

令和 8 (2026) 年度第 1 回県東地域医療構想調整会議 並びに病院及び有床診療所会議結果報告書

- 1 日 時 令和 8 (2026) 年 8 月 19 日 (水) 午後 1 時 30 分から午後 2 時 50 分
- 2 場 所 栃木県庁芳賀庁舎 3 階 中会議室
- 3 目 的 令和 8 (2026) 年度第 1 回県東地域医療構想調整会議並びに病院及び有床診療所会議
- 4 出席者 委員 17 名、病院・有床診療所管理者等 4 名、事務局 11 名、傍聴者（県医師会事務局） 1 名 計 33 名

5 結果概要

<議題>

- (1) 今後の地域医療構想の進め方について【資料 1】
- (2) 構想区域の点検・見直しの要否について【資料 2】
- (3) 外来医療計画 8 期後期計画策定について【資料 3】
- (4) かかりつけ医機能について【資料 4】
- (5) その他
 - ・病床数適正化支援事業について【参考資料】
 - ・議題(1)について事務局から説明した。
 - ・議題(1)についての質疑応答・意見>

(趙議長)

2040 年までの進め方で、今回が第一フェーズで、2028 年までの三年間で体制構築である。どのようなスキームで、検討が進むかという流れを示していただいた。

(芳賀赤十字病院 本多委員)

p 20 に新たな地域医療構想の協議体制について在宅医療や外来医療について各協議会で決めると記載されている。現在、芳賀地区で行っている 1 市 4 町在宅医療・介護連携推進事業の意見は、栃木県の在宅医療推進協議会に反映させるスキームになっているか。

基本的に県東地区では、在宅医療介護との連携に関して在宅医療・介護連携推進の入退院支援マニュアルなど、良いものができている。その意見を反映する場がないと意見が漏れてしまう。

(医療政策課 水野主査)

栃木県在宅医療推進協議会は、県全体の協議会である。新たな地域医療構想の協議に向けて、どういう形で会議体を組んでいくか検討したい。最終的には栃木県の在宅医療推進協議会で決めるという事だけが決まっている。

(全国健康保険協会栃木支部長 宮崎委員)

p18 の病床機能報告の基本的な考え方は従来通りであり、引き続き病棟単位での報告となるということだった。今後データ等については病床数を見て、また今までの議論の中でも病床で管理したほうが、正確な数値が把握できると議論も進んできた。しかしここでまた病棟単位でというのは、整合性が取れていないように思うがいかがか。

(医療政策課 高山主任)

この病床機能報告については、これからも病棟単位で同じように集計していく。

今の流れとしては、入院の件数を個別に細分化してみるというより、医療機関機能報告が始まるように、病院全体でどういった機能になるかマクロ的な見方をしていくのがトレンドである。

一方で、個別の入院動態のデータの重要性ももちろん認識している。当課で今、進めているデータ分析事業の方は引き続き進めていく。今後は医療機関機能報告に基づくマクロ的なデータと、DPC やレセプトデータに基づくミクロなデータとを合わせて実情の見える化を進めていきながら、議論の参考にできるようなデータを示していく。

(趙議長)

p 3 の入院医療の病床数の話は、継続して話し合いしており煮詰まっている。結局何も進まない。一番大切なのは、区域ごとの医療機関機能の確保や医療機関の役割分担、病床整備

である。要するに病床数だけあっても有機的に使えないと意味がない。県東地域で、一番必要なものは、有機的な結合である。芳賀赤十字病院で 4000～4200 台救急車を受けても周りの病院さんが救急バッファにならないと疲弊してしまう。この有機的結合がないと、県東地域はもともと医療インフラないところなのですぐ壊れてしまう。芳賀赤十字病院がバンクして福田記念病院、真岡病院、芳賀中央病院が機能しなくなったらどうになってしまうか。

病床機能の有機的な確保の病病連携、病診連携の話し合いを今年度 3 回予定されている中で行いたい。本日、医師会の理事会で提案するつもりで、今後この会議に吸い上げたい。話を上げていかないとこの話が終わってしまう。

p 4 の入院医療に災害医療対応とある。先日的大雨で、千葉大学病院は少し高台にあり坂を上がっていく地形なのに被害にあった。一方、芳賀赤十字病院は田んぼの中にある。もし同じく線状降水帯の被害にあったら、福田記念病院は大丈夫であろうが、芳賀赤十字病院や真岡病院は低地にある。災害の発生時に病院が基点にならなくてはならないので、水害・災害から守られるように話し合ってほしい。止水板や排水ポンプの整備など、公的支援が絶対必要である。

