

令和6(2024)年度第2回両毛地域医療構想調整会議並びに

第2回両毛地域病院及び有床診療所会議 合同会議

## 次第

日時 令和6(2024)年12月11日(水)

19時00分から20時30分

会場 安足健康福祉センター2階大会議室及びWeb

### 1 開 会

### 2 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について 【資料2】
- (3) 医療提供状況等について 【資料3】
- (4) 救急医療について(意見交換) 【資料4】
- (5) 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) 佐野市民病院の許可病床の減少について 【資料7】

### 3 閉 会

# 両毛地域医療構想調整会議委員名簿

R6 (2024).9.1

[任期：令和6(2024)年9月1日～令和8(2026)年8月31日]

番号	分野	選任区分	委員名	所属団体	役職名	備考
1	保健医療関係団体の代表	医師会	吉益 均	足利市医師会	会長	新任
2		〃	柳川 進	佐野市医師会	会長	新任
3		歯科医師会	若林 竹彦	足利歯科医師会	会長	
4		〃	柳川 敏夫	佐野歯科医師会	会長	
5		薬剤師会	西出 穰	足利薬剤師会	副会長	
6		〃	平田 義人	佐野市薬剤師会	会長	
7		看護協会	勅使河原 由江	栃木県看護協会 安足地区支部	支部長	
8	医療を受ける側の代表	社会福祉関係団体代表	早川 文英	足利市社会福祉協議会	会長	新任
9		受療者代表	大島 裕子	足利市女性団体連絡協議会	会長	新任
10	病院の管理者	医療機関	室久 俊光	足利赤十字病院	病院長	
11		〃	村上 円人	佐野厚生総合病院	病院長	
12	保険者	医療保険者	石川 隆男	アキレス健康保険組合	常務理事	
13	地区老人保健施設協会	老人保健施設	前澤 孝通	栃木県老人保健施設協会	副会長	
14	地区老人福祉施設協議会	老人福祉施設	鈴木 佑介	栃木県老人福祉施設協議会	理事	
15	介護従事者確保関係団体	特定非営利活動法人	久保田 悦子	特定非営利活動法人 とちぎケアマネジャー協会	理事	新任
16	学識経験者	大学	石川 鎮清	自治医科大学	教授	
17	市	足利市	早川 尚秀	足利市	市長	
18		佐野市	金子 裕	佐野市	市長	

## 両毛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、両毛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、「両毛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20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安足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。

### (会議)

第6条 調整会議は、安足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、安足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、安足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9月1日から実施する。

### 附 則

この要綱は、平成30年9月1日から実施する。

両毛地域病院及び有床診療所会議 構成機関 一覧

R6(2024).11.1現在

( 病 院 )

番号	医 療 機 関 名	代 表 者 名	所 在 地	電 話 番 号	病 床 数	備 考
1	青木病院	青木 楊子	足利市本城1-1560	0284-41-2213	156	
2	足利赤十字病院	室久 俊光	足利市五十部町284-1	0284-21-0121	540	
3	足利第一病院	相場 利一	足利市大月町1031	0284-44-1212	57	
4	足利中央病院	廣田 展久	足利市下洪垂町447	0284-72-8401	79	
5	あしかがの森足利病院	藤田 之彦	足利市大沼田町615	0284-91-0611	195	
6	足利富士見台病院	根岸 協一郎	足利市大前町1272	0284-62-2448	139	
7	今井病院	小坂 至	足利市田中町100	0284-71-0181	186	
8	鈴木病院	白川 尚史	足利市栄町1-3412	0284-21-2854	56	
9	長崎病院	長崎 秀彰	足利市伊勢町1-4-7	0284-41-2230	80	
10	本庄記念病院	本庄 宏	足利市堀込町2859	0284-73-1199	108	
11	前沢病院	前澤 孝通	足利市福居町1210	0284-71-3191	105	
12	皆川病院	皆川 智海	足利市多田木町1168-1	0284-91-2188	72	
13	佐野医師会病院	小川 達哉	佐野市植上町1677	0283-22-5358	119	
14	佐野厚生総合病院	村上 円人	佐野市堀米町1728	0283-22-5222	531	
15	佐野市民病院	村田 宣夫	佐野市田沼町1832-1	0283-62-5118	199	
16	両毛病院	秋山 恵一	佐野市堀米町1648	0283-22-6150	182	

( 有 床 診 療 所 )

1	浅岡医院	浅岡 健太郎	足利市相生町387	0284-41-8188	13	
2	大岡胃腸内科	大岡 笑美子	足利市花園町4-2	0284-41-1177	19	
3	鹿島整形外科	溝谷 学	足利市鹿島町506	0284-62-7881	19	
4	柏瀬眼科	柏瀬 光寿	足利市相生町386-1	0284-41-6447	6	
5	田村レディースクリニック	田村 勉	足利市江川町3-13-3	0284-43-3006	14	病床 休止中
6	栃木産科婦人科医院	栃木 秀麿	足利市錦町14	0284-41-3378	12	
7	みなみ眼科	猪ノ坂貴子	足利市福居町184-1	0284-72-3730	6	
8	両毛クリニック	池内 廣邦	足利市中川町3546-5	0284-72-5522	19	
9	岡医院	関口 直子	佐野市久保町110-1	0283-23-9118	9	
10	佐野利根川橋クリニック	近藤 典生	佐野市高萩町1315-6	0283-27-8282	19	

医 師 会

1	一般社団法人足利市医師会	会長 吉益 均	足利市本城3-2022-1	0284-22-4061		
2	一般社団法人佐野市医師会	会長 柳川 進	佐野市植上町1678	0283-22-0324		

## 両毛地域病院及び有床診療所会議設置要綱

### (設 置)

第1条 両毛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、両毛地域医療構想調整会議設置要綱第7条の規定に基づき、「両毛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、両毛地域医療構想調整会議の議長が務める。

### (会 議)

第5条 病診会議は、安足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、安足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、安足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9月1日から実施する。

この要綱は、平成30（2018）年12月14日から実施する。

令和6(2024)年度

第2回両毛地域医療構想調整会議

並びに

第2回両毛地域病院及び有床診療所会議

## 合同会議資料

日時：令和6(2024)年12月11日(水)

19時00分から20時30分

会場：安足健康福祉センター2階大会議室及びWeb

**栃木県安足健康福祉センター**

令和6(2024)年度 第2回両毛地域医療構想調整会議	資料1
令和6(2024)年12月11日(水)	

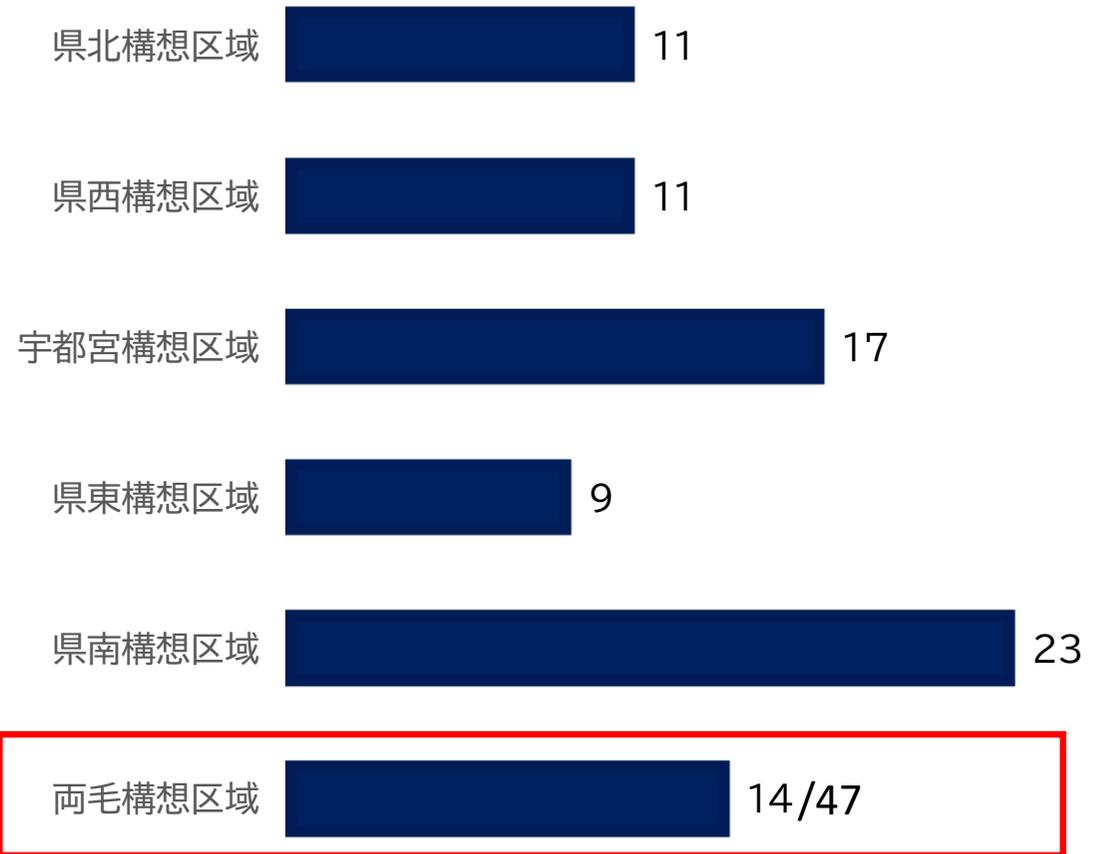
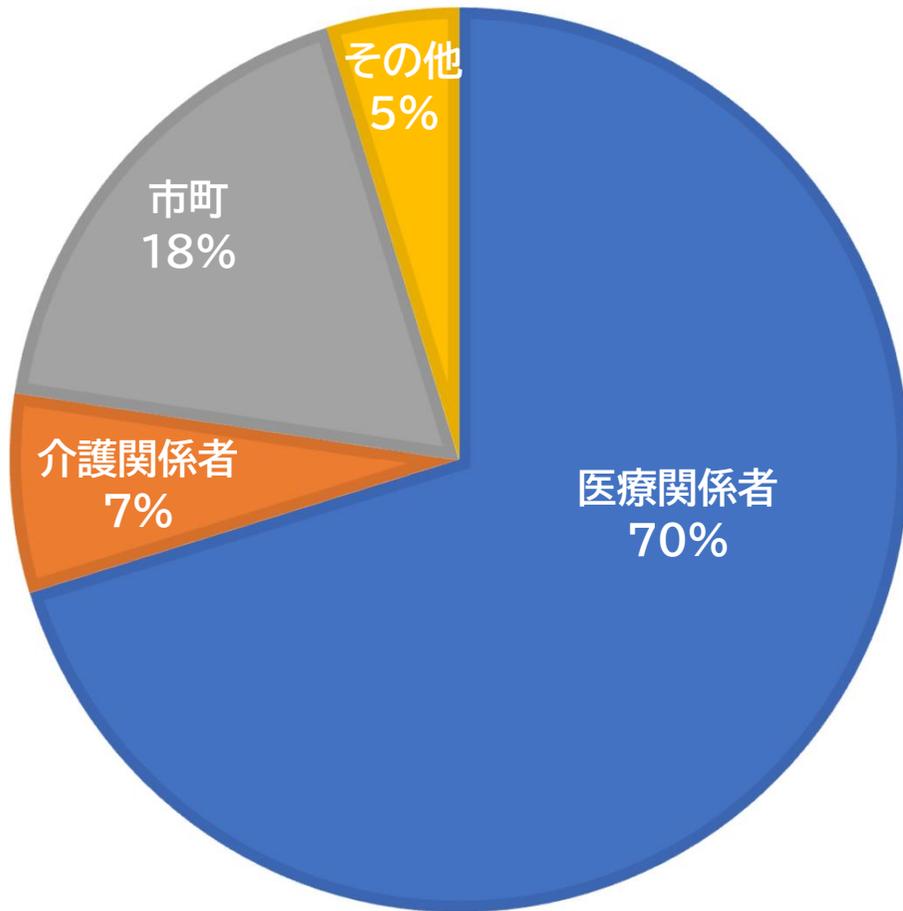
# 「地域医療構想の実現に向けた アンケート調査」の結果について

令和6(2024)年12月11日  
栃木県安足健康福祉センター

# 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><b>①グランドデザインについて</b></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><b>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</b></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><b>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</b></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><b>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</b></p> <p><b>⑤令和6年度診療報酬・介護報酬改定について</b></p> <p><b>⑥地域包括医療病棟について</b></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><b>⑦救急患者連携搬送料の活用について</b></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><b>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</b></p> <p><b>⑨その他地域医療構想の推進に向けた意見・要望等</b></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(両毛構想区域)

## グランドデザイン

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

## 医療・介護提供体制の現状と課題

- **医療・介護人材の不足、育成**
- **医療提供体制の充実**(急性期病院の後方支援体制、専門的な回復期機能の不足、医療機関の役割分担の明確化、公立・公的病院をはじめとする医療機関の機能強化等)
- **救急医療体制の充実**(初期救急のあり方の検討、二次救急の体制強化、三次救急の負担軽減等)
- **在宅医療、医療・介護連携の充実**(質の向上、急変時等の体制、医療的ケアの提供体制)
- **小児・周産期医療、がん等の体制整備**
- **かかりつけ医機能の充実**

# 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)、**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。

### 両毛構想区域

- 地域で患者を支えるために多職種がそれぞれに体制を整え十分なマンパワーを確保すること。その上で在宅から一時的な入院が必要なタイミングで提供されること。
- 当院は5疾病6事業を地域で完結する医療
- 急増する回復期患者を2次医療圏内で完結する医療
- 担癌患者等のハイケア患者の、在宅看取りをする体制構築
- 患者の状態に応じ、役割を明確化した受入体制の整備
- 急性期医療は地域で完結できる体制。高度急性期は必要に応じて県中央に集約する。
- 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)
- 高齢化に伴い、患者さんの疾患も一つではない為、総合的に患者さんを見られるシステムの構築が必要と考えています。
- 構想地域の中で医療が完結するのが望ましいが、医師が不足しているため難しい。  
医師の働き方改革のため、最近では2次・3次病院でも大学からの医師の派遣が打ち切られている現状がある。
- 早期診断、早期治療が大切です。予防医療を充実させることが大切だと思います。日々の診療でも早めの対処が必要だと思います。気軽に専門家に相談できる体制があるといいです。
- 各病院・介護施設の機能・診療体制などを医療機関・介護施設同士が把握できるようにしてほしいです。そこから協力関係ができてくるとと思います。
- 患者の状態に応じて必要な医療を受けられる体制
- ひとつの病院で入院を完結するのではなく地域全体で患者を支える体制
- 医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステムの構築)
- 地域福祉を推進する中で、少子高齢化の進行は年々加速しており、生活上の困りごとを抱えている方が増えています。  
特に、一人暮らし高齢者の増加による移動の問題が増加しており、買い物や通院が困難になる方が増えています。  
病院へのアクセスの問題も考慮に入れる必要があると感じます。  
また、一人暮らし高齢者や障がい者の増加に伴い、救急時や災害時の対応も考慮する必要性を感じます。
- 誰もがいついかなる時でもその地域で必要な医療を受けられる体制
- 高度救急医療を受けられる病院、専門的診療科(耳鼻科や眼科など)ごとの救急医療を提供できる拠点が県内にあり、高度救急医療以外の救急医療を構想区域内提供でき、回復後は生活圏のかかりつけ医等で安心して医療が受けられ、必要時は在宅介護へスムーズにつながる体制(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**(医療従事者の不足、急変時の受け入れ先となる医療機関・後方支援病院(回復期病床)の不足、在宅医療の不足)、**医療と介護の連携の不十分さ** との回答が多かった。

## 両毛構想区域

- ・ 後方支援病院のキャパシティの不足
- ・ 1. 当院は佐野市において5疾病6事業の全てを担当しているが、医師少数区域に位置し、急性期医療の医師確保は不安定である。県養成医のさらなる派遣をお願いしたい。
- ・ 2. 2025年度地域医療構想の共通の課題は回復期病床の拡充である。佐野市内には回復期病床はゼロであり、両毛医療圏においても、想定必要数の半数に満たない状況である。2次救急輪番病院をしていない医療機関に回復期病床を新設することは急務である。地域の医療機関の役割分担が進んでいない。当院は、急性期および高度急性期医療の充実がミッションである。行政からの補助金を継続的に支給されている医療機関に対しては、回復期病床拡大の指導をお願いしたい。
- ・ 救急時において、患者を受け入れる医療機関に偏りがある。
- ・ 高度医療の脆弱、介護施設における終末期医療の体制。
- ・ 急性期が過ぎた患者さんの受け入れ体制が貧弱。
- ・ 地域包括ケアシステムを支える医療資源(在宅医療、急変時の受け入れ先等)がない
- ・ 医療的処置が必要な患者を受け入れ可能な介護施設が不足している
- ・ 高度医療機関退院後に入院対応出来る医療機関が少ない
- ・ 当地区では、急性期病床は充足しているが、回復期、慢性期の病床が圧倒的に不足している。急性期から落ち着いた状態になっても回復期に回すことができず、急性期病床が満床となり機能できない状態となっている。また在宅での医療が遅れていて、慢性期病床から在宅に移行できない状態である。
- ・ 当院では常に医師、看護師、検査技師、薬剤師その他の不足があります。
- ・ 医療と介護の連携体制が不十分である、地域包括ケアシステムを支える医療資源(在宅医療、急変時の受け入れ先等)がない
- ・ 一人暮らし高齢者の増加に伴う通院のための交通手段の確保  
救急搬送時の情報伝達手段及び災害時の医療情報等の確保
- ・ 栃木県医師確保計画でも記載のとおり、両毛圏域においては医師少数区域となっているように、医師数が少ない傾向にあるため医師数の確保が課題である
- ・ 救急医療を提供できる病院の不足及び救急医療に携われる医師等専門職の不足。
- ・ 高度救急医療を提供できる病院が県内にはない。
- ・ 医療と介護の連携連絡票などが市町ごとに定められていること(構想区域内でいろいろな形、ルールが存在し病院側としては、取り扱いにくいのではないか)

# 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**(リハビリテーション、在宅復帰を目的とする医療)、**二次救急**(夜間診療等) との回答が多かった。

## 両毛構想区域

- 市民病院の空きベッドが全く活用されていない
- 当院の役割は、急性期および高度急性期医療の充実である。  
佐野市に回復期病床が無いため、急性期医療終了後は、回復期病床を有する他市の医療機関に転院している現状がある。  
2022年9月に訪問診療科を開設し、担癌患者等のハイケア患者に対する、看取り率は60-80%となっている。  
転院待ちのため、平均在院日数が延長し、経営的負担となっている。
- 救命救急センターにおける透析患者の受入れ。
- 一次救急や在宅医療、リハビリテーション
- 在宅復帰を目的とする医療
- リハビリ目的に入院する施設がない
- 回復期、慢性期病床が不足している。
- 特にありません。地域完結を目指す場合、安足地域を超えて、もう少し広い範囲での医療圏を考えていいのではないのでしょうか。
- 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
- 二次救急(数としてはあるかもしれないが、十分に役割を果たせていないところもあるのではないか)
- 二次救急病院の稼働の充実(夜間診療の拡大)。
- 主に救急・急性期治療終了後の機能(医療機関)に関する情報が少ない(受け皿が少ない?)。

# 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、医療・介護の連携」、「医療資源の確保・育成」との回答が多かった。

### 両毛構想区域に所属する方の回答

- 地域で受けられる医療に限界があり圏外にそれを求めざるを得ない
- 医師少数区域で急性期医療を担当する医療機関への、県養成医の優先的な派遣をお願いしたい。急性期医療は2次医療圏内での対応を原則とする体制を構築し、無理な場合は、近隣の3次救急病院や大学病院と完結することが理想。回復病床不足の地域においては、担当すべき医療機関に対する行政からの指導をお願いしたい。回復期の転院のために、遠くの医療圏に転院するのは県民に大きな負担となる。
- 隣県と連携した体制の整備。
- 緊急を要する医療はできるだけ地域で受けられ、必要に応じて県内の専門医療機関を速やかに受診できる体制
- 県内で高度な医療、救命救急(広範囲熱傷や四肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対する救急医療)が受けられる体制
- 圏域を越えた医療介護の連携ができる体制
- 特に2次救急を行う病院が不足している
- 緊急を要する患者は地域での完結が理想であるが、専門性の高い医療を各地域で準備することが不可能。中心都市である宇都宮に専門病院を建設し医師を充足し、また自治や獨協にも協力をお願いする。
- 救急医療はできる限り一定の地域内で実施できるようにするべきだと思います。安足地域から広げた範囲で考えてはどうでしょうか？
- 緊急を要する医療はできるだけ地域で受けられ、必要に応じて県内の専門医療機関を速やかに受診できる体制
- 県内で高度な医療、救命救急(広範囲熱傷や四肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対する救急医療)が受けられる体制
- 圏域内での医療介護連携がよりスムーズに行える体制
- 圏域を越えた医療介護の連携もできる体制
- 緊急を要する医療は地域の医療機関で速やかに対応して、更に必要に応じて県内の専門医療機関も受診できる体制。
- 各病院・施設の専門分野・得意領域に応じて、適時・適切に治療・介護を受けられる体制。

# ①グランドデザインについて(①-5)

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

地域間(圏域・県を超えた)連携、医療と介護の連携、医療従事者・介護従事者の確保、県立病院の機能強化 との回答が多かった。

## 両毛構想区域に所属する方の回答(その1)

- 地域間病院と圏外の病院との密接な関係
- 医療はアクセスとコストである。急性期医療に関しては、当院と足利赤十字病院の充実、そして、その他の医療機関における回復期病床増床ができるように、県の指導およびご支援をお願いしたい。
- 連携するための具体的な仕組みがない。
- 県立病院が提供している医療が不十分。
- 医療介護体制の不足。
- 県央以外の医療従事者確保が困難。
- 医療と介護の連携を図る統一的な仕組みがない
- ネットワークの充実が十分ではない
- 紹介するためのネットワークが必要。紹介先を探すのにとっても時間を要することが一番の課題。
- 1 大学病院との対話があってもいいのではないのでしょうか？
- 2 介護施設での医療提供、リハビリなどが増えればいいと思う。
- 地域間の連携が不十分
- 圏域を越えて医療機関をつなぐICTネットワークが必要
- 医療と介護の連携を図る統一的な仕組みがない
- 医療介護従事者を安定的に確保できない
- 他県の医療機関と連携するための具体的な仕組みがない
- 一人暮らし高齢者や障がい者が増加している現状と地域や医療機関、介護関係機関等との連携を図ることを鑑み、これら住民の基本情報の共有が図れるICTの導入が必要と考えます。
- また、近年頻発する災害に備える手段としても、ICTによる情報が共有できると避難所での生活を送る場合にも適切な医療が受けられ、高齢者等の災害関連死の問題を防止できると考えます。

# 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。

## 両毛構想区域に所属する方の回答(その2)

- 県立病院の救急部門がない・高齢者救急の受入体制が不十分
- 医師の確保
- 県立病院が提供している医療が不十分
- 医療介護従事者を安定的に確保できない
- 他県の医療機関と連携するための具体的な仕組みがあるのかわからない
- 高度救急医療、専門的な救急医療を受けられる拠点が無い。
- 各病院・施設の機能分化、専門分野・得意領域に関する周知が不十分。
- とちぎ医療情報ネット等の更なる活用と周知が必要。
- 人材不足(介護、看護、調理員)への対処も必要。

# 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、専門性のある疾患に係る医療、耳鼻科・眼科等に係る救急医療等) との回答が多かった。

## 両毛構想区域に所属する方の回答

- 乳腺専門医が絶対的に少ないと感じている。圏内の二次医療圏では医師の偏在が大きいため、医師少数区域への重点的な県養成医の派遣を期待したい
- 高度な全身管理を要する疾患
- 希少がん等は、現時点では対応出来ているように思います。
- 緊急手術を必要とする大動脈疾患は、赤十字病院でされていると思います。
- 専門性のある疾患は2つの大学病院にお願いし、救急を要する疾患は2次3次病院が担当する。そのすみわけが必要。
- 感染症専門病院があってもいいと思います。感染症にはコロナ、肺炎、破傷風、麻疹、ヘルペスいろいろあります。今後新しい感染症が出てくると思います。
- 希少ながんに係る医療等が24時間365日受けられる医療体制
- 緊急手術を要する大動脈疾患を24時間受けられる医療体制
- 耳鼻科や眼科などの救急医療体制
- 夜間休日の小児救急医療体制
- 耳鼻科や眼科などの救急医療体制

