

令和6(2024)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6(2024)年6月26日(水) 13:30～

場所：栃木県庁芳賀庁舎4階大会議室・WEB

1 開 会

2 議長あいさつ

3 議 題

- (1) 令和6(2024)年度地域医療構想の進め方について【資料1】
- (2) 病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量との差異の検証について【資料2】
- (3) 県東医療圏における医療の提供状況等について【資料3】
- (4) 推進区域の選定について
- (5) その他

4 閉 会

令和6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	保健医療関係団体	芳賀郡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		芳賀郡市薬剤師会長	山 口 友 也	出席（自施設）	
4		栃木県看護協会県東地区支部長	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	欠席	
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	斉 藤 正	欠席	
9	地区老人保健施設協議会	医療法人櫻美会理事長（ナーシングホーム青葉）	櫻 井 豊	欠席	
10	社会福祉関係団体	真岡市社会福祉協議会長	磯 野 里 子	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長	高 橋 圭 子	令和6年度～新任 欠席	
12	住民・患者代表者	真岡市女性団体連絡協議会長	猪 野 正 子	令和6年度～新任 欠席	
13	医療保険者	全国健康保険協会栃木支部長	宮 崎 務	代理：遠藤正三郎 （自施設）	
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	久 保 明 紀	出席（自施設）	
16		益子町福祉子育て課長	三 尾 谷 治	令和6年度～新任 代理：保健センター所長 高浜幸子（自施設）	
17		茂木町保健福祉課長	櫻 井 光 一	出席（自施設）	
18		市貝町町民くらし課長	國 井 美 由 紀	欠席	
19		芳賀町健康福祉課長	仲 尾 周	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	大 原 智 子		
21	病院及び有床診療所	福田記念病院長	福 田 晴 美	出席（会場）	
22		菊池病院長	菊 池 正 之	欠席	
23		芳賀中央病院長	中 野 智 文	出席（自施設）	
24		小菅クリニック院長	小 菅 周 一	欠席	
25		桜井内科医院長	櫻 井 光 一	欠席	
26		有床診療所	二宮中央クリニック理事長	鈴 木 一 実	出席（自施設）
27		真岡メディカルクリニック院長	伊 藤 千 春	欠席	
28	普門院診療所院長	田 中 麻 香	出席（自施設）		
29	地域医療構想アドバイザー		稲 野 秀 孝	欠席	
30			白 石 悟	欠席	
31	【事務局】 県東健康福祉センター	次長兼総務福祉部長	吉 田 昌 広		
32		地域保健部長補佐（総括）	齋 藤 美 保 子		
33		部長補佐（総括）兼総務企画課長	小 堀 弘 人		
34		総務企画課主査	尾 島 好 一		
35		総務企画課主査	玉 木 志 保		
36		総務企画課主事	大 橋 建 太		
37		総務企画課技師	高 山 尚 志		
38	【事務局】 医療政策課	課長	原 戸 正 道		
39		主幹（GL）	早 川 貴 裕		
40		地域医療担当副主幹	渡 辺 光		
41		地域医療担当主査	竹 内 雄 飛		
42		地域医療担当主事	藤 田 梅 乃		

※出席（自施設）はWEBによる参加

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。

地域医療構想の進め方について

地域医療構想について

- 地域医療構想は、**中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化**を見据え、**医療機関の機能分化・連携**を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするもの。
- ① 都道府県において、各構想区域における**2025年の医療需要と「病床数の必要量」**について、**医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、地域医療構想として策定。**
- ② 各医療機関から都道府県に対し、現在の病床機能と今後の方向性等を**「病床機能報告」**により報告。
- ③ 各構想区域に設置された**「地域医療構想調整会議」**において、**病床の機能分化・連携に向けた協議**を実施。
- ④ 都道府県は**「地域医療介護総合確保基金」**を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援。さらに、自主的な取組だけでは進まない場合、「医療法に定められている権限の行使を含めた役割」を適切に発揮することで、地域医療構想の実現を図る。

地域医療構想に関する主な経緯や都道府県の責務の明確化等に係る取組・支援等

年度	主な経緯	制度改正等	財政支援等	金融・税制優遇
～H28	病床機能報告の開始 全都道府県で地域医療構想を策定	<ul style="list-style-type: none"> ○医療法改正（H26年公布） <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想、病床機能報告制度の創設 ・病床機能報告における過剰な医療機能への転換時の対応 ・地域医療構想調整会議の協議が整わないとき等の対応 ・非稼働病床の削減に向けた対応 ○通知：地域医療構想ガイドライン（H29.3.31局長通知） 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域医療介護総合確保基金の創設 ・地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域医療構想に係る優遇融資 ・増改築費用、長期運転資金
H29	公立・公的医療機関において、先行して対応方針の策定	<ul style="list-style-type: none"> ○事務連絡：地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について（H29.9.29） <ul style="list-style-type: none"> ・適切な医療機能の報告 ○通知：地域医療構想の進め方について（H30.2.7課長通知） <ul style="list-style-type: none"> ・個別の医療機関ごとの対応方針のとりまとめ ・新たな医療機関の開設の許可申請への対応（不足する医療機能の提供に係る条件付き許可を付す場合の整理） ・非稼働病床を有する医療機関への削減に向けた対応（地域医療構想調整会議での説明等） ・地域医療構想調整会議の年間スケジュールの作成 		
H30		<ul style="list-style-type: none"> ○医療法改正(地域医療構想の実現のため知事権限の追加) <ul style="list-style-type: none"> ・新たな医療機関の開設等の許可申請への対応（将来の病床の必要量を超える場合の対応） ○通知：地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策（H30.6.22課長通知） <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県単位の地域医療構想調整会議、都道府県主催研修会、地域医療構想アドバイザーの設置等 ○通知：地域の実情に応じた定量的な基準の導入（H30.8.16課長通知） <ul style="list-style-type: none"> ・定量的基準の導入 		
R1	公立・公的医療機関等の対応方針の再検証	<ul style="list-style-type: none"> ○通知：公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について（R2.1.17局長通知） <ul style="list-style-type: none"> ・公立・公的医療機関等の対応方針の再検証等の実施 		<ul style="list-style-type: none"> ○地域医療構想実現のための特別償却制度 ・法人税優遇措置
R2			<ul style="list-style-type: none"> ○病床機能再編支援事業の開始 ○重点支援区域の開始 	
R3	医療機関の対応方針の策定や検証・見直し	<ul style="list-style-type: none"> ○通知：地域医療構想の進め方について（R4.3.24局長通知） <ul style="list-style-type: none"> ・各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しの実施 ・検討状況の定期的な公表 	<ul style="list-style-type: none"> ○医療介護総合確保法改正 <ul style="list-style-type: none"> ・再編計画の認定制度創設 ・病床機能再編支援事業基金化 	<ul style="list-style-type: none"> ○認定再編計画に係る登録免許税優遇措置
R4	地域医療構想の進捗状況の検証	<ul style="list-style-type: none"> ○告示：医療提供体制の確保に関する基本方針（R5.3.31一部改正） ○通知：地域医療構想の進め方について（R5.3.31課長通知） <ul style="list-style-type: none"> ・PDCAサイクルを通じた地域医療構想の推進 		<ul style="list-style-type: none"> ○認定再編計画に係る不動産取得税優遇措置 ○認定再編計画に係る優遇融資 ・増改築費用、長期運転資金

※制度・支援・優遇については、開始以降、継続的に実施。

推進区域（仮称）の設定について（案）

推進区域（仮称）の設定の考え方

- 地域医療構想については、各医療機関の対応方針の策定率等の年度目標の設定、進捗状況の検証、当該検証を踏まえた必要な対応等によるPDCAサイクルを通じて推進している。
- こうした中、都道府県に対して、取組状況の調査を行うとともに、病床数の変化等を分析したところ、病床機能報告の合計病床数は2025年の必要量と同程度の水準となり、機能別の病床数は急性期が減少し、回復期が増加するなど、全体として必要量の方向に進捗している。一方で、全ての構想区域において医療提供体制上の課題があること、構想区域別にみると必要量との大きい乖離が残っている区域があること等が明らかになった。
- こうしたことから、これまでのPDCAサイクルの取組を更に推進するため、令和6年3月に厚生労働省医政局長通知を発出し、病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる区域について、**厚生労働省において、都道府県にご相談した上で、推進区域（仮称）として都道府県あたり1～2か所設定**し、都道府県においては、地域医療構想調整会議で協議を行い、推進区域（仮称）における医療提供体制上の課題、当該課題解決に向けた方向性及び具体的な取組内容を含む区域対応方針（仮称）を策定することとした。
- 推進区域（仮称）については、これまでの取組状況等を踏まえ、以下の区域から設定することとしたい。
 - ① **データの特性だけでは説明できない合計病床数の必要量との差異が特に生じている区域**
 - ② **データの特性だけでは説明できない機能別病床数の必要量との差異が特に生じている区域**
 - ③ **令和5年9月末調査において再検証対象医療機関における対応状況として検証中または検証未開始の医療機関がある区域**
 - ④ **その他医療提供体制上の課題があって重点的な支援の必要性があると考えられる区域**

※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量の計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

※ 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はなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものである。 3

モデル推進区域（仮称）の設定によるアウトリーチの伴走支援について（案）

厚生労働省説明会資料

モデル推進区域（仮称）の設定の考え方

- モデル推進区域（仮称）については、厚生労働省において、推進区域の中から、都道府県にご相談した上で、全国に10～20か所程度設定するものであり、病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる区域を設定する。
- 具体的には、必要量より多くなっている機能別病床について、2015年と比べて、病床数が増加かつ病床利用率※が低下している、医療提供体制上の課題の分析や地域医療連携推進法人制度の活用等を行い、将来に向けて地域医療構想を進めようとしているなど、医療提供体制上の課題があつて重点的な支援の必要性があると考えられる構想区域を設定することとしたい。

（※）病床利用率については、病床機能報告の数値を活用し、医療施設調査等と同様の考え方により、「 $\frac{\text{年間在棟患者延数}}{\text{病床数} \times 365} \times 100$ 」として算出。

伴走支援

○技術的支援（例）

（下線は従来の重点支援区域における技術的支援では実施していない支援策）

- ・ 地域の医療事情に関するデータ提供・分析
- ・ 構想区域からの依頼に基づき議論の場・講演会、住民説明会などへの国職員の出席
- ・ 関係者との議論を行う際の資料作成支援
- ・ 関係者の協議の場の設定
- ・ 都道府県コンシェルジュ（ワンストップ窓口）の設置
- ・ 地域医療構想を進めるための構想区域内の課題把握
- ・ 分析結果を踏まえた取組の検討に関する支援
- ・ 定量的基準の導入に関する支援
- ・ 地域の枠組みを超えた構想区域や都道府県間の意見交換会の設定
- ・ 区域対応方針（※）の作成支援

（※）「地域医療構想の進め方について」（令和5年3月31日付け医政地発 0331 第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）において示した、構想区域の今後対応すべき具体的な課題を明確化した上で、当該課題を解決するために年度毎に策定する工程表を含む。

○財政的支援

モデル推進区域（仮称）が属する都道府県に対しては、重点支援区域への支援と同様に、地域医療介護総合確保基金について事業区分Ⅱ・Ⅳについて優先配分を行うほか、個別医療機関の再編統合を実施する場合には上乗せの財政支援を行う。

※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量の計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

※ 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はなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものである。

新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

- 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

【現状】

- 各構想区域の2025年の病床の必要量について、病床機能ごとに推計し、都道府県が地域医療構想を策定。
- 各医療機関から都道府県に、現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。
- 将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が地域医療構想調整会議（二次医療圏が多数）で協議。
- 都道府県は地域医療介護総合確保基金等を活用して支援。

など

【主な課題】

- 2025年の病床の必要量に病床の合計・機能別とも近付いているが、**構想区域ごと・機能ごとに乖離。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、**外来や在宅医療等**を含めた、**医療提供体制全体の議論が不十分。**
- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、**在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供する必要。**その際、**かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。**
- 2040年までみると、都市部と過疎地等で、**地域ごとに人口変動の状況が異なる。**
- **生産年齢人口の減少等**がある中、**医師の働き方改革**を進めながら、地域に必要な医療提供体制を確保する必要。

