資料１

新たな地域医療構想における構想区域（案）について



岩手県保健福祉部医療政策室

今回の会議の位置付け

○　これまで、医療審議会、計画部会及び各区域の地域医療構想調整会議において、医療需要・供給等の分析結果をもとに議論を重ねてきたところ。

○　11月4日開催の計画部会では、**構想区域の見直し案を複数提示**し、御意見をいただいたことから、本日はその内容を踏まえ、**御審議**いただくもの。

■これまでの検討過程

第１回～２回計画部会
・需要の分析（人口動向・医療需要）
・供給の分析（症例数、医療従事者、アクセス、受療動向)

計画部会でお示しした分析結果をもとに、医療審議会及び各区域の地域医療構想調整会議において意見聴取を実施。

第１回医療審議会

地域医療構想調整会議（第１回）

第３回計画部会
・構想区域の見直し案を複数提示

第２回医療審議会
・構想区域の見直し案について御審議

目次

１　各会議における御意見・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
２　構想区域見直しの背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
　(1)　構想区域の考え方
　(2)　医療需要の変化
　(3)　医療供給の変化
３　構想区域見直し案について・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24
４　今後の進め方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 38
【参考資料】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 41
　(1)　現状の構想区域の検証データ
　(2)　疾病・事業別医療圏（心血管疾患・脳卒中）の状況
　(3)　統合後の医療アクセス分析資料

１　各会議における御意見

各会議における構想区域に関する御意見①

＜医療審議会・計画部会＞

会議名	主な御意見	回答
医療審議会	医師、看護師、どちらも**人材不足が課題**となっているとともに、**岩手県は広大な面積**があることもあり、医療が必要な人に提供できていない。そのため、D to P with Nなどのオンライン診療を積極に活用していった方が良いのではないか。一方で、オンライン診療に馴染まない診療や、トラブルになるケースも確認されていることから、慎重に議論を進めていく必要もある。	オンライン診療は、地域における医療アクセスを補完する有効な手段の一つであると認識しております。一方で、すべての医療需要に対応できるものではなく、診療科や患者の状態によっては対面診療が必要な場合もあることから、**オンライン診療と対面診療を適切に組み合わせながら、地域の実情に応じた医療提供体制の確保について検討**してまいります。
医療計画部会	保健医療計画において**疾病・事業別医療圏を設定**していることから、**その考え方を構想区域の検討にも活用**してはどうか。	疾病・事業別医療圏は、構想区域の考え方のみでは十分に対応しきれない医療需要や医療提供体制の広がりを補完する役割を担っていることから、こうした点も踏まえつつ構想区域の設定について検討してまいります。
	脳卒中、心血管疾患、がんについては発症登録のデータがあるため、詳細な分析が可能となっている。そのため、こうしたデータを十分に活用しながら具体的な計画案、構想区域の見直し案を検討してはどうか。	新たな地域医療構想において構想区域を設定後、保健医療計画において脳卒中、心血管疾患、がん等の疾病・事業別医療圏の設定を検討することとしています。発症登録データについては、疾病・事業別医療圏の設定に当たっての基礎資料として活用しながら、構想区域との整合性にも留意し、必要な検討を進めてまいります。
	今回の構想区域の見直しに当たって、区域の再編が行われない区域についても、人材確保をはじめとする現状の課題にどのように対応していくのかという視点を踏まえ、検討を進めてほしい。	構想区域の設定後、各区域の課題への対応策を検討することとしていることから、構想区域の再編をしないこととなった区域についても、人材確保を含め、持続可能な医療提供体制の確保に向けた施策の方向性を検討してまいります。

各会議における構想区域に関する御意見②

＜地域医療構想調整会議＞

区域名	主な御意見	回答
盛岡	県境をまたいだ構想区域というのはありうるのか。	構想区域は都道府県ごとに設定することとなりますが、急性期拠点機能については、両区域で合わせて一つ確保することも認められているところです。いずれにしろ、県境を越えた連携は重要であり、隣県と情報交換しながら検討してまいります。
岩手中部	医師、看護師、介護職員の確保は、本当に大変な状況。	医療・介護人材の確保は県内共通の重要な課題であると認識しています。構想区域の見直しに当たっても、限られた医療人材で必要な医療提供体制を維持できるよう検討してまいります。
胆江	将来的な人口減少に伴い、手術件数や検査件数の減少が見込まれることから、急性期医療については機能の集約化を進め、**十分な症例数を確保できるハイボリュームセンターの整備が必要**と考える。	急性期医療等については、医療の質の向上や持続可能な医療提供体制の確保の観点から、一定の症例数や医療人材を確保できる体制が重要であると認識しており、構想区域の検討に当たっても考慮してまいります。
	住民の理解にも配慮しながら、最適な医療提供体制の実現に向けて、病院間の役割分担や将来的な統合について検討を進めた方がよい。	将来にわたり必要な医療提供体制を確保するため、病院間の役割分担や連携強化について検討していく必要があると考えています。検討に当たっては、地域住民への丁寧な説明に努めてまいります。
	急性期医療の集約化は必要と考えるが、対応力を維持するためには施設・設備・人員の十分な確保が前提となるので、留意してほしい。	急性期医療の機能集約の検討に当たっては、医療提供体制に支障が生じないよう、施設整備や必要な医療人材の確保などについても十分考慮しながら検討してまいります。

各会議における構想区域に関する御意見③

＜地域医療構想調整会議＞

区域名	主な御意見	回答
両磐	疾病・事業別医療圏をどのように評価して、どのように構想区域に生かしていくのか。	疾病・事業別医療圏については、患者の受療動向等を確認しながら評価し、これらを踏まえつつ、構想区域の見直しを検討してまいります。
	構想区域が変わると何が変わるのかがよく分からない。	構想区域は、将来にわたり必要な急性期医療提供体制を確保するため、急性期拠点機能を担う病院を配置する単位です。構想区域の見直しは、人口減少が進む中でも必要な医療を維持していくための検討を行うものです。
	宮城県の患者がどの程度、流入しているかも含めて検討が必要ではないか。	急性期患者における両磐から宮城県への流出率は8.9%（仙台：6.3%、石巻・登米・気仙沼：1.8%、大崎：栗原：0.8%）。宮城県から両磐の流入率については2.5%（仙台：0.2%、石巻・登米・気仙沼：0.3%、大崎：栗原：2.0%）となっており、この状況も踏まえ、構想区域等を検討してまいります。
	外来なのか、外科なのかなど、診療によって医療アクセスの目安時間は変わってくる。	構想区域の議論により大きな影響を受けるのは救急医療となっておりますので、ガイドラインを参考に、１時間程度を目安に検討しております。
	症例数が多ければ多いほど、治療成績が良くなるということは多くの研究結果がある。	症例数の確保は、医療従事者の経験の蓄積や医療の質の向上につながる重要な要素であることから、構想区域の検討に当たっても考慮してまいります。
気仙	**岩手県は県土が広いため、人口だけではなく、距離も含めて区域見直しの指標を検討していく必要**がある。	**構想区域の検討に当たっては、人口規模だけでなく、地理的条件や交通事情、患者の受療動向等も重要な要素であると認識**しています。今後も、岩手県の広域性を踏まえ、医療へのアクセスにも配慮しながら検討を進めてまいります。
	85歳以上が増加していくとなると、自分の車で病院に行けない人も増えてくる。このような人をどう支援するかも含めて検討が必要。	今後、高齢化の進展により、医療機関への移動が困難となる方の増加が見込まれます。構想区域の見直しに当たっては、急性期医療の維持に加え、地域住民の医療アクセスや受療負担にも十分配慮しながら検討を進めてまいります。

各会議における構想区域に関する御意見④

＜地域医療構想調整会議＞

区域名	主な御意見	回答
釜石	質問なし	
宮古	人材確保は喫緊の課題であるため、すぐに対応して欲しい。	ご指摘のとおり、人材確保は喫緊の課題であり、構想区域の見直しにかかわらず対応が必要な課題であると認識しております。現在進めている取組に加え、必要な施策について検討してまいります。
久慈	県境をまたいだ構想区域というのはあり得るのか。	構想区域は都道府県ごとに設定することとなりますが、急性期拠点機能については、両区域で合わせて一つ確保することも認められているところです。いずれにしろ、県境を越えた連携は重要であり、隣県と情報交換しながら検討してまいります。
二戸	質問なし	

2　構想区域見直しの背景

(1)　構想区域の考え方

(2)　医療需要の変化

(3)　医療供給の変化

構想区域及び急性期拠点機能とは何か

○　**構想区域**とは、原則として、**急性期拠点機能を担う病院を配置する単位**。急性期拠点機能を担う病院を一つ設置するには、**20万人から30万人程度の人口規模が必要**

○　一方で、**人口規模等に着目した構想区域の統合**により**住民の医療アクセスが著しく低下**すると見込まれる場合には、当該区域内で急性期拠点機能の完結を必ずしも求めず、**高齢者救急・地域急性期機能を担う病院を確保**した上で、**急性期拠点機能は、近接する構想区域の医療機関との連携により必要な医療提供体制を確保**

急性期拠点機能

地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。
※ 人口20～30万人に１つを目安として、構想区域ごとに確保すべき医療機関数を設定

高齢者救急・地域急性期機能

高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力･連携しながら、入院早期からのリハビリ･退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保

在宅医療等連携機能

地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。

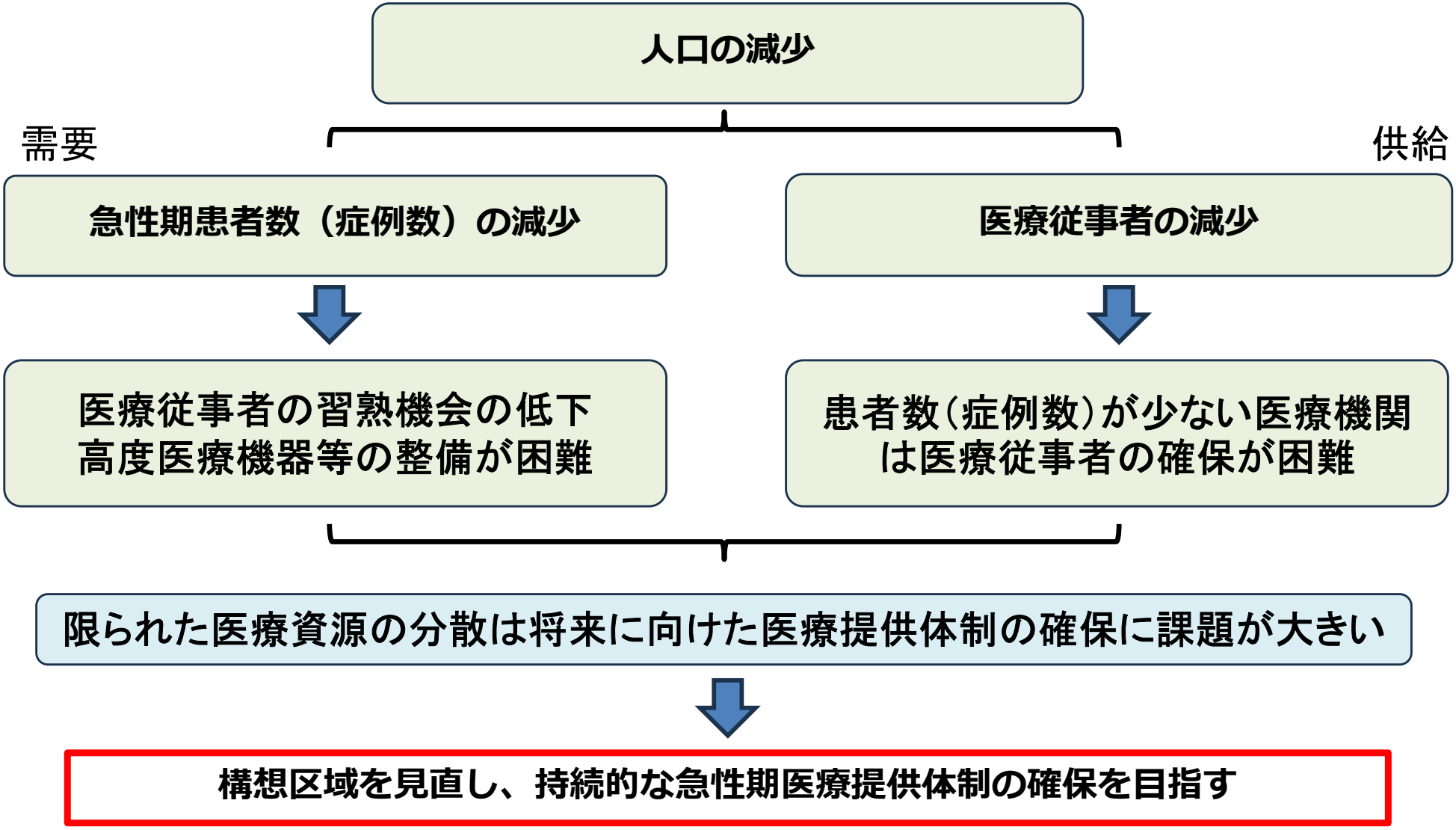
専門等機能

上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、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に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 出典:厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン　参考資料」をもとに作成

構想区域見直しの必要性

○　人口減少に伴う患者数の減少により症例の集積が難しくなり、急性期医療の質の確保が課題となることに加え、生産年齢人口の減少により医療人材の確保も一層困難となり、**急性期医療提供体制の維持が難しくなっていく**

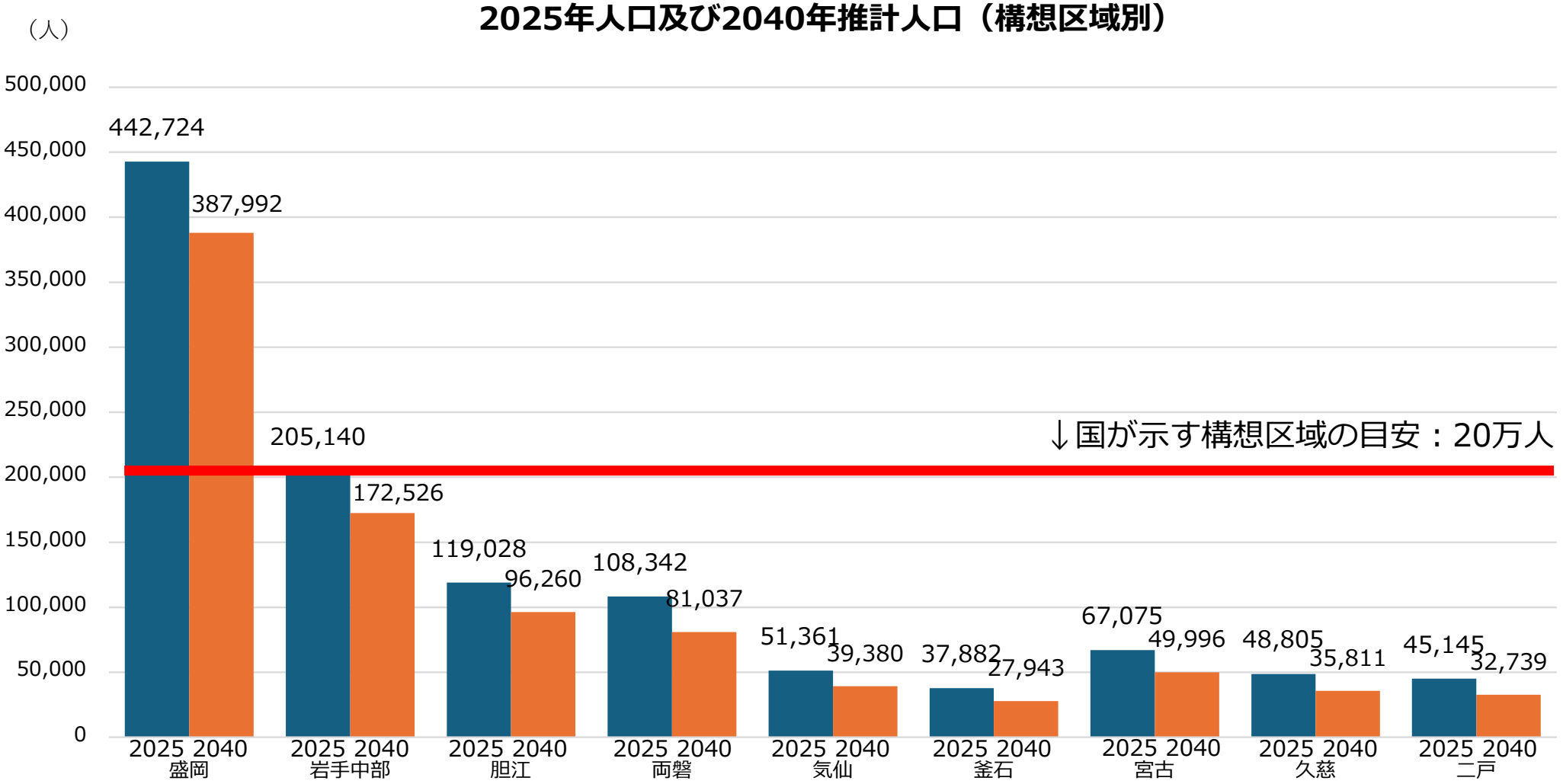


本県の構想区域別の人口（2025（R7）及び2040年時点）

○　本県の構想区域で、**20万人以上を確保している区域は2区域（盛岡、岩手中部）のみ**であり、小規模な構想区域が多い状況

○　2040年には盛岡以外の構想区域が20万人を下回る見込み

○　人口減少に伴う症例数の減少や医療人材の確保が一層厳しくなることが見込まれる中、**現行の区域設定のままでは、将来にわたり急性期医療の質の維持・確保が困難となるおそれ**



