

第3回栃木県地域医療構想策定懇談会次第

日時 平成28年1月20日（水）
午後2時00分から
場所 県公館 大会議室

1 開 会

2 挨 拶

3 議 題

- (1) 必要病床数推計に係る患者流出入の都道府県間調整結果について
・・・・・・・・資料1
- (2) 栃木県地域医療構想（素案）について ・・・・・・・・資料2
- (3) その他
・次回開催日程について

4 閉 会

第3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 専務理事 田村一夫
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 副会長 南里 尚
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	
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	
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	

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
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		
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	パブリック・コメント（2/2～3/1） 市町村・保険者協議会意見聴取	第2回病院等説明会 ・ 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	

必要病床数の推計に係る都道府県間の 患者流出入の調整結果について

1 都道府県間調整について

○ 調整方法（平成27年9月18日付け医政地発0918第1号）

- ・ 2次医療圏単位、4機能別で10[人/日]以上の流出又は流入を調整の対象とする
※10人未満の流出入は患者の選択と捉え医療機関所在地とする
- ・ 医療機関所在地の患者数を維持したい県から、流入の相手県に協議を持ちかける
- ・ 両県間で期限(平成27年12月)までに調整できない場合には、医療機関所在地の医療需要とする

2 調整対象となる流出入がある隣接県との調整結果について

厚生労働省から示された調整方法により、福島県、茨城県、群馬県、埼玉県と、患者流出入に係る協議の結果、いずれも「不調」となりました。

このため、「平成27年9月18日付け医政地発0918第1号」に基づき、医療機関所在地の医療需要とすることとなります。

【栃木県の考え方(協議案)】

○全て医療機関所在地の医療需要とする。

理由：現在の医療提供体制において区域を越えて構築されている分野があること、それにより区域を越えた受療動向が見られるため

【福島県の考え方(協議案)】

○都道府県間の流出入の調整は行わない。

理由：原発事故の影響により4万人を超える県民が県外に避難しており、「平成27年9月18日付け医政地発0918第1号」で示された調整方法の考え方（流出入が10人未満の場合は患者の選択と捉え調整対象外とする）は、福島県には当てはまらず、将来の避難者の帰還へ向けた取組を反映するものではないため。

【茨城県の考え方(協議案)】

○筑西・下妻地区からの栃木県（県南区域）へ流出する医療需要のうち、

急性期：55人/日、回復期：6人/日、を茨城県の医療需要とする。

理由：筑西・下妻地区において、新中核病院の整備が具体化しているため

○その他の調整対象は、全て医療機関所在地の医療需要とし、今後の医療提供体制の整備等により見直しの必要が生じた場合には、随時見直しができるものとし、両県の構想にこの旨を記載する。

【群馬県の考え方(協議案)】

○高度急性期及び急性期については、患者住所地の医療需要とする。

理由：群馬県東毛地域の医療機能の強化が期待されるため

○回復期及び慢性期については、医療機関所在地の医療需要とする。

理由：現状の医療機能や役割分担、患者の受療動向を踏まえることが、将来に向けた安定的な医療提供体制の確保に資すると考えられるため

【埼玉県の考え方(協議案)】

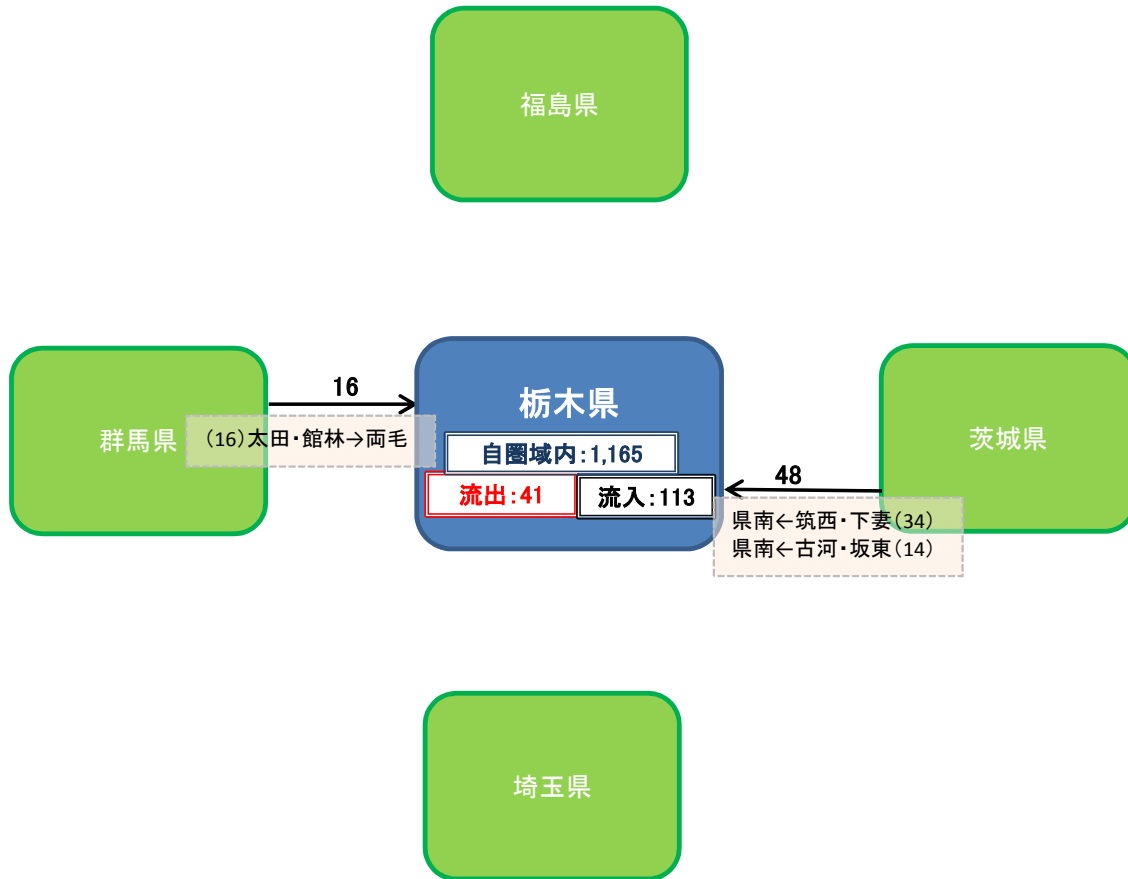
○調整対象となっている医療需要について、次のとおりとする。

急性期：17人のうち、埼玉県を9人、栃木県を8人とする

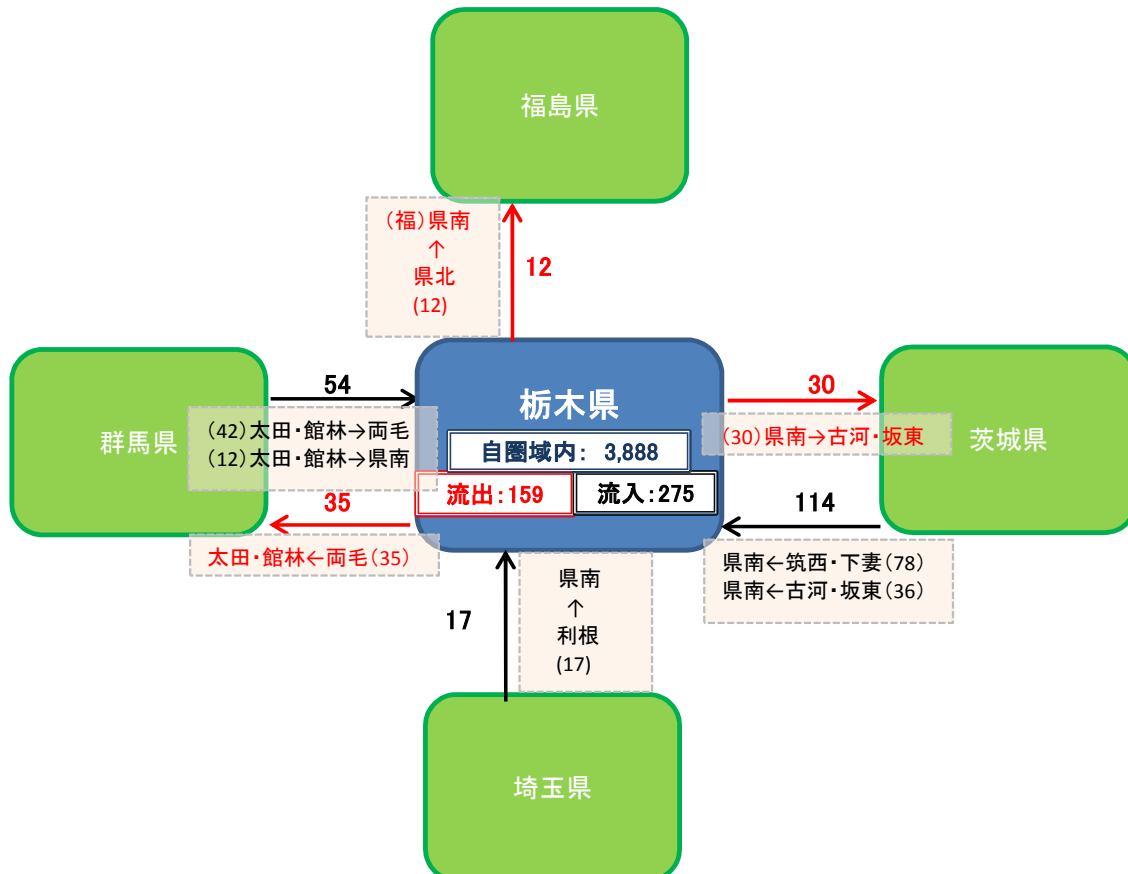
回復期：21人のうち、埼玉県を11人、栃木県を10人とする

都道府県調整の対象数

【高度急性期の流出入】 単位:人/日

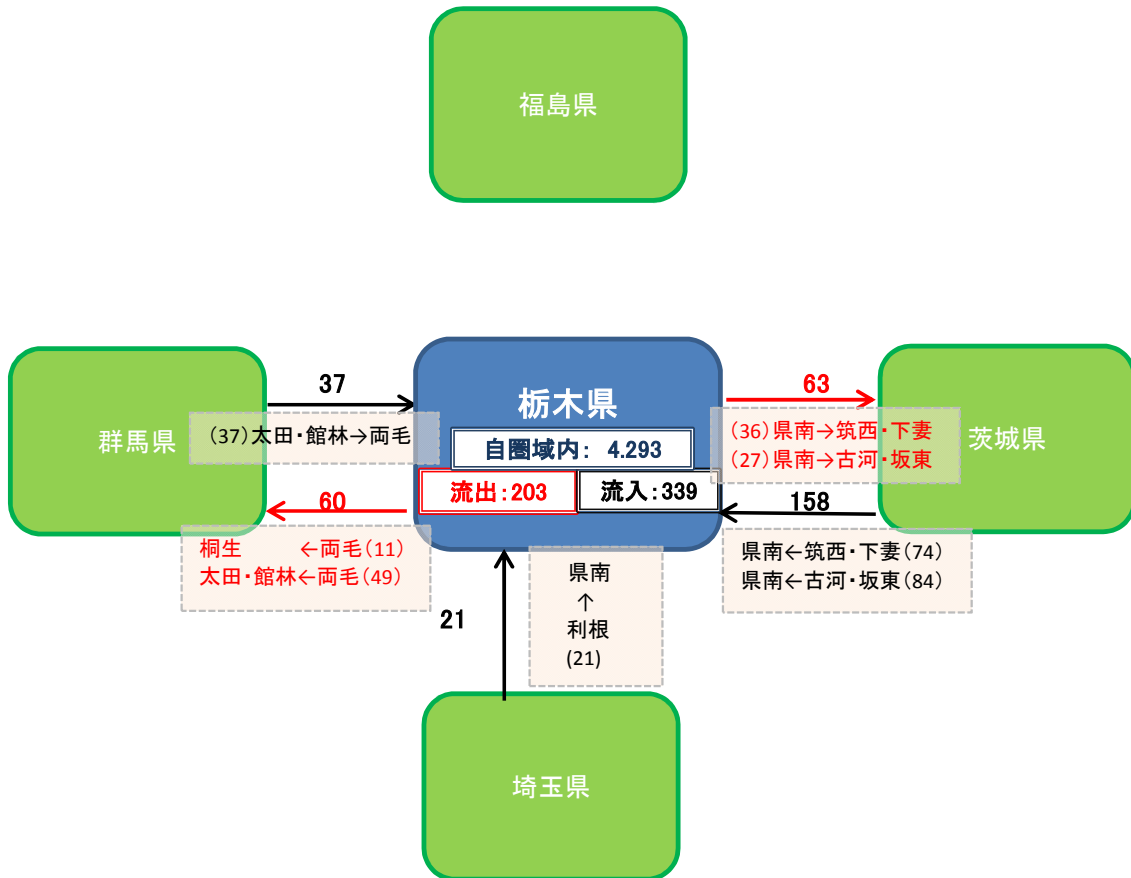


【急性期の流出入】 単位:人/日

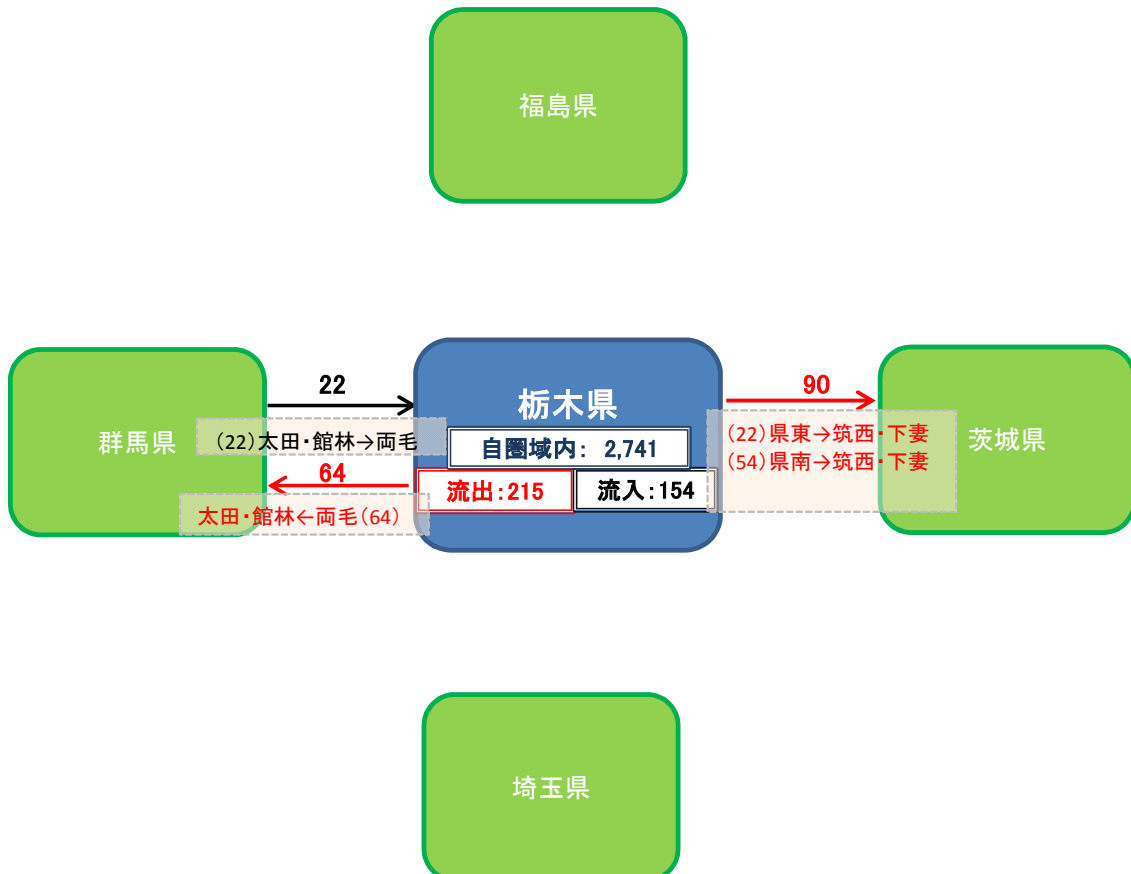


都道府県調整の対象数

【回復期の流出入】 単位:人/日



【慢性期の流出入】 単位:人/日



栃木県地域医療構想

(栃木県保健医療計画の一部改定)

(素案)

【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（新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）、全国平均は平成26年(2014)医療施設（静態・動態）調査・病院報告（厚生労働省：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10万人あ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：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）数を見ると、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：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

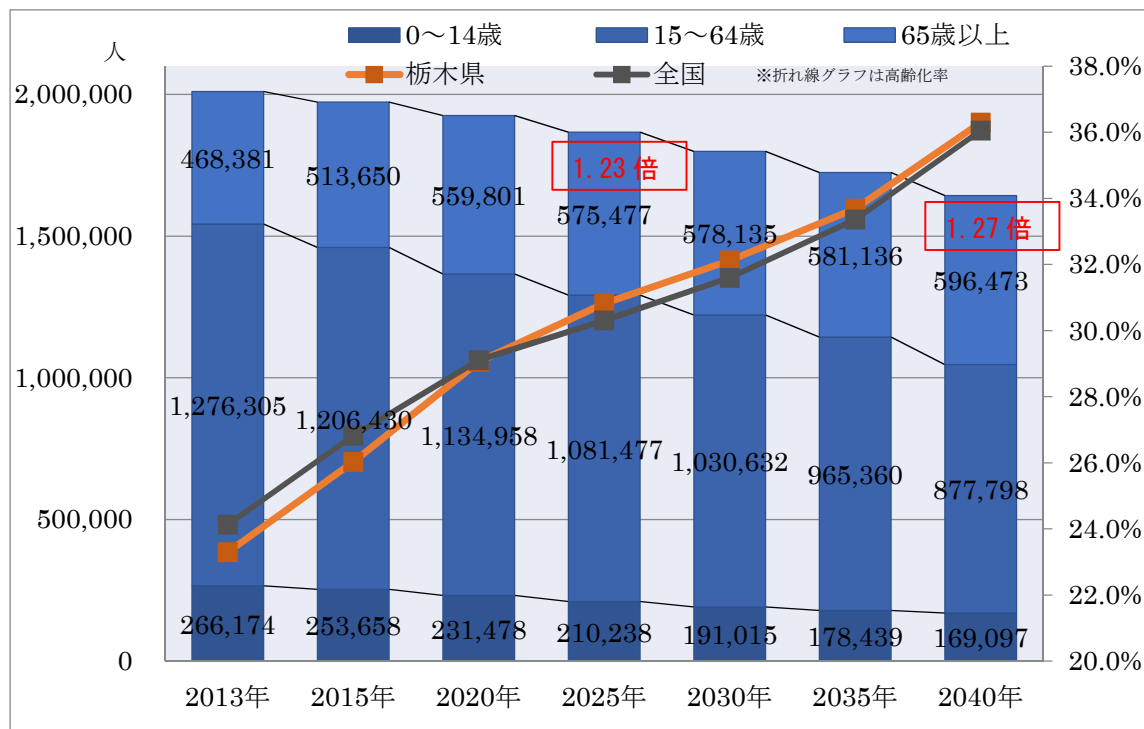
本県の総人口は、平成17（2005）年の約202万人をピークに減少に転じており、平成25（2013）年3月31日現在の住民基本台帳によれば、2,016,860人となっています。

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：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 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年（2013年）3月推計）」

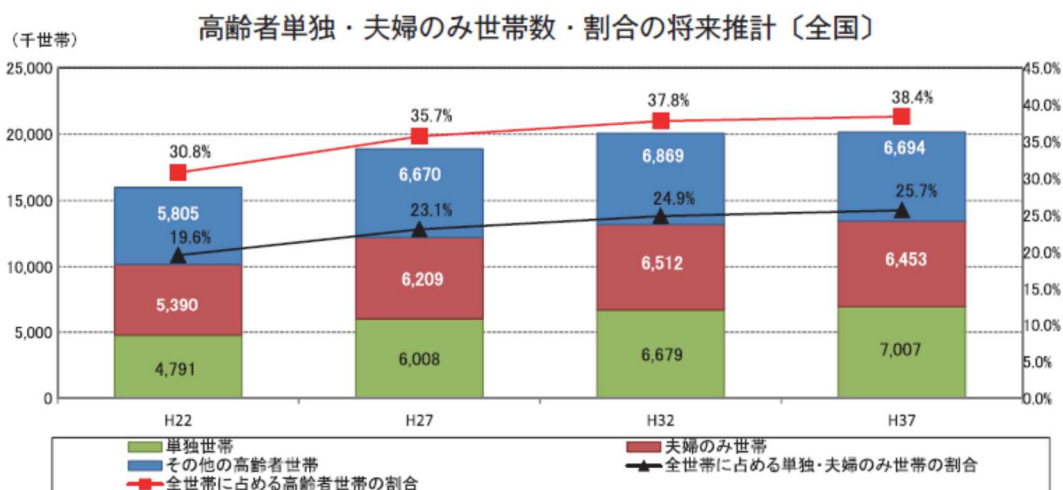
② 高齢者単独・夫婦のみ世帯数

本県の高齢者単独世帯は、平成22年には約5万3千世帯でしたが、平成37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。

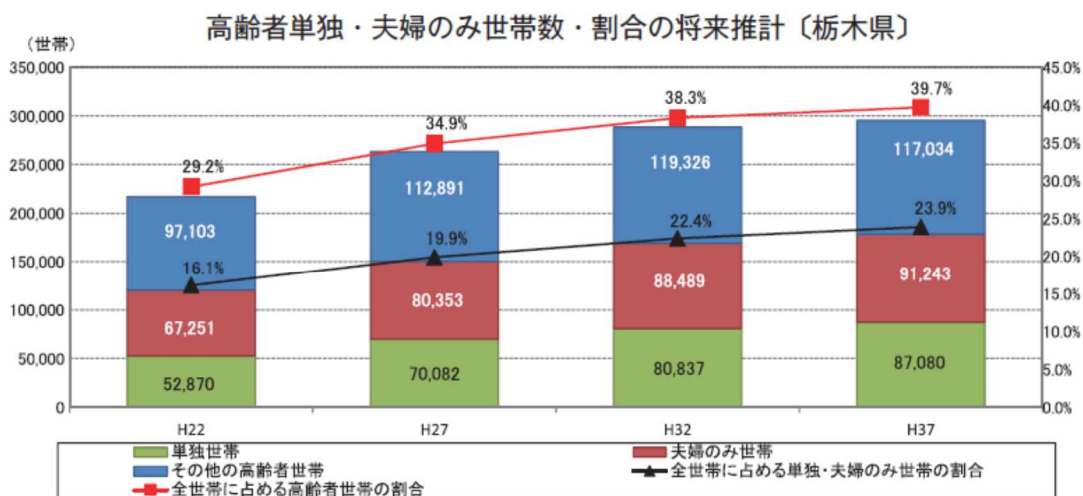
また、世帯主が高齢者の夫婦のみ世帯は、平成22年には約6万7千世帯でしたが、平成37年には約9万1千世帯に増え、約1.4倍になると予測されます。

本県の世帯主が高齢者の世帯は、平成22年には全世帯の29.2%（全国平均30.8%）でしたが、平成37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年には16.1%（全国平均19.6%）でしたが、平成37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。

(2) 高齢化に伴う医療需要の変化

医療需要等の推計にあたっては、地域医療構想策定のため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、16・17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

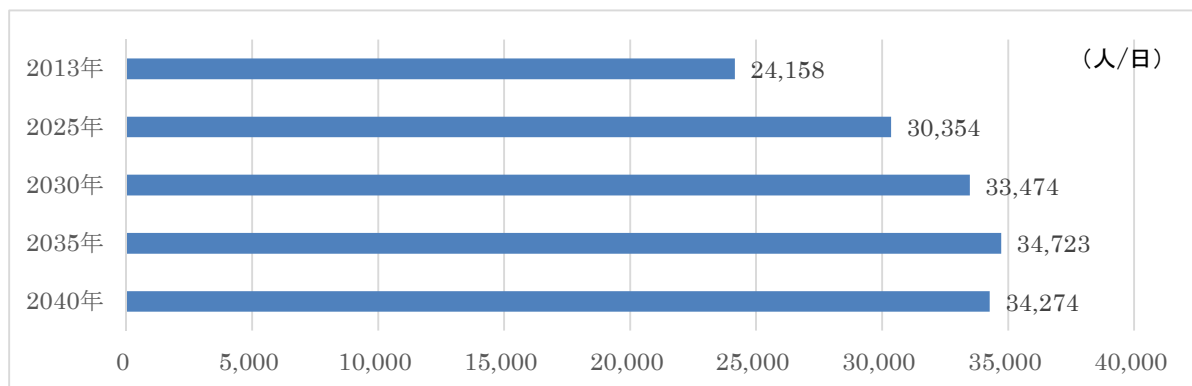
将来の病床の機能分化と連携、在宅医療や介護の推進に向けた検討のため、本県の、入院での医療、居宅等における訪問診療、介護老人保健施設における医療を受けている人数（通院は含まれません）（以下単に「医療需要」と言います。）を推計した結果はグラフ2のとおりです。

※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、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指します。

なお、在宅医療等で対応することが可能と考えられる療養病床の医療区分Ⅰ（*2）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点以下の入院患者は「在宅医療等」の医療需要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ます。

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）】



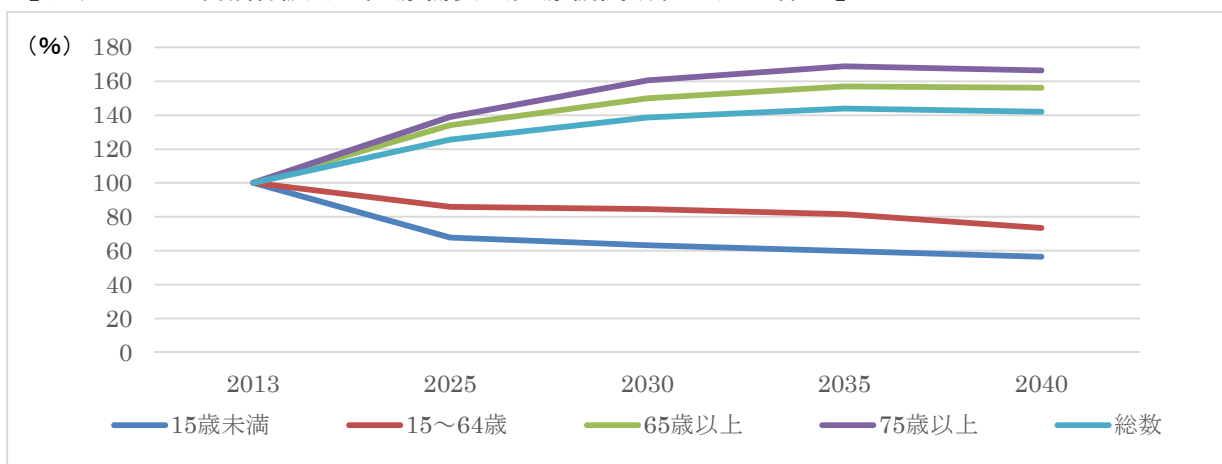
※推計ツール（平成27年6月版、厚生労働省）による分析

*2) 療養病床は、医療の必要度の多寡で医療区分Ⅰ、Ⅱ、Ⅲで区分され、医療区分Ⅰは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。

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見ると、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：年齢階級別の医療需要（医療機関所在地）の伸び】



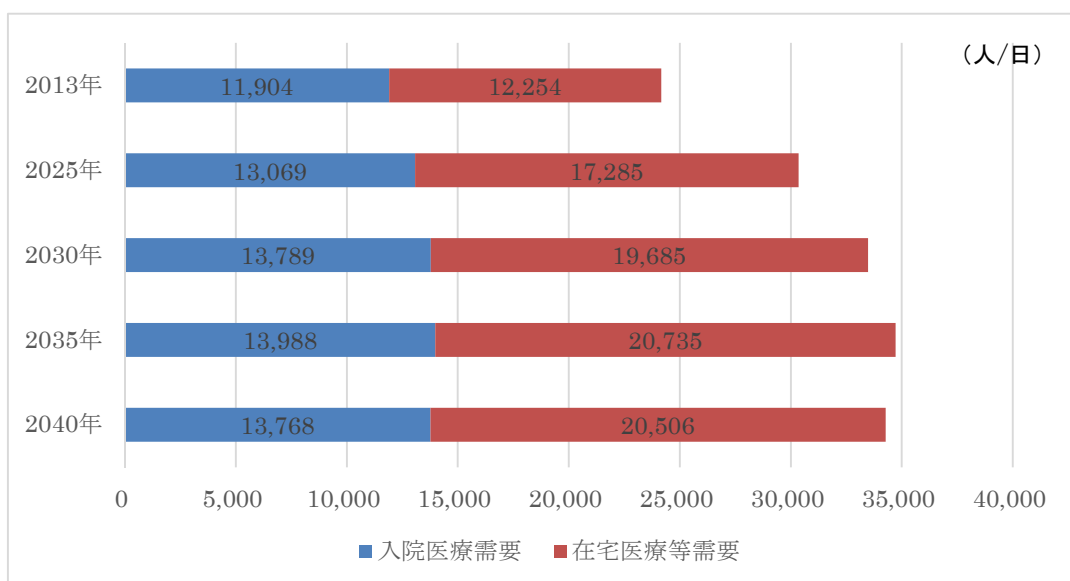
※推計ツール（平成 27 年 6 月版,厚生労働省）による分析

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。

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（1.67 倍）に増加します。

【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

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。

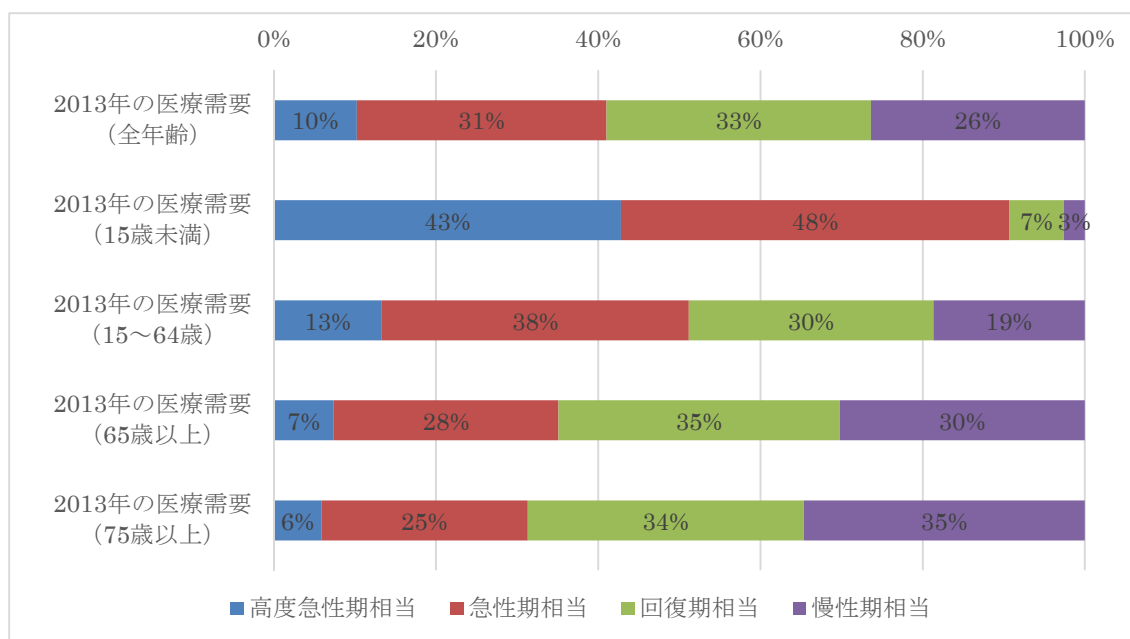
全年齢では、高度急性期が 10%、急性期が 31%、回復期が 33%、慢性期が 26%を占めています。

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

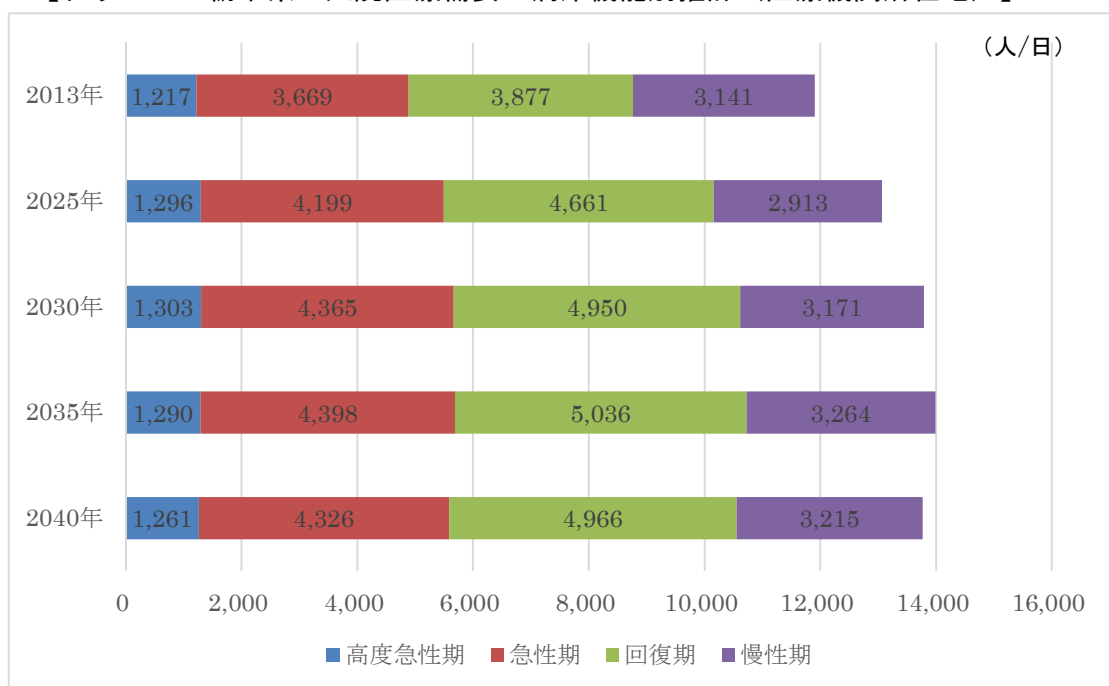
③ 入院医療需要の病床機能別推計

入院の医療需要を患者の病態に応じ、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の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(11,903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）】



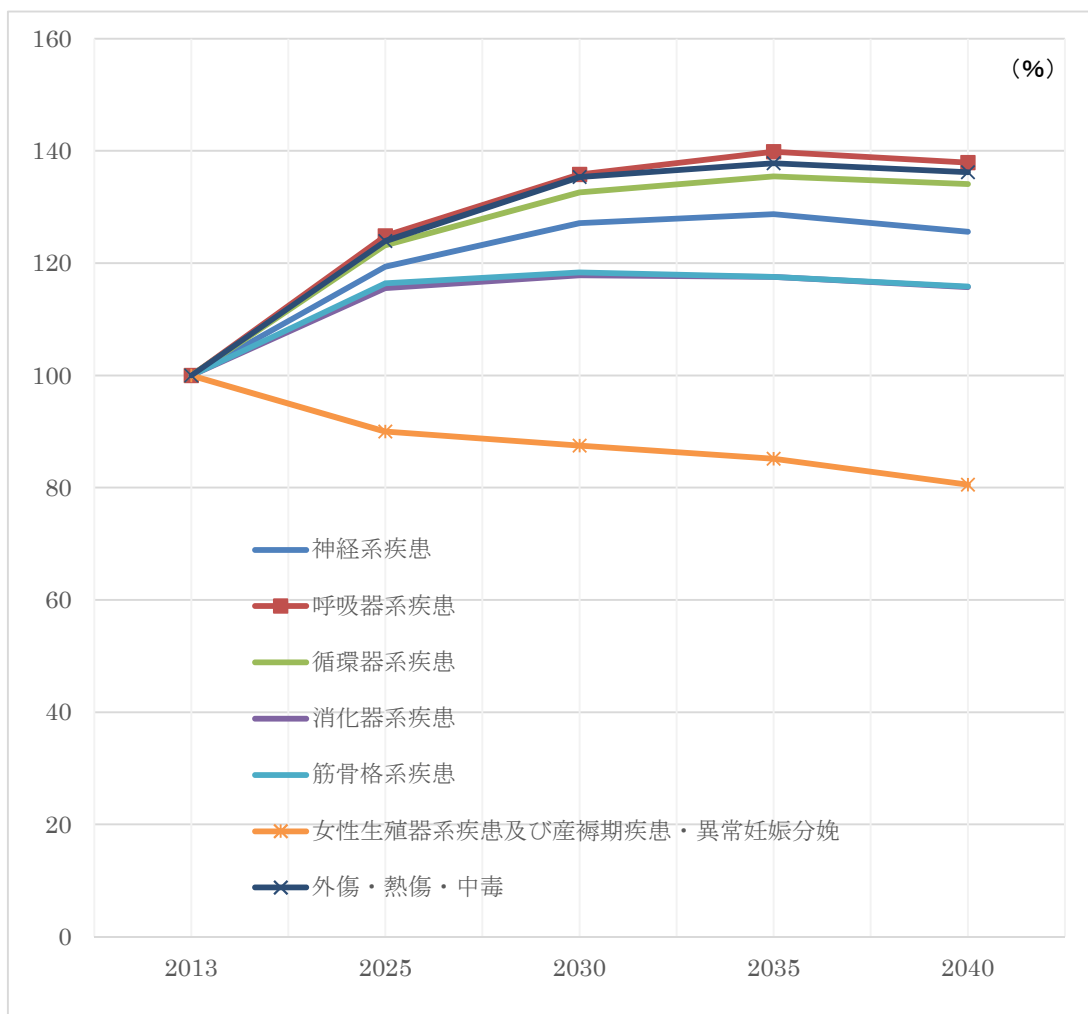
※推計ツール（平成27年6月版, 厚生労働省）による分析

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) Diagnostic 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。

