

令和7年度第3回県中地域医療構想調整会議 次第

日 時：令和8年3月4日（水）18:00～

場 所：ZOOM

1 開 会

2 挨 拶

3 議 題

（1）医療機関が担う役割等の変更

ア 郡山市休日・夜間急病センター

イ 田村地方夜間診療所

（2）令和8年度紹介受診重点医療機関【県中保健福祉事務所】

（3）かかりつけ医機能報告制度に係る協議の場【地域医療課】

（4）令和7年度福島県地域医療構想検討課題調査事業

【地域医療課・合同会社デロイトトーマツ】

（5）その他

4 閉 会

【資料】

資料1 郡山市休日・夜間急病センター関連資料

資料2 田村地方夜間診療所関連資料

資料3 令和8年度紹介受診重点医療機関関連資料

資料3－1 かかりつけ医機能報告制度に係る協議の場について

資料4 令和7年度福島県地域医療構想検討課題調査事業【県中構想区域資料】

様式2 (医療機関が担う役割等を変更する場合)

医療機関が担う役割等の変更に関する報告書

令和8年2月26日

福島県県中保健所長 様

報告医療機関 郡山市休日・夜間急病センター

次のとおり、病院・診療所の開設者の変更、医療機関の統廃合、診療体制の変更等を行う予定ですので、その情報を構想区域地域医療構想調整会議へ事前に提供します。

1 基本情報

医療機関名	郡山市休日・夜間急病センター
開設者名	郡山市長 椎根 健雄
管理者名	坪井 永保(郡山医師会長)

2 変更内容

※当該変更に伴い病床の機能等も変更となる場合は、「病床機能等の変更に関する報告書」も合わせて提出して下さい。

(1) 開設者の変更

変更の概要		変更予定日			
		令和	年	月	日
変 更 前					
変 更 後					

(2) 医療機関の統廃合等(医療機関間の病床の移動を含む)

変更の概要		変更完了日			
		令和	年	月	日
変 更 前					
変 更 後					

(3) その他診療体制の変更、特定の診療科の休止・廃止等

変更の概要	診療科の休止	変更予定日
		令和 9 年 4 月 1 日
変 更 前	診療科 : 内科、小児科、歯科	
変 更 後	診療科 : 内科、小児科(※)、歯科 ※小児科のみ、令和 9 年 4 月 1 日から休止	

【その他報告事項】

この報告事項及び別添資料には機密情報が含まれております。第三者への漏洩や無断共有を固く禁じます。取扱いには十分ご注意ください。

郡山市における小児救急医療体制の見直しについて

郡山市には、初期救急医療体制として、郡山医師会が行う休日当番医制と、当市が運営する郡山市休日・夜間急病センター(以下「急病センター」という。)がある。また、太田西ノ内病院では、小児科開業医の協力を得て、24 時間体制の地域連携小児夜間・休日診療を行っている。

小児科医の減少とともに、小児科開業医が年々減少していること、また、小児科開業医が高齢化していることにより、休日当番医制と、休日・夜間急病センターを現状のまま継続していくことが困難になることが予想された。

そこで、郡山医師会一次救急委員会において、小児科初期救急のあり方を検討していたところ、令和 12 年度を目途に、小児初期救急を全て太田西ノ内病院の救急外来に集約化する運びとなった。

これにより、小児科開業医は、太田西ノ内病院に必要な範囲で初期救急に当たることとなる。

令和 8 年度中に、太田西ノ内病院は、救急外来患者の増加に対応できるよう、施設内の改修やシステム導入などを行い、令和 9 年 3 月 31 日をもって、急病センターの小児科は休止することとしている。

様式 2 (医療機関が担う役割等を変更する場合)

医療機関が担う役割等の変更に関する報告書

令和 8 年 2 月 25 日

福島県県中保健所長 様

報告医療機関 田村地方夜間診療所

開設者 田村市長 白石高司

次のとおり、病院・診療所の開設者の変更、医療機関の統廃合、診療体制の変更等を行う予定ですので、その情報を構想区域地域医療構想調整会議へ事前に提供します。

1 基本情報

医療機関名	田村地方夜間診療所
開設者名	田村市長 白石高司
管理者名	田村医師会会長 石塚尋朗

2 変更内容

※当該変更に伴い病床の機能等も変更となる場合は、「病床機能等の変更に関する報告書」も合わせて提出して下さい。

(1) 開設者の変更

変更の概要		変更予定日			
		令和	年	月	日
変 更 前					
変 更 後					

(2) 医療機関の統廃合等 (医療機関間の病床の移動を含む)

変更の概要		変更完了日			
		令和	年	月	日
変 更 前					
変 更 後					

(3) その他診療体制の変更、特定の診療科の休止・廃止等

変更の概要	田村地方夜間診療所の診療休止	変更予定日
		令和8年4月1日
変更前	【田村地方夜間診療所の概要】 ・夜間における急病患者に対し、応急的な診療を行う ・診療日 月曜日から金曜日（土日祝日、お盆、年末年始は休診） ・診療時間 午後7時30分から午後9時まで ・診療科 内科等の一次救急	
変更後	上記の診療を休止する。	

【その他報告事項】

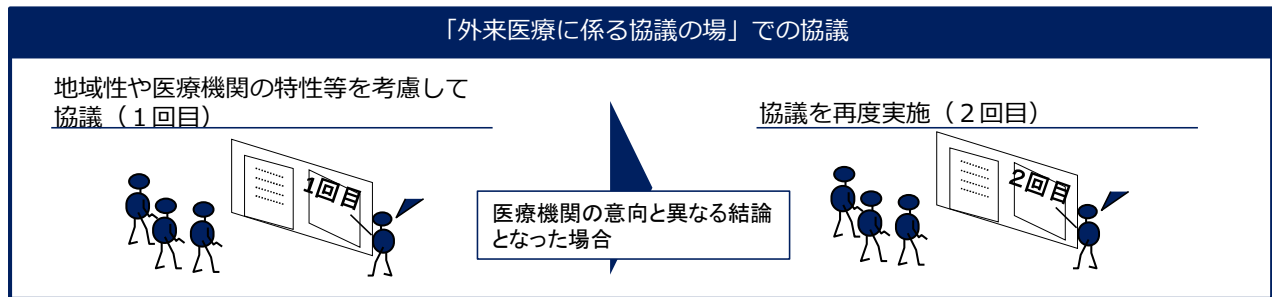
令和8年度紹介受診重点医療機関対象一覧

番号	医療機関名称	意向の有無	基準：初診40%以上 かつ 再診25%以上		参考水準：紹介50%以上 かつ 逆紹介40%以上		備考
			重点外来割合 (初診)	重点外来割合 (再診)	紹介率(%)	逆紹介率(%)	
1	公益財団法人星総合病院	有	55.5	26.7	72.2	66	R7から継続、地域医療支援病院
2	公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院	有	54.2	26.2	67.1	65.8	R7から継続、地域医療支援病院
3	一般財団法人 脳神経疾患研究所 附属 総合南東北病院	有	52.0	61.3	69.9	171.9	R7から継続、地域医療支援病院
4	一般財団法人 脳神経疾患研究所 附属 南東北眼科クリニック	有	40.9	26.9	0	0	R8新規
5	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院	有	50.4	21.7	69.4	62	R7から継続、地域医療支援病院
6	一般社団法人慈山会医学研究所付属坪井病院	無	57.1	25.0	53	45.1	
7	医療法人平心会須賀川病院	無	44.2	35.7	19.7	8.5	

医療機関名	太田西ノ内病院
(今後の重点外来を満たすための取組及びスケジュールについて) 再診患者に占める重点外来該当患者の割合が基準（25%）を下回っている現状を踏まえ、慢性期で状態が安定している患者を診療科ごとに抽出し、地域医療機関への逆紹介を積極的に推進する。 あわせて、月次で逆紹介の進捗管理を行い、年度内に基準達成を目指す。	

外来機能報告制度を活用した紹介受診重点医療機関に係る協議の進め方

		意向あり	意向なし
紹介受診重点外来の基準	満たす	1 紹介受診重点医療機関 *「外来医療に係る協議の場」での確認	2 「外来医療に係る協議の場」での協議
	満たさない	3 「外来医療に係る協議の場」での協議	

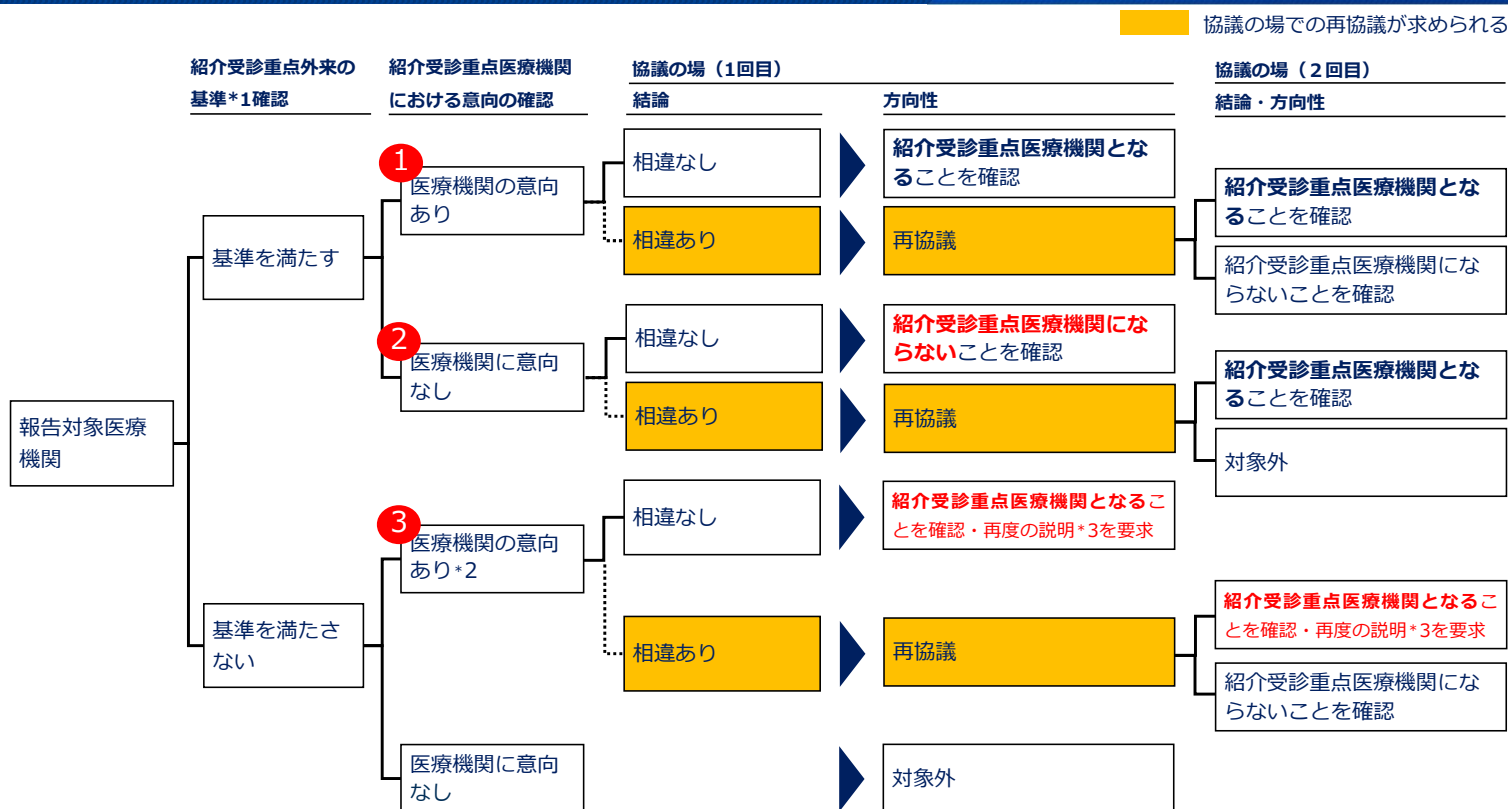


【紹介受診重点外来の基準と医療機関の意向の考え方】

- 1** 「紹介受診重点外来の基準を満たす×意向あり」の場合
 - 特別な事情がない限り、紹介受診重点医療機関となることが想定される。
- 2** 「紹介受診重点外来の基準を満たす×意向なし」の場合
 - 当該医療機関の意向が第一であることを踏まえつつ、当該地域の医療提供体制のあり方を協議の上、2回目の協議に改めて意向を確認する。
- 3** 「紹介受診重点外来の基準を満たさない×意向あり」の場合
 - 紹介受診重点外来に関する基準に加え、紹介率・逆紹介率等を活用して協議を行う。

（参考）「外来機能報告等に関するガイドライン」

協議フローについて



*1 紹介受診重点外来の基準：
 ・初診基準：40%以上（初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）
 ・再診基準：25%以上（再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）
 *2 紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上を参考の水準とする。
 *3 基準の達成に向けたスケジュール等を書面又は口頭で説明を求め、その内容を公表する。

