

令和6（2024）年度第2回県西地域医療構想調整会議並びに
県西構想区域病院及び有床診療所会議 合同会議

日時：令和6（2024）年12月4日（水）19：15～
場所：栃木県庁上都賀庁舎5階大会議室／web（zoom）

1 開会

2 あいさつ

3 議題

- （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】
- （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2】
- （3）医療提供状況等について【資料3】
- （4）救急医療提供体制について【資料4】
- （5）外来医療計画に係る医療設備・機器等の効率的な活用について【資料5】
- （6）宇都宮構想区域の区域対応方針の策定について【資料6】
- （7）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【資料7】
- （8）その他

4 閉会

県西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、県西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、「県西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西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。

3 議長は、必要があると認めるときは、委員の合意を得て、委員以外の者の意見を聴くことができる。

(会議)

第6条 調整会議の会議は、県西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、県西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、県西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10月1日から実施する。

この要綱は、平成30年8月7日から実施する。

この要綱は、令和6年10月1日から実施する。

県西構想区域病院及び有床診療所会議設置要綱

(設 置)

第1条 県西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、県西地域医療構想調整会議設置要綱第7条の規定に基づき、「県西構想区域病院及び有床診療所会議」（以下「病診会議」という。）を設置する。

(協議事項)

第2条 病診会議は、次に掲げる事項について協議する。

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

(組 織)

第3条 病診会議は、次に掲げる者をもって組織する。

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

(議 長)

第4条 病診会議に議長を置く。

- 2 議長は、県西地域医療構想調整会議の議長が務める。

(会 議)

第5条 病診会議の会議は、県西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、県西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、県西健康福祉センター所長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成30年8月7日から実施する。

県西地域医療構想調整会議委員

(令和6(2024)年10月1日～)

番号	選出区分	団体名	役職名	氏名	備考
1	郡市医師会	一般社団法人 上都賀郡市医師会	会長	大久保 昌章	おおくぼみはなのどクリニック
2		一般社団法人 上都賀郡市医師会	副会長	伊藤 勇	いとうクリニック
3	地区 歯科医師会	一般社団法人 鹿沼歯科医師会	会長	鈴木 定幸	さつきヶ丘鈴木歯科
4		一般社団法人 日光歯科医師会	会長	小林 幸雄	こばやし歯科医院
5	地区 薬剤師会	一般社団法人 鹿沼薬剤師会	会長	浅野 敏一	けんこう薬局
6		一般社団法人 日光市薬剤師会	会長	長谷川 敬	はせがわ調剤薬局
7	看護協会 地区支部	公益社団法人 栃木県看護協会 県西地区支部	支部長	井上 和子	日光市民病院
8	医療機関	上都賀総合病院	院長	安藤 克彦	
9		獨協医科大学日光医療センター	統括管 理者	安 隆則	
10		御殿山病院	院長	小野 一之	
11		今市病院	院長	熊谷 眞知夫	
12		鹿沼病院	院長	駒橋 徹	
13	老人福祉	鹿沼市特別養護老人ホーム連絡協議会	会員	飯田 祐子	特別養護老人ホーム グリーンホーム
14	老人保健	栃木県老人保健施設協議会	会長	矢尾板 誠一	今市Lケアセンター
15	介護関係	特定非営利活動法人 とちぎケアマネージャー協会	理事	飯野 範子	
16		栃木県地域包括・在宅介護支援セン ター協議会	理事	上岡 香央莉	今市東地域包括支援セ ンター
17	住民・患者	鹿沼市男女共同参画社会づくり実行委員会	会長	渡邊 雅紀	
18		日光市手をつなぐ育成会	会長	柳田 友一	NPO法人より道
19	市	鹿沼市保健福祉部	部長	亀山 貴則	
20		日光市健康福祉部	部長	斎藤 雅裕	
21	保険者	全国健康保険協会栃木支部	企画総 務部長	遠藤 正三郎	
22	学識経験者	獨協医科大学	教授	小橋 元	
23	保健所長	栃木県県西健康福祉センター	参事兼 所長	塚田 三夫	

県西構想区域病院及び有床診療所会議 名簿

令和6(2024)年11月

医療機関・団体名	
医師会	上都賀郡市医師会
病院	上都賀総合病院
	鹿沼病院
	御殿山病院
	足尾双愛病院
	今市病院
	大澤台病院
	獨協医科大学日光医療センター
	日光市民病院
日光野口病院	
有床診療所	大野医院
	鹿沼脳神経外科
	小林産婦人科医院
	新沢外科
	竹村内科腎クリニック
	細川内科・外科・眼科
	吉沢眼科医院
	阿久津医院
亀森レディスクリニック	
森クリニック	

令和6(2024)年度第2回県西地域医療構想調整会議並びに
 県西構想区域病院及び有床診療所会議 合同会議 出席者名簿

【調整会議委員】

令和6(2024)年12月4日

選出区分	団 体 名	役職名	氏 名	備考
郡市医師会	一般社団法人 上都賀郡市医師会	会長	大久保 昌章	
		副会長	伊藤 勇	
地区 歯科医師会	一般社団法人 鹿沼歯科医師会	会長	鈴木 定幸	
	一般社団法人 日光歯科医師会	会長	小林 幸雄	
地区 薬剤師会	一般社団法人 鹿沼薬剤師会	会長	浅野 敏一	
	一般社団法人 日光市薬剤師会	会長	長谷川 敬	
看護協会 地区支部	公益社団法人 栃木県看護協会 県西地区支部	支部長	井上 和子	
医療機関	上都賀総合病院	院長	安藤 克彦	web出席
	獨協医科大学日光医療センター	統括 管理者	安 隆則	web出席
	御殿山病院	院長	小野 一之	web出席
	今市病院	院長	熊谷 眞知夫	
	鹿沼病院	院長	駒橋 徹	web出席
老人福祉	鹿沼市特別養護老人ホーム連絡協 議会	会員	飯田 祐子	欠席
老人保健	栃木県老人保健施設協議会	会長	矢尾板 誠一	web出席
介護関係	特定非営利活動法人 とちぎケアマネージャー協会	理事	飯野 範子	web出席
	栃木県地域包括・在宅介護支援セ ンター協議会	理事	上岡 香央莉	web出席
住民・患者	鹿沼市男女共同参画社会づくり実 行委員会	会長	渡邊 雅紀	欠席
	日光市手をつなぐ育成会	会長	柳田 友一	
市	鹿沼市保健福祉部	部長	亀山 貴則	
	日光市健康福祉部	部長	斎藤 雅裕	
保険者	全国健康保険協会栃木支部	企画総務 部長	遠藤 正三郎	欠席(代理:業 務部長 坪川洋)
学識経験者	獨協医科大学公衆衛生学講座	教授	小橋 元	web出席
保健所長	栃木県県西健康福祉センター	参事兼 所長	塚田 三夫	

【病院及び有床診療所】

	医療機関名	役職名	氏名	備考
病院	上都賀総合病院	院長	安藤 克彦	web出席
	鹿沼病院	院長	駒橋 徹	web出席
	御殿山病院	院長	小野 一之	web出席
	足尾双愛病院	院長	赤松 郁夫	web出席
		事務長	山越 正之	
	今市病院	院長	熊谷 眞知夫	
		事務局長	熊谷 信之	
		事務長	明慶 雅治	
	大澤台病院	事務長	青木 宏行	web出席
	獨協医科大学日光医療センター	統括管理者	安 隆則	web出席
		事務部長	篠原 尚	
	日光市民病院	管理者	杉田 義博	web出席
日光野口病院	院長	熊谷 安夫	web出席	
	事務統括	原山 光史	web出席	
有床診療所	大野医院			欠席
	鹿沼脳神経外科			欠席
	小林産婦人科医院			欠席
	新沢外科			欠席
	竹村内科腎クリニック	院長	竹村 克己	web出席
	細川内科・外科・眼科	副院長	枝 州浩	web出席
	吉沢眼科医院			欠席
	阿久津医院			欠席
	亀森レディースクリニック			欠席
	森クリニック	院長	森 亮善	web出席
		事務長	我妻 和彦	web出席

【その他】

医療法人社団厚生会 西方病院	理事長	野田 雅行	web出席
	事務局長	尾津 朋裕	web出席
	看護部長	細野 克子	web出席
	事務長	平 公一	web出席
地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネット	事務局長	矢嶋 尚登	
	管理官	亀田 隆夫	

【事務局】

所属・職	氏名
栃木県保健福祉部 医療政策課長	原戸 正道
〃 主幹兼地域医療担当(GL)	早川 貴裕
〃 地域医療担当副主幹	渡辺 光
〃 地域医療担当主査	竹内 雄飛
〃 地域医療担当主事	藤田 梅乃
県西健康福祉センター次長	坂入 寛幸
〃 所長補佐兼総務企画課長	郷 美咲子
〃 所長補佐兼健康支援課長	黒岩 幹枝
〃 所長補佐兼健康対策課長	松本 有加
〃 所長補佐兼生活衛生課長	関和 みゆき
〃 総務企画課主査	野原 恵
〃 総務企画課主任	桑原 悠
栃木県今市健康福祉センター所長	福田 芳彦

【参考】 県西地域医療構想調整会議 地域部会の開催について

1 地域部会の開催経緯

- ・ 国において検討がされている「新たな地域医療構想」については、入院・救急・外来・在宅・介護等を含め、地域の医療提供体制全体を検討予定とされている。一方で、県西地域は面積が広く、日光市と鹿沼市で医療需要や地域課題等が異なる部分もある。
- ・ 上記を踏まえ、今後「新たな地域医療構想」を地域で議論するための準備として、地域部会の設置を提案し、令和6(2024)年度第1回県西地域医療構想調整会議で了承された。

2 地域部会の概要

設置単位：日光市、鹿沼市でそれぞれ設置

メンバー：調整会議の委員・病院及び有床診療所を基本とし、その他議題によって出席者検討

会議形式：具体的な事例等も扱えるよう非公開

3 地域部会の開催状況

部会	開催日	議題	次回開催予定
鹿沼部会	令和6(2024)年11月11日(月)	・ 地域部会の進め方等について ・ 県西医療圏における医療提供状況と医療需要について ・ 第2回地域部会の議題等について	令和7(2025)年2月
日光部会	令和6(2024)年11月6日(水)		

令和6(2024)年度第2回 県西地域医療構想調整会議	資料1
令和6(2024)年12月4日(水)	

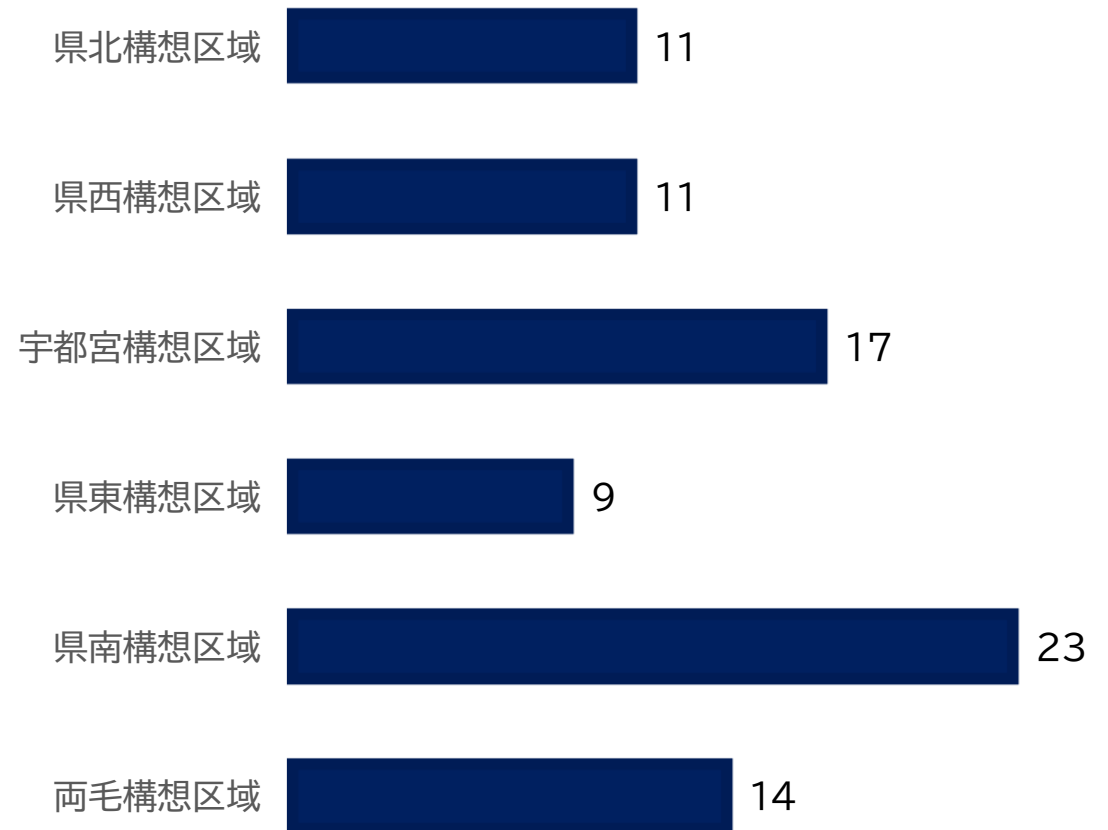
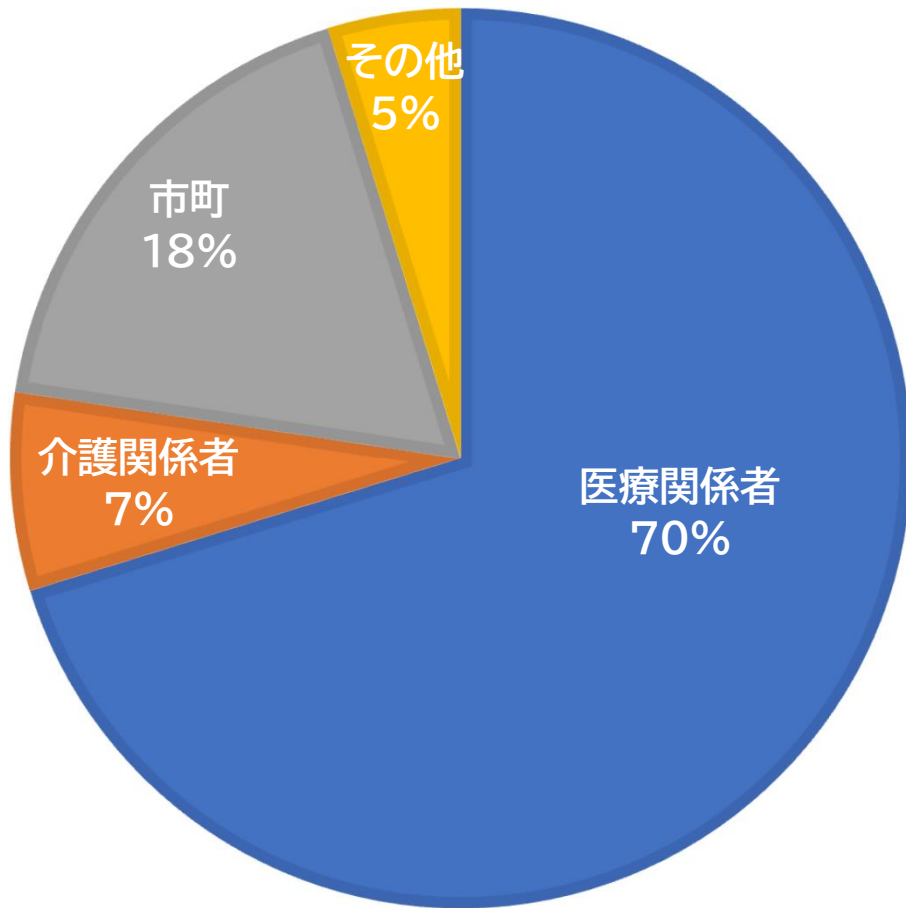
「地域医療構想の実現に向けた アンケート調査」の結果について

令和6(2024)年12月4日
栃木県 保健福祉部 医療政策課
県西健康福祉センター

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(県西構想区域)

グランドデザイン

- 今後の人口減少や高齢化、医療ニーズの変化を踏まえ、地域全体で患者を支える医療提供体制、医療・介護・生活支援など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、医療機関と高齢者施設間の機能分化・連携が必要
- 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

- 医療従事者・介護従事者の確保
- 医療提供体制の充実(急性期病院の後方支援体制、回復期機能の不足、小児・周産期医療の提供体制の不足、精神科(小児精神)の提供体制の不足、脳卒中への提供体制など)
- 救急医療提供体制の充実(初期救急のあり方や一次救急と二次救急の役割等の検討、二次救急の体制強化、小児・周産期への提供体制など)
- 在宅医療、医療・介護連携の充実(在宅医療を行う医療機関・医師の不足、介護サービス事業所等の受け皿の不足など)
- 広大な面積を踏まえたへき地医療(在宅医療)の提供体制、災害医療の体制整備

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。

県西構想区域

- 病院・施設・行政が一体となって、地域住民の生活を支える体制の構築
- 人口減少社会の中で、医療・介護提供施設の競争に寄らない、協調による地域の実情に合わせた地域全体への過不足ない医療と介護の提供
- 小児の夜間診療があるとよいと思います
- 慢性期の入院病床の充実
- 訪問診療に対応できる医療機関(あるが限られており、他区域の医療機関へ依頼しているケースも多い)
- 精神疾患とその他疾患の両方を同じ医療機関で受診できる体制
- 地域包括ケアシステムの構築
- 他医療圏との連携
- 過疎地域と医療機関との導線
- すべての患者が必要な場合に治療や医療や受けられる救急・医療体制の確立
- 他地域にある医療・介護をつなぐための基幹センターがないため、県西地区に在宅医療・介護連携支援センターがあるとよい。
- 構想区域が広大であるため、市内で地域包括ケアシステムが完結する体制
- 行政として医薬品の需給体制の連携に取り組んでほしい。医薬品供給が不安定で医療崩壊になってしまう。各取引卸業者に頼っているが取扱いメーカーでない、出荷制限がある等受給に支障が出ており調達に苦慮している。
- 日光地区はエリアが広域であり、また特に高齢化が進んでいる。
- 急性期・慢性期・回復期の各医療機関の役割とその連携を十分に整備する必要があり、日光ヘルスケアネットによる地域医療連携が益々重要度を増している。

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(小児医療・在宅医療・精神科医療の不足、後方支援病院・介護施設の不足、人材の不足)、**高齢者支援体制の不十分さ**との回答が多かった。

県西構想区域

- ・ 認知機能低下がある、子どもが遠方で支援できない、自分で解決できないことを理解していないもしくは支援を受けたがらない等の高齢者の一人暮らし、ご夫婦の方に対しての支援体制を作ることができず、治療が終了しても退院先が決まらないケースが多数ある。
- ・ また、貧困ではあるが自宅があるために入院費用も支払えず次の施設を見つけられないケースが散見しており、行政との調整が終わるまで施設等を探すことができない。
- ・ また、このような方の行政窓口が明確でなく多くの窓口へ問い合わせを行うことがある。
- ・ 高度医療提供(二次救急レベル)の提供施設不足 オーバーベッド状態にもかかわらず増床された現状
- ・ 日光地区と鹿沼地区で医療圏が分かれており、共通の問題が少ない
- ・ 小児科を標榜する病院がないこと。小児科診療所が夜はやっていないこと
- ・ 急性期の治療が一段落し病状が安定した患者を受け入れる後方支援病院や介護施設が不足しているため、急性期病床の在院日数が長期化している。
- ・ 急性期病院が担うべき医療の非効率化を招き、経営状態にも悪影響が出ている。
- ・ 人材不足
- ・ 精神科の医療機関不足
- ・ 在宅医療を行う施設が不足しているのではないか
- ・ 公共交通機関の不足、病院に通院できない場合に在宅医療を受け入れるための体制の確立が不十分である。(医師不足等)
- ・ 市内に在宅医療支援診療所が3つしかなく、訪問診療のニーズに充分に対応できない。
- ・ また、訪問診療のエリア外で在宅医療の提供が困難になっている無医村地区がある。
- ・ 構想区域内の人口減少に伴う、各機能の維持及び確保
- ・ お祭り等の行事により交通規制が年に何回もあり、患者が来院できない事態がたびたび発生している。マニュアルを作成し適切な誘導體制を早期に確立してほしい。県が指導しなければ実現不可能。
- ・ 広域かつ高齢化が進む日光地域(県西地域)においては、ある程度他の地域と遜色のない医療機能を提供できる地域もあれば、必要な医療の提供が限界を迎えている地域もある。

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・三次救急、回復期医療・在宅復帰支援、在宅医療・訪問介護 との回答が多かった。

県西構想区域

- ヘルスケアネットがあることで、役割分担はある程度できている
- 訪問看護、在宅医療の訪問できる地区の制限があるために、受けられない地域がある
- 行き来の時間を要する場所は難しいと思うが、在宅での生活を望む患者に対しどのような支援の提供を考えていけばよいか、現場では悩みとなっている
- 脳神経外科診療、小児科入院診療
- 夜間の小児救急と出産施設が不足していると思います
- 脳卒中や急性心筋梗塞などに対する急性期治療(救急医療)
- 在宅でのリハビリテーションの提供(特に訪問リハビリテーション)
- 三次救急、在宅医療
- 回復期機能を持った病院が市内にないことから、急性期病床からの退院が療養の選択しかなく、回復期は市外に流出する。したがって、回復期機能を持つ病床があるとよい。
- また、小児科医が希少であり、入院できる病床もない。一方で、医師確保は困難と考えられるので、近隣小児科医に緊急時に診察してもらえる仕組みがあると良い。
- 三次救急並びに回復期及び在宅復帰を目的とする医療
- 初期医療は地域のクリニックであることを前提に病院での初診体制の料金差別化を行っているが、クリニックにおいては人材、設備不足、業務の多様化による負担(報告やアンケートも相当な数がある)により苦しい経営を余儀なくされている。まずは資金援助により経営を安定させてほしい。
- 一次救急、二次救急においては、要請患者数に対応する医師数の確保が難しい状況にあり、救急の継続にあたり大きな課題となっている。
- また、産科、婦人科、小児科等の診療科設置は近隣住民から要望を受けることが多々あるが、少子による採算性の問題もあり実現が困難な現状である。

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。

県西構想区域に所属する方の回答

- 圏域内での調整が難しい際に、その施設が他の圏域の施設一つ一つにあたるのではなく、圏域における窓口を作っておけると良いと思う
どこが担当するのか大変難しいところではあるが、県による主導で決めていただきその手順で連絡ができると患者にとって良い結果となると考える
- 高度医療の集約化、二次救急医療の地域ごとの完結。
- 一次、二次、三次救急と指定があり、それぞれが役割を果たしていると思うので現状維持で良いと思います
- 高度救命救急センター
- 高度、専門的治療は圏域を越えた医療介護の連携ができる体制
- 地域医療(精神科含め)を柔軟に対応できる体制
- 圏域を越えた医療介護の連携
- 各地域内で完結できる医療体制の確立。地域内で完結できない高度な医療、救急救命については、地域、県を越えた連携体制の確立が必要であるとする
- 一次医療機関であるクリニック医師の高齢化、二次医療機関も人材不足等の課題から、希望通りに診察や入院ができるとは限らないのが現状である。
それぞれが補完しあえるよう、一次医療機関と二次医療機関との連携がスムーズになるとよい。
- 高度救急医療センターの機能を有する医療機関
- 地域だけで完結させるのは、今後厳しいことが予想される。
- 今後は団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり、更に救急応需が増加していくことが見込まれ、救急体制の構築を更に検討していく必要がある。

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。

県西構想区域に所属する方の回答

- ・ 県立病院が少ないこと
- ・ 今でも電話やFAXでの連絡調整が終了であること
- ・ 圏域を超えての医療機関同士のネットワークが必要であり、施設ごとの役割の明確化、役割が遂行できるために県民への周知や施設間の連携方法を具体的にしていくことが必要
- ・ 医療機関が県に対して注文を付ける体制には大きな違和感を覚える。
- ・ 医療提供側と県が一体となり県内の医療提供をどうするかを考えられていないように思える。
- ・ 協議会(全体であれば二大学、テーマ別であれば済生会やがんセンターその他各種病院等)を立ち上げて系統的に県内の医療提供デザインを考えるべき。
- ・ 現状維持で良いと思いますが、特に県西地域の看介護の人出不足は顕著で、募集しても人が集まらない状況です
- ・ 県主導の救命救急センターの設置
- ・ 圏域を越えての医療介護連携を図る為の仕組み(圏域ごとの地域実情が異なることへの理解が必要)
- ・ 精神科医療が不十分
- ・ 医療介護従事者を安定的に確保できない
- ・ 地域間の情報共有、連携体制の不足。
- ・ 公立(県営)の総合病院の解説及び救急受け入れ病棟の開設。
- ・ 医師の偏在化
- ・ 医療職、介護職不足
- ・ ケアマネジャーのなり手不足
- ・ 各施設や地域間連携の仕組みがない
- ・ 当市内では二次救急医療機関が実質的に一次救急の役割も担っており、救急医療を担当する医療機関の負担が大きくなってしまっている。
- ・ 賃上げが進む中、益々スタッフ確保が厳しい。まずは、現存する事業者の個々の問題解決を優先し、連携体制に行政が介入していかないとだめだと思う。
- ・ 医療介護のマンパワーには限度があり、その配置や地域間の連携、体制の整備が不可欠である。
- ・ 救急においては重症度や緊急性に応じた適切な医療機関の受入体制構築が望まれる。

