

令和7（2025）年度第1回栃木県地域医療構想調整会議次第

日時 令和7（2025）年8月5日（火）

17時30分から19時00分

場所 本館6階大会議室2及びWEB

1 開 会

2 議 題

- | | |
|---|----------------|
| (1) 令和6（2024）年度地域医療介護総合確保基金事業の事後評価（案）について | 資料1 |
| (2) 地域医療構想の進め方について | 資料2－1
資料2－2 |
| (3) 各構想区域における在宅医療等に係る意見交換の結果について | 資料3 |
| (4) 栃木県救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会における検討結果について | 資料4 |
| (5) 病床数適正化支援事業について | 資料5 |
| (6) その他 | |

3 閉 会

[配布資料]

- | | |
|-------|---------------------------------------|
| 資料1 | 令和6（2024）年度地域医療介護総合確保基金事業の事後評価（案）について |
| 資料2－1 | 地域医療構想の進め方について |
| 資料2－2 | 宇都宮区域対応方針に基づく取組（案）について |
| 資料3 | 各構想区域における在宅医療等に係る意見交換の結果について |
| 資料4 | 本県の救急医療提供体制のあり方に関する検討報告書（案） |
| 資料5 | 病床数適正化支援事業について |
| 参考資料1 | かかりつけ医機能報告制度について |
| 参考資料2 | 栃木県生産性向上・職場環境整備等支援事業募集要項 |

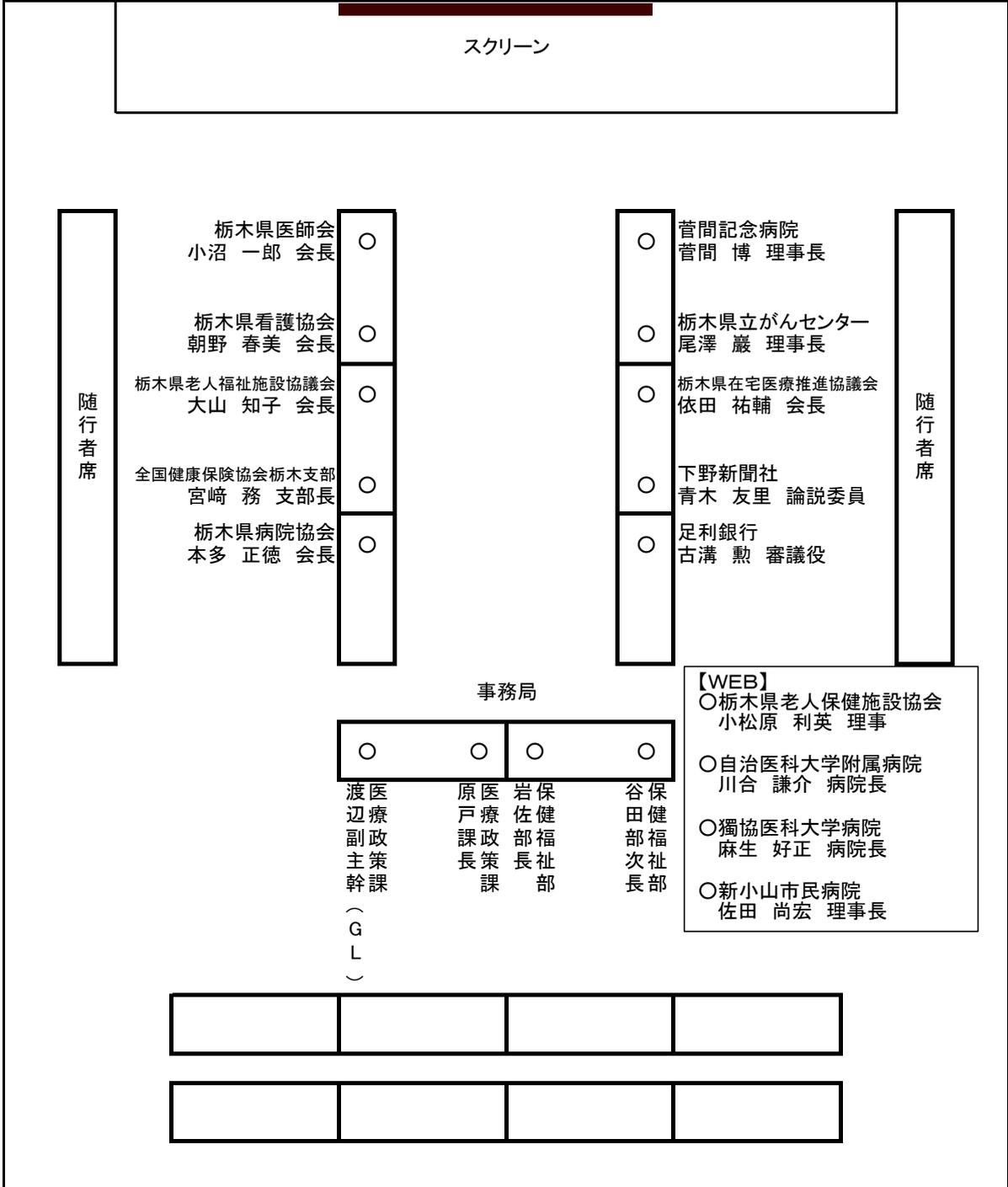
令和7（2025）年度第1回栃木県地域医療構想調整会議 出席者名簿

No.	団 体 名	役職名	氏 名	備 考
1	一般社団法人栃木県医師会	会長	小沼 一郎	
2	公益社団法人栃木県看護協会	会長	朝野 春美	
3	一般社団法人栃木県老人福祉施設協議会	会長	大山 知子	
4	一般社団法人栃木県老人保健施設協会	理事	小松原 利英	
5	全国健康保険協会栃木支部	支部長	宮崎 務	
6	自治医科大学	病院長	川合 謙介	
7	獨協医科大学	病院長	麻生 好正	
8	栃木県病院協会	会長	本多 正徳	
9	地方独立行政法人新小山市民病院	理事長	佐田 尚宏	
10	社会医療法人博愛会菅間記念病院	理事長	菅間 博	
11	地方独立行政法人栃木県立がんセンター	理事長	尾澤 巖	
12	栃木県在宅医療推進協議会	会長	依田 祐輔	
13	株式会社下野新聞社	論説委員	青木 友里	
14	株式会社足利銀行	常務執行役員	飯島 直人	代理出席 審議役 古溝 勲

出席者席次表

日時: 令和7(2025)年8月5日(火)17時30分～

場所: 栃木県庁本館6階大会議室2



令和7(2025)年8月5日

令和7(2025)年度第1回栃木県地域医療構想調整会議

資料1

令和6(2024)年度地域医療介護総合確保基金事業 (医療分)の事後評価(案)について

栃木県保健福祉部医療政策課

令和6(2024)年度事業の執行状況（医療分）

事業区分	令和6年度 執行計画額	令和6年度 執行実績額 (執行率)	(参考) 令和5年度実績
1-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業	8.2億円	0.9億円 (10.9%)	4.5億円 (64.3%)
1-2 地域医療構想の達成に向けた病床数又は病床の機能の変更に関する事業	2.2億円	1.8億円 (81.83%)	1.1億円 (39.3%)
2 居宅等における医療の提供に関する事業	0.7億円	0.5億円 (71.4%)	0.6億円 (75.0%)
4 医療従事者の確保に関する事業	19.7億円	12.1億円 (61.4%)	9.2億円 (86.8%)
6 勤務医の働き方改革の支援に関する事業	1.2億円	0.3億円 (25.0%)	0億円 (0%)
合計	31.9億円	15.6億円 (48.9%)	15.4億円 (70.6%)

(注)金額は、区分毎に表示未満を四捨五入した値。

令和6(2024)年度事業の実施状況（医療分）

1-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業

主な事業の実施状況 (アウトプット)