※国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口 令和5（2023）年推計」を基に医療政策室において作成

2　構想区域見直しの背景

(1)　構想区域の考え方

(2)　医療需要の変化

(3)　医療供給の変化

急性期の受療動向

○　**急性期患者の流出率**を見ると、**盛岡区域を除く全ての構想区域で他区域への流出**がみられ、特に岩手中部、気仙、釜石、宮古及び二戸区域では盛岡区域への流出割合が高くなっている。 また、両磐、久慈、二戸は県外への流出率が高い。

○　一方、流入率を見ると、盛岡区域は県内各区域から患者を受け入れている一方、他の構想区域では区域内受療の割合がおおむね高い。また、県外からの流入割合は全ての構想区域で低い状況にある。

＜R6流出率＞

		医療機関所在地										
		盛岡	岩手中部	胆江	両磐	気仙	釜石	宮古	久慈	二戸	県内計	県外
患者所在地	盛岡	97.0%	0.5%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%	0.3%	98.1%	1.9%
	岩手中部	19.1%	76.3%	1.3%	0.1%	0.1%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	98.0%	2.0%
	胆江	7.6%	10.3%	76.5%	2.3%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	96.9%	3.1%
	両磐	4.8%	0.9%	6.1%	77.5%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	89.4%	10.6%
	気仙	13.5%	2.1%	2.1%	0.4%	68.4%	6.7%	0.1%	-	-	93.2%	6.8%
	釜石	13.9%	1.2%	0.3%	0.0%	6.5%	75.3%	0.9%	0.0%	-	98.2%	1.8%
	宮古	22.2%	0.3%	0.2%	0.1%	0.4%	3.1%	70.8%	0.8%	0.0%	97.9%	2.1%
	久慈	8.6%	0.2%	-	0.1%	0.0%	0.0%	0.3%	64.0%	1.4%	74.6%	25.4%
	二戸	18.6%	0.1%	0.1%	-	0.0%	-	0.0%	0.1%	66.6%	85.4%	14.6%

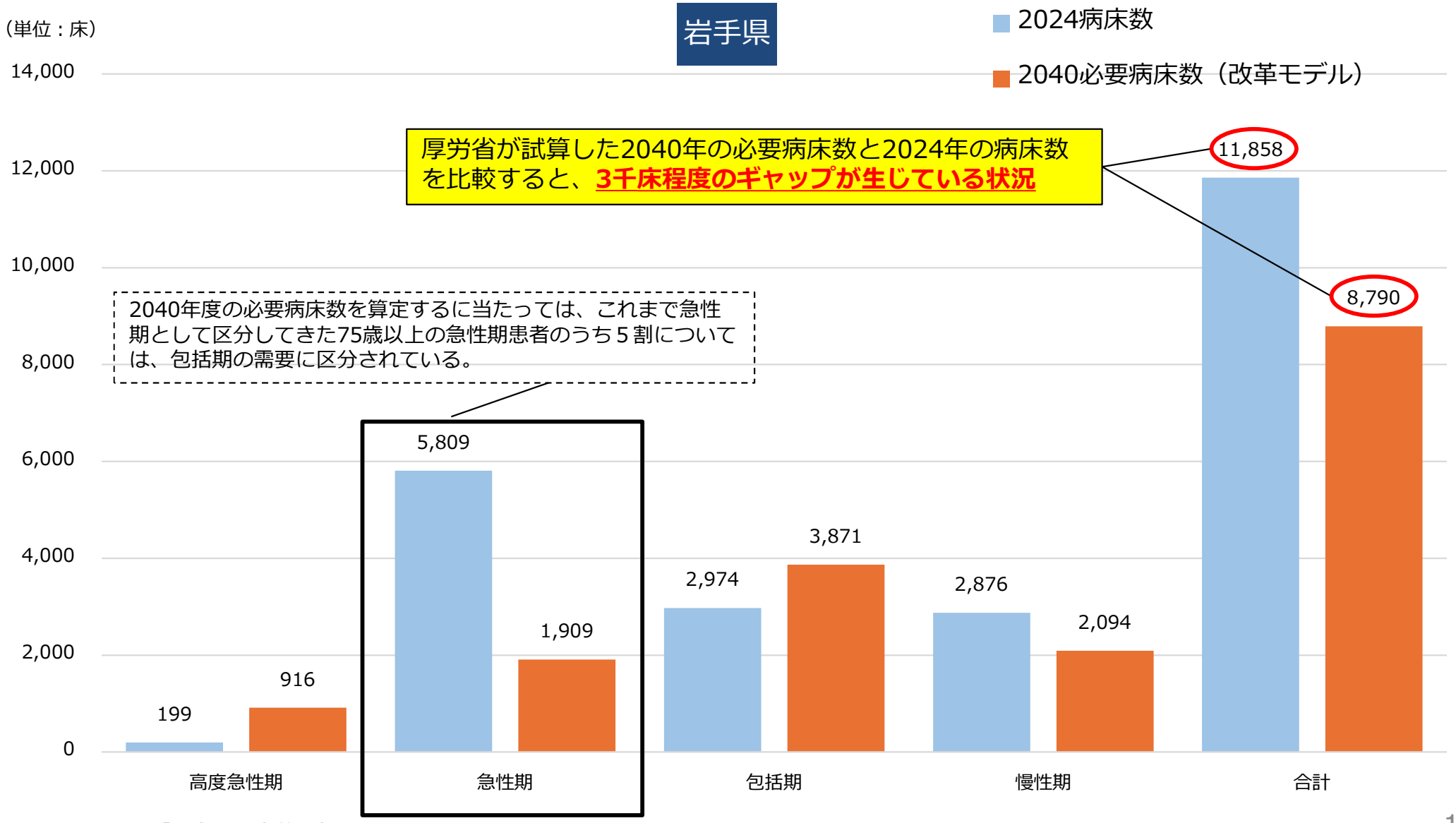
＜R6流入率＞

		医療機関所在地								
		盛岡	岩手中部	胆江	両磐	気仙	釜石	宮古	久慈	二戸
患者所在地	盛岡	75.9%	1.1%	0.4%	0.2%	0.1%	0.1%	0.4%	1.6%	3.0%
	岩手中部	7.8%	88.7%	2.6%	0.2%	0.4%	4.1%	0.1%	0.0%	0.1%
	胆江	1.8%	7.1%	88.6%	3.4%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
	両磐	0.9%	0.5%	5.8%	92.4%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	気仙	1.6%	0.7%	1.2%	0.3%	89.5%	8.2%	0.1%	-	-
	釜石	1.5%	0.4%	0.2%	0.0%	7.5%	82.1%	0.9%	0.1%	-
	宮古	3.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.7%	4.7%	97.1%	1.6%	0.0%
	久慈	1.0%	0.1%	-	0.0%	0.1%	0.0%	0.3%	96.1%	2.1%
	二戸	2.0%	0.0%	0.0%	-	0.0%	-	0.0%	0.1%	90.9%
	県内	95.8%	98.8%	98.9%	96.5%	98.7%	99.3%	98.9%	99.5%	96.1%
	県外	4.2%	1.2%	1.1%	3.5%	1.3%	0.7%	1.1%	0.5%	3.9%

※厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

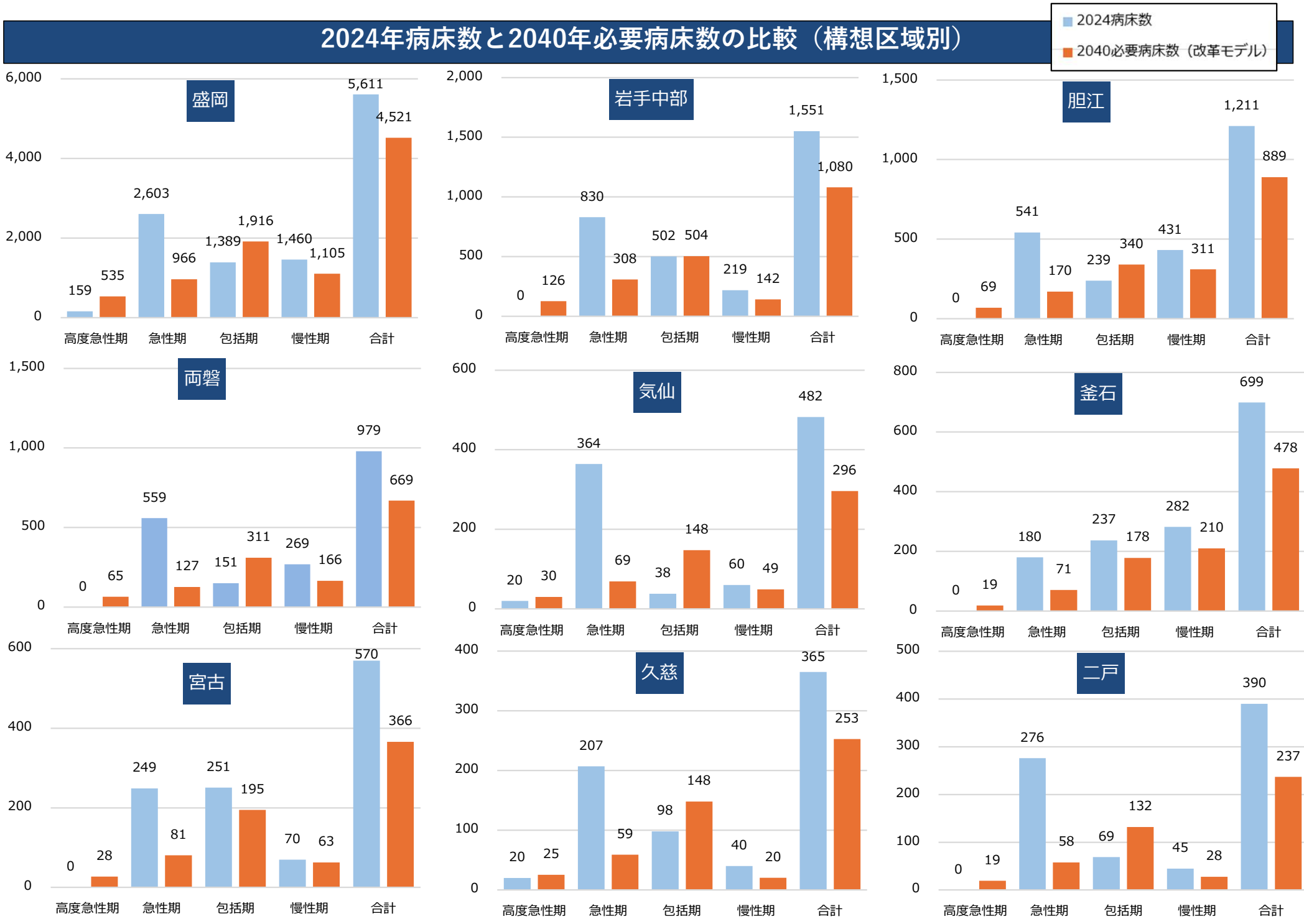
2024年病床数と2040年必要病床数の比較

○　前頁の受療動向等を踏まえて、**厚労省が試算した2040年の必要病床数は、本県全体で8,790床**であり、**令和６年度時点の病床数の11,858床と比較すると3千床程度がギャップ**が生じている状況。



※厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

2024年病床数と2040年必要病床数の比較（構想区域別）



※厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

2　構想区域見直しの背景

(1)　構想区域の考え方

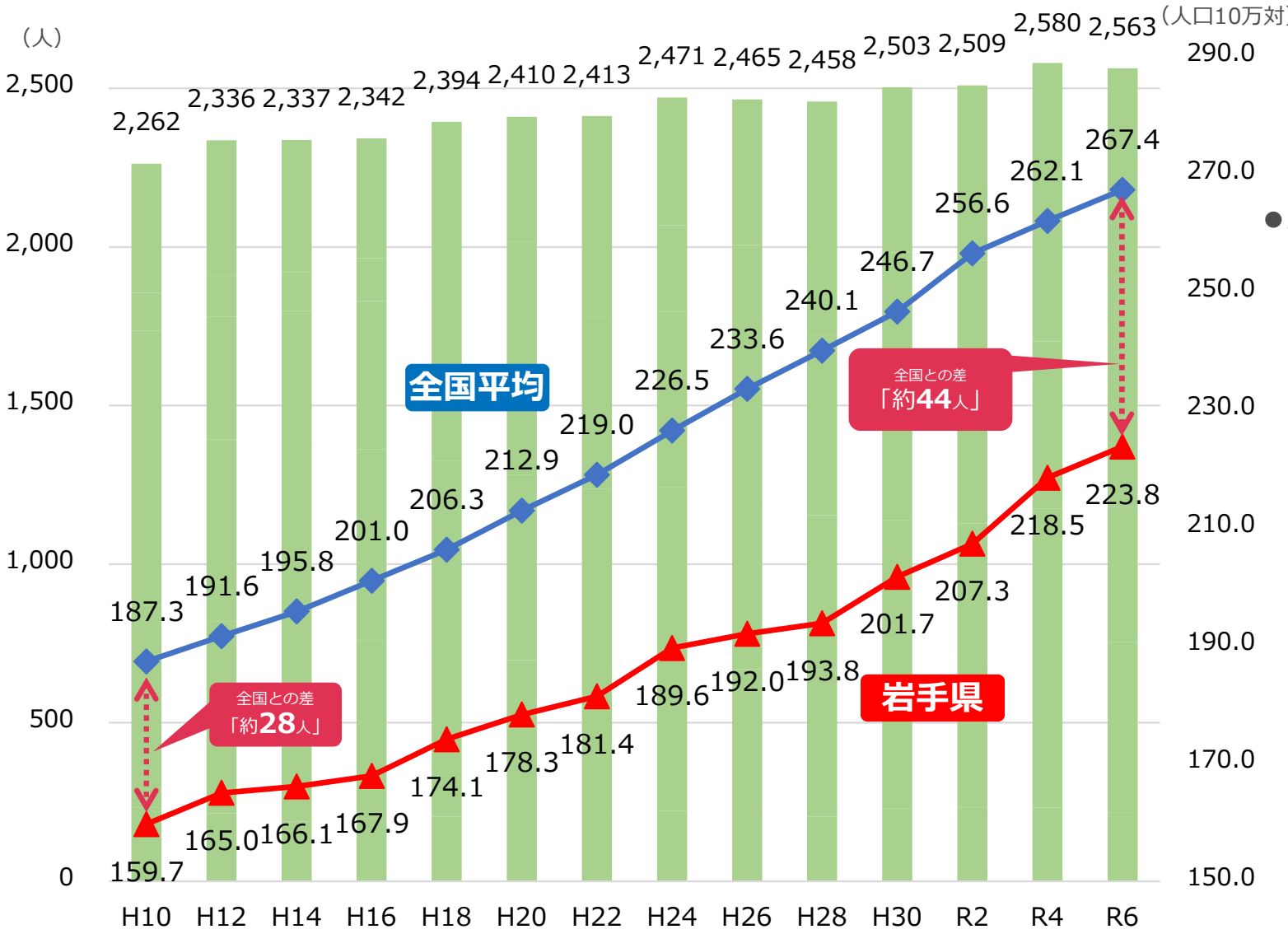
(2)　医療需要の変化

(3)　医療供給の変化

本県の医師数の推移

○ **本県の医師数は増加傾向**にあるものの、人口10万人対医師数は全国平均を依然として下回り、全国43位

○ 人口10万人対医師数の増加は人口減少の影響によるところが大きく、**引き続き医師確保が課題**



※厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」【各年12月31日現在】　備考：医師数は、医療施設に従事している医師数

