

令和6年度第2回県北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）

次 第

日時：令和6(2024)年11月27日(水)

午後5時00分～6時30分

場所：那須庁舎4階401・402会議室

1 開 会

2 あいさつ

3 議 題

(1) 地域医療構想の進捗状況について

(1) -1 「地域医療構想の実現に向けたアンケート調査」の結果について

【資料1】

(1) -2 現在の病床機能報告数と必要病床数との差異の検証について 【資料2】

(1) -3 現在の医療提供状況について 【資料3】

(2) 令和6(2024)年度地域医療構想の進め方について

(2) -1 各区域で検討していくべき分野について（救急医療を例に） 【資料4】

(2) -2 宇都宮構想区域区域対応方針への対応について 【資料5】

(3) 令和6年度医療機能分化・連携支援事業費補助金 及び 病床機能再編支援事業費給付金について 【資料6】

(4) その他

4 閉 会

令和6(2024)年度 第2回 県北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 委員構成員名簿

No	医療機関名	病院長・管理者	役職名	参考:該当委員等	
				地域医療構想調整会議	病診会議
1	那須郡市医師会	塚原 純雄	会長	○	○
2	塩谷郡市医師会	阿久津 博美	会長	○	
3	南那須医師会	佐藤 充	会長	○	
4	那須歯科医師会	高根沢 英二	会長	○	
5	大田原薬剤師会	寺戸 靖	会長	○	
6	栃木県看護協会県北地区支部	井上 文子	支部長	○	
7	栃木県老人福祉施設協議会	宮内 哲也	理事	○	
8	介護老人保健施設マロニエ苑	浦野 友彦	施設長	○	
9	とちぎケアマネジャー協会	佐藤 恵美子	理事	○	
10	那須塩原市地域婦人会連絡協議会	目黒 ケイ子	会長	○	
11	全国健康保険協会栃木支部	坪川 洋	業務部長	○	
12	那須市町村会(那須地区広域行政事務組合)	小泉 聖一	事務局長	○	
13	塩谷市町村長会(塩谷広域行政事務組合)	菊地 滋徳	事務局長	○	
14	那須烏山市	岡 誠	健康福祉課長	○	
15	国際医療福祉大学	新井田 孝裕	副学長	○	
16	那須赤十字病院	井上 晃男	病院長	○	○
17	室井病院	室井 秀太	病院長	○	○
18	国際医療福祉大学塩谷病院	佐藤 敦久	病院長	○	○
19	菅間記念病院	菅間 博	理事長	○	○
20	国際医療福祉大学病院	鈴木 裕	病院長	○	○
21	栃木県医師会塩原温泉病院	森山 俊男	病院長	○	○
22	黒須病院	手塚 幹雄	病院長	○	○
23	南那須地区広域行政事務組合立那須南病院	宮澤 保春	病院長	○	○
24	那須中央病院	臼井 健夫	病院長		○
25	なす療育園	下泉 秀夫	病院長		○
26	矢板南病院	塚本 俊彦	病院長		○
27	黒磯病院	小林 進	病院長		○
28	那須北病院	橋本 雅章	病院長		○
29	福島整形外科病院	福嶋 稔	病院長		○
30	菅又病院	布施 大輔	病院長		○
31	高根沢中央病院	青木 洋	病院長		○
32	高野病院	高野 和彦	病院長		○
33	井上眼科医院	井上 直紀	院長		○
34	医療法人広志会斉藤内科医院	齊藤 大幹	院長		○
35	だいなリハビリクリニック	近藤 健	院長		○
36	なすのがはらクリニック	飯野 晃	院長		○
37	原眼科医院	原 裕	院長		○
38	藤田医院	藤田 茂信	院長		○
39	尾形クリニック	尾形 享一	院長		○
40	きうち産婦人科医院	山田 哲夫	院長		○
41	村井胃腸科外科クリニック	村井 成之	院長		○
42	伊野田眼科クリニック	清水 由花	院長		○
43	さくら産院	泉 彰夫	院長		○
44	たかはし眼科	高橋 雄二	院長		○
45	見川医院	見川 泰岳	院長		○

県北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、県北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、「県北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北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3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。

(会議)

第6条 調整会議の会議は、県北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、県北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、県北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31年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から実施する。

令和6(2024)年度第2回 県北地域医療構想調整会議	資料1
令和6(2024)年11月27日(水)	

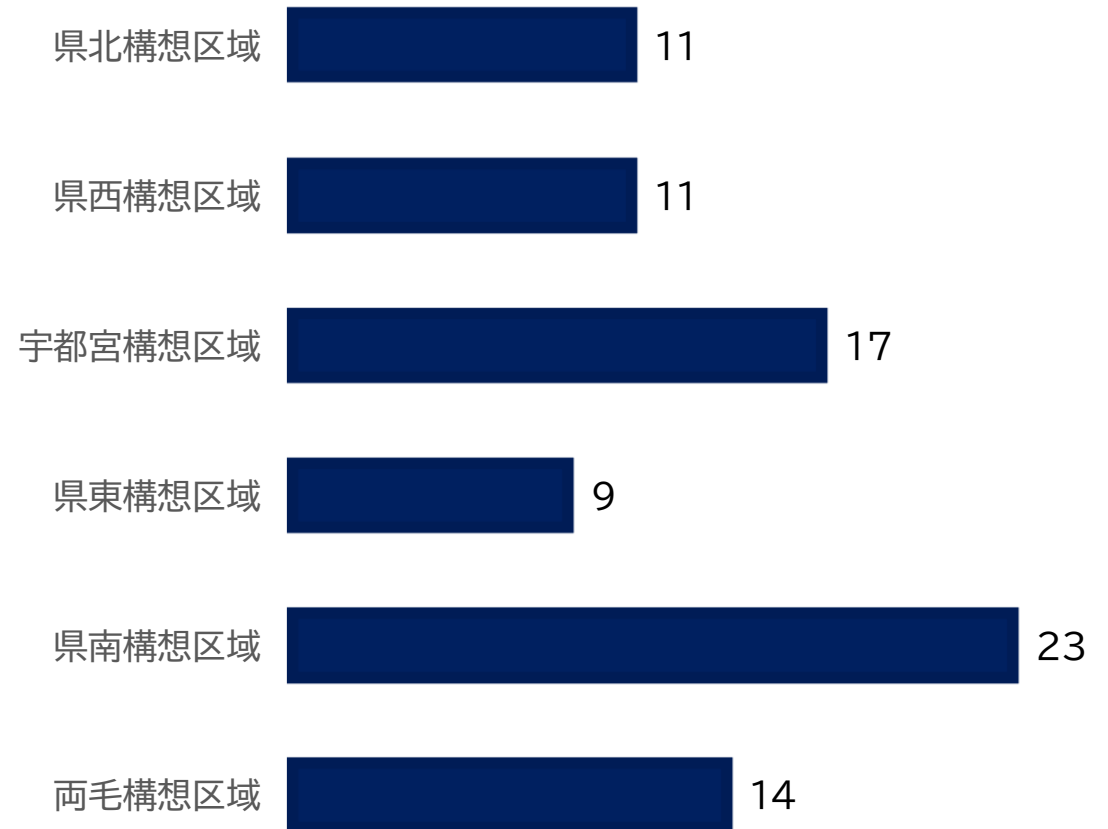
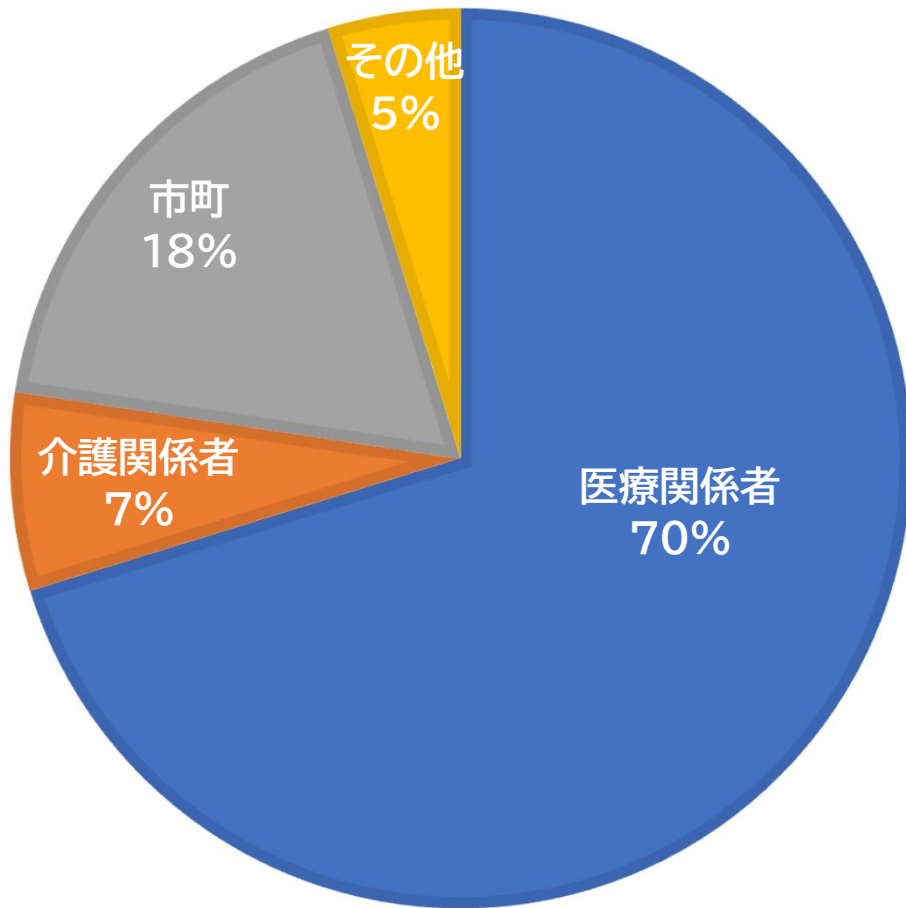
「地域医療構想の実現に向けた アンケート調査」の結果について

令和6(2024)年11月27日
栃木県 保健福祉部 医療政策課

アンケート調査の概要

1 調査名	地域医療構想の実現に向けたアンケート調査
2 調査対象	各地域の地域医療構想調整会議、病院及び有床診療所会議、医療・介護の体制整備に係る協議の場の構成員(計303名)
3 調査期間	令和6(2024)年10月18日～11月6日
4 調査方法	WEB(Microsoft Forms) ※利用できない場合は紙媒体のメール・FAX等による回答も可
5 調査項目	<p>①グランドデザインについて</p> <p>①-1 あなたの所属する構想区域の方向性(目指すべき医療・介護提供体制) ①-2 あなたの所属する構想区域における課題 ①-3 あなたの所属する構想区域において地域完結を目指すべき医療 ①-4 県全体の方向性(目指すべき医療・介護提供体制) ①-5 県全体の課題 ①-6 県全体で対応すべき医療</p> <p>②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について</p> <p>②-1 あなたの所属する構想区域における救急医療(初期・二次・三次救急) ②-2 あなたの所属する構想区域における在宅医療 ②-3 あなたの所属する構想区域におけるその他の5疾病6事業(救急を除く) ②-4 あなたの所属する構想区域における外来医療、かかりつけ医機能 ②-5 あなたの所属する構想区域における医療従事者の確保・医師の働き方改革 ②-6 あなたの所属する市町、地域における介護(介護サービス、介護従事者) ②-7 あなたの所属する市町、地域における医療介護連携 ②-8 県全体</p> <p>③地域医療構想の推進に向けて行政機関等に求めることについて</p> <p>③-1 国(診療報酬・介護報酬は除く) ③-2 県 ③-3 市町 ③-4 公立・公的医療機関</p> <p>④地域医療構想の推進に向けて自ら取り組んでいること、今後必要な取組等について</p> <p>⑤令和6年度診療報酬・介護報酬改定について</p> <p>⑥地域包括医療病棟について</p> <p>⑥-1 現時点での転換・新設の予定 ⑥-2 転換・新設の時期 ⑥-3 転換・新設を考えている理由、転換・新設に当たっての課題等 ⑥-4 転換・新設をしない、またはできない理由</p> <p>⑦救急患者連携搬送料の活用について</p> <p>⑦-1 現時点での算定の予定 ⑦-2 算定開始の時期 ⑦-3 課題等</p> <p>⑧各構想区域における地域医療構想調整会議のあり方について</p> <p>⑨その他地域医療構想の推進に向けた意見・要望等</p>
6 回答数	84(回答率:約28%)

回答者



※複数の構想区域の構成員となっている場合があるため、合計値はアンケート回答数と異なる。

調査結果概要(県北構想区域)

グランドデザイン

- 今後の人口や医療ニーズの変化を踏まえ、一つの病院で入院を完結するのではなく、地域全体で患者を支える医療提供体制、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の確保が必要
- 地域内で完結・充実を目指す医療と広域・全域で対応する医療を整理し、限りある地域の医療介護資源を有効に活用し効率的に対応していくため、区域内的の医療機関間、医療機関・高齢者施設間の機能分化・連携が必要
- 患者の流出入があることを踏まえ、隣接する医療圏との連携が必要

医療・介護提供体制の現状と課題

- 医療・介護人材の不足、確保と育成
- 医療提供体制の充実(地域完結を目指す医療機能の確保、回復期病床等回復期機能の十分な活用と連携、医療機関の役割分担の明確化、等)
- 救急医療体制の充実(初期救急のあり方の検討、二次救急の体制と連携の強化、三次救急や他地域との連携等)
- 在宅医療、医療・介護連携の充実(介護提供施設の確保、質の向上、急変時や看取りの体制、高齢の通院困難者の支援、圏域を超えた連携の必要性)
- かかりつけ医機能の充実、複合的な医療介護ニーズを有する患者の相談・対応
- 医療・介護に関する住民の理解促進や参画

①グランドデザインについて(①-1)

1.あなたの所属する構想区域にどのような医療・介護提供体制があるとよいと思いますか。

地域包括ケアシステムの構築(地域全体で患者を支える体制)、**救急医療体制の充実**(患者の状態に合わせて必要な医療がすぐに受けられる体制)、**医療機関の連携と役割分担** との回答が多かった。

県北構想区域(その1)

- ひとつの病院で入院を完結するのではなく地域全体で患者を支える体制、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制
- 地域包括ケアシステムの構築。特に、病態に応じて適切な医療機関へのアクセスが確保できる体制の強化。
- 完結できる地域ではないため他の地域の医療資源との連携が必要であるが、最低限の初期対応、二次救急の受け入れ態勢は必要。特に過疎地区の医療従事者の高齢化対策が急務。
- 患者の状態に応じて必要な医療、介護が受けられる体制
- 患者の状態により必要な介護サービス、医療が提供できる体制
- 県北地域医療として救急患者の受け入れ体制、3次救急を担う病院が一カ所しかない。
その医療機関の医療機能で慢性期から緩和ケアに至った患者を受け入れる次の施設が必要であるが、その中心となる在宅診療医、看護師の確保が必要
- 患者が必要な時に医療機関や介護体制の選択が出来、地域の中で完結する体制
- 地域包括ケアシステムの構築
- 救急医療(特に迅速な対応を必要とする虚血性心疾患、脳卒中)を転出することなく受けられる体制
- 一定程度の専門性を要する医療を他区域に転出することなく受けられる体制
- 高齢者が在宅・施設において適切な医療を受けられる体制。

①グランドデザインについて(①-1)

1.あなたの所属する構想区域にどのような医療・介護提供体制があるとよいと思いますか。

県北構想区域(その2)

- 2000年の介護保険開始時頃に比べて高齢化とともに医療と介護の複合ニーズの事例が多く、従来の医療と介護を分離して対処することによる非効率性が目立っています。特に現在の地域包括ケアシステムの中で、新型コロナウイルスの流行を経て、行動制限などから高齢者フレイルが、顕著になっています。これらに対処する仕組み、医療的管理と介護量軽減を目的として対応する、急性期治療後の回復期、回復期リハビリ病床が不足しています。
- しかし矛盾していますが、急性期治療後のADL低下など、リハビリ適応の患者でも、以前より担当しているケアマネージャーの介護保険内のケアプラン対応が優先し、医療による回復期での改善目的のリハビリ訓練を省略してしまい、結果的に回復期医療での改善の見込みを持った患者のADL低下が固定化し、介護負担を増大させています。回復期医療など社会資源が十分に活用されていません。
- 今年度の診療報酬改定により急性期病院の在院日数短縮化により、合併症などの病状が不安定、嚥下障害、廃用による一時的なADLの低下について、課題を残したまま自宅退院になりADLが低下したまま固定化してしまう例がさらに多くなっています。
- 介護施設入所について、胃ろうや軽微な医療的な管理の患者の受け入れ拒否が増加しています。急性期病床が満床になり、地域医療連携を停滞させ、あらたな急病の急性期病院への入院受け入れが困難になります。
- これらの対策として、急性期病院治療後や、自宅での急性期治療後の一時的と思われるADLの低下や合併症状不安定の場合等、地域包括支援センターなどの保健師や個別担当のケアマネージャーは、病状安定化とADL低下を固定化させない為に、適切に介護から医療的リハビリへの相談連携も行うようにしてもらいたい。
- この為には病院医療の状況、医療的管理やリハビリ訓練の進歩などを体験するため研修や病院実習などが必要と考えます。
- リハビリでのADLの改善が可能な介護施設、事業所は少数に限られ、一般的な介護施設、事業所では廃用症候群、長期臥床状態の患者が増加し、介護給付費用、介護保険料を増加させています。ところが、医療介護人材が不足して、十分なリハビリ、介護サービスが受けられずに、社会全体での介護負担増大の介護保険料の増加をきたしています。医療介護人材不足に紹介業者の仲介料の高騰が問題となっています。
- 医療介護ともに生活機能改善のアウトカムを重視すべきと考えます。例えば回復期リハビリテーションで管理されているADLの改善度(実績指数)のアウトカム評価などが無いので導入する必要があると思います。介護保険には、介護度の認定審査はありますが、介護給付の適正化への管理が無い状態で、市の問題意識が弱いように思われます。

①グランドデザインについて(①-2)

2.あなたの所属する構想区域において①-1で掲げた医療・介護提供体制を実現するためにはどのような課題等があると思いますか。

医療資源の不足、医療連携・医介連携の不十分さ、医療機関の偏在とアクセスの問題 との回答が多かった。

県北構想区域

- 医療と介護の連携体制が不十分である
- エリアが広範囲に渡り医療機関が偏在していること及び一部地域の診療所の閉院により、患者の医療アクセスが阻害されている。
- 病床があっても運用する医師やスタッフが不足し、時間外は対応できないことが多い。
今すぐ入院が必要な場合と数日間待てるケースもあるので、施設や医療機関間の調整がうまくできるといいのではないか。
- 高度な治療を要する治療はおろか、日常の医療を確保をすることさえ当町の現状は難しくなっている。当町には、医療機関が少なく、入院できる医療機関もなく、かかりつけ医の確保も難しいため、近隣他市町の頼らざるを得ない。また、近隣市町の医療機関へ受診にするにも交通の問題があり、医療の利用に制限があります。
- また、在宅医療で近隣の訪問診療を利用しており、急変時の対応で自宅への送り届けを依頼するも、送迎ができないとの施設からの回答により、また消防に依頼するも、対応が難しいと回答。在宅医療を進めているが関係機関の協力体制に不十分さがある。
- 急性期入院加療ができる施設が限られている。休日、夜間に受け入れ可能な医療機関が限られている。
- 3次救急を担う病院がせめてもう一カ所必要だが、系統的に難しい。
- 一部の科(循環器内科)に関し受け入れが出来ているが、他の科では必要な医師がいない。
- 地域の中で医療や介護を支える医療資源(人手不足など)
- 開業医の高齢化に伴い、かかりつけ医機能が現状を維持できるか。
- 高齢者救急についてのシステム作りが必要になると考えます。
- 急性期治療後に、介護保険施設利用前に、回復期病床での医療での全身管理をして、安定化させ、ポリファーマシー対策と生活機能改善のリハビリ訓練が必要な事例が増えています。介護事業所で胃ろう等、医学的管理が少しでもあると受け入れ拒否され医療連携が停滞してしまい、急性期病院の新規の患者が入院出来なくなっています。
- 医療ニーズの有る高齢者が在宅療養する場合、医療系の対応として、かかりつけ薬剤師による患者、介護職員への相談、助言、かかりつけ医との連携機能が期待されます。また、在宅の認知症患者への問題行動(BPSD)への対応について、介護系職種はケアとして対応していますが、計画的な減量中止を基本にした適切な薬剤治療(向精神薬)も必要と考えます。それにより介護認定も軽度化が可能です。かかりつけ薬剤師の関わり、かかりつけ医への情報提供、オレンドクターへの連携などが不足しています。また、在宅での栄養管理に人員不足である管理栄養士だけでなく、かかりつけ薬剤師も関わる事により、かかりつけ医との情報提供にも役立つと考えます。
- 特に迅速な対応を必要とする虚血性心疾患、脳卒中の二次救急医療提供体制に課題があり、自区域で賄いきれず宇都宮・県南等に転出している。
- 県央・県南と比較して医師・看護師が不足している。
- かかりつけ医による初期治療、在宅医療の提供が不足している。
- 交通手段のない高齢者が医療を受けにくい状況となっている。
- 医療と介護の連携体制が不十分である

①グランドデザインについて(①-3)

3.あなたの所属する構想区域において地域で受けられることが望ましいが、実際は受けられていない(地域で受けられるようにすべき、不足している)と思われる医療があれば記入してください。

初期・二次救急、急性期医療(入院医療)、かかりつけ医が対応すべき医療、在宅医療 との回答が多かった。

県北構想区域

- かかりつけ医が対応すべき医療(地域の診療所の閉院等に係る偏在によるもの)。
- 二次救急の受け入れ態勢
- すべての医療体制に不足している。
- 過疎地の医師不足。
- 急性期入院加療が可能な医療機関が限られており、満床等で受け入れ困難な場合には域外へ紹介となるケースが多い。
特に眼科や耳鼻科、小児科、産婦人科
- 緊急では心臓血管外科が必要だが、その手術の際の麻酔科等の医師がいない。せめて医師派遣中央システムが存在しても良いのではないか。
- 又、救急外では病院の機能をより良くするため回復期、慢性期から緩和ケア期の施設がある程度存在すべきである。
- 回復期、慢性期、在宅医療等を目的とする医療
- 高度な救急医療。精神疾患合併の周産期医療
- 医療と介護の複合ニーズの事例に対して、ケアマネージャーの対応に限界があるため、急性期病院の退院支援の中で、介護事業へ連携する前に、または、いったん退院してからでも介護負担が増大して、家族の対応に苦慮する場合など、回復期病床を利用することを提案すると、地域完結型医療でADLを改善することが出来、介護保険の負担軽減が可能となる。。
- かかりつけ医の数・高齢化などの問題により初期救急が提供できず、二次救急医療機関が賄っている。
- かかりつけ医による在宅医療が十分に提供できていない。
- 二次救急について広い面積の圏域を少ない医療機関・医療従事者で賄っているため各救急医療機関が十分に患者を受け入れることができず他の圏域に転出している。
- 三次救急対象患者の多くが県央・県南へ転搬送されている。
- 要介護高齢者にマッチした入院医療。

①グランドデザインについて(①-4)

4.県全体としてどのような医療・介護提供体制があると良いと思いますか。

充実した「救命救急医療の提供体制」、県単位での「医療機関間、医療・介護の連携」との回答が多かった。

県北構想区域に所属する方の回答

- 緊急を要する医療はできるだけ地域で受けられ、必要に応じて県内の専門医療機関を速やかに受診できる体制
- 病態に応じた柔軟かつ迅速な医療介護の連携体制。
- 圏域にこだわらない救急医療体制
- 僻地、過疎地への医師の派遣協力。
- 在宅医療の推進。
- 患者家族も高齢であったり、身寄りが無い場合に手続きや支払いを補助する体制が限られている。
また申請しても後見人制度等を利用開始できるまで半年程度の長期間かかるケースが多い
- 県北医療は救急受け入れがほぼ決まっている為、先ず地域として考える事の一つとして、救急患者の受け入れシステムとしてその日の病院の当直医、受け入れ可能な病床数、受け入れ可能な科(内科、外科、小児科等)などを119番の救急司令室に知らせる等の工夫が必要
- 救急医療、慢性期や在宅医療を地域の中で受けられ、受けられない場合でも出来るだけ近い地域で医療を受けられる体制
- 緊急を要する医療が、できるだけ地域で受けられる体制
イノベーション的な事柄ですが、
- 先進的なリハビリテーション医療、先進的脳科学や移植医療などが圏域を越えて受けられる体制
- 全県を視野に各圏域を越えた医療介護の連携ができる体制
- 緊急を要する医療、専門性を要する医療もある程度それぞれの地域で受けられ、必要に応じて県内の専門医療機関を速やかに受診できる体制。
- かかりつけ医による初期治療、在宅医療が提供され、住み慣れた地域で十分に医療を受けられる体制。

