

令和7(2025)年8月4日(月)	参考 資料 1-1
第1回県南地域医療構想調整会議並びに 県南構想区域病院及び有床診療所等会議 合同会議	

地域医療構想の進め方について

栃木県保健福祉部医療政策課

1 新たな地域医療構想について

資料1-1に掲載

2 本県における地域医療構想の進め方について

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

厚生労働省「新たな地域医療構想等に関する検討会」とりまとめ資料

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

新たな地域医療構想の記載事項（案）

厚生労働省「新たな地域医療構想等に関する検討会」資料

- 現行の地域医療構想は将来の病床数の必要量、病床の機能分化・連携の推進に関する取組等を定めるものであるが、新たな地域医療構想においては、これらに加えて、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性、将来の医療機関機能の確保のあり方、医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組等を定めることとしてはどうか。

※ 具体的な記載内容等はガイドラインで検討

現行の地域医療構想の主な記載事項

- 構想区域における将来の病床数の必要量
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
- 病床機能の情報提供の推進

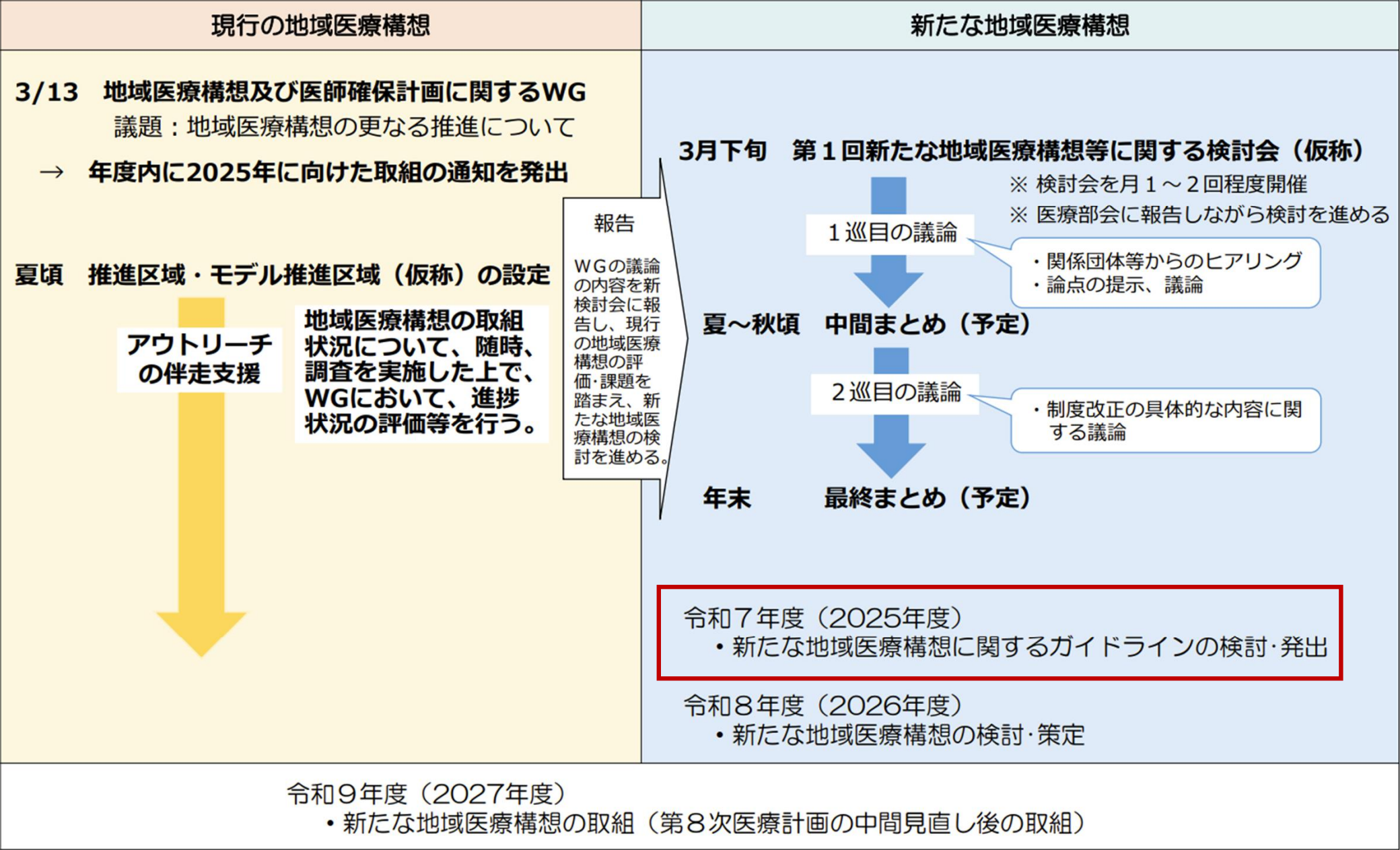
新たな地域医療構想の主な記載事項（案）

- 地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性
 - ※ 入院医療、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保等を含む医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性
- 構想区域における将来の医療機関機能の確保のあり方
- 構想区域における将来の病床数の必要量
- 地域医療構想の達成に向けた医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
- 医療機関機能の情報提供の推進
- 病床機能の情報提供の推進
- ※ 具体的な記載内容等はガイドラインで検討

※ 医療計画において、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業及び在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定める。
※ 新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る。

新たな地域医療構想のスケジュールについて①

厚生労働省「新たな地域医療構想等に関する検討会」資料

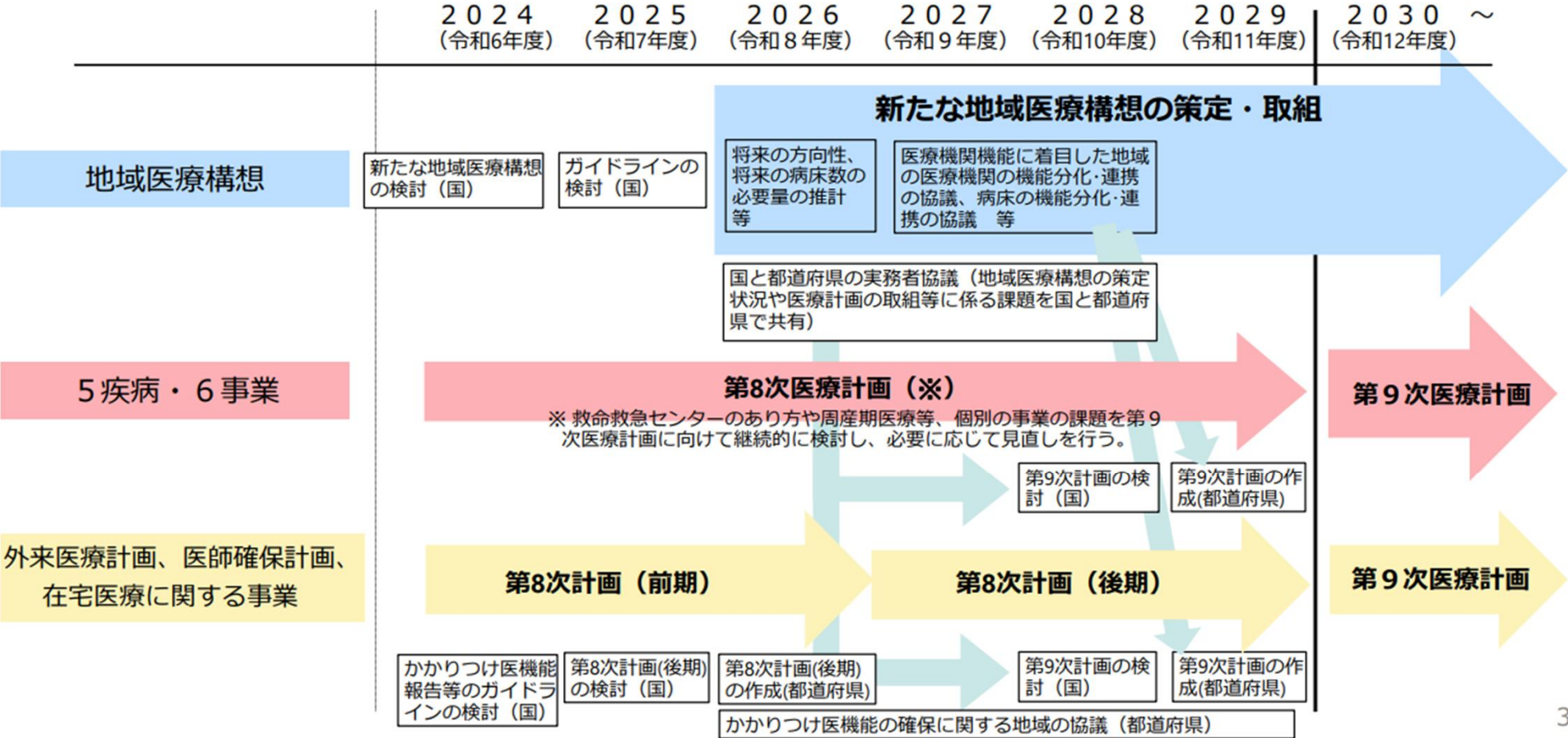


新たな地域医療構想と各種計画の関係について

新たな地域医療構想と医療計画の進め方（案）

厚生労働省「新たな地域医療構想等に関する検討会」資料

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



令和7(2025)年8月4日(月)	参考 資料 1-2
第1回県南地域医療構想調整会議並びに 県南構想区域病院及び有床診療所等会議 合同会議	

現在までの協議の状況等について（現状と課題）

栃木県医療政策課・県南健康福祉センター

- | | | |
|---|---------------------------|-----|
| 1 | 在宅医療に係る意見交換結果（R6第3回まとめ） | P 1 |
| 2 | 救急医療に係る意見交換結果（R6第3回資料 再掲） | P11 |
| | 流出入データ（R6第3回資料 再掲） | P12 |
| | アンケート結果（R6第2回資料 再掲） | P15 |

県全体における在宅医療等に係る意見交換 要約①

在宅医療（訪問診療など）

- 在宅医療の実施については、診療所間で差が見られる
- 面積の広い地域では、在宅医療の実施頻度に限界がある
- 施設への訪問をメインとしている在宅医療を専門にしている診療所と外来をやりながら在宅医療を実施している診療所は分けて考えるべき
- かかりつけ医の先生の在宅医療への移行が課題だが、一般的な診療所では、外来診療で手一杯であり、在宅医療まで手が回らない状況

歯科訪問診療

- 要介護者が歯科治療を必要としているケースもあり、訪問看護師や介護職と連携し、要介護者の口腔状態に気づくことが重要（多職種連携）

訪問薬剤管理指導

- 実施する薬局においては、やるほど在庫を抱える現実があり、円滑な流通システムの構築が必要
- マンパワー不足で緊急時の対応が出来ていない薬局もある
- 非公開型SNSの活用で訪問診療医や看護師との連携強化に期待

訪問看護

- 面積の広い地域では24時間体制の訪問看護ステーションの運営は困難であり、利用者の確保が難しい地域も含めて、支援が必要
- 各訪問看護ステーションにおいてどのようなサービスが提供できるのかということについての情報提供に課題

介護（訪問介護、高齢者施設）

- 面積の広い地域では訪問介護という選択肢が取りづらく、施設への入所が増える（事業としても、遠方への訪問介護は利益が出ない）
- サ高住などでは主治医がバラバラで、その対応に差がある
- 特定の介護資源（訪問入浴サービス、夜間対応可能な障害者のヘルパー）が不足している
- 医療が必要な方の受入体制に課題（介護側の医療の知識が不足）
- 施設における看取りは増えてきている

要約②

ACP

- 日頃から繰り返し働きかけをすべきだが、そのタイミングや誰が働きかけを実施するかの整理は必要
- 患者及びその家族に対する意志決定支援が不足
- 家族構成で在宅療養は困難と判断し、本人やその家族の意志とは関係ないところで病院側が意志決定してしまう場面もある
- 特に、急性期病院ではACPに時間と労力を割くことが難しい
- 自治会や社会福祉協議会など様々なチャネルを活用した周知が重要
- 救急搬送の件数や在宅から後方支援病院へ回る患者数を抑えるという意味でも、ACPは重要

在宅療養支援病院・在宅療養後方支援病院

- ADLが下がり、在宅へ復帰できない患者の出口を探すことが負担
- ワンクッションとして後方支援してくれる病院があると、在宅療養支援病院としては新たな急患を受けられる
- 在宅療養後方支援病院の当番制ということも考える必要があるのではないか

職種間連携・情報共有

- 「どこでも連絡帳」、「わんコネ」、「ケアブック」、「メディカルケアステーション（非公開型SNS型ツール）」など複数の情報共有ツールが活用されている（地域、病院ごとに違いが見られる）
- 在宅医療専門の診療所では、医師が度々替わるため、連携が難しい
- 患者が最終段階に入った際のケアマネジャーと医療従事者の役割分担に悩むことがある
- 予後の説明もなく在宅医療へつなぐ医師もいて、ACPを踏まえた対応について、訪問看護師やケアマネジャーで内々に話し合っている現状もある

行政

- 入退院支援に係る指標の管理については更なる検討が必要
- 在宅医療の周知、関係者間の顔の見える関係づくりの構築が課題
- 地域医療構想と地域包括ケアシステムのリンクが重要であり、県から市町へ方向性などは示したほうがいい

県南圏域の在宅医療等に係る意見交換（R6年度第3回）の結果①

構想区域	項目	主な意見
県南	病院間の連携・病診連携	- 診療所の立場からだ、在宅医療を受けている患者の急変時に、入院の受け入れをしてくれる病院を探すことに苦慮している - 急変時に必ず受け入れてもらえる仕組みを整えているところもあるが、満床で受け入れ不可となることもあり、今後は入院医療機関同士の連携や空床確保なども含め診療所と入院医療機関との連携が課題となる 「DAC（獨協アライアンスクリニックアンドホスピタル）」と名付け、超急性期・急性期・慢性期の医療機関同士で年1～2回の顔の見える連携を行い、紹介体制の強化を図っている
	歯科訪問診療	- 要介護者の多くが歯科治療を必要としているが、実際に受けているのは3割程度 - 訪問看護師や介護職が口腔内の状態に気づくことが重要
	訪問薬剤管理指導	- 緩和ケアでは病院から薬局に直接連絡が入り、必要な調整を行うなど連携は進んでいる - 多職種連携研修会において、施設における薬の管理、配薬・与薬に関して薬剤師が介入ができる部分もあることを伝えた - MCS（メディカルケアステーション。非公開型SNS型ツール）などの多職種連携のツールを活用することで、訪問診療医や看護師との連携強化が期待できる
	訪問看護	- 利用者が減少してきており、家族の事情などで、終末期を医療機関で迎えるケースが増えている - 本人やその家族の意思を汲もうと注意しているが、家族構成などの問題で、療養型施設が優先される場面も多い - 各訪問看護ステーションがどのようなサービスを提供できるのかということについて、情報提供が上手く出来ておらず、利用が見送られるケースもある
	看取り	- 在宅看取りは家族の負担、周囲の環境など様々な条件をクリアしなければならない - 医療機関で最後を迎える人が多く、家族の中で在宅看取りという選択肢が取りづらいのではないかと
	医療的ケア児	今後も増えていくことが予想され、学校との連携が必要となる
	介護施設	医療的な問題を抱え、自宅に戻るのが難しい高齢者が多く老健施設に入所しているが、施設によっては在宅復帰率が50%と高いところもある

県南圏域の在宅医療等に係る意見交換（R6年度第3回）の結果②

構想区域	項目	主な意見
県南	ACP	・ 外来診療をやりつつ、急性期病院でACPを30分、1時間やることは現実的に難しい。老健でもやっているが、時間と労力がかかる ・ ACPに対する診療報酬上のインセンティブが必要 ・ 急性期病院の先生の中には、家族構成などをみて、在宅療養は無理と判断し、本人や家族の意思とは関係ないところで意思決定されてしまう場面がある ・ 中小規模の病院では比較的時間取れるので、ACPを実際にはやっているところもある ・ 在宅から後方支援病院に回る患者数を減らすという意味では、ACPは大切
	在宅療養後方支援病院	・ 在宅から急変した患者のうち、自院で対応出来ないものについて、他院を紹介するところに時間と労力を要する（ただし、それにより業務が回らなくなるほどではない） ・ 後方支援病院の当番制ということも考える必要があるのではないか
	職種間連携・情報共有	・ MCSの活用などの取組は進めている ・ 多職種が集まったの研修会、事例検討会は地域によっては高頻度で実施することが難しい ・ ケアマネジャーは基礎資格がそれぞれ異なり、福祉職出身の人は医療ニーズの高い利用者の支援に苦手意識を持つことがあるので、医療知識に係る研修を通じてスキルアップを図っている ・ ケアマネジャーが医療関係者に相談しづらいという声もあるようなので、医療側から対応を改善することで、よりよい連携が図れるのではないかと ・ 「わんコネ」が情報共有ツールとして有力になってきている ※「わんコネ」：医療福祉施設向けの入退院支援システム
	行政	・ 市民に在宅医療が十分知られていないこと、関係者間で顔の見える関係が築けていないことの2点を課題と認識している

