

栃木県及び宇都宮構想区域の 医療のあり方について

令和7(2025)年2月4日

栃木県 保健福祉部 医療政策課

1 「地域医療構想の実現に向けたアンケート調査」の結果について

- ・調査結果(概要)

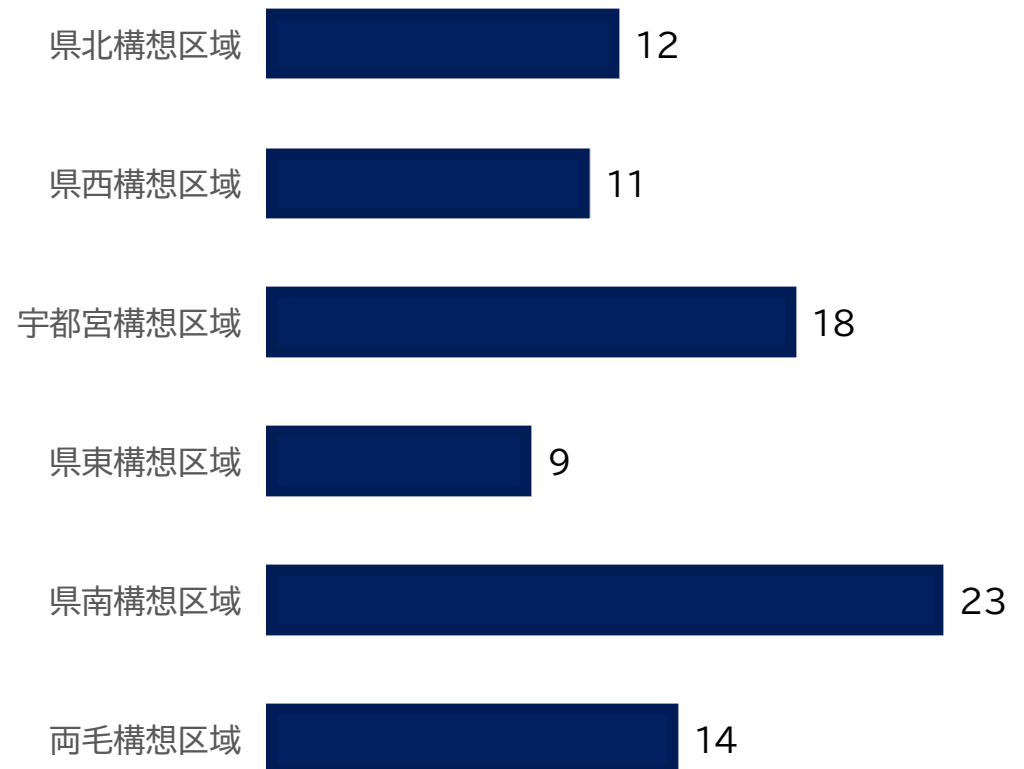
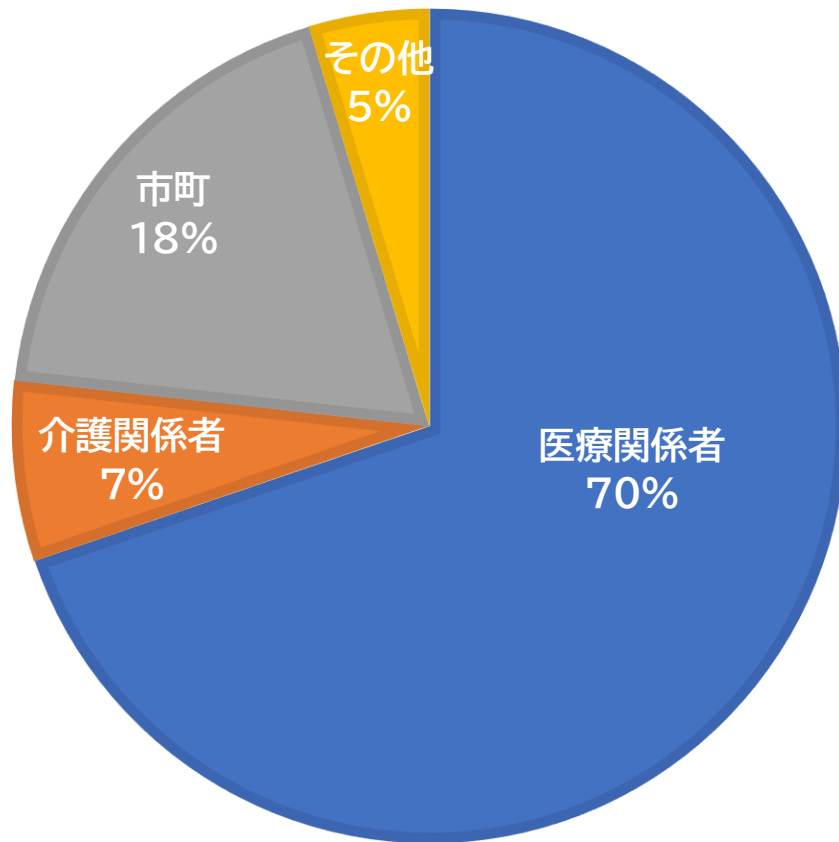
2 宇都宮構想区域の区域対応方針の策定について

