

令和6(2024)年度第2回県南地域医療構想調整会議

令和6(2024)年度第2回県南地域医療構想区域病院及び有床診療所等会議

次 第

日時：令和6（2024）年11月25日(月)

午後7時00分～8時30分

場所：小山庁舎4階大会議室・WEB

1 開 会

2 あいさつ

3 議題

(1) 県南地域医療における現状と課題

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医療提供状況等について【資料1-②】

③救急医療について【資料1-③】

④意見交換【資料1-④】

(2) その他

①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】

②宇都宮構想区域の区域対応方針の策定について【資料3】

③その他

4 閉 会

(資料一覧)

【資料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1-②】医療提供状況等について

【資料1-③】救急医療について

【資料1-④】意見交換

【資料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

【資料3】宇都宮構想区域 区域対応方針の策定について

【参考資料1】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

県南地域医療構想調整会議委員名簿（令和6（2024）年10月1日～令和9（2027）年3月31日）

令和6（2024）年10月1日現在

区分		団体名	役職名	氏名	備考
1	郡市医師会	一般社団法人 下都賀郡市医師会	会長	川島 吉人	
2	郡市医師会	一般社団法人 小山地区医師会	会長	浅井 秀実	
3	地区歯科医師会	一般社団法人 下都賀歯科医師会	副会長	清野 栄治	
4	地区歯科医師会	一般社団法人 小山歯科医師会	会長	大友 文雄	
5	地区薬剤師会	栃木地域薬剤師会	会長	武本 順也	
6	地区薬剤師会	一般社団法人 小山薬剤師会	会長	伊沢 泰直	
7	看護協会地区支部	公益社団法人 栃木県看護協会	栃木地区支部長	福田 裕美子	
8	看護協会地区支部	公益社団法人 栃木県看護協会	小山地区支部長	青木 千江美	
9	地域の病院等を代表する者 （私）	獨協医科大学病院	病院長	麻生 好正	
10	地域の病院等を代表する者 （私）	自治医科大学附属病院	病院長	川合 謙介	
11	地域の病院等を代表する者 （私）	一般財団法人 とちぎメディカルセンター	代表理事理事長	森田 辰男	
12	地域の病院等を代表する者 （公）	地方独立行政法人 新小山市民病院	病院長	島田 和幸	
13	地域の病院等を代表する者 （有）	医療法人藤沼医院	理事長	藤沼 彰	
14	地域の病院等を代表する者 （有）	医療法人社団章仁会 船田内科歯科医院	理事長	船田 隆	
15	地区老人福祉施設協議会	一般社団法人 栃木県老人福祉施設協議会	理事	森 裕一	
16	地区老人保健施設協会	一般社団法人 栃木県老人保健施設協会	理事	小松原 利英	
17	介護従事者確保関係団体	特定非営利活動法人 とちぎケアマネジャー協会	理事	久保田 悦子	
18	住民・患者を代表する者	栃木市女性団体連絡協議会	会長	柳田 和子	
19	住民・患者を代表する者	上三川町女性団体連絡協議会	会長	鈴木 美恵子	
20	保険者（保険者協議会の 推薦のある者）	東京鐵鋼健康保険組合	常務理事	津久井 誠	
21	管内市町	栃木市	保健福祉部長	首長 正博	
22	管内市町	小山市	保健福祉部長	黒川 澄子	
23	管内市町	下野市	健康福祉部長	荻原 剛	
24	管内市町	上三川町	健康福祉課長	海老原 昌幸	
25	管内市町	壬生町	住民福祉部長	大垣 勲	
26	管内市町	野木町	町民生活部長	館野 宏久	
27	学識経験者（大学教授等）	国際医療福祉大学	副学長・保健医療 学部 部長・教授	新井田 孝裕	
28	健康福祉センター（保健所）	県南健康福祉センター	参事兼所長	相子 有一	
29	健康福祉センター	栃木健康福祉センター	所長	南雲 紀子	

県南地域医療構想区域病院及び有床診療所等会議構成医療機関

栃木地区

	医療機関の名称	種別	市町
1	星風会病院星風院	病院	栃木市
2	とちぎメディカルセンター しもつが	病院	栃木市
3	とちぎメディカルセンター とちのき	病院	栃木市
4	中野病院	病院	栃木市
5	西方病院	病院	栃木市
6	獨協医科大学病院	病院	壬生町
7	大平下病院	病院	栃木市
8	おおひらレディスクリニック	診療所	栃木市
9	整形外科メディカルパパス	診療所	栃木市
10	藤沼医院	診療所	栃木市
11	クララクリニック	診療所	壬生町
12	多島外科胃腸科	診療所	壬生町

小山地区

	医療機関の名称	種別	市町
1	小山厚生病院	病院	小山市
2	小山整形外科内科	病院	小山市
3	光南病院	病院	小山市
4	新小山市市民病院	病院	小山市
5	杉村病院	病院	小山市
6	星野病院	病院	小山市
7	南栃木病院	病院	小山市
8	石橋総合病院	病院	下野市
9	小金井中央病院	病院	下野市
10	自治医科大学附属病院	病院	下野市
11	新上三川病院	病院	上三川町
12	野木病院	病院	野木町
13	リハビリテーション花の舎病院	病院	野木町
14	朝日病院	病院	小山市
15	小山富士見台病院	病院	下野市
16	リハビリテーション翼の舎病院	病院	小山市
17	樹レディスクリニック	診療所	小山市
18	小山クリニック	診療所	小山市
19	小山すぎの木クリニック	診療所	小山市
20	さくらのクリニック	診療所	小山市
21	すずき整形外科	診療所	小山市
22	関根整形外科医院	診療所	小山市
23	船田内科歯科医院	診療所	小山市
24	やまなかレディースクリニック	診療所	小山市
25	まきた眼科石橋院	診療所	下野市
26	国分寺さくらクリニック	診療所	下野市
27	中央クリニック	診療所	下野市
28	都丸整形外科	診療所	下野市
29	和田マタニティクリニック	診療所	下野市

県南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、県南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、「県南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35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南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、県南健康福祉センター所長が招集する。

2 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。

(部会)

第7条 必要に応じて調整会議に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、県南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、県南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28年7月11日から実施する。

この要綱は、平成30(2018)年8月7日から実施する。

この要綱は、令和6(2024)年9月13日から実施する。

県南地域医療構想区域病院及び有床診療所等会議設置要綱

(設 置)

第1条 県南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、県南地域医療構想調整会議設置要綱第7条の規定に基づき、「県南構想区域病院及び有床診療所等会議」（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) 病院長、有床診療所長及び事務長
- (2) その他関係機関・団体の代表

2 病診会議は、栃木地区及び小山地区において組織し、各地区は次に掲げる市町の範囲とする。

- (1) 栃木地区 栃木市、壬生町
- (2) 小山地区 小山市、下野市、上三川町、野木町

(議 長)

第4条 病診会議に議長を置く。

2 議長は、県南地域医療構想調整会議の議長又は議長が指名した者が務める。

(会 議)

第5条 病診会議の会議は、県南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、県南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、県南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（2018）年8月7日から実施する。

令和6(2024)年度 第2回 県南地域医療構想調整会議	資料1-②
令和6(2024)年11月25日(月)	