（参考）「外来機能報告等に関するガイドライン」

かかりつけ医機能報告制度に係る協議の場について

令和8年3月4日
地域医療課

資料3-1

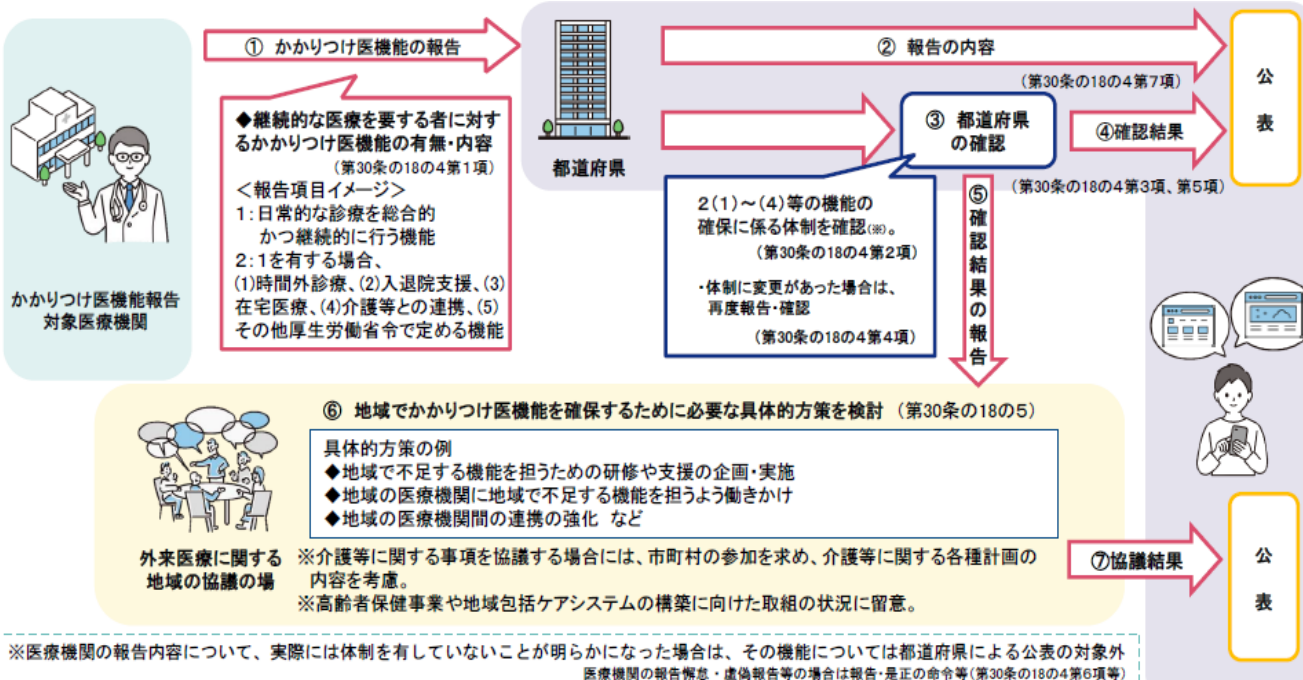
国における制度整備の背景・趣旨

- 今後、**複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加**と生産年齢人口の急減が見込まれる中、「治し、支える医療」を実現するため、**地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある**。
- 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択するための情報提供を強化し、地域の実情に応じて、**各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化**することで、地域に必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備が行われ、関係法令が令和5年5月に成立し、**かかりつけ医機能報告制度が令和7年4月1日から施行**された。

かかりつけ医機能報告制度の概要

- ① 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**。
- ② 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**。
- ③ 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**。

＜制度概要イメージ（厚生労働省資料抜粋）＞



報告対象医療機関と報告方法・内容

＜報告対象医療機関＞

特定機能病院及び歯科医療機関を除く病院及び診療所

※本県においては、県立医大附属病院と歯科医療機関を除く、**全ての病院119機関及び医科診療所1,337機関が対象**（1月時点、休止中除く）

＜報告方法＞

毎年1月から3月に医療機関等情報支援システム（「**G-MIS**」）又は**紙調査票**により行う

＜報告内容＞

- 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号機能：（イ）通常の診療時間外の診療
（ロ）入退院時の支援
（ハ）在宅医療の提供
（ニ）介護サービス等と連携した医療提供

年間のスケジュール

	11月～	1月～3月	4月～	7月～	11月
国	システム改修等	(1/1)報告機能リリース、照会対応	集計データ提供、ガイドラインの見直し等		
県	報告対象医療機関へ 定期報告依頼	報告内容の確認、督促、紙調査票の 代理入力等	集計データ分析 報告内容の公表	協議の場の 開催	定期報告 依頼
医療機関	G-MISアカウントの整備	定期報告対応			

協議の場について

- 都道府県は、「地域の協議の場」において地域で必要なかかりつけ医機能を確保するための具体的方策を検討することとされている。
- 会議体は、既存のものを活用するほか、新たに立ち上げることも可能とされている。また、協議の内容はかかりつけ医機能に関する内容であれば特段の定めはなく、在宅医療、医療介護連携、入退院支援など国ガイドラインにおいて幅広いテーマが例示されている。
- 本県としては、「新たな地域医療構想」と「かかりつけ医機能報告制度」の両輪で地域における医療提供体制を議論していくことが重要と考えており、新たな地域医療構想においては2040年を見据え、外来・在宅、介護との連携等を含めた将来あるべき医療提供体制の構築を推進することから、かかりつけ医機能報告制度の協議の場においては、構想区域よりも小さい単位（都市医師会や市町村単位等）で議論することが望ましいテーマについて、既存会議体を含めた協議の場で地域に必要なかかりつけ医機能を確保するための協議を行う。

協議の場の設定について

これらの現状・方向性を踏まえ、令和8年度以降は以下のとおり進めていく。

- ◆ かかりつけ医機能の確保を協議するのは「外来医療に関する地域の協議の場」とされており、県外来医療計画において「地域医療構想調整会議」を協議の場として位置付けていることから、かかりつけ医機能報告制度の協議の場を「地域医療構想調整会議」とし、令和8年度はかかりつけ医機能報告のデータを調整会議において提示しながら、圏域の状況を共有することとする。
- ◆ 一方で、現行の構想区域や調整会議では、外来・在宅、介護連携等のテーマについて具体の議論を行うことは難しいため、調整会議においてデータを共有しつつ、圏域内の小さい単位で在宅医療等の協議を行う必要性について議論された場合に、当該圏域で具体の協議を行う体制を構築していくこととする。

定期報告について

- 協議の場において提示するかかりつけ医機能報告のデータについては、地域に必要なかかりつけ医機能を確保するために必要な基礎データとなるものだが、令和6年度の医療機能情報提供制度の定期報告率は本県が42.8%（R7.3.3時点の国による暫定集計率、全国平均47.4%）となっており、かかりつけ医機能報告の報告率も同程度と予測される。調整会議への提示やその後の協議に資するデータを準備するためにも、医療機能情報提供制度を含め、毎年定期報告の報告率向上を目指すとともに、報告内容の精査を行っていく。



令和7年度
福島県地域医療構想検討課題調査業務
県中構想区域資料

2026年3月4日

目次

1. 新たな地域医療構想のポイント

2. データから見る県中地域の概況

3. 県中地域の概況まとめ

1. 新たな地域医療構想のポイント

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

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）

外来・在宅、介護と連携が追加

(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

回復期機能から、高齢者救急を含む包括期機能に変更

合等には、地域の実情に応出席を求める

(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

病院としての機能の明確化

基本的な方向性

（新たな地域医療構想に関するとりまとめより抜粋）

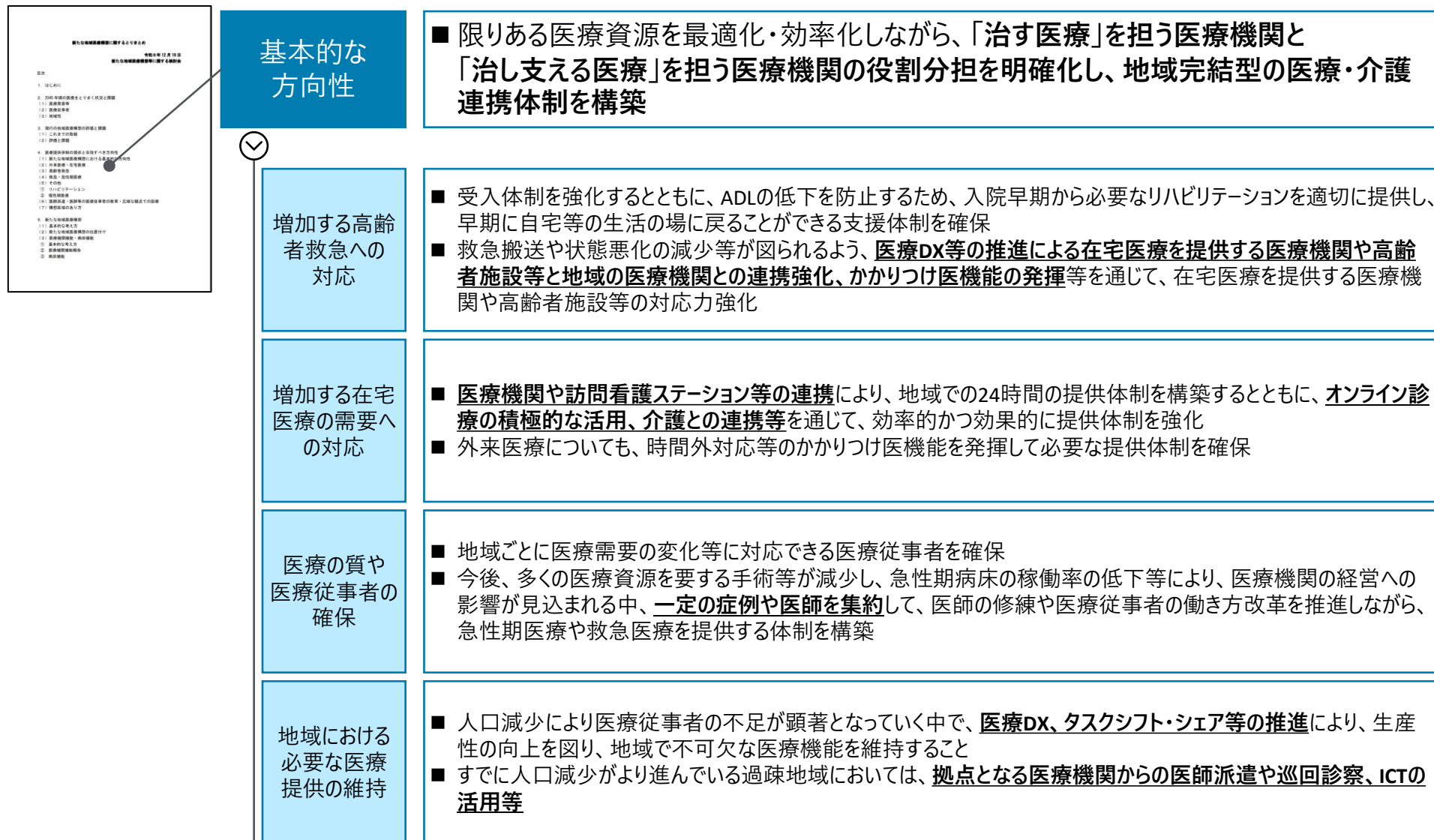
1. 増加する
高齢者救急への対応

2. 増加する在宅医療
の需要への対応

3. 医療の質や
医療従事者の確保

4. 地域における
必要な医療提供の維持

新たな地域医療構想における基本的な方向性

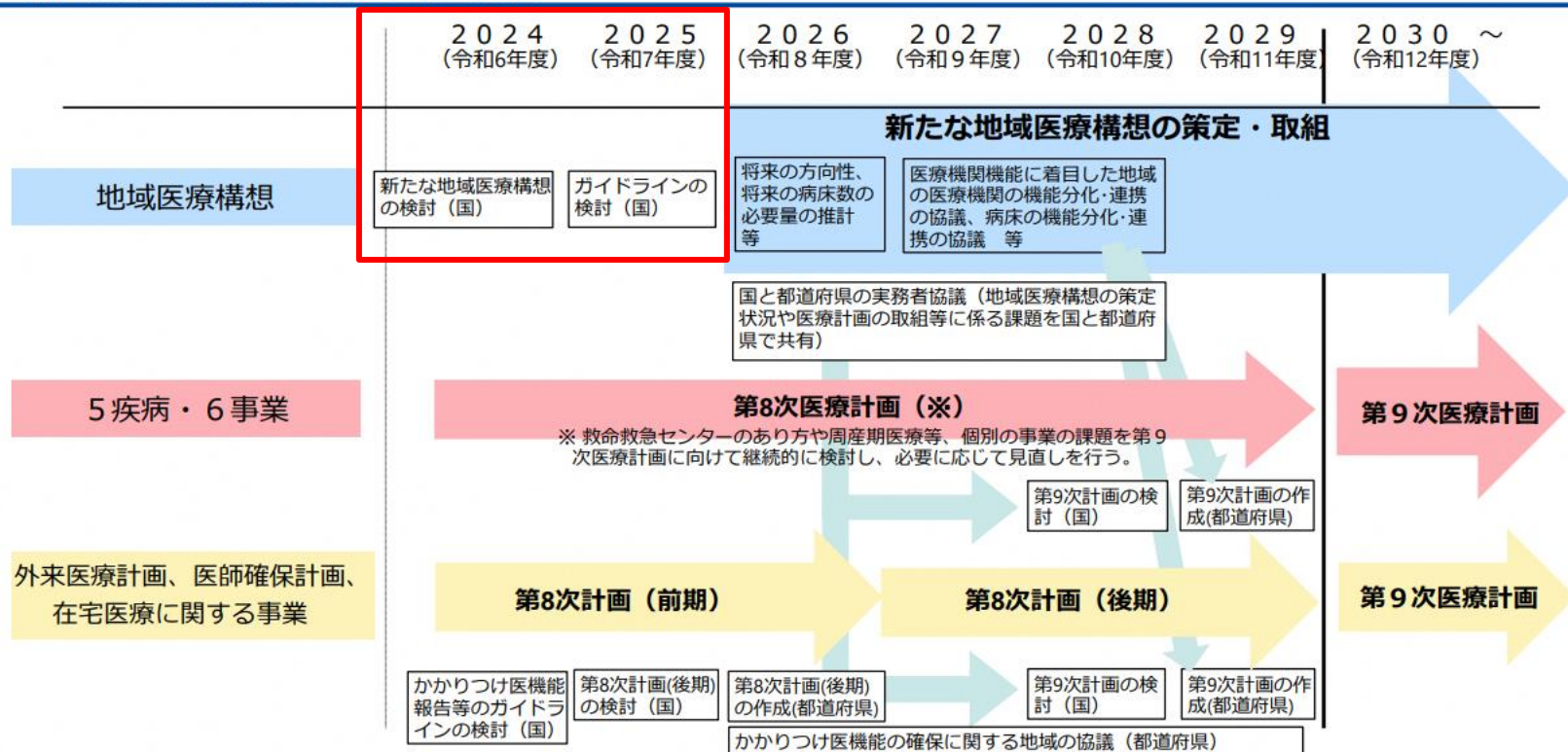


新たな地域医療構想の策定・取組

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と医療計画の進め方

- 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。



出所：厚生労働省「新たな地域医療構想に関するとりまとめ（概要）」

新たな地域医療構想に関する検討体制

地域医療構想、医師偏在対策等に関する検討体制

- 新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進、それらの内容を反映した第9次医療計画の策定等に向け、以下の検討会及びその下に関連WGを設置することとしてはどうか。
- 具体的には、地域医療構想や医療計画全般に関する事項、医師偏在対策に関する事項等について検討会で議論し、新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進等について、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。また、医療計画のうち、外来医療計画等の3か年の計画について、第8次医療計画(後期)に向けて令和7年度中に一定のとりまとめを行う。なお、在宅医療・医療介護連携、救急医療等について、新たな地域医療構想の策定に向けて議論が必要なものは検討会で議論を行う。
- 在宅医療・医療介護連携について、第8次医療計画(後期)に向けてWGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。小児医療・周産期医療について、WGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。救急医療、災害医療・新興感染症医療等については、第9次医療計画の策定等に向けてWGで議論する。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