- ・素案
- ・素案等に対する各構想区域からの意見

①「地域医療構想の実現に向けたアンケート調査」の結果について

1 調査名	地域医療構想の実現に向けたアンケート調査
2 調査対象	各地域の地域医療構想調整会議、病院及び有床診療所会議、医療・介護の体制整備に係る協議の場の構成員(計303名)
3 調査期間	令和6(2024)年10月18日～11月6日
4 調査方法	WEB(Microsoft Forms) ※利用できない場合は紙媒体のメール・FAX等による回答も可
5 調査項目	<u>①グランドデザインについて</u> ①-1 あなたの所属する構想区域の方向性(目指すべき医療・介護提供体制) ①-2 あなたの所属する構想区域における課題 ①-3 あなたの所属する構想区域において地域完結を目指すべき医療 ①-4 県全体の方向性(目指すべき医療・介護提供体制) ①-5 県全体の課題 ①-6 県全体で対応すべき医療 <u>②各構想区域における医療・介護提供体制の現状と課題について</u> ②-1 あなたの所属する構想区域における救急医療(初期・二次・三次救急) ②-2 あなたの所属する構想区域における在宅医療 ②-3 あなたの所属する構想区域におけるその他の5疾病6事業(救急を除く) ②-4 あなたの所属する構想区域における外来医療、かかりつけ医機能 ②-5 あなたの所属する構想区域における医療従事者の確保・医師の働き方改革 ②-6 あなたの所属する市町、地域における介護(介護サービス、介護従事者) ②-7 あなたの所属する市町、地域における医療介護連携 ②-8 県全体 <u>③地域医療構想の推進に向けて行政機関等に求めることについて</u> ③-1 国(診療報酬・介護報酬は除く) ③-2 県 ③-3 市町 ③-4 公立・公的医療機関 <u>④地域医療構想の推進に向けて自ら取り組んでいること、今後必要な取組等について</u> <u>⑤令和6年度診療報酬・介護報酬改定について</u> <u>⑥地域包括医療病棟について</u> ⑥-1 現時点での転換・新設の予定 ⑥-2 転換・新設の時期 ⑥-3 転換・新設を考えている理由、転換・新設に当たっての課題等 ⑥-4 転換・新設をしない、またはできない理由 <u>⑦救急患者連携搬送料の活用について</u> ⑦-1 現時点での算定の予定 ⑦-2 算定開始の時期 ⑦-3 課題等 <u>⑧各構想区域における地域医療構想調整会議のあり方について</u> <u>⑨その他地域医療構想の推進に向けた意見・要望等</u>
6 回答数	86(回答率:約28%)

回答者



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

調査結果概要(県北構想区域)

グランドデザインについて

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

医療・介護提供体制の現状と課題について

- 医療・介護人材の不足、確保と育成
- 医療提供体制の充実(地域完結を目指す医療機能の確保、回復期病床等回復期機能の十分な活用と連携、医療機関の役割分担の明確化、等)
- 救急医療体制の充実(初期救急のあり方の検討、二次救急の体制と連携の強化、三次救急や他地域との連携等)
- 在宅医療、医療・介護連携の充実(介護提供施設の確保、質の向上、急変時や看取りの体制、高齢の通院困難者の支援、圏域を超えた連携の必要性)
- かかりつけ医機能の充実、複合的な医療介護ニーズを有する患者の相談・対応
- 医療・介護に関する住民の理解促進や参画

調査結果概要(県西構想区域)

