

令和6・7年度

地域医療委員会 答申

福岡県の新たな地域医療構想策定に向けての提言

令和8年2月

福岡県医師会 地域医療委員会

令和8年2月28日

福岡県医師会
会長 蓮澤 浩明 殿

地域医療委員会
委員長 堤 康博

答 申

本委員会は、令和6年9月12日、蓮澤会長より「福岡県の新たな地域医療構想策定に向けての提言」について諮問を受け、令和8年2月13日までに6回の委員会を開催し、鋭意検討を重ねた結果、以下のとおり取りまとめましたので答申いたします。

地域医療委員会

委員長	堤	康博
委員	穴井 堅	能
委員	岩見 元	照
委員	江口 徹	
委員	岡本 高	明
委員	黒松 肇	
委員	古賀 丈	晴
委員	櫻井 俊	弘
委員	田中 耕	太郎
委員	辻 裕	二
委員	中尾 一	久
委員	蜂須賀 正	紘
委員	原 祐	速
委員	原 次	一
委員	戸次 鎮	史
委員	松田 晋	哉
委員	村松 圭	司
委員	横 倉 義	典

(委員：五十音順)

1
2
3 令和6・7年度 地域医療委員会 答申
4 「福岡県の新たな地域医療構想策定に向けての提言」
5
6

7 << 目 次 >>
8

- 9 1. はじめに・・・2
10
11 2. 平成29年3月に策定された地域医療構想の振り返り・・・3
12
13 3. 新たな地域医療構想の位置づけと方向性・・・4
14
15 4. 策定にあたっての留意点・・・4
16
17 5. 人口構造を踏まえた地域類型（厚労省定義）需要予測と将来ビジョン・6
18 (1) 大都市型
19
20 (2) 地方都市型
21
22 (3) 人口の少ない地域
23
24 6. 地域医療構想の達成に向けた医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組・16
25
26 7. 福岡県における構想区域の考え方の整理・・・25
27
28 8. 構想区域における協議の場（地域医療構想調整会議）を活用するための考え方・26
29
30 9. 市町村の役割・・・27
31
32 10. 財源の確保・・・27
33
34 11. おわりに・・・29
35
36

1. はじめに

我が国は、人口減少と急速な高齢化が同時に進行する局面に入り、医療を取り巻く環境は大きな転換点を迎えている。これまで我が国の医療提供体制は、人口増加と医療需要の拡大を前提として整備・充実が図られてきたが、現在では地域によって人口構造や医療需要の変化が顕在化し、人口増加時代に構築された医療提供体制が、必ずしも現状や将来の地域の姿に適合しなくなりつつある。こうした状況のもと、従来の体制を前提とした維持ではなく、地域の実情に即した医療提供体制の再構築が求められている。

とりわけ2040（令和22）年頃を見据えると、医療需要の総量のみならず、救急、入院、外来、在宅、介護施設等、それぞれの場面において求められる医療の内容や役割が大きく変化することが見込まれる。高齢者人口の増加や生産年齢人口の減少に伴い、「治す医療」と「治し支える医療」を切れ目なくつなぐ体制の構築や、限られた医療資源を有効に活用した持続可能な医療提供の在り方が、これまで以上に重要となる。

福岡県においては、2017（平成29）年に策定された地域医療構想のもと、病床の削減や統廃合ありきではなく、地域の実情を踏まえ、各医療機関が主体的に機能分化・連携を進めることを基本として取り組みを進めてきた。構想区域ごとのデータの共有や協議の積み重ねにより、地域医療構想調整会議を中心とした議論の基盤は一定程度整備されてきたものとする。

一方で、新型コロナウイルス感染症への対応により、地域医療構想の考え方に基づく新たな機能分化や連携の検討・実装が十分に進まなかった側面があることも否めない。また、医師の働き方改革の本格化により、救急医療や時間外診療、周産期医療などを、人口増加期に形成された医療機関配置や人的体制のまま維持することは一層困難となっている。今後は、医療従事者の確保が困難となることを前提に、医療の質を確保しながら、より効率的で持続可能な医療提供体制を構築しなければならない。

こうした背景を踏まえ、厚生労働省においては、新たな地域医療構想を医療計画の上位概念として位置付け、2040（令和22）年頃を見据えた地域の医療提供体制全体の将来ビジョンと方向性を示すことを求めている。新たな地域医療構想は、医療機関機能に着目し、地域における役割分担や連携、さらには連携・再編・集約化の方向性を、地域全体を俯瞰した視点で整理するものである。

本委員会は、会長諮問「福岡県の新たな地域医療構想策定に向けての提言」を受け、これまでの地域医療構想の取組を振り返るとともに、福岡県が有する大都市部、地方都市、人口の少ない地域といった多様な地域特性を踏まえ、新たな地域医療構想において整理すべき論点と方向性について検討を重ねてきた。特に、「治す医療」と「治し支える医療」の役割分担の明確化、在宅医療や介護との連

1 携強化、限られた医療人材のもとでの医療提供体制の最適化を重要な視点として位置付けている。

3 また、地域医療構想は医療機関のみで完結するものではなく、地域住民の医療
4 ニーズや医療アクセス、介護・福祉、さらにはまちづくりの将来像とも密接に関
5 係するものであり、市町村が主体的に関与し、医師会、医療機関、行政、介護関
6 係者等が共通認識のもとで議論を深めていくことが不可欠である。地域医療構
7 想調整会議についても、規制の場ではなく、地域に不足する医療機能への対応や
8 在宅医療の強化等を議論する「方向性の共有と合意形成」の場として、より実効
9 性の高い活用が求められる。

10 本答申は、以上の問題意識を踏まえ、福岡県が新たな地域医療構想を策定する
11 にあたり、関係者が共有すべき基本的な考え方と具体的な方向性を整理したも
12 のである。本答申が、福岡県における持続可能な地域医療提供体制の構築に向け
13 た議論と取組の一助となることを期待する。

16 2. 平成 29 年 3 月に策定された地域医療構想の振り返り

17 ○本県では、地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきでなく、
18 地域の実情を踏まえ、各医療機関が主体的に進めるものとし、公的医療機関
19 等 2025 プランや病床機能等の変更に関する事前の情報提供などについて協
20 議する等して取組を推進した。

22 ○各構想区域における病床機能・連携に関する議論が活性化するよう、構想区
23 域の各種データをダッシュボード化して提供した。

25 ○医師の働き方改革の開始に伴い、救急医療提供体制に関する議論が進んだ。

27 ○一方で、策定当初に国が示した必要病床数がミスリードとなったこと及び新
28 型コロナウイルス感染症への対応等により、地域医療構想の考え方に基づく
29 医療提供体制の新たな機能分化や連携は顕著に進まなかった。

31 ○構想区域は市町村で構成されているが、各市町村は自地域の医療資源の状況
32 や住民の医療需要を把握しておらず、医療提供側だけの議論に留まってしま
33 った。

1 **3. 新たな地域医療構想の位置づけと方向性**

2 ○ 新たな地域医療構想は、医療計画の上位概念として位置付けられ、2040（令
3 和 22）年頃を見据えた地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性を
4 定めるとともに、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携等を定め
5 ることが求められている。

6
7 ○ 新たな地域医療構想における基本的な方向性は以下のとおり。

8 地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う
9 医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進。

10 (1) 地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

11 (2) 今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した
12 医療提供体制の構築

13 (3) 限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

14
15
16 **4. 策定にあたっての留意点**

17 福岡県においては、これまで保健医療計画の一部として、各構想区域における5
18 疾病・6事業および在宅医療に関する取り組みを、地域医療構想の実現に向けて積
19 み重ねてきた。

20 今般、厚生労働省において新たな地域医療構想が医療計画の上位概念として再整
21 理されるに至ったが、これまでの取り組みの蓄積を無視することなく、既存の枠組
22 みを踏襲しながら、発展させた形で新構想を策定することが極めて重要である。

23 なお、現時点（令和7年12月5日）において、医療法改正法案が成立したが、具
24 体的なガイドラインは公表されていないため、国の動向を注視しつつ、今後の示唆
25 や制度設計の方向性に応じて適宜検討を行う必要がある。

構要素	提案内容
5疾病・6事業	区域ごとに2040年に向けた提供体制のビジョンの共有と機能分担の方向性を整理。
在宅医療	85歳以上の人口は2040年まで県下どの地域も増え続けることから医療・介護・多職種連携体制の課題と2040年に向けた方向性を整理。
外来医療	地域でかかりつけ医機能が発揮されるための仕組み構築が必要。自院の地域での役割の明確化と地域住民が不足していると感じている医療への対応。
入院医療	各医療機関の役割分担と機能別の提供体制の整理。 医療機関機能については、項目6に記載。

医療人材	地域偏在・専門性確保・承継などの課題抽出。 生産年齢人口の減少に伴う医療従事者の確保困難に対する対応。
介護との連携	介護保険制度の主体である市町村や地域包括支援センター等と連携し、入退院支援、在宅移行、生活支援との接続を促進する。特に調整会議においては、医療と介護の接点領域（在宅医療、多職種連携、施設間調整等）における課題の共有と改善策の方向性を議論する。介護施策そのものの決定権は市町村にあることを踏まえ、県・市町村間の役割明確化と協働の仕組み構築が必要。
区域間の役割・機能	構想の各要素において、隣接区域と実情や課題が異なることを前提に、地域間で相互の状況を共有し、必要に応じた役割分担や調整を行うべきである。たとえば中核都市においては、周辺圏域からの患者流入による負担が生じており、自圏域内での医療完結を望む声がある。一方で隣接圏域では、医療資源の制約から中核都市への依存が避けられないという状況がある。こうした相互の実情を理解し合い、現実的かつ相互補完的な対応を探る必要がある。
構想区域	構想区域の考え方については、項目7に記載。

- 1
- 2 ○ 地域の実情に応じた構想を策定するために、まずは2040（令和22）年までの各
- 3 地域の人口動態と医療需要の将来予測について理解し、地域が目指すべき医療提
- 4 供体制について地域の医療関係者、行政並びに住民と共通理解の形成に努めるこ
- 5 とが重要。
- 6
- 7 ○ 人口構造の変化を分析し、今後何が各地域の問題になりうるのかを考える。
- 8 （1）人口分布のどこで大きな変化が起こるのか？
- 9 （2）その変化は医療・介護提供体制にどのような影響をもたらすのか？
- 10 （3）その対策として何が考えられるのか？
- 11
- 12 ○ 各医療機関における自主的な機能分化や連携を促進させるための仕組みを
- 13 地域ごとに考える必要がある。
- 14
- 15 ○ 病床数の調整ではなく、不足する医療機能への対応、在宅医療の強化など医
- 16 療提供体制の質的な整備を主軸とする。
- 17
- 18 ○ 新たな地域医療構想では、医療機関だけでなく、住民や介護、福祉、経済界
- 19 なども参加する「地域づくりの協議体」に近い形へ発展させることも必要。

1 **5. 人口構造を踏まえた地域類型（厚労省定義）需要予測と将来ビジョン**

2 本項では、構想区域を構成する市町村の関係者に地域の状況及び将来の需要
 3 予測について理解していただくことを目的に市町村単位に焦点を当てて記載す
 4 る。なお、厚労省が示す人口構造を踏まえた地域類型（第1回地域医療構想及び
 5 医療計画等に関する検討会より）は下記のとおり。

区分	定義
大都市型	人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km ² 以上 大都市型では、高齢人口が概ね増加、生産年齢人口は微増～減少
地方都市型	人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km ² 以上 地方都市型では、高齢人口が増加～減少と幅広く、生産年齢人口は微減～大幅減
過疎地域型	上記以外 人口の少ない地域では、高齢人口が減少している地域が多く、生産年齢人口は概ね大幅減

