

令和6(2024)年度第2回県東地域医療構想調整会議
並びに病院及び有床診療所会議 合同会議 次第

日時：令和6(2024)年11月27日(水) 13:30～

場所：栃木県庁芳賀庁舎4階大会議室・WEB

1 開 会

2 議長あいさつ

3 議 題

- (1) 令和6年度における地域医療構想の検討状況等について【資料1-1】
- (2) 「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】
(県東地域 抜粋版)
- (3) 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】
-定量的基準による検討について-
- (4) 医療提供状況等について【資料3】
-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-
- (5) 宇都宮構想区域 区域対応方針の策定について【資料4】
- (6) 救急医療提供体制について【資料5】
- (7) その他

4 閉 会

令和6年度第2回 県東地域医療構想調整会議並びに病院及び有床診療所会議 出席者名簿

No.	選出区分	団体・役職等	氏名	備考
1	保健医療関係団体	芳賀郡市医師会在宅医療担当理事	趙 達 来	出席（会場）
2		芳賀歯科医師会長	木 代 宏	出席（会場）
3		芳賀郡市薬剤師会長	山 口 友 也	出席（自施設）
4		栃木県看護協会県東地区支部長	三 橋 明 美	欠席
5	地域病院等（公的）	芳賀赤十字病院長	本 多 正 徳	出席（会場）
6	地域病院等（民間）	真岡病院長	横 田 徳 継	出席（会場）看護部長 馬込公子
7	地域病院等（有床診）	医療法人弘真会理事長（二宮中央クリニック）	鈴 木 一 実	出席（自施設）
8	地区老人福祉施設協議会	特別養護老人ホーム椿寿園施設長	近 藤 多 起 夫	出席（自施設）
9	地区老人保健施設協議会	医療法人櫻美会理事長（ナーシングホーム青葉）	櫻 井 豊	出席（会場）
10	社会福祉関係団体	真岡市社会福祉協議会長	磯 野 里 子	欠席
11	介護従事者確保関係団体	芳賀郡市管内介護支援専門員連絡会長	高 橋 圭 子	令和6年度～新任 欠席
12	住民・患者代表者	真岡市女性団体連絡協議会長	猪 野 正 子	令和6年度～新任 欠席
13	医療保険者	全国健康保険協会栃木支部長	宮 崎 務	出席（自施設）
14	学識経験者	自治医科大学教授	阿 江 竜 介	欠席
15	市 町	真岡市健康増進課長	久 保 明 紀	出席（自施設）
16		益子町福祉子育て課長	三 尾 谷 治	令和6年度～新任 代理：保健センター所長 高浜幸子 出席（自施設）
17		茂木町保健福祉課長	櫻 井 光 一	出席（自施設）
18		市貝町町民くらし課長	國 井 美 由 紀	出席（自施設）
19		芳賀町健康福祉課長	仲 尾 周	出席（自施設）
20	健康福祉センター	栃木県参事兼県東健康福祉センター所長	大 原 智 子	出席（会場）
21	民間病院	福田記念病院長	福 田 晴 美	出席（自施設）
22		菊池病院長	菊 池 正 之	欠席
23		芳賀中央病院長	中 野 智 文	出席（自施設）：事務長 菊島章
24	有床診療所	小菅クリニック院長	小 菅 周 一	欠席
25		桜井内科医院長	櫻 井 豊	出席（会場）
26		二宮中央クリニック理事長	鈴 木 一 実	出席（自施設）
27		真岡メディカルクリニック理事長	飯 村 修	欠席
28		普門院診療所院長	田 中 麻 香	出席（自施設）
29	地域医療構想アドバイザー	栃木県医師会長	小 沼 一 郎	欠席
30		栃木県医師会常任理事	白 石 悟	欠席
31	【事務局】 県東健康福祉センター	次長兼総務福祉部長	吉 田 昌 広	
32		地域保健部長補佐（総括）	齋 藤 美 保 子	
33		部長補佐（総括）兼総務企画課長	小 堀 弘 人	
34		総務企画課主査	尾 島 好 一	
35		総務企画課主査	玉 木 志 保	
36		総務企画課主事	大 橋 建 太	
37		総務企画課技師	高 山 尚 志	
38	【事務局】 医療政策課	課長	原 戸 正 道	
39		主幹（GL）	早 川 貴 裕	
40		地域医療担当副主幹	渡 辺 光	
41		地域医療担当主査	竹 内 雄 飛	
42		地域医療担当主任	大 塚 雅 也	

※出席（自施設）はWEBによる参加

県東地域医療構想調整会議設置要綱

(設置)

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

(協議事項)

第2条 調整会議は、次に掲げる事項について協議する。

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

(組織)

第3条 調整会議は、委員25名以内をもって構成する。

2 委員は、次に掲げる者の中から県東健康福祉センター所長が委嘱する。

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

(任期)

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

2 委員は再任することができる。

(議長)

第5条 調整会議に議長を置く。

2 議長は、委員の互選により選出し、調整会議の進行にあたる。

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

(会議)

第6条 調整会議の会議は、県東健康福祉センター所長が招集する。

(部会)

第7条 議長は、必要に応じて部会を設置することができる。

(事務局)

第8条 調整会議の事務局は、県東健康福祉センターに置く。

(その他)

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

附 則

この要綱は、平成29年8月17日から実施する。

この要綱は、平成30年7月10日から実施する。

この要綱は、令和5年6月28日から実施する。

県東地域病院及び有床診療所会議設置要綱

(設 置)

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

(協議事項)

第2条 病診会議は、次に掲げる事項について協議する。

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

(組 織)

第3条 病診会議は、次に掲げる者をもって組織する。

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

(議 長)

第4条 病診会議に議長を置く。

- 2 議長は、県東地域医療構想調整会議の議長が務める。

(会 議)

第5条 病診会議の会議は、県東健康福祉センター所長が招集する。

(事務局)

第6条 病診会議の事務局は、県東健康福祉センターに置く。

(その他)

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

附 則

この要綱は、平成30年7月10日から実施する。

令和6年度における地域医療構想の 検討状況等について

令和6(2024)年11月27日

栃木県 保健福祉部 医療政策課／県東健康福祉センター

本県における主な取組事項(案)

令和6年度第1回県東地域医療構想調整会議
資料1(P6)

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

推進区域の取組を踏まえた今後のスケジュール(案)

令和6年度第2回栃木県
地域医療構想調整会議
資料4(P5)を一部加筆

1. 会議

項目\年月		令和6(2024)年度							令和7(2025)年度	
		8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月		3月
県調整会議			9/13			中～下旬				4回程度開催
地域調整 会議	推進区域 (宇都宮)		9/24		下旬					4回程度開催
	推進区域 以外			今回	下旬～上旬					3回程度開催

2. 取組内容 ※今後の検討状況によっては変更となる可能性あり。

項目\年月		令和6(2024)年度							令和7(2025)年度
		8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	
【推進区域 (宇都宮)】 区域対応 方針策定	イメージ 共有		県・地域 調整会議						策定
	意見照会			文書による意見照会					
	案提示 (協議)				地域調整 会議	県調整 会議		調整 会議 (地域・県)	

※1 推進区域以外の構想区域と同様、現状と課題の整理、テーマを絞った協議を行いつつ、医療機関同士の機能分化・連携のほか、再編・統合の可能性も含めて、公立・公的医療機関の長等の意見交換を並行して実施

【推進区域 以外】 医療介護提 供体制の課 題整理、今 後の対応方 針の検討等	意見照会			文書による意見照会					
	協議			今回	現状と課題の整理 テーマを絞った協議		現状と課題の整理 テーマを絞った協議		課題に対する今後の 対応方針に係る協議
	区域対応方 針策定※2								区域対応方針策定

※2 次期地域医療構想の策定を見据え、推進区域以外の構想区域においても、最終的には区域対応方針に相当する計画を策定

宇都宮構想区域(モデル推進区域)に係る区域対応方針策定のプロセス

令和6年度第2回栃木県
地域医療構想調整会議
資料4(P3)

9月13日 栃木県地域医療構想調整会議・議長連絡会
9月24日 宇都宮地域医療構想調整会議

イメージ
の共有

- 厚生労働省が示す区域対応方針の様式例の項目及び記載内容のイメージを説明



本県では、策定に当たって地域の意見を反映させるため、事前照会を実施

10~11月 文書照会

意見照会

区域対応方針の記載内容(主にグランドデザインの欄)に係る意見照会

対象:県・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構成員

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



11月、2~3月 宇都宮地域医療構想調整会議

↓
12月、2~3月 栃木県地域医療構想調整会議・議長連絡会

協議

- 意見照会結果を参考に事務局が作成した区域対応方針(案)を提示
- 地域(宇都宮構想区域)で協議した後、県地域医療構想調整会議で採決



策定

令和7(2025)年4月~

区域対応方針に基づく取組

令和8(2026)年度

次期地域医療構想の策定

推進区域以外の構想区域においても区域対応方針に相当する計画を策定し、取組を推進

10～11月 文書照会

意見照会

グランドデザイン(県全体の医療構想)、地域で生じている課題等に係る意見照会
対象:県・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構成員
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



11月下旬～12月上旬 宇都宮以外の地域の地域医療構想調整会議

協議

(課題整理)

- ・ 照会結果の共有、意見交換
- ・ 現状と課題の整理
- ・ テーマを絞った協議(例:救急医療)



2月～3月 宇都宮以外の地域の地域医療構想調整会議

協議

(課題整理)

- ・ 現状と課題の整理
- ・ テーマを絞った協議(例:外来医療、在宅医療、介護)



令和7(2025)年度

協議

(対応方針)

- ・ グランドデザイン
- ・ 課題に対する今後の対応方針



区域対応方針に相当する計画の策定



令和8(2026)年度
次期地域医療構想の策定

「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

(県東地域 抜粋版)

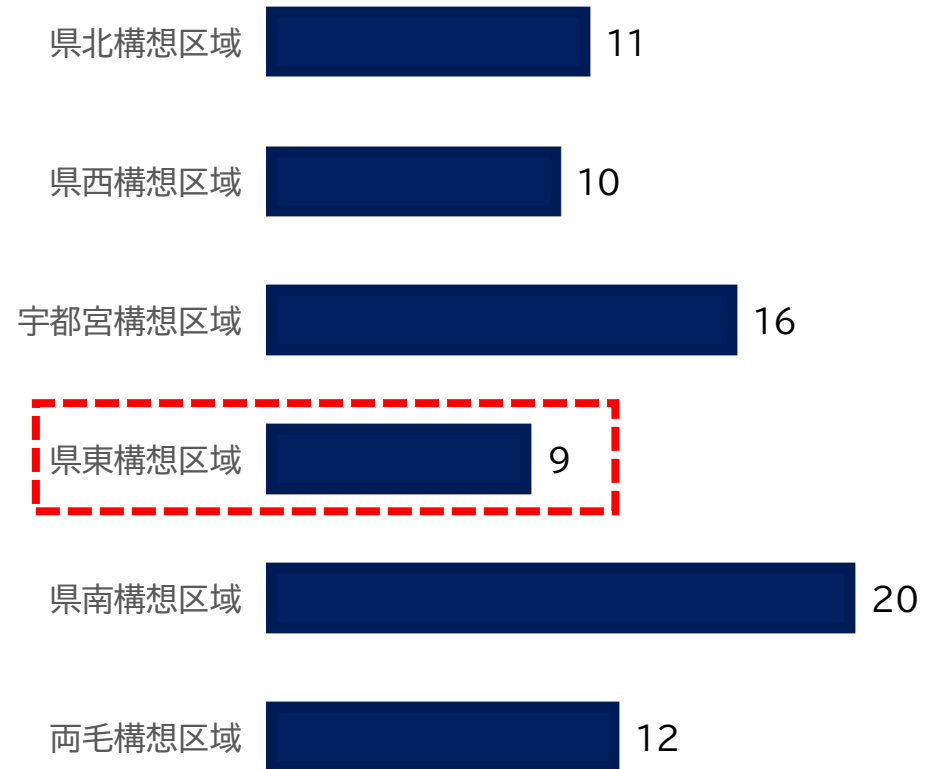
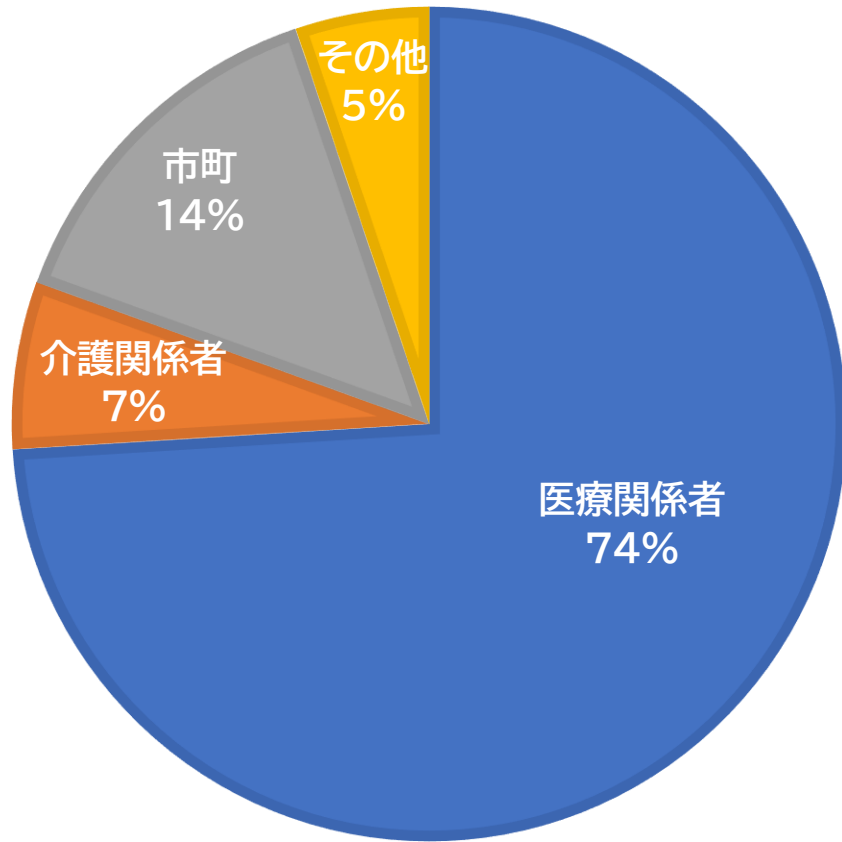
令和6(2024)年11月27日

栃木県 保健福祉部 医療政策課／県東健康福祉センター

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(県東構想区域)

グラントデザイン

- 今後の人口や医療ニーズの変化、他の構想区域への流出状況等を踏まえ、可能な限り地域で完結する医療提供体制及び医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築が必要
- 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、区域内の医療機関間、医療機関・高齢者施設間の機能分化・連携が必要

医療・介護提供体制の現状と課題

- 医療・介護人材の不足、育成
- 医療提供体制の充実(在宅復帰を目的とする回復期機能・地域包括ケアシステムを支える医療資源の不足、医師の高齢化、急性期を脱した患者の円滑な転院調整等)
- 救急医療体制の充実(夜間・休日の初期救急対応、下り搬送の連携強化等)
- 在宅医療、医療・介護連携の充実(質の向上、在宅医療・介護提供施設の不足、病状が不安定な患者でも一定程度の対応が可能な介護施設)
- 医療・介護に関する住民の理解促進や参画
- 経営状況の悪化

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)、**区域内で可能な限り完結する医療提供体制の構築** との回答が多かった。

県東構想区域に所属する方の意見

- 医療・介護・生活支援が住民を支えるいわゆる地域包括ケアシステム
- 地域包括ケアシステムの構築が理想
- 医療圏内で、可能な限り完結する医療供給体制の構築
- 地域共生社会の実現に向けたネットワーク構築の中で、住民を巻き込んだ地域医療の構築
- 2025年4月新病院に移転し、急性期、回復期、慢性期医療を更に充実させる。
- 地域包括ケアシステムの構築

