

第4回栃木県地域医療構想策定懇談会次第

日時 平成28年3月11日(金)
午前10時00分から
場所 県公館 大会議室

1 開 会

2 挨 拶

3 議 題

(1) 栃木県地域医療構想(案)について

- ①パブリック・コメント等の結果について資料1
- ②修正箇所一覧資料2
- ③栃木県地域医療構想(案)資料3

(2) 栃木県地域医療構想の推進体制(案)について資料4

(3) その他

4 閉 会

第4回 栃木県地域医療構想策定懇談会出席者

No.	団 体 名	役 職 等	氏 名	備 考
1	一般社団法人栃木県医師会	会 長	太田 照男	
2	一般社団法人栃木県歯科医師会	会 長	柴田 勝	代理出席 副会長 中津道昭
3	一般社団法人栃木県薬剤師会	常務理事	廣田 孝之	
4	公益社団法人栃木県看護協会	会 長	河野 順子	
5	栃木県病院協会	常任理事	吉田 良二	
6	一般財団法人 栃木県精神衛生協会	会 長	青木 公平	
7	栃木県社会福祉協議会	常務理事	山中 晃	
8	一般社団法人 栃木県老人福祉施設協議会	会 長	大山 知子	代理出席 理事 沼尾 成美
9	一般社団法人 栃木県老人保健施設協会	会 長	矢尾板誠一	
10	栃木県女性団体連絡協議会	事務局長	加藤 幸子	欠席
11	全国健康保険協会栃木支部	支部長	栗田 昭治	
12	自治医科大学	病院長	佐田 尚宏	
13	獨協医科大学	病院長	平石 秀幸	欠席
14	栃木県議会	生活保健福祉 委員会副委員長	亀田 清	
15	宇都宮市	保健福祉部長	本橋 道正	代理出席 宇都宮市保健所長 中村 勤
16	野木町	健康福祉課長	田村 俊輔	欠席

栃木県地域医療構想の策定スケジュール

	栃木県地域医療構想策定懇談会	各構想区域策定懇談会 等
平27 7月	第1回会議（7/23） ・ 地域医療構想区域について ・ 将来の医療需要と必要病床数の推計結果について ・ 慢性期の必要病床数の推計における地域差を解消する目標値について ・ 各構想区域及び疾病別の検討事項 ・ 平成26年度病床機能報告の結果	
8月		第1回各区域懇談会（8/10～9/12） ・ 将来の医療需要の推計について ・ 患者流出入の要因の分析 各疾病協議会（脳心8/18、がん8/26） ・ 患者流出入の要因の分析 ・ 各地域で目指すべき疾病別の医療提供体制について
9月	第2回会議（9/16） ・ 地域医療構想策定懇談会、疾病協議会の検討結果 ・ 栃木県地域医療構想骨子案について ・ 必要病床数の推計について（案）	
10月		第1回病院等説明会（10/8, 13, 14） ・ 地域医療構想の策定状況について ・ H27病床機能報告制度について ----- 第2回各区域懇談会（10/27～12/20） ・ 地域医療構想の素案について
11月	必要病床推計に係る患者流出入の都道府県間の調整	
12月		
平28 1月	第3回会議（1/20） ・ 都道府県間の患者流出入調整の結果について ・ 地域医療構想（素案）について	
2月	市町、県保険者協議会意見聴取（2/2～25） パブリック・コメント（2/2～3/1） ・ 地域医療構想（素案）について	第2回病院等説明会（2/17, 22, 23, 24） ・ 地域医療構想（素案）について
3月	第4回会議（3/11） ・ 地域医療構想（案）の決定 医療審議会（3/22） 地域医療構想の決定（庁議）、公表	

栃木県地域医療構想(素案)に対する意見とそれに対する県の考え方

■パブリック・コメント(4名4件)

項目	意見の内容	意見に対する考え方
患者の流出入について	各地域における患者流出入がクローズアップされているが、各地域には特性があり、医療提供体制にもバラツキがある。県北地域においては、宇都宮地域の医療機関を受診する方が利便性が高い地域がある。患者の流出については、県全域で考え、他県への流出をなるべく防ぐための医療従事者の確保・定着を検討し、診療体制の構築を図るべきである。	本県では他地域へのアクセスが比較的容易であること等から、患者流出入を踏まえた医療機関所在地の医療需要をベースに地域医療構想を取りまとめております。また、医療従事者の養成・確保は、将来の医療提供体制構築に向けた重要な施策の柱としており、御意見を踏まえ積極的に取り組んで参ります。
地域医療構想と医療計画の関係について	栃木県地域医療構想と2018年に改定する栃木県保健医療計画(7期計画)との関係が不明確と感じる。構想と計画とが別にあることで混乱が生じるのではないかと。	地域医療構想は、保健医療計画(6期計画及び7期計画)の一部として位置づけられるものであり、7期計画策定の際は、今後国が示す策定指針等を踏まえながら、混乱が生じないように工夫して参ります。
各構想区域別地域医療構想について	県内6つの地域医療構想が示されることにより、それぞれの医療機関が限りある医療資源をどのように使うべきかについて、重要な示唆を与えてくれると理解している。	地域医療構想調整会議等において、最新データ等を活用し、関係者の意見をうかがいながら、各区域の実情等に応じた医療提供体制の構築に努めて参ります。
慢性期の医療及び介護ベッドの必要性について	経済構造の変化と少子化のため、農村地帯でも小家族化が進んでいる。そのため老老介護が常態化し、孤独死など人間の尊厳を損なった死を迎えることにもなっている。また、劣悪な環境での死を避けられないことが多い。それを防ぐには地域の連携が必要だが、それだけでは対応できないこともある。そのような時、病院への入院、介護施設への入所で対処することが安全であり、余裕のあるベッドの確保が、リスク回避には重要である。	慢性期の療養については、病床のみならず介護施設等も含め地域全体で支えることが必要と考え、本構想に記載したところです。各地域医療構想区域ごとに住民ニーズや地域実情等を踏まえながら、必要な医療及び介護ベッドの確保に努めて参ります。

■市町村等からの意見等（3団体10件）

団 体 名	意 見 の 内 容	意 見 に 対 す る 考 え 方
栃 木 市	<p>現在栃木市には、栃木医療圏、鹿沼医療圏と二つの二次救急医療圏がある。「地域医療構想区域は二次医療圏と同じ区域」としているが、鹿沼医療圏の西方病院の病床数は県南地域医療構想区域に加えられている。地域医療構想は、医療計画の一部との位置付けであり、医療計画の救急事業と整合性を持たせるべきである。</p>	<p>地域の医療資源の配置状況を考慮し、栃木市西方町の二次救急については、当分の間は鹿沼救急医療圏として救急医療の確保を図っているところです。 なお、必要病床数については、救急搬送も含め、医療機関所在地の医療需要をベースに算定しているところであり、救急医療の確保に十分留意しながら、病床の機能分化等を図って参ります。</p>
小 山 市	<p>県南地域医療構想の「4 目指すべき医療提供体制を実現するための施策」として、【医療機能分化・連携の促進】の中に、回復期の病床機能を確保するため、病床機能転換や設備整備等を進める旨の記載があるが、県南地域の「平成26年度病床機能報告結果での2020年の病床数」を参照すると、「2025年の必要病床数」を下回る結果となっており、病床機能転換以外にも増床を含め様々な手段を講じ、必要な病床の整備・確保を図るべきである。</p>	<p>御意見を踏まえ、以下のとおり修正します。 （87頁14行） ・リハビリテーションを<u>提供する回復期等</u>の病床機能を確保するため、地域バランスを考慮しながら、医療機関における病床機能転換や<u>複数の病院による病床の再編等による病床の整備、</u>設備整備等を促進します。</p>
栃木県保険者協議会	<p>○限られた医療資源の中で、住民が住みなれた地域で安心して地域医療を受けられるよう、医療の質や量の確保を引き続き推進していただきたい。 ○加入者の選択の幅が狭まらないような体制整備を図るため、効果的な医療介護総合確保基金等の活用をお願いしたい。 ○県全体としては大病院への交通アクセスが良く、他県と比較してドクターヘリを活用する環境が充実している。今後、病床機能報告結果を確認しながら、関係機関との連携のもと、まちづくりなども含め、様々な視点を取り入れた上で、必要な病床の確保に向けた議論をお願いする。 ○将来に向けた患者のニーズに合わせて、バランスのとれた医療提供体制を構築できるよう、現状の医療資源を活かしつつ病床機能の転換を促すなど、適切な対応をお願いする。</p>	<p>御意見を参考に、地域医療構想の実現に向けた取組を推進して参ります。 なお、保険者の役割については、御意見を踏まえ修正いたします。</p>

○高齢者は療養病床に入院する患者が多く、今後も増えていくことが見込まれる。2025年の慢性期の必要病床数は地域差解消分があり減少すると推測されているが、受け皿となる介護施設や在宅医療等の体制づくりを促進することが非常に重要になってくる。これらのことも含め、今後の議論を進めていただきたい。

○ 県北・県西・県東・宇都宮から県南の大学病院等へ流出する傾向が見られる。今後は二次医療圏単位で構想の実現を目指す中で、どの地域に住んでいても重症患者を受け入れられる体制整備を行うことが、県民の幸せにつながる。

○加入者の健康づくりの啓発や適切な受療行動の促進に引き続き保険者として役割を果たしていきたい。

○保険者の役割の記載について、下記のとおり修正願います。

(1)「第1章 全体構想」(P32)