6 ※区分及び定義は「第1回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」より。

7 ※福岡県内の類型は（別紙）参照。

8 ※地方都市型には、人口10万人未満でも、医療圏における中核的機能を担って
 9 いると判断される都市を含むこととする。

10

11 （1）大都市型（福岡市、春日市、大野城市等）

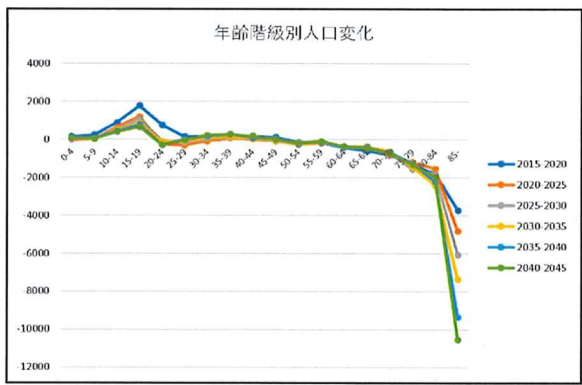
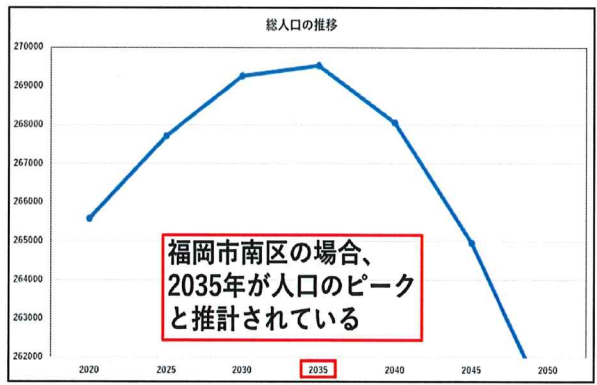
12 人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
 13 大都市型では、高齢人口が概ね増加、生産年齢人口は微増～減少

14 1）人口動態と医療需要の将来予測（福岡市南区の場合（松田委員より））

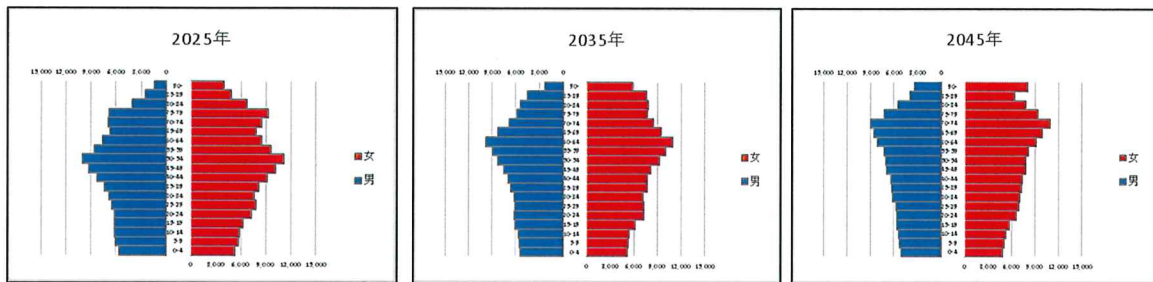
15 ①人口動態

- 16 ・人口は2030（令和12）年まで増加した後減少。
- 17 ・今後、高齢者の進行に伴い介護需要が2045（令和27）年以降も増加する。
- 18 ・施設介護を必要とする状態像の者が大幅に増加する。

19



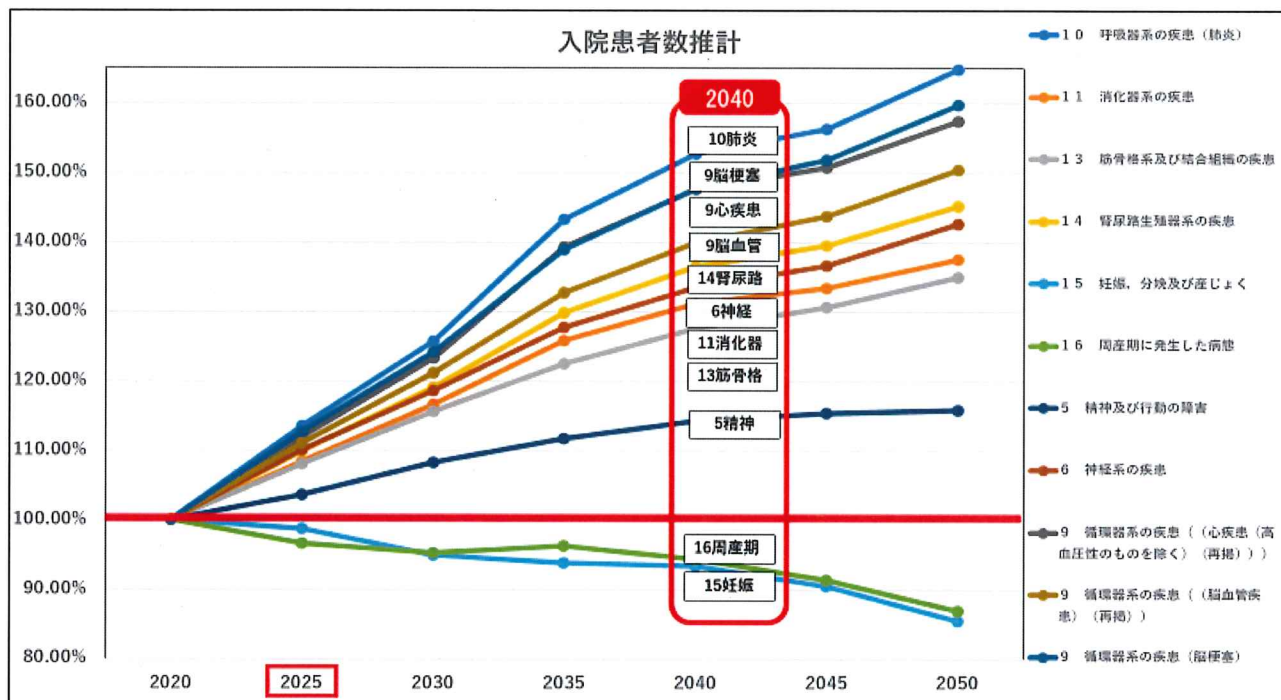
26



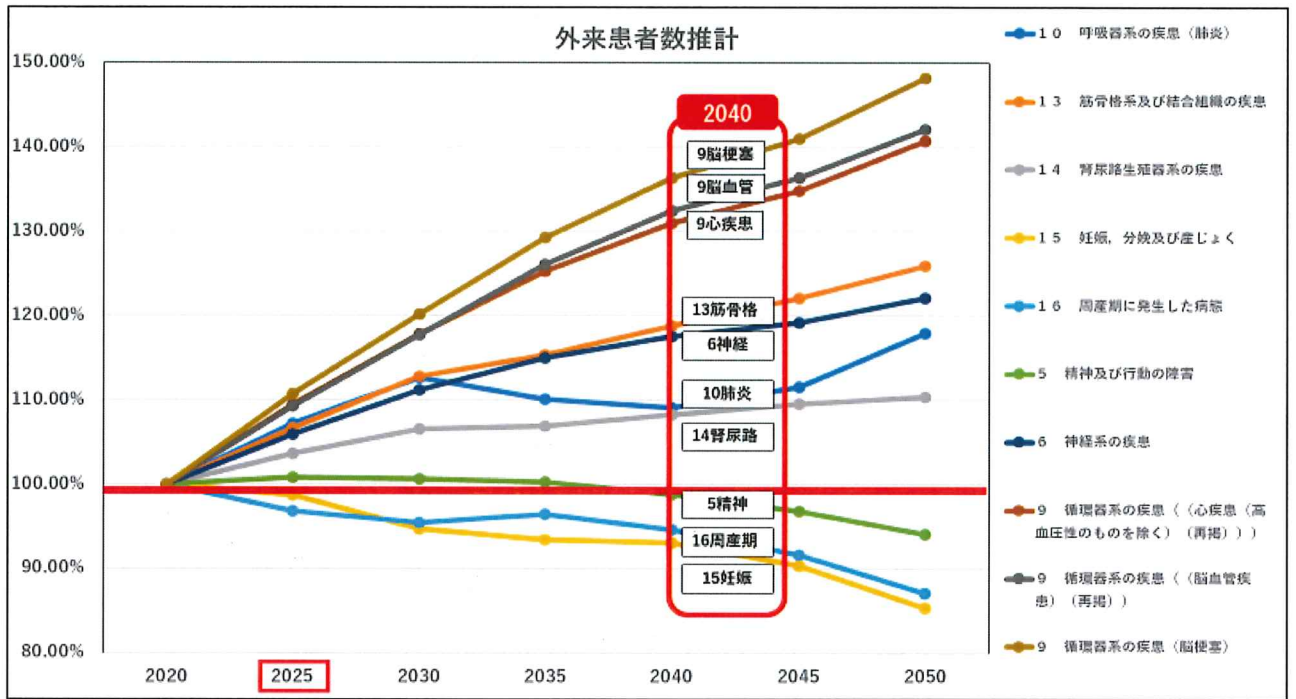
②医療需要等

- ・療養病棟入院、外来、訪問看護は全国より少ない。
- ・一般病棟への入院は全国より多い。
- ・急性期医療利用のボリュームゾーンである50歳代から前期高齢者が今後も増加するため、一般病床のニーズも維持される。
- ・他方で後期高齢者の絶対数が増加するため慢性期（慢性期への入院＋在宅＋施設介護）のニーズも急増する。
- ・全国より往診は少ないが、訪問診療は多い。
- ・施設介護、通所介護、訪問介護、訪問看護（介護保険）、サ高住のいずれも全国より提供量が多い。
- ・介護保険財政の制限及び療養病床が相対的に不足していることを考慮すると、地域全体として訪問診療を増やすことが必要となる。
- ・有床診療所の有床部分の機能の維持が重要となる？（サ高住、看多能、介護医療院への転換も含む）
- ・介護施設の医療を日常的に支援する病院の役割が重要になるのではないかな？
- ・在宅医療を支える病院（在支病）の役割が重要ではないかな？

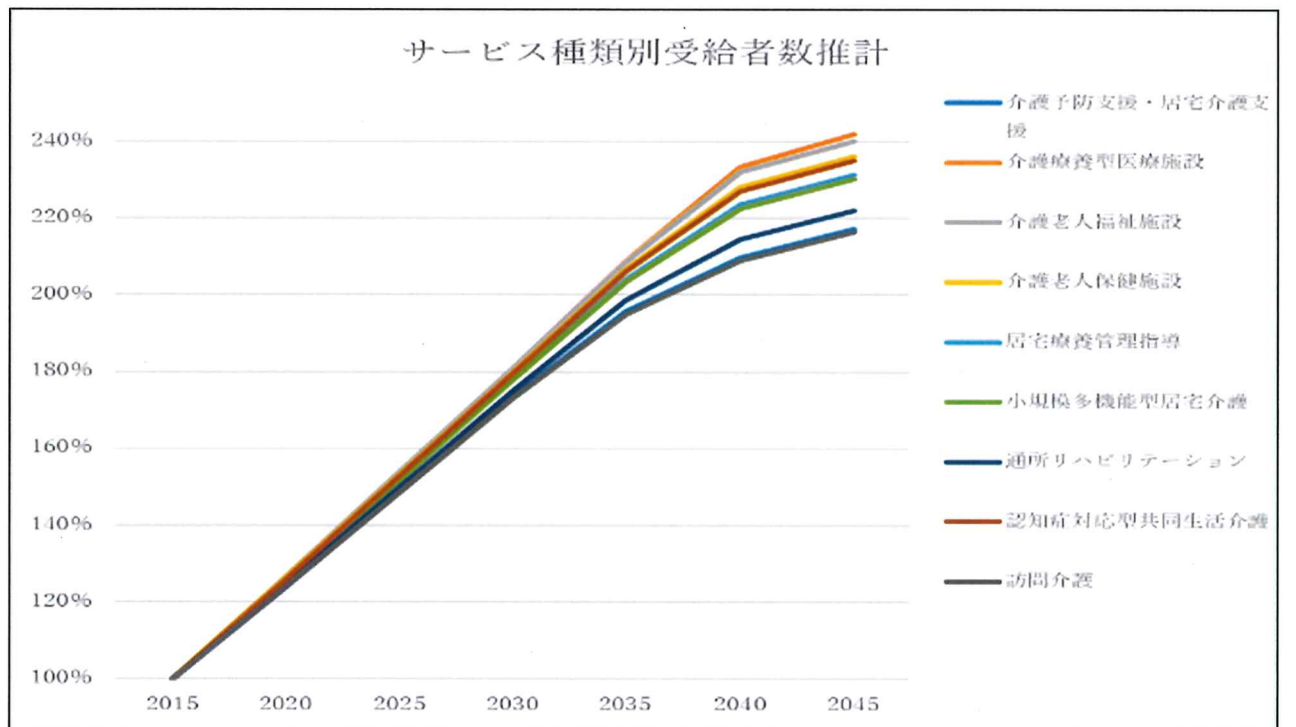
（入院患者数推計）



1 (外来患者数推計)



17 (介護サービス種類別受給者推計)



