

令和7年度第2回県北地域医療構想調整会議病院部会議事録

日 時 令和8年3月3日（火）19:00～21:00

会 場 福島市保健福祉センター 5階「大会議室」

（司会）

定刻となりましたので、ただいまから令和7年度第2回県北地域医療構想調整会議病院部会を開催いたします。

本日の進行を務めさせていただきます。県北保健福祉事務所生活衛生部長の海老名と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

本日の会議の公開に関する取扱いですが、県北地域医療構想調整会議設置要領5の（4）により原則公開となりますが、個人情報や法人情報などを取り扱う場合、また、福島県県北保健福祉事務所長が非公開と判断した場合は非公開となりますので、御了承をお願いいたします。

開会に当たり、福島県県北保健福祉事務所長小谷尚克より御挨拶を申し上げます。

（所長挨拶）

福島県県北保健福祉事務所長の小谷でございます。

委員の皆様、この会議に御出席を頂き、ありがとうございます。

県北地域でのこれまでの地域医療構想については、私2年目ですけれどもその中で、経験した、話に聞いた中では、脳外科の分野で、設立母体が異なる医療機関の間で、一方はちょっと休止する、その分、もう一方が増強してというようなお話があったのかなというふうに思います。ただそれ以外は、個々の医療機関において、自分のところの患者さんの状況、あるいは、その医療機関での資源ですね人材も含めて、そういったものから、ここに判断をされて、診療内容の変更とか病床の変更とか、そういったことをやられてきたのかなというふうに思っております。

そうした中で、個々の病院がいろいろ考えて動く中で、全体的に調和がとれて、目指すべき医療提供体制に繋がっていくというような考えも、そういった期待を抱いていたところなんですけれども、しかしながら人口構造、疾病構造の変化のスピードが速く、また人材確保の困難さということもあって、もう待ったなしでこのままでは、地域の医療が危ないといった状況になってきているというのが共通の理解のあるところなのかなというふうに思っております。

こうした中で国は地域医療構想につきまして、新たな方向性を出し、県もそれに倣っているといますか、来年度から新たな構想の策定に着手するという予定になっております。

こうした状況の中で、先日福島県議会で、新たな地域医療構想の策定に向け、どのように取り組んでいくのかという質問が出て知事が答弁をしております。

ちょっと抜粋になりますけれども、知事答弁では、「新年度においては、金融機関と連携し、医療の事業経営の観点を踏まえた分析や、技術的助言を行うなど、経営基盤の強化を支援していくとともに、人口の減少と高齢者の増加が一層する2040年を見据え、医療機関の役割分担や、在宅医療、介護との連携を含む新たな地域医療構想の策定を進めていくこととしております。県がリーダーシップを発揮し、関係機関と連携しながら、実効性のある協議体を設置し、課題の解決に向けた議論を進めてまいります。」といったような答弁をして

いるところでございます。

本日のこの会議におきましては、個別の医療機関における変更というお話が一つメインになるかというふうに思っております。ただこれも、次の段階に向けての重要なステップであらうというふうに受け止めております。さらに、今、医療の置かれている現状や来年度に向けての方向性などについて県の地域医療課のほうから説明があります。

本日の会議、先を見据えての議論とまではいかないかもしれないですけども、また短い時間でありまして、先につながる有意義なものとなることを期待しております。皆様よろしく願いいたします。

(司会)

続きまして、本日の議長についてですが、調整会議設置要領・規定に基づき、福島県県北保健福祉事務所長が務めますので、御了承願います。

では、議長に引継ぎたいと思います。

(議長)

はい。それでは議長を務めさせていただきます。

まず、最初に確認ですけど、今この会場には御参加の皆様、医療機関の方と事務局のみということですね。マスコミの方とか特に取材が入っていないということで。はい、そういった状況でございます。

それでは、早速ですけども、本日議題が多いということもありますので効率よく議事を進めるため、議題の(4)新たな地域医療構想の策定については、4の報告事項の後、最後に説明を頂くことをしたいと思います。

それでは早速議事に入ります。

議題(1)病床機能について、事務局より説明をお願いします。

(事務局)

事務局の医療薬事課長の杉本です。

よろしく願いいたします。

資料1ですけれども、本年の1月1日現在の病床数、こちらを取りまとめたものになっております。こちらにつきましては、後で参考にしていただければと思っております。

病床機能の等につきまして、病床機能の変更で3医療機関、そして今後の予定ということで、二つの医療機関のほうから報告がありました。

病床機能等の変更の内容につきましては、事前に皆様に確認を頂いていたところであります。その中で何点か意見等頂いているところであります。その点に関する回答も含めまして、今回報告いただいております病院さまより、その概要等について説明をお願いしたいと思っております。

以上です。

(議長)

それでは順番に、資料1の1からになりますかと思います。

病床機能の変更について、まず公立藤田総合病院様から御説明をお願いします。

(公立藤田総合病院 近藤院長)

公立藤田総合病院院長の近藤でございます。

資料1の1に記載されているところを見ていただくと、よろしいかと思います。

現在、当院は今 299 床、結核病床は別としまして 299 床ございまして、今回の変更予定では一般病床を 257 に減らすということでございます。

その内容については（２）の医療機能の状況ということで書いてありますように、４階西は急性期の病床 42 床ございましたが、これを廃止しまして 42 床減とする計画でございます。

その理由については２枚目のページの後ろのほうですね、そこに、急性期の病床の変化についてということで書いてありますので御覧になっていただければと思います。

現在のところやはり人口減、国見、桑折、伊達市の人口推移が非常に急激に減少しております。高齢者は余り減ってないですけども若年者がすごく減っております。そういうことでいわゆる患者数が減少というよりはやはり患者の内容が変更になってきているということが一つ大きいことでございます。

将来的には、この人口減少に伴って人材の枯渇といいますか人材が不足してくることも容易に推測されておりますので、当院としていたしましては急性期の病床を廃止しまして、数を少し減らした方が、この実情に合っているだろうというふうに判断をして今回の提出というふうになりました。

基本的には病院の今までの機能は、ほとんど変わらないというふうに思っております。それ以外に今度は、慢性期とか、地元の診療所とか、老健施設とのお付き合いをさらに強化していく予定で当院は訪問診療・訪問看護を現在もやっておりますけれども、それは変わらず、やっていく計画でございます。

そういうところでこういう報告をさせていただきました。

以上です。

（議長）

はい。ありがとうございます。

ただいまの御説明につきまして、御意見・御質問等ございましたら、お受けしたいと思います。よろしいでしょうか。

伊達医師会の志賀先生、追加で確認しておきたいことなどあればお願いしたいと思います。

（伊達医師会 志賀会長）

伊達医師会の志賀でございます。

いつもお世話になっております。

同じ圏内の医師会ということで、高齢化と人口減少がかなり急速に進んでいる地域なものですから、大きな病院として北福島医療センターと公立藤田総合病院さんと、この地区でやっているが、この病床減によって、診療科の割合とかが変わったり、あるいは救急医療に対する対応が少し変わるということが、我々としては一つの心配なところなので、その辺のところを少し教えていただければなというふうに思っておりました。

よろしくお願いします。

（公立藤田総合病院 近藤院長）

はい。診療科の制限といいますか、そういう救急の診療制限はございませんが、脳神経外科の先生が１人定年でおやめになるんですが、その補充が今年は無理だというお話があり、脳外科が１人になります。そういうことで若干少し脳外科のパワーが落ちるかなと思っておりますけれども、できるだけ対応するというので今勤務してる先生ともお話をしておりますのでそれをバックアップするためには内科のほうのグループの協力をするということで、

救急体制については今まで通り輪番も北福島さんと交互っていうか調整しながらやっていくということで来年度も変わらない体制でやる予定であります。

(議長)

ありがとうございます。そのほかに、御意見・御質問等ございますでしょうか。
よろしいでしょうか。はい。
それでは続いて、しのぶ病院様から御説明をお願いしたいと思います。

(しのぶ病院 田島院長)

こんばんはしのぶ病院の田島と申します。いつもお世話になっております。
病床の変更としては、療養病床の8床減となっています。
病棟単位に関しては、(2)のとおり、回復期病棟48床を40床に減らすということにさせていただきました。
理由に関しては、次のページになりますけど、入院患者の在宅復帰の経由等である、小規模介護老人保健施設、これはもともと当院と同系列の田島整形外科の施設にあったものなのですが、閉院に当たり病院内の設置をすることによって、退院から在宅の至るまでのサービスをシームレスに提供することが可能となり、暮らし、住民の地域で暮らし続けることを後押しするとともに、2階病棟の稼働率が2024年で66.4と、最大稼働で月39床と40床未満ということもありまして、8床減については特に問題なく、2階の療養病床の空床の有効活用が図られると思ひまして、決定させていただきました。
以上です。