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、専門分野の最先端医療等) との回答が多かった。

県西構想区域に所属する方の回答

- 緊急手術や専門医の診断治療を要する患者をいつでも受け入れられる医療体制
- 精神疾患患者の急性身体疾患を受け入れられる医療体制
- 隔離が必要な感染症の透析患者を受け入れられる施設の増設
- 新規施設又はどちらかの大学に高度救命センターを設置し県費投入。
- 小児の夜間救急と出産のできる医療施設を増やすことです
- 医療体制はもちろんのこと、透析への送迎や通院へ繋がらない方への訪問診療等地域に目を向けた医療
- 24時間365日受診できる医療体制の確立。
- 無医村地区、へき地への派遣医療、在宅医療
- 行政が各地域の医療機関及び役割を深掘して理解して点を線に知る必要がある。
- 行政マンが自らの足を使って調査しなければ全体像は見えてこない。
- 高齢者の増加に向けて、がんや脳卒中にかかる医療の整備を行なう必要がある。
- 県全体としてはどの専門分野においても最低限都市部の最先端の医療を提供する機関と同程度の機能を有する医療施設があることが望ましい。
- 緊急手術を要するA型の解離性大動脈瘤について24時間365日受けられる医療体制が望ましい。
- 超急性期の脳梗塞に対するtPA治療が日光地区では、脳外科がなくできないので3次医療施設との連携が必要である。

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(②-1)

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)

体制が機能している、医療機関・医師の負担が大きい との回答が多かった。

県西構想区域

- 二次救急医療は輪番制で行われており、諸事情でできない時は交代依頼ができており、体制を整えて行えている
- 二次救急で対応困難の際は、三次救急医療機関での受け入れが行われている
- 日光地区においては脳外科と小児救急提供体制が必要。
- 機能していると思います
- 地域の開業医の高齢化で初期救急医療の担い手が減少している。
- 二次救急を担当する病院も、勤務医の時間外労働の上限規制で負担が増えてきている。
- 三次救急を担える病院がない。
- 24時間365日受診できる医療体制の確立。
- 当市においては体制は維持できているが、医療機関の負担が大きいのが現状
- 地域にはこのような機関がある等のアナウンスを行わないと、医療機関は狭い世界に身を置いているので見えてこない
- 二次救急。一次救急と二次救急の境界があいまいになっている現状がある。
- 三次救急へのアプローチの円滑化が今後より重要となる。

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(②-2)

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。

県西構想区域

- 高齢者が多い地域であり、独居で身寄りがなく自宅がある方が入院してから、いろいろな支援を受けるための手続きを行う際に、自分でできると思って手続きを拒否するケースがあり、退院後の生活や通院のことを考えると退院させられない、また、本人の同意があっても手続きが行えず先に進まないケースが散見されている
- 医療提供が脆弱であるが、それ以前に在宅介護提供体制が脆弱であるため、在宅医療に持って行けない。
- 地域の雇用対策も含めて行政の責任で行うべき。
- 不足していると思います
- 在宅医療の現状に詳しくないので、コメントは特にありません。
- ケアマネジャーや介護サービス事業所(特に訪問介護)が不足しており、受け皿が足りていない
- 在宅医療を行う医療機関の不足
- 前記のように在宅療養支援診療所が3か所のみ。今後訪問診療を開設したい医師がいない。
- 訪問歯科に関してはほぼニーズに対応できている。
- 医療と介護の連携はできつつあるが、医療資源の維持、確保が難しくなってきていると捉えている。
- 今後更なる高齢化により、へき地で生活する一人暮らしの方などの在宅医療を考える必要がある。
- 特に広大な面積で区分けされている地域では在宅医療の採算性が課題となり、診療報酬上の扱いを都市部と同一にすることは困難であると考えられる。

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(②-3)

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)

小児・周産期医療、精神科・心療内科の医療提供体制に不足がある、災害医療体制を整える必要がある
との回答が多かった。

県西構想区域

- 不登校や心気症状を呈している子どもに対する心理療法ができる施設がほぼない
- 小児精神を扱う病院が必要
- 災害医療を地域で考える必要がある。
- 不足していると思います
- 脳卒中と周産期に対する医療提供体制が脆弱です。それぞれの医療を担当する医師が絶対的に不足しています。
- 認知症(BPSD)や妄想性障害により、自傷他害や易怒性により興奮してしまう方も多く、精神科への入院先を探す際に隣接区域では医療機関が見つからず、栃木県内すべての医療機関をあたり対応可能な医療機関が1か所見つかるかどうか(警察も支援者が入っているとなかなか動いてはくれない)
- 広い医療圏のため災害、へき地医療の構築が課題
- 構想区域内において各事業の格差が生じている。
- 区域が広域であるため各市での対応が必要である。
- 周産期医療に力を入れるべき。学校とも連携した、女性特有の病気知識教育が必要
- 各疾病とも高齢化率の上昇により、更に細分化しなければならない疾病があると思われる。
- 小児、周産期において地域的な特性から十分な提供が困難である。

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(②-4)

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

かかりつけ医機能は機能している、医療従事者の高齢化や確保に課題がある との回答が多かった。

県西構想区域

- 開業医がかかりつけ医である方は比較的多く、必要時は開業医より専門医に紹介が行われている
- 人口減少地区では外来提供体制も集約化が必要。
- 機能していると思います
- うまくいっていると思う
- かかりつけ医の定義が現在はいまいであるため、ごくまれにしか受診しない患者は「病院側がかかりつけではないから」と受診を断られる場合がある。かかりつけ医報告制度に期待したい。
- へき地診療所や外来医療機関の協力体制は整っているものの、医師の高齢化や患者の移動手段の確保が課題である。
- 医療従事者の確保が厳しい。
- 育成にもっと力を入れるべき。
- 患者さんによっては、かかりつけ医療機関が複数あり、はしご受診している方がいるため、各医療機関、介護施設の区分け受診が難しくなっている。

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(②-5)

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、医師の働き方改革等により負担が増えている との回答が多かった。

県西構想区域

- 日光地区は、生産年齢の住民が少なくなっており、他圏域からの方からは遠いイメージがあり、看護・介護共に確保は難しい
- 医師の働き方改革を実践するために、他施設からの派遣医を増やして、働く時間の短縮に努めている
- 増えることのない医療従事者で効率的に医療介護を提供するための集約化と公費投資によるIT、ロボット化の推進。
- 不足していると思います。
- 職安、紹介会社等利用しても集まらない状況です
- 医師、看護師が不足しており、確保に難渋しています。
- 病院勤務医の時間外労働は、宿日直許可の取得により見かけ上は切迫していない状況ですが、今後働き方改革の影響が大きくなっていく可能性はあります。
- 医療従事者の確保が課題
- 医師の働き方改革により、医師の確保が困難になっている。そのため医師を雇うことになり、病院の財政を圧迫している。
- クリニックの大半は経営者である医師単独で行っているのが現状であり、きちんと仕切りを付けないと論点がおかしくなる。
- 都市部と比較して医療従事者の確保が難しい。
- 特に医師に関しては人材の確保が厳しい状況にくわえ、医師の働き方改革を進めるなかで、通常診療と宿日直の両立が大変困難な現状である。

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(②-6)

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い、社会資源が不足している との回答が多かった。

県西構想区域

- 外国人の雇用が多くなってきている。
- 日本人の介護従事者の平均年齢は上がってきている
- 送迎をする人員確保にも苦慮している
- すでに介護サービス提供過多であり、全体の需給バランスをみた調整が必要
- サービスは十分だと思いますが、介護従事者が集まらない状況です
- 人材不足
- 社会資源不足
- 医療者同様、介護職処遇改善手当などにより処遇が良くなっても、なかなか手がいらない。
- あるいは、夜勤などの労働環境により継続できず転職が多い。
- 中山間地域における訪問介護、訪問看護の維持、確保が課題である。
- 今後更に高齢者が増加する状況で、構想区域が広範囲かつ住民も散在していることから、搬送等それに伴う介護事業者が生じる負担が生じている。
- 少子高齢化により介護の需要が高まることは必須であるが、それに供給が追いつかない恐れがある。

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(②-7)

7.あなたの所属する市町、地域における医療介護連携

日光ヘルスケアネットによりうまく機能している(一方、特養等を仕組みに加える必要がある)との回答が多かった。

県西構想区域

- 高齢者が多い地域であるが、訪問看護のみでなく、リハビリや訪問入浴、在宅医療が不足している
- 日光ヘルスケアネットのおかげで医療と老健はよいが特養等を仕組みに加える必要がある
- うまく機能していると思います
- 現状を詳しく知らないので、コメントは特にありません。
- 入院患者が、退院支援スクリーニングから抽出され計画的に退院支援に当たった患者は、地域の関係者を巻き込んだ退院前カンファレンスができおり、連携もできている。
- 一方で、在宅でのリスクを察知できなかった患者の場合は連携できず、地域で発掘されて対応となることがある。患者が抽出されれば、地域ケア会議等で支援を開始できる。
- 全国ではヤングケアラーが増えている地域がある一方、高齢者が高齢者を診る、見守ることが増加していく課題がある。
- また、介護を受ける高齢者等は既にかかりつけ医を複数有する場合が多く、医療機関を受診する際に認知症等により必要な情報が得られない可能性がある

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。

医療従事者・介護事業者の確保が困難である、医療・介護連携の統一的な仕組みづくりが必要 との回答が多かった。

県西構想区域に所属する方の回答

- 上記記載項目において、県内で比較した際不足している圏域に入っている
- 県のリーダーシップと両大学の協力体制が最も重要
- 在宅医療の推進、医療従事者の確保、出産施設や診療科の新設が課題だと思います
- 人員の確保(医療だけではなく、介護人材が確保できなければ受け皿が整備できない)
- 医療介護連携の統一的な仕組み作り
- 医療介護連携が大事な課題と思います。
- 各項目において地域の実情を共有し、共に検討し課題解決にあたる必要がある。
- 医療従事者の確保、医師の働き改革。
- 介護サービスの偏在化。
- 医療と介護を連携させる必要な機関をまず行政が把握することが最初の一步。
アンケートを無差別に送るのではなく、対象を絞って行う必要がある。
- 他の業態と同様に医療従事者についてもより人口の多い首都圏や地方都市部に流出している現状がある。
- それにより現在働いている従事者の労働環境の悪化を招いている事業所も増加している。

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、地域の特性に応じた対応 との回答が多かった。

県西構想区域に所属する方の回答

- 地域の広さ、年齢構成(高齢者割合)、等を考えると、通院が困難、入院治療による筋力の低下、訪問看護・介護等の資源の少なさ、から、介護申請等の書類を準備するにも時間がかかり、入院期間は長くなる傾向である。
- また、看護師介護福祉士不足も重なり、悪循環が発生していると感じている。
- 地域の特性を鑑みて、進めていく必要があると思うが診療報酬による基準の縛りがある以上、大変厳しい環境の地域であると感じる。
- 特に県西地区の旧日光市や三依や栗山地区などの地域と鹿沼市、旧今市地域を一緒に考えることは難しい
- 集約化、省力化のための規制緩和
- 民間参入時のチェック
- かかりつけ医の責任体制担保
- 地区病院への当直参加等
- マイナ保険証とマイナポータルによる情報共有の推進
- 医療保険の適正運用
- 医療機能の集約化
- 特定の病院に看介護士が集まるのではなく、地方の病院、クリニックにも人が集まりやすくなるような制度があるとよいと思います
- 地域行政をつかさどる県、市にこの問題に対する専任の担当者を配置し、きちんとした調査、分析を行わせてほしい。
- 多分、掛け持ち業務では問題解決には至らない。
- 地域医療構想を進めていくうえで、医師および医療従事者確保のための財源増加。都市部への一極集中の改善。

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。

医療従事者の確保・育成・偏在対策 との回答が多かった。

県西構想区域に所属する方の回答

- 現状分析で出てきた問題に対しどのような対策が必要か、患者が医療を受けられるために患者のところに医療者が行けるための対策や患者が医療機関に来られるような対策を、具体的に考えていく必要がある
- 日光市として検討を行っているが、実現するための資源や労力を含めて、県として支援をいただきたいと思っている
- 偏在の改善 地域医療連携推進法人を各地に設置
- 難しいと思いますが、三次救急医療機関を構想地域毎に定めると良いと思います
- 地域により医療格差がある為、実情を知っていただきたい
ITリテラシーについての課題に対する取り組み
- 医師の偏在の改善
- へき地医療における人材の確保について引き続きお願いしたい。
- 地域行政をつかさどる県、市にこの問題に対する専任の担当者を配置し、きちんとした調査、分析を行わせてほしい。多分、掛け持ち業務では問題解決には至らない。
- 救急医療の充実、医療介護連携等の構築、施設の老朽化や医療従事者の不足に伴う諸問題解決のための補助。

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。

財政支援、医療・介護提供体制の維持に向けた取組 との回答が多かった。

県西構想区域に所属する方の回答

- 限られた人や物の資源で実現可能なことから確実に始めていけることを明確にしていくこと
住民との調整で大変苦勞なさっていることはわかりますが、医療機関や介護施設にいれば大丈夫ということではないので、スムーズにその方にふさわしい生活の場を整えていける切れ目のない関わりを続けていっていただければと思っています
- 協議体の設置 公的サービスの維持
- 小児科、産婦人科を増やすことです
- 公的医療機関に対しても、特別地方交付税交付金という形で、資金援助していただくことで、地域医療構想の推進がよりスムーズになると考えます。
- 地域行政をつかさどる県、市にこの問題に対する専任の担当者を配置し、きちんとした調査、分析を行わせてほしい。多分、掛け持ち業務では問題解決には至らない。
- 救急医療やへき地医療の充実を図るための補助。
- 日光市においては毎年千人程度の人口が減少するなかで、今後の医療提供体制をどのようにしていくのか、地域住民とともに考え、地域住民の理解を得られるような働きかけを希望する。

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。

医療機関間連携の拡充 との回答が多かった。

県西構想区域に所属する方の回答

- 地域包括ケアを行う体制として、県、市町にしても、どの医療機関においても、一人が担っている対象者が多いのではないかと思います。
- 本人自身も含めもっと家族が関わる、自分たちのこととしてとらえ、元気なうちからどのように生きたいかの人生設計を話し合う社会教育を進めていく必要があると思います
- 地域のリーダーとして協議体を引っ張っていく 健全な経営による補助金削減とリバランス
- 本県は公立医療機関が全国で最も少ないと聞いている。
- 地域医療を安定的・持続的に推進していくためには、公立医療機関を増やし公的医療機関への依存度や公的医療機関の負担を軽減すべきではないか。
- 公立・公的医療機関が区域内にない
- 救急の受け入れ体制のさらなる充実。
- 連携体制を拡充する、取組が少ない。
どちらかと言えば、受け身
- 医療情報の連携(患者情報等含む)を各医療機関で構築し、患者の利便性を高めていく必要があると考える。

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。

日光ヘルスケアネットによる医療機関間・医療と介護の連携 との回答が多かった。

県西構想区域に所属する方の回答

- 自助・共助の強化、人生の最終段階における意思決定支援についてを考える機会やどのような生き方をしたいかなどを地域活動の中で進めてくことを施設として取り組み始めている
- 圏域の活動にも、地区支部として企画するようにしている
- 地域医療連携推進法人の連携強化
- 日光ヘルスケアネットのような連携法人に加入しています。
- 急性期病院の後方支援病院として患者さんを受け入れさせてもらってます
- 地域医療構想の中で、自院の役割を強化・持続していくための改革プロジェクトを進めています。
- 連携強化・円滑化
- 県やヘルスケアネットとの連携。
- 日光ヘルスケアネットにおける共同利用の促進連携を図っている。

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、地域性を考慮した設定が必要 との回答が多かった。

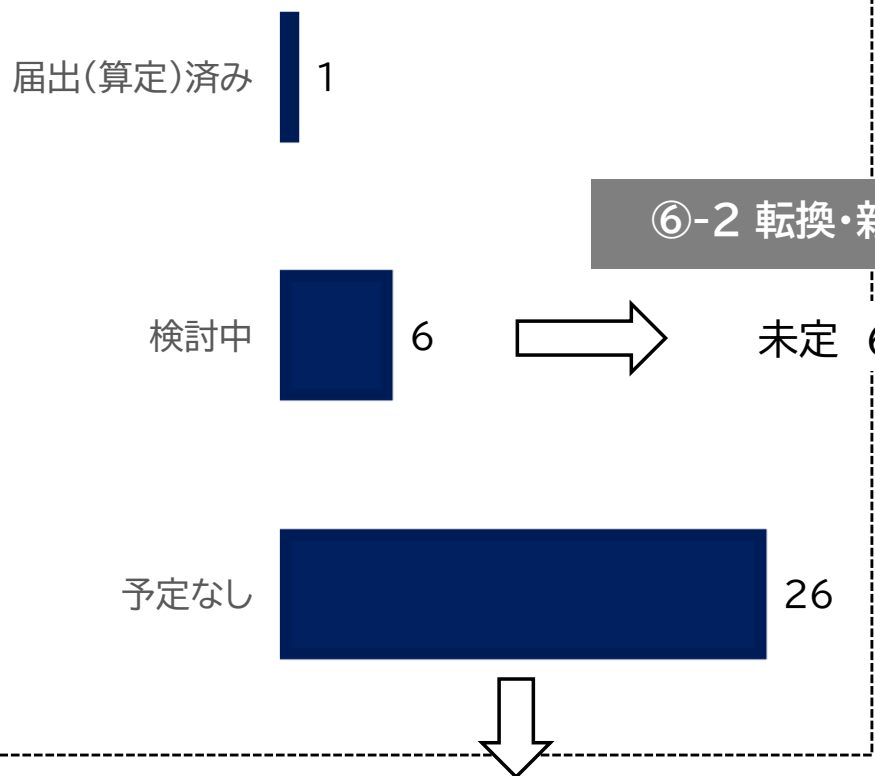
県西構想区域に所属する方の回答

- 診療報酬・介護報酬の流れは理解できる。
- しかし、都会や大きい病院・介護施設のような運営ができないところが多数あり、地域の合わせた診療報酬を設定することで、経営への影響は大きい。
- また、患者・利用者その家族はわからない、同じケアを要求してくることによる職員の疲弊もあり退職へとつながる。
- 患者の年齢や地域の交通事情など地域性を含めた検討もお願いしたい
- 病院に関してはマイナスで集約化を進める意思を感じる。
- それはわかるとしても、消費税の正しい費用分担をするべき。
- 介護報酬は効率化の意思を感じる
- 高血圧症、高脂血症、糖尿病が特定疾患指導料の対象外になってしまったことは影響が大きいです。
- 生活習慣病療養指導料で算定したとしてもやるが増えるだけで点数はそこまで大きく変わらないので、大変になるだけでした
- 令和6年度の改定後、経営状態が改善したという話は一切聞かれない。
- 逆にコロナ禍の影響で悪化した収支はそのまま補助金の終了により、より悪化しているという話ばかりである。
- 緊急の財政出動でもしなければ、経営破綻する医療機関が多数出るのではないかと危惧する。
- 人材確保に繋がる報酬改定をお願いしたい
- 加算をいくら追加しても対象外の職種や事業があるのは平等ではない
- 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。

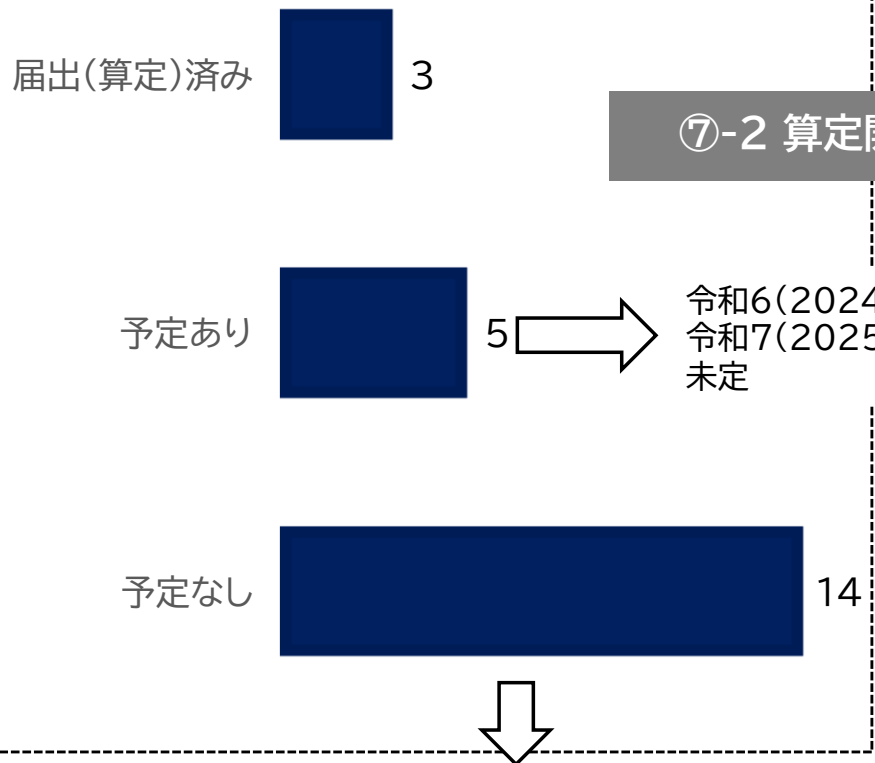
⑥-4 転換・新設をしない、またはできない理由

- 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いきたいと存じます。

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。

参加者が意見を交換しやすい場を提供すること に関する回答があった。

県西構想区域に所属する方の回答

- 情報共有の場となっているため今の方法で現時点ではよい
- 医療機関が主役になるべき
- 現状維持で良いと思います
- 介護とも密接な関わり合いを持って働くケースも多くなっている為、各機関や団体との情報連携できる場（小規模のテーマ別ワーキンググループ等）

⑨その他

その他地域医療構想の推進に向けて何か御意見・御要望等がありましたら記入してください。

県西構想区域に所属する方の回答

- 他県への高度医療依存体制の脱却

令和6(2024)年度第2回 県西地域医療構想調整会議	資料2
令和6(2024)年12月4日(水)	

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
県西健康福祉センター

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

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)

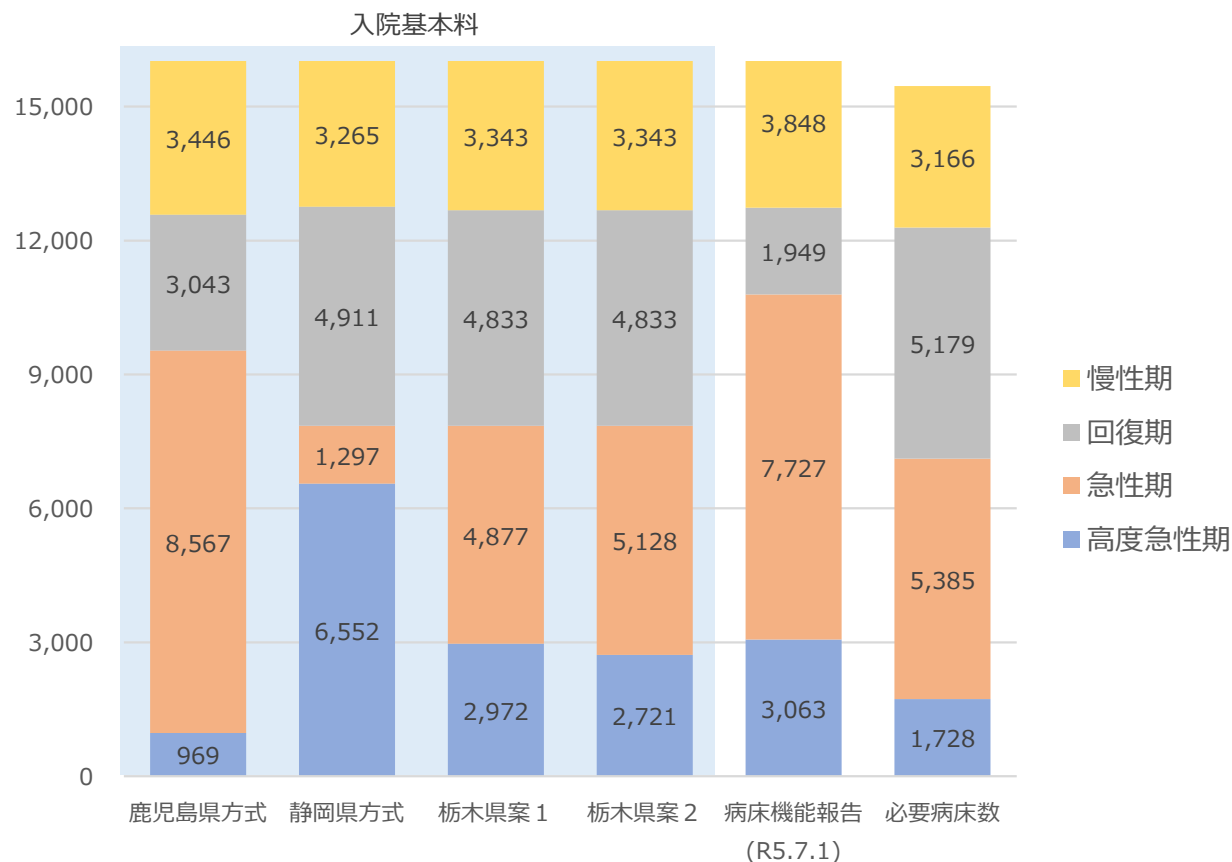
- いずれの方式においても、**病床機能報告と比較すると、“回復期”が多く、必要量との差異も小さい**という結果となった