④保険者「地域医療構想調整会議等に参画し、地域の医療機能の分化・連携に関する課題を共有し、…(略)…」

(2)「第2章 構想区域別地域医療構想」(P41、53、64、77、88、100)【保険者】の役割について、以下の統一した文言とする。

「○○○○地域医療構想調整会議等に参画し、地域の医療機能の分化・連携に関する課題を共有するとともに、加入者データの分析等から将来の医療需要の変化も見越した医療供給体制等について効果的な施策を提言します。また、県保険者協議会における保険者間の連携はもとより、医師会や歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の関係団体との連携も深めながら、加入者の健康づくりの啓発や適切な受療行動の促進等医療需要の適正化に努めます。」

栃木県地域医療構想(案) 修正箇所一覧

修正前【栃木県地域医療構想(素案)】		修正後【栃木県地域医療構想(案)】	
7頁 7行目		7頁 7行目	(以下の文章とグラフを追加) <u>平成26(2014)年の本県の人口10万人当たりの死亡数は、悪性新生物(がん)292.4、心疾患173.1、脳血管疾患112.4、肺炎101.3となっており、平成12(2000)年からの年次推移は次のグラフのとおりです。</u> <u>【悪性新生物(がん)・心疾患・脳血管疾患・肺炎の人口10万人当たりの死亡数】</u> (※折れ線グラフは略)
32頁 1行目	④保険者 地域の医療機能の分化・連携に関する課題を共有し、加入者データの分析等から効果的な施策を提言するとともに、県保険者協議会における保険者間の連携はもとより、医師会や歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の関係団体との連携も深めながら、加入者の健康づくりの啓発や適切な受療行動の促進に努めます。	32頁 1行目	④保険者 <u>地域医療構想調整会議等に参画し</u> 、地域の医療機能の分化・連携に関する課題を共有し、加入者データの分析等から効果的な施策を提言するとともに、県保険者協議会における保険者間の連携はもとより、医師会や歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の関係団体との連携も深めながら、加入者の健康づくりの啓発や適切な受療行動の促進に努めます。
41頁 19行目	【保険者】 医療機能分化・連携に向けた地域課題等を共有し、加入者データの分析等から、効果的な施策の提言等に努めます。	41頁 19行目	【保険者】 <u>県北地域医療構想調整会議等に参画し</u> 、地域の医療機能の分化・連携に関する課題を共有するとともに、加入者データの分析等から <u>将来の医療需要の変化も見越した医療供給体制等について効果的な施策を提言します。</u> また、 <u>県保険者協議会における保険者間の連携はもとより、医師会や歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の関係団体との連携も深めながら、加入者の健康づくりの啓発や適切な受療行動の促進等医療需要の適正化に努めます。</u>
53頁 21行目	【保険者】 県西地域医療構想調整会議等に参画し、医療に関する地域課題を共有するとともに、加入者データの分析等から、効果的な施策の提言等に努めます。	53頁 21行目	【保険者】 県西地域医療構想調整会議等に参画し、医療に関する地域課題を共有するとともに、加入者データの分析等から、 <u>将来の医療需要の変化も見越した医療供給体制等について効果的な施策を提言します。</u> また、 <u>県保険者協議会における保険者間の連携はもとより、医師会や歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の関係団体との連携も深めながら、加入者の健康づくりの啓発や適切な受療行動の促進等医療需要の適正化に努めます。</u>

修正前【栃木県地域医療構想(素案)】		修正後【栃木県地域医療構想(案)】	
64頁 18行目	【保険者】 宇都宮地域医療構想調整会議等に参画し、医療機能分化・連携に向けた地域課題を共有するとともに、加入者データの分析等により効果的な施策の提言、被保険者に対する健康づくり等の啓発等に努めます。	64頁 18行目	【保険者】 宇都宮地域医療構想調整会議等に参画し、医療機能分化・連携に向けた地域課題を共有するとともに、加入者データの分析等から将来の医療需要の変化も見越した医療供給体制等について効果的な施策を提言します。また、県保険者協議会における保険者間の連携はもとより、医師会や歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の関係団体との連携も深めながら、加入者の健康づくりの啓発や適切な受療行動の促進等医療需要の適正化に努めます。
77頁 18行目	【保険者】 県東地域医療構想調整会議等に参画し、医療機能分化・連携に向けた地域課題を共有するとともに、加入者データの分析による効果的な施策の提言、加入者に対する健康づくり等の啓発等に努めます。	77頁 18行目	【保険者】 県東地域医療構想調整会議等に参画し、医療機能分化・連携に向けた地域課題を共有するとともに、加入者データの分析等から将来の医療需要の変化も見越した医療供給体制等について効果的な施策を提言します。また、県保険者協議会における保険者間の連携はもとより、医師会や歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の関係団体との連携も深めながら、加入者の健康づくりの啓発や適切な受療行動の促進等医療需要の適正化に努めます。
87頁 16行目	・リハビリテーションの提供等、回復期の病床機能を確保するため、地域バランスを考慮しながら、医療機関における病床機能転換や設備整備等を促進します。	87頁 16行目	・リハビリテーションを提供する回復期等の病床機能を確保するため、地域バランスを考慮しながら、医療機関における病床機能転換や複数の病院による病床の再編等による病床の整備、設備整備等を促進します。
88頁 17行目	【保険者】 県南地域医療構想懇談会等に参画し、医療機能分化・連携に向けた地域課題を共有するとともに、加入者データの分析による効果的な施策の提言、被保険者に対する健康づくり等の啓発等に努めます。	88頁 17行目	【保険者】 県南地域医療構想懇談会等に参画し、医療機能分化・連携に向けた地域課題を共有するとともに、加入者データの分析等から将来の医療需要の変化も見越した医療供給体制等について効果的な施策を提言します。また、県保険者協議会における保険者間の連携はもとより、医師会や歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の関係団体との連携も深めながら、加入者の健康づくりの啓発や適切な受療行動の促進等医療需要の適正化に努めます。
100頁 21行目	【保険者】 両毛地域医療構想調整会議等に参画し、医療機能分化・連携に向けた地域課題を共有するとともに、加入者データの分析による効果的な施策の提言、被保険者に対する健康づくり等の啓発等に努めます。	100頁 21行目	【保険者】 両毛地域医療構想調整会議等に参画し、医療機能分化・連携に向けた地域課題を共有するとともに、加入者データの分析等から将来の医療需要の変化も見越した医療供給体制等について効果的な施策を提言します。また、県保険者協議会における保険者間の連携はもとより、医師会や歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の関係団体との連携も深めながら、加入者の健康づくりの啓発や適切な受療行動の促進等医療需要の適正化に努めます。

栃木県地域医療構想

(案)

【目次】

第1章 全体構想

1	策定の趣旨等	1 頁
2	本県における医療提供体制の現状等	2 頁
	(1) 主な医療機関数	
	(2) 主な医療従事者数	
	(3) 在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーション数	
	(4) 介護施設の整備数	
3	本県における少子高齢化の進行と医療需要の変化	5 頁
	(1) 少子高齢化の進行	
	①将来人口	
	②高齢者単独・夫婦のみ世帯数	
	③人口動態における死亡の状況	
	(2) 高齢化に伴う医療需要の変化	
	①入院医療及び在宅医療等の医療需要推計	
	②入院医療需要の年齢階級別推計	
	③入院医療需要の病床機能別推計	
	④入院医療需要の主要診断群別推計	
	⑤主な疾病の入院医療需要推計	
	⑥圏域を越える入院医療需要（流出入）の推計	
4	本県における地域医療構想区域	19 頁
5	本県において目指すべき将来の医療提供体制	21 頁
	(1) 平成 37（2025）年における医療機能別の医療需要及び必要病床数	
	(2) 将来の医療需要に対応した医療提供体制構築の方向性	
	①入院医療	
	②在宅医療等	
	(3) 栃木県保健医療計画の施策等との整合	
	①5 疾病・5 事業・在宅医療の推進施策との整合	
	②疾病対策協議会等との連携	

6	目指すべき医療提供体制の実現に向けて	28頁
	(1) 医療機能の分化・連携	
	(2) 在宅医療等の充実	
	(3) 医療従事者の養成・確保	
	(4) その他医療機能の充実及び連携体制の強化	
	(5) 施策の見直し	
7	地域医療構想の推進体制等	31頁
	(1) 推進体制	
	(2) 各関係者等の役割	
	(3) 進行管理体制	

第2章 構想区域別地域医療構想

1	県北地域医療構想	35頁
2	県西地域医療構想	47頁
3	宇都宮地域医療構想	59頁
4	県東地域医療構想	71頁
5	県南地域医療構想	83頁
6	両毛地域医療構想	95頁

参考資料集

第1章 全体構想

1 策定の趣旨等

日本では今、世界に類を見ないスピードで少子高齢化が進んでいます。65歳以上の高齢者人口の総人口に占める割合は平成25(2013)年には25.1%に達し、4人に1人が高齢者となっています。

「団塊の世代」が全て75歳以上の後期高齢者となる平成37(2025)年には、医療・介護ニーズの増大が見込まれており、住み慣れた地域で安心して自分らしい暮らしを続けることができるよう、住民ニーズの変化に適切に対応した医療・介護提供体制の構築が課題となっています。とりわけ医療提供体制においては、限りある医療資源を最大限に活用していくことが求められます。

こうした中、平成25(2013)年12月に「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」が成立し、少子化対策をはじめ、医療制度、介護保険制度、公的年金制度の改革について、その方向性が示されました。

病床の機能分化と連携、在宅医療・介護の一体的な提供といった方向性に基づき、平成26(2014)年6月に医療法が改正され、病床機能報告制度(*1)がスタートするとともに、都道府県においては、効率的で良質な医療の提供体制の構築を図るため、「地域医療構想(将来の医療提供体制に関する構想)」を医療計画の一部として策定することが定められました。