【検討事項】

- 地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
(⇒新たな地域医療構想の具体的内容、現行の地域医療構想の進捗等)
- 医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
- 医師確保計画及び医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに関する事項
- 外来医療計画に関する事項
- その他本検討会が必要と認めた事項

連携

その他5疾病等に関する検討体制

がん、循環器疾患、精神医療 等

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

【検討事項】

- 在宅医療に関する事項
- 医療・介護連携に関する事項 等

小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWG

【検討事項】

- 小児・周産期医療提供体制に関する事項 等

救急医療等に関するWG

【検討事項】

- 救命救急センターに関する事項
- 救急搬送に関する事項 等

災害医療・新興感染症医療に関するWG

【検討事項】

- 災害、新興感染症発生・まん延時、国民保護事案等への対応 等

検討会スケジュール（各WGは必要に応じて順次開催）

7月～ 議論の開始
秋頃 中間とりまとめ
12月～3月 とりまとめ

→ ガイドライン及び医療計画指針(外来、在宅、医師確保)の発出

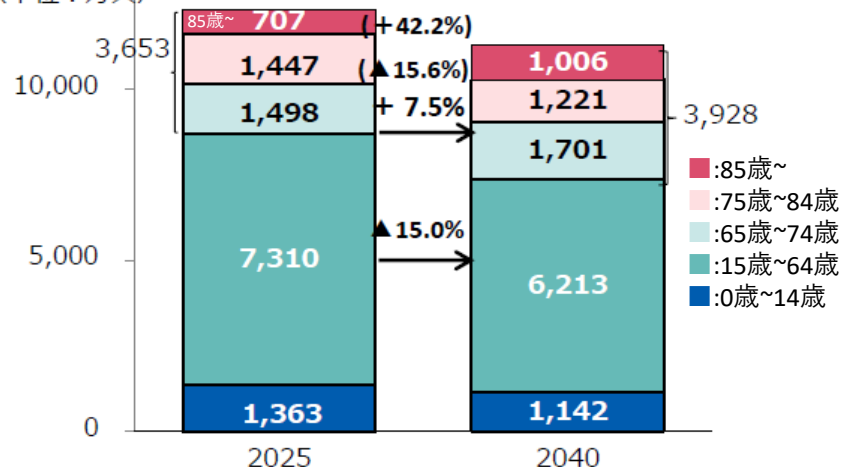
※ 医療法等改正法案の法律事項は法案成立後に検討

新たな地域医療構想策定における基本となる考え方

- 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。

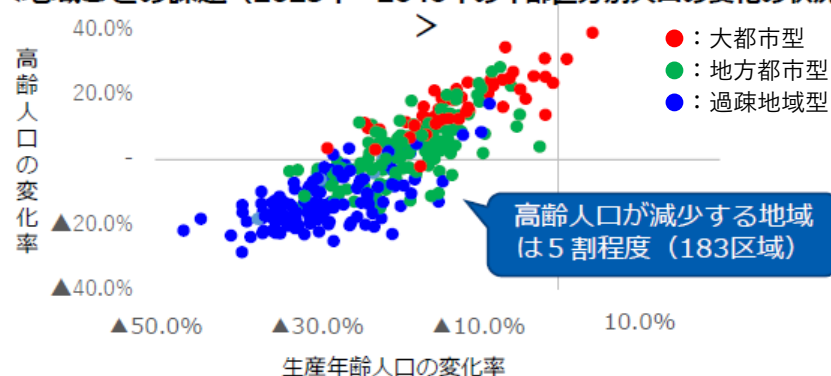
＜日本全体の課題（人口構造の変化）＞

(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

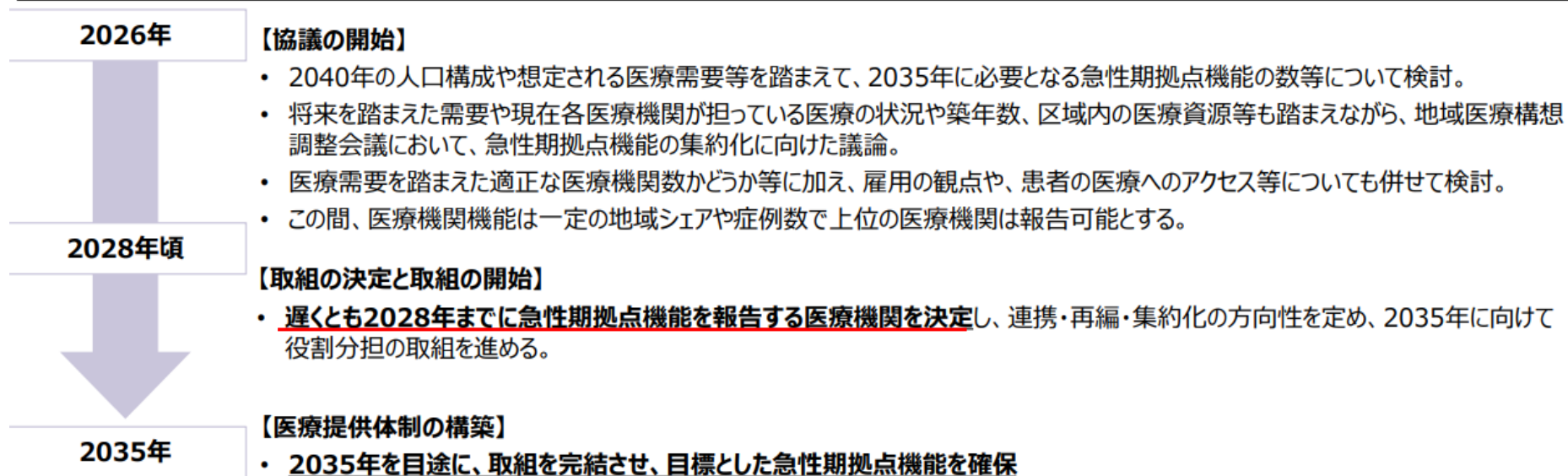
- 地域の実情に応じた必要な医療機能の維持等

※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

【医療機関機能】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



【医療機関機能】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

- ・ 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。

【医療機関機能】医療機関機能報告・病床機能報告について（案）

- 医療機関機能報告について、地域における医療機関機能の議論に向けては以下のような内容を中心に報告を求めることとしてはどうか。なお、報告にあたっては、病床機能報告と一体的に運用する。

報告を求める内容

医療機関機能	【現在の機能】 ・ 現在担っている機能のうち最も近いものを報告 【2040年に担う機能】 ・ 2040年において担う機能 ※2028年以降は調整会議で調整が整ったものを報告	医療の内容 【医療機関機能に関する内容】 ・ 救急医療の提供状況（救急車受入件数、下り搬送件数等） ・ 急性期医療の提供状況（患者数、手術件数、時間外の手術件数等） ・ 高齢者施設等との連携状況（連携している施設数、施設からの受入患者数、施設への往診件数等） ・ 手術に関する実績（緊急手術や全身麻酔の状況等） ・ 在宅医療の提供状況（訪問診療や往診等の実績等） ・ 高齢者への医療の提供状況
構造設備・人員	【構造設備等】 ・ 入院対応や時間外対応可能な診療科 ・ 医療機関の築年数 ・ 手術室数 ・ ICU数 ・ 医療措置協定等の状況 【人員に係る内容等】 ・ 医師数（診療科別、常勤医師、非常勤医師、専攻医数等） ・ その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等） ・ 医局に属する医師数や地域への派遣医師数（大学病院本院のみ） ・ 休日夜間等の体制等（診療科、手術対応の有無等）	

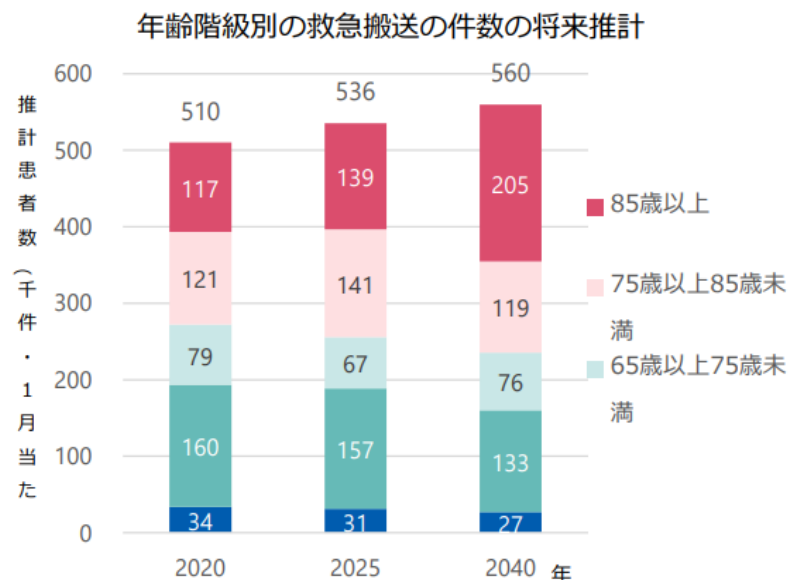
※ 既に現在の病床機能報告において報告されているものも含めて掲示。

出所：厚生労働省医政局地域医療計画課「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」

2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

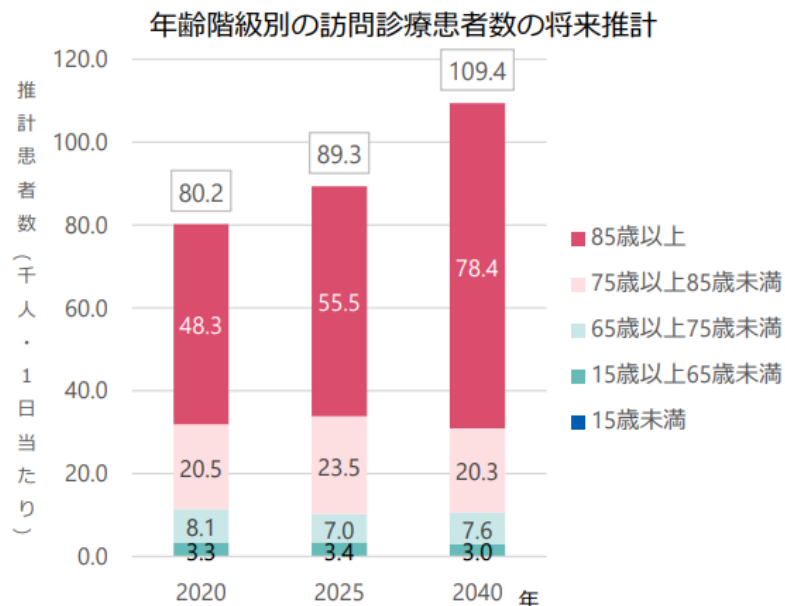
救急搬送の増加



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
 ※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
 ※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

在宅医療需要の増加



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）
 総務省「人口推計」（2017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（2023年推計）」を基に地域医療計画画において推計。

【高齢者救急】高齢者に多い手術

- 高齢者について、水晶体再建術、大腸ポリープ・粘膜切除術、骨折観血的手術（大腿）が多い。

高齢者に多い手術（入院）

65歳以上			75歳以上			85歳以上		
手術名	算定回数	割合	手術名	算定回数	割合	手術名	算定回数	割合
水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）（その他のもの）	514,918	11%	水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）（その他のもの）	330,270	11%	骨折観血的手術（大腿）	79,278	9%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2センチメートル未満）	206,515	4%	骨折観血的手術（大腿）	113,293	4%	水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）（その他のもの）	77,777	8%
内視鏡的胆道ステント留置術	126,791	3%	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2センチメートル未満）	112,908	4%	内視鏡的胆道ステント留置術	41,722	5%
骨折観血的手術（大腿）	125,739	3%	内視鏡的胆道ステント留置術	93,658	3%	人工骨頭挿入術（股）	41,253	4%
人工関節置換術（膝）	101,502	2%	人工骨頭挿入術（股）	72,207	2%	創傷処理（筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満））	25,847	3%
経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの）	88,853	2%	人工関節置換術（膝）	64,385	2%	内視鏡的消化管止血術	21,373	2%
人工骨頭挿入術（股）	83,112	2%	内視鏡的消化管止血術	56,172	2%	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2センチメートル未満）	19,800	2%
内視鏡的消化管止血術	79,851	2%	経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの）	54,191	2%	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	17,967	2%
経皮的カテーテル心筋焼灼術（心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの）	70,610	1%	創傷処理（筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満））	50,299	2%	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	15,208	2%
膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術）（電解質溶液利用のもの）	68,406	1%	膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術）（電解質溶液利用のもの）	45,323	2%	経尿道的尿管ステント留置術	14,447	2%
上位10の件数	累積割合		上位10の件数	累積割合		上位10の件数	累積割合	
1,466,297	30%		992,706	33%		354,672	38%	

【高齢者救急】高齢者の救急における疾病の特徴等

- 85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。
- 高齢者においても、年齢が上がるほど入院中に手術や処置が発生していた患者の割合は下がり、65歳以上、75歳以上では40%程度であるが、85歳以上では30%程度となる。

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎、詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症、部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎、詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少（症）	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
15 51%

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸＜結腸＞のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の 憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物＜腫瘍＞, 乳房上外側4分の1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎、その他及び詳細 不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫、部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい＜ 鼠径＞ヘルニア, 閉塞及びえ＜壊＞瘻を伴わない もの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物＜ 腫瘍＞, 上葉、気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
30 28%

各年代における入院中の
手術・処置がある患者の割合

年齢	入院中手術有	入院中1000点以上 処置有	入院中手術又は1000 点以上の処置有
65歳以上	39%	7%	<u>41%</u>
75歳以上	35%	6%	37%
85歳以上	27%	4%	<u>29%</u>

資料出所：DPCデータを用いて2023年6月30日時点の入院患者を対象に算出。救命救急入院料、特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児入院医療管理料、急性期一般入院料、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料を算定する患者を対象とした。

