

福島県地域医療構想 (案)



ふくしまから
はじめよう。

平成 28 年 12 月
福島県保健福祉部

目次

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	1
第2節 構想の位置づけ	2

第2章 将来の医療需要推計

第1節 人口推計	3
第2節 県民の受療状況	4
第3節 構想区域の設定	5
第4節 将来の医療需要	7

第3章 将来の必要病床数

第1節 医療提供体制等の現状	17
第2節 将来の必要病床数	26

第4章 将来の医療提供体制の実現に向けて

第1節 総論	27
第2節 医療機能の分化と連携	33
第3節 在宅医療の推進	35
第4節 医療従事者の確保・養成	38
第5節 県民への情報提供・普及啓発と健康づくり	40
第6節 その他（多様な医療ニーズへの対応）	42

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	45
第2節 構想の見直し・進行管理	47

第2編 各構想区域

第1章 県北区域	49
第2章 県中区域	59
第3章 県南区域	69
第4章 会津・南会津区域	79
第5章 相双区域	93
第6章 いわき区域	107

第3編 資料編

1 将来医療需要推計	117
2 病院従事者数（常勤換算）	123
3 主たる診療科別にみた医療施設従事医師数	124
4 平成25年度 NDB データによる患者受療動向	126
5 年齢調整標準化レセプト出現比	132
6 平成26年中の救急搬送の状況	141

1
2
3
4
5

第1編 県全体

6
7
8
9
10
11
12
13
14

第1章 地域医療構想の基本的事項

15

1 第1節 構想策定の趣旨

2 (1) 地域医療構想策定の背景

- 3 ○ 我が国では少子高齢化より人口構造が急速に変化し、2025年(平成37年)
- 4 には、いわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上の後期高齢者となり、医療・
- 5 介護の需要が増大すると予想されています。
- 6 ○ 慢性的な疾患を抱える高齢者の増加など、人口構造の変化に伴う疾病構造の
- 7 変化により、病気と共存しながら生活の質(QOL)の維持・向上を目指す医療
- 8 がこれまで以上に必要とされ、「治す医療」だけでなく「生活を支える医療」
- 9 の重要性が増していきます。
- 10 ○ また、総人口の減少により生産年齢人口も減少していくと見込まれ、医療・
- 11 介護分野の人手不足が今後さらに深刻化することが危惧されています。
- 12 ○ これらの医療をとりまく状況の変化を踏まえ、地域の限られた医療・介護資
- 13 源を有効に活用して急性期医療から慢性期医療、在宅医療まで、患者がその状
- 14 態に応じたふさわしい医療を受けられる効率的かつ質の高い医療提供体制を
- 15 構築するとともに、地域包括ケアシステムの構築を通して地域における医療及
- 16 び介護の総合的な確保の推進を図ることが求められています。
- 17 ○ こうした中、国では平成26年6月に医療法(昭和23年法律第205号)
- 18 を含む関係法律の一部改正により構成される「地域における医療及び介護の総
- 19 合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(平成26年法律
- 20 第83号。以下「医療介護総合確保推進法」という。)が成立・公布され、改正
- 21 された医療法により、平成27年4月より、都道府県は地域の医療提供体制の
- 22 将来のあるべき姿を示す「地域医療構想」を医療計画の一部として策定するこ
- 23 ととされました。

24 (2) 本県の状況

- 25 ○ 一方、平成23年3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震とそれに伴う
- 26 大津波による災害(以下「東日本大震災」という。)、東京電力株式会社福島第
- 27 一原子力発電所事故による災害(以下「原子力災害」という。)は、県内全域
- 28 に甚大な被害をもたらし、5年以上が経過した今なお多くの県民がふるさとを
- 29 離れて、県内はもとより全国各地で避難生活を強いられています。
- 30 ○ こうした状況下で、医療の分野においては平成23年11月に「福島県地域
- 31 医療再生計画(三次医療圏)」、平成25年5月に「福島県地域医療再生計画(平
- 32 成24年度補正予算)」を策定し、県内全域において、被災した病院、医科・歯
- 33 科診療所及び薬局の災害復旧を支援するとともに、医療機関等における医療従
- 34 事者の流出防止と確保等を支援してきました。
- 35 ○ また、平成24年2月に「福島県浜通り地方医療復興計画」、平成25年2

月に「福島県浜通り地方医療復興計画（第2次）」を策定し、特に被害が大きかった浜通りの医療の復興に取り組んできました。

- 現在は平成25年3月に策定した「第六次福島県医療計画」（平成25年度～平成29年度）に基づき、各種保健医療施策を推進し、東日本大震災及び原子力災害からの復旧・復興とともに、安全で質が高く効率的な医療の提供体制を整備に取り組んでいます。

(3) 地域医療構想策定の目的

- これらのことから、65歳以上人口がピークを迎える2025年（平成37年）を見据え、それぞれの地域における医療・介護の現状や課題が異なることを踏まえて、それぞれの地域が目指すべき医療の姿を医療を提供する側と医療を受ける側の双方の皆様に分かりやすく示し、一体となってその実現へ向けての取り組みを推進するため、現在の医療計画の別冊として福島県地域医療構想を策定することとします。

第2節 構想の位置づけ

- 医療法第30条の4第2項の規定に基づき、第六次福島県医療計画（平成25年度～平成29年度）の一部（別冊）として定めます。
- 平成30年度からの次期医療計画の策定においては、今後国から示される指針を踏まえて、介護保険事業支援計画との整合を図りながら、地域医療構想を含めた一体の計画として策定します。
- 地域医療構想では、将来（2025年（平成37年））の医療提供体制に関する事項として、下記を定めます。
 1. 一体の区域として病床の機能の分化及び連携を推進する区域（以下「構想区域」という。）における病床の機能区分ごとの将来（2025年（平成37年））の医療需要及び必要とされる病床数
 2. 構想区域における在宅医療等の将来（2025年（平成37年））の必要量
 3. 地域医療構想の達成に向けた病床機能の分化と連携の推進に関する事項

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

第2章 将来の医療需要推計

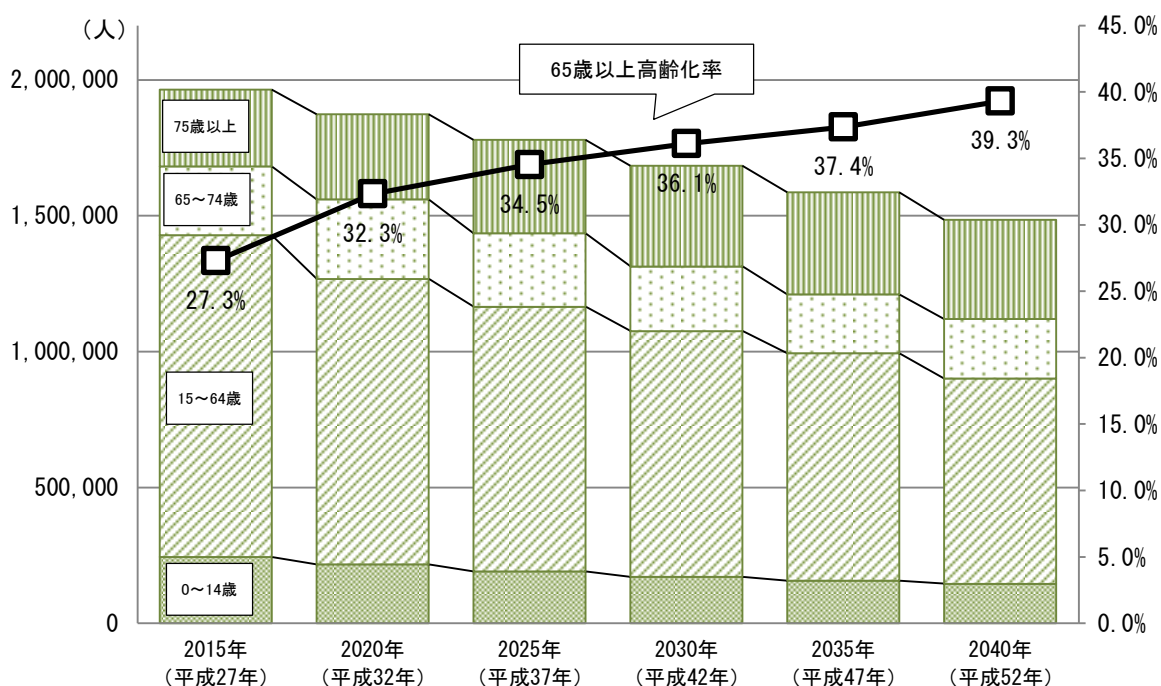
17

1 第1節 人口推計

2 ○ 本県の総人口は2015年現在、1,964,450人となっていますが、今後は減少が
3 続き、2025年には1,780,166人になると推計されています。

4 ○ 一方で、65歳以上の人口が占める割合は、2015年の27.3%から2025
5 年には34.5%に増加すると推計されています。

6 7 図表2-1-1 福島県の将来推計人口



8

	2015年 (平成27年)	2020年 (平成32年)	2025年 (平成37年)	2030年 (平成42年)	2035年 (平成47年)	2040年 (平成52年)
75歳以上	282,801	312,926	344,208	370,359	375,382	365,202
65～74歳	253,400	292,822	270,651	237,971	217,374	218,750
15～64歳	1,184,227	1,050,951	973,702	904,821	836,386	755,200
0～14歳	244,022	216,839	191,605	171,207	157,442	146,006
合計	1,964,450	1,873,538	1,780,166	1,684,358	1,586,584	1,485,158

9

10 資料：2015年は「平成27年1月1日住民基本台帳年齢別人口（市区町村別）（総計）」（総
11 務省）、2020年以降は「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（国立
12 社会保障・人口問題研究所）

13

第2節 県民の受療状況

- 2013年度のレセプトデータ等を元に、一般病床又は療養病床を有する病院及び有床診療所の入院患者の受療状況を二次医療圏別に分析したデータは図表2-2-1のとおりです。
- 患者が居住する地域内の医療機関で受療している割合を「自足率」と定義すると、県内7つの二次医療圏のうち県北・県中・会津・いわき医療圏においては自足率が90%以上です。
- 入院患者の他地域への流出状況をみると、県南の入院患者の21.8%が県中に、南会津の入院患者の73.6%が会津に、相双の入院患者の15.4%が県北に、9.1%が県中に、9.3%がいわきに流出しています。

図表2-2-1 2013年度入院医療需要流出入数

(単位:人/日)

		医療機関所在地														
		県内							県外							
		県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	宮城県 仙台	山形県 置賜	茨城県			栃木県 県北	東京都 区中央部	
患者 住所 地	県内	県北	2,629	208	*	*	*	*	19	28	15	*	*	0	*	*
		県中	77	2,989	89	19	*	*	35	16	*	*	*	*	*	*
		県南	26	164	530	*	*	*	*	*	*	*	*	22	11	*
		会津	25	96	*	1,700	*	*	19	*	*	*	0	*	*	*
		南会津	*	*	*	117	42	0	*	*	0	0	0	0	*	*
		相双	147	87	*	24	*	496	89	112	*	*	*	*	*	*
		いわき	22	75	*	*	*	26	2,122	16	*	11	14	*	*	11
県外	宮城県	仙南	25	*	0	*	0	*	0							
		仙台	*	17	*	*	0	*	*							
	茨城県	日立	*	*	*	*	0	0	82							
		栃木県	県北	*	*	22	*	*	*	0						

資料：厚生労働省「必要病床数等推計ツール」により作成。値が10未満の場合は、レセプト情報利用の原則に基づき非表示となるため「*」としている。(全ての値が「*」となる二次医療圏は表示していない)

図表2-2-2 2013年度入院医療需要自足率

		医療機関所在地														
		県内							県外							
		県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	宮城県 仙台	山形県 置賜	茨城県			栃木県 県北	東京都 区中央部	
患者 住所 地	県内	県北	90.7%	7.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	1.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		県中	2.4%	92.7%	2.8%	0.6%	0.0%	0.0%	1.1%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		県南	3.5%	21.8%	70.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.9%	1.5%	0.0%
		会津	1.4%	5.2%	0.0%	92.4%	0.0%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		南会津	0.0%	0.0%	0.0%	73.6%	26.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		相双	15.4%	9.1%	0.0%	2.5%	0.0%	51.9%	9.3%	11.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		いわき	1.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%	92.4%	0.7%	0.0%	0.5%	0.6%	0.0%	0.0%	0.5%

資料：図表2-2-1を元に作成

1 第3節 構想区域の設定

1 構想区域の定義

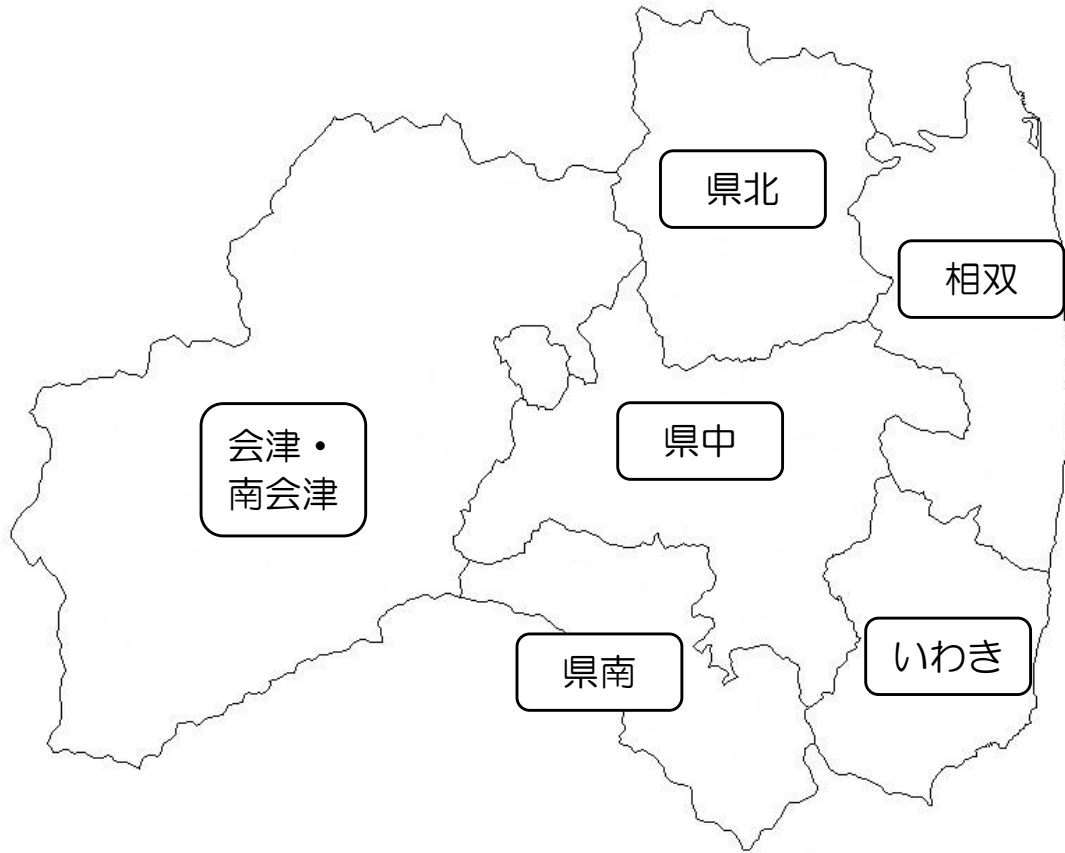
構想区域は二次医療圏を基本として、人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定します。（医療法第30条の4第2項第7号）

2 構想区域設定の考え方

- 本県の構想区域の設定については、地理的条件、交通条件、行政の区域や福島県総合計画「ふくしま新生プラン」における生活圏を考慮し、現行の二次医療圏を基本とします。
- ただし、現行の7つの二次医療圏のうち、受療状況の分析から患者の圏外流出が顕著である南会津医療圏については、他圏域との連携を含めて検討する必要があります。
- また、原子力災害に伴う避難区域を含む相双医療圏においては、今なお多くの県民が県内外に避難しており、医療従事者の確保や休止している医療機関の再開など、医療提供体制の再構築を目指している段階にあります。
- これらのことから、会津医療圏への患者流出が大きい南会津医療圏を会津医療圏と一体として構想区域とし、それ以外の県北医療圏、県中医療圏、県南医療圏、相双医療圏、いわき医療圏は現行の二次医療圏を構想区域とします。

1
2

図表2-3-1 構想区域



3
4

構想区域	構成市町村
県北	福島市、二本松市、伊達市、本宮市、桑折町、国見町、川俣町、大玉村
県中	郡山市、須賀川市、田村市、鏡石町、天栄村、石川町、玉川村、平田村、浅川町、古殿町、三春町、小野町
県南	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
会津・南会津	会津若松市、喜多方市、下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町
相双	相馬市、南相馬市、広野町、檜葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村
いわき	いわき市

5
6

第4節 将来の医療需要

1 将来医療需要推計の考え方

- 2025年における医療機能区分ごとの医療需要の算出にあたっては、NDBのレセプトデータ¹やDPCデータ²等の基礎データに基づいて、地域医療構想策定ガイドラインや医療法施行規則に示された考え方・方法により計算を行うために厚生労働省が各都道府県に提供した「必要病床数等推計ツール（以下「ツール」という。）」を用います。
- ただし、本県では基礎データの一つである将来推計人口が全県単位の値のみの公表であり、市町村単位の値が利用できないため、構想区域ごとの医療需要の推計方法が他都道府県と若干異なっています（後述）。
- なお、以下の推計方法は、あくまで構想区域全体における医療需要の推計のための方法であるため、この推計方法の考え方が、直ちに、個別の医療機関における病床の機能区分ごとの病床数の推計方法となったり、各病棟の病床機能を選択する基準になるものではないことに留意が必要です。
- 地域医療構想における病床の医療機能の定義は図表2-4-1のとおりです。

図表2-4-1 病床の医療機能の定義

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 (高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例) 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であって、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

¹ NDBのレセプトデータ

NDB(National Database)とはレセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称のこと。高齢者の医療の確保に関する法律第16条第2項に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報をNDBに格納し管理している。

² DPCデータ

DPC(Diagnosis Procedure Combination)とは診断と処置の組み合わせによる診断群分類のこと。DPCを利用した包括支払システムをDPC/PDPS(Per-Diem Payment System;1日当たり包括支払い制度)という。DPC/PDPS参加病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出しており、これをDPCデータと呼ぶ。

1 (1) 医療需要推計の基礎データ

2 推計においては、2013 年度における下記の基礎データを用いています。

3 図表 2-4-2 推計に用いる基礎データ

データ種別		病名の有無	
医療需要	①	NDB のレセプトデータ	あり
		上記のうち慢性期、回復期リハビリテーション病棟入院料	なし
	②	DPC データ	あり
	③	公費負担医療分医療需要	※
	④	医療扶助受給者数（被保護者調査）	※
	⑤	訪問診療受療者数（生活保護患者訪問診療レセプト数）	なし
	⑥	分娩数（人口動態調査）	あり
	⑦	介護老人保健施設の施設サービス受給者数（介護給付費実態調査）	なし
	⑧	労働災害入院患者数（労働災害入院レセプト数）	なし
⑨	自賠責保険入院患者数（自賠責保険請求データ）	なし	
人口	住民基本台帳年齢階級別人口		—
将来推計人口	国立社会保障・人口問題研究所 性・年齢階級別将来推計人口		—

4 ※③④は、①②の二次医療圏、性・年齢階級、疾病による割合を用いて按分します。

6 (2) 高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の需要推計の考え方

7 ○ 一般病床の患者（回復期リハビリテーション病棟入院料、障害者施設
8 等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料等
9 を算定した患者を除く。）の NDB のレセプトデータや DPC データを、
10 入院基本料相当分を除いた診療報酬の出来高点数で換算した値（以下「医
11 療資源投入量」という。）で分析し、医療需要を 1 日あたりの入院患者数
12 として算出します。

13 ○ それぞれの医療機能ごとに分析する際の医療資源投入量の境界点は以
14 下のとおりです。

- 15 ・ 高度急性期と急性期の境界点（C1） 3,000 点
- 16 ・ 急性期と回復期の境界点（C2） 600 点
- 17 ・ 回復期と在宅医療等の境界点（C3） 225 点

18 （推計では在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、175 点で区分しています。）

19 ○ 将来医療需要の計算方法について、本県では構想区域ごとの将来推計
20 人口値が利用出来ないため、全県単位の値を用いた以下の式により算出
21 しています。

$$\begin{array}{rcccl}
 \text{構想区域の} & & \text{構想区域の} & & \text{全県人口（将来）} \\
 \text{医療需要} & = & \text{医療需要} & \times & \frac{\hspace{10em}}{\hspace{10em}} \\
 \text{（将来）} & & \text{（2013 年）} & & \text{全県人口（2013 年）}
 \end{array}$$

22 ※各医療機能について、性・年齢階級別に計算したものを合算する。

(参考) 医療法施行規則に示されている計算方法

$$\begin{array}{c} \text{構想区域の} \\ \text{医療需要} \\ \text{(将来)} \end{array} = \begin{array}{c} \text{構想区域の} \\ \text{入院受療率} \\ \text{(2013年)} \end{array} \times \begin{array}{c} \text{構想区域の人口} \\ \text{(将来)} \end{array}$$

(3) 慢性期機能の需要推計の考え方

- 主に慢性期機能を担っている療養病床については、現在、報酬が包括算定であるために、一般病床のように医療資源投入量に基づく分析を行うことはできません。
- また、地域によって、在宅医療の充実状況や介護施設等の整備状況なども異なっている中で、療養病床数には大きな地域差がある状況です。
- このため、慢性期機能の推計においては、「療養病床の入院受療率の地域差」を縮小する目標を定め、慢性期機能から在宅医療等へ移行することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立った計算方法が示されています。
- 具体的には、療養病床入院患者から、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者と、医療区分³である患者の数の70%に相当する入院患者を除いた数に対して、地域差解消に相当する「補正率」を乗じて得た数に、障害その他の疾患を有する入院患者（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定する入院患者）を加えたものを2013年の慢性期医療需要とします。
- 将来医療需要については、高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の需要推計と同様に、全県単位の人口を用いて将来人口の変化を反映させて算出します。

(4) 「療養病床の入院受療率の地域差」の解消について

- 「療養病床の入院受療率の地域差」の解消に相当する「補正率」については、構想区域ごとに、以下に示すパターンAからパターンBの範囲内で都道府県知事が定めることとされています。

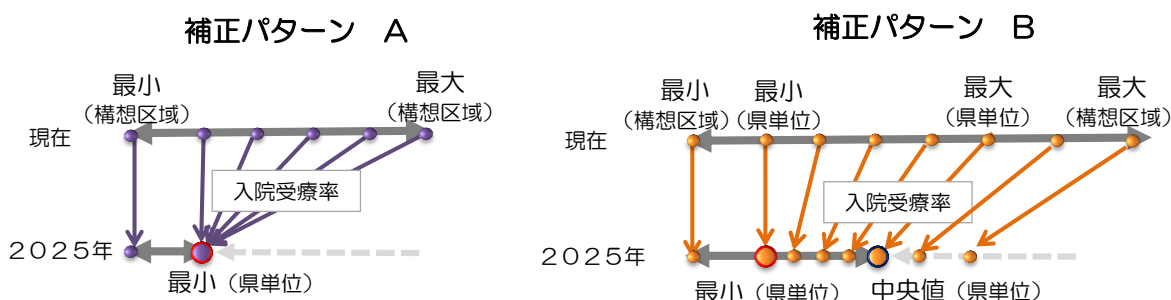
パターンA・・・全ての構想区域が全国最小値（県単位）まで入院受療率を低下する。

³ 医療区分

療養病床に入院する患者を医療の必要性の程度により分類し、医療の必要性が高い順から区分3、区分2、区分1としている。

1 パターンB・・・構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差
 2 を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで
 3 低下する割合を一律に用いる。
 4
 5
 6

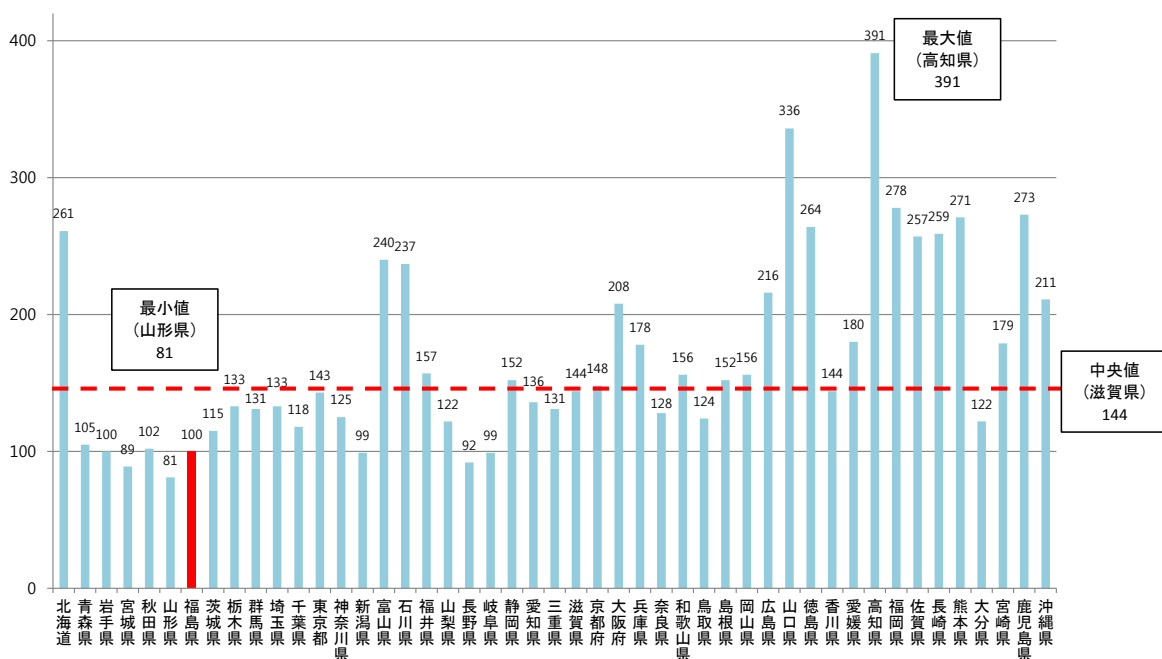
図表2-4-3 補正パターンのイメージ



7

8

図表2-4-4 療養病床の都道府県別入院受療率（2013年）



9

10 ※ 医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入
 11 院料を算定する者を除き、性・年齢構成の影響を補正した都道府県別の入院受
 12 療率（人口10万あたり、患者住所地ベース）

13 ○ また、以下の要件に該当する構想区域は、特例として療養病床の入院
 14 受療率の地域差を縮小する目標の達成年次を2025年から2030年と
 15 することができます。

16 <特例の条件>

17 ①パターンBの補正率により算定した場合の、当該構想区域の慢性期病
 18 床の減少率が、全国中央値（32.2%）よりも大きい

19 ②当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均（9.2%）よりも大きい

○ 本県の65歳以上人口千人あたりの療養病床数（平成25年医療施設調査）は、7.9床と全国平均10.7床より少なく、療養病床の入院受療率も他都道府県と比べて低い水準（人口10万人あたり100（全国6位）、図表2-4-4参照）にあるものの、在宅医療提供体制に関しては在宅療養支援診療所数、在宅療養支援病院数、訪問看護事業所数が全国平均を下回る現状を考慮し、より緩やかな在宅移行を目標とするパターンBを基本として推計を行うこととします。また、いわき区域においては慢性期病床の推計の特例の条件を満たすため、特例を用いることとします。

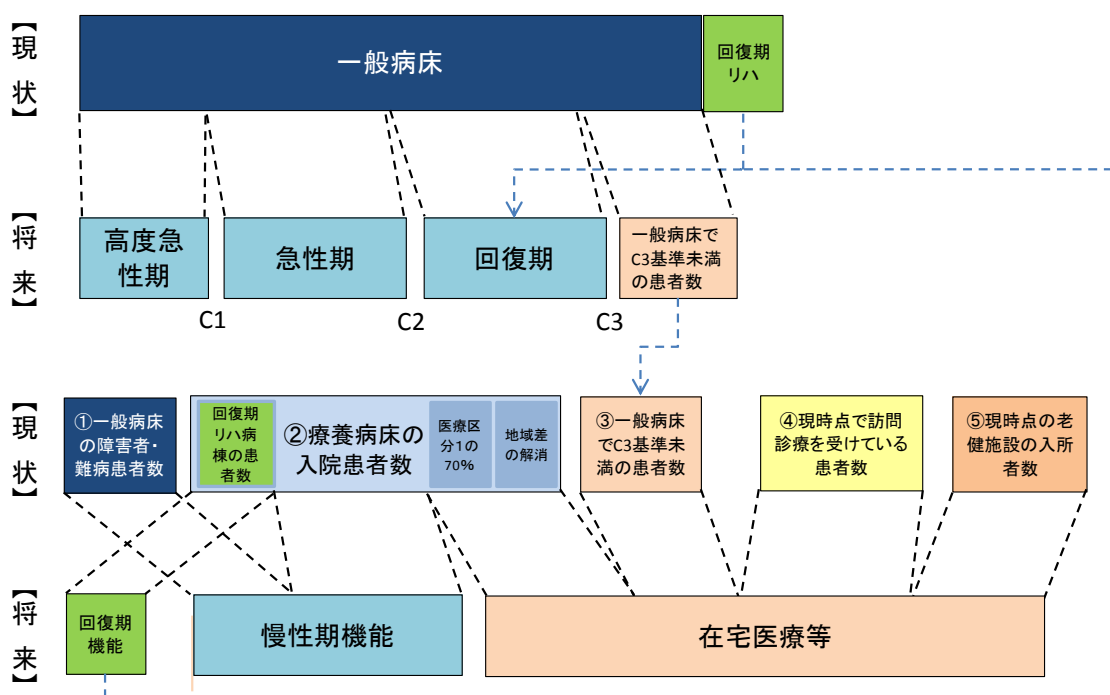
(5) 在宅医療等の需要推計の考え方

○ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指します。

○ 在宅医療等の将来医療需要は以下を合計し、全県単位の人口を用いて将来人口の変化を反映させて算出します。

- ・一般病床で医療資源投入量175点未満の患者数
- ・療養病床入院患者のうち、医療区分1の70%
- ・療養病床入院患者のうち、地域差解消分
- ・現時点で訪問診療を受けている患者
- ・現時点の老健施設の入所者

図表2-4-5 推計のイメージ



2 本県における将来の医療需要

○ 医療需要は以下の2通りで算出され、各構想区域間（ツール上は2次医療圏間）の医療需要流出入値も算出されます。

①医療機関所在地ベース・・・2013年度の患者の流出入が引き続き継続するとした仮定の医療需要

②患者住所地ベース・・・・・・患者の流出入（圏域を越えた受療行動）がなく、その住所地（住民票登録地）を含む圏域内で受診するとした仮定の医療需要

図表2-4-6 2025年医療需要推計値

		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	小計	在宅医療等	うち訪問診療分	合計	
県北	2013年の医療需要(人/日)	291	1,039	1,327	363	3,020	4,919	2,748	7,939	
	2025年の医療需要(人/日)	医療機関所在地	303	1,140	1,500	416	3,359	5,891	3,309	9,250
	2025年の医療需要(人/日)	患者住所地	277	1,096	1,424	511	3,308	5,853	3,268	9,161
県中	2013年の医療需要(人/日)	340	1,198	1,137	1,046	3,721	5,286	2,908	9,007	
	2025年の医療需要(人/日)	医療機関所在地	352	1,279	1,264	1,040	3,935	6,438	3,498	10,373
	2025年の医療需要(人/日)	患者住所地	303	1,108	1,123	956	3,490	6,108	3,255	9,598
県南	2013年の医療需要(人/日)	69	275	194	127	665	1,186	507	1,851	
	2025年の医療需要(人/日)	医療機関所在地	75	302	222	143	742	1,423	611	2,165
	2025年の医療需要(人/日)	患者住所地	93	345	278	142	858	1,425	609	2,283
会津	2013年の医療需要(人/日)	179	577	643	510	1,909	2,373	760	4,282	
	2025年の医療需要(人/日)	医療機関所在地	192	645	729	467	2,033	2,961	910	4,994
	2025年の医療需要(人/日)	患者住所地	187	628	705	475	1,995	3,028	988	5,023
南会津	2013年の医療需要(人/日)	*	15	27	*	42	359	155	401	
	2025年の医療需要(人/日)	医療機関所在地	*	17	32	*	49	432	187	481
	2025年の医療需要(人/日)	患者住所地	20	65	80	42	207	494	229	701
相双	2013年の医療需要(人/日)	30	161	189	178	558	1,130	210	1,688	
	2025年の医療需要(人/日)	医療機関所在地	34	182	219	188	623	1,366	249	1,989
	2025年の医療需要(人/日)	患者住所地	101	372	420	287	1,180	1,991	791	3,171
いわき	2013年の医療需要(人/日)	188	576	595	1,058	2,417	3,594	1,867	6,011	
	2025年の医療需要(人/日)	医療機関所在地	198	631	675	803	2,307	4,665	2,218	6,972
	2025年の医療需要(人/日)	患者住所地	202	625	663	762	2,252	4,515	2,082	6,767
県全体	2013年の医療需要(人/日)	1,097	3,841	4,112	3,282	12,332	18,847	9,155	31,179	
	2025年の医療需要(人/日)	医療機関所在地	1,154	4,196	4,641	3,057	13,048	23,176	10,982	36,224
	2025年の医療需要(人/日)	患者住所地	1,183	4,239	4,693	3,175	13,290	23,414	11,222	36,704

※値が10未満の場合は、レセプト情報利用の原則に基づき非表示となるため「*」としている。

1

図表2-4-7 2025年入院医療需要流出入推計値

(単位:人/日)

高度急性期			医療機関所在地							県外 宮城県 仙台	
			県内								
			県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき		
患者 住所 地	県内	県北	247	21	*	*	0	*	*	*	
		県中	12	275	*	*	*	*	*	*	
		県南	*	20	62	*	*	*	*	*	
		会津	*	*	*	167	*	*	*	*	
		南会津	*	*	*	15	*	0	0	*	
		相双	20	*	*	*	0	32	12	16	
		いわき	*	*	*	*	0	*	175	*	

(単位:人/日)

急性期			医療機関所在地							県外 宮城県 仙台	
			県内								
			県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき		
患者 住所 地	県内	県北	1,007	69	*	*	0	*	*	*	
		県中	21	1,041	24	*	*	*	*	*	
		県南	*	59	256	*	*	*	*	*	
		会津	*	31	*	575	*	*	*	*	
		南会津	*	*	*	42	16	0	0	*	
		相双	58	35	*	11	*	173	32	32	
		いわき	*	17	*	*	0	*	568	*	
	県外	宮城県 仙南	13	*	0	*	0	*	0		
		茨城県 日立	*	*	*	*	0	0	18		
		栃木県 県北	*	*	12	*	*	*	0		

(単位:人/日)

回復期			医療機関所在地							県外	
			県内							宮城県 仙台	茨城県 常陸太田・ ひたちなか
			県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき		
患者 住所 地	県内	県北	1,335	64	*	*	0	*	*	*	0
		県中	25	1,041	28	*	*	*	*	*	*
		県南	11	59	178	*	*	*	*	*	14
		会津	*	29	*	649	*	0	*	*	*
		南会津	*	*	*	43	29	0	0	*	0
		相双	71	30	*	12	*	208	31	29	*
		いわき	*	18	*	*	0	*	601	*	*
	県外	宮城県 仙南	12	*	0	*	0	*	0		
		茨城県 日立	*	*	0	*	0	0	28		

(単位:人/日)

慢性期			医療機関所在地							県外	
			県内							宮城県 仙台	山形県 置賜
			県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき		
患者 住所 地	県内	県北	373	63	*	*	*	*	16	18	11
		県中	14	834	38	*	*	*	26	*	*
		県南	*	28	99	*	0	0	*	*	0
		会津	*	30	0	412	0	0	15	*	*
		南会津	*	*	*	34	*	0	*	0	0
		相双	*	22	*	*	0	156	20	38	*
		いわき	*	27	*	*	*	18	668	*	*
	県外	宮城県 仙台	*	11	*	*	0	*	*		
		茨城県 日立	0	0	0	0	0	0	35		

2

3

※値が10未満の場合は、レセプト情報利用の原則に基づき非表示となるため「*」としている。(全ての値が

4

「*」となる二次医療圏は表示していない)

- 1 ○ 各構想区域における将来の医療需要を定めるにあたっては、都道府県間も
2 含めて構想区域間の医療需要（患者）の流出入を見込む必要があります。

3
4 (1) 都道府県間の流出入調整

- 5 ○ 都道府県間の流出入については、地域医療構想策定ガイドラインにお
6 いて「少なくとも、2025 年の医療需要に対する増減のいずれかがおお
7 むね 20%又は 1,000 人を超える場合は、調整のための協議を行うこと
8 とする」とされていますが、本県においてはこの基準に該当する医療需
9 要の流出入はありません。

- 10 ○ また、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（平成 27 年 9 月 18
11 日付医政地発 0918 第 1 号）において以下の調整方法が示されています。

12 (通知概要)

- 13 ・ 流出又は流入している医療需要（4 機能別、二次医療圏別）が 10 人/
14 日以上のものについて調整を行う（10 人/日未満の場合は都道府県間調
15 整の対象外として、医療機関所在地の医療需要として算定する）。
- 16 ・ 現状の他都道府県の患者数を維持したいと考える都道府県が、流入の
17 相手都道府県に対して、協議を持ちかけることとする。
- 18 ・ 協議においては、両都道府県は、患者・住民へのヒアリング結果、患
19 者の受療動向等のデータ、それぞれの案を実行した場合の患者・住民
20 への医療サービスや財政的な影響等について検討した結果を、お互い
21 に示すこととする。また、両都道府県は、病床の整備に関する計画等
22 進捗状況を必要に応じて示すこととする。いずれの都道府県の計画が、
23 より実効性が高いかを両都道府県で判断し、調整を行うこととする。
- 24 ・ 平成 27 年 12 月を期限に協議を行うこととし、期限までに調整できな
25 い場合には、調整の対象となっていた医療需要は、医療機関所在地の
26 医療需要として算出する。

- 27 ○ 本県からの患者流出には東日本大震災・原子力災害に伴う避難者が含
28 まれているため、本県としては都道府県間の医療需要調整は行わないと
29 という考え方を基に近隣県と協議を行いましたが、近隣県は全て流出入を
30 反映させる調整方針（医療機関所在地ベース）であったため、調整はつ
31 かない結果となり、通知に基づいて医療機関所在地の医療需要により算
32 定することとします。

33
34 (2) 県内構想区域間の流出入調整

- 35 ○ 圏域をまたぐ患者の流出入の要因となるものとして、以下が考えられ
36 ます。

- 37 ①居住する区域内に必要な医療機能（特殊な医療、高度急性期医療など）
38 が無い又は少ない
39 ②救急搬送の事情

③居住地の地理的環境（近い医療機関を受診）

④東日本大震災・原子力災害による避難

○ このうち、①②③に関しては、現行から大きく変わる要素は考えにくいことから、将来においても流出入への影響を考慮する必要があります。

○ ④に関しては、東日本大震災・原子力災害により、今なお多くの県民が県内外に避難する状況が続いており、特に避難の影響が大きい相双区域については将来の復興の進展も考慮する必要があります。

