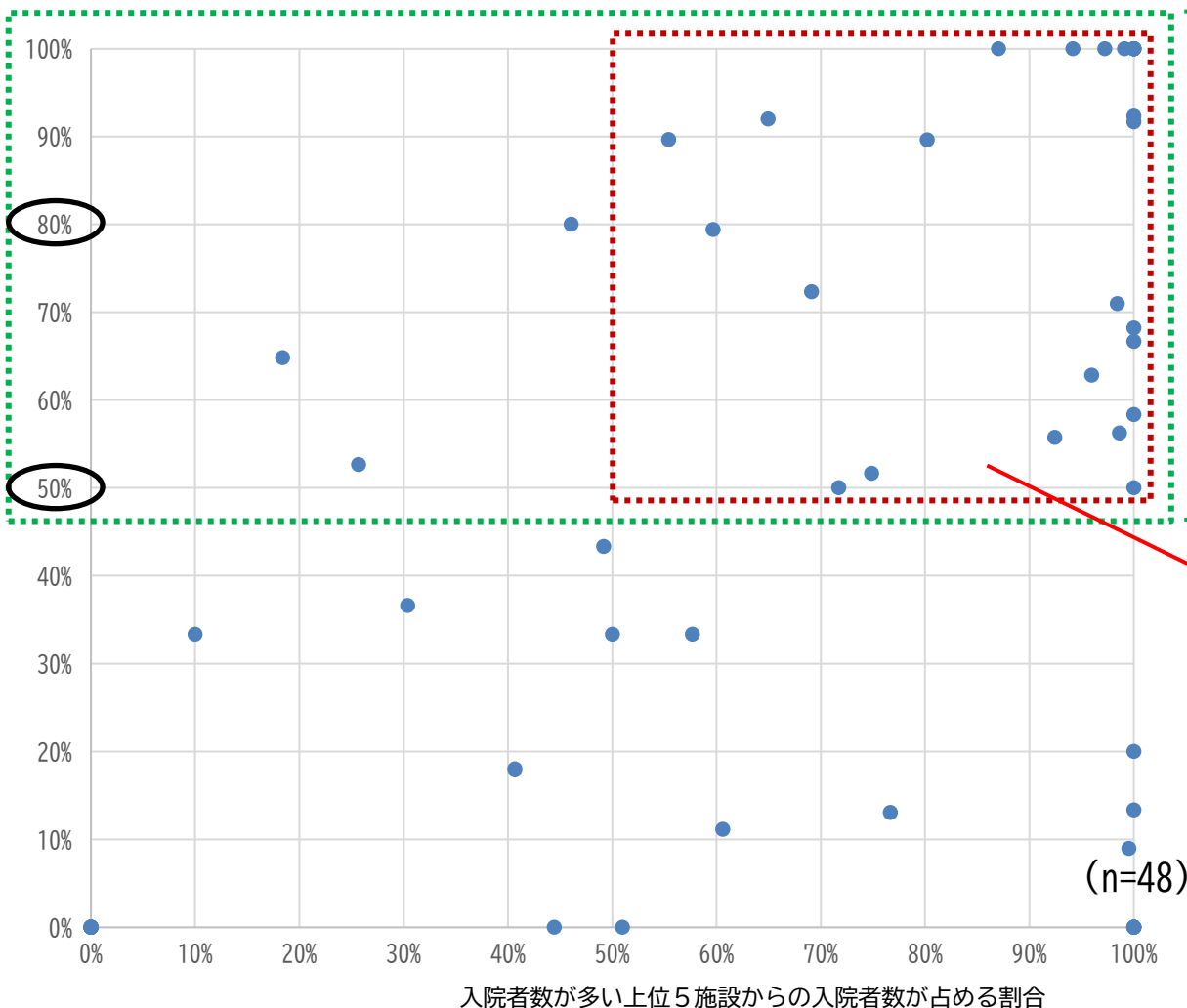
(上位5施設で50%以上)な病院が多い状況

介護施設等からの入院者数、上位5つの施設に関する分析 ②

入院元の介護施設等の分析

- 介護施設等からの入院が無い病院、およびアンケート回答時に具体名の記入を困難とした病院を除く、**48病院について分析**
- 横軸：入院者数が多い上位5施設からの入院者数が占める割合
- 縦軸：入院者数が多い上位5施設のうち**3km圏内の介護施設等からの入院者数が占める割合**

入院者数が多い上位5施設のうち3km圏内の介護施設等からの入院者数が占める割合



<緑色点線内>

入院者数が多い上位5施設のうち
3km圏内の介護施設等からの入院者が
50%以上 ⇒ **30病院 (63%)**
80%以上 ⇒ **16病院 (33%)**

<赤色点線内>

入院元が限定的 (50%以上) かつ
3km圏内の介護施設等からの入院者が
50%以上 ⇒ **27病院 (56%)**
80%以上 ⇒ **15病院 (31%)**



**3km圏内 (自動車で5分程度) の
介護施設等からの入院を受けている
病院が多い状況**

介護施設等からの入院者数、上位5つの施設に関する分析 ③

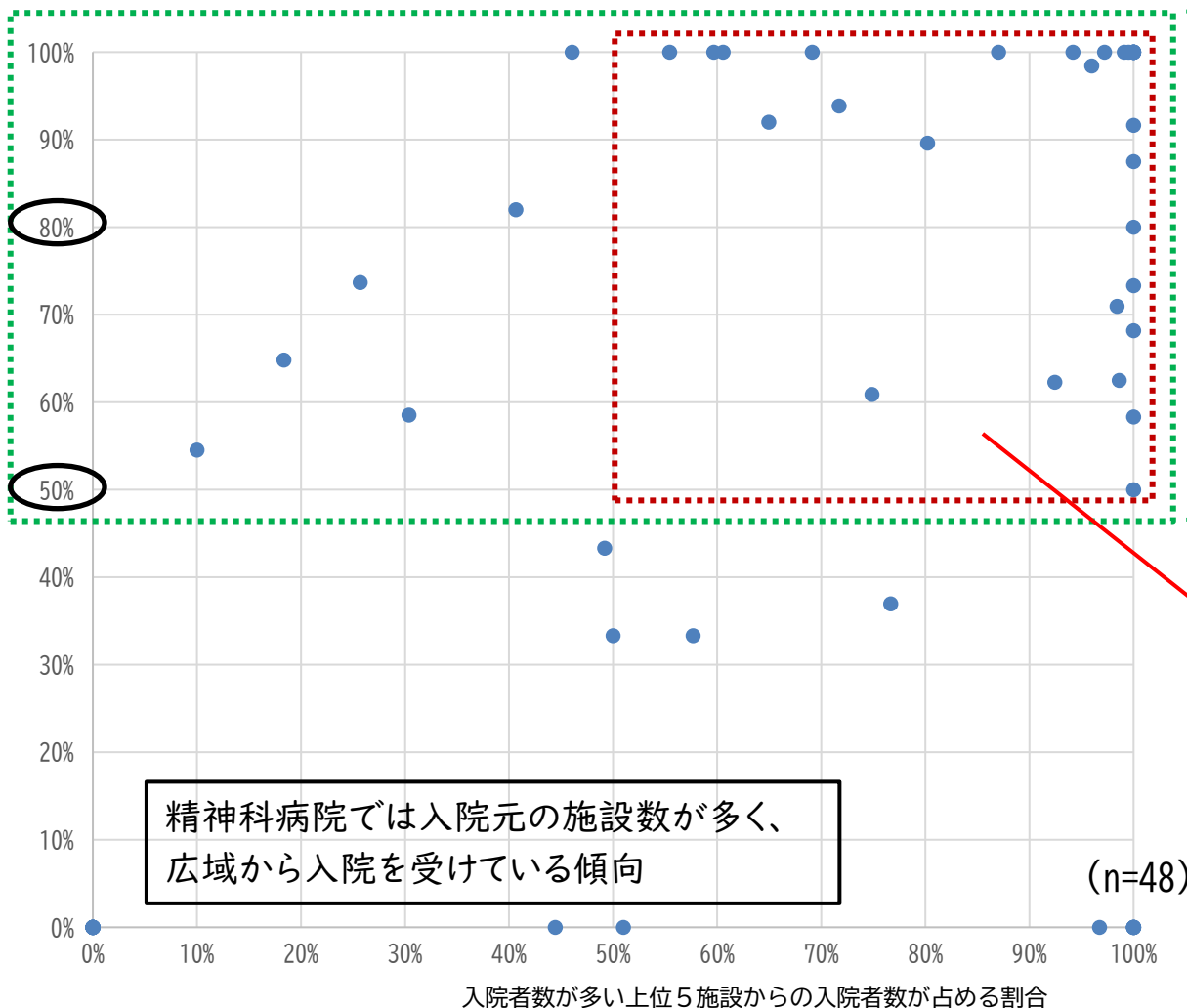
入院元の介護施設等の分析

- 介護施設等からの入院が無い病院、およびアンケート回答時に具体名の記入を困難とした病院を除く、**48病院について分析**

横軸：入院者数が多い上位5施設からの入院者数が占める割合

縦軸：入院者数が多い上位5施設のうち**5km圏内の介護施設等からの入院者数が占める割合**

入院者数が多い上位5施設のうち5km圏内の介護施設等からの入院者数が占める割合



医療機関が少ない近隣地域の介護施設等からの入院が多い病院も多い。

<緑色 点線内>
入院者数が多い上位5施設のうち
5km圏内の介護施設等からの入院者が
50%以上 ⇒ **38病院 (79%)**
80%以上 ⇒ **26病院 (54%)**

<赤色 点線内>
入院元が限定的 (50%以上) かつ
5km圏内の介護施設等からの入院者が
50%以上 ⇒ **32病院 (67%)**
80%以上 ⇒ **24病院 (50%)**