在宅医療等に係る意見交換の結果（県北・県東）

構想区域	項目	主な意見
県北	在宅医療	• 一般の診療所の医師が在宅医療まで時間を取るのは難しく、先進的に取り組んでいる医師が引っ張っている状況 • 看護職員が不足しており、支援が必要 • 在宅に対応をした薬局は増えてきているが、介護職から相談を受ける窓口は明確化されていない
	ACP	• ACPの取組が実施されていないケースが多い • 日頃、患者の状態が安定している時に、繰り返し話し合いを重ねるべき
	行政	• 医療と介護の両方にニーズがある高齢者の問題については、地域医療構想と地域包括ケアシステムをリンクさせる必要があり、県から市町へ方向性は示したほうがいい
県東	在宅医療	• かかりつけ医の患者や病院から退院調整してもらった患者を診るケースと、サ高住などの施設へ診療するケースが同じ在宅医療としてカテゴリーされているが、全く別物 • 施設をメインとして在宅医療を専門にしているクリニックと、外来をやりながら在宅医療をしているクリニックは分けて考えるべき • 在宅療養支援病院が増えていかないと、いい在宅医療は提供できない
	情報共有	• 県東地域では2つのアプリを活用している（「わんコネ」、「ケアブック」） ※「わんコネ」：医療福祉施設向けの入退院支援システム ※「ケアブック」：入退院支援クラウドサービス • 4つの病院でアプリを利用しているが、今後、介護との連携状況も見える化する必要がある

在宅医療等に係る意見交換の結果（県西）

構想区域	項目	主な意見
県西	訪問診療	地域の面積が広く、実施頻度に限りがある
	歯科訪問診療	- 鹿沼市は行政からの支援や高齢者歯科診療に係る専門家の先生がいるため、積極的に勉強会を実施するなど体制の構築が出来ている - ケアマネジャーとの連携は進んでいないので、多職種間の連携は課題
	訪問薬剤管理指導	- 登録はするが、緊急の対応にはマンパワー不足で対応できていない薬局が多い - 県の補助事業を活用し、各薬局がどのような対応ができるかマップ化し、医療機関や訪問看護ステーションに配布する取組を実施している
	訪問看護	- 地域の面積が広く、移動時間がかかり、1日で対応出来る人数に限りがある - 広大な面積のため、24時間体制で訪問看護ステーションを運営するのは経営的に成り立たず、算入する訪問看護ステーションが増えず、ステーションの数が減ってきている
	介護サービス	- 特に面積の広い地域では訪問介護を実施する事業者は少ないため、病院側も在宅療養を勧めることができず、結果的に施設への入所が増えている - 経営的な問題もあり、民間の努力だけでは難しく、公的な補助が必要 - 介護ヘルパーやケアマネジャーが不足 - 施設での看取りは増えている - 介護側の医療の知識に限りがあり、医療が必要な方の受入体制の構築が難しい
	職種間連携・情報共有	「どこでも連絡帳」という便利なツールがあるのに利用率が上がらない - ケアマネジャーとしても、「どこでも連絡帳」を活用してもらえると助かり、職種間連携も進む - 特に大きな病院で「どこでも連絡帳」を使わない先生が多い印象
	ACP	- 在宅で診ている患者の家族から、最後に病院で入院させてもらえないかという要望があるが、急性期病院の立場からすると、経営的な視点から負担はある - 市民へのACPに関する普及啓発は必要 - 人の感情はその時々で変わるので、日頃から繰り返し働きかけをすべきだが、どのタイミングで誰がその働きかけを行うかは整理したほうがいい

在宅医療等に係る意見交換の結果（宇都宮①）

構想区域	項目	主な意見
宇都宮	在宅医療	・ 提供量は足りていると思うが、特定の施設が大きくやっている状況 ・ かかりつけ医の先生が在宅医療に移行していける取組が必要
	訪問薬剤管理指導	・ 実施する施設は増えてきているが、一生懸命やるほど在庫を抱える現実がある ・ 流通システムを上手く構築できれば、訪問薬剤指導を実施する薬局も増えるのではないかと
	訪問看護	・ 利用者が確保出来る地域であれば訪問看護ステーションが運営しやすいが、そうでない地域での事業所の開設は難しい。このような地域への支援も検討すべき
	介護サービス	・ 特定の介護資源（訪問入浴サービス、夜間対応が可能な障害者のヘルパー）が不足 ・ 介護資源としては、宇都宮市においても供給が追いつかなくなる兆しを感じている（日光市や那須町で訪問介護事業所の閉鎖や人材不足でサービスを受けられなかったという声があり、この現象が宇都宮市にも押し寄せてきていると感じる） ・ ターミナル期で訪問介護の利用希望があり、ケアマネジャーが事業所 5 か所以上に連絡しても、どこからも対応してもらえなかったという話も聞く ・ 訪問介護は時間も場所もバラバラで、往復の時間やガソリン代などを考えると、遠方では利益出ない ・ 人材確保の観点でも、職員の高齢化が進み、募集しても応募がなく、事業所内で配置転換をして対応しているところもあると聞く
	在宅療養支援病院	・ 在宅医療が安心してできるための病院の役割は高齢者医療の充実であり、特に、高齢者医療は2次救急が主体となるため、2次救急の供給体制を整える必要がある ・ 病院側としては、ADLが下がって、在宅に復帰できない患者の出口を探すことが負担となり、新たな患者を受入できないことが課題 ・ ワンクッションとして後方支援してくれる病院があると、新たな急患を受けられることができる

在宅医療等に係る意見交換の結果（宇都宮②）

構想区域	項目	主な意見
宇都宮	ACP・住民理解	- 急変時の対応で自宅で過ごしたいという人が救急車を呼ぶことが多い - 心停止、呼吸停止している方が3次救急を塞ぐこともあるので、呼吸停止をしていても、しかるべき場所に対応して、看取りまでできるよう、地域の方達の理解を得ながら進めていかないといけない - 地域包括ケアシステムのうち、「本人・家族の選択と心構え」というものがあるが、ここに格差があり、一人暮らしであるにも関わらず、ACPIに全く関心を示さない人もおり、そのような方が認知症となったり、救急搬送された際、医療機関やケアマネジャーの負担となる - ACPが明確化されていないと、搬送先の困難や医療資源の使い方などのバランス不全が生じる - ACPは手間がかかる取組だが、周知が薄い部分がある - 基本的には、自宅で看取る、看取られる覚悟があれば、どんな状態でも在宅医療、そして看取りは可能だと考えているが、現実にはACPや意思決定支援が不足している - 病院から、この状態で家に帰ると死んでしまうという事を伝えたと、自宅で看取られたいと思っていた人が療養型の病院に行く話もある - 体が不自由な方は公共交通や地域内交通で医療機関へ行くことが難しく、このような方が周囲に相談する人が少なかったり、相談できなかったりすることがある - 在宅医療は家族の負担が大きく、高齢者世帯では対応できない場合が多いと思うが、このような時に、どのような対応が考えられるか、高齢者向けに分かりやすい情報提供が必要 - 自治会、社会福祉協議会など様々な団体があるので、そのような組織を通じて、市民向けの説明会や勉強会を開催することも必要 - 普及啓発に当たっては、在宅医療を提供できる体制が確保されていることが前提
	行政（市）の取組	- 地域包括ケア推進会議を設置し、在宅医療と介護の連携を推進している - 入退院支援においては、入退院支援に係る指標が一部出ていないところもあり、更なる検討が必要 - 医療・介護従事者の質の向上を図るため、テーマを決めてワークショップなどを開催している - 医療と介護の連携を強化するため、市内5ブロックに医療・介護連携ステーションを設置し、多職種が参加する事例検討や研修を実施し、顔の見える関係づくりに取り組んでいる

在宅医療等に係る意見交換の結果（両毛①）

構想区域	項目	主な意見
両毛	在宅医療	・ 開業医は外来診療に時間が取られ、在宅医療までは手が回らない ・ 在宅診療クリニックについても問題が多いと聞く ・ 熱心にやっているところはやっているが、往診を嫌うところもある
	歯科訪問診療	・ 訪問するのは寝たきりの方など限定的 ・ 行く人は行き、行かない人は行かないという世界 ・ 県歯科医師会の在宅歯科医療連携室を訪問歯科に係る相談窓口として案内している
	訪問看護	・ 看護師のスキルの差により、看取りに対応できる施設とそうでない施設がある ・ 看取りに関してはスタッフの負担が大きく、施設として実施しないというところもあるため、このようなケースに対する研修の実施は必要 ・ サ高住では、夜間に介護士のための体制になり、看取りが難しいことから、訪問看護を利用するケースが出てきている ・ 初めての訪問で、利用者の家族に対して、亡くなるまで時間の問題ということを伝えなければならないケースもあり、早期の介入が難しい状況 ・ 訪問看護ステーションが増え、以前より在宅看取り、医療的ケアができるようになってきている
	ACP	・ 在宅看取りで納得していた方も、急に気持ちが変わって入院となるケースや救急車を呼ぶケースもあり、ACPに係る住民への意識付けは必要 ・ 高齢者施設における急変時の対応として、入院して回復する見込みがあるなら、入院でもいいかもしれないが、看取りの段階であれば、施設で完結したほうがよく、ここに関するACPを進めれば、救急搬送も減るのではないか ・ 特にがんの末期の患者で、亡くなる数日前にケアマネのところへ相談に来ることがあり、家族の気持ちの整理がつかないまま亡くなることがあるので、病院、在宅医療の医師による意思決定支援は重要

在宅医療等に係る意見交換の結果（両毛②）

構想区域	項目	主な意見
両毛	高齢者施設	・ 特養では施設で亡くなり、退所するケースが多く、施設で看取ることが多い ・ サ高住などの施設は主治医がバラバラで、何かあったら救急車を呼ぶケースが多く、主治医がいるのに連絡が取れないなど、医療側にも問題があるのではないか
	職種間連携	・ 在宅医療専門の診療所は医師が度々替わり、すぐに救急車を呼ぶ医師や連絡が取れない医師などもあり、医師によって対応力が異なることから、連携が難しい ・ 最終段階に入ったときに、誰が口火を切るかという問題があり、ケアマネジャーがやったほうがいいのか、医療従事者がやったほうがいいのか悩んでいる ・ ACPを踏まえた対応をする医師もいれば、予後の説明もなく在宅へつなぐ医師もいて、家族も何も心構えがなく、在宅に移る人もいるので、訪問看護師やケアマネジャーが内々でどうするか話している現状もあり、訪問看護師やケアマネジャーなどが専門職としてそこにどう関わるべきかは課題 ・ 介護ヘルパーの高齢化や事業所の減少により、在宅看取りを支えるということに関しては、ヘルパーを探すのが大変になってきている

構想区域	現状・課題	令和7(2025)年3月10日(月)
県東	・精神科救急が大きなウエイトを占めるのでは。宇都宮区域だけでは完結できず、医療圏をまたいでの対応が必要。 ・1次、2次は医療圏の中で完結するが、3次は医療圏をまたぐ連携が必要。 ・耳鼻科や眼科の救急が課題。 ・深夜帯の1次救急は負担になってくる。 ・病床が満床の場合、行政のベッドコントロールが必要。	
県南	【緊急を要する対応】 働き方改革の進行に伴い、脳血管治療医の数が不足しているという問題がある。特に栃木県内ではこの問題が顕著である。 時間との勝負であるため、特に緊急治療のできる専門医をいかに確保するかが問題となっている。 tPA療法や心臓カテーテル治療も、予定治療は可能だが、緊急治療はマンパワー不足で難しく、大学病院の支援を受けることが多い。 大動脈解離の緊急手術は県外に依頼することも多い。 ・緊急手術や血栓溶解など、時間が治療の結果に直接影響する医療は地域で完結することが重要。 ・全国平均と比較して不足している分野に対する人材確保のための基金や経済的支援が必要。 ・3次施設ではなく2次施設での振り分けやワンタッチの重要性も指摘されている。 ・各2次医療圏での地域差も課題であり、隣接地域との協力が必要になる。 ・大学病院としては緊急治療ができる医師の育成が重要である。 ・以前は循環器科医を複数の病院に少人数ずつ派遣していたが、(今は)集約する方が効率的だと分かった。疾患ごとの医療提供体制は専門領域ごとに異なり、大学病院を中心に医師を配置することが重要。働き方改革の中で無理なく24時間365日の体制を整える必要がある。 ・手術室と心臓外科の人員を充足させて対応したいが、領域によっては十分ではない。 【高齢者への対応】 現在、病院の患者は70歳以上が主体であり、急性期医療も高齢者対応が中心となっている。 高齢者の救急患者が増えており、入院中にADLが低下して自宅に帰れないケースが多い。 患者本人の医療ニーズが分からないと過剰な対応が発生する。家族が救急車を呼んだ以上、医療機関は対応せざるを得ない。 ・地域医療構想の最大の課題は高齢者医療である。 ・医療提供者は、医療と介護の役割について議論すべき。今後は、医療機関が医療と介護の役割を整理し、各機関が担当する部分を明確にすることが重要。 ・医療機関が役割を明確にし考えた上で調整していくのが、今後の地域医療構想ではないか。 ・急変時の救急搬送についても住民への啓発や説明が必要であり、意思確認も重要である。 ・現状のままで医療の提供体制を構築していこうとすると、際限がなくなる。 ・介護と医療の連携が重要であり、患者の流れを効率的に進める必要がある。DXツールは今後必須となる。 【1次～3次の役割分担と連携】 大学病院は3次救急が主だが、ケースバイケースで2次救急も受けている。 1次、2次、3次の区分けが必要な状況になっている。 1次、2次、3次の救急医療の流れが、従来の枠組みではうまくいかないことが分かってきている。 ・重要なのは、1次～3次の役割分担と連携の方法であり、医療圏や自治体、圏域での役割を明確にする必要がある。 ・従来の考え方では1次で対応し、足りなければ2次、さらに足りなければ3次に行くという流れだったが、今後は医療と介護の連携が必要。 ・DXツールを使って(3次救急の)後方支援を充実させていただけると助かる。 ・1次と2次の境目が難しく、マンパワーに恵まれていないため、2次救急を担いながら、1～3次が一緒にやっていく方向を検討している。 ・夜間休日診療所のコンビニ利用やモラルハザード、患者の過剰なニーズについては市民啓発が必要。	

各医療圏の入院患者流出入状況（令和4年度DPCデータ）

第1回県南地域医療構想調整会議並びに
県南構想区域病院及び有床診療所等会議
合同会議 資料3-1
令和6(2024)年6月25日(火)

- 医療圏毎の入院患者の**流出**状況を見ると、「**県西**」、「**県北**」が多い
- **流入**状況を見ると、「**県南**」、「**宇都宮**」が多い
- 「**宇都宮**」は**流出入ともに同程度の割合**を有しており、患者の出入りが多い地域と言える

患者の医療圏

施設
の
医
療
圏

	宇都宮	県西	県東	県南	県北	両毛	県外
宇都宮	25,200	2,176	921	1,146	3,823	118	728
県西	439	9,813	32	210	387	43	199
県東	281	19	7,602	245	110	10	387
県南	8,906	4,607	3,391	32,431	2,927	2,379	8,799
県北	350	109	111	77	24,670	14	1,102
両毛	69	27	5	1,069	19	18,135	3,375

圏域	流入割合	流出割合
宇都宮	26.1%	28.5%
県北	6.7%	22.8%
県西	11.8%	41.4%
県東	12.2%	37.0%
県南	48.9%	7.8%
両毛	20.1%	12.4%

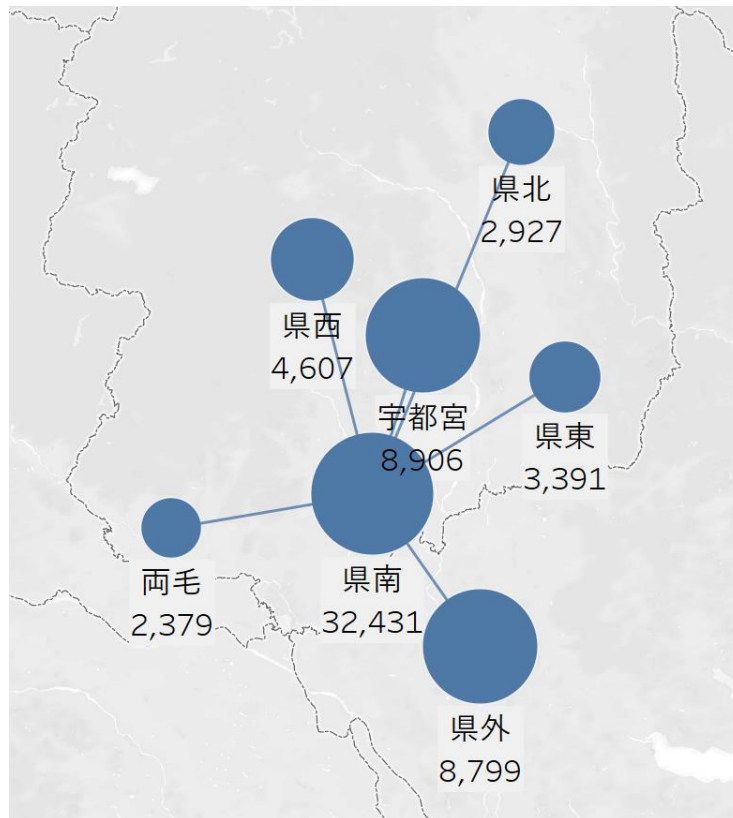
【流入割合】
医療圏内の施設に入院した患者のうち、
他医療圏の患者が占める割合

【流出割合】
医療圏内の患者のうち、他医療圏の施設
に入院した患者が占める割合

・追加。

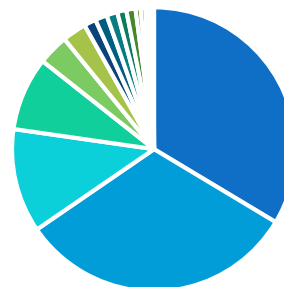
全入院の分析：結果

圏内施設に入院した患者の住所



医療圏内：32,431

医療圏内
施設別患者数



流入：31,009

圏内在住患者の入院先

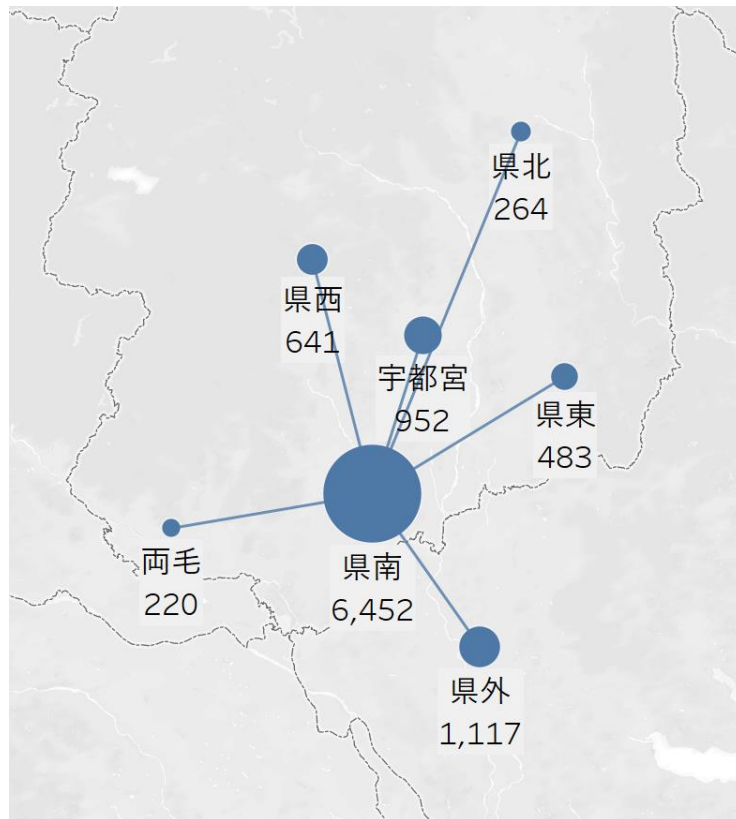


流出：2,747
(県内のみ)