(3) 本県における将来医療需要

○ 上記のことから、各構想区域における2025年の医療需要の算出にあたっては区域間で流出入を反映させた「医療機関所在地ベース」の医療需要を基本とし、相双区域については流出している医療需要を含めた医療需要を併記することとします。

○ なお、今回の推計は、東日本大震災・原子力災害の影響が大きい2013年度における各種データに基づき、かつ、在宅医療等への移行などの一定の仮定の下での推計であることに留意する必要があります。今後基礎となるデータの変化等を踏まえて評価・見直ししていく必要があります。

図表2-4-8 2025年医療需要

(人/日)

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	小計	在宅医療等	うち	合計
							訪問診療分	
県北	303	1,140	1,500	416	3,359	5,891	3,309	9,250
県中	352	1,279	1,264	1,040	3,935	6,438	3,498	10,373
県南	75	302	222	143	742	1,423	611	2,165
会津・南会津	192	662	761	467	2,082	3,393	1,097	5,475
相双	34	182	219	188	623	1,366	249	1,989
いわき	198	631	675	803	2,307	4,665	2,218	6,972
福島県	1,154	4,196	4,641	3,057	13,048	23,176	10,982	36,224

<避難地域の復興により流出が収束した場合>

(人/日)

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	小計	在宅医療等	うち	合計
							訪問診療分	
相双	66	318	363	230	977	1,991	791	2,968

※高度急性期、急性期、回復期、慢性期については2025年の「医療機関所在地ベース」の医療需要推計値に対して、相双区域から県内各構想区域への2025年の医療需要流出値（10人/日以上のみ）の合計を合算したものの。

在宅医療等については、2025年の「患者住所地ベース」の医療需要推計値。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

第3章 将来の必要病床数

17

第1節 医療提供体制等の現状

1 医療資源等

(1) 医療施設数

○ 平成28年4月1日現在、病院数は133、そのうち一般病床又は療養病床を有する病院（一般病院¹）数は108です。

○ 平成28年4月1日現在、診療所数は1,458、そのうち有床診療所数は122です。

○ 平成28年4月1日現在、歯科診療所数は892です。

○ 平成28年4月1日現在、薬局数は880です。

○ 平成28年1月1日現在、訪問看護ステーション数は136です。

○ 相双区域（特に双葉地域）においては、東日本大震災・原子力災害の影響により多くの医療機関が休止を余儀なくされています。

図表3-1-1 医療施設数

	病院	精神科病院	一般病院	救急告示病院	200床未満	200床以上
県北	31 (6.4)	8 (1.7)	23 (4.8)	17 (3.5)	21 (4.4)	10 (2.1)
県中	33 (6.2)	4 (0.7)	29 (5.4)	11 (2.1)	20 (3.7)	13 (2.4)
県南	8 (5.5)	2 (1.4)	6 (4.1)	4 (2.7)	6 (4.1)	2 (1.4)
会津・南会津	19 (6.8)	2 (0.7)	17 (6.1)	8 (2.9)	14 (5.0)	5 (1.8)
会津	18 (7.1)	2 (0.8)	16 (6.3)	7 (2.8)	13 (5.2)	5 (2.0)
南会津	1 (3.5)	0 (0.0)	1 (3.5)	1 (3.5)	1 (3.5)	0 (0.0)
相双	16 (8.9)	3 (1.7)	13 (7.2)	10 (5.5)	11 (6.1)	5 (2.8)
いわき	26 (7.8)	6 (1.8)	20 (6.0)	6 (1.8)	16 (4.8)	10 (3.0)
福島県	133 (6.8)	25 (1.3)	108 (5.5)	56 (2.9)	88 (4.5)	45 (2.3)
全国	8,480 (6.6)	1,064 (0.8)	7,416 (5.8)	3,849 (3.0)	5,836 (4.6)	2,644 (2.1)

	診療所	有床診療所	歯科診療所	薬局	訪問看護ステーション
県北	397 (82.6)	31 (6.4)	221 (46.0)	247 (51.4)	36 (7.5)
県中	387 (72.5)	33 (6.2)	255 (47.8)	203 (38.0)	43 (8.1)
県南	94 (64.2)	8 (5.5)	71 (48.5)	43 (29.4)	9 (6.1)
会津・南会津	192 (68.5)	11 (3.9)	113 (40.3)	122 (43.5)	20 (7.1)
会津	169 (67.0)	10 (4.0)	103 (40.8)	115 (45.6)	16 (6.3)
南会津	23 (81.6)	1 (3.5)	10 (35.5)	7 (24.8)	4 (14.2)
相双	125 (69.2)	13 (7.2)	65 (36.0)	76 (42.1)	11 (6.1)
いわき	263 (79.2)	26 (7.8)	167 (50.3)	189 (56.9)	17 (5.1)
福島県	1,458 (74.6)	122 (6.2)	892 (45.7)	880 (45.0)	136 (7.0)
全国	100,995 (78.9)	7,961 (6.2)	68,737 (53.7)	57,784 (45.1)	7,903 (6.2)

資料：病院数、診療所数、歯科診療所数は福島県保健福祉部調べ（平成28年4月1日現在）、全国値は「医療施設調査」（平成27年10月1日現在）

薬局数は厚生局届出（平成28年4月1日現在）、全国値は「衛生行政報告例」（平成27年3月31日現在）

訪問看護ステーション数は福島県保健福祉部調べ（平成28年1月1日現在）、全国値は「介護サービス施設・事業所調査」（平成26年10月1日現在）

（ ）内は人口10万対

¹ 一般病院：精神科病院以外の病院、精神科病院：精神病床のみを有する病院

(2) 病床数

- 平成 28 年 4 月 1 日現在、病院の一般病床数は 15,445 床、療養病床数は 4,027 床、精神病床数は 6,969 床です。
- 平成 28 年 4 月 1 日現在、診療所の一般病床数は 1,554 床、療養病床数は 125 床です。

図表 3-1-2 病床数

	病院 病床数				
	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床 感染症病床	
県北	6,072 (1263.3)	4,094 (851.8)	359 (74.7)	1,585 (329.8)	34 (7.1)
県中	7,361 (1379.0)	4,466 (836.7)	1,108 (207.6)	1,781 (333.7)	6 (1.1)
県南	1,521 (1038.6)	907 (619.4)	125 (85.4)	473 (323.0)	16 (10.9)
会津・南会津	4,176 (1489.5)	2,386 (851.0)	743 (265.0)	1,025 (365.6)	22 (7.8)
会津	4,078 (1617.1)	2,288 (907.3)	743 (294.6)	1,025 (406.4)	22 (8.7)
南会津	98 (347.7)	98 (347.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
相双	2,619 (1450.7)	1,282 (710.1)	432 (239.3)	901 (499.1)	4 (2.2)
いわき	4,826 (1454.0)	2,310 (696.0)	1,260 (379.6)	1,204 (362.7)	52 (15.7)
福島県	26,575 (1360.2)	15,445 (790.6)	4,027 (206.1)	6,969 (356.7)	134 (6.9)
全国	1,565,968 (1222.8)	893,970 (698.1)	328,406 (256.4)	336,282 (262.6)	7,310 (5.7)

	診療所 病床数	
	一般病床	療養病床
県北	416 (86.5)	34 (7.1)
県中	468 (87.7)	31 (5.8)
県南	93 (63.5)	0 (0.0)
会津・南会津	146 (52.1)	9 (3.2)
会津	127 (50.4)	0 (0.0)
南会津	19 (67.4)	9 (31.9)
相双	151 (83.6)	2 (1.1)
いわき	405 (122.0)	49 (14.8)
福島県	1,679 (85.9)	125 (6.4)
全国	107,626 (84.0)	10,657 (8.3)

資料：病院病床数、診療所病床数は福島県保健福祉部調べ（平成 28 年 4 月 1 日現在）
 全国値は「医療施設調査」（平成 27 年 10 月 1 日現在）
 （ ）内は人口 10 万対

(3) 医療従事者

I 医療従事者数

- 平成26年12月31日現在、病院医師数は2,298人、診療所医師数は1,355人です。
- 平成26年12月31日現在、医療施設歯科医師数は1,341人です。
- 平成26年12月31日現在、薬局薬剤師数は2,099人、医療施設薬剤師数は703人です。
- 平成26年12月31日現在、病院看護師数は11,231人、診療所看護師数は1,714人です。
- 平成26年12月31日現在、病院准看護師数は2,858人、診療所准看護師数は2,388人です。
- 平成26年10月1日現在、病院・診療所の理学療法士数は985人、作業療法士数は580人です。

図表3-1-3 医療従事者数

	病院従事 医師数	病院従事医師数 (医育機関附属病院除く)		診療所従事 医師数
県北	875 (181.3)	386 (80.0)		393 (81.4)
県中	604 (112.8)	604 (112.8)		384 (71.7)
県南	108 (73.4)	108 (73.4)		86 (58.4)
会津・南会津	331 (116.5)	270 (95.0)		158 (55.6)
会津	320 (125.3)	259 (101.4)		142 (55.6)
南会津	11 (38.3)	11 (38.3)		16 (55.7)
相双	92 (50.5)	92 (50.5)		61 (33.5)
いわき	288 (86.3)	288 (86.3)		273 (81.8)
福島県	2,298 (116.9)	1,748 (88.9)		1,355 (68.9)
全国	194,961 (152.0)	142,655 (111.3)		101,884 (79.5)

	医療施設従事 歯科医師数	薬局従事 薬剤師数	医療施設従事 薬剤師数
県北	296 (61.3)	575 (119.1)	190 (39.4)
県中	508 (94.9)	561 (104.8)	201 (37.5)
県南	90 (61.1)	106 (72.0)	45 (30.6)
会津・南会津	173 (60.9)	281 (98.9)	111 (39.1)
会津	156 (61.1)	267 (104.5)	103 (40.3)
南会津	17 (59.2)	14 (48.7)	8 (27.8)
相双	59 (32.4)	104 (57.1)	33 (18.1)
いわき	215 (64.4)	472 (141.4)	123 (36.8)
福島県	1,341 (68.2)	2,099 (106.8)	703 (35.8)
全国	100,965 (78.7)	161,198 (125.7)	54,879 (42.8)

1

	病院従事 看護師数	診療所従事 看護師数	病院従事 准看護師数	診療所従事 准看護師数
県北	2,891 (598.9)	432 (89.5)	594 (123.0)	588 (121.8)
県中	3,385 (632.2)	520 (97.1)	711 (132.8)	584 (109.1)
県南	719 (488.3)	58 (39.4)	195 (132.4)	154 (104.6)
会津・南会津	1,880 (661.7)	264 (92.9)	547 (192.5)	261 (91.9)
会津	1,790 (700.9)	241 (94.4)	542 (212.2)	238 (93.2)
南会津	90 (313.2)	23 (80.0)	5 (17.4)	23 (80.0)
相双	495 (271.9)	67 (36.8)	179 (98.3)	102 (56.0)
いわき	1,861 (557.5)	373 (111.7)	632 (189.3)	699 (209.4)
福島県	11,231 (571.4)	1,714 (87.2)	2,858 (145.4)	2,388 (121.5)
全国	791,988 (617.6)	134,974 (105.3)	143,995 (112.3)	110,180 (85.9)

2

	歯科診療所従事 歯科衛生士数	歯科診療所従事 歯科技工士数	病院・診療所従事 理学療法士数	病院・診療所従事 作業療法士数
県北	287 (59.5)	74 (15.3)	241 (49.9)	152 (31.5)
県中	342 (63.9)	42 (7.8)	375 (70.0)	204 (38.0)
県南	86 (58.5)	16 (10.9)	42 (28.5)	23 (15.5)
会津・南会津	137 (48.3)	30 (10.6)	164 (57.9)	107 (37.7)
会津	133 (51.9)	28 (11.0)	161 (63.2)	107 (41.9)
南会津	5 (16.7)	2 (7.0)	3 (10.4)	0 (0.0)
相双	39 (21.5)	16 (8.8)	20 (11.0)	16 (8.7)
いわき	137 (41.0)	23 (6.9)	143 (42.8)	78 (23.4)
福島県	1,029 (52.4)	201 (10.2)	985 (50.1)	580 (29.5)
全国	100,982 (78.8)	10,557 (8.2)	77,140 (60.2)	42,136 (32.9)

3 資料：医師数、歯科医師数、薬剤師数は「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成26年12月31日現在、有資格者数
4 を把握したもの）※病院従事者の常勤換算については資料編に掲載
5 看護師数、准看護師数は「福島県看護職員就業届出状況」（平成26年12月31日現在、常勤換算）
6 歯科衛生士数、歯科技工士、理学療法士数、作業療法士数は「医療施設調査・病院報告」（平成26年10月1
7 日現在、常勤換算）
8 （ ）内は人口10万対

9

II 年齢構成

10

11 ○ 50歳以上の医師が占める割合が全国平均より高く、特に病院医師の高
12 齢化が進んでいます。

13

図表3-1-4 医師年齢構成

14

		構成比						平均 年齢
		29歳 以下	30～ 39歳	40～ 49歳	50～ 59歳	60～ 69歳	70歳 以上	
福島県	病院	11.7%	24.2%	22.3%	22.0%	13.1%	6.7%	47.3
	診療所	0.3%	2.4%	15.3%	34.2%	28.0%	19.9%	60.5
全国	病院	13.4%	30.8%	24.7%	18.5%	8.7%	3.9%	44.2
	診療所	0.2%	4.9%	19.4%	31.1%	25.7%	18.8%	59.2

15

資料：「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成26年12月31日現在）

(4) 在宅医療の状況

- 県内の病院で訪問診療を実施する施設数は 57 です。
- 県内の診療所で訪問診療を実施する施設数は 308 です。
- 県内の歯科診療所で訪問診療（居宅）を実施する施設数は 117 です。
- 県内の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できる薬局数は 769 です。
- 自宅と老人ホームにおける死亡数を合計した「在宅死亡の割合」は全国平均と同じ 18.5%です。

図表3-1-5 在宅医療の状況

	病院					診療所				
	調査施設数	在宅患者訪問診療		在宅看取り		調査施設数	在宅患者訪問診療		在宅看取り	
		実施施設数	実施件数	実施施設数	実施件数		実施施設数	実施件数	実施施設数	実施件数
県北	32	16	1,419	3	3	385	92	3,277	21	37
県中	33	12	302	2	4	368	105	3,530	24	44
県南	8	3	67	1	1	90	20	431	2	5
会津・南会津	19	10	158	1	31	185	44	991	8	11
会津	18	10	158	1	31	166	35	815	4	4
南会津	1	0	0	0	0	19	9	176	4	7
相双	10	6	79	0	0	73	7	71	2	2
いわき	26	10	203	2	2	265	40	2,159	8	19
福島県	128	57	2,228	9	41	1,366	308	10,459	65	118

	歯科診療所					薬局 在宅患者 訪問薬剤管理指導料 算定薬局数
	調査施設数	歯科訪問診療(居宅)		歯科訪問診療(施設)		
		実施施設数	実施件数	実施施設数	実施件数	
県北	219	38	278	31	677	222
県中	254	32	254	34	301	172
県南	70	11	23	12	88	41
会津・南会津	111	14	65	8	121	107
会津	101	12	63	8	121	101
南会津	10	2	2	0	0	6
相双	43	5	11	2	9	60
いわき	163	17	42	22	136	167
福島県	860	117	673	109	1,332	769

資料：「医療施設調査」（平成26年9月実績）、診療報酬施設基準届出

図表3-1-6 死亡の場所の割合

	施設内					施設外		在宅死亡の割合 (自宅+老人ホーム)
	病院	診療所	介護老人 保健施設	助産所	老人 ホーム	自宅	その他	
福島県	74.8%	1.5%	3.0%	0.0%	4.8%	13.7%	2.2%	18.5%
全国	75.2%	2.1%	2.0%	0.0%	5.8%	12.8%	2.2%	18.5%

資料：平成26年人口動態調査

(5) 高齢者向け施設の状況

○ 県内の高齢者向け施設の状況は以下のとおりです。

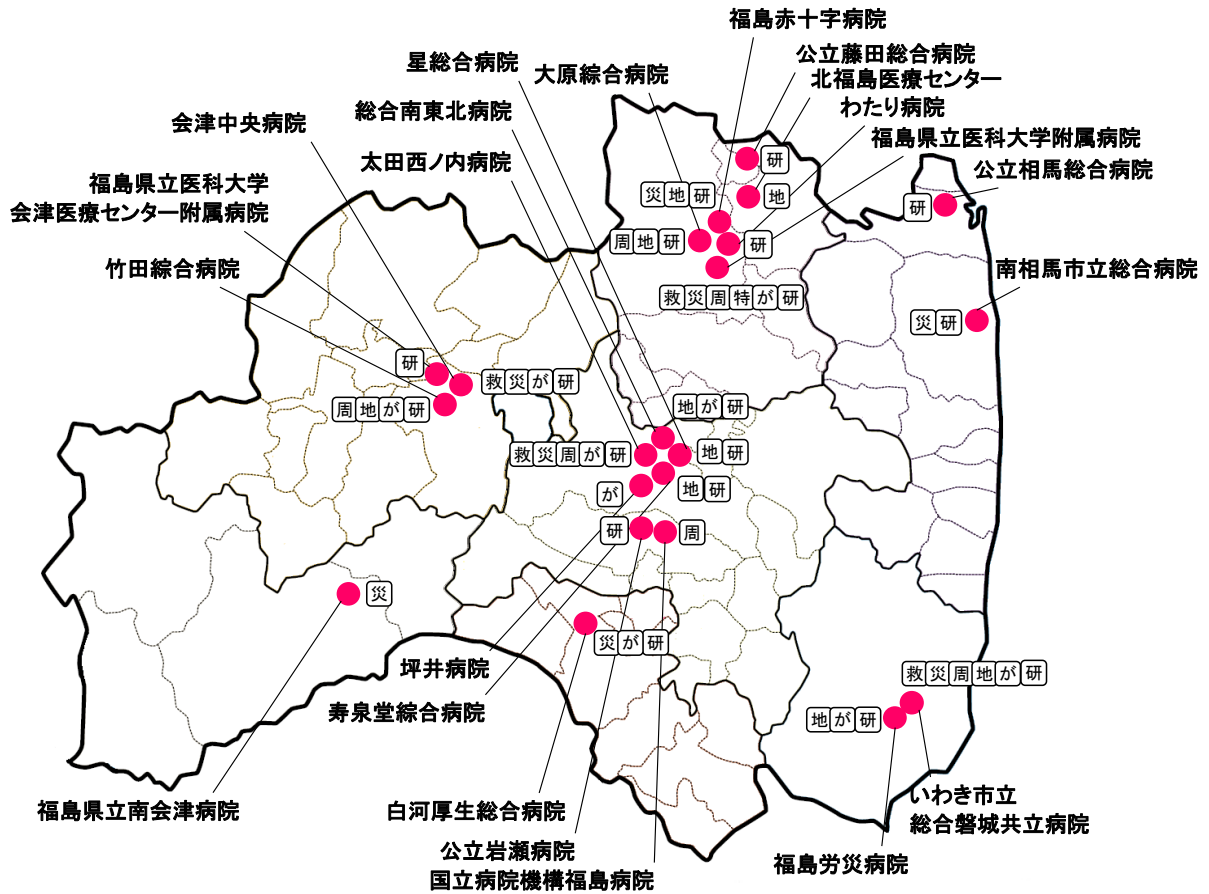
図表3-1-7 高齢者向け施設の状況

	老人ホーム									
	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)		地域密着型 介護老人福祉施設 入所者生活介護		養護老人 ホーム		軽費老人 ホーム		有料老人 ホーム	
	定員	75歳以上 人口千人対	定員	75歳以上 人口千人対	定員	75歳以上 人口千人対	定員	75歳以上 人口千人対	定員	75歳以上 人口千人対
県北	2,684	38.0	102	1.4	325	4.6	479	6.8	1,032	14.6
県中	2,410	35.1	180	2.6	220	3.2	305	4.4	601	8.7
県南	948	46.1	58	2.8	60	2.9	90	4.4	40	1.9
会津・南会津	2,100	40.9	87	1.7	250	4.9	150	2.9	978	19.1
会津	1,720	38.6	87	2.0	250	5.6	150	3.4	969	21.7
南会津	380	56.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	1.3
相双	1,174	41.9	20	0.7	175	6.2	30	1.1	0	0.0
いわき	1,270	27.3	281	6.0	180	3.9	230	4.9	1,614	34.6
福島県	10,586	37.0	728	2.5	1,210	4.2	1,284	4.5	4,265	14.9

	医療提供施設				その他施設				総定員数	
	介護療養型 医療施設 ※設置期限：H29年度末		介護老人 保健施設		認知症対応型 共同生活介護 (グループホーム)		サービス付き 高齢者向け 住宅			
	定員	75歳以上 人口千人対	定員	75歳以上 人口千人対	定員	75歳以上 人口千人対	定員	75歳以上 人口千人対		75歳以上 人口千人対
県北	50	0.7	1,953	27.7	747	10.6	960	13.6	8,332	118.0
県中	194	2.8	1,597	23.2	926	13.5	760	11.1	7,193	104.6
県南	0	0.0	716	34.8	225	10.9	156	7.6	2,293	111.5
会津・南会津	108	2.1	1,630	31.8	439	8.6	194	3.8	5,936	115.7
会津	108	2.4	1,500	33.6	385	8.6	194	4.3	5,363	120.2
南会津	0	0.0	130	19.4	54	8.0	0	0.0	573	85.4
相双	10	0.4	800	28.5	192	6.8	48	1.7	2,449	87.3
いわき	155	3.3	1,189	25.5	549	11.8	426	9.1	5,894	126.5
福島県	517	1.8	7,885	27.6	3,078	10.8	2,544	8.9	32,097	112.3

資料：介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、入所者生活介護、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護療養型医療施設、介護老人保健施設は福島県保健福祉部調べ（平成27年10月1日現在、介護療養型医療施設は平成28年1月1日現在）
 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）は「介護サービス情報公表システム」（平成27年6月1日現在）
 サービス付き高齢者向け住宅は「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」（平成28年1月現在）

- 1 (6) 特定の機能を有する病院
- 2 ○ 特定の機能を有する病院は以下のとおりです。
- 3 図表3-1-8 特定の機能を有する病院



4

病院	救 救命救急 センター	災 災害拠点 病院	周 周産期母子 医療センター	特 特定機能 病院	地 地域医療 支援病院	が がん診療連携 拠点病院	研 臨床研修 病院
県北	福島赤十字病院	○			○		○
	一般財団法人大原記念財団大原総合病院			○	○		○
	医療生協わたり病院						○
	公立大学法人福島県立医科大学附属病院	○	○	○	○	○	○
	公益財団法人仁泉会北福島医療センター					○	
県中	公立藤田総合病院						○
	公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院				○		○
	公益財団法人星総合病院				○		○
	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院	○	○	○		○	○
	一般財団法人慈山会医学研究所付属坪井病院					○	○
県南	一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院				○	○	○
	独立行政法人国立病院機構福島病院			○			
	公立岩瀬病院						○
会津・南会津	福島県厚生農業協同組合連合会 白河厚生総合病院		○			○	○
	公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院						○
	一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院	○	○	○		○	○
相双	一般財団法人温知会会津中央病院	○	○			○	○
	福島県立南会津病院		○				
いわき	南相馬市立総合病院		○				○
	公立相馬総合病院						○
いわき	独立行政法人労働者健康安全機構 福島労災病院				○	○	○
	いわき市立総合磐城共立病院	○	○	○	○	○	○

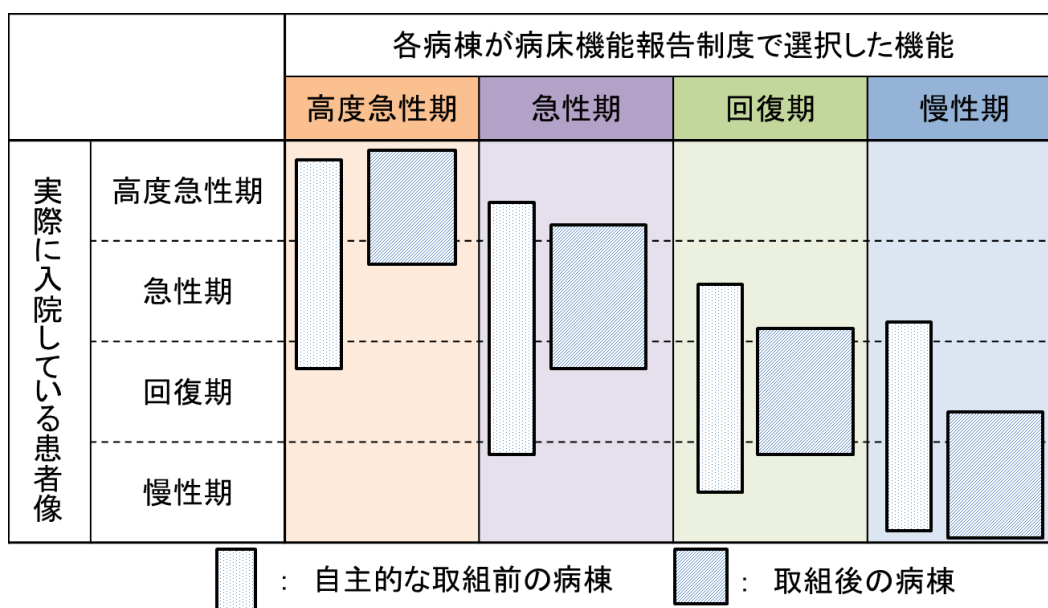
5

2 病床機能報告制度

(1) 病床機能報告制度について

- 一般病床又は療養病床を有する病院又は有床診療所は、地域における病床の機能の分化及び連携の推進のため、病棟単位で病床機能を選択し、県に報告することとされています。(医療法第30条の13)
- 各医療機関は、同一構想区域における他の医療機関の各機能の選択状況や、地域医療構想による構想区域における病床の機能区分ごとの2025年における必要な病床数等を踏まえて、病床の機能の分化・効率化の推進に関して自主的な取組を進めることが期待されます。
- 具体的には、様々な病期の患者が入院している個々の病棟について、高度急性期機能から慢性期機能までの選択を行った上で、病棟単位で当該病床の機能に応じた患者の受け入れの仕方や、それに応じた必要な体制の構築などを検討することになります。(下のイメージのとおり、将来も病棟ごとに選択した機能と患者像が完全に一致することを想定しているものではありません。)

図表3-1-9 患者受け入れのイメージ



- また、各医療機関の自主的な取組を踏まえて、地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議により、地域における病床の機能の分化と連携が推進されることが期待されます。(例：がん入院医療の役割を医療機関の間で臓器別に分担する、回復期のリハビリテーション機能を集約化する、療養病床について在宅医療等への転換を進める等)
- なお、病床機能報告制度は、各病棟の病床が担う医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について、国の示す定性的な基準（図表

3-1-10参照)を参考に各医療機関の判断で選択するものであり、一方、医療需要推計・必要病床数推計は、レセプトデータ等进行分析し、患者に対して行われた診療行為を1日当たりの診療報酬の出来高点数で医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)に区分したものです。

図表3-1-10 病床の医療機能の定義

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 (高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例) 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であって、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(2) 病床機能報告結果

- 平成27年度の報告結果は、以下のとおりです。
- 急性期機能として報告された病床の割合が60%以上と高い一方で、回復期機能として報告された病床の割合は10%以下と低くなっています。

図表3-1-11 平成27年度報告結果(許可病床ベース)

医療機能	平成27年7月1日時点	6年経過した時点の予定	増減
高度急性期	1,219 床	1,230 床	11 床
急性期	12,140 床	12,146 床	6 床
回復期	1,699 床	1,943 床	244 床
慢性期	4,229 床	4,178 床	-51 床
無回答	1,025 床	815 床	-210 床
合計	20,312 床	20,312 床	0 床

※未報告及び報告対象外の医療機関があるため、全県の許可病床数と一致しない。

- 病床機能報告制度と医療需要推計・必要病床数推計ではそれぞれの「医療機能」の定義が異なるため、各機能ごとに算出される病床数は単純に比較することはできません。

1 第2節 将来の必要病床数

2 1 将来の必要病床数の考え方

- 3 ○ 将来の必要病床数は、推計した将来の医療需要を病床機能ごとに全国一
 4 律の病床稼働率（高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期
 5 92%）で割り戻して算出します。

$$\text{将来の必要病床数} = \frac{\text{将来の医療需要}}{\text{病床稼働率}}$$

6 2 将来の必要病床数

- 7 ○ 「将来の医療需要」を基に算出した「将来の必要病床数」は以下のとお
 8 りです。
 9 ○ 「将来の必要病床数」は、一般病床及び療養病床に入院する患者の一部
 10 が在宅医療等へ移行するなどの仮定の下での推計となっています。
 11 ○ 「将来の必要病床数」はあくまでも将来の医療提供体制を検討する上で
 12 の参考材料の一つであり、病床削減の目標となる数値ではありません。

(床)

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
県北	404	1,462	1,667	452	3,985
県中	469	1,640	1,404	1,130	4,643
県南	100	387	247	155	889
会津・南会津	256	849	846	508	2,459
相双	45	233	243	204	725
いわき	264	809	750	873	2,696
福島県	1,538	5,380	5,157	3,322	15,397

<避難地域の復興により流出が収束した場合>

(床)

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
相双	88	408	403	250	1,149

13

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

第4章 将来の医療提供体制の実現に向けて

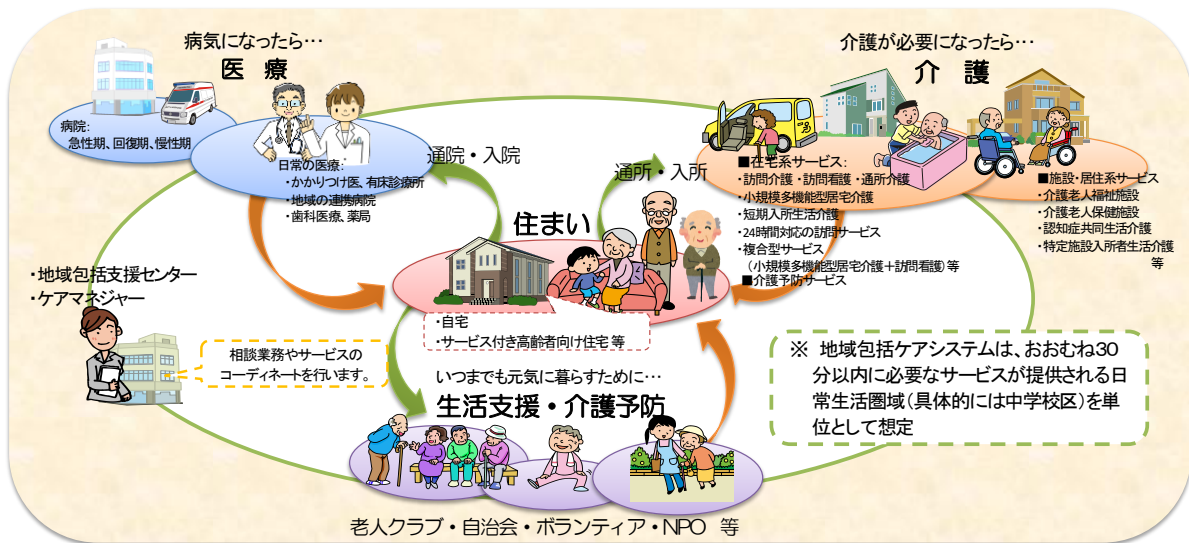
17

1 第1節 総論

2 1 地域包括ケアシステム

- 3 ○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、要介護状態となっても
 4 住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよ
 5 う、医療・介護・予防・住まい・生活支援の5つのサービスが一体的に提供
 6 される「地域包括ケアシステム」の構築を、県や市町村、関係団体が連携し
 7 て推進することが求められています。
- 8 ○ 「地域医療構想」の目的は、地域の限られた医療・介護資源を有効に活用
 9 して急性期医療から慢性期医療、在宅医療まで患者がその状態に応じたふさ
 10 わしい医療を受けることができる効率的かつ質の高い医療提供体制を整備す
 11 ることであり、「地域医療構想」の実現には、将来の医療提供体制を実現す
 12 るための施策と地域包括ケアシステム構築に向けた取組を一体的に推進するこ
 13 とが必要です。

14 図表1-4-1 地域包括ケアシステムの姿

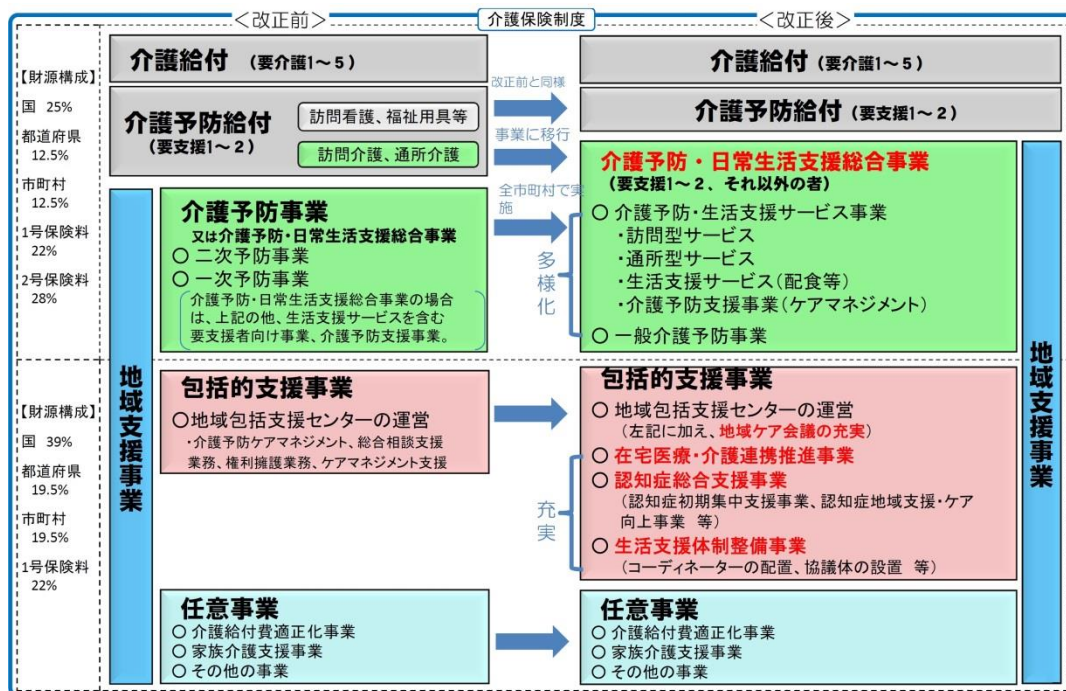


16 出典：厚生労働省

2 地域支援事業

- 高齢者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう介護保険制度において市町村が「地域支援事業」を実施することとされています。
- 平成26年度の介護保険制度改正では、地域支援事業の包括的支援事業に、従来からの「地域包括支援センターの運営」に加え、新たに「在宅医療・介護連携の推進」、「認知症施策の推進」及び「生活支援サービスの体制整備」が追加され、それぞれ充実を図っていくこととされています。

図表1-4-2 地域支援事業



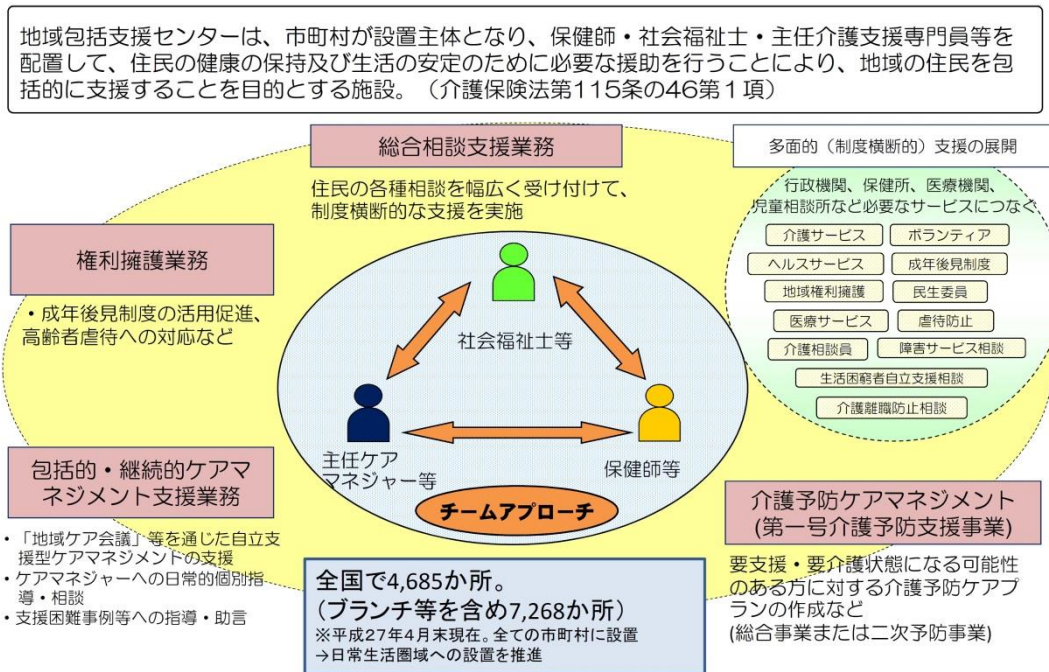
出典：厚生労働省

(1) 地域包括支援センターの運営

- 地域包括支援センターの運営については、従来の介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務等に加え、地域ケア会議の充実により、多職種連携や地域ニーズ・社会資源の把握、地域課題への取組を推進し、高齢者が地域で生活しやすい環境整備を図る必要があります。

1

図表1-4-3 地域包括支援センター



2
3

出典：厚生労働省

4

(2) 在宅医療・介護連携の推進

5

- 在宅医療・介護連携の推進については、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、県の支援の下、地域の医師会等と連携しながら市町村が主体となって在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の構築を図る必要があります。

6
7
8
9

10

図表1-4-4 在宅医療・介護連携推進事業

事業項目	取組例
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化 ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査 ◆ 結果を関係者間で共有
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援
(カ) 医療・介護関係者の研修	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得 ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等
(キ) 地域住民への普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域住民を対象としたシンポジウム等の開催 ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