## ②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-1)

### 1.あなたの所属する構想区域における救急医療(初期・二次・三次救急)

**受入れが困難な状況がある**(医療機関・医師や看護師の不足(二次救急)、高齢化・担い手不足(初期救急)等がある)との回答が多かった。

#### 両毛構想区域

- 三次救急に対する不安
- 佐野市は医師少数区域であり開業医数も減少傾向であり、休日夜間診療所へ当院の医師を派遣している。
- 今後も当院医師の支援が拡大すると思われる。
- 当院の敷地内での休日夜間診療所の新設をすることで、業務効率化を金子市長、柳川医師会長に提案している。
- 2023年度は、当院の救急車応需数が過去最大となった。今後もさらなる充実をめざしたい。
- ・1次救急においては担い手不足、2次救急においては受入体制がひっ迫し、特定の病院に集中することが課題。
- 一次、二次、三次の住み分けが困難。すべて3次救急である当院へ来る。
- 救急搬送先が決まるまでに時間がかかる
- 全て
- 一次(初期)救急は開業医や休日夜間診療所が担当しているが、そこからの2次救急病院への紹介が困難なことが多い。また夜間、特に深夜帯の一次救急は開業医では不可能である。
- 二次救急を担当していますが、休日、夜間の医師不足、看護師不足があります。
- 二次救急
- 本会では「安心キット」を一人暮らし高齢者や高齢者夫婦世帯、障がい者世帯に配布しており、救急搬送時の医療情報等の支援を行っています。
- しかし、キットが紙ベースのものであり、情報の更新も個人や家族等に委ねられているため、正確な情報が医療機関に繋がるのかが疑問な点です。
- また、「安心キット」は対象者全員に配布しておらず、希望する方への配布となっているため、情報の正確性を担保できないかと思えます。
- 本市には三次救急医療機関がないため、重症外傷などは必然的に市外への救急搬送となっている
- 休日・夜間緊急診療所に参加している医師の年齢が高齢化してきているのが課題である
- 二次救急が十分に役割を果たせていない
- 初期・二次救急体制の充実。

## 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、医師の高齢化がある)との回答が多かった。

#### 両毛構想区域

- 進んできているとは思いますがまだ十分とは言えない。
- 在宅を担う医師、薬局がもう少し増えるといいが、在宅専門クリニックの中には医師の入れ替わりが多かったりと患者の側からすると相談しにくいケースがある。
- 奥佐野のへき地の診療に、へき地医療拠点病院として野上診療所を担当するとともに、訪問診療科による訪問医療を行っている(前述)。
- 医師の高齢化。
- 在宅診療を行っている医療機関が少ない。
- 在宅看取りに対応できる医療機関が少ない
- 在宅医療に関しては専門外なので詳細は不明。しかし在宅のみを行っている診療所に問題があるケースが散見される。
- 当院では今年4月から訪問診療を開始しました。訪問看護との協力が大切だと思います。また、訪問診療を行っている医療機関との連携をしっかりと行いたいと思います。
- 在宅療養されている患者様に訪問診療の支援協力を構築中
- 在宅医療の患者が診療時間外に体調が急変した場合、診療所医師が対応できない場合がある。
- 在宅医療を提供している医師の高齢化

## 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・周産期医療の医療提供体制に不足がある、がん(乳腺等)への体制を整える必要があるとの回答が多かった。

#### 両毛構想区域

- へき地診療所が十分に機能しているとは思えない。中山間部の医療拠点として期待されるとともに、山間部に向かったの最期の医療・医薬品の供給を担うという面からみても、地域生活者が期待できる体制にはない。
- 佐野市においては、当院が5疾病6事業の全てを担当し充実に注力している。
- 医師獲得が最大の課題である。乳腺専門医の確保を市民が強く希望している。小児科医5人、産婦人科医7人で広域医療を担っているが、大赤字である。
- 6事業をしっかりと行っている医療施設への適正な補助金の投入が必要と考える。
- がん専門病院の不足(乳腺外科の専門医不足)。
- 周産期医療の不足。
- 医師の働き方改革で大学からの医師の派遣が厳しい診療科がある。
- 足利地区の腎臓内科医が不足し、透析ができない状況が続いている。
- また佐野地区では産科医が不足しているので、出産できる診療所が足りないことや乳腺外科医がいないため、地域でオペができないのも問題。
- 1 がんについては早期診断のために検診の充実が大切だと思います。
- 2 当院は僻地診療を行っていますが、オンライン診療の導入により診療所の医師が休みを取っても診療所を開くことが可能になると思います。
- がん、心臓病、脳卒中患者における在宅医療支援
- 「糖尿病」について、糖尿病診療連携手帳を活用している医療機関が徐々に増えており、眼科受診については定期的にフォローされているが、歯科受診勧奨はまだフォローが弱い印象がある。
- 脳血管疾患の死亡率が高く、脳血管疾患に特化した病院があるといいと考える。
- 小児科クリニック、周産期クリニックの減少
- 新興感染症については、今般の新型コロナウイルス感染症における対応を検証した上で、官民の機能分化等について見直しが必要。

## 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

**医師の高齢化に伴う課題が生じている** との回答が多かった。

#### 両毛構想区域

- 中山間部の独居を含む高齢者家庭に対し、十分な医療を提供できるように
- 開業医も少なく、初期医療は十分とは言えない。
- 当院は紹介受診重点医療機関として逆紹介を強く進めるとともに、2人主治医制も拡大している。
- かかりつけ医機能は定義が未だ不明確であるが、当院の役割ではないと考える。
- 初期医療(発熱患者対応等)、予防医療(予防注射、健診等)を行うことが、かかりつけ医機能の基本と考える。
- 地域的には、かなりの伸び代を感じている。
- 医師も患者も高齢化することで、かかりつけ医の確保が難しくなる。
- 開業医の高齢化、かかりつけ医機能の低下
- 新たに開業する診療所がないため医師の高齢化が問題となっている。  
このままでは内科や小児科、産科などの医師が不足し、やかかりつけ医機能も破綻してしまう可能性がある。
- 外来医療の分担についてお互いの親密な関係構築が必要だと思います。
- 佐野厚生総合病院では「二人主治医制」を今年から始めたと聞いています。
- 当院でも可能な疾患についてはクリニックと連携して二人主治医制を進めたいと思います。
- 偏りをなくすために、いろんなクリニックとの対話が必要だと思います。
- かかりつけ医機能の充実化が課題
- 市民アンケートで約7割強の方がかかりつけ医を持っているとの回答があるため機能していると考える。
- 医療提供体制とは少し焦点がずれるのかもしれないが、地域全体が車ありきの生活環境となっており、いずれ自身や家族が運転ができなくなった時や、かかりつけ医師の高齢化に伴う通院、医療へのアクセスについての不安の訴えが市民からよく聞かれるようになった。
- クリニックの医師の高齢化

## 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、休日夜間診療体制の維持に懸念が生じている** との回答が多かった。

#### 両毛構想区域

- 働き方改革を踏まえて、薬局から外へ出ていく業務、即ち在宅医療に関わるには、圧倒的に薬剤師の数が足りない。同時に余剰の薬剤師を雇うほどの財力を持っている薬局も少ない。少ない人数をギリギリ回しているのが現状。
- 医師、看護師、薬剤師等、全てが絶対的に不足している。確保に多大な労力と予算を投じている。
- 働き方改革により、病院における医師不足が生じている。
- 休日診療運営が将来困難になる恐れがある。
- 医療従事者確保が困難であり地域医療の弱体化を来している
- 人材不足
- 看護師が圧倒的に不足している。特に医師会立准看護師養成所の経営悪化で、閉鎖する学校が続出している。
- 看護師養成所は県や市からの補助が必要。このままではこれからの少子高齢化時代を乗り切ることができない。
- 医師、看護師、検査技師、薬剤師の確保に常に困っています。
- 構想区域の現状を把握していないが、当院においては看護師不足により深刻な現状
- 看護師などの医療従事者が不足しており、人材確保が困難であると聞いている
- 24時間対応の救急や在宅医療のニーズが増え、そのような医療の提供体制を整えるよう求められているが、実際に従事できる医療従事者確保が困難であり、医師については高齢化が顕著である。
- 医療従事者は、各職種とも慢性的に不足している実感がある。
- こうした状況にも関わらず、働き方改革により医師の労務に制限が掛かることは、不適切ではないか。
- 国は医師の働き方改革を謳う一方で、自治体(市町村)では、現行通りに休日夜間診療体制の維持を求めることは論理矛盾ではないのか。

## 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** との回答が多かった。

#### 両毛構想区域

- 施設入居の「待ち」期間が短くなってきているような感覚を覚える
- 介護サービスの件はよく分かりません。
- 介護従事者不足
- 住民主体のサービスが生まれにくい。
- 人材不足
- 専門外なので不明。
- 介護施設を利用しようとした際に、介護認定をいただくために大変時間がかかります。
- 介護サービスについては充実していると思うが、民間のサービスについては若干の格差がある
- 医療や介護が必要な状態になっても自宅での生活を続けたいといった介護ニーズに対応できるよう在宅サービスの整備
- 訪問系サービスや通所系サービスなど複数のサービスを組み合わせて柔軟に対応できるよう複合型サービスの整備
- サービス利用の増大や多様な介護ニーズへの対応をするため、介護サービス提供事業者やケアマネジャー等の資質向上
- 居宅介護支援事業所の減少
- ケアマネジャーの不足
- ホームヘルプサービスを提供できる事業所の減少
- ヘルパーの減少
- 介護従事者不足による空床化や研修機会の提供困難等。
- 各介護事業者の専門分野(得意領域)の周知不足により、機能分化が十分に果たされていない。

## ②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-7)

### 7.あなたの所属する市町、地域における医療介護連携

**連携体制が整いつつある**(一方、十分でない、在宅療養時に統一された方法がないとの意見もあり)との回答が多かった。

#### 両毛構想区域

- 各業種間のトップ同士ではなく、末端の人同士が現場で連絡を取り合ってよりよいサービスに結び付けることができている。
- 介護サービスの件はよく分かりません。
- 医療介護における連携は、体制が整いつつある。
- 介護施設と医療機関の連携は十分ではないと思われる
- ケアマネージャーとの連携がもう少し早くなれば良いと思います。
- 専門外なので不明。
- 今のところ何とか患者さんの行先をきめることができます。点滴のてきる介護施設がふえれば有難いです。
- 訪問診療を充実化し在宅医療の支援を強化
- 入退院時に活用する「入退院連携シート」は、地域で認知され活用されている。
- 在宅療養時の医療・介護連携について、統一された方法が形成されていない。
- 施設入所者の入院に関する調整・依頼にあたり、“IVH、酸素吸入の状態”を入院条件とされ、それ以外の状態は受け入れ拒否される場合がある。

## 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。

**救急医療の充実、医療従事者の確保、医療と介護の連携強化** との回答が多かった。

### 両毛構想区域に所属する方の回答

- 救急医療の充実。後方支援の不安解消。
- 介護サービスの件はよく分かりません。
- 病院機能(1次、2次等)の役割分担の明確化ができていない。
- 救急医療充実のためのかかりつけ医機能の向上や介護施設との連携強化が必要
- 医療従事者の確保、医師の働き方改革
- 介護(介護サービス、介護従事者)
- 医療介護連携
- 医師の確保
- 医療従事者の不足があると思います。
- 在宅医療・医療介護連携の強化
- 救急医療
- 在宅医療・その他の5疾病6事業(救急を除く)
- かかりつけ医機能
- 医療従事者の確保、医師の働き方改革
- 介護(介護サービス、介護従事者)
- 医療介護連携

# 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・偏在対策、財政支援** との回答が多かった。

### 両毛構想区域に所属する方の回答

- 地方、特にへき地を有する地域、医師少数区域への診療報酬の増額。医師は給料が高ければ獲得が可能と考える「へき地手当」等が支給できるようになる
- 過度の東京中心主義により、人材の東京および大都市への集中が進み、地域の人材減少が加速している。
- 医療のみならず、経済、生活(労働年齢の若者)、少子化はさらに悪化している現状を、ご検討いただきたい。
- 下り転院等に協力する医療機関への補助制度の創出。
- 医療関係職員の十分な養成と適正な配置。
- 医師が都市部に過剰との理由で養成数を減らせばますます地域の医師部不足が加速すると思われます。
- 現実、現場に目を向けて、医師不足や医師の偏在をどうにかしてほしい。
- 医師の働き方改革などはその問題が解決してから行えばよい。
- 大学病院、国立病院、公的病院との人材交流(人材派遣?)があると有難いです。
- 紹介重点医療機関についての整備再構築(一般病床数200床未満への対応)
- 人材の確保
- 下記の種々の要望について善処願いたい。

# 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(③-2)

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、医療従事者の養成・確保、地域の特性に応じた対応** との回答が多かった。

## 両毛構想区域に所属する方の回答

- へき地医療の存続に向けて市町との協力を濃くしていただきたい
- 赤字の原因となる6事業に見合った、税金の公平な医療機関への支給。
- 医師少数区域への人材派遣等の配慮。
- 下り転院等に協力する医療機関への補助制度の創出。
- 地域医療構想の推進に向けての調整や誘導。
- 宇都宮中心の医療ではなく、地域の実態を見極め、それぞれの地域にあった医療構想を考えてほしい。
- 医療従事者の養成。
- 回復期病床を整備した場合、病床転換等以外に県からの補助金等の支援は受けられるのでしょうか
- 市町や医療構想区域の枠を超えた医療と医療の連携及び医療と介護の連携
- 下記の種々の要望について善処ならびに国への申し入れを行っていただきたい。

# 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(③-3)

## 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。

**医療従事者の確保、住民への啓発** との回答が多かった。

### 両毛構想区域に所属する方の回答

- へき地診療所は、開設していればいいということではなく、地域の人が頼りにできる存在でなければならない。
- 赤字の原因となる6事業に見合った、税金の公平な医療機関への支給。
- 市民への医療機関適正利用の啓発、情報発信
- 一部の病院のみを対象に助成しているのが一番の問題。
- 人で不足に困っています。佐野市で働く医療従事者を増やすための施策を考えてほしい。
- 例えば、他県の看護師が佐野市で働きたい場合に住宅の供給をすれば働きやすのではないのでしょうか？
- 地域医療構想の推進に向けた行政からの支援協力
- 近年、フレイル予防が求められていることから、行政が中心となり地域住民が連携したフレイル予防の推進を図ることが重要と感じます。その中で、定期的な運動を取り入れる等しながらコミュニケーションを深め、地域での居場所づくりを進めることができるとよいと感じます。
- また、地域事業等への男性の参加率が女性に比べて低いことから、男性が参加しやすい仕組みや取組みを考えることも必要です。
- 医療系サービスの利用にあたり、連携連絡票(足利市在宅医療・介護連携推進事業)の記載をかかりつけ医に依頼したところ、“記入事項は何もない”と返答されたことがあり、医師への周知が不十分と感じた。

# 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。

**公的医療機関が担うべき役割の実施** との回答が多かった。

## 両毛構想区域に所属する方の回答

- 今後も尽力していただきたい
- 自治体病院は補助金が継続支給されているが、当院は公的医療機関で5疾病6事業を担うが補助金の支給はない。
- 公的と言われる責務に相当する補助金の支給は必須と考える。
- 1 救急医療の元締めとしてお願いします。
- 2 公立、公的医療機関からの医師、看護師、薬剤師などの派遣があるといいと思います。
- 県立病院で提供できる医療の充実
- 公立・公的医療機関の役割を明確にしていきたい。
- 具体的には、公立・公的医療機関は「処遇困難事例」に対処するために設置されていることを改めて周知させるべきである。
- これらについては、新型コロナウイルス感染症に留まらず、今後の新規の新興感染症対策を考える上で不可欠と考える。

## 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。

**医療機関間・医療と介護等との連携強化** との回答が多かった。

### 両毛構想区域に所属する方の回答

- 多職種連携のための顔の見える関係作り、ケアカフェさの、の運営
- 佐野市医師会・急性期病院 連携協議会の継続。
- 市役所および行政との訪問、相談等の連携強化。
- 来年度は、院内に回復期病棟の立ち上げ準備を進めている。
- 関係機関との話し合いの実施。
- 医療機関の連携強化。施設におけるACP作成の啓発。
- 医療機関間の連携をスムーズに行える様に検討しています。
- 1 訪問診療を中心に地域連携を考えていきたいです。
- 2 へき地診療についても効率的な診療所運営を築きあげたいです。
- 3 救急医療に関しては、佐野市あるいは安足地域に限定せず、もう少し広い範囲で設定したらどうでしょうか？  
具体的には足利日赤病院だけに頼らずに栃木市、群馬県、茨城県、埼玉県なども含めた病院群の設定です。
- 在宅医療患者への支援として訪問診療事業への参入
- 医療・介護の連携強化

# 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。

従事者の収入減少や医療機関等の負担増が生じている、実情を考慮した設定が必要 との回答が多かった。

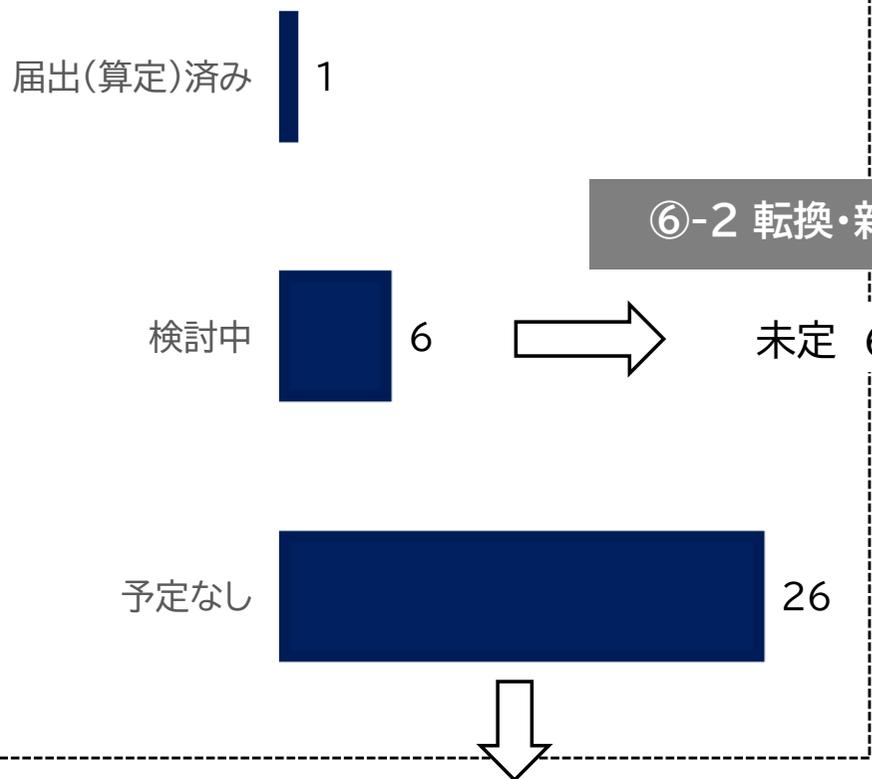
## 両毛構想区域に所属する方の回答

- 若手医療従事者の所得増に向けて、という話と実情があまりにも乖離している。
- 5疾病6事業を担うレベルの医療機関は全国的に赤字が増大しており、地域の中核病院の維持のためには診療報酬の増額、または、補助金支給が必須と考える。
- また、医師少数区域では高額な人件費がないと人材確保ができないため、DPC係数等での特別な配慮も要望したい
- 物価高への対応がない実質マイナス改定であり医療機関の経営状況がより厳しくなった。
- 経営不振で撤退する医療機関が出てくるのが危惧されます。
- 業務負担の軽減
- 医療DX中心の診療報酬改定はおかしい。
- マイナ保健症、電子処方箋等に現場医師は戸惑っているのがわからないことが問題。
- 休日夜間の診療報酬をもっとあげるべきだと思います。現状では初診料480点で、これは安すぎると思います。3~4倍にしたらどうでしょうか？救急車の安易な利用が減るという効果もあるでしょう。
- 介護職員への処遇改善は加算とするのではなく、補助金等で手当し、利用者への負担を軽減していただきたい。
- 人材確保の困難さの改善のため、基本報酬や処遇改善交付金等の充実・増額について留意・対応いただきたい。
- 診療報酬、介護報酬ならびに障害福祉サービス報酬による職員の賃金改善のための加算(ベースアップ評価料、処遇改善加算)の額(割合)の差異をなくしていただきたい。  
各分野において配当額に差異があり(医療<福祉<介護)、同一法人内で他部署への異動の際に支障をきたすため。

# 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。

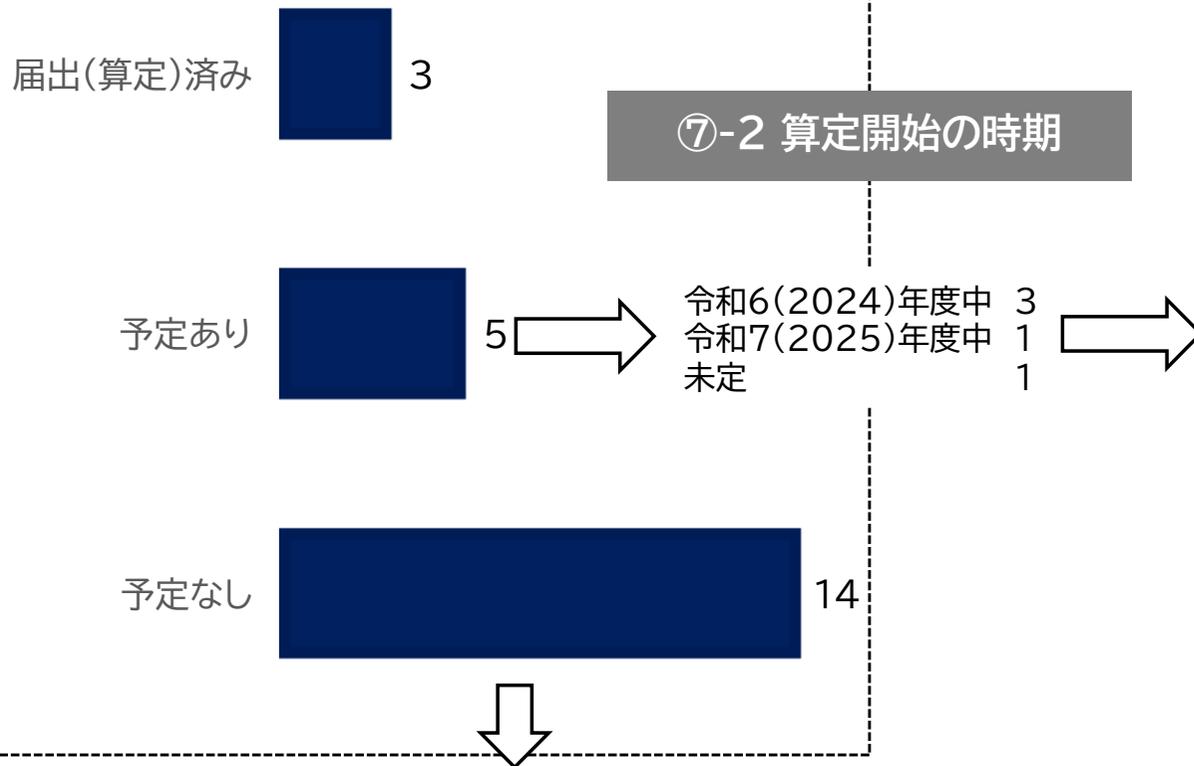
### ⑥-4 転換・新設をしない、またはできない理由

- 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



## ⑦-3 課題等

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

## ⑦-3 課題等

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

## ⑧各構想区域における地域医療構想調整会議のあり方について

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

**参加者が意見を交換しやすい場を提供すること** に関する回答が多かった。

### 両毛構想区域に所属する方の回答

- 本会議は、病床の機能分化が主要な課題であるが、病床管理の経験がない医師会長が司会の場合は、会議進行に関して、難しさを感じている。
- 本会議の前に小さな部会での議論を行う必要があると思います。
- 関係医療機関の医師、職員等が頻回に集まれる体制を作っていただきたいです。
- 情報交換、コミュニケーションを密に行いたく思っています。
- 専門的な議題について関係者を限って協議をした上で、テーマ別のワーキンググループや包括的な意見交換を行うことが必要と考えます。
- 必要に応じて形態を考慮する(部会、WG・WT等)ことは有用と思います。
- 上記の在り方についても、今後の調整会議で協議しては如何でしょうか。

## 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。

### 両毛構想区域に所属する方の回答

- 地域医療構想において回復期病床増床が喫緊の課題と考えるが、6つの二次医療圏で回復期病床が少ない地域への、重点的な行政の指導および介入を期待しております。
- 誰もが安心して地域で生活できることは、医療のみならず、産業、教育、地域生活等多岐にわたる要素が絡み合い成り立っているものと思います。また、災害の多発化や気温の変化等、心身への負担や影響も大きくなっており、一人ひとりの生活の責任も問われているものと感じます。
- 介護老健は、慢性期医療の一旦に位置づけられているが、ほとんど(全く)協議に上ったことがないと認識している。
- 入院患者の受け皿機能として、介護老健の役割についても、医療機関等に対する更なる周知と理解促進が必要である。
- 医療機能の分化の協議のみならず、地域課題の抽出や地域基盤の整備に向けては、交通手段の確保、受診や買い物等の要配慮者への対応、また、これらに対する医療機関や介護施設によるインフォーマルサービスに対する評価の検討と実行が急務である。

令和6(2024)年度 第2回両毛地域医療構想調整会議	資料2
令和6(2024)年12月11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 －