グランドデザインについて

- 今後の人口減少や高齢化、医療ニーズの変化を踏まえ、地域全体で患者を支える医療提供体制、医療・介護・生活支援などが包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の確保が必要
- 地域内で完結・充実を目指す医療と広域・全域で対応する医療を整理し、限りある地域の医療介護資源を有効に活用し効率的に対応していくため、区域内の医療機関間、医療機関と高齢者施設間の機能分化・連携が必要
- 隣接する医療圏との連携が必要

医療・介護提供体制の現状と課題について

- 医療・介護人材の不足、確保と育成
- 医療提供体制の充実(急性期病院の後方支援体制、回復期機能の不足、小児・周産期医療の提供体制の不足、精神科(小児精神)の提供体制の不足、脳卒中への提供体制など)
- 救急医療提供体制の充実(初期救急のあり方や一次救急と二次救急の役割等の検討、二次救急の体制強化、小児・周産期への提供体制など)
- 在宅医療、医療・介護連携の充実(在宅医療を行う医療機関・医師の不足、介護サービス事業所等の受け皿の不足など)
- 広大な面積を踏まえたへき地医療(在宅医療)の提供体制、災害医療の体制整備

調査結果概要(宇都宮構想区域)

グランドデザインについて

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

医療・介護提供体制の現状と課題について

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

調査結果概要(県東構想区域)

グランドデザインについて

- 今後の人口や医療ニーズの変化、他の構想区域への流出状況等を踏まえ、可能な限り地域で完結する医療提供体制及び医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築が必要
- 限りある地域の医療介護資源を有効に活用し効率的に対応していくため、区域内の医療機関間、医療機関・高齢者施設間の機能分化・連携が必要

医療・介護提供体制の現状と課題について

- 医療・介護人材の不足、育成
- 医療提供体制の充実(在宅復帰を目的とする回復期機能・地域包括ケアシステムを支える医療資源の不足、医師の高齢化、急性期を脱した患者の円滑な転院調整等)
- 救急医療体制の充実(夜間・休日の初期救急対応、下り搬送の連携強化等)
- 在宅医療、医療・介護連携の充実(質の向上、在宅医療・介護提供施設の不足、病状が不安定な患者でも一定程度の対応が可能な介護施設)
- 医療・介護に関する住民の理解促進や参画
- 経営状況の悪化

調査結果概要(県南構想区域)

グランドデザインについて

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

医療・介護提供体制の現状と課題について

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

調査結果概要(両毛構想区域)

グランドデザインについて

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

医療・介護提供体制の現状と課題について

- 医療・介護人材の不足、育成
- 医療提供体制の充実(急性期病院の後方支援体制、専門的な回復期機能の不足、医療機関の役割分担の明確化、公立・公的病院をはじめとする医療機関の機能強化等)
- 救急医療体制の充実(初期救急のあり方の検討、二次救急の体制強化、三次救急の負担軽減等)
- 在宅医療、医療・介護連携の充実(質の向上、急変時等の体制、医療的ケアの提供体制)
- 小児・周産期医療、がん等の体制整備
- かかりつけ医機能の充実

②宇都宮構想区域の区域対応方針 の策定について

区域対応方針の設定に係る経緯

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取りまとめたもの

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】
- ・患者の流出入が多く、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。

区域対応方針に記載すべき内容

厚生労働省が示した記載例における「区域対応方針」への記載事項

1. 構想区域のグランドデザイン

2. 現状と課題

- ① 構想区域の現状及び課題(課題が生じている背景等を記載)
- ② 構想区域の年度目標
- ③ これまでの地域医療構想の取組について
- ④ 地域医療構想の進捗状況の検証方法(地域医療構想調整会議の進め方やデータ分析方法等)
- ⑤ 地域の医療機関、患者、住民等に対する周知方法(地域医療構想に係る取組内容、進捗状況の検証結果等)
- ⑥ 各時点の機能別病床数(2015年、2023年病床機能報告、2025年対応方針、2025年必要病床数)

3. 今後の対応方針

- ① (2)を踏まえた構想区域における対応方針
- ② 対応方針を達成するための取組
- ③ 必要量との乖離に対する取組
- ④ 取組の結果想定される2025年予定病床数

4. 具体的な計画

今後の対応方針の工程等(2024年度、2025年度)

本県における区域対応方針の策定の進め方

項目	内容
今回の会議	現状と課題等の整理 • 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 ① アンケート調査の結果 ② データ
	対応方針(素案)の提示 • 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 • 第3回宇都宮地域医療構想調整会議で協議
次回の会議	協議結果に応じて対応方針(案)を作成 • 協議結果を踏まえ、事務局で案を作成
	協議② • 第4回宇都宮地域医療構想調整会議で最終協議
	策定 • R6年度末までに厚生労働省へ提出 • 策定後も必要に応じて方針を見直し