・追加。

全入院の分析：結果（救急車来院）

圏内施設に入院した患者の住所



医療圏内：6,452

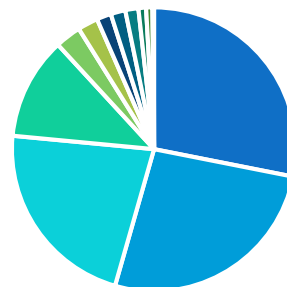
圏内在住患者の入院先



・追加。

流出：519
（県内のみ）

医療圏内
施設別患者数



流入：3,677

アンケート調査の概要

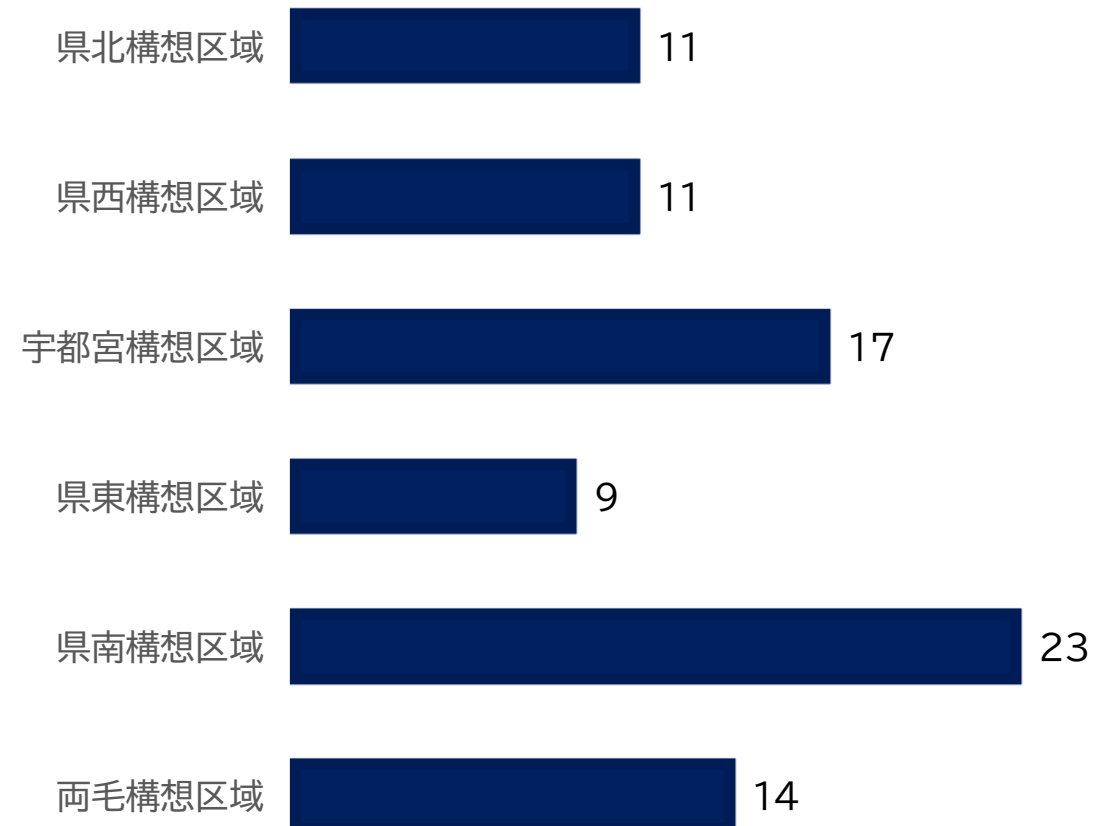
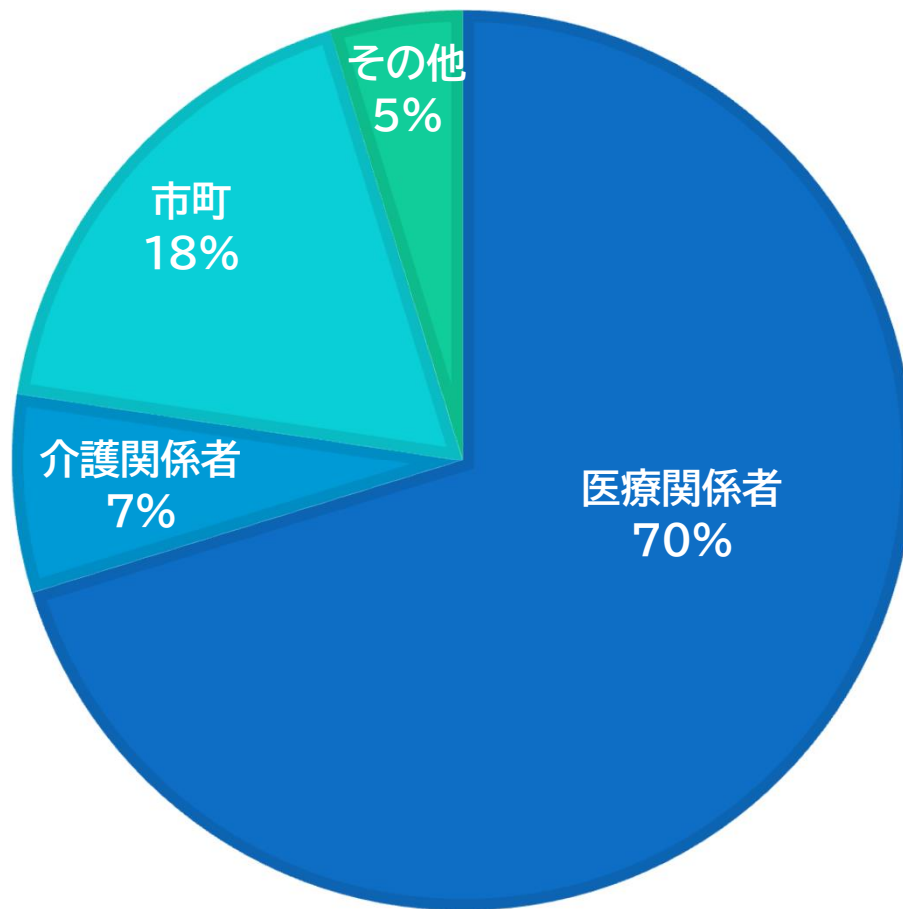
令和6年度 第2回県南地域医療構想
調整会議及び有床診療所等会議

資料

令和6(2024)年11月25日(月)

1-①

1 調査名	地域医療構想の実現に向けたアンケート調査
2 調査対象	各地域の地域医療構想調整会議、病院及び有床診療所会議、医療・介護の体制整備に係る協議の場の構成員(計303名)
3 調査期間	令和6(2024)年10月18日～11月6日
4 調査方法	WEB(Microsoft Forms) ※利用できない場合は紙媒体のメール・FAX等による回答も可
5 調査項目	<u>①グランドデザインについて</u> ①-1 あなたの所属する構想区域の方向性(目指すべき医療・介護提供体制) ①-2 あなたの所属する構想区域における課題 ①-3 あなたの所属する構想区域において地域完結を目指すべき医療 ①-4 県全体の方向性(目指すべき医療・介護提供体制) ①-5 県全体の課題 ①-6 県全体で対応すべき医療 <u>②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について</u> ②-1 あなたの所属する構想区域における救急医療(初期・二次・三次救急) ②-2 あなたの所属する構想区域における在宅医療 ②-3 あなたの所属する構想区域におけるその他の5疾病6事業(救急を除く) ②-4 あなたの所属する構想区域における外来医療、かかりつけ医機能 ②-5 あなたの所属する構想区域における医療従事者の確保・医師の働き方改革 ②-6 あなたの所属する市町、地域における介護(介護サービス、介護従事者) ②-7 あなたの所属する市町、地域における医療介護連携 ②-8 県全体 <u>③地域医療構想の推進に向けて行政機関等に求めることについて</u> ③-1 国(診療報酬・介護報酬は除く) ③-2 県 ③-3 市町 ③-4 公立・公的医療機関 <u>④地域医療構想の推進に向けて自ら取り組んでいること、今後必要な取組等について</u> <u>⑤令和6年度診療報酬・介護報酬改定について</u> <u>⑥地域包括医療病棟について</u> ⑥-1 現時点での転換・新設の予定 ⑥-2 転換・新設の時期 ⑥-3 転換・新設を考えている理由、転換・新設に当たっての課題等 ⑥-4 転換・新設をしない、またはできない理由 <u>⑦救急患者連携搬送料の活用について</u> ⑦-1 現時点での算定の予定 ⑦-2 算定開始の時期 ⑦-3 課題等 <u>⑧各構想区域における地域医療構想調整会議のあり方について</u> <u>⑨その他地域医療構想の推進に向けた意見・要望等</u>
6 回答数	84(回答率:約28%)



※複数の構想区域の構成員となっている場合があるため、
合計値はアンケート回答数と異なる。

グランドデザイン

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

医療・介護提供体制の現状と課題

- 医療・介護人材の不足、育成
- 医療提供体制の充実(急性期病院の後方支援体制、専門的な回復期機能の不足、医療機関の役割分担の明確化、公立・公的病院をはじめとする医療機関の機能集約・強化等)
- 救急医療体制の充実(初期救急のあり方の検討、二次救急の体制強化、精神科救急やマイナー科の体制整備、三次救急の負担軽減等)
- 在宅医療、医療・介護連携の充実(質の向上、急変時や看取りの体制、介護提供施設の不足、医療的ケアの供給体制、圏域を超えた連携の必要性)
- 大動脈疾患、脳卒中、新興感染症等の体制整備
- かかりつけ医機能の充実、複合的な医療介護ニーズを有する患者情報の統合・連携
- 医療・介護に関する住民の理解促進や参画

①グランドデザインについて(①-1)

令和6年度 第2回県南地域医療構想
調整会議及び有床診療所等会議

令和6(2024)年11月25日(月)

資料
1-①

1.あなたの所属する構想区域にどのような医療・介護提供体制があるとよいと思いますか。

地域包括ケアシステムの構築(地域全体で患者を支える体制)、**救急医療体制の充実**(患者の状態に合わせて必要な医療がすぐに受けられる体制)、**医療機関の連携と役割分担** との回答が多かった。

県南構想区域に所属する方の回答(その1)

- 患者の状態に応じて必要な医療を受けられる体制
- 地域全体で外来や入院患者を割り振る体制
- 患者の状態に応じて必要な医療を受けられる体制、医療・介護・予防・生活支援に関してそれぞれの機関、施設が密接に連携できる体制
- 「口腔ケアが身体のみならず認知症も含め、病気の予後を左右する。」と思われるので、医療・介護の連携を提供できる体制
- 横の連携(病院間)強化
- 高齢者の生き方や制度の持続可能性を考慮して、医療と介護の”けじめ”を意識した地域完結型医療および地域包括ケアの構築
- すなわち、医療は急性期・高回転に限定し、入院日数が長い回復期や慢性療養、“社会的入院”は医療よりも介護や福祉を主体とした施設および在宅で対応する。
- これを限られた資源で効率よく達成するためには、現在の地域内の医療・介護提供施設は、何らかの医療連携推進法人的なグループに属するようなシステムを再構築する。
- 患者の状態に応じて必要な医療と介護を受けられる体制
- 医療・介護の連携
- 緊急時に昼夜を問わず必要な医療が受けられる体制
- ひとつの病院で入院を完結するのではなく地域全体で患者を支える体制
- 病院、老健、健診センター、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所で地域完結型医療を目指す。
- 各々の役割や対応能力に応じて協力し、地域全体で患者を支えていく
- 医療・介護(施設または在宅)においては行政・病院・クリニック・歯科医院・薬局・居宅介護施設・訪問看護ステーションなどが、情報を一元的に把握でき、顔の見える関係でスムーズに情報と意見を交換しながら、継続的に患者(市民)を支えていく。
- 薬局がもっと積極的に市民と対面、電話、SNSで対話し、医療介護予防のため、地域の保健室として機能し、介入すべき事例を速やかに医療または介護サービスにつなげていきたい。
- 一次救急・二次救急の病院の役割を市民が理解し適切な救急医療が受けられる体制
- 回復期及び慢性期の患者を後方支援病院が速やかに受け入れられる体制
- 高度急性期病院では、人口減に対応すべく病床数変更が必須となる。回復期等の病床を備えることで、患者をスムーズに地域に移行できるようになる
- 地域完結を目指す分野と、県全体で対応する分野の明確化

①グランドデザインについて(①-1)

令和6年度 第2回県南地域医療構想
調整会議及び有床診療所等会議

資料

令和6(2024)年11月25日(月)

1-①

1.あなたの所属する構想区域にどのような医療・介護提供体制があるとよいと思いますか。

県南構想区域に所属する方の回答(その2)

- 大学病院、地域基幹病院、医師会、診療所等が適切に役割負担し、有機的な機能連携が図れる体制
- 医療ニーズの高い高齢者が在宅生活を続けられるよう、かかりつけ医による在宅診療(往診)の提供体制が整備されている。
- 入退院前の療養に係る情報が関係者間で円滑に共有され、入院時から退院時後の在宅療養への移行をスムーズに行うことができる。
- 在宅療養者の在宅療養やACP等に係る情報が関係者間で円滑に共有され、搬送先の医療機関で迅速な治療を受けることができる。
- 医療と介護の双方向のシームレスなサービスの提供
- 今後の人口動態や病院機能に応じた医療・介護提供体制
- 救急医療について、それぞれの医療機関が果たすべき役割が明確化され、それを全うできる体制
- 大学病院がほぼ全面的に担当している広域診療機能、高度診療機能の維持。
- 地域内で急性期、回復期、慢性期各々の医療サービス提供が可能な枠組み
- 家族に介護が必要となっても介護者が働きながら安心して在宅介護できる、医療・介護の提供体制。
- 新小山市民病院が中核となって、病病連携・病介連携の強化を図り、地域完結型の医療提供体制を拡充させる。
- 患者の状態に応じて必要な医療を受けられる体制

①グランドデザインについて(①-2)

令和6年度 第2回県南地域医療構想
調整会議及び有床診療所等会議

令和6(2024)年11月25日(月)

資料
1-①

2.あなたの所属する構想区域において①-1で掲げた医療・介護提供体制を実現するためにはどのような課題等があると思いますか。

医療資源の不足(医療従事者・介護職員の不足、開業医の高齢化、後方支援病院の不足、在宅医療の不足)、**医療連携の不十分さ**(医療機関間や医療と介護の連携不足、情報共有が不十分)との回答が多かった。

県南構想区域に所属する方の回答(その1)

- ・ 地域包括ケアシステムを支える医療資源(在宅医療、急変時の受入れ先等)が少ない
- ・ 病院同士の連携が不十分である。
- ・ 適度な治療を経て状態が安定した患者を受け入れる介護施設が不足している、医療と介護の連携体制が概ね良好である、地域包括ケアシステムを支える医療資源(在宅医療)が不足している。
- ・ 現場レベルでは医療・介護の横の連携がまだまだ足りず、更なる強化が求められる。
かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師、および介護関係者等の顔の見える関係の構築が求められる。
- ・ 医療や事務の専門知識の向上
- ・ 急性期医療に関しては、200万人の県人口に対して地域内に1,200床の大学病院が2つあり、高度急性期と一般急性期の医療機能の分担が全体最適になっていない。それに合わせて病床数やスタッフ配置を連動させられればよい。慢性期に関しては、回復期～在宅の提供体制やその支援体制が不十分である。
- ・ 医療的処置が必要で介護施設では対応が難しい場合がある
- ・ 医療・介護の情報共有による連携体制
- ・ 医療と介護の連携体制が不十分である
- ・ 医療従事者不足
- ・ 各職種の連携が不十分である。交流の場を広げる必要がある。
- ・ 薬局におけるバイタル測定、血糖測定、抗原検査、血液検査の実施には法的制限があること。
- ・ 地域薬局におけるPCAポンプを用いた疼痛管理、点滴・輸液製剤の調剤経験が少ないため、そもそもクリーンベンチが設置されている薬局が少ないこと、また調整技能に習熟していないこと
- ・ 病院やクリニックの次回までの受診の間の能動的フォローが難しく、どうしても受動的になってしまう
- ・ 病院・施設の機能整備と連携体制の構築
- ・ 高齢者を受け入れる医療施設の充実
- ・ 医師の働き方改革により、労働時間が明確化されたことでの医師不足や慢性化している看護師・薬剤師等の医療従事者の不足

