

# 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)

令和7年〇月

栃木県救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会

## 検討委員会委員名簿

委員長	長島 徹	栃木県医師会 副会長
委員	本多 正徳	栃木県病院協会 会長
	篠崎 浩治	済生会宇都宮病院 院長
	小池 創一	自治医科大学附属病院 副病院長
	福田 宏嗣	獨協医科大学病院 副院長
	石原 雅行	国立病院機構栃木医療センター 院長
	小野 一之	御殿山病院 院長
	横堀 將司	日本医科大学付属病院 高度救命救急センター長
オブザーバー	間藤 卓	自治医科大学附属病院 救命救急センター長
	和氣 晃司	獨協医科大学病院 救命救急センター長
	小倉 崇以	済生会宇都宮病院 救命救急センター長
	林 堅二	那須赤十字病院 救命救急センター長
	根本 真人	那須赤十字病院 救命救急センター長
	菊池 広子	足利赤十字病院 救命救急センター長

## ワーキンググループ委員名簿

ワーキンググループA  
(主に重症患者の受入に  
関する課題を議論)

座  
委

長 横堀 将司  
員 福田 宏嗣  
間藤 卓  
小倉 崇以  
林 堅二  
根本 真人  
菊池 広子  
小橋 元

日本医科大学付属病院 高度救命救急センター長  
獨協医科大学病院 副院長  
自治医科大学付属病院 救命救急センター長  
済生会宇都宮病院 栃木県救命救急センター長  
那須赤十字病院 救命救急センター長  
那須赤十字病院 救命救急センター長  
足利赤十字病院 救命救急センター長  
獨協医科大学 教授(公衆衛生学)

ワーキンググループB  
(主に軽症・中等症患者の  
受入に関する課題を議論)

座  
委

長 長島 徹  
員 和氣 晃司  
米川 力  
石原 雅行  
島田 和幸  
佐田 尚宏  
北澤 正文  
安食 孝士  
小野 一之  
菅間 博  
一瀬 雅典  
村田 宣夫  
オブザーバー 篠崎 浩治

栃木県医師会 副会長  
獨協医科大学病院 救命救急センター長  
自治医科大学付属病院 救命救急センター 副センター長  
国立病院機構栃木医療センター 病院長  
地方独立行政法人新小山市市民病院 病院長  
地方独立行政法人新小山市市民病院 病院長  
とちぎメディカルセンターしもつが 病院長  
石橋総合病院 副院長兼整形外科部長  
御殿山病院 院長  
社会医療法人博愛会 理事長(菅間記念病院)  
国際医療福祉大学塩谷病院 副院長兼救急部部长  
佐野市民病院 病院長  
済生会宇都宮病院 院長

## 目次

はじめに .....	P5
第1 救急医療を取り巻く現状 .....	P8
第2 救急医療提供体制等に関する現状・課題 .....	P11
第3 基本的な考え方と今後の目指すべき方向性〔提言〕.....	P18
第4 方向性を踏まえた具体的な取組〔提言〕 .....	P21
おわりに .....	P34

はじめに

## 検討委員会設置の経緯等

- 高齢化の進行等に伴い、救急搬送人員数は年々増加しており、救急搬送時間も延伸傾向にある。加えて、コロナ禍においては入院医療のひっ迫等により救急搬送困難事案が多発するなど、救急医療の現状に対する県民の危機意識が一層高まっている。
- また、本県では、人口10万人当たりのICU病床数が全国平均を下回っているほか、関東地方で唯一「高度救命救急センター」が未設置であることなどから、一部の有識者や県議会等から、重症患者を県内で受け入れる体制の確保が必要であるとの指摘がなされている。
- こうした本県の救急医療を取り巻く状況を踏まえ、また、今後のさらなる高齢化の進行を見据え、救急医療の関係者等から幅広く意見を聴取し、本県における救急医療提供体制の方向性や必要な対策等を検討するため、令和6年4月に「救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会」が県により設置された。併せて、より専門的な議論を行うため、ワーキンググループA・Bが設置され、これまでに検討委員会3回、ワーキンググループA・Bそれぞれ3回ずつ、計9回にわたり議論を重ねてきた。
- 今般、これらの検討結果を踏まえ、本県における救急医療提供体制のあり方について、取りまとめることとしたものである。

