

令和 7 (2025) 年度第 1 回県東地域医療構想調整会議
並びに病院及び有床診療所会議 合同会議 次第

日時：令和 7 (2025) 年 7 月 30 日 (水) 13:30～

場所：栃木県庁芳賀庁舎 4 階大会議室・WEB

1 開 会

2 所長あいさつ

3 議長選出

4 議 題

(1) 地域医療構想の進め方について【資料 1・資料 1 参考】

(2) 在宅医療等に係る意見交換の結果について【資料 2】

(3) 外来医療計画に基づく地域における外来医療機能の不足・偏在等への取組について【資料 3】

(4) 病床・外来機能報告制度について【資料 4】

(5) 病床数適正化事業について【資料 5】

(6) 生産性向上・職場環境整備等支援事業募集要項【資料 6】

(7) その他 ①医薬品提供体制について【芳賀郡市薬剤師会資料】

②かかりつけ医機能報告について【参考資料 1】

5 閉 会

令和7年度第1回 県東地域医療構想調整会議並びに病院及び有床診療所会議 出席者名簿

No.		選出区分	団体・役職等	氏 名	備 考
1	県東地域医療構想調整会議委員	保健医療関係団体	芳賀都市医師会在宅医療担当理事	趙 達 来	出席(会場)
2			芳賀歯科医師会長	木 代 宏	出席(自施設)
3			芳賀都市薬剤師会長	小 林 郁 夫	令和7年度～新任 出席(自施設)
4			栃木県看護協会県東地区支部長	三 橋 明 美	出席(会場)
5		地域病院等(公的)	芳賀赤十字病院長	本 多 正 徳	出席(会場)
6		地域病院等(民間)	真岡病院長	横 田 徳 継	出席(会場)代理:看護部長 馬込公子
7		地域病院等(有床診)	医療法人弘真会理事長(二宮中央クリニック)	鈴 木 一 実	出席(自施設)
8		地区老人福祉施設協議会	特別養護老人ホーム椿寿園施設長	近 藤 多 起 夫	出席(自施設)
9		地区老人保健施設協議会	介護老人保健施設もてぎの森うごうだ城総務課長	川 匂 直 之	令和7年度～新任 出席
10		社会福祉関係団体	真岡市社会福祉協議会長	田 口 司	令和7年度～新任 出席
11		介護従事者確保関係団体	芳賀都市管内介護支援専門員連絡会長	佐 々 木 清 美	令和7年度～新任 出席
12		住民・患者代表者	真岡市女性団体連絡協議会長	細 島 尚 子	令和7年度～新任 欠席
13		医療保険者	全国健康保険協会栃木支部長	宮 崎 務	出席(自施設)
14		学識経験者	自治医科大学教授	阿 江 竜 介	出席(自施設)
15		市 町	真岡市健康増進課長	檜 佐 哲 也	令和7年度～新任 出席(自施設)
16			益子町福祉子育て課長	村 上 貴 子	欠席
17			茂木町保健福祉課長	櫻 井 光 一	出席(自施設)
18			市貝町町民くらし課長	國 井 美 由 紀	欠席
19			芳賀町健康福祉課長	仲 尾 周	出席 代理:課長補佐兼健康係長 江守 真樹
20		健康福祉センター	栃木県参事兼県東健康福祉センター所長	塚 田 三 夫	令和7年度～新任
21	病院及び有床診療所	民間病院	福田記念病院長	福 田 晴 美	出席(会場) 説明者 総務課 大関 信彦
22			菊池病院長	菊 池 正 之	出席(自施設)代理:事務長 仁平宗志
23			芳賀中央病院長	中 野 智 文	出席(会場)代理:事務長 菊島章
24		有床診療所	桜井内科医院長	櫻 井 豊	欠席
25			二宮中央クリニック理事長	鈴 木 一 実	出席(自施設)
26			真岡メディカルクリニック理事長	飯 村 修	欠席
27			普門院診療所院長	田 中 麻 香	出席(自施設)
28		地域医療構想アドバイザー	栃木県医師会長	小 沼 一 郎	欠席
29			栃木県医師会常任理事	白 石 悟	欠席
30	事務局	【事務局】 県東健康福祉センター	次長兼総務福祉部長	佐 藤 正 俊	
31			地域保健部長補佐(総括)	長 谷 恵 子	
32			部長補佐(総括)兼総務企画課長	小 堀 弘 人	
33			総務企画課主査	玉 木 志 保	
34			総務企画課主任	衣 笠 沙 有 里	
35			総務企画課主事	大 橋 建 太	
36		【事務局】 医療政策課	課長	原 戸 正 道	
37			主幹(GL)	早 川 貴 裕	
38			地域医療担当副主幹	渡 辺 光	
39			地域医療担当主任	大 塚 雅 也	
40			地域医療担当主事	藤 田 梅 乃	
41			在宅医療・介護連携担当主査	水 野 風 音	

※出席(自施設)はWEBIによる参加

令和 7 (2025) 年 7 月 3 0 日	資料 1
令和 7 (2025) 年度第 1 回県東地域医療構想調整会議並びに 県東構想区域病院及び有床診療所会議 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
栃木県県東健康福祉センター