①グランドデザインについて(①-2)

令和6年度 第2回県南地域医療構想
調整会議及び有床診療所等会議

令和6(2024)年11月25日(月)

資料
1-①

2.あなたの所属する構想区域において①-1で掲げた医療・介護提供体制を実現するためにはどのような課題等があると思いますか。

県南構想区域に所属する方の回答(その2)

- 3次医療機関と2次医療機関の地域の実情をふまえた役割分担の明確化
- 在支診の登録診療所数は県内他市町村と比較しても多いものの、実際に訪問診療(往診)を実施している(できる)診療所は一部にとどまり、在宅医療のニーズに対応しきれていない。
- 病院と在宅医、介護職間の情報共有が十分でなく、退院から在宅療養への円滑な移行が図られていない。
- 救急搬送時に、在宅療養やACP、DNAR等に係る情報が十分に把握できていない。
- 救急搬送時に後方支援病院を含めて受入体制が十分ではない。
- 大学病院がほぼ全面的に担当している広域診療機能、高度診療機能の維持が、診療報酬の対応が遅れていることなどによって困難になってきている。診療報酬からの制度補正だけでなく、県保健行政としても対応が必要
- 後方支援病院の不足、後方支援病院で対応できる医療の限定
- 地域包括ケアシステムを支える医療資源(在宅医療、急変時の受入れ先等)
- 医療内容(地域医療、急性期医療、回復期医療、療養)と診療形態(診療所、病院、地域中核病院、高度急性期病院)の確認と整理
- 2次医療機関による夜間休日の外傷緊急手術受け入れ体制の欠如により、重症度にかかわらず救急外傷の時間外対応が3次医療機関に集中。麻酔科や手術スタッフの人員の問題、そして医師の働き方改革により時間外の勤務を極力減らす医療機関の方針も影響している。結果、救急隊の選定より高次である3次医療機関に搬送され、さらに早期対応が必要、多発外傷、転院先の選定に労力がかかるなどの理由から下り搬送も困難
- 高度な治療を経て状態が安定した患者を受け入れる後方病院や介護施設が不足している。高度医療機関の入院稼働が滞る一つの理由となっている。
- 地域包括ケアシステムを支える医療・介護資源(在宅医療、急変時の受入れ、ショートステイ等)。
- 訪問看護施設は増えてきているが、在宅医療を行う医療機関は少ない状況。
- 高齢者の単身世帯が増えている中で、慢性疾患や複数の疾患を抱える患者、医療・介護の複合ニーズを有する患者などが増加しており、医療・介護の連携の必要性を考えている。

①グランドデザインについて(①-3)

令和6年度 第2回県南地域医療構想
調整会議及び有床診療所等会議

令和6(2024)年11月25日(月)

資料
1-①

3.あなたの所属する構想区域において地域で受けられることが望ましいが、実際は受けられていない(地域で受けられるようにすべき、不足している)と思われる医療があれば記入してください。

初期・二次救急、在宅復帰を目的とする医療、在宅医療、高齢者向けの医療 との回答が多かった。

県南構想区域に所属する方の回答

- ・ 初期・二次救急
- ・ 悪性腫瘍や難病患者のBSCを必要とする患者を受け入れる施設
- ・ 在宅医療機関
- ・ 周術期口腔機能管理を「もっと当たり前のシステムとなるように浸透させること」が必要である。
- ・ 人口17万小山市の1～2次産婦人科医療
- ・ 緩和ケア
- ・ 精神科救急
- ・ 介護施設では対応できない医療に対し、継続的に提供できる医療機関
- ・ 認知症の患者を地域で見っていく体制の整備
- ・ 初期・二次救急
- ・ 高齢者医療&介護
- ・ 在宅復帰を目的とする医療
- ・ 周産期医療
- ・ 在宅や施設におけるPCAポンプを用いた疼痛管理、中心静脈栄養管理
- ・ 急性期医療を受けた患者が、在宅療養等で復帰を目指すための医療
- ・ 救急患者の受入れが医師不足やベッド等によりできないこと(①-1との整合性)
- ・ 小児科の入院も含めた救急対応
- ・ 産科の拡充
- ・ コロナ等の感染症への対応
- ・ 初期、二次救急。特に一次、二次の運動器外傷は近年高齢者が多くを占める。高齢者は併存疾患やADL低下により自宅退院は困難で、回復期や地域包括ケア病床への転院を要するため調整に多大の時間を要し、結果病床が逼迫する。運動器外傷の医療体制として整備すべき。
- ・ 在宅復帰を目的とする医療。
- ・ 今後在宅での診察を希望する高齢者が増加することが予想されるため、在宅診療
- ・ 二次救急など

①グランドデザインについて(①-4)

令和6年度 第2回県南地域医療構想
調整会議及び有床診療所等会議

令和6(2024)年11月25日(月)

資料
1-①

4.県全体としてどのような医療・介護提供体制があると良いと思いますか。

充実した「救命救急医療の提供体制」、県単位での「医療機関間、医療・介護の連携」、「医療資源の確保・育成」との回答が多かった。

県南構想区域に所属する方の回答

- 救命救急(広範囲熱傷や四肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対する救急医療)が受けられる体制
- 緊急を要する医療はできるだけ地域で受けられる体制
- 圏域を越えた医療介護の連携ができる体制
- 緊急を要する医療はできるだけ地域で受けられ、必要に応じて県内の専門医療機関を速やかに受診できる体制、県内で高度な医療、救命救急(広範囲熱傷や四肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対する救急医療)が受けられる体制、圏域を越えた医療介護の連携ができる体制
- 高度急性期を特定機能病院群および特定病院群に、一般急性期を標準病院群に、地域包括ケアをその他の病院群に分け、各々の境界領域を共有する。
- 在宅は、診療所が主体となる。
- 圏域を越えた医療介護の連携ができる体制
- 緊急医療の受け入れ体制、専門医療機関に速やかに受診できる体制
- 圏域を越えた医療介護の連携ができる体制
- 必要に応じて県内の専門医療機関を速やかに受診できる体制、圏域を越えた医療介護の連携ができる体制
- 医療・介護(施設または在宅)においては行政・病院・クリニック・歯科医院・薬局・居宅介護施設・訪問看護ステーションなどが、情報を一元的に把握でき、顔の見える関係でスムーズに情報と意見を交換しながら、継続的に患者(市民)を支えていく。
- 薬局がもっと積極的に市民と対面、電話、SNSで対話し、医療介護予防のため、地域の保健室として機能し、介入すべき事例を速やかに医療または介護サービスにつなげていきたい。
- 病状に応じ、医療圏域を超えた医療介護
- 救命救急・高度な医療が必要な患者のスムーズな受け入れ
- 県内での緊急手術の受け入れ体制
- 救急医療を必要とする患者を受け入れる医療体制
- 高度救命救急センター設置の検討
- 夜間・休日等に受診可能な小児・眼科・耳鼻科等の医療体制
- 人口の流入・流出に応じた医療体制が、それぞれの医療圏で行えるのが望ましいが、やむを得ない場合は県外との連携ができる体制
- 圏域を基本としつつも、患者の動向等により、他の圏域の利用など圏域を越えた柔軟な対応ができる体制
- 圏域を越えた医療介護の連携ができる体制
- 緊急を要する医療はできるだけ地域で受けられ、必要に応じて県内の専門医療機関を速やかに受診できる体制
- 運動器外傷については、県内で供給できる限度を超過し、重症度によらず県内での完結が困難となっているのではないか。近隣県から当県に搬送される例が増加傾向である。
- 現況を支えているのは働き方改革の方針と相反する時間外労働。
- 近隣の県との連携も必要ではないか。
- さらにそのためにはDXの利活用が必須になってくる。
- 圏域を超えた医療介護の連携ができる体制。
- 圏域関係なく、山梨県の初期救急医療センターのような県と市町全体で運営する初期救急医療センターがあると良い。
- 県内の専門医療機関を速やかに受診できる体制

①グランドデザインについて(①-5)

令和6年度 第2回県南地域医療構想
調整会議及び有床診療所等会議
令和6(2024)年11月25日(月)

資料
1-①

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

地域間の連携の不十分さ、医療資源の確保、医療と介護の連携 との回答が多かった。

県南構想区域に所属する方の回答

- ・ 圏域を越えて医療機関をつなぐICTネットワークが必要【3機関より】
- ・ 地域間の連携が不十分【3機関より】
- ・ 医療介護従事者を安定的に確保できない【4機関より】
- ・ 他県の医療機関と連携するための具体的な仕組みがない。
- ・ 高度な治療を経て状態が安定した患者を受け入れる後方支援病院や介護施設が不足している、医療と介護の連携体制が不十分であり、地域包括ケアシステムを支える医療資源(在宅医療、急変時の受入先等)がない。
- ・ 現下の問題に振り回され、将来を展望した各病院間の情報交換や話し合いが進んでいない。
- ・ 在宅についても普及が遅れており、高齢者の流れが慢性療養で滞留している。
- ・ 県南、県西地区など県境地域は、地域医療構想の区域が現状と合致していない。
- ・ 医療と介護の連携を図る統一的な仕組みがない【2機関より】
- ・ 地域の医療及び介護の連携が不十分
- ・ 職種を越えた交流を持ち、互いに顔見知りの関係となることが望ましい。
- ・ 薬局におけるバイタル測定、血糖測定、抗原検査、血液検査の実施には法的制限があること。
- ・ 地域薬局におけるPCAポンプを用いた疼痛管理、点滴・輸液製剤の調剤経験が少ないため、そもそもクリーンベンチが設置されている薬局が少ないこと、また調整技能に習熟していないこと
- ・ 病院やクリニックの次回までの受診の間の能動的フォローが難しく、どうしても受動的になってしまう
- ・ 支援体制(補助金等)・高齢者医療への対応・設備不足の解消や情報の一元化を進める必要がある
- ・ 医療従事者の安定的な確保、圏域間の医療体制のアンバランス
- ・ 医療と介護の連携を図る、県全体としての統一的な仕組みがない
- ・ 救急搬送時に圏域を越えて受入調整ができる仕組みがない
- ・ 政策医療を行う公的医療機関(県立病院)の不足
- ・ 医療区分の不明瞭化による負担増
- ・ 準緊急である夜間の二次外傷への対応に必要な情報、特に外傷医師、空床、手術室・看護師・麻酔医など手術対応状況を集約してモニタリングし、管理する体制がない
- ・ 地域間の連携のためにDXの導入が必要。DXを導入しておく災害時にも役立つだろう。医療と介護の連携にもDX導入が必要
- ・ さらに医療介護の人材確保は喫緊の課題。
- ・ 各市町からのセンターへの距離が遠いことが予想される
- ・ 受入れ可能人数に限りがあり対応困難な事象が出る可能性がある
- ・ 医療機関をつなぐICTネットワーク

①グランドデザインについて(①-6)

令和6年度 第2回県南地域医療構想
調整会議及び有床診療所等会議

資料
1-①

令和6(2024)年11月25日(月)

6. ①-3の地域完結を目指すべき医療と対比して、県全体で整備する(あるいは対応できるようにする)必要がある医療としてどのようなものがあると思いますか。

高度な医療(高度救命救急センター、がん医療等)、医療機関間・医療・介護の連携体制、医療資源の確保 との回答が多かった。

県南構想区域に所属する方の回答

- 耳鼻科や眼科などの救急医療体制
- 県全体での初診や入院患者の調整
- 口腔咽頭がんの治療体制(手術、化学療法等)
- 歯科からは①-3同様に、地域完結のみならず県全体でも「周術期口腔機能管理の連携体制強化」を目指すべきと思われる。
- 高度・最先端医療、総合診療医の集積
- 緊急時に受け入れられる専門医療機関の体制
- ACPをはっきりさせることが必要と思われる
- 脳血管疾患、心血管疾患への対応
- 周産期医療
- 耳鼻科や泌尿器科などの急性期治療が終了した療養患者の受け入れ病院
- 夜間・休日に救急医療を提供する病院の拡充
- 病院機能の見直し
- 高度救命救急、産科のセンター方式等の連携体制
- 独居者の疾病に対する入院、療養支援。
- 希少がんに係る医療、希少疾患、緊急手術を要する大動脈疾患を24時間365日受けられる医療体制、耳鼻科や眼科などの救急医療体制が脆弱。人材の確保、人材育成が喫緊の課題。
- 脳卒中超急性期治療(血栓除去、血栓溶解等)
- てんかん診療のレベルアップ
- 緊急手術を要する大動脈疾患を24時間365日受けられる医療体制。
- 周産期医療体制整備。
- 24時間365日受けられる医療体制

②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-1)

1.あなたの所属する構想区域における救急医療(初期・二次・三次救急)

令和6年度 第2回県南地域医療構想 調整会議及び有床診療所等会議	資料 1-①
令和6(2024)年11月25日(月)	

受入れが困難な状況がある(医療機関・医師の不足(二次救急)、高齢化(初期救急)等)、**救急の役割等の県民・市民への周知が必要**との回答が多かった。

県南構想区域(その1)

- 身体的な救急医療の連携は取れている。
- 口腔がん、口腔外科領域の手術が行える機関の充実。在宅療養に対応できる機関
- 下都賀歯科医師会では会員個々が、とちぎメディカルセンター・獨協医科大学病院・自治医科大学病院等と医療連携施設として提携している。
- 一次医療機関での高齢者救急対応がどの程度可能で、2次医療機関とどのように連携するか。
- 初期救急、二次救急、三次救急
- 時に断られることがある。その後の対応が大変である。
- 医師不足のための救急対応が不十分
- 初期救急は長い時間おこなうことが望ましいのであろうが、従事者の高齢化と負担を考えると難しい。
- (現状)
小山夜間休日急患診療所における医薬品供給において近隣の3つの薬局(会員薬局)が輪番で開局し、これに対応している。
結果、地域薬剤師会は、救急医療領域に関し、地域医師会、地域歯科医師会との連携は何一つとれません。
また、輪番対応している3法人とも人的資源と利潤の確保に非常に苦慮している。
- (意見)
救急医療に関し、医科、歯科においては診療施設、設備、人的資源に対し予算が確保されているが、薬科において何一つ予算措置がありません。
本来であれば、地域薬剤師会の会員薬剤師を、輪番薬局を派遣して、これを支援したい。
派遣にあたって、せめて看護師と同金額の金銭的予算措置をいただきたくお願いしたい。
- これが達成されれば、救急医療における薬剤師会の地域医療連携が可能になり、災害時にも活用できる地域フォーミュラリー策定の足がかりになるかと存じます
- それぞれの救急の役割を市民が理解していない
- 初期・二次救急・三次救急の県民への周知
- 初期救急の体制を早急に検討する必要がある、その場合、どのレベルで体制づくりをするか、重装備の初期なのか、軽装備なのか、2次・3次の役割、あり方を明確にしないと市レベルでは方向付けが困難

②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-1)

1.あなたの所属する構想区域における救急医療(初期・二次・三次救急)

令和6年度 第2回県南地域医療構想
調整会議及び有床診療所等会議

令和6(2024)年11月25日(月)

資料
1-①

県南構想区域(その2)

- 初期・二次救急対応が希薄、特に働き方改革への対応により多くの2次医療機関で休日夜間の緊急外傷手術に対応できていない。
- 全科当直の体制が少ないため専門外の受け入れを断る。
- 三次救急は充実している。
- 初期 栃木地区急患センター
- 二次、三次の一部 とちぎメディカルセンターしもつが
- 三次 大学病院
- 在宅当番医の医療機関6か所のうち、1か所から令和6年8月以降は実施できないと申し出があった。
- 申し出のあった医療機関には、回数を減らして実施してもらっているが、その他の医療機関の負担が増加している。
- 一次救急について、県南医療圏では在宅当番医制を6医療機関で1日2医療機関体制で運営していた。昨年より、ある医療機関から夜間休日帯の医療従事者確保が難しいため、在宅当番医を抜きたいという申告があった。調整を行った結果、今年の8月より1日1または2医療機関での運営となった。県境ということもあり、茨城県結城市や筑西市の方も搬送されるケースも見受けられるため、夜間休日診療所のように、可能であれば県を超えて医療機関と連携することも検討したい。

②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-2)

2.あなたの所属する構想区域における在宅医療

提供体制の質や量の充実が求められている、医療・介護従事者が不足している、後方病院との連携強化が求められる との回答が多かった。

県南構想区域	令和6年度 第2回県南地域医療構想 調整会議及び有床診療所等会議 令和6(2024)年11月25日(月)	資料 1-①
	• それなりに機能している。 • 医科と歯科の連携 • 下都賀歯科医師会が窓口となり依頼を受付して、地域・状況に応じて会員個々に在宅歯科医療を依頼している。 • 人員確保 • 一般診療所の在宅診療参加が遅れている。在宅支援病院も少ない。 • あり • かなり進んでいると思われる • 十分とは言えない • 当院では在宅はおこなっていないので、よく分からない • (現状) 高齢者夫婦、独居、または家族が昼夜間外出していて、服薬管理が疎かになっている事例が散見される。 またサービス付き高齢者住宅における、医薬品管理が杜撰な事例が散見される。看護師が服薬管理を任されることが多いが、知識と技能において専門外であるため、苦労していると聞いております。 • (意見) もっと積極的に地域薬剤師が、在宅、特に高齢者施設における薬剤管理に介入した方がよい • 在宅医療は充実にきているが、在宅医療への理解が進んでいない。医師(医療者)をはじめ関心が薄いこと • 在宅・介護/地域包括システムのネットワーク • 在宅医療に従事する医療従事者の質、量共に増強する必要がある。また主治医をサポートする体制をどのように構築するか。 • 在支診の登録診療所数は県内他市町と比較しても多いものの、実際に訪問診療(往診)を実施している(できる)診療所は一部にとどまり、在宅医療のニーズに対応しきれていない。 • 在宅主治医不在時のバックアップ体制として在宅主治医・在宅協力医体制を構築しているものの、協力医の活用が進んでいない。 • 市民の在宅医療・介護連携についての認知・理解が十分でない。 • 病院と在宅医、介護職間の情報共有が十分でなく、退院から在宅療養への円滑な移行が図られていない。 • 在宅医療の提供体制は増えつつあるように思うが、さらなる充実が必要。 • 課題は後方病院との連携構築。 • 地域のクリニック、診療所 • 在宅医療専門の医療機関が少なく、訪問看護に委ねられている。 • 利用する患者は徐々に増加しているが、体調悪化時に救急搬送されるケースも多く、ACP等を活用し、本人と家族の意思を決定してゆくことの周知啓発が必要である。	