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

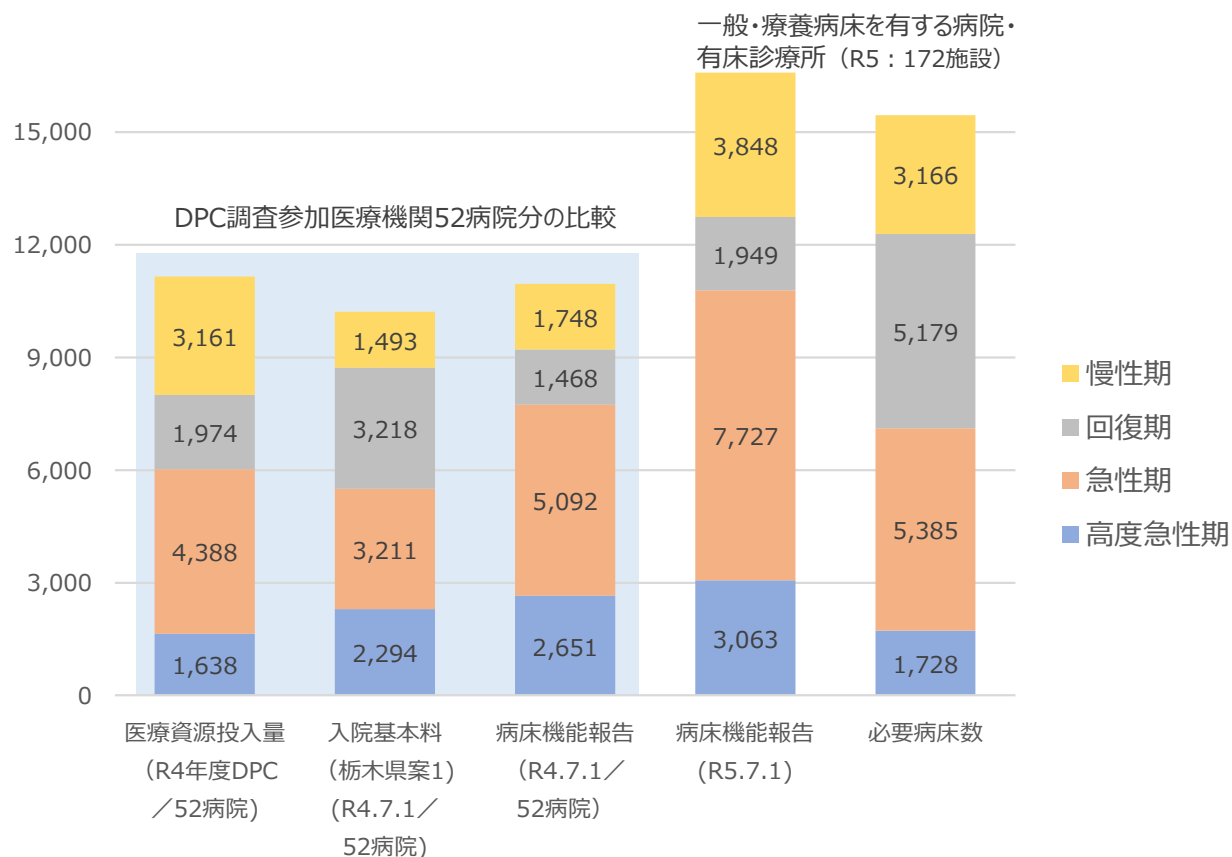


医療資源投入量による検証 (第2回県調整会議、第2回宇都宮地域調整会議)

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

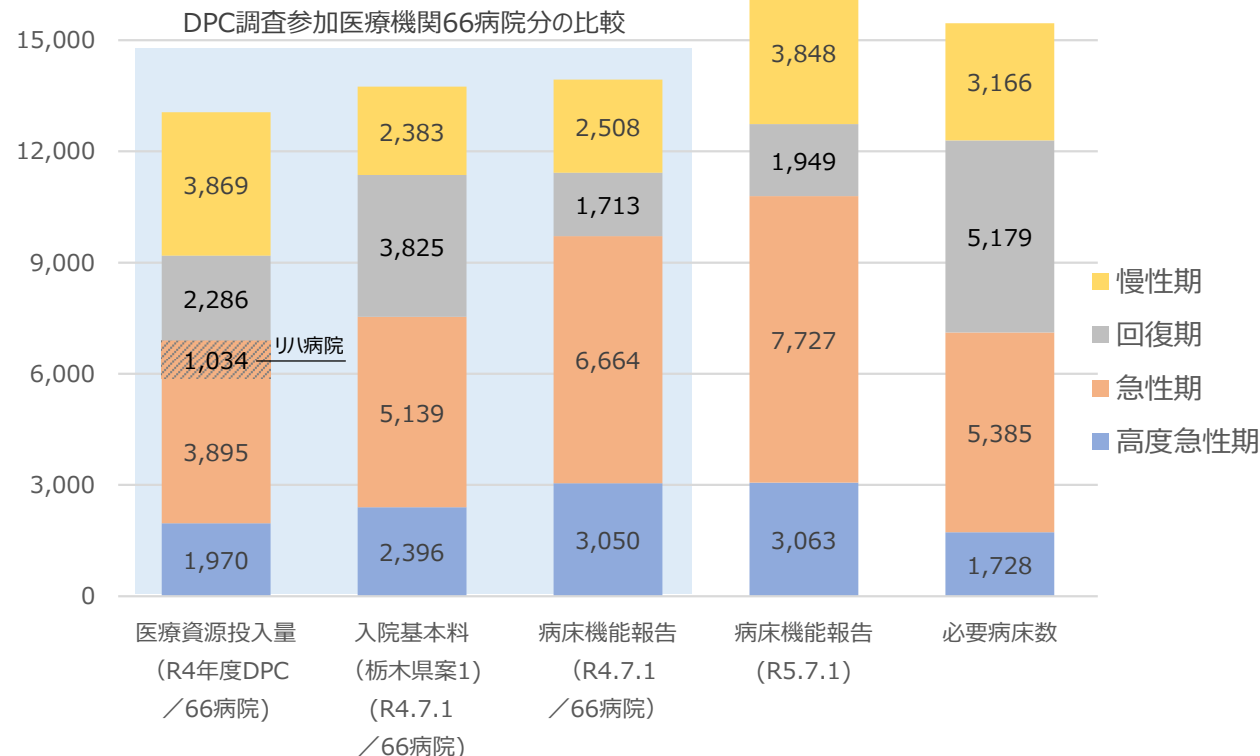
3 検証結果のまとめ (i)

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

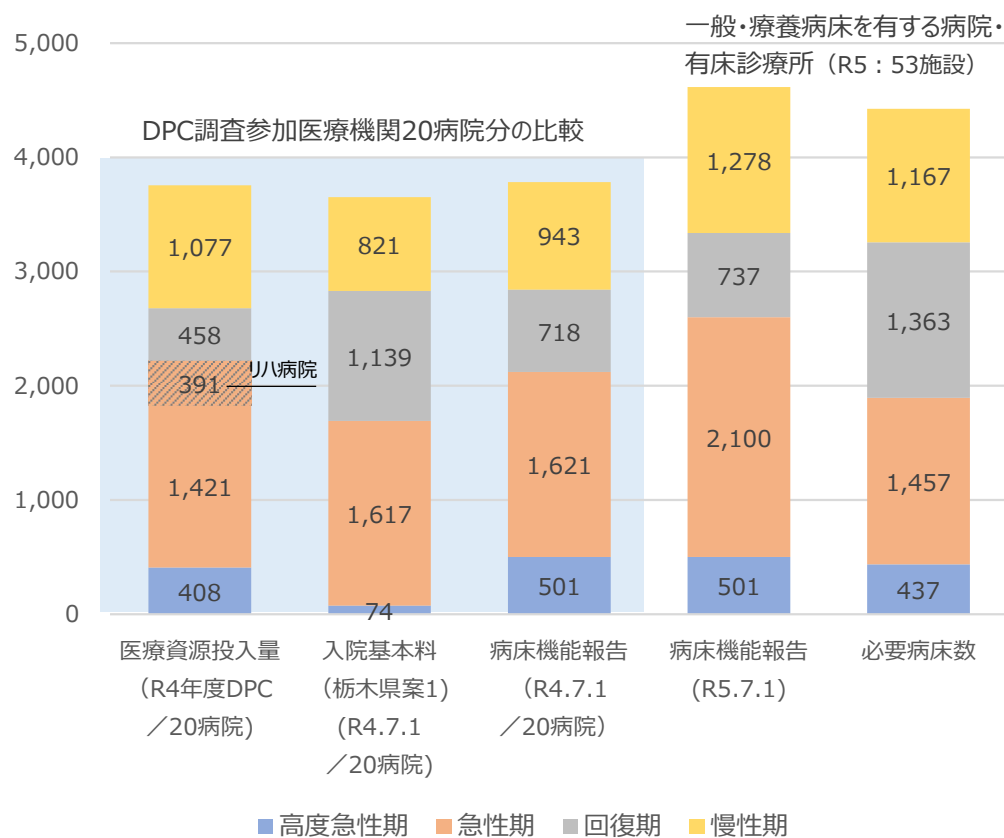
- DPC調査参加病院以外の病院や有床診療所に係る医療資源投入量の算出（データ収集）が困難なため、病床**“数”**の議論への活用は**限定的**

3 検証結果のまとめ (ii)

各圏域の比較結果①

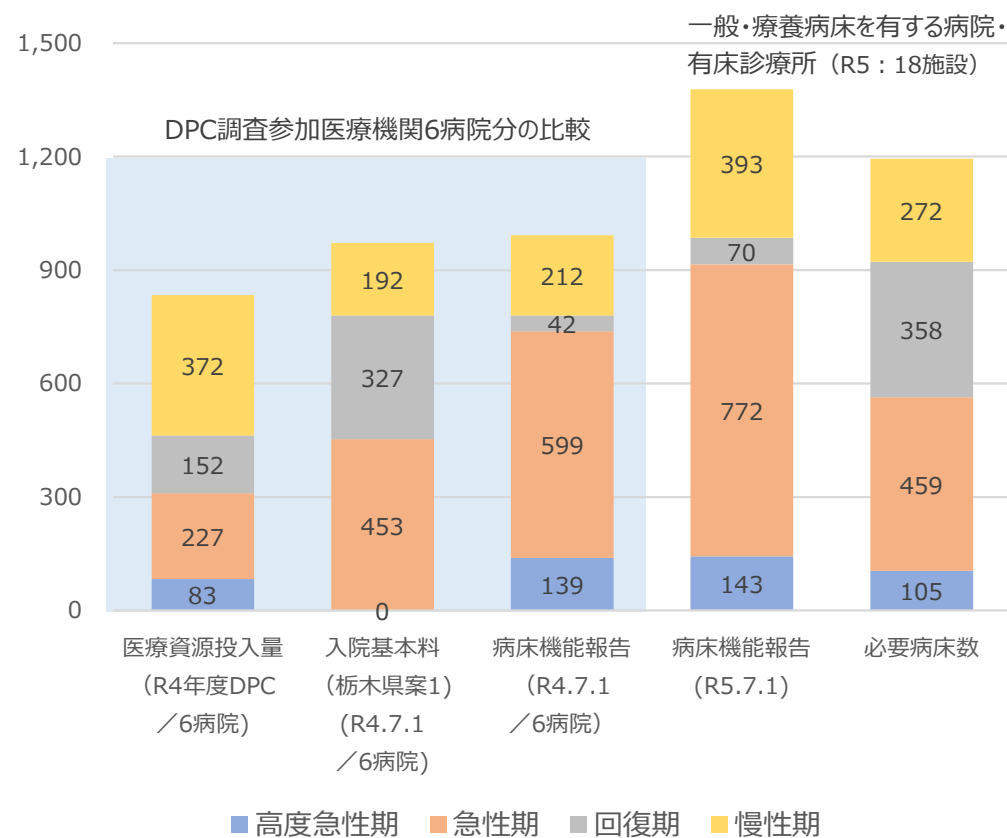
宇都宮

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

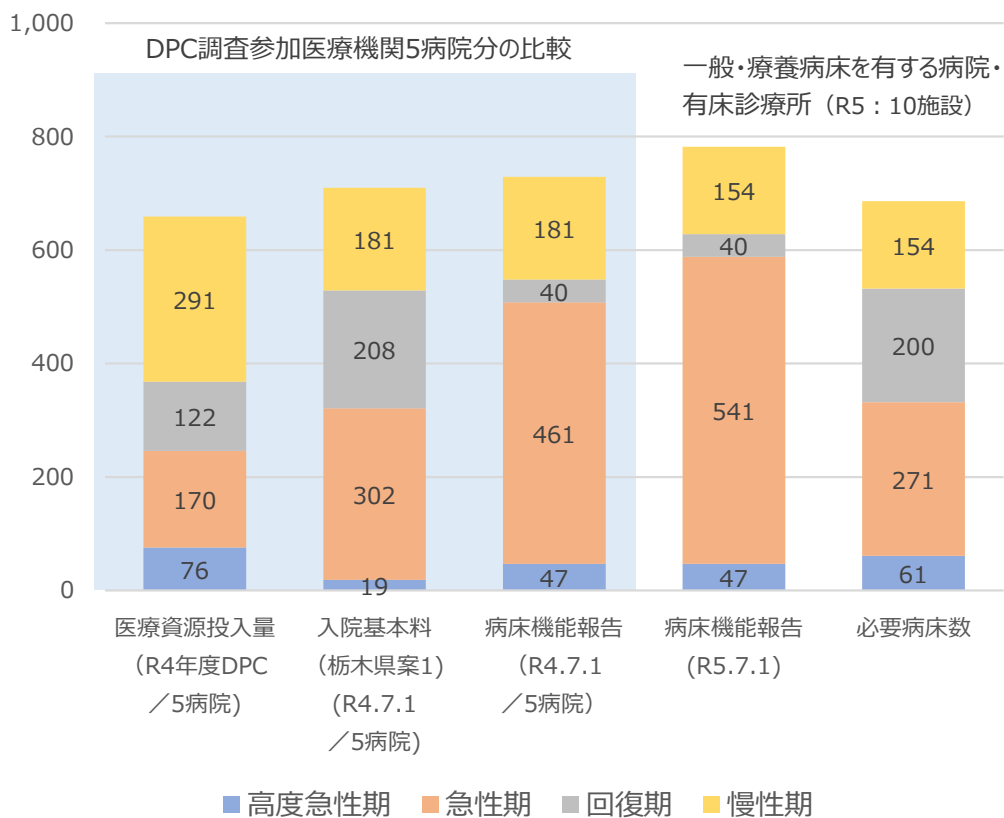


3 検証結果のまとめ (ii)

各圏域の比較結果②

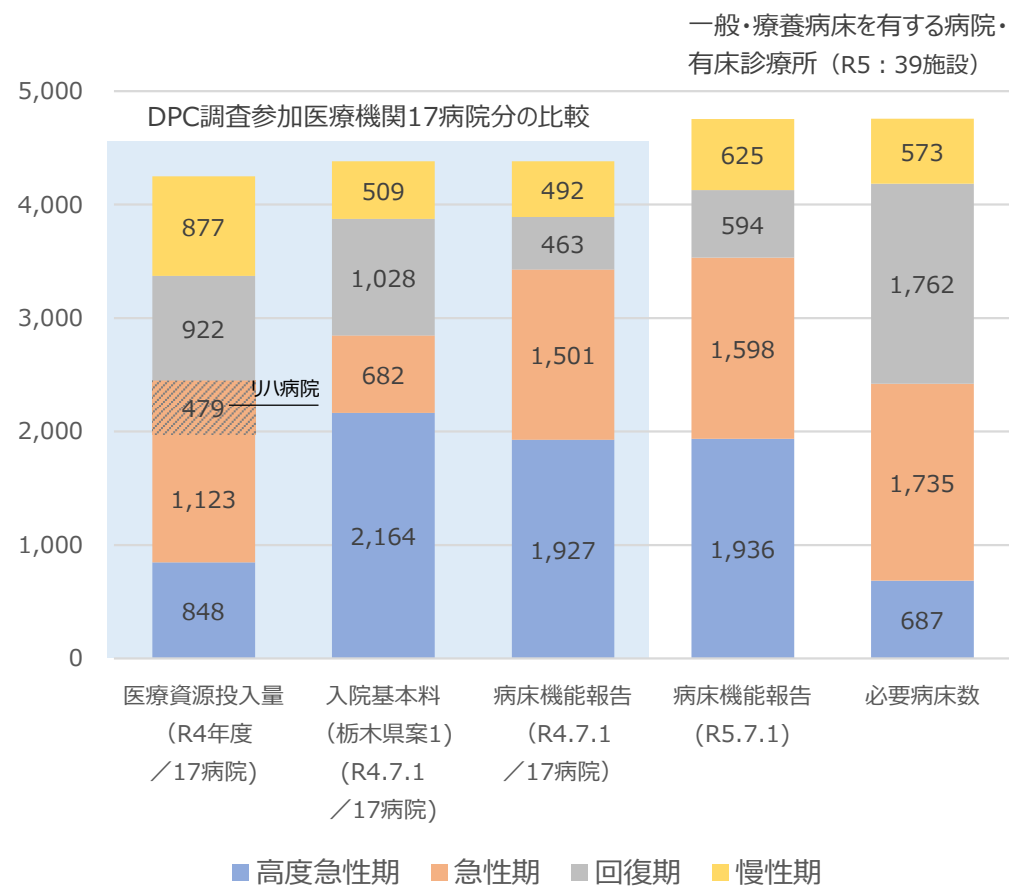
県東

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

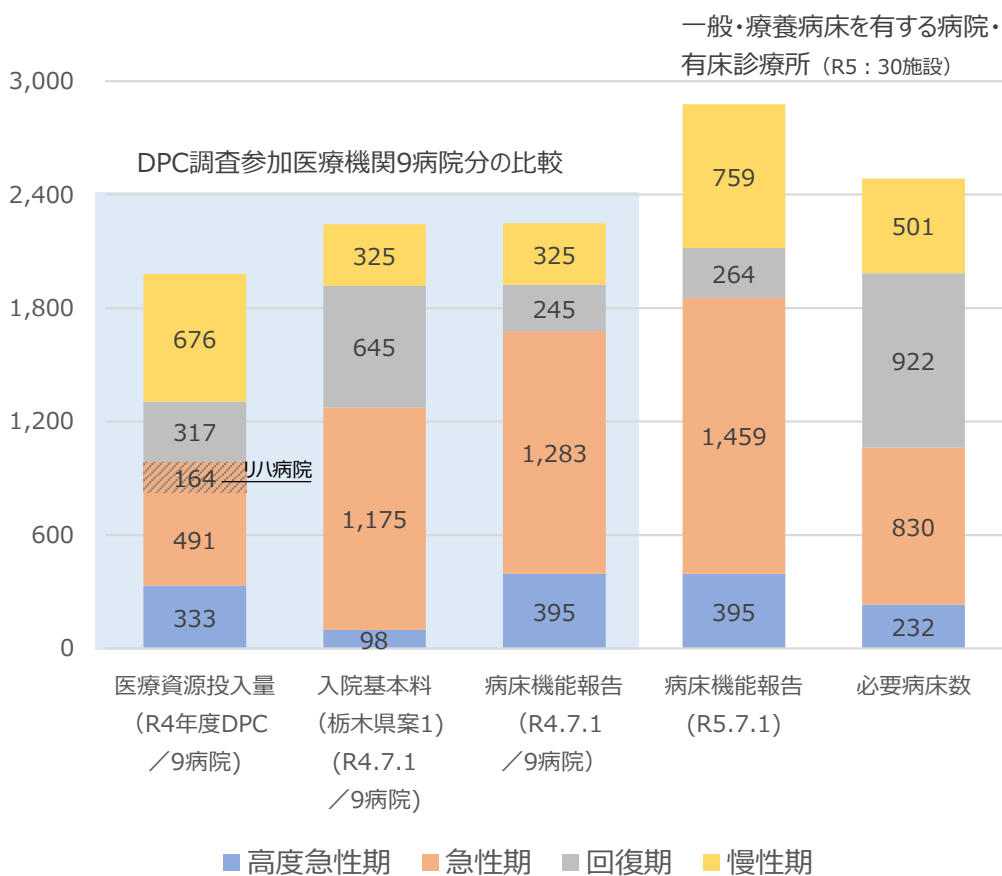


3 検証結果のまとめ (ii)

各圏域の比較結果③

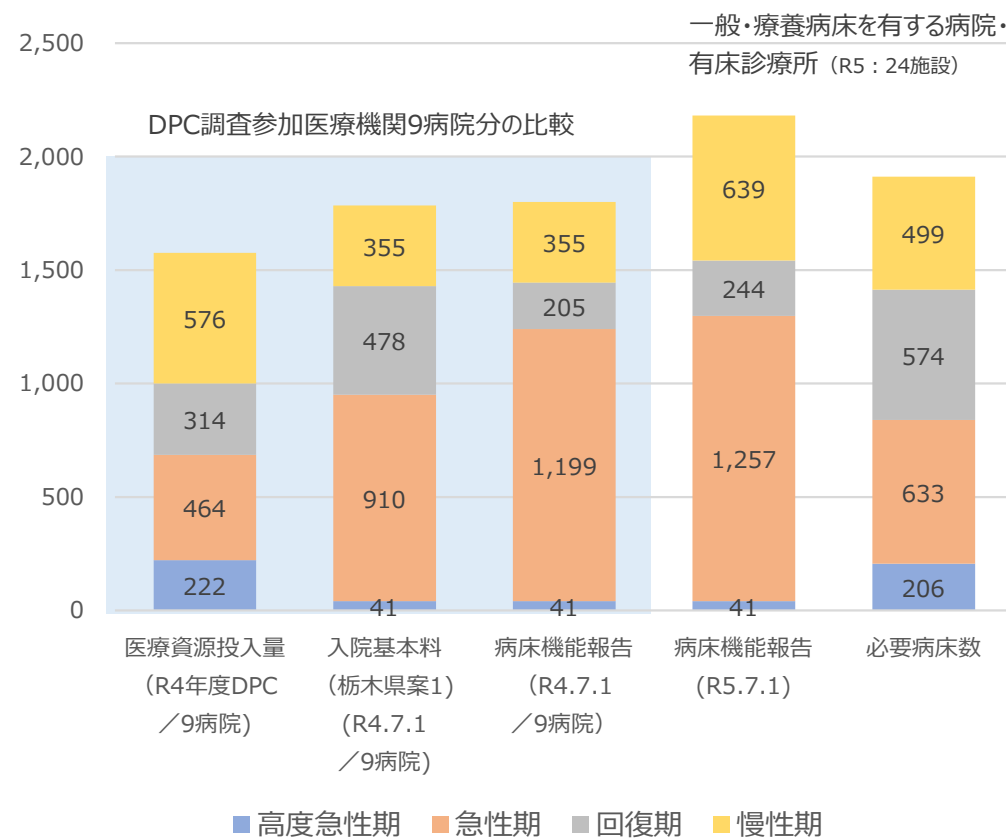
県北

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



令和6(2024)年度第2回 県西地域医療構想調整会議	資料3
令和6(2024)年12月4日(水)	

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
県西健康福祉センター

内容

- 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
- 今回整理したデータについて
 - 疾患別・圏域別の患者の流出状況
 - 入院経路別の退院先
 - 患者住所地と入院先までの移動距離
 - 高齢者の医療機関までの移動手段
 - 疾患毎の入院移動距離別患者数の割合
 - 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と【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