このため、本県においては、「栃木県地域医療構想」を「栃木県保健医療計画」の一部として策定し、平成37(2025)年における医療需要と必要病床数を病床機能区分ごとに示すとともに、その実現に向けた施策を記載しました。

なお、「栃木県地域医療構想」の実現に向けては、「栃木県保健医療計画(6期計画)」における5疾病5事業及び在宅医療の施策等を推進しながら、病床の機能分化・連携を図るとともに、「栃木県高齢者支援計画(はつらつプラン21)」や「栃木県健康増進計画(とちぎ健康21プラン)」「栃木県障害者計画(とちぎ障害者プラン21)」等の関連する諸計画との調和を図りながら進めます。

*1) 一般病床又は療養病床を有する病院又は診療所が、その有する一般病床・療養病床において担っている医療機能の現状と今後の方向について、病棟単位で「高度急性期機能」「急性期機能」「回復期機能」「慢性期機能」の4区分から1つを選択し、その他の具体的な報告事項とあわせて、全国共通サーバ等を通じて都道府県に報告する仕組み。

2 本県における医療提供体制の現状等

(1) 主な医療機関数

本県の医療機関の人口 10 万人当たりの施設数をみると、病院数、一般診療所数、歯科診療所数は、いずれも全国平均を下回っています。

病床数についても、有床診療所の人口 10 万人当たりの病床数は全国平均を上回っていますが、病院の一般・療養病床数は全国平均を下回っています。

【表 1：栃木県内の主な医療機関数】

		県合計	保健医療圏名						全国平均
			県北	県西	宇都宮	県東	県南	両毛	
病院	病院数	109	21	11	31	5	24	17	
	(人口 10 万対)	5.5	5.5	6.0	6.0	3.5	5.0	6.3	6.7
	病院の一般病床数	12,172	1,958	868	3,009	598	3,967	1,772	
	(人口 10 万対)	616.2	513.9	473.5	581.4	414.0	824.4	661.5	703.6
	病院の療養病床数	4,124	796	462	1,442	181	653	590	
(人口 10 万対)	208.8	208.9	252.0	278.6	125.3	135.7	220.2	258.2	
診療所	一般診療所数	1,462	232	118	425	107	363	217	
	(人口 10 万対)	74.0	60.9	64.4	82.1	74.1	75.4	81.0	79.1
	うち有床診療所数	124	19	15	39	10	24	17	
	(人口 10 万対)	6.3	5.0	8.2	7.5	6.9	5.0	6.3	6.6
	有床診療所の病床数	1,818	301	238	534	162	374	209	
	(人口 10 万対)	92.0	79.0	129.8	103.2	112.2	77.7	78.0	88.4
	歯科診療所数	992	154	89	299	65	230	155	
(人口 10 万対)	50.2	40.4	48.5	57.8	45.0	47.8	57.9	54.0	

【出典：栃木県保健福祉部医療政策課「平成 27 年度栃木県病院・診療所名簿」（平成 27 年 4 月 1 日現在）、全国平均は厚生労働省「平成 26 年医療施設(静態・動態)調査・病院報告」（平成 26 年 10 月 1 日現在）】

(2) 主な医療従事者数

本県の医療施設に従事する主な医療従事者の人口10万人当たりの人数をみると、医師、歯科医師、薬剤師はいずれも全国平均を下回っています。また、就業保健師及び就業准看護師は全国平均を上回っていますが、就業助産師及び就業看護師は下回っています。

【表2：栃木県内の主な医療従事者数】

	県合計	保健医療圏名						全国平均
		県北	県西	宇都宮	県東	県南	両毛	
医療施設に従事する医師数	4,214	527	260	950	166	1,818	493	
(人口10万対)	212.9	137.9	141.3	183.4	114.5	377.4	183.4	233.6
医療施設に従事する歯科医師数	1,299	192	118	386	82	330	191	
(人口10万対)	65.6	50.2	64.1	74.5	56.6	68.5	71.1	79.4
薬局・医療施設に従事する薬剤師数	3,001	450	240	844	155	870	442	
(人口10万対)	151.6	117.7	130.5	162.9	106.9	180.6	164.5	170.0
就業保健師数	837	164	96	229	65	200	83	
(人口10万対)	42.3	42.9	52.2	44.2	44.8	41.5	30.9	38.1
就業助産師数	462	81	38	96	27	161	59	
(人口10万対)	23.3	21.2	20.7	18.5	18.6	33.4	22.0	26.7
就業看護師数	15,019	2,235	975	4,438	752	4,680	1,939	
(人口10万対)	758.6	584.8	530.0	856.6	518.8	971.4	721.5	855.2
就業准看護師数	6,648	1,425	678	1,700	409	1,311	1,125	
(人口10万対)	335.8	372.8	368.5	328.1	282.2	272.1	418.6	267.7

【出典：医師数から薬剤師数までは厚生労働省「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」、就業保健師以下は厚生労働省「平成26年衛生行政報告例」】

(3) 在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーション数

本県の在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションの人口10万人当たりの施設数をみると、いずれも全国平均を下回っています。

【表3：栃木県内の在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーション数】

	県合計	保健医療圏名						全国平均
		県北	県西	宇都宮	県東	県南	両毛	
在宅療養支援診療所数	155	32	4	36	8	53	22	
(人口10万対)	7.7	8.1	2.1	7.0	5.3	10.9	8.0	10.8
訪問看護ステーション数	86	17	4	25	4	20	16	
(人口10万対)	4.3	4.3	2.1	4.9	2.7	4.1	5.8	6.1

【出典：在宅療養支援診療所数及び訪問看護ステーション数は栃木県調べ（平成27年8月）、在宅療養支援診療所数全国平均は保険局医療課調べ（平成24年7月1日時点）を用いて計算、訪問看護ステーション数全国平均は厚生労働省「平成26年介護サービス施設・事業所調査」を用いて計算】

(4) 介護施設等の整備数

本県の介護老人保健施設の人口 10 万人当たりの施設数と定員数をみると、施設数ではわずかに全国平均を上回っていますが、定員数は全国平均を下回っています。

【表 4：栃木県内の介護老人保健施設数（入所施設の定員）】

	県合計	保健医療圏名						全国平均
		県北	県西	宇都宮	県東	県南	両毛	
介護老人保健施設数	65	13	8	11	6	16	11	
(人口 10 万対)	3.3	3.4	4.4	2.1	4.2	3.3	4.1	3.2
介護老人保健施設定員	5,567	1,145	674	1,038	520	1,394	796	
(人口 10 万対)	281.8	300.8	368.5	200.1	360.5	289.4	297.5	285.0

【出典：施設数及び定員数は栃木県調べ（平成 27 年 7 月）、全国平均は厚生労働省「平成 26 年介護サービス施設・事業所調査」を用いて計算】

また、本県の介護施設の要介護認定者 1 万人当たりの施設（定員）数をみると、特別養護老人ホームとサービス付き高齢者住宅では全国平均を上回っていますが、グループホーム、有料老人ホームでは全国平均を下回っています。

【表 5：栃木県内の主な介護施設数（入所施設の定員）】

	要介護認定者数(H27.3 月末) ※1	要介護認定者 1 万人当たりの施設整備数 ※2			
		施設系		居住系	
		特別養護老人ホーム	グループホーム	有料老人ホーム	サービス付き高齢者住宅
栃木県	59,863	1,402.7	351.3	416.8	529.7
全国	4,349,079	1,283.5	446.2	956.1	402.6

【※1 出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（平成 27 年 3 月末現在）】

【※2 算出方法：施設定員数（栃木県調べ）／要介護認定者数（※1）＊10,000】

3 本県における少子高齢化の進行と医療需要の変化

(1) 少子高齢化の進行

①将来人口

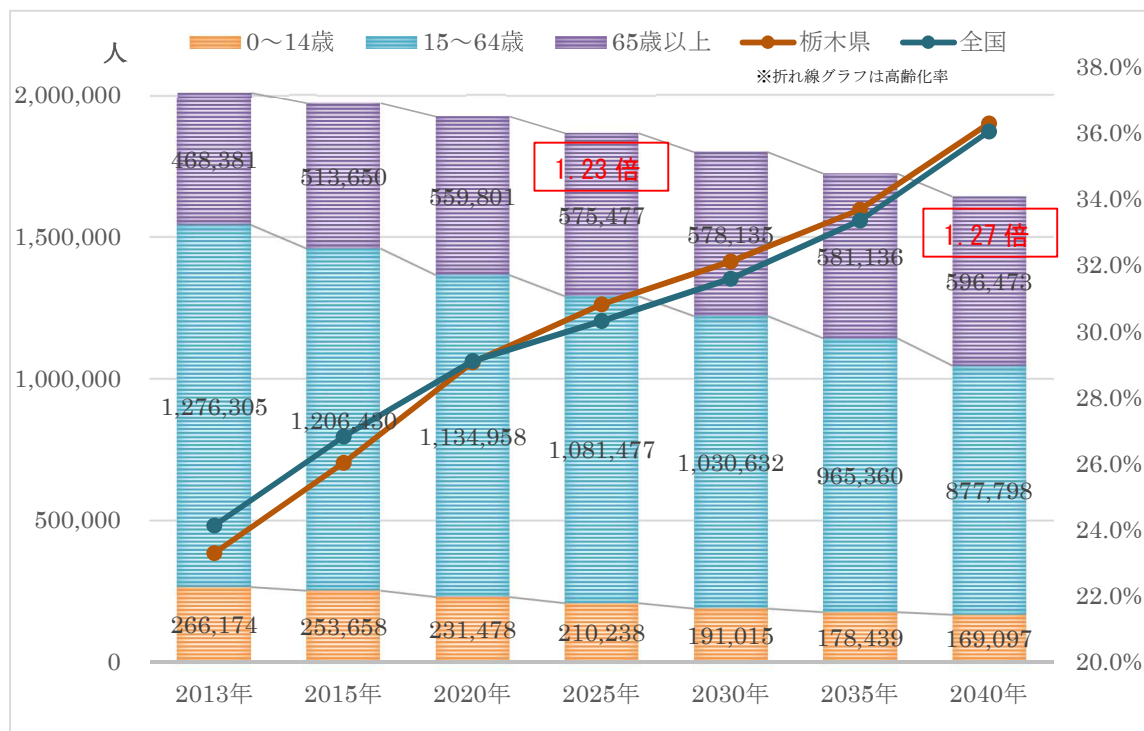
本県の総人口は、平成17(2005)年の約202万人をピークに減少に転じており、平成25(2013)年3月31日現在の住民基本台帳によれば、2,016,860人となっています。