宇都宮構想区域 区域対応方針(素案)

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

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
- 希少疾患に係る医療
- 民間が担うことができない高度医療
- 新興感染症(重症)、結核医療(合併症)
- 災害

- 宇都宮構想区域には、他の構想区域(特に県北、県西区域)からの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。
- 区域内の機能分化・連携強化に向け、公立・公的医療機関をはじめとした医療機関の再整備を図る。

※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

2 現状と課題 ②構想区域の年度目標 ③これまでの地域医療構想の取組について

② 構想区域の年度目標

- 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。
- 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。

③ これまでの地域医療構想の取組について

- 地域医療介護総合確保基金を活用した医療機能の分化・連携への支援
- 対応方針の協議(平成30年度)
- 公的医療機関等2025プラン、新公立病院改革プランの協議(令和2年度)
- 再検証対象医療機関(NHO宇都宮病院、JCHOうつのみや病院)の具体的対応方針の再検証(令和2年度)
- 民間医療機関を含めた具体的対応方針の策定、検証・見直し(令和3、4年度)
- 公立病院経営強化プランの策定(令和3、4年度)
- 公立・公的医療機関長意見交換会の実施(令和6年度)

④ 地域医療構想の進捗状況の検証方法(地域医療構想調整会議の進め方やデータ分析方法等)

- 地域医療構想調整会議及び病院・有床診療所会議の合同会議を年3～4回開催
- 県全体の医療のあり方を検討するため栃木県地域医療構想調整会議を年3～4回開催
- 定量的基準の導入による病床機能報告上の病床数と必要病床数との差異の検証
- 医療データ分析による医療介護の将来需要推計、病院ごとの診療実績の見える化

⑤ 地域の医療機関、患者、住民等に対する周知方法(地域医療構想に係る取組内容、進捗状況の検証結果等)

- 地域医療構想調整会議の協議内容について、県ホームページで公開

⑥ 各時点の機能別病床数

	2015年 病床数	2023年度 病床機能報告 (A)	2025年の 予定病床数 (B)※	2025年 病床数の必要量 (C)	差し引き (C)－(A)	差し引き (C)－(B)
高度急性期	528	501	501	437	▲91	▲91
急性期	2,284	2,100	2,141	1,457	▲643	▲684
回復期	460	737	737	1,363	626	626
慢性期	1,550	1,278	1,238	1,167	▲111	▲71

※ 病床機能報告における「2025年7月1日時点における病床の整備の予定」として報告された病床数の合計

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

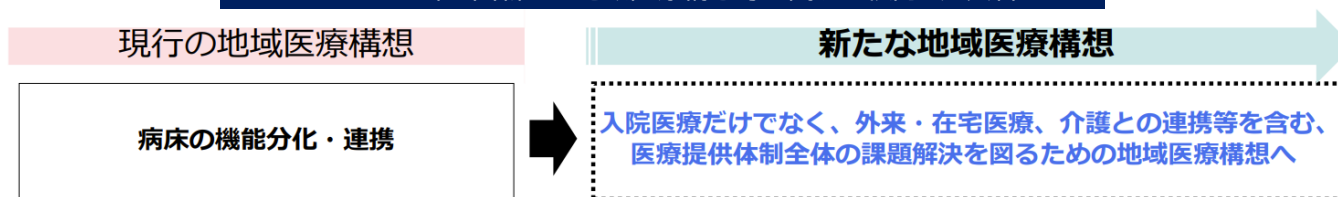
① 構想区域における対応方針

- 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「次期地域医療構想」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