など

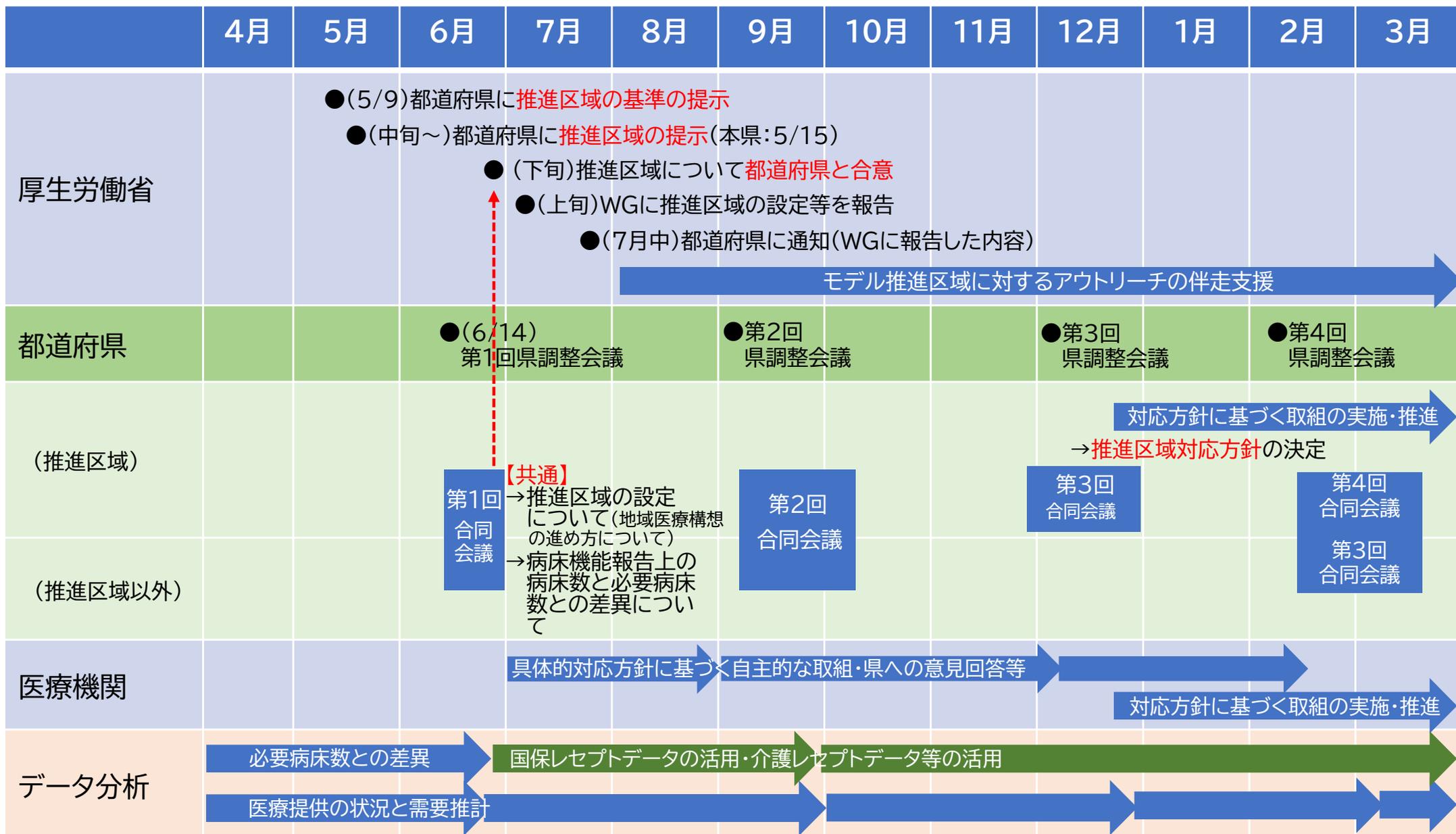
【主な検討事項（案）】

- **2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル**
 - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）等
- **病床の機能分化・連携の更なる推進**
 - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
 - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
 - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限 等
- **地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論**
 - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
 - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
 - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限
 - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

本県における主な取組事項(案)

- **県地域医療構想調整会議**の見直し及び**議長連絡会**の設置
- 各構想区域の地域医療構想調整会議における議論の活性化に向けた見直し
- **推進区域**(またはモデル推進区域)の設定
- 病床機能報告上の病床数と地域医療構想における将来の必要病床数の**差異の検証**
→ 定量基準やDPCデータによる評価
- **医療データ分析**の実施
→ 医療介護の将来需要推計、DPCデータや病床機能報告等を用いた病院ごとの診療実績の見える化
- **県立病院**のあり方検討
- **救急医療**のあり方検討
- 次期地域医療構想の策定(R8年度)を見据えた**グランドデザイン(基本構想)の検討**
→ (イメージ) ・ 県全体及び地域における入院、外来、救急、在宅医療・介護/地域包括ケアシステムのあり方
・ 入院医療機関の役割分担・連携のあり方
・ 分野・事業ごとの連携体制のあり方
・ 医療介護人材確保の取組 等

令和6(2024)年度の地域医療構想に係るスケジュール(案)



※合同会議・・・地域医療構想調整会議・病院及び有床診療所会議 合同会議

病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量との差異の検証

～定量基準(案)による検討(仮)～

- 病院は**入院基本料および基本料届出病床数に基づき算出**(休棟病棟は除いて算出)
 - 届出病床数ベースで算出したため、病床機能報告の合計値とは差異がある
 - 入院基本料の届出なし(報告なし)の病棟は、病床機能報告で医療機関が選択した機能で算出
 - 有床診療所は以下の考え方に基づき算出
 - 鹿児島県方式：病床機能報告に同じ
 - 静岡県方式、栃木県案：「有床診療所療養病床入院基本料」＝「慢性期」
手術件数100件or放射線治療ありor化学療法件数50件以上＝「急性期」
上記以外は「回復期」
- ※ 有床診療所は機械的に上記の考え方で整理したため、「回復期」となるケースが多い

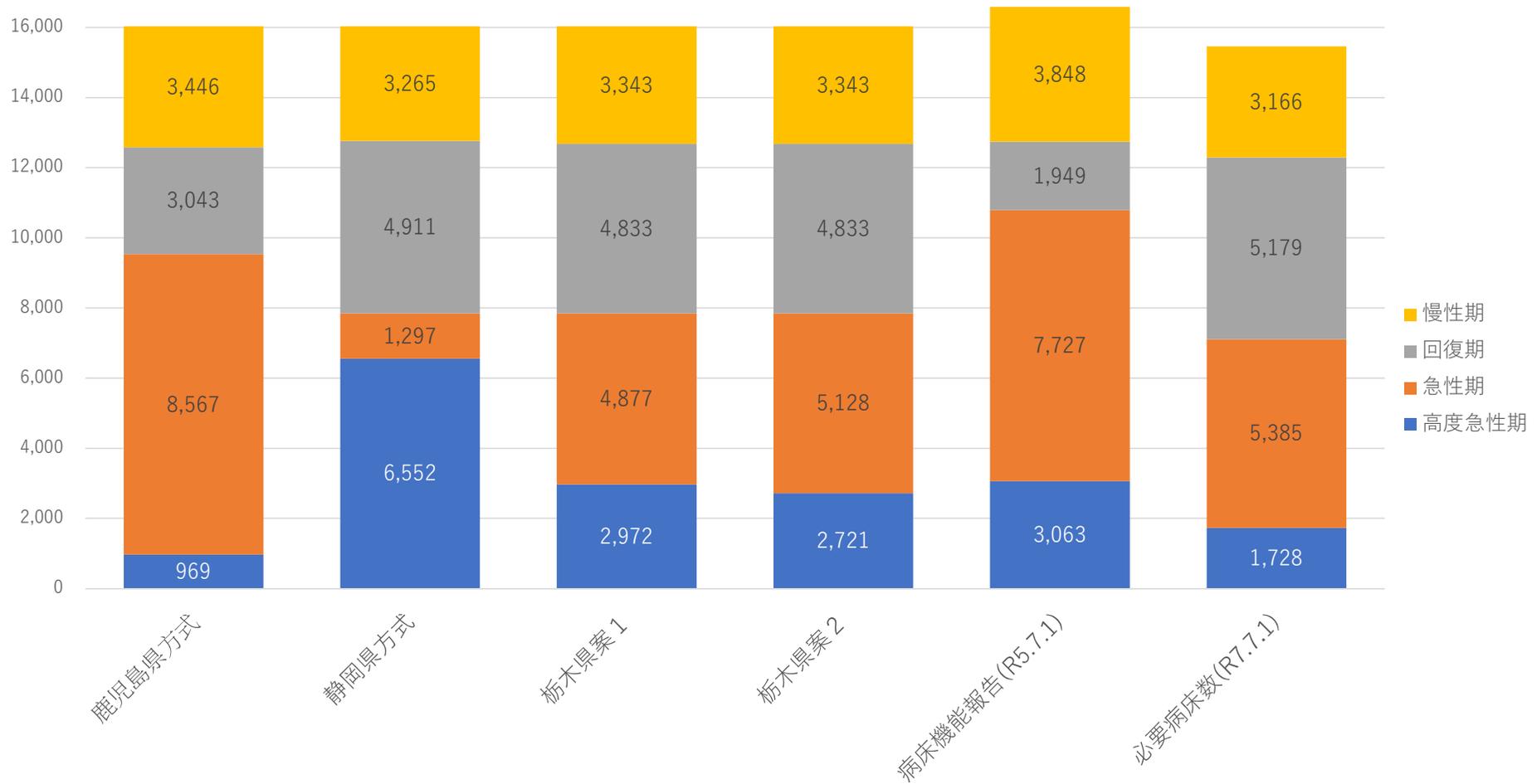
定量基準の比較

No.	入院基本料等	鹿児島県	静岡県	栃木県案1	栃木県案2
1	急性期一般入院料1	急性期	高度急性期	急性期	急性期
2	急性期一般入院料2	急性期	高度急性期	急性期	急性期
3	急性期一般入院料3	急性期	高度急性期	急性期	急性期
4	急性期一般入院料4	急性期	回復期	回復期	回復期
5	急性期一般入院料5	急性期	回復期	回復期	回復期
6	急性期一般入院料6	急性期	回復期	回復期	回復期
7	地域一般入院料1	回復期	回復期	回復期	回復期
8	地域一般入院料2	回復期	回復期	回復期	回復期
9	地域一般入院料3	回復期	回復期	回復期	回復期
10	一般病棟特別入院基本料	回復期	慢性期	回復期	回復期
11	療養病棟入院料1	慢性期	慢性期	慢性期	慢性期
12	療養病棟入院料2	慢性期	慢性期	慢性期	慢性期
13	特定機能病院一般病棟7対1入院基本料	急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
14	特定機能病院一般病棟10対1入院基本料	急性期	-	急性期	急性期
15	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	回復期	-	回復期	回復期
16	専門病院7対1入院基本料	急性期	高度急性期	高度急性期	急性期
17	専門病院10対1入院基本料	急性期	高度急性期	急性期	急性期
18	専門病院13対1入院基本料	回復期	高度急性期	回復期	回復期
19	障害者施設等7対1入院基本料	慢性期	慢性期	慢性期	慢性期
20	障害者施設等10対1入院基本料	慢性期	慢性期	慢性期	慢性期
21	障害者施設等13対1入院基本料	慢性期	慢性期	慢性期	慢性期
22	障害者施設等15対1入院基本料	慢性期	慢性期	慢性期	慢性期
23	救命救急入院料1	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
24	救命救急入院料2	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
25	救命救急入院料3	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
26	救命救急入院料4	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
27	特定集中治療室管理料1	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
28	特定集中治療室管理料2	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
29	特定集中治療室管理料3	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
30	特定集中治療室管理料4	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
31	ハイケアユニット入院医療管理料1	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
32	ハイケアユニット入院医療管理料2	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期

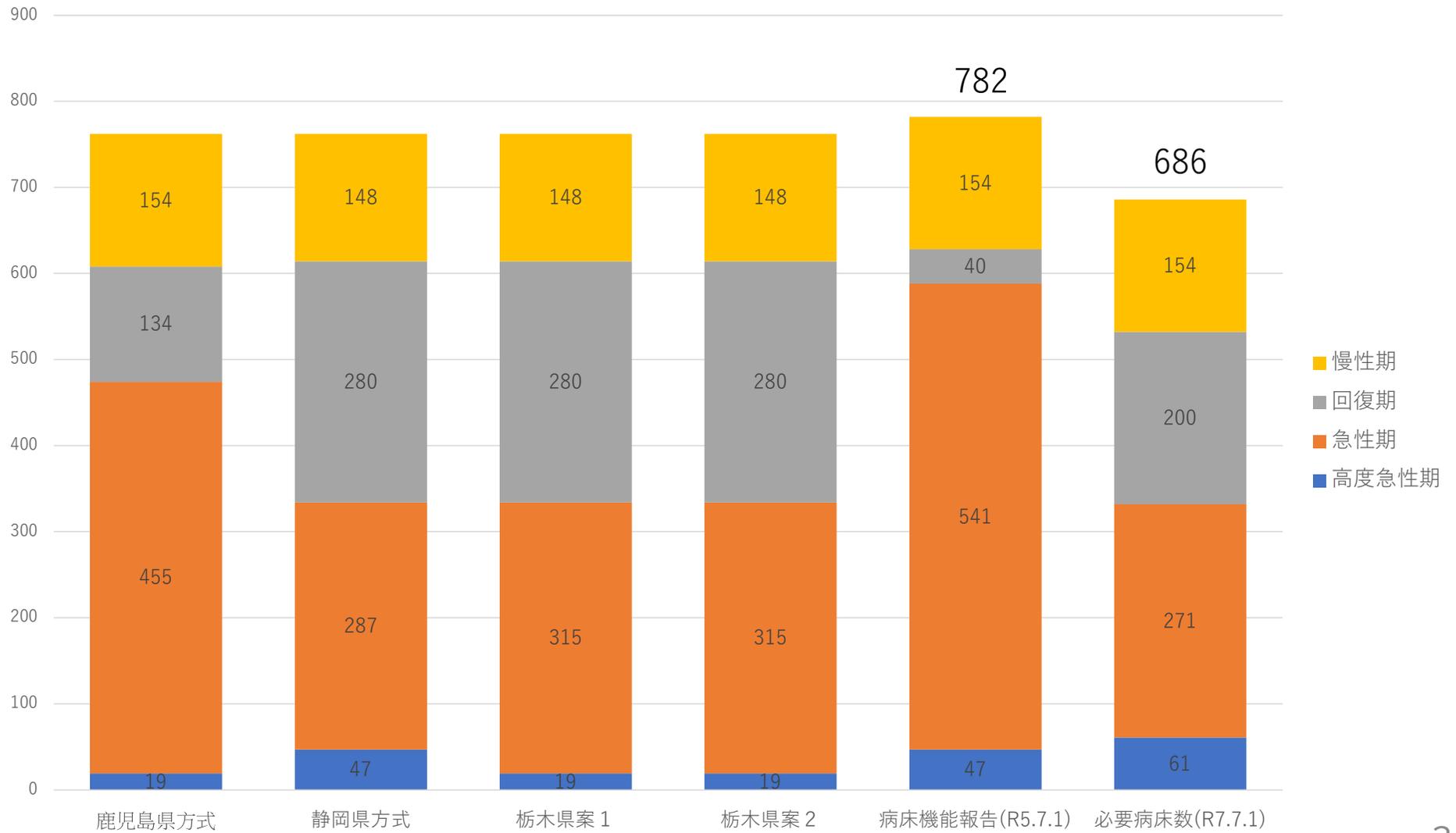
No.	入院基本料等	鹿児島県	静岡県	栃木県案1	栃木県案2
33	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
34	小児特定集中治療室管理料	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
35	新生児特定集中治療室管理料1	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
36	新生児特定集中治療室管理料2	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
37	総合周産期特定集中治療室管理料（母胎・胎児）	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
38	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
39	新生児治療回復室入院管理料	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
40	特殊疾患入院医療管理料	慢性期	慢性期	慢性期	慢性期
41	小児入院医療管理料1	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
42	小児入院医療管理料2	急性期	急性期	急性期	急性期
43	小児入院医療管理料3	急性期	急性期	急性期	急性期
44	小児入院医療管理料4	回復期	回復期	回復期	回復期
45	小児入院医療管理料5	回復期	回復期	回復期	回復期
46	回復期リハビリテーション病棟入院料1	回復期	回復期	回復期	回復期
47	回復期リハビリテーション病棟入院料2	回復期	回復期	回復期	回復期
48	回復期リハビリテーション病棟入院料3	回復期	回復期	回復期	回復期
49	回復期リハビリテーション病棟入院料4	回復期	回復期	回復期	回復期
50	回復期リハビリテーション病棟入院料5	回復期	回復期	回復期	回復期
51	地域包括ケア病棟入院料1	回復期	回復期	回復期	回復期
52	地域包括ケア病棟入院料2	回復期	回復期	回復期	回復期
53	地域包括ケア病棟入院料3	回復期	回復期	回復期	回復期
54	地域包括ケア病棟入院料4	回復期	回復期	回復期	回復期
55	地域包括ケア入院医療管理料1	回復期	回復期	回復期	回復期
56	地域包括ケア入院医療管理料2	回復期	回復期	回復期	回復期
57	地域包括ケア入院医療管理料3	回復期	回復期	回復期	回復期
58	地域包括ケア入院医療管理料4	回復期	回復期	回復期	回復期
59	緩和ケア病棟入院料1	回復期	回復期	回復期	回復期
60	緩和ケア病棟入院料2	慢性期	回復期	慢性期	慢性期
61	特定一般病棟入院料1	回復期	回復期	回復期	回復期
62	特定一般病棟入院料2	回復期	回復期	回復期	回復期
63	特殊疾患病棟入院料1	慢性期	慢性期	慢性期	慢性期
64	特殊疾患病棟入院料2	慢性期	慢性期	慢性期	慢性期