これを年齢構成別にみると、0歳から14歳までの年少人口は266,174人(13.2%)、15歳から64歳までの生産年齢人口が1,276,305人(63.5%)、65歳以上の老年人口は468,381人(23.3%)となっています。

本県における人口のピークであった平成17(2005)年と比較すると、年少人口の総人口に占める割合は14.1%から13.2%へ、生産年齢人口では66.3%から63.5%へと減少しています。一方、65歳以上の老年人口の総人口に占める割合(高齢化率)は、19.4%から23.3%へと増加しています。

この傾向は今後も続くとされており、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計」では、本県の高齢者人口は平成37(2025)年には平成25(2013)年の約1.23倍の575,477人(高齢化率は約30.8%)、平成52(2040)年には約1.27倍の596,473人(高齢化率は約36.3%)に達すると予測されます。

【グラフ1：栃木県の将来人口の推計】



【出典：2013年は総務省「平成25年住民基本台帳年齢別人口(市区町村別)」、2015年～2040年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計」(平成25(2013)年3月推計)】

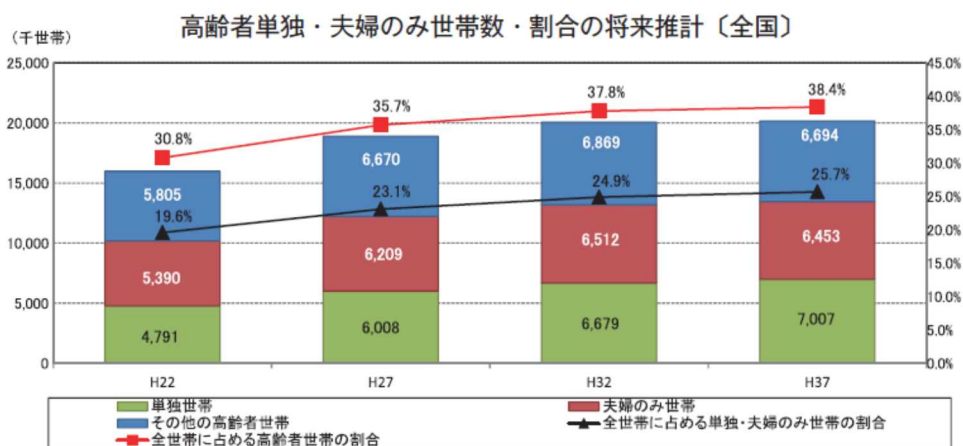
②高齢者単独・夫婦のみ世帯数

本県の高齢者単独世帯は、平成22(2010)年には約5万3千世帯でしたが、平成37(2025)年には約8万7千世帯となり、約1.6倍になると予測されます。

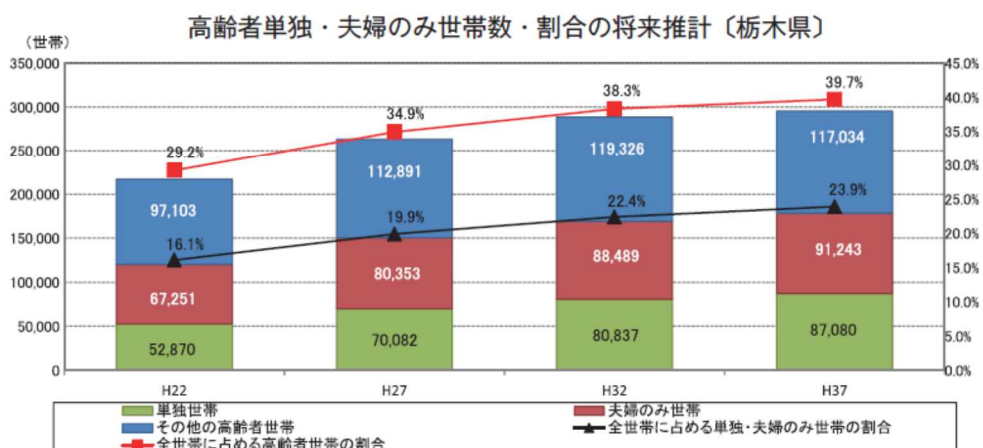
また、世帯主が高齢者の夫婦のみ世帯は、平成22年には約6万7千世帯でしたが、平成37年には約9万1千世帯に増え、約1.4倍になると予測されます。

本県の世帯主が高齢者の世帯は、平成22(2010)年には全世帯の29.2%（全国平均30.8%）でしたが、平成37(2025)年には39.7%（全国平均38.4%）に増加すると予測されます。

また、高齢者の単独世帯及び夫婦のみ世帯の全世帯に対する割合は、平成22(2010)年には16.1%（全国平均19.6%）でしたが、平成37(2025)年には23.9%（全国平均25.7%）に増加すると予測されます。



【国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」（平成24年1月）より】
（平成22年は、平成22年国勢調査による。）



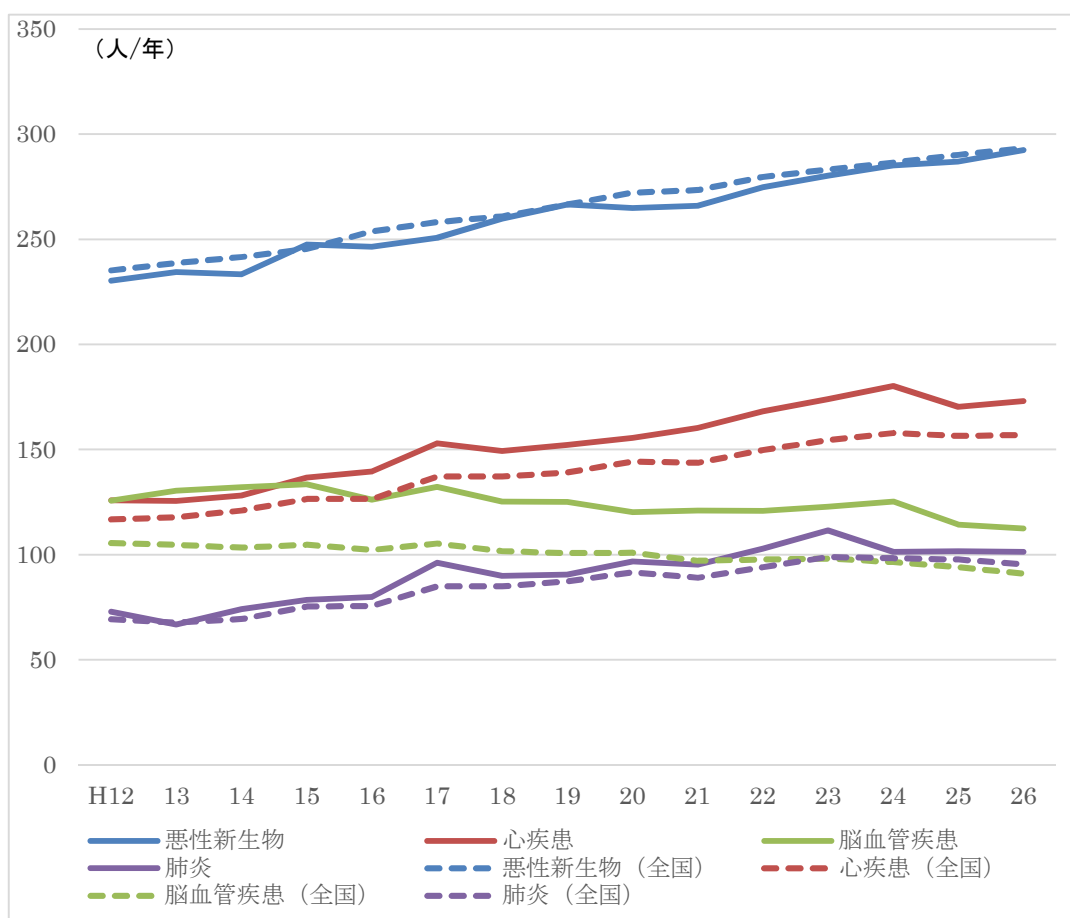
【国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（都道府県推計）」（平成24年1月）より】
（平成22年は、平成22年国勢調査による。）

③人口動態における死亡の状況

平成26(2014)年の本県における死因の構成は、第1位悪性新生物(がん)(27.5%)、第2位心疾患(16.3%)、第3位脳血管疾患(10.6%)となっており、ここ数年では悪性新生物は増加、心疾患は微増～横ばい、脳血管疾患は横ばい～減少の傾向となっています。また、第4位の肺炎(9.5%)が増加傾向です。全国では肺炎が死因の第3位であり、死亡の89%が75歳以上となっています。

平成26(2014)年の本県の人口10万人当たりの死亡数は、悪性新生物(がん)292.4、心疾患173.1、脳血管疾患112.4、肺炎101.3となっており、平成12(2000)年からの年次推移は次のグラフのとおりです。