①グランドデザインについて(①-5)

5.県全体として①-4で掲げた医療・介護提供体制を実現するためにはどのような課題等があると思いますか。

救急医療提供体制の強化、県立病院の機能強化、地域間(圏域を超えた)連携、医療従事者・介護従事者の確保 との回答が多かった。

県北構想区域に所属する方の回答

- 医療介護従事者を安定的に確保できない
- 高度救命救急センターが未整備であること。
- 県北地域は立地から県立病院の恩恵を受けにくい、地域の病院に県立病院に代わる医療体制を確保できるよう支援をお願いしたい。
- 在宅医療を進めるが関係機関の協力体制の構築ができていない。
- 申請から裁判所での許可がでるまでの期間が長期にわたることが多い、また後見人に従事している人員の不足
- 県中央圏に多く存在する病院と地域救急病院との連携が必要である。矢張り消防署救急司令室が関係するので行政が必要
- 医療や介護の人手の安定的な確保
- 急性期の治療後の回復病棟があるとよい
- 継続している問題として、医療介護の人材不足があります。紹介業者の利用が加速しています。適正化が必要と考えます。
- ベースアップについて対応が示されていますが、医療介護施設の運営の健全な持続性の視点が不足しています。
- 施設の健全で継続的な運営が出来ないと良質な医療介護サービス提供により、社会的な介護負担の増加を防止し、少子高齢化社会を住民にとって良い形で継続困難になると考えます。
- 地域により医療従事者数(特に医師・看護師)に格差が生じている。
- 救急医療提供体制の整備(特に二次救急を適切に提供できる体制)
- 一次医療(初期救急や在宅医療)が十分に機能していない。

①グランドデザインについて(①-6)

6. ①-3の地域完結を目指すべき医療と対比して、県全体で整備する(あるいは対応できるようにする)必要がある医療としてどのようなものがあると思いますか。

高度な医療(高度救命救急、がん医療等) との回答が多かった。

県北構想区域に所属する方の回答

- 眼科一次救急は現在、栃木県眼科医会会員の有志が持ち回りで休日診療を行っているので、医師のみならず医院従業員の負担が大きい。公的病院または大学病院での眼科一次救急体制の構築をお願いしたい。
- 高度救命救急センターの医療。
- 高齢者の救急(骨折や誤嚥など)の受け入れ態勢整備と、治療後の受け皿となる医療機関
- 県北地域では眼科、耳鼻科だけでなく小児科、産婦人科の急性期受け入れ可能施設が限られている。
- 地域にも必要だが県中央司令室の設置
- 慢性期、回復期や在宅医療の医療資源
- 県立の高度な救急医療を受けられる病院。精神科の訪問診療。
- 急な手術や高度な処置を要する疾患を24時間365日受けられる医療体制
- 希少ながんなどのまれで高度の専門性を有する疾患の医療体制

②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-1)

1.あなたの所属する構想区域における救急医療(初期・二次・三次救急)

受入れが困難な状況がある(医療機関・医師の不足、高齢化等)との回答が多かった。

県北構想区域

- 救急搬送件数が増加傾向にある中、受入れ態勢の一層の強化が求められる。
- 初期救急に対応する医師の高齢化、新規参入がない
- 救急医療を担う医療機関が限られており、特に休日・夜間にはキャパシティを越えて対応している。
- 県北では3次救急病院が一カ所しか無い。
- 高齢者救急についての連携のありかた方についての議論が必要と思います。
- 初期救急:かかりつけ医の初期救急の提供が少ない。二次救急病院が初期治療の多くを賄っている。
- 二次救急:医療従事者(特に医師・看護師)が不足しているため、各救急医療機関が十分に患者を受け入れることができていない。

②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-2)

2.あなたの所属する構想区域における在宅医療

提供体制が不足している(医療機関・医師等が少ない)との回答が多かった。

県北構想区域

- 地域の診療所の閉院等により、身近な地域での医療アクセスが困難になりつつある。
- 在宅専門の医師が少ない
- 在宅医療を希望しても、往診してくれる医療機関がない。
- 末期がんだけでなく、高齢に伴う在宅死を迎えるための連携。
- 休日、夜間にも対応可能な医療機関が限られている
- 病院の運営にも関係してくるが、入る所と出る所(入院、退院)が当然無ければ経営も回転しないが、現在在宅医が少なく、医師自体の高齢化が進み24時間365日体制が難しい。
- 受け入れる施設(ホスピス等)を増設して同じ施設を訪問するのは未だし易いと思われる。
- 高齢者の増加に伴い、在宅医療を実施している医師が不足するのではないか。
- 在宅での急性疾患治療後など、一時的と思われるADL低下に医療的リハビリが必要な事例が多くあります。
- 介護保険利用、区分変更の前にADLの改善の可能性について医療的リハビリ機能訓練、嚥下訓練、栄養管理の適応など相談を受ける機能を持った仕組みや、認定施設などがあると良いと考えます。
(県北地域リハビリテーション機能を活用など。)
- かかりつけ医による在宅医療(在宅および高齢者施設)の提供体制は不十分である。
- 在宅医療(訪問診療)専門の診療所があるが、広い面積を占める圏域のために移動にかかる手間があり非効率である。

②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-3)

3.あなたの所属する構想区域におけるその他の5疾病6事業(救急を除く)

新興感染症への対応体制を整える必要がある、小児・周産期医療や心臓病の医療提供体制に不足がある、地域偏在・格差がある との回答が多かった。

県北構想区域

- 医療機関及び受診できる診療科が偏在している中、特に小児及び周産期に係る医療の拡充が求められる。
- うつ等に対応する心療内科が新規受診できない(そもそも地域には心療内科がないが)
- 糖尿病の増加、重症化し透析が必要になるが、町内は透析できる医療機関がなく他市町で行うが移動の問題がある。送迎を医療機関のサービスで行ってくれるが、いっばいでできないと断られた人の対応方法が課題となっている。医療の地域格差が広がるばかり。
- 全てに対応可能な医療機関が限られている。小児、周産期医療に従事する地元開業医が不足している。新興感染症にたいする各医療機関の感染対策にたいして補助が不十分である。
- 産科、心臓外科、眼科、耳鼻科が県北医療圏に足りない
- 心臓病、脳卒中、糖尿病
- 新興感染症について、医療崩壊を防止するために、介護施設で行う事が望まれる感染管理、全身管理、初期治療の研修、支援し、推進する仕組みが必要。
- 生活習慣病管理、メタボ、ロコモ、それらを包括するフレイル予防、改善対策。ポピュレーションアプローチとして、転倒防止などに役立つ、運動機能、バランス機能、体組成計で筋肉量と体脂肪比を指標とした、フレイル検診でスクリーニングして、フレイル保健指導、運動の具体的な処方箋と、興味を持てるような持続的な行動変容を促す取り組みにより、健康寿命の延伸が推進出来る。
- がん
希少ながんではなくても自圏域で治療を受けることができず、患者が県南・宇都宮に通う必要がある。
- 心臓病
虚血性心疾患について転出が多くタイムリーに治療をできていない。
- 脳卒中
脳卒中:血栓回収療法などの治療を提供できる医療機関がすくなく救急医療を十分に提供できていない。
- へき地医療
高齢者が多く通院が困難となっている。通院困難者に対して十分に在宅医療を提供できる体制は整備されていない。
- 災害・新興感染症
地域として災害・新興感染症発生についてまとまった議論はなく、発生しても適切に対応できるか不安がある。

②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-4)

4.あなたの所属する構想区域における外来医療、かかりつけ医機能

高齢化等により、かかりつけ医機能の維持が難しくなっている との回答が多かった。

県北構想区域

- 地域の診療所の閉院等により、身近な地域での医療アクセスが困難になりつつある。
- 外来担当の医師が高齢化し時間外は対応できなくなっている
- かかりつけ医機能の存続が難しくなっている。
- 休日、夜間にかかりつけ以外の医療機関を受診した際の既往歴等の情報共有
- かかりつけ医研修制度の周知が出来ていないがその最大のメリットが分からない。
- ただ自分たちのスキルアップだけなのか。
- 耳鼻科、産婦人科等一部の診療科については、開業医が不足している。
- 高齢化するなかで、かかりつけ医機能による、ワンストップ的な相談機能が必要。
- 高齢者が多く通院が困難となっている。通院困難者や施設入所者に対して十分に在宅医療を提供できる体制は整備されていない。
- 診療所について在宅医療の提供は不十分と感じている。増えることが予想される通院困難者に対する在宅医療について病院・診療所や診療所間で連携して提供する体制が整備されていない。

②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-5)

5.あなたの所属する構想区域における医療従事者の確保・医師の働き方改革

医療従事者の確保が難しい、医師の高齢化や働き方改革により負担が増えている との回答が多かった。

県北構想区域

- 地域の医療を支える診療所等の医療提供体制が医師の高齢化や偏在により弱体化している。
- 主に看護職で求人しても見つからない、有料の紹介会社は紹介料が高額である
- 町内の医師の負担が大きくなっている。通常の診療に加え、様々な施設の嘱託医を請け負い、様々な会議の委員も委嘱され過重労働になっている。かつ、希望依頼があれば、医師として、休診時間に往診。休む暇もないように感じられる。
- 医師、看護師、介護士、全ての業種において人員が不足している。
- 60歳以上の高齢従事者が多い
- 診療報酬の改正でかえって仕事が増え働き方改革とは矛盾している
- 病院機能の質の向上のために、多職種チームでの対応が重要視されています。
- しかしながら、絶対的な人材不足があり、また、人員確保を可能にするに必要な診療報酬が確保されていません。
- さらに紹介業者の紹介料の高騰についての対処。悪質な勧誘の例も散見されています。
- 県北圏域について田舎のため医療従事者(特に医師・看護師)は少ない。
- また、医師・看護師は民間病院よりも公的病院、中小病院よりも大病院を選択しがちであり民間病院ではさらに不足している。
- 大学医局からの派遣医師は少ない。

②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-6)

6.あなたの所属する市町、地域における介護(介護サービス、介護従事者)

介護従事者の確保が難しく、スタッフの負担が増していたり介護サービスの低下がある との回答が多かった。

県北構想区域

- 介護従事者は不足しており、少ない人数で対応することにより、負担増と高ストレスとなっている。
- ゆとりがないとより良い介護ができない。
- 特別養護老人ホームでのお看取りができず、終末期は入院、転院。介護サービスだけでは賄いきれない医療の問題。
- 介護従事者の不足。募集しても集まらない。
- 人員の不足、夜間も勤務可能な人員の不足
- 地域での医療・介護の連携は那須地区在宅医療・介護連携センターの2人のコーディネーターを中心に行われており連携が徐々に上手く出来ている
- 介護施設における介護従事者不足
- 人材確保に大変苦勞しています。
- 入所施設、また通所施設などの介護従事者が減少し、十分なサービスを提供しにくくなっている。
- 介護施設の収入、人材不足により特に小規模な事業者について廃業する施設も多くみられる。

②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-7)

7.あなたの所属する市町、地域における医療介護連携

医療提供体制の偏在等により医療・介護の連携が難しくなっている、連携体制が不十分なケースがある(施設入所時、施設入所者の体調不良時)との回答が多かった。

県北構想区域

- 医療の提供体制が偏在していることから、医療介護連携に支障を来すことが懸念される。
- 町の規模が小さく比較的連携は取れていると思う。
- 医療介護連携を進めてきましたが、町内の医療機関の医師が続けてご逝去され、医療介護の連携の確保が難しくなっている。
- 退院可能になってから施設入所までに長期間を有する
- 各地域で他職種連携会議が開かれており、個々の医師、看護師、ケアマネジャーの連携で動いている
- 医師会をはじめとした団体の協力により、在宅医療・介護連携推進事業を実施している。
- 医療と介護の複合ニーズの事例に対して、医療介護ともにアウトカムを重視すべきと考えます。
- 活動性やADLのリハビリの改善度(実績指数)のアウトカム評価などを、介護保険にも導入する必要があると思います。
厚生労働省による、科学的介護情報システム(LIFE)がありますが、普及していません。
- 一部のリハビリに力を入れている介護事業所を除いて、一般的には生活機能の改善は困難で、介護予防の仕組みについて再評価が必要。
- 病院・介護施設間の連携体制・統一されたルール作り等が不十分であり高齢者施設入所者の体調不良時における相談、受診、入院がスムーズではない。
- 医療必要度の高い高齢者について高齢者施設で受け入れることができず、退院が妨げられている。

②県全体の医療・介護提供体制の現状と課題について(②-8)

8.これまでの設問の項目に関して、県全体での課題としてどのようなことがありますか。

医療資源の地域格差がある、救急医療の体制を強化する必要がある との回答が多かった。

県北構想区域に所属する方の回答

- 救急医療の一層の強化及び外来医療・かかりつけ医機能の偏在の解消。
- 大学病院を中心に若手医師が集まる地域と高齢化・過疎化の地域との格差拡大、偏在
- 医療の地域格差
- 僻地での医療、介護従事者の確保
- 県、中央圏と地域圏では置かれている状況が異なるがよりしっかりした他職種連携が必要と思われる。
- 矢張りマンパワー、若い医師の勧誘が必要
- 救急医療
- 心臓病
- 脳卒中
- 糖尿病
- 地域による医療資源の格差
- 地域による救急医療提供体制の格差。県の中央から外れた地域においても医療従事者(特に医師・看護師)が充足する体制整備が必要である。
- 救急医療を担う民間病院への人的、財政的支援が乏しい。
- かかりつけ医による初期救急・在宅医療の提供。高齢者が多く通院が困難となっている。通院困難者や施設入所者に対して十分に在宅医療を提供できる体制を整備する必要がある。
- 介護従事者の確保
入所施設、また通所施設などの介護従事者が減少し、十分なサービスを提供しにくくなっている。経営が成り立たない、人材不足により廃業する介護・高齢者施設も多くみられる。
- 医療・介護連携に向けたルール等の整備。

③地域医療構想の推進に向けて行政機関等に求めることについて(③-1)

1.地域医療構想の推進に向けて国に求めることがあれば記入してください。(診療報酬・介護報酬は除く)

医療従事者の確保・育成、財政支援、医療と介護の連携強化 との回答が多かった。

県北構想区域に所属する方の回答

- 専門医の資格要件に地域医療研修などを加える
- 地方に医師を派遣するしくみ
- 医療従事者の確保、新興感染症にたいする感染対策にたいする補助
- 救急司令室の設置
- 地域包括ケアセンターや市所属の保健師、ケアマネージャーなどを対象とした介護保険開始2000年以後の医療のアップデートを学ぶ研修、病院研修。これらにより、地域完結型医療後の、介護施設への連携の改善。つまり、現状より医療的な管理が必要な患者、利用者の介護施設への受け入れ増加。
- 医療従事者(医師・看護師)の偏在の解消。
- 運営補助(人材、補助金等)。

③地域医療構想の推進に向けて行政機関等に求めることについて(③-2)

2.地域医療構想の推進に向けて県に求めることがあれば記入してください。

医療従事者の偏在の改善、確保・育成 との回答が多かった。

県北構想区域に所属する方の回答

- 地域の実情を反映した医療施策を講じるための二次保健医療圏のエリア設定の見直し並びに医療従事者確保及び身近な地域での医療の維持確保に向けた一層の取組。
- 地域医療構想会議の中でもっと「県」の意見を出して欲しい
- 医療従事者の確保、新興感染症にたいする感染対策にたいする補助
- 救急司令室の設置
- 国が示す方向が県を経て市に伝えられているのですが、市が担当する介護保険事業に十分に反映されていない事があります。
- 医療と介護の複合ニーズへの対処が、健康寿命延伸の具体的な対策に必要で、県と市の密な連携、市への指導が必要と感じています。
- 医療提供施設への補助金
- 人材確保支援。
- 医療従事者(医師・看護師)の偏在の解消。

③地域医療構想の推進に向けて行政機関等に求めることについて(③-3)

3.地域医療構想の推進に向けて市町に求めることがあれば記入してください。

介護保険事業への反映、医療・介護連携の体制整備 との回答が多かった。

県北構想区域に所属する方の回答

- 小さな市町では何もできない、集約化も必要
- 広域行政の権限を強化すること
- 医療従事者の確保、新興感染症にたいする補助
- ホスピス等の施設の設置
- 市は、医療は県の担当といわずに、地域医療構想にも関心を示してほしい。
- 国と県の示す方向が、市が主に担当する介護保険事業に十分に反映されていない事。医療と介護の複合ニーズへの対処が、健康寿命延伸の具体的な対策に必要で、県と市の密な連携、指導が必要と感じています。
- 医療従事者(医師・看護師)の確保支援。
- 医療・介護連携促進にむけた体制整備。

③地域医療構想の推進に向けて行政機関等に求めることについて(③-4)

4.地域医療構想の推進に向けて公立・公的医療機関に求めることがあれば記入してください。

救急の受入体制の強化 との回答が多かった。

県北構想区域に所属する方の回答

- 救急医療体制の一層の強化。
- 地域に該当する公的医療機関がない
- 土曜日の外来、連携室の開設
- 急性期対応キャパシティーの増大
- 県北医療圏は那須赤十字病院が中心となっているがマンパワーの少ない科がある
- 常日頃より急性期医療について十分な機能を果たす努力をしてもらっています。
- 5疾患・6事業を安定的に提供できる体制の整備。
- 一定程度の専門性のある疾患への対応
- 救急医療への安定的対応。

④地域医療構想の推進に向けて自ら取り組んでいること、今後必要な取組等について

地域医療構想の推進に向けて自ら取り組んでいること、今後取り組もうと考えていること、または、これから必要と考える取組等があれば記入してください。

医療従事者の確保・育成、医療と介護の連携体制の構築 との回答が多かった。

県北構想区域に所属する方の回答

- かかりつけ患者サマリーのデータベース化を検討しているがセキュリティーの問題などがある。
- 在宅医療、かかりつけ医研修制度の資格の取得
- 回復期リハビリテーション病棟の増床への医師、看護、リハスタッフの獲得。地域包括ケアシステムからのリハビリニーズの患者の掘り起こし、介護事業者への啓発活動、市の在宅医療介護の多職種連携会議に積極的に毎年参加、研修会の企画。
- 回復期リハビリ病棟の質の向上、退院後、訪問リハを継続的に担当し、医療介護の切れ目のない連携と介護事業への具体的な支援。退院後ADLフォローアップ調査でPDCA管理。
- 県北地域リハ拠点病院のリハビリの地域支援、啓発活動、市へのリハビリ職種の派遣。県北リハビリテーションフォーラム(職種、市民向け)研修活動、県北嚙下研究会
- (試行中)、介護保険適応前の年齢層への、フレイル検診、フレイル保健指導、市民啓発活動。
- 救急医療
- さらに救急患者を受けられるよう、循環器科・脳外科医等の医師の確保
- その他5疾患6事業
災害医療についてはL-DMATの指定を受けている。主要疾患について対応できるよう医師の招聘。
- 在宅医療・介護
法人に在宅医療を提供する診療所を開設。訪問看護ステーション等の医療や通所施設などの介護を一体的に提供できるセンターを運営している。地域の高齢者施設の協力医療機関となっており入所者の体調不良時の相談、受診、入院に対応している。
- 外来医療、かかりつけ医機能
地域に不足する診療開始の招聘。
- 医療従事者の確保、医師の働き方改革
法人に看護専門学校を開設し運営している。宿日直許可申請済み。

⑤令和6年度診療報酬・介護報酬改定について

令和6年度の診療報酬・介護報酬の改定について御意見があれば記入してください。

収入減少や負担増が生じている、施設基準をクリアすることが難しい との回答が多かった。

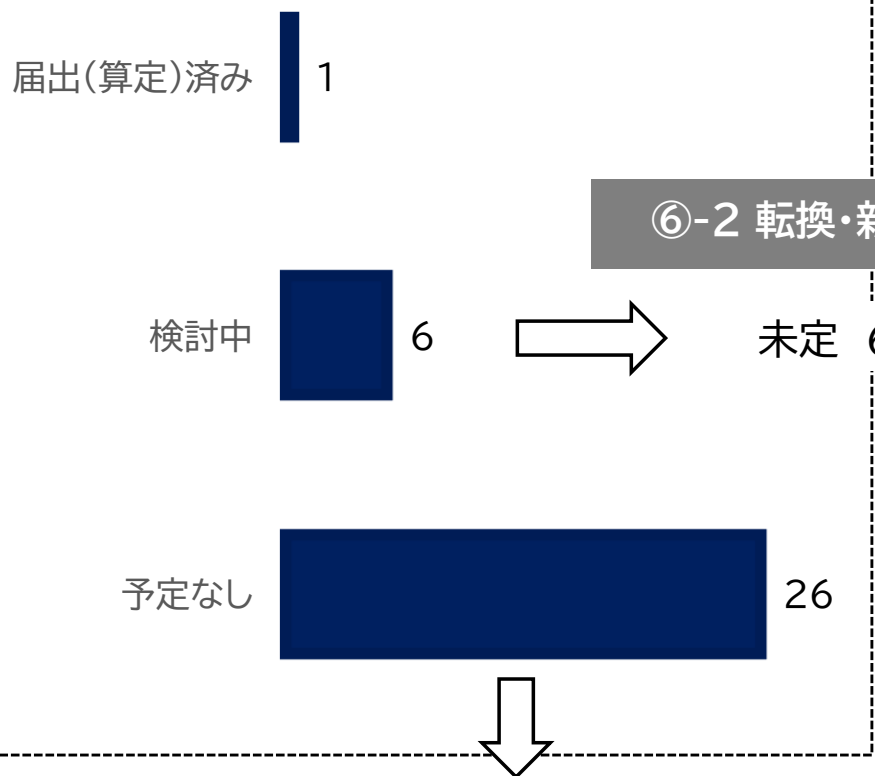
県北構想区域に所属する方の回答

- 計画書の手間など負担が増加し収入は減少した。
施設基準がクリアできないため加算が取れなくなった。
モチベーションの低下は避けられない。
- 特に生活習慣病の制定により大幅な減収となっている。
- 療養計画書作成にてより多くの時間が割かれている
- 6月改定以降、ベースアップについて、加算などの対応が極めて不十分で、病院の継続的な運営に危惧を感じています。
- 病院の継続的な健全運営が無いと、質の高い医療提供は出来ず、結果的に地域の住民の廃用、長期臥床状態を増加させ、健康寿命を延伸出来ない。
- 少子高齢化社会の継続した改善に懸念。
- ベースアップ評価料(診療報酬)
算定にあたり令和6年度に+2.5%、令和7年度に+2.0%のベースアップを実施することとなっているが、報酬措置では賄えずそれ以外の費用を充てる必要がある。限られた収入の中、対応困難である。
- 地域包括医療病棟入院料(診療報酬)
在院日数、在宅復帰率について条件が厳しく、施設基準をクリアすることが困難である。条件をクリアするために入院患者の選別することとなり、有効に活用しにくい状況となっている。
- 救急医療管理加算の見直しがあったが、実際に救急医療を現場で対応している労力等を勘案して更に増点等考慮いただきたい。

⑥地域包括医療病棟について

令和6年度診療報酬改定により新設された「地域包括医療病棟」について

⑥-1 現時点での転換・新設の予定



⑥-3 転換・新設を考えている理由、転換・新設に当たっての課題等

- 令和8年(2026)年度中:看護師が増えれば… (現実的ではない)
- ADL改善率が実際には達成困難だろう。看護師数が集まらないと思うが常に募集はしている。
- 地域医療に貢献できるか、また採算は合うのかなどを検討
- 回復期病床設置にあたり病床の改築およびスタッフの確保等課題があるため検討を図っている現況にあるが、県からの支援等についてご教示願いたい。
- 転換・新設を考えている理由
高齢者の急性期入院医療提供体制の整備。診療報酬上現行の入院収入よりも高いため。
- 課題
施設基準にある在院日数、在宅復帰率について条件が厳しくクリアすることが困難である。条件をクリアするために入院患者の選別することとなり、有効に活用しにくい状況となっている。