- 1 新たな地域医療構想について
- 2 本県における地域医療構想の進め方について

1. 新たな地域医療構想について

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

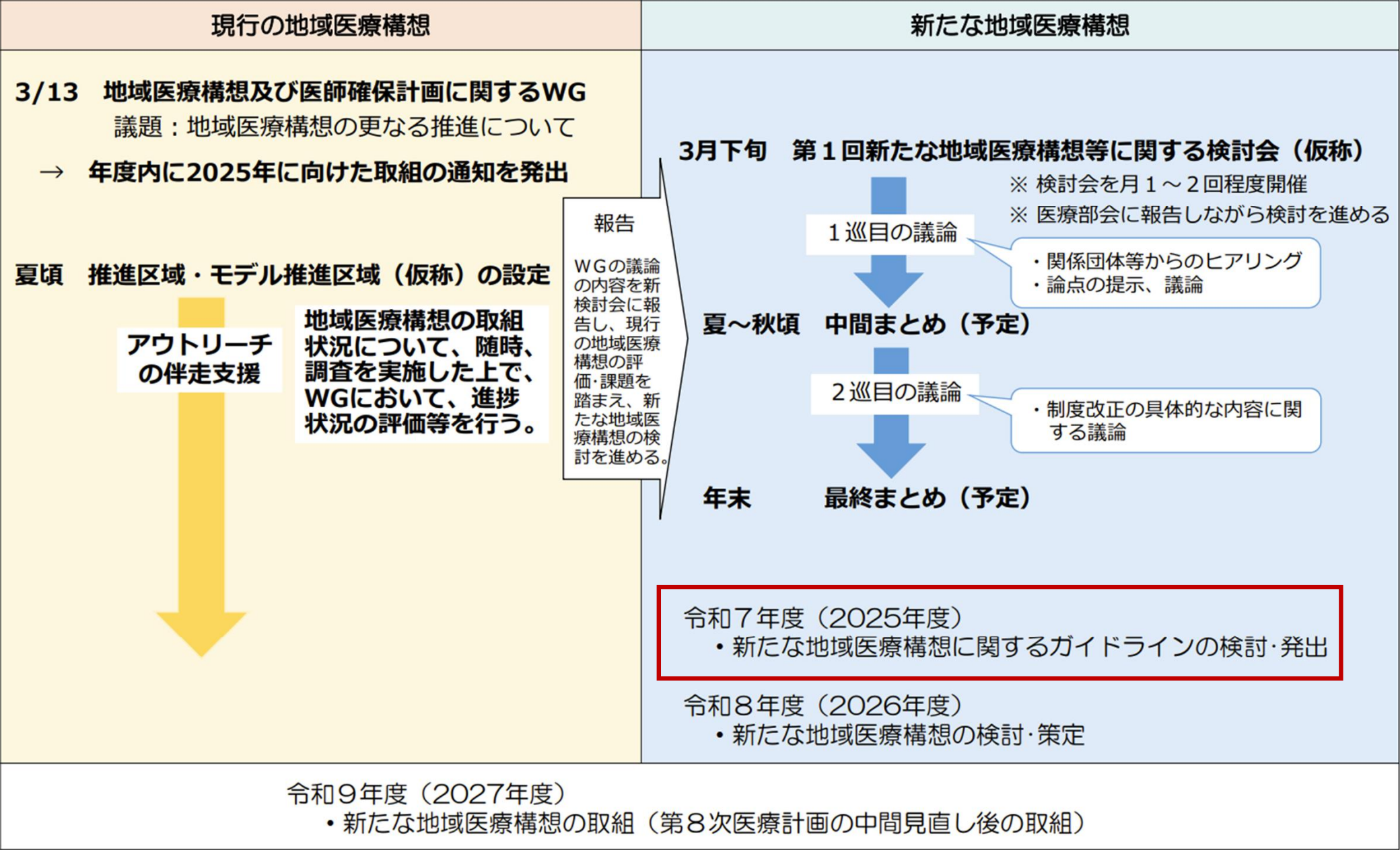
新たな地域医療構想の主な記載事項（案）

- 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

厚生労働省「新たな地域医療構想等に関する検討会」資料

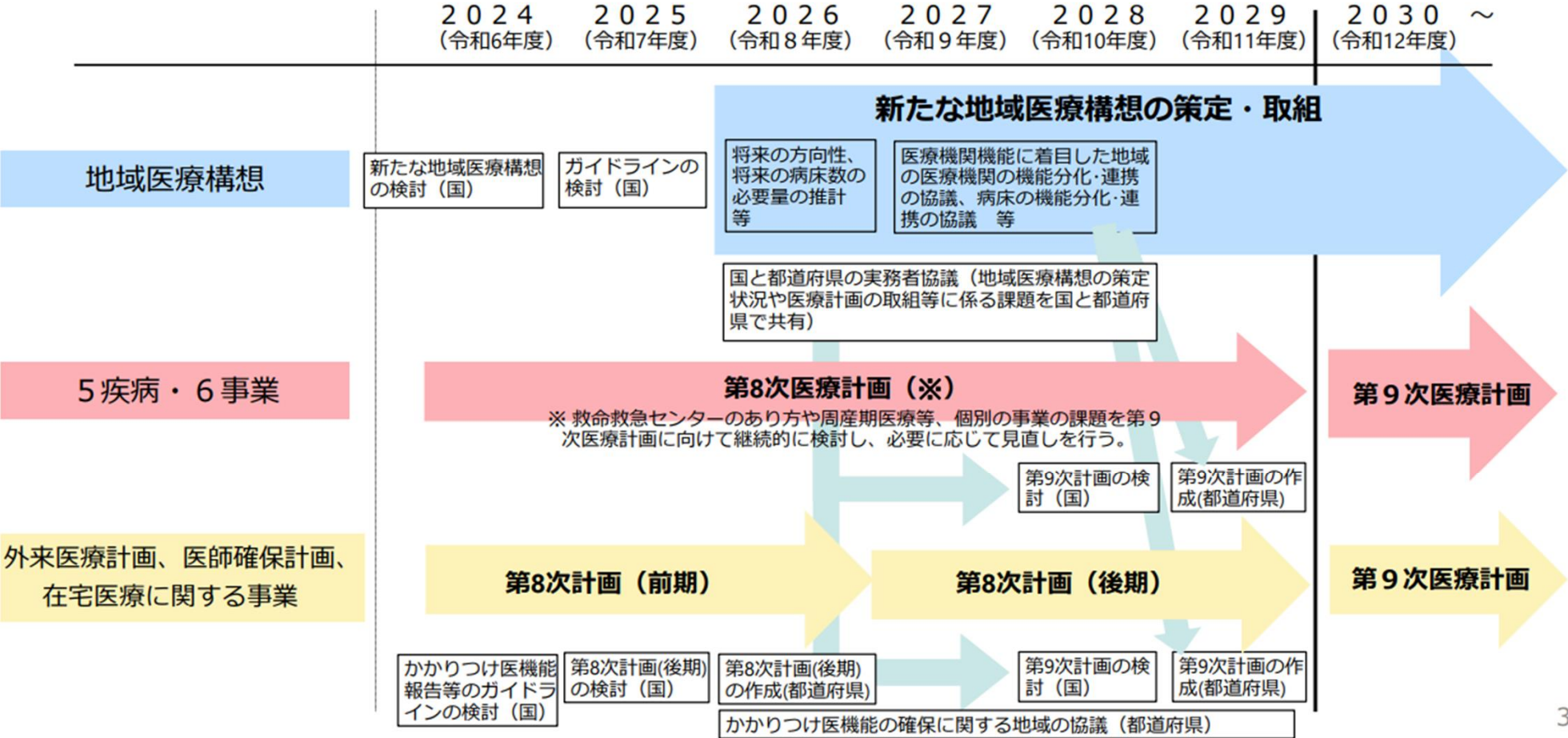


新たな地域医療構想と各種計画の関係について

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。



2. 本県における地域医療構想の進め方について

地域医療構想調整会議における今後の協議の流れについて

医療介護提供体制の課題整理／今後の対応方針の検討等

(案)

医療・介護の課題に係る地域の現状について

医療圏名	
------	--

項目	課題・現状
救急	
在宅医療	
働き方改革	
その他 (〇〇〇〇)	

地域医療構想調整会議等における今後の協議の流れ

令和6(2024)年度

- ・ **必要病床数との差異の議論**については、定量的基準の導入等により**一旦区切り**を付ける。
- ・ 今後は、各構想区域における医療介護提供体制に関する課題について、毎回、**テーマを絞って協議**を進める。
※ 前半の会議では、救急医療提供体制等どの構想区域においても課題となっているものを取り上げるが、今後は各構想区域の実情に応じて優先度が高いものを中心に協議していく。

→ 左例のような一覧表により課題を取りまとめ、見える化する。

令和7(2025)年度

- ・ 上記課題に対して、**今後の対応方針(案)**に係る**協議**を進める。
※より具体的な内容を詰めるため、**必要に応じて部会を設置**して、協議を行う。
宇都宮構想区域：区域対応方針に基づく取組を実施
宇都宮構想区域以外：区域対応方針に相当する計画(グランドデザイン)を策定し、取組を推進



令和8(2026)年度

- ・ **次期地域医療構想**の策定
- ・ **課題の解決**に向けた取組の検討、実施

各地域におけるグランドデザインの策定について①

構想区域のグランドデザインの記載内容 ※イメージ

- ・ 現状・課題を踏まえた今後の対応方針及びその達成に向けた取組をまとめたものを記載することを想定
- ・ レイアウトは宇都宮構想区域対応方針に準じたものを想定

【参考】宇都宮構想区域対応方針

主な記載項目（例示）

1. 構想区域のグランドデザイン

- 今後の人口や医療ニーズの変化に対して限りある医療資源を有効に活用し効率的に対応していくため、宇都宮構想区域においては、2040年に向けて、地域での完結・充実を目指す医療と広域・県域で対応する医療を次のとおり整理し、区域内の医療機関間、医療機関・高齢者施設間の機能分化・連携の体制を明確にする。

地域での完結・充実を目指す医療

 - 初期・二次救急
 - 主に高齢者が罹患する疾患に対する医療
 - 在宅復帰を目的とする医療（リハビリテーション等）、療養生活を支える在宅医療等
 - 新興感染症、結核医療、災害医療

広域・全県で対応する医療

 - 心大血管疾患等の緊急手術を要する医療
 - 高度急性期医療
 - 希少疾患に係る医療（県内に限らず必要に応じて広範囲で対応）
 - 新興感染症（重症）、結核医療（合併症）
- 宇都宮構想区域においては、他の構想区域（特に県北、県西区域）から流入する患者への対応も前提とした上で、必要な医療提供体制を確保する。
- 医療機関間の連携、医療と介護の連携については、より具体的な手法により、円滑に、かつ、継続的に連携が図られる体制を確保する。
- 救急医療については、あり方検討の協議結果も踏まえつつ、地域・広域で必要な医療提供体制を確保する。
- 外来医療については、かかりつけ医機能のあり方等を踏まえ、限られた医療資源の効率的な活用を目指す。
- 将来の医療ニーズ等を見据え、公立・公的医療機関をはじめとした医療機関の連携強化・再編統合を図る。

※グランドデザインは必要に応じて見直しを行うとともに、2040年を見据えた次期地域医療構想に向けて深化させていく。

- 地域で完結・充実を目指す医療など各地域における医療提供体制の目指すべき方向性
- 患者の流出入状況を踏まえた医療提供体制の検討
- 医療と介護、医療機関間の連携体制
- 救急医療、在宅医療、外来医療など各地域で課題となっている医療における今後の対応の方向性
- その他、地域で特に検討を要する事項