【悪性新生物(がん)・心疾患・脳血管疾患・肺炎の人口10万人当たりの死亡数】



【出典：厚生労働省「人口動態調査」】

(2) 高齢化に伴う医療需要の変化

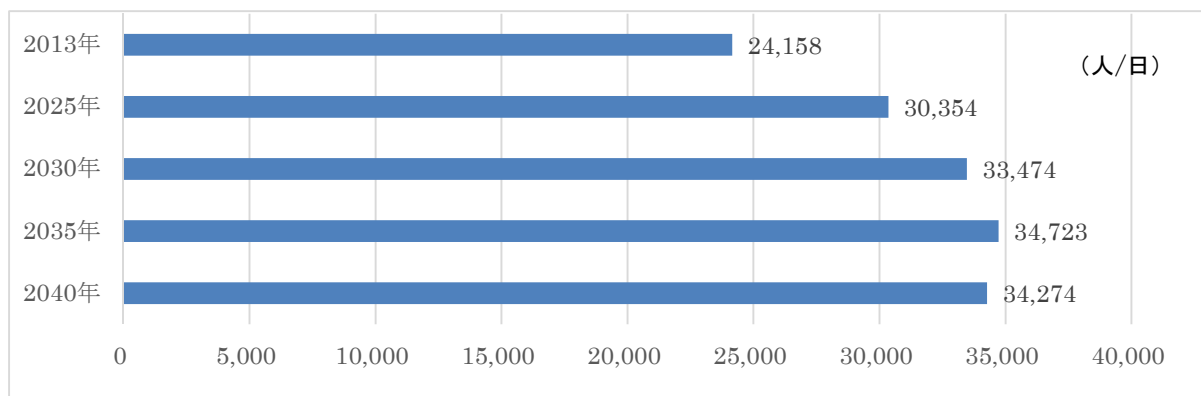
医療需要等の推計に当たっては、地域医療構想策定のために厚生労働省が作成した「必要病床数等推計ツール」（以下「推計ツール」といいます。）を用いています（推計の考え方等については、17・18頁の「留意事項」を参照ください）。

①入院医療及び在宅医療等の医療需要推計

将来の病床の機能分化と連携、在宅医療や介護の推進に向けた検討のため、本県の、入院での医療、居宅等において訪問診療や介護老人保健施設で医療を受けている人数（通院は含まれません。以下単に「医療需要」といいます。）を推計した結果はグラフ2のとおりです。

平成25(2013)年の医療需要の24,158人/日と比較すると、平成37(2025)年には30,354人/日(1.26倍)、平成42(2030)年には33,474人/日(1.39倍)、平成47(2035)年には34,723人/日(1.44倍)まで増加し、平成52(2040)年には34,274人/日(1.42倍)と減少に転じます。

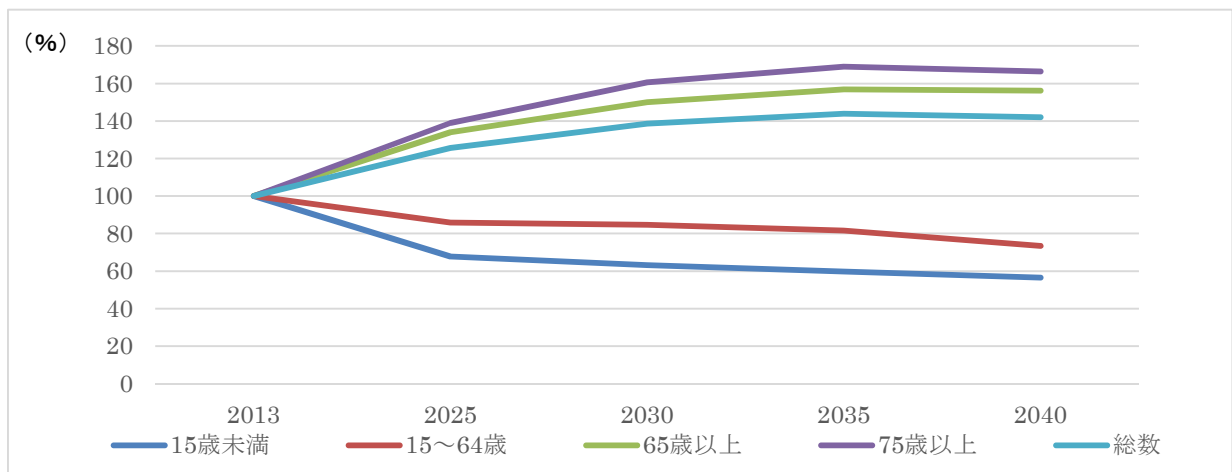
【グラフ2：栃木県の医療需要の将来推計（医療機関所在地）】



【推計ツール（平成27年6月版, 厚生労働省）による分析】

この推移を、平成25(2013)年の医療需要を基準として年齢階級別にみると、65歳以上、特に75歳以上の年齢層において医療需要の伸びが大きいことがわかります。

【グラフ3：栃木県の年齢階級別の医療需要（医療機関所在地）の伸び】

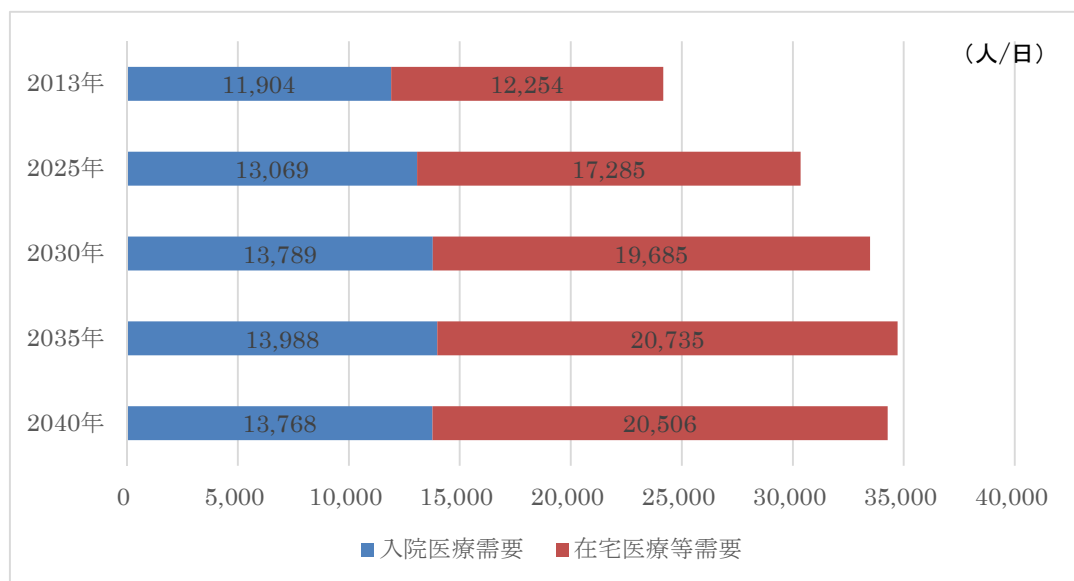


【推計ツール（平成27年6月版, 厚生労働省）による分析】

また、本県の医療需要について、「入院医療」と「在宅医療等」とに区分した場合、それぞれの医療需要はグラフ4のとおりです。

なお、「在宅医療等」とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、病院・診療所以外の場所において提供される医療を指します。

【グラフ4：栃木県の入院医療と在宅医療等の需要の将来推計(医療機関所在地)】



【推計ツール（平成27年6月版,厚生労働省）による分析】

入院の医療需要は、平成25(2013)年では11,904人/日ですが、平成37(2025)年には13,069人/日(1.10倍)、平成42(2030)年には13,789人/日(1.16倍)、平成47(2035)年には13,988人/日(1.17倍)に増加します。

一方、在宅医療等の医療需要は、平成25(2013)年では12,254人/日ですが、平成37(2025)年には17,285人/日(1.41倍)、平成42(2030)年には19,685人/日(1.61倍)、平成47(2035)年には20,735人/日(1.69倍)に増加します。

なお、療養病床等で長期に入院している患者のうち、医療の必要度が低い一部の患者(*2)は在宅医療等で対応することとして推計しています。また、将来の医療需要においては、療養病床の入院受療率の地域差を解消するための目標値(*3)(以下これを「地域差解消分」といいます。)を見込んで推計していることに注意が必要です。

*2) 日常生活動作等の自立度が比較的高い患者の医療を担っている療養病床の医療区分Ⅰの70%の入院患者及び一般病床のうち診療報酬における出来高点数が入院医療基本料を除き175点以下の入院患者を指します。

*3) 平成25(2013)年の療養病床入院受療率の全国最大値(都道府県単位)が全国中央値(都道府県単位)まで低下する割合(全国定率)を用いて推計しています。

②入院医療需要の年齢階級別推計

平成 25(2013)年の本県の医療需要について、医療機能区分別の内訳を、年齢構成により全年齢、0歳から14歳まで、15歳から64歳まで、65歳以上及び75歳以上に分けて比較した結果はグラフ5のとおりです。