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(在宅医療、急変時の受入先)、医療と介護の連携体制の不十分さ、介護施設の不足 との回答が多かった。

県東構想区域に所属する方の意見

- 介護職員の減少で閉鎖する事業所がでている
- 病状が不安定な患者さんでも対応できる介護系の施設の充実が望まれる
- 二次医療機関が1病院しかないため、地域の他の3病院と後方連携の強化を進めている状況であるが、地域内で完結するのは困難な状況である。それぞれの病院のベッド回転率を向上させる必要があるが、そのためには介護施設や在宅医療の受け皿が必要である。
- 労働人口の不足が一番の問題である。高齢者医療介護も不足しているが、上記の問題があり、十分に提供できていない。また、医療費・介護費を削られ、ベースアップ困難でもある。介護医療院が不足
- 介護士不足
- 地域包括ケアシステムを支える医療資源が不足、医師の高齢化
- 介護職員の減少で閉鎖する事業所がでている
- 病状が不安定な患者さんでも対応できる介護系の施設の充実が望まれる

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。

回復期医療(在宅復帰のための医療) との回答が多かった。

県東構想区域に所属する方の意見

- 療養型が少ない
- 在宅復帰のためのリハビリテーションのできる施設が十分ではない
- 回復期が不足
- 周産期特に分娩施設の減少の影響が不透明
- 肺がん治療、心大血管治療
- きちんと医療ができるように十分な収入を国は守るべきである。ほとんどの病院が赤字になる様な保険点数では縮小するばかりである。
- 在宅診療を行う医院が少ない

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「医療機関間の連携」との回答が多かった。

県東構想区域に所属する方の意見

- 待ち時間が長いと疲れてしまうとの声が多い
- 県内での救急を要する医療及び高度な医療、救命救急が受けられる体制
- 精神科救急の体制強化(精神科の治療と身体科疾患の治療を両立できる体制がないと精神疾患患者の緊急時の受け入れに困難をきたす。)
- 救急患者の速やかな搬送体制
- インフレに対し、削られていくのでは経営が成り立たず、充実させたくても不可能である。
- 救急・救命・高度医療が2024年6月で更にマイナス改訂になっている。補助金を入れないと潰れる。
- 介護事業所の満足度が利用者や家族にわかるようなサービスがあるとよい

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。

医療従事者・介護従事者の確保、地域間(圏域を超えた)連携 との回答が多かった。

県東構想区域に所属する方の意見

- ・ 介護職員の確保が困難になってきている
- ・ 病病連携・医介連携ができる県下統一システムがあるとよりスムーズになる。
- ・ 医療介護人材の確保。
- ・ 広域救急患者搬送システム、県内・県外の三次救急連携システムの構築
- ・ 連携も努力しているし救急も頑張っているが、経営が困難でベースアップできない(又は少ない)ため、他業種に辞めていく職員も出てきている。
- ・ とにかく看護師や介護士不足と地域によって事業所が多い
- ・ 医療介護従事者を安定的に確保できない。特に介護従事者。

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、耳鼻科・眼科等に係る救急医療) との回答が多かった。

県東構想区域に所属する方の意見

- 待ち時間の短縮で体力消費を少なくしたい
- 緊急手術を要する大動脈疾患を24時間365日受けられる医療体制
- 耳鼻科や眼科などの救急医療体制
- 先ず、補助金。
- 24時間365日受けられる医療体制、耳鼻科や眼科など
- 3次救急でも医師数・スタッフ数が十分に確保できないと無理だと思う。
- 緊密な病診連携の体制

②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-1)

1.あなたの所属する構想区域における救急医療(初期・二次・三次救急)

夜間・休日の初期救急・急性期を脱した患者の転院調整に課題があるとの回答が多かった。

県東構想区域に所属する方の意見

- 初期、2次救急医療までについては問題はない
- 3次救急は行っていない
- 三次救急医療機関はないが、隣接医療機関との連携が取れている。
- 二次救急医療機関は1施設しかなく常時対応が求められる。
- 常時救急患者用のベッド確保が必要であり、患者数が増える冬季・夏季はベッド確保が困難な状況になることもある。
- 下り搬送の連携を推進する事と、急性期を脱した患者の転院調整が課題である。
- 深夜の初期救急対応、地域住民への啓蒙活動
- 介護職の人員確保ができれば充足可能なところはある。
- 芳賀赤十字病院が頑張ってくれている
- 医療機関数の減少や医師の高齢化により休日当番医の確保が困難

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(医療機関が少ない、偏在している等)との回答が多かった。

県東構想区域に所属する方の意見

- 在宅医療を担う施設が不足している
- 今年度の介護報酬改定により、訪問介護事業所が撤退した地域がある。
- 在宅医療を支える一次医療機関も少なく、特に麻薬処方可能なクリニックが少ないことから、がん患者の在宅医療を支える医師の負担が大きい。
- 医療介護の質は守りたいが人員(収入)の確保が困難。
- 人件費率が60~70%となっている病院が多くなっている。
- みんな努力しているが限界です。
- 当院で頑張っている
- 在宅療養診療所が偏在

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)

医療提供体制が脆弱な分野・連携が不十分な分野がある といった回答があった。

県東構想区域に所属する方の意見

- 分娩数が減少している影響か、分娩取り扱い可能な医療機関が1つになる。医療圏外への流出が見込まれる。
- 災害時の医療機関連携の計画がない。フェーズごとの連携計画が必要である。
- 慢性疾患(心不全・糖尿病など)の連携体制が不十分である。地域連携パスの策定と運用が必要である。
- 放射線治療が実施できる医療機関がない。
- 2次救急病院が芳賀赤十字病院しかないため、かなり頑張ってくれている。
- 当院でも可能な限り連携をして頑張っているが、頑張っても収入が回らず私的病院の体力がなくなっている。公的病院もほとんど赤字です。
- 脳卒中、精神が弱い印象

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

うまくできている・連携が取れている といいの回答が多かった。

県東構想区域に所属する方の意見

- 24時間対応の在宅医療を行っている医療機関が少ない
- 各病院とかかりつけ医の連携はとれている。
- 質問の意思が不明
- 比較的うまくできている
- 精神科専門医の偏在…包括的に診療できる医師の育成

②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-5)

5.あなたの所属する構想区域における医療従事者の確保・医師の働き方改革

医療従事者の確保が難しい、医師の高齢化による影響が生じている との回答が多かった。

県東構想区域に所属する方の意見

- 医療職の確保は容易ではない
- 医療従事者の確保は課題。各職種とも不足している。
- 病院の医師の働き方改革はそれぞれ進めている。
- 苦勞しています
- 医師不足および高齢化が問題
- 産科開業医の高齢化、看護師の雇用状況が診療の縮小に直結する

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、介護事業所の休止・廃止があるとの回答が多かった。

県東構想区域に所属する方の意見

- ・ 介護支援専門員 理事会
- ・ 特定施設が不足している
- ・ 介護従事者、特に訪問介護に従事する職員が不足。訪問介護事業所の撤退がある。
- ・ サ高住等有料老人ホームは増えているが、特老が少ない。
- ・ ベースアップできる収入が必要
- ・ 介護士不足が慢性化している
- ・ 在宅を支える介護事業所の休止・廃止が目立っている

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(②-7)

7.あなたの所属する市町、地域における医療介護連携

顔の見える関係が構築されているとの回答が多かった。

県東構想区域に所属する方の意見

- 十分ではない
- 医介連携事業を積極的に進めている。事業開始以前よりも顔の見える関係が構築されている。
- 介護収入が乏しく、介護士不足もあり、継続が厳しい
- 介護保険による医介連携事業により、関係者間の顔の見える関係はできてきた。

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ると思いますか。

医療従事者・介護事業者の確保が困難である との回答が多かった。

県東構想区域に所属する方の意見

- 介護事業所の減少
- 医療従事者・介護従事者の確保対策(県外流出を防ぐ)
- 医師、看護師、介護士の確保が喫緊の課題
- 介護従事者の不足(地域ごとの偏り)

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)

財政支援 との回答が多かった。

県東構想区域に所属する方の意見

- インフレ率、燃料費など経費高騰に対する補助金
- ベースアップに対する補助金
- 介護および診療報酬の増加を強く望む
- このままでは倒産する医院が続出すると考える

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(③-2)

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。

財政支援 との回答が多かった。

県東構想区域に所属する方の意見

- 光熱費、水道費の免除
- 職員紹介料に対する(高すぎる)対応
- 派遣社員をとらざるおえないケースへの補助
- 介護および診療報酬の増加を強く望む→県の補助など
- このままでは倒産する医院が続出すると考える

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(③-3)

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。

県東構想区域に所属する方の意見

- 介護および看護師などのリクルートを手伝って欲しい

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。

努力を評価する との回答が多かった。

県東構想区域に所属する方の意見

- 十分に頑張ってくれているが、赤字なのが気の毒。
- 現時点で頑張っている

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。

医療機関間・医療と介護の連携体制の構築 との回答が多かった。

県東構想区域に所属する方の意見

- 地域の看護職の連携強化、質の向上に向けた取り組みを実施するため、まずは各病院の看護部長の会を開催する予定。
- 救急患者の即日紹介搬送の連携をすすめている。
- 医療と介護の連携を推進している

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。

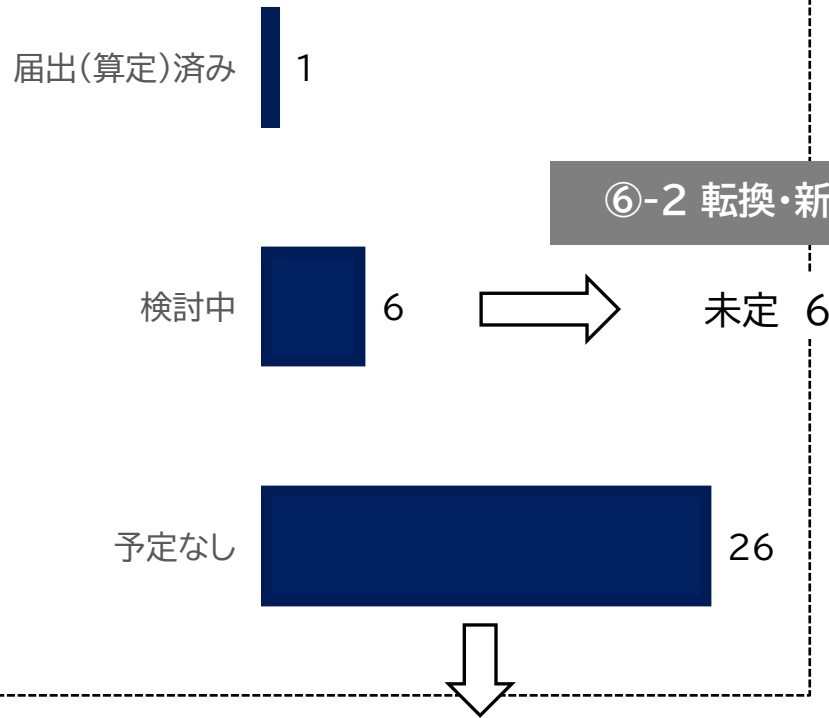
県東構想区域に所属する方の意見

- 病床機能の施設基準が厳しくなりベッドコントロールに影響がある。
- 求められる記録が多く、看護師の負担軽減には結びついていない。
- 施設が行う負担軽減の評価項目はあるが、診療報酬そのものが負担軽減にはなっていない。
- ベースアップ加算と言っても実質1%程度にしかならず、事務職員他決められた職種以外の財源なく、インフレなどで経費は上がる一方でマイナスしかなくていない。
- 現場を知らない役人による机上の空論から出した非現実的な粗悪な改定だと思う
- 介護報酬改定をきっかけに、訪問介護事業所・居宅介護支援事業所が閉鎖されたため、地方事業所の影響についても配慮した改定となるよう検討していただきたい。

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。

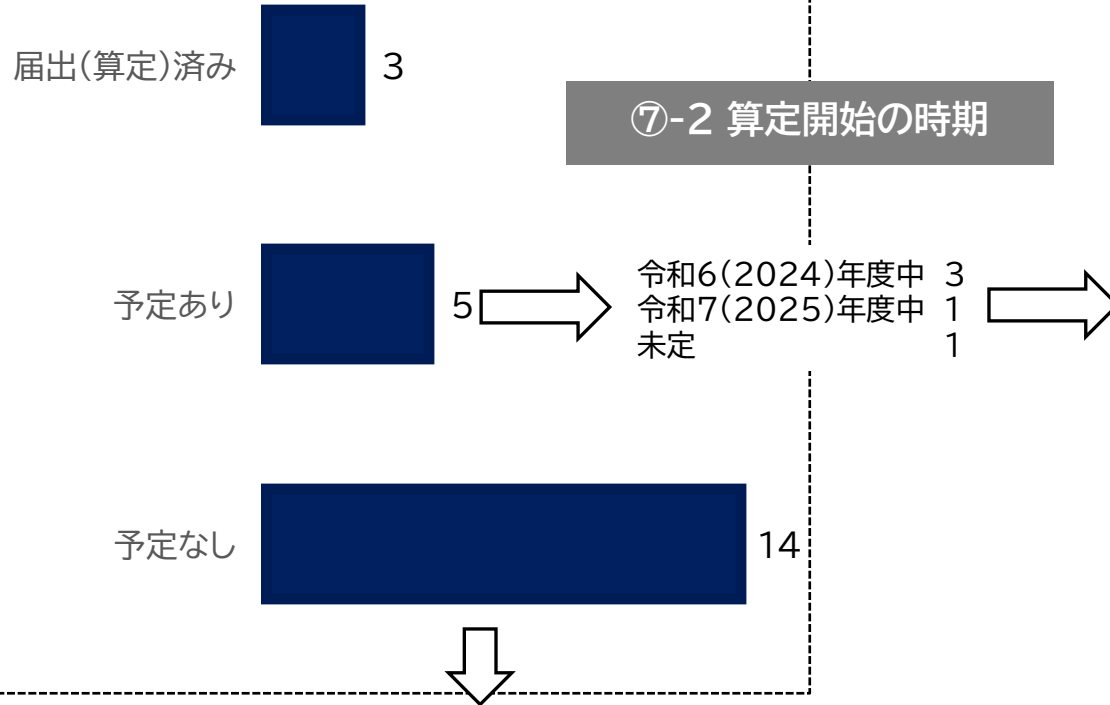
⑥-4 転換・新設をしない、またはできない理由

- 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



⑦-3 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。

県東構想区域に所属する方の意見

- 課題の抽出、課題ごとの部会などの開催
- (紹介業社の紹介料の対策を)
- ハローワークなどで医療系専門窓口を作り広報するなどと助かります。

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。

県東構想区域に所属する方の意見

- 様々な会議体があるがそれらがどう連携して問題解決してくのかを整理する必要があるのではないのでしょうか。
- 病院が潰れないようによく見てもらい、よく対応を考えてもらいたい。
* 関東の日赤病院は全て赤字。県内大学病院も赤字。済生会も赤字ですよ。