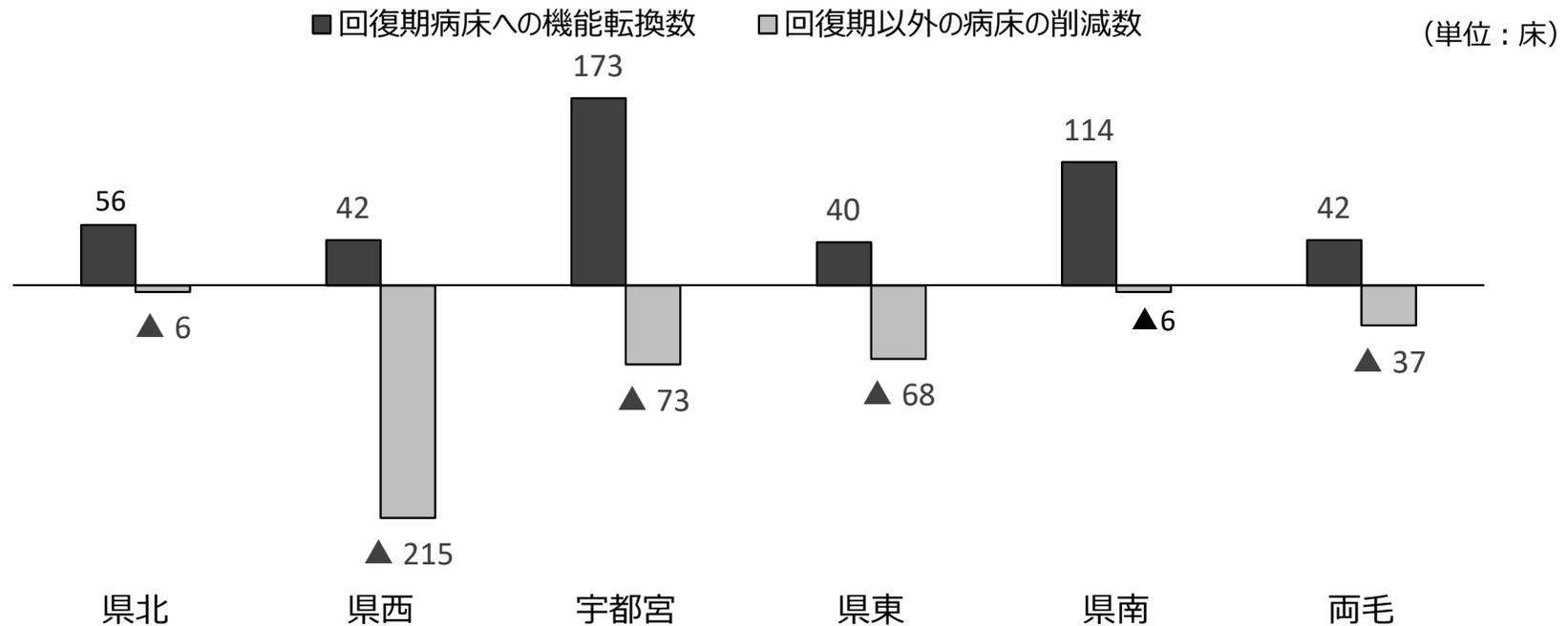
- 医療機能分化・連携推進事業【No. 1】
- ① 県民理解に係るセミナーを開催する医療機関等 0施設
- ② 回復期転換に係る施設整備 0施設
- ③ 回復期転換に係る設備整備及びスタッフの雇用支援 1施設
- ④ 病床削減を伴う用途変更に係る施設・設備整備 1施設
- ⑤ 経営診断 0施設
- ⑥ セミナー開催 1回
- ⑦ 研修会の開催 0回
- ⑧ 地域医療構想会議の開催回数 医療圏ごとに年3～4回
- ⑨ 計画策定又は施設設備整備 1施設

事業の成果 (アウトカム)

- 【主な指標】
- 基金による病床機能転換整備の実績（年度別・地域別の内訳は次ページのとおり）
 - ・ 回復期病床への機能転換（③事業活用）：令和6年度理学療法士等の雇用の支援 3名※過去の回復期病床への機能転換（累計）H26～R6年度：467床
 - ・ 回復期以外の病床の削減数（④事業活用）：令和6年度 92床、累計（H26～R6年度）447床
※複数年度で整備を実施する医療機関が含まれるため、アウトプットに記載の病床数（単年度）とは一致しない。
- ▼
- 【見解・今後の方向性 ⇒ 令和7年度における主な取組】
- ・ 回復期病床の整備及び回復期以外の病床の削減が一定程度進んでいるが、地域医療構想の達成に向けて、現行の取組を継続し、着実に推進していく必要がある。
 - ・ 特に、基金を活用して回復期病床以外の病床を削減し、他の用途へ変更する医療機関が増加しており、地域医療構想に沿った医療機関による施設設備整備を今後も支援していく必要がある。
⇒ 令和3年度から新たに、回復期以外の病床の削減実績に応じた給付金支給事業を実施しており、④事業と併せて医療機関による地域医療構想の達成に資する病床削減を支援していく
 - ・ なお、事業区分1-1の執行率について、令和6年度は物価高等の影響により建築資材が高騰したことから、予定していた建替工事等が延期になるなど、当初の想定よりも進まなかった。

(参考)基金による病床機能転換整備の実績

年度	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)	H29 (2017)	H30 (2018)	R元 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	合計
回復期 病床への 機能転 換数	- 床	72 床	42 床	68 床	78 床	4 床	4 床	120 床	13 床	66 床	- 床	467 床
回復期 以外の 病床の 削減数	- 床	- 床	- 床	- 床	37 床	- 床	6 床	18 床	66 床	192 床	86 床	405 床



令和6(2024)年度事業の実施状況（医療分）

1 - 2 地域医療構想の達成に向けた病床数又は病床の機能の変更に関する事業

主な事業の実施状況 (アウトプット)	<p>□ 病床削減支援給付金支給事業費【No. 12】</p> <ul style="list-style-type: none">地域医療構想における必要病床数の実現を図るための病床削減数：令和6年度 92床
事業の成果 (アウトカム)	<p>【主な指標】</p> <p>□ 当該事業による病床削減数の実績</p> <ul style="list-style-type: none">地域医療構想における必要病床数の実現を図るための病床削減数：令和6年度 92床 <p style="text-align: center;">▼</p> <p>【見解・今後の方向性 ⇒ 令和7年度における主な取組】</p> <ul style="list-style-type: none">本事業により、3施設で92床の病床数が削減され、地域医療構想の達成に向けた取組が進展するとともに、アウトカム指標にも着実に近づいている。令和7年度は、病床削減が先送りとなった施設に加え、新たに本事業による病床削減の取り組む予定の施設もあり、取り組みがより一層進展する予定である。引き続き、地域医療構想調整会議等において、制度の主旨等を医療機関に周知していくことで、本事業を通じた地域医療構想の取組を推進していく。<ul style="list-style-type: none">※病床機能再編支援事業【基金区分1-2】：令和7年度予算 364,800千円※回復期病床以外の200床の病床削減を見込んでいる。

令和6(2024)年度事業の実施状況（医療分）

2 居宅等における医療の提供に関する事業

主な事業の実施状況 (アウトプット)

- 在宅医療設備整備支援事業【No. 5】
 - 在宅医療の充実強化に寄与する医療機関に対して、訪問診療、訪問歯科診療等に要する設備整備費に係る経費を補助 26施設（病院・診療所11施設、訪問看護ステーション5施設、歯科診療所4施設、薬局6施設）
- 訪問看護ステーション設備整備支援事業【No. 12】
 - 県内の訪問看護ステーション未設置市町又は訪問看護職員の常勤換算数が少ない地域への訪問看護ステーション及びそのサテライトの新規開設のために必要な設備整備に係る経費を補助 1施設

事業の成果 (アウトカム)

【主な指標】

- 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の届出施設数〔関東信越厚生局〕
148施設（H30. 4. 1）→ 150施設（H31. 4. 1）→ 153施設（R2. 4. 1）→ 157施設（R3. 4. 1）
→ 163施設（R4. 4. 1）→ 159施設（R5. 4. 1）→ 167施設（R6. 4. 1）→ 169施設（R7. 4. 1）
- 訪問看護ステーションに勤務する看護職員数（常勤換算）〔栃木県保健福祉部調べ〕
516. 1人（H30. 4. 1）→ 598. 3人（H31. 4. 1）→ 707. 2人（R2. 4. 1）→ 786. 1人（R3. 4. 1）
→ 862. 2人（R4. 4. 1）→ 947. 9人（R5. 4. 1）→ 1103. 8人（R6. 4. 1）



【見解・今後の方向性 ⇒ 令和7年度の主な取組】

- 在宅療養支援診療所数は横ばいで推移しているものの、訪問看護ステーションの設置数及び看護職員数は増加しており、県内の在宅医療提供体制の充実が図られてきている。
- 一方、県内において小規模の訪問看護ステーションが増加していることから、事業所の大規模化を促す必要がある。