(議長)

はい。ありがとうございます。
ただいまの御説明につきまして、皆様のほうから何か御意見・御質問等ございますでしょうか。
基本的には現状に即してといった変更なのかなというふうに思います。
よろしいでしょうか。はい。
それでは続いて、県立医科大学附属病院様から御説明をお願いします。

(医大附属病院 濱口副院長)

福島県立医科大学附属病院の濱口と申します。本日、大平病院長の代理での出席させていただきます。
それでは資料の1の3を御覧頂いて、まずその2枚目の別紙資料を御覧頂きたいと思ひます。
福島県立医科大学附属病院における病床機能等変更理由書になります。御覧ください。
まず下の変更の理由について説明いたします。
当院は令和12年度に新病院開院を予定しております。新病院には高度急性期医療の充実を図る観点から、高機能病床HCUを備えることとしております。新病院開院前に先行的に重症度の高い患者の集中治療に対応した高機能病床HCUを整備し、病床機能の強化と病院収益の向上とともに、再整備後の新病院への円滑な診療機能の移行を実現させることを目的とし、高度急性期病床7階東病棟と9階西病棟の8床をHCUへと移行します。
これに伴って病床利用状況を踏まえ、夜間看護師配置数を見直し、看護人員をHCUに配置転換することから病床の一部を休床させます。
なお、休床26床については令和8年4月に休床し、HCU8床の稼働は令和8年6月を

予定しております。

次に、その上の1番、病床機能等の変更を御覧ください。

変更が行われる病棟について説明いたします。

高度急性期の7階東病棟及び9階西病棟の計8床を高度急性期のHCUに移行します。残りの急性期の5階西病棟及び8階西病棟の18床それから高度急性期の7階東病棟及び9階西病棟の8床、合計26床を休床します。

なお病院の一般病床の病床数は713床のままということで変更はございません。

以上のことから今回、様式1病院機能等の変更に関する報告書を提出させていただいております。

説明は以上になります。

(議長)

はい。ありがとうございます。

確認ですけども全体の病床数は変わらないけれどもその中で26床は休床にするという理解でよろしかったそうですね。

(医大附属病院 濱口副院長)

8床HCUに作りますので、看護師がHCUではかなりたくさん必要になりますので、その分、いろいろ計算して26床を休床にしますが、例えばコロナなどですね、急に病床を空けなきゃいけないというときのために一応休床という形にしてベッド数はそのまま維持します。

(議長)

はい。あえて私のほうから聞いたほうがいいのかなというふうに思って聞かせていただきます。

いろいろ看護人員の問題もあってということだというふうに受け止めております。

そうした中で、この休床が救急医療に与える影響というところでは、どのようなことが考えられますでしょうか。

(医大附属病院 濱口副院長)

そうですねちょっと私の一存で答えていいか分からないんですけども一応私個人的にはですね稼働が過去80%いってないような状況ですので、この26床休床にしても救急等へのそういったことに余り影響がないんじゃないかなというふうには思っております。

(議長)

はい。ありがとうございます。

皆様のほうから、県立医科大学附属病院様からの説明につきまして、何か御意見・御質問等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

県全体を視野に、医療提供されている附属病院の変更ということで、いろんな重たいところがあるのかなというふうに思っております。何かありますか。なければ次に移りたいと思います。

次に、福島第一病院様から新病院建設に伴う病床機能の変更計画について御説明をお願いいたします。

(福島第一病院 星野理事長)

福島第一病院の星野でございます。皆さんいつも大変お世話なっております。

福島第一病院の新しい病院の計画について、以前この場で御説明したところから計画を進めていく中で変更部分が出てきましたので、御説明したいと思います。

資料の2の1になりますが、現在の許可病床数196ということなんですが、新しい病院の当初の計画、これ令和6年度に御説明した時はですね、合計で150床の病院をつくりますと、うち80床急性期、70床回復期（地域包括ケア病棟）で考えておりましたが、今計画の中で、病床数これは令和11年度の開院を目指しておりますが、135床ということで今計画を進めております。というのは、150床とした場合もですねやっぱり先ほどらい出てるようにですね、ちょっと人員確保の面で大変ちょっと厳しいということが正直なところですね、135ということでさせていただきたいと思っています。加えて、うち90床は、地域包括医療病棟と位置づけてやっていくと。残り45床は地域包括ケア病棟としていきたいと思っています。

御質問を頂いておりましてこれに伴う急性期への何らかの影響はあるのかというお話頂いておりましたが、実は我々196床許可病床数としてやっていますが、人員体制の問題で、今稼働はですね130床125床程度で今やっておりますので、新しい病院になった後も、急性期のところの受皿として、大きな影響はないと考えております。あわせて輪番制の影響もないと考えております。むしろ地域包括医療病棟に帰しますので、後ほど出てくる新しい地域医療構想の中の地域の急性期をしっかりとやると。あるいは高齢者の患者様の緊急搬送しっかりと受けるということ、機能をしっかりとやることで、急性期的な機能というものが充実できるんじゃないかなと考えております。

これ新病院の御説明であります。加えて、地域包括医療病棟についてはですね、今現在、それをやろうということで進めておりまして、この4月から、急性期病棟としてやっている2病棟ですね、地域包括医療病棟、いずれも変更してやっていくということを今考えております。

説明、以上になります。

（議長）

はい。ありがとうございます。

今ほどの福島第一病院様からの御説明につきまして皆様のほうから御意見・御質問等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、次に、福島西部病院様と福島南病院様の病床再編について御説明をお願いします。

（医療法人社団敬愛会 菊池理事長）

はい医療法人社団敬愛会理事長の菊池でございます。今日はありがとうございます。

私どもの経営しております福島西部病院と福島南病院の2病院になりますけれども、今後、両病院の入院機能を統合していきたいという計画を発表させていただきます。

現在2病院ですね、運営しているんですけども、やはりここ数年、看護職員の不足というのがですね、かなり顕著になり、特に夜勤がもう回すのが、さらに現場がぎりぎりの状況、西部病院のほうは令和5年から2病棟を1病棟に現状減らしております。現在3病棟を運営しているんですけども、そこがですねなかなか厳しいということで、今後福島南病院の2病棟のほうに集約という形で考えております。

統合するという目的ですけどもそこは人員のほうを手厚くすることによって、現在提供している医療をさらに質を高めていくということと、現場で疲弊している医療スタッフが余裕を持って効率的に働けると、そういう環境を整えるということを考えております。

具体的な時期といたしましては令和8年度の後半から西部病院の入院の受入れを徐々に制限してきました、令和9年の4月から西部病院の病床は休床といたしまして、福島南病院のほうで西部病院で診ていた患者様も受入れてですね、南病院の稼働病床を現在の115床から120床に戻して、受入れていく考えです。今後ですけれども、やはり地域医療構想の中で、それぞれの病院の役割を明確にしていくというのが非常に重要だと考えておりますので、西部病院につきましては引き続き地域の外来にいらっしゃる患者様、歯科診療、あとは健診の業務に力を入れていきまして、生活習慣病予防医学そちらに特化していきたい。

福島南病院につきましては現在、主に循環器内科、血液内科、特殊疾患病棟をやっておりますけれども、これまで福島西部病院で担っていた高齢者救急の受入れこういったものを強化してやっていきたいと考えております。

事前に御質問がありました伊達医師会の志賀先生から御質問がありましたのでちょっと説明についてもお答えしたいと思います。地域医療への影響は何か予想されますかという点ですけれども、現在の3病棟が2病棟に減ってしまいますが、現在の病床稼働率が非常に低い状況でしております。3病棟が2病棟になりますが必要病床の稼働率を上げることに よりまして、現在受入れている入院の患者さんは十分受入れられると思っておりますので、その辺は影響は少ないかと考えております。

ただ今後ですねさらに職員の数が減ってきてしまうと受入れられる入院患者の数も減ってしまいますので、そこは法人といたしまして、職員の待遇の改善ですとか、職場環境の改善そういったところでさらに人がですね、入るよう、辞めないように努力していきたいと思っております。