## これまでの開催状況

開催時期	会議	内容
令和6年7月10日	検討委員会（第1回）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急医療を取り巻く現状の共有</li> <li>● 課題の洗い出し 等</li> </ul>
7月26日	ワーキンググループA（第1回）	
8月7日	ワーキンググループB（第1回）	
10月3日	ワーキンググループA（第2回）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 第1回ワーキンググループ等で意見のあった課題の整理</li> <li>● 今後の方向性について（課題に対する解決策など） 等</li> </ul>
10月30日	ワーキンググループB（第2回）	
11月20日	検討委員会（第2回）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 第1・2回のワーキンググループ等で意見のあった課題の整理</li> <li>● 今後の方向性について（課題に対する解決策など） 等</li> </ul>
令和7年5月8日	ワーキンググループA（第3回）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 今後の目指すべき方向性や必要な対策の検討 等</li> </ul>
5月14日	ワーキンググループB（第3回）	
7月30日	検討委員会（第3回）	

# 第1 救急医療を取り巻く現状

## 本県の将来人口及び救急搬送人員数

少子高齢化の進行に伴い、15歳～64歳の生産年齢人口が今後も減少していく一方で、2040年頃までは65歳以上（特に75歳以上）の高齢者人口が増加すると予測されている。なお、2040年以降は65歳以上の高齢者人口も減少に転じる見込みである。

救急搬送人員数は、コロナ禍を除いて年々増加傾向にあり、令和5年は過去最多の84,814人を記録した。

年齢別では、75歳以上、特に85歳以上の高齢者の救急搬送が大きく増加している。

重症度別では、中等症患者の搬送が大きく増加している一方で、重症患者及び死亡患者の搬送は概ね横ばいで推移している。また、軽症患者の搬送は高水準で推移しており、こちらも概ね横ばいである。

今後も高齢化の進行が見込まれる中で、高齢者及び中等症患者の救急搬送人員数は、さらに増加することが予測される。

## 救急搬送時間

救急搬送における「要請覚知から収容まで」の平均時間は、**本県・全国ともに延伸傾向**にあり、令和5年においては本県が47.3分と、全国値の45.6分を上回り、全国順位は40位となっている。

詳細に見ると、本県の「要請覚知から現場到着まで」の平均時間は全国値を下回っている一方で、「現場到着から収容まで」の平均時間は全国値を上回っており、**搬送先医療機関の選定等に時間を要している状況がうかがえる**。また、地域によって救急搬送時間は差がある状況である。

加えて、令和5年の重症患者の搬送に関して、受入困難事案（現場滞在時間30分以上）の割合は10.2%であり、全国平均の7.9%を上回り、全国順位は35位となっている。

今後も高齢化の進行に伴い、高齢者をはじめとした救急搬送の増加が見込まれる中で、**救急搬送時間のさらなる延伸が予測される**。

さらに、感染症の流行時には入院医療のひっ迫により救急搬送困難事案※1が多発しており、令和7年の年始には、過去最多の救急搬送困難事案が記録された。

※1 「医療機関への受入照会回数4回以上」かつ「現場滞在時間30分以上」の事案

## 第2 救急医療提供体制等に関する現状・課題

## 救急医療・救急車の利用について

救急医療に対するデマンドが高くなっている一方で、医師の高齢化や働き方改革等により救急医療提供体制の確保が困難となっており、1次救急で対応すべき軽症の救急患者が2次・3次救急を受診するなど、救急医療機関の役割分担に応じた適切な医療提供が困難となりつつある。

また、救急搬送患者のうち約4割は入院を要しない軽症の患者であり、中には救急車をタクシー代わりに利用する例も見受けられる。さらに、仕事の都合などで夜間・休日の受診を希望する患者もいる。こうした軽症時の相談先として設けられている「とちまる救急安心電話相談」(#7119・#8000)についても、県民に十分に認知されておらず、利用が進んでいない状況である。

このような状況が続けば、高次の医療機関が重症患者の受入などの本来の役割を果たすことができなくなり、救える命が救えなくなる事態が生じることも懸念される。

加えて、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）※2の普及や理解が十分に進んでおらず、例えば、終末期の高齢者が看取りを迎えた際に、本人が希望していないにも関わらず、自宅や施設等から救急要請がなされ、結果として本人が希望しない蘇生処置等が行われるケースも少なくない。

※2 人生の最終段階における医療・ケアについて、事前に考え、周囲の信頼できる人たちと繰り返し話し合い、共有する取組（愛称：人生会議）

## 軽症患者に対する救急医療提供体制（1次救急）について

市町及び一部事務組合が、郡市医師会の協力の下で運営する休日夜間急患センターでは、令和5年度に年間約59,000人の救急患者を受け入れている。しかし、各センターで診療時間や診療科目等が異なるほか、平日・土曜日に対応していない地域もあることから、受入患者数には地域差が生じている。

また、病院群輪番制病院（3次救急を担う5病院を含む）においても、令和5年度には年間約78,000人のウォークインによる救急患者を受け入れており、輪番制病院であっても1次救急医療の役割を担っている状況にある。