11

出典：厚生労働省

12

13

(3) 認知症施策の推進

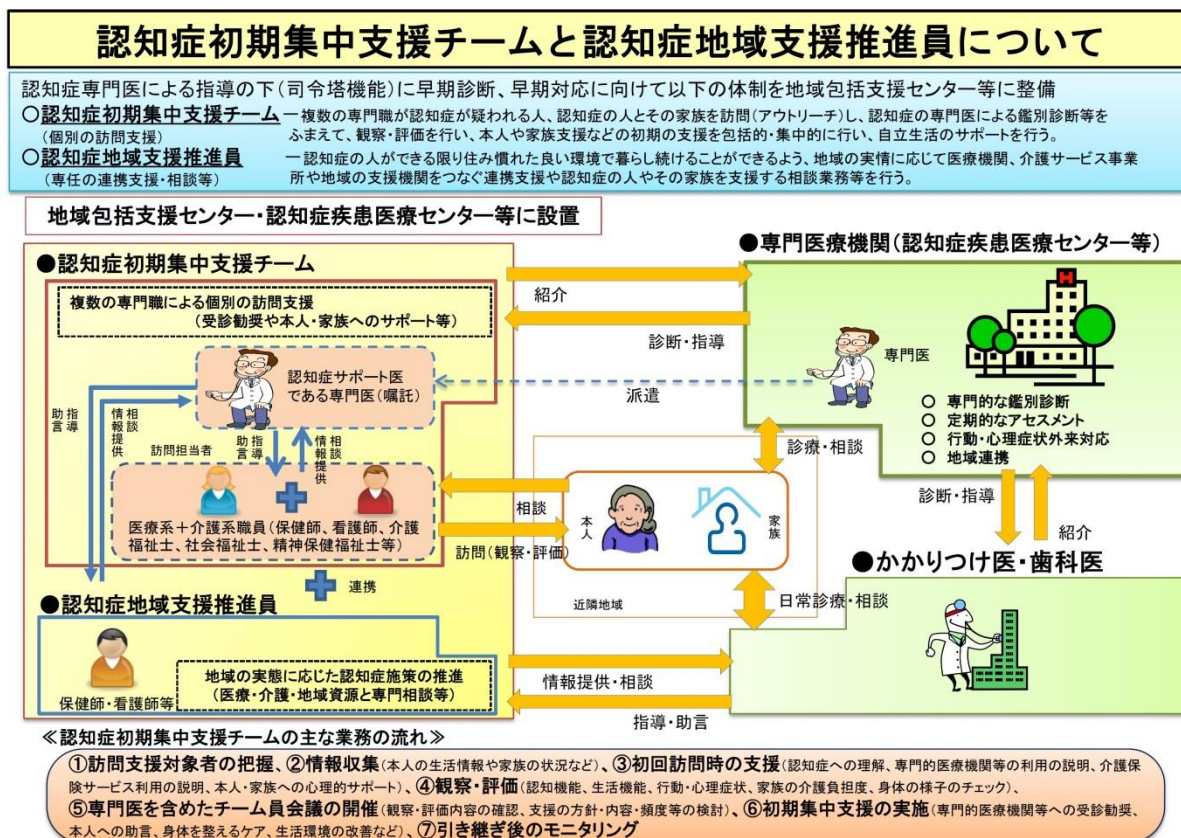
14

- 認知症施策の推進については、早期からの適切な診断や対応、認知症についての正しい知識と理解に基づく本人や家族への支援を地域ごとに包括的・

15

1 継続的に実施する体制づくりが重要であり、認知症の初期の段階から医療と
 2 介護の連携の下に認知症の本人やその家族を個別に訪問して適切な支援を行
 3 う「認知症初期集中支援チーム」や医療機関、介護サービス事業所や地域の
 4 支援機関をつなぐ連携支援や認知症の本人やその家族を支援する「認知症地
 5 域支援推進員」などを配置して充実を図る必要があります。

図表1-4-5 認知症施策



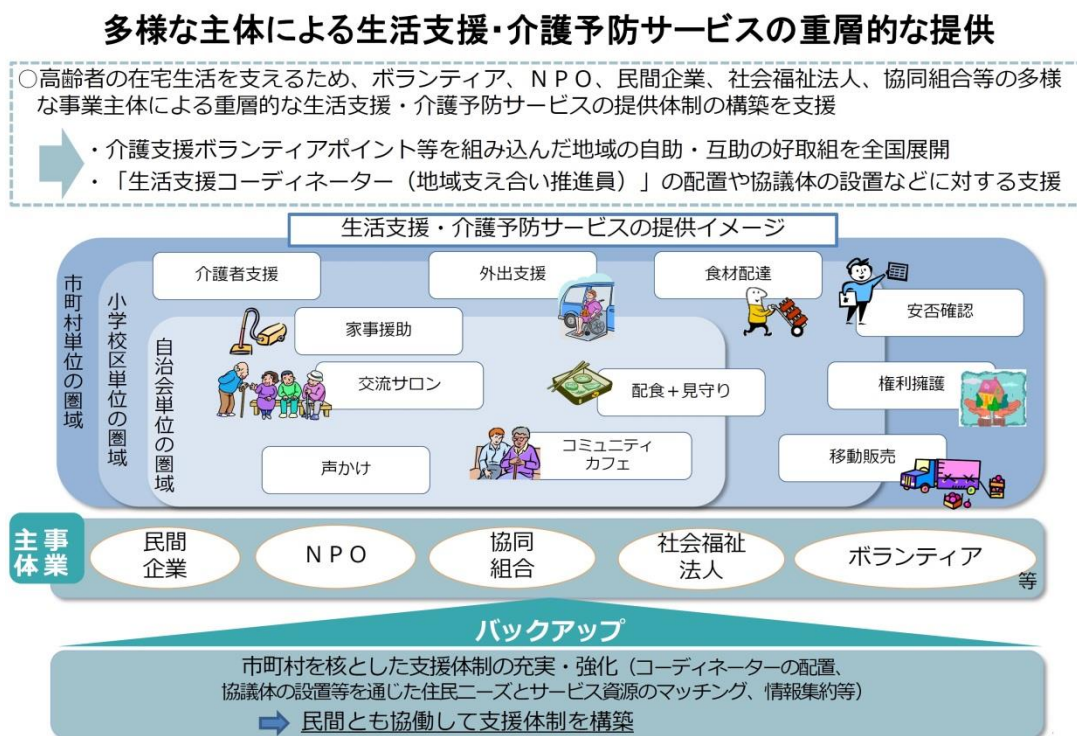
出典：厚生労働省

(4) 生活支援サービスの体制整備

○ 生活支援サービスの体制整備については、地域において、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす「生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)」や各地域における生活支援コーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画して定期的な情報共有や連携強化の中核となる「協議体」を設置して推進していく必要があります。

1

図表1-4-6 生活支援・介護予防サービス



2

3

4

5

出典：厚生労働省

図表1-4-7 市町村の取組事例

市町村	テーマ	主な取組内容	備考
福島市	認知症施策における各関係機関とのネットワークの強化	地域のネットワークを活用した「認知症カフェ」や「認知症徘徊模擬訓練」の開催により、地域住民を中心とした関係機関との連携を強化。	認知症対策
伊達市	医療と介護の専門職連携による地域包括ケアシステムの充実	伊達医師会を中心に医療と介護の専門職による「地域包括ケアを支える伊達ネットワーク委員会」を組織し、地域の課題解決に向けて活動。	在宅医療・介護連携の推進
郡山市・ 県中保健福祉事務所	県中圏域医療介護連携調整実証事業「退院調整ルール」の策定・運用	郡山市と県中保健福祉事務所が事務局となり、病院・ケアマネジャー等の関係者の参画の下で二次医療圏単位での退院調整ルールを策定。	在宅医療・介護連携の推進
田村市	住民の「やりたい」を引き出す～介護予防の通いの場づくり～	運動サロンにおいて、住民の「やりたい」を引き出し継続していくための支援や、理学療法士会の協力を得て効果のある体操を作成。	地域づくりによる介護予防の推進
石川町	多職種で考え、取り組む地域ケア会議	多職種による地域ケア会議の積み重ねにより地域課題を明確化し、課題を住民・関係者と共有するとともに、協働するための下地を構築。	地域ケア会議の充実
浅川町	顔の見える関係と「あったらいいな」の地域づくり	ケアマネ連絡会での検討内容をもとに、地域ケア会議で「あったらいいな」を出し合い検討。ケア会議の継続により顔の見える関係性を構築。	地域ケア会議の充実
白河市	個別ケース検討の積み重ねによる地域課題の把握と政策形成	地域包括支援センターにおける個別・日常生活圏域レベルのケア会議から市全域レベルのケア会議への道筋を明確にし、政策形成までつなげた。	地域ケア会議の充実
東白川郡	小規模町村共同による認知症初期集中支援チームの設置	東白川郡4町村共同で、東白川医師会、埼玉厚生病院の協力を得て認知症初期集中支援チームを設置。	認知症対策
会津若松市	住民を巻き込んだ小地域ごとの地域づくり	地域包括支援センターの担当地区より小さい地区単位で、ミニケア会議・個別ケース会議を開催し、住民を巻き込んだサロン活動へ発展。	地域ケア会議の充実
会津美里町	多職種で考える認知症対策サポート会議	町・保健福祉事務所・包括支援センター・病院等の関係者の話し合い及び情報共有の場として「会津美里町認知症対策サポート会議」を開催。	認知症対策
昭和村	住民主体の地域支え合い活動と地域資源の再発見	地域聞き取り調査により、既にある地域の営みを地域資源として再発見し、住民が主役の地域づくりに向けて地域支え合い活動を拡大。	生活支援サービスの充実

6

7

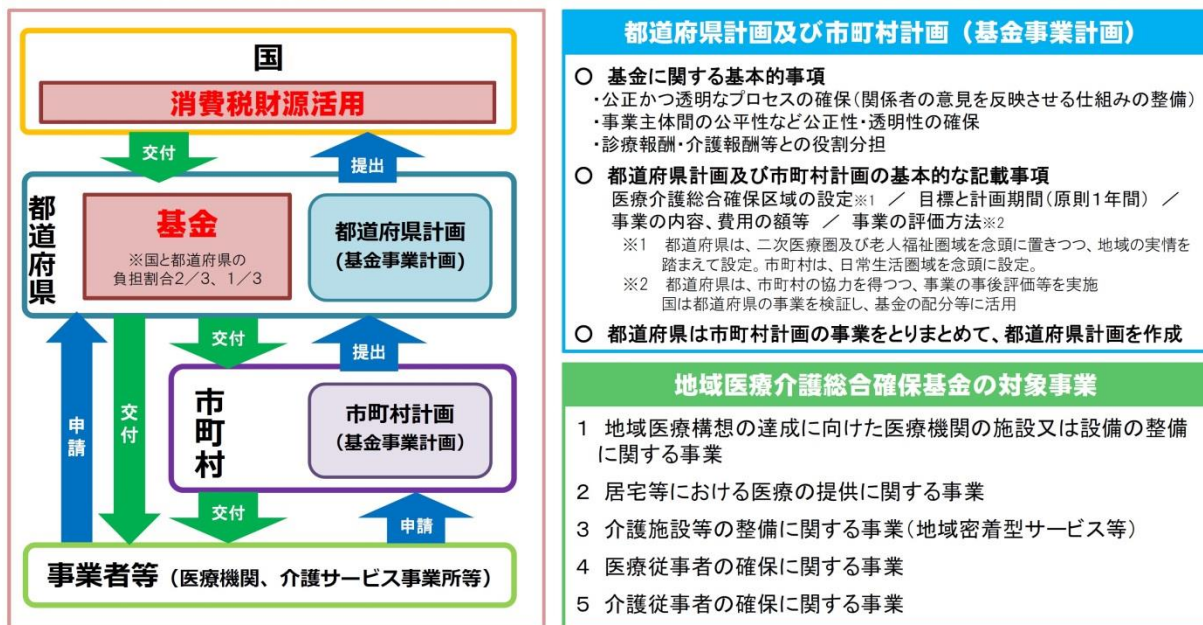
出典：平成27年度福島県地域包括ケアシステム構築推進事業成果報告書

3 地域医療介護総合確保基金に基づく事業

- 「地域医療介護総合確保基金」は、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を実現するための取組を推進するため、消費税増収分等を活用した財政支援制度として、平成26年度から各都道府県に設置されているものです。
- 各都道府県は、課題解決のために、「医療機関の施設又は設備の整備」、「居宅における医療の提供」、「介護施設等の整備」、「医療・介護従事者の確保」に関する事業を記載した都道府県計画を作成し、事業を実施します。

図表1-4-8 地域医療介護総合確保基金の概要

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
 ○ このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



出典：厚生労働省

1 第2節 医療機能の分化と連携

2 **課題**

- 3 ○ 行政・医療機関・関係団体・県民等が一体となって取り組み、限られた医
4 療資源を効率的・効果的に活用して急性期から回復期、慢性期、在宅医療ま
5 での医療提供体制を確保する必要があります。
- 6 ○ 医療資源が偏在している中で、不足している医療機能及び将来不足が見込
7 まれる医療機能を充実させる必要があります。
- 8 ○ 救急医療については、今後の高齢者の増加に伴い、救急出動件数の増加と
9 ともに、基礎疾患を有する患者の搬送先選定に苦慮する事例の増加が予想さ
10 れ、救急搬送選定の迅速化や救急医療提供体制の強化を図る必要があります。
- 11 ○ 周産期医療については、分娩取扱施設数は平成18年と比較して76施設
12 から38施設に半減しており、分娩施設がない地域が拡大しています。また、
13 出生千人あたり産婦人科医師数も全国平均を下回っており、さらに地域偏在
14 がみられるなど、本県の周産期医療提供体制は極めて厳しい状況にあります。

16 **施策の方向性**

- 17 ○ 不足する医療機能を確保するため、医療機関における病床機能の転換等に
18 必要な施設・設備の整備を推進します。
- 19 ○ 医療・介護サービスの向上のため、「キビタン健康ネット」等のICT（情
20 報通信技術）を活用した病院、診療所、歯科診療所、薬局、介護施設等の連
21 携を推進します。
- 22 ○ 在宅医療を充実させるため、医療と介護の連携を推進します。
- 23 ○ 地域の医療提供体制を確保するため、医療機関相互の役割分担・連携を推
24 進します。
- 25 ○ 円滑かつ適切な救急搬送受入体制を確保し、救急医療の質の向上を図りま
26 す。
- 27 ○ 周産期医療体制及び小児医療体制の整備充実を図り、市町村が実施する母
28 子保健と連携しながら、安心して子どもを産み育てることができる環境づく
29 りを推進します。
- 30 ○ 医療機能を確保するために必要となる医療従事者の確保・養成を図ります。
- 31 ○ 医療の受け手である県民に対し、医療機関の役割分担の現状や適切な受療
32 行動の必要性について情報提供・普及啓発に努めます。

34 **【取組の例示】**

- 35 ◆回復期リハビリテーション病棟又は地域包括ケア病棟への病床機能転換

- 1 　　　　　に要する施設・設備の整備
- 2 　　　　　◆地域において「地域医療構想調整会議」を開催し、情報共有を図ると共
- 3 　　　　　に、医療機関相互の役割分担・連携を協議
- 4 　　　　　◆医療機関相互の役割分担・連携を推進する方法の一つとして、地域医療
- 5 　　　　　連携推進法人制度の活用について検討
- 6 　　　　　◆病床機能の分化・連携を推進するための病院向け経営セミナーの開催
- 7 　　　　　◆地域の中核病院と診療所・薬局などの医療連携体制の構築に向け、ICT
- 8 　　　　　T（情報通信技術）を活用した地域医療情報ネットワークである「キビ
- 9 　　　　　タン健康ネット」の普及促進
- 10 　　　　　◆ICT（情報通信技術）を活用して救急搬送時に救急隊と医療機関の間
- 11 　　　　　で救急診療情報の共有を行う「救急搬送受入支援システム」を運用し、
- 12 　　　　　救急搬送の迅速化と救命率の向上を図る
- 13 　　　　　◆高度な周産期医療が適切かつ円滑に提供されるために、福島県立医科大学
- 14 　　　　　「総合周産期母子医療センター」を中心として、県内の各周産期医療
- 15 　　　　　機関の機能に応じた役割分担と連携体制の強化を推進
- 16 　　　　　◆周産期医療を中心に子どもと女性の医療を支援する福島県立医科大学
- 17 　　　　　「ふくしま子ども・女性医療支援センター」と連携し、不足が著しい産
- 18 　　　　　科等医師の確保・定着を図る
- 19 　　　　　◆重度の知的障がい及び重度の肢体不自由が重複している児童への治療を
- 20 　　　　　担う重症心身障害医療施設の整備を推進
- 21 　　　　　◆病院薬剤師と薬局薬剤師が連携して、一貫した薬物療法に資する薬薬連
- 22 　　　　　携を推進
- 23 　　　　　◆入院中の患者に対して早期に歯科治療を行うことで入院患者の合併症の
- 24 　　　　　防止、入院期間の短縮、術後の患者の生活の質（QOL）の向上を図る
- 25 　　　　　◆専門性を有するメディカルスタッフ（薬剤師、看護師、放射線技師、理
- 26 　　　　　学療法士、作業療法士、栄養士等）の研修等の機会を確保し、知識・技
- 27 　　　　　術の向上を図る
- 28 　　　　　◆地域連携パスの作成・活用による医療連携体制の整備

29

第3節 在宅医療の推進

課題

- 医療・介護・介護予防・住まい・生活支援を一体的に提供していく「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、患者が住み慣れた自宅や地域で安心して暮らすことができるよう、在宅医療の充実が必要です。
- 将来増加が見込まれる在宅医療の需要に対応するため、在宅医療提供体制の構築や、在宅医療の受け皿となる高齢者向け住まいや介護保険施設等を確保する必要があります。
- 患者に適切な在宅医療を提供するためには、在宅医療に関わる医療機関や多職種による医療・介護連携体制を構築することが必要です。
- 在宅医療・介護の連携を推進する取組については、市町村が主体となり、郡市医師会等と連携して実施することとされており、県は関係機関等との調整を行いながら広域的観点から市町村の取組を支援することが求められています。
- 在宅医療においては、介護保険による公的サービスのみならず、その他の多様な社会資源の活用により、在宅患者の生活の安定が確保されている必要があります。

施策の方向性

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の課題について、医療関係団体・介護関係団体・市町村等の在宅医療関係者により協議し解決を図ります。
- 効率的・効果的な在宅医療が行えるように、医科・歯科訪問診療、訪問看護に必要な医療機器等の整備を推進します。
- 地域において包括的かつ継続的な在宅医療が提供できるように、多職種連携による在宅医療推進の拠点の整備を推進します。
- 病院、医科・歯科診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護施設等との連携を促進し、24時間365日対応の在宅医療体制の構築を推進します。
- 在宅での療養生活を支える医療・介護従事者の確保・養成を図ります。
- 在宅における口腔ケアの提供体制の構築を推進します。
- 服薬情報を一元的に管理し、かかりつけ医等と連携するかかりつけ薬剤師・薬局の普及・啓発を図ります。
- 高齢者や障がい者が、住み慣れた地域において適切なリハビリテーションが受けられるよう、地域リハビリテーション支援体制の整備を推進します。
- 介護施設の整備や、介護施設の居住環境の向上を支援します。

- 医療の受け手となる県民に対し、在宅医療や看取りに関する情報提供・普及啓発に努めます。
- 地域包括ケアシステム構築に向けた中核機関として地域包括支援センターの機能強化を図ります。

【取組の例示】

- ◆地域の在宅医療の課題等の解決を目指した在宅医療関係者（多職種）による協議会を設置
- ◆訪問診療・訪問看護の充実のために行うポータブルの医療機器等などを整備
- ◆退院支援ルールを全圏域で策定・運用し、多職種連携による退院後の在宅療養の支援体制の構築
- ◆在宅医療に取り組む医療従事者のための同行訪問を含む導入研修を開催
- ◆在宅医療・介護連携のための相談員（コーディネーター）を養成
- ◆地域の在宅医療連携拠点の整備
- ◆訪問看護師等の質の向上や連携強化のための研修を開催
- ◆訪問看護ステーションの機能の強化や体制の整備
- ◆無菌調剤処理ができる設備（クリーンベンチ）の共同利用や緩和ケア等に必要な医薬品・医療材料の提供等、在宅医療に積極的に取り組む薬局の整備の推進及び薬剤師の研修の支援
- ◆地域リハビリテーション推進の核となる地域リハビリテーション広域支援センターの充実
- ◆地域において将来必要となる小規模な介護施設等の整備を行う市町村に対して支援
- ◆既存の特別養護老人ホームの多床室について、居住環境の質を向上させる改修を支援
- ◆在宅や介護施設での急性増悪時の受入体制の整備
- ◆看取りに対応できる医師、看護職員、介護関係者を養成するための、多職種の研修や施設との合同研修を開催
- ◆介護従事者に必要な急変時の知識とスキルの向上を図るための、介護従事者を対象にした研修を開催
- ◆県民に介護知識・介護技術を普及し、「高齢化社会を国民全体で支える」という考え方を啓発
- ◆介護支援ロボットの導入についてモデル事業を実施
- ◆地域包括ケアシステム構築を支援するため、市町村等を対象とした説明会や研修会を開催

- 1 ◆地域包括ケアシステムの構築について先駆的な事業を実施する市町村を
- 2 支援
- 3 ◆高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援や地域包括ケアシステ
- 4 ム構築に向けた政策形成などを行う「地域ケア会議」を市町村や地域包
- 5 括支援センターで効果的に実施できるよう、研修会の開催や専門家を派
- 6 遣し支援
- 7 ◆高齢者及びその家族からの保健・福祉・法律等に関する相談に応じる高
- 8 齢者総合相談センターを設置
- 9

1 第4節 医療従事者の確保・養成

2 課題

- 3 ○ 医療従事者の不足や偏在により、必要とされる医療機能や診療科が確保で
4 きていない地域があり、医療従事者の確保や偏在の解消が必要です。
- 5 ○ 少子・高齢化の進展等により医療従事者の高齢化が進んでおり、医療従事
6 者の不足や偏在が今後さらに悪化することも懸念されています。
- 7 ○ 医療従事者の不足により、病院や診療所における診療の継続が困難となり、
8 地域医療に大きな影響を与えることが危惧されています。

10 施策の方向性

- 11 ○ 地域医療を確保するために必要となる医療従事者の確保・養成を図ります。
- 12 ○ 医療従事者の離職を防止し、復職を支援します。
- 13 ○ 医療従事者の勤務環境の改善を図ります。

15 【取組の例示】

- 16 ◆医師、看護師、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士等の養成施設に在
17 籍する学生に対し修学資金を貸与
- 18 ◆地域医療支援センターにおいて、県内の医師不足の状況等を把握・分析
19 し、医師不足及び地域偏在・診療科偏在を解消するための施策等を企画・
20 検討
- 21 ◆臨床研修医に対し県内での研修を促すための説明会を開催
- 22 ◆救急医療を行う医療提供体制の確保、医療機関の負担軽減を図る
 - 23 ・小児科を標榜する二次救急に対応する病院群の輪番制方式により、小
24 児二次救急医療に係る休日夜間の診療体制を整備
 - 25 ・夜間に急変した小児を持つ保護者に対し、必要な相談及び医療機関等
26 の情報提供を行う電話相談窓口を設置
- 27 ◆周産期医療を中心に子どもと女性の医療を支援する福島県立医科大学
28 「ふくしま子ども・女性医療支援センター」と連携し、不足が著しい産
29 科等医師の確保・定着を図る（再掲）
- 30 ◆ナースセンターにおいて、潜在看護職員を発掘し再就業につなげるため
31 の取組を実施
- 32 ◆育児等で離職し再就業を希望する女性医師の臨床研修病院等での研修を
33 開催
- 34 ◆結婚・育児等により離職した女性薬剤師の復職のための実習を開催
- 35 ◆潜在歯科衛生士等の再就業につなげるための研修会等を支援

- 1 ◆医療機関が行う院内保育事業の整備・運営を推進
- 2 ◆看護師等養成所の施設整備及び運営を支援
- 3 ◆皮膚・排泄ケア、緩和ケア、感染管理などの認定看護師等の養成を支援
- 4 し、地域の看護力の向上を図る
- 5 ◆新人看護職員への研修を促進
- 6 ◆管理栄養士・栄養士養成施設学生に対する仕事説明会の開催
- 7 ◆在宅栄養士等の再就業につなげるための研修会等の開催
- 8 ◆「医療勤務環境改善支援センター」を設置し、勤務環境改善に取り組む
- 9 各医療機関に対して総合的・専門的な支援を実施
- 10 ◆福島県立医科大学に保健医療従事者の養成を行う新たな学部を設置

1 第5節 県民への情報提供・普及啓発と健康づくり

2 課題

- 3 ○ 限られた医療資源を有効に活用し、地域の医療提供体制を維持・確保する
4 ため、不要不急の救急車の使用を控えるなど県民が適切な受療行動をとる必
5 要があります。
- 6 ○ 糖尿病・高血圧・脂質異常症などの生活習慣病を予防・改善することで脳
7 卒中や心筋梗塞、重症の合併症等へ進展を防ぎ、生活の質（QOL）を維持
8 するとともに医療及び介護の負担を軽減するため、食生活やたばこ、運動等
9 の生活習慣の改善を図る必要があります。
- 10 ○ 生活習慣病の予防や悪化防止のためには、個人がそれぞれの生活習慣を改
11 善するだけでなく、社会（地域）全体による健康づくりを進める必要があり
12 ます。また、健康寿命の延伸のためには、健康に対する関心の低い世代に対
13 するアプローチも必要です。
- 14 ○ 医療や医薬品に対する正しい知識を持ち、自分で自分の健康を管理する取
15 組を推進する必要があります。
- 16 ○ 高齢者の健康寿命をのばし、生活の質を高めていくためには、介護予防の
17 取組を地域で展開することが必要です。

19 施策の方向性

- 20 ○ 医療の受け手である県民に対し、医療機関の役割分担の現状や適切な受療
21 行動の必要性について情報提供・普及啓発に努めます。（再掲）
- 22 ○ 医療の受け手となる県民に対し、在宅医療や看取りに関する情報提供・普
23 及啓発に努めます。（再掲）
- 24 ○ 生活習慣の改善においては、県民自らが生活習慣を見直し、生活習慣病の
25 予防と健康の維持を図り、健康に対する自己管理意識の定着化に資するよう、
26 健康増進法に基づく健康増進計画である「第二次健康ふくしま21計画」（計
27 画期間：平成25年度～平成34年度）に基づき、関係団体や市町村と連携
28 し、県民の生活習慣の改善を図る周知啓発や健康増進事業を行うとともに、
29 特定健診・特定保健指導の実施率の向上に努めます。
- 30 ○ 全国に誇れる健康長寿県を目指し、「食」「運動」「社会参加」を3本柱と
31 した健康づくりを推進します。
- 32 ○ 介護予防に資する住民運営の通いの場を充実させ、継続的に拡大していく
33 ような地域づくりを推進します。

【取組の例示】

- ◆夜間急に子どもの身体の具合が悪くなった時に、家庭で可能な対処法などについてのアドバイスを行い、必要があれば受診可能な医療機関を案内する「こども救急電話相談」を設置
- ◆24時間365日の救急相談を受け付ける「救急相談センター(#7119)」の設置について分析・検討
- ◆患者の状況を把握し、必要に応じて適切な医療機関を紹介する「かかりつけ医」の普及・啓発
- ◆服薬情報を一元的に管理し、かかりつけ医等と連携するかかりつけ薬剤師・薬局の普及・啓発
- ◆在宅医療の普及・啓発を図るためのシンポジウム、市民公開講座等を開催
- ◆地域保健関係者の資質向上を図るための研修会を開催
- ◆県民が自主的に無理なく健康づくりが継続できるよう、健康アプリや市町村健康づくり事業と連動させた「ふくしま【健】民パスポート」の普及・啓発
- ◆福島県立医科大学「健康増進センター」との連携による健康づくりの推進
- ◆地域住民による主体的な健康の維持・増進を支援する健康サポート薬局に勤務する薬剤師への研修及び健康サポート薬局の機能強化を支援
- ◆福島県食育応援企業・飲食店・事業所等と連携した食環境整備の推進
- ◆高齢者が地域社会の担い手として生きがいを持って健康に活躍できるよう、老人クラブや高齢者の町内会等の活動を支援
- ◆高齢者が要支援・要介護状態になることなく生活を継続できるよう、介護予防に関する普及・啓発や住民主体の介護予防活動の育成支援

1 第6節 その他（多様な医療ニーズへの対応）

2 課題

- 3 ○ 地域医療の観点からは、一般病床及び療養病床の機能分化・連携の推進を
4 目指すだけでなく、精神病床や外来医療、在宅医療との連携によって、精神
5 科医療その他の様々な医療ニーズに対応する体制を構築することが求められ
6 ます。
- 7 ○ 精神科医療は統合失調症・認知症・うつ病・発達障害、薬物依存など多様
8 な疾患に対応した早期治療ができる体制づくりが必要であるとともに、身体
9 合併症を有する精神科患者に対応できる医療機関の確保も必要です。
- 10 ○ また、精神科医療においては、長期入院患者の療養生活の質が問題となっ
11 ており、医療機関との連携により、精神障がい者の入院早期からの地域移行
12 に向けた取組を強化することが求められています。
- 13 ○ 認知症については高齢者人口の増加により認知症を有する高齢者の増加が
14 見込まれることから、「認知症施策推進総合戦略¹（新オレンジプラン）」に基
15 づき、医療・介護の役割分担と連携を進めながら、認知症の人が最もふさわ
16 しい場所で適切なサービスが提供される仕組みを構築することが必要です。
- 17 ○ 近年は認知症と合併した身体疾患を有する患者が増加しており、対応でき
18 る受け皿を整備することが必要です。
- 19 ○ 高齢化の進展に伴う疾病構造の変化により、医療ニーズが従来の「治癒」
20 から「病気と共存しながらの機能改善・生活支援」にシフトしており、「治す
21 医療」から「生活を支える医療」がこれまで以上に必要とされています。
- 22 ○ 高齢者のみならず、子どもや障がいのある方を含む全ての方のニーズに応
23 じて、病院や施設から地域での生活をさせることができる医療の提供へシフ
24 トさせていく必要があります。

26 施策の方向性

- 27 ○ 身体合併症を有する精神科患者の受入について、それぞれの地域の実情に
28 応じた精神科病院と一般病院の連携体制を構築します。
- 29 ○ 精神障がい者が安心して地域生活を送ることができるよう、精神科医、精
30 神保健福祉士等多職種による訪問支援（アウトリーチ）を推進します。
- 31 ○ 県民の精神疾患に関する知識・理解の向上を図ります。
- 32 ○ 医療従事者が認知症の知識を習得し、認知症の患者やその家族へ容体に

¹ 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すことを基本的な考え方として、厚生労働省が関係府省庁と共同して平成27年（2015年）1月に策定したもの。

1 じた適切な対応ができる体制を整備します。

- 2 ○ 認知症患者を早期に発見し、患者とその家族を地域で支える体制整備を推
3 進します。
4 ○ 発達障がいや、比較的若年層の段階で発症する統合失調症などを早期に発
5 見し、早期から支援を行う体制整備を推進します。

6
7 【取組の例示】

- 8 ◆精神疾患の合併症患者や高次脳機能障害の患者等に対応する施設の整備
9 を支援
10 ◆認知症疾患に関する診断・治療、専門医療相談や関係者への研修等を実
11 施する「認知症疾患医療センター」を指定・運営
12 ◆かかりつけ医や認知症初期集中支援チーム員等に対して支援を行う認知
13 症サポート医の養成研修受講支援
14 ◆認知症患者とその家族への初期支援を集中的に行い自立を支援する「認
15 知症初期集中支援チーム」の市町村における設置を推進
16 ◆医療従事者（医師・歯科医師・薬剤師・看護職員等）向け認知症対応力
17 向上研修を開催
18 ◆認知症の症状や介護、対応方法等に関する専門相談を行う「認知症コー
19 ルセンター」を設置
20 ◆発達障がい児（者）及びその家族や関係機関に対する助言・指導や発達
21 障がいに関する普及・啓発などを行う「発達障がい者支援センター」を
22 中核とした支援を推進
23 ◆発達障がい児が、身近な地域で支援が受けられるよう県内5圏域におい
24 て、保護者と市町村や医療機関などとの調整を行う「発達障がい地域支
25 援マネージャー」を配置
26 ◆発達障がい児を支援する、市町村職員、保健師・保育士・施設職員・医師
27 等の専門力向上へ向けた研修会の開催
28 ◆県立特別支援学校、児童福祉法や障害者総合支援法に基づく施設や事業
29 所における医療的ケアに関して連携・協力
30

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

第5章 地域医療構想策定後の取組

17

第1節 地域医療構想の推進体制

1 地域医療構想調整会議

○ 都道府県は、構想区域等ごとに、医療関係者、医療保険者その他の関係者との地域医療構想調整会議を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の病床の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行うものとされています。（医療法第30条の14）

○ また、地域医療構想策定ガイドラインにおいては、「地域医療構想調整会議は、地域医療構想の実現に向けた取組を協議することが設置目的であることから、地域医療構想に反映させるべく地域医療構想の策定段階から設置し、構想区域における関係者（医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村など）の意見をまとめることが適当である。」とされています。

○ これらを受け、本県においては地域医療構想の策定段階から、各構想区域において下記団体を構成員とする地域医療構想調整会議を既に設置しています。

- ・医師会
- ・歯科医師会
- ・薬剤師会
- ・看護協会
- ・各病院
- ・介護関係団体
- ・県保険者協議会
- ・市長会
- ・町村会
- ・保健所

○ 地域医療構想調整会議において、地域の医療機関の役割分担に関することや、病床機能報告制度による情報等を共有し、医療介護総合確保基金事業等を活用して、地域医療構想の達成の推進に関することを協議していきます。

2 関係者に求められる役割

地域医療構想の達成のため、県や関係機関には以下の役割が求められます。

(1) 県

- 地域医療構想に基づき、将来あるべき医療提供体制の実現を目指した取組を推進すること。
- 地域医療構想調整会議を開催し、地域における医療機関相互の役割分担に関する協議を促進すること。
- 関係者に対して必要な情報提供に努めること。

(2) 医療機関

- 病床の機能の分化・効率化の推進に関して自主的な取組を進めること。
- 地域医療構想調整会議に参画し、将来あるべき医療提供体制の構築に向けて、地域における医療機関相互の役割分担を促進すること。

(3) 医療・介護関係団体

- 行政や関係機関と協力し、地域包括ケアシステムに不可欠な医療・介護の連携体制の整備に取り組むこと。

(4) 市町村

- 地域包括ケアシステムの構築を目指し、介護保険法の地域支援事業に位置づけられた在宅医療・介護連携推進の取組を郡市医師会等と連携しつつ実施すること。

(5) 医療保険者

- レセプト等のデータ分析に基づく効果的な保健事業（データヘルス）を実施し、県民の疾病予防・健康づくりの取組を促進すること。

(6) 県民

- 主体的に疾病予防・健康づくりに取り組むとともに、適切な受療行動に努めること。

第2節 構想の見直し・進行管理

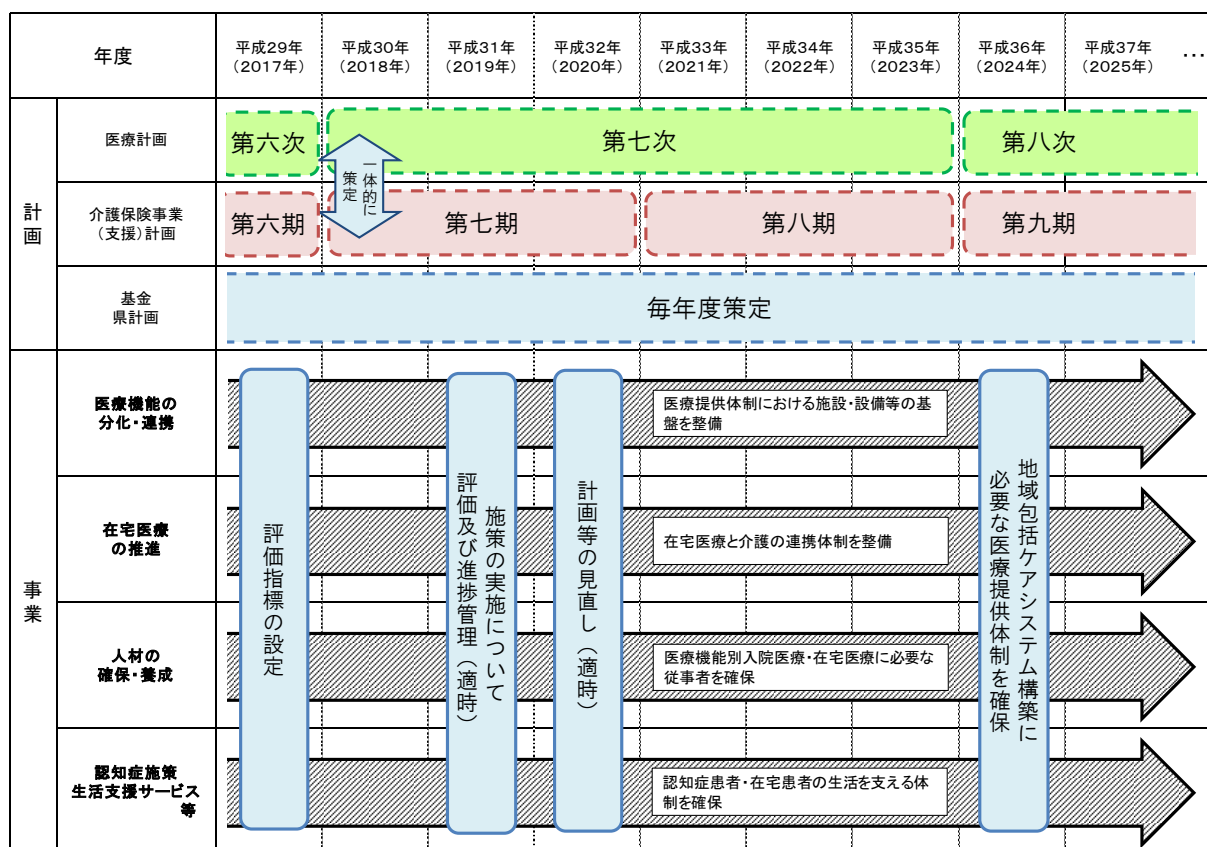
1 構想の見直し・進行管理

○ 最新の基礎データの入手や、東日本大震災・原子力災害からの復興等の状況の変化に合わせて、本計画の評価を適時に行うとともに、今後の高齢化・人口減少社会におけるまちづくり（住宅政策など）までを含めた広範囲の視点を踏まえるなど、必要に応じて構想の見直しを行います。

○ 医療介護総合確保基金事業などの地域医療構想の推進に関する施策の実施について評価及び進捗管理を行います。

○ 地域医療構想の達成の度合いを示す評価指標については、地域医療構想を含めて策定される第七次医療計画や、地域医療介護総合確保基金事業の県計画との連携・整合を図り今後設定します。

図表1-5-1 地域医療構想実現に向けた工程表（イメージ）



2 今後の留意点

- 地域医療構想の実現のためには慢性期機能及び在宅医療等の需要に対応する医療・介護サービスの提供体制を整備する必要がありますが、サービス提供体制のうち、介護療養病床と、医療療養病床で看護人員配置が診療報酬上の基準で25対1のもの（医療療養病床（25対1））については設置期限が平成29年度末となっており、現在国において新たな選択肢について具体的な制度設計の議論が行われているため、今後の動向に注視し対応していく必要があります。
- また、医療機能の分化・連携を推進するにあたっては、医師や看護師をはじめ、回復期の病床の充実のためのリハビリ関係職種など、医療従事者の確保が必要であり、現在国の「医療従事者の需給に関する検討会」において医療従事者の需給の見通しや、医療従事者の確保策、地域偏在・診療科偏在対策等について検討されており、本県の実情に応じた必要な対策を平成29年度に策定する第七次医療計画において具体的に盛り込む必要があります。
- さらに、平成30年度以降に開始される新たな専門医制度の実施状況を踏まえ、地域の実情に応じた医師確保対策を進めていく必要があります。