次に令和9年度の輪番制への対応はどのような見込みでしょうかという御質問ですけれども、こちらは西部病院と南病院が現在受け持っている部分はまとめてやっていければ、努力していきたいと考えておりますけれども、ただこれはもう病棟の統合というか、もうその前のそもそもの話にはなってしまいますが、現在2病院で輪番をさせていただいておりますが両病院とも、まず輪番日の人員の配置というのがかなりもう限界になってきております。常勤医師が少ないということと看護職員が少ないということで、その日誰が対応するかってのは非常に難しい状況であります。

また、その救急の診療の質的なところにはなってきてしまいますが、現在福島西部病院は内科は院長の菅谷医師がやっておりますが、菅谷医師は糖尿病の専門医であります。

南病院は私と今日出席しております院長の野地のほうで対応しておりますが2人とも血液内科の医師であります、常勤の内科医がそれしかない状況でやっております。そうすると、内科の輪番ですね内科は循環器と神経は別ですけれども、内科であれば全て受けなさいというのが、我々は、ほかに相談できる医師がいないう状況で専門外の救急を内科であれば全部見なさいということで行っていて、できることはですね本当にやらせていただいているんですけれども、現実現場としては、本当に我々がこの輪番を担って本当にいいんだろうかという気持ちでやっているのも事実ではあります。当然法人としてはですね地域の救急にできる限り貢献していきたいと考えておりますけれども、それが現在の2次輪番の体制、参加という形が本当に正解であるかどうかというのはちょっと考えていきたいかなと思っております。

ただ、救急というのは各病院単位ではなく地域のシステムだと思っておりますので、この地域医療構想会議の中で、福島市のこれから人口が減っていった医師が減っていく中でどういった、救急の体制が良いのかっていうのを考えていただければいいかなと考えております。

以上になります。

(議長)

ありがとうございます。

まさに来年度以降、本当に取り組んで結果につなげていかなければいけないような課題をお話し頂けたのかなというふうに思います。

また同じ経営設立母体の中でではありますけれども、病院の統合ということで、これも地域の中では大きな変更なのかなというふうに思っております。

今ほどの説明につきまして皆様のほうから御意見・御質問等ございますでしょうか。

はい。お願いします。

(福島赤十字病院 鈴木院長)

福島赤十字病院の鈴木です。

ただいまの説明ありました救急の輪番の受入れのところ、とても大きな問題だなと思っています。

南病院さんが大変なことも重々理解させてもらいましたけど、残ったほかの病院も、かなりその救急の方に対しての余力がなくなってきていて、特に働き方改革が始まってから、当院夜は宿日直がとれずに勤務なっているので、その人たちは次の日はお休みにならずにちやなくて、日中の仕事ができないってことで、救急もなかなか増やせないっていう状況で大変だと思います。

本当に地域医療調整会議の中ででも必要かもしれないけど、病床数だけでなく救急のどうするかってやつは大きな課題だなと思って、聞いてました。

ちょっと一つ戻って確認ですけど、第一病院さん、今度急性期病棟を徐々に地域包括医療病棟に以降していくということですけども、第一病院のほうでは救急輪番は引き続きやっていただけるんですか。

(福島第一病院)

はい

(福島赤十字病院 鈴木院長)

ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

(議長)

はい。ありがとうございます。

そのほかに御意見・御質問等ございますでしょうか。

(済生会福島総合病院 星野院長)

済生会病院院長の星野です。西部病院と南病院の令和8年度は救急輪番については現状のとおりということで、安心させていただきましたが、福島市の輪番救急協議会でもですねやはり協議をしてですね、令和9年の実は外科部会のほうもなかなかちょっとぎりぎりだという問題もあってですね、令和9年度、それも含めてですね、また新しい体制を何とか維持しようということを今後議論していきますので、一緒に議論させていただければと思いますのでひとつよろしくお願ひいたします。

(議長)

はい。ほかに御意見・御質問等ございますでしょうか。

はい。お願いします。

(大原総合病院 佐藤理事長)

大原総合病院の佐藤でございます。

今ただいまお話ありましたが、病床機能転換それぞれの事情でございますので、当然、承認という形にはなろうと思うんですがやっぱり救急の体制というものを、考えていかなくちやならないのかっていうのは大きな問題だと思っています。先ほど、脳外科のちょっと話が出たんですが、脳外科についてはですね、消防のほうで福島市の救急と伊達の救急がございますので、大きくはですね、脳外循環器はですね、この広域の中でもう対応するっていうことを取決めしてやってるんですね。これは大分前からそういう体制になってまして、本当に超急性期の循環器内科、脳外科の対応は、福島市のほうの輪番の体制のできるところに搬送するような、そういう広域的な役割というのは実は話が進んでおります。

ですから、やっぱりここは県北地域全体で救急体制っていうものは、やはり搬送時のですね救急隊のこれ安達もございますけども、そこの搬送体制のところっていうのは一つに統一してくれないかっていうことは前から言ってるんですよ。

ところが、それぞれで、司令塔があって、そして、連携は、なかなか取れないような状態が前からございます。そこだってもう見直す必要があるんじゃないか。

例えば救急輪番のところにはもう、救急車が何台も今度は来るわけですよ。福島市の救急だけじゃなくて、伊達の救急もかかったら、場合によっては安達も来ちゃう。そういうような、今輪番体制になっている。ですから、やれる病院が役割分担という話が出てきてますから、できる病院にとにかく患者さんを搬送しない限り、できないわけですよ。無理やりはできないわけですから。そうするともっと広域的に県北全体で役割分担を決めて、そして救急搬送そのものも、今の状態を改めないと、多分もたないという話で破綻するだけなんで、そこんところもちょっと話合いの今後、地域医療調整会議の中で、救急搬送体制についてもしっかり話していただかないと、医科大学にも、二次救急のだけじゃなくて今度は、二次救急が破綻してると今度大学のほうにも搬送されてしまってますね、そこで破綻してるので、本当にもっと破綻するなことになるでしょう。

そういうことも含めた議論が今後必要なんではないかなと私は思います。

(議長)

ありがとうございます。はい。

お願いします。

(福島南病院 野地院長 (随行))

敬愛会福島南病院の野地と申します。

救急の話になってこの場でっていうのはちょっとふさわしくないかもしれないんですが、意外にですね我々実際に内科として救急やっているが、意外に多いのは、精神科の患者さんですね、精神科の患者さん内科は見れないっていうふうな状態になってきてて、それを今度精神科じゃないですかって言うともう内科で見てっていうふうな、事のやりとりが結構あるんですね。この患者さんどこで見るのか。本当にこの人救急車が必要だったんですかっていうところの議論から実は始まっちゃう。ような印象を、強く受けております。

困って本当にタクシー代わりに呼ぶのかですねそういうふうなことっていうのは非常に多いっていうのが、実際の内科の救急が多くて、そういう方に関して、結局やりとりをしながら、帰る帰らないとかっていうふうなことになってて、次の救急車が受入れない。ていうのが実情じゃないかな。本当にその救急車が必要かっていうふうなことに関しては非常に難しいと、あと、逆にですね、軽めにお年寄りの方に関してはですね、軽めの症状が、例え

ば、イリウスとかですね、急性腹症でもう破けてしまったというような患者さんが便秘として運ばれてきてこちらでもその感じで見えて、急変をするっていうふうな事例がやっぱございまして、実際にですね、例えば、本当に先、うちの理事長が申し上げたとおり、うちの病院としてそのおなかを見れる先生がいないと、いうふうなやる、やらないっていうふうなことではなくて、実際にその判断が難しいというふうなことで、例えば急性腹症に関して、適材適所で外科にいけるのか、っていうふうな問題の不均衡ですから、どうしても内科に集まりやすい状態になってると思うんですね。

そうするとちょっと、本当にそのうちがやれるのかとかというふうなところになってきたり、本当に医療救急という医療資源が、なっているのかっていうふうなことは甚だ疑問であるということがあります。

少なくとも、その救急の場の議論のところに、例えば精神科の先生が、いるとかですね、あと内科と外科がちゃんと、実務をやっている方々がその場に立ち会えるかっていうふうなことが、最終的な救急の医療の再編というようなことにもつながるんじゃないか。というふうに考えております。

ちょっと場違いと思いましたが、せっかくの機会でしたので、発言させていただきました。以上です。

(議長)

はい。ありがとうございます。

はい。お願いします。

(福島赤十字病院 鈴木院長)