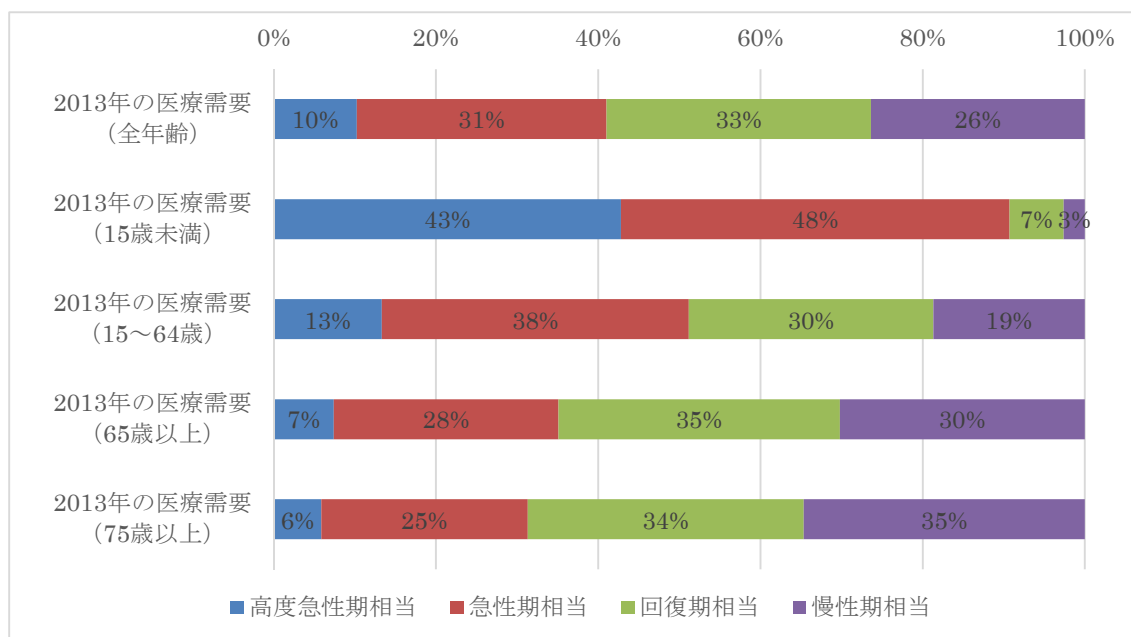
全年齢では、高度急性期が10%、急性期が31%、回復期が33%、慢性期が26%となっています。

これを、年齢階層別にみると、15歳未満では、高度急性期(43%)と急性期(48%)で全体の9割を占めています。

一方、75歳以上では、回復期(34%)と慢性期(35%)で全体の約7割を占めています。

高齢者層においては、救命救急や高度な手術等を伴う手厚い医療の需要は相対的に小さく、在宅への復帰に向けたリハビリテーションや服薬管理などの長期的な療養生活を支える医療の需要が相対的に大きいと考えられます。

【グラフ5：栃木県の年齢階級別の入院医療需要の構成(2013年)】



【推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

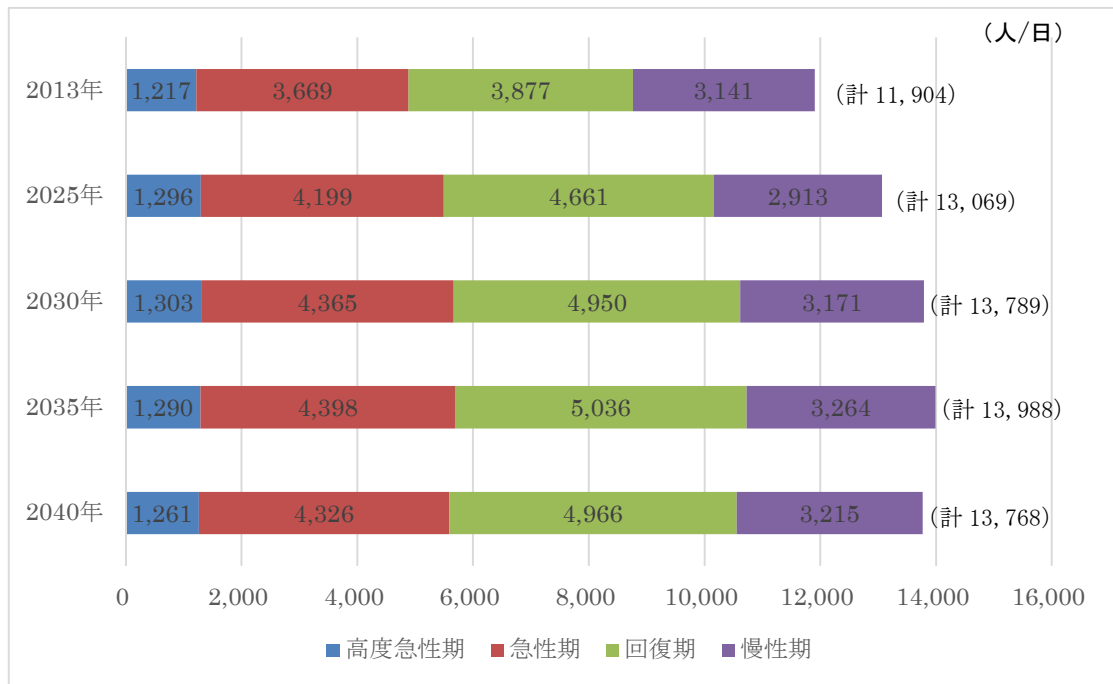
③入院医療需要の病床機能別推計

入院の医療需要を、救命救急病棟等で重症者に対し密度の高い医療を行う高度急性期及び急性期、急性期における治療が終わり居宅等への復帰に向けた医療を行う回復期、長期間の療養を伴う慢性期、といった患者の病態に応じた4つの病床機能に区分して推計した結果はグラフ6のとおりです。

入院の医療需要について、平成25(2013)年(11,904人/日)とピークとなる平成47(2035)年(13,988人/日)の病床機能区分別の内訳を比較すると、平成25(2013)年では高度急性期が1,217人/日、急性期が3,669人/日、回復期が3,877人/日、慢性期が3,141人/日ですが、平成47(2035)年では、高度急性期が1,290人/日(1.06倍)、急性期が4,398人/日(1.20倍)、回復期が5,036人/日(1.30倍)、慢性期が3,264人/日(1.04倍)となります。

回復期、急性期、高度急性期の順で医療需要の伸びが大きく、慢性期については、地域差解消分を見込んでも微増しています。

【グラフ6：栃木県の入院医療需要の病床機能別推計（医療機関所在地）】



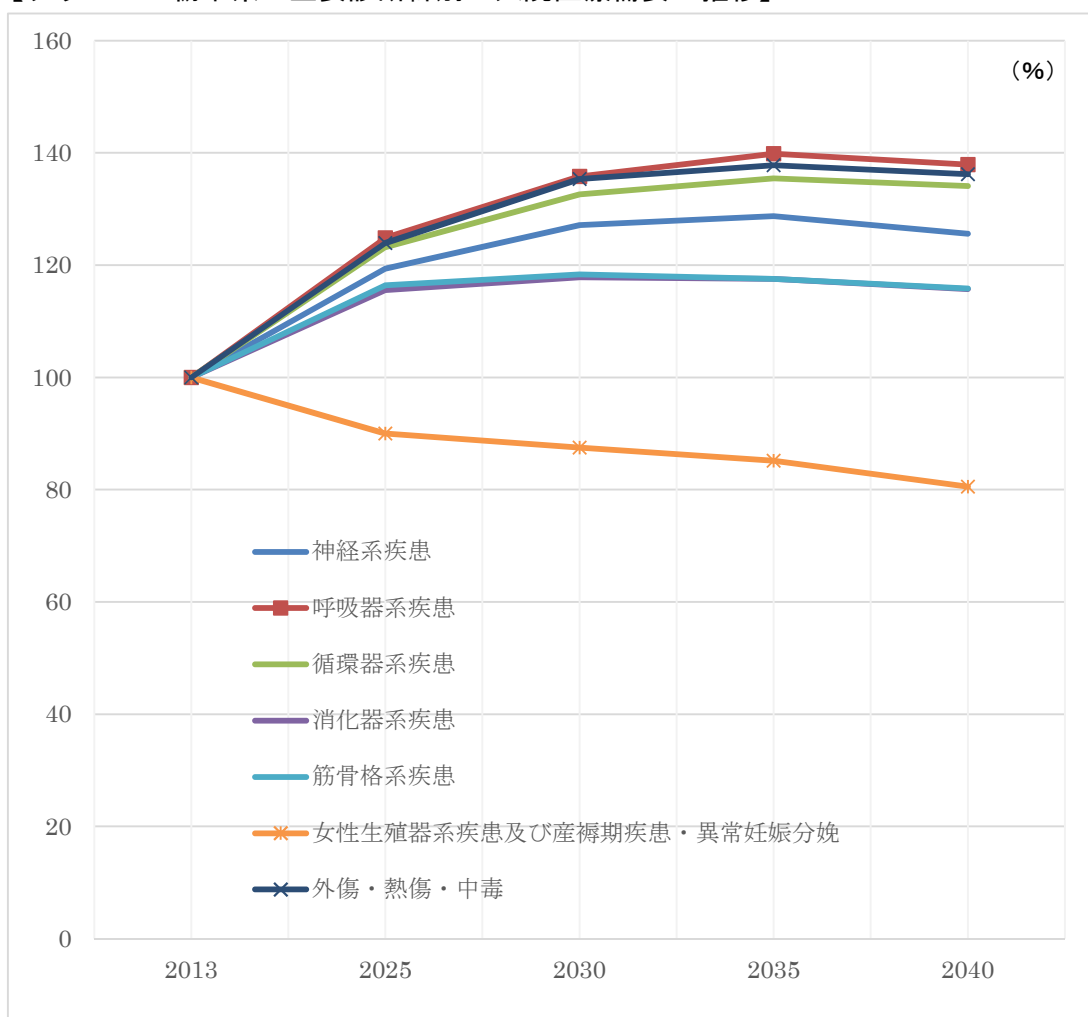
【推計ツール（平成27年6月版, 厚生労働省）による分析】

④入院医療需要の主要診断群別推計

推計ツールを用いて疾病別に分析が可能な入院医療需要（高度急性期、急性期、回復期の計）について、MDC（*4）に基づく主要診断群別医療需要を推計した場合の伸び率はグラフ7のとおりです（慢性期についてはデータに病名がないため分析ができません）。