(芳賀赤十字病院 本多委員)

当院は災害拠点病院に指定されており、災害拠点病院の責任として、千年に一度の災害マップに準じた防水対策をしなければいけない。赤十字病院を建築した時には百年に一度の防災マップだったので、それに対応するようにかさ上げをして建築した。その後、2015 年に千年に一度の災害マップが出された。建てたときの基準からすると、予定していた位置よりも若干水かさが高くなるとされた。

それに合わせて対策を行い、この前、止水板を十分に活用して災害訓練を実施した。芳賀赤十字病院は免震構造になっており免震層が地下 1 階だが、免震層に水が入らない対策を取らなくてはならない。燃料を屋上の 6 階に上げるポンプがあるので、免震層に対しての止水板を購入し、水が入らないよう対策をしている。機能すると考えているが、実際にやってみなければわからないところもある。今のところ千年に一度の水害には対応できる状況であり、ご安心いただきたい。

城壁みたいに張り巡らせるのが本来は一番確かである。しかし実施設計までに 7000 万円・建築で数億円と費用がかかり、財力的に難しいので、今のところは止水板等を活用した運用という形である。

・議題(2)について事務局から説明した。
<議題(2)についての質疑応答・意見>

(芳賀赤十字病院 本多委員)

病棟機能、病床機能と病院機能について質問する。これまで分析されてきた病床機能に関して、基本的に回復期と今まで言われていて今後は新しく包括期になる部分の病床が、県東地区においては 40 床と病床機能報告で報告されている。これは芳賀赤十字病院にある回復期リハビリテーション病床がそのまま反映されているのみである。

基本的にこれまで急性期に割り当てられていた、地域包括ケア病棟とか、この地区にはないが地域包括医療病棟と言われているある意味では高齢者救急を担っている単位の部分が、包括期機能として割り当てられる。今後、包括期領域の病床数が、今まで急性期と報告していた部分にある程度食い込んで報告されるので、今までより実態を捉えた報告結果になるのではないかと。今後の動きを見ながら、議論していく必要がある。

どの領域を高齢者救急として扱うかの統計データを示して欲しい。この地区の高齢者救急に当たる割合がわかれば 5 病院の中で、患者の割り当て等を具体的に検討できるのではないかと。要するに具体的には、尿路疾患、誤嚥性肺炎に関しては、高齢者救急にあたるので、例えば芳賀赤十字でなくても、菊池病院は精神科ですから、残りの 3 病院の中で対応出来ないかという議論を今後具体的にしていけるのではないかと。

(医療政策課 高山主任)

高齢者救急と言われているものの整理は今後必要だというふうに認識している。ただ高齢者救急とは何を指すか国から明確な定義がされていない。単純に高齢者が救急で運ばれてきたら全部が高齢者救急では当然なく、高齢者が罹患しやすい一般的な疾患・容体を整理していかなければならない。例えば DPC データ等から何を高齢者救急と定義付けて、どう集計していくかを内部で今後検討させていただき、示していきたい。

(芳賀赤十字病院 本多委員)

施設からの救急に関してだが、二次救急に直接運ばれてくることも多々ある。今後、施設からの救急に関しては施設の対応病院があるので、そちらにまず一旦かかってから、さらに上り搬送が必要だと判断された場合に、送り出すという体制を具体的に作っていく必要がある。その辺含めて今後議論していきたい。

(福田記念病院 福田委員)

高齢者救急について定義がまだきちんと出来ていないという事だが、おそらく高齢者で肺炎だからと言っても違う疾患の可能性もあるので、国でも仕切りを付けにくいのではないかな。明確な判断基準ができないと一番困るのは消防の人である。いずれにしても、救急車の搬送の受け入れ数で補助金が出たり等、色々な制度の改訂が始まっている。