②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-3)

3.あなたの所属する構想区域におけるその他の5疾病6事業(救急を除く)

令和6年度 第2回県南地域医療構想 調整会議及び有床診療所等会議	資料 1-①
令和6(2024)年11月25日(月)	

小児・周産期等の医療提供体制の充実が必要である、精神科の体制が脆弱である との回答が多かった。

県南構想区域
- 下都賀歯科医師会では該当せず - 小山地区の周産期の体制が未整備、精神科救急に現場で困っている。 - かなり整備されていると思われる - 不足:周産期・災害・へき地 - 小児科診療は多岐にわたるので、満足できる対応が難しい - 外来がん治療専門薬剤師(BPACC)、外来がん治療認定薬剤師(APACC)を増やしていきたい - 糖尿病薬物療法認定薬剤師の数を増やしていきたい - 外科医、周産期分野の医師不足 - 心臓、脳卒中に緊急に対応できる仕組みと小児、周産期の体制の充実(センター代も含む) - 大学病院の存在により、がん、心臓病、脳卒中、糖尿病、小児、周産期、救急、新興感染症については、充実している。 - ただし、高価薬など利益率の低い高度診療の負担が過剰に大学病院にかかっており、ある程度の地域負担が必要。 - 糖尿病 - 精神疾患(メンタルの不調等)があり受診しようとしても予約が取れず、受診までに時間を要する。 - 周産期医療 市内に分娩可能な産科は1か所のため、特にハイリスク妊婦は市外の大学病院等へ通院する必要がある。

②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-4)

4.あなたの所属する構想区域における外来医療、かかりつけ医機能

令和6年度 第2回県南地域医療構想 調整会議及び有床診療所等会議	資料 1-①
令和6(2024)年11月25日(月)	

住民の理解不足がある、夜間・休日の体制が脆弱である との回答が多かった。

県南構想区域
・ 約100名の会員個々が外来医療にあたっている。 ・ 3次や2次病院をかかりつけとする住民意識が残る。 ・ あり ・ かなり整備されていると思われる ・ かかりつけ医との連携をより活性化する必要がある。 ・ 当院は小児科専門医療機関なので、外来医療に追われる毎日で、他に追加して何かをやるように言われても対応が難しい ・ 電子処方箋の応需 ・ 外来医療は充実している。患者さんが大学病院を受診することで安心感があり、かかりつけ医へ促しても良い返事がない ・ 二人主治医制度を推奨している ・ 地域の基幹病院の外来の位置づけとそこをかかりつけとしている患者の対応 ・ がん診療における地域医療機関と病院との格差。 ・ 平日の日中は圏域内の医療資源の充実により、安心してかかりつけ医による医療が受けられる一方、平日の夜間・休日は限られた2次・3次医療機関のみとなり、負担が生じている。 ・ かかりつけ医は身近なクリニックではなく、自治医大や市民病院だと考えている方も多い状況。

②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-5)

5.あなたの所属する構想区域における医療従事者の確保・医師の働き方改革

令和6年度 第2回県南地域医療構想
調整会議及び有床診療所等会議

令和6(2024)年11月25日(月)

資料
1-①

看護師・看護補助者が不足している、医師の働き方改革により医療体制が脆弱化するおそれがある と
の回答が多かった。

県南構想区域

- ・ 歯科としての医療従事者の数は充足されている。
- ・ 大学病院の人材を地域医療に活かす方策、特に総合診療医が地域で不足している。
- ・ 人材不足
- ・ どこでも連絡帳を上げていくことが必要
- ・ 明らかな医療従事者不足
- ・ 医療従事者の確保には苦勞する
- ・ <現状>
 - ・ 現状として薬剤師の確保は困難であり、人件費は高騰しています。
 - ・ 人材紹介会社からの紹介しか、確保の機会がありません。法外な紹介料を支払わねければならず、国が確保してくれた医療費が、医療圏外に流出する機会となっています
 - ・ 一方で、広域病院に勤務していた定年退職の薬剤師が次の職場を求めるが、見つからないという問題も起きています
- ・ <課題>
 - ・ 地域薬剤師会で薬剤師バンクを創設して、タイムリーに紹介、または派遣したい
- ・ 看護師・看護補助者の人員確保困難
- ・ 医療関係者の確保はなかなか難しく人員不足である
- ・ 医師の働き方改革については、合同当直や宅直体制の当直体制変更に伴い医師の配置が減少している現状がある、一次・二次の患者さんも来院したり、当番医が当院へ患者を向けたりすることでトラブル発生となっている現状がある。
- ・ 大学病院も働き方改革の適用であること、一次・二次・三次救急が役割分担をしていることの周回・連携体制の整備が必要である
- ・ 医師、看護師不足への対応
- ・ 大学病院で確保し、地域派遣している現状。
- ・ 県内で供給できる限度を超過し、さらに近隣県からの搬送件数も増加傾向にある運動器外傷対応については、実質的に、働き方改革とは相反する時間外労働で対応している。
- ・ 初期研修医と専攻医の確保、将来この地域で働くであろう医療従事者のリクルートが肝要
- ・ ハローワークは実質機能不全
- ・ 人材紹介会社の利用が不可欠となっており、人件費が過大
- ・ 小山地区医師会のみでなく、自治医大や結城市の医師とも連携した夜間休日急患診療所の運営を行っていただいている。
- ・ 在宅当番医を6医療機関で1日2医療機関で対応していたが、1つの医療機関から夜間の救急搬送に対応できる医療従事者の確保が難しいという意見があり、今年の8月から1日2医療機関体制を維持できなくなり、1日1医療機関での対応となる日が2日／月できてしまった。

②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-6)

6.あなたの所属する市町、地域における介護(介護サービス、介護従事者)

令和6年度 第2回県南地域医療構想 調整会議及び有床診療所等会議	資料 1-①
令和6(2024)年11月25日(月)	

介護従事者の確保が必要である、介護サービスの供給不足がある、介護と医療の連携が不十分であるとの回答が多かった。

県南構想区域
・ 病院－在宅の連携がもっと緊密になったほうがよい。 ・ 人材不足 ・ あり ・ どこでも連絡帳を拡げていくことが必要 ・ 介護従事者不足 ・ 当院は介護にかかわっていないので、よく分からない ・ 老々介護や高齢者の一人暮らしが増加する中、介護サービス提供事業所のマンパワー不足は相変わらず解消されていない。 ・ 住み慣れた地域で最期を迎えるには包括的ケア体制を喫緊の課題として構築する必要がある ・ 夜間帯の訪問サービスの充実と介護従事者の確保、養成体制の確立 ・ 市内における介護提供体制の現状は、ほぼ全種類の介護サービス事業所が立地し、高齢化の進展に伴い見込まれる介護需要に応じた基盤整備が進んでいる。特養以外の老健や認知症対応型グループホーム等の施設においても入所者の高齢化等により看取りケアを行っている。 ・ 課題としては、特養では24時間看護師が常駐していない施設もあり、医療依存度の高い要介護者の受入が困難な施設もある。特に入所系施設での変則勤務、フルシフト、土日勤務に対応可能な介護職の人材確保は困難な状況であり、外国人の活用や派遣社員を導入するも尚厳しいと現場の声を聞く。 ・ 居宅系サービスでは、特に居宅介護支援事業所(ケアマネージャー事業所)の内、1人しか従業員がいない事業所においては、介護支援専門員(ケアマネージャー)の退職に伴い、休止や廃止となる事業所もある。 ・ 訪問介護事業への新規参入事業所があっても従業員数が少ない事業所は運営が軌道に乗らない内に廃止となった事業所もある。 ・ 若年層の人口減少や、長期間のコロナ禍における社会全体の働き方が変わる中で対人業務である介護は従業者個人が制約を受けることも多く離職者が発生する一方で、入職者は減少傾向であると聞く。 ・ また介護従事者の高齢化も課題である。 ・ 介護従事者の確保が困難になるだろう。インセンティブが必要ではないか。 ・ 市内3か所の地域包括支援センターの設置により、介護を必要とする方への支援に一定の効果がある。 ・ 介護サービス提供事業者調査より、介護・看護職員、介護支援専門員等の従事者不足があるため、解消に向けた支援が課題 ・ 介護ニーズに対するサービス体制整備の推進、在宅の要介護者を介護する家族などの負担を軽減するためにも、特養ホームやグループホームの整備・推進

②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について(②-7)

7.あなたの所属する市町、地域における医療介護連携

令和6年度 第2回県南地域医療構想 調整会議及び有床診療所等会議	資料 1-①
令和6(2024)年11月25日(月)	

より綿密な連携体制が必要である、情報共有が不十分である との回答が多かった。

県南構想区域
- 医療と介護の対話をもう少し促進する。 - あり - どこでも連絡帳を拡げていくことが必要 - 医療機関と介護に関わる多くの職種の方々との交流と連携をはかっているところである。 - 下野市、小山市+野木町においては、行政と有志極めて濃密に医療連携がとれていると思います。 - 上三川町との連携が取れておりません。 - 介護認定を受けられるまでの時間がかかりすぎて患者さんの受け入れ先が決まらないこと - 地域での食支援等における医療と介護の意識の共通化 - 在支診の登録診療所数は県内他市町村と比較しても多いものの、実際に訪問診療(往診)を実施している(できる)診療所は一部にとどまり、在宅医療のニーズに対応しきれていない - 病院と在宅医、介護職間の情報共有が十分でなく、退院から在宅療養への円滑な移行が図られていない。 - 救急搬送時に、在宅療養やACP、DNAR等に係る情報が十分に把握できていない。 - さまざまな働きかけがされているが、まだ十分とは言えない。 - DXの導入で効率化を図る必要あり。 - 医療と介護の連携のため研修会等を開催し、情報共有を図っている。 4つの場面を意識した多職種や関係機関が相互に連携できるように、在宅医療介護連携推進会議や検討部会の検討内容を基に、マナーブックの普及啓発や多職種研修会、住民向け研修会を実施 - 介護ニーズに対するサービス体制の整備と在宅医療・介護連携を推進していく

②県全体の医療・介護提供体制の現状と課題について(②-8)

8.これまでの設問の項目に関して、県全体での課題としてどのようなことがあると思いますか。

医療従事者や介護従事者の確保が困難である、救急医療の体制を強化する必要がある、医療と介護の連携を強化する必要がある との回答が多かった。

令和6年度 第2回県南地域医療構想
調整会議及び有床診療所等会議

令和6(2024)年11月25日(月)

資料
1-①

県南構想区域に所属する方の回答(その1)

- 救急医療、外来医療、かかりつけ医機能
- 精神科救急医療
- 繰り返しになるが、医療連携全体の更なる強化
- 人員不足
- 在宅医療、かかりつけ医、医療介護連携
- 医療従事者の確保、医師の働き方改革
- 介護(介護サービス、介護従事者)
- 医療介護連携
- 医療介護連携【2機関より】
- 救急医療
- 医療従事者の確保、医師の働き方改革
- 医療従事者の確保【2機関より】
- 夜間や休日に働いている医療従事者等に手厚い支援をして欲しい
- 救急医療の体制整備、かかりつけ医への理解、医師の働き方、医療ネットワークの整備や拡充
- 救急医療と医療従事者の適切な確保
- 医療ニーズの高い高齢者が在宅生活を続けられるよう、かかりつけ医による在宅診療(往診)の提供体制整備を推進する必要がある。
- 専門職の連携によるチームケアが実践されるよう、在宅医療、介護サービスの提供に関わる医療介護関係者の顔の見える関係性の構築を推進する必要がある。

②県全体の医療・介護提供体制の現状と課題について(②-8)

8.これまでの設問の項目に関して、県全体での課題としてどのようなことがあると思いますか。

県南構想区域に所属する方の回答(その2)

令和6年度 第2回県南地域医療構想
調整会議及び有床診療所等会議
令和6(2024)年11月25日(月)

資料
1-①

- 救急医療:初期救急、二次救急体制が弱い。外傷対応の強化。
 - 在宅医療・その他の5疾病6事業(救急を除く):在宅医療は病院との連携構築。
 - 外来医療、かかりつけ医機能:クリニックの医師の高齢化。
 - 医療従事者の確保、医師の働き方改革:大学との連携、特に大学のリクルート活動への支援、研修体制の充実。
 - 介護(介護サービス、介護従事者):人材確保。
 - 医療介護連携:DX導入。
 - 看護師の確保について:自治医大では高度な医療・看護実践力・資格取得を含めたキャリア開発・手厚い新人教育体制をアピールし、県内外からの人材確保に務めており、看護師の県外流出を防ぐための一助となっている。しかし県内では看護師の人材確保がままならない施設もある。民間の派遣事業者に高額な支払いをしてでも看護師を確保している現状があると聞く。現在当院は、当院看護師の地域研修の位置づけで、県内及び近県施設に25名(令和7年は30名)を派遣している。これを県が全体的なとりまとめを行い、研修者へのメリットと受け入れ施設のメリットに加えて、送り出す施設のメリットについても加え、三者WINWINWINのシステム構築ができると良い。
 - 以前は助産師も地域研修として送り出していたが、県で助産師出向制度をつくったことで、現在助産師については地域研修派遣を廃止した。このシステムのようなものができるとう良い。ただし助産師出向制度については給与の面で、研修先(クリニック等)が厳しいということで結局マッチングしないこともある。
- 慢性的に人手不足
 - 外来医療、特に夜間休日は圏域を超えた連携の必要。
 - 救急医療 救急車の適正利用や救急医療機関の適正受診

③地域医療構想の推進に向けて行政機関等に求めることについて(③-1)

1.地域医療構想の推進に向けて国に求めることがあれば記入してください。(診療報酬・介護報酬は除く)

医療従事者の確保・育成、財政支援、隣県との連携強化 との回答が多かった。

令和6年度 第2回県南地域医療構想 調整会議及び有床診療所等会議	資料
令和6(2024)年11月25日(月)	1-①

県南構想区域に所属する方の回答

- ・ 口腔ケアの重要性の周知・啓発
- ・ 構想区域の設定の変更可
- ・ 地域医療介護総合確保基金の拡充
- ・ 地域にはそれぞれ特性があるので、地域に合ったもっと自由な地域医療を国は認めて欲しい
- ・ 医薬品の消費税率をゼロ税率、せめて軽減税率8%にしてほしい。
現場では深刻な、極めて深刻な医薬品供給不足がおきています。そのために、薬局への医薬品供給にいたる上流の利益確保ができる構造改革をお願いしたい。
- ・ 円安による製造コストの高騰、人件費の高騰、ガソリンなどの燃料費の高騰により、医薬品メーカーは利潤を産めない構造的な製造意欲が低下、無理な合理化が進行しています。結果、医薬品の出荷調整があいつぎ、供給不足となっています。
医薬品卸業者も配送にかかるガソリン代、人件費の高騰、薬価の引き下げ、医薬品卸値の高騰により、利潤を産めない構造的問題が起きています。
- ・ 構想に掲げた体制作りに向けた補助制度の充実
- ・ 十分な人員の確保のための財源給付
- ・ 隣接県との患者の往来が少なくなく、アクセスに応じた県を越えたコントロールセンターの設置。
- ・ 広域診療機能についての評価(ようやく始まったばかりだが、これは今後きわめて重要な課題となる)。
・ 県単位の政策医療も、隣接都道府県との相互負担があり、流入流出が必ずしも均衡しているわけではない。適切な評価と適正な財政負担が担保される制度作りが必要。
- ・ 不足する診療科の医師育成(奨学金制度など)

③地域医療構想の推進に向けて行政機関等に求めることについて(③-2)

2.地域医療構想の推進に向けて県に求めることがあれば記入してください。

令和6年度 第2回県南地域医療構想
調整会議及び有床診療所等会議
令和6(2024)年11月25日(月)

資料
1-①

財政支援、医療従事者の確保・育成、政策医療の充実 との回答が多かった。

県南構想区域に所属する方の回答

- ・ 口腔ケアの重要性の周知・啓発
- ・ 専門知識習得のための研修等
- ・ 医師の働き方改革のときのような医療コンサルティングの提供
- ・ 医療従事者の確保、医師の働き方改革
- ・ 地域医療機能分化連携支援事業補助金の拡大と補助率の引き上げ
- ・ 県の中心部よりも周辺部の人口の少ないところの医療が厳しい状況に思われるので、手厚い支援をお願いしたい。
- ・ 救急医療に対する地域薬局への夜間休日対応に関し、診療報酬とは別に、医科・歯科と同様の設備・人件費に対する予算措置を法制化してほしい。
- ・ 県北では訪問診療を受けられない地域が多くあり、県として拡充する必要がある。
- ・ 3次医療機関とのネットワークと医療従事者の絶対数の確保に向けた取り組み
- ・ 初期救急の今後の在り方について、目指すべき方向の旗振りと支援
- ・ 十分な人員の確保のための財源給付。
- ・ 地域医療構想構築のための医師会、薬剤師会、リハビリテーション関連と話し合う場の提供。
- ・ 政策医療のさらなる充実(小児・周産期・救急)。
- ・ 地域の実情に合わせた医療体制の構築
- ・ 県全体での初期救急センターの開設、または夜間・休日における救急オンライン診療の開設