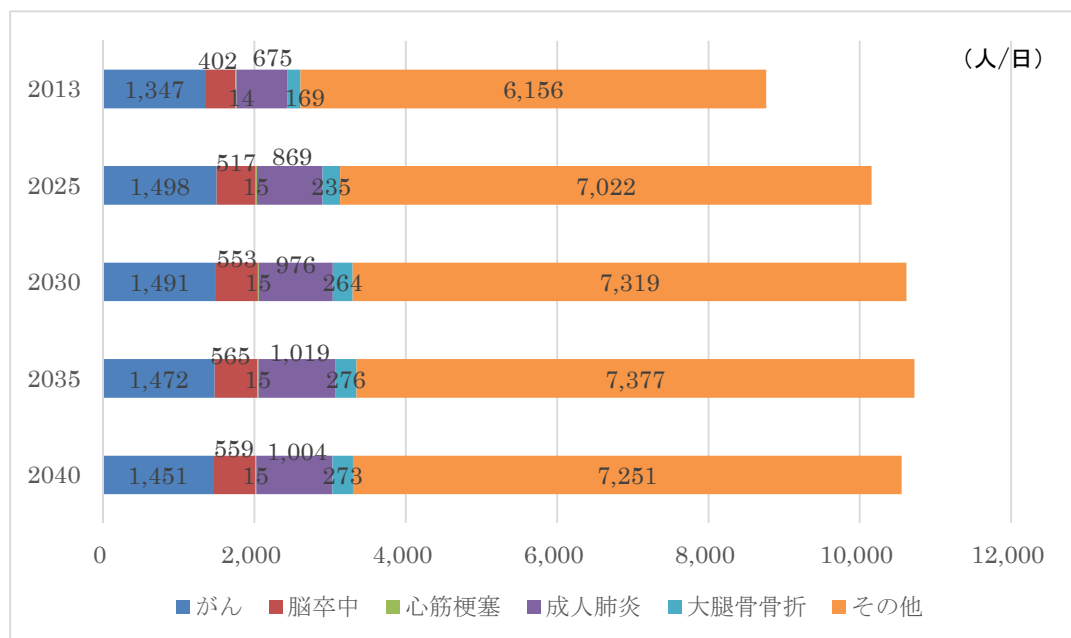
⑤ 主な疾病の入院医療需要推計

「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できません）。

平成25（2013）年の入院医療需要では、がん15.4%、脳卒中4.6%、急性心筋梗塞0.2%、成人肺炎7.7%、大腿骨骨折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13.7%、脳卒中5.3%、急性心筋梗塞0.1%、成人肺炎9.5%、大腿骨骨折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】



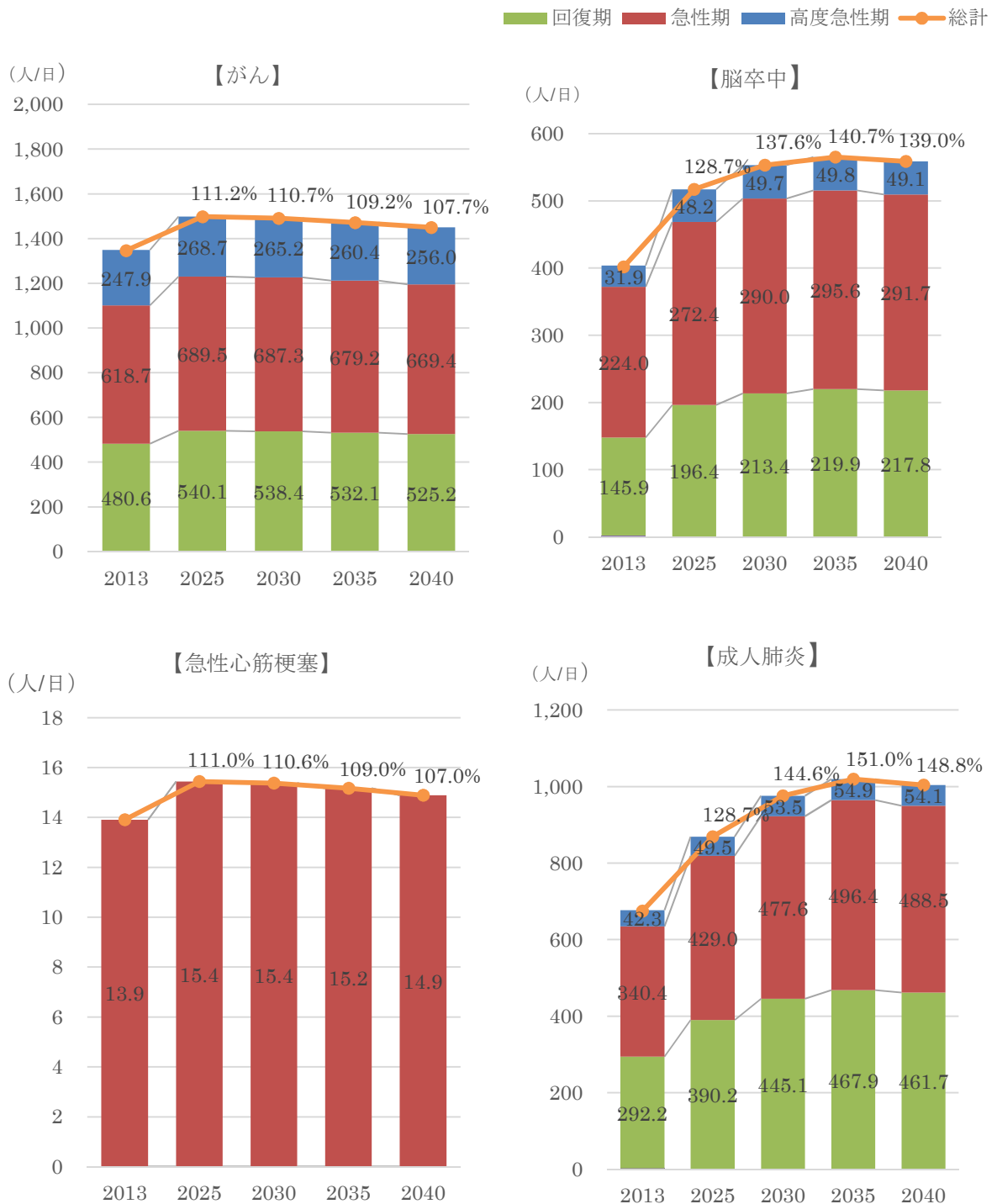
※必要病床数等推計ツール（平成27年6月版、厚生労働省）による分析

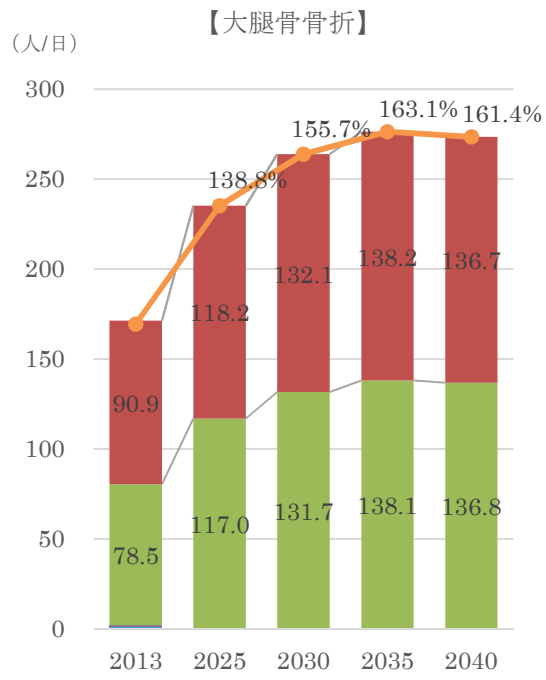
【留意点】

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つては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

⑤ 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。

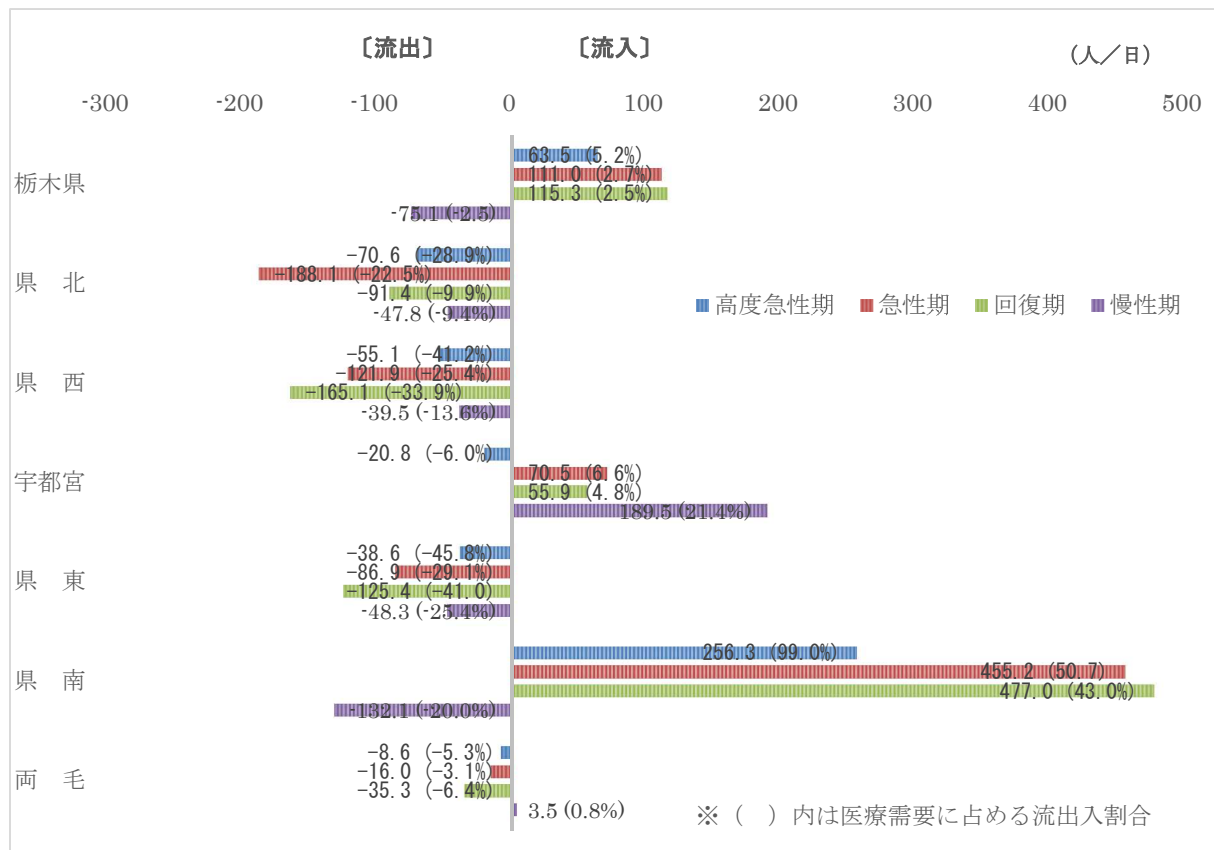
- ※「医療機関所在地の医療需要」 > 「患者住所地の医療需要」の場合は流入
- ※「医療機関所在地の医療需要」 < 「患者住所地の医療需要」の場合は流出

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超えてのアクセスが比較的容易であり、二つの大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。

栃木県全体では、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（社人研）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通り在り、その違いは以下のとおりです。

【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日あ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	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
回復期	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区級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」という）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）。

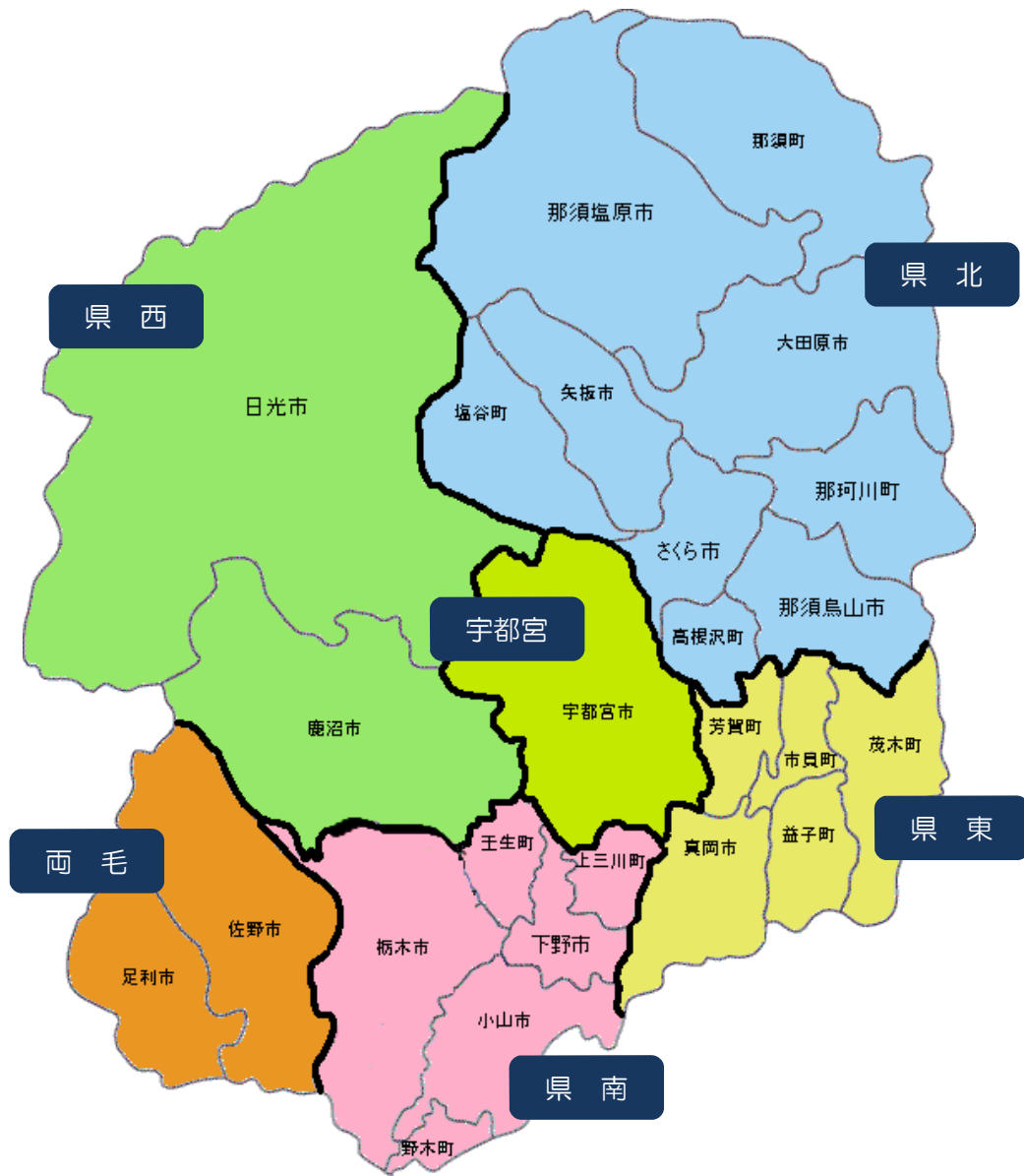
構想区域の設定については、現行の二次保健医療圏を原則として、人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定することとされています（医療法施行規則第30の28の2）。

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ます。老人福祉圏域、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」）という。）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】



5 本県において目指すべき将来の医療提供体制

(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

少子高齢化に伴う将来の医療需要の変化に適切に対応し、高度急性期から、急性期、回復期、慢性期まで、患者の病態にあった良質な医療を切れ目なく効率的に提供するためには、各地域でバランスの取れた医療提供体制の構築を目指す必要があります。

そのため、「3 本県における少子高齢化の進行と医療需要の変化」での推計を基に、本県及び各区域の平成 37 (2025) 年における医療需要と、将来の一般病床及び療養病床を合わせた必要量（以下「必要病床数」といいます。）を推計しました。

必要病床数については、現在の医療提供体制において区域を越えて構築されている分野があること、それにより区域を越えた受療動向が見られることから、医療機関所在地の医療需要による必要病床数で算定することとします。

【都道府県間の調整について】

二次医療圏単位で医療機能別に 10 人以上の患者流出入のある隣接県（福島県、群馬県、茨城県、埼玉県）とは、流出入にかかる調整をすることとされており、各県との協議の結果、医療機関所在地の医療需要で算定することとなりました。

なお、医療需要及び必要病床数は、医療法及び医療法施行規則で定められた算定方法により算定しており、療養病床の受療率の地域差を解消するための目標値は、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）を全国中央値（都道府県単位）まで低下させる割合（全国定率）を用いることとします。

（医療法第30条の4第2項第7号イ、整備省令第1条の規定による改正後の医療法施行規則第30条の28の3第1項及び第2項、別表第6）

これに基づき、本県における平成 37 (2025) 年の医療需要と必要病床数、在宅医療等の必要量を推計した結果は次のとおりです。

◆栃木県における2025年の医療需要と必要病床数（一般病床及び療養病床）

	機能区分	医療需要[人/日]	必要病床数[床]
県 全 体	高度急性期	1, 296	1, 728
	急性期	4, 199	5, 385
	回復期	4, 661	5, 179
	慢性期	2, 913	3, 166
	計	13, 069	15, 458
県 北	高度急性期	174	232
	急性期	647	830
	回復期	830	922
	慢性期	461	501
	計	2, 112	2, 485
県 西	高度急性期	79	105
	急性期	358	459
	回復期	322	358
	慢性期	250	272
	計	1, 009	1, 194
宇 都 宮	高度急性期	327	437
	急性期	1, 136	1, 457
	回復期	1, 226	1, 363
	慢性期	1, 074	1, 167
	計	3, 763	4, 424
県 東	高度急性期	46	61
	急性期	211	271
	回復期	180	200
	慢性期	142	154
	計	579	686
県 南	高度急性期	515	687
	急性期	1, 353	1, 735
	回復期	1, 586	1, 762
	慢性期	527	573
	計	3, 981	4, 757
両 毛	高度急性期	155	206
	急性期	494	633
	回復期	517	574
	慢性期	459	499
	計	1, 625	1, 912

◆栃木県における 2025 年の在宅医療等の必要量[人/日]

県全体	17,285
県北	2,822
県西	1,316
宇都宮	5,012
県東	951
県南	4,089
両毛	3,095

必要病床数は、将来の医療提供体制について、医療関係者をはじめ、介護関係者や医療を受ける住民の方々に一緒に考え行動していただくための参考値であり、病床の削減目標といった性格を持つものではありません。

また、本県においては、高齢化の進展が平成 37（2025）年以降も続くことから、医療需要のピークが平成 47（2035）年になることに留意するとともに、患者の受療動向の変化や隣接県における医療提供体制の整備状況等も注視し、保健医療計画の次期改定の際に、医療需要及び必要病床数の見直しの必要性について検討することとします。

【参考①：平成 47（2035）年の医療需要と必要病床数】

機能区分	医療需要[人/日]	必要病床数[床]
高度急性期	1,290	1,719
急性期	4,398	5,639
回復期	5,036	5,599
慢性期	3,264	3,547
計	13,933	16,504

在宅医療等	20,735 [人/日]
-------	--------------

【参考②】平成 26 年度病床機能報告結果

	2014 年 (単位：床)					
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	計
全体	3,739	7,782	1,258	4,365	353	17,497
病院	3,720	6,680	1,062	4,199	257	15,918
診療所	19	1,102	196	166	96	1,579

※平成 26 年 7 月 1 日現在の状況について、医療機関から提出された報告結果（提出率：92.8%）です。

※機能区分は、病床が担う医療機能について各医療機関が自主的に判断して報告したものです。機能区分の考え方は、必要病床数の推計における機能区分の考え方と異なります（詳しくは 17 頁を参照）。また、届け出ている入院基本料や診療科、治療内容等により規定されるものではありません。

※「無回答」は機能区分の回答がなかった数で、「計」に含まれます。また、「計」には稼働していない病床も含まれます。

※平成 26 年度は病床機能報告制度の初年度であり、他の医療機関の報告状況や地域医療構想及び地域医療構想の病床の必要量（必要病床数）等の情報を踏まえていない状況において各医療機関が報告を行ったものであることに注意が必要です。

※各病床機能の中には、特定の役割を担っている病床が含まれていることに注意が必要です（例：高度急性期の中に特定集中治療室、急性期の中に産科病床、回復期の中に回復期リハビリテーション病棟、慢性期の中に障害者施設等一般病棟が含まれているなど）。

【参考③】許可・届出病床数（平成 27 年 4 月 1 日現在）

一般・療養病床(許可・届出) (単位：床)								
一般			療養			計		
病院	診療所	計	病院	診療所	計	病院	診療所	計
12,172	1,740	13,912	4,124	78	4,202	16,296	1,818	18,114

※稼働していない病床を含みます。

※矯正施設の診療所の病床を含みます。

(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

本県の医療需要は、平成 47(2035)年まで増加し続けると推計されています。平成 37(2035)年及び医療需要のピーク時(2035年)の必要病床数と、平成 26(2014)年の病床機能報告で報告された病床数を比較すると、総数では報告された病床数が必要病床数を上回っていますが、病床の医療機能別の内訳を見ると、報告された病床数より必要病床数が上回っている機能区分もあり、将来に向けバランスのとれた医療機能を確保する必要があります。

将来の医療需要の変化に対応した体制を効率的・効果的に構築するためには、現在の医療資源を最大限に活用し、急性期から回復期への病床機能の転換等の取組を促進していく必要があります。

また、慢性期の療養については、入院医療のほか在宅医療や介護も含め地域全体で支える体制づくりが求められます。加えて、各区域の特性や地域実情はそれぞれ異なることから、地域住民のニーズも踏まえながら、各区域の実情にあった提供体制の構築を図っていく必要があります。

各医療機能について、目指すべき機能や体制、課題は以下のとおりです。

①入院医療

(高度急性期)

高度急性期については、将来の医療需要は横ばいで推移しますが、医療機能の集約化や広域での連携体制の強化等を進め、より効率的な医療提供体制の構築を図ることが求められます。また、患者に必要な医療を適切に提供した後は、患者がより身近な地域で回復期、慢性期の医療を受けられるような連携体制の構築が必要です。

(急性期)

急性期については、各区域における二次救急医療提供体制等を確保した上で、それぞれの医療機関が、患者に必要な医療を適切に提供した後は、病態に応じて切れ目なく回復期、慢性期の医療へつなげていくことができるよう、医療機関相互の役割分担と連携等を促進していくことが求められます。

(回復期)

回復期については、医療需要の伸びが大きく見込まれることから、急性期を担う医療機関と連携し、より身近な地域で在宅への復帰に向けたリハビリテーション等が受けられる医療機能の充実を図る必要があります。

(慢性期)

慢性期については、療養病床の受療率の地域差の縮小の方向性を踏まえつつ、病状は比較的安定していても継続的に医療的ケアが必要な患者に対する適切な医療提供体制を患者の身近な地域で確保する必要があります。また現在、厚生労働省の「療養病床のあり方等に関する検討会」において「新たな施設類型」等の検討がなされているところであり、地域全体で支えていく体制構築を図る上で、こうした動きも注視していく必要があります。

(その他)

各区域において、将来の医療需要に対応した医療提供体制の構築に当たっては、病床機能のバランスを考慮するだけでなく、産科病床や障害者施設等一般病棟などの特定の役割を担っている病床の維持確保にも留意して進めていく必要があります。

将来の医療需要の変化に対応した医療提供体制を充実させるためには、各医療機能に対応できる医師・看護師・歯科医師・薬剤師等の医療従事者の育成や確保が必要です。

②在宅医療等

(在宅医療サービスの基盤強化)

本県では、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等の在宅医療サービス基盤が脆弱であることから、各区域の実情に応じた基盤整備が不可欠です。

(在宅医療に係る医療・介護従事者の育成・確保)

訪問診療を担っている医師をはじめ、それら医師と連携する歯科医師、訪問看護師、薬剤師等の人材不足が懸念されることから、在宅医療を担う多様な医療従事者の育成を図る必要があります。また、地域で高齢者の療養生活等を支える介護人材の育成・確保も重要な課題です。

(在宅医療を支える多職種連携強化)

在宅医療は、医師をはじめとして、歯科医師、訪問看護師、薬剤師等の様々な医療職と、ホームヘルパー等の介護サービス従事者など、多職種による連携により提供されることから、これら関係者の連携強化をより一層図る必要があります。

(介護保健施設等も含めた受け皿の強化・充実)

居宅等（自宅や介護保険施設等をいいます。以下同じ。）で訪問診療を受けている方や、介護老人保健施設で医療を受けている方等、療養の形態は様々であることから、増大する医療需要に対応するため、介護サービス提供施設も含めた受け皿の充実・強化が不可欠です。

(地域包括ケアシステム構築に向けた取組との調和)

県内各市町において、それぞれの地域特性に応じた「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組が進められているところであり、市町の介護施策やまちづくり施策と調和を図りながら、在宅医療等の充実を図る必要があります。

(人生の最終段階における医療に関する意識醸成・啓発)

平成 25 (2013)年に厚生労働省が実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」では、希望する治療方針としては、おおむね「肺炎にかかった場合の抗生剤服用や点滴」「口から水を飲めなくなった場合の水分補給」は希望する割合が高く、「中心静脈栄養」「経鼻栄養」「胃ろう」「人

工呼吸器の使用」「心肺蘇生処置」といった処置を伴う治療は望んでいない方の割合が高くなっています。人生の最終段階における医療に対する関心や希望は人それぞれであることから、一人ひとりの思いを支えることができる相談体制やライフステージに応じた情報提供等、自ら主体的に考える意識の醸成を図ることが重要です。

(3) 栃木県保健医療計画の施策等との整合

① 5 疾病・5 事業・在宅医療の推進施策との整合

「栃木県保健医療計画（6期計画）」においては、5 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）・5 事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療）・在宅医療について、それぞれ医療連携体制の構築にかかる施策を推進することとしており、これらの施策を踏まえながら、構想区域における病床の医療機能の分化・連携を図る必要があります。

このうち、がん、脳卒中、急性心筋梗塞については、発生頻度が高いなどの理由から一般病床・療養病床への入院に占める割合も比較的大きく、各区域の医療提供体制を考える上で重要です。区域単位で必要な入院機能を確保するだけでなく、発症時の救急対応、専門的な診療の効率的な提供、在宅復帰に向けたリハビリテーションなど様々な機能面で、医療機関へのアクセスにも配慮しながら連携を図る必要があります。

また、5 事業のうち救急医療や周産期医療では、入院や搬送など必要な機能の確保や連携体制の構築等が進められていることから、これらの施策等に留意しながら、将来の医療需要に対応していく必要があります。

在宅医療では、退院支援、療養支援を行う各機関の連携体制の構築、急変時の入院対応や看取りなど、様々な施策が必要とされます。このため、各区域の特性を踏まえながら、介護を含めた慢性期の療養を支える体制全般のあり方について、住民ニーズに沿って検討を進めていく必要があります。

② 疾病対策協議会等との連携

複数の医療機関が連携して病態に応じた医療を提供する必要のある「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」「糖尿病」については、地域住民の立場に立って、より良質な医療が効率的に提供できる体制を確保するため、それぞれの疾病対策協議会の意見等を踏まえながら、各区域内の医療機能の分化・連携を図る必要があります。また、本地域医療構想では精神病床は対象外となっていますが、認知症、精神科救急、自殺対策を含むうつ病対策、身体疾患を合併する精神障害者への医療等のニーズもあることから、精神病床の入院や外来医療機能との連携を図っていく必要があります。

6 目指すべき医療提供体制の実現に向けて

少子高齢化の進行に伴い、より身近な地域において「治し支える医療」の確保が求められています。

救命救急はもとより、今後増加する高齢者の複数疾病の罹患や長期的な療養生活の支援等の変容する医療ニーズに適切に対応しながら、各地域においてそれぞれの特性を活かした医療機能の分化・連携の実現を図ることが重要です。

「5(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」に挙げた項目を念頭に置き、本地域医療構想の実現を目指すため、栃木県全体で以下の施策を推進するとともに、第2章において区域ごとに示す「地域医療構想実現のための施策」に取り組みます。

(1) 医療機能の分化・連携

① 病床機能の転換の促進

病床機能の転換に伴う施設・設備整備等を支援し、地域で不足している病床機能への転換を促進します。特に、平成26(2014)年度の病床機能報告結果(23頁参照)からは、回復期病床の不足が顕著であることから、リハビリテーション機能等、居宅等への復帰に向けた医療を担う病床への転換等を促進します。

なお、平成26(2014)年度の病床機能報告は、病床機能区分の定義が不明確であったため正確性に欠けるとの指摘があること、また地域医療構想における病床機能区分の基準とは相違があることなどに留意しながら進めることとします。

【具体的事業例】 不足する病床機能への転換に対する助成など

② 医療機関間の連携強化

区域の各医療機関の役割分担をより明確にし、介護施設も含めた施設間の緊密な連携体制の構築を促進します。

【具体的事業例】 医療・介護施設間のネットワーク化に資する取組への助成、退院調整機能の充実強化に対する支援など

③ 医療機能分化・連携に係る県民理解の促進

地域医療構想において目指す病床機能の分化・連携について、医療サービスの利用者である住民の理解を深め、適切な受療行動を促すための取組等を促進します。

【具体的事業例】 医療機能分化・連携に関する普及啓発など

(2) 在宅医療等の充実

① 在宅医療サービスの基盤強化

地域での療養を支える体制の整備について、介護サービスとの分担や連携も念頭に置きながら、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等、在宅医療基盤の整備・充実に向けた取組を支援します。

【具体的事業例】在宅療養支援病院や診療所、訪問看護ステーションの整備促進支援など

② 在宅医療を支える多職種の連携強化

訪問診療を行う医師や訪問看護師をはじめ様々な医療職とホームヘルパー等の介護サービス従事者など、在宅療養を支える各種専門職の連携体制の構築を推進します。

【具体的事業例】在宅医療連携拠点の整備、在宅歯科医療連携室の整備、在宅医療に関わる多職種の連携会議や研修会等の開催、ICTを活用した連携ツールの活用など

③ 在宅医療に関する知識の普及啓発及び人生の最終段階における医療に関する意識の醸成等

地域住民への在宅医療・介護に関する適切な情報提供を行うとともに、人生の最終段階における医療についての知識や関心を深め、住民自らが主体的に考えることができるような意識の醸成に努めます。

【具体的事業例】在宅医療に関する研修会等の開催、啓発資料の作成など

(3) 医療従事者の養成・確保

① 確保対策の推進

「とちぎ地域医療支援センター」を中心に、県内の医師不足・地域偏在の解消に向けた取組を推進します。

【具体的事業例】医師修学資金や医学部地域枠を活用した医師の養成・確保、医師のキャリア形成支援及び資質向上支援など

② 看護職の確保対策の推進

看護職員の計画的な確保を図るため、看護職員の養成、県内定着促進、離職防止、再就業促進に資する各種の取組を推進するとともに、各種専門研修等を通じて看護職員の資質向上を図ります。

【具体的事業例】看護職員修学資金を活用した看護職の養成・確保、病院内保育所の運営支援、看護職の再就業支援など

③ 多様な専門職の育成支援

高齢化に伴い増加する疾患への対応や在宅医療等の充実を図るため、リハビリテーション関係職や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師等、多様な専門職の育成を支援します。

【具体的事業例】在宅医療に関する研修、在宅歯科医療従事者研修、薬剤師フィジカルアセスメント研修、訪問看護師の養成及び資質向上支援など

④ 医療勤務環境改善の推進

「とちぎ医療勤務環境改善支援センター」を中心に、県内の各医療機関における勤務環境改善の取組等を促進します。

【具体的事業例】病院内保育所への支援、ワークライフバランスの推進など

(4) その他医療機能の充実及び連携体制の強化

「栃木県保健医療計画（6期計画）」における5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）・5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療）の医療連携体制の構築にかかる施策を推進します。

【具体的事業例】小児救急医療の確保にかかる支援、病院等における歯科医療提供体制の強化、精神科救急医療機関と他の医療機関との連携体制の構築等

(5) 施策の見直し

本地域医療構想に記載した各施策の進捗状況を踏まえた追加的対応や、今後新たに生じる課題等に対応するため、これらの施策については、栃木県保健医療計画の次期改定の際など柔軟に見直しを図るものとします。

7 地域医療構想の推進体制等

(1) 推進体制

①栃木県医療・介護総合確保懇談会（仮称）

「栃木県医療・介護総合確保懇談会（仮称）」を設置し、医療・介護をはじめとする関係者から「医療介護総合確保基金」の効果的な活用等について意見交換を行う等により、構想の実現を目指します。

②地域医療構想調整会議

地域医療構想区域ごとに「地域医療構想調整会議」を設置し、区域内の医療・介護をはじめとする関係者間で病床機能報告結果の情報共有や「地域医療介護総合確保基金」を活用した取組等の進捗状況の検証を行うなどして構想の実現を目指します。

③病院等情報交換会（仮称）

各地域医療構想区域内の病床機能を持つ医療機関等が集う情報交換会を定期的に行い、病床機能報告結果等の構想区域内の病床機能に関する情報を共有します。

(2) 各関係者等の役割

①県

県全体の良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築を目指し、他の計画と調和・連携を図りながら、本地域医療構想に記載された取組を推進します。

②県健康福祉センター（保健所）

地域医療構想調整会議等を運営し、「地域医療介護総合確保基金」を活用するなどして、地域内の医療機関等の医療機能分化・連携に係る自主的取組等を促進します。

③市町村

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、地域特性を活かした地域包括ケアシステムの構築を図ります。

④保険者

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効果的な施策を提言するとともに、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。

⑤医療機関・医療関係者

地域の医療機能の分化・連携に関する課題を共有し、自ら機能・分化に取り組み、他の医療機関や介護施設等との連携を強化する等、将来の医療需要に対応したバランスのとれた医療提供体制の構築に協力します。

⑥介護事業者等

地域の医療機能の分化・連携に係る地域課題を共有し、医療機関等との連携強化による介護サービスの充実等を図るなど、地域包括ケアシステムの構築に協力します。

⑦県民

医療機関の役割等に関する理解を深め、適切な受療行動に努めるとともに、自らの人生の最終段階における医療のあり方について考えを深めます。

(3) 進行管理体制

「栃木県医療・介護総合確保懇談会（仮称）」及び「地域医療構想調整会議」等を活用しながら、目指すべき医療体制の実現に向けた施策の進捗状況について、「医療介護総合確保基金計画」の達成状況等により毎年確認します。

第2章 構想区域別地域医療構想

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

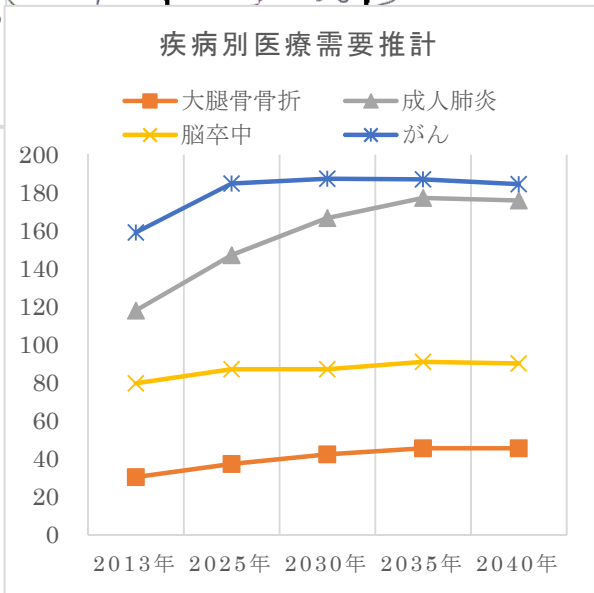
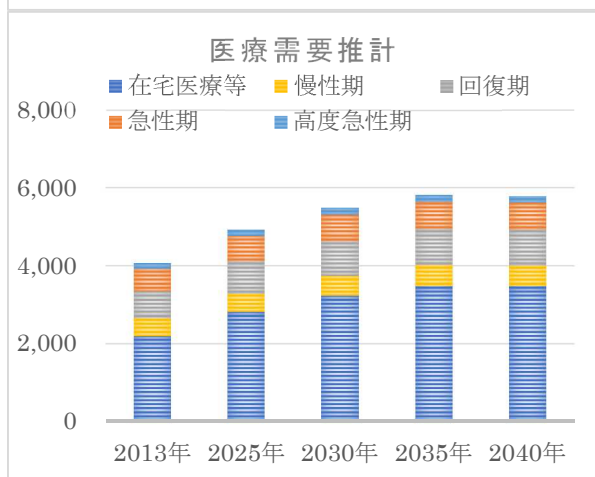
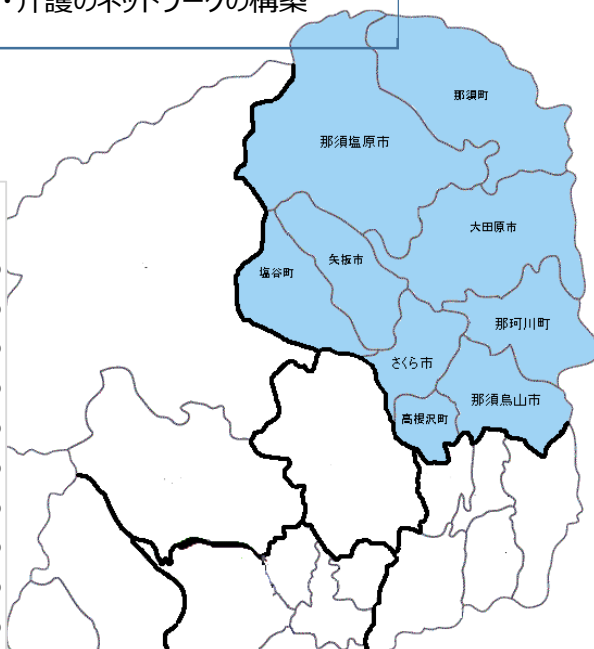
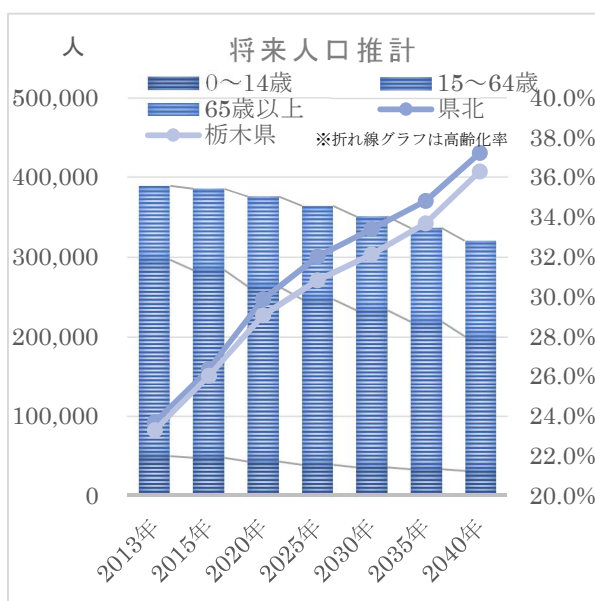
県北地域医療構想

