

## 5 本県において目指すべき将来の医療提供体制

### (1) 平成37(2025)年における医療機能別の医療需要及び必要病床数

少子高齢化に伴う将来の医療需要の変化に適切に対応し、高度急性期から、急性期、回復期、慢性期まで、患者の病態にあった良質な医療を切れ目なく効率的に提供するためには、各地域でバランスの取れた医療提供体制の構築を目指す必要があります。

そのため、「3 本県における少子高齢化の進行と医療需要の変化」での推計を基に、本県及び各区域の平成37(2025)年における医療需要と、将来の一般病床及び療養病床を合わせた必要量(以下「必要病床数」といいます。)を推計しました。

必要病床数については、現在の医療提供体制において区域を越えて構築されている分野があること、それにより区域を越えた受療動向が見られることから、医療機関所在地の医療需要による必要病床数で算定することとします。

#### 【都道府県間の調整について】

二次医療圏単位で医療機能別に10人以上の患者流出入のある隣接県(福島県、群馬県、茨城県、埼玉県)とは、流出入にかかる調整をすることとされており、各県との協議の結果、医療機関所在地の医療需要で算定することとなりました。

なお、医療需要及び必要病床数は、医療法及び医療法施行規則で定められた方法により算定しており、療養病床の受療率の地域差を解消するための目標値は、平成25(2013)年の療養病床入院受療率の全国最大値(都道府県単位)を全国中央値(都道府県単位)まで低下させる割合(全国定率)を用いることとします。

(医療法第30条の4第2項第7号イ、整備省令第1条の規定による改正後の医療法施行規則第30条の28の3第1項及び第2項、別表第6)

これに基づき、本県における平成37(2025)年の医療需要と必要病床数、在宅医療等の必要量を推計した結果は次のとおりです。

## ◆栃木県における2025年の医療需要と必要病床数(一般病床及び療養病床)

	機能区分	医療需要[人/日]	必要病床数[床]
県全体	高度急性期	1,296	1,728
	急性期	4,199	5,385
	回復期	4,661	5,179
	慢性期	2,913	3,166
	計	13,069	15,458
県北	高度急性期	174	232
	急性期	647	830
	回復期	830	922
	慢性期	461	501
	計	2,112	2,485
県西	高度急性期	79	105
	急性期	358	459
	回復期	322	358
	慢性期	250	272
	計	1,009	1,194
宇都宮	高度急性期	327	437
	急性期	1,136	1,457
	回復期	1,226	1,363
	慢性期	1,074	1,167
	計	3,763	4,424
県東	高度急性期	46	61
	急性期	211	271
	回復期	180	200
	慢性期	142	154
	計	579	686
県南	高度急性期	515	687
	急性期	1,353	1,735
	回復期	1,586	1,762
	慢性期	527	573
	計	3,981	4,757
両毛	高度急性期	155	206
	急性期	494	633
	回復期	517	574
	慢性期	459	499
	計	1,625	1,912

## ◆栃木県における2025年の在宅医療等の必要量

県全体	17,285	[人/日]
県北	2,822	
県西	1,316	
宇都宮	5,012	
県東	951	
県南	4,089	
両毛	3,095	

必要病床数は、将来の医療提供体制について、医療関係者をはじめ、介護関係者や医療を受ける住民の方々に一緒に考え行動していただくための参考値であり、病床の削減目標といった性格を持つものではありません。

また、本県においては、高齢化の進展が平成37(2025)年以降も続くことから、医療需要のピークが平成47(2035)年になることに留意するとともに、患者の受療動向の変化や隣接県における医療提供体制の整備状況等も注視し、保健医療計画の次期改定の際に、医療需要及び必要病床数の見直しの必要性について検討することとします。

## 【参考①：平成47(2035)年の医療需要と必要病床数】

機能区分	医療需要[人/日]	必要病床数[床]
高度急性期	1,290	1,719
急性期	4,398	5,639
回復期	5,036	5,599
慢性期	3,264	3,547
計	13,988	16,504

在宅医療等	20,735	[人/日]
-------	--------	-------

## 【参考②：平成26年度病床機能報告結果(栃木県)】

	2014年					(単位:床)
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	計
全体	3,739	7,782	1,258	4,365	353	17,497
病院	3,720	6,680	1,062	4,199	257	15,918
診療所	19	1,102	196	166	96	1,579