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／県東健康福祉センター

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

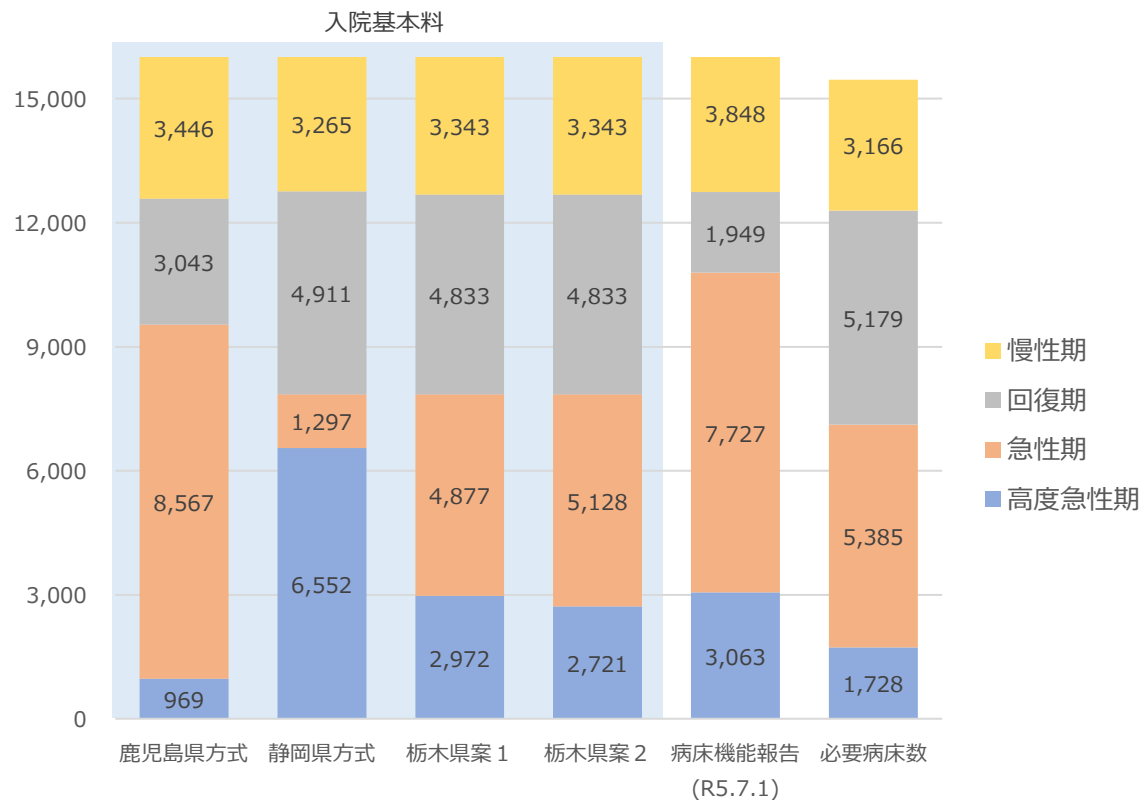
No.	入院基本料等	鹿児島県	静岡県	栃木県案1	栃木県案2
33	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
34	小児特定集中治療室管理料	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
35	新生児特定集中治療室管理料1	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
36	新生児特定集中治療室管理料2	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
37	総合周産期特定集中治療室管理料(母胎・胎児)	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
38	総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	高度急性期	高度急性期	高度急性期	高度急性期
39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



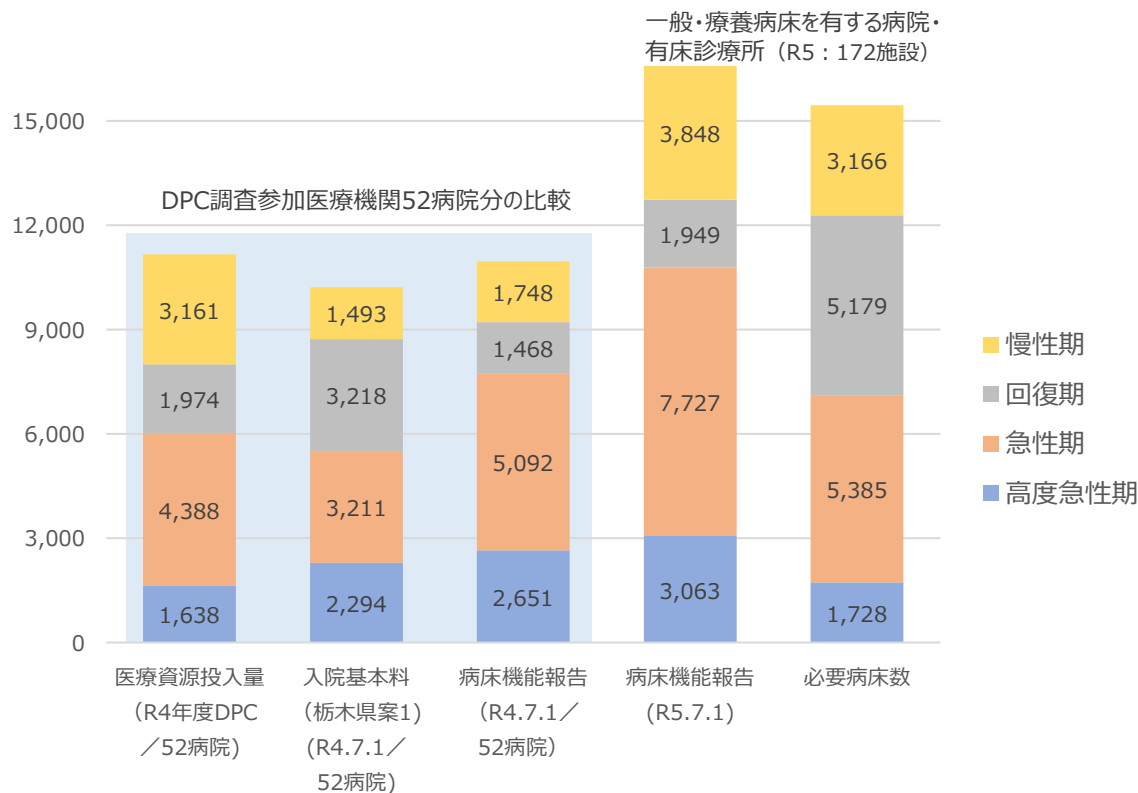
- “ この結果がおかしいとは思わない
- “ 病床機能報告上は急性期でも実際の診療内容が回復期の場合もあり、現場の実態に近いのではないかと
- “ このように整理すると辻褄が合うというだけで、実際の医療体制はこの数字のようになっていない
- “ 数合わせに徹底した感じが否めない
- “ 看護師の数の関係で、急性期一般入院料1~3は取れないが、救急などの対応をしている中で、これでは、回復期扱いになる
- “ 急性期をやっている有床診療所は限られているので、静岡県方式に合わせる必要はなく、栃木県としてしっかりと数を把握すべき

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

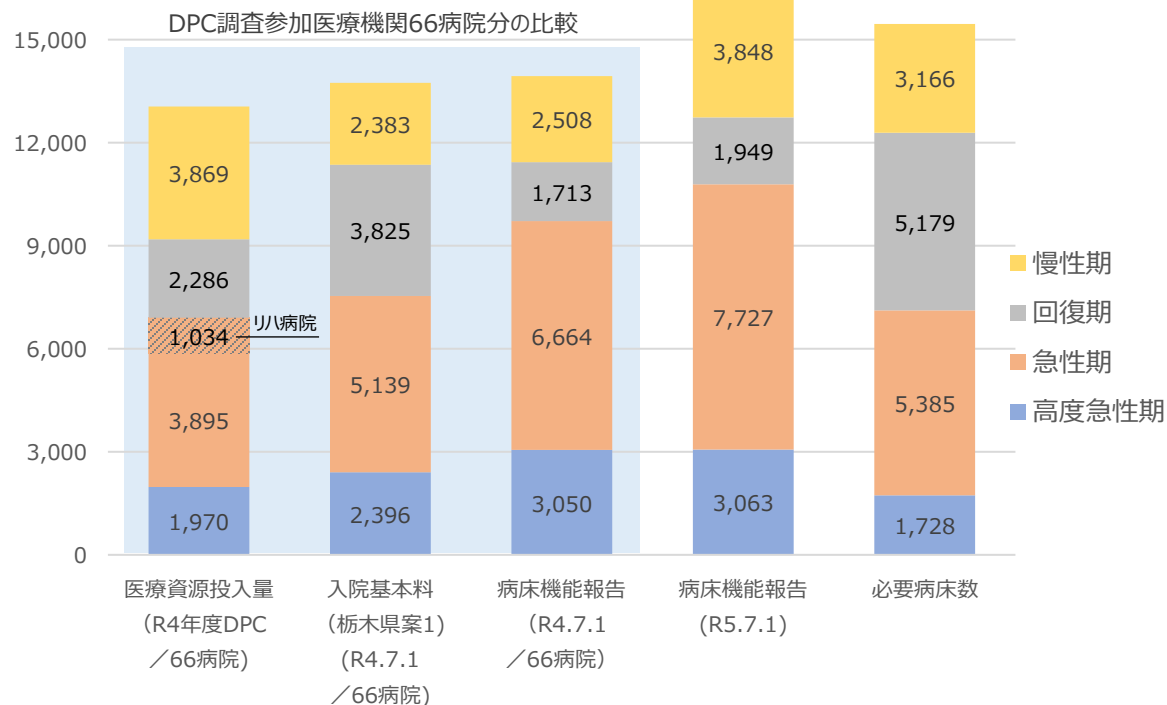
3 検証結果のまとめ (i)

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

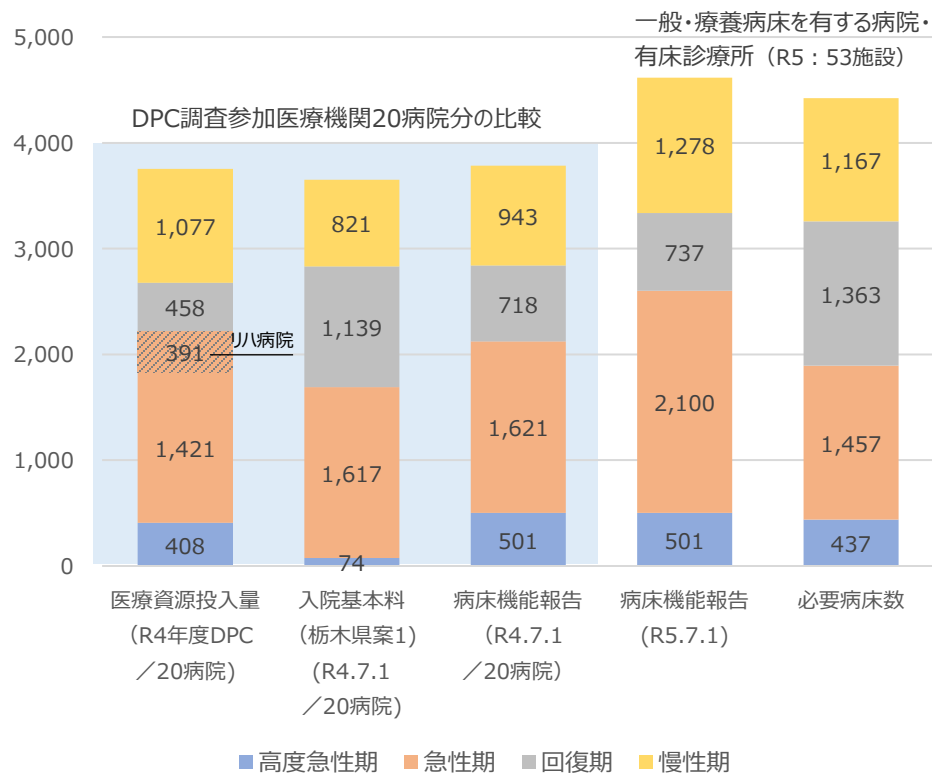
- DPC調査参加病院以外の病院や有床診療所に係る医療資源投入量の算出（データ収集）が困難なため、病床**“数”**の議論への活用は**限定的**

3 検証結果のまとめ (ii)

各圏域の比較結果①

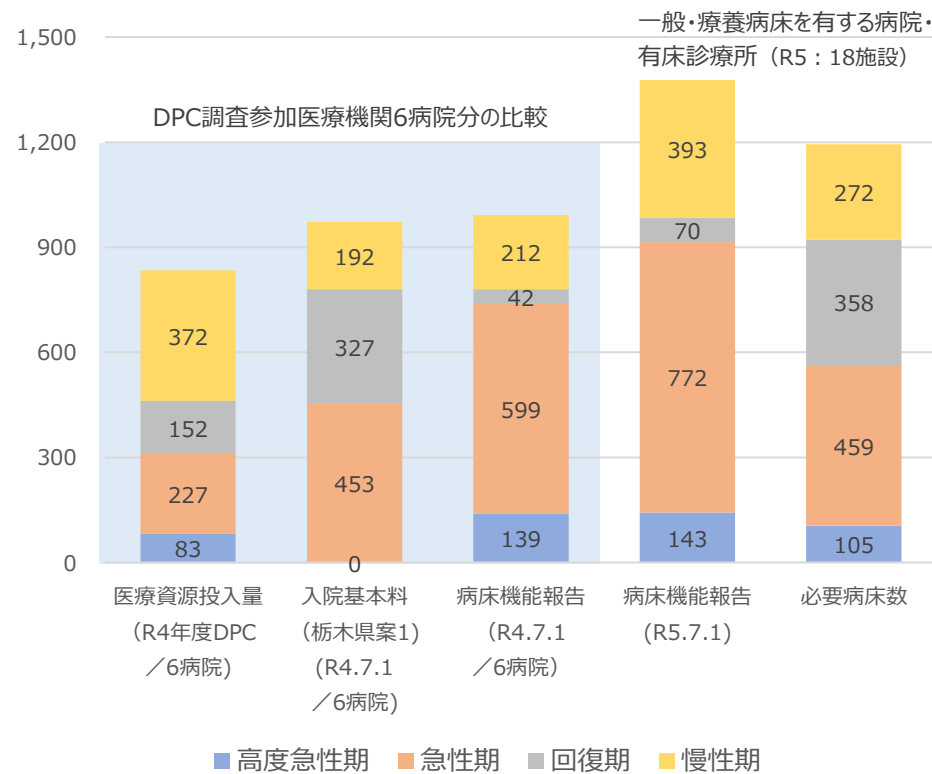
宇都宮

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

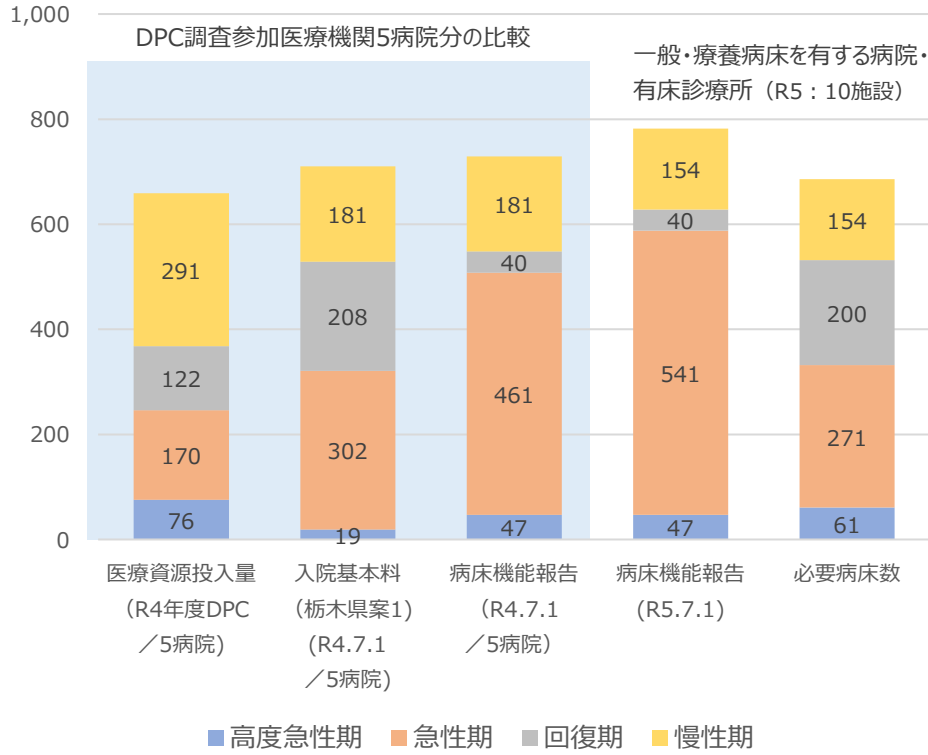


3 検証結果のまとめ (ii)

