

令和 8 (2026) 年度第 1 回県東地域医療構想調整会議
並びに病院及び有床診療所会議 合同会議 次第

日時：令和 8 (2026) 年 8 月 19 日（水）13:30～

場所：栃木県庁芳賀庁舎 3 階中会議室・WEB

1 開 会

2 所長あいさつ

3 議 題

(1) 今後の地域医療構想の進め方について【資料 1】

(2) 構想区域の点検・見直しの要否について【資料 2】

(3) 外来医療計画 8 期後期計画策定について【資料 3】

(4) かかりつけ医機能について【資料 4】

(5) その他

・病床数適正化支援事業について【参考資料】

4 閉 会

令和8年度第1回 県東地域医療構想調整会議並びに病院及び有床診療所会議 出席者名簿

No.		選出区分	団体・役職等	氏 名	備 考
1	県東地域医療構想調整会議委員	保健医療関係団体	芳賀都市医師会在宅医療担当理事	趙 達 来	出席(会場)
2			芳賀歯科医師会長	木 代 宏	出席(自施設)
3			芳賀都市薬剤師会長	小 林 郁 夫	出席(自施設)
4			栃木県看護協会県東地区副支部長	三 橋 明 美	出席(会場)
5		地域病院等(公的)	芳賀赤十字病院長	本 多 正 徳	出席(会場)
6		地域病院等(民間)	真岡病院長	横 田 徳 継	出席(自施設)
7		地域病院等(有床診)	医療法人弘真会理事長(二宮中央クリニック)	鈴 木 一 実	出席(自施設)
8		地区老人福祉施設協議会	特別養護老人ホーム椿寿園施設長	近 藤 多 起 夫	欠席
9		地区老人保健施設協議会	介護老人保健施設もてぎの森うごうだ城総務課長	川 匂 直 之	出席(自施設)
10		社会福祉関係団体	真岡市社会福祉協議会長	田 口 司	出席(会場)
11		介護従事者確保関係団体	芳賀郡市管内介護支援専門員連絡会監事	佐々木 清 美	出席(会場)
12		住民・患者代表者	真岡市女性団体連絡協議会副会長	石 川 和 子	令和8年度～新任 出席(会場)
13		医療保険者	全国健康保険協会栃木支部長	宮 崎 務	出席(会場)
14		学識経験者	自治医科大学教授	阿 江 竜 介	欠席
15	市 町		真岡市健康増進課長	檜 佐 哲 也	出席(自施設)
16			益子町福祉子育て課長	村 上 貴 子	出席(自施設)
17			茂木町保健福祉課長	櫻 井 光 一	出席(自施設)
18			市貝町住民くらし課長	國 井 美 由 紀	出席(自施設)
19			芳賀町健康福祉課長	大 塚 英 樹	令和8年度～新任 出席(自施設)
20		健康福祉センター	栃木県参事兼県東健康福祉センター所長	塚 田 三 夫	出席(会場)
21	病院及び有床診療所	民間病院	福田記念病院長	福 田 晴 美	出席(自施設)
22			菊池病院長	菊 池 正 之	出席(自施設) 代理:事務長 仁平宗志
23			芳賀中央病院長	中 野 智 文	出席(自施設) 代理:事務長 菊島章
24		有床診療所	桜井内科医院長	櫻 井 豊	欠席
25			二宮中央クリニック理事長	鈴 木 一 実	出席(自施設)
26			真岡メディカルクリニック理事長	飯 村 修	欠席
27			普門院診療所院長	田 中 麻 香	出席(自施設)
28		地域医療構想アドバイザー	栃木県医師会長	稲 野 秀 孝	欠席
29			栃木県医師会常任理事	白 石 悟	欠席
30	事務局	【事務局】 県東健康福祉センター	次長兼総務福祉部長	佐 藤 正 俊	
31			地域保健部長補佐(総括)	長 谷 恵 子	
32			部長補佐(総括)兼総務企画課長	古 田 土 裕 一	
			総務企画課副主幹	高 野 慎	
33			総務企画課主査	玉 木 志 保	
34			総務企画課主任	衣 笠 沙 有 里	
35			総務企画課主事	大 橋 建 太	
36		【事務局】 医療政策課	参事兼課長	渡 辺 晃 紀	
37			地域医療担当主任	高 山 祥	
38			在宅医療・介護連携担当主査	水 野 風 音	
39			在宅医療・介護連携担当主事	林 史 果	

※出席(自施設)はWEBIによる参加

令和8(2026)年 8 月19日	資料 1
令和 8 (2026)年度第 1 回県東地域医療構想調整会議並びに 県東構想区域病院及び有床診療所会議 合同会議	

今後の地域医療構想の進め方について

栃木県県東健康福祉センター

- 1 新たな地域医療構想ガイドラインについて
- 2 本県における地域医療構想の進め方について
- 3 新たな「栃木県地域医療構想」の構成（案）について

1. 新たな地域医療構想ガイドラインについて

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ
(地域医療構想策定ガイドライン骨子)の概要

厚生労働省「新たな地域医療
構想策定ガイドラインについて」
(R8.6.21)

地域医療構想が目指す方向性

- ・ 85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できるよう、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら医療提供体制を構築する

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- ・ 医療機関機能を踏まえ、急性期の医療需要や、手術や救急搬送における医療機関ごとの役割分担等について地域ごとに協議

高齢者救急の受入体制の整備

- ・ 救急の実施基準において、高齢者救急の考え方を位置付け
- ・ 入院早期からのリハビリテーション等の提供の推進

外来・在宅医療

外来医療提供体制の維持

- ・ 診療所の減少が進む中、地域の病院を中心に提供体制を構築
- ・ ヘき地や診療所の数に限られている地域等において、D to P with Nを含むオンライン診療の活用を推進

在宅医療の受け皿の整備

- ・ 在宅医療、介護施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- ・ 医歯薬連携の推進
- ・ D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により受け皿を整備

介護との連携

医療と介護のニーズを有する者への対応の推進

- ・ 地域医療構想における市町村と介護関係者の役割を明確化
- ・ 慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせた体制整備
- ・ 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- ・ 都道府県単位で、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議
- ・ 看護師等の将来の人材確保の方向性を反映

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位等を踏まえ、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の提供体制の確保の取組を推進

急性期拠点機能

- ・ 構想区域毎に、人口20万～30万に1つを目安に確保
- ・ 手術等の急性期医療を集約して提供
- ・ 新興感染症等への対応
- ・ 地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

在宅医療等連携機能

- ・ 地域での在宅医療の提供
- ・ 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実施

高齢者救急・地域急性期機能

- ・ 誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入
- ・ 高齢者を中心に入院早期からのリハビリテーションを提供
- ・ 大都市等においては頻度の多い手術を提供

専門等機能

- ・ 集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

- ・ 都道府県と連携した人的協力
- ・ 症例数が少ない医療などの広域な観点での診療
- ・ 地域で多様な症例に対応する人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

これまでの地域医療構想の取組に加え、病床機能について回復期を包括期とするとともに、必要病床数について新たな地域医療構想の取組を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

※令和8年3月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめより作成

※なお、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、2026年度（令和8年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める

Ⅱ．４．入院医療について（主な記載）

４．入院医療

（１）基本的な考え方

① 現状と課題

- 人口構造の変化等、地域ごとの課題を踏まえ、持続可能な入院医療提供体制を構築していく必要があること

② 地域類型ごとの特性

ア 大都市型の地域

- 高齢者人口の増加に伴う医療需要の変化や急性期医療の分散・重複等により、効率性に課題があること
- 区域全体および区域内の医療資源の偏在も踏まえ、体制整備を進めることが必要となること

イ 地方都市型の地域

- 高齢者人口の増加、生産年齢人口の減少により、症例数の減少や人材確保が困難となることが見込まれること
- 医療機関の連携・再編・集約化を進めながら、必要な医療機能を維持することが重要となること

ウ 人口の少ない地域

- 限られた医療資源の中で、必要な急性期医療等の体制を維持する必要があること
- 急性期医療の集約や近隣区域との連携、役割分担を通じて、持続可能な提供体制の確保が必要となること

③ 協議の進め方

- 都道府県調整会議と区域調整会議を適切に使い分け、データに基づき協議を進めること
- 都道府県調整会議では、各地域の現状や将来の見込み等を踏まえ、地域ごとの課題を把握していくとともに、区域を越えて対応すべき事項等について協議を行うこと
- 区域調整会議では、区域ごとの課題に応じ、医療機関機能の確保や、医療機関の役割分担、病床整備等について協議していくこと
- 各事項の協議にあたっては、複数の対応案を設定した上で、比較しながら検討することが望ましいこと

Ⅱ．４．入院医療について（主な記載）

４．入院医療

（２）協議事項

① 医療機関機能の確保

ア 急性期拠点機能

（ア）基本的な方向性

- ・ 人口20万人から30万人程度につき一か所程度を目安に確保すること
- ・ 急性期機能を担う医療機関の決定にあたっては、急性期医療に係る診療実績とともに、医療従事者の確保の見込みや医療機器の整備状況、建物の築年数や経営状況等も考慮しながら協議を行うこと

（イ）急性期拠点機能を担う医療機関数について

- ・ 人口規模だけでなく、患者の流出入の状況や診療実績、症例数や従事者の確保の見込み等を総合的に勘案する必要があること
- ・ 急性期拠点機能を担う医療機関数を検討するにあたっての具体的な考え方の例について

（ウ）急性期拠点機能を担う医療機関の決定

- ・ 急性期拠点機能を担う医療機関数を整理した上で、具体的にどの医療機関が急性期拠点機能を担うかについて協議を行うこと
- ・ 人口構造の変化や医療需要の見込み、建物の老朽化や経営状況等を踏まえ、検討すること
- ・ 災害医療や小児・周産期医療等の役割や地理的配置も考慮すること

（エ）急性期拠点機能を担う医療機関の役割について

- ・ 急性期拠点機能を担う医療機関は、災害医療対応や新興感染症時の病床確保等の政策医療、卒後教育、医師派遣等の役割を総合的に担う必要があること

Ⅱ．４．入院医療について（主な記載）

４．入院医療

（２）協議事項

① 医療機関機能の確保

イ 高齢者救急・地域急性期機能

- ・ 今後増加が見込まれる高齢者救急を中心とした救急患者の受入等、地域住民に最も近い地域急性期医療を担う医療機関として、区域内で適切に確保していくことが重要であること
- ・ 急性拠点機能を担う医療機関、在宅医療を担う関係者や介護施設との連携体制の構築が求められること
- ・ 地域の実情等に応じ、頻度の高い手術・処置等を実施できる体制を整備することとも考えられること

ウ 在宅医療等連携機能

- ・ 在宅医療は、地域の慢性期医療の受け皿の一つであることを踏まえ、地域の慢性期の医療需要の動向を見据えながら検討する必要があること
- ・ 在宅医療等連携機能を担う医療機関が具体的に求められる役割や範囲は地域により異なり、在宅医療全体の協議の内容も踏まえ検討していくこと
- ・ 在宅医療を担う関係者との連携体制を構築していくことに加え、介護施設の協力医療機関としての役割も積極的に担っていくことが求められること

エ 専門等機能

- ・ いわゆる回復期リハビリテーションに特化した入院医療を行う医療機関や、中長期にわたる療養を要する慢性期患者に対する入院医療を行う医療機関、地域に根ざした診療を行う有床診療所等が担うことが基本であること

オ 医療機関の連携・再編・集約化

- ・ 急性期拠点機能を中心とした医療機関機能の確保に加え、都道府県全体の広域的観点も踏まえ、医療機関の連携・再編・集約化を検討すること
- ・ 患者のアクセス確保のため、医療へのアクセスを維持・確保していくことが重要であること

Ⅱ．４．入院医療について（主な記載）

４．入院医療

（２）協議事項

② 手術や救急医療の役割分担に向けた取組

ア 手術

- ・ 手術症例の集約化と医療機関間の役割分担を進めること
- ・ 手術の役割分担については、急性期拠点機能を担う医療機関、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関、大学病院本院が連携し協議を行うこと

イ 救急医療

- ・ 救急搬送に係る現状について、他地域や全国との比較を行いながら把握していくこと
- ・ 高齢者救急を中心に、受入時の役割分担に加え、受入後の転院搬送等も含めた連携が重要であること
- ・ 救急医療の役割分担については、急性期拠点機能を担う医療機関、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関、消防機関等が連携し協議を行うこと

③ 病床に関する取組

ア 病床整備の方向性

- ・ 必要病床数及び病床機能報告の状況を踏まえ、医療機関機能に留意し、病床数のあり方について検討すること
- ・ 全体としてはダウンサイズを進めつつ、包括期の病床を中心に必要な機能の病床数の整備を行うこと

イ 必要病床数と基準病床数について

- ・ 都道府県知事の権限に係る医療法改正内容について
- ・ 必要病床数や基準病床数を踏まえた病床整備の考え方について

ウ 構想区域の広域化にあたっての対応

- ・ 構想区域の広域化を検討する際には、広域化後の区域全体の必要病床数を満たすどうかのみならず、広域化前の各地域ごとの状況に留意する必要があること

Ⅱ．４．入院医療について（主な記載）

４．入院医療

（２）協議事項

④ 広域的な観点での医療提供体制の確保

ア 大学病院本院の担う役割

- ・ 構想区域ごとの議論の状況を踏まえながら、大学病院本院が担う医療提供等のあり方について協議を行うことが重要であること
- ・ 大学病院本院の人的協力や都道府県による地域枠医師の配置について、大学病院本院全体と都道府県が連携し、地域医療構想の方向性に沿ってなされることが求められること

イ 構想区域内で完結できない医療への対応

- ・ すべての医療を当該区域内で確保することが困難な場合、都道府県調整会議において、地域の実情に応じた様々な医療提供体制の構築のあり方を検討すること
- ・ 都道府県内では完結しない医療が想定される場合には、隣接する都道府県や当該都道府県内に所在する大学病院本院との協議が必要となる場合が考えられること

「大学病院本院は、地域ごとに確保する医療機関機能ではなく、医育及び広域診療機能のみを報告するものとする」（ガイドライン20頁）

Ⅱ．５．外来医療について（主な記載）

５．外来医療

（１）基本的な考え方

① 現状と課題

- ・ 従来どおりの提供体制を前提とすることが難しくなる地域について、診療所の状況等を踏まえながら、病院が補完的に担うべき役割を整理していく必要性があること
- ・ 患者のアクセスの観点から、地域住民が必要な時に適切な医療を受けられる体制を確保する必要性があること
- ・ 効率的な外来医療提供体制の構築や医歯薬連携に係る取組を行っていくことも重要であること

② 協議の進め方

- ・ 都道府県調整会議において、地域ごとの将来の見込みや課題を把握していくこと
- ・ 必ずしも全ての区域において同一かつ常時の協議を行う必要はなく、課題の性質に応じ、既存の協議の場等を活用しながら、協議を進めていくこと

（２）協議事項

① 休日・夜間も含めた持続可能な外来医療提供体制の構築

- ・ 地域住民が休日・夜間を含め、必要な時に適切な外来医療を受けることができる体制を構築していくこと
- ・ 必ずしも全ての区域において同一かつ常時の協議を行う必要はなく、課題の性質に応じ、既存の協議の場等を活用しながら、協議を進めていくこと休日・夜間の外来医療提供体制の構築にあたり、診療所に加え病院も連携して対応する体制等、地域の医療資源の状況や今後の見込みに応じた体制を検討していくこと

② 患者のアクセスの確保

- ・ 患者の受療機会が実質的に失われないよう、アクセス確保に向けた具体的な取組を協議していくこと

③ 効率的かつ効果的な外来医療提供の推進

- ・ 地域の実情に応じて、効率的かつ効果的な外来医療提供の取組を進めることが重要であること
- ・ 対面診療を基本としたオンライン診療の活用や医歯薬連携に係る取組を進めることが考えられること

Ⅱ． 6． 在宅医療について（主な記載）

6． 在宅医療

（１）基本的な考え方

① 現状と課題

- ・ 在宅医療の需要の増加に対し、介護施設等も活用しながら受け止めていく必要があること
- ・ 24時間の急変時対応、往診、緊急入院の受入等を地域で切れ目なく提供する必要があること
- ・ 効率的な在宅医療提供体制の構築や多職種連携に係る取組を行っていくことも重要であること

② 協議の進め方

- ・ 都道府県調整会議又は区域調整会議において、将来の見込みや基本的な課題を把握すること
- ・ 個別の課題については、課題の性質に応じ、既存の協議の場等を活用しながら、協議を進めていくこと
- ・ 個別の課題の把握にあたっては、在宅医療を支える関連資源も含めて確認することが重要であること

（２）協議事項

① 慢性期の医療提供体制の一体的な確保について

- ・ 在宅医療需要を含めた慢性期の医療需要の見込みを把握していくこと
- ・ 地域における現在の医療・介護資源の状況を確認した上で、どの程度在宅医療を提供していくか、介護保険施設等をどのように活用するかの方角性を検討すること

② 地域における24時間の提供体制の構築

- ・ 夜間・休日の急変時にも対応できる体制を、地域全体として構築していくこと
- ・ 必要に応じ、在宅医療等連携機能を担う医療機関が、在宅医療の提供等の役割を担っていくこと

③ 効率的かつ効果的な外来医療提供の推進

- ・ 地域の実情に応じて、効率的かつ効果的な外来医療提供の取組を進めることが重要であること
- ・ 対面診療を基本としたオンライン診療の活用や多職種連携に係る取組を進めることが考えられること

Ⅱ． 7． 介護との連携について（主な記載）

7． 介護との連携

（1） 基本的な考え方

① 現状と課題

- 慢性期の医療需要には、療養病床や在宅医療、介護保険施設を組み合わせる必要があること
- 医療と介護の複合ニーズを有する者や、認知症を有する者の増加に伴い、退院後の受け皿の確保や介護施設入所者への適切な医療介入のための連携体制の整備が必要であること

② 協議の進め方

- 都道府県調整会議又は区域調整会議において、将来の見込みや基本的な課題を把握すること
- 介護との連携に係る個別の課題については、入院中の患者の早期退院に向けた取組及び介護施設入所中の利用者が適切な医療を受けることができる体制の整備の観点から協議を進めること

（2） 協議事項

① 慢性期の医療提供体制の一体的な確保について

- 在宅医療需要を含めた慢性期の医療需要の見込みを把握していくこと
- 地域における現在の医療・介護資源の状況を確認した上で、どの程度在宅医療を提供していくか、介護保険施設等をどのように活用するかの方方向性を検討すること

② 医療と介護の相互理解に基づく切れ目のない退院・療養支援体制の構築

ア 医療機関と介護保険施設の連携による早期退院に向けた取組について

- 入院患者の退院先について、医療機関及び介護保険施設の関係者の中で認識を共有していくこと

イ 介護施設入所中の利用者が適切な医療を受けることができる体制の整備

- 介護施設における協力医療機関の確保等により、適時適切な介入を行うことのできる体制を整備すること

Ⅱ． 8． 人材確保について（主な記載）

8． 人材確保について

（１）基本的な考え方

① 現状と課題

- ・ 医療機関の役割分担を踏まえた医師の確保が必要であること
- ・ 大学病院本院による地域への人的協力のため、都道府県と大学病院本院の連携が求められること

② 協議の進め方

- ・ 医療機関機能の確保に係る協議を踏まえた医師の確保のあり方について協議を行うこと
- ・ 大学病院本院による人的協力のあり方等については都道府県全体で検討すること
- ・ 医師以外の医療従事者については、国の検討状況を踏まえて今後検討していくこと

（２）協議事項

① 医師確保について

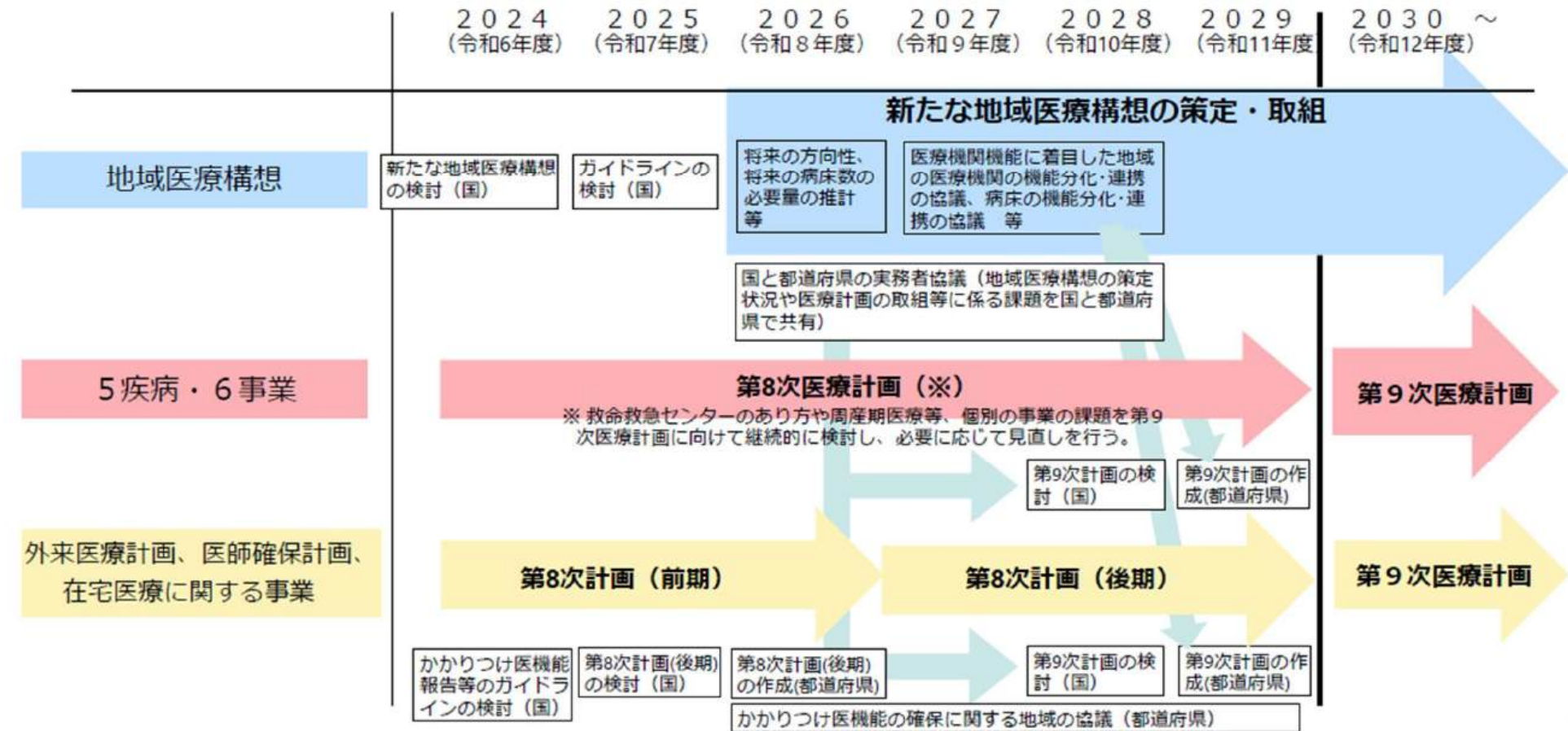
- ・ 医療機関機能の確保に関する議論と一体的に、医師確保の方向性を検討していくこと
- ・ 具体的には、急性期拠点機能を担う医療機関において必要となる外科医、麻酔科医等の確保等について検討していくこと

② 大学病院本院との連携

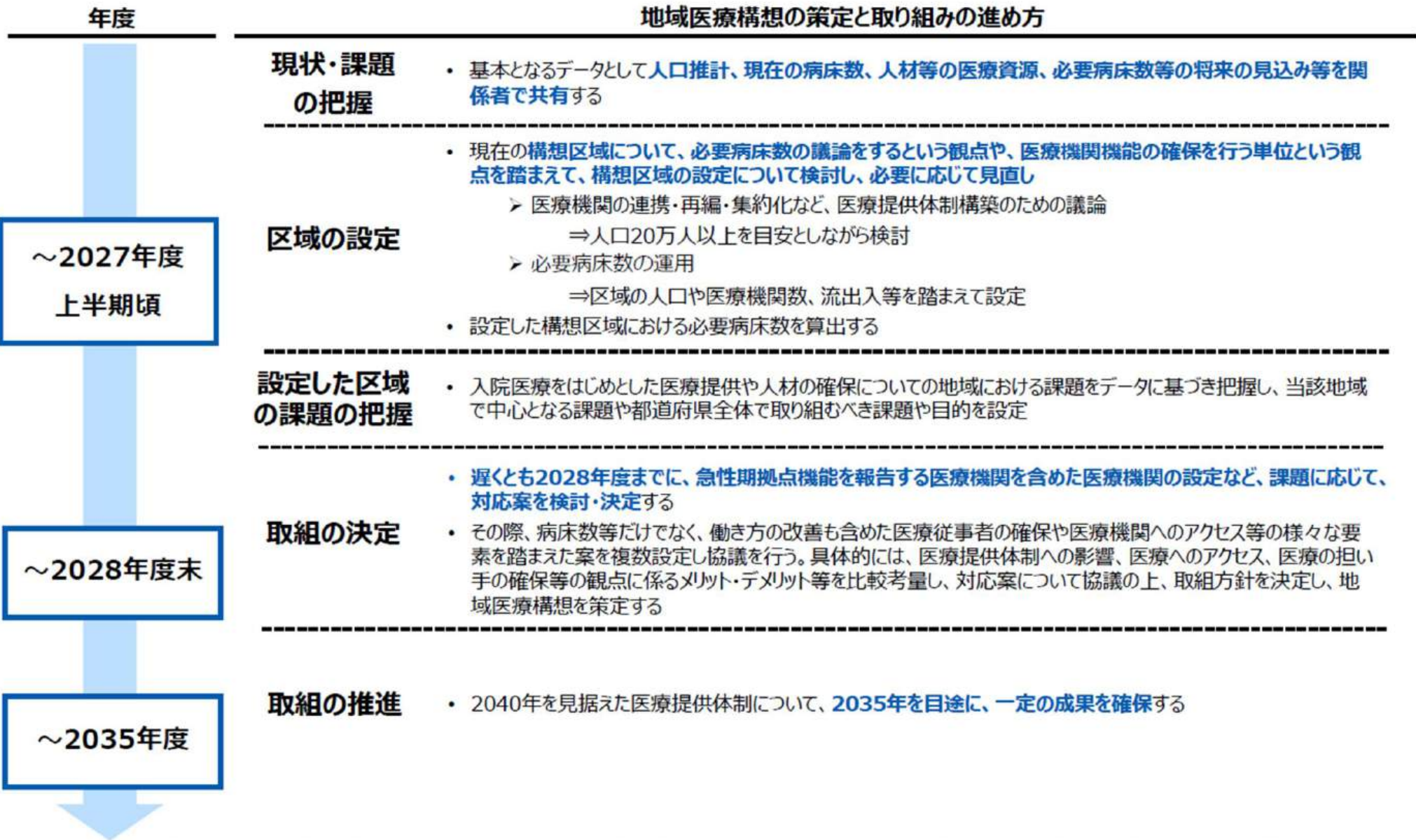
- ・ 都道府県と大学病院本院との間で、医師を必要とする医療機関等の情報や地域枠医師の情報等を共有しながら連携していくこと

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



新たな地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール



※ 議論のために必要なデータ等のうち、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、順次提供。また、国から都道府県に対して、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施予定。

