

令和5年度第2回県南地域医療構想調整会議次第

日 時：令和5年10月3日（火）
18：00～19：30

場 所：白河合同庁舎 大会議室

1 開 会

2 あいさつ

3 議 題

(1) 地域医療構想の進め方

資料1-1～4

(2) 福島県地域医療構想検討課題調査事業

資料2

(3) 第8次福島県医療計画 地域編

資料3-1～2

参考資料

4 情報提供

- ・有床診療所の開設報告
- ・外来医療計画に基づく医療機器の共同利用

資料4

5 その他

6 閉 会

地域医療構想の進め方

2023.6.13 福島県地域医療課

地域医療構想の目的：人口構造や医療ニーズの変化を見据え、2025年に向けて、限られた医療資源※を活用し、地域ごとに効率的で不足のない医療提供体制を構築すること

※医師、看護師不足の状況において、医療機関の連携、病床機能転換なしに不足する病床を確保することは困難。

福島県全体としての方向性

- 不足している「回復期」を確保するため、他の病床機能（「急性期」）からの転換を推進する。
- 過剰な医療機能への転換については、「各地域医療構想調整会議」での説明を求める。
- 各医療機関において、担うべき医療機関としての役割及び当該医療機関が有するべき医療機能ごとの病床数を含む今後の「対応方針」を策定し、「各地域医療構想調整会議」において、協議、合意を得る。

**R5年度中
「対応方針」策定率100%
を目指す**

・「地域医療介護総合確保基金」を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援

- ・地域医療構想会議における協議の実施状況を公表
- ・「対応方針」の策定率について、公表



各地域医療構想調整会議

「地域医療構想の進め方について」厚生労働省医政局地域医療計画課長通知参照

- ①各医療機関の現在の状況と今後の方向性を「病床機能報告」により把握※
※「報告誤り」や「未報告」は、改めて報告を求め、精査が必要
- ②「調査事業」データ分析等から、当該地域の現状を分析
○「急性期」と報告されている病床の中に、「回復期相当」病床あるいは「高度急性期相当」病床が含まれていないか等、評価
※病床機能報告は病床単位での報告であることに留意し、各地域の実情に応じた定量的な基準の導入の検討

※病床機能分化・連携のモデル事例（経営シミュレーション事例）の提示

↓
地域内の現状分析、将来需要分析、経営シミュレーション等の観点から
各医療機関において「対応方針」の作成

③病床の機能分化・連携に向けた協議

④「対応方針」について、協議。合意

6月頃
～
9月頃

10月頃
～
11月頃

12月頃～3月

令和〇年〇月作成

病院・診療所の2025年における対応方針

項目	記載例
病院名	医療法人〇〇 ●●病院
R5.7.1現在の病床数(総数)	R7.7.1現在の予定病床数(総数)
・高度急性期	・高度急性期
・急性期	・急性期
・回復期	・回復期
・慢性期	・慢性期
・休床	・休床(有りの場合、解消の見通しについて詳しく記載してください)
病床機能の変更を予定する場合、具体的な変更内容	XX年4月を目途に〇〇病棟を急性期一般入院科から地域包括ケア病棟入院科に変更し、回復期機能へ転換予定。ポスト・サブアキュート患者の受入を拡大する。等
診療科目(令和 年 月 日現在)	・外科、内科、小児科など
職員数(令和 年 月 日現在)	・医師 常勤 〇人, 非常勤 〇.〇人 ・看護師 常勤 〇人, 非常勤 〇.〇人 ・その他、薬剤師、言語療法士など、必要に応じて追記してください。>
現在(令和 年 月 日現在)、自施設の担っている診療実績(令和4年度実績)	・病棟毎(届出入院基本科、平均在院日数※1、病床稼働率※2など) ・施設毎(休日に受診した患者延べ数、夜間時間外に受診した患者延べ数、救急車の受入れ件数など) ※1 平均在院日数=在棟患者延べ数(年間) / (新規入棟患者数(年間) + 退棟患者数(年間)) / 2 ※2 稼働率=在棟患者延べ数(年間) / (稼働病床数*365(稼働日数))
現在(令和 年 月 日現在)、自施設の担っている政策医療(5疾病5事業、在宅医療)	がん、心筋梗塞、在宅医療を担っている、など
現在(令和 年 月 日現在)、自施設の担っている新興感染症等対応	重症患者受入れ、急性期を脱した患者を受入れ、〇〇の理由で受け入れていない、など
現在(令和 年 月 日現在)の他機関との連携	2次救急を担い、3次救急は〇〇病院へ。急性期を脱した患者については〇〇病院へ。主に回復期を担う、など
現在(令和 年 月 日現在)の自施設の課題	・地域の医療需要の減少が見込まれること、近隣の〇〇病院との機能の一部重複があることから、現状の体制を維持するべきか否か、検討が必要 ・地域で不足している、急性期医療を受けた後の患者の受け皿となる医療機関の整備に向けて、当院の役割の再検討が必要、など
R7年(2025)において地域で担う役割	・〇〇病院のみでは対応しきれない、脳卒中及び心血管疾患への対応を中心とした急性期医療の提供体制は維持していく ・地域における回復期機能の一翼を担う、 ・在宅等からの急性増悪した高齢患者を受け入れる役割を担う、など
R7年(2025)において圏域内の他の医療機関に果たしてほしい役割	・〇〇病院は、圏域内の高度急性期を担ってほしい。 ・●●病院は、他病院から急性期を脱した回復期をもう少し受け入れてほしい、など
R7年(2025)、自施設の担っている政策医療(5疾病5事業、在宅医療)	がん、心筋梗塞を担う予定、在宅医療を拡大していく、など
R7年(2025)、自施設の担っている新興感染症等対応	重症患者受入れ、急性期を脱した患者を受入れ、〇〇の理由で受け入れない、など
R7年(2025)の他機関との連携	2次救急を担い、3次救急は〇〇病院へ。急性期を脱した患者については〇〇病院へ。主に回復期を担う、など
R6(2024)からの働き方改革への対応について	・A、連携B(派遣する病院)、B(救急医療等)のどの水準にするか。 ・現状の医療提供体制の確保のために医師は確保できるか。
建物の建替え、改修予定	・予定時期(基本設計、実施設計、工事着工、竣工、開院)の確認。 ・建替え・改修に合わせて、不足している病床機能への転換、他医療機関との機能分担・連携の考えについて確認。
高額医療機器の購入	・何をいつ頃購入するか確認。 ・購入に合わせて他医療機関との共同利用 機能分担・連携の考えについて確認。
今後の自施設の課題、不安要素、他医療機関との連携希望、など	医師の確保に課題があり、近隣の〇〇病院と役割分担(再編)に向けて話してみたい、など。

本県における対応方針策定の進め方

令和5年5月

福島県保健福祉部地域医療課

地域医療構想の実現に向けて、令和5年度において、公立・公的・民間医療機関のすべての医療機関における「対応方針」の策定や見直しを行うことが求められている。

なお、地域全体の医療機能の今後の見込みを把握した上で議論を進めるため、有床診療所に対しても「対応方針」の策定を依頼する。

1 「対応方針」策定の進め方

① 各医療機関における「対応方針」の策定

項目	内容
報告様式	・対応方針の報告様式については、国の参考様式を基に県で作成
地域でのあるべき姿	・病床機能報告、レセプト分析等を活用し、圏域における自医療機関の客観的な役割（医療機関の規模、稼働率、診療報酬上の施設基準、診療実績、人員配置等）をイメージ
2025年における各病院の「対応方針」の策定	・2025年度（令和7年度）に向けて、医療機関の医療機能、病床数、他医療機関との役割分担等（救急対応を行う病院、回復期を担う病院）、建物の建替え、高額機器の購入、働き方改革を見据えた人材確保の見通しなどについて記載。 ・策定にあたっては、必要に応じて調整会議に諮る前に地域医療構想調整会議の圏域事務局である保健所と調整。
休床中の病床の取り扱い	・2025年時点において休床予定の病床については、稼働にかかる今後の見通しについて記載。 ・再稼働の見通しが立たない病床については、削減を検討。
対応方針の公開	・策定した対応方針については、県HPで公開

② 検討の場

次の①、②などを活用し、圏域での役割・連携を協議する。

方法例	内容	備考
① 現行の会議体を活用 ・地域医療構想調整会議 ・病院部会	・既存の会議の場で、医療機能の役割分担・連携、病床数等を協議する。	・「対応方針」については、地域医療構想調整会議での合意が必要。
② 関係病院の事前協議の場を設定 ・保健所主導 ・コンサルによる支援	・必要に応じて、関係病院・医師会と調整の上、別途、協議の場を設定し、医療機能の役割分担・連携を協議する。	・データ分析、定量基準による現状分析等、議論の材料の提供を行う。レセプト分析データは9月末までに提供予定。

2 策定様式について

調整会議での協議に当たり、各医療機関の状況を比較検討しやすくするため、2025プラン等で「対応方針」を策定済の医療機関においても、今年度提示する共通様式により、改めて対応方針の見直しを行う。

(1) 公的医療機関について

「病院・診療所の2025年における対応方針」のとおり、これまで公立・公的病院2025プランを作成した様式を簡略化したものに、「①新興感染症等対応」、「②働き方改革への対応」及び「③建物の建替え、改修、高額医療機器の購入」を追記し、具体例を示して、作成を依頼する。

(2) 民間病院について

公的病院同様、2025年における「対応方針」の策定を依頼する。

(3) 有床診療所について

今後、共通様式により「対応方針」策定を依頼する。

(4) 公立医療機関について

令和5年度中に「公立病院経営強化プラン」を策定することとなっている。

「公立病院経営強化プラン」と合わせて、2025年における「対応方針」の策定を依頼する。

3 策定期間について

各医療機関の「対応方針」については、令和5年度中に各地域医療構想調整会議での同意を得る。

(1) 公立・公的・民間病院について

地域医療構想調整会議における、各圏域での現状分析、今後の方向性についての協議の後、検討方針策定の依頼を行う。

各医療機関から提出された「対応方針」について、12月開催の調整会議で協議を行うことを目途とし、継続協議となったものについては3月開催の調整会議で合意を得る。

(2) 有床診療所について

今後、地域医療課から依頼文の発出を行い、提出とりまとめ、未提出機関への催促は所管保健所で行う。

上記(1)同様、各地域医療構想調整会議で協議し、同意を得る。

5 健 第 5 0 0 0 号
令和 5 年 9 月 1 5 日

各病院管理者 様

福島県保健福祉部長
(公 印 省 略)

2025年における医療機関の対応方針の策定について（依頼）

本県の保健医療福祉行政の推進については、日頃より格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、地域医療構想の実現に向けては、厚生労働省通知「地域医療構想の進め方」により、各医療機関の2025年における対応方針について策定・見直しを行うことが求められております。

つきましては、貴医療機関の対応方針について策定の上、下記により提出いただきますようお願いいたします。

記

1 対応方針の内容

各医療機関の2025年度（令和7年度）における医療機能ごとの病床数、自施設の担う役割、他医療機関との連携、課題など

※記載例及び別紙1「本県における対応方針策定の進め方」を参考に作成をお願いします。

2 提出様式

別添様式「病院・診療所の2025年における対応方針」

3 提出期限

令和5年11月15日（水）

4 提出先

県出先機関保健所の地域医療構想担当あて電子メールにて提出願います。

（別紙2「2025対応方針提出先」のとおり）

5 地域医療構想調整会議での協議について

提出された対応方針については、地域医療構想調整会議において協議し、合意を諮るものとします。調整会議で合意がなされた対応方針については、県で公表することとなりますので、あらかじめ御承知おきください。

6 その他

策定様式等は県地域医療課ホームページに掲載しておりますので御活用ください。

（事務担当 副主査 渡部 電話 024-521-8672）

各有床診療所管理者 様

福島県地域医療課長
(公 印 省 略)

2025年における医療機関の対応方針の策定について（依頼）

本県の保健医療福祉行政の推進については、日頃より格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、地域医療構想の実現に向けては、厚生労働省通知「地域医療構想の進め方」により、各医療機関の2025年における対応方針について策定・見直しを行うことが求められております。

つきましては、貴医療機関の対応方針について策定の上、下記により提出いただきますようお願いいたします。

記

1 対応方針の内容

各医療機関の2025年度（令和7年度）における医療機能ごとの病床数、自施設の担う役割、他医療機関との連携、課題など

※記載例及び別紙1「本県における対応方針策定の進め方」を参考に作成をお願いいたします。

2 提出様式

別添様式「病院・診療所の2025年における対応方針」

3 提出期限

令和5年11月15日（水）

4 提出先

県出先機関保健所の担当あて電子メールまたは郵送にて提出願います。

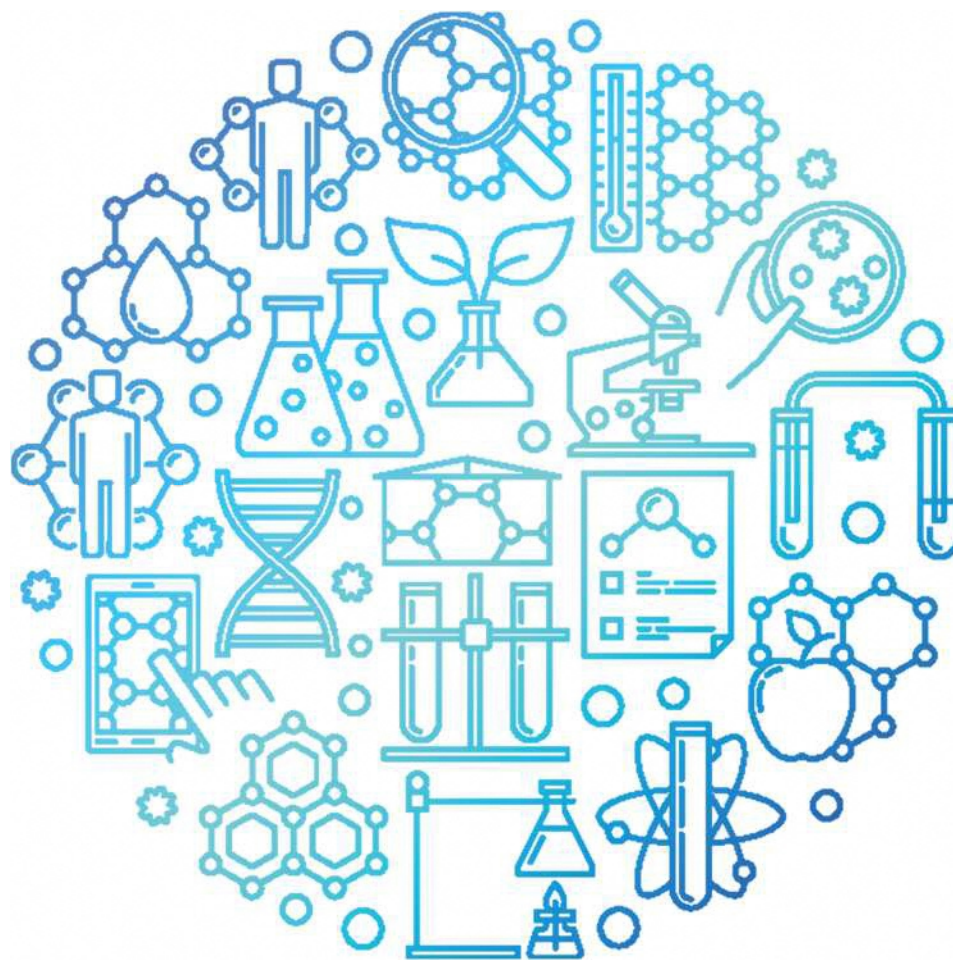
（別紙2「2025対応方針提出先」のとおり）

5 地域医療構想調整会議での協議及び共有について

提出された対応方針については、地域の医療関係者等が参加する各地域医療構想調整会議で協議いただいた後、公表することとなりますので、あらかじめ御承知おきください。（協議方法は提出先保健所より案内します）

6 その他

策定様式等は県地域医療課ホームページに掲載しておりますので御活用ください。



令和5年度福島県地域医療構想検討課題調査業務

県南区域第2回地域医療構想調整会議

2023年10月3日

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必要病床数と比較すると、県南区域では急性期病床の過剰が若干解消するものの、引き続き急性期病床の過剰、高度急性期病床、回復期病床、慢性期病床の不足が継続している状況です。

区域	R7年の必要病床数					現在の病床数（R4年7月1日現在）						R7年必要病床数との差				
	合計	急性期 高度	急性期	回復期	慢性期	合計*	急性期 高度	急性期	回復期	慢性期	休棟	合計*	急性期 高度	急性期	回復期	慢性期
県北	3,985	404	1,462	1,667	452	4,377	440	2,651	730	556	114	392	36	1,189	937	104
県中	4,643	469	1,640	1,404	1,130	5,198	118	3,313	720	1,047	450	555	351	1,673	684	83
県南	889	100	387	247	155	1,006	0	772	101	133	67	117	100	385	146	22
R3年度 時点	-	-	-	-	-	1,025	0	781	111	133	56	136	100	394	136	22
会津・南会津	2,459	256	849	846	508	2,771	108	1,867	266	530	50	312	148	1,018	580	22
相双	725	45	233	243	204	1,054	11	765	50	228	89	329	34	532	193	24
いわき	2,696	264	809	750	873	3,543	282	1,364	681	1,216	58	847	18	555	69	343
福島県	15,397	1,538	5,380	5,157	3,322	17,949	959	10,732	2,548	3,710	828	2,552	579	5,352	2,609	388

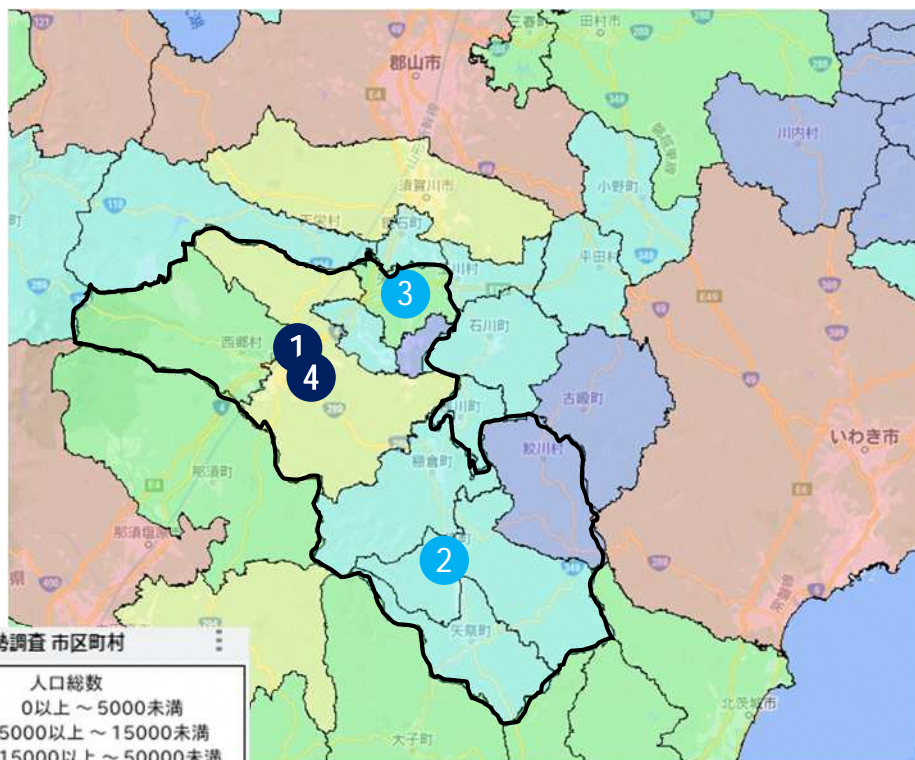
*休棟・無回答を除いた病床数の合計、及びR7年必要病床数との差。

出所:福島県「地域医療構想」、「病床機能報告（令和4年度）」

（前回分析の再掲）県南区域の医療提供の概観

県南区域の二次救急病院の所在地

- 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



搬送状況概要（令和3年度）

	県南区域	福島県
年間搬送件数	5,467件	73,610件
区域内完結率	86.2%	99.6%
平均搬送時間*	56分	50分

二次救急病院一覧

No.	病院名	救急医療施設の認定	所在地	許可病床総計
①	白河厚生総合病院	二次救急	白河市	471
②	塙厚生病院	二次救急	塙町	242
③	会田病院	二次救急	矢吹町	193
④	白河病院	二次救急	白河市	150