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

令和6(2024)年12月11日  
栃木県安足健康福祉センター

## 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)

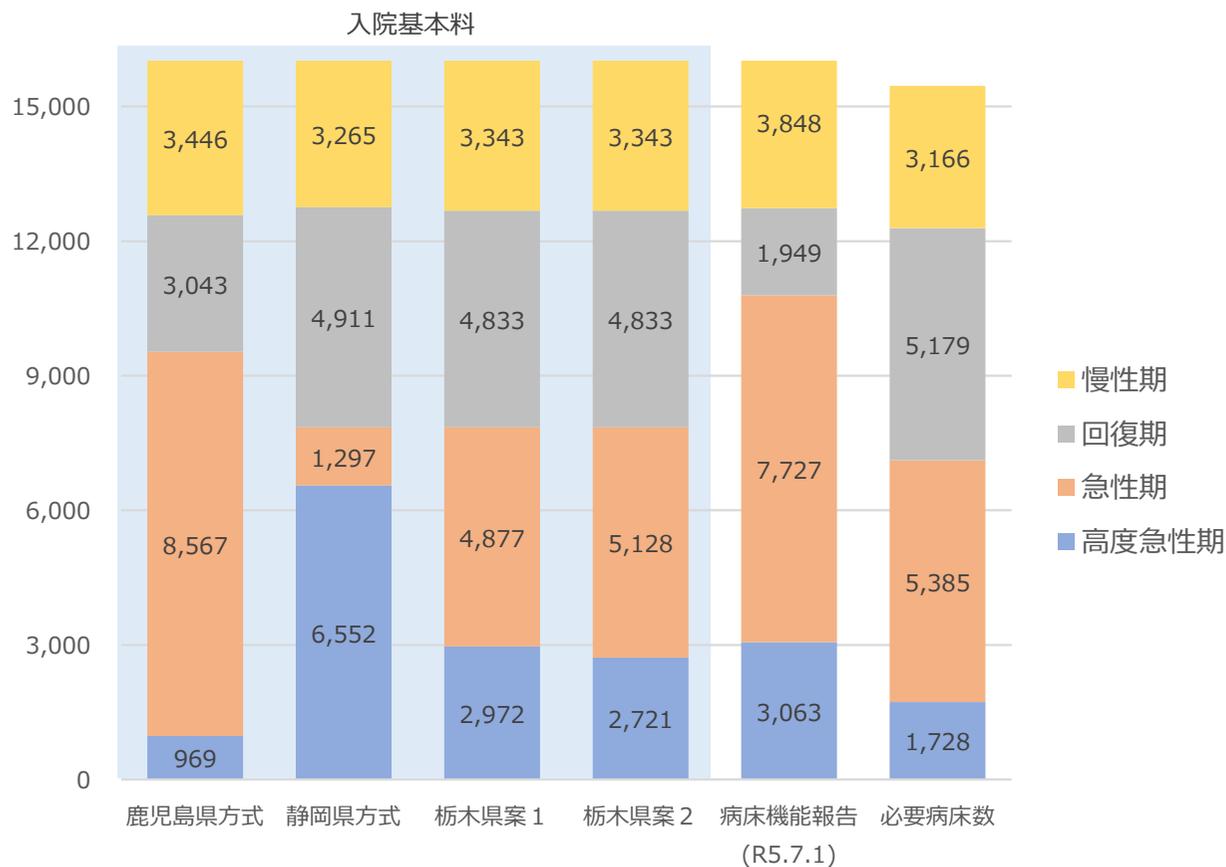
- いずれの方式においても、**病床機能報告と比較すると、“回復期”が多く、必要量との差異も小さい**という結果となった

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

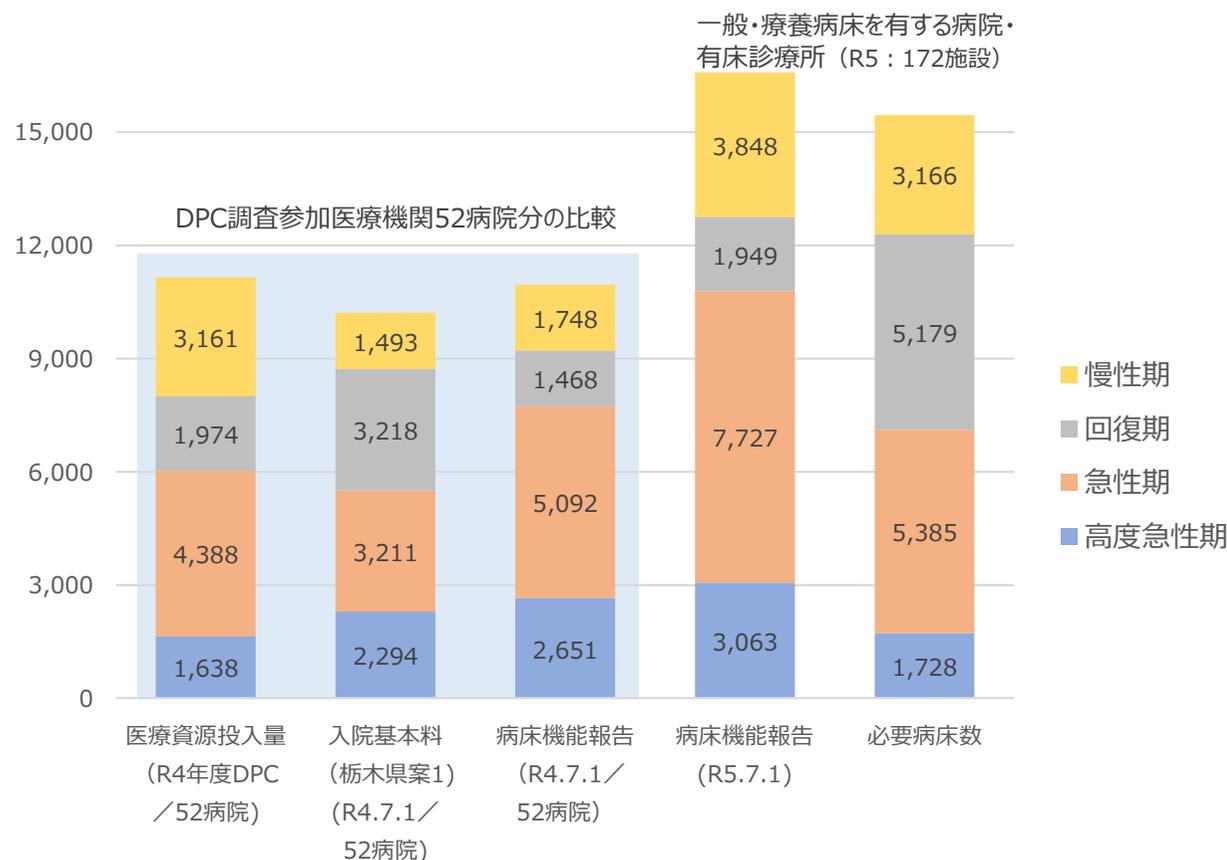


### 医療資源投入量による検証 (第2回県調整会議、第2回宇都宮地域調整会議)

#### 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

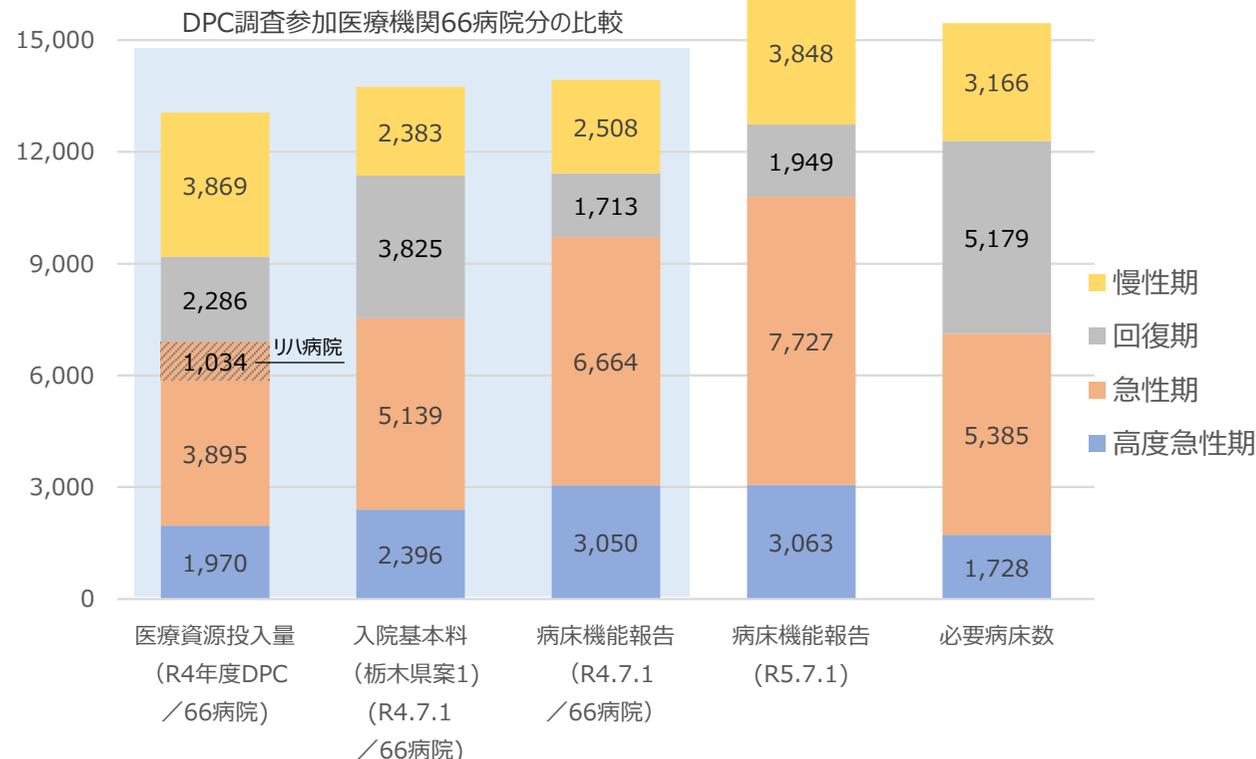
### 3 検証結果のまとめ (i)

#### 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

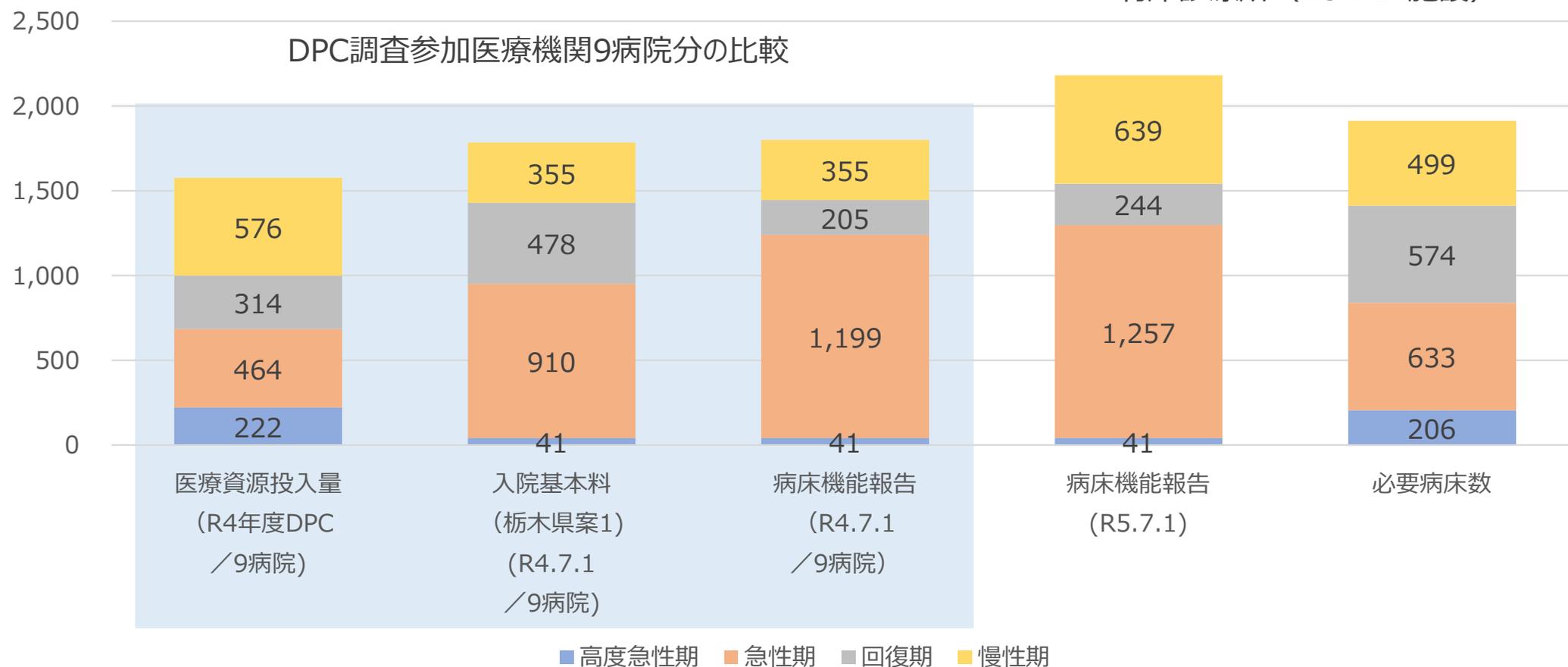
##### 検証の限界

- 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**

## 両毛圏域の比較結果

### 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 : 24施設)



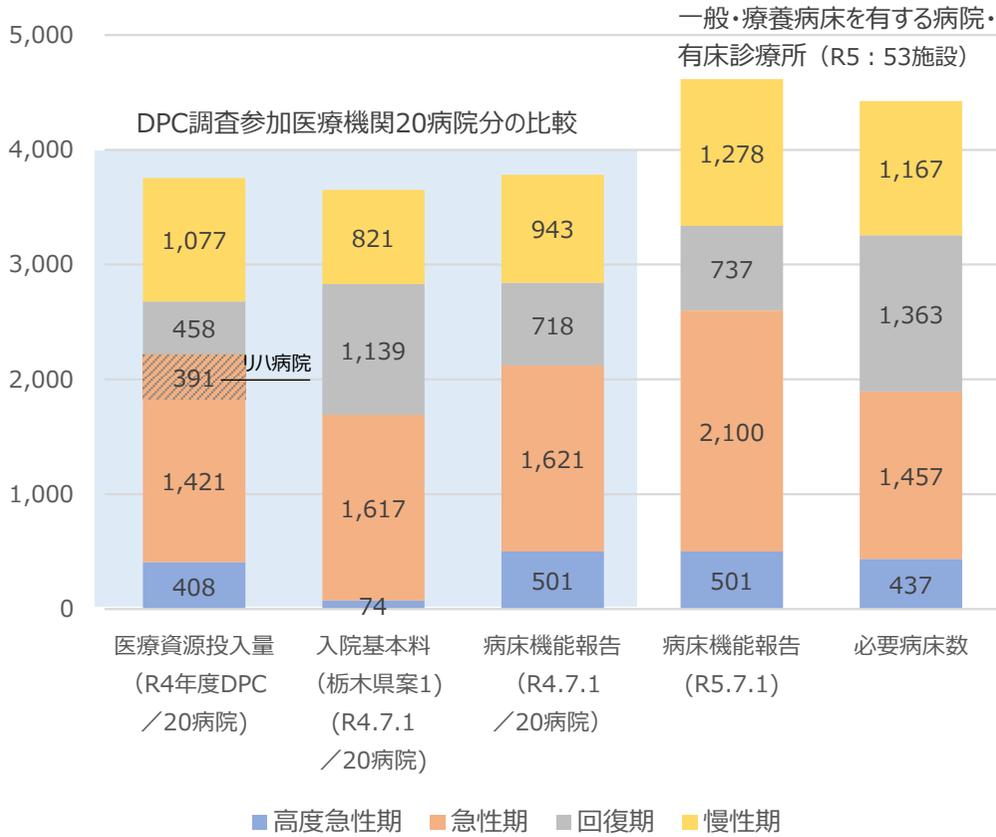
(参考) 他圏域の比較結果

### 3 検証結果のまとめ (ii)

#### 各圏域の比較結果①

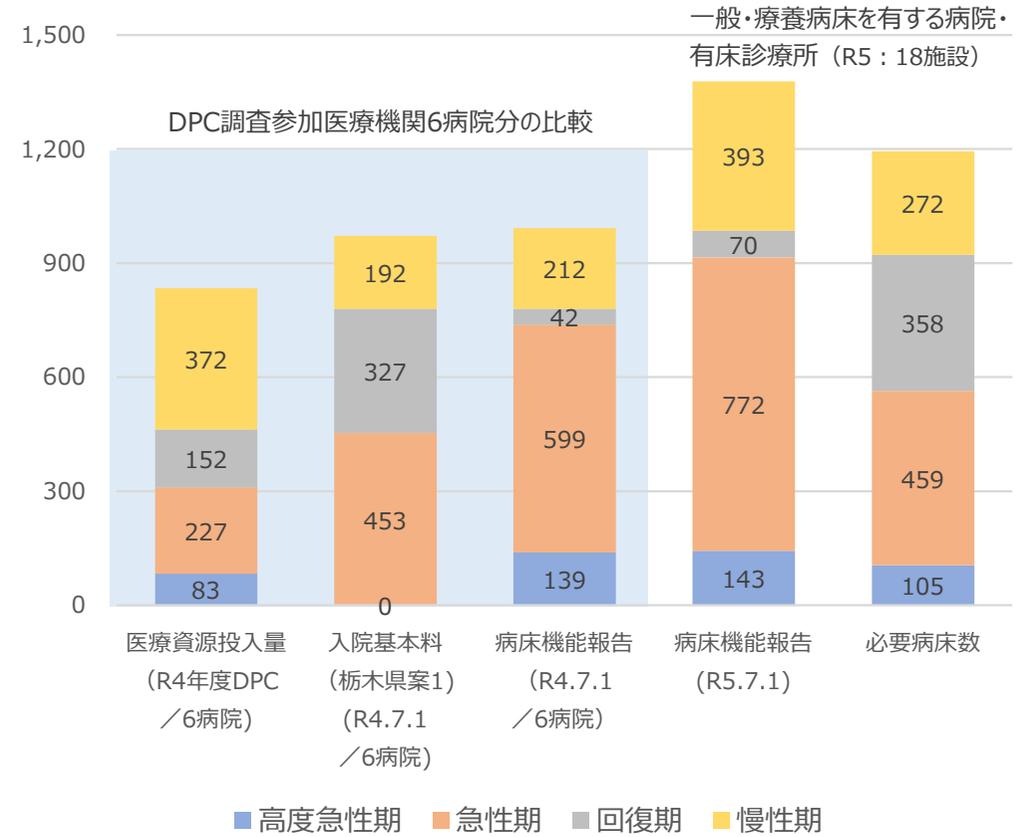
##### 宇都宮

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

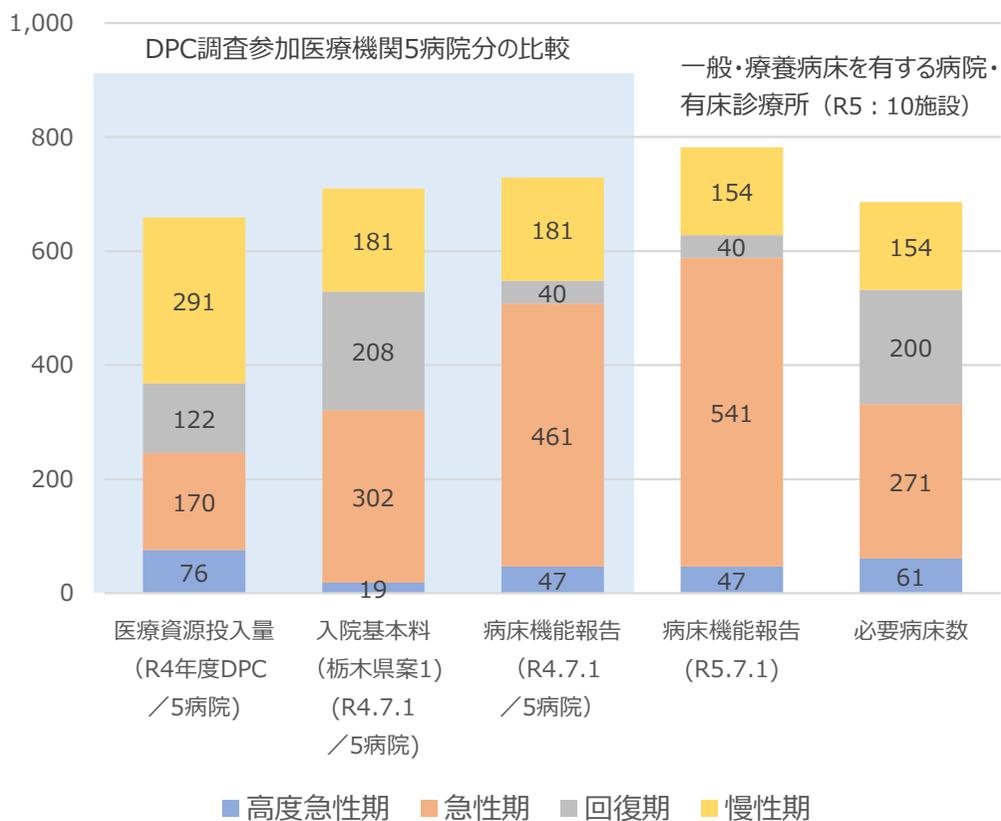


### 3 検証結果のまとめ (ii)

#### 各圏域の比較結果②

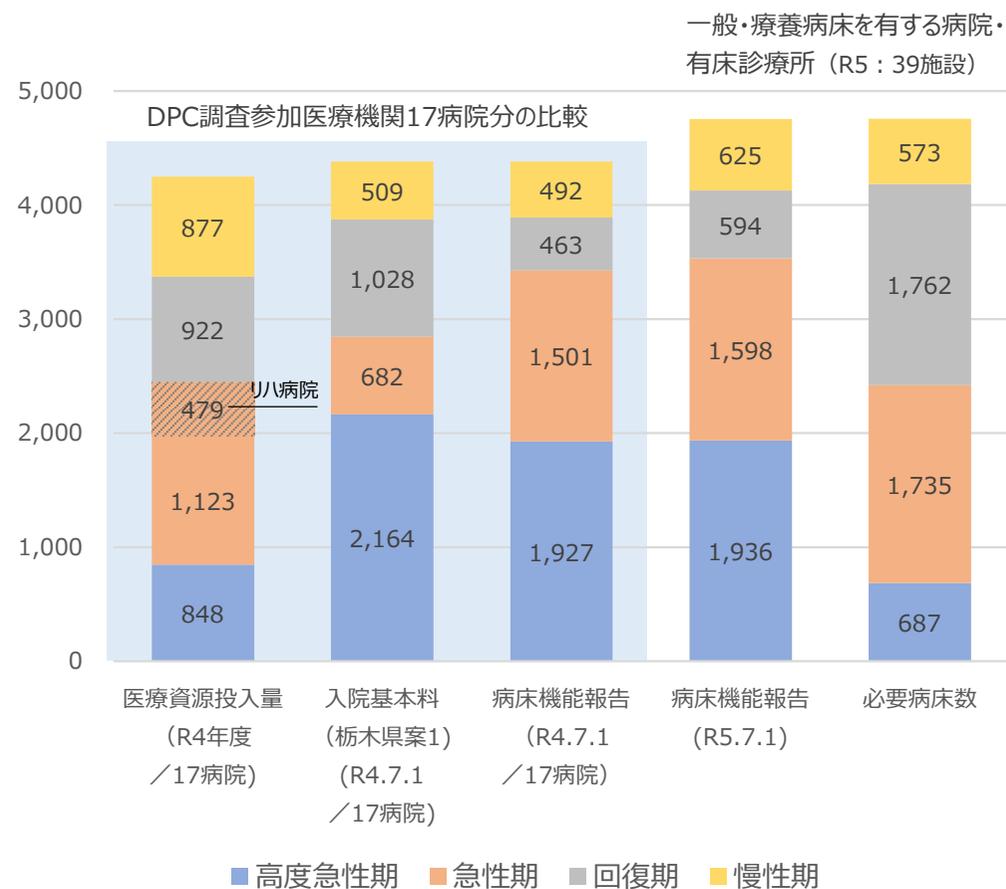
##### 県東

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

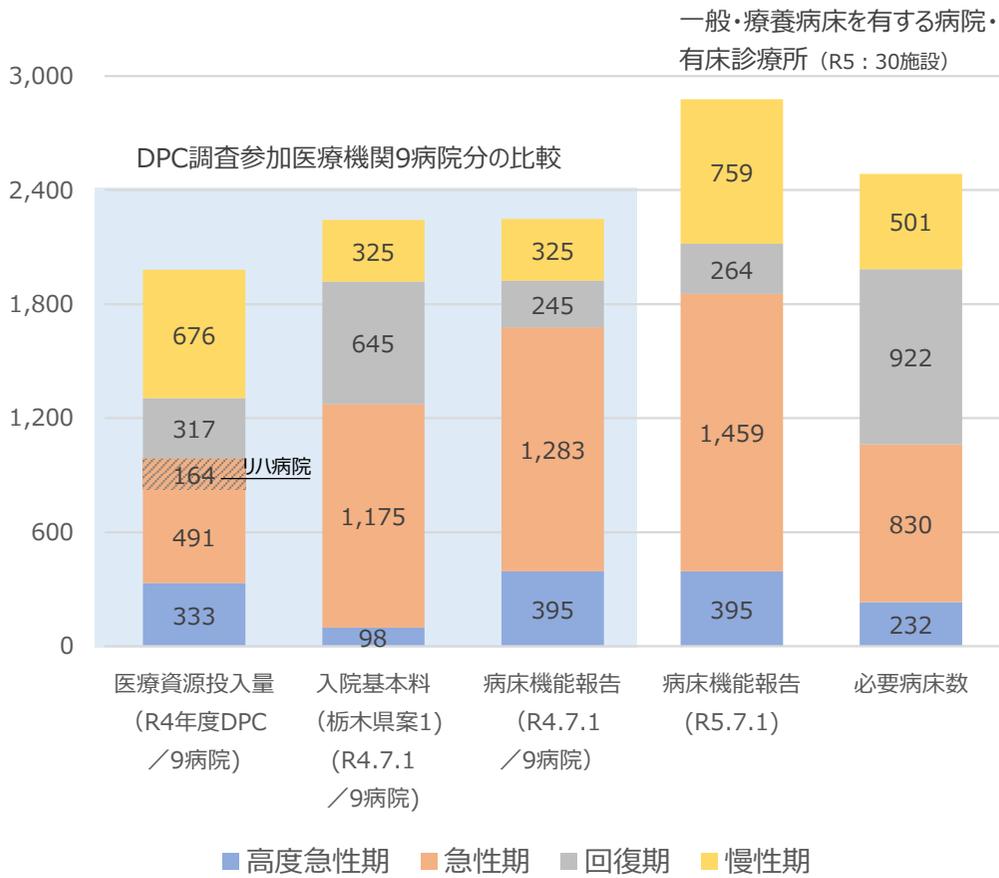


### 3 検証結果のまとめ (ii)

#### 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



令和6(2024)年度 第2回両毛地域医療構想調整会議	資料3
令和6(2024)年12月11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 －