何度もすいません、福島医大の中里先生と濱口先生が来られているのでちょっと発言させてもらいますけど、先ほど、脳外科が、少なくなったとかっていう話にもちょっと関係していますけども、ここの2次病院とかだけで話しては解決できない問題でして、大学との協力っていうのが必要だと思うんです。

県内の脳外科の医者、脳外科で話しますと脳外科の人はもう限られてしまっていて、全部の病院に必要な医者って出せないんですよ。

だから脳外科の医局のほうでも、方針を立てて、各エリアで拠点とする病院をつくってそこで、全部そこに手術は夜とかはやってくれて、他は1人しかいないけども、外例だけやるからとか紹介してくれることかということで、地域の医療をどうするかっていうことを大学の先生にちょっと一緒に考えていただいて、地域の医療を大学も一緒に考えていただければなというふうに思っております、何とかそのようなことをお願いできないかと思っております。

(議長)

中里先生お願いします。

(中里地域医療構想アドバイザー)

福島県立医科大学の中里でございます。

今、日赤の鈴木先生のほうから御指摘ありましたけどとても重要だと思ってまして、例えば今、脳神経領域の急患で血栓摘除リトリーブありますよね血栓をカテーテルで取ってくるっていうことの威力のすさまじさっていうのは、実際に数日前の循環器の患者さんが突然血栓塞栓症になって半身麻痺共同偏視でおかしくなっちゃったんですけども、たまたま脳外科の先生たちが夜いらっしゃって血栓回収術をやっていただいたら、ほとんど元に戻

るってというような、現場があります。

やはり、本当の救急ってそういうところになるべくアクセスさせてあげたいなと思いますし、私の専門として心筋梗塞の治療も、ただ、モルヒネ射って寝かしとけば、急性期生き延びる人は生き延びるんですけども、そのあと心不全になって予後が非常に悪くなるので一刻も早くそのリパーフュージョンっていう、心臓カテーテルで血流再開してあげるかっていうの勝負になるんですけども、そういうことが24時間365日できる施設っていうのはやっぱり限られてくると思うんですね、私若かった頃は常勤3人ぐらいで365日と対応して外来もやって入院を見てってこと、ほとんど病院にいるんですけども、そういうことが普通の時代だったんですけども今、それが共用することが全然できなくて、そういう科には人が入ってこないってことになっているので、やっぱり時代に合わせて、集約化、分野的には集約化せざるを得ないと思います。

そのときに、ちょうど20年ぐらい前に私、医大で心カテの前線にいるときにですね、輪番の話も参加したことあるんですけども、そのときは建前としては福島医大はもう三次救急なんで、市内の輪番には入らないっていうのが大前提だったんですけども、大分そのあと20年ぐらいで状況が変わっているので、地域的に福島医大が全ての県内の会津とかいわきのほうまで、参加するってことは無理ですけどもそこは医局の人事配置とかでやって、少なくとも県北地域に関しては科によっては二次輪番も医大も参加していくっていうような、全体の話合いの中に入ってパズルのピースを埋めていくってことが必要じゃないかというふうに個人的には思っています。

ただ、ちょっと私の科とかほかの科のこととかなんか全部その代弁することはできないんですけども、鈴木先生おっしゃったようなことは本当に積極的にやっていかなければいけないかなというふうに思っております。

(大原総合病院 佐藤理事長)

今後、新しい地域医療構想というものを作っていくことになるんですけども、救急体制についてはですね、大学が入ってくるっていうのはやっぱり三次できちんとやっていただくのが私はいいと思ってまして。

地域はやはり、しっかり2次救急は2次救急として整備できないと、本来の必要とする地域救急というものは、出来なくなってくると僕は思います。

大学におんぶに抱っこっていうのは、ここは県北だからできそうですけども、そういうことやってしまうと、ここはさらにですね萎縮してくるだけなんじゃないかなという感じなんですよ。

医科大学が基本的に医師の人事権もあったりする、そこが、本当は問題ないところにおいて、病院会の理事もやっているんですけども、病院会としてはですね、医局の人事の問題に頼らないといいますか。そういう医師の配置っていうものも求めているといけないうだろうというのは、病院会としては、厚労省とかにですね、そちらのほうに求めている。意見でございます。

輪番体制と言っても、福島市の輪番体制と伊達の輪番体制は別々なんですよ。

これを一つにしようかっていう話も実は前に私が2次救急輪番の会長やってるときに、試みたんですけど、全くできませんでした。

だから先ほど、救急隊の搬送の問題、私言いましたけどもそれは輪番体制が二つ別に別々にあるんですよ、そこんどこに大学が参入してくるっていうと話がややこしくなるだけなんですよ。と僕は思ってます。

なかなかそこはよっぽどのことがない限り動かせなかったんですね私はね、ですから、ここではもっと枠組みの話をもうちょっとしていただかないと、個々のことをケースでやっ

ちやうと全く進まなくなってしまうということもあるので、まず役割分担というのは、やっぱり各病院さんがどうということまでできるのか、病院病床の報告制度みたいなことも今度新しい中では出てきますので、その中で、一つ一つ各病院さんができるものを、提示していただいて、そしてその中で大きな役割というものを枠組みっていうんでしょうか。救急体制なり、診療体制なりそういうものを考えていかないといけないんで、皆さんと意見を集約するようね。

小谷先生がリーダーシップとっていただいて、しっかり皆さんの意見をまとめてそして救急体制なり、医療体制なりっていうものをしっかり構築していくっていう今後のやり方をしていく必要があるんじゃないかなと私は思います。

(議長)

はい。ありがとうございます。

救急医療に関しまして、医大の役割ということにつきましては特に僕のほうから今コメントは差し控えたいというふうに思います。

救急全体として、搬送体制と、あと輪番体制、これを県北全体で一つにできないかというのが一つの課題だろうというふうに私も受け止めました。

また高齢者救急、地域医療構想の医療提供体制の中でも一つ文言として上がってきているものですがこれもこれも課題だということ。

あと精神科救急につきましては、行政的な相談支援というようなことも含めて、これも救急医療にちょっと負荷になるものなので、何とかできないかというような課題もあるというふうにお聞きしました。

そしてもう一つですね、医療全般の集約化ですね、集約化というキーワードも出てきたかと思います。それについては、人材、人員配置の裏づけというものが必要だろうと。というような御意見もあったかと思います。これにつきまして今ここでというのはなかなか難しいところがございますので、来年度以降につなげていきたいというふうに思っております。

今日、今まで出てきました各病院様からの変更、今後の方向性につきましては、それぞれの話として、地域医療構想の目指す方向としては、その方向にはあっているのかなというふうには思います。

今ほど報告頂いた案件につきましてはこの地域医療構想調整会議で了解を得たということとしてよろしいでしょうか。

はい。それでは、本日御説明頂きました、事項につきましては、これがまた来年度以降のスタート、こういった状況から始まるといったものとなるというふうに思います。

よろしくお願いします。続きまして議題の(2)に移りたいと思います。

第8次医療計画地域編の評価について、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

第8次医療計画地域編の令和7年度実績に係る評価についてということで、資料3を準備いたしました。

第8次福島県医療計画につきましては、令和6年4月から、スタートしてるわけですが、昨年度(令和6年度)に続きまして、本年度(令和7年度)の実績ということで今現在、把握してますデータを落とし込んだ評価書の案、というのを今回、作成いたしました、今、皆様の方に初見で提示をしたところであります。

これにつきましては、今月中に評価書案、これにつきましてはの意見照会を考えております。意見照会をいたしまして意見を取りまとめまして4月中に、地域医療課へ提出をするというように予定しております。

今後、文書で意見照会を行っていきたいと思います。御意見等につきましては、その際にですね、御提出頂きまして整理をいたしまして、決定稿を最終的に報告をさせていただければと考えております。

以上です。

(議長)

県の医療計画につきましては、地域編があって、地域の評価については各地域でせよと、それについては、医療審議会計画調査部会のほうで、まとめて提示をするという予定になっております。

これにつきましては、後日意見照会のほうさせていただきたいと思いますので、そのときに御覧・確認頂ければというふうに思っております。

議題のほう、先に進めたいと思います。

次に、議題の（３）令和８年度紹介受診重点医療機関について説明をお願いします。

(事務局)