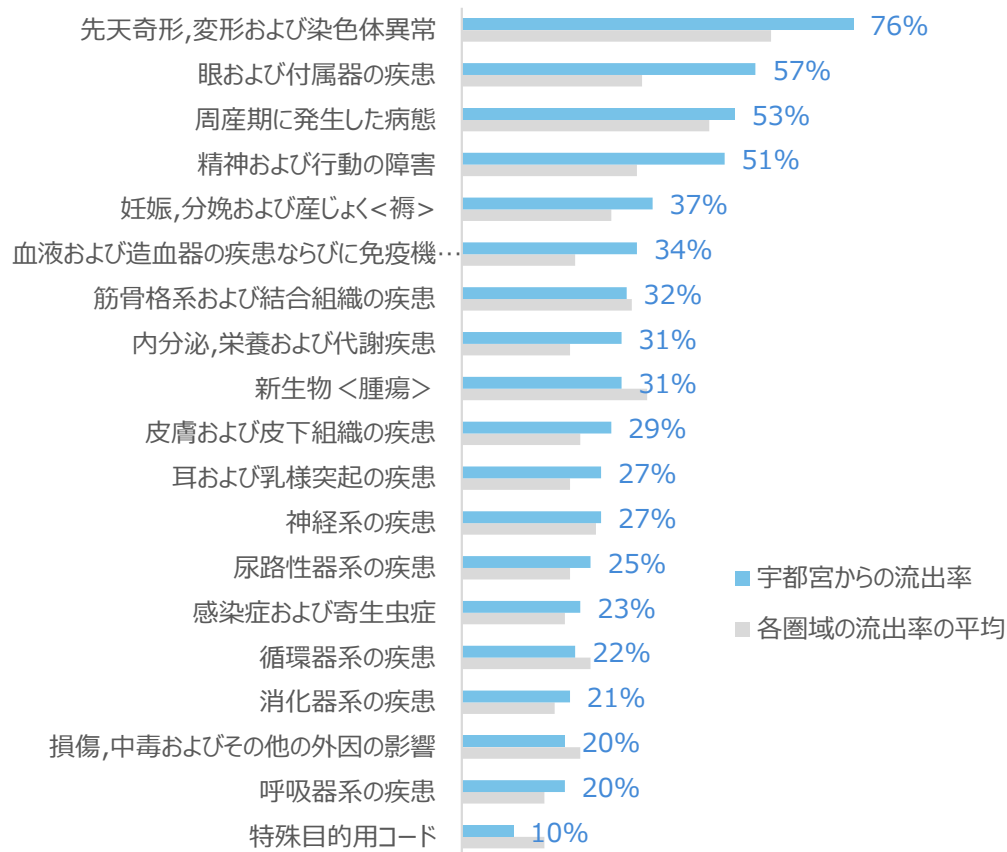
- ⑥ 二次輪番病院の肺炎患者（救急車利用）の受け入れ状況

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

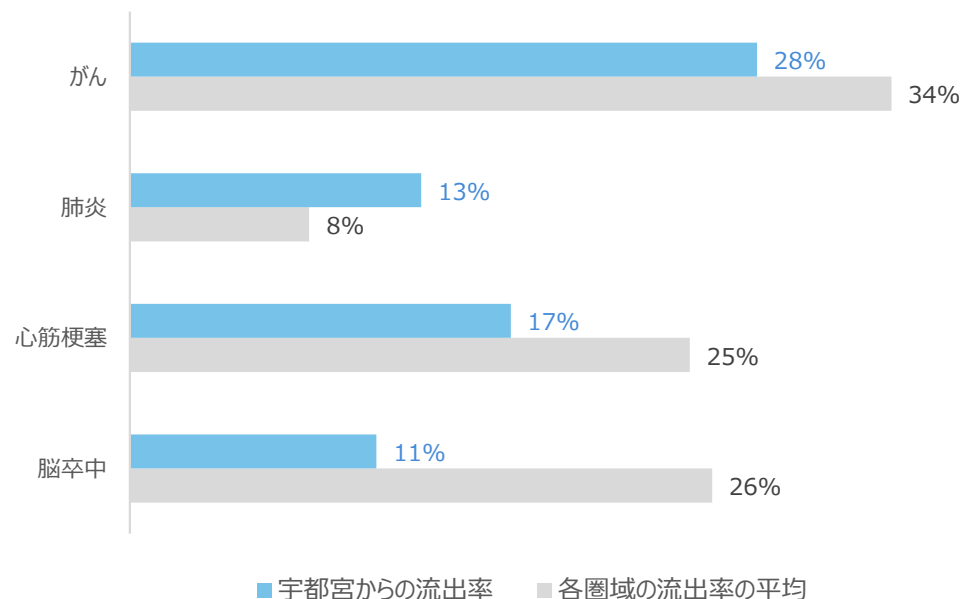
流出率（ICD10別）

- 「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

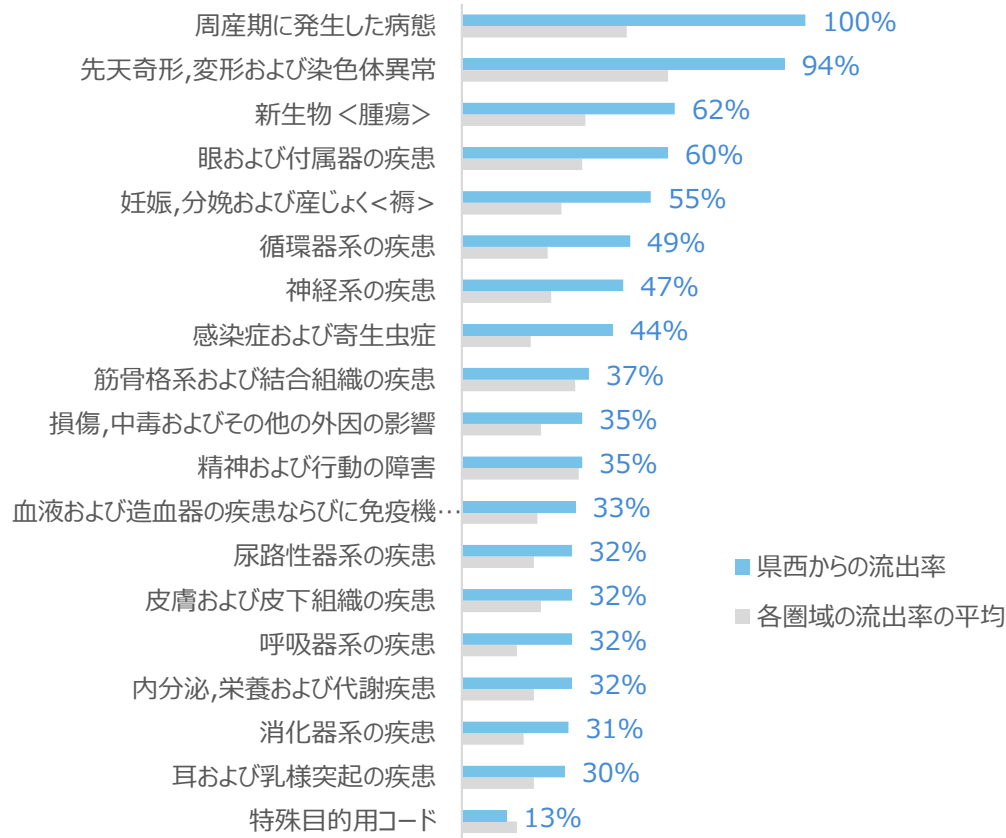


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 **県西**

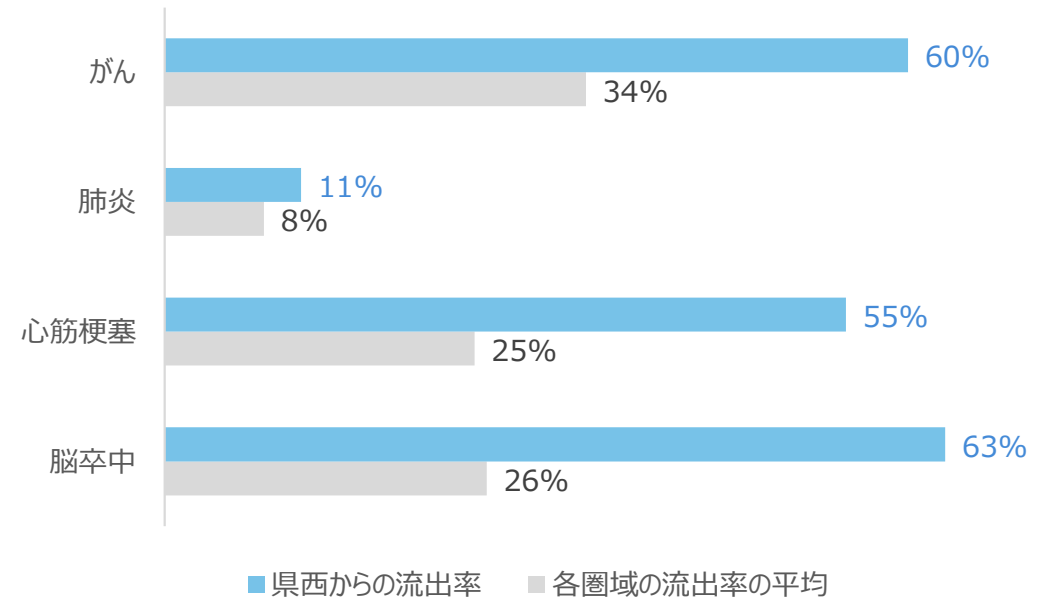
流出率（ICD10別）

- 「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

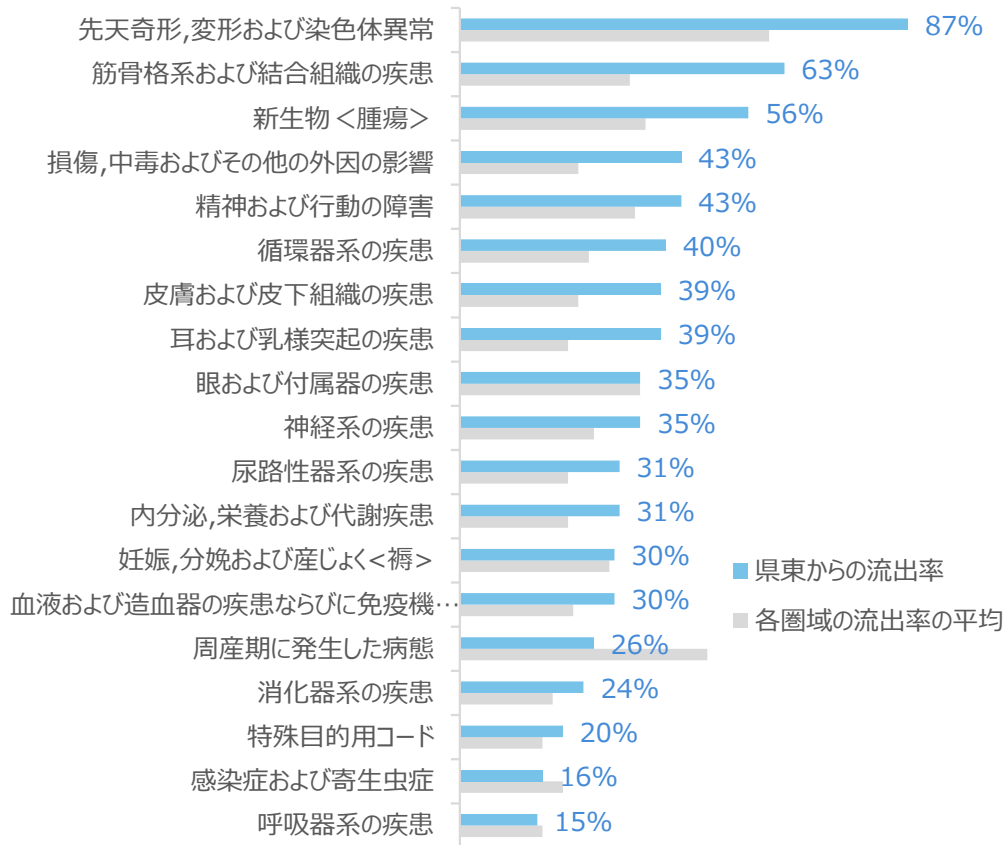


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 県東

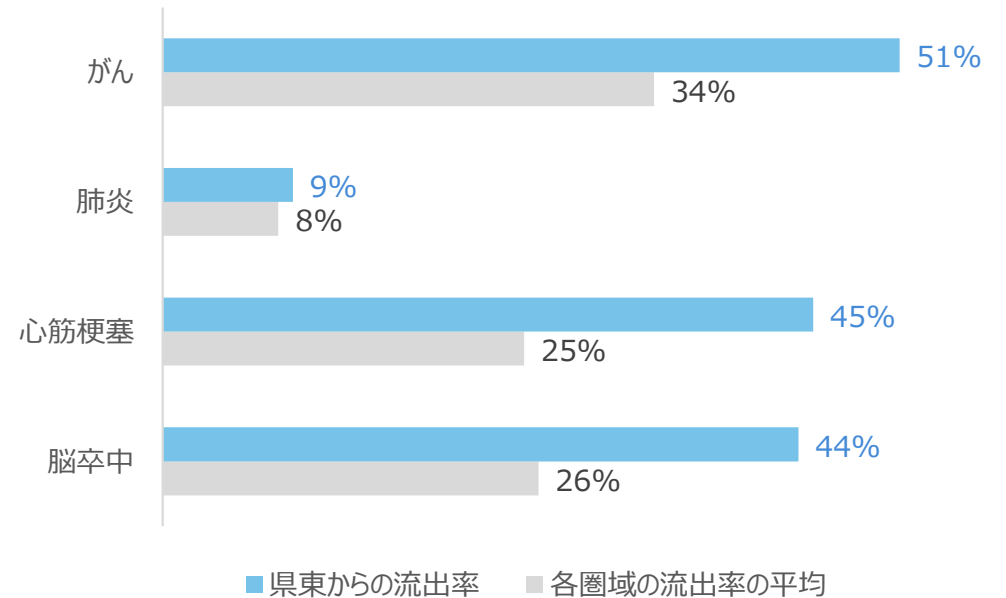
流出率（ICD10別）

- 「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

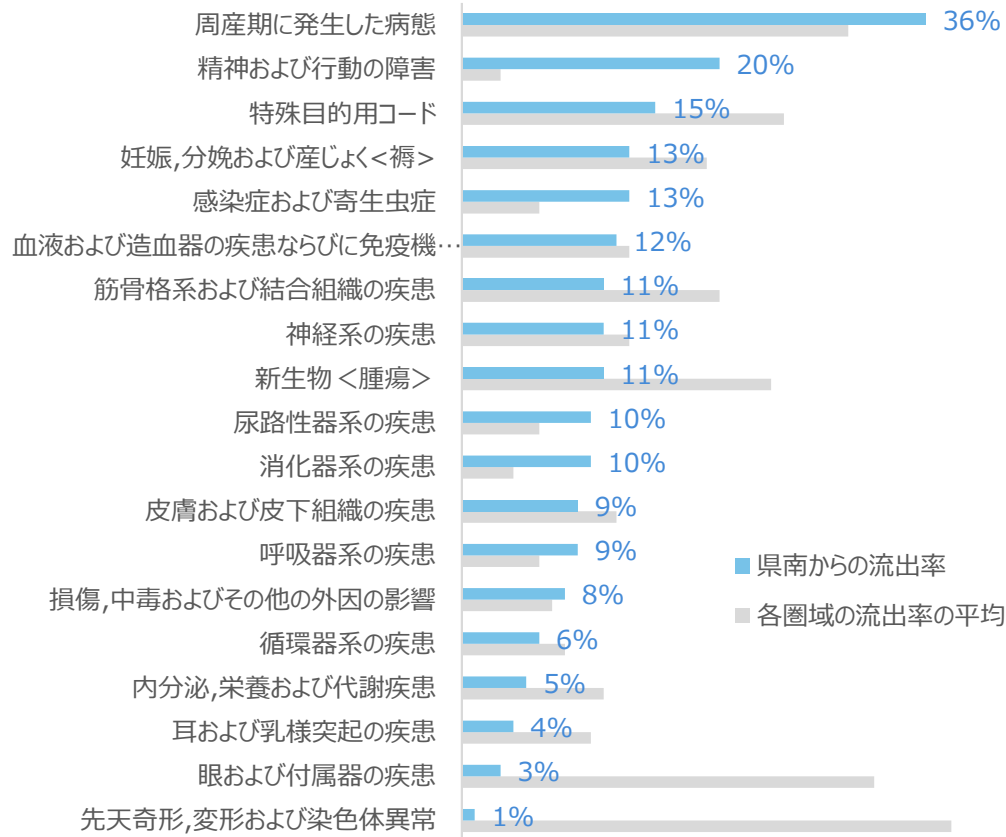


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 県南

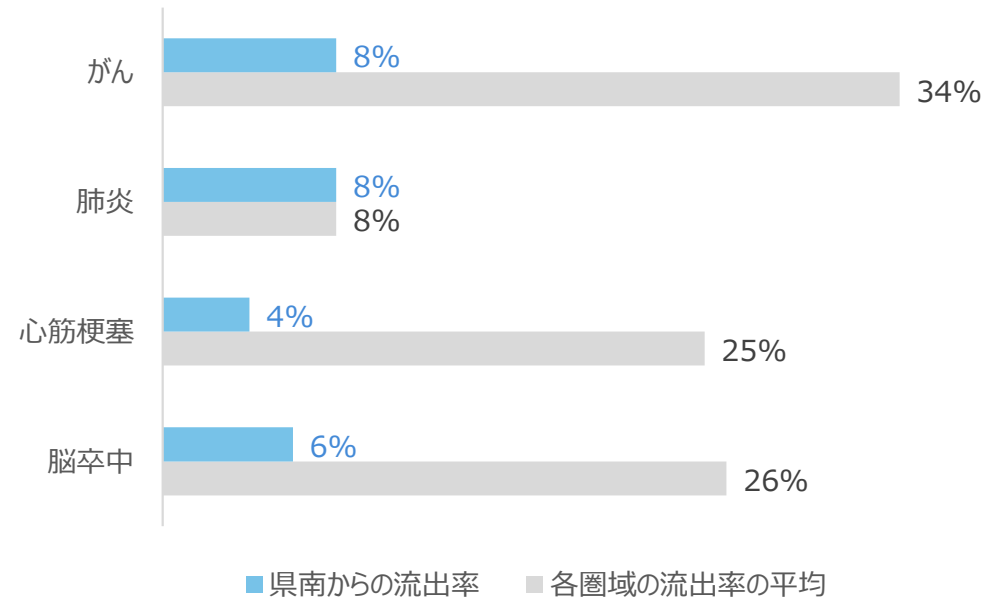
流出率（ICD10別）

- 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

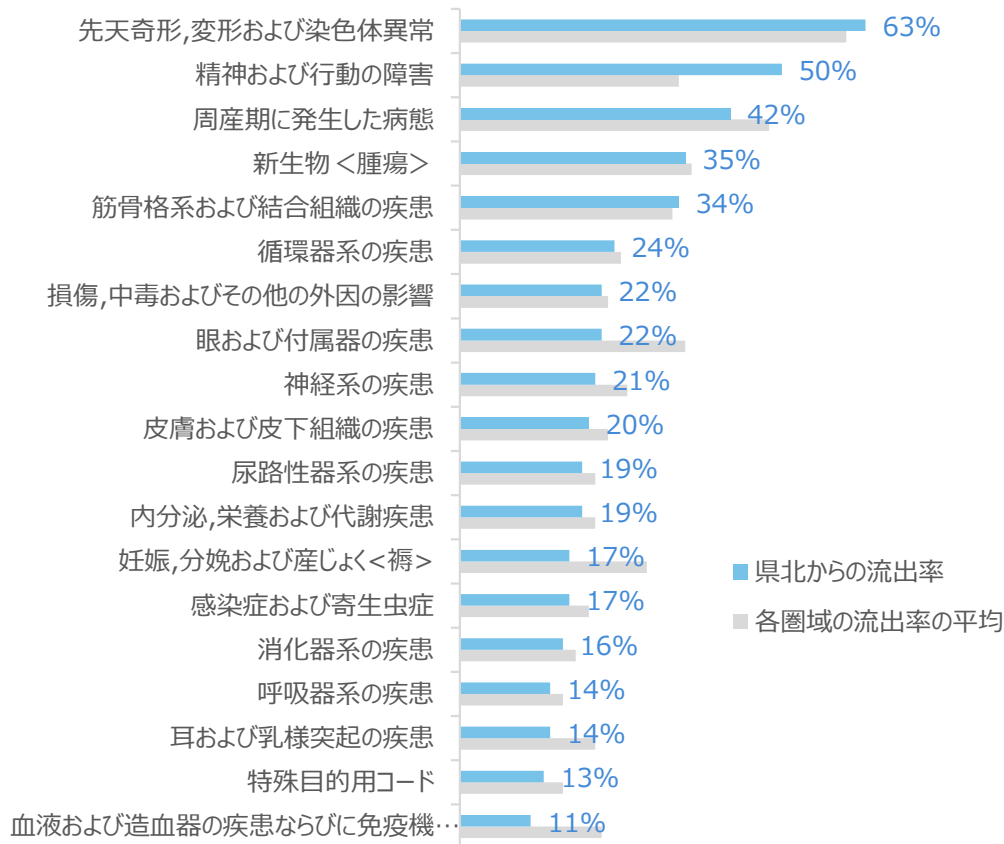


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 県北

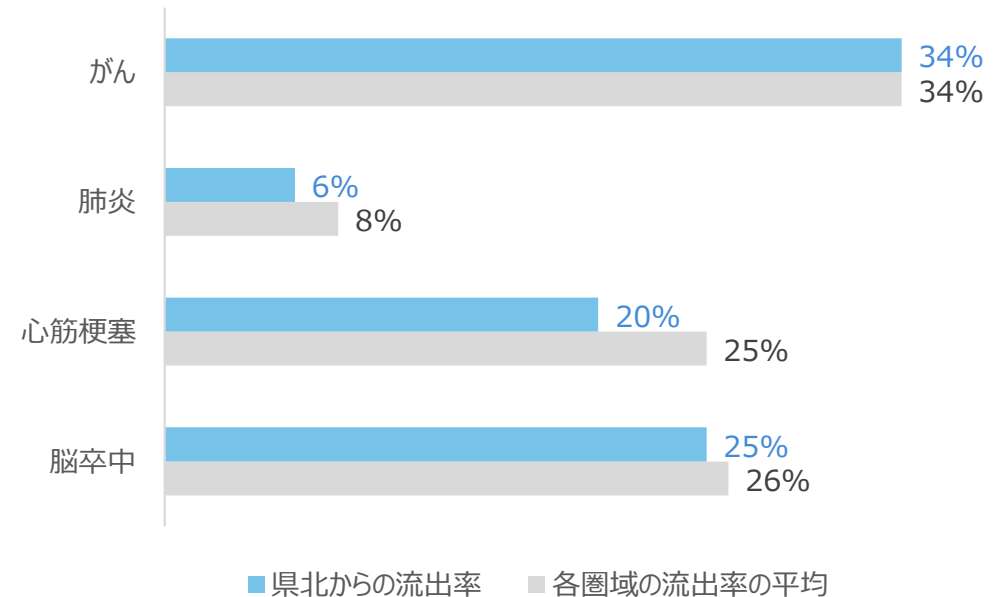
流出率（ICD10別）

- 「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

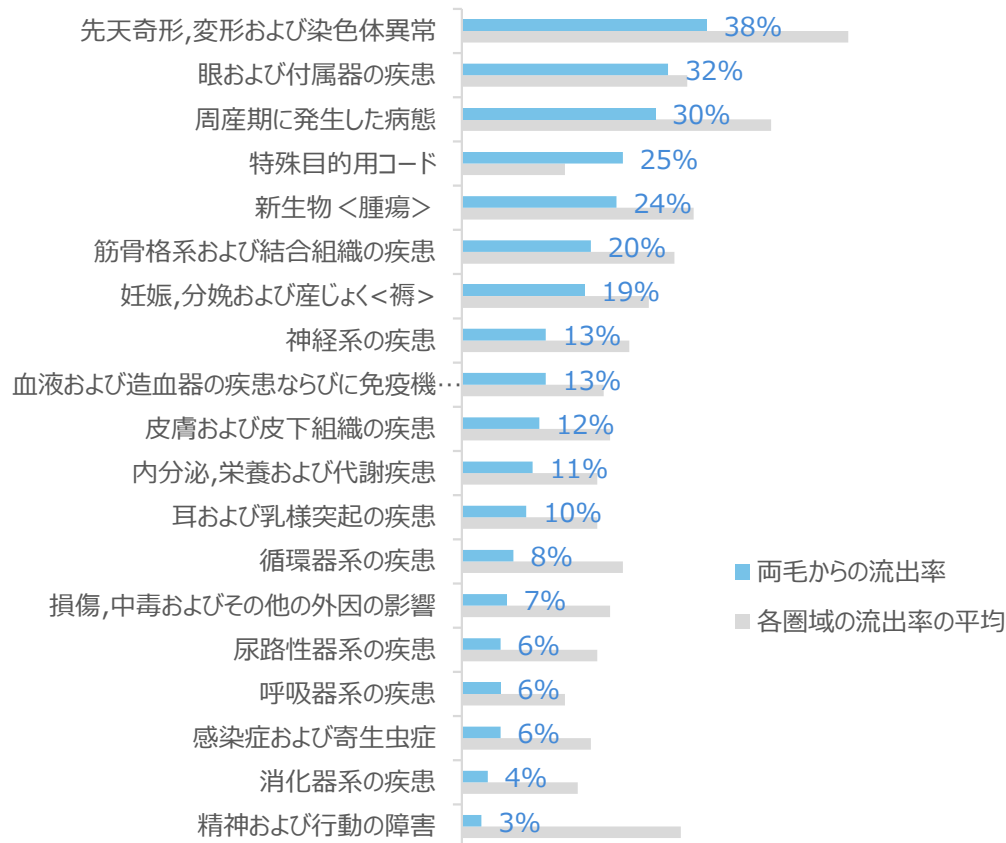


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 両毛

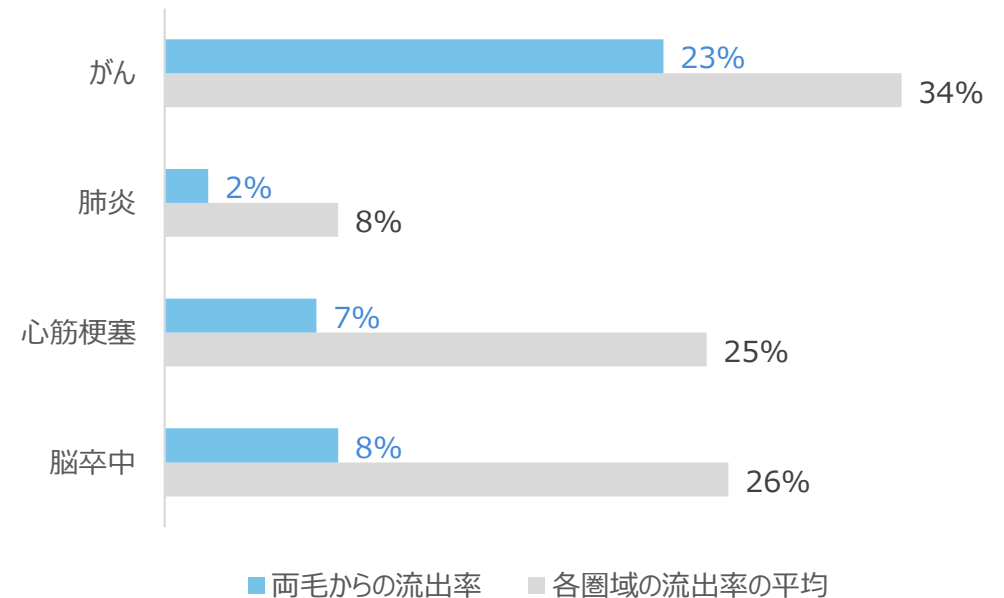
流出率（ICD10別）

- 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）

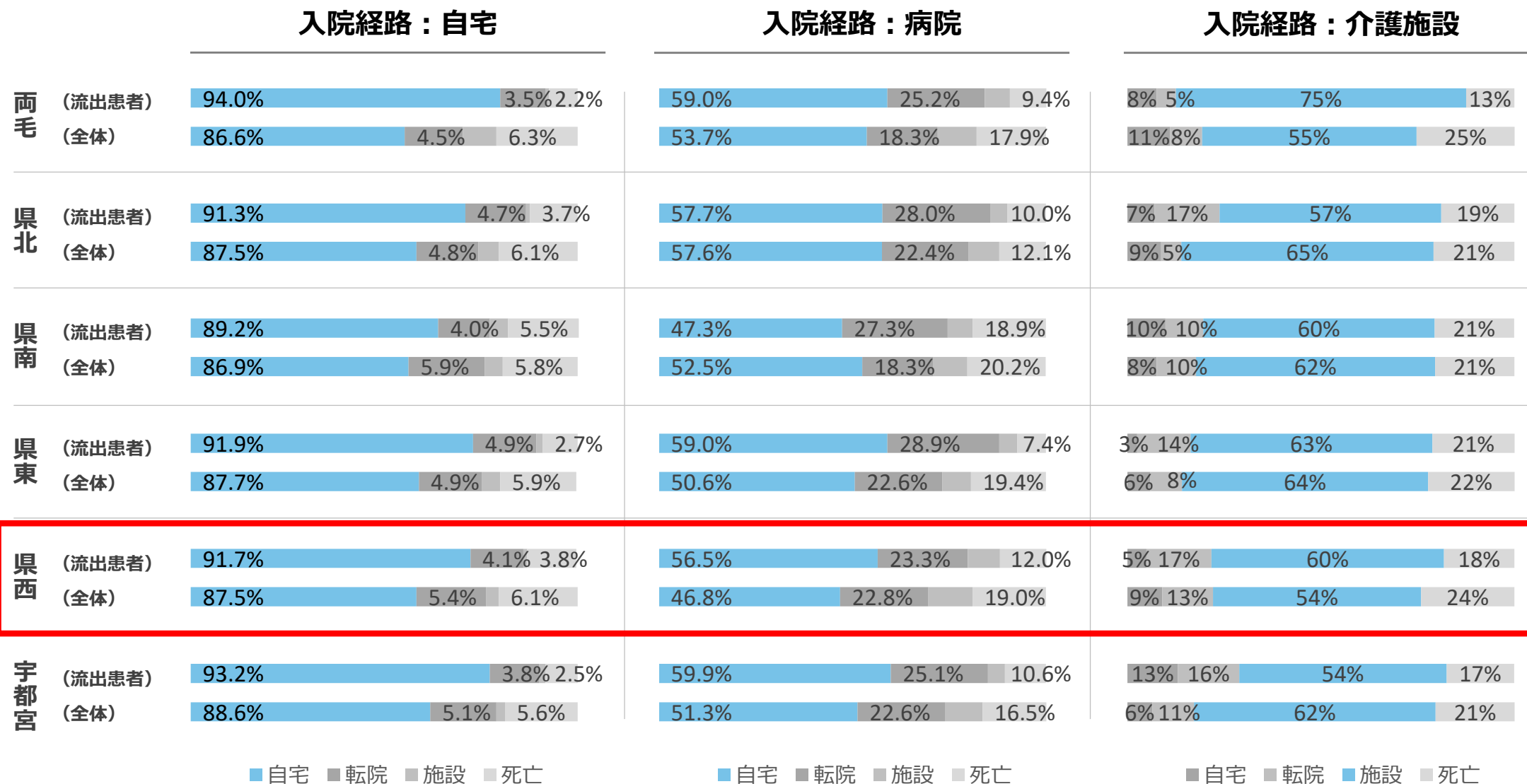
- 各圏域の流出率の平均と比較して、全般的に流出率が低い



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）