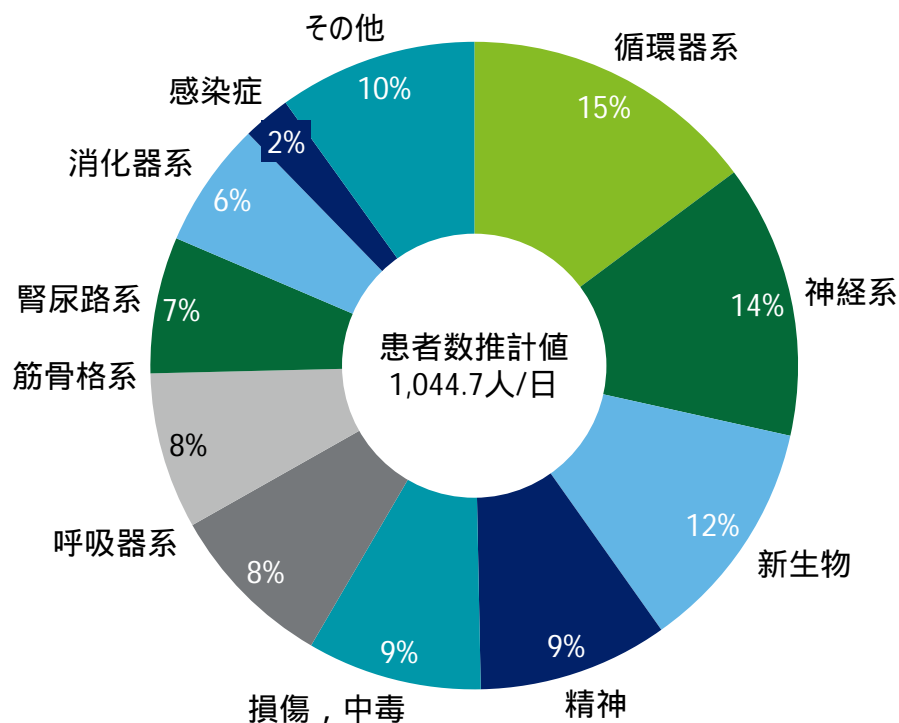
*搬送時間 = 病院収容時刻 - 覚知時刻

出所：政府統計の総合窓口「地図で見る統計（jSTAT MAP）」、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）」

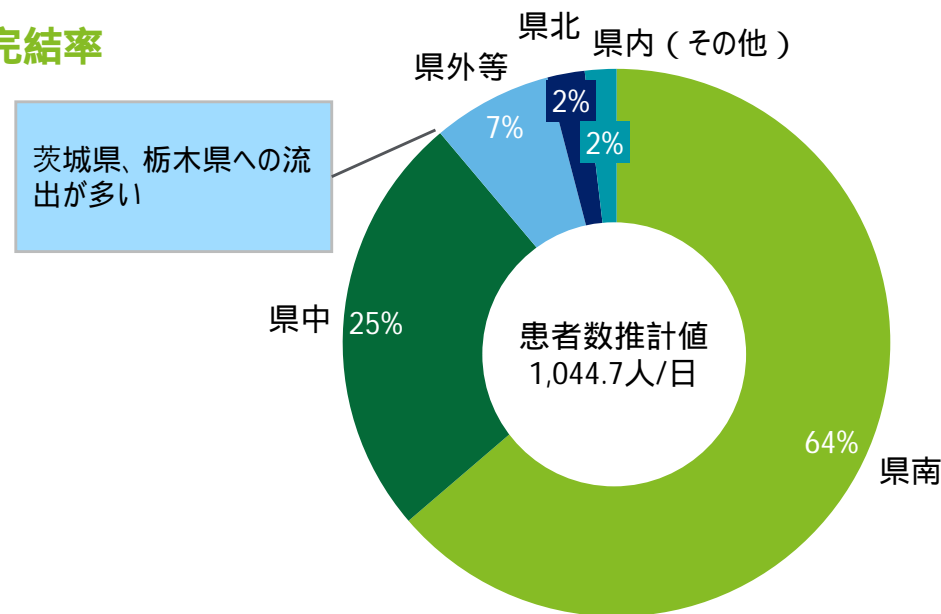
【レポート】疾患構成と完結率

国保および後期高齢のレセプトデータによると、県南区域の患者住所地ベースの1日あたりの患者数は約1045人となっており、循環器系、新生物、精神、損傷、中毒で全体の半数を占めています。完結率は64%程度となっており、神経系、循環器系、新生物等の患者が県中区域や県外（主に茨城県、栃木県）を中心に流出しています。

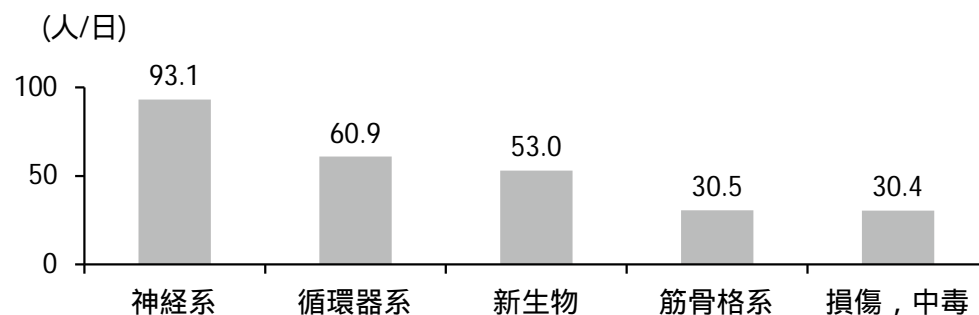
疾患構成（患者住所地ベース）



完結率



疾患別1日あたり流出患者数（上位5疾患）

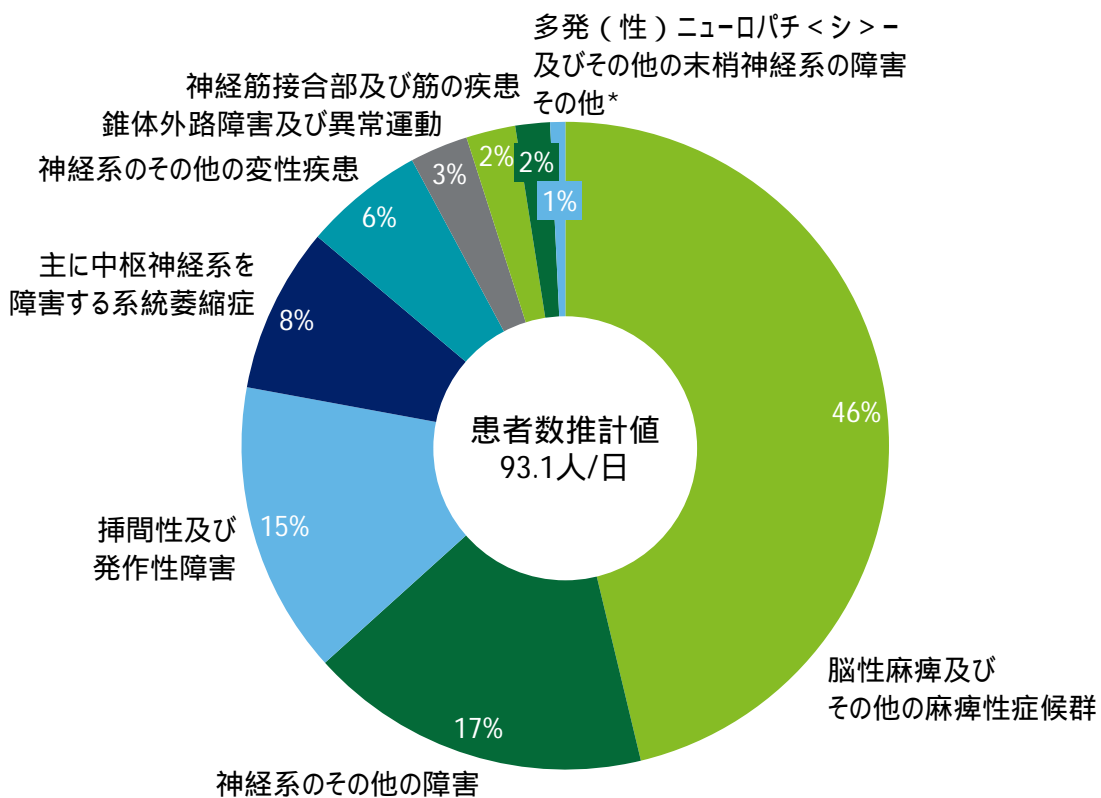


出所：県南区域のレセプトデータ（R3年度）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2018年3月推計）2020年推計データ

【レポート】区域外へ流出している神経系入院患者の状況

神経系患者の流出患者のうち、脳性麻痺等の患者が最も多く46%、次いでその他の障害が17%、挿間性及び発作性障害が15%となっています。どの疾患においてもNHO福島病院での受療が最も多く、加えて1日1人あたり決定点数が低いことから慢性期相当の患者が流出していることが窺えます。

神経系の流出患者構成



上位3分類の詳細

#	流出先医療機関名称 (上位3位)	患者数推計値 (人/日)	1日1人あたり 決定点数
脳性麻痺等			
1	NHO福島病院	42.5	2,416
2	那須脳神経外科病院	0.5	3,373
3	土屋病院	0.1	2,077
	計	43.1	2,425
その他の障害			
1	NHO福島病院	13.8	2,299
2	芦ノ牧温泉病院	1.3	2,029
3	南東北春日 リハビリテーション病院	0.2	3,726
	計	15.9	2,334
挿間性及び発作性障害			
1	NHO福島病院	5.5	2,308
2	太田熱海病院	2.0	1,919
3	那須高原病院	0.9	1,297
	計	13.6	2,691

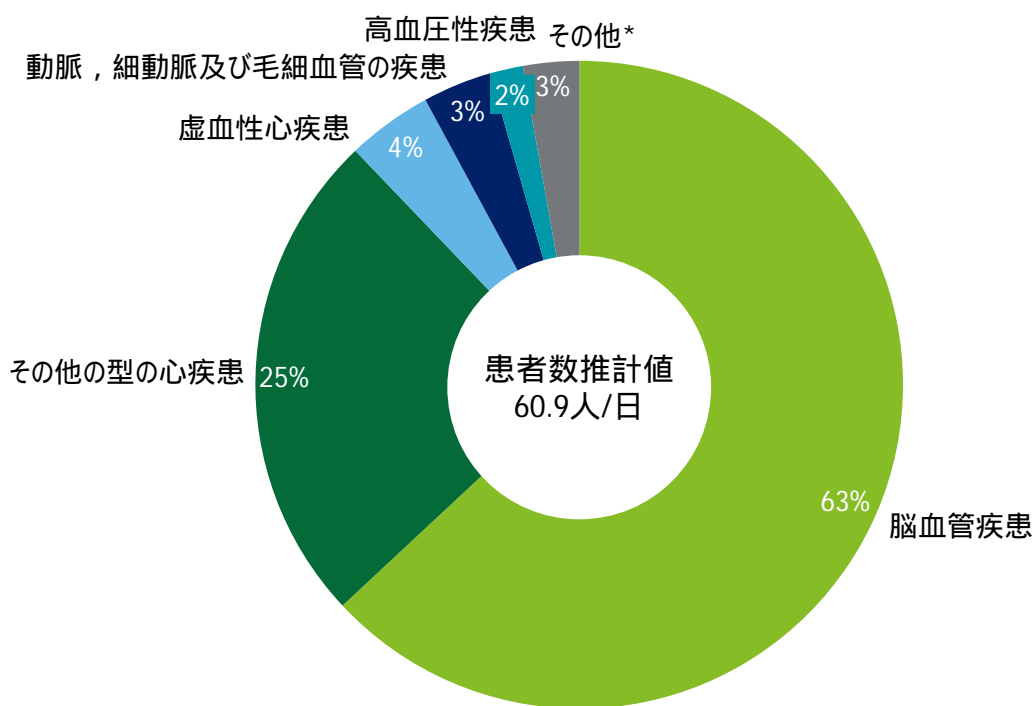
*その他には中神経系の脱髄疾患、神経、神経根及び神経叢の障害が含まれる

出所：県南区域のレポートデータ（R3年度）、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」（2018年3月推計）2020年推計データ

【レポート】区域外へ流出している循環器系入院患者の状況

循環器系疾患の流出患者のうち脳血管疾患とその他の型の心疾患で全体の約8割となっています。脳血管疾患の多くが南東北春日リハビリテーションで受療しており、1日1人あたり決定点数もそれほど高くないことから、回復期相当の患者が流出していることが窺えます。その他の型の心疾患や虚血性心疾患については、藤井病院の1人あたり決定点数は比較的低いものの、その他の医療機関については、1人あたり決定点数が高いことから、専門的治療が必要な患者が流出していることが窺えます。

循環器系の流出患者構成



上位3分類の詳細

	#	流出先医療機関名称 (上位3位)	患者数推計値 (人/日)	1日1人あたり 決定点数
脳血管疾患	1	南東北春日 リハビリテーション病院	15.1	4,099
	2	寿泉堂香久山病院	4.6	2,003
	3	NHO福島病院	4.1	2,447
		計	38.4	3,937
その他の型の 心疾患	1	藤井病院	4.7	1,894
	2	総合南東北病院	2.3	10,674
	3	太田西ノ内病院	1.2	17,811
		計	15.1	8,138
虚血性 心疾患	1	須賀川病院	1.1	8,044
	2	太田西ノ内病院	0.4	12,380
	3	星総合病院	0.3	19,505
		計	2.6	9,816

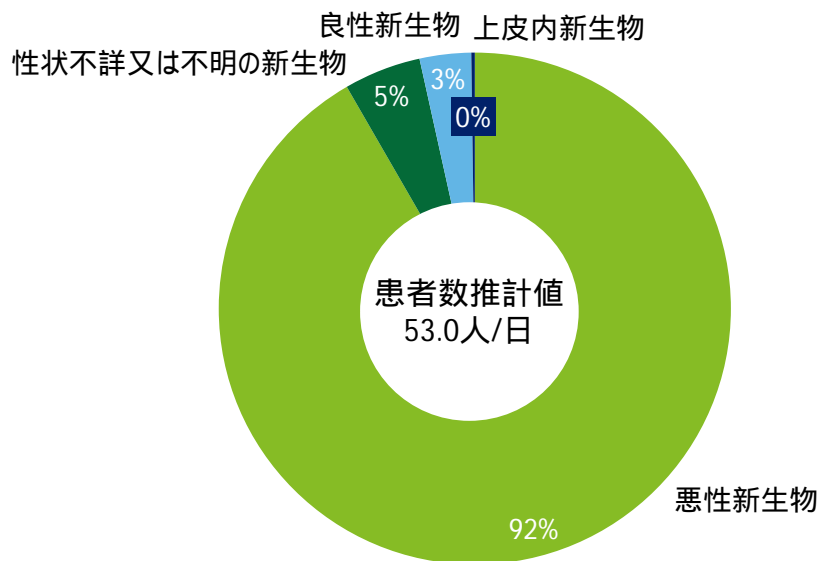
*その他には静脈,リンパ管及びリンパ節の疾患,他に分類されないもの、肺性心疾患及び肺循環疾患、慢性リウマチ性疾患が含まれる

出所：県南区域のレポートデータ（R3年度）、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」（2018年3月推計）2020年推計データ

【レポート】区域外へ流出している新生物入院患者の状況

新生物の流出患者のうち、悪性新生物がほとんどを占めており、中でも膵、結腸、胃の流出が多くなっています。総合南東北病院や太田西ノ内病院、星総合病院への流出が多く、1日1人あたり決定点数も高いことから、専門的治療が必要な患者が流出患者の中心であることが窺えます。

新生物の流出患者構成



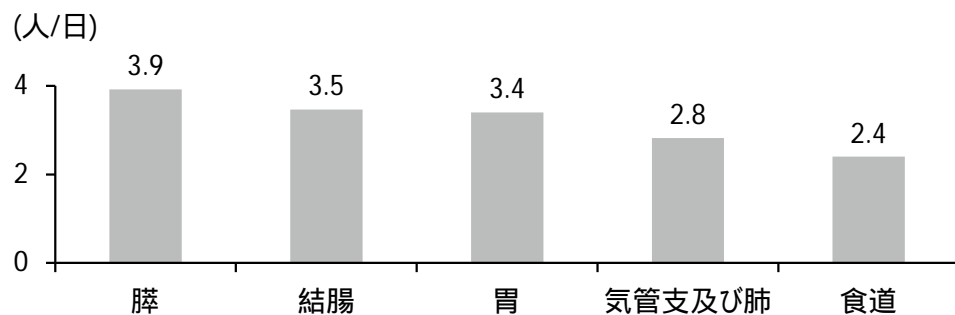
上位3分類の詳細

#	流出先医療機関名称 (上位3位)	患者数推計値 (人/日)	1日1人あたり 決定点数
膵	1 総合南東北病院	1.9	5,379
	2 太田西ノ内病院	0.7	6,249
	3 星総合病院	0.6	4,173
	計	4.1	5,392

結腸	1 総合南東北病院	1.6	6,522
	2 星総合病院	0.4	8,536
	3 坪井病院	0.3	6,533
	計	3.5	7,021

胃	1 総合南東北病院	1.1	5,821
	2 坪井病院	1.0	5,912
	3 公立岩瀬病院	0.4	4,857
	計	3.5	5,822

部位別1日あたり流出患者数（上位5部位）

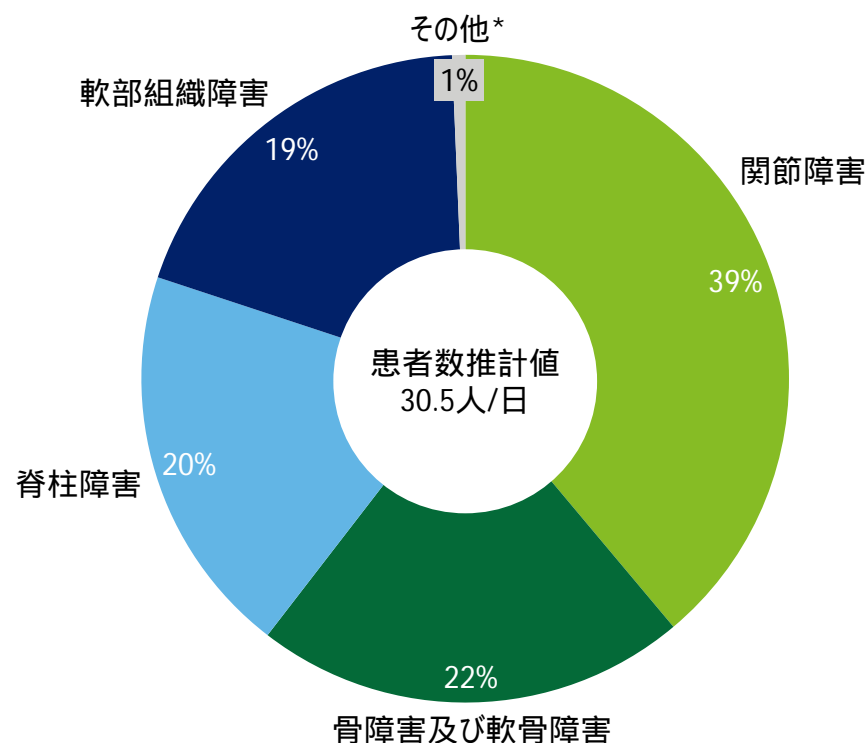


出所：県南区域のレポートデータ（R3年度）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2018年3月推計）2020年推計データ