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、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・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

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する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
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。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
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。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
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。

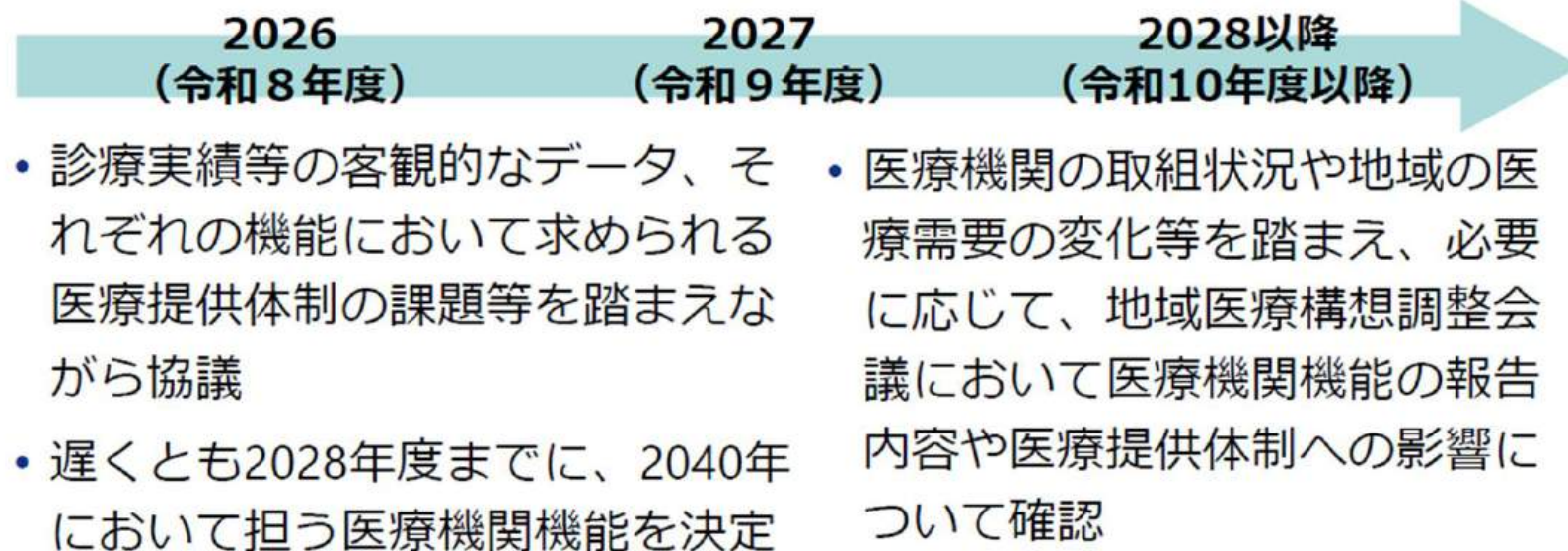
※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- 医育及び広域診療機能
 - ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

医療機関機能の報告について

医療機関機能の 協議等



- 「まずは各医療機関が自ら検討を行った上で、現在になっている機能に近い医療機関機能、2040年において担う医療機関機能、診療実績等を医療機関機能報告において報告」する（ガイドライン14頁）
- 本県では、各医療機関の報告結果を集計した結果をまず「素案」として提示し、それをもとに各地域の調整会議にて協議を行う予定

関係者に期待される役割等（とりまとめより）

期待される役割等	
都道府県	○ 地域医療構想の策定及び推進の主体として、地域医療構想調整会議の運営や各医療機関の取組への支援等 ○ 介護保険事業（支援）計画との整合性の確保、庁内の介護部門と連携、市町村職員に対する必要な支援の実施 ○ 医療へのアクセスの確保等の取組（交通担当部局や市町村、都道府県間での連携体制の構築等） ○ 患者の流出入等に対する、都道府県間で連携した取組の推進
市町村	○ 病院開設者、介護保険事業、住民に最も近い立場などの観点で、地域医療構想の策定及び推進に協力 ○ 自治体立病院に係る病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等の実施、地域全体の医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組へ協力 ○ 介護保険事業計画との整合性の確保、都道府県と連携しながら、地域医療構想調整会議における介護に係る課題の共有、医療側の課題を把握及び医療と介護の連携の推進 ○ 隣接する自治体や構想区域内の他の市町村と連携した、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を推進
大学病院本院	○ 診療の他、都道府県と密な連携体制のもと、人的協力や人材育成の取組の推進
医療関係者	○ 医療提供の主体として、地域医療構想の策定及び推進への積極的に関与 ○ 都道府県調整会議での県全体の医療提供体制に係る協議への参画、区域調整会議での関連する議題に係る協議への参画、取組の推進
公立・公的病院等	○ 市町村と同様に、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等の実施、地域全体の医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組へ協力
医療保険者	○ 都道府県調整会議への参画や、区域調整会議の参加者について、保険者協議会に照会の上、選定し参加 ○ 地域ごとの協議内容について、都道府県が保険者協議会等において定期的に報告する機会を設定 ○ 都道府県及び市町村は、後期高齢者医療広域連合や国民健康保険の保険者として、効率的な医療提供体制の構築に向けて地域医療構想を推進
介護関係者	○ 高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、医療機関との協力体制の構築等の体制整備への協力 ○ 特に介護老人保健施設、介護医療院等は、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担う ○ 在宅医療を担う医療機関の関係者等と地域における医療と介護それぞれの資源についての課題を共有し、早期の退院や適切な受診につなげられる体制整備
地域医療構想 アドバイザー	○ データの整理や論点の提示を通じ、地域の再編等に係る協議を活性化 ○ 医療計画が地域医療構想の実行計画として推進されるよう、医療計画の策定・推進にも一貫して助言

医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

○ 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	（急性期の総合的な診療機能） - 救急医療の提供 - 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 （急性期の提供等にあたっての体制について） - 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 - 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設	○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。 - 救急車受け入れ件数 - 各診療領域の全身麻酔手術件数 - 医療機関の医師等の医療従事者数 - 急性期を担う病床数・稼働率 - 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU） - その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等） 等
高齢者救急・地域急性期機能	（高齢者救急・地域急性期に関する診療機能） - 高齢者に多い疾患の受入 - 入院早期からのリハビリテーションの提供 - 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 - 高齢者施設等との平時からの協力体制	- 救急車受け入れ件数（人口の多い地域のみ） - 医療機関の医師等の医療従事者数 - 包括期の病床数 - 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 - 医療機関の築年数 - 高齢者施設等との連携状況 等
在宅医療等連携機能	（在宅医療・訪問看護の提供） - 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 - 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供 （地域との連携機能） - 地域の訪問看護ステーション等の支援 - 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制	- 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 - 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 - 医療機関の築年数 - 高齢者施設等との連携状況 等
専門等機能	- 特定の診療科に特化した手術等を提供 - 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 - 集中的な回復期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	- 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 - 有床診療所の病床数・診療科 等

地域医療構想策定ガイドラインについて

病床機能報告について

- これまでの「回復期機能」と「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」を併せて包括期機能が位置づけられ、その目安となる入院料が示された（ガイドライン26頁）
- 病床機能報告の基本的な考え方は従来どおりであり、引き続き病棟単位での報告となる
- 選択する病床機能についてはこれまで同様に自主的に医療機関が報告することとするが、一定の客観性をもった報告となるよう、各病床機能に対応する目安となる診療報酬上の入院料の種類を参照し、報告を行う

病床機能報告における報告の目安		厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」(R8.7.3)
機能区分	機能の内容	目安となる入院料
高度急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供する機能	- 救命救急入院料 - 特定集中治療室管理料 - ハイケアユニット入院医療管理料 - 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 - 小児特定集中治療室管理料 - 新生児特定集中治療室管理料 - 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 - 総合周産期特定集中治療室管理料 - 新生児治療回復室入院医療管理料 - 一類感染症患者入院医療管理料
急性期機能	・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	- 急性期病院A、B一般入院料 - 急性期一般入院料 1～6 - 特定機能病院A～C入院基本料（7:1、10:1） - 専門病院入院基本料（7:1、10:1） - 小児入院医療管理料 1～3
包括期機能	・高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 ・急性期を経過した患者に対し、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の提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む	・地域一般入院料 1～3 ・専門病院入院基本料（13:1） ・有床診療所入院基本料 1、4 ・地域包括医療病棟入院料 ・小児入院医療管理料 4、5 ・回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 ・特定一般病棟入院料 ・特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
慢性期機能	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・特に、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。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む	・療養病棟入院料 1～2 ・障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） ・有床診療所入院基本料 2、3、5、6 ・有床診療所療養病床入院基本料 ・特殊疾患入院医療管理料 ・特殊疾患病棟入院料 ・緩和ケア病棟入院料

※ 診療報酬改定に伴い入院料等の種類が変更された場合は適宜見直しを行う。

2. 本県における地域医療構想の進め方について

新たな地域医療構想の協議体制について

- 新たな地域医療構想の下では、様々な分野の地域課題について協議を行っていくこととなる
- 新たな地域医療構想の策定に向けた取組を進めるにあっても、既存の各分野の会議体を活用し、連携しつつ取り組みを進める

地域医療構想調整会議における検討事項等について

	具体的な検討事項	主な参加者	調整会議の他に関連する会議体
全体的な事項	地域医療構想の進め方	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会	
医療機関機能	構想区域ごとに確保すべき医療機関機能（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）及び広域的な観点で確保すべき医療機関機能（医育及び広域診療機能）に着目した、医療機関機能の確保	医師会、病院団体	
外来医療	- 不足する医療提供のための方策（外来の機能分化・連携、診療所の承継支援、医師の派遣） - オンライン診療を含めた遠隔医療の活用、巡回診療の推進	医師会、病院団体	
在宅医療	- 不足する医療提供のための方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、巡回診療の整備） - D to P with Nによるオンライン診療や医療DXによる在宅医療の効率的な提供に向けた方策	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	栃木県在宅医療推進協議会
介護との連携	- 慢性期の医療需要に対する受け皿整備の検討（在宅医療、介護保険施設、療養病床） - 患者の状態悪化防止や必要時の円滑な入退院に向けた医療機関と介護施設等の具体的な連携	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	栃木県在宅医療推進協議会、 栃木県高齢者支援計画推進会議
医療従事者の確保	区域における不足・都道府県内の偏在に対する方策（大学病院本院、関係団体と連携した取組を含む） ※ 既存の協議体で検討している場合、調整会議における検討が新たに必要となる事項について検討	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会 ※議題に応じて選定	栃木県地域医療対策協議会
精神病床	今後検討（R8年度末に国検討会とりまとめ発出予定）		栃木県地方精神保健福祉審議会
大学病院の役割・医師の派遣	医師派遣・配置、医学部地域枠、寄付講座等に関する連携パートナーシップの締結推進	医師会、大学病院本院、病院団体	栃木県地域医療対策協議会

※ 令和7年10月15日地域医療構想及び医療計画に関する検討会資料（厚生労働省）をもとに作成

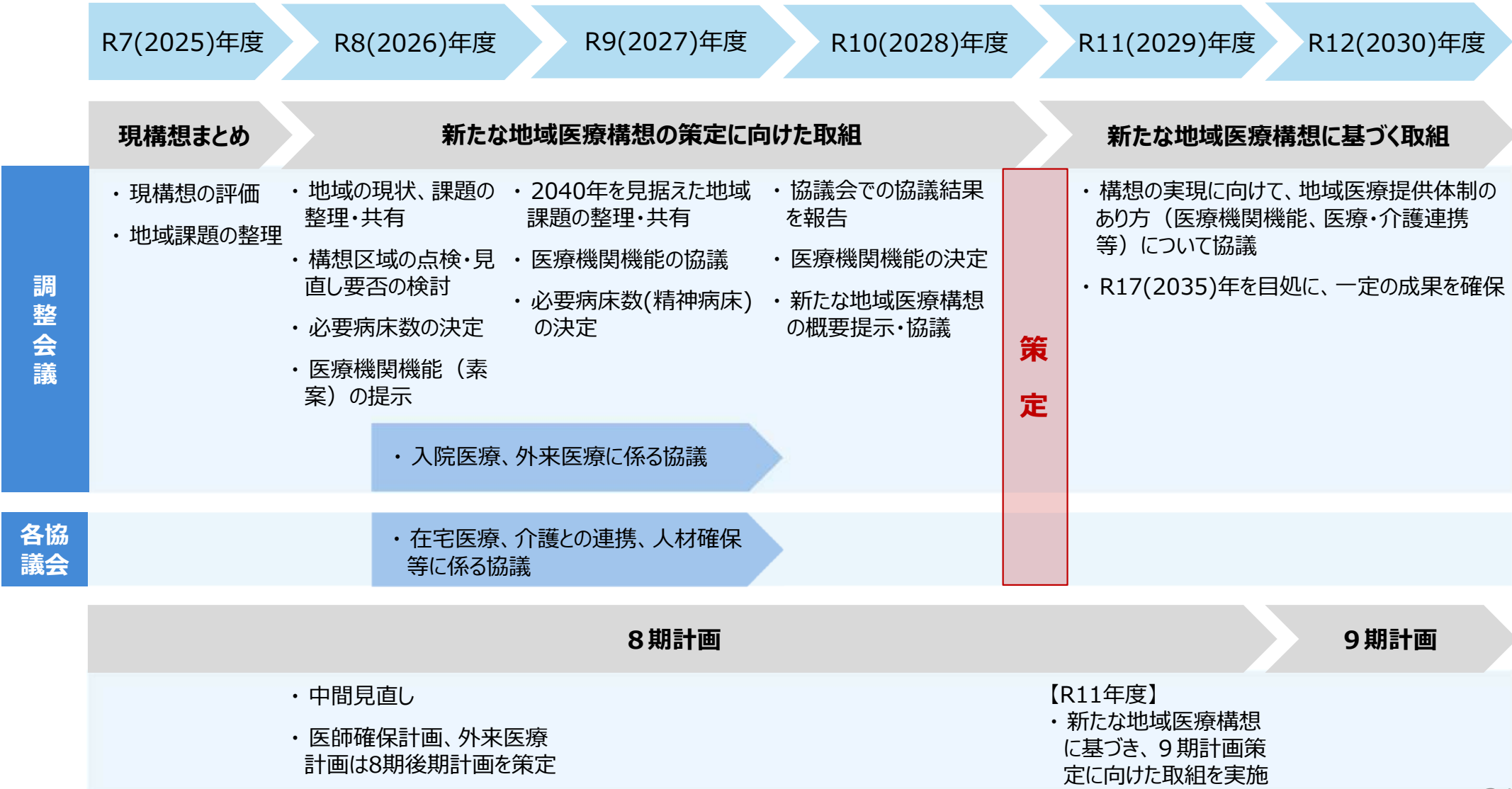
新たな地域医療構想の策定に向けたスケジュール

スケジュール（全体）

- 調整会議では**構想全体及び入院医療、外来医療に係る協議**を実施し、さらに、**各分野の協議会で在宅医療、介護との連携、人材確保等に係る協議**を行い、令和10(2028)年度末に新たな「栃木県地域医療構想」を策定する
- 新たな地域医療構想は令和12(2030)年度を始期とする保健医療計画(9期計画)の上位概念に位置づけられることとなる。保健医療計画(9期計画)の策定に向けた取組を令和11(2029)年度から開始

地域医療構想

保健医療計画



※ 上記スケジュールは現時点での想定であるため、協議の進捗状況等により今後変更が生じるおそれがある。

新たな地域医療構想の策定に向けたスケジュール

スケジュール（R8(2026)年度予定）

月	各区域の地域医療構想調整会議	栃木県地域医療構想調整会議
4～6月	○新たな地域医療構想策定に係るガイドラインの内容を整理 ○今後の調整会議のあり方（委員構成等）の検討	
7～9月	○第1回地域医療構想調整会議の開催 ➢ 新たな栃木県地域医療構想の構成（案）の協議 ➢ 構想区域の点検・見直しについて協議（各区域における医療の現状把握、課題整理） ➢ 外来医療計画の協議（地域における外来医療機能の提示と地域外来医療について）	○第1回栃木県地域医療構想調整会議の開催 ➢ 新たな地域医療構想の構成（案）の協議 ➢ 構想区域の点検・見直しに係る各区域での協議結果の報告、構想区域に係る県全体の方針決定 ➢ 医療介護総合確保基金の事後評価 ➢ 外来医療計画（全体版）素案の協議（概要版、冊子）
10～12月	○第2回地域医療構想調整会議の開催 ➢ 国データブックのほかグランドデザインも参考に、2040年を見据えた地域課題の整理・共有 ➢ 重点支援区域の申請に係る協議 ➢ 区域毎の必要病床数（案）の協議 ○医療機関機能報告の実施	○第2回栃木県地域医療構想調整会議の開催 ➢ 外来医療計画（全体版）案の協議（概要版、冊子） → 協議の上、栃木県医療審議会保健医療計画部会へ
1～3月	○第3回地域医療構想調整会議の開催 ➢ 区域毎の必要病床数の決定 ➢ 医療機関機能（素案）の提示 ➢ 外来医療計画の報告 ➢ 構想策定に向けたR9年度の取組について	○第3回栃木県地域医療構想調整会議の開催 ➢ 2040年を見据えた地域課題、全域で対応すべき課題の共有 ➢ 区域毎及び県全体の必要病床数の決定 ➢ 医療機関機能（素案）の提示 ➢ 構想策定に向けたR9年度の取組について ➢ 外来医療計画の報告

※ 上記スケジュールは現時点での想定であるため、協議の進捗状況等により今後変更が生じるおそれがある。

3. 新たな「栃木県地域医療構想」の構成（案）について

栃木県地域医療構想の構成（案）について（新旧対照表）

現行の栃木県地域医療構想

第1章 全体構想

1 策定の趣旨等

2 本県における医療提供体制の現状等

- (1) 主な医療機関数
- (2) 主な医療従事者数
- (3) 在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーション数
- (4) 介護施設等の整備数

3 本県における少子高齢化の進行と医療需要の変化

- (1) 少子高齢化の進行
 - ① 将来人口
 - ② 高齢者単独・夫婦のみ世帯数
 - ③ 人口動態における死亡の状況
- (2) 高齢化に伴う医療需要の変化
 - ① 入院医療及び在宅医療等の医療需要推計
 - ② 入院医療需要の年齢階級別推計
 - ③ 入院医療需要の病床機能別推計
 - ④ 入院医療需要の主要診断群別推計
 - ⑤ 主な疾病の入院医療需要推計
 - ⑥ 圏域を超える入院医療需要（流出入）の推計

新たな栃木県地域医療構想（案）

第1章 全体構想

1 策定の趣旨等

2 本県における医療提供体制の現状等

- (1) 主な医療機関数
- (2) 主な医療従事者数
- (3) 在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーション数
- (4) 介護施設等の整備数

3 本県における将来の医療需要

- (1) 少子高齢化の進行
 - ① 将来人口
 - ② 高齢者単独・夫婦のみ世帯数
 - ③ 人口動態における死亡の状況
- (2) **人口構造の変化**に伴う医療需要の変化
 - ① 入院医療及び在宅医療等の医療需要推計
 - ② 入院医療需要の年齢階級別推計
 - ③ 入院医療需要の病床機能別推計
 - ④ 入院医療需要の主要診断群別推計
 - ⑤ 主な疾病の入院医療需要推計
 - ⑥ 圏域を超える入院医療需要（流出入）の推計

新構想では精神科病院も含めて記載

※ 構成については、今後、策定に向けた協議を進める中で引き続き検討する。

栃木県地域医療構想の構成（案）について（新旧対照表）

現行の栃木県地域医療構想

4 本県における地域医療構想区域

5 本県において目指すべき将来の医療提供体制

- (1) 2025年における医療機能別の医療需要及び必要病床数
- (2) 将来の医療需要に対応した医療提供体制構築の方向性
 - ① 入院医療
 - ② 在宅医療等
- (3) 栃木県保健医療計画の施策等との整合
 - ① 5 疾病・5 事業・在宅医療の推進施策との整合
 - ② 疾病対策協議会等との連携

6 目指すべき医療提供体制の実現に向けて

- (1) 医療機能の分化・連携
- (2) 在宅医療等の充実
- (3) 医療従事者の養成・確保
- (4) その他医療機能の充実及び連携体制の強化
- (5) 施策の見直し

7 地域医療構想の推進体制等

- (1) 推進体制
- (2) 各関係者等の役割
- (3) 進行管理体制

新たな栃木県地域医療構想（案）

4 本県における地域医療構想区域

5 本県において目指すべき将来の医療提供体制

- (1) **2040年**における医療機能別の医療需要及び必要病床数
- (2) 将来の医療需要に対応した医療提供体制構築の方向性
 - ① 入院医療
 - ② **外来医療**
 - ③ 在宅医療
 - ④ **介護との連携**
 - ⑤ **医療人材の確保**
- (3) 栃木県保健医療計画の施策等との整合
 - ① 5 疾病・**6 事業**・在宅医療の推進施策との整合
 - ② 疾病対策協議会等との連携

ガイドライン記載の5項目について①～⑤として記載

6 目指すべき医療提供体制の実現に向けて

- (1) 医療機能の分化・連携
- (2) **休日・夜間も含めた持続可能な外来医療提供体制の確保**
- (3) 在宅医療等の充実
- (4) **入院医療、在宅医療、介護施設の役割分担の整理、連携体制の小築**
- (5) 医療従事者の養成・確保
- (4) その他医療機能の充実及び連携体制の強化
- (5) 施策の見直し

7 地域医療構想の推進体制等

- (1) 推進体制
- (2) 各関係者等の役割
- (3) **ロジックモデルの活用**
- (4) **地域医療構想の見直し**

ガイドラインに即し、ロジックモデルを活用

※ 構成については、今後、策定に向けた協議を進める中で引き続き検討する。

栃木県地域医療構想の構成（案）について（新旧対照表）

現行の栃木県地域医療構想

第2章 構想区域別地域医療構想

1 県北地域医療構想

1 構想区域の医療等の概要

- (1) 地域特性
- (2) 人口動態
- (3) 医療機関等
- (4) 医療従事者
- (5) 受療動向の概要
- (6) 介護施設数（入所施設の定員）

2 2025年の医療需要と必要病床数

3 医療機能の分化・連携に向けた課題等

- 【高度急性期・急性期】
- 【回復期】
- 【慢性期・在宅医療等】
- 【特に取組を要するその他の課題等】

4 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

- 【医療機能分化・連携の促進】
- 【在宅医療等の充実】
- 【医療従事者の養成・確保】

※1



新たな栃木県地域医療構想（案）

第2章 構想区域別地域医療構想

1 県北地域医療構想

1 構想区域の医療等の概要

- (1) 地域特性
- (2) 人口動態
- (3) 医療機関等
- (4) 医療従事者
- (5) 受療動向の概要
- (6) 介護施設数（入所施設の定員）

2 2040年の医療需要と必要病床数

3 医療機能の分化・連携に向けた課題等

- 【高度急性期・急性期】
- 【**包括期**】
- 【慢性期・在宅医療等】
- 【特に取組を要するその他の課題等】

4 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

- 【医療機能分化・連携の促進】
- 【**外来医療**・在宅医療等の充実】
- 【**医療と介護の連携**】
- 【医療従事者の養成・確保】

回復期と一部の急性期に該当する区分として、新たに包括期が設定

※2

医療機関機能を踏まえた役割分担の整理について記載

医療と介護の連携がますます重要になるため、項目を新設

※ 構成については、今後、策定に向けた協議を進める中で引き続き検討する。

栃木県地域医療構想の構成（案）について（新旧対照表）

現行の栃木県地域医療構想

5 構想の推進体制及び関係者の役割

1 県北地域医療構想

- (1) 推進体制
- (2) 関係者の役割
 - 【県・健康福祉センター（保健所）】
 - 【市町】
 - 【保険者】
 - 【医療機関等】
 - 【介護事業者等】
 - 【住民】

※1

2 県西地域医療構想

※1と同内容

3 宇都宮地域医療構想

※1と同内容

4 県東地域医療構想

※1と同内容

5 県南地域医療構想

※1と同内容

6 両毛地域医療構想

※1と同内容

新たな栃木県地域医療構想（案）

5 構想の推進体制及び関係者の役割

1 県北地域医療構想

- (1) 推進体制
- (2) 関係者の役割
 - 【県・健康福祉センター（保健所）】
 - 【市町】
 - 【保険者】
 - 【医療機関等】
 - 【介護事業者等】
 - 【住民】

※2

2 県西地域医療構想

※2と同内容

3 宇都宮地域医療構想

※2と同内容

4 県東地域医療構想

※2と同内容

5 県南地域医療構想

※2と同内容

6 両毛地域医療構想

※2と同内容

構想区域毎に地域課題等を協議し、その結果を構想に盛り込むこととなるため、まずは構想区域の点検・見直しの協議を行う

【別冊】

・医療機関機能一覧表（構想区域ごと）

※ 構成については、今後、策定に向けた協議を進める中で引き続き検討する。

令和8(2026)年8月19日	資料2
令和8(2026)年度第1回県東地域医療構想調整会議並びに 県東構想区域病院及び有床診療所会議 合同会議	

構想区域の点検・見直しの要否について

栃木県県東健康福祉センター

- 1 構想区域見直しの要否検討
- 2 県東区域の状況把握（各データ分析結果）
- 3 まとめ、ご意見をいただきたいこと

1 構想区域見直しの要否検討

【前提】構想区域の役割

- 構想区域のあり方を検討する前提として、構想区域の役割を再確認する
- 構想区域の役割は、①**医療提供体制構築のための協議の単位**、②**必要病床数の検討の単位**であり、この単位として適切か検討が必要
- 新たな地域医療構想の策定に向けた取組を進めるに当たって、まずは検討の単位となる構想区域を定めることとし、見直しの要否を協議する

令和8年10月31日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

構想区域の役割について

- 構想区域については、①医療提供体制構築のため、②必要病床数運用のための、大きく2つの役割がある。
- それぞれ、医療提供体制構築のため、急性期拠点機能等が確保・維持できる単位であるか、必要病床数の議論等が可能な単位であるか等について、区域の人口や医療機関数、患者の流出入等を踏まえ、適切な規模で設定する必要がある。

構想区域 の 役割

① 医療機関の連携・再編・集約化など、 医療提供体制構築のための議論

- 区域内に所在する病院等が急性期、高齢者救急等について議論する単位
- 特に、急性期拠点機能の確保に係る議論のため、緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、急性期拠点機能を確保・維持できるよう設定し、地域での議論や取組を推進できる必要

⇒人口20～30万人以上を目安としながら検討する必要

② 必要病床数の運用

- 入院医療の需要が減少することも踏まえながら、2040年に必要な病床数を確保するために設定する単位
- 特に、機能別に適切な病床数が確保できるよう、都道府県が適切に、調整会議や医療審議会での議論の進行や法令上の権限行使ができる必要

⇒都道府県が区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定

1 構想区域見直しの要否検討

構想区域見直し要否の判断フロー

【判断基準】 ①人口規模が20万人未満、②推計流入入院患者割合が20%未満、③推計流出入院患者割合が20%以上であれば見直しを検討

令和5年3月31日医政初0331第16号「医療計画について」（最終改正令和8年6月10日）

- 既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討すること。その際には、圏域内の人口規模が患者の受療動向に大きな影響を与えていることから、人口規模や、当該圏域への患者の流入及び当該圏域からの患者の流出の実態等を踏まえて検討すること。
- 特に、①人口規模が20万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の②推計流入入院患者割合が20%未満かつ③推計流出入院患者割合が20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要であること。また、検討の結果、見直しを行わないこととする場合には、その理由（**地理的条件、当該圏域の面積、地理的アクセス等**）を明記すること。
- 構想区域と二次医療圏が異なっている場合は、一致させることが適当であることから、**構想区域に二次医療圏を合わせる**ような必要な見直しを行うこと。