令和6(2024)年度事業の実施状況（医療分）

4 医療従事者の確保に関する事業

主な事業の実施状況 (アウトプット)	<ul style="list-style-type: none">□ とちぎ地域医療支援センター事業【No. 26】<ul style="list-style-type: none">・ 県内の公的医療機関等への地域枠医師等（県養成医師）派遣者数：19施設に66人を派遣・ 地域枠等医師養成数（基金を活用した修学資金貸与者数）：産科修学資金8人、獨協医科大学栃木県地域枠60人、自治医科大学栃木県地域枠34人（計102人）□ 認定看護師養成支援等事業【No. 33】<ul style="list-style-type: none">・ 医療機関において認定看護師の資格取得及び特定行為研修の受講を促進するための費用を補助（認定看護師養成数15人、特定行為研修受講者数延べ9人）□ 看護師等養成所運営費補助事業【No. 38】<ul style="list-style-type: none">・ 県内の看護師等養成所11校、准看護師養成所5校、（計16校）の運営を補助
事業の成果 (アウトカム)	<p>【主な指標】</p> <ul style="list-style-type: none">□ 県内病院に勤務する医師数（常勤）〔とちぎ地域医療支援センター 病院医師現況調査〕 2,824人（H29.4.1）→ 2,881人（H30.4.1）→ 2,955人（H31.4.1）→ 3,007人（R2.4.1） → 3,010人（R3.4.1）→ 3,129人（R4.4.1）→ 3,171人（R5.4.1）→ 3,124人（R6.4.1）□ 県内の就業看護師数（人口10万対）〔厚生労働省 衛生行政報告例〕 758.5人（H26年末）→ 784.7人（H28年末）→ 846.8人（H30年末）→ 915.7人（R2年末） → 976.7人（R4年末）*R6年末人数は厚労省からの結果報告待ち□ 看護師、准看護師養成所卒業生※の県内定着率（県内医療機関への就職者数）〔栃木県保健福祉部調べ〕 73.4%（461人）〔R1卒〕→ 77.8%（495人）〔R2卒〕→ 77.9%（428人）〔R3卒〕→ 79.6%（475人）〔R4卒〕 → 73.2%（388人）〔R5卒〕→ 76.3%（395人）〔R6卒〕 ※大学・通信課程を除く <p>▼</p> <p>【見解・今後の方向性 ⇒ 令和6年度の新たな取組】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 県全体の常勤医指数は増加傾向にあり、新医師偏在指標における本県の順位は31位で、医師少数都道府県は脱したものの、依然として医師不足の状況は続いており、医師の確保に向けた取組を更に推進していく必要がある。 ⇒ 県外医学部進学者等のU・I・Jターンを促進するため、<u>県内医療機関への就業に関する相談窓口の設置、県外医学部進学者の進学先・勤務先の分析及び情報発信の強化等を引き続き実施（民間事業者に委託）</u>・ 就業看護師数は増加傾向にあるが、人口10万人当たりの看護師数は全国値を下回っており、引き続き、看護師の養成、離職防止及び再就業促進に取り組む必要がある。

令和6(2024)年度事業の実施状況（医療分）

6 勤務医の働き方改革の支援に関する事業

主な事業の実施状況 (アウトプット)	<ul style="list-style-type: none">□ 勤務医の働き方改革推進事業【No. 45】• 勤務医の時短計画を作成し労働時間短縮に向けた総合的な取組を推進する医療機関数：3施設
事業の成果 (アウトカム)	<p>【主な指標】</p> <ul style="list-style-type: none">□ 客観的な労働時間管理方法を導入している病院の割合〔とちぎ医療勤務環境改善支援センター調べ〕 63.2% (R4. 3. 31) → 75.2% (R5. 3. 31) → 85.8% (R6. 3. 31) <p style="text-align: center;">▼</p> <p>【見解・今後の方向性 ⇒ 令和6年度の新たな取組】</p> <ul style="list-style-type: none">• 令和6（2024）年4月からの医師の時間外労働の上限規制の開始を受け、勤務医の年間の時間外・休日労働時間数を960時間又は1,860時間以内とする取組の推進や宿日直許可申請、時短計画の作成（年次更新）について、引き続き医療機関を支援する必要がある。 <p>⇒特定労務管理対象機関等が提出する医師労働時間短縮計画及び参考資料により実態把握を行い、地域医療への影響や医療機関に対する県の効果的な支援のあり方等を検討する。</p>

参考：令和6年度基金事業の成果（アウトカム指標・医療分）

1-2 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業

アウトカム指標	基準値	目標値	達成値	未確認等の場合、参考値
①栃木県全体の病床数	17,487床 (R3.7.1)	17,136床 (R6.7.1)	16,805床 (R6.7.1)	—

参考：令和6年度基金事業の成果（アウトカム指標・医療分）

2 居宅等における医療の提供に関する事業

アウトカム指標	基準値	目標値	達成値	未確認等の場合、参考値
①訪問診療を実施する診療所、病院数	280施設 (R3年度)	288施設 (R6年度)	未確認	在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の届出施設数 167施設 (R6. 4月) →169施設 (R7. 4月)
②訪問看護事業所に勤務する看護職員数（常勤換算・65歳以上人口10万対）	151人 (R4. 4. 1)	161人 (R7. 4. 1)	未確認	訪問看護ステーションに勤務する看護職員数（常勤換算） 947. 9人 (R5. 4) →1103. 8人 (R6. 4)
③歯科訪問診療を実施する診療所数	236施設 (R3年度)	248施設 (R6年度)	未確認	在宅療養支援歯科診療所届出施設数 70施設 (R6. 4) →70施設 (R7. 4)
④訪問薬剤管理指導を実施する薬局数	304施設 (R5. 4. 1)	361施設 (R7. 4. 1)	382施設 (R7. 4. 1)	—
⑤介護支援連携指導を受けた患者数	324人/月 (R3年度)	495人/月 (R6年度)	未確認	保険者機能強化推進交付金の取組状況における各市町の集計結果94. 6% (R5) →73. 9% (R6) ※R6より評価指標が変更
⑥在宅ターミナルケアを受けた患者数	173人/月 (R3年度)	228人/月 (R6年度)	未確認	県民の人生会議認知度 20. 9% (H30. 8) →21. 4% (R4. 6)

参考：令和6年度基金事業の成果（アウトカム指標・医療分）

4 医療従事者の確保に関する事業

アウトカム指標	基準値	目標値	達成値	未確認等の場合、参考値
①県内病院に勤務する医師数（常勤）	3,174人 (R5. 4. 1)	3,209人 (R6. 4. 1)	3,124人 (R6. 4. 1)	—
②県内病院に勤務する女性医師数（常勤）	728人 (R5. 4. 1)	728人 (R6. 4. 1)	689人 (R6. 4. 1)	—
③分娩取扱医療機関勤務産婦人科医師数	122人 (R5. 4. 1)	129人 (R7. 4. 1)	116人 (R7. 4. 1)	—
④総合周産期母子医療センター等に勤務する小児科医師数（常勤）	130人 (R5. 4. 1)	130人 (R7. 4. 1)	126人 (R7. 4. 1)	—
⑤県内病院に勤務する小児科医師数（常勤）	175人 (R5. 4. 1)	175人 (R7. 4. 1)	174人 (R7. 4. 1)	—
⑥県内の精神科病院に勤務する医師数（常勤換算）	233人 (R3. 10. 1)	236人 (R6. 10. 1)	未確認	236人 (R5. 10. 1)
⑦就業看護師数（人口10万人当たり）	976.7人 (R4. 12. 31)	1,049.8人 (R6. 12. 31)	未確認	※適当な代替値なし
⑧就業助産師数（人口10万人当たり）	29.9人 (R4. 12. 31)	30.5人 (R6. 12. 31)	未確認	※適当な代替値なし

参考：令和6年度基金事業の成果（アウトカム指標・医療分）

アウトカム指標	基準値	目標値	達成値	未確認等の場合、参考値
⑨看護職員の離職率	10.7% (R3年度)	9.3% (R6年度)	未確認	10.2% (R5年度)
⑩県内認定看護師数	285人 (R6.3月)	299人 (R6年度)	316人 (R6.12月)	—
⑪特定行為研修修了者のうち県内就業者数	171人 (R4年)	191人 (R6年)	未確認	看護師の特定行為研修に係る指定研修機関協議会調べ 95人(R6年2月) →117人(R7年2月)
⑫看護師、准看護師養成所卒業生の県内定着率	68.0% (R4年度)	70.0% (R5年度)	61.1% (R5年度)	—
⑬就業歯科衛生士数	1,998人 (R2.12.31)	2,150人 (R5.12.31)	未確認	※適当な代替値なし

6 勤務医の働き方改革の支援に関する事業

アウトカム指標	基準値	目標値	達成値	未確認等の場合、参考値
①客観的な労働時間管理方法を導入している病院の割合	63.2% (R4.3.31)	82.0% (R6.3.31)	85.8% (R6.3.31)	—

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
- 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）

