

医療審議会関係法令

医療法（抄）

（都道府県医療審議会）

第72条 この法律の規定によりその権限に属された事項を調査審議するほか、都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議するため、都道府県に、都道府県医療審議会を置く。

2 都道府県医療審議会の組織及び運営に関し必要な事項は、政令で定める。

医療法施行令（抄）

（都道府県医療審議会）

第5条の16 都道府県医療審議会（以下「審議会」という。）は、委員30人以内で組織する。

第5条の17 委員は、医師、歯科医師、薬剤師、医療を受ける立場にある者及び学識経験のある者のうちから、都道府県知事が任命する。

2 委員の任期は、2年とする。ただし、補欠の委員の任期は前任者の残任期間とする。

3 委員は、非常勤とする。

第5条の18 審議会に会長を置く。

2 会長は、委員の互選により定める。

3 会長は、会務を総理する。

4 会長に事故があるときは、委員のうちから互選された者が、その職務を行う。

第5条の19 専門の事項を調査審議させるため必要があるときは、審議会に専門委員10人以内を置くことができる。

2 専門委員は、学識経験のある者のうちから、都道府県知事が任命する。

3 専門委員は、当該専門の事項に関する調査審議が終了したときは、解任されるものとする。

4 専門委員は、非常勤とする。

第5条の20 審議会は、会長が招集する。

2 審議会は、委員の過半数が出席しなければ、議事を開き、議決を行うことができない。

3 議事は、出席した委員の過半数をもつて決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

第5条の21 審議会は、その定めるところにより、部会を置くことができる。

2 部会に属すべき委員及び専門委員は、会長が指名する。

3 部会に部会長を置き、その部会に属する委員の互選により定める。

4 審議会は、その定めるところにより、部会の決議をもつて審議会の決議とすることができる。

5 第5条の18第3項及び第4項の規定は、部会長に準用する。

第5条の22 第5条の16から前条までに定めるもののほか、議事の手続その他審議会の運営に関し必要な事項は、審議会が定める。

地方自治法（抄）

（委員会・委員及び附属機関の設置）

第138条の4 （略）

3 普通地方公共団体は、法律又は条例の定めるところにより、執行機関の附属機関として自治紛争調停委員、審査会、審議会、調査会その他の調停、審査、諮問又は調査のための機関を置くことができる。但し、政令で定める執行機関については、この限りでない。

（附属機関の職務権限・組織等）

第202条の3 普通地方公共団体の執行機関の附属機関は、法律若しくはこれに基く政令又は条例の定めるところにより、その担任する事項について調停、審査、審議又は調査等を行う機関とする。

2 附属機関を組織する委員その他の構成員は、非常勤とする。

3 附属機関の庶務は、法律又はこれに基く政令に特別の定があるものを除く外、その属する執行機関において掌るものとする。

福島県医療審議会運営規程

(目 的)

第 1 条 この規程は、医療法施行令（昭和 23 年 10 月 27 日政令第 326 号）
第 5 条の 18 の規程に基づき、福島県医療審議会（以下「審議会」という。）
の運営について必要な事項を定めることを目的とする。

(部 会)

第 2 条 審議会に保健医療計画調査部会及び医療法人部会を置く。

2 保健医療計画調査部会に属すべき委員は 13 人以内とし、医療法人部会に属
すべき委員は 10 人以内とする。

3 保健医療計画調査部会は、保健医療計画について調査審議する。

4 医療法人部会は、医療法人に関わる知事の諮問事項について審議する。

5 各部会は、会長が招集する。

6 保健医療計画調査部会の決議は、診療所の一般病床の設置の届出に関する取
扱い、診療所の療養病床の設置の許可並びに診療所の療養病床に係る病床数の
増加の許可及びへき地等病院の医師配置標準の特例措置の取扱いに限り、これ
をもって審議会の決議とする。

7 医療法人部会の決議は、これをもって審議会の決議とする。

(部会の定足数及び表決数)

第 3 条 各部会は、その属する委員の過半数が出席しなければ、議事を開き、議
決を行うことができない。

2 議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、部会長の
決するところによる。

(庶 務)

第 4 条 審議会の庶務は、保健福祉部地域医療課において処理する。

(雑 則)

第 5 条 この規程に定めるもののほか、審議会の運営に関し必要な事項は、会長
が定める。

附 則

この規程は、昭和 61 年 12 月 1 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 6 年 6 月 10 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 10 年 10 月 13 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 13 年 5 月 30 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 14 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 15 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 15 年 7 月 30 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 19 年 3 月 29 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

【資料2】

福島県医療審議会委員所属部会(案)

No.	委員氏名	現 職 等	所属部会	
			保健医療計画調査部会	医療法人
1	石塚 尋朗	一般社団法人福島県医師会会長	○	
2	矢吹 孝志	一般社団法人福島県医師会副会長		○
3	福井 謙	一般社団法人福島県医師会常任理事	○	
4	佐藤 勝彦	一般社団法人福島県病院協会会長	○	
5	新谷 史明	一般社団法人福島県病院協会副会長		○
6	菅野 智行	一般社団法人福島県精神科病院協会会長	○	
7	安藤 昌廣	公益社団法人福島県歯科医師会副会長	○	
8	工藤 祐光	公益社団法人福島県歯科医師会専務理事		○
9	長谷川 祐一	一般社団法人福島県薬剤師会会長	○	
10	鈴木 和夫	白河市長(福島県市長会会長)	○	
11	吉田 淳	大熊町長(福島県町村会副会長)		○
12	本田 伸雄	福島県国民健康保険団体連合会常務理事		○
13	遠藤 隆男	全国健康保険協会福島支部長	○	
14	村島 勤子	一般財団法人福島県婦人団体連合会会員		○
15	高野 武彦	社会福祉法人福島県社会福祉協議会副会長	○	
16	竹之下 誠一	公立大学法人福島県立医科大学顧問、福島県医療保健対策監		
17	鈴木 弘行	公立大学法人福島県立医科大学理事長兼学長		
18	橋本 優子	公立大学法人福島県立医科大学医学部病理病態診断学講座主任教授	○	
19	江尻 綾美	国立大学法人福島大学地域未来デザインセンター特任准教授		○
20	三ノ輪 敬	福島市消防本部救急課長(福島県消防長会)	○	
21	鈴木 和郎	日本公認会計士協会福島県会会員		○
22	佐藤 博子	公益社団法人福島県看護協会会長	○	
23	加藤 貴之	一般社団法人福島県訪問看護連絡協議会代表理事		○
24	高橋 晃	公募委員		○
25	鈴木 牧子	公募委員	○	
計			13	10



新たな地域医療構想について

令和8年8月19日

福島県保健福祉部地域医療課

これまでの地域医療構想 1

これまでの地域医療構想における必要病床数（国全体）



※1: 2023年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2023年度病床機能報告: 12,203/12,402(98.4%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 18,423床(参考 2022年度病床機能報告: 18,399床)