1 2) 将来のビジョン・目指すべき方向性（目標）

2 ①入院

- 3 ・高度急性期医療を中核に据えた専門病院の集約と連携強化
- 4 ・高度医療・救急・がん・周産期医療などの拠点強化
- 5 ・急性期から回復期・在宅への円滑な移行

7 ②外来

- 8 ・かかりつけ医と専門医の機能分化と連携の強化（紹介・逆紹介）
- 9 ・外来医療の集約と混雑緩和・オンライン診療やAI問診等のDX化推進

11 ③在宅

- 12 ・都市型在宅医療チーム（医師・訪問看護・薬剤師）体制の確立
- 13 ・在宅医療対応の医療機関の増加支援
- 14 ・緊急時支援や看取り支援体制の構築

16 ④介護との連携

- 17 ・多職種協働ICTプラットフォームの整備
- 18 ・地域包括ケアシステムの都市型モデル確立
- 19 ・医療と介護間の情報共有
- 20 ・入退院調整体制強化

22 ⑤人材確保

- 23 ・医療・介護職の働き方改革と処遇改善
- 24 ・若手医師・職員へのキャリア支援と専門研修機会の充実
- 25 ・外国人材の活用と支援体制整備

27 (2) 地方都市型

28 ※地方都市型には、人口10万人未満でも、医療圏における中核的機能を担って
29 いると判断される都市を含むこととする。

30 (人口20万人以上：北九州市、久留米市)

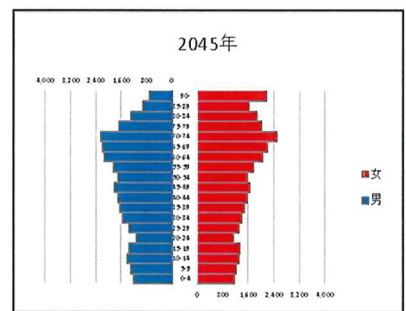
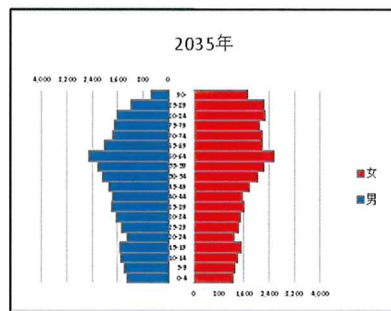
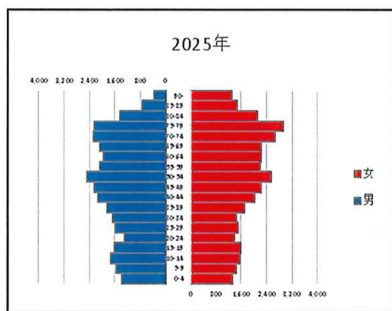
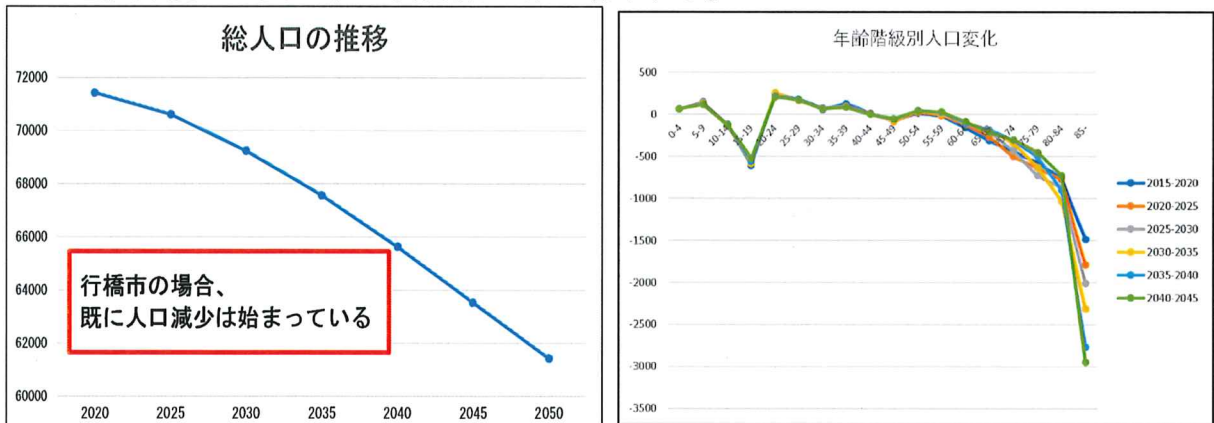
31 (人口10～20万人かつ人口密度が200人/km²以上：大牟田市、筑紫野市等)

32 人口が20万人以上又は人口10～20万人かつ人口密度が200人/km²以上
33 地方都市型では、高齢人口が増加～減少と幅広く、生産年齢人口は微減～大幅減

1 1) 人口動態と医療需要の将来予測 (行橋市の場合 (松田委員より))

2 ①人口動態

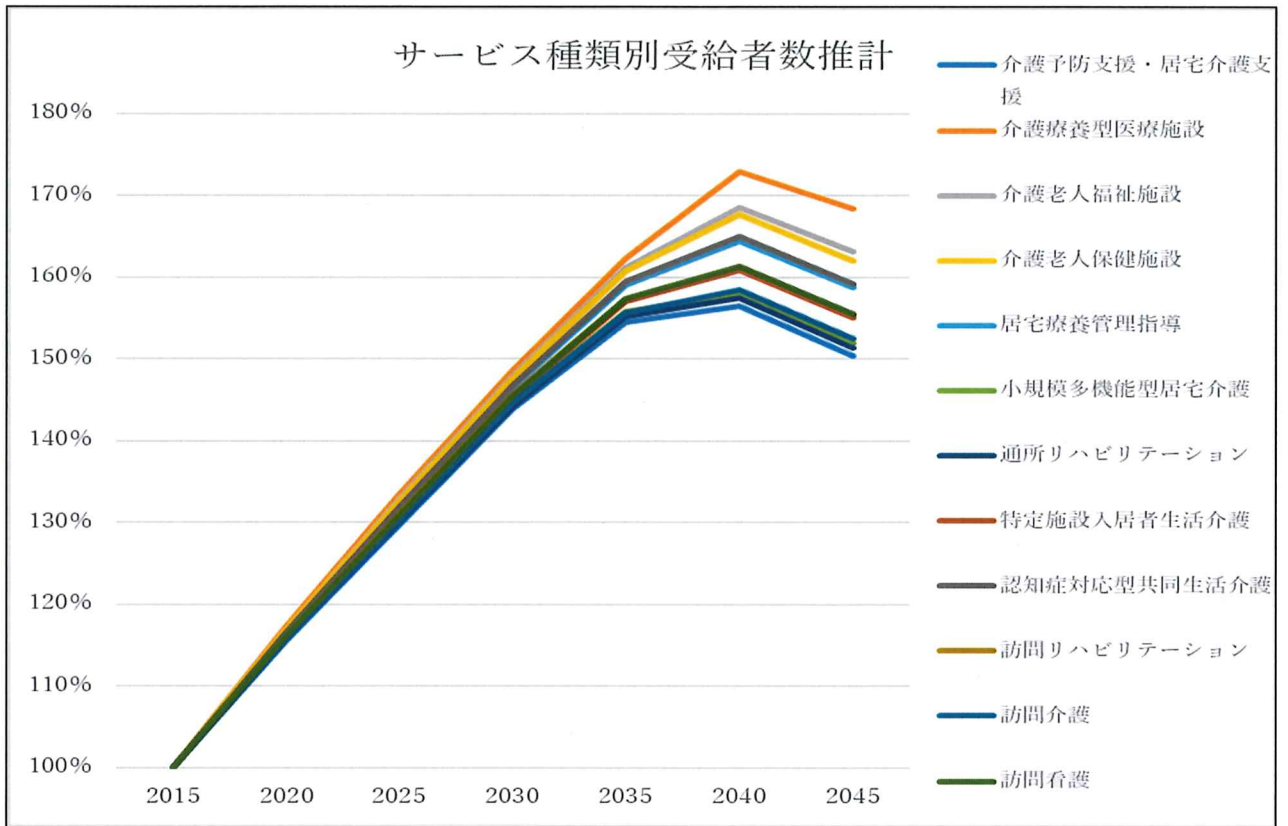
- 3 ・人口は2015年以降減少。
- 4 ・今後、高齢者の進行に伴い介護需要が2040(令和22)年まで増加し、その後徐々に減少する。
- 6 ・施設介護を必要とする状態像の者が増加する。



23 ②医療需要等 (行橋市の場合)

- 24 ・療養病棟入院、外来、訪問看護指示は全国より多い。
- 25 ・往診、訪問診療は全国より少ない。
- 26 ・一般病棟への入院は全国並み。
- 27 ・施設介護、通所介護、訪問介護、訪問看護(介護保険)は全国より少ない。
- 28 ・サ高住は多い。
- 29 ・外来機能が維持されていること、訪問看護の指示が多いことなどを考慮すると、地域全体として訪問診療を増やすことが必要ではないか？
- 31 ・地域ニーズの変化に対応しながら有床診療所の有床部分の機能及び療養病床の維持を検討すべきではないか？(サ高住、看多能、介護医療院への転換も含む)
- 34 ・介護施設の医療を日常的に支援する病院の役割が重要になるのではないか？
- 35 ・在宅医療を支える病院(在支病)の役割が重要ではないか？

1 (介護サービス種類別受給者数推計)



21 2) 将来のビジョン・目指すべき方向性 (目標)

22 ①入院

- 23 ・急性期、回復期、慢性期機能の再編による地域完結型医療体制
- 24 ・地域包括ケア病棟の導入促進
- 25 ・病床機能の適正化と中核病院のネットワーク形成

27 ②外来

- 28 ・慢性疾患管理を主とした、かかりつけ医の活用促進
- 29 ・外来機能の分担
- 30 ・訪問診療、夜間休日診療の体制充実

32 ③在宅

- 33 ・地域の特性に応じた在宅医療拠点の整備
- 34 ・中規模都市ならではの拠点型在宅医療センター設置
- 35 ・訪問看護ステーションとの連携強化

④介護との連携

- ・ 地域ケア会議を中心とした医療・介護連携の制度化
- ・ 中規模都市の介護施設での医療支援強化
- ・ ICT を活用したケア情報のリアルタイム共有

⑤人材確保

- ・ 地域卒医学生の確保と定着支援
- ・ 都市部との交流を通じた研修機会提供
- ・ 地域医療を担う多職種の育成と支援

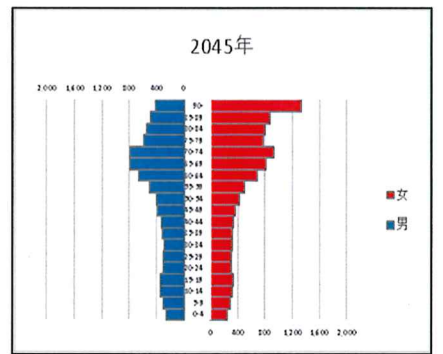
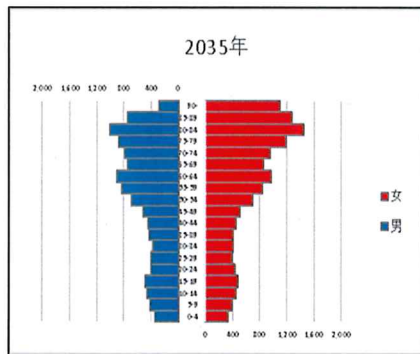
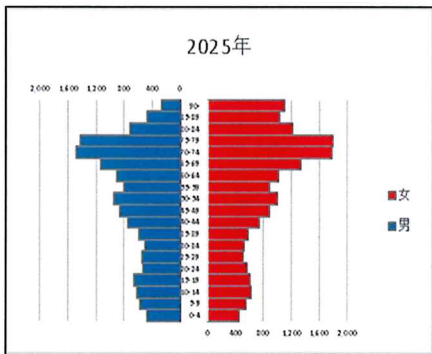
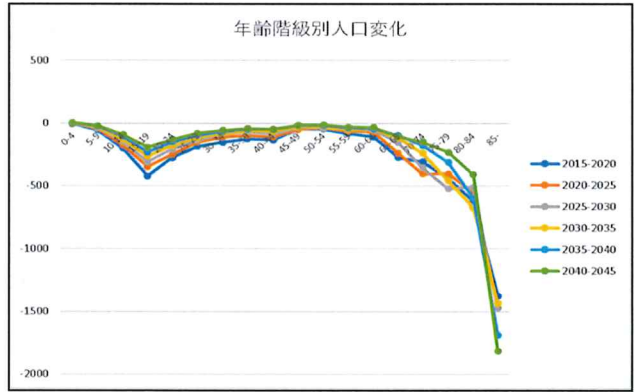
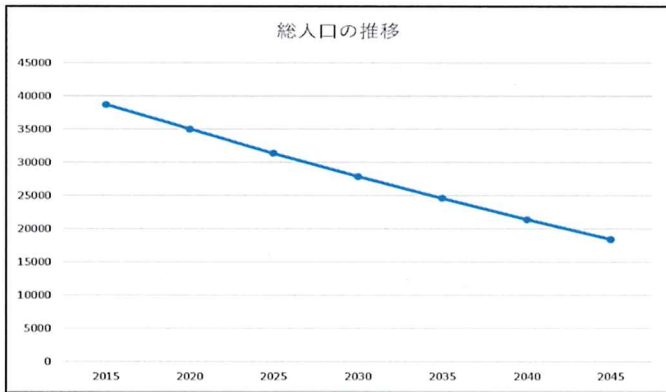
(3) 人口の少ない地域