休日夜間急患センターや在宅当番医制による診療を担う郡市医師会では、医師会会員の減少や高齢化により、協力医師の確保が困難となっている。

さらに、血液検査や画像検査等が実施できないことによる診療完結性の低さや患者のニーズとのミスマッチといった課題もあり、その結果として2次救急医療機関を受診する患者も少なくない状況である。

## 中等症患者・高齢者に対する救急医療提供体制（2次救急・高齢者救急）について

高齢者を中心に救急搬送患者が増加する一方で、2次救急医療機関の数は減少傾向にあり、1医療機関当たりの負担は増大している。

そうした状況の中でも、救急患者の受入において中核的な役割を担う病院群輪番制病院（3次救急を担う5病院を含む）では、令和5年度に年間約73,000人の救急搬送患者を受け入れている。

一方で、医師や看護師等の人材が不足している2次救急医療機関では、救急医療の提供に必要な医療従事者を十分に確保できず、複数の救急車を同時に受け入れることが困難であったり、対応可能な疾患に限られるなどの課題がある。その結果、医療機関ごとに救急搬送患者の受入体制や受入数等に差が生じている状況である。

## 重症患者に対する救急医療提供体制（3次救急）について

本県には5つの救命救急センターが設置されており、人口100万人当たりのセンター数（2.61）は全国値（2.43）を上回っている。

一方で、救命救急センターの応需率の平均は76.1%（令和4年）と全国平均の85.6%を下回り、全国41位に位置している。

また、「救命救急センター充実段階評価」において、令和5年時点で3か所の救命救急センターがS評価を得ているものの、関東地方では本県のみ高度救命救急センターが未設置であり、県民や関係機関から設置を求める声が高まっている。

さらに、本県の人口10万人当たりのICU病床数は4.8床であり、全国値の5.7床を下回っている（令和5年度病床機能報告）。

急性大動脈解離など、緊急対応が求められる重篤な疾患の患者については、ICUや手術室に空きがないことなどを理由に、県外の医療機関へ搬送されるケースもあり、搬送に時間を要することにより、患者の治療に支障が生じている可能性がある※3。

※3 なお、患者の病状や治療内容、搬送距離・時間によっては、県外の医療機関への搬送が適切な場合もある。  
一方で、県外から本県の医療機関へ搬送されるケースもあることから、県域を越えた広域連携も重要である。

## 転退院の体制について

救急医療機関に搬送された患者が急性期を脱したにも関わらず、転退院が円滑に進まず、救急患者の受入に必要な病床を長期間使用することで、新たな救急患者の受入が困難となる、いわゆる「出口の問題」が発生している。

具体的な例としては、入院期間中にADL（日常生活動作）※4が低下し、リハビリが必要な患者や、退院後に高齢者施設への入所が必要な患者、身寄りがないなどの社会的背景を抱える患者などが挙げられる。

※4 日常生活を送るために最低限必要な基本的動作（起居動作、移動、食事、排泄、入浴など）

## 救急医療に関わる医師・看護師の確保について

救急医療には、救急科のみならず、内科や外科など多様な診療科の医師が携わっている。しかし、県内の2次・3次救急医療機関においては、それらの救急医療を担う医師が不足しており、特に各医療機関で中核的役割を担う40代の医師の割合が低い状況にある。

また、令和4年の人口10万人当たりの就業看護師数は977人、令和5年の人口100万人当たりの認定看護師数（救急看護）は5.3人と、いずれも全国値を下回っており、看護師の確保にも課題がある。特に救急医療に対応できる専門性を有する看護師の育成・配置が十分とは言えない状況である。

さらに、ワーク・ライフ・バランスの確保や働き方改革への対応が求められる中、夜勤等を伴う救急医療に従事する医師・看護師の確保や勤務調整に、各医療機関は苦慮している。加えて、救急医療分野では、高度かつ専門的な医療に対応できる人材の確保も重要な課題である。

今後も生産年齢人口の減少が継続すると見込まれる中、医師・看護師の安定的な確保は、ますます困難となることが予想される。

## 第3 基本的な考え方と今後の目指すべき方向性〔提言〕

## 基本的な考え方

- 少子高齢化の進行に伴い、高齢者を中心とした救急医療の需要は、今後ますます増加すると見込まれる。特に2040年頃までは75歳以上の高齢者人口が増加すると予測されており、救急搬送人員数の増加など、医療ニーズのさらなる増大が懸念される。現在の体制のままでは、地域の救急医療提供体制が深刻な機能不全に陥るおそれがある。
- 一方で、医師の高齢化や生産年齢人口の減少に伴い、救急医療に従事する医師や看護師等の医療従事者の確保には限界がある。こうした状況を踏まえると、救急医療の供給量を無制限に拡大することは現実的ではなく、限られた医療資源の中で、医療の質と持続可能性を確保することが求められる。
- したがって、救急医療の供給に制約があることを前提に、すべての需要に一律に対応するのではなく、「選択と集中」の視点から、現状や課題を踏まえ、真に必要とされる救急医療サービスに対して、人的・物的資源を重点的に配分することが重要である。
- そのためには、地域の実情や医療ニーズを的確に把握し、効率的かつ持続可能な救急医療提供体制の整備を、戦略的かつ着実に推進していく必要がある。
- 加えて、救急医療を円滑に機能させていくためには、県民や患者の理解と協力が不可欠である。