注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

出所：厚生労働省医政局地域医療計画課「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」

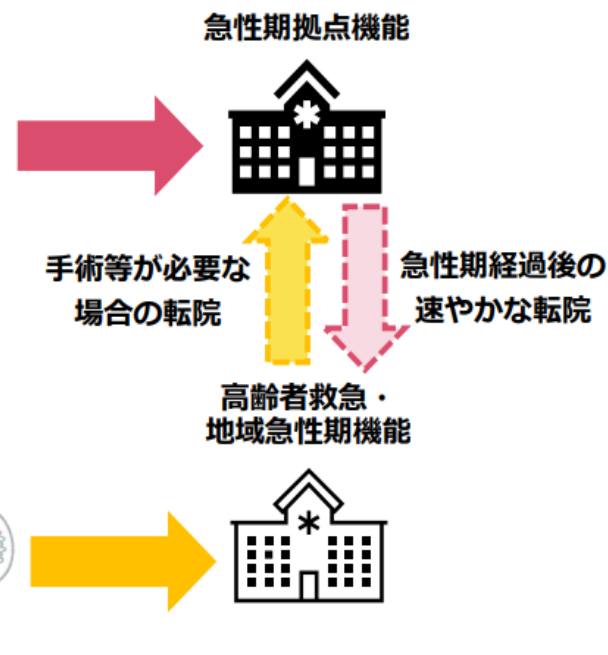
【高齢者救急】急性期・救急医療の役割分担について（イメージ）

- 多くの医療資源を要する手術等について、集約して対応する中で、都市部を中心とした高齢者救急の増加分については、高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関で担うことが考えられる。
- 地域ごとに、医療資源に乏しく、急性期拠点機能を有する医療機関で増加する高齢者救急への対応が必要なケース等も考えられ、手術や救急搬送等の医療需要の変化に関するデータを踏まえながら、手術等の役割分担や救急搬送先について協議が必要。

●急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能における、手術等と高齢者救急の分担のイメージ

手術等の分担

- 医療資源を多く必要とする、手術等について、緊急手術等は急性期拠点機能で受け入れる一方、高齢者に多い手術等は高齢者救急・地域急性期機能でも提供する



増加する高齢者救急の受け入れの分担

- 高齢者救急は、高齢者救急・地域急性期機能を中心としつつも、医療の需要等を踏まえながら必要に応じて急性期拠点機能も高齢者救急の受け入れを行う



※大都市などにおいて手術等を高齢者救急・地域急性期機能で実施することや、急性期拠点機能において、増加する高齢者救急の需要にも対応することも考えられる。

高齢者救急の基本的な考え方

高齢者救急の基本的な考え方

① 単純に年齢や疾患で区切ることは困難

- ・ 高齢者の年齢に関する定義は、機関等によりさまざまであり、高齢者に適した医療を提供する観点からも、年齢だけでなく、身体・認知機能等も含めた検討が求められる。

② 手術等の必要な症例の割合が少なく、対応可能な医療機関が多い

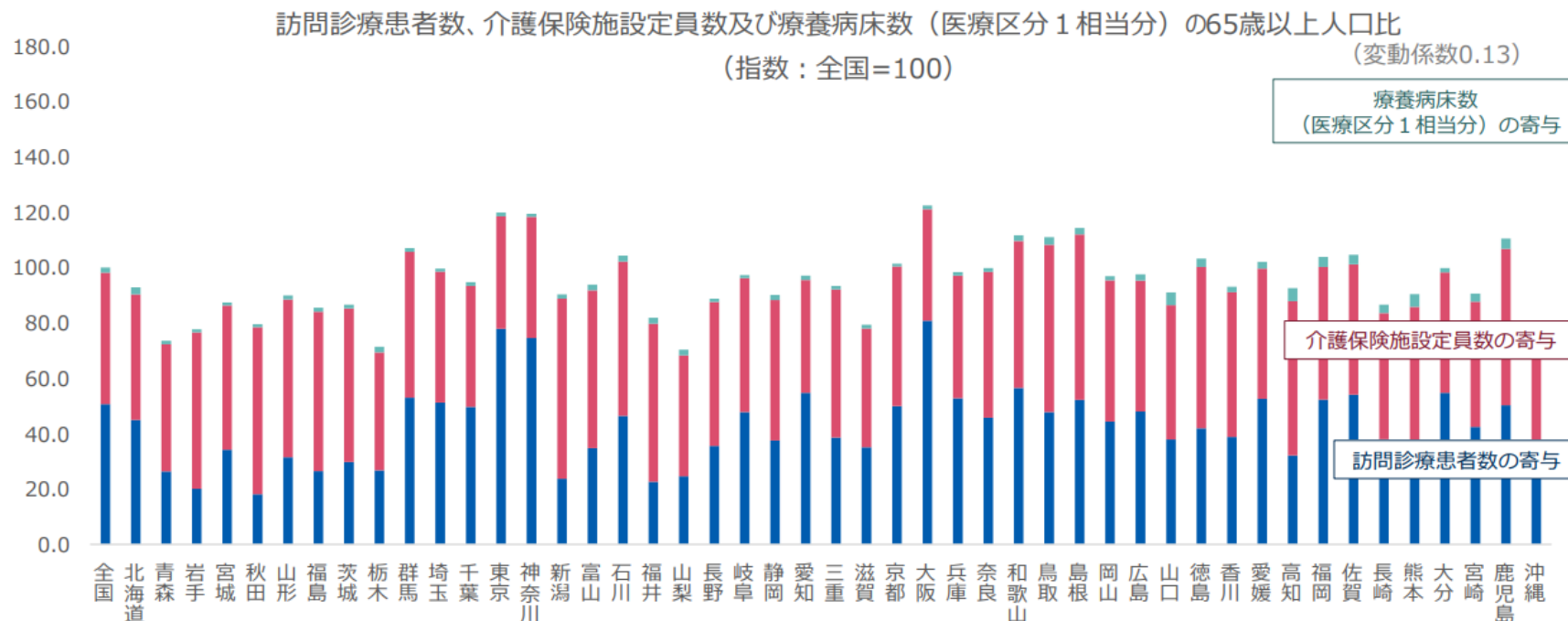
- ・ 若年者と比較して、高齢者は手術や処置等が必要となる疾患の頻度は限定的であり、**医療資源を多く必要とする医療を必要とする症例の割合が少ない。**
- ・ 高齢者救急について、現在でも、対応している医療機関の数は多い。

③ 包括的な入院医療の提供の必要性

- ・ 入院により、ADLが低下し、在宅復帰が遅くなる場合もあり、**入院早期からリハビリテーションを提供し早期からの離床を促すとともに、退院に向けて在宅医療や介護との連携を包括的に**行うことが求められる。

慢性期の需要に対応する主な医療・介護サービス数について (訪問診療患者数、介護保険施設定員数、療養病床数の地域差)

- 在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部（医療区分1）については患者像が重複する場合があります、地域の資源に応じてサービス提供が行われている。訪問診療患者数に係る地域差については、介護保険施設定員数、療養病床数（医療区分1相当分）と合わせると地域差は縮小する。
- 慢性期の需要に対する医療提供体制の整備については、病院だけでなく、在宅や介護サービスの整備も含めた検討が重要。



資料出所：NDBデータ（2022年10月分）、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（2022年）、厚生労働省「医療施設調査」（2022年）、NDBオープンデータ（2022年度）及び総務省「住民基本台帳人口」（2023年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

※ 訪問診療患者数については、65歳以上の者に限る。

※ 介護保険施設定員数については、介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院の定員数の合計。

※ 療養病床数（医療区分1相当分）については、都道府県別に、療養病床数（病院、一般診療所及び介護療養型医療施設の合計）に対し療養病床入院基本料の算定回数に占める医療区分1の算定回数の割合を乗じることにより算定している。

新たな地域医療構想の具体的な策定スケジュール

構想策定の具体的なスケジュール（案）

- 例として、入院医療に係る構想策定のスケジュールとして、今年度以降速やかに検討等を開始できる内容と、来年度以降開始される予定の医療機関機能報告など、順次検討すべき内容がある。

	2025年	2026年	2027年	2028年	2029年	2030年
区域点検・見直し	区域の点検 構想区域の見直し					
必要病床数		必要病床数の算出 機能分化連携の議論				
医療機関機能の確保		医療機関機能の確保 連携・再編・集約化の議論			取組の推進	
外来・在宅介護との連携等		慢性期需要等の見込みの共有 介護との連携等に係る議論				
医療従事者の確保	これまでの医師偏在対策等の 取組の推進					
		各職種の新たな確保対策も 踏まえた取組				

国が新構想で求めている協議内容

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

地域医療構想調整会議における検討事項等について（案）

	具体的な検討事項	主な参加者	会議の範囲
全体的な事項	地域医療構想の進め方	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会	構想区域 都道府県
医療機関機能	構想区域ごとに確保すべき医療機関機能（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）及び広域的な観点で確保すべき医療機関機能（医育及び広域診療機能）に着目した、医療機関機能の確保	医師会、病院団体	構想区域 都道府県
外来医療	- 不足する医療提供のための方策（外来の機能分化・連携、診療所の継承支援、医師の派遣） - オンライン診療を含めた遠隔医療の活用、巡回診療の推進	医師会、病院団体	構想区域
在宅医療	- 不足する医療提供のための方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、巡回診療の整備） - DtoPwithNによるオンライン診療や医療DXによる在宅医療の効率的な提供に向けた方策	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 在宅医療圏
介護との連携	- 慢性期の医療需要に対する受け皿整備の検討（在宅医療、介護保険施設、療養病床） - 患者の状態悪化防止や必要時の円滑な入院に向けた医療機関と介護施設等の具体的な連携	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 市町村
医療従事者の確保	- 区域における不足・都道府県内の偏在に対する方策（大学病院本院、関係団体と連携した取組を含む） ※既存の協議体で検討している場合、調整会議における検討が新たに必要となる事項について検討	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会 ※議題に応じて選定	構想区域 都道府県
精神病床	法案改正後に検討		
大学病院の役割・医師の派遣	医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップの締結推進	医師会、大学病院本院、病院団体	三次医療圏

※現行のガイドラインにおいて、医療保険者については、必要に応じ、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定することとされている。

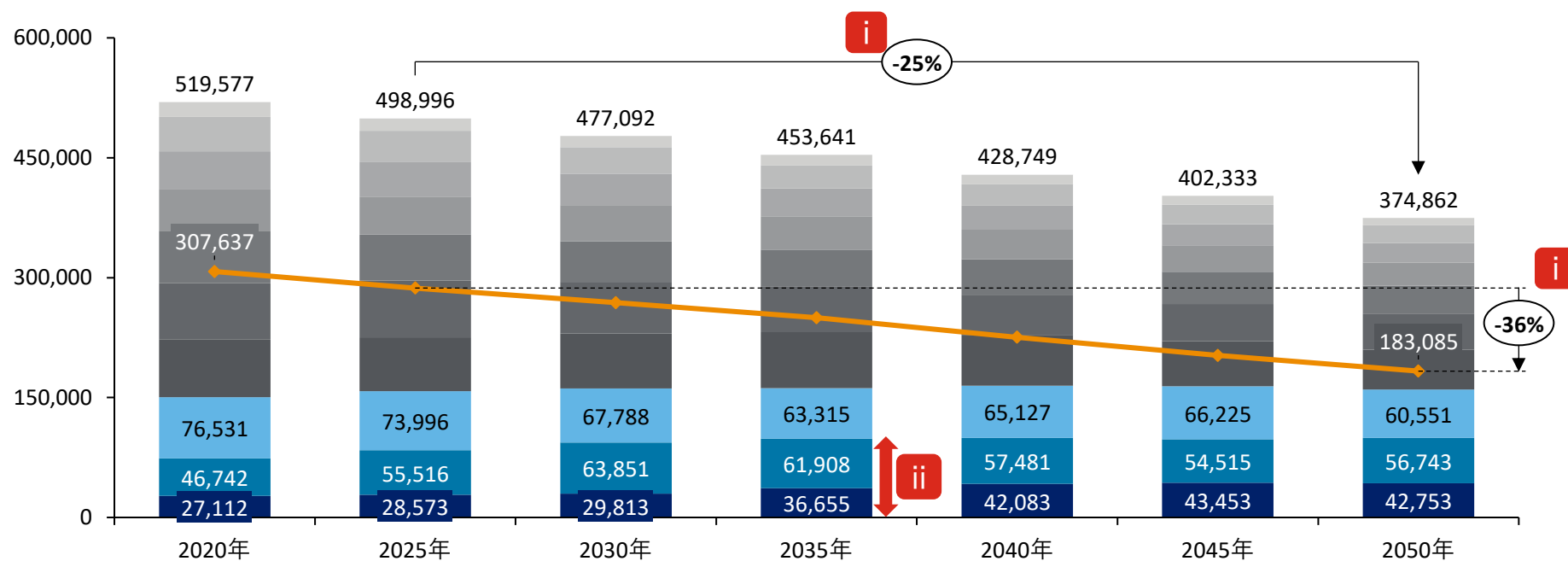
※患者団体や有床診療所団体など、参加者や会議の範囲については、各都道府県において柔軟に設定。

2.データから見る県中地域の概況

県中地域の将来人口推計

県中地域は人口減少傾向にあり、2050年には25%減と推計される。一方で後期高齢者数は2035年まで増加後、減少に転じるが高齢化率は引き続き上昇する見込み

0～4歳 15～24歳 35～44歳 55～64歳 75～84歳 生産年齢人口
 5～14歳 25～34歳 45～54歳 65～74歳 85歳以上
 (人)