医療提供状況等について

- 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
県南健康福祉センター

内容 ※データの追加があったため、第2回宇都宮地域医療構想調整会議の資料の内容の一部を更新したもの

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

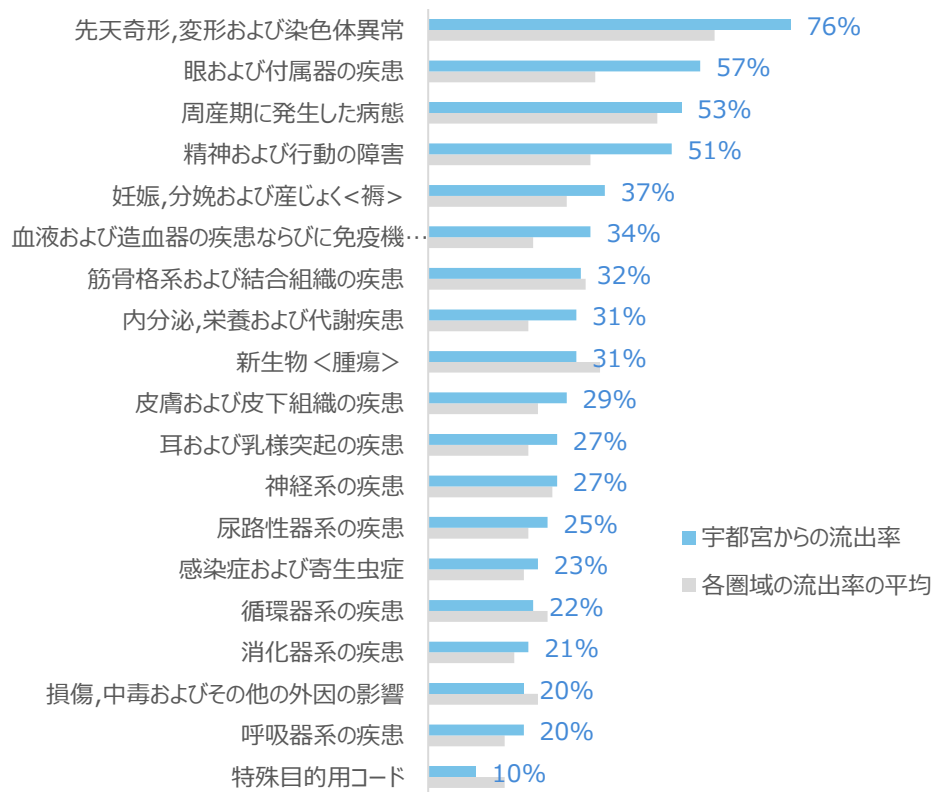
- ⑥ 二次輪番病院の肺炎患者（救急車利用）の受け入れ状況

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

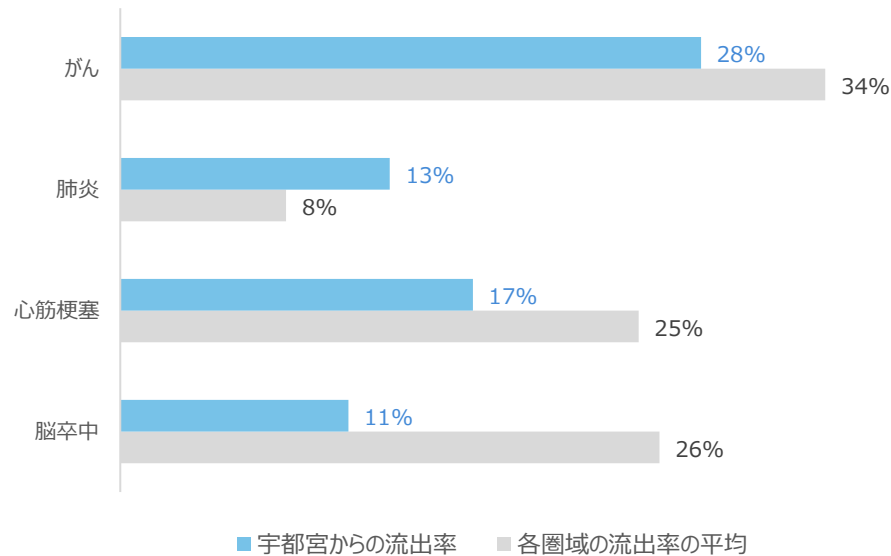
流出率（ICD10別）

- 「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

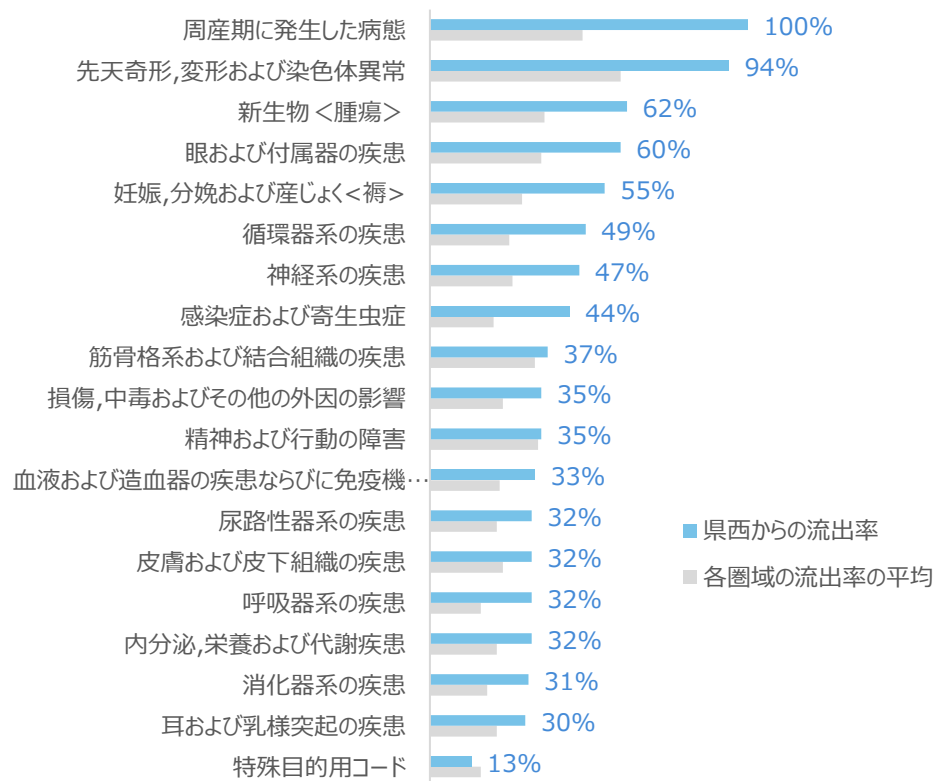


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 県西

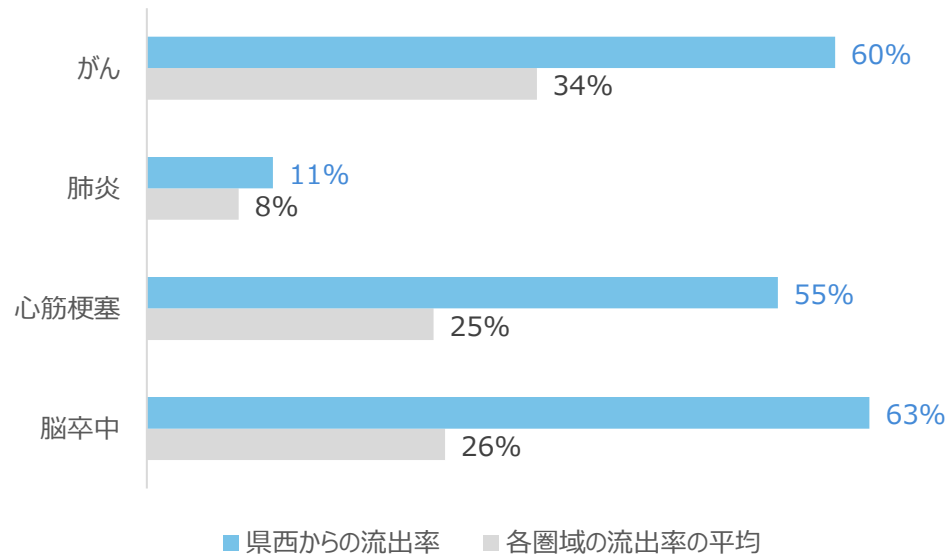
流出率（ICD10別）

- 「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

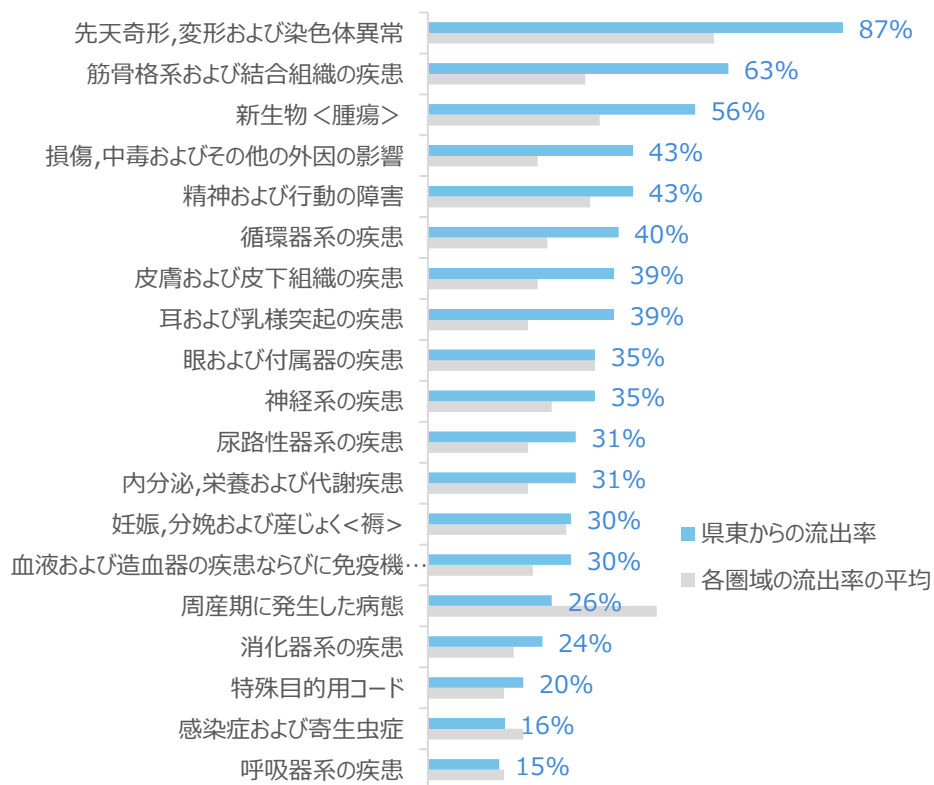


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 県東

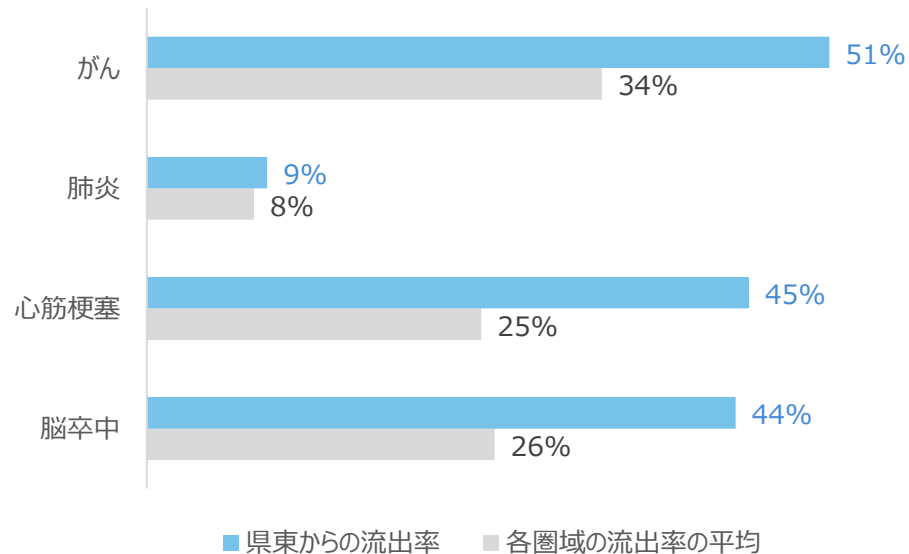
流出率（ICD10別）

- 「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

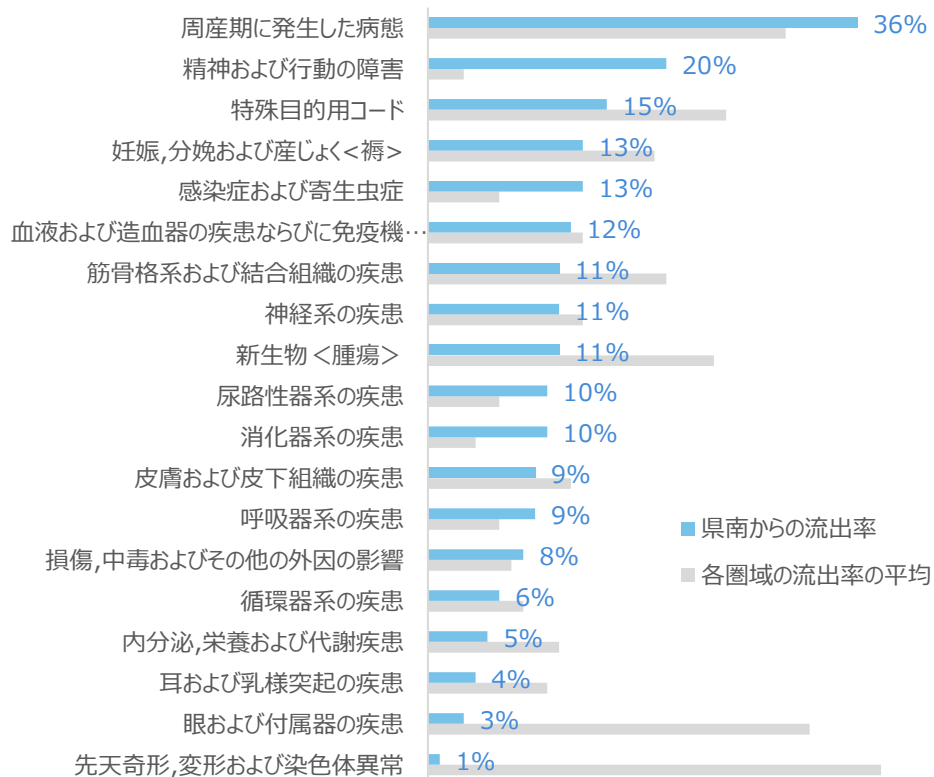


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 県南

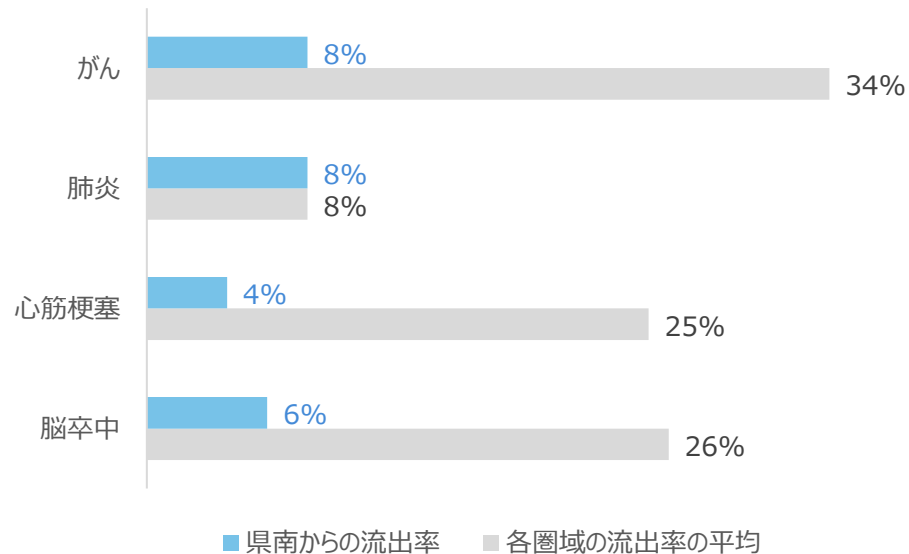
流出率（ICD10別）

- 他圏域と比較し、一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

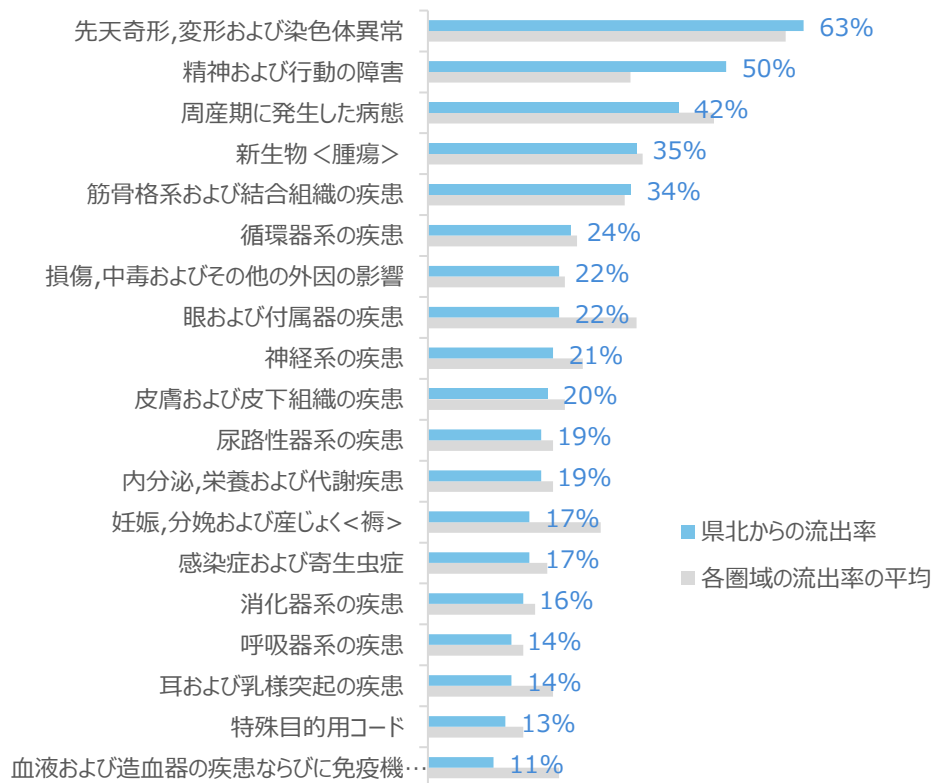


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 県北

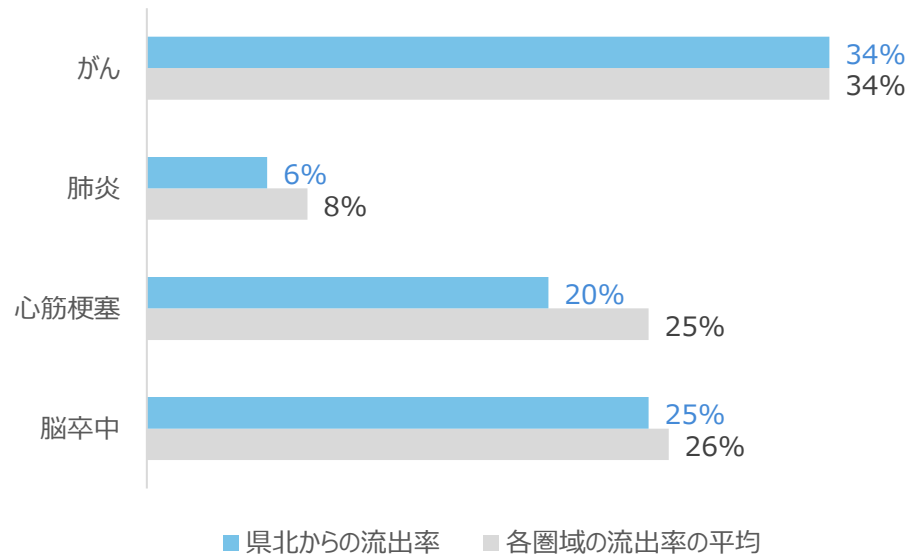
流出率（ICD10別）

- 「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

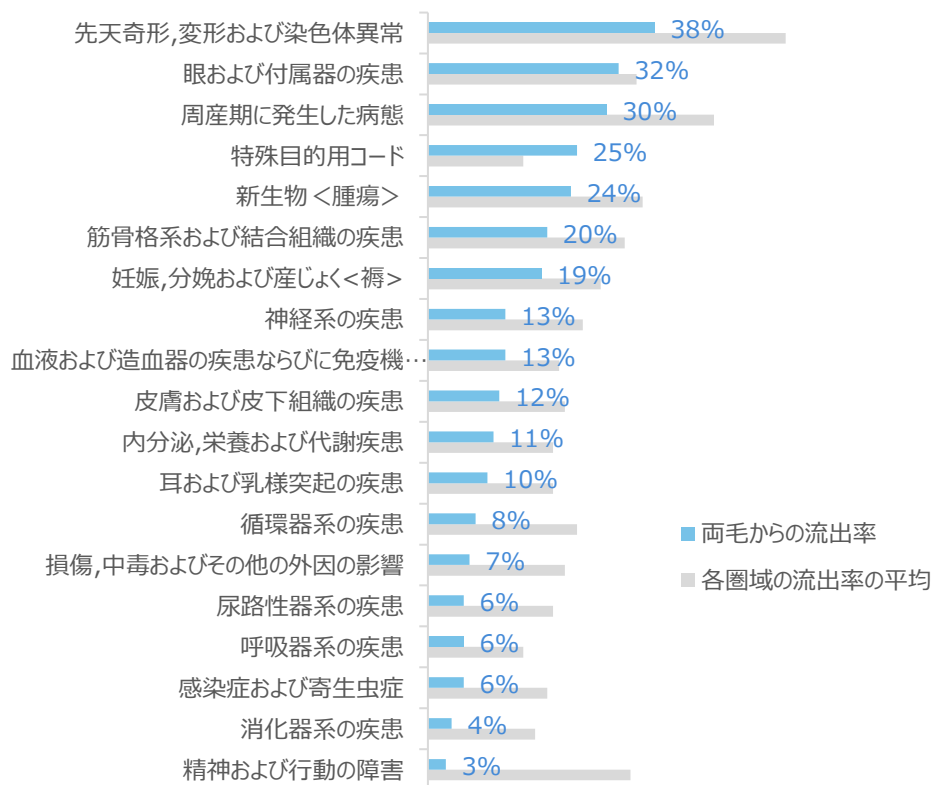


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 両毛

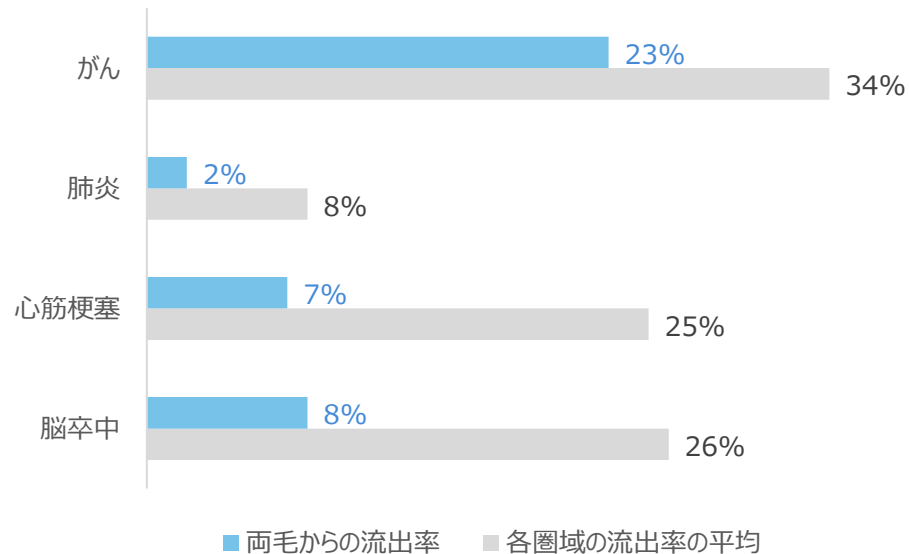
流出率（ICD10別）

- 他圏域と比較し、一般的に流出率が低い



流出率（脳卒中・心筋梗塞・肺炎・がん）

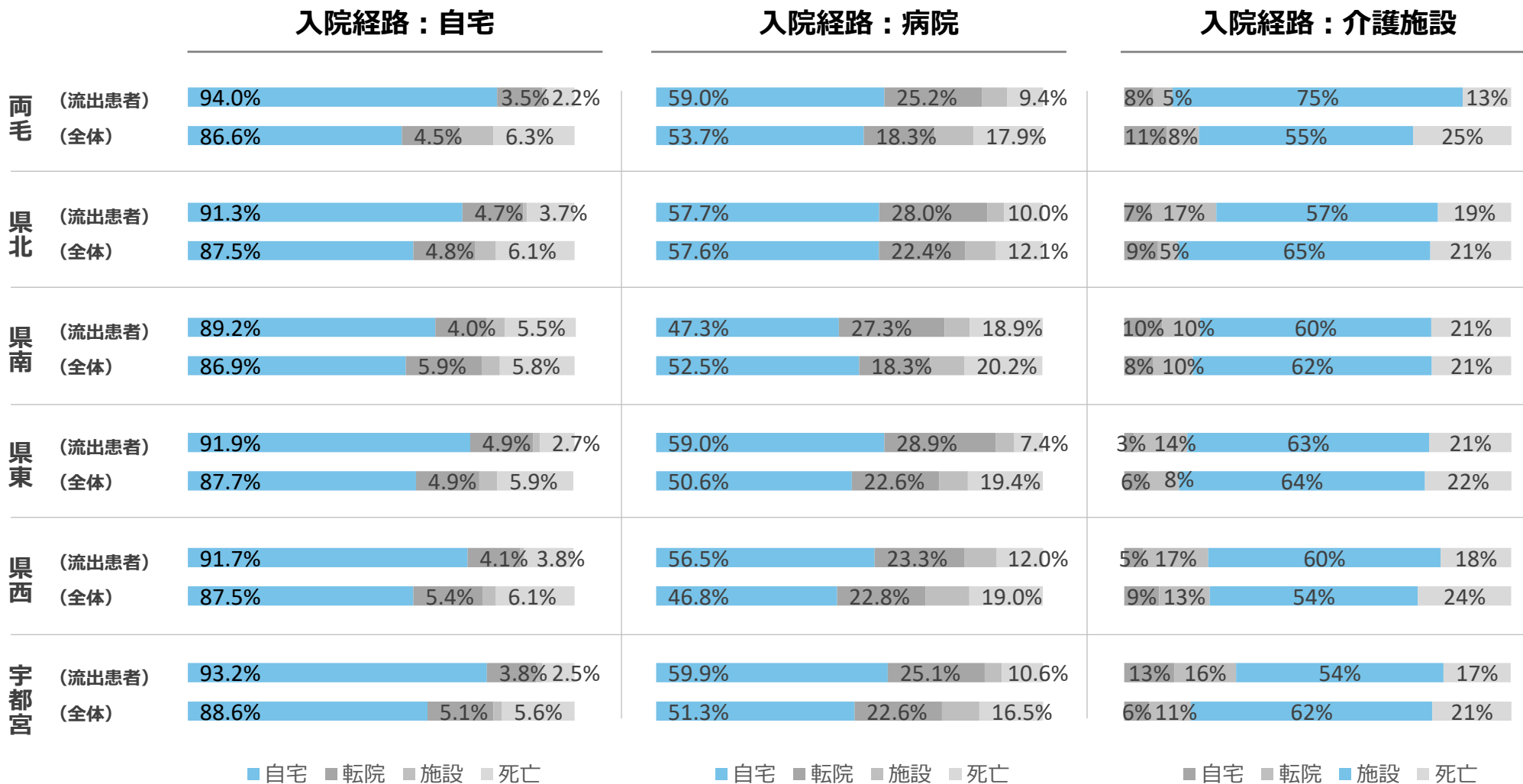
- 各圏域の流出率の平均と比較して、一般的に流出率が低い



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）

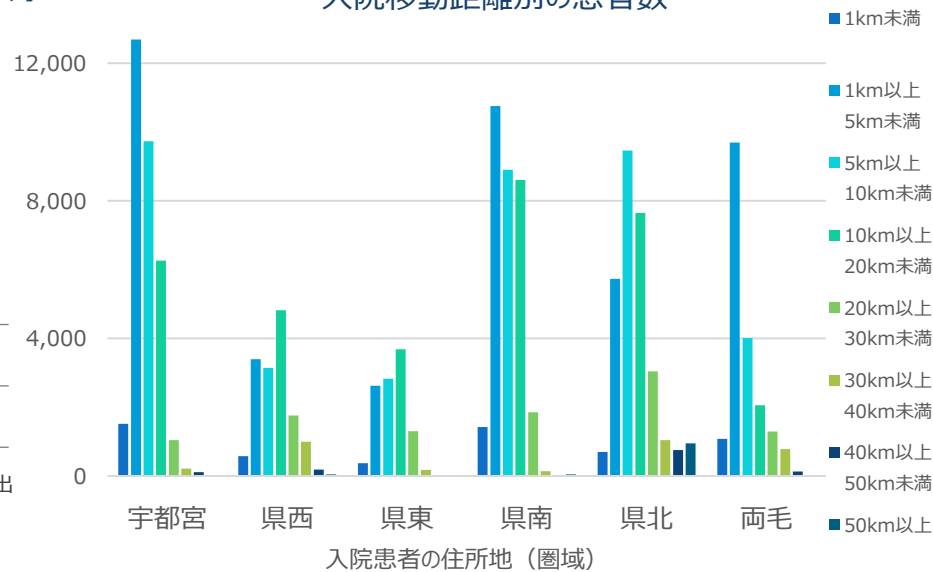
- 「宇都宮」・「県南」・「両毛」に住む患者の自宅から入院先までの平均距離は比較的短い
- 「県西」・「県東」・「県北」に住む患者の自宅から入院先までの平均距離は比較的長い
- 「宇都宮」・「県南」・「両毛」は、入院先までの距離が「1km以上5km未満」の患者が最も多く、「県北」は、「5km以上10km未満」、「県西」・「県東」は、「10km以上20km未満」の患者が最も多い