①～③いずれも満たす場合

左記以外の場合

【見直し検討が必要な区域】

構想区域の役割（必要病床数の議論をするという単位や、医療機関機能（急性期拠点機能）の確保を行う単位）を踏まえ、構想区域として適切か、様々なデータや地域特有の事情（データからは読み取れない事情）などを総合的に考慮の上、見直しの要否を検討する

※ 構想区域を見直さなければ立ち行かなくなる特段の事情がある場合は、見直しが必要と判断

【検討において活用するデータ】

- 人口推計、医療需要推計
- 医療提供状況（流出入状況、緊急手術件数、救急対応状況等）
- 医療従事者数 等

【見直し検討が不要な区域】

見直しについての検討は不要とされているが、見直しの検討が必要な区域と同様に各データを整理して地域の医療に係る現状を把握し、一つの構想区域として適切であることを確認する

検討の結果見直しが必要とされた場合

検討の結果見直しが不要とされた場合

現在の構想区域を見直す

現在の構想区域を見直さない

1 構想区域見直しの要否検討

判断基準へのあてはめ

- ① 人口20万人未満である
- ② 推計流入入院患者割合（※1）が20%未満である
- ③ 推計流出入院患者割合（※2）が20%以上である

構想区域の見直しの要否について
検討が必要

※1 推計流入入院患者割合（%） = $\frac{\text{（当該区域以外の区域に居住かつ当該区域に所在する病院への入院患者数）}}{\text{（当該区域に所在する病院への総入院患者数）}} \times 100$

※2 推計流出入院患者割合（%） = $\frac{\text{（当該区域内に居住かつ当該区域以外の区域に所在する病院への入院患者数）}}{\text{（当該区域内に居住する総入院患者数）}} \times 100$

【県内の各構想区域の状況】

	人口(人)	推計流入入院患者割合(%)	推計流出入院患者割合(%)	判断基準 該当
県北	357,410	11.4	22.7	
県西	168,176	16.1	39.7	○
宇都宮	514,595	31.8	16.0	
県東	137,502	8.1	41.9	○
県南	473,447	40.7	27.7	
両毛	253,043	25.3	21.5	

・ 県東区域は、「見直し検討が必要な区域」に該当する

（出典）厚生労働省「令和7年度地域医療構想・医療計画データブック」
・【人口】 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）
・【推計流入入院患者割合、推計流出患者割合】 2024年度NDBデータ

2 県東区域の状況把握（各データ分析結果）

今回整理するデータ一覧

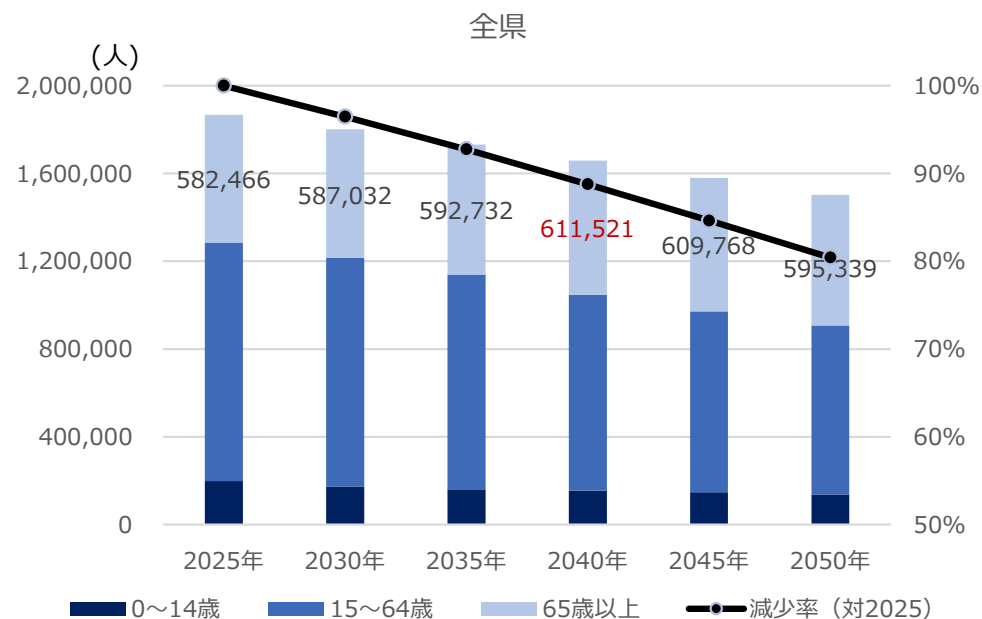
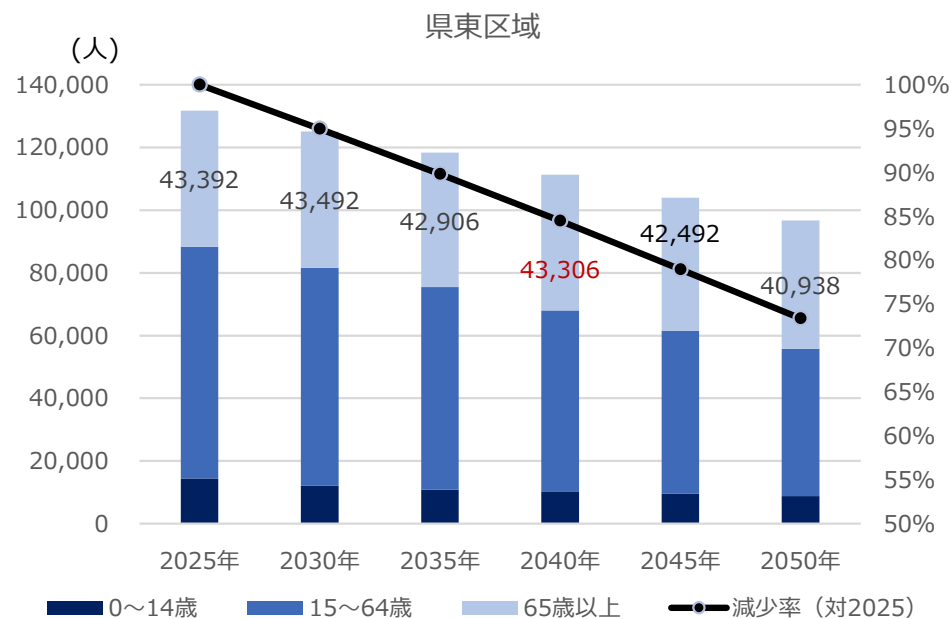
- （構想区域については、）急性期拠点機能の確保の観点から、当該地域で**緊急手術等**の急性期医療の需要が一定程度発生し、こうした需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として設定する必要がある（ガイドライン38頁）
- 都道府県は、**将来人口推計、患者の流出入、医療機関の配置状況、医療従事者の確保状況、医療へのアクセス**等の客観的なデータや、一部の地域において隣接する区域に患者が流出している等の実態を踏まえて、現在の構想区域ごとに、現在及び将来の医療需要や人材確保の観点で、区域として一定の医療提供の完結が可能か等の課題を整理する（ガイドライン38頁）

把握するデータ （ガイドライン32頁～「基本となるデータ」より）	データ活用の目的	データの出典
・(1)現在の人口、将来推計	・将来の人口規模が小さくなる区域については、当該区域のみで医療提供体制を維持することが困難になっていないか、又は将来そのような状況にならないか	・国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」
・(2)入院患者の①流入、②流出状況 ・(3)①居住区域毎、②疾患分類毎の将来患者数推計 ・(4)訪問診療・(5)訪問看護の将来需要推計	・実際の医療提供体制と構想区域の設定の考え方が概ね一致しているか ・区域内で完結している/していない医療を把握した上で、一つの構想区域として適切か	・令和4年度DPCデータ ・後期高齢者レセプトデータ
・(6)医療機関の配置状況（医療機関の数、所在地） ・(7)病床数（病床機能報告による機能別病床数、医療資源投入量別による機能別病床数）	・区域内で必要な医療機能が現在及び（医療需要が増加する）将来において確保できているか	・病床機能報告 ・令和4年度DPCデータ
・医療従事者数（(8)医師数）	・地域で医療提供体制を維持できる人材が確保されているか	・医師・歯科医師・薬剤師統計 ・栃木県病院医師現況調査
・手術件数（(9)手術総件数、全身麻酔手術、緊急手術） ・(10)時間外緊急手術発生日数	・構想区域毎に1つ以上急性期拠点病院を確保すべきとしているが、当該区域内にそれに応じた需要があるか	・病床機能報告 ・NDBオープンデータ
・(11)①緊急入院・②救急搬送件数・流出入状況 ・(12)患者住所別の救急搬送・入院受入状況	・構想区域毎に1つ以上急性期拠点病院を確保すべきとしているが、当該区域内にそれに応じた需要があるか ・現行の構想区域内で一定の医療が完結しているか	・構想区域の点検・見直しのためのデータ集 ・病床機能報告 ・令和4年度DPCデータ

2 県東区域の状況把握（各データ分析結果）

（1）人口、人口推計

- 県東区域の総人口は2040年時点でも約**11万人**と推計されており、一つの構想区域の目安とされる**「20万人」を下回る**
 - 県東区域における総人口は既に減少のフェーズに入っており、2025年から2050年にかけて約27%減少する見込み、65歳以上の高齢者人口に限ると、**2040年頃までほぼ横ばい**
- ➡ 人口の面から見ると医療提供体制構築のための協議の単位として十分な規模を有していない



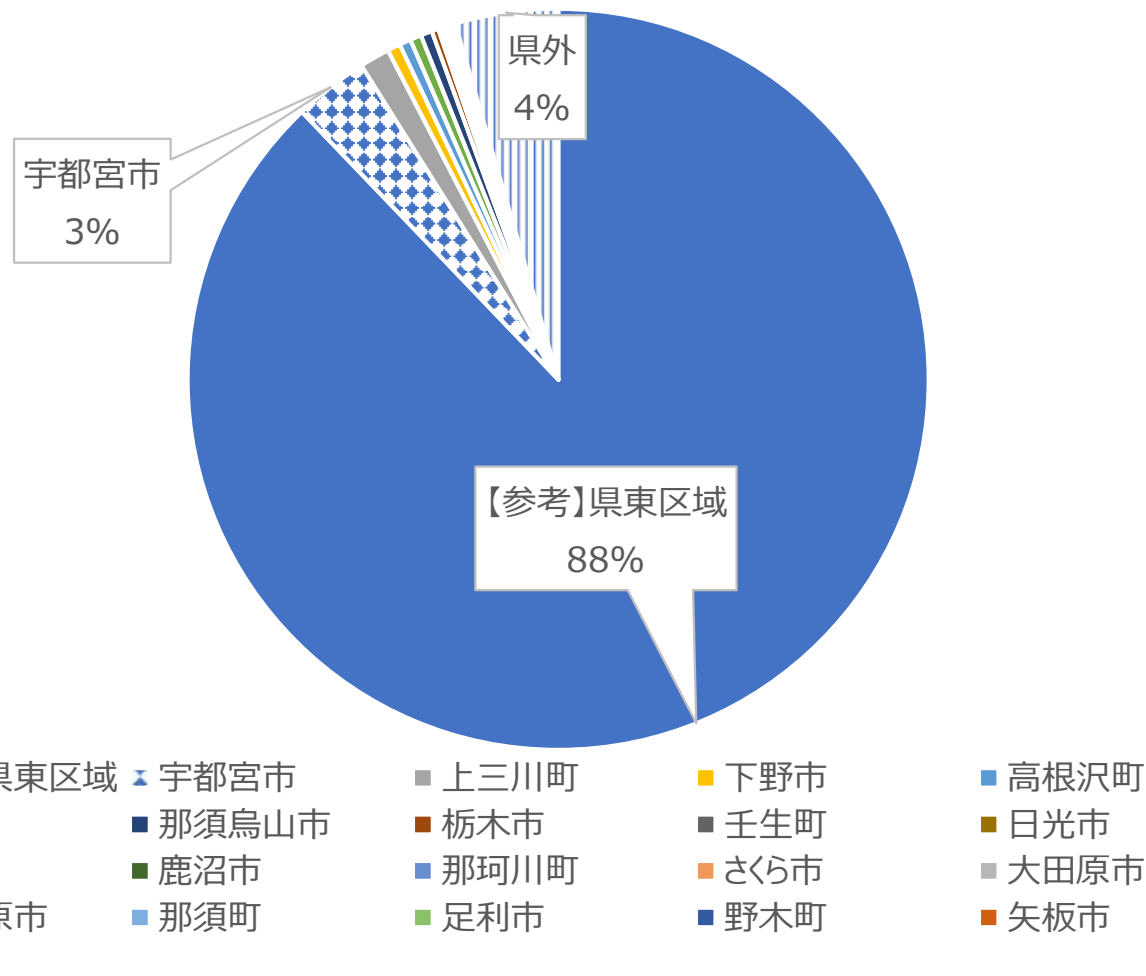
（出典）国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口』（令和5（2023）年推計）

2 県東区域の状況把握（各データ分析結果）

(2) ①入院患者の流入状況

- ・ 県東区域内の病院の入院患者を居住地別に見ると、88%が区域内、**12%が区域外からの流入患者**であった
- ・ 流入元を見ると、県外、宇都宮市の順に多い状況
- ➡ 流入は少ないが、構想区域を広域化しなければ実態に合わないといえない

県東区域内の病院への入院患者の居住地割合



流入元市町	構想区域別	件数
【参考】県東区域	県東	7598
宇都宮市	宇都宮	281
上三川町	県南	113
下野市	県南	49
高根沢町	県北	43
小山市	県南	43
那須烏山市	県北	43
栃木市	県南	25
壬生町	県南	13
日光市	県西	12
佐野市	両毛	10未満
鹿沼市	県西	10未満
那珂川町	県北	10未満
さくら市	県北	10未満
大田原市	県北	10未満
那須塩原市	県北	10未満
那須町	県北	10未満
足利市	両毛	10未満
野木町	県南	10未満
矢板市	県北	10未満
県外	—	387
総計		8649

(出典) DPCデータ様式1（期間：令和4年4月～令和5年3月）より作成

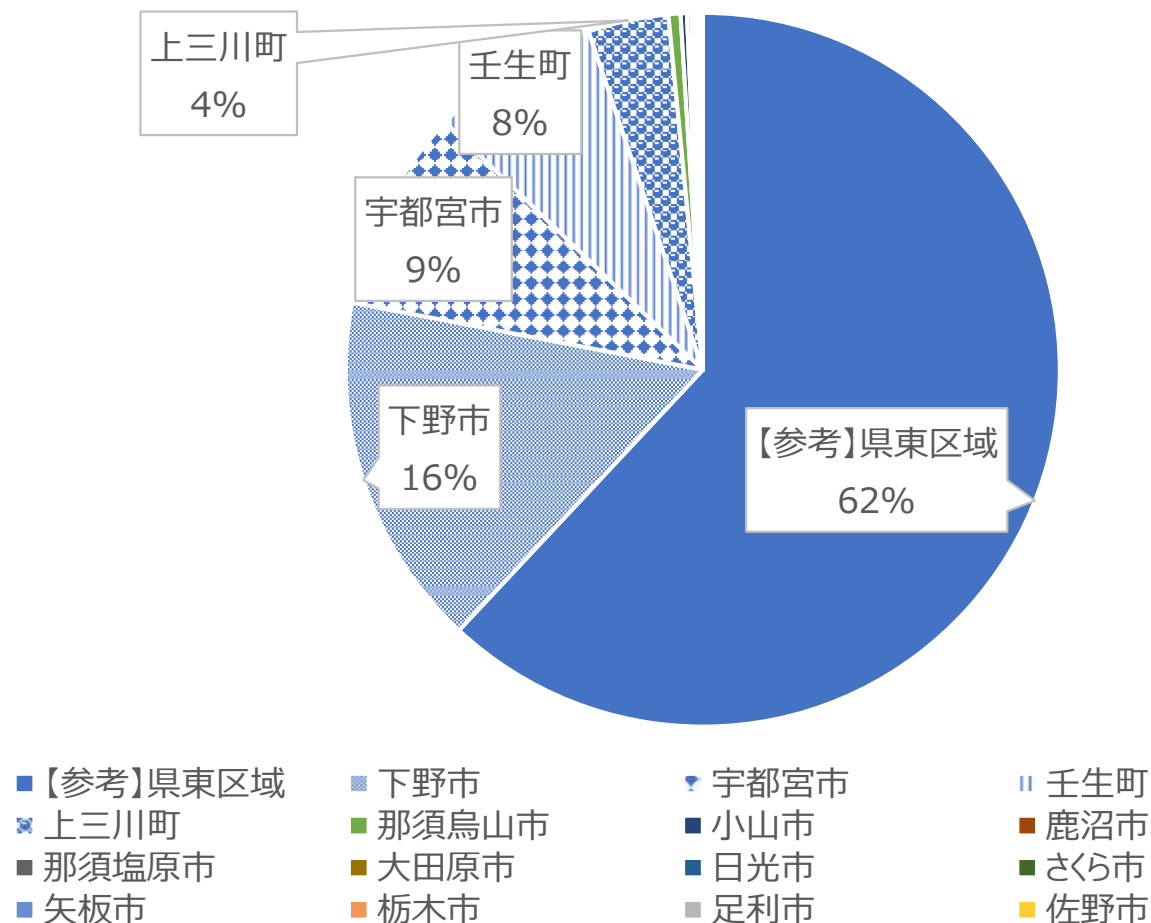
※ DPC参加病院のみのデータから集計した結果であるため、3頁記載の流入割合とはデータの出典が異なる点に注意

2 県東区域の状況把握（各データ分析結果）

(2) ②入院患者の流出状況

- 令和4年度DPCデータから県東区域内に居住する患者の入院先医療機関所在地を見ると、62%が区域内の病院に入院、**38%が区域外に流出している**
 - 流出している38%のうち24%が大学病院のある市町への流出となっており、**構想区域を超えて高度な医療を提供する必要のある患者の流出が一定程度占めている**ものと推察される
- ➡ 入院医療の一定の完結を目指す単位として現行の県東区域は不適切とは言えない

県東区域内に居住する入院患者の入院先病院所在地の割合



流出先市町	構想区域別	件数
【参考】県東区域	県東	7,598
下野市	県南	1,966
宇都宮市	宇都宮	1,125
壬生町	県南	937
上三川町	県南	447
那須烏山市	県北	66
小山市	県南	36
鹿沼市	県西	24
那須塩原市	県北	17
大田原市	県北	16
日光市	県西	10未満
さくら市	県北	10未満
矢板市	県北	10未満
栃木市	県南	10未満
足利市	両毛	10未満
佐野市	両毛	10未満
総計		12,261

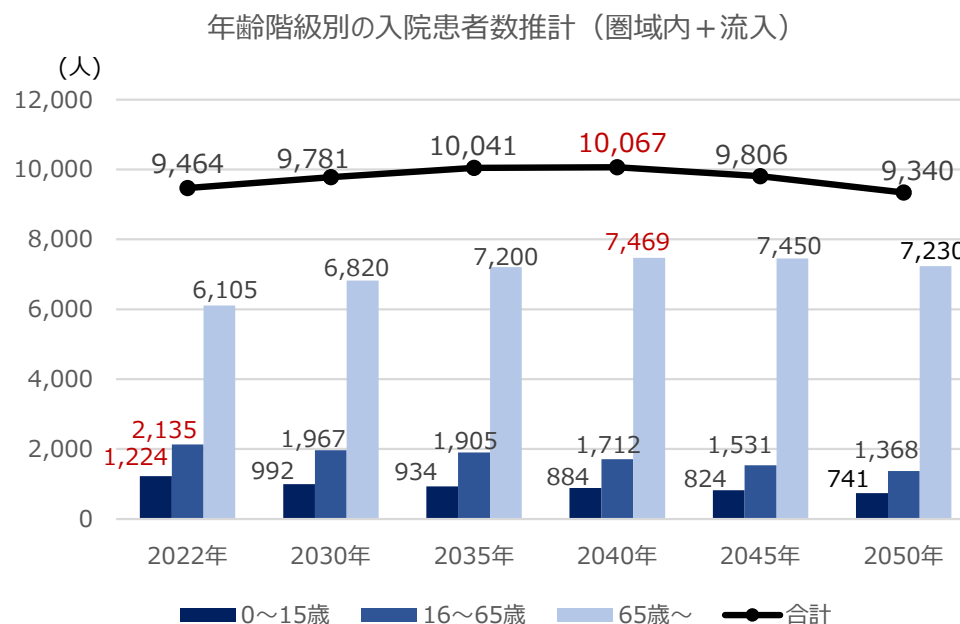
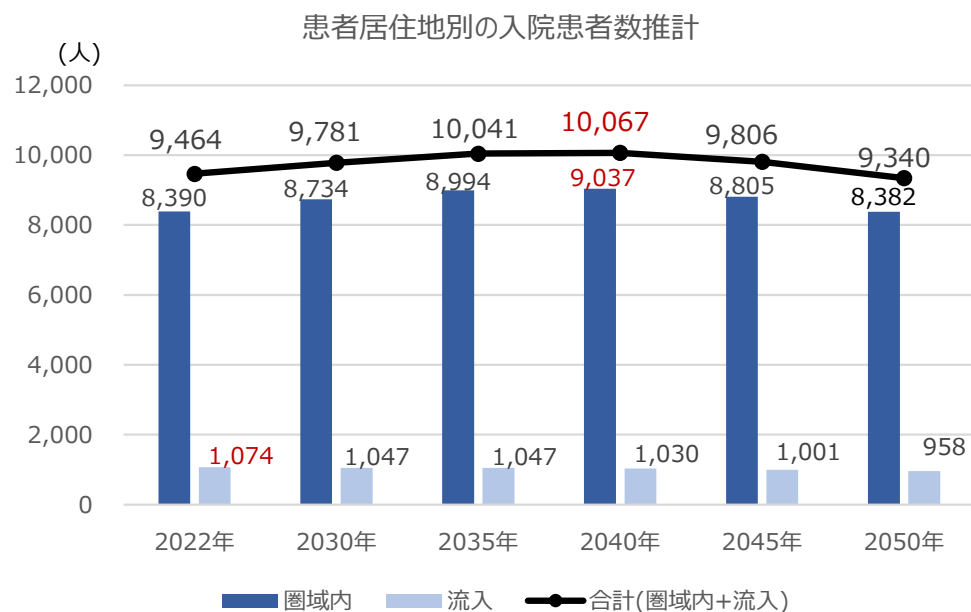
(出典) DPCデータ様式1 (期間: 令和4年4月~令和5年3月) より作成

※ DPC参加病院のみのデータから集計した結果であるため、3頁記載の流出入割合とはデータの出典が異なる点に注意

2 県東区域の状況把握（各データ分析結果）

(3) ①入院患者数推計

- ・ 県東区域における入院患者総数は2040年に向けて増加する見込みであり、主に高齢者の需要が増加
 - ・ 区域内に居住する患者は2040年に最大値を迎え、その後減少していく見込みである一方、流入患者は横ばいの見込み（流入患者数の減少は流入元の市町の人口減少による影響があるものと推察）
 - ・ 圏域内＋流入患者の合計数でみると、当面は増加傾向にあるが、2040年でピークを迎え、その後は減少傾向に転じる
- ➡ 新たな地域医療構想において目標年とする2040年まで医療需要が増加する見込みであることから、医療提供体制の維持・確保の検討単位として現行の県東区域は妥当

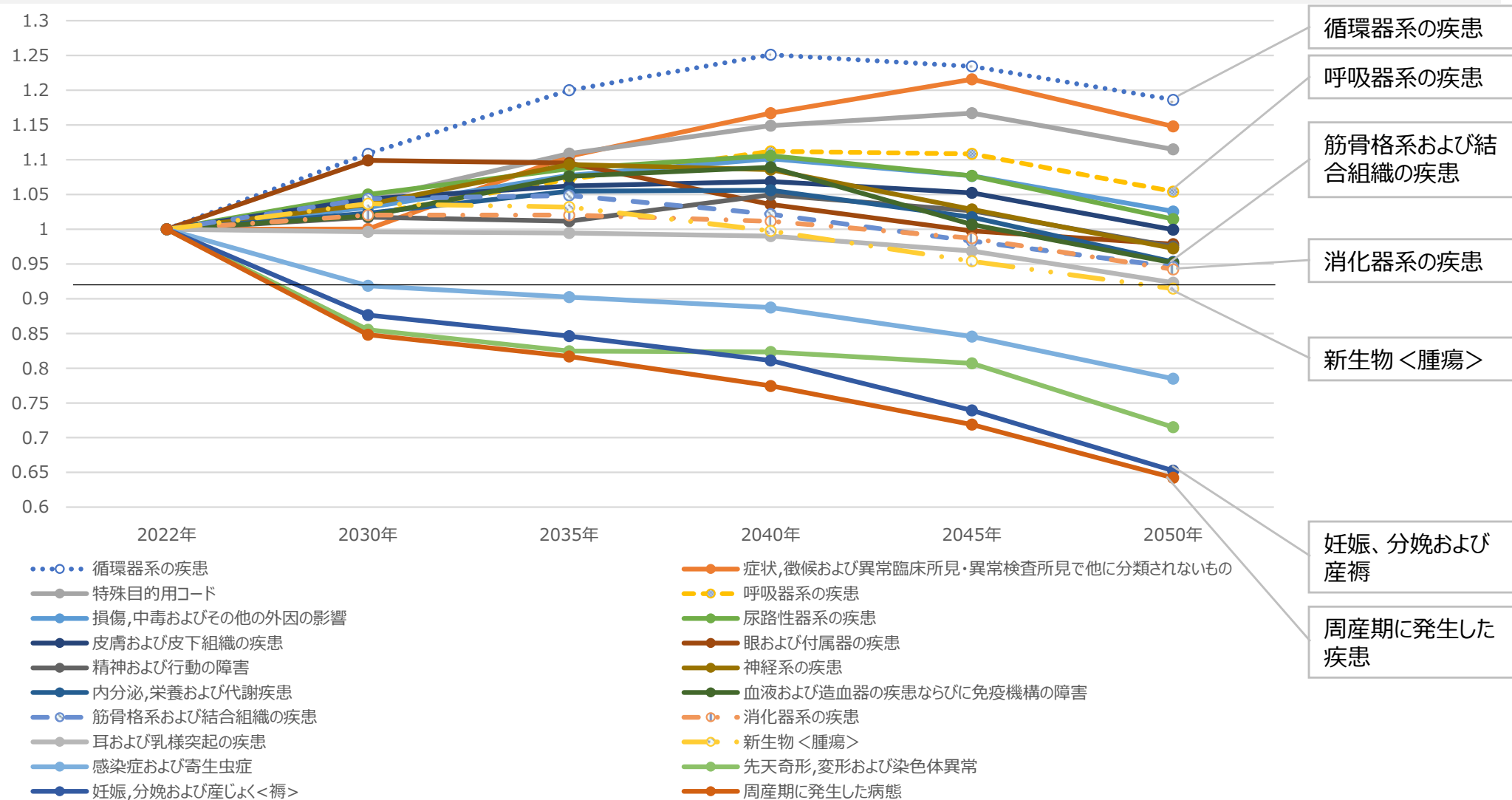


（出典）令和4年度DPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口』（令和5（2023）年推計）より作成