大都市型、地方都市型にも当てはまらない地域
人口の少ない地域では、高齢人口が減少している地域が多く、生産年齢人口は概ね大幅減

1) 人口動態と医療需要の将来予測 (嘉麻市の場合 (松田委員より))

①人口動態

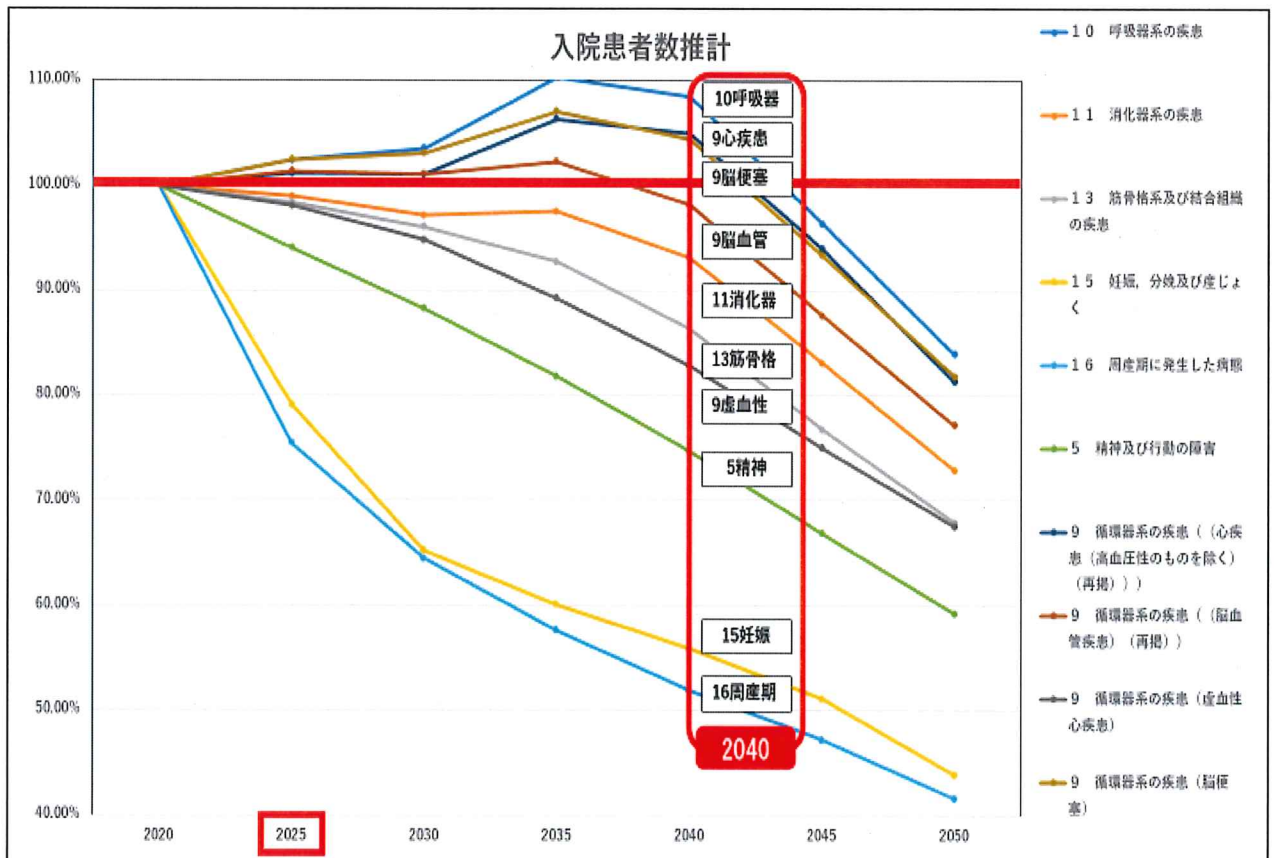
- ・ 人口は2015年以降減少。
- ・ 今後、高齢者人口も減少する。



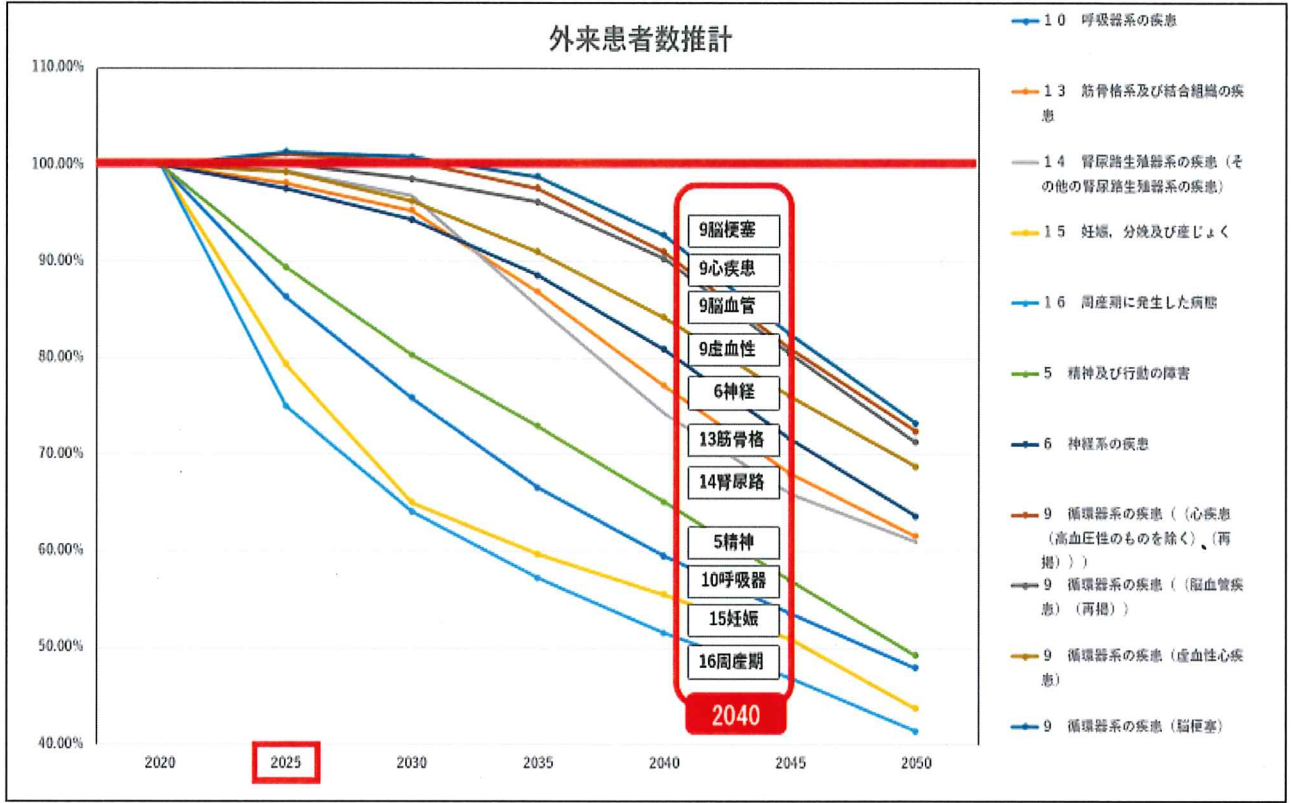
②医療需要等

- ・2035年以降、介護需要が急速に減少する。
- ・療養病棟入院は全国より多い。
- ・外来、一般病棟入院、往診、訪問診療、訪問看護指示は全国より少ない。
- ・施設介護、通所介護は全国より多い。
- ・サ高住は全国並み。
- ・訪問介護、訪問看護は全国より少ない。
- ・人口が減少していること、外来需要が低下傾向であること、現時点で訪問系の医療介護が十分提供できていないことを考慮すると、施設介護、療養病床の機能をニーズの動向に合わせて維持していくことが現実的ではないか？
- ・有床診療所の有床部分の機能の維持も検討すべきではないか？
- ・介護施設の医療を日常的に支援する病院の役割が重要になるのではないか？
- ・医療 MaaS やオンライン診療 (DtPwithN) などの活用が必要ではないか？

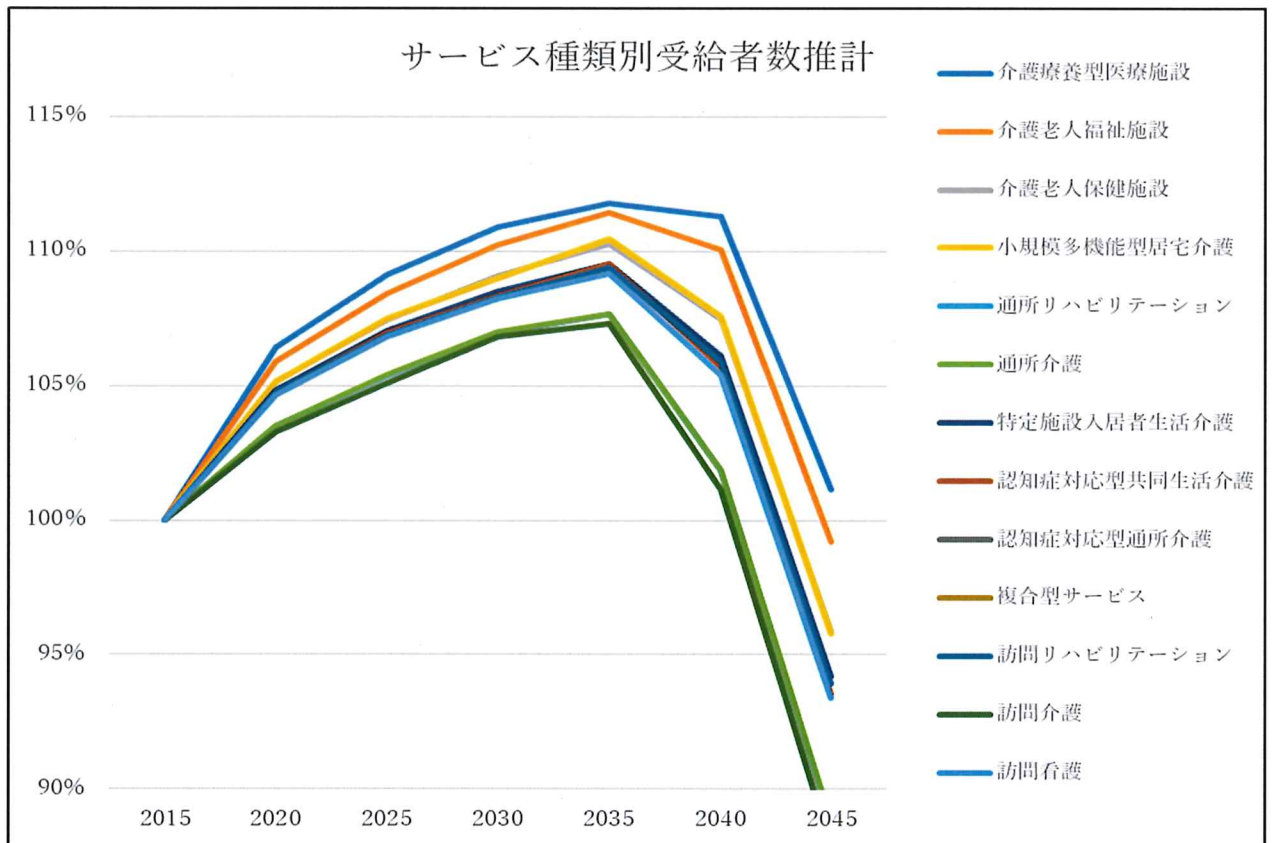
(入院患者数推計)