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

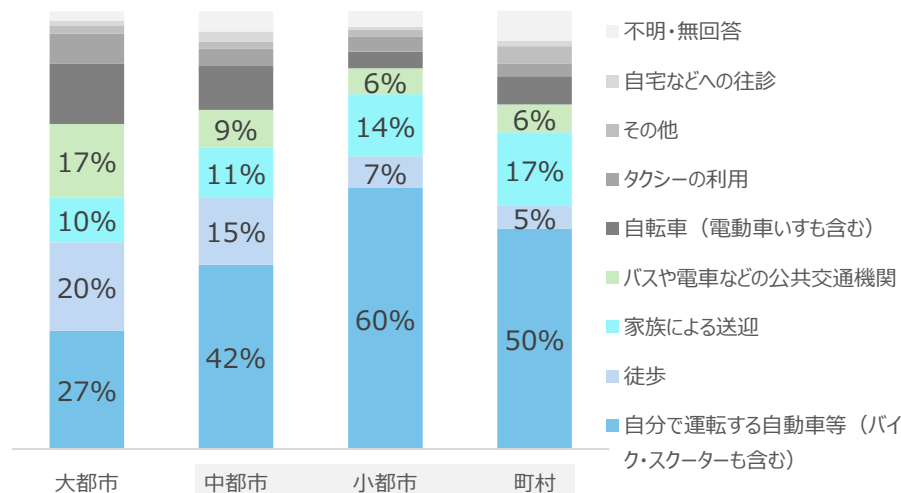


④ 高齢者の医療機関への移動手段（全国）

- 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



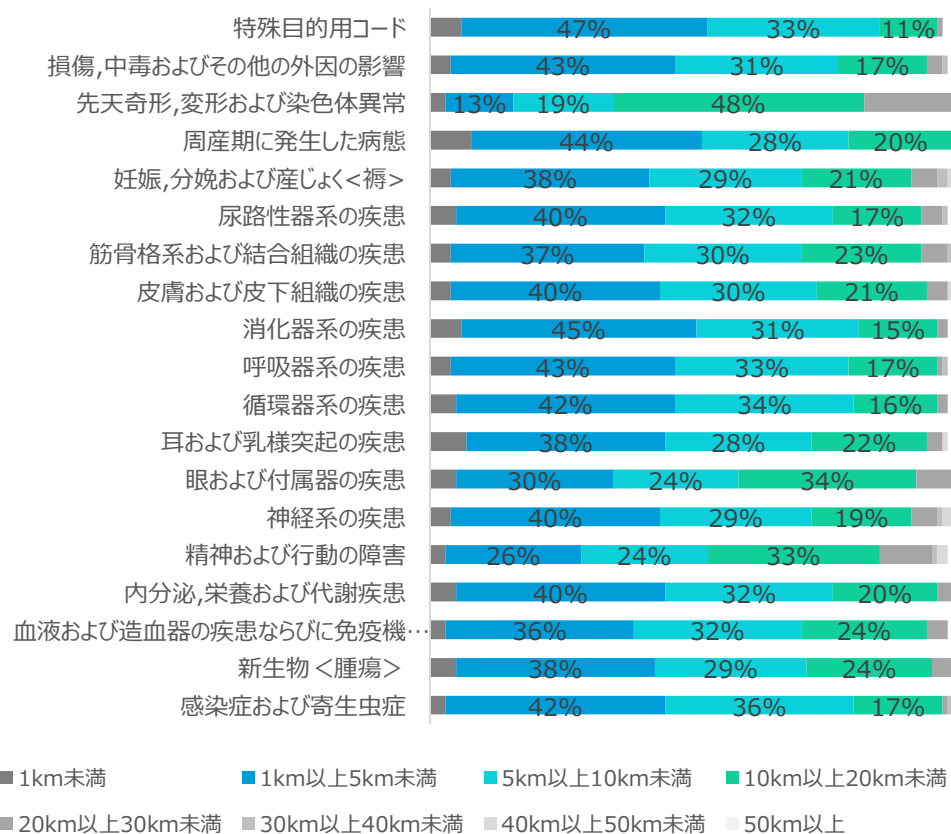
出所：内閣府「令和4年度高齢者の健康に関する調査」より作成

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

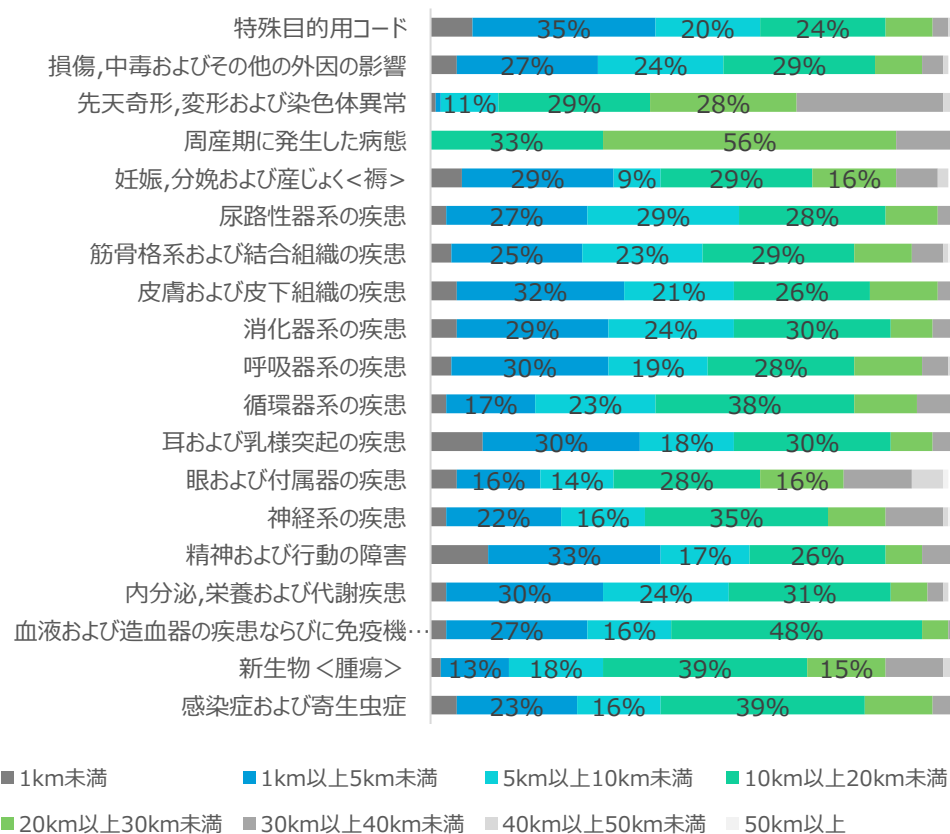
宇都宮

- 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



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

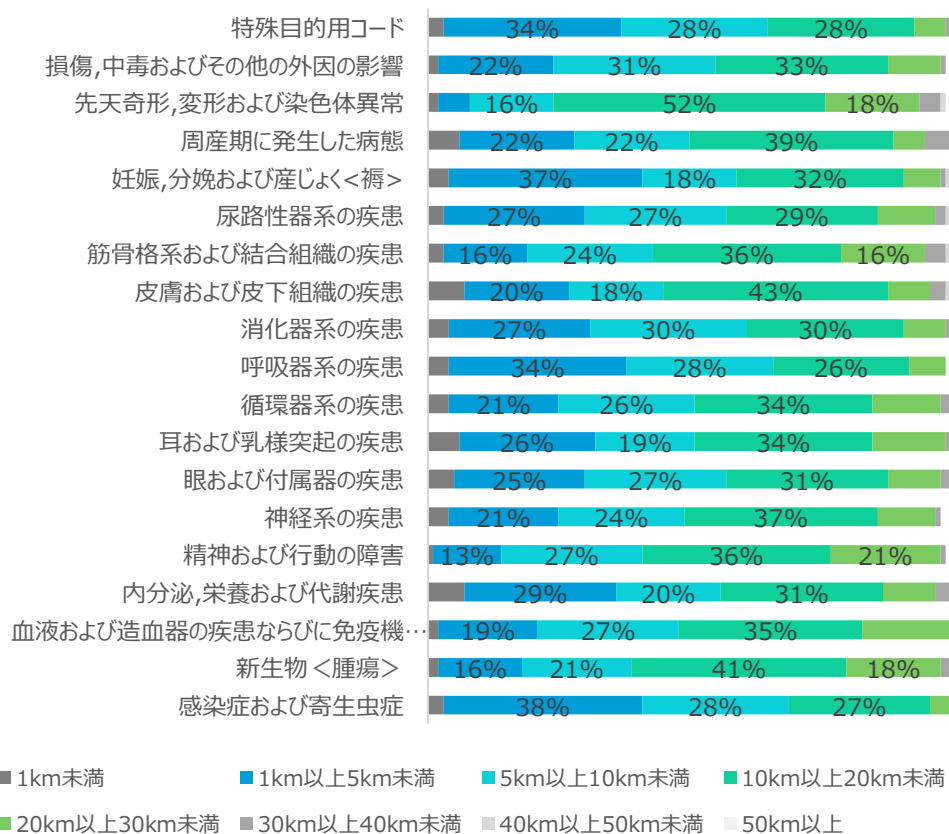


2 今回整理したデータについて

⑤ 疾患毎の入院移動距離別患者数の割合

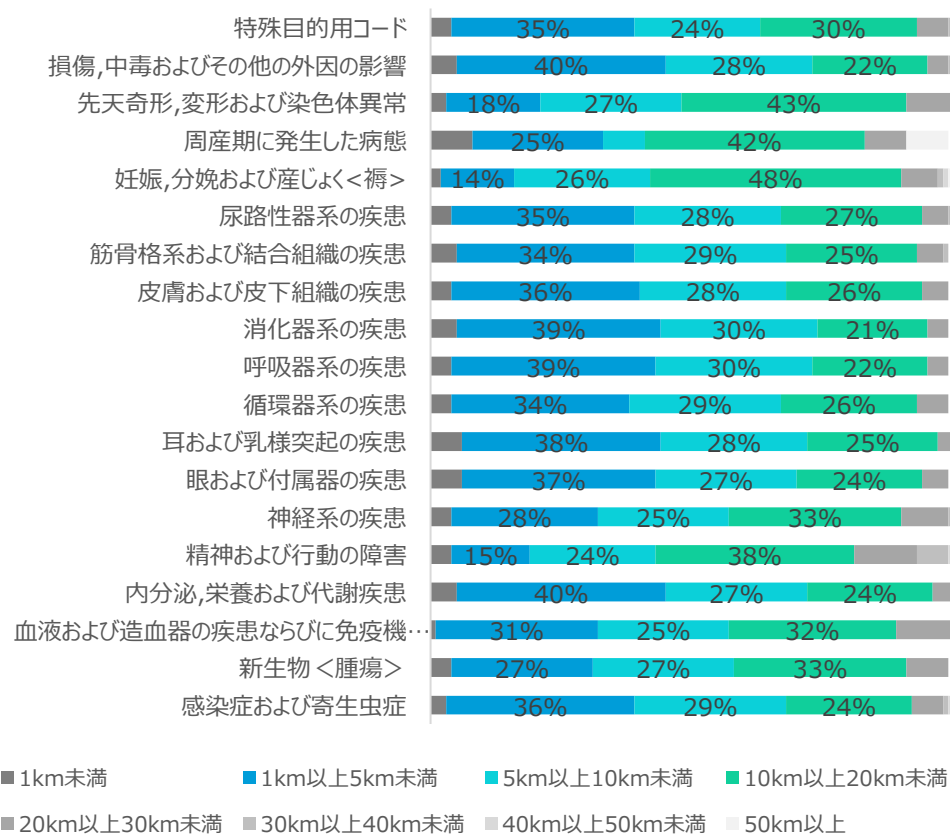
県東

- 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

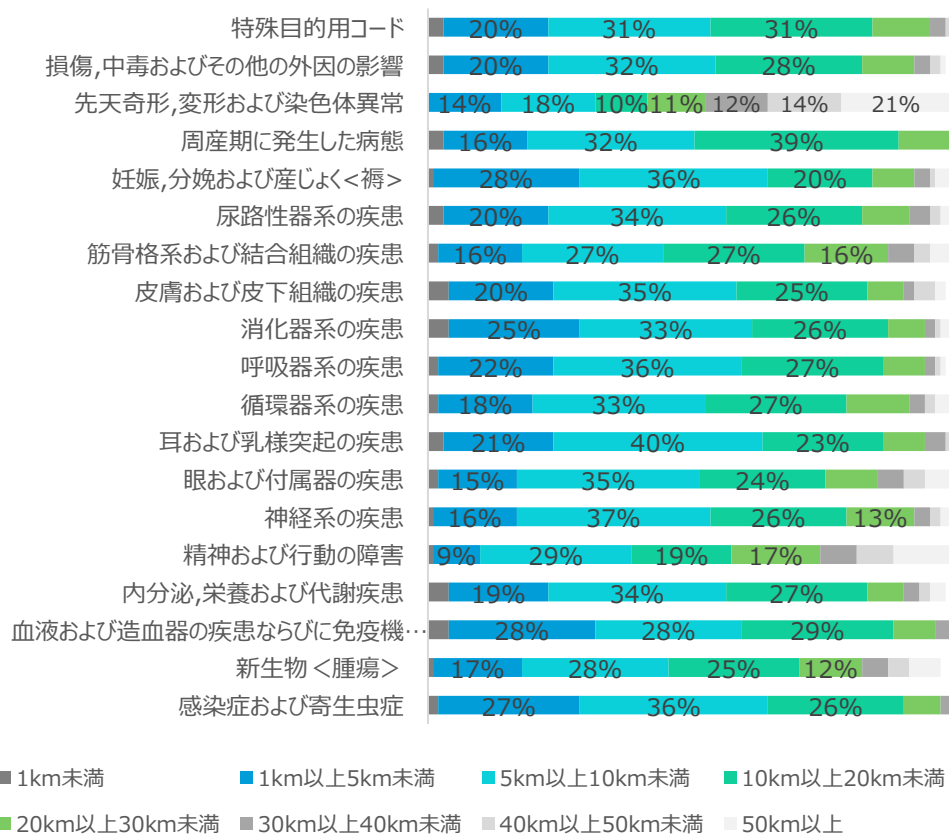


2 今回整理したデータについて

⑤ 疾患毎の入院移動距離別患者数の割合

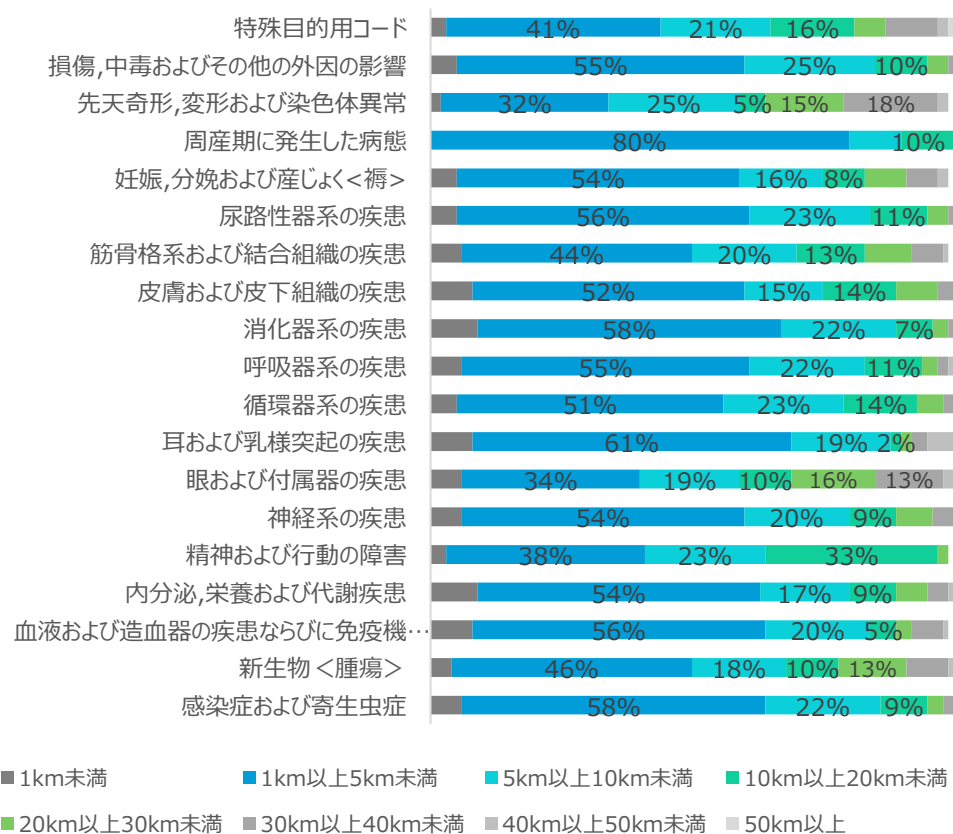
県北

- 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



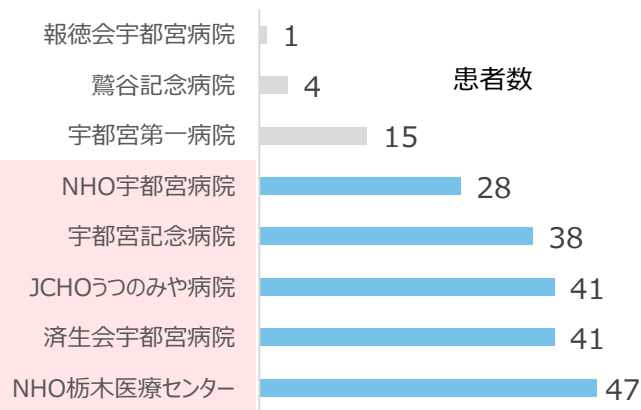
2 今回整理したデータについて

⑥ 肺炎患者（救急車利用）の入院受け入れ状況（患者数）

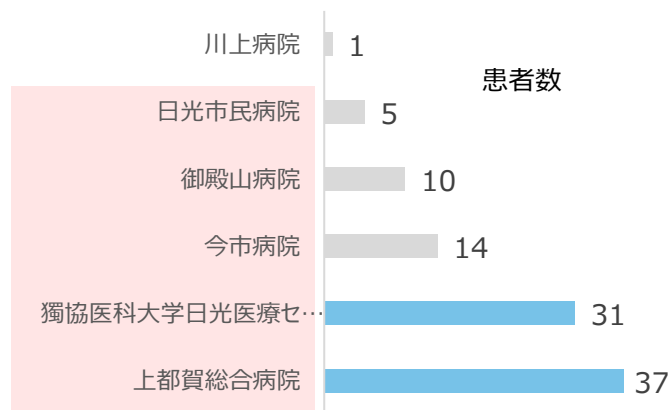
- 各地域の病院群輪番制病院を中心に患者を受け入れている
- 地域によっては、病院群輪番制病院の中でも、受け入れる患者数に差がある