2 県東区域の状況把握（各データ分析結果）

（3）②疾患ごとの入院患者数推計（対2022年比）

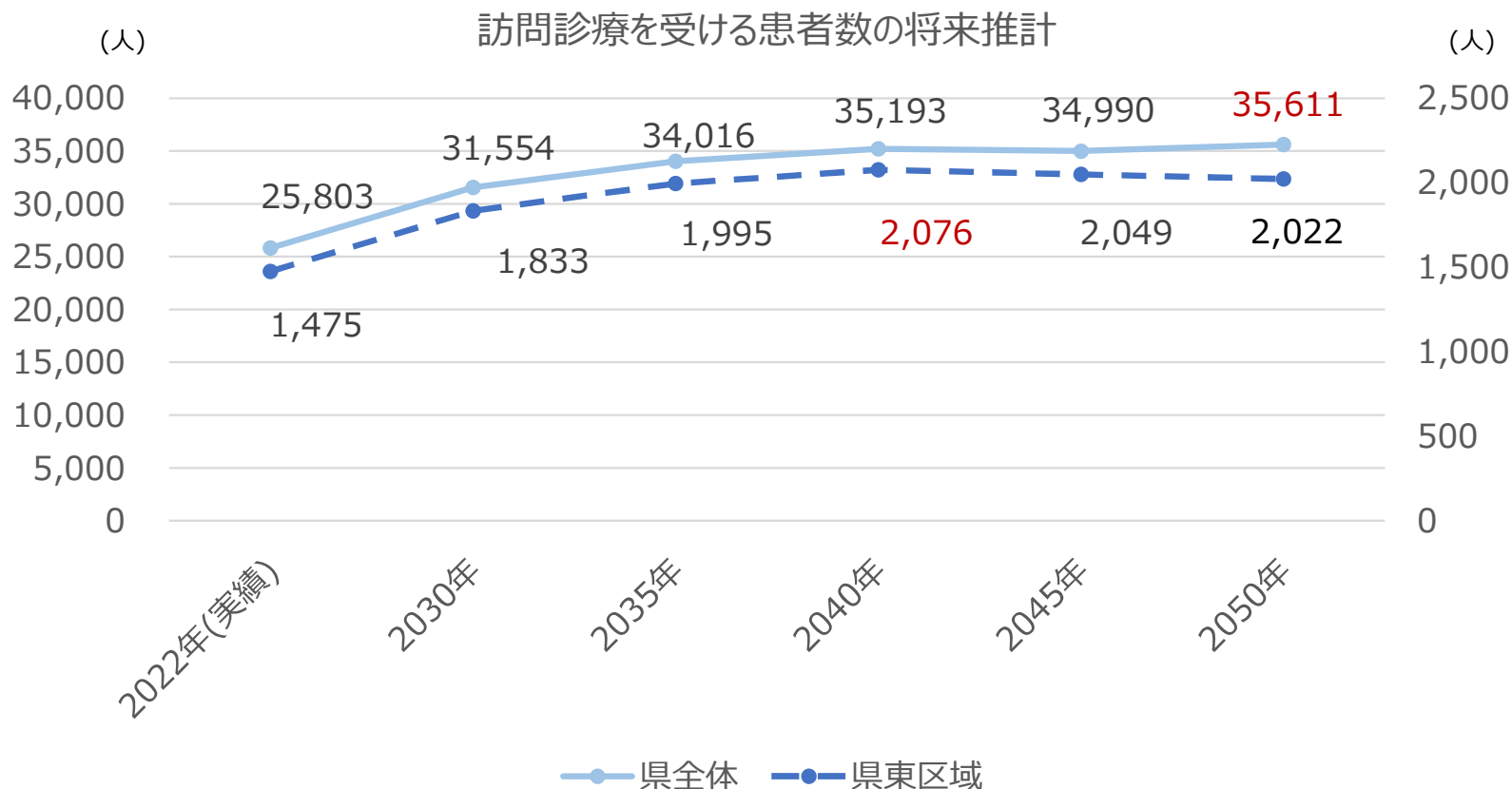
- 圏域内の病院への入院患者推計を疾患分類（ICD-10分類）別にみると、「**呼吸器系の疾患**」、「**循環器系の疾患**」など**高齢者が罹患することが多い疾患の患者数の増加**が見込まれる
 - 一方で、若年層の人口減に伴い、「妊娠、分娩および産褥」、「周産期に係る疾患」については、入院患者数の減少が見込まれる
- ➡ 区域内で今後増加が見込まれる疾患分類も多いことから、医療提供体制の維持確保が必要な単位として適切



2 県東区域の状況把握（各データ分析結果）

（4）訪問診療の将来数推計

- 訪問診療を受ける患者（※後期高齢者のみ、医科レセプトのみ）の将来推計をみると、**県東区域では2040年にピークを迎える**と見込まれるが、**県全体では2050年に向けて一貫して増加傾向**にある
 - 県東区域の患者数は、2040年には2022年の**約1.4倍**に増加すると見込まれる
- ➡これらはR4患者数に人口変化率を機械的に掛け合わせた結果であるが、新たな地域医療構想では在宅医療提供体制のあるべき姿を議論することも重要とされており、こうした議論を踏まえた各種施策を加味すると、**さらに在宅医療患者数が増加する可能性が見込まれる**
- ➡訪問診療の推計を見ても**県東区域は当面増加が続く見込み**であり、**医療提供体制の維持・確保の検討単位として現行の県東区域は妥当**

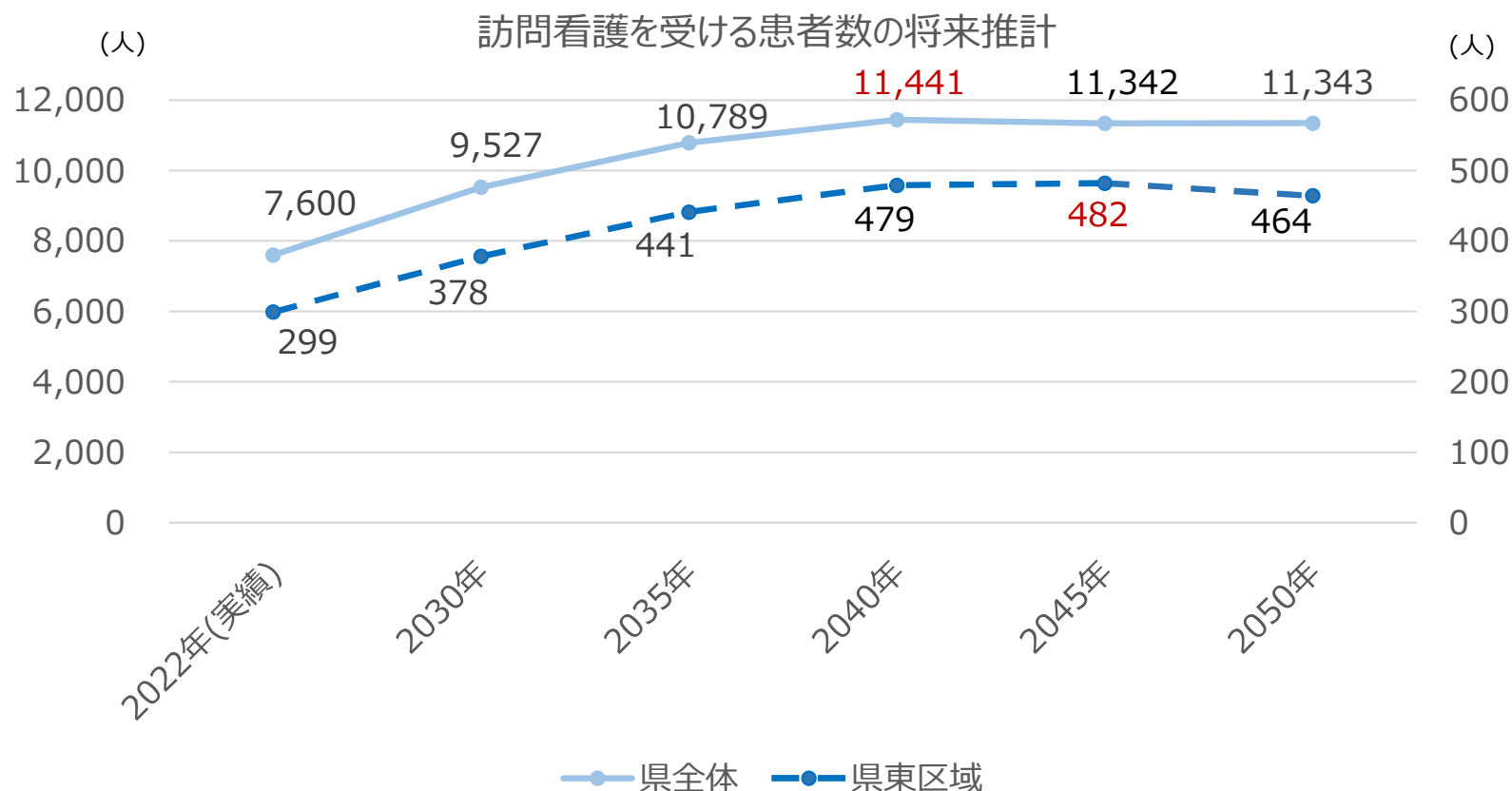


（出典）令和4年度栃木県後期高齢者レセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口』（令和5（2023）年推計）より作成

2 県東区域の状況把握（各データ分析結果）

(5) 訪問看護の将来数推計

- ・ 訪問看護を受ける患者（※後期高齢者のみ、介護レセプトのみ）の将来推計をみると、**県全体では2040年にピークを迎える**と見込まれるが、**県東区域では2045年に向けて増加傾向**にある
 - ・ 県東区域の患者数は、2045年には2022年の**約1.6倍**に増加すると見込まれる
- ➡これらはR4患者数に人口変化率を機械的に掛け合わせた結果であるが、新たな地域医療構想では在宅医療提供体制のあるべき姿を議論することも重要とされており、こうした議論を踏まえた各種施策を加味すると、**さらに在宅医療患者数が増加する可能性が見込まれる**
- ➡訪問看護の推計を見ても県東区域は当面増加が続く見込みであり、医療提供体制の維持・確保の検討単位として現行の県東区域は妥当

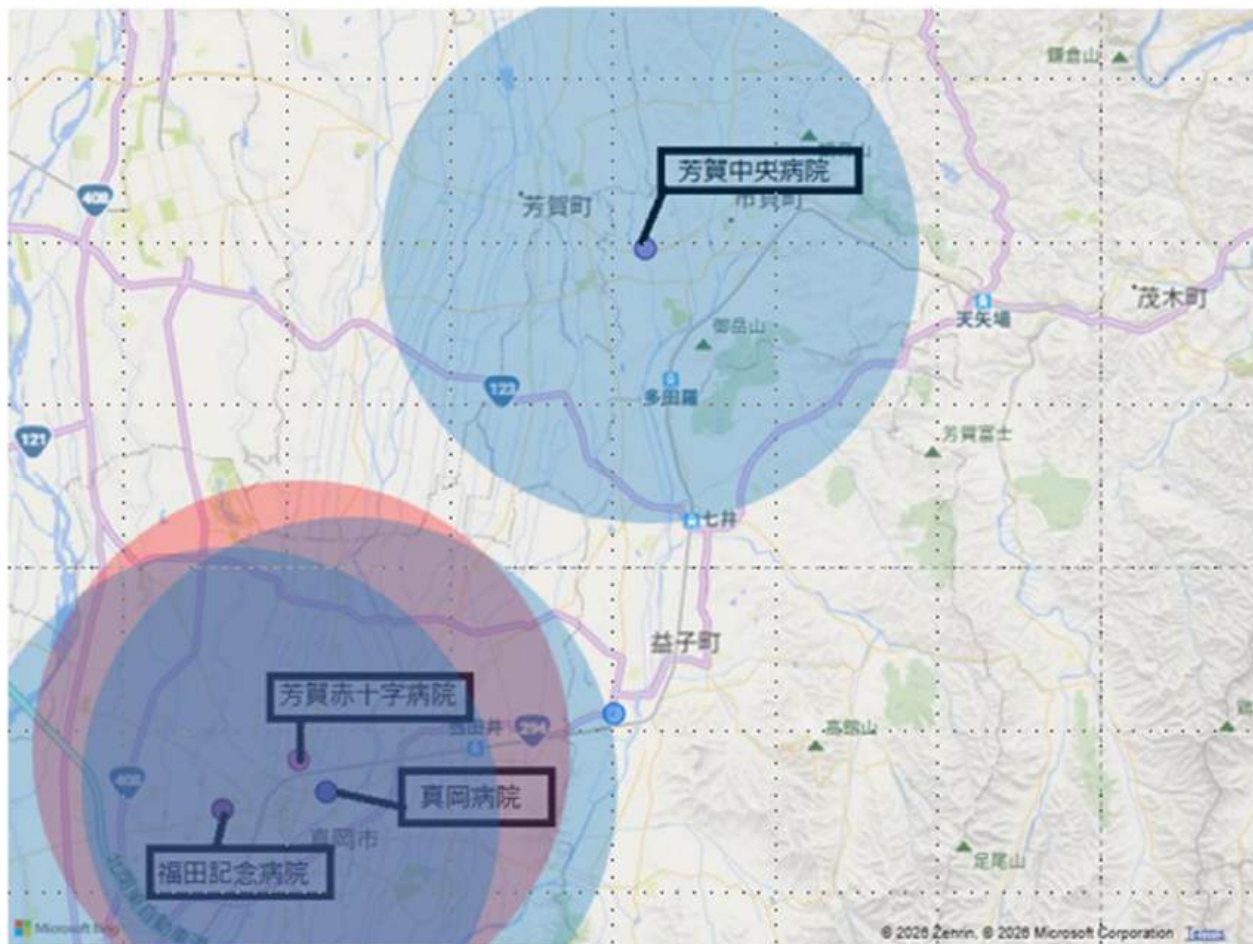


（出典）令和4年度栃木県後期高齢者レセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口』（令和5（2023）年推計）より作成

2 県東区域の状況把握（各データ分析結果）

（6）医療機関の配置状況（医療機関の数、所在地）

- ・ 県東区域内に所在する医療機関数は、**病院が5、有床診療所が4**という状況
- ・ 救急告示病院は4病院（うち二次救急は1病院）あり、その各所在地から半径5kmは市街地のメインをカバーしている。
- ・ いずれかの病院に管内全域からデマンドタクシー等により低額で自宅からアクセス可能。
- ・ 救急患者の容態や近隣病院の当番医の診療科等により広域搬送が必要なケースは当然あるものの、**区域内の医療機関は限られているが、「将来増大する医療需要に対応できない」という状況ではない**ため、構想区域の単位として適当



	病院名
1	芳賀赤十字病院
2	福田記念病院
3	真岡病院
4	菊地病院
5	芳賀中央病院

※ 区域内の病院のうち、救急告示病院は名称記載

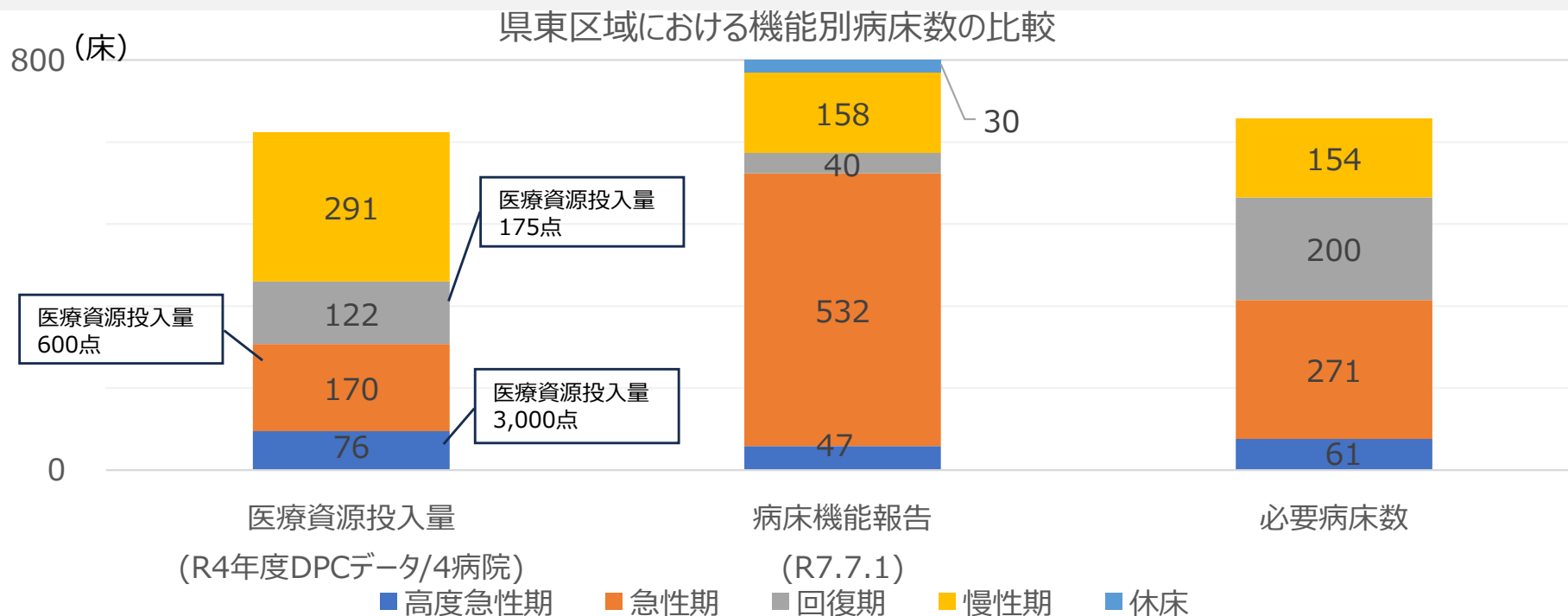
※ 二次救急（病院群輪番制病院）は赤色で着色、それ以外の救急告示病院は青色

（出典）令和8年度病院・診療所名簿より作成

2 県東区域の状況把握（各データ分析結果）

（7）機能別病床数の整理（病床機能報告による区分、医療資源投入量による区分）

- 現行の地域医療構想における県東区域の必要病床数は686床、令和7年度病床機能報告による病床数（休床含む）は807床
- DPCデータより県東区域内病院への入院について医療資源投入量により病床機能を区分して整理したところ、急性期病床及び回復期病床の必要病床数との差異は病床機能報告の結果ほど大きくはなかった
- ➡ 医療資源投入量による機能別病床数の割合を見ると、高度急性期・急性期については必要病床数と概ね一致していることや回復期・慢性期も一定の規模を有しているから、区域内で特定の機能が対応できていないという状況ではないと推察



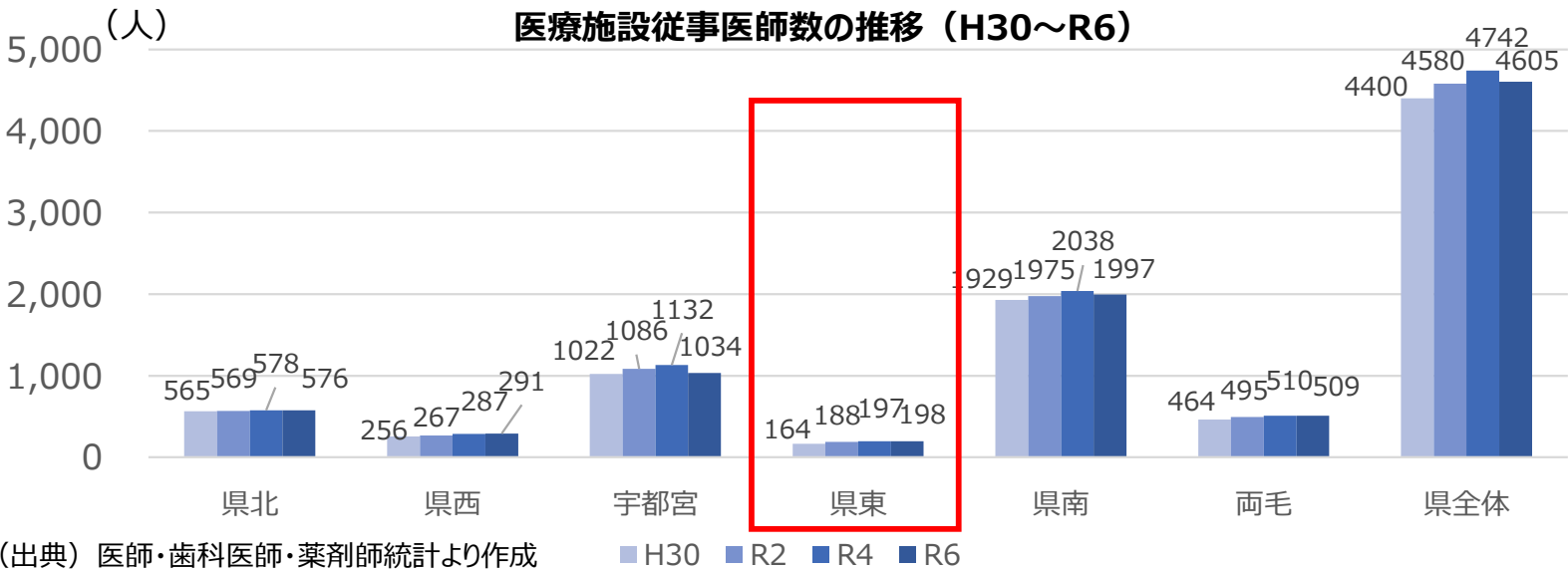
医療資源投入量による機能別病床数の算出方法

- 「地域医療構想策定ガイドライン」（厚生労働省）に示されている必要病床数の算出方法を参考に計算
- 令和4年度DPCデータのうち、EFファイルを使用
- 各患者・各日の医療資源投入量から入院基本料および食事療法並びにリハビリテーション料を除いた医療資源投入量を集計（A）
- （A）を高度急性期＝3,000点以上、急性期＝600点以上3,000点未満、回復期＝175点以上600点未満、慢性期＝175点未満として分類し、点数分類別の延べ患者数（年間）を集計（B）
- （B）を365日で除し、さらに病床稼働率（高度急性期：75%、急性期：78%、回復期：90%、慢性期：92%）で除して病床数を算出
※病床稼働率は必要病床数を算出した際に採用された数値
- 主に急性期病院を対象としたデータであるため、高度急性期と急性期相当の病床数の規模を確認するもの

2 県東区域の状況把握（各データ分析結果）

(8) 医師数

- 医師数の状況を見ると、県東区域内ではここ数年間の医師数は一定であり、診療科によっては現場からの医師不足に関する意見が届いている状況
- 引き続き医師確保に向けた取組を行う必要がある



新 医師偏在指標（R8.4）

区域	偏在指標	摘要
全国	266.8	
栃木県	238.7	34位 医師少数都道府県
県北	171.2	医師少数区域
県西	207.9	
宇都宮	194.8	
県東	201.1	
県南	363.4	医師多数区域
両毛	187.5	医師少数区域

参考）茨城県 197.5(46位)、群馬県 231.5(37位)

診療科別医師数

	内科	小児科	皮膚科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳外科	放射線科	麻酔科	病理	臨床検査	救急科	形成外科	リハビリ	総合診療	臨床研修	左記以外	計
県北	138.9	30.8	5.2	34.4	52.2	36.2	20.7	9.9	7.8	18.4	19.2	11.2	22.7	4.5	3.0	6.9	5.2	1.2	0.0	36.0	9.7	474.4
県西	76.3	2.8	2.5	21.2	15.9	16.5	5.1	6.1	1.9	7.3	1.7	1.8	12.2	2.3	1.0	1.4	3.4	2.4	1.0	8.0	1.6	192.3
宇都宮	217.5	26.1	9.1	62.4	86.0	61.4	18.5	14.5	15.3	20.7	30.5	21.7	36.3	10.4	2.0	29.2	5.2	17.0	5.8	26.0	23.7	739.3
県東	41.7	8.4	0.4	4.2	16.1	8.8	9.3	3.0	0.3	4.1	2.2	6.3	4.5	0.4	0.0	2.1	0.2	2.1	0.0	10.0	0.0	124.1
県南	469.2	101.8	40.5	61.9	178.3	75.4	51.6	40.2	32.4	35.9	37.0	46.9	88.4	19.5	11.5	43.5	25.6	25.3	42.8	238.0	26.2	1,691.8
両毛	97.5	25.4	6.7	38.9	46.5	19.5	15.9	4.9	6.4	13.3	8.2	11.1	16.4	4.0	2.0	3.4	3.9	5.4	1.0	39.0	6.1	375.5
県全体	1,040.9	195.3	64.5	223.1	395.0	217.8	121.1	78.6	64.1	99.7	98.9	99.0	180.4	41.1	19.5	86.5	43.5	53.4	50.6	357.0	67.3	3,597.2

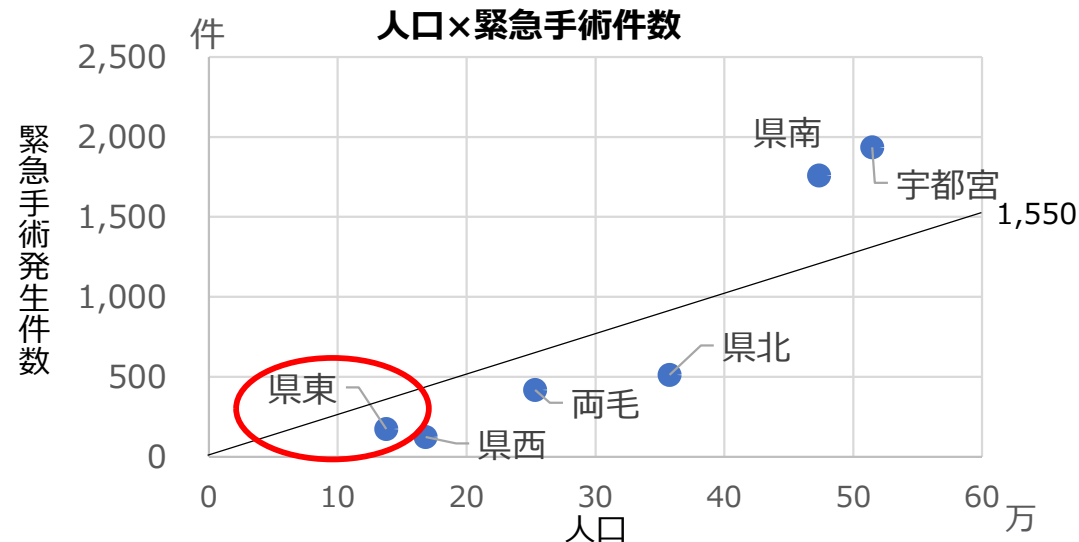
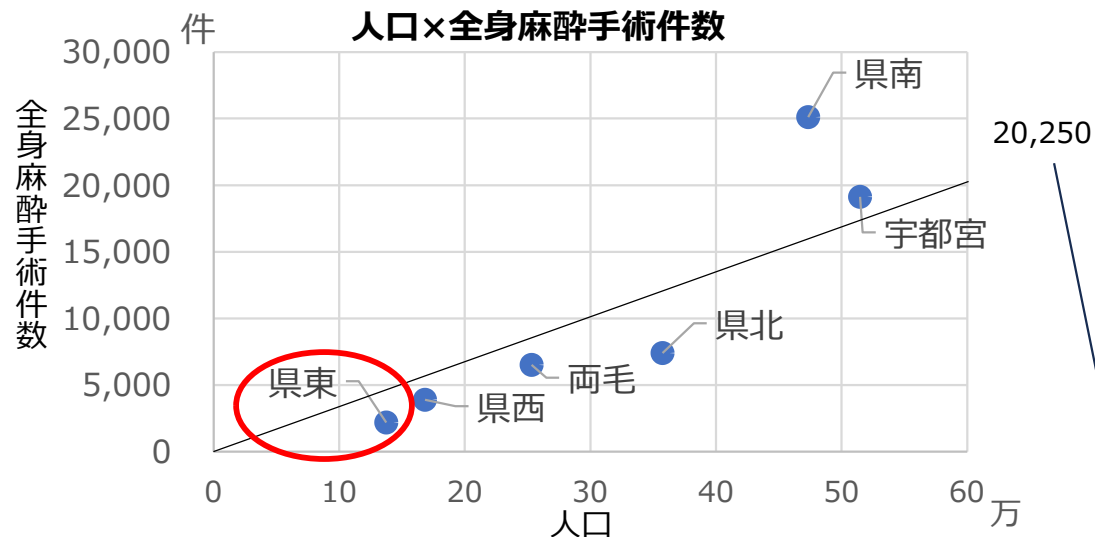
(出典) 令和7年度栃木県病院医師現況調査より作成 ※医師数は「病院」に勤務する常勤換算医師数（小数点第二位で四捨五入）