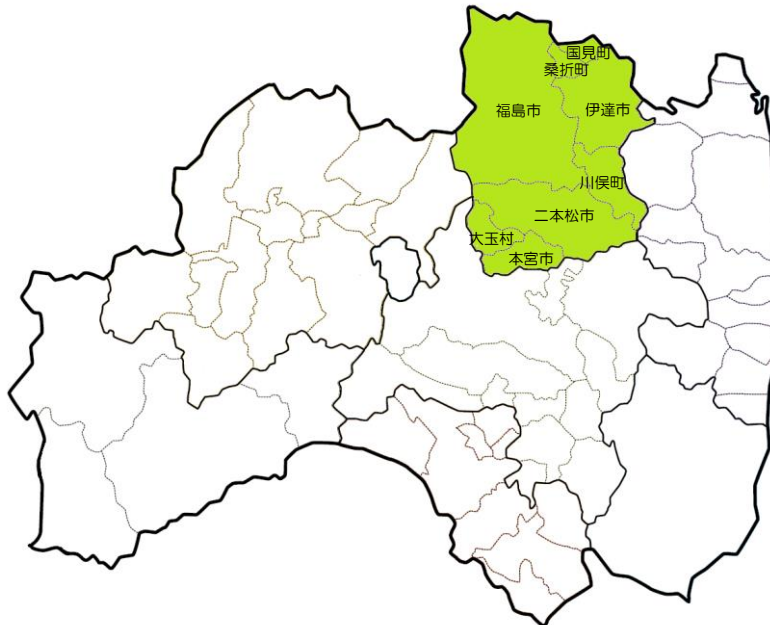
1
2
3
4
5

第2編 各構想区域

6
7
8
9
10
11
12
13
14

第1章 県北区域

15
16



17

1 第1章 県北区域

2 1 構想区域の概要

3 (1) 県北区域の特性

4 県北区域は、福島県中通りの北部に位置し、福島市、二本松市、伊達市、
5 本宮市、伊達郡及び安達郡の4市3町1村から構成され、面積は1,753.42
6 km²で、県土の12.7%を占めています。

7 平成23年3月の東京電力福島第一原子力発電所事故に伴い県内外に避
8 難している住民もあり、住民の帰還に向けた環境回復の取組や被災者等の
9 健康支援が必要とされています。

10

(2) 人口構造

- 県北区域の65歳以上高齢化率は27.8%と県平均(27.3%)とほぼ同じ状況です。
- 伊達市、桑折町、国見町、川俣町においては高齢化が進み、65歳以上高齢化率が30%を超えています。

図表2-1-1 年齢構成別市町村人口

	総数	0～14歳	15～64歳	65歳以上	
				75歳以上 (再掲)	
福島市	284,948	35,176 (12.3%)	174,411 (61.2%)	75,361 (26.4%)	37,899 (13.3%)
二本松市	57,673	6,726 (11.7%)	34,415 (59.7%)	16,532 (28.7%)	9,134 (15.8%)
伊達市	63,755	7,047 (11.1%)	36,930 (57.9%)	19,778 (31.0%)	10,600 (16.6%)
本宮市	30,857	4,167 (13.5%)	19,079 (61.8%)	7,611 (24.7%)	4,150 (13.4%)
伊達郡桑折町	12,438	1,357 (10.9%)	6,949 (55.9%)	4,132 (33.2%)	2,260 (18.2%)
伊達郡国見町	9,740	973 (10.0%)	5,416 (55.6%)	3,351 (34.4%)	1,738 (17.8%)
伊達郡川俣町	14,732	1,424 (9.7%)	8,191 (55.6%)	5,117 (34.7%)	2,887 (19.6%)
安達郡大玉村	8,483	1,168 (13.8%)	5,221 (61.5%)	2,094 (24.7%)	1,180 (13.9%)
区域計	482,626	58,038 (12.0%)	290,612 (60.2%)	133,976 (27.8%)	69,848 (14.5%)
全県計	1,964,450	244,022 (12.4%)	1,184,227 (60.3%)	536,201 (27.3%)	282,801 (14.4%)

資料：「平成27年1月1日住民基本台帳年齢別人口（市区町村別）（総計）」（総務省）

1 (3) 人口動態

2 ○ 性、地域ごとに年齢構成の違いの影響を除いて全国平均を 100 として
 3 死亡状況を表した標準化死亡比(SMR:standardized mortality ratio)
 4 によると、県北区域においては男女ともに「急性心筋梗塞」、「脳梗塞」
 5 の死亡比が高くなっています。

7 図表 2-1-2 標準化死亡比 (SMR)

		悪性新生物				
		総数	胃	大腸	肝及び 肝内胆管	気管、気管 支及び肺
県北	男性	93.4	93.5	95.2	64.9	93.9
	女性	94.0	92.4	102.7	62.8	91.9
全県	男性	99.3	105.6	105.0	80.6	97.3
	女性	95.3	101.5	101.4	82.6	88.9

		急性 心筋梗塞	脳血管疾患		肺 炎	肝 疾 患	腎 不 全
			脳内出血	脳梗塞			
県北	男性	186.6	84.0	131.0	84.9	77.7	89.5
	女性	178.6	92.1	136.8	89.0	92.2	81.1
全県	男性	184.6	106.5	124.5	96.7	90.2	106.5
	女性	175.1	107.0	126.4	97.0	86.5	89.9

8 資料：平成 20 年～24 年人口動態保健所・市町村別統計

9
10

2 医療提供体制の現状

(1) 医療施設の状況

- 県北区域においては、人口 10 万人あたりの診療所数・薬局数が県平均を上回っており、病院数・歯科診療所数・訪問看護ステーション数は県平均程度となっています。
- 人口 10 万人あたりの病院病床数は県平均を下回っていますが、診療所病床数は県平均程度となっています。
- 病床数の内訳としては、全県平均と比較して一般病床の割合が高い一方で、療養病床の割合が非常に低くなっています。

(2) 医療従事者の状況

- 医療従事者については、人口 10 万人あたりの医師数・薬剤師数・看護師数・歯科衛生士数・歯科技工士数は県平均を上回っています。
- 人口 10 万人あたりの医療施設歯科医師数が 61.3 人と県平均 68.2 人を下回っています。
- 病院・診療所における人口 10 万人あたりの理学療法士数と作業療法士数は県平均程度となっています。
- 診療科別については、人口 10 万人あたりの医療施設従事医師数はほとんどの診療科で県平均を上回っています。

(3) 一般・療養病床を有する病院の配置状況

- 一般・療養病床を有する病院は福島市に集中しています。
- 県北区域は県内唯一の特定機能病院である福島県立医科大学附属病院があり、高度先端医療を提供するとともに、高度救命救急センター、基幹災害拠点病院、総合周産期母子医療センター、都道府県がん診療連携拠点病院としての役割を担っています。

(4) 病床機能報告状況

- 県北構想区域における平成 27 年度病床機能報告制度で報告された医療機能別の病床数は以下のとおりです。

図表 2-1-3 平成 27 年度病床機能報告

医療機能	平成27年7月1日時点	6年経過した時点の予定	増減
高度急性期	719 床	731 床	12 床
急性期	2,960 床	3,061 床	101 床
回復期	423 床	419 床	-4 床
慢性期	450 床	400 床	-50 床
無回答	228 床	169 床	-59 床
合計	4,780 床	4,780 床	0 床

※ 報告病床数は未報告や無回答のため、平成 27 年 7 月時点許可病床数と一致しない。
 ※ 報告病床数は今後の追加報告や報告内容の修正により変更がありうる。

3 将来の医療需要・必要病床数

(1) 入院医療

- 構想区域における病床機能区分ごとの2025年（平成37年）の医療需要推計及び必要病床数は以下のとおりです。
- 必要病床数はあくまでも将来の医療提供体制を検討する上での参考材料の一つであり、病床削減の目標となる数値ではありません。

図表2-1-6 入院医療の医療需要・必要病床数

医療機能	2013年の 医療需要 (人/日)	2025年の 医療需要 (人/日)	2025年の 必要病床数 (床)
高度急性期	291	303	404
急性期	1,039	1,140	1,462
回復期	1,327	1,500	1,667
慢性期	363	416	452
合計	3,020	3,359	3,985

(2) 在宅医療等

- 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指します。
- 構想区域における2025年（平成37年）の在宅医療等の医療需要¹の推計は以下のとおりです。
- 訪問診療分は2013年時点で訪問診療を受けている患者に将来人口の変化を反映させて算出したものです。

図表2-1-7 在宅医療等の医療需要

医療機能	2013年の 医療需要 (人/日)	2025年の 医療需要 (人/日)
在宅医療等	4,919	5,891
うち訪問診療分	2,748	3,309

¹ 在宅医療等の医療需要

在宅医療等の医療需要は、在宅医療等を必要とする患者数を表しており、それぞれの医療の種類によって必要な医療提供体制は異なる。仮に週一回の訪問診療を行うとすると、医療需要の7分の1が1日あたりの訪問患者数となる。

4 医療提供体制の課題

① 病床機能の分化・連携について

- 県北区域には療養病床が少なく、慢性期の患者に対する医療提供体制の在り方について検討していく必要があります。
- 疾病ごとの視点も踏まえながら、各医療機関が持つ医療機能の役割分担・連携を推進し、切れ目のない医療提供体制を構築していく必要があります。
- 県北区域では平成 27 年度における看護職員の募集人数に対する採用者数の割合が7割未満と非常に低くなっており、看護職員の確保に課題があります。

② 主な疾病について

(がん)

- がんについては自足率²が高く完結性がありますが、がんの種類別に見ると、肝臓がんの「肝癌のマイクロ波凝固法」において SCR³が低いなど、治療体制の検討が必要です。

(脳卒中)

- 脳卒中については自足率が高く完結性がありますが、脳梗塞については標準化死亡比が男女ともに、全国平均より高く、予防と医療提供体制の両方で取組が必要です。

(心疾患)

- 心疾患の自足率が高く完結性がありますが、「冠動脈 CT 撮影」、「冠動脈造影」などで SCR が低いものがあります。一方、「狭心症患者」の外来 SCR が高く、早期受診、早期対応しているとも考えられます。
- 「虚血性心疾患に対する心臓血管手術」と「狭心症に対する心臓血管手術」の入院 SCR が低くなっていますが、薬物療法やカテーテル治療が功を奏していると考えられます。
- 急性心筋梗塞の標準化死亡比が、全国平均より高く、予防と医療提供体制の両方で取組が必要です。

(成人肺炎)

- 高齢化の進展により肺炎患者が今後増加することを踏まえ、肺炎予

² 自足率

2013 年（平成 25 年）の NDB データのうち、国民健康保険と後期高齢者医療制度を用いて患者の流入出を分析し、圏域内に居住する患者のうち当該圏域内の医療施設で診療を受けた患者の割合を「自足率」と定義している。

³ SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）

2013 年（平成 25 年）の全保険者分の NDB データを用いて、すべての地域に同じ年齢の住人が同じ人数住んでいると仮定した場合の当該地域の医療提供度合の数字（SCR：年齢調整標準化レセプト出現比）として表したもの。全国平均を 100 として、SCR 値が高ければ医療機能が多い、SCR 値が低ければ医療機能が少ないと考えられる。

防の取組や、医療介護連携の下での初期救急医療から在宅復帰までの体制整備が課題です。

(大腿骨頸部骨折)

- 高齢化の進展により骨折患者が今後増加することを踏まえ、骨折予防の取組や、医療介護連携の下での初期救急医療から在宅復帰までの体制整備が課題です。

(生活習慣病)

- 急性心筋梗塞や脳梗塞の標準化死亡比が高く、「脂質異常症患者」、「高血圧患者」、「糖尿病患者」の患者のSCRも高いことから、生活習慣の改善指導や合併症・重症化の予防への取組が課題です。

③ 救急医療について

- 救急医療の自足率が高く地域として完結性があります。
- 「ハイケアユニット入院医療管理料（HCU）」及び「特定集中治療室管理料（ICU）」のSCRが低く、専門医や看護師等の確保により救急医療体制を確保していく必要があります。
- 救急車による搬送患者が増加している病院が多いことから、救急車適正利用及び住民に対する教育・啓発も必要です。

④ 小児・周産期医療について

- 「乳幼児の入院医療体制」については自足率・SCRともに高くなっていますが、「小児の入院医療体制」は県中区域への流出が見られ、SCRも低いことから小児の入院医療体制を検討していく必要があります。

⑤ 在宅医療について

- 2025年の在宅医療需要は2013年比120%と増加が見込まれ、在宅医療提供体制を整備していく必要があります。
- 退院時カンファランスやケアマネジャーとの連携に関するSCRは高くなっていますが、退院前在宅療養指導や緊急時の医療介護連携に関するSCRは低いことから、医療と介護の連携を図る必要があります。

⑥ その他

- 労働人口の減少が予測される中で、医療従事者の確保は地域全体での重大な課題です。
- 救急医療については、救急搬送受入支援システムの圏域内での早期運用が課題です。

5 将来あるべき医療提供体制を確保するために構想区域において重点的に取り組む事項（施策の方向性）

（1）医療機能の確保と連携推進

- 一般病床から療養病床への転換等、不足する医療機能を確保するために必要な施設・設備の整備を支援し、病床の機能分化・連携を推進します。
- 医療機関としての機能を十分に発揮するために、医師、看護師をはじめとする医療従事者の確保・養成を図ります。
- 医療提供体制の確保においては、県北区域南部の市村から隣接する県中区域への患者の流出も考慮する必要があります。
- 県北区域における役割分担・連携を進めるにあたっては、地域医療構想調整会議を活用し、病床機能報告情報等の利用により、疾病ごとの視点も踏まえて連携体制を検討していきます。
- 生活習慣病については適切な治療体制を構築することはもとより、生活習慣の改善指導等予防対策についても推進します。
- 救急車適正利用について普及・啓発に取り組む必要があります。
- 救急医療については、救急搬送受入支援システムの運用により、救急搬送の迅速化と救命率の向上を図ります。
- 小児の入院医療体制の整備を推進します。

（2）在宅医療の推進

- 在宅医療に取り組む医療従事者の確保や質の向上のための研修開催を支援します。
- 病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所、地域医師会、地域歯科医師会、地域薬剤師会、地域看護協会等の関係団体、市町村等と連携が不可欠であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリ関係職種、医療ソーシャルワーカー等の多職種協働により、24 時間 365 日対応の在宅医療提供体制の構築を推進します。
- 在宅医療を推進するためには、診療所を後方支援する病院の存在が不可欠であるため、受け入れ体制の確保や、その役割を担う地域包括ケア病棟の整備を図ります。
- 地域包括ケアシステムの構築の観点から、医療と介護の連携を推進します。

1 (3) その他

2 ○ 県立医科大学附属病院は、病床及び医師・看護師等の医療従事者を多
3 く有していますが、本県唯一の医育機関の附属病院であるとともに特定
4 機能病院として高度先端医療を提供する役割を担っていることを踏まえ
5 た上で、県北区域の医療機関の役割分担や人材確保について検討してい
6 く必要があります。

7

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14

第2章 県中区域

15
16



17

1 第2章 県中区域

2 1 構想区域の概要

3 (1) 県中区域の特性

4 県中区域は県の中央に位置し、中核市である郡山市と、須賀川市、田村
5 市、岩瀬郡、石川郡及び田村郡の3市6町3村から構成され、面積は
6 2,406.29 km²で、県土の17.5%を占めています。

7 平成23年3月11日に発生した東日本大震災や原子力災害のため、県
8 中区域で避難生活を余儀なくされている被災者への健康支援活動が課題と
9 なっています。

10

(2) 人口構造

- 県中区域の65歳以上高齢化率は24.7%と県平均(27.3%)と比較すると低くなっています。
- 市町村別にみると田村市他7町村においては、県全体より65歳以上高齢化率が高くなっています。

図表2-2-1 年齢構成別市町村人口

	総数	0~14歳	15~64歳	65歳以上	75歳以上
					(再掲)
郡山市	326,808	42,950 (13.1%)	208,420 (63.8%)	75,438 (23.1%)	36,760 (11.2%)
須賀川市	78,299	10,724 (13.7%)	48,727 (62.2%)	18,848 (24.1%)	9,550 (12.2%)
田村市	39,484	4,437 (11.2%)	23,150 (58.6%)	11,897 (30.1%)	6,995 (17.7%)
岩瀬郡鏡石町	12,836	1,867 (14.5%)	7,921 (61.7%)	3,048 (23.7%)	1,544 (12.0%)
岩瀬郡天栄村	6,065	692 (11.4%)	3,651 (60.2%)	1,722 (28.4%)	998 (16.5%)
石川郡石川町	16,490	1,827 (11.1%)	9,508 (57.7%)	5,155 (31.3%)	2,871 (17.4%)
石川郡玉川村	6,944	897 (12.9%)	4,239 (61.0%)	1,808 (26.0%)	1,033 (14.9%)
石川郡平田村	6,656	800 (12.0%)	4,103 (61.6%)	1,753 (26.3%)	1,006 (15.1%)
石川郡浅川町	6,824	916 (13.4%)	3,988 (58.4%)	1,920 (28.1%)	1,054 (15.4%)
石川郡古殿町	5,831	661 (11.3%)	3,285 (56.3%)	1,885 (32.3%)	1,231 (21.1%)
田村郡三春町	18,017	2,004 (11.1%)	10,824 (60.1%)	5,189 (28.8%)	2,772 (15.4%)
田村郡小野町	10,923	1,249 (11.4%)	6,389 (58.5%)	3,285 (30.1%)	1,969 (18.0%)
区域計	535,177	69,024 (12.9%)	334,205 (62.4%)	131,948 (24.7%)	67,783 (12.7%)
全県計	1,964,450	244,022 (12.4%)	1,184,227 (60.3%)	536,201 (27.3%)	282,801 (14.4%)

資料：「平成27年1月1日住民基本台帳年齢別人口(市区町村別)(総計)」（総務省）

1 (3) 人口動態

- 2 ○ 性、地域ごとに年齢構成の違いの影響を除いて全国平均を 100 として
 3 死亡状況を表した標準化死亡比(SMR:standardized mortality ratio)
 4 によると、郡山を除いた県中区域においては男女ともに「急性心筋梗塞」、
 5 「脳梗塞」の死亡比が高くなっており、郡山地域において男女ともに「急
 6 性心筋梗塞」の死亡比が高くなっています。

7
 8 図表2-2-2 標準化死亡比(SMR)

		悪性新生物				
		総数	胃	大腸	肝及び 肝内胆管	気管、気管 支及び肺
県中 (郡山除く)	男性	101.6	112.2	105.7	80.1	100.3
	女性	90.2	117.1	84.3	118.1	70.3
郡山	男性	98.7	102.8	109.0	77.3	98.2
	女性	101.5	104.2	111.2	84.0	91.0
全県	男性	99.3	105.6	105.0	80.6	97.3
	女性	95.3	101.5	101.4	82.6	88.9

		急性 心筋梗塞	脳血管疾患		肺 炎	肝 疾 患	腎 不 全
			脳内出血	脳梗塞			
県中 (郡山除く)	男性	182.7	108.1	131.0	87.6	94.3	117.3
	女性	186.4	107.9	129.5	91.6	102.5	93.1
郡山	男性	199.9	91.7	92.5	94.4	80.4	120.9
	女性	173.5	92.7	98.1	100.3	106.0	105.7
全県	男性	184.6	106.5	124.5	96.7	90.2	106.5
	女性	175.1	107.0	126.4	97.0	86.5	89.9

9
 10 資料：平成 20 年～24 年人口動態保健所・市町村別統計

2 医療提供体制の現状

(1) 医療施設の状況

- 県中区域においては、人口 10 万人あたりの歯科診療所数・訪問看護ステーション数が県平均を上回っていますが、病院数・診療所数・薬局数は県平均以下となっています。
- 人口 10 万人あたりの病院病床数・診療所病床数は県平均程度となっています。
- 病床数の内訳としては、人口 10 万人あたりの一般病床数は県平均を上回っていますが、療養病床数は県平均程度となっています。

(2) 医療従事者の状況

- 医療従事者については、人口 10 万人あたりの医師数・薬剤師数・看護師数は県平均程度となっています。
- 人口 10 万人あたりの歯科医師数・看護師数・歯科衛生士数・理学療法士数・作業療法士数は県平均を上回っています。
- 診療科別については、人口 10 万人あたりの医療施設従事医師数は県平均程度となっている診療科が多くなっています。

(3) 一般・療養病床を有する病院の配置状況

- 病院は郡山市と須賀川市に集中しており、特に郡山市には県中区域の病院における一般・療養病床の 7 割以上が存在しています。

(4) 病床機能報告状況

- 県中区域における平成 27 年度病床機能報告制度で報告された医療機能別の病床数は以下のとおりです。

図表 2-2-3 平成 27 年度病床機能報告

医療機能	平成27年7月1日時点	6年経過した時点の予定	増減
高度急性期	100 床	106 床	6 床
急性期	3,778 床	3,713 床	-65 床
回復期	618 床	738 床	120 床
慢性期	1,128 床	1,236 床	108 床
無回答	298 床	129 床	-169 床
合計	5,922 床	5,922 床	0 床

※ 報告病床数は未報告や無回答のため、平成 27 年 7 月時点許可病床数と一致しない。
 ※ 報告病床数は今後の追加報告や報告内容の修正により変更がありうる。

3 将来の医療需要・必要病床数

(1) 入院医療

- 構想区域における病床機能区分ごとの2025年（平成37年）の医療需要推計及び必要病床数は以下のとおりです。
- 必要病床数はあくまでも将来の医療提供体制を検討する上での参考材料の一つであり、病床削減の目標となる数値ではありません。

図表2-2-6 入院医療の医療需要・必要病床数

医療機能	2013年の 医療需要 (人/日)	2025年の 医療需要 (人/日)	2025年の 必要病床数 (床)
高度急性期	340	352	469
急性期	1,198	1,279	1,640
回復期	1,137	1,264	1,404
慢性期	1,046	1,040	1,130
合計	3,721	3,935	4,643

(2) 在宅医療等

- 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指します。
- 構想区域における2025年（平成37年）の在宅医療等の医療需要¹の推計は以下のとおりです。
- 訪問診療分は2013年時点で訪問診療を受けている患者に将来人口の変化を反映させて算出したものです。

図表2-2-7 在宅医療等の医療需要

医療機能	2013年の 医療需要 (人/日)	2025年の 医療需要 (人/日)
在宅医療等	5,286	6,438
うち訪問診療分	2,908	3,498

¹ 在宅医療等の医療需要

在宅医療等の医療需要は、在宅医療等を必要とする患者数を表しており、それぞれの医療の種類によって必要な医療提供体制は異なる。仮に週一回の訪問診療を行うとすると、医療需要の7分の1が1日あたりの訪問患者数となる。

4 医療提供体制の課題

① 病床機能の分化・連携について

- 県中区域は、一般病床の自足率²は高い状況にありますが、病床機能別に見てみると急性期病床は充足されているものの、病状が落ち着いてきた際の受入病床となる回復期及び慢性期病床は不足しています。
- 県中区域の中でも特に田村地域（田村市及び田村郡）、石川郡は、病院や病床が少なく、医療資源が集中する郡山市への医療依存度が高いという地域偏在があります。

② 救急医療について

- 救急医療については、二次救急、三次救急の圏域内自足率は高い状況にありますが、病状が落ち着いてきた際の受入病床となる回復期、慢性期病床は不足しています。
- 救急医療を担う三次救急や高度の専門性を有する基幹病院は郡山市に一極集中しており、救急医療機関が少ない田村地域、石川郡は郡山市及び須賀川市への救急医療依存度が高いという地域偏在があります。

③ 小児・周産期医療について

- 小児・周産期医療については、新生児並びにリスクの高い母体に対する集中治療体制は区域内に整備されていますが、産科医不足を背景に施設の集約化が進んでおり、分娩取扱施設が減少しています。また、田村地域、石川郡には分娩取扱施設が存在しないという地域偏在があります。

④ 在宅医療について

- 在宅医療を担う医師は少なく、高齢化傾向にあります。また、地域偏在があり田村地域、須賀川市では65歳以上の医師の割合が高い状況にあります。
- 在宅医療の増加に対応するためには、在宅の患者が急変した際の入院受入病床の確保が必要ですが、受入体制に課題があります。
- 在宅医療を支える地域包括ケアシステムの構築に際しては、市町村での取組を推進していく必要があります。

² 自足率

2013年（平成25年）のNDBデータのうち、国民健康保険と後期高齢者医療制度を用いて患者の流出入を分析し、圏域内に居住する患者のうち当該圏域内の医療施設で診療を受けた患者の割合を「自足率」と定義している。

- 1 ⑤ 人材確保・人材育成について
- 2 ○ 県中区域は、他区域に比較すると病院病床の整備が進んでいるため、
- 3 その医療機能を維持するための医療従事者を多く必要としていますが、
- 4 東日本大震災後、比較的若手の働き盛り層の医療従事者が大きく減少
- 5 し未だ回復しておらず、その確保には困難を極めています。
- 6

5 将来あるべき医療提供体制を確保するために構想区域において重点的に取り組む事項（施策の方向性）

（1）病床機能の分化・連携について

- 今後増加が見込まれる高齢者の医療需要に対応すべく、不足している回復期及び慢性期病床を確保するため、地域医療介護総合確保基金を有効活用するなど、急性期病床の機能転換を支援します。
- 田村地域、石川郡については、既存の医療機関の機能強化を図れるよう支援します。

（2）救急医療について

- 救急医療体制を強化するため、病床機能分化とともに、病病連携、病診連携の強化を図ります。
- 不要不急の受診や安易な救急車の要請を減らし、適正利用を推進するため、住民の理解を得るよう継続的な普及啓発に努めます。
- 田村地域、石川郡については、二次救急医療体制の充実を図ります。

（3）小児・周産期医療について

- 安心して子どもを産み育てられるよう、助産師の専門性を活用し、院内助産所や助産師外来の設置を支援します。

（4）在宅医療について

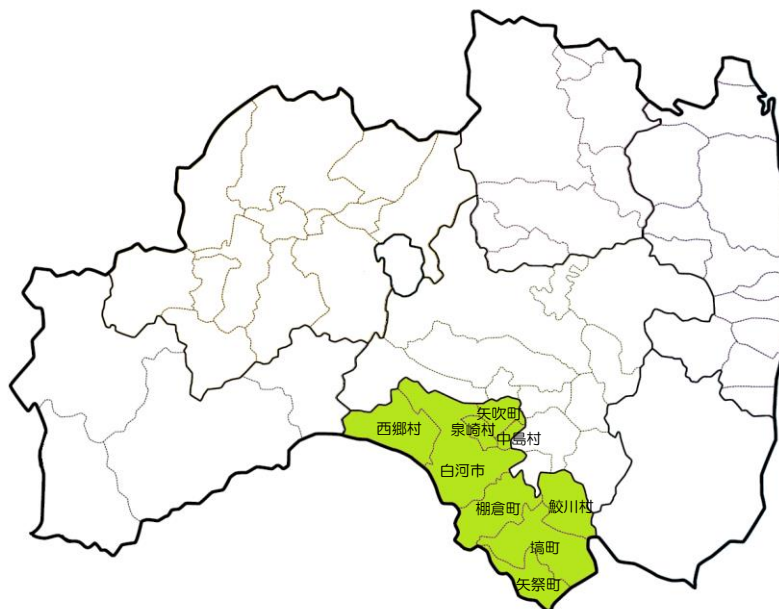
- 在宅医療を支える診療所等医師の負担軽減を図るため、各医師会が中心となりそれぞれの地域に即した在宅診療が行われるシステムづくりを支援します。
- 医師との連携を図りながら在宅医療を支える訪問看護師等多職種の確保・養成、並びにそのスキルアップを支援します。
- 介護をする家族や地域住民に対し、在宅医療や看取りに関する情報提供・普及啓発に努めます。
- 在宅患者急変時の受入病床を確保するため、地域内病院との連携を強化し、各医療機関の役割分担と相互理解のもとに、在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟等の後方病床の整備を支援します。
- 県中区域で始まった退院調整ルールの実施を通して、多職種連携による地域包括ケアシステム構築へ向けた市町村の取組を支援します。
- 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携の調整役を担うケアマネジャー等介護職員のスキルアップを支援します。
- 田村地域、石川郡における地域包括ケアシステム構築については、在宅医療を支える既存の医療機関が少ないため、介護施策を担う市町村との一層の連携強化を図られるよう支援します。

- 1 (5) 人材確保・人材育成について
- 2 ○ 若手医療従事者の定着を図るため、魅力ある勤務環境の整備に努めま
- 3 す。特に、子育て中の医療従事者に対する保育支援の充実や医師・看護
- 4 師等のスキルアップに繋がる研修の充実を支援します。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14

第3章 県南区域

15
16



17

1 第3章 県南区域

2 1 構想区域の概要

3 (1) 県南区域の特性

4 県南区域は福島県の南部に位置し、白河市、西白河郡及び東白川郡の 1
5 市 4 町 4 村から構成され、面積は 1,233.24 km²と県土の 8.9%を占めてい
6 ます。

7 那須連峰や八溝山系を源とする阿武隈川、久慈川などの豊かな自然に恵
8 まれた清流と緑豊かな美しい源流の郷であり、かつ、みちのくの玄関口と
9 して首都圏に隣接するという地理的優位性を有し、また、国道 289 号の甲
10 子トンネルの開通やあぶくま高原道路開通など幹線交通網の整備進展に伴
11 い、新たな発展の可能性が一層高まっています。

12

13

(2) 人口構造

- 県南区域の15歳未満の年少人口比率は13.3%と県全体の12.4%より高く、65歳以上高齢化率は25.7%と県平均(27.3%)と比較すると低くなっていますが、東白川郡では高齢化が急速に進んでいます。

図表2-3-1 年齢構成別市町村人口

	総数	0~14歳	15~64歳	65歳以上	75歳以上
					(再掲)
白河市	63,186	8,448 (13.4%)	39,003 (61.7%)	15,735 (24.9%)	8,294 (13.1%)
西白河郡西郷村	19,959	2,913 (14.6%)	12,899 (64.6%)	4,147 (20.8%)	1,990 (10.0%)
西白河郡泉崎村	6,711	924 (13.8%)	4,086 (60.9%)	1,701 (25.3%)	902 (13.4%)
西白河郡中島村	5,202	714 (13.7%)	3,205 (61.6%)	1,283 (24.7%)	744 (14.3%)
西白河郡矢吹町	17,769	2,377 (13.4%)	10,732 (60.4%)	4,660 (26.2%)	2,330 (13.1%)
東白川郡棚倉町	14,820	1,991 (13.4%)	8,837 (59.6%)	3,992 (26.9%)	2,253 (15.2%)
東白川郡矢祭町	6,216	691 (11.1%)	3,432 (55.2%)	2,093 (33.7%)	1,255 (20.2%)
東白川郡埴町	9,486	1,031 (10.9%)	5,425 (57.2%)	3,030 (31.9%)	1,887 (19.9%)
東白川郡鮫川村	3,844	457 (11.9%)	2,162 (56.2%)	1,225 (31.9%)	780 (20.3%)
区域計	147,193	19,546 (13.3%)	89,781 (61.0%)	37,866 (25.7%)	20,435 (13.9%)
全県計	1,964,450	244,022 (12.4%)	1,184,227 (60.3%)	536,201 (27.3%)	282,801 (14.4%)

資料：「平成27年1月1日住民基本台帳年齢別人口(市区町村別)(総計)」(総務省)

1 (3) 人口動態

2 ○ 性、地域ごとに年齢構成の違いの影響を除いて全国平均を 100 として
 3 死亡状況を表した標準化死亡比(SMR: standardized mortality ratio)
 4 によると、男女ともに「急性心筋梗塞」、「脳梗塞」の死亡比が高くなっ
 5 ています。

7 図表2-3-2 標準化死亡比(SMR)

		悪性新生物				
		総数	胃	大腸	肝及び 肝内胆管	気管、気管 支及び肺
県南	男性	98.1	109.7	132.4	78.9	94.1
	女性	93.2	130.4	103.5	77.9	72.0
全県	男性	99.3	105.6	105.0	80.6	97.3
	女性	95.3	101.5	101.4	82.6	88.9

		急性 心筋梗塞	脳血管疾患		肺 炎	肝 疾 患	腎 不 全
			脳内出血	脳梗塞			
県南	男性	137.7	98.7	146.8	91.1	92.0	98.7
	女性	152.8	130.1	147.8	93.7	76.8	69.3
全県	男性	184.6	106.5	124.5	96.7	90.2	106.5
	女性	175.1	107.0	126.4	97.0	86.5	89.9

8 資料：平成 20 年～24 年人口動態保健所・市町村別統計

2 医療提供体制の現状

(1) 医療施設の状況

- 県南構想区域においては、歯科診療所数を除き、人口 10 万人あたりの病院数・診療所数・薬局数・訪問看護ステーション数は県平均以下となっています。
- 人口 10 万人あたりの病院病床数・診療所病床数は県平均を大きく下回っており、人口 10 万人あたりの一般病床数・療養病床数も県平均を大きく下回っています。

(2) 医療従事者の状況

- 医療従事者については、歯科衛生士数・歯科技工士数を除き、人口 10 万人あたりの医師数・歯科医師数・薬剤師数・看護師数・准看護師数・理学療法士数・作業療法士数は県平均を下回っています。
- 診療科別については、人口 10 万人あたりの医療施設従事医師数は県平均を下回っている診療科が多くなっています。

(3) 一般・療養病床を有する病院の配置状況

- 病院の一般病床 907 床の半数を、福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院（一般病床：455 床）が占めています。
- 県南構想区域では、福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院が災害拠点病院、がん診療連携拠点病院、臨床研修病院としての役割を持つ地域の中核的な病院となっています。

(4) 病床機能報告状況

- 県南構想区域における平成 27 年度病床機能報告制度で報告された医療機能別の病床数は以下のとおりです。

図表 2-3-3 平成 27 年度病床機能報告

医療機能	平成27年7月1日時点	6年経過した時点の予定	増減
高度急性期	7 床	0 床	-7 床
急性期	882 床	848 床	-34 床
回復期	52 床	86 床	34 床
慢性期	145 床	145 床	0 床
無回答	35 床	42 床	7 床
合計	1,121 床	1,121 床	0 床

※ 報告病床数は未報告や無回答のため、平成 27 年 7 月時点許可病床数と一致しない。
 ※ 報告病床数は今後の追加報告や報告内容の修正により変更がありうる。

1

図表2-3-4 一般・療養病床を有する病院の配置状況



2

3

4

図表2-3-5 特定の機能を有する病院

特定の機能	病院
災害拠点病院	福島県厚生農業協同組合連合会 白河厚生総合病院
がん診療連携拠点病院	福島県厚生農業協同組合連合会 白河厚生総合病院
臨床研修病院	福島県厚生農業協同組合連合会 白河厚生総合病院

5

6

3 将来の医療需要・必要病床数

(1) 入院医療

- 構想区域における病床機能区分ごとの2025年（平成37年）の医療需要推計及び必要病床数は以下のとおりです。
- 必要病床数はあくまでも将来の医療提供体制を検討する上での参考材料の一つであり、病床削減の目標となる数値ではありません。

図表2-3-6 入院医療の医療需要・必要病床数

医療機能	2013年の 医療需要 (人/日)	2025年の 医療需要 (人/日)	2025年の 必要病床数 (床)
高度急性期	69	75	100
急性期	275	302	387
回復期	194	222	247
慢性期	127	143	155
合計	665	742	889

(2) 在宅医療等

- 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指します。
- 構想区域における2025年（平成37年）の在宅医療等の医療需要¹の推計は以下のとおりです。
- 訪問診療分は2013年時点で訪問診療を受けている患者に将来人口の変化を反映させて算出したものです。

図表2-3-7 在宅医療等の医療需要

医療機能	2013年の 医療需要 (人/日)	2025年の 医療需要 (人/日)
在宅医療等	1,186	1,423
うち訪問診療分	507	611

¹ 在宅医療等の医療需要

在宅医療等の医療需要は、在宅医療等を必要とする患者数を表しており、それぞれの医療の種類によって必要な医療提供体制は異なる。仮に週一回の訪問診療を行うとすると、医療需要の7分の1が1日あたりの訪問患者数となる。

4 医療提供体制の課題

① 病床機能の分化・連携について

- 県南区域は病院数及び病床数が少なく、回復期リハビリテーション病床などの回復期機能や、療養病床などの慢性期機能を担う医療提供体制が不足しています。
- 心疾患と脳血管疾患については、急性期における適切な専門的診断治療体制の確保が課題です。
- 医療提供体制の確保においては、隣接する県中区域の浅川町、石川町からの患者の流入も考慮する必要があります。

② 医療人材確保について

- 県南区域においては医師をはじめとした医療従事者が不足しており、医療提供体制が十分に確保されていないため、患者が県中区域等へ流出する原因となっています。
- 診療所については、医師の高齢化と後継者の不足により、診療の継続が困難となるケースが増えています。
- 診療科別については、「内科」、「外科」、「消化器内科」等の主要な診療科においても医師が不足しています。

③ 主な疾病について

(がん)

- がんの専門医が不足しており、がん患者が隣接する県中区域等へ流出しています。

(脳卒中)

- 脳卒中の専門医が不足しており、手術のために隣接する県中区域等へ患者を搬送するケースが多くなっています。
- 県南区域では脳梗塞の標準化死亡比が男女ともに高く、予防と医療提供体制の両方で取組が必要と考えられます。

(心疾患)

- 心疾患の専門医が不足しており、手術のために隣接する県中区域等へ患者を搬送するケースが多くなっています。
- 県南区域では急性心筋梗塞の標準化死亡比が男女ともに高く、予防と医療提供体制の両方で取組が必要と考えられます。

1 (生活習慣病)

2 ○ II型糖尿病に関しては SCR²が高く、糖尿病を有する患者が多いと考
3 えられるため、生活習慣の指導や合併症を予防する取組が必要と考え
4 られます。

5 ○ 健康診断で HbA1c³等について要精検となった方の受診率を向上
6 させる必要があります。

7
8 ④ 救急医療について

9 ○ 県南区域では二次救急の自足率⁴は 90%超と高くなっていますが、
10 三次救急医療機関が区域内にないため、三次救急については隣接する
11 県中区域へ依存しています。

12 ○ 救急患者の高次医療機関から受入医療機関への医療連携に関する
13 SCR が低いことから、救急医療に関する連携体制の構築が課題です。

14
15 ⑤ 小児・周産期医療について

16 ○ 小児科・産婦人科の医師が不足しており、患者が隣接する県中区域
17 等へ流出しています。

18
19 ⑥ 在宅医療について

20 ○ 在宅における看取りや、在宅患者の入院受け入れについて SCR が低
21 く、在宅医療提供体制に課題があります。

22 ○ 患者家族の介護力低下や地域の介護施設の不足により在宅へ移行で
23 きず、引き続き入院せざるを得ないケースが多くなっています。

24 ○ 在宅医療を担う医師、看護師等の医療従事者が不足しており、確保・
25 養成を図る必要があります。

26 ○ 東白川郡（棚倉町、矢祭町、塙町、鮫川村）では高齢化の進展によ
27 り高齢者の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加しており、在宅医療を行う
28 ことが難しくなっています。

29

² SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）

2013年（平成25年）の全保険者分の NDB データを用いて、すべての地域に同じ年齢の住人が同じ人数住んでいると仮定した場合の当該地域の医療提供度合の数字（SCR：年齢調整標準化レセプト出現比）として表したものの。全国平均を100として、SCR 値が高ければ医療機能が多い、SCR 値が低ければ医療機能が少ないと考えられる。

³ HbA1c（ヘモグロビン・エーワンシー）

HbA1c は、糖尿病の診断や病状判断上欠かすことのできない検査項目の一つであり、血糖値と同様に血中に含まれるブドウ糖の量（血糖状態）を調べることに使うもの。グリコヘモグロビンとも呼ばれ、採血から過去約1~2ヶ月間の血糖値の平均を知ることができる。