各圏域の比較結果②

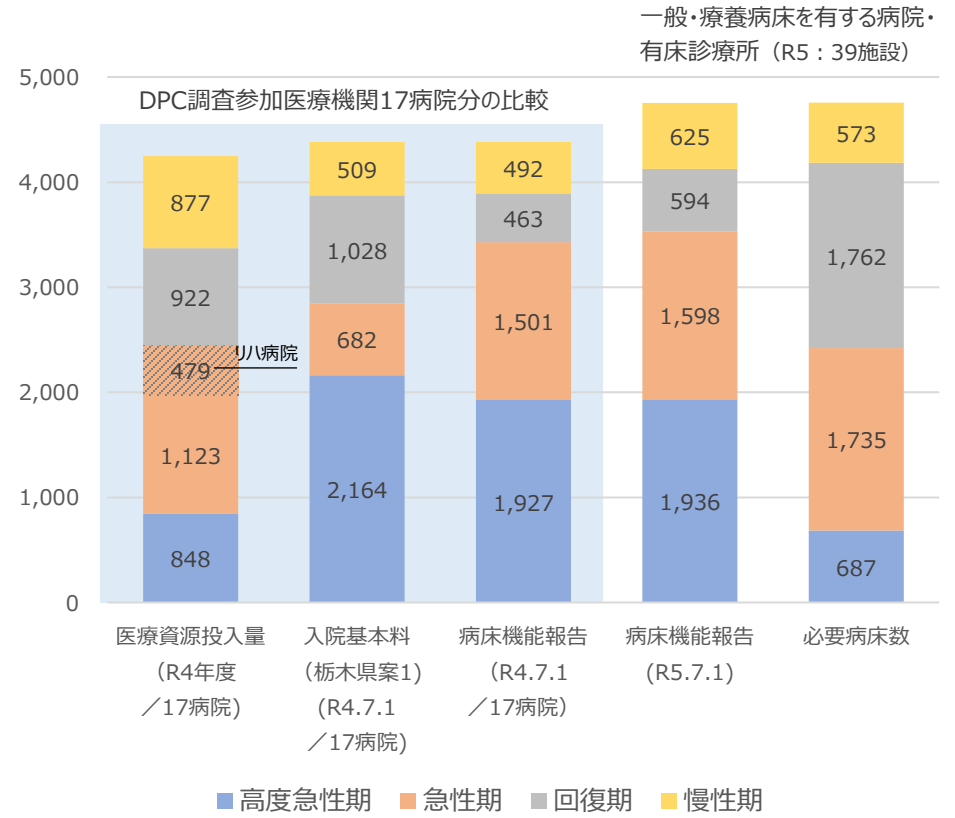
県東

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

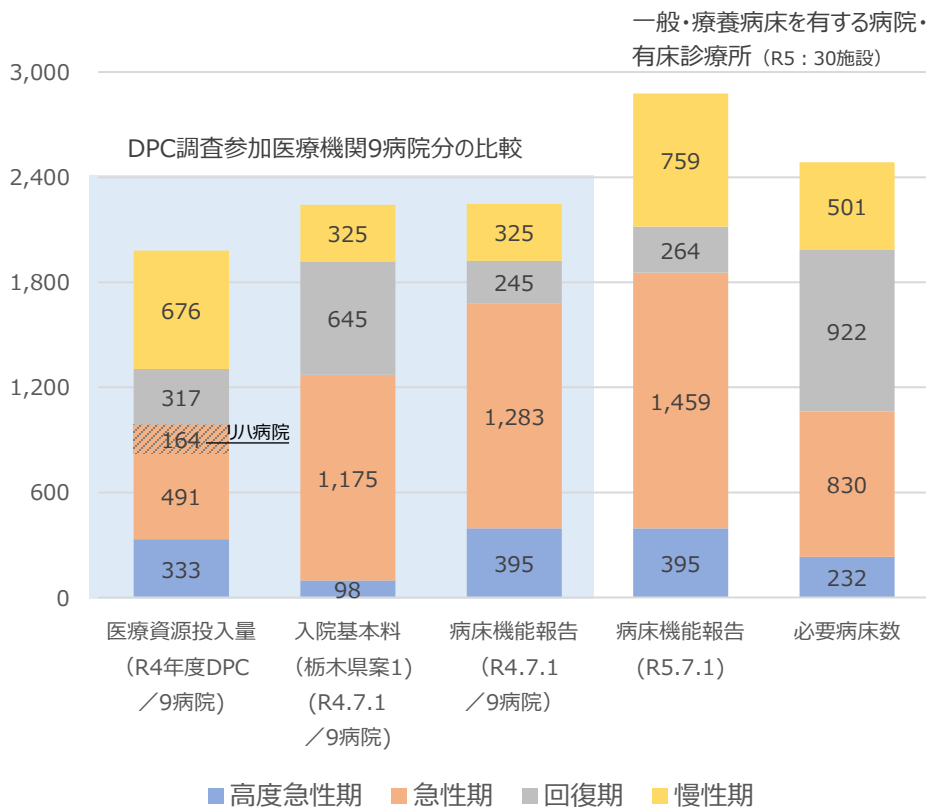


3 検証結果のまとめ (ii)