③地域医療構想の推進に向けて行政機関等に求めることについて(③-3)

3.地域医療構想の推進に向けて市町に求めることがあれば記入してください。

令和6年度 第2回県南地域医療構想 調整会議及び有床診療所等会議	資料 1-①
令和6(2024)年11月25日(月)	

住民への啓発、財政等の支援 との回答が多かった。

県南構想区域に所属する方の回答

- 口腔ケアの重要性の周知・啓発
- 住民との対話を促進
- 医療従事者の確保、医師の働き方改革
- 補助金による支援
- 頑張っていると思うので、これからも継続して対応して欲しい
- 上三川町における介護医療連携に関する取り組みに、小山薬剤師会に声をかけてほしい
- 各医療機関への理解や支援
- 住民の啓発活動(医療機関のかかり方、検診の受診率向上等について)をお願いしたい。
- 地域の実情に合わせた医療体制の構築

③地域医療構想の推進に向けて行政機関等に求めることについて(③-4)

4.地域医療構想の推進に向けて公立・公的医療機関に求めることがあれば記入してください。

救急医療の体制維持・強化、政策医療の実施 との回答が多かった。

令和6年度 第2回県南地域医療構想 調整会議及び有床診療所等会議	資料
令和6(2024)年11月25日(月)	1-①

県南構想区域に所属する方の回答

- 口腔ケアの重要性の周知・啓発
- 2-2.5次救急、急性期医療、小児・周産期医療、精神科救急
- 各病院の規模に合わせた今までどおりの対応で良いと思う
- 自治医大における処方せんファックスコーナーは維持してほしい。
現在、処方内容を事前に患者が指定した薬局に送信するために処方箋ファックスコーナーを運営しています。
- さて、今後、電子処方箋を強力に推進するところですが、このシステムは事前に当該薬局に処方箋を送信する機能は含まれていません。
もし、ファックスコーナーに代わる、処方内容を事前に患者が指定した薬局に送信する方法があれば、ご教授いただきたい。
- 各医療機関の対応方針
- 採算性の高い政策医療の中核的機能、時に地域基幹病院のバックアップ
- 地域の政策医療への更なる関与. 大学病院等へ集中している負担の分担。
- これまで同様に公共性の高い分野に関しては取り組みを維持していただきたい。
- 救急体制の維持

④地域医療構想の推進に向けて自ら取り組んでいること、今後必要な取組等について

地域医療構想の推進に向けて自ら取り組んでいること、今後取り組もうと考えていること、または、これから必要と考える取組等があれば記入してください。

医療機関間の連携強化、多職種連携の推進、医療従事者の確保・育成 との回答が多かった。

県南構想区域に所属する方の回答				
- 医療機関の連携強化 - 県南地域における多職種連携の推進 下都賀歯科医師会では・・・ - 毎年開催される四師会を通して、意見交換等の協議・連携を図っている。 - 栃木市ならびに壬生町の保健福祉部と意見交換会を毎年開催して、行政とも連携を図っている。 - 小山および近隣地区内の医療機関連携協議会の設置と定期的話し合いを実施中。 - 医療従事者の確保、医師の働き方改革 - 効率的医療提供体制の構築のためにクラウド型電子カルテシステムの導入を進めている。 - 多職種の交流と連携 - 多職種連携の症例検討会を小山市民病院の薬剤部と協力して実施している - かかりつけ医への推進や在宅医療への橋渡しに取り組んでいる - 連携の強化 - 地域基幹病院を軸とした医師会等とのネットワークの強化 - 在宅主治医の負担軽減と訪問診療に取り組む医師の増加を図るため、在宅主治医が在宅療養中の患者の緊急時等に対応できない場合に、予め登録した「在宅協力医」が代替対応する在宅主治医・在宅協力医体制の構築 - 栃木市の医療体制の担当者や在宅部門担当者、施設部門担当者が連携し、高齢者の入院から退院までの情報を共有しながら、入退院に向け、医療機関と在宅部門・施設部門でサービスの調整等を行う多職種連携ツール「とちぎルール」の運用・検証・見直し - 医療機関、在宅支援、介護の関係部署との連携強化 - 人材育成への取り組み。 - 今後は医療の統合・再編への助言を行える体制構築を目指している。 - 医療機関の連携強化 - 小山市では「小山の地域医療を守り育てる条例」に基づく「小山地域医療推進基本計画」を平成28年度から平成34年度の7年間の計画を実施してきた - 今年度、上位計画である「健康都市おやまプラン21」計画策定に伴い、「健康」と一緒に「地域医療」についても考えてもらう目的で地域医療推進基本計画は「第3次健康都市おやまプラン21」に統合する予定である。 - 小山市には小山の地域医療を考える市民会議という市民団体があり、市内のイベント等で地域医療をより身近に感じてもらえるよう市民と一緒に啓発活動を行っている。	<table><tr><td>令和6年度 第2回県南地域医療構想調整会議及び有床診療所等会議</td><td rowspan="2">資料 1-①</td></tr><tr><td>令和6(2024)年11月25日(月)</td></tr></table>	令和6年度 第2回県南地域医療構想調整会議及び有床診療所等会議	資料 1-①	令和6(2024)年11月25日(月)
令和6年度 第2回県南地域医療構想調整会議及び有床診療所等会議	資料 1-①			
令和6(2024)年11月25日(月)				

⑤令和6年度診療報酬・介護報酬改定について

令和6年度の診療報酬・介護報酬の改定について御意見があれば記入してください。

医療提供体制の維持のために診療報酬の引き上げ・評価見直しが必要である との回答が多かった。

県南構想区域に所属する方の回答

令和6年度 第2回県南地域医療構想
調整会議及び有床診療所等会議

令和6(2024)年11月25日(月)

資料

1-①

- ・ 施設から在宅へ重点をおいた点数の配分
- ・ 急性期病院のリハ、栄養・口腔管理加算の施設基準の見直し(土日の要件など)
- ・ 長期のショートステイ中の診療について整備していくことが必要
- ・ 今後の人件費増とともに医療機関の安定的運営においても診療報酬の引き上げが必要である。
- ・ 一生懸命におこなっている医療機関の努力が報われるようにして欲しい
- ・ (1)薬価の大幅な引き上げをお願いしたい
- ・ (2)物価高騰に対応するため人件費のベースアップができる報酬改定をお願いしたい
- ・ (3)後発医薬品調剤体制加算はこのまま維持してほしい。
- ・ 高額医薬品、材料費の高騰、光熱費、働き方改革に伴う人件費増をまかなえない
- ・ 介護報酬における訪問介護の位置づけ、評価を見直す必要がある。報酬アップは早急に行う必要がある。
- ・ 現在の診療報酬では、医療提供体制の維持がきわめて困難。
- ・ 今回初めて特定機能病院、大学病院への配慮がされた点は評価するが、まだまだ不十分。
- ・ 高価薬を使用する先端医療や移植医療等へ、より手厚い報酬が必要。
- ・ 要件や届出で縛られる加算ではなく、診察料本体の増点
- ・ 生活習慣病管理料算定時における療養計画書手交等の必要性は検証
- ・ 救急医療など、体制を維持しなければならない診療に対して高い点数となるような改定をお願いしたい
- ・ 高齢部門…加算の数が多く、行政・事業所ともに手続きが負担となっている

⑥地域包括医療病棟について

令和6年度 第2回県南地域医療構想
調整会議及び有床診療所等会議

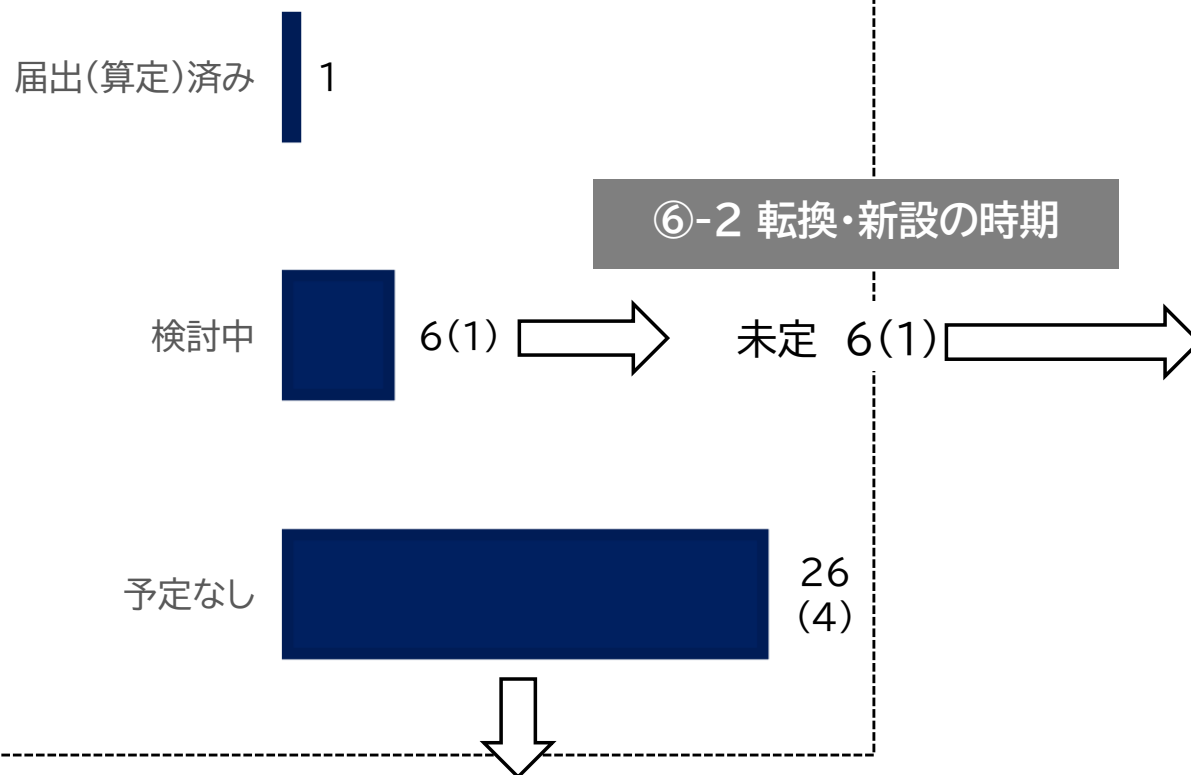
令和6(2024)年11月25日(月)

資料

1-①

令和6年度診療報酬改定により新設された「地域包括医療病棟」について

⑥-1 現時点での転換・新設の予定



⑥-3 転換・新設を考えている理由、転換・新設に当たっての課題等

- 令和8年(2026)年度中:看護師が増えれば… (現実的ではない)
- ADL改善率が実際には達成困難だろう。看護師数が集まらないと思うが常に募集はしている。
- 地域医療に貢献できるか、また採算は合うのかななどを検討
- 回復期病床設置にあたり病床の改築およびスタッフの確保等課題があるため検討を図っている現況にあるが、県からの支援等についてご教示願いたい。
- 転換・新設を考えている理由
高齢者の急性期入院医療提供体制の整備。診療報酬上現行の入院収入よりも高いため。
- 課題
施設基準にある在院日数、在宅復帰率について条件が厳しくクリアすることが困難である。条件をクリアするために入院患者の選別することとなり、有効に活用しにくい状況となっている。
- 地ケア病棟からの転換、スタッフが確保できれば急性期一般に転換を予定

()内は県南管内機関の件数、____は県南管内機関回答

⑥-4 転換・新設をしない、またはできない理由

- 急性期病院であるため
- 回復期リハビリテーション病院として特化しているため
- 地域包括ケア病床や療養病棟があり、これ以上の患者の振り分けが難しいため
- 要件が厳しすぎるため
- 救急を受け入れる体制が限定的で要件を満たさないため
- 医師・看護師・理学療法士等が不足している(雇用できない)ため
- 診療報酬上の縛りを考えると採算割れの可能性が高く経済的なメリットがないため
- 必要性を感じないため

⑦救急患者連携搬送料について

令和6年度 第2回県南地域医療構想
調整会議及び有床診療所等会議
令和6(2024)年11月25日(月)

資料
1-①

令和6年度診療報酬改定により新設された「救急患者連携搬送料」について

⑦-1 現時点での算定の予定

届出(算定)済み 3(1)

⑦-2 算定開始の時期

予定あり 5(1) → 令和6(2024)年度中 3(1)
令和7(2025)年度中 1
未定 1

予定なし 14(3)

⑦-3 課題等

・自院又は搬送先の救急車使用となっておりますが、公設救急車(所管消防署)の利用も認めて頂きたい。

・3次救急で搬送された患者を2次救急へ下る場合3日間では短いので算定日数の延長して頂きたい。

・ 現在、調整中であり、開始してみないと問題点の抽出は難しい。

・ 普及するためには算定条件のより柔軟化が求められます。

・ 双方の思惑が一致するか、現実の使い勝手が不明

・ この算定を理由に医療機関同士が連携を深めるシステム構築を考えて行きたいと存じます。

⑦-3 課題等

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

()内は県南管内機関の件数、____は県南管内機関回答

⑧各構想区域における地域医療構想調整会議のあり方について

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

参加者が意見を交換しやすい場を提供すること に関する回答が多かった。

令和6年度 第2回県南地域医療構想
調整会議及び有床診療所等会議
令和6(2024)年11月25日(月)

資料
1-①

県南構想区域に所属する方の回答

- 経営に関することなど配慮を要する事項については関係者を限って協議
- 公的病院以外に一般の医療法人の病院も積極的に参加したほうがよい。
- その病院で対応可能な項目についてアンケートをして欲しい
- 各分野ごとに話し合い、全体会議でまとめるようにしたらどうでしょうか
- 例にでている、テーマごとに部会やワーキンググループを作る、参加者でグループに分かれて意見交換するに賛成
- 現在の会議はメンバーが多く、情報共有はできても制度設計等の議論は難しい。もう少し対象を狭めた会議体が必要。
- 例のように、テーマごとにワーキンググループを作るのが良いと思います。
- 経営に関することなどは経営の専門家に入ってもらうことも必要な時代でないでしょうか。

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

実効性のある会議をするための仕組みが必要 との回答が多かった。

県南構想区域に所属する方の回答

- 健康保険組合として、地域医療構想に参画する意義があるのか判断しかねる
- 各医療機関・施設の現状が共有できないと、具体的な課題や対策が見えてこない。
- 県としてのリーダーシップの発揮を期待する。
- 県の医療に対する方針が広く伝わるような広報も大切と思います。時間はかかるものの話し合いを重ねながらの、調整が必要なのだと思います。

令和7(2025)年8月4日(月)	参考 資料 2-1
第1回県南地域医療構想調整会議並びに 県南構想区域病院及び有床診療所等会議 合同会議	

病床・外来機能報告制度について

栃木県保健福祉部医療政策課・県南健康福祉センター

令和 6 年度報告集計結果

- 1 病床機能報告（確定版）
- 2 外来機能報告（確定版）

資料2-2に掲載

病床機能報告（制度及び他圏域分）

- 1 制度概要（令和 6 年度報告時点）
- 2 医療機能及び許可病床数（様式 1 病棟票/診療所票）
- 3 最大使用病床数（様式 1 施設票・病棟票/診療所票）

外来機能報告（制度及び他圏域分）

- 1 制度概要（令和 6 年度報告時点）
- 2 紹介・逆紹介の状況（様式 1）
- 3 紹介受診重点外来の実施状況（様式 2）
- 4 紹介受診重点医療機関（参考）

病床機能報告－1 制度概要（令和6年報告時点）

- 対象は一般病床・療養病床を有する病院・有床診療所
- 各病棟の病床が担う医療機能の現状・今後の方向性等を報告
（有床診療所については施設全体を1病棟と考え、施設単位で報告）
- 報告結果は地域医療構想調整会議で共有
→ **地域における医療機能の分化・連携を進める**

【参照】

- ✓ 厚生労働省ホームページ
- ✓ 病床機能報告 確認・記入要領（厚生労働省ホームページに掲載）
- ✓ 病床機能報告 報告マニュアル（報告開始時に事務局から送付）



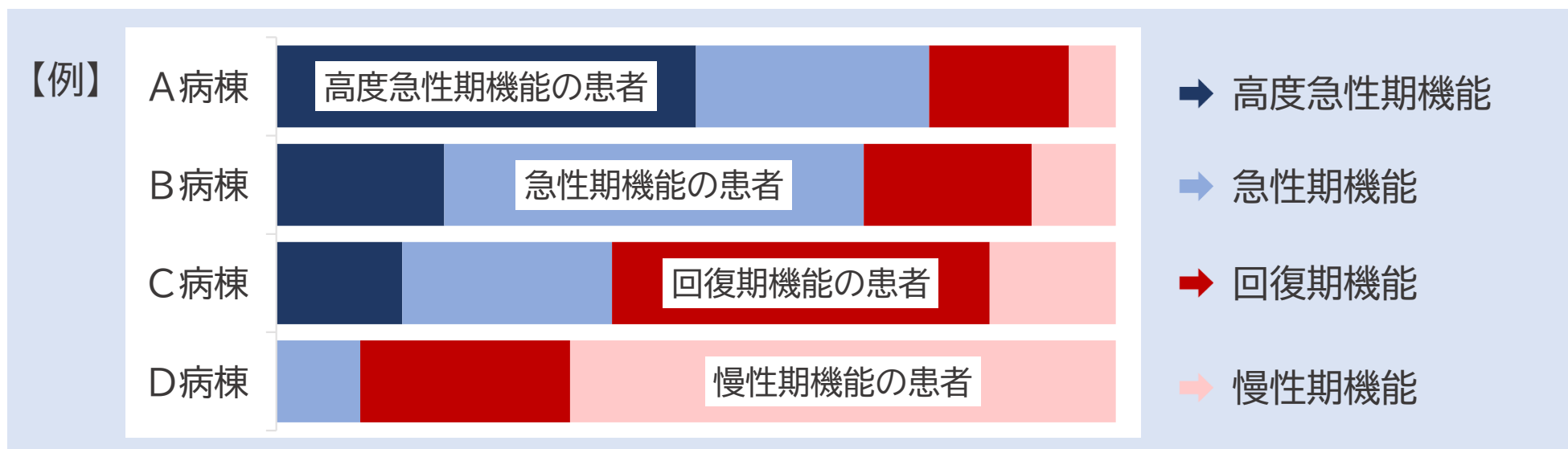
報告様式		主な報告項目
様式1	[病院] 基本票・施設票・病棟票	- 各病棟の病床が担う医療機能 - その他の具体的な項目（入退院、救急、リハ、手術等） - 構造設備（医療機器等）・人員配置等
	[有床診療所] 診療所票	
様式2	基本票・病棟票	- 算定する入院基本料・特定入院料等の状況 - 有床診療所の多様な機能の状況 （手術の実施状況、がん・脳卒中等の治療状況等）

