

新たな地域医療構想等に関する検討会ヒアリング資料

地域から見える地域医療構想の現状と次に向けての課題

玉川 啓 (福島県保健福祉部)

I 福島県における取組状況

- I-1 福島県の概要
- I-2 これまでの歩み
- I-3 進捗状況
- I-4 現実的な役割分担の進展

II 現在の地域医療構想における課題と対応

- II-1 全体像 ～現在、そして次に向けて～
- II-2 枠組・推進体制
- II-3 役割分担・医療体制
- II-4 先駆的府県の取組が示唆するもの

III 次の地域医療構想に向けた課題と対応

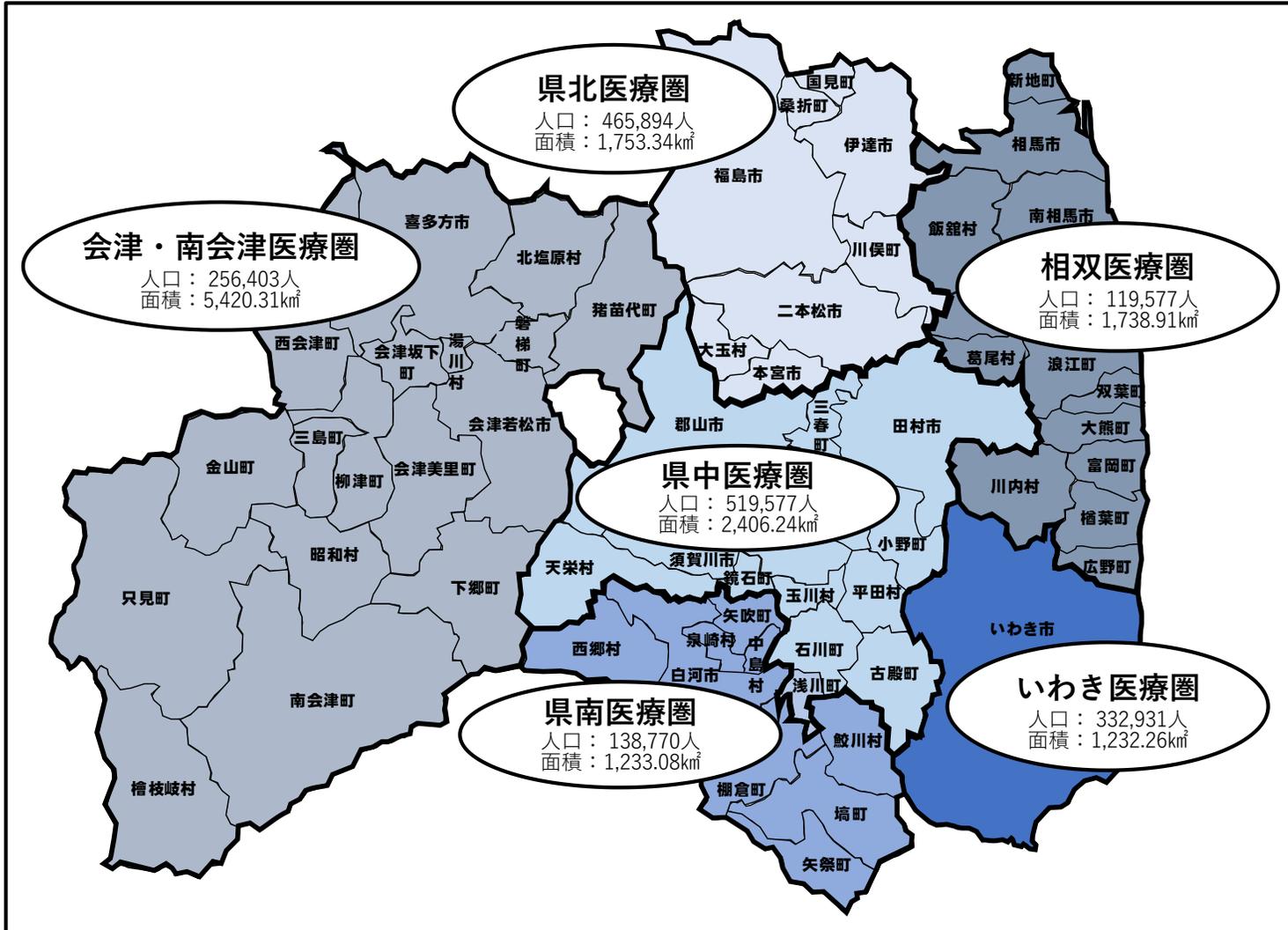
- III-1 全体像～次の構想に向けて～
- III-2 建付けのアップデート、グランドデザインの必要性、国の役割の可視化・明確化
- III-3 会議デザインのアップデート、主要ステークホルダーの理解（病院経営者の視点）
- III-4 地域協働による構想の推進（検討→策定→実行→進捗確認→改善）
- III-5 推進のための組織体制の確保、専門性の確保
- III-6 役割分担・医療体制のアップデート

IV 結びに ～国と都道府県等との協働関係のアップデート～

V 参考資料

- 参考資料1 地域医療構想に関する都道府県意見
- 参考資料2 先駆的府県資料（石川県、佐賀県、新潟県）
- 参考資料3 介護施設・医療施設の整備計画の特性等について
- 参考資料4 福島県の医療圏概観（①～⑥：6医療圏）

福島県の地域医療構想区域（二次医療圏）【第8次福島県医療計画】



【参考】東京都【東京都保健医療計画】

人口：1,405万人
面積：2,194km²



広大な県土に6医療圏設定(旧7)

- ・一医療圏が県単位の規模
- ・一つの医療圏の範囲内においても医療機能が集積する地域と過疎化が進んだ地域が混在（域内移動時間大）

I 福島県における取組状況

I-2 これまでの歩み

平成27年5月 福島県地域医療構想 策定着手

平成28年12月 **福島県地域医療構想 策定**

平成29年～
令和元年度 各構想区域において地域医療構想調整会議を年3回程度開催
(構想区域の現状と分析から導かれる課題の情報共有及び意見交換等)

令和2～
令和3年度 各構想区域において地域医療構想調整会議を年1回程度開催
(新型コロナウイルス感染症の影響により、書面にて開催)

令和4年度 **調査委託業務により構想区域毎の将来医療需要や医療機能分析等**を開始
その調査結果を基に各構想区域において説明及び協議を実施

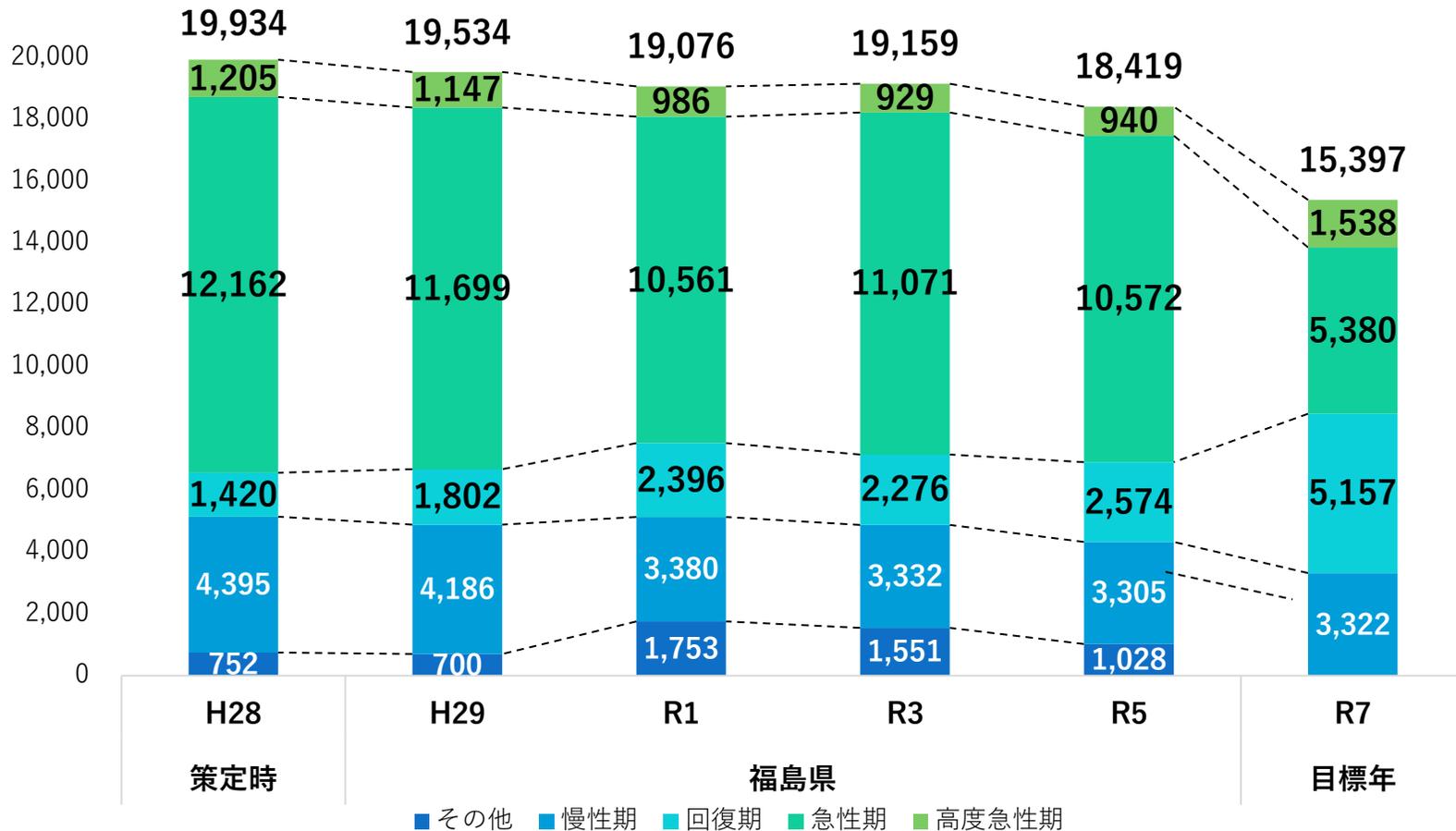
令和5年度 **各構想区域の課題に応じた詳細分析、全国の医療機関の再編・統合事例の情報提供等**を基に各構想区域において説明及び協議を実施
本県における定量的基準に関する検討を再開



- ・自治体立病院の再編は地域医療構想策定前に大幅進展 (例: 県立病院 9 → 3 (精神・過疎地に特化))
- ・地方にしては民間病院のウェイトが高い県 (調整難度が高い背景)
- ・策定後の推進体制が脆弱な中、**新型コロナによるBCP対応** (R4年度まで感染症司令塔機能も所管)
- ・厚労省勉強会を契機に令和4年度中途より**地域の将来需要・機能分析、その共有を開始**

I 福島県における取組状況

I-3 進捗状況



進捗状況 (H28→R5)