現状

- ・構想区域が広大であり、全ての病床機能区分で患者の流出が見られるが、高度急性期や急性期において特に顕著である
- ・区域内で救急医療体制を完結するためには、複数の病院の連携により、各分野をカバーできる体制の構築が必要

施策の方向性

- ・可能な限り居住する地域で急性期から回復期までの医療が受けられ、慢性期における療養ができるような医療連携及び医療介護連携体制の構築
- ・交通アクセスの問題なども含めたまちづくりに向けた、関係機関・団体との連携の促進
- ・在宅療養者等を支える保健・医療・福祉・介護のネットワークの構築



1 構想区域の医療等の概要

(1) 地域特性

県北地域医療構想区域（以下「本区域」といいます。）は、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、那須町及び那珂川町の5市4町を区域としています。

県北部に位置し、面積は2,229.52km²で、県全体の面積の34.8%を占めています。

東京からおおむね100km～170kmの範囲に位置しており、主要道路は東北自動車道、国道4号・293号・294号が、鉄道は東北新幹線、JR東北本線、JR烏山線が整備されています。

人口は平成26（2014）年10月1日現在で382,770人で、県人口の19.3%を占めています。人口密度は171.7人/km²で、県平均の309.1人/km²を大きく下回っています。65歳以上の老年人口の割合は、本区域全体では25.5%であり、県平均（25.1%）をやや上回っている程度ですが、那須烏山市、塩谷町、那須町、那珂川町の老年人口割合は30%以上を示しており、県平均を大きく上回っています。一方、那須塩原市、さくら市、高根沢町は23.2%以下で、県平均を下回っています。年少人口（0～14歳）は12.7%、生産年齢人口（15～64歳）は61.7%となっています。老年人口の割合は将来的には更に増加し、平成37（2025）年には32%近くに、平成47（2035）年には35%近くに達すると推計されています。

(2) 人口動態

平成26（2014）年における人口動態調査によると、出生数が2,854人、死亡数が4,038人となっており、出生数が死亡数を大きく下回っています。

死因別死亡では、人口10万人当たりの死亡率の高い順に、悪性新生物（298）、心疾患（190）、脳血管疾患（102）となっています。

(3) 医療機関等

平成27（2015）年4月1日現在、病院が21施設、有床診療所が19施設（矯正施設2診療所を含む）、一般病床が2,243床（矯正施設38床を含む）、療養病床が812床となっています。

平成27（2015）年8月における地方厚生局長に届け出ている在宅療養支援診療所の数は、人口10万人当たり8.1となっており、県平均の7.7を上回っています。また、平成27年8月における訪問看護ステーション数は人口10万人当たり4.3となっており、県平均の4.3と同じとなっています。

〈県北地域医療構想〉

	病 院			有床診療所			病床計
	施設数	一般病床	療養病床	施設数	一般病床	療養病床	
大田原市	4	634	73	6	84	0	791
矢板市	3	194	190	3	57	0	441
那須塩原市	6	840	246	3	45	0	1,131
さくら市	2	144	46	2	37	0	227
那須烏山市	2	100	50	0	0	0	150
塩谷町	0	0	0	1	3	16	19
高根沢町	2	46	141	1	5	0	192
那須町	1	0	0	1	19	0	19
那珂川町	1	0	50	2	35	0	85
計	21	1,958	796	19	285	16	3,055

【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）、施設数には精神科病床のみを有する施設も含む】

区分	施設数	人口10万対
在宅療養支援診療所	32施設 (155施設)	8.1 (7.7)
訪問看護ステーション	17施設 (86施設)	4.3 (4.3)

【出典：栃木県調べ（平成27年8月、（ ）内は県全体数、人口10万対の（ ）内は県平均】

(4) 医療従事者

保健及び医療の従事者は、就業保健師及び就業准看護師を除き、いずれも県平均に比べ下回っています。

区分	人数	人口10万対
医療施設に従事する医師	527人 (4,214人)	137.9 (212.9)
医療施設に従事する歯科医師	192人 (1,299人)	50.2 (65.6)
薬局・医療施設に従事する薬剤師	450人 (3,001人)	117.7 (151.6)
就業保健師	164人 (837人)	42.9 (42.3)
就業助産師	81人 (462人)	21.2 (23.3)
就業看護師	2,235人 (15,019人)	584.8 (758.6)
就業准看護師	1,425人 (6,648人)	372.8 (335.8)

【出典：医師数から薬剤師数は厚生労働省「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」、人数の（ ）内は県全体数、人口10万対の（ ）内は県平均】

(5) 受療動向の概要

平成23(2011)年栃木県医療実態調査によると、病院の一般病床及び療養病床への入院患者については、他の区域への流出割合が25.2%、他の区域からの流入割合が12.7%となっています。

また、「推計ツール」を用いた平成37(2025)年の推計では、医療機能別では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期いずれにおいても流出が流入を超過すると推計されます。

(6) 介護施設数（入所施設の定員）

介護施設の定員は人口10万人当たり、特別養護老人ホームで513.3人（県平均453.3人）、介護老人保健施設300.8人（県平均281.8人）となっています。

区 分	施設数	人口10万対
特別養護老人ホーム	46施設（203施設）	12.1（10.3）
介護老人保健施設	13施設（65施設）	3.4（3.3）

区 分	定 員	人口10万対
特別養護老人ホーム	1,954人（8,956人）	513.3（453.3）
介護老人保健施設	1,145人（5,567人）	300.8（281.8）

【出典：栃木県調べ（平成27年7月、（ ）内は県全体数、人口10万対の（ ）内は県平均】

2 2025年の医療需要と必要病床数

機能区分	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
医療需要[人/日]	174	647	830	461	2,112
必要病床数[床]	232	830	922	501	2,485

【参考】平成26年度病床機能報告結果

（単位：床）

機能区分	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	計
2014年	365	1,433	339	810	19	2,966
2020年	383	1,365	439	760	19	2,966

◆2025年の在宅医療等の必要量

在宅医療等	2,822 [人/日]
-------	-------------

3 医療機能の分化・連携に向けた課題等

【高度急性期・急性期】

- ・全ての機能区分において患者の流出がみられますが、特に高度急性期・急性期において顕著です。
- ・専門性が求められるがん疾患の高度急性期・急性期では、今後も多くの流出が想定されるため、本区域内での受療率の向上に向けた機能分担・連携強化などの検討も必要です。
- ・本区域内で救急医療体制を完結するためには、複数の病院の連携により、各分野をカバーできる体制の構築を進める必要があります。なお、本区域の病院前救護体制が、那須地区と南那須地区、塩谷地区と宇都宮区域という組み合わせで構築されていることに注意して検討する必要があります。

【回復期】

- ・回復期病床については、平成26年度病床機能報告によると、本区域では回復期機能の病床を充実させる予定のある医療機関があることから、医療機関が地域において担うべき役割を今後検討し、医療需要に見合った医療体制のあるべき姿を考えることが必要です。
- ・回復期病床が有効に機能するために、慢性期病床や在宅医療等との連携についてさらなる検討を進める必要があります。

【慢性期・在宅医療等】

- ・慢性期病床については、平成26年度病床機能報告によると、本区域では慢性期機能の病床を縮小させる予定の医療機関があることから、入院医療需要に対し医療機関が担うべき役割を今後検討し、地域ごとの医療提供体制のあるべき姿を考えることが必要です。
- ・在宅医療等については、平成25（2013）年と比べて平成37（2025）年では在宅医療等の需要が1.29倍（2,183人/日⇒2,822人/日）、うち訪問診療分が1.23倍（694⇒859）と推計されます。在宅療養支援診療所、在宅医療に携わる医師や訪問看護ステーションなどの基盤整備を促進し、医療資源の確保・充実を図るとともに、在宅療養患者等を支える保健・医療・福祉・介護等の多職種連携によるネットワークづくりが必要です。

【特に取組を要するその他課題等】

- ・小児分野については、高度急性期及び急性期で比較的小規模の流出が想定されるます。本区域内では小児科医の不足等の現状がありますが、小児専門医のいる中核医療機関への小児患者の集中緩和を図るためにも、医療機関の機能分担や連携による適切な小児医療体制の整備が必要です。
- ・高齢者に多い疾患については、「75歳以上の肺炎」を例にとると、急性期と回復期で比較的小規模の流出が想定されます。急性期の治療後は本区域内で療養できるような慢性期病床や在宅医療等の医療機能の充実や介護との連携を図る必要があります。

4 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

高齢化の進展に伴い、より身近な地域において、患者一人ひとりの病態に応じた「治し支える医療」の確保が求められます。

本区域はエリアが広大であることから、那須、塩谷及び南那須の3地区毎に様々な活動を行っているという実情があり、患者動向も地区毎に異なっていることから、各地域の実情を踏まえた検討及び施策の展開を図ることが重要です。

また、東日本大震災の影響による隣県からの慢性期等の患者の流入増の可能性や、農村地域における家族構成の変化、医療従事者の高齢化等の影響を踏まえる必要があります。

これらを念頭に置きながら、本区域における、医療機能の分化・連携に向けた課題や将来の医療需要を踏まえ、良質な医療を効果的に提供できるバランスのとれた医療提供体制を構築していくため、以下の施策に取り組みます。

【医療機能分化・連携の促進】

- ・可能な限り居住する地域で急性期から回復期までの医療が受けられるとともに、慢性期における療養ができるよう、医療連携及び医療介護連携体制の構築を図ります。
- ・交通アクセスの問題なども含めたまちづくりが進められるよう、関係機関・団体との連携を図ります。

【在宅医療等の充実】

- ・在宅医療を担う医療・介護関係の専門職の連携強化に資する取組等を支援します。
- ・在宅医療や看取りのあり方等に関する地域住民の理解促進を図る取組等を支援します。
- ・在宅療養者等を支える保健・医療・福祉・介護のネットワークを構築します。

【医療従事者の養成・確保】

- ・医療従事者の確保に向けた医療機関等の自主的な取組を支援します。
- ・在宅医療に従事する医療・介護職の専門的知識・技術等の向上に資する取組等を支援します。

5 構想の推進体制及び関係者の役割

(1) 推進体制

【地域医療構想調整会議】

地域医療構想の実現に向けて、医療・介護関係者等で構成する「県北地域医療構想調整会議」を設置し、病床機能報告結果の情報共有や「地域医療介護総合確保基金」を活用した取組等の進捗状況の検証を行うとともに、最新のデータに基づき、区域内の将来の医療提供体制の在り方とその構築に向けた取組等について引き続き検討します。

(2) 関係者等の役割

県全体の関係者等の役割との整合性を図りつつ、地域の実情に合わせた役割を担っていくものとします。

【県・健康福祉センター（保健所）】

県北地域医療構想調整会議等により、地域医療構想に関する情報や医療機能分化・連携に向けた地域課題等の共有化を図ると共に、本区域内の医療機関等の医療機能分化・連携に係る自主的取組等を支援します。

【市町】

医療機能分化・連携に向けた地域課題等を共有し、地域特性を活かした地域包括ケアシステムの構築を図るとともに、交通アクセスの問題などを含めたまちづくりを進めます。

【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。

【医療機関等】

医療機能の分化・連携に係る地域課題等を共有し、自らの機能・分化に取り組み、他の医療機関や介護施設等との連携を強化する等、医療需要に対応したバランスのとれた医療提供体制の構築に協力します。

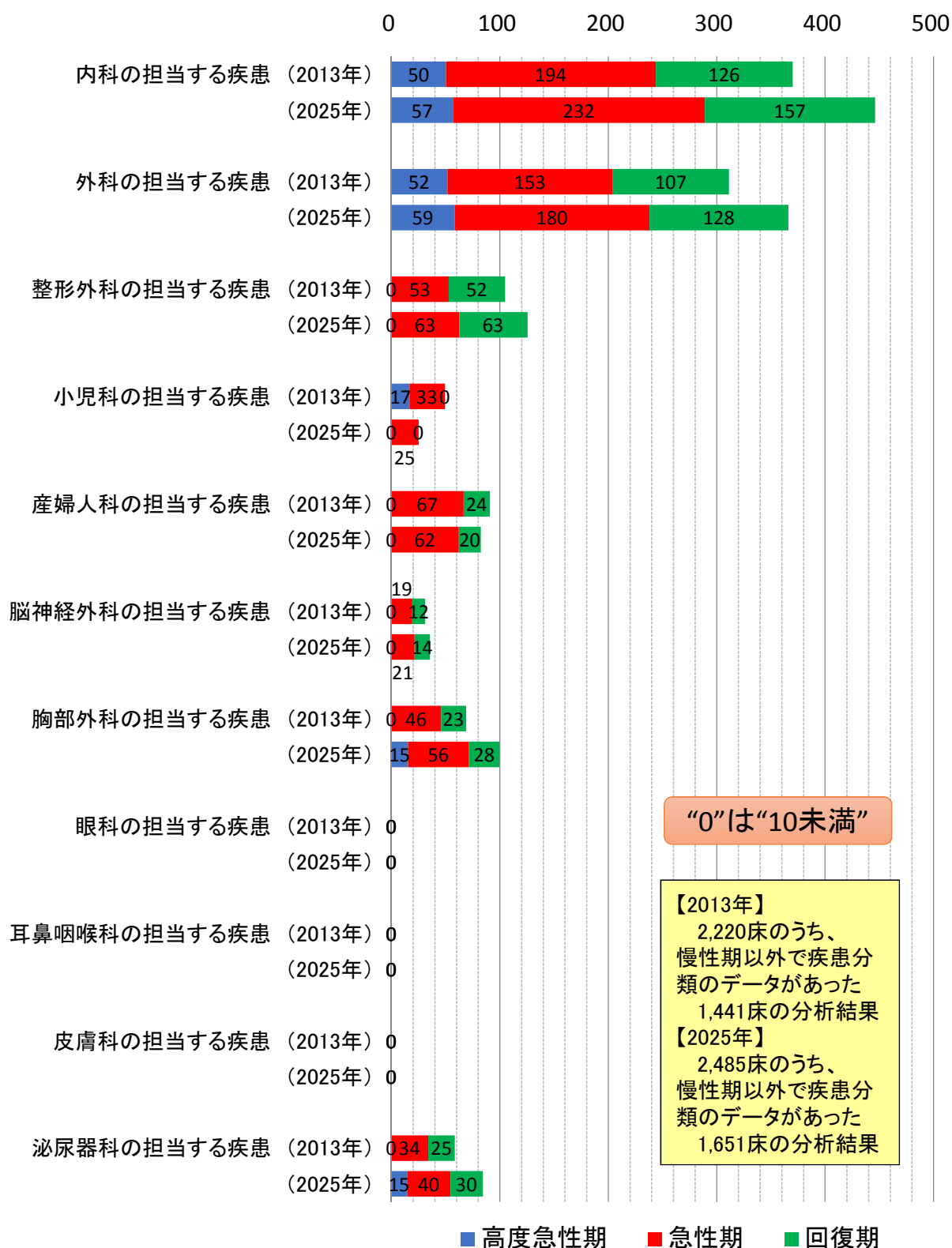
【介護事業者等】

医療機能の分化・連携に係る地域課題等を共有し、医療機関等との連携強化による介護サービスの充実等を図るなど、地域包括ケアシステムの構築に協力します。

【住民】

医療機関の役割等に関する理解を深め、適切な受療行動に努めるとともに、自らの人生の最終段階における医療・ケアのあり方について考えを深めます。

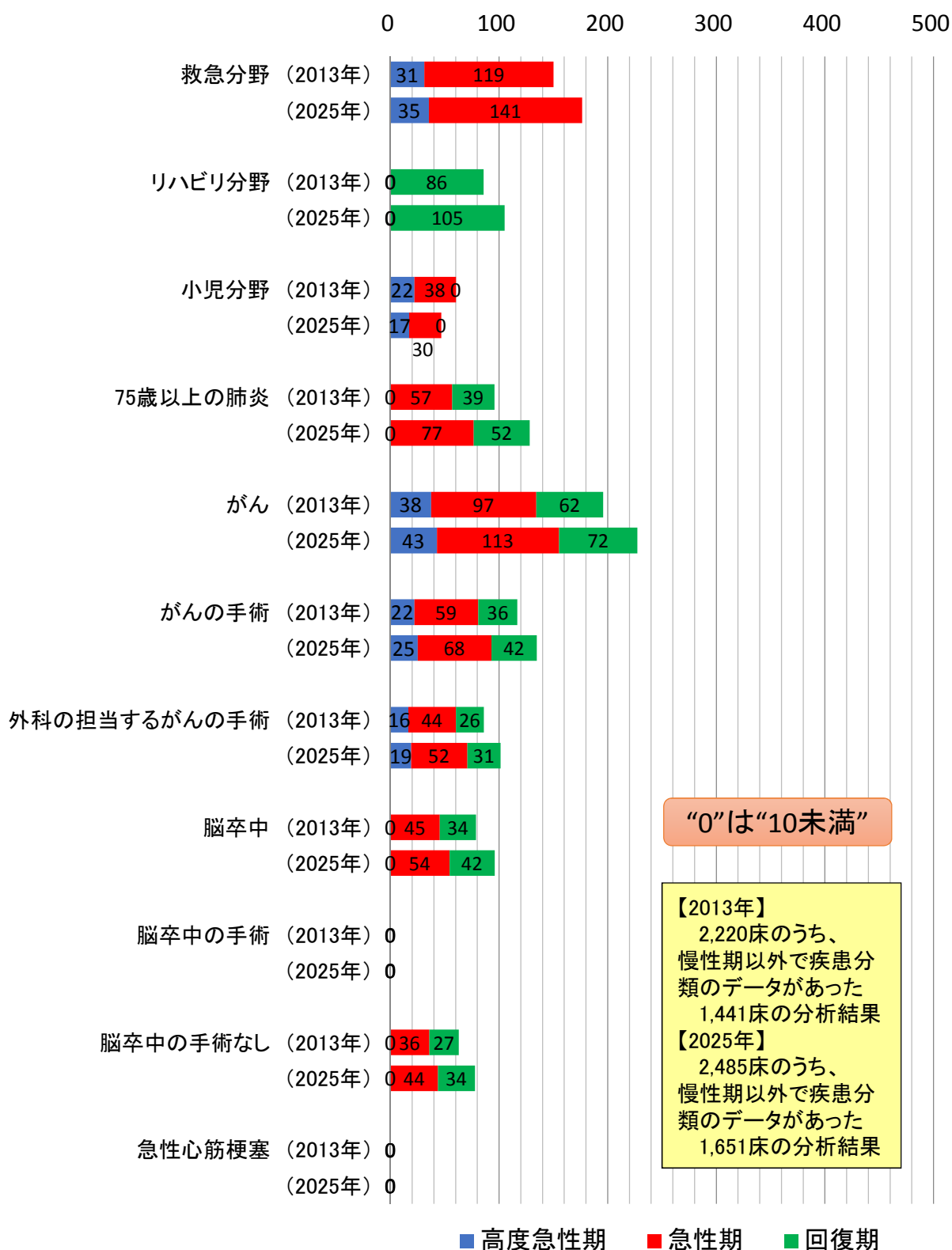
疾病区分グループ別の必要病床数の推移(県北)(1)



【必要病床数等推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

- ・ NDB, DPCLレセプトデータのうちMDC疾患分類で分類でき、疾病区分ごとにまとめられたデータを、独自にグループに再編し、医療機関所在地での必要病床数を集計
- ・ 慢性期の入院は疾患データが入っていないため分類不能、ほかMDC疾患分類不能のデータあり
- ・ 個人情報保護のシステム上、疾病区分ごとで“10未満”となるデータは“0”で集計される

疾病区分グループ別の必要病床数の推移(県北)(2)



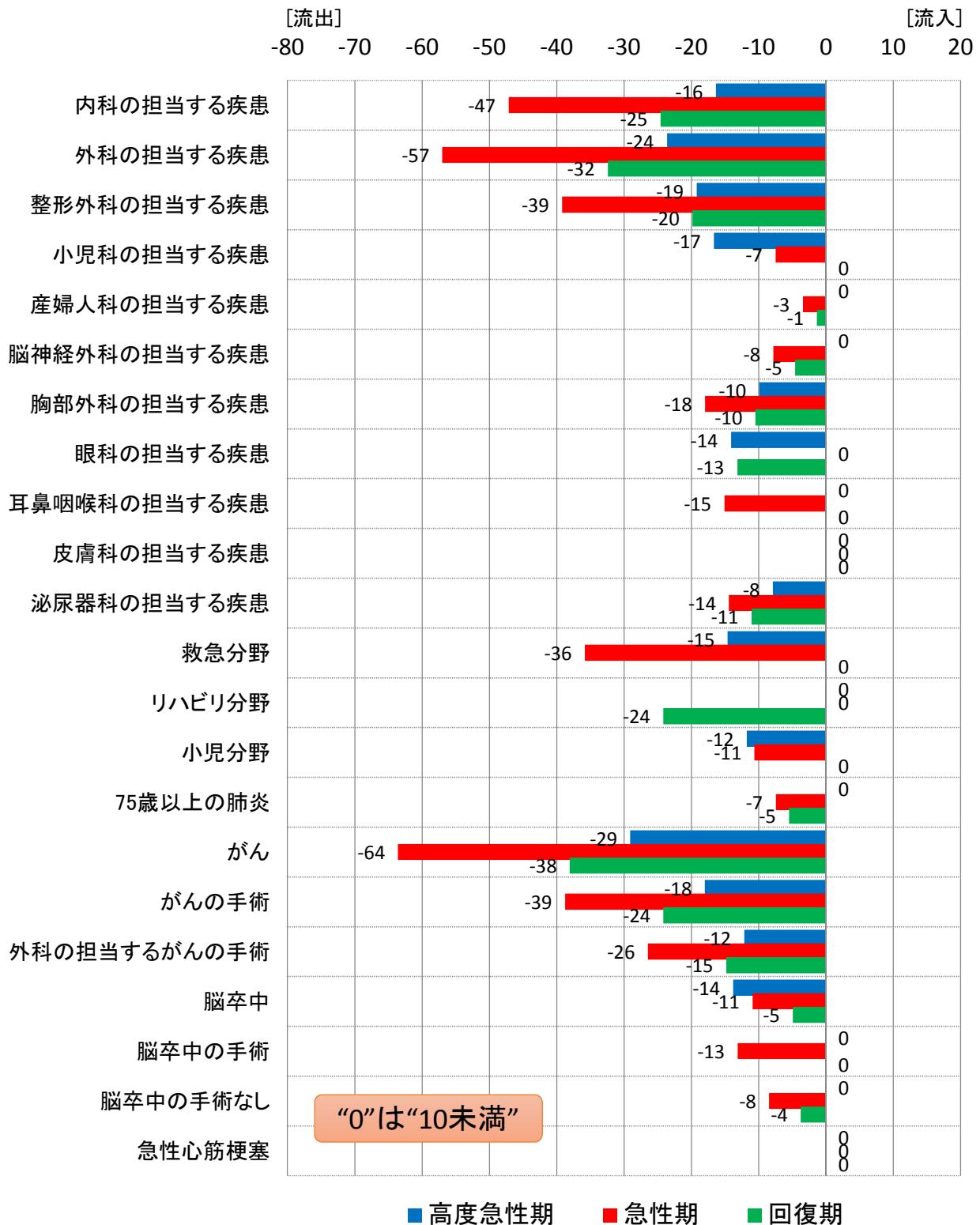
“0”は“10未満”

【2013年】
2,220床のうち、慢性期以外で疾患分類のデータがあった1,441床の分析結果
【2025年】
2,485床のうち、慢性期以外で疾患分類のデータがあった1,651床の分析結果

【必要病床数等推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

- ・ NDB,DPCLレセプトデータのうちMDC疾患分類で分類でき、疾病区分ごとにまとめられたデータを、独自にグループに再編し、医療機関所在地での必要病床数を集計
- ・ 慢性期の入院は疾患データが入っていないため分類不能、ほかMDC疾患分類不能のデータあり
- ・ 個人情報保護のシステム上、疾病区分ごとで“10未満”となるデータは“0”で集計される

2025年の必要病床数での患者流出入状況(県北)



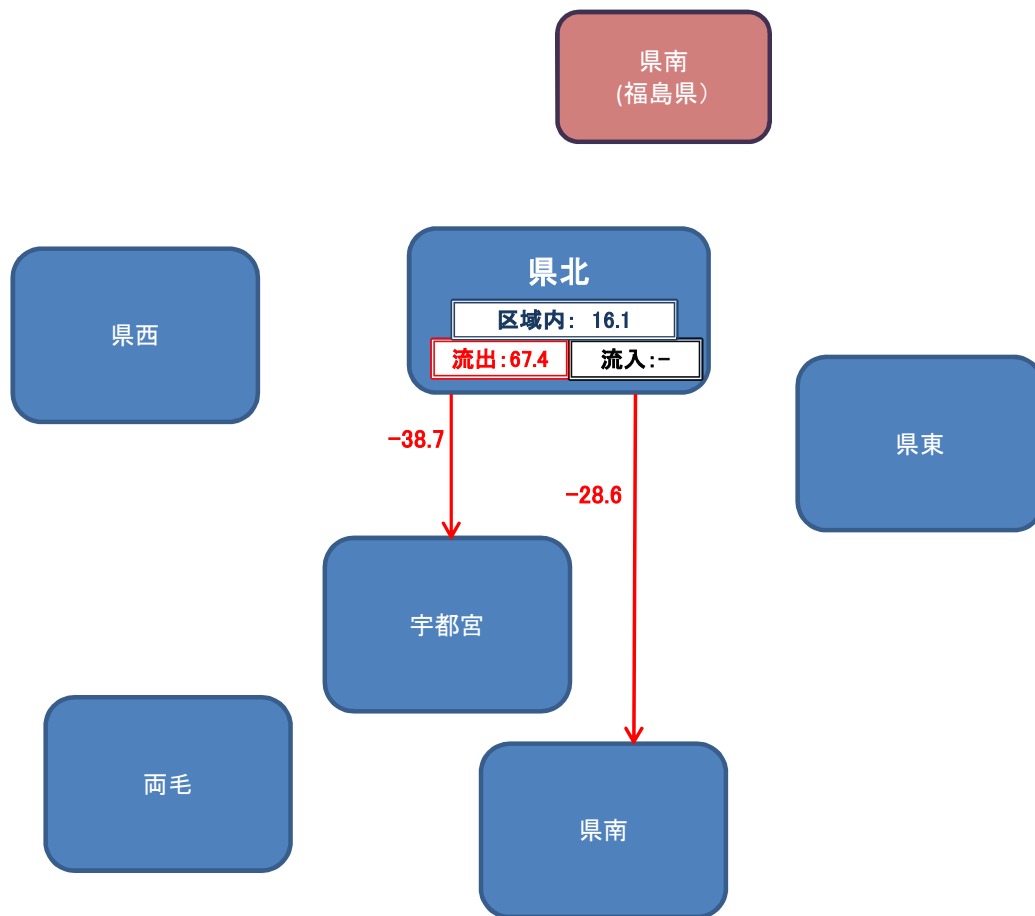
患者住所地の必要病床数(医療需要)が的中し、医療機関所在地の必要病床数(今の流出入状況)が続いた仮定での状況

【必要病床数等推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

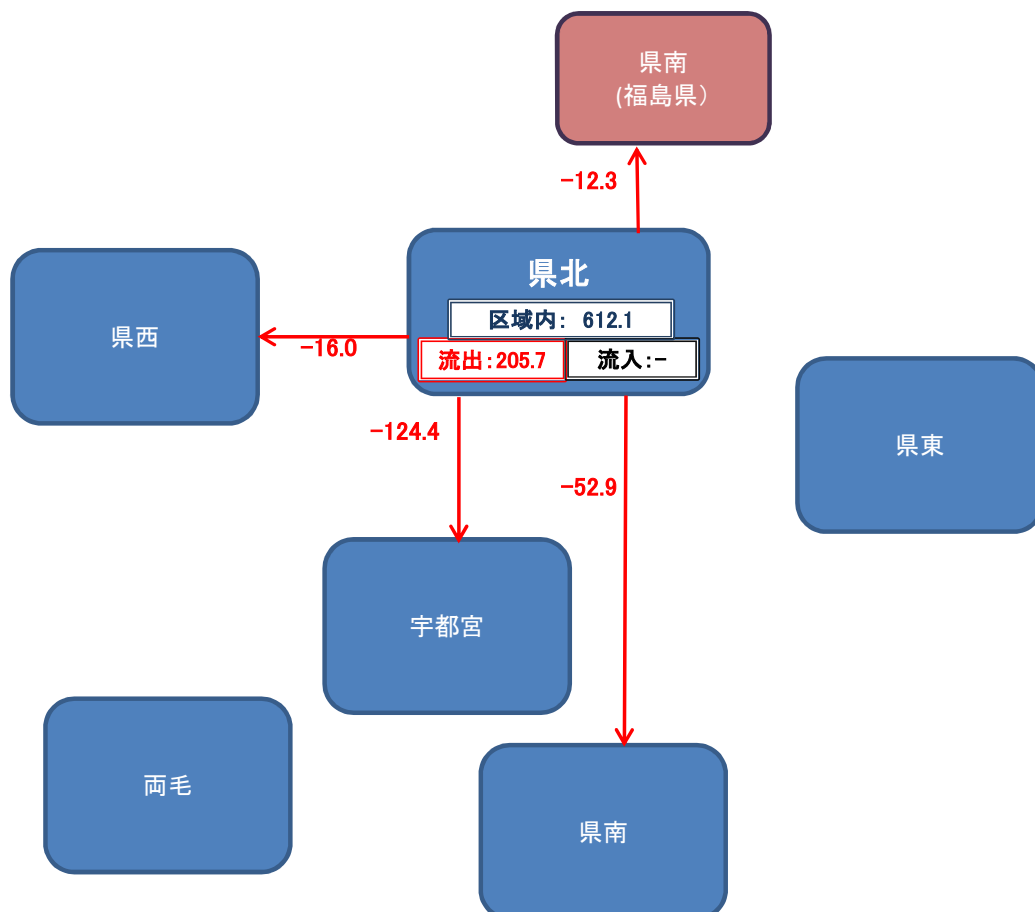
- ・ 流出入状況 = 医療機関所在地での必要病床数 - 患者住所地での必要病床数 として算出
- ・ 個人情報保護のシステム上、疾病区分ごとで"10未満"となるデータは"0"で集計される

県北地域の患者流出入(2025年)

【高度急性期の流出入】 単位:人/日

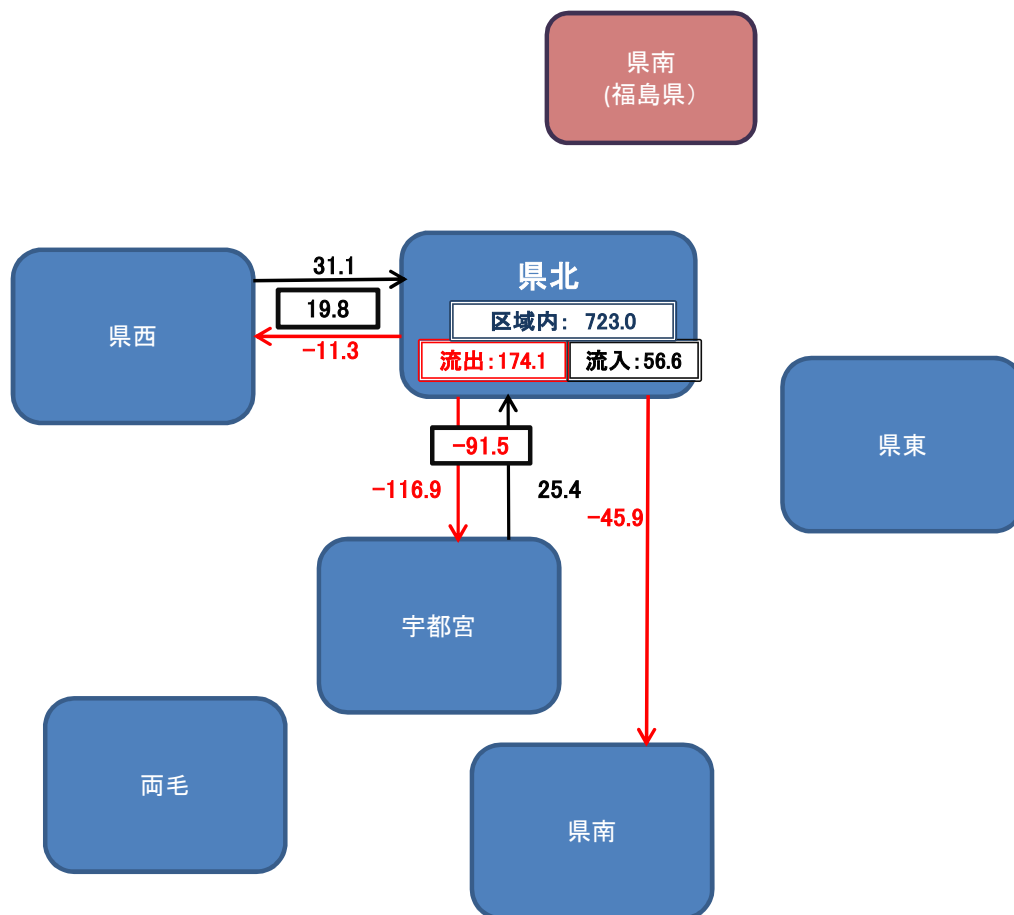


【急性期の流出入】 単位:人/日

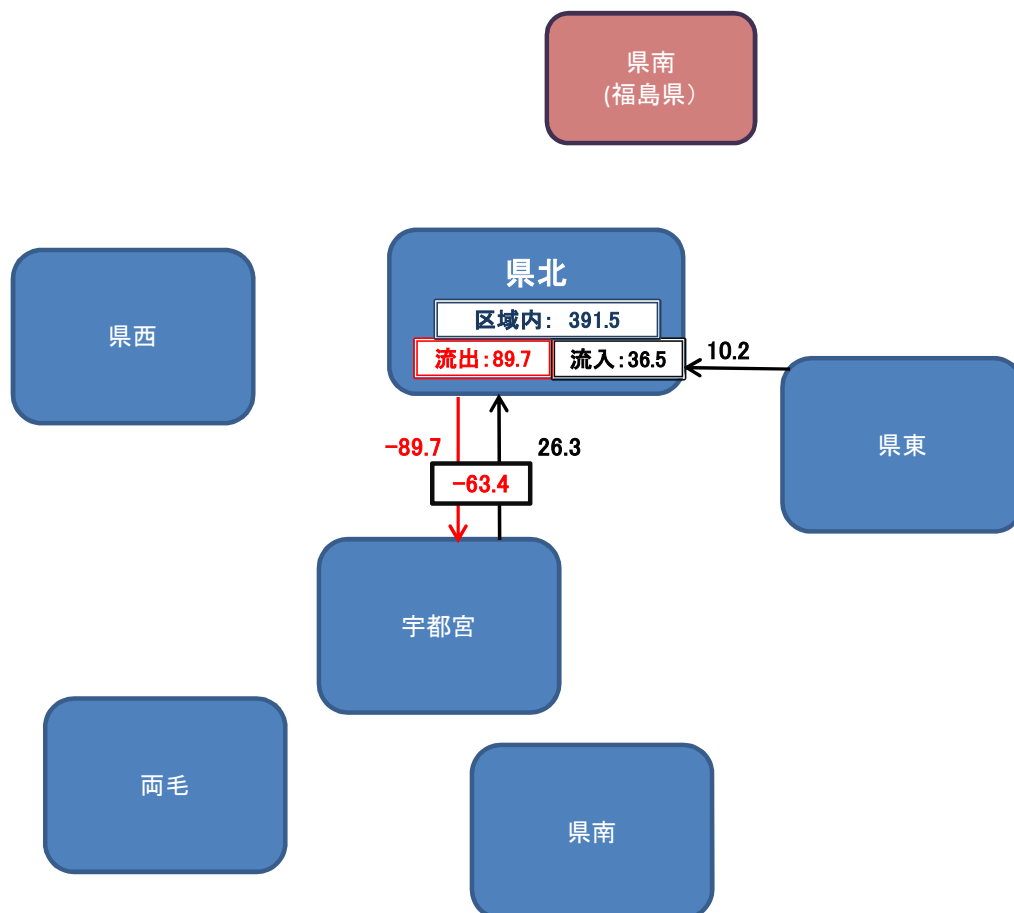


県北地域の患者流出入(2025年)