県全体

- 定量基準（案）により算出した病床機能別の病床数を見ると、病床機能報告に比べ、回復期病床数が必要病床数に近づいている
- 引き続き、病床機能報告と必要病床数における差異について検証を進めるため、定量基準の活用について検討を重ねる

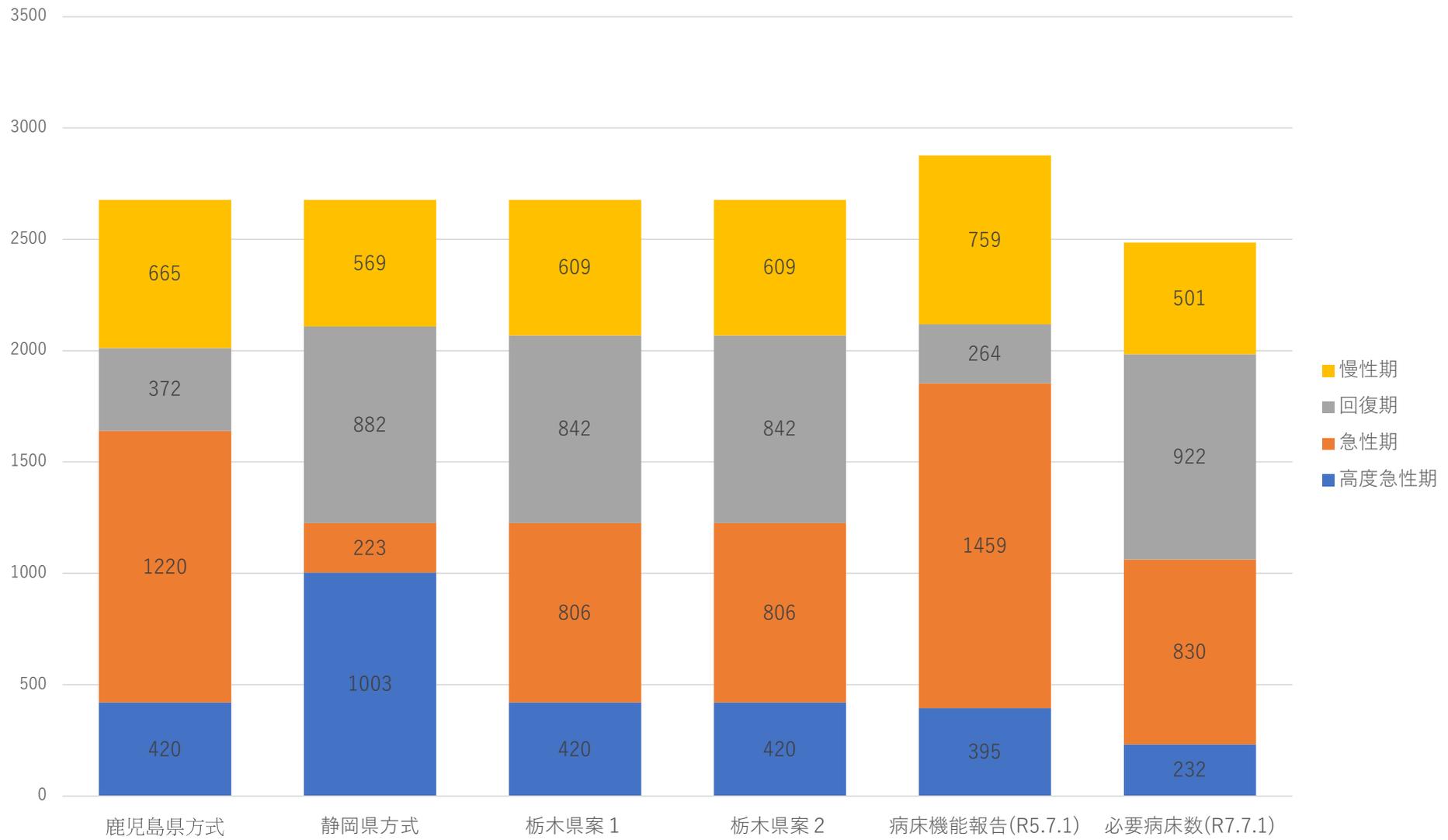


県東医療圏

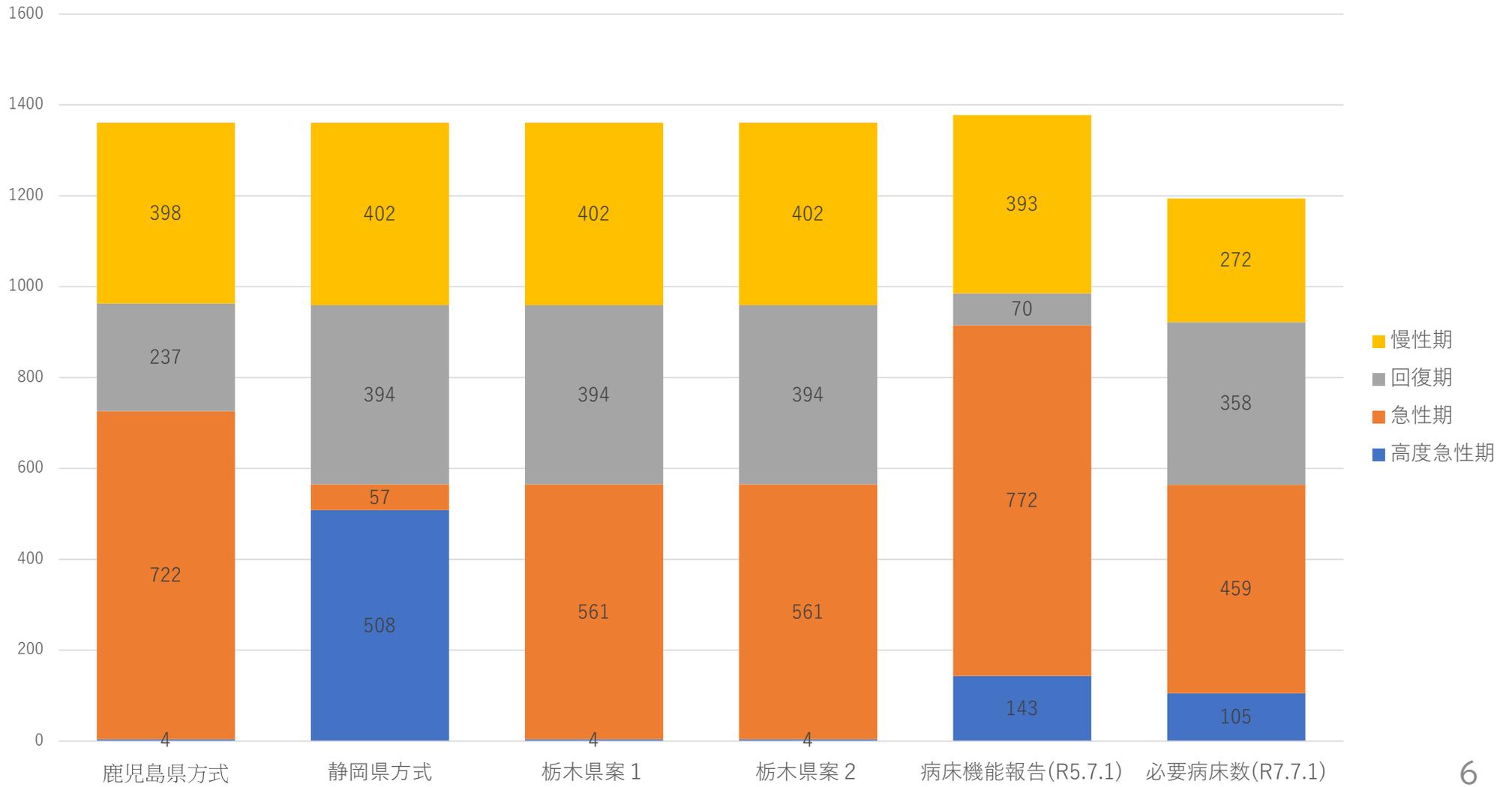


參考資料

県北医療圏

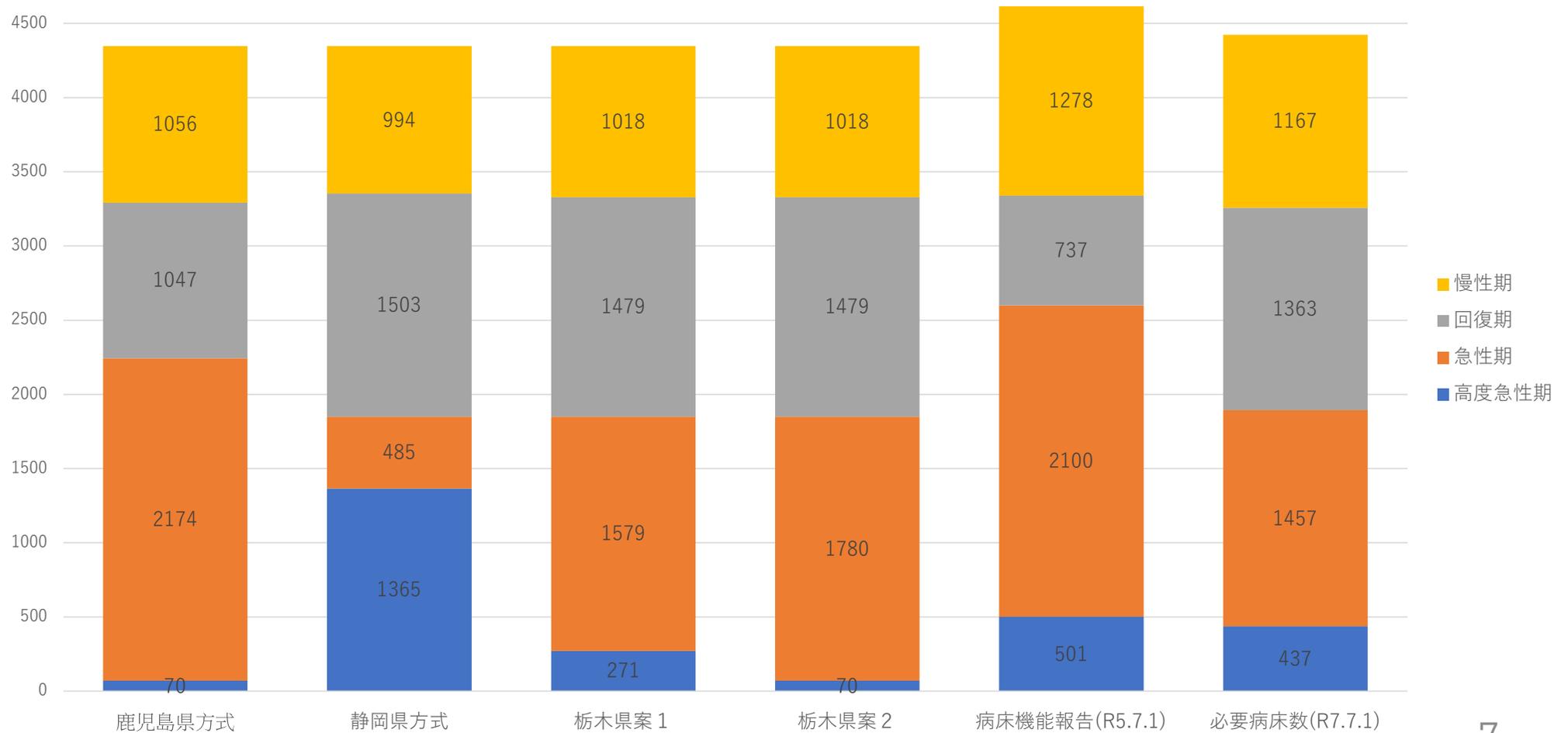


県西医療圏

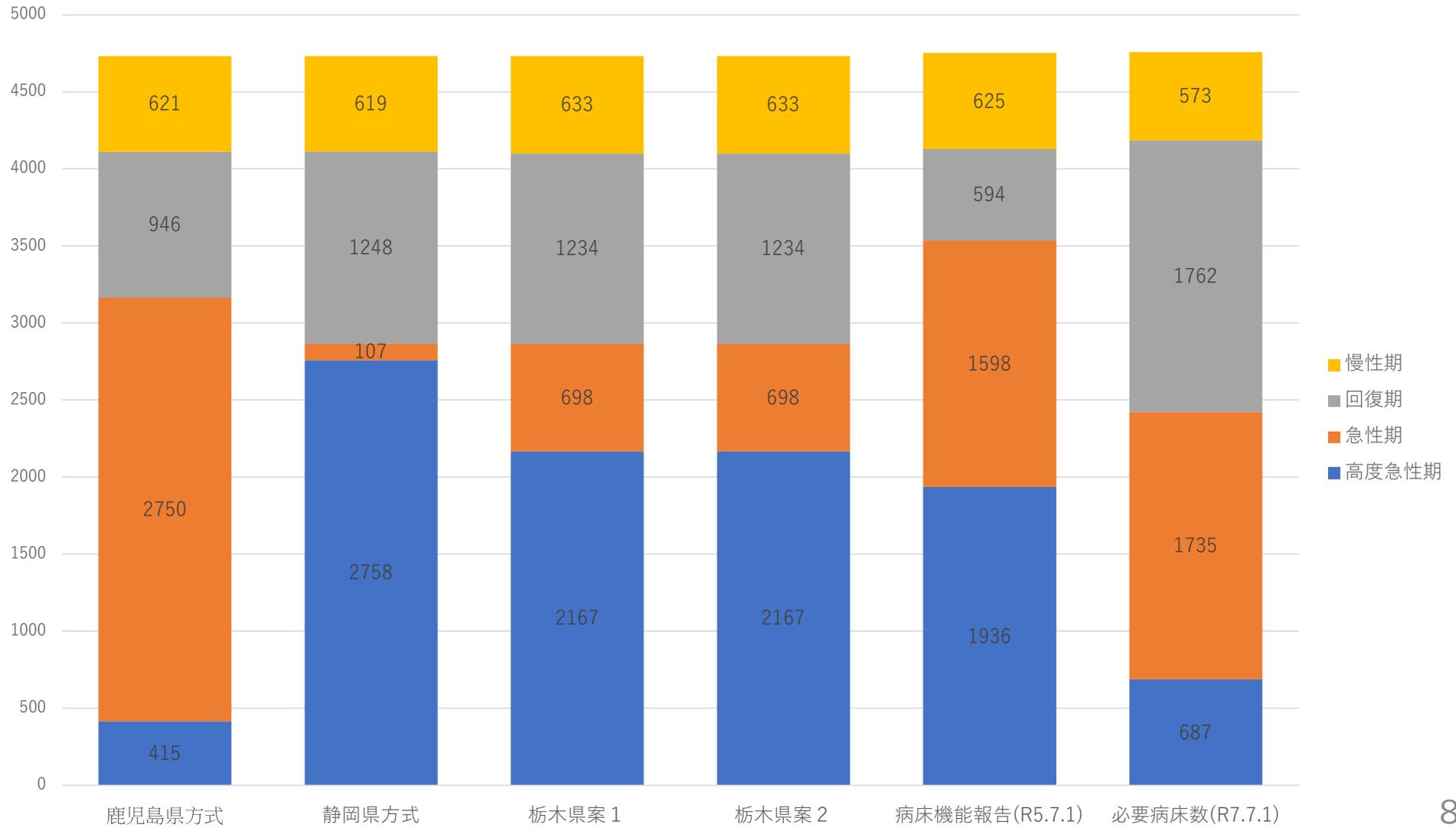


宇都宮医療圏

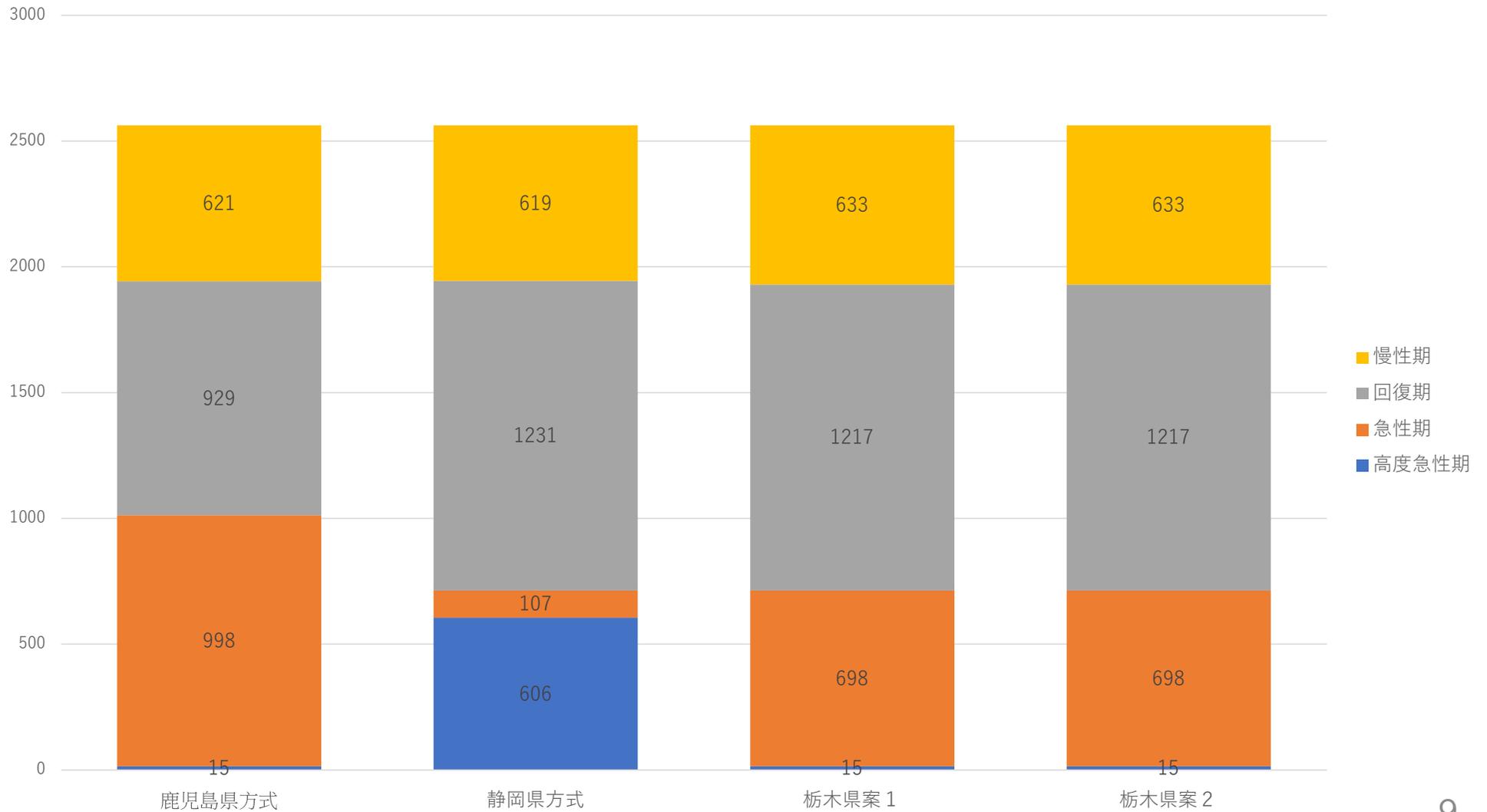
- 宇都宮医療圏においても、県全体の傾向と同様に、定量基準（案）により算出した病床機能別の病床数を見ると、病床機能報告に比べ、回復期病床数が必要病床数に近づいている