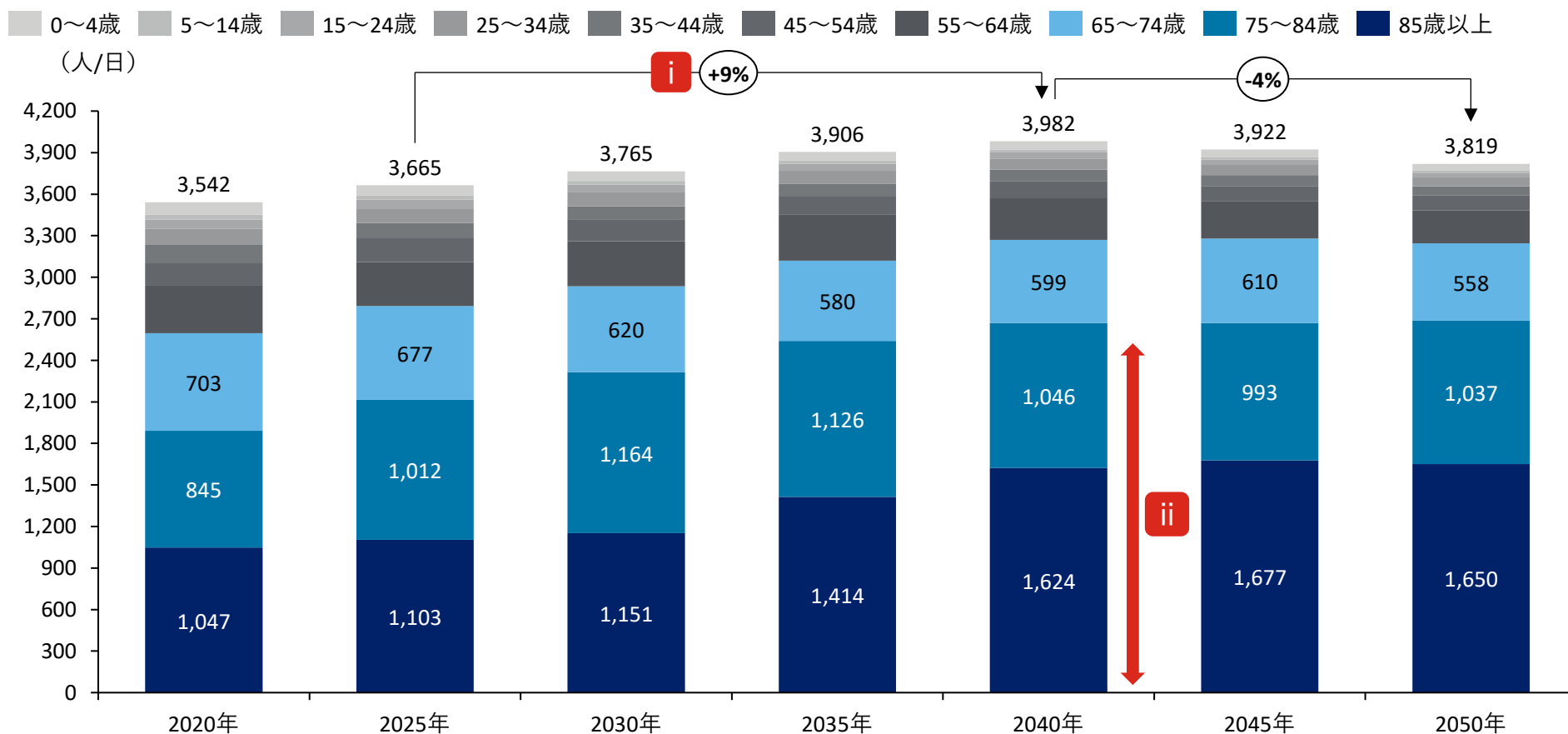
高齢化率	28.9%	31.7%	33.8%	35.7%	38.4%	40.8%	42.7%
85歳以上割合	5.2%	5.7%	6.2%	8.1%	9.8%	10.8%	11.4%

i 2050年の将来人口は2025年比で25%、生産年齢人口は36%の減少

ii 75歳以上の後期高齢者の人口は2035年まで増加

県中地域の将来入院患者推計

県中地域の入院患者数は、2040年をピークに減少に転じ、2050年には2025年より僅かに多い水準となる一方で、患者に占める85歳以上の割合は増加することが予測される

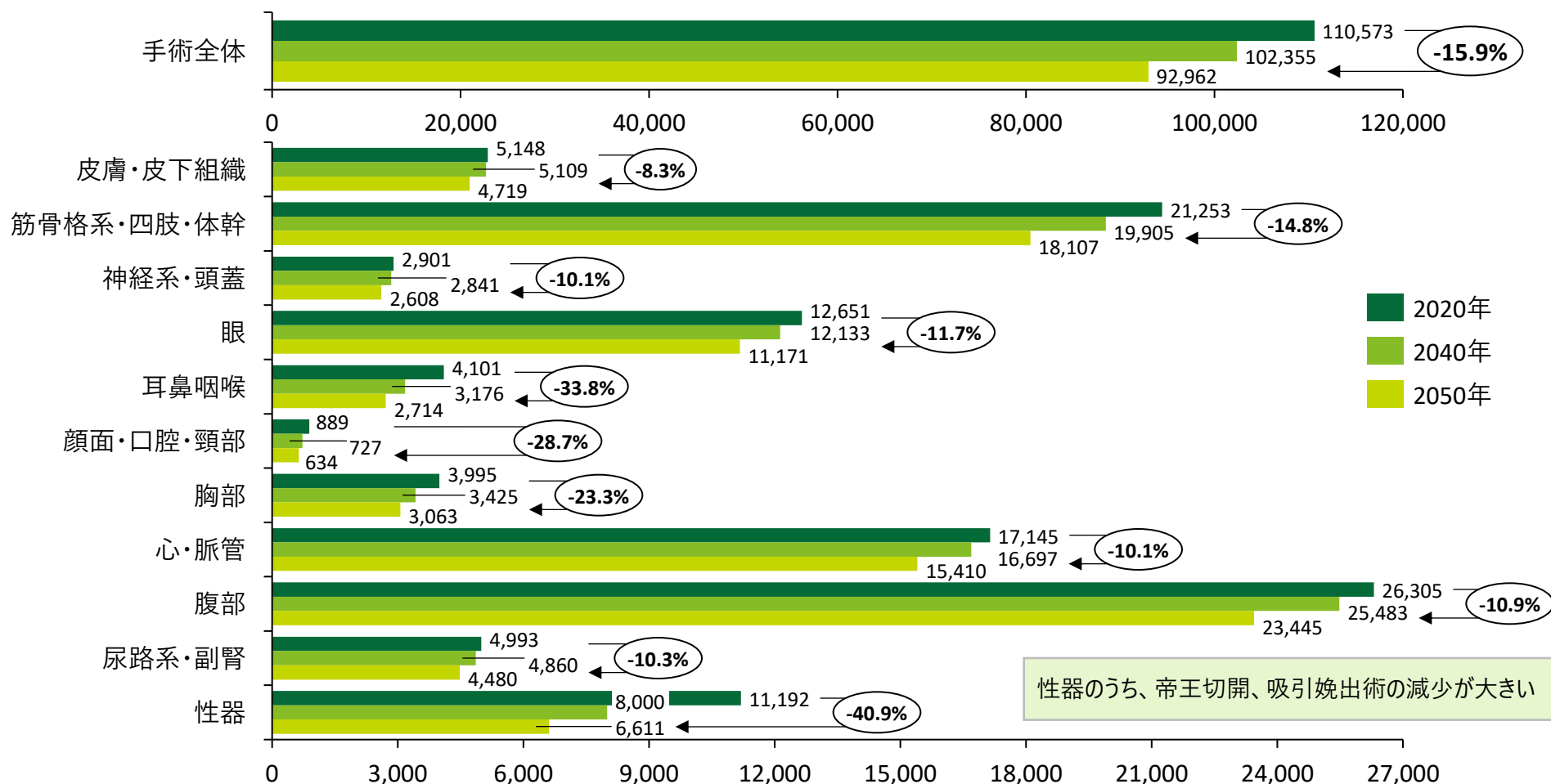


i 2040年の将来入院患者数は2025年比で9%の増加

ii 75歳以上の後期高齢者の患者数は2040年まで増加

【参考】福島県における2050年にかけての手術件数の変化*

福島県においては、2020年から2050年にかけて、どの領域でも手術件数が減少する見込みとなっており、全体で約15.9%減少することが想定される

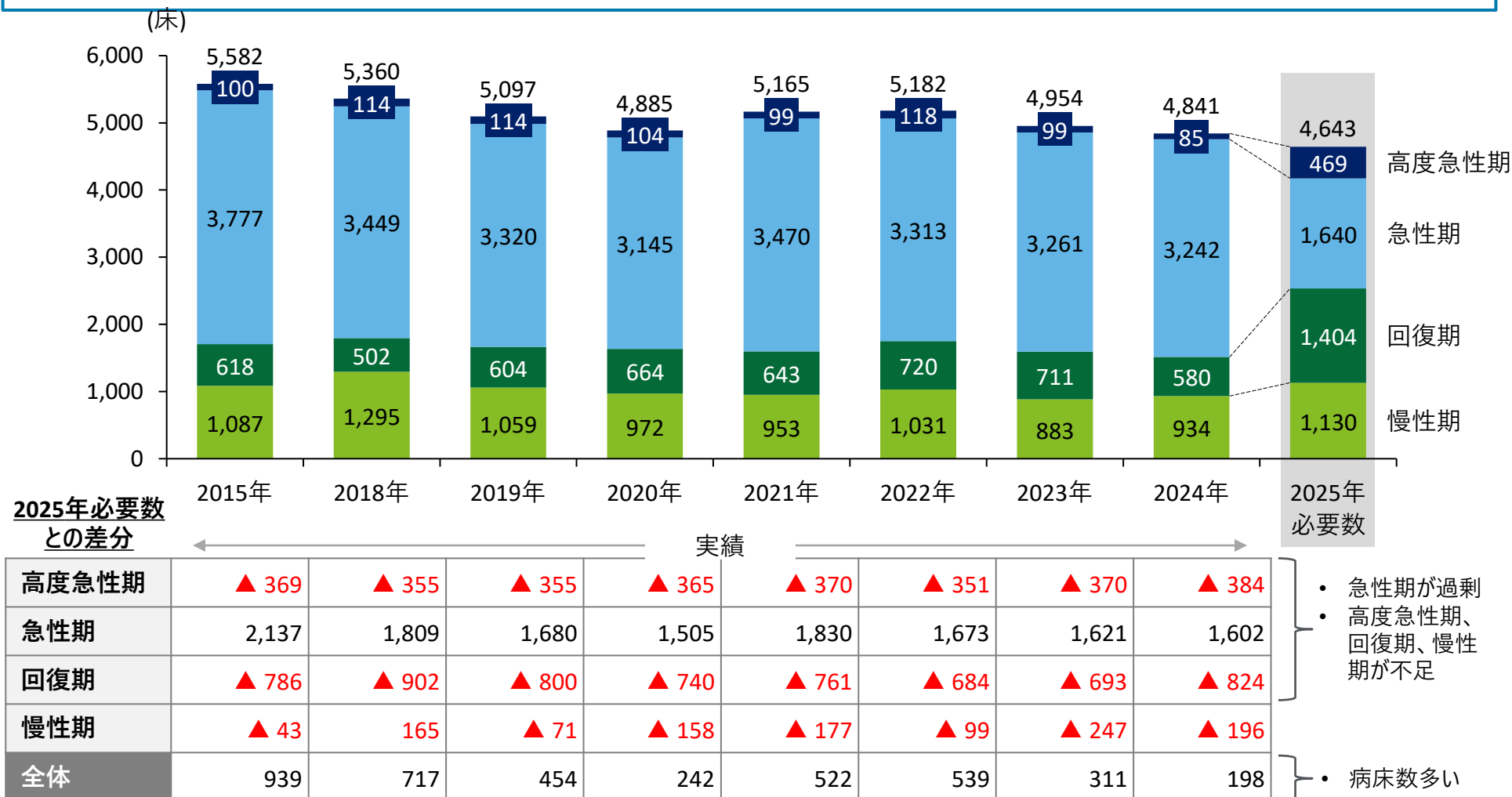


出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」、総務省「人口推計2022年」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

*：推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを福島県の性・年齢階級別の2020年、2040年、2050年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいないか音に留意が必要

R7年の必要病床数と現在の病床数の比較

地域医療構想で推計された2025年の必要病床数と比較すると、県中地域では、急性期が多く、高度急性期、回復期、慢性期が不足となっており、病床全体では198床多い



(参考) 許可病床数と最大使用病床数の考え方

用語の定義

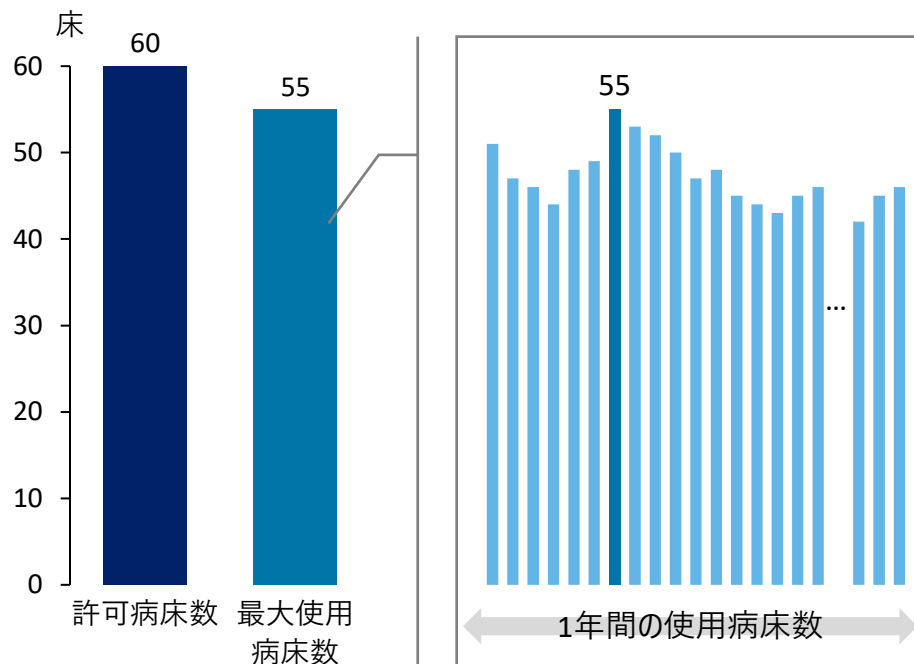
許可病床

- 医療法第7条第1項から第3項に基づいて開設許可を受けている病床数

最大使用病床

- 当該病棟の許可病床数のうち、病床機能報告期間の**1年間の最大使用病床数**

イメージ



本日提示する指標

病床稼働率

許可病床数ベース

【算出式】

(在棟患者延べ数 ÷ 許可病床数 ÷ 365日) × 100 (%)

病床稼働率

最大使用病床数
ベース

【算出式】

(在棟患者延べ数 ÷ 最大使用病床数 ÷ 365日) × 100 (%)

稼働病床数比率

【算出式】

(最大使用病床数 ÷ 許可病床数) × 100 (%)

県中地域の病床稼働率推移

県中地域の病床稼働率は全国平均と比較してやや低い

直近5年間の県中地域の実績

全国平均との比較

比較結果

病床稼働率

許可病床数ベース

	R2	R3	R4	R5	R6	全国(R6)	差分
高度急性期	47.9%	52.2%	35.1%	38.9%	58.3%	80.7%	▲ 22.4
急性期	76.1%	72.0%	69.0%	69.6%	71.6%	76.3%	▲ 4.7
回復期	73.3%	69.4%	66.7%	68.4%	71.1%	81.3%	▲ 10.2
慢性期	86.2%	84.3%	76.3%	86.2%	78.6%	84.7%	▲ 6.1
全体	76.6%	73.8%	69.4%	71.7%	72.6%	79.9%	▲ 7.3