各地域におけるグランドデザインの策定について②

構想区域の現状・課題、対応方針の記載内容 ※イメージ

- R6年度の調整会議で実施した救急医療、在宅医療等に関する意見交換、アンケート調査の結果などを踏まえ、現状・課題を整理することを想定
- 現状・課題を踏まえた対応方針について、令和7年度に各地域で協議し、整理

	現状・課題		対応方針
医療需要	• 人口の減少は他圏域と比較すると緩やかに推移するが、高齢者の医療需要は増加 • 宇都宮圏域は他圏域からの高齢患者の流入が多い	➡	• 医療・介護データ分析等により、圏域の患者の流出入状況を把握し、それらを踏まえた医療提供体制について検討する
救急医療	• 初期救急の在り方（例えば、診療完結性の強化など）の検討 • 二次救急の体制の強化 • マイナー科の救急体制の強化 • 特定の病院への救急搬送の集中	➡	• 「救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会」の協議結果を踏まえ、初期救急、2次救急の各段階における医療機関の役割分担を整理する
在宅医療	• 在宅医療の需要増加を見据えた提供体制の確保 • 医療的ケアの供給体制や在宅患者の急変時に対応できる体制の構築 • ACP策定など患者の意思決定に係る支援が不足	➡	• 医療・介護データ分析により入院から在宅医療・介護施設への患者の移行状況を分析し、在宅医療の提供体制等の現状を把握する • 住民をはじめ、医療・介護関係者へACPの更なる普及啓発を図る
外来医療	• かかりつけ医制度の周知 • 地域全体での役割分担が不十分 • 患者情報の共有（かかりつけ医と病院間など）	➡	• かかりつけ医機能制度の周知を図るとともに、外来医療計画に掲げた取組を着実に推進することで、地域に必要な外来医療機能の確保・充実を図る

各地域におけるグランドデザインの策定について③

構想区域の現状・課題、対応方針の記載内容 ※イメージ

- R6年度の調整会議で実施した救急医療、在宅医療等に関する意見交換、アンケート調査の結果などを踏まえ、現状・課題を整理することを想定
- 現状・課題を踏まえた対応方針について、令和7年度に各地域で協議し、整理

現状・課題

対応方針

医療と介護の連携

- 情報共有体制の構築
- 多職種の連携と各職種のスキルアップ
- 地域の医療と介護の関係者が定期的に集まるなどルールづくり（顔の見える関係づくり）が必要
- 医療機関と介護施設間の円滑な入退院調整（患者情報の共有、救急車の利用など）

- 医療と介護の連携体制を確保するため、医療・介護データ等により現状把握や関係者への研修等の実施により、医療機関と介護施設の役割・機能分担について検討する
- 県が策定する次期「地域医療構想」と宇都宮市が策定する次期「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」との整合性を確保する

その他 （地域ごとに個別に検討を要する事項）

- 公立病院の機能強化

- 老朽化した県立病院施設の再整備については、将来を見据えた地域の医療需要等を踏まえながら、他の医療機関との役割分担の明確化や連携体制の強化による効果的・効率的な医療提供体制を構築するため、再編統合による県立病院の総合病院化といった選択肢も含めて、様々な可能性を検討する

進め方（スケジュール）について

スケジュール（全体）

年度	令和 6 (2024)年度	令和 7 (2025)年度	令和 8 (2026)年度
取組内容	- モデル推進区域設定・区域対応方針策定【宇都宮】 - 調整会議で救急医療、在宅医療の課題に係る意見交換を実施【全圏域】	- 新たな地域医療構想に係るガイドライン検討【国】 - 区域対応方針に基づく取組の実施【宇都宮】 - グランドデザインの策定【宇都宮以外】	新たな地域医療構想策定【全圏域】 （グランドデザインも踏まえて、策定）

スケジュール（R7年度予定）

月	宇都宮圏域以外	宇都宮圏域 ※推進区域
7月-8月	- 第 1 回地域医療構想調整会議・県調整会議の開催 - R7年度の地域医療構想の進め方 - 在宅医療に係る意見交換結果の共有 など	- 第 1 回宇都宮地域医療構想調整会議の開催 - R7年度の地域医療構想の進め方 - 区域対応方針に基づく取組について - 在宅医療に係る意見交換結果の共有 など
8月-12月	- 各地域でグランドデザインの素案を作成 - これまでの調整会議での意見交換の結果などから作成	区域対応方針に基づく取組の実施
12月	- 第 2 回地域医療構想調整会議・県調整会議の開催 - 各地域のグランドデザイン（素案）の協議	- 第 2 回宇都宮地域医療構想調整会議の開催 - 区域対応方針に基づく取組状況の報告
1月-2月	- 第 2 回調整会議を踏まえ、グランドデザイン(素案)を修正 - 県全体のグランドデザイン案の検討	- 区域対応方針に基づく取組の実施 - 県全体のグランドデザイン案の検討
3月	- 第 3 回地域医療構想調整会議・県調整会議の開催 - 各地域のグランドデザイン案の協議・策定 - 県全体のグランドデザイン案の協議・策定 - 県立病院の在り方検討の状況について	- 第 3 回宇都宮地域医療構想調整会議の開催 - 区域対応方針に基づく取組状況の報告 - 県全体のグランドデザイン案を協議・策定 - 県立病院の在り方検討の状況について

救急医療に係る地域での協議

救急医療に係る地域での協議

御意見をいただきたいこと

- グランドデザインの策定に当たり、これまでの調整会議における議論なども踏まえながら、地域の課題として、特に検討を要する項目、グランドデザインに反映すべき内容に関して御意見をいただきたい

(例)

- 医療需要
- 救急医療
- 在宅医療
- 外来医療
- 医療と介護の連携
- その他（地域ごとに個別に検討する事項） など

1. 構想区域のグランドデザイン

宇都宮区域対応方針（主要部分のみ抜粋）

- 今後の人口や医療ニーズの変化に対して限りある医療資源を有効に活用し効率的に対応していくため、宇都宮構想区域においては、2040年に向けて、地域での完結・充実を目指す医療と広域・県域で対応する医療を次のとおり整理し、区域内の医療機関間、医療機関・高齢者施設間の機能分化・連携の体制を明確にする。

地域での完結・充実を目指す医療

- 初期・二次救急
- 主に高齢者が罹患する疾患に対する医療
- 在宅復帰を目的とする医療（リハビリテーション等）、療養生活を支える在宅医療等
- 新興感染症、結核医療、災害医療

広域・全県で対応する医療

- 心大血管疾患等の緊急手術を要する医療
- 高度急性期医療
- 希少疾患に係る医療
(県内に限らず必要に応じて広範囲で対応)
- 新興感染症(重症)、結核医療(合併症)

- 宇都宮構想区域においては、他の構想区域(特に県北、県西区域)から流入する患者への対応も前提とした上で、必要な医療提供体制を確保する。
- 医療機関間の連携、医療と介護の連携については、より具体的な手法により、円滑に、かつ、継続的に連携が図られる体制を確保する。
- 救急医療については、あり方検討の協議結果も踏まえつつ、地域・広域で必要な医療提供体制を確保する。
- 外来医療については、かかりつけ医機能のあり方等を踏まえ、限られた医療資源の効率的な活用を目指す。
- 将来の医療ニーズ等を見据え、公立・公的医療機関をはじめとした医療機関の連携強化・再編統合を図る。

※グランドデザインは必要に応じて見直しを行うとともに、2040年を見据えた次期地域医療構想に向けて深化させていく。

2 現状と課題 ①構想区域の現状及び課題

宇都宮区域対応方針（主要部分のみ抜粋）

① 構想区域の現状及び課題

アンケート結果まとめ

<地域で完結すべき医療>

- ・ 地域包括ケアシステムを支える医療資源（高度治療病院、介護施設、在宅医療、急変時の受入れ先等）が不足しているなどの課題を踏まえ、関係機関で地域包括ケアシステムの充実に向けた検討が必要
- ・ 夜間対応や特定の診療科に係る救急体制について検討が必要
- ・ 精神科救急の体制整備を求める声が多い

<地域で不足する機能>

- ・ リハビリテーション機能の確保・領域ごとに検討
- ・ 不足していると考えられる災害医療、新興感染症への対応を公立病院へ期待
- ・ 看護師、介護士の確保に当たっては、行政による施策（処遇改善など）に期待する声がある
- ・ 人員不足の実態把握も求められる