1 (外来患者数推計)



19 (介護サービス種類別受給者推計)



1 2) 将来のビジョン・目指すべき方向性（目標）

2 ①入院

- 3 ・急性期医療の必要最小限化と回復期、慢性期中心の機能転換
- 4 ・小規模病院の地域包括ケア病棟化の推進
- 5 ・ドクターヘリを活用した広域搬送体制との連携強化

6
7 ②外来

- 8 ・無医地区対策として、巡回診療やオンライン診療の推進
- 9 ・地元医師の定着支援、診療所の維持と後継者支援
- 10 ・住民参加型の健康相談・予防医療活動の充実

11
12 ③在宅

- 13 ・地域密着型在宅医療支援チーム（医師・看護・介護）育成・在宅看取りやターミナルケア支援体制整備
- 14
- 15 ・住民ボランティアや自治体との連携による共助体制

16
17
18 ④介護との連携

- 19 ・限られた人材での医療・介護一体型サービス提供（複合型施設等）・小規模多機能型居宅介護の活用
- 20
- 21 ・行政による連携コーディネーター配置

22
23 ⑤人材確保

- 24 ・医療・介護人材のUターン・Iターン促進（住居・就労支援）
- 25 ・地域卒医師や看護師の育成と奨学金制度活用
- 26 ・中山間地域勤務インセンティブの拡充

27
28 **6. 地域医療構想の達成に向けた医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組**

29 **(1) 地域類型（厚労省定義）を踏まえた「市町村特性区分」**

30 福岡県においては、地域医療構想の実効的な推進に向けて、医療機関相互の機能分化・連携の強化が重要な課題となっている。特に、医療資源の偏在や地域人口構造の違いを踏まえたうえで、各構想区域における役割分担や連携体制の明確化を図る必要がある。

34 厚生労働省は、「新たな地域医療構想等に関する検討会」において、人口の変化や課題を三類型（大都市型・地方都市型・人口の少ない地域）に分けて示しているが、三類型では県内 60 市町村が有する多様な地域特性や医療提供体制の実

1 情を十分に反映できず、個別の地域課題に即した施策立案や議論の深化が困難
2 であるという課題がある。

3 このため、本県では三類型の基本的視点を踏まえつつ、より精緻な地域医療政
4 策の策定と効果的な連携体制の構築を可能とするために、各類型内における市
5 町村ごとの特性をより具体的に分類した「市町村特性区分」を設けることを提案
6 する。

7 医療機関の機能分化・連携を着実に進めていくには、構想区域を構成する市町
8 村行政が自地域の医療・介護資源、人口動態、地理的条件、住民の要望などの実
9 情を主体的かつ的確に把握し、医師会、医療機関、保健・福祉部門を含む関係者
10 と共有することが不可欠である。地域の関係者は、その共通認識のもとで、地域
11 ごとの課題と将来像を明確にし、実効性のある戦略を立案・実行していくことが、
12 地域医療構想の具現化につながるのではないかと。

13

14 ○厚生労働省：三類型

区分	定義
大都市型	人口が 100 万人以上（又は）人口密度が 2,000 人/km ² 以上 大都市型では、高齢人口が概ね増加、生産年齢人口は微増～減少
地方都市型	人口が 20 万人以上（又は）人口 10～20 万人（かつ）人口密度が 200 人/km ² 以上 地方都市型では、高齢人口が増加～減少と幅広く、生産年齢人口 は微減～大幅減
人口の少ない 地域	上記以外 人口の少ない地域では、高齢人口が減少している地域が多く、生 産年齢人口は概ね大幅減

15 ※区分及び定義は「第 1 回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」より。

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

1 ○市町村特性区分（詳細は別添1参照）

類型	市町村特性区分	定義・特徴（案）	主な論点
① 大都市型	A. 中枢都市型	<ul style="list-style-type: none"> 人口 100 万人以上の大規模都市 三次救急や大学病院を擁し、高密度交通網が整備されている 都市圏内で医療提供が完結 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期医療後の出口機能の整備 高度急性期・急性期・在宅医療との明確な機能分化と連携 中枢都市と周辺地域間での医療資源と患者の偏在是正 医療人材の集中・育成と周辺圏域への派遣
	B. 都市近郊型	<ul style="list-style-type: none"> 人口約 5 万～20 万人程度の自治体で、福岡・北九州の通勤圏内 中枢都市への流出が多い傾向 	<ul style="list-style-type: none"> 高度医療・救急対応など中枢都市との役割分担の明確化 回復期と慢性期機能の地域内完結 在宅・外来中心の医療提供体制への移行と体制整備 介護・地域包括支援との連携インフラの把握と整備 将来的な人口動態に基づく柔軟な医療資源再配置
② 地方都市型	C. 広域支援型	<ul style="list-style-type: none"> 人口約 20 万～50 万人程度の中核都市 中山間地域からの患者搬送や流入も受け入れる 	<ul style="list-style-type: none"> 救急・急性期医療の中核拠点機能の持続可能性を確保するための見直しと再構築 中山間地域からの患者受け入れを見越した広域搬送体制の整備 急性期後の療養・在宅移行における地域連携モデルの構築 周辺市町との医師・看護職員等のネットワーク型運用 医療と介護を橋渡しする地域間連携体制の設計 中核都市と周辺との共創型の支援関係の構築
	D. 二次医療圏中核型	<ul style="list-style-type: none"> 人口約 5 万～10 万人程度 一定の医療自立性を有するが、三次救急は A や C へ 基幹病院は地域中核的な役割を持ちつつ、慢性期と在宅への対応強化が求められる 	<ul style="list-style-type: none"> 地域完結型二次医療体制の確保 慢性期や在宅支援の整備

③ 人口の少ない地域	E. 地域医療支援・中山間型	<ul style="list-style-type: none"> ・人口～約3万人程度 ・人口と医療需要の減少 ・中山間地や医療資源が非常に乏しい地域 ・AやCへの患者搬送 	<ul style="list-style-type: none"> ・維持が必要な医療機能の共有と支援、住民への周知 ・在宅医療と介護体制の強化 ・広域搬送や遠隔医療活用についてAやCと協議
---------------	----------------	--	---

1

2 (2) 医療機関機能

3 二次医療圏等を基礎とした構想区域ごとに確保すべき医療機関機能として、
 4 高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機
 5 能の他広域な観点で確保すべき医療機関機能として、医育及び広域診療機能が
 6 位置付けられた。

7 厚労省は区域ごとに人口規模の目安と各機能の考え方を示しているが、医療
 8 機関機能に関する議論は、地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質
 9 を確保し、持続的な医療提供体制を確保することが目的であり、医療機関の集約
 10 化が目的とならないよう留意が必要である。

11 ○厚労省が示す区域と人口規模の目安

12 (区域及び人口規模の目安は「第2回地域医療構想及び医療計画等に関する検
 13 討会」より)

区域	現在の人口規模の目安
大都市型	100万人以上
地方都市型	50万人程度
人口の少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定

14 1) 区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方

15 各機能の役割は、人口規模及び地域の実情に応じて変わることが想定される
 16 ことから、事前に各構想区域地域医療構想調整会議で各機能に求める具体的な
 17 役割や体制について認識の共有を図った上で、各医療機関に機能を報告いた
 18 だくことが望ましいと考える。そこで、本項では、人口規模を踏まえた医療機関機
 19 能の役割を整理した。なお、「急性期拠点機能」や「高齢者救急・地域急性期医
 20 療機能」については、救急と密接に関係しているため救急医療の提供体制との整
 21 合性を図ることが望ましいと考える。

1 ○急性期拠点機能

2 【大都市型：人口が 100 万人以上】

- 3 ・救命救急センター（三次救急医療）
- 4 ・総合周産期母子医療センター
- 5 ・災害拠点病院
- 6 ・高度急性期・専門救急の役割分担と効率化
- 7 ・高度医療機器や専門医療チームを有する拠点病院の整備・強化
- 8 ・近隣区域や区域内の他医療機関からの紹介受け入れ
- 9 ・地域医療支援病院（急性期充実体制加算取得）としての役割強化
- 10 ・人口が少ない地域への支援

11

12 【地方都市型：人口が 50 万人程度】

- 13 ・救命救急センター（三次救急医療）
- 14 ・総合周産期母子医療センター
- 15 ・災害拠点病院
- 16 ・高度急性期・専門救急の役割分担と効率化
- 17 ・高度医療機器や専門医療チームを有する拠点病院の整備・強化
- 18 ・近隣区域や区域内の他医療機関からの紹介受け入れ
- 19 ・地域医療支援病院（急性期充実体制加算取得）としての役割強化

20

21 【人口が少ない地域：上記以外】

- 22 ・災害拠点病院
- 23 ・区域内の他医療機関からの紹介受け入れ
- 24 ・地域医療支援病院としての役割強化

25

26 ○高齢者救急・地域急性期医療機能

27 「高齢者救急」機能は患者の年齢や疾患名ではなく、「高齢者という属性への
28 対応力」を指していると考えられる。「高齢者を多く受け入れ、治療から在宅・
29 施設への移行までを円滑かつ柔軟に行える体制があるか（ACP の策定及び見直
30 しを含む）」を機能として位置づけ、理解する必要がある。救急をきっかけとし
31 て医療・介護・生活支援が連携し、その後の療養・生活をどう支えるかまで含
32 めた包括的な視点が求められる。

33 また、地域急性期医療機能は、災害時における医療提供の中心的な役割を担
34 うことも考えられる。

- 1 **【大都市型：人口が 100 万人以上】**
2 ・災害拠点病院
3 ・二次救急医療機関（救急告示・病院群輪番制）
4 ・地域医療支援病院（急性期充実体制加算未取得）
5 ・急性期拠点機能医療機関からの下り搬送受入れ
6 ・初期救急医療機関からの受け入れ及び連携
7 ・提供することが可能な手術（時間帯含む）の明確化
8 ・地域周産期母子医療センター
9 ・高齢者施設等との平時からの協力体制
10 ・高齢者施設等からの受入れ

11

- 12 **【地方都市型：人口が 50 万人程度】**
13 ・災害拠点病院
14 ・二次救急医療機関（救急告示・病院群輪番制）
15 ・地域医療支援病院（急性期充実体制加算未取得）
16 ・急性期拠点機能医療機関からの下り搬送受入れ
17 ・初期救急医療機関との連携及び受け入れ
18 ・提供することが可能な手術（時間帯含む）の明確化
19 ・地域周産期母子医療センター
20 ・高齢者施設等との平時からの協力体制
21 ・高齢者施設等からの受入れ

22

- 23 **【人口が少ない地域：上記以外】**
24 ・災害拠点病院
25 ・二次救急医療機関（救急告示・病院群輪番制）
26 ・急性期拠点機能医療機関からの下り搬送受入れ
27 ・初期救急医療機関との連携及び受け入れ
28 ・提供することが可能な手術（時間帯含む）の明確化
29 ・高齢者施設等との平時からの協力体制
30 ・高齢者施設等からの受入れ

31

32 ○在宅医療等連携機能

- 33 **【大都市型：人口が 100 万人以上】**
34 ・在宅医療を担う診療所や病院
35 ・訪問看護ステーション等の後方支援病院
36 ・在支診、在支病による支援の強化

- 1 ・介護施設の協力医療機関による整備
- 2 ・高齢者施設等との平時からの協力体制
- 3 ・高齢者施設等からの受入れ

4

5 【地方都市型：人口が50万人程度】

- 6 ・在宅医療を担う診療所や病院
- 7 ・訪問看護ステーション等の後方支援病院
- 8 ・在支診、在支病による支援の強化
- 9 ・介護施設の協力医療機関による整備
- 10 ・高齢者施設等からの受入れ
- 11 ・医療機関が中核となり、かかりつけ医・訪問看護・薬局等と多職種連携体制
- 12 を構築
- 13 ・病院と在宅の移行支援（入退院時連携・訪問指導）を担う「在宅医療連携拠
- 14 点」としての役割