⁴ 自足率

2013年（平成25年）の NDB データのうち、国民健康保険と後期高齢者医療制度を用いて患者の流出入を分析し、圏域内に居住する患者のうち当該圏域内の医療施設で診療を受けた患者の割合を「自足率」と定義している。

5 将来あるべき医療提供体制を確保するために構想区域において重点的に取り組む事項（施策の方向性）

（1）病床機能の分化・連携について

- 回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟など回復期を担う病床や、療養病床など慢性期を担う病床への転換に必要な施設・設備の整備を支援し、病床の機能分化・連携を推進します。
- 県南区域は病床数や医療従事者数等の医療資源が少なく、地域内で完結する医療提供体制を構築することは難しいため、隣接する県中区域等との医療連携体制の構築を図ります。

（2）医療人材確保について

- 医療機能を確保するために必要となる医療従事者の確保・養成を図ります。

（3）主な疾病について

（がん）

- 県中区域の医療機関に入院したがん患者について、退院後のフォローを県南区域の医療機関で行うことができるよう、がん専門医の確保に努めます。

（脳卒中）

- 発症時に早期に治療を開始することができるよう、ドクターヘリの活用などによる救急搬送体制の改善を推進します。

（心疾患）

- 発症時に早期に治療を開始することができるよう、ドクターヘリの活用などによる救急搬送体制の改善を推進します。

（生活習慣病）

- 市町村や各保険者の健診データ等を活用し、糖尿病、脳疾患、心疾患等について、発生予防、重症化予防に向けての対策を重点的に推進します。また、市町村、各保険者、医師会等の連携を推進し、特定健康診査受診率を上げ、経過をフォローしていきます。

（4）救急医療について

- 県南区域の二次救急医療機関と他区域の三次救急医療機関の間で役割分担・連携を図り、効率的な救急医療体制の構築を推進します。

- 1 (5) 小児・周産期医療について
2 ○ 市町村との連携を強化し、ハイリスク妊婦を地域周産期母子医療セン
3 ターに適切につなげる体制づくりを推進します。

4
5 (6) 在宅医療について

- 6 ○ 病院、診療所、訪問看護ステーション、介護施設等との連携を促進
7 し、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャー等の多職種協
8 働による24時間365日対応の在宅医療提供の拠点構築を推進します。
9 ○ 在宅医療に取り組む医療従事者の確保や質の向上のための研修開催を
10 支援します。
11 ○ 在宅医療の受け皿となる介護施設の確保を推進します。
12 ○ 市町村と連携して詳細な地域分析を行い、在宅医療の推進における課
13 題の把握及び対策の検討に努めます。
14

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14

第4章 会津・南会津区域

15
16



17

1 第4章 会津・南会津区域

2 1 構想区域の概要

3 (1) 会津・南会津区域の特性

4 会津・南会津区域は会津地域と南会津地域により構成されています。

5 会津地域は、福島県の北西部に位置し、西は新潟県、北は山形県と接し
6 ている地域で、会津若松市、喜多方市、耶麻郡、河沼郡、大沼郡の2市8
7 町3村から構成され、面積は3079.05 km²で、県土の22.3%を占めてい
8 ます。平成23年3月11日に発生した東日本大震災や原子力発電所事故
9 による会津地域への被害は比較的小さかったものの、浜通り、中通りの市
10 町村から、会津地域の各市町村に避難し、仮設住宅や借り上げ住宅での生
11 活を余儀なくされています。

12 南会津地域は、福島県の南西部に位置し、新潟県、群馬県、栃木県の3
13 県と接する地域で、南会津町、下郷町、檜枝岐村、只見町の3町1村から
14 構成され、面積は神奈川県とほぼ同じ2,341.64 km²で、県土の17%を占
15 めていますが、その93%は森林です。気候は、夏は内陸型、冬は日本海型
16 のため年間の気温差が大きく、特に冬は多量の積雪に覆われるため、管内
17 全体が豪雪地帯対策特別措置法に基づく特別豪雪地帯や豪雪地帯の指定を
18 受けており、克雪が南会津地域振興の課題の一つとなっています。

19

(2) 人口構造

- 会津・南会津区域の65歳以上高齢化率は31.3%と県平均(27.3%)と比較して高くなっており、会津若松市を除いた市町村すべてで65歳以上高齢化率が30%を超えています。
- 山間・豪雪地帯にある地域では、過疎化、高齢化が急速に進行しています。

図表2-4-1 年齢構成別市町村人口

	総数	0~14歳	15~64歳	65歳以上	75歳以上
					(再掲)
会津若松市	123,790	16,169 (13.1%)	73,966 (59.8%)	33,655 (27.2%)	17,779 (14.4%)
喜多方市	50,829	6,029 (11.9%)	28,496 (56.1%)	16,304 (32.1%)	9,733 (19.1%)
南会津郡下郷町	6,211	631 (10.2%)	3,234 (52.1%)	2,346 (37.8%)	1,431 (23.0%)
南会津郡檜枝岐村	601	78 (13.0%)	321 (53.4%)	202 (33.6%)	133 (22.1%)
南会津郡只見町	4,660	448 (9.6%)	2,184 (46.9%)	2,028 (43.5%)	1,280 (27.5%)
南会津郡南会津町	17,230	1,795 (10.4%)	9,090 (52.8%)	6,345 (36.8%)	3,843 (22.3%)
耶麻郡北塩原村	3,018	362 (12.0%)	1,727 (57.2%)	929 (30.8%)	525 (17.4%)
耶麻郡西会津町	7,063	575 (8.1%)	3,521 (49.9%)	2,967 (42.0%)	1,920 (27.2%)
耶麻郡磐梯町	3,684	468 (12.7%)	2,053 (55.7%)	1,163 (31.6%)	711 (19.3%)
耶麻郡猪苗代町	15,451	1,820 (11.8%)	8,622 (55.8%)	5,009 (32.4%)	2,960 (19.2%)
河沼郡会津坂下町	17,000	2,005 (11.8%)	9,759 (57.4%)	5,236 (30.8%)	3,091 (18.2%)
河沼郡湯川村	3,340	447 (13.4%)	1,875 (56.1%)	1,018 (30.5%)	593 (17.8%)
河沼郡柳津町	3,727	385 (10.3%)	1,854 (49.7%)	1,488 (39.9%)	946 (25.4%)
大沼郡三島町	1,813	119 (6.6%)	798 (44.0%)	896 (49.4%)	584 (32.2%)
大沼郡金山町	2,288	107 (4.7%)	877 (38.3%)	1,304 (57.0%)	874 (38.2%)
大沼郡昭和村	1,379	85 (6.2%)	538 (39.0%)	756 (54.8%)	525 (38.1%)
大沼郡会津美里町	21,876	2,364 (10.8%)	12,273 (56.1%)	7,239 (33.1%)	4,296 (19.6%)
区域計	283,960	33,887 (11.9%)	161,188 (56.8%)	88,885 (31.3%)	51,224 (18.0%)
全県計	1,964,450	244,022 (12.4%)	1,184,227 (60.3%)	536,201 (27.3%)	282,801 (14.4%)

資料：「平成27年1月1日住民基本台帳年齢別人口（市区町村別）（総計）」（総務省）

1 (3) 人口動態

- 2 ○ 性、地域ごとに年齢構成の違いの影響を除いて全国平均を 100 として
 3 死亡状況を表した標準化死亡比(SMR: standardized mortality ratio)
 4 によると、男女ともに「急性心筋梗塞」の死亡比が高くなっています。

5
6 図表2-4-2 標準化死亡比(SMR)

		悪性新生物				
		総数	胃	大腸	肝及び 肝内胆管	気管、気管 支及び肺
会津	男性	107.2	121.1	112.1	92.5	100.8
	女性	93.6	97.4	104.7	75.6	84.8
南会津	男性	94.5	91.6	82.4	77.1	94.4
	女性	86.6	76.1	89.9	69.8	82.0
全県	男性	99.3	105.6	105.0	80.6	97.3
	女性	95.3	101.5	101.4	82.6	88.9

		急性 心筋梗塞	脳血管疾患		肺 炎	肝 疾 患	腎 不 全
			脳内出血	脳梗塞			
会津	男性	151.3	124.2	112.4	111.9	90.5	99.1
	女性	132.1	120.0	102.9	107.4	74.7	79.0
南会津	男性	209.5	100.4	101.6	72.8	76.8	56.6
	女性	149.7	105.2	97.5	76.6	54.3	74.8
全県	男性	184.6	106.5	124.5	96.7	90.2	106.5
	女性	175.1	107.0	126.4	97.0	86.5	89.9

7
8 資料：平成 20 年～24 年人口動態保健所・市町村別統計

2 医療提供体制の現状

○ 会津・南会津構想区域は、会津と南会津の2つの二次医療圏を合わせた広域的なエリアですが、高度急性期医療は会津若松市内の医療機関で集中的に担うなど、全体的にうまく機能しており、構想区域全体での医療の自足率は高い状況にあります。

○ しかしながら、一方で、会津地域（耶麻郡、河沼郡、大沼郡の一部）及び南会津地域では、医療機関が少なく、医師をはじめとする医療従事者の高齢化が見受けられます。

○ 南会津地域では、医療資源が限定的かつ偏在していますが、往診や訪問診療など在宅医療が比較的充実しており、地域医療を支える重要な要素となっています。

(1) 医療施設の状況

○ 会津・南会津構想区域においては人口 10 万人あたりの病院数・訪問看護ステーション数は県平均程度ですが、診療所数・歯科診療所数・薬局数は県平均以下となっています。

○ 人口 10 万人あたりの病院病床数は県平均を上回っており、人口 10 万人あたりの一般病床数・療養病床数も県平均を上回っています。

(2) 医療従事者の状況

○ 医療従事者については、人口 10 万人あたりの病院の医師数は県平均程度となっており、病院の看護師数・准看護師数・理学療法士数・作業療法士数は県平均を上回っています。

○ 人口 10 万人あたりの歯科医師数・歯科衛生士数は県平均を下回っています。

○ 診療科別については、「呼吸器内科」、「循環器内科」、「腎臓内科」、「神経内科」、「糖尿病内科(代謝内科)」、「血液内科」、「小児科」について人口 10 万人あたりの医療施設従事医師数が県平均より少ない状況です。

(3) 一般・療養病床を有する病院の配置状況

○ 病院の一般病床 2,386 床の 6 割近くを、一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院（一般病床：693 床）と一般財団法人温知会会津中央病院（一般病床：713 床）の 2 病院で占めています。

○ 会津・南会津区域では、一般財団法人温知会会津中央病院が救命救急センター、災害拠点病院、がん診療連携拠点病院、臨床研修病院として、一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院が周産期母子医療センター、地域支援病院、がん診療連携拠点病院、臨床研修病院としての役割を持ち、地域の中核的な病院となっています。

1 (4) 病床機能報告状況

2 ○ 会津・南会津構想区域における平成 27 年度病床機能報告制度で報告
3 された医療機能別の病床数は以下のとおりです。

4 図表 2-4-3 平成 27 年度病床機能報告

医療機能	平成27年7月1日時点	6年経過した時点の予定	増減
高度急性期	86 床	86 床	0 床
急性期	2,031 床	2,053 床	22 床
回復期	285 床	294 床	9 床
慢性期	745 床	748 床	3 床
無回答	125 床	91 床	-34 床
合計	3,272 床	3,272 床	0 床

5 ※ 報告病床数は未報告や無回答のため、平成 27 年 7 月時点許可病床数と一致しない。
6 ※ 報告病床数は今後の追加報告や報告内容の修正により変更がありうる。

7
8
9
10 図表 2-4-4 一般・療養病床を有する病院の配置状況



1

図表2-4-5 特定の機能を有する病院

特定の機能	病院
救命救急センター	一般財団法人温知会会津中央病院
災害拠点病院	一般財団法人温知会会津中央病院 福島県立南会津病院
周産期母子医療センター	一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院
地域医療支援病院	一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院
がん診療連携拠点病院	一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院 一般財団法人温知会会津中央病院
臨床研修病院	一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院 福島県立医科大学会津医療センター附属病院 一般財団法人温知会会津中央病院

2

3

3 将来の医療需要・必要病床数

(1) 入院医療

- 構想区域における病床機能区分ごとの2025年（平成37年）の医療需要推計及び必要病床数は以下のとおりです。
- 必要病床数はあくまでも将来の医療提供体制を検討する上での参考材料の一つであり、病床削減の目標となる数値ではありません。

図表2-4-6 入院医療の医療需要・必要病床数

医療機能	2013年の 医療需要 (人/日)	2025年の 医療需要 (人/日)	2025年の 必要病床数 (床)
高度急性期	179	192	256
急性期	592	662	849
回復期	670	761	846
慢性期	510	467	508
合計	1,951	2,082	2,459

(2) 在宅医療等

- 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指します。
- 構想区域における2025年（平成37年）の在宅医療等の医療需要¹の推計は以下のとおりです。
- 訪問診療分は2013年時点で訪問診療を受けている患者に将来人口の変化を反映させて算出したものです。

図表2-4-7 在宅医療等の医療需要

医療機能	2013年の 医療需要 (人/日)	2025年の 医療需要 (人/日)
在宅医療等	2,732	3,393
うち訪問診療分	915	1,097

¹ 在宅医療等の医療需要

在宅医療等の医療需要は、在宅医療等を必要とする患者数を表しており、それぞれの医療の種類によって必要な医療提供体制は異なる。仮に週一回の訪問診療を行うとすると、医療需要の7分の1が1日あたりの訪問患者数となる。

4 医療提供体制の課題

① 病床機能の分化・連携について

○ 会津地域（耶麻郡、河沼郡、大沼郡の一部）及び南会津地域では、医師の高齢化や医療資源の偏在による医療過疎が進行しており、地域完結型医療体制の維持及び不足する機能を補完するために、今後とも構想区域内における連携強化が重要です。

○ 回復期リハビリテーション病棟のSCR²は59.0と低いため、回復期の提供体制に課題があり、急性期等との病床機能分化が求められています。

② 主な疾病について

（がん）

○ がん診療については、構想区域での自足率³は高くなっています。一方で、がんの放射線治療（入院）等の高度医療については、当区域から県中構想区域の医療機関での受診も一定程度見られるため、構想区域を越えた連携を視野に入れながら検討する必要があります。

（脳卒中）

○ 会津地域における脳卒中治療のSCRは高い指標が多く、医療提供体制は充実していると考えられます。高度急性期医療については、医療資源の状況から会津地域の一部及び南会津地域は会津若松市内の医療機関を受診せざるを得ませんが、交通インフラの整備も含めた救急搬送の時間短縮など連携体制を維持強化していく必要があります。

（急性心筋梗塞）

○ 会津地域における治療については、狭心症入院患者のSCRが高く、心臓血管手術に比べてカテーテル治療のSCRが高い特徴が見られます。高度急性期医療については、医療資源の状況から会津地域の一部及び南会津地域は会津若松市内の医療機関を受診せざるを得ませんが、交通インフラの整備も含めた救急搬送の時間短縮など連携体制を維持強化していく必要があります。

（糖尿病）

○ 糖尿病Ⅱ型のSCRが高く、関連して「糖尿病性ケトアシドーシス、

² SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）

2013年（平成25年）の全保険者分のNDBデータを用いて、すべての地域に同じ年齢の住人が同じ人数住んでいると仮定した場合の当該地域の医療提供度合の数字（SCR：年齢調整標準化レセプト出現比）として表したものの。全国平均を100として、SCR値が高ければ医療機能が多い、SCR値が低ければ医療機能が少ないと考えられる。

³ 自足率

2013年（平成25年）のNDBデータのうち、国民健康保険と後期高齢者医療制度を用いて患者の流入を分析し、圏域内に居住する患者のうち当該圏域内の医療施設で診療を受けた患者の割合を「自足率」と定義している。

1 非ケトン昏睡、低血糖症患者(入院)、「糖尿病性網膜症患者」でも SCR
2 が高くなっています。「糖尿病足病変に対する管理」や「糖尿病透析予
3 防指導管理」の SCR が低いため、療養指導の面に課題があります。

4 ○ 南会津地域では「糖尿病の人工透析」及び「人工透析の導入」の SCR
5 がいずれも 50 未満であり、また、当区域では、高齢化の進行に伴い、
6 糖尿病患者の増加とともに人工透析の需要の増加が予想され、透析患
7 者の受入について機能強化する必要があります。

8 ○ 糖尿病をはじめとする生活習慣病においては、診療体制の充実や医
9 療機関同士の連携もさることながら、住民への予防対策が課題です。

10 (精神疾患)

11 ○ 高齢化の進展による認知症等の増加を踏まえ、その予防や早期の対
12 応、医療介護の連携が課題となっています。

13 ○ 南会津地域では常勤の精神科医が確保されておらず、多様化する精
14 神保健上の課題への早期対応が困難な状況にあります。

15 (その他)

16 ○ COPD(慢性閉塞性肺疾患)やがん予防において、たばこ対策が依
17 然として大きな課題となっています。

18 ○ 高齢化の進展により肺炎患者が今後増加することを踏まえ、肺炎予
19 防の取組を強化する必要があります。特に、高齢者の誤嚥性肺炎の増
20 加が問題となっており、その予防が重要になっています。

21 ○ 高齢者の疾病予防や介護予防のためには、その運動機能等の維持が
22 極めて重要な課題となっています。

23 24 ③ 救急医療について

25 ○ 高齢化・過疎化のさらなる進行が懸念されることや、山間部から救
26 急指定病院までの移動時間が長いという地理的条件も厳しい状況にあ
27 ることから、救急体制の継続的な整備が課題です。

28 ○ 会津地域は時間外の受入体制は整備されているものの、時間外の
29 SCR が他地域と比較して高いことから、調剤薬局を含めた医療スタッ
30 フの疲弊等につながる懸念が懸念されます。

31 32 ④ 小児・周産期医療について

33 ○ 乳幼児の入院医療については、会津地域、南会津地域のそれぞれで
34 SCR が高く自足率も高くなっています。一方、乳幼児・小児の救急医
35 療体制の SCR は結果として 30 未満と低くなっていますが、会津若松
36 市内の救急医療機関で集中的な対応がなされています。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

⑤ 在宅医療について

- 在宅医療については、会津地域において「ターミナルケア提供」や「看取り（外来）」の SCR が 20 未満であり、在宅におけるリハビリや点滴についても SCR が低いため、在宅医療提供体制に関して課題があります。
- また、退院調整についても SCR が低く課題があります。
- 会津地域の一部及び南会津地域は、高齢化及び過疎化が他の地域よりも著しく進行しており、移動手段のない高齢者も多いため、医療機関を受診することが困難な方が増えてきています。そのため、医療機関を受診するための移動手段の確保や往診、訪問診療等の在宅診療を充実させる必要があります。
- 地域包括ケアシステム構築の観点から在宅医療の充実が必要であり、在宅医療を担う医療従事者の確保・養成や、在宅患者の急性増悪時のかかりつけ医と病院の連携体制構築のほか、住民への普及啓発が課題です。

5 将来あるべき医療提供体制を確保するために構想区域において重点的に取り組む事項（施策の方向性）

（1）病床機能の分化・連携について

- 「地域医療構想調整会議」を開催し、急性期から回復期、慢性期、在宅医療までの効率的な医療提供体制を構築するための医療機関相互の役割分担・連携を協議します。
- 回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟など回復期を担う病床への転換に必要な施設・設備の整備を支援し、病床の機能分化・連携を推進します。
- 南会津地域の唯一の病院の医療機能については、将来の医療需要や地域の実態を踏まえ、必要な医療機能を確保します。
- 医療機能を確保するために必要となる医療従事者の確保・養成を図ります。特に、地域医療の充実に欠かせない、不足している診療科の医師、回復期病床に必要な医療専門職の確保・養成に取り組みます。

（2）主な疾病について

（がん）

- 構想区域内で完結できないがんの放射線治療等の高度医療については、医療の質の確保や効率性の観点から、その医療機能を有する他の構想区域との連携が促進されるよう努めていきます。

（脳卒中）

- 脳卒中の高度急性期の患者は、会津若松市内の医療機関に搬送する必要があることから、会津地域の一部及び南会津地域からの搬送時間短縮に向けて、交通インフラの整備を促進するとともに、ドクターカー・ドクターヘリ・消防防災ヘリの的確な活用も含めた体制の維持・強化に努めていきます。

（急性心筋梗塞）

- 急性心筋梗塞の高度急性期の患者は、会津若松市内の医療機関に搬送する必要があることから、会津地域の一部及び南会津地域からの搬送時間短縮に向けて、交通インフラの整備を促進するとともに、ドクターカー・ドクターヘリ・消防防災ヘリの的確な活用も含めた体制の維持・強化に努めていきます。

（糖尿病）

- 患者負担を減らし生活の質（QOL）を低下させないためにも二次医療圏内で治療が受けられるよう南会津地域内での人工透析施設の機能強化

1 等を支援するとともに、構想区域内全体において、糖尿病に対する適切
2 な治療体制の構築を推進します。

- 3 ○ 糖尿病をはじめとする生活習慣病にかかる住民への予防対策について
4 は、第二次健康ふくしま21計画等に基づく健康長寿に向けた各種施策
5 を推進します。

6 (精神疾患)

- 7 ○ 地域における精神科医療の充実や構想区域内における病診連携につい
8 て引き続き取り組みます。

- 9 ○ 認知症疾患医療センターの充実や市町村における認知症初期集中支援
10 チームの設置を支援するなどにより、認知症になっても住み慣れた地域
11 で暮らし続けられるよう、医療と介護が連携した支援体制の整備を促進
12 します。

13 (その他)

- 14 ○ 医療機関における禁煙外来、禁煙指導を充実していくとともに、地域
15 における受動喫煙防止対策を引き続き実施していきます。

- 16 ○ 誤嚥性肺炎予防をはじめ、高齢者の健康対策としても口腔衛生管理の
17 重要性が指摘されており、幅広い歯科疾患対策を推進していきます。

- 18 ○ 高齢化に伴い増加する疾患については、加齢による筋力低下やバラ
19 ンス能力低下、運動器疾患等が要介護となる大きな要因であることから、
20 高齢者に有効とされるトレーニングでの予防や医療機関で早期に適切な
21 診断・治療が行える体制の整備に取り組みます。

22 23 (3) 救急医療について

- 24 ○ 救急医療について、重篤な救急患者を受け入れる救命救急センターが
25 その役割を果たせるよう、初期救急・二次救急医療の患者受入体制や、
26 ICT（情報通信技術）の活用などによる救急搬送体制を整備するとと
27 もに、交通インフラの整備も含めた搬送時間の短縮など、当地域の救急
28 医療の質の向上に取り組みます。

- 29 ○ 医療の受け手である住民に対し、医療機関の役割分担の現状や適切な
30 受療行動の必要性についての情報提供・普及啓発に取り組みます。

31 32 (4) 小児・周産期医療について

- 33 ○ 乳幼児・小児の救急医療体制の確保については、今後とも会津若松市
34 内の医療機関での集中的な対応が継続できるよう専門医確保など体制整
35 備を支援していきます。

1 (5) 在宅医療の推進

2 ○ 在宅医療に取り組む医療従事者の確保や質の向上のための研修開催を
3 支援します。

4 ○ 在宅医療を行う医療機関におけるポータブル医療機器などの設備の整
5 備を支援し、効率的・効果的な在宅医療を推進します。

6 ○ 病院、診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護施設等との連携
7 を促進し、入退院と在宅医療の間でスムーズに連携できるよう在宅医療
8 体制の構築に取り組みます。

9 ○ 在宅患者の急性増悪時の受入病床を確保するため、地域内病院との連
10 携強化、在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟等の後方病床の整備を支
11 援します。

12 ○ 医療の受け手となる住民に対し、在宅医療や看取りに関する情報提
13 供・普及啓発に取り組みます。

14 ○ 在宅医療の充実を図るとともに、高齢者の交通手段の確保を支援しま
15 す。

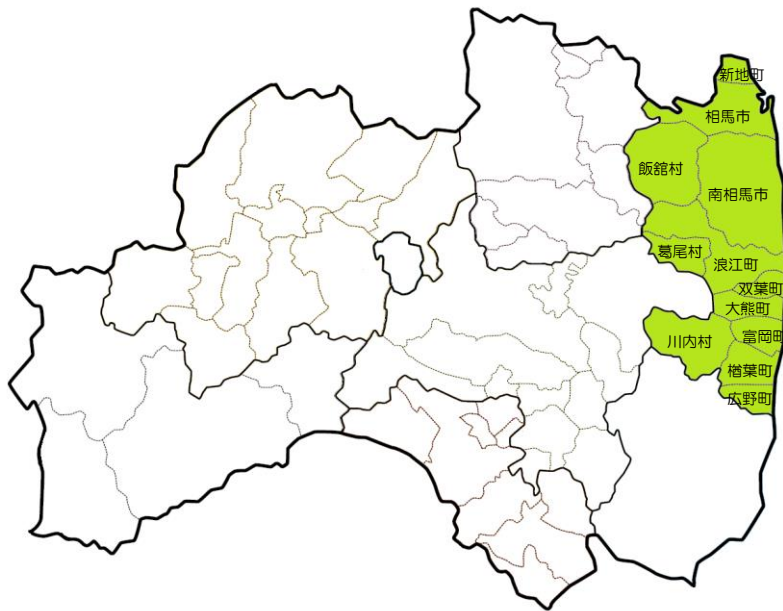
16

17

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14

第5章 相双区域

15
16



17

第5章 相双区域

1 構想区域の概要

(1) 相双区域の特性

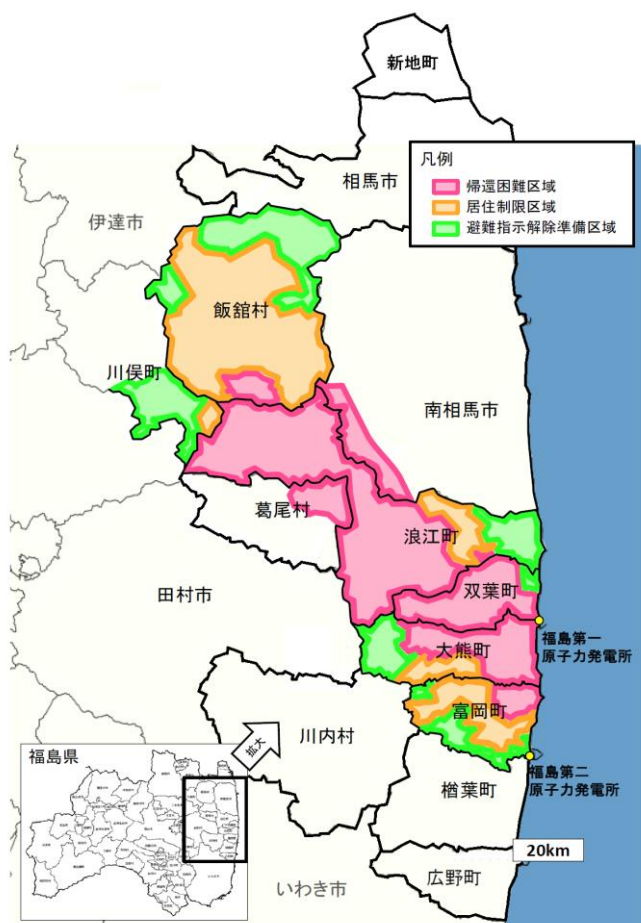
相双区域は、福島県の東部に位置し、相馬市、南相馬市、双葉郡、相馬郡の2市7町3村で構成され、面積は 1,737.77 km²で、県土の 12.6%を占めています。

しかし、東日本大震災により沿岸部をはじめ、地域全体が甚大な被害を受けるとともに、原子力災害による避難指示区域等の設定により多くの住民が避難を余儀なくされ、多数の市町村で地域社会全体に空白が生じるなど、深刻な被害が続いています。

安全で安心な生活環境の回復と住民帰還を進めるため、放射線の影響から耕作できなくなった農地の復旧や、放射性物質の検査をしながら行っている沿岸漁業の試験操業など、再生の努力が続けられています。

さらには、原子力に依存しない社会を目指し、太陽光発電や世界初の洋上風力発電など、地域全体で再生可能エネルギーの導入を進めています。

■原子力災害に伴う避難指示区域等（平成 28 年 7 月 12 日時点）



（出典：経済産業省 HP に掲載の概念図に一部追記等して作成）

(2) 人口構造

- 相双区域の65歳以上高齢化率は28.9%と県平均(27.3%)と比較して高くなっています。
- 東日本大震災及び原子力災害に伴い、双葉地域を中心に、今なお多くの住民が県内外での避難生活を強いられています。

図表2-5-1 年齢構成別市町村人口

	総数	0~14歳	15~64歳	65歳以上	75歳以上
					(再掲)
相馬市	35,985	4,656 (12.9%)	21,304 (59.2%)	10,025 (27.9%)	5,252 (14.6%)
南相馬市	64,539	7,305 (11.3%)	37,543 (58.2%)	19,691 (30.5%)	10,265 (15.9%)
双葉郡広野町	5,122	563 (11.0%)	3,206 (62.6%)	1,353 (26.4%)	685 (13.4%)
双葉郡檜葉町	7,422	857 (11.5%)	4,414 (59.5%)	2,151 (29.0%)	1,162 (15.7%)
双葉郡富岡町	14,056	1,753 (12.5%)	8,790 (62.5%)	3,513 (25.0%)	1,752 (12.5%)
双葉郡川内村	2,706	212 (7.8%)	1,489 (55.0%)	1,005 (37.1%)	627 (23.2%)
双葉郡大熊町	10,805	1,716 (15.9%)	6,702 (62.0%)	2,387 (22.1%)	1,198 (11.1%)
双葉郡双葉町	6,326	746 (11.8%)	3,692 (58.4%)	1,888 (29.8%)	1,050 (16.6%)
双葉郡浪江町	19,038	2,176 (11.4%)	11,254 (59.1%)	5,608 (29.5%)	3,006 (15.8%)
双葉郡葛尾村	1,483	151 (10.2%)	822 (55.4%)	510 (34.4%)	317 (21.4%)
相馬郡新地町	7,930	1,004 (12.7%)	4,555 (57.4%)	2,371 (29.9%)	1,297 (16.4%)
相馬郡飯舘村	6,280	749 (11.9%)	3,607 (57.4%)	1,924 (30.6%)	1,171 (18.6%)
区域計	181,692	21,888 (12.0%)	107,378 (59.1%)	52,426 (28.9%)	27,782 (15.3%)
全県計	1,964,450	244,022 (12.4%)	1,184,227 (60.3%)	536,201 (27.3%)	282,801 (14.4%)

資料：「平成27年1月1日住民基本台帳年齢別人口(市区町村別)(総計)」(総務省)

1 (3) 人口動態

2 ○ 性、地域ごとに年齢構成の違いの影響を除いて全国平均を 100 として
 3 死亡状況を表した標準化死亡比(SMR:standardized mortality ratio)
 4 によると、男女ともに「急性心筋梗塞」、「脳梗塞」、「脳内出血」の死亡
 5 比が高くなっています。

7 図表2-5-2 標準化死亡比(SMR)

		悪性新生物				
		総数	胃	大腸	肝及び 肝内胆管	気管、気管 支及び肺
相双	男性	94.7	101.0	97.5	70.4	95.3
	女性	89.3	92.5	97.0	75.7	81.8
全県	男性	99.3	105.6	105.0	80.6	97.3
	女性	95.3	101.5	101.4	82.6	88.9

		急性 心筋梗塞	脳血管疾患		肺 炎	肝 疾 患	腎 不 全
			脳内出血	脳梗塞			
相双	男性	200.7	139.3	130.1	112.0	87.4	100.2
	女性	189.7	110.4	130.7	104.6	87.1	85.1
全県	男性	184.6	106.5	124.5	96.7	90.2	106.5
	女性	175.1	107.0	126.4	97.0	86.5	89.9

8 資料：平成 20 年～24 年人口動態保健所・市町村別統計

2 医療提供体制の現状

- 東日本大震災及び原子力災害の影響により多くの医療機関が休止している双葉地域（広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村）においては、帰還住民や復興関連事業従事者、原発作業員等のための医療の確保が課題となっており、国、県、避難地域等の自治体、医療関係団体等により構成される「双葉郡等避難地域の医療等提供体制検討会」（平成 27 年 9 月 7 日設置、以下「検討会」）において、今後の双葉地域の医療提供体制の課題解決に向けて協議・検討していきます。
- 検討会では、双葉地域等の医療提供体制を再構築し、介護サービスの確保も見据えつつ、帰還住民や復興関連事業従事者、原発作業員等の健康を守ることを目的に、国、県、地元市町村及び関係団体が連携し、避難地域の医療等にかかる情報及び課題を共有し、広域的な視点の下、将来展望をもった対応について協議、検討を行います。当面は医療を中心に協議・検討を進め、地域包括ケア等についても段階的に協議していきます。
- 双葉地域に震災前に 4 病院あった二次救急医療機関は全て休止中であり、救急医療については、地域内で再開・新設した医療機関や近隣の二次・三次救急医療機関に依存しているのが現状です。このため、平成 28 年 9 月 16 日に開催した第 6 回検討会において、県が主体となって、双葉地域内（富岡町王塚地区）に 24 時間 365 日対応できる入院機能を持った二次救急医療機関（「ふたば医療センター（仮称）」）を早急に整備することとされました。

（1）医療施設の状況

- 東日本大震災及び原子力災害の影響により、双葉地域の医療機関の約 8 割が休止しています。
- 病院については平成 28 年 4 月 1 日現在で 16 医療機関（相馬地域：10、双葉地域：6）のうち、6 医療機関（相馬地域：1、双葉地域：5）が休止中です。
- 診療所については平成 28 年 4 月 1 日現在で 125 医療機関（相馬地域：78、双葉地域：47）のうち、47 医療機関（相馬地域：12、双葉地域：35）が休止中です。
- 歯科診療所については平成 28 年 4 月 1 日現在で 65 医療機関（相馬地域：45、双葉地域：20）のうち、22 医療機関（相馬地域：4、双葉地域：18）が休止中です。

1
2 (2) 医療従事者の状況

- 3 ○ 相双区域においては、東日本大震災及び原子力災害の影響により、医
4 師・看護師をはじめとした医療従事者は著しく不足しています。

5
6 (3) 一般・療養病床を有する病院の配置状況

- 7 ○ 一般・療養病床を有する 13 病院は沿岸部を南北に走る国道 6 号線に
8 沿って分散していますが、双葉地域の 4 病院は休止中です。

9
10 (4) 病床機能報告状況

- 11 ○ 相双構想区域における平成 27 年度病床機能報告制度で報告された医
12 療機能別の病床数は以下のとおりです。

13 図表 2-5-3 平成 27 年度病床機能報告

医療機能	平成27年7月1日時点	6年経過した時点の予定	増減
高度急性期	0 床	0 床	0 床
急性期	822 床	882 床	60 床
回復期	40 床	40 床	0 床
慢性期	226 床	226 床	0 床
無回答	270 床	210 床	-60 床
合計	1,358 床	1,358 床	0 床

14 ※ 報告病床数は未報告や無回答のため、平成 27 年 7 月時点許可病床数と一致しない。

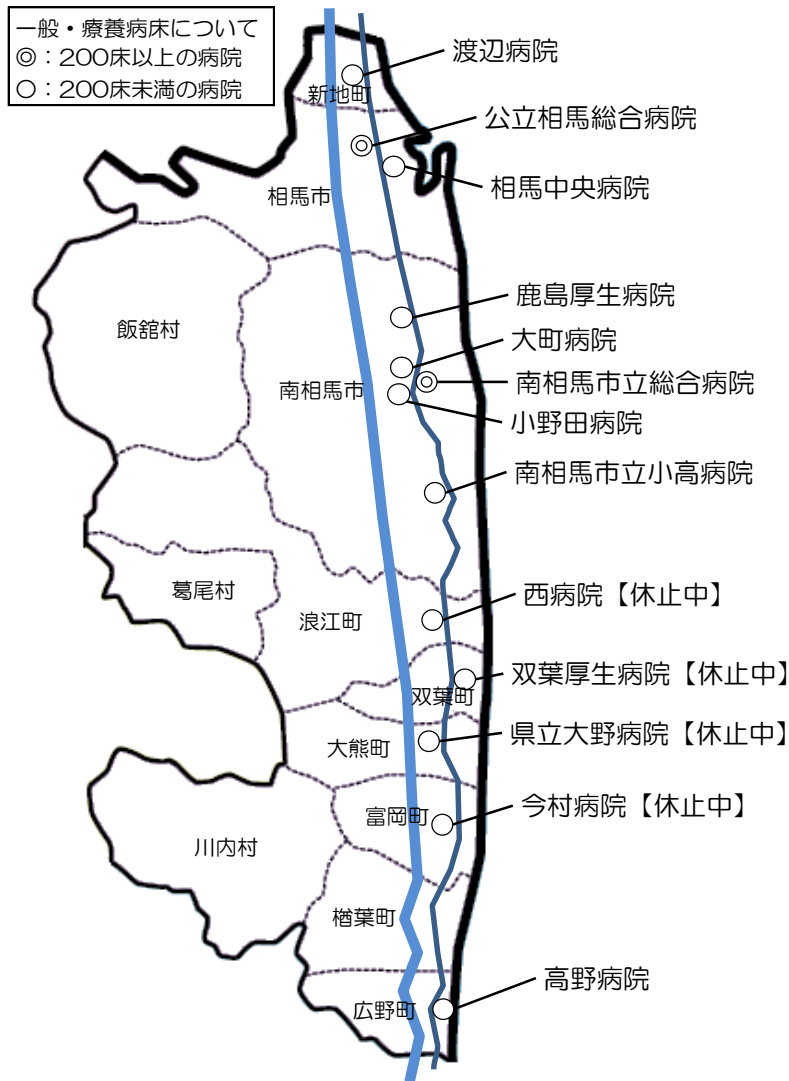
15 ※ 報告病床数は今後の追加報告や報告内容の修正により変更がありうる。

16

17

18

1 図表2-5-4 一般・療養病床を有する病院の配置状況



2

3

4

図表2-5-5 特定の機能を有する病院

特定の機能	病院
災害拠点病院	南相馬市立総合病院
臨床研修病院	公立相馬総合病院 南相馬市立総合病院

5

6

3 将来の医療需要・必要病床数

(1) 入院医療

- 構想区域における病床機能区分ごとの2025年（平成37年）の医療需要推計及び必要病床数は以下のとおりです。
- 必要病床数はあくまでも将来の医療提供体制を検討する上での参考材料の一つであり、病床削減の目標となる数値ではありません。
- 特に、多くの医療機関が休止している双葉地域を他の地域と同列で扱うことはできず、医療機能の分化・連携の推進の前に、医療機関の再開・設置に取り組む必要があることに留意が必要です。

図表2-5-6 入院医療の医療需要・必要病床数

医療機能	2013年の 医療需要 (人/日)	2025年の 医療需要 (人/日)	2025年の 必要病床数 (床)
高度急性期	30	34	45
急性期	161	182	233
回復期	189	219	243
慢性期	178	188	204
合計	558	623	725

- また、相双区域においては、東日本大震災・原子力災害により、今なお多くの県民が県内外に避難する状況が続いている状況を踏まえ、将来確保すべき病床数の推計にあたっては、将来の復興の進展も考慮する必要があります。

図表2-5-7 避難地域の復興を考慮した場合の
入院医療の医療需要・必要病床数

医療機能	2025年の 医療需要 (人/日)	2025年の 必要病床数 (床)
高度急性期	66	88
急性期	318	408
回復期	363	403
慢性期	230	250
合計	977	1,149