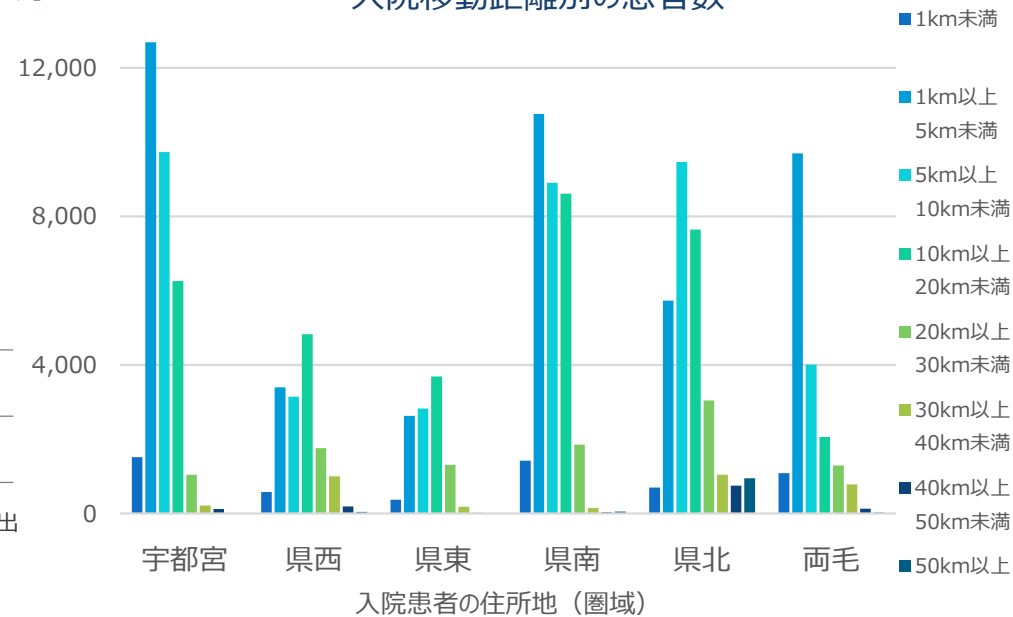
- 「宇都宮」・「県南」・「両毛」に住む患者の自宅から入院先までの平均距離は比較的短い
- 「県西」・「県東」・「県北」に住む患者の自宅から入院先までの平均距離は比較的長い
- 「宇都宮」・「県南」・「両毛」は、入院先までの距離が「1km以上5km未満」の患者が最も多く、「県北」は、「5km以上10km未満」、「県西」・「県東」は、「10km以上20km未満」の患者が最も多い

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

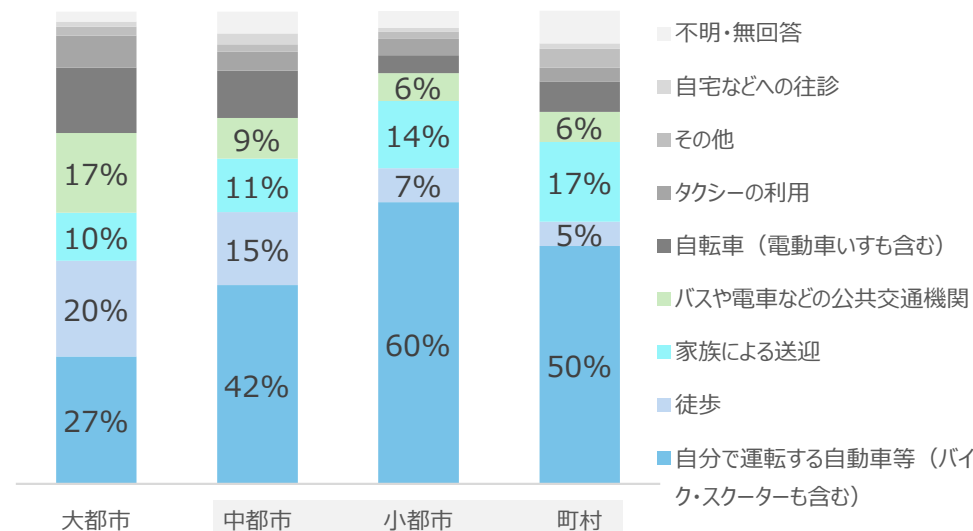


④ 高齢者の医療機関への移動手段（全国）

- 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



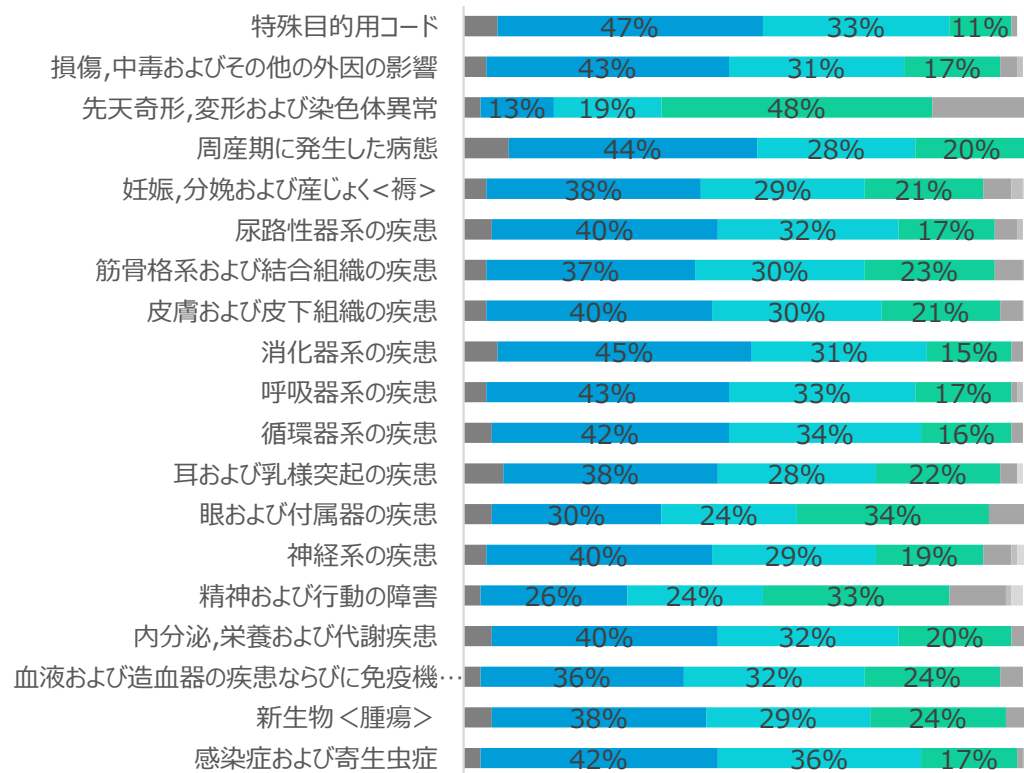
出所：内閣府「令和4年度高齢者の健康に関する調査」より作成

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

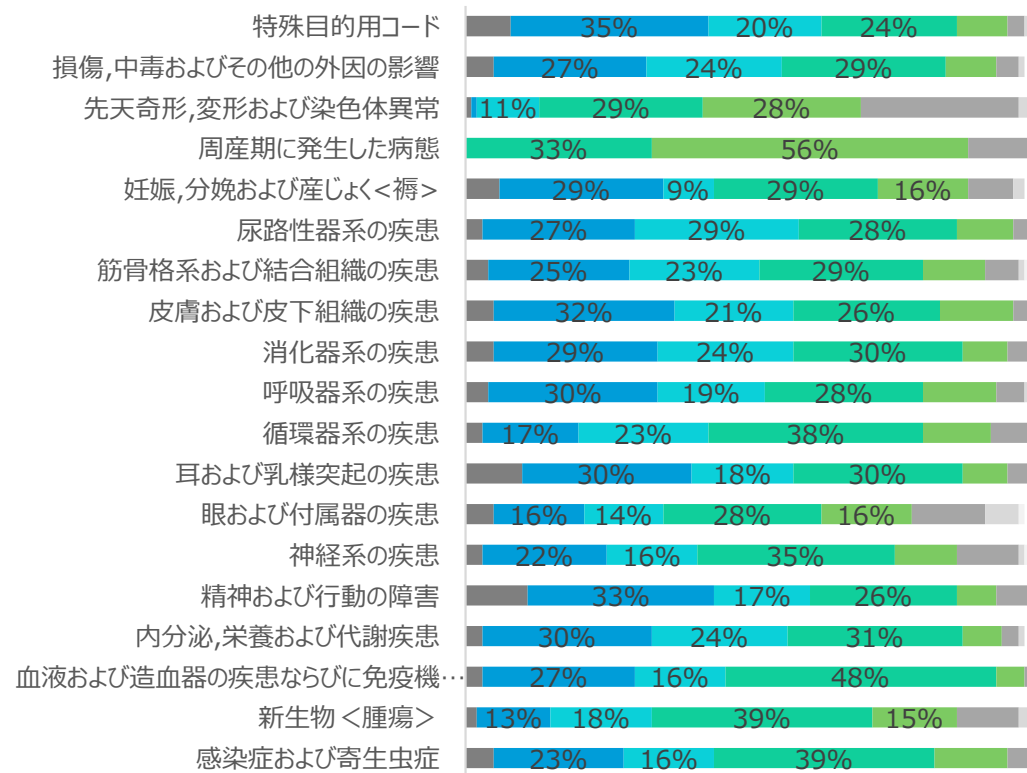
- 多くの疾患で、自宅から1km以上5km未満の医療期間に入院している患者の割合が比較的高い
- 「精神および行動の障害」、「眼および付属器の疾患」、「先天奇形、変形および染色体異常」は、自宅から入院先への距離が10km以上ある患者割合が他の疾患よりも比較的多い



■ 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



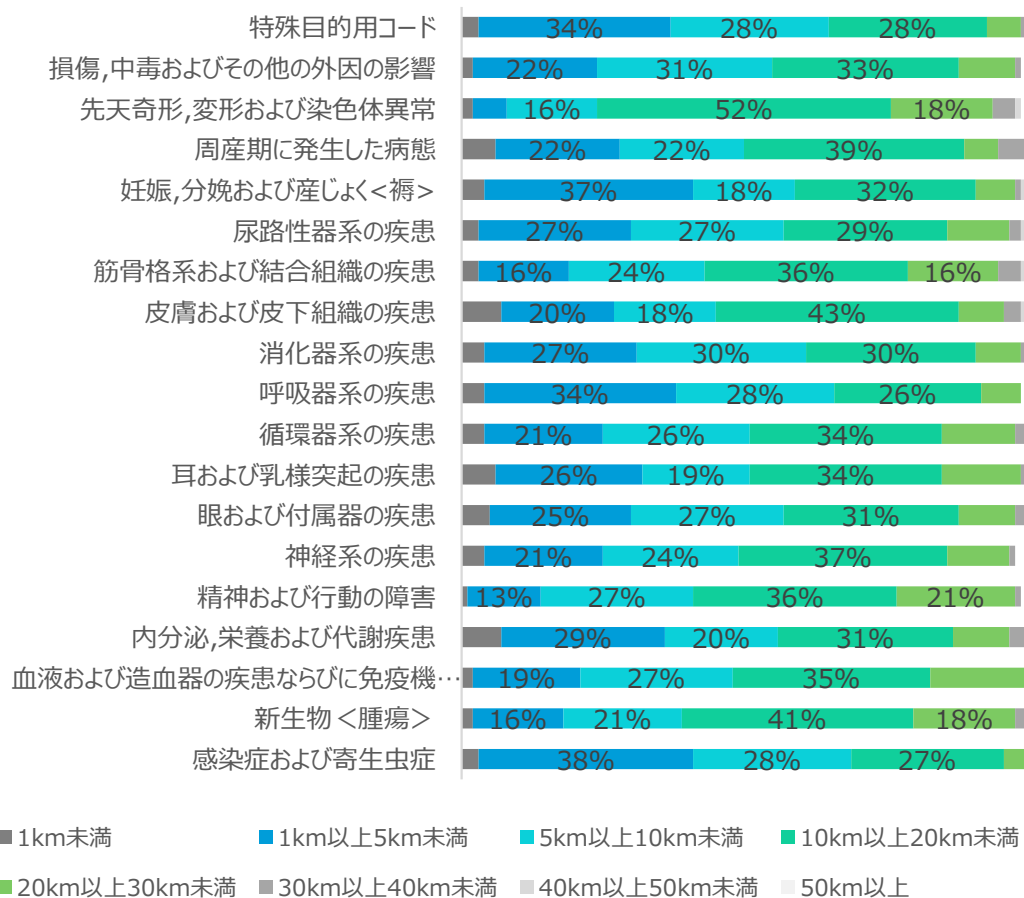
■ 1km未満 ■ 1km以上5km未満 ■ 5km以上10km未満 ■ 10km以上20km未満
 ■ 20km以上30km未満 ■ 30km以上40km未満 ■ 40km以上50km未満 ■ 50km以上

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

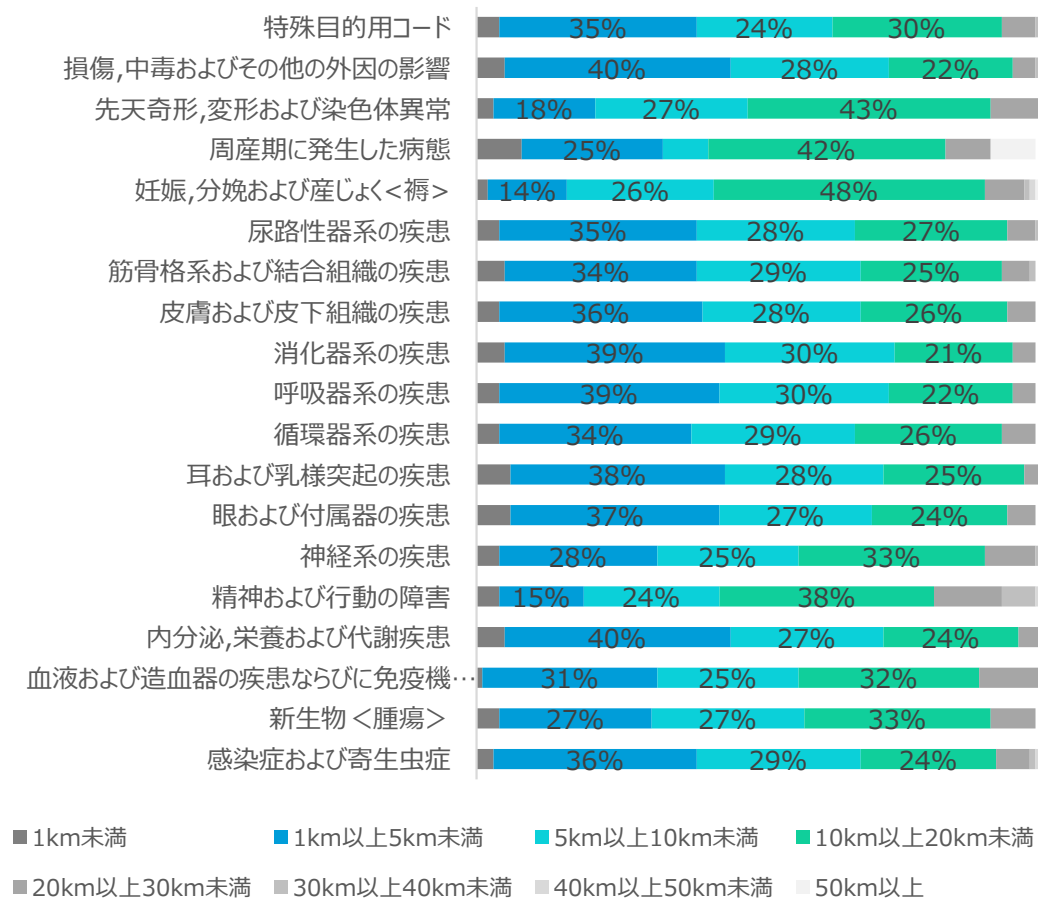
県東

- 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

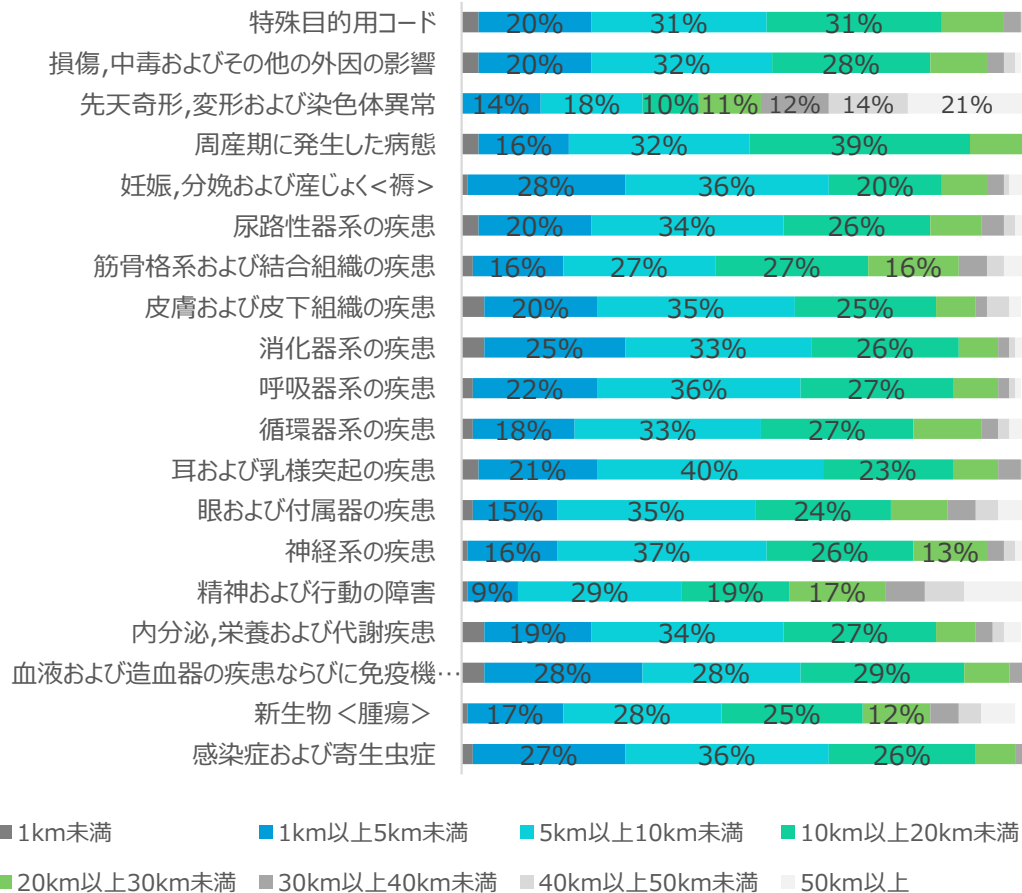


2 今回整理したデータについて

⑤ 疾患毎の入院移動距離別患者数の割合

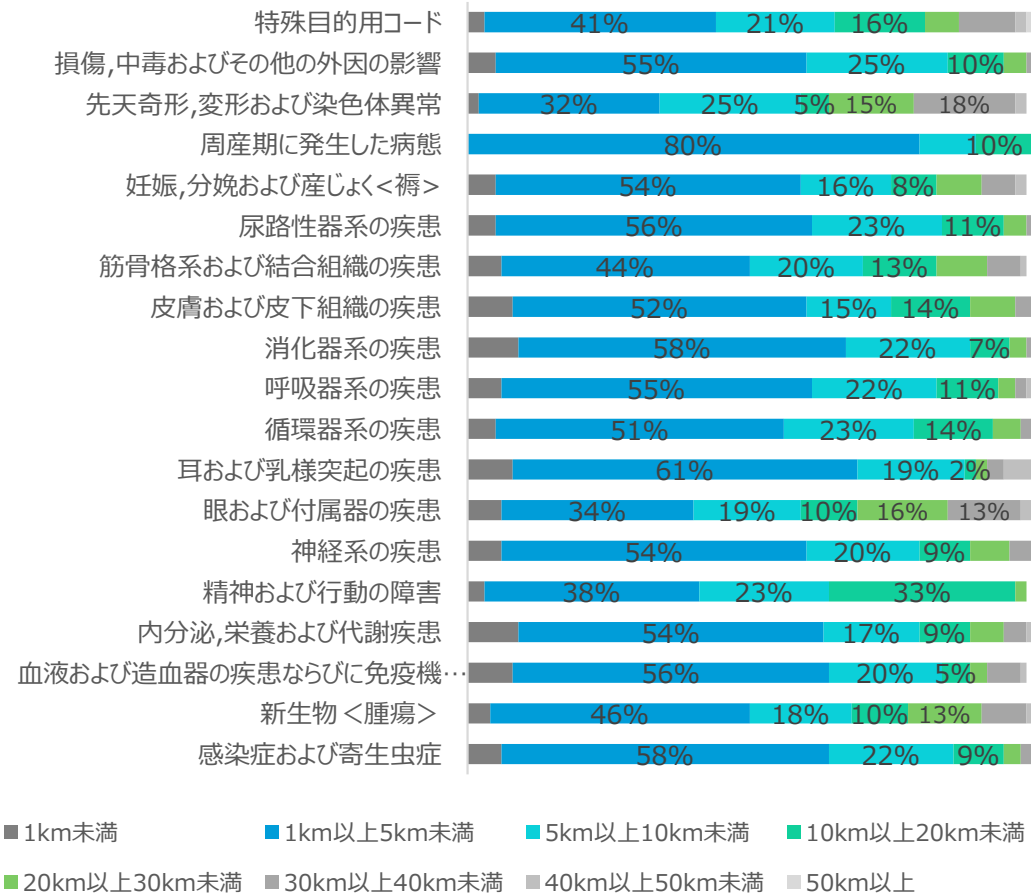
県北

- 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



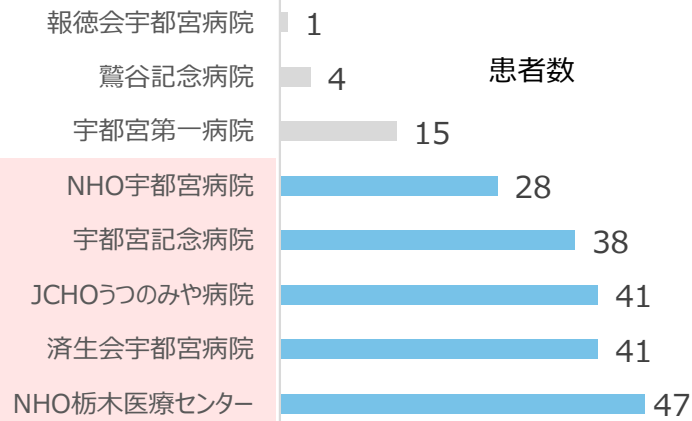
2 今回整理したデータについて

⑥ 肺炎患者（救急車利用）の入院受け入れ状況（患者数）

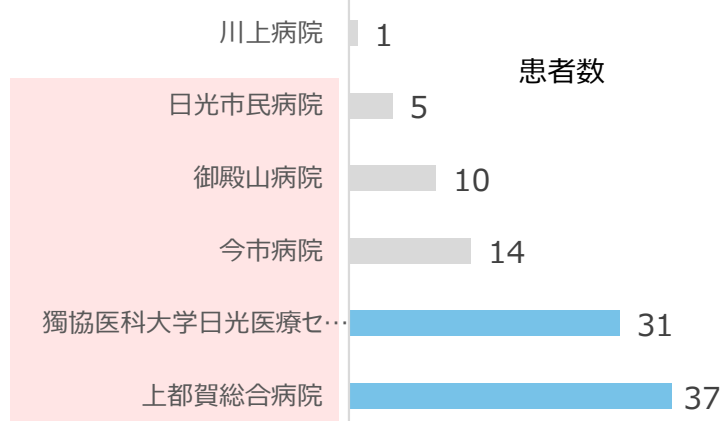
- 各地域の病院群輪番制病院を中心に患者を受け入れている
- 地域によっては、病院群輪番制病院の中でも、受け入れる患者数に差がある