病院群輪番制病院

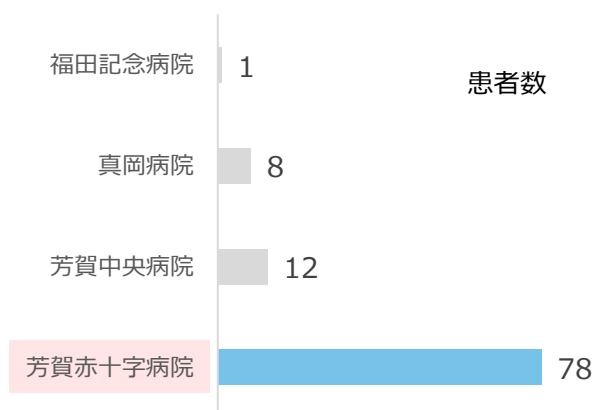
宇都宮



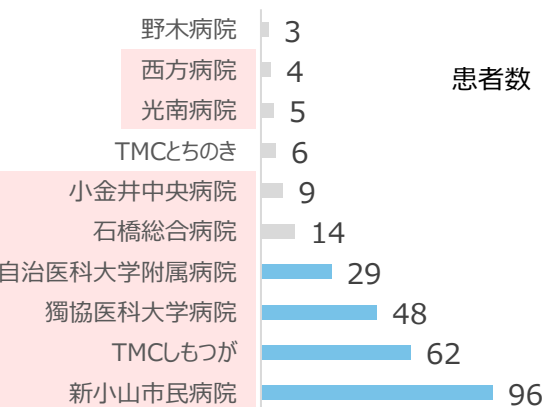
県西



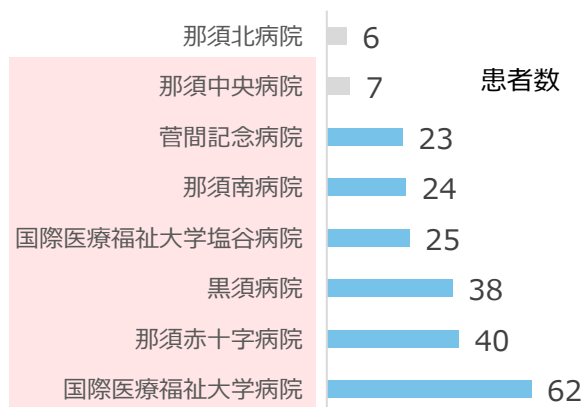
県東



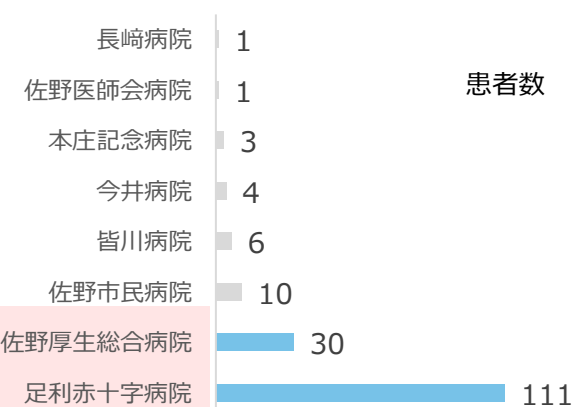
県南



県北



両毛



各休日夜間急患センターの救急患者数

- 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	令和5年度患者数 (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)
		A	高次への 紹介患者数 B	割合 B/A	
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

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※

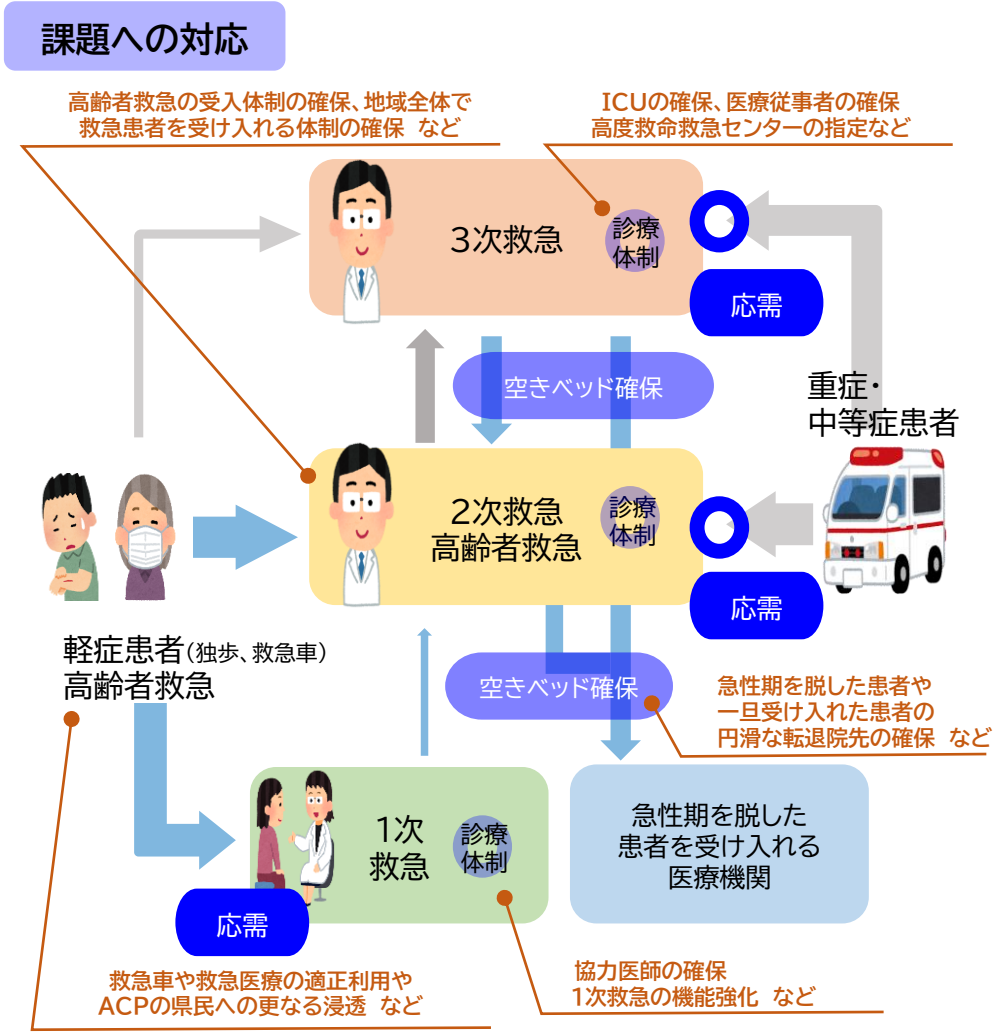
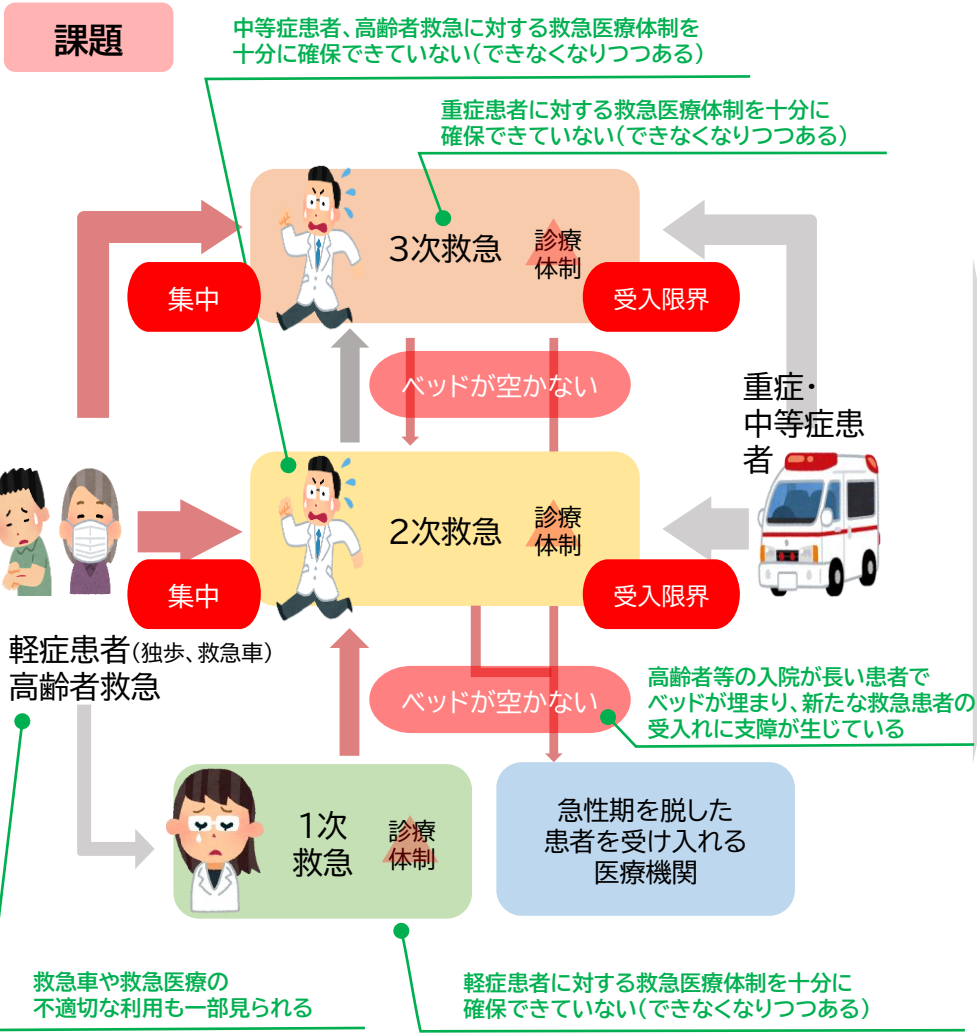
地区	医療機関名	令和5年度 救急患者数	令和5年度		
			うち、入院患者数	入院率	うち、救急車受入数
宇都宮	NHO栃木医療センター	6,276	2,471	39%	4,480
	JCHOうつのみや病院	3,834	1,036	27%	1,837
	NHO宇都宮病院	2,525	1,184	47%	1,323
	宇都宮記念病院	6,140	1,608	26%	3,315
鹿沼	上都賀総合病院	6,493	2,256	35%	2,344
	御殿山病院	1,144	305	27%	694
	西方病院	1,261	239	19%	466
日光	今市病院	2,795	651	23%	1,276
	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



參考資料

2次(輪番)・3次救急病院における救急患者数(令和5(2023)年度)

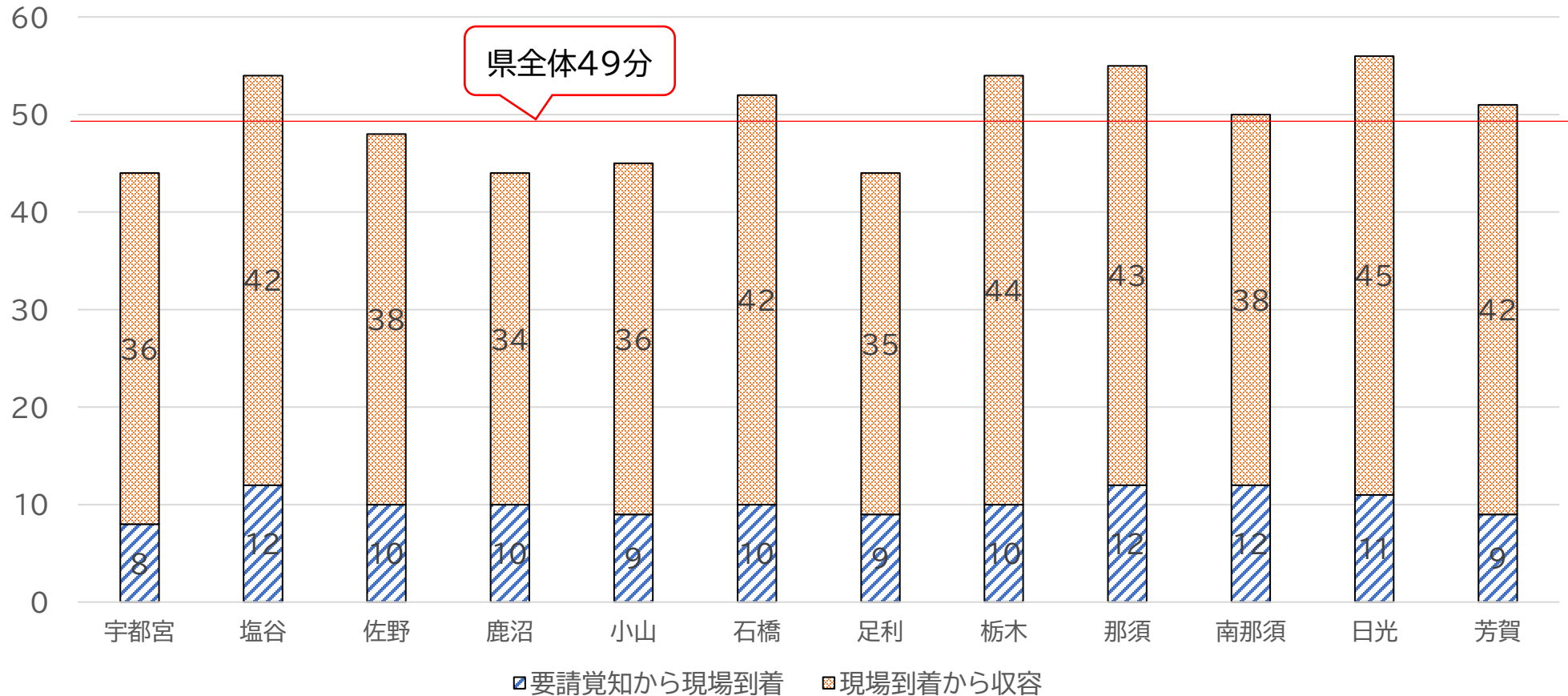
➤ 2次(輪番)・3次救急病院で受け入れた救急患者のうち、3分の2は入院を要しない患者である。

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	患者数	割合	患者数	割合	患者数	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(令和4(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

現在及び将来の医療ニーズを見据えた上で、

- 「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」について
緊急手術を要する脳血管疾患・心血管疾患、新興感染症（重症）、希少疾患など
在宅復帰を目的とする医療（リハビリテーション等）
患者の流出入を踏まえた隣接する医療圏との連携 など
- 医療提供体制の維持・確保のための機能分化・連携強化を効率的・効果的に進
めていくために必要な取組（特に、救急医療提供体制の維持・確保に必要な取
組）について
急性期の後方支援、増加する高齢者救急、リハビリテーション
1次・2次救急医療の提供体制
救急医療の適正利用を進めていくために必要な取組 など
- 医療と介護の連携体制構築に資する具体的な取組として、どのようなことが考
えられるか
入退院の円滑な移行、急変時の対応、在宅医療提供体制のさらなる充実
多職種の交流・ネットワーク、住民等への啓発 など
- その他

令和6(2024)年度 第2回 県南地域医療構想調整会議	資料2
令和6(2024)年11月25日(月)	

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
県南健康福祉センター

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

入院基本料

考え方

- 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

集計方法

- 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

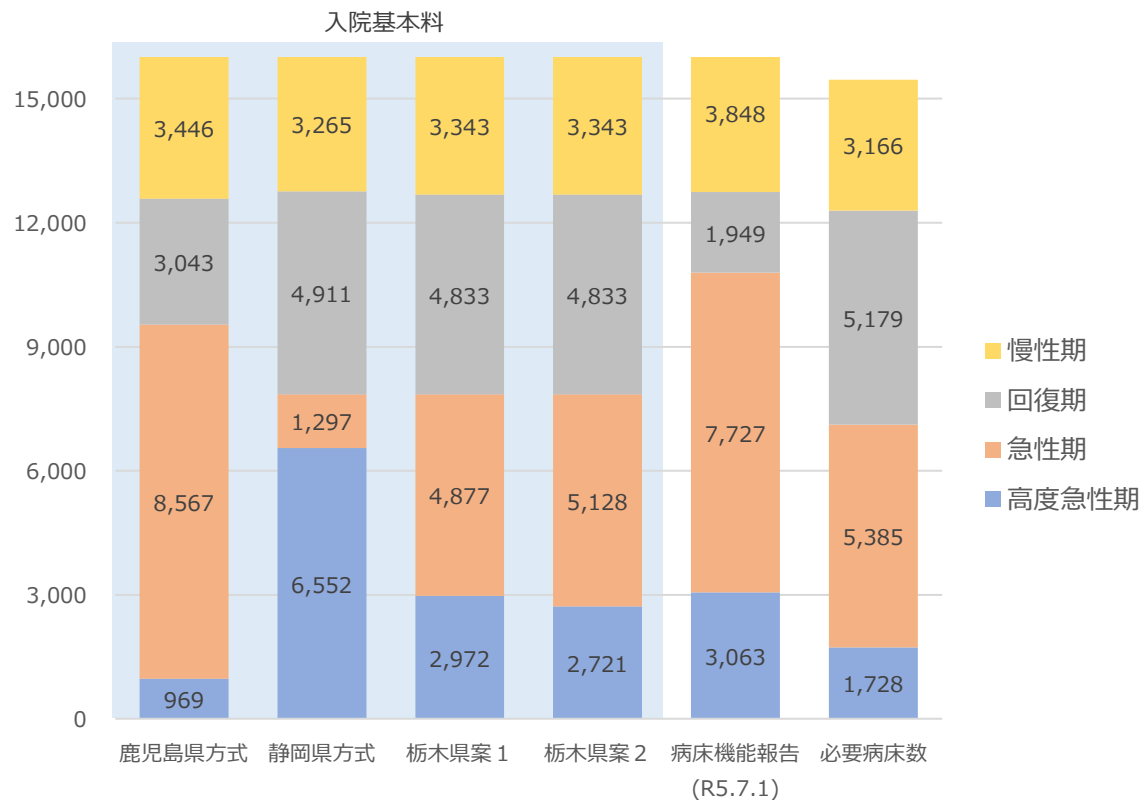
No.	入院基本料等	鹿児島県	静岡県	栃木県案1	栃木県案2
33	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
34	小児特定集中治療室管理料	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
35	新生児特定集中治療室管理料1	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
36	新生児特定集中治療室管理料2	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
37	総合周産期特定集中治療室管理料(母胎・胎児)	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
38	総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
39	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

入院基本料による分類と病床機能報告の比較



主な御意見 (要旨)