(2) 在宅医療等

- 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指します。
- 構想区域における2025年(平成37年)の在宅医療等の医療需要¹⁾の推計は以下のとおりです。
- 訪問診療分は2013年時点で訪問診療を受けている患者に将来人口の変化を反映させて算出したものです。

図表2-5-8 在宅医療等の医療需要

医療機能	2013年の 医療需要 (人/日)	2025年の 医療需要 (人/日)
在宅医療等	1,130	1,366
うち訪問診療分	210	249

- また、将来の復興の進展も考慮した在宅医療等の医療需要は以下のとおりです。

図表2-5-9 避難地域の復興を考慮した場合の
在宅医療等の医療需要

避難地域の復興により 相双地域の流出が収束した場合		
医療機能	2013年の 医療需要 (人/日)	2025年の 医療需要 (人/日)
在宅医療等	1,130	1,991
うち訪問診療分	210	791

¹⁾ 在宅医療等の医療需要

在宅医療等の医療需要は、在宅医療等を必要とする患者数を表しており、それぞれの医療の種類によって必要な医療提供体制は異なる。仮に週一回の訪問診療を行うとすると、医療需要の7分の1が1日あたりの訪問患者数となる。

4 医療提供体制の課題

① 病床機能の分化・連携について

- 病院病床については看護師等の不足により、十分な看護体制を確保することが困難で、入院を再開している病院でも稼働病床数（入院可能な病床数）は70.7%にとどまっており、財政支援がなければ医業経営が困難になるなどの課題があります。
- 相双区域には回復期リハビリテーション病床がなく、慢性期病床が少ないのが特徴です。
- 相双区域の精神科医療については、震災前の精神病床は5病院901床でしたが、原子力災害の影響により現在稼働しているのは2病院113床（相馬地域1病院60床、双葉地域1病院53床）だけで、当区域の精神科の医療体制を維持する上で大きな課題となっています。これは、一般病床や療養病床に入院している行動・心理症状を伴う認知症の患者への対応にも大きく影響しています。
- 認知症医療に対応できる慢性期病床がないので、認知症患者への対応が課題となっています。

【双葉地域】

- 東日本大震災及び原子力災害の影響により、双葉地域の医療機関の8割が休止しています。特に民間の医療機関においては、継続的な財政支援がなければ、再開しても医業の継続が困難になるなどの課題があります。
- 帰還住民の多くが高齢者であり、その中の要介護4、5の方が寝たきりになった場合を考えると、一次医療の充実が必要となります。
- ほとんどの病院が休止しており再開の見通しが立っていないことから、一次医療機関の後方支援及び二次救急の確保の観点から二次医療機関を整備する必要があります。

② 医療従事者について

- 病院、診療所に従事する医師数は、人口10万人あたりの県平均185.8人に対し、84.0人と非常に深刻な事態となっており、耳鼻咽喉科、整形外科、小児科、産婦人科、泌尿器科等の医師不足は大きな課題です。
- 病院、診療所に従事する看護師数は、人口10万人あたりの県平均925.5人に対し、463.0人と非常に深刻な事態となっています。
- 医療機関や介護施設に従事するその他の医療従事者不足も深刻で、その確保が課題となっております。

③ 主な疾病について

(がん)

- がん全体の指標である「悪性腫瘍患者」の自足率²が 53%と低く、大きな手術でなくても県外または県内他区域に流出しており、胃がん以外の手術実績は低い状況にあります。
- 手術や放射線治療等も含め集約的治療ができる病院がないなど、がん診療体制に課題があります。

(脳卒中)

- 「脳梗塞」や「くも膜下出血」などで代表される脳卒中疾患は比較的自足率が高い状況です。
- しかし、相双区域における脳神経外科専門医は1病院に常駐する2名のみであるため、脳神経外科専門医の負担は大きく、また、脳卒中の初期診断・治療は専門医以外の医師が行わざるを得ません。結果的に脳卒中の急性期患者が脳卒中専門医を受診するまでの時間は遅くなり、発症 4.5 時間以内に施行する「脳卒中の tPA」や「脳卒中の経皮的血管形成術等」の SCR³は顕著に低くなっています。
- 急性期の脳卒中医療提供体制の早急な整備が課題であり、そのためには特に医師・看護師等の人的資源を確保する必要があります。

(心疾患)

- 相双区域の自足率は比較的高く、区域内において一定の完結性があります。しかし、心疾患の専門的診断治療を行っているのは2病院の専門医5名のみと不足しており、必要な医療スタッフ数を確保する必要があります。
- 相双区域には「心臓血管手術」を担う常勤の心臓外科医はおらず、心臓血管手術が可能な施設への早急な患者搬送体制の構築が必要です。
- また、心臓リハビリテーション等の指標は SCR が低く、心臓リハビリテーション医療提供体制にも課題があります。

(生活習慣病)

- 「Ⅱ型糖尿病患者」の SCR が高い状況にあり、長引く避難生活による生活習慣の悪化や運動不足などの影響が大きいと考えられます。

² 自足率

2013年(平成25年)のNDBデータのうち、国民健康保険と後期高齢者医療制度を用いて患者の流入を分析し、圏域内に居住する患者のうち当該圏域内の医療施設で診療を受けた患者の割合を「自足率」と定義している。

³ SCR (年齢調整標準化レセプト出現比)

2013年(平成25年)の全保険者分のNDBデータを用いて、すべての地域に同じ年齢の住人が同じ人数住んでいると仮定した場合の当該地域の医療提供度合の数字(SCR:年齢調整標準化レセプト出現比)として表したものを、全国平均を100として、SCR値が高ければ医療機能が多い、SCR値が低ければ医療機能が少ないと考えられる。

④ 救急医療について

【相馬地域】

- 相馬地域では7つの救急告示病院が二次救急を担っており、二次救急は概ね区域内で完結していますが、区域内には三次救急医療機関がないため、県北区域やいわき区域にある三次救急医療機関との連携が不可欠になっています。
- 脳卒中等の急性期に対する医療提供体制を強化するためには、専門医、薬剤師、看護師、放射線技師、臨床検査技師等の医療スタッフを確保する必要があります。

【双葉地域】

- 6病院中5病院が休止を余儀なくされていることから、いわき・双葉地域として救急医療体制を構築しており、二次救急及び三次救急はいわき区域や他の区域の医療機関に搬送されています。
- 帰還住民及び原発関連・除染作業員等の救急医療を確保するため、二次医療機関の設置が必要と考えられます。

⑤ 小児・周産期医療について

- 相双区域の小児科の医師数は人口10万人あたりの県平均10.5人に対して4.4人と大きく下回っており、また、小児科の入院施設も少ないため、医療提供体制に課題があります。
- 産婦人科の医師数は人口10万人あたりの県平均6.2人に対して1.7人と大きく下回っており、分娩を取り扱う医療機関も1病院2診療所となっています。このため、区域内で需要に応えることができない状況であることから、産婦人科の医師を確保することが喫緊の課題となっています。
- 小児科の拠点（相馬市）と産婦人科の拠点（南相馬市）が離れているため、医療機能の集約化または連携が課題と考えられます。

⑥ 在宅医療について

- 在宅医療のSCRを見ると他の区域と比較して極端に低い状況にあります。これは、在宅医療を行う医師が少なく、訪問看護師やケアマネジャー等が不足しているためであり、在宅医療を担う医療人材の確保が課題と考えられます。
- 相双区域では、避難されている方が仮設住宅から出るとき世帯分離するなど独居や高齢者夫婦だけの世帯が増えています。そのため、患者家族の介護力が低下している状況にあることから、回復期・慢性期

1 の病床や介護施設の整備及び関係スタッフの確保が課題と考えられま
2 す。

3 ○ 在宅医療を担う診療所の医師数は、人口 10 万人あたりの県平均
4 68.9 人に対して 33.5 人と非常に少なく、医師の高齢化や新規開業が
5 少ないことから、10 年先を見据えると診療所に従事する医師の確保が
6 課題と考えられます。

7 ⑦ 透析医療について

8 ○ 透析医療については医療従事者の不足により、新規の透析患者を受
9 け入れられない等、透析医療提供体制に課題があると考えられます。

10 ⑧ その他

11 ○ 旧避難指示区域等において医療機関が再開しても薬局の再開の目途
12 が立っていないことから、院外処方への対応ができないなどの課題があ
13 ります。

14

5 将来あるべき医療提供体制を確保するために構想区域において重点的に取り組む事項（施策の方向性）

（1）医療機能の確保と連携推進

- 病院の診療体制の充実と在宅医療等の地域密着型医療の提供を推進するために必要となる医療従事者の確保に努めます。
- 特に不足が著しい医師については、福島県立医科大学との連携のもと、地域医療の充実に欠かせない臨床研修医師の確保や、不足している診療科について全国の医科大学等から招へいするなど、医師の確保に努めます。
- 特定の分野における専門医研修において、相双区域の医療機関が研修医療機関として認定を受けられるよう働きかけを行います。
- 被災地の情報と当区域の医療機関の魅力を全国の関係機関や医療従事者等に発信します。
- 全国の大学病院や国立病院から広域的に募り、当地区の医療機関への長期的な派遣と併せて短期継続的な支援制度などを検討し、看護師の確保を推進します。
- 公立双葉准看護学院の再開を支援します。
- 区域内の医療機関同士の人的支援制度の確立を推進します。
- 産婦人科と小児科の医療機能の集約などに必要な施設整備等を支援します。
- 開業医の後継支援や新規開業の誘導、また医療従事者を確保するための院内保育所などの勤務環境整備の支援に努めます。
- 透析医療に係る臨床工学士、看護師等の医療従事者の確保に努め、透析医療の提供体制の充実に努めます。
- 双葉地域の医療提供体制を補完し、区域内における医療の完結性の向上及び救急医療の充実に努めるため、医療機関の機能充実のための施策を推進します。
- 一般病床や療養病床では、行動・心理症状を伴う認知症への対応が困難であることから精神科病院の再開等の支援や他の区域との連携推進に努めます。

【双葉地域】

- 帰還住民や復興関連事業従事者、原発作業員等の救急医療体制を確保するため必要な二次医療機関を設置します。
- また、二次医療機関を設置するまで、ふたば救急総合医療支援センター（平成 28 年 4 月福島県立医科大学に設置。）が、救急現場での初期治

- 1 療及び搬送体制の確立により二次救急の早期医療を確保します。
- 2 ○ 医療機関の再開支援等については、診療の継続に必要な支援に努めま
- 3 す。
- 4 (2) 在宅医療の推進
- 5 ○ 在宅医療に従事する医師等、医療従事者及び介護施設の従事者の確保
- 6 に努めます。
- 7 ○ 患者家族の高齢化による介護力の低下や、在宅医療の受け皿となる地
- 8 域の介護施設の不足を補完する回復期病床や慢性期病床への転換を支援
- 9 します。
- 10 【双葉地域】
- 11 ○ 二次医療機関を設置するまで、ふたば救急総合医療支援センターが主
- 12 治医や関係町村と連携体制を確立し在宅医療を支援します。
- 13 (3) その他
- 14 ○ 旧避難指示区域等における薬局の再開等を支援します。
- 15

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

第6章 いわき区域

17
18



19

第6章 いわき区域

1 構想区域の概要

(1) いわき区域の特性

いわき区域はいわき市単独で構成されています。いわき市は福島県の東南端にあり、南は茨城県と境を接し、東は太平洋に面しているため、寒暖の差が比較的少なく、温暖な気候に恵まれた地域です。地形は、西方の阿武隈高地から東方へゆるやかに低くなり、平坦地を形成しています。

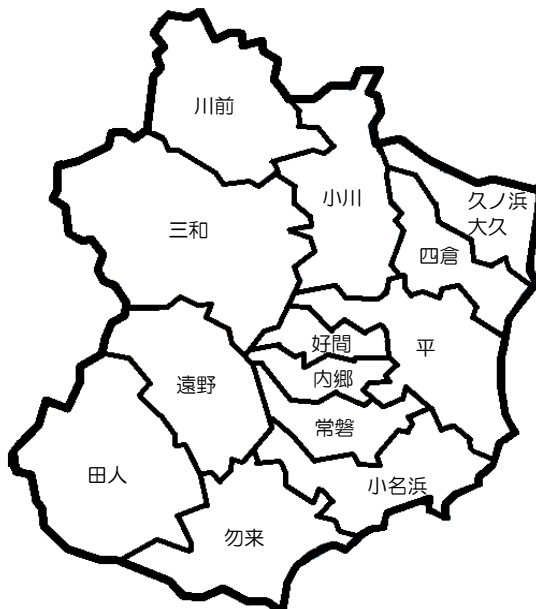
面積は県内市町村の中で最大ですが、総面積に対する可住地面積の割合は約28%と、県内の市の中では最も低くなっており、二次医療圏単位でも南会津、会津に次いで低い割合となっています。このため、人口が集中する市街地は平、四倉、小名浜、勿来、常磐、内郷などの地区に分散して存在しているのが特徴です。

図表2-6-1 圏域別可住地面積

圏域	総面積 (km ²)	可住地面積 (km ²)	割合
県北	1,753.42	767.00	43.7%
県中	2,406.29	972.55	40.4%
県南	1,233.24	421.09	34.1%
会津	3,079.05	779.37	25.3%
南会津	2,341.64	356.52	15.2%
相双	1,737.77	582.27	33.5%
いわき	1,231.35	349.78	28.4%
県全体	13,782.76	4,228.58	30.7%

資料：総務省「統計でみる市区町村のすがた 2015」

図表2-6-2 いわき市の行政区域



(2) 人口構造

- いわき区域において65歳以上高齢化率は27.3%と県全体と同程度となっています。
- 東日本大震災及び原子力災害に伴い、双葉郡の住民を中心とした避難者や復旧・復興関係作業員の存在により、いわき区域の実際の居住人口は36万人超とみられます。

図表2-6-3 年齢構成別市町村人口

	総数	0~14歳	15~64歳	65歳以上	75歳以上
					(再掲)
いわき市	333,802	41,639 (12.5%)	201,063 (60.2%)	91,100 (27.3%)	45,729 (13.7%)
全県計	1,964,450	244,022 (12.4%)	1,184,227 (60.3%)	536,201 (27.3%)	282,801 (14.4%)

資料：「平成27年1月1日住民基本台帳年齢別人口（市区町村別）（総計）」（総務省）

(3) 人口動態

- 性、地域ごとに年齢構成の違いの影響を除いて全国平均を100として死亡状況を表した標準化死亡比（SMR：standardized mortality ratio）によると、いわき区域においては男女ともに「急性心筋梗塞」、「脳出血」、「脳梗塞」、「腎不全」の死亡比が高くなっています。

図表2-6-4 標準化死亡比（SMR）

		悪性新生物				
		総数	胃	大腸	肝及び肝内胆管	気管、気管支及び肺
いわき	男性	104.2	111.1	105.7	104.5	99.8
	女性	102.5	102.7	102.9	101.9	111.3
全県	男性	99.3	105.6	105.0	80.6	97.3
	女性	95.3	101.5	101.4	82.6	88.9

		急性心筋梗塞	脳血管疾患		肺炎	肝疾患	腎不全
			脳内出血	脳梗塞			
いわき	男性	207.8	120.6	137.4	104.8	116.7	136.1
	女性	212.3	114.2	148.7	98.6	71.0	114.7
全県	男性	184.6	106.5	124.5	96.7	90.2	106.5
	女性	175.1	107.0	126.4	97.0	86.5	89.9

資料：平成20年～24年人口動態保健所・市町村別統計

2 医療提供体制の現状

(1) 医療施設の状況

- いわき区域においては、人口 10 万人あたりの病院数・診療所数・歯科診療所数・薬局数が県平均を上回っており、人口 10 万人あたりの病院病床数・診療所病床数も同様に県平均を上回っています。
- 病床数の内訳としては、全県平均と比較して療養病床の割合が一般病床より高くなっています。

(2) 医療従事者の状況

- 医療従事者については、人口 10 万人あたりの病院医師数が 86.3 人と県平均 116.9 人に対して約 74%と大幅に少なくなっています。
- 人口 10 万人あたりの病院看護師数が 557.5 人と県平均 571.4 人より少ない一方、病院准看護師は 189.3 人と県平均 145.4 人を大きく上回っています。
- 歯科診療所の人口 10 万人あたりの歯科衛生士数が 41.0 人と県平均 52.4 人より少なくなっています。
- 病院・診療所における人口 10 万人あたりの理学療法士数が 42.8 人と県平均 50.1 人より少なくなっています。また、人口 10 万人あたりの作業療法士数も 23.4 人と県平均 29.5 人より少なくなっています。
- 診療科別については、「呼吸器内科」、「循環器内科」、「神経内科」、「血液内科」、「皮膚科」、「呼吸器外科」、「心臓血管外科」、「脳神経外科」、「耳鼻いんこう科」、「産婦人科」、「放射線科」、「麻酔科」について人口 10 万人あたりの医療施設従事医師数が県平均より少ない状況です。
- 医師の年齢構成割合については、20 代と 30 代の医師の占める割合が合わせて 14%と、全県平均の 22%を下回っており、新たな医師の供給が少ないために病院・診療所ともに医師の高齢化が進んでいますが、特に診療所について後継者の不足により廃院となるケースが増えています。

(3) 一般・療養病床を有する病院の配置状況

- 一般・療養病床を有する病院は沿岸部の市街地に分散しています。
- 病院の一般病床 2,310 床の半数近くを、内郷地区にあるいわき市立総合磐城共立病院（一般病床：709 床）と独立行政法人労働者健康安全機構福島労災病院（一般病床：406 床）の 2 病院で占めています。
- いわき区域では、いわき市立総合磐城共立病院が救命救急センターとして三次救急医療機関の役割を担っているとともに、災害拠点病院、周産期母子医療センター、地域支援病院、がん診療連携拠点病院、臨床研

修病院としての役割を持つ地域の中核的な病院となっています。

- 福島整肢療護園（児童福祉法に定める医療型障害児入所施設）と国立病院機構いわき病院（重症心身障害児医療の県委託施設）は障害児医療において重要な役割を担っています。

(4) 病床機能報告状況

- いわき区域における平成 27 年度病床機能報告制度で報告された医療機能別の病床数は以下のとおりです。

図表2-6-5 平成27年度病床機能報告

医療機能	平成27年7月1日時点	6年経過した時点の予定	増減
高度急性期	307 床	307 床	0 床
急性期	1,667 床	1,589 床	-78 床
回復期	281 床	366 床	85 床
慢性期	1,535 床	1,423 床	-112 床
無回答	69 床	174 床	105 床
合計	3,859 床	3,859 床	0 床

※ 報告病床数は未報告や無回答のため、平成27年7月時点許可病床数と一致しない。
 ※ 報告病床数は今後の追加報告や報告内容の修正により変更がありうる。

図表2-6-6 一般・療養病床を有する病院の配置状況



1

2

図表2-6-7 特定の機能を有する病院

特定の機能	病院
救命救急センター	いわき市立総合磐城共立病院
災害拠点病院	いわき市立総合磐城共立病院
周産期母子医療センター	いわき市立総合磐城共立病院
地域医療支援病院	独立行政法人労働者健康安全機構 福島労災病院 いわき市立総合磐城共立病院
がん診療連携拠点病院	独立行政法人労働者健康安全機構 福島労災病院 いわき市立総合磐城共立病院
臨床研修病院	独立行政法人労働者健康安全機構 福島労災病院 いわき市立総合磐城共立病院

3

3 将来の医療需要・必要病床数

(1) 入院医療

- 構想区域における病床機能区分ごとの2025年（平成37年）の医療需要推計及び必要病床数は以下のとおりです。
- 必要病床数はあくまでも将来の医療提供体制を検討する上での参考材料の一つであり、病床削減の目標となる数値ではありません。

図表2-6-8 入院医療の医療需要・必要病床数

医療機能	2013年の 医療需要 (人/日)	2025年の 医療需要 (人/日)	2025年の 必要病床数 (床)
高度急性期	188	198	264
急性期	576	631	809
回復期	595	675	750
慢性期	1,058	803	873
合計	2,417	2,307	2,696

(2) 在宅医療等

- 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指します。
- 構想区域における2025年（平成37年）の在宅医療等の医療需要¹の推計は以下のとおりです。
- 訪問診療分は2013年時点で訪問診療を受けている患者に将来人口の変化を反映させて算出したものです。

図表2-6-9 在宅医療等の医療需要

医療機能	2013年の 医療需要 (人/日)	2025年の 医療需要 (人/日)
在宅医療等	3,594	4,665
うち訪問診療分	1,867	2,218

¹ 在宅医療等の医療需要

在宅医療等の医療需要は、在宅医療等を必要とする患者数を表しており、それぞれの医療の種類によって必要な医療提供体制は異なる。仮に週一回の訪問診療を行うとすると、医療需要の7分の1が1日あたりの訪問患者数となる。

4 医療提供体制の課題

① 病床機能の分化・連携について

- いわき区域においては病院医師数が少ないことや、准看護師数に比べて正看護師数が少ないこと等により、急性期や回復期を担う病床の施設基準を維持できず、少ない医師数・看護師数でより多くの病床を運営できる療養病床に頼らざるを得ないため、他地域に比べて療養病床数が多くなっていることが特徴です。
- このため、いわき区域の療養病床を有する病院では、必ずしも慢性期医療だけでなく、急性期医療や、急性期病院から受け入れた患者への回復期医療、在宅医療のバックベッドの役割までも担っていることに留意する必要があります。
- 地域包括ケアシステムの観点から効率の良い質の高い医療提供体制を構築するためには、療養病棟・回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟・新たなサービス類型（H30年度以降）などによるバランスの取れた体制整備を検討していくことが必要ですが、転換に必要となる施設設備の整備や、医師や看護師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士などの不足している医療従事者の確保が課題です。

② 主な疾病について

（がん）

- がんについては患者の自足率²が高いため、ある程度医療提供体制が確保されていると考えられますが、肺がん・乳がん・肝臓がんについては手術のSCR³が低いことから、これらのがんの治療体制に課題があります。
- 特に、肺がんについては専門とする医師の不足が顕著であるため、医師の確保が課題です。
- 地域がん診療連携拠点病院を中心としたがん診療連携体制の構築が課題です。

（脳卒中）

- 脳卒中については、脳梗塞の標準化死亡比が高く、予防と医療提供体制の両方で取組が必要と考えられます。

² 自足率

2013年（平成25年）のNDBデータのうち、国民健康保険と後期高齢者医療制度を用いて患者の流入を分析し、圏域内に居住する患者のうち当該圏域内の医療施設で診療を受けた患者の割合を「自足率」と定義している。

³ SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）

2013年（平成25年）の全保険者分のNDBデータを用いて、すべての地域に同じ年齢の住人が同じ人数住んでいると仮定した場合の当該地域の医療提供度合の数字（SCR：年齢調整標準化レセプト出現比）として表したものを、全国平均を100として、SCR値が高ければ医療機能が多い、SCR値が低ければ医療機能が少ないと考えられる。

1 ○ 患者の自足率は高いものの、「脳卒中の tPA」、「脳卒中の動脈形成術
2 等」、「脳動脈瘤流入血管クリッピング」などの治療に関する SCR が低
3 いことから、急性期における適切な専門的診断治療体制の確保が課題
4 です。

5 ○ 神経内科医、脳神経外科医ともに県平均より少ないため、医師の確
6 保が課題です。

7 (心疾患)

8 ○ 心疾患については、急性心筋梗塞患者の標準化死亡比が男女ともに
9 県内二次医療圏間で最も高く、全国平均の2倍に達しており、予防と
10 医療提供体制の両方で取組が必要と考えられます。

11 ○ CT 撮影や心大血管リハビリテーションの SCR が低いことから、医
12 療提供体制に課題があります。

13 ○ 循環器内科医、心臓血管外科医ともに県平均より少ないため、医師
14 の確保が課題です。

15 (成人肺炎)

16 ○ 高齢化の進展により肺炎患者が今後増加することを踏まえ、肺炎予
17 防の取組や、医療介護連携の下での初期救急医療から在宅復帰までの
18 体制整備が課題です。

19 (大腿骨頸部骨折)

20 ○ 高齢化の進展により骨折患者が今後増加することを踏まえ、骨折予
21 防の取組や、医療介護連携の下での初期救急医療から在宅復帰までの
22 体制整備が課題です。

23 (生活習慣病)

24 ○ 「脂質異常症」、「高血圧」、「糖尿病」の患者について SCR が高く、
25 生活習慣病を有する患者が多いことと、「急性心筋梗塞」や「脳梗塞」
26 の標準化死亡比の高さとの関連が強く疑われます。

27 ○ 特にⅡ型糖尿病に関してはいわき圏域が二次医療圏単位で全国最大
28 となっており、人工透析患者の多さとも関係していると考えられるた
29 め、生活習慣の指導や合併症を予防する取組が必要と考えられます。

30 ○ いわき区域においては病床あたりの病院医師数が全国平均の約半分
31 と少ない一方で診療所医師数が比較的多く、糖尿病に関しても、病院
32 において専門の医師が少ない一方で糖尿病を標榜する診療所が比較的
33 多いことから、糖尿病の治療についてかかりつけ医と病院の専門医の
34 切れ目のない連携体制を構築することが課題です。

1 ③ 救急医療について

2 ○ いわき区域では救急医療センターであるいわき市立総合磐城共立病
3 院が唯一の三次救急病院として救急搬送の約半数を受け入れており、
4 二次救急を担う5つの救急告示病院と、さらに療養病床を持つ6つの
5 慢性期病院や診療所が救急協力病院・診療所として機能し、救急医療
6 体制を維持しています。

7 ○ いわき区域の救急搬送においては、重症者以上傷病者について「現
8 場滞在時間 30 分以上の割合」と「受入照会 4 回以上の割合」が県平
9 均を大きく上回っており、いわき区域の広大な面積と救急医療機関の
10 偏在、患者受け入れ先である救急医療機関の医師数の少なさなどが複
11 合的に影響しているためと考えられます。脳血管障害や急性心筋梗塞
12 などの発症時に早期に治療を開始する必要がある疾患の標準化死亡比
13 が高いこととの関連も疑われるため、救急医療機関の医師数を増やす
14 必要があります。

15 ○ 救急患者の高次医療機関から受入医療機関への医療連携に関する
16 SCR が低いことから、救急医療に関する連携体制の構築が課題です。

17
18 ④ 小児・周産期医療について

19 ○ いわき区域の救急搬送においては、小児傷病者について「受入照会 4
20 回以上の割合」が県平均を大きく上回っており、乳幼児・小児の救急
21 医療体制に関する SCR も低いことから、小児救急医療機関の医師数を
22 増やす必要があります。

23
24 ⑤ 在宅医療について

25 ○ いわき区域における慢性期から終末期にかけての医療については、
26 比較的数が充実している療養病床において一定程度担っており、一方
27 で在宅医療については医師数が十分でない上に地域的偏在があります。

28 ○ いわき区域においては、高齢者単身世帯の割合(平成 22 年国勢調査)
29 が 9.6%と全国平均 9.2%より高いなど、在宅介護力が十分でない上に、
30 75 歳以上人口千人あたりの特別養護老人ホーム定員数が 27.3 と県平
31 均 37.0 より少ないなど、在宅医療の受け皿となる介護施設も十分では
32 ありません。

33 ○ 地域包括ケアシステムの観点からは在宅医療の充実が必要であり、
34 在宅医療を担う医師・歯科医師・看護師等の医療従事者の確保・養成
35 や、在宅医と病院の連携体制構築、居宅や介護施設における看取りの
36 推進、住民への普及啓発が課題です。

5 将来あるべき医療提供体制を確保するために構想区域において重点的に取り組む事項（施策の方向性）

（1）医療機能の確保と連携推進

- 救急医療について、重篤な救急患者を受け入れる救急救命センターがその役割を果たせるよう、初期救急・二次救急医療の患者受入体制の整備や、ICTの活用などによる救急搬送体制の改善を推進し、受入照会回数の減少や搬送時間の短縮などの救急医療の質の向上を図ります。
- 回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟など回復期を担う病床への転換に必要な施設・設備の整備を支援し、病床の機能分化・連携を推進します。
- 「地域医療構想調整会議」を開催し、地域医療連携推進法人制度の活用を検討を含めて、急性期から回復期、慢性期、在宅医療までの効率的な医療提供体制を構築するための医療機関相互の役割分担・連携を協議します。
- 医療機能を確保するために必要となる医療従事者の確保・養成を図ります。特に、地域医療の充実に欠かせない臨床研修医師や不足している診療科の医師については、本県唯一の医育機関である福島県立医科大学との連携のもとで確保・養成に取り組めます。また、准看護師から正看護師への移行促進、看護教員の確保・養成、歯科衛生士や回復期病床に必要な医療専門職の確保・養成などに取り組めます。
- 生活習慣病に対する適切な治療体制の構築を推進します。また、データヘルスを推進し、生活習慣病の予防に取り組めます。
- 医療の受け手である住民に対し、医療機関の役割分担の現状や適切な受療行動の必要性について情報提供・普及啓発に努めます。

（2）在宅医療の推進

- 在宅医療に取り組む医療従事者の確保や質の向上のための研修開催を支援します。
- 在宅医療を行う医療機関におけるポータブル医療機器等の設備の整備を支援し、効率的・効果的な在宅医療を推進します。また、医療・介護現場における各種ロボットの導入により、従事者の負担軽減やサービスの質の向上を推進します。
- 病院、診療所、訪問看護ステーション、介護施設等との連携を促進し、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャー等の多職種協働による24時間365日対応の在宅医療提供の拠点構築を推進します。
- 医療の受け手となる住民に対し、在宅医療や看取りに関する情報提供・普及啓発に努めます。

第 3 編 資料編

1 将来医療需要推計

○全疾患

(単位:人/日)

	医療機能	2013年	医療機関所在地				患者住所地			
			2025年	2030年	2035年	2040年	2025年	2030年	2035年	2040年
県北	高度急性期	291	303	299	292	280	277	275	269	258
	急性期	1,039	1,140	1,161	1,160	1,127	1,096	1,118	1,118	1,086
	回復期	1,327	1,500	1,544	1,555	1,516	1,424	1,469	1,482	1,446
	慢性期	363	416	434	444	435	511	528	535	522
	在宅医療等	4,919	5,891	6,358	6,688	6,643	5,853	6,314	6,642	6,596
	小計	7,939	9,250	9,796	10,139	10,001	9,161	9,704	10,046	9,908
県中	高度急性期	340	352	346	336	322	303	299	290	278
	急性期	1,198	1,279	1,288	1,276	1,234	1,108	1,119	1,111	1,075
	回復期	1,137	1,264	1,295	1,299	1,263	1,123	1,154	1,160	1,128
	慢性期	1,046	1,040	1,078	1,091	1,065	956	994	1,010	988
	在宅医療等	5,286	6,438	6,941	7,294	7,241	6,108	6,584	6,920	6,869
	小計	9,007	10,373	10,948	11,296	11,125	9,598	10,150	10,491	10,338
県南	高度急性期	69	75	76	75	72	93	93	91	87
	急性期	275	302	310	312	303	345	349	348	337
	回復期	194	222	232	235	230	278	285	285	277
	慢性期	127	143	151	154	152	142	149	151	148
	在宅医療等	1,186	1,423	1,538	1,620	1,610	1,425	1,537	1,619	1,607
	小計	1,851	2,165	2,307	2,396	2,367	2,283	2,413	2,494	2,456
会津	高度急性期	179	192	192	189	182	187	187	183	176
	急性期	577	645	666	671	653	628	647	651	634
	回復期	643	729	758	769	751	705	732	743	725
	慢性期	510	467	496	515	508	475	501	518	510
	在宅医療等	2,373	2,961	3,201	3,375	3,355	3,028	3,275	3,456	3,437
	小計	4,282	4,994	5,313	5,519	5,449	5,023	5,342	5,551	5,482
南会津	高度急性期	0	0	0	0	0	20	20	20	19
	急性期	15	17	17	17	17	65	66	65	63
	回復期	27	32	34	35	34	80	83	83	81
	慢性期	0	0	0	0	0	42	44	45	44
	在宅医療等	359	432	471	498	496	494	537	568	565
	小計	401	481	522	550	547	701	750	781	772
相双	高度急性期	30	34	34	34	33	101	100	97	93
	急性期	161	182	189	192	188	372	380	380	369
	回復期	189	219	231	237	233	420	434	439	428
	慢性期	178	188	201	209	207	287	303	312	307
	在宅医療等	1,130	1,366	1,469	1,542	1,531	1,991	2,139	2,244	2,226
	小計	1,688	1,989	2,124	2,214	2,192	3,171	3,356	3,472	3,423
いわき	高度急性期	188	198	195	189	181	202	198	191	183
	急性期	576	631	637	630	609	625	628	620	600
	回復期	595	675	692	694	674	663	678	678	659
	慢性期	1,058	803	924	941	919	762	892	913	894
	在宅医療等	3,594	4,665	4,926	5,156	5,108	4,515	4,759	4,990	4,949
	小計	6,011	6,972	7,374	7,610	7,491	6,767	7,155	7,392	7,285
福島県	高度急性期	1,097	1,154	1,142	1,115	1,070	1,183	1,172	1,141	1,094
	急性期	3,841	4,196	4,268	4,258	4,131	4,239	4,307	4,293	4,164
	回復期	4,112	4,641	4,786	4,824	4,701	4,693	4,835	4,870	4,744
	慢性期	3,282	3,057	3,284	3,354	3,286	3,175	3,411	3,484	3,413
	在宅医療等	18,847	23,176	24,904	26,173	25,984	23,414	25,145	26,439	26,249
	小計	31,179	36,224	38,384	39,724	39,172	36,704	38,870	40,227	39,664

〇がん

(単位:人/日)

	医療機能	2013年	医療機関所在地				患者住所地			
			2025年	2030年	2035年	2040年	2025年	2030年	2035年	2040年
県北	高度急性期	76	78	76	72	69	67	65	63	60
	急性期	173	187	183	177	170	174	171	166	160
	回復期	163	178	175	170	163	163	161	156	151
	小計	412	443	434	419	402	404	397	385	371
県中	高度急性期	79	83	80	78	74	69	67	64	61
	急性期	213	230	224	216	207	185	180	173	166
	回復期	153	166	163	158	152	136	133	129	124
	小計	445	479	467	452	433	390	380	366	351
県南	高度急性期	15	16	16	15	14	21	21	20	19
	急性期	39	43	44	43	41	58	57	56	53
	回復期	23	25	26	25	24	36	36	35	33
	小計	77	84	86	83	79	115	114	111	105
会津	高度急性期	36	39	39	37	36	41	40	39	37
	急性期	91	102	103	101	97	104	104	102	98
	回復期	69	77	77	76	73	78	79	77	74
	小計	196	218	219	214	206	223	223	218	209
南会津	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	*	*	*	*	*	12	12	12	12
	回復期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	小計	0	0	0	0	0	12	12	12	12
相双	高度急性期	*	*	*	*	*	26	25	24	22
	急性期	*	11	11	11	10	56	55	52	50
	回復期	11	13	13	13	13	48	47	46	44
	小計	11	24	24	24	23	130	127	122	116
いわき	高度急性期	48	52	51	49	47	56	54	52	49
	急性期	104	114	112	108	103	119	117	112	107
	回復期	73	81	80	77	74	86	84	80	77
	小計	225	247	243	234	224	261	255	244	233
福島県	高度急性期	254	268	262	251	240	280	272	262	248
	急性期	620	687	677	656	628	708	696	673	646
	回復期	492	540	534	519	499	547	540	523	503
	合計	1,366	1,495	1,473	1,426	1,367	1,535	1,508	1,458	1,397

※慢性期は疾患別の分析が出来ないため、高度急性期・急性期・回復期のみ掲載。

○脳卒中

(単位:人/日)

	医療機能	2013年	医療機関所在地				患者住所地			
			2025年	2030年	2035年	2040年	2025年	2030年	2035年	2040年
県北	高度急性期	14	16	16	16	16	16	16	16	15
	急性期	75	88	91	92	90	86	89	90	88
	回復期	55	64	66	67	66	62	64	65	64
	小計	144	168	173	175	172	164	169	171	167
県中	高度急性期	17	19	19	18	18	17	17	17	16
	急性期	74	85	87	88	85	76	78	79	77
	回復期	47	55	57	58	57	49	51	52	51
	小計	138	159	163	164	160	142	146	148	144
県南	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	16	18	18	18	18	19	20	20	20
	回復期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	小計	16	18	18	18	18	19	20	20	20
会津	高度急性期	15	16	17	17	16	15	15	15	15
	急性期	41	48	50	51	50	44	46	47	46
	回復期	27	31	33	34	33	29	30	31	30
	小計	83	95	100	102	99	88	91	93	91
南会津	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	回復期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	小計	0	0	0	0	0	0	0	0	0
相双	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	11	12	13	13	13	23	24	24	24
	回復期	11	13	14	14	14	23	24	24	24
	小計	22	25	27	27	27	46	48	48	48
いわき	高度急性期	*	11	11	11	10	10	10	10	*
	急性期	41	47	48	48	47	45	46	46	45
	回復期	30	34	35	36	35	33	35	35	34
	小計	71	92	94	95	92	88	91	91	79
福島県	高度急性期	46	62	63	62	60	58	58	58	46
	急性期	258	298	307	310	303	293	303	306	300
	回復期	170	197	205	209	205	196	204	207	203
	合計	474	557	575	581	568	547	565	571	549

※慢性期は疾患別の分析が出来ないため、高度急性期・急性期・回復期のみ掲載。

○急性心筋梗塞

(単位:人/日)

	医療機能	2013年	医療機関所在地				患者住所地			
			2025年	2030年	2035年	2040年	2025年	2030年	2035年	2040年
県北	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	回復期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	小計	0	0	0	0	0	0	0	0	0
県中	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	回復期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	小計	0	0	0	0	0	0	0	0	0
県南	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	回復期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	小計	0	0	0	0	0	0	0	0	0
会津	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	回復期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	小計	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南会津	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	回復期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	小計	0	0	0	0	0	0	0	0	0
相双	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	回復期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	小計	0	0	0	0	0	0	0	0	0
いわき	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	回復期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	小計	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福島県	高度急性期	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	急性期	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	回復期	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※慢性期は疾患別の分析が出来ないため、高度急性期・急性期・回復期のみ掲載。

○成人肺炎

(単位:人/日)

	医療機能	2013年	医療機関所在地				患者住所地			
			2025年	2030年	2035年	2040年	2025年	2030年	2035年	2040年
県北	高度急性期	15	17	18	19	19	18	19	19	19
	急性期	111	132	142	148	146	130	140	145	143
	回復期	127	155	168	177	175	150	163	171	169
	小計	253	304	328	344	340	298	322	335	331
県中	高度急性期	18	18	19	19	18	17	17	17	17
	急性期	90	102	109	112	109	95	101	104	101
	回復期	82	100	109	114	112	94	102	106	105
	小計	190	220	237	245	239	206	220	227	223
県南	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	34	37	40	42	41	38	40	42	41
	回復期	25	30	32	34	33	32	35	36	36
	小計	59	67	72	76	74	70	75	78	77
会津	高度急性期	*	11	12	12	12	10	11	11	11
	急性期	69	80	87	91	90	77	83	87	86
	回復期	61	72	79	84	83	72	78	83	82
	小計	130	163	178	187	185	159	172	181	179
南会津	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	回復期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	小計	0	0	0	0	0	0	0	0	0
相双	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	18	20	22	22	22	37	40	41	40
	回復期	23	27	30	31	31	46	50	53	52
	小計	41	47	52	53	53	83	90	94	92
いわき	高度急性期	*	11	11	11	11	10	10	10	10
	急性期	42	50	52	53	52	48	50	51	50
	回復期	51	62	67	69	68	58	62	65	64
	小計	93	123	130	133	131	116	122	126	124
福島県	高度急性期	33	57	60	61	60	55	57	57	57
	急性期	364	421	452	468	460	425	454	470	461
	回復期	369	446	485	509	502	452	490	514	508
	合計	766	924	997	1,038	1,022	932	1,001	1,041	1,026