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

令和6(2024)年12月11日  
栃木県安足健康福祉センター

## 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"><li>2040年の人口構成</li><li>2040年の入院・外来の医療需要</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ 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</li><li>✓ 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</li></ul>
流出入	<ul style="list-style-type: none"><li>医療圏毎の流出入の患者数、割合</li><li>流入患者の居住地、年齢の割合</li><li>流入患者を受け入れた医療機関の割合</li><li>流出した患者の流出先市町、年齢、疾患の割合</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ 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</li><li>✓ 隣接市町との間の高齢者の流出入割合が大きい</li><li>✓ 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</li></ul>
手術	<ul style="list-style-type: none"><li>MDC別手術件数</li><li>医療機関別手術件数（MDC別）</li><li>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）</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ 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</li><li>✓ 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</li></ul>
救急医療	<ul style="list-style-type: none"><li>各消防、重症度別の救急搬送人員数</li><li>救急車受け入れ件数×医師数</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ 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</li><li>✓ 中等症の搬送人員数が増加傾向</li><li>✓ 救急車を受け入れている病院に偏り</li></ul>

## 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

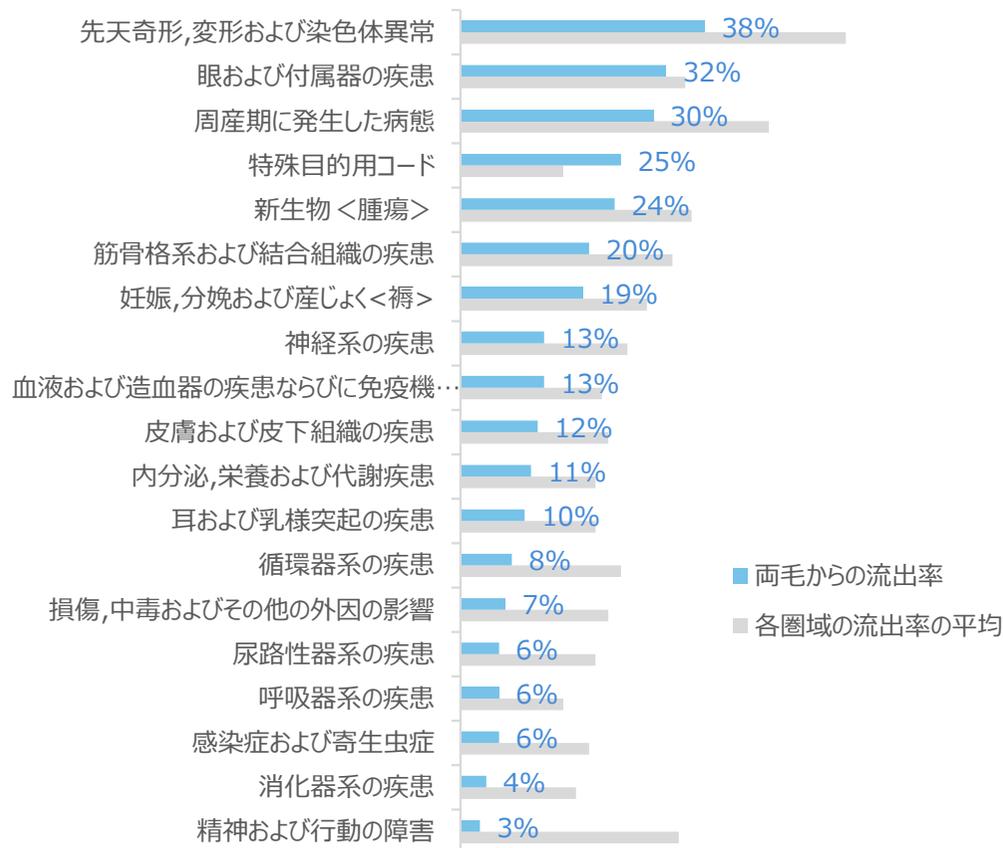
- ⑥ 二次輪番病院の肺炎患者（救急車利用）の受け入れ状況

## 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 | 両毛

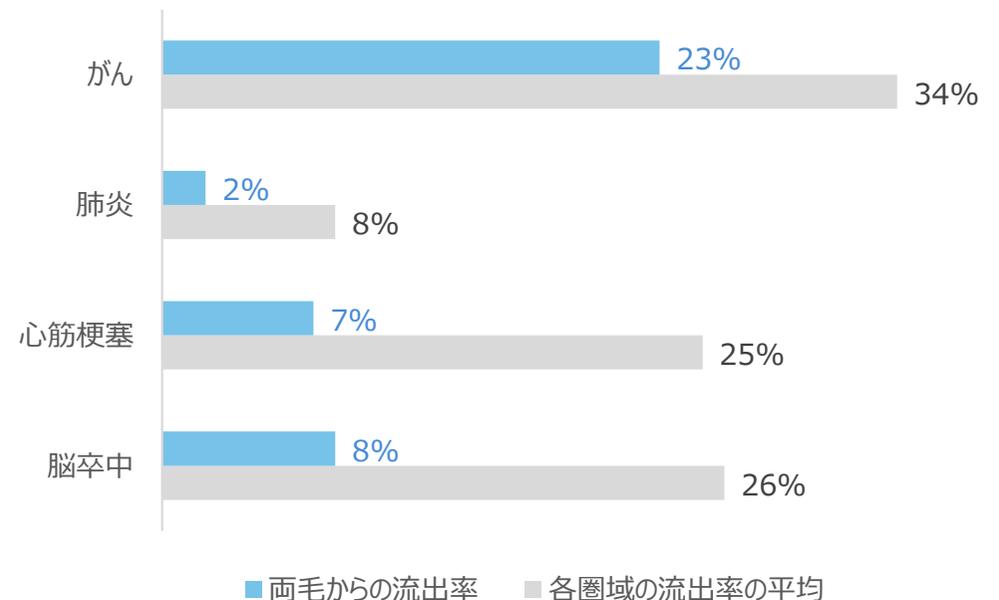
#### 流出率（ICD10別）

- 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**

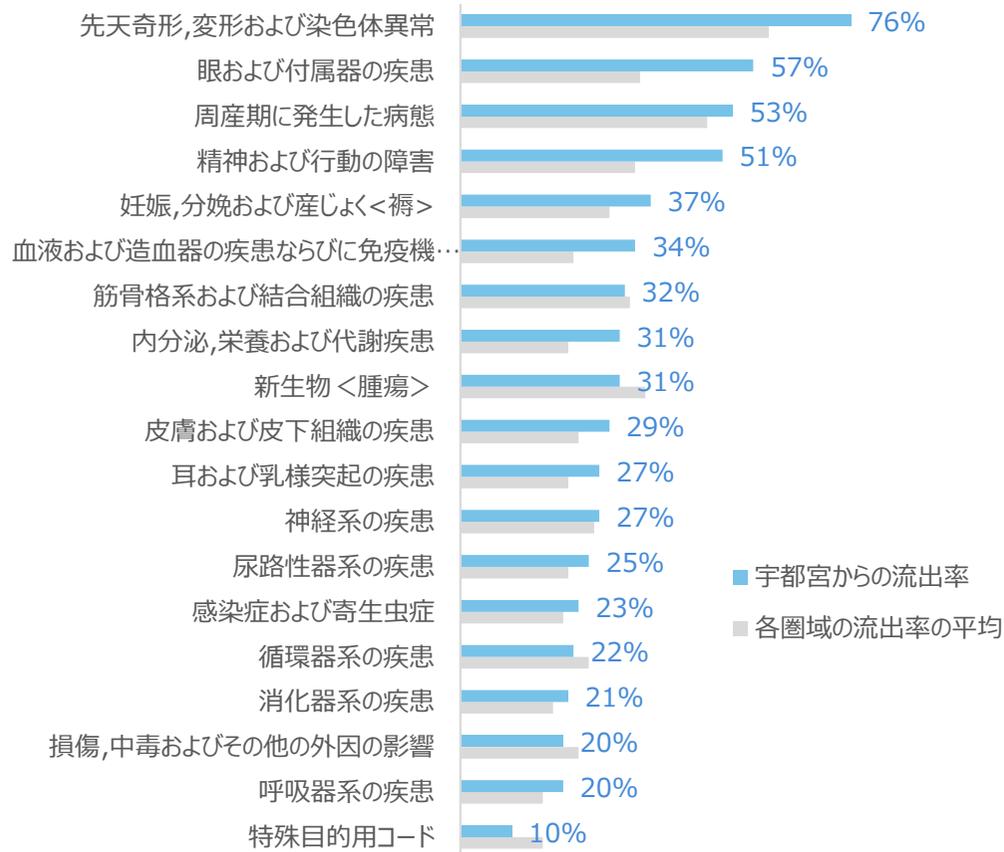


## 2 今回整理したデータについて

### ① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 宇都宮

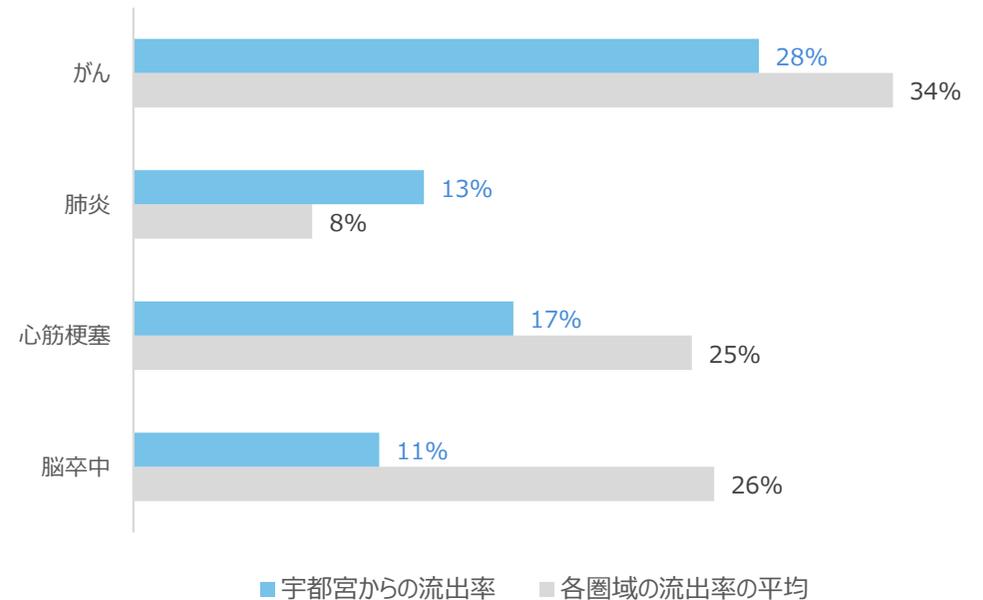
#### 流出率（ICD10別）

- 「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

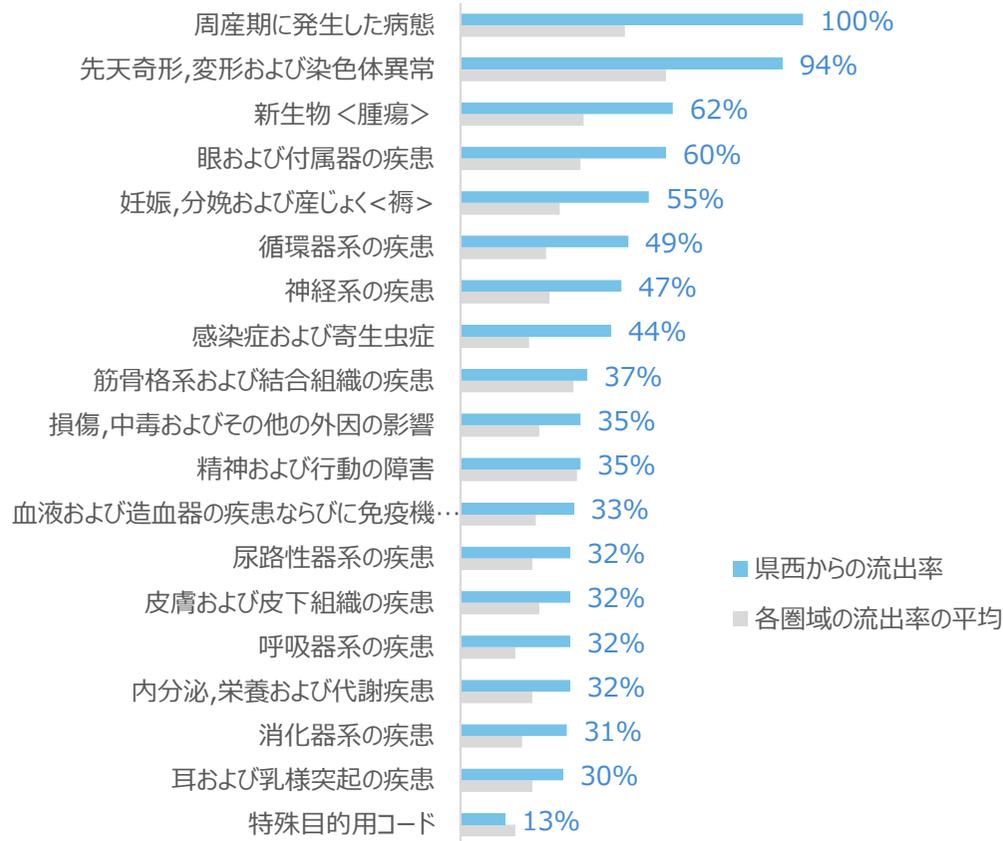


## 2 今回整理したデータについて

### ① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 県西

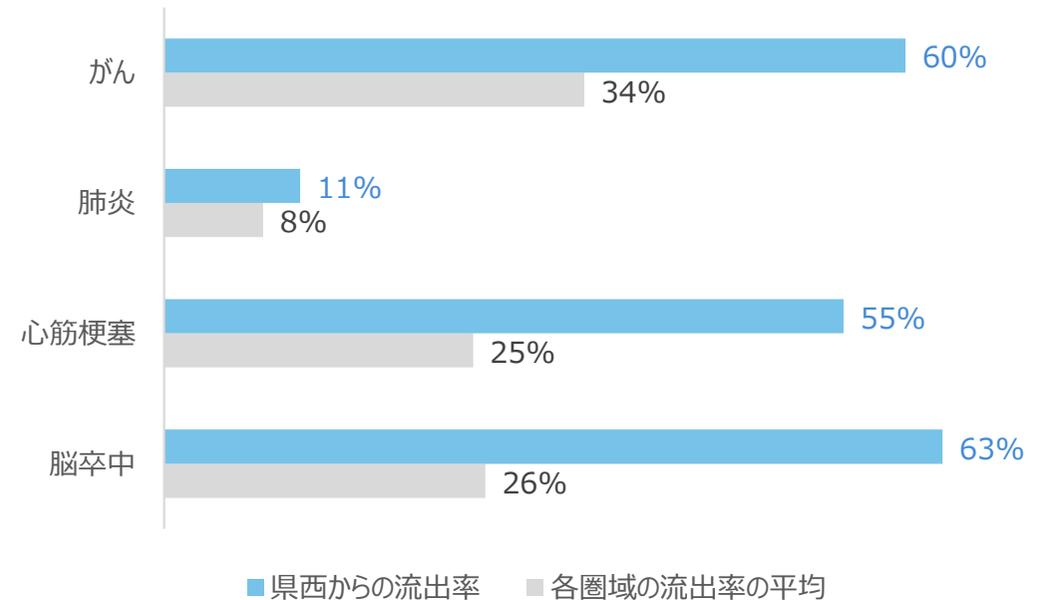
#### 流出率（ICD10別）

- 「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

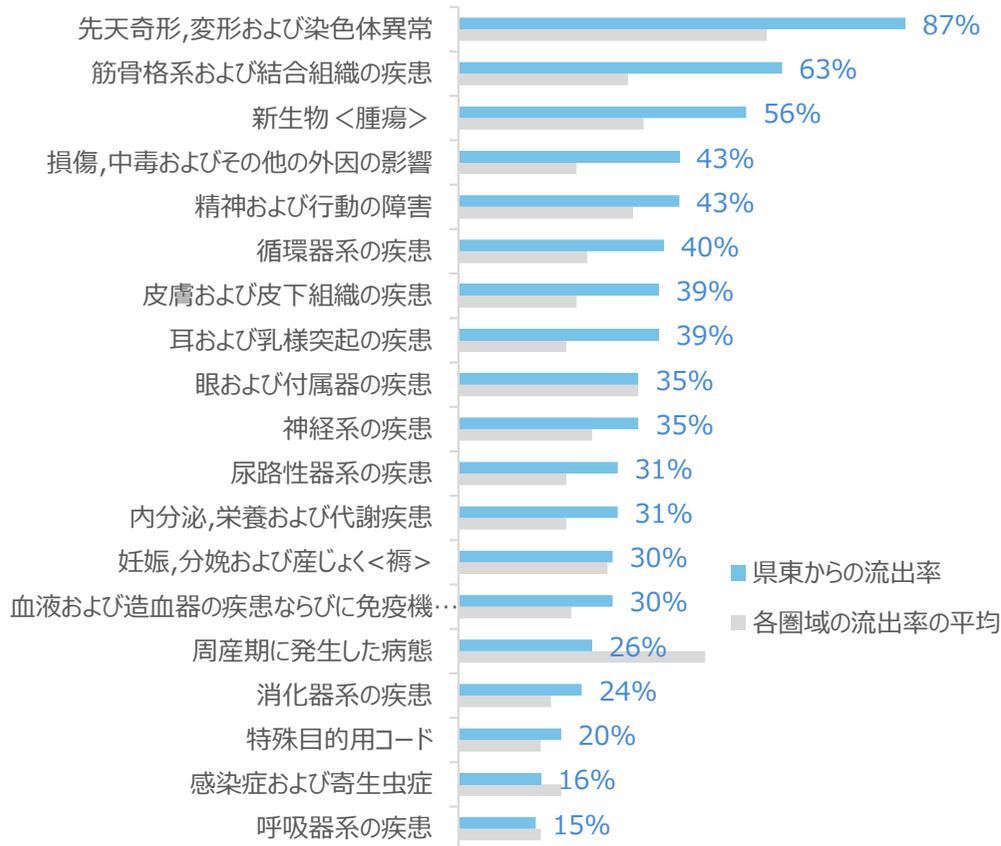


## 2 今回整理したデータについて

### ① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 県東

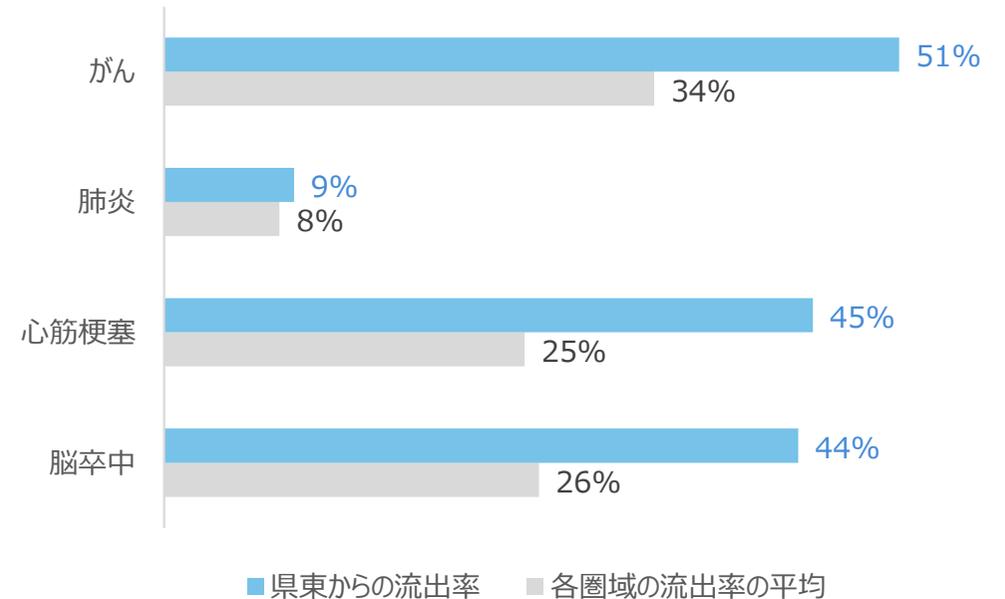
#### 流出率（ICD10別）

- 「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