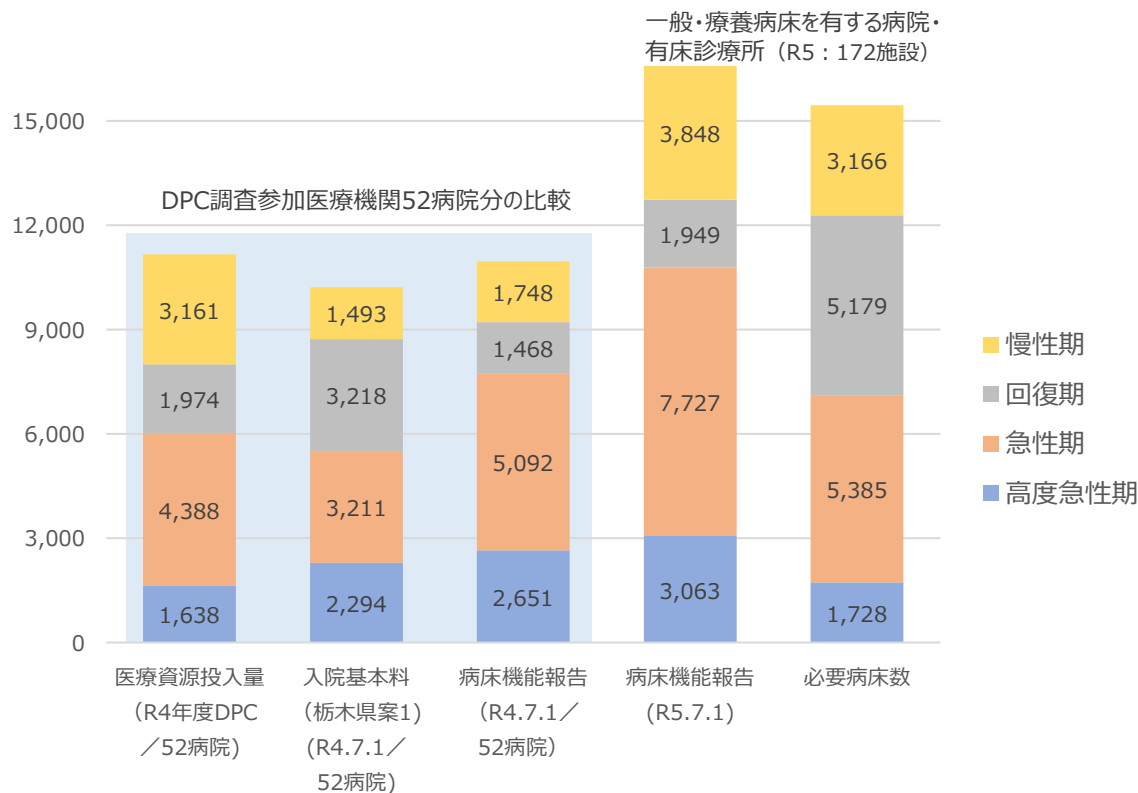
- “ この結果がおかしいとは思わない
- “ 病床機能報告上は急性期でも実際の診療内容が回復期の場合もあり、現場の実態に近いのではないかと
- “ このように整理すると辻褄が合うというだけで、実際の医療体制はこの数字のようになっていない
- “ 数合わせに徹底した感じが否めない
- “ 看護師の数の関係で、急性期一般入院料1~3は取れないが、救急などの対応をしている中で、これでは、回復期扱いになる
- “ 急性期をやっている有床診療所は限られているので、静岡県方式に合わせる必要はなく、栃木県としてしっかりと数を把握すべき

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

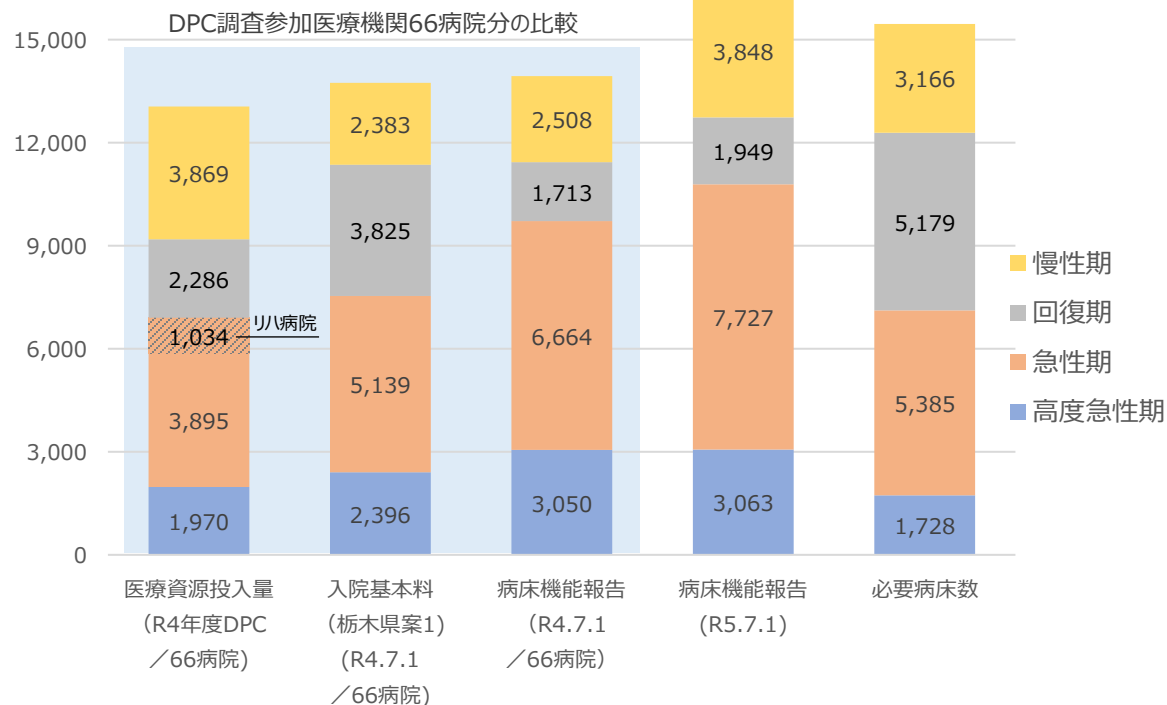
3 検証結果のまとめ (i)

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

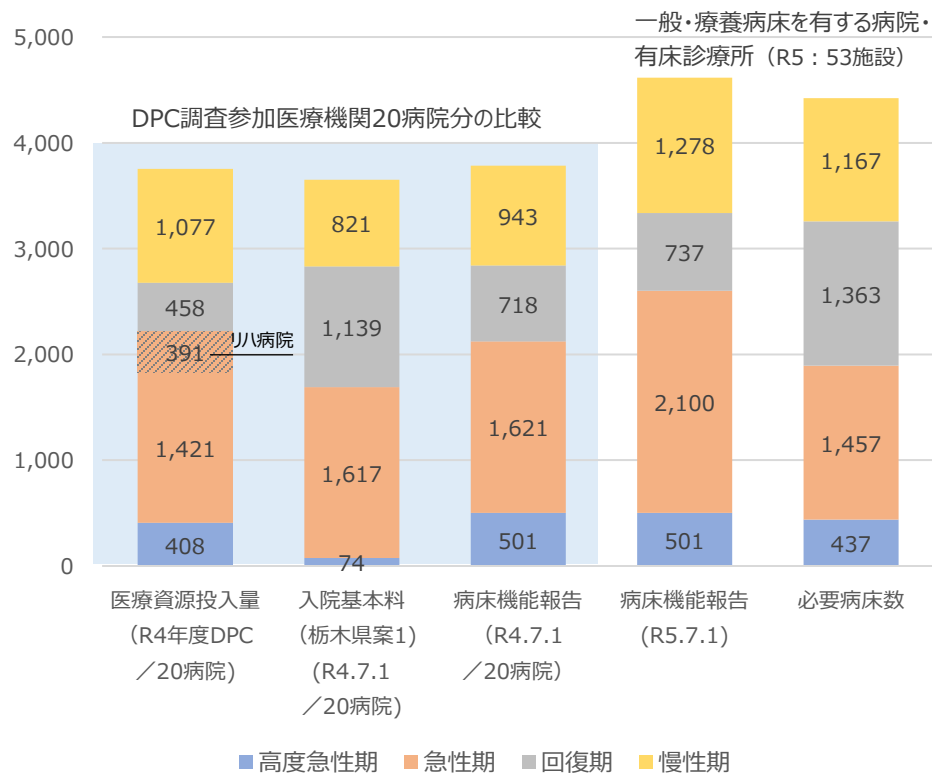
- DPC調査参加病院以外の病院や有床診療所に係る医療資源投入量の算出（データ収集）が困難なため、病床**“数”**の議論への活用は**限定的**

3 検証結果のまとめ (ii)

各圏域の比較結果①

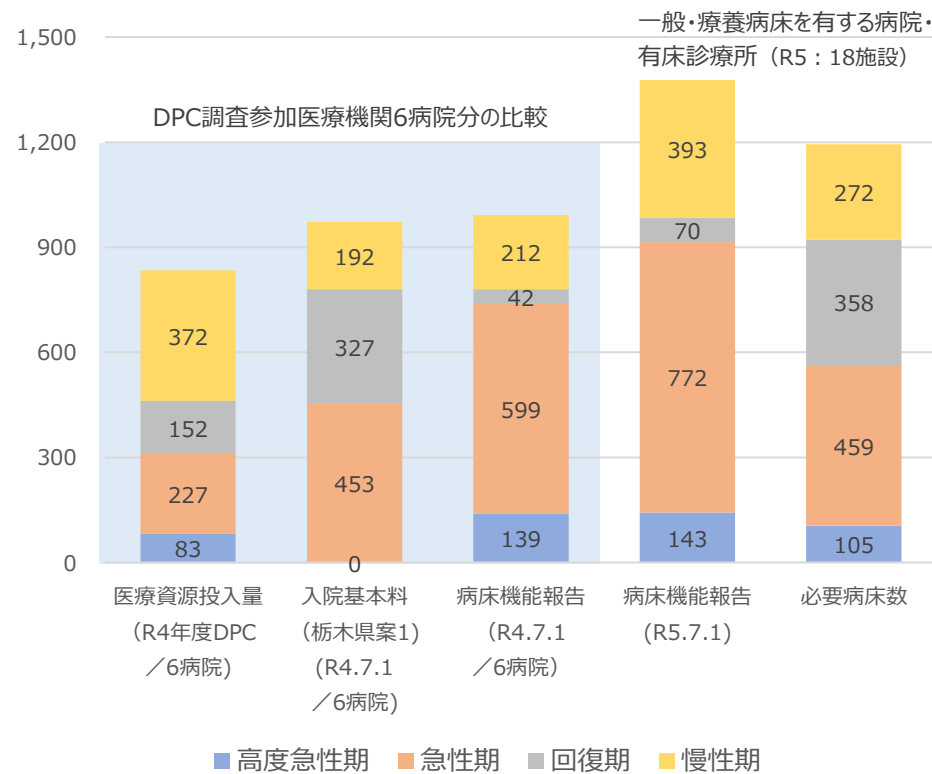
宇都宮

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

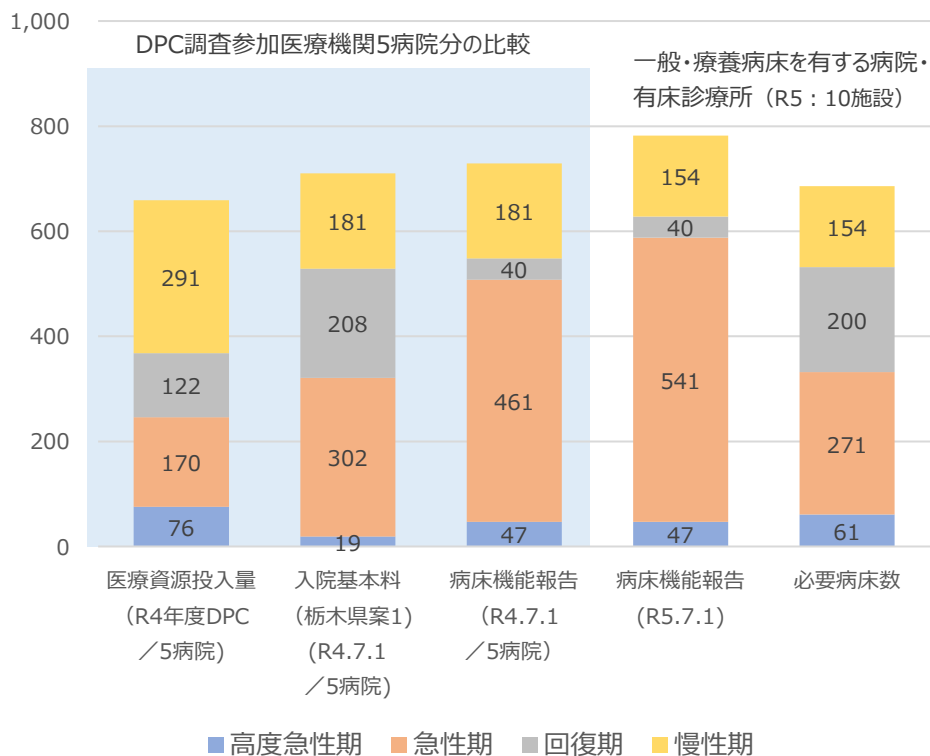


3 検証結果のまとめ (ii)

各圏域の比較結果②

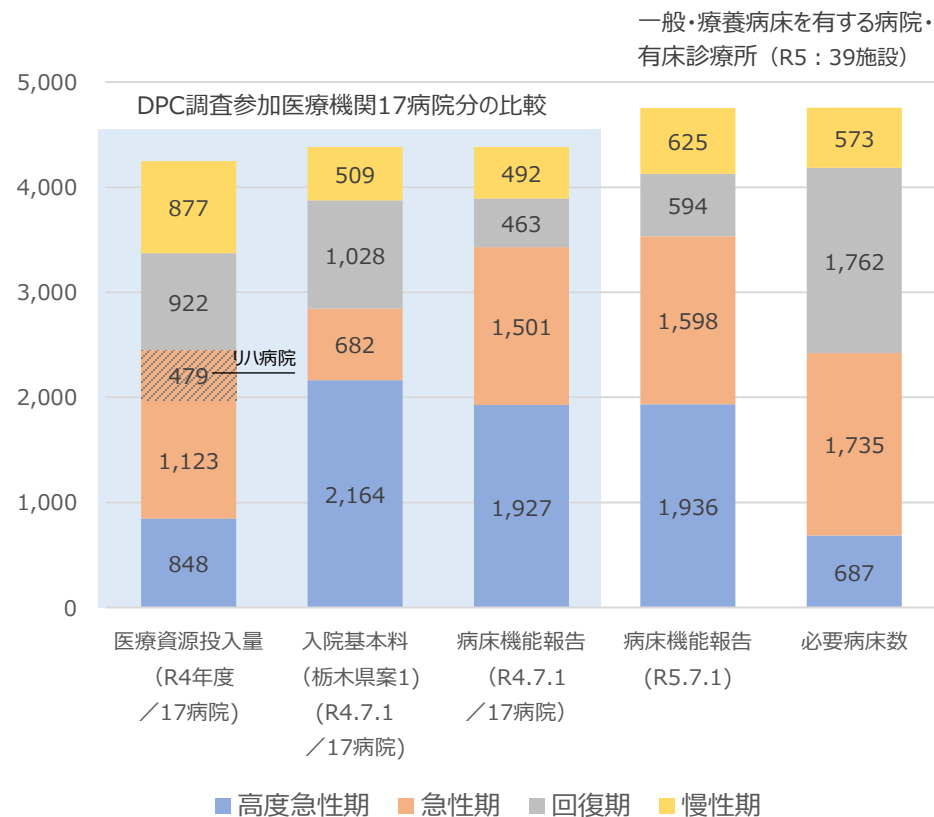
県東

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

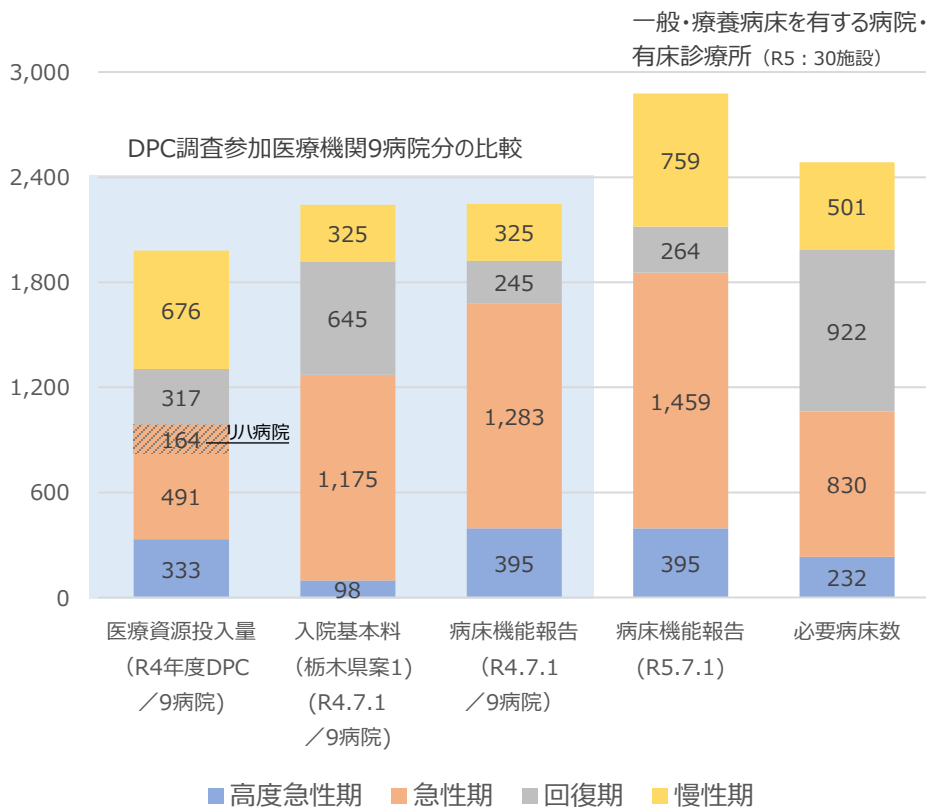


3 検証結果のまとめ (ii)

各圏域の比較結果③

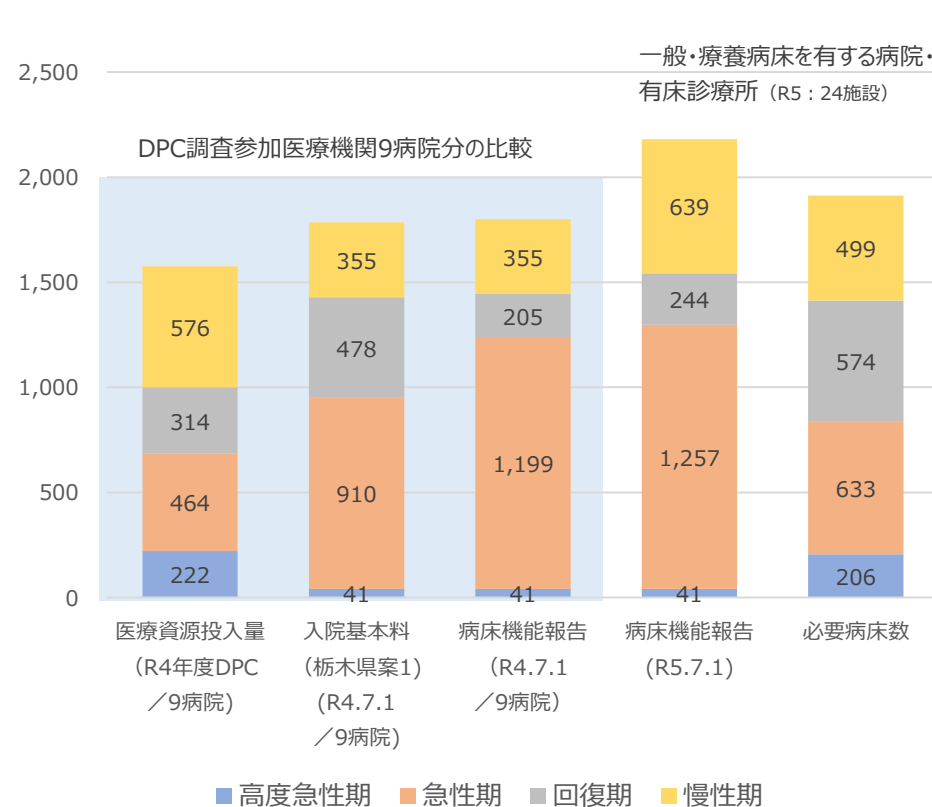
県北

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



令和6(2024)年度 第2回 県南地域医療構想調整会議	資料3
令和6(2024)年11月25日(月)	