2 県東区域の状況把握（各データ分析結果）

(9) 手術件数（手術総件数、全身麻酔手術件数、緊急手術件数）

- ・ 構想区域は医療提供体制の維持・確保を目指す単位であることから、ひとつの区域内で一定量の手術（特に全身麻酔手術や緊急手術）に対応できることが求められる

➡ 流出が多いと読めるが、人口当たりの流出割合は他圏域と比較して高いわけでは無く、県東区域は一つの構想区域として不適切とは言えない



構想区域	人口(人)	手術総件数	全身麻酔手術件数	緊急手術件数
県北	357,410	18,344	7,410	511
県西	168,176	8,310	3,907	124
宇都宮	514,595	39,063	19,133	1,935
県東	137,502	5,344	2,183	174
県南	473,447	54,485	25,119	1,760
両毛	253,043	15,928	6,517	417
合計	1,904,173	141,474	64,269	4,921

人口あたりの手術件数（県全体ベース）

➡ 直線より上にプロットされていれば流入が多く、直線より下にプロットされていれば流出が多いと予想

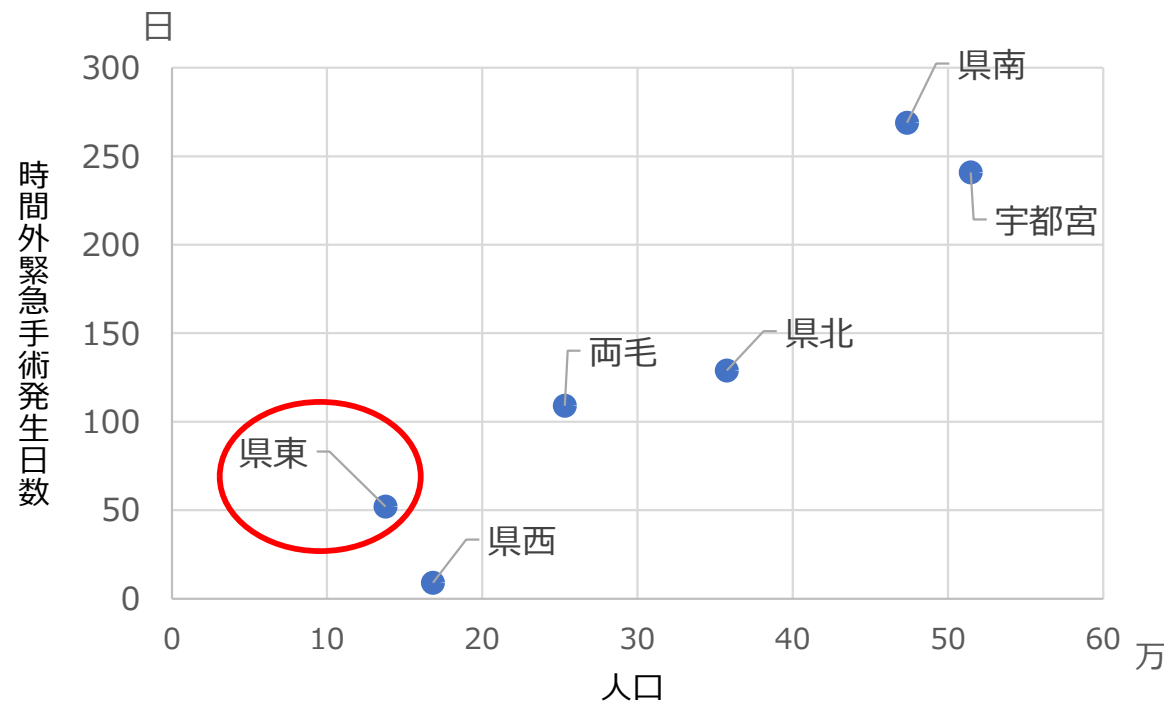
（出典）令和7年度病床機能報告、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口』（令和5（2023）年推計）より作成

2 県東区域の状況把握（各データ分析結果）

（10）時間外緊急手術発生日数

- 緊急手術に対応できる体制は24時間365日確保することが求められるところであるが、県東区域では1年間のうち52日、時間外緊急手術が発生しており、区域内に一定の数を補っている

➡ 人口あたりの割合で見ると、他圏域と同程度補えており、県東区域は一つの構想区域として不適切とは言えない



	人口(人)	時間外緊急手術発生日数(日)
県北	357,410	129
県西	168,176	9
宇都宮	514,595	241
県東	137,502	52
県南	473,447	269
両毛	253,043	109

（出典）2024年度NDBデータ、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）より作成

2 県東区域の状況把握（各データ分析結果）

（11）①緊急医療入院の件数、流出入状況

- 疾患や病態による一定の例外はあるものの、基本的に構想区域内で完結すべき医療の一例として緊急入院への対応が求められるところであるが、県東圏域では70%が区域内で完結している状況にある

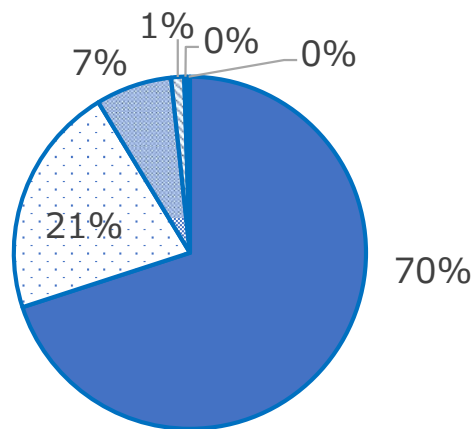
➡ 医療提供体制確保の検討単位として、県東区域は一つの構想区域として適切といえるのではないか

緊急医療入院の件数

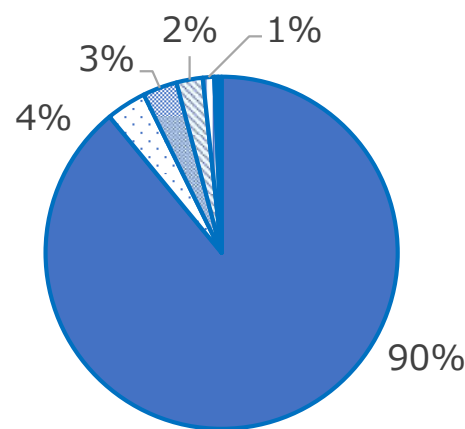
患者住所

	宇都宮	県西	県東	県南	県北	両毛	県外	計
県北	93	26	44	14	8,741	10未満	341	9,262
県西	132	3,661	10未満	55	98	20	83	4,055
宇都宮	9,412	615	263	350	1,359	29	265	12,293
県東	93	10未満	2,627	71	31	10未満	109	2,935
県南	2,130	1,171	800	10,968	569	456	2,125	18,219
両毛	35	12	10未満	460	10未満	7,800	1,144	9,460
県全体	11,895	5,487	3,744	11,918	10,803	8,310	4,067	56,224

緊急医療入院患者の流出割合



緊急医療入院患者の流入割合



■ 県東 ■ 県南 ■ 宇都宮 ■ 県北 ■ 県西 ■ 両毛

■ 県東 ■ 県外 ■ 宇都宮 ■ 県南 ■ 県北 ■ 県西 ■ 両毛

（出典）令和4年度DPCデータより作成

2 県東区域の状況把握（各データ分析結果）

（11）②救急搬送患者の入院受入件数、流出入状況

- 疾患や病態による一定の例外はあるものの、基本的に構想区域内（ないし救急医療圏）で完結すべき医療の一例として救急搬送患者の入院受け入れが求められるところであるが、県東圏域では74%が区域内で完結している状況にある

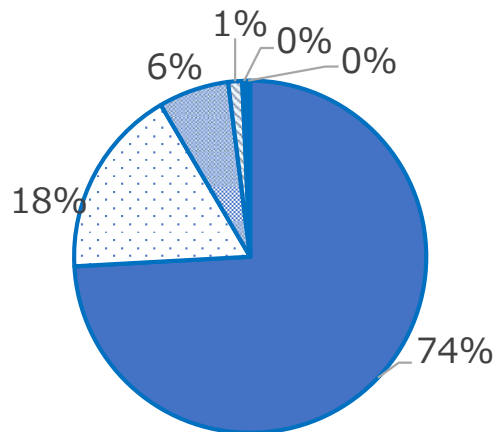
➡ 医療提供体制確保の検討単位として、県東区域は一つの構想区域として適切といえるのではないか

救急搬送患者の入院受入件数

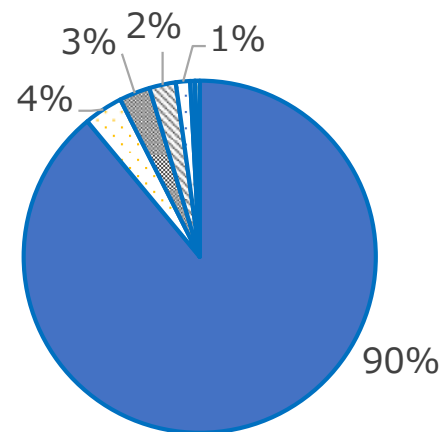
患者住所

	宇都宮	県西	県東	県南	県北	両毛	県外	計
県北	89	13	35	11	5,038	10未満	224	5,412
県西	93	2,306	10未満	40	83	10未満	69	2,600
宇都宮	6,438	361	179	215	876	27	218	8,314
県東	66	10未満	2,054	56	30	10未満	82	2,291
県南	952	641	483	6,448	264	220	1,134	10,142
両毛	26	10未満	10未満	203	10未満	3,619	478	4,341
県全体	7,664	3,328	2,758	6,973	6,296	3,876	2,205	33,100

救急搬送された入院患者の流出割合



救急搬送された入院患者の流入割合



■ 県東 ■ 県南 ■ 宇都宮 ■ 県北 ■ 県西 ■ 両毛

■ 県東 ■ 県外 ■ 宇都宮 ■ 県南 ■ 県北 ■ 県西 ■ 両毛

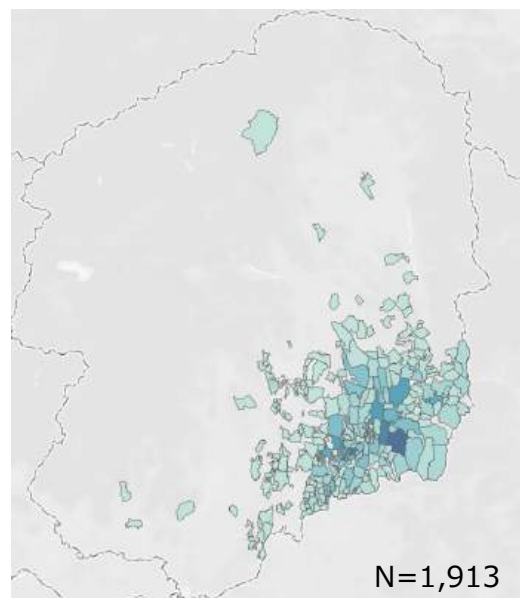
（出典）令和4年度D P Cデータより作成

2 県東区域の状況把握（各データ分析結果）

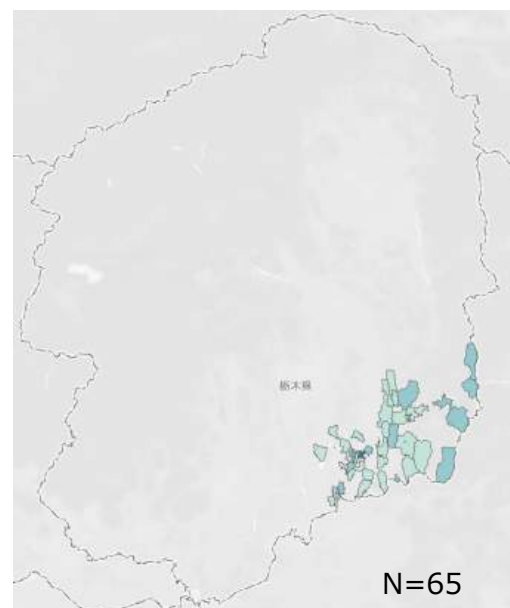
（12）患者住所別の救急搬送・入院受入状況

- 区域内の救急搬送患者の入院受入件数について、救急告示病院別かつ患者住所地別にマッピングしたところ、以下のとおりであった
- ➡ 区域内はほぼ全域カバーしており、県東区域は救急病院同士で役割分担をしつつ救急需要を支えている。区域内の医療機関は限られているが、「将来増大する医療需要に対応できない」という状況ではないため、構想区域の単位としては適当

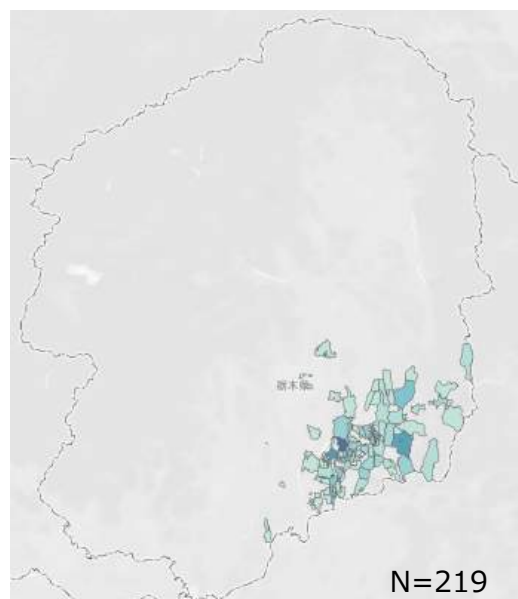
芳賀赤十字病院



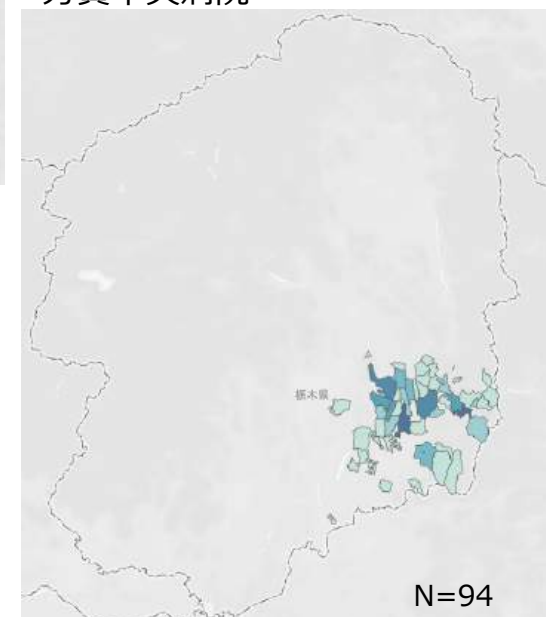
真岡病院



福田記念病院



芳賀中央病院



（出典）令和4年度D P Cデータより作成

3 まとめ、ご意見をいただきたいこと

(1) まとめ

- ・ 県東区域は、厚生労働省の示す基準にあてはめると、「**構想区域の見直しの検討が必要な区域**」に該当する
- ・ 構想区域の見直しの検討が必要な場合に参考とする各種データについて分析結果を示したところであるが、これらの分析結果を総合的に見て、**県東区域については構想区域を見直さなければならないというほどの事情はうかがえなかった**

(2) ご意見をいただきたいこと

- ・ 今回の会議の結論としては、県東構想区域については**現行の構想区域を見直さない**こととしてよろしいか
 - ※ 構想区域は見直しを行いませんが、流出入を前提に医療提供体制を検討していくこととします
- ・ 次回以降、県東区域として新たな地域医療構想の策定に向けて地域医療における課題の整理・共有を進めていくにあたり、**具体的にどのようなデータ分析及び協議が必要か**



外来医療計画 第8期後期策定について

- ▶ 前期ガイドラインからの変更点
 - ▶ 地域における外来医療提供体制の状況
 - ▶ 地域外来医療について

外来医療計画について

【策定の趣旨】

外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン 第8次（後期）

- 外来医療については、
 - ・ 今後、全国的に外来医療の需要が減少していくことが見込まれる。
 - ・ 診療所における診療科の専門分化が進んでいる。
 - ・ 救急医療提供体制の構築の医療機関の連携・グループ診療の実施、放射線装置の共同利用等の医療機関の連携の取組が、個々の医療機関による自主的な取組に委ねられている。
 - ・ 諸外国比で外来受診数が多い傾向がある。
- 等の状況にある。
- こうした状況を踏まえ、本計画は地域ごとにおける外来医療機能に関するデータを提供することで新規開業を検討している医師に対して、地域の実情に応じた行動変容を促すことを目的としている。
- 今後は外来医療機関間での機能分化・連携のあり方等について地域で協議を行い、方針を決定していくことが求められている。
- また、地域包括ケアシステムの深化に資する取組として、外来医療が入院医療や在宅医療等と切れ目なく「面」で提供されるよう、医療機関の相互連携が重要である。

【計画の位置づけ】

医療法第30条の4第2項第10号に規定する事項（外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項）

【計画期間】

令和9（2027）年度～令和11（2029）年度

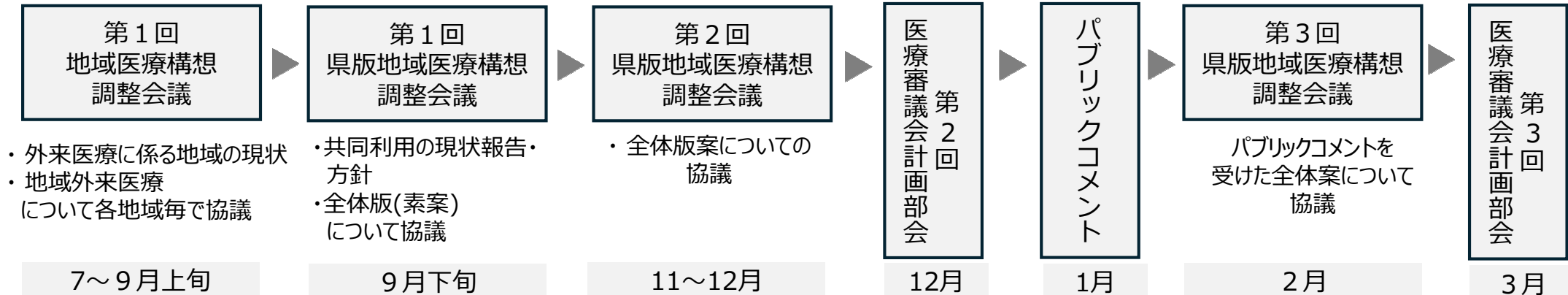
【協議の場】

地域医療構想調整会議

【対象区域の設定】

二次医療圏

【計画策定のスケジュール】



▶ 前期ガイドラインからの変更点

第8期後期ガイドライン（目次一覧） ※ 赤文字が変更点

1. はじめに

- 1-1 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する考え方
- 1-2 外来医療計画の全体像
- 1-3 ガイドラインの位置づけ

2. 外来医療計画の策定を行う体制等の整備

- 2-1 都道府県の体制
- 2-2 外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場
- 2-3 外来医療計画策定のプロセス
- 2-4 外来医療計画の策定スケジュール

3. 外来医療計画の策定及び実施に必要なデータの収集、分析及び共有

4. 地域外来医療の公表

5. 外来医師偏在指標と外来医師多数区域

・外来医師過多区域の設定

- 5-1 区域単位
- 5-2 外来医師偏在指標
- 5-3 外来医師多数区域の設定
- 5-4 外来医師過多区域の設定

6. 外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組

- 6-1 外来医師多数区域における取組
 - 6-1-1 新規開業者等に対する情報提供
 - 6-1-2 新規開業者の届出の際に求める事項
 - 6-1-3 現時点で不足している外来医療機能に関する検討
 - 6-1-4 合意の方法及び実効性の確保
 - 6-1-5 患者や住民に対する公表
 - 6-1-6 各医療機関での取組
- 6-2 外来医師過多区域における取組
 - 6-2-1 新規開業者等に対する情報提供
 - 6-2-2 新規開業者の届出の際に求める事項
 - 6-2-3 現時点で不足している外来医療機能に関する検討
 - 6-2-4 合意の方法及び実効性の確保
 - 6-2-5 患者や住民に対する公表
 - 6-2-6 各医療機関での取組
 - 6-2-7 その他の留意事項