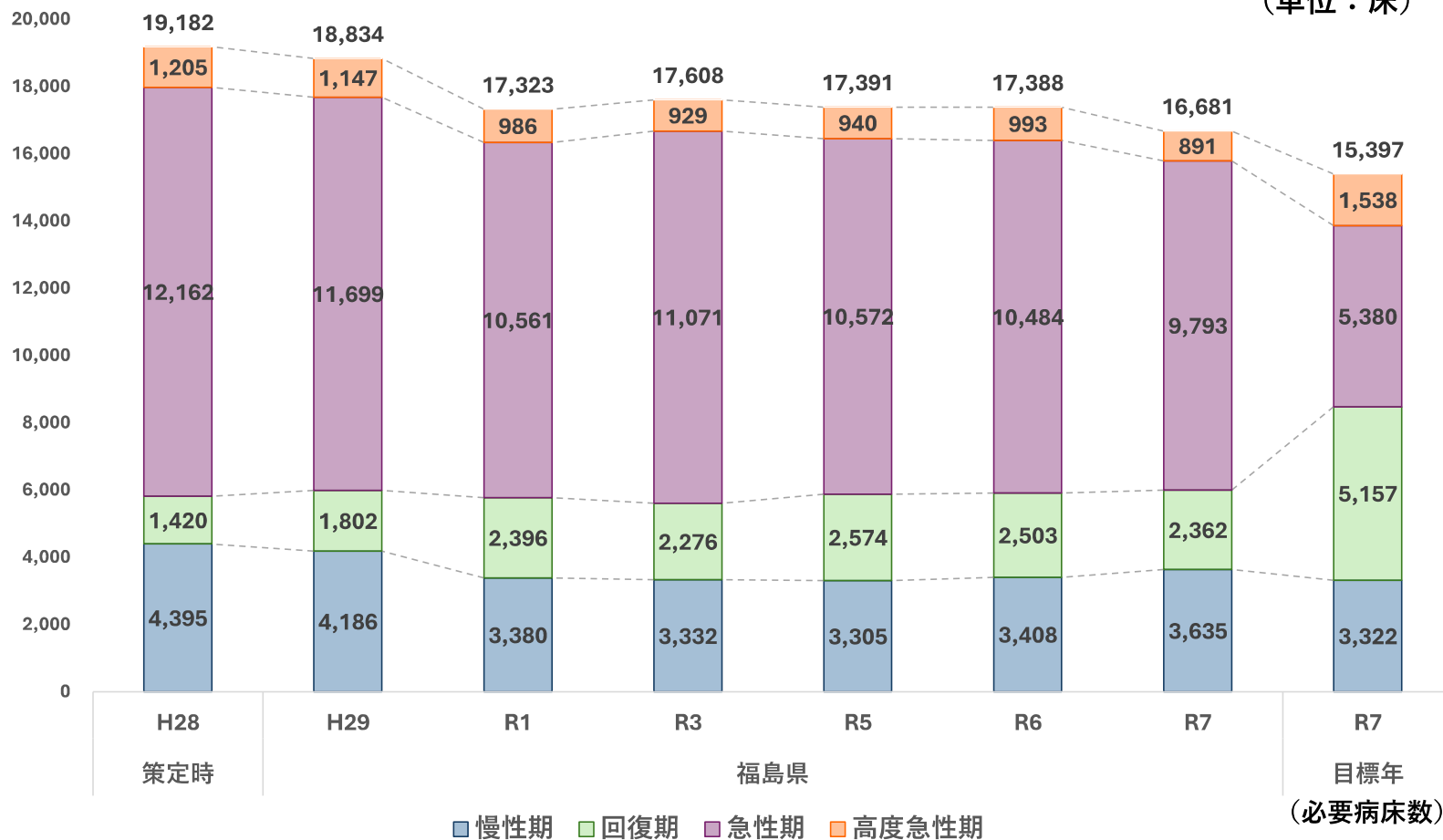
*救命救急入院科1~4、特定集中治療室管理科1~4、ハイケアユニット入院医療管理科1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

これまでの地域医療構想 2

これまでの地域医療構想における病床数の推移（福島県）

（単位：床）



新たな地域医療構想の目指すべき方向性（一昨年度検討会とりまとめ）

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（医療及び広域診療機能）で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③ 構想区域・協議の場

- ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議（議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議）

（３）地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

（４）都道府県知事の権限

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

（５）国・都道府県・市町村の役割

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

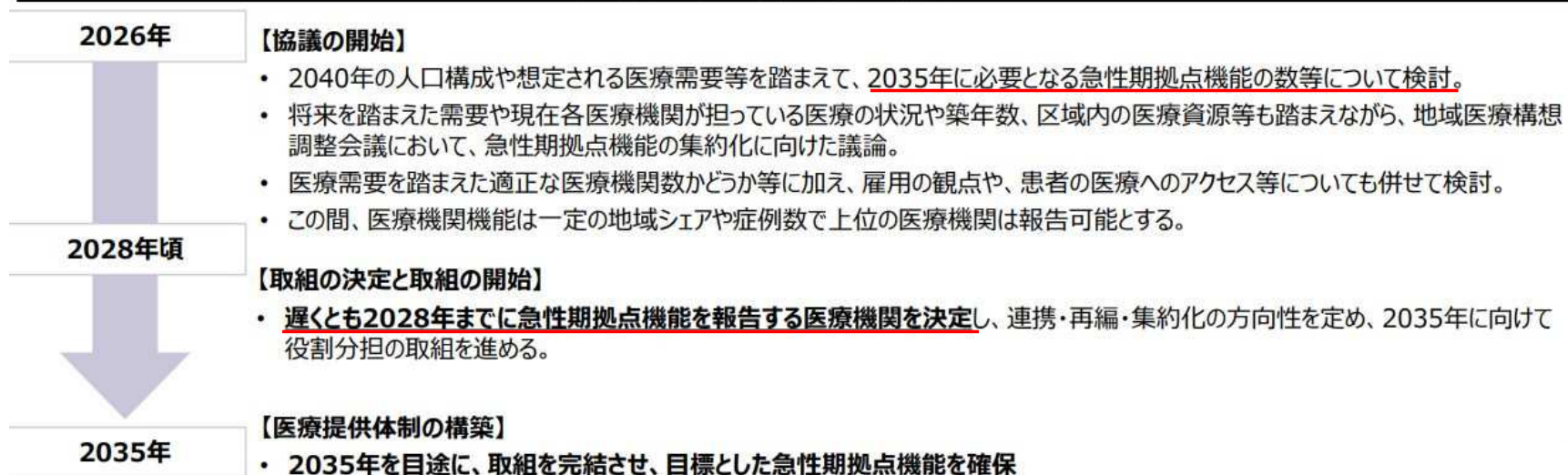
（６）新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

【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



地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ (地域医療構想策定ガイドライン骨子)の概要

地域医療構想が目指す方向性

- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む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よう、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら医療提供体制を構築する

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- 医療機関機能を踏まえ、急性期の医療需要や、手術や救急搬送における医療機関ごとの役割分担等について地域ごとに協議

高齢者救急の受入体制の整備

- 救急の実施基準において、高齢者救急の考え方を位置付け
- 入院早期からのリハビリテーション等の提供の推進

外来・在宅医療

外来医療提供体制の維持

- 診療所の減少が進む中、地域の病院を中心に提供体制を構築
- へき地や診療所の数が限られている地域等において、D to P with Nを含むオンライン診療の活用を推進

在宅医療の受け皿の整備

- 在宅医療、介護施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 医歯薬連携の推進
- D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により受け皿を整備

介護との連携

医療と介護のニーズを有する者への対応の推進

- 地域医療構想における市町村と介護関係者の役割を明確化
- 慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせた体制整備
- 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- 都道府県単位で、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議
- 看護師等の将来の人材確保の方向性を反映

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位等を踏まえ、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の提供体制の確保の取組を推進

急性期拠点機能

- 構想区域毎に、人口20万～30万に1つを目安に確保
- 手術等の急性期医療を集約して提供
- 新興感染症等への対応
- 地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

在宅医療等連携機能

- 地域での在宅医療の提供
- 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実施

高齢者救急・地域急性期機能

- 誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入
- 高齢者を中心に入院早期からのリハビリテーションを提供
- 大都市等においては頻度の多い手術を提供

専門等機能

- 集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化した地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

- 都道府県と連携した人的協力
- 症例数が少ない医療などの広域な観点での診療
- 地域で多様な症例に対応する人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

これまでの地域医療構想の取組に加え、病床機能について回復期を包括期とするとともに、必要病床数について新たな地域医療構想の取組を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