各圏域の比較結果③

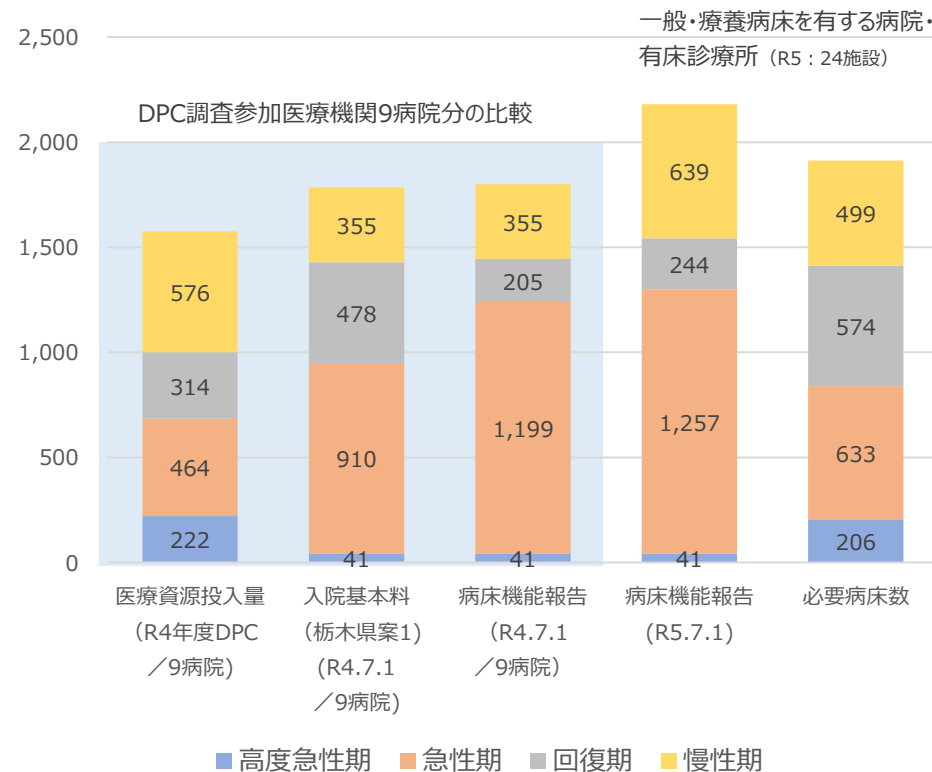
県北

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



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／県東健康福祉センター

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

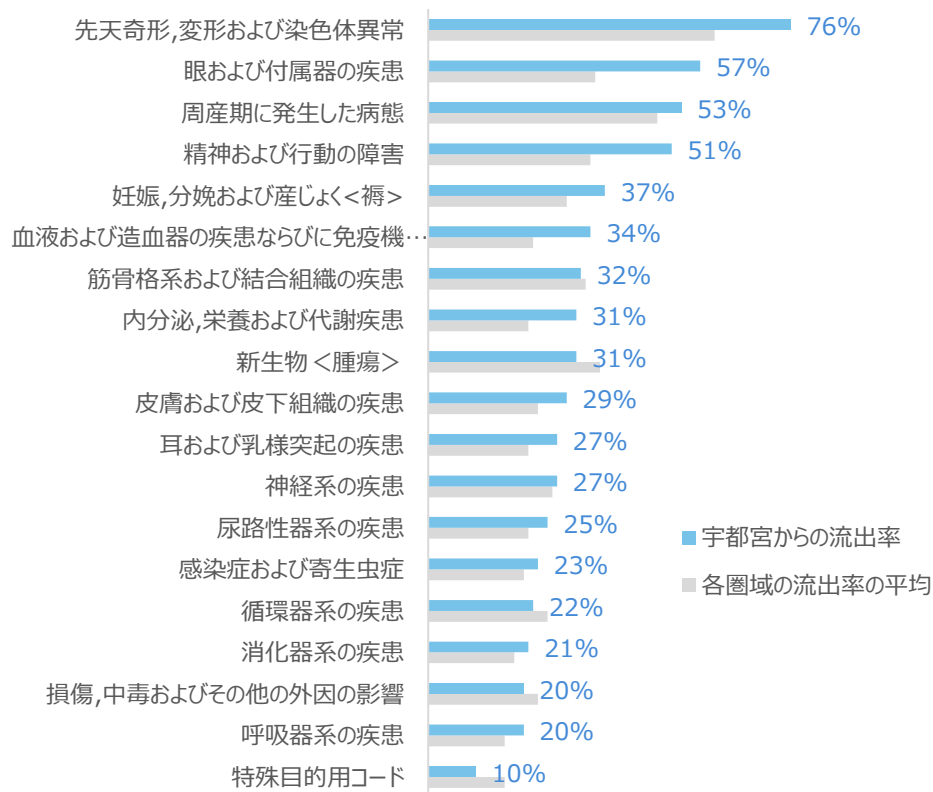
- ⑥ 二次輪番病院の肺炎患者（救急車利用）の受け入れ状況

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

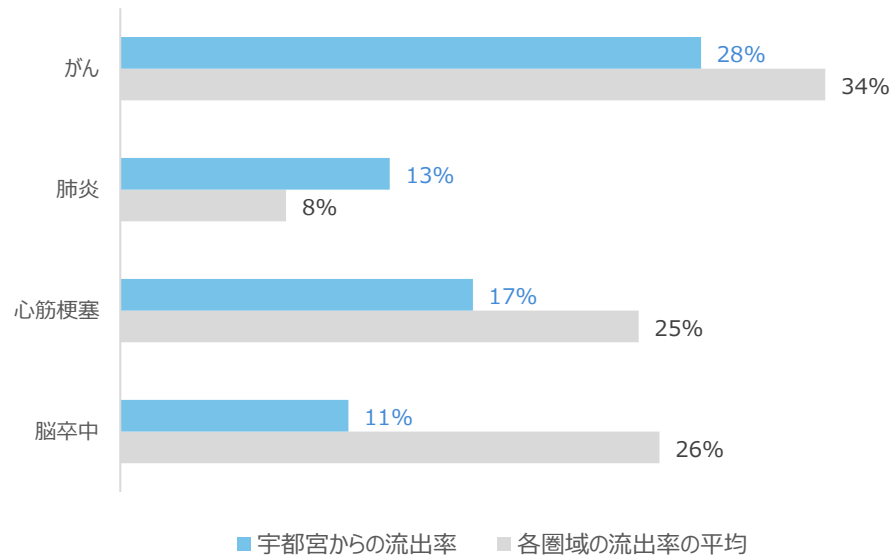
流出率（ICD10別）

- 「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

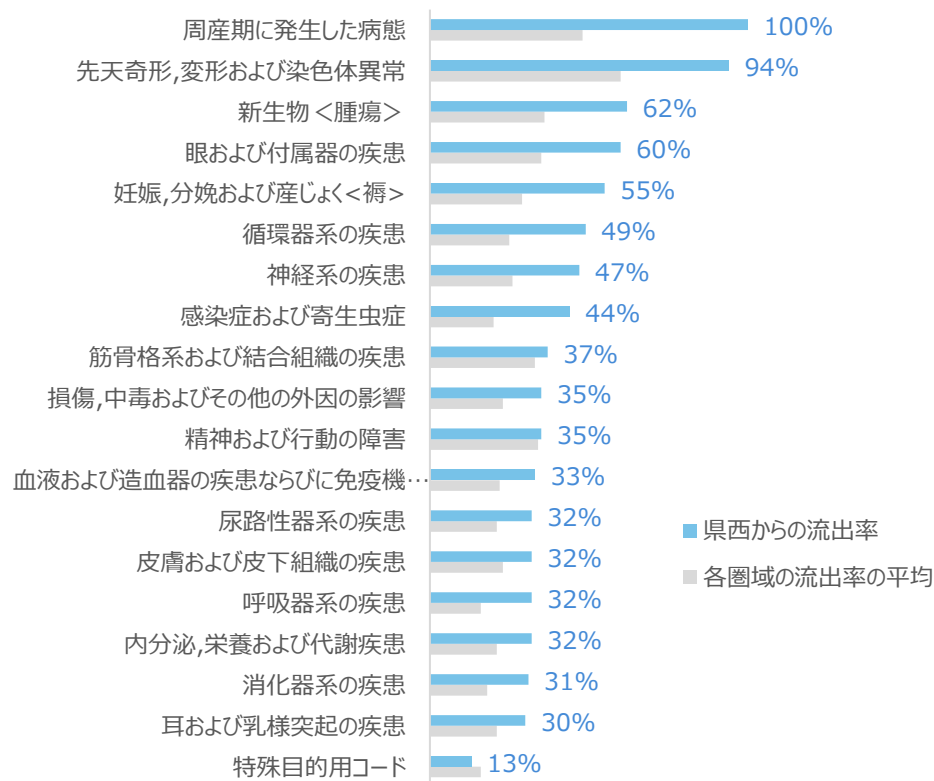


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 県西

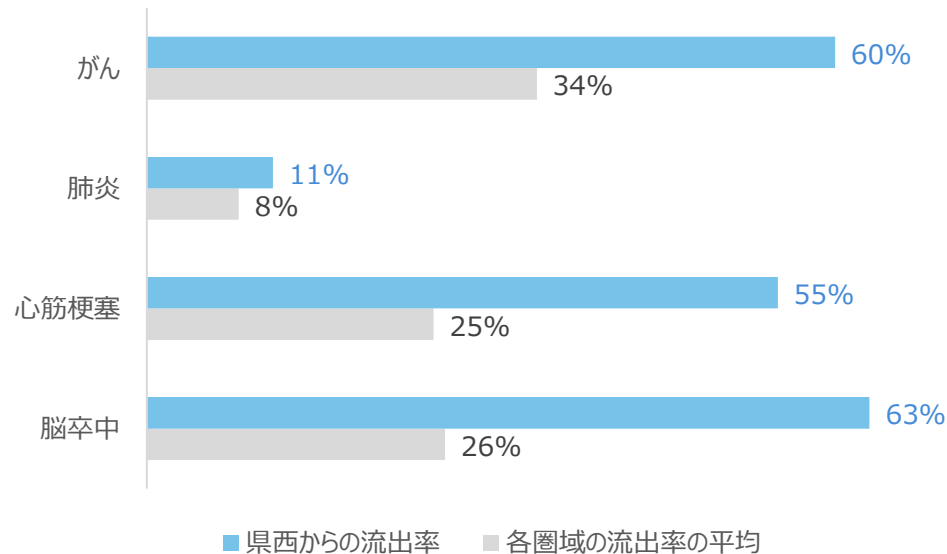
流出率（ICD10別）

- 「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

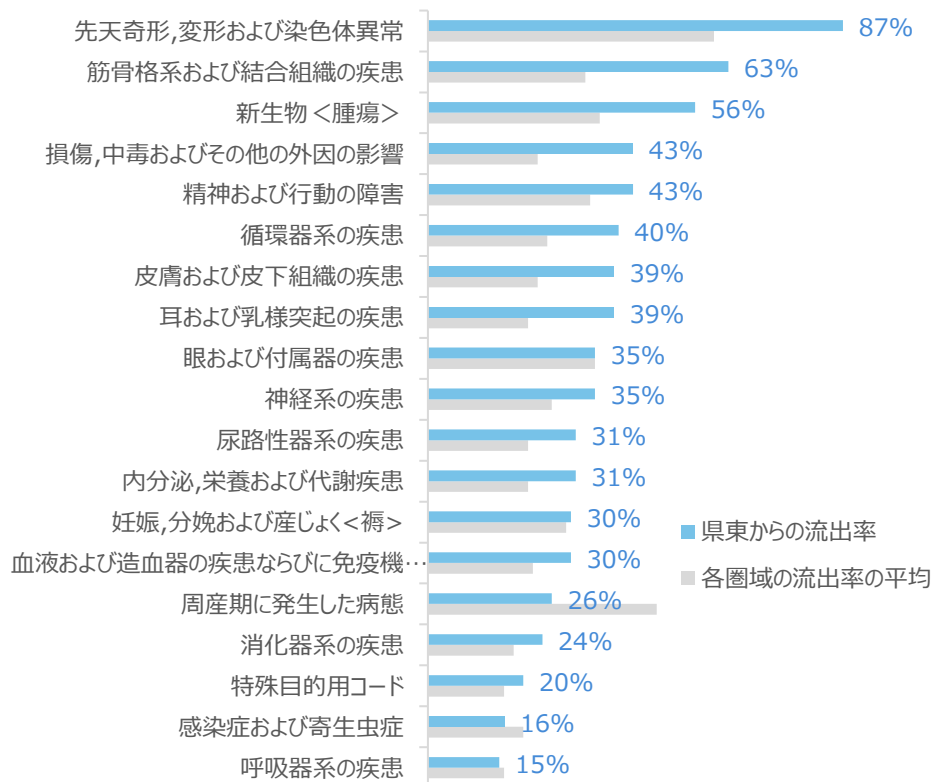


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 県東

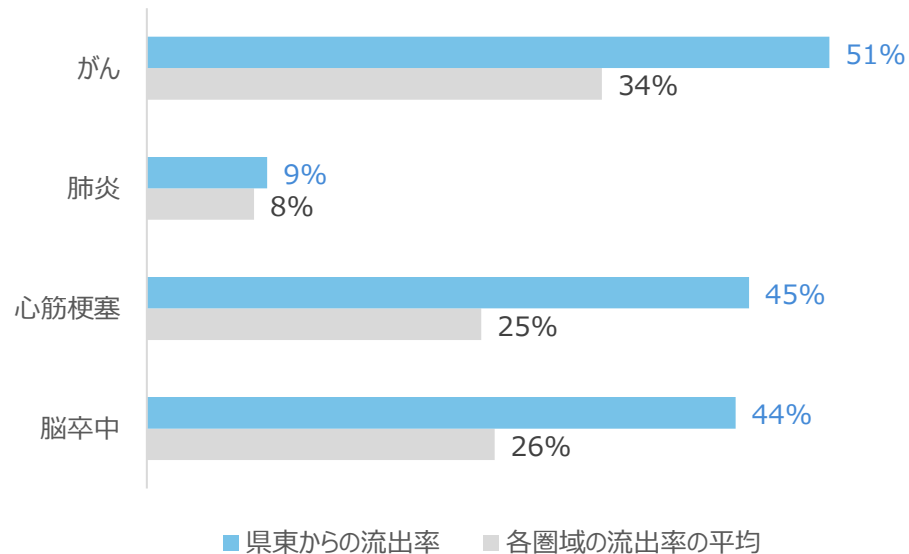
流出率（ICD10別）

- 「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

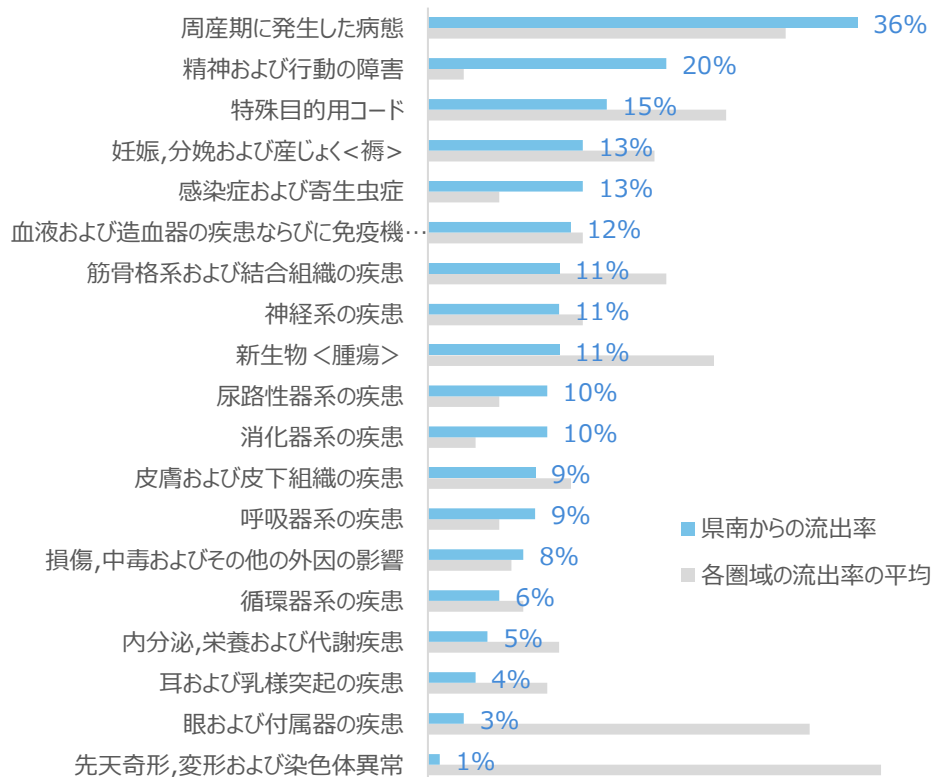