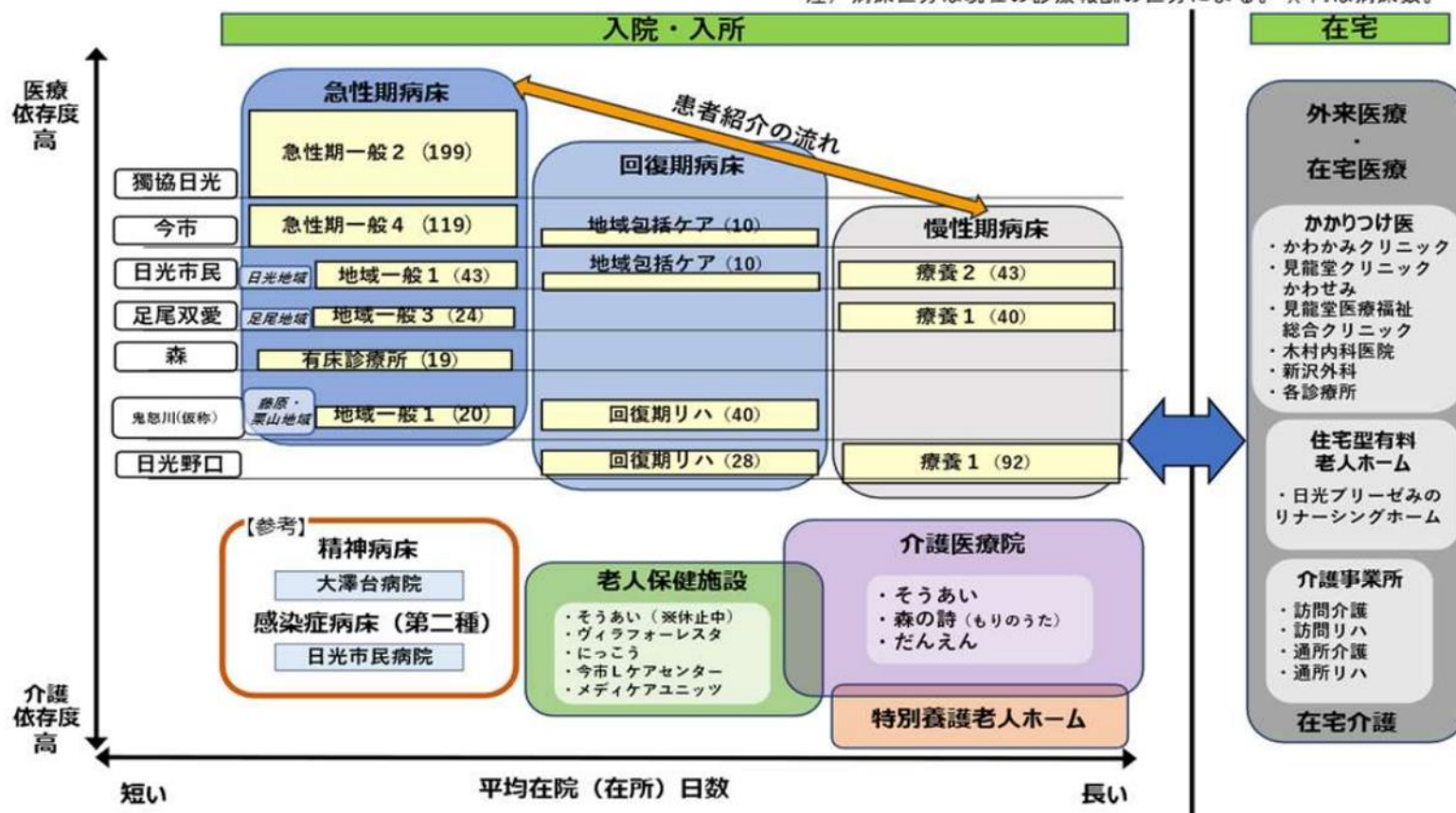
②「①構想区域における対応方針」を達成するための取組(つづき)

- 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、医療介護提供体制の見える化を図る。
- 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、医療機関間及び医療と介護の連携体制を確保する。
- 在宅医療・介護との連携強化に向けては、次期「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)」との整合性を確保するとともに、運営・実施主体であ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。
- 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。
- 関係する医療機関間の機能分化・連携強化を踏まえ、老朽化した県立病院施設の再整備を実施する。

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。



3 今後の対応方針

③ 必要量との乖離に対する取組

④ 3. ②及び③による取組の結果、想定される2025年の予定病床数

③ 必要量との乖離に対する取組

- 定量的基準の導入及びDPCデータの分析により評価を行う。
⇒ 評価の結果、データの特徴だけでは説明できないほどの差異は生じていないことから、本県では、必要病床数との差異の議論については、一旦区切りを付けることとする。
- 必要病床数を充足する機能転換等に対しては、地域医療介護総合確保基金を活用した支援を行う。

④ 3. ②及び③による取組の結果、想定される2025年の予定病床数

	2025年の予定病床数※
高度急性期	501
急性期	2,141
回復期	737
慢性期	1,238

※ 2023(令和5)年度病床機能報告における「2025年の予定病床数」の値を記載

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)年度の取組内容

	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、かかりつけ医制度の啓発を図る。	● 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(素案)等に対する各構想区域からの意見