7. 医療機器の効率的な活用に係る計画

- 7-1 医療機器の効率的な活用に関する考え方
- 7-2 協議の場と区域単位
- 7-3 医療機器の効率的な活用のための検討

8. 外来機能報告

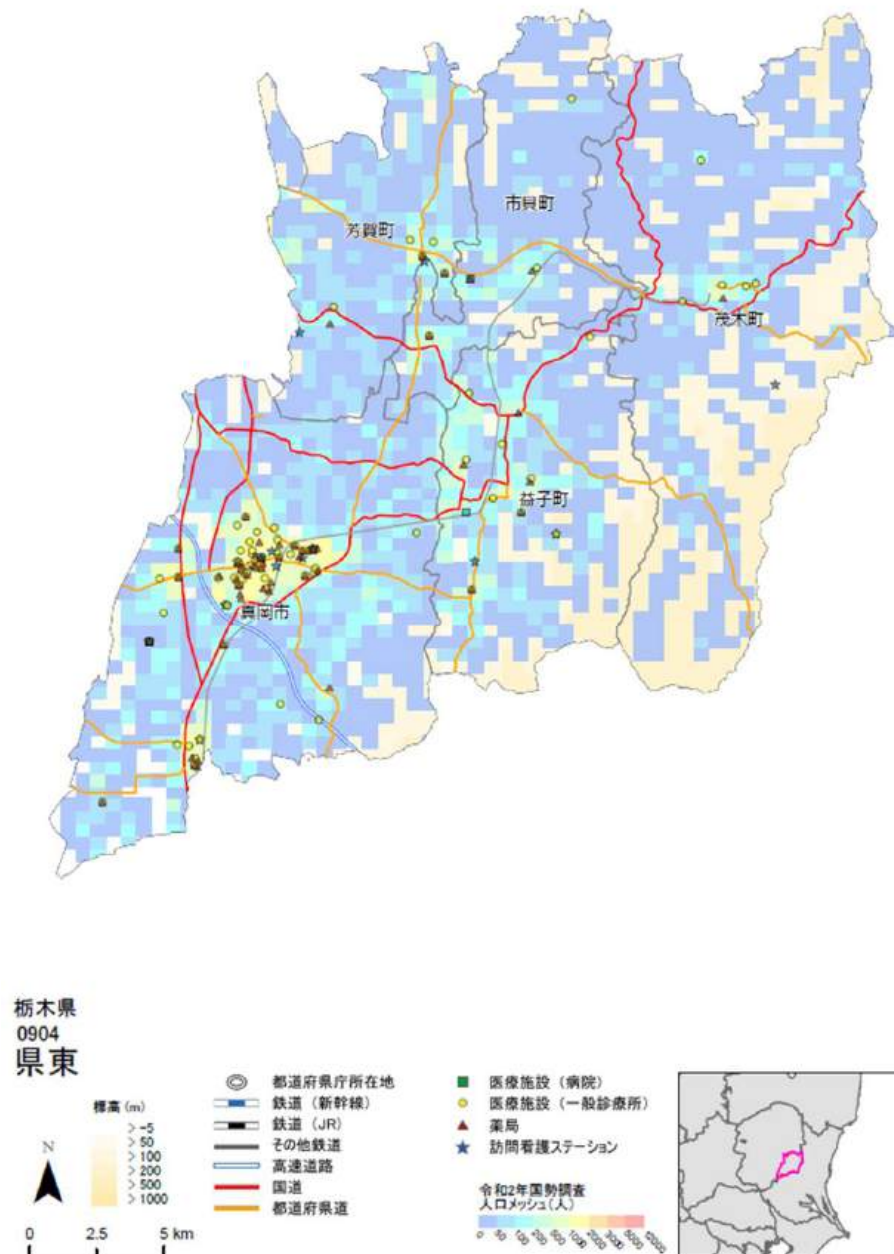
9. 外来医療計画の実行に関するPDCAサイクル

10. 留意点

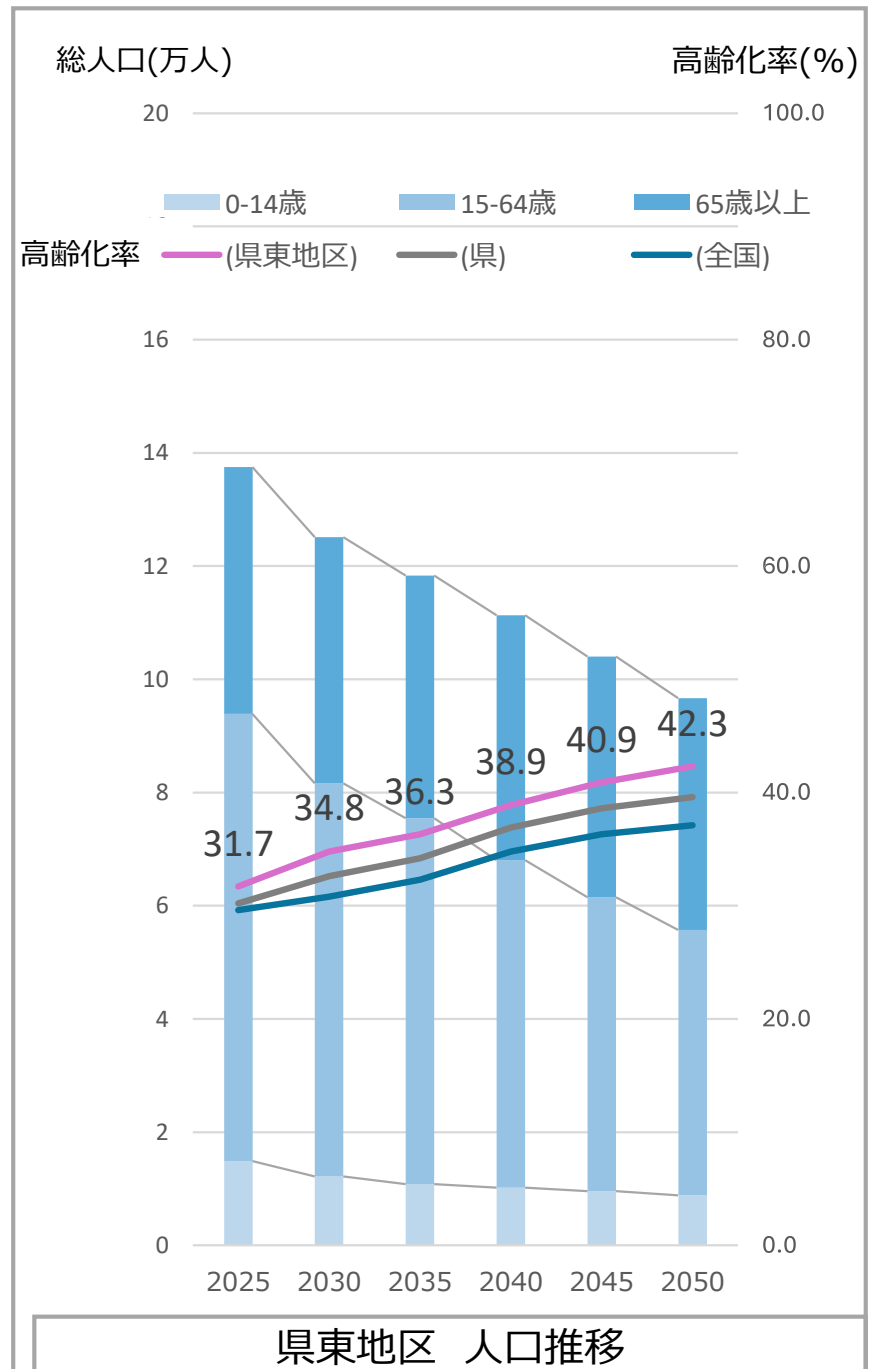
栃木県には対象地域がないため、5-4、6-2は検討不要

▶ 地域における外来医療機能提供体制の状況

(県東地区)人口メッシュと医療施設所在地



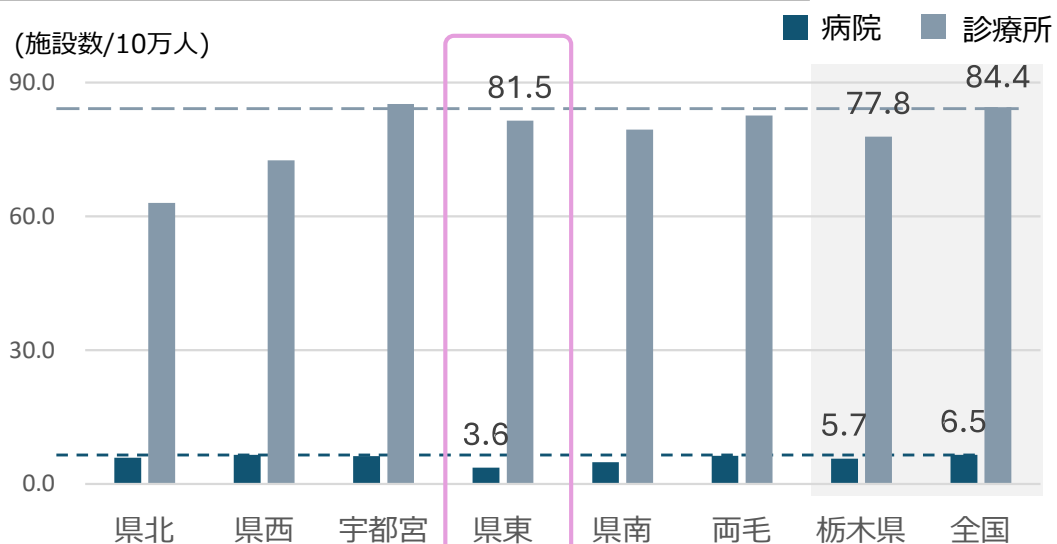
令和7年度 地域の病院・診療所の所在に関するマッピング



令和7年度 かかりつけ医機能データブック

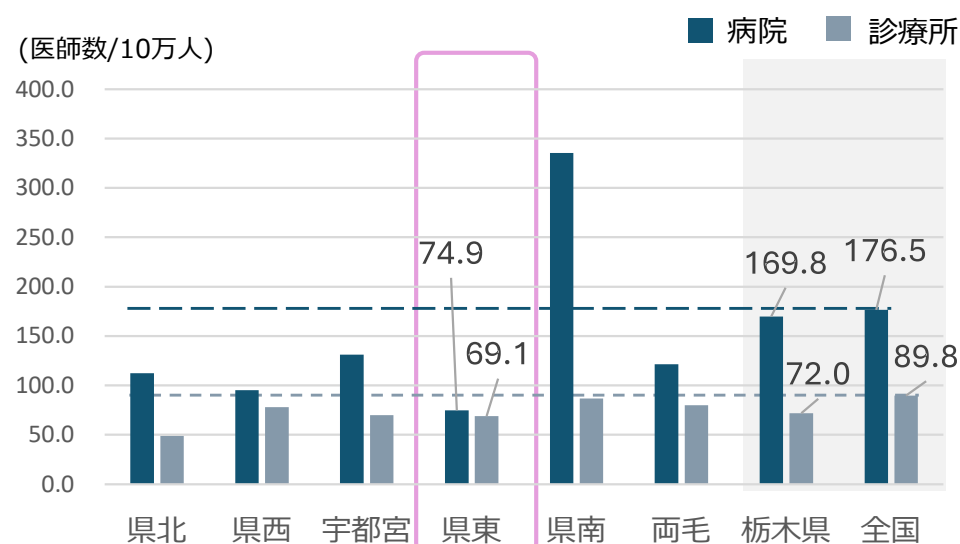
▶ 地域における外来医療機能提供体制の状況

人口10万人当たりの医療施設数



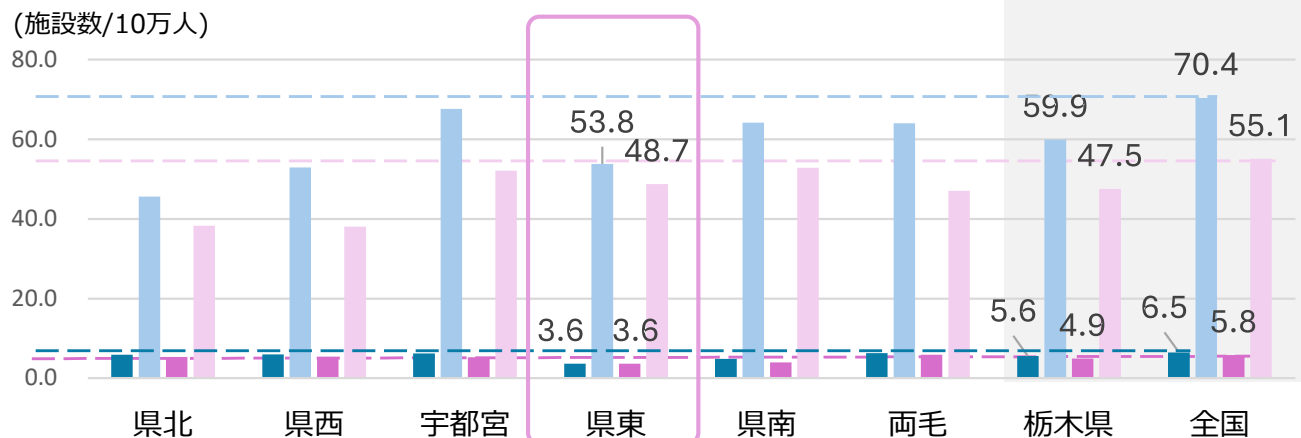
令和5年医療施設静態調査 令和5年10月1日現在の病院数及び一般診療所数

人口10万人当たりの医療施設従事医師数



令和6年医師・歯科医師・薬剤師統計
令和6年12月31日現在の医療施設（病院及び診療所）従事医師数

人口10万人当たりの通院・時間外等外来施設数



■ 通院外来施設(病院) ■ 通院外来施設(診療所)
■ 時間外等外来施設(病院) ■ 時間外等外来施設(診療所)

○通院外来施設数

医科レセプト(入院外)の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の診療行為が算定された病院数及び診療所数。

○時間外等外来施設数

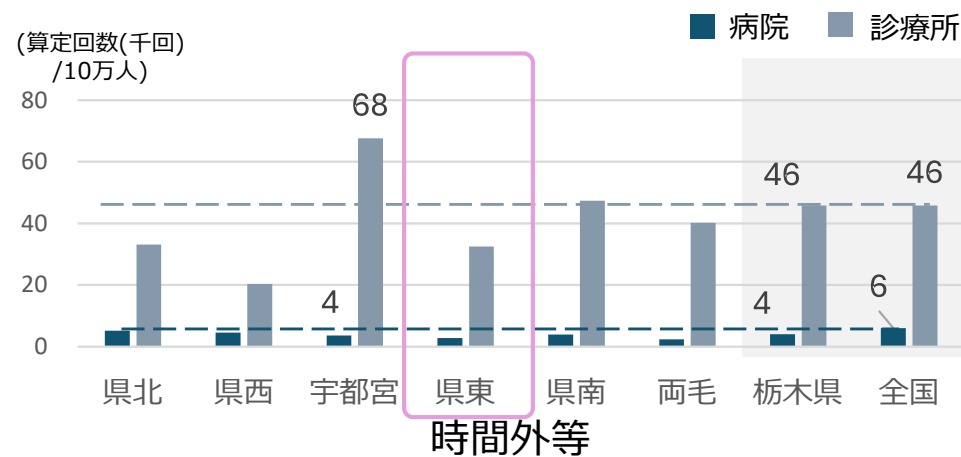
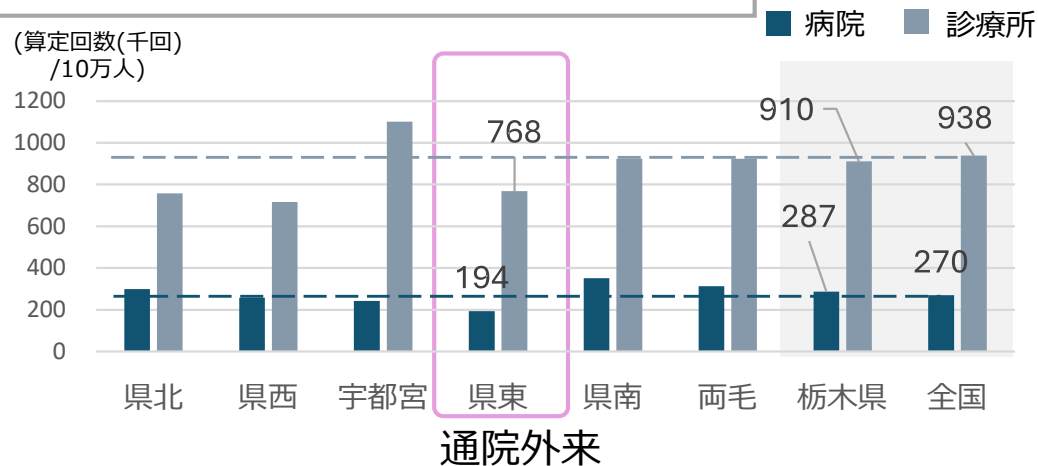
医科レセプト(入院外)の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の時間外等加算(時間外、夜間、休日、深夜)の診療行為が算定された病院数及び診療所数。

NDB 令和6年4月～令和7年3月までの診療分データ(12か月)

▶ 地域における外来医療機能提供体制の状況

外来・時間外

人口10万人当たりの外来患者延数



○通院外来患者延数

医科レセプト（入院外）の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の診療行為の算定回数を病院・診療所別に合算したもの。

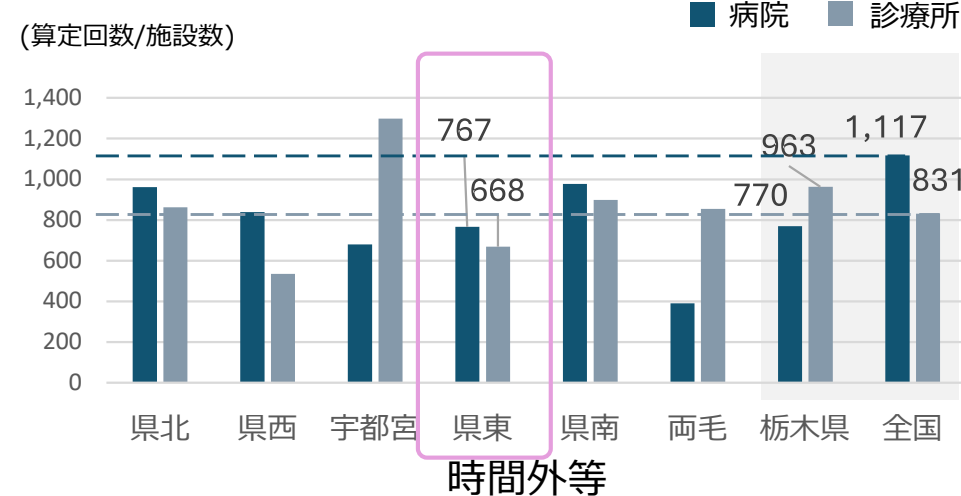
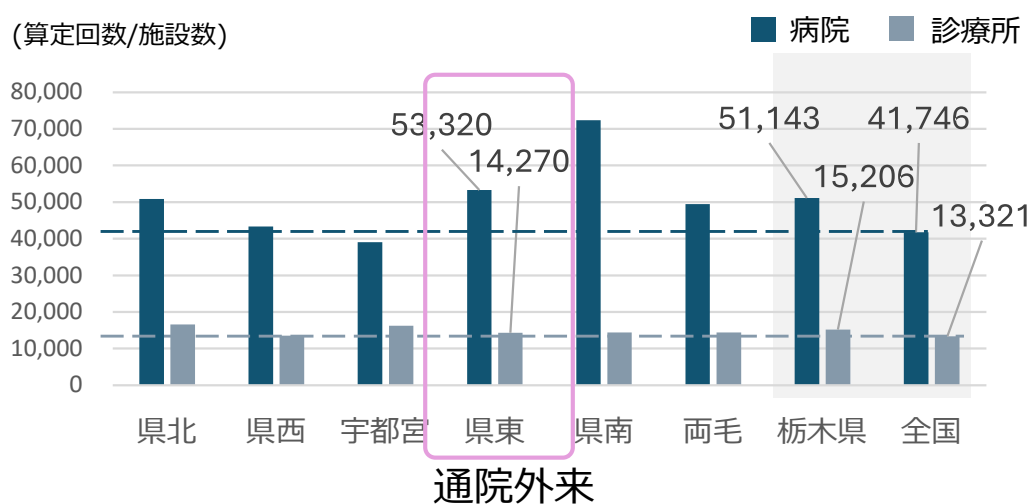
○時間外等外来患者延数

医科レセプト（入院外）の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の時間外等加算（時間外、夜間、休日、深夜）の診療行為の算定回数を病院・診療所別に合算したもの。

NDB 令和6年4月～令和7年3月までの診療分データ（12か月）

1 施設平均外来患者延数

※ 人口10万人当たりの外来患者延数を人口10万人当たりの外来施設数で除して算出(月平均)



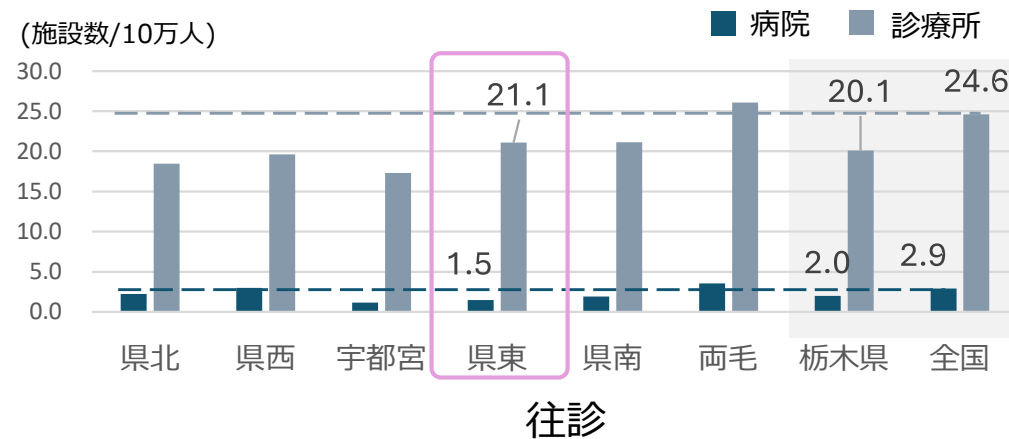
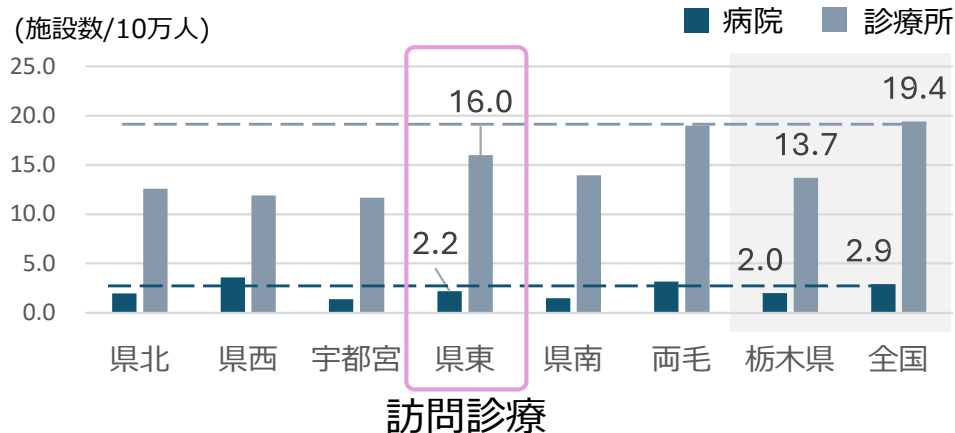
NDB 令和6年4月～令和7年3月までの診療分データ（12か月）

▶ 地域における外来医療機能提供体制の状況

在宅

人口10万人当たりの在宅医療施設数

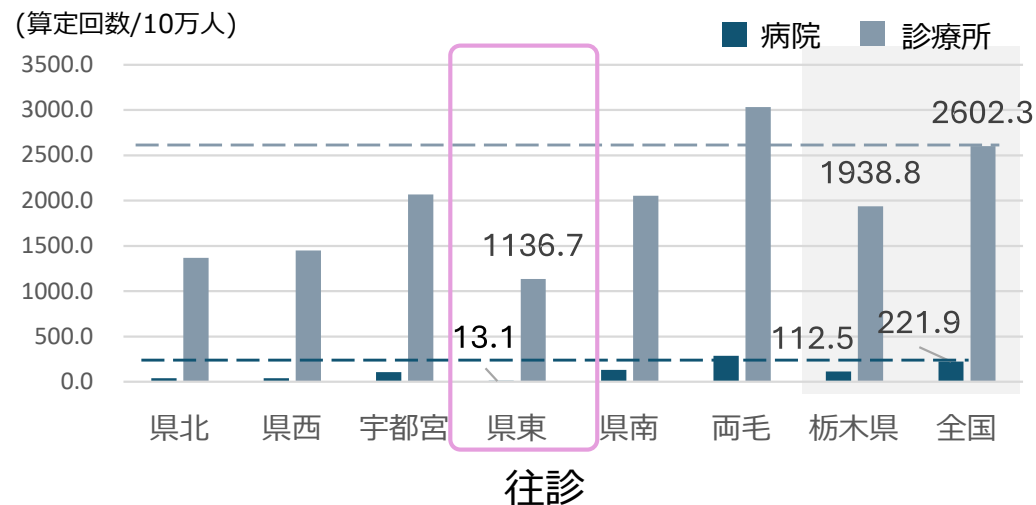
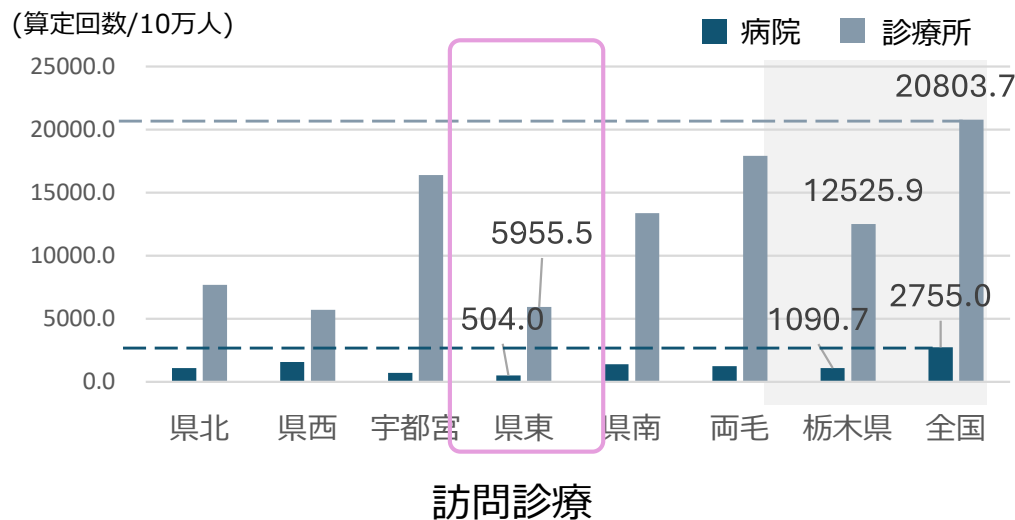
○在宅患者訪問診療実施施設数: 医科レセプト(入院外)の在宅患者訪問診療の診療行為が算定された病院数及び診療所数。
○往診実施施設数: 医科レセプト(入院外)の往診の診療行為が算定された病院数及び診療所数。



NDB 令和6年4月～令和7年3月までの診療分データ(12か月)

人口10万人当たりの在宅医療患者延数

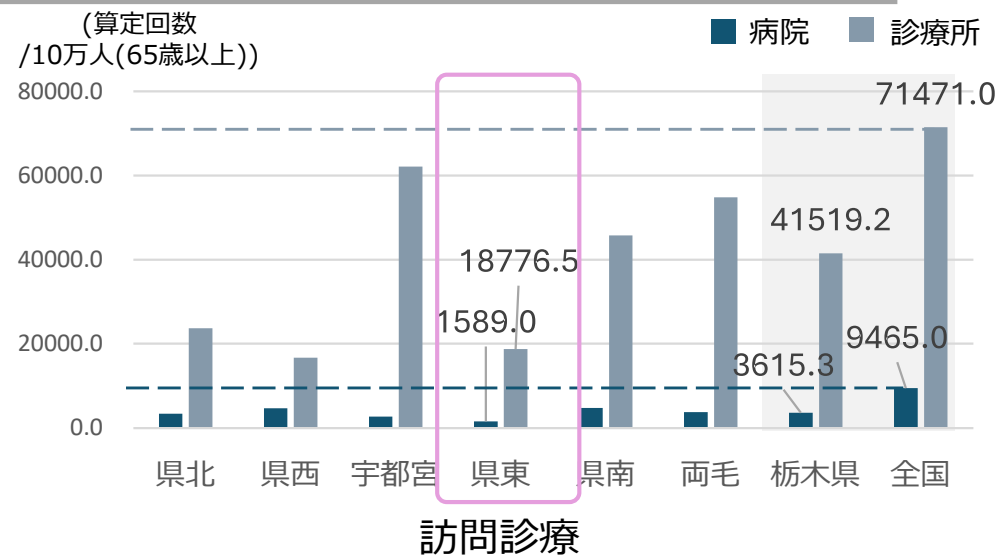
○在宅患者訪問診療患者延数:
医科レセプト(入院外)の在宅患者訪問診療の診療行為の算定回数を病院・診療所別に合算したもの。
○往診患者延数: 医科レセプト(入院外)の往診の診療行為の算定回数を病院・診療所別に合算したもの。



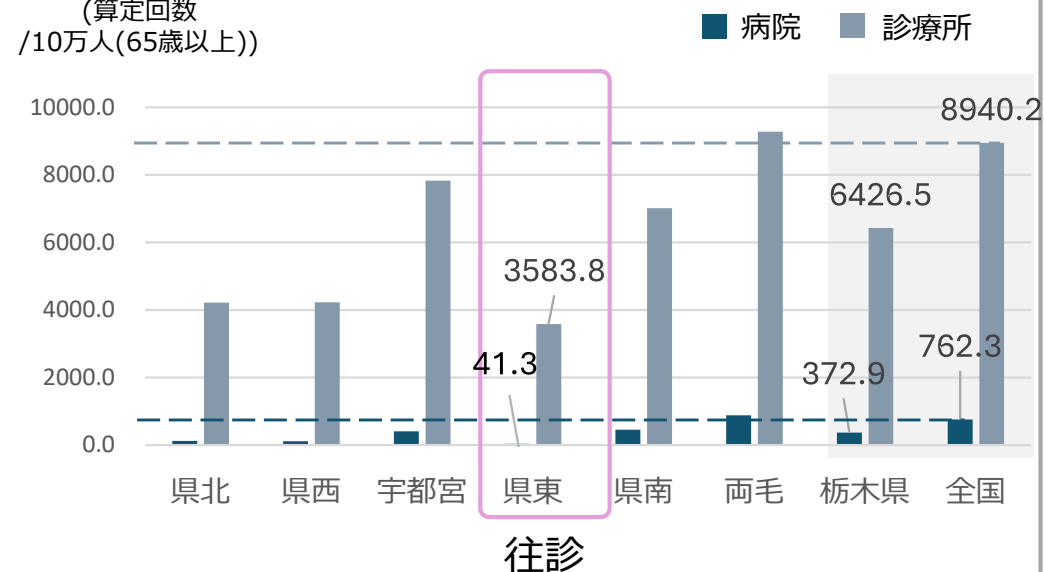
NDB 令和6年4月～令和7年3月までの診療分データ(12か月)