精神科病院では入院元の施設数が多く、
広域から入院を受けている傾向

**大半の病院において、
入院元の介護施設等のほとんどが
5km圏内に所在すると推測**

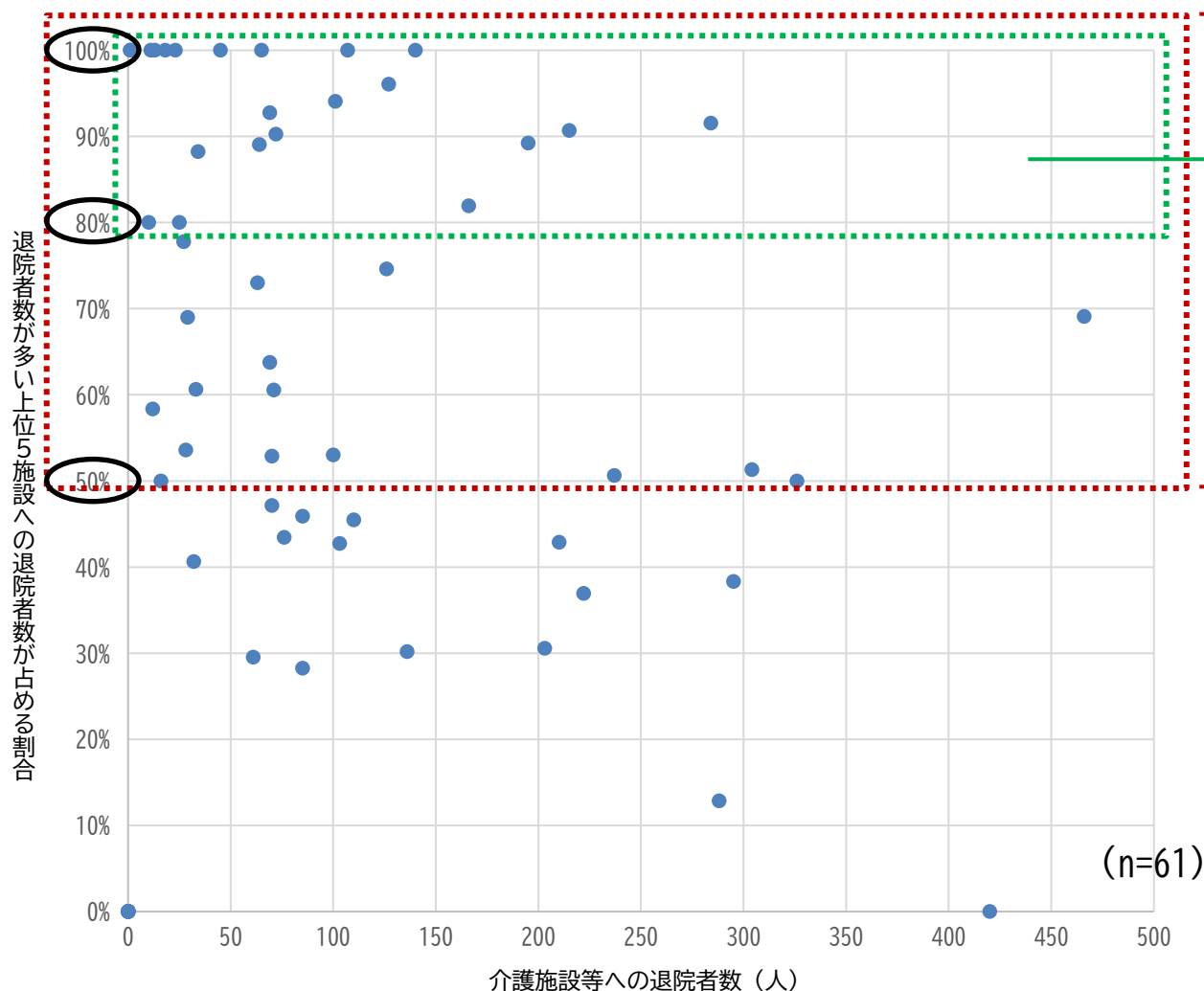
介護施設等への退院者数、上位5つの施設に関する分析 ①

退院先の介護施設等の分析

- 介護施設等への退院が無い、および無回答の病院を除く、**61病院について分析**

横軸：介護施設等への退院者数

縦軸：**退院者数が多い上位5施設への退院者数が占める割合**



<緑色 点線内>

上位5施設が占める割合

100% ⇒ **10病院 (16%)**

80%以上 ⇒ **22病院 (36%)**

<赤色 点線内>

上位5施設が占める割合

50%以上 ⇒ **38病院 (62%)**



退院先の介護施設等が限定的

(上位5施設で50%以上)な病院が多い状況

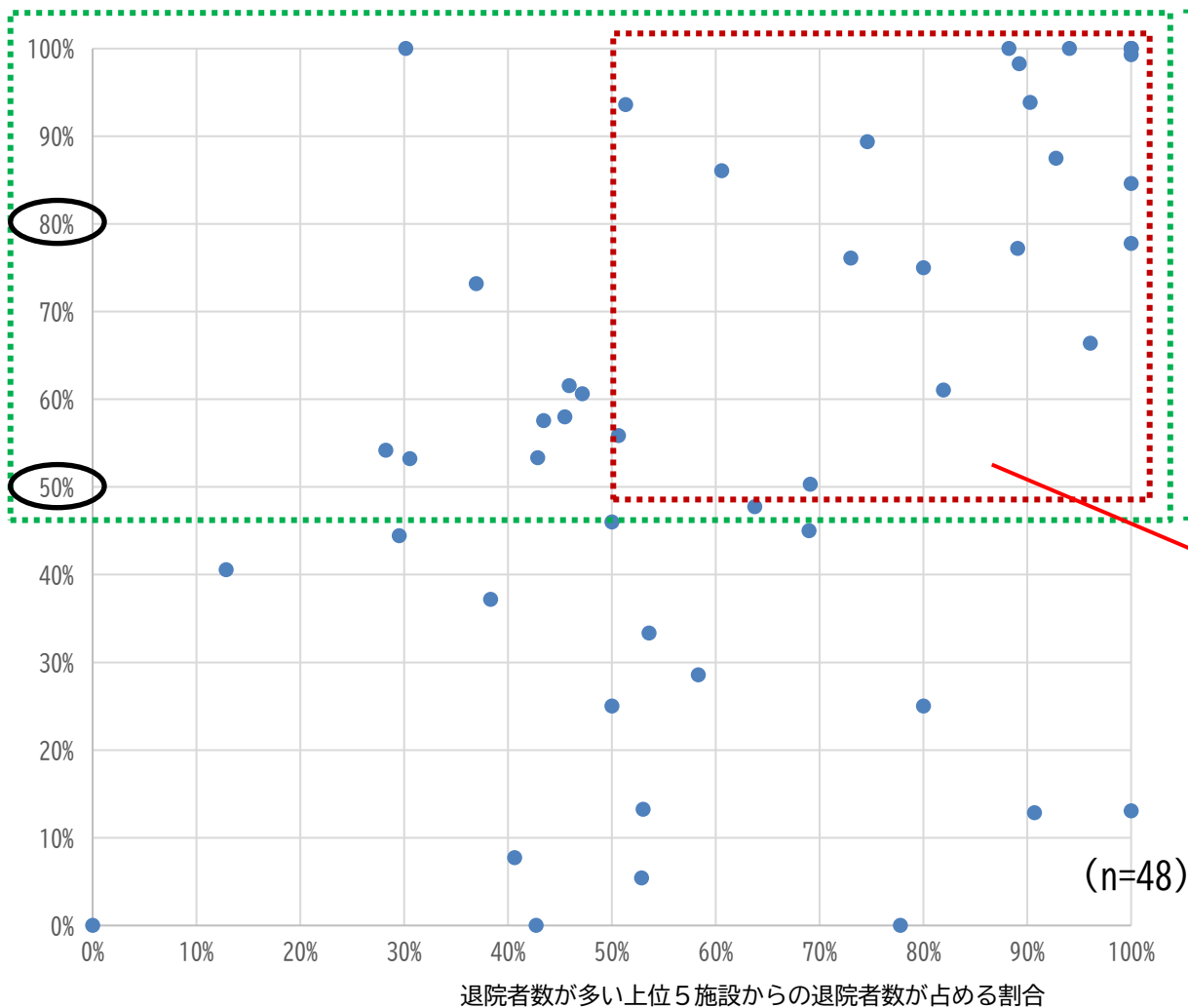
ただし、入院元の状況 (50%以上が43病院 (70%))と比べると連携先は分散

介護施設等への退院者数、上位5つの施設に関する分析 ②

退院先の介護施設等の分析

- 介護施設等への退院が無い病院、およびアンケート回答時に具体名の記入を困難とした病院を除く、**48病院について分析**
- 横軸：退院者数が多い上位5施設からの退院者数が占める割合
- 縦軸：退院者数が多い上位5施設のうち**3km圏内の介護施設等への退院者数が占める割合**

退院者数が多い上位5施設のうち3km圏内の介護施設等への退院者数が占める割合



<緑色点線内>

退院者数が多い上位5施設のうち
3km圏内の介護施設等への退院者が
50%以上 ⇒ **30病院(63%)**
80%以上 ⇒ **13病院(28%)**

<赤色点線内>

退院先が限定的(50%以上)かつ
3km圏内の介護施設等への退院者が
50%以上 ⇒ **21病院(44%)**
80%以上 ⇒ **10病院(21%)**



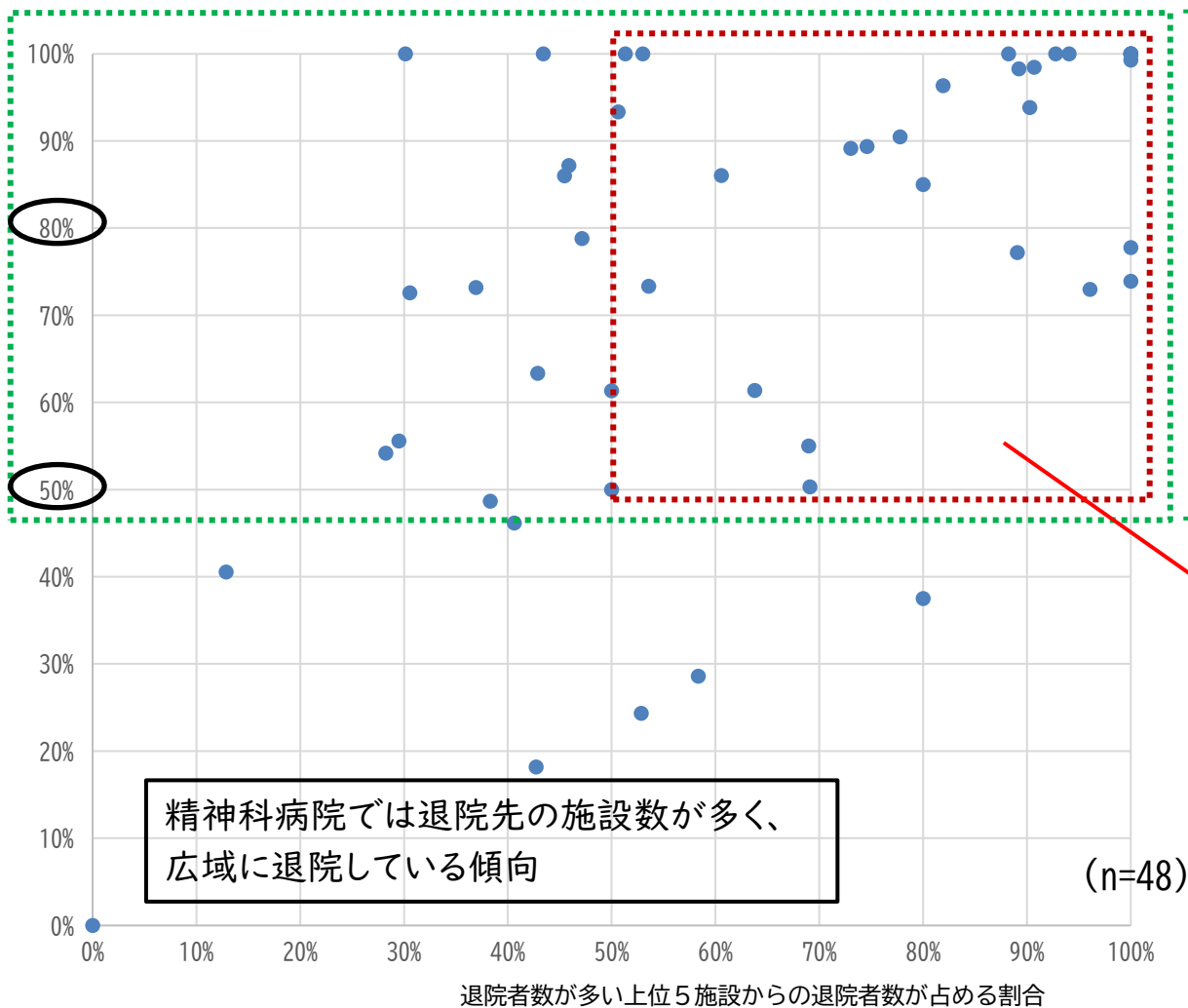
**3km圏内(自動車で5分程度)の
介護施設等へ退院している病院が多い
状況**
ただし、入院元の3km圏内の状況(限定的
かつ80%以上、15病院(31%))と比べると広域

介護施設等への退院者数、上位5つの施設に関する分析 ③

退院先の介護施設等の分析

- 介護施設等への退院が無い病院、およびアンケート回答時に具体名の記入を困難とした病院を除く、**48病院について分析**
- 横軸：退院者数が多い上位5施設からの退院者数が占める割合
- 縦軸：退院者数が多い上位5施設のうち**5km圏内の介護施設等への退院者数が占める割合**

退院者数が多い上位5施設のうち5km圏内の介護施設等への退院者数が占める割合



精神科病院では退院先の施設数が多く、
広域に退院している傾向

医療機関が少ない近隣地域の介護施設等への退院が多い病院も多い。

<緑色点線内>
退院者数が多い上位5施設のうち
5km圏内の介護施設等への退院者が
50%以上 ⇒ **40病院 (83%)**
80%以上 ⇒ **24病院 (50%)**

<赤色点線内>
退院先が限定的 (50%以上) かつ
5km圏内の介護施設等への退院者が
50%以上 ⇒ **29病院 (60%)**
80%以上 ⇒ **20病院 (42%)**

大半の病院において、
退院先の介護施設等のほとんどが
5km圏内に所在すると推測
ただし、入院元の5km圏内の状況(限定的かつ80%以上、24病院(50%))と比べると広域

介護施設等からの入院者数、介護施設等からの退院者数

分析結果のまとめ

- 入院元、退院先の介護施設等が限定的（上位5施設で50%以上）な病院が、入院では約7割、退院では約6割であり、**入院元 비해退院先は分散**している。
- 入院元、退院先の介護施設等は、**大半の病院において3km圏内（自動車で5分程度）、5km圏内に所在していると推測**されるが、**入院元 비해退院先は広域**となっている。

- 地域包括ケアシステムは、医療、介護、住まい、生活支援等のサービスを身近な地域で包括的に確保**することを目指す。
- 自宅の近くや家族が行き来しやすい介護施設等を利用する人が多いと推測
- 介護施設等が近隣の医療機関と連携できており、介護施設等から医療機関へ入院する範囲と、医療機関から介護施設等へ退院する範囲が近似している状態が理想的**と考えられる。

懸念

介護施設等について、**入院元 비해退院先は分散、広域化**
＝ **住み慣れた地域で医療、介護が提供されていない可能性**

推測

例えば、次のような実態が推測される。

- 介護施設等から入所した患者が、入院中のADLの悪化等により、元の施設では対応できず、遠方の別の施設に入所する。
 - 自宅から他地域の急性期病院に入院した患者が、地元の回復期病院に転院せず、他地域でリハビリまで終えて、地元の介護施設等へ新規に入所している。また、自宅の近くや家族が行き来しやすい範囲に入所先がない。
- ⇒ **結果として、転院や施設等への退院の調整に時間を要することになり、目詰まりが起こるのではないか。**

上記の懸念を前提に、次ページ以降、医療機関の連携、転院等の調整に関するアンケート調査、個別ヒアリングで得られた意見を基に、**地域医療連携室が感じている転院や施設等への退院における具体的な課題を抽出**