※平成26年7月1日現在の状況について、医療機関から提出された報告結果です(提出率:92.8%)。

※機能区分は、病床が担う医療機能について各医療機関が自主的に判断して報告したものです。

機能区分の考え方は、必要病床数の推計における機能区分の考え方と異なります(詳しくは18頁を参照)。また、届け出ている入院基本料や診療科、治療内容等により規定されるものではありません。

※「無回答」は機能区分の回答がなかった数で、「計」に含まれます。また、「計」には稼働していない病床も含まれます。

※平成26年度は病床機能報告制度の初年度であり、他の医療機関の報告状況や地域医療構想及び地域医療構想の必要病床数等の情報を踏まえていない状況において各医療機関が報告を行ったものであることに注意が必要です。

※各病床機能の中には、特定の役割を担っている病床が含まれていることに注意が必要です(例:高度急性期中に特定集中治療室、急性期中に産科病床、回復期中に回復期リハビリテーション病棟、慢性期中に障害者施設等一般病棟が含まれているなど)。

## 【参考③：許可・届出病床数(平成27年4月1日現在)】

一般・療養病床(許可・届出)									(単位:床)
一般			療養			計			
病院	診療所	計	病院	診療所	計	病院	診療所	計	
12,172	1,740	13,912	4,124	78	4,202	16,296	1,818	18,114	

※稼働していない病床を含みます。

※矯正施設の診療所の病床を含みます。

## (2) 将来の医療需要に対応した医療提供体制構築の方向性

本県の医療需要は、平成47(2035)年まで増加し続けると推計されています。平成37(2025)年及び医療需要のピーク時の平成47(2035)年の必要病床数と、平成26(2014)年の病床機能報告で報告された病床数を比較すると、総数では報告された病床数が必要病床数を上回っていますが、病床の医療機能別の内訳を見ると、報告された病床数より必要病床数が上回っている機能区分もあり、将来に向けバランスのとれた医療機能を確保する必要があります。

将来の医療需要の変化に対応した体制を効率的・効果的に構築するためには、現在の医療資源を最大限に活用し、急性期から回復期への病床機能の転換等の取組を促進していく必要があります。

また、慢性期の療養については、入院医療のほか在宅医療や介護も含め地域全体で支える体制づくりが求められます。加えて、各区域の特性や地域実情はそれぞれ異なることから、地域住民のニーズも踏まえながら、各区域の実情にあった提供体制の構築を図っていく必要があります。

各医療機能について、目指すべき機能や体制、課題は以下のとおりです。

### ① 入院医療

#### (高度急性期)

高度急性期については、将来の医療需要は横ばいで推移しますが、医療機能の集約化や広域での連携体制の強化等を進め、より効率的な医療提供体制の構築を図ることが求められます。また、患者に必要な医療を適切に提供した後は、患者がより身近な地域で回復期、慢性期の医療を受けられるような連携体制の構築が必要です。

#### (急性期)

急性期については、各区域における二次救急医療提供体制等を確保した上で、それぞれの医療機関が、患者に必要な医療を適切に提供した後は、病態に応じて切れ目なく回復期、慢性期の医療へつなげていくことができるよう、医療機関相互の役割分担と連携等を促進していくことが求められます。

#### (回復期)

回復期については、医療需要の伸びが大きく見込まれることから、急性期を担う医療機関と連携し、より身近な地域で在宅への復帰に向けたリハビリテーション等が受けられる医療機能の充実を図る必要があります。

#### (慢性期)

慢性期については、療養病床の受療率の地域差の縮小の方向性を踏まえつつ、病状は比較的安定していても継続して医療的ケアが必要な患者に対する適切な医療提供体制を患者の身近な地域で確保する必要があります。また現在、厚生労働省の「療養病床のあり方等に関する検討会」において「新たな施設類型」等の検討がなされているところであり、地域全体で支える体制の構築を図る上で、こうした動きも注視していく必要があります。

### (その他)

各区域において、将来の医療需要に対応した医療提供体制の構築に当たっては、病床機能のバランスを考慮するだけでなく、産科病床や障害者施設等一般病棟などの特定の役割を担っている病床の維持確保にも留意して進めていく必要があります。