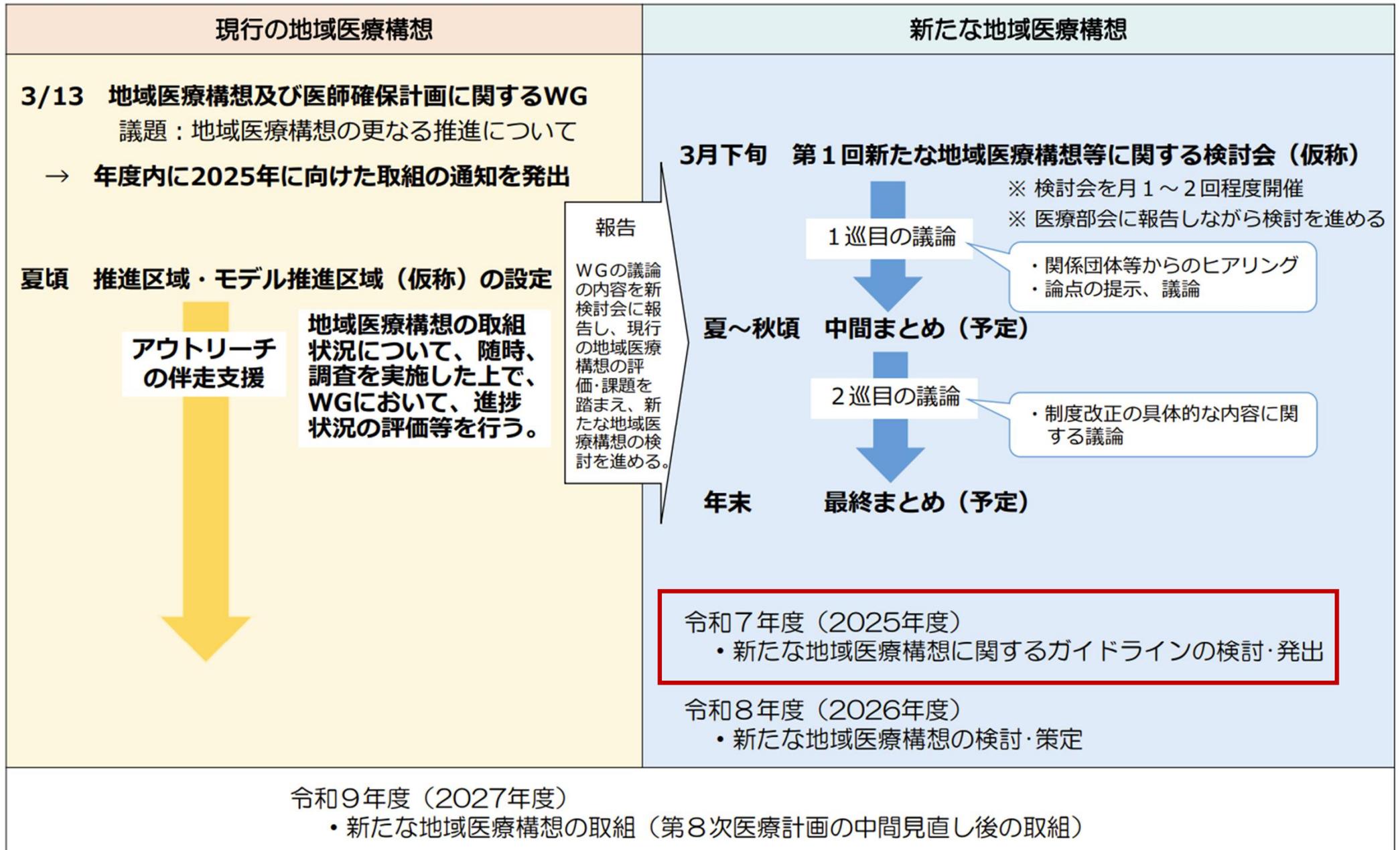
- **地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性**
 - ※ 入院医療、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保等を含む医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性
- **構想区域における将来の医療機関機能の確保のあり方**
- 構想区域における将来の病床数の必要量
- **地域医療構想の達成に向けた医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組**
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
- **医療機関機能の情報提供の推進**
- 病床機能の情報提供の推進
- ※ 具体的な記載内容等はガイドラインで検討

※ 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



報告

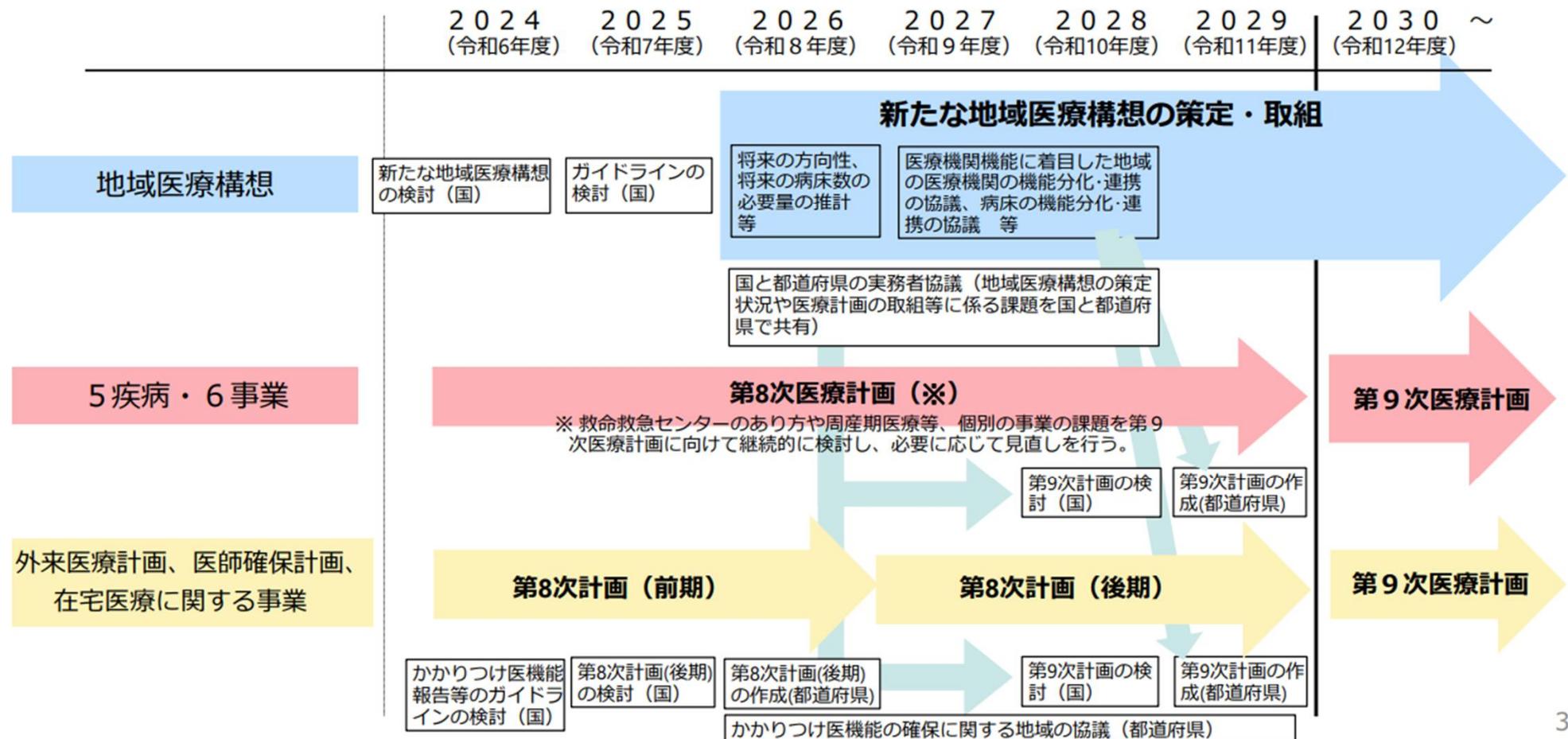
WGの議論の内容を新検討会に報告し、現行の地域医療構想の評価・課題を踏まえ、新たな地域医療構想の検討を進める。

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（R6年度調整会議で提示）

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、救急医療提供体制な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

各地域におけるランドデザインの策定について①

構想区域の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

1. 構想区域のランドデザイン

- 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。

※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。

主な記載項目 (例示)

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

グランドデザインの策定に当たってのデータ分析について

取組の方向性

各圏域の区域対応方針に基づく取組の一環として、各構想区域における**将来の医療需要や医療機関及び介護施設の役割分担**に関する検討に向けた現状の把握を目的に**データを整理**していくもの

グランドデザインとの関係

グランドデザイン

- (例)
- 他圏域との患者の流出入も踏まえた、**将来の入院需要を推計**し、地域で必要な医療提供体制について検討する

- (例)
- 2040年に向けて、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**
 - 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

分析テーマ

他圏域との流出入を踏まえた**将来の入院医療の推計** など

- 入院医療において**医療機関が担っている病床機能**
- 医療機関間の患者の転院**
- 医療機関と介護施設間の患者の移行状況** など

想定しているデータ

- 各圏域における**将来の他圏域からの流入を踏まえた将来の入院需要の推計**
- 疾患別の将来の入院需要の推計**
- 病院ごとの将来の入院需要の推計** など
- 医療資源投入量や在院日数などのデータに基づく、各医療機関が担っている機能の見える化**（ポジショニングマップなどをイメージ）
- 医科レセプトデータを活用した病院間、病診間の患者の移行状況、患者の属性など**
- 医科レセプトと介護レセプトデータの連結データを活用した、医療機関と介護施設間の患者の移行状況、患者属性など**