急性期から回復期・慢性期への転院の課題

転院を依頼する病院の主な意見

課題の種類ごとに意見をタイプ分けし、意見が多い順に記載

(1) 転院を受ける病院の課題	(意見数) (49)	意見の概要
① 受入れ条件	(20)	
1. 患者の症状に対応する医療提供が困難	(7)	・医療行為（人工呼吸器、透析、中心静脈栄養など）によって受入れ先が限られる。
2. 薬剤に対応が困難	(4)	・高額な薬剤を使用している患者の受入れ先がない。
3. 感染症対策の制限	(4)	・感染症対策のため厳しい面会制限がある医療機関への転院を家族が躊躇する。
4. 医療区分が該当しない患者	(3)	・療養病棟の医療区分2～3がつかず、施設入所も難しい患者の受入れ先が少ない。
5. 在宅に戻れる患者の受入れを優先	(2)	・在宅復帰できる患者ではないと受入れを断られることがある。
② 個別疾患（透析治療、認知症、精神疾患）に関する受入れ先の不足	(9)	・透析治療を行いながら長期療養できる医療機関がほとんど無い。 ・認知症等の周辺症状がある患者、精神疾患以外の治療が必要な患者の転院調整が難しい。
③ 回復期病院の不足	(6)	・脳卒中リハや心臓リハができる回復期リハビリテーション病棟が不足している。
④ 慢性期病院の不足	(4)	・慢性期病棟はなかなか空きがない。
⑤ 転院前の準備や患者の支援	(4)	・急性期病院の短い入院期間で、身寄りのない方の協力者の調整や介護保険の申請手続きを求められる、転院先病院による事前の家族面談などについて時間を要する。
⑥ 各地域における転院先の不足	(4)	・坂井、奥越、嶺南地域は回復期（とくに回復期リハビリテーション病棟）が少ない。
⑦ 転院の可否に時間がかかる	(2)	・転院の紹介状に対する返信までに時間を要し、その間に患者の症状が変化する。
(2) 自院の課題	(意見数) (4)	意見の概要

- ・医師間で受入れ調整がされた場合に連絡がない。
- ・医師が地域連携パスについて理解しておらず、活用できていない。

急性期から回復期・慢性期への転院の課題

転院を受ける病院の主な意見		
(1) 転院を依頼する病院の課題	(意見数) (31)	意見の概要
① 転院前の準備や患者の支援	(16)	
1. 患者への説明不足	(14)	<ul style="list-style-type: none"> 患者の病状に関する説明（がん末期の予後、在宅復帰の可能性等）や、転院先の医療機関に関する説明（胃ろうに対応できるか、リハビリを継続できるか等）が不十分な場合がある。 急性期病院において、患者・家族の受け止め方やACPIについて確認されていない、患者の今後の人生をどうするか考えられていない。
2. 介護の手続きに関すること	(2)	<ul style="list-style-type: none"> 転院してから施設申込等を行うのでは期間が厳しい。
② 患者情報の不足や病態との乖離	(15)	<ul style="list-style-type: none"> 事前に聞いていた患者情報と転院時の病態に乖離がある。 自院で受入れできないような患者の場合は、そこから先の退院調整に苦慮する。
(2) 自院の課題	(意見数) (21)	意見の概要
① 受入れ条件	(11)	
1. 受入れたい患者像との不一致	(6)	<ul style="list-style-type: none"> 介護施設の入所待ちや、急性期に置いておけない等の理由で転院を依頼される。
2. 薬剤に対応が困難	(3)	<ul style="list-style-type: none"> 高額な薬剤を使用している患者の受入れが難しい。
3. 患者の症状に対応する医療提供が困難	(2)	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハや初回の胃ろうペグ交換などは受入れが難しい。
② 医療提供体制の課題	(8)	<ul style="list-style-type: none"> 病院の設備やスタッフが不足しており、要介護状態の患者や人工呼吸器の患者等を受入れできない。
③ 診療報酬（在院日数等）の課題	(2)	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟の入院期間が40日で線引きされたため、ベッドコントロールが難しい。
精神科病院からの意見	(意見数) (4)	意見の概要
<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患に加えて身体疾患の治療が必要な場合に対応できる医療機関が限られており、転院調整に苦慮する。 		

入院から在宅医療への移行の課題

(1) 在宅医療の提供体制の課題	(意見数) (33)	意見の概要
① 在宅医療を担う医師、診療所の不足	(10)	<ul style="list-style-type: none"> • 病院からは、とくに鯖江市、越前町、南越前町、嶺南地域で不足しているとの意見がある。
② 在宅での看取り	(7)	<ul style="list-style-type: none"> • 在宅での看取りに対応できる診療所が少ない。 • がんの終末期に対応する注射薬（麻薬）をコントロールできる機械を持つ薬局に限られる。
③ 療養支援の内容	(6)	<ul style="list-style-type: none"> • 新たな処置が増えた場合等に在宅医やかかりつけ医で対応できないことがある。 • 輸血や麻薬ポンプを取扱う在宅医が少ない。透析患者の通院方法の確保が難しい。
④ 在宅医療への移行条件（患者の症状）	(6)	<ul style="list-style-type: none"> • ADLの低下、独居や認知症の場合の内服管理等が困難で在宅に戻れない。
⑤ 在宅医療を担う医師の高齢化	(2)	<ul style="list-style-type: none"> • 高齢の訪問診療医が多く、若い医師に依頼が集中する。とくに福井市で偏りが大きい。
⑥ 在宅医療に関する情報	(2)	<ul style="list-style-type: none"> • 診療所にMSWがいないため、支援の引継ぎができない。 • 福井市の病院においては嶺南地域の情報が少なく調整が難しい。
(2) 在宅介護サービスの課題	(意見数) (7)	意見の概要
① 介護サービスを提供する事業所の不足など	(4)	<ul style="list-style-type: none"> • 病院からは、とくに鯖江市、池田町、美浜町、若狭町で不足しているとの意見がある。 • 夜間に対応できる在宅サービスが無い場合、施設に入所する必要がある。
② 介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携	(3)	<ul style="list-style-type: none"> • ケアマネによってスムーズに在宅移行できる場合と、できない場合がある。 • 医療の知識が不足しているケアマネもいるため、在宅医療の勉強会の強化が必要

入院から介護施設への移行の課題

(1) 介護施設の課題	(意見数) (118)	意見の概要
① 介護施設への入所条件	(91)	
<A> 医療的行為が困難	(67)	
1. 喀痰吸引	(19)	・とくに看護師不足により夜間の吸痰対応が難しく断られることが多い。
2. 経管栄養（胃ろう、経鼻栄養等） 経口摂取困難な患者の対応	(13)	・とくに経鼻栄養の受入れ先がなく、急性期病院で胃ろうを造成してから回復期、慢性期病院に転院して来てくれないと、その先の施設入所の調整が難しい。
3. インスリン注射、内服薬管理	(12)	・頻回なインスリン注射や投与する時間帯（とくに早朝）によって受入れを断られることがある。
4. 透析治療	(4)	・透析通院が課題となり施設入所が難しい。
5. 薬剤	(4)	・高額な薬剤を使用していると老健への入所を断られることがある。
6. 導尿（尿カテーテル）	(4)	・受入れ先がなかなか見つからない。
7. 酸素療法（酸素吸入）	(3)	・在宅酸素療法の患者を受入れない施設もある。
8. 点滴の管理	(1)	・栄養管理のための点滴は断られることがある。
9. 人工呼吸器の管理	(1)	・呼吸器の台数が限られており待機時間が長い。
10. その他	(5)	・特養や老健では少しでも医療的行為が必要になると、夜間に看護師が不在になる等の理由で受入れを断られる。
 患者の症状・状態により受入れが困難	(24)	
1. 身体拘束	(6)	・身体拘束に対する介護保険の指導が厳しく、身体拘束を行っているとう受け入れを断られる。
2. 認知症	(4)	・特養や老健では転倒防止対策などの認知症患者への対応が難しく断られることがある。
3. 看取り対応	(3)	・看取り患者の新規受入先が無い。
4. 性別（男性の受入れ）	(3)	・介護施設の男性入所者の枠が少ない。
5. 要介護度	(2)	・要介護に応じた利用条件では必要なケアを受けられないことがある。
6. その他	(6)	・身体機能が低下した患者や寝たきりの患者などの受入れ先の調整が難しい。

入院から介護施設への移行の課題

(1) 介護施設の課題 ※前頁から続き	(意見数) (118)	意見の概要
② 介護施設の不足	(15)	・ 県内全地域の病院から、介護施設が不足していると意見がある。
③ 介護施設のスタッフの不足	(4)	・スタッフ不足により受入れを断られる、受入れまでに時間がかかることがある。
④ 介護医療院の不足	(2)	・介護療養病床が無くなり、介護が必要な入院患者の受入れ先がない。
⑤ その他	(6)	・施設の系列の病院に一旦転院を求められるため、地域包括ケア病棟の在宅復帰率が低下する。
(2) 入所元の施設への退院時の課題	(意見数) (23)	意見の概要
① 介護施設への入所条件	(20)	
1. 患者の症状・状態の変化	(15)	・ 入院中にADLが悪化し入所元の施設で対応できない場合は、他の施設への入所を調整することになり、時間を要する。
2. 施設の退所ルール	(5)	・入院した時点で退所扱いになる施設があり、戻れる条件を確認しておく必要がある。
② その他	(3)	・入所元に戻れない場合は、自宅等から遠方の施設を紹介することになり、調整が難しい。
(3) 退院前の準備や患者の支援課題	(意見数) (12)	意見の概要
① 介護保険申請	(7)	・介護保険を新規で申請する場合、認定結果が出てから施設への入所申込を行うため、時間を要する。 ・介護度が出るまでのサービスの調整が難しい。
② 介護施設の情報(空き状況、医療的行為)	(5)	・ 介護施設の空き状況やこういった医療的行為ができるか、その都度電話などで確認しないと分からない。 ・施設からの患者の情報と入院時の状態に乖離がある場合がある。
(4) 介護支援専門員(ケアマネジャー)との連携の課題	(意見数) (8)	意見の概要
・ケアマネに地域医療構想や地域包括ケアシステムの考え方が十分に理解されておらず、レスパイト入院に頼りすぎる、サービス再考のために入院期間を延長させる、施設に入りやすい病院があるといった説明をするなどの意見がある。		

その他の課題

(1) 患者の社会的背景に起因する課題	(意見数) (37)	意見の概要
① 身寄りのない方、経済的困窮者等に関する支援	(22)	<ul style="list-style-type: none"> • 病院からは、身寄りのない方や経済的困窮者など社会的背景から転院や在宅移行、介護サービスが難しい患者が最近増加しているという意見が多い。 • 入院費が未収になったり、救急入院の場合に身の回りの物（通帳、印鑑など）を病院の職員が自宅に取りに行ったりすることがある。
② 患者家族の協力が得られない、介護力がない等	(15)	<ul style="list-style-type: none"> • 家族の介護力が低下しており、在宅医療への移行が難しいことがある。 • 家族の協力が得られず、退院前の面談の調整がうまくいかないことがある。
(2) 患者の意思決定に関する課題	(意見数) (27)	意見の概要
① ACP／人生会議	(18)	<ul style="list-style-type: none"> • 病院からは、ACPについて理解が広まっていない、取組んでいても十分に整理されていないという意見が多い。 • 元気なうちから考えるようにしてほしいとの意見もある。
② 患者や家族の意向	(9)	<ul style="list-style-type: none"> • 在宅医療や在宅介護を希望しない家族が増えている。 • 市内医療機関への転院や専門病院でのリハビリなど、転院先・入所先を指定されてしまうと、調整が難しい。
(3) 後見人申立や介護保険申請などの行政への手続きの課題	(意見数) (10)	意見の概要
<ul style="list-style-type: none"> • 後見人申立や介護保険申請などの行政への手続きに時間を要する。 • 自治体や担当者により対応に差がある。 • 病院からは、身寄りのない方の退院後の支援について行政の関与を希望する意見がある。 		
(4) 転院、退院時の交通手段に関する課題	(意見数) (2)	意見の概要
<ul style="list-style-type: none"> • 嶺南地域の病院からは、転院搬送時の車両の確保に苦勞する、介護タクシー等が不足しているとの意見がある。 		

転院等の調整を円滑に行うため取り組んでいること

(1) 医療機関との連携	(意見数) (58)	意見の概要
① 情報共有手段	(29)	
1. CAREBOOK (ケアブック)	(22)	<ul style="list-style-type: none"> 令和6年4月から急性期病院と転院先病院との間でシステム運用を開始しており、参加病院が増加している。 病院からは、電話の回数が減った、連絡内容を後で見直せる、相手側の都合を気にせずいつでも連絡ができる等の前向きな意見が多い。
2. ふくいメディカルネット等のICT	(4)	<ul style="list-style-type: none"> 「ふくいメディカルネット」により患者情報を確認している。
3. 電話、FAX	(3)	<ul style="list-style-type: none"> 周辺の医療機関へ空床状況をFAX送付し共有している。
② 情報共有内容	(11)	
1. 医療提供体制	(6)	<ul style="list-style-type: none"> 病状に変化があった場合、再転院の受入れが可能であることを伝えている。 定期的に空床情報や受入条件を共有している。
2. 患者の症状や家族に関すること	(5)	<ul style="list-style-type: none"> 患者の社会的背景や家族関係なども情報提供している。
③ 顔の見える関係づくり	(14)	<ul style="list-style-type: none"> 連携先の医療機関と意見交換会や訪問、面談を行っている。
④ その他	(4)	<ul style="list-style-type: none"> 最初の転院相談の段階で、できるだけ情報を聞き取るようにしている。
(2) 患者や家族の対応	(意見数) (21)	意見の概要
① 入院中の支援（退院や転院のための支援など）	(12)	<ul style="list-style-type: none"> 療養先や入所候補の施設の確認等の退院準備や、介護保険申請などの手続きを早めに行っている。 高齢者の独居や生活状況、自宅の環境などの在宅に戻る際の障害を聞き取りしている。 入院早期から退院支援に向けて多職種でのカンファレンスを行っている。
② 転院前の面談（転院の受入れ先）	(6)	<ul style="list-style-type: none"> 転院前に患者や家族と面談し、今後の方向性の確認や療養可能期間の説明などを行っている。
③ 転院時（入院時）の支援など	(3)	<ul style="list-style-type: none"> 入院時に過去の通院歴・入院歴を確認し、転院が必要な場合に速やかに対応できるようにしている。