<救急>

- ・ 初期救急の在り方の検討
- ・ 二次救急の体制強化
- ・ マイナー科の救急体制強化
- ・ 三次救急の負担軽減

<在宅>

- ・ 医療的ケアの供給体制や在宅患者の急変時の体制、介護提供施設は十分ではない

<外来>

- ・ かかりつけ医機能の構築
- ・ 患者情報の共有体制

<介護>

- ・ 医療介護連携に当たっての情報共有体制の構築

<公立病院>

- ・ 公立病院の機能強化

データまとめ

<医療需要>

- ・ 他地域と比較すると人口減少の進行はゆるやかであるものの高齢者の医療需要は増加していく

<入院>

- ・ 宇都宮圏域には他圏域からの高齢者の流入が多く、それらを踏まえた医療提供体制の整備が重要

<救急>

- ・ 特定の病院へ救急搬送が集中しており、2次救急の体制に課題（役割分担）
- ・ 初期救急の体制を整備し、時間外の患者への対応体制を構築する必要がある

3 今後の対応方針

① 構想区域における対応方針

② 「①構想区域における対応方針」を達成するための取組

① 構想区域における対応方針

- 高齢者を中心とする医療介護の需要増や医師の働き方改革等を踏まえた医療介護提供体制の構築を図る。
- 地域の限られた医療資源を効率的に活用するため、医療機関の役割分担を進めるとともに、医療機関間や医療機関と介護施設等との連携を進める。

② 「①構想区域における対応方針」を達成するための取組

- 令和9(2027)年度を開始年度とする「新たな地域医療構想」の策定を見据え、入院だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療介護提供体制全体に係る協議を行う。

R6.8.26 第7回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

3 今後の対応方針 ②「①構想区域における対応方針」を達成するための取組

②「①構想区域における対応方針」を達成するための取組(つづき)

- 地域医療介護総合確保基金の活用により、幅広い医療機関による医療機能の分化・連携(医療機関同士の再編・統合等の取組を含む)の取組を推進する。
- 医療機関と介護施設の役割・機能分担の内容及び範囲を明確にし、医療介護提供体制(入院・外来・救急・在宅医療(療養)等)の見える化を図る。
- 医療機関間及び医療と介護の連携体制を確保するため、医療・介護データの分析等により、急性期から回復期・慢性期への転院・転棟、入院から在宅医療・介護施設への移行の実態を把握し、機能の差異を踏まえた協働のあり方の協議やルールづくりを行う。
- 在宅医療・介護との連携強化に向けては、「新たな地域医療構想」の方向性と次期「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(にっこり安心プラン)」との整合性を確保するとともに、医療介護提供体制の確保における宇都宮市と県との役割を整理する。
- 「救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会」の協議結果を踏まえ、初期救急、二次救急の各段階における医療機関の役割分担を整理する。
- 季節性、有事等による医療ニーズの変動等への対応について、検討を行う。

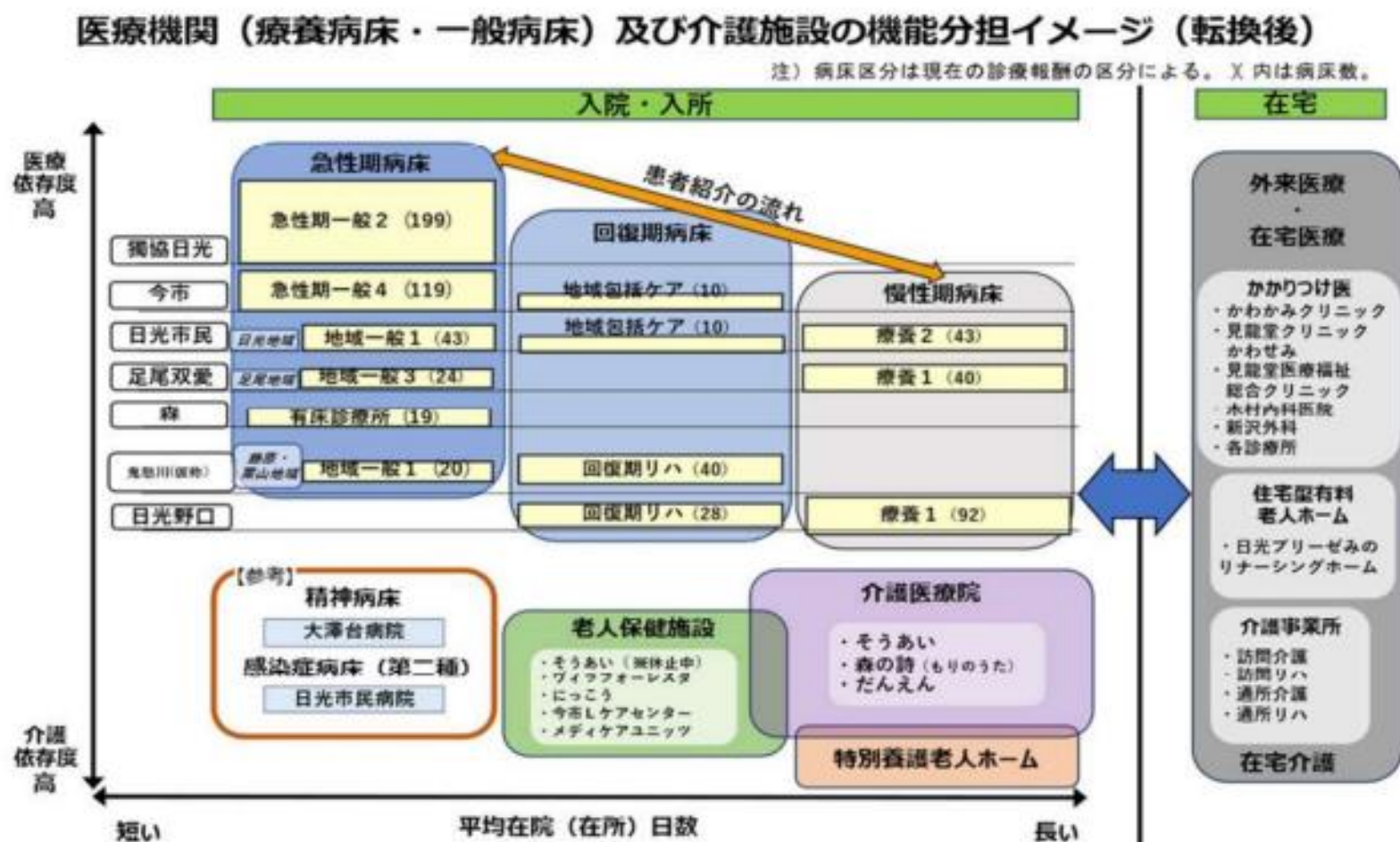
3 今後の対応方針 ②「①構想区域における対応方針」を達成するための取組

②「①構想区域における対応方針」を達成するための取組(つづき)

- 外来医療計画に掲げた取組を着実に実施し、地域で不足する外来医療機能の充実を図る。
- 医療・介護データの分析等により患者流出入状況を把握し、宇都宮構想区域で対応するべき必要量について検討を行う。
- 老朽化した県立病院施設の再整備については、将来を見据えた地域の医療需要等を踏まえながら、他の医療機関との役割分担の明確化や連携体制の強化による効果的・効率的な医療提供体制を構築するため、再編統合による県立病院の総合病院化といった選択肢も含めて、様々な可能性を検討する。
- 地域医療構想の取組の必要性(住民が安心して暮らし、療養することができる医療介護提供体制づくりに向けた取組)を、医療介護関係者のみならず、市町、住民にも広く啓発する。
- 住民が地域の医療介護の状況について理解し、また、日々の生活や受診、人生の最終段階における医療等について適切に選択できるよう情報提供する。

参考:日光ヘルスケアネット 医療機能分担・業務連携計画(改訂第2版)(概要版)

3 医療機能の分担 (3) 医療機関及び介護施設の機能分担イメージ(転換後)



4 具体的な計画(今後の対応方針の工程等)

令和6(2024)年度及び令和7(2025)年度の実施内容

	取組内容	到達目標
2024年度 (令和6年度)	● 地域医療構想調整会議を開催し、協議を進める。 ● 調整会議は、病院・有床診療所会議との合同開催とし、幅広いステークホルダーからの意見を反映できるようにする。 (必要に応じて、小規模・専門的な会議体により、協議を進める。) ● 地域医療介護総合確保基金等により、自主的な医療機能分化・連携の取組を支援する。 ● 医療・介護データの分析結果についてセミナーを開催する。	● 医療・介護提供体制に係る課題を明らかにする。 ● 必要病床数を参考に機能転換を進めるとともに、機能分化・連携強化を図る。
2025年度 (令和7年度)	● 医療・介護提供体制に係る課題について、テーマを絞った意見交換を実施することで、課題の解決を図る。 ● 県立病院や救急医療のあり方に係る検討会を実施する。 ● 医療・介護データの分析を行うとともに、医療・介護提供体制に係る課題等に関する意見交換を実施する。 ● 次期「高齢者支援計画」の策定を見据え、医療と介護の連携体制について協議を進める。 ● 機会を通じて、かかりつけ医機能制度等の啓発を図る。	● 地域医療構想調整会議で合意を得た対応方針の着実な推進を図る。 ● 区域対応方針は必要に応じて見直しを行い、2040年を見据えた次期地域医療構想に向けて深化させていく。