【レポート】区域外へ流出している筋骨格系入院患者の状況

筋骨格系の流出患者のうち、関節の患者が最も多く39%、次いで骨障害及び軟骨障害が22%、脊柱障害が20%となっています。関節障害や脊柱障害については1日あたり決定点数が比較的高く、専門的な治療が必要な方が流出していることが窺えます。

筋骨格系の流出患者構成



上位3分類の詳細

	#	流出先医療機関名称 (上位3位)	患者数推計値 (人/日)	1日1人あたり 決定点数
関節障害	1	池田記念病院	2.2	6,719
	2	須賀川病院	1.8	7,751
	3	星総合病院	1.5	12,751
		計	11.9	7,413
骨障害及び軟骨障害	1	NHOいわき病院	4.3	2,076
	2	池田記念病院	0.7	1,707
	3	太田熱海病院	0.2	1,994
		計	6.6	2,696
脊柱障害	1	総合南東北病院	1.6	8,126
	2	池田記念病院	1.0	6,006
	3	慈泉堂病院	0.5	1,662
		計	6.0	5,929

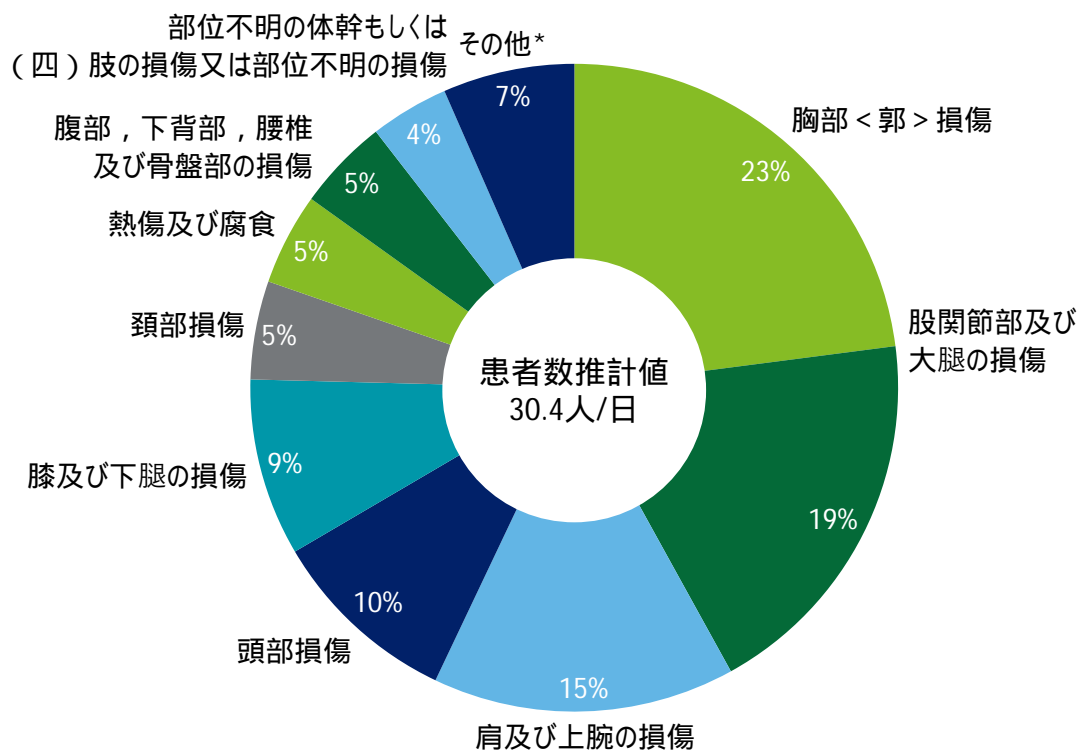
*その他には全身性結合組織障害、筋骨格系および結合組織のその他の障害が含まれる

出所：県南区域のレポートデータ（R3年度）、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」（2018年3月推計）2020年推計データ

【レポート】区域外へ流出している損傷,中毒系入院患者の状況

損傷,中毒の流出患者は、胸部損傷が最も多く23%、次いで股関節部及び大腿の損傷が19%、肩及び上腕の損傷が15%となっており、この3疾患で全体の約半数を占めています。胸部損傷や股関節部及び大腿の損傷については、流出患者数上位の1日1人あたり決定点数は比較的low、回復期機能を有する病院で受療していることから、運動器系のリハビリ機能も不足している可能性が窺えます。

損傷,中毒の流出患者構成



上位3分類の詳細

#	流出先医療機関名称 (上位3位)	患者数推計値 (人/日)	1日1人あたり決定点数
胸部損傷			
1	国立障害者リハビリテーションセンター病院	5.6	2,344
2	塩原温泉病院	0.6	2,619
3	太田西ノ内病院	0.2	4,008
	計	7.0	2,558
股関節部及び大腿の損傷			
1	池田記念病院	1.7	2,499
2	南東北春日リハビリテーション病院	1.6	3,539
3	星総合病院	0.7	8,161
	計	5.8	3,881
肩及び上腕の損傷			
1	第一病院	1.4	3,983
2	池田記念病院	1.2	5,861
3	須賀川病院	0.6	5,715
	計	4.6	5,095

*その他には、外科的及び内科的ケアの合併症,他に分類されないもの、肘及び前腕の損傷、外傷の早期合併症、足首及び足の損傷、薬物,薬剤及び生物学的製剤による中毒、多部位の損傷、自然開口からの異物侵入の作用、薬用を主としない物質の毒作用、外因のその他及び詳細不明の作用

出所：県南区域のレポートデータ (R3年度)、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」(2018年3月推計)2020年推計データ

医療資源の不足を背景とした地域における 医療提供の事例

医療資源の不足を背景とした地域における医療提供の事例

医師や看護師等の医療人材が不足している地域では、医師の働き方改革が本格始動する今後において、人材供給が大幅に増えることは現実的ではないことから、医療資源の集約化・共有化を行うことを目的とした医療機関の再編・統合及び連携ネットワーク化の強化が行われています。

3区域における再編統合・ネットワーク化強化の概要

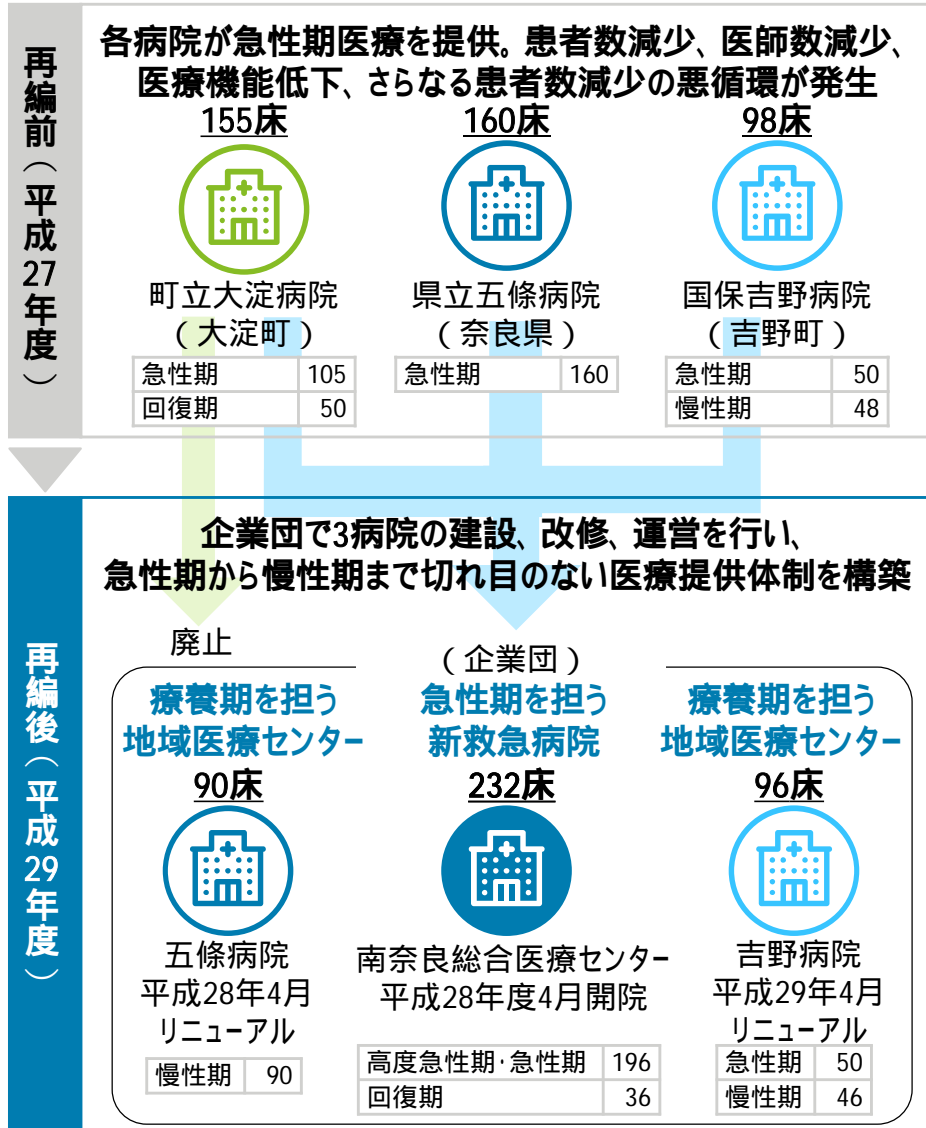
市町村立	都道府県立	企業団	地方独立行政法人	一部事務組合	民間	指定管理
------	-------	-----	----------	--------	----	------

区域	医療機関	時期	概要	
1. 奈良県 南和区域	大淀町立大淀病院(155)	2016	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 企業団を設立し設置主体の異なる3つの病院を経営統合の上、急性期機能は移転新築した中核病院となる南奈良総合医療センターが主に担い、五條病院、吉野病院は主に回復 / 慢性期を担う体制に再編 	
	奈良県立五條病院(160)			五條病院(90)
	吉野町国民健康保険吉野病院(98)			吉野病院(96)
	南奈良総合医療センター(232)			廃止
2. 山形県 庄内区域	日本海病院(642)	2018	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2018年に酒田医療センターを日本海酒田リハビリテーション病院に名称変更。市立八幡病院(48床)を無床化し、他の市立5診療所も含め地方行政法人山形県・酒田市病院機構に経営統合 ✓ 同時期に病院機構・医療法人・医師会等から成る地域医療連携法人を設立し、組織間の連携を強化 	
	酒田医療センター(114)			日本海酒田リハビリテーション病院(114)
	酒田市立八幡病院(46) 他5診療所			日本海八幡クリニック(無床) 他5診療所
3. 茨城県 筑西・下妻区域	県西総合病院(311)	2018	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 筑西市民病院と県西総合病院(筑西市・桜川市による一部事務組合)の再編統合により、急性期を担う基幹病院として茨城県西部メディカルセンター(地独_筑西市)を開院。桜川市は主に後方支援を担うさくらがわ地域医療センターを整備し、再編統合を構成する山王病院による指定管理により開院 	
	筑西市民病院(173)			茨城県西部メディカルセンター(250)
	山王病院(79)			さくらがわ地域医療C(128)

【1. 奈良県南和】

南和地域全自治体で医療を支えるため企業団を設置し、医療提供体制を構築

再編の概要



再編による変化

	再編前 (平成27年度)	再編後 (平成29年度)
 病床数	413床	418床
 常勤医師数	49名 <small>*年度記載なし</small>	65名
 救急搬送件数	2,253件	3,923件
 1日平均入院患者数	286.5人	292.6人

再編前：大淀病院・五條病院・吉野病院の実績合計
再編後：南奈良総合医療センター・五條病院・吉野病院の実績合計

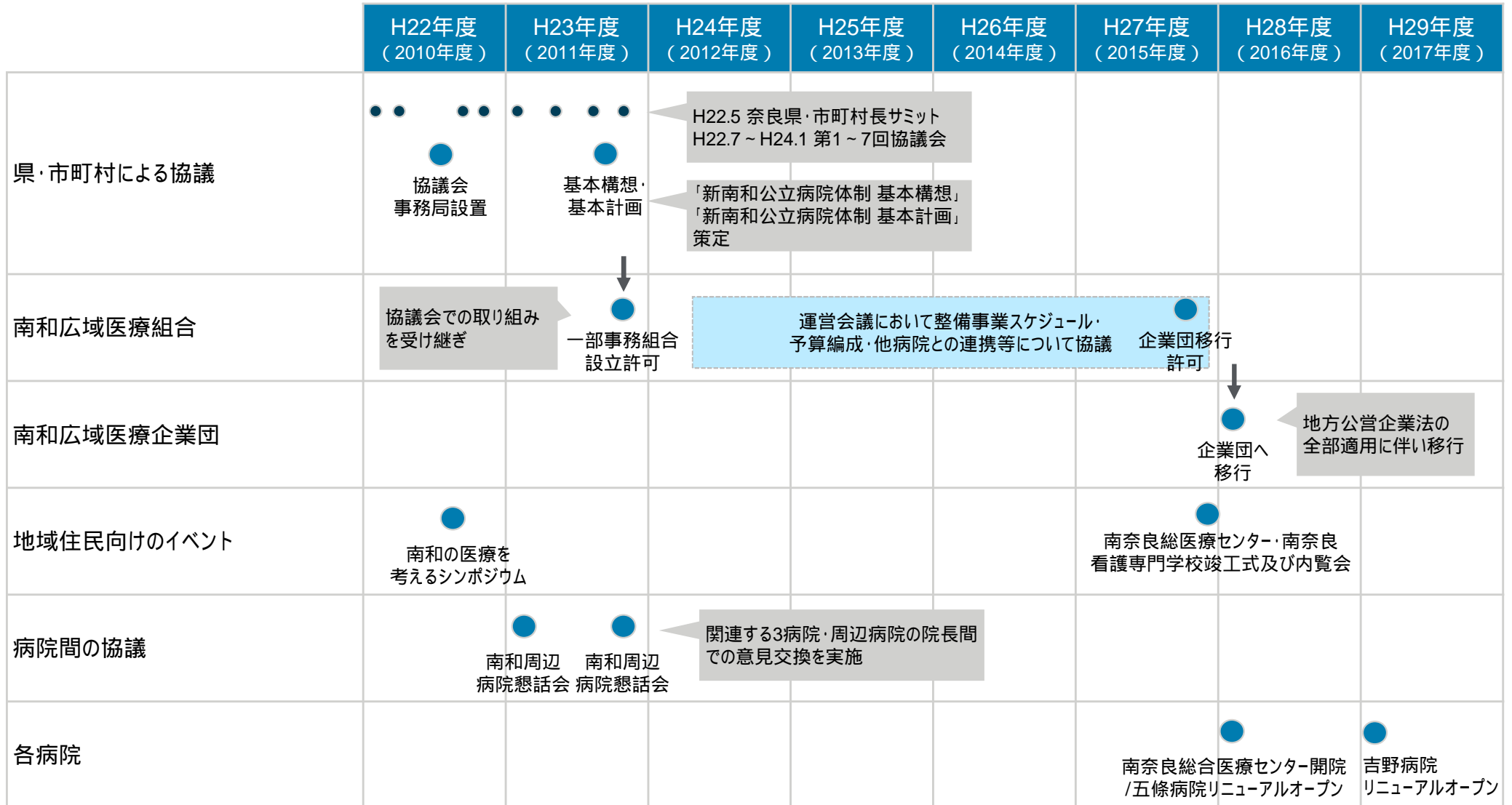
【1. 奈良県南和】 本事例から得られる医療資源集約化のポイント

再編のポイント、参考となる取組

<p>3病院がコミュニケーションをとれる場の構築</p>	<ul style="list-style-type: none">各病院の経営方針や組織風土の違いにより連携が難しい状況を打破するため、行政が協議会を立ち上げ。協議会では関係者が一堂に集まり、客観的なデータを元に議論する場が設置された職種や役職にとらわれず、関係者が納得いくまで意見を出し合って議論できたことが原動力となった
<p>地域医療関係者や大学と「あるべき地域医療の姿」を共有</p>	<ul style="list-style-type: none">協議会の医療部会に、各病院の院長や地域医療機関関係者にも参加してもらい、あるべき姿について徹底的に議論することで関係者間での「あるべき地域医療の姿」が徐々に共有されていった描いた「あるべき姿」が基本構想や基本計画につながっていった
<p>地域住民への十分な説明</p>	<ul style="list-style-type: none">病院がなくなることに對する地域住民の抵抗感を払拭するため、シンポジウム及び南和周辺病院懇談会を開催し、第三者の客観的な立場からの説明を実施した地道かつ真摯な説明を続けることで、地域住民の理解・指示を得られたことが再編統合の成功へつながった
<p>県知事のリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none">県知事が関係市町村の首長や議員等の関係者との調整においてリーダーシップを発揮し、結果として既存公立病院を運営していた町だけでなく、もともと病院を持っていなかった町村からの理解も得られ、運営に必要な資金を確保することができた