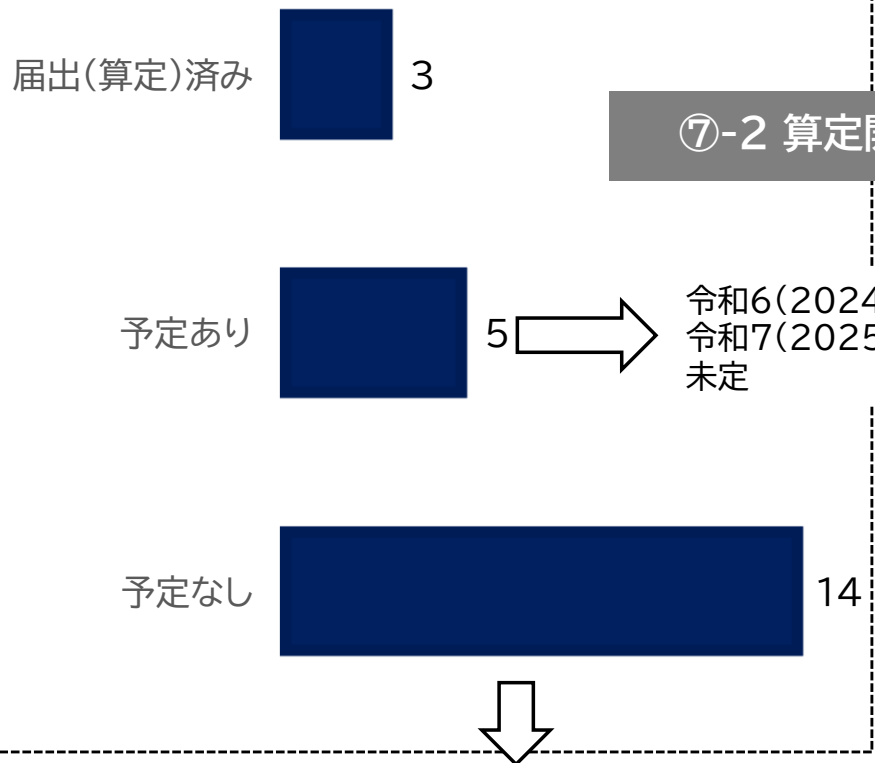
⑥-4 転換・新設をしない、またはできない理由

- 急性期病院であるため
- 回復期リハビリテーション病院として特化しているため
- 地域包括ケア病床や療養病棟があり、これ以上の患者の振り分けが難しいため
- 要件が厳しすぎるため
- 救急を受け入れる体制が限定的で要件を満たさないため
- 医師・看護師・理学療法士等が不足している(雇用できない)ため
- 診療報酬上の縛りを考えると採算割れの可能性が高く経済的なメリットがないため
- 必要性を感じないため

⑦救急患者連携搬送料について

令和6年度診療報酬改定により新設された「救急患者連携搬送料」について

⑦-1 現時点での算定の予定



⑦-2 算定開始の時期

令和6(2024)年度中 3
令和7(2025)年度中 1
未定 1

⑦-3 課題等

- 現在、調整中であり、開始してみないと問題点の抽出は難しい。
- 普及するためには算定条件のより柔軟化が求められます。
- 双方の思惑が一致するか、現実の使い勝手が不明
- この算定を理由に医療機関同士が連携を深めるシステム構築を考えて行きたいと存じます。

⑦-3 課題等

- 回復期リハビリテーション病院として特化しているため
- 医師が不足しているため
- 救急搬送の実績がほとんどない・年間2000件未満であるため要件を満たさない
- 当院では、可能な限り高齢者救急を受け入れることを想定しているが、急性期病院から下り搬送受け入れ事に、患者、家族の満足度を満たすには、どのような連携が可能か市民啓発を含めて話し合いが必要

⑧各構想区域における地域医療構想調整会議のあり方について

地域医療構想調整会議、病院及び有床診療所等会議、医療・介護の提供体制に係る協議の場などがありますが、今後の話し合いの進め方について御意見があれば記入してください。

会議の進行方法や効率化に関する意見、参加者が意見を交換しやすい場を提供することに関する回答が多かった。

県北構想区域に所属する方の回答

- 人数が多いと協議しにくいと思われる、課題に応じて部会をもつこともありと思います。
- 回復期医療は、介護保険と密接な関係にあるので、積極的な市の地域完結型医療の理解と調整会議への参加が必要。
- 経営に関することなど配慮を要する事項については関係者を限って協議する
- テーマごとに部会やワーキンググループを作る

現在の病床機能報告数と必要病床数との差異の検証

－ 定量的基準による検討について －

栃木県保健福祉部医療政策課

内容

- 1 | 概観
- 2 | これまでの検証状況
- 3 | 検証結果のまとめ

病床機能報告上の病床数と必要病床数との差異の検証の経過

R5.3

厚労省通知

- 病床機能報告に基づく病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量について、**データ**の特性だけでは説明できない差異が生じている**構想区域**においては、その要因の分析及び評価を行うこと
- 定量的基準の導入により説明ができる場合は、“データ”の特性だけでは説明できない差異が生じている**構想区域**に**該当しない**
- ▶ 定量的基準による説明の可否を含め、**データ**に基づく**病床機能**の把握が必要

R6.6

第1回調整会議 (県・各地域)

- 他県の事例などを参考に、定量的基準の1つとして、**入院基本料**により**病床機能**を分類・集計
- ▶ 各機能とも病床機能報告ほどは**必要病床数**との著しい差異はなく、特に**回復期病床**については、**病床機能報告**ほどの不足は生じていない結果となった(定量的基準による一定の説明が可能)

R6.9

第2回調整会議 (県・宇都宮)

- 入院基本料による検証の一部課題を踏まえ、患者に対して行われた医療の内容に着目し、**医療資源投入量**(診療報酬の出来高点数)による**集計**(52病院)を実施
※県全体の結果のみ提示
- 集計に当たっては、**地域医療構想策定時の必要病床数の算出方法**に準拠
- ▶ 主に**高度急性期・急性期病床**について、**病床機能報告**ほどは**必要病床数**との大きな差異はない(定量的基準による一定の説明が可能)

R6.11~12

今回の調整会議 (県・各地域)

- 医療資源投入量による集計について、**集計可能な66病院分のデータ**を整理
- **圏域ごと**に“**病床機能報告**”、“**入院基本料**”、“**医療資源投入量**”の**3つの集計結果**を比較

本取組が目指す方向性

厚労省通知に基づく検証結果としての整理

- 差異は病床機能報告の特性によるもので、データの特性だけでは説明できない差異が生じている**構想区域**はないことを確認

医療提供体制の検討における参考データとしての活用

- 地域に必要な病床(病院)機能を検討するに当たり、本取組で整理したデータを活用など

検証の概要

分類

考え方

集計方法

入院基本料

- 定量的基準による検証に当たり、他県の検証状況を確認
- 入院基本料による検証を実施している事例が多くあったことから、第1弾の取組として、他県の事例を参考に病床機能を分類し、集計

- 分類表は3ページのとおり
※第1回調整会議で提示済みのため再掲とする
- 病床機能報告で確認可能な各病院の病棟ごとの入院基本料及び届出病床数に基づき集計
※基本料が不明な病棟は、病床機能報告上の機能を計上
- 有床診療所は、以下の基準により集計

手術件数100件または化学療法件数50件以上または放射線治療あり	急性期
有床診療所療養病床入院基本料	慢性期
上記以外	回復期

医療資源投入量

- 入院基本料による集計の課題（看護体制等の影響）を踏まえ、第2弾の取組として医療資源投入量による集計を実施
- 必要病床数の算出方法に近い集計方法であり、必要病床数との比較に最も適した方法
- 集計対象の網羅性に課題があるが、傾向は把握可能

- R4年度DPCデータを使用
- 患者毎・日毎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外し、下表の点数・機能別に日毎の延べ患者数を集計後、病床稼働率で除し、病床数を算出

点数	機能	病床稼働率
3,000点以上	高度急性期	75%
600点以上3,000点未満	急性期	78%
175点以上600点未満	回復期	90%
175点未満	慢性期	92%

(参考) 入院基本料による分類表 (第1回調整会議で提示)

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

入院基本料による検証 (第1回県調整会議、第1回各地域調整会議)

入院基本料 (県全体)

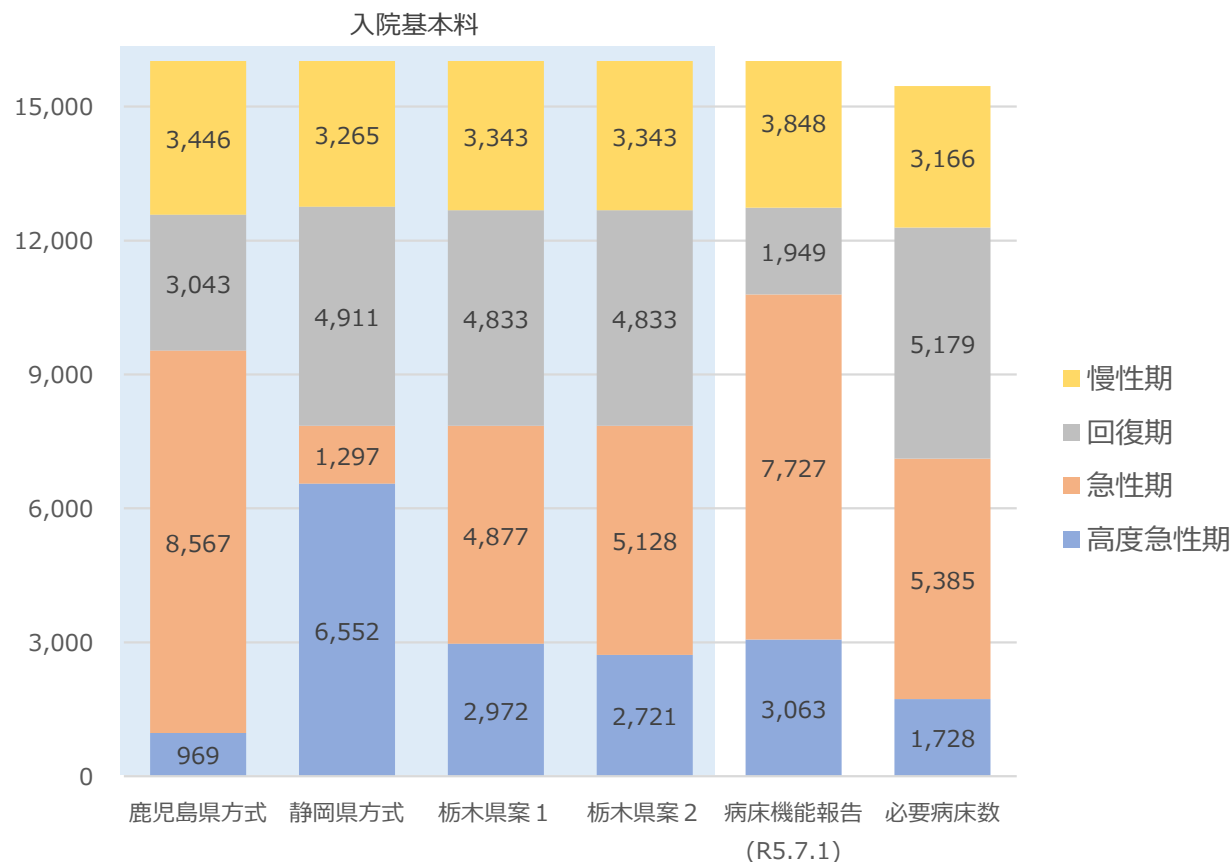
- いずれの方式においても、**病床機能報告と比較すると、“回復期”が多く、必要量との差異も小さい**という結果となった

主な御意見 (要旨)



- “ この結果がおかしいとは思わない
- “ 病床機能報告上は急性期でも実際の診療内容が回復期の場合もあり、現場の実態に近いのではないか
- “ このように整理すると辻褄が合うというだけで、実際の医療体制はこの数字のようにない
- “ 数合わせに徹底した感じが否めない
- “ 看護師の数の関係で、急性期一般入院料1~3は取れないが、救急などの対応をしている中で、これでは、回復期扱いになる
- “ 急性期をやっている有床診療所は限られているので、静岡県方式に合わせる必要はなく、栃木県としてしっかりと数を把握すべき

入院基本料による分類と病床機能報告の比較

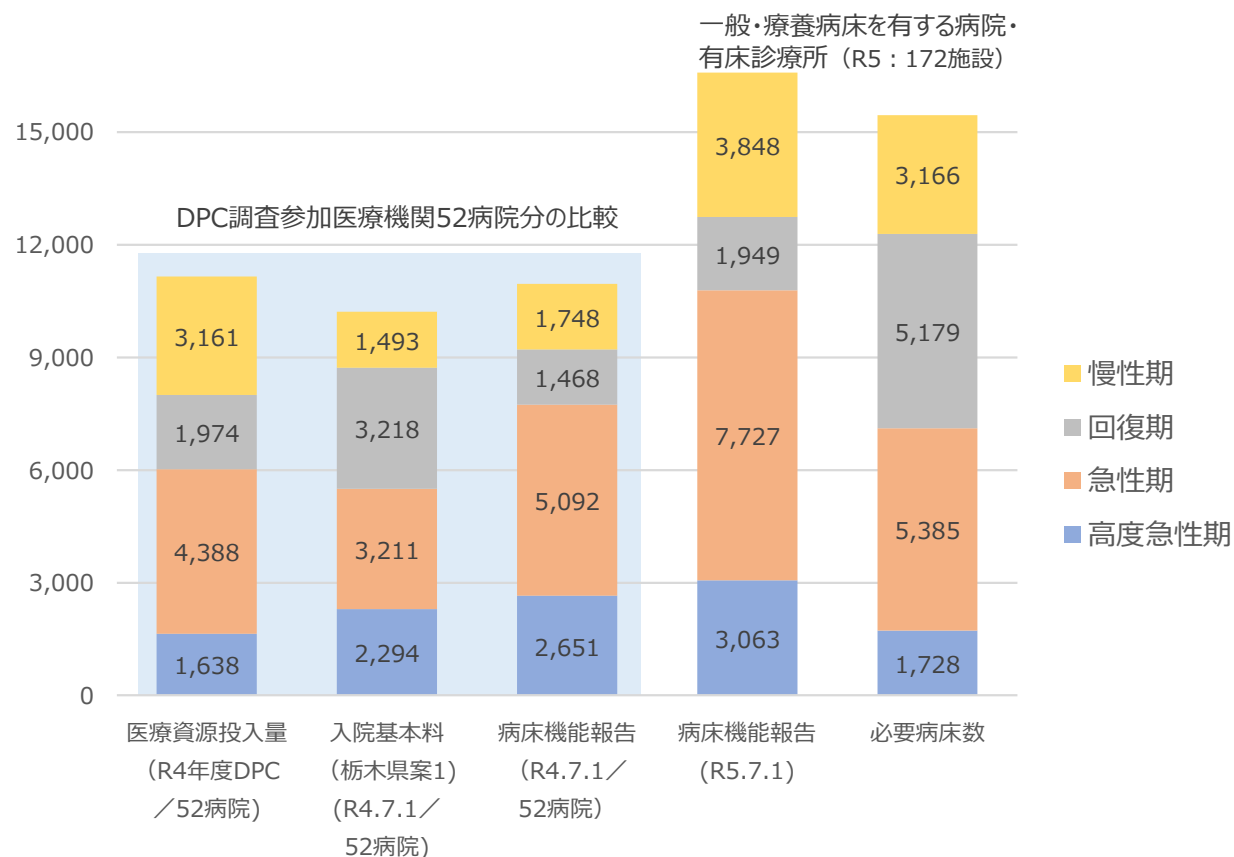


医療資源投入量による検証 (第2回県調整会議、第2回宇都宮地域調整会議)

医療資源投入量 (県全体)

- 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
- 対象52病院について**病床機能報告の結果と比較すると、高度急性期、急性期病床の数が少ない**

医療資源投入量による分類と病床機能報告の比較 (県全体)



主な御意見 (要旨)



- ✓ 本検証結果については、これまでのところ特段の御意見はなし

※ 以下、事務局からの補足説明

- “ 今回は52病院分の結果を集計したが、DPC調査参加医療機関66病院分の集計結果は次の調整会議でお示しする
- “ 今回は県全体の結果のみだが、各圏域の結果についても、次回お示しする

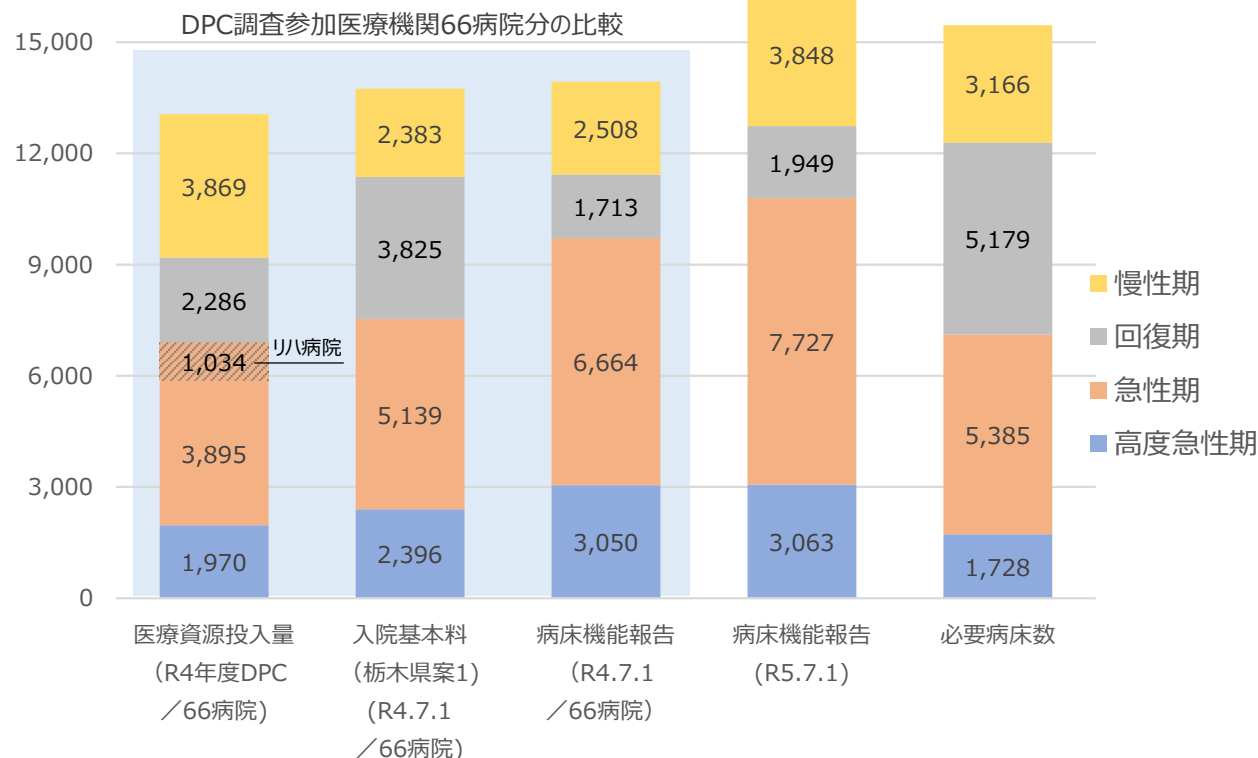
3 検証結果のまとめ (i)

医療資源投入量・入院基本料・病床機能報告による比較

- 医療資源投入量・入院基本料による集計結果ともに、病床機能報告の結果と比較すると、**必要病床数における各機能のバランスに近い**
- 医療資源投入量による集計では、計算の過程上、**リハビリテーション病院の多くが“急性期”としてカウント**されている点に注意
- 本検証は病床機能報告の結果自体を否定する趣旨ではなく、**定量的基準を含めた複数の視点による病床機能の把握が目的**である（現行の補助制度に影響を及ぼすものではない）

医療資源投入量・入院基本料と病床機能報告の比較

一般・療養病床を有する病院・有床診療所（R5：174施設）



検証の整理

厚労省通知に基づく検証

- 病床機能報告上の病床数と必要病床数における各病床機能の**差異**については、**定量的基準の導入により一定の説明が可能**
- 定量的基準により各病床機能を見ると、特に、“急性期病床”や“回復期病床”の**必要病床数との差異**については、**病床機能報告の結果ほどは認められない**
- 各機能のバランス（構成比）を見ると、病床機能報告の結果に比べ、**定量的基準による結果は必要病床数におけるバランスに近い**
 - ▶ “データの特徴だけでは説明できない差異”は生じていない
 - ▶ このため、必要病床数との間に著しい差異が生じている要因の分析・評価・公表については対象外

検証の限界

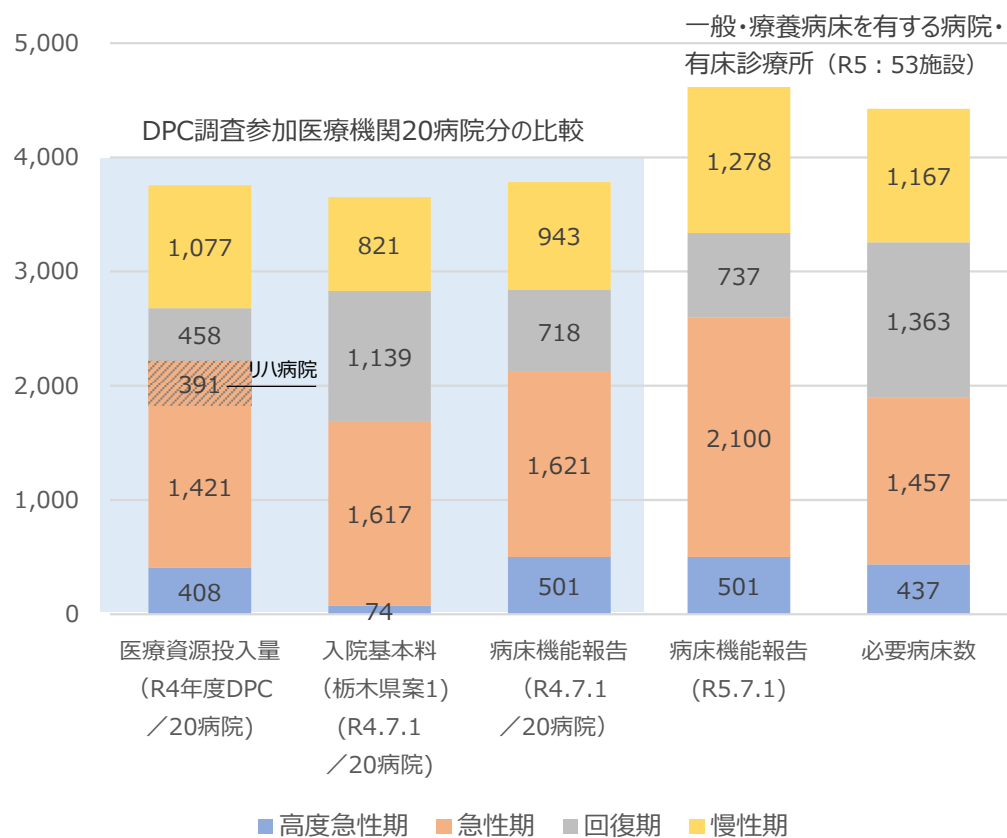
- DPC調査参加病院以外の病院や有床診療所に係る医療資源投入量の算出（データ収集）が困難なため、病床**“数”**の議論への活用は**限定的**

3 検証結果のまとめ (ii)

