

令和7年度県南地域医療構想調整会議次第

日 時：令和7年2月27日（金）

18：00～19：30

場 所：県南保健福祉事務所 大会議室

1 開 会

2 あいさつ 福島県県南保健福祉事務所長

3 議 題

- (1) 第8次福島県医療計画（地域編）の進捗管理について・・・資料1
- (2) 新たな地域医療構想について・・・・・・・・・・・・・資料2
- (3) かかりつけ医機能報告制度の協議の場について・・・・・・・・・・・・・資料3

4 報告事項

- (1) 個別案件のため非公表
- (2) 紹介受診重点医療機関について・・・・・・・・・・・・・資料5
- (3) 医療機器の共同利用計画について・・・・・・・・・・・・・資料6
- (4) 物価高騰対策事業について・・・・・・・・・・・・・資料7

5 その他

6 閉 会

1 圏域における重点的な取組別	1 医療従事者の確保（県南医療圏）							
2 目標別の指標結果と取組実績	目標①	令和6（2024）年度より施行された新たな福島県医師確保計画及び福島県看護職員需給計画等に基づき、ニーズに合った医療従事者の確保を目指します。						
	関連指標の結果	医師数						
		番号	指標	策定時指標値 （調査年）	目指す 方向性	R7 結果値 （調査年）	策定時から の動き	目標値 （目標年）
		1	医師数	219 (R2年)	↗	230 (R6年)	↗	249 (R8年)
	令和7年度取組実績							
		○医師確保のため次の取組を行い医師の養成・確保・県内定着を図った。 【県南地域の取組】 ・小学生及びその保護者を対象とした医療現場見学等の親子学習会や福島医大生を対象とした地域医療体験研修や地元住民とのふれあい交流事業等を行った。 【県全体の取組】 ・小・中・高校生へのオンライン教室等の実施や、地域枠・修学資金等による養成、臨床研修・専門研修環境の整備・確保等を通じた県内での研修支援等を行った。 ○コメディカル確保のための取組のため次の取組を行い確保・県内定着を図った。 【県南地域を含む県全体の取組】 ・看護職員の確保のため、「次代の看護を担う人材の育成」「県内への就業促進と定着化」「看護職員の資質の向上」を基本目標に掲げ、看護職員の確保、定着化、資質向上を図った。 ・コメディカル（保健師、助産師、作業療法士、理学療法士、放射線技師、臨床検査技師、歯科衛生士）の確保のため修学資金の貸付を行い、医療従事者の県内定着を図った。						
3 現状分析	○県南地域の医師数（R4年：225人→R6年：230人）と看護師・准看護師数（R4年：1,578→R6年：1,588人）は令和4年に比較し、令和6年はそれぞれ増加している。 ○医師数（令和6年）は人口10万人当たり173.2人であり、全国267.4人及び県238.8人を下回っている。全国ベースで客観的に示す医師偏在指標では、162.7人であり、全国255.7人及び県197.0を下回っており、県南地域は医師少数区域となっている。 ○看護師・准看護師数（令和6年）は、人口10万人当たり1195.9人であり、全国1289.3人及び県1378.3人を下回っている。							
4 今後の課題・方向性	○医療従事者の更なる確保・定着を図るため、医師会・医療機関等関係機関と協力し、取り組みを強化・推進していく必要がある。							
※地域医療構想調整会議等での意見								

令和7年度第8次福島県医療計画地域編評価書（県南医療圏）

資料 1

1 圏域における重点的な取組別	2 救急医療の確保（県南医療圏）							
2 目標別の指標結果と取組実績	目標①	関係医療機関等の協力により、休日当番医、白河地方病院群輪番制が運用されるよう、県南地域救急医療対策協議会を年1回以上開催し、協議します。						
	関連指標の結果	県南地域救急医療対策協議会開催回数						
		番号	指標	策定時指標値 （調査年）	目指す 方向性	R7 結果値 （調査年）	策定時から の動き	目標値 （目標年）
		1	県南地域救急医療対策協議会開催回数	1	↗	1	→	1以上
				（R4年）		（R6年）		（R11年）
	令和7年度取組実績	○県南地域救急医療対策協議会として、休日救急医療当番等について情報共有した。						
	目標②	救急搬送された患者のうち、軽症患者の占める割合が高いことから、地域住民に対して適切な受診と救急車適正利用の啓発を推進します。						
	関連指標の結果	搬送患者のうち軽症者の割合（補完指標）						
		番号	指標	策定時指標値 （調査年）	目指す 方向性	R7 結果値 （調査年）	策定時から の動き	目標値 （目標年）
		1	患者搬送のうち軽症者の割合	47.0%	↘	49.6%	↗	R3年指標値より低く
				（R3年）		（R6年）		（R11年）
	令和7年度取組実績	○市町村、消防本部と連携し、救急車の適正利用、福島県救急電話相談（＃7119）及び福島県こども救急電話相談（＃8000）について、周知した。 ○年末年始は、特に救急外来への受診が集中しやすく、医療機関がひっ迫することが懸念されたため、12月初旬に管内市町村、市町村教育委員会、児童福祉施設等に対して依頼し、「＃7119」「＃8000」の保護者等への周知・広報を行った。						
	目標③	コロナ禍以降、病院収容所要時間が長くなる傾向にあることから、関係機関との連携により短時間での収容を目指すとともに、県南地域における救急受入医療機関の追加や県中・県南地域における第三次救急医療機関の追加を目指します。						
	関連指標の結果	救急搬送による病院収容所要時間（補完指標）						
		番号	指標	策定時指標値 （調査年）	目指す 方向性	R7 結果値 （調査年）	策定時から の動き	目標値 （目標年）
		1	救急搬送による病院収容所要時間	56.2分	↘	56.8分	↗	R3年指標値より低く
				（R3年）		（R6年）		（R11年）

	令和7年度取組実績	○平日夜間及び祝日の救急病院当番担当者（担当診療科）の一覧を救急告示病院及び消防本部と情報共有し、病院収容時間の短縮に努めた。 ○医師会、消防本部、市町村等関係機関と協議の場を設け、病院群輪番制事業や救急車の適正利用等について情報共有を行った。 ○市町村、消防本部と連携し、救急車の適正利用、福島県救急電話相談（＃7119）及び福島県こども救急電話相談（＃8000）について、周知した。
3 現状分析		○救急搬送された患者のうち、軽症者の占める割合が高い。 ○令和6年の消防機関への救急要請における傷病者搬送の状況をみると、令和5年に比べ救急搬送による病院収容所要時間は短くなった（R5：59.8分→R6：56.8分）ものの、令和3年と比較すると長い。 ○白河厚生総合病院では、令和6年7月からドクターカーの試験運用を開始し、また、令和7年1月から救急科を創設し、初期治療開始時間の短縮や3次救急とのスムーズな連携を図っている。
4 今後の課題・方向性		○医師会等関係機関と休日当番医利用状況や消防機関への救急要請における傷病者搬送の状況などの情報共有を図る。 ○市町村等の関係機関と連携し、住民に対して救急車の適正利用を呼びかけるとともに、福島県救急電話相談及び福島県こども救急電話相談について周知し活用を推進する。 ○患者が状態に応じた適切な救急医療を受けられるよう、関係機関と連携しながら救急医療提供体制の充実を図る。 ○県中圏域と連携し、県中・県南地域における三次救急医療機関の追加に向けて継続した協議を実施する。
※地域医療構想調整会議等での意見		

1 圏域における重点的な取組別	3 生活習慣病予防（県南医療圏）							
2 目標別の指標結果と取組実績	目標①	BMI 25以上の者の割合が多いため、健康的な生活習慣の実践者が増えることを目指します。						
	関連指標の結果	特定健康診査受診者のうち肥満者の割合						
		番号	指標	策定時指標値 (調査年)	目指す 方向性	R7現況値 (調査年)	策定時から の動き	目標値 (目標年)
		1	肥満者(BMI25以上)の割合(男性)	37.1%	↘	38.2%	↗	27.8%
				(R1年)		(R4年)		(R11年)
		2	肥満者(BMI25以上)の割合(女性)	27.0%	↘	27.2%	↗	20.6%
				(R1年)		(R4年)		(R11年)
	令和7年度取組実績	○食生活改善や運動習慣の定着等を図るため、市町村と連携し事業所を対象とした減塩セミナーや運動教室を実施した。 ○特定給食施設等における栄養管理の充実強化を図るための講習会や巡回指導を実施した。						
	目標②	生活習慣病、重症化予防の取組を推進するためには若い世代からの健康意識の啓発・教育が重要であるため、第三次健康ふくしま21計画に基づき、若い世代からのより良い食生活や運動習慣等の実践を目指します。						
	関連指標の結果	糖尿病重症化予防に関するレセプト情報など（補完指標）						
		番号	指標	策定時指標値 (調査年)	目指す 方向性	R7現況値 (調査年)	策定時から の動き	目標値 (目標年)
		1	糖尿病医療費 (国民健康保険)	12.2%	↘	12.1%	↘	R3年指標値より 低く
				(R3年)		(R5年)		(R11年)
		2	糖尿病医療費 (後期高齢者医療広域連合)	9.9%	↘	10.7%	↗	R3年指標値より 低く
				(R3年)		(R5年)		(R11年)
		3	人工透析有病率 (人口10万対)	612	↘	607	↘	R3年指標値より 低く
				(R3年)		(R5年)		(R11年)
	令和7年度取組実績	○市町村担当者会議や市町村健康づくり推進協議会において、市町村健康づくり対策に対して支援を実施した。 ○医師会等の関係機関と連携し糖尿病性腎症重症化予防対策の評価・検討を行うとともに、患者の個別支援スキル向上のための市町村担当者向け研修会を市町村と合同で実施した。 ○食環境整備を推進するうつくしま健康応援店の登録拡大を図るとともに、健康応援店を介して住民に対する食生活改善の普及啓発を行った。						

3 現状分析	○肥満者（BMI25以上）の割合は、国（男性36.7% 女性21.4 %）・県（男性39.4% 女性26.6%）と比較し、県南地域の男性（38.2%）は国より高く、女性(27.2%)は国・県より高い状況である。 ○糖尿病医療費は、国（国保10.37% 後期高齢9.9%）・県（国保11.9% 後期高齢9.8%）と比較し、県南地域（国保12.1% 後期高齢10.7%）は高く、人工透析有病率についても、国（570）・県（598）と比較し、県南地域(607)は高い状況である。 ○特定健康診査実施率は、国(37.5%)・県(44.7%)と比較し、県南地域（50.8%）は高い状況である。
4 今後の課題・方向性	○健康ふくしま21計画に基づき、住民の健康的な生活習慣の実践を促すため、「健康づくり県民運動」の展開を図る「みんなでチャレンジ！減塩・禁煙・脱肥満」をスローガンに掲げ、家庭、学校、職域、地域が一体となって、健康づくりの体制整備や環境づくりを推進します。 ○市町村や事業所支援により特定健診・保健指導の実施率向上を図るとともに、専門医や市町村等と連携し糖尿病性腎症重症化予防に関する検討を行うなど、生活習慣病の発症予防や重症化予防の体制整備を図ります。
※地域医療構想調整会議等での意見	

資料2



令和7年度 福島県地域医療構想検討課題調査業務 県南構想区域資料

2026年2月27日

目次

1. 新たな地域医療構想のポイント

2. データから見る県南区域の概況

3. 県南区域の概況まとめ

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、地域の実情に応じ出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国（厚生大臣）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）

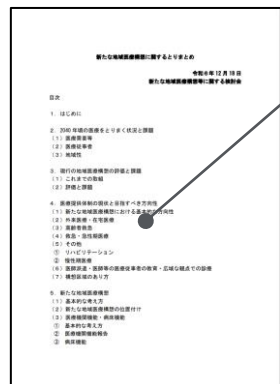
1. 増加する
高齢者救急への対応

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



基本的な方向性



増加する高齢者救急への対応

増加する在宅医療の需要への対応

医療の質や医療従事者の確保

地域における必要な医療提供の維持

■ 限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「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、地域完結型の医療・介護連携体制を構築

■ 受入体制を強化するとともに、ADLの低下を防止するため、入院早期から必要なりハビリテーションを適切に提供し、早期に自宅等の生活の場に戻ることができる支援体制を確保
 ■ 救急搬送や状態悪化の減少等が図られるよう、医療DX等の推進による在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等と地域の医療機関との連携強化、かかりつけ医機能の発揮等を通じて、在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等の対応力強化

■ 医療機関や訪問看護ステーション等の連携により、地域での24時間の提供体制を構築するとともに、オンライン診療の積極的な活用、介護との連携等を通じて、効率的かつ効果的に提供体制を強化
 ■ 外来医療についても、時間外対応等のかかりつけ医機能を発揮して必要な提供体制を確保

■ 地域ごとに医療需要の変化等に対応できる医療従事者を確保
 ■ 今後、多くの医療資源を要する手術等が減少し、急性期病床の稼働率の低下等により、医療機関の経営への影響が見込まれる中、一定の症例や医師を集約して、医師の修練や医療従事者の働き方改革を推進しながら、急性期医療や救急医療を提供する体制を構築