## 今後の目指すべき方向性



### 方向性①

救急医療・救急車の適正利用に向けた県民等の理解促進と行動変容の実現



### 方向性②

救急患者の受入体制及び医療機関間の連携体制の強化（転退院の体制を含む）



### 方向性③

救急医療に関わる医師及び看護師の確保・育成等の取組強化

## 第4 方向性を踏まえた具体的な取組〔提言〕

## 方向性と具体的取組の対応関係

今後の目指すべき方向性	具体的な取組		取組主体
<b>方向性①</b> 救急医療・救急車の適正利用に向けた県民等の理解促進と行動変容の実現	(1) 救急医療やA C Pに関する県内関係者を巻き込んだ一体的な普及啓発		県、市町、消防、医師会、医療機関、民間企業
	(2) 人生の最終段階における救急医療を含む医療・ケアの選択を支援する人材の育成		県、市町、医師会
	(3) 介護保険施設と医療機関の連携体制の構築		介護保険施設、医療機関
	(4) 軽症の救急搬送患者からの選定療養費の徴収の検討		県、消防、医師会、選定療養費を徴収可能な医療機関
<b>方向性②</b> 救急患者の受入体制及び医療機関間の連携体制の強化（転退院の体制を含む）	受入体制の強化	(5) 救急搬送患者の受入に対するインセンティブ制度の再構築	県、市町
		(6) 高度救命救急センターの設置に向けた取組の推進	県、3次救急医療機関
		(7) 各地域の関係者による協議・検討（1次救急・2次救急・高齢者救急）	県、市町、消防、医師会、2次救急医療機関
	連携体制の強化	(8) 救急患者受入コーディネーター（仮称）の配置	県、3次救急医療機関
		(9) 2次・3次救急医療機関間及び医療機関内における情報共有ツールの整備	県、医師会、2次・3次救急医療機関
		(10) 下り転院を受け入れる医療機関への適切なインセンティブの付与	県
<b>方向性③</b> 救急医療に関わる医師及び看護師の確保・育成等の取組強化	(11) 救急医療に関わる医師及び看護師の確保・育成・定着の取組強化		県、医師会、2次・3次救急医療機関

## (1) 救急医療やA C Pに関する県内関係者を巻き込んだ一体的な普及啓発

### 取組の提案

すぐに取り組むべき事項

救急医療・救急車の適正利用やA C Pなどについて、医師会や医療機関、行政機関、民間企業などの県内関係者を巻き込んだ一体的な普及啓発に取り組むべきである。

### 提案のねらい

現在、救急患者が高次の医療機関に集中し、これらの医療機関の負担が大きくなっていることや、一部では救急医療・救急車の不要不急の利用も見受けられるなど、救急医療や救急車の利用に関連する課題が生じている。

こうした状況の中で、救急医療を持続可能な形で提供していくためには、救急医療機関には1次（軽症）から3次（重症）までの役割分担があること、救急医療・救急車の適正利用の重要性について、県民の理解を促進していく必要がある。併せて、「とちまる救急安心電話相談」（#7119・#8000）の認知度向上も図っていくことが求められる。

また、例えば、終末期の高齢者が看取りを迎えた際に、本人が望まない蘇生処置等が行われる事例もある。人生の最終段階において、本人が望む救急医療を含む医療やケアを受けられるようにするためには、A C Pの意義や重要性などについて、県民や高齢者施設の職員等に対する理解を深めていく必要がある。

## (2) 人生の最終段階における救急医療を含む医療・ケアの選択を支援する人材の育成

### 取組の提案

すぐに取り組むべき事項

患者本人が望む救急医療を受けられることができるよう、人生の最終段階における救急医療を含む医療・ケアの選択を支援できる人材を育成すべきである。

### 提案のねらい

前述のとおり、終末期の高齢者が看取りを迎えた際に、本人の意思に反して家族や施設職員が救急要請を行い、望まない蘇生処置等が実施されるケースが生じている。

こうした課題に対しては、患者本人が望む医療やケアについて、あらかじめ考え、家族等と話し合い、意思を共有しておくことが重要である。しかし、医療の高度化・複雑化が進む中で、患者・家族等のみで医療・ケアの選択について十分に話し合いを行うことは容易ではない。