※令和8年3月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめより作成

※なお、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、2026年度（令和8年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める

出典：厚生労働省「第126回社会保障審議会医療部会：資料」



福島県における新たな地域医療構想策定スケジュールについて

- 新たな地域医療構想は、国のガイドラインの内容を踏まえ、R8年度から本格的に検討
- R8年度は、構想区域の点検・見直しや入院機能（必要病床数、医療機関機能など）の論点に着手し、各保健所のリードにより、地域での協議を行っていく

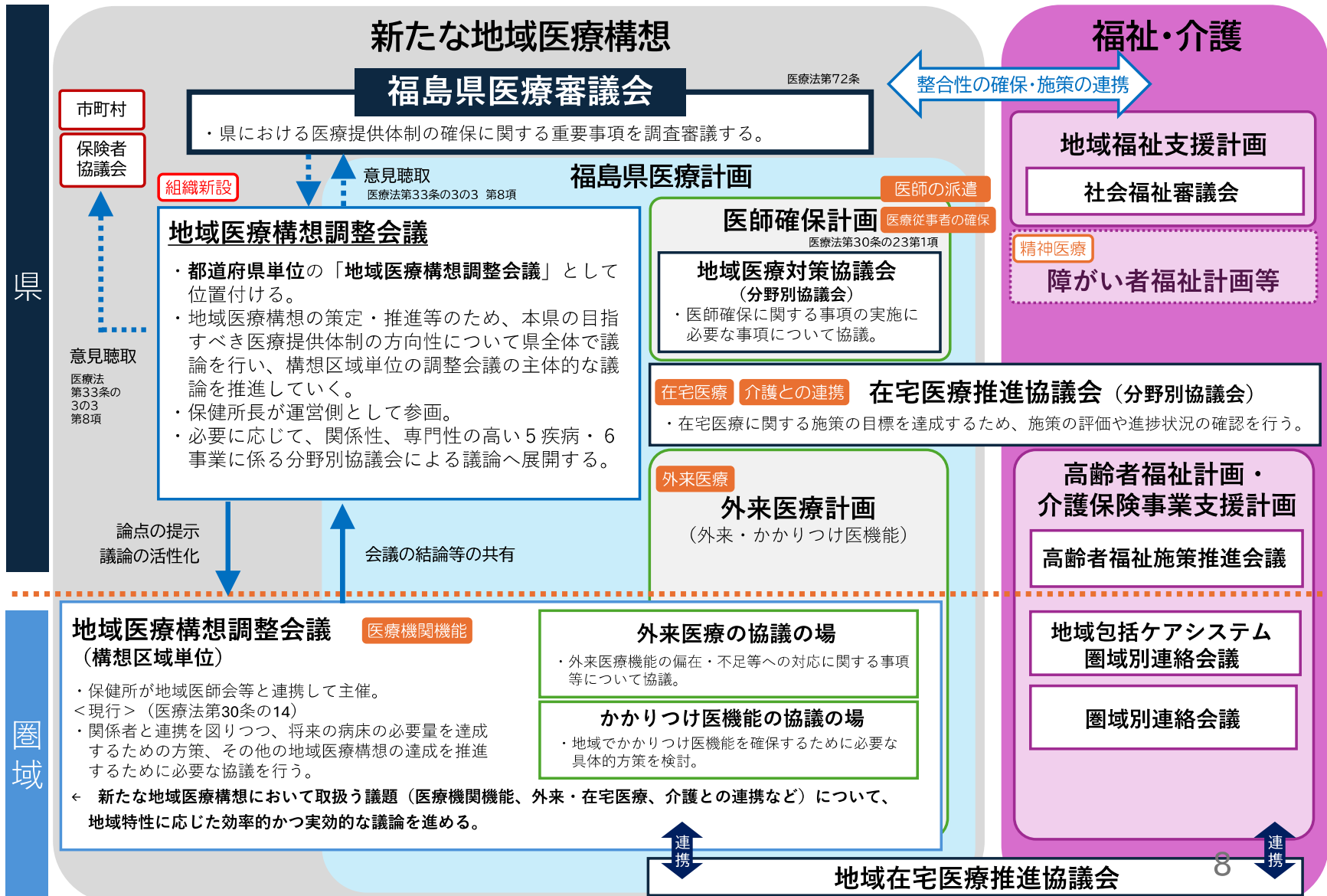
R8年度・R9年度における協議の内容（想定）

R8年度	R9年度
• ガイドラインの共有 • 新構想策定に向けた検討体制 • 現構想の評価と分析 • 地域ごとの現状把握と課題の共有 • 構想区域の設定 • 必要病床数 • 入院機能（医療機関機能報告、高齢者救急など） • 新構想の骨子 • 医療従事者の確保	• 外来機能 • 在宅医療 • 介護との連携 • 医療従事者の確保 • 県単位で取組むべき課題や目的の整理 • 構想素案 • 構想最終案