高度急性期	△265床
急性期	△1,590床
回復期	1,154床
慢性期	△1,090床

(参考) R3 → 5
 急性期 △571
 回復期 +299

※避難地域の医療再構築が途上
 休床も相当数存在

- ・ 課題はあるものの回復期へのシフトは段階的に進展
- ・ ポストアキュート、サブアキュートの病棟が急性期の区分となっているケースあり。
- ・ スタッフ確保面で稼働率を下げざるを得ないケースもあり、実際の急性期は上記より縮小している状況

○コロナ禍の医療体制構築における実像～役割分担の進展～

新型コロナ役割	概ね該当する医療機関	病床機能報告
重症患者	三次救急病院	高度急性期・急性期
中等症II	中核的二次救急病院	急性期（一部高度急性期）
中等症I～軽症	二次救急、亜急性期、回復期病院	急性期、回復期、慢性期
後方支援医療機関	回復期・慢性期病院	回復期・慢性期

深刻な地域課題の共有・真剣な議論

- ・当初は3次救急、中核的2次救急病院に依存
- ・強い危機感の共有（フロント病院のひっ迫、救急にも支障、圧倒的に増えるコロナ患者数）
- ・それぞれの病院の強みを踏まえた役割分担
- ・上記を支える誘導・制度的支援（補助・報酬）

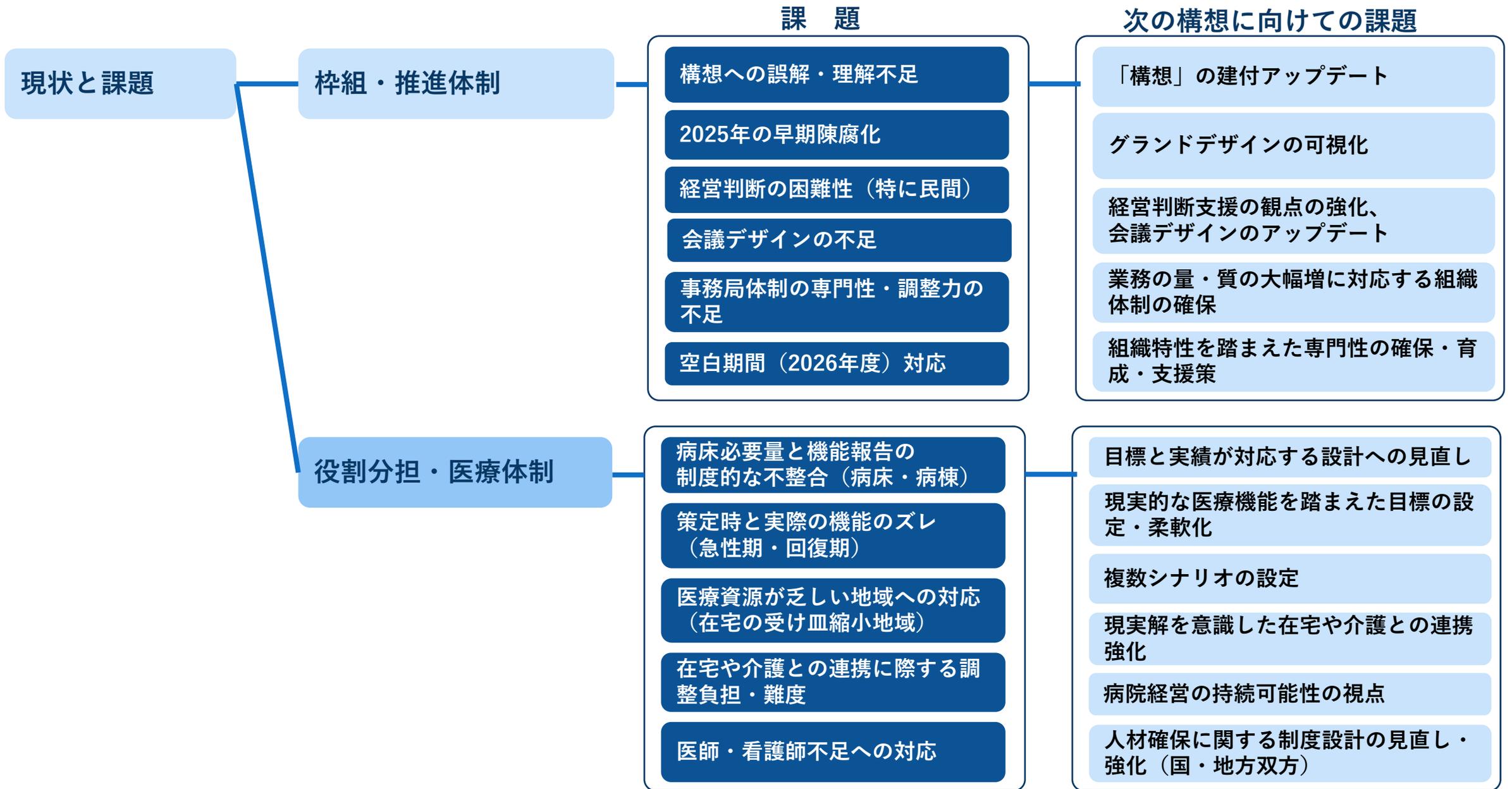
地域医療構想推進の寄与（背景的な要因）

- ・医療機能の分化・連携の誘導
- ・制度的な議論の場の設定
- ・確保基金による支援制度の支え
- ・診療報酬制度による誘導
- ・病院経営者の先を見た判断

コロナ禍を通じて役割分担は進展～コロナ禍の経験を生かすことが重要～

II 現在の地域医療構想における課題と対応

II-1 全体像 ～現在、そして次に向けて～



II 現在の地域医療構想における課題と対応

II-2 枠組・推進体制

①構想への誤解・理解不足

- ・誤解の払しょく・軌道修正からスタートするケースも
- ・我が国としてのグランドデザインの見えにくさ
- ・「構想」が多義的。進むほど機能や役割が追加
- ・医療計画と構想の関係性の複雑化（建付け上は一部）
- ・「策定」ガイドラインという建付けの課題

②2025年の早期陳腐化

- ・策定時点で2025年が直近の状態。既に議論がしにくい。
- ・経営転換を進めるには常に10、20、30年先の視点、そのアップデートが不可欠

③経営判断の困難性

- ・病床機能転換＝経営転換＝経営判断・決心・利害調整
- ・経営判断には、病院の現況（強み・弱み）、地域状況、将来予想（患者、収入）、制度ハードル等が必要
- ・病院経営者の悩みを強く想定した情報、議論、支援が特に求められるところ。

④会議デザインの不足

- ・地域課題を「ともに」考えるための会議設計の在り方
- ・特に目標値の押付けが地域理解を遠ざける性格
- ・病院経営に配慮した段階の踏み方、議論の進め方

⑤事務局体制の専門性・調整力の不足

- ・事務局職員は短期間（数年）での異動が多い傾向（医療経営分野未経験者が担当することもあり）
- ・一方で医療や経営に対する専門性、調整力、リード力が求められる
- ・構想に求められる内容・業務の高度化、業務量の増
- ・必要なレベル・体制をどのように確保・担保できるか。

⑥空白年度（2026）対応

- ・令和8（2026）年度の取組の取扱い（目指す姿・その値）
- ・確保基金事業の取扱いは、活用先が多岐で調整を要するため、前年度（R7）春には取扱いの提示が必要

II 現在の地域医療構想における課題と対応

II - 3 役割分担・医療体制

① 病床必要量と機能報告の制度的な不整合（病床・病棟）

- ・必要量は病床だが、報告は「病棟」単位
- ・当該扱いがもたらした混乱
- ・解釈や独自基準での整理という後手感のある対応

② 策定時と実際の機能のズレ（急性期・回復期）

- ・急性期と回復期に関わるバリエーションへの対応
（例：ポストアキュート、サブアキュート、高齢者救急）
- ・多機能性を有する病院・病棟への評価
※過疎地域等では高齢者医療と急性期のミックス形態も。

③ 医療資源が乏しい地域への対応（在宅の受け皿縮小地域）

- ・過疎地では診療所が順次縮小（かかりつけ、在宅医療機能の縮小）※
高齢医師の引退、経営面でも困難な地域（患者密度等）
- ・地域内病院がクリニックが担っていた機能のカバーを求められる構図
も（かかりつけ医機能、在宅医療支援）。

④ 在宅や介護との連携に際する調整の困難性

- ・病院間の機能分担だけでは完結せず、進めるべき課題
- ・在宅との連携は、地域への踏込が必要。
- ・一方でこれまで以上にステークホルダーが増加・複雑化
- ・介護は市町村主体であるため、医療サイドからのアプローチのみでは、
体制の調整は難度高い側面あり。

⑤ 医師・看護師不足への対応（適応策・対応策の双方）

- ・医師数が絶対的に不足する地域における医師の確保
- ・包括期のニーズ増に対応する医師の不足感（総合的診療を担う医師
←→ サブスペ志向の流れ）
- ・病院看護師（特に急性期）の流出傾向、一方でニーズ増となる在宅・
介護とのミスマッチも
※看護は新たな成り手の不足感あり。必要数をいかに確保するか（新
卒者対策、再就業対策）。
- ・将来的に看護師不足が進めば、看護師→医師への逆タスクシフトの可
能性も…