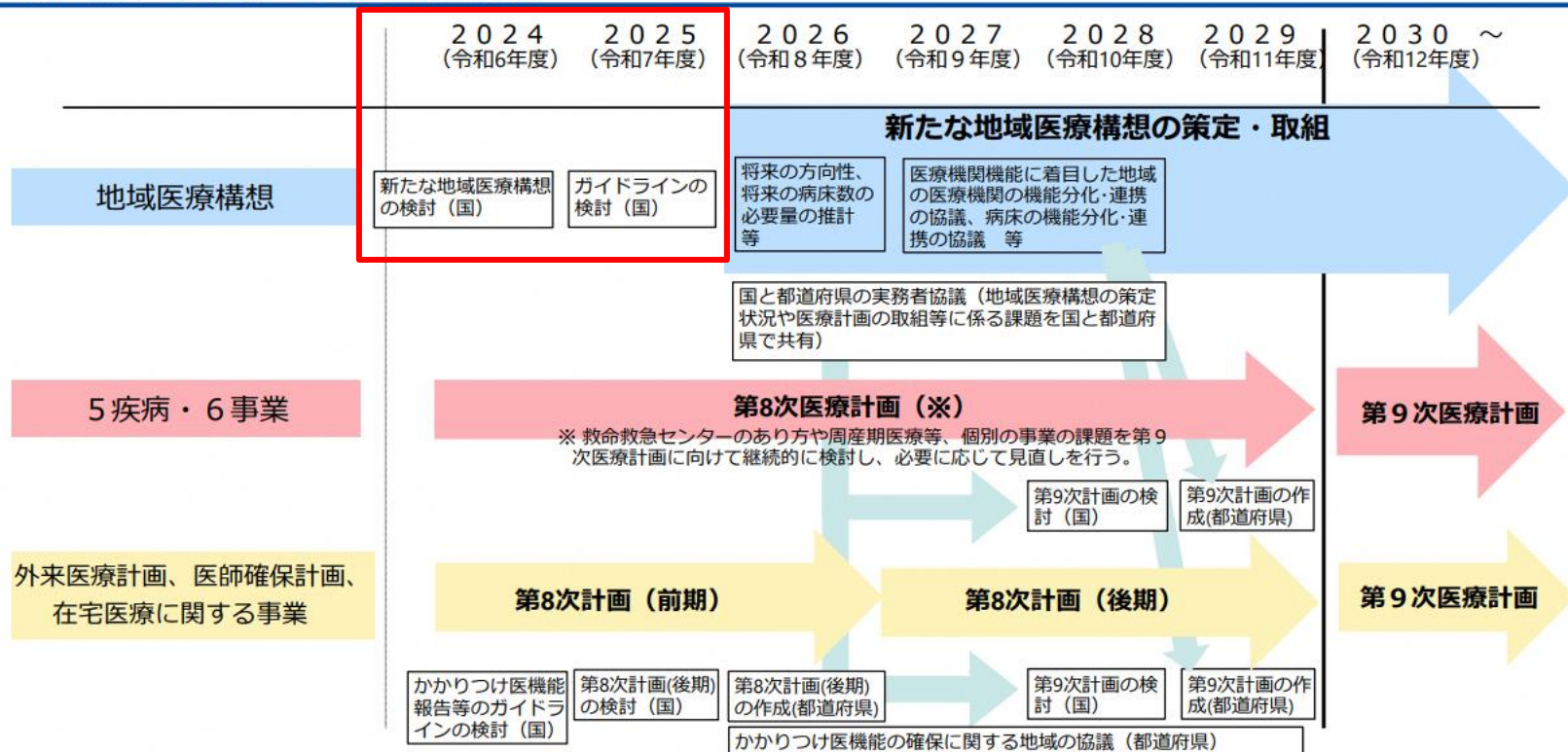
■ 人口減少により医療従事者の不足が顕著となっていく中で、医療DX、タスクシフト・シェア等の推進により、生産性の向上を図り、地域で不可欠な医療機能を維持すること
 ■ すでに人口減少がより進んでいる過疎地域においては、拠点となる医療機関からの医師派遣や巡回診察、ICTの活用等

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

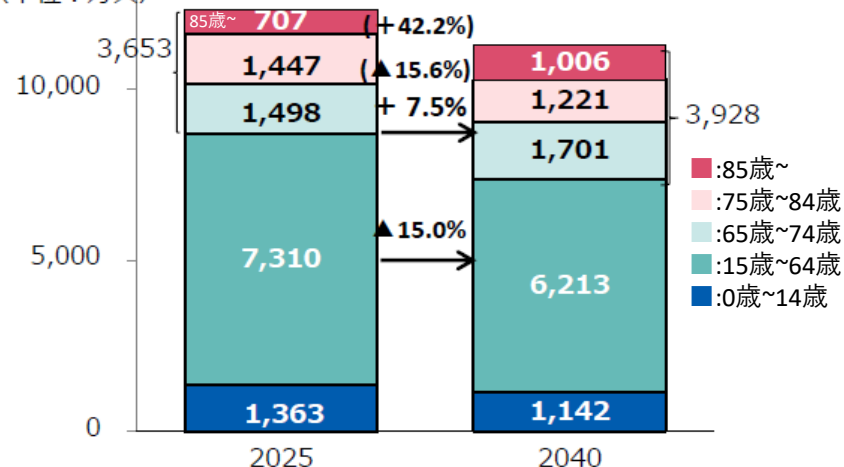
※ 医療法等改正法案の法律事項は法案成立後に検討

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。

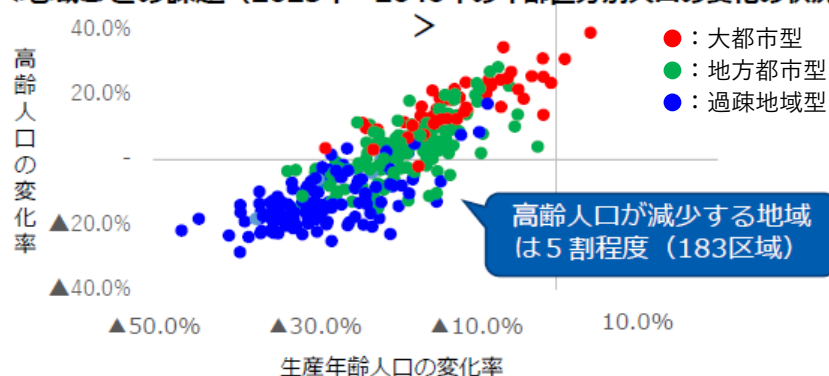
＜日本全体の課題（人口構造の変化）＞

(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

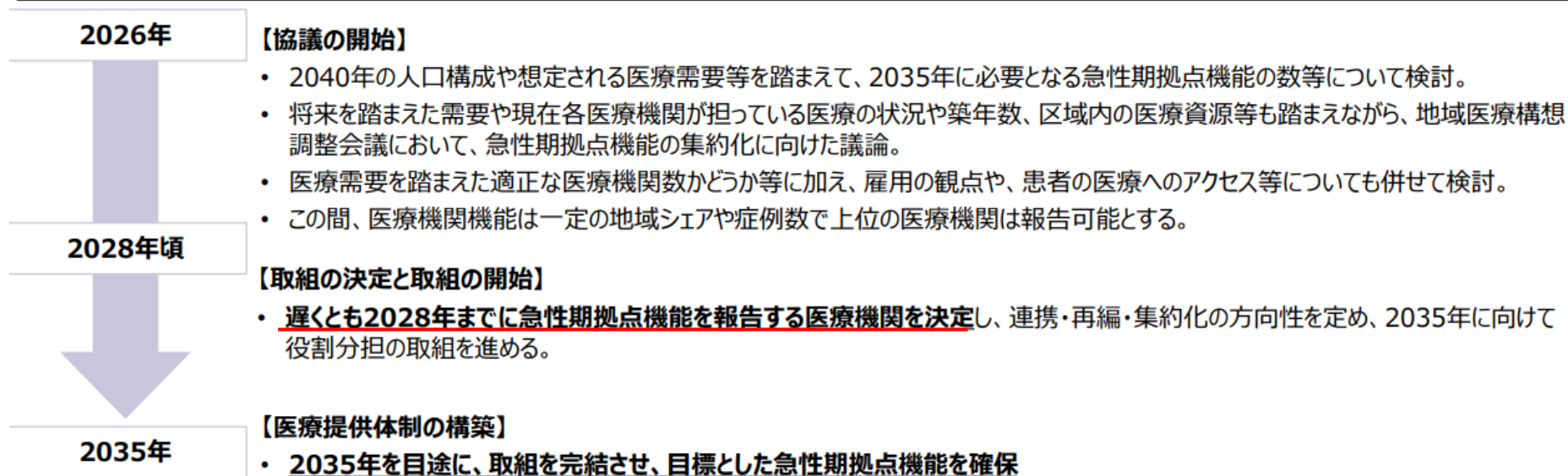
- 地域の実情に応じた必要な医療機能の維持 等

※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	
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）	【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

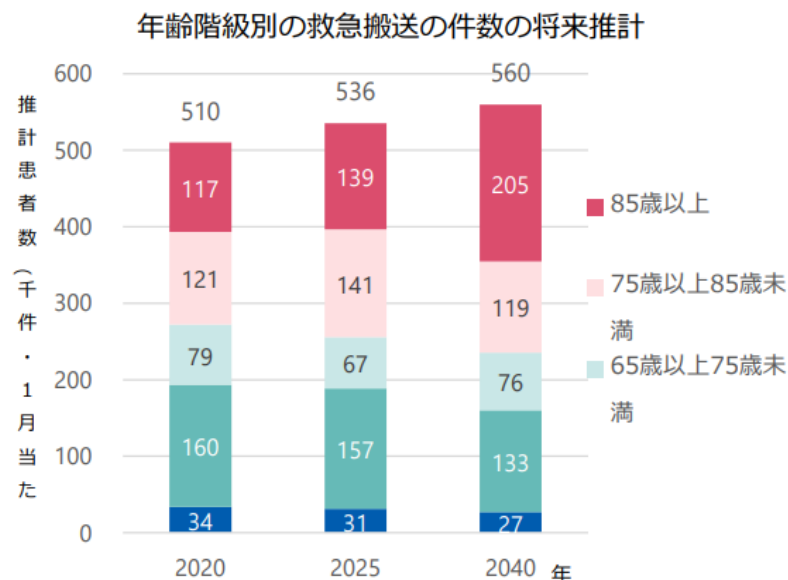
※ 既に現在の病床機能報告において報告されているものも含めて掲示。

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。

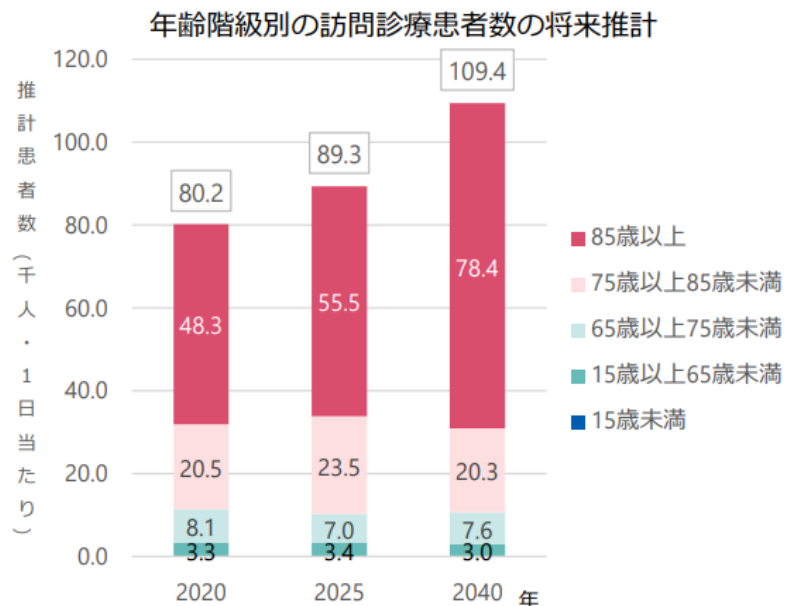
救急搬送の増加



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, 閉塞及びえく瘻＞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



急性期拠点機能



手術等が必要な
場合の転院

急性期経過後の
速やかな転院

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



高齢者救急・ 地域急性期機能



※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

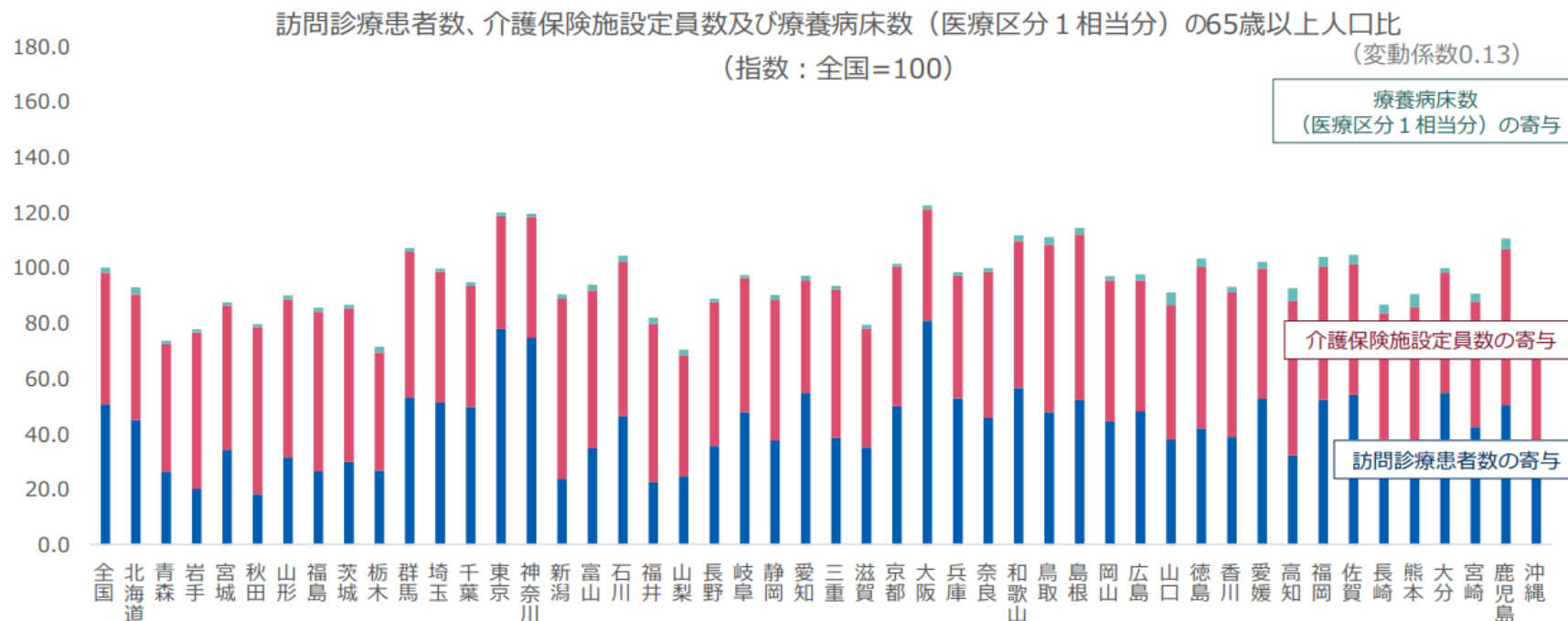
- ・ 若年者と比較して、高齢者は手術や処置等が必要となる疾患の頻度は限定的であり、**医療資源を多く必要とする医療を必要とする症例の割合が少ない。**
- ・ 高齢者救急について、現在でも、対応している医療機関の数は多い。