【1. 奈良県南和】 医療資源の集約化に向けた検討の流れ

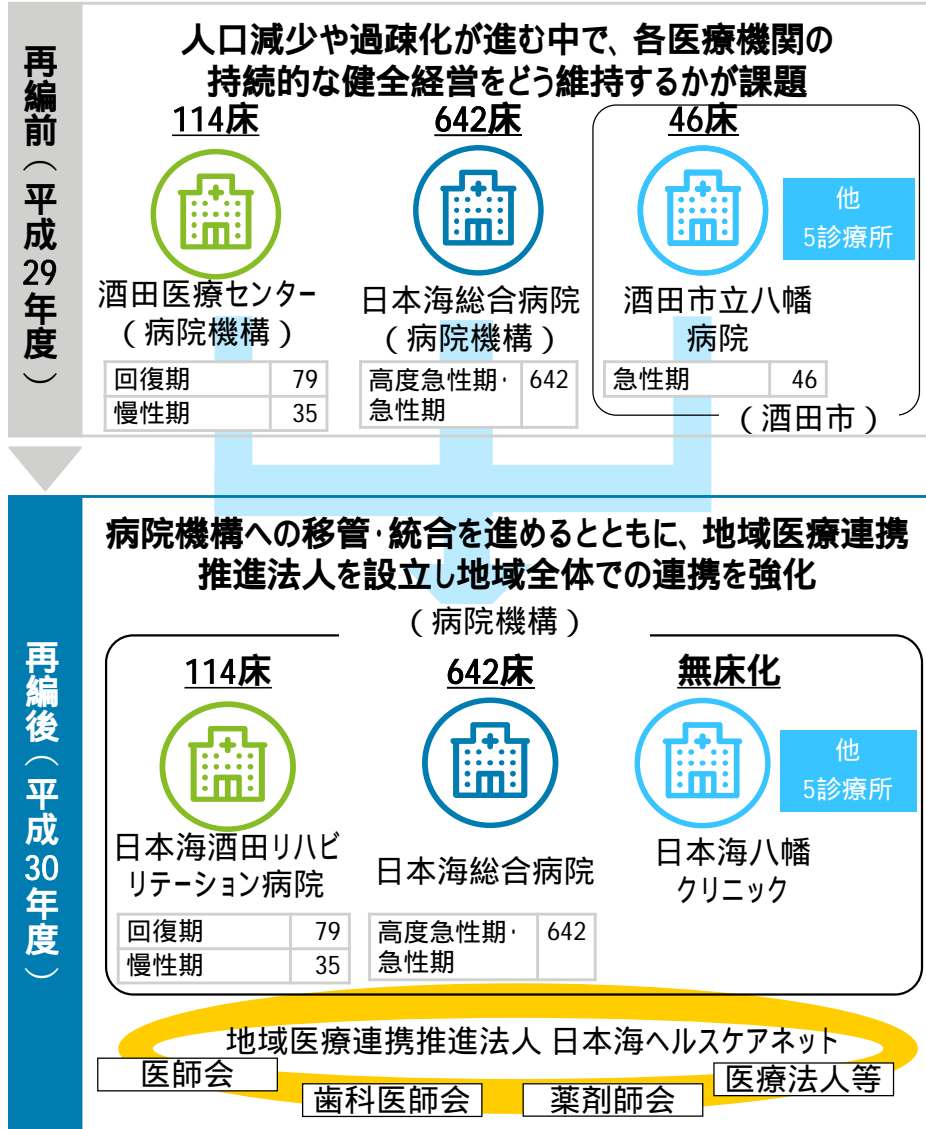
医療資源の集約化に向けた検討の流れおよびスケジュール



【2. 山形県庄内】

経営の安定等、各医療機関が直面する課題に地域で取り組むための体制を構築

再編の概要



再編による変化

	再編前 (平成29年度)	再編後 (平成30年度)
病床数	802床	756床
常勤医師数	146名	149名
救急搬送件数	3,626件	3,960件
1日平均入院患者数	634.3人	617.9人

再編前：酒田医療センター・日本海総合病院・八幡病院の実績合計
再編後：酒田医療センター・日本海総合病院の実績合計

【2. 山形県庄内】 本事例から得られる医療資源集約化のポイント

再編のポイント、参考となる取組

維持・存続が困難な医療機関を
病院機構へ統合

- 本地域においては、平成20年に地方独立行政法人山形県・酒田市**病院機構**が設立され、**各医療機関の機能分化と病院間の連携、病院・診療所間の連携が推進**されてきた経緯があった
- 酒田市が運営する病院及び診療所はへき地・離島といった条件もあり人材確保が困難となっていたため、**将来にわたって持続可能な医療提供体制を確保**することを目的とし、すでに**医師会、民間病院、介護保険施設等を含むネットワークを形成し有効に機能している病院機構に移管統合**を目指すこととした

高度医療へのアクセスの確保

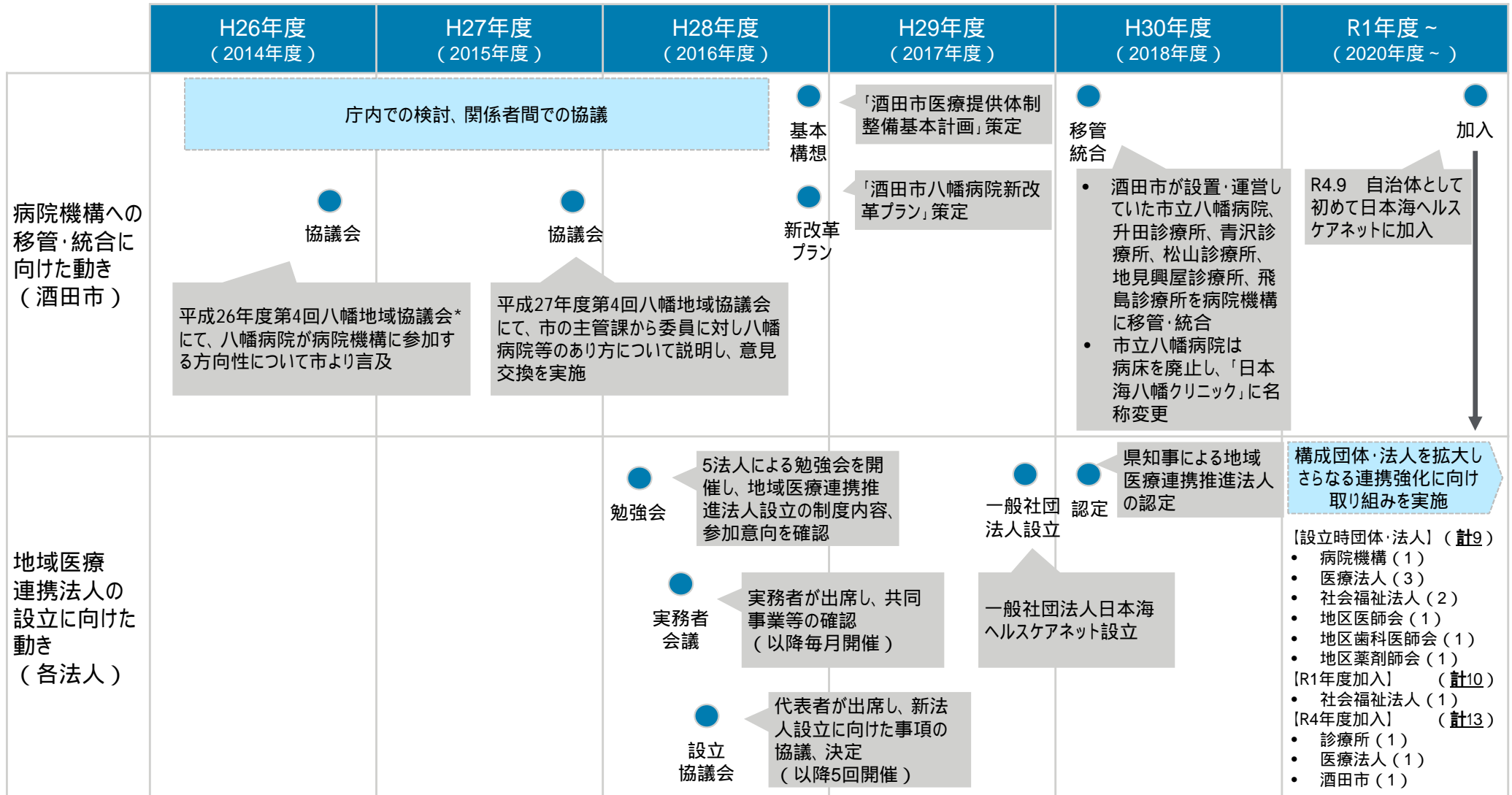
- 地域住民が高度な検査または入院治療が必要となった場合、**日本海総合病院等への交通手段を確保**するため、**日本海総合病院等と診療所間の無料シャトルバスの運行**を実施することとした
- **デマンドタクシーの運行も継続**することとした

地域医療連携推進法人の設立

- 人口減少、過疎化、高齢化が進む中、**各組織が抱える経営課題に対し、連携推進法人間で業務調整を行うことで経営の全体最適化**をすることを目指し、地域医療連携法人を設立。設立にあたっては**法人間での勉強会や実務者会議を実施**し、法人設立の必要性を認識するとともに、本音で協議を行った
- 重複投資等の抑制と効率化のための**機能集約化、医療機器等の共同利用、委託業務の共同交渉、人材交渉、病院と介護施設の連携強化等**を実施している

【2. 山形県庄内】 医療資源の集約化に向けた検討の流れ

医療資源の集約化に向けた検討の流れおよびスケジュール



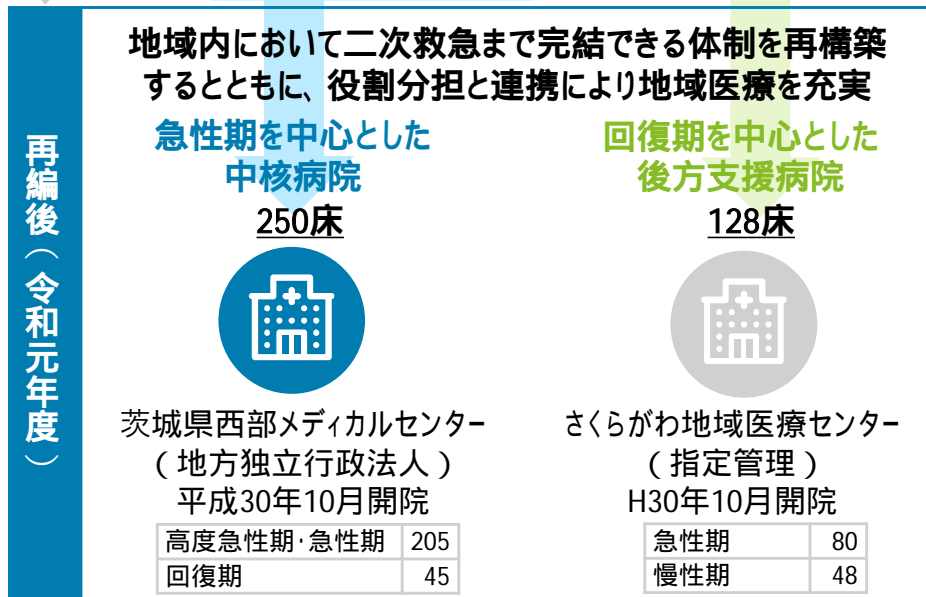
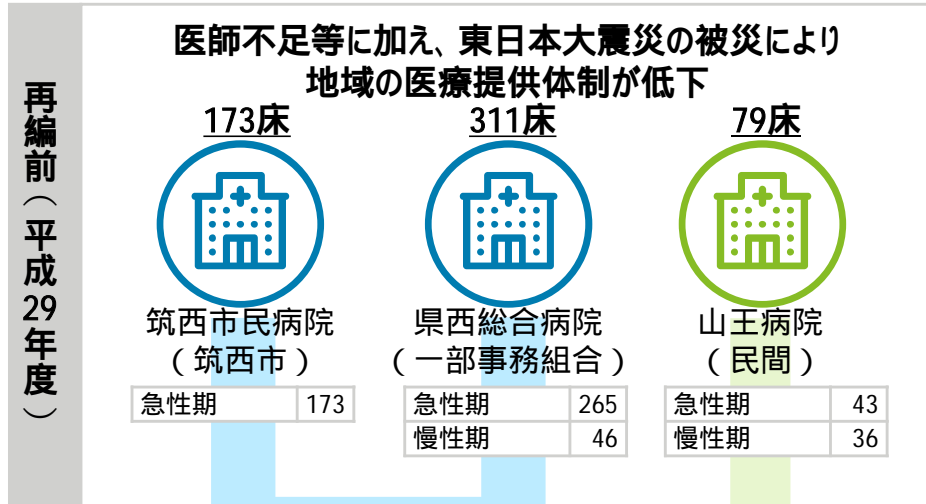
*地域住民の意見を行政に反映し、地域住民と行政との連携と協働を推進することによりコミュニティ組織の育成強化を図るため設置された委員会

出所：酒田市HP、酒田市「平成27年度第4回八幡地域協議会会議録」、「平成26年度第4回八幡地域協議会会議録」、酒田市「酒田市医療提供体制整備基本構想」、山形県・酒田市病院機構HP、未来投資会議「山形県酒田市病院機構の取り組み」

【3. 茨城県筑西】

民間病院を含む3病院を再編統合し、地域内で二次救急までを完結できる体制を再構築

再編の概要



再編による変化



【3. 茨城県筑西】 本事例から得られる医療資源集約化のポイント

再編統合のポイント、参考となる取組

<p>民間を含めた3病院の再編統合</p>	<ul style="list-style-type: none">• 当初は筑西市が新中核病院を整備運営し、桜川市が県西総合病院を整備運営する計画であったが、国はこの方針では公立病院の再編統合と捉えられないと判断し、財政的な支援に厳しい姿勢を示した• 国からの財政支援を最大限に活用することが将来的にも地域の医療を守ることに繋がるとの考えから、検討を重ね、山王病院を含む3病院での再編統合を行う方針を決定した
<p>中核病院整備と同時に 後方支援病院を整備</p>	<ul style="list-style-type: none">• 新中核病院である茨城県西部メディカルセンターと、後方支援病院であるさくらがわ地域医療センターに必要な機能と機能分担を明確にし、2病院を整備した<ul style="list-style-type: none">- 茨城県西部メディカルセンター：筑西市民病院及び県西総合病院の医療資源等を集約するとともに筑西・桜川地域に必要な医療機能を強化し、地域において二次救急医療までの完結を目指す- さくらがわ地域医療センター：県西総合病院が新中核病院に集約されることによる桜川市の医療機能の低下に対応するため、指定管理者の医療資源を活用するとともに、外来診療等の医療機能の充実を図り、高度医療機関や新中核病院の後方支援の役割を担う
<p>中核病院に合同臨床教育センターを設置</p>	<ul style="list-style-type: none">• 2次救急医療の体制づくりにおいて課題であった医師招聘のための取組として、茨城県西部メディカルセンターに筑波大学と自治医科大学合同の臨床教育センターを設置。両大学が教員医師を最大8人派遣し、医学生や研修医の教育指導を行う体制を構築した

【3. 茨城県筑西】 医療資源の集約化に向けた検討の流れ

医療資源の集約化に向けた検討の流れおよびスケジュール

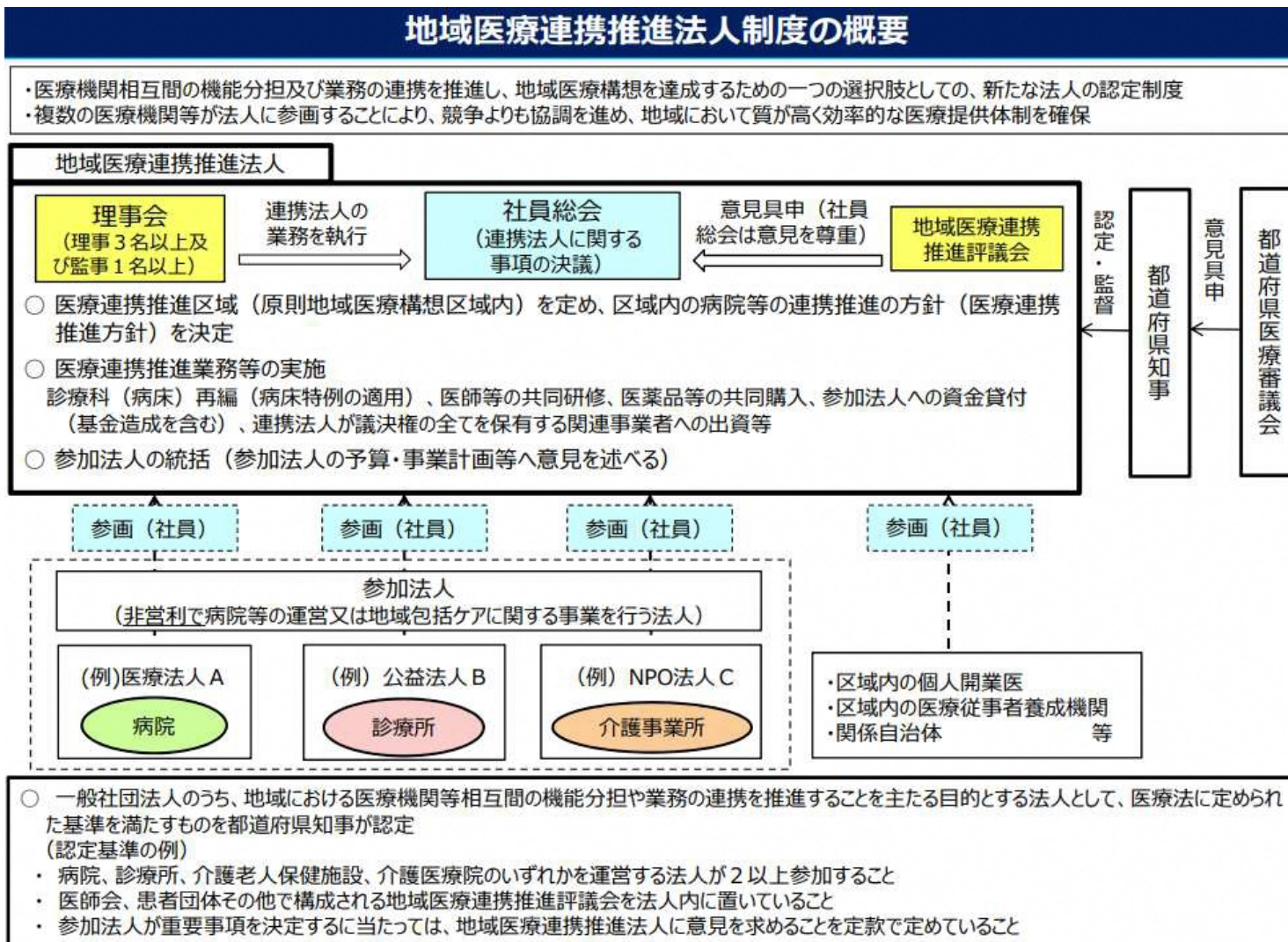
	H21年度 (2009年度)	H22年度 (2010年度)	H23年度 (2011年度)	H24年度 (2012年度)	H25年度 (2013年度)	H26年度 (2014年度)	H27年度 (2015年度)	H28年度 (2016年度)	H29年度 (2017年度)	H30年度 (2018年度)
茨城県地域医療再生計画	● 策定	筑西市民病院、県西総合病院の再編統合による新中核病院整備を位置づけ		● 変更	東日本大震災を受け、計画の見直し等について明記					
新中核病院建設基本的事項調整代表者会議					● 第1～3回開催	● 基本的事項5項目について合意				
県、筑西市、桜川市による協議				● 3病院の枠組みについて協議		● 協議	● 記者会見	● 桜川市・筑西市合同記者会見		
筑西・桜川市地域公立病院等再編整備推進協議会				● 基本構想の策定等についての協議を目的とし関連大学・病院関係者、両市長等から成る協議会を設置		● 設置	● 基本構想	● 基本計画	● 「新中核病院整備基本計画・桜川市立病院整備基本計画」策定	
筑西・桜川市立病院整備委員会				● さくらがわ地域医療センターの整備候補地を選定		● 第1～3回開催	● 「新中核病院・桜川市立病院再編整備基本構想」策定			
茨城県西部メディカルセンター								● 起工式	● 名称決定	● 公募により決定
さくらがわ地域医療センター							● 公募により決定	● 名称決定	● 起工式	● 開院