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 県南

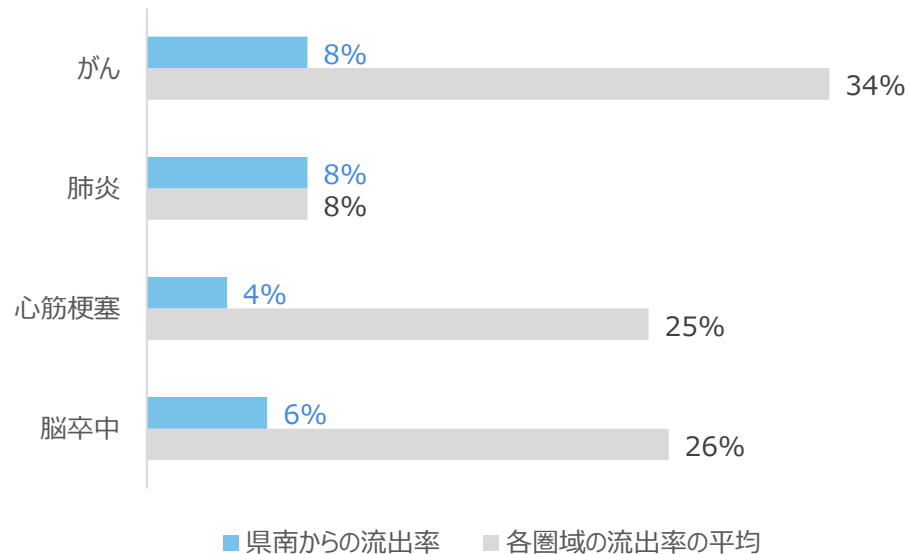
流出率（ICD10別）

- 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

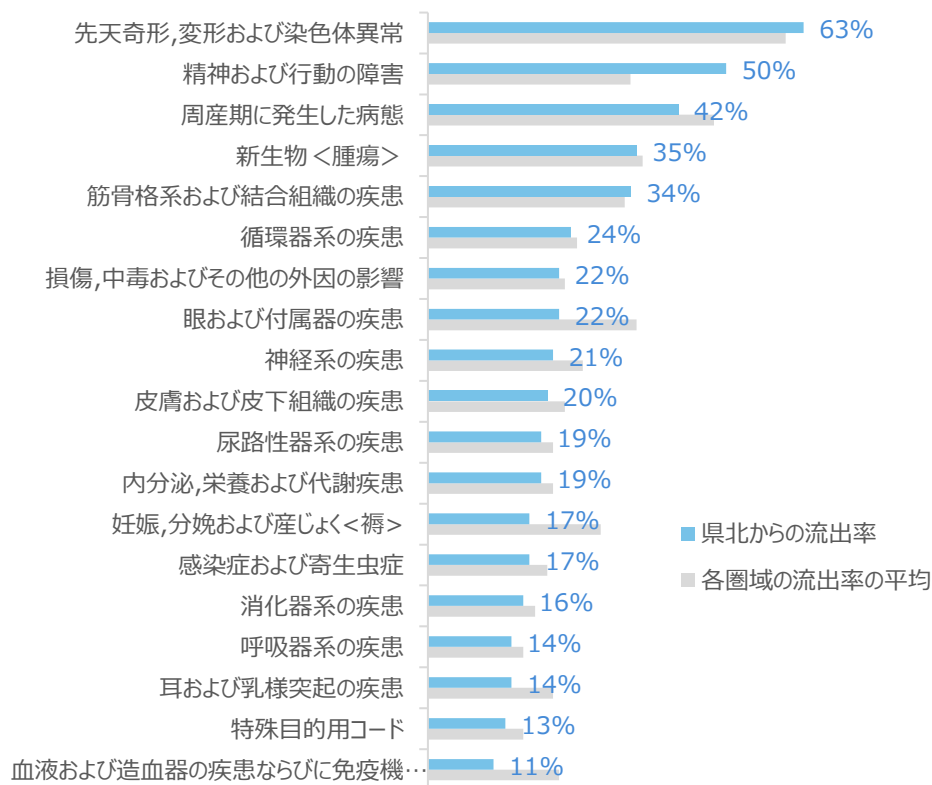


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 県北

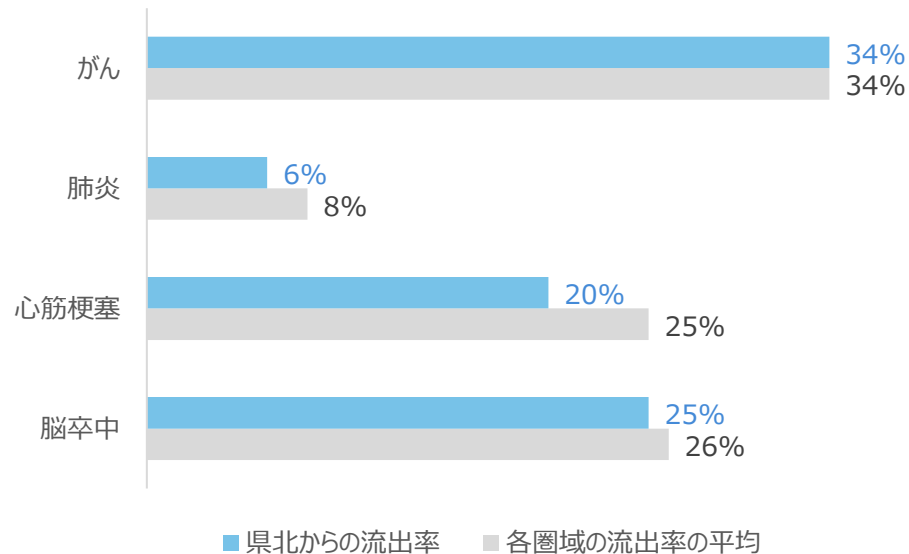
流出率（ICD10別）

- 「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

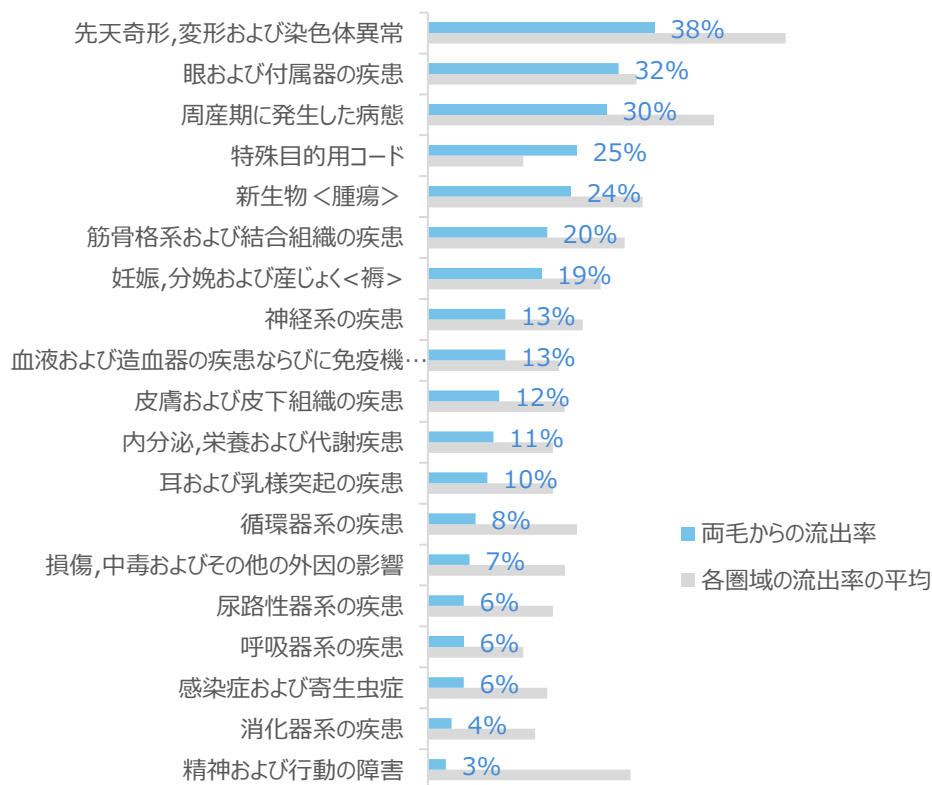


2 今回整理したデータについて

① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 両毛

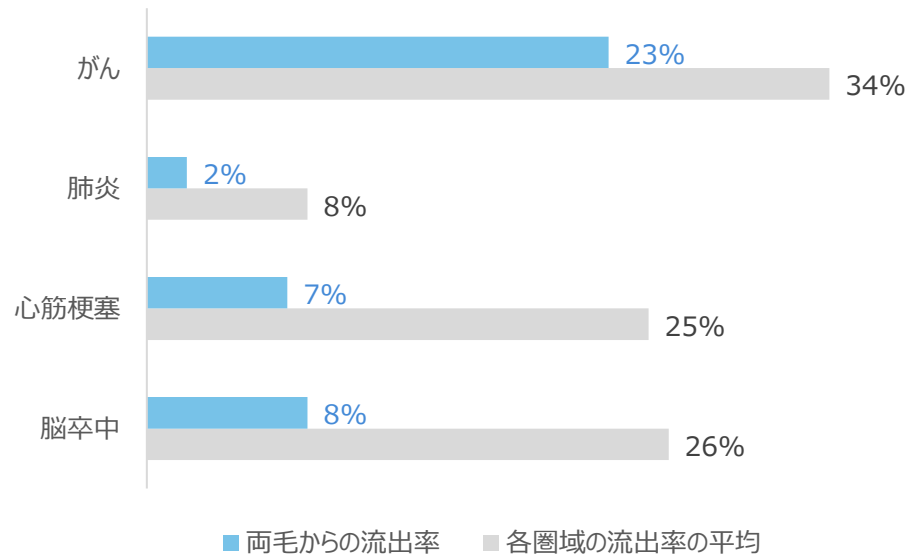
流出率（ICD10別）

- 他圏域と比較し、一般的に流出率が低い



流出率（脳卒中・心筋梗塞・肺炎・がん）

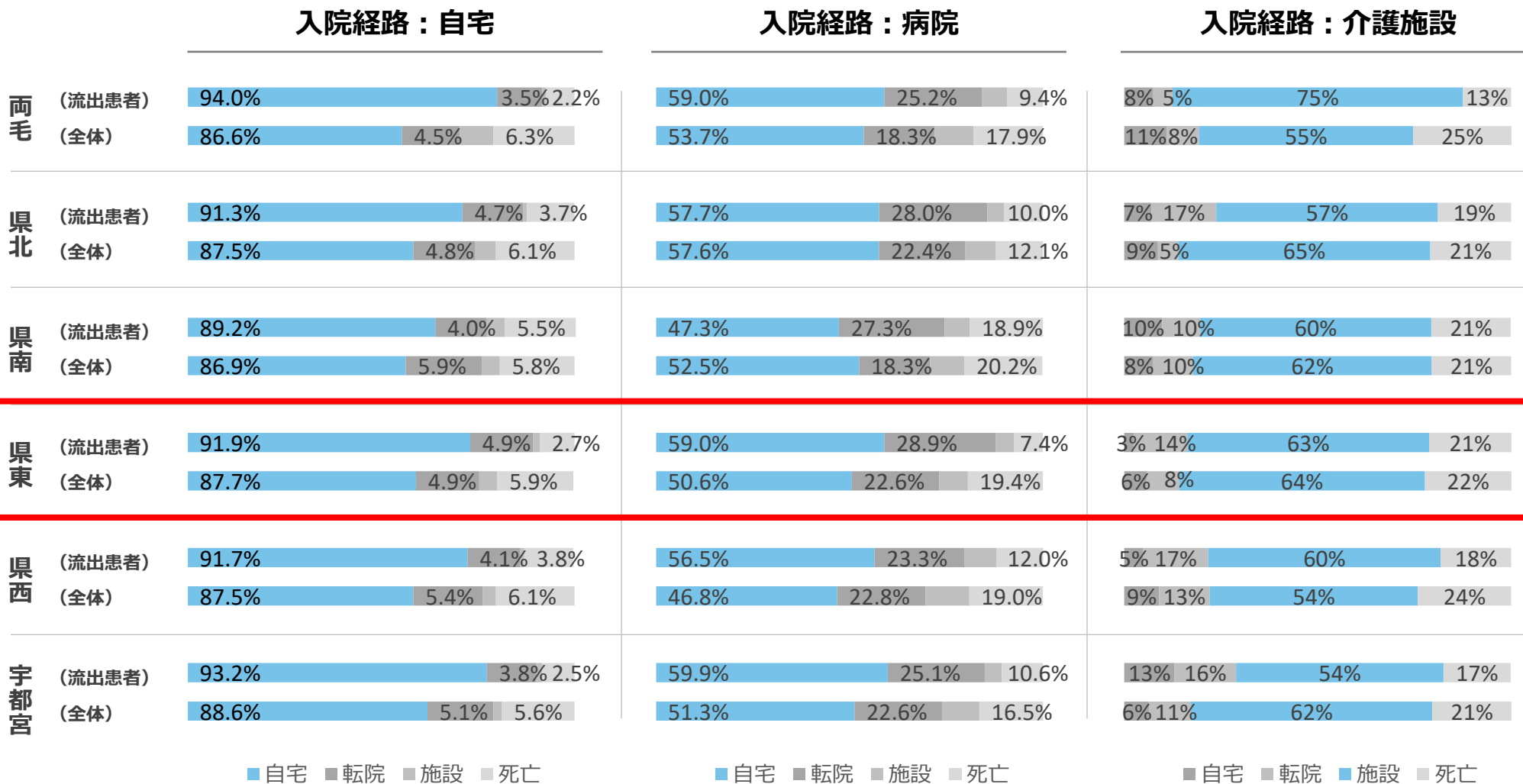
- 各圏域の流出率の平均と比較して、一般的に流出率が低い



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）

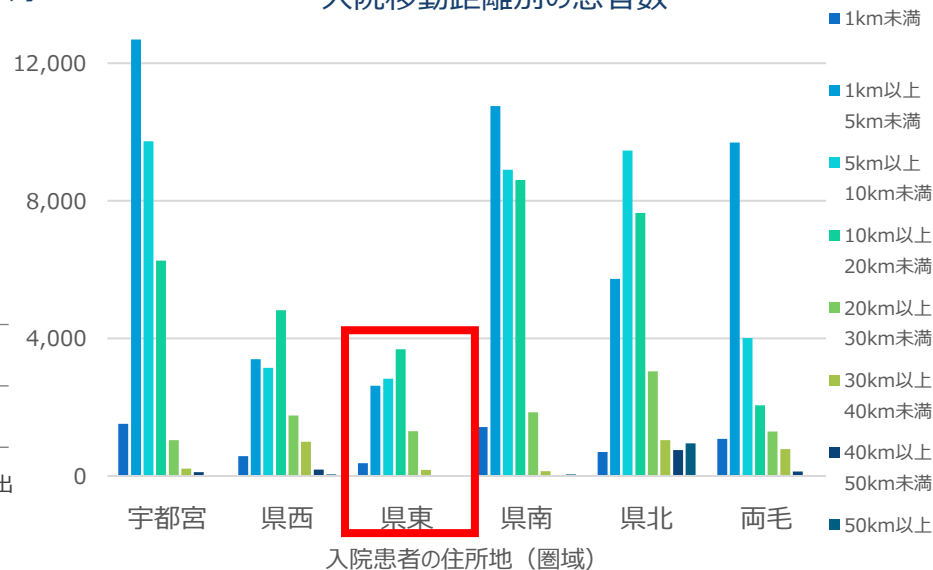
- 「宇都宮」・「県南」・「両毛」に住む患者の自宅から入院先までの平均距離は比較的短い
- 「県西」・「**県東**」・「県北」に住む患者の自宅から入院先までの平均距離は比較的長い
- 「宇都宮」・「県南」・「両毛」は、入院先までの距離が「1km以上5km未満」の患者が最も多く、「県北」は、「5km以上10km未満」、「県西」・「**県東**」は、「10km以上20km未満」の患者が最も多い