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）に対し療養病棟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。

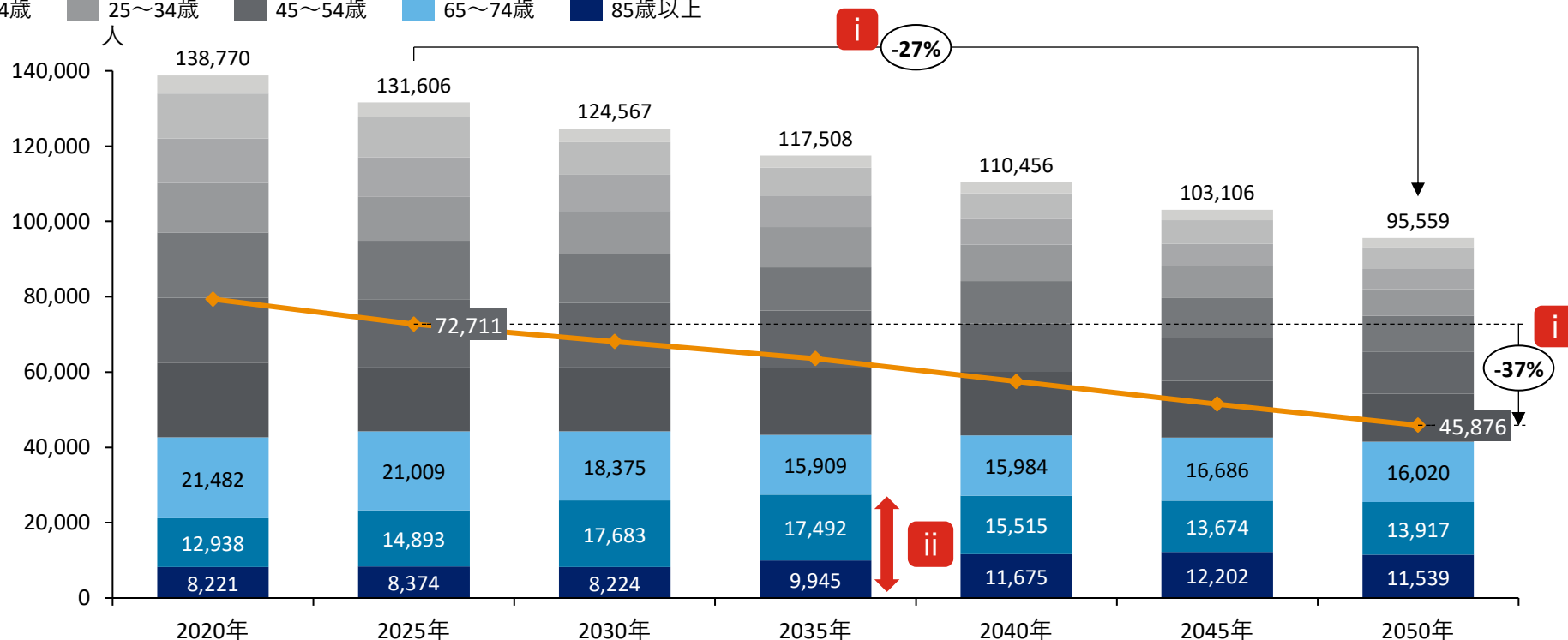
※患者団体や有床診療所団体など、参加者や会議の範囲については、各都道府県において柔軟に設定。

2.データから見る県南区域の概況

県南区域の将来人口推計

県南区域は人口減少傾向にあり、2050年には全体で27%減、生産年齢人口は37%減と推計される。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

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



i 2050年の将来人口は2025年比で27%、
生産年齢人口は37%の減少

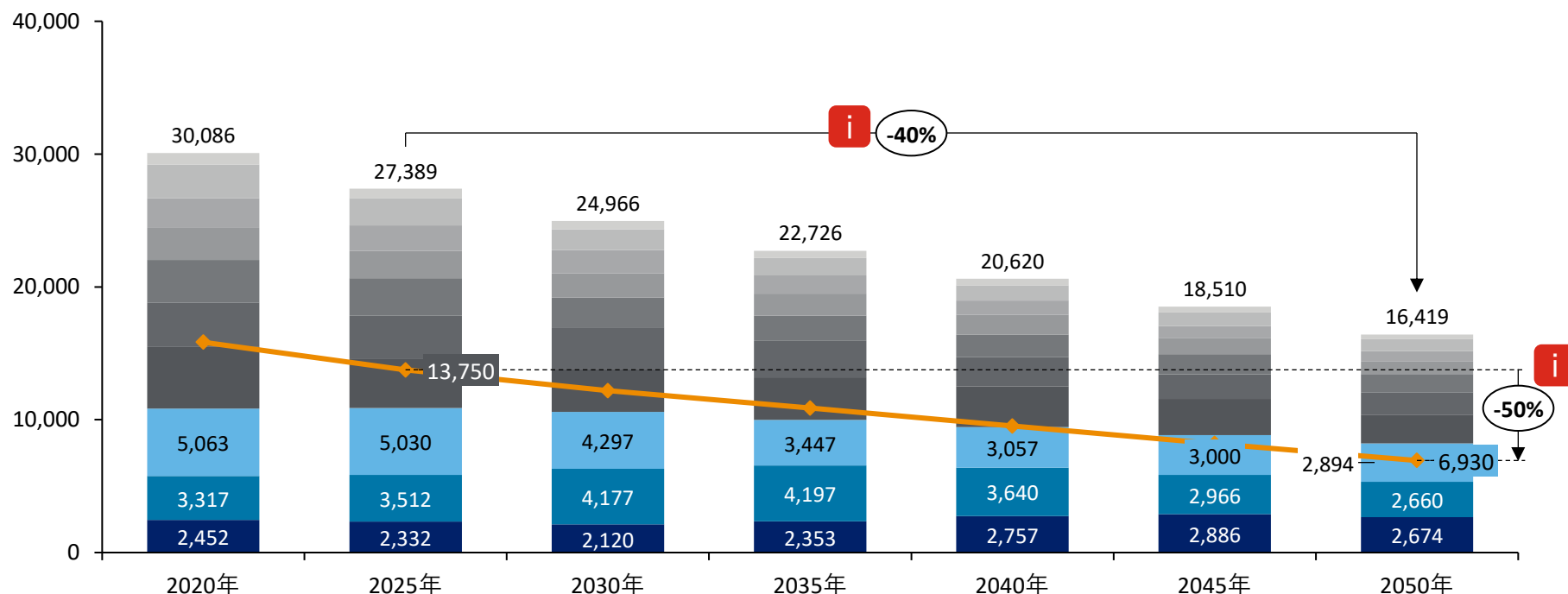
ii 75歳以上の後期高齢者の人口は2035年まで増加

出所：厚生労働省「病院報告」（令和4年）

東白川郡の将来人口推計

東白川郡の人口減少傾向は、県南区域全体よりも早く、2050年には全体で40%減、生産年齢人口は50%減と推計される。高齢化率及び85歳以上の割合についても、県南区域全体よりも高くなる見込み

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



	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
高齢化率	36.0%	39.7%	42.4%	44.0%	45.8%	47.8%	50.1%
85歳以上割合	8.1%	8.5%	8.5%	10.4%	13.4%	15.6%	16.3%



2050年の将来人口は2025年比で40%の減少
生産年齢人口は50%の減少

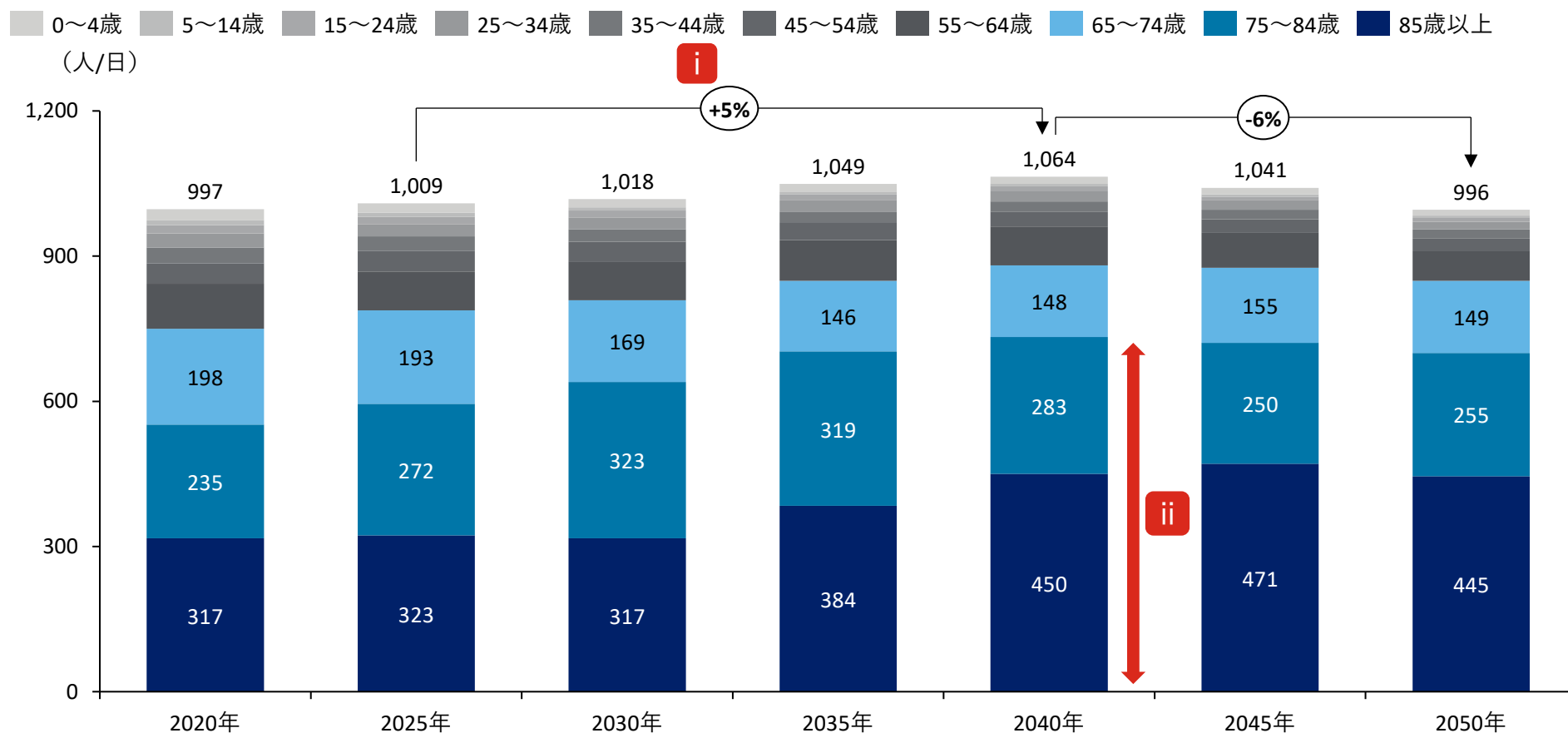


2050年時点での85歳以上の割合は、県南区域よりも約4.2pt高い

出所：厚生労働省「病院報告」（令和4年）

県南区域の将来入院患者推計*

県南区域の入院患者数は、2040年をピークに減少に転じ、2050年には現在と同水準となる一方で、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