▶ 地域における外来医療機能提供体制の状況

人口10万人(65歳以上)当たりの在宅医療患者延数



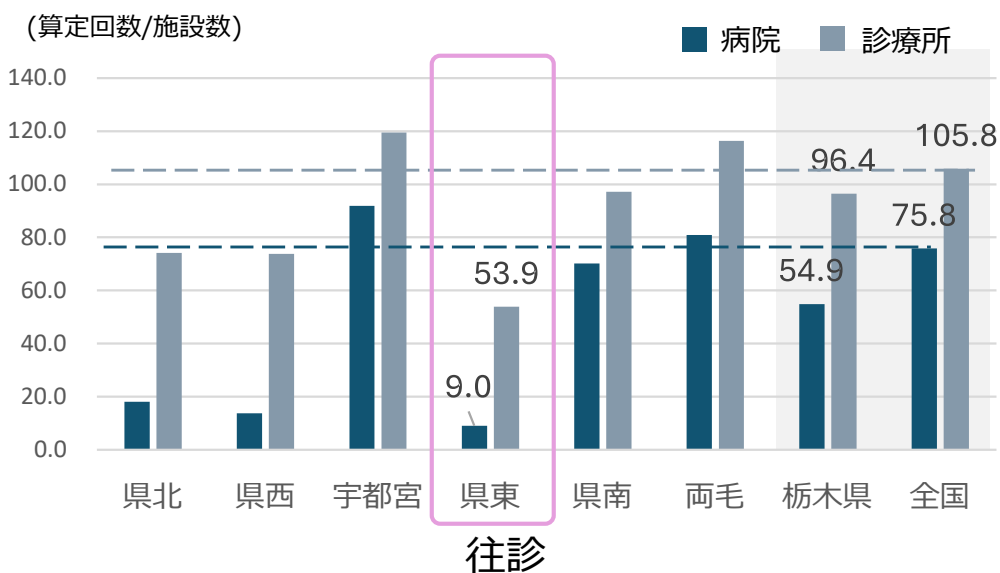
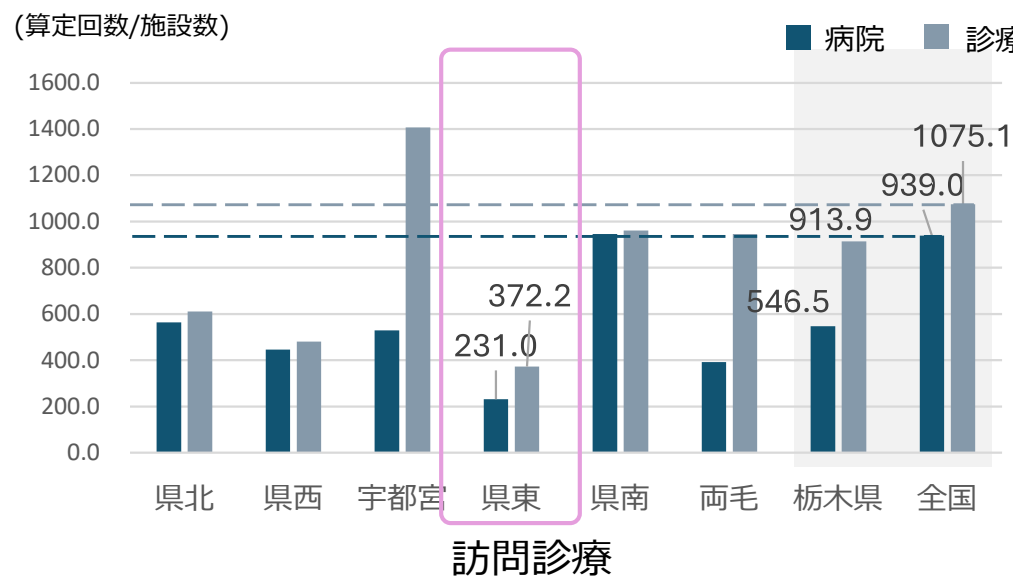
(算定回数/10万人(65歳以上))



NDB 令和6年4月～令和7年3月までの診療分データ(12か月)

1 施設平均在宅医療患者延数

※ 人口10万人当たりの在宅患者延数を人口10万人当たりの在宅医療施設数で除して算出(月平均)



▶ 地域における外来医療機能提供体制の状況

外来医師偏在指標

医師確保計画における医師偏在指標に倣い、外来医療の実態を反映する指標として設定されたもの。
外来医療のサービスの提供主体は医師であることから、外来医療に関する指標として医師数に基づく指標を算出することとする。

(参考) 算定式

- 医療ニーズ及び人口構成とその変化
- 患者の流入
- へき地等の地理的条件
- 医師の性別・性別分布
- 医師偏在の単位(区域、入院/外来)
を勘案した人口10万人対診療所医師数

外来医師偏在指標

$$= \frac{\text{標準化診療所医師数}^{(\ast 1)}}{\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万人}} \times \text{地域の標準化}^{(\ast 2)} \times \text{診療所外来患者数割合} \times \text{病院+一般診療所外来患者流出調整係数}}$$

※1 標準診療所従事医師数 = $\Sigma(\text{性} \cdot \text{年齢階級別診療所従事医師数} \times \text{性} \cdot \text{年齢階級別労働時間})$

※2 地域の標準化外来受療率比 = $\text{地域の期待外来受療率}(\ast 3) \div \text{全国の期待外来受療率}$

※3 地域の期待外来受療率 = $\text{地域の外来医療需要}(\ast 4) \div \text{地域の人口}$

※4 地域の外来医療需要 = $(\Sigma \text{全国の性} \cdot \text{年齢階級別外来受療率}) \times \text{地域の性} \cdot \text{年齢階級別人口}$

この指標にて、都道府県知事は各二次医療圏を下記3つの区域に設定する

① 外来医師過多区域

- 外来医療偏在指標 > 全国平均値 + 標準偏差1.5倍かつ
- 可住地面積あたり診療所数が上位10%
を基準とし、これを越える当該二次医療圏のうち、特に
地域外来医療を確保する必要があると都道府県知事が
認める区域

② 外来医師多数区域

全二次医療圏の中で上位33.3%に該当する二次医療圏

求められる取組

- 新規開業者などに対する情報提供
- 新規開業者の届出の際に地域で不足する医療機能
(地域外来医療)を担う事を求め、協議の場において合意
の状況を確認する

③ その他

令和8年4月版外来医師偏在指標

栃木県	県北	70.4	全国	115.7
	県西	119.1	茨城県 水戸	90.6
	宇都宮	81.6	群馬県 前橋	138.6
	県東	102.0		
	県南	109.5		
	両毛	98.6		

後期計画では、
県西が外来医師多数区域に該当

※上位33.3%の閾値は111.71

県東地区は③のその他の区域となる

地域外来医療

新規開業者に求める「地域において特に必要とされる外来医療」のことで、下記 2 種を示す必要があるが、県東地区においては該当する②の「地域で不足する医療機能」のみ協議、公表となる。

① 医師不足地域(※)での医療 ▶▶▶ 外来医師過多区域にて公表(過多区域以外では必ずしも公表する必要はない)

※ 外来医師過多区域において、医師少数区域（二次医療圏）の他、都道府県が設定可能な医師少数スポット、重点医師偏在対策支援区域を想定しているが、過多区域を有する都道府県側で柔軟に判断する。

② 地域で不足する外来医療機能 ▶▶▶ 全ての区域においてそれぞれ公表

新規開業者に担うことを求める外来医療機能で、ガイドライン上、検討すべき外来医療機能として下記 4 つがあげられている。

夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制
在宅医療の提供体制
産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生に係る医療提供体制
その他の地域医療として対策が必要と考えられる外来医療機能

前期計画では栃木県全体として、

- ①夜間や休日等における初期救急医療提供体制、
- ②在宅医療の提供体制を位置づけ、取組を行ってきた。

栃木県外来医療計画8期前期計画(概要)

地域で不足する外来医療機能に係る対応

- ・ 地域医療構想調整会議等の構成員を対象者としたアンケート調査の結果、地域で不足する医療機能として以下の2つを位置づけ
- ①「夜間や休日等における初期救急医療提供体制」
- ②「在宅医療の提供体制」
- ・ 8期前期計画においては、上記で位置づけた不足する医療機能について保健医療圏ごとに現状の把握を行い、必要となる対応等について検討
- ・ この他の「公衆衛生(学校医・定期予防接種等)」等の医療機能については、引き続き地域における状況を注視

県東地区における地域外来医療について後期計画においても前期同様に
①「夜間や休日等における初期救急医療提供体制」 ②「在宅医療の提供体制」
 を位置づけることでよろしいか、前期計画で取り組まれた感想も含めてご意見をお願いいたします。

かかりつけ医機能について

- ▶ かかりつけ医機能、かかりつけ医機能報告制度について
 - ▶ 令和7年度 かかりつけ医機能報告結果（県東地区）

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1)医療機能情報提供制度の刷新(令和6年4月施行)

- ・ かかりつけ医機能(「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義)を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2)かかりつけ医機能報告の創設(令和7年4月施行)

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能(①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など)について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3)患者に対する説明(令和7年4月施行)

- ・ 都道府県知事による(2)の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

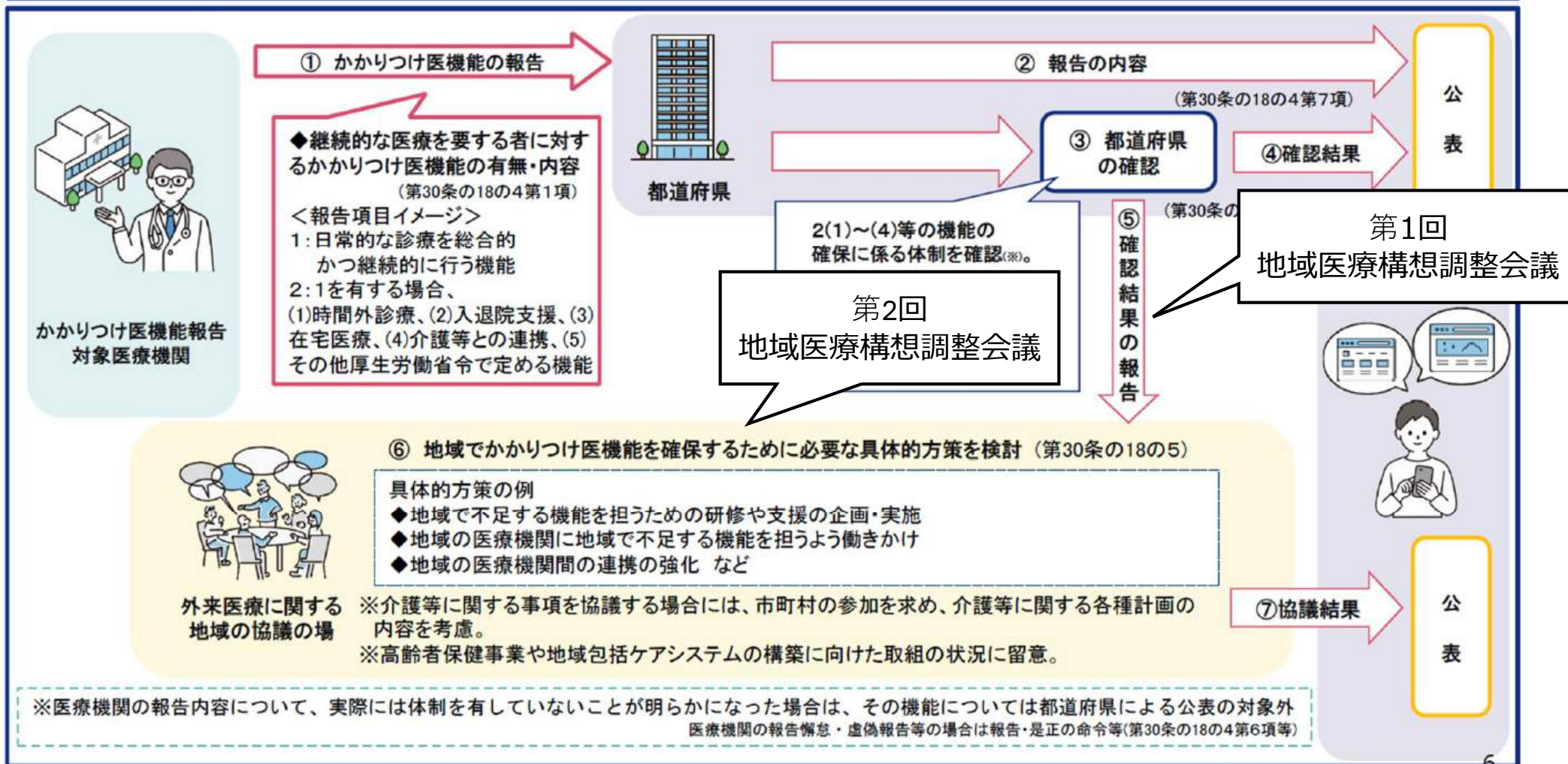
▶ かかりつけ医機能、かかりつけ医機能報告制度について

令和5年11月15日 第1回かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会資料

かかりつけ医機能報告の流れ

かかりつけ医機能報告概要

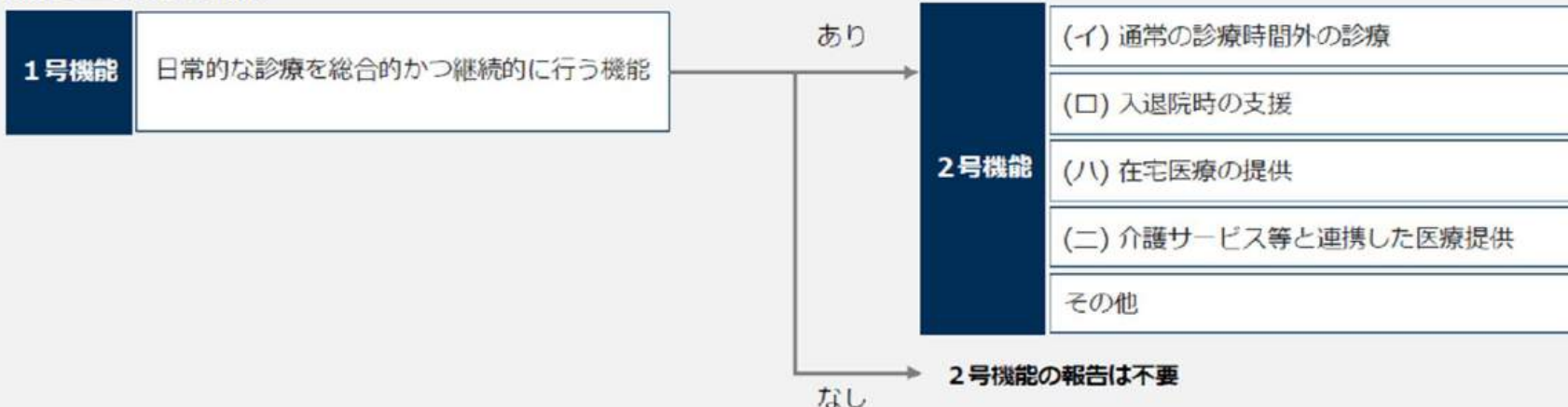
- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



報告を求めるかかりつけ医機能の概要

かかりつけ医機能報告の報告事項は、大きく1号機能と2号機能に分けられます。1号機能を有する医療機関においては、2号機能に係る報告事項についての報告を行うこととなります。

1号機能と2号機能の関係



かかりつけ医機能「有り」となる要件

<1号機能>

- 以下の報告事項のうち、(★)を付記している報告事項について、「実施している」あるいは「実施できる」ことが1号機能を有することの要件となります。
 - 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示による公表をしていること (★)
 - かかりつけ医機能に関する研修の修了者・総合診療専門医の有無
 - 17の診療領域ごとの一次診療の対応可否の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること (★)
 - 一次診療を行うことができる疾患
 - 医療に関する患者からの相談に応じることができること(継続的な医療を要する者への継続的な相談対応を含む) (★)

<2号機能>

- 各報告事項のうち、いずれかについて「実施している」あるいは「実績がある」ことが、各2号機能を有することの要件となります。

報告を求めるかかりつけ医機能の概要

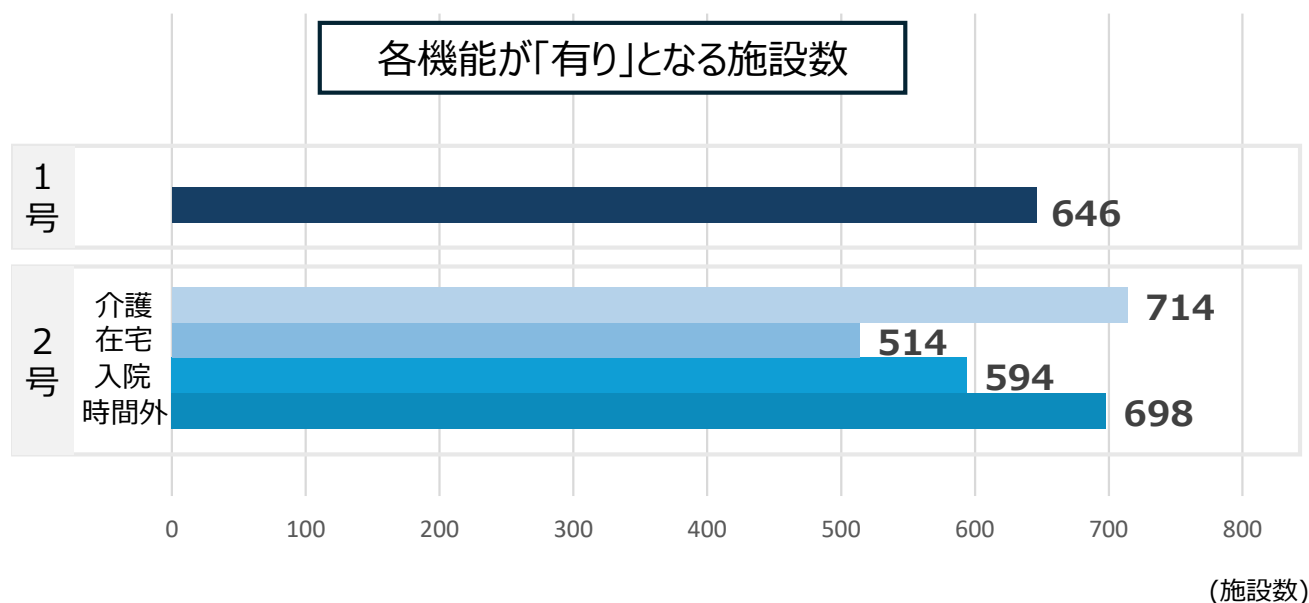
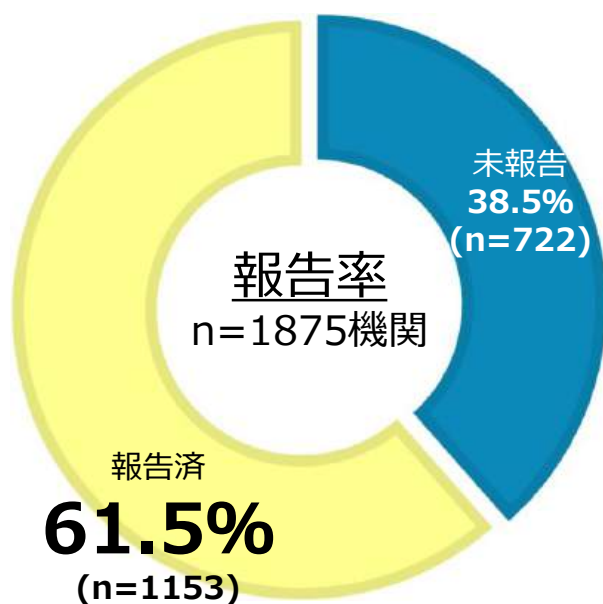
- かかりつけ医機能とは、慢性疾患を有する高齢者等の継続的な医療を要する者を地域で支えるために確保すべき機能であり、「1号機能」と「2号機能」で構成されます。

政策課題			報告事項
かかりつけ医機能	1号機能	日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能	よくある疾患への一次診療や医療に関する患者からの相談への対応など、患者の多様なニーズに対応できる体制を構築すること
	2号機能	(イ) 通常の診療時間外の診療	地域の医療機関同士の連携体制を構築し、時間外に患者の体調の悪化等があった場合にも、身近な地域の医療機関において適切な診療を受けられる体制を構築すること
		(ロ) 入退院時の支援	地域の医療機関同士が連携し、入退院を円滑に行うための体制を構築すること
		(ハ) 在宅医療の提供	定期的な訪問診療、在宅患者の急変時における往診や連絡対応、看取り等に対応できる体制を構築すること
		(ニ) 介護サービス等と連携した医療提供	医療機関が地域における介護等の状況について把握するとともに、医療・介護間等で適切に情報共有を行いながら、医療や介護サービス等を切れ目なく提供できる体制を構築すること

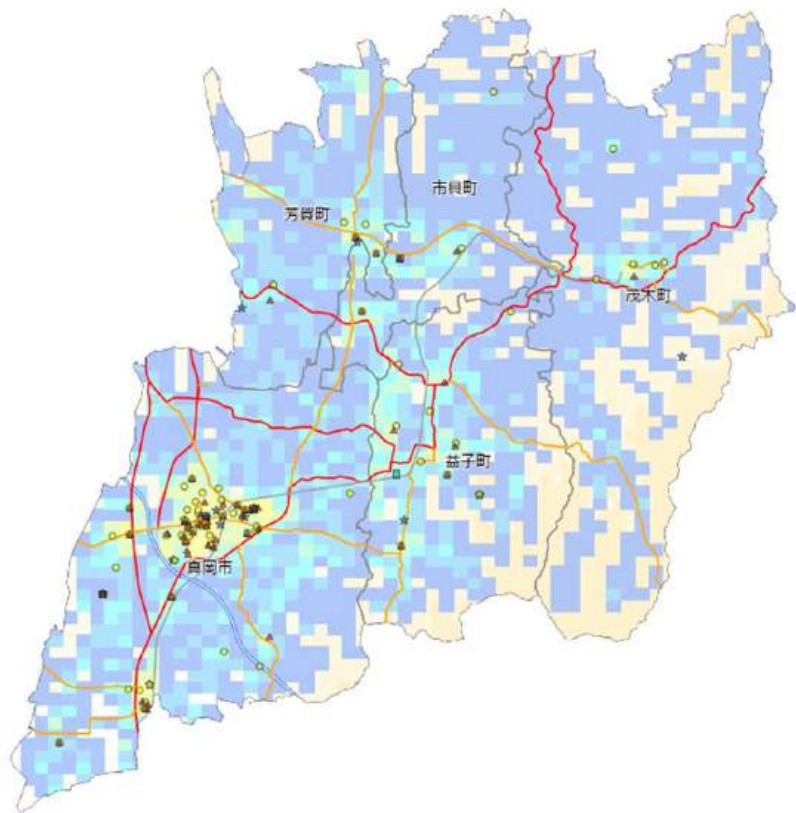
※報告事項の中には、今後対応を行う意向の有無を確認する項目があります。

実施期間	令和 8 年 1 月 1 日～ 3 月 31 日
報告対象時点	令和 8 年 1 月 1 日
報告対象機関	特定機能病院及び歯科医療機関を除く病院及び診療所
報告方法	医療機関等情報支援システム（G-MIS） ※ 場合により紙調査

