

令和 7（2025）年度第 2 回栃木県地域医療構想調整会議 議事録

- 1 日 時：令和 8（2026）年 3 月 23 日（月）18 時 00 分から 19 時 30 分
- 2 場 所：栃木県庁本館 6 階大会議室 1、オンライン（Microsoft teams）
- 3 出席者：栃木県地域医療構想調整会議委員
事務局（栃木県医療政策課）

4 議 事：

議題（1）現行の地域医療構想の評価について

（事務局：医療政策課） 資料 1 に基づき説明。

《質問、意見等》

（朝野委員）

- ・訪問看護ステーション数が 10 年前から 3 倍増とのことで、今後は機能強化や地域偏在対策に取り組む必要があると書かれているが、具体的に地域偏在対策として何か考えることはあるか、あくまで「まとめ」として記載したものか。
- ・また、訪問看護ステーション数は増えているものの、少人数で対応しているステーションは立ち行かなくなっているという実情もある。

（事務局）

- ・今後の基本的な方向性として記載したものである。
- ・そのため、どのような対策を講じていくのかというような具体的な手段については、今後検討していかなければならないと考えている。

（青木委員）

- ・回復期以外から回復期への病床転換が 467 床進んだということであるが、県として、これで十分だと認識しているのか、評価を聞きたい
- ・入院患者数が当時の想定よりも少ない状況になった背景として、どのようなことが挙げられるか
- ・訪問看護ステーション数は増えたが、在宅療養支援診療所数は 2015 年の 155 施設から 160 施設とあまり増えていない。これについては、在宅医療の需要の増加に対して供給が追いついていないということか。

（事務局）

- ・回復期への転換については、おそらくまだ不十分だと考えている。そのため、今後もさらに医療機能の分化・連携、集約化も含めて、医療需要に応じた形にしていく必要がある。新たな地域医療構想の策定においても、これらの事項について取り組んでいかなければならないと考えている。

回復期については、回復期リハビリテーション病棟が増えているのは現状だと思う。これらは、今後「包括期」に変わるものであるが、地域包括ケアの機能はまだ足りないと思っており、今後も整備の必要性があると認識している。

- ・入院患者数が想定よりも少なかった背景については、様々な要因がある。一つよく言われているものは、医療の高度化や低侵襲化により入院期間が短くなったということである。新たな地域医療構想の策定の中で必要病床数を考えていく上では、現在の状況だけでなく、将来的に医療がどのように進んでいくのかということも踏まえながら考えていかなければならない。
- ・在宅支援診療所数の増えていないことに関しては、在宅関係の調査結果からも、負担が大きいという意見もたくさんあるところ。在宅療養支援診療所を増やすべきという方向性は概ね一致していると思うが、供給側の能力等にもよるかと思う。一方で、訪問看護ステーションの増加に関しては、小規模のステーションが増えており、質の問題や地域偏在などが課題である。

議題（２）地域医療構想に係る栃木県グランドデザインの策定について

（事務局：医療政策課） 資料２に基づき説明。

《質問、意見等》

<新たな地域医療構想について>

（佐田委員）

- ・グランドデザインの案の中で「全県・広域で対応する医療」として「高度急性期医療」が挙げられている。資料１によると、高度急性期については予測よりもかなりボリュームが多くなっているという現状があり、その定義付けが難しいのではないかと思います。従来の「高度急性期」、「急性期」という定義を今後も使用していくのか、それとも見直すのか、確認したい。

（事務局）

- ・厚生労働省から発出されるガイドラインを確認した上で、病床機能の区分の基準を見直す必要となった場合は、先生方のご意見をいただきながら来年度以降考えていきたい。

（佐田委員）

- ・これらの定義についてはやはり見直してほしいのと、あとは医療の高度化は年々進んでるため、病床機能報告を今後どのように続けていくかということについてはぜひ検討いただきたい。

（事務局）

- ・病床機能報告については、全国一律の調査を踏まえつつも、本県としてどのような方法で進めていくべきかという点については、来年度しっかりと考えていきたい。その際は、またご意見をいただきたい。

（菅間委員）

- ・この点に関して、今、国の検討会では、急性拠点病院が担う高度急性期機能というのは、医療資源を最大限に投入する急性期医療であり、この部分についてはダウンサイジングすべきだという話が出ている。