II 現在の地域医療構想における課題と対応

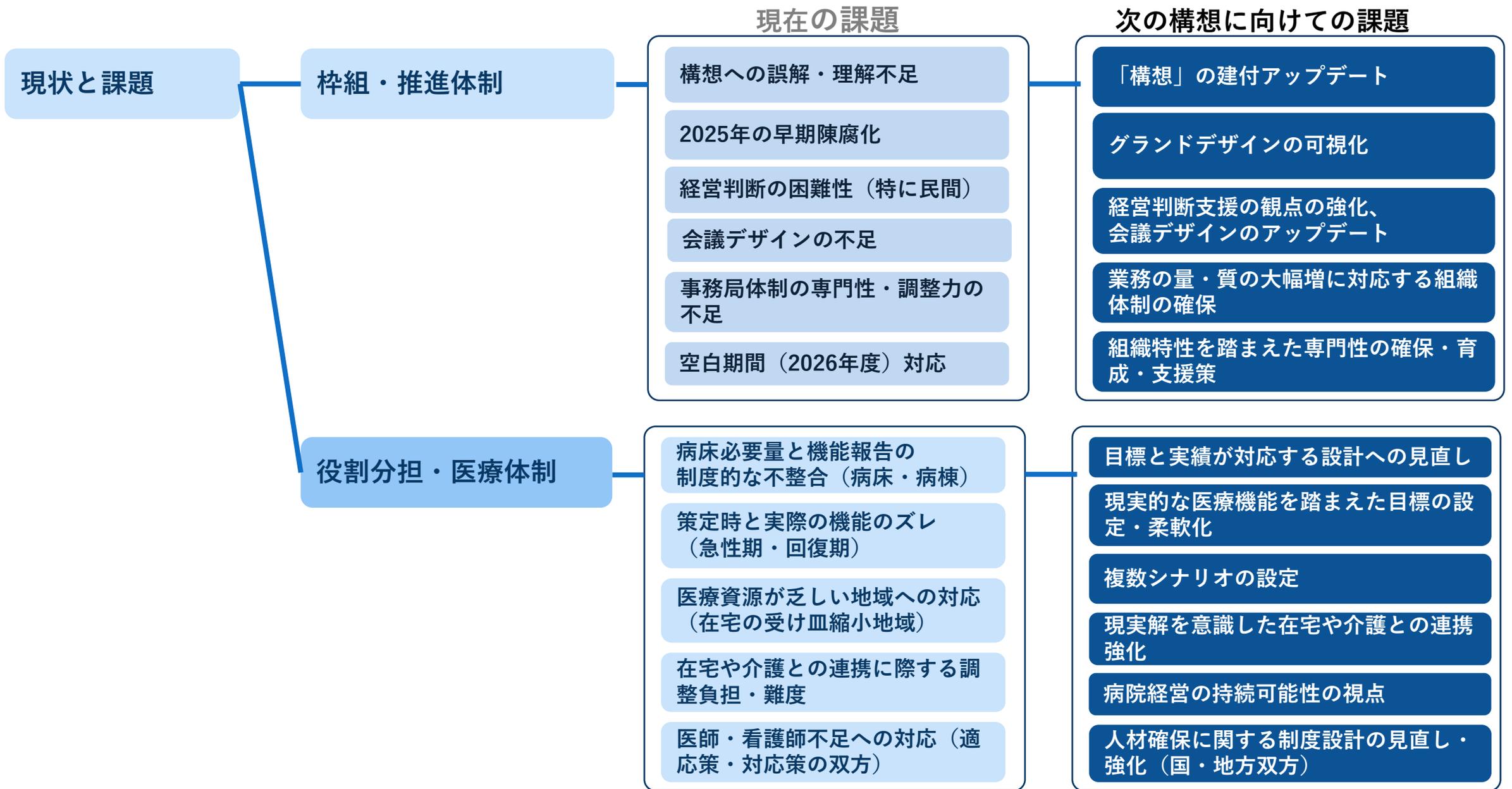
II-4-1 先駆的府県の取組が示唆するもの①

区分	象徴的ワード	関連ワード・補足（文責：本報告者）	府県名
基本スタンス	対話と信頼なくして地域医療の推進なし	推進のための 基本的理念	佐賀県
	私たちの地域のことは私たちが決めるための課題の見える化、データ分析、コンセンサス形成	自分達の地域のことは自分達で決める その実現のための 課題の見える化、データ分析、コンセンサスの形成	石川県
構想の基本認識	地域医療構想は人口問題から考える 天気予報	行政は「 予報精度の向上 」 医療機関は「 立ち位置の決定 」	佐賀県
グランドデザイン	地域ごとの課題抽出を元に 全県共通の課題を整理し、グランドデザインを策定	持続可能で質の高い医療を提供し続けるための 地域医療構想の 実現に向けた今後の方向性	新潟県
ステークホルダーの理解	地域医療構想に関わる様々なステークホルダーを 意識した対応	ステークホルダーに当事者意識を持ってもらい、課題を熟考し、行動を起こしてもらうことが重要 そのためにもステークホルダーの 意思決定プロセスの理解が重要	石川県

II 現在の地域医療構想における課題と対応

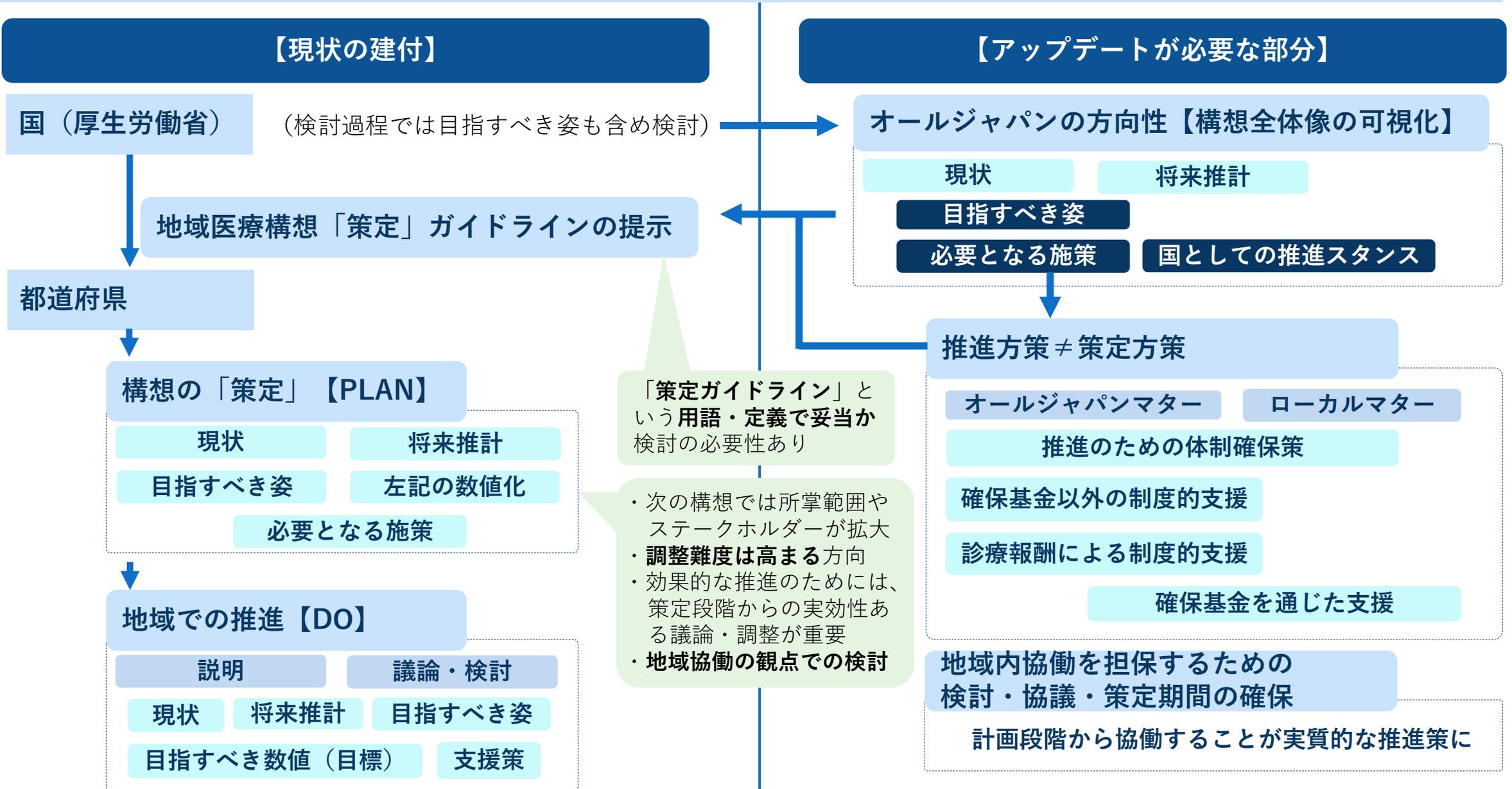
II-4-2 先駆的府県の取組が示唆するもの②

区分	象徴的ワード	関連ワード・補足（文責：本報告者）	府県名
関係性の構築	県医師会等と「データと悩みを共有」、 「顔が見える」から「腹を割って話せる」関係	節目節目での情報共有・論点整理 共働による検討機会の設定 （地域主体・行政支援による理解の深化）	佐賀県
医療機関の 必要情報の視点	医療機関が必要としているのは「自院の経営に資 する情報」	最も必要なのは患者数の将来予測 個々の医療機関にどれだけ影響がでるかを見せることが肝	石川県
議論の整理	調整会議での協議が進むよう、現場課題にあった 論点を明確化	地域医療構想との整合性は、病床数との整合性ではなく、 地域完結型医療（理念・価値観）との整合性 一般論や他事例の情報を収集しつつ、「地域の実情」に あった論点整理と協議の展開	佐賀県
合意形成の 要件	地域医療構想を進めるためには必要な要件	以下の①～⑤を繰り返すこと ①ステークホルダーの参加（当事者意識の醸成） ②課題（問いの設定） ③課題の「見える化」 ④解決策の提示（仮説構築） ⑤合意形成（コンセンサス形成）	石川県
人材確保策との 一体性	医師確保・養成の議論（特に総合診療医）と表裏 一体の議論を実施	救急体制を確保するため高度医療を支える病院への医療資 源（医師）の集約化 地域包括ケアを支える医療機関では総合診療医の確保・県 域での養成	新潟県