調整会議	調整会議等の構成員からの意見	事務局の回答・対応案
宇都宮 (11/20 開催) ①	- 病床数だけの議論ではなく、治療力の整備という観点が必要 - どこかの時点で、この会議の場で、各病院の得意分野、不得意分野について話し合うことが重要 - 大学病院もすべての診療科で良い機能を果たせるわけではなく、民間病院が補うところもあり、民間病院であっても非常に強い得意分野を持っているところもあるので、その辺りを踏まえた議論をすべき。 - このような議論をしないと、数合わせの形骸的な議論から抜けられないということを懸念	【議論の内容】 - 領域・分野ごとに医療をどうするか地域ごとに確認していく。 - そのために各地域における医療の確保状況をデータや現場の意見を踏まえながら確認していき、不足・不十分な医療があるのであれば、それをどうするのか考えていく。 【病院間のコミュニケーション】 - 領域ごとや医療介護連携の観点で関係者が話し合いをする場を設けながら、具体的な役割分担について進めていく。
②	- 広域・全県で対応する医療について、希少疾患に関わる医療を1つの県で備えると、経験数が少なくなつて、危険なチームとなり、医療事故にも結びつきかねない。 - むしろ関東地方で1つ、全国で1つといったように集約したほうが合理的	【希少疾患に係る医療】 県内でも対応できない医療がある一方、隣県から本県に来ている患者もあり、県間の取組・話し合いといった広域の視点を含んだ記載に改める。
③	「民間が担うことができない医療」という言葉が気になる。民間でも大学病院よりも優れているところもあるので、そこは実情と違うと感じた。	【民間が担うことができない医療】 御指摘のとおり医療機関の機能は様々であるので、記載を改める。
④	- 医療介護連携体制の見える化について、日光ヘルスケアネットの例のように地域を俯瞰した構想が示されるのは良い。 - もう少し踏み込むと、今後の連携や再編集約化などをイメージできるような医療機関の機能に着目した医療提供体制を構築するということも見えてくるのではないか。	【医療機能分化・連携の見える化】 日光ヘルスケアネットの例はあくまで参考であるが、どのような機能や領域をやっていくかという役割を見る化し、地域で不足している医療について話し合うための1つのツールになるものと考えている。

区域対応方針(素案)等に対する各構想区域からの意見

調整会議	調整会議等の構成員からの意見	事務局の回答・対応案
宇都宮 ⑤	- 外来、入院、在宅医療、介護に関する地域包括医療計画ということになると思うが、どのような圏域で整備していくと良いのかと考えると、二次医療圏では広すぎる。 - 一方、市町村単位では細かすぎるので、郡市医師会単位で整備することが地域の実情に合っているのではないか。 - いずれにせよ、二次医療圏で整備していくことは難しいと思うので、重層的に捉えて、二次医療圏を構築、構想していくという見方をすれば良いのではないか。	【協議の規模】 介護が入ってくると一次と二次の間くらいの規模になると考えられるため、地域ごとに市町と話し合いながら検討の場を考えていく。
⑥	- 地域で完結・充実を目指す医療、広域・全県で対応する医療に関して、希少疾患については程度によるところがあり、全国で患者数が2桁とか3桁であれば、ブロック単位や全国で1つの病院でいいかもしれない。 - 逆に、指定難病が希少性の目安として人口の0.1%ということ厚労省が示しているが、この場合は県内で2,000人となるので、県内1箇所ではなく、医療圏毎の対応でも良い。	【希少疾患に係る医療】 御指摘の内容を踏まえ、記載を改める。
⑦	- 災害医療について、これは全県ではなく、医療圏ごとに必要で、特に宇都宮は救急医療に関しても拠点となる病院がいくつもあるが、どこがイニシアティブを取るのかということ整理されていない状況 - 特に災害になった時は、司令塔が1つあっていいと思うし、老朽化した県立病院の再編という話があるのであれば、そういう機会に災害時に司令塔となる医療機関を整備するということが必要	【災害医療】 各医療圏に災害拠点病院があること等を踏まえ、記載を改める。