令和８年度紹介受診重点医療機関につきまして資料４にまとめました。

本年度、令和７年度の外来機能報告におきまして紹介受診重点外来の基準を満たしている医療機関につきましては、こちらにお示しをしております八つの医療機関になります。

その中で紹介受診重点医療機関になる、意向を示している医療機関につきましては、五つの医療機関が意向を示していると。というような状況になっております。

これを参考にいたしまして意向を示している五つの医療機関につきまして、来年度を紹介受診重点医療機関になることにつきましてお諮りをしたいと考えております。

以上です。

(議長)

この件につきましては、紹介受診重点医療機関となる意向を示してる医療機関、全てよう基準を満たしているというところでございます。

そして、これ継続ということでございます。

これにつきまして、何か御質問・御意見等ございますでしょうか。

よろしいでしょうか。はい。

それではこの５医療機関につきまして、紹介受診重点医療機関ということとしたいと思います。

続きまして、議題の（５）、かかりつけ医機能報告制度に係る協議の場について説明をお願いします。

(事務局 地域医療課)

事務局、地域医療課細川と申します。

議題（５）かかりつけ医機能報告制度について御説明させていただきます。（資料５）

配付させていただきました資料のほうを御覧ください。まず制度概要から御説明したいと思います。

まず、国における制度整備の背景趣旨でございます。国においては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さらなる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中ですね、治す医療から治し支える医療を実現するため、これまでの地域医療構想ですとか地域包括ケアシステムの取組に加えまして、かかりつけ機能が発揮されるという制度整備を進める必要があると。いうふうにしているところでございます。

そういう制度整備の一環といたしまして、かかりつけ医機能報告制度が令和7年4月1日から施行されております。

制度概要でございます。

記載の①から③のとおりでございますが、①番、医療機関から都道府県知事への報告につきましては、現在1月から3月にかけて、定期報告ということで行われておりまして、各医療機関様からG-M I Sと呼ばれる国のシステムを用いて自院の持つかかりつけ医機能につきまして、御報告頂いているところでございます。

なお、医療機関から都道府県の報告につきましては、医療法において義務づけられているものでございます。

②番でございますけれども、医療機関から報告頂いた内容をもとに、当該医療機関がかかりつけ機能の確保に係る体制を有することを県において確認いたしまして、県が外来医療に関する地域の協議に報告し、公表いたします。そこにつきましては県は外来医療に関する地域の協議の場におきまして、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するということとされております。

資料の右下の枠組みのところを報告対象医療機関と報告方法ないようでございますけれども、報告対象医療機関は特定機能病院、県内でいうと県立医大附属病院様ですけれども、及び歯科医療機関を除く病院及び診療所ということでございまして、県内では合わせて1,450ほどの医療機関が対象となっております。

報告は原則G-M I Sを用いた報告といたしまして、一部医療機関につきましては紙調査表により実施しているところでございます。報告する内容かかりつけ医機能につきましては、大きく1号機能と2号機能に分けられております。

1号機につきましては継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療、その他日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能といたしまして、所定の診療領域ごとの一次診療の対応可否ですとか、一次診療を行うことができる疾患などを報告していただくこととしております。

2号機能につきましては、1号機能を有する場合に、通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供を介護サービス等と連携した医療提供の4区分に加えまして、その他省令で定める機能についていずれか実施しているもの、または実績があるものを報告することとなります。

資料裏面でございます。

年間の大まかなスケジュールを記載しております。今年度から制度が始まるということでございましたので、県におきましては11月27日付けで、報告対象医療機関の全てに依頼文書等を発出させていただきました。1月1日からG-M I Sの報告機能がリリースされまして、2月末までを報告期間としておりましたが、3月11日まで報告期間を延長したところでございます。3月は報告内容の修正等を行った上で、4月以降に内容の公表、協議の場の開催を以降進めていく予定としております。

今ほど触れました協議の場についてでございますけれどもその資料のスケジュール下でございます。

来年度の方針について御説明いたします。

制度概要の部分でも触れましたとおり、都道府県は地域の協議の場において必要な、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ということとされております。協議の場の圏域ですとかテーマ、またどういった会議体を使うのか、どういった会議体の構成員とするのかにつきましては、特段の定めがなくですね、地域の実情に応じた検討体制の構築が求められております。

資料の丸の三つ目でございますけれども、本県といたしましては新たな地域医療構想に

において、これまでの入院医療だけではなく、外来在宅介護連携などの分野まで範囲が広がることから、このかかりつけ医機能報告制度とあわせてですね、地域で議論することが重要と、考えてございます。

新たな地域医療構想につきましては来年度国のガイドラインに基づいて策定作業を行っているんですけれども、福島県の現状の構想区域単位では圏域の範囲が広いということもございまして、在宅医療ですとか医療介護連携といったテーマを議論することが難しい圏域もあるというふうに認識しております。将来的に在宅医療介護連携推進事業を行っております市町村単位ですとか、あるいは郡市医師会単位などで協議ができるようにですね、既存の会議体の活用も含めた検討体制を構築する必要があるというふうに考えてございます。

これらの状況を踏まえまして、矢印の下でございますけれども、協議を設定でございますが、令和8年度、次年度のかかりつけ医機能報告制度の協議の場につきましては、国において外来医療に関する地域の協議の場において協議することとされていることから、原則、この地域医療構想調整会議を協議の場といたしまして、かかりつけ医機能報告制度で得られたデータを提示いたしまして、圏域の状況を共有することとしたいと考えてございます。

また、調整会議でデータを共有しつつですね、圏域の中でより具体的な議論が必要だといった御意見等がございますれば、それを受けて、適切な協議ができるような体制づくりを行いたい。というふうに考えてございます。

資料の1番下定期報告についてですけれども、調整会議に提示するデータの基礎となります医療機関からの定期報告につきましては、現行の医療機能情報提供制度の一部項目に今回かかりつけ機能報告制度組み込まれる形で実装されておりますことから、資料に記載しましたとおり、報告割合としては県全体で50%前後となることが予想されます。

本制度自体はですね、定期報告も含めまして、今後も続いていくものでございますので、毎年の定期報告依頼ですとか、制度周知を引き続き県のほうで行った上で、報告率向上を目指すとともに、かかりつけ医機能を確保するための協議に資するよう、報告内容の精査を行っていきたいと考えてございます。

説明は以上です。

(議長)

ただいまの説明につきまして、皆様のほうから御意見・御質問等ございますでしょうか。

はい。お願いします。

(大原総合病院 佐藤理事長)

教えていただきたいんですけども、かかりつけ医制度っていうのが、我々も分かりにくくてですね、医師会がかかりつけ医ということですからずっと言ってきたところと、ちょっと何かかぶってしまっていて、病院は、できるだけ外来を減らしてかかりつけという看板はできるだけとりたくないっていうのは、正直なところなんですよ。医師会といいますか、開業医の先生と連携するっていう連携推進でずっとやってきたつもりだったので、何かここ、目指すところが何かよく方向性が大転換されたのかどうかちょっと分からなくて、我々もかかりつけ医として病院として、看板を出しちゃうと、どんどんどんどん地域の患者さんが来てしまえば我々の病院機能、入院機能がかなりは、救急機能とかね、そちらがうまく回らなくなっちゃうんじゃないかっていう心配があるんですよ。

この協議の場っていうのをどういうふうに設けていくかっていう時に、この地域医療調整会議を協議の場にするって言ったんだけど、当然医師会も入って、医師会の立場の先生方の集まりと病院との立場のそこんこううまく調整してもらわないと、うまくいかないし、僕らもどういうふうにこの表明していいのかっていうのがすごく躊躇してですね、困って

いるんですよ。だから、どういうふうに、今後していったらいいのかちょっとその最大方針と方向のところを教えていただきたいと思ったんですけど。

(議長)

ありがとうございます。

このかかりつけ医制度という中で、病院も今担っている役割あるいは規模、いろいろあるかと思います。そういった中で、病院はどういう立ち位置なのかという御質問なのかなというふうに思います。

よろしくお願いします。

(事務局 地域医療課)

はい。御意見頂きありがとうございました論点としては二つ、1点目が病院としては外来を抑えていきたいという中で、どういった方針でこのかかりつけ医機能を掲げていけばいいかということと、協議の場の内容についてということでございますけれども、1点目につきましてはおっしゃっていただいているとおおり、私も今年度から事業を制度スタートして、かなりの病院さん、医療機関様から、お問合せを頂いている状況なんですけれども、病院さんとしてはかかりつけ医機能を掲げることで、外来を躊躇なく受診される方が増えるんじゃないかという御懸念頂いてるというのはまさにそのとおおりかなと思います。