Ⅲ 次の地域医療構想に向けた課題と対応

Ⅲ-2 建付けのアップデート、グランドデザインの必要性、国の役割の可視化・明確化

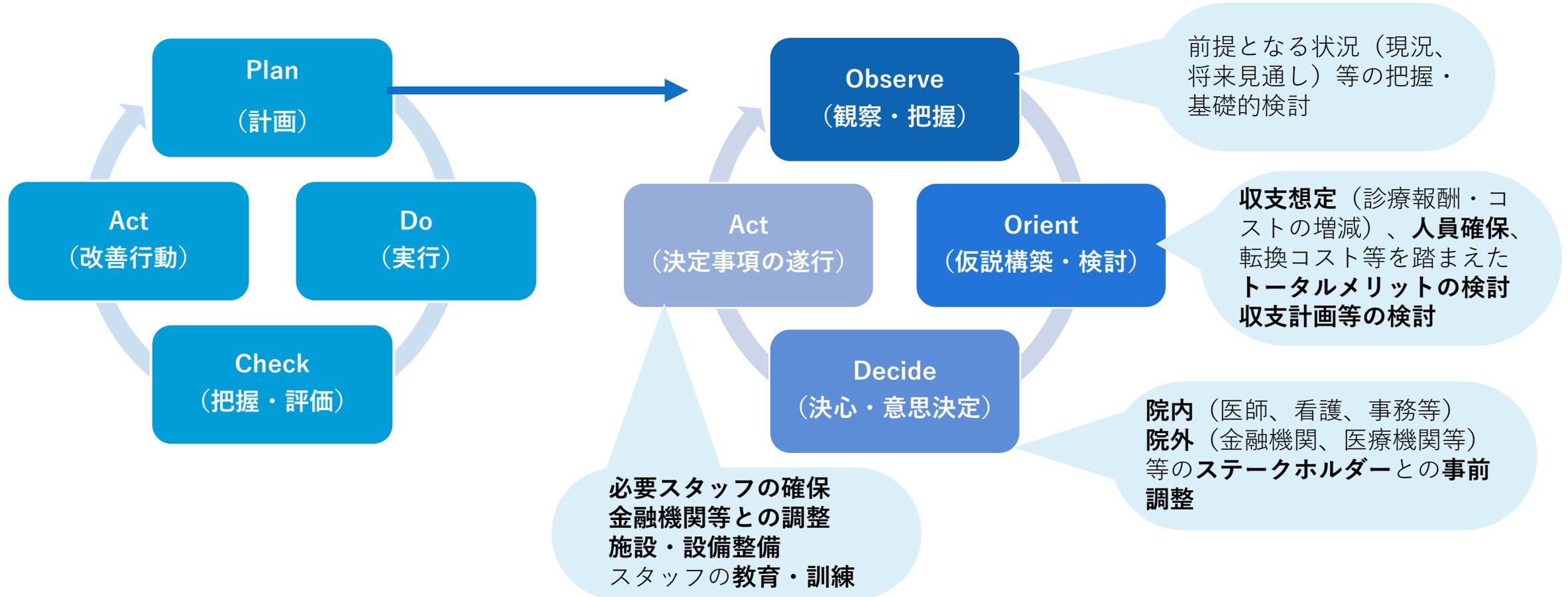


Ⅲ 次の地域医療構想に向けた課題と対応

Ⅲ-3 会議デザインのアップデート、主要ステークホルダーへの理解（病院経営者の視点）

【行政の目線～行政計画：PDCAの視点】

【経営者の目線～OODAループ的な視点～】



行政ではPLAN→DOの建付だが、経営側ではその間にOODAといった多層の検討・調整ステップが介在
経営判断・実行を行ってもらうために必要な環境整備・支援、議論の在り方等の観点が不可欠

Ⅲ 次の地域医療構想に向けた課題と対応

Ⅲ-4 地域協働による構想の推進（検討→策定→実行→進捗確認→改善）

【過去の行政計画】

計画の策定

- ・ 指針等を踏まえた情報収集・情報整理
- ・ 素案の作成
- ・ 協議会等を通じた意見聴取、反映、確認
- ・ 組織決定

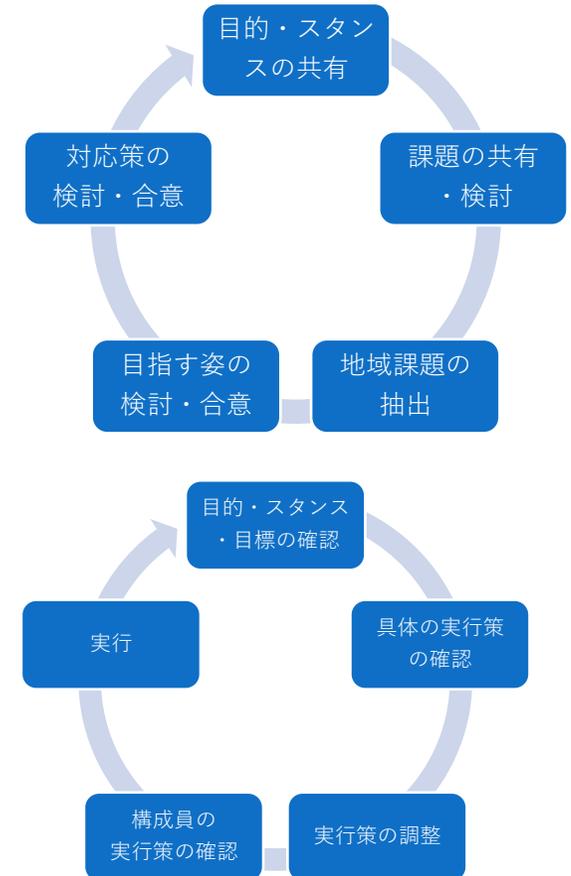
実行

- ・ 地域課題・方向性の提示・説明
- ・ 上記を踏まえた協議・利害調整
- ・ コンセンサスを得た部分から逐次実行

【地域協働による計画の策定と推進】

地域協働による
検討・策定
検討過程 = 実行準備

地域協働による実行
事前整理を
基礎に実行

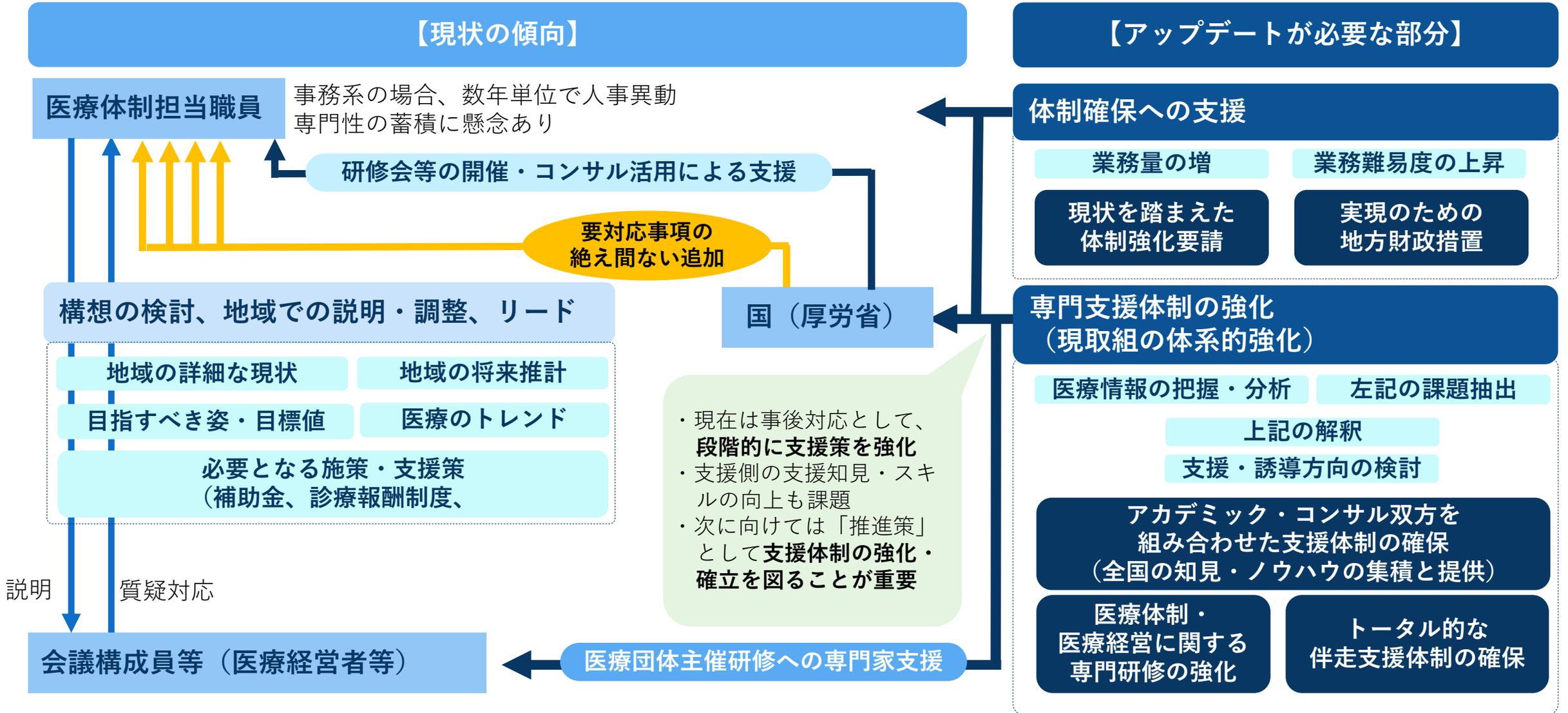


時間とリソースに制約があると旧来型の計画策定に留まる傾向（推進時の調整難度高）

役割分担の見直しなど、ステークホルダーの主体的な動きが必要な分野は、地域協働型の策定スタイル・スタンスが重要
「協働で進めるためには何が必要か」を深掘りすれば、必要な解決策が見えてくるものと思料

Ⅲ 次の地域医療構想に向けた課題と対応

Ⅲ-5 推進のための組織体制の確保、専門性の確保



Ⅲ 次の地域医療構想に向けた課題と対応

Ⅲ－6 役割分担・医療体制のアップデート

① 目標と実績が対応する設計への見直し

- ・把握可能な実績に対応する目標の設定
 - ・病床と病棟のズレが生じない制度設計
 - ・運用途中でズレが生じた場合における制度的な対応の実施
 - ・既存目標の墨守により、本来実施すべき機能整備に支障が生じないような制度設計も重要
- ※解釈上の「回復期」位置付けにより、回復期への本格的体制整備の支援対象外とならないような設計（高度急性期も同様）

② 現実的な医療機能を踏まえた目標の設定・柔軟化

- ・急性期と回復期に関わる入院機能への対応
（サブアキュート、高齢者救急、ポストアキュート）
- ※医療機関集積地域以外では、一つの病院が複数の機能を当然用いることの想定が必要

③ 複数シナリオの設定

- ・人口集積・医療機関集中地域の想定・在り方
 - ・人口減少・医療過疎地域の想定・在り方
 - ・上記の混在地域の想定・在り方
- （参考）医療機関単位で役割分担が成立する想定・在り方
一つの医療機関が多機能対応となる想定・在り方
在宅対応が既に現実的でない地域の想定・在り方