そのため、(1)の取組によるACPに関する普及啓発に加え、人生の最終段階における救急医療を含む医療・ケアの選択を支援できる人材を育成し、ACPの実践を支える体制を整備していくことが求められる。

### (3) 介護保険施設と医療機関の連携体制の構築

#### 取組の提案

すぐに取り組むべき事項

介護保険施設の入所者の急変等に適切に対応できるよう、令和6年度介護報酬改定を踏まえ、協力医療機関との連携体制の強化を図るべきである。

#### 提案のねらい

今後も高齢化の進行に伴い、高齢者の救急搬送の増加が見込まれる中、介護保険施設の入所者に対して、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、医療機関へ相談し、必要に応じて入院等が可能となる体制の確保が重要である。

このため、令和6年度介護報酬改定により義務化された、介護保険施設と協力医療機関との連携体制の構築については、着実に推進していく必要がある。

## (4) 軽症の救急搬送患者からの選定療養費の徴収の検討

### 取組の提案

中長期的に取り組むべき事項

軽症の救急搬送患者からの選定療養費の徴収について、茨城県等の先行自治体における状況を注視しながら、本県における対応について検討を進めるべきである。

### 提案のねらい

軽症患者を含め、高次の医療機関に救急搬送患者が集中し、現場の負担が大きくなる中、今後も高齢化の進行等に伴い救急搬送人員数の増加が見込まれている。

このままの状況が続けば、高次の医療機関が重症患者の受入といった本来の役割を果たせなくなり、救える命が救えなくなるおそれがある。

救急医療機関の役割分担に応じた適切な医療を提供するため、三重県松阪市や茨城県では、軽症の救急搬送患者に対する選定療養費の徴収について、自治体側が主導し、管内の対象病院で統一的な取組が始まっており、これら先行自治体の取組状況を注視しながら、本県における対応について検討を進めていく必要がある。

## (5) 救急搬送患者の受入に対するインセンティブ制度の再構築

### 取組の提案

すぐに取り組むべき事項

より多くの2次救急医療機関において救急搬送患者の受入を促進できるよう、受入に対するインセンティブ制度の再構築を図るべきである。

### 提案のねらい

高齢者の救急医療においては、必ずしも高度かつ専門的な治療を要するケースばかりではなく、多くの患者が幅広い2次救急医療機関での受入が可能である。

今後、急速な高齢化に伴い高齢者救急の増加が見込まれる中、限られた医療資源を有効に活用するためには、これまで救急搬送患者の受入実績が少なかった2次救急医療機関にも、より積極的な役割を担ってもらうことが重要である。

そのためには、従来の救急搬送患者の受入に対するインセンティブ制度を見直し、再構築することで、より多くの2次救急医療機関において救急搬送患者の受入を促進する必要がある。

## (6) 高度救命救急センターの設置に向けた取組の推進

### 取組の提案

すぐに取り組むべき事項

本県にふさわしい機能を備えた高度救命救急センターの設置に向けて、既存の救命救急センターの機能強化を図るべきである。

### 提案のねらい

関東地方で唯一未設置となっている高度救命救急センターについては、救急医療の中心的な役割を担うとともに、救急医療に従事する若い医師の確保にも寄与することが期待されている。また、県民や関係機関からの設置を求める声が高まっていることを踏まえ、医師の確保や県民・関係機関の期待に応える観点から、既存の救命救急センターの機能強化やセンター間の連携強化を図りつつ、本県にふさわしい機能を備えた高度救命救急センターの設置に向けて、具体的な検討・調整を進めていくことが求められる。

将来的には、救急医療に従事する医師等の育成や地域への派遣を担う教育研修機能、ならびに地域における救急医療・災害医療に関する統括機能の整備についても検討を進めていく必要がある。

## (7) 各地域の関係者による協議・検討（1次救急・2次救急・高齢者救急）

### 取組の提案

すぐに取り組むべき事項

持続可能な1次・2次救急医療の提供体制の確保に向けては、地域の関係者（県、郡市医師会、医療機関、市町及び一部事務組合など）による協議を早急に開始し、具体的な検討を進めていくべきである。

### 提案のねらい

休日夜間急患センターや在宅当番医制で診療を担っている郡市医師会の会員数の減少及び高齢化、救急搬送患者の増加に対して2次救急医療機関の減少が進んでいるなど、地域の救急医療を取り巻く課題が顕在化している。

こうした状況を踏まえ、人口や面積、医療資源、交通事情など、各地域の実情に応じた持続可能な1次・2次救急医療の提供体制を確保するため、今後、地域の関係者間で、以下のような必要な取組について、早急に検討を進めていく必要がある。