各圏域の比較結果①

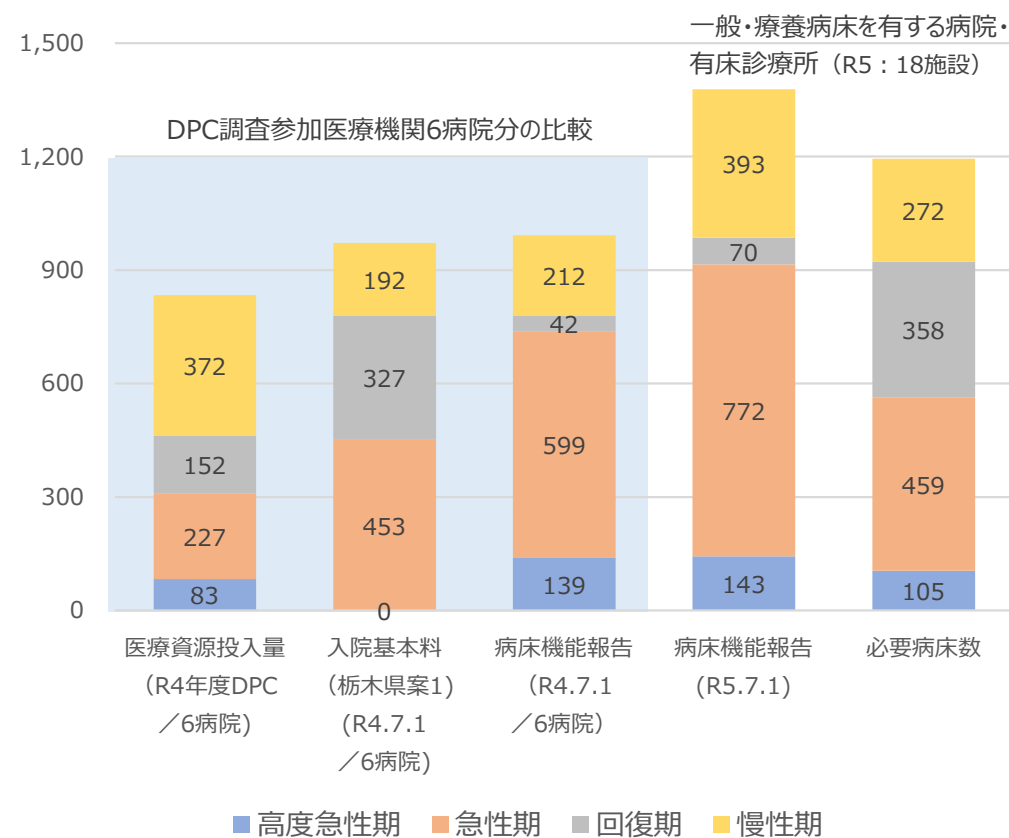
宇都宮

医療資源投入量・入院基本料と病床機能報告の比較



県西

医療資源投入量・入院基本料と病床機能報告の比較

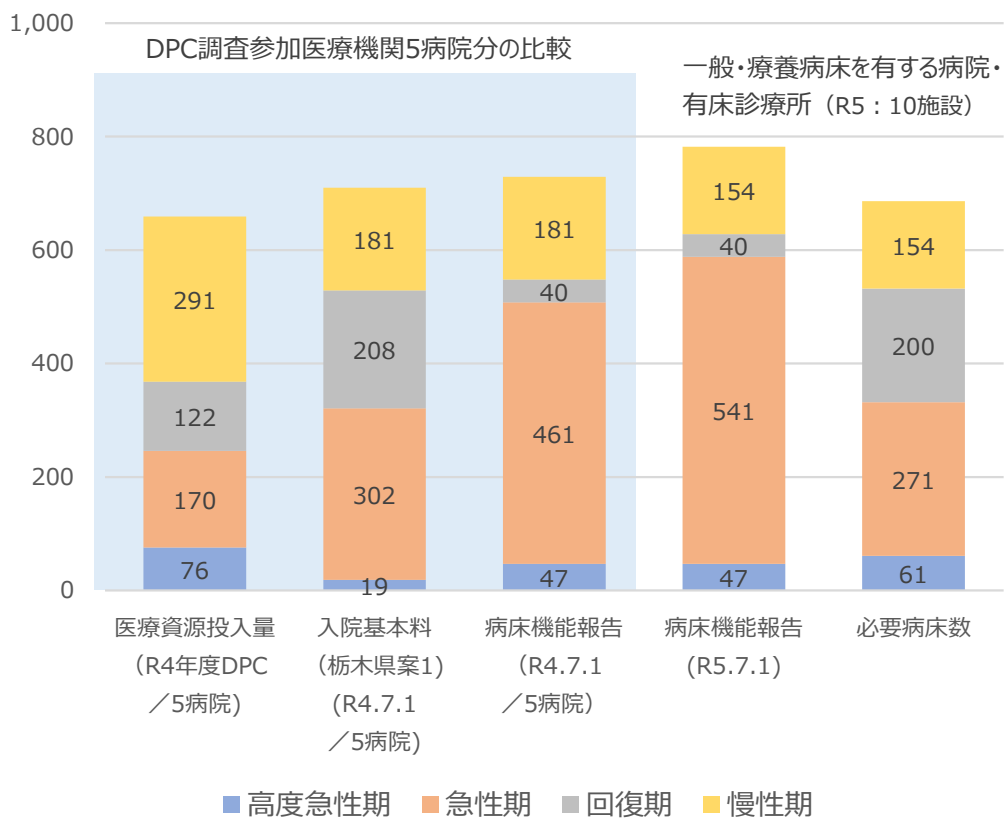


3 検証結果のまとめ (ii)

各圏域の比較結果②

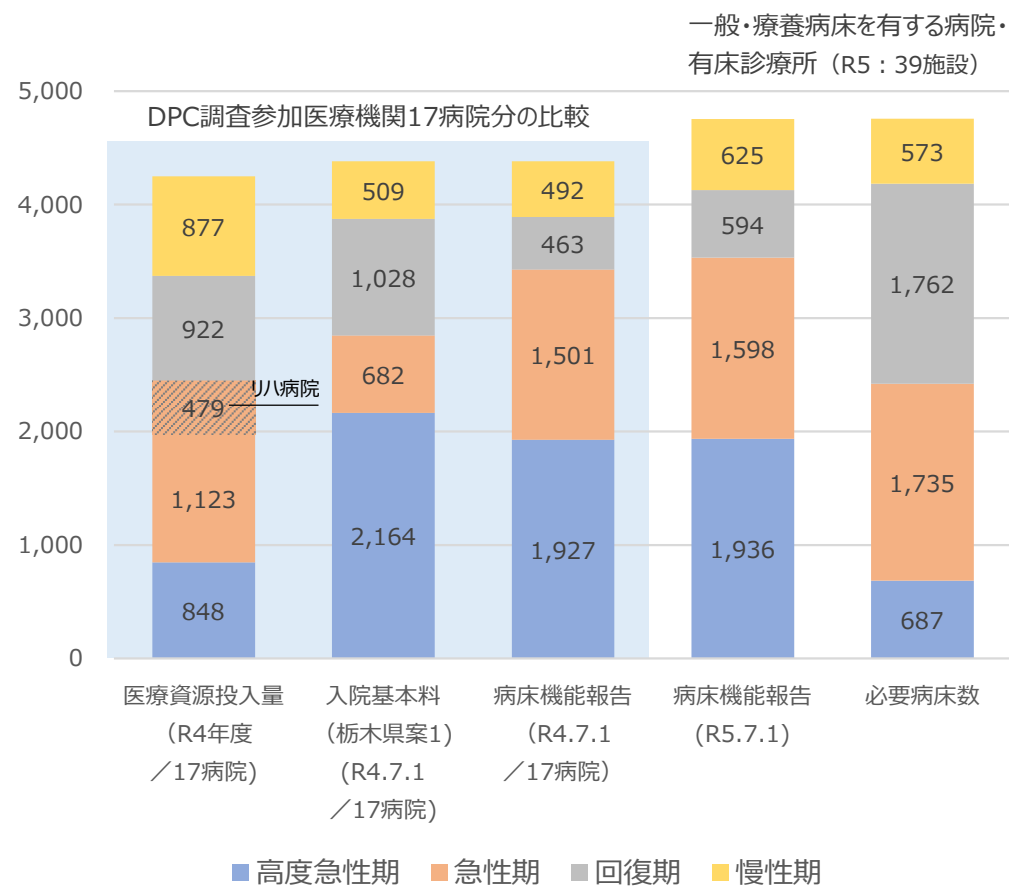
県東

医療資源投入量・入院基本料と病床機能報告の比較



県南

医療資源投入量・入院基本料と病床機能報告の比較

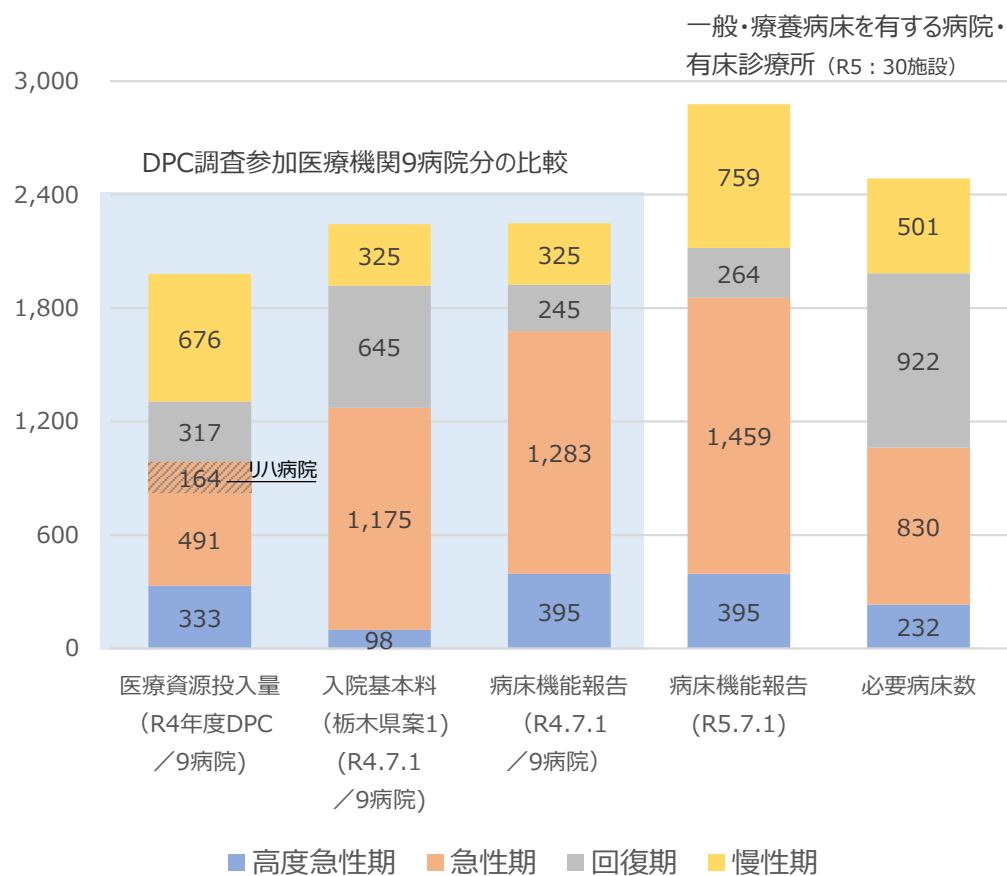


3 検証結果のまとめ (ii)

各圏域の比較結果③

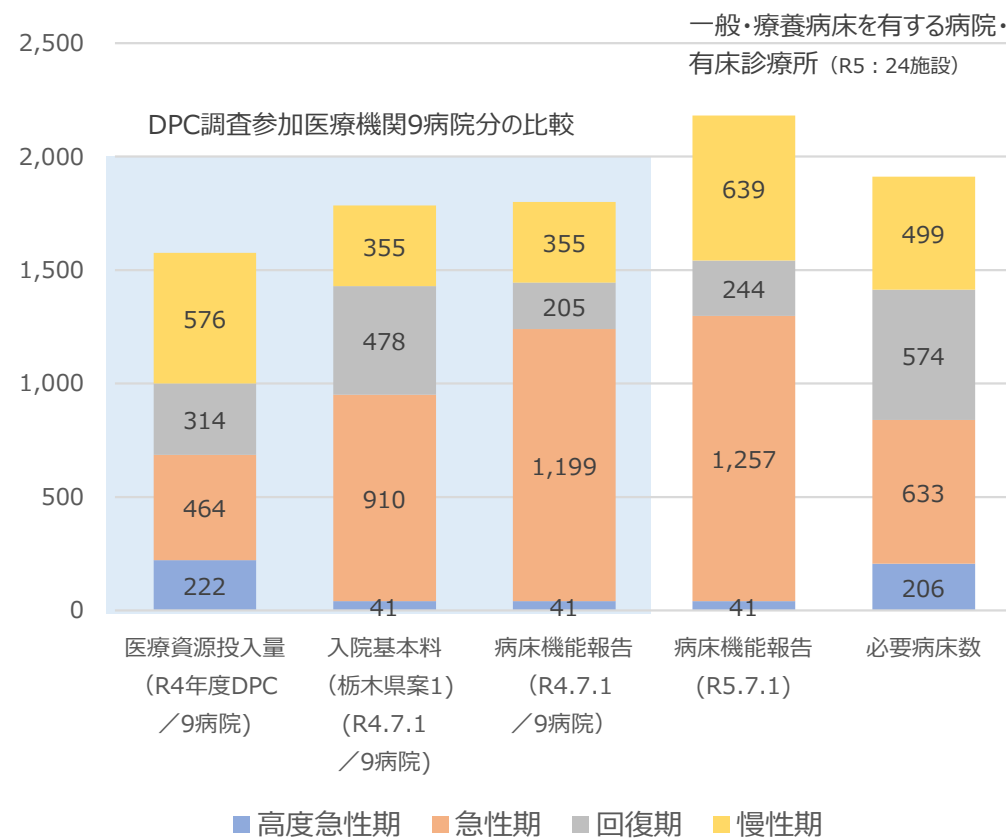
県北

医療資源投入量・入院基本料と病床機能報告の比較



両毛

医療資源投入量・入院基本料と病床機能報告の比較



現在の医療提供状況について

－ 第1回地域医療構想調整会議における御意見等を踏まえたデータについて －

栃木県保健福祉部医療政策課

内容

- 1 第1回調整会議で提示したデータと主な御意見について
- 2 今回整理したデータについて
 - ① 疾患別・圏域別の患者の流出状況
 - ② 入院経路別の退院先
 - ③ 患者住所地と入院先までの移動距離
 - ④ 高齢者の医療機関までの移動手段
 - ⑤ 疾患毎の入院移動距離別患者数の割合
 - ⑥ 二次輪番病院の肺炎患者の受け入れ状況

第1回地域医療構想調整会議で提示したデータ

	データ	要点
医療需要	<ul style="list-style-type: none">2040年の人口構成2040年の入院・外来の医療需要	<ul style="list-style-type: none">✓ 老年人口の増加により、65歳以上の医療需要は増加する見通し✓ 高齢者に多い疾患や医療介護の複合ニーズを有する患者に対応した医療提供体制が必要
流出入	<ul style="list-style-type: none">医療圏毎の流出入の患者数、割合流入患者の居住地、年齢の割合流入患者を受け入れた医療機関の割合流出した患者の流出先市町、年齢、疾患の割合	<ul style="list-style-type: none">✓ 宇都宮は流出入ともに同等の割合で、県北・県西・県東は流出割合が多く、県南・両毛は流入割合が多い✓ 隣接市町との間の高齢者の流出入割合が大きい✓ いずれの医療圏でも、「新生物〈腫瘍〉」「循環器系の疾患」「消化器系の疾患」の患者の流出割合が多い
手術	<ul style="list-style-type: none">MDC別手術件数医療機関別手術件数（MDC別）がん・循環器等の治療、幅広い手術、全身管理及び救急医療の実績（病床機能報告）	<ul style="list-style-type: none">✓ 各医療圏とも、「消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患」の手術件数が多い✓ いずれの医療圏も特定の病院が多くの手術を実施している状況
救急医療	<ul style="list-style-type: none">各消防、重症度別の救急搬送人員数救急車受け入れ件数×医師数	<ul style="list-style-type: none">✓ 救急搬送人員数は増加傾向にあり、特に宇都宮市において増加✓ 中等症の搬送人員数が増加傾向✓ 救急車を受け入れている病院に偏り

主な御意見

入院患者の流出入状況について

- 流出入自体は問題ではなく、疾患毎に分けて流出入状況を見るべき【宇都宮・県西】
- 心筋梗塞や脳卒中などの時間的制約がある疾患の流出は対策が必要（タイムロスなく患者を運ぶ体制など）【宇都宮・県西】
- 希少疾患や時間的制約が少ない疾患の流出は許容されるべきではないか【宇都宮】
- 地域になければならない（完結すべき）医療について、地域のコンセンサスを得ることが重要であり、それを踏まえて、流出入の問題は考えるべき【県西・県東】
- 流出した患者の退院先として、地元に戻る傾向があるのではないか【県調整会議】

地域性などを踏まえた医療提供体制について

- 面積の広い医療圏では、高齢患者の移動手段が一層の課題になるだろう【県北】
- 高齢者の骨折とリハビリが増えてくることが予想されるが、そのような患者は自分で移動できないため、整形外科の医師については、1箇所を集約するのではなく、患者の移動手段の問題も考慮した配置とするべきではないか【県北】
- 脳卒中等の時間が問題となる疾患に関しては、救急車の到着が遅れると、治療後の状態が悪くなるので、医療圏の面積も考慮して機能分化は考えるべき【県北】
- 地域の発展という意味では、子育て世代が暮らしやすい地域づくりが重要であり、小児科や産婦人科に関しては何かしらの対応が必要ではないか【県西】

救急医療の体制について

- 二次の輪番病院にも2種類ある（多数の機能を持つ二次輪番病院と機能が限られる二次輪番病院）。例えば、高齢者の肺炎などは、機能が限られる二次輪番病院がしっかりと受け、多機能の二次輪番病院を圧迫しない体制が必要ではないか【県西】

お示しするデータ

主な御意見（要旨・データ関連のみ）

データ

流 出 入

- 疾患毎の流出入状況を把握すべき
- 時間的制約がある疾患（心筋梗塞・脳卒中）の流出への対策が必要でないか
- 流出した患者の退院先は自宅（地元）に戻る人が多いのか

- ① 疾患別・圏域別の患者の流出状況（脳卒中、心筋梗塞、肺炎、がん患者の流出状況）
- ② 入院経路別の退院先（流出患者のみ含む）

地 域 性

地 理 ・ ア ク セ ス

- 医療圏の面積を考慮した患者の移動手段も今後問題となるだろう
- 医療圏の面積は、時間的制約がある疾患について救急車の到着の遅れなどに影響を及ぼす要素であるため、それらを踏まえた機能分化は考えるべき

- ③ 患者住所地と入院先までの移動距離
- ④ 高齢者の医療機関までの移動手段
- ⑤ 疾患毎の入院移動距離別患者数の割合

救 急 医 療

- 例えば、高齢者の肺炎などについて、二次輪番病院間の役割分担も必要ではないか

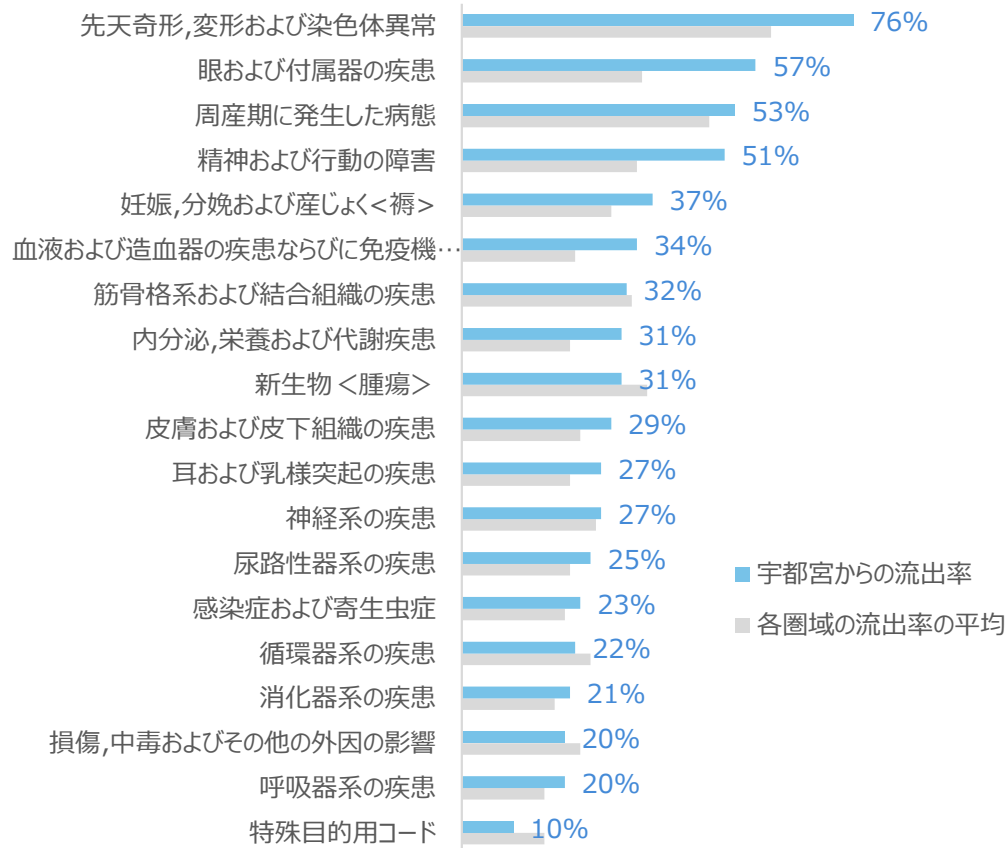
- ⑥ 二次輪番病院の肺炎患者（救急車利用）の受け入れ状況

2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 宇都宮

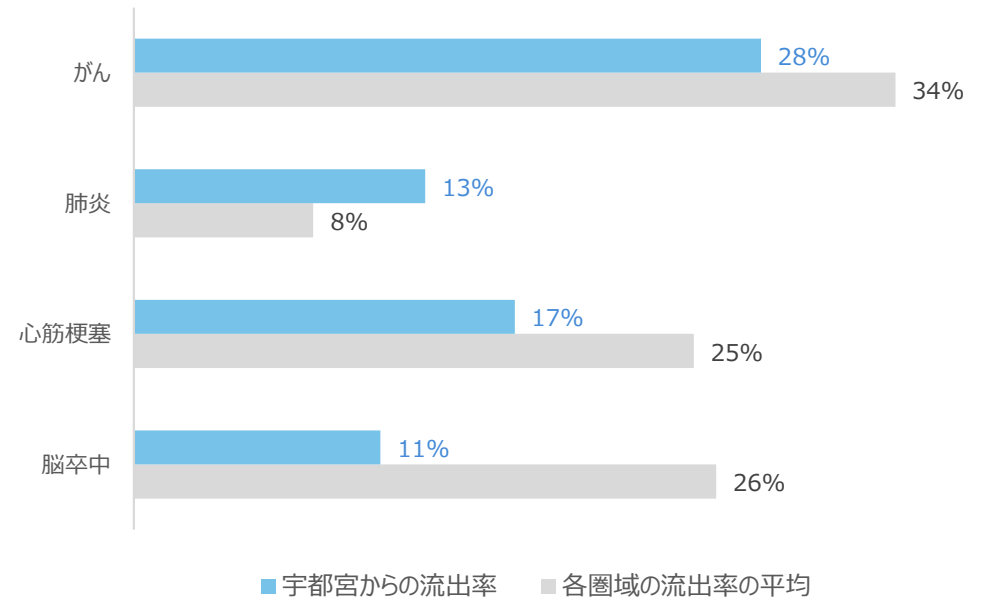
流出率（ICD10別）

- 「先天奇形、変形および染色体異常」、「眼および付属器の疾患」、「周産期に発生した病態」の流出率が比較的高い



流出率（脳卒中・心筋梗塞・肺炎・がん）

- 各圏域の流出率の平均に比べると、「がん」、「心筋梗塞」、「脳卒中」は流出率が低い
- 「肺炎」の流出率は平均より高い

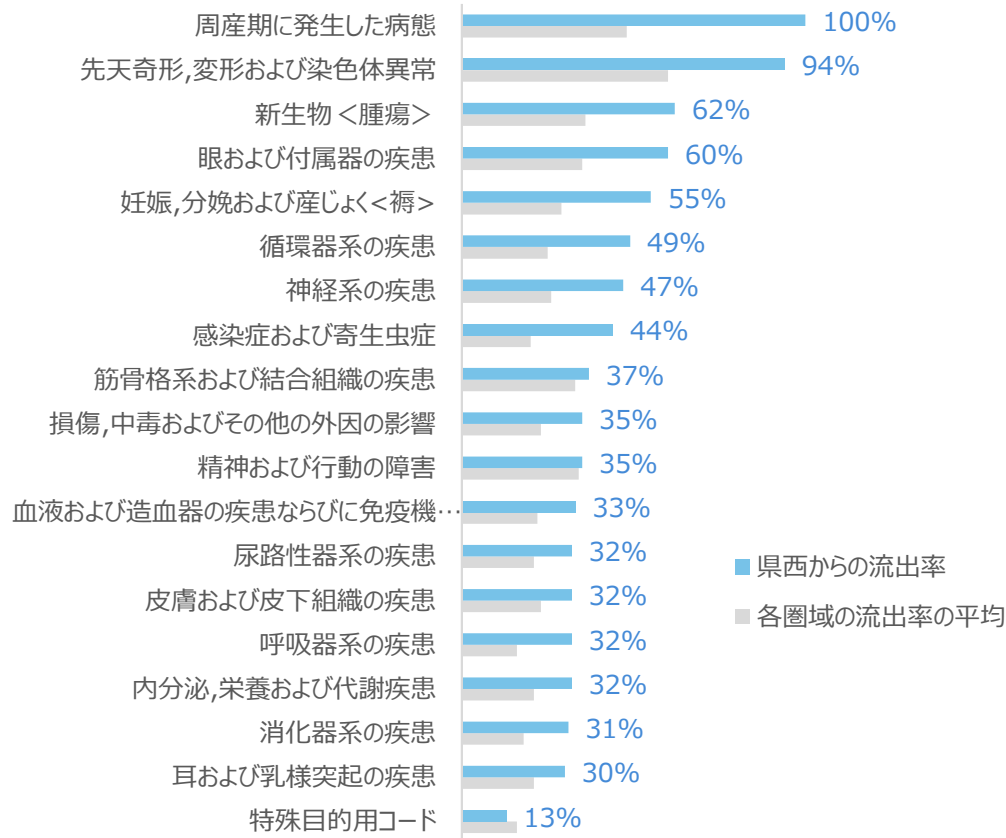


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 県西

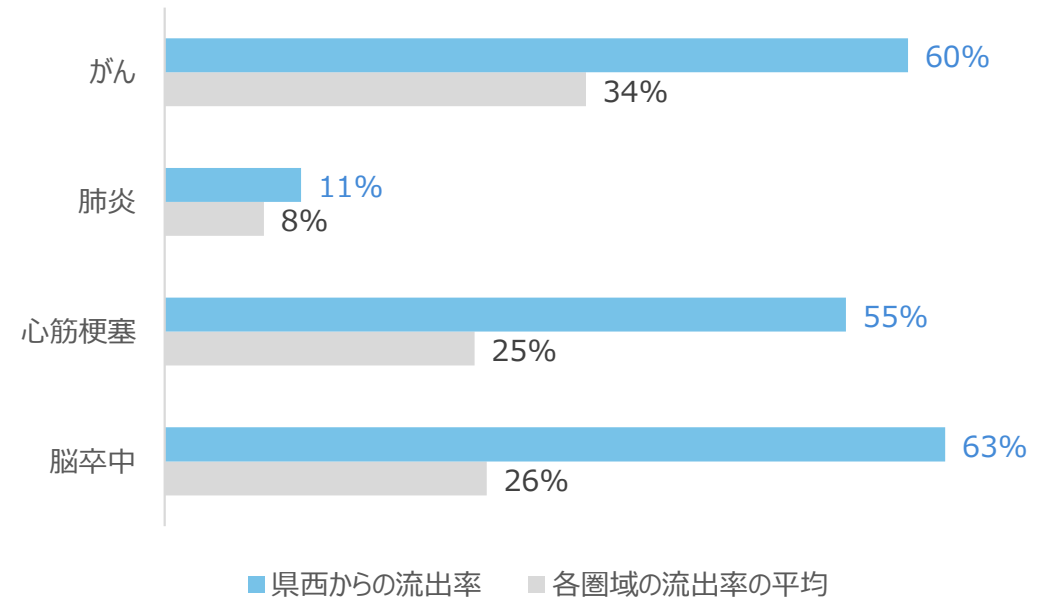
流出率（ICD10別）

- 「周産期に発生した病態」、「先天奇形、変形および染色体異常」、「新生物〈腫瘍〉」、「眼および付属器の疾患」、「妊娠、分娩および産じょく〈褥〉」の流出率が比較的高い