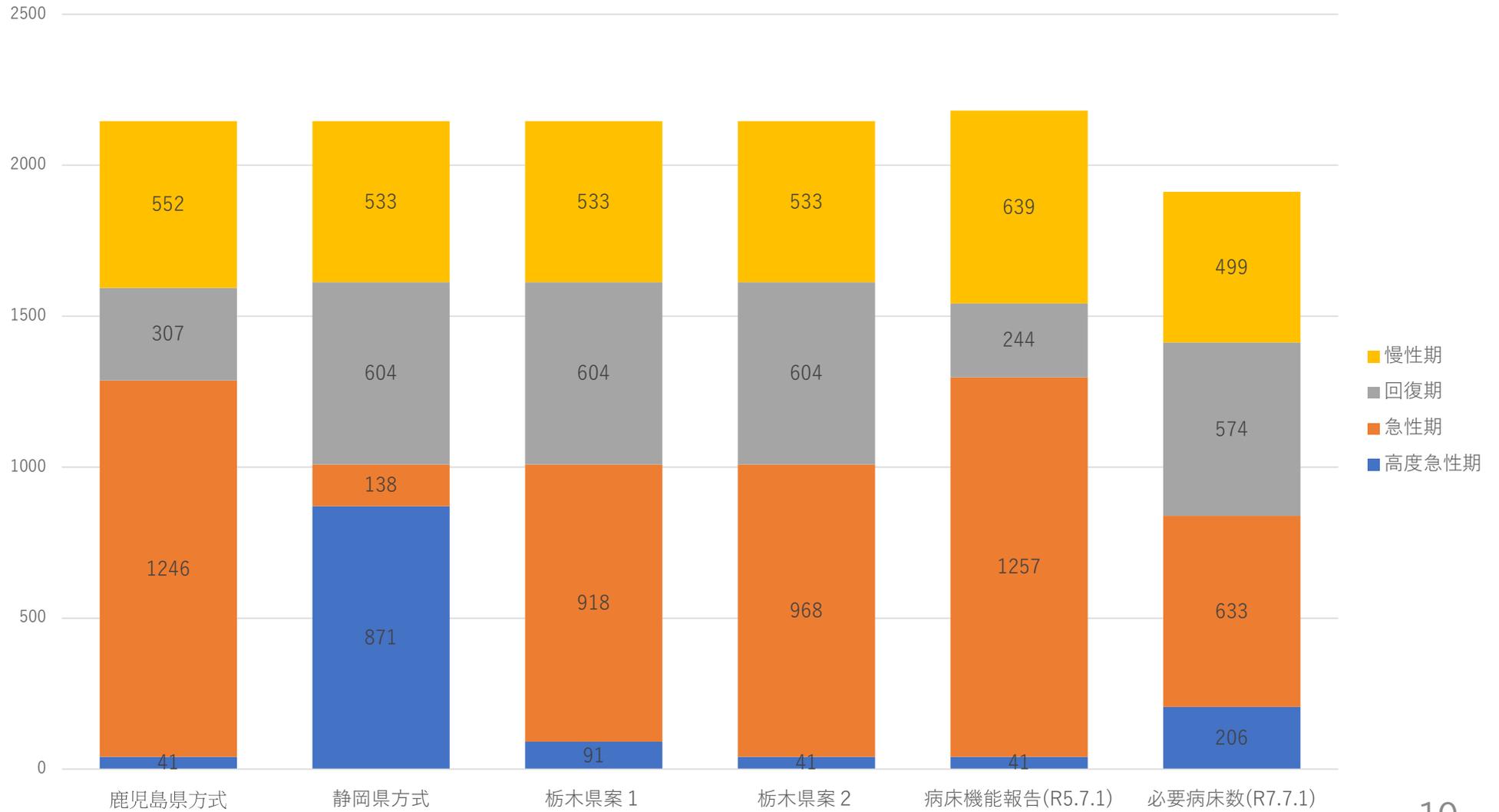
県南医療圏



【参考】県南医療圏（大学病院除く）



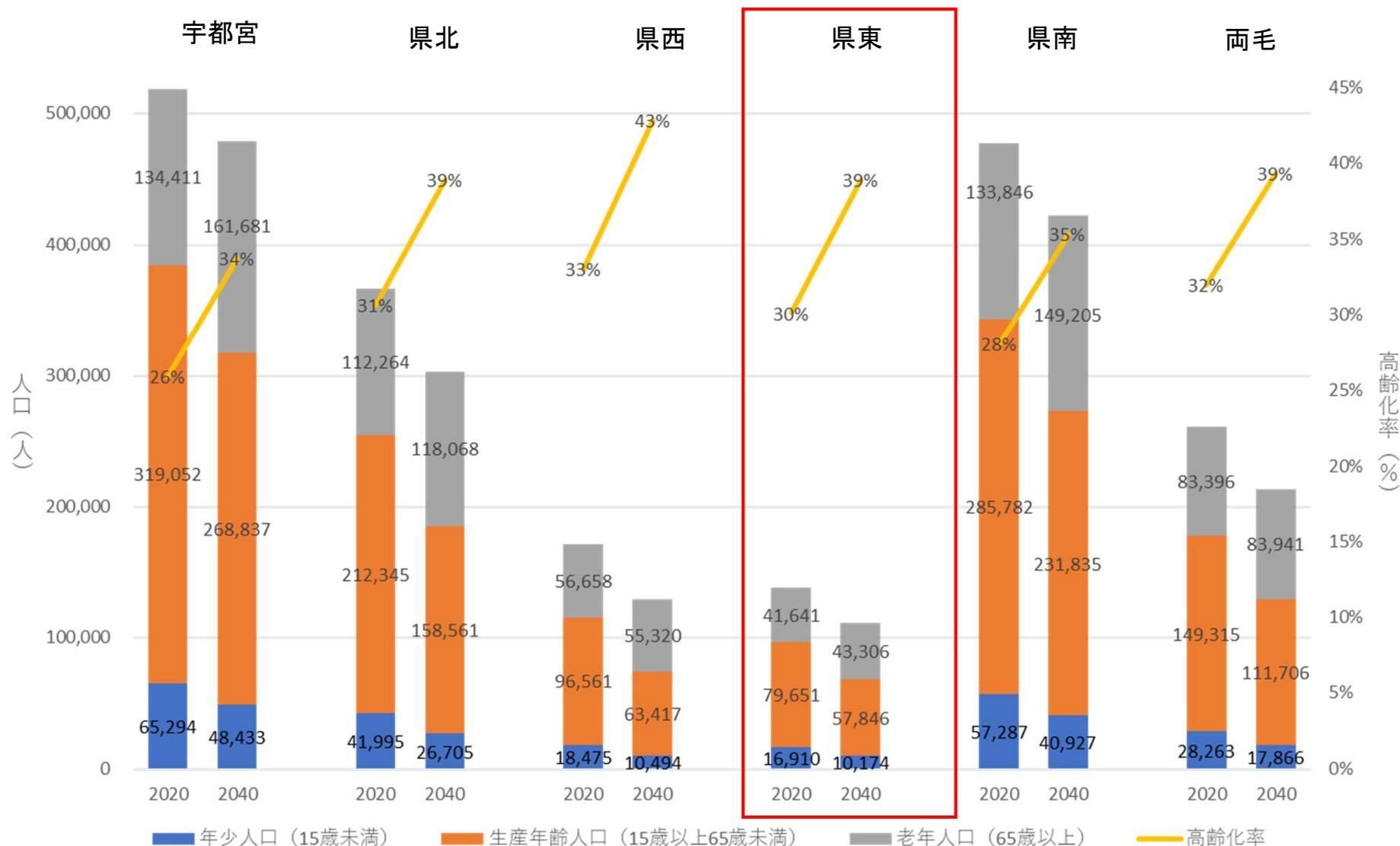
両毛医療圏



県東地域の医療の提供状況等と 医療需要推計について

人口の推移（医療圏別）

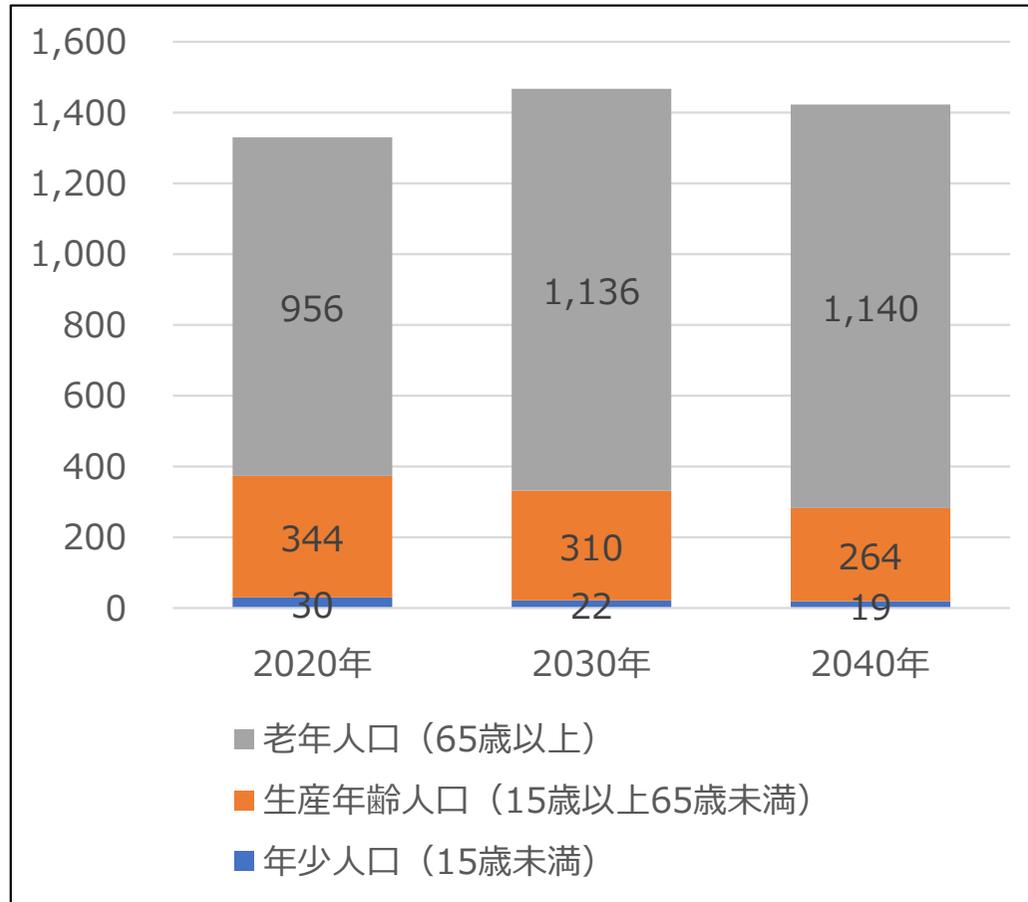
- 2040年に向け、各医療圏で年少人口、生産年齢人口が減少する一方、老年人口は増加する見通し（県西除く）
- 2040年の県東圏域の高齢化率は他圏域とほぼ同じである。
- 2020年から2040年にかけて、**県東圏域の老年人口は約1.04倍の増加となりほぼ横ばいである。**



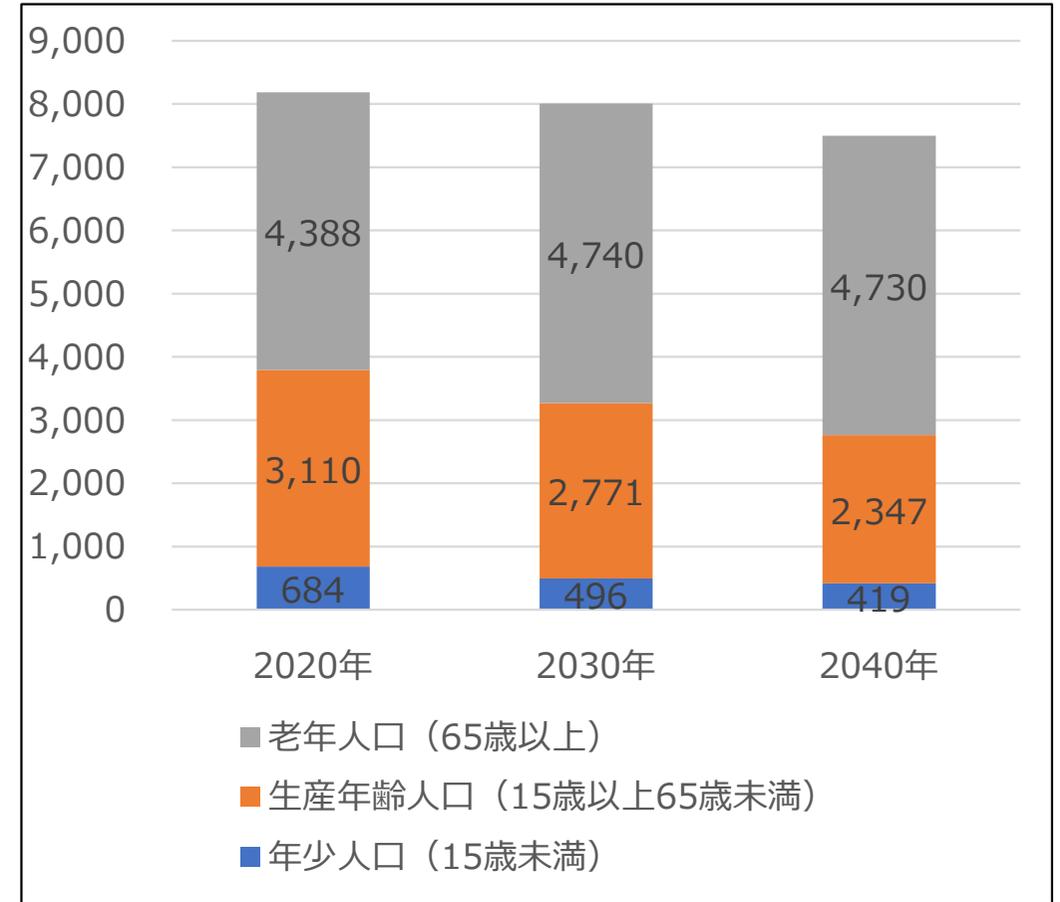
県東圏域の医療需要推計（H29受療率×人口推計）

- 栃木県全体の人口は減少するが、**老年人口の増加に伴って医療需要は増加**
- 年齢構成で見ると、入院・外来ともに老年人口の患者数が増加
- 高齢者の増加に伴い**医療介護の複合ニーズを有する患者への対応**が益々重要になる

医療需要（入院）



医療需要（外来）



出所：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）」、厚生労働省「平成29年患者調査」より作成

各医療圏の入院患者流出入状況（令和4年度DPCデータ）

- 医療圏毎の入院患者の**流出**状況を見ると、「**県西**」、「**県北**」が多い
- **流入**状況を見ると、「**県南**」、「**宇都宮**」が多い