（例：1次救急の広域化、2次救急医療機関への1次救急機能の併設、オンライン診療体制の整備、救急患者を受け入れる医療機関と急性期を脱した患者を受け入れる医療機関の役割分担の明確化 等）

## (8) 救急患者受入コーディネーター（仮称）の配置

### 取組の提案

### すぐに取り組むべき事項

重症患者を受け入れるためのICU病床等の有効活用を図るとともに、重症患者の迅速な受入を実現するため、救急患者受入コーディネーター（仮称）を配置するべきである。

### 提案のねらい

本県の人口10万人当たりのICU病床数は全国値を下回っており、ICU病床の増床には、看護師をはじめとする医療従事者の確保などが必要であることから、直ちに対応することは困難であると考えられる。

このため、まずは現実的な対応として、限られたICU病床等の重症患者用病床を有効に活用していくことが重要である。

そこで、救急患者受入コーディネーター（仮称）を配置し、県内で重症患者が発生した際には、ICU病床等の空き状況や患者の状態等を踏まえ、最適な医療機関で受入が行えるよう、迅速な調整を図る必要がある。

## (9) 2次・3次救急医療機関間及び医療機関内における情報共有ツールの整備

### 取組の提案

すぐに取り組むべき事項

(8) のコーディネーターによる患者の受入調整を円滑かつ迅速に行うためには、医療機関間及び医療機関内での患者情報の共有やコミュニケーションの円滑化に資する情報共有ツールを整備すべきである。

### 提案のねらい

重症患者を受け入れるためのICU等の限られた病床を有効に活用するためには、(8)のコーディネーターが患者の受入調整を円滑かつ迅速に行うことが不可欠である。

そのためには、県内で発生した重症患者の情報を正確かつ迅速に把握するとともに、医療機関間及び医療機関内でのコミュニケーションを円滑に行うことが重要である。

こうした情報共有と連携を支えるため、患者情報の共有やコミュニケーションの円滑化に資する情報共有ツールを整備する必要がある。

## (10) 下り転院を受け入れる医療機関への適切なインセンティブの付与

### 取組の提案

すぐに取り組むべき事項

救急医療機関における空床の確保を図るためには、入院患者の円滑な転院を一層促進する必要があり、そのためには、下り転院を受け入れる医療機関に対して、適切なインセンティブを付与する仕組みを導入すべきである。

### 提案のねらい

救急医療機関に搬送された患者の転退院が円滑に進まず、救急患者を受け入れるための病床を長期間使用される、いわゆる「出口の問題」が生じている。

このような状況を改善し、救急患者の円滑な転院を一層促進するためには、転院元の医療機関が算定可能である「救急患者連携搬送料」に加え、転院先の医療機関にも適切なインセンティブを付与する仕組みの導入が求められる。

## (11) 救急医療に関わる医師及び看護師の確保・育成・定着の取組強化

### 取組の提案

すぐに取り組むべき事項

救急医療提供体制を支える診療科の医師及び看護師の確保・育成・定着に向けては、県による取組の一層の強化を図るべきである。

### 提案のねらい

2次・3次救急医療機関においては、救急医療を担う医師や看護師の不足に加え、高度かつ専門的な医療に対応できる医師・看護師の確保など、医療人材確保に関する課題が多岐にわたっている。

こうした課題に対応するためには、当面必要な医師・看護師を確保し、現在の救急医療提供体制を維持するとともに、高齢者を中心とした救急搬送の増加など、将来的な医療需要の変化を見据え、現役世代から将来世代に至るまでを対象とした多角的な人材確保策を一層強化していく必要がある。

おわりに

～おわりに～

救急医療は、誰かの「助けて」という声に応える、  
命の最前線です。

そこには、見知らぬ誰かの命を救おうとする住民の優しさ、  
通報に駆けつける救急隊員の覚悟、  
そして夜を徹して働く医療従事者の姿があります。

しかし今、栃木県の救急医療は大きな岐路に立っています。  
高齢化、医療人材の不足、救急搬送の増加…。  
このままでは、すべての人に必要な医療を届けることが難  
しくなるかもしれません。

この報告書は、こうした思いから始まった検討委員会の成  
果です。

救急医療は、県民の皆様にとってかけがえのない貴重な資  
源です。

私たちが安全・安心に暮らしていくためには、この資源を  
上手に利用しつつ、維持していくことが不可欠です。

栃木県の救急医療が直面する厳しい現状や課題を多くの  
方々に知っていただき、日々の暮らしの中で少しずつ協力  
していただくことが、救急医療を守る力になります。