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

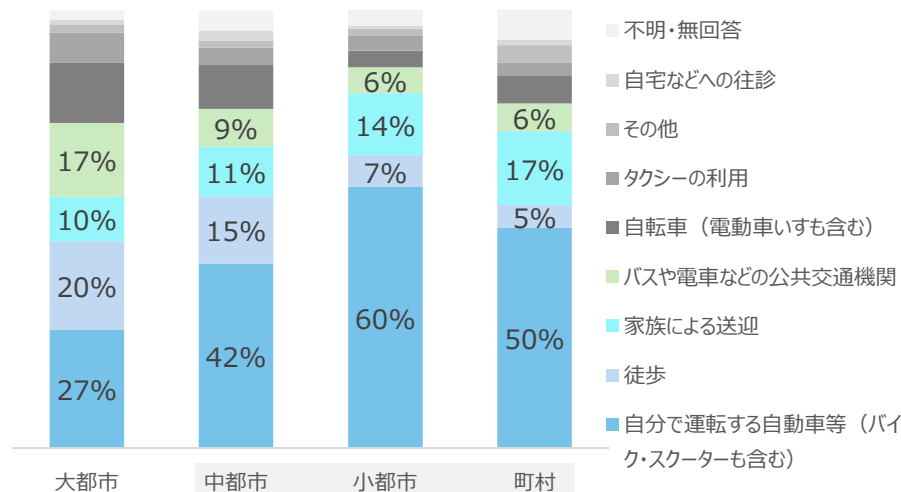


④ 高齢者の医療機関への移動手段（全国）

- 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

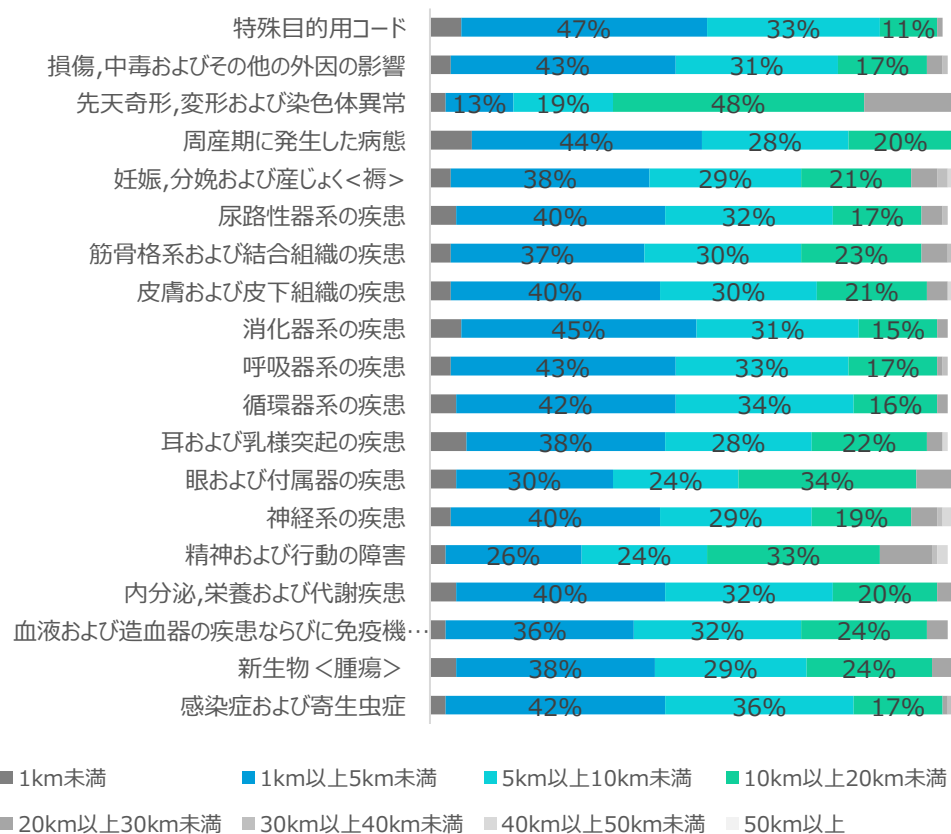


2 今回整理したデータについて

⑤ 疾患毎の入院移動距離別患者数の割合

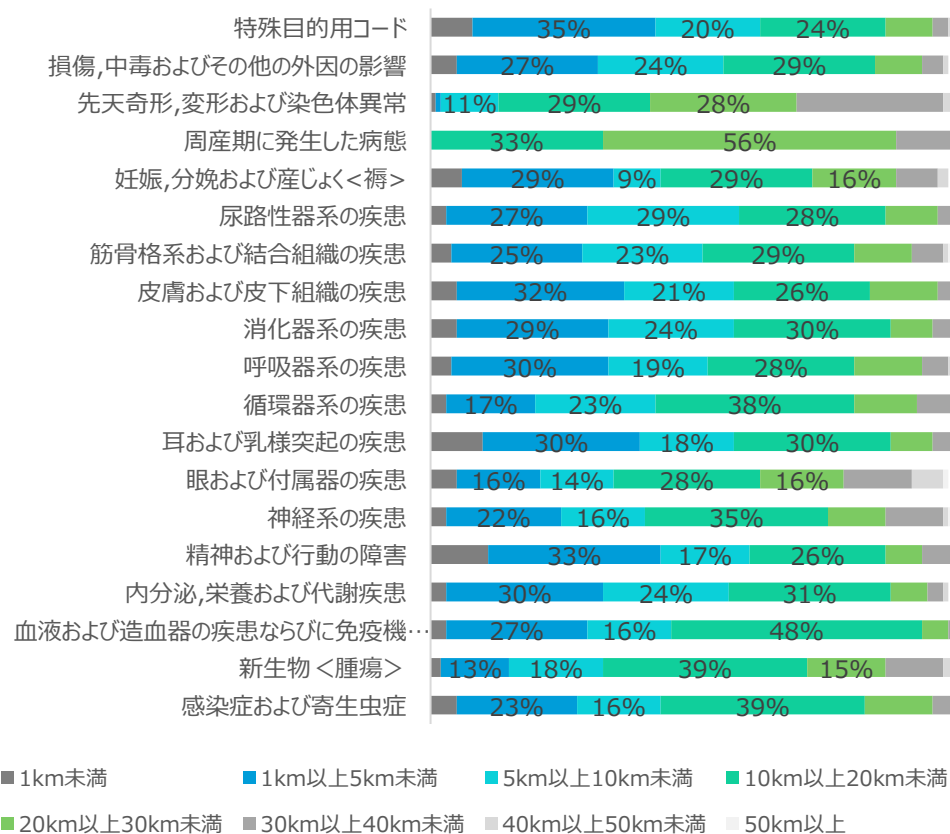
宇都宮

- 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

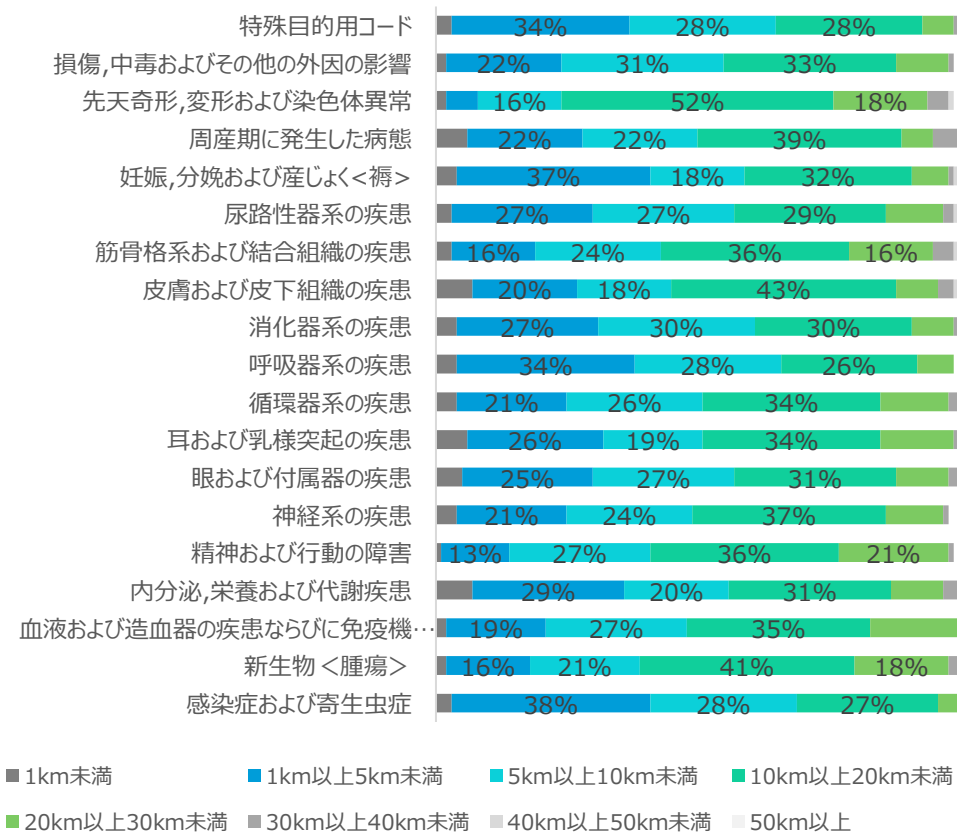


2 今回整理したデータについて

⑤ 疾患毎の入院移動距離別患者数の割合

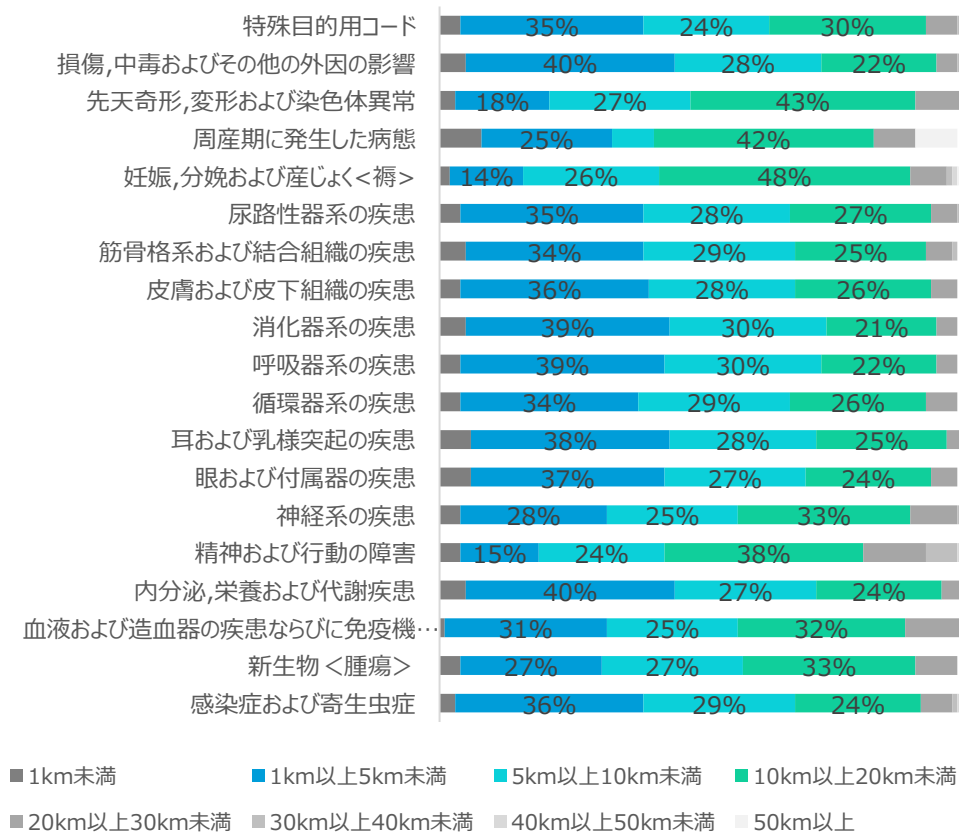
県東

- 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

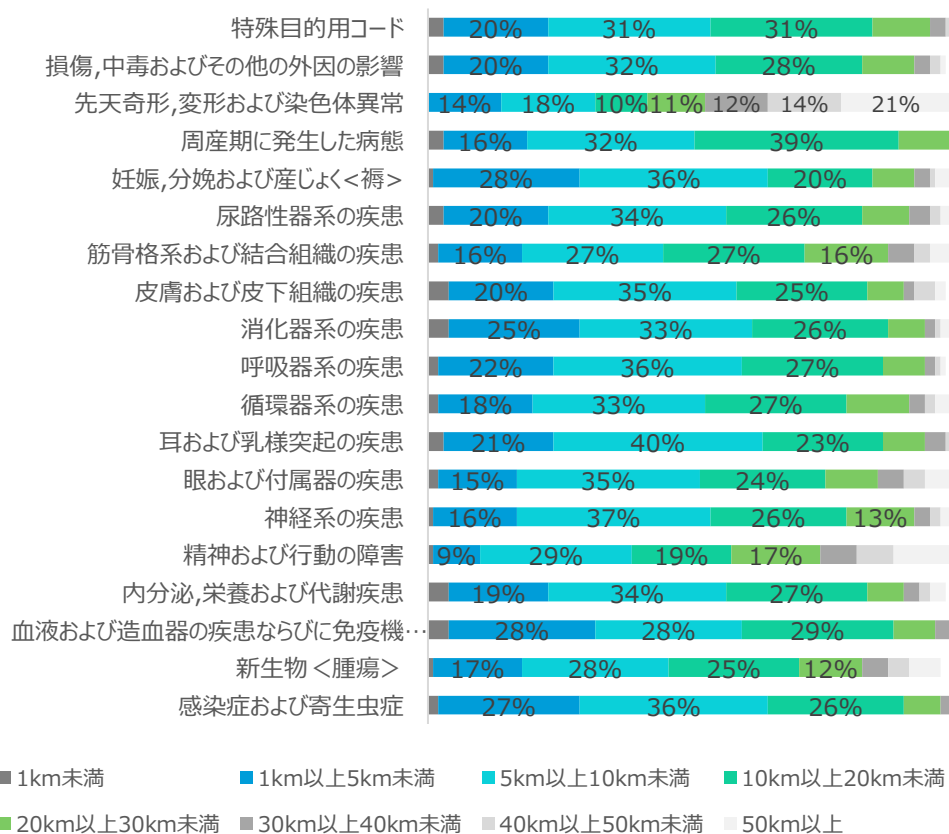


2 今回整理したデータについて

⑤ 疾患毎の入院移動距離別患者数の割合

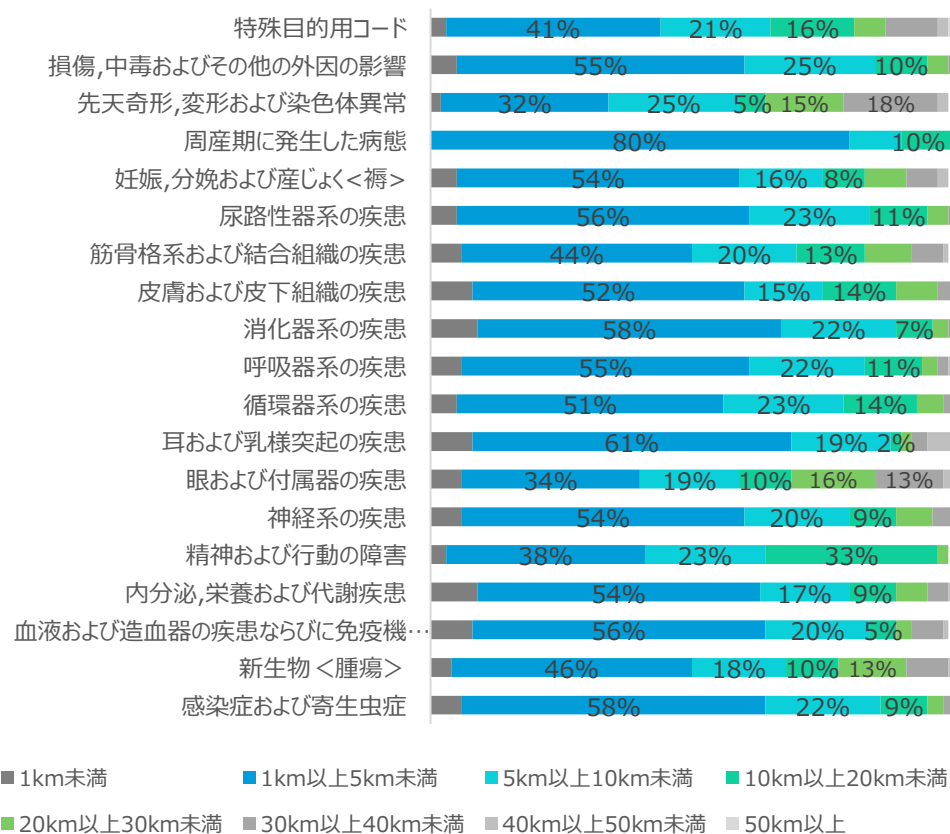
県北

- 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



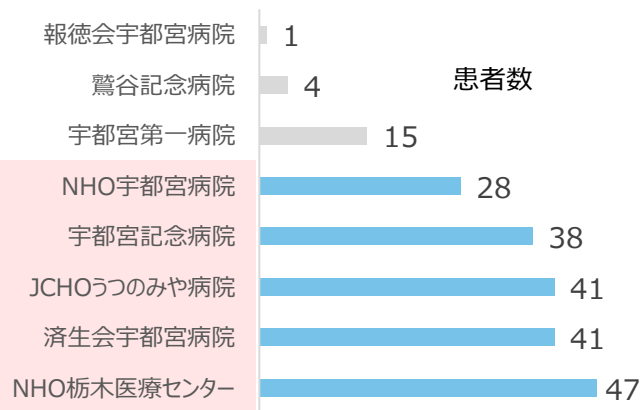
2 今回整理したデータについて

⑥ 肺炎患者（救急車利用）の入院受け入れ状況（患者数）

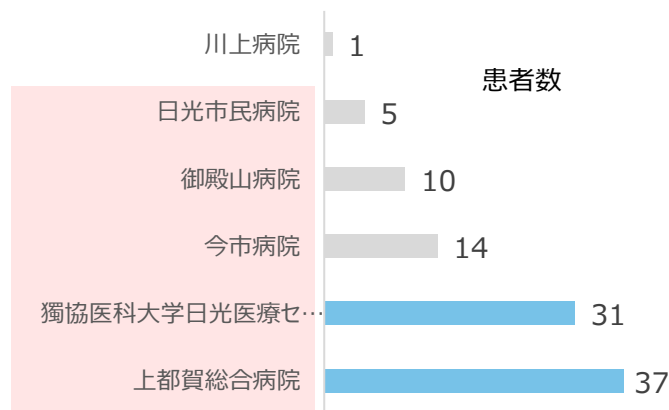
- 各地域の病院群輪番制病院を中心に患者を受け入れている
- 地域によっては、病院群輪番制病院の中でも、受け入れる患者数に差がある

病院群輪番制病院

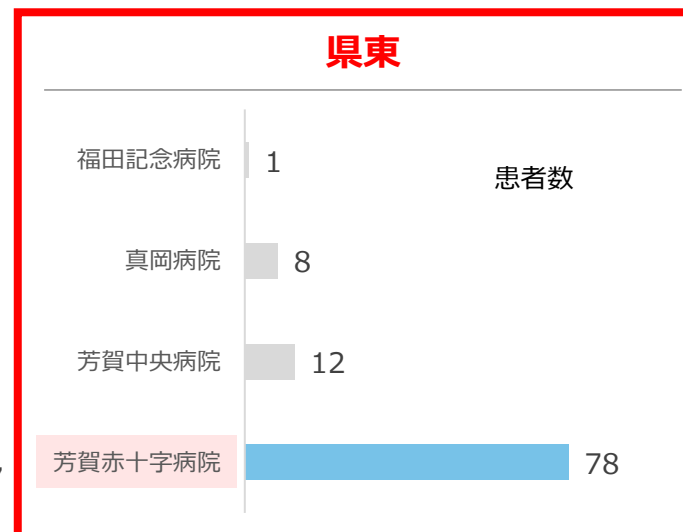
宇都宮



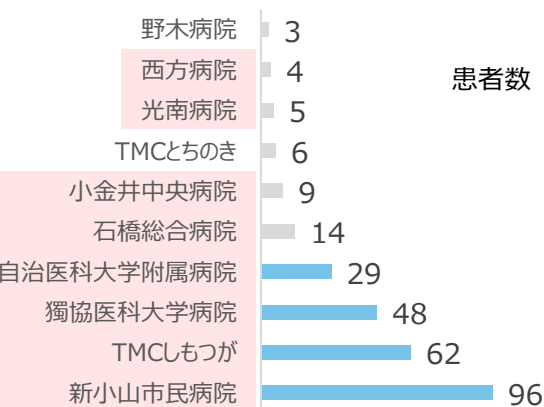
県西



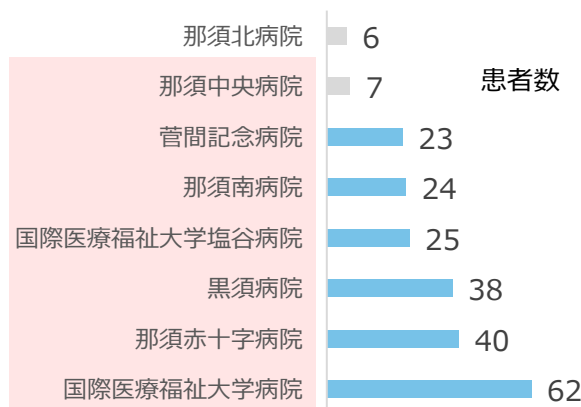
県東



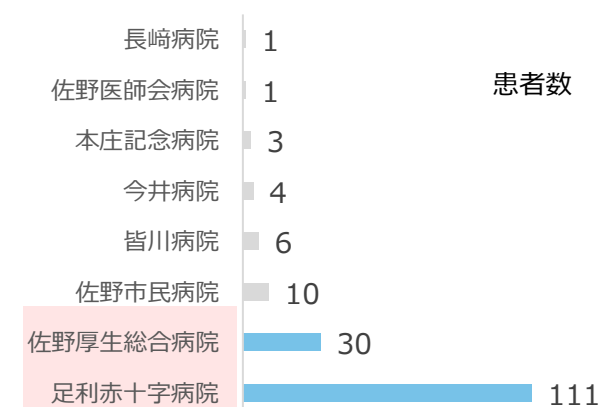
県南



県北



両毛



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20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・連携強化を効率的・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