前の議題にあった紹介受診重点医療機関につきましても、県の外来機能報告が国の外来機能報告の中では外来患者の流れの明確化ということで、基本的には地域の診療所を受診した後に、高度な医療提供を要する場合は大病院に紹介して、症状が落ちつけば逆紹介すると、いった流れ、そういったものを推進しているというような状況で、今回のかかりつけ医機の報告制度につきましては、あくまでも国の方ではかかりつけ医を、病院さんが持っているかっていう観点ではなくて、かかりつけ医機能を有してるかどうかというところで、制度の一つの趣旨としてはそういったデータを用いながら地域で不足する機能を協議していきましょうということなんですけれども、もう一つ国民患者への情報提供の強化ということで、この内容自体も医療情報ネットという、国のシステム通じて公表されることとなっております。一方で御指摘頂いたところはまさに、担当としてもそう思っているところであるんですけれども、ちょっと今回制度を走る中で、いろいろ国のシステムの使用ですとか、考え方、かなりちょっと全国的にも混乱してるというような事情がありまして、その辺りの病院さんの、かかりつけ医機能の報告の在り方というところは今後、国にも確認した上で、県としても周知を図ってまいりたいと考えておりますので、この場ではなかなか回答できないんですけども、御容赦頂ければというところでございます。

あと2点目の協議の場につきましても、現行の調整会議で、これは県北に限らずなんですけれども、これまで入院医療が主なテーマとして地域医療構想調整会議で議論されてきたところですので、病院さんが委員として、ほぼ占めているというのが実態でございまして、このかかりつけ医機能報告制度に基づく協議というのは正直、調整会議の場でやることは困難というふうに認識してございます。一方で具体的な協議をするに当たっては、例えばですけれども、郡市医師会単位、安達地方なのか、伊達地方なのか、あるいは福島市なのかっていうところにつきましても、いろいろ議論の余地があるというふうに思っておりますし、各地域においても、不足する医療機能、個々に違いがあるのかなというところで、まず調整会議の中でこういった制度に基づくデータがあるんだというところを共有させていただきながら、例えばこの地方でこの協議のこのテーマについて、議論すべきではないかというような御意見頂きましたらちょっとそれに基づいて、協議の核となるキーパーソンの先生ですとか、そういった医師会の方ですとかそういった協力関係機関も含めて、協議の体制を構

築していきたいと考えてございまして、ずっと令和8年度以降、調整会議で報告しつ放しつということは考えてございません。現状で報告を調整会議でデータ提示しつつ、ちょっと県内の圏域に県北以外でも、そういった御意見を頂戴しながら、各圏域で適切な協議の場を構築していければと考えてございます。

以上でございます。

(議長)

はい。ありがとうございます。

1点目がまだはっきりしない部分もあって、2点目も何か明確にはちょっとお答えできないというところなのかなという。

はい。お願いします。

(伊達医師会 志賀会長)

伊達医師会の志賀でございます。

これ本当に難しくてね、かかりつけ医制度の話を読めば読むほど分からなくなるんですが、基本的に僕なりに理解したイメージで言えば、ある地域の中で、あらゆる疾患に開業医を含めて全部で対応しなさいよというのが基本にあるんだと思うんですよ。ですから、今この報告制度で報告することによって、どの部分がこの地域で欠けてるよってということが明らかになるっていうことを、何か目指しているような気がします。だから、その部分をみんなで話合いながらどうやってこれからやっていくのか、欠けてる部分が出てきますからねということ調整会議などで話合いをしながら、全体の疾患がどこかで相談できるとかそういうことをきちんと構築していくというのが国の方針のようなので、病院は病院の役割としてこういうことは今あります。でも、これは病院の役割じゃないってことはその中ではっきり言っていただいて進めていただいていいと思いますし、当然診療所もそれぞれの専門があるので、私はこの専門だからこの地域でこれはやりますよっていうことがちょっとこれから報告されてきますから、そこをみんなで出し合いながら地域の中で調整していくということだろうというふうに思うんですね。

病院も全部同じように、かかりつけ医機能で外来をやれという意味ではなくて、その地域の中で、どうやったら抜けなくいろんなことの、必ずしも診療じゃなくても相談に乗れるかという体制をつくるために協力しろよというようなことのようなので、僕の考え方としては、あんまり小さな単位でやるとそこに、無い機能が多過ぎるような気がするので、ある程度の広さがないと、カバーできないのかなというふうに思いますがただ、交通の便とかいろんなこともありますからそこまで含めて、きちんと全てが集まって相談する必要があるんじゃないかなと、そんな方向が見えてるのかなと思いますんでまずこの機能報告っていうのはその第1弾でデータ集めてそこで何が無いのあぶり出しみたいな感じかなというふうに理解していました。

(福島市医師会 横田会長)

佐藤先生おっしゃるとおりで、我々が昔やってた日本医師会のもので、かかりつけ医機能と今回厚労省が求めているかかりつけ医機能っていうのは全く違う。ですね、今まで対応をいろいろ我々としてきたわけですが、その対応は今回まるっきし無しなんです。

今回これ、多分先生方、G-M I S登録された先生ってあんまりないと思うんですけど、私は開業医ですので、これは登録してみたんですけど、結局やっぱり今志賀先生がおっしゃったように、自院で何ができるのか。それがまず第1、第1の一次機能っていうやつですね、その中に今度は、病院と一つはどのような対応が、今とってるのかっていう報告もあるん

です。自分の所から、病院に、患者さんを紹介するときに、バックアップ病院があるかっていうのも報告にあるんですよ。そんなことを今まで先生方と話し合ったことなんかないんですね。そういうことも含めて、あそこを書いてあるものの、やってることとやってないことを、この調整会議っていうところでやればいいのかっていうふうに考えてG-MISを登録しておりました。

はっきりとまだまだ分かってないんで、回答になってるかどうか分かりませんが、

(議長)

皆さんの御発言御説明で少しは分かった気がしてますありがとうございます。

そのほかよろしいでしょうか。はい、それでは次に議題報告事項ですね。

(事務局)

続きまして、報告事項②番、医療機器の共同利用計画及び稼働状況報告につきまして御説明いたします。

資料7を見ていただきたいと思いますけれども、こちら共同利用計画及び稼働状況報告につきましては、外来医療計画に基づく報告になります。

こちらにつきまして、共同利用計画につきましては3件、栢記念病院、1件、そして、県立医大附属病院で2件、稼働状況報告につきましては、県立医大病院こちらから4件、合計7件の報告がありましたのでここに報告いたします。

内容等につきましては、後で確認をしていただければと思っております。

以上です。

(議長)

はい。今ほどの2点説明がありました。

これにつきまして、皆さんのほうから御意見・御質問等ございますでしょうか。

(議長)

ありがとうございます。その他よろしいでしょうか。

それでは最後になります。

議題のほうに戻りまして、(4)新たな地域医療構想の策定について説明をお願いします。

(事務局 地域医療課)

いつもお世話になっております福島県地域医療課の佐藤と申します。

新たな地域医療構想について説明させていただきます。

新たな地域医療構想につきましては今年度、国の地域医療構想及び医療計画等に関する検討会におきまして、新たな地域医療構想策定ガイドラインの発出に向けた検討が進められてきたところでございます。

今後実際に国からガイドラインが発出されまして、今現在としましては、県としまして令和8年度、令和9年度の2か年で新構想を策定する想定を持っております。

先ほど各先生方から、救急体制や役割分担、そして集約化等々の重要なお話もあったところでございますが、実際に年度から新構想策定に向けた、本格的な議論が開始されるということで、本日の協議は、その正式な指針が示される前段階としまして、地域として主体的に備えていくため、地域の現状を整理し、共通の認識を形成させていただくそういったような機会とさせていただければというふうに思っております。

本日お示しするデータは、結論を導くためのものではございませんが、地域として今後ど

のような論点を持つべきか、そういったことを確認する基礎資料となつてございます。専門的なコンサルさんによる、人口構造の変化等を客観的に整理しまして、今後の議論に対する円滑かつ建設的に進められる土台づくりというふうに御理解頂ければ幸いです。それではデロイトさんよろしくお願いします。

(デロイトトーマツ 横地)