【回復期の流出入】 単位:人/日



【慢性期の流出入】 単位:人/日



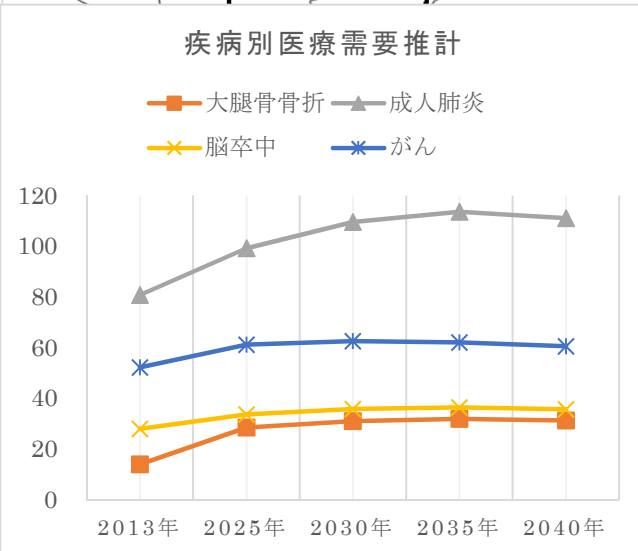
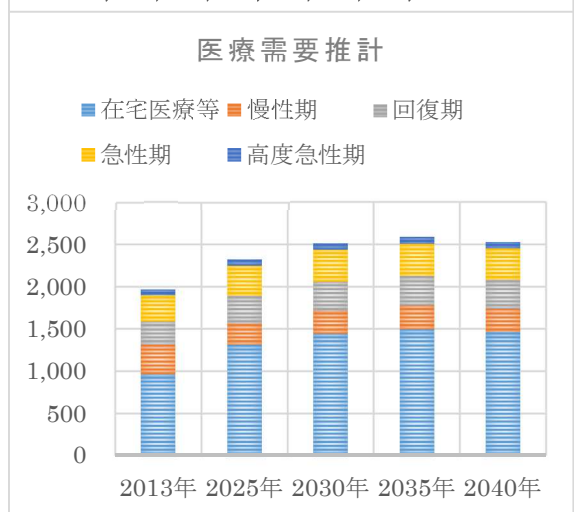
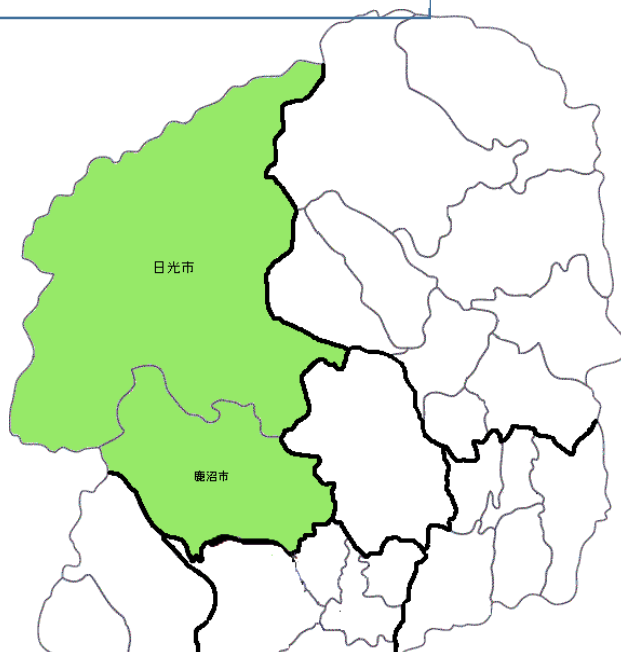
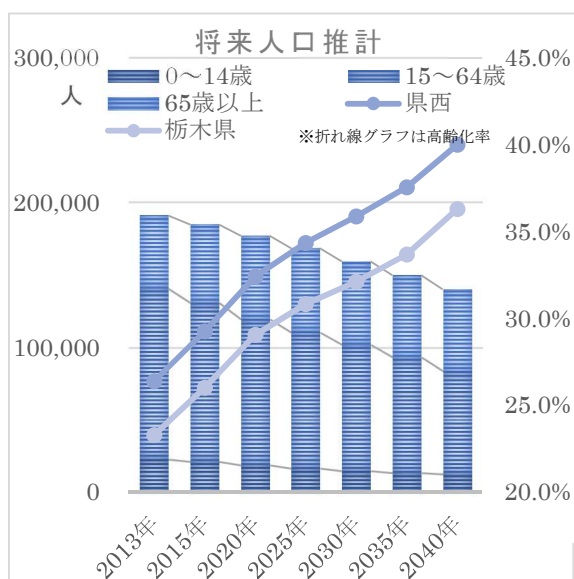
県西地域医療構想

現状

- ・全ての病床機能区分で患者の流出が見られるが、高度急性期において特に顕著である
- ・急性期で流出した患者（がん、脳卒中、急性心筋梗塞等）の在宅復帰に向けた回復期病床が不足している
- ・構想区域内に小児の患者が入院可能な医療機関がない
- ・広範な構想区域をカバーする在宅医療の資源が乏しい

施策の方向性

- ・交通アクセスの整備状況等をふまえて、集約化も含めた医療機能の分化と連携体制の構築
- ・がん、脳卒中、急性心筋梗塞等の回復期を担う医療機関の充実
- ・周産期医療の充実と小児の入院機能の確保に向けた検討
- ・山間部など在宅医療資源が乏しい地域における介護施設のあり方や活用方法の検討



1 構想区域の医療等の概要

(1) 地域特性

県西地域医療構想区域（以下「本区域」といいます。）は、鹿沼市と日光市で構成され、県全体の面積の約3割を占める広大な地域です。地域内は山岳地帯、農村地帯、都市部などを合わせ持ち、豊かな自然や文化遺産に恵まれ、県内でも有数の観光地を有しています。

区域内人口は平成26（2014）年10月1日現在184,438人と、県人口の9%程度であり、過疎の状況にあります。年齢別人口では、年少人口（0～14歳）21,840人（12.0%）、生産年齢人口（15～64歳）108,530人（59.4%）、老年人口（65歳～）52,232人（28.6%）と、老年人口の割合は県平均（25.1%）を上回り、高齢化の顕著な区域となっています。

老年人口の割合は今後も増加し、平成37（2025）年には約35%、平成47（2035）年には38%を超えると推測されますが、老年人口そのものは概ね平成37（2025）年にピークを迎え、平成42（2030）年からは減少に転じると推計されています。

(2) 人口動態

平成26（2014）年における人口動態調査によると、出生数が1,233人、死亡数が2,259人となっており、出生数が死亡数を大きく下回っています。

死因別死亡では、人口10万人当たりの死亡率の高い順に、悪性新生物（320）、心疾患（228）、脳血管疾患（126）となっています。

(3) 医療機関等

平成27（2015）年4月1日現在、区域内には病院が11施設、有床診療所が15施設あり、病床数は一般1,102床、療養466床と合わせて1,568床となっています。

一方、在宅医療に関しては、在宅療養支援診療所は4か所、訪問看護ステーションが4か所と医療資源に乏しい地域です。

	病 院			有床診療所			病床計
	施設数	一般病床	療養病床	施設数	一般病床	療養病床	
鹿沼市	3	362	150	9	135	4	651
日光市	8	506	312	6	99	0	917
計	11	868	462	15	234	4	1,568

【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）、施設数には精神科病床のみを有する施設も含む】

区分	施設数	人口10万対
在宅療養支援診療所	4施設（155施設）	2.1（7.7）
訪問看護ステーション	4施設（86施設）	2.1（4.3）

【出典：栃木県調べ（平成27年7月、（ ）内は県全体数、人口10万対の（ ）内は県平均】

(4) 医療従事者

保健及び医療の従事者は、就業保健師及び就業准看護師を除き、いずれも県平均に比べ大きく下回っています。特に人口10万人当たりでみた医師数は141.3人で、県平均の約66%にとどまります。

区分	人数	人口10万対
医療施設に従事する医師	260人 (4,214人)	141.3 (212.9)
医療施設に従事する歯科医師	118人 (1,299人)	64.1 (65.6)
薬局・医療施設に従事する薬剤師	240人 (3,001人)	130.5 (151.6)
就業保健師	96人 (837人)	52.2 (42.3)
就業助産師	38人 (462人)	20.7 (23.3)
就業看護師	975人 (15,019人)	530.0 (758.6)
就業准看護師	678人 (6,648人)	368.5 (335.8)

【出典：医師数から薬剤師数は厚生労働省「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」、人数の（ ）内は県全体数、人口10万対の（ ）内は県平均】

(5) 受療動向の概要

平成23(2011)年の栃木県医療実態調査によると、本区域の患者が他の区域の病院の一般病床及び療養病床へ流出する割合が約35%となっているのに対し、他の区域からの流入割合は約12%と、流出が流入を大きく上回っています。隣接する宇都宮区域や大学病院を有する県南区域がその主な流出先となっています。

また、「推計ツール」を用いた平成37(2025)年の推計では、医療機能別では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期いずれにおいても流出が流入を超過すると推計されます。なお、「推計ツール」は、平成25(2013)年のデータに基づいており、この区域では、その後の中核病院の整備等により受療動向が変化していることも考えられます。

(6) 介護施設数（入所施設の定員）

介護施設の定員は人口10万人当たり、特別養護老人ホームで552.2人（県平均453.3人）、介護老人保健施設368.5人（県平均281.8人）と、いずれも県平均を上回っています。

区分	施設数	人口10万対
特別養護老人ホーム	23施設 (203施設)	12.6 (10.3)
介護老人保健施設	8施設 (65施設)	4.4 (3.3)

区分	定員	人口10万対
特別養護老人ホーム	1,010人 (8,956人)	552.2 (453.3)
介護老人保健施設	674人 (5,567人)	368.5 (281.8)

【出典：栃木県調べ（平成27年8月、（ ）内は県全体数、人口10万対の（ ）内は県平均】

2 2025年の医療需要と必要病床数

機能区分	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
医療需要[人/日]	79	358	322	250	1,009
必要病床数[床]	105	459	358	272	1,194

【参考】平成26年度病床機能報告結果 (単位：床)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	計
2014年	146	801	96	402	16	1,461
2020年	146	696	146	371	102	1,461

◆2025年の在宅医療等の必要量

在宅医療等	1,316 [人/日]
-------	-------------

3 医療機能の分化・連携に向けた課題等

【高度急性期】

- 高度急性期については、本区域では特に患者の流出が顕著であり、現在の流出入のまま将来の人口に移行した場合、平成37（2025）年には本区域に居住する患者のほぼ半数が他の区域に流出すると推計されます。高度急性期病床の他の区域への高い依存度については、今後さまざまな観点から検討する必要があります。

【急性期】

- 急性期については、県北及び宇都宮区域からの流入があるものの、宇都宮区域や県南区域への流出が目立ちます。一方、平成26（2014）年度病床機能報告結果では、本区域内の急性期病床は、平成37（2025）年の必要病床数を上回っており、急性期医療において各医療機関が担う分野や役割などについて今後検討する必要があります。

【回復期】

- 回復期病床については、流出が流入を上回っており、特に県南、宇都宮、県北区域への流出がみられます。これは本区域内に回復期病床が不足していることと、急性期で流出した患者が引き続き流出先で在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを受けるためと推測されます。本区域では、特に、がん、脳卒中、心筋梗塞の回復期を担う医療機関が不足しており、回復期必要病床数の確保が課題です。

【慢性期】

- 慢性期については、本区域内の施設や病床数は多く、療養病床の利用率も約90%と高い状況ですが、宇都宮区域への患者流出が見られます。将来的には高齢者人口は減少に転じ、病床のニーズは明らかに減っていくと予想されますが、本区域の在宅医療の社会資源は乏しく、患者ニーズにどのように応えていくかが大きな課題です。

【在宅医療等】

- ・在宅医療等については、平成37（2025）年の需要が1,316人/日、うち訪問診療分が106人/日と推計されます。本区域では在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等の社会資源が極端に不足しており、広大な面積を抱え、過疎の状況にあるこの区域において、小児を含めた在宅医療を推進するための方策に、関係機関が連携して取り組む必要があります。

【特に取組を要するその他の課題等】

- ・救急分野については、区域内に救命救急センターがなく、休日夜間にも対応できる診療所も診療日が限定されることから、隣接する区域への流出が多いと推測されます。また、当区域は広大なエリアを有し、脳卒中専門医療機関や急性心筋梗塞の急性期医療を担う医療機関の30分以内の人口カバー領域が狭く、特に山間部では充分対応できない地域があります。今後、病床機能にとどまらず、交通アクセスなど様々な観点からの検討が求められます。
- ・小児分野については、区域内に小児の患者が入院可能な医療機関がありません。このため件数は多くはないものの、小児患者は近隣区域、特に小児二次救急医療圏内である県南区域や宇都宮区域の医療機関へ流出していると推測されます。小児の入院需要は少子化に伴い今後減少していくと推計されますが、住民のニーズや地域の活性化の観点からも、小児の入院機能のあり方についての検討が必要です。
- ・高齢者に多い疾患については、「75歳以上の肺炎」でみると他と同様に患者の流出傾向がみられます。本区域は県内でも高齢化が急速に進行しており、早いうちに地域完結型の医療の充実が求められます。

4 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

本区域には、広大な面積、過疎化、高い高齢化率、人口の減少、医療資源の不足などのさまざまな課題があります。高度急性期のような高度な医療機器や充実したスタッフを要する医療は、区域を超えたより広い圏域で提供を受け、それ以外の医療機能を区域で充実させるとともに集約化を図ることも現実的な方策です。

また、小児科診療や周産期医療など地域住民のニーズが高い分野においては、地域の活性化や観光産業への影響も小さくなく、地域の特色を踏まえた医療提供のあり方が求められます。

さらに、脳卒中専門医療機関や急性心筋梗塞の急性期医療を担う医療機関の30分以内の人口カバー領域が狭いこの区域では、ドクターヘリの運用を含めた救急体制について検討を行うとともに、県民や医療機関、行政が一体となって生活習慣病予防に取り組む、日頃からの健康づくりに努めることも重要です。

これらを念頭に置きながら、本区域における、医療機能の分化・連携に向けた課題や将来の医療需要を踏まえ、良質な医療を効果的に提供できるバランスのとれた医療提供体制を構築していくため、以下の施策に取り組みます。

【医療機能分化・連携の促進】

- ・ 交通アクセスの整備状況や地域の観光産業等をふまえつつ、集約化も含めた医療機能の分化と連携体制の構築を図ります。
- ・ 周産期医療の充実を図るとともに小児の入院機能の確保に向け、そのあり方を検討します。
- ・ がん、脳卒中、心筋梗塞等の回復期を担う医療機能の充実を促進します。
- ・ 医療機関の役割分担と相互の連携を促進するための調整機能の充実を図ります。
- ・ 医療機能の分化・連携に関する県民の理解促進を図ります。

【在宅医療等の充実】

- ・ 病院や有床診療所に退院支援に係わる相談員等を配置するなど、病床から在宅等への退院調整機能の充実を促進します。
- ・ 小児を含めた在宅医療を担う病院、診療所、訪問看護ステーション等の施設や設備整備を促進します。
- ・ グループ診療や多職種間の連携を促進することで、訪問診療等の医療提供機能の充実を図ります。
- ・ 山間部など在宅医療の資源が乏しい地域における介護施設のあり方や活用方法等を検討します。
- ・ 在宅医療や看取りのあり方等に関する地域住民の理解促進のため、研修会等を開催します。
- ・ 地域の実情や個人の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築を促進します。

【医療従事者の養成・確保】

- ・ 医療従事者の確保に向けた医療機関等の自主的な取組を支援します。
- ・ 育児・介護等で離職した医師や看護師等の再登用、人材バンクへの登録を推進し、復職を希望する医療従事者を対象とした研修の充実を図ります。
- ・ 積極的な人材交流や域内の病院への医師派遣が拡充されるよう、病院と大学病院との連携を促進します。

5 構想の推進体制及び関係者の役割

(1) 推進体制

【地域医療構想調整会議】

地域医療構想の実現に向けて、医療・介護関係者等で構成する「県西地域医療構想調整会議」を設置し、病床機能報告結果の情報共有や「地域医療介護総合確保基金」を活用した取組等の進捗状況の検証を行うとともに、最新のデータに基づき、区域内の将来の医療提供体制の在り方とその構築に向けた取組等について引き続き検討します。

(2) 関係者の役割

【県・健康福祉センター（保健所）】

県西地域医療構想調整会議を運営し、地域医療構想の実現に向けて関係機関の調整を図るとともに、地域医療介護総合確保基金を活用するなどして、区域内の医療提供体制の充実を推進します。また、市や関係団体と連携し、住民の健康づくりや啓発を行います。

【市】

県西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等を共有するとともに、市の将来像に基づき、地域特性を活かした地域包括ケアシステムの構築を図ります。また、県や関係団体と協力して、地域医療構想の実現に努めるとともに、住民の健康増進に寄与するため、生活習慣病予防をはじめとする様々な施策を推進します。

【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。

【医療機関等】

本区域の医療提供体制に関する課題を共有し、自ら医療機能の分化・連携に取り組み、他の機関との連携を強化します。将来の医療需要に対応したバランスのとれた医療提供体制の構築や在宅医療の充実に協力します。

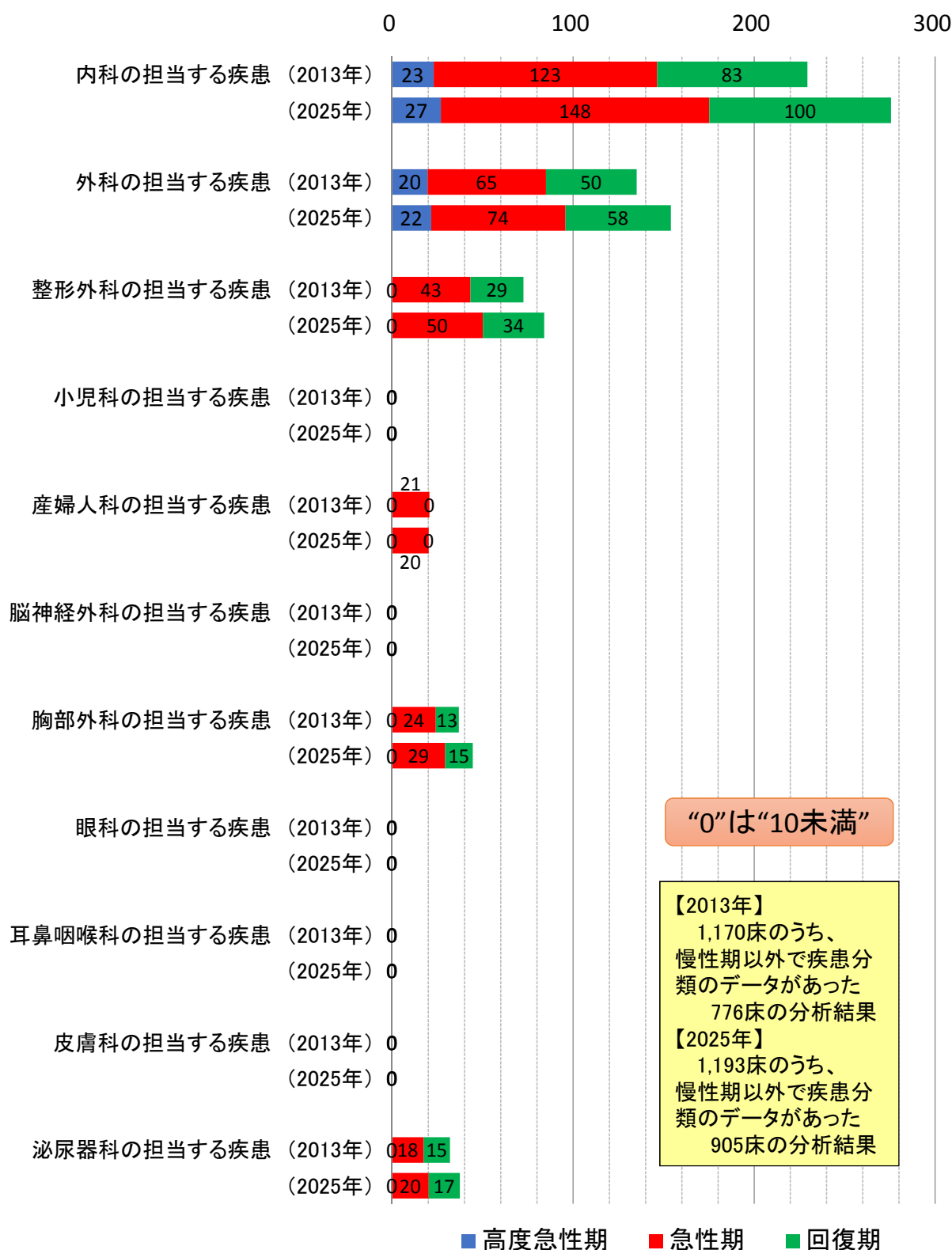
【介護事業者等】

本区域の医療提供体制に係わる課題を共有し、医療機関等との連携強化による介護サービスの充実等を図るとともに、地域包括ケアシステムの構築に協力します。

【住民】

本区域の医療体制に関する知識を深め、適切な受療行動に努めるとともに、自らの人生の最終段階における医療やケアのあり方について考えを深めます。また、自らの健康に留意し、食生活や口腔衛生、運動、禁煙など生活習慣の改善に努めます。

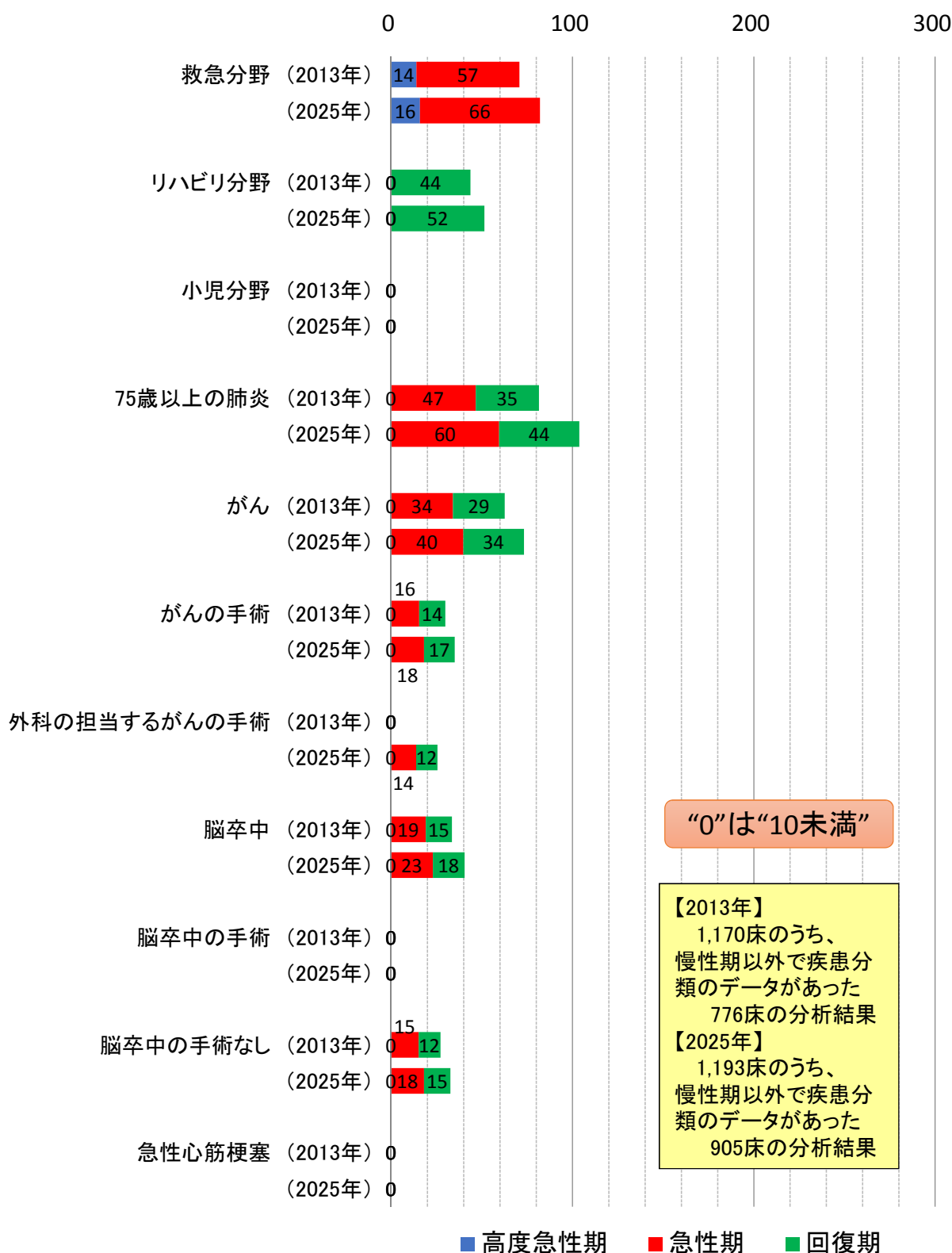
疾病区分グループ別の必要病床数の推移(県西)(1)



【必要病床数等推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

- ・ NDB,DPCLレセプトデータのうちMDC疾患分類で分類でき、疾病区分ごとにまとめられたデータを、独自にグループに再編し、医療機関所在地での必要病床数を集計
- ・ 慢性期の入院は疾患データが入っていないため分類不能、ほかMDC疾患分類不能のデータあり
- ・ 個人情報保護のシステム上、疾病区分ごとで“10未満”となるデータは“0”で集計される

疾病区分グループ別の必要病床数の推移(県西)(2)



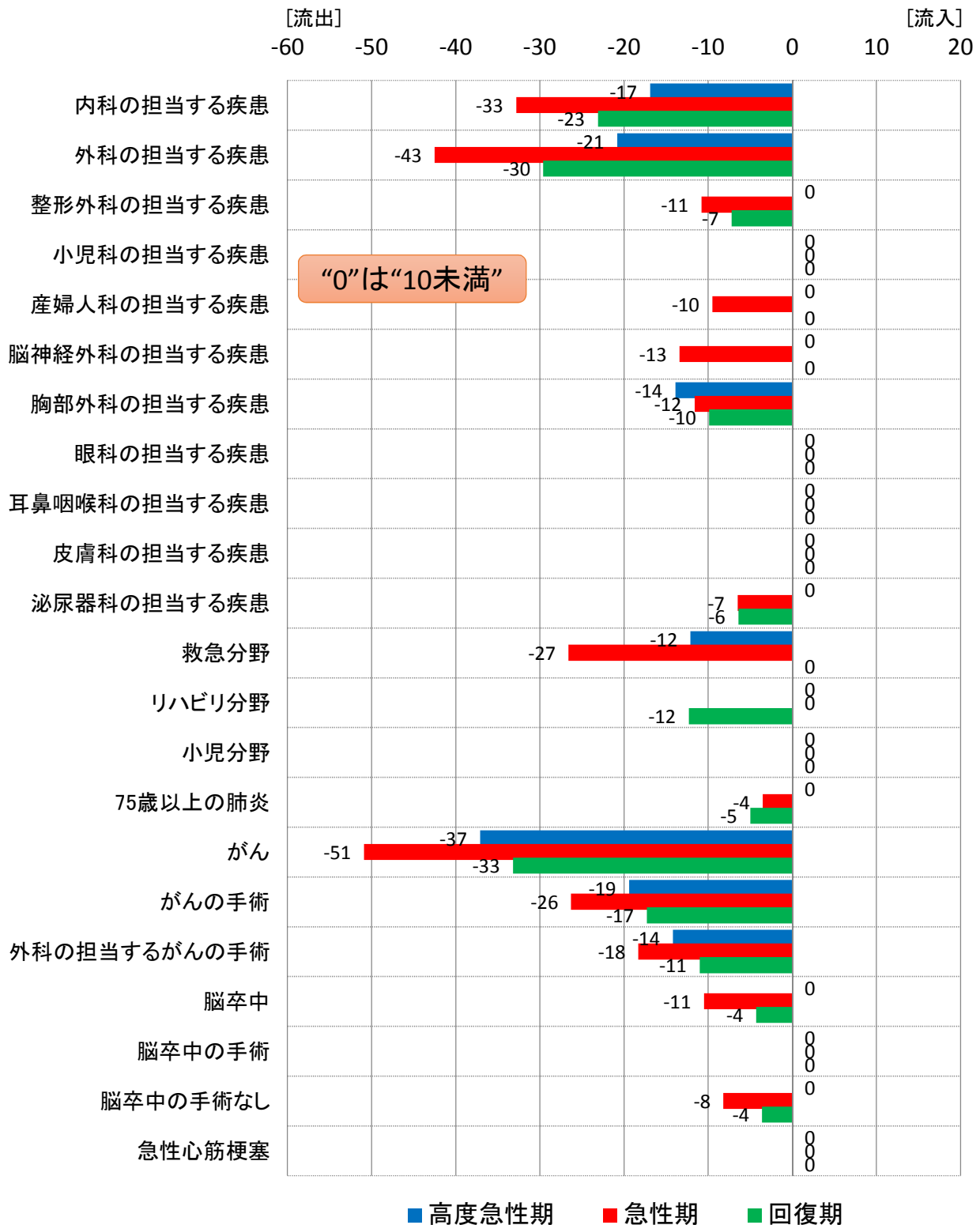
“0”は“10未満”

【2013年】
1,170床のうち、慢性期以外で疾患分類のデータがあった776床の分析結果
【2025年】
1,193床のうち、慢性期以外で疾患分類のデータがあった905床の分析結果

【必要病床数等推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

- ・ NDB, DPCLレセプトデータのうちMDC疾患分類で分類でき、疾病区分ごとにまとめられたデータを、独自にグループに再編し、医療機関所在地での必要病床数を集計
- ・ 慢性期の入院は疾患データが入っていないため分類不能、ほかMDC疾患分類不能のデータあり
- ・ 個人情報保護のシステム上、疾病区分ごとで“10未満”となるデータは“0”で集計される

2025年の必要病床数での患者流出入状況(県西)



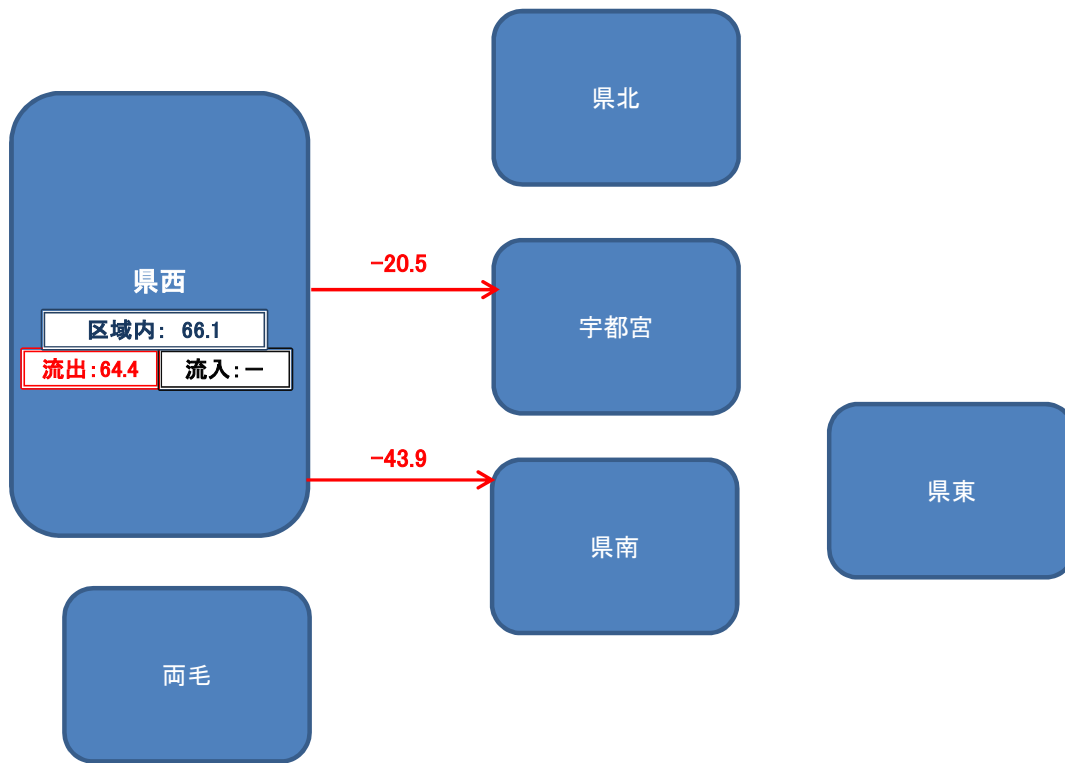
患者住所地の必要病床数(医療需要)が的中し、医療機関所在地の必要病床数(今の流出入状況)が続いた仮定での状況

【必要病床数等推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

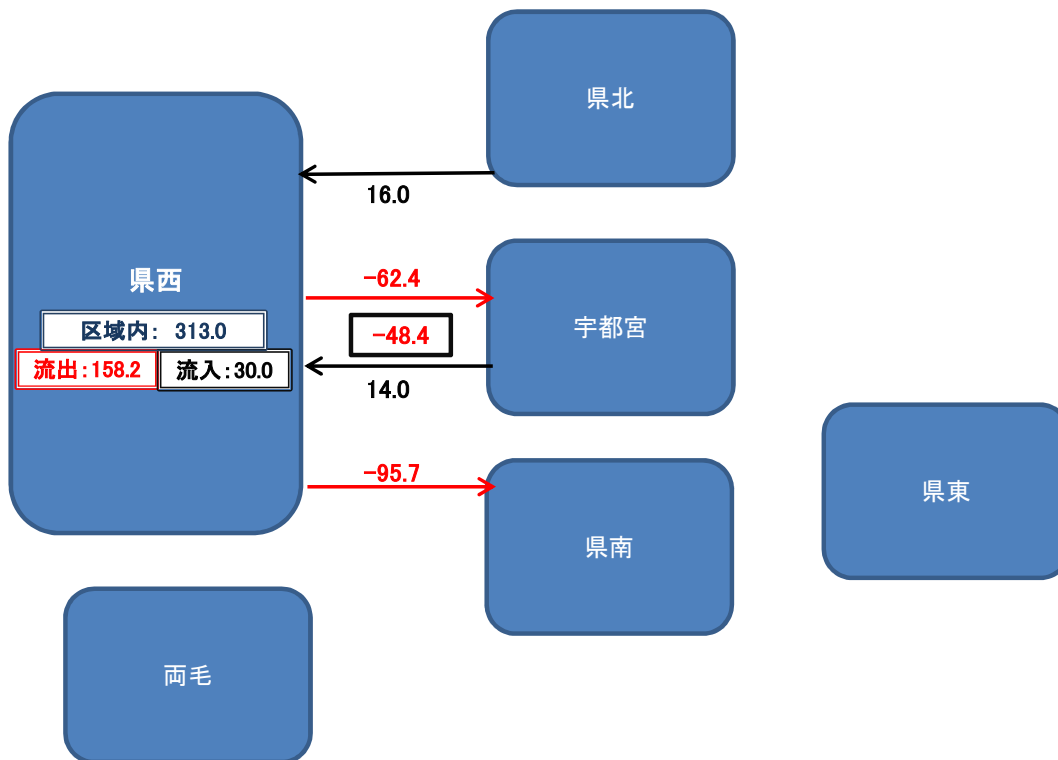
- ・ 流出入状況 = 医療機関所在地での必要病床数 - 患者住所地での必要病床数 として算出
- ・ 個人情報保護のシステム上、疾病区分ごとで"10未満"となるデータは"0"で集計される

県西地域の患者流出入(2025年)

【高度急性期の流出入】 単位:人/日

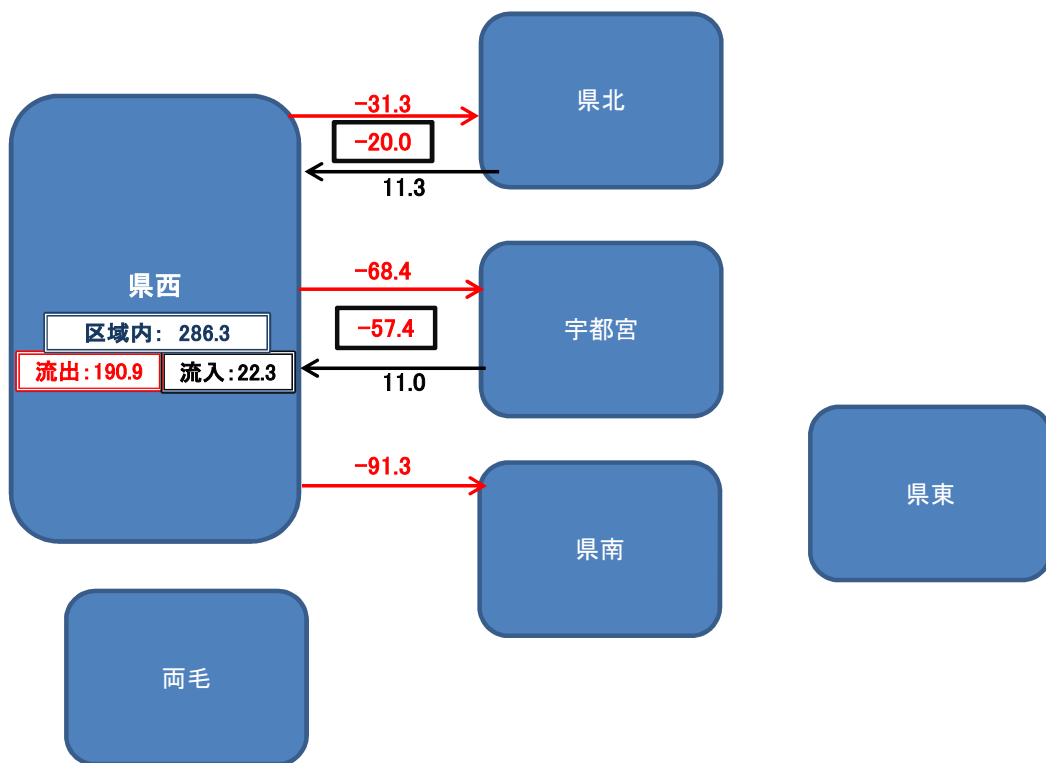


【急性期の流出入】 単位:人/日

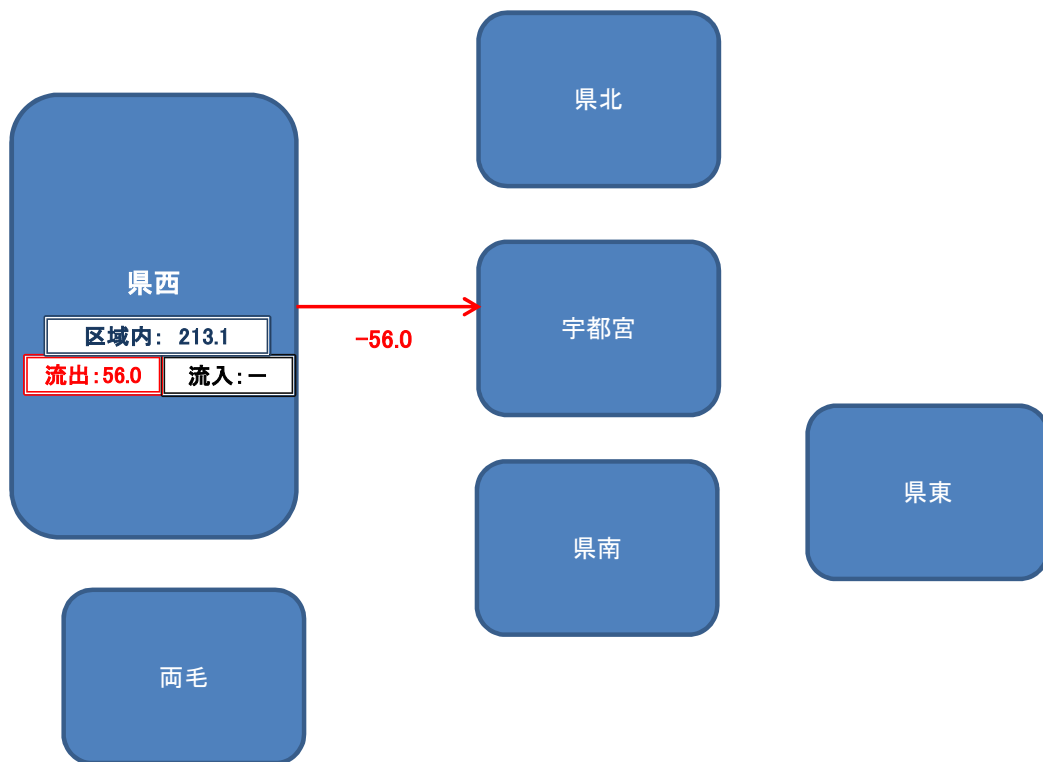


県西地域の患者流出入(2025年)