- 「**宇都宮**」は**流出入**ともに**同程度の割合**を有しており、患者の出入りが多い地域と言える

患者の医療圏

施設の医療圏

	宇都宮	県西	県東	県南	県北	両毛	県外
宇都宮	25,200	2,176	921	1,146	3,823	118	728
県西	439	9,813	32	210	387	43	199
県東	281	19	7,602	245	110	10	387
県南	8,906	4,607	3,391	32,431	2,927	2,379	8,799
県北	350	109	111	77	24,670	14	1,102
両毛	69	27	5	1,069	19	18,135	3,375

圏域	流入割合	流出割合
宇都宮	26.1%	28.5%
県北	6.7%	22.8%
県西	11.8%	41.4%
県東	12.2%	37.0%
県南	48.9%	7.8%
両毛	20.1%	12.4%

【流入割合】

医療圏内の施設に入院した患者のうち、他医療圏の患者が占める割合

【流出割合】

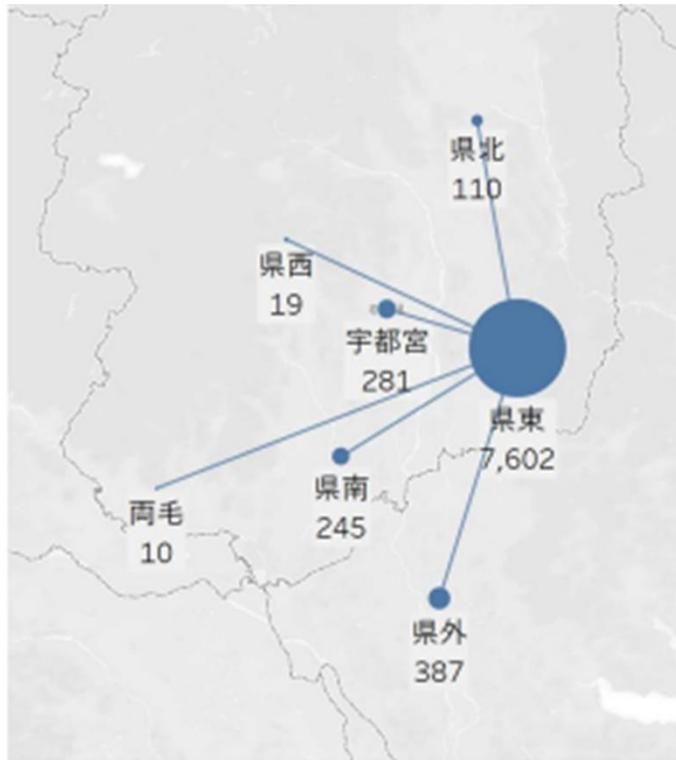
医療圏内の患者のうち、他医療圏の施設に入院した患者が占める割合

県東医療圏の入院患者流出入状況（令和4年度DPCデータ）

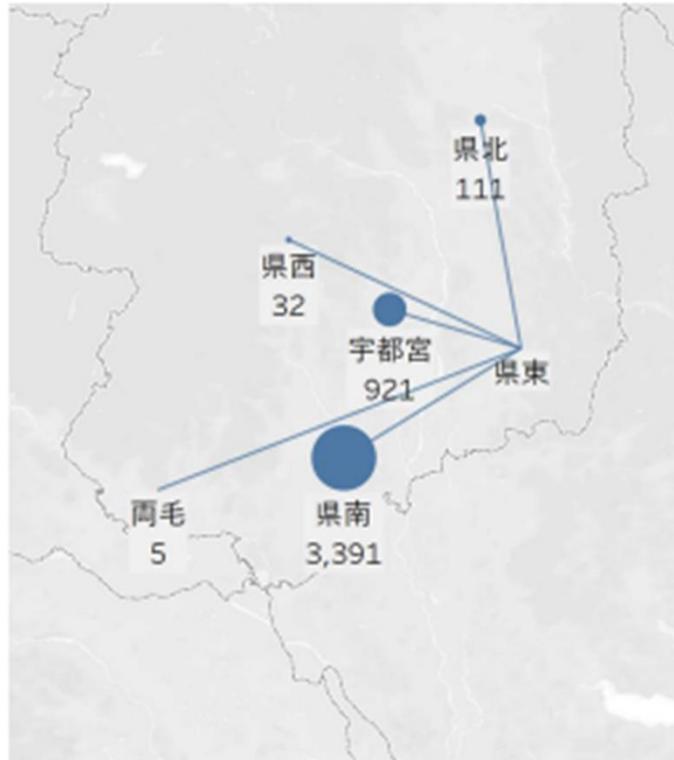
- 県東圏域の患者の流入割合は他圏域よりも少ない。（各圏域平均は20.9%）
- 一方で、県南圏域への患者の流出が多く、県東圏域からの流出患者の76.0%を占める。
- 次は宇都宮圏域への流出で、県東圏域からの流出患者の20.7%を占める。、その他の圏域への流出は少ない。
- 将来の医療需要への対応を検討する際は、**流出入の変化等についても考慮**する必要がある