デロイトトーマツの横地と申します。

資料8について御説明させていただきます。

お時間も限られておりますので、クイックに御説明させていただければと思いますが、本日の内容といたしましては、新たな地域医療構想のポイントということで、概要を御説明させていただくところと、県北区域の概況というところでオープンデータを中心になりますけれども、将来の人口の動態等を御説明させていただくというところを考えております。御手元の資料ページ右下のほうにページ数を振っておりますので、そちらを読み上げながら御説明させていただければと思います。

まず4ページ目でございます。

こちら新たな地域医療構想の取りまとめの概要をまとめたものとなっております。現行の地域医療構想と大きく異なる点、三つございます。

一つ目が基本的な考え方というところで、これまでは主に入院医療について、病床数をどうするのかというところがメインの論点となっておりますが、新構想におきましては、2040年に向けて、外来在宅介護との連携、人材確保等も含めた、体制体制についての検討をするということになっております。

2点目が病床機能、医療機能関係、医療機関機能につきましてまず1点目が病床機能についてなんなんですけれども、これまで急性期回復期慢性期と、あと高度急性期という呼び方をしておりましたが、そのうちの回復期について、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すると、いうところが含まれ、呼び方を包括期機能として位置づけられるというところが変更点でございます。

3点目が医療機関機能報告が始まるというところがございます。こちらの構想区域ごとに各医療機関様で病院様の機能を御報告頂くというところで、大きくですね高齢者救急、地域急性期機能、あと在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能というところを御報告頂くということになっているようです。

こういった点を踏まえまして、基本的な方向性としてしましてページ右側に書いております。

まず1点目が増加する高齢者救急への対応、2点目が増こちらも増加する在宅医療の需要への対応、3点目は医療の質や医療従事者の確保、4点目が地域における必要な医療提供の維持との4点が主な基本的な方向性として取りまとめされているところでございます。

次に1ページめくっていただきまして、6ページ目でございます。

これは新たな地域医療構想の策定のスケジュールを示されたものとなっております。新たな地域医療構想につきましては、現在国のほうでガイドラインの検討をされているというところでございます。各都道府県様におかれましては、令和8年度から地域医療構想の策定というところを進めていただきまして、地域の医療提供体制全体の方向性や、病床数についても御検討頂くということになっております。また第9次医療計画の策定もその後迫ってきますので、そことの整合性もとるといことが言われているところでございます。

また1ページめくっていただきまして8ページ目でございます。

新たな地域医療構想の基本的な考え方の中で、日本全体の人口構造をお示しされております。ページ左上でございます。2025年と2040年を比較すると、全体の人口は減少すると

このような見込みになっております。特に、生産年齢人口が 15%減少するという見込みになっている一方で、高齢者について 65 歳以上については、1 割程度増加するという見込みになっております。加えまして 85 歳、入院医療の受療率等が高い 85 歳の人口については、4 割程度増えるというような見込みになっているというところでございます。このページの右側に 2 次医療圏というか各区域の人口ごとに一定こう類型化されて、それぞれどういった課題があるのかというところを整理されているものでございます。

福島県様におかれましては地方都市型と人口の少ない地域というところは主に該当するかなと思ひまして、地方都市型につきましては医療需要については、地域の人口も減少している。高齢者の人口は一方で増加する見込みになっている。高齢者でも人口が増えるので、在宅医療の需要が増加見込みになっているというような傾向が多いと。生産年齢人口については、最大 40%減少するようなどころが見られるということで、この地方都市型の課題といたしましては、支え手の減少に対応できる、医療提供体制の構築等というふうに整理されております。

一方で人口の少ない地域については人口、医療需要のほうでは、人口も減ってるし、高齢者の人口も既に減っているというような状況になっているところが多い。そういう状況でするので在宅医療の需要については、地域によって増えたり減ったりというような傾向があるようです。生産年齢人口については、10%から最大 50%程度減少するという見込みになっておりまして、この地域の課題については様々であるので地域の実情に応じた医療機能の維持というところを課題として挙げられているということ。

次に 9 ページ目でございます。

こちら医療機関機能の中で、急性期拠点機能と、いうものがございましてというのを簡単に御説明させていただいたんですけれども、こちらに関わる議論を進め方が示されております。まずですね、ページの下の方にこの急性期拠点機能に係る議論の進め方のスケジュール感を示されておきまして、2028 年までに急性期拠点機能を決定するというところは国の方針として挙げられているものでございます。この急性期拠点機能については人口規模等によってどれぐらい必要かというところの目安として、国から示されておきまして、大体人口 20 から 30 万人に 1 医療機関が目安というふうにはなっております。ただし、地域によって様々状況があるかと思ひますので手術件数等や、他区域からの流入流出等を踏まえて、皆様に御検討頂くと、いうところになっております。

2 ページほどめくっていただいて 12 ページ目でございます。

2040 年の医療需要についてを書いたものでございまして、地域医療構想の基本的な方向性の中でも出てきた高齢者の救急搬送と、在宅医療の需要について推計したものでございます。2020 年と 2040 年を比較するとどちらも増加が見込まれておきまして、救急搬送であれば 75 歳以上の搬送 36%増加、その内 85 歳以上の救急搬送は 75%増えるというような見込みになっておりますし、在宅医療については 75 歳以上は 43%増、85 歳以上の訪問診療の需要は 62%増えるというような見込みがされているというところでございます。

また 1 ページめくっていただきまして、14 ページ目でございます。

こちらの高齢者救急に関しまして、高齢者救急における疾病の特徴をまとめたものとなっております。ページの左半分に 85 歳以上の方々の頻度の高い傷病名、その真ん中のほう 15 から 65 歳の方々に頻度高い傷病名ということでまとめられております。見比べていただくと 85 歳以上の急性期の入院については、若い方々と比べて医療資源を多く要する手術等が比較的少ないというところで、どちらかというところ多くの病院様で対応可能ではないかというところが国から示されているというところでございます。

ページの右の表については年齢ごとに手術が必要な患者様の割合というところを示されているんですけれども、高齢者においても年齢が上がるほどに入院中に手術や処置が必要

な患者様の割合減るというような傾向が見られるということが報告されております。

あとですね最後にページめくっていただいて 18 ページ目でございます。

改めまして、地域医療構想の具体的な策定スケジュールということで、今の福島県様からも御説明があったとおり、現在ガイドラインの策定を国のほうでされているというところと、2026 年から構想の見直し・構想の策定が始まるというところでございます。その中では、構想区域の見直しから、必要病床数、あと医療従事者の確保というところで様々な検討の議論、議題がございますが、2028 年度ぐらいから取組を開始するというところで国のほうで示されているところがございます。

続きまして 20 ページ以降が公表データから見られます県北区域様の概況をまとめたものとなっております。

まず 21 ページ目でございますが、こちら県北区域の将来の人口推計をお示ししたのとなっております。全体の人口については既に減少のトレンドが始まっておりまして、2025 年と 2050 年を比較すると、28%全体で人口が減少するというような見込みになっております。一方で、この黄色の点線については生産年齢人口の推移となっておりますけれども、こちら 39%減少するような見込みになっております。逆にですね、青とか水色で塗り潰しているものは 65 歳以上の人口になっておりますけれども、65 歳以上人口については、大体 2030 年から 2035 年ぐらいまでは微増、2050 年ぐらいまではほぼ横ばいに推移するというような推計結果になっております。特に御注目頂きたいところが 1 番下の紺色の部分でございます。こちらの 85 歳以上の人口になっております。

県北区域におきましても、2040 年ぐらいまでは 85 歳以上人口が増加するというような見込みになっておりまして、国の推計と似たような結果になっているというところがございます。

1 ページめくっていただきまして 22 ページ目でございます。

こちらは先ほど御紹介させていただいた将来推計人口をもとにした、入院患者の推計をお示ししたのとなっております。入院患者についても、高齢者人口の増減に影響を受けて、2040 年ぐらいまで微増するというような見込みになっております。その中でも特に 85 歳以上の増加というところが顕著に見られるというものでございます。

次は 23 ページ目でございます。

こちらは参考までになんですけれども、福島県全体の件数になってしまうんですが、手術件数の推計を行った結果でございます。ページの上部にある手術全体と書いているものが、手術全県を示したのとなっております。濃い緑が 2020 年、ちょっと黄色のように見えるのが 2050 年なんですが、大体ですね、2020 年から 2050 年までにかけて、2 万件弱 18 千件ぐらいの減少、全体の 16%程度減少するという見込みになっております。ページ下のほうには、部位ごとの手術件数の推移の推計値を記載しておりますが、基本的には全体的に減少するというような推計になっております。