流出率（脳卒中・心筋梗塞・肺炎・がん）

- いずれの疾患も各圏域の流出率の平均よりも流出率が高い
- 「肺炎」の流出率は平均に近い

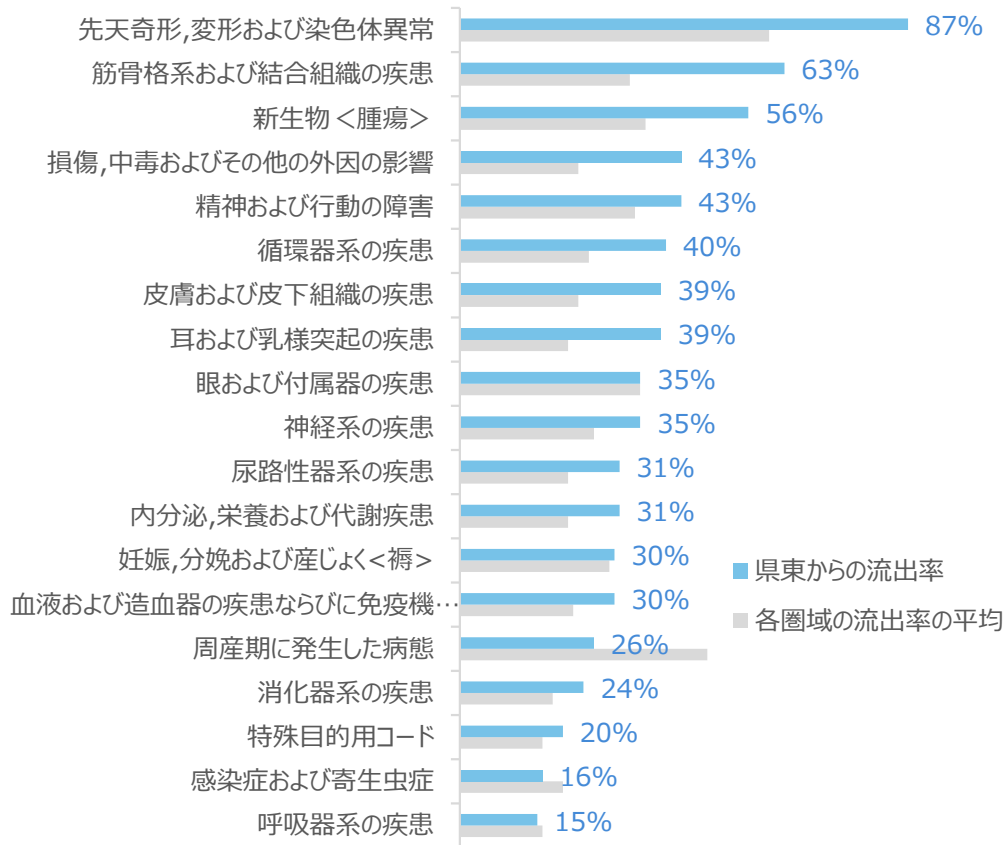


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 県東

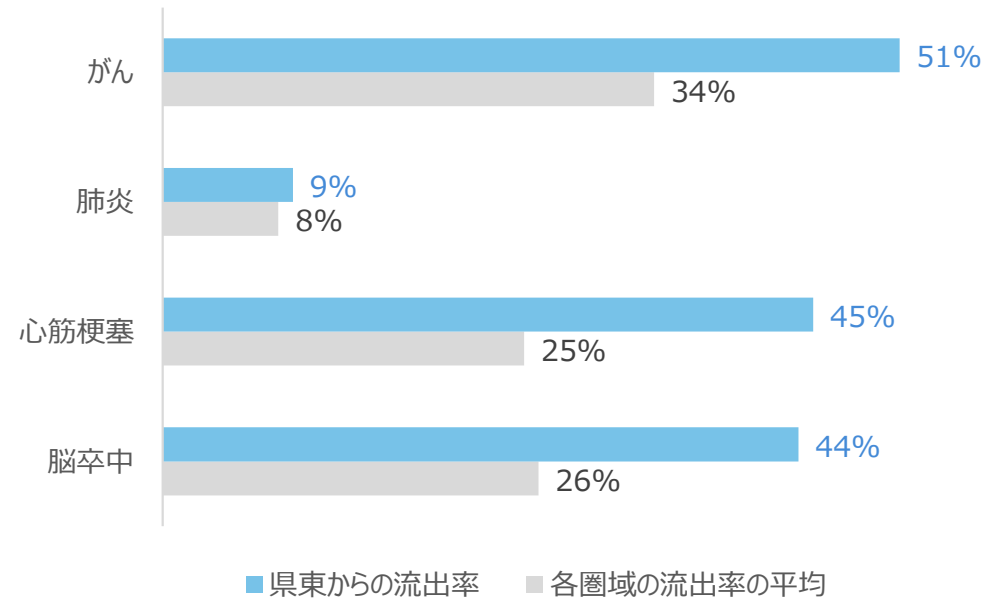
流出率（ICD10別）

- 「先天奇形、変形および染色体異常」、「筋骨格系および結合組織の疾患」、「新生物〈腫瘍〉」の流出率が比較的高い



流出率（脳卒中・心筋梗塞・肺炎・がん）

- 「脳卒中」、「心筋梗塞」、「がん」は各圏域の流出率の平均よりも流出率が高い
- 「肺炎」の流出率は平均とほぼ同様

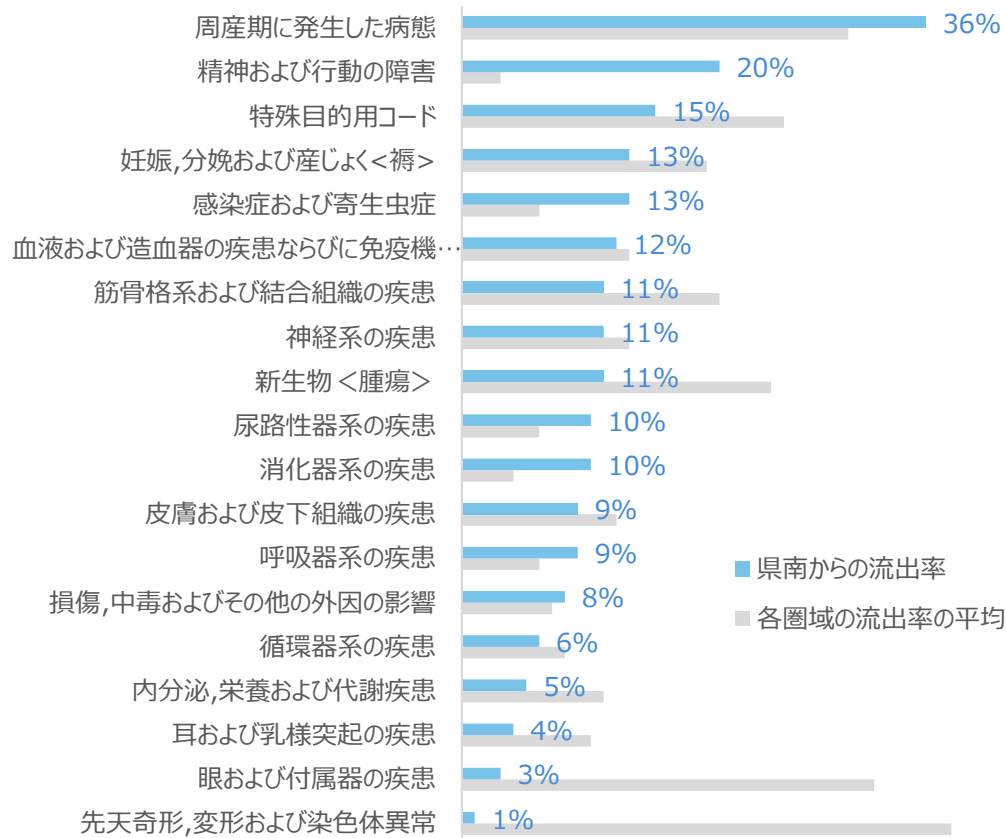


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 県南

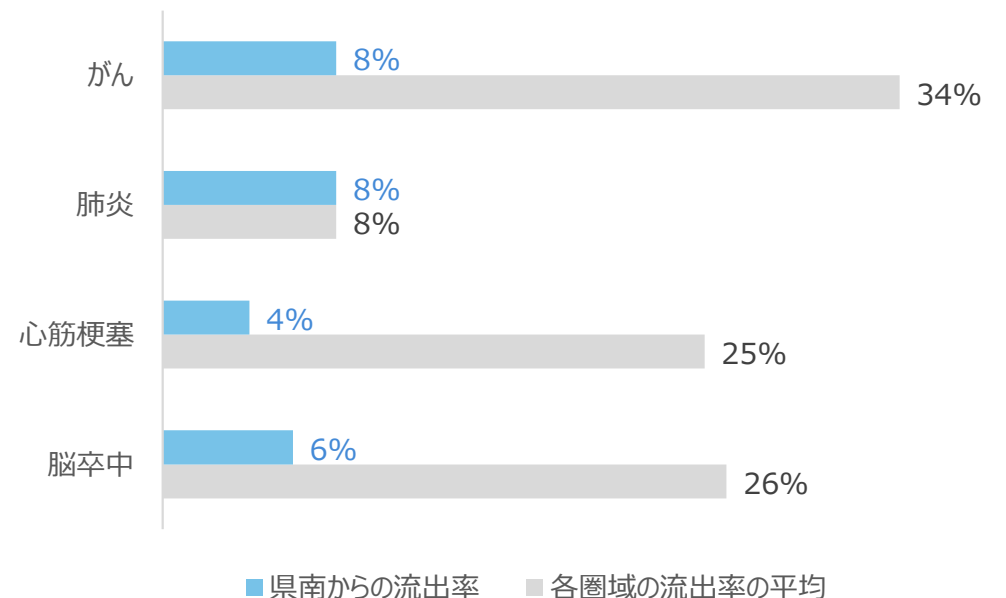
流出率（ICD10別）

- 他圏域と比較し、全般的に流出率が低い



流出率（脳卒中・心筋梗塞・肺炎・がん）

- 「肺炎」の流出率は各圏域の流出率の平均と同等だが、その他の疾患は平均よりも流出率が低い

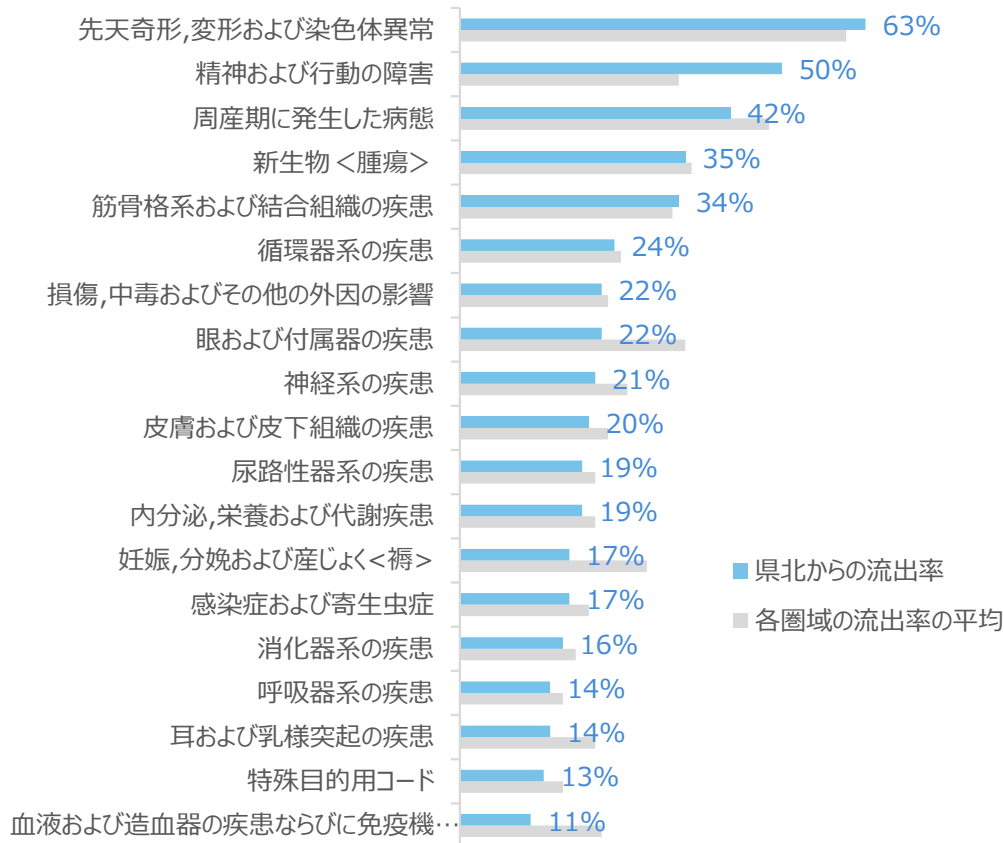


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 県北

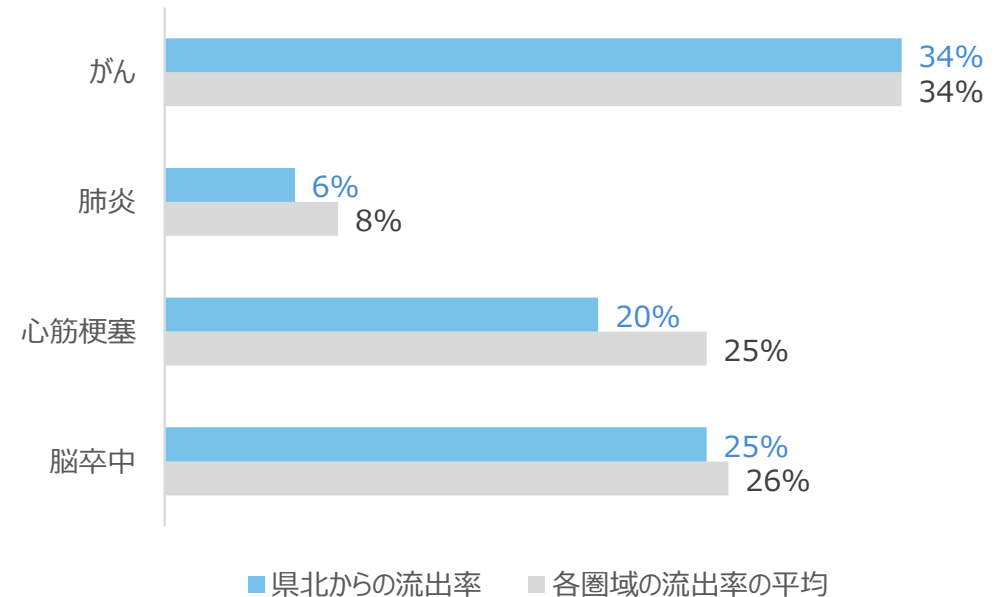
流出率（ICD10別）

- 「先天奇形,変形および染色体異常」、「精神および行動の障害」の流出率が比較的高い



流出率（脳卒中・心筋梗塞・肺炎・がん）

- 各圏域の流出率の平均と近い割合である

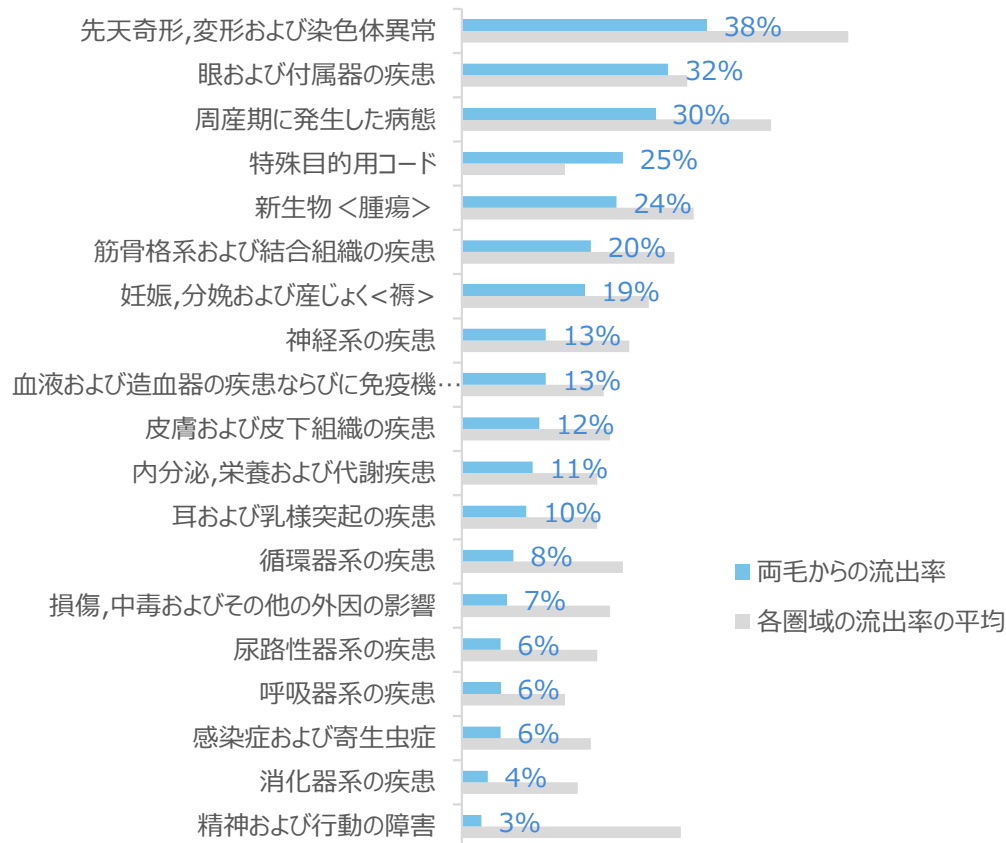


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 両毛

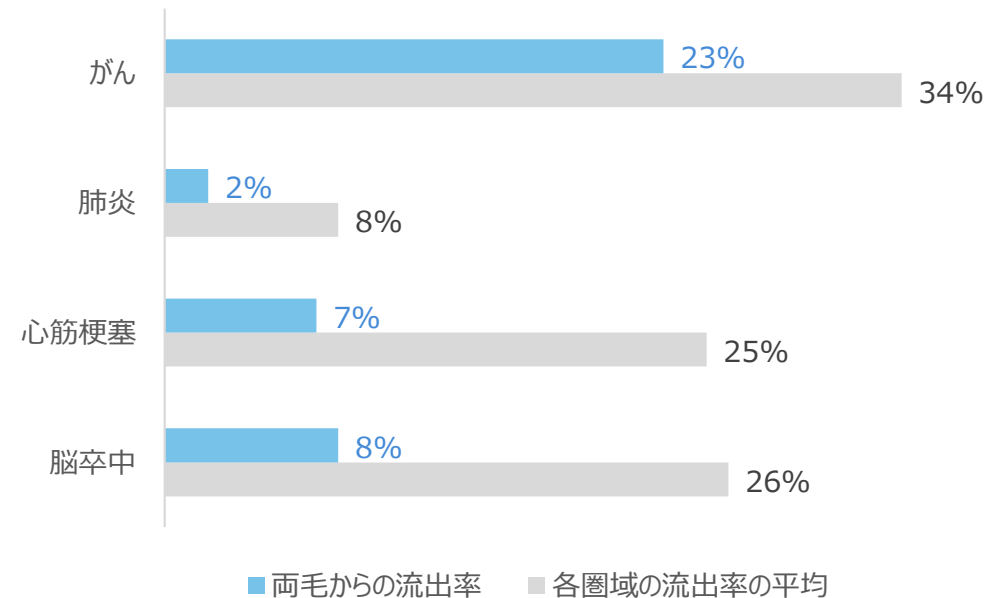
流出率（ICD10別）

- 他圏域と比較し、全般的に流出率が低い



流出率（脳卒中・心筋梗塞・肺炎・がん）

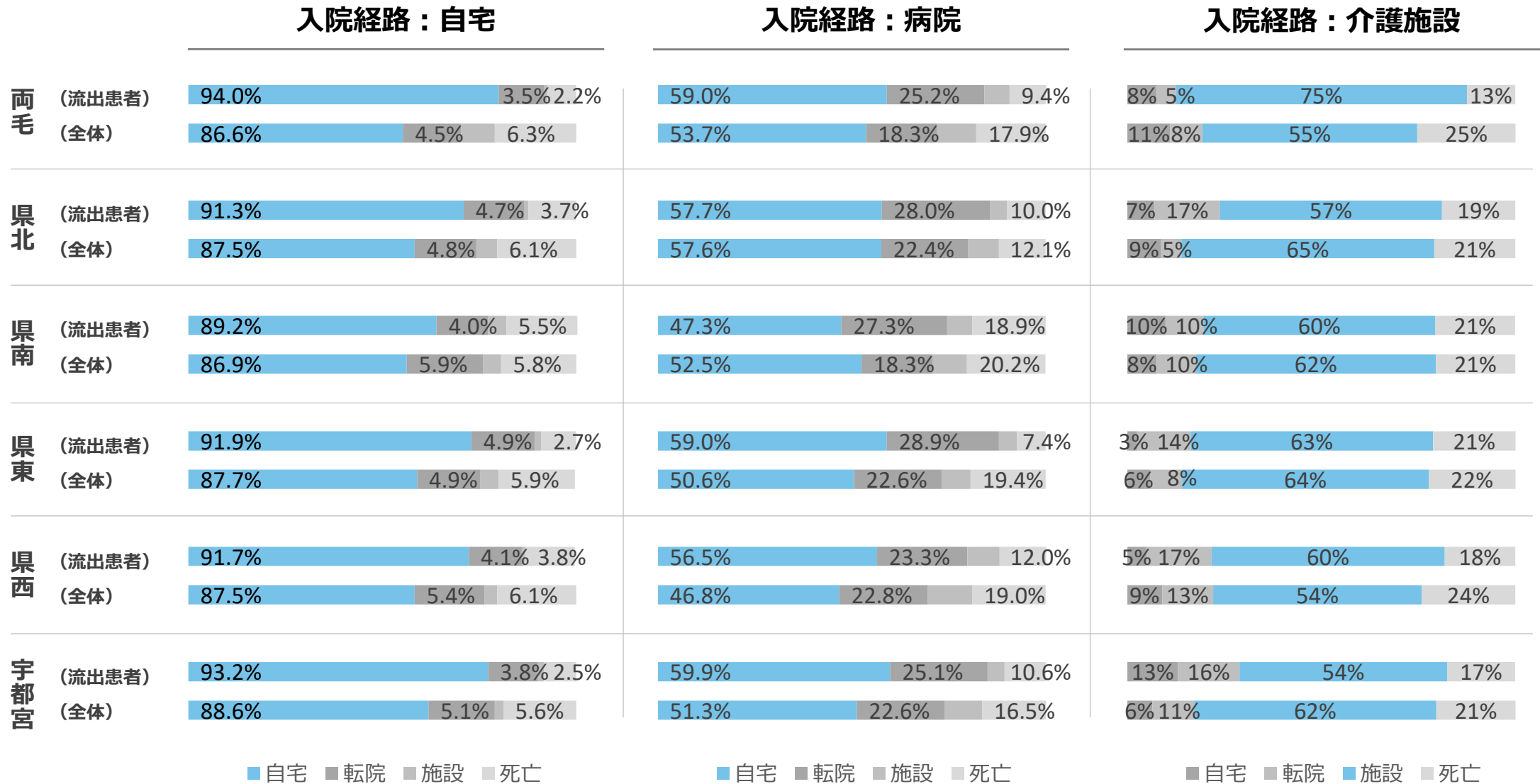
- 各圏域の流出率の平均と比較して、全般的に流出率が低い



2 今回整理したデータについて

② 入院経路別の退院先について

- 「自宅」、「病院」から入院した患者の退院先は「自宅」が最も多く、「介護施設」から入院した患者は「施設」へ退院する割合が多い
- 流出患者に限定すると、「自宅」への退院の割合が全体と比較すると若干増加する