- ・本会議の資料では DPC で分類しているため、いわゆる高齢者の頻度の高い急性期医療も「高度急性期」に当てはまる形となっているが、これらは基本的には「高齢者救急医療」として高度急性期とは別枠で考えられる方向で検討が進むものと想像される。

(事務局)

- ・一般的に高度急性期・急性期というのは、臨床の概念と診療報酬に基づいているところが多い。一方で、いわゆる病床機能報告での分類は DPC の点数に基づく分類である。今後開始される「医療機関機能」における「急性期拠点機能」などは、従来の臨床の概念と DPC の点数の組み合わせで考えていくところがあると考えている。

急性期に関しては医療資源の集約化が必要であるため、数自体は少なくなると思われるが、地域毎に必要な機能がしっかりと残るような形で進めて参る。

(小沼議長)

- ・厳しいことを言えば、高齢者、超高齢者が罹患するような嚥下性肺炎などについては、三次救急ではなく二次救急までで診なさいということである。

(菅間委員)

- ・その通り。高齢者に多い疾患に関しては、基本的には「急性期拠点機能」ではなく、「高齢者救急・地域急性期機能」で担うべきという方向で進めないと、すべて大きな病院に集めることになり、特に面積が広い構想区域では機能しなくなってしまう。

(大山委員)

- ・「医療と介護の連携」の対応方針について、介護分野では、医療機関との連携が来年度義務化される。現場では連携が進んでいる面もあるが、医療機関が見つからないなどスムーズに進まないという声もある。県は、医療と介護の連携の進捗をどこまで把握しているのか。

(事務局)

- ・現時点での連携の進捗状況に係る具体的なデータを持ち合わせていないため、後日回答する。

(大山委員)

- ・行政が進捗を把握していないと、連携がどのぐらい進んでいるかがわからないため、医療側も把握しておいていただきたい。

(事務局)

- ・医療側、介護側双方へのヒアリングにより連携のしにくい部分や課題を把握したうえで、義務化の部分で協定も含め、総合的に対応したいと思っている。

(大山委員)

- ・医療も介護も同じだが、人口全体は減少しているような地域に対して、医療がサイズダウンしてくるとするならば、そういう関係はどうしたらいいのかという問題も出てくるかと思う。

(小沼議長)

- ・それでは、地域医療構想に係る栃木県グランドデザインについて、事務局案のとおりと

してよろしいか。

《異議等の発言なし》

(小沼議長)

- ・本議題については、事務局案のとおりとする。

議題（３）今後の地域医療構想の進め方について

(事務局：医療政策課) 資料３に基づき説明。

《質問、意見等 特になし》

議題（４）令和８(2026)年度地域医療介護総合確保基金事業（案）について

(事務局：医療政策課) 資料４に基づき説明。

《質問、意見等 特になし》

議題（５）かかりつけ医機能報告制度の協議の場について

(事務局：医療政策課) 資料５に基づき説明。

《質問、意見等》

(小沼議長)

- ・回答率が低いと聞いているが、どう対策をするか。

(事務局)

- ・医師会に協力いただき報告率はあがってきている。

(本多委員)

- ・重点紹介医療機関とかかりつけ医機能が相反する制度に感じるが、総合病院の中でもかかりつけ医としてみられなくてはいけない疾患もあるため、そういう内容に限ってかかりつけ医機能を適応させるということによろしいか。

(事務局)

- ・現時点で、各医療機関にどのかかりつけ医機能を担ってもらうかは決まっていない状態である。ただ、ご指摘いただいた通り地域によって求められている医療が違うため、各役割については議論して決めていく必要があると考えている、一方で、特定の医療・診療科に特化している医療機関にどう地域医療に参加してもらうかも重要と考えている。

(小沼議長)

- ・この制度によって、病院側から診療所に患者を紹介する際に、どのクリニックがどういう機能をもっているかを把握できるという点はとても大事だと思う。

病院と診療所の連携については国も推進しており、2026年度の診療報酬改定においても新たな加算が追加された。地域において患者を一番良い方法で診ていく手助けになっていけばいいと思っている。一方で、日本医師会も協力しているが、個人的には、本来行政が行うべきことだと思っはいる。

(事務局)