今後について

- ✓ 今回は、上記の「想定しているデータ」のうち、①～④について、分析のイメージを共有（例として、宇都宮区域の一部病院を対象に分析）
- ✓ 今回お示しするものは、分析対象が限定されており、分析に向けた各データ項目の定義づけ・解釈にも課題が残ることから、引き続き、分析手法は検討
- ✓ 各地域におけるグランドデザインの策定に向け、各地域ごとにデータを整理していく予定

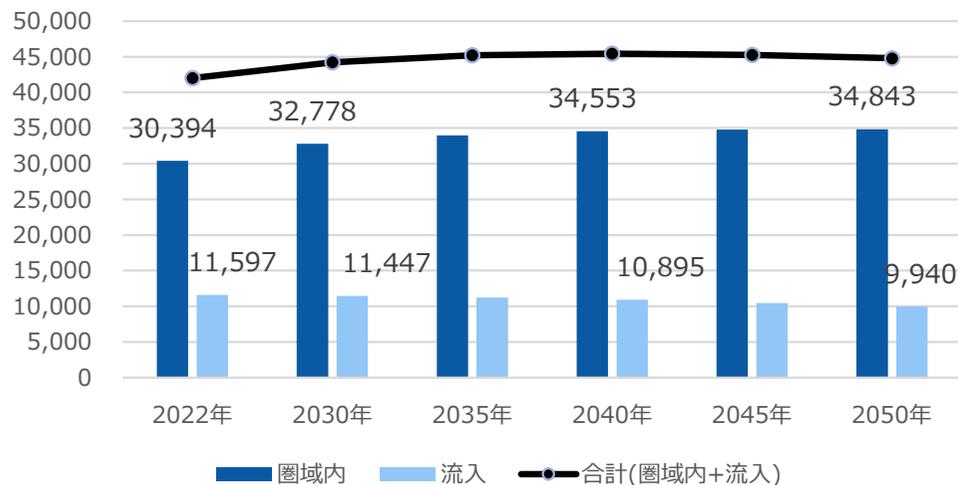
ランドデザインの策定に当たってのデータ分析について

○ 取組例：流入患者を踏まえた入院医療の需要推計（地域全体） ※宇都宮

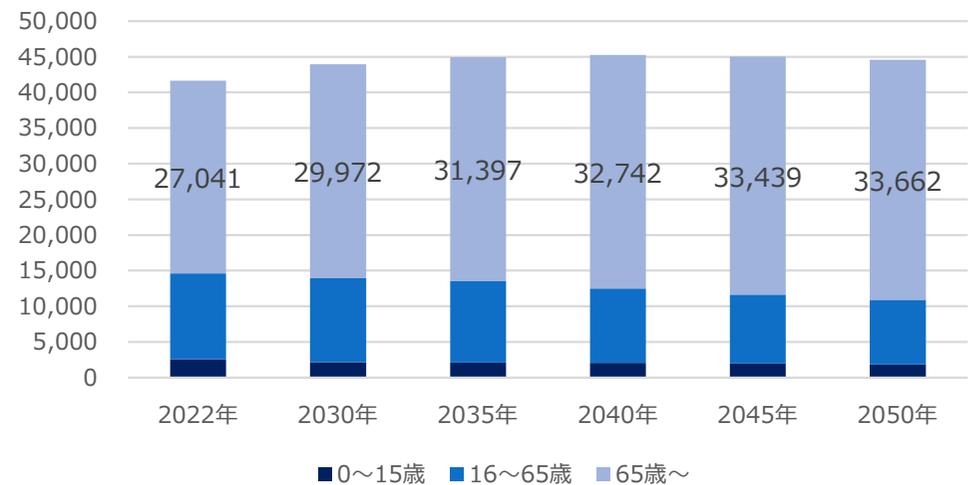
宇都宮圏域における流入を踏まえた入院患者数の推計

- 宇都宮圏域における入院患者数は2040年に向けて増加する見込みであり、主に高齢者の入院医療の需要が増加
- 圏域内の患者は、2050年に向け一貫して増加する見込みである一方、流入患者は、一貫して減少していく見込みである（流入元市町の人口減少による影響もあるものと推測）
 - 今後の宇都宮圏域の入院需要増加は、主に圏域内に住む患者の需要増加によるものと推察される
- 今後の流入患者の推計を踏まえた宇都宮圏域の医療提供体制を検討の参考データとして活用を想定

宇都宮構想区域の入院患者数推計



年齢階級別の入院患者数推計（圏域内+流入）

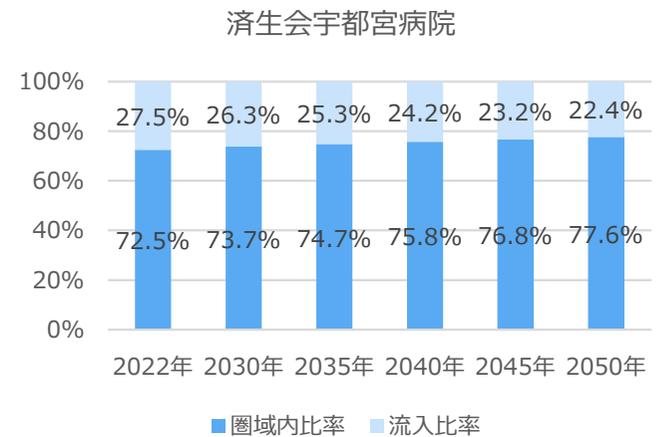
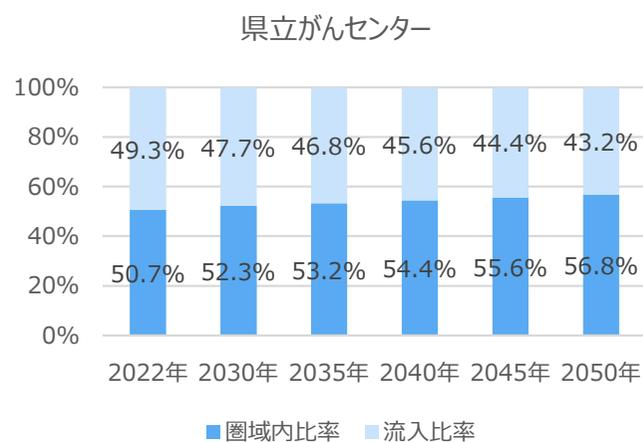
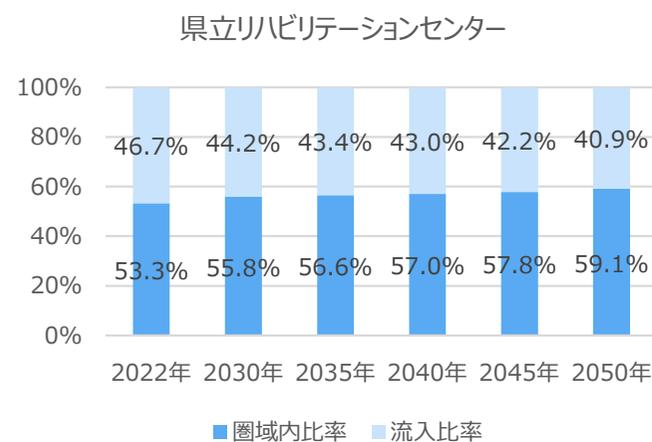
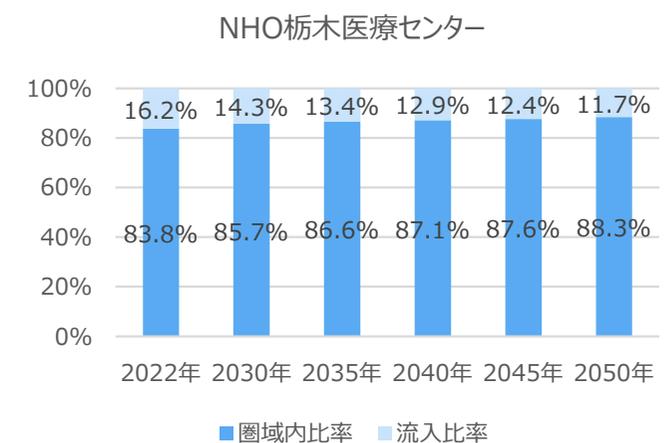
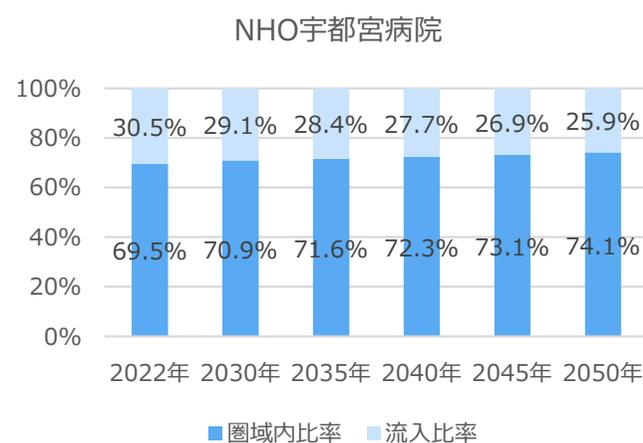
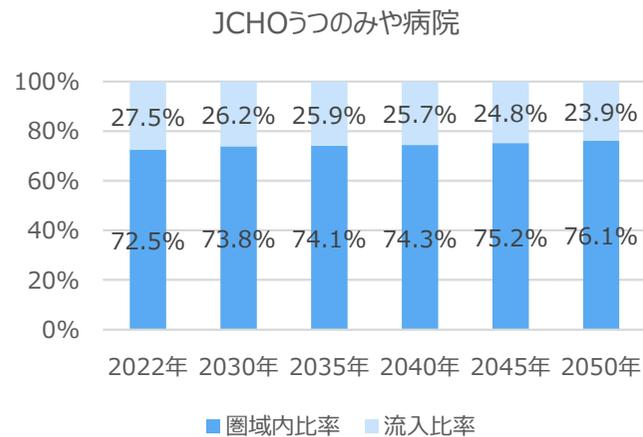