※国から提供されるデータセットの時期、内容により協議内容が前後する可能性あり。



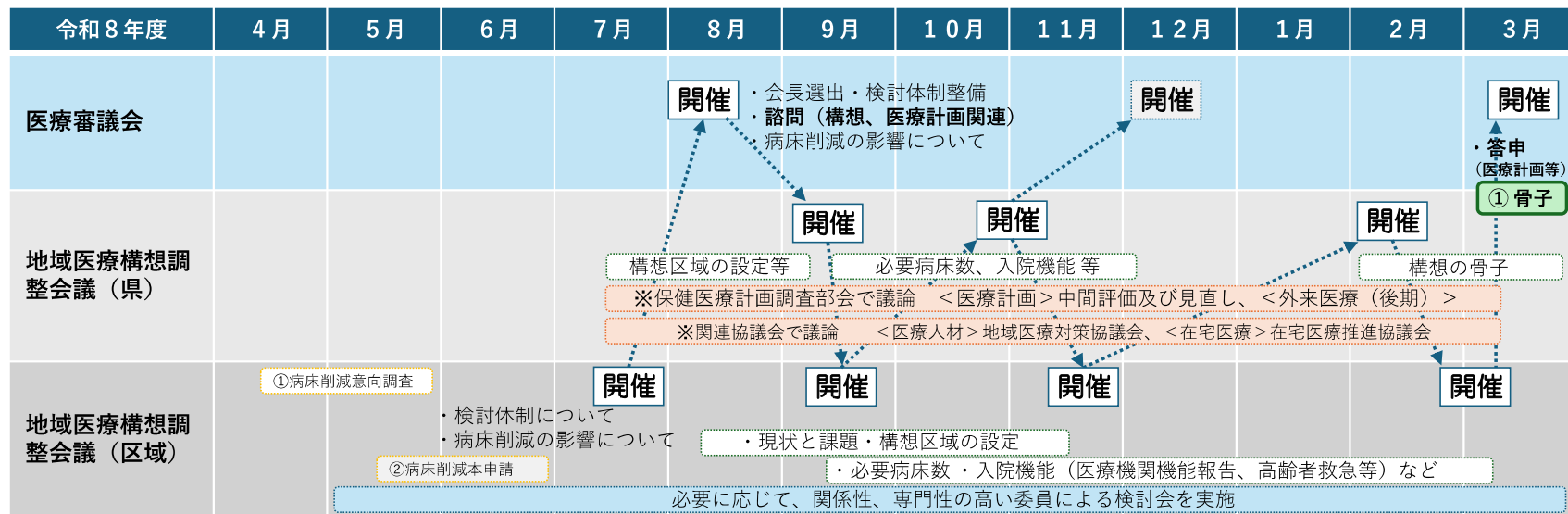
地域医療体制の整備に関する協議の場【全体像】



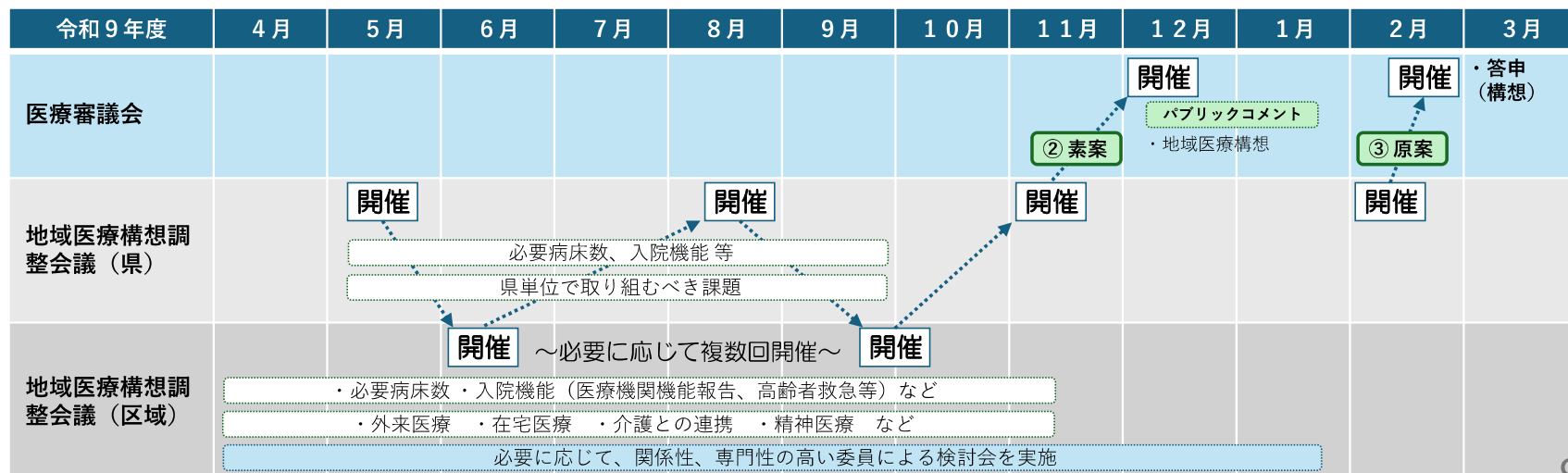
新たな地域医療構想策定に向けたスケジュール（案）

■ 新たな地域医療構想は、国のガイドラインの内容を踏まえ、R8年度から本格的に検討開始

■ 福島県においては、R8～R9年度の2年を目途に構想を策定する予定（医療法による期限は最長でR10.12まで）



緑枠：地域医療構想関連 赤枠：医療計画関連





新たな地域医療構想の構成（案）

現行の地域医療構想		新たな地域医療構想	
第1編 県全体	第1章 地域医療構想の基本的事項 第1節 構想策定の趣旨 第2節 構想の位置づけ	第1章 地域医療構想の基本的事項 第1節 構想策定の趣旨 第2節 構想の位置づけ	
	第2章 将来の医療需要推計 第1節 人口推計 第2節 県民の受療状況 第3節 構想区域の設定 第4節 将来の医療需要	第2章 福島県の現状 ・人口、疾病構造、患者流動、医療資源、医療従事者、介護資源、医療アクセス等を記載	
	第3章 将来の必要病床数 第1節 医療提供体制等の現状 第2節 将来の必要病床数	第3章 2040年の医療需要 ①人口減少、高齢化、医療需要、介護需要、医療人材等の将来推計を踏まえ、2040年に向けた課題を記載 ②構想区域と広域連携 ③必要病床数	
	第4章 将来の医療提供体制の実現に向けて 第1節 総論 第2節 医療機能の分化と連携 第3節 在宅医療の推進 第4節 医療従事者の確保・養成 第5節 県民への情報提供・普及啓発と健康づくり 第6節 その他（多様な医療ニーズへの対応）	第4章 2040年における福島県の医療提供体制の実現に向けて 第1節 医療機関機能の確保 第2節 入院医療 第3節 外来医療 第4節 在宅医療 第5節 介護との連携 第6節 人材確保	
	第5章 地域医療構想策定後の取組 第1節 地域医療構想の推進体制 第2節 構想の見直し・進行管理	第5章 構想区域ごとの概況 ①将来の人口・高齢化率、医療提供体制 ②入院患者数の見込み ③在宅医療の需要見込み ④患者流出入の状況 ⑤課題と方向性	
第2編 構想区域	第1章 県北区域 第2章 県中区域 第3章 県南区域 第4章 会津・南会津区域 第5章 相双区域 第6章 いわき区域	第6章 構想の推進・見直し	



地域医療構想策定ガイドライン（抜粋）

令和8年8月19日
福島県保健福祉部地域医療課



地域医療構想策定ガイドラインの概要

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめの概要

地域医療構想が目指す方向性

- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む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よう、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら医療提供体制を構築する

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- 医療機関機能を踏まえ、急性期の医療需要や、手術や救急搬送における医療機関ごとの役割分担等について地域ごとに協議

高齢者救急の受入体制の整備

- 救急の実施基準において、高齢者救急の考え方を位置付け
- 入院早期からのリハビリテーション等の提供の推進

外来・在宅医療

外来医療提供体制の維持

- 診療所の減少が進む中、地域の病院を中心に提供体制を構築
- へき地や診療所の数が限られている地域等において、D to P with Nを含むオンライン診療の活用を推進

在宅医療の受け皿の整備

- 在宅医療、介護施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 医歯薬連携の推進
- D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により受け皿を整備

介護との連携

医療と介護のニーズを有する者への対応の推進

- 地域医療構想における市町村と介護関係者の役割を明確化
- 慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせた体制整備
- 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- 都道府県単位で、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議
- 看護師等の将来の人材確保の方向性を反映

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位等を踏まえ、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の提供体制の確保の取組を推進

急性期拠点機能

- 構想区域毎に、人口20万～30万に1つを目安に確保
- 手術等の急性期医療を集約して提供
- 新興感染症等への対応
- 地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

在宅医療等連携機能

- 地域での在宅医療の提供
- 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実施

高齢者救急・地域急性期機能

- 誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入
- 高齢者を中心に入院早期からのリハビリテーションを提供
- 大都市等においては頻度の多い手術を提供

専門等機能

- 集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化した地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

- 都道府県と連携した人的協力
- 症例数が少ない医療などの広域な観点での診療
- 地域で多様な症例に対応する人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

これまでの地域医療構想の取組に加え、病床機能について回復期を包括期とするとともに、必要病床数について新たな地域医療構想の取組を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進



地域医療構想の考え方 1

背景

- ・今後、高齢者人口の増加に伴い、高齢者救急や在宅医療の需要が増加する一方、急性期医療の需要が多く地域で減少することが見込まれる。
- ・また、生産年齢人口の減少に伴い、医療機関における医師や看護職員等の担い手の確保がますます困難となることが想定される。
- ・このため、地域において必要な医療提供体制を将来にわたり確保していく観点から、2040年頃の医療需要を見据えつつ、医療機関の役割分担や連携のあり方を整理し、地域全体として適切な医療提供体制を構築することを目的として、地域医療構想を推進する必要がある。

進め方

- ・2026年度から2027年度上半期頃までに、地域医療構想調整会議において、データに基づく議論、課題の整理、構想区域の点検・見直しを行う。
- ・2028年度までに、急性期拠点機能を担う医療機関の具体的な医療機関名も含め、2040年において各医療機関が担う医療機関機能、2040年の必要病床数、入院医療・外来医療・在宅医療・介護との連携・人材確保に関するそれぞれの取組を、地域医療構想調整会議において協議し、地域医療構想として策定する必要がある。
- ・課題の設定後、取組の方向性について2028年度中までに決定し、具体的な取組については第9次医療計画の検討の過程等で検討し、2035年を目途に一定の成果の確保を行う。