区域対応方針(素案)等に対する各構想区域からの意見

調整会議	調整会議等の構成員からの意見	事務局の回答・対応案
宇都宮 ⑧	- 初期救急・二次救急を地域で完結という形でまとめていて、一見するともっともだと思うが、特に宇都宮以外の地域では、人口が減少して、医療資源の低下も起こった場合に、地域で完結することが難しくなってくる。 - その場合、1次救急、2次救急の中でも緊急性を要するものは、圏域内で完結しないといけないが、そうでないものはある程度集約することも考えなければならない。 - 宇都宮は他の圏域に比べれば恵まれているところもあるので、集約も担っていかなければならないのではないかと。 - ICT を利用したオンライン遠隔診療やそのようなものを利用した集約というものも必要だと思うし、高齢の方はそういうものに親和性がないので、オンライン診療にアクセスできるポイントを作成していくといったタイプの初期救急というものも考えていかなければいけないと思う。	【初期救急・二次救急】 - 一般的には、身近な医療は地域内という視点があるが、各地域の有する医療資源を踏まえると、集約化も考えていくべきという意見と認識 - 医療資源が少ない地域において、何をどこができるのかという議論になったときに、集約したほうがいいのではないかと話もあると思うので、他の地域の意見を確認していく。
⑨	- 地域で完結すべき医療について、がん疾患はどちらかというと慢性に近いものなので、急ぎで治療しなければならないといったことはないと思うが、ある程度のものは圏域内で何とかしたほうがいいのではないかと。 - また、希少疾患のうち希少がんについては、やはりある程度集約化したほうがいいのではないかと。 - 特に骨軟部腫瘍は北関東ではおそらくがんセンターしか診ていないため、栃木県内というよりも北関東、関東という枠組みで捉えていくのがいいのではないかと。	【がん】 - それぞれの疾患の中にも、地域での完結・充実を目指す医療と広域・全県で対応する医療の区分があると考えられるので、どのようにしていくか地域ごとに確認していく。 【希少疾患に係る医療】 - 御指摘の内容を踏まえ、記載を改める。
⑩	地域関係では、特にがんの場合は高齢者の発がんがかなり多くなっているので、自分の住んでいるところで終末期を迎えるということが大切だと思っており、在宅医療を推し進めるということを考えると、ある程度地域で完結することが必要だと思う。	【在宅医療】 高齢者医療のあり方についても、協議を進めていく。

区域対応方針(素案)等に対する各構想区域からの意見

調整会議	調整会議等の構成員からの意見	事務局の回答・対応案
県北 (11/27 開催) ①	一部の高度医療などは、県北を含む他区域の需要や流入の実態を踏まえた医療提供、連携、搬送の体制を検討、構築していく必要がある。	【他の構想区域からの流入・流出】 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っていく。
②	- 塩谷地区では、地区中で完結するところには到底及ばない状況で、流出している救急車の数が非常に多い。 - 救急に関しては宇都宮医療圏と一緒に行動しているため、受入先としては宇都宮が一番多いだろうと思う。 - 宇都宮の救急事態を考えていく中で、塩谷の底上げもしていかないと、この状況が変わってこないの、宇都宮だけでなく、近隣の地域の二次救急のレベルアップに関しても意見を入れていただきたい。 - ある程度充実させることで、宇都宮への流入は若干でも減らせるのかなと思う。	
③	- 二次救急を担っているが、医師不足が一番の問題点で、なかなか応受率が上がらないというのが現状 - やはり済生会を中心とした宇都宮地区の病院にお願いするケースが多いのが実情 - 宇都宮医療圏には、他地域の方々の受入れも含めて、県北地域としてお願いしておいた方が、県北の医療機関にとっては非常に助かる。	
県西 (12/4 開催) ①	- 例えば、小児科など、地域で一次救急を完結しようとしても難しい状況になっている。 - 医師の高齢化も進んでいて、普通の夜間休日診療所についても、運営を地域だけでやっていくのは難しくなるものと感じている。	