グランドデザインの策定に当たってのデータ分析について

○ 取組例：流入患者を踏まえた入院医療の需要推計（病院ごと） ※宇都宮

病院ごとの入院患者の推計（抜粋）

- いずれの病院も、圏域内の患者が多く入院している傾向が見られるが、**圏域内の患者と流入患者のバランスについて、医療機関によっても違いが見られる**



※あくまでR4年度の入院患者数を固定値として将来の人口変化率を掛け合わせているため、**今後も同じ年齢・性別では同じ疾患の医療需要・受療行動があることを前提**としている

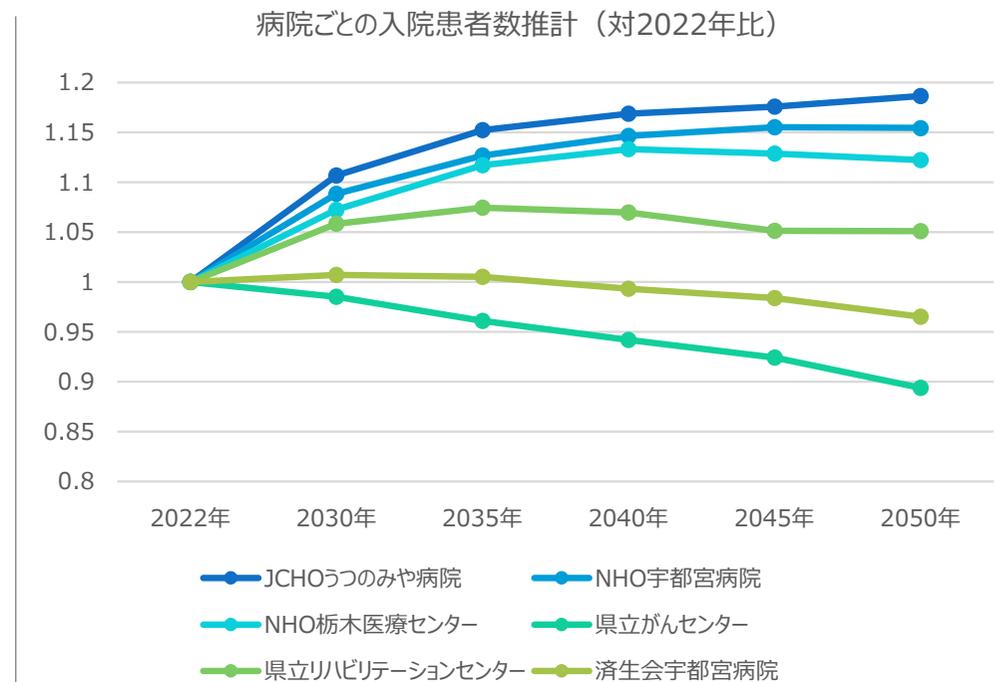
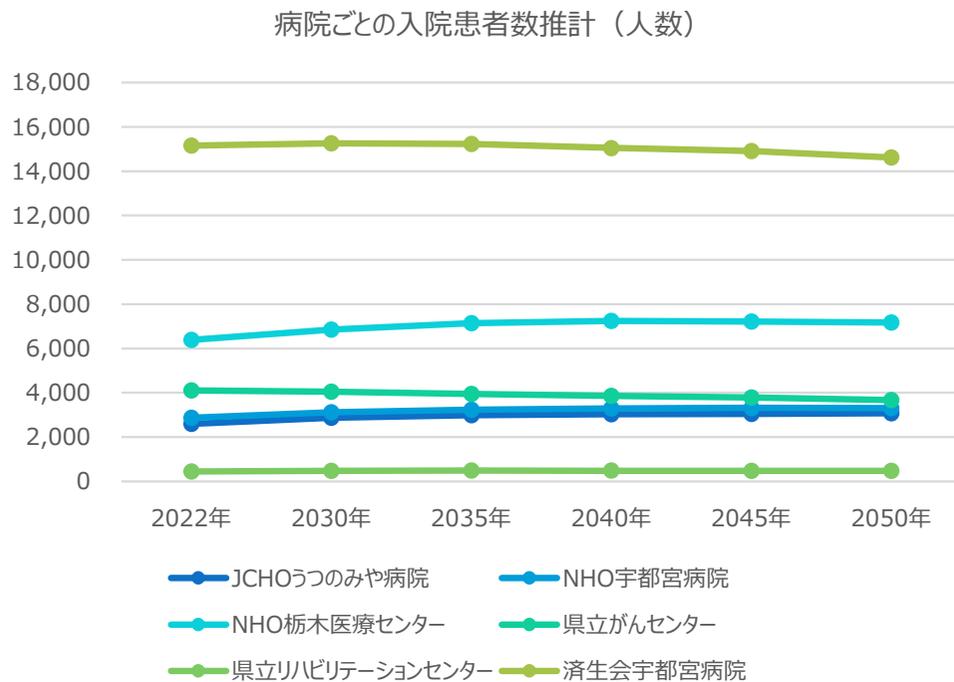
グランドデザインの策定に当たってのデータ分析について

○ 取組例：流入患者を踏まえた入院医療の需要推計（病院ごと） ※宇都宮

病院ごとの入院患者の推計（抜粋）

- 特に、**流入患者の構成比が比較的高い病院**（県立がんセンター、県立リハビリテーションセンター）については、**入院患者が横ばいまたは減少**することが見込まれ、**圏域内の患者の比率が高い病院は、入院患者数の増加**が見込まれる
- 65歳未満の患者の割合が比較的高い病院**（済生会宇都宮病院）は、**今後の若年層の人口減少による影響を強く受ける**ため、**流入患者の比率が比較的低いものの、入院患者数は減少傾向**にある
- 今後は、分析対象の医療機関を増やし、疾患別などの視点も加えながら、各医療機関がどのように医療需要に対応していくかを検討できるように、引き続き、より精緻なデータを整理していきたい