救急医療提供体制について

令和6(2024)年11月27日

栃木県 保健福祉部 医療政策課／県東健康福祉センター

各休日夜間急患センターの救急患者数

- 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

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

「救命救急入院料」及び「特定集中治療室管理料」を算定した医療圏別患者の入院先

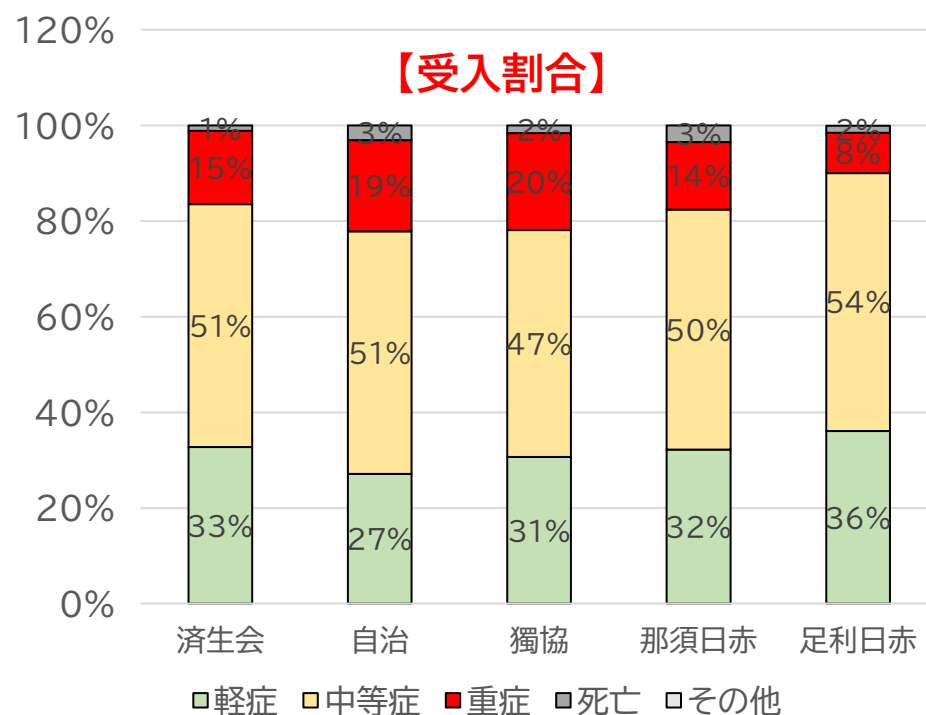
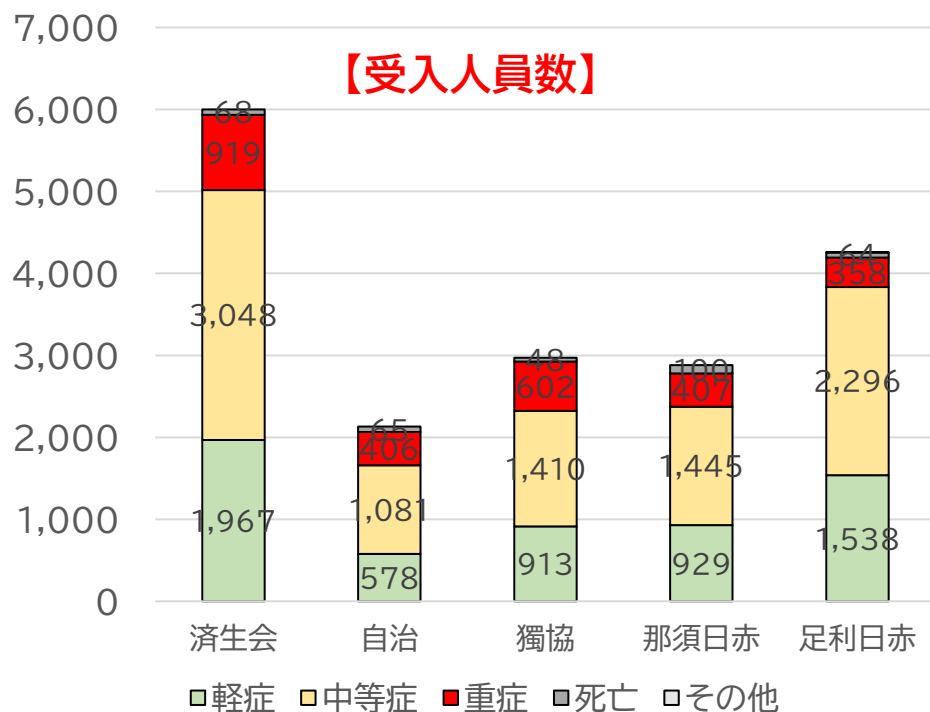
- ICU病床が少ない宇都宮、県北、両毛医療圏の患者を、他圏域の3次救急医療機関でも受け入れている。
(救急での入院とは限らないことに留意)

		済生会	自治医大	獨協医大	那須日赤	国福大	足利日赤	県外	合計
入院患者の医療圏	宇都宮	782 (70%)	71 (6%)	218 (20%)	6 (1%)	2 (0%)	3 (0%)	33 (3%)	1,115 (100%)
	県西	44 (14%)	26 (8%)	221 (70%)	2 (1%)	1 (0%)	2 (1%)	18 (6%)	314 (100%)
	県東	18 (9%)	135 (69%)	32 (16%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)	9 (5%)	196 (100%)
	県南	17 (1%)	516 (45%)	539 (47%)	3 (0%)	0 (0%)	7 (1%)	57 (5%)	1,139 (100%)
	県北	150 (10%)	35 (2%)	125 (8%)	790 (51%)	397 (26%)	1 (0%)	37 (2%)	1,535 (100%)
	両毛	2 (0%)	37 (9%)	62 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	301 (69%)	33 (8%)	435 (100%)
	合計	1,013 (21%)	820 (17%)	1,197 (25%)	802 (17%)	400 (8%)	315 (7%)	187 (4%)	4,734 (100%)

【単位:人】 (注1) 2022年4月から2023年3月までのレセプト(KDB)データ(国保・後期高齢)を使用 (出典)KDBデータから作成
 (注2) 塩谷地域は県北に分類
 (注3) 下段の%は、医療圏別の入院患者がその医療機関で受け入れられた人数の割合(端数処理の関係で、合計は100%にならない)

救命救急センターで受け入れた重症度別人員数・割合(2022年)

- 受入人数は、済生会が最も多く、次いで足利日赤となっている。
- 救命救急センターで受け入れた救急搬送患者の約3割は軽症患者である。



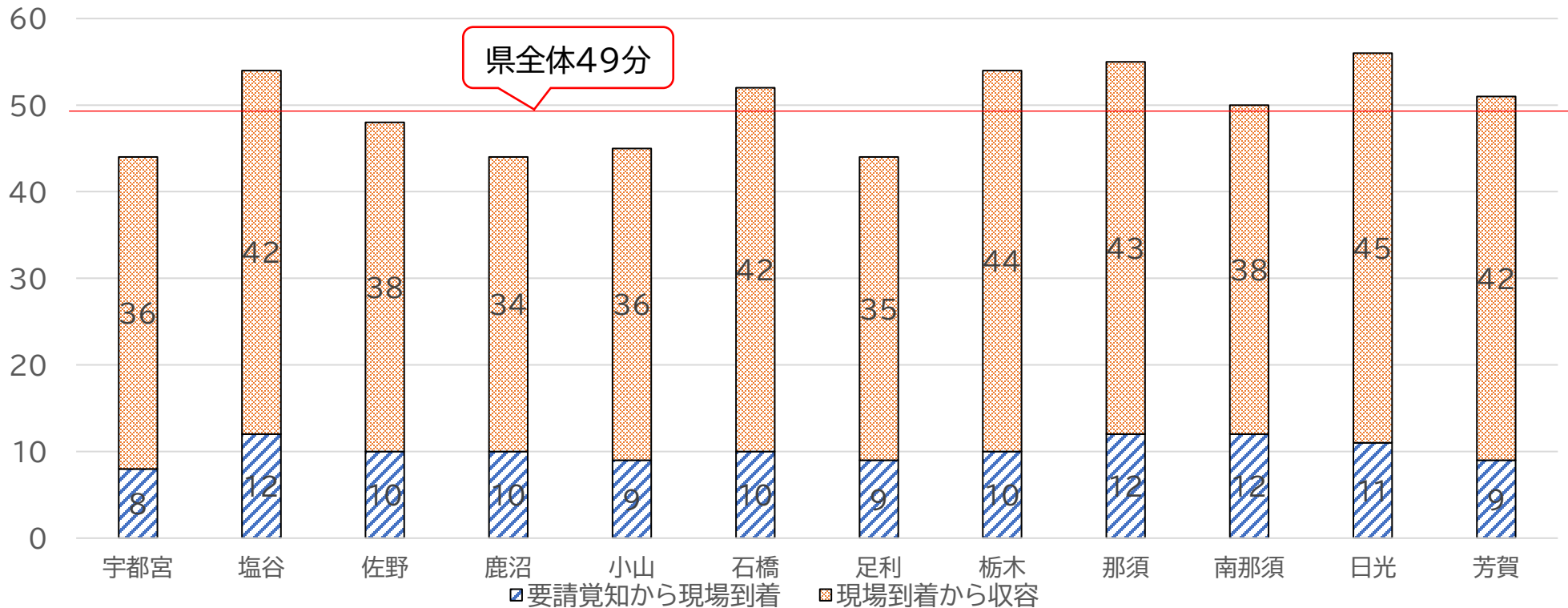
【単位:人】

※不搬送及び転院搬送を除く。また、県外からの搬送を含まない。

(出典)救急搬送データから作成

消防本部別の「要請覚知から収容まで」の平均時間(2022年)

- 要請覚知から現場到着までの平均時間はどの消防も大きく変わらないが、要請覚知から収容までの平均時間は塩谷、石橋、栃木、那須、日光、芳賀で県全体を上回っており、医療機関の選定に時間を要していると思われる。



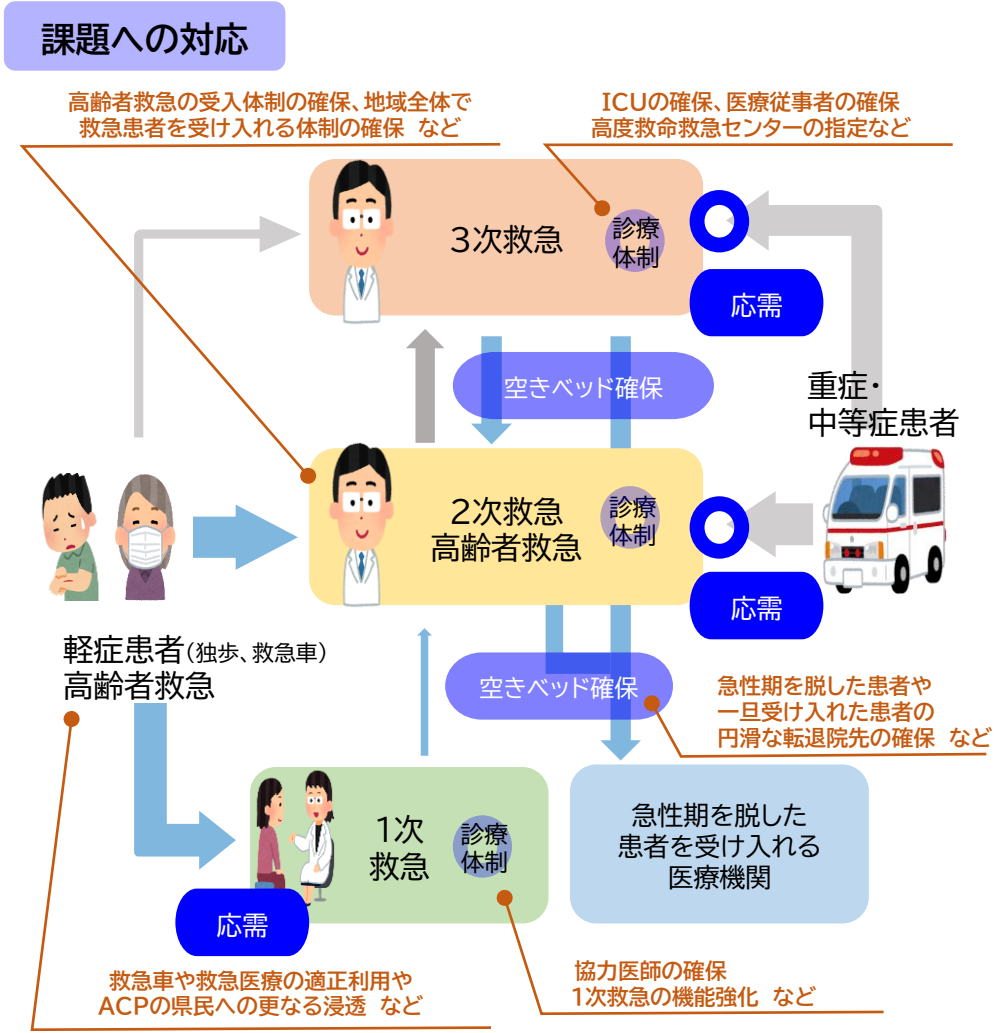
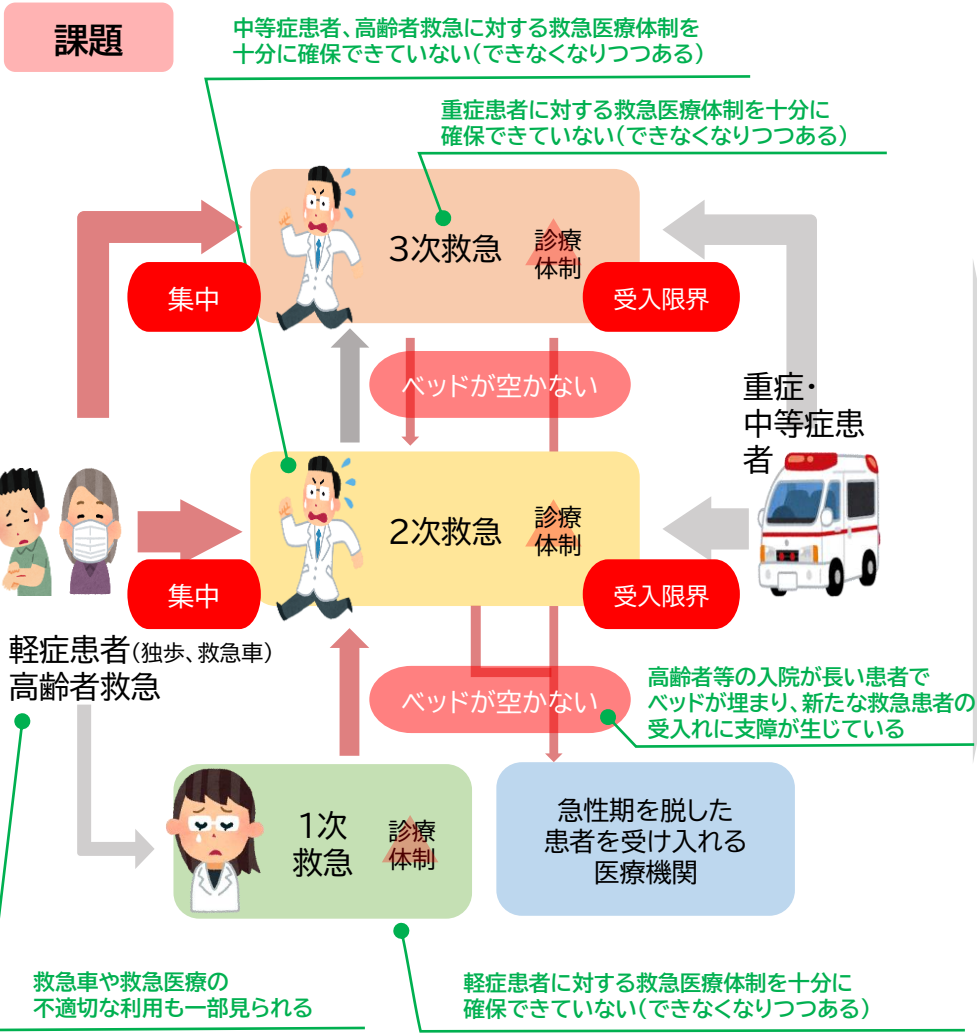
【単位:分】

※不搬送及び転院搬送を除く69,710人の救急搬送における平均時間

(出典)救急搬送データから作成

救急医療提供体制における課題及び課題への対応のイメージ

実現可能性は別途検討



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

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

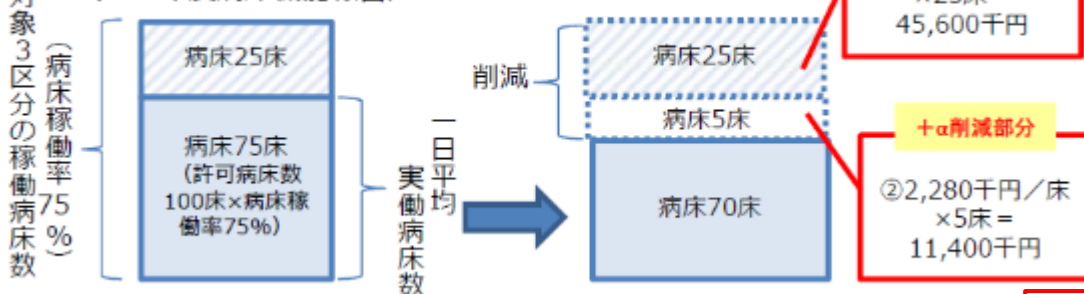
- 平成30年度病床機能報告において、対象3区分として報告された病床の稼働病床数の合計から一日平均実働病床数（対象3区分の許可病床数に対象3区分の病床稼働率を乗じた数）までの間の病床数の減少について、対象3区分の病床稼働率に応じ、減少する病床1床当たり下記の表の額を支給

※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】

（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	