県東医療圏

流入 1,052人



流出（県内のみ） 4,460人



圏域	流入割合	流出割合
県東	12.2%	37.0%
県北	6.7%	22.8%
県西	11.8%	41.4%
宇都宮	26.1%	28.5%
県南	48.9%	7.8%
両毛	20.1%	12.4%

【流入割合】

医療圏内の施設に入院した患者のうち、他医療圏の患者が占める割合

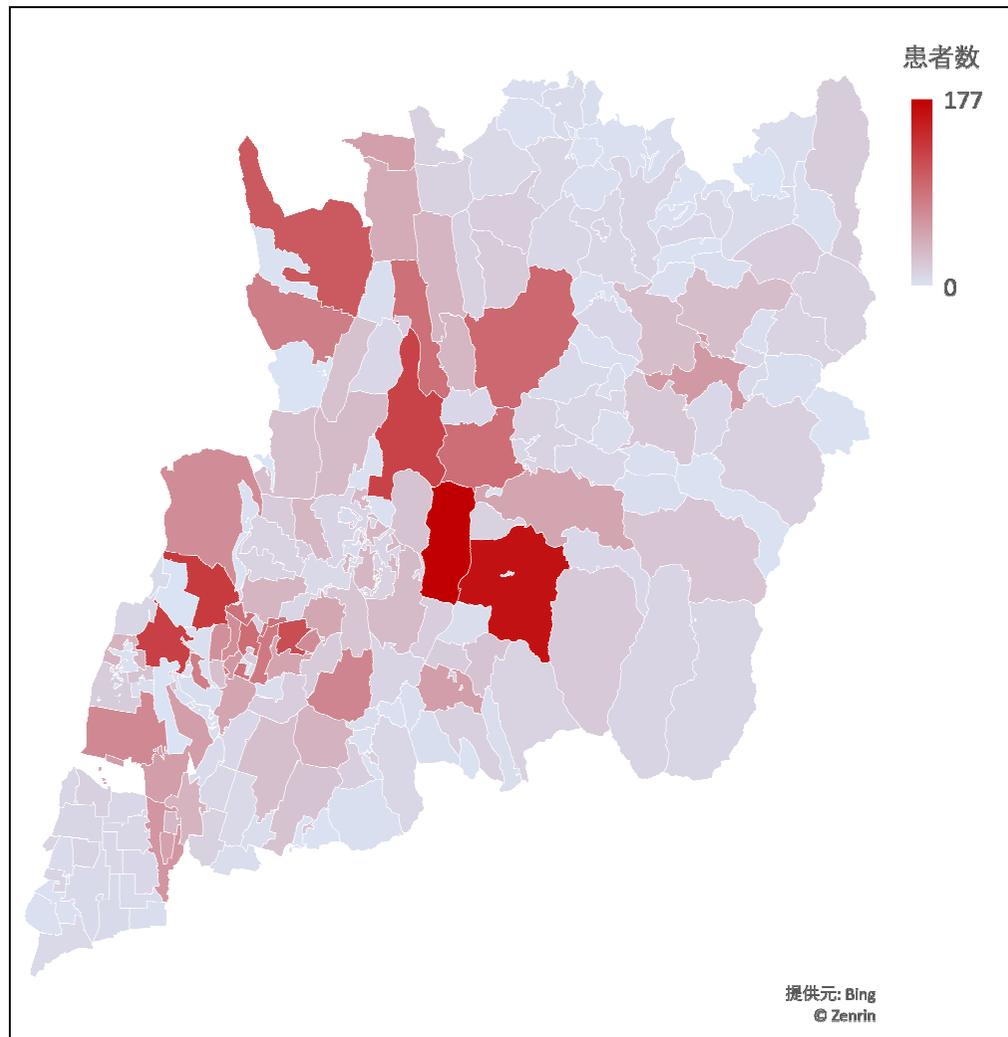
【流出割合】

医療圏内の患者のうち、他医療圏の施設に入院した患者が占める割合

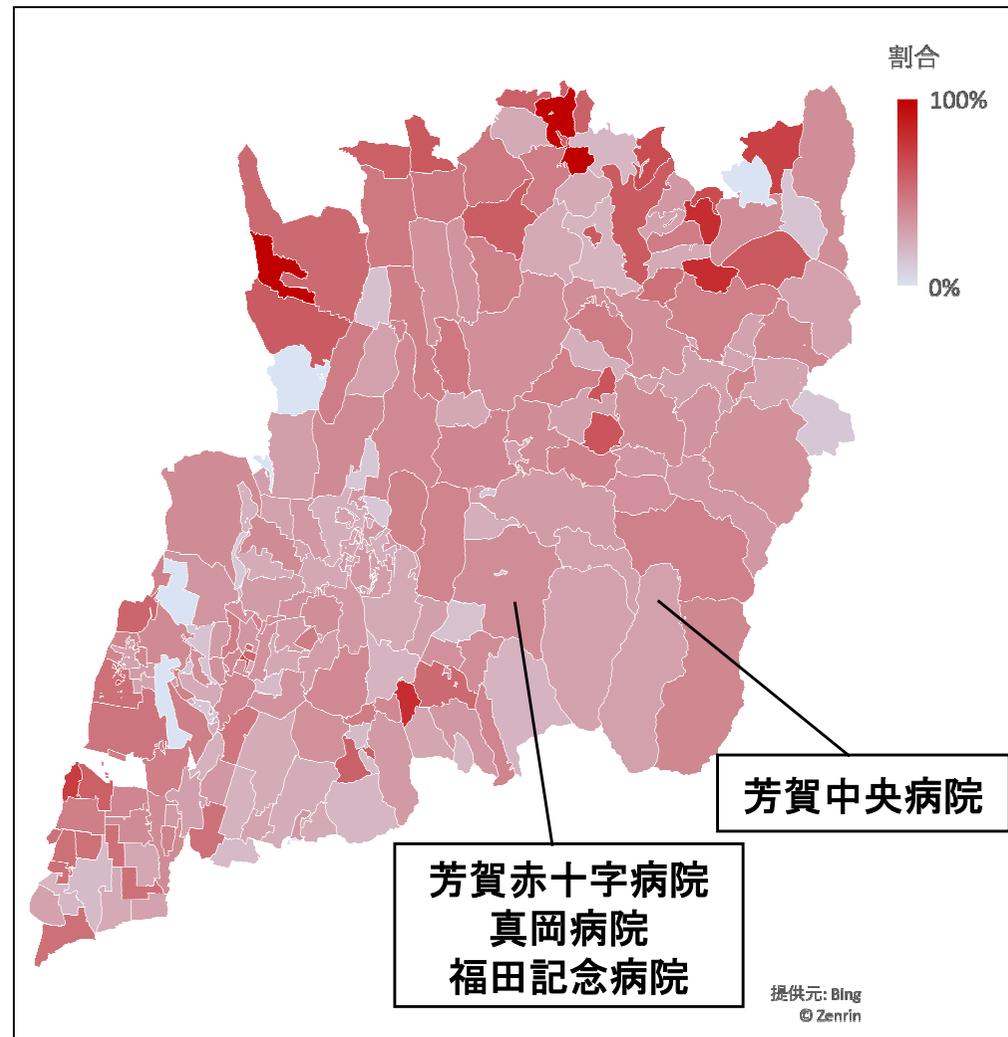
県東医療圏在住の入院患者の流出状況①（令和4年度DPCデータ）

- 県東医療圏在住の入院患者の流出数を町名別に見ると、中央部・北西部・西部の流出数が多い傾向にある
- 流出率で見ると、北東・北西部に住む入院患者の流出が比較的高い割合となっている

流出患者数（宇都宮在住で市外の医療機関へ入院した患者）



流出率（当該地域の入院患者のうち、市外の医療機関へ入院した患者の割合）



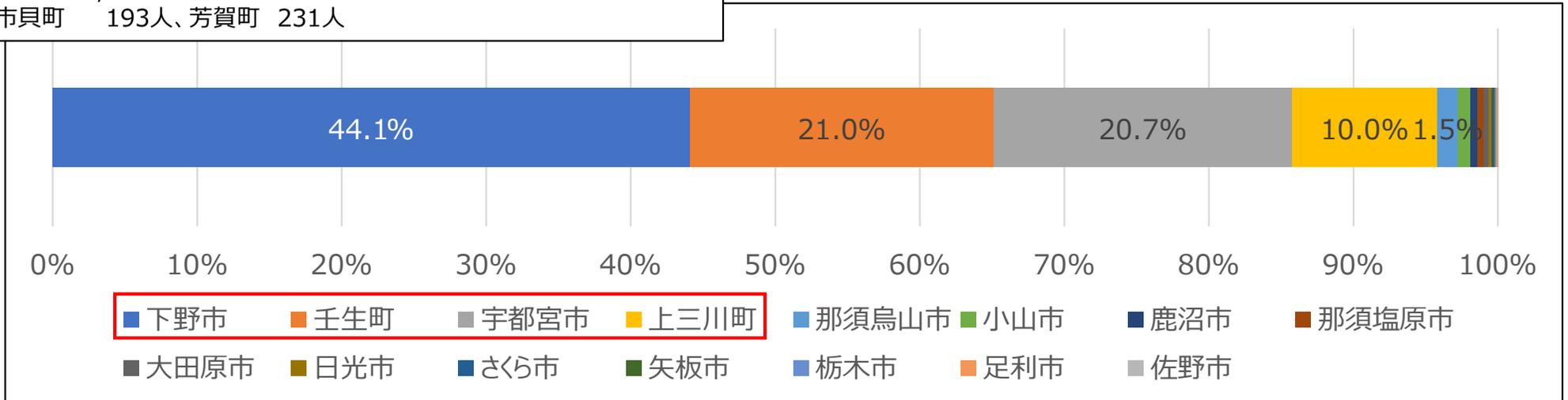
県東医療圏在住の入院患者の流出状況②（令和4年度DPCデータ）

- 県東医療圏に住む患者のうち、域外の医療機関への入院状況を見ると、「下野市」「壬生町」の医療機関へ入院する患者が多い（主に真岡市、益子町に住む患者が多い）
- 年代別の流出患者は「70歳代」「60歳代」「80歳代」の順に多く、これらで約半数を占める

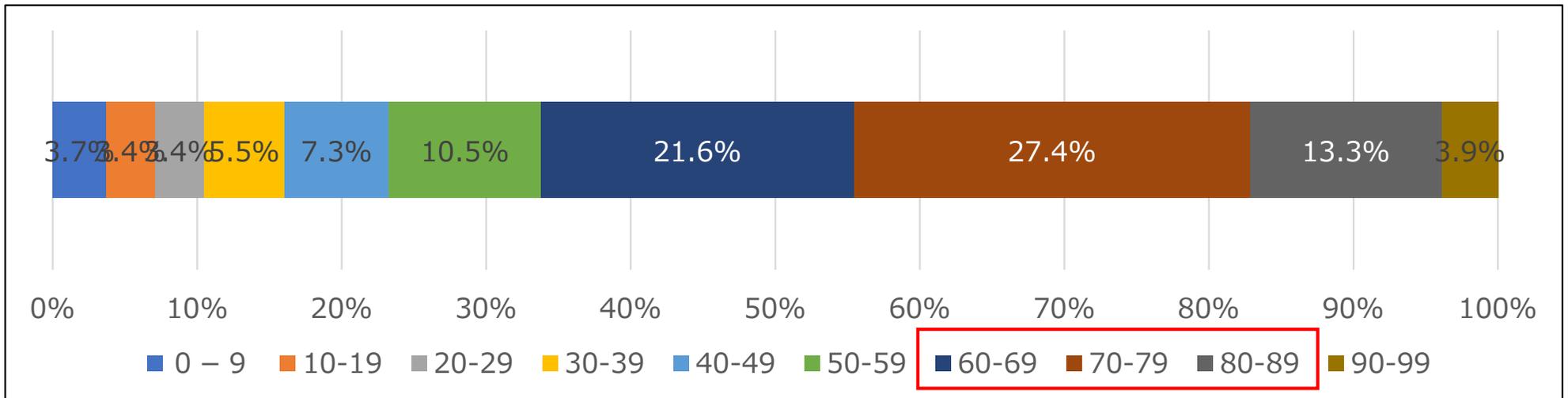
下野市・壬生町の医療機関に入院する県東医療圏の患者数：2,904人

真岡市 1,770人、益子町 534人、茂木町 176人、
市貝町 193人、芳賀町 231人

流出先
市町別
割合

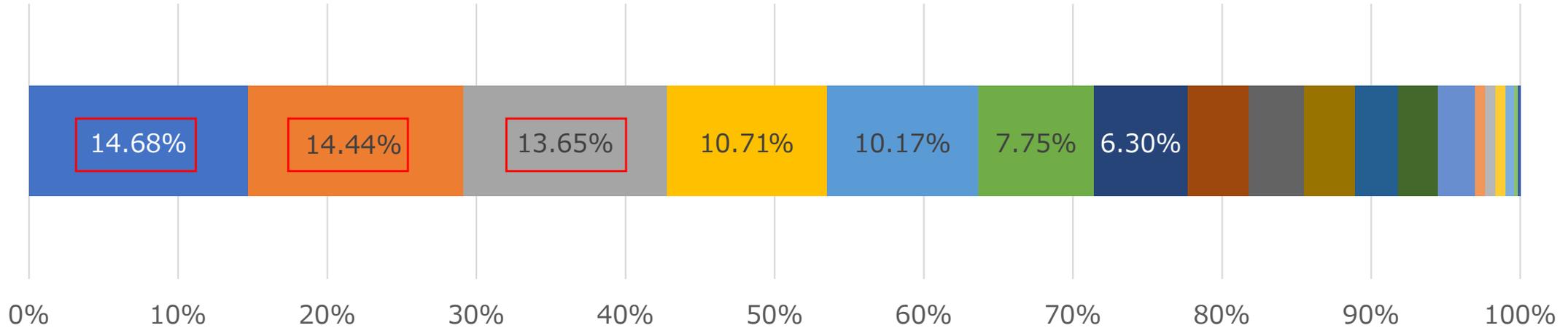


年齢階級別
流出割合



県東医療圏在住の入院患者の流出状況③（令和4年度DPCデータ）

- 県東医療圏に住む患者のうち、医療圏外の医療機関に入院した患者の疾患の割合をしてみると、「循環器系の疾患」「消化器系の疾患」「新生物〈腫瘍〉」「呼吸器系の疾患」「損傷、中毒およびその他の外因の影響」の割合が多い