病院ごとの入院患者数の推計



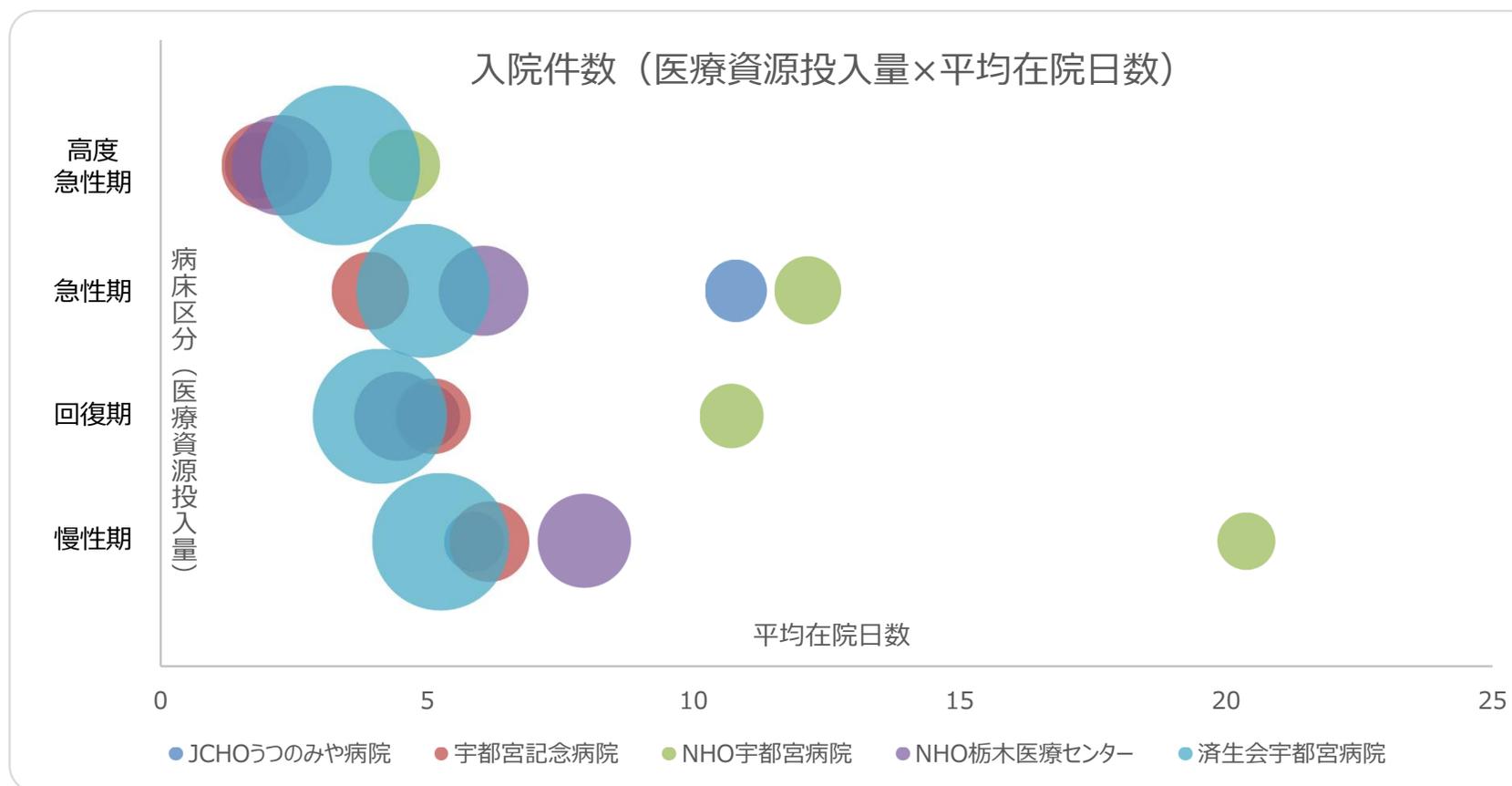
※あくまでR4年度の入院患者数を固定値として将来の人口変化率を掛け合わせているため、**今後も同じ年齢・性別では同じ疾患の医療需要・受療行動があることを前提**としている

グラウンドデザインの策定に当たってのデータ分析について

○ 取組例：医療資源投入量と平均在院日数による各病院の担う機能の把握 ※宇都宮

医療資源投入量及び平均在院日数からの分析（抜粋）

- 医療資源投入量と平均在院日数から病院ごとの入院件数を整理し、各病院が主にどの医療機能を担っているか整理するものであり、今回は、今後の分析のイメージとして提示
- 今回、宇都宮圏域の比較的規模の大きい病院について見ると、1つの病院で高度急性期から慢性期にかけて幅広い機能を担っていることが分かる
- 類似した医療機能を有する病院の間でも、平均在院日数などに違いが見られ、幅広い観点からその要因を分析していく必要がある（入院理由による違いなど）
- 今後、分析対象を広げ、各医療機関が担う医療機能を踏まえた医療提供体制の検討に向けて、引き続き、整理していく



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	<ul style="list-style-type: none"> 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】 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 第1回地域医療構想調整会議・県調整会議の開催 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 第1回宇都宮地域医療構想調整会議の開催 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 各地域でグランドデザインの素案を作成 <ul style="list-style-type: none"> ➢ これまでの調整会議での意見交換の結果などから作成 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 区域対応方針に基づく取組の実施
12月	<ul style="list-style-type: none"> ○ 第2回地域医療構想調整会議・県調整会議の開催 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 各地域のグランドデザイン（素案）の協議 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 第2回宇都宮地域医療構想調整会議の開催 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 区域対応方針に基づく取組状況の報告
1月-2月	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 第3回地域医療構想調整会議・県調整会議の開催 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 第3回宇都宮地域医療構想調整会議の開催 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 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

令和7(2025)年8月5日

令和7(2025)年度第1回栃木県地域医療構想調整会議

資料2-2

宇都宮構想区域対応方針に基づく取組（案）について

栃木県保健福祉部医療政策課

2025年に向けた地域医療構想の進め方について (令和6年3月28日付け医政発0328第3号厚生労働省医政局長通知)

- 医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる「**推進区域**」を国が令和6（2024）年前半に全都道府県に設定。推進区域のうち10～20か所を「**モデル推進区域**」に設定し、国はアウトリーチの伴走支援を実施
- 都道府県は、推進区域の調整会議で協議を行い、「**区域対応方針**」を策定。令和7（2025）年までの2か年について、医療機能の分化・連携（再編・統合等を含む）等の取組を推進

【区域対応方針】

将来のあるべき医療提供体制（グランドデザイン）、医療提供体制上の課題、当該課題の解決に向けた方向性及び具体的な取組内容をとりまとめたもの

地域医療構想における推進区域及びモデル推進区域の設定等について (令和6年7月31日付け医政発0731第1号厚生労働省医政局長通知（令和6年10月10日一部改正）)

- 栃木県では、**宇都宮構想区域**が「**推進区域**」及び「**モデル推進区域**」に設定
 - 6月14日～27日に開催した各地域（全6構想区域）の調整会議で宇都宮以外の構想区域を推進区域に選定すべき旨の協議結果なし
 - 調整会議では、事務局から、宇都宮構想区域を推進区域及びモデル推進区域とすることを提案

【理由】

- ・患者の流入が多く、他地域の影響を大きく受ける地域であること。
- ・公立・公的医療機関が多く、老朽化が著しいこと。
- ・最も人口数の多い医療圏であること。

宇都宮構想区域対応方針の策定に係る経過②

項目	内容
現状と課題等の整理	<ul style="list-style-type: none">以下の内容から、宇都宮構想区域の医療提供体制に係る現状と課題、目指すべき医療のあり方を整理<ul style="list-style-type: none">① アンケート調査の結果② データ
対応方針（素案）の提示	<ul style="list-style-type: none">現状と課題を踏まえ、事務局で整理した素案を説明他圏域の調整会議においても説明
協議①	<ul style="list-style-type: none">第3回宇都宮地域医療構想調整会議(R6.11.20)で協議
協議結果に応じて 対応方針（案）を作成	<ul style="list-style-type: none">協議結果を踏まえ、事務局で案を作成
協議②	<ul style="list-style-type: none">第4回宇都宮地域医療構想調整会議(R7.3.4)で協議
策定	<ul style="list-style-type: none">厚生労働省へ提出(R7.3末)方針は、策定後も必要に応じて見直し