【地域医療連携推進法人】

地域医療連携推進法人制度の概要

地域医療構想の対象となる病床を有する公立病院が存在しない県南区域においては、まず地域医療連携推進法人を通じた医療人材の集約化・共有化の方法が考えられます。

地域医療連携推進法人制度



【地域医療連携推進法人】 地域医療連携推進法人による医師確保の取組み事例

地域医療連携推進法人に参加している病院間で、医師の調整を行えるようシステムを構築している事例もあります。

医師派遣システムの構築

【実施主体】

- 三次地区医療センター、市立三次中央病院、西城市民病院、庄原赤十字病院等

【背景】

- 中山間地域の病院には、指導医が少なく、勉強になる症例も少ないために医師確保が課題であった。

【目的】

- 地域として十分な医師を確保する。

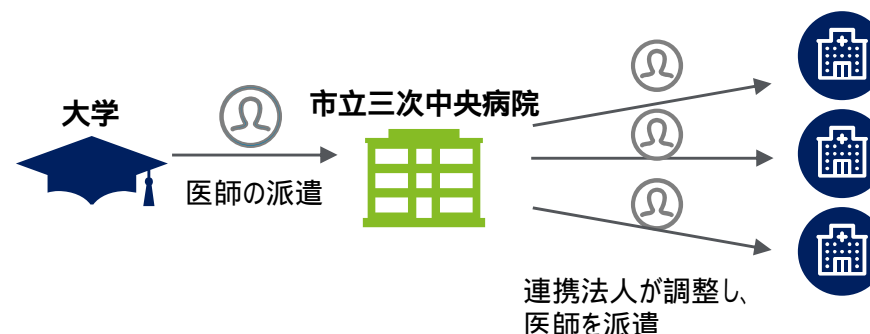
【取組】

- 医療機関相互の「ゆるやかな業務連携」を推進し、「地域完結型医療の実現」を目指すことを目的として地域医療連携推進法人「備北メディカルネットワーク」を設立した。
- 同法人の連携事項の一つとして「医療従事者を確保・育成する仕組みづくり」を掲げ、地域内で必要な医師を確保したうえで、どの医療機関に医師を派遣するかは備北メディカルネットワークで調整できるシステムを構築した。
- 具体的には、医師が赴任したいと思う魅力やメリットを備え、大病院から十分な医師が派遣されている三次中央病院をベースとし、必要に応じて他の医療機関へ派遣するシステムとした。

< 備北メディカルネットワークを構成する4病院 >



< 医師派遣のイメージ >



【地域医療連携推進法人】 地域医療連携推進法人による医師確保の取組み事例

開業医師の高齢化や後継者不足に対応するため、診療所等と総合病院での勤務の両立を可能とするシステムを構築した事例もあります。

クロスアポイントメントシステムの構築

【実施主体】

- (医療連携推進区域) 島根県江津市
- (参加法人) 社会福祉法人恩賜財団済生会、一般社団法人江津市医師会、医療法人社団能美医院

【背景】

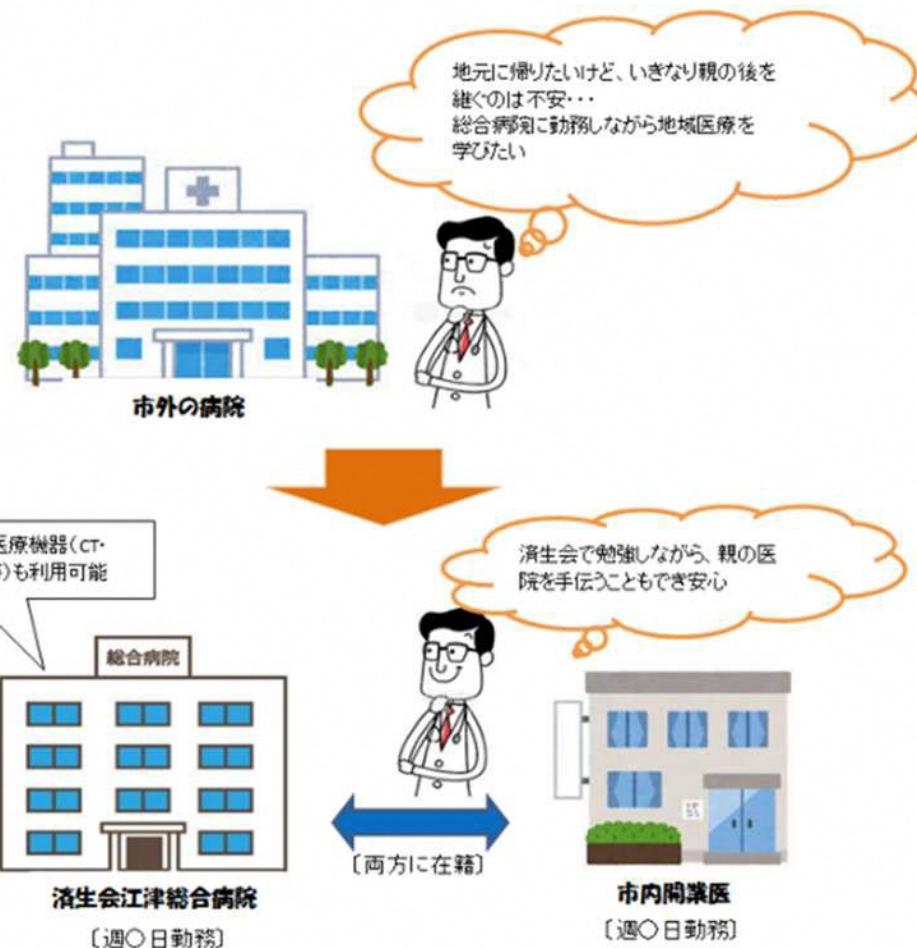
- 開業医師の高齢化と後継者不足が喫緊の課題となっていた。

【目的】

- 後継者の早期帰郷、または新たな医師確保を図る。

【取組】

- 島根県初の地域医療連携推進法人「江津メディカルネットワーク」の主要な事業として、参加法人間で「クロスアポイントメントシステム」を基本とする医師等の相互交流システムを構築し、江津病院及び診療所等の両方の医師として勤務できる体制を実現した。
- クロスアポイントメントシステムでは、在籍型出向で、出向元と出向先のそれぞれの職員の身分を持ってそれぞれの機関のもとで、必要な従事比率で業務を行う。出向元と出向先の業務従事割合、給与支給方法等の取り決めを行う。



出所：「開業医、時々勤務医」を可能に - 江津メディカルネットワーク Vol.1 | m3.com、[renkeisuisinhousin.pdf \(shimane.lg.jp\)](#)、[e7ea0078e364e9ee54b0d2d9043fb18926a66398.pdf \(mhlw.go.jp\)](#)

Appendix

1日あたり患者数の推計方法（現状）（1/2）

レセプトデータには国保加入者以外の75歳未満患者が含まれていません。そのため、現在の患者数全体の推計にあたっては、入院・外来ともに国保の1日あたり患者数と国保加入率*を用いて75歳未満の1日あたり患者数の割り戻しを行っています。

1日あたり患者数推計の考え方

1日あたり患者数

- R3年度の診療日数を集計し、入院については365日、外来についてはR3年度外来診療日数242日で割ったもの
診療日数は延患者数と一致する
1人の患者が1か月間に15日入院していたら15人となる

< 例 >

- ① 診療日数：40
- ② 診療日数：12
- ③ 診療日数：20

1日あたり患者数

$$(40 + 12 + 20) \div 365 = 0.2 \text{人/日}$$

構成要素

算出方法

（実データより算出）
後期高齢の1日あたり患者数

- 後期高齢レセプトデータの診療日数 ÷ 365
（外来は242日）



（実データより算出）
国保の1日あたり患者数

- 国保レセプトデータの診療日数 ÷ 365
（外来は242日）



（推計）
国保以外の患者数

- × (1 - 国保加入率) / 加入率

1日あたり患者数推計



1日あたり患者数の推計方法（現状）（2/2）

なお、今回割り戻している「国保以外」の医療保険制度には協会けんぽ、健康保険組合、共済組合等が含まれます。各保険の対象者は異なるものの、加入者の自己負担割合や高額医療費制度の適用については国保と同等の基準が適用されているため、国保と国保以外の加入者の受療動向に大きな差はないものとして推計を行っています。

各医療保険制度の概要

■ レセプトデータを受領 ■ 国保レセプトデータより推計値を算出

	後期高齢者医療制度			
原則 75歳	国民健康保険（国保）		国保以外*	
		協会けんぽ	健康保険組合	共済組合
対象者	自営業者、年金生活者、非正規雇用者等	中小企業の会社員	大企業の会社員	公務員
自己負担割合	3割（義務教育就学前は2割、70歳以上75歳未満は2割（現役並み所得者は3割））			
高額医療費制度	あり（年収によりひと月の上限額適用）			

*協会けんぽ、健康保険組合、共済組合のほか、法第3条第2項被保険者、船員保険、経過措置として退職者医療がある（厚生労働省HPより引用）
出所：厚生労働省「我が国の医療保険について」「高額医療費制度を利用される皆さまへ」

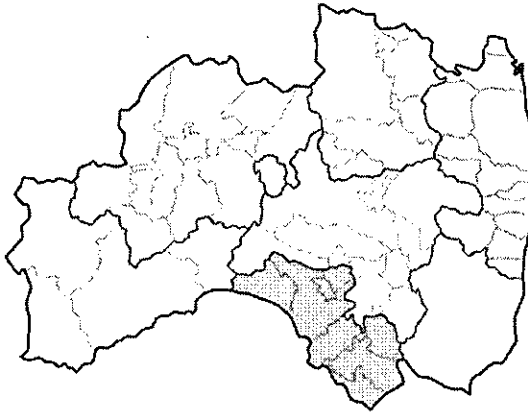
第8次福島県医療計画

地域編レイアウトイメージ案

資料3-1

県南医療圏

1 圏域の現状



当圏域は、県の南部、中通り地方の南部に位置し、阿武隈川、久慈川などの源流を有し、美しく豊かな自然に恵まれるとともに、古くから奥州の玄関口として知られる白河の関や日本最古の公園といわれる南湖公園など歴史的な文化遺産が数多く残されています。

また、東北新幹線、東北自動車道、あぶくま高原道路などの高速交通体系が発達し大都市圏との時間的距離が短い地理的優位性を有し、将来の地域の発展に必要なポテンシャルを有しています。

(医療分野に関する現況を記載)

構成市町村	白河市、西郷村、泉崎村、中島村、矢吹町、棚倉町、矢祭町、塙町、鮫川村	医療提供施設 (人口10万対)	病院	7	(5.2	[7.2])		
管轄保健所	福島県南保健所		診療所	91	(67.5	[81.7])		
面積	1,233.08km ²	許可病床数	歯科診療所	68	(50.5	[47.2])		
人口(圏域計)	134,771人 [1,773,723人]		薬局	51	(37.8	[50.3])		
0~14歳	15,555人 (11.5%) [192,622人 (10.9%)]		一般病床	939床	(696.7	[911.8])		
15~64歳	74,431人 (55.2%) [970,245人 (54.7%)]		療養病床	125床	(92.7	[170.7])		
65歳~	43,445人 (32.2%) [576,922人 (32.5%)]		精神病床	361床	(267.9	[373.2])		
(再掲)65~74歳	22,009人 (50.7%) [281,008人 (48.7%)]		感染症病床	4床	(3.0	[2.0])		
(再掲)75歳~	21,436人 (49.3%) [295,914人 (51.3%)]		結核病床	12床	(8.9	[3.8])		
人口密度	109.3人/km ² [1,438.4人/km ²]	医療従事者 (人口10万対)	医師	227人	(168.4	[223.1])		
1世帯あたり人口	2.55人 [2.37人]		歯科医師	96人	(71.2	[79.2])		
人口動態	出生率(人口千対)		(5.9%)	[5.9%]	薬剤師	208人	(154.3	[213.8])
	死亡率(人口千対)		(13.4%)	[14.2%]	看護師	1,048人	(777.6	[995.3])
	乳児死亡率(出生千対)	(4.9%)	[2.3%]	准看護師	445人	(330.2	[352.3])	
	死産率(出産千対)	(12.1%)	[20.9%]	入院自足率	0.0%	[0.0%]		
受療動向	病床利用率	一般病床	59.8%	[61.9%]				
		療養病床	83.3%	[81.0%]				
	平均在院日数	一般病床	14.5日	[17.2日]				
		療養病床	86.7日	[81.0日]				

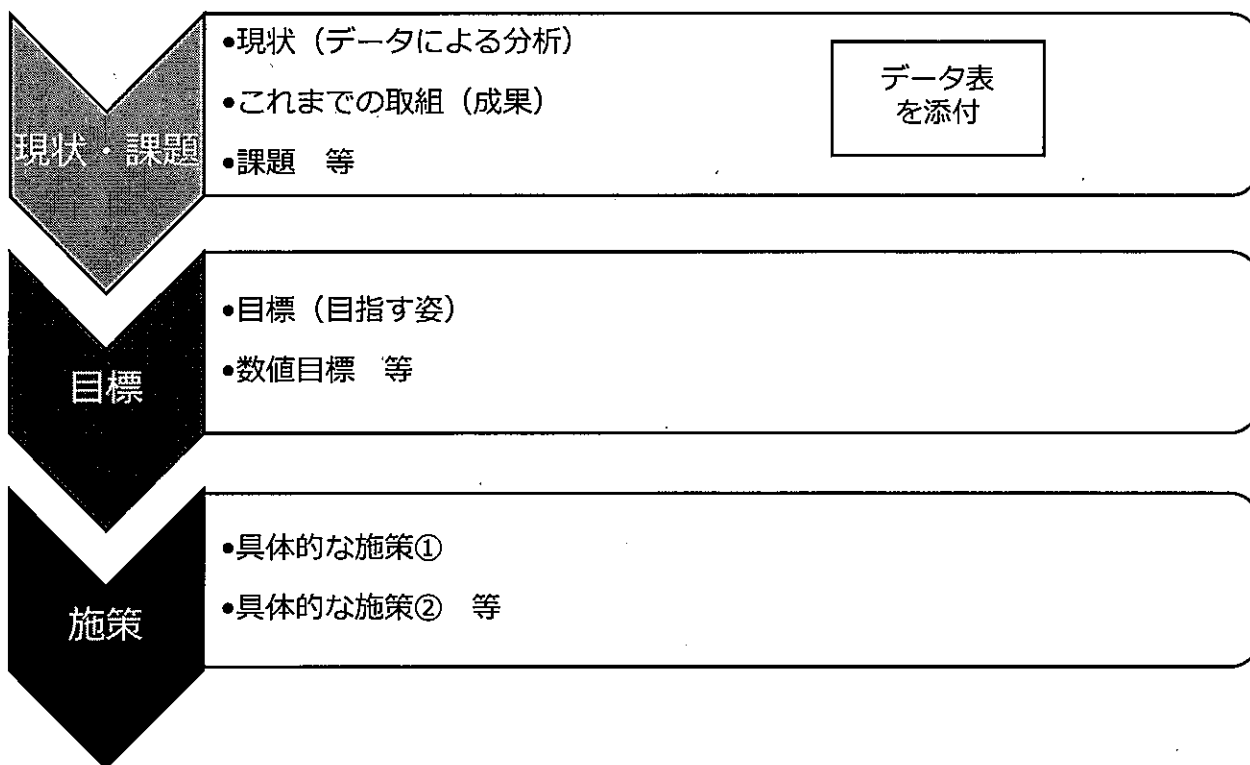
※ [] 内は福島県

※数値データの出典は次のとおり(出典元は現時点で仮に採用したものであり、コロナの状況を考慮した採用時期なども今後要検討)

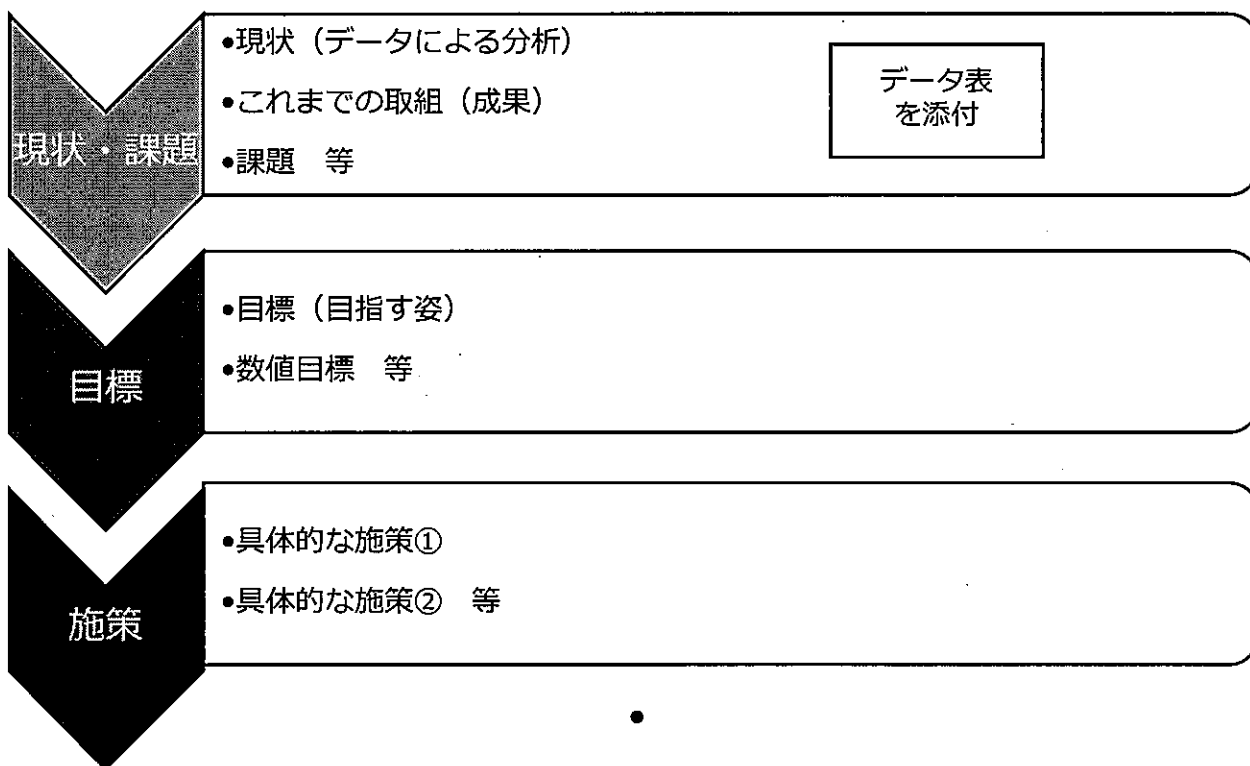
- 面積・・・「福島県企画調整部統計課編福島県統計年鑑」
- 人口及び1世帯あたり人口・・・「福島県現住人口調査結果(令和5年4月1日現在、圏域計は年齢不要含む)」
- 人口動態・・・「令和3年人口動態統計(確定数)の概況(福島県)」
- 医療提供施設・・・「医療施設調査(令和5年3月31日現在)」及び「令和4年版福島県業務行政概要(令和3年度)」
- 医師数、歯科医師数及び薬剤師数・・・「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」
- 看護師数及び准看護師数・・・「看護職員就業届出状況(令和2年12月31日現在)」
- 病床利用率及び平均在院日数・・・「令和3年病院報告(年間)」

2 圏域における重点的な取組

(1) ○○○○○○ (重点的な取組名)



(2) ○○○○○○ (重点的な取組名)



•
•
•

第八次福島県医療計画の地域編について

○圏域における重点的な取組

(1) 医療従事者の確保

《 現状・課題 》

令和2年の医師・歯科医師・薬剤師統計によると、県南地域の医師数は219人で、前回より15人増加していますが、人口10万人対では157.8人で、福島県の212.3人、全国の256.7人を大きく下回っています。