2 今回整理したデータについて

③ 患者住所地と入院先までの移動距離（自宅からの入院のみ）

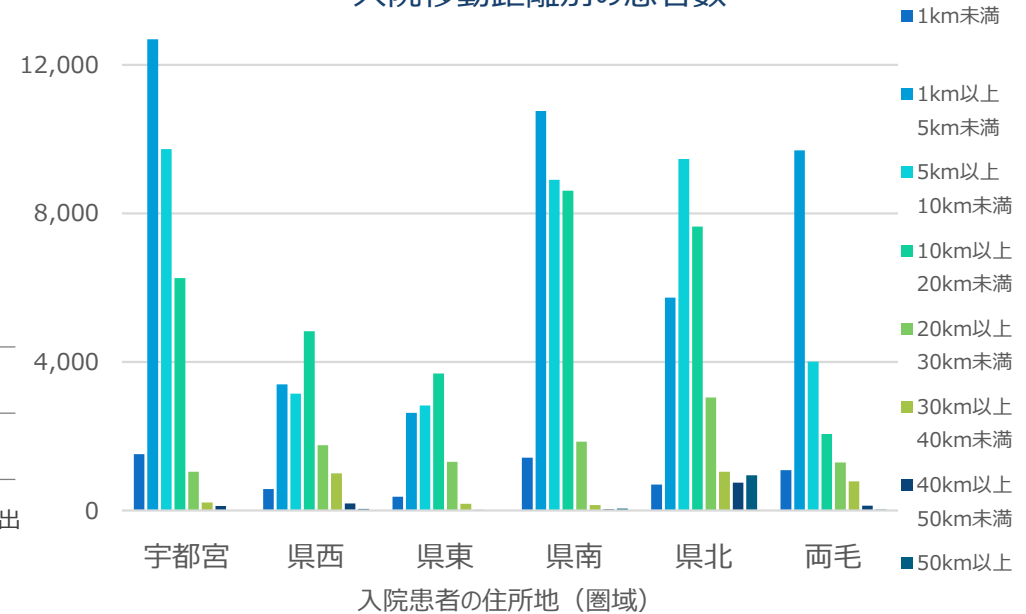
- 「宇都宮」・「県南」・「両毛」に住む患者の自宅から入院先までの平均距離は比較的短い
- 「県西」・「県東」・「県北」に住む患者の自宅から入院先までの平均距離は比較的長い
- 「宇都宮」・「県南」・「両毛」は、入院先までの距離が「1km以上5km未満」の患者が最も多く、「県北」は、「5km以上10km未満」、「県西」・「県東」は、「10km以上20km未満」の患者が最も多い

平均距離km (自宅⇄入院先)	宇都宮	県西	県東	県南	県北	両毛
	7.5	12.3	11.1	8.5	13.4	8.2

※ 医療機関所在地及び患者住所地（郵便番号（町名）単位）の緯度経度情報から2点間の直線距離を算出

出所：DPCデータ様式1（期間：令和4年4月～令和5年3月）、国土交通省「位置参照情報」より作成

入院移動距離別の患者数

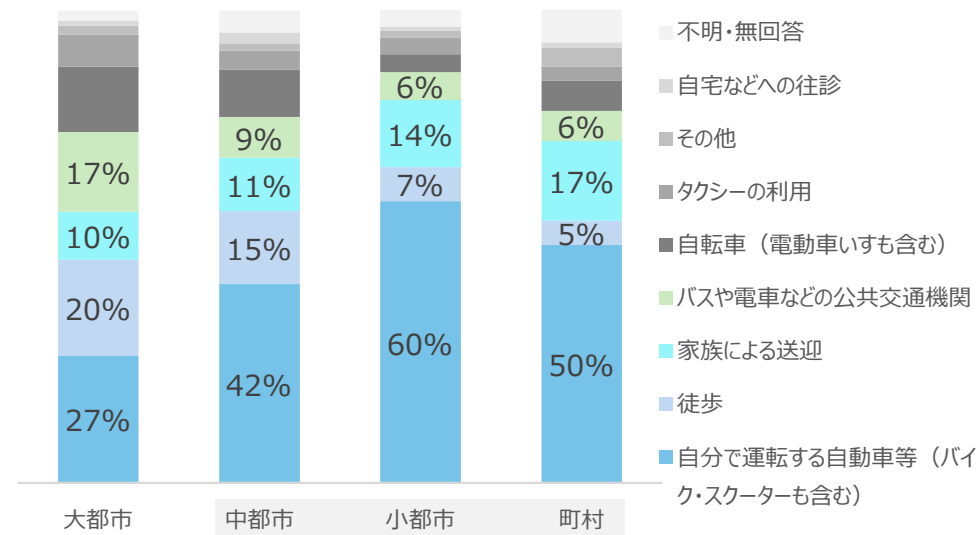


④ 高齢者の医療機関への移動手段（全国）

- 高齢者（65歳以上）の医療機関への移動手段を見ると、都市規模に関わらず「自分で運転する自動車等」の割合が最も多い
- 「バスや電車などの公共交通機関」を利用する高齢者の割合は、都市規模が小さくなるほど減少
- 小都市・町村では、「家族による送迎」の割合も多い

都市規模	県内で該当する市町
大都市（東京都23区・政令指定都市）	—
中都市（人口10万人以上の市）	宇都宮市【宇都宮】、栃木市・小山市【県南】、那須塩原市【県北】、足利市・佐野市【両毛】
小都市（人口10万人未満の市）	鹿沼市・日光市【県西】、真岡市【県東】、下野市【県南】、大田原市・矢板市・さくら市・那須烏山市【県北】
町村	益子町・茂木町・市貝町・芳賀町【県東】、上三川町・壬生町・野木町【県南】、塩谷町・高根沢町・那須町・那珂川町【県北】

都市規模別の高齢者の医療機関への移動手段



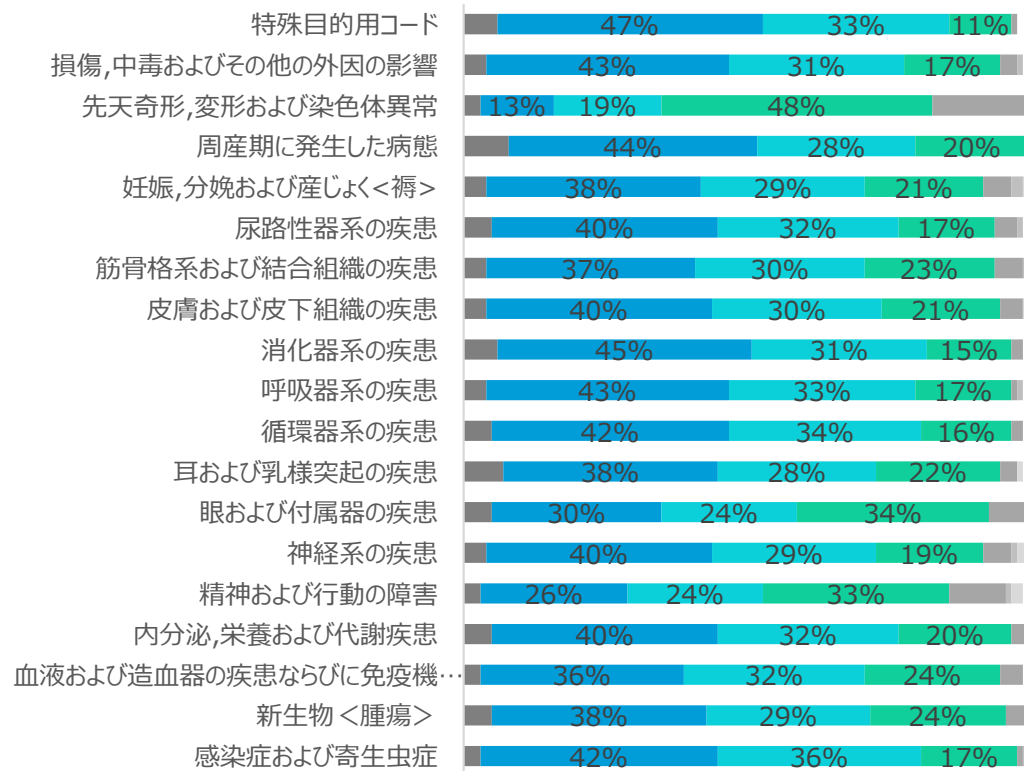
出所：内閣府「令和4年度高齢者の健康に関する調査」より作成

2 今回整理したデータについて

⑤ 疾患毎の入院移動距離別患者数の割合

宇都宮

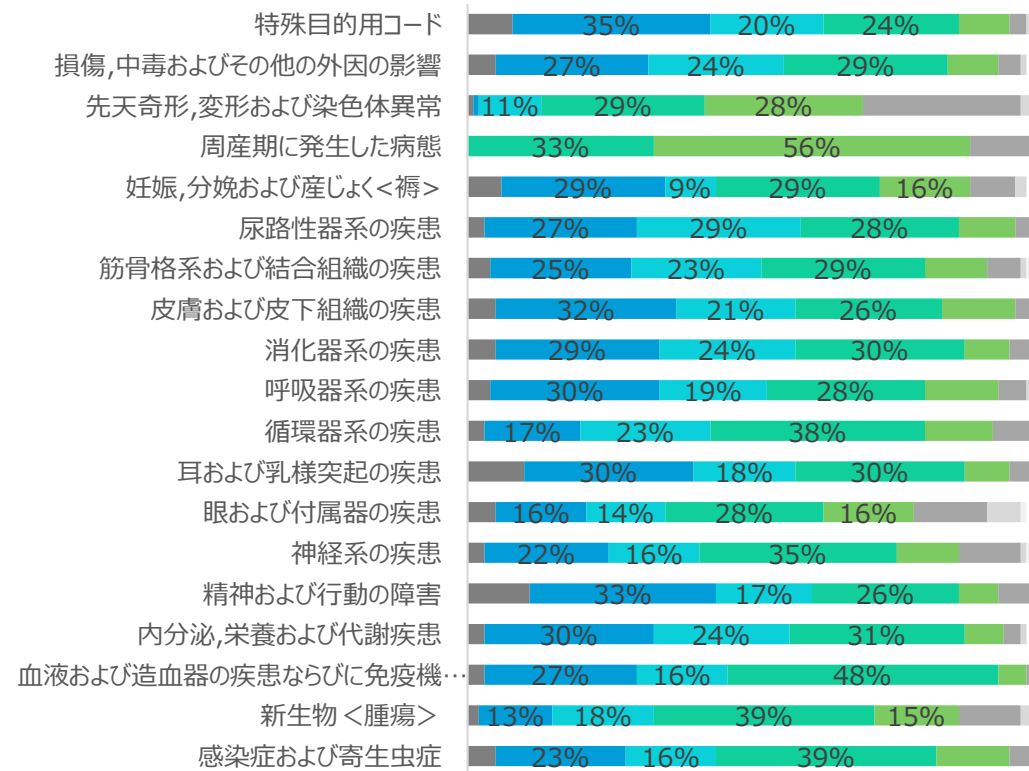
- 多くの疾患で、自宅から1km以上5km未満の医療期間に入院している患者の割合が比較的高い
- 「精神および行動の障害」、「眼および付属器の疾患」、「先天奇形、変形および染色体異常」は、自宅から入院先への距離が10km以上ある患者割合が他の疾患よりも比較的多い



■ 1km未満 ■ 1km以上5km未満 ■ 5km以上10km未満 ■ 10km以上20km未満
 ■ 20km以上30km未満 ■ 30km以上40km未満 ■ 40km以上50km未満 ■ 50km以上

県西

- 多くの疾患で、自宅から10km以上20km未満の医療機関に入院している患者の割合が比較的高い
- 「新生物」、「精神および行動の障害」、「眼および付属器の疾患」、「周産期に発生した病態」、「先天奇形、変形および染色体異常」は、自宅から入院先への距離が離れている患者割合が他の疾患よりも比較的多い



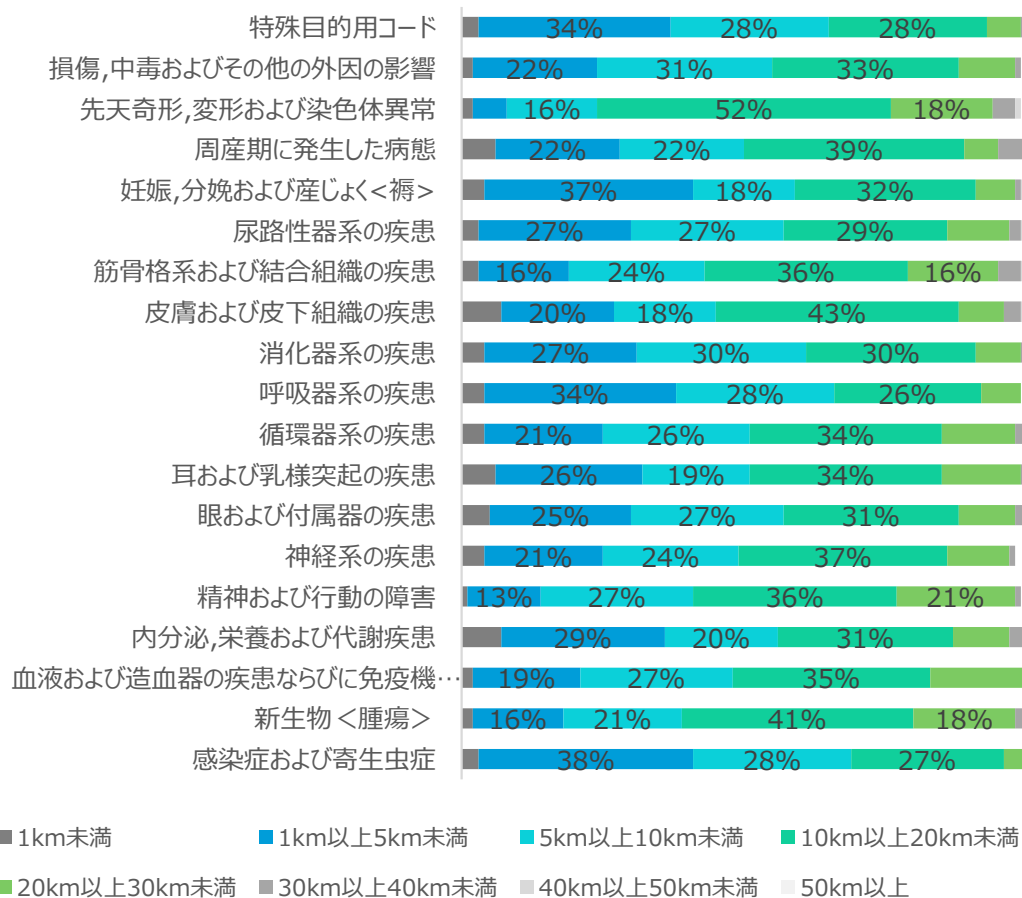
■ 1km未満 ■ 1km以上5km未満 ■ 5km以上10km未満 ■ 10km以上20km未満
 ■ 20km以上30km未満 ■ 30km以上40km未満 ■ 40km以上50km未満 ■ 50km以上

2 今回整理したデータについて

⑤ 疾患毎の入院移動距離別患者数の割合

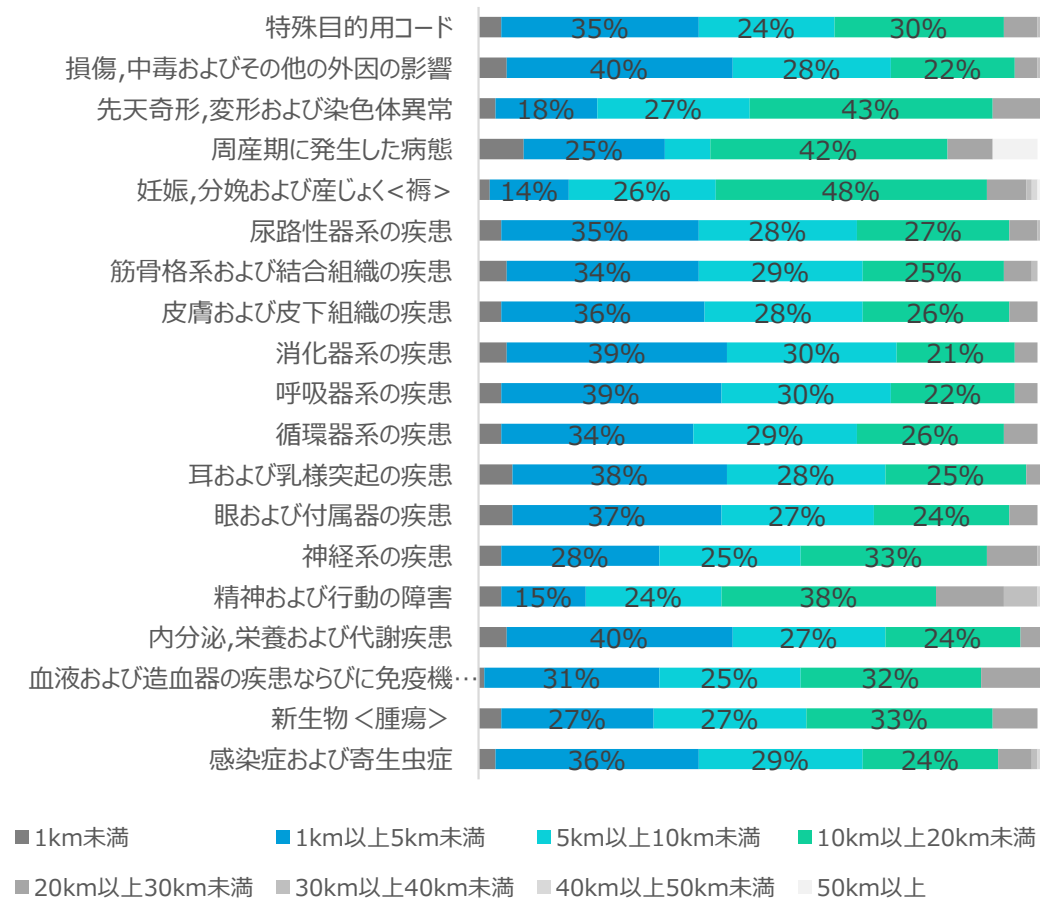
県東

- 多くの疾患で、自宅から10km以上20km未満の医療機関に入院している患者の割合が比較的高い
- 「新生物」、「精神および行動の障害」、「先天奇形、変形および染色体異常」は、自宅から入院先への距離が離れている患者割合が他の疾患よりも比較的多い



県南

- 多くの疾患で、自宅から1km以上5km未満の医療機関に入院している患者の割合が比較的高い
- 「精神および行動の障害」、「妊娠、分娩および産じょく<褥>」、「周産期に発生した病態」、「先天奇形、変形および染色体異常」は、自宅から入院先への距離が10km以上ある患者割合が他の疾患よりも比較的多い

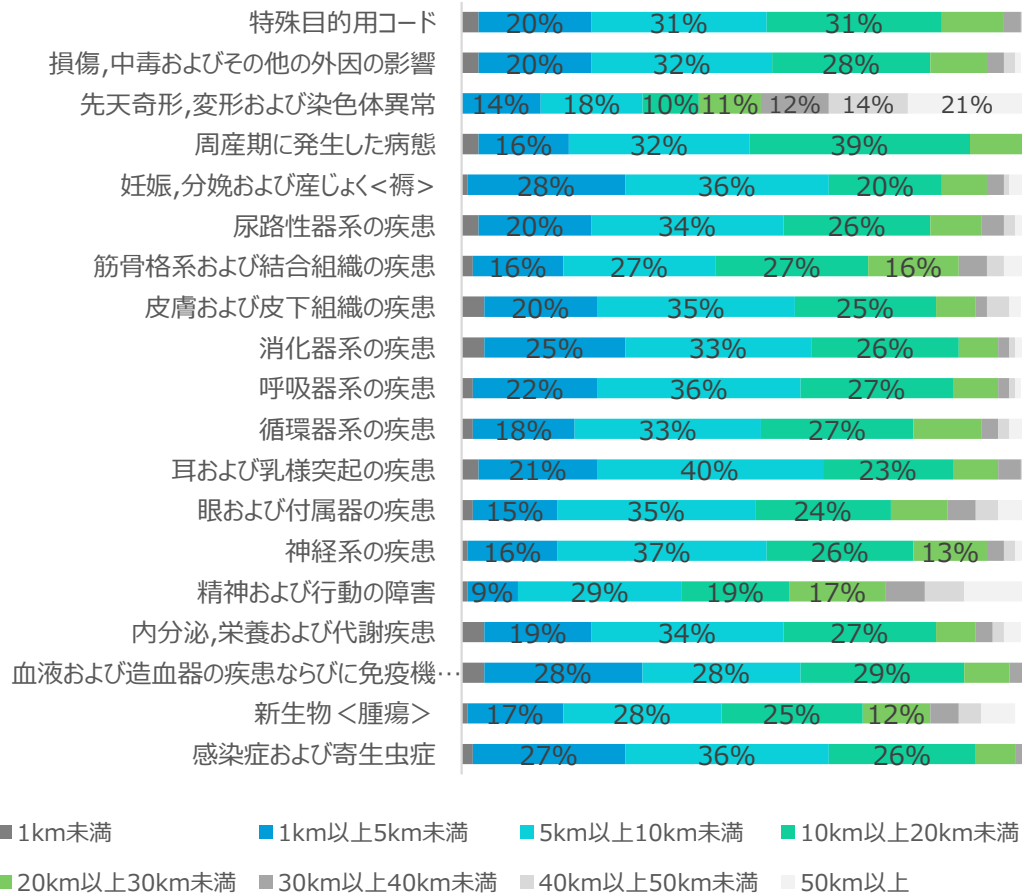


2 今回整理したデータについて

⑤ 疾患毎の入院移動距離別患者数の割合

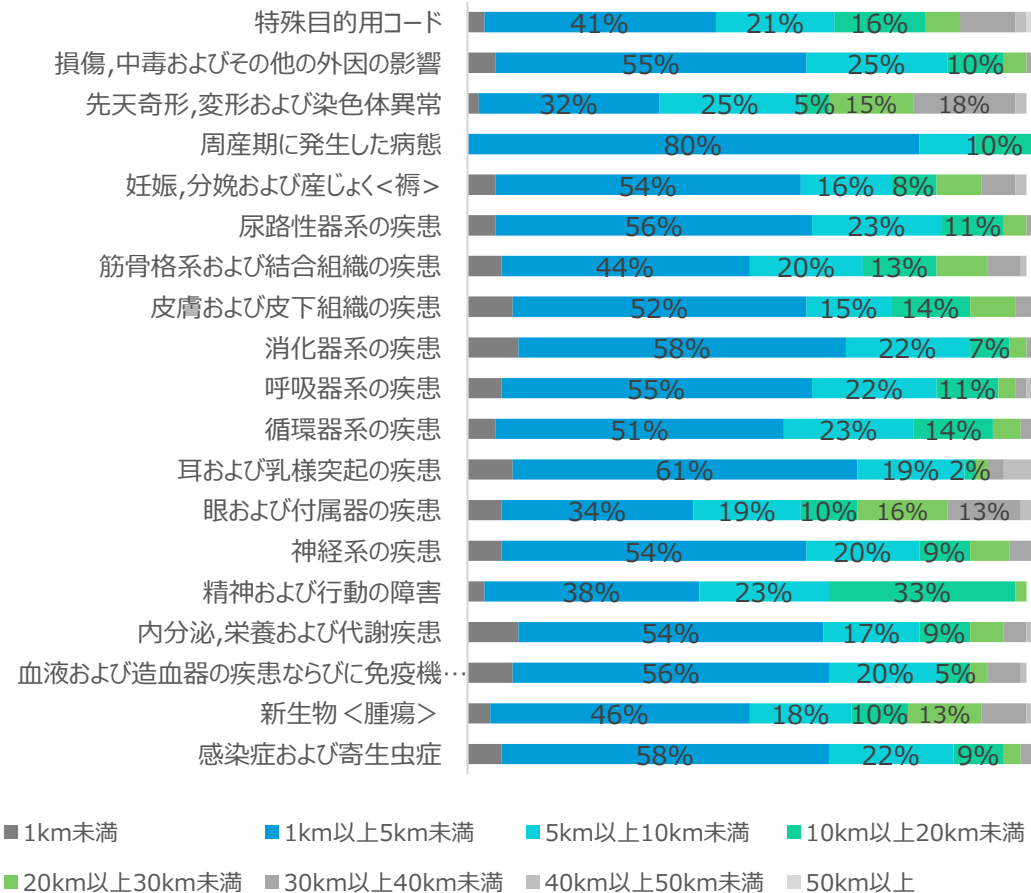
県北

- 多くの疾患で、自宅から5km以上10km未満の医療機関に入院している患者の割合が比較的高い
- 「新生物」、「神経系の疾患」、「精神および行動の障害」、「筋骨格系および結合組織の疾患」、「先天奇形、変形および染色体異常」は、自宅から入院先への距離が離れている患者割合が他の疾患よりも比較的多い