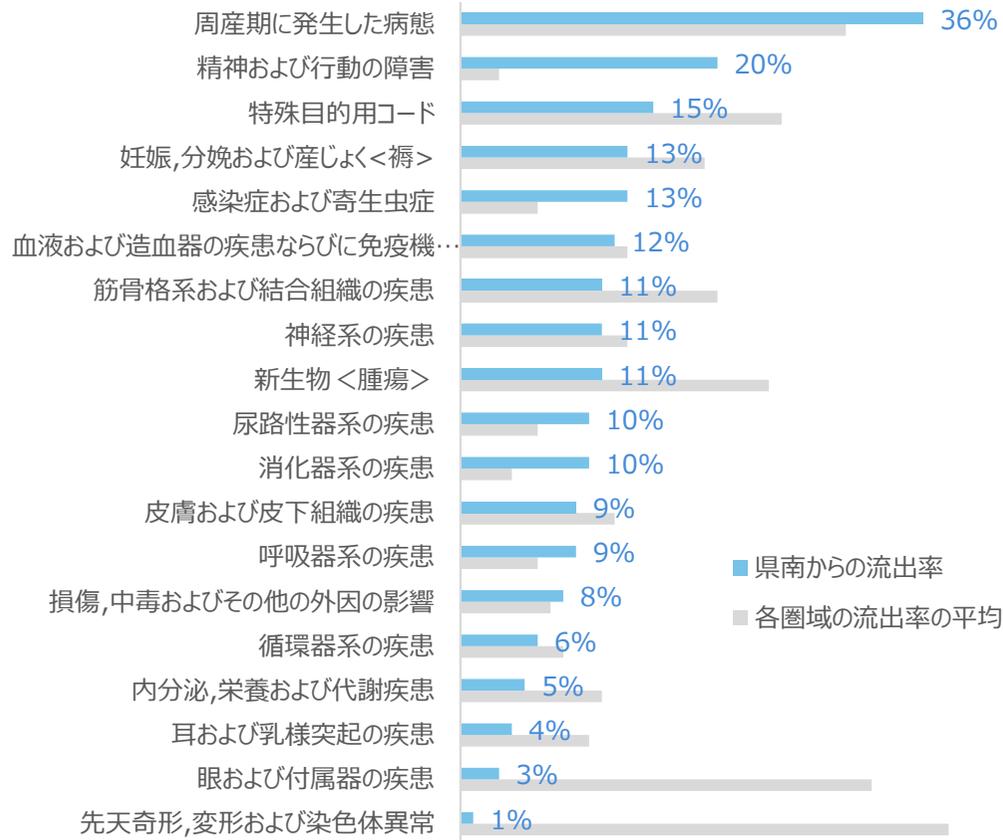


## 2 今回整理したデータについて

### ① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 県南

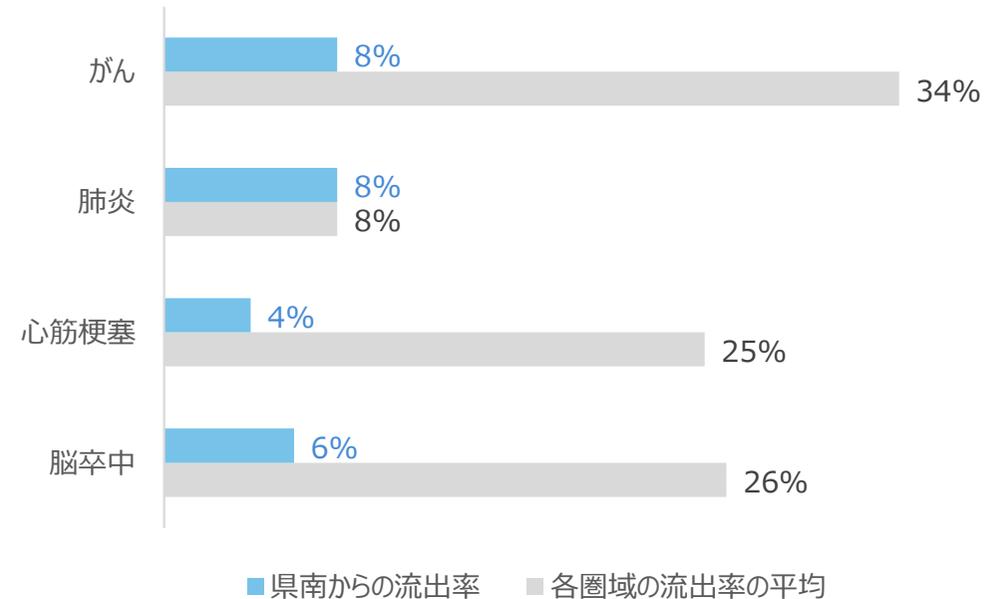
#### 流出率（ICD10別）

- 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

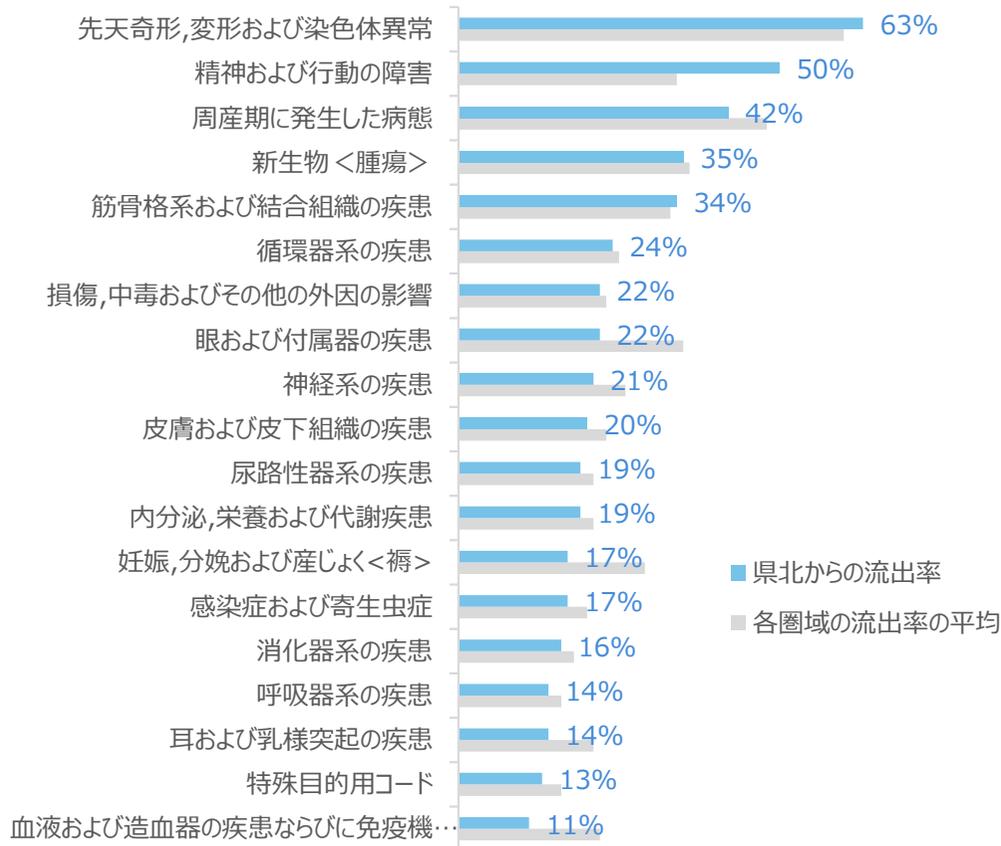


## 2 今回整理したデータについて

### ① 疾患別・圏域別の患者の流出状況 | 県北

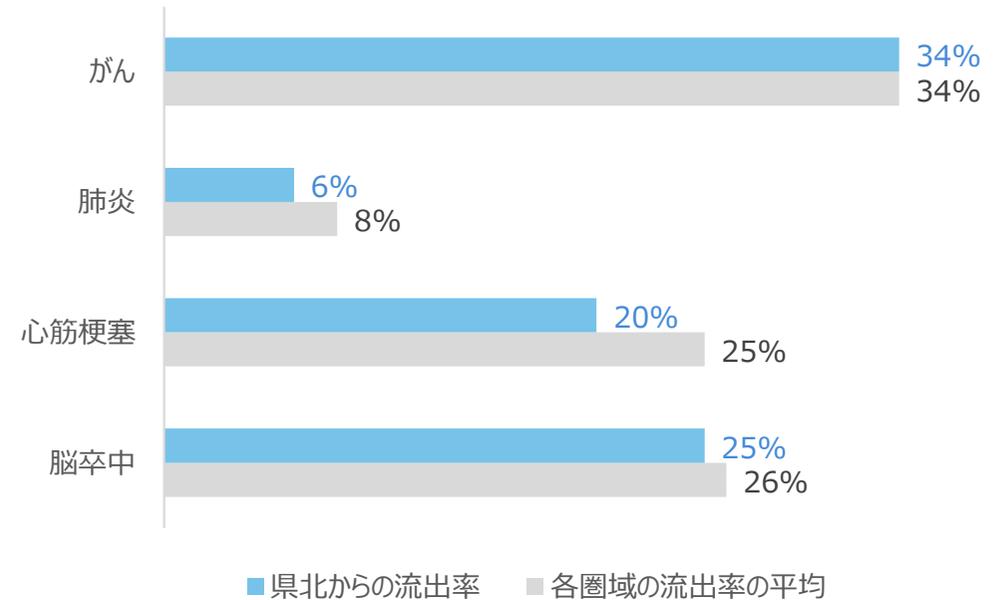
#### 流出率（ICD10別）

- 「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

### ② 入院経路別の退院先について

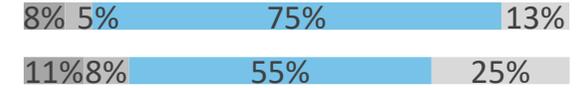
- 「自宅」、「病院」から入院した患者の退院先は「自宅」が最も多く、「介護施設」から入院した患者は「施設」へ退院する割合が多い
- 流出患者に限定すると、自宅や病院から入院した患者は「自宅」への退院の割合が全体と比較してやや増加する
- 介護施設から入院した流出患者も全体と比較して「介護施設」に戻る割合がやや増加する

#### 入院経路：自宅

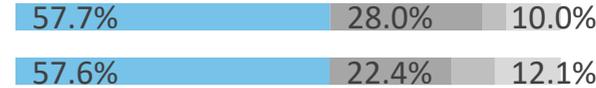
#### 入院経路：病院

#### 入院経路：介護施設

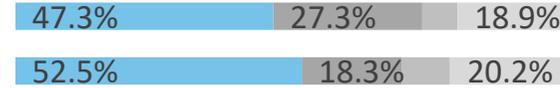
両毛



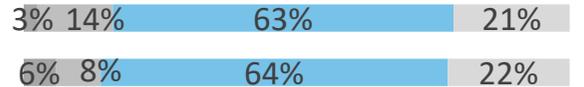
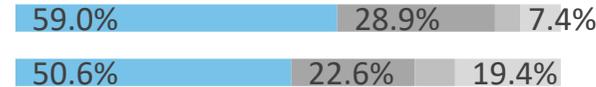
県北



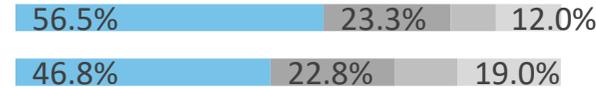
県南



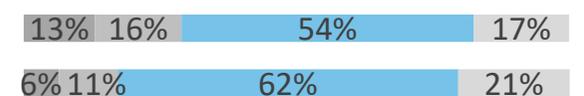
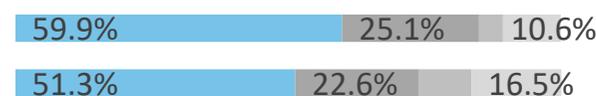
県東



県西



宇都宮



■ 自宅 ■ 転院 ■ 施設 ■ 死亡

■ 自宅 ■ 転院 ■ 施設 ■ 死亡

■ 自宅 ■ 転院 ■ 施設 ■ 死亡

## 2 今回整理したデータについて

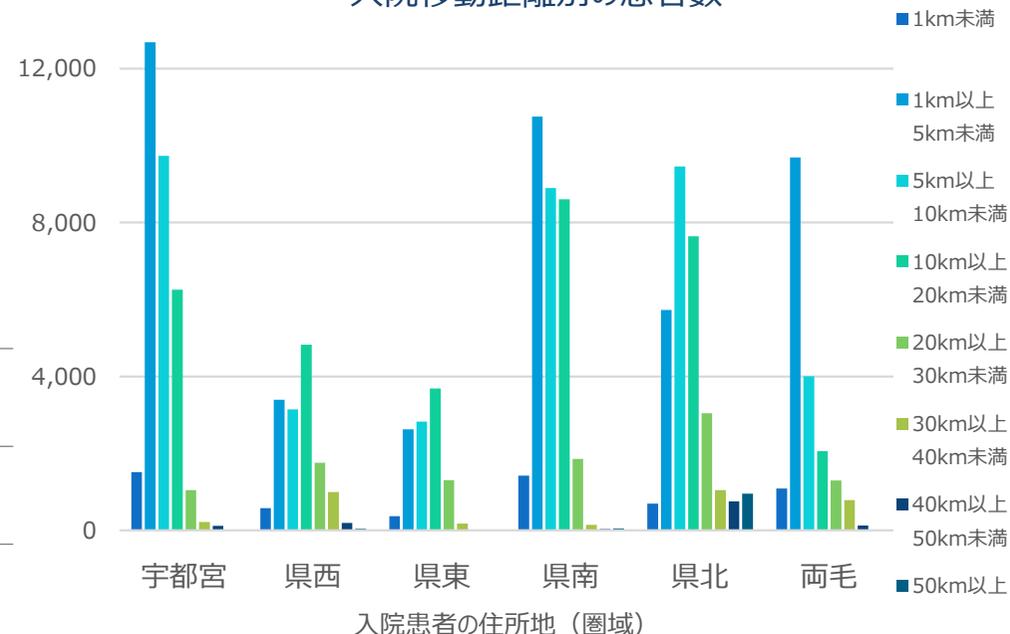
### ③ 患者住所地と入院先までの移動距離（自宅からの入院のみ）

- 「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	<b>両毛</b>
	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

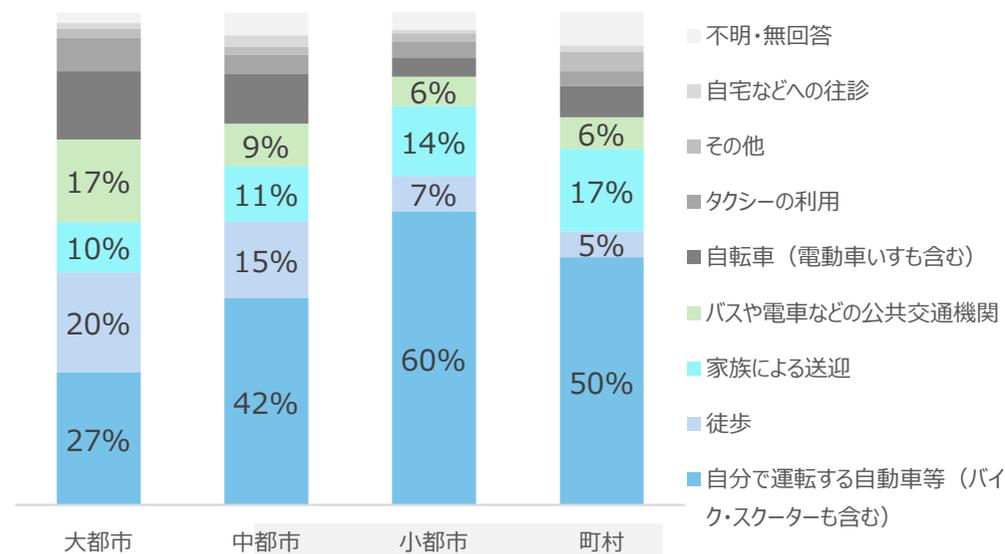


### ④ 高齢者の医療機関への移動手段（全国）

- 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】、 <b>足利市・佐野市【両毛】</b>
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



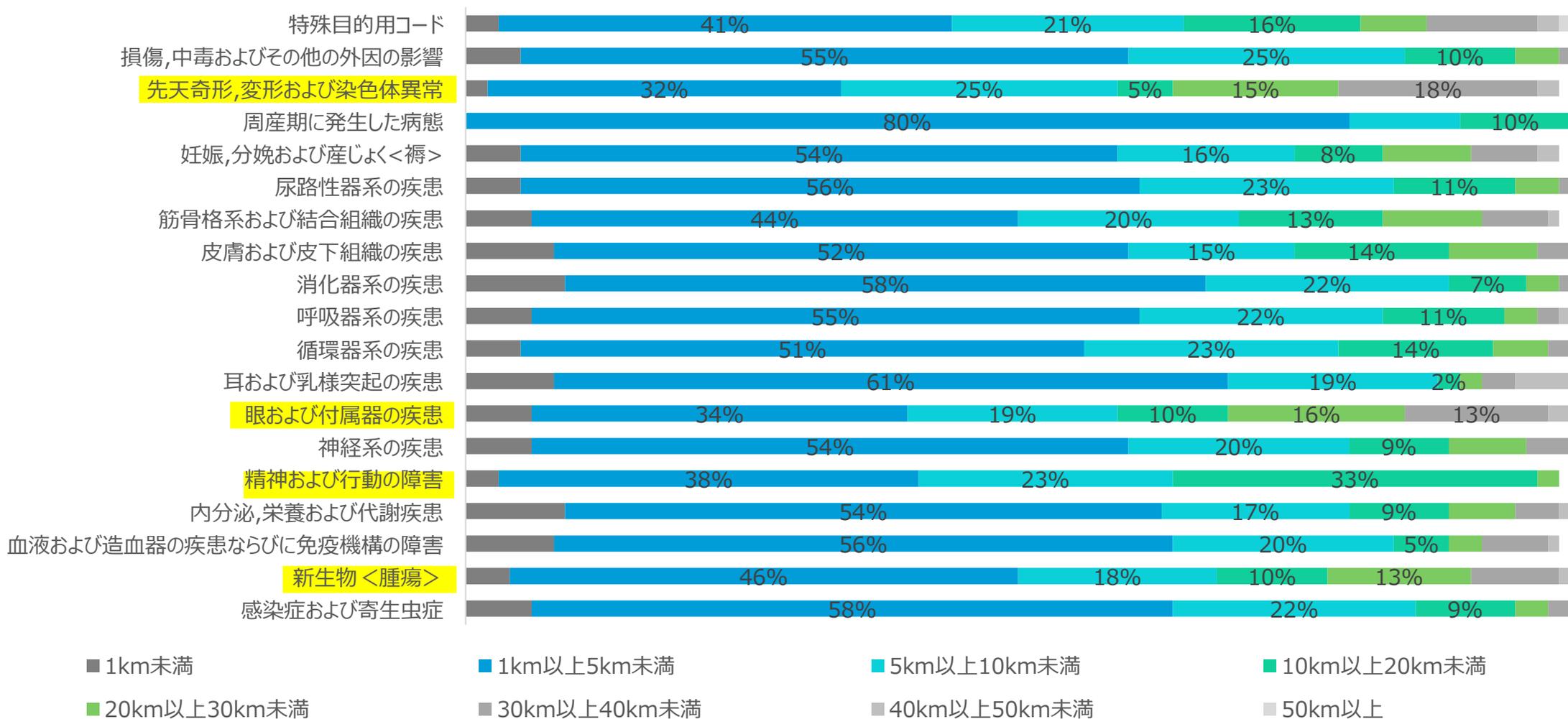
出所：内閣府「令和4年度高齢者の健康に関する調査」より作成

## 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

#### 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
- 「先天奇形、変形および染色体異常」、「眼および付属器の疾患」、「精神および行動の障害」、「新生物」は、自宅から入院先への距離が離れている患者割合(10km以上)が他の疾患よりも比較的多い

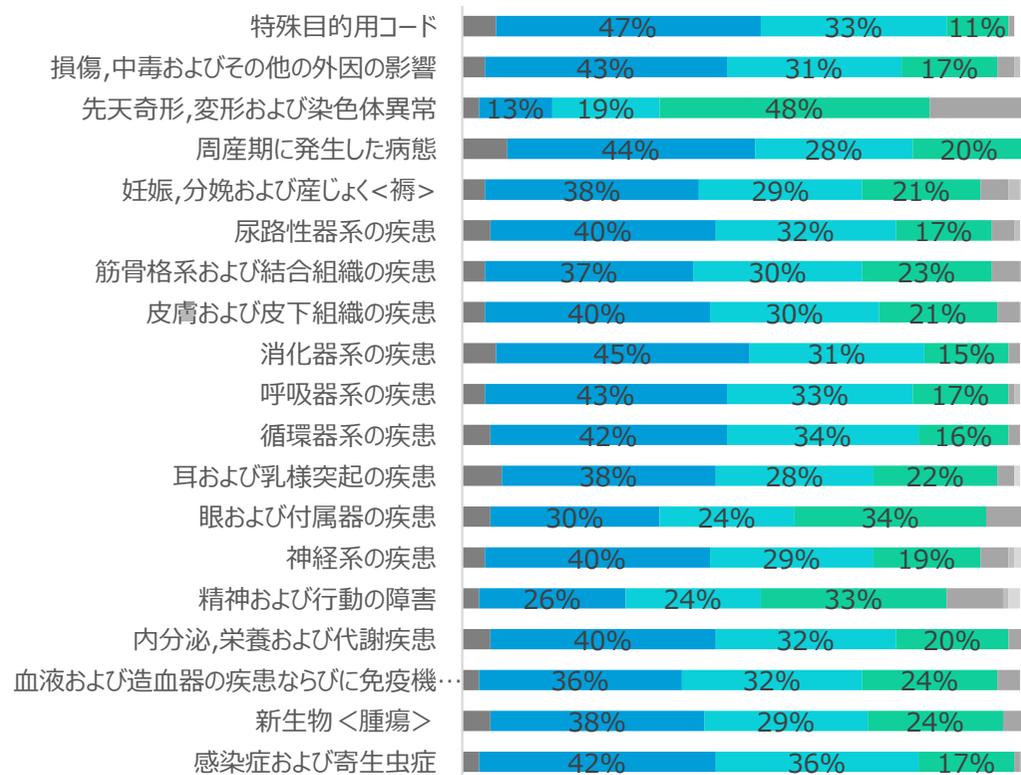


## 2 今回整理したデータについて

### ⑤ 疾患毎の入院移動距離別患者数の割合

#### 宇都宮

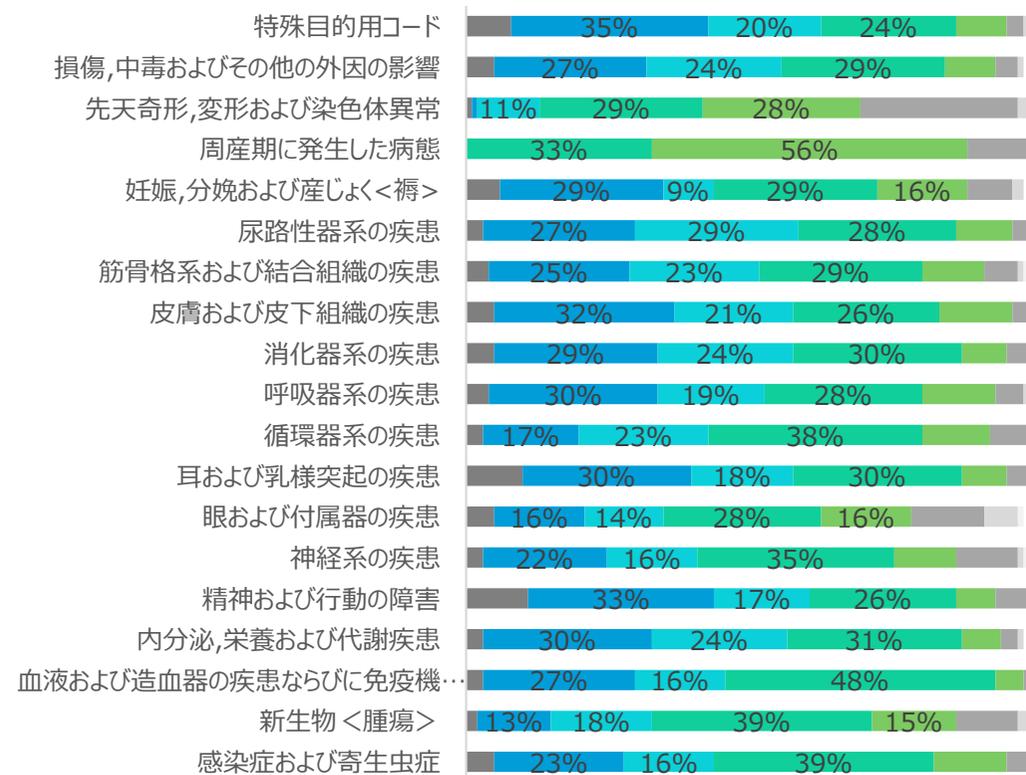
- 多くの疾患で、自宅から1km以上5km未満の医療期間に入院している患者の割合が比較的高い
- 「精神および行動の障害」、「眼および付属器の疾患」、「先天奇形、変形および染色体異常」は、自宅から入院先への距離が10km以上ある患者割合が他の疾患よりも比較的多い



■ 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



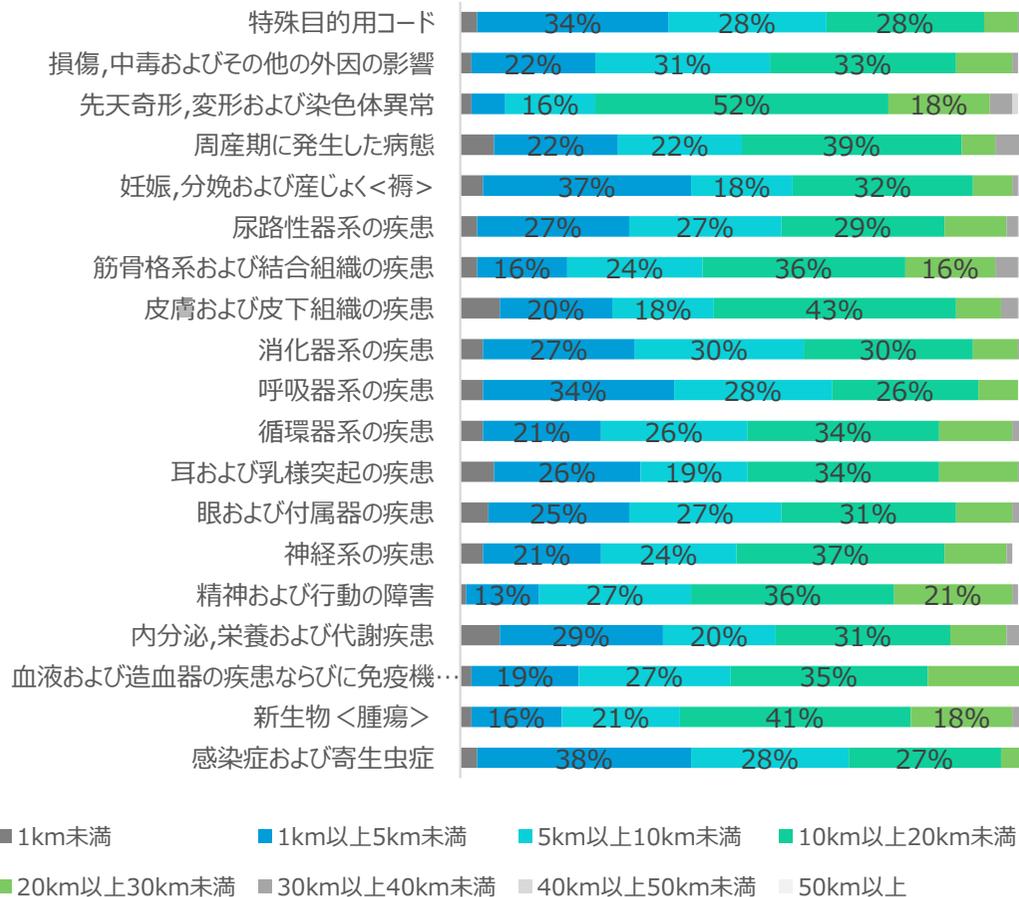
■ 1km未満 ■ 1km以上5km未満 ■ 5km以上10km未満 ■ 10km以上20km未満  
 ■ 20km以上30km未満 ■ 30km以上40km未満 ■ 40km以上50km未満 ■ 50km以上