そして、その力を支えに、県が中心となって、医療関係者  
や地域の皆さんと力を合わせ、より良い医療体制づくりに  
取り組むことが、今まさに求められています。

このことを、より多くの方々に知っていただきたいと思  
います。

結びに、この報告書が、県民の皆様が安心して暮らせる地  
域づくりの一助となり、栃木県の未来を支える一歩となる  
ことを、心より願っています。

栃木県救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会  
委員長 長島 徹

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5

# 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（10医療機関）

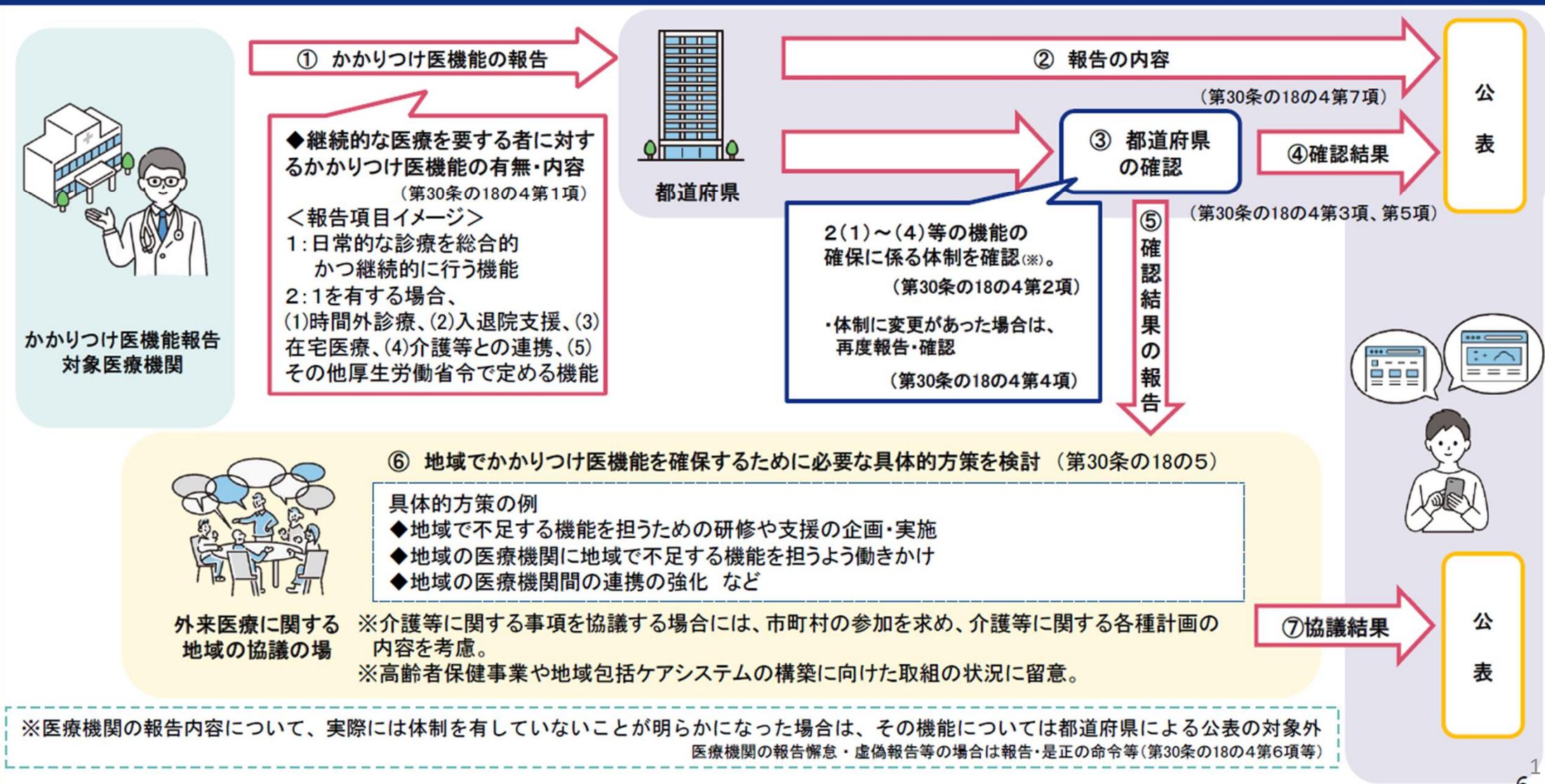
医療機関名	削減前病床数 (床)	削減後病床数 (床)	削減病床数 (床)	うち休床 (床)	給付対象 (床)	支給申請額 (千円)
宇都宮東病院	40	39	1	0	1	4,104
佐野厚生総合病院	531	510	21	8	21	86,184
高野病院	50	47	3	0	3	12,312
佐野医師会病院	119	112	7	7	7	28,728
福島整形外科病院	60	57	3	0	3	12,312
柴崎外科医院	18	14	4	0	2	8,208
那須赤十字病院	460	450	10	0	10	41,040
本庄記念病院	108	103	5	0	5	20,520
宇都宮脳脊髄センター	19	14	5	0	5	20,520
自治医科大学附属病院	1,155	1105	50	50	50	205,200