■ 病院群輪番制病院

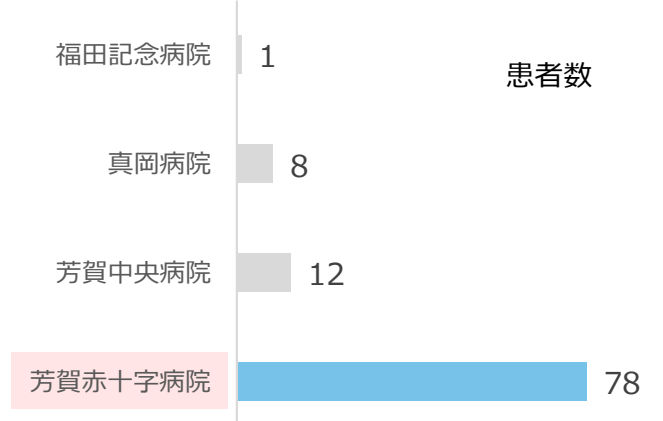
宇都宮



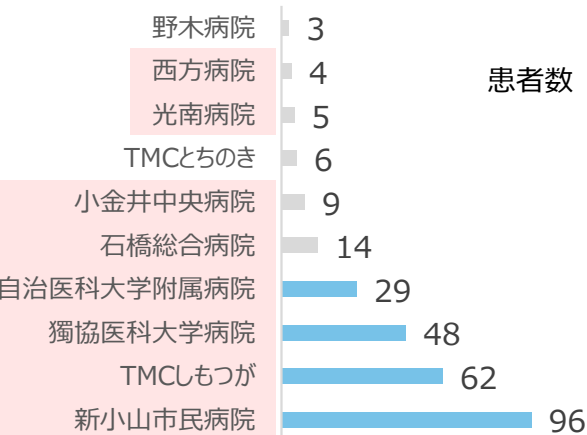
県西



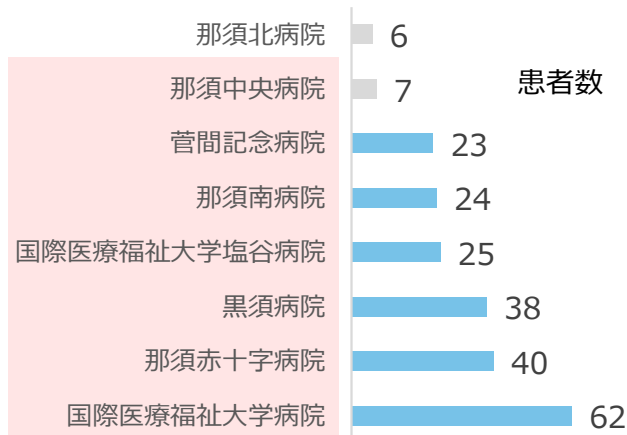
県東



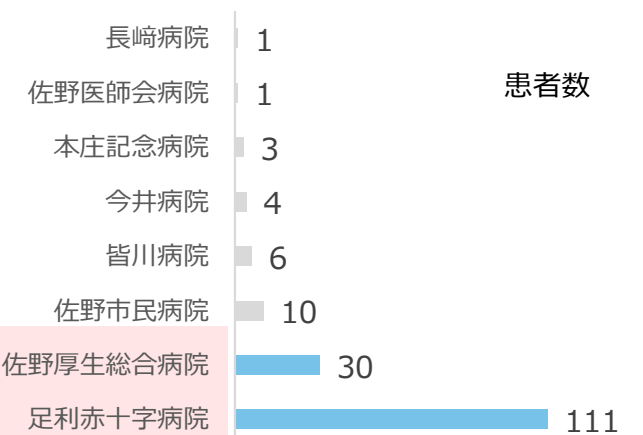
県南



県北



両毛



令和6(2024)年度第2回 県西地域医療構想調整会議	資料4
令和6(2024)年12月4日(水)	

救急医療提供体制について

令和6(2024)年12月4日
栃木県 保健福祉部 医療政策課
県西健康福祉センター

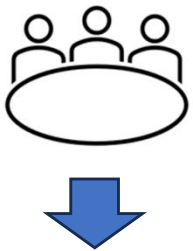
栃木県内の救急医療提供体制について

令和6(2024)年度～

救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会

検討委員会及び救急医療の課題(質・量)について、より専門的な事項についての検討を行うため、2つの「ワーキンググループ」を設置

救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会



令和7(2025)年度中

今後の方向性や必要な対策等ととりまとめ

ワーキンググループA(構成委員:7名)

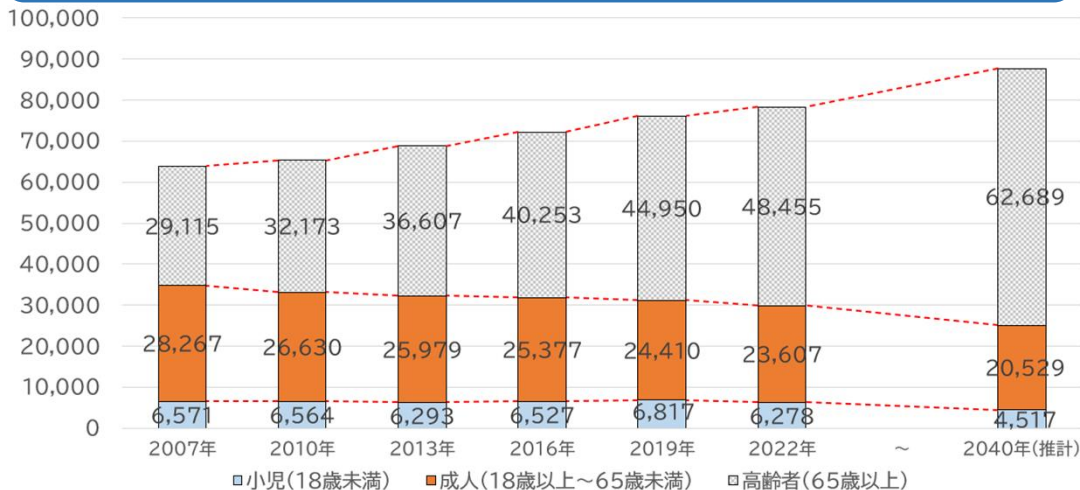
- ▶ 主に「質の課題」について議論
- 県内のICU病床の不足に関すること
 - 高度救命救急センター未設置に関すること 等

ワーキンググループB(構成委員:11名)

- ▶ 主に「量の課題」について議論
- 増加する中等症患者の受入体制に関すること 等

救急搬送人員数の推計(～2040年まで)

- ▶ 救急搬送人員数は今後も増加することが見込まれる
- ▶ 高齢者の数が最大となる2040年頃には、救急搬送患者の7割以上が高齢者となると見込まれる



【単位:人】 (出典)県医療政策課において試算

(注)救急搬送人員数の大まかな傾向を把握するための試算であることに留意

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	○		○																														
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

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

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) A	高次への 紹介患者数 B	割合 B/A	人口1万人当たりの患者数 (救急医療圏ごと)
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※

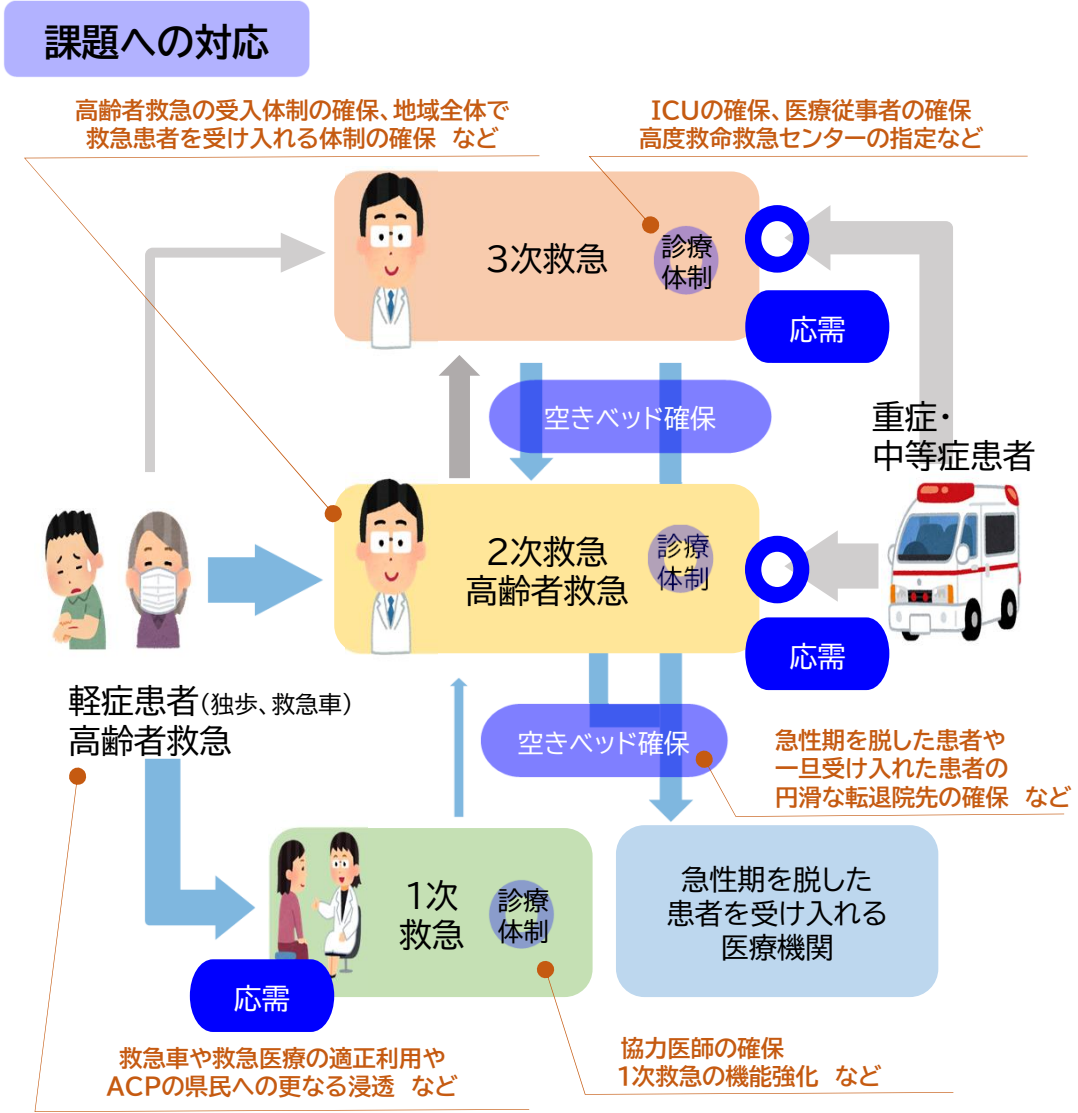
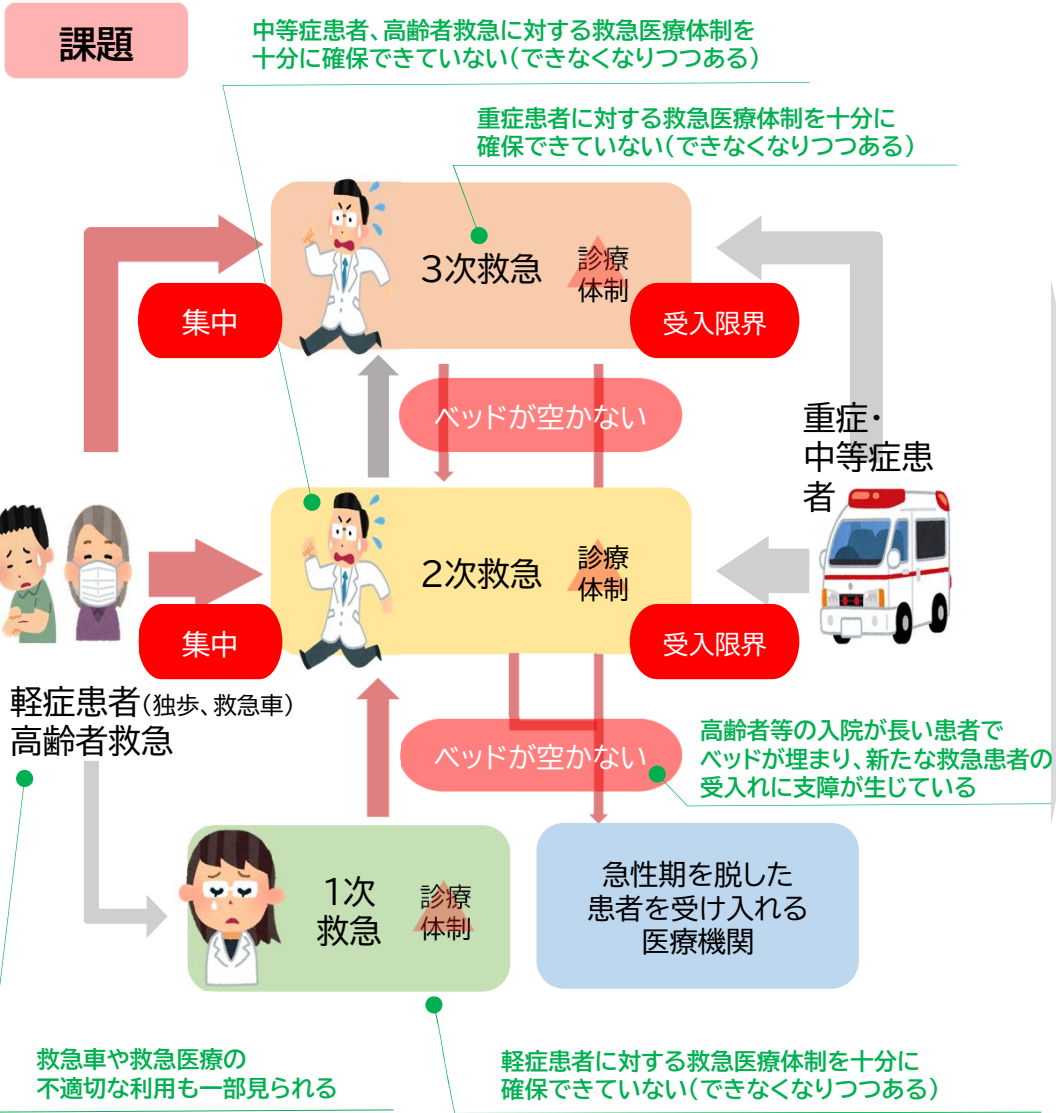
地区	医療機関名	令和5年度 救急患者数	うち、入院患者数	入院率	うち、救急車受入数	割合
宇都宮	NHO栃木医療センター	6,276	2,471	39%	4,480	71%
	JCHOうつのみや病院	3,834	1,036	27%	1,837	48%
	NHO宇都宮病院	2,525	1,184	47%	1,323	52%
	宇都宮記念病院	6,140	1,608	26%	3,315	54%
鹿沼	上都賀総合病院	6,493	2,256	35%	2,344	36%
	御殿山病院	1,144	305	27%	694	61%
	西方病院	1,261	239	19%	466	37%
日光	今市病院	2,795	651	23%	1,276	46%
	日光市民病院	1,558	288	18%	193	12%
	獨協医科大学日光医療センター	4,304	1,206	28%	1,773	41%
芳賀	芳賀赤十字病院	8,659	3,317	38%	4,203	49%
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	63%
南那須	那須南病院	3,454	742	21%	1,369	40%
塩谷	国際医療福祉大学塩谷病院	2,509	573	23%	1,053	42%
	黒須病院	2,529	523	21%	833	33%
那須	菅間記念病院	4,935	1,326	27%	2,356	48%
	那須中央病院	1,768	559	32%	591	33%
	国際医療福祉大学病院	7,815	1,914	24%	3,325	43%
小山	新小山市市民病院	8,273	3,155	38%	4,796	58%
	石橋総合病院	3,145	250	8%	1,453	46%
	小金井中央病院	1,549	379	24%	732	47%
	光南病院	1,439	203	14%	481	33%
両毛	佐野厚生総合病院	9,357	3,093	33%	3,750	40%
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)

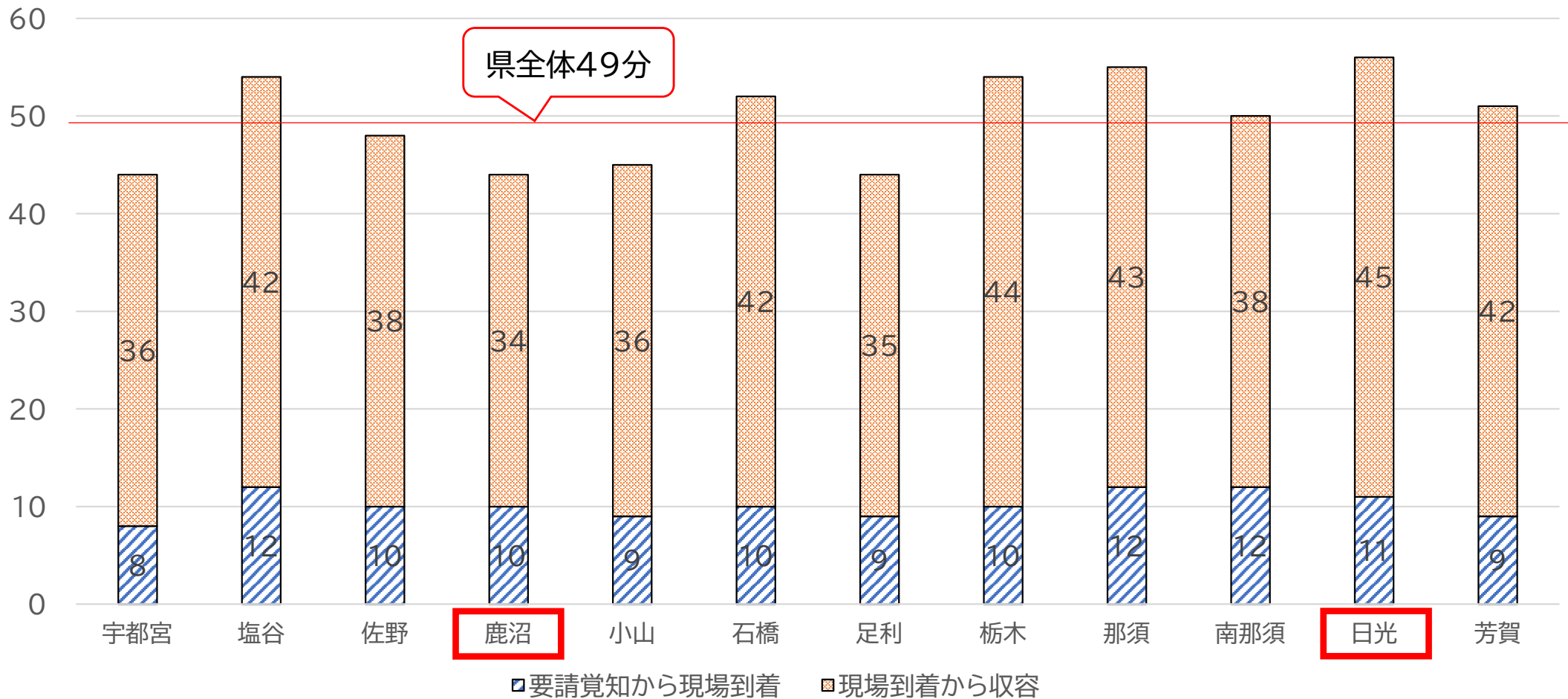
➤ 2次(輪番)・3次救急病院で受け入れた救急患者のうち、3分の2は入院を要しない患者である。

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	救急患者受入数	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

意見交換(御発言をお願いしたいこと)

- 今回は協議テーマを「救急医療」としているため、実際に救急医療を提供されている市や救急告示医療機関から、主に以下の内容について御発言いただきたいと思います。

〔御発言をお願いしたい内容【例】〕

- ・自院の受入れの実績や特徴、課題(受入困難)と感じていること(事例)
 - ・県西地域としての救急医療の課題や必要と感じていること
 - ・今後の一次・二次救急医療の提供体制はどうあるべきか など
- その後、御発言いただいた所属以外の団体等においても、日々の活動などにおいて、救急医療に関して感じている課題などがありましたら、御発言いただきたいと思います。
- ⇒ 救急医療については、次回の地域部会でも議題とする予定ですが、部会での協議も踏まえて、「県西医療圏における救急医療に関する現状・課題」として取りまとめ、その後の対応方針の検討や、次期地域医療構想への議論等につなげていきたいと考えています。

[イメージ] 県西医療圏における医療・介護提供体制について

項目	現状・課題※	対応方針
救急医療	<ul style="list-style-type: none"> ・一次救急、二次救急においては、要請患者数に対応する医師数の確保が難しい状況 ・二次救急医療機関が実質的に一次救急の役割も担っており、救急医療を担当する医療機関の負担が大きくなっている ・日光地区においては脳外科と小児救急提供体制が必要 ・地域の開業医の高齢化で初期救急医療の担い手が減少している ・二次救急を担当する病院も、勤務医の時間外労働の上限規制で負担が増えてきている ・三次救急を担える病院がない ・24時間365日受診できる医療体制の確立 ・体制は維持できているが、医療機関の負担が大きいのが現状 ・一次救急と二次救急の境界があいまいになっている現状がある ・三次救急へのアプローチの円滑化が今後より重要になる ・二次の輪番病院には2種類(多数の機能を持つ病院と機能が限られる病院) あり、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 	今後検討

※以下の中から一部を要約して引用

- ・令和5(2023)年度11月 次期「保健医療計画」等に係るアンケート調査
- ・令和6(2024)年度10月 地域医療構想の実現に向けたアンケート調査
- ・令和6(2024)年度第1回県西地域医療構想調整会議での意見

令和6(2024)年度第2回 県西地域医療構想調整会議	資料5
令和6(2024)年12月4日(水)	

外来医療計画に係る医療設備・ 機器等の効率的な活用について

栃木県保健福祉部
県西健康福祉センター

【外来医療計画の共同利用方針】

医療機関が対象とする医療機器※を購入（更新・入替・リース契約も該当）する場合は、当該医療機器の共同利用に係る計画を作成し、地域医療構想調整会議において確認を行う。（『栃木県外来医療計画に係る事務取扱実施要領』において、「医療機器等の購入を検討する際に、事前に「医療機器等共同利用計画書」を策定し、医療機器等の備付後10日以内に健康福祉センター等に1部提出」とされている。）

共同利用を行わない場合については、その理由について、地域医療構想調整会議で確認する。

※ 対象となる医療機器

- ① CT：マルチスライスCT、その他CT
- ② MRI：1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3テスラ未満、3テスラ以上
- ③ PET：PET、PET-CT
- ④ 放射線治療（体外照射）：ガンマナイフ、リニアック
- ⑤ マンモグラフィ



- 国から「医療機器の効率的な活用に係る取組の推進について（令和3年4月12日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）」が発出され、共同利用計画の作成、医療機器の効率的な活用について再周知の要請が行われた。

※ 今後、医療機能情報提供制度等を活用しながら、医療機器の配置状況等について、状況に応じて情報提供を行っていく。

【県西】医療機器等共同利用計画書の提出状況 (R2年度～R6年度10月末日)

1. 病院

	医療機関名	医療機器等			台数	共同利用	共同利用の相手方	共同利用不可の理由	計画書の提出時期	調整会議での確認
1	今市病院	マンモグラフィー			1	可	地域医療連携推進法人 日光ヘルスケアネット 小沢医院、熊谷医院	—	R4.10	○
2	日光野口病院	CT	マルチスライスCT	16列以上 64列未満	1	可	地域医療連携推進法人 日光ヘルスケアネット 小沢医院、熊谷医院	—	R4.11	○