15

16 【人口が少ない地域：上記以外】

- 17 ・在宅医療を担う診療所や病院
- 18 ・訪問看護ステーション等の後方支援病院
- 19 ・高齢者施設等からの受入れ
- 20 ・医療機関が中核となり、かかりつけ医・訪問看護・薬局等と多職種連携体制
- 21 を構築
- 22 ・病院と在宅の移行支援（入退院時連携・訪問指導）を担う「在宅医療連携拠
- 23 点」としての役割
- 24 ・在宅療養者の急変時対応（24時間対応・バックアップ病床確保）の確立

25

26

27 ○専門等機能

28 厚労省が示す専門等機能は、「上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリ

29 テーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域

30 に根ざした診療機能、一部の診療科に特化した地域ニーズに応じた診療を行う。」

31 と記載されているが、想定される機能について以下のとおり検討した。

32

33 ▶ リハビリテーション機能

34 リハビリテーションは急性期・回復期・在宅・専門等機能に横断的に存在し、

35 機能区分や提供内容により解釈の差が生じやすいことから、医療機関間で共通

36 の理解をもつことが不可欠である。

- 1 そのため、各医療機関が報告する際には、以下の点を統一見解として確認・
2 整理することが望ましい。以下に参考例を記載する。

分類	内容	詳細
早期リハ	急性疾患や手術直後に、早期離床・ADL低下予防を目的として提供されるリハビリ	一般病棟でのリハビリ、短期間集中的
復帰リハ	急性期治療後に、ADL改善・社会復帰・自立生活の獲得を目的として提供されるリハビリ	回復期リハビリテーション病棟を中心
維持期リハ	外来、訪問、通所リハなど、在宅生活の維持・改善を目的として提供されるリハビリ	介護保険・医療保険に基づくリハ含む、生活期リハ
専門等リハ	高度・専門的・集中的で、早期・復帰・維持期リハの枠に完全には収まらないリハビリ	脳損傷・脊髄損傷・神経難病・小児リハ・義肢装具など、専門性・長期性が高いもの

3

4 【大都市型：人口が100万人以上】

- 5 ・急性期拠点機能とのスムーズな連携によるリハビリテーション機能の質的向上。
6 ・専門スタッフ（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等）によるチームリハビリ体制の構築

8

9 【地方都市型：人口が50万人程度】

- 10 ・急性期拠点機能とのスムーズな連携によるリハビリテーション機能の質的向上。
11 ・自宅や施設への円滑な移行支援を行う地域リハビリセンター的な役割も
12 考えられる。

13

14 (注) 大都市型や地方都市型においては、自院完結型医療ではなく、地域完結型
15 医療を目指す必要がある。

16

17 【人口が少ない地域：上記以外】

- 18 ・高齢者救急・地域急性期医療機能との併設など、地域の実情に応じて柔軟
19 に対応することも考えられる。
20 ・自宅や施設への円滑な移行支援を行う地域リハビリセンター的な役割も
21 考えられる。
22 ・通所型リハや訪問リハ中心の生活密着型リハビリの提供。
23 ・地域資源（公民館、空き施設）を活用した介護予防型リハビリの提供。

24

25

26

- 1 ▶ 慢性期機能（高齢者等の中長期にわたる入院医療機能）
2 【大都市型：人口が100万人以上】
3 ・高齢者救急・地域急性期医療機能からの下り搬送受入れ
4 ・慢性疾患管理や療養型医療の場としてのサブアキュート・慢性期病棟の機
5 能整備
6 ・多職種による生活支援・服薬管理などを含む包括的ケアの提供
7
8 【地方都市型：人口が50万人程度】
9 ・高齢者救急・地域急性期医療機能からの下り搬送受入れ
10 ・療養と慢性期、生活支援の一体化が求められ、慢性期病床を地域生活と結
11 びつける役割として活用
12 ・高齢者施設との併設や複合型サービスとの連携推進
13
14 【人口が少ない地域：上記以外】
15 ・高齢者救急・地域急性期医療機能からの下り搬送受入れ
16 ・高齢者施設との併設や複合型サービスとの連携推進
17
18 ▶ 周産期医療機能
19 周産期医療機能については、担う機能について明確化する必要がある。
20 ・担う機能の明確化
21 健診や産後ケア機能
22 正常分娩を扱う機能
23 高度な周産期医療を提供する機能
24
25 ▶ 小児医療機能
26 小児医療機能については、担う機能について明確化する必要がある。
27 ・担う機能の明確化
28 一般小児医療機能
29 小児救急医療機能
30 高度な小児専門医療機能
31 その他小児専門医療機能（発達障がい児等）
32
33 ○広域な観点の医療機関機能
34 【厚労省の考え方】
35 ・「大学病院本院が担う広域的機能」として以下を位置付け。
36 ▶ 常勤医師・代診医の派遣

- 1 ▶ 医師の卒前・卒後教育を含む医療従事者の育成
- 2 ▶ 広域的な診療機能の総合的实施
- 3 ▶ 地域全体で機能が確保されるよう都道府県と連携

4

5 【福岡県の現状】

- 6 ▶ 県内には4つの大学があり、地域の基幹病院に医師を派遣。
- 7 ▶ 複数の大学から派遣を受けている医療機関も存在。

8

9 【課題】

- 10 ▶ 働き方改革による時間外労働の上限規制により、医師確保が一層困難。
- 11 ▶ 派遣医師の引き上げがあれば、医療機関の存続に影響するおそれがある。

12

13 【今後の方向性】

- 14 ▶ 福岡県行政は4大学の方針を丁寧に確認しながら、地域全体の医療提供体制を見据えた協議を進めることが重要であることから、地域毎の医師派遣について県全体（大学病院・県医師会・県行政）で検討する協議体の設置が望まれる。

18

19 7. 福岡県における構想区域の考え方の整理

20 現行の構想区域は、これまでの議論の積み重ねと信頼関係の基盤であり、引き
21 続き基本的な構想・協議の単位として継続すべきである。そのうえで、以下の方
22 針に基づき、目的に応じて柔軟な区域単位での協議・検討を進める体制を構築す
23 ることを提言する。

24

25 ○現行の構想区域は「協議と共有の基盤」として継続活用。

- 26 ・過去10年にわたり協議体制が確立されてきた現行13区域は、医療機関、医
27 師会、行政間の信頼と情報の共有基盤として重要。
- 28 ・各地域の合意形成や政策反映の基本単位として引き続き位置づけることが望
29 ましい。

30

31 ○目的ごとの協議単位の弾力的設定（多層化）

- 32 ・保健医療計画では、疾病・事業ごとに医療圏を設定しているが、急性期から包
33 括期、慢性期及び初期医療から高度医療について疾病・事業ごとに機能分化・
34 連携に関する協議の場を設定することができなかった。
- 35 ・そのため、5疾病・6事業及び在宅医療など、テーマに応じて、以下のように
36 協議単位を柔軟かつ重層的に設定。

- 1 ・近隣の二次医療圏で補完している疾病・事業については、医療圏の見直しにつ
 2 いて検討が必要である。別添2参照。
 3 ・見直しにあたっては、関係する郡市医師会や大学病院、市町村等の関係者の意
 4 見を聞きながら丁寧に進めなければならない。
 5 ・ブロックや小規模単位での協議内容は、情報を整理・統合し、必ず構想区域地
 6 域医療構想調整会議等で共有し、地域全体としての理解と合意形成につなげ
 7 る。
 8 ・広域的な協議単位では、初期・二次・三次それぞれの代表者が参画する体制が
 9 望ましいと考える。

協議単位	内容
広域的（4ブロック）	救急（高齢者施設や在宅からの救急搬送含む）、がん、周産期、小児など
中規模（医療機関や関係機関の所在地及び患者動向を踏まえて設定）	急性期・慢性期のバランス、病床再編など
狭域的（市町村・医療圏内地区）	在宅医療、地域密着型サービスなど

- 10 ※福岡県第8次保健医療計画における5疾病・6事業及び在宅医療に関する整
 11 備体制の単位は別添2参照。
 12

13 **8. 構想区域における協議の場（地域医療構想調整会議）を活用するための考え方**

	内容
目的	地域における医療機能の適正配置や、将来必要となる医療の姿を関係者で共有・合意形成すること。 規制ではなく、「誘導と合意形成」の場としての調整会議であるとの理解が必要。
中心議題	「病床数の調整」ではなく、「不足する医療機能への対応」「在宅医療の強化」など医療提供体制の質的な整備が主軸。 新たな地域医療構想では、医療機関だけでなく、住民や介護、福祉、経済界なども参加する「地域づくりの協議体」に近い形へ発展させることも必要。 疾病・事業等に関する課題についても整理し、各協議体に具体的対策・対応について協議を依頼する。

課題整理と専門協議との連動	調整会議において把握・整理された疾病・事業等に関する地域課題のうち、専門的知見や制度的検討を要するものについては、保健所が設置する会議体や福岡県行政が設置する専門協議会等に提言し、具体的対策・対応について協議を依頼する。これらの協議結果については、再度、地域医療構想調整会議に共有し、地域の医療提供体制の検討や取組に反映させる仕組みとする。
参加機関の役割	医師会・行政・医療機関等が、地域の医療課題を共有し、その解決のために自主的な取組みを支援・促進する。
周知	会議の合意内容を各医療機関に伝達し、地域全体の方向性に沿った機能分化や連携を自主的に取組む。

1

2

9. 市町村の役割

3

・医療は地域のインフラであり、まちづくりの中核要素である。医療を県行政や医療機関だけの領域と捉えるのではなく、地域住民の医療ニーズや移動手段・地理的特性を含む医療アクセスの実態を市町村自身が的確に把握することが不可欠である。

4

5

6

7

・市町村が策定する立地適正化計画や都市マスタープラン等の各種計画には、医療施設や高齢者福祉施設との連携配置に加え、交通網や公共交通の確保、移動困難者支援などの医療アクセス向上の視点を組み込む必要がある。

8

9

10

・市町村は「今ある医療をただ維持する」ことにとどまらず、人口減少・高齢化が進む中で、将来に向けて地域の医療とアクセスをどのように支えていくのかを主体的に検討し、行動する立場でなくてはならない。

11

12

13

・医療機関の機能再編や診療体制の変化も見据えながら、他の自治体や医療機関と連携し、不足する機能を補い合う仕組みや、病院間の連携、移動支援、オンライン医療等を含む代替手段の設計・提案に取り組む役割が求められる。

14

15

16

・地域医療構想調整会議での合意事項を区域内の医療機関や関係者に幅広く周知するとともに、医療アクセスを含む地域医療の将来像について、地域住民の理解促進を図っていく必要がある。

17

18

19

20

10. 財源の確保

21

(1) 地域医療介護総合確保基金

22

下記について福岡県は国へ制度改正を要望すべきである。

23

1) 課題

24

・医療機能の分化・連携、在宅医療の整備など、政策メニューが固定化されており、地域の実情に応じた柔軟な使い方が難しい。

25

26

・事業計画書の作成、関係機関の合意、県との折衝など、事務負担が大きい。

1 特に市町村や中小病院には過重。

2 ・提案事業の採択基準が不明確である。

3 ・単年度で完結できる体制整備が難しく、年度をまたぐ計画への対応が不十分。

4
5 2) 改善提案

6 ①「構想区域対応型」または「地域課題重点型」メニューの創設

7 ・県から各構想区域（またはブロック）へ包括的に配分し、各構想区域（また
8 はブロック）が自律的に用途を決定。

9 ・各構想区域地域医療構想調整会議での議論結果を反映する仕組みを設け、柔
10 軟な使い方を可能にすべきである。

11 ・国との協議で、繰越・再配分の柔軟化を要望。

12
13 ②複数年事業を可能とする柔軟運用

14 ・医療体制整備や ICT 導入、人材確保は単年度で効果が出にくいいため、複数年
15 度での計画・実行を前提に設計。

1 11. おわりに

2 本答申は、福岡県の新たな地域医療構想（2040年頃を見据える）の策定に向
3 け、現行構想の課題を踏まえた方向性を示すものである。現行の地域医療構想は、
4 病床削減や統廃合ありきではなく、医療機関が主体的に進める方針で推進され、
5 データのダッシュボード化など一定の成果があった。一方、国が示した必要病床
6 数がミスリードとなったことや新型コロナ対応等により、機能分化・連携は十分
7 に進まず、市町村が医療需要や医療資源を把握できず医療提供側中心の議論に
8 留まった点が課題である。

9 冒頭にも記載されている通りで、内容が同じ文章になるが、新構想は医療計画
10 の上位概念として、地域全体を俯瞰し「治す医療」と「治し支える医療」の役割
11 分担を明確化し、連携・再編・集約化を進める。病床数調整ではなく、不足する
12 医療機能への対応や在宅医療強化など質的整備を主軸とし、住民や介護・福祉等
13 も参加する協議体への発展が求められる。