また、令和2年度に厚生労働省が示した医師偏在指標においても、県南地域は「医師少数区域」となっており、医師確保の取り組みが必要です。

歯科医師、看護師・准看護師も医師同様、増加傾向にありますが、福島県及び全国の人口10万対数と比較すると少ない状況にあるため、地域医療の担い手の確保が課題となっています。

【医師数】

年 度	H22	H24	H26	H28	H30	R2
県 南	199	194	194	199	204	219
福 島 県	3,705	3,506	3,653	3,720	3,819	3,892

【人口10万対医師数】

年 度	H22	H24	H26	H28	H30	R2
県 南	132.6	131.9	133.4	139.3	145.6	157.8
福 島 県	182.6	178.7	188.8	195.7	204.9	212.3
全 国	219.0	226.5	233.6	240.1	246.7	256.7
全国順位	41	44	43	42	41	42

【歯科医師数】

年 度	H22	H24	H26	H28	H30	R2
県 南	93	96	90	96	85	94
福 島 県	1,390	1,274	1,341	1,324	1,329	1,351

【人口10万対歯科医師数】

年 度	H22	H24	H26	H28	H30	R2
県 南 *	61.9	65.3	61.9	67.2	60.7	68.3
福 島 県	68.5	64.9	69.3	69.6	71.3	73.7
全 国	77.1	78.2	79.4	80.0	80.5	82.5

【薬剤師数】

年 度	H22	H24	H26	H28	H30	R2
県 南	188	199	196	210	213	208
福 島 県	3,461	3,288	3,455	3,582	3,673	3,792

【人口10万対薬剤師数】

年 度	H22	H24	H26	H28	H30	R2
県 南 *	125.2	135.3	134.8	147.0	152.0	151.1
福 島 県	170.6	167.6	178.6	188.4	197.0	206.9
全 国	215.9	219.6	226.7	237.4	246.2	255.2

医師数、歯科医師数、薬剤師数及び各人口10万対数に関する出典等

出典：「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）（平成22～28年まで）

「医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）（平成30年、令和2年）

調査日は各年12月31日現在

* 医療圏別人口は、各年10月1日現在（県統計課）

【看護師・准看護師数】

年 度	H22	H24	H26	H28	H30	R2
県 南	1,435	1,493	1,506	1,512	1,492	1,493
福 島 県	22,800	22,292	22,836	23,276	23,916	23,903

【人口10万対看護師・准看護師数】

年 度	H22	H24	H26	H28	H30	R2
県 南	955.9	1,015.3	1,035.9	1,058.2	1,064.8	1,084.7
福 島 県	1,123.8	1,136.0	1,179.2	1,224.9	1,278.6	1,309.7
全 国 ※	1,031.5	1,077.2	1,122.9	1,160.1	1,204.6	1,241.0

出典：看護職員就業届出状況

調査日は各年12月31日現在

医療圏別人口は各年10月1日現在（県統計課）

※ 令和2年度衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況

《 目指す姿 》

令和6年度より施行される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。

《 施 策 》

- 令和6年度より施行される福島県医師確保計画及び福島県看護職員需給計画を推進します。
- 医療機関における医師確保のための事業を、医療人材対策室と連携しながら進めます。
- 地域枠で医学部に入った学生が、医師として県内で従事することから、一人でも多くの医師が県南地域に配置されるよう県・大学等に対し地域一体となって働きかけを行い

ます。

- 医学生及び看護学生等を対象に、県南地域の医療に関心を持ってもらえるような事業の開催や、長期的な観点から小中学生等を対象とした将来医療従事者を目指してもらような動機付けの事業を実施します。
- 市町村及び医師会等と協力し、医師確保についての情報発信に努めます。

(2) 救急医療の確保

《 現状・課題 》

初期救急医療は、休日当番医及び救急医療輪番病院群で担っています。

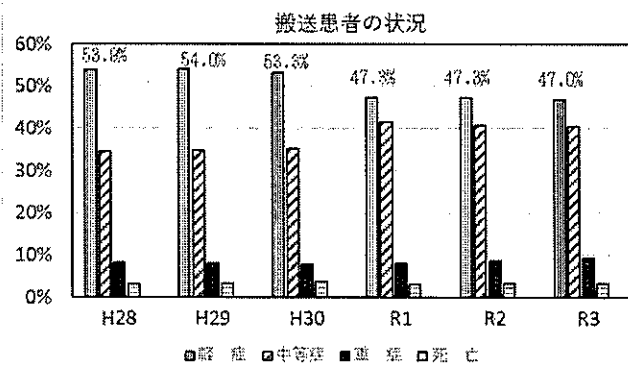
管内の救急医療輪番病院は、平成24年度以降4病院で対応していることから、各病院の負担が大きく、今後の輪番制の維持が課題となっています。

また、管内には救命救急センターが設置されておらず、重篤な患者に対する三次救急医療は、県中・県南圏域にある郡山市内の救命救急センター1箇所と連携し対応していますが、患者搬送の距離及び時間短縮を図るため、県救急医療対策協議会及び県中・県南地域メディカルコントロール協議会等において、三次救急医療の追加に向けた協議が必要となっています。

【搬送患者状況】

各年 12月31日

年	H28		H29		H30		R1		R2		R3	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
軽症	2,876	53.9%	2,809	54.0%	2,859	53.3%	2,536	47.3%	2,387	47.3%	2,510	47.0%
中等症	1,848	34.7%	1,805	34.7%	1,889	35.2%	2,225	41.5%	2,051	40.7%	2,163	40.5%
重症	439	8.2%	413	7.9%	417	7.8%	429	8.0%	439	8.7%	494	9.2%
死亡	170	3.2%	170	3.3%	199	3.7%	170	3.2%	166	3.3%	176	3.3%
その他	0	0.0%	3	0.1%	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.0%
合計	5,333	100.0%	5,200	100.0%	5,365	100.0%	5,360	100.0%	5,043	100.0%	5,345	100.0%



【病院収容所要時間の推移】

各年 12 月 31 日

	年	H28	H29	H30	R1	R2	R3
病院収容所要時間 (分)	白 河	50.7	49.9	51.2	50.8	53.7	56.2
	福島県	44.5	45.2	45.7	46.1	50.1	52.2
	全 国	39.3	39.3	39.5	39.5	40.6	42.8

【患者搬送先の状況】

各年 12 月 31 日

年	H28		H29		H30		R1		R2		R3		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
管 内	4,565	85.6%	4,546	87.4%	4,717	87.9%	4,750	88.6%	4,433	87.9%	4,709	88.1%	
管外	県内	654	12.3%	539	10.4%	565	10.5%	525	9.8%	533	10.6%	545	10.2%
	県外	114	2.1%	115	2.2%	83	1.5%	85	1.6%	77	1.5%	91	1.7%
合 計	5,333	100.0%	5,200	100.0%	5,365	100.0%	5,360	100.0%	5,043	100.0%	5,345	100.0%	

《 目指す姿 》

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、今後も継続した取り組みが必要です。

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。

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、県中・県南地域における三次救急医療機関の追加を目指します。

《 施 策 》

- 地域の救急医療については、県南地域救急医療対策協議会において関係機関が連携して、輪番制の維持のために対応します。
- 市町村等の関係機関と連携し、救急車が必要な患者へ配車できるよう、住民に対し、救急車の適正利用、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ます。
- 特定の病院への集中受診を緩和するため、かかりつけ医及び休日当番医への受診について啓発を行います。
- 病院収容所要時間短縮のため、平日夜間及び祝日の当直担当者（担当診療科）の一覧を作成し、救急告示病院及び消防本部に情報提供します。
- 県とともに県中圏域と連携し、県中・県南地域における三次救急医療機関の追加に向けた協議を行います。

(3) 生活習慣病予防

《 現状・課題 》

県南地域は、県の年齢調整死亡率と比較すると、脳血管疾患は同程度ですが、心疾患が高い状況です。それらの生活習慣病の発症原因となりうるメタボリックシンドロームの該当者割合が、県南地域は全国、県と比較し高い水準にあります。

メタボリックシンドロームについての特定健診におけるBMI25以上の割合(%)を比較すると平成30年度と令和元年度で、男性では35.9%から37.1%と1.2ポイント増加し、女性では26.6%から27.0%となり0.4ポイント増加しており、男女とも全国よりも高い割合が続いています。

また、医療費における糖尿病の占める割合や人工透析を受けている者の割合が全国、県よりも高いことが課題となっています。

【BMI25以上の割合(%)】

性別	男性		女性	
	H30	R1	H30	R1
県南地域	35.9%	37.1%	26.6%	27.0%
県	38.1%	38.8%	25.9%	26.2%
全 国	35.1%	35.9%	20.5%	21.0%

出典:NBD(National Database「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、厚生労働省が医療費

適正化計画の作成、実施及び評価のための調査や分析などに用いるデータベース)

【糖尿病医療費】生活習慣病医療費総額における糖尿病の占める割合

健康保険	国民健康保険		後期高齢者医療 広域連合	
	R2	R3	R2	R3
県南地域	12.1%	12.2%	10.1%	9.9%
県	11.7%	11.8%	8.9%	8.2%
全 国	10.4%	10.5%	8.5%	8.7%

出典:KDB 令和4・5年度作成糖尿病性腎症重症化予防プログラム評価シート

【人工透析有病率】10万人対 (人)

年度	R2	R3
県南地域	597	612
県	567	579
全 国	553	561

出典:KDB 令和4・5年度作成糖尿病性腎症重症化予防プログラム評価シート

《 目指す姿 》

BMI25以上の者の割合が多いため、健康的な生活習慣の実践者を増やす取組により生活習慣病予防が必要です。

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・教育が重要であり、令和6年度より施行される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。

《 施策 》

【生活習慣病を予防するための環境づくりの推進】

- 大規模事業所と連携したメタボ改善事業では、事業所との共同で、事業所給食と運動の両面から従業員の健康づくりを進め、メタボリックシンドローム該当者割合の改善に向け、肥満者の減少を図ります。
- 糖尿病等重症化予防を推進するため、県、市町村及び医療機関、関係機関等との連携を強化し重症化予防に向けて、県南地区重症化予防協議会評価会で評価して次の取組に繋がります。
- 市町村の健康づくり施策を促進するため、市町村健康づくり推進協議会における助言や、健康増進計画策定支援、各保健医療専門職の人材育成等を行います。
- 管内の関係者が一体となり、生活習慣病の発症・重症化を予防する取組を推進するため、県南地域「ふくしま“食の基本”推進検討会や県南の地域・職域連携推進協議会で関係機関・団体と課題の共有や対策の検討を行います。
- 「元気で働く職場」応援事業では、事業者と協力し、民間企業提案プログラムの活用や職場環境改善等の支援を行います。また、経営者が従業員の健康増進に積極的に取り組む「健康経営」の取組を県南地域に幅広く周知し、働き盛り世代への健康づくり支援環境を整備します。
- 生涯を通じた生活習慣病予防のための知識の普及啓発を推進するとともに、喫煙、食生活、飲酒、歯・口腔ケアなどについての出前講座を実施します。

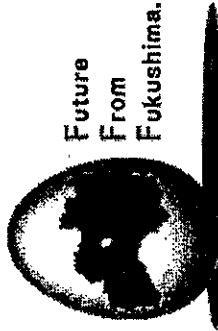
【健全な食生活を育むための食育の推進】

- 特定給食施設等の管理指導を行うことで、適切な栄養管理により利用者の健康の保持増進、疾病の重症化予防、QOLの向上を図ります。
- 健康に関する情報発信拠点を増やすとともに、安心して外食を楽しむことができる環境を整備するため、うつくしま健康応援店の増加を図り、令和12年度100店を目指します。さらに既存の店舗には、健康づくり講座の開催や啓発チラシの配布により、県南地域住民が健全な食生活を習慣化することができる食環境の整備を推進します。

目次

第1編 総論	
第1章 計画策定にあたっての基本方針	1
第1節 計画策定の趣旨	2
第2節 計画の位置づけ	2
第3節 基本理念	3
第4節 計画期間	3
第5節 計画の評価及び見直し	
第2編 各論（医師の確保）	
第1章 医師の偏在状況の把握	4
第1節 医師偏在指標	11
第2節 医療圏における区域の設定	
第2章 医師確保の計画	16
第1節 医師確保の方針	19
第2節 確保すべき医師数	29
第3節 医師確保のための施策	
第3編 各論（産科・小児科医師の確保）	
第1章 産科・小児科における医師の偏在状況の把握	34
第1節 医師偏在指標	43
第2節 医療圏における区域の設定	
第2章 産科・小児科における医師確保の計画	48
第1節 産科医師確保計画	52
第2節 小児科医師確保計画	
第4編 資料編	
1 医師の勤務状況	56
2 県の人口推計	61
3 人口推計及び医療需要	62
4 医師偏在指標の算出式	69
5 全国と比較した本県の医師偏在指標	79

福島県医師確保計画



ふくしまから
はじめよう。

令和2年3月
福島県保健福祉部

第1編 総論

第1節 計画策定の趣旨

- 本県の医療計画は、昭和53年に最初の福島県保健医療計画を策定して以来、「医療法」（昭和23年法律第205号）の改正を契機としながら見直しを行っております。
- 平成30年度の福島県医療計画の全面的な見直しにより「第七次福島県医療計画」となって、令和元年度末で2年が経過します。
- 医療計画に基づき、本県では、医療従事者の偏在を解消するため、さまざまな取組を進めております。
- これまで、厚生労働省では医師偏在対策について検討を行ってまいりましたが、平成29年12月に、医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会において、第2次中間取りまとめを公表しました。
- 平成30年3月には、第2次中間取りまとめで示された具体的な医師偏在対策について、「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」（以下「改正法」という。）が第196回通常国会に提出、同年7月に成立し、都道府県においては、医師偏在解消のための「医師確保計画」の策定が義務づけられました。
- また、厚生労働省では改正法に基づき、全国ベースで三次医療圏及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」という。）を算出しました。
- この医師偏在指標は、「医師が少数の区域」と「医師が多数の区域」では、そもそも医師確保の方針の立て方が異なるため、1つ1つの都道府県・医療圏が医師多数なのか少数なのかを客観的に把握するためのものです。
- 本県では、この医師偏在指標及び医師確保計画の策定方法を示した「医師確保計画策定ガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）に基づき、本県及び二次医療圏間の医師偏在解消に係る医師確保対策等について、「第七次福島県医療計画」における新たな「医師確保計画」として策定します。

第1章 計画策定にあたっての基本方針

第2節 計画の位置づけ

- 医療計画は医療法に定め策定する計画のほかにも、「福島県総合計画」のもとに策定される部門別計画として、「福島県保健医療福祉復興ビジョン」があり、「福島県保健医療福祉復興ビジョン」の下に策定される個別計画でもあります。
- 本計画は、医療法第30条の4第1項及び同第2項第11号の規定に基づき、医師確保の方針、確保すべき目標医師数、目標の達成に向けた施策内容といった一連の方策を、「福島県医療計画」の一部として新たに定めるものです。

第3節 基本理念

東日本大震災と原子力災害からの復興を図るとともに、県民の安全・安心の確保及び健康の保持・増進を図ることを基本理念とします。

第4節 計画期間

- 医師確保計画は医療計画の一部を修正するものであるため、今回策定する医師確保計画の計画期間は、医療計画の期間とあわせ、令和2年度を初年度として令和5年度までの4か年を計画期間とします。
- 令和6年度以降は6か年を計画期間とし、3年ごと（前期、後期）に計画の見直しを行います。

医療計画及び医師確保計画の計画期間

H30 (2018)	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17	R18 (2038)							
第七次医療計画										第九次医療計画															
第一次医師確保計画										第二次(精神)医師確保計画				第二次(後期)医師確保計画				第三次(前期)医師確保計画				第三次(後期)医師確保計画			

第5節 計画の評価及び見直し

- 医師確保計画の評価については、計画終了時点において、厚生労働省が算出する直近の医師偏在指標等に基づき測定・評価を行いません。
- また、併せて、医療機関等における医師数の調査のほか、医師の県外からの受入状況や養成した医師の定着率などの検証を行いません。
- 計画の評価の結果については、地域医療対策協議会及び医療審議会等で検討、協議のうえ、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させます。

第4節 計画期間

- 医師確保計画は医療計画の一部を修正するため、今回策定する医師確保計画の計画期間は、医療計画の期間とあわせ、令和2年度を初年度として令和5年度までの4か年を計画期間とします。
- 令和6年度以降は6か年を計画期間とし、3年ごと（前期、後期）に計画の見直しを行います。

医療計画及び医師確保計画の計画期間

H30 (2019)	R1 (2020)	R2 (2021)	R3 (2022)	R4 (2023)	R5 (2024)	R6 (2025)	R7 (2026)	R8 (2027)	R9 (2028)	R10 (2029)	R11 (2030)	R12 (2031)	R13 (2032)	R14 (2033)	R15 (2034)	R16 (2035)	R17 (2036)	R18 (2038)		
	第七次医療計画									第八次医療計画				第九次医療計画						
第一次医師確保計画					第二次(前期)医師確保計画				第二次(後期)医師確保計画				第三次(前期)医師確保計画				第三次(後期)医師確保計画			

第5節 計画の評価及び見直し

- 医師確保計画の評価については、計画終了時点において、厚生労働省が算出する直近の医師偏在指標等に基づき測定・評価を行いません。
- また、併せて、医療機関等における医師数の調査のほか、医師の県外からの受入状況や養成した医師の定着率などの検証を行いません。
- 計画の評価の結果については、地域医療対策協議会及び医療審議会での討、協議のうえ、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させます。

第2編 各論（医師の確保）

第1章 医師の偏在状況の把握

第1節 医師偏在指標

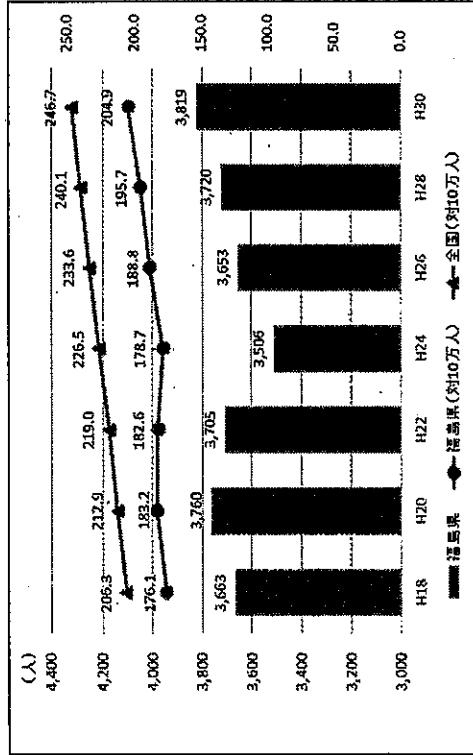
1 本県の医師の現状

表2-1-1-1 医療施設従事医師数 (常勤) (単位:人)

医療圏	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	H30-H22
福島県	3,663	3,760	3,705	3,506	3,653	3,720	3,819	114
福島県(対10万人)	176.1	183.2	182.6	178.7	188.8	195.7	204.9	22
全国(対10万人)	206.3	212.9	219.0	226.5	233.6	240.1	246.7	28
一次医療圏	1,178	1,217	1,228	1,190	1,268	1,295	1,331	103
二次医療圏	1,006	1,044	1,017	977	988	1,020	1,048	31
北	203	215	199	194	194	199	204	5
中	465	479	476	466	489	485	505	29
南	220	230	236	144	153	160	158	▲ 78
相	611	575	546	535	561	561	573	27
いわき								