④ 現実解を意識した在宅や介護との連携強化

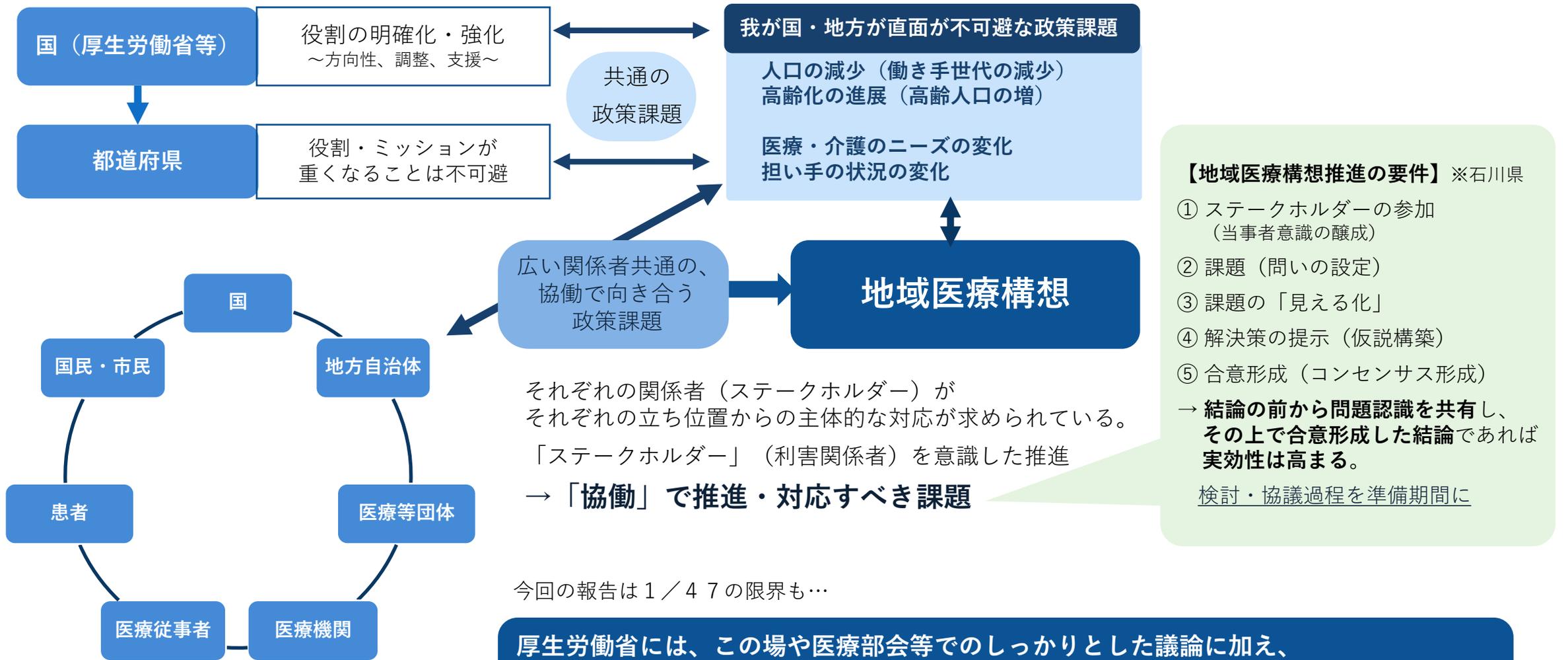
- ・議論と調整・すり合わせなど対応が必要な課題
- ・一方で医療サイドと介護側の施策構造の違いに留意
- ・「地域医療構想」のアプローチで対応できる課題と、介護側の枠組み整理が必要な課題があると思料
- ・今まで以上にエリアや役割が多層化（難度上昇）
- ・事務局負担への制度的配慮が必要

⑤ 病院経営の持続可能性の視点

- ・人材確保の困難化や経営環境の悪化により、病院の持続可能性が今後大きな課題になるものと思料（特に地方部）
- ・地方部では既存医療機関は「貴重で限られた医療資源」、適切な役割を継続的に担うことができるような観点での支援策も必要（構想具体化のための伴走支援等）

⑥ 人材確保に関する制度設計の見直し【国、地方双方】

- ・絶対的医師不足地域における医師確保対策の継続実施
- ・地域包括ケアを支える診療分野の医師の制度的育成
（総合診療医等の育成、サブスペ専門医の総合診療能力の育成等）
- ・若年人口減に伴う新卒看護師の中長期の減少リスク対策
- ・新卒者の確保策と並行し、必要とされる分野への再就業者の実効ある人材育成・マッチング、プラチナナースの拡大など、既存看護人材の活躍の場の確保策への注力



厚生労働省には、この場や医療部会等でのしっかりとした議論に加え、新型コロナ対策で培った経験を生かした、都道府県との協働・対話（情報の共有、知見・経験の入手・その反映）をお願いしたい。

参考資料 1 - 1 地域医療構想に関する都道府県意見①

(今後の地域医療構想の進め方に関する都道府県説明会(R6.2.28厚生労働省主催)に対する意見)

意見・質問等 計：107件

意見・質問等	件数
推進区域モデル及びモデル推進区域について	47件
病床数の必要量、病床機能区分、病床機能報告上の病床数と病床数の必要量の差異について	15件
<ul style="list-style-type: none"> ・ 病床機能区分について 7件 ・ 病床数の必要量のあり方について 5件 ・ 病床機能報告上の病床数と病床数の必要量の差異について 3件 	
地域医療介護総合確保基金について	12件
都道府県への早期の情報提示について	8件
各種データの提供について	7件
令和8(2026)年度取り扱いについて	4件
都道府県知事の権限行使について	2件
現行構想から新構想への繋がりについて	2件

意見・質問等	件数
その他	10件
診療報酬について	1件
経営改善のための支援について	1件
新型コロナウイルス感染症を踏まえた総括について	1件
都道府県等の取組に関するチェックリストについて	1件
国からの都道府県及び医療機関に対する調査について	1件
地域医療構想調整会議のあり方について	1件
病床数以外の指標について	1件
中長期的な方向性による国の通知について	1件
地域医療構想の推進に関する取組主体について	1件
病床機能報告における報告マニュアルの周知について	1件

病床数の必要量、病床機能区分、病床機能報告上の病床数と病床数の必要量の差異について

- ・ **定量的基準**について、現行は各都道府県が独自に作成しているため、他の都道府県や全国との比較が困難などの問題があることから、**新たな地域医療構想においては全国一律の基準**をお示しいただきたい。
- ・ 現行の高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4分類について、例えば回復期病棟の中に相当数の急性期病床が含まれていることなどが議論を複雑化させていることから、改善策をご検討いただきたい。
- ・ 次期地域医療構想では、策定後の状況の変化に応じて**将来の病床の必要量を再度算定できるようにする**等、柔軟な仕組みとしていただきたい。
- ・ 構想策定後の進捗状況の検証を客観的に行えるよう、毎年度、国において、将来の病床の必要量の算定方法と整合の取れた定量的な方法で機能別病床数についての現状分析を行い、都道府県へ提供いただきたい。
- ・ **必要病床数と病床機能報告上の病床数との差異**については、**全国一律の計算式により積算**されていることに課題があるため、国において**計算式が適切であったのか**を検証し、評価を行っていただきたい。

地域医療介護総合確保基金について

- ・ 地域医療介護総合確保基金に関しては、活用を希望する関係機関が多岐に渡り、基金の活用事業計画の検討には時間を要することから、**2026年度以降の基金にかかる方針は、遅くとも2025年度当初には提示**いただきたい。
- ・ **2026年の基金活用事業**については、県の予算編成日程上、2025年の夏頃には検討を始める必要があるため、都道府県が計画的に予算措置できるように、**基金の今後の取扱いについて示す時期を明確にする**とともに、できるだけ早期に提示いただきたい。

都道府県への早期の情報提示について

- ・ 新たな地域医療構想は、とりまとめには相当な期間を要すると想定しており、**保健医療計画の中間の見直し作業とも重なることから、都道府県における策定作業期間を可能な限り確保していただきたい。**
- ・ 令和8年度の1年間で新たな地域医療構想策定を想定しているとの説明だが、地域の実情を踏まえた新たな構想策定のためには、都道府県における検討・策定期間を**少なくとも現行構想の策定期間と同様、1年半は確保**できるよう、**現在の想定スケジュールよりも早く国ガイドラインを発出**していただきたい。

令和8(2026)年度の取扱について

- ・ **2026年が地域医療構想の空白年度になる**ことは、各医療機関にとって指標がなくなるということであり、指標のない中ではどの事業に補助金等の支援を行うか判断できず、支援の実施が困難であることから、**この空白年度の取扱いを明確かつ早期に文書**で示していただきたい。
- ・ 各地域医療構想調整会議において、2026年以降の構想に向けたスケジュール感を説明してきたが、**スケジュールが1年後倒しになっている理由**を改めて**調整会議の委員に対して説明する必要がある**ことから、厚生労働省から**具体的な経緯**を示していただきたい。

都道府県知事の権限行使について

- ・ **過剰な医療機能への転換の中止等の知事権限の適用対象**は、**既存の医療機関**（病床機能報告対象）となっているため、**再編統合による新規開設の病院**においても、地域医療構想調整会議等の協議を踏まえ過剰な医療機能への転換等を都道府県が医療法に基づき命令・要請できるようにしていただきたい。
- ・ **地域医療構想調整会議等の協議を経ず、医療機関が過剰な病床機能に転換する場合**があるため、転換した場合に都道府県が医療法に基づき命令・要請できるようにしていただきたい。

経営改善のための支援について

- ・ 人口減少による医療ニーズの減少等により、経営危機となる医療機関が続出してくると想定されるため、公立病院経営強化プランや対応方針など、各医療機関に計画策定を求めることよりも、**経営改善のための有効な支援（経営コンサルティング、経営改善の助言ができる専門家の数年単位の派遣など）**を行うことで、結果として機能分化・連携強化が進むのではないかと。

地域医療構想調整会議のあり方について

- ・ 国からの通知や事務連絡、ガイドラインにより地域医療構想調整会議で県民生活に影響を及ぼす**協議事項**（重点支援区域の申請合意や地域医療介護総合確保基金の活用に係る合意、紹介受診重点医療機関に係る協議など）が年々追加され、**会議の役割が増大している状況にある**ことから、**組織体制整備等の支援**を図るべきではないかと。

地域医療構想の推進に必要なこと

- 厚生労働省より都道府県に対して、「病床機能の分化・連携の取組など、地域全体での質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の確保を図る取組を進め」、「地域医療構想の実現に向けた取組を進める」ように、通知がありました。
- 都道府県ごとに、地域医療の事情や、都道府県(庁)、医師会、大学との関係は異なりますが、地域医療の議論の活性化をはかるためには、以下のことが重要だと考えます。

1. ステークホルダーの理解

- 地域医療構想には、都道府県、市町村、大学、医師会、医療機関、住民の代表者など、様々なステークホルダーが関わります。
- 地域医療構想を進めるためには、それぞれのステークホルダーに、「当事者意識」をもってもらい、課題を熟考し、行動をおこしてもらうことが重要です。
- そのためには、ステークホルダーの意思決定プロセス(キーパーソン、会議体、スケジュール等)を理解しておくことが重要です。
 - ◇ 留意点①: 自治体立病院では、病院長・事務長が意思決定できる範囲に制約がある場合があります。たとえば、市町村の首長・副首長が実質的な意思決定者である場合は、首長・副首長と協議する必要があります。また、複数の市町村から構成される公営医療企業団の場合、それぞれの構成市町村と協議する必要があります。
 - ◇ 留意点②: 行政機関の年間サイクルでは、企画提案や意思決定できるタイミングが、年に数回しかない場合があります。地域医療構想と病院の運営方針とが調和するのに、時間がかかる場合があります。

2. 地域医療構想の進め方(総論)

- 地域医療構想を進めるためには、①ステークホルダーの参加(当事者意識の醸成)、②課題(問い)の設定、③課題の「見える化」、④解決策の提示(仮説構築)、⑤合意形成(コンセンサス形成)を繰り返す必要があります。
 - ◇ 地域医療構想を進めるとは、この①～⑤を何回も繰り返すことです。また、③課題の「見える化」や④解決策の提示(仮説構築)のために、データに基づく説明が必要です。
 - ◇ 特に、医療機関との利害調整には労を要しますので、健康福祉部(長)の覚悟や、事務局の企画立案能力が必要です。