区域対応方針に基づく取組は、令和7(2025)年度に向けた取組とされているが、**本県では、次期地域医療構想の策定や2040年を見据えた取組につなげるため、令和8年度以降も区域対応方針に基づく取組を継続的に実施する**

令和 7 (2025) 年 7 月 3 0 日	資料 2
令和 7 (2025) 年度第 1 回県東地域医療構想調整会議並びに 県東構想区域病院及び有床診療所会議 合同会議	

在宅医療等に係る意見交換の結果について

栃木県保健福祉部医療政策課
栃木県県東健康福祉センター

要約①（全県）

在宅医療（訪問診療など）

- 在宅医療の実施については、診療所の間で差が見られる
- 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（全県）

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は整理が必要
- 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ることができる
- 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良い

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
	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（県南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と、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

在宅医療等に係る意見交換の結果（県南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 ・ 「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（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おり、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

令和7(2025)年7月30日

令和7(2025)年度第1回県東地域医療構想調整会議並びに
県東構想区域病院及び有床診療所会議 合同会議

資料3

外来医療計画に基づく地域における外来医療機能の不足・ 偏在等への取組について

栃木県保健福祉部医療政策課
栃木県県東健康福祉センター

外来医療計画に基づく地域における外来医療機能の不足・偏在等への取組について

外来医療計画（8期前期計画）の概要

- 全ての二次保健医療圏において必要な外来医療提供体制が確保されるよう、新規開業希望者の自主的な行動変容が求められている。特に、既に診療所医師数が一定程度充足していると考えられる外来医師多数区域での新規開業については、新規開業希望者に対して外来医師の偏在の状況を十分に踏まえた判断を促す必要がある。
- 外来医師多数区域においては、新規開業者に対して、外来医療に関する情報を提供するとともに、地域で不足する外来医療機能*を担うことへの協力を求める。
 - *「夜間や休日等における地域の初期救急医療」、「在宅医療」
- 「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」の改正（令和5年3月）に伴い、外来医師多数区域以外の区域においても、当該地域で不足する医療機能を担うよう求めることとする。



- 二次医療圏ごとの外来医師偏在指標や外来医療に関する情報等の提供
- 地域で不足する外来医療機能等を担うことへの意向確認を行う
- 合意の状況について、地域医療構想調整会議において確認を行う

外来医療計画に基づく地域における外来医療機能の不足・偏在等への取組について

取組内容

- 新規開業者に対して、地域で不足する外来医療機能を担うことへの意向確認を行う



- 【対象】
新規開業者（歯科診療所を除く）
- 【意向確認の方法】
開設届と併せて意向確認書の提出を求める

- 【意向を確認する外来医療機能】
- 地域で不足する外来医療機能
 - ・ 夜間や休日等における地域の初期救急医療
 - ・ 在宅医療

- その他
 - ・ 公衆衛生に係る医療（学校医・予防接種等）

※「地域で不足する外来医療機能」には位置づけていないが、引き続き地域における状況を注視していくため、意向を確認する

- 【提出先】
所在地を所管する各広域健康福祉センター又は保健所

〈参考〉「地域で不足する外来医療機能等に係る意向確認書」

開設届と併せて提出してください。
作成：令和7年3月

地域で不足する外来医療機能等に係る意向確認書

令和 年 月 日

栃木県知事 様
(栃木県 健康福祉センター所長 様)

地域で不足する外来医療機能等を担う意向について、下記のとおり報告します。

病院(診療所、助産所)の名称		
開設の場所		
開設年月日		
電話番号		
管理者	住所	
	氏名	
診療科		
地域で不足する外来医療機能等を担う意向		
外来医療計画において「地域で不足する外来医療機能」に位置づけられているもの※		
夜間や休日等における地域の初期救急医療		有・無
在宅医療		有・無
「地域で不足する外来医療機能」には位置づけられていないが、意向を確認するもの		
公衆衛生に係る医療（学校医・予防接種等）		有・無
(意向がない場合)		
その理由		

※当該医療機能を担う意向がない場合、地域医療構想調整会議への出席を求めることがあります。

取組内容

- 合意の状況について、地域医療構想調整会議において確認を行う



- ・ 地域医療構想調整会議において、意向確認書の提出状況を共有する
- ・ 新規開業者が地域で不足する外来医療機能を担うことに合意しない場合については、その理由を地域医療構想調整会議で確認する（状況に応じて地域医療構想調整会議への出席を求める）

本取組について、御理解と御協力をお願いいたします。

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
栃木県県東健康福祉センター

病床機能報告

- 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

- 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）

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）

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）

9月末 事務局から案内

10月 報告開始

11月末 報告期限

※ 外来機能報告も同様

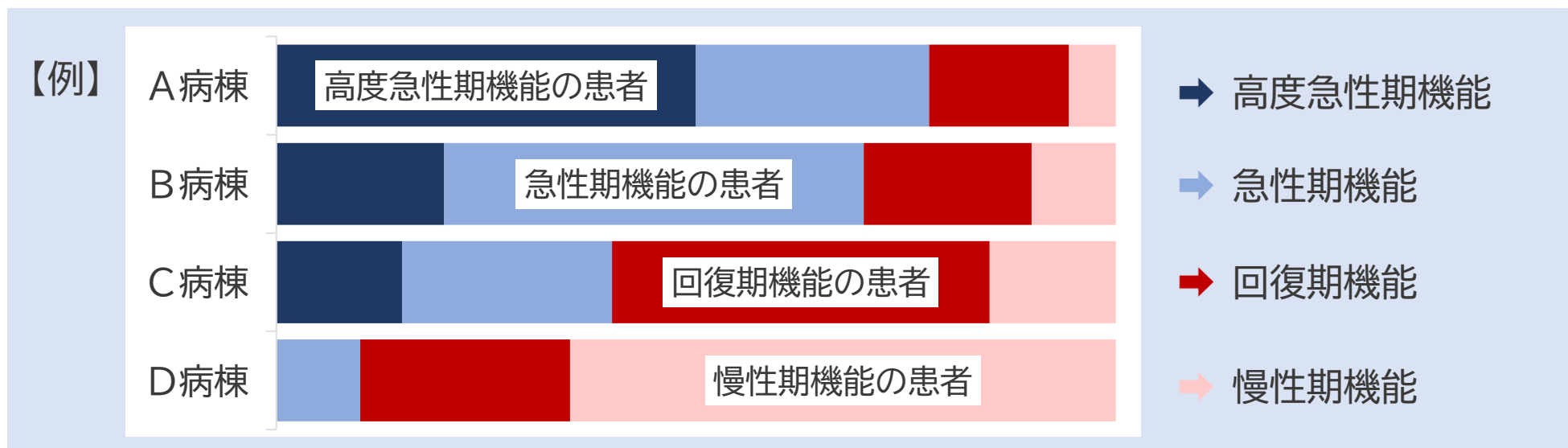
報告様式		主な報告項目
様式1	[病院] 基本票・施設票・病棟票	- 各病棟の病床が担う医療機能 - その他の具体的な項目（入退院、救急、リハ、手術等） - 構造設備（医療機器等）・人員配置等
	[有床診療所] 診療所票	
様式2	基本票・病棟票	- 算定する入院基本料・特定入院料等の状況 - 有床診療所の多様な機能の状況 （手術の実施状況、がん・脳卒中等の治療状況等）

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

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
 - 初診に占める割合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
宇都宮	済生会宇都宮病院
	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
県南	TMCしもつが
	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－1 病床機能報告（確定版） まとめ

令和6（2024）年度病床機能報告 集計結果の概要（確定版）

2025/4/3 時点

- ・病床機能報告は、一般病床及び療養病床を有する医療機関のそれぞれの病棟が担っている医療機能を把握するとともに、その報告を基に、地域における医療機能の分化・連携を進めることを目的に、医療法第30条の13の規定に基づき実施されている制度です。
- ・各医療機関は、その有する病床が主に担っている医療機能を自主的に選択し、病棟単位でその医療機能について毎年1回、都道府県に報告することを求められています。