## 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

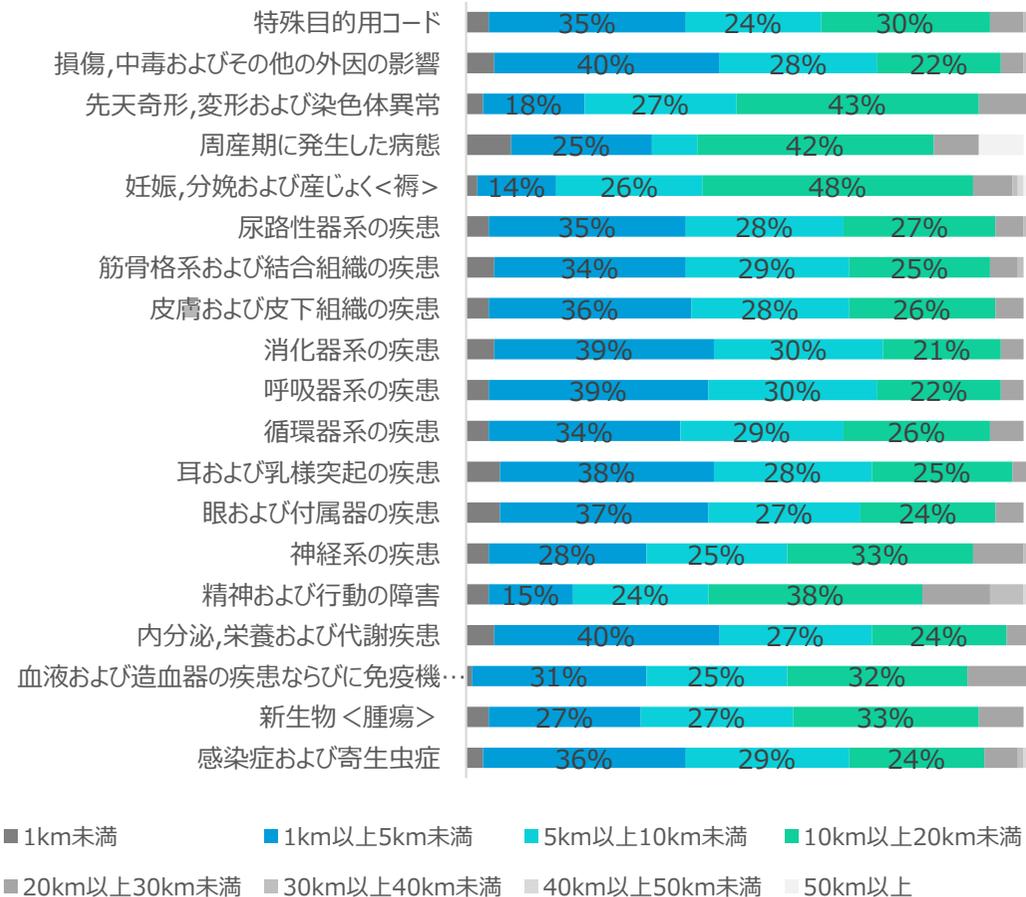
#### 県東

- 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

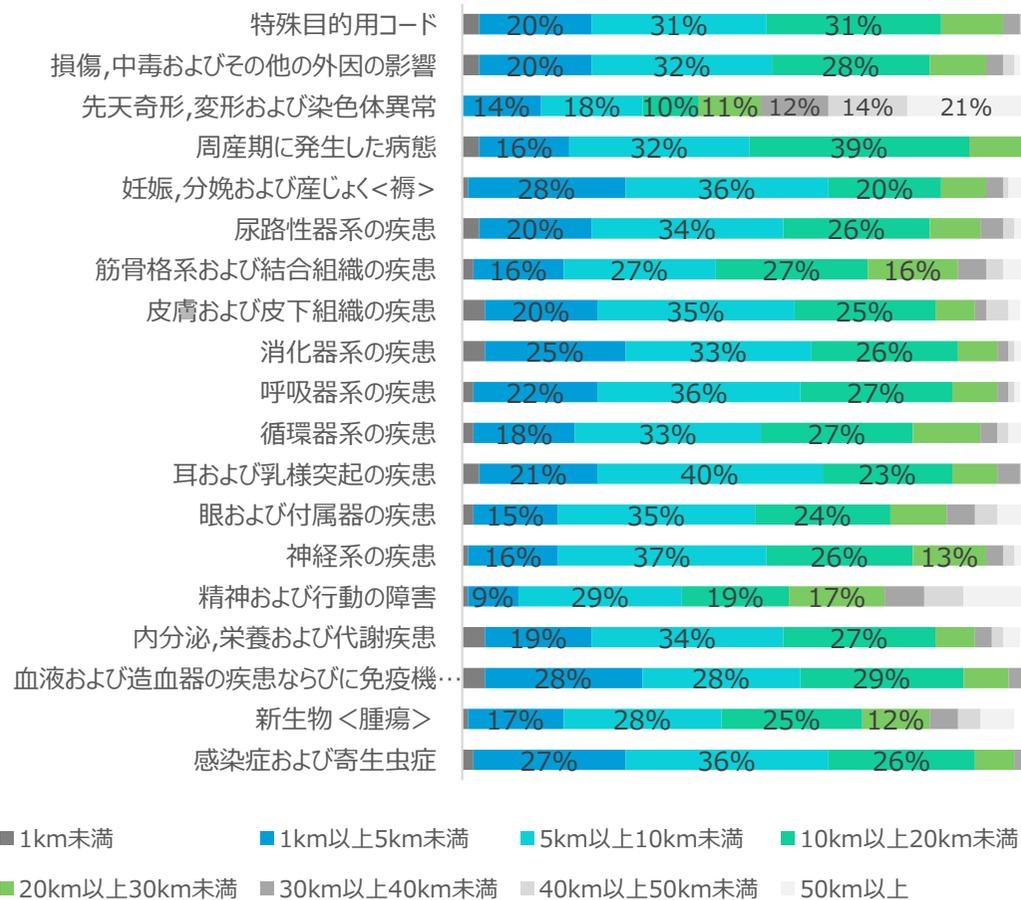


## 2 今回整理したデータについて

### 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



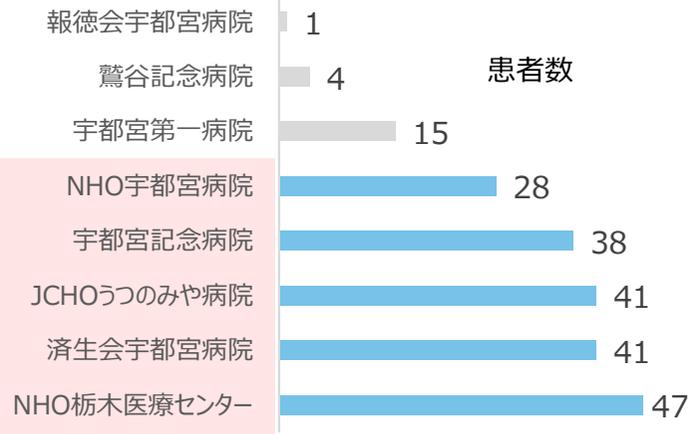
## 2 今回整理したデータについて

### ⑥ 肺炎患者（救急車利用）の入院受け入れ状況（患者数）

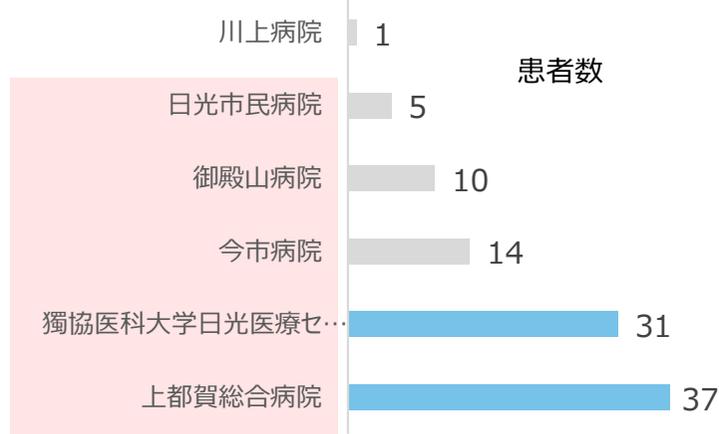
- 各地域の病院群輪番制病院を中心に患者を受け入れている
- 地域によっては、病院群輪番制病院の中でも、受け入れる患者数に差がある

■ 病院群輪番制病院

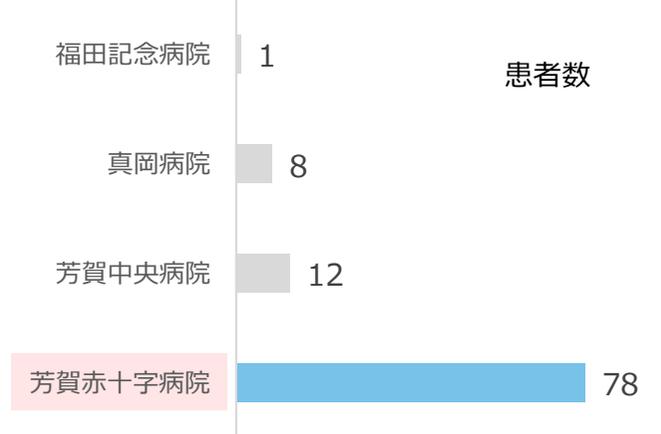
#### 宇都宮



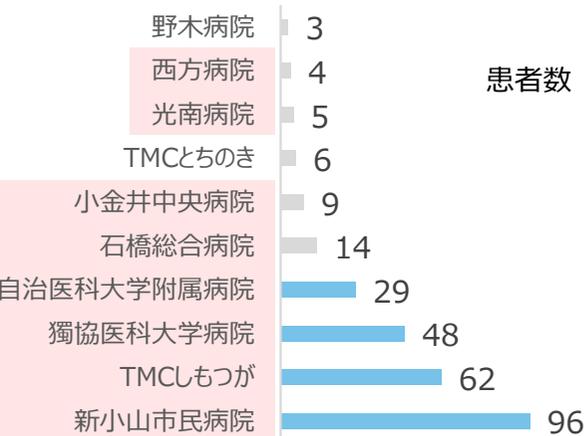
#### 県西



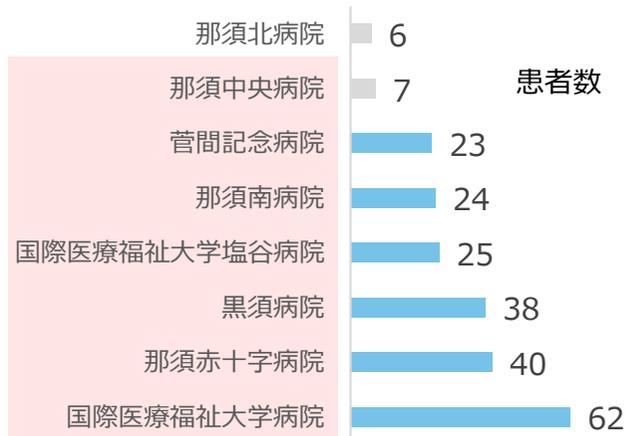
#### 県東



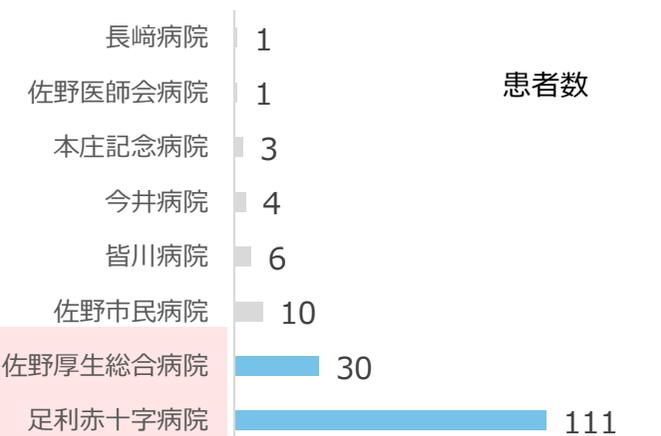
#### 県南



#### 県北



#### 両毛



令和6(2024)年度 第2回両毛地域医療構想調整会議	資料4
令和6(2024)年12月11日(水)	

# 救急医療について

令和6(2024)年12月11日  
栃木県安足健康福祉センター



# 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) 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

# 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)

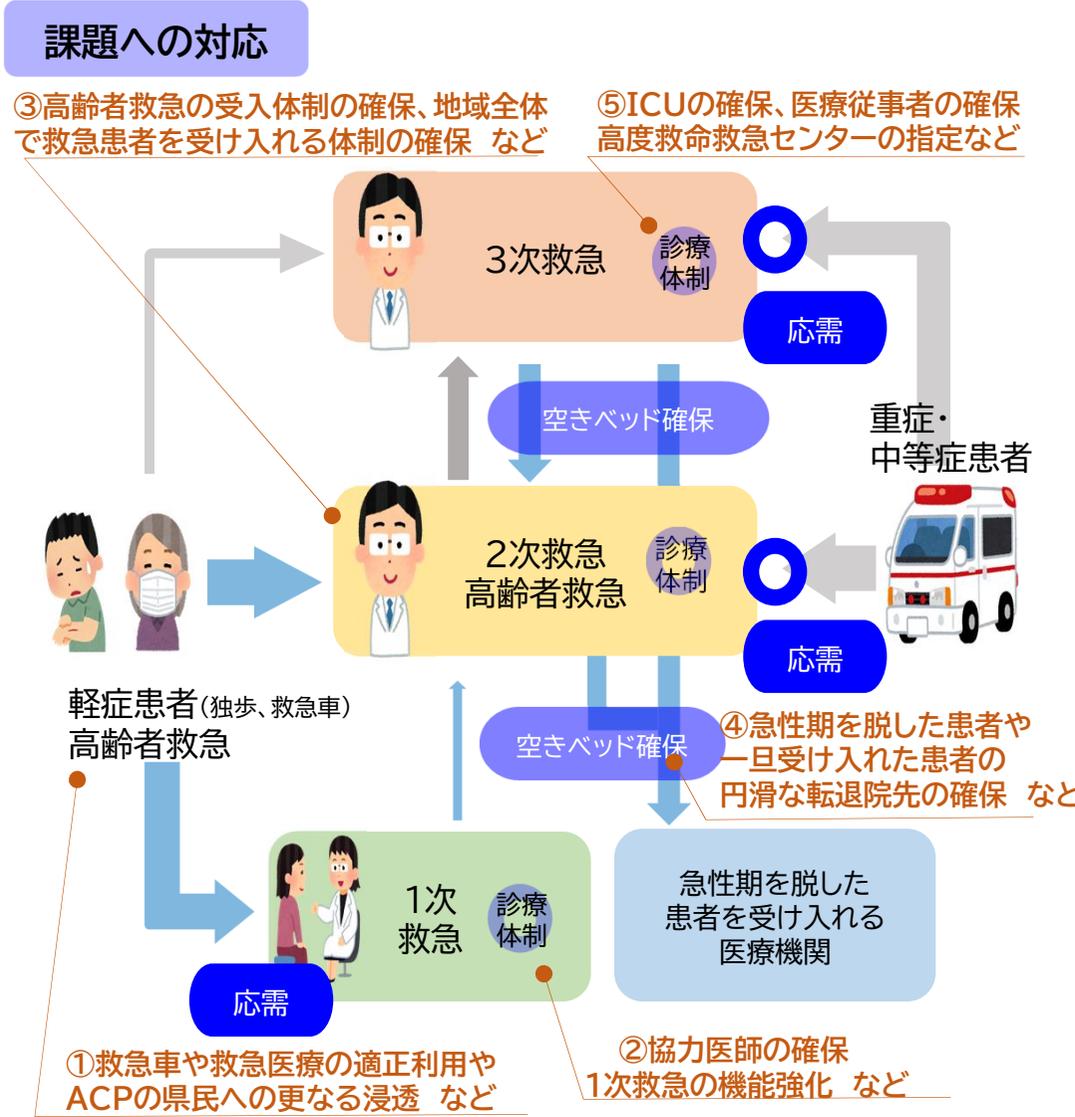
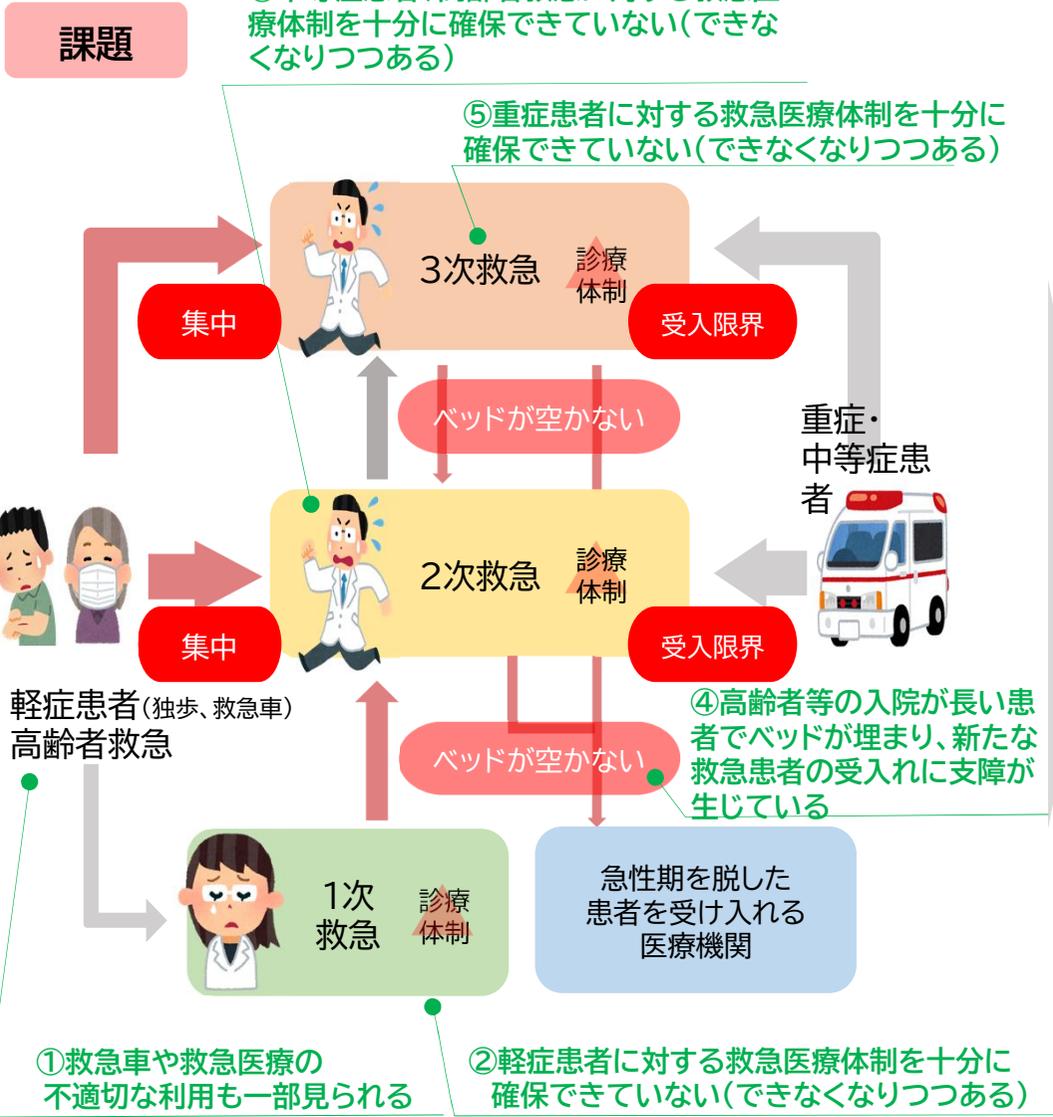
➤ 2次(輪番)・3次救急病院で受け入れた救急患者のうち、3分の2は入院を要しない患者である。

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	割合	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

# 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

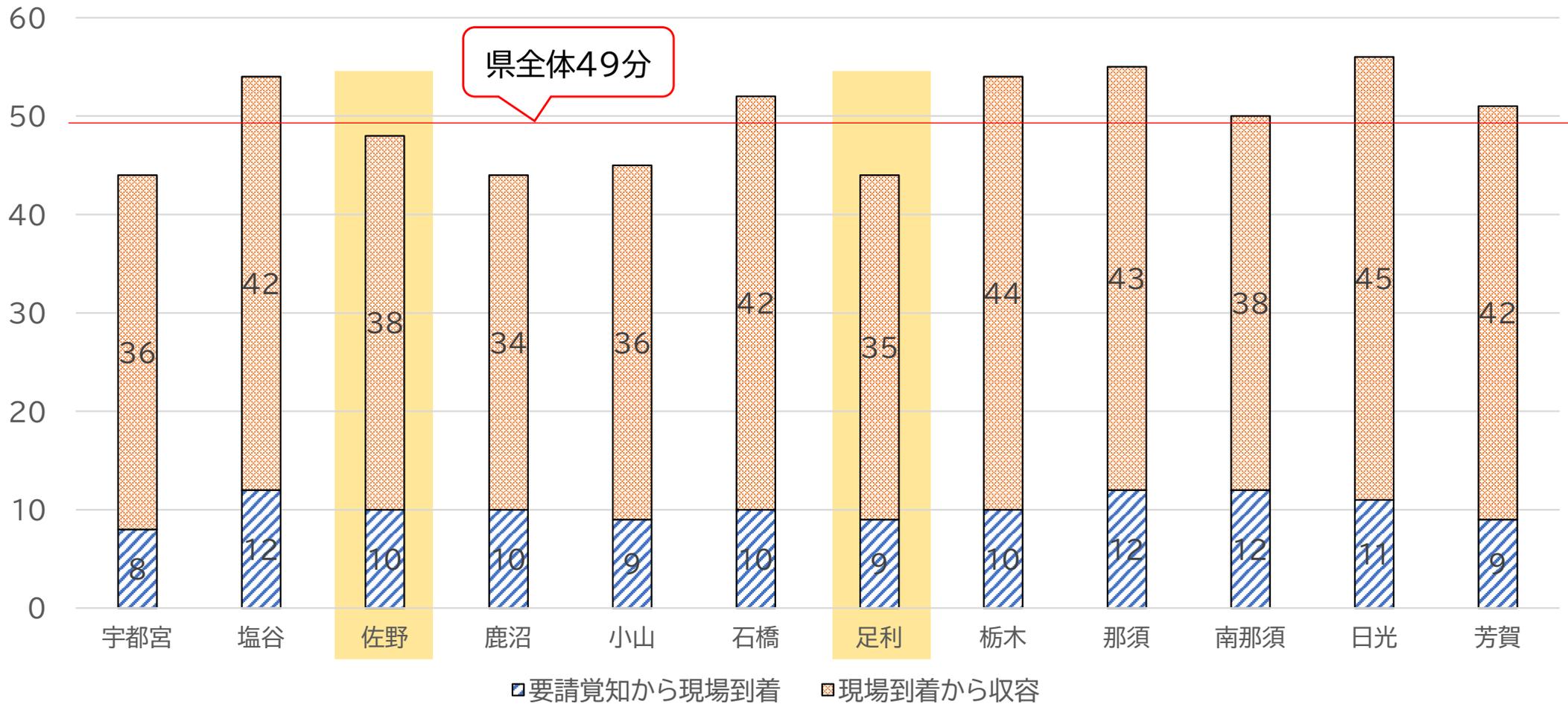


- 今後増加が見込まれる高齢者等の救急患者に対応するためには、地域における1次、2次救急を担う医療機関の役割分担や強化が求められる。
  - 一方で、救急医療機関のマンパワー不足や提供可能な医療とニーズとのギャップ等により受入れが困難になる結果として、特定の医療機関に負担が集中するとともに、救急以外の急性期医療にも影響が生じている状況がある。
- ⇒ ①限られた地域の医療資源を効率的に活用していくために、今後の1次・2次救急医療の提供体制はどうあるべきか。
- ②医療機関と介護施設との連携、救急医療の適正利用を進めていくために、どのような取組が必要か。

# 參考資料

# 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

# 輪番病院(救命救急センター設置病院を除く)における救急患者数※

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

※救急患者数は、原則として「救急車による搬送患者+時間外の外来患者」を集計

(出典)県医療政策課調べ

令和6(2024)年度 第2回両毛地域医療構想調整会議	資料5
令和6(2024)年12月11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