● 人口10万対医師数都道府県順位（R6）

順位	都道府県	人口10万対医師数
1	徳島県	345.4
2	長崎県	333.8
3	京都府	333.2
4	和歌山県	327.7
5	高知県	325.2
―	**全国平均**	**267.4**
43	**岩手県**	**223.8**
44	新潟県	222.2
45	千葉県	213.3
46	茨城県	198.1
47	埼玉県	189.1

医師のキャリア形成

- 現在の医師キャリア形成では、**初期臨床研修修了後に専門研修（専攻医）へ進むことが標準的な進路**となっている。
- **専門医取得には一定数の症例経験が必須**であり、専攻医は専門医取得に必要な症例を確保できる研修医療機関を選択する傾向がある。
- このため、**症例数の少ない研修医療機関では専攻医等の確保が困難**となり、将来的な医師確保にも影響を及ぼす可能性がある。
- 指導医が多く、症例が集積する研修医療機関ほど、**専門医育成や人材確保の面で優位性を持ちやすい構造**となっている。
- 症例数や指導医を確保するためには、**医療機能の集約化**又は**機能分化による症例集積を図る**ことが必要。

医師のキャリア形成（標準）

① 医学部卒業

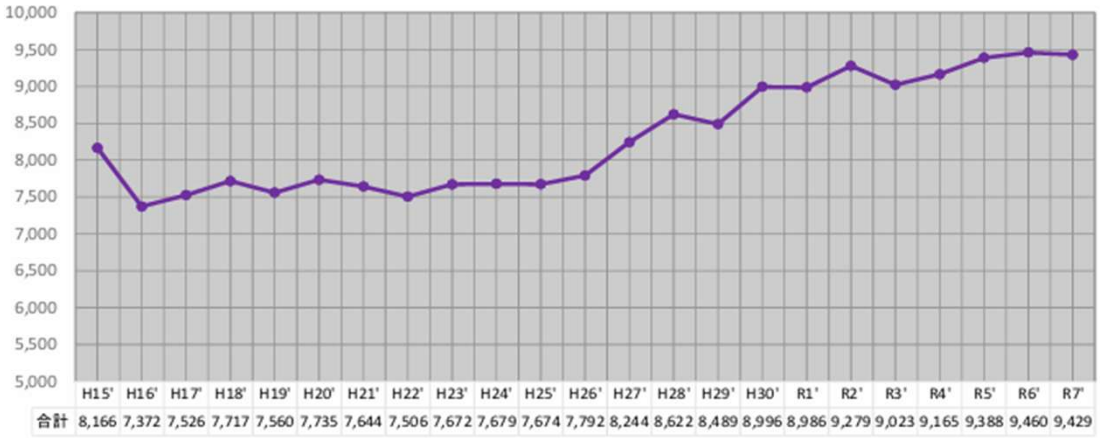
② 医師国家試験合格（約9,500人）

③ 初期臨床研修（２年間）

④ 専門研修（専攻医）（３～５年）

⑤ 専門医取得

✓ 医師国家試験合格者数は、近年おおむね 9,000～10,000人台 で推移
- 令和７年度の臨床研修医の採用実績は、**9,429人（岩手県は72人）**



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'	H26'	H27'	H28'	H29'	H30'	R1'	R2'	R3'	R4'	R5'	R6'	R7'
合計	8,166	7,372	7,526	7,717	7,560	7,735	7,644	7,506	7,672	7,679	7,674	7,792	8,244	8,622	8,489	8,996	8,986	9,279	9,023	9,165	9,388	9,460	9,429

✓ 臨床研修を終える2年後には、その大半が専門研修へ進む構造
- 日本専門医機構によると、令和７年度の専攻医採用数は **9,762人（岩手県は57人）**

✓ **専攻医の確保**に当たっては、「充実した研修プログラム」や「優れた指導医」に加え、**「豊富な症例実績があること（量・質）」**が求められている（詳細は次項）

✓ 国によると、「臨床研修を終えた医師の90%以上が専門医資格の取得を希望している」 とされており、**症例の分散は医師確保・育成を難しくする**

①医師の多くが臨床研修後に専門研修へ進む → ② 専門医取得には領域ごとに必要な症例数の要件が設定 → ③ 専攻医は十分な症例・経験を積むことができる施設を選択 → ④ 専攻医・指導医が集まる施設に症例がさらに集積 → ⑤ 症例が集積する医療機関は専門医育成や医師確保に繋がる

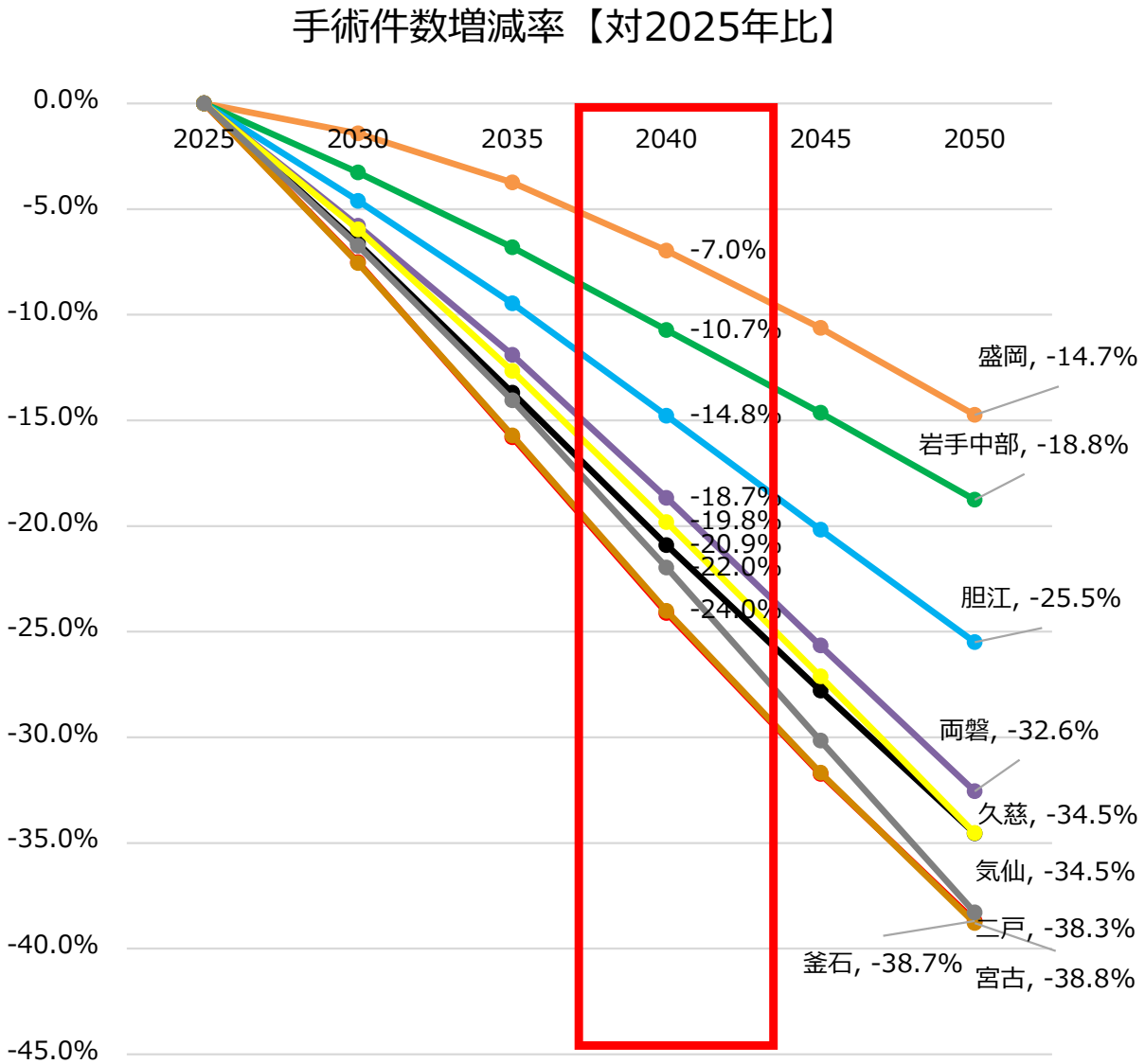
【医療需要】手術件数の将来見通し

○　本県における手術件数は、NDBデータ等に基づき株式会社日本経営が試算した結果、すべての圏域で減少していく見込み。
○　**手術件数の減少は、医師1人当たりの症例数の減少に繋がり、必要な症例数の確保等の専門医の育成への影響が懸念される。**

【年間の手術件数】　（単位:人）

医療圏	2025年	2040年	増減
全県	181,854	157,680	△24,174
盛岡	68,434	63,663	△4,771
岩手中部	32,364	28,892	△3,472
胆江	19,417	16,545	△2,872
両磐	17,976	14,619	△3,357
気仙	9,049	7,157	△1,892
釜石	6,590	5,000	△1,590
宮古	11,833	8,991	△2,842
久慈	8,318	6,670	△1,648
二戸	7,873	6,143	△1,730

＜推計方法＞
・「人口推計(2023年10月1日現在)」(総務省統計局)および第10回NDBオープンデータ(厚生労働省)
・2023年4月～2024年3月診療分のレセプトデータを用いて全国の性年齢別の発生率を計算
・その発生率と「日本の地域別将来推計人口　令和5(2023)年推計」(国立社会保障・人口問題研究所)を用いて推計



※　出典元:医療需給総覧(岩手県各圏域)(株式会社日本経営)の数値をもとに作成

岩手県における医師確保の構造と今後の課題

- **症例数の確保は、大学からの専攻医及び指導医の派遣**につながる。
- さらに、**専攻医が多くの症例を経験し専門医**となり、**当該医療機関に定着**することで**医療の質が確保**される。

人口減少がもたらす医療提供体制への影響イメージ

人口減少

↓

症例数減少





↓

専攻医確保困難



↓

医局派遣の縮小

↓

（医療の質の低下）

↓

地域医療提供体制の弱体化

↓

必要な医療を地域で
受け続けることが難しくなる恐れ

1　岩手県の医師確保の特徴

- 岩手県の地域医療は、**岩手医科大学・東北大学等の医育機関による医師派遣機能が地域医療を支えている。**
- 当該医局から派遣される①指導医、②専攻医等の若手医師によって、**県立病院等の地域医療機関の診療体制が維持されている。**
- 専攻医は、**専門医取得に必要な症例経験を積む**ため、県立病院等（専門研修プログラムの連携施設）で研修を行う。

2　県立病院における医師派遣の現状（令和８年４月２日時点）

派遣元大学	派遣医師数	構成比	うち専攻医	構成比
岩手医科大学	291名	46.8%	52名	38.0%
東北大学	168名	27.0%	25名	18.2%
秋田大学	6名	1.0%	1名	0.7%
その他大学	11名	1.7%	0名	0.0%
大学外	146名	23.5%	59名	43.1%
合計	622名	100.0%	137名	100.0%

3　今後の懸念

- 人口減少・少子高齢化により、**県内の患者数及び症例数の減少が予測**される。
- 症例数の減少は、**専攻医確保**や大学からの**医師派遣機能**の**低下に繋がる**恐れ。
- 現状の体制を維持した場合、将来的に県立病院等が医局から十分な医師派遣を受けられなくなる可能性がある。

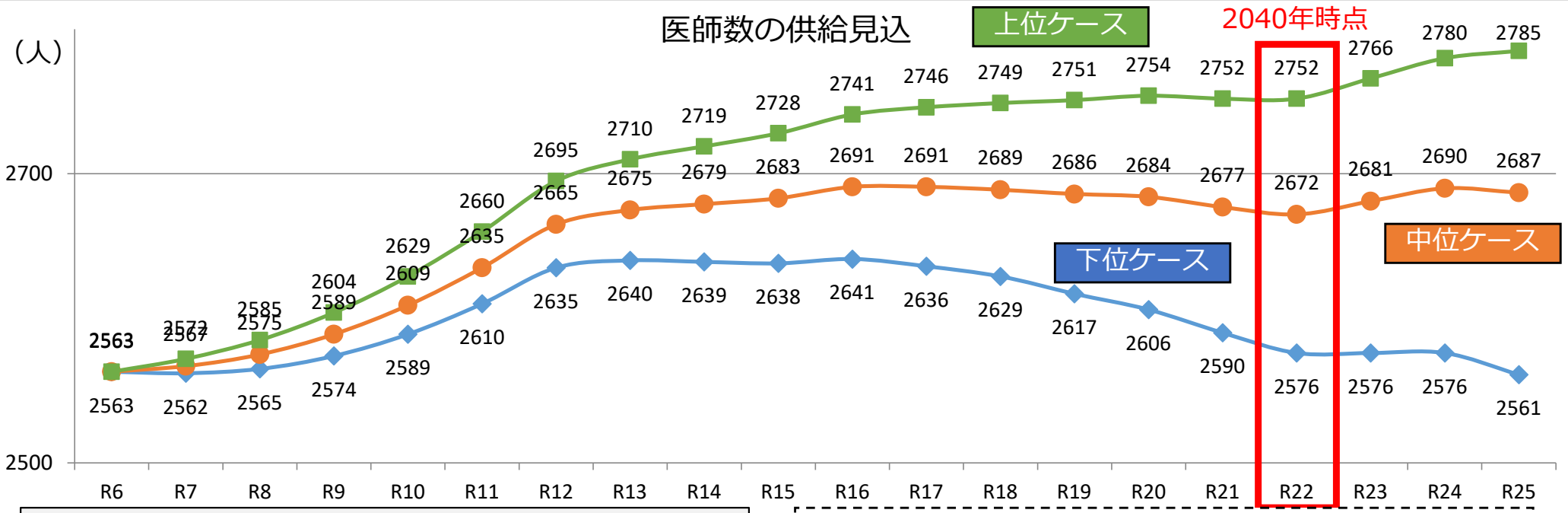
4　症例数確保が支える医師確保

- **症例数の確保・集約**による研修機能の維持
- **専攻医確保**と**県内定着**の好循環の維持

医師数（医療施設従事者）の供給見込

○ **医師数**は**現状の定着率や奨学金貸付定員を維持した中位ケースの場合は、R16まで増加**

○ 定着率等が向上した上位ケースの場合は増加傾向が継続する一方、**定着率の低下や奨学金貸付定員の減少等を見込んだ下位ケースの場合には、R16をピークに減少**



【推計条件】

医師数＝①養成医師数＋②養成医師以外の医師数

①養成医師数

奨学金養成医師制度が継続（50人/年 or 55人/年）し、定着率を45%、55%、65%と仮定

②養成医師以外の医師数

＝前年度医師数

－引退医師数（R6～R16：35人/年、R17～：42人/年）

－流出・減少医師数（20人/年 or 25人/年）

＜3ケースの条件＞

	定着率	流出・減少医師数	貸付定員
上位	65%	15人/年	55人/年
中位	55%	20人/年	55人/年
下位	45%	25人/年	50人/年

■引退医師数推計方法

・R6～R16の引退医師数の算出方法

①R6時点での65歳以上の医師数：623人…(a)