転院等の調整を円滑に行うため取り組んでいること

(3) 介護施設等との連携	(意見数) (12)	意見の概要
① 情報共有	(7)	<ul style="list-style-type: none"> 連携施設との間で定期的に病院の空床状況や施設の受入条件について確認している。
② 顔の見える関係づくり	(5)	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護、介護施設との面談や研修会、定期的な会議に参加している。
(4) 連携のための自院の体制づくり	(意見数) (6)	意見の概要
① 医療機関内での情報共有	(4)	<ul style="list-style-type: none"> 転院調整時に得た患者情報や関係機関の空床情報について、部署内や医師、看護師と共有 転院先の病院や施設の特徴などについて、院内職員の勉強会を行っている。
② 組織体制	(2)	<ul style="list-style-type: none"> 看護師とMSWがペアを組み、早期の入退院支援を行っている。

転院等の調整を円滑に行うため充実してほしい取組や機能

(1) 介護施設への入所条件	(意見数) (52)	意見の概要
① 医療的行為	(40)	
1. 喀痰吸引	(17)	・とくに、夜間に対応できる施設が増加してほしい。
2. 経管栄養（胃ろう、経鼻栄養など）、 経口摂取困難な患者の対応	(5)	・経管栄養に対応できる施設が増加してほしい。
3. 酸素療法（酸素吸入）	(3)	・酸素吸入に対応できる施設が増加してほしい。
4. 透析治療	(3)	・透析患者に対応できる施設が増加してほしい。
5. 人工呼吸器の管理	(2)	・人工呼吸器に対応できる施設が増加してほしい。
6. インスリン注射	(2)	・インスリン注射に対応できる施設が増加してほしい。
7. 点滴の管理	(1)	・PCAポンプに対応できる施設が増加してほしい。
8. 導尿（尿カテーテル）	(1)	・全ての施設で尿カテーテルの管理が可能になってほしい。
9. その他	(6)	・嚥下食の対応の充実、補液などに対応してほしい。
② 患者の症状・状態	(12)	
1. 看取り対応	(8)	・施設での看取り対応が増加してほしい。 ・心不全の看取りに関する看護師・介護士への勉強会の実施、相談できる部署を設置してほしい。
2. 認知症	(2)	・認知の進んだ患者の対応が充実してほしい。
3. その他	(2)	・高齢になった方の救護施設や身障者施設から介護施設へスムーズに移行してほしい。

転院等の調整を円滑に行うため充実してほしい取組や機能

(2) 医療機関との連携	(意見数) (18)	意見の概要
① 情報共有手段	(11)	
1. CAREBOOK (ケアブック)	(6)	・参加医療機関の拡大を進めてほしい。
2. ふくいメディカルネット	(1)	・早い段階で「ふくいメディカルネット」の同意を取ってほしい。
3. 電話、FAX	(1)	・FAXの見落としがないように電話連絡もいただきたい。
4. その他の取組	(3)	・転院の際に必要な情報のチェックシートなどの支援ツールを準備してはどうか。
② 情報共有内容	(5)	
1. 医療提供体制	(3)	・病床の空き情報、受入可能な患者の情報、受入までの期間
2. 患者の症状や家族に関すること	(2)	・診療情報提供書に加え看護サマリーを同時に送付してほしい。
③ 顔の見える関係づくり	(1)	・コロナ禍前のように連携病院間の訪問、面談を行ってほしい。
④ その他	(1)	・内服薬を安価なものに変更してほしい。

(3) 患者や家族の対応	(意見数) (15)	意見の概要
① ACP/人生会議	(7)	・施設入所中や自宅にいる段階からACPを整理しておいてほしい。 ・県民全員に「つぐみ」を配布して記入する、ケアマネから話をしてもらうなど行ってはどうか。
② 転院時の説明 (転院先の情報)	(3)	・転院先で対応できる治療の内容についてよく理解し、患者や家族に設定してほしい。
③ 透析患者の通院支援	(2)	・透析患者の送迎手段を充実してほしい。
④ 身寄りのない方、経済的困窮者等に関する支援	(2)	・身寄りのない方や経済的困窮者に関する支援の窓口を整備してほしい。
⑤ 転院時の手続き	(1)	・急性期病院で介護保険申請を行ってほしい。

転院等の調整を円滑に行うため充実してほしい取組や機能

(4) 医療機能の充実	(意見数) (12)	意見の概要
① 人工呼吸器	(4)	・人工呼吸器に対応できる病院が増加してほしい。
② 終末期医療	(4)	・終末期医療に対応できる緩和ケア病床が増加してほしい。
③ 医療依存度が高い患者への対応	(2)	・医療依存度が高い患者に対応できる長期療養病床を整備してほしい。
④ 透析治療	(1)	・透析患者に対応できる慢性期病院が増加してほしい。
⑤ 認知症、精神疾患	(1)	・身体疾患に対応可能な精神科病院を整備してほしい。

(5) 連携のための体制づくり	(意見数) (11)	意見の概要
① 医療人材の確保	(4)	・入退院調整専門のスタッフを配置したい。
② 医療機関内での情報共有	(3)	・医師と多職種、退院調整部門との情報共有や窓口の統一、明確化を行いたい。
③ 病棟機能	(2)	・地域包括医療病棟の設置、回復期リハ病床の増加
④ その他	(2)	・行政が転院のための車両確保や転院調整等の窓口の設置を行ってほしい。

(6) 介護施設等との情報連携	(意見数) (9)	意見の概要
<ul style="list-style-type: none"> ・リアルタイムな空き情報や受入条件が事前に分かると良い。 ・「CAREBOOK（ケアブック）」対象が施設にも拡大してほしい。 		

(7) 在宅医療の取組、機能の充実	(意見数) (7)	意見の概要
<ul style="list-style-type: none"> ・坂井地区医師会のような郡市医師会主導の調整があると、ありがたい。 ・夜間、早朝や終末期に対応できる訪問看護へ介護ヘルパー 		

地域医療連携室が感じている転院や施設等への退院における具体的な課題

急性期から回復期・慢性期への転院の課題

- ・ 個別疾患（透析治療、認知症の周辺症状、脳卒中等の回復期リハビリなど）の医療提供体制に関する課題が多い。

入院から在宅医療への移行の課題

- ・ 在宅医療が充実している地域と、そうではない地域がある。

入院から介護施設等への移行の課題 **（意見が最も多い）**

- ・ **介護施設等における医療的行為が困難であることを挙げる意見が最も多い。**
- ・ とくに、**喀痰吸引、経管栄養（胃ろう、経鼻栄養等）、インスリン注射・内服薬管理に関する意見が多い。**
- ・ また、**入院中にADLが悪化し、入所元の施設では医療的行為が難しい場合に、他の施設への入所を調整する必要がある**ことを課題とする意見も多い。
- ・ **介護施設等で対応可能な医療的行為や空き状況に関する情報共有も課題**

その他の課題

- ・ **とくに患者の課題として、身寄りのない方や経済的困窮者等に関する支援、家族の協力が得られない、ACP等**
- ・ 後見人申立や介護保険申請、身寄りのない方に関する行政の対応

病院の地域医療連携室が感じている「**入院から介護施設等への移行の課題**」、「**その他の課題**」について、次ページ以降、**介護施設等の実態や市町はどういった点に課題を感じているか、アンケート調査や個別ヒアリングの結果から分析**

「医療と介護の連携に関する実態調査」結果の概要 ①

【調査時期】令和6年10月

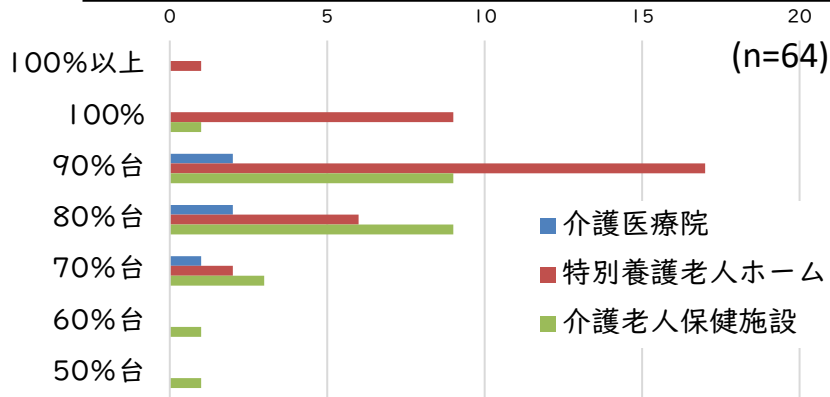
【調査対象(回答数/回答率)】介護保険施設(64/62%)、地域包括支援センター(37/80%)、居宅介護支援事業所(130/54%)

施設	空き状況	<ul style="list-style-type: none"> 入所率(入所者数/入所定員) 特養 94%、老健 87%、介護医療院 85% 入所待ちあり 特養 97%、老健 88%、介護医療院 40% 入所待ちの期間 半年以上 特養 57%、老健 25% ショートステイに空きがなく利用が困難
	人員不足	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員の人員配置基準(対定員)を満たしていない施設 5% 介護職員の人員配置基準(対定員)を満たしていない施設 2% 入所率が8割以下(全体の約4割の施設)の理由 一時的な空床44%、介護職員不足32%、入所申込少ない24%、医療的ケアが困難24%、看護師不足16%
	医療的ケア	<ul style="list-style-type: none"> 医療的ケアが必要な人の受入れ 介護保険施設の9割以上で実施 夜勤の看護師が配置されていない 老健 21%、特養 94% → 医療依存度の高い人の受入れが困難 実施が困難な医療的ケア 経鼻経管栄養、中心静脈栄養、人口呼吸器管理、血圧・心拍等モニター測定、透析 医療的ケアが必要な場合、ショートステイや通所、訪問介護の利用も困難
施設 ⇕ 在宅	入退院(所)	<ul style="list-style-type: none"> 入所元 病院約5割、自宅約3割(介護医療院は9割以上が病院) 退所先 病院3~4割、死亡4~7割(老健は病院4割、自宅3割、死亡1~2割) 入所期間 1年未満6割、1~2年2割、3年以上1~2割(特養は3年以上が3割、老健は3ヶ月以内が4割) 急な退院の場合、必要な情報(入院中の状態や今後必要なケア、今後の見通し等)が不足し調整が困難
	ACP	<ul style="list-style-type: none"> 利用者・家族と人生の最終段階の医療・ケアについて十分な話し合いを行っている 特養 54%、老健 63%、介護医療院40%、居宅介護支援事業所13%
	看取り	<ul style="list-style-type: none"> 希望があれば「施設で看取る」特養 89%、老健 75%、介護医療院 100% 看取りの際は原則「医療機関に移す」特養 11%、老健 21% ケアマネ、包括は「本人や家族の意向を尊重した看取りが望ましい」が約8割
在宅	在宅ケア	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援を進めるために必要な取組み→医療・介護関係者が情報交換できる場の確保、医療的ケアが必要な人が利用できる施設、短期入所、通所等の充実 歯科・栄養は在宅ケアの導入が困難(必要性の認識が薄い、相談窓口が分かりにくいなど)

【施設の空き状況】

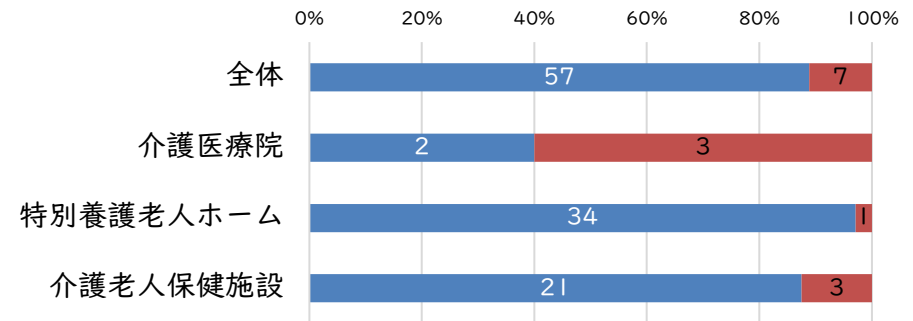
- 入所率（入所者数／入所定員）は 特養94%、老健87%、介護医療院85%
- 入所待ちがあるのは、特養97%、老健88%、介護医療院40%
- 入所待ちの期間が半年以上は、特養の57%、老健の25%
- ショートステイに空きがなく利用が困難（地域包括、居宅の自由意見から）

入所定員に対する入所者数の割合（入所率）



入所待ちの状況

(n=64)



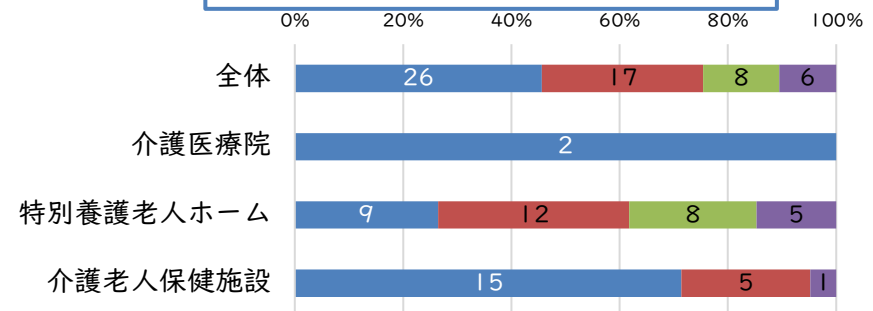
■ 入所待ちの人がいる ■ 入所待ちの人がいない

【入所率の平均】

	全体	介護医療院	特別養護老人ホーム	介護老人保健施設
県全体	91%	85%	94%	87%
福井市・永平寺町	93%	—	94%	91%
坂井	92%	—	94%	89%
奥越	88%	81%	93%	78%
丹南	91%	92%	99%	87%
二州	88%	—	98%	80%
若狭	87%	70%	91%	87%