地域医療構想の考え方 2

地域医療構想と医療計画の関係

- これまで、地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとされてきたが、新たな地域医療構想は医療計画の上位概念として位置付けられることとなる。
- 医療計画は、地域医療構想の実行計画として5疾病・6事業、在宅医療、外来医療、医師確保、医師以外の医療従事者の確保等の具体的な取組を定めることとなる。
- 地域全体での医療に係る課題を把握し、病床機能や医療機関機能の確保等を進める中で、第9次医療計画から、新たな地域医療構想を踏まえた医療計画を策定する。

精神医療に関する地域医療構想について

- 改正医療法により、地域医療構想には精神医療が位置付けられることとなった。
- 精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、2026年度中を目途に結論を得るべく、検討が進められる。



構想区域の見直しについて

構想区域の見直し

・医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位等を踏まえ、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定。

議論の方向性

- ・区域調整会議において、構想区域の設定に係る課題を把握し、現在の区域を維持しつつ、隣接する区域との連携や統合すること等について、症例数や医療従事者の確保、患者のアクセス等の複数の観点から対応案を検討する。その上で、都道府県調整会議においても協議の内容や対応案を共有し、必要に応じて協議を行いながら、構想区域の設定を行う。
- ・将来人口推計、患者の流出入、医療機関の配置状況、医療従事者の確保状況、医療へのアクセス等の客観的なデータや、一部の地域において隣接する区域に患者が流出している等の実態等を踏まえて、現在の構想区域ごとに、現在及び将来の医療需要や人材確保の観点で、区域として一定の医療提供の完結が可能か等の課題を整理する。
- ・区域の見直しに当たっては、住民が必要な医療にアクセスできるかをあわせて確認することも重要。



医療機関機能について（急性期拠点機能）

急性期拠点機能

- ・構想区域毎に、人口20万人～30万人に1つを目安に確保
- ・手術等の急性期医療を集約して提供
- ・新興感染症等への対応
- ・地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

議論の方向性

- ・医療機関機能報告・病床機能報告等のデータを活用し、各医療機関の全身麻酔手術件数・緊急手術件数（必要に応じて診療科別件数等）や救急搬送受入件数（必要に応じて年齢区分別件数、経路区分別件数）等の急性期医療に係る診療実績を確認した上で、医師をはじめとする医療従事者の確保の見込みや医療機器の整備状況等の施設の整備状況に加え、建物の築年数、各種補助金や繰入金の活用状況等も考慮しながら、協議を行う。
- ・2040年に向けて、急性期拠点機能として当該区域で果たすべき役割を満たすことができるよう、手術や救急医療等の急性期医療の役割分担や人的協力の取り決め等の具体的な取組も併せて確認した上で決定する。



医療機関機能について（高齢者救急・地域急性期機能）

高齢者救急・地域急性期機能

- ・誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入れ
- ・高齢者を中心に入院早期からリハビリテーションを提供
- ・大都市等においては頻度の多い手術を提供

議論の方向性

- ・高齢者救急を中心とした救急患者の受入等、地域住民に最も近い地域急性期医療を担う医療機関として、急性期拠点機能を担う医療機関の配置状況も踏まえつつ、区域内で適切に確保していくことが重要。
- ・急性期拠点機能を担う医療機関と連携しながら、地域での協議に積極的に関与し、搬送先の選定に当たっての考え方や、下り搬送、上り搬送を含めた受け入れ後の連携のあり方等について具体化していくことが求められる。
- ・高齢の入院患者の早期退院に向け、入院中のリハビリテーションや退院調整等の機能を強化していくとともに、在宅復帰に当たっては、在宅医療につなげる必要がある場合も多いことから、在宅医療を担う関係者との連携体制を構築していくことも求められる。



医療機関機能について（在宅医療等連携機能）

在宅医療等連携機能

- ・地域での在宅医療の提供
- ・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実施

議論の方向性

- ・これまで在宅医療を担ってきた診療所や在宅療養支援病院等のみで在宅医療の体制を維持することが困難な場合に、他の病院等が新たに在宅医療を行うことや、在宅療養中の患者の後方支援体制が課題となっている地域において、病院がバックベットの確保を含め在宅医療の後方支援を担うこと等、在宅医療を含めた慢性期の医療提供体制に係る協議の内容（Ⅱ．7．（2）①参照。）も踏まえ、地域ごとに求められる役割を検討していく。
- ・構想区域ごとに、将来推計人口、在宅医療需要を含めた慢性期の医療需要の見込みを把握するとともに、慢性期の医療需要に対応するための在宅医療や療養病床、介護保険施設の資源を把握し、全国的な比較も行った上で、どの程度在宅医療を提供していくかの方向性を検討する。



医療機関機能について（専門等機能）

専門等機能

- ・集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根差した診療、一部の診療科に特化した地域ニーズに応じた診療を提供

議論の方向性

- ・専門等機能については、急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能にあてはまらない、いわゆる回復期リハビリテーションに特化した入院医療を行う医療機関や、中長期にわたる療養を要する慢性期患者に対する入院医療を行う医療機関、地域に根差した診療を行う有床診療所等が担うことが想定。



医療機関機能について（医育及び広域診療機能）

医育及び広域診療機能

- ・都道府県と連携した人的協力
- ・症例数が少ない医療などの広域な観点での診療
- ・地域で多様な症例に対応する人材の育成

議論の方向性

- ・都道府県単位で、特に、大学病院本院から急性期拠点機能を担う医療機関に対する医師派遣を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議を行うことが重要。



入院医療について

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- ・ 医療機関機能を踏まえ、急性期の医療需要や、手術や救急搬送における医療機関ごとの役割分担等について地域ごとに協議

高齢者救急の受入体制の整備

- ・ 救急の実施基準において、高齢者救急の考え方を位置付け
- ・ 入院早期からのリハビリテーション等の提供の推進

議論の方向性

- ・ 病床数や入院稼働率等を踏まえながら、医療機関機能の確保や必要病床数に関する協議を行うとともに、急性期や包括期の医療需要に応じた役割分担等を行い、急性期拠点機能や包括期機能の確保を進める。
- ・ また、救急搬送や手術、診療科ごとの役割分担についても協議を行う。



外来・在宅医療について

外来・在宅医療

外来医療提供体制の維持

- ・ 診療所の減少が進む中、地域の病院を中心に提供体制を構築
- ・ へき地や診療所の数が限られている地域等において、D to P with Nを含むオンライン診療の活用を推進

在宅医療の受け皿の整備

- ・ 在宅医療、介護施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- ・ 医歯薬連携の推進
- ・ D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により受け皿を整備

議論の方向性

- ・ 地域において診療体制やかかりつけ医機能で求められる役割が充足しているか、医歯薬連携体制が構築されているかを確認。
- ・ 外来医療を引き続き診療所中心で提供できるか、患者の医療アクセスを担保できるかという観点で、「外来医療の体制確保に関する事項」「休日・間等の診療体制の確保に関する事項」を協議。



介護との連携、人材確保について

介護との連携

医療と介護のニーズを有する者への対応の推進

- ・ 地域医療構想における市町村と介護関係者の役割を明確化
- ・ 慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせた体制整備
- ・ 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- ・ 都道府県単位で、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議
- ・ 看護師等の将来の人材確保の方向性を反映

議論の方向性

- ・ 在宅医療・歯科を提供している医療機関数、訪問薬剤管理指導を行う薬局数、訪問看護師やヘルパーの確保状況等を踏まえ、介護を含む地域の資源を確認し、総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場等も活用しながら、在宅医療等とあわせた体制整備や、人材確保に関する事項について取組を進める。