高齢化の進展に伴い、呼吸器系疾患、外傷・熱傷・中毒、循環器系疾患の順で医療需要の伸びが大きくなっています。

【グラフ7：栃木県の主要診断群別の入院医療需要の推移】



【推計ツール（平成27年6月版, 厚生労働省）による分析】

*4) Major Diagnostic Category の略で、レセプトデータ等で使われる主要診断群といい、DPC(*5)では、診断分類群の大分類に相当するもので、概ね臓器系統により18群に分類されています。

*5) Diagnosis Procedure Combination の略で、診断名と主要な治療を組み合わせでコード化し、包括的診療報酬支払い等に用いられるもの。

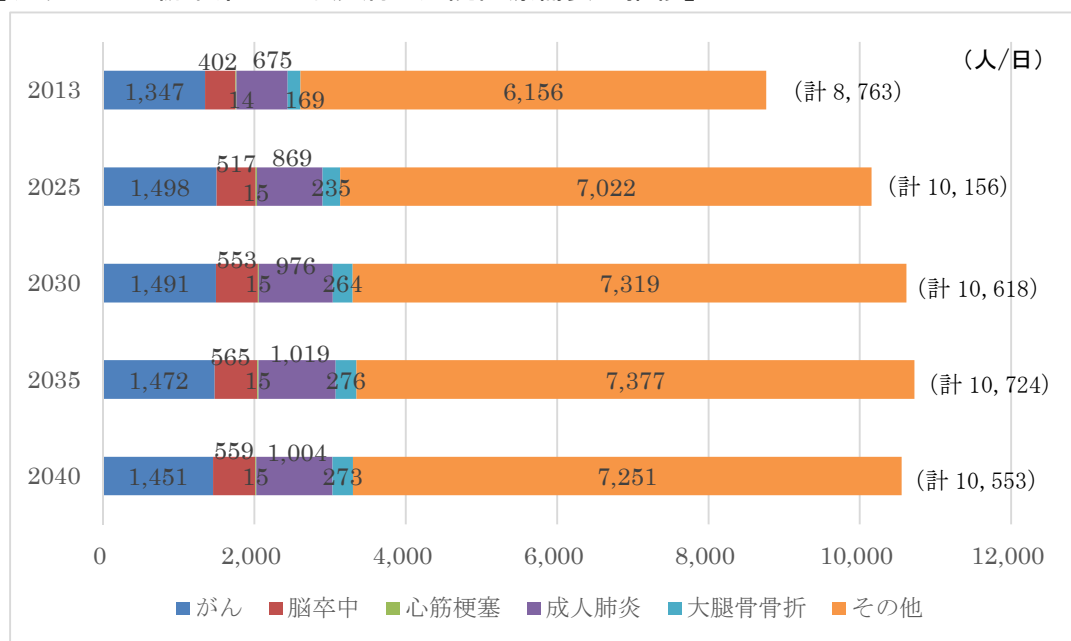
⑤主な疾病の入院医療需要推計

「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」「成人肺炎」「大腿骨骨折」は、死亡や要介護の原因となる割合が高く、これらの疾病が入院医療需要（高度急性期、急性期、回復期の計）に占める割合は、グラフ8のとおりです（慢性期についてはデータに病名がないため分析ができません）。

平成25(2013)年の入院医療需要では、がん1,347人/日(15.4%)、脳卒中402人/日(4.6%)、急性心筋梗塞14人/日(0.2%)、成人肺炎675人/日(7.7%)、大腿骨骨折169人/日(1.9%)、となっています。

また、本県の医療需要のピークとなる平成47(2035)年では、がん1,472人/日(13.7%)、脳卒中565人/日(5.3%)、急性心筋梗塞15人/日(0.1%)、成人肺炎1,019人/日(9.5%)、大腿骨骨折276人/日(2.6%)、と推計されます。

【グラフ8：栃木県の主な疾病の入院医療需要の推移】



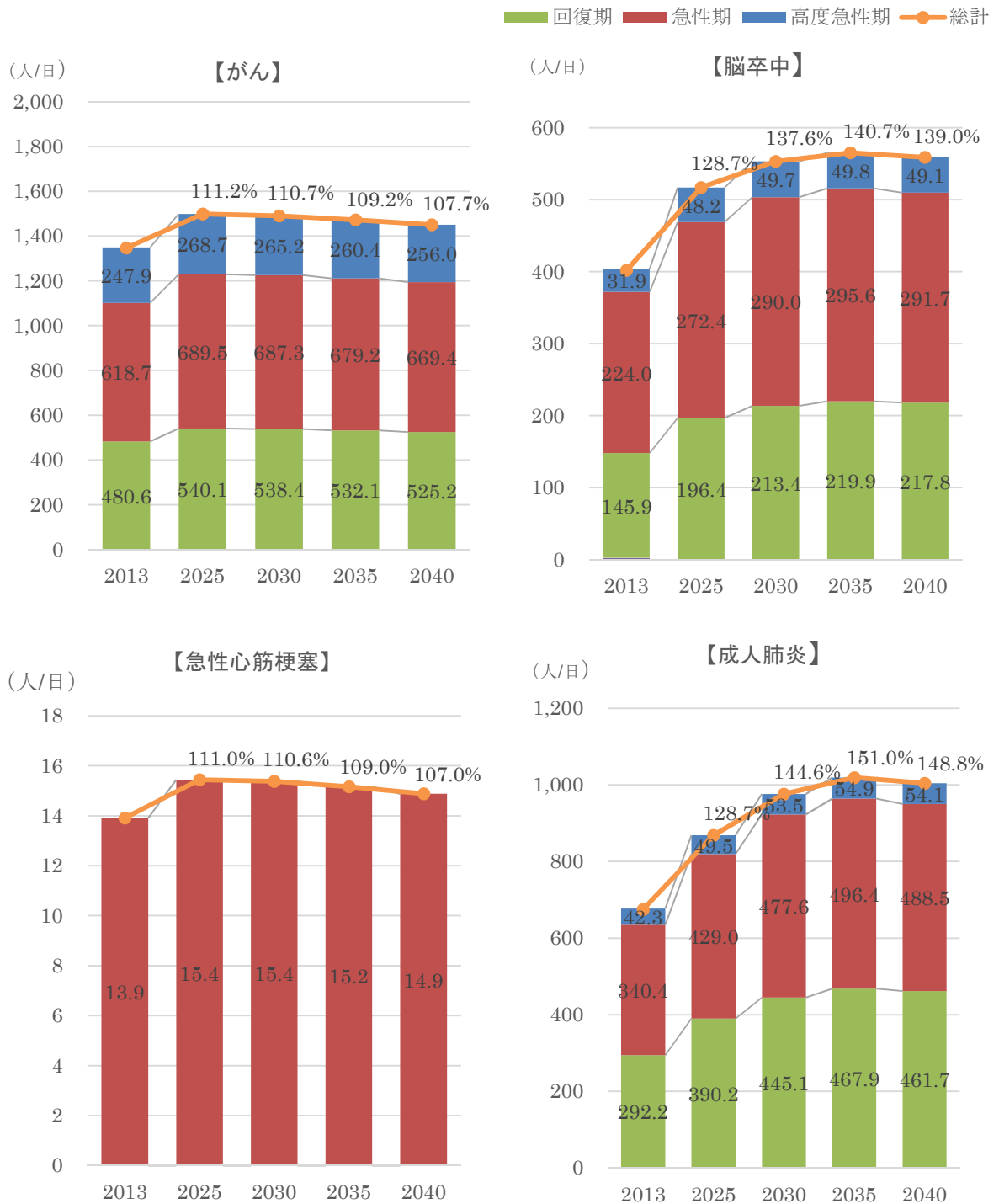
【推計ツール（平成27年6月版, 厚生労働省）による分析】

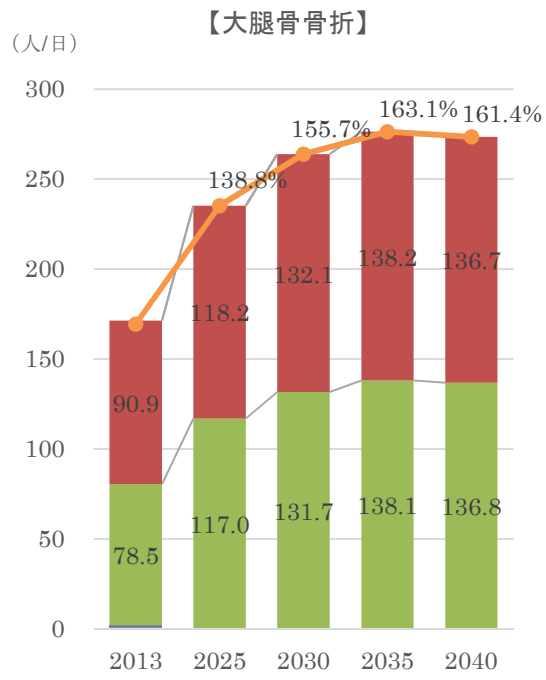
【留意点】

推計ツールにおいては、特定の個人が第三者に識別されることを防ぐため、医療需要及び必要病床数等の数が二次医療圏にあっては10未満となる数値は非表示(0.0)となっています。そのため、医療需要の小さい疾病では実際より小さい数値となっていることに留意する必要があります。