令和6(2024)年12月11日  
栃木県医療政策課

# 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

- ① 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。
- ② 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

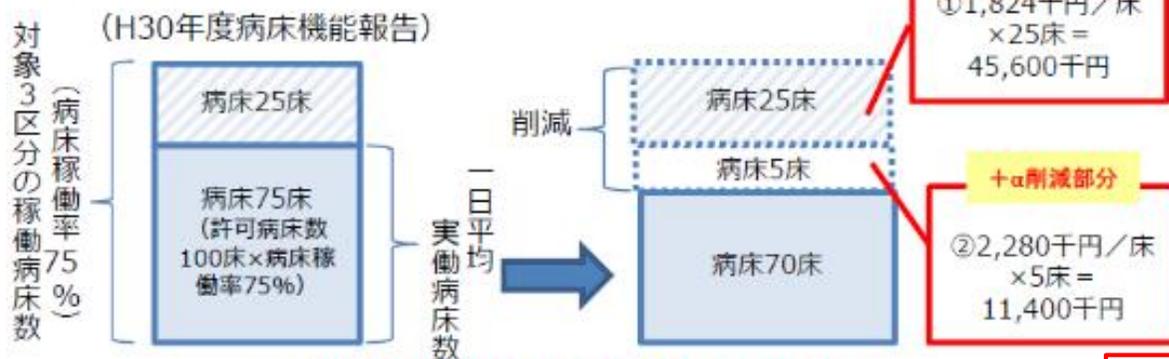
- ① 平成30年度病床機能報告において、対象3区分として報告された病床の稼働病床数の合計から一日平均実働病床数（対象3区分の許可病床数に対象3区分の病床稼働率を乗じた数）までの間の病床数の減少について、対象3区分の病床稼働率に応じ、減少する病床1床当たり下記の表の額を支給

※ 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。

- ② 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

- ③ 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	

# 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11日

栃木県医療政策課

# 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】
- ・患者の流入が多く、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"><li>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"><li>① アンケート調査の結果</li><li>② データ</li></ul></li></ul>
	対応方針(素案)の提示	<ul style="list-style-type: none"><li>現状と課題を踏まえ、事務局で整理した素案を説明</li><li>他圏域の調整会議においても説明</li></ul>
	協議①	<ul style="list-style-type: none"><li>第3回宇都宮地域医療構想調整会議で協議</li></ul>
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"><li>協議結果を踏まえ、事務局で案を作成</li></ul>
	協議②	<ul style="list-style-type: none"><li>第4回宇都宮地域医療構想調整会議で最終協議</li></ul>
	策定	<ul style="list-style-type: none"><li>R6年度末までに厚生労働省へ提出</li><li>策定後も必要に応じて方針を見直し</li></ul>

**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"> <li>● 地域医療構想調整会議を開催し、協議を進める。</li> <li>● 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。)</li> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療・介護提供体制に係る課題を明らかにする。</li> <li>● 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。</li> </ul>
2025年度 (令和7年度)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 県立病院や救急医療のあり方に係る検討会を実施する。</li> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> <li>● 機会を通じて、かかりつけ医制度の啓発を図る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>

## 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

# 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)

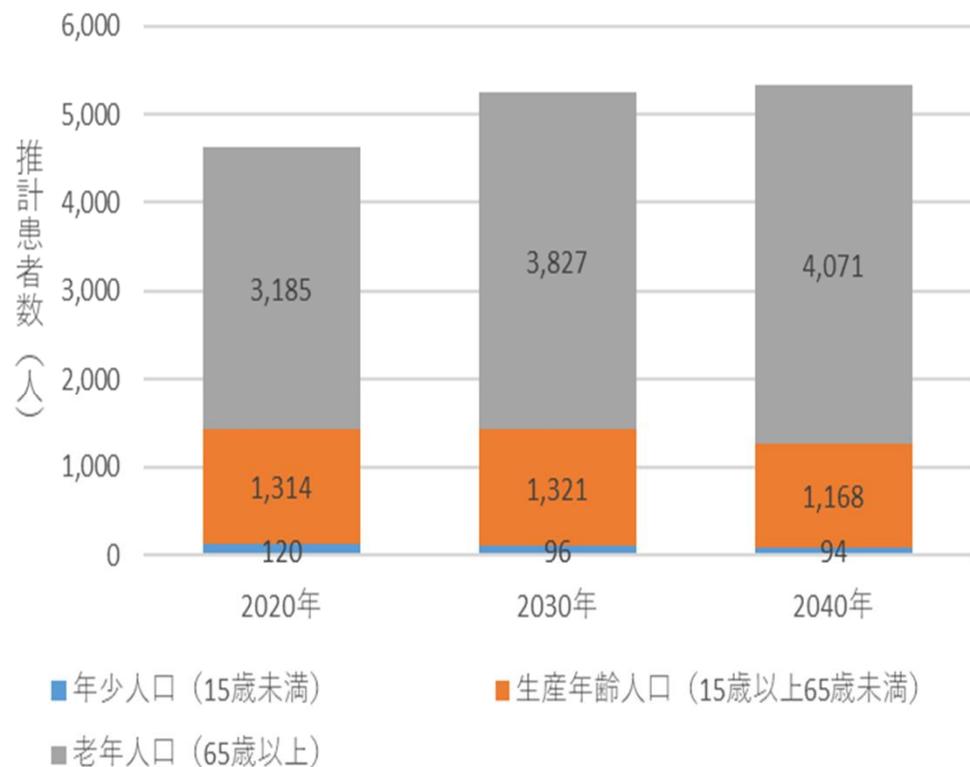
- 他県との広域連携
- 各医療機関の役割分担の調整
- 公立病院の強化(基幹病院化、機能拡充、患者の積極的な受け入れ、民間が担うことができない医療の提供)
- 宇都宮市による医療への関わり方

# 現状と課題 — データ —

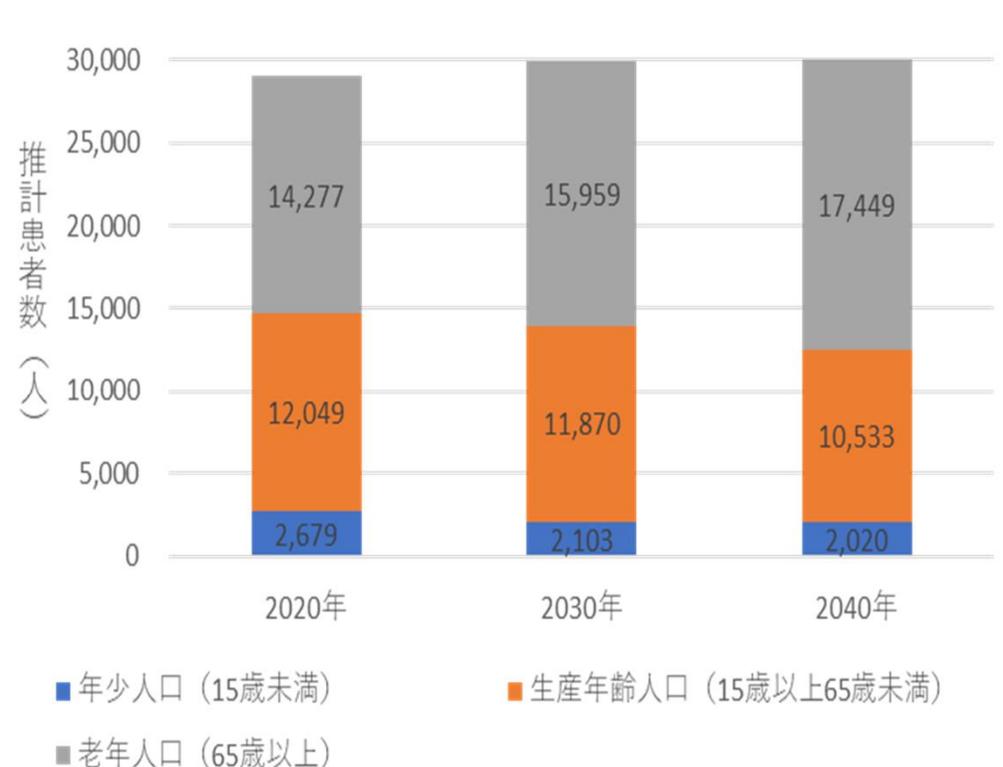
### 宇都宮構想区域の医療需要推計(H29受療率×人口推計)

- 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）

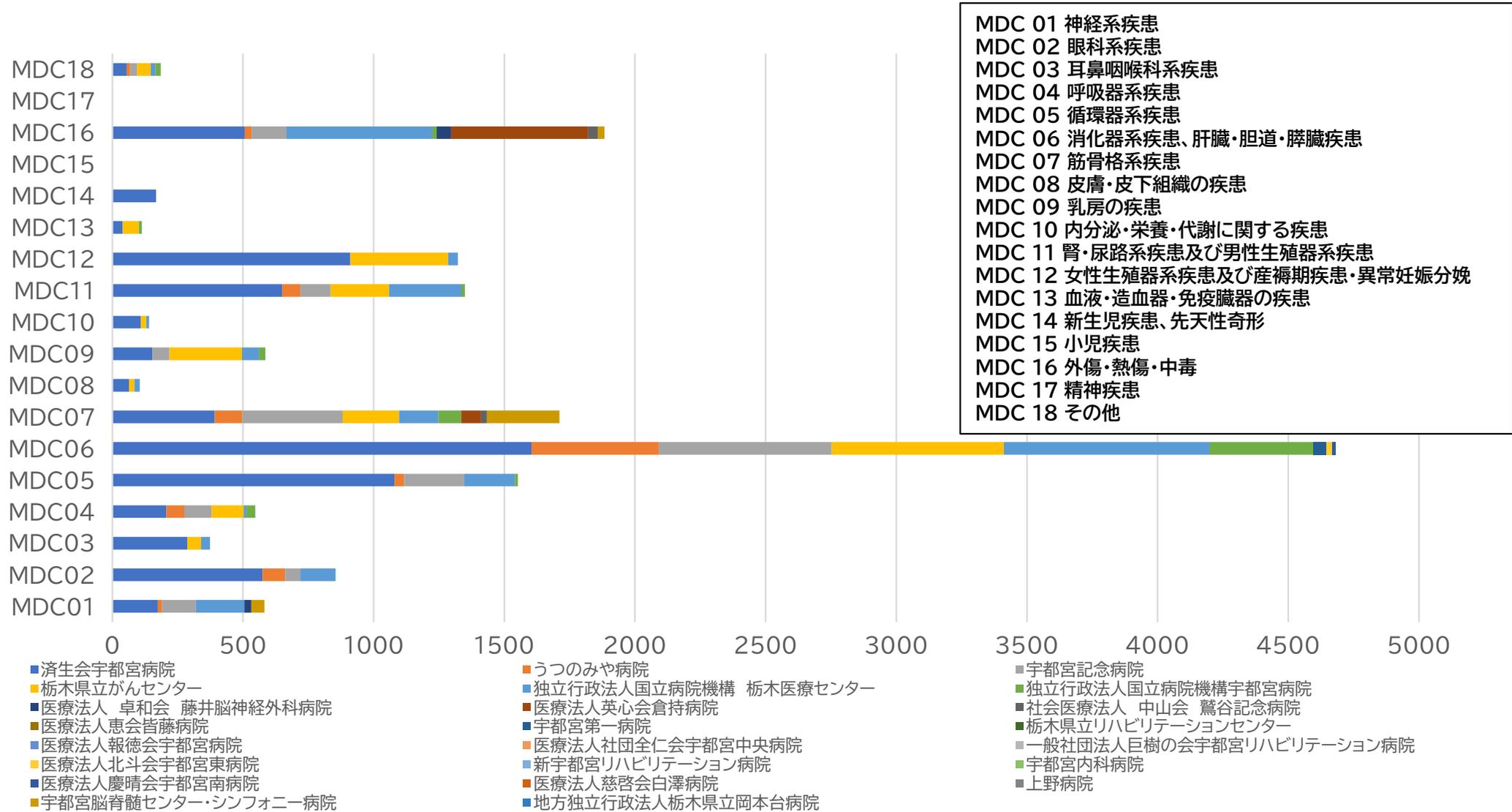


#### 医療需要（外来）



# 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

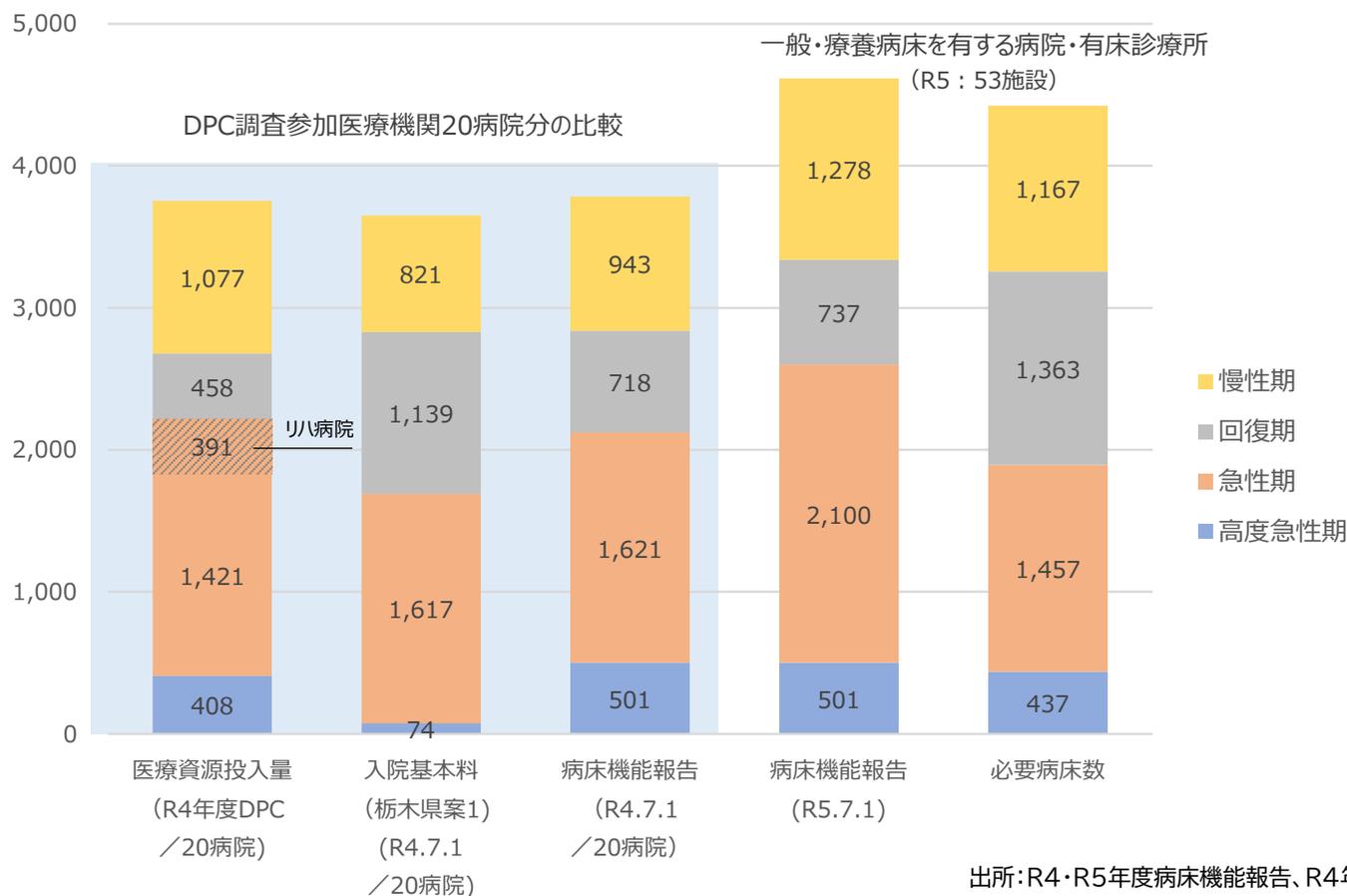


出所：厚生労働省「令和4年度DPC導入の影響評価に関する調査」より作成

## 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 —

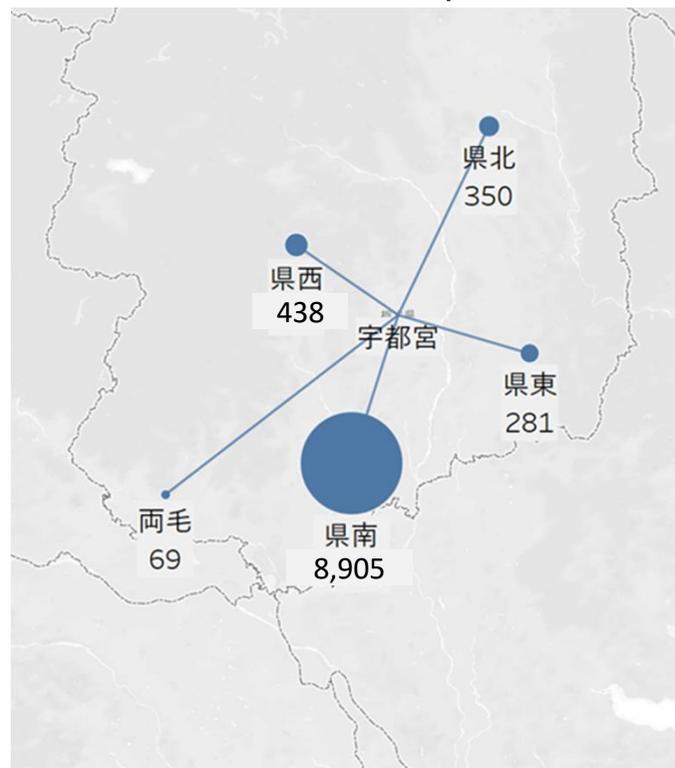
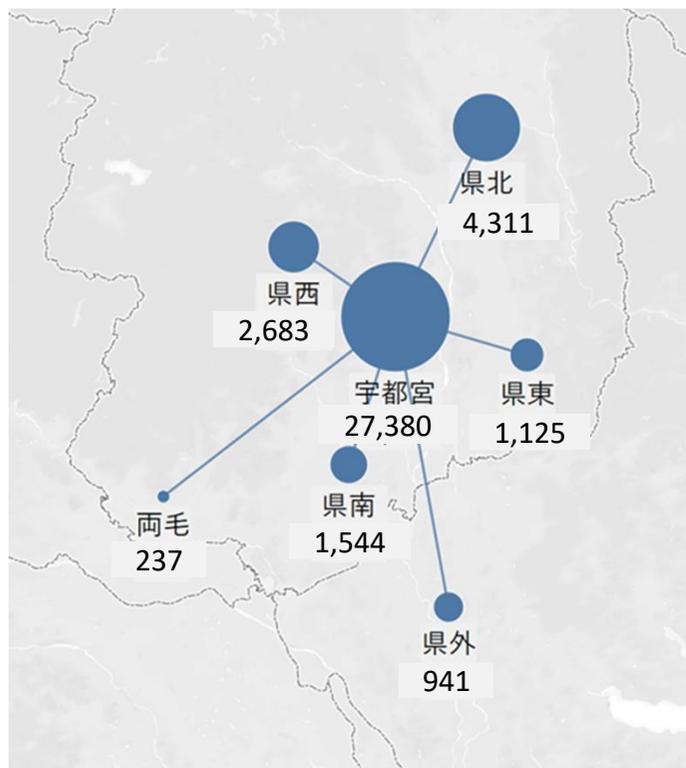
### 宇都宮医療圏の入院患者流出入状況(令和4年度DPCデータ)

- 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】

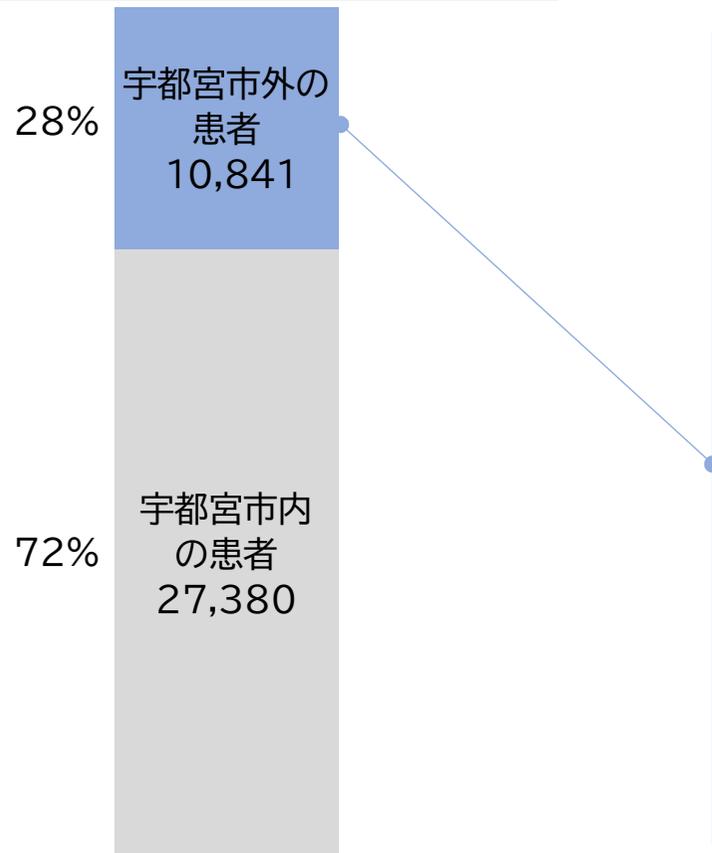
医療圏内の患者のうち、他医療圏の施設に入院した患者が占める割合

## 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

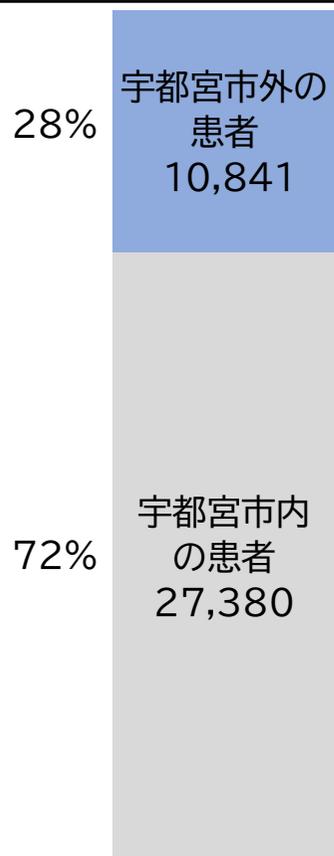


## 2 現状と課題 — データ —

### 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)

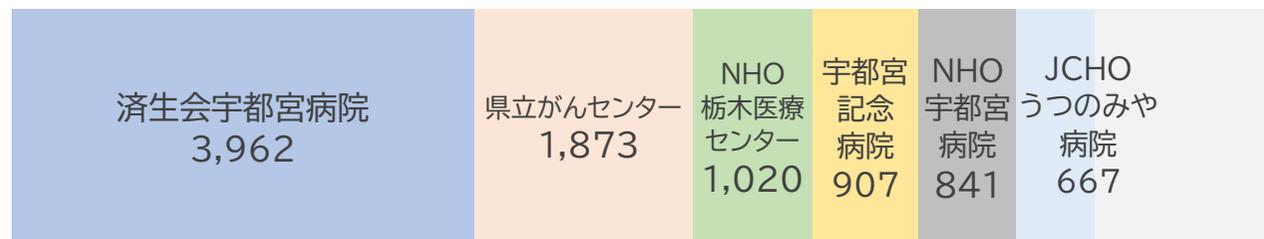
- 流入患者の入院先を見ると、「**済生会宇都宮病院**」「**県立がんセンター**」「**NHO栃木医療センター**」など**公的医療機関を中心に患者を受け入れている**
- 流入患者の疾患を見ると、「**新生物**」、「**循環器系の疾患**」、「**損傷、中毒およびその他の外因の影響(骨折など)**」が多い  
⇒ **高齢者に多い疾患の流入患者を限られた医療機関で受け入れている状況**

宇都宮圏域の入院患者の構成  
(人・%)