資料 4

第 8 次福島県医療計画の中間見直しについて

令和 8 年 8 月 1 9 日

福島県保健福祉部地域医療課

第8次医療計画の中間見直しについて

医療計画について

厚生労働省資料より
(一部加工)

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

計画期間

- 6年間 (現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。第8次医療計画の期間は2024年度～2029年度。中間年で必要な見直しを実施。)

記載事項(主なもの)

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

335医療圏(令和3年10月現在)

【医療圏設定の考え方】

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

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

三次医療圏

52医療圏(令和3年10月現在)

※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

【医療圏設定の考え方】

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

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

○ 地域医療構想 今後～医療計画の上位概念として位置づけ

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

○ 5疾病・6事業(※)及び在宅医療に関する事項

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

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

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

○ 医師の確保に関する事項 (医師確保計画)

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

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 (外来医療計画)

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

第8次医療計画の中間見直しの方向性について

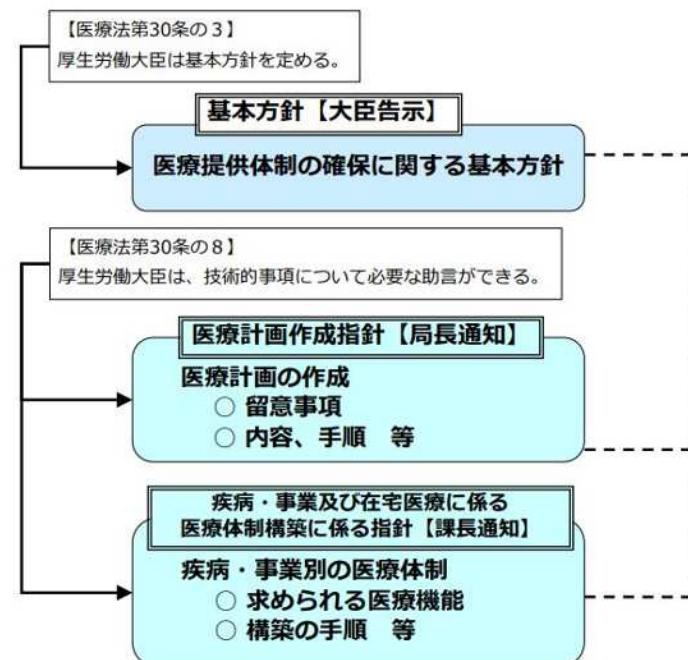
医療計画の中間見直しに係る方向性

- 現行の医療計画の期間は、令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）までの6年間。
- 医療計画の変更は、医療法第30条の6の規定により「医師確保（医師確保計画）」、「外来医療（外来医療計画）」、「在宅医療に関する事業」について、3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合は変更することとされている。**現行計画は3年目にあたり、令和8年度中に中間見直しを行う。**
- また、上記3分野に加え、5疾病6事業等についても、現状データの更新や中間評価を踏まえた上で、課題、施策の方向性を点検するため、中間見直しを全分野にわたって行う。

医療計画の中間見直しに係る国の動き

- 令和8年6月10日付けで厚生労働省より現行の医療計画の中間見直しに係る『「医療計画について」の一部改正について』など関連の通知が発出されたところ。
- 令和8年7月3日には、「地域医療構想」に係るガイドラインが発出され、今後策定される新たな地域医療構想を踏まえて、令和11年度に第9次医療計画を策定する。

医療計画策定に係る指針等



第8次医療計画の中間見直しについて

- 国の指針等の内容に準拠し検討を行う。
- なお、「新たな地域医療構想」と「医療計画」の整合性については、第9次医療計画において図ることとされている。

医師確保計画

- **医師偏在是正プランの策定**
重点医師偏在対策支援区域、区域における必要医師数や推進する施策など医師偏在是正プランを計画に位置付ける。
- **医師偏在指標の再算定**
令和6年の医師数や患者流出入調査等、最新の統計に基づき、医師偏在指標を再算定する。
- **計画の効果測定・評価に係る指標の設定**
目標医師数のみでなく、計画の取組進捗等を経時的に把握・評価するための指標を新たに導入する。

外来医療計画

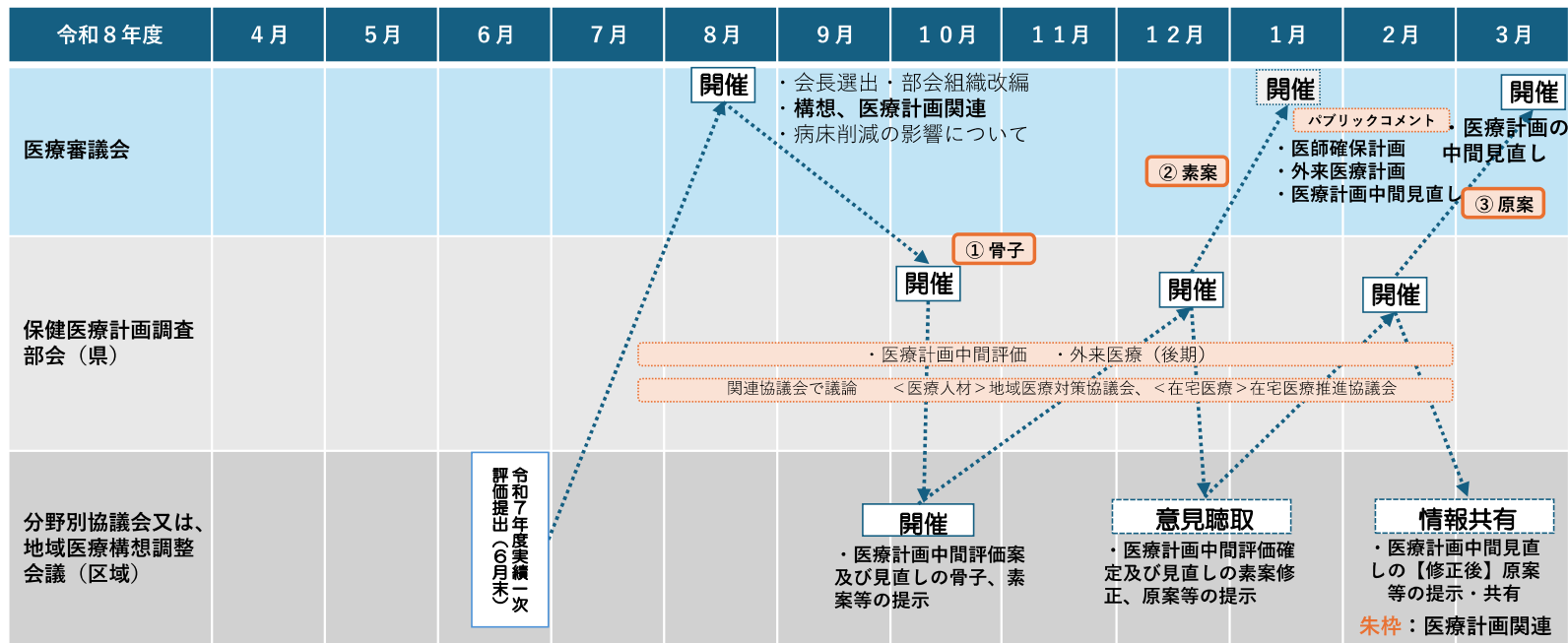
- **かかりつけ医機能報告制度の追記**
令和7年4月1日から施行された「かかりつけ医機能報告制度」について、地域における必要なかかりつけ医機能を確保する観点から、制度概要や医療機関から報告された機能の内容等を新たに追加する。
- **地域外来医療の公表**
国のガイドラインにおいて新たに位置づけられた「地域外来医療」（地域において特に必要とされる外来医療）について、外来医療の協議の場において検討し、公表を行う。