## 第2次内示（4医療機関）

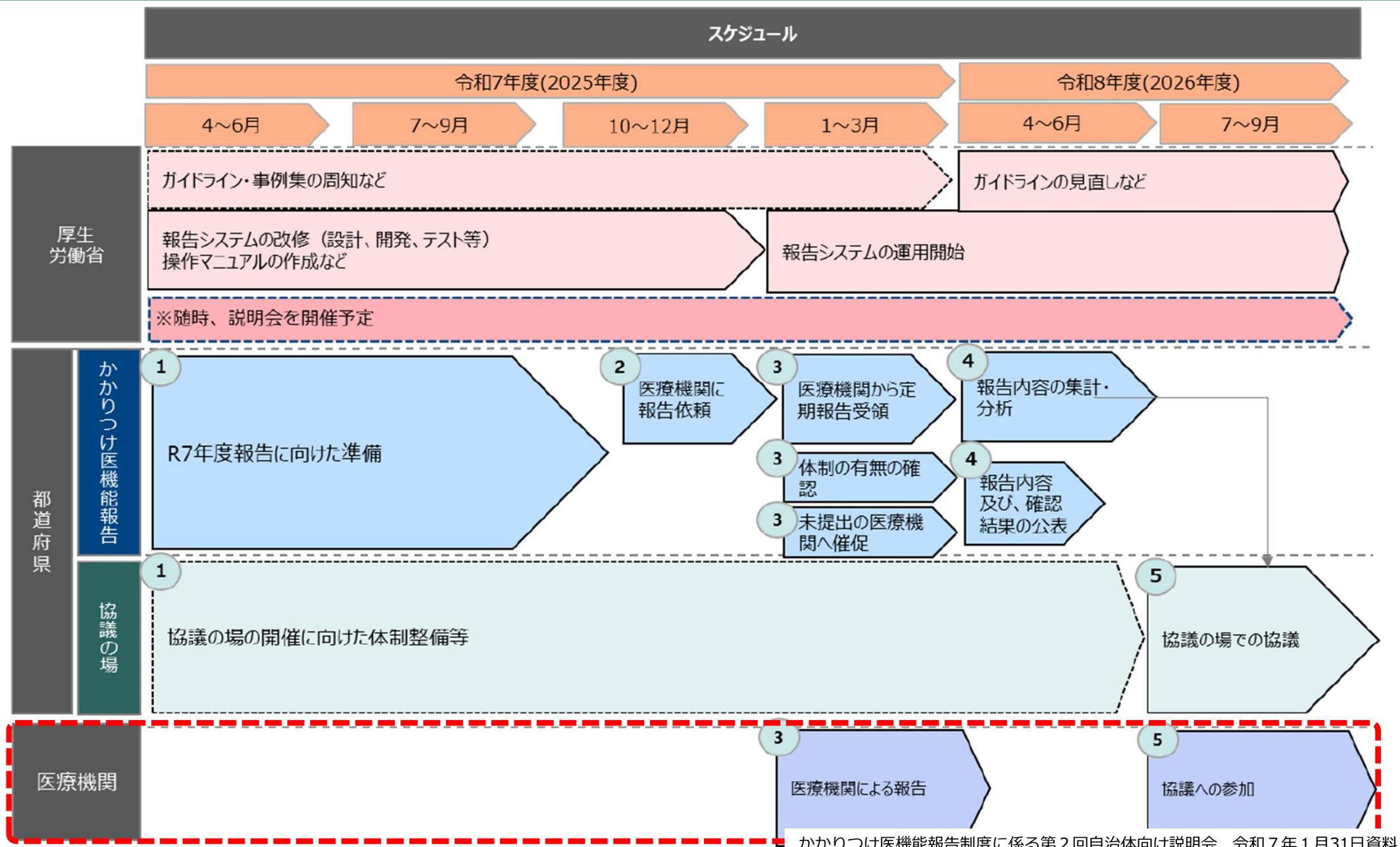
医療機関名	削減前病床数 (床)	削減後病床数 (床)	削減病床数 (床)	うち休床 (床)	給付対象 (床)	支給申請額 (千円)
早津眼科医院	9	7	2	0	2	8,208
福田記念病院	186	176	10	10	10	41,040
樹レディースクリニック	15	11	4	0	4	16,416
JCHOうつのみや病院	199	197	2	2	2	8,208

## 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日付けで「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。

## 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/iryuu/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-r7iryuu.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：〇〇病院、〇〇医院、〇〇歯科など)、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-r7iryuu.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。