栃木県全体の結果



※システム上、1号機能なしで回答した医療機関においても、2号機能の回答ができるため、介護・時間外において2号機能有りの医療機関数が1号機能有りを上回っている。

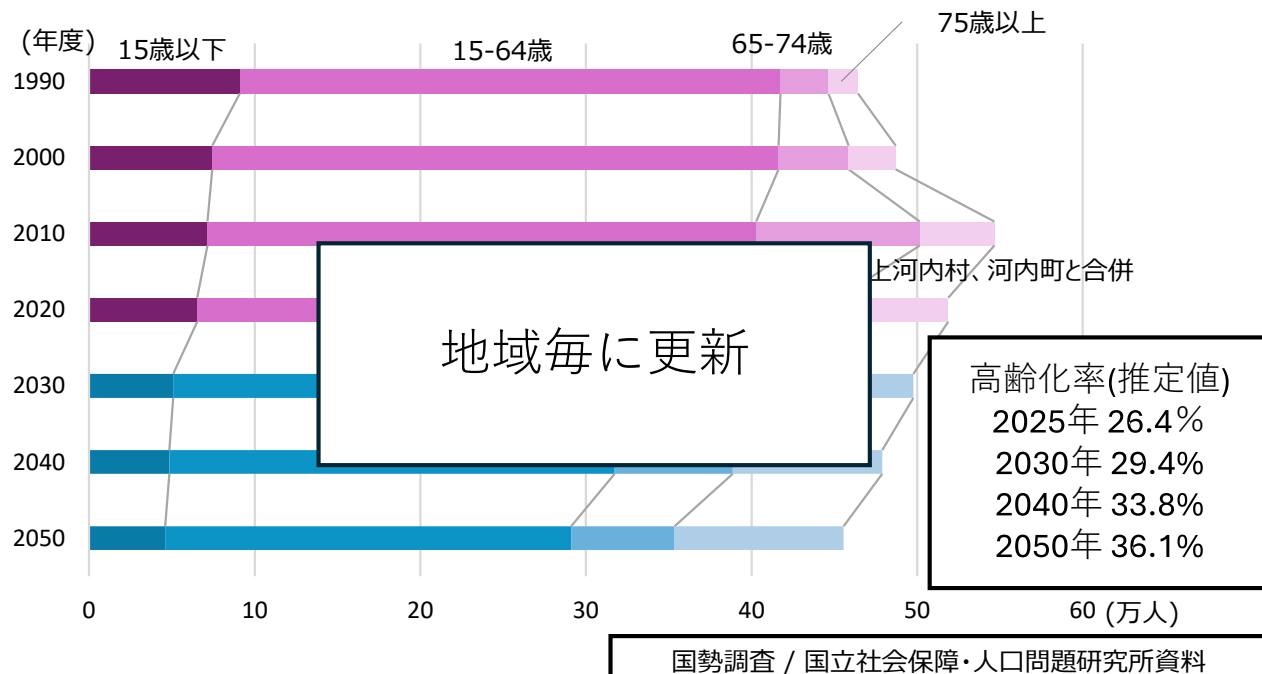


栃木県
0904
県東

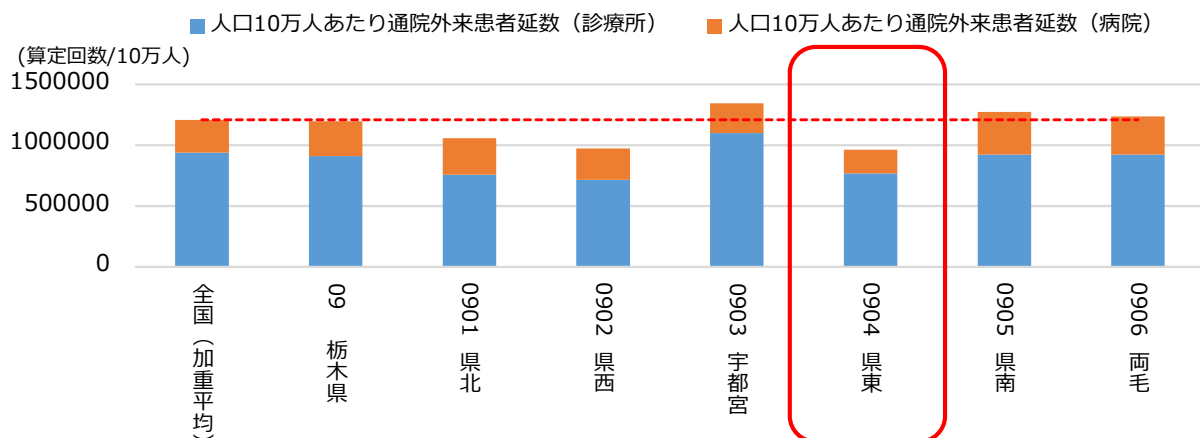


R7年度 地域の病院・所在に関するマッピング

人口推移 ※1990年～2020年までは実績値



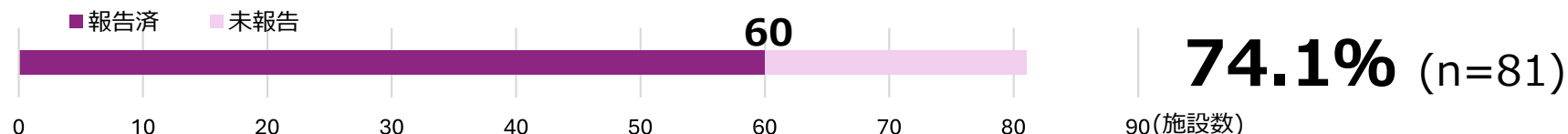
人口10万人あたり通院外来患者数



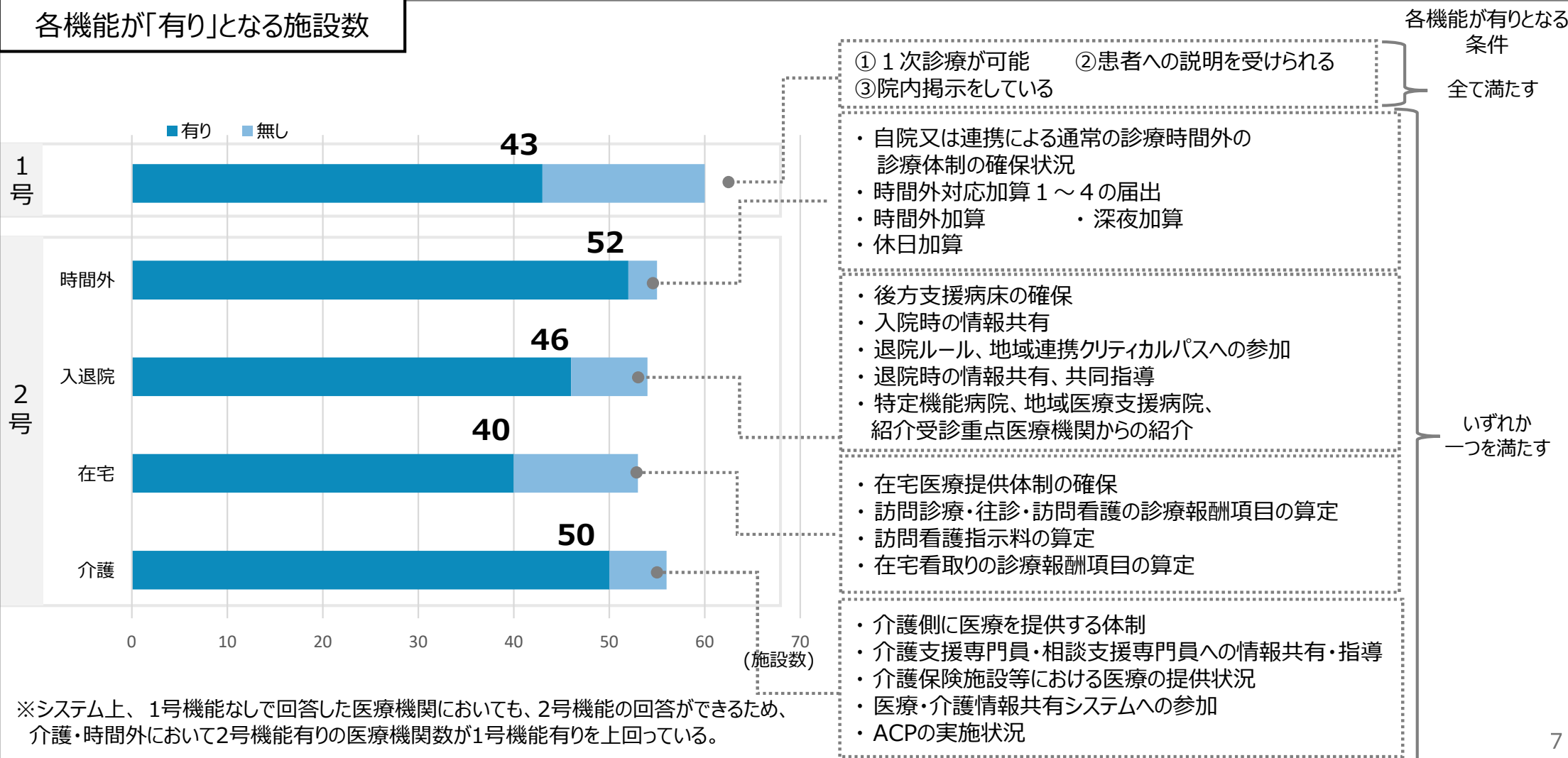
NDB 令和6年4月～令和7年3月までの診療分データ (12か月)

対象外医療機関※除外後報告率 (医療政策課調べ)

※ 高齢者施設、企業内診療所、巡回診療所、一次救急診療所、自治体が運営している診療所（保健所含む）、美容外科・美容皮膚科のみを診療している医療機関



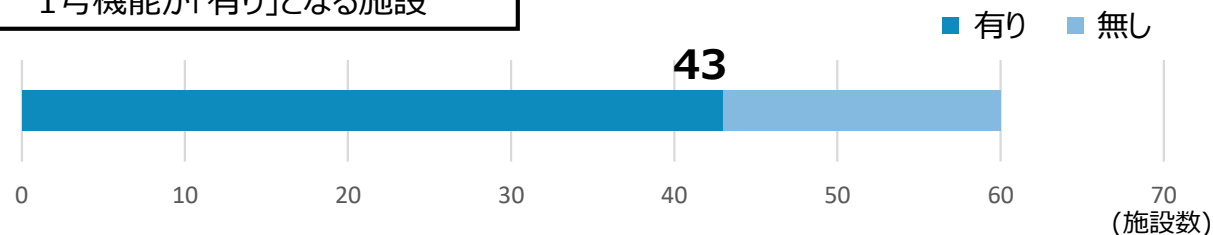
各機能が「有り」となる施設数



国が掲げる課題

複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加を背景として、発生頻度が高い疾患に係る診療や患者の生活背景を把握した上で適切な診療や保健指導等を行うニーズが高まっていくことから、よくある疾患への一次診療や医療に関する患者からの相談への対応など、患者の多様なニーズに対応できる体制を構築できるようにすること。

1号機能が「有り」となる施設

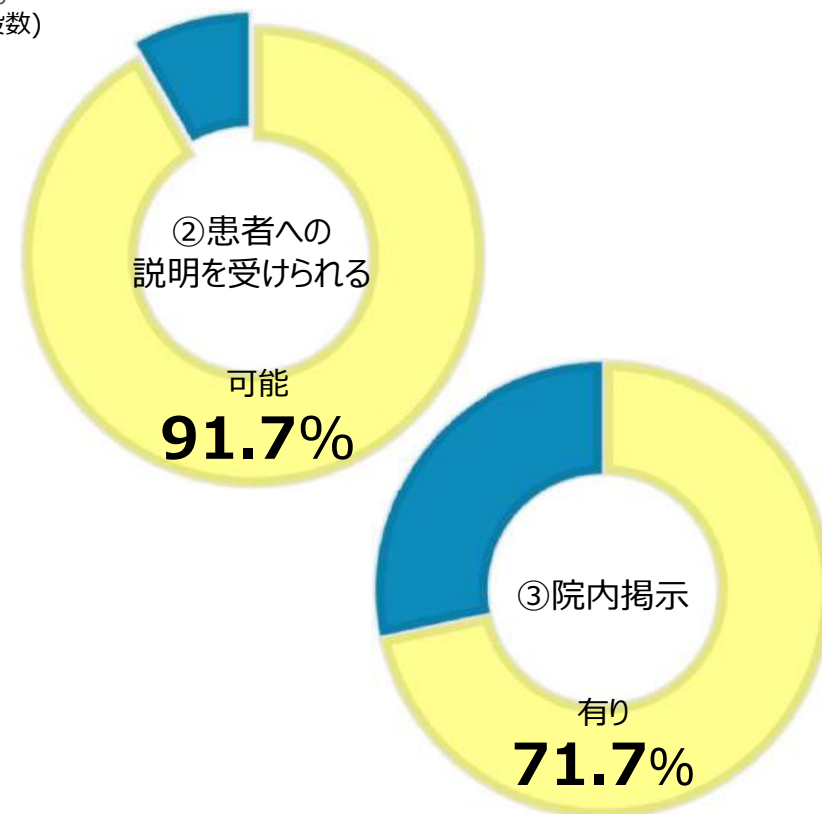


71.7% (n=60)

①一次診療で対応出来る領域（施設数）

★ 内科・外科領域

皮膚・形成外科領域	21	★腎・泌尿器系領域	36
★神経・脳血管領域	24	産科領域	2
精神科・神経科領域	14	婦人科領域	5
眼領域	6	乳腺領域	10
★呼吸器領域	41	★内分泌・代謝・栄養領域	36
★消化器系領域	40	★血液・免疫系領域	22
★肝・胆道・膵臓領域	31	★筋・骨格系及び外傷領域	17
★循環器系領域	38	小児領域	23



国が掲げる課題

地域での医療機関間の連携体制を構築し、患者が時間外に体調の悪化等があった場合にも、身近な地域の医療機関において適切な診療等を受けられる体制を構築すること。

自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況

※ 内科・外科領域

神経・脳血管領域/呼吸器領域/消化器系領域/
肝・胆道・膵臓領域/循環器系領域/腎・泌尿器系領域
内分泌・代謝・栄養領域/血液・免疫系領域/
筋・骨格系及び外傷領域

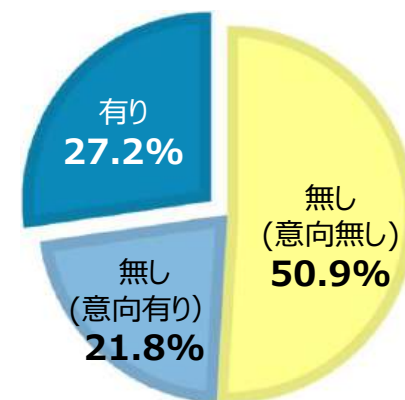
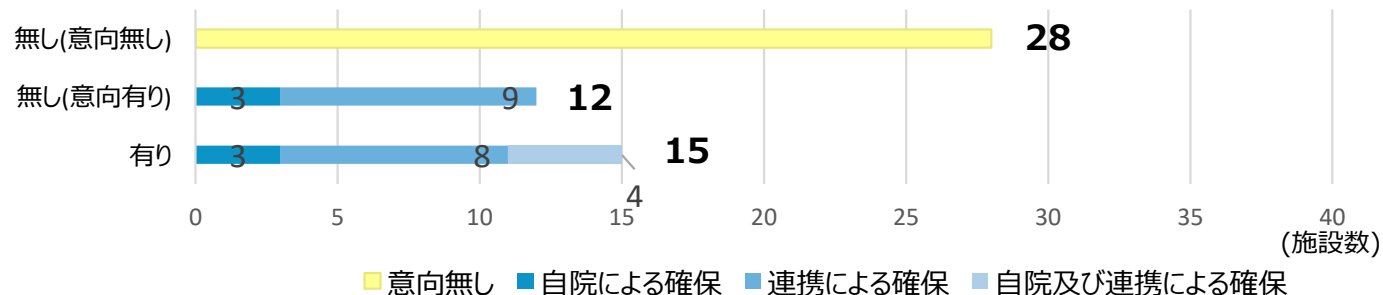
全施設数		平日 準夜帯 18時～22時	平日 深夜帯 22時～6時	休日
内科・外科領域	48	20	14	20
皮膚・形成外科領域	21	9	8	10
精神科・神経科領域	14	10	9	10
眼領域	6	5	4	5
産科領域	2	2	2	2
婦人科領域	5	5	3	5
乳腺領域	10	8	5	7
小児領域	23	9	7	11
		(施設数)		

自院での診療時間外の診療・電話対応が可能と回答した病院・診療所数

国が掲げる課題 在宅療養中の高齢者等の病状の急変等により、病院等への入院が必要となるケースや、その後の退院先との調整が必要となるケースが増加することが想定される。そのため、地域の医療機関等が連携し、入退院を円滑に行うための体制を構築すること。

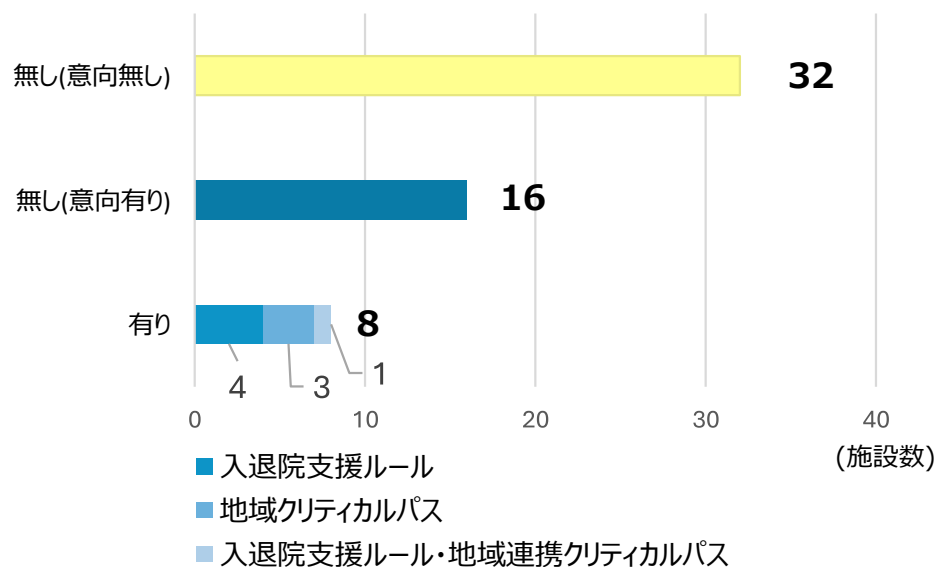
入院

自院又は連携による後方支援病床の確保

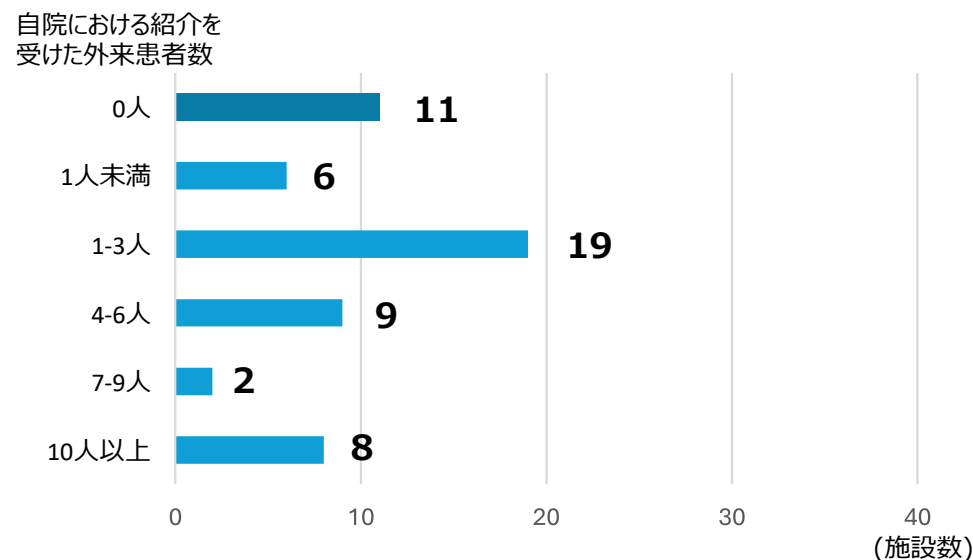


退院

地域の退院ルールや地域クリティカルパスへの参加状況



特定機能医療病院等から紹介状により紹介を受けた外来患者数別医療機関数（月平均）



国が掲げる課題 定期的な訪問診療、在宅患者の急変時における往診や連絡対応、看取り等に対応できる体制を構築すること。

在宅患者に対する往診体制について
(詳細は右下グラフ参照)

- 対応不可の医療機関
- 日中のみ対応可能な医療機関
- 24時間対応可能な医療機関

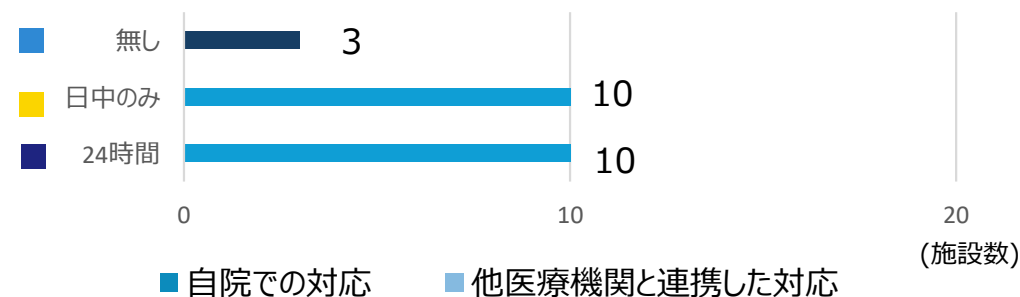
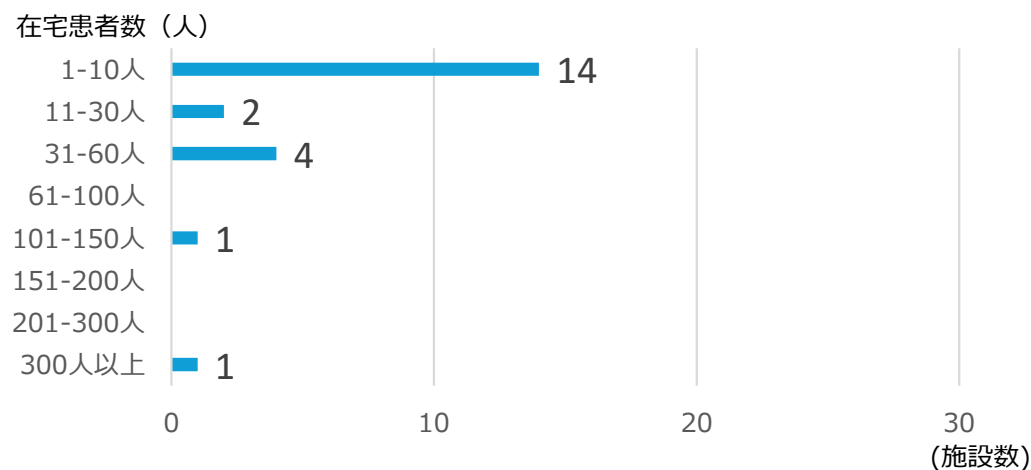


訪問診療を実施している診療所数 23

看取りを行っている施設数(※) 9

※看取り加算または在宅ターミナルケア加算のレセプトを取っている医療機関数

主治医として管理している在宅患者数別医療機関数



国が掲げる課題

医療機関が地域における介護の状況等について把握するとともに、医療・介護間で適切に患者の情報共有を行いながら医療や介護サービス等を切れ目なく提供できる体制を構築すること。

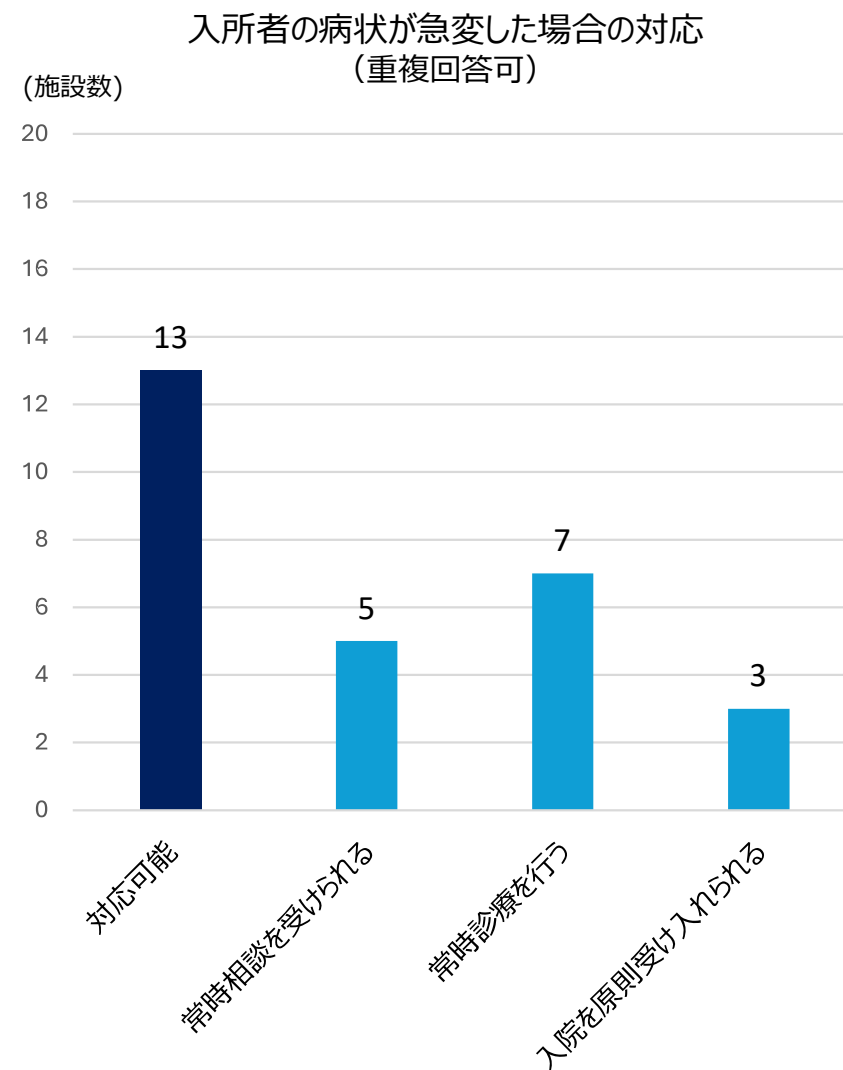
主治医意見書の作成	50
介護支援専門員や相談支援専門員と相談機会の設定・サービス担当者会議等への参加	28
地域ケア会議・市町村の在宅医療介護連携推進事業による協議の場への参加	16
居宅療養管理指導の対応	10
在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定回数	0
地域の医療介護情報共有ネットワーク（システムを含む）の仕組みへの参加	11

▶ どこでも連絡帳、とちまるネット、Medical care Station

人生の最終段階における医療・ケアに関する情報等を介護支援専門員や相談支援専門員へ提供	16
--	----

(施設数)

介護保険施設等における医療の提供体制について



法定健診・検診・予防接種等を実施している医療機関数

(施設数)

特定健診	23	定期予防接種	49
後期高齢者医療健康診査	30	学校医・園医	41
がん検診	6	産業医	26
職域健診	12	警察医	4
乳幼児健診	17		
学校健診	33		
妊婦健診	1		
産婦健診	1		
骨粗鬆症検診	2		
肝炎ウィルス検診	5		

本結果を踏まえ、地域において不足しているかかりつけ医機能について、ご意見をいただけますと幸いです。
 なお、いただいたご意見を踏まえ、第2回地域医療構想調整会議において、
 かかりつけ医機能の確保に必要な方策等について検討してまいります。



外来医療に関する
地域の協議の場

⑥ 地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討（第30条の18の5）

具体的方策の例

- ◆地域で不足する機能を担うための研修や支援の企画・実施
- ◆地域の医療機関に地域で不足する機能を担うよう働きかけ
- ◆地域の医療機関間の連携の強化 など

※介護等に関する事項を協議する場合には、市町村の参加を求め、介護等に関する各種計画の内容を考慮。

※高齢者保健事業や地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の状況に留意。

⑦協議

県東地域医療構想調整会議設置要綱

(設 置)

第1条 医療法(昭和23年法律第205号)第30条の14の規定に基づき、県東地域の医療提供体制を確保することを目的に、地域医療構想の実現に向けた協議等を行うため、「県東地域医療構想調整会議」(以下「調整会議」という。)を設置する。

(協議事項)

第2条 調整会議は、次に掲げる事項について協議する。

- (1) 地域医療構想に掲げる将来の目指すべき医療提供体制の協議等に関する事項
- (2) その他必要な事項

(組 織)

第3条 調整会議は、委員25名以内をもって構成する。

2 委員は、次に掲げる者の中から県東健康福祉センター所長が委嘱する。

- (1) 地域の医療関係団体等の代表
- (2) 地域の介護福祉関係団体等の代表
- (3) 学識経験者
- (4) その他地域の関係機関・団体の代表

(任 期)

第4条 委員の任期は2年以内とする。ただし、欠員が生じた場合の後任委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は再任することができる。

(議 長)

第5条 調整会議に議長を置く。

2 議長は、委員の互選により選出し、調整会議の進行にあたる。

3 議長は、必要があると認めるときは、調整会議に委員以外の者の出席を求めて意見を聴くことができる。

(会 議)

第6条 調整会議の会議は、県東健康福祉センター所長が招集する。

(部 会)

第7条 議長は、必要に応じて部会を設置することができる。

(事務局)

第8条 調整会議の事務局は、県東健康福祉センターに置く。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、調整会議の運営に関し必要な事項は、県東健康福祉センター所長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成29年8月17日から実施する。

この要綱は、平成30年7月10日から実施する。

この要綱は、令和5年6月28日から実施する。

県東地域病院及び有床診療所会議設置要綱

（設 置）

第1条 県東地域の医療提供体制を確保することを目的に、地域医療構想の実現に向けた協議等を行うため、県東地域医療構想調整会議設置要綱第7条の規定に基づき、「県東地域病院及び有床診療所会議」（以下「病診会議」という。）を設置する。

（協議事項）

第2条 病診会議は、次に掲げる事項について協議する。

- (1) 地域医療構想に掲げる将来の目指すべき医療提供体制の協議等に関する事項
- (2) その他必要な事項

（組 織）

第3条 病診会議は、次に掲げる者をもって組織する。

- (1) 病院及び有床診療所の代表
- (2) その他関係機関・団体の代表

（議 長）

第4条 病診会議に議長を置く。

2 議長は、県東地域医療構想調整会議の議長が務める。

（会 議）

第5条 病診会議の会議は、県東健康福祉センター所長が招集する。

（事務局）

第6条 病診会議の事務局は、県東健康福祉センターに置く。

（その他）

第7条 この要綱に定めるもののほか、病診会議の運営に関し必要な事項は、県東健康福祉センター所長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成30年7月10日から実施する。

R8病床数適正化緊急支援事業について

概 要

本事業は、効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関に対し、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に際して生じる負担について支援を行う

項目	病床数適正化緊急支援事業（新規）※国庫補助
目的	入院医療を継続するための病床数適正化に対する支援
対象	①R7.12.16～R9.3.31までに一般病床、療養病床、精神病床の削減を行う医療機関 ②「病床数適正化支援事業に係る事業計画（活用意向調査）の提出について」（R7年2月21日付厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）により、事業計画書の提出をもって削減の意向を示しつつ、R6.12.17からR7.9.30までに病床の削減を行い、都道府県に対して病床数の変更に関する届出を行った医療機関 ③「地域医療構想の取組の推進に向けた調査」（R7年8月14日付厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）において、病床を削減予定と報告を行い、現に病床を削減した医療機関
支給額	削減病床 1 床につき4,104千円（休床は2,052千円）
調整会議・医療審議会への協議	不要 →昨年度同様、対象医療機関には原則調整会議で報告いただくことを想定 ※100床以上削減の場合は調整会議での議論が必須
休床の扱い	支給対象

※国予算額（R7補正）：3,490億円（R6補正：428億円）

今後のスケジュール

6/23～7/14：申請（医療機関→県）※専用サイトに申請書をアップロードする形で申請
 7/15～8/23：採択可否通知（県→医療機関）
 8/24：提出期限（県→国）