入所待ちのおおよその期間

(n=57)

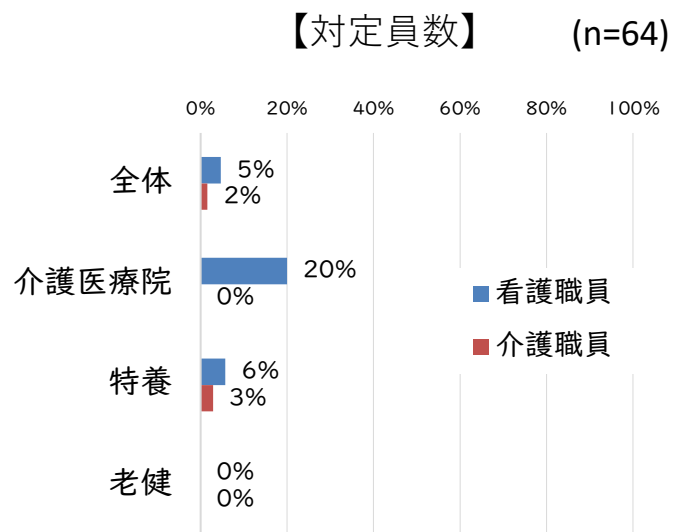


■ 半年以内 ■ 半年～1年 ■ 1年以上 ■ 期間回答なし

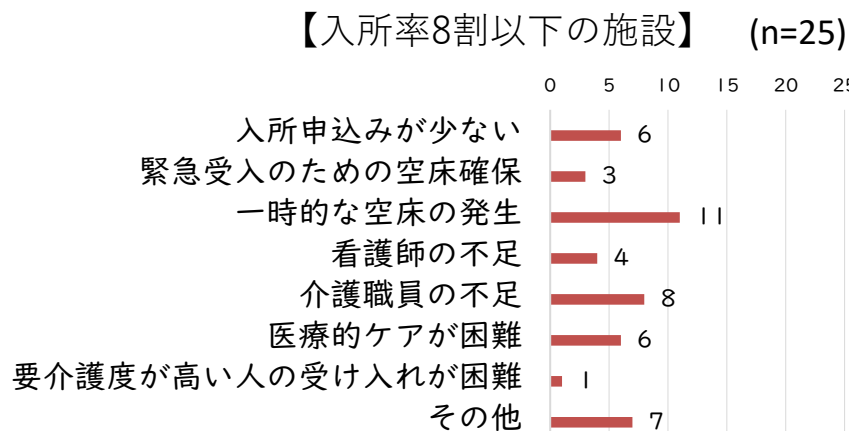
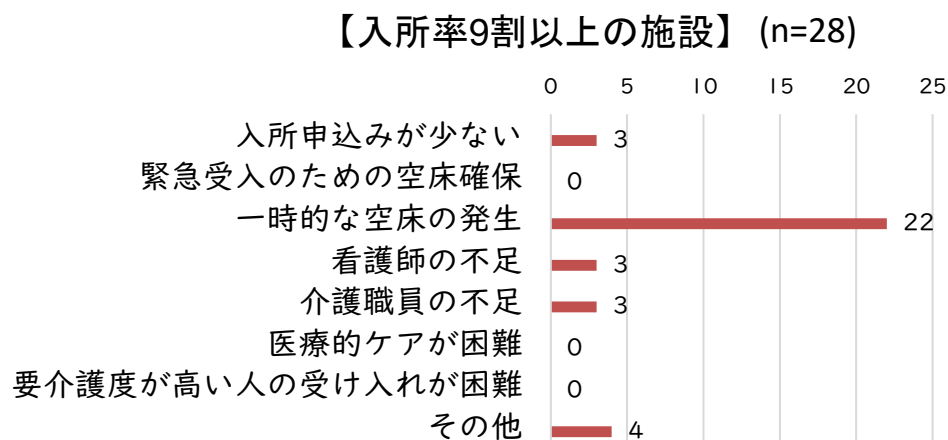
【施設の人員不足】

- 看護職員の人員配置基準(対定員)を満たしていない施設は5%
- 介護職員の人員配置基準(対定員)を満たしていない施設は2%
- 入所率が8割以下（全体の約4割の施設）の場合、主な理由は 一時的な空床の発生44%、介護職員不足32%、入所申込少ない24%、医療的ケアが困難24%、看護師不足16%

人員配置基準に満たない施設の割合



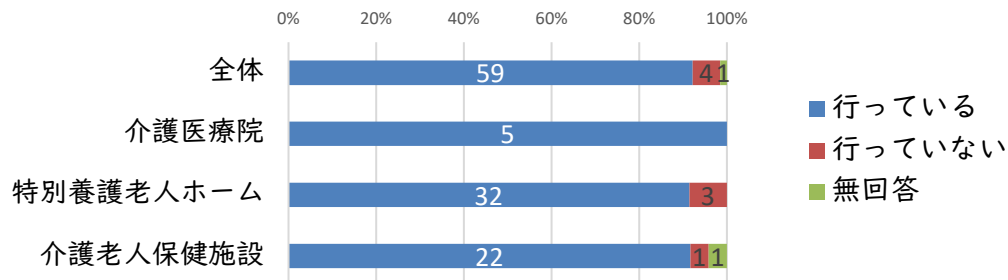
入所者数が定員を下回っている理由（複数回答）



【施設の医療的ケアの現状】

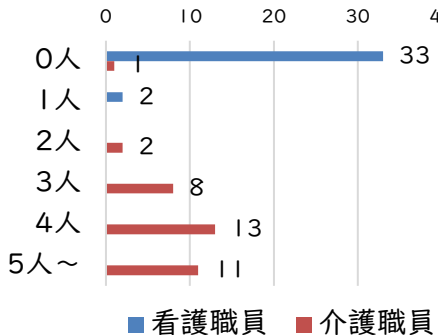
- 介護保険施設の9割以上で医療的ケアが必要な人を受入れている（介護医療院100%、特養91%、老健92%）
- 老健の21%、特養の94%では夜勤の看護師が配置されていないため、医療依存度の高い人の受入れが困難
- 老健や特養で実施が難しい医療的ケアは、経鼻経管栄養、中心静脈栄養、人口呼吸器管理、血圧・心拍等モニター測定、透析など
- 医療的ケアが必要な場合、ショートスティや通所、訪問介護の利用も難しい（地域包括、居宅の自由意見から）

医療的ケアが必要な人の受入れ (n=64)

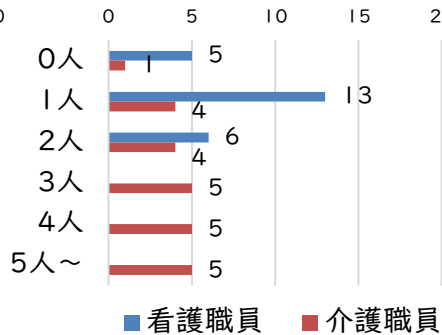


夜勤の職員数

【特別養護老人ホーム】 (n=35)

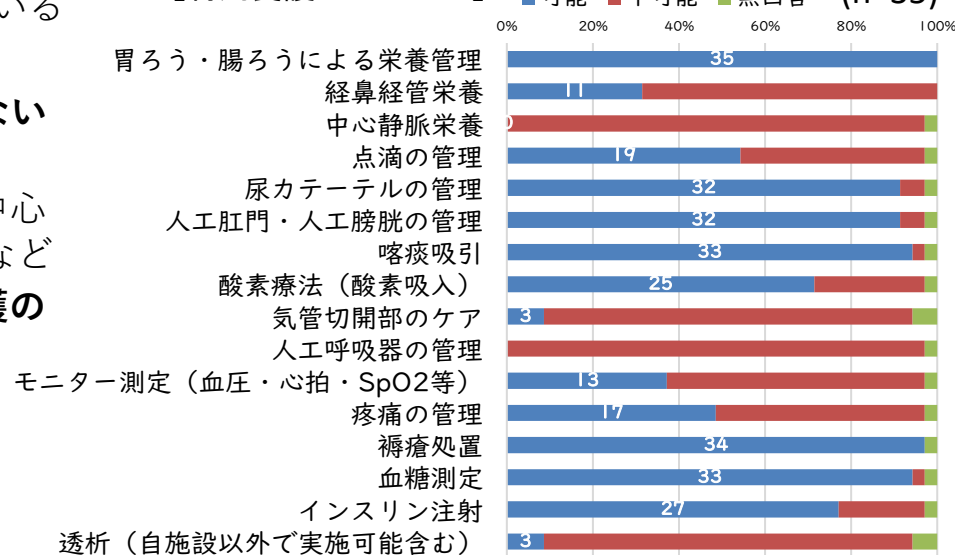


【介護老人保健施設】 (n=24)

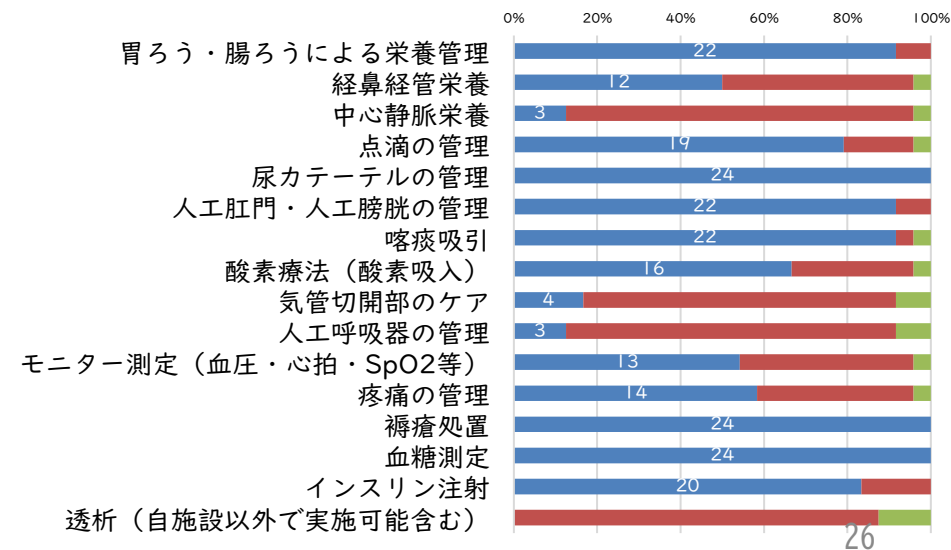


施設で提供可能な医療的ケア

【特別養護老人ホーム】 (n=35)



【介護老人保健施設】 (n=24)

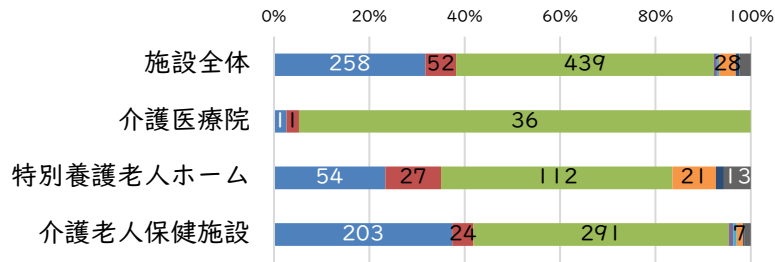


「医療と介護の連携に関する実態調査」結果の概要 ⑤

【施設⇄在宅入退所の状況】

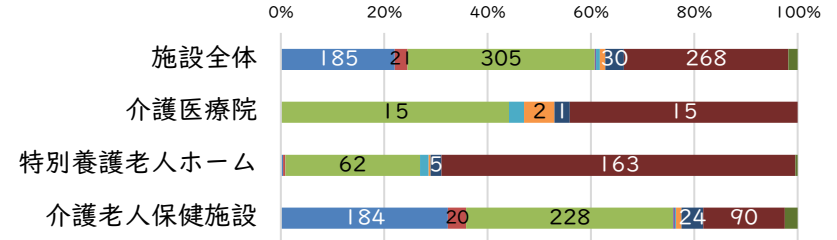
- 施設の**入所元**は病院約5割、自宅約3割（介護医療院は9割以上が病院）
- 退所先**は病院3～4割、死亡4～7割（老健は病院4割、自宅3割、死亡1～2割）
- 入所期間**は1年未満6割、1～2年2割、3年以上1～2割（特養は3年以上が3割、老健は3ヶ月以内が4割）
- 急な退院**となる場合は、**必要な情報**（入院中の状態や今後必要なケア、今後の見通し等）が**不足**し調整が困難

入所元（直近3ヶ月間の新規入所者812人）



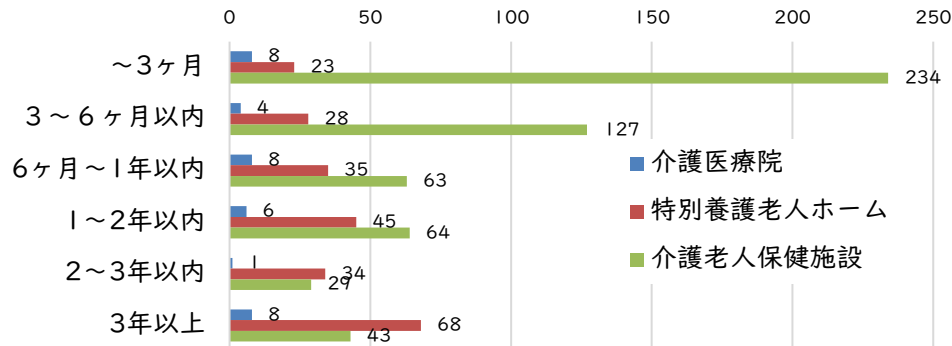
- 本人の家（家族の家を含む）
- 居宅系サービス（サ高住、GH等）
- 病院
- 有床診療所
- 介護医療院
- 介護老人保健施設
- 特別養護老人ホーム（地域密着型含む）
- その他