【栃木県における病床機能報告の活用】

目指すべき医療提供体制の実現に向け、地域医療構想調整会議において各圏域の報告状況を共有し、次の取組の推進を図っています。

- 病床機能の「見える化」による、地域で不足している病床機能への転換
- 各医療機関の役割分担及び連携の充実・強化

1. 調査時期 : 令和6（2024）年10月～11月
2. 報告状況 : 右表のとおり

区分	医療機能・構造設備/人員配置 （報告様式1）	具体的な医療の内容 （報告様式2）
病院＋診療所	98.2% （168／171）	98.8% （169／171）
病院	97.7% （85／87）	98.9% （86／87）
診療所	98.8% （83／84）	98.8% （83／84）

3. 結果概要

医療圏	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
県北医療圏	395	1,410	320	674	14	37	2,850	435	1,321	369	674	14	37		2,850
県西医療圏	51	841	28	319		33	1,272	51	817	28	319	14	43		1,272
宇都宮医療圏	502	2,148	688	1,238	101	4	4,681	519	2,178	688	1,238	39	19		4,681
県東医療圏	47	522	40	154	44		807	47	532	40	158	30			807
県南医療圏	1,960	1,544	594	625	145	15	4,883	1,960	1,544	594	625	145	15		4,883
両毛医療圏	41	1,373	236	533	103	26	2,312	41	1,364	236	579	43	49		2,312
計	2,996	7,838	1,906	3,543	407	115	16,805	3,053	7,756	1,955	3,593	285	163		16,805
16,283							522	16,642							163

※参考

令和7（2025）年 必要病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
	1,728	5,385	5,179	3,166	15,458
県北医療圏	232	830	922	501	2,485
県西医療圏	105	459	358	272	1,194
宇都宮医療圏	437	1,457	1,363	1,167	4,424
県東医療圏	61	271	200	154	686
県南医療圏	687	1,735	1,762	573	4,757
両毛医療圏	206	633	574	499	1,912

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（2024）年度外来機能報告 集計結果の概要（確定版）

2025/3/17 時点

- ・ 外来機能報告は、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めることを目的として、医療法第30条の13の規定に基づき実施されている制度です。
- ・ 各医療機関は、医療資源を重点的に活用する外来（重点外来）の実施状況、重点外来を地域で基幹的に担う紹介受診重点医療機関となる意向の有無、紹介・逆紹介の状況等について毎年1回、都道府県に報告することを求められています。

【栃木県における外来機能報告の活用】
目指すべき医療提供体制の実現に向け、地域医療構想調整会議において各圏域の報告状況を共有し、次の取組の推進を図っています。

- 紹介受診重点医療機関の明確化・連携に向けた協議
- 紹介受診重点医療機関の決定

1. 調査時期 ： 令和6（2024）年10月～11月

2. 報告状況

区分	紹介受診重点医療機関 となる意向有無、 紹介率・逆紹介率 （報告様式1）	重点外来の実施状況 （報告様式2）
病院＋診療所	98.8% （169／171）	98.8% （169／171）
病院	98.9% （86／87）	98.9% （86／87）
診療所	98.8% （83／84）	98.8% （83／84）

3. 結果概要

医療圏	紹介受診 重点医療機関 となる意向有	紹介受診 重点医療機関 （R6.4公表）	特定機能病院	地域医療支援 病院
県北医療圏	2	1		1
県西医療圏				1
宇都宮医療圏	4	4		3
県東医療圏	1	1		1
県南医療圏	4	4	2	2
両毛医療圏	3	3		2
計	14	13	2	10

※参考

紹介受診重点医療機関の基準		参考とする水準	
初診に占める 重点外来の割合 （%）	再診に占める 重点外来の割合 （%）	紹介率 （%）	逆紹介率 （%）
40%以上	25%以上	50%以上	40%以上

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 7 (2025) 年 7 月 30 日	資料 5
令和 7 (2025) 年度第 1 回県東地域医療構想調整会議並びに 県東構想区域病院及び有床診療所会議 合同会議	

病床数適正化支援事業について

栃木県保健福祉部医療政策課

病床数適正化支援事業について

概 要

本事業は、効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関に対し、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に際して生じる負担について支援を行う

項目	病床数適正化支援事業（新規）※国庫補助
目的	入院医療を継続するための病床数適正化に対する支援
対象	R6.12.17～R7.9.30までに一般病床、療養病床、精神病床の削減を行う医療機関 ※第1次内示、第2次内示それぞれで対象要件あり
支給額	削減病床1床につき4,104千円
支給要件	R7.10.1以降に廃院する医療機関は対象外
調整会議・ 医療審議会への協議	不要
休床の扱い	支給対象

国第1次内示(概要)

栃木県第1次内示額：439,128千円（107床）

【国 配分額算定方法（概要）】

※1床当たり4,104千円を下回らないように支給

- (1)「R4年度から3年連続経営赤字の医療機関」又は「R5年度から2年連続経営赤字かつR6年度に病床削減済みの医療機関」
- (2) 給付額上限の上限は、(1)の赤字額の平均の半分を目安とする
- (3) 1医療機関あたりの給付は50床を上限

国第2次内示(概要)

栃木県第2次内示額：73,872千円（18床）

【国 配分額算定方法(概要)】

※1床当たり4,104千円を下回らないように支給

- (1)R5年度から2年連続経営赤字の医療機関
※第1次内示で対象となった医療機関は除く
- (2) 給付額上限の上限は、(1)の赤字額の平均の半分を目安とする
- (3) 1医療機関あたりの給付は10床を上限

申請・内示状況（7/2時点）

圏域	申請	申請削減病床数				うち、 休床	支給申請額 (千円)	第一次内示			第二次内示		
		一般	療養	精神	合計			対象件数	病床数	内示額 (千円)	対象件数	病床数	内示額 (千円)
宇都宮	9件	64	2	74	140	90	574,560	3件	8	32,832	2件	4	16,416
県西	2件	0	10	3	13	10	53,352	0件	0	0	0件	0	0
県東	2件	41	▲4	0	37	37	151,848	0件	0	0	1件	10	41,040
県北	5件	42	4	72	118	111	484,272	3件	16	65,664	0件	0	0
県南	4件	221	0	10	231	169	948,024	1件	50	205,200	1件	4	16,416
両毛	4件	43	25	40	108	60	443,232	3件	33	135,432	0件	0	0
合計	26件	411	37	199	647	533	2,655,288	10件	107	439,128	4件	18	73,872

補足

- 本給付金を活用する医療機関については、これまでの取組として、各医療機関が、今後の病床数の見通しなどを意向調査などで地域に説明（共有）してきた経緯があることを鑑み、地域医療構想調整会議で病床削減の経緯や影響などについて報告を行う
- 第3次内示については、再募集の可否含め未定

スケジュール(案)

～3.14	要望調査回答（医療機関→県）	6.27	第2次内示（厚生労働省→県）、説明会
～3.18	要望調査回答（県→厚生労働省）	7月	各地域医療構想調整会議で説明
4.11	第1次内示（厚生労働省→県）	7月	支給申請（医療機関→県）
～4月末	内示（県→医療機関）	～9月末	病床削減手続き（医療機関）

第1次内示

該当なし

第2次内示

医療機関名	削減前病床数 (床)	削減後病床数 (床)	削減病床数 (床)	うち休床 (床)	給付対象 (床)	支給申請額 (千円)
福田記念病院	186	176	10	10	10	41,040

栃木県生産性向上・職場環境整備等支援事業募集要項

1 事業の目的

この事業は、人材確保が喫緊の課題となっている中において、限られた人員でより効率的に業務を行う環境の整備費用に相当する金額を給付金として交付することにより、業務の生産性を向上させ、職員の処遇改善につなげることを目的としています。

2 募集期間

令和7(2025)年8月1日(金)から令和8(2026)年2月20日(金)まで【必着】

3 給付対象施設

令和7(2025)年3月31日時点において次のいずれかのベースアップ評価料を届け出ている栃木県内の病院、有床診療所（医科・歯科）、無床診療所（医科・歯科）及び訪問看護ステーションです。

【病院・有床診療所】	【無床診療所・訪問看護ステーション】
(1) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	(1) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
(2) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	(2) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
(3) 入院ベースアップ評価料（医科）	(3) 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）
(4) 入院ベースアップ評価料（歯科）	
(5) 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）	