※慢性期は疾患別の分析が出来ないため、高度急性期・急性期・回復期のみ掲載。

○大腿骨頸部骨折

(単位:人/日)

	医療機能	2013年	医療機関所在地				患者住所地			
			2025年	2030年	2035年	2040年	2025年	2030年	2035年	2040年
県北	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	24	29	31	32	32	29	31	32	31
	回復期	30	36	38	40	39	34	36	38	37
	小計	54	65	69	72	71	63	67	70	68
県中	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	28	33	36	37	37	30	32	33	33
	回復期	21	25	27	27	27	23	25	25	25
	小計	49	58	63	64	64	53	57	58	58
県南	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	*	12	13	13	13	10	11	12	12
	回復期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	小計	0	12	13	13	13	10	11	12	12
会津	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	16	19	20	20	20	19	20	21	21
	回復期	16	19	20	21	21	19	21	22	22
	小計	32	38	40	41	41	38	41	43	43
南会津	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	回復期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	小計	0	0	0	0	0	0	0	0	0
相双	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	回復期	*	*	*	*	*	12	12	13	13
	小計	0	0	0	0	0	12	12	13	13
いわき	高度急性期	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	急性期	14	17	18	19	18	16	17	18	18
	回復期	13	15	16	16	16	14	15	15	15
	小計	27	32	34	35	34	30	32	33	33
福島県	高度急性期	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	急性期	82	110	118	121	120	104	111	116	115
	回復期	80	95	101	104	103	102	109	113	112
	合計	162	205	219	225	223	206	220	229	227

※慢性期は疾患別の分析が出来ないため、高度急性期・急性期・回復期のみ掲載。

2 病院従事者数（常勤換算）

区域	医師数			歯科医師数		
	うち常勤	うち非常勤		うち常勤	うち非常勤	
県北	879.3 (182.1)	688 (142.5)	191.3 (39.6)	18.8 (3.9)	10 (2.1)	8.8 (1.8)
県中	677.1 (126.5)	563 (105.1)	114.1 (21.3)	121.0 (22.6)	115 (21.5)	6.0 (1.1)
県南	148.6 (100.9)	108 (73.4)	40.6 (27.6)	0.6 (0.4)	0 (0.0)	0.6 (0.4)
会津・南会津	372.2 (131.0)	288 (101.4)	84.2 (29.6)	16.1 (5.7)	13 (4.6)	3.1 (1.1)
会津	359.6 (140.8)	277 (108.5)	82.6 (32.3)	16.1 (6.3)	13 (5.1)	3.1 (1.2)
南会津	12.6 (43.8)	11 (38.3)	1.6 (5.6)	0.0 (0.0)	0 (0.0)	0.0 (0.0)
相双	134.4 (73.8)	82 (45.0)	52.4 (28.8)	7.2 (4.0)	5 (2.7)	2.2 (1.2)
いわき	329.2 (98.6)	253 (75.8)	76.2 (22.8)	9.0 (2.7)	9 (2.7)	0.0 (0.0)
福島県	2,540.8 (129.3)	1,982 (100.8)	558.8 (28.4)	172.7 (8.8)	152 (7.7)	20.7 (1.1)
全国	210,112.4 (163.9)	169,600 (132.3)	40,512.4 (31.6)	10,006.1 (7.8)	7,985 (6.2)	2,021.1 (1.6)

区域	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	看護業務補助者
県北	155.0 (32.1)	23.9 (5.0)	89.6 (18.6)	2,714.8 (562.4)	570.2 (118.1)	686.9 (142.3)
県中	188.5 (35.2)	164.1 (30.6)	95.3 (17.8)	3,197.4 (597.1)	706.7 (132.0)	739.2 (138.1)
県南	35.0 (23.8)	10.0 (6.8)	32.6 (22.1)	700.6 (475.8)	184.5 (125.3)	97.9 (66.5)
会津・南会津	100.6 (35.4)	33.0 (11.6)	50.5 (17.8)	1,888.6 (664.7)	527.6 (185.7)	400.8 (141.1)
会津	95.6 (37.4)	33.0 (12.9)	49.5 (19.4)	1,799.6 (704.7)	521.6 (204.2)	394.8 (154.6)
南会津	5.0 (17.4)	0.0 (0.0)	1.0 (3.5)	89.0 (309.7)	6.0 (20.9)	6.0 (20.9)
相双	24.8 (13.6)	2.0 (1.1)	16.0 (8.8)	448.5 (246.4)	167.5 (92.0)	142.5 (78.3)
いわき	105.2 (31.5)	1.0 (0.3)	27.3 (8.2)	1,836.0 (550.0)	606.9 (181.8)	526.0 (157.6)
福島県	609.1 (31.0)	234.0 (11.9)	311.3 (15.8)	10,785.9 (548.8)	2,763.4 (140.6)	2,593.3 (131.9)
全国	46,663.4 (36.4)	5,272.1 (4.1)	22,223.8 (17.3)	767,700.8 (598.7)	135,799.0 (105.9)	196,696.0 (153.4)

	理学療法士 (PT)	作業療法士 (OT)	視能訓練士	言語聴覚士	歯科衛生士	診療放射線技師
県北	225.6 (46.7)	138.8 (28.8)	21.0 (4.4)	49.6 (10.3)	16.6 (3.4)	168.2 (34.8)
県中	355.5 (66.4)	198.5 (37.1)	25.1 (4.7)	72.0 (13.4)	53.2 (9.9)	212.0 (39.6)
県南	28.2 (19.2)	20.8 (14.1)	5.0 (3.4)	6.8 (4.6)	0.9 (0.6)	44.4 (30.2)
会津・南会津	157.2 (55.3)	106.8 (37.6)	7.1 (2.5)	33.0 (11.6)	17.6 (6.2)	105.4 (37.1)
会津	154.2 (60.4)	106.8 (41.8)	6.1 (2.4)	33.0 (12.9)	17.6 (6.9)	99.4 (38.9)
南会津	3.0 (10.4)	0.0 (0.0)	1.0 (3.5)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	6.0 (20.9)
相双	20.0 (11.0)	13.8 (7.6)	1.0 (0.5)	3.0 (1.6)	9.0 (4.9)	37.8 (20.8)
いわき	128.0 (38.3)	74.1 (22.2)	3.0 (0.9)	27.0 (8.1)	5.0 (1.5)	101.5 (30.4)
福島県	914.5 (46.5)	552.8 (28.1)	62.2 (3.2)	191.4 (9.7)	102.3 (5.2)	669.3 (34.1)
全国	66,151.4 (51.6)	39,786.2 (31.0)	3,968.2 (3.1)	13,493.4 (10.5)	5,362.6 (4.2)	42,257.8 (33.0)

	臨床検査技師	臨床工学士	管理栄養士	精神保健福祉士	社会福祉士	介護福祉士
県北	218.5 (45.3)	97.0 (20.1)	80.6 (16.7)	36.0 (7.5)	38.0 (7.9)	54.1 (11.2)
県中	275.4 (51.4)	96.1 (17.9)	103.5 (19.3)	34.0 (6.3)	56.0 (10.5)	206.0 (38.5)
県南	57.9 (39.3)	39.0 (26.5)	20.0 (13.6)	8.0 (5.4)	8.5 (5.8)	26.0 (17.7)
会津・南会津	133.1 (46.8)	51.0 (18.0)	67.3 (23.7)	24.0 (8.4)	20.0 (7.0)	180.7 (63.6)
会津	130.1 (50.9)	49.0 (19.2)	66.3 (26.0)	24.0 (9.4)	20.0 (7.8)	180.7 (70.8)
南会津	3.0 (10.4)	2.0 (7.0)	1.0 (3.5)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)
相双	38.0 (20.9)	21.0 (11.5)	15.0 (8.2)	4.0 (2.2)	4.0 (2.2)	6.0 (3.3)
いわき	139.3 (41.7)	53.0 (15.9)	58.0 (17.4)	24.0 (7.2)	18.0 (5.4)	110.8 (33.2)
福島県	862.2 (43.9)	357.1 (18.2)	344.4 (17.5)	130.0 (6.6)	144.5 (7.4)	583.6 (29.7)
全国	52,961.5 (41.3)	17,918.9 (14.0)	21,206.7 (16.5)	8,870.1 (6.9)	9,258.6 (7.2)	42,987.9 (33.5)

資料：平成26年病院報告（厚生労働省）、（ ）内は人口10万対

計算に用いた人口は「平成27年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口」（総務省）

3 主たる診療科別にみた医療施設従事医師数

主たる診療科名	全国	人口 10万対	福島県	人口 10万対	県北	人口 10万対	県中	人口 10万対
	総数	296,845	231.5	3,653	186.0	1,268	262.7	988
内科	61,317	47.8	830	42.3	246	51.0	214	40.0
呼吸器内科	5,555	4.3	54	2.7	22	4.6	17	3.2
循環器内科	11,992	9.4	141	7.2	46	9.5	41	7.7
消化器内科(胃腸内科)	13,805	10.8	183	9.3	67	13.9	37	6.9
腎臓内科	3,929	3.1	35	1.8	22	4.6	2	0.4
神経内科	4,657	3.6	56	2.9	27	5.6	17	3.2
糖尿病内科(代謝内科)	4,446	3.5	41	2.1	16	3.3	11	2.1
血液内科	2,534	2.0	29	1.5	17	3.5	6	1.1
皮膚科	8,850	6.9	80	4.1	31	6.4	22	4.1
アレルギー科	185	0.1	1	0.1	0	0.0	1	0.2
リウマチ科	1,422	1.1	17	0.9	7	1.5	5	0.9
感染症内科	443	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
小児科	16,758	13.1	207	10.5	75	15.5	61	11.4
精神科	15,187	11.8	205	10.4	62	12.8	56	10.5
心療内科	903	0.7	11	0.6	2	0.4	5	0.9
外科	15,383	12.0	242	12.3	73	15.1	57	10.7
呼吸器外科	1,772	1.4	25	1.3	12	2.5	8	1.5
心臓血管外科	3,048	2.4	46	2.3	18	3.7	14	2.6
乳腺外科	1,622	1.3	13	0.7	8	1.7	4	0.7
気管食道外科	79	0.1	1	0.1	1	0.2	0	0.0
消化器外科(胃腸外科)	4,934	3.8	34	1.7	18	3.7	5	0.9
泌尿器科	6,837	5.3	94	4.8	32	6.6	24	4.5
肛門外科	432	0.3	4	0.2	1	0.2	1	0.2
脳神経外科	7,147	5.6	90	4.6	34	7.0	25	4.7
整形外科	20,996	16.4	285	14.5	84	17.4	77	14.4
形成外科	2,377	1.9	35	1.8	12	2.5	9	1.7
美容外科	497	0.4	1	0.1	1	0.2	0	0.0
眼科	12,938	10.1	149	7.6	50	10.4	42	7.8
耳鼻いんこう科	9,211	7.2	127	6.5	47	9.7	37	6.9
小児外科	773	0.6	10	0.5	4	0.8	3	0.6
産婦人科	10,575	8.2	122	6.2	48	9.9	35	6.5
産科	510	0.4	4	0.2	2	0.4	0	0.0
婦人科	1,803	1.4	31	1.6	8	1.7	9	1.7
リハビリテーション科	2,301	1.8	14	0.7	8	1.7	4	0.7
放射線科	6,169	4.8	57	2.9	23	4.8	22	4.1
麻酔科	8,625	6.7	90	4.6	30	6.2	34	6.4
病理診断科	1,766	1.4	20	1.0	10	2.1	5	0.9
臨床検査科	555	0.4	10	0.5	3	0.6	3	0.6
救急科	3,011	2.3	29	1.5	12	2.5	1	0.2
臨床研修医	15,340	12.0	182	9.3	64	13.3	64	12.0
全科	179	0.1	4	0.2	2	0.4	2	0.4
その他	4,640	3.6	41	2.1	22	4.6	8	1.5
不詳	1,342	1.0	3	0.2	1	0.2	0	0.0

資料：平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

人口は「平成27年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口」（総務省）

主たる診療科名	県南		会津		南会津		相双		いわき	
		人口 10万対		人口 10万対		人口 10万対		人口 10万対		人口 10万対
総数	194	131.8	462	181.0	27	94.1	153	84.2	561	168.1
内科	53	36.0	114	44.7	16	55.7	43	23.7	144	43.1
呼吸器内科	2	1.4	4	1.6	0	0.0	1	0.6	8	2.4
循環器内科	12	8.2	14	5.5	0	0.0	8	4.4	20	6.0
消化器内科(胃腸内科)	7	4.8	25	9.8	0	0.0	10	5.5	37	11.1
腎臓内科	1	0.7	3	1.2	0	0.0	1	0.6	6	1.8
神経内科	0	0.0	4	1.6	0	0.0	1	0.6	7	2.1
糖尿病内科(代謝内科)	2	1.4	4	1.6	0	0.0	1	0.6	7	2.1
血液内科	1	0.7	2	0.8	0	0.0	0	0.0	3	0.9
皮膚科	3	2.0	11	4.3	0	0.0	4	2.2	9	2.7
アレルギー科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
リウマチ科	0	0.0	1	0.4	0	0.0	2	1.1	2	0.6
感染症内科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
小児科	12	8.2	20	7.8	3	10.5	8	4.4	28	8.4
精神科	18	12.2	27	10.6	0	0.0	12	6.6	30	9.0
心療内科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	1.2
外科	13	8.8	36	14.1	2	7.0	20	11.0	41	12.3
呼吸器外科	1	0.7	4	1.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
心臓血管外科	2	1.4	6	2.4	0	0.0	0	0.0	6	1.8
乳腺外科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3
気管食道外科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
消化器外科(胃腸外科)	4	2.7	2	0.8	0	0.0	0	0.0	5	1.5
泌尿器科	5	3.4	13	5.1	0	0.0	2	1.1	18	5.4
肛門外科	0	0.0	1	0.4	0	0.0	0	0.0	1	0.3
脳神経外科	3	2.0	11	4.3	0	0.0	5	2.8	12	3.6
整形外科	16	10.9	38	14.9	5	17.4	11	6.1	54	16.2
形成外科	0	0.0	5	2.0	0	0.0	1	0.6	8	2.4
美容外科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
眼科	8	5.4	19	7.4	0	0.0	5	2.8	25	7.5
耳鼻いんこう科	7	4.8	17	6.7	1	3.5	2	1.1	16	4.8
小児外科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.9
産婦人科	7	4.8	13	5.1	0	0.0	3	1.7	16	4.8
産科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.6
婦人科	0	0.0	4	1.6	0	0.0	1	0.6	9	2.7
リハビリテーション科	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3
放射線科	3	2.0	5	2.0	0	0.0	1	0.6	3	0.9
麻酔科	3	2.0	12	4.7	0	0.0	4	2.2	7	2.1
病理診断科	1	0.7	3	1.2	0	0.0	0	0.0	1	0.3
臨床検査科	1	0.7	1	0.4	0	0.0	0	0.0	2	0.6
救急科	0	0.0	8	3.1	0	0.0	2	1.1	6	1.8
臨床研修医	6	4.1	30	11.8	0	0.0	5	2.8	13	3.9
全科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	2	1.4	4	1.6	0	0.0	0	0.0	5	1.5
不詳	0	0.0	1	0.4	0	0.0	0	0.0	1	0.3

4 平成25年度 NDB データによる患者受療動向

○一般入院基本料（7対1，10対1）

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率	
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県				
患者 住所 地	県北	36,980	2,488	102	203		331	138	830	41,072	-2,507	90%
	県中	225	39,039	1,225	227		25	501	744	41,986	4,378	93%
	県南	50	2,277	11,192	63				375	13,957	-454	80%
	会津	95	861	27	29,916	77	22	269	528	31,795	1,392	94%
	南会津	12	59	10	2,279	1,461			97	3,918	-2,380	37%
	相双	348	324	17	37		9,432	407	1,486	12,051	-1,946	78%
	いわき	115	666	70	172		24	26,475	1,497	29,019	-175	91%
	他県	740	650	860	290		271	1,054				
総計	38,565	46,364	13,503	33,187	1,538	10,105	28,844					

○回復期リハビリテーション病棟入院料

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率	
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県				
患者 住所 地	県北	3,594	195						22	3,811	-32	94%
	県中	36	2,324	126				15	36	2,537	237	92%
	県南	22	189	230					34	475	-119	48%
	会津		41		1,147			10		1,198	71	96%
	南会津				122				10	132	-132	0%
	相双	42						37	47	126	-126	0%
	いわき		25					1,377	82	1,484	-8	93%
	他県	85						37				
総計	3,779	2,774	356	1,269			1,476					

○療養病棟入院基本料

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率	
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県				
患者 住所 地	県北	1,183	287	18	44		49	64	162	1,807	-568	65%
	県中	35	6,845	296	35		82	171	112	7,576	260	90%
	県南		113	996					100	1,209	173	82%
	会津	21	113		6,380			43	40	6,597	267	97%
	南会津				357					357	-357	0%
	相双		174		13		2,081	127	348	2,743	-254	76%
	いわき		260	26			265	9,963	239	10,753	45	93%
	他県		44	46	35		12	430				
総計	1,239	7,836	1,382	6,864		2,489	10,798					

○悪性腫瘍患者（主病名・入院）

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率	
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県				
患者 住所 地	県北	9,129	832	29	15		32	29	229	10,295	-190	89%
	県中	185	9,675	248	18		17	122	258	10,523	2,190	92%
	県南	101	846	2,159	10				134	3,250	-710	66%
	会津	111	423	10	5,638		11	70	201	6,464	-236	87%
	南会津	11	29		511	184			16	751	-567	25%
	相双	345	95				1,458	89	759	2,746	-1,169	53%
	いわき	75	325		21			6,703	491	7,615	-327	88%
	他県	148	488	94	15		59	275				
総計	10,105	12,713	2,540	6,228	184	1,577	7,288					

○胃悪性腫瘍患者（主病名・入院）

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率	
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県				
患者 住所 地	県北	1,297	157				10		19	1,483	-162	87%
	県中		1,416	50				17		1,483	297	95%
	県南		123	316						439	-59	72%
	会津		53		971					1,024	19	95%
	南会津				72	39				111	-72	35%
	相双	12					310	11		371	-51	84%
	いわき		31					928		995	-9	93%
	他県	12		14					30			
総計	1,321	1,780	380	1,043	39	320	986					

○大腸悪性腫瘍患者（主病名・入院）

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率		
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県					
患者 住所 地	県北	910	63						22	995	-74	91%	
	県中		1,099	43				10		1,152	138	95%	
	県南		83	402						485	-40	83%	
	会津		21		644					665	-1	97%	
	南会津				20	37				57	-20	65%	
	相双						265			23	288	-23	92%
	いわき		24					897		934	-3	96%	
	他県	11							24				
総計	921	1,290	445	664	37	265	931						

○直腸悪性腫瘍患者（主病名・入院）

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率		
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県					
患者 住所 地	県北	527	71						11	609	-82	87%	
	県中		636	25				12	12	685	153	93%	
	県南		98	188						286	-73	66%	
	会津		22		370					392	-8	94%	
	南会津				14	17				31	-14	55%	
	相双						125			41	166	-41	75%
	いわき		11					425		10	446	8	95%
	他県								17				
総計	527	838	213	384	17	125	454						

○肺悪性腫瘍患者（主病名・入院）

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率	
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県				
患者 住所 地	県北	1,235	111						14	1,360	-57	91%
	県中		1,374	15			12	19		1,420	319	97%
	県南		86	279						365	-71	76%
	会津		68		670			25		763	-9	88%
	南会津				84	18				102	-84	18%
	相双	55	15				123	13	155	361	-226	34%
	いわき		85					919	93	1,097	-111	84%
	他県	13							10			
総計	1,303	1,739	294	754	18	135	986					

○乳房悪性腫瘍患者（主病名・入院）

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率	
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県				
患者 住所 地	県北	332	44						14	390	-36	85%
	県中		349							349	69	100%
	県南		25	57						82	-25	70%
	会津	11			222					233	4	95%
	南会津				15					15	-15	0%
	相双	11					69			123	-54	56%
	いわき							257		257	21	100%
	他県								21			
総計	354	418	57	237		69	278					

○肝悪性腫瘍患者（主病名・入院）

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率	
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県				
患者 住所 地	県北	623	41							664	-6	94%
	県中		675					18	13	706	104	96%
	県南		36	96						132	-25	73%
	会津	10	24		376				25	435	-25	86%
	南会津				34	18				52	-34	35%
	相双	25	20				96		40	181	-85	53%
	いわき		14					561	12	587	14	96%
	他県			11						22		
総計	658	810	107	410	18	96	601					

○癌の化学療法（入院）

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率	
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県				
患者 住所 地	県北	2,881	327				12		66	3,286	-51	88%
	県中	67	3,439	85				31	71	3,693	915	93%
	県南	47	385	691					60	1,183	-368	58%
	会津	55	153		1,693				53	1,954	-92	87%
	南会津		18		169	55				242	-187	23%
	相双	115	29				489	32	257	922	-402	53%
	いわき	28	113					1,811	205	2,157	-185	84%
	他県	42	144	39			19	98				
総計	3,235	4,608	815	1,862	55	520	1,972					

○癌の化学療法（外来）

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率	
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県				
患者 住所 地	県北	4,534	621		12		63	22	135	5,387	-407	84%
	県中	114	8,214	118			10	64	68	8,588	1,460	96%
	県南	32	723	1,400				12	61	2,228	-553	63%
	会津	44	238		3,342			26	47	3,697	-81	90%
	南会津		19		242	229			12	502	-273	46%
	相双	140	50				860	38	436	1,524	-545	56%
	いわき	15	160		20			3,964	333	4,492	-126	88%
	他県	101	23	157			46	240				
総計	4,980	10,048	1,675	3,616	229	979	4,366					

○癌の放射線治療（入院）

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率	
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県				
患者 住所 地	県北	311	94						405	-39	77%	
	県中		550				12		562	432	98%	
	県南	10	110	121					241	-120	50%	
	会津		86		177				12	275	-58	64%
	南会津		12		40					52	-52	0%
	相双	45	10						118	173	-173	0%
	いわき		38				269		57	364	-66	74%
	他県		94					17				
総計	366	994	121	217			298					

○癌の放射線治療（外来）

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率	
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県				
患者 住所 地	県北	467	107						574	-71	81%	
	県中		505						505	239	100%	
	県南		63	85					148	-63	57%	
	会津		29		401				430	8	93%	
	南会津				37				37	-37	0%	
	相双	36							47	83	-83	0%
	いわき		30				243		273	-30	89%	
	他県		10									
総計	503	744	85	438			243					

○脳梗塞、一過性脳虚血発作患者（主病名・入院）

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率	
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県				
患者 住所 地	県北	6,433	472	12	13		37	14	106	7,087	-404	91%
	県中	85	6,320	240	48		24	76	80	6,873	546	92%
	県南	17	272	1,372					36	1,697	-22	81%
	会津		129		4,622			23	68	4,842	125	95%
	南会津				258	81				339	-258	24%
	相双	64	70		15		1,726	77	392	2,344	-538	74%
	いわき		138	17			19	5,038	239	5,451	-94	92%
	他県	84	18	34	11			129				
総計	6,683	7,419	1,675	4,967	81	1,806	5,357					

○脳出血患者（主病名・入院）

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率	
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県				
患者 住所 地	県北	960	67							1,027	-54	93%
	県中	13	1,200	56				11		1,280	56	94%
	県南		52	259					22	333	-6	78%
	会津				1,086				10	1,096	91	99%
	南会津				83					83	-83	0%
	相双						71	13	57	141	-70	50%
	いわき		17		18			752		787	10	96%
	他県			12				21				
総計	973	1,336	327	1,187		71	797					

○くも膜下出血患者（主病名・入院）

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県			
患者 住所 地	県北	243							243	12	100%
	県中		375					12	387	5	97%
	県南		17	55					72	-17	76%
	会津				234				234	62	100%
	南会津				62				62	-62	0%
	相双						54		65	-11	83%
	いわき							118	118	0	100%
	他県	12									
総計	255	392	55	296		54	118				

○狭心症患者（主病名・入院）

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率	
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県				
患者 住所 地	県北	2,086	142				28		30	2,286	-116	91%
	県中		2,303	48				45		2,396	340	96%
	県南		144	420						564	-63	74%
	会津		72		2,437			16	13	2,538	76	96%
	南会津				163	55				218	-163	25%
	相双	62	24				764	18	82	950	-145	80%
	いわき		51		14			1,572	93	1,730	3	91%
	他県	22		33			13		82			
総計	2,170	2,736	501	2,614	55	805	1,733					

○急性心筋梗塞患者（主病名・入院）

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率	
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県				
患者 住所 地	県北	348	24				12			384	-26	91%
	県中		371							371	45	100%
	県南		21	79						100	-21	79%
	会津				182					182	22	100%
	南会津				22					22	-22	0%
	相双	10					103		13	126	-11	82%
	いわき							317		317	0	100%
	他県											
総計	358	416	79	204		115	317					

○2次救急医療の体制（入院） ※救急医療管理加算、救急救命管理料

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率	
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県				
患者 住所 地	県北	8,478	372	19	20		98	33	165	9,185	-374	92%
	県中	51	6,527	399	26			127	124	7,254	177	90%
	県南	10	246	4,155					20	4,431	433	94%
	会津	26	140		4,795		13	61	61	5,096	-2	94%
	南会津				210	57				267	-210	21%
	相双	92	49				2,542	88	340	3,111	-421	82%
	いわき	16	55	31	19			6,109	238	6,468	161	94%
	他県	138	42	260	24		37	211				
総計	8,811	7,431	4,864	5,094	57	2,690	6,629					

○3次救急医療の体制（入院） ※救命救急入院料

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県			
患者 住所 地	県北	379	23						402	16	94%
	県中	13	469				30		512	5	92%
	県南		25						25	-25	0%
	会津				320		11		331	26	97%
	南会津				37				37	-37	0%
	相双	26					34		60	-60	0%
	いわき						1,248	14	1,262	83	99%
	他県							22			
総計	418	517		357							

○乳幼児の入院医療体制 ※乳幼児加算・幼児加算

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県			
患者 住所 地	県北	252	26						278	2	91%
	県中	28	220						248	13	89%
	県南		15	51					66	-15	77%
	会津				168				168	0	100%
	南会津					31			31	0	100%
	相双						170		170	0	100%
	いわき							56	56	0	100%
	他県										
総計	280	261	51	168	31	170	56				

○小児の入院医療体制 ※小児入院医療管理料

(レセプト数)	医療機関所在地								総計	流入 -流出	圏域内 自足率
	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	他県			
患者 住所 地	県北	227	114					11	352	-64	64%
	県中	34	664				12	10	720	152	92%
	県南		49	112					161	-49	70%
	会津	13	20		210				243	-22	86%
	南会津		15		11				26	-26	0%
	相双	14	10						37	61	0%
	いわき						260	33	293	-8	89%
	他県							13			
総計	288	872	112	221							

資料：厚生労働省提供データ

5 年齢調整標準化レセプト出現比（SCR：Standardized Claim Ratio）

区分	指標名	入外区分	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき
外来診療体制	初診料	入院	92.4	106.5	97.2	81.5	90.9	46.0	54.1	97.7
	初診料	外来	94.5	98.4	100.5	88.3	94.1	57.2	54.3	107.1
	初診料	全体	94.4	98.5	100.4	88.2	94.1	57.0	54.3	107.0
	初診料_時間外加算	入院	90.0	97.2	89.6	76.2	94.9	53.4	49.7	109.5
	初診料_時間外加算	外来	95.5	110.2	111.8	78.4	100.4	53.8	34.3	88.1
	初診料_時間外加算	全体	95.2	109.5	110.8	78.3	100.0	53.8	35.1	89.2
	外来診療料	外来	92.4	120.3	110.3	67.1	113.9		52.3	50.1
	外来診療料_時間外加算	外来	102.3	94.1	112.8	98.7	228.4		66.5	26.6
	再診料	外来	104.1	103.4	108.3	93.2	98.8	76.7	64.9	132.5
	再診料_時間外加算	外来	77.7	84.6	92.6	59.7	67.1	24.3	12.3	101.3
	再診料・外来診察料(再掲)	外来	102.1	106.2	108.6	88.9	101.3	64.2	62.8	119.0
	再診料・外来診療料_時間外(再掲)	外来	101.8	106.6	92.3	116.5	150.5	109.3	68.7	80.0
入院診療体制	一般入院基本料	入院	99.4	92.3	118.4	97.2	119.1	39.0	57.9	96.3
	一般入院基本料(7, 10対1)(再掲)	入院	98.4	85.8	113.8	103.8	125.3	42.8	56.3	98.9
	一般入院基本料(13, 15対1)(再掲)	入院	113.8	177.4	182.4		52.7		78.2	59.8
	DPC入院(再掲)	入院	89.6	108.2	113.9	70.7	114.5			73.8
	療養病棟入院基本料	入院	69.4	11.2	74.0	43.3	98.9		56.0	152.7
	一般病棟・療養病棟入院基本料	入院								
	結核病棟入院基本料	入院	63.2	64.5		145.2	104.6			127.5
	精神病棟入院基本料	入院	124.7	119.5	130.8	195.9	223.2		45.1	69.8
	特定機能病院一般入院基本料	入院	58.3	236.9						
	専門病院入院基本料	入院	155.0		604.7					
	障害者施設等入院基本料	入院	73.2	64.9	88.5	72.4	30.7			151.8
	有床診療所入院基本料	入院	115.3	92.7	123.3	80.7	124.9	77.8	81.6	166.6
有床診療所療養病床入院基本料	入院	27.8	77.9	5.4			247.4		8.5	
特定入院料	救命救急入院料	入院	76.9	56.4	61.4		68.1			225.9
	特定集中治療室管理料(ICU)	入院	76.9	23.8	152.5		187.9			33.0
	新生児特定集中治療室管理料(NICU)	入院	111.2		215.5		203.7			135.4
	総合周産期特定集中治療室管理料(MFICU)	入院	39.5	167.5						
	特殊疾患病棟入院料等	入院	152.5	217.9	394.4					
	小児入院医療管理料	入院	93.3	76.3	145.6	81.6	107.3			81.3
	回復期リハビリテーション病棟入院料	入院	67.4	107.3	80.3	33.4	59.0			60.2
	特殊疾患病棟入院料	入院	157.5	221.2	411.3					
	緩和ケア病棟入院料	入院	62.9	37.9	110.8					157.8
	精神科救急入院料	入院	115.3		235.0		395.3			
	精神科急性期治療病棟入院料	入院	112.0	147.3	178.5		68.5			111.6
	精神療養病棟入院料	入院	108.3	150.4	76.3		27.3			280.8
	認知症治療病棟入院料	入院	74.6	37.6	144.6		122.3		11.6	63.9
	ハイケアユニット入院医療管理料(HCU)	入院	89.0			72.7	393.5			155.2
	亜急性期入院医療管理料	入院	54.7	45.1	71.4	162.8	25.8		39.5	40.6
	脳卒中ケアユニット入院医療管理料(SCU)	入院								
	新生児治療回復室入院医療管理料(GCU)	入院	77.9	72.9	213.8					
連携	夜間・休日診療体制	入院	2.9						30.0	
	夜間・休日診療体制	外来	4.9						53.0	
	夜間・休日診療体制	全体	4.8						51.5	
その他	開放型病院共同指導料	入院	83.7	158.6	123.4				42.9	60.5
	開放型病院共同指導料	外来	86.9	158.7	133.1				44.4	64.6
	開放型病院共同指導料	全体	85.3	158.6	128.2				43.6	62.5

区分	指標名	入外区分	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき
胃癌	胃悪性腫瘍患者	入院	95.3	84.0	113.3	94.0	113.5	39.2	70.2	91.5
	胃悪性腫瘍患者	外来	99.7	102.0	122.6	60.2	95.8	86.2	68.9	101.6
	胃悪性腫瘍患者(主病名)	入院	113.7	105.6	141.5	102.4	133.7	31.1	62.3	111.9
	胃悪性腫瘍患者(主病名)	外来	137.8	145.0	176.2	74.2	133.9	72.3	97.6	132.7
	胃癌の内視鏡的手術	全体	120.1	119.1	171.2	80.9	128.3	5.5	75.3	95.7
	胃のESD(内視鏡的粘膜下層剥離術)	入院	121.6	133.0	168.8	69.2	144.0		77.4	78.9
	胃癌の試験開腹術等	入院	112.6	80.4	151.3	159.3	190.7	17.0	24.9	77.3
	胃癌の全摘術等	入院	115.4	101.0	160.9	88.2	129.3	10.7	58.8	113.7
	UBT(尿素呼気試験)	入院	16.1	4.1	32.1	18.7	20.1	26.6	14.0	5.0
	UBT(尿素呼気試験)	外来	45.8	34.5	42.9	32.7	80.3	73.8	22.8	55.1
	UBT(尿素呼気試験)	全体	44.5	33.1	42.4	32.1	77.4	71.3	22.4	52.8
	胃・十二指腸内視鏡検査	入院	98.5	90.6	112.2	119.9	111.6	25.3	59.3	101.0
	胃・十二指腸内視鏡検査	外来	113.0	96.9	113.8	106.2	143.7	125.4	70.4	135.8
	胃・十二指腸内視鏡検査	全体	111.4	96.2	113.6	107.8	139.8	112.4	69.1	131.9
一次除菌(パック製剤による)	入院	59.7	65.5	24.9	48.4	83.8		79.9	83.3	
一次除菌(パック製剤による)	外来	141.7	135.4	128.5	69.4	199.8	164.7	90.2	182.3	
一次除菌(パック製剤による)	全体	140.8	134.6	127.5	69.2	198.6	162.8	90.1	181.3	
大腸癌	大腸悪性腫瘍患者	入院	97.6	81.0	104.9	103.4	98.9	42.8	94.8	116.2
	大腸悪性腫瘍患者	外来	84.9	89.6	101.7	41.9	90.2	79.0	48.2	88.9
	大腸悪性腫瘍患者(主病名)	入院	109.3	92.8	127.7	139.9	99.8	34.2	66.6	135.8
	大腸悪性腫瘍患者(主病名)	外来	99.5	111.1	115.4	37.4	101.3	60.0	65.9	108.0
	大腸癌の内視鏡的手術	入院	100.3	90.2	72.1	66.3	150.9	7.9	30.0	179.0
	大腸癌の内視鏡的手術	外来	37.0	7.2	31.6	19.9	92.5	48.1	22.1	57.1
	大腸癌の内視鏡的手術	全体	81.7	65.7	60.2	52.6	133.8	19.6	27.7	143.0
	大腸癌の結腸切除術等	入院	93.3	80.7	116.6	63.0	145.4	18.4	42.8	83.2
	直腸悪性腫瘍患者	入院	105.9	92.0	118.5	124.2	123.5	36.3	65.9	115.5
	直腸悪性腫瘍患者	外来	90.8	91.6	105.8	60.3	95.1	71.7	59.0	97.1
	直腸悪性腫瘍患者(主病名)	入院	108.2	94.9	142.5	113.6	111.0	27.9	48.7	115.2
	直腸悪性腫瘍患者(主病名)	外来	106.0	112.6	137.1	51.7	99.1	59.8	60.6	110.5
	直腸癌の内視鏡的手術	入院	159.2	71.3	108.8	137.9	297.0		28.4	347.9
	直腸癌の内視鏡的手術	外来	34.0	3.6	28.1		154.0	49.3		20.8
直腸癌の内視鏡的手術	全体	111.5	45.5	78.0	85.3	242.9	18.5	17.6	222.7	
直腸癌の骨盤内臓全摘術等	入院	99.0	83.0	138.8	93.5	91.8	16.7	35.5	116.8	
肝癌	肝悪性腫瘍患者	入院	90.6	91.4	84.0	134.5	89.1	33.1	73.3	98.7
	肝悪性腫瘍患者	外来	73.1	67.1	90.6	69.5	82.6	34.7	41.0	72.0
	肝悪性腫瘍患者(主病名)	入院	79.4	81.7	95.6	47.1	80.6	20.7	25.3	103.2
	肝悪性腫瘍患者(主病名)	外来	76.5	70.3	98.8	48.4	85.8	18.1	31.2	89.1
	肝癌のマイクロ波凝固法等	入院	34.9	36.2	42.2	17.4	15.4			70.6
	肝癌の肝切除・部分切除等	入院	72.3	81.1	107.6	31.6	89.8		3.3	56.7
	肝癌の塞栓術	入院	62.8	72.6	73.6	52.9	56.3			86.4
	乳癌	乳房悪性腫瘍患者	入院	78.2	85.8	86.7	51.4	93.8	4.0	42.0
乳房悪性腫瘍患者		外来	80.6	99.4	99.3	32.2	72.8	15.7	49.1	76.3
乳房悪性腫瘍患者(主病名)		入院	81.1	90.1	101.7	39.1	81.4	3.7	38.5	86.1
乳房悪性腫瘍患者(主病名)		外来	80.8	113.9	92.1	20.9	71.2	9.5	41.5	78.3
乳癌の根治的手術		入院	80.7	91.4	110.3	35.3	78.0		35.0	74.7
乳癌のその他手術		入院	48.8	111.1	25.5	13.3	59.0		10.4	28.5
乳癌のその他手術		外来	28.0	27.5	39.9	19.8	43.7		5.1	16.9
乳癌のその他手術		全体	34.9	55.2	35.1	17.7	48.8		6.9	20.7
センチネルリンパ節		入院	61.8	73.2	119.7		90.7			
マンモグラフィー		入院	136.4	147.4	203.1	23.9	241.5		55.2	40.9
マンモグラフィー		外来	84.5	97.7	91.6	41.8	70.9	3.9	39.2	114.9
マンモグラフィー	全体	84.9	98.1	92.4	41.6	72.3	3.9	39.3	114.3	