宇都宮構想区域 区域対応方針の策定について

令和6(2024)年11月25日
栃木県保健福祉部医療政策課

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る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

	項目	内容
今回の会議	現状と課題等の整理	<ul style="list-style-type: none">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<ul style="list-style-type: none">① アンケート調査の結果② データ
	対応方針(素案)の提示	<ul style="list-style-type: none">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	<ul style="list-style-type: none">第3回宇都宮地域医療構想調整会議で協議
次回の会議	協議結果に応じて対応方針(案)を作成	<ul style="list-style-type: none">協議結果を踏まえ、事務局で案を作成
	協議②	<ul style="list-style-type: none">第4回宇都宮地域医療構想調整会議で最終協議
	策定	<ul style="list-style-type: none">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

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)年度の取組内容

	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。

御意見を伺いたいこと

- 現在及び将来の医療ニーズを踏まえた上で「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」の内容について。
- 医療提供体制の維持・確保のための機能分化・連携強化を率的・効果的に進めていくには、どのような取組が必要か。
(特に救急医療提供体制の維持・確保に必要な取組)
- 医療と介護の連携体制構築に資する具体的な取組として、どのようなことが考えられるか。
- その他

現状と課題 — アンケート —

2 現状と課題 — アンケート —

テーマ

宇都宮医療圏で
完結することが望
ましい医療

意見

- 医療的ケア(痰の吸引、夜間休日の介護体制、訪問入浴など)
- リハビリテーション
- 慢性疾患管理
- 終末期医療
- 夜間対応
- 高齢者救急
- 精神科救急
- 耳鼻科救急、眼科救急(耳鼻科、眼科の救急体制は県全体というよりは宇都宮医療圏の専門病院を中心として複数医療圏での整備が望ましい)

要点

- 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、関係機関で地ケア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の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もある

県全体で見るべき
医療

- 新型感染症
- 多発外傷
- 災害医療
- 希少がん
- 稀少疾患
- 難病
- 排菌している結核患者
- 非定型抗酸菌症の診療
- 脳死肝移植
- 解離性大動脈瘤の手術
- 民間が担うことができない高度医療
- 診療報酬体系の確立していない医療

- 新型感染症への対応体制や災害医療については公立病院にその役割を求めること意見もあることから、県立病院の役割についても検討が必要
- 希少疾患などの対応については、特定機能病院が担うべきとの意見もあり

2 現状と課題 — アンケート —

テーマ

意見

要点

不足している機能

- 退院支援機能
- 領域ごとのリハビリ不足(例えば循環器のリハビリ、脳神経系のリハビリなど)
- 急性期、回復期、慢性期の病床数の調整から脱して、整備すべき分野、領域ごとの供給体制の検討、整備にシフトすべき
- リハビリテーション施設
- 県立リハセンターにもう少し県内のリハビリテーションの中核機能を担ってほしい
- 災害時に拠点となる基幹災害医療センター
- 新興感染症への対応も可能な県立の高度救命救急センター
- 公立病院の医療

- リハビリテーション機能の確保(県立リハビリテーションセンターの役割に期待する意見もある)
- リハビリ機能の確保に当たっては、領域ごとに検討(リハビリの病院と連携を行い、地域で患者をシェアするという考え方も重要との声もある)
- 不足していると考えられる災害医療、新型感染症への対応を公立病院へ期待する声が多い

人材確保

- 看護師・介護士不足
- 医療スタッフの確保(どの職種が不足しているのかを調査すべき)
- 病院で夜勤も含めて働く、看護師の供給体制を強化すべき
- 公的な政策、助成も考慮すべき
- 人的資源の確保を民間任せにしない
- 外国人介護士の雇用
- 介護報酬アップによる介護士の処遇改善

- 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

2 現状と課題 — アンケート —

テーマ

意見

要点

救急医療

- 2次救急が脆弱
- 救急受け入れ後の検査や入院、治療対応などが対応しきれない状態
- 初期・二次救急を担う医療機関が不足
- 軽症患者も三次救急に集中
- 2次から3次救急に携わる病院がもう一つあっても良い
- マイナー科の救急体制不足
- 地域内で二次・三次救急の受け入れを断られるケースが非常に多い
- 夜間診療所の在り方を再検討し効率的な救急診療体制の為の支援が必要

- 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
- 初期救急の在り方の検討

在宅医療

- 介護提供施設が十分ではない。
- 在宅医療の供給体制は十分であり、むしろ質の向上が急務
- 医療的ケア供給体制の不足
- 在宅医療が増えすぎている
- 施設数としては少ない印象
- 在宅医療は特に不足しているとは思えない
- 在宅の患者さんの急変時の医療提供体制が満足とは言えない

- 宇都宮圏域における在宅医療の不足感はないとの声が多い
- ただし、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

2 現状と課題 — アンケート —

テーマ	意見	要点
5疾病6事業(救急・在宅除く)	<ul style="list-style-type: none">• 災害拠点となる病院がない• 新興感染症の体制が弱い• 精神科少ない• 脳卒中患者のリハビリは地域でシェア• 循環器は基幹病院でみて診療方針たてて、開業医へつなぐ• 糖尿病は専門医による診療(治療方針の決定)と実際に治療を行う在宅医で連携	<ul style="list-style-type: none">• 災害・新型感染症への対応体制が課題• 精神科の充実• 急性期病院×リハビリ病院、基幹病院×開業医、専門医×在宅医などそれぞれの役割の明確化と分担が重要
外来	<ul style="list-style-type: none">• 生活習慣病の外来治療を大学病院が多く診ている現状があるが、それらはクリニックや民間病院の外来でアクセスよく管理すべき• 時間外対応が十分か疑問• 複数の外来を受ける患者の情報統合• 生活習慣病患者への日常生活指導が必ずしも十分にされていない• 初診診療を担うかかりつけ医の構築• 地域全体での医療分担が不十分で、これが外来の負担増加につながっている	<ul style="list-style-type: none">• かかりつけ医機能の構築• 患者情報の共有体制

2 現状と課題 — アンケート —

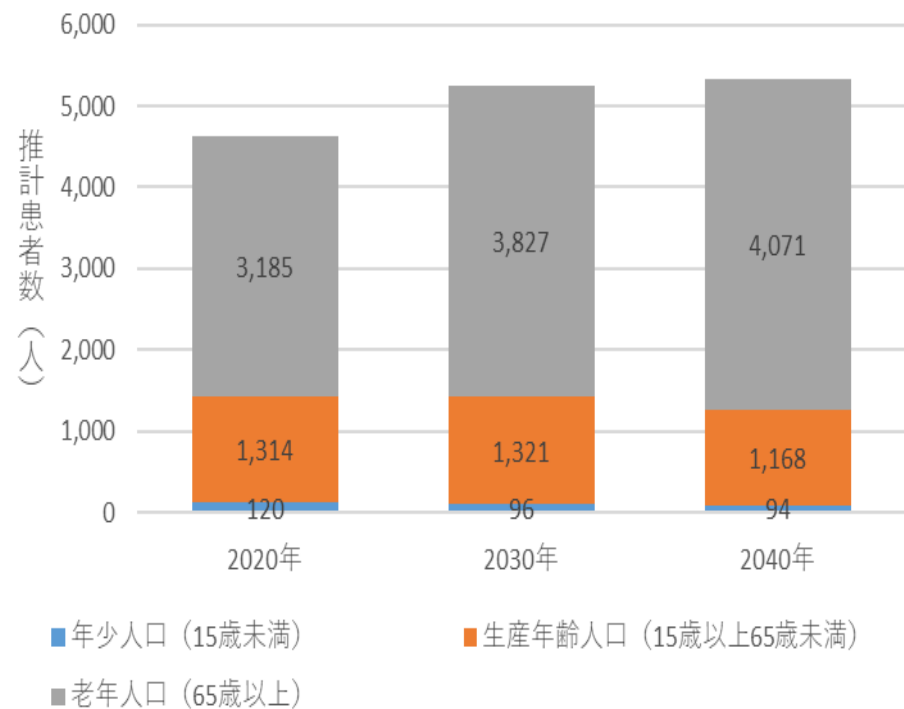
テーマ	意見	要点
介護	<ul style="list-style-type: none">・ 供給不足・ 医療機関との情報共有システムが必要・ 外国人の雇用・ 介護報酬アップ・ 地ケアの目標共有の徹底	<ul style="list-style-type: none">・ 医療介護連携に当たっての情報共有体制の構築・ 介護人材の確保・ 目標の共有
その他(行政や公的医療機関に求めること)	<ul style="list-style-type: none">・ 近隣県の医療機関との連携のガイド・ 各医療機関の役割分担の調整・ 基幹病院を中心とした地域医療の整備・ 自治体病院の運営や設立の際には、民間医療機関との競争を避けて欲しい・ リハセンターがもう少し県内のリハビリテーションの中核機能を担っていただければ・ 受入体制の改善、そのためには公的医療機関の拡充が必要・ 民間で担うことのできない医療を積極的に提供できる体制・ 宇都宮市の地域医療に対する向き合い方がわからない。県庁所在地ではほとんど存在する宇都宮市民病院がない。救急に対してはもう少し介入しても良いと思う(金銭的にも)	<ul style="list-style-type: none">・ 他県との広域連携・ 各医療機関の役割分担の調整・ 公立病院の強化(基幹病院化、機能拡充、患者の積極的な受け入れ、民間が担うことができない医療の提供)・ 宇都宮市による医療への関わり方

現状と課題 — データ —

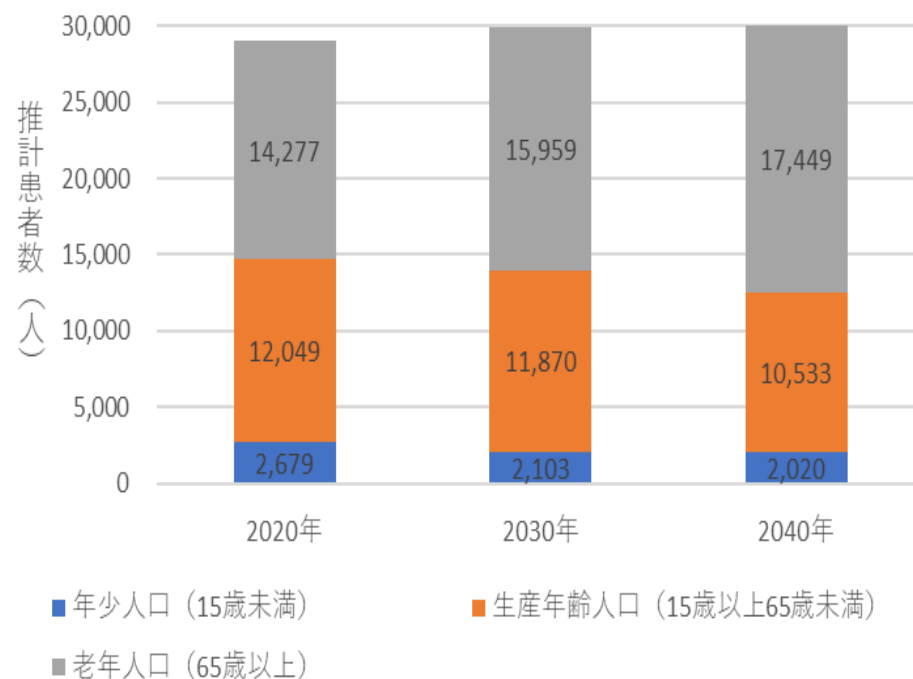
宇都宮構想区域の医療需要推計(H29受療率×人口推計)

- 宇都宮構想区域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における患者数が増加
- 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）

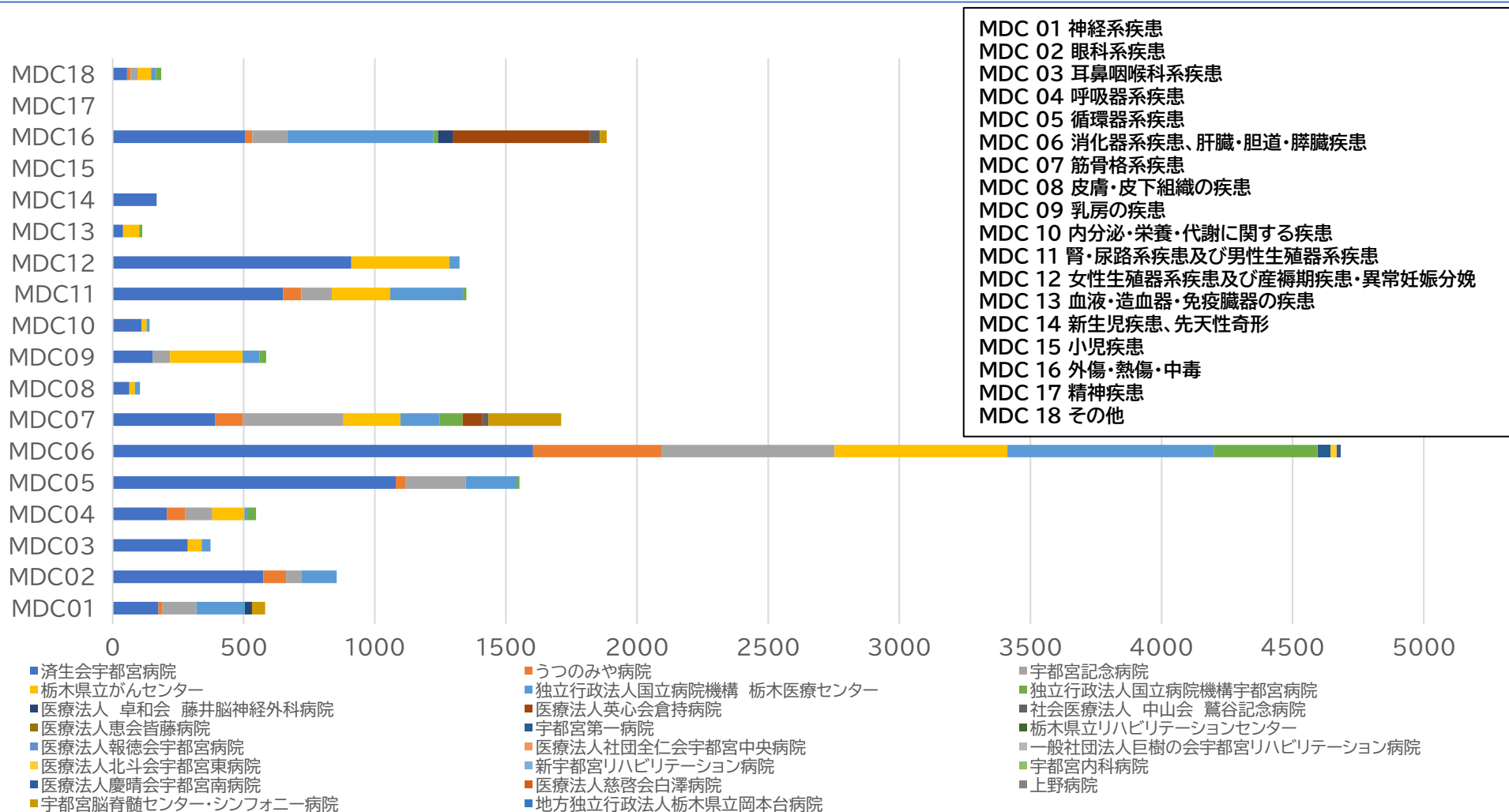


医療需要（外来）



2 現状と課題 — データ編 —

- 「循環器系疾患」、「消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患」、「筋骨格系疾患」、「外傷・熱傷・中毒」の手術件数が多い
- 上記の疾患については、幅広い医療機関で手術を行っている状況にある

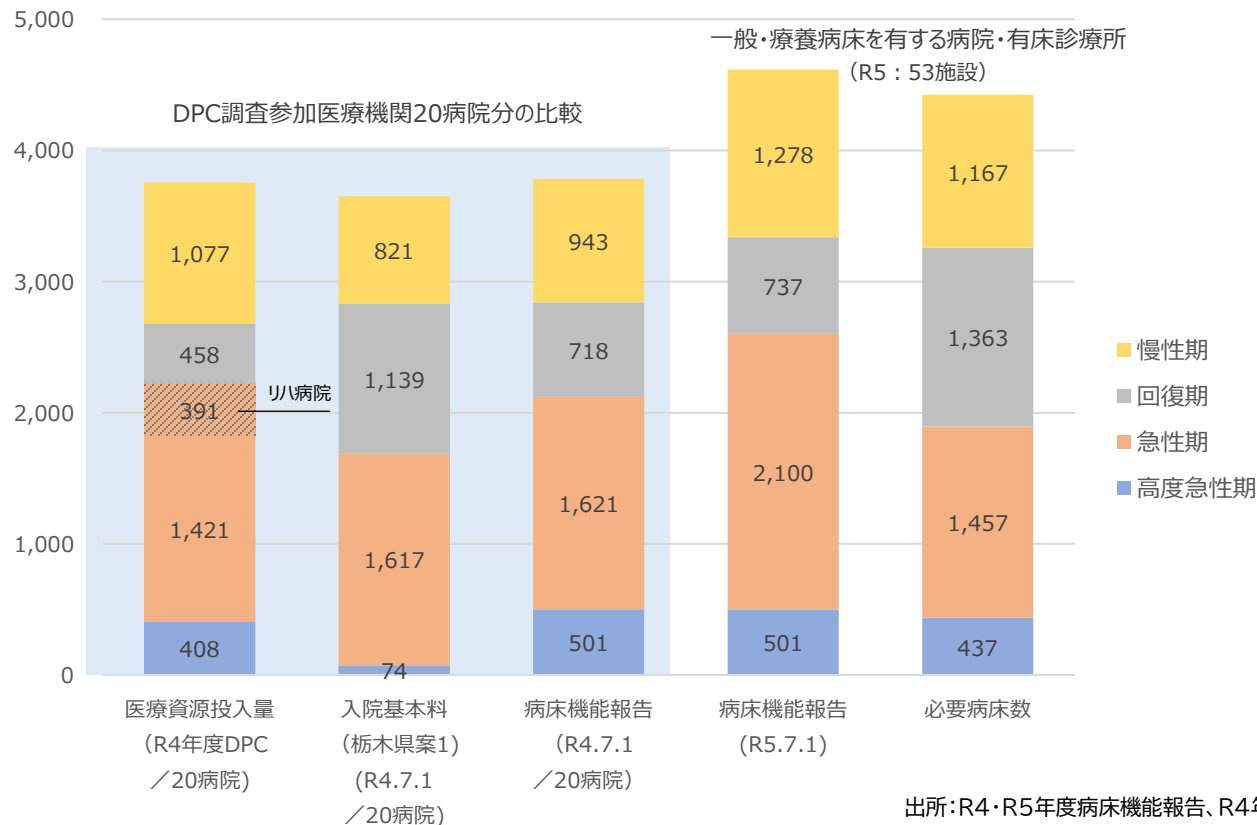


出所：厚生労働省「令和4年度DPC導入の影響評価に関する調査」より作成

2 現状と課題 — データ —

宇都宮構想区域における病床機能

- 病床機能報告のほか、医療資源投入量や入院基本料により各病床機能のバランスを把握
- 必要病床数と考え方が近い医療資源投入量による集計結果を見ると、高度急性期や急性期は必要病床数に近い状況