退所先（直近3ヶ月間の退所者841人）



- 本人の家（家族の家を含む）
- 居宅系サービス（サ高住、GH等）
- 病院
- 有床診療所
- 介護医療院
- 介護老人保健施設
- 特別養護老人ホーム（地域密着型含む）
- 死亡
- その他

入所期間



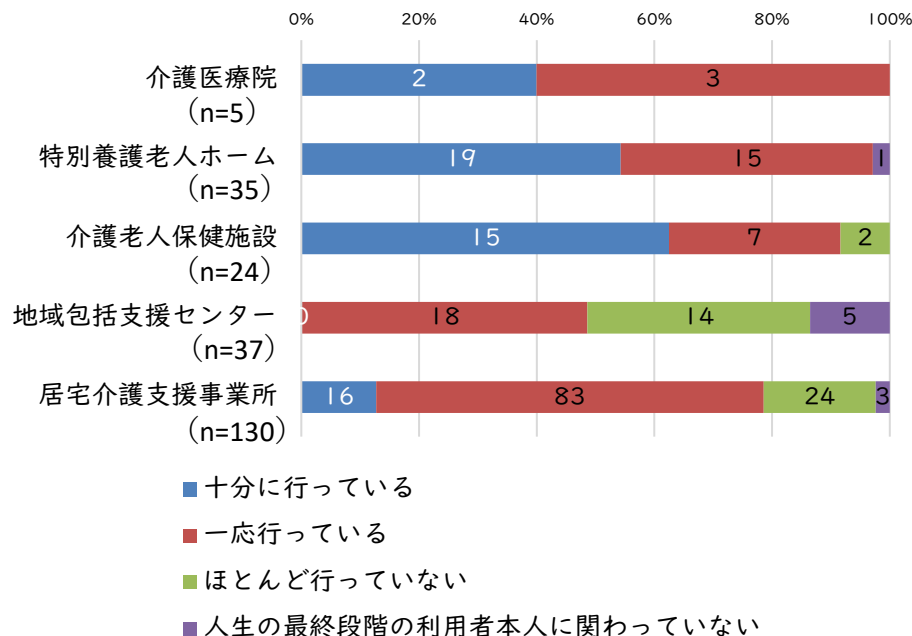
（直近3ヶ月間の退所者のうち、入所期間の回答があった828名の状況）

「医療と介護の連携に関する実態調査」結果の概要 ⑥

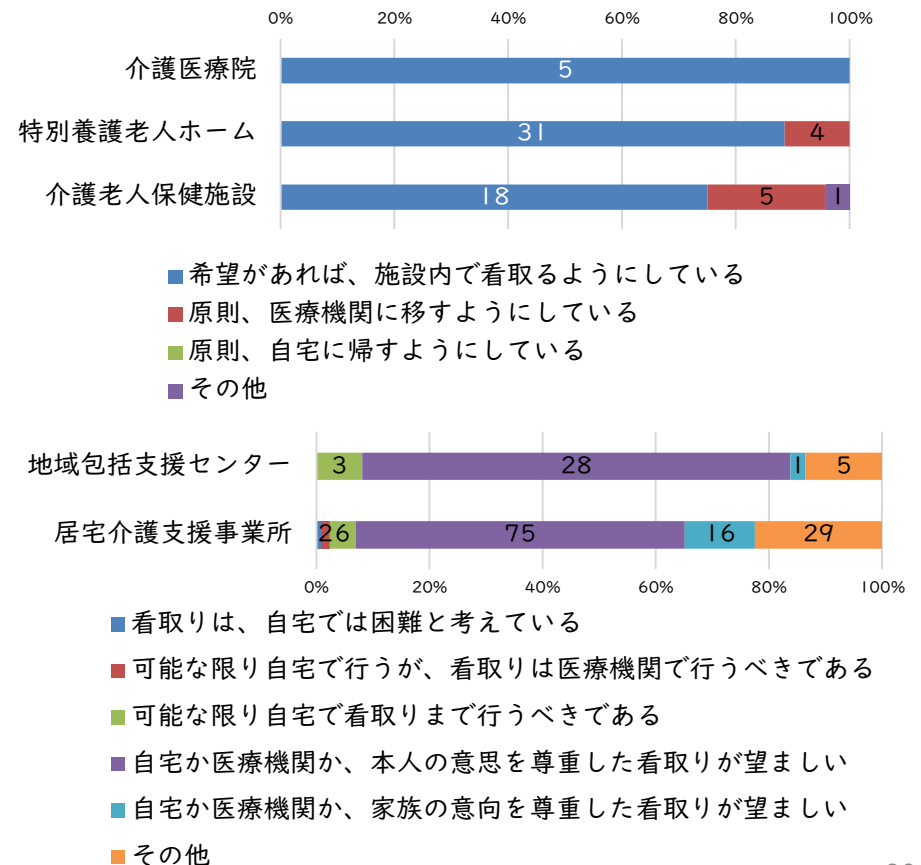
【施設⇔在宅 ACPや看取りの状況】

- 利用者・家族と人生の最終段階の医療・ケアについて十分な話し合いを行っているのは 特養54%、老健63%、介護医療院40%、居宅介護支援事業所13%
- 希望があれば「施設で看取る」は 特養89%、老健75%、介護医療院100%
- 看取りの際は原則「医療機関に移す」は 特養11%、老健21%
- ケアマネ、包括は「本人や家族の意向を尊重した看取りが望ましい」が約8割
- 身寄りがなかったり、経済的余裕がないと、本人の意思の実現が困難（地域包括、居宅の自由意見から）

利用者・家族と人生の最終段階の医療・ケアについて、十分な話し合いを行っていると思うか



看取りについて最も重視していること



「医療と介護の連携に関する実態調査」結果の概要 ⑦

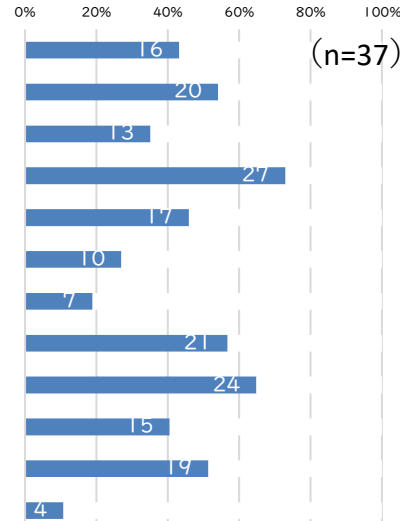
【在宅ケアの状況】

- 在宅療養支援を進めるために必要な取組みとして、医療・介護関係者が情報交換できる場の確保、医療的ケアが必要な人が利用できる施設、短期入所、通所等の充実が上位
- 歯科・栄養は在宅ケアの導入が難しい（必要性の認識が薄い、相談窓口が分かりにくいなど）
- 独居・高齢者世帯や、経済的問題があると在宅で介護できない（地域包括、居宅の自由意見から）

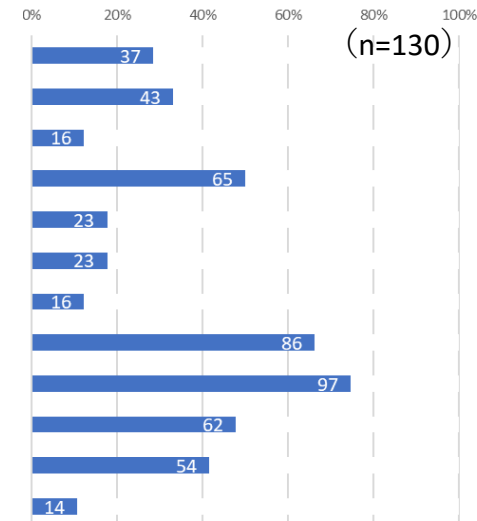
在宅療養支援を進めるために必要な取組み

- 地域内の医療機関や介護関係者への連絡可能時間を記した連絡先リストを整備する
- ICTツールによる、在宅療養者に関する情報の共有を推進する
- 医療と介護の連携マニュアルを作成する（入退院支援ルールなど）
- 医療関係者と介護関係者が情報交換できる場を確保する
- 多職種連携強化のための研修を充実させる
- 地域包括支援センターなどの身近な相談窓口を充実させる
- 訪問看護ステーションを充実させる
- 医療的ケアが必要な人が利用できる介護施設を充実させる
- 医療的ケアが必要な人が利用できるショートステイ施設を充実させる
- 医療的ケアが必要な人が利用できるデイサービス施設を充実させる
- 医療的ケアや介護が受けられるサービス付き高齢者向け住宅を充実させる
- その他

【地域包括支援センター】

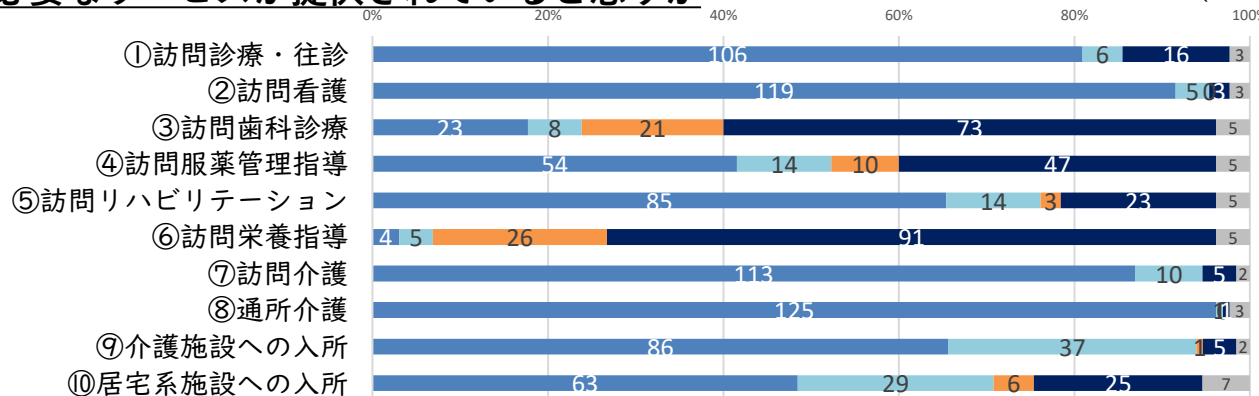


【居宅介護支援事業所】



在宅において医療・介護が必要な利用者に対し、必要なサービスが提供されていると思うか

【居宅介護支援事業所】 (n=130)



- 概ね提供されている
- あまり提供されていない
- ほとんど提供されていない
- サービスが必要な利用者がいなかった
- 未回答

【目的】

- ・ 病床数が減少し、入院期間が短縮する一方で、医療・介護の複合的ニーズを持つ後期高齢者は2040年にかけて増加する。
- ・ 一方で、入院、施設、在宅間の移行がスムーズにできていないのではないかといった課題がある。
- ・ その原因を探るため、今年度実施した「医療機関アンケート」「地域連携室とのヒアリング」「医療と介護の連携に関する実態調査」の結果を共有し、行政側が現場で感じている課題等を聞き取り、今後の必要な対策の検討につなげるためのヒントを得る。

【方法】

- ・ オンライン (Teams)
- ・ 健康福祉センター圏域ごとに、管内市町と意見交換を行う。(全6回)

【時期】

- ・ 令和6年12月

【内容】

- 情報共有
 - ・ 医療と介護の連携に関する実態調査の結果について
 - ・ 地域連携室とのヒアリング結果等について
- 意見交換
 - ・ 医療と介護のスムーズな連携に関して、市町が課題と感じていること
 - ・ 医療と介護の連携強化のために、市町が今後必要と考える取組み など

福井市・福井健康福祉センター管内（市町との意見交換会）

市町	現状・課題等（意見交換の内容から抜粋）	協議会 設置	コーディネーター 配置	郡市 医師会
福井市	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院の連携は基幹病院ごとにルールがある。入院時の連携はうまくいっているが、急な退院調整がある。 ・救急医療との連携について在宅医療の職能団体と救急関係で協議の場を設置予定 ・冬場や免許返納後の受診（特に透析患者） ・施設は人手不足で空きがあっても受け入れられない。リアルタイムで空き状況を公表するのは難しいと思う。 ・ACPを当たり前のこととして伝えていくために、小学校等の認知症講座でも触れていきたい。 ・中心部から遠い圏域では在宅サービスが限られていたり、雪道で訪問に行けないなど市内の中でも差がある。 ・医療と介護の連携において、紙ベースではなく、リアルタイムな連携をするためにICTの活用は必要 	有 年2回	なし	福井市
永平寺町	<ul style="list-style-type: none"> ・町内外の医療機関からの紹介による町立在宅訪問診療所の往診や看取りが増加している。 ・町内の医療・介護の連携は円滑だが、町外の医療機関や施設との連携は把握しきれない。 ・後期高齢者の透析患者の在宅や施設での受け入れが難しい。 ・町立診療所がみなし訪看を始めており、今後も訪問看護は伸びそう。 ・ヘルパーの担い手不足の事業所がある。町内にはリハ系の通所サービスが少なく、町外に通所する人が増加している。 ・困窮者の受診や薬の管理など、介護保険や障がい者支援でもない制度の狭間の人への対応が困難 	有 年1回	有 常勤・ 専従/ 社協/ ケアマネ	
福井健康福祉C	<ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護の連携に関して、市町ではいろいろな課題の中で対応していることを改めて認識した。 ・福井市と永平寺町では、人口規模も医療・介護の資源も異なる中で、保健所として、広域的な視点でどのような取り組みや支援をするべきか、平時から意見交換しながら一緒に考え、連携を深めていきたい。 			