2. 診療所

	医療機関名	医療機器等			台数	共同利用	共同利用の相手方	共同利用不可の理由	計画書の提出時期	調整会議での確認
1	見龍堂クリニック かわせみ	CT	マルチスライスCT	16列以上 64列未満	1	可	地域医療連携推進法人 日光ヘルスケアネット	—	R3.11	○
2	石塚クリニック	CT	マルチスライスCT	16列以上 64列未満	1	不可		相談等あれば検討するが、 自院のみでの使用が見込まれるため	R5.5	○
3	見龍堂医療福祉 総合クリニック	CT	マルチスライスCT	16列以上 64列未満	1	可	地域医療連携推進法人 日光ヘルスケアネット	—	R5.9	○
4	鬼怒川クリニック	CT	マルチスライスCT	16列以上 64列未満	1	可	共同利用の申出があった医療機関	—	R6.10	○

令和6(2024)年度第2回 県西地域医療構想調整会議	資料6
令和6(2024)年12月4日(水)	

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12月4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。

現状と課題 — アンケート —

2 現状と課題 — アンケート —

テーマ

意見

要点

宇都宮医療圏で完結することが望ましい医療

- 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)

- 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

- 新型コロナウイルス
- 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

- 新型コロナウイルス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、新型コロナウイルス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

5疾病6事業(救急・在宅除く)

意見

- 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

要点

- 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

- 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

- 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

- 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

- 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)

- 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合を避けて欲しい
- 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)

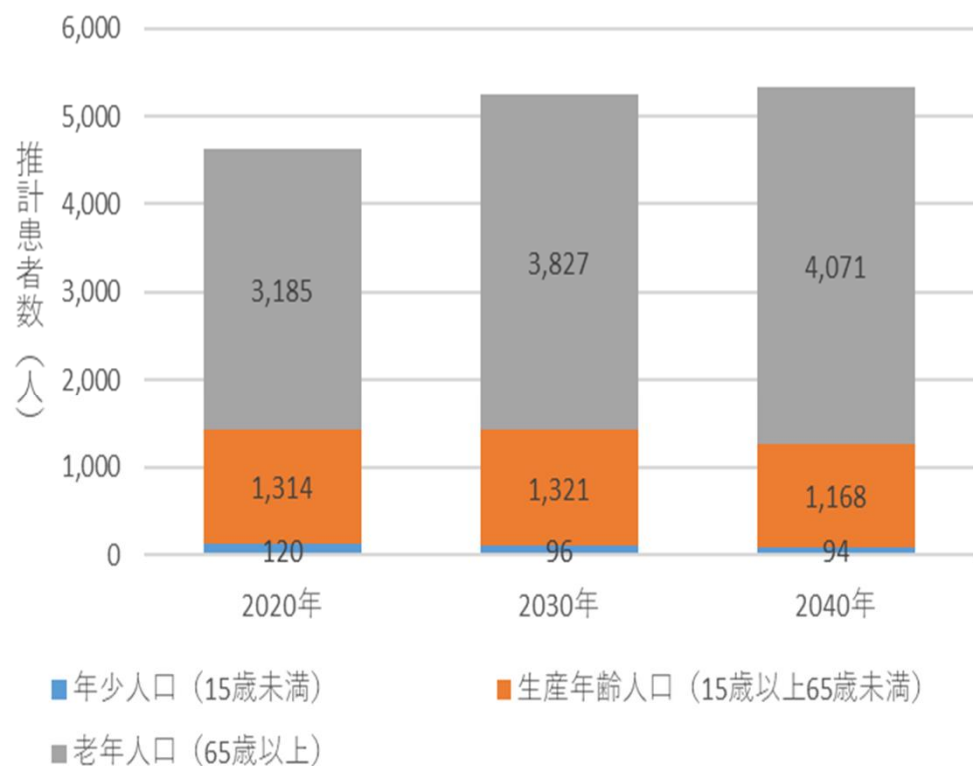
- 他県との広域連携
- 各医療機関の役割分担の調整
- 公立病院の強化(基幹病院化、機能拡充、患者の積極的な受け入れ、民間が担うことができない医療の提供)
- 宇都宮市による医療への関わり方

現状と課題 — データ —

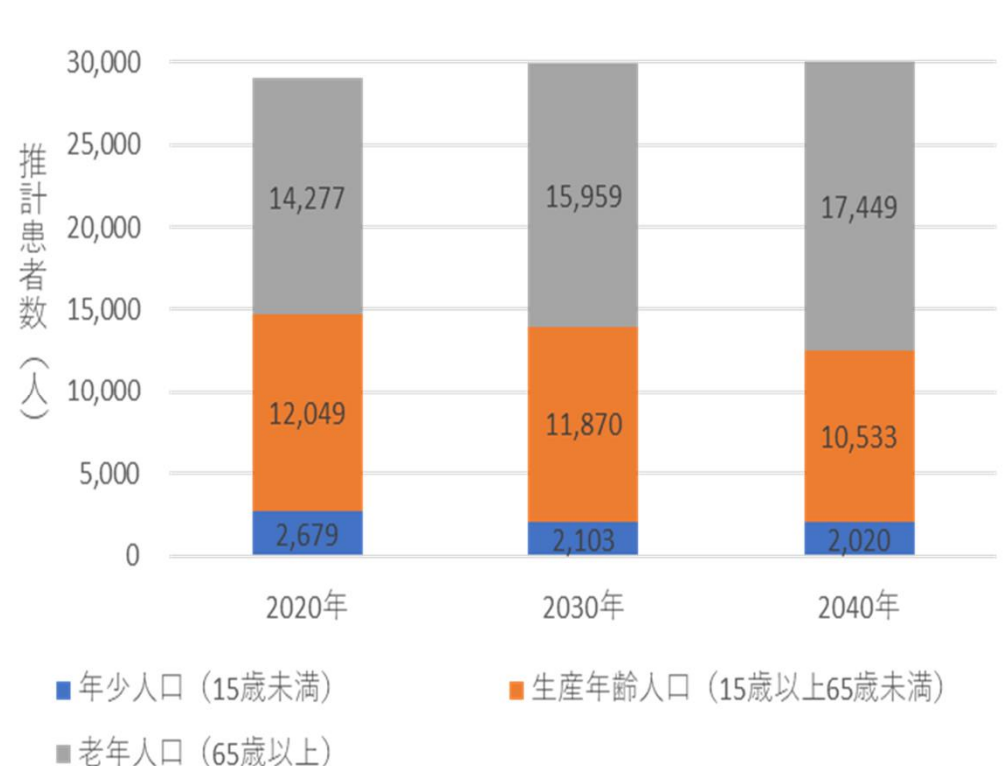
宇都宮構想区域の医療需要推計(H29受療率×人口推計)

- 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）

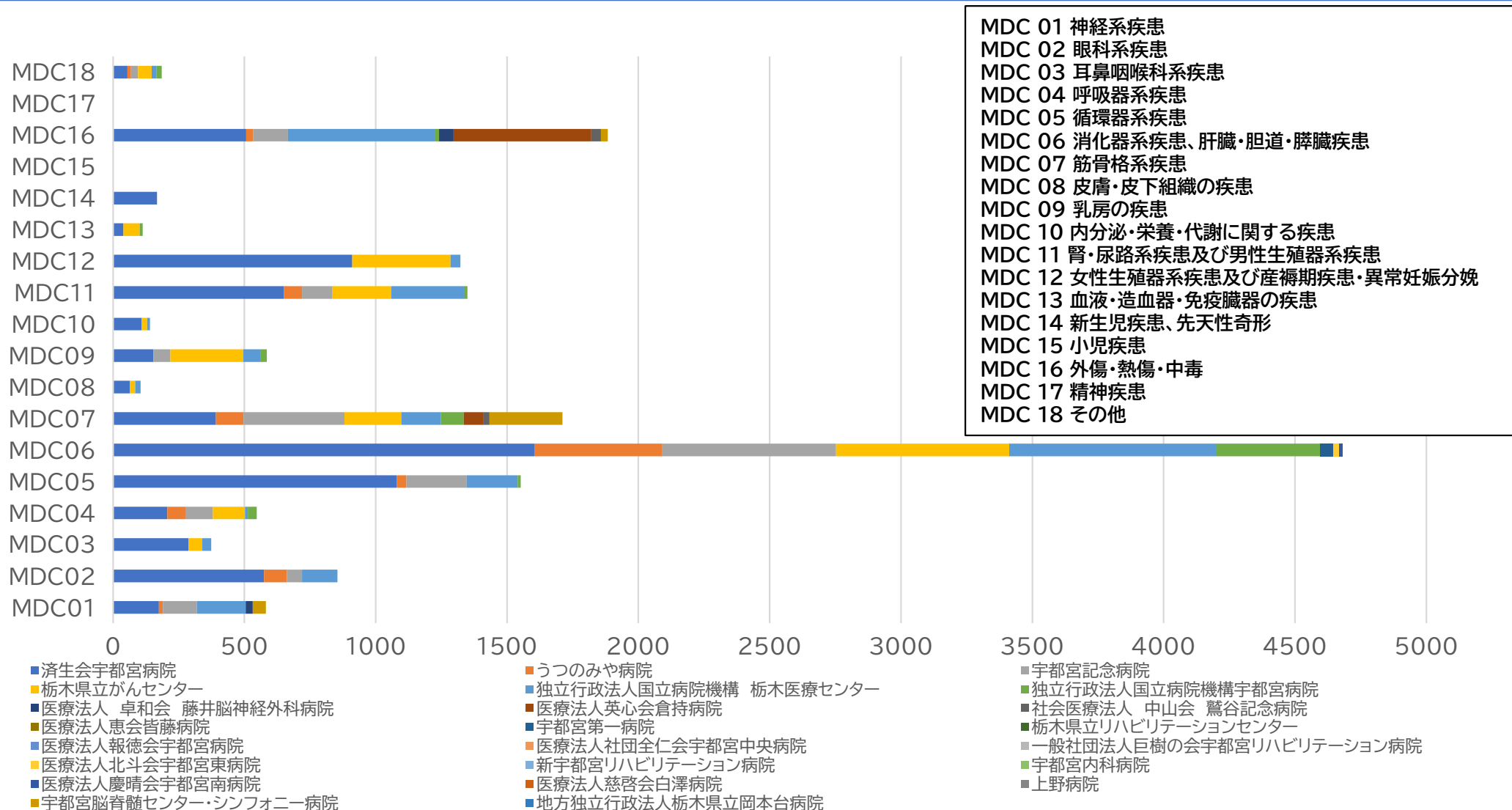


医療需要（外来）



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

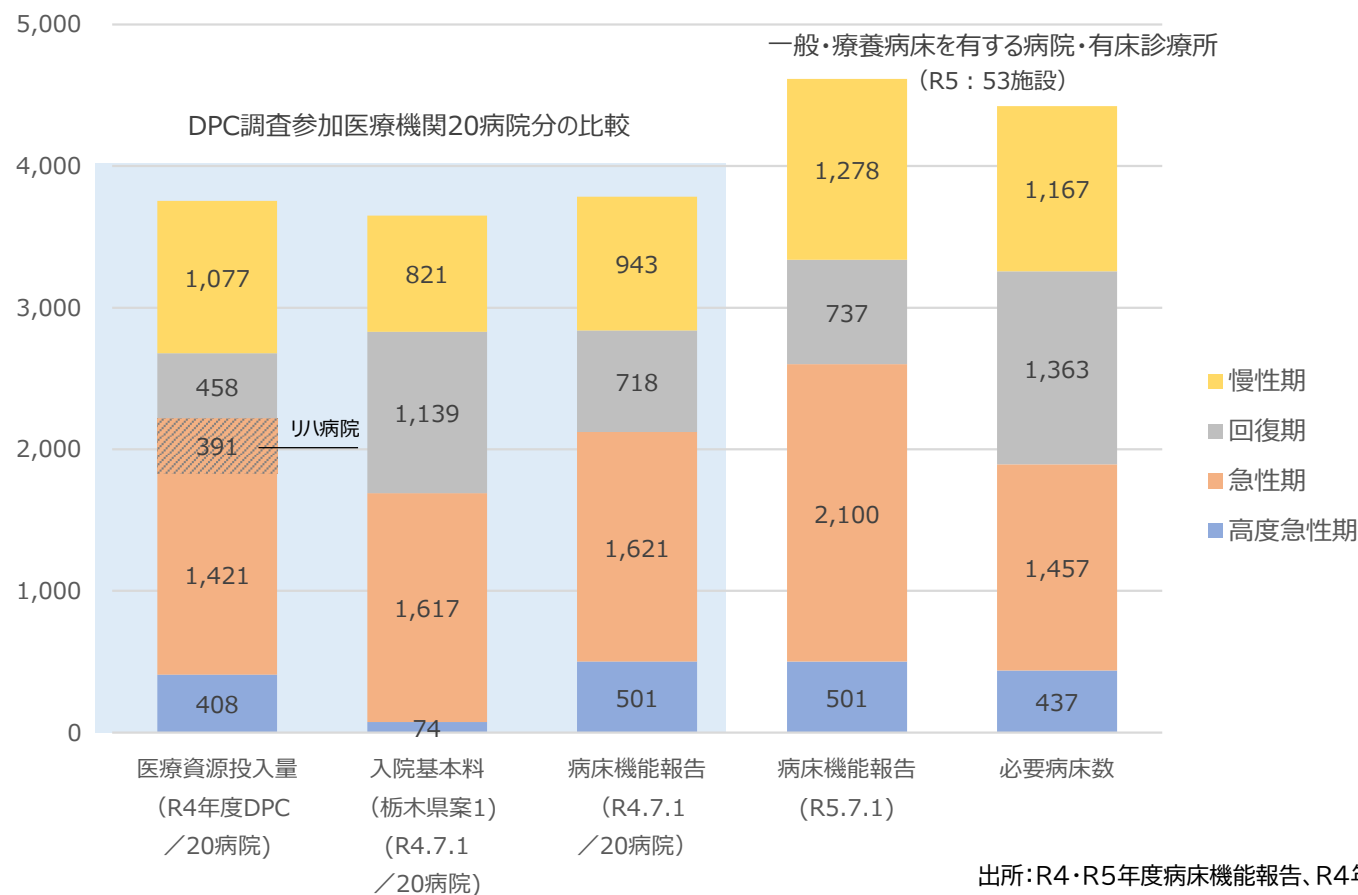


出所：厚生労働省「令和4年度DPC導入の影響評価に関する調査」より作成

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



2 現状と課題 — データ —

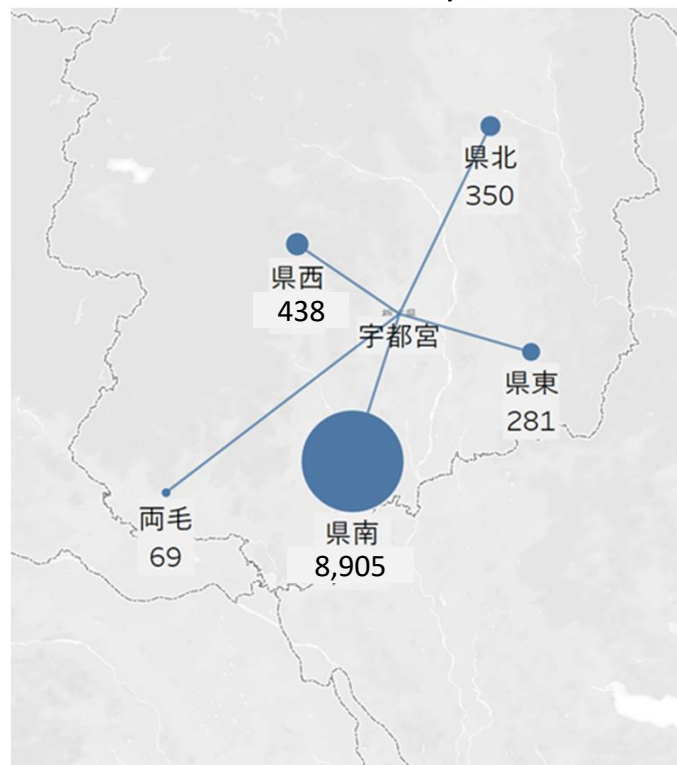
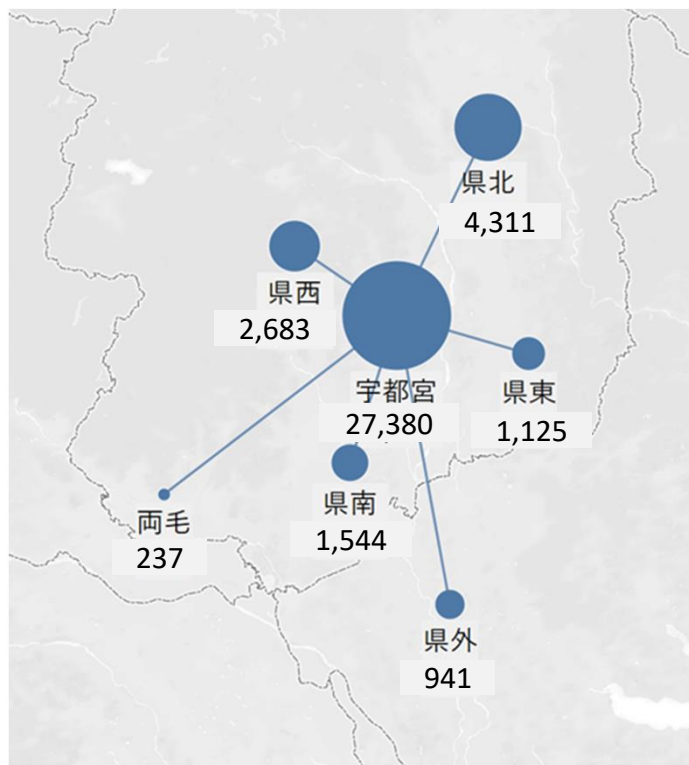
宇都宮医療圏の入院患者流出入状況(令和4年度DPCデータ)

- 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】

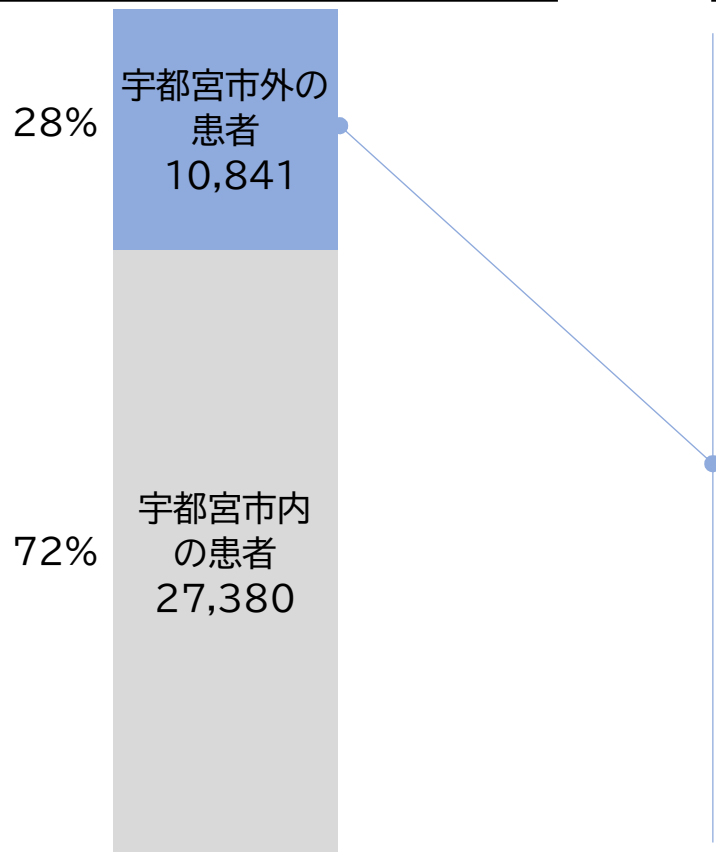
医療圏内の患者のうち、他医療圏の施設に入院した患者が占める割合

2 現状と課題 — データ —

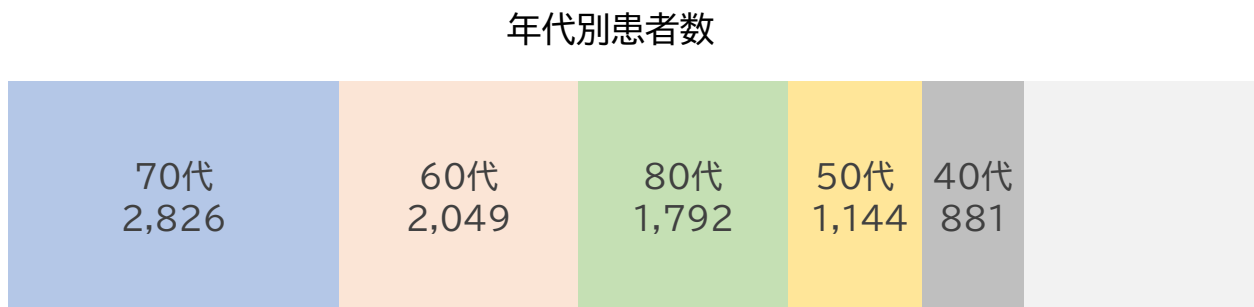
宇都宮医療圏の入院患者の流入状況①(流入患者数・流入元市町・年齢)

- 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

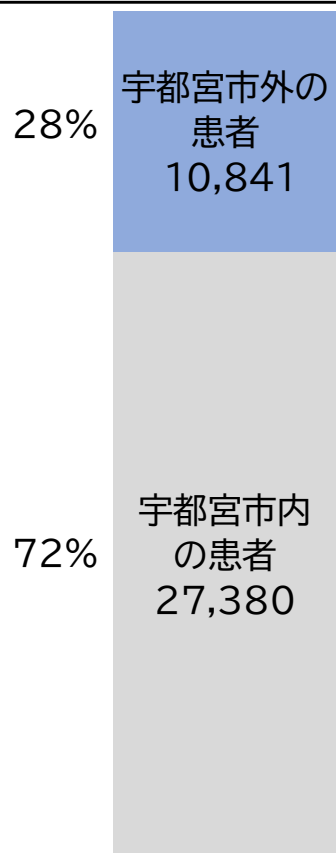


2 現状と課題 — データ —

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)

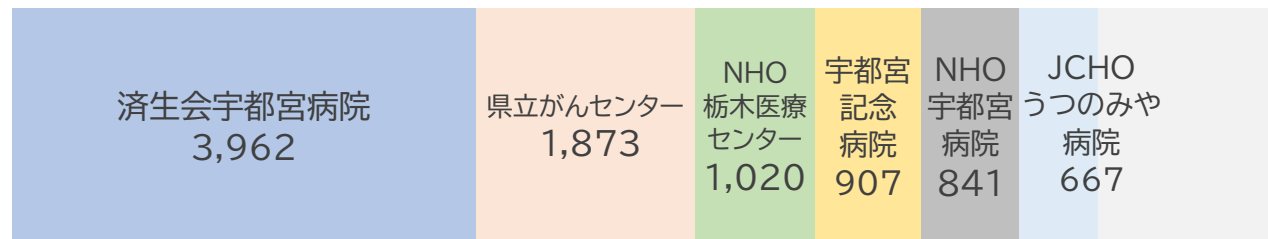
- 流入患者の入院先を見ると、「**済生会宇都宮病院**」「**県立がんセンター**」「**NHO栃木医療センター**」など**公的医療機関を中心に患者を受け入れている**
- 流入患者の疾患を見ると、「**新生物**」、「**循環器系の疾患**」、「**損傷、中毒およびその他の外因の影響(骨折など)**」が多い
⇒ **高齢者に多い疾患の流入患者を限られた医療機関で受け入れている状況**

宇都宮圏域の入院患者の構成
(人・%)

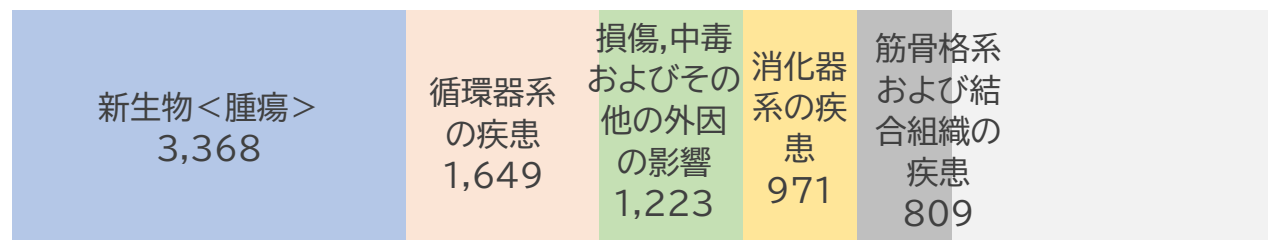


流入患者の属性②

入院先別患者数



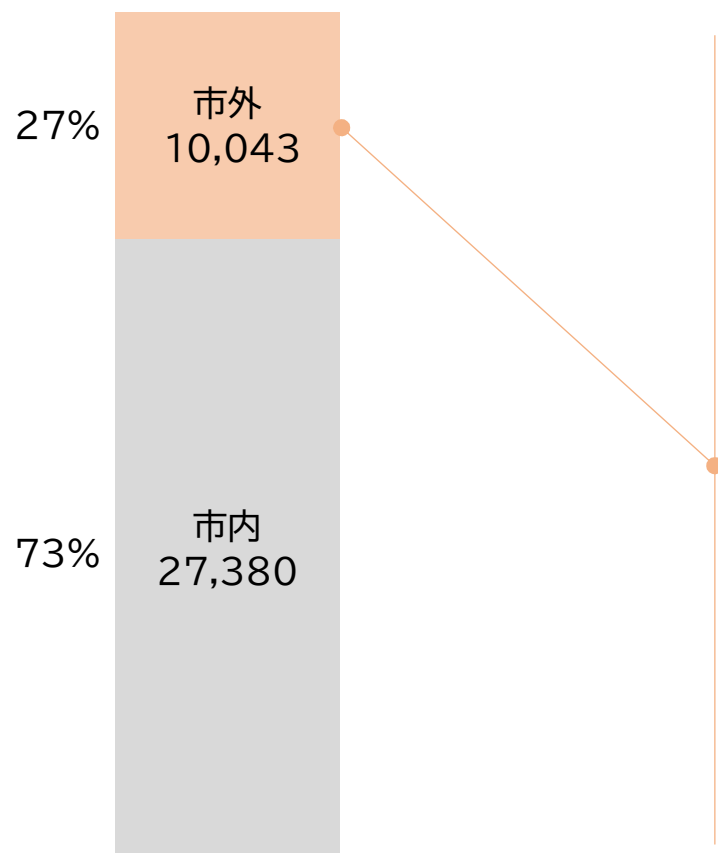
疾患別患者数



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)