県東地域としては、芳賀赤十字病院が拠点病院であり、病院数が少ないからわかりやすい構図で、非常に連携も判断もしやすい。他の地域は二次救急、三次救急が複数ある地域もあり、大きい病院に救急車の大半が向かうという話題が出ている。二年後の診療報酬改定までにどう変更するか、全日本病院協会では、急性期一般入院料というのが無くなるのではないかとこの話もあり大反対していた。その後、一応今回残っているのも、もしかするとその急性期一般入院料が名称を変更し高齢者救急になるのではないかと、推測している。

(趙議長)

上り搬送の話が出たが、全部、芳賀赤十字病院に集中すると崩壊してしまうので、例えば高齢者で誤嚥性肺炎や尿路感染、脱水というときには、例えば、福田記念病院・真岡病院・芳賀中央病院へ一旦送って診ていただいて、問題がある場合には上り搬送していただく。そのスキームがもし出来たとすると、福田先生のところはいかがか。

(福田記念病院 福田委員)

当院については対応十分にできると思う。

(芳賀赤十字病院 本多委員)

スキームが、この医療圏の中で作れば良い。作りやすい医療圏だと思うし、ある意味ではモデル地区にもなれると思う。

そのためには、3病院と連携してルールを作った上で、それを広域救急の方に流していく形が良い。

出来れば大阪のように一箇所に集めて、その患者さんの状態を把握して、電話上でトリージで振り分けるコーディネートセンターが、この地域でだけでもあると、広域救急が楽かと思うが、それはまた別の機会に検討したい。

議長の趙先生がおっしゃる通り、上り搬送の具体的なスキームに関して、今後議論していきたい。

(趙議長)

今日、医師会理事会もありますので検討していきたい。

事務局から説明があった通り、医療圏の変更はすごく難しい。もともと県東は宇都宮と同医療圏だったが、宇都宮に戻すことは非現実的である。県南と同医療圏にするには、広すぎて、県東地区の住民の方から大不満が出るだろう。医療圏変更は不満が出てしまうし、県東地区の培ってきた医療スキームも拒まれてしまうと思うので、2040年までは見直しは必要ではないという方向性で皆様よろしいか。『2040年までは見直しは必要ではない』で決を採らせていただく。

ただし見直さないというのは、そのままでいいというわけではなく、スキームの見直しは必須である。今は開業医が在宅医療やっているが、中規模の病院にも在宅支援病院として機能していただかないと、とても2040年まで乗り切れない。病病連携、病診連携、在宅医療の話し合いも進めていただきたい。

・議題(3)について事務局から説明した。

<議題(3)についての質疑応答・意見>

事務局案のとおり承認された。

・議題(4)について事務局から説明した。

<議題(4)についての質疑応答・意見>

（芳賀赤十字病院 本多委員）

かかりつけ医機能は、開業医の先生方を主体とした話だと思っていたが、特定機能病院を除くすべての病院がこの結果の中に含まれる法律である。ここに出てきている、かかりつけ医で充足しているか、していないかを見た時に、芳賀赤十字病院みたいな病院のデータもすべて含まれる形になってしまう。

実際に開業医の中でどの領域のかかりつけ医機能が不足かわからないのではないか。

芳賀赤十字病院は、この地域の紹介受診重点医療機関である。かかりつけ医という機能と、紹介受診重点医療機関という機能が、ある意味相反するものだが、政策医療としてどう考えたら良いか。

（医療政策課 水野主査）

御指摘いただいた通り、現在の回答施設は、いろんな機能を持っている施設が重複して回答している。今回集計の際には省いたが高齢者施設・企業内診療所等も、この報告の対象である。

病院と診療所につきましては、役割が違うことは認識している。今回結果の報告をしたが、今後は分析を進め、分けて考えていきたい。

（芳賀赤十字病院 本多委員）

特殊な疾患に関しては、かかりつけ医機能として一般開業医が見づらい部分はある。血液疾患等、特殊な疾患に関しては、芳賀赤十字病院に血液の専門家がいるので、その部分がかかりつけ医という位置づけになるのは当然である。その辺の切り分けをどのように見える化するのかは難しいが検討いただきたい。

（趙議長）

かかりつけ医療報告だが、病院が提出するのは大変労力がかかる。例えば工場等でISO9001 取得など認証のお墨付きがもらえるが、この報告は報告のみである。だから報告率が6割で、残り4割は最初から非回答だ。お金でなく、認証という言葉で良いので対価を与えた方が良い。これは県の方にも考えていただきたい。