14 地域類型は大都市型・地方都市型・人口の少ない地域の三類型を基本としつつ、
15 福岡県では多様性を反映するため「市町村特性区分」を設け、地域ごとの課題把
16 握と戦略立案を可能にすることを提案する。医療機関機能は、急性期拠点、高齢
17 者救急・地域急性期、在宅医療等連携、専門等機能、さらに大学病院等の広域機
18 能を整理し、集約化が目的化しないよう留意する。

19 構想区域は、信頼と議論の蓄積がある現行13区域を基本単位として継続しつ
20 つ、救急・がん等は4ブロックなど目的に応じた多層的協議単位を導入する。調
21 整会議は規制ではなく合意形成の場として、課題整理と専門協議との連動を
22 図る。市町村は医療を地域インフラとして捉え、医療アクセスを含む将来像の検討
23 と住民への周知を担うべきである。

24 今後、県行政および各市町村行政と綿密な協議を重ねる必要がある。

25 今回、堤委員長をはじめ各委員の先生方には、大変貴重なご意見を沢山頂き、
26 ありがとうございます。この場を借りて御礼申し上げます。

○ 地域類型（厚労省定義）に基づく県内二次医療圏一覧

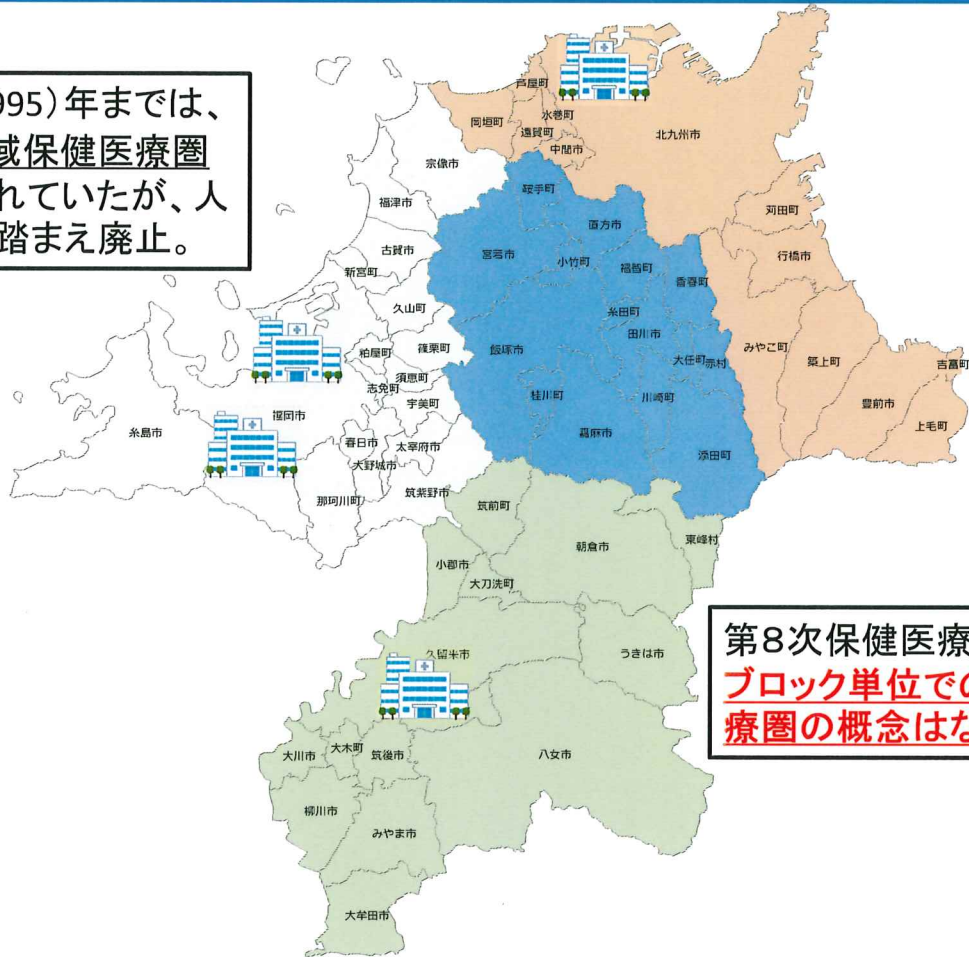
令和7年8月8日開催の第2回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会において、**区域の人口規模**を踏まえた医療機関機能の考え方（案）が新たに示されたが福岡県で構想区域ごとに分類すると下記のとおり。

構想区域	構成市町村	厚労類型	圏域				
			人口（人）	病院	診療所	面積（k㎡）	人口密度（人/k㎡）
福岡・糸島	福岡市、糸島市	大都市型	1,740,857	123	1,750	559	3,114
粕屋	古賀市、宇美町、篠栗町、志免町、須恵町、新宮町、久山町、粕屋町	人口の少ない地域	292,622	26	193	207	1,416
宗像	宗像市、福津市	人口の少ない地域	165,602	14	122	173	959
筑紫	筑紫野市、春日市、大野城市、太宰府市、那珂川市	地方都市型	440,919	27	310	233	1,890
朝倉	朝倉市、筑前町、東峰村	人口の少ない地域	80,348	8	75	366	220
久留米	久留米市、大川市、小郡市、うきは市、大刀洗町、大木町	地方都市型	447,316	47	439	468	956
八女・筑後	八女市、筑後市、広川町	人口の少ない地域	127,106	14	124	562	226
有明	大牟田市、柳川市、みやま市	人口の少ない地域	202,644	31	205	264	768
飯塚	飯塚市、嘉麻市、桂川町	人口の少ない地域	170,014	20	168	369	460
直方・鞍手	直方市、宮若市、小竹町、鞍手町	人口の少ない地域	101,892	12	99	252	405
田川	田川市、香春町、添田町、糸田町、川崎町、大任町、赤村、福智町	人口の少ない地域	112,634	16	116	364	310
北九州	北九州市、中間市、芦屋町、水巻町、岡垣町、遠賀町	大都市型	1,046,238	101	1,041	601	1,740
京築	行橋市、豊前市、苅田町、みやこ町、吉富町、上毛町、築上町	人口の少ない地域	179,800	14	159	569	316
計(13圏域)	29市29町2村		5,107,992	453	4,801	4,986	1,024

※数値は「第8次福岡県保健医療計画」より

福岡県 4ブロック/4大学

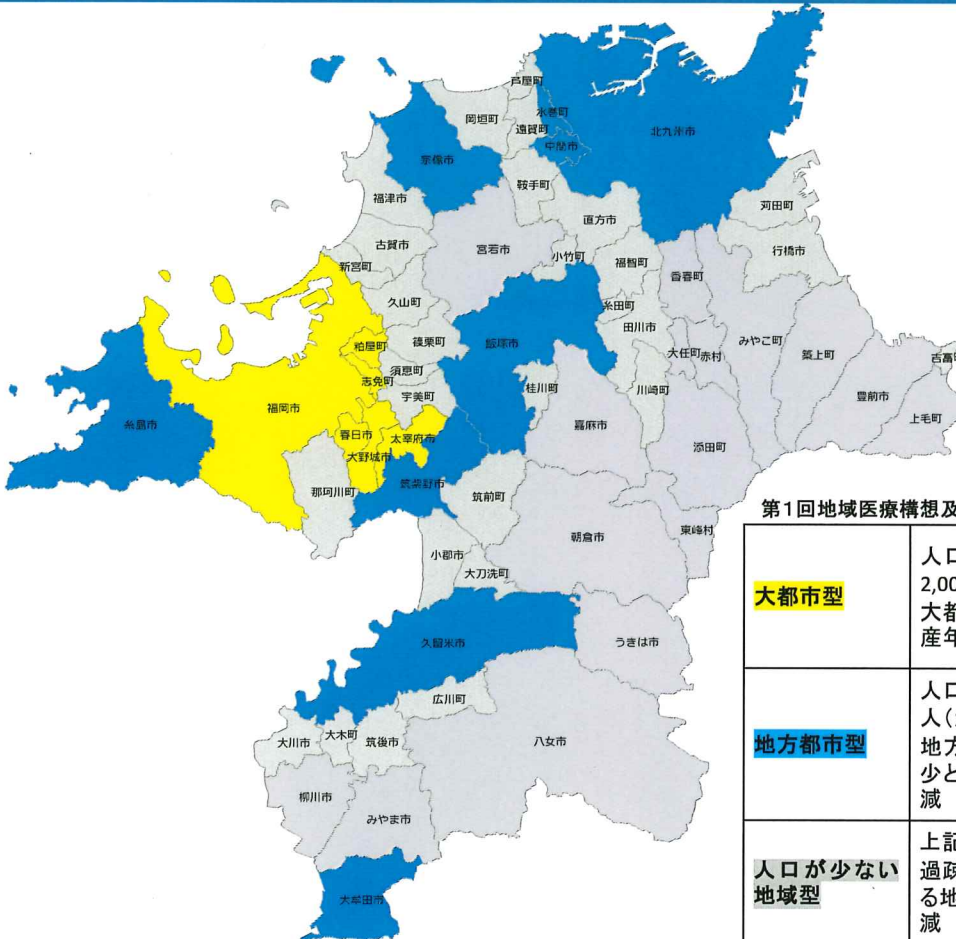
平成7(1995)年までは、4つの地域保健医療圏が設定されていたが、人口動向を踏まえ廃止。



第8次保健医療計画では、ブロック単位での保健医療圏の概念はない。

3

福岡県60市町村 厚労省三類型



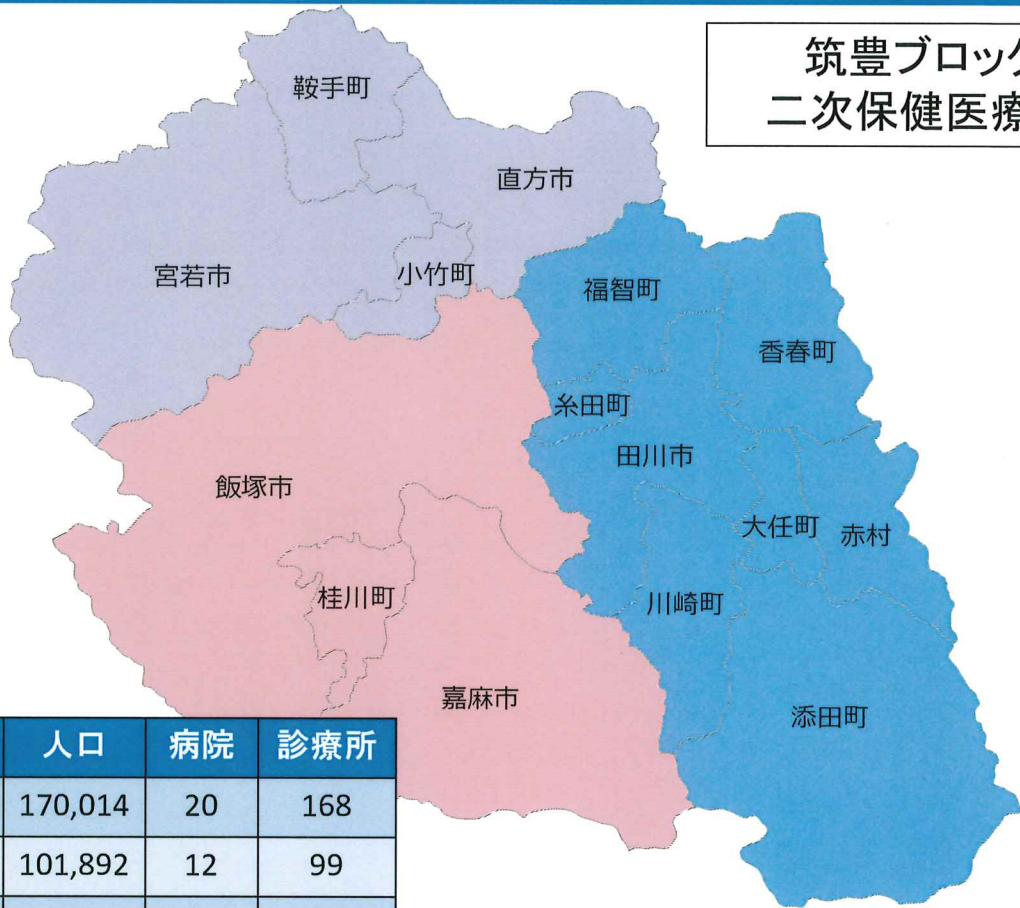
第1回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料より