両毛

- 多くの疾患で、自宅から1km以上5km未満の医療機関に入院している患者の割合が比較的高い
- 「新生物」、「精神および行動の障害」、「眼および付属器の疾患」、「先天奇形、変形および染色体異常」は、自宅から入院先への距離が離れている患者割合が他の疾患よりも比較的多い



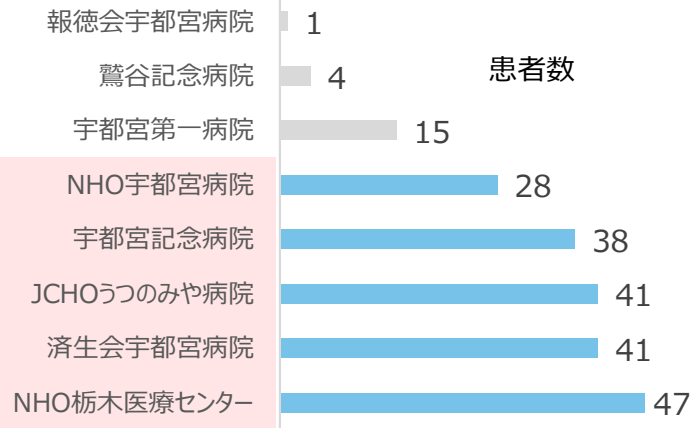
2 今回整理したデータについて

⑥ 肺炎患者（救急車利用）の入院受け入れ状況（患者数）

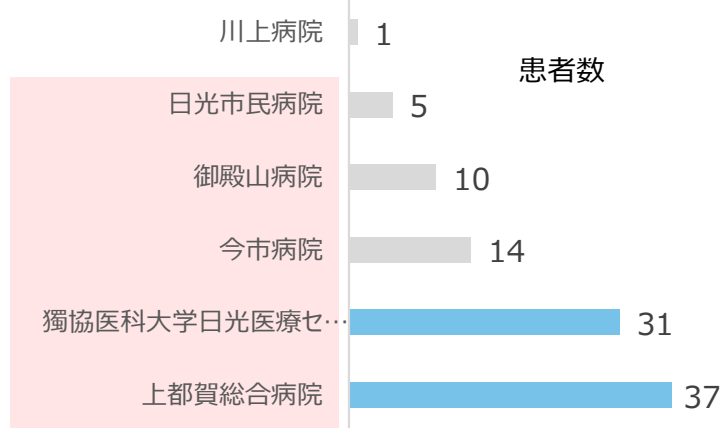
- 各地域の病院群輪番制病院を中心に患者を受け入れている
- 地域によっては、病院群輪番制病院の中でも、受け入れる患者数に差がある

■ 病院群輪番制病院

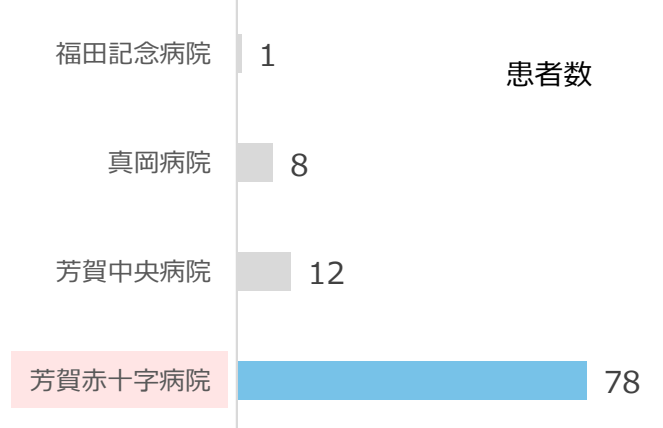
宇都宮



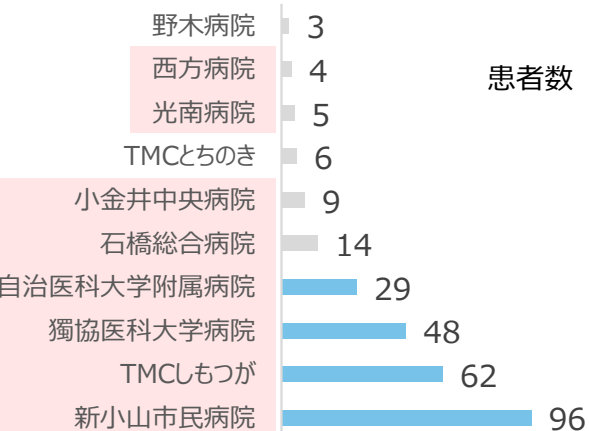
県西



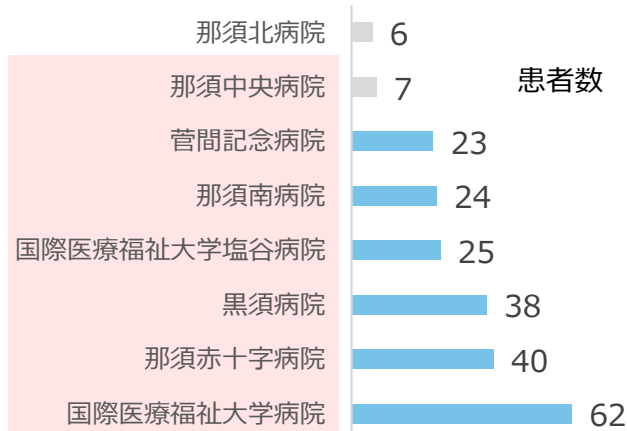
県東



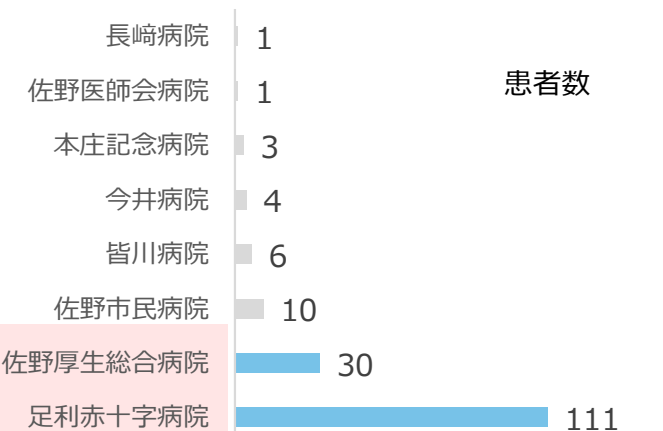
県南



県北



両毛



令和6(2024)年度第2回 県北地域医療構想調整会議	資料4
令和6(2024)年11月27日(水)	

各区域で検討していくべき 分野について(救急医療を例に)

令和6(2024)年11月27日
栃木県 保健福祉部 医療政策課
栃木県 県北健康福祉センター

各休日夜間急患センターの救急患者数(2023年度)

- ▶ 救急患者数や高次の医療機関への紹介患者数は、休日夜間急患センターによって差がある。
(休日夜間急患センターによって、診療日数や診療時間、診療科目等に違いがあることに留意)

救急医療圏	施設名	患者数(1次救急対応)			人口1万人当たりの患者数 (救急医療圏ごと)
		患者数(1次救急対応)	高次への紹介患者数	割合(高次/1次救急対応)	
宇都宮	宇都宮市夜間休日救急診療所	21,611	545	2.5%	421
鹿沼	鹿沼地区休日夜間急患診療所	2,180	44	2.0%	238
日光	日光市立休日急患こども診療所	1,182	15	1.3%	160
芳賀	真岡市休日夜間急患診療所	5,122	298	5.8%	379
栃木	栃木地区急患センター	5,457	110	2.0%	287
塩谷	塩谷地区夜間診療室(しおや)	55	0	0.0%	37
	塩谷地区夜間診療室(くろす)	361	3	0.8%	
那須	那須地区夜間急患診療所	1,825	42	2.3%	88
南那須	—	—	—	—	—
小山	小山地区夜間休日急患診療所	7,085	10	0.1%	253
両毛	佐野休日・夜間緊急診療所	11,826	168	1.4%	541
	足利市休日夜間急患診療所	1,856	84	4.5%	
県全体		58,560	1,319	2.3%	309

(出典)医療政策課調べ

輪番病院(救命救急センター設置病院を除く)における救急患者数※

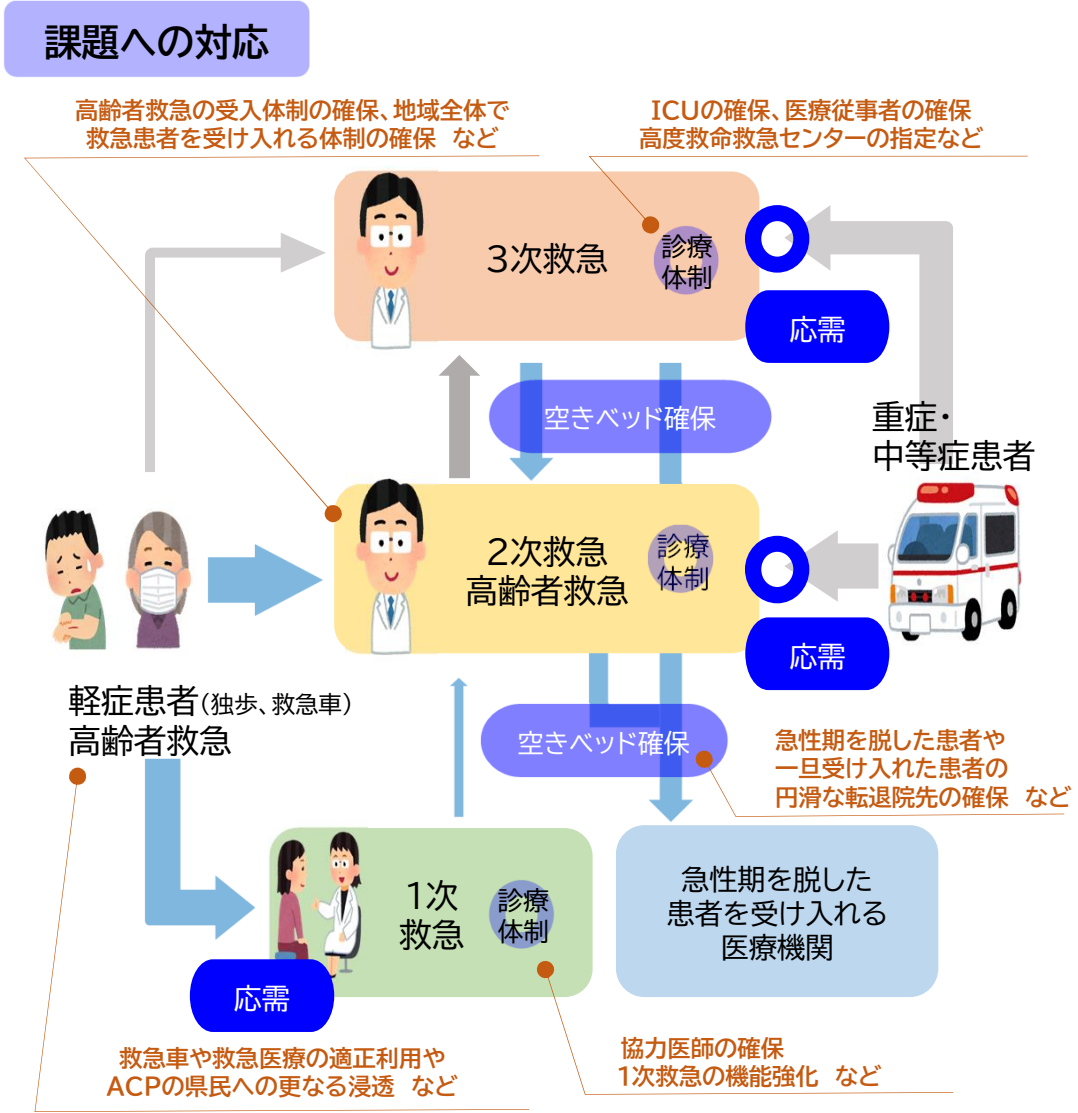
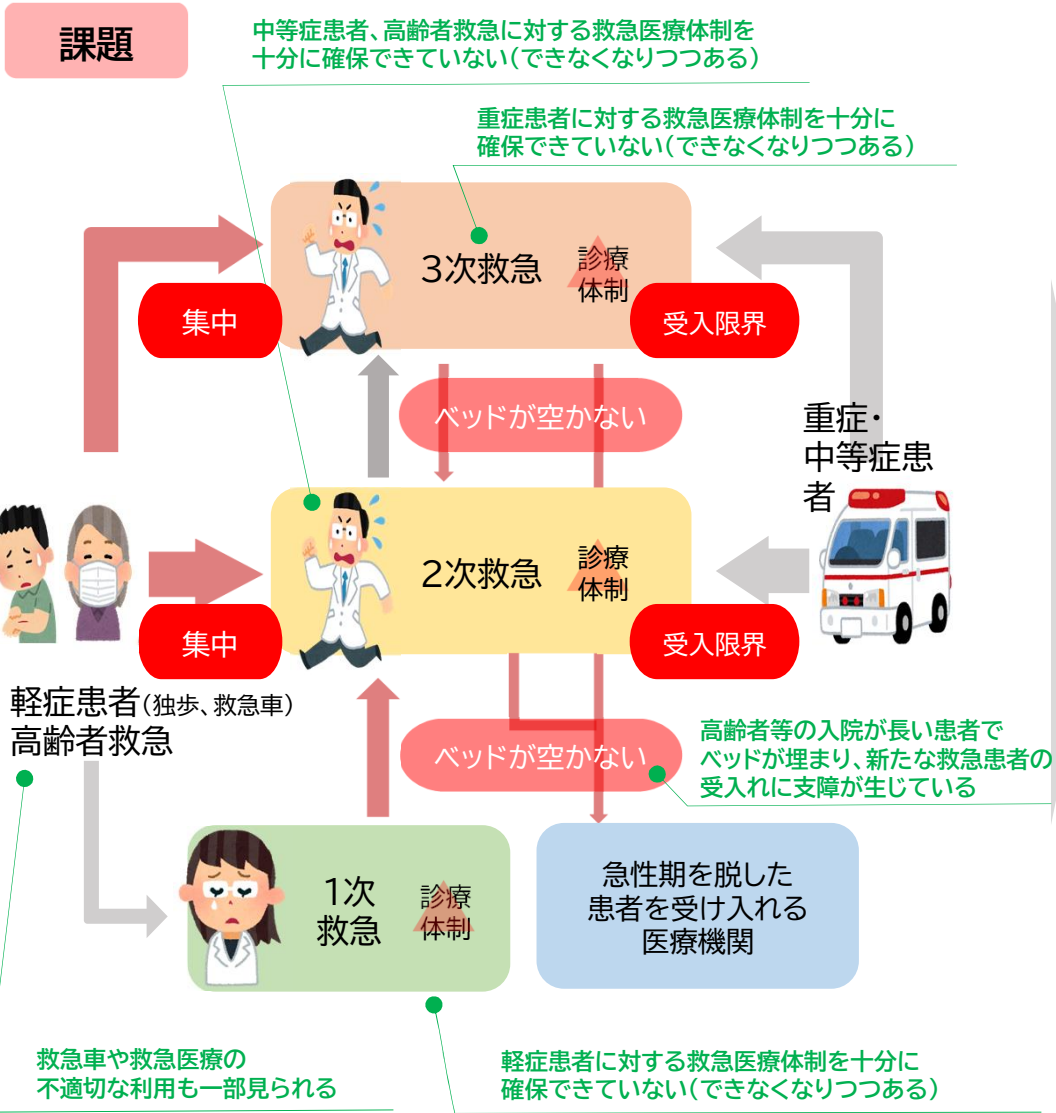
地区	医療機関名	令和5年度 救急患者数	うち、入院患者数	入院率	うち、救急車受入数
宇都宮	NHO栃木医療センター	6,276	2,471	39%	4,480
	JCHOうつのみや病院	3,834	1,036	27%	1,837
	NHO宇都宮病院	2,525	1,184	47%	1,323
	宇都宮記念病院	6,140	1,608	26%	3,315
鹿沼	上都賀総合病院	6,493	2,256	35%	2,344
	御殿山病院	1,144	305	27%	694
	西方病院	1,261	239	19%	466
日光	今市病院	2,795	651	23%	1,276
	日光市民病院	1,558	288	18%	193
	獨協医科大学日光医療センター	4,304	1,206	28%	1,773
芳賀	芳賀赤十字病院	8,659	3,317	38%	4,203
栃木	とちぎメディカルセンターしもつが	6,088	2,042	34%	3,864
南那須	那須南病院	3,454	742	21%	1,369
塩谷	国際医療福祉大学塩谷病院	2,509	573	23%	1,053
	黒須病院	2,529	523	21%	833
那須	菅間記念病院	4,935	1,326	27%	2,356
	那須中央病院	1,768	559	32%	591
	国際医療福祉大学病院	7,815	1,914	24%	3,325
小山	新小山市市民病院	8,273	3,155	38%	4,796
	石橋総合病院	3,145	250	8%	1,453
	小金井中央病院	1,549	379	24%	732
	光南病院	1,439	203	14%	481
両毛	佐野厚生総合病院	9,357	3,093	33%	3,750
合計		97,850	29,320	30%	46,507

※救急患者数は、原則として「救急車による搬送患者+時間外の外来患者」を集計

(出典)県医療政策課調べ

救急医療提供体制における課題及び課題への対応のイメージ

実現可能性は別途検討



- 今後増加が見込まれる高齢者等の救急患者に対応するためには、地域における1次、2次救急を担う医療機関の役割分担や強化が求められる。
 - 一方で、救急医療機関のマンパワー不足や提供可能な医療とニーズとのギャップ等により受入れが困難になる結果として、特定の医療機関に負担が集中するとともに、救急以外の急性期医療にも影響が生じている状況がある。
- ⇒ 限られた地域の医療資源を効率的に活用していくために、今後の1次・2次救急医療の提供体制はどうあるべきか。
- また、医療機関と介護施設との連携、救急医療の適正利用を進めていくために、どのような取組が必要か。

今後、県北構想区域対応方針 や 次期地域医療構想 に 反映させていく 課題、認識、提案などのまとめ(案) 【救急医療 分野】

救急告示・二次輪番・三次救急医療機関に関すること

【例】
疾病・機能等による救急
医療機関同士の役割分担
や連携

【例】
救急対応、入院、転院から
在宅復帰までの地域の標準
的な流れの確立と共有

【例】
地域内完結、他地域との
連携前提での医療等に関
する共通認識

一次救急、消防、行政、住民に関すること

【例】
救急利用についての住
民・施設への啓発

【例】
高齢者の救急対応の
あり方

【例】
一次救急と二次輪番
機関の連携

參考資料

2次(輪番)・3次救急病院における救急患者数(2023年度)

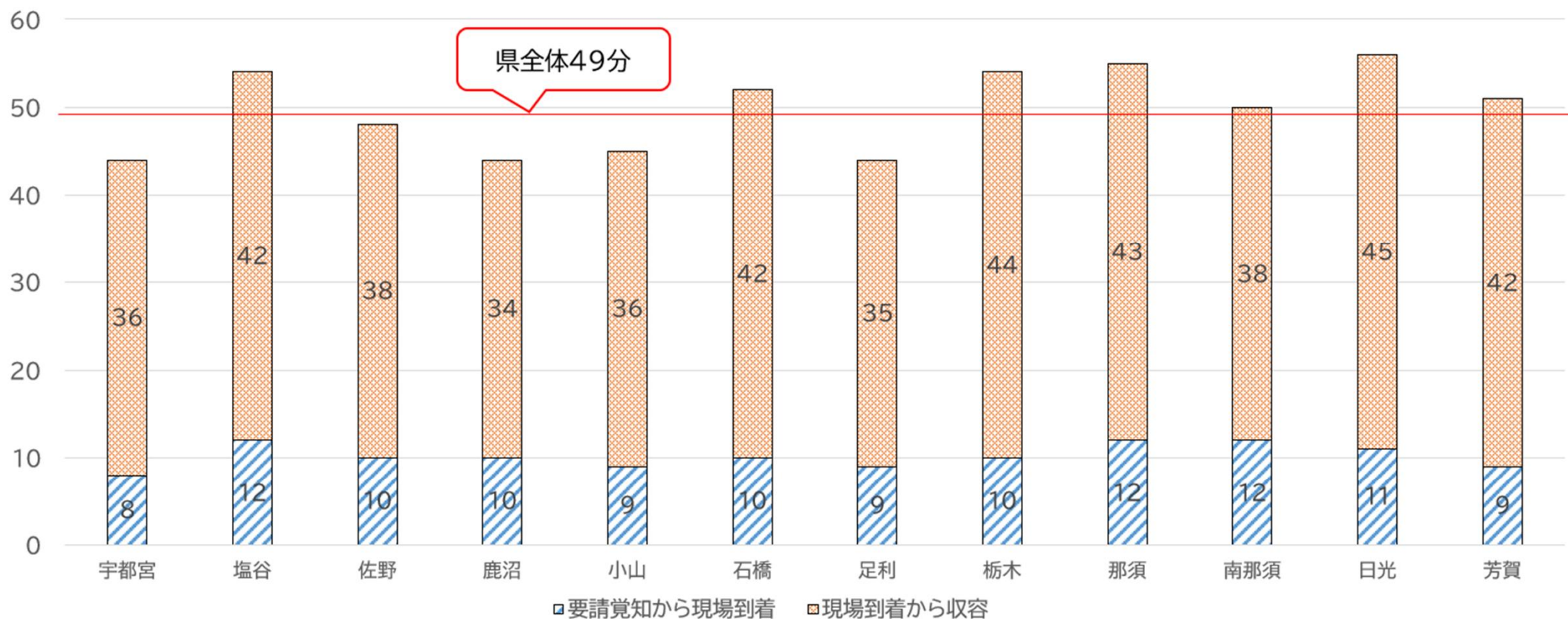
▶ 2次(輪番)・3次救急病院で受け入れた救急患者のうち、3分の2は入院を要しない患者である。