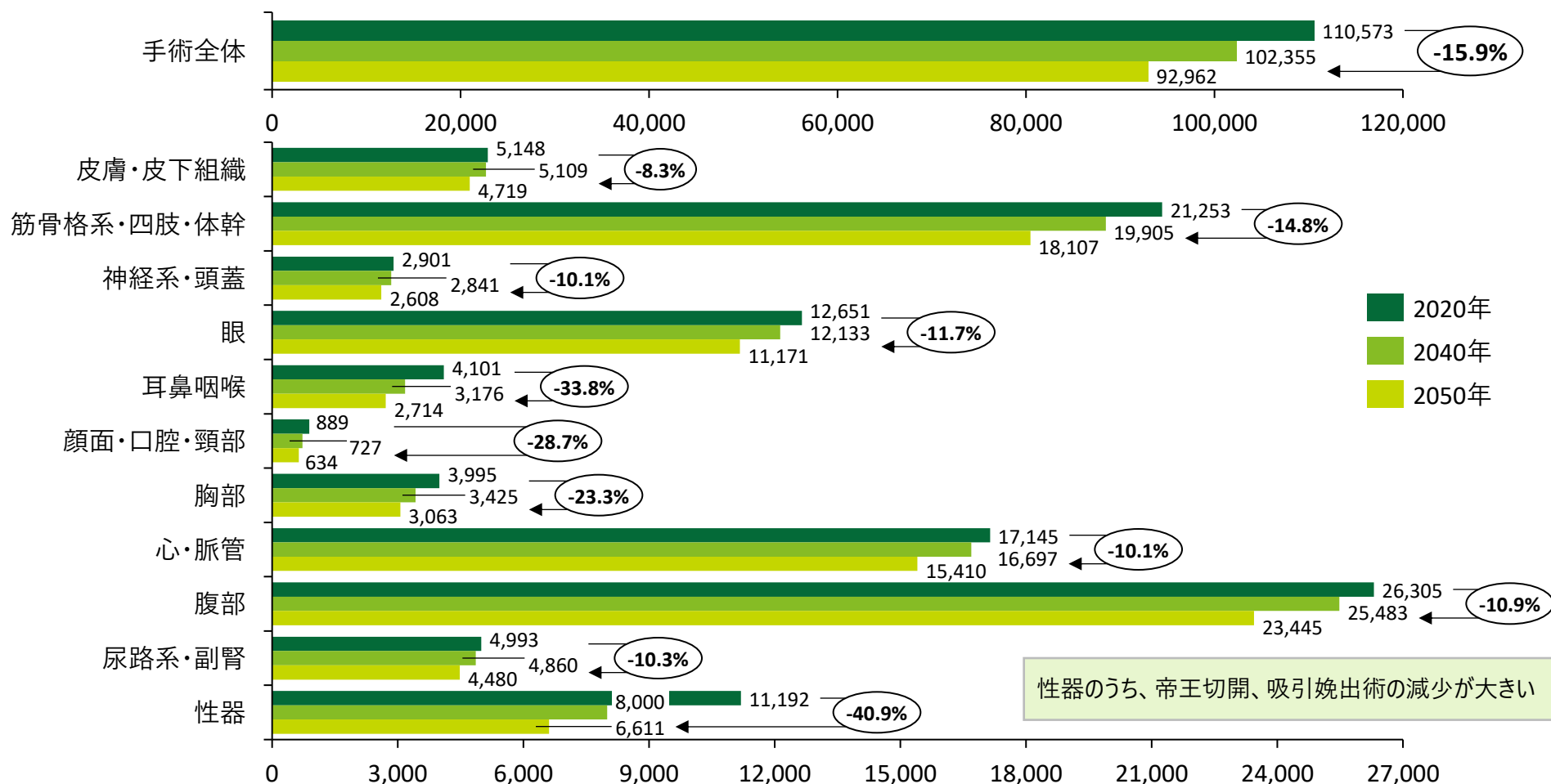


*:「精神及び行動の障害」は除く

出所：厚生労働省「令和5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5年（2023）年推計）」

【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

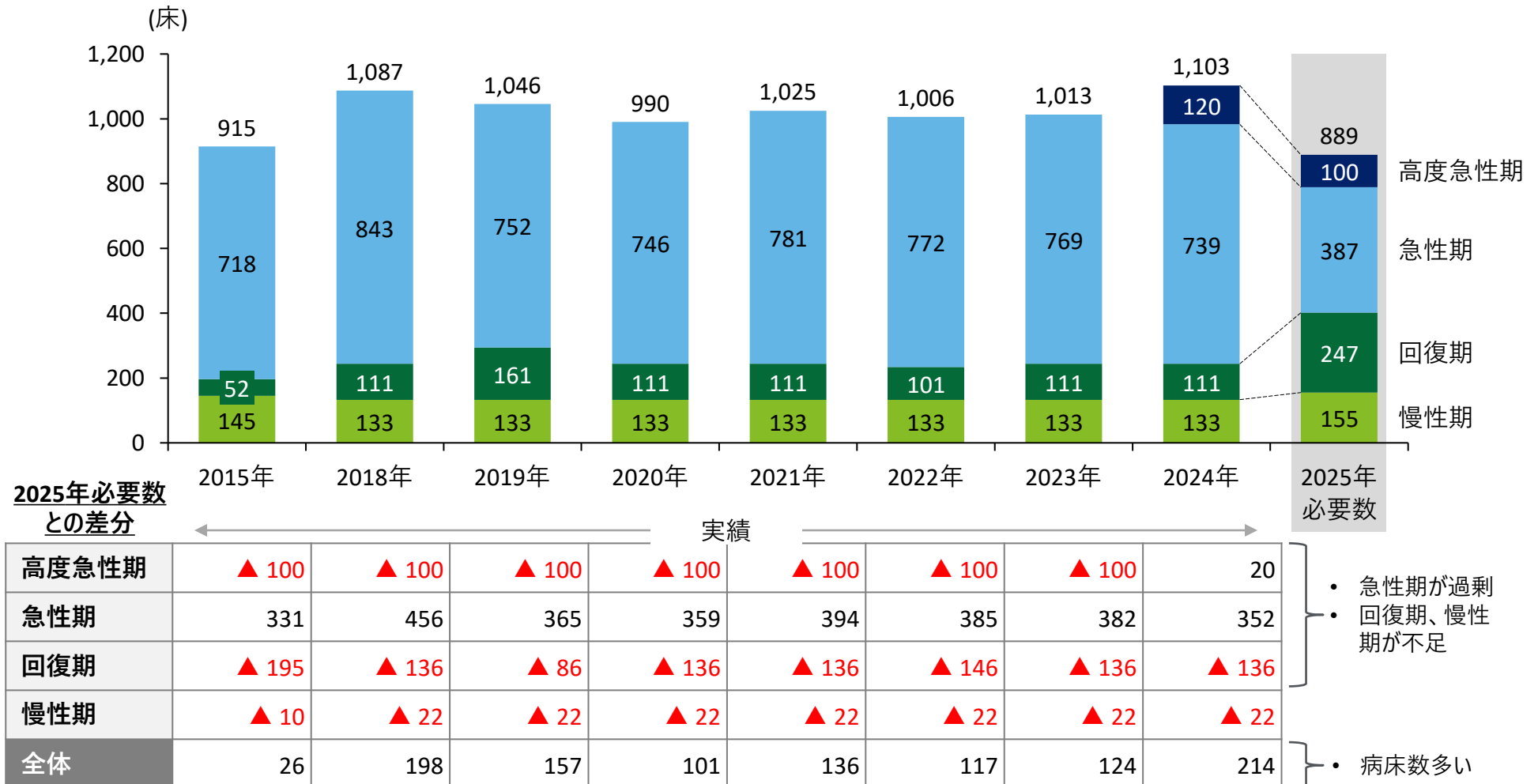


出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」、総務省「人口推計2022年」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

*：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、県南区域では、急性期が多く、回復期が不足となっており、病床全体では214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

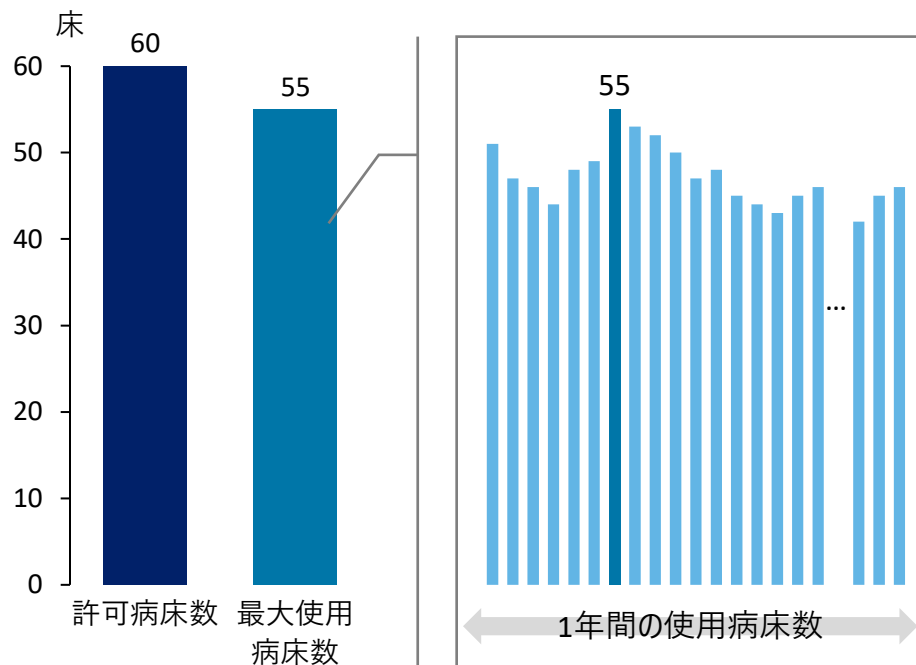
許可病床

- 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 (%)

県南区域の病床稼働率推移

県南区域の病床稼働率は慢性期を除いて全国平均と比較して低い

直近5年間の県南区域の実績

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					75.5%	80.7%	▲ 5.2
急性期	71.1%	65.7%	73.1%	70.8%	72.3%	76.3%	▲ 4.0
回復期	61.8%	58.5%	59.8%	60.7%	56.9%	81.3%	▲ 24.4
慢性期	81.4%	83.1%	85.9%	85.4%	84.7%	84.7%	0.0
全体	71.6%	67.3%	73.5%	71.9%	72.6%	79.9%	▲ 7.3

- 全国平均と比較して稼働率が低く、特に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					85.5%	83.9%	1.6
急性期	71.6%	76.0%	79.4%	78.2%	82.1%	81.4%	0.7
回復期	65.7%	80.9%	76.4%	75.7%	74.6%	86.2%	▲ 11.6
慢性期	89.4%	90.6%	90.7%	88.1%	89.4%	91.5%	▲ 2.1
全体	73.4%	78.6%	80.9%	79.6%	82.8%	85.2%	▲ 2.4

- 全国平均との差が許可病床数ベースと比較して縮小
- 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					88.3%	96.1%	▲ 7.8
急性期	99.3%	86.5%	92.0%	90.5%	88.0%	93.7%	▲ 5.7
回復期	94.1%	72.3%	78.2%	80.2%	76.2%	94.3%	▲ 18.1
慢性期	91.0%	91.7%	94.7%	97.0%	94.7%	92.6%	2.1
全体	97.5%	85.7%	90.9%	90.3%	87.7%	93.8%	▲ 6.1

- 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

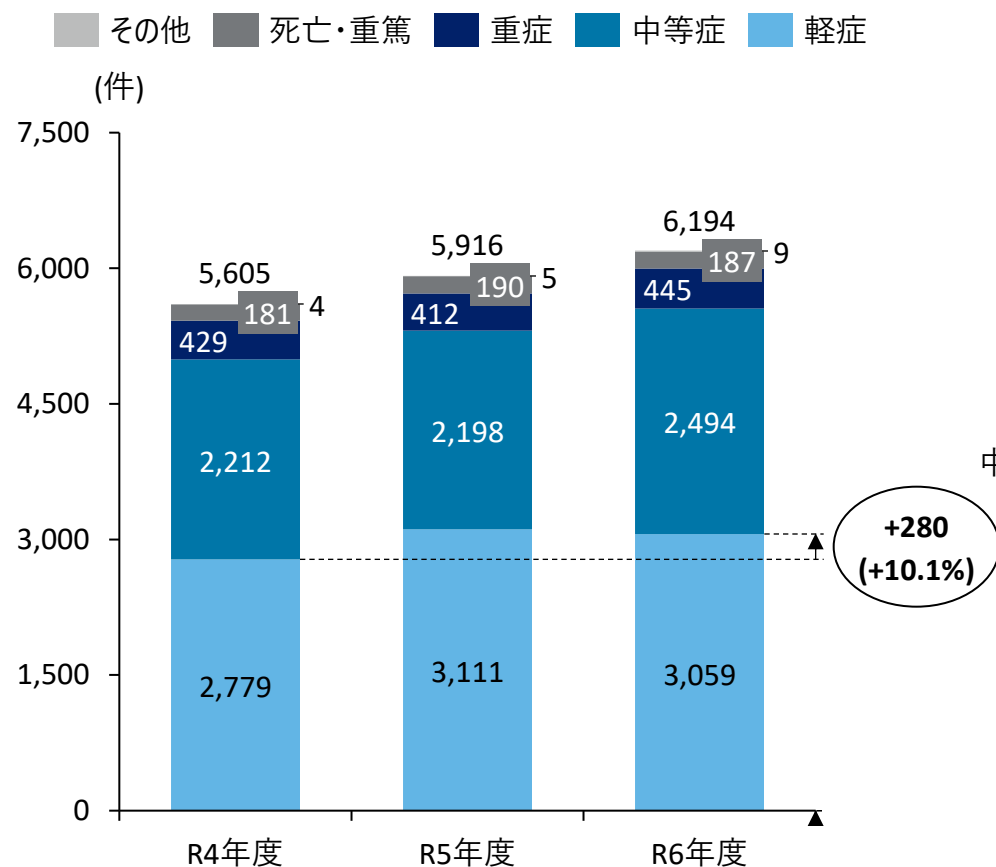
*:四分位範囲で病床稼働率が外れ値となる病棟を除いたもの

出所：厚生労働省「病床機能報告」（H29年～R6年）

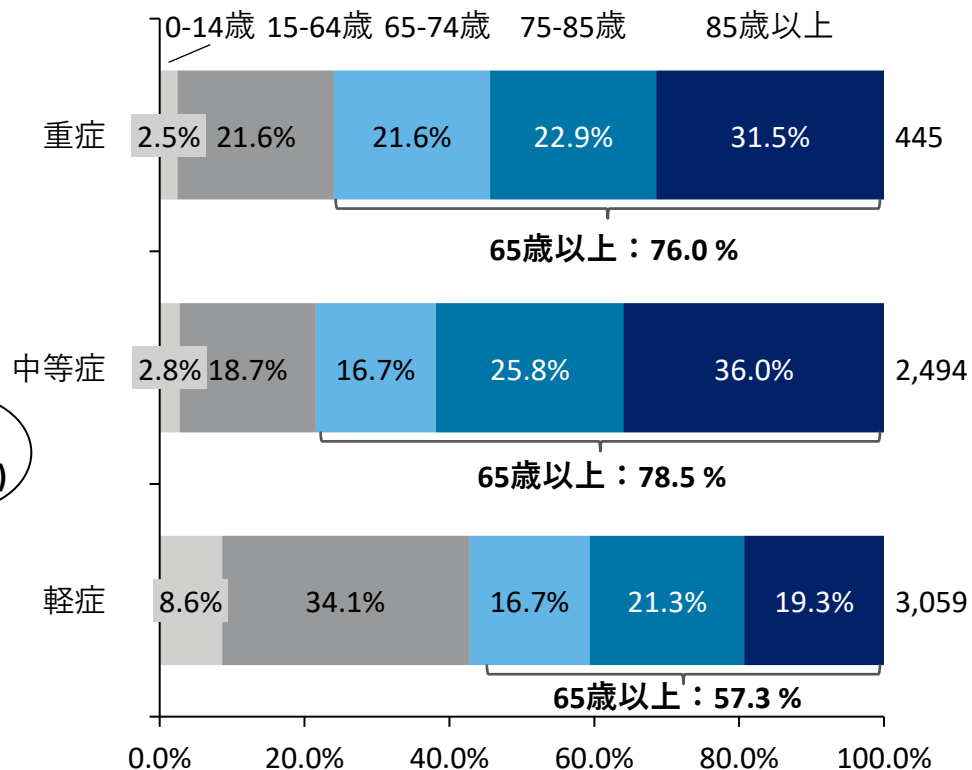
県南区域の救急搬送件数の概観（1/2）

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10.1%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*