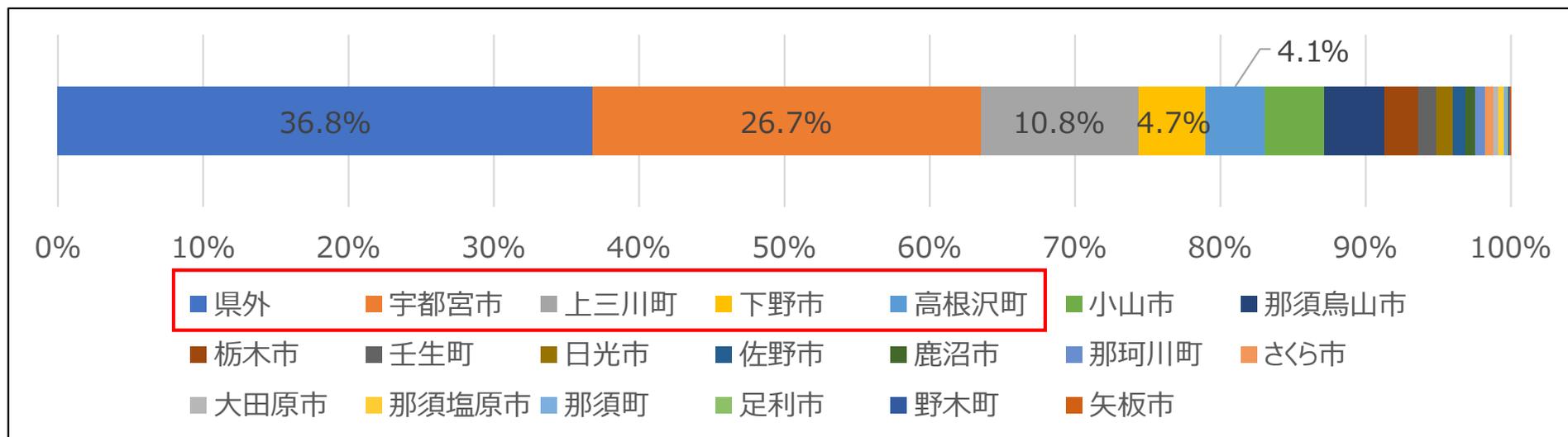


- 循環器系の疾患
- 消化器系の疾患
- 新生物〈腫瘍〉
- 呼吸器系の疾患
- 損傷、中毒およびその他の外因の影響
- 眼および付属器の疾患
- 尿路性器系の疾患
- 筋骨格系および結合組織の疾患
- 特殊目的用コード
- 内分泌、栄養および代謝疾患
- 感染症および寄生虫症
- 神経系の疾患
- 妊娠、分娩および産じょく〈褥〉
- 耳および乳様突起の疾患
- 皮膚および皮下組織の疾患
- 精神および行動の障害
- 血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害
- 周産期に発生した病態
- 先天奇形、変形および染色体異常

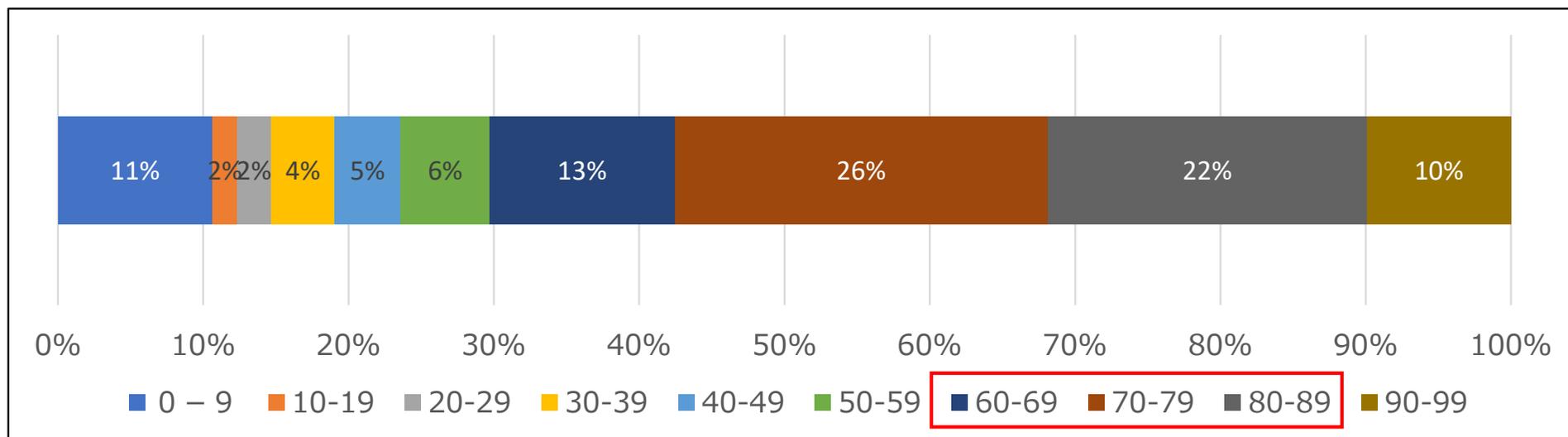
県東医療圏の入院患者の流入内訳①（令和4年度DPCデータ）

- 県東圏域に流入した入院患者の市町別の割合を見ると、「**県外**」「**宇都宮市**」「**上三川町**」「**下野市**」「**高根沢町**」の順に多い
- 流入した入院患者の年齢階級別の割合を見ると、「70代」「80代」「60代」の順に多い
⇒ 隣接市町から**主に高齢者が圏域内の医療機関に入院**している状況

市町別
流入割合



年齢階級別
流入割合

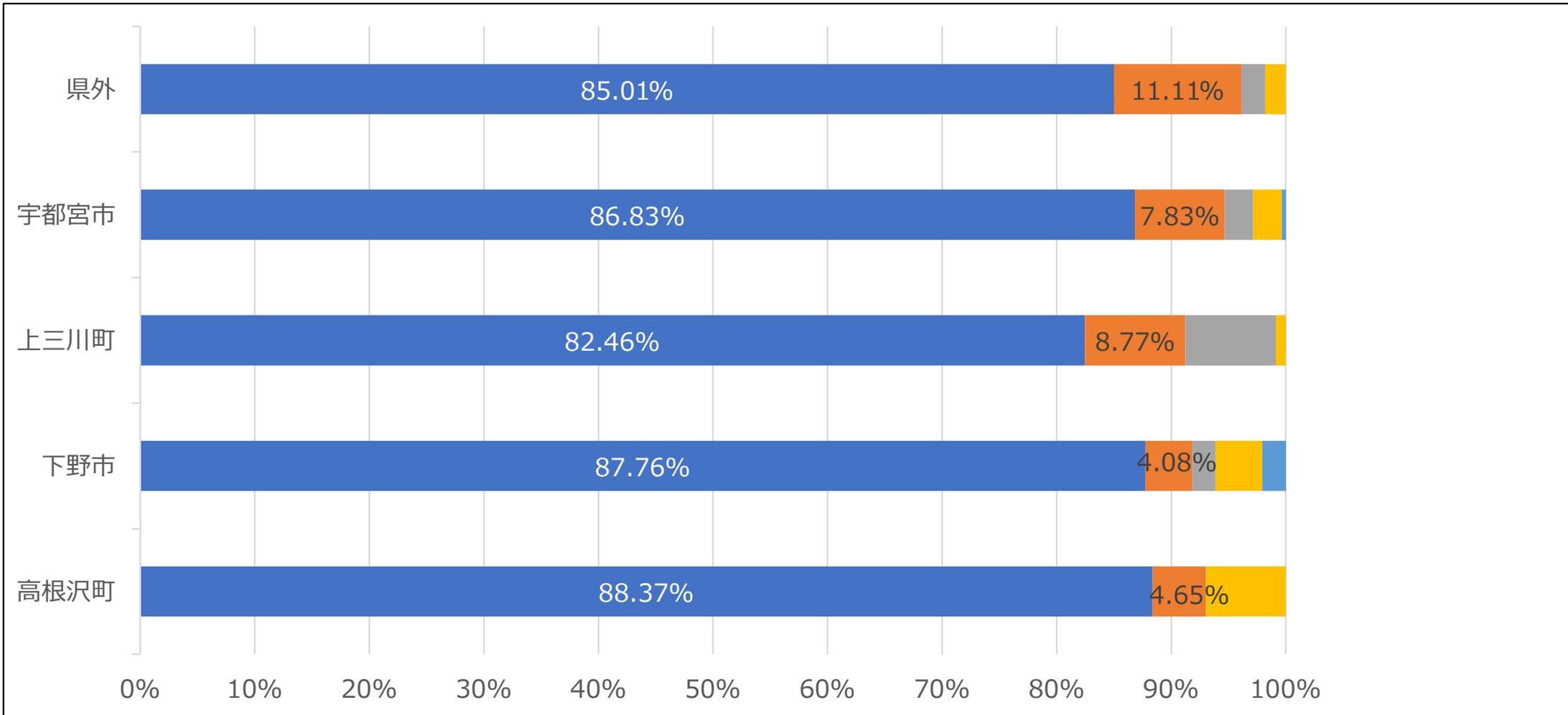


出所：DPCデータ様式1（期間：令和4年4月～令和5年3月、施設数：宇都宮市内18施設）より作成

県東医療圏の入院患者の流入内訳②（令和4年度DPCデータ）

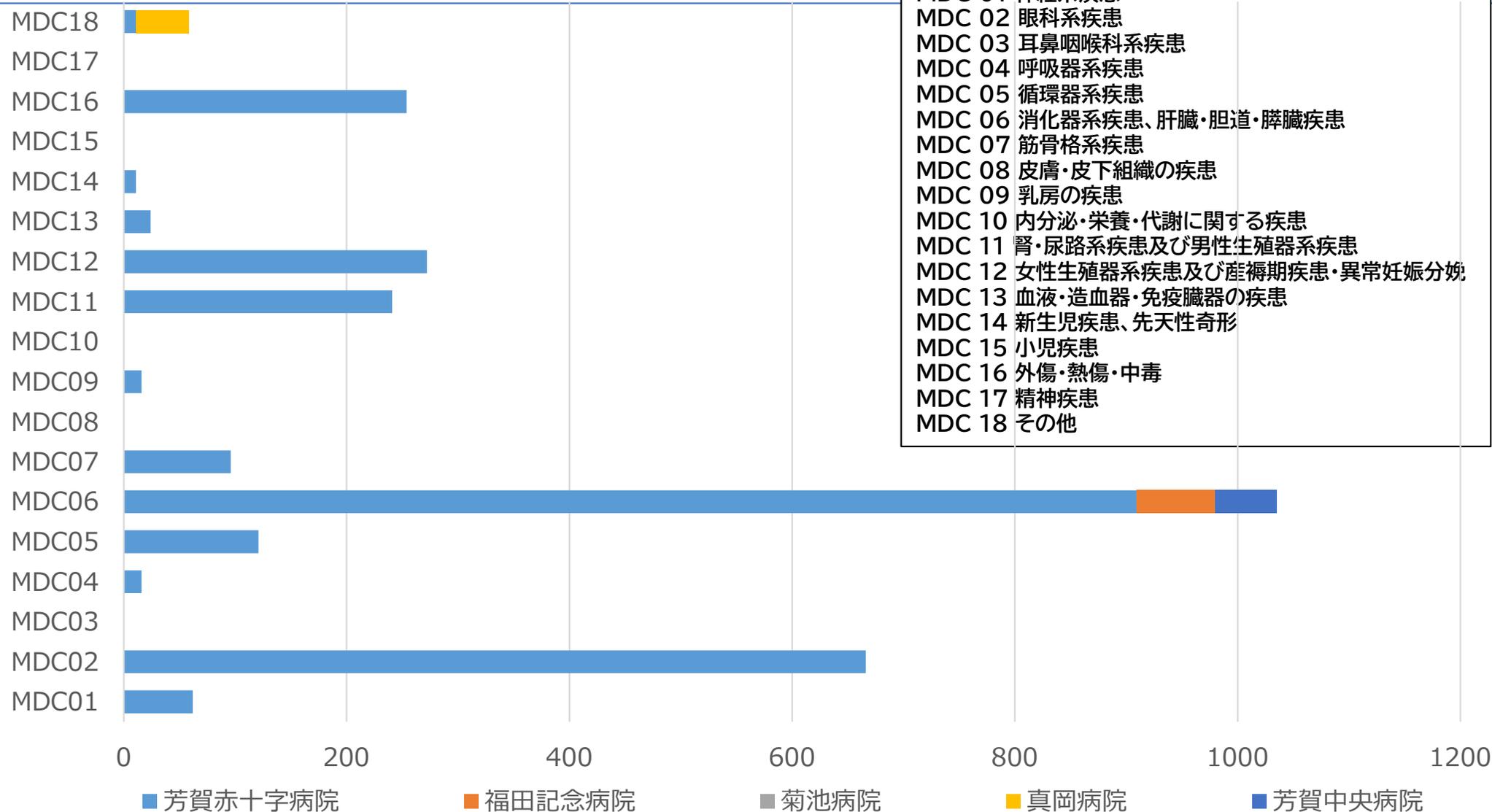
- 県東圏域に流入した入院患者の市町別割合が多い上位5市町の患者入院先を見ると、特定の病院に多くなっている。