3. 地域医療構想調整会議の進め方

(1) ロジスティクス

- 地域医療構想調整会議は、県単位と構想区域単位で行われます。構想区域単位での調整会議を開催に際して、都道府県庁の関わりが強いと、議論が進むと考えます。
 - ◇ 当県では、構想区域(医療圏)単位の調整会議の際にも、本庁が議事進行にかかりました。
- 会議の議論を活性化させるために、「地域医療構想アドバイザー」の活用が有用だと考えます。

(2) 議事のすすめ方

① 課題(問い)の設定

- 地域医療構想では、「医療機能(の選択)」や「病床機能報告(病床数)」の議論に偏る傾向がありますが、むしろ、それ以外の「地域固有の課題」の解決策を考えることが重要です。
 - ◇ 前者にあまり時間をかけすぎないことが重要です。
- 「地域固有の課題」が無数にあるなか、課題を取捨選択・優先順位づけし、また、課題によっては解決策が導き出せないものがあることも留意する必要があります。
- 会議の出席者(病院長、事務長等)が意思決定できる範囲を理解したうえで、参加者が答えることができる「問い」を選定する必要があります。また、必要に応じて、課題を持ち帰ってもらい、次の調整会議までに検討してもらうことが必要です。

- 厚生労働省より都道府県に対して、「病床機能の分化・連携の取組など、地域全体での質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の確保を図る取組を進め」、「地域医療構想の実現に向けた取組を進める」ように、通知がありました。
- 都道府県ごとに、地域医療の事情や、都道府県(庁)、医師会、大学との関係は異なりますが、地域医療の議論の活性化をはかるためには、以下のことが重要だと考えます。

(2) 議事のすすめ方 (続き)

② 課題の「見える化」とデータ分析

- 多くの医療機関は、自院や自院周辺の課題を認識していますが、都道府県(庁)は、データ分析を通じて、地域全体の課題を「見える化」することができます。
- この際、厚生労働省から提供されるデータに加えて、都道府県が自主的に調査したり、他のデータをくみあわせることで、創意工夫で「見える化」することができます。
 ◇ 地域の課題を「面的」に把握するためにはKDBの活用が必要です。また、DPC対象病院から提出いただくDPCデータの活用も有用です。

③ 解決策(仮説)の構築

- 調整会議では、課題を示すだけでなく、ある程度の解決策(仮説)も同時に示すことが必要です。
- そのために、地域医療構想アドバイザーや「議論の落としどころ」を、いくつか検討しておくと、議事が進めやすくなります。

④ 議論の活性化

- データ分析を通じて、地域内で特徴的な傾向をもつ医療機関や、地域内での医療機関の共通傾向がわかります。また、新たな気づき(時には不都合な事実も)が見えることがあります。
- 地域医療構想調整会議の場で、会議出席者に、地域の課題がおきている原因をどう考えるか、自院が貢献できることはなにか、説明してもらうことが重要です。
- 医療機関に検討を促す場合、単独で検討することに躊躇する医療機関は少なくありません。そこで、同様の課題を抱えている医療機関のグループを作ると議論がすすみやすくなります。

⑤ 医療機関の関心

- 医療機関が必要としているのは「自院の経営に資する情報」であり、最も必用としていることは、患者数の将来予測です。
- 人口の増減や少子高齢化による変化の傾向はある程度わかるものの、「個々の医療機関にどれだけ影響がでるか」を見せることが肝となります。
 そこで、厚労省の技術的支援を活用したり、都道府県がKDBやDPCの分析結果を伝えることが、今後の地域医療構想の進展の鍵となります。

4. 地域医療構想調整会議の今後の発展

- 主に病床数、病床機能、医療機関間の役割分担を協議する「地域医療構想調整会議」と、医療従事者の確保を協議する「地域医療対策協議会」とが、両輪で動けるように、年間スケジュールを組み立てることが望ましいと考えます。
- 当県では、「地域医療構想調整会議」や「地域医療対策協議会」に、大学の病院長が代表者として参加しています。医師の派遣には、個々の診療科(医局)の裁量が大いなか、これらの会議の協議内容と、個々の診療科の医師派遣方針を、どのように連携させるか、今後も検討していく必用があります。

地域医療構想推進のための基本スタンス

「対話と信頼」なくして、地域医療構想の推進なし

1 県医師会等と「データと悩みを共有」、「顔が見える」から「腹を割って話せる」関係

- 節目節目で関係者に状況説明し、論点を整理。
- 病院協会主催で医療圏ごとに「病床機能分化に向けた2025年戦略を考える集い」を開催（H28～）。
 - ・参加者は、理事長・院長等経営層
 - ・県からの説明（初期は人口問題中心）＋意見交換会により、問題意識を行政・医療関係者で共有
- 医師会、医療法人、医業経営コンサル、看護協会、介護関係者主催研修会等に積極派遣。
 - ・調整会議以外に、H28からの2年間で延べ50回以上の懇談会、研修会、意見交換会等を開催。以降も随時開催。

2 地域医療構想は人口問題から考える天気予報（H29.6.22厚労省地域医療構想WG佐賀県提出資料）

- 行政は「予報精度の向上」、医療機関は「立ち位置の決定」という役割分担。
- 人口増加対応・病院完結型から、人口減少対応・地域完結型へのソフトランディング。
- データの海に流されないよう、病床機能報告のダイジェスト版を整理するなど入口を重視。

3 調整会議での協議が進むよう、現場課題にあった論点を明確化

- 地域医療構想との整合性は、病床数との整合性ではなく、地域完結型医療（理念・価値観）との整合性。
- 一般論や他事例の情報を収集しつつ、「佐賀の実情」にあった論点整理と協議の展開。
- 人口減少は現実に進行中であり、手遅れにならないよう、協議には一定のテンポ感が必要。

持続可能で質の高い医療を提供し続けるための 新潟県地域医療構想の実現に向けた今後の方向性 (グランドデザイン)

- 今後見込まれる医療ニーズの変化や、2024年からの医師の働き方改革に対応し、持続可能な医療提供体制を構築していくためには、将来に向けて各医療機関の役割分担と連携のあり方を具体化していく必要があります。
- グランドデザインは、各構想区域において具体化の検討を進めて行くに当たっての羅針盤となるよう、目指すべき役割分担のあり方に関する大枠の方向性や、議論に当たって留意すべき論点等を整理したものです。
- 令和3年4月16日開催の新潟県医療審議会で、今後の方向性について、同意をいただきました。

新潟県医療審議会資料
(令和3年4月16日)

持続可能で質の高い医療を提供し続けるための
新潟県地域医療構想の実現に向けた今後の方向性

令和3年4月
新潟県福祉保健部

新潟県地域医療構想の取組のポイント

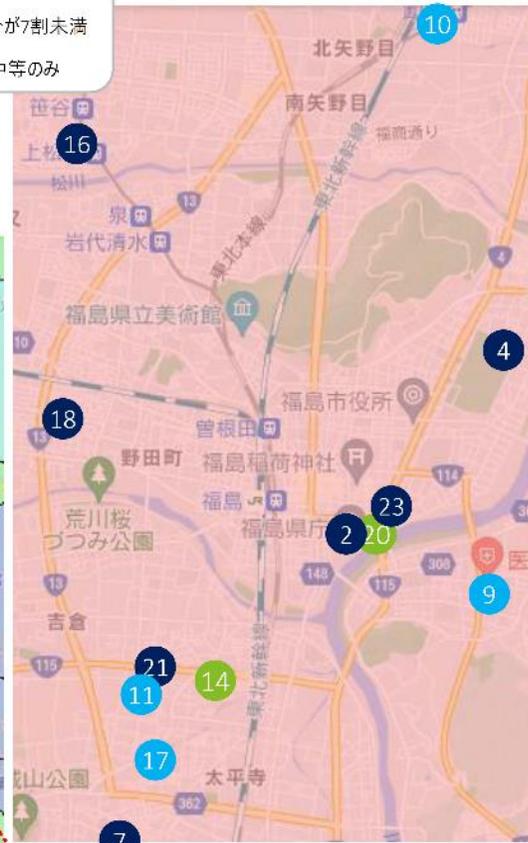
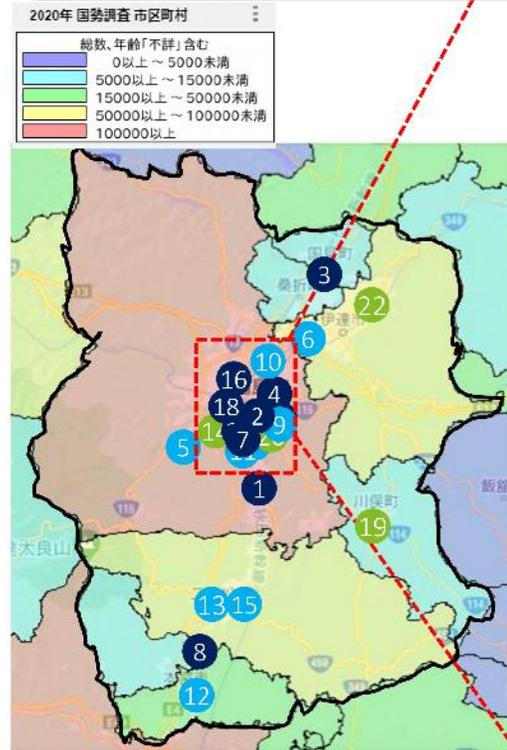
1. 新型コロナ対応における県内の連携体制強化により、危機感共有と議論の土台構築可能に
2. 地域ごとの課題抽出を元に、全県共通の課題を整理し、グランドデザイン（進め方）を策定
3. 地域ごとに丁寧な議論を積み重ね、必要に応じ、積極的に県庁がリーダーシップを担当
4. 一定程度の議論の進捗が期待されるまたは必要な地域は積極的に重点支援区域申請
5. 医師確保・養成の議論（特に総合診療医）と表裏一体の議論を実施

項目	医療施設	介護施設
主な計画	第8次福島県医療計画 福島県地域医療構想	第10次福島県高齢者福祉計画 第9次福島県介護保険事業支援計画
県の関与	県全体の総量の提示及び算出	介護保険対象施設の整備量は市町村の介護保険事業計画を基礎として、高齢者福祉圏域ごとに集計のうえ、県全域を算出
県の役割	広域的な視点での医療提供体制の確保 必要な施策の企画立案・実施 施設整備費等の補助	各高齢者福祉圏域内における整備状況、県内のバランスを考慮しながら、地域の実情に応じた整備を促進 市町村の介護保険事業計画に基づき、施設整備費等を補助
設置計画・政策的な誘導	地域医療構想調整会議（事務局：県保健福祉事務所）において協議のうえ、決定	市町村の介護保険事業計画における施設整備量に変更が生じた場合は、圏域別連絡会議（事務局：県保健福祉事務所）において協議のうえ、決定