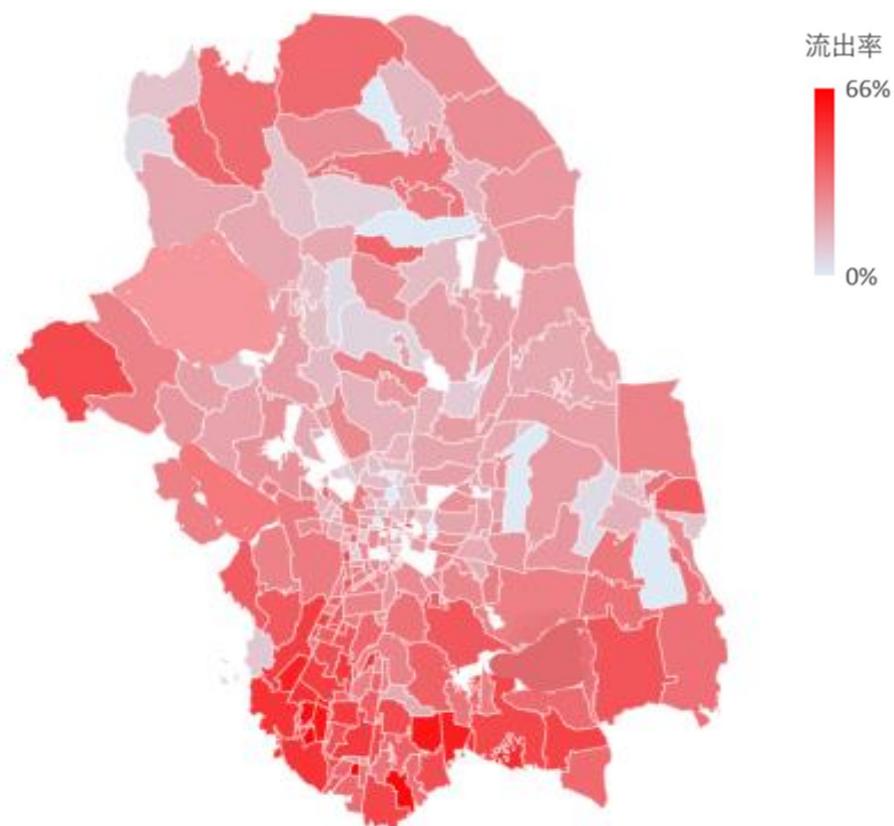
- 宇都宮市在住の入院患者の流出率を町域別に見ると、**市南西部、南東部の流出が多い傾向**にある

宇都宮市に住む患者の入院先
(人・%)



流出患者の属性①

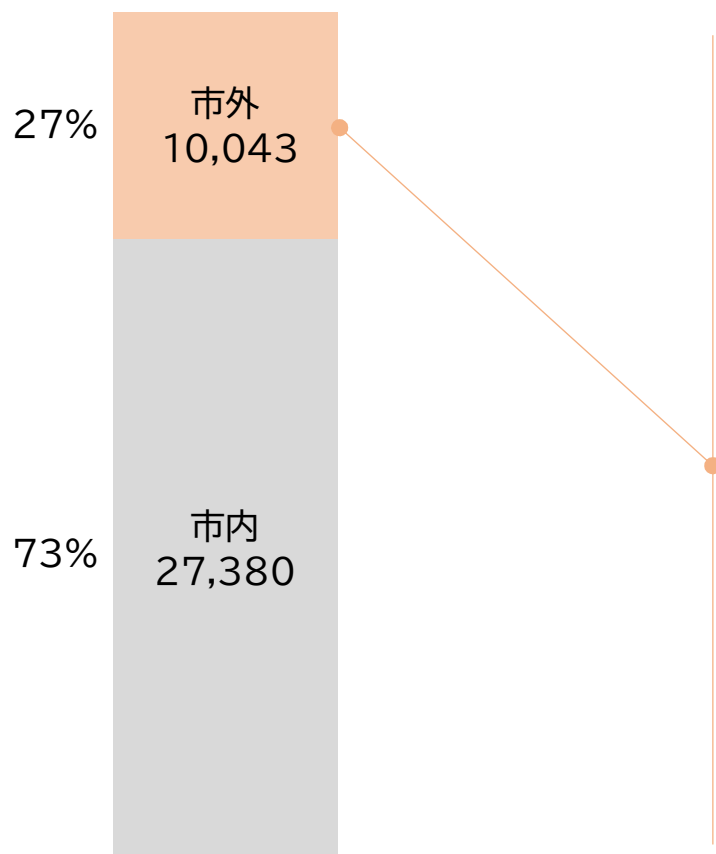
宇都宮市の町域別流出状況(流出率)



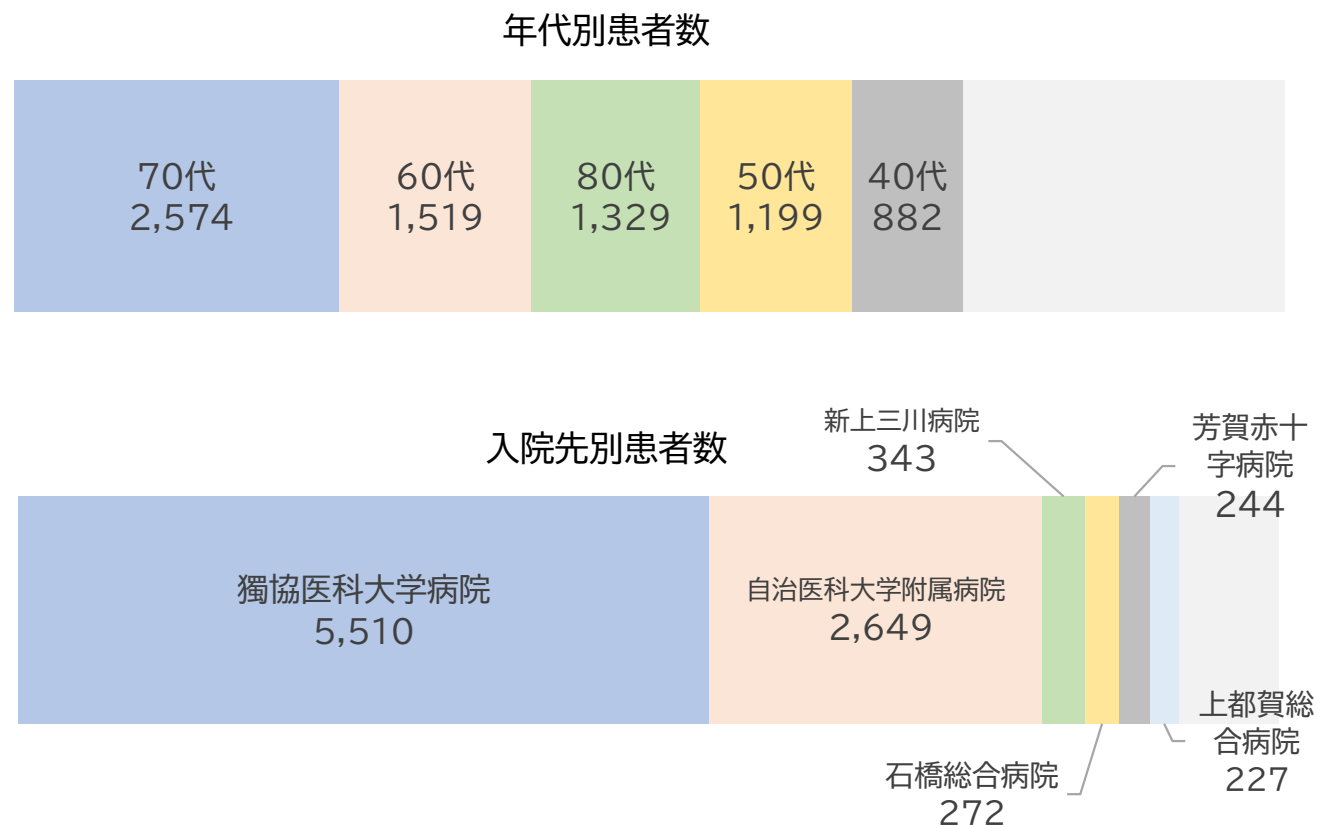
宇都宮医療圏の入院患者の流出内訳①(令和4年度DPCデータ)

- 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・%)



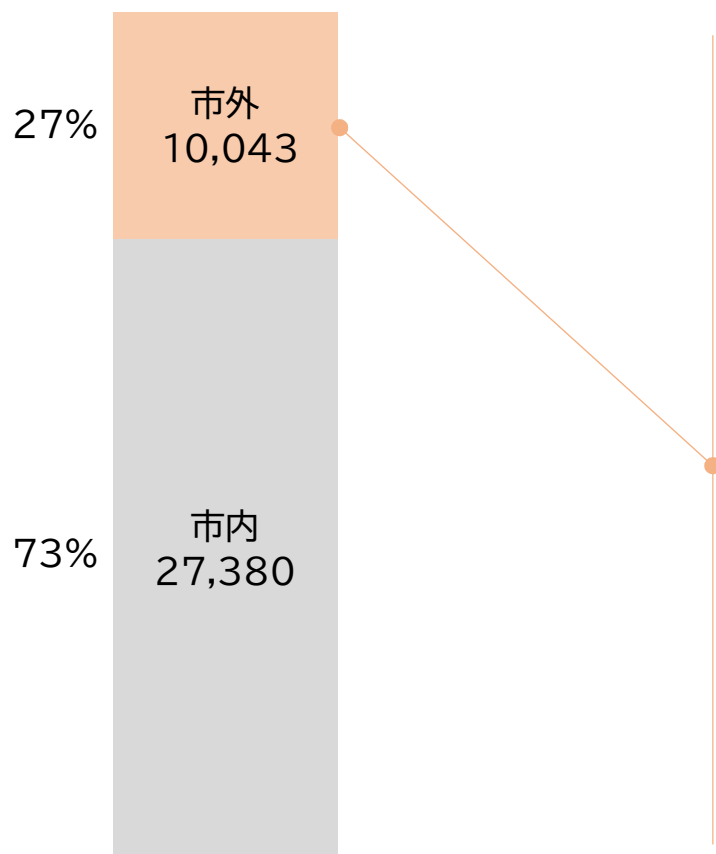
流出患者の属性②



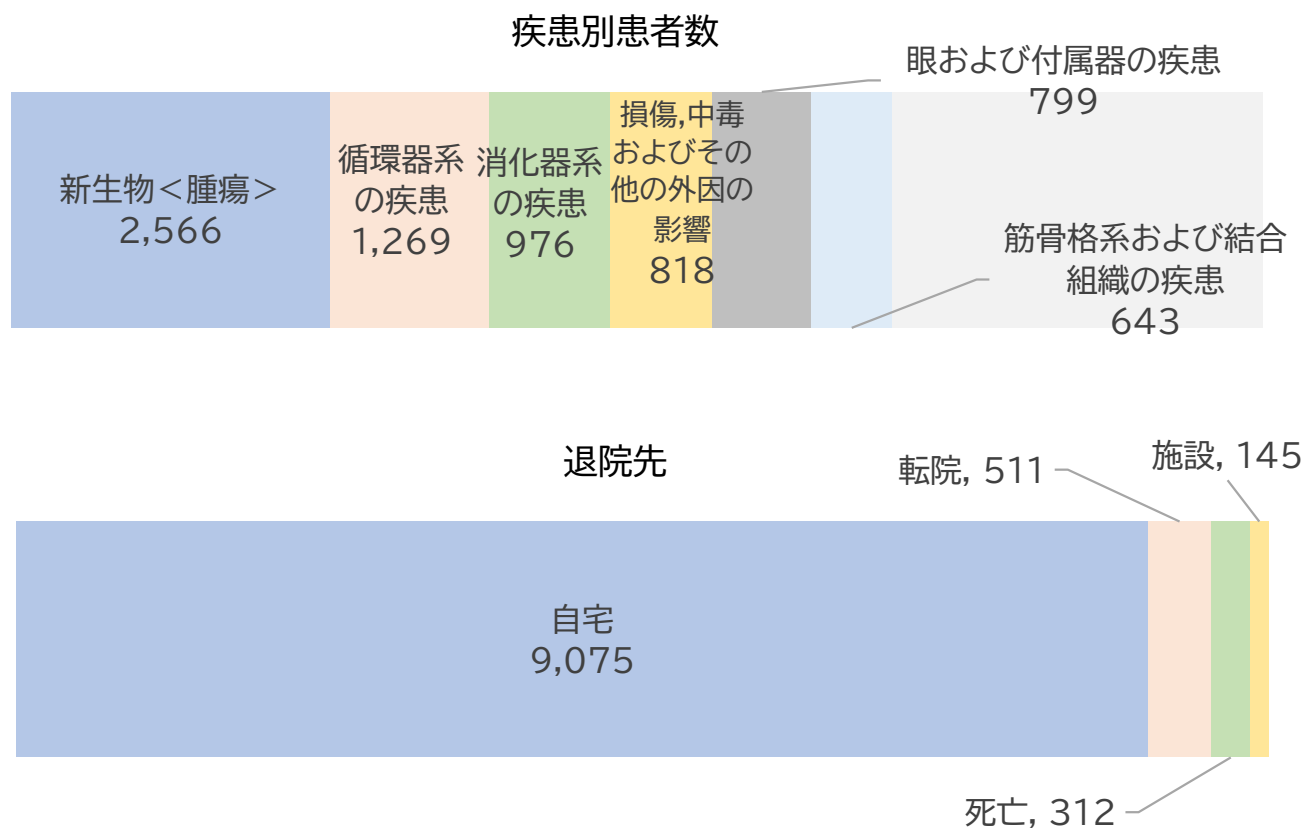
宇都宮医療圏の入院患者の流出内訳①(令和4年度DPCデータ)

- 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・%)



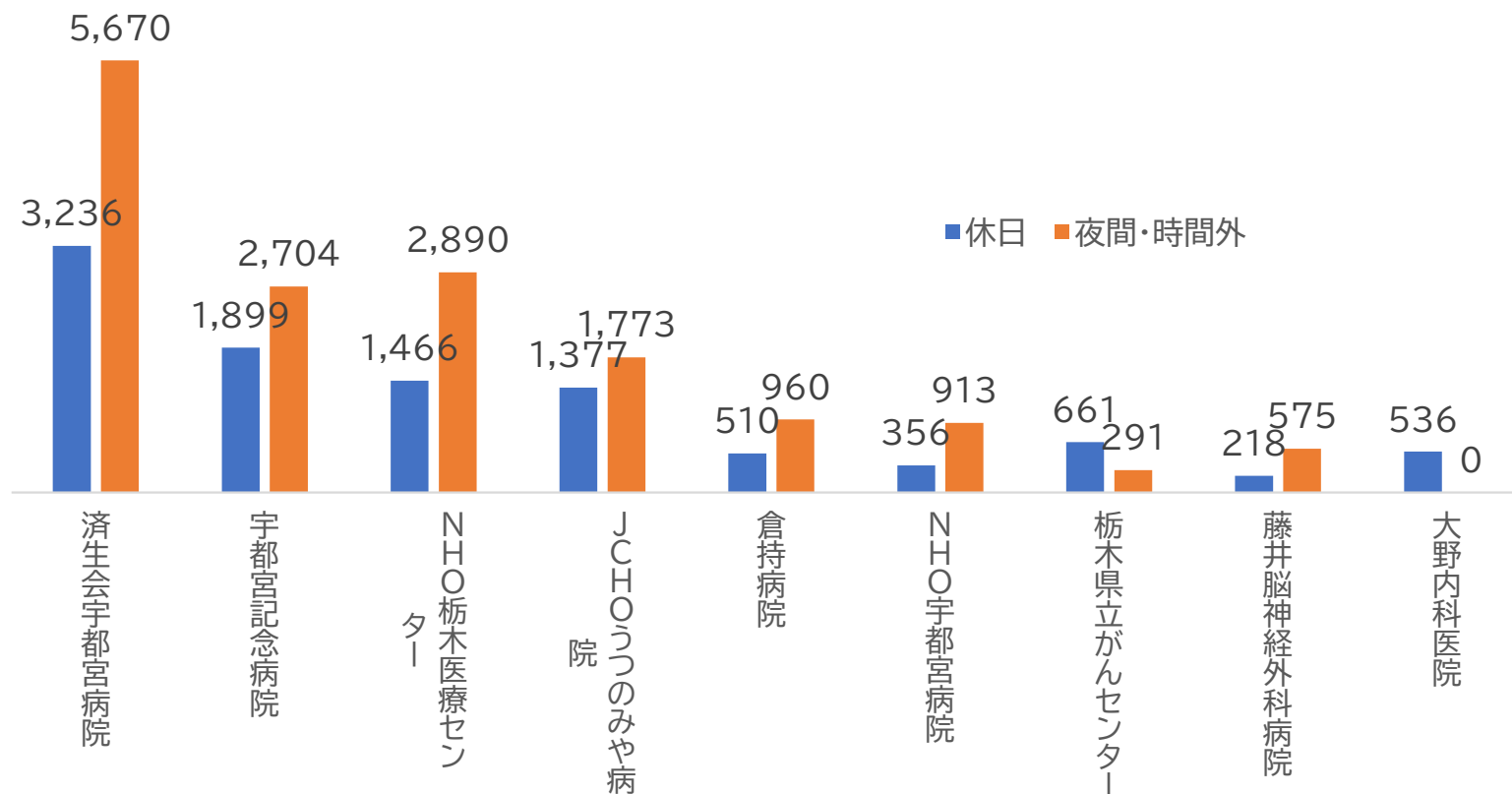
流出患者の属性③



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		
			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

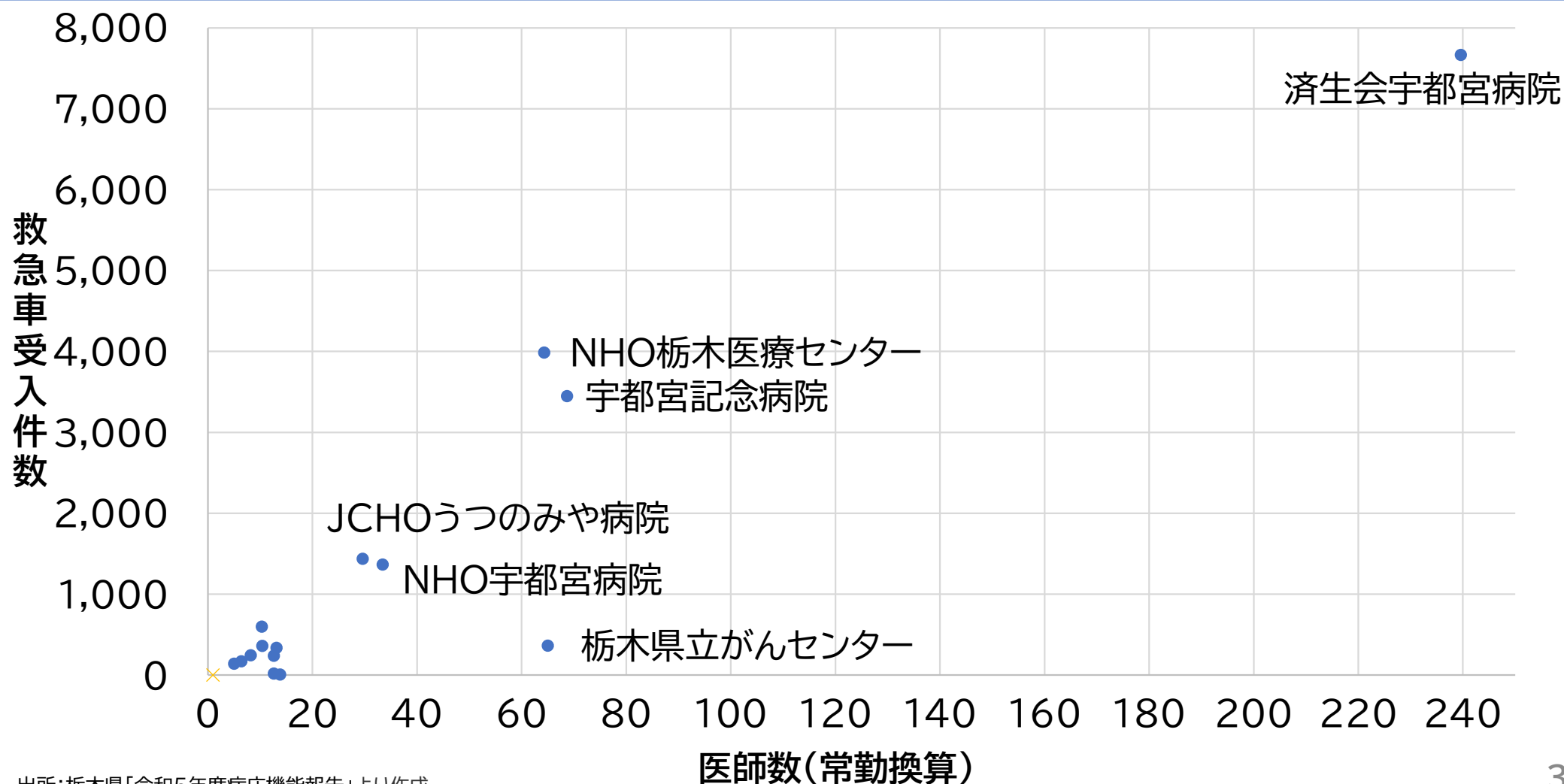
(※1) ()内は、人口10万人当たりの医療機関数 (※2) 輪番病院における一般病床の合計

(※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 県西地域医療構想調整会議	資料7
令和6(2024)年12月4日(水)	

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

地域医療構想の推進のための支援策の概要

「地域医療構想調整会議」における協議に基づき、医療機能の分化・連携に取り組む医療機関に対し、地域医療介護総合確保基金による補助金及び給付金の交付や医療提供体制の確保に資する設備の特別償却制度による税制措置を通じて、地域医療構想の実現を支援するもの

地域医療構想の実現に向けた取組

地域における役割分担の明確化と将来の方向性を「地域医療構想調整会議」で協議し、その結果に基づき、医療機関が施設整備・設備整備等を実施

(例)

- 急性期病床を回復期病床へ転換するための改修工事
- 急性期病床を廃止し、当該病室を他の用途に変更するために必要な改修工事
- 回復期に機能転換する病棟への設備整備、リハビリスタッフの雇用

地域医療介護総合確保基金 (I-1, I-2事業)

延長部分

- ◆ **医療機能分化・連携支援事業費補助金**
回復期病床への転換や病床のダウンサイジングによる用途変更に係る施設・設備整備等の費用を補助
- ◆ **病床機能再編支援事業費給付金**
回復期以外の病床を削減する医療機関に対し、削減する病床数や病床稼働率に応じて給付金を支給
- ◆ **医療機能分化・連携県民理解促進事業費補助金**
医療機能分化・連携をテーマに県民に向けた講演会等を開催する医療機関へ必要な経費の一部を補助

医療提供体制の確保に資する設備の特別償却制度

- ◆ **病床再編等の促進に向けた特別償却**
具体的対応方針に基づく病床再編等に関するもので、工事により取得又は建設した病院・診療所用の建物が対象
- ◆ **医療用機器の効率的な配置の促進に向けた特別償却**
全身用MRI、全身用CTが対象
- ◆ **医師及び医療従事者の労働時間短縮に資する機器の特別償却**

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

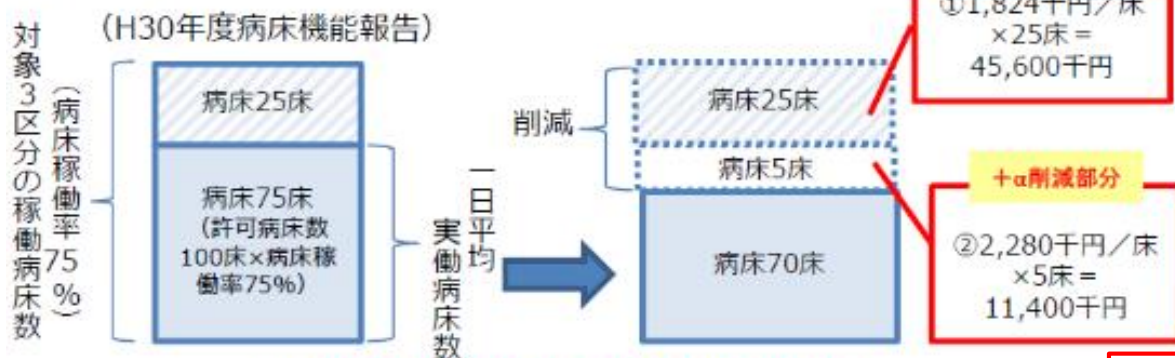
- 平成30年度病床機能報告において、対象3区分として報告された病床の稼働病床数の合計から一日平均実働病床数（対象3区分の許可病床数に対象3区分の病床稼働率を乗じた数）までの間の病床数の減少について、対象3区分の病床稼働率に応じ、減少する病床1床当たり下記の表の額を支給

※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】



※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	