大都市型	人口が100万人以上(又は)人口密度が2,000人/km ² 以上 大都市型では、高齢人口が概ね増加、生産年齢人口は微増～減少
地方都市型	人口が20万人以上(又は)人口10～20万人(かつ)人口密度が200人/km ² 以上 地方都市型では、高齢人口が増加～減少と幅広く、生産年齢人口は微減～大幅減
人口が少ない地域型	上記以外 過疎地域型では、高齢人口が減少している地域が多く、生産年齢人口は概ね大幅減

4

医療機関機能の確保【想定】

筑豊ブロック
二次保健医療圏

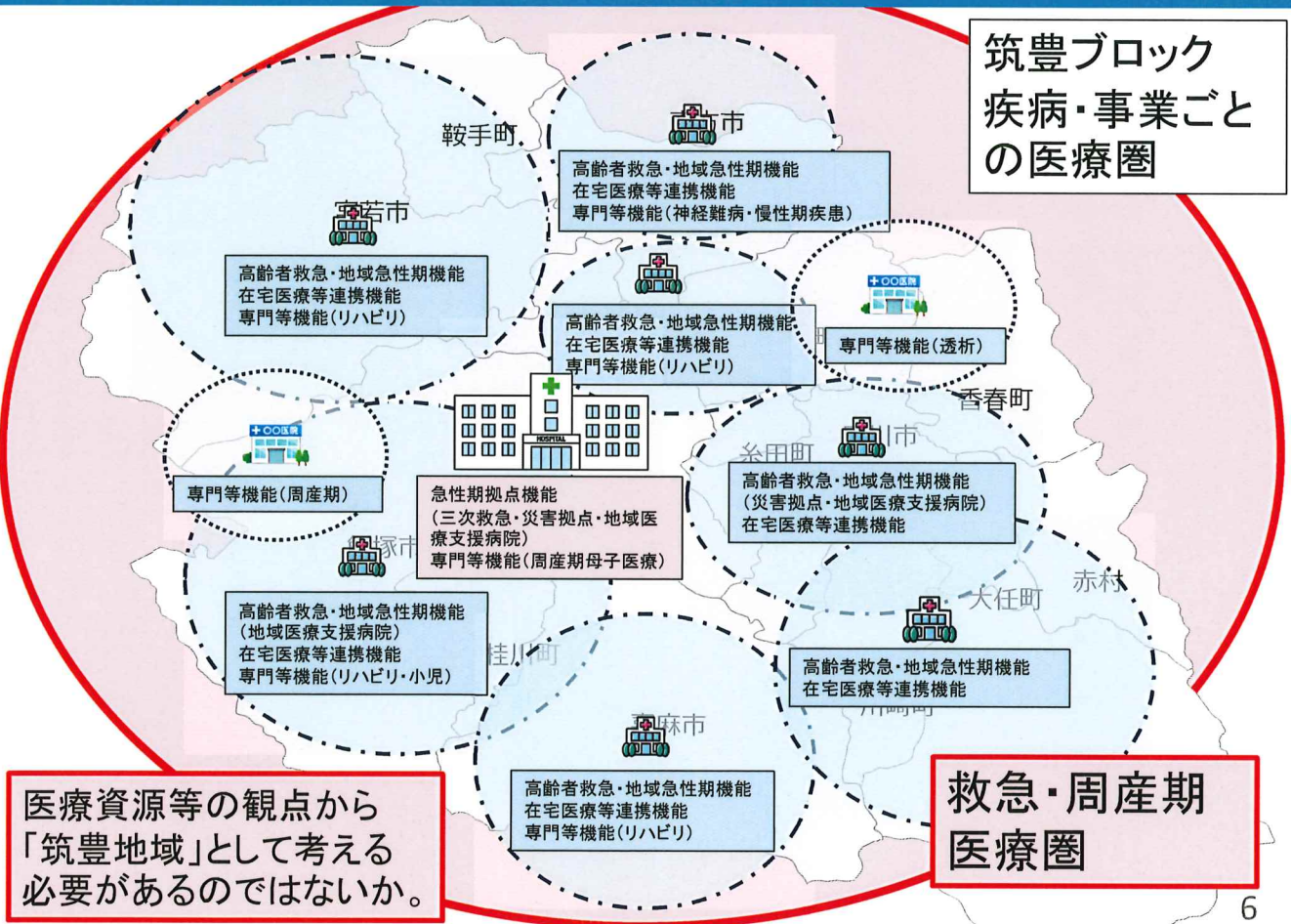


医療圏	人口	病院	診療所
飯塚	170,014	20	168
直方鞍手	101,892	12	99
田川	112,634	16	116

5

医療機関機能の確保【想定】

筑豊ブロック
疾病・事業ごとの医療圏



医療資源等の観点から「筑豊地域」として考える必要があるのではないかと。

救急・周産期医療圏

6

福岡県における市町村特性区分（案）と主な論点・方向性（案）

福岡県においては、厚生労働省が提示する三類型（大都市型・地方都市型・過疎地域型）の枠組みだけでは、県内60市町村の多様な地域特性や医療課題を的確に捉えることが難しい。医療資源の偏在や地域の役割分担、高齢化率や人口動態といった構造的な差異は、単一の類型では整理しきれない現実がある。このため、地域の実態に即した「市町村特性区分」を各類型内に設け、より精緻な分析を行うことで、今後の医療機能の再編、役割分担の明確化、在宅・慢性期医療の重点化、医療資源の適正配置など、地域特性に応じた具体的かつ実効性のある施策立案につなげていくこととはどうか。

厚労省類型	市町村特性区分	定義・特徴（案）	主な論点（案）	「主な論点」や「方向性」については各区域で協議	方向性（案）	各医療機関機能のあり方	想定される市町村（例）
① 大都市型 100万人以上	A. 中枢都市型	<ul style="list-style-type: none"> 人口約100万人以上の大規模都市 三次救急や大学病院を擁し、高密度交通網が整備されている 都市圏内で医療提供が完結 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期医療後の出口機能の整備 高度急性期・急性期・在宅医療との明確な機能分化と連携 中枢都市と周辺地域間での医療資源と患者の偏在是正 医療人材の集中・育成と周辺圏域への派遣 		<ul style="list-style-type: none"> 急性期病院から回復期・在宅への多段階的退院支援 地域連携パスの広域化の検討 高度医療特化と地域支援機能の役割分離による都市内再編 大学病院を核とした医療人材育成の地域連携拠点整備 	<ol style="list-style-type: none"> 高齢者救急・地域急性期機能 在宅医療等連携機能 急性期拠点機能 専門等機能 医育及び広域診療機能 	福岡市、北九州市
	B. 都市近郊型	<ul style="list-style-type: none"> 人口約5万～20万人程度の自治体で、福岡・北九州の通勤圏内 中枢都市への流出が多い傾向 	<ul style="list-style-type: none"> 高度医療・救急対応など中枢都市との役割分担の明確化 回復期と慢性期機能の地域内完結 在宅・外来中心の医療提供体制への移行と体制整備 介護・地域包括支援との連携インフラの把握と整備 将来的な人口動態に基づく柔軟な医療資源再配置 		<ul style="list-style-type: none"> 回復期・慢性期の地域完結型モデルの推進 中枢都市との高度医療、救急医療の連携 医療と福祉をつなぐ拠点（包括支援センター等）との必要な情報共有体制の強化 	『各医療機関機能のあり方』も各特性区分で違うことが考えられる。	春日市、大野城市、筑紫野市、糸島市、古賀市、志免町、粕屋町、新宮町、苅田町など
② 地方都市型 50万人程度	C. 広域支援型	<ul style="list-style-type: none"> 人口約20万～50万人程度の中核都市 中山間地域からの患者搬送や流入も受け入れる 	<ul style="list-style-type: none"> 救急・急性期医療の中核拠点機能の持続可能性を確保するための見直しと再構築 中山間地域からの患者受入れを見越した広域搬送体制の整備 急性期後の療養・在宅移行における地域連携モデルの構築 周辺市町との医師・看護職員等のネットワーク型運用 医療と介護を橋渡しする地域間連携体制の設計 中核都市と周辺との共創型の支援関係の構築 		<ul style="list-style-type: none"> 将来の医療需要と人材供給を踏まえ、持続可能な体制へ向けた機能の見直し・精選・維持 中山間地を含む広域搬送に対応する救急医療中核拠点の再整備 地域の在宅医療を後方支援する専門チームの設立 医療と介護及び行政の統合プラットフォームの形成 周辺圏域との持ち回り型医師派遣ネットワークの確立 		久留米市、飯塚市
	D. 二次医療圏中核型	<ul style="list-style-type: none"> 人口約5万～10万人程度 一定の医療自立性を有するが、三次救急はAやCへ 基幹病院は地域中核的な役割を持ちつつ、慢性期と在宅への対応強化が求められる 	<ul style="list-style-type: none"> 地域完結型二次医療体制の確保 慢性期や在宅支援の整備 医療へのアクセス（交通手段）の確保 		<ul style="list-style-type: none"> 二次救急・慢性期に対応する地域完結型病院の機能維持策 診療所や訪問看護との連携強化による在宅医療体制の構築 高齢化に対応した医療 介護統合型住宅支援モデルの検討 近隣都市との医療資源の相互補完 		宗像市、福津市、行橋市、直方市、田川市、大牟田市、柳川市、八女市、筑後市など
③ 人口が少ない地域 ～30万人	E. 地域医療支援・中山間型	<ul style="list-style-type: none"> 人口約5,000～3万人程度 人口と医療需要の減少 中山間地や医療資源が非常に乏しい地域 AやCへの患者搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 維持が必要な医療機能の共有と支援、住民への周知 在宅医療と介護体制の強化 広域搬送や遠隔医療活用についてAやCと協議 医療へのアクセス（交通手段）の確保 		<ul style="list-style-type: none"> 医師偏在対策としての遠隔診療とAI診断支援の活用 遠隔診療や巡回診療を含む交通弱者支援医療体制の確立 都市部と連携した広域型包括ケアネットワークの導入 看護師・薬剤師等のタスクシフティングによる医療提供体制の維持 		朝倉市、うきは市、豊前市、みやこ町、東峰村、添田町、川崎町、赤村、大任町、香春町、大木町、広川町、添田町など

福岡県第8次保健医療計画における整備体制の単位

疾病事業	分野	整備体制の単位	ブロック単位での整備	
			内容	ブロック単位での協議の場
病床	基準病床数	二次医療圏 (一般病床・療養病床)	-	-
	必要病床数	構想区域(高度急性期・急性期 回復期・慢性期)	-	-
5 疾病	がん	二次医療圏	がん診療連携拠点病院	なし
	脳卒中	二次医療圏 ※近隣の二次医療圏で補完している医療圏もある。	-	福岡県救急業務メディカルコントロール協議会 地域救急業務メディカルコントロール協議会
	心血管疾患	二次医療圏 ※近隣の二次医療圏で補完している医療圏もある。	-	福岡県救急業務メディカルコントロール協議会 地域救急業務メディカルコントロール協議会
	糖尿病	二次医療圏 ※近隣の二次医療圏で補完している医療圏もある。	-	-
	精神疾患	県全域を1つの医療圏	-	-
		認知症 11医療圏と政令市	-	-
		発達障がい 4ブロック	発達障がい者支援センター	なし
		高次脳機能障がい 4ブロック	高次脳機能障がい支援拠点	なし
		精神科救急 4ブロック	精神保健指定及び空床病床	なし
6 事業	救急医療	二次医療圏 ※初期救急医療は、郡市区医師会単位	三次救急医療は県内4つの生活圏を基本	三次救急医療の協議の場はない 福岡県救急業務メディカルコントロール協議会 地域救急業務メディカルコントロール協議会
	災害医療	二次医療圏	-	-
	新興感染症	二次医療圏	-	-
	へき地医療	二次医療圏	-	-
	周産期医療	二次医療圏(正常分娩等)	高度な周産期医療	福岡県周産期医療協議会(県全域) 周産期ブロック協議会【新設】(4ブロック)
	小児医療	二次医療圏(小児初期医療)	二次及び三次医療は、県内4つの生活圏ごとに整備	福岡県小児医療協議会(県全域) ブロック別はなし
-	在宅医療	二次医療圏 ※在宅医療に必要な連携を担う拠点は郡市区医師会単位	-	-

※近隣の二次医療圏で補完している疾病・事業については、医療圏を見直す必要があるのではないか。