【回復期の流出入】 単位:人/日



【慢性期の流出入】 単位:人/日



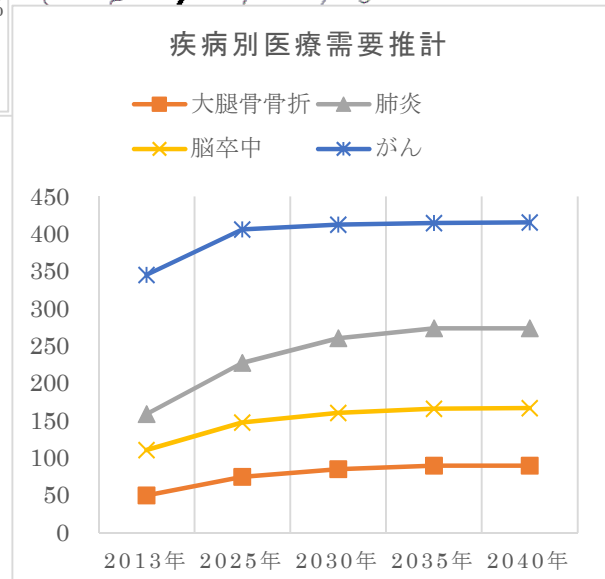
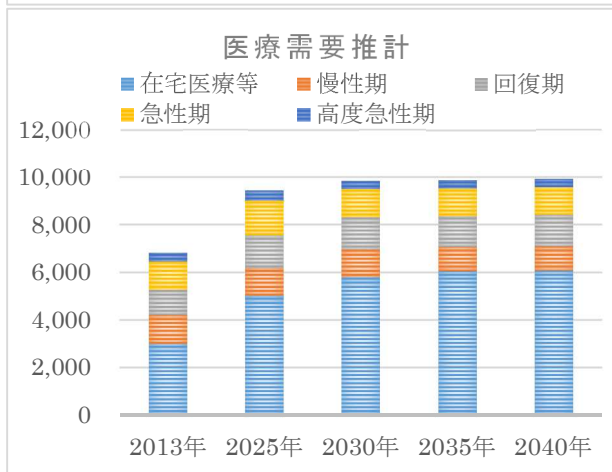
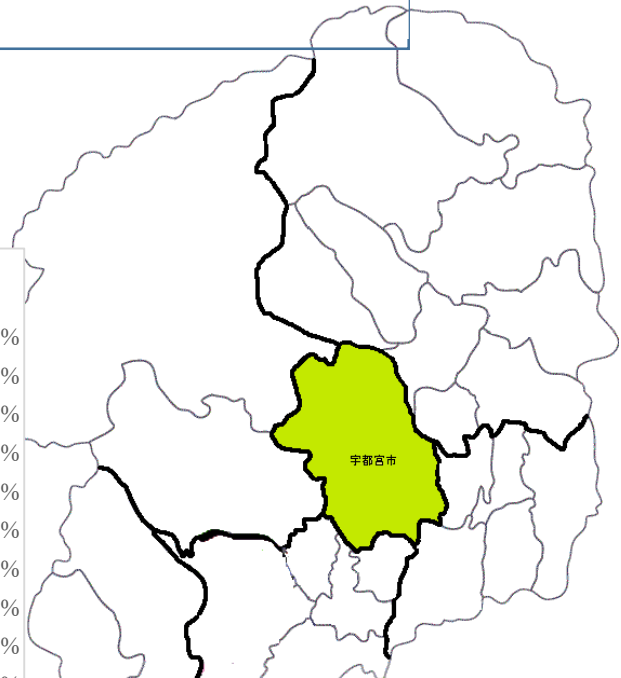
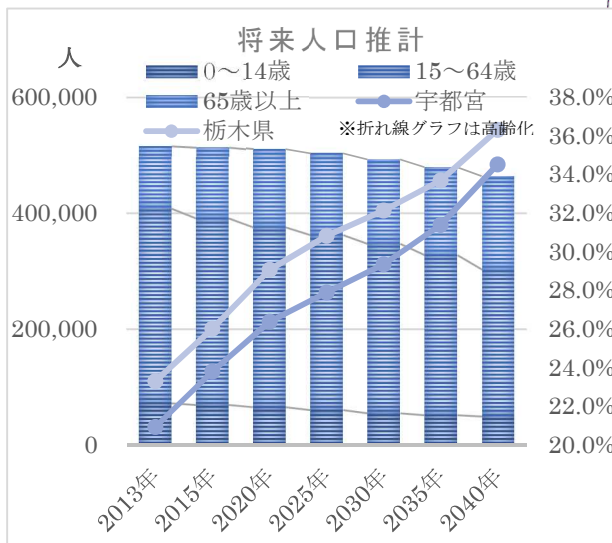
宇都宮地域医療構想

現状

- ・高度急性期の一部（小児医療）で患者の流出がみられるが、その他の機能では流入がみられる
- ・医療機関数は多い状況にあり、各医療機関が担っている機能をより明確化し十分に活かす必要がある
- ・在宅医療等の需要増に対して、量・質ともに充実が求められる

施策の方向性

- ・救急医療や小児医療等、必要な医療提供体制の維持及び連携体制の強化
- ・リハビリテーションを提供する病床や在宅復帰を支援する病床の整備促進
- ・各医療施設の役割分担の明確化と住民への周知
- ・在宅医療等の基盤整備の促進



1 構想区域の医療等の概要

(1) 地域特性

宇都宮地域医療構想区域（以下「本区域」といいます。）は、宇都宮市1市を区域としています。県中央部に位置し、面積は416.84km²で、県全体の面積の6.5%を占めています。

人口は平成26（2014）年10月1日現在517,696人で、県人口の26.1%を占めています。人口密度は1,241.95人/km²と県平均の309.13人/km²を大きく上回っています。年齢別でみると、年少人口（0～14歳）は71,129人（14.0%）、生産年齢人口（15～64歳）は321,828人（63.4%）、老年人口（65歳以上）は114,681人（22.6%）となっています。県平均の構成割合と比較すると、老年人口は県平均（25.1%）を下回っていますが、将来的には増加し、平成37（2025）年には28%近くに達し、平成52（2040）年には35%近くになると推計されています。

(2) 人口動態

平成26（2014）年における人口動態調査によると、出生数が4,796人、死亡数が4,553人となっており、出生数が死亡数を上回っています。

死因別死亡では、人口10万人当たりの死亡率の高い順に、悪性新生物（254）、心疾患（140）、脳血管疾患（90）となっています。

(3) 医療機関等

平成27（2015）年4月1日現在、病院が31施設、有床診療所が39施設、病院の一般病床が3,009床、病院の療養病床が1,442床、有床診療所の病床数が534床となっています。

平成27年8月における地方厚生局長に届け出ている在宅療養支援診療所の数は、人口10万人当たり7.0となっており、県平均の7.7を下回っています。また、平成27年8月における訪問看護ステーション数は人口10万人当たり4.9となっており、県平均の4.3を上回っています。

	病 院			有床診療所			病床計
	施設数	一般病床	療養病床	施設数	一般病床	療養病床	
宇都宮市	31	3,009	1,442	39	512	22	4,985

【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）、施設数には精神科病床のみを有する施設も含む】

区分	施設数	人口10万対
在宅療養支援診療所	36施設（155施設）	7.0（7.7）
訪問看護ステーション	25施設（86施設）	4.9（4.3）

【出典：栃木県調べ（平成27年8月、（ ）内は県全体数、人口10万対の（ ）内は県平均】

(4) 医療従事者

人口10万人当たりで見ると、医療施設に従事する医師、就業助産師及び就業准看護師を除いて、県平均を上回っています。

区分	人数	人口10万対
医療施設に従事する医師	950人 (4,214人)	183.4 (212.9)
医療施設に従事する歯科医師	386人 (1,299人)	74.5 (65.6)
薬局・医療施設に従事する薬剤師	844人 (3,001人)	162.9 (151.6)
就業保健師	229人 (837人)	44.2 (42.3)
就業助産師	96人 (462人)	18.5 (23.3)
就業看護師	4,438人 (15,019人)	856.6 (758.6)
就業准看護師	1,700人 (6,648人)	328.1 (335.8)

【出典：医師数から薬剤師数は厚生労働省「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」、人数の（）内は県全体数、人口10万対の（）内は県平均】

(5) 受療動向の概要

平成23(2011)年栃木県医療実態調査によると、病院の一般病床及び療養病床への入院患者については、他の区域への流出割合が20.0%、他の区域からの流入割合が31.1%となっています。

また、「推計ツール」を用いた平成37(2025)年の推計では、医療機能別では、高度急性期では流出が流入を超過し、急性期、回復期、慢性期では流入が流出を超過すると推計されます。

(6) 介護施設数(入所施設の定員)

介護施設の定員は人口10万人当たり、特別養護老人ホームで353.4人(県平均453.3人)、介護老人保健施設で200.1人(県平均281.8人)と、いずれも県平均を下回っています。

区分	施設数	人口10万対
特別養護老人ホーム	35施設 (203施設)	6.7 (10.3)
介護老人保健施設	11施設 (65施設)	2.1 (3.3)

区分	定員	人口10万対
特別養護老人ホーム	1,833人 (8,956人)	353.4 (453.3)
介護老人保健施設	1,038人 (5,567人)	200.1 (281.8)

【出典：栃木県調べ(平成27年7月、()内は県全体数、人口10万対の()内は県平均】

2 2025年の医療需要と必要病床数

機能区分	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
医療需要[人/日]	327	1,136	1,226	1,074	3,763
必要病床数[床]	437	1,457	1,363	1,167	4,424

【参考】平成26年度病床機能報告結果

(単位：床)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	計
2014年	680	2,156	342	1,642	109	4,929
2020年	680	2,056	342	1,742	109	4,929

◆2025年の在宅医療等の必要量

在宅医療等	5,012 [人/日]
-------	-------------

3 医療機能の分化・連携に向けた課題等

【高度急性期】

- 高度急性期においては、県北、県西、県東の各区域からの流入や、県南区域への流出がみられますが、これは、本区域に病院が集積している一方、高度専門医療については、とちぎ子ども医療センターなど県南区域にある大学病院へ医療需要が集中しているためと考えられます。

【急性期・回復期・慢性期】

- 急性期・回復期・慢性期においては他の区域からの流入がみられ、特に慢性期における流入が多くなっています。引き続き、他の区域からの流入への対応等が必要と考えられます。

【在宅医療等】

- 在宅医療の提供体制については、2013年と比べ2025年の在宅医療等の医療需要が1.68倍(2,985人/日⇒5,012人/日)、うち訪問診療分が1.52倍(1,225⇒1,862)と推計されることから、量的・質的両面において在宅医療に係る医療資源の一層の充実が求められます。また、在宅医療等に対する住民の理解を深めていくことも重要です。

【特に取組を要するその他の課題等】

- 小児分野について、他区域よりは少子化の進行のスピードが遅いことから、当面は小児分野の医療需要も発生するため、特に急性期等における小児医療体制の維持が必要であると考えられます。
- 本区域内には他の区域に比較して医療機関数は多い状況にありますが、他の区域からの流入を考慮すると、勤務医は比較的少なく、更なる確保が必要です。また、それぞれの医療機関が担っている機能を明確化し、その機能を十分に活かす必要があります。

4 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

高齢化の進展に伴い、より身近な地域において、患者一人ひとりの病態に応じた「治し支える医療」の確保が求められます。

また、他の区域からの患者の流入は今後も続くものと思料されます。

このことを念頭に置きながら、本区域における医療機能の分化・連携に向けた課題や将来の医療需要を踏まえ、良質な医療を効率的に提供できるバランスのとれた医療提供体制を構築していくため、以下の施策に取り組みます。

【医療機能分化・連携の促進】

- ・他の区域から救急患者が流入している状況や住民・患者のニーズへの変化に対応するため、今後とも、宇都宮市救急医療対策連絡協議会での検証等、必要な医療提供体制の維持及び医療連携体制の強化を図ります。
- ・病床機能の転換等により、将来の医療需要に対応できる病床の整備を促進します。特に、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟等のリハビリテーションを提供する病床や、在宅復帰を支援する病床の整備を促進します。
- ・患者の状態に応じた医療を切れ目なく円滑に提供するため、医療機関間の機能分担を明確にし、連携を促進します。併せて、住民や患者が適切な医療機関を選択できるように各医療機関が担う機能等について周知を図ります。
- ・小児医療については、県南区域のとちぎ子ども医療センターと本区域の医療機関が適切に機能分担をしている現状を踏まえ、効率的な医療提供体制の維持を図ります。

【在宅医療等の充実】

- ・在宅医療の需要の大幅な増加に備えるため、在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所・在宅療養支援歯科診療所、訪問看護ステーション及び在宅患者訪問薬剤管理指導の届出を行う薬局等、在宅医療を担う基盤整備を促進します。
- ・医師会、歯科医師会、薬剤師会や看護協会等の団体間の連携のもと、「宇都宮市地域療養支援体制検討会議」における検討等を通して、慢性期機能を担う医療機関と在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、歯科診療所、薬局、老人保健施設、老人福祉施設等の在宅医療・介護に携わる関係機関の切れ目のない連携体制の構築に取り組みます。
併せて、在宅医療・介護の連携体制について、住民の理解を深めるために、わかりやすい周知等に取り組みます。
- ・訪問診療を行う医師や訪問看護師をはじめホームヘルパーやケアマネジャーなどの介護サービス従事者など、在宅医療・介護を支える各種専門職の連携体制の構築を図ります。

【医療従事者の養成・確保】

- ・医療従事者の確保に向けた医療機関等の自主的な取組を支援します。
- ・医療現場の環境改善や再就職支援の取組を促進し、医療従事者の確保・定着を図ります。
- ・医療勤務環境の改善の取組を支援すること等により、医療従事者の定着を図ります。
- ・在宅医療に従事する医療・介護職の専門的知識・技術等の向上に資する取組等を推進します。

5 構想の推進体制及び関係者の役割

(1) 推進体制

【地域医療構想調整会議】

地域医療構想の実現に向けて、医療・介護関係者等で構成する「宇都宮地域医療構想調整会議」を設置し、病床機能報告結果の情報共有や「地域医療介護総合確保基金」を活用した取組等の進捗状況の検証を行うとともに、最新のデータに基づき、区域内の将来の医療提供体制のあり方とその構築に向けた取組等について引き続き検討します。

(2) 関係者等の役割

【県】

宇都宮地域医療構想調整会議等を運営し、「地域医療介護総合確保基金」を活用するなどして、本区域内の医療機関等の医療機能分化・連携に係る自主的取組等を促進します。

【宇都宮市】

宇都宮地域医療構想調整会議の運営に協力し、また、市が開催する会議等を活用し、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、地域特性を活かした地域包括ケアシステムの構築を図ります。

【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。

【医療機関等】

医療機能の分化・連携に係る地域課題を共有し、自ら機能分化・連携に取り組み、他の医療機関や介護施設等との連携を強化する等、将来の医療需要に対応したバランスのとれた医療提供体制の構築に協力します。

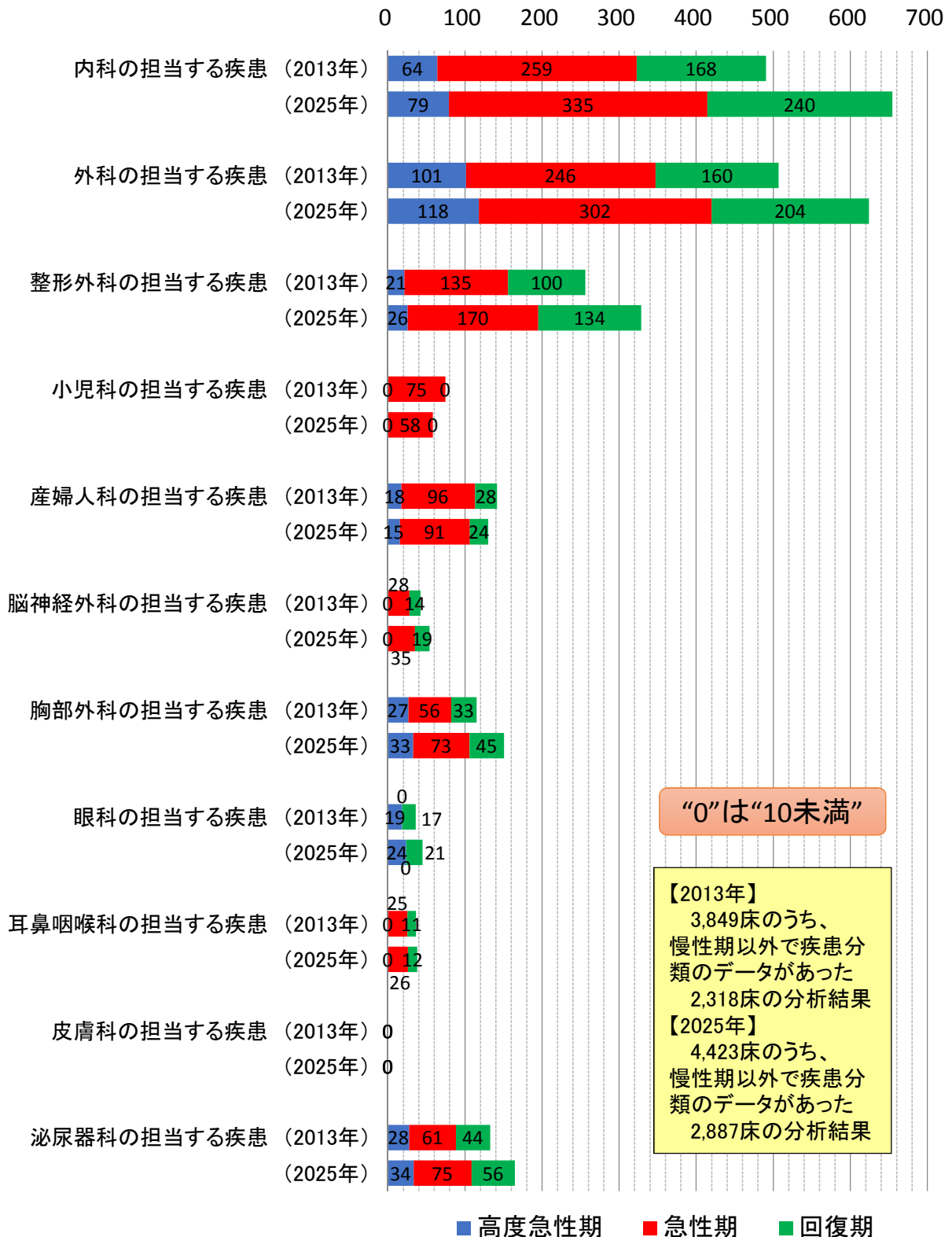
【介護事業者等】

医療機能の分化・連携に係る地域課題を共有し、医療機関等との連携強化による介護サービスの充実等を図るなど、地域包括ケアシステムの構築に協力します。

【住民】

医療機関の役割等に関する理解を深め、適切な受療行動に努めるとともに、終末期医療・ケアを含めた自らの療養生活のあり方等について考えを深めます。

疾病区分グループ別の必要病床数の推移(宇都宮)(1)



“0”は“10未満”

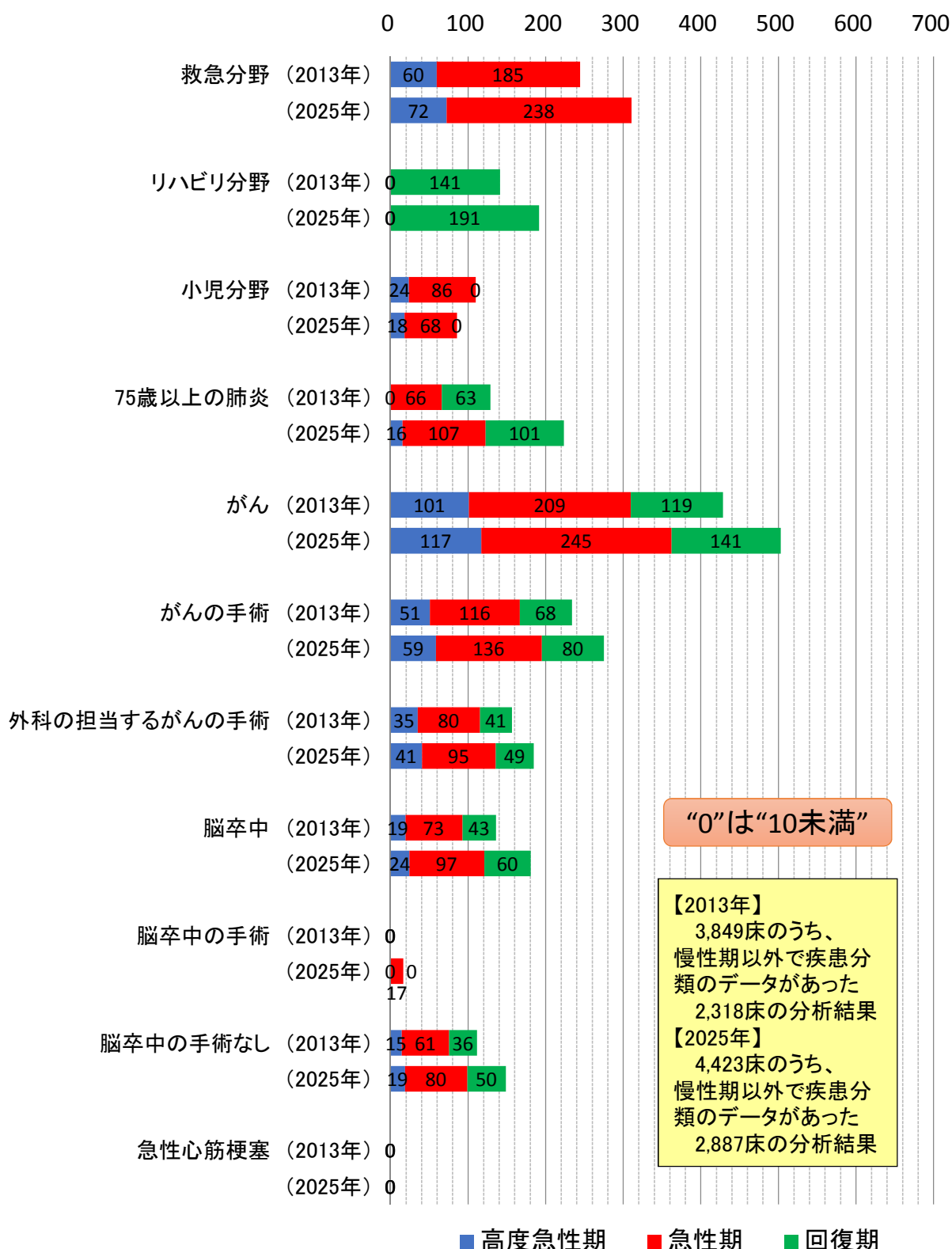
【2013年】
3,849床のうち、慢性期以外で疾患分類のデータがあった
2,318床の分析結果

【2025年】
4,423床のうち、慢性期以外で疾患分類のデータがあった
2,887床の分析結果

【必要病床数等推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

- ・ NDB,DPCLレセプトデータのうちMDC疾患分類で分類でき、疾病区分ごとにまとめられたデータを、独自にグループに再編し、医療機関所在地での必要病床数を集計
- ・ 慢性期の入院は疾患データが入っていないため分類不能、ほかMDC疾患分類不能のデータあり
- ・ 個人情報保護のシステム上、疾病区分ごとで“10未満”となるデータは“0”で集計される

疾病区分グループ別の必要病床数の推移(宇都宮)(2)



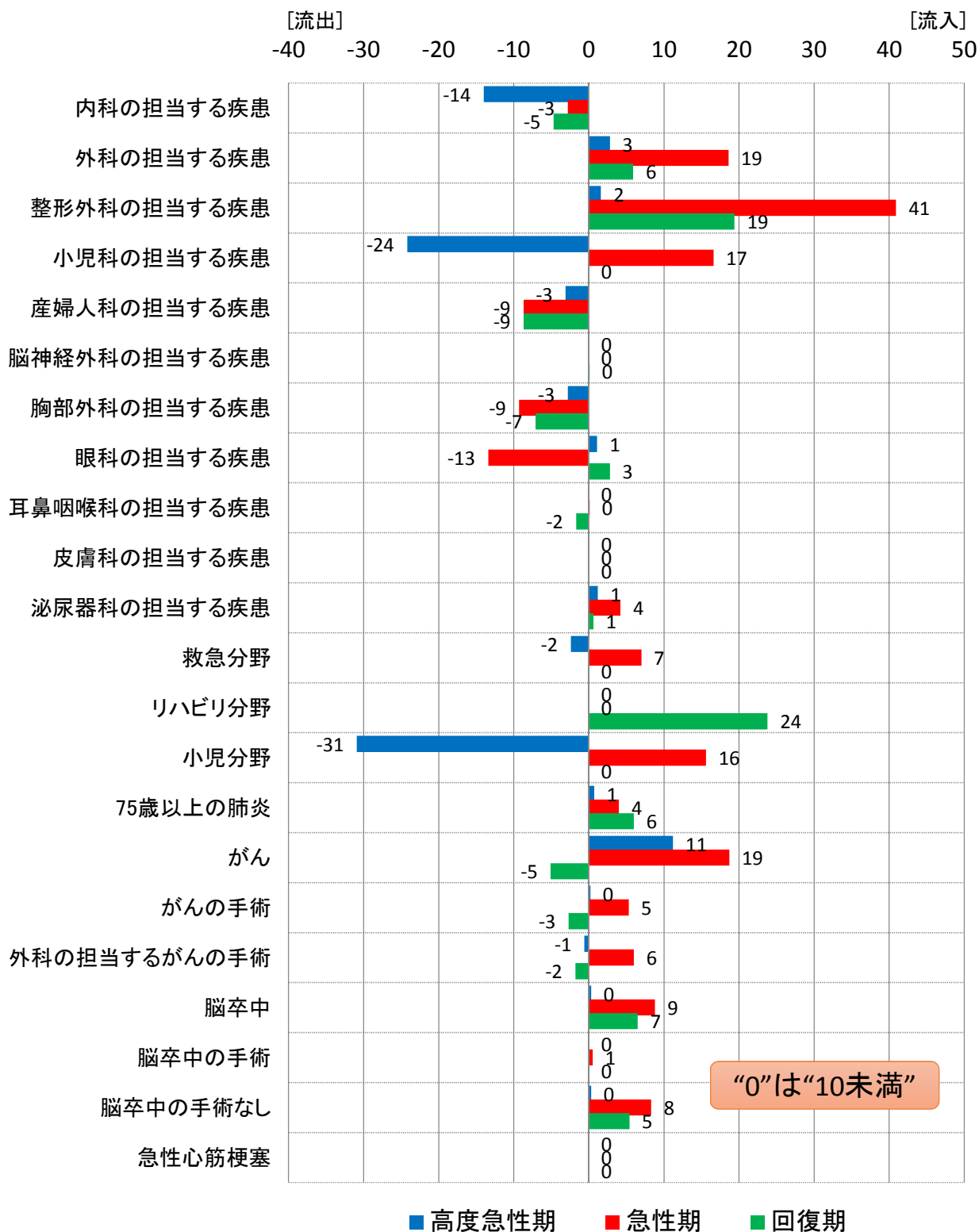
“0”は“10未満”

【2013年】
3,849床のうち、
慢性期以外で疾患分類のデータがあった
2,318床の分析結果
【2025年】
4,423床のうち、
慢性期以外で疾患分類のデータがあった
2,887床の分析結果

【必要病床数等推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

- ・ NDB, DPCLレセプトデータのうちMDC疾患分類で分類でき、疾病区分ごとにまとめられたデータを、独自にグループに再編し、医療機関所在地での必要病床数を集計
- ・ 慢性期の入院は疾患データが入っていないため分類不能、ほかMDC疾患分類不能のデータあり
- ・ 個人情報保護のシステム上、疾病区分ごとで“10未満”となるデータは“0”で集計される

2025年の必要病床数での患者流出入状況(宇都宮)



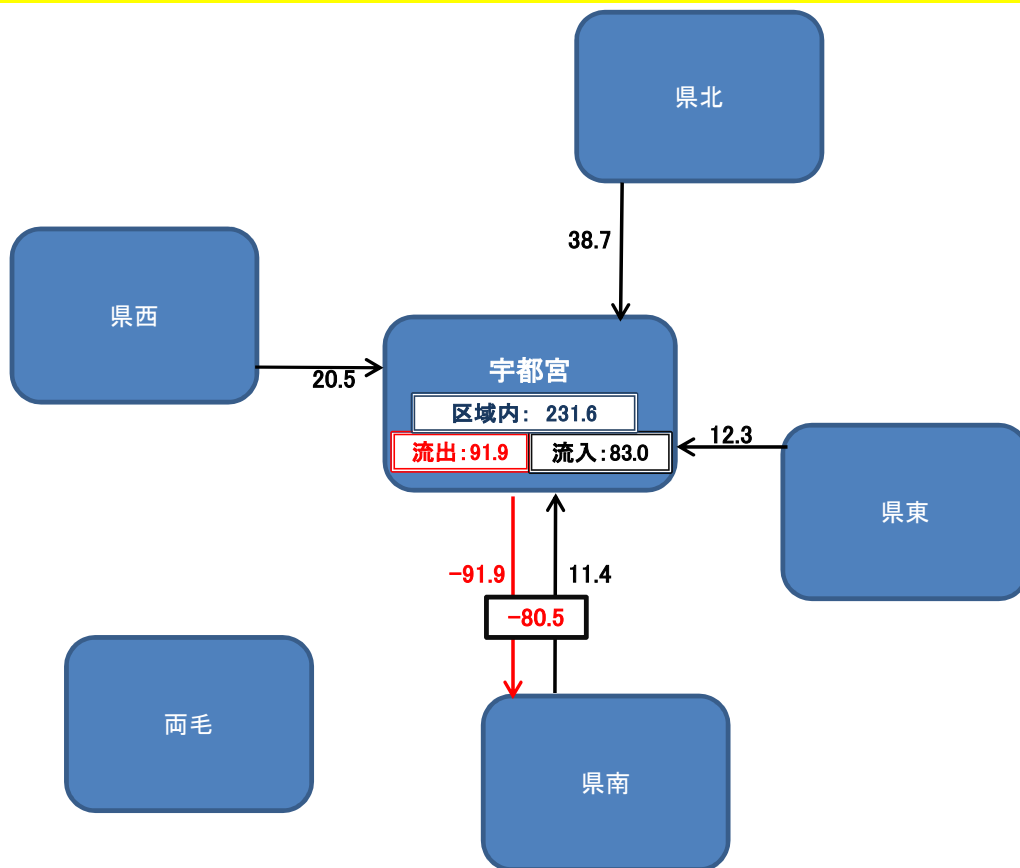
“0”は“10未満”

患者住所地の必要病床数(医療需要)が的中し、医療機関所在地の必要病床数(今の流出入状況)が続いた仮定での状況

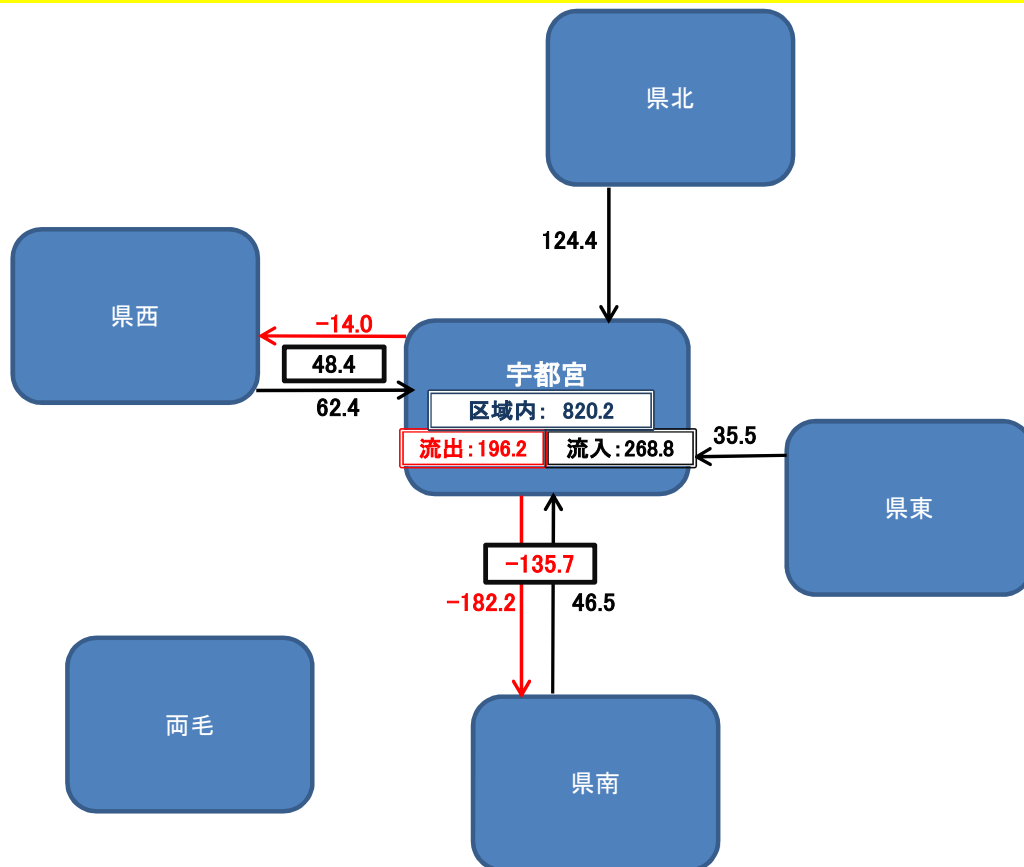
- 【必要病床数等推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】
- ・ 流出入状況 = 医療機関所在地での必要病床数 - 患者住所地での必要病床数 として算出
 - ・ 個人情報保護のシステム上、疾病区分ごとで“10未満”となるデータは“0”で集計される

宇都宮地域の患者流出入(2025年)

【高度急性期の流出入】 単位:人/日

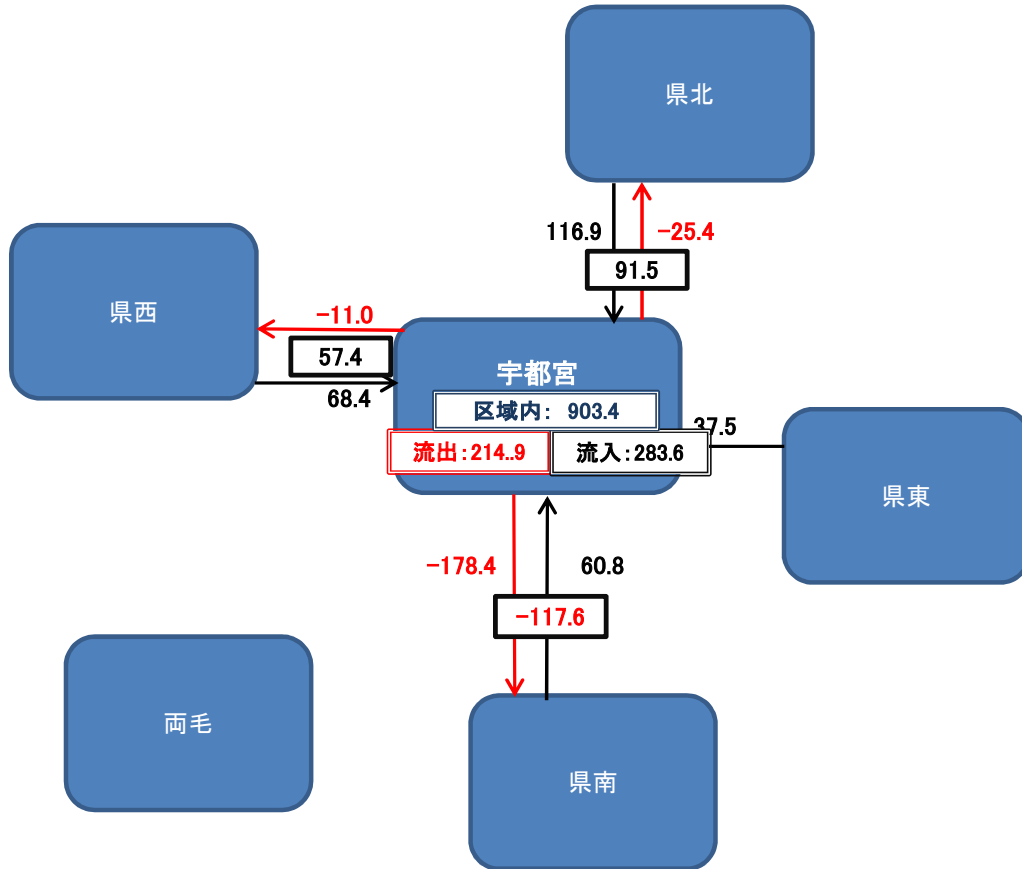


【急性期の流出入】 単位:人/日

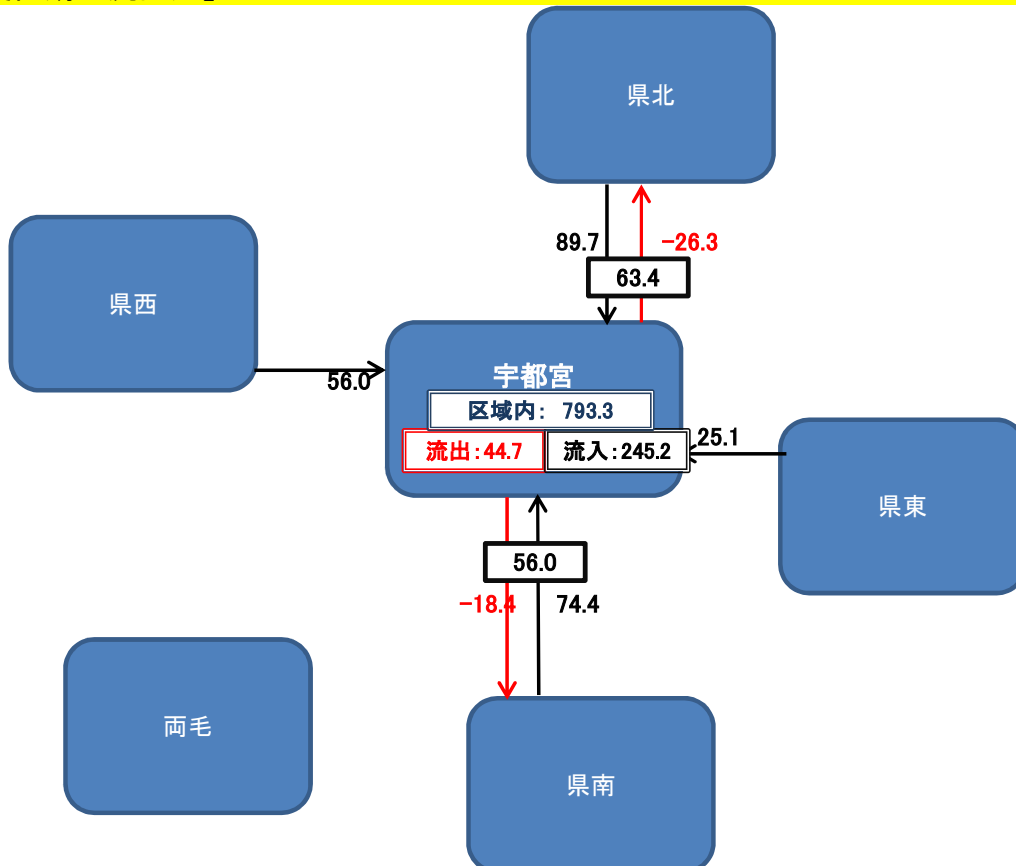


宇都宮地域の患者流出入(2025年)