坂井健康福祉センター管内（市町との意見交換会）

市町	現状・課題等(意見交換の内容から抜粋)	協議会 設置
坂井市	<ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護の連携は主に包括で対応しているが、今回包括に聞き取りをして課題を改めて認識できた。 ・包括で施設の空き状況を定期的に確認している。 ・身寄りのない方など今年は成年後見の市長申し立てが多い。包括だけでは抱えきれない事例は市と一緒に動く。 ・包括職員から、ACPIについて効果的に伝えられるように自分たちも勉強したいという声がある。 	協議会 設置 ○ 合同 年2回
あわら市	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の治療状況(もしくは医療情報)医療の状態は、直接、病院が施設に伝えるほうが迅速かつ適切に伝わり、タイムリーな情報共有ができると思うが、医療機関によっては全て包括に伝えてくるため不効率。また、入院中の対象者の意向確認を包括に依頼してくることがあるので、直接確認をしていただきたい。包括と病院の役割分担を明確にして無駄な動きを無くしたい。 ・身寄りのない方の意思決定支援が課題。市長申し立てや成年後見の申し立てに時間がかかり、適時のサービス利用につながらない状況。 	コーディネーター配置 有 非常勤/ 医師会/ 保健師
広域 連合	<ul style="list-style-type: none"> ・来年2月に坂井地区医師会と共催で、職域のワーキングを開催し、9月の協議会で挙げた各団体の課題の優先順位を検討する。その後、4つの場面ごとの対策等を協議会で検討し実施につなげていく。 ・主治医・副主治医制がうまく機能していない部分があり県でもリードしてほしい。 ・施設での医療的ケアの充実のために県において、看護師の確保や特定行為ができる介護職員の確保を進めてほしい。 ・カナミックは多数登録はあるが、活用してもらえない現状がある。主治医でないと患者の部屋を作れないことがネックになっていて、今後は副主治医やケアマネでも開始できるように改修を検討 ・施設の報酬上は、夜勤職員配置加算があるが、夜勤ができる職員を確保することが困難。夜間・土日祝日に対応できる訪看の確保も課題 ・給付分析からみて、老健の特養化を感じている。老健と在宅間の入退所を繰り返すケースもある。 ・コロナ禍以降、訪問薬剤管理指導の件数が増加。ケアプラン立案時のアセスメントの中で、口腔や栄養の状況把握・分析が全体的に弱いため、早めに情報を把握して適切に医療・介護の連携につなげることが重要。 ・施設や病床の空き状況を適時把握できるとよりよい在宅医療連携ができる。厚生労働省の介護情報公表システムが適時更新される仕組みになれば、効果的な情報共有ツールになる。 ・医師会の医師から、「つぐみ」に明記されている事項にそって、治療の提案や日々の生活について声掛けができるとういといった意見があった。 	郡市 医師会 坂井 地区
坂井健 康福祉c	<ul style="list-style-type: none"> ・個別性の高い多様な事例が増加し、包括職員等の負担が大きく、離職による人員不足にもつながっている。職員が安心して職務継続できる県全体の仕組み、支援が必要。「つぐみ」やACPIは若いうちからの意識づけも重要。 ・各機関が優良な取り組みをしても全体として繋がっていない。地域包括ケア病床のベットコントロール(空床を随時把握し配するシステム)ができると有機的連携が進む。今後、センターで、医師会、病院、施設、訪看、訪介、行政等で、現場の素の実態を共有することから始め、必要な対策の検討、実現化を目指したいと考えている。 	

奥越健康福祉センター管内（市町との意見交換会）

市町	現状・課題等(意見交換の内容から抜粋)	協議会 設置	コーディネータ 配置	郡市 医師会
大野市	<ul style="list-style-type: none"> ・総合病院の場合、窓口が地域連携室か病棟か、両方から連絡が入る場合があり、病院内でも情報共有されていないのではないかと感じる。 ・市外の総合病院など6機関に出向き、市内医療機関の情報冊子を手渡し、説明と情報収集を行った。 ・在宅での受入れ体制を整えるためには、ケアマネと病院とで余裕をもった退院調整が重要 ・医療依存度が高いと訪問看護師は必須だが、訪問看護も混んでいる状況 ・ケアマネによってACPの取組みには温度差がある。 ・福井県版エンディングノート「つぐみ」については、少しずつ広がっているが、県でももっとメディア等を使ってPRしてほしい。 	有 年4回	有 非常勤/ 包括/ 保健師	大野市
勝山市	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネが医師との連携に敷居を高く感じてしまい、アクションを行えないことがある。若いケアマネに入れ替わると経験不足や苦手意識がある。 ・施設では人材不足が大きく影響し、看護師の常駐は難しい状況 ・医療依存度が高い人の退院時に、訪問看護の調整は病院側で行うため早いが、介護側の調整が遅れる。 ・市外の病院との連携に課題を感じているため、連携室に出向いて直接意見を伺いたい。 ・入退院時にACPがつながるかどうかはケアマネによって差がでてしまう。 	有 年2回	有 非常勤/ 包括/ 看護師	勝山市
奥越健康福祉C	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍以降、各市と話をする機会が減っていたため、今後また密に連携を強化していきたい。 ・ケアマネは医療のハードルの高さを感じているが、医療機関側はケアマネが持つケース情報を求めている。若いケアマネにもそのことを繋いでいくことが必要 ・医療機関へも入退院時の情報連携窓口の一本化の必要性を継続周知していくことは重要 			

丹南健康福祉センター管内（市町との意見交換会）

市町	現状・課題等（意見交換の内容から抜粋）	協議会 設置	コーディネーター 配置	郡市 医師会
鯖江市	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携のICTツールで「バイタルリンク」を導入しているが、事業者の費用負担はないが、記録が二重管理となるなどの負担があり、広がっていない。 ・成年後見や市長申立てが増えている印象 ・ACPIについては、高校生など教育面から普及できるとあると思う。 	有 年2回	有 常勤兼務 市職員/ 保健師	鯖江市
池田町	<ul style="list-style-type: none"> ・町内で顔の見える関係があるので、町内で療養する場合は大きな問題はない。町内2カ所の診療所とも往診対応している。 ・透析をしていて介護が必要になると、交通費の問題もあり、町外の病院に入院せざるを得ない。 	なし	なし	
越前市	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅コーディネート医を包括圏域ごとに6名配置（医師会推薦）していて、自宅退院時の調整を依頼している。コーディネート医との連絡会を開催したいが、実現できていない。 ・若手の医師に在宅医療を担っていただけない。どの医療機関が在宅に取り組んでいるか、まとめたものを作りたいと考えている。 ・身寄りのない65歳以下の方が亡くなった状態で発見される事案が増えている。 	有 年1回	なし	武生
南越前町	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医の高齢化と医師の担い手不足 ・在宅看取りの希望者は増えることが見込まれるが、訪問看護事業所は町内2カ所のみで、町外の事業所に頼らざるを得ない。 ・独居高齢者が生活困窮者である場合もあり、民生委員と情報共有・連携している。 		有 常勤兼務 診療所/ 医師	
越前町	<ul style="list-style-type: none"> ・丹生郡医師会との連携はできているが、かかりつけ医の高齢化や担い手不足 ・在宅看取りの件数が少なく、介護職員の在宅看取りに対する関心が薄い。 ・訪看など、在宅看取りを支える事業所の不足 ・つぐみを書いてもらうにあたり、その簡易版「もしもの時に伝えたいことシート」を作成し、ACPのきっかけづくりをしている。 ・民生委員とケアマネが、困っていることや連絡体制を情報共有し、身寄りのない方を支える体制づくりに向けた意見交換を行っている。 	有 年4回	有 常勤兼務 包括/ ケアマネ	丹生郡
丹南健康福祉C	<ul style="list-style-type: none"> ・丹南地域では在宅医が高齢化しており、また今後在宅医療の実施を考えている医師もかなり少なく（R5年度在宅医療・介護連携実態調査結果）人材不足の部分は課題となっている。その中で地域での多職種連携は今後ますます重要になると感じている。 ・ACPや看取りについては、センターでも普及に取り組んでいきたい。 			

二州健康福祉センター管内（市町との意見交換会）

市町	現状・課題等(意見交換の内容から抜粋)	協議会 設置	コデベ ター 配置	郡市 医師会
敦賀市	<ul style="list-style-type: none"> ・急な退院となる場合、患者の状態が十分にわからないままケアプランを立てなければならないことがある。こうした課題を多職種連携研修会で取り上げて医療側と現状を共有している。 ・市内の医療機関に在宅医療提供状況を調査し、まとめたものをHPに掲載 ・市内の在宅医療は訪看がメインだが、24時間体制の訪看は限られる。在宅医からも24時間の訪看がセットでないと受けないと言われる。 ・ヘルパーやショートステイよりも小多機の需要が高く、定員が一杯の状況 ・身寄りのない方や家族が県外にいる場合、ケアマネの業務外の負担が大きい(救急の付添や入院の同意など) ・今年度、市独自に「あんしん連携ファイル」を作成。受けたい医療や看護の情報に特化し、救急時に持って行ってもらえるよう携帯しやすい冊子に改訂し啓発を始めたところ。 	有 年3回	有 常勤兼 務/包括 /保健師	敦賀市
美浜町	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療ができる医療機関が限られる。 ・胃ろうや気管切開していると施設入所先が少なく、待ちができる状況 ・敦賀市内の医療機関にかかっている方も多いが、免許返納後、要介護1以上であれば、介護タクシーが使えるが、要介護にならない方の通院手段が課題 	なし	有 常勤兼 務/包括 /保健師	三方郡
二州健 康福祉 C	<ul style="list-style-type: none"> ・敦賀市、美浜町それぞれに長年にわたって、医療と介護の連携を進めており、協議会や多職種連携研修会も開催していて、センターも参加させてもらっている。 ・人材不足については、センター単位では難しい課題であり、今後県と一緒に検討を進めていきたい。両課と連携して引き続き検討をお願いしたい。 			

若狭健康福祉センター管内（市町との意見交換会）

市町	現状・課題等(意見交換の内容から抜粋)	協議会 設置	コーディネーター 配置	郡市 医師会
小浜市	<ul style="list-style-type: none"> ・小浜病院とは地域連携室を通して連携がスムーズ ・介護保険施設や在宅サービスも、狭い地域なので連携できている。 	なし	なし	小浜
高浜町	<ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護の人材が不足している ・身寄りがなく家族の支援が得られない方が増加し、ケアマネの業務負担が大きい ・高浜病院とは、日ごろからの多職種間の関係づくりが奏功し協力・連携がうまくできている。 	なし	なし	小浜
おおい町	<ul style="list-style-type: none"> ・現状では訪問診療、訪問看護は足りているが、人材不足で将来的には不安 ・夜間の支援がないと、医療依存度の高い方を在宅で受け入れることには不安 ・事業所が少なく、介護サービスを多く入れられない。家族の担う事が多いと仕事と介護の両立が課題になる場合がある。 ・年金が少なく、認知機能低下なく、身寄りがない虚弱な高齢者の支援が困難 ・DXが進んで、嶺北から遠隔で口腔や栄養の在宅サービスが受けられるとよい。 	なし	有 常勤・ 兼務/ 包括/ 保健師	小浜
若狭町	<ul style="list-style-type: none"> ・若狭町には在宅に訪問して下さる歯科衛生士・言語聴覚士・管理栄養士などの専門職が不足している。 ・嶺南の地域連携室は医療機関ごとに対応が異なり、入退院時の連携がスムーズにいかないこともある。 ・往診や看取り対応をして下さるかかりつけ医が減ってきているため、一部のかかりつけ医に負担が増える傾向にある 	なし	なし	三方 郡 小浜
若狭健康福祉C	<ul style="list-style-type: none"> ・管内市町と定期的に連絡会をしており、市町の課題や広域で対応が必要な課題があれば、そのような場を利用して検討していきたい。 		在宅療 養検討 委員会 年4回	

今回の調査結果や意見を踏まえ、次のとおり協議を進めてはどうかと考えるが、御意見をいただきたい。

(案1) 介護施設等における医療的行為に関する課題

- 今年度実施した調査やヒアリングの結果、**患者の流れの中で、入院から介護施設等への移行の際に、施設側がどういった医療的行為ができるか否か、どういった入所条件があるか否かが、円滑な連携が進まない最も大きな要因と認識**
- とくに、**夜間の喀痰吸引、経管栄養のケア、頻回なインスリン注射については、対応可能な介護施設等が増えれば、医療機関からの退所調整先も拡大すると考えられる**ため、郡市医師会や病院、診療所、介護事業所、市町などの関係者が集まり、**地域の実情に応じて具体的な対応策を協議**
- その際、介護の現場が感じている課題について丁寧な聞き取りが必要
- また、介護職員が行える喀痰吸引、経管栄養について、連携する医療機関の支援の検討が必要
- 引き続き、地域医療構想調整会議でも協議