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。

2 現状と課題 ①構想区域の現状及び課題

① 構想区域の現状及び課題

アンケート結果まとめ

<地域で完結すべき医療>

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

<地域で不足する機能>

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

<救急>

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

<在宅>

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

<外来>

- かかりつけ医機能の構築
- 患者情報の共有体制

<介護>

- 医療介護連携に当たっての情報共有体制の構築

<公立病院>

- 公立病院の機能強化

データまとめ

<医療需要>

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

<入院>

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

<救急>

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

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



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

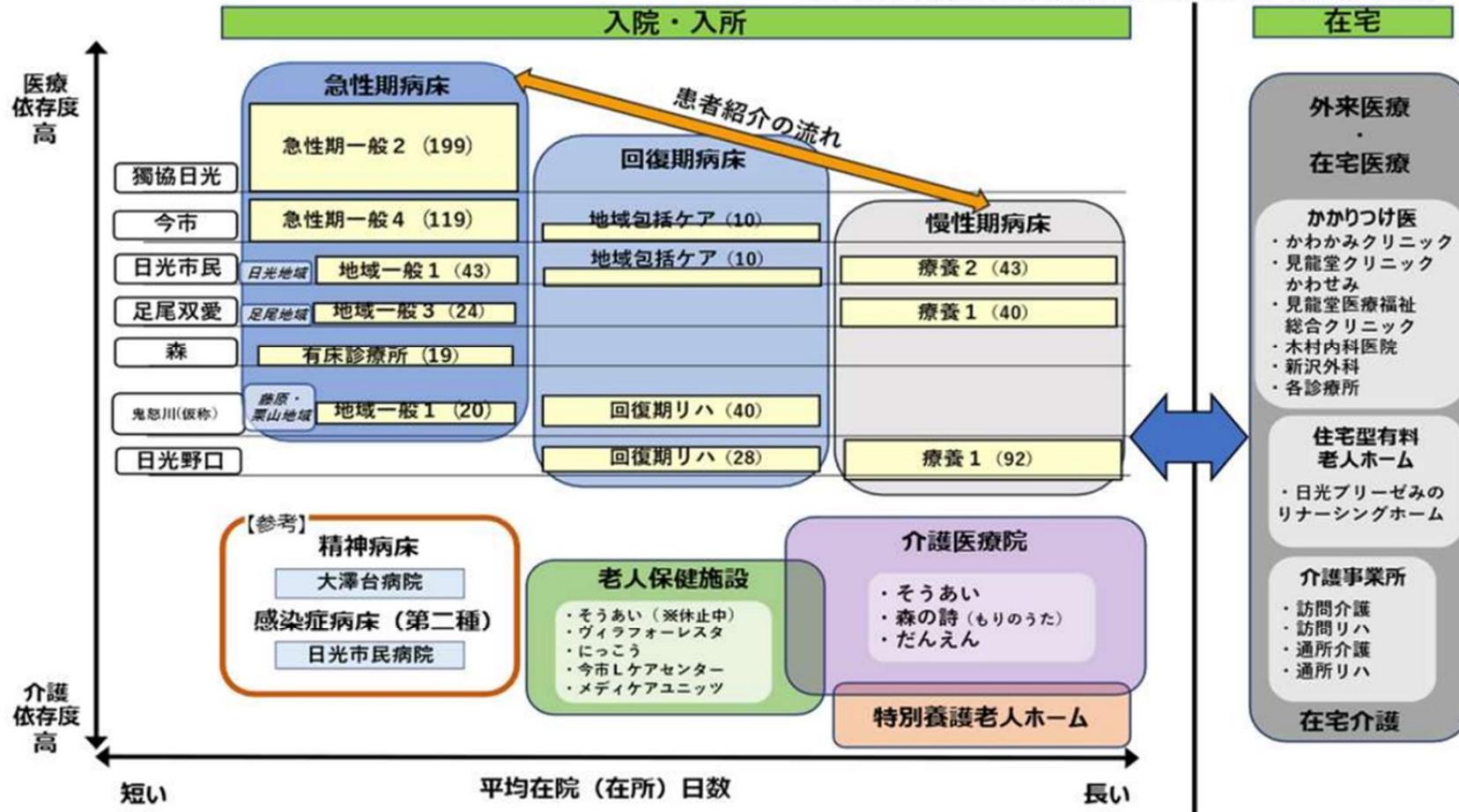
② 「①構想区域における対応方針」を達成するための取組(つづき)

- 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。

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)

医療機関(療養病床・一般病床)及び介護施設の機能分担イメージ(転換後)

注) 病床区分は現在の診療報酬の区分による。X内は病床数。



4 具体的な計画(今後の対応方針の工程等)

令和6(2024)年度及び令和7(2025)年度の実施内容

	取組内容	到達目標
2024年度 (令和6年度)	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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)	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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**

宇都宮構想区域対応方針に基づく取組①

区域対応方針（今後の対応方針）

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。

対応方針を実現するための取組（案）

- 引き続き、地域医療介護確保基金により県が実施する事業を広く関係者へ周知し、病床機能の転換や医療従事者の確保・育成、各種制度の住民理解など幅広い観点から支援を実施する
- 上記の取組において、医療機関による医療機能の分化・連携の現状や計画を踏まえ、県立病院の再整備に必要な検討を行う
- 医療データと介護データを連結させたデータベースを整備し、医療機関と介護施設の連携状況（施設間の患者の移動状況など）を把握する
- 医療・介護に係るデータベースを活用し、患者単位に着目した受療行動を時系列に分析し、医療機関間の転院状況、入院から在宅医療、介護施設への移行状況についてデータ分析を行う
- 医療・介護の関係者と意見交換を実施し、データでは把握できない入退院調整（例：入所者の急変時の対応など）、看取り等に関し、医療側、介護側の課題や互いに求める要望などを把握する
- 上記の取組を踏まえ、例えば、医療側・介護側がそれぞれ対応することが望ましいケース（場面）について一定の考え方を整理し、関係者間の認識の共有を図る
- 「どこでも連絡帳」や「医療と介護の連絡票」など複数ある情報共有手段の活用状況を把握し、課題等を整理する
- これらの取組に当たっては、宇都宮市が設置する地域包括ケア推進会議等とも連携するとともに、県が実施する医療・介護従事者向けの研修会なども通じて、関係者へ広く周知する

宇都宮構想区域対応方針に基づく取組②

区域対応方針（今後の対応方針）

- ④ 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。
- ⑤ 「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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。

対応方針を実現するための取組（案）

- 令和8年度の「新たな地域医療構想」と次期「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（にっこり安心プラン）」の策定に当たっては、将来の医療需要や本対応方針に基づき実施する医療と介護の連携に係る取組なども踏まえつつ、目標値の設定などを検討する
- 救急医療の関係者による協議の場（既存の会議体を含む）において、必要に応じて、救急医療の課題への対応等について、宇都宮市をはじめとする関係者と連携しながら検討する
- 協議状況については、適宜、調整会議で共有する
- 季節性の医療ニーズの増加による救急医療の逼迫への対応等については、必要に応じて、宇都宮市をはじめとする関係者と連携しながら検討する
- 検討結果を踏まえ、県民への周知が必要な事項については、宇都宮市をはじめとする関係者と連携し、周知を図る
- 災害医療や感染症医療における県立病院の果たすべき役割や県立病院と関係機関との連携の在り方等について検討する
- 地域で不足する外来医療機能に係る意向確認について、病院・診療所の開設届と併せて確認書が提出されるよう改めて周知を行う
- 制度開始（令和2年度）以来の意向確認状況（意向有無・医療機能）を集計・公表するとともに調整会議・病診会議でも共有し、各医療圏の既存の医療機関に対しても意識付けを図る
- 令和8年度以降の取組状況の把握方法・協議の内容等については、今年度整理する情報やかかりつけ医機能報告制度のデータ等を基に検討していく

宇都宮構想区域対応方針に基づく取組③

区域対応方針（今後の対応方針）

- ⑧ 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べき必要量について検討を行う。
- ⑨ 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。
- ⑩ 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。
- ⑪ 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。

対応方針を実現するための取組（案）

- 宇都宮市や周辺の市町の将来の人口推計、宇都宮圏域の流出入率を加味し、入院医療の今後の需要を推計する
- 本年秋頃より県立病院の在り方検討会を開催する
- 県立病院の再整備における検討に当たっては、宇都宮圏域の将来の医療需要や地域医療提供体制における課題などの宇都宮地域医療構想調整会議における議論の状況等も踏まえ、地域のニーズに沿った役割を果たせるよう、必要な検討を進める
- 検討状況については、適宜、調整会議で共有を図る
（今年度は第2回、第3回調整会議での共有を予定）
- 医療機関や医療団体等が実施する住民向けの地域医療構想をテーマとした講演会などについて補助を行い、住民への理解促進を図る（医療機能分化連携県民理解促進事業の活用）
- 県や市が実施するACPに関する普及啓発の効果を検証するため、ACPの認知度を県政世論調査などで把握する
- 在宅医療実態調査でACPに係る関係者の関与状況なども把握し、住民をはじめ関係者へのより効果的な啓発のアプローチを検討する

令和7(2025)年8月5日

令和7(2025)年度第1回栃木県地域医療構想調整会議

資料3

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

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

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が下がって、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対応している現状もある

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

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	<ul style="list-style-type: none"> • 一般の診療所の医師が在宅医療まで時間を取るの難しく、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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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良い
県東	在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> 地域の面積が広く、実施頻度に限りがある
	歯科訪問診療	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 地域の面積が広く、移動時間がかかり、1日に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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 「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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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カ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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 急変時の対応で自宅で過ごす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、ACP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、相談できなかつ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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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が取れるので、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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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もあるので、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	<ul style="list-style-type: none">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	<ul style="list-style-type: none">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合っている現状もあり、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

御意見をいただきたいこと

- 新たな地域医療構想や各地域における在宅医療等の意見交換の結果なども踏まえ、特に、「在宅医療」や「医療と介護の連携」をテーマに、今後、重点的に取り組むべき課題やその対応について御意見をいただきたい

(参考)

◆ 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（主なポイント）

- ✓ 増加する在宅医療の需要に対応するため、多職種・多機関による連携、オンライン診療の活用、介護との連携等を通じ、効率的かつ効果的に提供体制を強化することが求められる
- ✓ 医療機関と介護施設の日頃からの連携により、患者の状態悪化を防ぎ、救急搬送の減少や円滑な入院につながることも期待される
- ✓ 地域ごとの現状や将来の医療需要推計、提供体制の将来見込み等を踏まえ、在宅医療提供体制のあるべき姿を議論することが重要

◆ 各地域における在宅医療等に係る意見交換結果（主な内容）

- ✓ 在宅医療の実施状況には診療所間で差が見られる（在宅医療に特化している診療所と外来医療と併せて在宅医療を実施している診療所では事情が異なる）
- ✓ 医師が度々替わる診療所もあり、連携が取りづらい
- ✓ 患者の最終段階における医療従事者とケアマネジャーの役割分担に課題
- ✓ 情報共有ツールの活用状況は、地域ごと、病院ごとに違いが見られる
- ✓ ACPに関する理解・認識について、医療従事者、ケアマネジャーなど関係者間でも差異がある