②(a)のうち直近の実績から推計した

10年後に医師を継続する人の割合：44% …(b)

③R16時点での75歳以上の医師数見込

277人…(c)【=623人(a)×0.44(b)】

④R6～R16における75歳以上医師数の減少見込

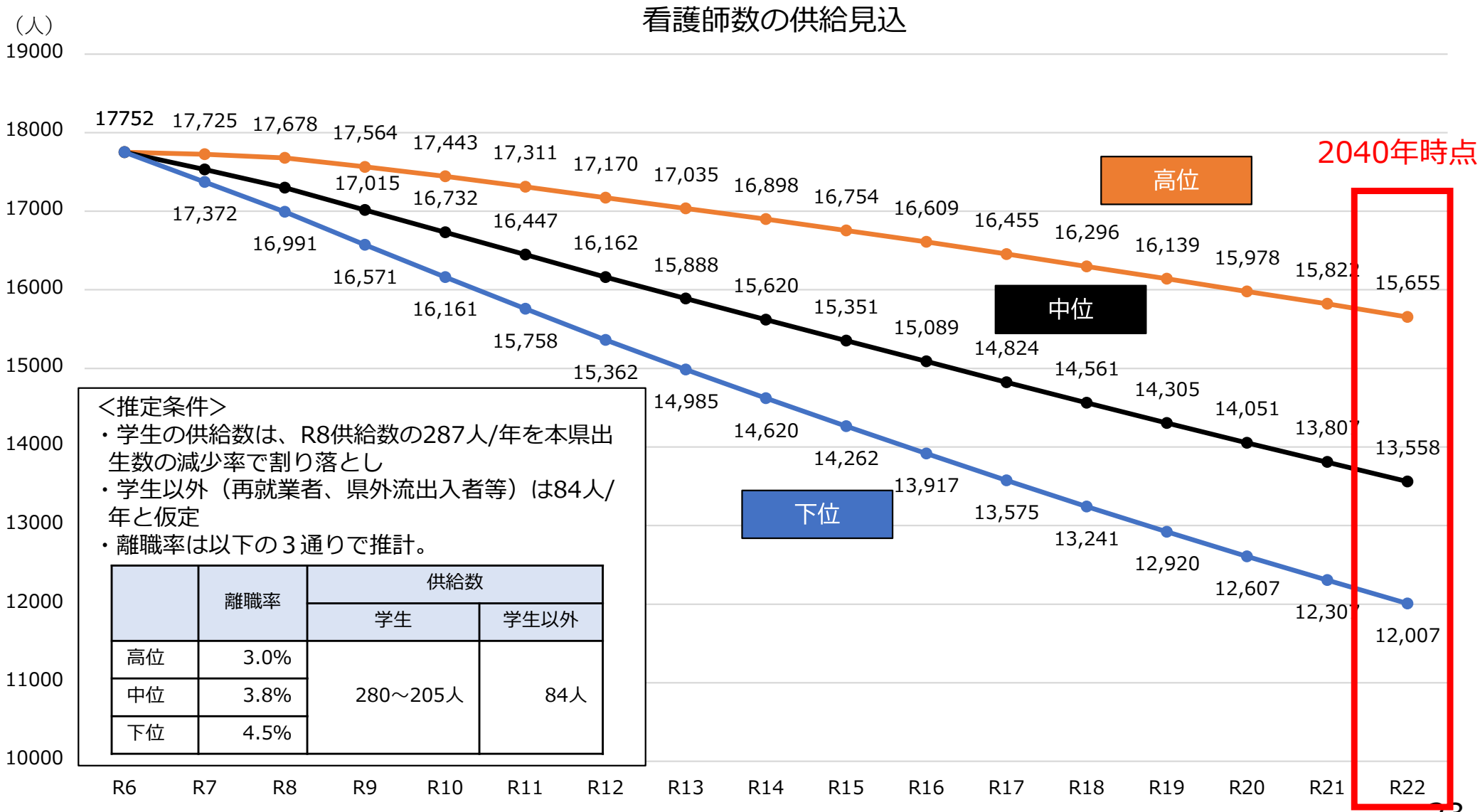
623人(a)－277人(c)＝346人…(d)

⑤R6～R16における年間減少見込：346人(d)÷10年＝35人/年

看護師数の供給見込み

○　現在と同程度の**看護師**の供給が継続した場合は、**2040年には現在の２～３割程度が減少**見込。

○　今後、生産年齢人口の減少に伴い、**看護師をはじめとする医療従事者の確保は一層困難**となり、**医療現場を支える人材の確保が大きな課題**



＜推定条件＞
・学生の供給数は、R8供給数の287人/年を本県出生数の減少率で割り落とし
・学生以外（再就業者、県外流出入者等）は84人/年と仮定
・離職率は以下の３通りで推計。

	離職率	供給数	
		学生	学生以外
高位	3.0%	280～205人	84人
中位	3.8%		
下位	4.5%		

3　構想区域見直し案について

構想区域見直しの検証指標

○　人口減少に伴う医療需要の減少や医療従事者不足が進む中、将来にわたり必要な医療提供体制を維持・確保できる構想区域のあり方を検討するため、**国のガイドラインを踏まえ、見直しの検証指標を設定**

○　検証指標は、**国のガイドラインで示された「人口規模」、「急性期患者の受療動向」及び「住民の医療アクセス」の観点に加え**、**急性期医療提供体制の維持可能性を客観的に評価**するため、「症例数」、「急性期拠点病院の配置可能性」及び「医療従事者の確保状況」の指標を設定

＜構想区域見直し検証指標＞ ※以下の指標を下回る場合は、見直しの検討が必要

項目	指標	ガイドラインの記載
将来人口規模	2040年推計人口が20万人未満	これまで、二次医療圏については、**人口規模が20万人未満、流入患者割合が20%未満、流出患者割合が 20%以上**の全てに当てはまる場合は、圏域設定を見直すこと等を示してきている。（中略）こうした人口規模、流入患者割合、流出患者割合といったデータを踏まえ、現状と課題を認識
急性期患者の受療動向	流出率：20%以上　かつ 流入率：20%未満	
症例数	外科医師一人あたり年間症例数40例未満 ⇒専攻医の取得要件を満たす基準	症例数が分散されると、（中略）、必要な24時間の**救急医療提供や緊急手術等への対応体制**の維持が地域全体として困難
急性期拠点病院の配置可能性	診療報酬上の急性期拠点病院A・Bで算定されている医療機関無し※1	人口の少ない地域においては、手術等の医療資源を多く要する医療を集約して区域内に**急性期拠点機能を一つ確保**
医療従事者の確保状況	急性期医療を担う主要診療科の充足状況が基準を満たしていないこと※2	急性期拠点機能を担う医療機関は、（中略）**消化器外科や整形外科、循環器内科、脳神経外科**等を中心として、頻度が高く、救急対応や手術・処置等を要する疾患に対応できる総合性を共通して確保
医療アクセス	基幹病院（二次救急医療）から１時間以内の人口カバー率：95%未満 ⇒概ね100%を満たす基準	構想区域を広域化した場合、区域内の一部の地域で医療機関までの移動時間が**自動車で一時間程度等**と長く、住民の医療アクセスが課題となる場合がある。

※１　病床機能報告における急性期機能の目安であること。
※２　基準：外科（消化器外科含む）、整形外科、脳神経外科及び麻酔科の常勤医を複数名以上配置

現行の構想区域検証結果

○　検証指標により現行の**構想区域を点検した結果、盛岡区域を除く全ての区域で見直し基準に該当**している項目あり

○　このため、2040年を見据え、必要な急性期医療提供体制を維持・確保できるよう構想区域の見直しを検討

＜現行構想区域の検証結果＞※「×」が見直し基準に該当

項目	見直し基準該当数	人口規模	受療動向	症例数	急性期拠点	医療従事者	アクセス※
盛岡	0	○	○	○	○	○	○
岩手中部	**2**	×	×	○	○	○	○
胆江	**4**	×	×	×	○	×	○
両磐	**2**	×	×	○	○	○	○
気仙	**3**	×	×	○	×	○	○
釜石	**5**	×	×	×	×	×	○
宮古	**3**	×	×	×	○	○	○
久慈	**5**	×	×	×	×	×	○
二戸	**4**	×	×	○	×	×	○

※　医療アクセスは、医療計画における二次医療圏設定の検討において考慮されており、現行の構想区域は全てアクセス基準を満たしている。

統合候補案の整理

○　前項の検証結果に加え、受療動向との整合性、保健医療計画の疾病・事業別医療圏の設定状況、将来にわたる急性期拠点機能の維持・確保の可能性等を踏まえ、「**気仙・釜石**」、「**胆江・両磐**」、「**久慈・二戸**」**を統合候補案とする。**

■統合候補案の整理

○統合候補：気仙・釜石

・急性期患者の**受療動向**において**相互の流出入**がみられる
・気仙区域と釜石区域は、脳卒中や心血管疾患といった**時間的制約を要する医療**について、**一体の**疾病・事業別**医療圏を設定**

○統合候補：胆江・両磐

・**胆江区域と両磐区域を統合**することで約20万人規模の区域が設定でき、**将来にわたり急性期拠点機能の維持・確保が期待**できる

○統合候補：久慈・二戸

・久慈区域と二戸区域は、**周産期医療**において**一体**の疾病・事業別**医療圏を設定**

◆受療動向からは、**久慈区域及び二戸区域は八戸への流出**が見られるが、**県境を越えた区域設定は想定されていない。**
◆**二戸区域**は受療動向からみると、**盛岡区域との統合**も考えられるが、脳卒中等の時間的制約を要する救急医療にかかる**医療アクセスの観点**から、一体としての運用には**課題**

統合候補案
（気仙・釜石、胆江・両磐、久慈・二戸）



気仙・釜石の区域統合に向けた考え方

○　急性期患者の**受療動向**をみると、**気仙**区域と**釜石**区域の間では一定程度相互の**流出入**がみられる

○　**気仙**区域と**釜石**区域では、既に**多くの分野**（がん、脳卒中、心血管疾患、周産期医療）において**一体の**疾病・事業別**医療圏を設定**

○　復興道路の整備によって、アクセスも向上

■急性期患者流出率（R6）

		医療機関所在地								
		盛岡	岩手中部	胆江	両磐	気仙	釜石	宮古	県内計	県外
患者所在地	気仙	13.5%	2.1%	2.1%	0.4%	68.4%	6.7%	0.1%	93.2%	6.8%
	釜石	13.9%	1.2%	0.3%	0.0%	6.5%	75.3%	0.9%	98.2%	1.8%

※厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

■気仙区域と釜石区域の状況変化

年	事項
H31	釜石・大船渡間の復興道路が開通
R3	脳血管疾患の救急治療を県立釜石病院から県立大船渡病院に集約
	心筋梗塞におけるＰＣＩ治療を県立釜石病院から県立大船渡病院に集約
	分娩の取扱いを県立釜石病院から県立大船渡病院に集約
R8	リニアックを県立釜石病院から県立大船渡病院に集約

疾病・事業別医療圏の設定状況

がん



脳卒中



心血管疾患



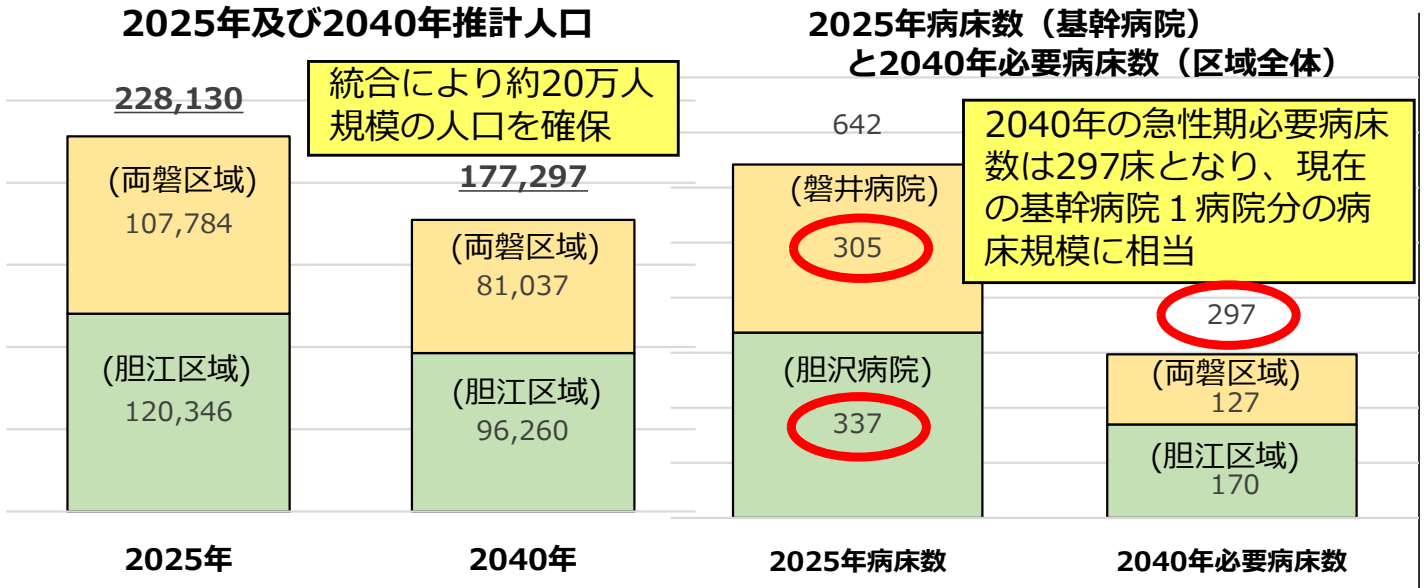
周産期



胆江・両磐の区域統合に向けた考え方

- ○　統合することで約**20万人規模**の区域が設定でき、**将来にわたり急性期拠点機能の維持・確保が期待**できる
- ○　**2040年**には、胆江区域と両磐区域の急性期の**必要病床数は合わせて297床**となる見込みであり、現在の胆沢病院（337床）又は磐井病院（305床）のいずれか**１病院の病床数で上回る水準**となる。
- ○　急性期患者の**受療動向**をみると、**胆江**区域と**両磐**区域の間では一定程度**相互の流出入**がみられる
- ○　**胆江**区域と**両磐**区域では、**脳卒中**及び**周産期分野**においてと**一体の**疾病・事業別**医療圏を設定**

■人口及び急性期病床数



※国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口 令和5(2023)年推計」を基に医療政策室において作成

※2025年病床数：病床機能報告
2040年必要病床数：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」における改革モデル

■急性期患者流出率（R6）

		医療機関所在地						
		盛岡	岩手中部	胆江	両磐	気仙	県内計	県外
患者所在地	胆江	7.6%	10.3%	76.5%	2.3%	0.1%	96.9%	3.1%
	両磐	4.8%	0.9%	6.1%	77.5%	0.1%	89.4%	10.6%

※厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

疾病・事業別医療圏の設定状況

脳卒中



周産期



久慈・二戸の区域統合に向けた考え方

○　急性期患者の受療動向をみると、**久慈区域は県外（八戸）、二戸区域は盛岡区域や県外（八戸）への流出**がみられるが、一体の区域とするためには次の課題あり。
⇒構想区域は都道府県ごとに設定されており、**県境を越えた区域設定は想定されていない。**
⇒盛岡・二戸を一体の区域とした場合には、医療アクセスへの影響が懸念される。

○　疾病・事業別医療圏では、**周産期分野において久慈・二戸を同一の圏域**として設定されており、連携あり

■急性期患者流出率（R6）

		医療機関所在地						
		盛岡	岩手中部	胆江	久慈	二戸	県内計	県外
患者所在地	久慈	8.6%	0.2%	-	64.0%	1.4%	74.6%	25.4%
	二戸	18.6%	0.1%	0.1%	0.1%	66.6%	85.4%	14.6%

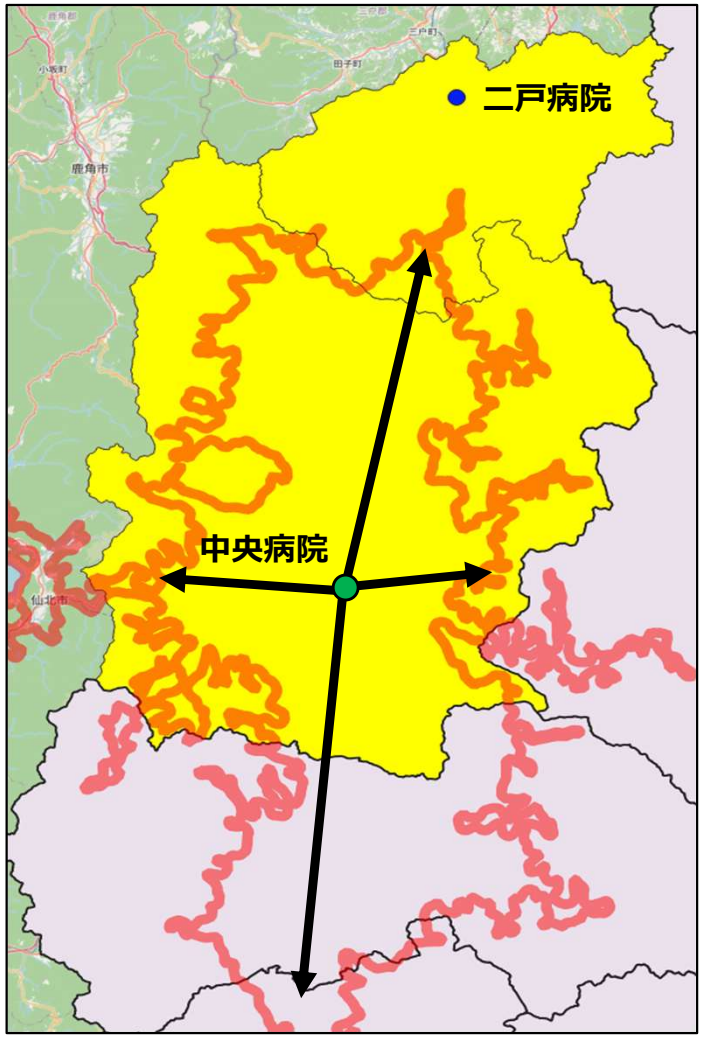
※厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

疾病・事業別医療圏の設定状況

周産期



＜中央病院（赤枠）から１時間移動範囲＞
※高速道路の利用あり



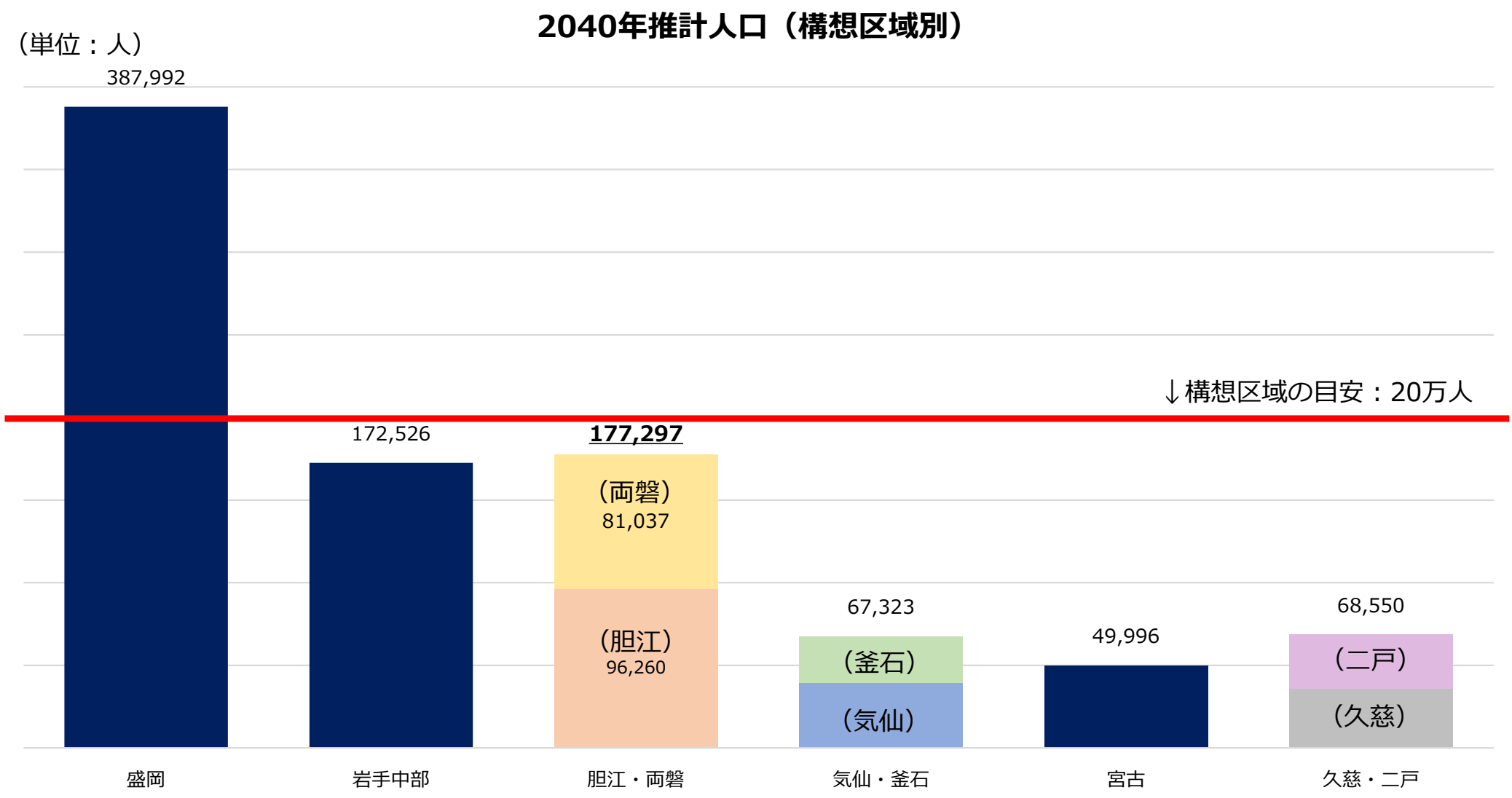
※QGISを用いて作成

統合により期待される効果等

○　「**胆江・両磐」を統合した場合**、2040年においても、概ね20万人程度の人口となるため、**急性期拠点機能の維持・確保**が期待できる

○　「釜石・気仙」、「久慈・二戸」の統合により、高齢者救急・地域急性期機能の確保がより容易となる

○　一方で、**統合に向けては、医療アクセスの状況等を勘案する必要**がある



※国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口 令和5(2023)年推計」を基に医療政策室において作成

医療アクセスの確認

○　**「気仙・釜石」、「胆江・両磐」**は、統合後も現行の基幹病院から60分以内にアクセス可能な人口カバー率が99%と高く、**区域統合に伴う医療アクセスへの影響は限定的**。

○　一方、**「久慈・二戸」は**人口カバー率が84～90%にとどまり、一定数の住民が60分圏外となることから、**区域統合に当たっては医療アクセスの確保が課題**。

■現行の基幹病院から概ね60分以内でアクセス可能な区域内人口の割合

区域	起点	区域内人口カバー率
胆江・両磐	胆沢病院	99%
	磐井病院	99%
気仙・釜石	大船渡病院	99%
	釜石病院	99%
久慈・二戸	久慈病院	84%
	二戸病院	90%

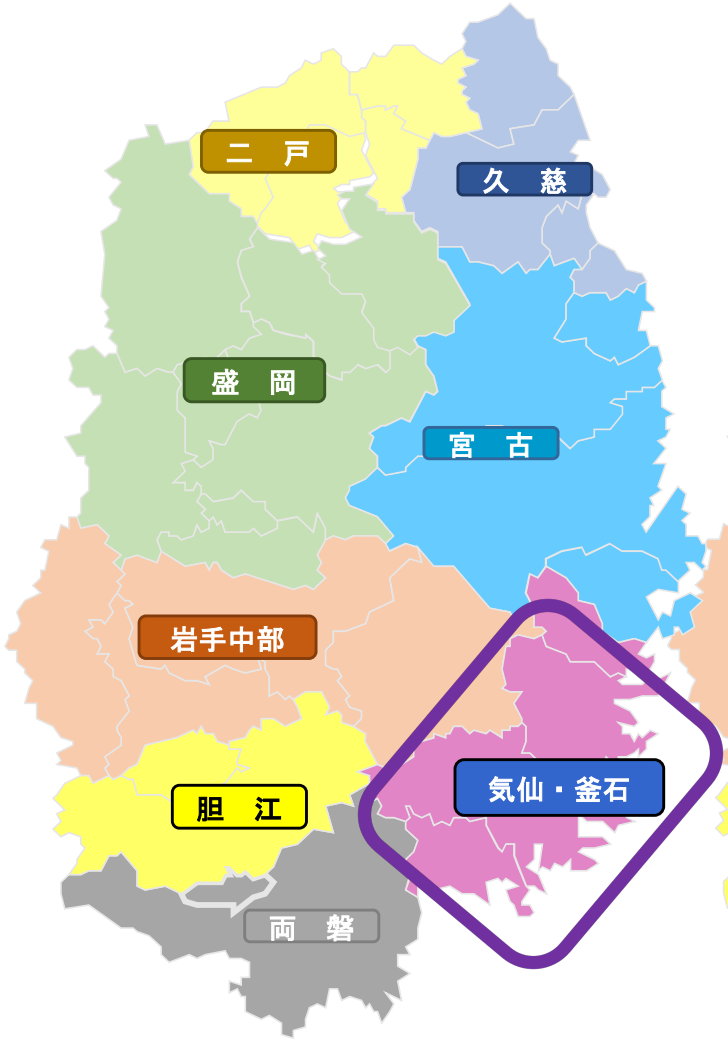
※国勢調査地域メッシュ統計を基にQGISで算出

構想区域見直し案

○　整理した統合候補案を踏まえ、構想区域の見直し案として案１～４を設定

- **案１**　９区域（**現行区域維持**）
- **案２**　８区域（沿岸南部**（気仙・釜石）**の受療動向等を踏まえた統合）
- **案３**　７区域（**案２**に県南部**（胆江・両磐）**の急性期拠点機能確保の観点を追加）
- **案４**　６区域（**案３**に県北部**（久慈・二戸）**の人口減少や疾病・事業別医療圏の設定状況を踏まえた統合を追加）

案２：８区域
（統合：「気仙・釜石」）



案３：７区域
（統合：「気仙・釜石」、「胆江・両磐」）



案４：６区域
（統合：「気仙・釜石」、「胆江・両磐」、「久慈・二戸」）



各案の比較

○　事務局としては、**「気仙・釜石」及び「胆江・両磐」を統合する案３を見直し案**としたい。

【理由】

・**「気仙・釜石」の統合**により、**受療動向との整合性が図られる**とともに、急性期医療の集約による**医療の質を確保**

・**「胆江・両磐」の統合**により、**将来にわたり急性期拠点機能を担う医療機関の維持・確保**が期待できる

・基幹病院（二次救急医療）への**アクセスは概ね１時間圏内**であり、医療アクセスへの影響は限定的

■　統合案ごとのメリット・デメリット比較

案	統合区域	メリット	デメリット
案１	なし	・現在の医療アクセスを維持	・将来的に、**急性期拠点機能を確保できる構想区域が４区域から２区域に減少（県南地域が減少）するおそれ。**
案２	気仙・釜石	・「気仙・釜石」を統合することで、急性期医療の集約による医療の質の確保が期待できる。 ・また、**受療動向や既存の疾病・事業別医療圏との整合性**が図られる。	・将来的に、急性期拠点機能を確保できる構想区域が４区域から２区域に減少（県南地域が減少）するおそれ。 ・統合区域において、通院・搬送時間が増加する場合がある。
案３	気仙・釜石 ◆ 胆江・両磐	・**「胆江・両磐」を統合することで、急性期拠点機能を担う医療機関の維持・確保が期待**できる。	・統合区域において、通院・搬送時間が増加する場合がある。
案４	気仙・釜石 ◆ 胆江・両磐 ◆ 久慈・二戸	・「久慈・二戸」を統合することで、急性期医療の集約による医療の質の確保が期待できる。	・「久慈・二戸」の統合は、急性期医療全体の**受療動向とは整合しておらず、**一体の区域としての運用に**課題**がある。 ・**１時間圏内に医療アクセスが確保できない住民が一定数生じる**ことが見込まれる。

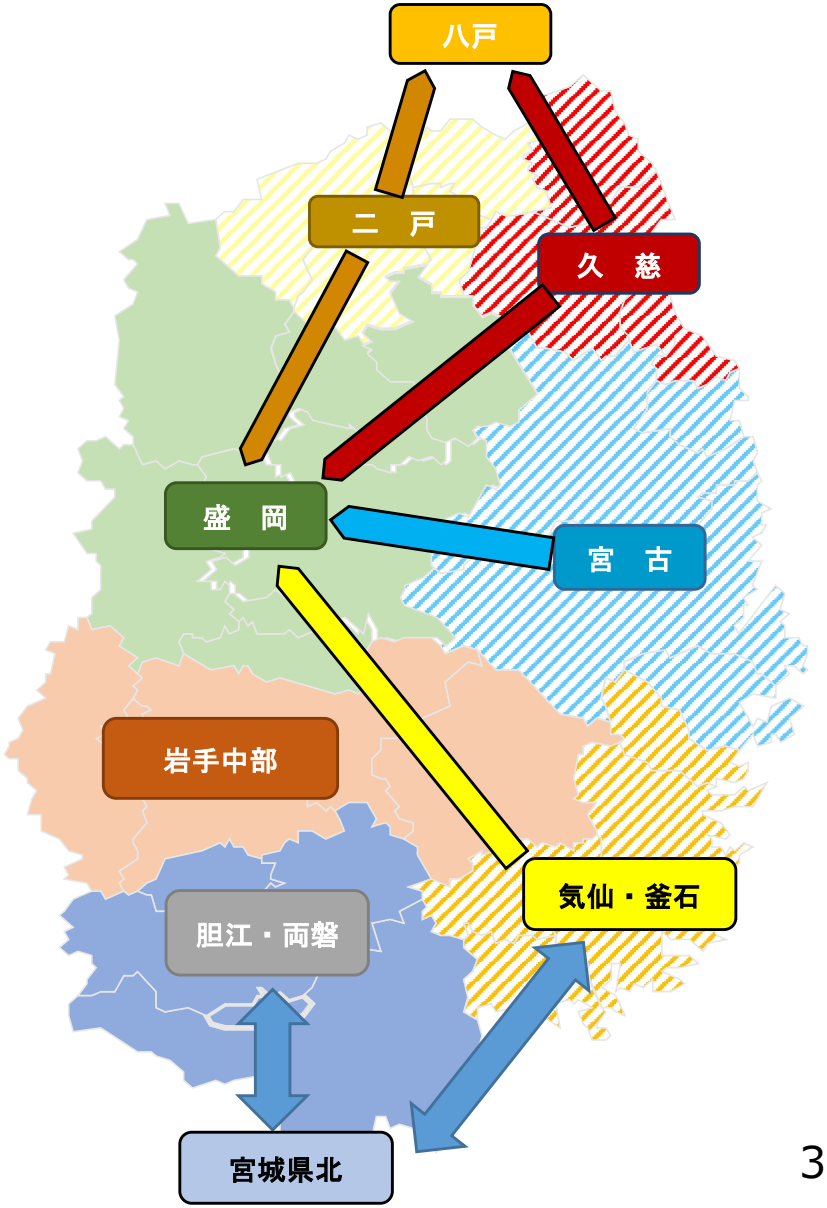
案3を採用した場合の急性期医療の連携体制（案）

○　**人口が20万人を大きく下回る区域**の「気仙・釜石」、「宮古」、「久慈」、「二戸」については、**急性期拠点機能を有する構想区域との連携により急性期医療の質を確保**する。