- 全国平均と比較して稼働率が低く、特に高度急性期、回復期でその傾向が顕著

病床稼働率

最大使用病床数ベース

	R2	R3	R4	R5	R6	全国(R6)	差分
高度急性期	55.0%	63.2%	52.6%	62.4%	69.7%	83.9%	▲ 14.2
急性期	77.8%	76.7%	78.7%	81.3%	81.5%	81.4%	0.1
回復期	79.8%	80.5%	77.4%	78.6%	81.7%	86.2%	▲ 4.5
慢性期	90.6%	91.8%	89.9%	92.0%	92.8%	91.5%	1.3
全体	79.6%	79.9%	80.4%	82.6%	83.4%	85.2%	▲ 1.8

- 全国平均との差が許可病床数ベースと比較して縮小
- 高度急性期、回復期の稼働率は低い

稼働病床数比率

	R2	R3	R4	R5	R6	全国(R6)	差分
高度急性期	87.2%	82.6%	66.7%	62.4%	83.5%	96.1%	▲ 12.6
急性期	97.8%	93.9%	87.7%	85.7%	87.9%	93.7%	▲ 5.8
回復期	91.9%	86.1%	86.1%	87.0%	87.1%	94.3%	▲ 7.2
慢性期	95.2%	91.9%	84.8%	93.7%	84.7%	92.6%	▲ 7.9
全体	96.2%	92.3%	86.3%	86.8%	87.1%	93.8%	▲ 6.7

- 許可病床数に占める最大使用病床数の割合が、全国平均と比較して低い

*:四分位範囲で病床稼働率が外れ値となる病棟を除いたもの

出所：厚生労働省「病床機能報告」（H29年～R6年）

県中地域の急性期病棟からの退棟経路について

県中地域の急性期病棟からの退棟経路の構成比を見ると、人口や病床数が類似する地域*と比較して、家庭への退院の割合が高いことが窺える

急性期病棟からの退棟経路

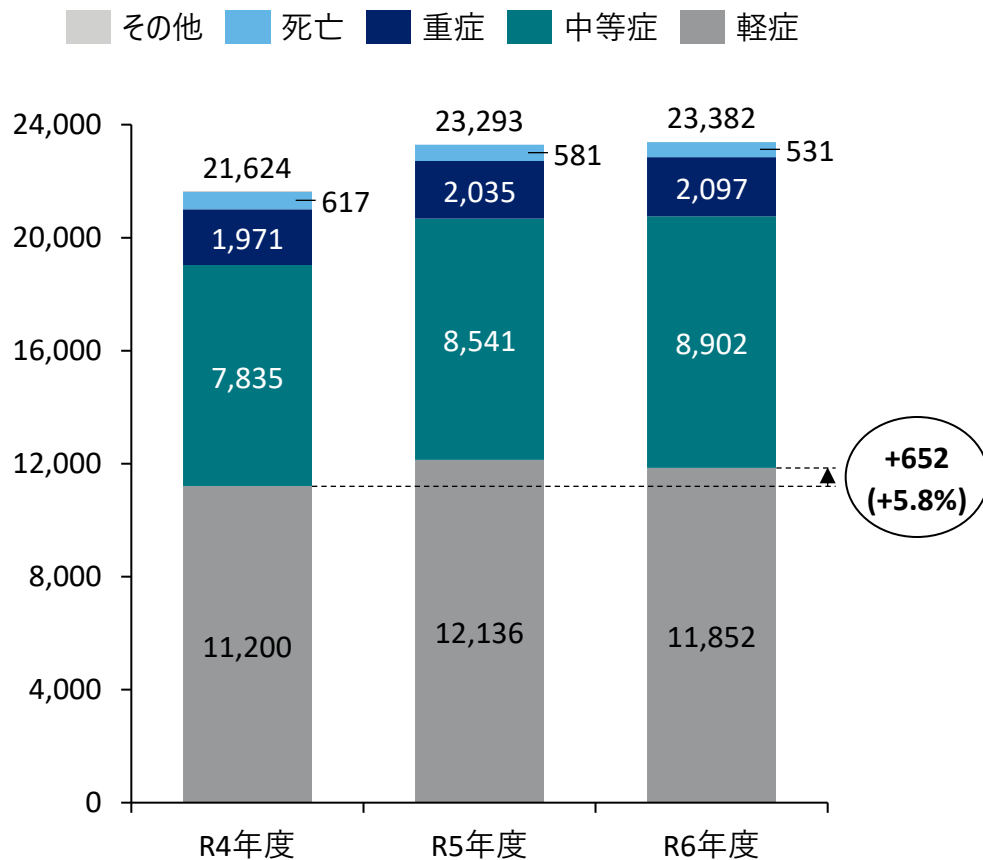
急性期病棟	県中地域	中部 (沖縄)	福山・府中（広島）	取手・竜ヶ崎（茨城）
院内の他病棟へ転棟	8.2%	12.8%	18.2%	20.5%
家庭への退院 	77.2%	69.4%	65.9%	65.8%
他の病院、診療所へ転院	5.6%	8.7%	6.8%	4.3%
介護老人福祉施設に入所	1.3%	1.1%	0.8%	2.2%
介護老人保健施設に入所	1.4%	1.4%	1.9%	2.0%
介護医療院に入所	0.0%	0.1%	0.2%	0.1%
社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所	1.0%	3.5%	1.2%	1.4%
終了（死亡退院等）	5.3%	2.9%	3.9%	3.8%

 人口や病床数が類似する地域と比較して、急性期病棟から家庭への退院の割合が高く、最大で約11%差がある

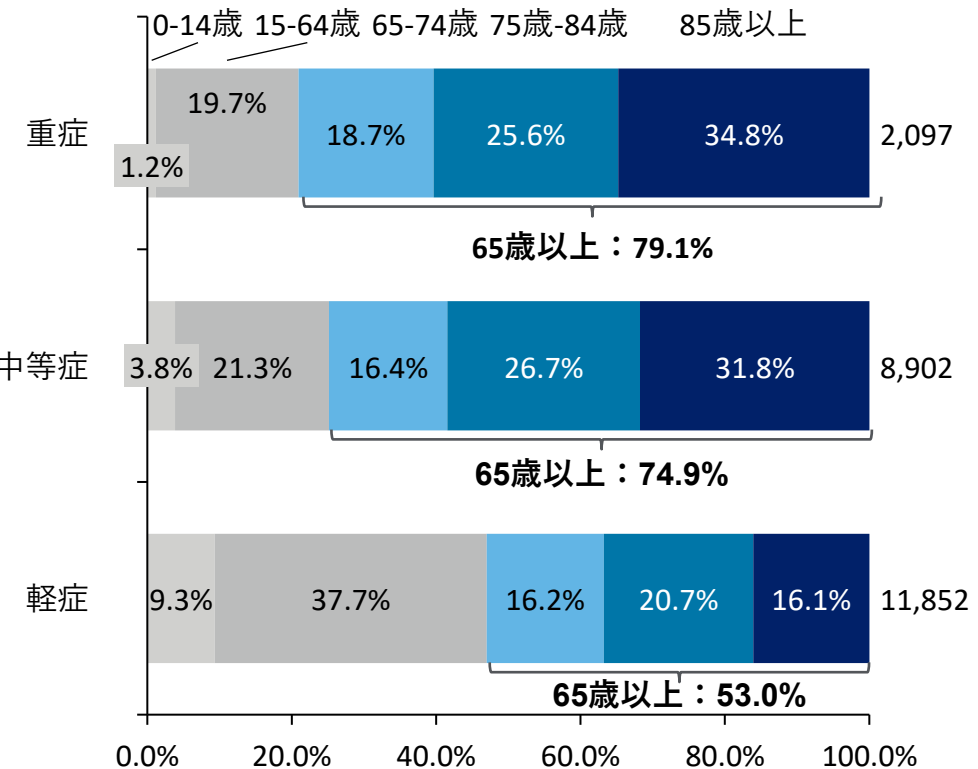
県中地域の救急搬送件数の概観

R4年度からR6年度にかけて救急搬送件数は増加しており、軽傷の救急搬送は約5.8%の増加となっている。
傷病程度・年齢区分別で見ると、軽傷から重症までいずれも65歳以上の構成比が50%以上となっている