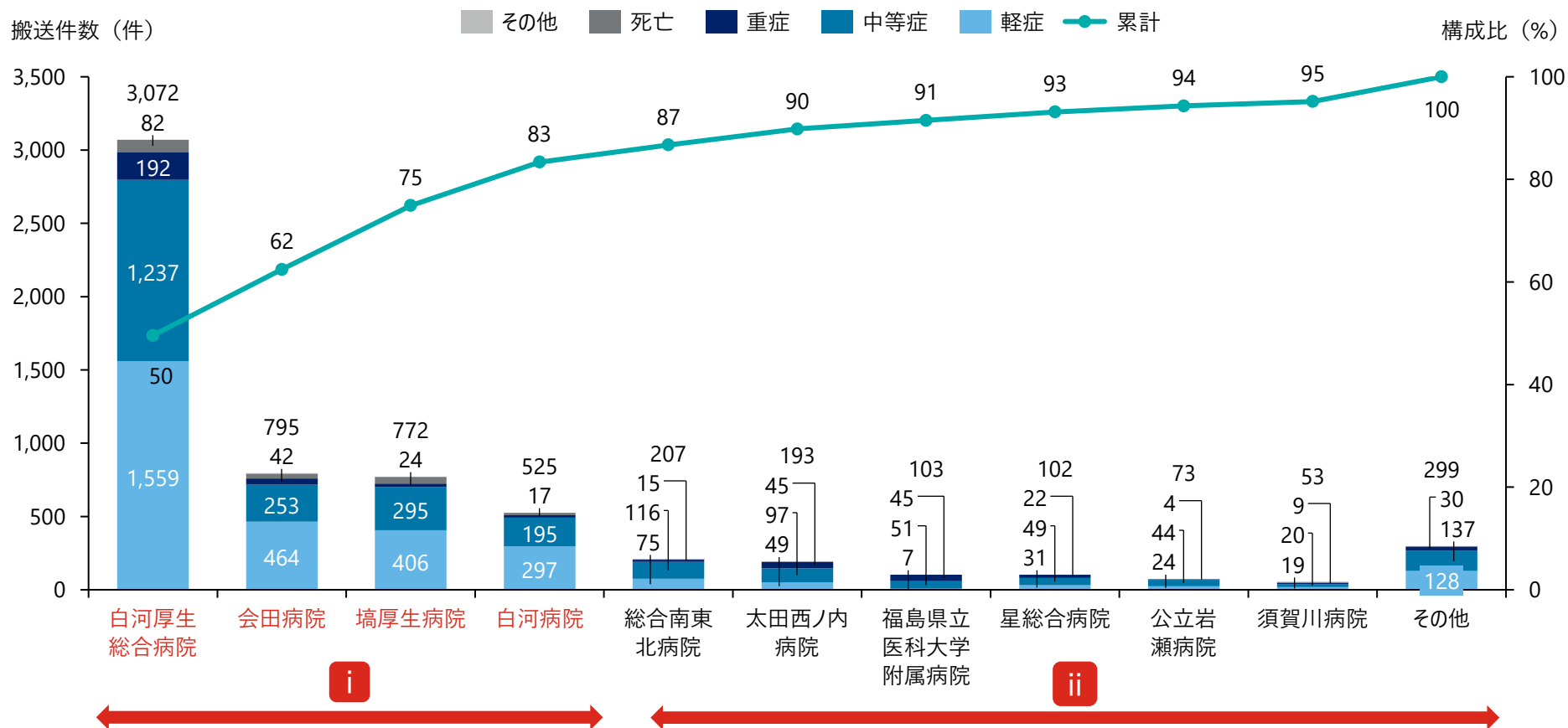


*小数第二位を繰り上げているため、合計値が100とならない場合がある

出所：【R4~R6白河】04_救急搬送データ提供様式_20250901

県南区域の救急搬送件数の概観（2/2）

県南区域の救急搬送件数は、白河厚生病院、会田病院、塙厚生病院、白河病院で全体の83%を占めている。
上記4病院の救急搬送に占める軽症患者の割合はいずれも50%以上である



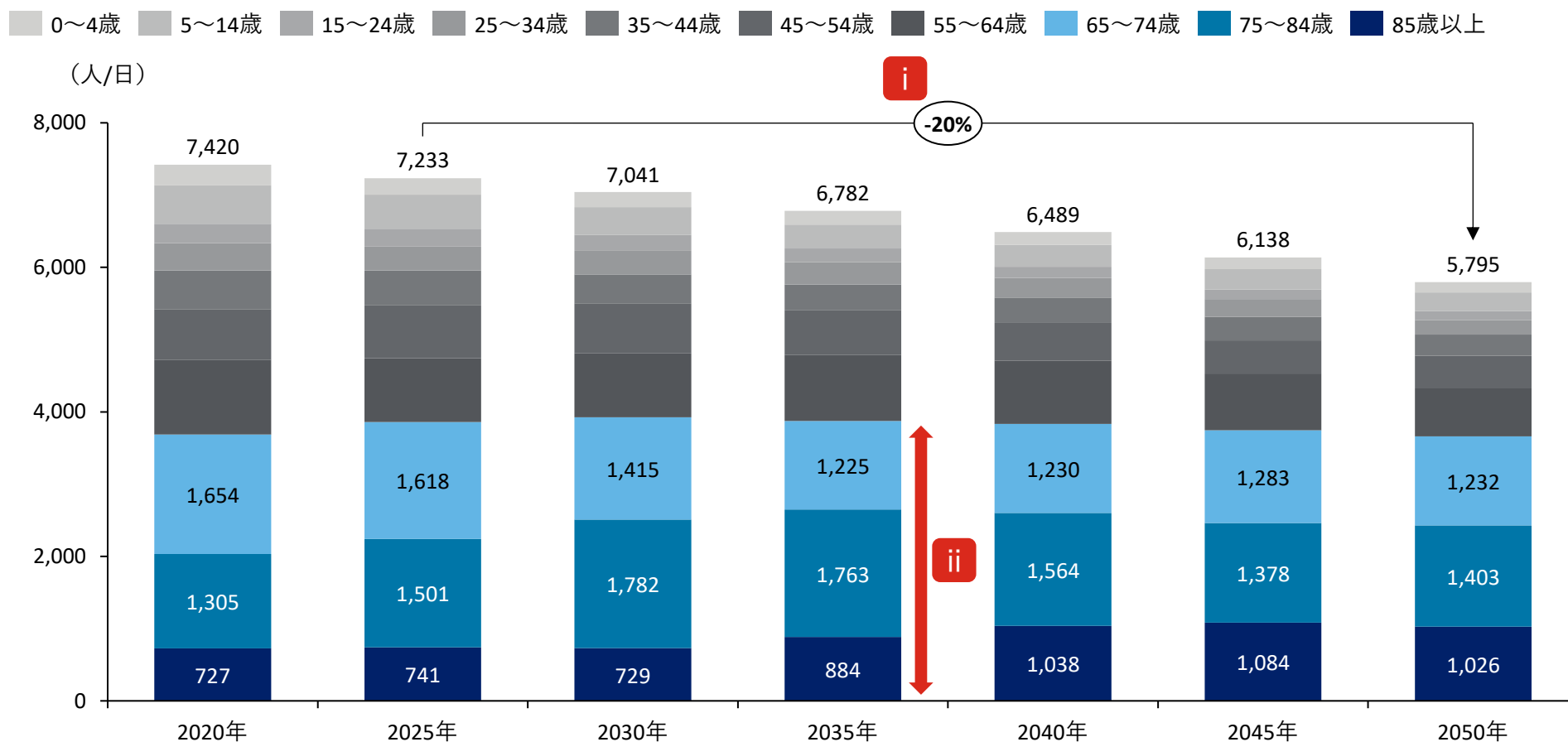
4病院で全体の約83%を占める。上記4病院は、福島県県南医療圏地域医療連携協定を締結



区域外の上位7病院で全体の約13%を占める

県南区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20%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