【回復期の流出入】 単位:人/日



【慢性期の流出入】 単位:人/日



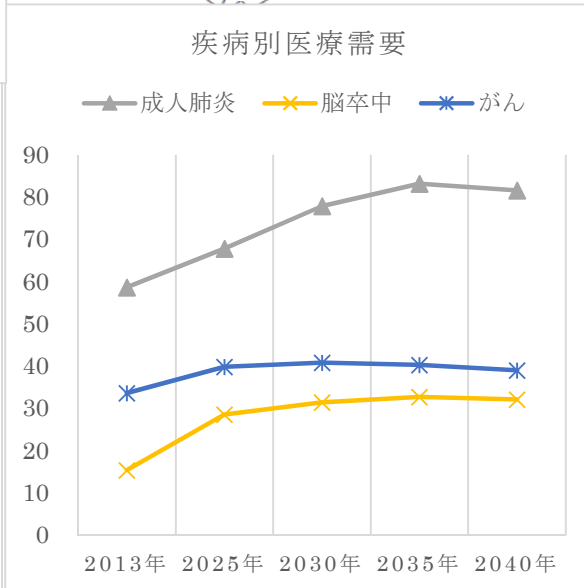
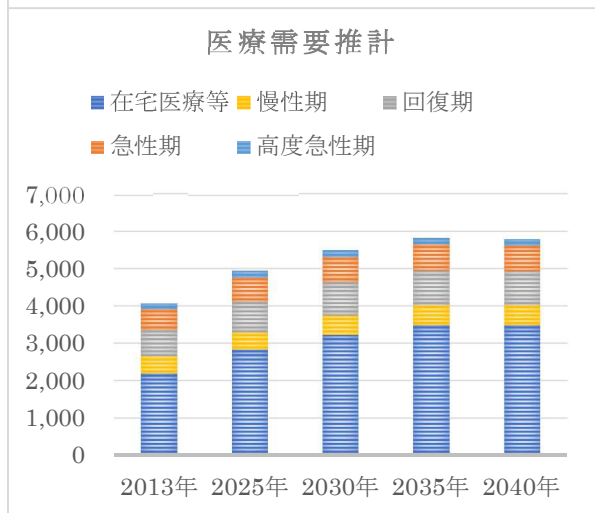
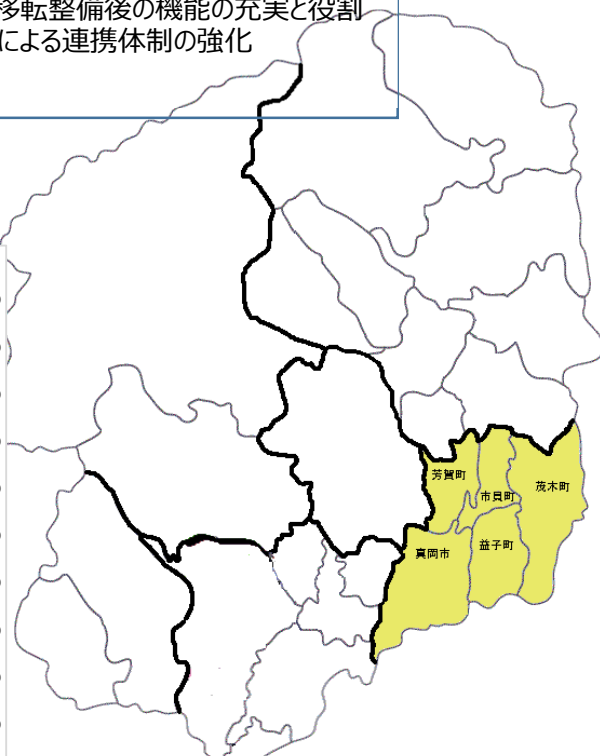
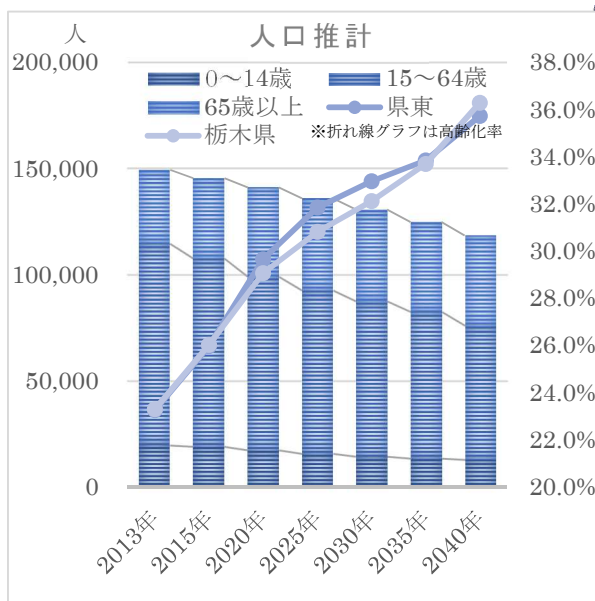
県東地域医療構想

現状

- ・全ての病床機能区分で患者の流出が見られ、特にリハビリテーション等の回復機能における流出が大きい
- ・がん治療では、県南及び宇都宮への流出が見られ、区域内のがん治療の在り方について検討する必要がある
- ・構想区域内の中核病院において移転計画が進められている

施策の方向性

- ・急性期病床から回復期病床への移行転換や、在宅復帰に向けたリハビリ機能の充実
- ・構想区域におけるがん治療の在り方の検討
- ・地域の関係者の協議に基づく、中核病院の移転整備後の機能の充実と役割分担による連携体制の強化



1 構想区域の医療等の概要

(1) 地域特性

県東地域医療構想区域（以下「本区域」といいます。）は真岡市、益子町、茂木町、市貝町、芳賀町の1市4町を区域としています。県南東部に位置し、面積は563.93㎢で県全体の8.8%を占めています。

人口は平成26（2014）年10月1日現在145,166人で、県人口の約7.4%を占めています。世帯数は49,987世帯で県内世帯の約6.6%を占めています。人口密度は257.42人/㎢で県の309.13人/㎢を下回っています。また、年齢別でみると、年少人口（0～14歳）が13.4%、生産年齢人口（15～64歳）が61.5%、老年人口（65歳以上）が25.1%で、老年人口が年少人口を11.7ポイント上回っています。なお本区域の高齢化率は、25.1%であり、県平均と同水準となっています。

(2) 人口動態

平成26（2014）年における人口動態調査によると、出生数が1,095人、死亡数が1,645人となっており、出生率は7.5で全国・県を下回っています。

死因別死亡では、人口10万人当たりの死亡率の高い順に、悪性新生物（308）、心疾患（181）、脳血管疾患（127）となっています。

(3) 医療機関・数

平成27（2015）年4月1日現在、病院が5施設、有床診療所が10施設、病院の一般病床が598床、病院の療養病床が181床、有床診療所の病床数が162床となっています。

平成27年8月における地方厚生局長に届け出ている在宅療養支援診療所の数は、人口10万人当たり5.3となっており、県全体の7.7を下回っています。また、平成27年8月における訪問看護ステーション数は人口10万人当たり2.7となっており、県全体の4.3を下回っています。

	病 院			有床診療所			病床計
	施設数	一般病床	療養病床	施設数	一般病床	療養病床	
真岡市	3	598	108	8	108	16	830
益子町	1	0	33	1	19	0	52
茂木町	1	0	40	0	0	0	40
市貝町	0	0	0	0	0	0	0
芳賀町	0	0	0	1	19	0	19
計	5	598	181	10	146	16	941

【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）】

区分	施設数	人口10万対
在宅療養支援診療所	8施設 (155)	5.3 (7.7)
訪問看護ステーション	4施設 (86)	2.7 (4.3)

【出典：栃木県調べ（平成27年8月、（ ）内は県全体数、人口10万対の（ ）内は県平均】

(4) 医療従事者

保健及び医療の従事者は、就業保健師を除き、いずれも県平均に比べ下回っています。

区分	人数	人口10万対
医療施設に従事する医師	166人 (4,214人)	114.5 (212.9)
医療施設に従事する歯科医師	82人 (1,299人)	56.6 (65.6)
薬局・医療施設に従事する薬剤師	155人 (3,001人)	106.9 (151.6)
就業保健師	65人 (837人)	44.8 (42.3)
就業助産師	27人 (462人)	18.6 (23.3)
就業看護師	752人 (15,019人)	518.8 (758.6)
就業准看護師	409人 (6,648人)	282.2 (335.8)

【出典：医師数から薬剤師数は厚生労働省「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」、人数の（ ）内は県全体数、人口10万対の（ ）内は県平均】

(5) 受療動向の概要

平成23(2011)年栃木県医療実態調査によると、病院の一般病床及び療養病床への入院患者については、他の区域への流出割合が41.8%（宇都宮地域医療構想区域13.3%、県南医療構想区域22.2%）、他の区域からの流入割合が10.5%となっており、流出の多くは、大学病院やがん専門機関等への入院と考えられます。

また、「推計ツール」を用いた平成37（2025）年の推計では、医療機能別では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期いずれにおいても流出が流入を超過すると推計されます。

(6) 介護施設数（入所施設の定員）

介護施設の定員は人口10万人当たり、特別養護老人ホームで447.9人（県平均453.3人）、介護老人保健施設360.5人（県平均281.8人）となっています。

区分	施設数	人口10万対
特別養護老人ホーム	16施設 (203施設)	11.1 (10.3)
介護老人保健施設	6施設 (65施設)	4.2 (3.3)

区分	定員	人口10万対
特別養護老人ホーム	646人 (8,956人)	447.9 (453.3)
介護老人保健施設	520人 (5,567人)	360.5 (281.8)

【出典：栃木県調べ（平成27年7月、（ ）内は県全体数、人口10万対の（ ）内は県平均】

2 2025年の医療需要と必要病床数

機能区分	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
医療需要[人/日]	46	211	180	142	579
必要病床数[床]	61	271	200	154	686

【参考】平成26年度病床機能報告結果 (単位：床)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	計
2014年	172	490	19	141	70	892
2020年	136	455	133	141	27	892

◆2025年の在宅医療等の必要量

在宅医療等	951 [人/日]
-------	-----------

3 医療機能の分化・連携に向けた課題等

【高度急性期・急性期】

- ・高度急性期、急性期とも県南及び宇都宮区域に流出が見られます。現在、高度急性期・急性期を中心的に担っている区域内の中核病院において移転計画が進められており、関係機関と協議の上、必要な機能を整備するとともに、他の医療機関との連携強化を図ることが必要です。

【回復期】

- ・本区域内に急性期治療後の患者を受け入れる施設が少ないことから、回復期全体及びリハビリ分野で、県南及び宇都宮区域への流出が見られます。将来の医療需要が増加することを踏まえ、急性期病床から回復期病床への転換や、在宅復帰に向けたリハビリ機能の充実が求められます。

【慢性期・在宅医療等】

- ・慢性期の入院については、宇都宮地域医療構想区域及び隣接県（筑西・下妻地域）などへの流出が見られます。2013年と比べ2025年では在宅医療等の需要が1.24倍（765人/日⇒951人/日）、うち訪問診療分が1.19倍（220⇒262）と推計されることを踏まえ、本区域内の在宅医療の充実や介護施設等との連携強化により、慢性期患者を地域で支える体制の強化が求められます。
- ・現在、市町、医師会、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、在宅医療に携わる医師・歯科医師・薬剤師等の関係者により、地域包括ケアシステムの構築が進められており、ニーズに応じた地域のマンパワーの確保やサービス提供事業所の充実が求められます。

【その他特に取組を要する課題等】

- ・本区域は、病院や有床診療所などの医療資源が少なく、この傾向は、特に人口密度の低い地域ではより顕著となっています。そのため、今後も他地域への患者流出が続くと予想されることから、機能ごとに区域内の役割分担を検討するとともに、必要に応じて見直しを行う必要があります。
- ・救急分野については、本区域内の中核病院が中心的に担っています。真岡市内にある救急告示医療機関と連携し、今後とも体制の維持・強化が求められます。
- ・小児分野の大部分は、本区域内の中核病院が対応していますが、一部の高度急性期は県南区域のとちぎ子ども医療センターなどへの流出が見られます。今後とも体制の維持・強化と他区域も含めた連携が求められます。
- ・高齢者に多い疾患である「75歳以上の肺炎」については、ほぼ区域内で対応等においてバランスのとれた医療提供体制となっています。今後とも体制の維持・強化が求められます。
- ・がん治療については、入院、外来ともに、県南区域の大学病院や宇都宮区域の公的病院等への流出が見られます。高齢者人口の増加に伴い医療需要も高まると考えられることから、本区域内におけるがん治療の在り方について検討する必要があります。

4 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

高齢化の進展に伴い、より身近な地域において患者一人ひとりの病態に応じた切れ目のない「治し支える医療」の確保が求められます。

本区域における医療機能の分化・連携に向けた課題や将来の医療需要を踏まえ、良質な医療を効率的に提供できるバランスのとれた医療提供体制を構築していくため、以下の施策に取り組みます。

【医療機能分化・連携の促進】

- ・急性期においては、本区域内の救急告示病院等を含めた救急医療での役割分担を検討し、円滑な救急患者の受け入れを図ります。
- ・病床機能報告において、回復期リハビリテーション病床（病棟）や地域ケア病床（病棟）への転換の動きが見られることから、本区域内の医療機関の役割分担を確認しながら、地域内完結に向けた取組を推進します。
- ・区域内におけるがん治療の在り方について検討します。
- ・関係機関と協議しながら、区域内の中核病院の移転整備後の機能を充実するとともに、役割分担による連携体制の強化を図ります。

【在宅医療等の充実】

- ・2025年には慢性期、在宅医療等の医療需要が増加することから、高齢世帯の家族形態、住民の意向等も確認しながら、在宅医療及び介護サービス提供体制の充実を図るとともに、医療と介護の連携を進めます。
- ・限られた医療資源を有効に活用するため、在宅医療の中心となる在宅療養支援診療所等の関係機関や、その他の医療従事者等との連携を進め、地域包括ケアシステムの構築を目指す取組を促進します。
- ・医師会、中核病院等と連携して、研修等を実施することにより在宅医療に携わる人材の育成や資質向上と、在宅医療に対する住民の理解促進を図ります。

【医療従事者の養成・確保】

- ・本区域内には医療従事者の養成機関がないことなどから、医療従事者の確保に向けた医療機関等の自主的な取組を支援します。
- ・医療現場の環境改善支援や再就職支援の取組を促進し、医療従事者の確保・定着を図ります。

5 構想の推進体制及び関係者の役割

(1) 推進体制

【地域医療構想調整会議】

地域医療構想の実現に向けて、医療・介護関係者等で構成する「県東地域医療構想調整会議」を設置し、病床機能報告結果の情報共有や「地域医療介護総合確保基金」を活用した取組等の進捗状況の検証を行うとともに、最新のデータに基づき、区域内の将来の医療提供体制のあり方とその構築に向けた取組等について引き続き検討します。

(2) 関係者等の役割

【県・健康福祉センター（保健所）】

県東地域医療構想調整会議等を運営し、市町や関係機関と連携しながら「地域医療介護総合確保基金」を活用するなどして、本区域内の医療機関等の医療機能分化・連携に係る自主的な取組等を支援します。

【市町】

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、医療・介護事業者と「顔の見える関係」を築きながら、地域特性を活かした地域包括ケアシステムの構築を図ります。

【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。

【医療機関等】

医療機能の分化・連携に関する地域課題を共有し、自ら機能分化・医療の効率化に取り組み、地域医師会の協力を得て医療機関同士や介護施設等との連携を強化する等、将来の医療需要に対応したバランスのとれた医療提供体制の構築に協力します。

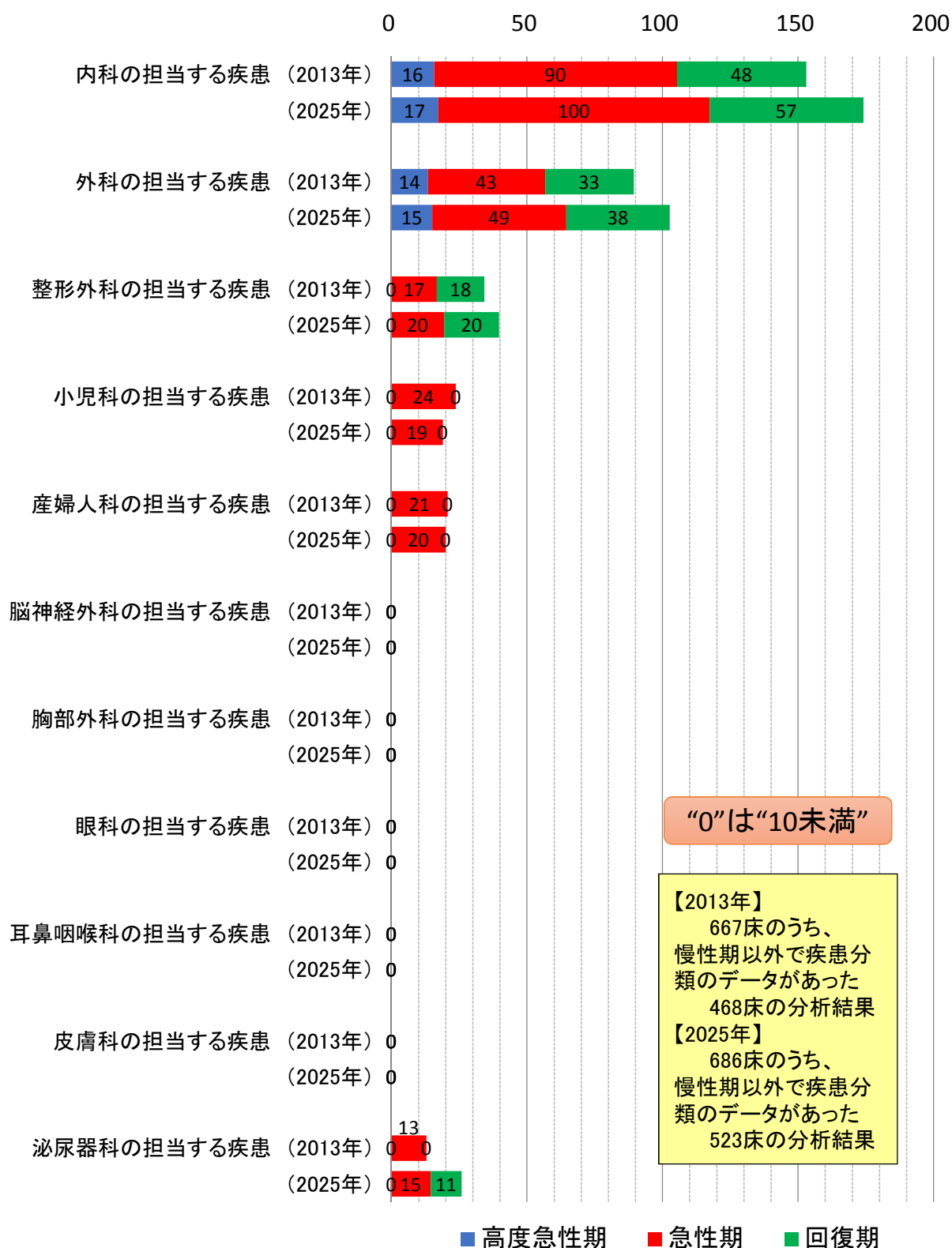
【介護事業者等】

医療機能の分化・連携及び介護サービス体系に係る地域課題を共有し、介護の質の確保に取り組むとともに、医療機関等との連携強化による介護サービスの充実等を図るなど、地域包括ケアシステムの構築に協力します。

【住民】

医療及び介護サービス提供体制の現状に関する理解を深め、適切な受療行動に努めるとともに、自らの終末期医療・ケアのあり方について考えを深めます。

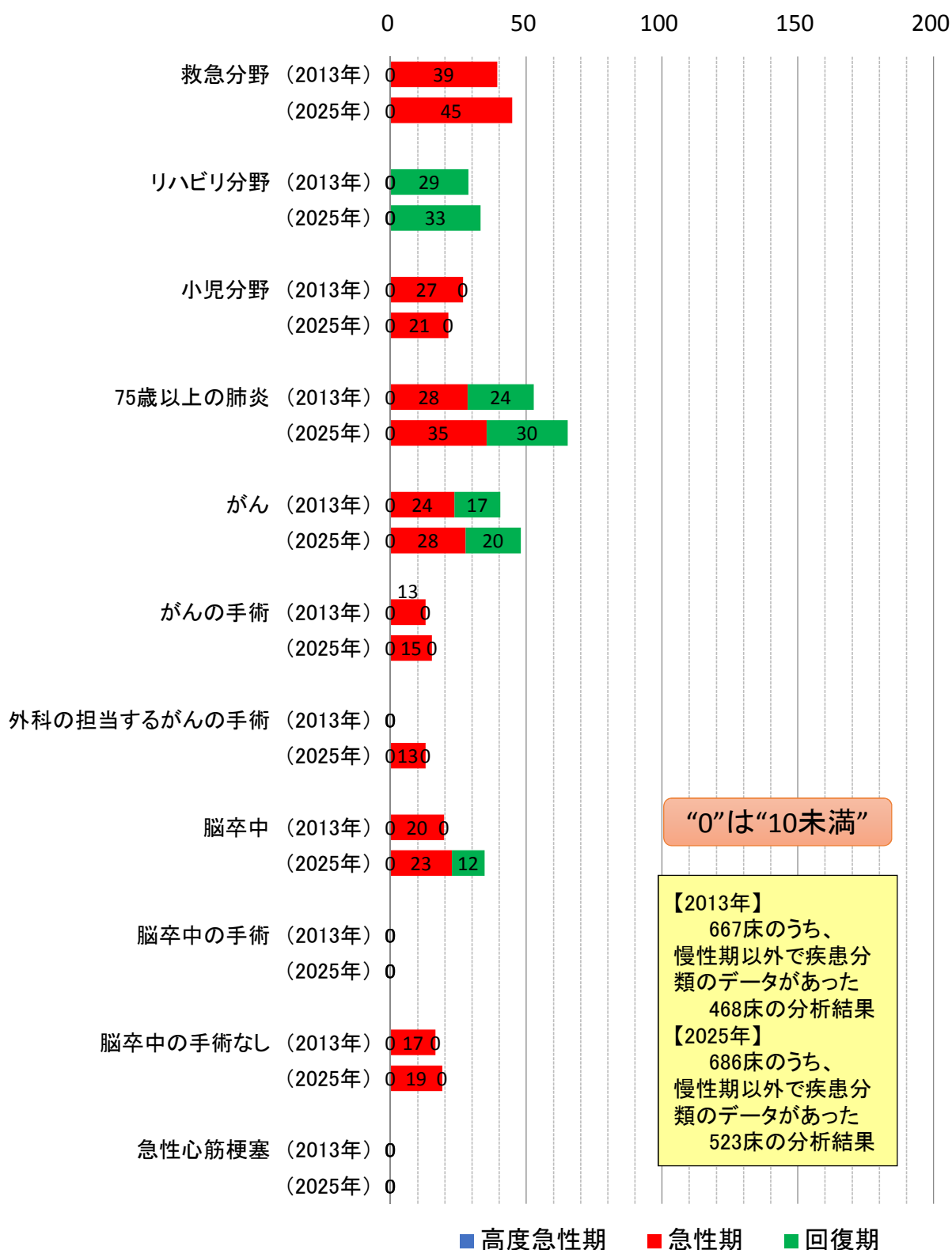
疾病区分グループ別の必要病床数の推移(県東)(1)



【必要病床数等推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

- ・ NDB, DPCLレセプトデータのうちMDC疾患分類で分類でき、疾病区分ごとにまとめられたデータを、独自にグループに再編し、医療機関所在地での必要病床数を集計
- ・ 慢性期の入院は疾患データが入っていないため分類不能、ほかMDC疾患分類不能のデータあり
- ・ 個人情報保護のシステム上、疾病区分ごとで“10未満”となるデータは“0”で集計される

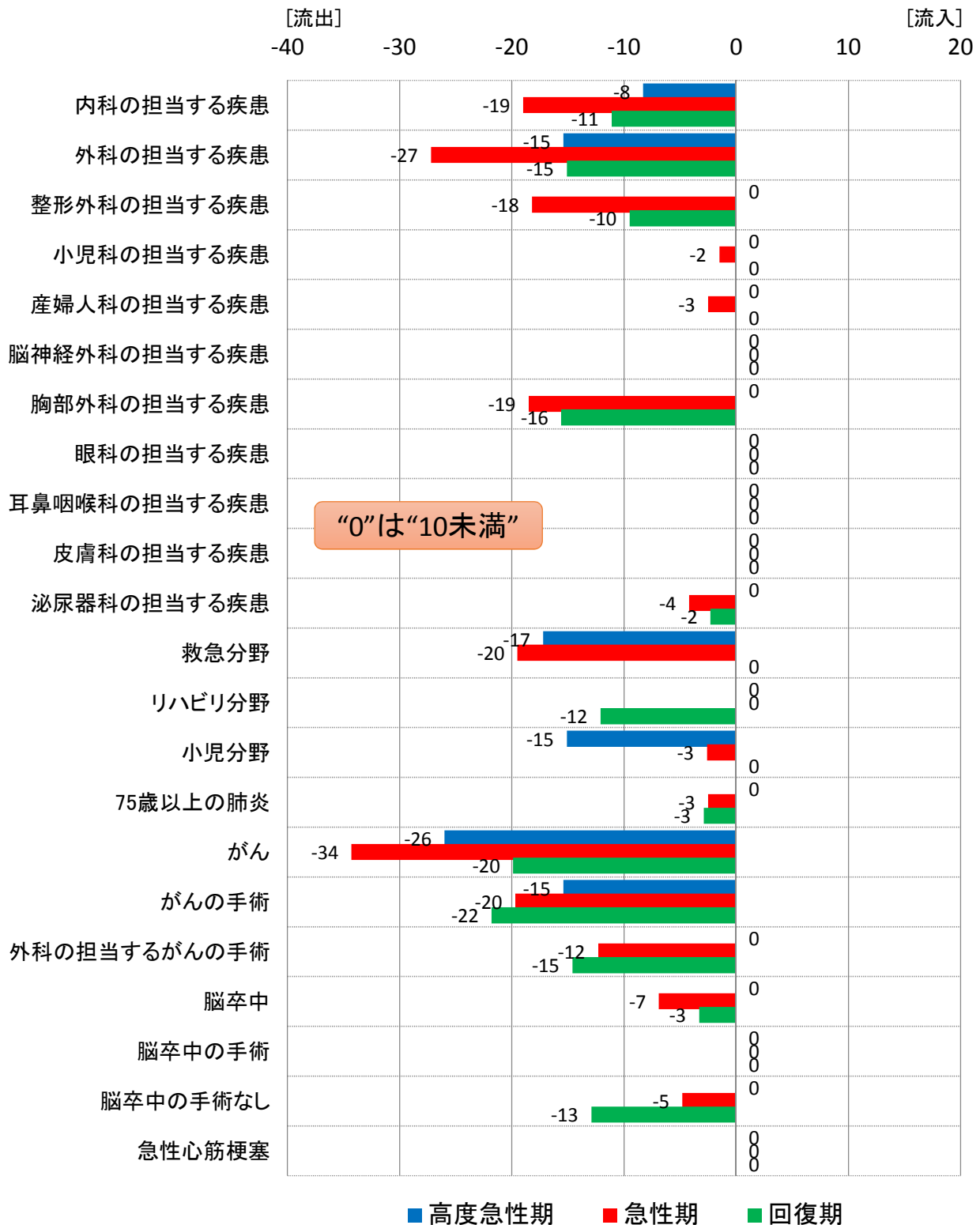
疾病区分グループ別の必要病床数の推移(県東)(2)



【必要病床数等推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

- ・ NDB, DPCLレセプトデータのうちMDC疾患分類で分類でき、疾病区分ごとにまとめられたデータを、独自にグループに再編し、医療機関所在地での必要病床数を集計
- ・ 慢性期の入院は疾患データが入っていないため分類不能、ほかMDC疾患分類不能のデータあり
- ・ 個人情報保護のシステム上、疾病区分ごとで“10未満”となるデータは“0”で集計される

2025年の必要病床数での患者流出入状況(県東)



“0”は“10未満”

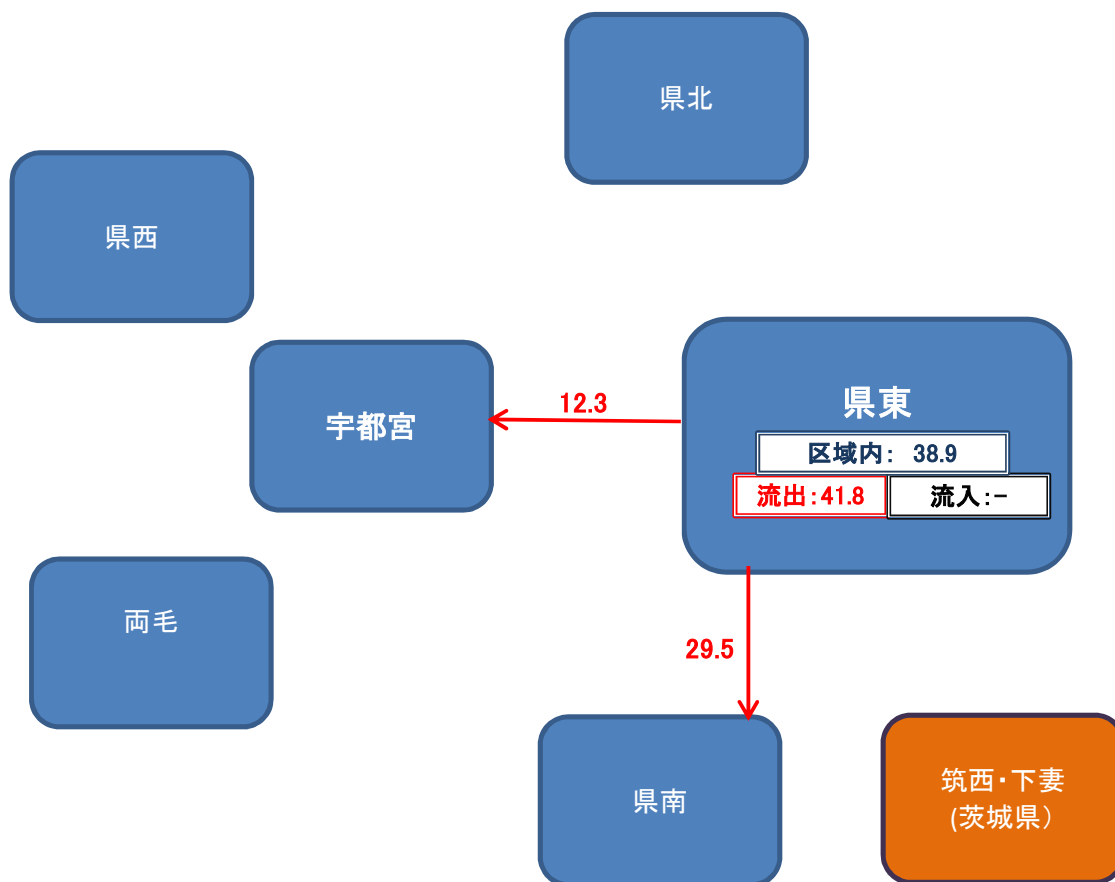
患者住所地の必要病床数(医療需要)が的中し、医療機関所在地の必要病床数(今の流出入状況)が続いた仮定での状況

【必要病床数等推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

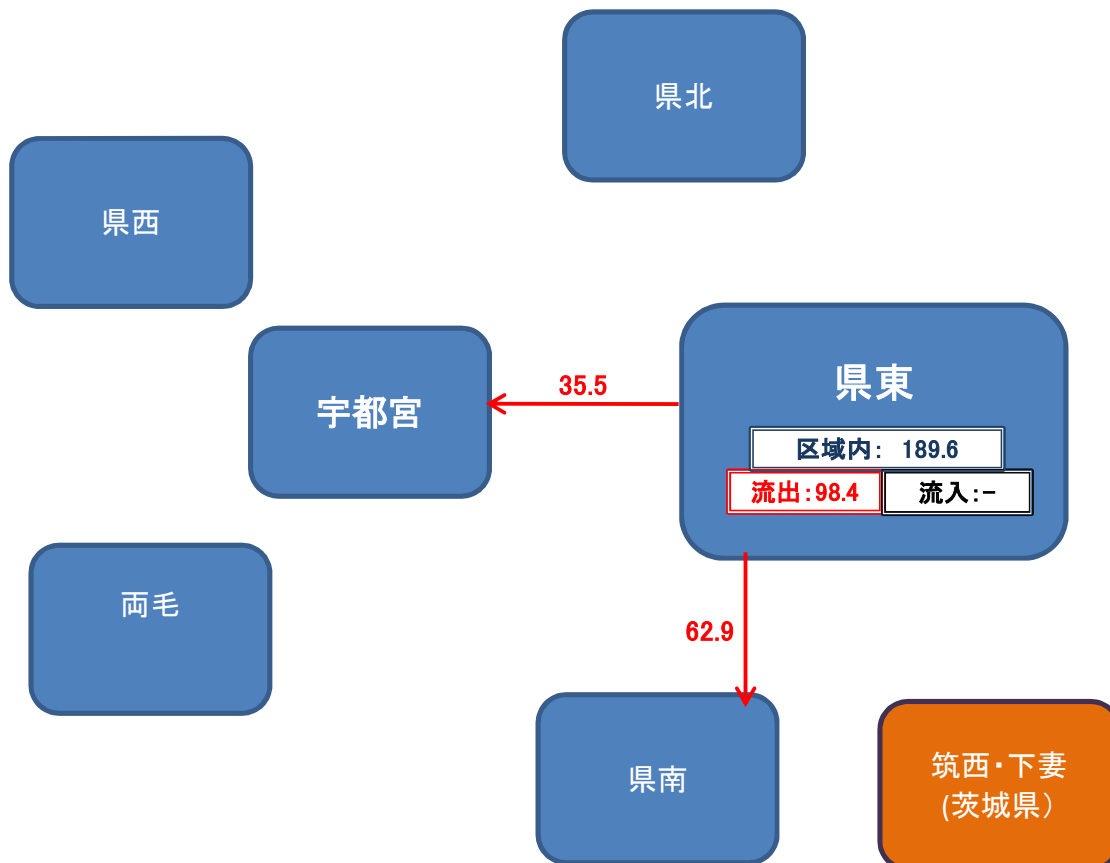
- ・ 流出入状況 = 医療機関所在地での必要病床数 - 患者住所地での必要病床数 として算出
- ・ 個人情報保護のシステム上、疾病区分ごとで“10未満”となるデータは“0”で集計される

県東地域の患者流出入(2025年)