福島市内に病院が集中している。福島県立医科大学附属病院を除くと、300床の病院が地域の基幹病院となっている

県北区域内的の病院所在地

- 凡例：● 一般病床に占める高度・急性期病床数の割合が7割以上
 ● 一般病床に占める高度・急性期病床数の割合が7割未満
 ● 回復期・慢性期または回復期・慢性期・休養中等のみ

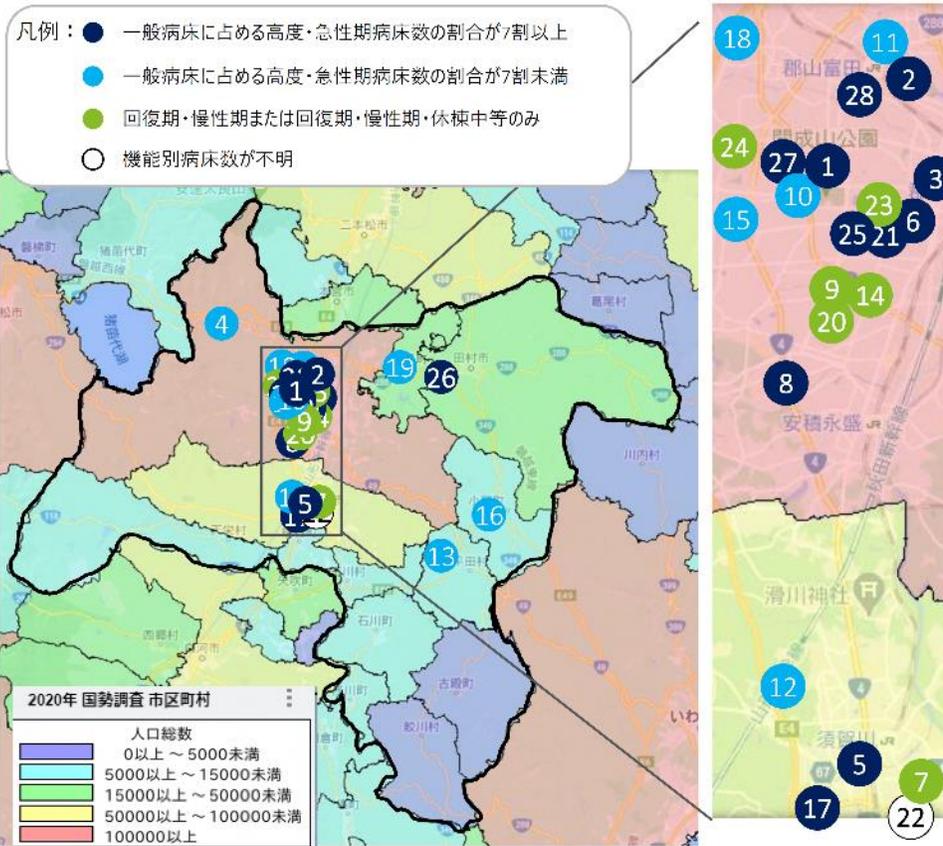


No.	病院（略称）	所在地	設置主体	許可病床総計*
①	福島県立医科大学附属病院	福島市	地方独立行政法人	778
②	大原総合病院	福島市	その他の法人	353
③	公立藤田総合病院	伊達郡国見町	市町村	311
④	福島赤十字病院	福島市	日赤	302
⑤	南東北福島病院	福島市	その他の法人	233
⑥	北福島医療センター	伊達市	公益法人	226
⑦	済生会福島総合病院	福島市	済生会	216
⑧	栞記念病院	二本松市	医療法人	216
⑨	医療生協わたり病院	福島市	医療生協	195
⑩	大原医療センター	福島市	その他の法人	186
⑪	あづま脳神経外科病院	福島市	医療法人	168
⑫	谷病院	本宮市	医療法人	164
⑬	JCHO二本松病院	二本松市	地域医療機能推進機構	160
⑭	福島南循環器科病院	福島市	医療法人	128
⑮	栞病院	二本松市	医療法人	109
⑯	福島第一病院	福島市	医療法人	105
⑰	しのぶ病院	福島市	医療法人	100
⑱	福島西部病院	福島市	医療法人	99
⑲	済生会川俣病院	伊達郡川俣町	済生会	90
⑳	福島寿光会病院	福島市	医療法人	62
㉑	福島中央病院	福島市	医療法人	58
㉒	梁川病院	伊達市	公益法人	50
㉓	明治病院	福島市	医療法人	36

*1：一般・療養病床数は福島県「病床機能報告」から集計、機能別の病床数が不明の病院については、合計のみ東北厚生局「コード内容別医療機関一覧表（医科）」から集計 *2：精神病床数は東北厚生局「コード内容別医療機関一覧表（医科）」から集計
 出所：政府統計の総合窓口「地図で見る統計（jSTAT MAP）」、福島県「地域医療構想」、「令和3年度病床機能報告」、東北厚生局「コード内容別医療機関一覧表（医科）」

郡山市、須賀川市に病院が集中しており、公立・公的でない病院が地域を代表する規模を有している点に特徴がある

県中区域内的の医療機関所在地

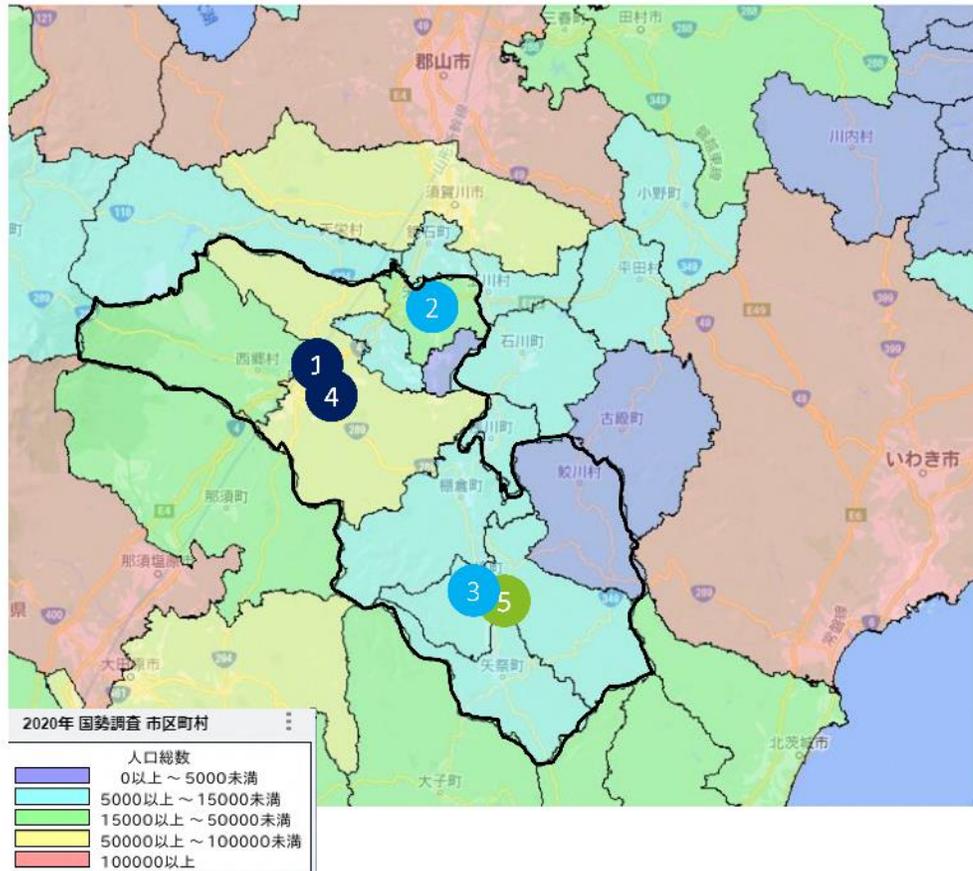


No.	病院（略称）	所在地	設置主体	許可病床総計*
1	太田西ノ内病院	郡山市	その他の法人	1,086
2	総合南東北病院	郡山市	その他の法人	461
3	星総合病院	郡山市	公益法人	412
4	太田熱海病院	郡山市	その他の法人	399
5	公立岩瀬病院	須賀川市	市町村	335
6	寿泉堂総合病院	郡山市	公益法人	305
7	NHO福島病院	須賀川市	国立病院機構	303
8	坪井病院	郡山市	その他の法人	230
9	寿泉堂香久山病院	郡山市	公益法人	199
10	今泉西病院	郡山市	医療法人	158
11	南東北第二病院	郡山市	医療法人	156
12	池田記念病院	須賀川市	医療法人	142
13	ひらた中央病院	平田村	医療法人	142
14	佐藤胃腸科外科病院	郡山市	医療法人	120
15	桑野協立病院	郡山市	医療生協	120
16	公立小野町地方総合病院	小野町	市町村	119
17	須賀川病院	須賀川市	医療法人	114
18	福島県総合療育センター	郡山市	都道府県	90
19	三春病院	三春町	市町村	86
20	土屋病院	郡山市	医療法人	80
21	今泉眼科病院	郡山市	医療法人	60
22	南東北春日リハビリテーション病院	須賀川市	医療法人	60
23	郡山病院	郡山市	医療法人	41
24	郡山市医療介護病院	郡山市	市町村	40
25	日東病院	郡山市	医療法人	36
26	たむら市民病院	田村市	市町村	32
27	朝日病院	郡山市	医療法人	30
28	奥羽大学歯学部附属病院	郡山市	私立学校法人	22

*：一般・療養病床数は厚生労働省「病床機能報告」から集計。機能別病床数が不明の病院については、東北厚生局「コード内容別医療機関一覧表（医科）」から総病床数のみ集計
 出所：政府統計の総合窓口「地図で見る統計（JSTAT MAP）」、福島県「地域医療構想」、厚生労働省「病床機能報告（令和3年度）」、東北厚生局「コード内容別医療機関一覧表（医科）」

471床の白河厚生総合病院が区域の基幹病院としての位置づけとなっており、会田病院、塙厚生病院、白河病院がそれぞれ矢吹町、塙町、白河市周辺の急性期医療を支えている

県南区域内的の病院所在地



No.	病院（略称）	所在地	設置主体	許可病床総計*
①	白河厚生総合病院	白河市	厚生連	471
②	会田病院	矢吹町	公益法人	193
③	塙厚生病院	塙町	厚生連	179
④	白河病院	白河市	医療法人	150
⑤	車田病院	塙町	医療法人	34