救急搬送件数の推移

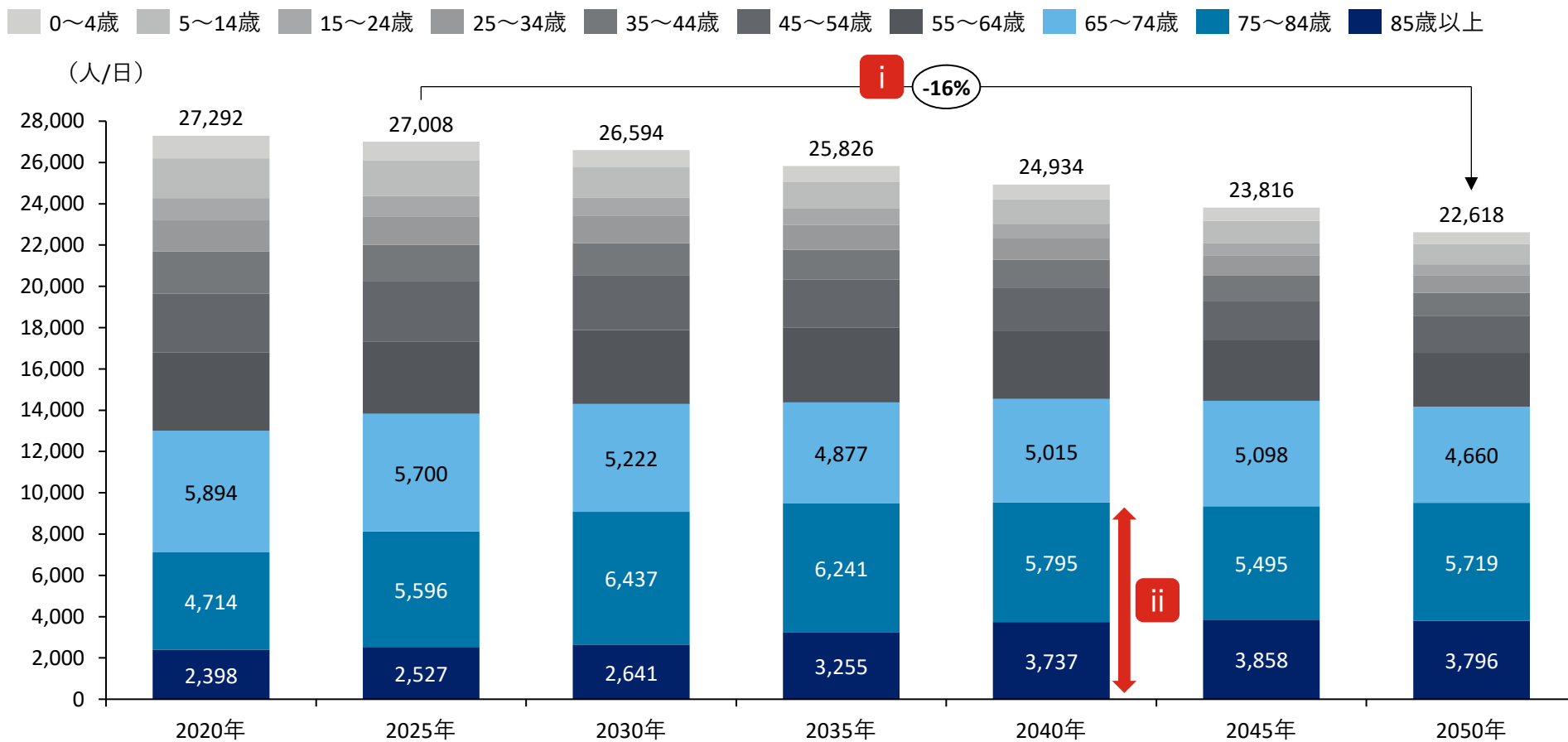


R6年度の傷病程度別・年齢別救急搬送割合



県中地域の将来外来患者推計

外来患者数は減少傾向であり、2050年には2025年比で16%減少する見込みとなっている。なお、65歳以上の外来患者数は微増となる見込み



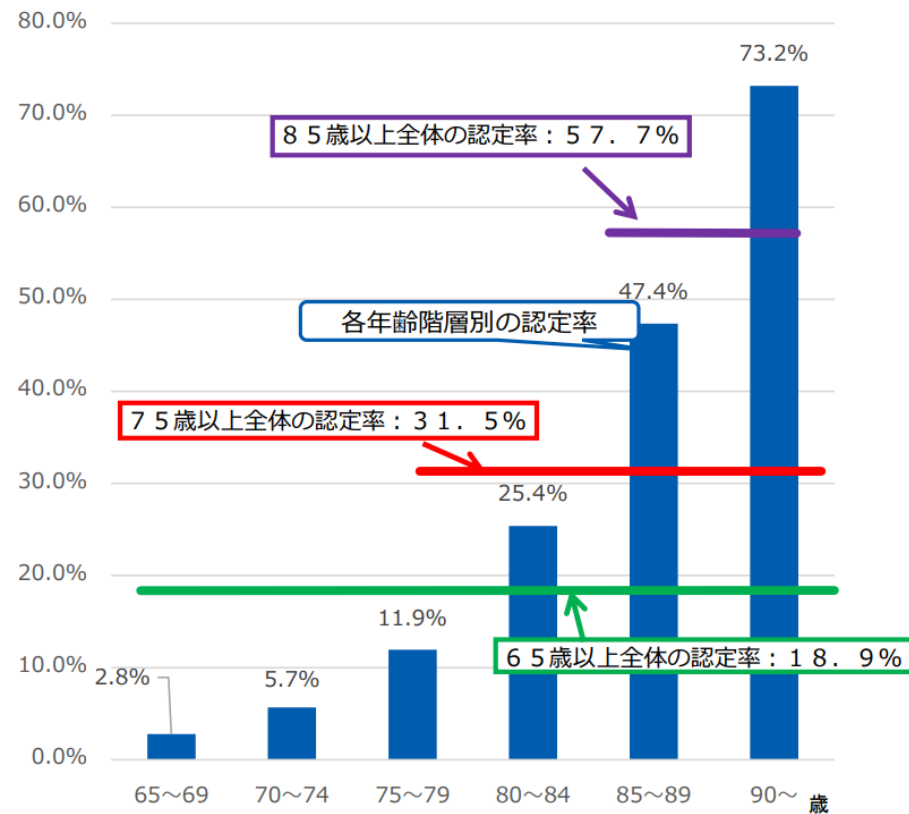
i 2050年の将来外来患者数は2025年比で16%の減少

ii 75歳以上の後期高齢者の患者数は2040年まで増加

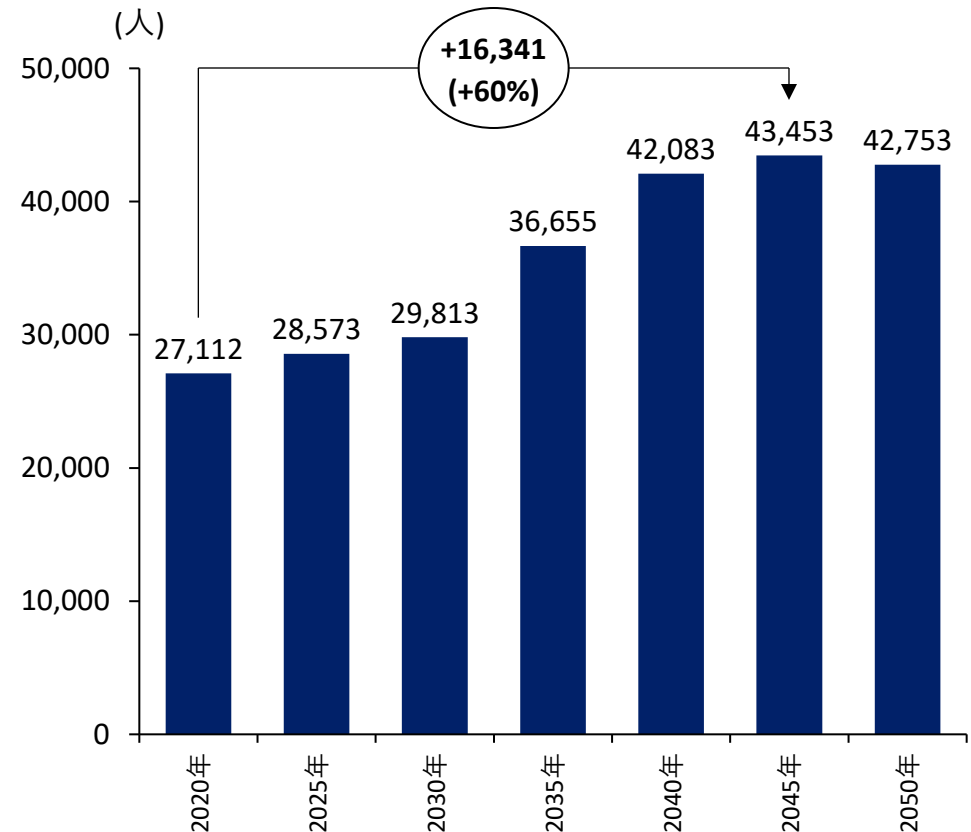
年齢階級別の要介護認定率（全国）

要介護認定率は年齢とともに上昇し、特に85歳以上で顕著。85歳以上の人口は2040年に向けて引き続き増加が見込まれ、医療と介護の複合ニーズを持つ層が一層多くなる

年齢階級別の要介護認定率（全国）

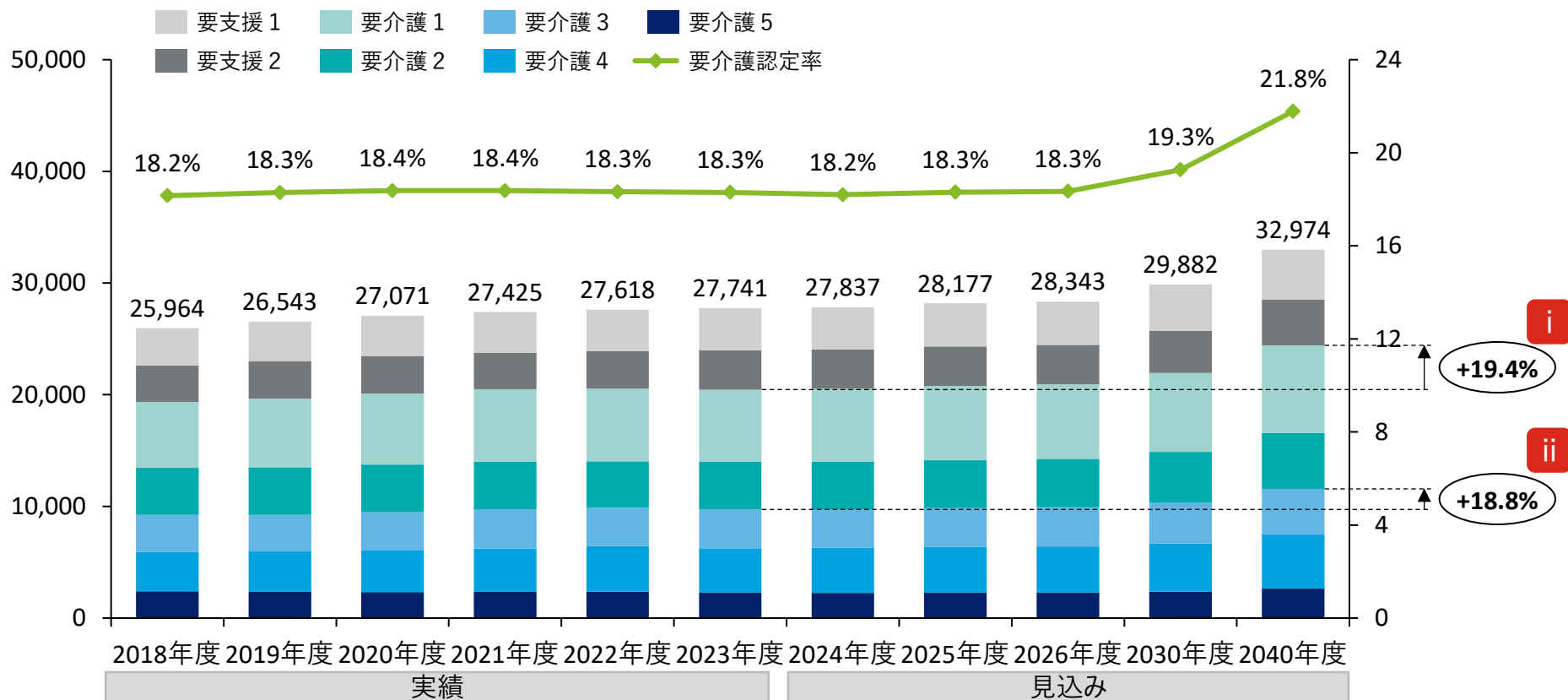


県中地域の85歳以上人口の推移



県中地域の要介護認定者推計*1,2

県中地域における要介護認定者は、2023年から2040年にかけて19.4%増加する見込みであり、要介護度3以上の重度認定者についても今後増加することが見込まれる



i 2040年の要介護認定者数は、2023年比で19.4%の増加

ii 2040年の要介護3以上の認定者数は、2023年比で18.8%の増加

*1：要介護認定率は65歳以上人口に占める要介護認定者の割合 *2：2018年～2023年は実績であり、2024年は見込み値である。なお、実績値は介護保険事業報告（9月末現在）、見込み値は、各市町村の介護保険事業計画における推計値の合計である

出所：福島県「ふくしま高齢者いききプラン2021」、福島県「ふくしま高齢者すこやかプラン」

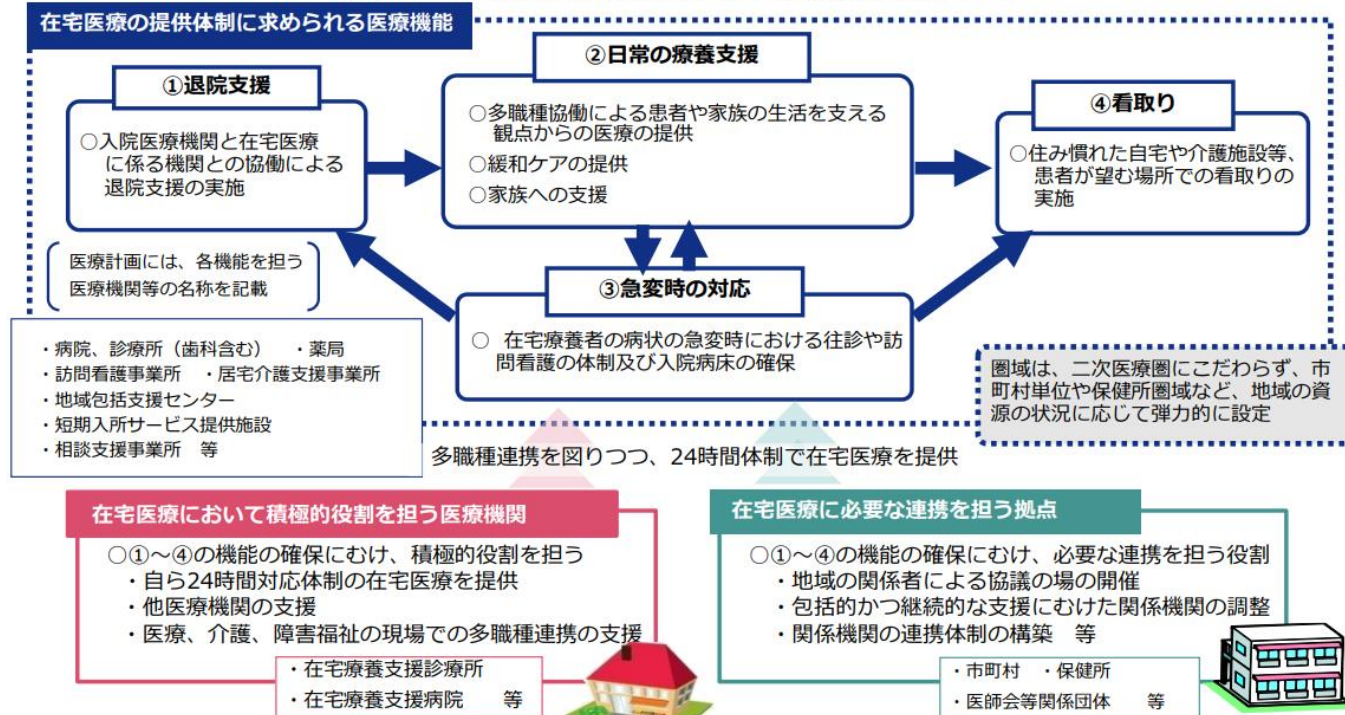
【参考】在宅医療の体制について

在宅医療の提供体制に求められる機能として、4つの機能があげられる。そのうち、「①退院支援」以外については、医療施設調査や施設基準などの公開データからストラクチャー情報を見れる