(案2) 在宅医療を担う医師、診療所の不足に関する課題

- 県医療審議会の専門部会（在宅医療）に加え、**とくに在宅医療を担う医師、診療所が不足している地域において、郡市医師会や病院、診療所、介護事業所、市町などの関係者が集まり、在宅医や専門職の確保、連携の強化について、地域の実情に応じて協議**
- その際、地域において「かかりつけ医機能」や外来医療を確保するための対策と合わせて検討
- 引き続き、地域医療構想調整会議においても協議

(案3) 医療機関と介護施設等の情報共有等の課題

- 今年度、主に嶺北地方の病院では「CAREBOOK（ケアブック）」の導入が進み、転院調整が効率化したとの意見が多い。
- 一方で、**介護施設等との情報共有等に課題を感じている医療機関も多い。**
- **「CAREBOOK」のようなシステムにより情報共有等ができないか、地域や対象機関・施設を限定して試行**

今回の調査結果や意見を踏まえ、次のとおり協議を進めてはどうかと考えるが、御意見をいただきたい。

(案4) 個別疾患（透析治療、認知症の周辺症状、脳卒中等の回復期リハビリなど）の医療提供体制に関する課題

- 県医療審議会の専門部会（糖尿病、精神疾患など）や協議会（循環器病など）において、今回の調査結果や意見を情報共有し、地域ごとの医療提供体制とそれを確保するための具体的な対策について協議
 - ・透析患者が長期療養を行える医療提供体制の確保、透析患者の通院負担の軽減など
 - ⇒ 慢性腎臓病対策協議会、糖尿病医療体制検討部会 など
 - ・精神疾患や認知症の身体合併症を有する患者の受入体制、救急医療体制の確保
 - ⇒ 精神疾患医療体制検討部会 など
 - ・脳卒中、心血管疾患に関する急性期、回復期病院の連携強化と、各地域において病期に応じたリハビリテーションが実施可能な体制の整備 など
 - ⇒ 脳卒中医療体制検討部会、心筋梗塞等の心血管疾患医療体制検討部会、循環器病対策推進協議会 など
- 地域の実情に応じた協議を行うため、関係者への事前の意見聴取や参加者の拡大を検討

(案5) 社会的背景に困難を抱える患者の課題

- 今回の調査結果や意見について、県の福祉所管課へ情報共有した上で、引き続き、市町の在宅医療、介護の担当者と意見交換を実施
- 今後も、医療機関や介護施設等からいただいた御意見について、行政の関係者と情報共有

今回の調査結果や意見を踏まえ、次のとおり協議を進めてはどうかと考えるが、御意見をいただきたい。

(案6) ACP／人生会議の普及に関する課題

- これまで、セミナーや「つぐみ(福井県版エンディングノート)」の配布等により普及啓発を図ってきたものの、ACPIについて十分には理解が広まっていない、取組んでいても十分に整理されていないという意見が多い。
- 県医療審議会の専門部会(在宅医療)に加え、郡市医師会や病院、診療所、介護事業所、市町などの関係者が集まり、地域の実情に応じた効果的な普及方法等を協議

今後の方向性

- 今回いただいた御意見を踏まえ、地域ごとに関係者が協議し具体的な対応策を検討する課題を設定
- 令和7年度に協議する課題については、あらためてお知らせ。
- 協議の参加者の選定や実施日程の調整等にあたっては、各地域の県保健所から依頼
- 協議への参加について御協力をお願いしたい。

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」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、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

新たな地域医療構想の推進のための対応の方向性（案）①

課題

人口動態や疾病構造等の変化を見据え、都道府県において地域の需要・医療資源等に応じた医療提供体制を確保するため、国による支援を行う必要がある。

都道府県は、地域の医療提供体制の確保の責任を有しており、地域の需要・医療資源の状況等を踏まえながら、関係者の合意形成を図り、地域医療構想の推進に向けた取組を計画的に進める必要がある。

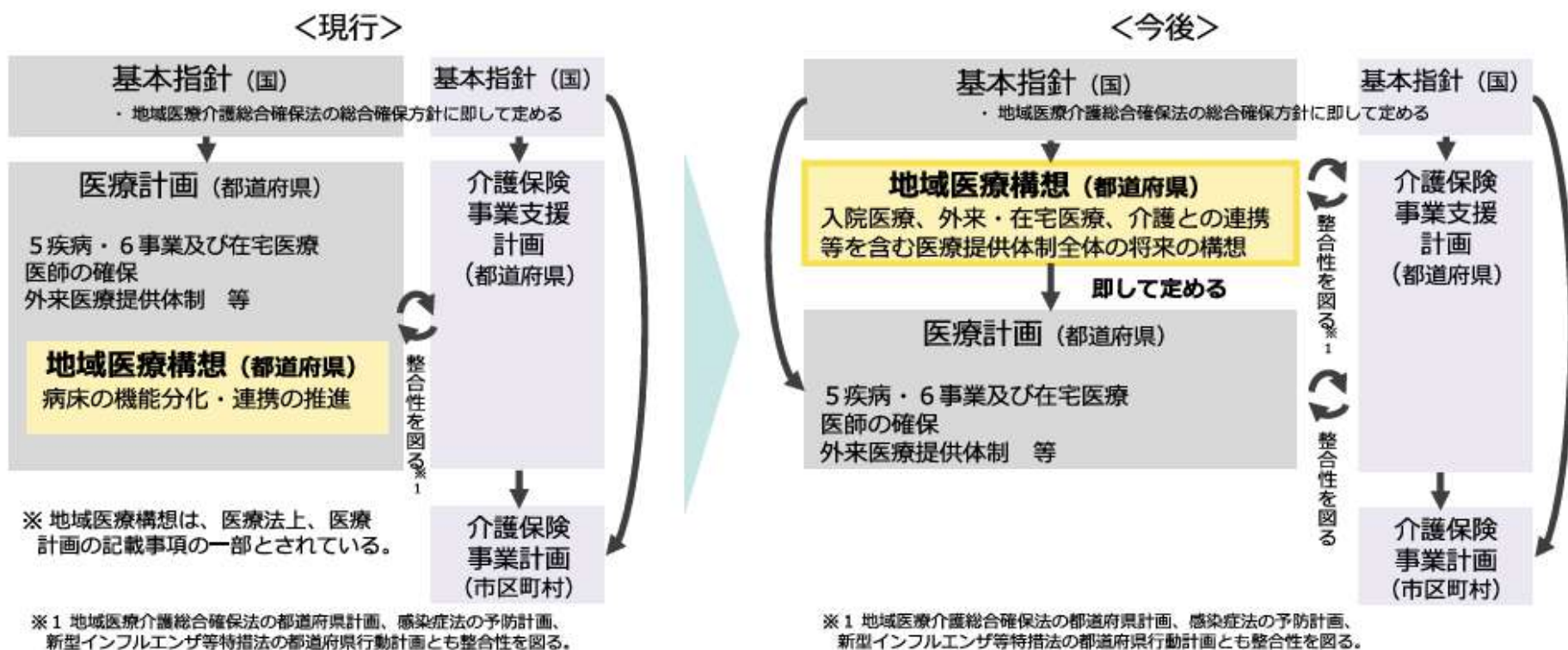
地域医療構想における市町村の役割を明確化し、都道府県と市町村による取組を推進する必要がある。

対応の方向性（案）

- ・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としてはどうか。
- ・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、関連するデータ等を提供することとしてはどうか。
- ・地域医療介護総合確保基金について、2026年度（令和8年度）まで現行の病床の機能分化・連携の支援を行うこととしているが、2027年度（令和9年度）から、新たな地域医療構想に基づき、病床の機能分化・連携の支援に加え、医療機関機能の確保に向けた取組の支援を行うこととしてはどうか。
- ・都道府県ごとの取組状況に差がある中で、ガイドラインにおいて、調整会議について区域ごとに議論すべき内容、議題に応じた主な参加者や議論の進め方等、データ分析・共有、地域医療介護総合確保基金の活用など、都道府県の望ましい取組を示すとともに、都道府県の取組状況を見える化してはどうか。
- ・医療関係者や医療保険者等の関係者には調整会議で協議が調った事項の実施に協力する努力義務が定められている中で、都道府県においては、調整会議で協議が調った事項の実施に努めることとしてはどうか。
- ・市町村に対して、議題に応じて調整会議への参画を求め、在宅医療、介護連携、かかりつけ医機能の確保等に努めることとしてはどうか。
- ・市町村の地域医療構想の理解を促進するため、国による研修や都道府県から市町村への調整会議に関する情報提供等の取組を推進してはどうか。
- ・地域医療介護総合確保基金の活用により、市町村による在宅医療、介護連携、かかりつけ医機能の確保等の取組を推進してはどうか。

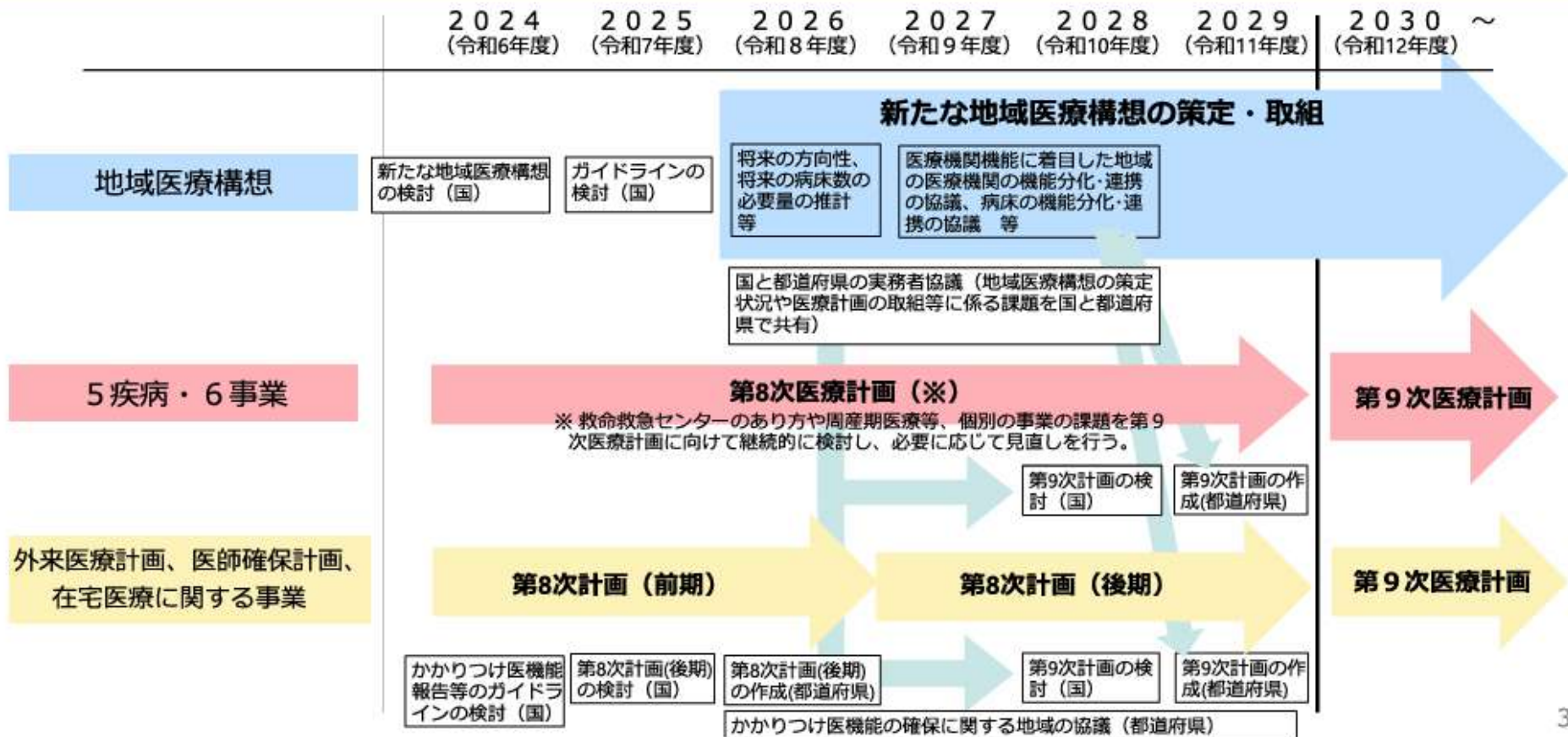
新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理（案）

- 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。



新たな地域医療構想と医療計画の進め方（案）

- 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。



病床機能について（案）②

- 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。
- 現行制度では、既存病床数が基準病床数を下回る場合は、将来の病床数の必要量を上回っても、基準病床数まで増床が可能である。基準病床数制度と地域医療構想の整合性を確保し、基準病床数制度による効率的な病床整備を図ることが重要である。このため、新たな地域医療構想の実現に向けて、原則6年ごとに策定する医療計画の基準病床数について、連携・再編・集約化を通じた効率的な病床整備を念頭に置いて設定するものとし、基準病床数の算定においては、将来の病床数の必要量を上限とすることとしてはどうか。その際、地域の実情に応じて、医療機関の再編・集約化に伴い必要な場合や、地域の医療機関が果たせない機能を提供する場合等には、特例措置により都道府県は増床等の許可を行うことができることとしてはどうか。（再掲）
- 将来の病床数の必要量の推計については、合計の病床数を上記の基準病床数の設定に活用することとし、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毎に）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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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

医療機関機能について（案）

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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なりハビリテーション、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、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者への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

- ・ 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。