区域対応方針(素案)等に対する各構想区域からの意見

調整会議	調整会議等の構成員からの意見	事務局の回答・対応案
県東 (11/27 開催) ①	精神科救急の取扱いが大きなウエイトを占めると思うが、これはモデル推進区域(宇都宮構想区域)の地区の中だけで完結できない可能性が高いと思っており、その辺のところを今後どのように対応していくか、場合によっては医療圏をまたいだ対応という形も考えなければいけないのではないかと思う。	【精神疾患】 - 精神医療に関しては、これまでの地域医療構想では取り扱ってこなかったが、新たな地域医療構想では、精神医療を含めた議論を行っていくこととなる。 - 地域の精神科だけでは対応できない部分もあるため、広域的な対応も含めて考えていく。
②	- 宇都宮医療機関の済生会宇都宮病院は三次であるが、県東からの流出が多い。 - これが二次で流出したのか、三次で流出したのか、この辺のデータを示してほしい。	【他の構想区域からの流入・流出】 - データ側から明確に区別するのは難しいと思うが、病名によってはある程度区別がつくものがあるかもしれない。 - 搬送先が三次医療機関であっても、全ての患者の重症度が高いということではないので、病名や診療行為などを見ながら、関係者の意見を聴いて推測していく必要があると考える。
③	- 一次、二次に関しては、医療圏の中でできるだけ完結するというような体制で、今後、地域医療構想に取り組んでいくことが重要 - 一方、三次に関しては、医療圏をまたぐ連携、全県的な連携が必要であり、各地域での地域医療構想の中ではあまりきらないため、現在、県が取り組んでいる救急のあり方検討会の中で様々な点をまとめ、それらを我々にフィードバックしていただきたい。	【救急医療】 「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していく。

区域対応方針(素案)等に対する各構想区域からの意見

調整会議	調整会議等の構成員からの意見	事務局の回答・対応案
県南 (11/25 開催) ①	・ 獨協医大の入院の半分は宇都宮市内に在住している患者が占めているというのが現状 ・ 紹介された先への逆紹介を推進はしているが、中には、入院した我々のところでまた外来も継続してほしいというケースもある。 ・ 負担にはなっておらず、宇都宮とは隣接しているため、宇都宮の市民の方の救急を見るというのは責務だと思っている。 ・ 我々としてはウェルカムであり、ベッドの稼働率という重要な要素を踏まえても、宇都宮の市民の方をしっかりと診療するというのは、我々の柱になっているため、全く問題はないという状況	【他の構想区域からの流入・流出】 ・ 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っていく。
②	・ 宇都宮からの流出については、おそらく、両大学病院の方に専門領域等の診療で入院される方が非常に多いのだと思う。 ・ 宇都宮への流入については、おそらく、県北、県西が多くて、県南、県東が比較的少ないということかと思う。 ・ これはDPCのデータからということであるが、疾患別に見たらどうなのかなというのは非常に興味があるところ。	
③	・ 自治医大としては、特に宇都宮からの患者が多くて困っているということではなく、栃木県の中で対応できない状況になることの方が心配 ・ 特別な配慮というのは必ずしも必要ではない。 ・ むしろ、どちらかというところ、臨県からの流入というところがある意味負担になっている部分がある。	

区域対応方針(素案)等に対する各構想区域からの意見

調整会議	調整会議等の構成員からの意見	事務局の回答・対応案
両毛 (12/11 開催) ①	・ 栃木県は、県全体ではぎりぎり医師少数区域ではないが、6つの二次医療圏では、両毛医療圏を含めた3つが医師少数区域になっている。 ・ 人材がしっかり担保されている地域での再調整と、両毛地域のように医師も看護師も薬剤師も絶対的に少ないところの地域医療構想の組み方というのは根本的に違うので、宇都宮(モデル推進区域)のやり方が両毛地区に合うとは全く考えることはできない。 ・ 潤沢に医療スタッフがいるところに関しては、宇都宮の取組というのは参考になるものの、両毛地域のように少ないところは、また別の課題がある。 ・ 医療の基本は人材であり、人材確保にはお金がかかる。 ・ 厚労省でも、医師偏在について、医師少数区域にどうやって支援するかということが検討され、紙面に出ているわけであり、そこをまず最初に取り組まないと、単に機能分化、役割分担を変えることはできない。 ・ 佐野市内では、医師会の休日夜間診療所の人がいなくて話があったが、人がいないと組替えも何もできず、次元が違う話になる。 ・ そういった地域では、宇都宮の取組に、プラスアルファ、別の課題をクリアしないといけない。 ・ 医師少数区域では、医師偏在の問題を含めた地域医療構想の課題という認識のもと、別次元での検討が必要	【医師確保】 ・ 現時点での医療資源をベースに、どう取り組んでいくかということは、そもそも難しい話である。 ・ 宇都宮構想区域のグランドデザインや内容については、宇都宮地域を中心に考えているものであるため、これを参考にということではなく、こういう要素があるということを示した段階のもの。 ・ まずは各地域において、それぞれの医療資源を踏まえ、どのような医療提供体制を目指すか、来年度にかけて検討をしていくこととしている。 ・ 国においては、医師確保に対するパッケージ化というものを打ち出しており、また新たな取組を県としても進めていく。