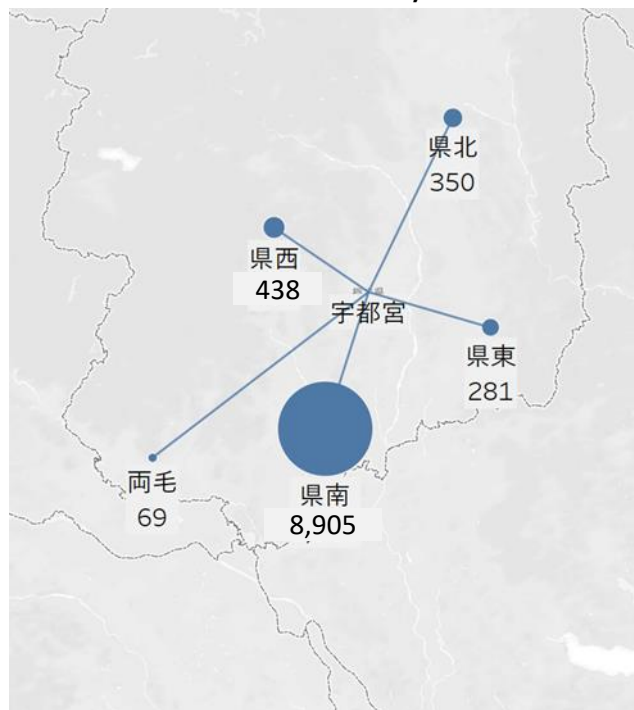
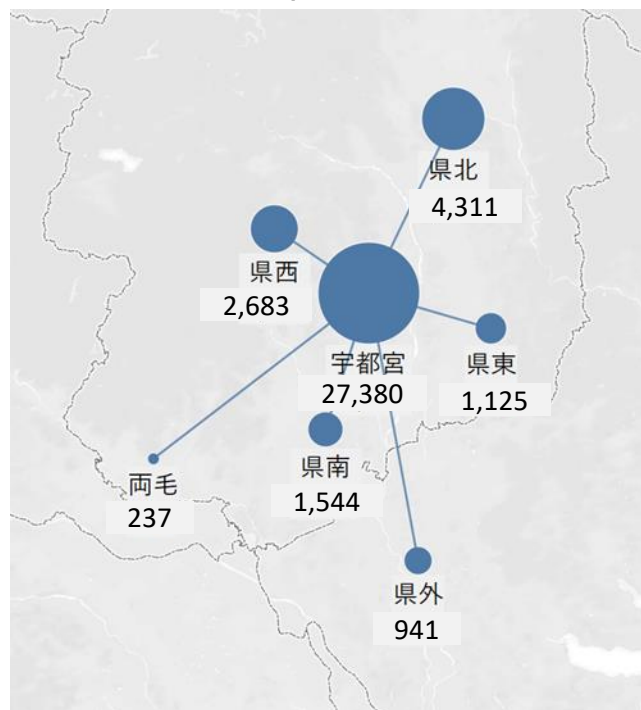
宇都宮医療圏の入院患者流出入状況(令和4年度DPCデータ)

- 宇都宮圏域の患者の流入割合は他圏域よりも比較的高く、特に**県北、県西地域からの流入が顕著**
- 一方で、**県南圏域への患者の流出が一定程度見られるものの、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

宇都宮医療圏

流入 10,841人

流出 (県内のみ) 10,043人



圏域	流入割合	流出割合
宇都宮	28.4%	26.8%
県北	6.7%	23.9%
県西	11.7%	43.1%
県東	12.2%	38.0%
県南	48.9%	8.8%
両毛	20.1%	12.9%

【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】

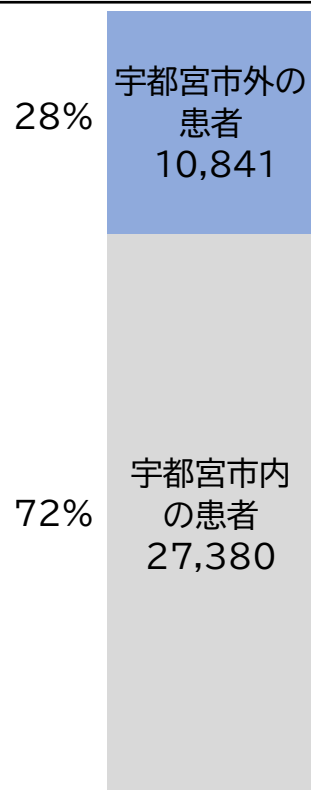
医療圏内の患者のうち、他医療圏の施設に入院した患者が占める割合

2 現状と課題 — データ —

宇都宮医療圏の入院患者の流入状況①(流入患者数・流入元市町・年齢)

- 流入した入院患者の市町別の割合を見ると、「日光市」「さくら市」「高根沢町」「鹿沼市」「県外」「那須烏山市」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」「60代」「80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**

宇都宮圏域内の入院患者の構成
(人・%)

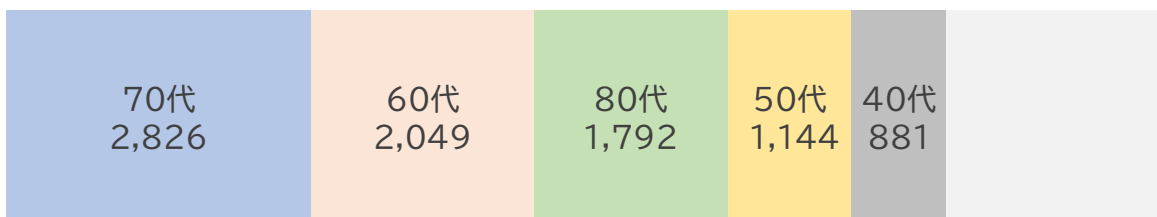


流入患者の属性①

住所地別患者数



年代別患者数

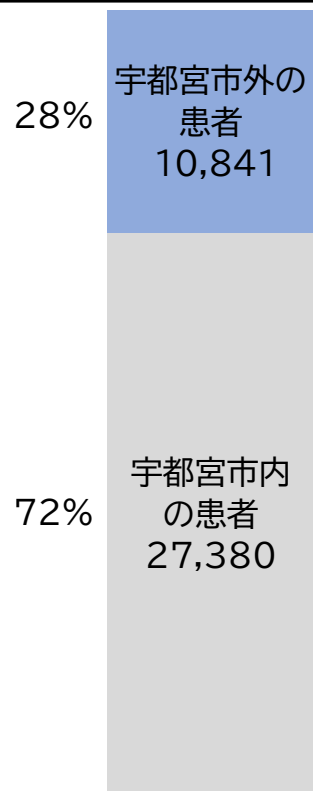


2 現状と課題 — データ —

宇都宮医療圏の入院患者の流入状況②(流入患者の入院先・疾患)

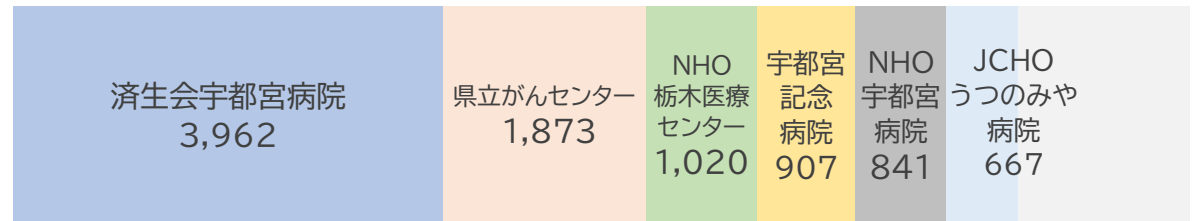
- 流入患者の入院先を見ると、「**済生会宇都宮病院**」「**県立がんセンター**」「**NHO栃木医療センター**」など公的医療機関を中心に患者を受け入れている
 - 流入患者の疾患を見ると、「**新生物**」、「**循環器系の疾患**」、「**損傷、中毒およびその他の外因の影響(骨折など)**」が多い
- ⇒ **高齢者に多い疾患の流入患者を限られた医療機関で受け入れている状況**

宇都宮圏域の入院患者の構成
(人・%)

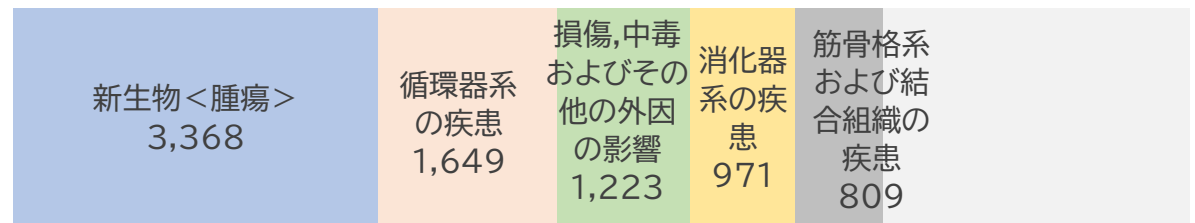


流入患者の属性②

入院先別患者数



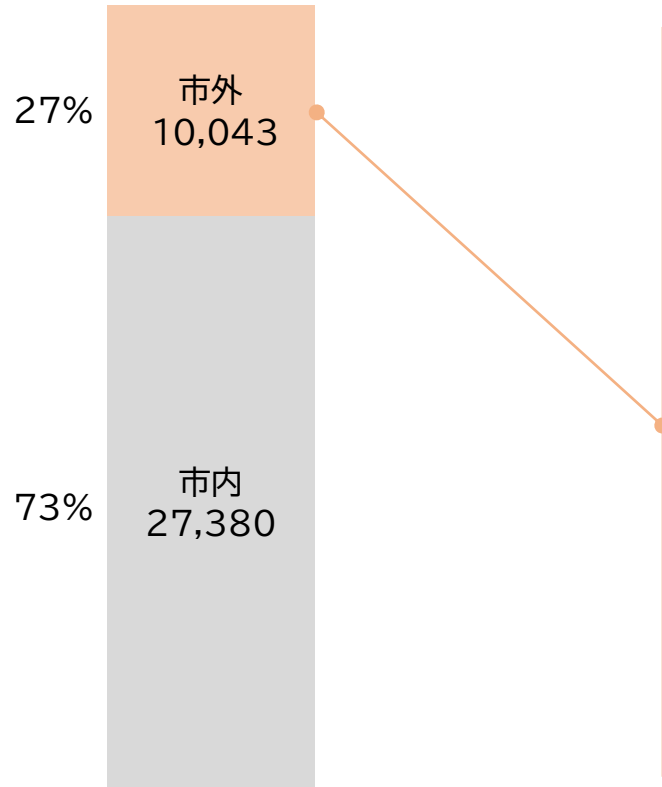
疾患別患者数



宇都宮医療圏の入院患者の流出内訳①(令和4年度DPCデータ)

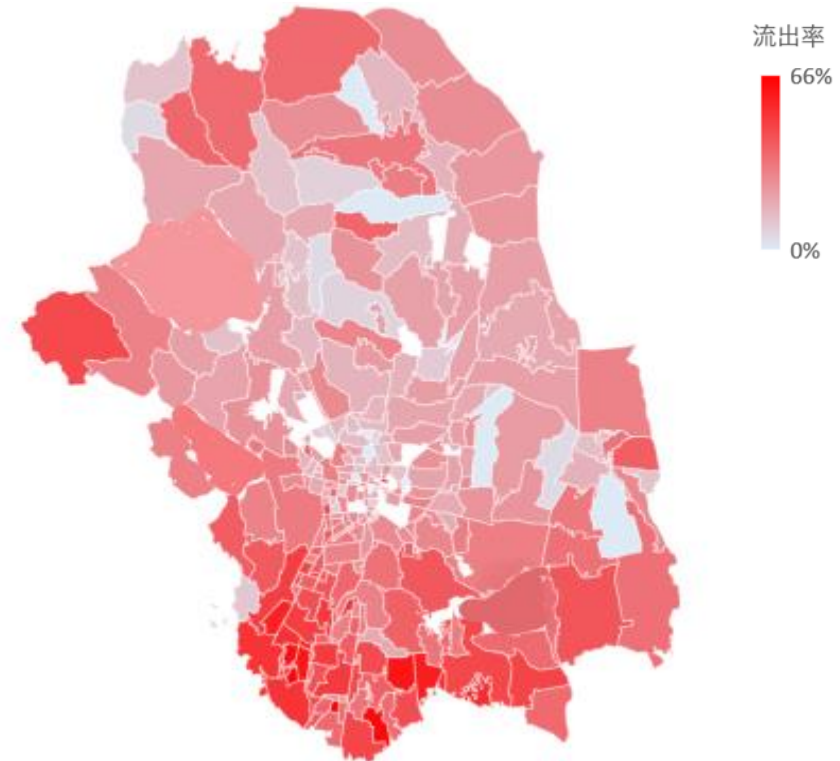
- 宇都宮市在住の入院患者の流出率を町域別に見ると、**市南西部、南東部の流出が多い傾向**にある

宇都宮市に住む患者の入院先
(人・%)



流出患者の属性①

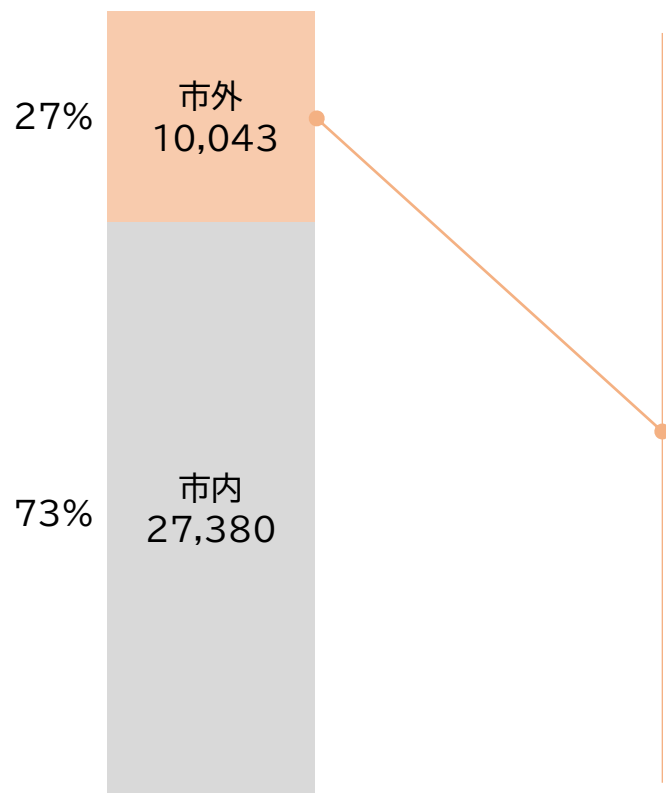
宇都宮市の町域別流出状況(流出率)



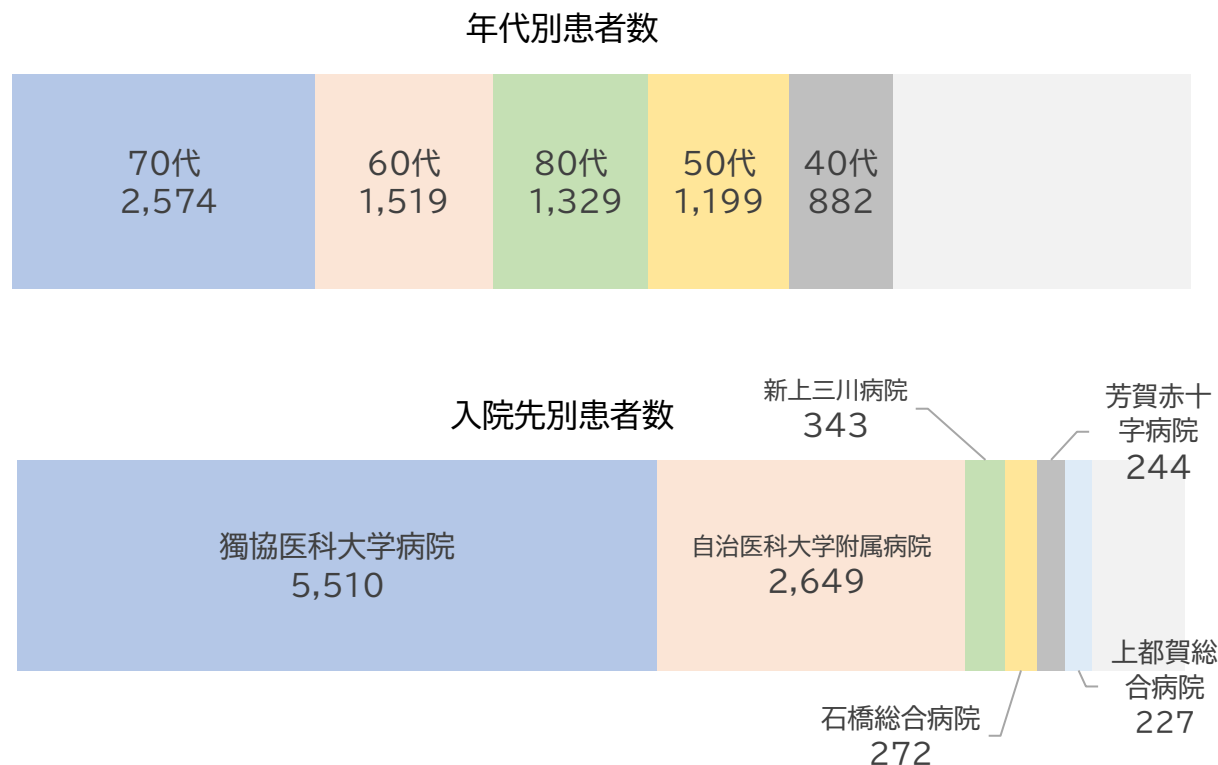
宇都宮医療圏の入院患者の流出内訳①(令和4年度DPCデータ)