⇒ 流入患者の居住地と入院先医療機関との間には**一定程度の地理的な関連（地域性）**がある



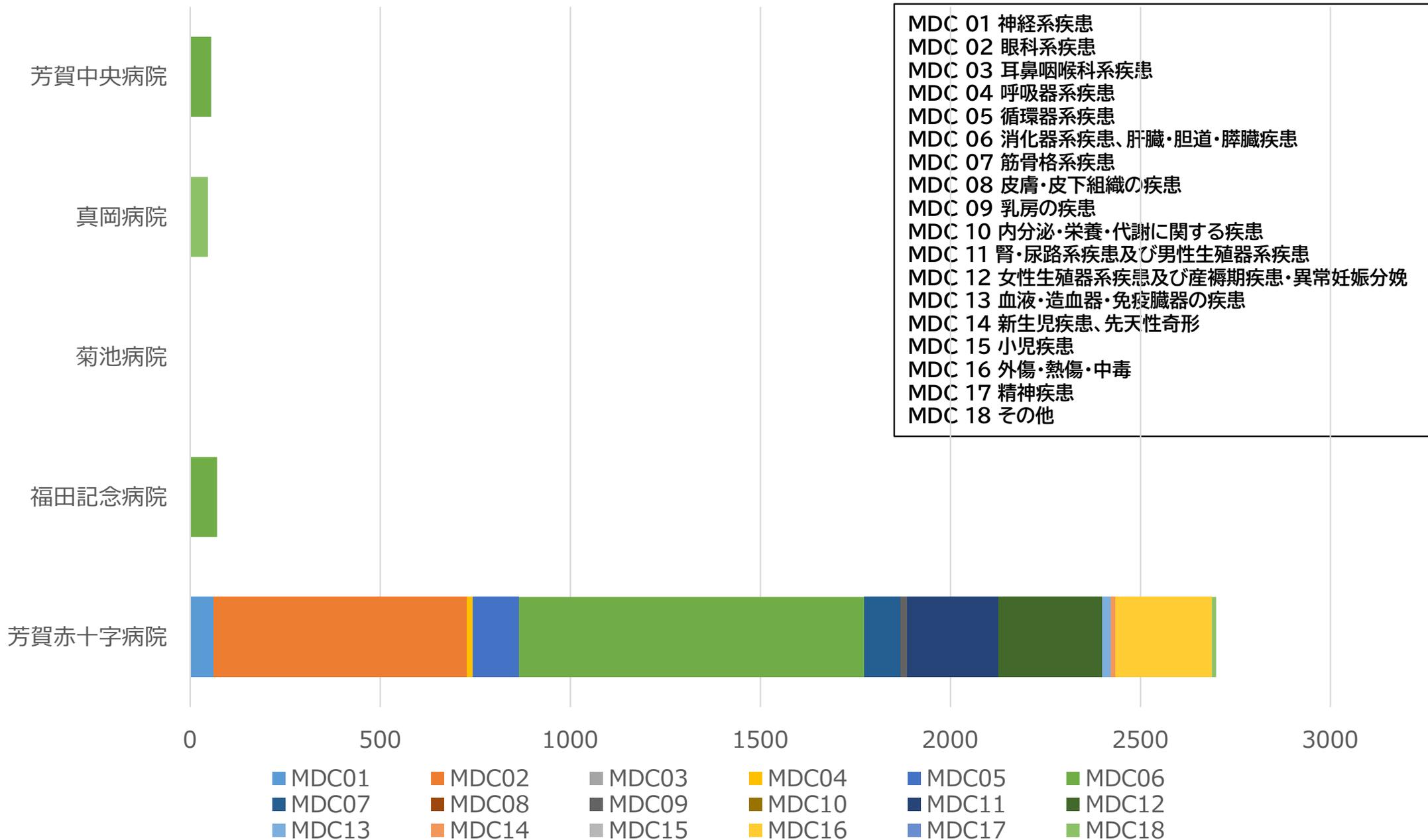
県東医療圏 MDC別手術件数（医療機関分類）（令和4年度DPCオープンデータ）

- 「消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患」、「眼科系疾患」の手術件数が多いほか、「外傷・熱傷・中毒」、「女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩」、「胃・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患」についても行われている。
- これらの疾患は、主に芳賀赤十字病院で手術を行っている。



県東医療圏 医療機関別手術件数（MDC分類）（令和4年度DPCオープンデータ）

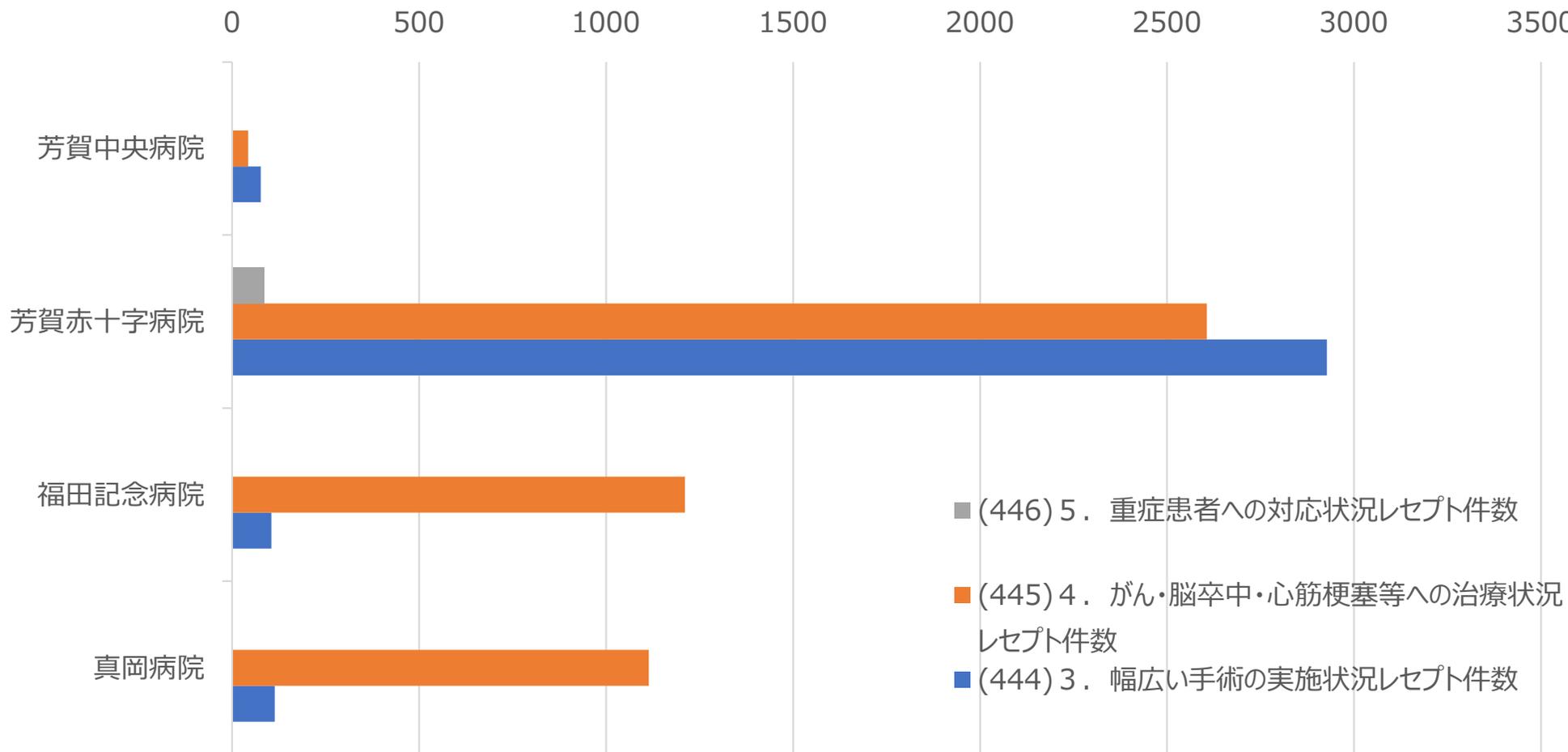
● 芳賀赤十字病院の手術件数が多い状況である。



出所：厚生労働省「令和4年度DPC導入の影響評価に関する調査」より作成

県東医療圏 医療実績①（令和4年度病床機能報告）

- 幅広い手術やがん・循環病等の治療の実績は芳賀赤十字病院が多く、がん・循環病等の治療の実績は他の病院でもある。



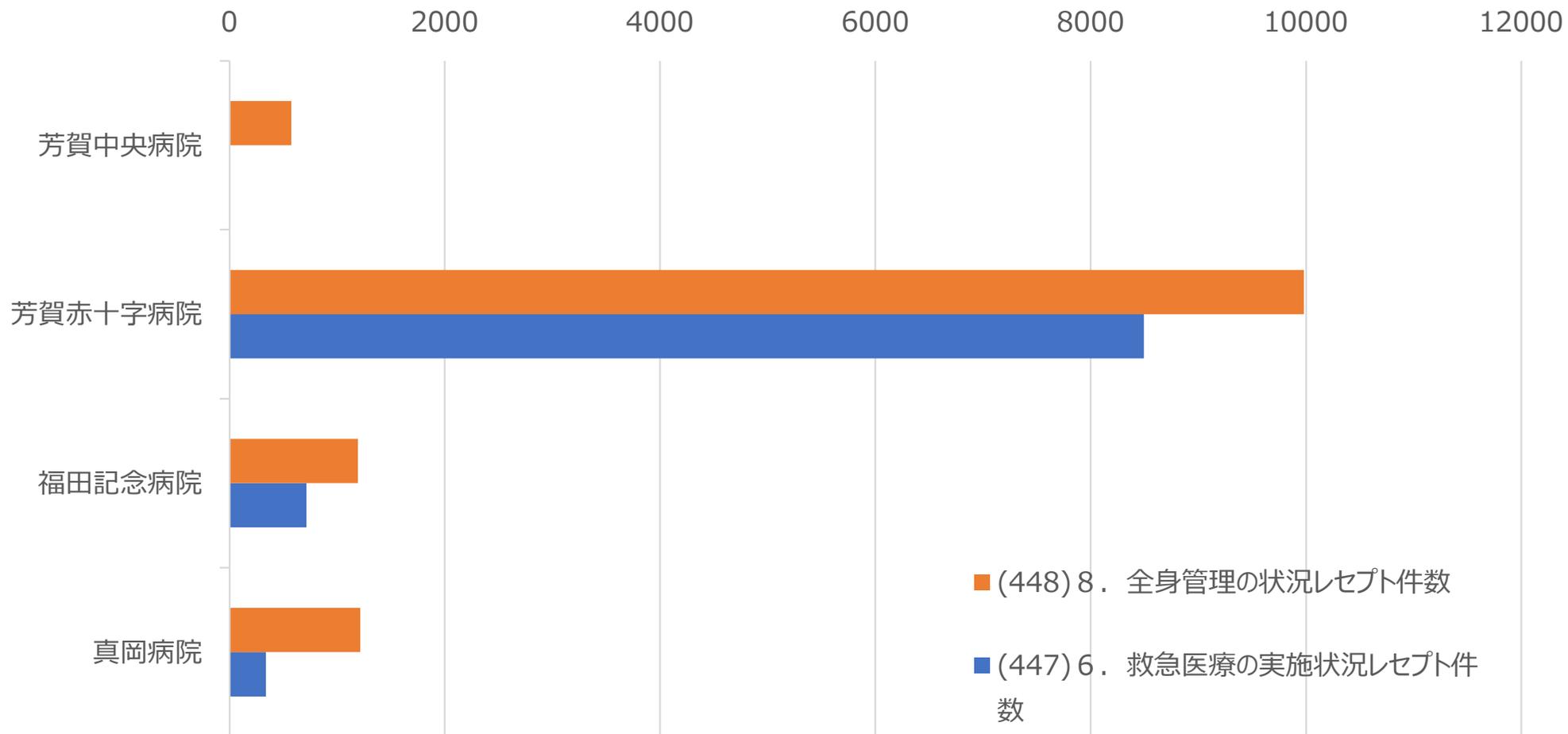
上段：重症患者への対応状況レセプト件数

中段：がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況レセプト件数

下段：幅広い手術の実施状況レセプト件数

県東医療圏 医療実績② (令和4年度病床機能報告)

- 全身管理及び救急医療の実績は芳賀赤十字病院が多い。



上段：全身管理の状況レセプト件数
下段：救急医療の実施状況レセプト件数

救急車の受け入れ状況（R4年度） 県東医療圏

- 医師数と救急車受入件数を見ると、「芳賀赤十字病院」が多く救急車を受け入れており「真岡病院」、「福田記念病院」、「芳賀中央病院」でも救急車を受け入れている。

