

令和7（2025）年度第2回県南地域医療構想調整会議

令和7（2025）年度第2回県南地域医療構想区域病院及び有床診療所等会議 議事録

1日 時：令和7（2025）年12月16日（火）19時00分から20時10分

2場 所：栃木県庁小山庁舎本館 4階 大会議室、オンライン（zoom）

3出席者：委員27名、県南地域医療構想区域病院及び有床診療所等会議構成医療機関23機関、

事務局

傍聴者：なし

4議 事

第1部 合同会議

議題

（1）地域医療構想の進め方について【資料1】

（事務局 県南健康福祉センター） 配布資料に基づき説明。

（川島議長）

新しい用語が出てきたが、病床機能区分に「包括期機能」などを追加する提案がある。また、「高齢者救急地域急性期機能」という新しい機能も想定されている。従来の急性期や地域中核病院などの枠組みをより明確に規定し、在宅支援なども担う病院として位置づける方向になっている。必要病床数の推計なども従来と変わってきている。この「高齢者救急地域急性期機能」は地域ごとに調整が必要で、従来の急性期や回復期病院とは異なる形で考えることになる。今までと少し違うという点を御理解いただきたい。

（2）県南構想区域グランドデザイン素案について【資料2】

（事務局 県南健康福祉センター） 配布資料に基づき説明。

（川島議長）

これまでの意見やアンケート調査結果を踏まえた「グランドデザイン素案」が示された。

次回3月の調整会議で最終決定予定。

素案は理念中心で具体策がなく、今後このグランドデザインに沿って具体策を検討するの

は大変だと感じた。

また、国の検討委員会では、構想区域は二次医療圏単位だが、急性期病院の充足状況や、介護連携は自治体単位など小規模の方がよい等の意見もある。

大学病院では茨城県側からの患者流入が多いなども考慮が必要。茨城県側にも高次医療や救急を担う病院がある。獨協は宇都宮医療圏南部の救急・高次機能を担っている。県南地域48万人に対し病床や機能が足りるかどうかを考えると、現状はオーバースペックの可能性もあるが、十分なキャパシティがないと県南をカバーできない側面もある。グランドデザインではこの点をどう扱うかが課題。また、大学病院には医師派遣や人員確保の役割もあり、その観点からも検討が必要。

4ページの医療需要では、人口減少が進む市町村が多く、小山・下野以外は減少傾向。現状では病床が余る可能性もある。救急医療では、初期救急を自治体が担うが、一次・二次・三次の連携が課題。患者データ分析や緊急救度の把握、夜間休診時のトリアージと受け入れ体制の整備が必要。役割分担と記載があるが、具体的な受け入れ先の明確化が重要。

小山の夜間救急と新小山市民病院の連携は参考になる。

（小山地区医師会 浅井委員）

夜間休日診療所の体制は、新小山市民病院がすべて受け入れる前提で構築され、実際にそのとおり運用されているため大きな問題はない。万一対応困難な場合は自治医大もあり、現状はうまく機能している。

(新小山市民病院 佐田委員)

夜間休日診療所の紹介患者のデータも把握しており、ほぼ全例を対応できている。

(川島議長)

栃木地区で二次救急を受けているとちぎメディカルセンターしもつが（TMCしもつが）ではどうか。

(とちぎメディカルセンターしもつが 森田委員)

明確な協定等はない。マンパワーが不足しており、100%受けることはできていない。

専門医不在、病床の関係などで、自治医大、獨協医大にお世話になっている。

(川島議長)

夜間休日診療所の診療時間終了後、小山地区は夜間輪番病院があるが、栃木地区では「TMCしもつが」のみとなり、その間、獨協と自治医大が支えている。二次救急や初期救急との関連、連携の問題もある。

(獨協医科大学病院 麻生委員)

二次と三次救急の円滑な連携が重要。自院は三次救急だが曜日によって二次も担当し、重症患者は積極的に二次から受け入れることもある。基本は三次救急を担う立場だが、二次救急病院側からの要望があれば改善に努めたい。

(自治医科大学附属病院 川合委員)

三次救急は依頼があれば必ず受ける方針。以前は二次も多く受けていたがキャパ不足で現在は三次中心。ただ今後は二次の対応強化を検討中で、この場合、ペイシエントフローの検討や下り搬送の連携改善が必要。

試験的に小山・下野で夜間救急輪番体制などの再徹底の合意形成や、MSW（医療ソーシャルワーカー）配置を含め、この年末の9連休の円滑な対応に向け検討している。

(川島議長)

理念だけでなく具体化しないと計画に落とし込めないため、より踏み込んだ議論ができるとよい。

在宅医療は老老・独居などで本来の在宅というより、施設が関係しての在宅となると思う。介護施設と医療の関係性を明確化する必要がある。

外来医療は、かかりつけ医だけでなく病院外来の役割も整理が必要。専門外来が必要な患者と、かかりつけ医が診る患者の線引きが課題。

介護連携では、入退院調整だけでなく、外来と介護施設等の関係も課題。単なるルールづくりではなく、組織的なアプローチが必要かと感じる。

ご質問があれば伺う。

《意見等なし》

意見があれば事務局へ直接伝えれば次回会議に反映可能。地域医療構想のガイドライン見直しや構想区域変更の可能性もあるため、今回はここまでとする。

(3) かかりつけ医機能報告制度について 【資料3】

(事務局 医療政策課) 配布資料に基づき説明。

(川島議長)

かかりつけ医制度は患者がニーズに応じて医療機関を選べる情報提供を目的としているが、本当に患者のためになっているか疑問。夜間救急などはわかるが、18 疾患対応など詳細を見て選ぶのは現実的でない。一方医療機能情報提供制度は退院時の診療所情報共有にメリットがあるとの話になっている。

報告に関しては、例えば「一人医師医療法人」の院長への事務負担が大きい。似た報告も多く、また入力も煩雑で、効率的診療を阻害しており、見直しを検討されたい。

かかりつけ医機能は、現時点では診療報酬への反映はない見込み。研修の項目も報告することになり、皆様も、今後の動向に注目されたい。

(事務局 医療政策課)

かかりつけ医機能報告と医療機能情報提供制度の情報が相互に反映されないのは厚労省の設計によるもの。報告項目の追加は厚労省の協議会で検討された結果である。

(4) その他 厚生労働省 令和7年度補正予算案の主要施策 【資料4】

(事務局 医療政策課) 配布資料に基づき説明。

(川島議長)

補正予算が参議院を通過し、物価・賃上げ支援も決定。さらに重点支援地方交付金として2兆円が別枠で確保された。昨年の光熱費補助（0.6兆円）の約3倍。栃木県がどのように交付金を配分するか不明だが、原資は大幅増であり、相応の支援を期待している。

(川島議長)

全体を通してご質問やご意見があれば伺いたい。

《意見等なし》

第2部 調整会議単独会議【非公開】

以上