i 2050年の将来外来患者数は2025年比で20%の減少

ii 75歳以上の後期高齢者の患者数は2035年まで増加

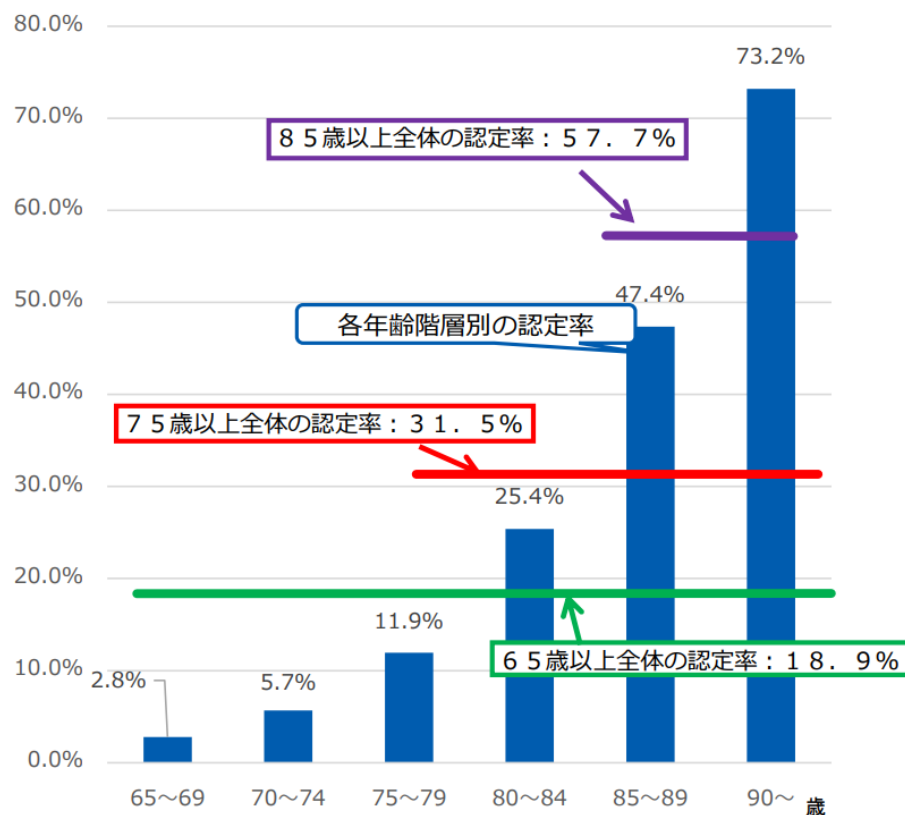
*:「精神及び行動の障害」は除く

出所：厚生労働省「令和5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5年（2023）年推計）」

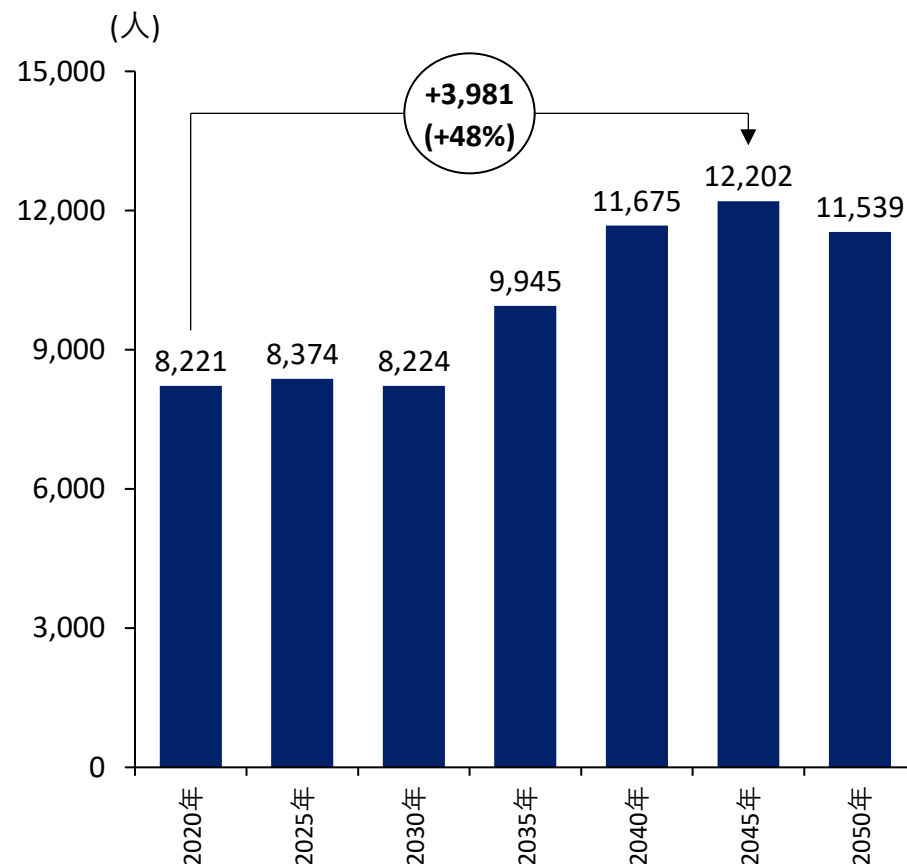
年齢階級別の要介護認定率（全国）

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）

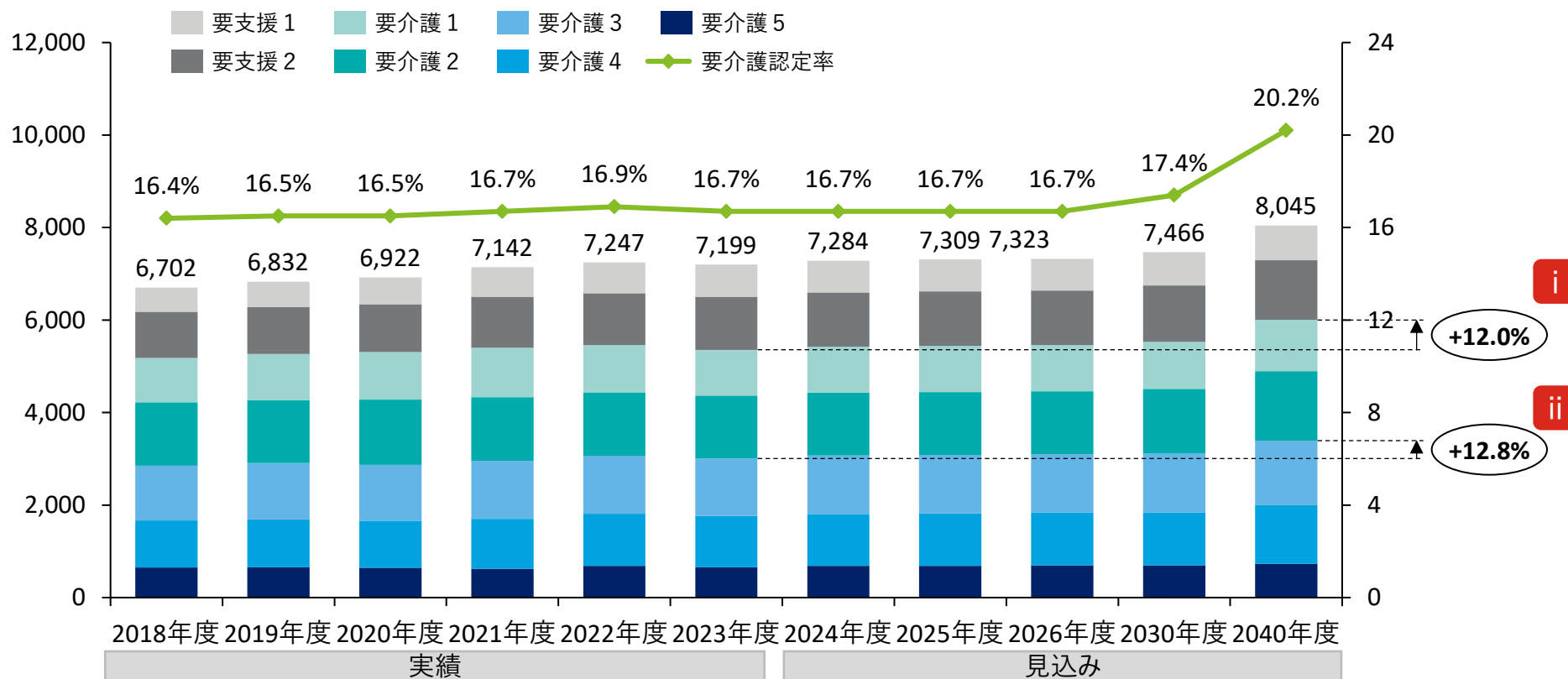


県南区域の85歳以上人口の推移



県南区域の要介護認定者推計*1,2

県南区域における要介護認定者は、2023年から2040年にかけて+12%の見込みであり、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12%の増加

ii 2040年の要介護3以上の認定者数は、2023年比で12.8%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」

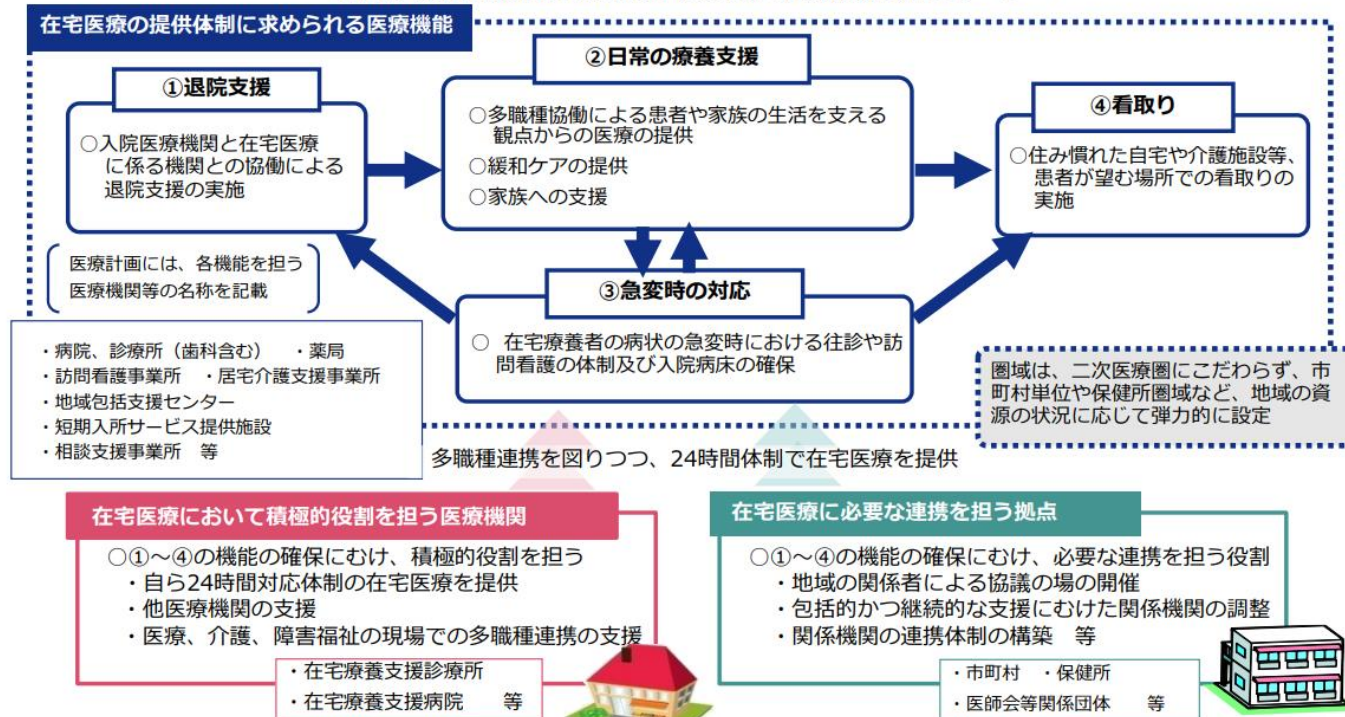
(参考) 在宅医療の体制について

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。

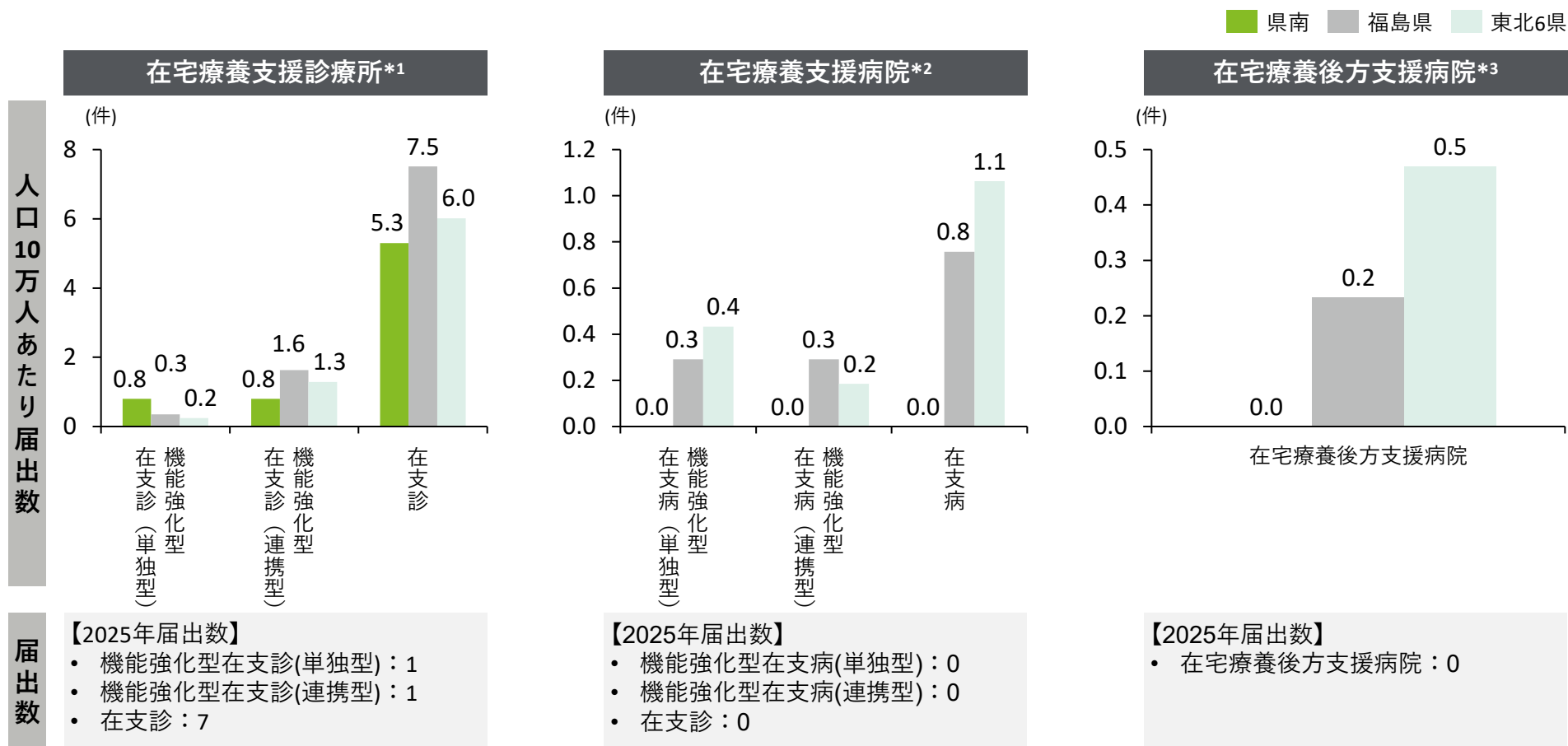
～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



【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））

県南区域における届出数の推移

県南区域における人口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を除いて、県平均・東北6県と比較して少ないことが窺える