将来の医療需要の変化に対応した医療提供体制を充実させるためには、各医療機能に対応できる医師・看護師・歯科医師・薬剤師等の医療従事者の育成や確保が必要です。

## ②在宅医療等

### (在宅医療サービスの基盤強化)

本県では、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等の在宅医療サービス基盤が脆弱であることから、各区域の実情に応じた基盤整備が不可欠です。

### (在宅医療に係る医療・介護従事者の育成・確保)

訪問診療を担っている医師をはじめ、それら医師と連携する歯科医師、訪問看護師、薬剤師等の人材不足が懸念されることから、在宅医療を担う多様な医療従事者の育成を図る必要があります。また、地域で高齢者の療養生活等を支える介護人材の育成・確保も重要な課題です。

### (在宅医療を支える多職種の連携強化)

在宅医療は、医師をはじめとして、歯科医師、訪問看護師、薬剤師等の様々な医療職と、ホームヘルパー等の介護サービス従事者など、多職種の連携により提供されることから、これら関係者の連携強化をより一層図る必要があります。

### (介護保健施設等も含めた受け皿の強化・充実)

居宅等(自宅や介護保険施設等をいいます。以下同じ。)で訪問診療を受けている方や、介護老人保健施設で医療を受けている方等、療養の形態は様々であることから、増大する医療需要に対応するため、介護サービス提供施設も含めた受け皿の充実・強化が不可欠です。

### (地域包括ケアシステム構築に向けた取組との調和)

県内各市町において、それぞれの地域特性に応じた「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組が進められているところであり、市町の介護施策やまちづくり施策と調和を図りながら、在宅医療等の充実を図る必要があります。

### (人生の最終段階における医療に関する意識醸成・啓発)

平成25(2013)年に厚生労働省が実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」では、希望する治療方針としては、おおむね「肺炎にかかった場合の抗生剤服用や点滴」「口から水を飲めなくなった場合の水分補給」は希望する割合が高く、「中心静脈栄養」「経鼻栄養」「胃ろう」「人工呼吸器の使用」「心肺蘇生処置」といった処置を伴う治療は望んでいない方の割合が高くなっています。人生の最終段階における医療に対する関心や希望は人それぞれであることから、一人ひとりの思いを支えることができる相談体制やライフステージに応じた情報提供等、自ら主体的に考える意識の醸成を図ることが重要です。



### (3) 栃木県保健医療計画の施策等との整合

#### ① 5 疾病・5 事業・在宅医療の推進施策との整合

「栃木県保健医療計画(6期計画)」においては、5 疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)・5 事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療)・在宅医療について、それぞれ医療連携体制の構築にかかる施策を推進することとしており、これらの施策を踏まえながら、各区域における病床の医療機能の分化・連携を図る必要があります。

このうち、がん、脳卒中、急性心筋梗塞については、発生頻度が高いなどの理由から一般病床・療養病床への入院に占める割合も比較的大きく、各区域の医療提供体制を考える上で重要です。区域単位で必要な入院機能を確保するだけでなく、発症時の救急対応、専門的な診療の効率的な提供、在宅復帰に向けたリハビリテーションなど様々な機能面で、医療機関へのアクセスにも配慮しながら連携を図る必要があります。

また、5 事業のうち救急医療や周産期医療では、入院や搬送など必要な機能の確保や連携体制の構築等が進められていることから、これらの施策等に留意しながら、将来の医療需要に対応していく必要があります。

在宅医療では、退院支援、療養支援を行う各機関の連携体制の構築、急変時の入院対応や看取りなど、様々な施策が必要とされます。このため、各区域の特性を踏まえながら、介護を含めた慢性期の療養を支える体制全般のあり方について、住民ニーズに沿って検討を進めていく必要があります。

#### ② 疾病対策協議会等との連携

複数の医療機関が連携して病態に応じた医療を提供する必要のある「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」「糖尿病」については、地域住民の立場に立って、より良質な医療が効率的に提供できる体制を確保するため、それぞれの疾病対策協議会の意見等を踏まえながら、各区域内の医療機能の分化・連携を図る必要があります。また、本地域医療構想では精神病床は対象外となっていますが、認知症、精神科救急、自殺対策を含むうつ病対策、身体疾患を合併する精神障害者への医療等のニーズもあることから、精神病床の入院や外来医療機能との連携を図っていく必要があります。