24 ページ目は割愛させていただきまして、25 ページ目でございます。

こちらのこの後ですね現行の地域医療構想の分け方、機能の分け方になってしまうんですが、病床機能報告から各機能毎の稼働率というのを算出しております。その中で 2 種類、病床稼働率を示させて頂いておりましてそれぞれの考え方をここで御説明させていただきます。

許可病床をもとにしたものと最大使用病床をもとにした稼働率を出しております。

許可病床については皆さん御存じのとおり、医療法上で許可を受けている病床数、最大使用病床数につきましては、こちらは 1 年間で最も患者数が多いというか、病床使用したときの病床数を示したのとなっております。あとは最大使用病床数と許可病床数の比率というところも取っておりまして、これが低ければ低いほど、最大使用病床と許可病床の差が大

きいというような数字になっております。

ページめくっていただいて 26 ページ目でございます。

それぞれ令和 2 年から令和 6 年までの結果と、令和 6 年については全国平均との比較をしております。その右側にですね全国平均と令和 6 年の結果の差を示したものとなっております。許可病床ベースについては、全国平均と比べても、全体的に稼働率が低いというような結果となっております。最大収容病床数ベースであれば、その差は大分縮まっているというような結果となっております。また稼働病床数と許可病床数の比については全体的に 1 割程度、全国平均よりも低いというような結果となっております。

次 1 ページめくっていただいて 28 ページ目でございます。

こちらはですね厚生労働省から出ている退院患者調査をもとにした、医療機関様毎の主要診断群別の内訳を構成比を示したものとなっております。退院患者の多い順に示させていただいておりますけれども、特に特徴として見られたのが、各医療機関様で割と疾患が集約されつつあるというか、皆様の得意なところが明確になりつつあるのかなというところがこのデータから見られましたので、ある種役割分担が進んできているのかなあというところが一応データから見れというところでございます。

次のページが 29 ページ目でございますが、救急搬送の概観ということでお示しさせていただきます。

令和 4 年から令和 6 年にかけて搬送件数が増加しているというような結果となっております。特にですね軽症が、40%～50%と比較的多いというようなところが特徴となっております。ページの右側については、傷病程度、重症・中等症・軽症ごとの年齢構成を示したものとなっております。基本的に全体として 65 歳以上が 50%を超えているというところがかつ中等症重症については、80%近いというような傾向になっておりまして、こちらも高齢者の増加に伴って高齢者の救急搬送増えるのではないかとこのところを支えるようなデータかなというふうに思っており、30 ページ目は医療機関様毎の搬送件数を示させていただいたものですので割愛させていただいて、最後に県北区域の概況のまとめということで、40 ページ最後のページでございます。

振り返らせていただきますと人口動態としては減少が始まっているというところ、生産年齢人口も 4 割近く減少する。一方で高齢者を増加するというような見込みになっているところ、入院医療については、高齢者が増加するというところも相まって、患者の一定増加するという見込みになっておりますし、一方で手術件数については、長期的な目線で見ると、16%近く減少するというような見込みになっております。

救急医療についても、高齢者の割合が多いということと、高齢者の人口が増えるというところも踏まえ踏まえると今後増えていくのではないかと。というような見込みがなされます。これらの一定の国が示しているような方向性と比較的似ているのかなというところが所感でございます。

最後にまとめといたしまして、今後高齢化によって手術を要しない、入院ニーズが増加すると、一方で医療の担い手というところの確保はさらに難しくなるのかなというところまでデータから伺います。この医療ニーズの質的な変化と、限られた医療資源の間のバランスをいかに見だしていくのかということが今後の検討のポイントかなというふうに考えられます。

また県北区域様では各病院の方向性というのが明確になりつつありますので、引き続きですね効率的な医療提供体制というところで治す医療と治し支える医療の連携、そして、地域完結型の医療提供体制の構築について御検討を引き続き頂ければと思っているところでございます。

説明からは以上でございます。

(議長)

はい。ありがとうございます。

今ほど説明でこれだけは聞いておきたいというところございますでしょうか。

資料、詳しく見ていただいて、疑問点等ありましたら県北保健所のほうにお寄せ頂いて、私どものほうから県地域医療課またデロイトさんのほうにつないでですね、回答などできればというふうに思っております。

来年度以降の検討に向けて、現状を教えていただいたのかな。

またあとスケジュールなども説明頂いたかなというふうに思っております。会議なかほどで、来年度に向けての話もいろいろ頂いたところですけども、この場でもう一つ何かこう、言っておきたい共有しておきたいとか、ということございますでしょうか。

はい。お願いします。

(大原医療センター 石橋院長)

大原医療センターの石橋でございます。

先ほどの野地先生のほうから精神科救急のことお話ありましたけども、県北の精神科救急を受け入れる病院としてお話しさせていただきますけども、佐藤理事長のおっしゃったことと非常に関係してまして、精神科救急は県北で回ってます。ところが、各救急輪番は市とか伊達とか安達とかで持っています。そこをやっぱり一本化する必要があるということですね、先ほど佐藤理事長が言ったような観点で、精神科医療と全体の医療のですね、そこをしっかりと見ておく必要があると。

あと、救急隊の一本化ですけども、これは亡くなった田勢前医大救急の教授もですね本当に取り組んだことなんですけども、やはり首長さんたちがその医療に対して深い見識を持たないと、なかなかこれ進まないんですけども、郡山はこれがうまくいってるんです。ですから、県北やっぱり小谷先生と首長さんとこのお話し合いがですね、非常に大事になってるんじゃないかなということを最後に一言つけ、要望いたします。

以上でございます。

(議長)

はい。ありがとうございます。

あとよろしいでしょうか。

最後に中里先生からコメントというかまとめというか、頂ければと思いますよろしくお願いします。

(中里地域医療構想アドバイザー)

これまでの従来の地域医療構想のまとめの年っていうのは、まさしく今年度 2025 年だったわけなんですけども、2019 年の秋ぐらいに少し整理したほうがいい病院みたいなことで厚労省がバーンと私立病院を出すわけにいかないのが公的病院ばかり、リストアップされたのを覚えてらっしゃる方多いと思うんですねですね、JAの厚生病院とか済生会病院なんかをやり玉に上がって、物すごくハレーションを起こして、現場のこと何も分かってないのかっていうことで大騒ぎになって、結構厚労省は怯んだみたいなんですけどそのあとすぐコロナ禍になってしまって、恐らく棚上げになっちゃったんですね。

これから考える地域医療構想っていうのは、2040 年をめどに考えていきましょうって話になって、恐らくあんまり病床数を減らせ減らせみたいな話は強く言ってこないんですけども恐らく診療報酬で病院がやっていけるかやっていけないかっていうことで引きずられ

るように、病床数の調整はやっていかざるを得ないのかなっていうふうに思います。

あと救急体制に関しては資料にも出てるんですけど、急性期拠点機能の数っていうことで、人口 20 万～30 万人に、1 医療機関を目安とするともはっきり書かれているんですねもちろん、面積とか地域性があるので、その限りでないようなこと補足されてますけれども、それを考えますとですね福島市とすると 1 個しかいないということになりますし、県北、本宮まで含めてだと 45 万人ぐらいなので二つぐらいでいいという話になっちゃうんですけども、簡単に一つの巨大な 2 千床規模の病院が簡単につくれるかと言ったらそんなことはありません。

既存の経営母体も全く違う病院が力を合わせてってやっていくってことは大きくは変えられないというふうに思うんですね。その中で先ほども出たようにすごく技術が要るような急性期の処置をどうやって地域でつくっていくかっていうのは自分が患者になった時のことを考えてもすごく重要なことだと思いますので、いろんな観点から考えていかなければいけないというふうに思います。ほかの地域の調整会議にも立場上参加はしてるんですけど、その地区、地区ですごく課題も違うことも感じますし、共通のことも感じる。まとまりはないですけども、以上です。

(議長)

ありがとうございました。大分、時間超過してしましまして申し訳ございません。

これで議事のほうは終了とさせていただきたいと思います。

それでは事務局お願いします。

(司会)

時間もちょっと超過しておりますので、本日は大変お忙しい中お集まり頂きましてありがとうございました。

以上をもちまして、令和 7 年度第 2 回全国地域医療構想調整会議病院部会を終了いたします。

大変お疲れさまでした。ありがとうございました。