4 給付対象事業

次の各号に掲げる事業のいずれか（複数可）であって、令和6(2024)年4月1日から令和8(2026)年3月31日までの間に、業務の効率化や職員の処遇改善を図るために実施する事業とします。

- (1) ICT機器等の導入による業務効率化
タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入
- (2) タスクシフト又はタスクシェアによる業務効率化
医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト又はタスクシェア
- (3) 給付金を活用した更なる賃上げ
処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

5 給付金額（上限）

次の表の基準額と実支出額とを比較して少ない方の額を給付金額とします。なお、算出された額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとします。

区 分	基準額	備 考
病院、 有床診療所	許可病床1床当たり40,000円	※申請日時点の許可病床数を基準とする。 ※許可病床数が4床以下の有床診療所は、1施設当たり180,000円を基準額とする。
無床診療所	1施設当たり180,000円	
訪問看護ス テーション	1施設当たり180,000円	

6 提出書類

- (1) 栃木県生産性向上・職場環境整備等支援事業費給付金申請書（別記様式1）
- (2) 交付申請書兼口座振込依頼書（別記様式2）※口座情報が分かる書類（通帳の写し等）を添付
- (3) 栃木県生産性向上・職場環境整備等支援事業費給付金実績報告書（別記様式3）

※募集期間は令和8(2026)年2月20日(金)までとなっていますが、手続を円滑に進めるため、事業完了後速やかに申請してください。事業完了が令和8(2026)年2月20日を過ぎる場合は、同日までに交付申請書(別記様式1)を提出してください。

※様式の電子データについては県公式ホームページ

(<https://www.pref.tochigi.lg.jp/e02/welfare/iryou/ippan/seisansei.html>)

からダウンロードするか、下記8記載の問い合わせ先までお申し出ください。

7 提出先及び提出方法

(1) メール(原則メールで申請願います。)

提出先メールアドレス: seisansei-shien@tochigi-r7iryou.jp

件名:【施設名】栃木県生産性向上・職場環境整備等支援事業費給付金の申請

内容: 施設名(例: ○○病院、○○医院、○○歯科など)、担当者の所属、担当者の氏名、電話番号、メールアドレスを記載し、栃木県生産性向上・職場環境整備等支援事業費給付金申請書(別記様式1)、支給申請書兼口座振込依頼書(別記様式2)、口座情報が分かる書類及び栃木県生産性向上・職場環境整備等支援事業費給付金実績報告書(別記様式3)を添付してください。

(2) 郵送

郵送先: 〒104-0061

東京都中央区銀座6丁目18-2 野村不動産銀座ビル10F

8 事業に関する問い合わせ先 ※7月14日(月)以前はつながりません

栃木県生産性向上・職場環境整備等支援事業費給付金事務局

電話番号: 050-8894-4399

受付時間: 午前9時から午後5時(土日祝日を除く)

メールアドレス: seisansei-shien@tochigi-r7iryou.jp

※事務局を株式会社総合キャリアオプションに委託しています。

9 留意事項

- (1) 県公式ホームページに「栃木県生産性向上・職場環境整備等支援事業費給付金交付要領」を掲載していますので、必ず御確認の上、申請書を提出してください。
- (2) 申請内容に不備があった場合、申請時に記載いただいたメールアドレス宛てにその旨連絡しますので、定期的に受信メールを確認してください。
- (3) メールアドレスがない場合には、電話にて修正依頼の連絡をしますので、日中に連絡がとれる電話番号を記載してください。
- (4) 申請内容に不備があり、令和8(2026)年2月27日(金)12時までに修正が完了しなかった申請は、受理できませんので、予め御了承ください。
- (5) 設備購入費等に本給付金を充てる場合は、原則として消費税及び地方消費税に相当する金額を除く金額を元に給付金額を算定してください。やむを得ず消費税及び地方消費税に相当する金額を含む金額を元に算定した場合は、事業完了後に、消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書の提出が必要となります。
- (6) 給付金の交付を受けた場合は、事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿及び証拠書類を事業が完了する日の属する年度の終了後5年間保管しておかなければなりません。

2040年頃を見据えた医療提供体制に向けて

2025. 5. 21 改正薬機法(抜粋)

2025. 7 芳賀薬剤師会

○国民への医薬品の適正な提供のための薬局機能の強化等～地域医薬品提供体制の構築～(2年以内施行)

地域ごとに人口構造が急激に変化し、大都市部、地方都市部、過疎地域等の地域差が拡大する中、在宅を含めて時間外、離島・へき地等へ過不足ない医薬品の提供体制を構築するためには、薬局と関係行政機関が連携し、地域の実情に応じ、計画性をもって、実効性のある体制を構築する必要があることから、薬局が関係行政機関と連携して地域に必要な医薬品を安定供給することが必要である旨の改正が行われた。



第1条の5 (医薬関係者の責務)

3 薬局開設者は、関係行政機関等との連携により、医療を受ける者に必要な薬剤及び医薬品の安定的な供給を図るとともに、当該薬局において薬剤師による前項の情報の提供が円滑になされるよう配慮しなければならない。

令和7年度厚生労働省予算 薬局機能高度化推進事業

①地域における医薬品供給体制の強化

地域薬剤師会において、薬局間連携推進等による夜間、休日対応、在宅対応等に係る医薬品提供体制の構築・強化のための事業を実施

(参考)医療法

第30条の4 (第2節 医療計画)

都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画(以下「医療計画」という。)を定めるものとする。

14 都道府県は、医療計画を作成するに当たっては、他の法律の規定による計画であって医療の確保に関する事項を定めるもののとの調和が保たれるようにするとともに、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接な関連を有する施策との連携を図るように努めなければならない。

16 都道府県は、医療に関する専門的科学的知見に基づいて医療計画の案を作成するため、診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴かなければならない。

2040年頃を見据えた医療提供体制に向けて

2040年頃を見据えた医療提供体制に必要なこと

2025. 7 芳賀薬剤師会

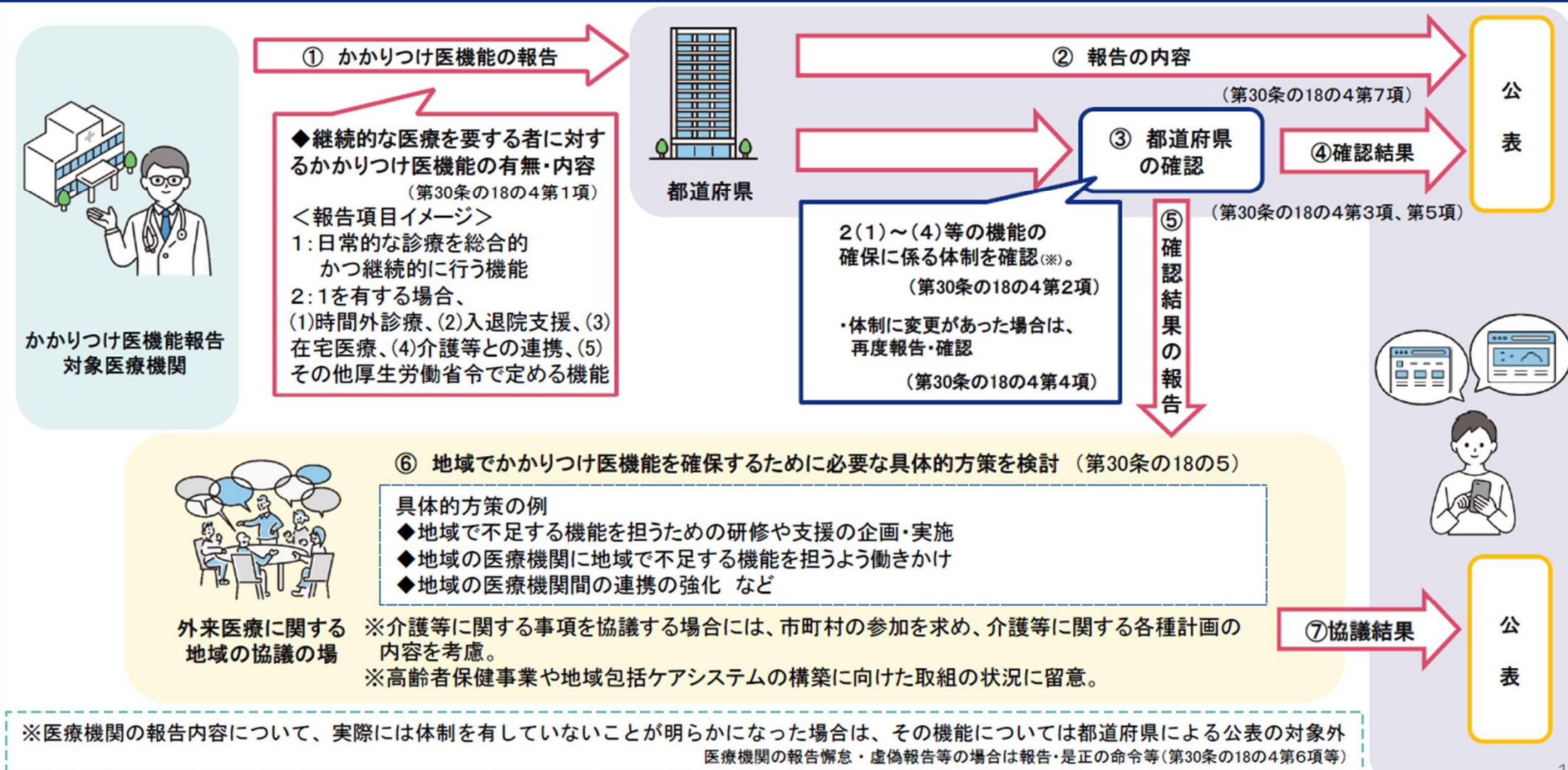
- 薬局は医療法において「医療提供施設」に位置づけられており、地域の医薬品提供体制の確保を通じて医療の質の担保と向上に貢献することが求められることから、
 - ・ 外来医療における医療提供体制モデルは、薬局を含めたものにすることが必要
 - ・ 在宅医療においては、退院時支援、日常の療養支援に加えて、急変時や看取りへの対応も必要であり、薬局が医療・介護連携体制に積極的に参画し、多職種連携をさらに進めることで、地域におけるチーム医療を実現することが必要
- そのためには薬局の著しい数的・質的な地域偏在や、薬剤師の地域・職域の偏在の現状を的確に把握した上で方策を検討し、取り組むことが必要
- 地域における多職種連携を確実に進めていくためにも、薬局・薬剤師業務も含め医療DX対応にしっかりと取り組んでいくことが必要