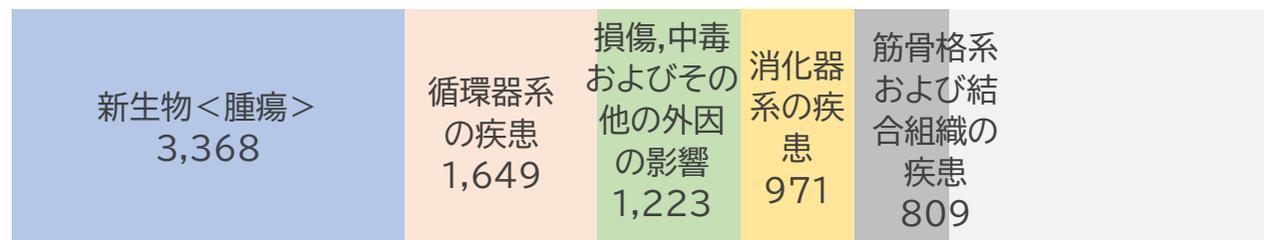


流入患者の属性②

入院先別患者数



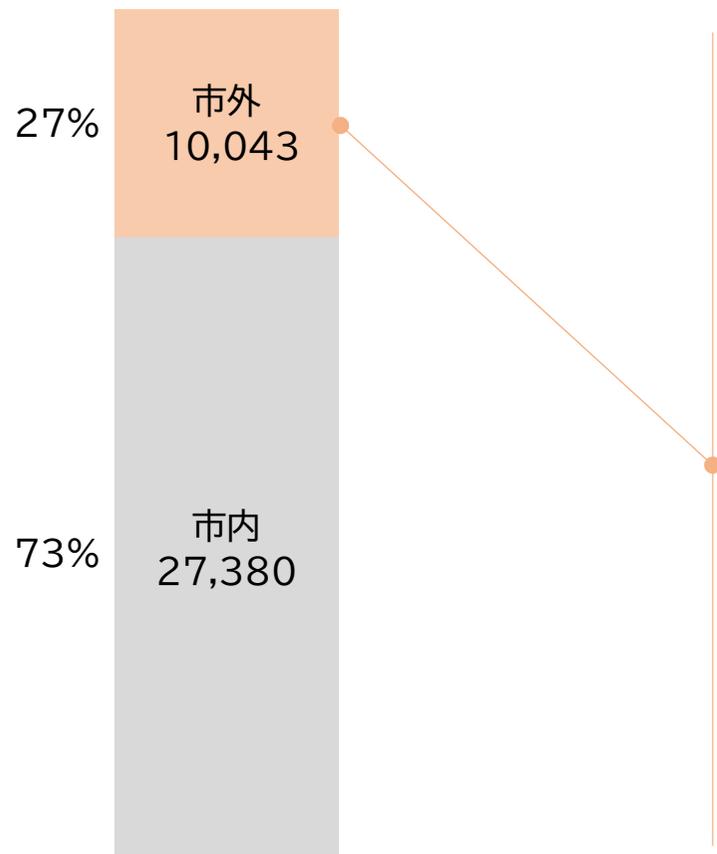
疾患別患者数



### 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)

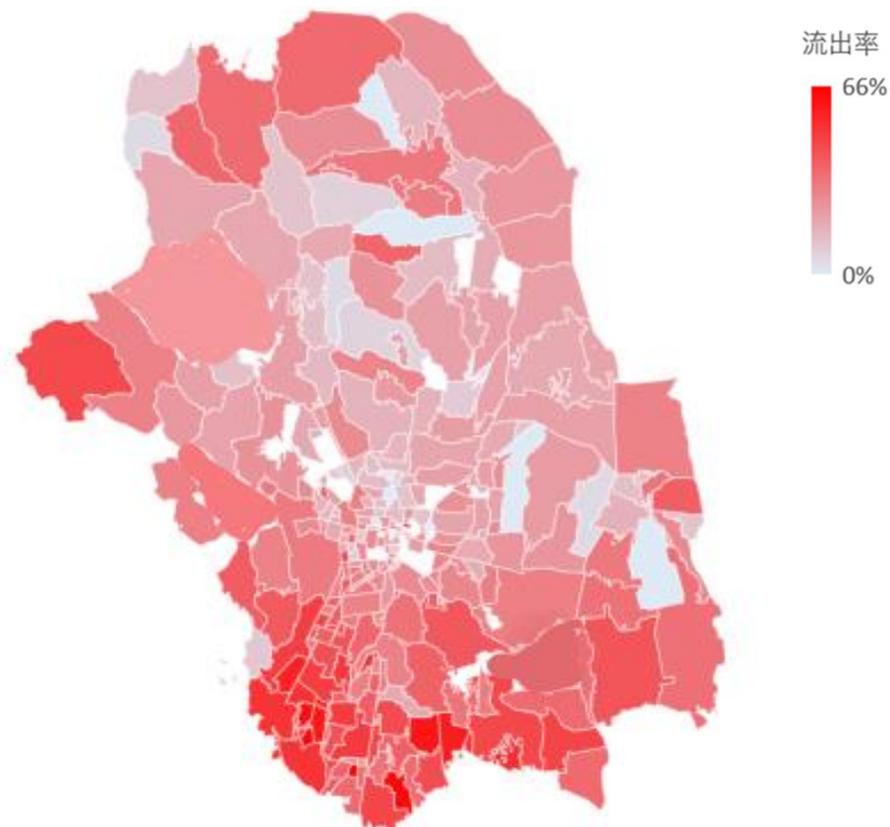
- 宇都宮市在住の入院患者の流出率を町域別に見ると、**市南西部、南東部の流出が多い傾向**にある

宇都宮市に住む患者の入院先  
(人・%)



流出患者の属性①

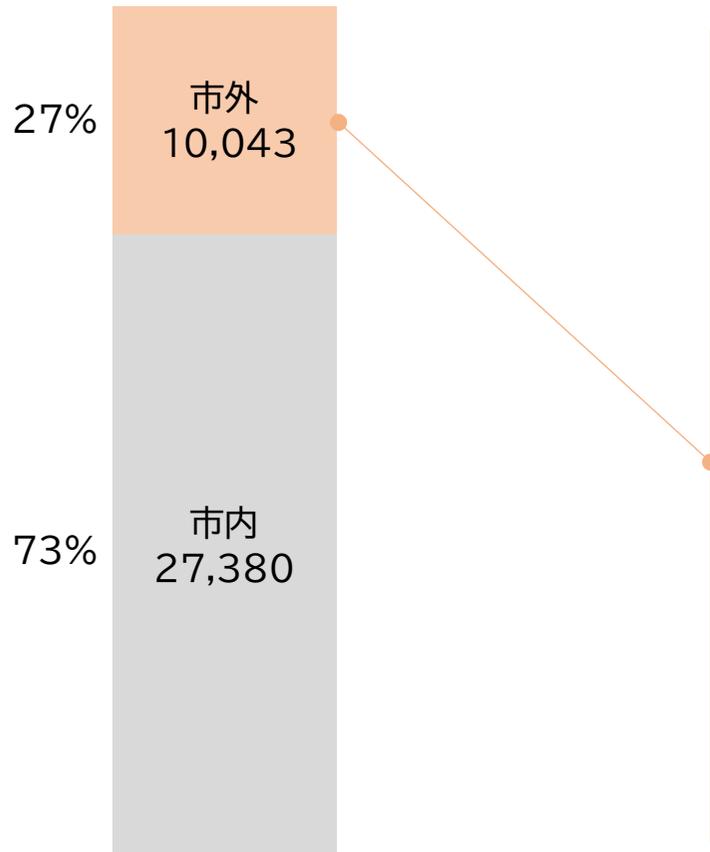
宇都宮市の町域別流出状況(流出率)



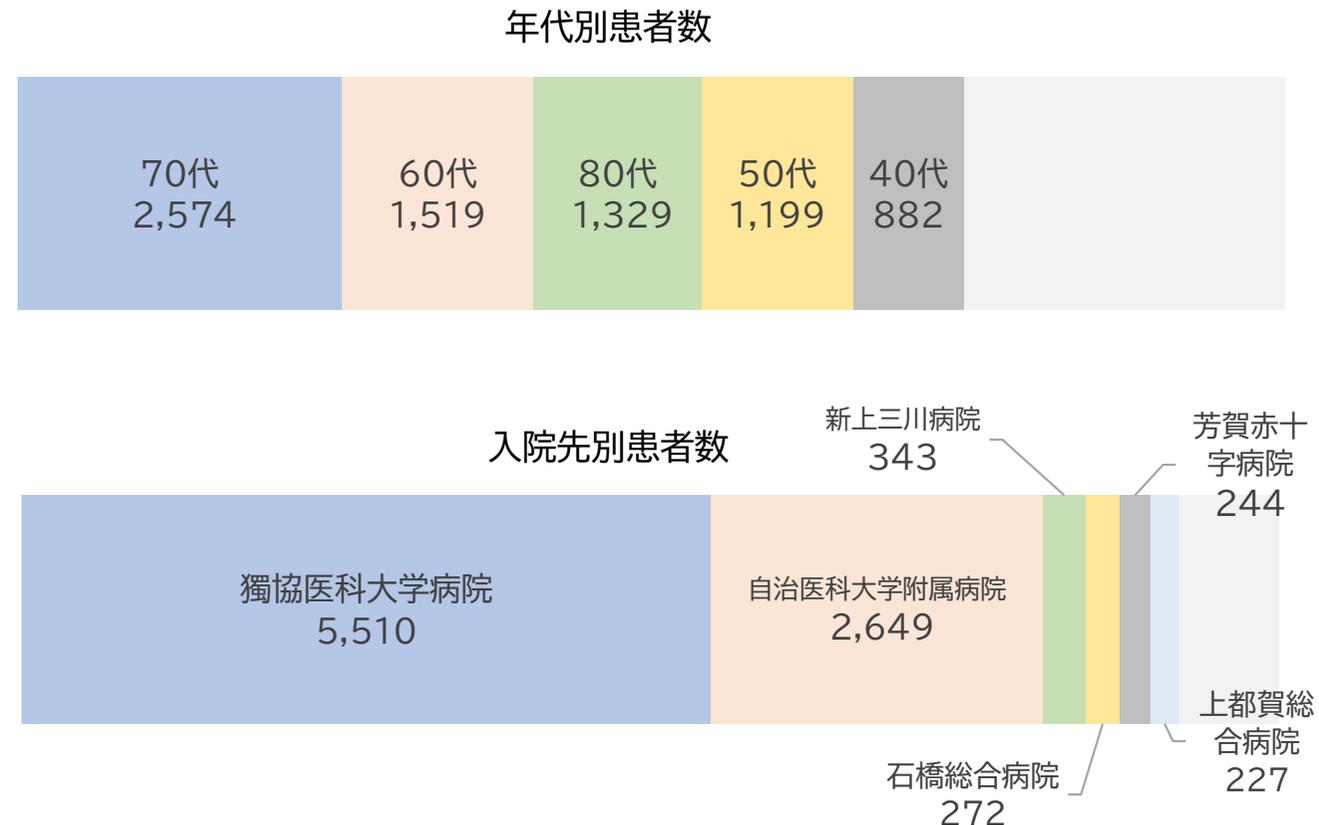
## 宇都宮医療圏の入院患者の流出内訳①(令和4年度DPCデータ)

- 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・%)



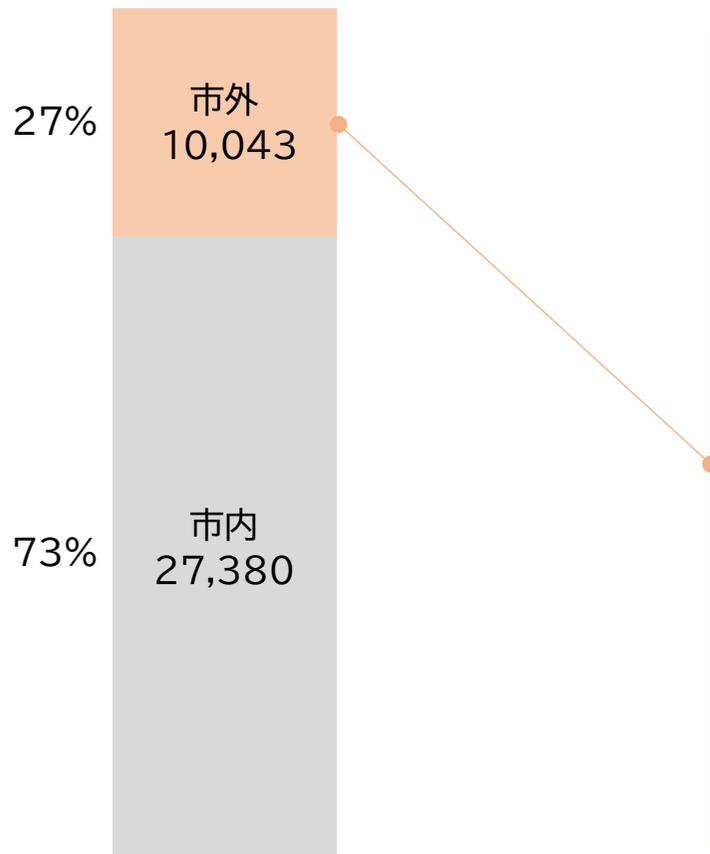
流出患者の属性②



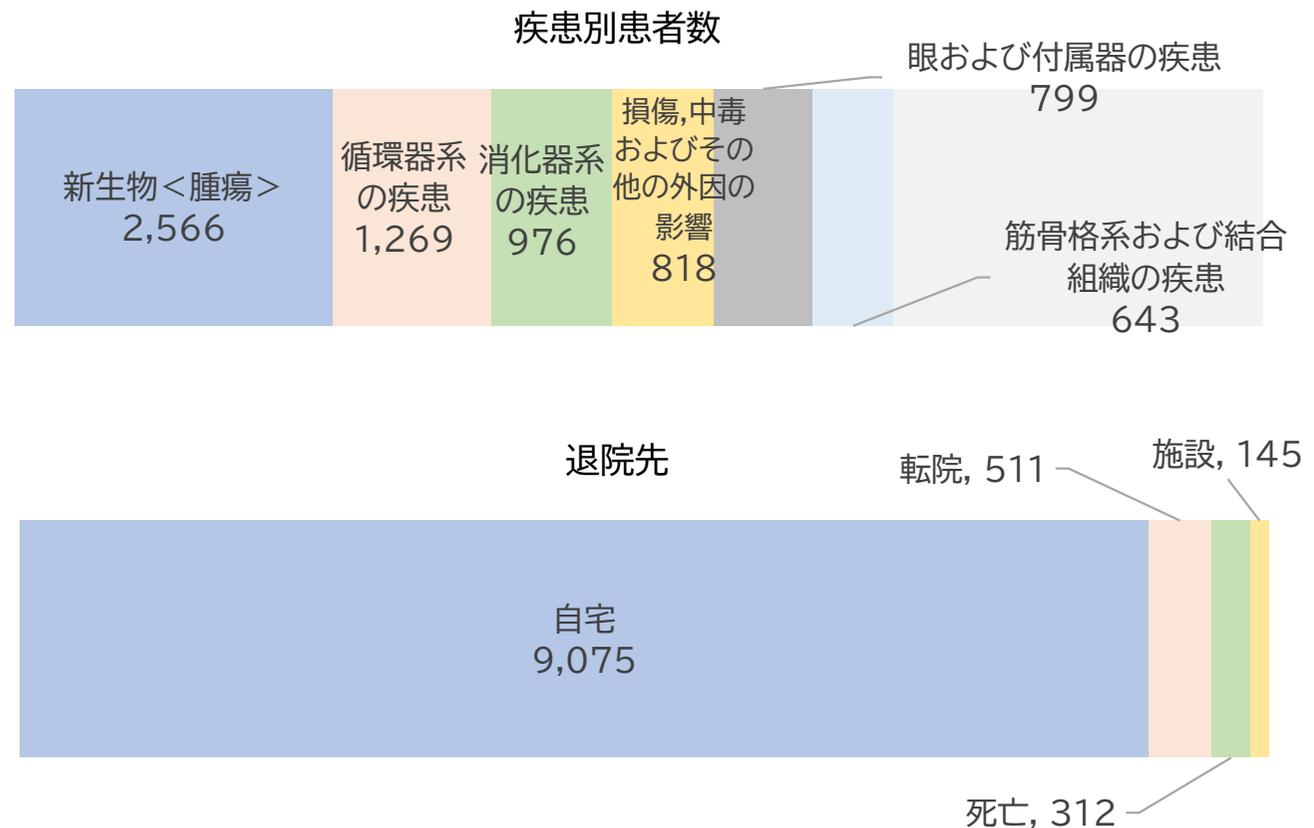
## 宇都宮医療圏の入院患者の流出内訳①(令和4年度DPCデータ)

- 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・%)



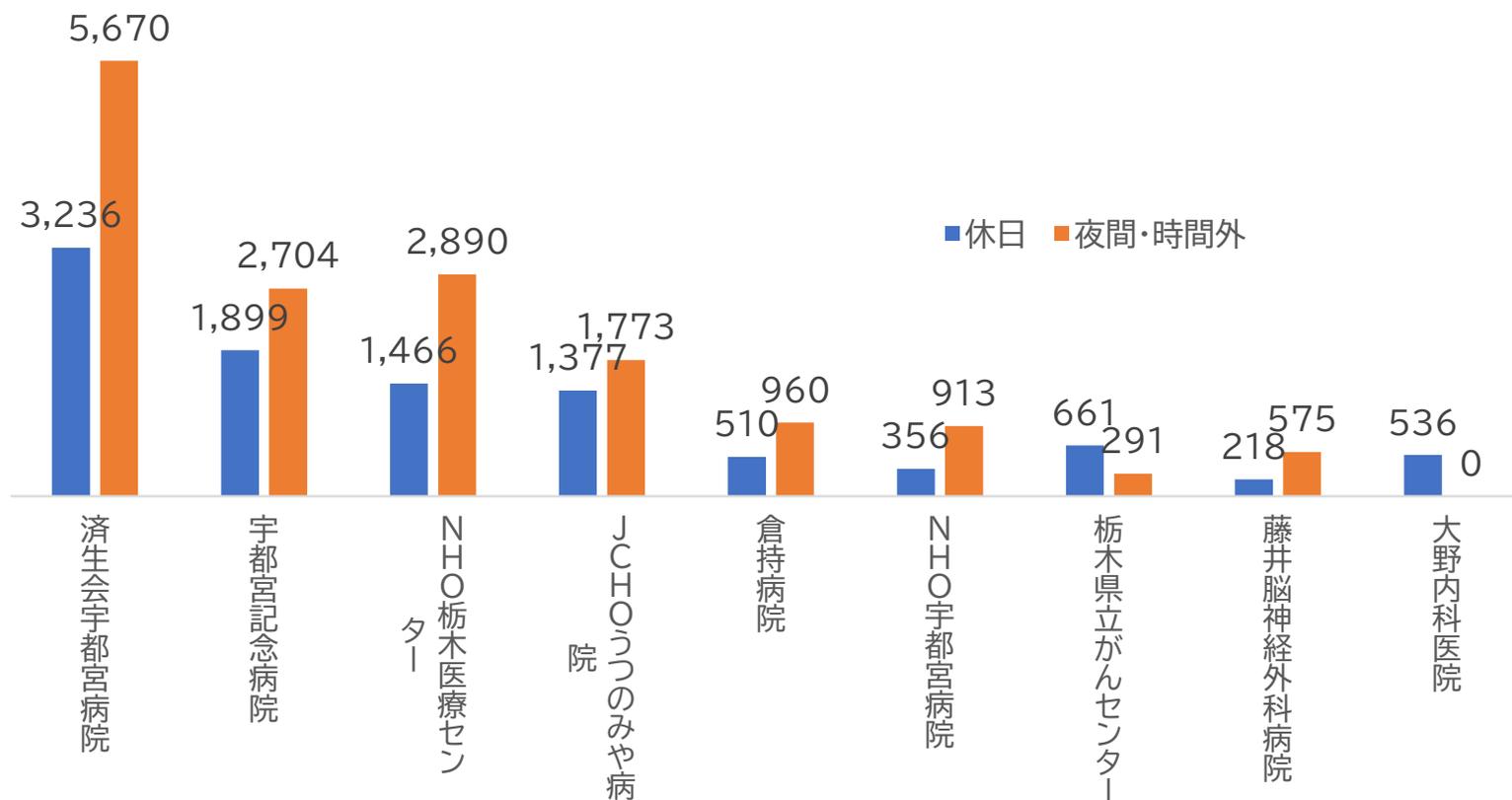
流出患者の属性③



### 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<sup>(※1)</sup>

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 <sup>(※2)</sup>
			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<sup>(救命救急センター設置病院を除く)</sup>における救急患者数<sup>(※3)</sup>

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

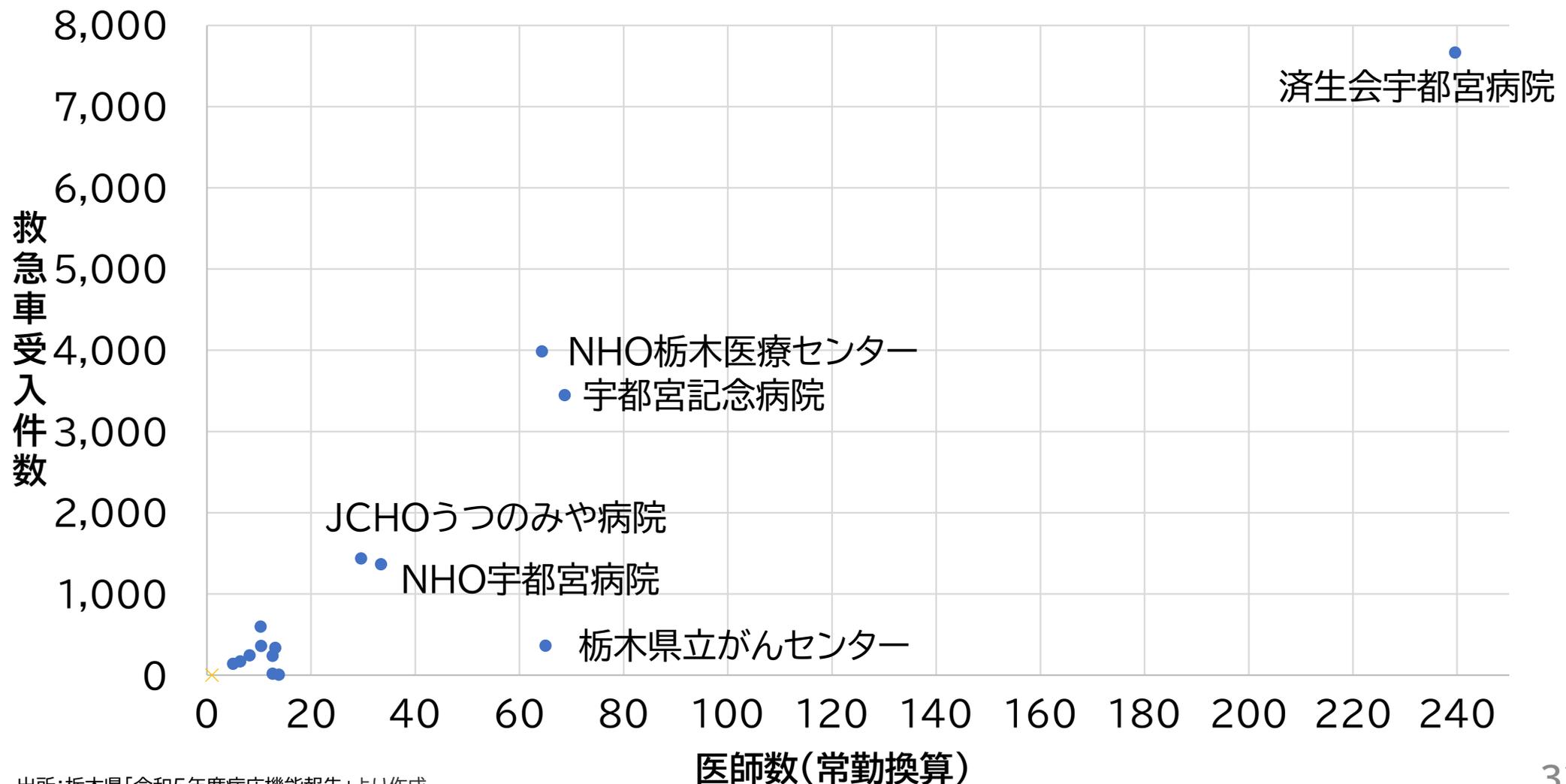
(※1) ( )内は、人口10万人当たりの医療機関数 (※2) 輪番病院における一般病床の合計

(※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(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回両毛地域医療構想調整会議	資料7
令和6(2024)年12月11日(水)	

# 佐野市民病院の 許可病床の減少について

令和6(2024)年12月11日  
佐野市民病院

# 許可病床減少後の病床機能内訳

変更前			
区分	病棟	入院料	床
一般病床	A3階	急性期一般 1	34
	S3階	急性期一般 1	54
	A4階	地域包括ケア 2	50
療養病床	S4階	療養 2	94
計			232

変更後			
区分	病棟	入院料	床
一般病床	A3階	急性期一般 1	25
	S3階	急性期一般 1	54
	A4階	地域包括ケア 1	50
療養病床	S4階	療養 2	70
計			199

## 2025年に向けた佐野市民病院の具体的対応方針の一部変更

	変更前	変更後
建替の予定について	<p>2024年1月に新棟建築竣工を予定しています。現在の許可病床数は258床ですが、施設基準によって使用許可病床は218床となっています。実稼働病床数は160床前後です。新棟完成後は、232床許可病床となる予定です。現状より一般病棟30床、療養病棟30床程稼働が増加する見込みです。</p>	<p>2023年12月に新棟が竣工しました。竣工前の許可病床数は258床ですが、施設基準によって使用許可病床は218床となっていました。実稼働病床数は160床前後した。新棟完成後は、232床許可病床となりました。また、2024年11月に許可病床数を232床から199床に減少する届出を行いました。この届出により、現在の実稼働病床数が減少することはありません。</p>