- 宇都宮市在住の入院患者の年代を見ると、「70代」、「60代」、「80代」、「50代」が多い
- 流出患者の入院先を見ると、「獨協医科大学病院」、「自治医科大学附属病院」に多く入院している

宇都宮市に住む患者の入院先
(人・%)



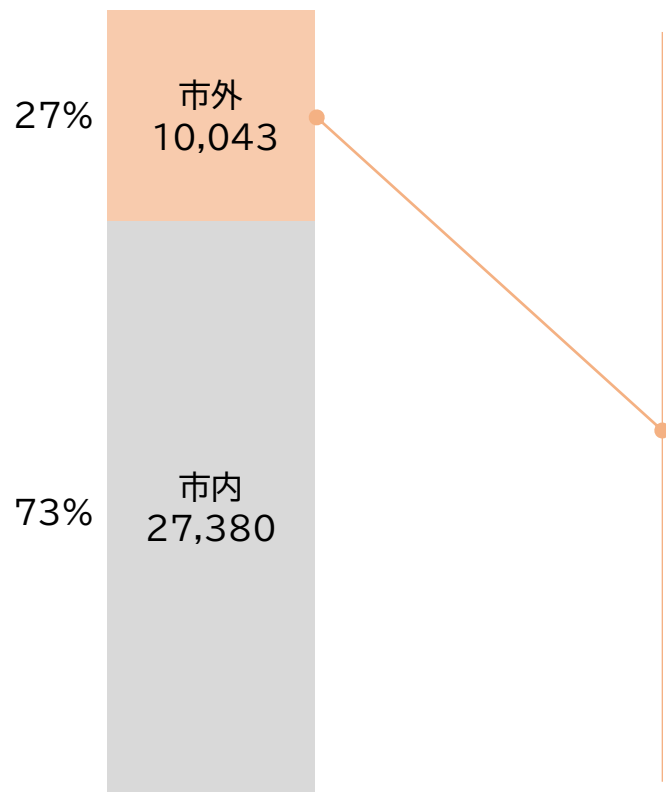
流出患者の属性②



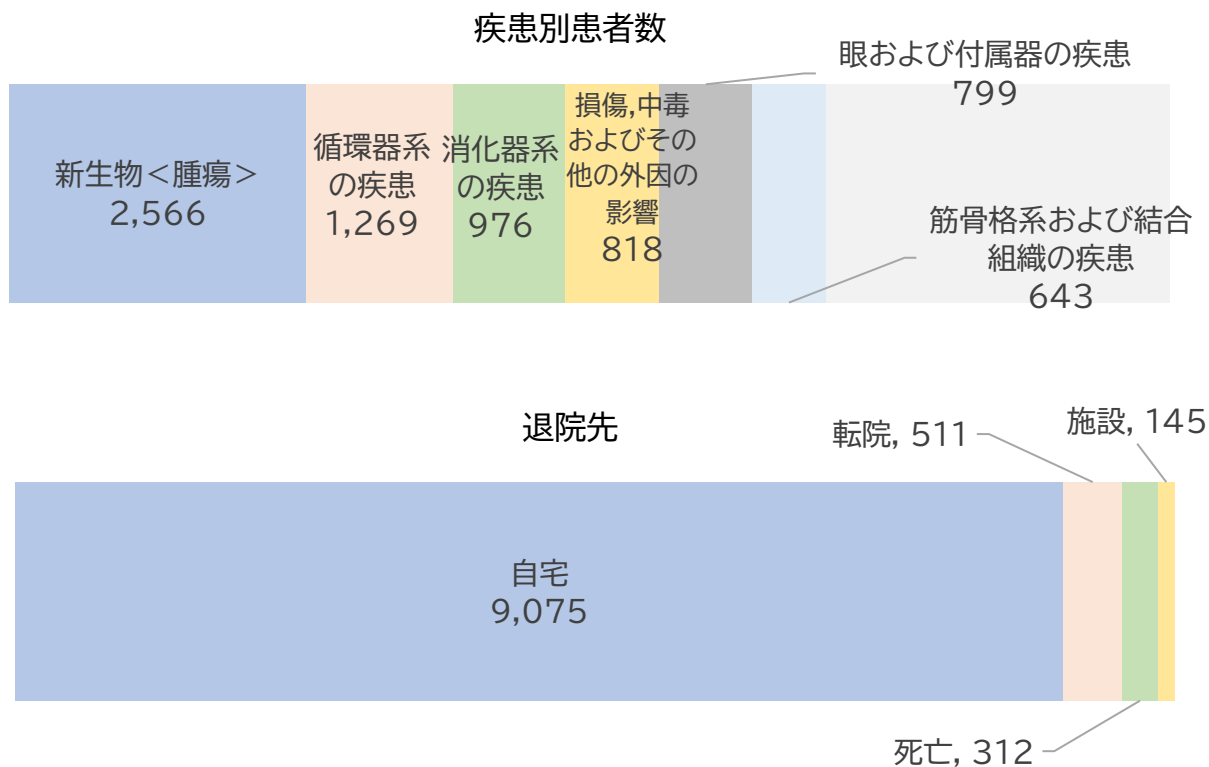
宇都宮医療圏の入院患者の流出内訳①(令和4年度DPCデータ)

- 流出患者の疾患を見ると、「**新生物**」、「**循環器系の疾患**」、「**消化器系の疾患**」などの患者が多い
- 流出患者の退院先を見ると、「**自宅**」へ退院する患者が多い

宇都宮市に住む患者の入院先
(人・%)



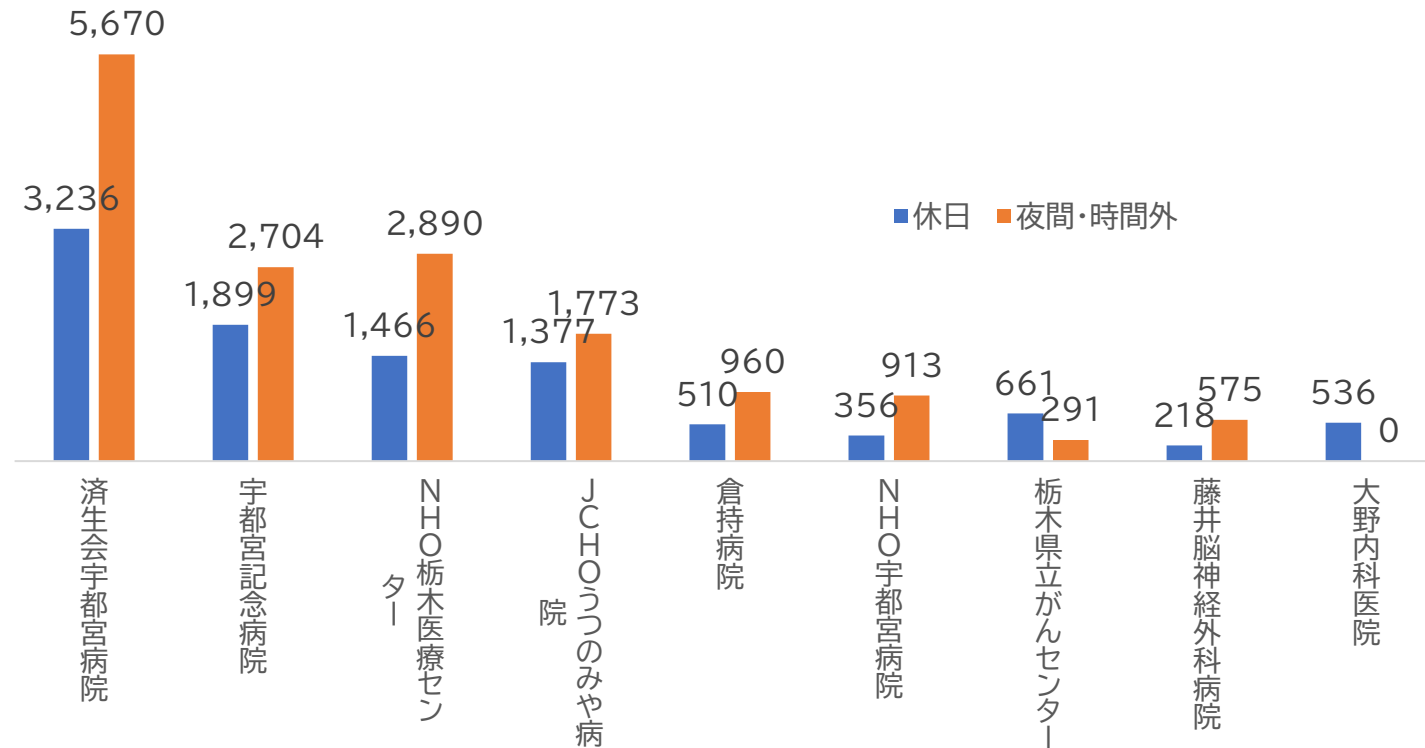
流出患者の属性③



宇都宮医療圏の休日、夜間・時間外の患者数

- 休日、夜間・時間外の患者の受診先を見ると、「済生会宇都宮病院」が多い

休日、夜間・時間外の延べ患者数(年間)



2 現状と課題 — データ編 —

二次救急医療の提供体制^(※1)

救急医療圏	市町	人口(千人) ※R6.3.1時点	救急告示医療機関			輪番病院	一般病床数 ^(※2)
			病院	診療所			
宇都宮	宇都宮市	513	17 (3.31)	14 (2.72)	3 (0.58)	5 (0.98)	1,684 (328.2)

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^(※3)

地区	医療機関名	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

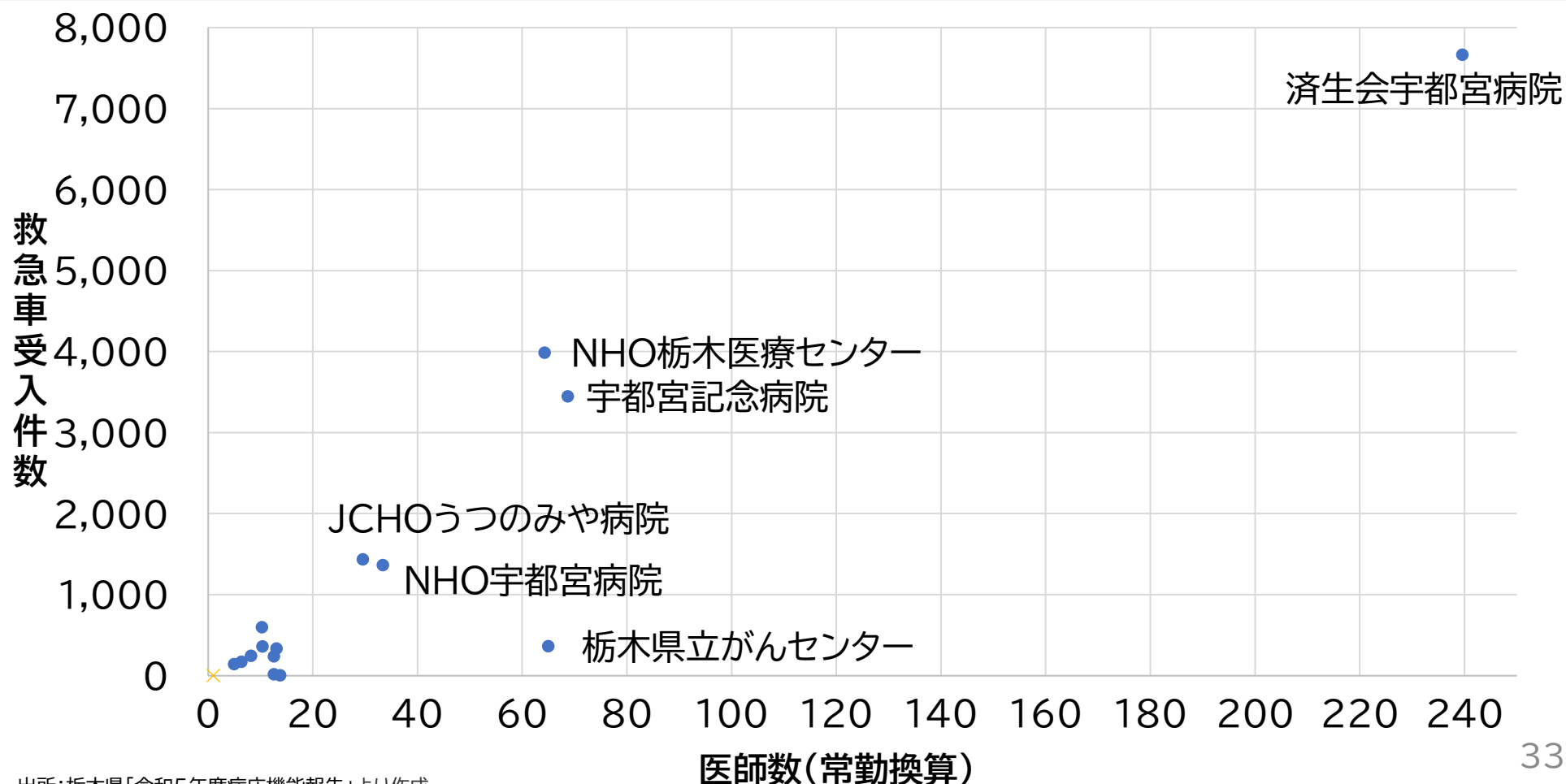
(※1) ()内は、人口10万人当たりの医療機関数 (※2) 輪番病院における一般病床の合計

(※3)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

救急車の受け入れ状況(R4年度) 宇都宮医療圏

- 医師数と救急車受入件数を見ると、「**済生会宇都宮病院**」が突出して救急車を受け入れており、「**NHO栃木医療センター**」、「**宇都宮記念病院**」、「**JCHOうつのみや病院**」、「**NHO宇都宮病院**」が、限られた医師数の中で、救急車を受け入れている状況



2 現状と課題 — データ編 —

初期救急医療の提供体制(平日 ※土曜日を含む)

休日夜間 急患センター	対応曜日	診療科目				診療時間帯																																					
		内	外	小	歯	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23														
宇都宮市	月～土	○		○		■	■	■	■	■	■	■		平日日中																■	■	■	■										
					○																																						
鹿沼市	月・水・金	○		○																																							
日光市	対応なし																																										
真岡市	月～土	○		○																																		■	■	■	■		
栃木市	月～土	○																																					■	■	■		
小山地区	月～土	○		○																																			■	■	■		
那須地区	毎日	○		○																																			■	■	■		
塩谷地区(しおや)	対応なし																																										
塩谷地区(くろす)	土	○		○																																		■	■	■			
佐野市	月～土	○		○																																			■	■	■	■	
足利市	月～土	○		○																																			■	■	■		

(出典)県医療政策課調べ

2 現状と課題 — データ編 —

初期救急医療の提供体制(日・祝休日 ※土曜日を除く)

休日夜間 急患センター	対応曜日	診療科目				診療時間帯																								
		内	外	小	歯	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
宇都宮市		○		○		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
					○											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
鹿沼市	日・祝休日	○		○												■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
				○																										
日光市				○													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
真岡市		○		○													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
栃木市		○															■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
			○																											
小山地区		○		○													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
那須地区		○		○																										
塩谷地区(しおや)		○		○																										
塩谷地区(くろす)		○		○																										
佐野市		○		○													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
			○																											
足利市				○																										
	○		○																											
			○																											

(出典)県医療政策課調べ

まとめ

- 人口は減少するものの、**老年人口の増加に伴って医療需要(推計患者数)全体は増加**する見込みであり、「循環器系」「呼吸器系」「筋骨格系及び結合組織の疾患」など**高齢者に多い疾患に対応した医療提供体制を確保する必要がある**

- 入院患者の流出入については次のような特徴が見られ、将来の医療提供体制のあり方を考える上では**患者の流出入の変化や圏域外の医療機関の状況等も考慮する必要がある**

(1) 流入

「鹿沼市」「日光市」「さくら市」「高根沢町」「那須烏山市」など**隣接市町からの流入が顕著で、主に高齢者**が圏域をまたいで宇都宮市内の医療機関へ入院している

流入患者の入院先を見ると、広く患者を受け入れている病院がある一方で、傾向としては、宇都宮圏域の中でも患者住所地に近い病院へ流入患者が入院している

(2) 流出

県南圏域への流出が多く、**特に大学病院への流出が突出している(市南西部、市南東部に住む患者が多く入院している)**

流出患者の**多くは高齢者**であり、疾患別に見ると「**新生物<腫瘍>」「循環器系の疾患」「消化器系の疾患」「損傷、中毒およびその他の外因の影響**」の割合が多い

- 多くの医療機関で「循環器系疾患」「消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患」「筋骨格系疾患」「外傷・熱傷・中毒」の手術を行っており、高齢者に多い疾患に係る医療を提供しているが、**疾患・領域ごとに機能集約・分散について検討する必要がある**

- 5つの病院**(「済生会宇都宮病院」「NHO栃木医療センター」「宇都宮記念病院」「JCHOうつのみや病院」「NHO宇都宮病院」)**で救急搬送受入件数の約88%に対応**しているが、いずれの医療機関も受入れの限界に達しており、**救急医療提供体制の見直しが急務**である

令和6(2024)年度 第2回 県南地域医療構想調整会議	参考資料1
令和6(2024)年11月25日(月)	

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

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

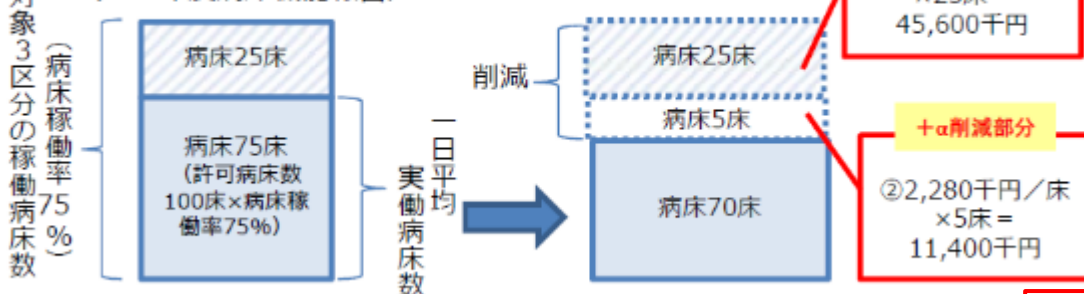
- 平成30年度病床機能報告において、対象3区分として報告された病床の稼働病床数の合計から一日平均実働病床数（対象3区分の許可病床数に対象3区分の病床稼働率を乗じた数）までの間の病床数の減少について、対象3区分の病床稼働率に応じ、減少する病床1床あたり下記の表の額を支給

※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	