新たな地域医療構想に期待すること

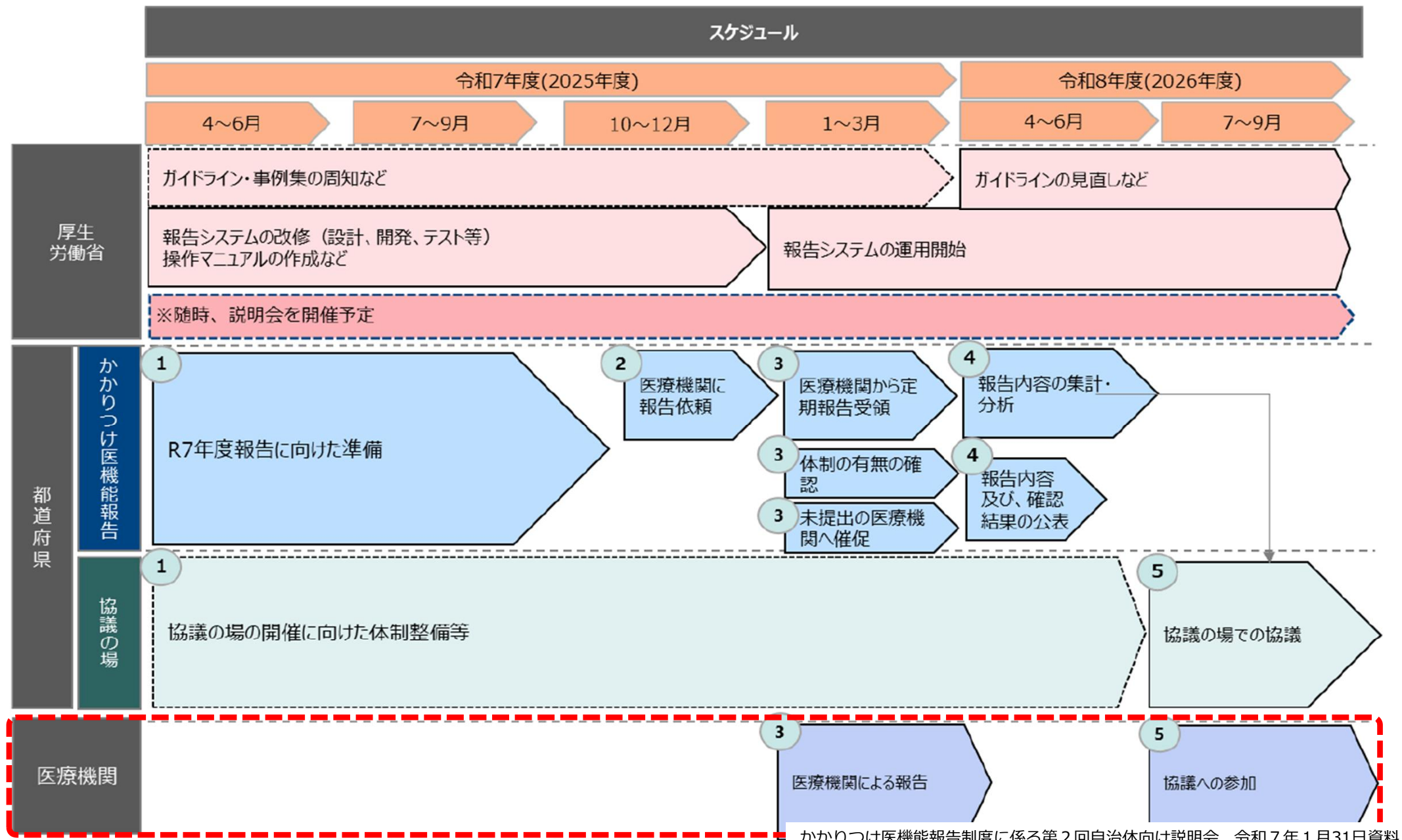
- 医療提供体制の中に、医薬品提供体制の確保についても位置づけていただきたい。
- 病院薬剤師の不足と薬局の地域偏在については、県においてもその認識が共有されなければ成果が表れにくいことから、新たなテーマとしていただきたい。
- 地域医療介護総合確保基金では、薬剤師確保・薬剤師の資質向上・在宅医療のほか、医薬品提供体制の確保など新たな地域医療構想の実現に向けて柔軟に活用できるよう国に働きかけていただきたい。
- 県東エリアでは、個人薬局開設者の高齢化による薬局数の減少が考えられる。
- 薬剤師確保と併せて持続可能な働き方ができる医療提供体制の構築をお願いしたい。

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



かかりつけ医機能報告制度施行後の当面のスケジュール



- ・ 6月27日付で「かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン」が発出されました。
- ・ 具体的な運用や各報告事項の詳細を定めた「かかりつけ医機能報告マニュアル（仮称）」が今後発出される予定です。
- ・ 協議の場については現在検討中ですが、具体的な運用は令和8年度以降になる見込みです。

県東地域医療構想調整会議設置要綱

(設 置)

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

(協議事項)

第2条 調整会議は、次に掲げる事項について協議する。

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

(組 織)

第3条 調整会議は、委員25名以内をもって構成する。

2 委員は、次に掲げる者の中から県東健康福祉センター所長が委嘱する。

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

(任 期)

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

2 委員は再任することができる。

(議 長)

第5条 調整会議に議長を置く。

2 議長は、委員の互選により選出し、調整会議の進行にあたる。

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

(会 議)

第6条 調整会議の会議は、県東健康福祉センター所長が招集する。

(部 会)

第7条 議長は、必要に応じて部会を設置することができる。

(事務局)

第8条 調整会議の事務局は、県東健康福祉センターに置く。

(その他)

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

附 則

この要綱は、平成29年8月17日から実施する。

この要綱は、平成30年7月10日から実施する。

この要綱は、令和5年6月28日から実施する。

県東地域病院及び有床診療所会議設置要綱

(設 置)

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

(協議事項)

第2条 病診会議は、次に掲げる事項について協議する。

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

(組 織)

第3条 病診会議は、次に掲げる者をもって組織する。

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

(議 長)

第4条 病診会議に議長を置く。

2 議長は、県東地域医療構想調整会議の議長が務める。

(会 議)

第5条 病診会議の会議は、県東健康福祉センター所長が招集する。

(事務局)

第6条 病診会議の事務局は、県東健康福祉センターに置く。

(その他)

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

附 則

この要綱は、平成30年7月10日から実施する。