No	救急医療圏	病院名	救急患者数				うち 入院患者数		うち 非入院患者数		医療圏ごとの救急患者受入数		
			救急車	割合	救急車以外	割合		割合		割合		割合	
1	宇都宮	済生会宇都宮病院	14,973	8,799	59%	6,174	41%	4,958	33%	10,015	67%	33,748	44%
2		NHO栃木医療センター	6,276	4,480	71%	1,796	29%	2,471	39%	3,805	61%		19%
3		JCHOうつのみや病院	3,834	1,837	48%	1,997	52%	1,036	27%	2,798	73%		11%
4		NHO宇都宮病院	2,525	1,323	52%	1,202	48%	1,184	47%	1,341	53%		7%
5		宇都宮記念病院	6,140	3,315	54%	2,825	46%	1,608	26%	4,532	74%		18%
6	鹿沼	上都賀総合病院	6,493	2,344	36%	4,149	64%	2,256	35%	4,237	65%	8,898	73%
7		御殿山病院	1,144	694	61%	450	39%	305	27%	839	73%		13%
8		西方病院	1,261	466	37%	795	63%	239	19%	1,022	81%		14%
9	日光	今市病院	2,795	1,276	46%	1,519	54%	651	23%	2,144	77%	8,657	32%
10		日光市民病院	1,558	193	12%	1,365	88%	288	18%	1,270	82%		18%
11		獨協医科大学日光医療センター	4,304	1,773	41%	2,531	59%	1,206	28%	3,098	72%		50%
12	芳賀	芳賀赤十字病院	8,659	4,203	49%	4,456	51%	3,317	38%	5,342	62%	8,659	100%
13	栃木	獨協医科大学病院	8,975	4,106	46%	4,869	54%	2,440	27%	6,535	73%	15,063	60%
14		とちぎメディカルセンターしもつが	6,088	3,864	63%	2,224	37%	2,042	34%	4,046	66%		40%
15	南那須	那須南病院	3,454	1,369	40%	2,085	60%	742	21%	2,712	79%	3,454	100%
16	塩谷	国際医療福祉大学塩谷病院	2,509	1,053	42%	1,456	58%	573	23%	1,936	77%	5,038	50%
17		黒須病院	2,529	833	33%	1,696	67%	523	21%	2,006	79%		50%
18	那須	那須赤十字病院	7,305	3,823	52%	3,482	48%	3,444	47%	3,861	53%	21,823	33%
19		菅間記念病院	4,935	2,356	48%	2,579	52%	1,326	27%	3,609	73%		23%
20		那須中央病院	1,768	591	33%	1,177	67%	559	32%	1,209	68%		8%
21		国際医療福祉大学病院	7,815	3,325	43%	4,490	57%	1,914	24%	5,901	76%		36%
22	小山	自治医科大学附属病院	9,772	4,237	43%	5,535	57%	4,804	49%	4,968	51%	24,178	40%
23		新小山市民病院	8,273	4,796	58%	3,477	42%	3,155	38%	5,118	62%		34%
24		石橋総合病院	3,145	1,453	46%	1,692	54%	250	8%	2,895	92%		13%
25		小金井中央病院	1,549	732	47%	817	53%	379	24%	1,170	76%		6%
26		光南病院	1,439	481	33%	958	67%	203	14%	1,236	86%		6%
27	両毛	足利赤十字病院	11,407	5,342	47%	6,065	53%	4,010	35%	7,397	65%	20,764	55%
28		佐野厚生総合病院	9,357	3,750	40%	5,607	60%	3,093	33%	6,264	67%		45%
			150,282	72,814	48%	77,468	52%	48,976	33%	101,306	67%	150,282	

(出典)医療政策課調べ

消防本部別の「要請覚知から収容まで」の平均時間(2022年)

- 要請覚知から現場到着までの平均時間はどの消防も大きく変わらないが、現場到着から収容までの平均時間は各消防本部ごとに差が見られる。



【単位:分】

※不搬送及び転院搬送を除く(N=69,710)平均時間

(出典)救急搬送データから作成

今後に向けて

今後、県北構想区域対応方針 や 次期地域医療構想 に 向けて 検討が必要な分野、領域、課題などの整理(案)

主に入院医療に関すること

外来・在宅医療・介護連携に関すること

主に区域内の協議

(例)

- ・〇〇医療に関する各医療機関の役割の明確化
- ・〇〇医療の役割分担・連携の方法

(例)

- ・高齢社会に適したワンストップ的な相談機能
- ・担い手の高齢化
- ・高齢者の救急医療のかかり方の議論

他区域と連携しての協議

(例)

- ・急性期から回復期への円滑な連携
- ・希少疾患、高度医療等に関し区域内で提供する医療の共通理解
- ・人材確保、育成、活用

(例)

- ・地域によっては診療科の偏在・不在
- ・人材確保、育成、活用

宇都宮構想区域 区域対応方針 への対応について

令和6(2024)年11月27日
栃木県 保健福祉部 医療政策課
栃木県 県北健康福祉センター

区域対応方針の設定に係る経緯

2025年に向けた地域医療構想の進め方について
(令和6年3月28日付け医政発0328第3号厚生労働省医政局長通知)

- 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「**推進区域**」を国が令和6(2024)年前半に全都道府県に設定。推進区域のうち10~20か所を「**モデル推進区域**」に設定し、国はアウトリーチの伴走支援を実施
- 都道府県は、推進区域の調整会議で協議を行い、「**区域対応方針**」を策定。令和7(2025)年までの2か年について、医療機能の分化・連携(再編・統合等を含む)等の取組を推進

【区域対応方針】

将来のあるべき医療提供体制(グランドデザイン)、医療提供体制上の課題、当該課題の解決に向けた方向性及び具体的な取組内容を取りまとめたもの

地域医療構想における推進区域及びモデル推進区域の設定等について
(令和6年7月31日付け医政発0731第1号厚生労働省医政局長通知(令和6年10月10日一部改正))

- 栃木県では、**宇都宮構想区域**が「**推進区域**」及び「**モデル推進区域**」に設定
 - 6月14日~27日に開催した各地域(全6構想区域)の調整会議で宇都宮以外の構想区域を推進区域に選定すべき旨の協議結果なし
 - 調整会議では、事務局から、宇都宮構想区域を推進区域及びモデル推進区域とすることを提案
- 【理由】
- ・患者の流出が多く、他地域の影響を大きく受ける地域であること。
 - ・公立・公的医療機関が多く、老朽化が著しいこと。
 - ・最も人口数の多い医療圏であること。

区域対応方針に記載すべき内容

厚生労働省が示した記載例における「区域対応方針」への記載事項

1. 構想区域のグランドデザイン

2. 現状と課題

- ① 構想区域の現状及び課題(課題が生じている背景等を記載)
- ② 構想区域の年度目標
- ③ これまでの地域医療構想の取組について
- ④ 地域医療構想の進捗状況の検証方法(地域医療構想調整会議の進め方やデータ分析方法等)
- ⑤ 地域の医療機関、患者、住民等に対する周知方法(地域医療構想に係る取組内容、進捗状況の検証結果等)
- ⑥ 各時点の機能別病床数(2015年、2023年病床機能報告、2025年対応方針、2025年必要病床数)

3. 今後の対応方針

- ① (2)を踏まえた構想区域における対応方針
- ② 対応方針を達成するための取組
- ③ 必要量との乖離に対する取組
- ④ 取組の結果想定される2025年予定病床数

4. 具体的な計画

今後の対応方針の工程等(2024年度、2025年度)

本県における区域対応方針の策定の進め方

今回の会議

項目

内容

現状と課題等の整理

- 以下の内容から、宇都宮構想区域の医療提供体制に係る現状と課題、目指すべき医療のあり方を整理
 - ① アンケート調査の結果
 - ② データ

対応方針(素案)の提示

- 現状と課題を踏まえ、事務局で整理した素案を説明
- 他圏域の調整会議においても説明

協議①

- 第3回宇都宮地域医療構想調整会議で協議

協議結果に応じて
対応方針(案)を作成

- 協議結果を踏まえ、事務局で案を作成

協議②

- 第4回宇都宮地域医療構想調整会議で最終協議

策定

- R6年度末までに厚生労働省へ提出
- 策定後も必要に応じて方針を見直し

次回の会議

宇都宮構想区域

区域対応方針(素案)

1. 構想区域のグランドデザイン

- 今後の人口や医療ニーズの変化に対して限りある医療資源を有効に活用し効率的に対応していくため、宇都宮構想区域においては、2040年に向けて、地域での完結・充実を目指す医療と広域・県域で対応する医療を次のとおり整理し、区域内の医療機関間、医療機関・高齢者施設間の機能分化・連携の体制を明確にする。

地域での完結・充実を目指す医療

- 初期・二次救急
- 主に高齢者が罹患する疾患に対する医療
- 在宅復帰を目的とする医療(リハビリテーション等)、療養生活を支える在宅医療等
- 新興感染症、結核医療

広域・全県で対応する医療

- 心大血管疾患等の緊急手術を要する医療
- 希少疾患に係る医療
- 民間が担うことができない高度医療
- 新興感染症(重症)、結核医療(合併症)
- 災害

- 宇都宮構想区域には、他の構想区域(特に県北、県西区域)からの患者への対応も前提とした上で、必要な医療提供体制を確保する。
- 医療機関間の連携、医療と介護の連携については、より具体的な手法により、円滑に、かつ、継続的に連携が図られる体制を確保する。
- 救急医療については、あり方検討の協議結果も踏まえつつ、地域・広域で必要な医療提供体制を確保する。
- 外来医療については、かかりつけ医機能のあり方等を踏まえ、限られた医療資源の効率的な活用を目指す。
- 区域内の機能分化・連携強化に向け、公立・公的医療機関をはじめとした医療機関の再整備を図る。

※グランドデザインは必要に応じて見直しを行うとともに、2040年を見据えた次期地域医療構想に向けて深化させていく。

2 現状と課題 ①構想区域の現状及び課題

① 構想区域の現状及び課題

アンケート結果まとめ

<地域で完結すべき医療>

- 地域包括ケアシステムを支える医療資源(高度治療病院、介護施設、在宅医療、急変時の受入れ先等)が不足しているなどの課題を踏まえ、関係機関で地域包括ケアシステムの充実に向けた検討が必要
- 夜間対応や特定の診療科に係る救急体制について検討が必要
- 精神科救急の体制整備を求める声が多い

<地域で不足する機能>

- リハビリテーション機能の確保・領域ごとに検討
- 不足していると考えられる災害医療、新興感染症への対応を公立病院へ期待
- 看護師、介護士の確保に当たっては、行政による施策(処遇改善など)に期待する声がある
- 人員不足の実態把握も求められる

<救急>

- 初期救急の在り方の検討
- 二次救急の体制強化
- マイナー科の救急体制強化
- 三次救急の負担軽減

<在宅>

- 医療的ケアの供給体制や在宅患者の急変時の体制、介護提供施設は十分ではない

<外来>

- かかりつけ医機能の構築
- 患者情報の共有体制

<介護>

- 医療介護連携に当たっての情報共有体制の構築

<公立病院>

- 公立病院の機能強化

データまとめ

<医療需要>

- 他地域と比較すると人口減少の進行はゆるやかであるものの高齢者の医療需要は増加していく

<入院>

- 宇都宮圏域には他圏域からの高齢者の流入が多く、それらを踏まえた医療提供体制の整備が重要

<救急>

- 特定の病院へ救急搬送が集中しており、2次救急の体制に課題(役割分担)
- 初期救急の体制を整備し、時間外の患者への対応体制を構築する必要がある

2 現状と課題 ②構想区域の年度目標 ③これまでの地域医療構想の取組について

② 構想区域の年度目標

- 必要病床数を参考に機能転換を進めるとともに、機能分化・連携強化を図る。
- 地域医療構想調整会議で合意を得た対応方針の着実な推進を図る。

③ これまでの地域医療構想の取組について

- 地域医療介護総合確保基金を活用した医療機能の分化・連携への支援
- 対応方針の協議(平成30年度)
- 公的医療機関等2025プラン、新公立病院改革プランの協議(令和2年度)
- 再検証対象医療機関(NHO宇都宮病院、JCHOうつのみや病院)の具体的対応方針の再検証(令和2年度)
- 民間医療機関を含めた具体的対応方針の策定、検証・見直し(令和3、4年度)
- 公立病院経営強化プランの策定(令和3、4年度)
- 公立・公的医療機関長意見交換会の実施(令和6年度)

2 現状と課題

- ④ 地域医療構想の進捗状況の検証方法
- ⑤ 地域の医療機関、患者、住民等に対する周知方法
- ⑥ 各時点の機能別病床数

④ 地域医療構想の進捗状況の検証方法(地域医療構想調整会議の進め方やデータ分析方法等)

- 地域医療構想調整会議及び病院・有床診療所会議の合同会議を年3～4回開催
- 県全体の医療のあり方を検討するため栃木県地域医療構想調整会議を年3～4回開催
- 定量的基準の導入による病床機能報告上の病床数と必要病床数との差異の検証
- 医療データ分析による医療介護の将来需要推計、病院ごとの診療実績の見える化

⑤ 地域の医療機関、患者、住民等に対する周知方法(地域医療構想に係る取組内容、進捗状況の検証結果等)

- 地域医療構想調整会議の協議内容について、県ホームページで公開

⑥ 各時点の機能別病床数

	2015年 病床数	2023年度 病床機能報告 (A)	2025年の 予定病床数 (B)※	2025年 病床数の必要量 (C)	差し引き (C)－(A)	差し引き (C)－(B)
高度急性期	528	501	501	437	▲91	▲91
急性期	2,284	2,100	2,141	1,457	▲643	▲684
回復期	460	737	737	1,363	626	626
慢性期	1,550	1,278	1,238	1,167	▲111	▲71

※ 病床機能報告における「2025年7月1日時点における病床の整備の予定」として報告された病床数の合計

3 今後の対応方針

- ① 構想区域における対応方針
- ② 「①構想区域における対応方針」を達成するための取組

① 構想区域における対応方針

- 高齢者を中心とする医療介護の需要増や医師の働き方改革等を踏まえた医療介護提供体制の構築を図る。
- 地域の限られた医療資源を効率的に活用するため、医療機関の役割分担を進めるとともに、医療機関間や医療機関と介護施設等との連携を進める。

② 「①構想区域における対応方針」を達成するための取組

- 令和9(2027)年度を開始年度とする「次期地域医療構想」の策定を見据え、入院だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療介護提供体制全体に係る協議を行う。

R6.8.26 第7回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1



地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

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

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

3 今後の対応方針 ② 「①構想区域における対応方針」を達成するための取組

② 「①構想区域における対応方針」を達成するための取組(つづき)

- 地域医療介護総合確保基金の活用により、幅広い医療機関による医療機能の分化・連携(医療機関同士の再編・統合等の取組を含む)の取組を推進する。
- 医療機関と介護施設の役割・機能分担の内容及び範囲を明確にし、医療介護提供体制の見える化を図る。
- 医療・介護データの分析等により、急性期から回復期・慢性期への転院・転棟、入院から在宅医療・介護施設への移行の実態を把握し、医療機関間及び医療と介護の連携体制を確保する。
- 在宅医療・介護との連携強化に向けては、次期「地域医療構想」と次期「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(にっこり安心プラン)」との整合性を確保するとともに、運営・実施主体である宇都宮市と県との役割を整理する。
- 「救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会」の協議結果を踏まえ、初期救急、二次救急の各段階における医療機関の役割分担を整理する。
- 外来医療計画に掲げた取組を着実に実施し、地域で不足する外来医療機能の充実を図る。
- 医療・介護データの分析等により患者流出入状況を把握し、宇都宮構想区域で対応するべき必要量について検討を行う。
- 関係する医療機関間の機能分化・連携強化を踏まえ、老朽化した県立病院施設の再整備を実施する。

3 今後の対応方針

③ 必要量との乖離に対する取組

④ 3.②及び③による取組の結果、想定される2025年の予定病床数

③ 必要量との乖離に対する取組

- 定量的基準の導入及びDPCデータの分析により評価を行う。
⇒ 評価の結果、データの特徴だけでは説明できないほどの差異は生じていないことから、本県では、必要病床数との差異の議論については、一旦区切りを付けることとする。
- 必要病床数を充足する機能転換等に対しては、地域医療介護総合確保基金を活用した支援を行う。

④ 3.②及び③による取組の結果、想定される2025年の予定病床数

	2025年の予定病床数※
高度急性期	501
急性期	2,141
回復期	737
慢性期	1,238

※ 2023(令和5)年度病床機能報告における「2025年の予定病床数」の値を記載

4 具体的な計画(今後の対応方針の工程等)

令和6(2024)年度及び令和7(2025)年度の実施内容

	取組内容	到達目標
2024年度 (令和6年度)	<ul style="list-style-type: none">● 地域医療構想調整会議を開催し、協議を進める。● 調整会議は、病院・有床診療所会議との合同開催とし、幅広いステークホルダーからの意見を反映できるようにする。(必要に応じて、小規模・専門的な会議体により、協議を進める。)● 地域医療介護総合確保基金により、自主的な医療機能分化・連携の取組を支援する。● 医療・介護データの分析結果についてセミナーを開催する。	<ul style="list-style-type: none">● 医療・介護提供体制に係る課題を明らかにする。● 必要病床数を参考に機能転換を進めるとともに、機能分化・連携強化を図る。
2025年度 (令和7年度)	<ul style="list-style-type: none">● 医療・介護提供体制に係る課題について、テーマを絞った意見交換を実施することで、課題の解決を図る。● 県立病院や救急医療のあり方に係る検討会を実施する。● 医療・介護データの分析を行うとともに、医療・介護提供体制に係る課題等に関する意見交換を実施する。● 次期「高齢者支援計画」の策定を見据え、医療と介護の連携体制について協議を進める。● 機会を通じて、かかりつけ医制度の啓発を図る。	<ul style="list-style-type: none">● 地域医療構想調整会議で合意を得た対応方針の着実な推進を図る。● 区域対応方針は必要に応じて見直しを行い、2040年を見据えた次期地域医療構想に向けて深化させていく。

宇都宮構想区域対応方針 に 反映させたい意見のまとめ(案)

【県北構想区域】

分野	意見
救急医療等	<ul style="list-style-type: none">一部の高度医療などは、県北を含む他区域の需要や流入の実態を踏まえた医療提供、連携、搬送の体制を検討、構築していく必要がある。

例

令和6年度 医療機能分化・連携支援事業費補助金 及び 病床機能再編支援事業費給付金 について

栃木県保健福祉部医療政策課

医療機能分化・連携支援事業費補助金（基金Ⅰ－1事業）の概要

○ 地域医療構想の実現に向けて医療機関が行う施設設備整備に係る経費を補助

区分	対象経費	基準額	補助率
回復期機能転換施設整備助成	回復期病床への機能転換に必要な新築・改築費用（工事費又は工事請負費）	9,000千円×転換する病床数	2分の1
回復期機能転換促進事業	回復期病床への機能転換に必要な備品購入費	360千円×転換する病床数	2分の1
	上記により機能転換した病棟で勤務させるため新たに雇用した職員（OT、PT、ST）の人件費	月額 350 千円（1名当たり） （1施設3名まで、1名につき最大12箇月分まで）	2分の1
急性期病床等用途変更促進事業	回復期以外の病床を減少させ、他の施設に用途変更するために必要な経費（工事費、工事請負費及び備品購入費）	【施設整備】 5,000 千円×減少する病床数 【設備整備】 360 千円×減少する病床数	2分の1
回復期機能転換経営診断助成	回復期病床への機能転換に向けた経営診断、収支分析等のコンサルティング経費 （中小病院・有床診療所のみ）	600 千円（1施設当たり）	2分の1
地域医療連携推進法人等医療機能分化・連携促進事業	複数の医療機関同士で行う再編統合や機能転換に必要な施設・設備の整備費用	5,000 千円×対象病床数※ ※ 再編統合・機能分化連携に資すると認められる病床	2分の1

病床機能再編支援事業費給付金（単独支援給付金）（基金Ⅰ－2事業）

1 単独支援給付金

地域医療構想の実現のため、病院又は診療所であって療養病床又は一般病床を有するものが、病床機能再編（病床数の削減）を実施する場合、減少する病床数に応じた給付金を支給する。

支給対象

- 平成30年度病床機能報告において、平成30年7月1日時点の病床機能について、高度急性期機能、急性期機能及び慢性期機能（以下「対象3区分」という。）と報告した病床数の減少を伴う病床機能再編に関する計画（単独病床機能再編計画）を作成した医療機関の開設者又は開設者であった者

※地域医療構想の実現を目的としたものではない病床機能再編（経営困難等を踏まえた自己破産による廃院）は支給の対象外

支給要件

- 地域医療構想調整会議の議論の内容及び都道府県医療審議会の意見を踏まえ、都道府県が地域医療構想の実現に向けて必要な取組であると認めたものであること。
- 病床機能再編を行う医療機関における**病床機能再編後の対象3区分の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における対象3区分として報告された稼働病床数の合計の90%以下であること。**

支給額の算定方法

- 平成30年度病床機能報告において、対象3区分として報告された病床の稼働病床数の合計から一日平均実働病床数（対象3区分の許可病床数に対象3区分の病床稼働率を乗じた数）までの間の病床数の減少について、対象3区分の病床稼働率に応じ、減少する病床1床当たり下記の表の額を支給

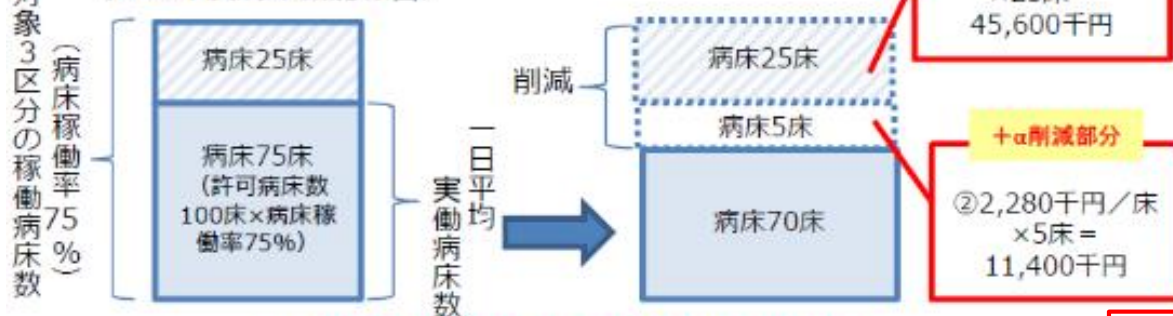
※平成30年度病床機能報告から令和2年4月1日までに病床機能再編や休棟等により稼働病床数に変更があった場合は、**平成30年度病床機能報告又は令和2年4月1日時点の対象3区分の稼働病床数のいずれか少ない方を基準とすること。**

- 一日平均実働病床数以下まで病床数が減少する場合は、一日平均実働病床数以下の病床数の減少については、2,280千円/床を交付

- 上記①及び②の算定に当たっては、**回復期機能・介護医療院に転換する病床数、過去に本事業の支給対象となった病床数及び同一開設者の医療機関へ融通した病床数を除く。**

【イメージ】

（H30年度病床機能報告）



※補助金の算定の計算には休床分は含めない

病床稼働率	削減した場合の1床あたり単価
50%未満	1,140千円
50%以上60%未満	1,368千円
60%以上70%未満	1,596千円
70%以上80%未満	1,824千円
80%以上90%未満	2,052千円
90%以上	2,280千円

→ ①45,600千円 + ②11,400千円 = 57,000千円 の交付

地域医療介護総合確保基金（I-1, I-2事業）の期間延長について

厚生労働省提供
資料を一部加筆

現行の地域医療構想においては、2025年度（令和7年度）までの事業を地域医療介護総合確保基金「事業区分I-1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」及び「事業区分I-2地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業」の対象としている。今般、**基金を活用できる期間について、2026年度（令和8年度）まで1年間延長**することとする。

【現行の取扱い】

事業区分	事業概要	現行の対象範囲
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 (区分I-1)	病床の機能分化・連携を推進するための、医療機関における新築、増改築、改修等の施設整備等に対する財政支援	2025年度（令和7年度）までに施設整備等の費用を支出する計画 ※ 施設整備が2026年度（令和8年度）以降に継続することは問題ないが、2026年度（令和8年度）以降に支出する費用は対象外
地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業 (区分I-2)	自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等に取り組む際の財政支援	2025年度（令和7年度）までに病床機能の再編又は医療機関の統合が完了する計画

【地域医療介護総合確保基金を活用できる期間】

～2024年度 (～令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)	2027年度 (令和9年度)	2028年度～ (令和10年度～)
現行の対象範囲				
		対象範囲の延長		
			新たな地域医療構想の検討と併せて別途 検討予定	