○　なお、**急性期拠点機能を担う医療機関**については、**医療機関機能報告を踏まえて、地域医療構想調整会議で議論**を行っていく。

＜各区域の連携先のイメージ＞

構想区域	2040年 推計人口	連携先
盛岡	38.8万人	（急性期拠点あり）
岩手中部	17.3万人	（急性期拠点あり）
胆江・両磐	17.7万人	（急性期拠点あり）
気仙・釜石	**6.7万人**	**盛岡**
宮古	**5.0万人**	**盛岡**
久慈	**3.6万人**	**盛岡、八戸**
二戸	**3.3万人**	**盛岡、八戸**



■　構想区域見直しの影響（変わること・変わらないこと）

変わること	変わらないこと
・**高度な手術や重症患者**に対応している**急性期医療機関の役割**（急性期拠点機能を担う医療機関と高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関の役割分担） ・上記に伴い、患者の**受診先・搬送先**又は当該医療機関への**通院・搬送時間**に変化が生じる（ただし、**概ね１時間以内のアクセスは確保**）	・高齢者の肺炎・骨折などの**中等症の救急患者の受入れを担う医療機関**（地域の急性期を担う医療機関）**の役割** ・地域の急性期を担う医療機関と高度な急性期を担う医療機関との**連携体制** ・**身近な外来医療・在宅医療**の提供体制

○ **構想区域の見直しは、医療機関の統廃合を目的として行うものではない。**

○ 構想区域の見直しにより、区域内における医療従事者の重点的な配置や症例の集積が図られ、**将来にわたる急性期医療の質の維持・確保につながることが期待**される。

第3回医療計画部会の御意見

○　委員からは、人口減少や医療人材不足を踏まえると、**案３が最も現実的な対応**であるとして、支持する意見が大勢を占めたこと。

○　一方で、構想区域の見直しが**「病院がなくなる」といった誤解**につながらないよう、**地域に対して丁寧な説明を行っていくことが重要**であるとの意見があったこと。

■　委員の主なご意見

- 人口減少、医師・看護師など医療人材不足、加えて物価高騰による病院経営の悪化を踏まえると、**医療提供体制の集約化は避けられない**。
- 特に気仙・釜石の統合は有力。胆江・両磐も将来的には意義が大きい。
- 地域には「病院がなくなる」と受け取られないよう、**高度な急性期医療の集約と身近な急性期医療の維持を丁寧に説明**する必要がある
- **見直し対象外の地域についても将来像を検討**する必要がある。
- 区域再編に伴い、**隣接区域への患者流入にも影響**を及ぼす可能性があることから、その影響について考慮が必要。また、研修医の配置にも影響を及ぼす可能性があることから、あわせて検討が必要。
- 統合対象地域については、**地域間の協議・調整が円滑**に進むよう工夫が必要。
- 将来人口がさらに減少する中で、医療だけでなく電気・水道・ガスなどの**社会インフラ全体と一体的に考える必要**がある
- 医師、看護師、薬剤師等の**人材確保が極めて重要**。
- **久慈・二戸を現段階で統合対象としなかったことは妥当**。
- 広大な岩手県では、**オンライン診療や医療DX**の活用も**重要**な視点

４　今後の進め方

構想区域の見直しの検討スケジュール

○　今後、11月から12月にかけて各区域の地域医療構想調整会議を開催し、地域の意見を伺っていく。
○　これらの意見を踏まえながら、構想区域見直し案を取りまとめる。

■第２回地域医療構想調整会議開催予定日

構想区域	開催日時	場所
盛岡	12月10日（木）　18:30～	盛岡合庁８階大会議室
岩手中部	12月10日（木）　18：00～	花巻合庁２階第１・２会議室
胆江	12月11日（金）　18：30～	水沢地区センター
両磐	12月14日（月）　18：30～	一関合庁３階大会議室
気仙	12月23日（水）　18：30～	大船渡合庁４階大会議室
釜石	12月15日（火）　18：30～	釜石ＰＩＴ
宮古	12月16日（水）　18：30～	宮古合庁３階大会議室
久慈	12月15日（火）　18：30～	久慈合庁６階大会議室
二戸	11月25日（水）　18：30～	二戸合庁１階大会議室

構想区域見直し後のスケジュール

○　構想区域の見直し後は、**急性期拠点機能を担う医療機関について協議**を進め、医療機関間の役割分担や連携体制について検討

○ また、外来医療、在宅医療、人材確保等の各論点についても検討を進め、**令和10年度までに新たな地域医療構想を策定**

<国の想定スケジュール>

項目		R8	R9	R10	R11	R12
★ 新たな地域医療構想（～2040）		構想の検討・策定			構想の推進	
論点	構想区域	区域の検討				
	医療機関・病床機能報告（見込み）	◎照会10月 ⇒報告11月	◎照会10月 ⇒報告11月	◎照会10月 ⇒報告11月		
	医療機関機能の確保	データの整理等	地域医療構想調整会議における議論等	地域医療構想策定		
	病床機能の確保		機能分化・連携の議論等			
	外来医療		持続可能な提供体制の検討			
	在宅医療		慢性期需要等の見込の共有 介護との連携に係る議論等			
	介護との連携					
	人材確保		各職種の確保対策を検討等			
	精神医療	国でガイドライン検討	ガイドライン・報告等を踏まえた協議等			
★ 保健医療計画（2024-2029）		中間見直し	第８次医療計画		次期計画の検討・策定	第９次

【参考資料】

(1)　現行区域の構想区域の検証データ

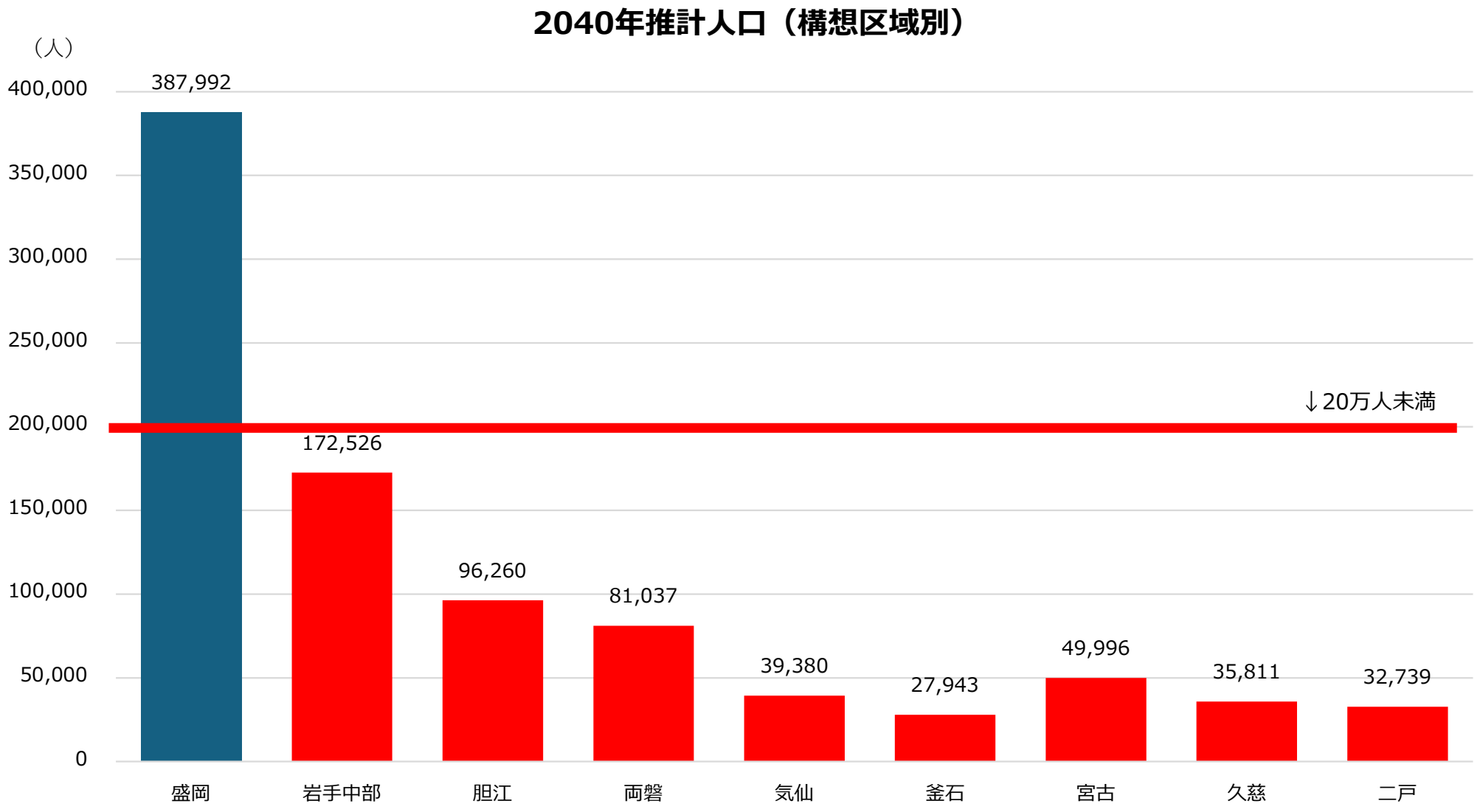
(2)　疾病・事業別医療圏（心血管疾患・脳卒中）の状況

(3)　統合後の医療アクセス分析資料

2040年推計人口

＜見直し基準：2040年推計人口20万人未満＞

○　見直し基準に該当するのは、「岩手中部」、「胆江」、「両磐」、「気仙」、「釜石」、「宮古」、「久慈」、「二戸」の８区域



※国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口 令和5(2023)年推計」を基に医療政策室において作成

急性期の受療動向

＜見直し基準：急性患者の流出率 20%以上 かつ 流入率 20%以下＞

○　見直し基準に該当するのは、「岩手中部」、「胆江」、「両磐」、「気仙」、「釜石」、「宮古」、「久慈」、「二戸」の８区域

■構想区域別の急性期患者の流出率及び流入率

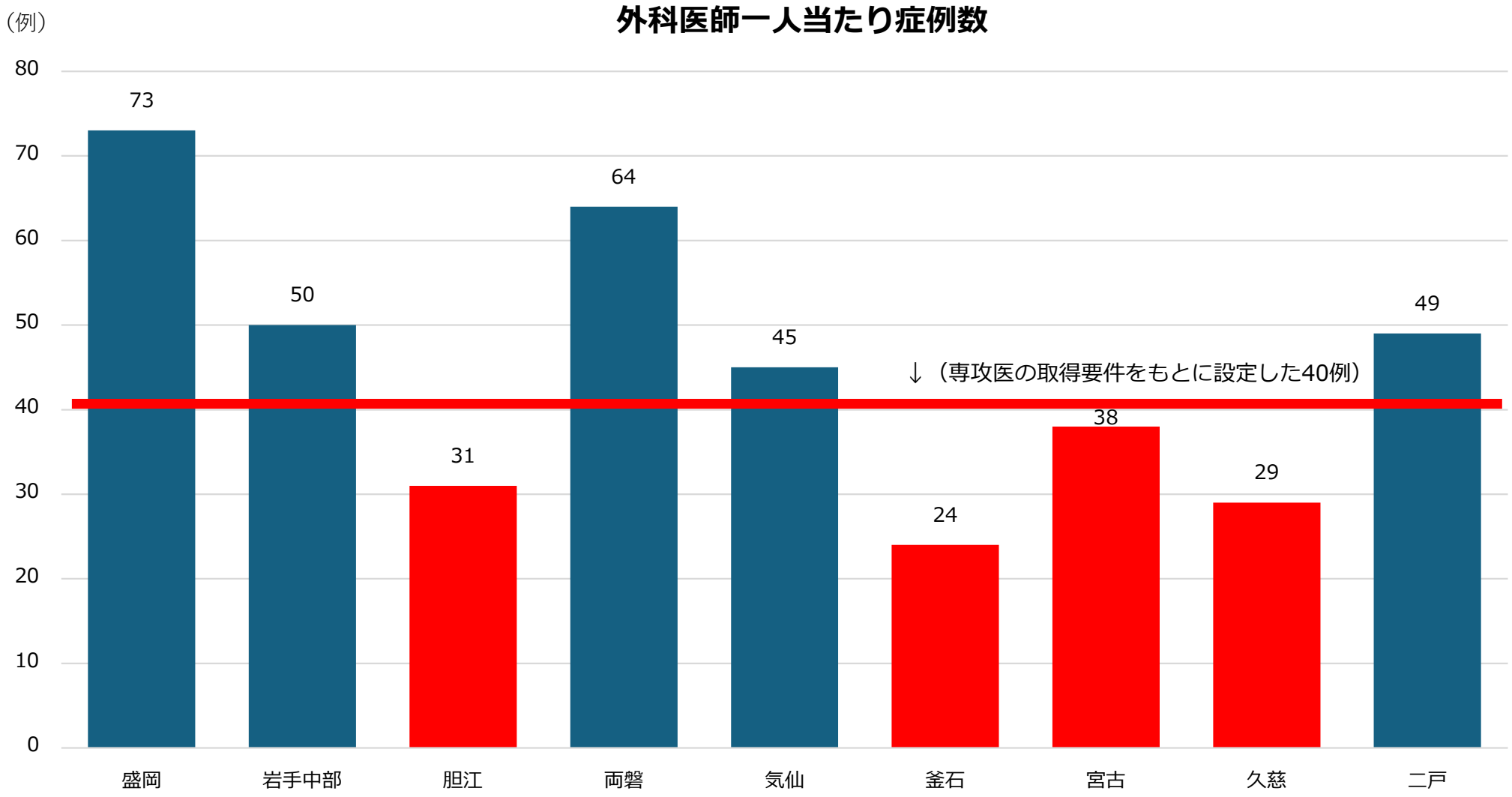
区域	流出率	流入率
盛岡	3.0%	24.1%
岩手中部	**23.7%**	**11.3%**
胆江	**23.5%**	**11.4%**
両磐	**22.5%**	**7.6%**
気仙	**31.6%**	**10.5%**
釜石	**24.7%**	**17.9%**
宮古	**29.2%**	**2.9%**
久慈	**36.0%**	**3.9%**
二戸	**33.4%**	**9.1%**

※厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

症例数

＜見直し基準：外科医師一人あたり年間症例数40例未満＞

○見直し基準に該当するのは、「胆江」、「釜石」、「宮古」、「久慈」の４区域。



※外科医師一人当たり年間症例数は、本県医師全体の65歳以上割合を用いて推計した65歳未満外科医師数（厚労省：「医師・歯科医師・薬剤師統計（令和６年）」）及び「NDBオープンデータ（第11回）」の手術件数を基に算出

急性期拠点病院の配置可能性

＜見直し基準：診療報酬上の急性期拠点病院A・Bで算定されている医療機関無し＞

○見直し基準に該当するのは、「気仙」、「釜石」、「久慈」、「二戸」の４区域

■急性期拠点病院A若しくはBで算定されている医療機関

	急性期拠点病院A	急性期拠点病院B
盛岡	中央病院	盛岡赤十字病院、盛岡市立病院
岩手中部	中部病院	
胆江	胆沢病院	
両磐	磐井病院	
気仙		
釜石		
宮古		宮古病院
久慈		
二戸		

※東北厚生局「施設基準の受理状況」より作成

医療従事者の確保状況

＜見直し基準：急性期医療を担う主要診療科の充足状況（常勤医複数名以上配置）＞【R8.9.1時点】

○見直し基準に該当するのは、「胆江」、「釜石」、「久慈」、「二戸」の４区域

■基幹病院における急性期医療を担う主要診療科の医師配置状況

区域	基幹病院	外科系	整形外科	脳神経外科	麻酔科
盛岡	中央病院	29	8	7	15
岩手中部	中部病院	14	3	4	4
胆江	胆沢病院	17	4	0	6
両磐	磐井病院	8	5	2	5
気仙	大船渡病院	10	3	3	2
釜石	釜石病院	3	3	0	0
宮古	宮古病院	4	3	2	2
久慈	久慈病院	5	2	1	1
二戸	二戸病院	3	2	2	1

※岩手県医療局提供データにより作成

医療へのアクセス

＜見直し基準：基幹病院から１時間圏内の人口カバー率95%未満＞

○見直し基準に該当する区域なし

■基幹病院からの人口カバー率の状況（1時間圏内）

区域	基幹病院	区域人口数（R2）（人） ①	基幹病院から１時間以内人口（人） ②	人口カバー率（%） ②/①
盛岡	中央病院	465,015	459,033	98.7
岩手中部	中部病院	219,353	209,873	95.7
胆江	胆沢病院	130,676	130,676	100.0
両磐	磐井病院	120,367	120,367	100.0
気仙	大船渡病院	58,084	58,057	100.0
釜石	釜石病院	43,087	43,087	100.0
宮古	宮古病院	76,527	75,585	98.8
久慈	久慈病院	54,772	54,772	100.0
二戸	二戸病院	51,195	51,194	100.0

※国勢調査地域メッシュ統計を基にQGISで算出

【参考資料】

(1)　現行区域の構想区域の検証データ

(2)　疾病・事業別医療圏（心血管疾患・脳卒中）の状況

(3)　統合後の医療アクセス分析資料

二次医療圏（構想区域）との疾病・事業別医療圏の関係

○　二次保健医療圏（構想区域）は、一般外来、在宅医療、救急医療など、住民に身近な医療として設定。

○　一方、疾病・事業別医療圏は、二次医療圏で対応できない、がん、脳卒中、心血管疾患等の５疾病・６事業について、高度かつ専門的な医療機能を効率的に確保するため、複数の二次保健医療圏を一体的な医療圏として設定。

設定単位	医療機能	現在の保健医療計画上の圏域数 （圏域数が医療圏でない場合は、広域化を図っている圏域）
二次医療圏（構想区域）	一般外来	９医療圏
	在宅医療	９医療圏
	救急医療	９医療圏（基幹病院を中心に対応）
疾病・事業別医療圏	心筋梗塞等の心血管疾患	８医療圏（①気仙・釜石）
	脳卒中	７医療圏（①気仙・釜石、②胆江・両磐）
	がん	５医療圏（①盛岡・久慈・二戸、②盛岡・気仙・釜石・宮古）
	精神科救急医療	４医療圏（①二戸・久慈、②盛岡・宮古、③岩手中部・釜石、④胆江・両磐・気仙）
	周産期医療	４医療圏（①二戸・久慈、②盛岡・宮古、③岩手中部・胆江・両磐、④気仙・釜石）

実際の提供は、市町村単位など、より細かな単位で提供

構想区域見直しの主な検討対象

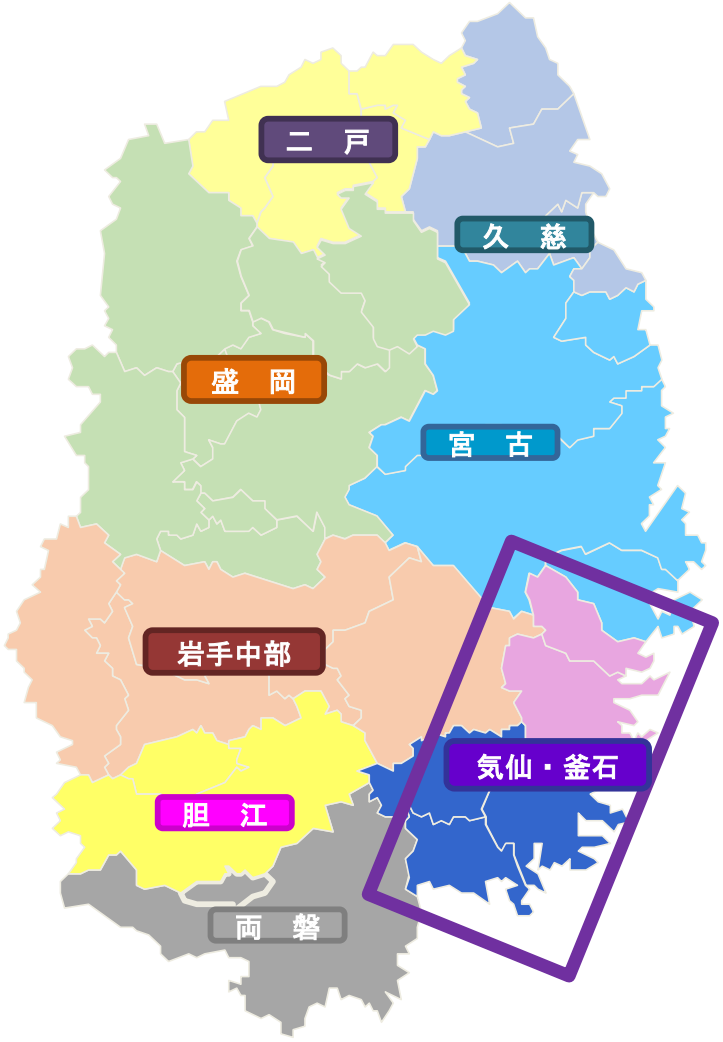
救急医療に分類される

心血管疾患・脳卒中における広域連携の状況

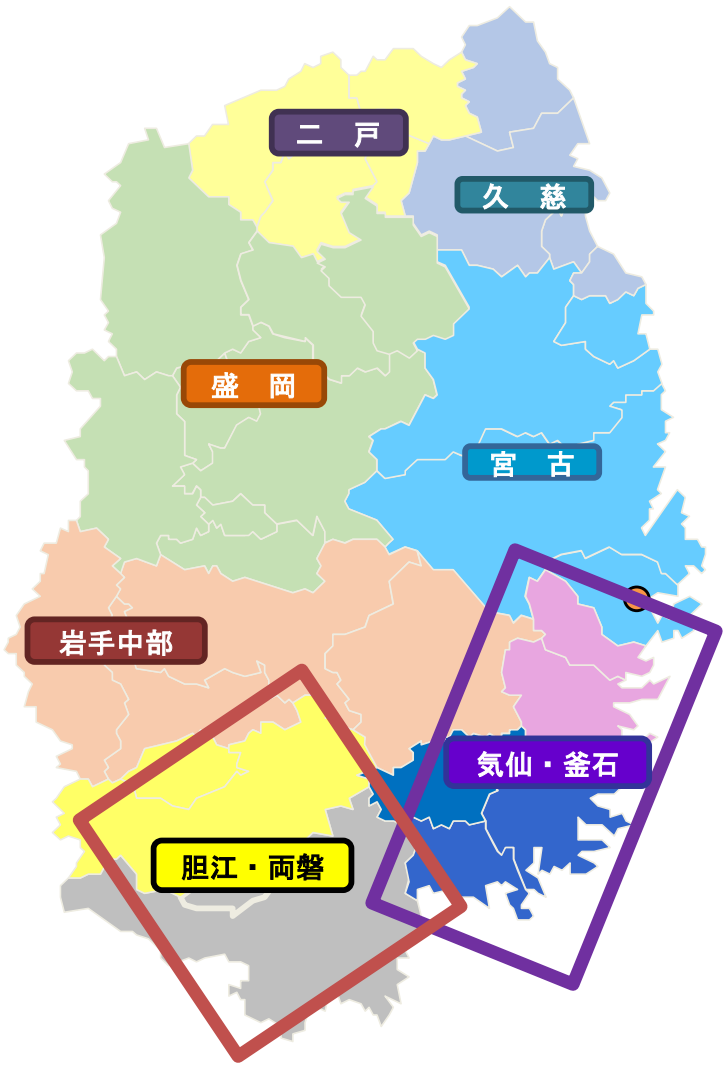
○　心血管疾患及び脳卒中については、医療アクセスに配慮しつつ、高度専門医療を確保するため、一部区域を一体的な医療圏として設定している。

○　心血管疾患は「気仙・釜石」、脳卒中については、「気仙・釜石」に加えて「胆江・両磐」が二次医療圏を超えた医療圏を設定している。

心筋梗塞等の心血管疾患（8医療圏）



脳卒中（7医療圏）



心血管疾患（入院）の受療動向

○　心血管疾患については、保健医療計画の疾病・事業別医療圏において、**二次医療圏を超えて「釜石・気仙」を一体の医療圏として設定**している。

○　受療動向を見ると、**釜石区域から気仙区域への受療割合は11.0%。**

○　また、気仙区域及び釜石区域から盛岡区域への受療割合は、それぞれ15.0%、13.5%。

＜心血管疾患の受療動向（R6）＞

患者所在地	区分	受診先医療機関の所在地 地域別割合									
		盛岡	岩手中部	胆江	両磐	気仙	釜石	宮古	久慈	二戸	県外
	盛岡医療圏（県央保健所）	97.6	0.3	0.3	0.0	0.1	0.0	0.0	0.3	0.2	1.2
	岩手中部医療圏（中部保健所）	20.1	74.6	1.6	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	1.6
	胆江医療圏（奥州保健所）	7.2	5.2	84.5	0.8	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	2.2
	両磐医療圏（一関保健所）	4.1	0.2	7.3	72.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.9
	気仙医療圏（大船渡保健所）	15.0	0.8	1.5	0.2	73.4	3.7	0.1	0.0	0.0	5.3
	釜石医療圏（釜石保健所）	13.5	0.6	0.1	0.0	11.0	71.3	2.1	0.0	0.0	1.4
	宮古医療圏（宮古保健所）	19.4	0.5	0.2	0.0	0.2	1.5	73.6	2.6	0.0	2.2
	久慈医療圏（久慈保健所）	7.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	67.1	1.1	24.3
	二戸医療圏（二戸保健所）	19.5	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	71.5	8.6

※健康国保課提供データより、医療政策室において作成

脳卒中（入院）の受療動向

○　脳卒中については、保健医療計画の疾病別医療圏において、**二次医療圏を超えて「釜石・気仙」及び「胆江・両磐」を一体の医療圏として設定**している。

○　受療動向を見ると、**釜石から気仙への受療割合は10.0%、両磐から胆江への受療割合は8.7%。**

○　また、気仙区域及び釜石区域から盛岡区域への受療割合は、それぞれ21.9%、13.3%。

＜脳卒中の受療動向（R6）＞

患者所在地	区分	受診先医療機関の所在地 地域別割合									
		盛岡	岩手中部	胆江	両磐	気仙	釜石	宮古	久慈	二戸	県外
	盛岡医療圏（県央保健所）	98.4	0.3	0.3	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.6
	岩手中部医療圏（中部保健所）	23.4	68.8	3.3	0.0	0.0	3.6	0.0	0.0	0.0	0.9
	胆江医療圏（奥州保健所）	5.1	5.5	86.2	2.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9
	両磐医療圏（一関保健所）	3.8	0.2	8.7	76.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.4
	気仙医療圏（大船渡保健所）	21.9	0.5	1.6	0.1	56.2	5.0	9.8	0.0	0.0	4.8
	釜石医療圏（釜石保健所）	13.3	0.4	0.0	0.0	10.0	69.9	5.2	0.0	0.0	1.2
	宮古医療圏（宮古保健所）	24.6	0.3	0.4	0.0	0.2	3.7	69.0	0.7	0.0	0.9
	久慈医療圏（久慈保健所）	8.6	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0	1.0	41.3	1.4	47.4
	二戸医療圏（二戸保健所）	57.4	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	38.4	3.9