*1 在宅療養支援病院 : 24 時間体制で往診や訪問診療・訪問看護を行う病院

*2 在宅療養支援診療所 : 24 時間体制で往診や訪問診療・訪問看護を行う診療所

*3 在宅療養後方支援病院 : 在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院

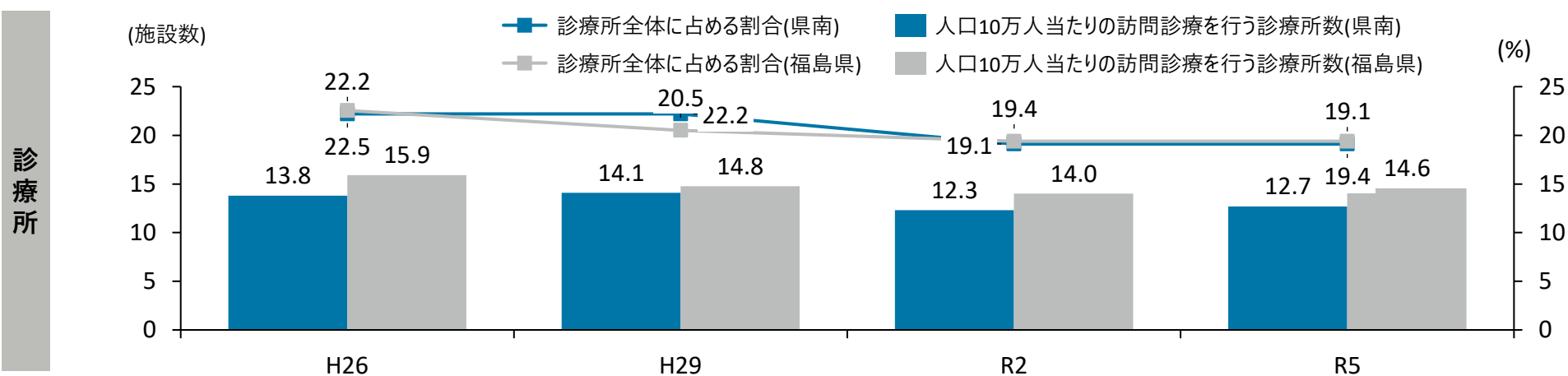
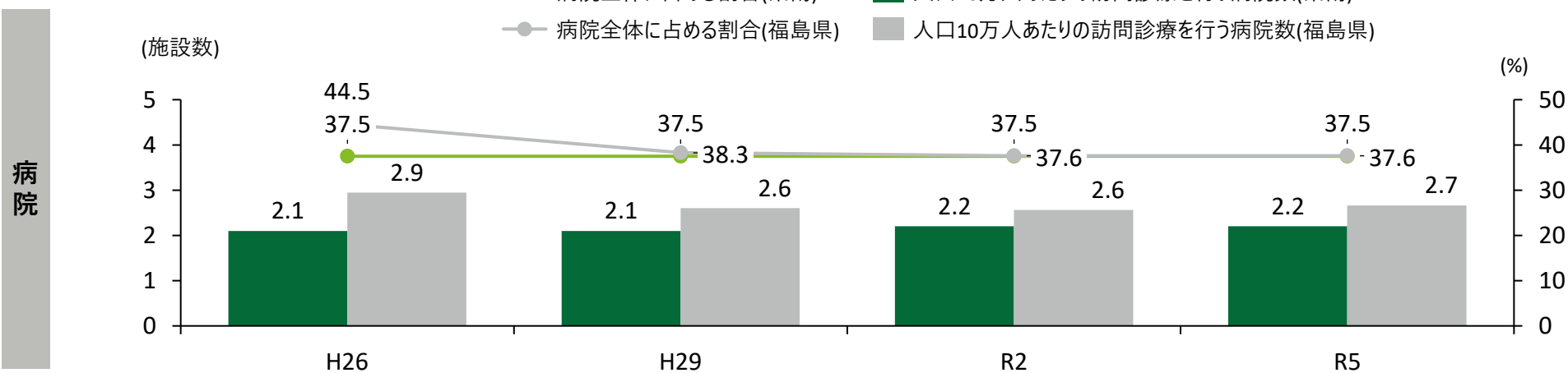
出所 : 医療情報介護局「医療機関届出情報 (地方厚生局) データベース」(令和7年7月1日時点)、総務省「人口推計」(令和7年10月報)、各県のHPより作成

人口10万人当たりの訪問診療を行う病院・診療所について

県南区域における、人口10万人あたりの訪問診療を行う病院・診療所数は、県平均と比較して少ない

②日常の療養支援に関するもの

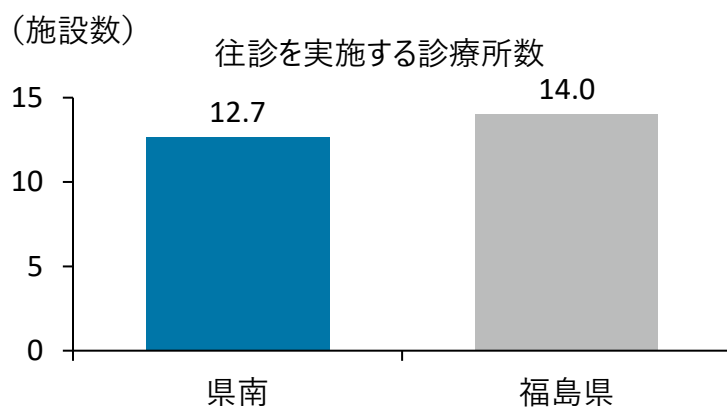
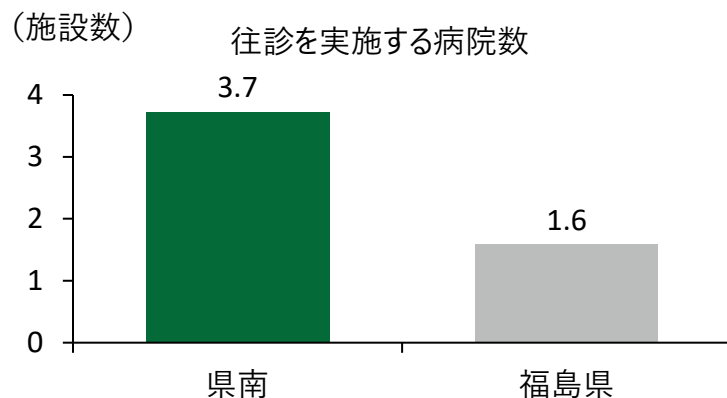
● 病院全体に占める割合(県南) ■ 人口10万人あたりの訪問診療を行う病院数(県南)
● 病院全体に占める割合(福島県) ■ 人口10万人あたりの訪問診療を行う病院数(福島県)



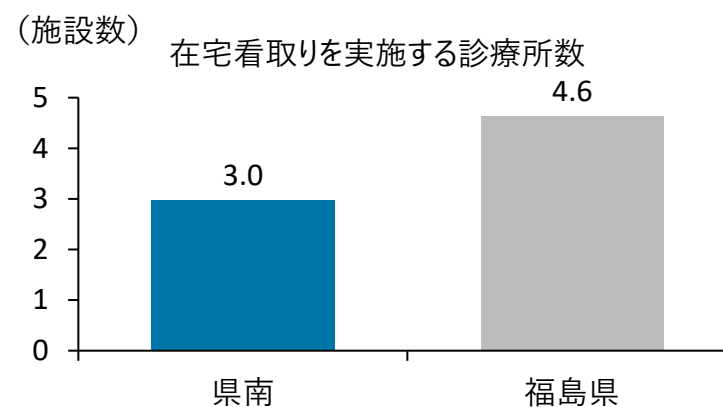
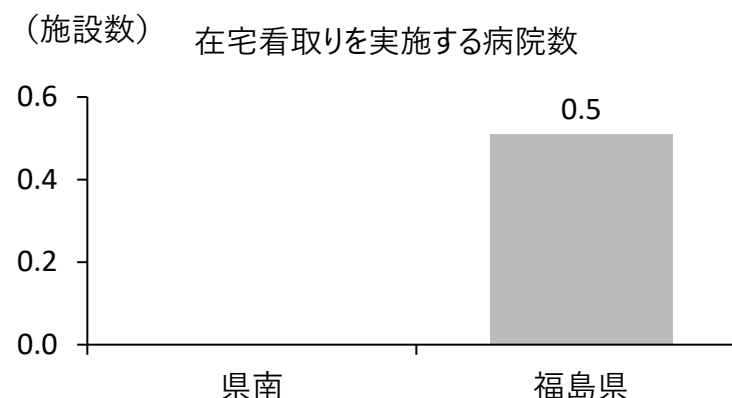
人口10万人当たりの往診・在宅看取りを実施する病院・診療所数

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診療所数及び在宅看取りを実施する病院・診療所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

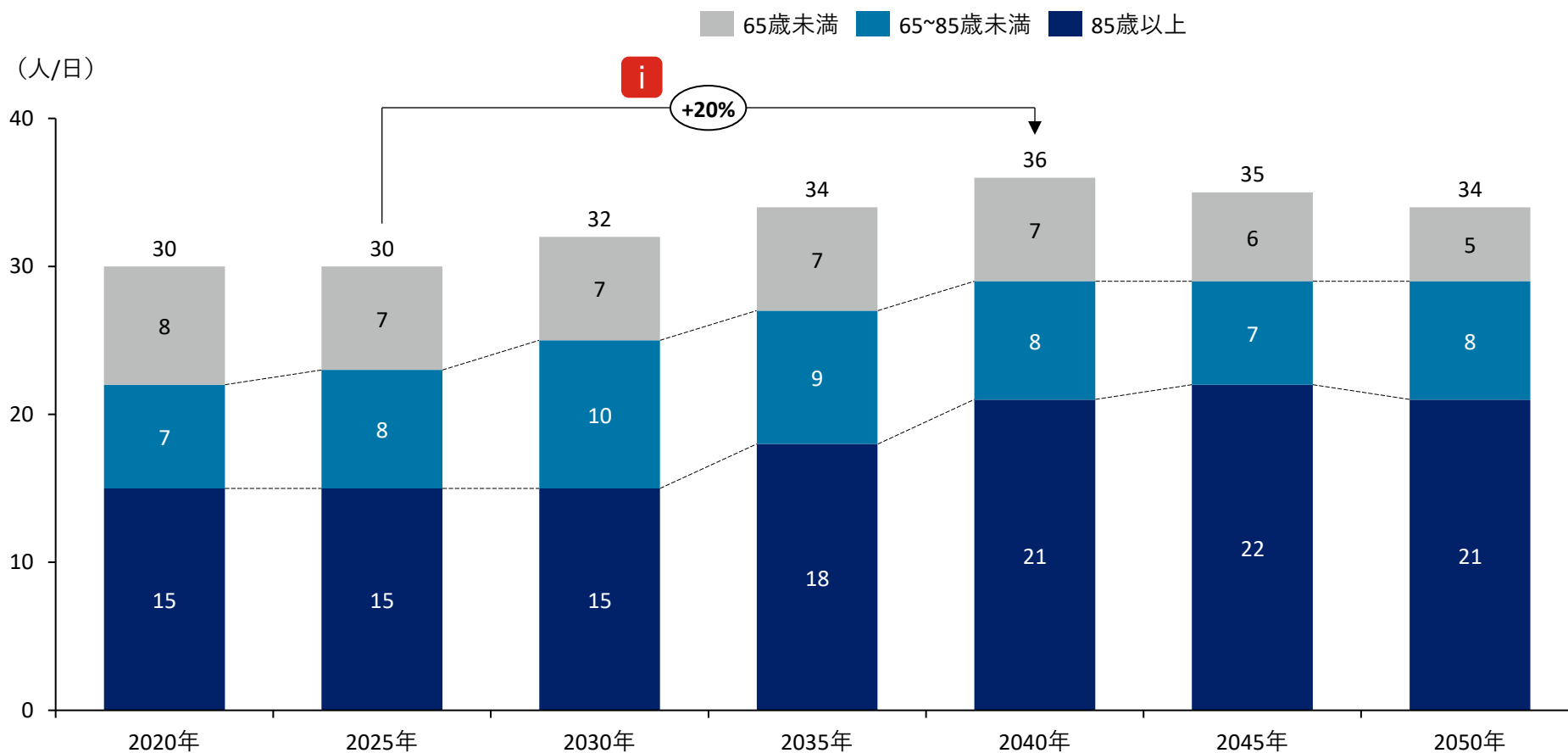


④看取りに関するもの



（参考）県南区域の訪問診療利用者の将来推計

県南区域の訪問診療利用者数は2040年にかけて約20%ほど増加する見込み



i 2040年の将来入院患者数は2025年比で20%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. 県南区域の概況まとめ

まとめ

人口動態

- 県南区域は人口減少傾向にあり、2050年には全体で27%減、生産年齢人口は37%減と推計される。一方で後期高齢者人口は、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
 - 東白川郡の人口減少傾向は、県南区域全体よりも早く、2050年には40%減と推計される。高齢化率及び85歳以上の割合についても、県南区域全体よりも高くなる見込み

入院医療

- 県南区域の入院患者数は、2040年をピークに減少に転じ、2050年には現在と同水準となる一方で、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

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9.3%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
- 県南区域の救急搬送件数は、白河厚生病院、会田病院、塙厚生病院、白河病院で全体の83%を占めている。上記4病院の救急搬送に占める軽症患者の割合はいずれも50%以上である

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20%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

- 県南区域における要介護認定者は、2023年から2040年にかけて+12%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20%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病院・診療所数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。
- 限りある医療資源を効率的に活用するため、「治す医療」と「治し支える医療」の役割分担を明確化し、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。

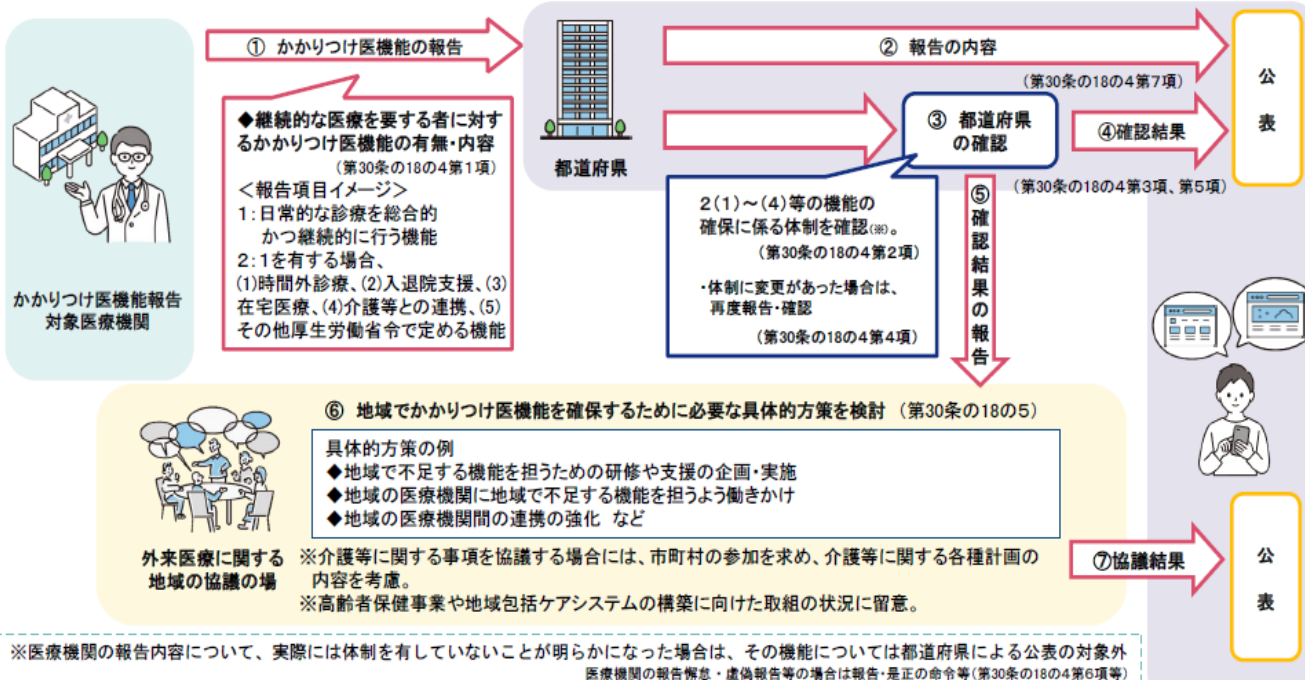
国における制度整備の背景・趣旨

- 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
(二) 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。
- ◆ 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、当該圏域で具体的な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。