在宅医療関係

- **計画前期の評価及び計画後期の数値目標（R9～R11）設定**
- **国指針を踏まえた「施策の方向性と展開」の更新**
 - ①在宅医療提供体制において、「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の役割整理・明確化
 - ②災害発生に備えるため、平時から各関係機関の連携や業務継続計画（BCP）の策定を推進
 - ③在宅医療における多職種連携や事業所間連携推進、各職種（リハビリ、栄養管理等）の機能・役割の明確化

第8次医療計画の中間見直しに係るスケジュールについて

改定スケジュール（案）



第8次医療計画の中間見直しの構成について

- 医療計画の中間見直しの構成について、具体的な記載例は以下のとおり。
- 現行の医療計画を踏襲し、「現状と課題」、「数値目標」、「施策の方向性」についてデータをリバイスした上で、追加・修正する。

第1節 避難地域等の医療提供体制の再構築

現状と課題

1 現状及び中間評価

更新

「現状」は、「課題」の分析、「施策の方向性と展開」を精査するため、公表データ等に基づき、記載内容及び図表を時点更新する。

(1) 避難地域の現状

- 避難地域では、令和2（2020）年3月までに、帰還困難区域を除く避難指示が全て解除され、公的機関や民間事業所、教育機関等が再開し、住民の帰還や居住が徐々に進んでいます。
- 帰還困難区域においても、「特定復興再生拠点区域」の避難指示が令和4（2021）年に葛尾村、大熊町、双葉町で、令和5（2023）年には富岡町、浪江町、飯館村でそれぞれ解除となり、住民の帰還に向けた動きが加速しています。

(2) 近隣地域の現状

- 避難地域の住民の多くは、現在も、いわき市や相馬地域などの近隣地域を生活の拠点としています。
- また、避難地域で勤務している事業従事者等の多くが近隣地域に居住・宿泊し、通勤しています。

更新

図表5-1-1 南相馬市、いわき市への避難・居住者数

(単位：人)

	南相馬市	いわき市	時点
富岡町	96	4,811	R5.6.1
大熊町	262	4,445	R5.7.1
双葉町	268	2,085	R5.8.31
浪江町	1,841	2,992	R5.8.31

(3) 中間評価

- (令和6～7年度の実績評価及び今年度の見込みに基づき追記)
-

更新

現状を分析し、目指す姿とのギャップを埋めるために取り組むべき内容となっているか、再確認。必要に応じて、課題を追加・修正する。

2 課題

(1) 避難地域における医療提供の課題

- 帰還した住民や新たに居住した住民が少なく、人件費等の運営コストも高騰していることなどから、医療機関が診療報酬により採算を確保することが困難な状況です。
- 内科や外科といった一般的な診療科については医療提供できる環境が整備されつつありますが、高齢者にしはばみられる心疾患や消化器疾患、整形疾患などに対する入院治療も含めた医療を提供できる体制は整っていません。また、透析医療（人工透析）をはじめとした専門診療科のほか、在宅医療等のニーズが高いため、それらの確保に向けた取組を進めていく必要があります。
- 小児科を標榜する医療機関が少ないことから、地域の小児医療を支える医療機関が必要です。
- 再開・開設している医療機関の医師が高齢化していることから、将来的に医療提供体制を維持するための取組が必要です。
- 介護資源についても、双葉郡においては特に乏しく、退院支援を行う上で困難な状況にあります。
- 公共交通機関が充実しておらず、高齢者が多いこと等から、医療機関までの移動手段の確保、交通支援が必要です。

「現状」に掲載しているデータ、図表を国の公表データや追加調査により更新。

【中間評価（新規）】令和6～7年度の進行管理及び今年度の見込みに基づき、中間評価の項目を追加する。

「課題」は、更新した現状を分析し、目指す姿と照らして、課題を再確認。必要に応じて、追加・修正する。

第8次医療計画の中間見直しの構成について

評価指標

更新

直近の現況値を表記。
数値目標の評価を記載。

1 数値目標

以下の指標により、課題に対する取組の進捗状況を確認します。

No.	指標	基準値(A) (計画年)	実績値		目標値 (C)	評価
			R6	R7(B)		
1	避難地域12市町村における医療機関の稼働状況(病院、診療所、歯科診療所)	42機関 (R5年)			49機関 (R11年)	
2	救急車の双葉郡内医療機関への搬送率	63.1% (R4年)			63.0%以上 (R11年)	
3	医療施設従事者医師数(相双医療圏)	171人 (R2年)			200人 (R11年)	
4	就業看護職員数(相双医療圏)	1,428人 (R4年)			1,649人 (R11年)	

※ 中間評価を「改善」「現状維持」「後退」の3項目で表記。
「改善」……実績値の推移が目標値に向けて上向きに動いている状態
「現状維持」……実績値の推移がほとんど変化していない状態
「後退」……実績値の推移が目標値に向けて下向きに動いている状態

「数値目標」について、策定時から直近までの指標推移を示すとともに、数値目標に対しての現状分析を記載する。

施策の方向性

更新

現状と課題、指標の動きを踏まえ、見直し、拡充すべき施策の方向性について、追加、修正する。

1 施策の方向性と展開

(1) 避難地域における施策の方向性

- 安定した医療提供体制を確保するため、再開・開設された医療機関等に対して、経営改善を促しながら引き続き運営支援を行います。
- 帰還した住民や新たに居住した住民に必要な医療提供体制が確保できるよう、地域で求められる医療機能の充実や不足する診療科の再開や開設を支援します。
- 避難地域に不足する薬局については、避難地域薬局開設協議会において、必要とされる薬局機能、再開のあり方について検討し、再開・開設を支援します。
- 避難地域で不足する医療提供については、近隣地域の機能強化や遠隔医療やオンライン診療の活用などにより、地域住民が必要とする医療提供体制を整備します。
- 「福島県ふたば医療センター附属病院」は、政策医療である二次救急医療を担っており、再開した医療機関への影響や病院と診療所の役割分担を考慮しながら診療を行うため、診療報酬のみで採算を確保することが困難であることから、運営に必要な財源を継続して確保します。
- また、公立大学法人福島県立医科大学内に設置された「ふたば救急総合医療支援センター」において、「福島県ふたば医療センター附属病院」で不足する医師の派遣等を引き続き行うことで、双葉地域に必要な二次救急医療を支援します。

※「目指す姿と医療連携体制」、「施策の方向性 2 関係者・関係機関の役割」、「施策の推進」、「ロジックモデル」については、継続する取組であるため中間見直しには掲載しない。

「施策の方向性」について、現状、課題、指標の動きを踏まえ、施策の方向性について、追加・修正を行う。

令和8年8月19日
地域医療課

県内医療機関の病院開設及び診療所病床設置許可について

(1) 病院開設許可

開設者：一般財団法人竹田健康財団

施設名称：芦ノ牧温泉病院

(2) 診療所病床設置許可

開設者：福島県病院事業管理者

診療所の名称：(仮) 宮下病院建替え後診療所

会津・南会津地域（病床過剰地域）における病院開設許可について

このことについて下記のとおり、医療法（昭和23年法律第205号）第7条第1項、及び令和5年3月31日付け厚生労働省医政局長通知に基づき、病院の開設を許可することとしたので報告します。

1 開設者

一般財団法人竹田健康財団
(会津若松市山鹿町3番27号)

2 病院の名称

芦ノ牧温泉病院

3 医療機関の概要

- (1) 開 設 場 所 会津若松市大戸町大字芦牧字湯平527-1
- (2) 診 療 科 目 内科、リハビリテーション科
- (3) 病 室・病 床 数 120床（療養病床）