・回復期の機能が胆江医療圏に所在しているため、両磐から胆江への流出率が高い

・胆江医療圏から磐井病院への救急搬送はR5は59件であったが、脳卒中の医療圏設定後のR6は103件に大きく増加

※健康国保課提供データより、医療政策室において作成

【参考資料】

(1)　現行区域の構想区域の検証データ

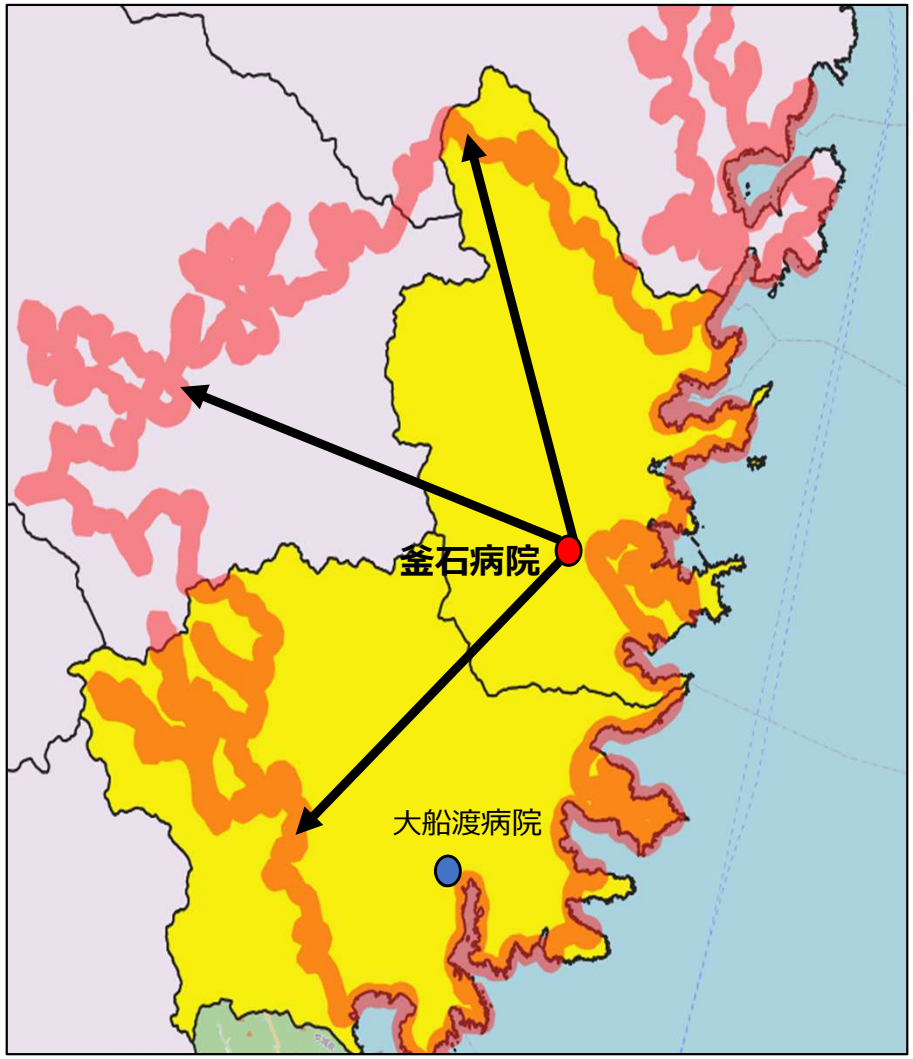
(2)　疾病・事業別医療圏（心血管疾患・脳卒中）の状況

(3)　統合後の医療アクセス分析資料

統合後の医療アクセス①

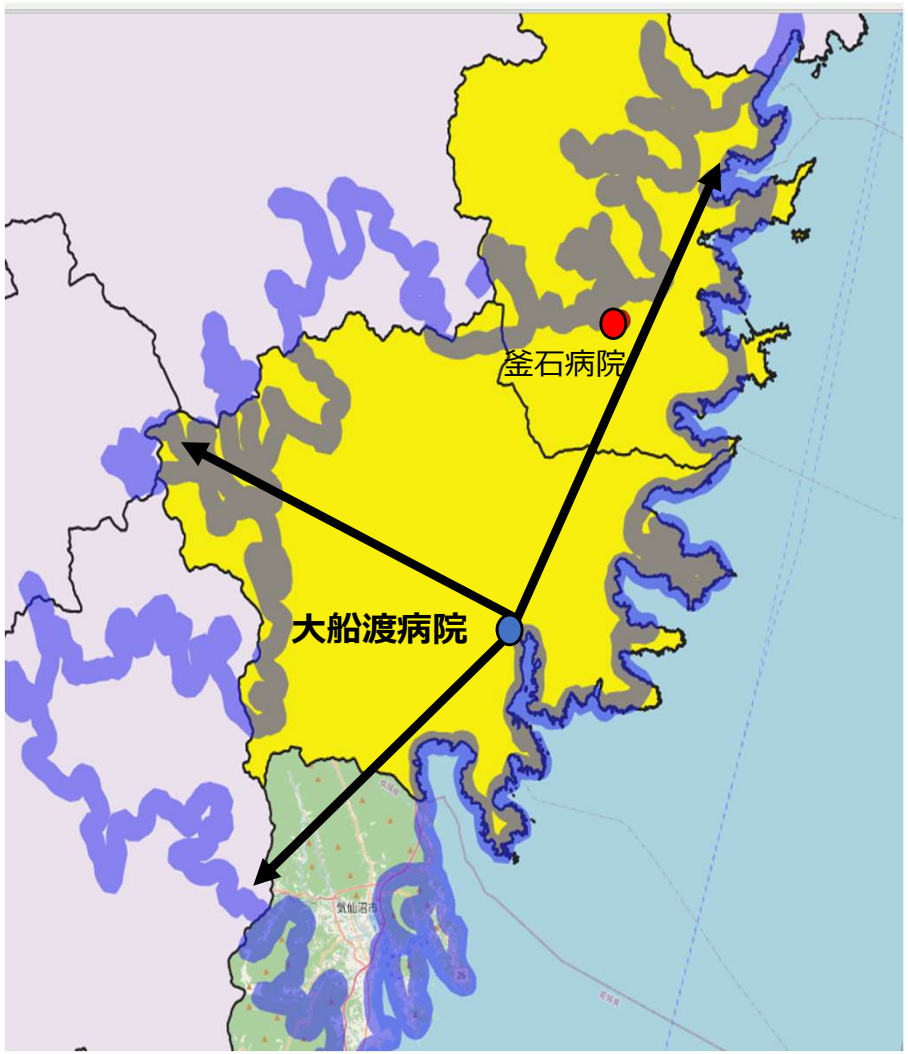
■「気仙・釜石」を統合した場合の医療アクセス（黄色着色部分は統合後の区域）

＜釜石病院（赤枠）から１時間以内移動範囲＞



区域内の人口の99%カバーできる

＜大船渡病院（青枠）から１時間以内移動範囲＞



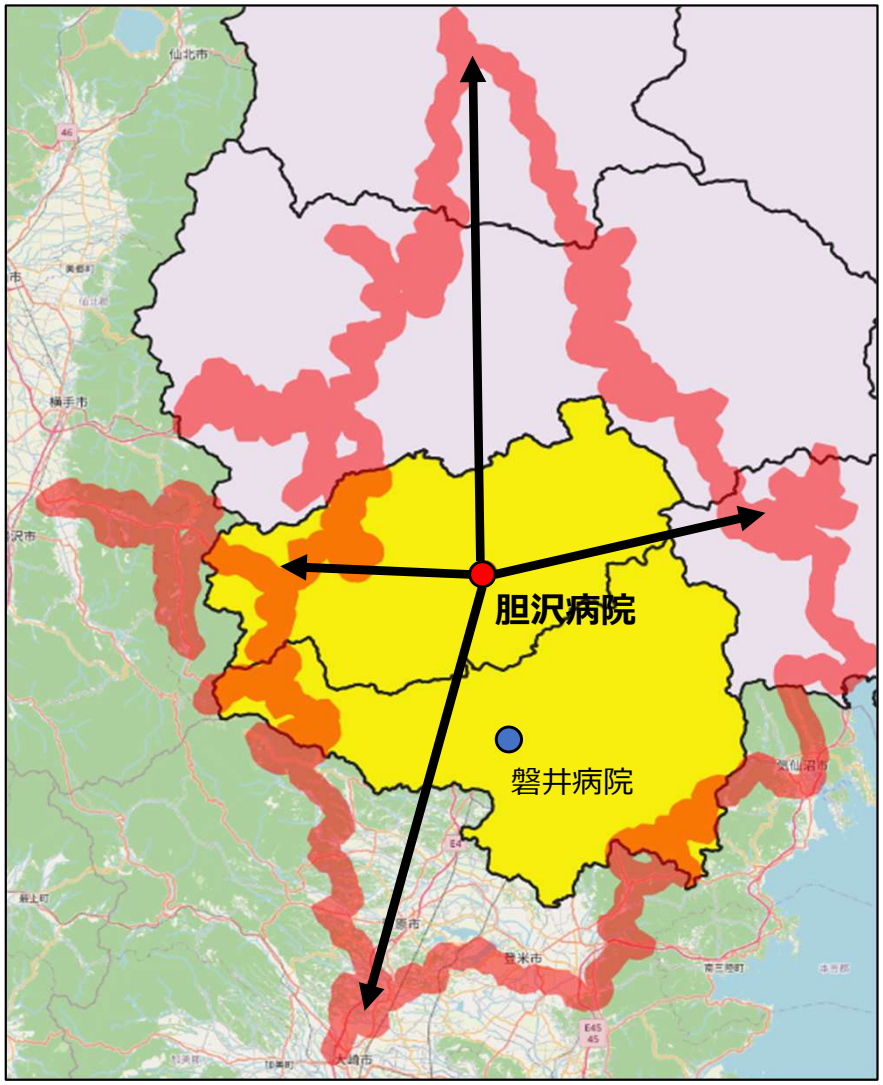
区域内の人口の99%カバーできる

※QGISを用いて作成

統合後の医療アクセス②

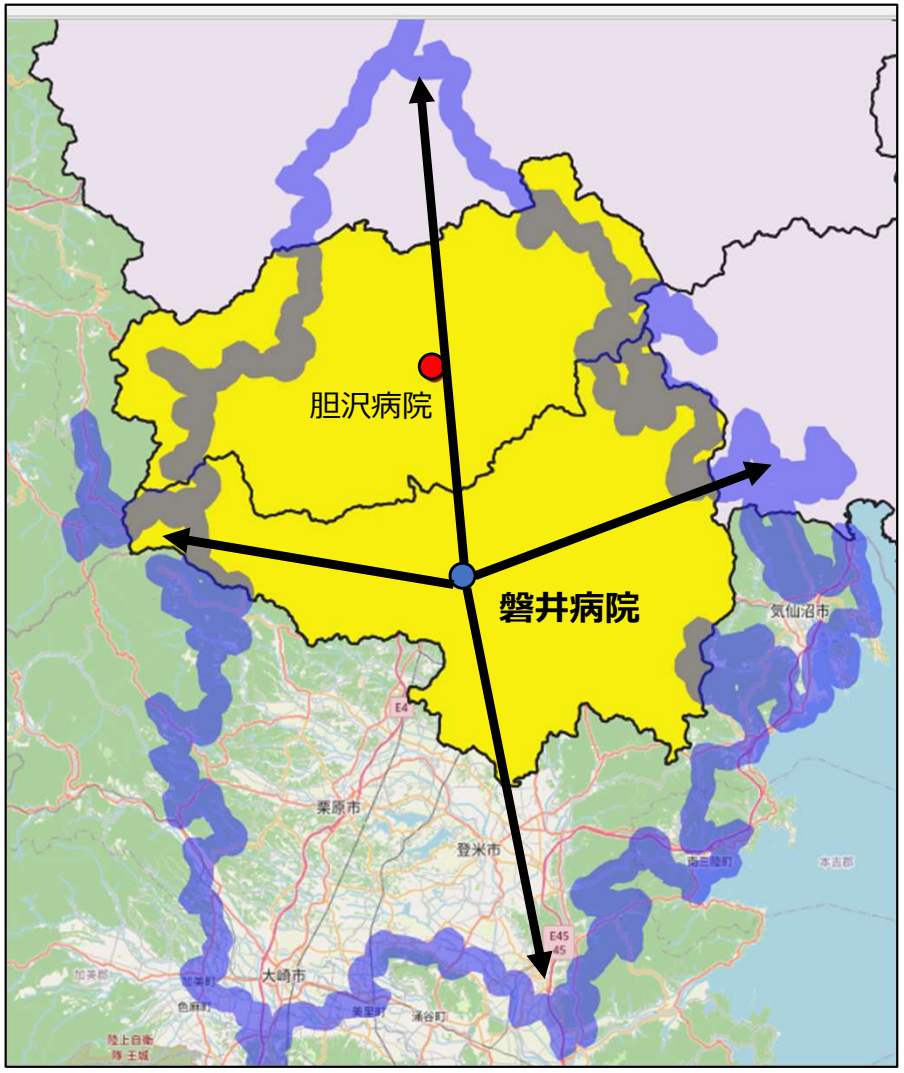
■「胆江・両磐」を統合した場合の医療アクセス（黄色着色部分は統合後の区域）

＜胆沢病院（赤枠）から１時間以内移動範囲（高速道路の利用有）＞



区域内の人口の99%カバーできる

＜磐井病院（青枠）から１時間以内移動範囲（高速道路の利用有）＞



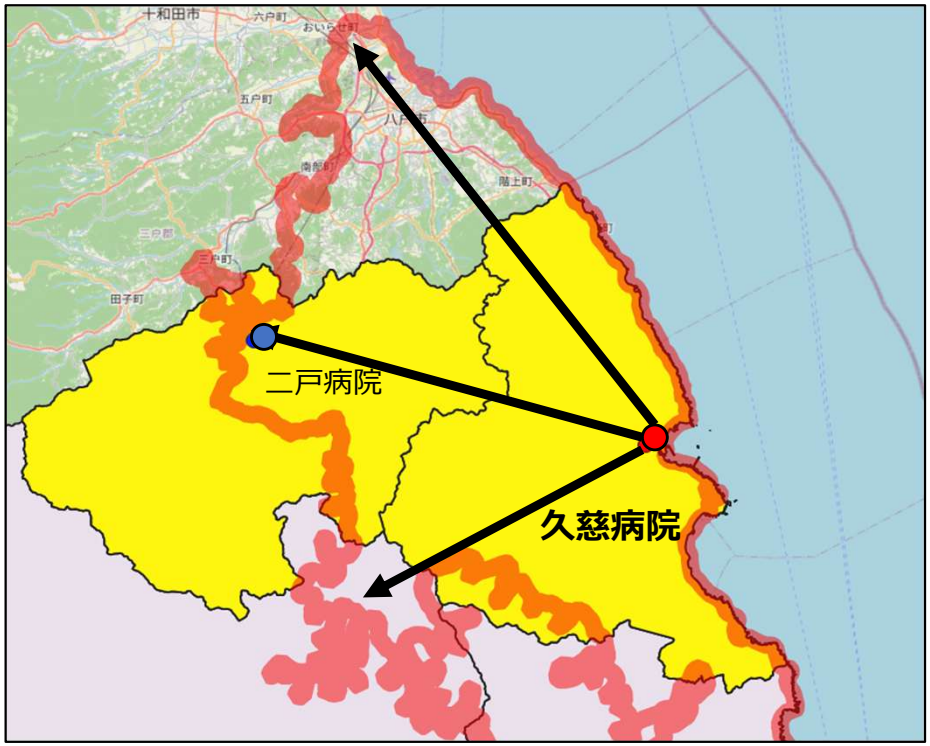
区域内の人口の99%カバーできる

※QGISを用いて作成

統合後の医療アクセス③

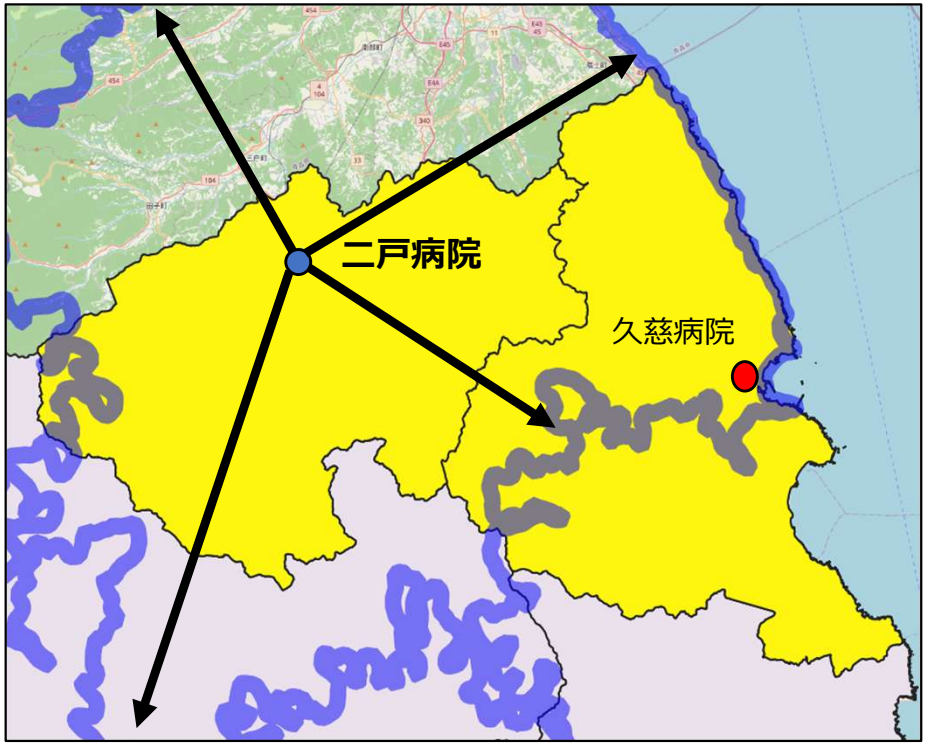
■「久慈・二戸」を統合した場合の医療アクセス（黄色着色部分は統合後の区域）

＜久慈病院（赤枠）から１時間以内移動範囲＞



区域内の人口の84%カバーできる

＜二戸病院（青枠）から１時間以内移動範囲＞



区域内の人口の90%カバーできる

※QGISを用いて作成