主な疾病別に入院の医療需要の推移を平成25(2013)年と比較すると、「がん」は平成37(2025)年に1.11倍、「脳卒中」は平成42(2035)年に1.41倍、「成人肺炎」は平成42(2035)年に1.51倍、「大腿骨骨折」は平成42(2035)年に1.63倍になると推計されます。

【グラフ9：栃木県の主な疾病の機能別入院医療需要の推移】





【推計ツール（平成 27 年 6 月版, 厚生労働省）による分析】

⑥圏域を越える入院医療需要（流出入）の推計

推計ツールで算出される「医療機関所在地の医療需要」と「患者住所地の医療需要」とを比較することにより、現在の入院患者の受療動向を基にした将来の圏域を超えた入院医療需要（流出入）を把握することができます。

※「医療機関所在地の医療需要」 > 「患者住所地の医療需要」の場合は流入

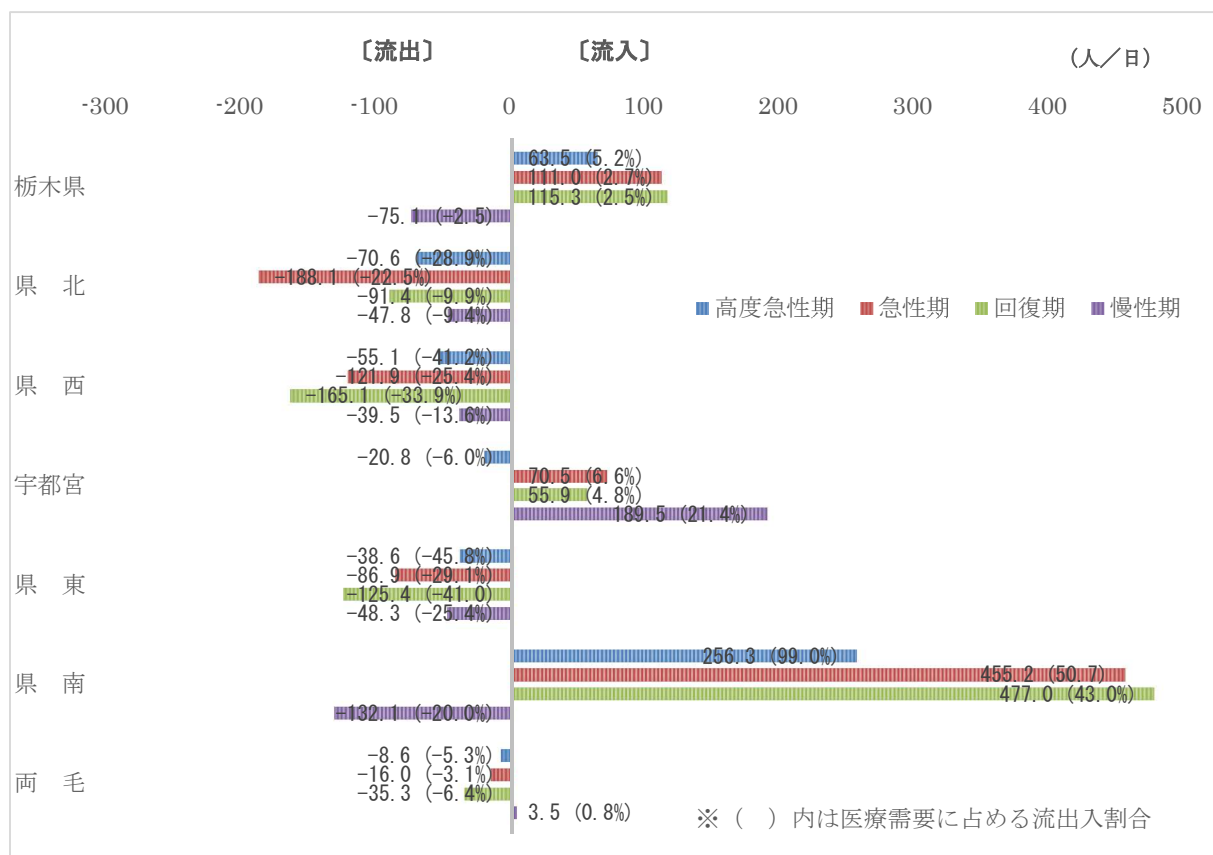
※「医療機関所在地の医療需要」 < 「患者住所地の医療需要」の場合は流出

平成 37(2025)年における、各二次保健医療圏の病床機能区分別の患者の流出入の状況はグラフ 10 のとおりです。

本県では二次保健医療圏を越えてのアクセスが比較的容易であり、二つの大学病院のある県南医療圏への大きな流入が見られるほか、県都である宇都宮医療圏への流入が見られます。一方、県北・県西・県東の各二次保健医療圏においては全ての病床機能区分で流出が見られます。両毛医療圏においても流出が見られますが、その数は小さく、ほぼ地域完結型となっています。

県全体では、高度急性期、急性期、回復期で、3～5%程度他県から流入する一方、慢性期では3%程度他県への流出が見込まれます。

【グラフ 10：栃木県の二次保健医療圏別医療機能別の入院医療の流出入推計 (2025年)】



【推計ツール（平成 27 年 6 月版, 厚生労働省）による分析】

留 意 事 項

1. 医療需要について

推計ツールは、地域医療構想策定のため厚生労働省が作成し、各都道府県に提供（技術的支援）したもので、平成25（2013）年度の、全保険者のNDBレセプト、DPC、公費負担、分娩、労災、自賠責等、住民基本台帳人口、将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）等のデータを基に1日当たりの医療需要（1日当たり入院患者延べ数）を算出したものです。推計には、「医療機関所在地」「患者住所地」の2通りがあり、その違いは次のとおりです。

【医療機関所在地】

地域の医療需要を把握する際に、患者が医療を受けている医療機関の所在地を基に医療需要を捉えたものです。

（例）A市に住んでいる方がB市にある病院に入院している場合→B市の医療需要

【患者住所地】

地域の医療需要を把握する際に、患者の住んでいる住所地を基に医療需要を捉えたもの（その地域で発生する医療需要）です。

（例）A市に住んでいる方がB市にある病院に入院している場合→A市の医療需要

なお、医療需要の将来推計の比較では、平成25（2013）年度のデータが医療機関所在地のみ明らかなため、医療機関所在地のデータにより比較しています。

2. 病床機能区分について

推計ツールにおける病床機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）については、「地域医療構想策定ガイドライン」（平成27年3月31日医政発0331第53号厚生労働省医政局長通知）の考え方に基づいています（下表「病床の機能別分類の境界点（C1～C3）の考え方」を参照）。このため、病床機能報告制度の医療機能区分の考え方（医療法施行規則第30条の33の2）とは異なっています。

【高度急性期、急性期、回復期】

入院患者の1日当たりの診療報酬の出来高点数の多寡で、高度急性期3000点以上、急性期600点以上-3000点未満、回復期175点以上-600点未満（いずれも入院基本料等除く）相当の入院医療を受けている患者数を医療需要として算出したものです。

病床の機能別分類の境界点（C1～C3）の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
※	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

【慢性期】

一般病床に入院している障害者・難病患者数、療養病床の入院患者数（回復期リハビリテーション病棟の患者及び医療区分Ⅰの70%を除く）を算出したものです。

将来の医療需要の推計においては、療養病床の入院受療率の全国差を解消するための目標値（以下「地域差解消分」といいます。）を見込んで推計することとされており、本県においては、平成25（2013）年の療養病床入院受療率の全国最大値（都道府県単位）が全国中央値（都道府県単位）まで低下する割合（全国定率）を用いて推計しています。

【在宅医療等】

訪問診療を受けている患者、一般病床で175点未満相当の入院患者数、療養病床の医療区分Ⅰの患者数の70%、介護老人保健施設入所者数を算出しています。将来の推計においては、慢性期病床における地域差解消分を在宅医療等の医療需要に含んでいます。

3. 必要病床数の推計について

上記1の医療需要を以下の病床稼働率で割り戻して推計しています。

【高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床稼働率】

病床稼働率を、高度急性期 0.75、急性期 0.78、回復期 0.90、慢性期 0.92 として算出

4. その他

特定の個人が第三者に識別されることを防ぐため、医療需要の数が二次医療圏にあっては10未満、市区町村にあっては100未満となる数値は、非表示（0.0）となります。

【参考：平成26年度病床機能報告制度における医療機能区分の考え方】

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

4 本県における地域医療構想区域

地域医療構想における構想区域とは、地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として定める区域です（医療法第30条の4第2項第7号）。

構想区域の設定については、現行の二次保健医療圏を原則として、人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定することとされています（医療法施行規則第30の28の2）。

地域特性を踏まえバランスの取れた医療提供体制を構築するためには、医療のみならず地域包括ケア体制の構築等も同時に進める必要があり、高齢者福祉圏域、医療介護総合確保区域等と整合性を図る必要があることから、本県における地域医療構想区域（以下「区域」）といたします。）は、**二次医療圏（保健医療圏）と同じ区域**とします。

【地域医療構想区域名と構成市町】

地域医療構想区域名	構成市町
県北地域医療構想区域	大田原市、矢板市、那須塩原市、さくら市、那須烏山市 塩谷町、高根沢町、那須町、那珂川町
県西地域医療構想区域	鹿沼市、日光市
宇都宮地域医療構想区域	宇都宮市
県東地域医療構想区域	真岡市、益子町、茂木町、市貝町、芳賀町
県南地域医療構想区域	栃木市、小山市、下野市、上三川町、壬生町、野木町
両毛地域医療構想区域	足利市、佐野市

【地図：栃木県の地域医療構想区域】