4 開設予定日

令和8年11月1日

5 許可基準

医療法及び同法施行規則に基づく構造設備基準を満たしている。

6 その他

- ・現：芦ノ牧温泉病院が経年変化による建物や設備の老朽化が顕著となっており、安全な医療の提供が困難であることから、隣接地に移転するもの。
なお、令和8年7月29日に開催された会津・南会津地域医療構想調整会議において、地域の合意を得ている。
- ・現：芦ノ牧温泉病院の病床数、従事者から変更はなく、構造設備においても同法人が開設している介護老人保健施設を改装した設備を使用することとしており、改装後の構造設備が医療法の基準を満たすことを確認している。
- ・会津・南会津地域は、基準病床数に比べ既存病床数が多い病床過剰地域であるが、現病院の120床から増加はなく、当該医療圏における既存病床数の増加はないものである。
なお、令和5年3月31日付け厚生労働省医政局長通知においても、当該医療圏内での移転で病床種別ごとの病床数の増加がない場合は、過剰地域での病院開設であっても勧告しないこととされている。

会津・南会津地域（病床過剰地域）における診療所病床設置許可について

このことについて下記のとおり、医療法（昭和23年法律第205号）第7条第3項、及び令和5年3月31日付け厚生労働省医政局長通知に基づき、病床の設置を許可することとしたので報告します。

1 開設者

福島県病院事業管理者
（福島市中町8番2号）

2 診療所の名称

（仮）宮下病院建替え後診療所

※ 名称を公募にて決定するため、後日、決定予定。

3 医療機関の概要

- （1）開 設 場 所 大沼郡三島町大字大登字寺沢地内
- （2）診 療 科 目 内科、外科、整形外科、皮膚科、耳鼻咽喉科、精神科
- （3）病 室・病 床 数 19床（一般病床：19）

4 開設予定日

令和10年3月1日

5 許可基準

医療法及び同法施行規則に基づく構造設備基準を満たしている。

6 その他

- ・現：福島県立宮下病院が経年変化による建物や設備の老朽化が顕著となっている他、建物内部や敷地がともに狭隘であり、医療技術の進歩や利用者のニーズに対応することが困難な状況であることから、診療圏町村からの通院や救急搬送に加え、在宅医療に伴う訪問のアクセス性や災害時でも傷病者を受け入れることができるスペースに配慮した施設・立地に移転する。
- ・また、入院患者の動向や在宅医療等の機能強化による需要の変化を踏まえ、19床の入院機能を有する診療圏町村唯一の医療機関、及びへき地医療の拠点として、地域の保健、医療、福祉等関係機関との連携を一層強化するとともに、救急患者等を受け入れられる一定の設備を備えた救急等対応が可能な医療機関として継続していくとされ、令和5年7月6日に開催された会津・南会津地域医療構想調整会議において、地域の合意を得ている。
- ・会津・南会津地域は、基準病床数に比べ既存病床数が多い病床過剰地域であるが、現病院の22床から、19床の有床診療所に転換するため、当該地域の既存病床数の増加はないものである。
なお、令和5年3月31日付け厚生労働省医政局長通知においても、病院を廃止し有床診療所とする場合であって、当該医療圏内の療養病床及び一般病床の数の増加がない場合は、過剰地域での病床設置であっても勧告しないこととされている。

病床数適正化緊急支援事業について

R7補正予算額：3,490億円

対象となる医療機関

- 令和7年12月16日（R7補正成立）から令和8年度末（事業終了年度末）までに申請した医療機関であり、令和8年度末までに病床の削減を行う医療機関を対象とする。その他、以下の場合も対象とする。
 - ✓ 令和6年度補正予算において申請を行った医療機関であって、支援対象とならなかったが、令和6年12月17日（R6補正成立）から令和7年9月30日の間に病床を削減した医療機関
 - ✓ 自由民主党、日本維新の会、公明党による3党合意を踏まえて実施した調査（令和7年8月から9月にかけて実施）において病床を削減予定と回答した医療機関であって、既に病床を削減した医療機関

病床の考え方

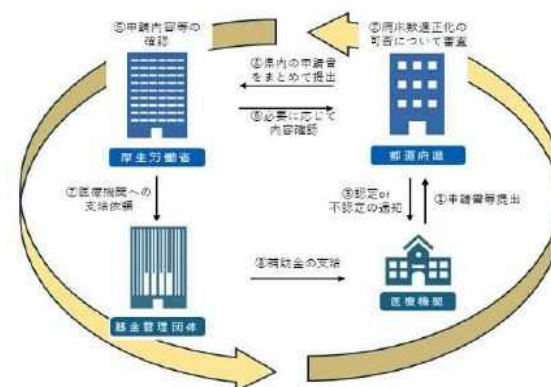
- 医療機関の設置主体、経営状況は問わない。（R6補正時は赤字医療機関のみ対象）
- 申請時（削減済のものは、削減時）における稼働・休床の別で、単価（稼働：410.4万円、休床：205.2万円）を決定する。
- 感染症法に基づく確保病床を有している場合は、目標病床数からの余剰分のみ削減可能とする。
- 以下の場合は、地域医療構想調整会議等において、代替する在宅・外来医療等の対応や、他医療機関における患者の受入に係る調整等を踏まえての議論を経た上で、支給要否を決定する。
 - ✓ 申請病床の合計が100床を超える場合
 - ✓ 入院医療を継続しない場合
 - ✓ 廃院する場合 等 ※小児周産期に係る病床は引き続き対象外

実施時期

必要な事務処理体制を構築した上で、医療機関から都道府県への申請は、6月23日から開始し、7月上旬を締め切りとして事業を開始する予定。なお、当該事業は複数回の申請期間を設ける予定としている。

その他

- 医療機関は都道府県に申請を行い、都道府県により内容を審査。都道府県の事業として実施するものが厚生労働省に提出され、支払いは基金管理団体から医療機関に対して実施。
- 昨年成立した医療法等改正法により「都道府県は、医療機関が前項に規定する事業に基づき病床数を削減したときは、（略）基準病床数を削減するものとする。」とされていることから、削減病床数に応じた基準病床数の削減を行う。



第1回目申請結果

※第1回目申請受付期間内に申請があったもの（6/23～7/14）
 ※今後、県から国へ8月24日までに申請を行う（各地域の調整会議で異議はなし）

病床数適正化緊急支援事業による病床削減予定数

（１）一般・療養病床

（単位：床）

	R8許可病床数 (A)	削減予定数		削減後病床数 (A)－(B)	1日平均在院 患者数 (R6)	【参考】 病床利用率 (R6)
		一般・療養病床 (B)	うち休床			
県北	4,374	292	65	4,082	2,855	67.4%
県中	5,114	315	201	4,799	3,301	62.7%
県南	1,014	39	0	975	661	68.0%
会津・南会津	2,657	226	37	2,431	2,053	76.5%
相双	1,582	179	136	1,403	713	46.6%
いわき	3,403	152	99	3,251	2,566	78.7%
計	18,144	1,203	538	16,941	12,149	67.7%

※病床数報告書より許可病床数（R8.4.1）を計上

※病院報告（年間）より1日平均在院患者数を計上

※申請件数は、一般・療養病床分と精神病床分を合わせた医療機関からの申請件数（実申請件数：64件）

（２）精神病床

（単位：床）

	R8許可病床数 (A)	削減予定数		削減後病床数 (A)－(B)	1日平均在院 患者数 (R6)	基準病床数 (R8)
		精神病床 (B)	うち休床			
県北	1,325	147	134	1,178		
県中	1,675	486	452	1,189		
県南	354	56	0	298		
会津・南会津	914	184	134	730		
相双	871	208	208	663		
いわき	1,247	70	34	1,177		
計	6,386	1,151	962	5,235	3,555	4,240

・基準病床数とは、病床の地域偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療の確保を目的として、その地域で整備する病床数の上限となるもの。

※病床数報告書より許可病床数（R8.4.1）を計上

※病院報告（年間）より1日平均在院患者数を計上