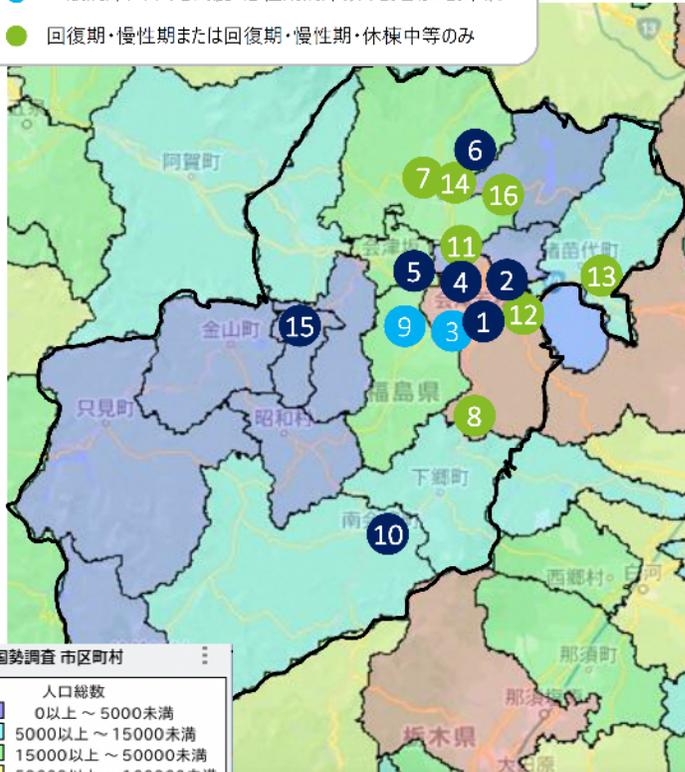
凡例：● 一般病床に占める高度・急性期病床数の割合が7割以上
 ● 一般病床に占める高度・急性期病床数の割合が7割未満
 ● 回復期・慢性期または回復期・慢性期・休棟中等のみ

*：一般・療養病床数は厚生労働省「病床機能報告」から集計、機能別の病床数が不明の病院については、合計のみ東北厚生局「コード内容別医療機関一覧表（医科）」から、精神・感染・結核病床数は東北厚生局「コード内容別医療機関一覧表（医科）」から集計
 出所：政府統計の総合窓口「地図で見る統計（JSTAT MAP）」、福島県「地域医療構想」、厚生労働省「病床機能報告（令和3年度）」、東北厚生局「コード内容別医療機関一覧表（医科）」、NAVITAIME「行ける範囲検索」

人口の多い会津若松市周辺に病院が集中しており、区域南部、西部は人口が少なく、それぞれ南会津病院、宮下病院のみとなっている

会津・南会津区域内の医療機関所在地

- 凡例：● 一般病床に占める高度・急性期病床数の割合が7割以上
 ● 一般病床に占める高度・急性期病床数の割合が7割未満
 ● 回復期・慢性期または回復期・慢性期・休棟中等のみ



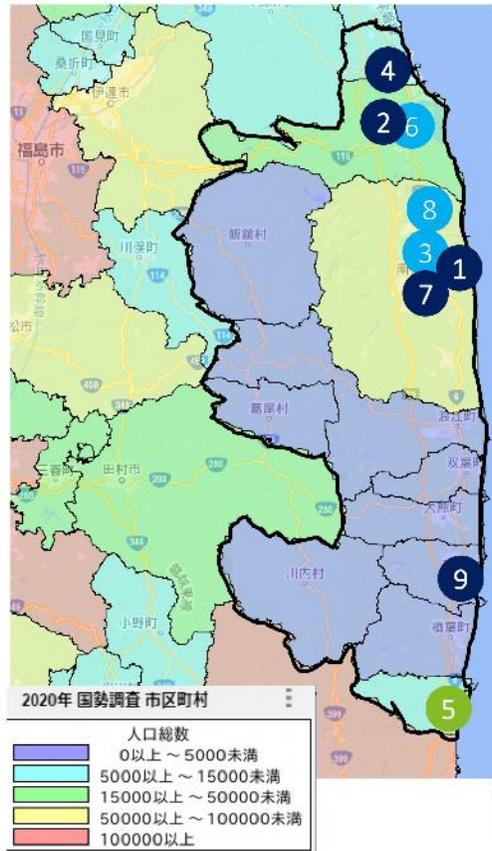
No.	病院（略称）	所在地	設置主体	許可病床総計*
1	竹田綜合病院	会津若松市	その他の法人	837
2	会津中央病院	会津若松市	その他の法人	713
3	会津西病院	会津若松市	医療法人	378
4	会津医療センター	会津若松市	地方独立行政法人	226
5	坂下厚生綜合病院	会津坂下町	厚生連	177
6	有隣病院	喜多方市	医療法人	160
7	佐原病院	喜多方市	医療法人	128
8	芦ノ牧温泉病院	会津若松市	その他の法人	120
9	高田厚生病院	会津美里町	厚生連	108
10	南会津病院	南会津町	都道府県	98
11	鳴瀬病院	喜多方市	医療法人	90
12	穴澤病院	会津若松市	公益法人	73
13	猪苗代病院	猪苗代町	市町村	65
14	小野病院	喜多方市	医療法人	46
15	宮下病院	三島町	都道府県	32
16	入澤病院	喜多方市	医療法人	20

*：一般・療養病床数は厚生労働省「病床機能報告」から集計、機能別の病床数が不明の病院については、合計のみ東北厚生局「コード内容別医療機関一覧表（医科）」から、精神・感染・結核病床数は東北厚生局「コード内容別医療機関一覧表（医科）」から集計 出所：政府統計の総合窓口「地図で見る統計（jSTAT MAP）」、福島県「地域医療構想」、厚生労働省「病床機能報告（令和3年度）」、東北厚生局「コード内容別医療機関一覧表（医科）」

比較的人口の多い相馬市、南相馬市に病院が集中しており、区域南部の双葉地区については人口が少なく、高野病院と双葉医療センターのみとなっている

相双区域内の病院所在地

- 凡例：
- 一般病床に占める高度・急性期病床数の割合が7割以上
 - 一般病床に占める高度・急性期病床数の割合が7割未満
 - 回復期・慢性期または回復期・慢性期・休棟中等のみ
 - 機能別病床数が不明



車で30分以内の範囲



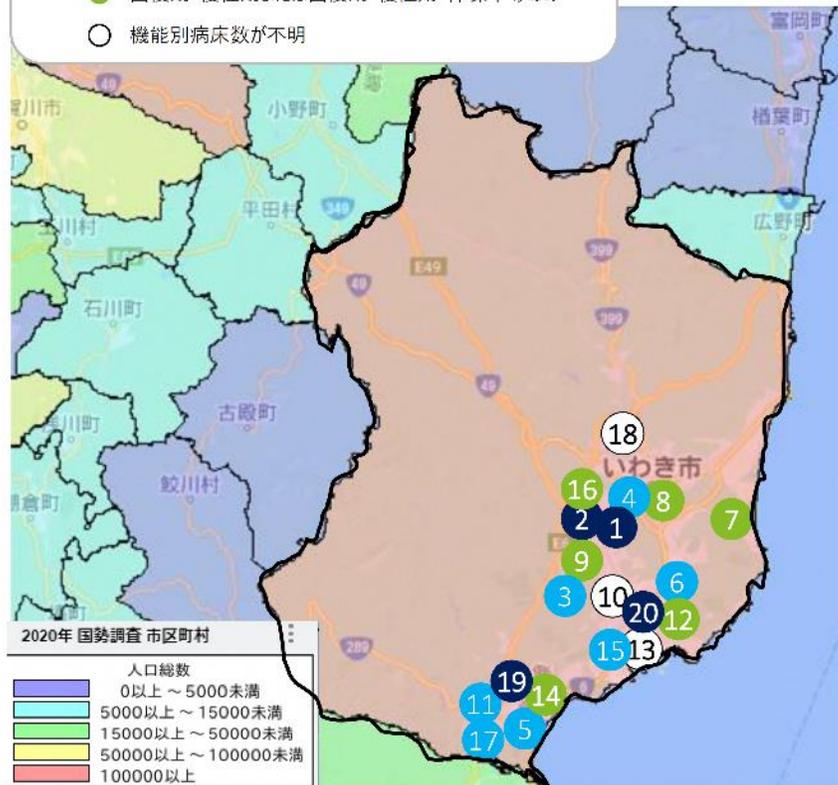
No.	病院（略称）	所在地	設置主体	許可病床総計*
1	南相馬市立総合病院	南相馬市	市町村	230
2	公立相馬総合病院	相馬市	市町村	164
3	大町病院	南相馬市	医療法人	160
4	渡辺病院	新地町	医療法人	140
5	高野病院	広野町	医療法人	109
6	相馬中央病院	相馬市	医療法人	97
7	小野田病院	南相馬市	医療法人	89
8	鹿島厚生病院	南相馬市	厚生連	80
9	ふたば医療センター	富岡町	都道府県	30

*：一般・療養病床数は厚生労働省「病床機能報告」から集計。機能別病床数が不明の病院については、東北厚生局「コード内容別医療機関一覧表（医科）」から総病床数のみ集計
 出所：政府統計の総合窓口「地図で見る統計（jSTAT MAP）」、福島県「地域医療構想」、厚生労働省「病床機能報告（令和3年度）」、東北厚生局「コード内容別医療機関一覧表（医科）」

いわき市東部、南部に病院が集中しており、市街地近郊に地域を代表する規模の病院が位置している

いわき区域内的の病院所在地

- 凡例：
- 一般病床に占める高度・急性期病床数の割合が7割以上
 - 一般病床に占める高度・急性期病床数の割合が7割未満
 - 回復期・慢性期または回復期・慢性期・休養中等のみ
 - 機能別病床数が不明



No.	病院（略称）	設置主体	許可病床総計*
1	いわき市医療センター	市町村	712
2	福島労災病院	独立行政法人労働者健康安全機構	399
3	常磐病院	公益法人	240
4	松村総合病院	公益法人	199
5	呉羽総合病院	医療法人	199
6	かしま病院	医療法人	193
7	長春館病院	公益法人	168
8	松尾病院	医療法人	158
9	いわき湯本病院	医療法人	154
10	NHOいわき病院	独立行政法人国立病院機構	154
11	こうじま慈愛病院	医療法人	120
12	小名浜生協病院	医療生協	109
13	中村病院	医療法人	98
14	矢吹病院	医療法人	96
15	磐城中央病院	公益法人	94
16	大河内記念病院	医療法人	90
17	なこそ病院	医療法人	65
18	福島整肢療護園	社会福祉法人	60
19	櫛田病院	医療法人	49
20	石井脳神経外科・眼科病院	医療法人	48

*：一般・療養病床数は厚生労働省「病床機能報告」から集計、機能別の病床数が不明の病院については、合計のみ東北厚生局「コード内容別医療機関一覧表（医科）」から、精神・感染・結核病床数は東北厚生局「コード内容別医療機関一覧表（医科）」から集計 出所：政府統計の総合窓口「地図で見る統計（JSTAT MAP）」、福島県「地域医療構想」、厚生労働省「病床機能報告（令和3年度）」、東北厚生局「コード内容別医療機関一覧表（医科）」