区分	指標名	入外区分	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき
肺癌	肺悪性腫瘍患者	入院	92.4	96.5	88.5	112.0	95.6	52.3	48.6	111.2
	肺悪性腫瘍患者	外来	83.9	91.3	100.1	64.6	80.0	38.8	30.1	96.7
	肺悪性腫瘍患者(主病名)	入院	84.0	85.7	114.3	69.0	78.0	12.9	21.1	93.0
	肺悪性腫瘍患者(主病名)	外来	88.1	98.5	108.7	49.2	99.7	11.5	22.7	95.8
	肺癌の手術等	入院	84.0	107.4	132.4	65.6	83.1			43.8
癌診療	悪性腫瘍患者	入院	91.9	93.7	110.8	82.9	105.2	22.1	38.6	93.0
	悪性腫瘍患者	外来	91.0	102.5	102.7	47.6	92.7	52.7	54.1	99.7
	悪性腫瘍患者(主傷病)	入院	97.6	102.9	124.4	77.6	97.7	18.3	35.8	103.0
	悪性腫瘍患者(主傷病)	外来	101.1	118.6	119.9	47.8	101.5	33.6	56.1	103.5
	がん診療連携拠点病院による集学的治療の体制	入院	61.2	24.9	106.9	94.2	35.5			93.9
	結腸等の内視鏡的手術(全体)	入院	105.2	105.6	118.1	100.5	125.9	14.6	82.0	93.4
	結腸等の内視鏡的手術(全体)	外来	39.5	11.9	36.9	14.9	65.3	116.5	11.6	80.6
	結腸等の内視鏡的手術(全体)	全体	70.3	55.8	74.7	54.9	94.0	67.4	44.7	86.6
癌治療(その他)	癌の化学療法	入院	102.5	111.1	143.8	80.6	94.7	16.4	36.5	90.8
	癌の化学療法	外来	87.5	70.9	137.5	68.6	83.9	32.8	32.0	84.9
	癌の化学療法	全体	92.1	83.3	139.4	72.3	87.3	27.7	33.4	86.7
	無菌室治療	入院	69.0	85.2	32.0	85.3	195.6			40.6
	放射線治療	入院	93.8	71.8	189.6	72.9	65.2			79.1
	放射線治療	外来	85.4	87.7	124.5	48.4	117.5			69.9
	放射線治療	全体	89.2	80.5	153.6	59.4	93.6			74.1
	放射線治療(内用療法)	外来	41.3	66.2	59.8	114.0	2.3			
	放射線治療(内用療法)	全体	41.8	65.7	50.5	158.4	1.9			
	放射線治療(密封小線源)	入院	35.5	58.9	7.1		52.9			68.6
	放射線治療(密封小線源)	全体	57.1	69.2	97.4		41.4			53.9
	放射線治療専任加算	入院	80.1	95.1	154.0	113.6	65.9			
	放射線治療専任加算	外来	75.9	114.0	109.1	67.8	106.9			
	放射線治療専任加算	全体	77.9	105.0	130.3	89.6	87.1			
	画像誘導放射線治療加算	入院	124.0	95.3	321.7		132.7			
	画像誘導放射線治療加算	外来	110.3	141.6	138.9		285.3			
	画像誘導放射線治療加算	全体	115.7	123.6	210.5		226.0			
	外来放射線治療加算	外来	66.9	102.9	90.7	59.1	100.4			
	外来化学療法加算	外来	80.8	77.0	96.5	49.2	99.8	18.8	1.4	111.8
	抗悪性腫瘍剤の処方管理	外来	65.7	79.5	104.7	0.1	7.0		94.0	55.8
	緩和ケアの診療体制(緩和ケア病棟)	入院	66.6	38.1	118.0					168.1
	緩和ケアの診療体制(緩和ケアチーム)	入院								
	がん性疼痛緩和の診療体制	入院	71.4	88.7	80.1	16.4	17.0	7.6		151.1
	がん性疼痛緩和の診療体制	外来	37.2	34.7	47.3		63.0	11.1	0.4	43.7
	がん性疼痛緩和の診療体制	全体	53.7	60.8	63.1	7.9	40.6	9.4	0.2	95.4
	がん診療連携の体制(計画策定病院)	入院	9.2	24.9	3.0					13.5
	がん診療連携の体制(計画策定病院)	外来	94.7	330.6	41.8					13.9
	がん診療連携の体制(計画策定病院)	全体	42.9	145.4	18.2					13.6
	がん診療連携の体制(連携医療機関)	外来	44.1	90.1	60.8	3.1	7.9	23.9	17.5	17.2
	がん患者のリハビリテーション	入院	100.6	123.2	211.8		2.8			99.1
	抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入用植込型カテーテル設置	入院	148.8	160.5	194.1	119.2	106.9	7.4	62.2	173.7
	抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入用植込型カテーテル設置	外来	252.5	329.4	346.9	59.8	167.0		135.5	239.3
抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入用植込型カテーテル設置	全体	160.0	178.6	210.7	112.8	113.3	6.6	70.1	180.8	
救急	救急医療の体制【2次救急】	入院	87.1	86.0	74.7	172.3	77.8	6.9	64.9	101.5
	救急医療の体制【3次救急】	入院	77.0	56.5	61.5		68.2			226.3

区分	指標名	入外 区分	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき
救急搬送	救急患者の医療連携の体制【高次救急医療機関】	入院	59.6	120.2	27.6	66.5	2.7			107.9
	救急患者の医療連携の体制【受入医療機関】	入院	39.5	103.3	40.6	18.4				16.3
	夜間休日救急搬送	入院	73.3	94.8	98.2	101.2	61.3		11.5	46.7
	夜間休日救急搬送	外来	78.0	90.1	109.1	93.8	68.0		16.1	54.5
	夜間休日救急搬送	全体	76.3	91.8	105.3	96.4	65.5		14.4	51.8
	救急搬送	入院	112.7	2.3	192.9		380.2		3.0	47.6
	救急搬送	外来	66.1	134.2	38.6	40.7	26.7	148.7	47.8	53.7
救急搬送	全体	80.2	94.6	86.2	28.2	132.1	105.8	34.3	51.8	
集中治療	集中治療室等の体制	入院	82.6	16.8	108.1	24.1	257.6			72.8
虚血性 心疾患	急性心筋梗塞患者	入院	80.7	74.9	70.5	78.1	80.6	45.8	97.0	100.8
	急性心筋梗塞患者	外来	63.5	60.7	66.1	39.8	70.6	39.3	32.8	88.7
	狭心症患者	入院	93.8	89.6	92.1	95.2	116.8	25.7	71.2	103.3
	狭心症患者	外来	107.0	117.0	106.7	84.7	100.6	87.3	76.6	128.0
	狭心症患者(主病名)	入院	101.4	82.8	108.1	65.8	164.3	22.6	77.0	102.4
	狭心症患者(主病名)	外来	137.5	147.4	144.5	106.5	136.8	119.4	100.6	150.1
	急性心筋梗塞患者(主病名)	入院	95.1	85.6	108.5	80.8	89.9	11.9	70.9	124.8
	急性心筋梗塞患者(主病名)	外来	72.4	74.6	58.0	53.2	91.5	17.5	47.0	103.6
	急性心筋梗塞に対するカテーテル治療	入院	95.5	82.4	126.1	81.7	104.8		39.5	110.0
	虚血性心疾患に対するカテーテル治療(全体)	入院	100.3	77.2	131.6	47.3	174.4		26.5	101.1
	虚血性心疾患に対する心臓血管手術(全体)	入院	57.5	13.0	111.4	10.0	79.8			83.7
	狭心症に対するカテーテル治療	入院	102.7	75.6	133.7	33.6	203.6		21.5	98.3
	狭心症に対する心臓血管手術	入院	60.0	13.4	116.6	11.7	81.4			87.8
	冠動脈CT撮影	入院	102.0	69.8	212.2	18.1	139.3			59.6
	冠動脈CT撮影	外来	103.0	74.5	226.3	59.7	112.1			40.9
	冠動脈CT撮影	全体	102.9	73.8	224.4	53.9	115.9			43.4
冠動脈造影	入院	81.9	65.8	102.3	58.0	120.8		52.9	78.3	
冠動脈造影	外来	0.3	1.4							
冠動脈造影	全体	78.5	63.2	98.0	55.5	115.9		50.7	75.0	
不整脈	心房細動・粗動患者	入院	94.0	89.8	103.4	88.2	114.9	24.9	55.7	101.9
	心房細動・粗動患者	外来	114.4	115.3	117.9	105.3	116.4	100.1	69.6	137.9
	心房細動・粗動患者(主傷病)	入院	99.7	82.7	116.7	71.6	121.6	28.9	66.8	121.6
	心房細動・粗動患者(主傷病)	外来	131.8	132.6	144.6	104.2	142.4	88.5	70.2	155.5
	心筋焼灼術	入院	69.4	71.6	135.5		59.0			49.5
	ペースメーカー	入院	104.8	86.1	151.0	107.5	102.6	9.5	68.9	100.5
	植込型除細動器	入院	97.8	150.8	157.6					118.1
心疾患	大動脈内バルーンポンピング法	入院	101.4	75.8	199.2	59.4	61.7		17.0	105.1
	心大血管疾患に対するリハビリテーション	入院	90.1	36.9	279.8	44.3	60.2			
	心大血管疾患に対するリハビリテーション	外来	45.1	13.7	149.2	20.0	20.3			
	心大血管疾患に対するリハビリテーション	全体	75.9	29.6	237.9	36.6	48.0			
高脂血症	脂質異常症患者	入院	80.3	83.3	90.7	78.1	83.9	31.0	57.8	77.6
	脂質異常症患者	外来	102.2	105.9	104.6	83.8	102.1	82.9	65.7	124.2
	脂質異常症患者(主傷病)	入院	96.0	106.6	88.2	52.3	109.2	53.5	93.3	105.9
	脂質異常症患者(主傷病)	外来	127.2	139.3	128.8	106.5	127.8	106.0	77.2	146.5
生活 習慣病	高血圧患者	入院	93.5	93.3	95.8	95.6	109.8	27.9	60.1	103.0
	高血圧患者	外来	113.6	115.1	119.8	105.5	108.4	99.5	71.6	136.3
	高血圧患者(主傷病)	入院	108.4	76.9	95.1	104.4	134.9	48.6	134.2	145.5
	高血圧患者(主傷病)	外来	132.4	131.7	138.3	129.6	122.4	123.7	81.9	164.8

区分	指標名	入外区分	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき
糖尿病	糖尿病患者	入院	87.5	80.8	92.1	76.8	98.6	25.5	55.1	112.1
	糖尿病患者	外来	90.2	92.4	91.5	78.6	85.3	55.7	54.4	118.9
	糖尿病患者(主傷病)	入院	99.2	87.8	100.8	84.9	90.9	41.6	85.4	142.8
	糖尿病患者(主傷病)	外来	111.7	112.5	116.4	106.6	98.9	57.1	70.2	146.2
	血糖自己測定	入院	61.5	53.6	76.8	87.4	38.3	10.9	68.2	60.0
	血糖自己測定	外来	87.5	101.8	86.0	87.0	50.6	25.1	66.8	118.0
	血糖自己測定	全体	86.9	100.7	85.8	87.0	50.3	24.8	66.9	116.8
	I型糖尿病患者	入院	107.8	124.5	155.4	38.0	110.3	95.8	33.6	82.0
	I型糖尿病患者	外来	103.5	121.4	125.7	38.0	110.7	30.4	34.5	110.5
	I型糖尿病患者(主傷病)	入院	132.3	149.7	166.6	51.8	150.3	138.0	62.8	112.6
	I型糖尿病患者(主傷病)	外来	117.3	137.4	155.0	42.7	110.1	24.8	40.2	117.3
	II型糖尿病患者	入院	173.1	169.1	169.7	166.3	207.8	54.1	96.9	215.0
	II型糖尿病患者	外来	295.4	302.3	306.2	270.5	288.3	178.3	175.7	367.5
	II型糖尿病患者(主傷病)	入院	266.0	257.8	234.7	251.6	263.2	121.5	229.3	372.1
	II型糖尿病患者(主傷病)	外来	335.8	336.7	357.2	336.2	304.8	177.4	214.0	413.8
	糖尿病の総合的な治療管理体制	外来	75.6	73.8	73.0	21.8	170.5		0.8	76.4
	在宅インスリン治療	入院	61.5	53.6	76.8	87.4	38.3	10.9	68.2	60.0
	在宅インスリン治療	外来	87.5	101.8	86.0	87.0	50.6	25.1	66.8	118.0
	在宅インスリン治療	全体	86.9	100.7	85.8	87.0	50.3	24.8	66.9	116.8
	糖尿病足病変に対する管理	外来	99.1	147.3	38.6	53.2	29.1		35.7	244.2
	糖尿病透析予防指導管理	外来	37.8	139.2	8.0		6.9			1.9
	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡、低血糖症患者	入院	98.2	110.8	76.9	198.9	104.0	52.7	37.9	103.3
	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡、低血糖症患者	外来	53.3	56.1	19.1	99.1	51.4	114.2	23.1	94.6
	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡、低血糖症患者(主病名)	入院	134.2	151.2	103.8	310.3	172.9	34.7	3.4	131.9
	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡、低血糖症患者(主病名)	外来	56.1	62.2	27.6	40.5	50.4	179.3	42.9	99.9
	糖尿病性網膜症患者	入院	100.9	191.5	107.8	34.8	162.0			6.1
	糖尿病網膜症手術	入院	89.4	120.7	178.9	30.7	43.8		18.5	19.4
	糖尿病網膜症手術	外来	103.3	95.0	132.3	99.8	73.7	7.2	110.1	102.3
	糖尿病網膜症手術	全体	98.3	104.2	149.1	75.0	63.0	4.6	77.2	72.5
	糖尿病の人工透析	入院	95.3	71.3	93.1	138.7	94.5	32.9	44.5	152.7
	糖尿病の人工透析	外来	100.4	78.5	105.0	116.1	114.8	49.0	43.8	144.3
	糖尿病の人工透析	全体	99.5	77.2	102.9	120.1	111.0	45.9	43.9	145.8
	人工透析の導入	入院	100.2	90.1	128.9	143.6	86.3		40.3	111.3
人工透析の導入	外来	90.3	95.4	56.8	50.2	98.6	39.9	52.6	169.9	
人工透析の導入	全体	96.4	92.2	100.7	107.3	91.0	14.9	45.1	134.1	
禁煙外来	禁煙指導の診療体制	外来	89.7	89.0	92.3	55.7	82.0	34.7	97.3	107.2
脳血管障害	脳血管障害患者(全体)	入院	88.2	87.5	87.0	74.5	112.1	20.7	51.6	105.4
	脳血管障害患者(全体)	外来	98.4	102.1	102.1	79.3	86.9	69.4	57.5	134.1
	脳血管障害患者(全体)(主傷病)	入院	88.0	69.5	121.2	9.9	145.0			110.3
	脳血管障害患者(全体)(主傷病)	外来	126.8	77.4	99.1		600.1			
脳卒中	超急性期脳卒中加算	入院	62.9	9.5	128.2		120.5			66.1
	脳卒中ケアユニット入院医療管理料(SCU)	入院								
	脳梗塞、一過性脳虚血発作患者	入院	89.9	90.5	86.4	76.7	108.9	23.6	58.7	110.1
	脳梗塞、一過性脳虚血発作患者	外来	102.6	105.1	104.7	81.3	89.9	87.8	66.2	139.9
	脳梗塞、一過性脳虚血発作患者(主病名)	入院	100.3	96.5	111.8	82.6	112.4	12.9	64.5	119.0
	脳梗塞、一過性脳虚血発作患者(主病名)	外来	121.7	128.6	128.4	106.2	102.1	80.2	73.7	159.7
	脳卒中のtPA	入院	86.2	97.4	96.4	6.9	170.6		35.3	53.3
	脳卒中のtPA以外の薬物療法	入院	111.3	136.2	61.9	88.7	130.8	56.1	98.2	154.1
	脳卒中の経皮的脳血管形成術等	入院	90.2	144.5	37.0	21.7	208.0		26.9	66.8
	脳卒中の動脈形成術等	入院	81.0	124.4	47.6	25.3	163.5		125.5	7.0
	脳卒中に対する急性期リハビリテーション	入院	93.8	117.9	98.8	69.9	112.8	16.2	51.5	78.3
	廃用症候群に対するリハビリテーション	入院	128.9	130.4	165.3	72.9	169.7	6.1	54.6	120.9
	廃用症候群に対するリハビリテーション	外来	98.5	81.7	101.7	30.0	206.6		162.3	27.4
廃用症候群に対するリハビリテーション	全体	128.0	128.9	163.4	71.7	170.7	5.9	57.7	118.1	

区分	指標名	入外区分	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき
脳卒中	脳卒中患者の連携パス利用者(第1入院機関)	入院	60.9	77.1	128.0		48.5			18.2
	脳卒中患者の連携パス利用者(第2入院機関)	入院	50.1	78.9	105.8		21.8			7.5
脳動脈瘤	未破裂動脈瘤患者	入院	100.1	157.8	72.8	59.7	141.5	2.4	53.1	76.2
	未破裂動脈瘤患者	外来	82.7	116.8	91.1	55.6	62.9	12.3	68.8	64.3
	未破裂動脈瘤患者(主病名)	入院	75.5	80.4	91.3	48.2	97.2	6.5	37.4	67.1
	未破裂動脈瘤患者(主病名)	外来	82.3	96.3	110.1	47.5	64.2	15.2	46.0	78.2
	未破裂動脈瘤の脳血管内手術	入院	88.1	140.9	105.4	17.1	18.1		25.9	115.6
	脳血管内手術(全体)	入院	115.7	145.2	80.1	38.0	179.0		35.9	165.6
	未破裂動脈瘤の脳動脈瘤流入血管クリッピング等	入院	75.8	74.9	105.2	40.1	110.7		96.3	16.7
	脳動脈瘤流入血管クリッピング(全体)	入院	90.7	88.7	123.6	42.6	125.5		137.7	19.6
くも膜下出血	くも膜下出血患者	入院	79.3	74.0	97.1	64.1	102.2	20.5	52.4	70.0
	くも膜下出血患者	外来	112.0	113.2	141.6	107.2	109.5	70.0	53.7	107.2
	くも膜下出血患者(主病名)	入院	83.8	79.7	108.7	58.1	122.1		52.8	58.0
	くも膜下出血患者(主病名)	外来	133.0	134.3	178.1	102.2	159.1	49.8	52.6	110.1
	くも膜下出血の穿頭脳室ドレナージ術等	入院	92.6	100.4	119.9	99.1	97.4		47.5	69.1
	くも膜下出血の脳動脈瘤流入血管クリッピング等	入院	98.4	91.3	137.4	65.3	154.8		92.8	31.2
脳出血	脳出血患者	入院	83.6	74.7	85.1	104.6	128.9	69.4	26.5	80.0
	脳出血患者	外来	90.4	85.3	102.5	101.0	135.8	95.0	21.0	75.7
	脳出血患者(主病名)	入院	87.3	76.9	101.5	78.2	148.9	4.6	11.6	85.7
	脳出血患者(主病名)	外来	95.1	99.7	115.6	67.8	135.4	34.8	15.2	88.0
	脳出血の脳血管内手術等	入院	77.8	123.0	66.6	26.1	139.6			52.2
出産	帝王切開術	入院	120.9	101.9	147.9	78.8	157.7		59.5	135.6
新生児の管理	新生児集中治療管理体制	入院	111.3		215.8		204.0			135.6
	リスクの高い母体又は胎児に対する集中治療管理体制	入院	39.6	167.6						
	回復期新生児入院治療体制	入院	78.0	73.0	214.2					
母体の管理	妊産婦の救急医療体制	入院	123.5	150.0	182.3	44.1	67.6			131.8
	妊娠合併症に対する医療体制	入院	120.2	146.0	156.4	104.5	83.3		1.4	123.7
	ハイリスク分娩に対する医療体制	入院	88.7	121.7	120.9	58.5	71.9			63.2
小児の外来	小児外来診療体制	入院	131.4	158.0	141.9	94.6	140.4	52.8	118.3	101.5
	小児外来診療体制	外来	102.1	104.6	110.1	100.6	107.6	76.2	47.2	113.2
	小児外来診療体制	全体	102.3	104.9	110.3	100.6	107.7	76.0	47.6	113.2
	小児夜間・休日診療体制	入院	93.3	65.3	142.9	49.8	95.2	27.8	66.5	86.2
	小児夜間・休日診療体制	外来	125.3	141.1	161.2	110.8	128.7	71.9	37.7	99.3
	小児夜間・休日診療体制	全体	125.0	140.1	160.9	110.0	128.3	71.3	38.0	99.2
小児の癌	小児悪性腫瘍患者指導管理	外来	88.1	358.1	9.8					
小児の入院	乳幼児の入院医療体制	入院	153.9	195.7	139.7	86.6	200.0	333.8	225.0	68.1
	小児の入院医療体制	入院	93.4	76.4	145.7	81.7	107.5			81.4
その他の小児医療	小児科療養指導	外来	65.0	34.1	110.5	122.2	32.6			68.7
	小児特定疾患カウンセリング	外来	18.3	31.0	11.9		6.3		11.2	34.1
	乳幼児・小児の救急医療体制	入院	112.0	232.0	46.8	405.3	28.2	16.0	76.2	5.9
	重症児の入院医療体制	入院	58.3	82.6	91.5	36.3	13.7			58.5
	乳幼児に対する手術体制	入院	90.5	122.7	105.4	43.1	71.3	25.7	61.6	80.0
	乳幼児に対する手術体制	外来	103.3	113.8	144.4	60.3	82.3	38.8	42.5	94.0
	乳幼児に対する手術体制	全体	101.1	115.3	137.8	57.4	80.4	36.6	45.7	91.7
うつ病	単極性うつ病の患者	入院	91.2	85.2	87.5	69.3	138.9	27.9	42.9	108.2
	単極性うつ病の患者	外来	115.1	125.0	120.9	99.3	106.1	90.6	67.3	135.8
	単極性うつ病の患者(主傷病)	入院	92.1	69.7	108.4	47.1	139.9	12.0	41.3	117.9
	単極性うつ病の患者(主傷病)	外来	118.4	130.5	128.0	108.3	90.6	45.3	78.8	141.8

区分	指標名	入外区分	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき
精神科治療	抗精神病薬による治療(2種類以下)	入院	110.9	139.0	107.7		74.7			224.5
	抗精神病薬による治療(3種類以上)	入院	94.1	154.7	66.0		10.2			215.3
	抗不安薬又は睡眠薬の3剤以上減算	外来	10.4	6.4	10.8					34.2
	精神科訪問看護・指導料	外来	106.7	172.3	79.6	143.3	105.4		29.5	92.1
	認知療法・認知行動療法	外来	42.4		153.6					
	リエゾンチーム	入院								
精神科体制	精神科医療の連携	外来	115.8	81.3	110.9	12.4	86.3	106.9	203.3	194.9
	精神科継続外来支援・指導料	外来	81.6	59.1	57.5	366.9	16.9		64.5	95.5
	精神科地域移行実施加算	入院	30.1	50.7			127.6			
	精神科退院前訪問指導料	入院	101.3	78.4	180.6	147.2	100.8		36.8	34.8
	通院・在宅精神療法(20歳未満)加算	外来	138.5	143.0	178.6	89.8	130.2		68.5	143.2
	家族在宅精神療法	外来	2.3	9.4						
	家族通院精神療法	外来	150.9	157.0	235.0	48.7	41.7		105.7	183.6
	通院精神療法	外来	112.9	133.9	124.8	100.9	104.0	5.4	68.7	109.4
	入院精神療法	入院	111.3	130.0	123.8	98.3	124.1	0.7	28.6	118.4
	医療保護入院等	入院	99.3	74.1	122.3	39.9	219.8		53.7	62.8
	精神科デイ・ケア	外来	130.2	142.5	145.6	186.2	136.5		24.9	126.4
	精神科ショート・ケア	外来	164.8	213.8	176.7	218.3	289.8		57.7	29.8
	精神科救急入院	入院	111.7	96.8	195.1		174.1			73.3
	精神科隔離室管理加算(全体)	入院	81.1	80.0	70.0	159.4	72.6		65.9	88.2
	精神科隔離室管理加算(認知症)	入院	105.3	115.4	77.3	163.2	96.1		125.7	115.5
	精神科身体合併症管理加算	入院	30.6	9.4	57.1	50.9	42.3			25.3
	重度アルコール依存症入院医療管理加算	入院	8.2	3.7	16.9		16.1			3.5
	認知症治療病棟入院料(60日以内)	入院	66.2	43.3	104.7		116.7		21.8	61.3
	認知症治療病棟入院料(61日以上)	入院	76.1	37.1	150.2		124.0		11.8	63.7
	重度認知症患者のケア	入院	43.2	20.5	0.7		238.3			2.2
	重度認知症患者のケア	外来	20.5	23.7	61.5					
	重度認知症患者のケア	全体	25.0	23.1	49.4		47.3			0.4
精神重症度	精神病棟の重症者率(分母)	入院	108.3	150.4	76.3		27.3			280.8
	精神病棟の重症者率(分子)	入院	109.3	153.2	77.9		27.8			279.9
薬物中毒	急性医薬品中毒の受診	入院	98.6	92.3	109.8	50.8	97.1	98.1	76.7	124.8
	急性医薬品中毒の受診	外来	54.4	54.2	42.9	30.2	64.4	4.0	14.3	102.3
	急性医薬品中毒の受診	全体	67.3	65.3	62.5	36.2	73.9	31.4	32.5	108.8
	急性医薬品中毒の受診(主傷病)	入院	109.9	98.5	122.7	66.4	102.4		97.7	147.4
	急性医薬品中毒の受診(主傷病)	外来	96.1	42.8	88.1	29.8	69.5	22.5	31.3	276.8
在宅医療	在宅リハビリテーションの提供	外来	49.2	110.5	62.0	23.1	13.1		13.9	3.4
	往診	入院	163.1	1.8	298.5		602.3			
	往診	外来	74.8	74.9	114.4	51.0	34.8	105.0	18.4	96.5
	往診	全体	75.4	74.3	116.0	50.6	38.7	104.4	18.3	95.8
	緊急往診	入院	199.6		247.4		956.0			
	緊急往診	外来	87.6	115.8	108.9	60.2	37.7	141.9	23.8	105.8
	緊急往診	全体	90.8	112.6	113.2	58.5	61.1	138.8	23.1	102.6
	在宅支援	外来	61.0	91.4	85.5	20.0	11.5	0.9	3.0	91.1
	訪問診療(同一建物)	外来	62.9	51.3	110.5	15.9	10.3	26.4	4.2	127.1
	訪問診療(特定施設)	外来	50.7	76.3	54.2	28.5	22.8	5.6	2.2	81.6
	訪問診療(居宅)	外来	101.3	134.2	125.3	106.3	70.2	103.0	36.2	83.1
	訪問看護提供	外来	103.8	147.6	83.2	131.4	84.2	106.3	32.9	115.8
	訪問看護指示	入院	94.7	166.5	99.1	58.7	85.2		65.8	34.6
	訪問看護指示	外来	106.1	170.9	119.6	34.3	62.0	84.7	52.7	97.2
	訪問看護指示	全体	105.7	170.8	118.8	35.2	62.9	81.6	53.2	94.8

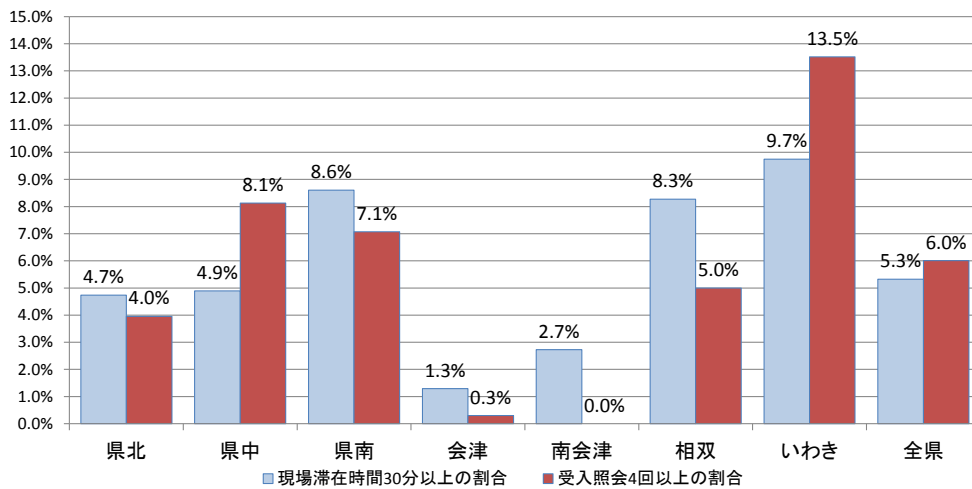
区分	指標名	入外区分	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき
在宅医療	ターミナルケア提供	外来	86.5	168.3	100.1	60.7	13.2	107.8	8.0	69.3
	看取り	入院	80.5	80.2	26.3	115.7	72.2	574.4		130.1
	看取り	外来	80.7	169.9	103.8	29.9	14.1	57.0	2.7	49.3
	看取り	全体	80.7	162.8	97.6	36.7	18.7	98.0	2.5	55.7
	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	外来	49.2	110.5	62.0	23.1	13.1		13.9	3.4
	在宅患者訪問点滴注射管理指導	外来	82.9	52.8	94.0	108.0	26.7	95.1	49.6	176.4
	在宅経管栄養法	入院	80.7	79.2	52.5	213.7	88.7		24.4	100.6
	在宅経管栄養法	外来	86.9	136.4	74.8	102.4	60.5		12.0	100.3
	在宅経管栄養法	全体	86.6	133.8	73.7	107.7	61.8		12.6	100.3
	在宅自己注射	入院	81.5	75.6	97.8	81.6	74.6	58.8	56.3	88.4
	在宅自己注射	外来	103.7	100.2	112.2	124.9	85.2	54.3	66.0	128.9
	在宅自己注射	全体	103.2	99.6	111.9	124.0	84.9	54.4	65.7	128.0
在宅指導	病院が患者に対し、退院支援・調整を実施	入院	51.3	86.4	43.4	79.4	23.7		5.3	56.8
	患者における多職種でのカンファレンス	外来	15.7	47.7	8.2		9.3			3.1
	訪問薬剤指導の実施	外来	134.7	367.7	178.2					
	在宅で実施されている各指導管理	入院	85.8	93.7	115.5	112.9	61.7	64.5	40.1	68.2
	在宅で実施されている各指導管理	外来	106.9	133.1	128.4	64.5	81.4	65.0	44.8	115.3
	在宅で実施されている各指導管理	全体	106.2	131.9	128.1	65.9	80.8	65.0	44.6	113.9
在宅支援	入院機関との退院時カンファレンス開催	入院	51.7	162.1	23.7		5.1		7.9	25.8
	入院機関との退院時カンファレンス開催	外来	84.2	320.6	11.1		10.8			3.3
	入院機関との退院時カンファレンス開催	全体	60.2	203.6	20.4		6.5		5.8	19.9
	病院従事者が退院前に患者宅を訪問し指導	入院	32.7	9.7	1.6	5.5	47.6	21.2	8.3	127.8
	入院機関とケアマネジャーとの連携	入院	82.0	101.4	38.9	284.8	54.5		29.7	96.3
在宅体制	療養病床における急性期や在宅からの患者受付	入院	55.3	12.7	43.0	43.3	101.3	14.0	41.8	113.5
	在宅療養中の患者の緊急入院を受け入れ	入院	13.7	23.3	15.2		20.2	45.0		
	在宅療養中の重症児の入院を受け入れ	入院	35.8	43.5	45.1		67.4			24.0
地域連携バス	大腿骨頸部骨折、脳卒中患者の連携バス利用者(第1入院機関)	入院	59.4	89.0	125.4		31.8			12.3
	大腿骨頸部骨折、脳卒中患者の連携バス利用者(第2入院機関)	入院	52.7	99.3	102.6		14.4			5.7
	がん連携バス利用者(第1入院機関)	入院	8.5	25.0	3.0					9.0
	がん連携バス利用者(第2入院機関)	外来	44.1	90.1	60.8	3.1	7.9	23.9	17.5	17.2
画像診断	CT	入院	87.3	91.1	96.5	79.5	93.9	45.1	45.5	95.1
	CT	外来	84.3	88.0	88.0	70.9	96.6	59.9	35.6	99.4
	CT	全体	85.1	88.8	90.2	73.2	95.8	55.6	38.3	98.3
	MRI	入院	86.7	99.1	98.8	94.5	89.8	32.5	49.9	71.8
	MRI	外来	85.2	90.2	98.1	71.6	73.9	18.7	66.6	90.6
	MRI	全体	85.4	91.5	98.2	74.9	76.3	20.9	64.2	87.9
	PET	入院	116.7	27.4	310.4	325.9	16.1			26.5
	PET	外来	93.2	48.0	202.9	126.3	68.4			63.5
	PET	全体	94.6	46.8	209.1	137.9	65.4			61.4
	核医学	入院	98.1	89.0	185.7	117.0	97.4			39.9
	核医学	外来	78.2	85.4	135.0	53.6	83.9			42.1
	核医学	全体	83.6	86.4	148.8	70.8	87.6			41.5
検査	悪性腫瘍特異物質治療管理	入院	90.4	82.4	128.5	98.2	88.3	12.0	37.7	84.1
	悪性腫瘍特異物質治療管理	外来	93.8	93.6	127.4	67.7	95.1	16.2	37.2	95.8
	悪性腫瘍特異物質治療管理	全体	93.5	92.6	127.5	70.3	94.5	15.8	37.3	94.8
病理	組織診	入院	90.2	92.6	142.1	66.5	121.4		14.2	44.2
	組織診	外来	55.2	47.3	89.6	52.9	72.0		11.5	31.4
	組織診	全体	72.0	69.1	114.8	59.5	95.9		12.8	37.6
	術中迅速病理	入院	93.4	113.0	127.8	16.1	106.0		5.2	94.3

区分	指標名	入外 区分	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき
手術	白内障手術	入院	107.5	96.6	142.1	158.8	120.6		105.6	53.8
	白内障手術	外来	64.1	53.1	65.2	25.8	47.9		14.6	145.2
	白内障手術	全体	87.3	76.3	106.3	96.9	86.8		63.2	96.6
人工呼吸	人工呼吸	入院	97.5	85.0	109.4	59.8	108.6	18.2	46.7	143.7
	人工呼吸	外来	107.3	175.6	100.5	107.2	47.0	322.4	84.8	55.9
	人工呼吸	全体	97.9	88.7	109.1	61.7	106.1	31.1	48.2	140.2
人工透析	持続緩徐式血液濾過	入院	105.4	74.9	143.2	72.0	125.3		26.7	149.4
	人工透析(全て)	入院	91.8	74.9	95.6	126.6	88.4	21.1	38.4	139.1
	人工透析(全て)	外来	98.5	82.6	101.1	105.3	113.3	47.4	44.7	138.8
	人工透析(全て)	全体	97.4	81.3	100.2	108.9	108.9	42.5	43.6	138.8
麻酔	全身麻酔	入院	87.8	92.9	117.4	48.9	86.0	41.7	34.5	88.0
	全身麻酔	外来	1.6		3.0		3.1			2.4
	全身麻酔	全体	87.3	92.3	116.6	48.6	85.5	41.4	34.3	87.4
薬剤治療	特定薬剤治療管理	入院	89.2	77.9	90.2	131.4	157.5	12.0	18.4	77.2
	特定薬剤治療管理	外来	96.7	94.1	121.2	71.0	100.8	20.9	18.9	122.7
	特定薬剤治療管理	全体	94.9	90.1	113.6	85.9	115.0	18.6	18.8	111.5
リハビリ	リハビリ総合計画評価	入院	87.2	87.2	129.5	63.8	121.5	0.1	26.7	50.0
	リハビリ総合計画評価	外来	45.5	58.6	56.4	69.6	34.6		10.8	33.4
	リハビリ総合計画評価	全体	63.3	70.9	86.7	67.1	73.3	0.1	17.7	40.4
	運動器リハビリ	入院	69.2	76.2	76.4	61.9	89.7	36.8	27.4	61.1
	運動器リハビリ	外来	52.1	54.6	37.4	77.2	49.4	3.9	8.6	92.3
	運動器リハビリ	全体	55.5	58.9	45.0	74.2	57.9	11.3	12.4	86.2
	呼吸器リハビリ	入院	96.2	85.0	184.4	50.1	106.0	47.7	2.5	56.1
	呼吸器リハビリ	外来	60.8	38.9	125.5	83.2	74.6		1.2	18.6
	呼吸器リハビリ	全体	92.0	79.5	177.3	54.0	102.4	42.3	2.3	51.5
	リハビリ初期加算	入院	93.2	91.8	145.4	38.6	141.7		22.1	51.2
	摂食機能療法	入院	51.3	39.3	77.8	39.5	50.9		1.2	72.7
	摂食機能療法	外来	16.0	5.4	22.9	2.8	31.1			24.5
	摂食機能療法	全体	50.2	38.3	75.9	38.3	50.3		1.2	71.1
チーム医療	栄養サポートチーム	入院	48.7		48.7	56.4	212.6			

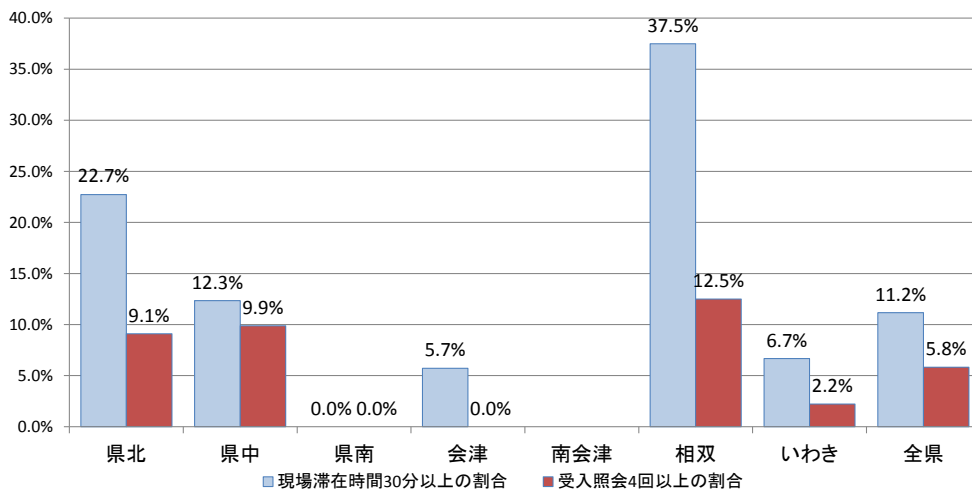
資料：厚生労働省提供データ

6 平成26年中の救急搬送の状況（傷病者搬送において、現場滞在時間30分以上の割合と、医療機関に4回以上受入照会を行った割合）

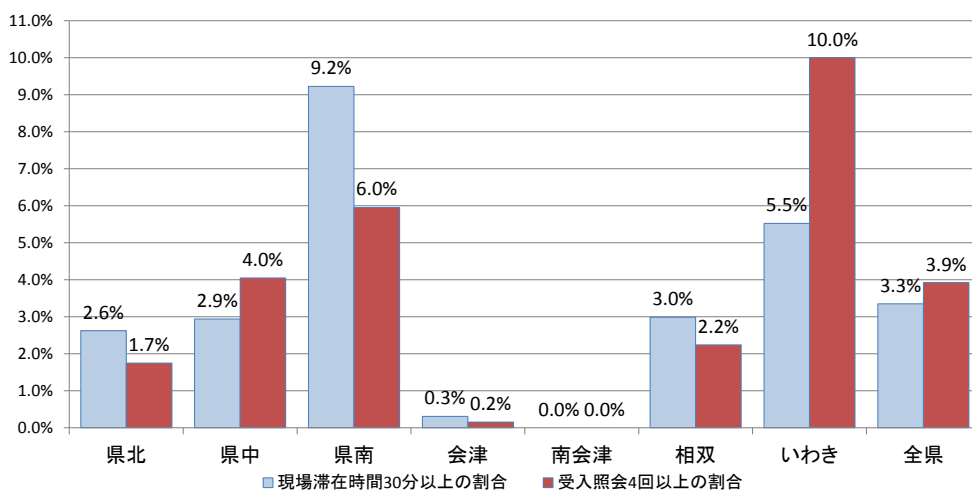
○ 重症以上傷病者



○ 産科・周産期傷病者



○ 小児傷病者



資料：県内消防本部調べ