【高度急性期】 単位:人/日

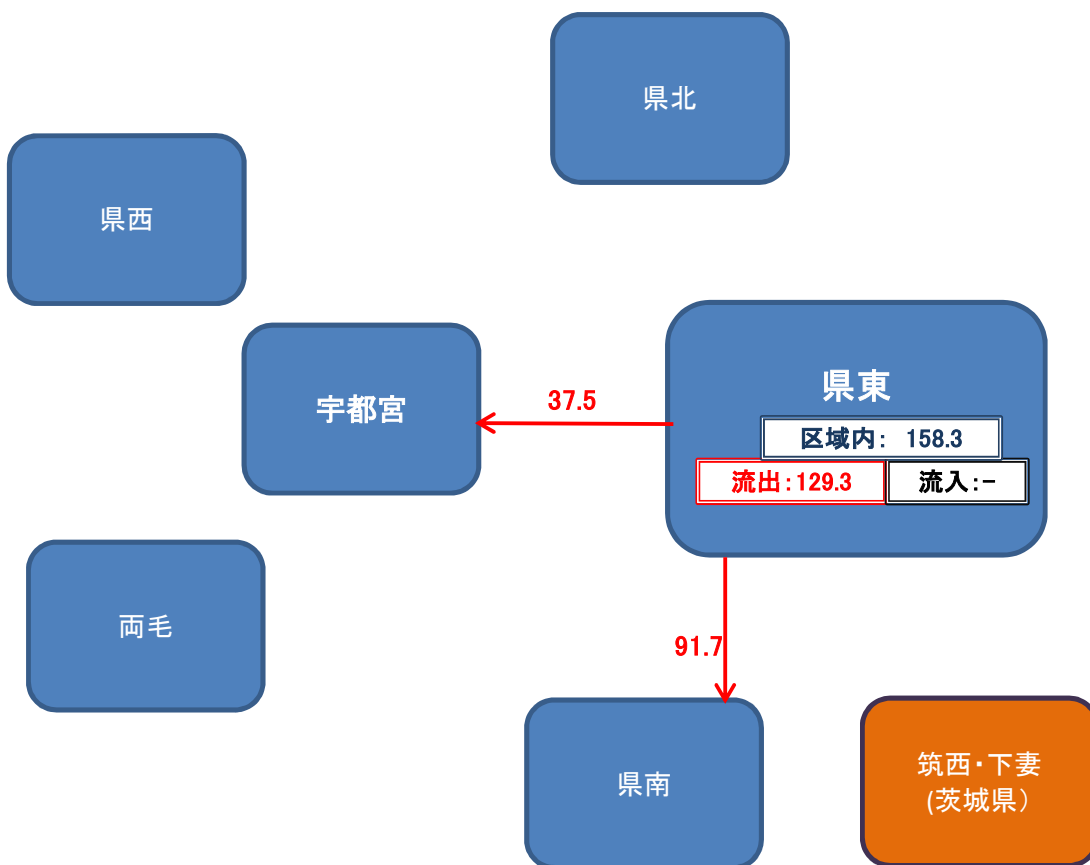


【急性期】 単位:人/日

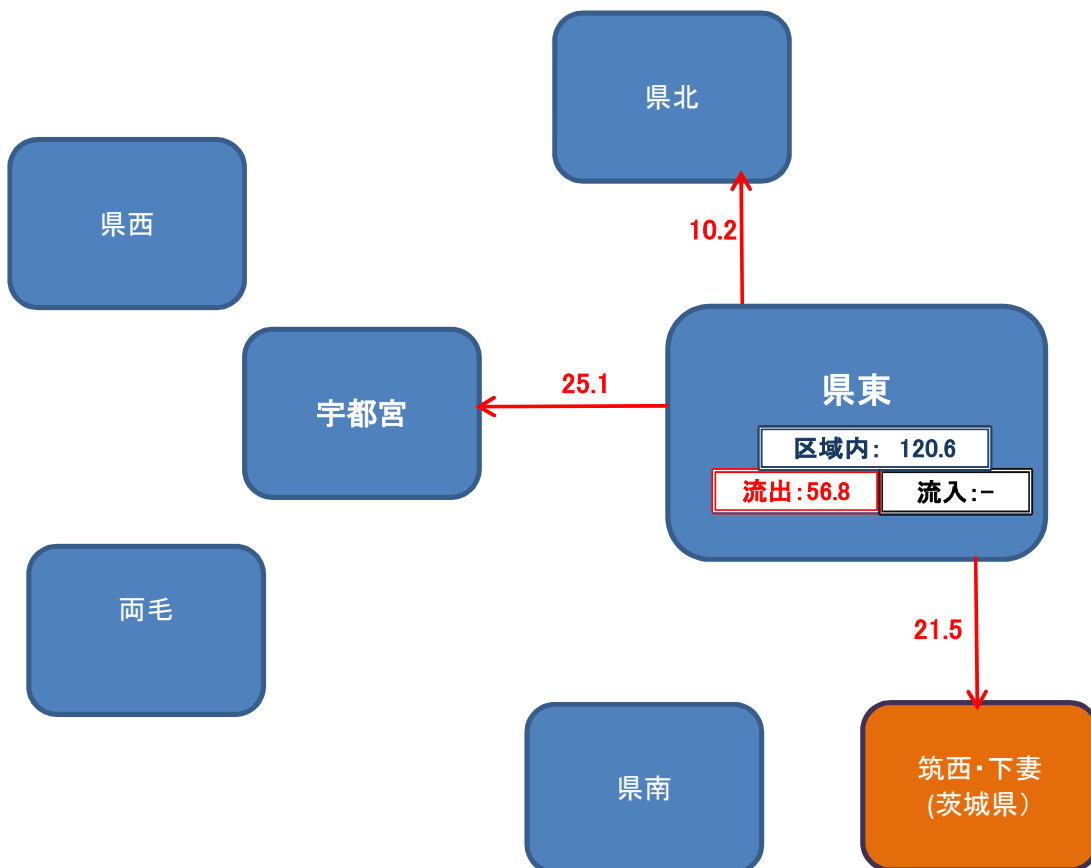


県東地域の患者流出入(2025年)

【回復期】 単位:人/日



【慢性期B】 単位:人/日



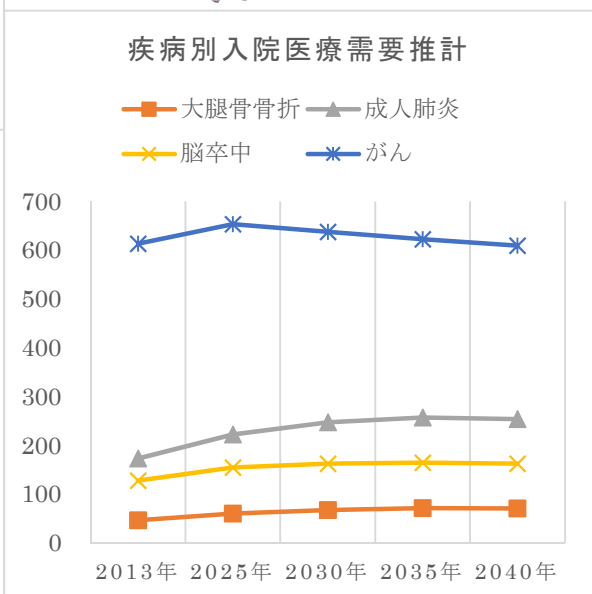
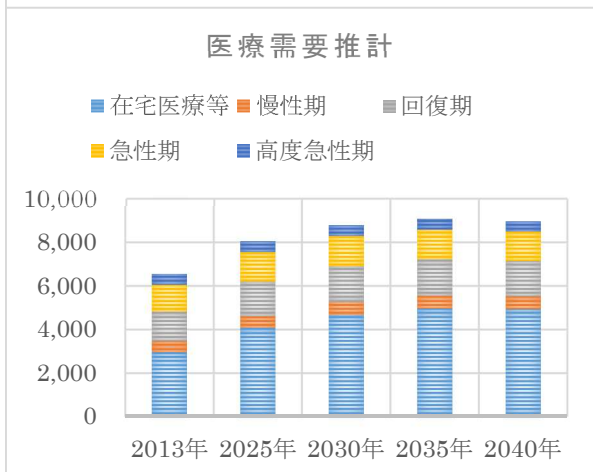
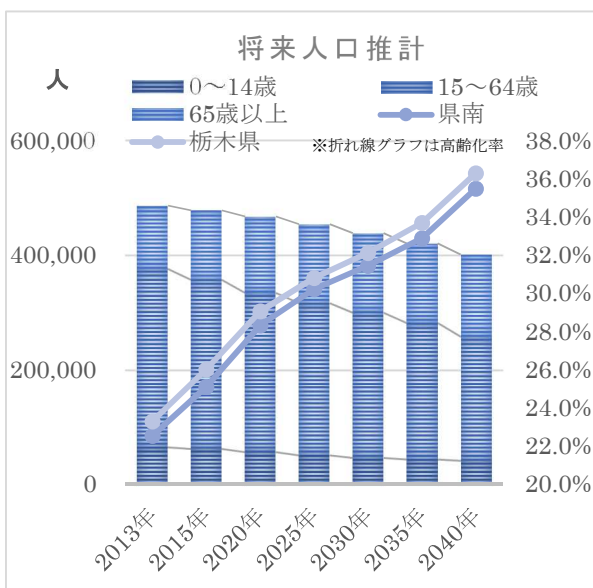
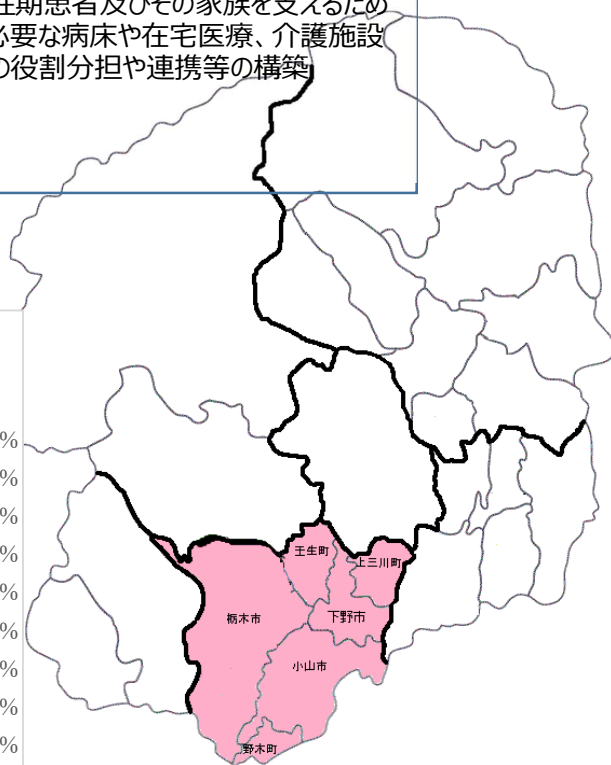
県南地域医療構想

現状

- ・二つの特定機能病院に、三次救急や子ども医療センター、総合周産期母子医療センター機能が集約されている
- ・高度急性期、急性期を中心に県内外からの患者の流入が見られる
- ・慢性期で患者の流出がみられ、在宅医療等の充実が求められるが、在宅医療に取り組む医療従事者の確保が難しい

施策の方向性

- ・高度急性期及び急性期において現在担っている機能の維持・強化
- ・回復期機能を確保するため、地域バランスを考慮した、病床機能転換や設備整備等の促進
- ・慢性期患者及びその家族を支えるために必要な病床や在宅医療、介護施設等の役割分担や連携等の構築



1 構想区域の医療等の概要

(1) 地域特性

県南地域医療構想区域（以下「本区域」といいます。）は、栃木市、小山市、下野市、上三川町、壬生町、野木町の3市3町を区域としています。県南部に位置し、面積は723.6km²で、県全体の11.3%を占めています。

南部の市町は茨城県、埼玉県及び群馬県に接しており、東京圏と強い結びつきがあります。

人口は平成26（2014）年10月1日現在で481,825人で、宇都宮地域医療構想区域に次いで多く、県人口の24.3%を占めています。人口密度は665.86人/km²と県平均の309.13人/km²を大きく上回っています。

年齢別でみると、年少人口（0～14歳）は63,421人（13.2%）、生産年齢人口（15～64歳）は299,718人（62.6%）、老年人口（65歳以上）は115,971人（24.2%）となっており、県平均の構成割合と同様の傾向となっています。将来的には老年人口の割合が増加し、平成37（2025）年には30%に達し、平成47（2035）年には32%を超えると推計されています。

(2) 人口動態

平成26（2014）年における人口動態調査によると、出生数が3,624人、死亡数が4,826人となっており、出生数が死亡数を下回っています。

死因別死亡では、人口10万人当たりの死亡率の高い順に、悪性新生物（272）、心疾患（156）、脳血管疾患（103）となっています。

(3) 医療機関等

平成27（2015）年4月1日現在、病院が24施設、有床診療所が24施設（矯正施設1診療所を含む）、一般病床が4,321床（矯正施設17床を含む）、療養病床が673床となっています。

平成27（2015）8月における地方厚生局長に届け出ている在宅療養支援診療所の数は、人口10万人当たり10.9となっており、県平均の7.7を上回っていますが、訪問看護ステーション数は、人口10万人当たり4.1となっており、県平均の4.3を下回っています。

	病 院			有床診療所			病床計
	施設数	一般病床	療養病床	施設数	一般病床	療養病床	
栃木市	8	744	107	5	85	8	944
小山市	8	602	248	10	152	12	1,014
下野市	4	1,327	92	6	74	0	1,493
上三川町	1	38	171	0	0	0	209
壬生町	1	1,125	0	2	31	0	1,156
野木町	2	131	35	1	12	0	178
計	24	3,967	653	24	354	20	4,994

【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）、施設数には精神科病床のみを有する施設も含む】

〈県南地域医療構想〉

区分	施設数	人口10万対
在宅療養支援診療所	53施設 (155施設)	10.9 (7.7)
訪問看護ステーション	20施設 (86施設)	4.1 (4.3)

【出典：栃木県調べ（平成27年8月、施設数の（ ）内は県全体数、人口10万対の（ ）内は県平均】

(4) 医療従事者

人口10万人当たりで見ると、就業保健師、就業准看護師を除き、県全体を上回っています。特に医療施設に従事する医師数、就業看護師数が大きく上回っていますが、これは2つの大学病院があることによると考えられます。

区 分	人 数	人口10万対
医療施設に従事する医師	1,818人 (4,214人)	377.4 (212.9)
医療施設に従事する歯科医師	330人 (1,299人)	68.5 (65.6)
薬局・医療施設に従事する薬剤師	870人 (3,001人)	180.6 (151.6)
就業保健師	200人 (837人)	41.5 (42.3)
就業助産師	161人 (462人)	33.4 (23.3)
就業看護師	4,680人 (15,019人)	971.4 (758.6)
就業准看護師	1,311人 (6,648人)	272.1 (335.8)

【出典：医師数から薬剤師数は厚生労働省「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」、人数の（ ）内は県全体数、人口10万対の（ ）内は県平均】

(5) 受療動向の概要

平成23(2011)年栃木県医療実態調査によると、病院の一般病床及び療養病床への入院患者については、他の区域への流出割合が15.2%、他の区域からの流入割合が47.8%となっています。流入の多くは、本区域内の大学病院となっています。

また、「推計ツール」を用いた平成37(2025)年の推計では、医療機能別では、高度急性期、急性期、回復期では流入が流出を超過し、慢性期では流出が流入を超過すると推計されます。

(6) 介護施設数（入所施設の定員）

介護施設の定員は人口10万人当たり、特別養護老人ホームで452.4（県平均453.3人）、介護老人保健施設289.4人（県平均281.8人）となっています。

区 分	施設数	人口10万対
特別養護老人ホーム	51施設 (203施設)	10.6 (10.3)
介護老人保健施設	16施設 (65施設)	3.3 (3.3)

区 分	定 員	人口10万対
特別養護老人ホーム	2,179人 (8,956人)	452.4 (453.3)
介護老人保健施設	1,394人 (5,567人)	289.4 (281.8)

【出典：栃木県調べ（平成27年7月、施設数、定員の（ ）内は県全体数、人口10万対の（ ）内は県平均】

2 2025年の医療需要と必要病床数

機能区分	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
医療需要[人/日]	515	1,353	1,586	527	3,981
必要病床数[床]	687	1,735	1,762	573	4,757

【参考】平成26年度病床機能報告結果

(単位：床)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	計
2014年	2,269	1,520	335	575	19	4,718
2020年	2,269	1,300	576	534	39	4,718

◆2025年の在宅医療等の必要量

在宅医療等	4,089 [人/日]
-------	-------------

3 医療機能の分化・連携に向けた課題等

【高度急性期・急性期】

- ・高度急性期及び急性期については、本区域内の2つの大学病院に、三次救急や子ども医療センター、総合周産期母子医療センターの機能が集約されていることなどから大規模な流入が見られます。流入は県内外から見られ今後も区域・県を越えた医療需要に対応していく必要があります。

【回復期】

- ・回復期については、県内全区域及び隣接県からの流入が見られます。在宅復帰を円滑に進めるためには、生活に密着したきめ細かな地域ごとに、リハビリテーション提供等の回復期病床機能を確保する必要があります。

【慢性期・在宅医療等】

- ・慢性期病床については、アクセスしやすい県内の他区域及び隣接県への流出が見られます。また、2013年と比べ2025年では在宅医療等の需要が1.37倍（2,974人/日⇒4,089人/日）、うち訪問診療分が1.36倍（1,448人/日⇒1,974人/日）と推計されることから、診療の質にも配慮した在宅医療の推進や介護体制の充実を図るとともに、病院、在宅医療、介護施設の連携を図る必要があります。
- ・介護老人保健施設では、看取りまで行う施設が多くなっています。人生の最終段階における医療のあり方や看取りについて、医療を提供する側と受ける側の双方の理解を深めていく必要があります。
- ・在宅医療を推進する上で、在宅医療に取り組む医療従事者の確保が難しい現状があります。

【特に取組を要するその他課題等】

- ・本区域では、県内のみならず隣接県からも患者を受け入れていることから、隣接県の受療動向の見通し等の把握にも努めつつ、医療提供体制を維持する必要があります。

4 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

少子高齢化の進行に伴い、より身近な地域において、住民が安心して医療を受けられるよう、患者一人ひとりの病態に応じた「治し支える医療」の確保が求められます。

本区域における医療機能の分化・連携に向けた課題や将来の医療需要を踏まえ、良質な医療を効果的に提供できるバランスのとれた医療提供体制を構築していくため、以下の施策に取り組みます。

【医療機能分化・連携の促進】

- ・高度急性期及び急性期においては、現在、本区域内の2つの大学病院が、県内外に果たしている機能の維持・強化を図ります。
- ・急性期での受け入れと在宅復帰のため、本区域内医療機関による医療連携体制の構築等を図ります。
- ・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。
- ・慢性期の患者及びその家族を支えるために必要な病床や在宅医療、介護施設等の役割分担や連携等について、より身近な生活圈域単位での構築を図ります。

【在宅医療等の充実】

- ・急性期や慢性期の病床から在宅復帰に向けた入退院調整機能の充実強化を図ります。
- ・在宅医療を担う病院、診療所、訪問看護ステーション等の施設設備整備等を促進します。
- ・在宅医療を担う医療・介護にかかる専門職間の連携強化を図ります。
- ・在宅医療、人生の最終段階における医療及び看取りのあり方等に関する地域住民の理解促進を図ります。

【医療従事者の養成・確保】

- ・医療従事者の確保に向けた医療機関等の自主的な取組を支援します。
- ・医療職場の環境改善や再就職の取り組みを支援し、医療従事者の確保・定着を図ります。
- ・在宅医療に従事する医療・介護職の専門的知識・技術等の向上に資する研修等の充実を図ります。

5 構想の推進体制及び関係者の役割

(1) 推進体制

【地域医療構想調整会議】

地域医療構想の実現に向けて、医療・介護関係者等で構成する「県南地域医療構想懇談会（県南地域医療構想調整会議）」において病床機能報告結果の情報共有や「地域医療介護総合確保基金」を活用した取組等の進捗状況の検証を行うとともに、最新のデータに基づき、区域内の将来の医療提供体制のあり方とその構築に向けた取組等について引き続き検討します。

(2) 関係者等の役割

【県・健康福祉センター（保健所）】

県南地域医療構想懇談会等を運営し、「地域医療介護総合確保基金」を活用するなどして、本区域内の医療機関等の医療機能分化・連携に係る自主的取組等を促進します。

【市町】

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、地域特性を活かした地域包括ケアシステムの構築を図ります。

【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。

【医療機関等】

医療機能の分化・連携に係る地域課題を共有し、自ら機能分化に取り組み、他の医療機関や介護施設等との連携を強化する等、将来の医療需要に対応したバランスのとれた医療提供体制の構築に協力します。

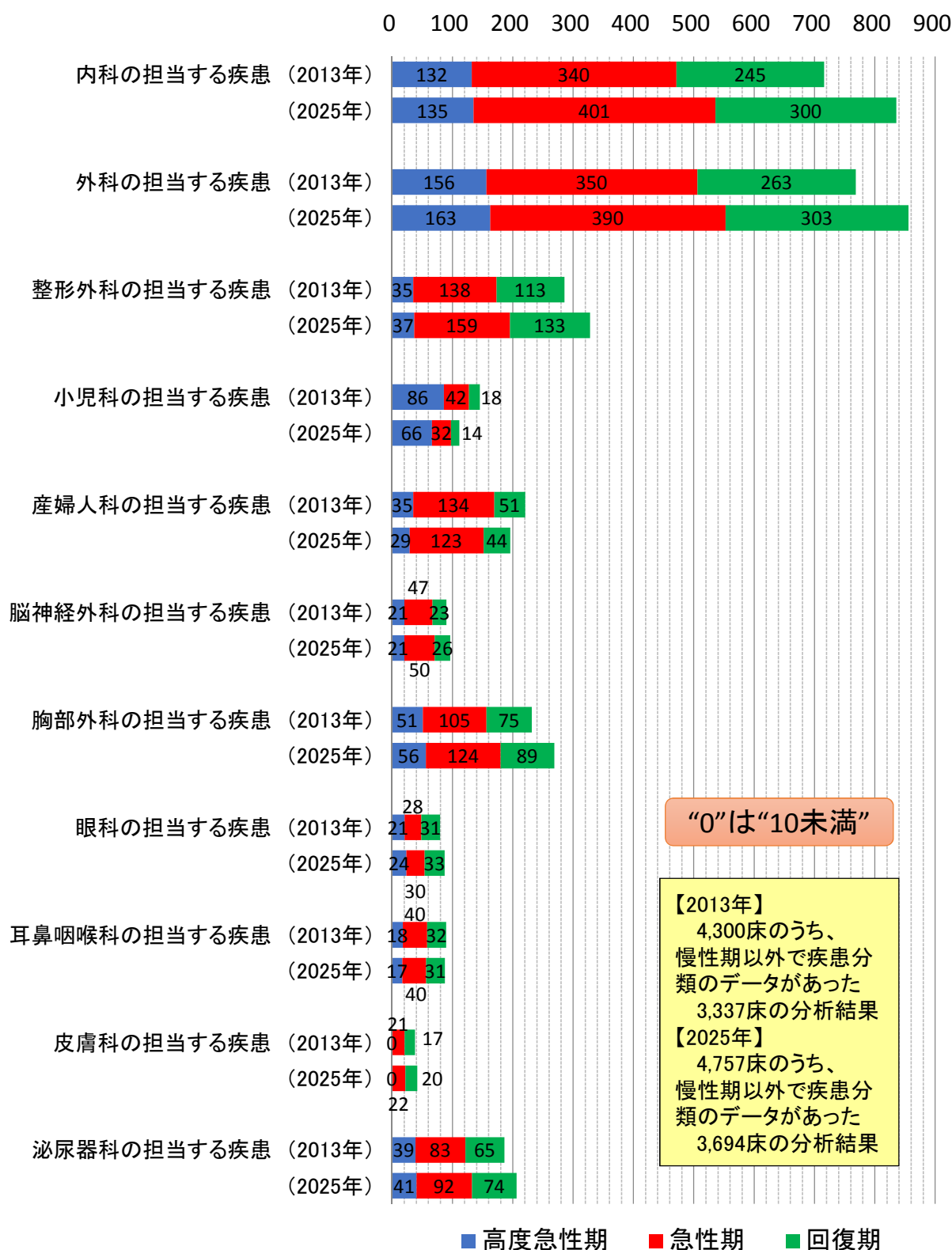
【介護事業者等】

医療機能の分化・連携に関する地域課題を共有し、医療機関等との連携強化による介護サービスの充実等を図るなど、地域包括ケアシステムの構築に協力します。

【住民】

医療機関の役割等に関する理解を深め、適切な受療行動に努めるとともに、人生の最終段階における医療・ケアのあり方について考えを深めます。

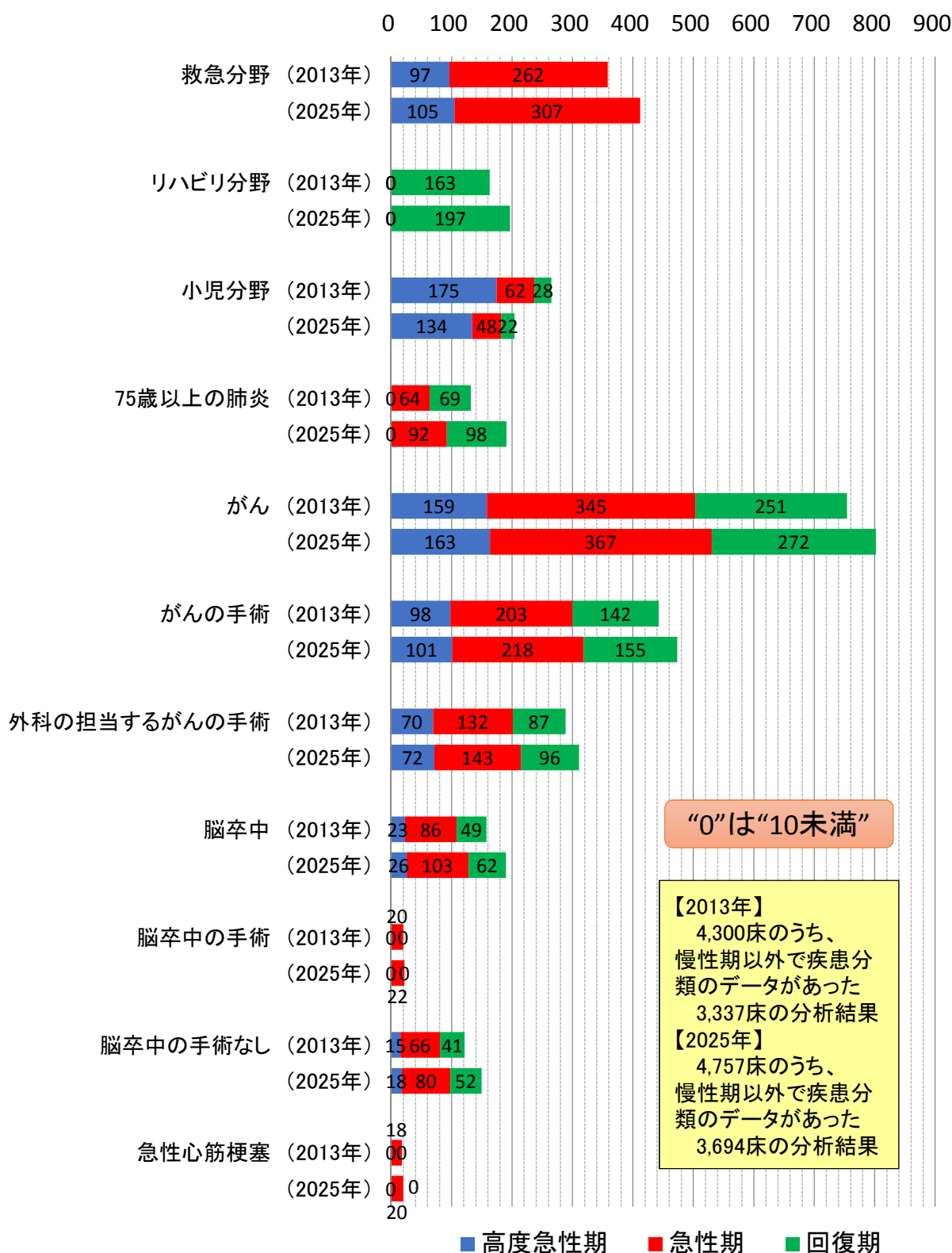
疾病区分グループ別の必要病床数の推移(県南)(1)



【必要病床数等推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

- ・ NDB,DPCLレセプトデータのうちMDC疾患分類で分類でき、疾病区分ごとにまとめられたデータを、独自にグループに再編し、医療機関所在地での必要病床数を集計
- ・ 慢性期の入院は疾患データが入っていないため分類不能、ほかMDC疾患分類不能のデータあり
- ・ 個人情報保護のシステム上、疾病区分ごとで“10未満”となるデータは“0”で集計される

疾病区分グループ別の必要病床数の推移(県南)(2)

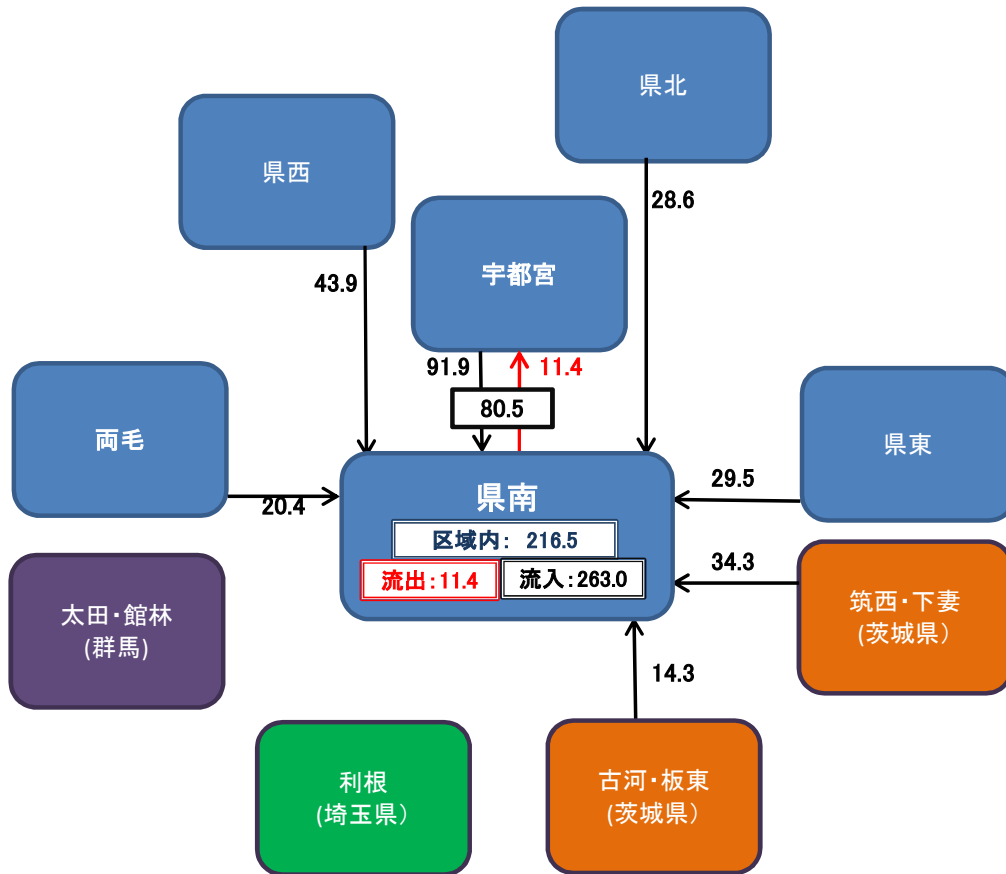


【必要病床数等推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

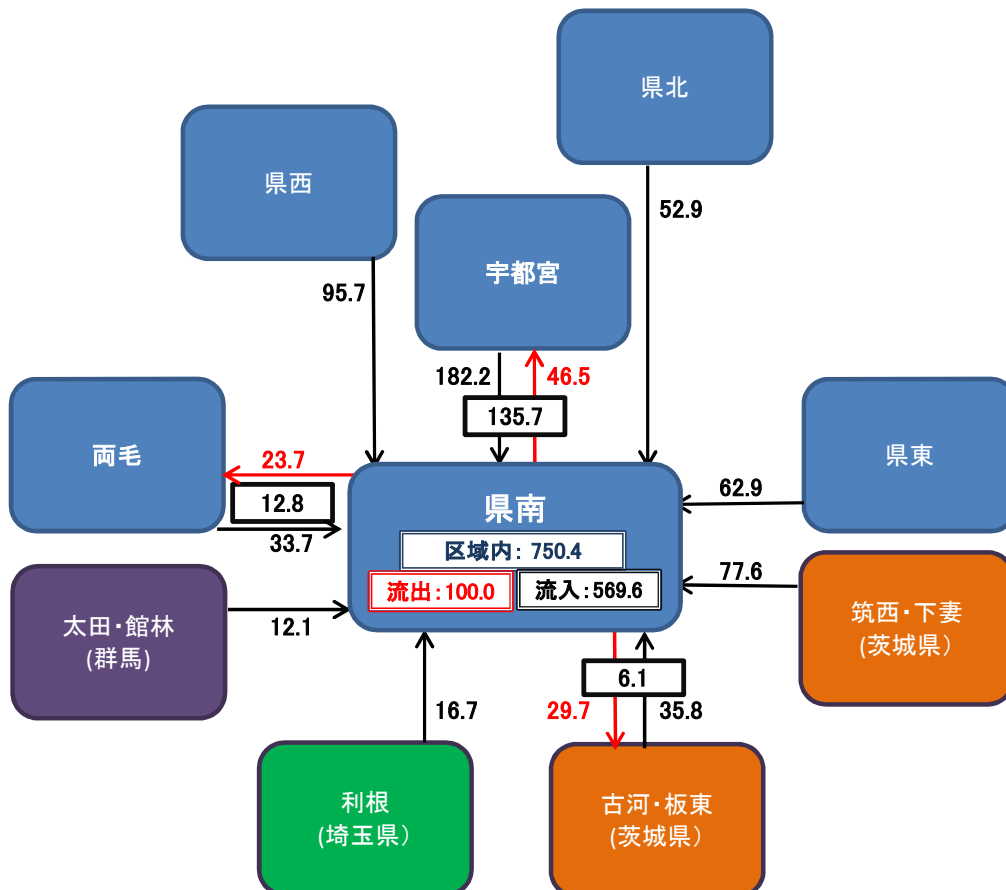
- ・ NDB, DPCLレセプトデータのうちMDC疾患分類で分類でき、疾病区分ごとにまとめられたデータを、独自にグループに再編し、医療機関所在地での必要病床数を集計
- ・ 慢性期の入院は疾患データが入っていないため分類不能、ほかMDC疾患分類不能のデータあり
- ・ 個人情報保護のシステム上、疾病区分ごとで“10未満”となるデータは“0”で集計される

県南地域の患者流出入(2025年)

【高度急性期】 単位:人/日

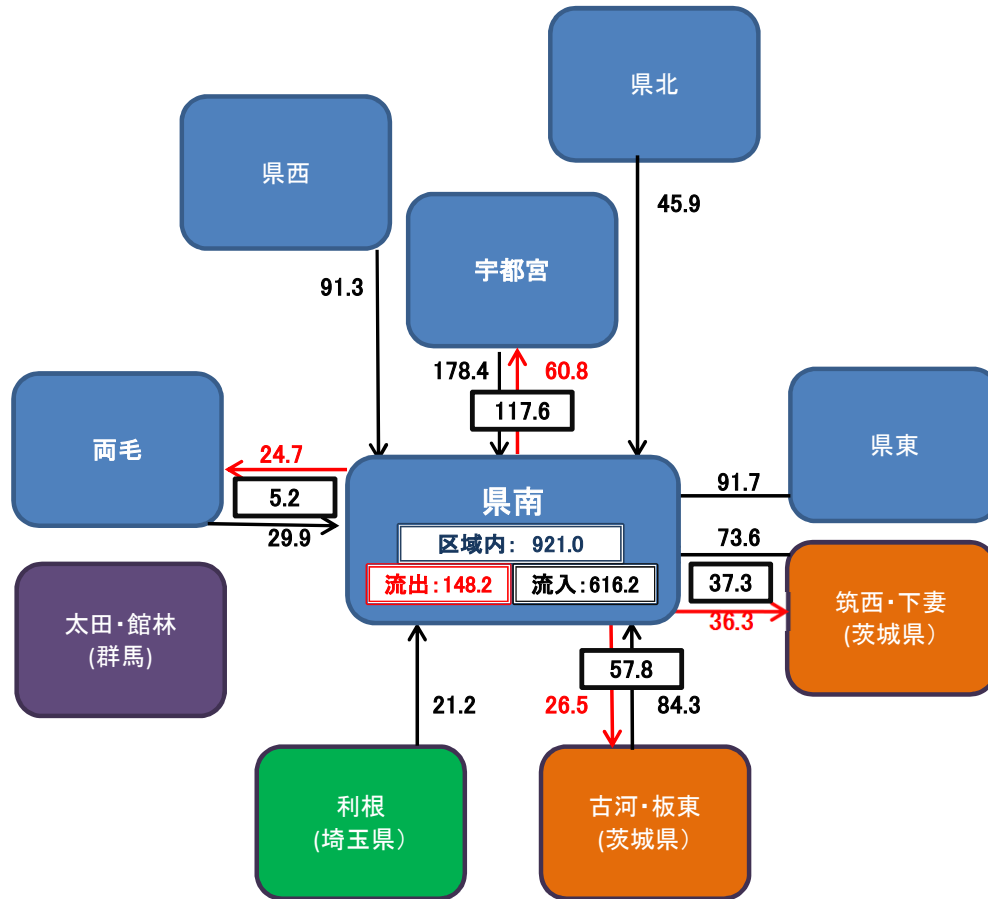


【急性期】 単位:人/日

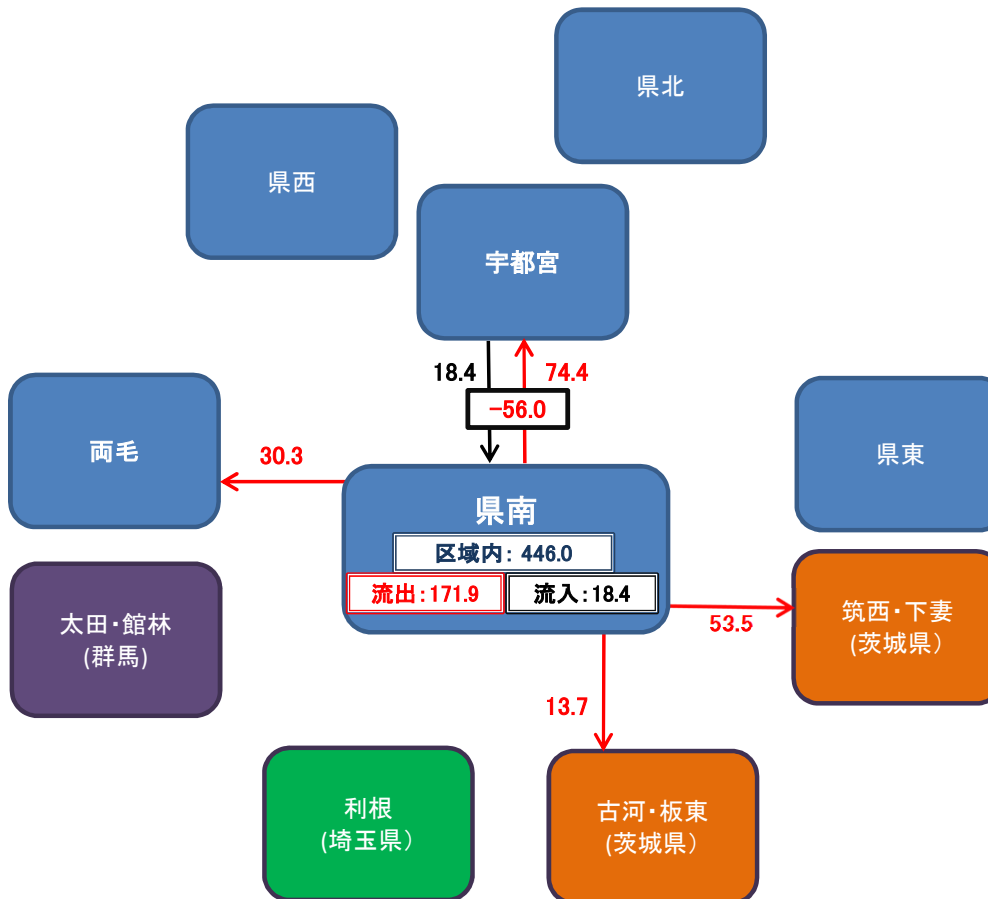


県南地域の患者流出入(2025年)