病床機能報告－２ 医療機能 及び 許可病床数（様式１ 病棟票 又は 診療所票）

報告の内容に関するお問合せは、**事務局（厚労省）が設置する窓口まで**
（電話、FAX、G-MISのフォームから問合せ可能。報告に関する案内に記載あり）

□ 医療機能

- ✓ 病床が担う医療機能を**病棟ごと**に報告
（有床診療所については施設全体を１病棟と考え、施設単位で報告）
- ✓ 当該病棟において**最も多くの割合を占める患者に相当する機能**を報告
（いずれの機能を選択した場合も、診療報酬上の入院料等の選択等に影響はなし）



□ 許可病床数

- ✓ ７月１日時点で、医療法第７条第１項から第３項に基づいて**開設許可を受けている病床数**
- ✓ 基準病床数制度で特例とされている特定の病床や**休床中**の病床も含める

病床機能報告－3 最大使用病床数（様式1 施設票、病棟票 又は 診療所票）

□ 1年間（4/1～翌3/31）の最大使用病床数を施設全体／病棟ごとに報告

- ✓ 最大使用病床数：許可病床数のうち1年間に最も多く入院患者を収容した時点の使用病床数
- ✓ 最小使用病床数：1年間に最も少なく入院患者を収容した時点の使用病床数（報告は任意）

※ 施設全体の最大使用病床数は、各病棟の最大使用病床数の単純な合計ではない

【例】許可病床数 病棟A：50床、病棟B：40床の場合（カッコ内は日にち）

[誤] 施設全体最大：88床 → 病棟A 最大：49床（3/1） + 病棟B 最大：39床（10/19）

[正] 施設全体最大：85床 （1/11） → 病棟A : 47床 （1/11） + 病棟B : 38床 （1/11）

【参考】

□ R2までの病床機能報告

✓ 稼働病床数

（許可病床数）－（1年間（7/1～翌6/30）に一度も入院患者を収容しなかった病床数）

✓ 1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床数

（許可病床数）－（1年間に最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数）

□ 医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査（施設表〔本表〕作成要領より）

✓ 実稼働病床数

（許可病床数）－（当該年度の4/1現在で過去1年間患者の収容を行っていない病床数）※

※ 当該病床が1年間継続して患者を収容していない場合に該当。1日でも患者の収容が行われていれば除外

令和6年度報告集計結果－1 病床機能報告（確定版） 県北

医療機関名	令和6(2024)年7月1日時点							令和7(2025)年7月1日時点							
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中 (再開予定)	休棟中 (廃止予定)	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟予定	廃止予定	介護保険 施設等	計
なす療育園				55			55				55				55
那須赤十字病院	57	397					454	57	397						454
那須中央病院		96		73			169		40	56	73				169
室井病院		29					29		29						29
矢板南病院				128			128				128				128
国際医療福祉大学塩谷病院		150	46	44			240		109	46	44				199
那須北病院		50	50				100		50	50					100
国際医療福祉大学病院	332	76					408	372	77						449
黒磯病院		22					22		22						22
福島整形外科病院		60					60		11	49					60
菅間記念病院	6	272		60			338	6	272		60				338
栃木県医師会塩原温泉病院			149	50			199			149	50				199
黒須病院		144		46			190		144		46				190
那須南病院		100		50			150		100		50				150
菅又病院				46			46				46				46
高根沢中央病院				53			53				53				53
高野病院				50			50				50				50
原眼科医院		11					11		11						11
だいなりハビリクリニック			19				19			19					19
齊藤内科医院					14		14					14			14
井上眼科医院		3					3		3						3
藤田医院						18	18						18		18
きうち産婦人科医院		2					2		2						2
尾形クリニック		19					19		19						19
村井胃腸科外科クリニック				19			19				19				19
伊野田眼科クリニック		8					8		8						8
さくら産院		18					18		18						18
たかはし眼科		5					5		5						5
見川医院						19	19						19		19
なすのがはらクリニック		4					4		4						4
計	395	1,466	264	674	14	37	2,850	435	1,321	369	674	14	37	0	2,850

令和6年度報告集計結果－1 病床機能報告（確定版） 県西

医療機関名	令和6(2024)年7月1日時点							令和7(2025)年7月1日時点							
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中 (再開予定)	休棟中 (廃止予定)	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟予定	廃止予定	介護保険 施設等	計
御殿山病院		55		144			199		55		144				199
上都賀総合病院	47	255					302	47	255						302
日光市民病院		53		43			96		53		43				96
足尾双愛病院		24		40			64				40		24		64
今市病院		129					129		129						129
日光野口病院			28	92			120			28	92				120
獨協医科大学日光医療センター	4	195					199	4	195						199
大野医院		17					17		17						17
細川内科・外科・眼科		19					19		19						19
竹村内科腎クリニック		19					19		19						19
鹿沼脳神経外科		19					19		19						19
吉沢眼科医院		11					11		11						11
小林産婦人科医院						14	14					14			14
阿久津医院		12					12		12						12
新沢外科						19	19						19		19
亀森レディースクリニック		14					14		14						14
森クリニック		19					19		19						19
計	51	841	28	319	0	33	1,272	51	817	28	319	14	43	0	1,272

令和6年度報告集計結果－1 病床機能報告（確定版） 宇都宮①

医療機関名	令和6(2024)年7月1日時点							令和7(2025)年7月1日時点							
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中 (再開予定)	休棟中 (廃止予定)	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟予定	廃止予定	介護保険 施設等	計
鷺谷記念病院		51		59			110		51		59				110
医療法人社団高砂会 飯田病院				120			120				120				120
上野病院				103			103				103				103
報徳会宇都宮病院		59		60			119		59		60				119
JCHOうつのみや病院		147	46		6		199		147	46		6			199
医療法人恵会 皆藤病院				79			79				79				79
宇都宮リハビリテーション病院			96				96			96					96
医療法人慶晴会 宇都宮南病院		33		24			57		33		24				57
済生会宇都宮病院	480	164					644	480	164						644
白澤病院				159			159				159				159
宇都宮第一病院		162					162		162						162
医療法人社団洋精会沼尾病院				60			60				60				60
NHO栃木医療センター	12	332					344	12	332						344
原眼科病院		30					30		30						30
宇都宮中央病院			50	148			198			50	148				198
栃木県立リハビリテーションセンター			120	33			153			120	33				153
NHO宇都宮病院		130	60	150	10		350		130	60	150	10			350
宇都宮東病院				40			40				40				40
佐藤病院		43					43		43						43
宇都宮記念病院	10	183					193	10	183						193
倉持病院		96					96		96						96
栃木県立がんセンター		225			66		291	17	274						291
藤井脳神経外科病院		56	57				113		56	57					113
柴病院		50		60			110		50		60				110
宇都宮内科病院				89			89				89				89
新宇都宮リハビリテーション病院			240				240			240					240
宇都宮脳脊髄センター・シンフォニー病院		100					100		100						100

令和6年度報告集計結果－1 病床機能報告（確定版） 宇都宮②

医療機関名	令和6(2024)年7月1日時点							令和7(2025)年7月1日時点							
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中 (再開予定)	休棟中 (廃止予定)	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟予定	廃止予定	介護保険 施設等	計
おおくほ眼科		5					5		5						5
早津眼科医院		9					9		9						9
宇都宮脳脊髄センター		19					19		19						19
宇都宮肛門・胃腸クリニック		16					16		16						16
ゆめクリニック		11					11		11						11
大野内科医院						4	4					4			4
高橋消化器内科糖尿病内科				19			19				19				19
かわつクリニック		4					4		4						4
のうか眼科		6					6		6						6
高橋レディースクリニック		19					19		19						19
アルテミス宇都宮クリニック		19					19		19						19
はぎわらクリニック		19					19						19		19
こいけレディースクリニック		16					16		16						16
根本外科胃腸科医院		17					17		17						17
宇都宮整形外科内科クリニック		19					19		19						19
柴崎外科医院		18					18		18						18
目黒医院				18			18				18				18
富塚メディカルクリニック		19					19		19						19
高橋あきら産婦人科医院					19		19					19			19
奥田クリニック				17			17				17				17
ちかざわLadies' クリニック		19					19		19						19
宇都宮協立診療所			19				19			19					19
村山医院		19					19		19						19
中田ウィメンズ&キッズクリニック		19					19		19						19
福島眼科医院		10					10		10						10
たかしま耳鼻咽喉科・内科		4					4		4						4
計	502	2,148	688	1,238	101	4	4,681	519	2,178	688	1,238	39	19	0	4,681

令和6年度報告集計結果－1

病床機能報告（確定版）

県東

医療機関名	令和6(2024)年7月1日時点							令和7(2025)年7月1日時点							
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中 (再開予定)	休棟中 (廃止予定)	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟予定	廃止予定	介護保険 施設等	計
真岡病院		60		60			120		60		60				120
福田記念病院		94		48	44		186		104		52	30			186
芳賀赤十字病院	47	273	40				360	47	273	40					360
芳賀中央病院		34		40			74		34		40				74
小菅クリニック		14					14		14						14
真岡メディカルクリニック				6			6				6				6
桜井内科医院		19					19		19						19
二宮中央クリニック		9					9		9						9
普門院診療所		19					19		19						19
計	47	522	40	154	44	0	807	47	532	40	158	30	0	0	807

令和6年度報告集計結果－1 病床機能報告（確定版） 両毛

医療機関名	令和6(2024)年7月1日時点							令和7(2025)年7月1日時点							
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中 (再開予定)	休棟中 (廃止予定)	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟予定	廃止予定	介護保険 施設等	計
足利第一病院		57					57		57						57
あしかがの森足利病院				199			199				195		4		199
足利中央病院		34		45			79		34		45				79
長崎病院		34		46			80		34		46				80
鈴木病院				56			56				56				56
皆川病院			48	24			72			48	24				72
足利赤十字病院	37	413	50				500	37	413	50					500
本庄記念病院		70	38				108		70	38					108
今井病院		86	50	50			186		86		100				186
佐野市民病院		88	50	60	34		232		79	50	60	10	33		232
佐野厚生総合病院	4	422			50		476	4	422	50					476
佐野医師会病院		85		34			119		85		34				119
栃木産科婦人科医院		12					12		12						12
医療法人 柏瀬眼科		6					6		6						6
鹿島整形外科		19					19		19						19
みなみ眼科		6					6		6						6
医療法人社団 浅岡医院		13					13		13						13
両毛クリニック		19					19		19						19
大岡胃腸内科					19		19					19			19
田村レディスクリニック						14	14					14			14
伏島クリニック						12	12						12		12
医療法人愛仁会 佐野利根川橋クリニック				19			19				19				19
岡医院		9					9		9						9
計	41	1,373	236	533	103	26	2,312	41	1,364	236	579	43	49	0	2,312

外来機能報告－1 制度概要（令和6年報告時点）

- 対象は一般・療養病床を有する病院・有床診療所（病床機能報告の対象医療機関） ※ 無床診療所は任意
- 外来医療の実施状況を報告
- 報告結果を基に、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けた議論を進める
→ 地域の「協議の場」において、紹介受診重点医療機関を明確化
- 紹介受診重点医療機関に係る業務については令和7年度から在宅医療・介護連携担当が所管

【参考】

- ✓ 厚生労働省ホームページ
- ✓ 外来機能報告 確認・記入要領（厚生労働省ホームページに掲載）
- ✓ 外来機能報告 報告マニュアル（報告開始時に事務局から送付）

報告様式	主な報告項目
様式1	・ 紹介受診重点医療機関となる意向の有無 ・ 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項（紹介・逆紹介、人材配置、高額等の医療機器・設備、救急医療）
様式2	・ 紹介受診重点外来の実施状況 ・ 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項（その他の外来・在宅医療・地域連携）

外来機能報告－２ 紹介・逆紹介の状況（様式１）

□ 有床診療所・無床診療所は任意回答

□ 初診患者数（紹介率のための初診患者数。１年間（４/１～翌３/３１））

- ✓ 医学的に初診といわれる診療行為があった患者数（入院レセプトにおける初診含む）
- ✓ 救急患者・休日又は夜間に受診した患者・自院の健康診断で疾患が発見された患者を除く
- ✓ 入院・外来の区別はせず、初診患者数を報告
 - ※ 報告様式２「初診の外来患者延べ数」は外来での患者数を報告→報告値が一致しない場合あり
- ✓ 有床診療所・無床診療所においては任意項目

□ 紹介患者数（１年間（同上））

- ✓ 他の医療機関から紹介状により紹介された患者の数（初診の患者のみ）
- ✓ 救急患者・休日又は夜間に受診した患者、外来受診後に即日入院した患者も含める

□ 逆紹介患者数（１年間（同上））

- ✓ 他の医療機関に紹介した患者の数（初診の患者の内数にはならない）
- ✓ 救急患者・休日又は夜間に受診した患者を含める

紹介率/逆紹介率が自動計算される

（紹介患者数 ÷ 紹介率のための初診患者数 × 100）

（逆紹介患者数 ÷ 紹介率のための初診患者数 × 100）

外来機能報告－３ 紹介受診重点外来の実施状況（様式２）

- 初診の**外来**患者延べ数（患者ごとの受診日数の合計。１年間（４/１～翌３/３１））
 - ✓ 初診料を算定した日の患者数
（算定ルールとして初診料を算定できない場合、医学的に初診となる診療が行われても計上不可）
 - ✓ 外来受診後の即日入院の場合は計上しない
- **再診の外来患者延べ数**（１年間（同上））
 - ✓ 再診料を算定した日の患者数
- **紹介受診重点外来の患者延べ数**（１年間（同上）） ※ 下記の各項目の合計ではないため注意
 - ✓ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
例：がんの手術のために入院する患者が術前の説明・検査や術後のフォローアップを外来で受ける
 - ✓ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
例：外来化学療法加算を算定、外来腫瘍化学療法診療料を算定、外来放射線治療加算を算定
 - ✓ 特定の領域に特化した機能を有する外来
例：Ａ病院で診療情報提供料（Ｉ）を算定した３０日以内にＢ病院を受診した場合のＢ病院における外来

紹介受診重点外来の患者数の**初診/再診の外来患者数に対する割合**が自動計算される

（紹介受診重点外来の患者延べ数 ÷ 初診の外来の患者延べ数 × １００）

（紹介受診重点外来の患者延べ数 ÷ 再診の外来の患者延べ数 × １００）

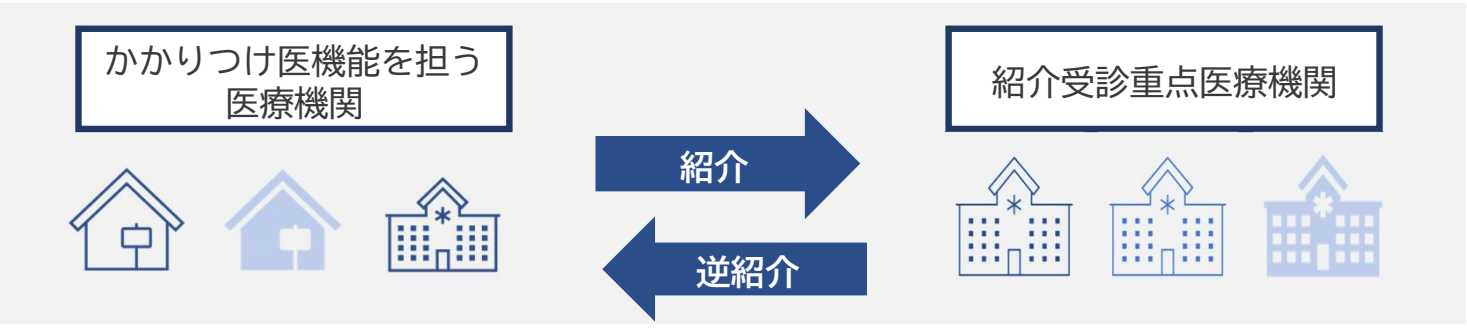
□ 紹介受診重点医療機関

- ✓ 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来（重点外来）の機能に注目して、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化
- ✓ 外来機能報告の結果を踏まえて「地域の協議の場」で協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表

□ 基準・水準

- ✓ 重点外来に関する基準を満たす医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率に関する水準等も参考に協議（基準を満たさない場合は、水準等を活用）
- ✓ 重点外来に関する基準
初診に閉める割合40%以上かつ再診に占める割合25%以上
- ✓ 紹介率・逆紹介率に関する水準
紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上

医療圏	紹介受診重点医療機関 (R7.4.1時点)
県北	那須赤十字病院
	済生会宇都宮病院
宇都宮	NH0栃木医療センター
	NH0宇都宮病院
	栃木県立がんセンター
県東	芳賀赤十字病院
	TMCしもつが
県南	新小山市民病院
	自治医科大学附属病院
	獨協医科大学病院
両毛	足利赤十字病院
	佐野厚生総合病院
	佐野医師会病院