- ・期日は設けているが、それ以降に回答いただいても県の方で入力していく。かかりつけ医機能の内容も、引き続き地域で協議していきたい。

議題（6）県立病院あり方検討有識者会議の協議状況について

（事務局：医療政策課） 資料6に基づき説明。

《質問、意見等》

（宮崎委員）

- ・ 保険者の立場として、総合病院化するための統合は、様々な面で良質かつ効率的な医療が享受できる体制になると思うので、賛成である。これから議論が具体化していくと思うが、議論のプロセスや進捗について、県民への周知をしっかりといただきたい。特に、患者側にどのようなメリットがあるのか、医療アクセスがどうなるのかなどについて、メディア等を積極的に活用しながら周知していただきたい。

（事務局）

- ・ これまでも機会を捉えて周知を図ってきたところであるが、御指摘いただいた点について、積極的な県民への周知に努めていく。

（小沼議長）

- ・ 今後の会議は公開でよいか。

（事務局）

- ・ 公開での開催となる。

（菅間委員）

- ・ 県立病院の統合の件と、地域医療構想における医療圏ごとの病院の機能分化や急性期拠点病院の整備については、整合性をとりながら議論すべきと思う。
- ・ 栃木県全域で県立総合病院のメリットを県民が享受できるかは疑問である。建築費が高騰する中で、新病院整備にどれほどの費用がかかるのかを確認したうえで、議論を進めていただきたい。

（小沼議長）

- ・ これからの会議ではそういった点を踏まえて議論を進めていくことについて、本日の記者会見で話をさせていただいた。県民全員に役に立つ病院というのは難しいが、災害や新興感染症等に率先して対応できる病院が必要と考えている。

議題（7）その他

（依田委員）

- ・ 議題1のところで、青木委員から、在宅療養支援診療所の数がどうなのかという話があったが、近年、増えたといえば増えた印象である。どのように増えたかという点、一つの医療機関が自身で対応できる範囲で対応するというよりも、肩書きは診療所だが中身は複数の医師をアルバイトで雇って、昼夜を問わず医師を派遣して、一つの医療機関で数百人から数千人単位で対応しているというのが宇都宮の現状である。それがいいか悪いかというのはあるかとは思いますが、こうした医療機関が在宅療養を支えているという状況である。ここでいう「在宅」には介護施設も含めての「在宅」であるため、純粋に自宅等の元々居住している場所での医療提供になっておらず、このようなことが可能になっているという現実があり、適正な診療所数数がいくつかということは非常に難しいところである。
- ・ 特に宇都宮市内は過当競争になっており、新興的に新しく出てきた開業医の先生に順位

を奪われているような状況にあり、数だけでは評価ができないと思っている。

(小沼議長)

- ・都会では質の悪い在宅医療が流行ってきてしまった、という印象である。

(菅間委員)

- ・私もそのとおりだと思う。在宅医療といいながら、高齢者施設に対して効率の良い形で医療の質を問題としない、回数の増加だけを目的とした在宅診療所が、都会から入ってきて増えてきているというのが現状。そういう意味で、「訪問看護が増えたから在宅医療が増えた」というのは大きな多分間違いである。訪問看護と医療は一線を画すので、基本的には在宅における医療の質を下げながら、形式上の数が増えているという認識。
- ・また、最近は高齢者施設から軽度の患者がなかなか病院に来ないという現状がある。高齢者施設は、多くの場合、患者の家族を改めて呼び直して「病院に行ってください」という形になっているので、結局、最終的に対応できなくなって救急車を呼んで、高齢者施設から病院に運ばれるという形がかなり多くなってきている。その点を考えると、在宅医療の質を下げながら、形式上の数が増えており、大きな問題が今後さらに起きてくるような気もしている。こうした観点をきちんと入れながら、県の方でよく施策を検討して行ってほしい。特に、その中で高齢者施設と医療機関との連携がうまくできていないのが非常に問題だと思っている。

(大山委員)

- ・「高齢者施設」がひとくくりになっているが、社会福祉法人で運営する高齢者施設と特に有料老人ホームもしくはサービス付き高齢者住宅等で菅間委員が指摘するような状況が今、浮上ってきているというのが現実である。
- ・国もその点は令和8年度から調査に入るということを明言しているため、規制が少し厳しくなるとしている。現在は管轄が国交省等になっているため、規制が緩いといえれば緩い状況であるため、今後に期待はしたいと思う。
- ・特に、県民としては、「老人ホーム」といっても種別がたくさんあるため、わかりにくく選別しにくいというのが現実だと思う。このような点も含めて、県民にわかりやすい、理解を促進できるようなPRをしていくのも一つかなと思っている。

議事終了

以上