紹介受診重点医療機関について

1 概要

外来機能の明確化及び医療機関間の連携強化を図り、患者の受診の流れの円滑化を推進するため、医療資源を重点的に活用する外来機能に着目し、紹介患者への外来を基本とする医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化する。

毎年度、医療機関から報告される外来医療の実施状況及び紹介受診重点医療機関となる意向の有無等に係る外来機能報告の結果に基づき、当該年度の1月から3月までに協議の場を開催し、協議内容を取りまとめた上で、都道府県が紹介受診重点医療機関リストを公表する。

当該リストに掲載された医療機関は、リストの公表日から紹介受診重点医療機関となる。

福島県においては、令和7年4月1日現在、紹介受診重点医療機関が16医療機関あり、内訳は、県北7医療機関、県中4医療機関、会津・南会津4医療機関、いわき1医療機関である。

2 管内の状況

（1）医療資源を重点的に活用する外来に関する基準（※）を満たした医療機関

（※）初診に占める重点外来の割合40%以上 かつ
再診に占める重点外来の割合25%以上

該当なし

（2）医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であって、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関

なし

紹介受診重点医療機関について

○ 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目して、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化する。

① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、

② 「地域の協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

※ 紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上の病院に限る。）は、紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となる。

【外来機能報告】

○ 「医療資源を重点的に活用する外来（重点外来）」等の実施状況

- ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来

○ 紹介・逆紹介の状況

○ 紹介受診重点医療機関となる意向の有無

○ その他、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

【地域の協議の場】

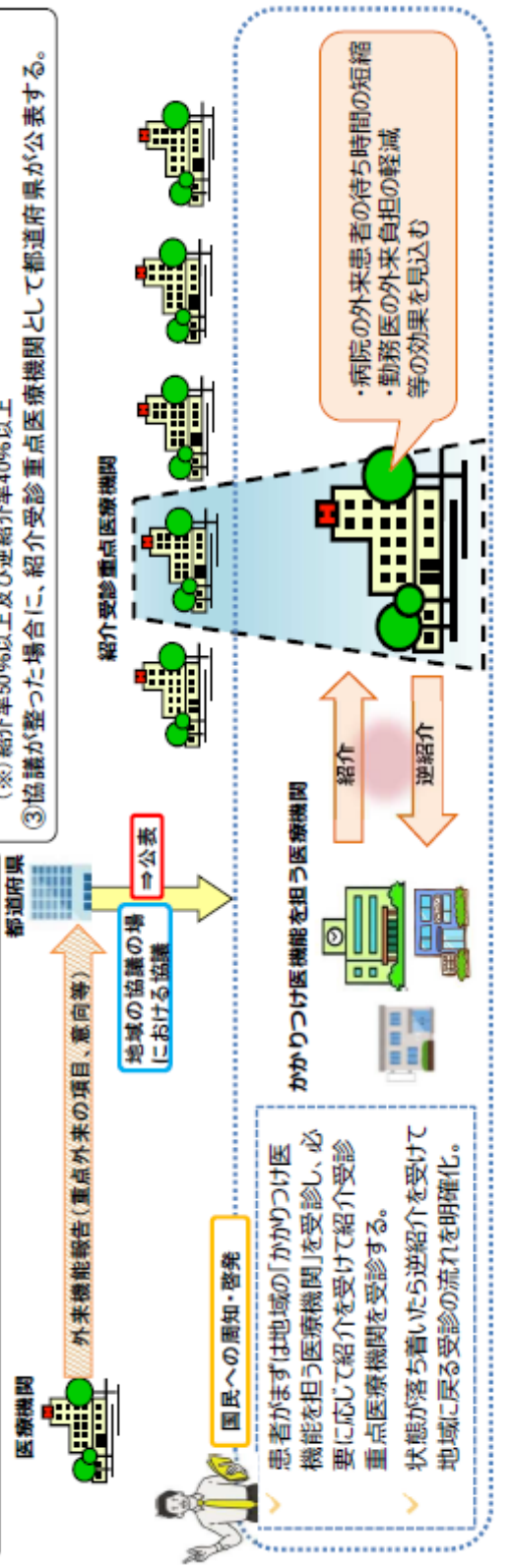
① 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準（※）を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行う。

（※）初診に占める重点外来の割合40%以上かつ再診に占める重点外来の割合25%以上

② 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であって、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等（※）を活用して協議を行う。

（※）紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上

③ 協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。



医療機器の共同利用計画について

1 概要

福島県では、外来医療機能の偏在を是正することを目的として、「福島県外来医療計画」を策定し、医療機器の効率的な活用を進めるとしている。

(1) 共同利用計画の作成・提出

令和2年4月以降に共同利用の対象となる医療機器を新規購入（更新・リース含む）する医療機関については、共同利用計画の提出を求める。

対象機関：対象医療機器を新規購入する病院及び診療所（歯科診療所除く）

対象医療機器：CT、MRI、PET、マンモグラフィ、放射線治療装置（リニアック及びガンマナイフ）

(2) 稼働状況報告

地域の医療資源を可視化する観点から、令和5年4月1日以降に対象医療機器を購入した医療機関は、当該医療機器の稼働状況について報告する。

2 管内の状況

（令和2年4月以降に対象医療機器を新規導入した医療機関）

共同利用を行う医療機関：4施設

設置医療機器：CT、PET-CT、マンモグラフィ、放射線治療装置（リニアック）



共同利用計画の作成をお願いします

福島県では、外来医療機能の偏在を是正することを目的として「福島県外来医療計画」を策定し、医療機器の効率的な活用を進めることとしています（令和2年4月～）。
医療機器を新規購入（更新・リース等含む）される医療機関におかれては、以下の内容をご確認の上、医療機器の共同利用に係る計画（共同利用計画）の作成・提出をお願いします。

対象者

対象医療機器を新規購入する県内の病院・診療所（歯科診療所を除く）

対象医療機器

・CT ・MRI ・PET ・マンモグラフィ
・放射線治療（リニアック、ガンマナイフ）

提出手続き

提出書類：「医療機器の共同利用計画」

※様式は以下のウェブサイトからダウンロードできます。

<https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21045c/gairai2024.html>

提出先：医療機関所在地を所管する保健所

提出期限：設置後おおむね1か月以内

手続きの流れ

「医療機器の共同利用計画」の作成・管轄保健所への提出



各地域の協議の場（地域医療構想調整会議）で確認
※共同利用を行わない場合は、共同利用を行わない理由を購入者に確認します。



協議結果の公表

稼働状況報告について

地域の医療資源を可視化する観点から、令和5年4月1日以降に共同利用の対象となる医療機器を新規購入した医療機関は、医療機器の稼働状況について報告することとなっています。

令和5年4月1日以降に共同利用対象の医療機器を購入した医療機関におかれては、毎年度、稼働状況報告書の作成・提出をお願いします。

提出書類：「医療機器稼働状況報告書」

※様式は共同利用計画と同じウェブサイトからダウンロードできます。

提出先：医療機関所在地を管轄する保健所

提出時期：毎年10月～11月（予定）

- 共同利用には、連携先の医療機関による機器利用、連携先の医療機関からの患者の受入れ、画像情報及び画像診断情報の提供などが含まれます。
- 共同利用の相手方を決めずに共同利用を行う場合（共同利用は行うが相手方が未定の場合）は、「共同利用を行う相手方の医療機関は特に決まっていない」欄を使用してください。
- 共同利用を行わない場合でも作成・提出をお願いします。なお、共同利用を行わないことによる罰則等はありません。
- 既存の医療機器については、更新時に共同利用計画の作成・提出をお願いします。
- 購入者の地域医療構想調整会議への出席は必須ではありませんが、出席をお願いする場合や追加の説明の提出をお願いする場合があります。

地域を支える医療施設等事業者の
皆様に支援します！

令和
7年度

医療施設等

物価高騰対策 支援金

のご案内

申請受付期間

令和8年

1月19日 月 ~ 4月30日 木

令和8年

※当日消印有効

物価高騰が長期化する中、光熱水費、食材料費等の高騰に苦慮する事業者等への支援として、医療施設等(病院・診療所・助産所・薬局・歯科技工所・施術所)に支援金を支給いたします。

支給対象者

所在地が福島県内にあり、令和7年4月1日現在及び申請日において事業を実施している医療施設等
※事業を実施していない(休止含む)医療施設等は支給対象外になりますのでご注意ください

申請書類

医療施設等物価高騰対策支援金申請書(様式第1号又は様式第1-2号)等ダウンロード

申請方法

以下の2種類の書類をご準備いただき、申請書提出先となる

「医療施設等物価高騰対策支援金事務局」まで、郵送でご提出ください。

※提出先を郵便局留めとしている都合上、郵便以外の提出は受付できませんのでご注意ください。

①医療施設等物価高騰対策支援金申請書(様式第1号又は様式第1-2号)

②振込先が分かる書類(預金通帳等)の写し

※助産所・薬局・施術所については、さらに写し等が必要となりますので、申請書等作成マニュアルのP5の添付書類をご確認下さい。

※預金通帳等の写し:通帳表紙と裏の見開き(カタカナでの名義・口座番号が記載されている部分)の写し

※支援金支給決定通知は、法人単位で申請された場合でも施設単位での通知となりますので、ご了承ください(薬局は開設者単位)。

問い合わせ・申請書提出先

福島県医療施設等物価高騰対策事業及び
医療施設等物価・賃上げ対策事業等支援金事務局

コールセンター

080-2186-6811

受付時間/9:00~17:00 ※土日・祝祭日を除く

※コールセンターの開設は令和8年2月2日(月)の予定です。

〒960-8043 福島県福島市中町1-19 福島中町郵便局留
「福島県医療施設等物価高騰対策支援金事務局」宛

<https://www.fukushima-iryoushiseutsutoushienkin.net/>

事務局
ホームページは
こちらから



対象医療施設等及び支給金額

交付対象者	交付対象施設等の区分	支援金額	交付要件
県内に所在する病院、診療所、助産所、薬局、歯科技工所、施術所を設置、運営する法人又は個人等 ※国又は地方公共団体が設置主体の場合、公営企業会計など、通常の予算とは別に運営されている施設等の設置主体に限る。 ※令和7年4月1日現在及び申請日において、施設を運営していること。	病院 (許可病床数が300床以上)	1施設につき2,000,000円 1床につき75,000円(※) ※＜内訳＞ ・光熱費分45,000円/床 ・食材料費分30,000円/床 ※使用していない病床は支援対象外	○医療法（昭和23年法律第205号）の規定に基づき開設している病院又は診療所(往診のみを行う診療所を含み、社会福祉施設の医務室を除く。)のうち、保険医療機関の指定を受けていること。 ○同一施設において医科と歯科の両方で保険医療機関の指定を受けている場合にあっては、いずれか一方のみを対象とする。 ○支援金額の算定基礎となる病床数(精神科以外)は、令和7年度の病床機能報告(※)における「最大使用病床数」とする。精神科病床については、令和7年4月から12月の精神科病院月報における「最大稼働病床数」とする。なお、新型インフルエンザ等対策特別措置法の規定により届け出た病床(医療法の規定に基づく許可病床以外の増床分)の使用病床数を含むものとする。 ※令和7年度の報告が未了の場合は、報告後に本支援金を申請すること。
	病院 (許可病床数が299床以下)	1施設につき1,000,000円 1床につき75,000円(※) ※＜内訳＞ ・光熱費分45,000円/床 ・食材料費分30,000円/床 ※使用していない病床は支援対象外	
	診療所(有床)	1施設につき1,000,000円 1床につき75,000円(※) ※＜内訳＞ ・光熱費分45,000円/床 ・食材料費分30,000円/床 ※使用していない病床は支援対象外	
	診療所(無床) 歯科診療所	1施設につき400,000円	
	助産所	1施設につき400,000円	○医療法の規定に基づき開設している助産所(出張事業の場合を含む。)のうち、出産育児一時金等の受取代理制度を導入している施設又は市町村から委託を受けて母子保健法(昭和40年法律第141号)に基づく産後ケア事業、産婦健診、妊婦健診等を実施している施設。
	薬局	1施設につき200,000円 ※開設者毎に一括して申請すること	○医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)の規定に基づき開設している薬局のうち、保険薬局の指定を受けた施設。
	歯科技工所	1施設につき200,000円	○歯科技工士法(昭和30年法律第168号)の規定に基づき開設している歯科技工所。
	施術所	1施設につき100,000円	○あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和22年法律第217号)(以下「あはき法」という。)又は柔道整復師法(昭和45年法律第19号)の規定に基づき開設している施術所(出張事業を含む。)のうち、受領委任取扱い施術所の指定を受けた施設又は医療保険(療養費)の対象となる施術を行っている施設。 ○同一施設で、あはき法と柔道整復師法の両方を開設している場合はいずれか一方のみを対象とする。