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

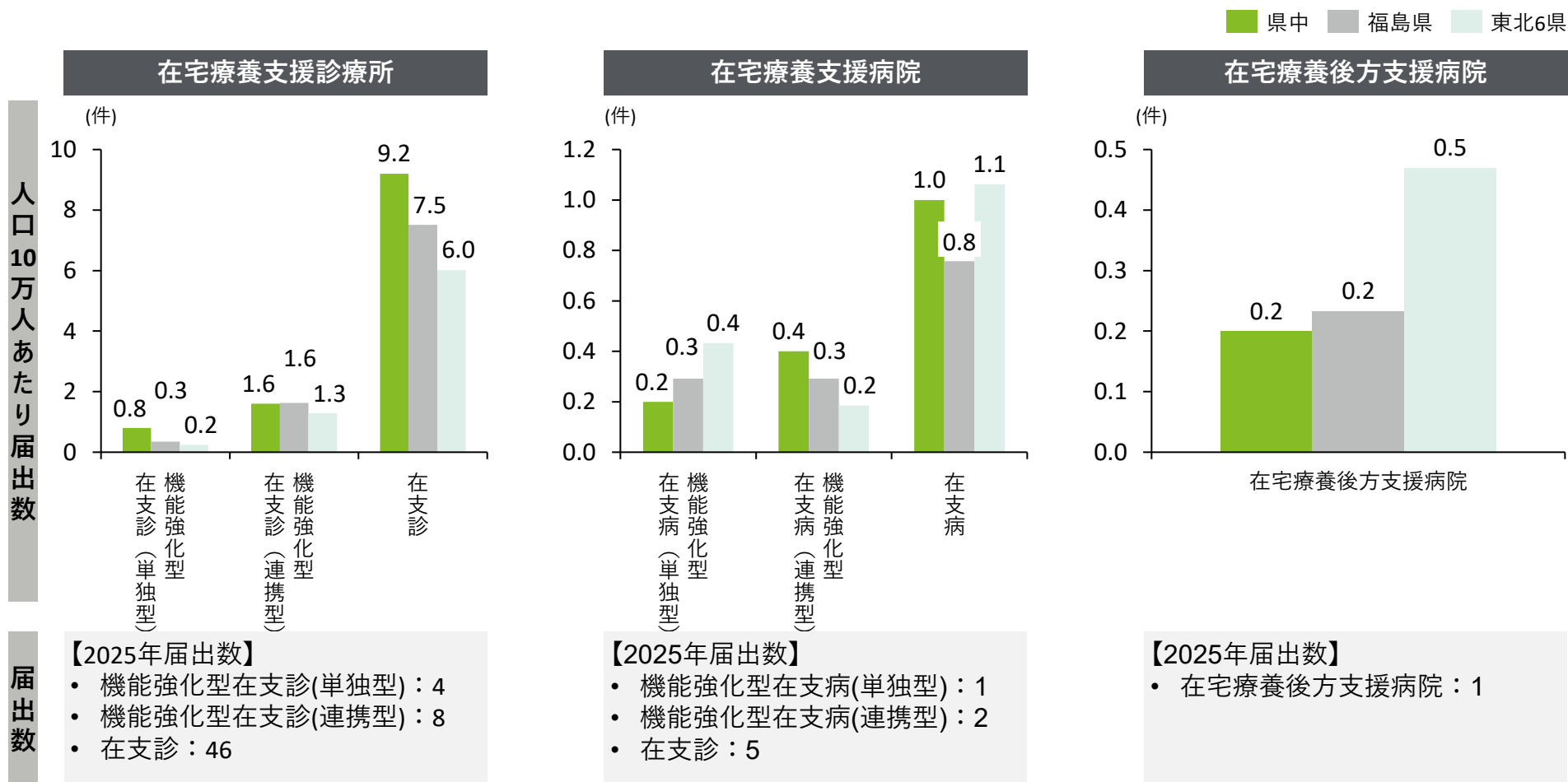


【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

3

県中地域における届出数の推移

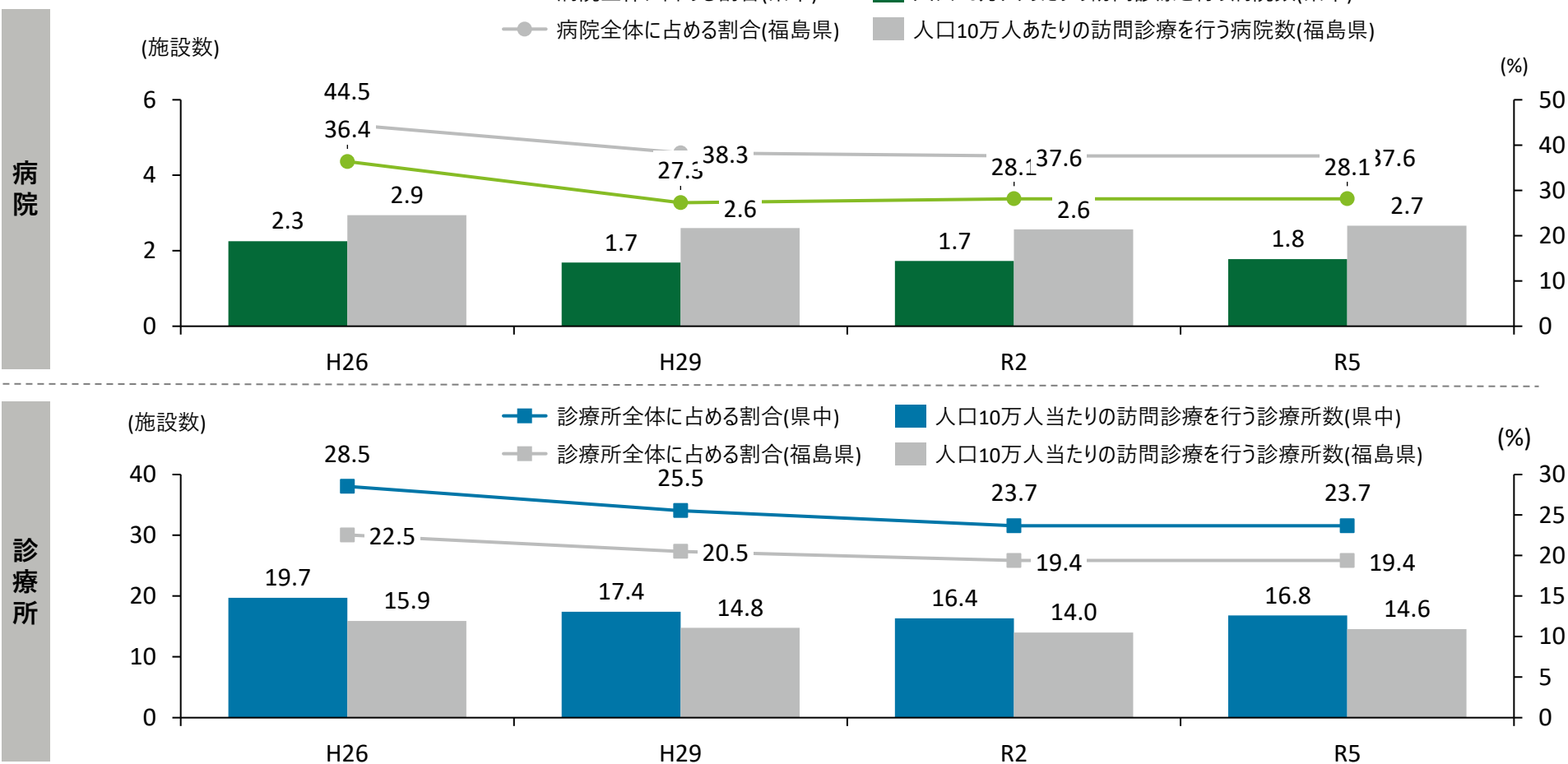
県中地域における人口10万人当たりの在支診・在支病・後方支援病院の届出数は、機能強化型在支診（単独型）、在支診、機能強化型在支病（連携型）で県平均、東北平均を上回っている



県中地域における届出数の推移

県中地域における、人口10万人あたりの訪問診療を行う病院数は県平均と比較して少ないが、診療所数は県平均よりも多い

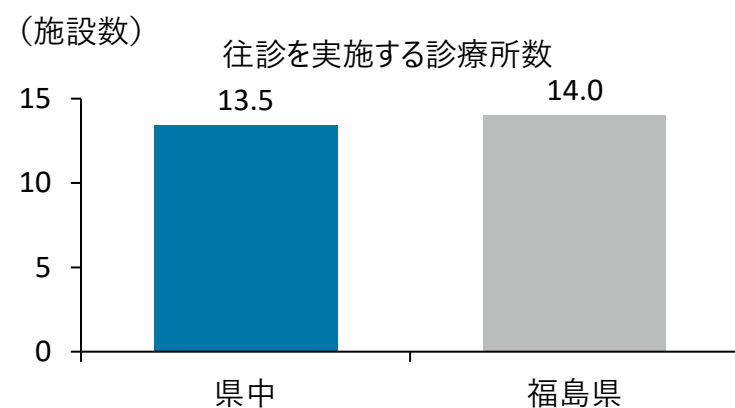
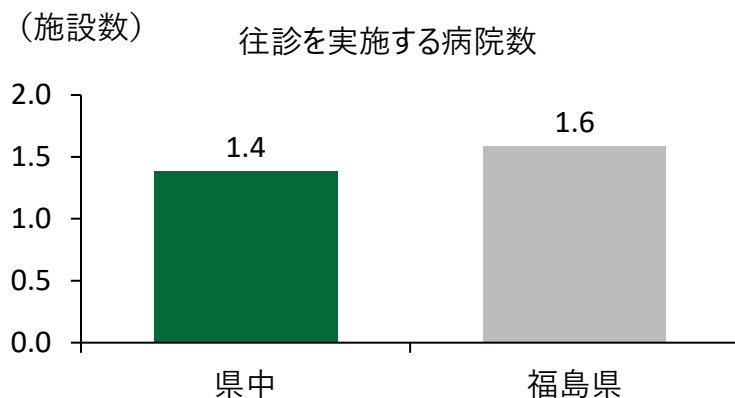
② 日常の療養支援に関するもの



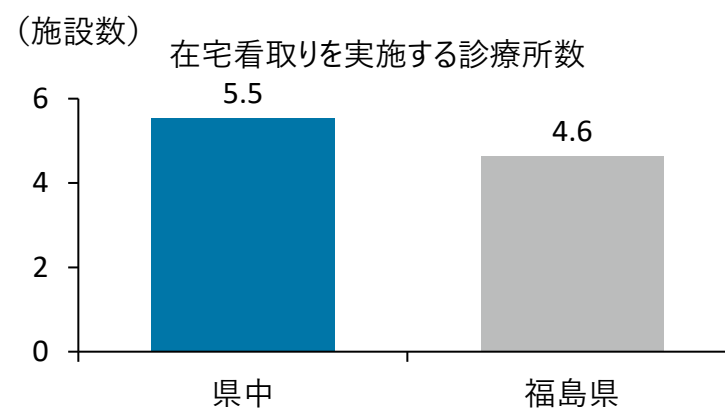
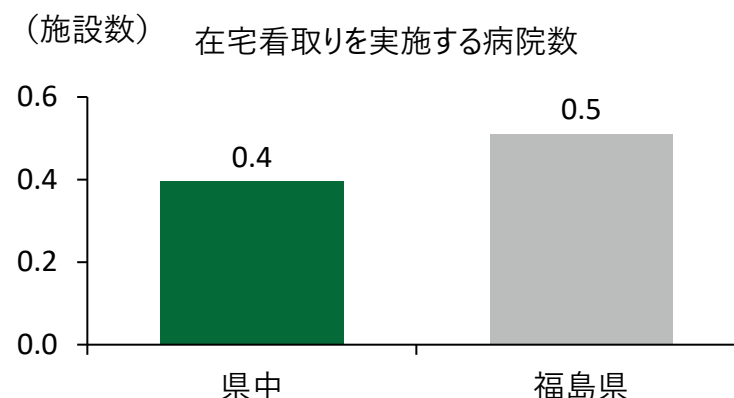
県中地域における届出数の推移

往診を実施する病院数を除いて、人口10万人あたりの往診を実施する病院・診療所数及び在宅看取りを実施する病院数は福島県の平均を下回る

③急変時の対応に関するもの

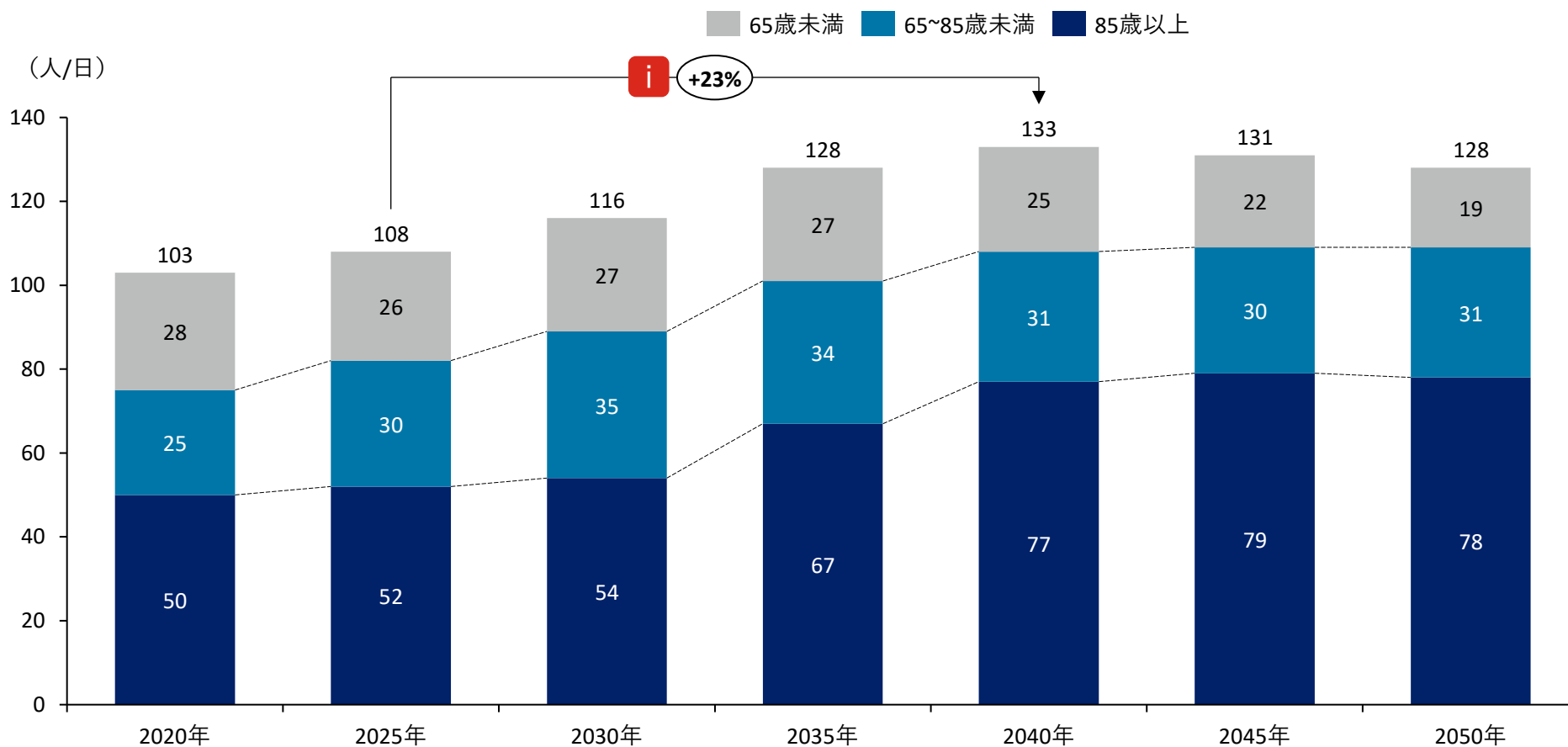


④看取りに関するもの



（参考）県中地域の訪問診療利用者の将来推計

2040年にかけて訪問診療利用者数は約23%ほど増加する見込み



i 2040年の将来訪問診療利用者数は2025年比で23%の増加

出所：厚生労働省「令和2年患者調査」、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（令和2年（2020）年推計）」

3. 県中地域の概況まとめ

まとめ

人口動態	■ 県中地域は人口減少傾向にあり、2050年には全体で25%減、生産年齢人口はと推計される。一方で後期高齢者数は、2030年まで増加後、減少に転じるが高齢化率は引き続き上昇する見込み
入院医療	■ 県中地域の入院患者数は、2040年をピークに減少に転じ、2050年には2025年より僅かに多い水準となる一方で、患者に占める85歳以上の割合は増加することが予測される ■ 2020年から2050年にかけて、どの領域でも手術件数が減少する見込みとなっており、全体で約15.9%減少することが想定される ■ 県中地域の急性期病棟からの退棟経路は、人口や病床数が類似する地域と比較して、家庭への退院の割合が高いことが窺える
救急医療	■ R4年度からR6年度にかけて救急搬送件数は増加しており、軽傷の救急搬送は約5.8%の増加となっている。傷病程度・年齢区分別で見ると、軽傷から重症までいずれも65歳以上の構成比が50%以上となっている
外来医療	■ 外来患者数は減少傾向であり、2050年には2025年比で16%減少する見込みとなっている。なお、65歳以上の外来患者数は微減となる見込み
在宅医療	■ 県中地域における要介護認定者は、2023年から2040年にかけて19.4%増加の見込みであり、医療と介護の複合ニーズを持つ層が増える。また、2040年にかけて訪問診療利用者数は約23%ほど増加する見込み ■ 供給を見ると人口10万人あたりの訪問診療を行う診療所数及びその割合は福島県平均を上回っている。一方で訪問診療を実施する病院数及びその割合は福島県平均を下回っている。
考えられる方針案	■ 今後、高齢化により、手術を必要としない入院ニーズが増加する一方で、医療の担い手確保は一層困難になります。この医療ニーズの質的な変化と、限られた供給力との間にいかにして最適なバランスを見出していくかが今後の検討のポイントと考えられます。 ■ 県中地域では類似地域と比較して、自宅に退院できる状態になるまで急性期病棟で療養している割合が高い傾向がみられます。限りある医療資源を効率的に活用し、「治す医療」と「治し支える医療」が上手く連携することで、急性期から回復期、在宅医療・介護までスムーズに移行できる地域完結型の連携体制を構築する必要があると考えられます。