出典:『医師・歯科医師・薬剤師調査(各年12月31日現在)』(厚生労働省)

図表2-1-1-2 医療施設従事者数(常勤)の推移



出典:『医師・歯科医師・薬剤師調査(各年12月31日現在)』(厚生労働省)

○ 平成30年度の本県の医療施設従事医師数は3,819人であり、人口10万人あたり204.9人となっています。全国平均は246.7人であり、全国平均より41.8人少なくなっています。

○ 本県の医師数は、東日本大震災以前から深刻な状況にあり、震災後さらに減少しましたが、その後医師数は徐々に増加し、平成28年には東日本大震災以前の水準まで回復し、その後も増加しています。

○ 相双医療圏においては、未だ東日本大震災以前の水準まで回復しておらず、今後の住民の帰還や医療提供体制の推移等を見据え、引き続き医師確保に向けた取組を進めていく必要があります。

表2-1-1-3 医療施設従事者医師数(常勤)の内訳 (単位:人)

医療圏	医療施設従事医師数	病院内の医師数(医業機関所属除く)	新設の医師数(医業機関所属病院)	診療所の医師数
福島県	3,819	1,875	613	1,331
福島県	204.9	100.7	32.9	71.5
一次医療圏	1,331	398	546	387
二次医療圏	2,488	1,477	667	1,344
北	277.7	83.1	113.9	80.8
中	1,048	665	1	382
南	197.8	125.5	0.2	72.1
相	204	122	0	82
いわき	145.6	87.1	0.0	58.5
一次医療圏	505	287	64	154
二次医療圏	1,984	1,190	24.0	57.8
北	158	87	2	69
中	151.8	83.6	1.9	66.3
南	573	316	0	257
相	167.1	92.2	0.0	74.9

出典:『医師・歯科医師・薬剤師調査(各年12月31日現在)』(厚生労働省)
 『推計人口(平成30年10月1日現在)』(厚生労働省)
 『福島県の推計人口(平成30年10月1日時点)』(福島県)

○ 本県の医療機関である福島県立医科大学（以下「県立医大」という。）において、多くの医師が従事していることがわかります。

2 医師偏在指標

○ 「1 本県の医師の現状」に既述のとおり、これまで地域ごとの医師数の比較には「人口10万人対医師数」が用いられてきましたが、「人口10万人対医師数」は、人口構成に基づく医療需要の違いや医師の年齢分布などの要素を反映しておらず、医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割が、十分ではありませんでした。

○ このため、厚生労働省では、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する新たな指標として、「医師偏在指標」を公表しました。

○ 医師偏在指標の算出にあたっては、令和元年（2019年）を現在時点、令和18年（2036年）を将来時点として定め、指標を算出しています。

(1) 現在時点

○ 現在時点の医師偏在指標の算出にあたっては、次のような要素を考慮しています。

【医師偏在指標設計にあたり考慮された主な要素】

- 1 医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とそれの変化
→ 人口構成（年齢・性別・数）に基づく受療状況を、医療需要に反映します
- 2 患者の流出入等
→ 外来及び入院の地域外における受療状況を医療需要に反映します
- 3 医師の性別・年齢分布
→ 医師の性別・年齢に基づいた医師の勤務時間の違いを、医療供給に反映します

○ 現在時点の医師偏在指標は、平成28年（2016年）の医師数（国が2年ごとに作成する医師・歯科医師・薬剤師統計における医師数を基に算定されています）。

○ 現在時点の医師偏在指標の算定方法については、資料編4に記載のとおりです。

○ また、医師偏在指標を取り扱う際は、次の点に留意する必要があります。

国が示した医師偏在指標について、その基礎となる標準化医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師調査」に基づく「主たる勤務地の医師数」を調整して算定しており、従たる勤務地で診療に従事している医師数が含まれていないなど、実際に診療を行っている医師数とは違いがあります。

また、医師数や医療需要量の算定について、入院と外来の区分がなく、その合計として取り扱われているとともに、診療科ごとの指標が示されておらず、指標はすべての診療科の合計として取り扱われています。

このように、国が示した医師偏在指標は、一定の仮定の下で、全国ベースで医師の多寡を相対的に比較・評価するために算出した指標となっています。

医師確保計画は、医療法及びガイドラインに定められているとおり、医師偏在指標に基づき策定しますが、相対的な指標であるという特性、すなわち、医師偏在指標と医療圏の実状は異なる可能性があることを踏まえ計画を実施する必要があります。

○ 現在時点（平成28年（2016年）の医師数に基づく）の本県の医師偏在指標は、次のとおりです。

表2-1-1-1-4 現在時点の本県及び二次医療圏の医師偏在指標

医療圏	医師偏在指標	順位
(参考) 全国値	239.8	
福島県	179.5	43位
二次医療圏		
北	242.3	65位
中	171.3	187位
南	137.5	290位
金津・南会津	152.2	255位
相双	165.0	213位
いわき	146.3	271位

出典：『医師偏在指標に係るデータ集』（令和元年厚生労働省提供データ）

(2) 将来時点

- 厚生労働省では、現在時点での医師偏在状況を示す「現在時点の医師偏在指標」に加え、令和18年（2036年）を将来時点とした医師の偏在状況を示す「将来時点の医師偏在指標」を算出し、併せて公表を行いました。
- 「将来時点の医師偏在指標」において、医師偏在解消の将来時点を令和18年（2036年）とする考え方については、次のとおりです。

- 今後の人口減少及び医師の養成数の増加について推計。
- 働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律（以下、働き方改革関連法と言ふ）の施行に伴い、医師の労働時間の上限規制が適用されたことなどを踏まえ、医師の労働時間を週60時間に制限した場を想定。
- 1及び2を前提として医師の需給差を推計した場合、令和10年（2028年）頃全国の医師の需給が均衡するものと想定。
- 3によるマクロの医師需給均衡が、地域偏在の解消に結びつくまでに数年が必要。
- 医師確保計画に基づいて設定した地域枠・地元出身者枠の医師により、義務年限期間中（9年間）がはじめて補完されるのは令和18年（2036年）。

出典：『医師確保計画策定ガイドライン』
（平成31年3月29日付け厚生労働省通知）

- 「将来時点の医師偏在指標」算定の考え方については次のとおりです。

- 必要医師数の具体的な算出方法は、マクロ需給推計に基づき、将来時点（令和18年（2036年））において全国の医師数が全国の医療需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、医療圏ごとに、医師偏在指標がこの全国値と等しい値になる医師数とする。
- 将来時点の医師供給数を推計するに当たっては、各医療圏の性・医籍登録後年数別の就業者の増減が、将来も継続するものとし、都道府県別の供給推計が、マクロの供給推計と整合するよう調整を行う。
- 都道府県別の就業者の増減は、医師の流入の変化により大きな影響を受けると考えられ、不確実性が存在することから、複数回の調査の実績を用いて幅を持った推計を行う。
幅を持った推計のうち、最も医師を確保できた場合を「上位推計」、最も医師を確保できなかった場合を「下位推計」という。

出典：『医師確保計画策定ガイドライン』
（平成31年3月29日付け厚生労働省通知）

- 将来時点の医師偏在指標の算定方法については、資料編4に記載のとおりです。

- 将来時点(令和18年(2036年))の本県の医師偏在指標は、下記のとおりです。

表2-1-1-5 将来時点の本県及び二次医療圏の医師偏在指標

医療圏	上位推計		下位推計	
	医師偏在指標	順位	医師偏在指標	順位
(参考) 全国値	319.3		319.3	
福島県	244.4	46位	85.2	47位
一次医療圏				
県北	328.0	88位	114.4	330位
県中	238.1	251位	83.0	331位
県南	188.5	324位	65.7	335位
会津・南会津	199.4	314位	69.5	334位
相双	223.0	279位	77.7	332位
いわき	202.5	309位	70.6	333位

出典：『将来の医師偏在指標(2036年)に係るデータ集』(令和2年厚生労働省提供データ)

- 上記のとおり、将来時点の医師偏在指標の推計にあたっては、国が平成18年から平成28年の医師・歯科医師・薬剤師調査に基づき算定しておりますが、本県は東日本大震災及び原子力災害等の影響から、平成23年以降に多くの医師が流出し、下位推計の指標が著しく低くなっていることから、本県は将来時点の施策の検討に関し、下位推計を用いないこととします。

- 医師確保計画は、県及び医療圏ごとに、現在時点及び将来時点の医師偏在指標(上位推計)に基づき策定します。

第2節 医療圏における区域の設定

- 都道府県及び二次医療圏ごとの医師偏在指標に基づき、医師の偏在状況別に医師の多寡を区分するため区域を設定します。
- 二次医療圏の設定の考え方は、第七次福島県医療計画第1編第3章第1節「医療圏の設定」のとおりとします。
- 区域は医師偏在指標の見直しにあわせ、3年(初回計画策定時は4年)ごとに見直しを行いません。

1 ガイドラインによる区域設定の考え方

- (1) 医師が多数の都道府県及び二次医療圏
 - 本計画開始時点において、医師偏在指標の順位が全国の上位33.3%に属する都道府県を「医師多数都道府県」と設定します。
 - 本計画開始時点において、医師偏在指標の順位が全国の上位33.3%に属する二次医療圏を「医師多数区域」と設定します。
 - (2) 医師が少数の都道府県及び二次医療圏
 - 本計画開始時点において、医師偏在指標の順位が全国の下位33.3%に属する都道府県を「医師少数都道府県」と設定します。
 - 本計画開始時点において、医師偏在指標の順位が全国の下位33.3%に属する二次医療圏を「医師少数区域」と設定します。
 - (3) 医師が少数でも多数でもない都道府県及び二次医療圏
 - 本計画開始時点において、医師偏在指標の順位が全国の上位33.3%又は下位33.3%に属しない都道府県を「医師多数でも少数でもない都道府県」と設定します。
 - 本計画開始時点において、医師偏在指標の順位が全国の上位33.3%又は下位33.3%に属しない二次医療圏を「医師多数でも少数でもない区域」と設定します。
- 2 区域の設定
- (1) 現在の区域の設定
 - 厚生労働省が算出した現時点の医師偏在指標に基づき、本県及び二次医療圏の区域を表2-1-2-1のとおり設定します。

表2-1-2-1 医療圏ごとの医師偏在指標及び医療圏の区分(現時点)

医療圏	医師偏在指標	順位	区分
(参考) 全国値	239.8	-	-
福島県	179.5	43位	医師少数県
二次医療圏			
北 北 県	242.3	65位	医師多数区域
中 中 県	171.3	187位	医師多数でも少数でもない区域
南 南 県	137.5	290位	医師少数区域
会津・南会津	152.2	255位	医師少数区域
相 双 県	165.0	213位	医師多数でも少数でもない区域
いわき	146.3	271位	医師少数区域

出典：『医師偏在指標に係るデータ集』（令和元年厚生労働省提供データ）

- 本県の医師偏在指標は、全国の三次医療圏（都道府県）のうち下位33.3%の区分に属することから、本県を「医師少数県」とします。
 - 二次医療圏の医師偏在指標において、全国の上位33.3%の区分に属する県北医療圏を「医師多数区域」とします。
 - 二次医療圏の医師偏在指標において、全国の下位33.3%の区分に属する県南、会津・南会津及びいわき医療圏を「医師少数区域」とします。
 - 二次医療圏の医師偏在指標において、全国の上位33.3%または下位33.3%の区分に属さない県中及び相双医療圏を「医師多数でも少数でもない区域」とします。
- なお、相双医療圏については、医師偏在指標の算出において、住所地とは異なる医療圏における受診が多いことによる調整が大きくなっているため、指標の特異性に配慮していきます。

② その他の区域の設定 (医師少数スポット)

- 「医師多数区域」及び「医師多数でも少数でもない区域」の医師偏在対策の実施にあたっては、局所的に医師が不足しているなど、より細かい地域の医療ニーズに応じた対策が必要場合があります。
 - これらの地域を「医師少数スポット」と設定し、医師少数区域と同様の取り扱いとすることができます。
 - しかし、本県医師偏在指標が下位5番目という「医師少数県」であり、広大な県域全体で医師不足対策が必要となることから、限定した地域に対する支援の前提となる「医師少数スポット」の設定は行わないこととします。
- (3) 将来の区域の設定
- 将来時点 (令和18年 (2036年)) の医師偏在指標については、将来の人口推計や医師養成数の推計に基づき、国で算出を行いました。
 - 本県では、全国で唯一、医療圏ごとの将来の人口推計がないため、暫定的に各地域がすべて同じ人口増減率で推計されています。
 - 医師の働き方改革の進捗状況などの不確定要素があることから、今後の改訂等を注視していく必要があります。
 - 区域設定の考え方は「2 (1) 現在時点における区域の設定」のとおりとします。

○ 将来時点 (令和18年 (2036年)) の医療圏の区分について、上位推計の医師偏在指標により県及び二次医療圏の区域を表のとおり設定します。

表2-1-2-2 医療圏ごとの医師偏在指標及び医療圏の区分 (将来時点)

医療圏	医師偏在指標 (上位推計)	順位	区分
(参考) 全国値	319.3	—	—
福島県	244.4	46位	医師少数県
二次医療圏			
北	328.0	88位	医師多数区域
中	238.1	251位	医師少数区域
南	188.5	324位	医師少数区域
会津・南会津	199.4	314位	医師少数区域
相	223.0	279位	医師少数区域
いわき	202.5	309位	医師少数区域

出典：『将来の医師偏在指標 (2036年) に係るデータ集』 (令和2年厚生労働省提供データ)

第2編 各論（医師の確保）

第2章 医師の確保の計画

第1節 医師の確保の方針

○ 都道府県及び医療圏ごとの医師偏在を解消するため、それぞれの区域の医師の多寡の状況に基づき、医師の確保の方針を定めます。

○ 医師の確保の方針は、今後、医師の確保のために県が行う施策に反映するものとします。

1 ガイドラインによる考え方

(1) 都道府県

○ 医師少数都道府県及び医師少数区域は、医師の増加を医師の確保の方針の基本とします。

○ 医師少数都道府県は医師多数都道府県から医師の確保ができることとします。

(2) 二次医療圏

○ 医師少数区域は、医師の増加を医師の確保の方針の基本とし、医師少数区域以外の二次医療圏から医師の確保ができることとします。

○ 医師多数でも少数でもない区域は、必要に迫り、医師多数区域の基準に達するまで、医師多数区域からの医師の確保を行えることとします。

○ 医師多数区域は、他の二次医療圏からの医師の確保は原則として行わないこととし、医師少数区域への医師の派遣を行うことが求められます。

表2-2-1-1 国による確保方針の考え方

医療圏	区分 (現在時点)	区分 (将来時点) (※)	短期的確保施策	長期的確保施策
福島県	医師少数県	医師少数県	○	○
二次医療圏	北 医師多数区域	医師多数区域		
	中 医師多数でも少数でもない区域	医師少数区域	○	○
	南 医師少数区域	医師少数区域	○	○
	会津・南会津 医師少数区域	医師少数区域	○	○
	相 双 医師多数でも少数でもない区域	医師少数区域	○	○
いわき	医師少数区域	医師少数区域	○	○

出典：『医師偏在指標に係るデータ集』（令和元年厚生労働省提供データ）

『将来の医師偏在指標（2036年）に係るデータ集』（令和2年厚生労働省提供データ）

※将来時点の区分は上位推計に基づく

2 医師の確保の方針

○ 短期的な医師確保の方針については、現在時点で本県が医師少数県であり、広大な県域全体における医師確保が必要となることから、県全体での施策により医師数の増加に努めることとします。

○ 本県特有の課題である原子力災害等による患者及び医療従事者の流出入や、医療圏ごとの医療資源の偏在への対応を考慮し、医師の確保及び偏在対策を行います。

○ 長期的な医師の確保の方針については、将来時点においても医師少数県であり、全県で長期的な医師の確保に努めるものとします。

○ 診療科ごとの医師確保については、産科・小児科のみ確保計画を策定することとしていますが、産科・小児科以外の診療科においても医師が不足していることが想定されることから、診療科ごとの医師数の動向等に留意しながら、必要な確保を進めるものとします。

(1) 県の医師の確保の方針
 ○ 本県は医師少数県であることから、医師少数都道府県を脱するために必要な確保を行うこととします。

(2) 二次医療圏の医師の確保の方針
 ○ 医師多数区域である医療圏は、他の医療圏の医療機関に対して医師の派遣を行うために一定の医師数が必要となることから、必要な医師の確保を行うこととします。

○ 医師多数でも少数でもない区域である医療圏は、県として医師少数県ではない水準に達するまでに必要な医師の確保を行うこととします。

○ 医師少数区域である医療圏は、医師少数区域を脱するために必要となる医師を確保するのに加え、県として医師少数県ではない水準に達するまでに必要な医師の確保を行うこととします。

相双医療圏は、国の医師偏在指標からは、現在時点において医師多数でも少数でもない区域とされていますが、原子力災害等からの復興が進み、住民の帰還が進むことにより医療需要が増加することが想定されるため、今後の医療需要等を踏まえつつ、引き続き医師の確保を行うこととします。

避難地域等医療復興計画（平成29年7月策定）においては、本医療圏における医師の確保の目標を「短期的には震災前の水準まで回復する、また、長期的には避難地域の復興を考慮した医療需要に対応できるように医師の確保を図る」としています。

第2節 確保すべき医師数

○ 医師の確保の方針を基に、県及び各医療圏において、本計画終了時点（令和5年（2023年））に必要な医師数を「目標医師数」とし、目標に達するために確保すべき医師数を設定します。

また、将来時点（令和18年（2036年））に必要な医師数を「必要医師数」とします。

1 目標医師数

(1) 目標医師数の考え方

○ 本計画期間終了時点において、医師少数県及び医師少数区域が下位1/3の基準に達するために必要となる医師数を、国が「目標医師数」として算定しました。

表2-2-2-1 標準化医師数、下位1/3、全国値の基準に達する医師数（単位：人）

医療圏	区分	標準化医師数 (A)	下位1/3の基準に達する ための医師数 (標準化医師数) (B)	下位1/3の基準に達する ための医師数が必要に なるための医師数 (B)-(A)	(参考) 全国平均の基準に 達するための医師 数
福島県	医師少数県	3,662	4,108	446	
二次医療圏	県北 医師多数区域	1,290	806	-	1,197
	県中 医師多数でも少数 でもない区域	1,000	874	-	1,297
	県南 医師少数区域	194	212	18	314
	会津・南会津 医師少数区域	486	487	1	723
	相双 医師多数でも少数 でもない区域	166	143	-	213
	いわき 医師少数区域	536	552	16	820
二次医療圏計		3,662	3,074	35	4,564
県と二次医療圏の 目標医師数の差				411	

※ 小数点以下の四捨五入のため、合計が合わないことがある。
 出典：『医師偏在指標に係るデータ集』（令和元年厚生労働省提供データ）

- 標準化医師数とは、医療圏における実際の医師数を性年齢階級別に労働時間を勘案し調整を行ったものです。(標準化医師数の算出方法は第5編資料編4のとおり)
- 本県が、全国の三次医療圏の下位33.3%の基準を脱するために必要となる医師数は4,108名(446名不足)となっておりますが、すべての二次医療圏で下位33.3%の基準を脱するために必要となる最低限の医師数の合計は、3,074名(35名不足)となっており、県の必要数と合致していません。
- したがって二次医療圏で目標医師数の確保を達成した場合においても、県全体では411名の医師が不足することとなります。
- これは、全国の下位33.3%の基準となる医師数が、三次医療圏と二次医療圏でそれぞれ異なるためです。この二次医療圏の目標医師数について、国のガイドラインでは、都道府県において二次医療圏の目標医師数の合計が県の目標医師数を超えないよう設定できることとなっております。
- このため、各医療圏の目標医師数については、それぞれの区分に基づいて設定した上で、二次医療圏の目標医師数の合計が県の目標医師数と合致するよう調整を行います。