【回復期】 単位:人/日



【慢性期B】 単位:人/日



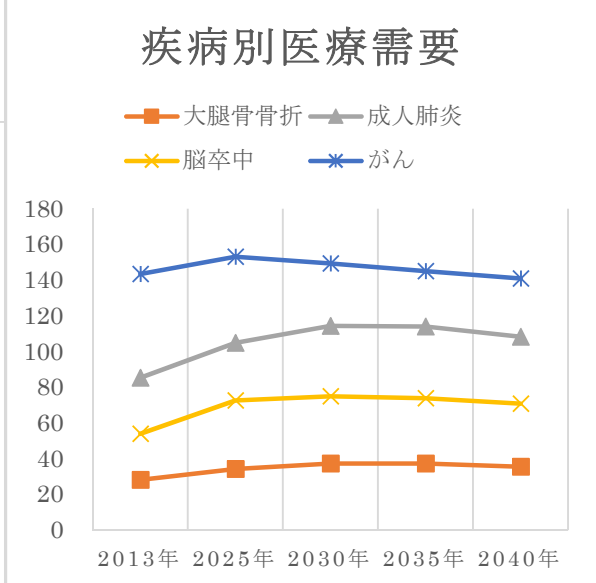
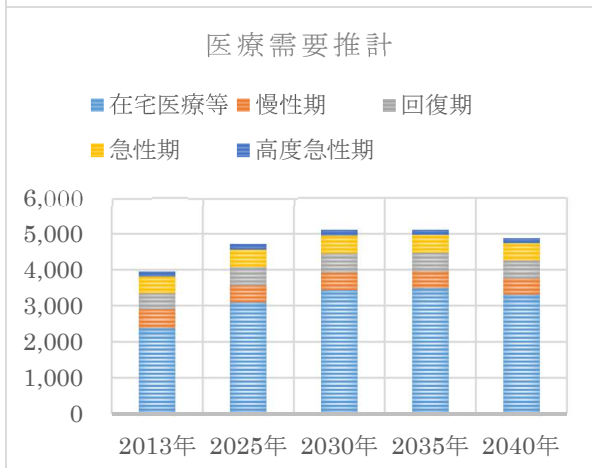
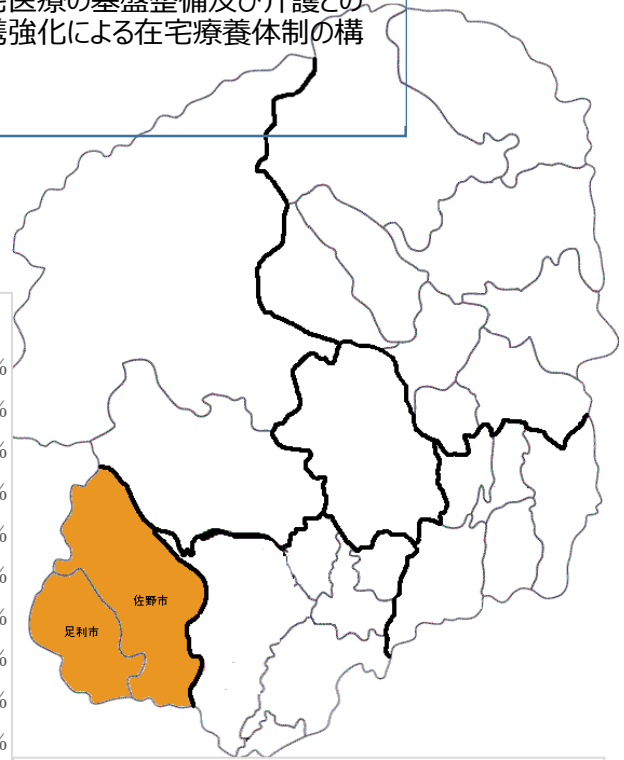
両毛地域医療構想

現状

- ・様々な機能と分野で隣接する群馬県（太田・館林）との間で流出入が見られる
- ・佐野市において急性期後に転院する後方病院が少ない
- ・高齢化の進展が早く、在宅医療等の早期の充実が必要

施策の方向性

- ・隣接する県との連携も踏まえた機能分化と連携の推進
- ・病床機能転換や設備整備等の促進による回復期病床及び回復期リハビリテーション機能の充実・強化
- ・在宅医療の基盤整備及び介護との連携強化による在宅療養体制の構築



1 構想区域の医療等の概要

(1) 地域特性

両毛地域医療構想区域（以下「本区域」といいます。）は、足利市、佐野市の2市を区域としています。

県南西部に位置し、面積は533.9km²で、県全体の面積の8.3%を占めています。

地勢は、北部から中央部にかけて、足尾山地が緩やかに関東平野に迫り、沢沿いの山村に集落が点在しています。一方、南部は、関東平野北部に位置し、住宅地、商・工業地、農地などを形成しています。古くから、隣接する太田市・桐生市、館林市及びその周辺区域とは、経済・生活面で交流が盛んな地域となっています。

人口は平成26(2014)年10月1日現在で269,065人、県全体に占める割合は約13.6%となっています。人口密度は、503.97人/km²で県平均の309.13人/km²を上回っています。また、65歳以上の高齢人口の割合は、県全体で25.1%ですが、区域は28.3%であり、県平均を上回るかたちで高齢化が進んでいます。人口を年齢別でみると、年少人口(0～14歳)は32,700人(12.2%)生産年齢(15～64歳)は159,037人(59.4%)老年人口は76,197人(28.4%)となっています。老年人口は、平成37(2025)年には33%近くに達し、平成47(2035)年には35%を超えると推計されています。

(2) 人口動態

平成26(2014)年における人口動態調査によると、出生数が1,840人、死亡数が3,434人となっており、社会的流出も多く、人口の減少が続いています。

死因別死亡では、人口10万人当たりの死亡率(①悪性新生物、②脳血管疾患、③心疾患)は足利市(①331、②145、③197)、佐野市(①345、②174、③166)となっており、佐野市の心疾患を除き県平均を上回っています。

(3) 医療機関等

平成27(2015)年4月1日現在、病院が17施設、有床診療所が17施設、一般病床が1,981床、療養病床が590床となっています。

平成27(2015)年8月における地方厚生局長に届け出ている在宅療養支援診療所の数は、人口10万人当たり8.0となっており、県全体の7.7を上回っています。また、平成27年8月における訪問看護ステーション数は人口10万人当たり5.8となっており、県全体の4.3を上回っています。

	病 院			有床診療所			病床計
	施設数	一般病床	療養病床	施設数	一般病床	療養病床	
足利市	12	1,041	362	13	159	0	1,562
佐野市	5	731	228	4	50	0	1,009
計	17	1,772	590	17	209	0	2,571

【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)、施設数には精神科病床のみを有する施設も含む】

〈両毛地域医療構想〉

区分	施設数	人口10万対
在宅療養支援診療所	22施設 (155施設)	8.0 (7.7)
訪問看護ステーション	16施設 (86施設)	5.8 (4.3)

【出典：栃木県調べ（平成27年8月、（ ）内は県全体数、人口10万対の（ ）内は県平均】

(4) 医療従事者

人口10万人当たりで見ると、医療施設に従事する歯科医師、薬局・医療施設に従事する薬剤師、就業准看護師については県平均を上回っていますが、医療施設に従事する医師、就業保健師、就業助産師、就業看護師については県平均を下回っています。医師数は全国平均と比較しても低い値である一方、人口10万人当たりの准看護師数は県内で最も多くなっています。

区分	人数	人口10万対
医療施設に従事する医師	493人 (4,214人)	183.4 (212.9)
医療施設に従事する歯科医師	191人 (1,299人)	71.1 (65.6)
薬局・医療施設に従事する薬剤師	442人 (3,001人)	164.5 (151.6)
就業保健師	83人 (837人)	30.9 (42.3)
就業助産師	59人 (462人)	22.0 (23.3)
就業看護師	1,939人 (15,019人)	721.5 (758.6)
就業准看護師	1,125人 (6,648人)	418.6 (335.8)

【出典：医師数から薬剤師数は厚生労働省「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」、人数の（ ）内は県全体数、人口10万対の（ ）内は県平均】

(5) 受療動向の概要

平成23(2011)年栃木県医療実態調査によると、病院の一般病床及び療養病床への入院患者については、他の区域への流出割合が9.4%、他の区域からの流入割合が20.1%となっています。

また、「推計ツール」を用いた平成25(2013)年の推計では、医療機能別では、高度急性期、急性期、回復期では流出が流入を超過し、慢性期では流入が流出を超過すると推計されますが、本区域内に住所がある患者が本区域内の医療機関を受診する割合が高く、医療施設はある程度充足された区域と考えられます。

(6) 介護施設数（入所施設の定員）

介護施設の定員は人口10万人当たり、特別養護老人ホームで498.6人（県平均453.3人）、介護老人保健施設297.5人（県平均281.8人）となっています。

区分	施設数	人口10万対
特別養護老人ホーム	32施設 (203施設)	12.0 (10.3)
介護老人保健施設	11施設 (65施設)	4.1 (3.3)

区分	定員	人口10万対
特別養護老人ホーム	1,334人 (8,956人)	498.6 (453.3)
介護老人保健施設	796人 (5,567人)	297.5 (281.8)

【出典：栃木県調べ（平成27年7月、（ ）内は県全体数、人口10万対の（ ）内は県平均】

2 2025年の医療需要と必要病床数

機能区分	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
医療需要[人/日]	155	494	517	459	1,625
必要病床数[床]	206	633	574	499	1,912

【参考】平成26年度病床機能報告結果 (単位：床)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	計
2014年	107	1,382	127	795	120	2,531
2020年	151	1,382	184	723	91	2,531

2025年の在宅医療等の必要量

在宅医療等	3,095 [人/日]
-------	-------------

3 医療機能の分化・連携に向けた課題等

【高度急性期・急性期】

- ・2025年においても、2つの公的病院がこの機能における中心的役割を担うと考えられ、他の医療機関等との連携を強化しながら、機能の維持・強化が求められます。

【回復期】

- ・周辺地域（太田・館林、桐生）への流出が一部見られますが、本区域内に回復期リハビリテーション病床ができるなどの動きも見られます。将来の医療需要の増加を踏まえ、今後、より一層、急性期病床から地域包括ケア病床（病棟）等の回復期機能を持った病床への転換が必要と考えられます。
- ・また、在宅への復帰に向け、在宅医療や介護施設等との連携強化が求められます。

【慢性期・在宅医療等】

- ・在宅医療等については、平成25（2013）年と比べて平成37（2025）年では医療需要が1.30倍（2,381人/日⇒3,095人/日）、うち訪問診療分が1.27倍（1,288⇒1,642）に増加することを踏まえ、在宅医療等を充実する必要があります。家族の状況等により介護力に課題がある場合もあることから、介護施設等との連携強化を図ることが求められます。また、患者の状態の急変時に備えて、地域包括ケア病床（病棟）等との連携も求められます。
- ・医師、歯科医師、看護師、薬剤師等の専門職が連携し、在宅療養における口腔衛生、服薬管理等の充実を図っていくことが必要です。
- ・今後の高齢者の増加に伴う在宅医療の推進・介護環境の充実を図るため、介護職の確保及びレベルアップが必要です。
- ・在宅あるいは介護施設での看取りのあり方について、市民と一緒に考え理解を深めていくことが必要です。

【特に取組を要するその他課題等】

- ・救急分野については、周辺地域（特に太田・館林）の救急を受け入れている一方で、一部を県南区域の大学病院が担っています。本区域は県境地域であることから、今後とも他県の周辺地域との連携も踏まえた体制の維持・強化が求められます。
- ・小児分野については、小児科医療体制が整った病院が2つあり、周辺地域（太田・館林）からの流入が見られます。一部の高度急性期については、県南区域にあるとちぎ子ども医療センターとの連携が取られているほか、他県近隣を含めた圏域全体で小児を診ていく体制ができており、今後とも体制の維持・強化が求められます。
- ・高齢者に多い疾患については、佐野市内は急性期後に療養を続ける病院が少なく、高度急性期、急性期を担う病院においても回復期機能を担うことが必要とされます。また、本区域は高齢化の進行が早いことから、在宅医療等の提供体制の充実を早期に図っていく必要があります。

4 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

高齢化の進展に伴い、より身近な地域において患者一人ひとりの病態に応じた「治し支える医療」の確保が求められます。

本区域における医療機能の分化・連携に向けた課題や将来の医療需要を踏まえ、良質な医療を効率的に提供できるバランスのとれた医療提供体制を構築していくため、以下の施策に取り組みます。

【医療機能分化・連携の促進】

- ・本区域及び隣接県の住民の受療動向等も踏まえながら、各医療機関の自主的な情報交換や医療機能の役割分担・連携を図ります。
- ・回復期病床及び回復期リハビリテーション機能の地区ごとの充実・強化のため、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。

【在宅医療等の充実】

- ・本区域については高齢化の進行が早く、慢性期機能の病床のほか、在宅医療の充実が必要なことから、訪問看護ステーションや在宅療養支援診療所等の基盤整備を進めます。
- ・医療と介護の連携・充実のため、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員等の顔の見える関係づくりを行い、本区域における在宅療養体制の構築を図ります。
- ・在宅で療養する患者及びその家族を支えるために、本区域の在宅医療等に関する情報提供や相談機能を充実し、人生の最終段階における医療や看取りに関する住民の理解を促します。

【医療従事者の養成・確保】

- ・医療従事者の確保に係る医療機関等の自主的取組等を支援するとともに、再就職支

〈両毛地域医療構想〉

援等による医療従事者の確保を図ります。

- ・医療職場の環境改善にかかる医療機関等の自主的取り組みを支援し、医療従事者の定着を図ります。

5 構想の推進体制及び関係者の役割

(1) 推進体制

【地域医療構想調整会議】

地域医療構想の実現に向けて、医療・介護関係者等で構成する「両毛地域医療構想調整会議」を設置し、病床機能報告結果の情報共有や「地域医療介護総合確保基金」を活用した取組等の進捗状況の検証を行うとともに、最新のデータに基づき、区域内の将来の医療提供体制のあり方とその構築に向けた取組等について引き続き検討します。

(2) 関係者等の役割

【県・健康福祉センター（保健所）】

両毛地域医療構想調整会議等を運営し、「地域医療介護総合確保基金」を活用するなどして、地域内の医療機関等の医療機能分化・連携に係る自主的な取組等を促進します。

【市町】

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、地域特性を活かした地域包括ケアシステムの構築を図ります。

【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。

【医療機関等】

医療機能の分化・連携に関する地域課題を共有し、自ら機能分化に取り組み、他の医療機関や介護施設等との連携を強化する等、将来の医療需要に対応したバランスのとれた医療提供体制の構築に協力します。

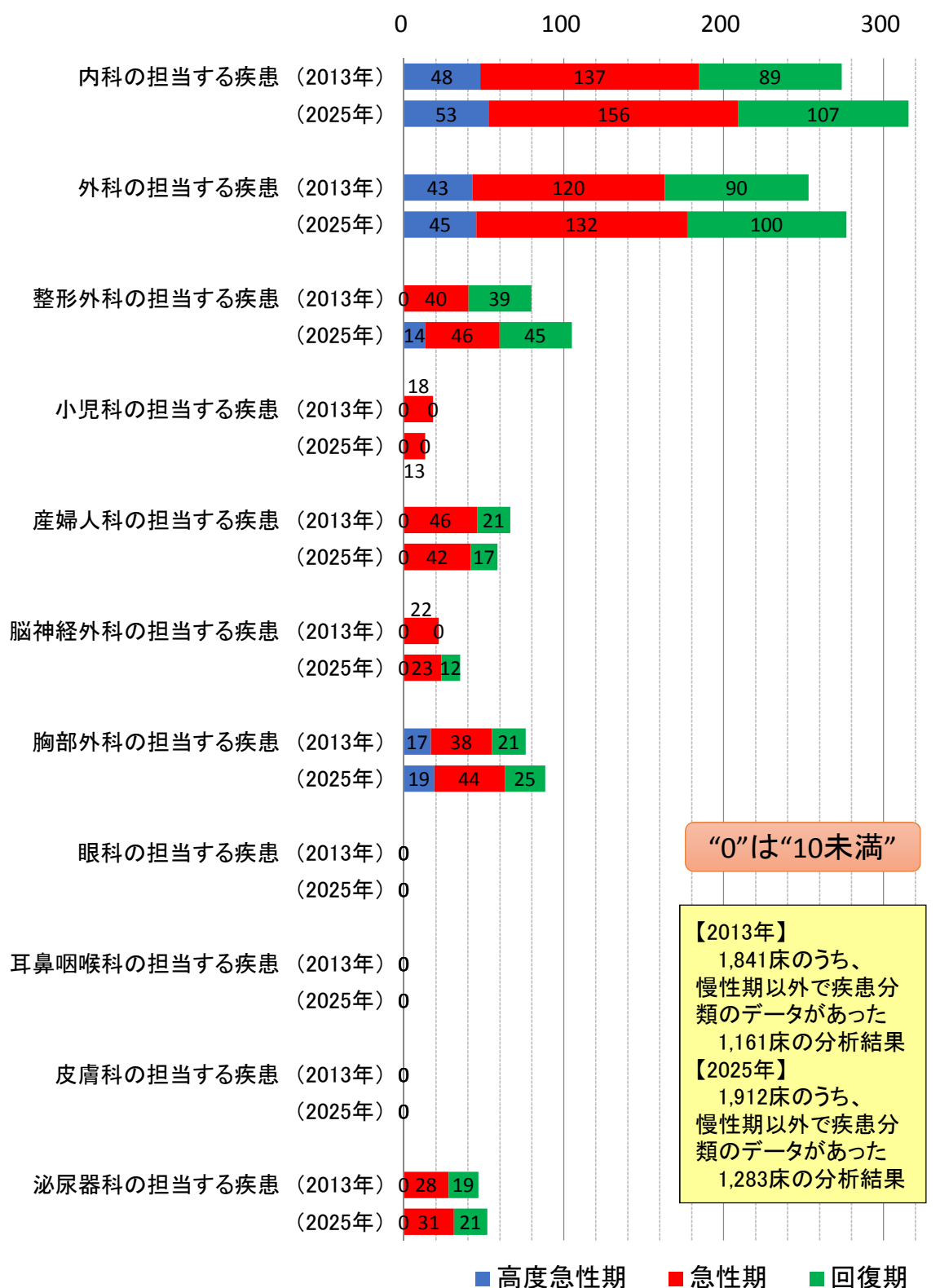
【介護事業者等】

医療機能の分化・連携に係る地域課題を共有し、医療機関等との連携強化による介護サービスの充実等を図るなど、地域包括ケアシステムの構築に協力します。

【住民】

医療機関の役割等に関する理解を深め、適切な受療行動に努めるとともに、自らの終末期医療・ケアのあり方について考えを深めます。

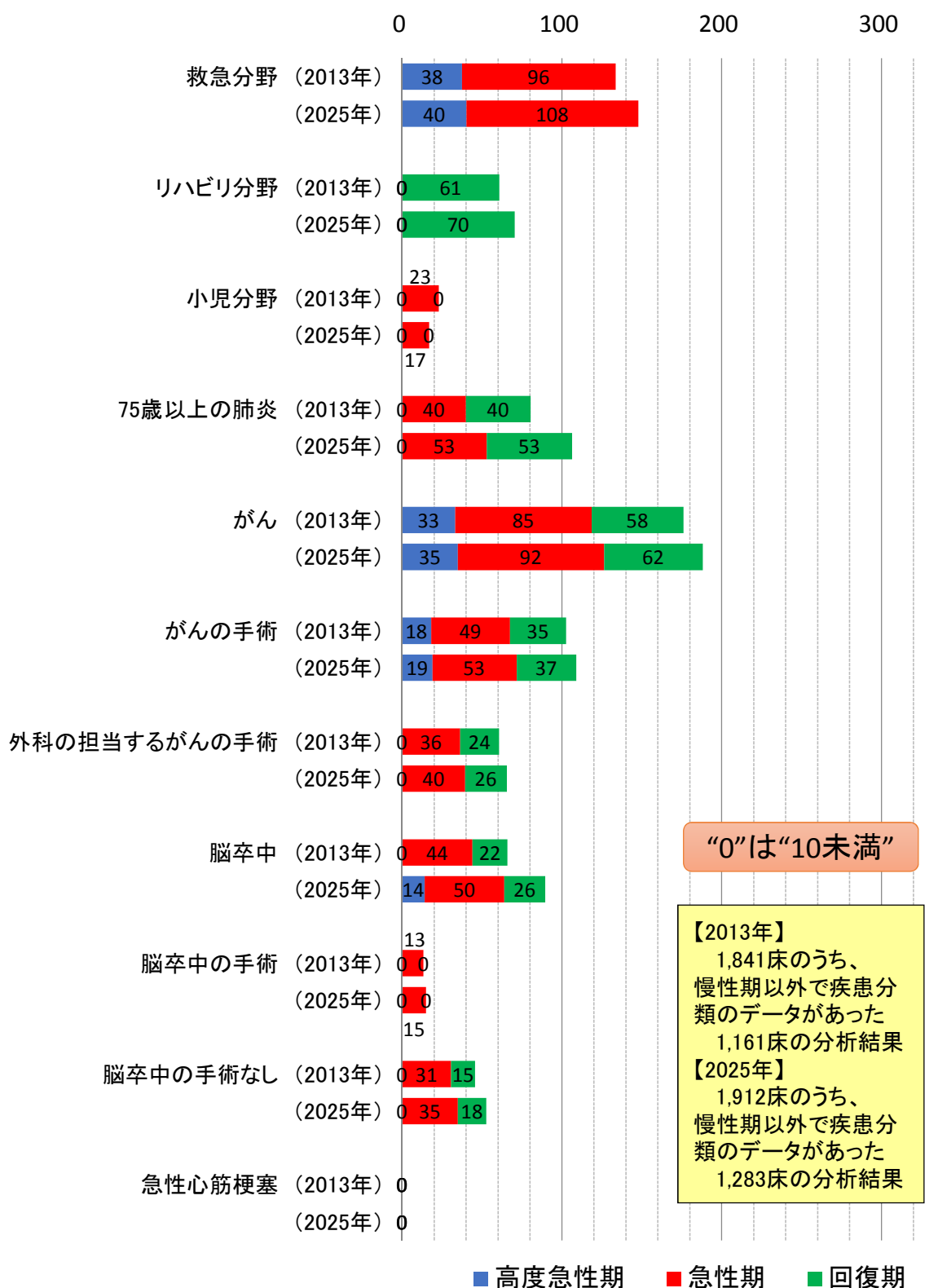
疾病区分グループ別の必要病床数の推移(両毛)(1)



【必要病床数等推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

- ・ NDB, DPCLレセプトデータのうちMDC疾患分類で分類でき、疾病区分ごとにまとめられたデータを、独自にグループに再編し、医療機関所在地での必要病床数を集計
- ・ 慢性期の入院は疾患データが入っていないため分類不能、ほかMDC疾患分類不能のデータあり
- ・ 個人情報保護のシステム上、疾病区分ごとで“10未満”となるデータは“0”で集計される

疾病区分グループ別の必要病床数の推移(両毛)(2)



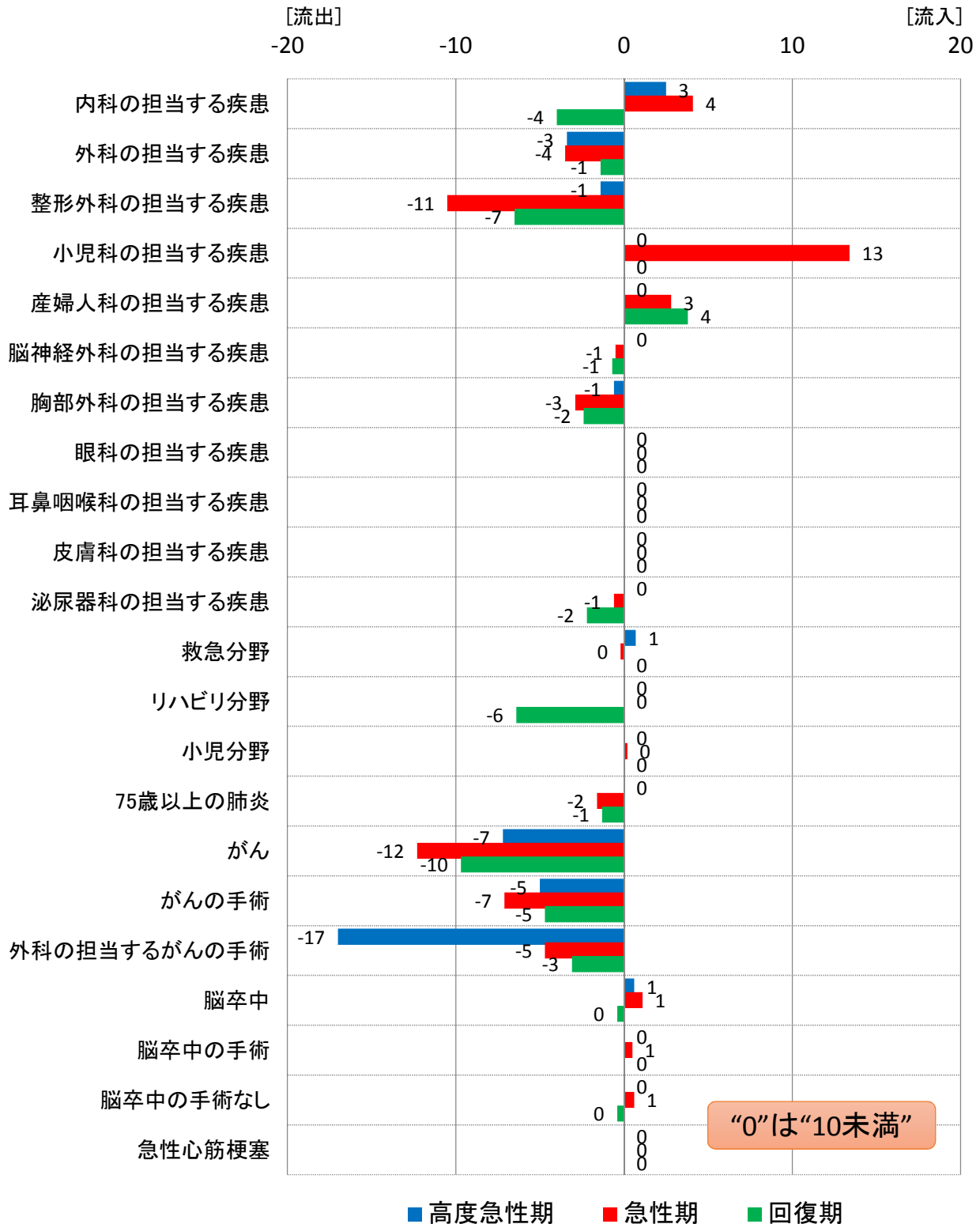
“0”は“10未満”

【2013年】
1,841床のうち、慢性期以外で疾患分類のデータがあった
1,161床の分析結果
【2025年】
1,912床のうち、慢性期以外で疾患分類のデータがあった
1,283床の分析結果

【必要病床数等推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

- ・ NDB,DPCLレセプトデータのうちMDC疾患分類で分類でき、疾病区分ごとにまとめられたデータを、独自にグループに再編し、医療機関所在地での必要病床数を集計
- ・ 慢性期の入院は疾患データが入っていないため分類不能、ほかMDC疾患分類不能のデータあり
- ・ 個人情報保護のシステム上、疾病区分ごとで“10未満”となるデータは“0”で集計される

2025年の必要病床数での患者流出入状況(両毛)



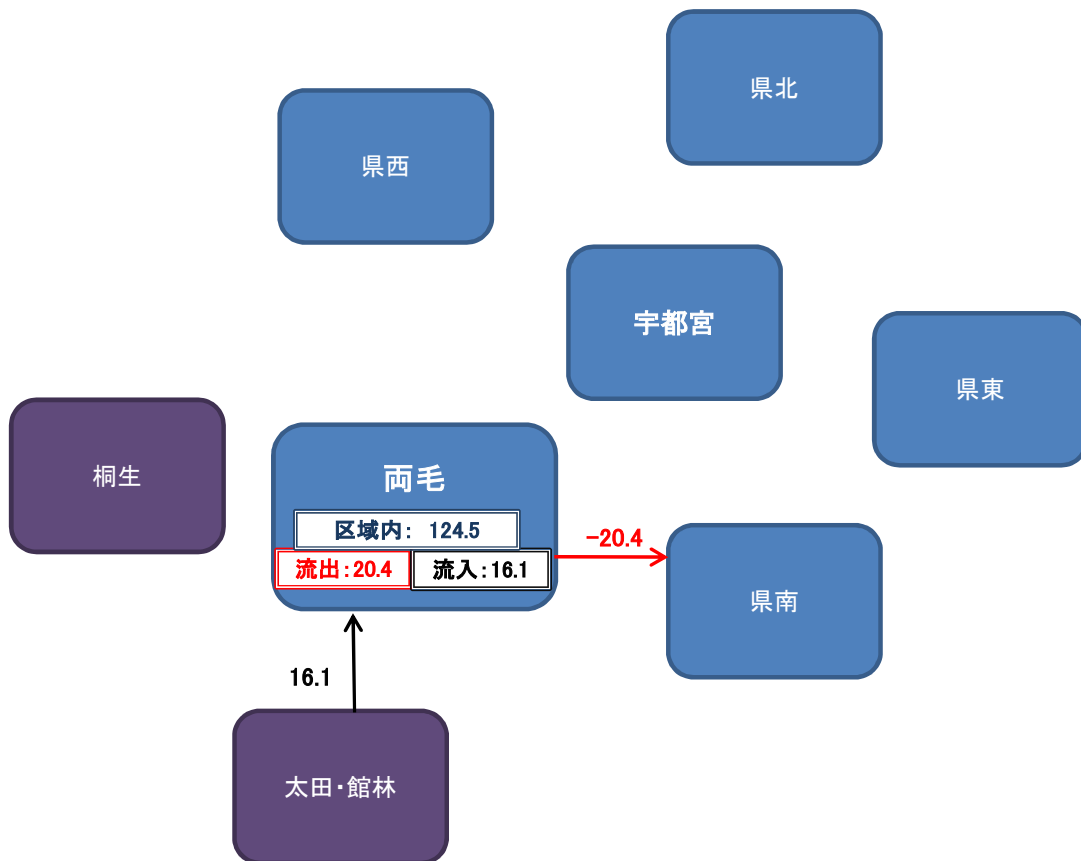
患者住所地の必要病床数(医療需要)が的中し、医療機関所在地の必要病床数(今の流出入状況)が続いた仮定での状況

【必要病床数等推計ツール(平成27年6月版,厚生労働省)による分析】

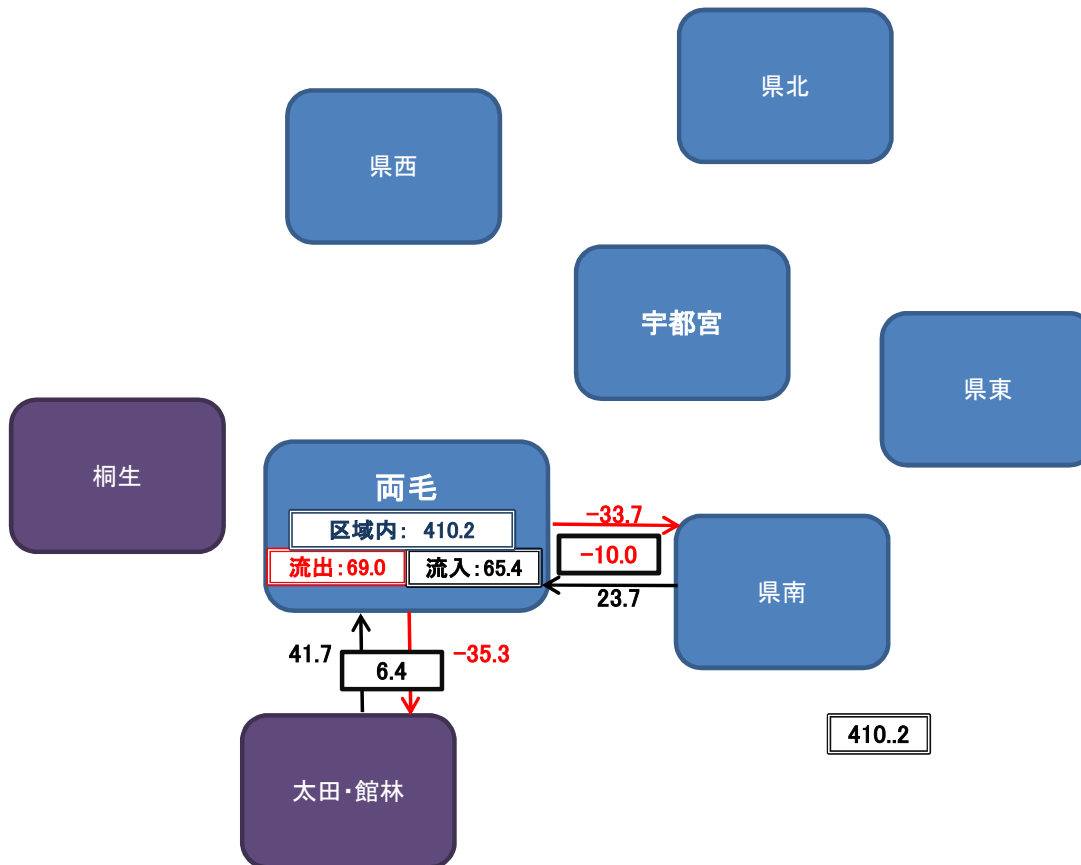
- ・ 流出入状況 = 医療機関所在地での必要病床数 - 患者住所地での必要病床数 として算出
- ・ 個人情報保護のシステム上、疾病区分ごとで“10未満”となるデータは“0”で集計される

両毛地域の患者流出入(2025年)

【高度急性期】 単位:人/日

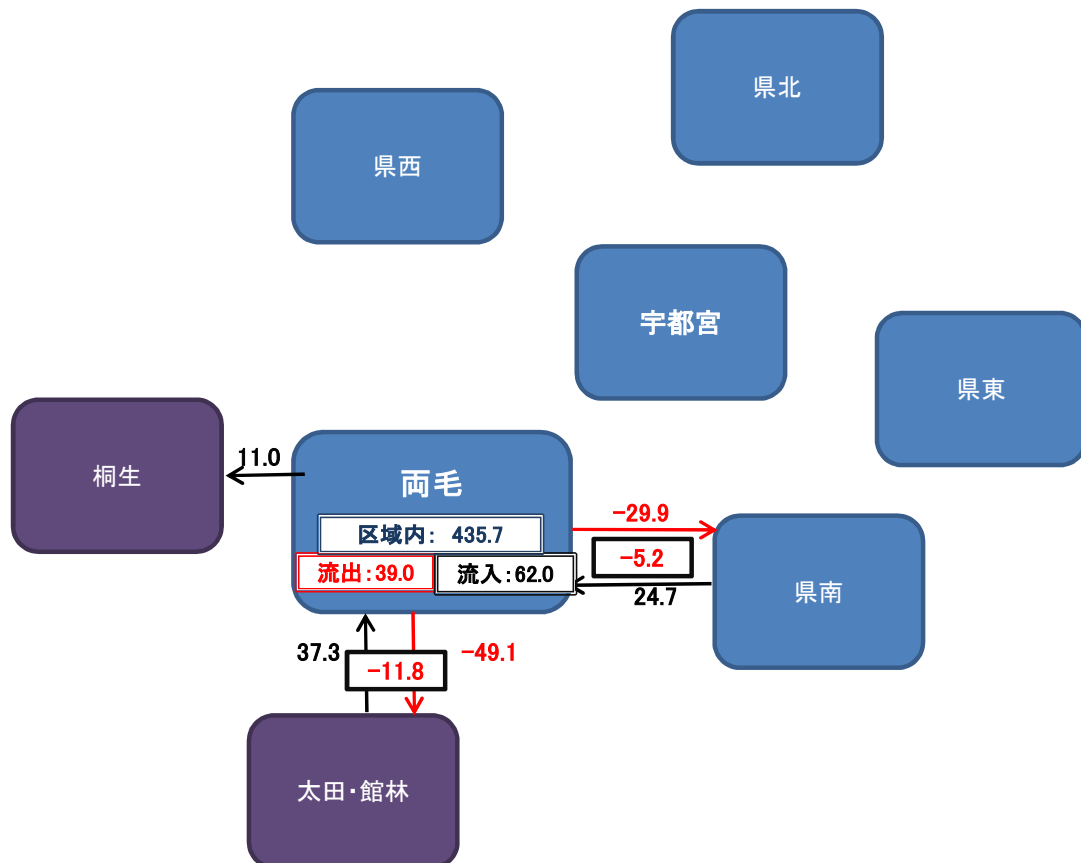


【急性期】 単位:人/日



両毛地域の患者流出入(2025年)

【回復期】 単位:人/日



【慢性期B】 単位:人/日