令和6年度報告集計結果－2 外来機能報告（確定版） 県北

県北医療圏	初診の外来患者延べ数(年間)		再診の外来患者延べ数(年間)		紹介受診重点外来の割合		紹介率	逆紹介率	紹介受診重点医療機関		備考
		うち 紹介重点外来		うち 紹介重点外来	初診	再診			今回 意向あり	R6.4公表	
なす療育園	930	0	17,473	0	0.0	0.0	81.1	14.5			地域医療支援病院
那須赤十字病院	16,856	9,322	225,179	71,143	55.3	31.6	89.8	86.6	○	○	
那須中央病院	5,717	1,534	55,137	8,299	26.8	15.1	23.0	22.0			
室井病院	597	91	29,813	27	15.2	0.1	16.4	11.6			
矢板南病院	334	23	6,390	4,741	6.9	74.2	0.0	0.0			
国際医療福祉大学塩谷病院	11,413	2,743	103,855	14,584	24.0	14.0	18.4	11.6			
那須北病院	1,461	1,014	9,548	1,756	69.4	18.4	25.2	2.8			
国際医療福祉大学病院	17,685	6,973	197,019	52,582	39.4	26.7	41.2	26.0	○		
黒磯病院	605	69	6,495	828	11.4	12.7	14.2	24.7			
福島整形外科病院											
菅間記念病院	12,654	3,522	80,644	24,769	27.8	30.7	18.3	12.6			- 紹介受診重点外来の初診に占める割合が40%以上又は再診に占める割合が25%以上の場合は太字斜体（重点外来に係る基準を満たす場合はいずれも太字斜体） - 紹介率50%以上又は逆紹介率40%以上の場合は太字斜体（紹介率・逆紹介率に係る水準を満たす場合はいずれも太字斜体）※有床・無床診療所は任意回答 ：紹介受診重点医療機関（R6.4公表） ：今回新たに「意向あり」と回答があった医療機関 ：報告未完了の医療機関
栃木県医師会塩原温泉病院	925	103	10,041	393	11.1	3.9	20.4	11.9			
黒須病院	7,883	1,942	57,375	17,547	24.6	30.6	22.1	20.0			
那須南病院	7,834	1,438	53,197	9,286	18.4	17.5	24.4	21.3			
菅又病院	1,217	165	12,068	946	13.6	7.8	4.8	3.8			
高根沢中央病院	1,989	131	13,172	509	6.6	3.9	7.0	8.7			
高野病院	1,527	0	17,931	0	0.0	0.0	17.1	4.0			
原眼科医院	10,609	389	43,744	4,571	3.7	10.4	0.0	0.0			
だいなリハビリクリニック	733	103	8,379	136	14.1	1.6	0.0	0.0			
齊藤内科医院	218	9	3,635	2,693	4.1	74.1	0.0	0.0			
井上眼科医院	709	32	7,466	110	4.5	1.5	0.0	0.0			
藤田医院	4,229	239	22,148	669	5.7	3.0	0.0	0.0			
きうち産婦人科医院	1,559	466	6,328	478	29.9	7.6	0.0	0.0			
尾形クリニック	1,469	169	34,046	19,608	11.5	57.6	0.0	0.0			
村井胃腸科外科クリニック	2,433	74	19,145	157	3.0	0.8	2.9	0.0			
伊野田眼科クリニック	7,098	288	25,979	2,789	4.1	10.7	0.0	0.0			
さくら産院	3,065	1,247	9,961	940	40.7	9.4	0.0	0.0			
たかはし眼科	7,361	379	22,024	1,430	5.1	6.5	0.0	0.0			
見川医院	1,546	64	17,351	205	4.1	1.2	0.0	0.0			
なすのがはらクリニック	3,866	114	16,754	232	2.9	1.4	0.0	0.0			

令和6年度報告集計結果－2 外来機能報告（確定版） 県西

県西医療圏	初診の外来患者延べ数(年間)		再診の外来患者延べ数(年間)		紹介受診重点外来の割合		紹介率	逆紹介率	紹介受診重点医療機関		備考
		うち 紹介重点外来		うち 紹介重点外来	初診	再診			今回 意向あり	R6.4公表	
御殿山病院	3,596	874	22,118	9,790	24.3	44.3	17.3	4.6			
上都賀総合病院	8,307	4,200	135,068	20,912	50.6	15.5	44.9	43.3			
日光市民病院	4,713	795	24,283	5,273	16.9	21.7	9.4	3.8			
足尾双愛病院	502	122	11,266	1,297	24.3	11.5	0.6	0.2			
今市病院	7,647	2,074	57,234	15,510	27.1	27.1	23.9	22.9			
日光野口病院	125	8	7,436	6,024	6.4	81.0	6.4	29.6			
獨協医科大学日光医療センター	7,787	3,349	107,330	25,281	43.0	23.6	61.6	43.7			地域医療支援病院
大野医院	993	409	6,747	443	41.2	6.6	0.0	0.0			
細川内科・外科・眼科	7,626	386	27,239	1,807	5.1	6.6	0.0	0.0			
竹村内科腎クリニック	1,686	401	63,305	43,540	23.8	68.8	0.0	0.0			
鹿沼脳神経外科	4,026	2,693	23,190	3,058	66.9	13.2	0.0	0.0			
吉沢眼科医院	3,546	171	22,405	2,401	4.8	10.7	4.0	0.0			
小林産婦人科医院	589	0	3,885	0	0.0	0.0	0.0	0.0			
阿久津医院	7,171	298	28,819	1,569	4.2	5.4	0.0	3.3			
新沢外科	1,275	248	7,081	229	19.5	3.2	0.0	0.0			
亀森レディースクリニック	1,244	290	2,197	180	23.3	8.2	0.0	0.0			
森クリニック	※ R6. 3. 31病院廃止→R6. 4. 1有床診療所開設。全ての報告値を0とするよう事務局から指示あり										

紹介受診重点外来の初診に占める割合が40%以上又は再診に占める割合が25%以上の場合は太字斜体（重点外来に係る基準を満たす場合はいずれも太字斜体）
紹介率50 %以上又は逆紹介率40 %以上の場合は太字斜体（紹介率・逆紹介率に係る水準を満たす場合はいずれも太字斜体） ※有床・無床診療所は任意回答

令和6年度報告集計結果－2 外来機能報告（確定版） 宇都宮①

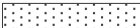
宇都宮医療圏	初診の外来患者延べ数(年間)		再診の外来患者延べ数(年間)		紹介受診重点外来の割合		紹介率	逆紹介率	紹介受診重点医療機関		備考
		うち 紹介重点外来		うち 紹介重点外来	初診	再診			今回 意向あり	R6.4公表	
鷲谷記念病院	5,890	2,475	28,013	2,253	42.0	8.0	4.8	3.4			
医療法人社団高砂会 飯田病院	108	26	3,975	93	24.1	2.3	0.0	0.0			
上野病院	2,575	57	9,201	89	2.2	1.0	2.2	1.2			
報徳会宇都宮病院	247	52	12,822	1,097	21.1	8.6	22.3	6.8			
JCHOうつのみや病院	7,561	2,463	74,018	19,559	32.6	26.4	51.5	50.4			
医療法人恵会 皆藤病院	545	360	13,243	175	66.1	1.3	58.9	38.4			
宇都宮リハビリテーション病院	46	7	814	62	15.2	7.6	35.0	15.0			
医療法人慶晴会 宇都宮南病院	1,528	204	17,629	968	13.4	5.5	10.6	4.1			
済生会宇都宮病院	22,162	10,908	289,979	90,878	49.2	31.3	61.0	71.7	○	○	地域医療支援病院
白澤病院	534	193	6,755	396	36.1	5.9	13.2	6.3			
宇都宮第一病院	1,095	0	14,889	0	0.0	0.0	16.7	0.0			
医療法人社団洋精会沼尾病院	0	0	0	0	0.0	0.0	28.6	8.4			
NHO栃木医療センター	10,224	6,668	69,917	17,117	65.2	24.5	80.6	79.1	○	○	地域医療支援病院
原眼科病院	3,849	539	52,251	8,279	14.0	15.8	23.6	42.6			
宇都宮中央病院	1,880	0	8,760	0	0.0	0.0	1.7	15.3			
栃木県立リハビリテーションセンター	642	91	23,194	585	14.2	2.5	100.0	31.5			
NHO宇都宮病院	3,113	2,202	43,595	9,548	70.7	21.9	68.3	95.6	○	○	地域医療支援病院
宇都宮東病院	1,140	359	34,525	2,413	31.5	7.0	39.2	42.5			
佐藤病院	3,247	1,259	40,221	3,528	38.8	8.8	3.7	7.6			
宇都宮記念病院	19,539	5,779	154,489	40,560	29.6	26.3	33.4	16.5			
倉持病院	1,497	975	467	163	65.1	34.9	18.9	17.5			
栃木県立がんセンター	5,083	3,236	66,551	21,880	63.7	32.9	98.0	58.5	○	○	
藤井脳神経外科病院	6,571	5,691	12,972	4,335	86.6	33.4	11.4	3.0			
柴病院	1,147	277	15,131	1,127	24.1	7.4	41.6	41.3			
宇都宮内科病院	1,762	76	5,962	308	4.3	5.2	9.3	0.5			
新宇都宮リハビリテーション病院	689	0	8,933	0	0.0	0.0	0.0	0.0			
宇都宮脳脊髄センター・シンフォニー病院	4,054	2,256	18,648	6,203	55.6	33.3	23.3	0.0			

紹介受診重点外来の初診に占める割合が40%以上又は再診に占める割合が25%以上の場合は太字斜体（重点外来に係る基準を満たす場合はいずれも太字斜体）
 紹介率50 %以上又は逆紹介率40 %以上の場合は太字斜体（紹介率・逆紹介率に係る水準を満たす場合はいずれも太字斜体） ※有床・無床診療所は任意回答

 ：紹介受診重点医療機関（R6.4公表）

令和6年度報告集計結果－2 外来機能報告（確定版） 宇都宮②

宇都宮医療圏	初診の外来患者延べ数(年間)		再診の外来患者延べ数(年間)		紹介受診重点外来の割合		紹介率	逆紹介率	紹介受診重点医療機関	
		うち 紹介重点外来		うち 紹介重点外来	初診	再診			今回 意向あり	R6.4公表
おおくほ眼科	3,443	166	33,460	1,318	4.8	3.9	0.0	0.0		
早津眼科医院	8,450	296	32,999	3,554	3.5	10.8	0.0	0.0		
宇都宮脳脊髄センター	1,070	640	13,706	2,735	59.8	20.0	24.4	2.9		
宇都宮肛門・胃腸クリニック	11,621	791	27,149	9,711	6.8	35.8	0.0	0.0		
ゆめクリニック	2,875	977	8,344	865	34.0	10.4	0.0	0.0		
大野内科医院	147	27	13,322	10,048	18.4	75.4	0.0	0.0		
高橋消化器内科糖尿病内科	916	139	6,661	480	15.2	7.2	0.0	0.0		
かわつクリニック										
のうか眼科	10,103	312	35,037	2,039	3.1	5.8	0.0	0.0		
高橋レディスクリニック	2,568	426	8,476	447	16.6	5.3	0.0	0.0		
アルテミス宇都宮クリニック	1,437	474	7,587	1,299	33.0	17.1	0.0	0.0		
はぎわらクリニック	1,141	387	11,411	3,046	33.9	26.7	0.0	0.0		
こいけレディスクリニック	1,628	444	4,571	464	27.3	10.2	0.0	0.0		
根本外科胃腸科医院	3,822	373	26,926	1,562	9.8	5.8	0.0	0.0		
宇都宮整形外科内科クリニック	2,333	607	27,914	478	26.0	1.7	0.0	0.0		
柴崎外科医院	1,208	662	8,349	1,929	54.8	23.1	0.0	0.0		
目黒医院	133	23	28,676	26,519	17.3	92.5	0.0	0.0		
富塚メディカルクリニック	4,232	870	45,157	10,707	20.6	23.7	0.0	0.0		
高橋あきら産婦人科医院	2,322	1,075	8,218	206	46.3	2.5	0.0	0.0		
奥田クリニック	206	34	26,264	24,962	16.5	95.0	0.0	0.0		
ちかざわLadies'クリニック	2,111	0	8,474	0	0.0	0.0	0.0	0.0		
宇都宮協立診療所	4,011	165	18,639	727	4.1	3.9	0.0	0.0		
村山医院	1,364	152	31,957	15,076	11.1	47.2	0.0	0.0		
中田ウィメンズ&キッズクリニック	2,540	511	6,672	293	20.1	4.4	0.0	0.0		
福島眼科医院	7,000	255	8,366	374	3.6	4.5	0.0	0.0		
たかしま耳鼻咽喉科・内科	7,703	1,702	19,323	891	22.1	4.6	0.0	0.0		

紹介受診重点外来の初診に占める割合が40%以上又は再診に占める割合が25%以上の場合は**太字斜体**（重点外来に係る基準を満たす場合はいずれも**太字斜体**）
 紹介率50 %以上又は逆紹介率40 %以上の場合は**太字斜体**（紹介率・逆紹介率に係る水準を満たす場合はいずれも**太字斜体**） ※有床・無床診療所は任意回答
：報告未完了の医療機関

令和6年度報告集計結果－2 外来機能報告（確定版） 県東

県東医療圏	初診の外来患者延べ数(年間)		再診の外来患者延べ数(年間)		紹介受診重点外来の割合		紹介率	逆紹介率	紹介受診重点医療機関		備考
		うち 紹介重点外来		うち 紹介重点外来	初診	再診			今回 意向あり	R6.4公表	
真岡病院	2,136	422	41,560	19,743	19.8	47.5	12.8	20.7			地域医療支援病院
福田記念病院	2,189	614	38,311	6,127	28.0	16.0	52.5	38.0			
芳賀赤十字病院	11,376	7,081	123,741	38,283	62.2	30.9	95.5	93.5	○	○	
芳賀中央病院	3,653	527	28,315	1,390	14.4	4.9	6.9	8.0			
小菅クリニック	1,713	381	4,020	184	22.2	4.6	0.0	0.0			
真岡メディカルクリニック	1,459	93	27,757	21,588	6.4	77.8	0.0	0.0			
桜井内科医院	1,088	43	11,767	3,083	4.0	26.2	0.0	0.0			
二宮中央クリニック	1,382	244	20,613	1,137	17.7	5.5	0.0	0.0			
普門院診療所	424	47	7,827	188	11.1	2.4	9.0	7.1			

紹介受診重点外来の初診に占める割合が40%以上又は再診に占める割合が25%以上の場合は**太字斜体**（重点外来に係る基準を満たす場合はいずれも**太字斜体**）
紹介率50 %以上又は逆紹介率40 %以上の場合は**太字斜体**（紹介率・逆紹介率に係る水準を満たす場合はいずれも**太字斜体**） ※有床・無床診療所は任意回答
：紹介受診重点医療機関（R6.4公表）

令和6年度報告集計結果－2 外来機能報告（確定版） 両毛

両毛医療圏	初診の外来患者延べ数(年間)		再診の外来患者延べ数(年間)		紹介受診重点外来の割合		紹介率	逆紹介率	紹介受診重点医療機関		備考
		うち 紹介重点外来		うち 紹介重点外来	初診	再診			今回 意向あり	R6.4公表	
足利第一病院	4,038	660	26,310	14,040	16.3	53.4	1.1	8.5			
あしかがの森足利病院	943	0	11,959	0	0.0	0.0	5.6	0.9			
足利中央病院	393	46	15,551	8,189	11.7	52.7	7.0	2.0			
長崎病院	5,071	1,210	60,019	8,353	23.9	13.9	20.4	0.0			
鈴木病院	270	107	7,855	349	39.6	4.4	3.1	1.5			
皆川病院	2,361	380	16,477	1,151	16.1	7.0	2.1	13.0			
足利赤十字病院	15,346	9,431	186,485	51,215	61.5	27.5	72.6	79.3	○	○	地域医療支援病院
本庄記念病院	6,615	2,228	74,330	4,011	33.7	5.4	12.7	13.6			
今井病院	3,628	1,400	31,909	3,895	38.6	12.2	13.9	4.4			
佐野市民病院	5,722	1,393	53,892	14,554	24.3	27.0	21.7	20.3			
佐野厚生総合病院	12,706	6,846	171,077	41,683	53.9	24.4	81.8	52.5	○	○	地域医療支援病院
佐野医師会病院	5,790	5,509	4,765	1,104	95.1	23.2	81.4	85.2	○	○	
栃木産科婦人科医院	1,137	356	4,551	341	31.3	7.5	0.0	0.0			
医療法人 柏瀬眼科	6,440	291	13,377	1,552	4.5	11.6	0.0	0.0			
鹿島整形外科	4,417	941	69,709	4,767	21.3	6.8	4.1	0.0			
みなみ眼科	3,303	159	19,442	1,569	4.8	8.1	0.0	0.0			
医療法人社団 浅岡医院	1,441	486	5,708	428	33.7	7.5	0.0	0.0			
両毛クリニック	123	29	29,153	27,991	23.6	96.0	0.0	0.0			
大岡胃腸内科	911	0	0	0	0.0	0.0	12.4	0.0			
田村レディースクリニック	1,627	858	7,301	319	52.7	4.4	0.0	0.0			
伏島クリニック	2,093	363	5,496	545	17.3	9.9	0.0	0.0			
医療法人愛仁会 佐野利根川橋クリニック	1,007	233	20,022	15,670	23.1	78.3	0.0	0.0			
岡医院	1,055	312	5,664	398	29.6	7.0	0.0	0.0			

紹介受診重点外来の初診に占める割合が40%以上又は再診に占める割合が25%以上の場合は**太字斜体**（重点外来に係る基準を満たす場合はいずれも**太字斜体**）
 紹介率50 %以上又は逆紹介率40 %以上の場合は**太字斜体**（紹介率・逆紹介率に係る水準を満たす場合はいずれも**太字斜体**） ※有床・無床診療所は任意回答
○：紹介受診重点医療機関（R6.4公表）