(2) 目標医師数

- 本県の目標医師数及び確保すべき医師数は下記のとおりです。

表2-2-2-2

医療圏ごとの人口の増減を勘案した県及び二次医療圏の目標医師数(単位:人)

医療圏	人口	減少率	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)
北	1,299	-3.2%	1,259	44	4,198	-3,845	4,198	1,177	141	1,339	91
東	1,949	-2.7%	1,900	18	973	-873	1,297	153	1,450	133	126
南	194	-7.9%	181	18	294	-294	314	37	241	47	24
西	444	-4.4%	427	1	440	-440	723	88	648	88	84
中	158	-3.4%	153	15	158	-158	213	25	175	18	18
計	3,082	-3.1%	3,021	61	3,082	-3,082	5,964	677	671	4,198	348
二次医療圏	0		411	411	0	0	4,553	520	4,198	410	34

※ H31→R5の人口増減率はH29→H31の人口増減率が継続すると仮定し計算。ただし、相双医療圏においては、原子力災害等の影響により今後の人口増減を見込むことが困難であることから、県の人口増減率と同一とした計算した。

- 目標医師数は標準化した医師数であり、実際に確保する人数とは異なります。県北医療圏を例に取ると目標医師数1,389名が達成されたとしても、実在の医師数が1,389名となるわけではありま

○ 目標医師数の考え方は下記のとおりです。

- 1 医師少数区域は下位1/3の基準に達するために必要となる医師数の確保を行う。(35名の確保)・・・①
- 2 すべての医師少数区域が下位1/3の基準に達すると二次医療圏の医師数は3,697名となるが、県の目標数4,108名に達するには411名が不足する。・・・②
- 3 計画期間終了時点である令和5年(2023年)の各医療圏の人口減少による医師の減少を考慮するため、現在時点において、下位1/3の基準に達するための医師数3,697名(③)を、平成31年から令和5年の人口増減率に基づき調整すると、二次医療圏の医師数の合計3,569名(④)は県の目標である4,108名に対し539名不足する。・・・⑤
- 4 不足する539名を、厚生労働省が示す全ての二次医療圏が医師偏在指標の全国平均値に達するために必要な医師数に基づき按分し、⑥で算出した各二次医療圏の医師数に加えた医師数を目標医師数とする。・・・⑦

(3) 確保すべき医師数

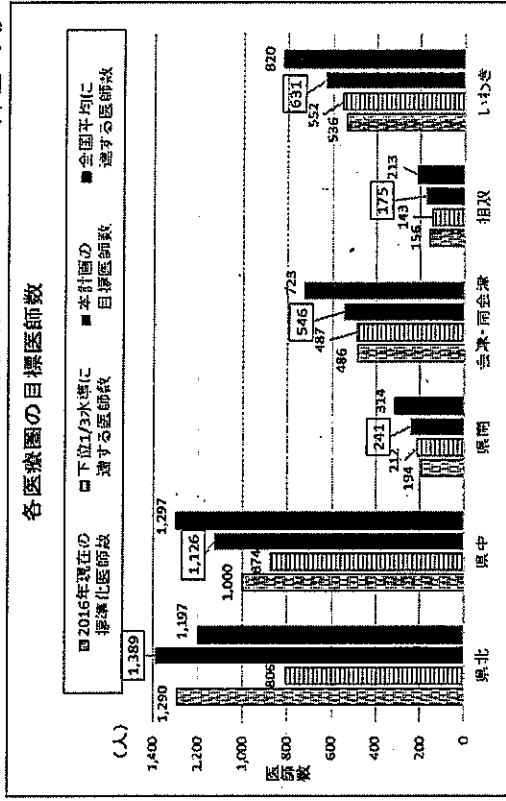
○ 本県及び各医療圏において、本計画終了時点までに確保が必要となる医師数は、目標医師数と現在時点の標準化医師数との差で表されます。(表2-2-2-3)

表2-2-2-3

本県及び二次医療圏の目標医師数と確保すべき医師数 (単位:人)

医療圏	区分	(A) 標準化医師数	厚生労働省が算出した目標医師数(下位1/3に達する医師数)	(B) 本県の目標医師数	(B)-(A)
全国	-	306,269	-	-	-
福島県	医師少数区域	3,662	4,108	4,108	446
二次医療圏	北	医師多数区域	-	1,389	99
	中	医師多数でも少数でもない区域	1,000	1,126	126
	南	医師少数区域	194	241	47
	会津・南会津	医師少数区域	486	546	60
	相	医師多数でも少数でもない区域	156	175	19
	いわき	医師少数区域	536	631	95
	二次医療圏計	-	3,662	-	4,108

図表2-2-2-4 二次医療圏の目標医師数 (単位:人)



ア 県

- 医師少数県である本県においては、国が示した、全国の下位1/3の基準を脱するために必要となる医師数である、4,108名を目標医師数とします。

イ 二次医療圏

㊦ 県北医療圏

- 医師多数区域であり、他の二次医療圏と比較して医師が多く存在していますが、その要因の一つに福島市にある県立医大の存在があります。

- 各医療圏間において、医師の派遣が行われておりますが、とりわけ県北医療圏においては、各医療圏へ多くの医師を派遣しております。(p.26 表2-2-2-5 医療施設で勤務に従事する派遣医師数(常勤換算))

- 県立医大には、臨床だけでなく教育や研究を行う医師が勤務しています。

また、県立医大においても、会津・南会津、相双医療圏をはじめ、医師が不足する各医療圏へ医師を派遣しております。
(p.58 表4-1-4 県立医大の医師派遣状況)

- ガイドラインによると医師多数区域は医師少数区域への医師派遣を求められています

- 上記を踏まえ、県北医療圏は、医師多数区域であっても一定数の医師の確保が今後必要となることから、県の目標数と一致するよう調整を加えた1,389名を目標医師数とします。

㊧ 県中医療圏

- 医師多数でも少数でもない区域のため、現在の標準化医師数に、県の目標数と一致するよう調整を加えた人数1,126名を目標医師数とします。

㊨ 県南医療圏

- 医師少数区域のため、計画期間終了後に、全国の下位33.3%の基準を脱するために必要となる医師数に、県の目標数と一致するよう調整を加えた人数241名を目標医師数とします。

㊩ 会津・南会津医療圏

- 医師少数区域のため、計画期間終了後に、全国の下位33.3%の基準を脱するために必要となる医師数に、県の目標数と一致するよう調整を加えた人数546名を目標医師数とします。

㊪ 相双医療圏

- 医師多数でも少数でもない区域のため、現状の標準化医師数に、県の目標数と一致するよう調整を加えた人数175名を目標医師数とします。

- なお、原子力災害等からの復興により住民の帰還が進むなど、医療需要の増加を踏まえ、医師の更なる確保に努めます。

㊫ いわき医療圏

- 医師少数区域のため、計画期間終了後に、全国の下位33.3%の基準を脱するために必要となる医師数に、県の目標数と一致するよう調整を加えた人数631名を目標医師数とします。

ウ 医療圏間の医師派遣状況

- 医療圏を越える医師派遣等の状況について、県が独自に集計を行った結果は以下のとおりです。

表2-2-2-5 医療施設で勤務に従事する派遣医師数(常勤換算) (単位:人)

	派遣先医療圏					派遣人数計(網掛け部除く)
	県北	県中	県南	会津・南会津	相双	
県北	8.1	34.1	12.6	14.7	16.2	89.2
県中	2.4	39.4	0.9	2.4	4.4	11.3
県南	0.8	2.4	0.3	0.3	0.0	3.6
会津・南会津	0.5	1.1	0.5	25.8	0.0	2.2
相双	0.3	0.5	0.0	0.0	4.2	0.8
いわき	0.0	0.8	0.0	0.1	0.5	1.4
県外	13.7	39.0	17.1	21.4	21.5	193.2
受入人数計(網掛け部除く)	17.7	77.9	31.1	38.9	42.6	93.5

出典：福島県地域医療支援センター調(福島県)

※ 表中の派遣人数計及び受入人数計については、自医療圏への派遣、又は自医療圏からの受入の人数は除外している

- ガイドラインでは、医療圏間の派遣医師数を踏まえ目標医師数を調整することができるとされています。
- しかしながら、目標医師数は標準化した医師数であり、実際の派遣人数を加減する調整が困難であることから、本県では目標数等を調整せず、医師派遣の傾向を把握するための参考資料とします。
- 県立医大がある県北医療圏は医師多数数区域ですが、県北医療圏から他の医療圏に医師が多数派遣されていることがわかります。
- いわき医療圏は、震災からの復興のために県外から多くの医師派遣を受けています。

(4) 目標医師数の確保見込み

- 本県では目標医師数4,108名(確保すべき医師数446名)の確保について、以下のとおり見込んでいます。
- 令和5年(2023年)までに既存事業(修学資金の貸与、県外からの医師招へい及び後期研修医の確保)の実績から482名の増加、医師・歯科医師・薬剤師調査から100名の減少が見込まれるため、382名の医師の増加が見込まれます。
- また、新たな事業を実施することにより、令和5年(2023年)までに64名の医師の増加が見込まれます。
- 以上のことから、既存事業による確保数382名に新規事業による確保数64名を加えることにより446名の確保が見込まれます。

2 必要医師数

(1) 必要医師数の考え方

- 厚生労働省から、医師のマクロ需給推計に基づき、将来時点(令和18年(2036年))の医師の需給状況を表す必要医師数が示されました。
- 必要医師数は、将来時点において、全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合は医師偏在指標の値(全国値)と、県及び各医療圏における将来時点の医師偏在指標が一致するために必要となる医師数です。
- 上記のとおり、必要医師数は、全国の医師需給が一致する場合の医師偏在指標に本県の医師偏在指標が一致するよう機械的に算出される値であり、本県が目指す将来時点の医師数とは異なります。
- なお、本県の特徴として、医療圏ごとの将来の人口推計が算定されていないため、すべての医療圏で同じ人口推移の率を使用して需要推計を算出しています。

(2) 必要医師数

表2-2-2-6 本県及び二次医療圏の必要医師数 (単位:人)

医療圏	医師偏在指標 (特来時点)	属位 (特来時点)	区分 (特来時点)	標準化 医師数 (H28(2016))	将来時点 医師数 (上位推計)	必要 医師数 (R18(2036))
福島県	244.4	46位	医師少数区域	3,602	4,195	4,869
北	328.0	88位	医師多数区域	1,290	1,478	1,278
中	238.1	251位	医師少数区域	1,000	1,145	1,364
南	188.5	324位	医師少数区域	194	222	334
会 津 南 会	193.4	314位	医師少数区域	486	556	792
相 双	223.0	279位	医師少数区域	156	179	228
いわ き	202.5	309位	医師少数区域	536	614	861

出典:『将来の医師偏在指標(2036年)に係るデータ集』(令和2年厚生労働省提供データ)

- 将来時点医師数とは上位推計に基づき、令和18年(2036年)までに医師を確保した場合に達する医師数となります。
- 令和18年(2036年)における県の必要医師数は4,869名と、現在の標準化医師数3,662名と比べ1,207名の差があります。
- 各医療圏においても、県北医療圏がほぼ同数となる以外は、現在の標準化医師数と必要医師数に差があります。
- 令和18年(2036年)までという長期にわたる、医療需要の変動等や医師の働き方改革の動向、全国の医師偏在の解消状況などについて不確定な部分が大いことから、本県は当面、全県で長期的な医師の養成を続けるものとします。
- 特に相双医療圏については、令和18年(2036年)に向けて医療需要の変動が大いことが予想されることから、今後の医師確保計画の策定に当たって特に留意することとします。

第3節 医師の確保のための施策

1 施策について

- 本県及び医療圏ごとに定めた医師の確保の方針に基づき、短期的施策及び長期的施策を定めます。
- 短期的施策は、目標医師数(令和5年(2023年))に確保すべき医師数を達成するための施策であり、長期的施策は、将来時点(令和18年(2036年))も視野に入れ、継続的に医師を確保、養成するための施策です。
- 本県は、計画策定時点の医師偏在指標が全国43位と極めて医師少数県であり、また、令和18年(2036年)の時点で、上位推計においても医師少数県であると推計されていることから、短期的な施策と長期的な施策を一体として推進することにより、一層効果的に医師の確保を図っていきます。
- なお、以下の施策は計画策定時点のものであり、国の施策及び地域の実情等を踏まえつつ、安定的な医師確保を図るため、引き続き効果的な医師の確保の施策に取り組みます。
- また、施策の実施に当たっては、医師の働き方改革や、地域医療構想の進捗による医療提供体制の推移などを踏まえ、随時見直しを図ります。

2 施策

(1) 短期的施策

- 本計画期間終了時点まで以下の施策を実施し、本計画期間終了時点における目標医師数の確保を目指します。

ア 医師の派遣調整

地域枠医師を中心としたキャリア形成プログラムの適用を受ける医師等の派遣調整を行います。

- イ 医師の派遣要請
県立医大と現状の課題等を共有しつつ、引き続き県内医療機関へ医師を派遣するよう要請するとともに、その調整を行います。
- ウ 寄付講座の設置
県外の医科大学に寄附講座を設置し、医師を招へいすることを支援します。
- エ 勤務環境の改善
① 勤務環境改善事業
医療勤務環境改善支援センターにおける取組等を通して、医療機関における医師の勤務環境の改善に取り組みます。
- ② 女性医師等勤務環境改善事業
復職の支援や勤務条件の緩和等、女性医師等が働きやすい職場環境の整備を行い、女性医師等の県内定着を図る医療機関に対する補助を行います。
- オ 県外医師招へい事業
県立医大と連携し、県外から県内への医師招へいに向けて取り組みます。
- カ ドクターバンクふくしま
福島県地域医療支援センターにおいて運営している「ドクターバンクふくしま」により、県内医療機関での勤務を希望する医師と勤務医の募集を行う医療機関との仲介（紹介、斡旋、相談）を行います。
- キ 広報活動
地域医療支援センターにおいて、魅力的な研修プログラムや臨床研修に係る広報活動を行います。

- (2) 長期的施策
- ア 医師養成数の維持
○ 県立医大医学部の入学定員について、県立医大と調整の上、恒久定員85名に加え、臨時定員45名の計130名の現在の定員の恒久化を図ることを目指します。
- ※ 今後の全国の医学部入学定員については、現在、文部科学省及び厚生労働省で検討が進められています。
- イ 地域枠・地元枠の要請
○ 県立医科大学医学部入学者における地元枠（地元出身者限定の入学枠）や地域枠（修学資金貸与を条件とする入学枠）の設置について要請し、県内定着を図ります。
- 修学資金の種類
・ 緊急医師確保修学資金
・ 地域医療医師確保修学資金
・ へき地医療等医師確保修学資金
- ※ 上記の国による入学定員の検討の中で、地域枠の必要数の検討等も行われる予定です。
- ウ 研修医確保による県内定着
○ 医師の臨床研修や専門医研修等を支援し、研修者数を確保することにより、引き続き県内で勤務する医師の確保を図ります。
- エ 将来に向けた医師の確保
○ 県内の学生、児童に向け、医師の魅力の周知を図ることにより、将来の医師の確保に努めます。

- オ キャリア形成プログラム
- キャリア形成プログラムについて
 修学資金が貸与される医師等については、これまで、修学資金貸与制度など、それぞれの制度に従って研修や勤務等を行ってまいりましたが、今年度勤務の要件等を改めて整理し「福島県キャリア形成プログラム」として策定しました。
 - キャリア形成プログラムの目的
 キャリア形成プログラムは、「医師不足地域における医師の確保」及び「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を図ることを目的としています。
 - 本計画におけるキャリア形成プログラム
 本計画とキャリア形成プログラムの関係について、キャリア形成プログラムの対象者については、医師となった時点で医師確保の効果が生じることとなります。
 例えば、令和2年度(2020年度)の医学部入学者が医師免許を取得する令和8年度(2026年度)からその効果が生じます。
 このため、キャリア形成プログラムは長期的な医師の確保の効力を持つ方策となります。

■ 福島県キャリア形成プログラム

平成30年7月25日の医療法改正に伴い、医師が不足している地域における医師の確保と、修学資金の貸与を受けた医師や自治医科大学を卒業した医師等の能力の開発・向上の両立を図るため、各制度の従事要件を整理し福島県キャリア形成プログラムとして策定しました。

- ④ 新たな施策の方向性
- 計画期間内に目標医師数の確保を達成するためには、県外、特に医師多数県からの医師の招へい・定着が欠かせないため、今後の施策の動向や医師確保対策に係る提言等を踏まえ、新たな施策に取り組みます。
 - 施策の方向性
 - ア 医師派遣の調整
 国が創設する予定の医師派遣に係るデータベース等を活用し、主に医師多数県を対象として医師派遣の調整に取り組みます。
 - イ 医師招へいの広報
 本県で働く意欲を有する医師の確保を図るため、U・Iターンなどに結びつく、わかりやすい広報活動に取り組みます。
 - ウ 国に対する要望
 国に対して、医師少数県における勤務に対するインセンティブの創設や、都道府県間の医師偏在解消のための実効性のある取組を求めます。
 - エ 招へい環境の改善
 招へいする医師の勤務環境等を改善するため、医師のキャリア形成支援や、生活・勤務環境の改善支援等に取り組みます。
 - オ 医師招へい活動への支援
 今後、医療機関が専門医の研修医師を確保するためには、指導医等の確保が必要となることから、医療機関や医療機関の管理者が行う指導医等の招へい活動の支援に取り組みます。



福島県外来医療計画の概要

資料4

○計画の趣旨

外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っており、診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制構築等の医療機関間の連携が個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること、等の状況にある。

外来医師偏在指標や地域ごとの外来医療機能の偏在等の情報を、開業希望医等に可視化して情報提供することによって、個々の医師の行動変容を促し、偏在是正に繋げることを目的としている。

○計画の位置付け

医療法第30条の4第2項第10号の規定に基づく、医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたもの。

○計画期間

現行計画は、R2年度からR5年度の4年間。次期計画はR6年度からR8年度まで、以降3年ごとに見直し。

医療機器の共同利用（共同利用計画の提出）について

○人口当たりの医療機器の台数には地域差があり、また、医療機器ごとに地域差の状況は異なっている。今後、人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制を構築する必要がある中、医療機器についても効率的に活用できるよう対応を行う必要がある。

○外来医療計画に基づく、医療機関が医療機器を購入（更新・リース）する場合は、当該医療機器の共同利用計画を作成し、地域の協議の場において確認を行うことを求める。

○外来医療機能の偏在・不足等に係る協議の場として、本県では地域医療構想調整会議を地域の協議の場として位置付け。

○共同利用の対象となる医療機器は、CT、MRI、PET、放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）、マンモグラフィ。

医療機器の稼働状況報告について

○令和5年3月31日付け「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」の一部改正において、地域の医療資源を可視化する観点から、令和5年4月1日以降に医療機器を新規購入した医療機関に対して、医療機器の稼働状況について都道府県への報告を求めることとされた。

○報告することとされているのは、①新規購入した医療機関の情報（名称、開設者等）、②医療機器の情報（共同利用対象医療機器、製造販売業者等）、③稼働状況（利用件数、共同利用の実績等）の3点。