

令和 7（2025）年度第 1 回栃木県地域医療構想調整会議 議事録

1 日 時：令和 7（2025）年 8 月 5 日（火）17 時 30 分から 19 時 00 分

2 場 所：栃木県庁本館 6 階大会議室 2、オンライン（zoom）

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）令和 6（2024）年度地域医療介護総合確保基金事業の事後評価（案）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》

（佐田委員）

- ・ 資料 1 の 10 ページを見ると、令和 5 年から令和 6 年にかけて、県内の病院に勤務する医師数が 50 人減っているが、これは何か理由があるのか

（事務局）

- ・ 長期間で見ると、この年だけではなく、多少の減少があった年もあるが、令和 5 年から令和 6 年にかけての減少についてのみの詳細な理由については、回答を持ち合わせていない

（佐田委員）

- ・ 資料 1 の 6 ページを見ると、着実に増えてきているが、令和 5 年からの 1 年間で急に減っているなので、要因を検討いただきたい

議題（2）地域医療構想の進め方について

議題（3）各構想区域における在宅医療等に係る意見交換の結果について

（事務局：医療政策課） 資料 2－1、資料 2－2、資料 3 に基づき説明。

《質問、意見等》

＜新たな地域医療構想について＞

（本多委員）

- ・ 現状、回復期機能を示す内容が診療報酬で示す内容とずれている可能性がある
- ・ 病床機能報告では、各病院が自主的に病床機能を選択し、各病院の認識のもとで報告されることは承知しているが、地域包括ケア病棟についても、全て急性期として報告されているケースもあり、矛盾を感じる
- ・ 新たな地域医療構想における包括期機能については、これらの矛盾を解消するために導入されるものと感じているが、今後の病床機能報告でもこの辺を明確にしてもらえるとありがたい

（事務局）

- ・ 今後、国からガイドラインが示されるため、その内容も踏まえ、関係者の皆様に対し、分かりやすい病床機能報告のやり方などを整理した上で、報告をお願いしていきたい

(菅間委員)

- ・ 回復期の定義については、診療報酬の区分の中で、具体的にどのようなものを県として考えているかきちんと示して欲しい
- ・ 新たな地域医療構想のスケジュールについては、ガイドラインという話もあるが、国会において医療法の改正が見送られている中で、ガイドラインの発出も含め、スケジュールがどうなるか分からないところもあるので、もしガイドラインが予定どおり出てこなかったら、県はどうするのかということは考えておく必要がある
- ・ 現状として、医療機関の経営がかなり悪化しており、民間の医療機関を中心に経営破綻が危惧される中、ガイドラインが来てから考えるということではなく、国からの動きを待つのではなく、何か県として考えていることはないのか。

(事務局)

- ・ ガイドラインについては、予定どおり今年度中に発出されると聞いている
- ・ 本県では、病床機能報告とは別の視点で、診療報酬上の区分で各病院がどのような病床機能を有しているかを把握する取組をしてきた
- ・ 結果として、大学病院ですら、様々な患者が入院しており、慢性期の患者もいる一方で、回復期リハビリテーション病院は高度急性期並みの点数を取っているところが多いことも確認できた
- ・ 新たな地域医療構想において、どのような方向に誘導していき、そのためにどのような支援策を講じるかという部分は、国の動きも踏まえていく必要があるので、ガイドラインを確認しながら進めていくということを申し上げている
- ・ 病床区分における実態との乖離については、どのような区分の仕方が現状を示しつつ、次の方向に向けて効果的なものとなるかは、今後考えていきたいが、現段階でこのようにするといった考えを持ち合わせていないため、国の動向も踏まえて検討していきたい
- ・ 病床機能報告のような定性的なものだけでなく、定量的なもの、地域に必要な医療機能を併せて議論していくことが、次の地域医療構想と考えている

(菅間委員)

- ・ それぞれの地域の医療提供体制が大きく崩れる可能性もあることも踏まえながら、国の言うことを待たないと動けないということではなく、対応を考えていただきたい
- ・ 例えば、精神科の病床については、国で削減する動きもあるが、先行して県内の精神科の病床数が動き出しているという事実もあるではないか
- ・ これらも踏まえ、予測を立てながら進めていく必要があると思うが、そこに関しては、県全体の医療提供体制を総括する県あるいは医師会できちんと予測してもらわないと、色々な意味で、行政の指導に従って対応することが不安になってしまう

(小沼議長)

- ・ 医師会には権限がないので、県の方針に従ってやるしかない
- ・ ただ、各地域の会議に出て感じるのは、基幹病院である大学病院までが、病床の返還

をしており、感染症が起こった際に、どうするのかということなどについては、医師会としても注視していこうと思う

<在宅医療、医療と介護の連携に関する意見交換>

(依田委員)

- ・ 過疎地と宇都宮では在宅医療を提供する医療機関の数はかなり違う
- ・ 医師が少なく、在宅医療の提供が厳しい地域において、新規で開設する医療機関に補助をしても、若手の先生は、自分の家族のことも含めて開業する場所を選ぶので、お金だけでは解決できない部分もある
- ・ 現行の枠組みは、大都市を中心に考えられた在宅医療のシステムになっていると感じており、人手がいない地域にフルパッケージの在宅医療のシステムを持ち込むことは無理があるので、全てのサービスの提供はできないが、ここまでなら在宅医療の提供できるという医療機関を認めていくなど、現実的にできることを考えないと厳しいと個人的には思う
- ・ 医療と介護の連携に関し、昔からよく言われてるのが、医師とケアマネジャーの連携であるが、元の職種が医師や看護師のケアマネジャーは、医療を経験しているので、医師とコミュニケーションが取りやすく、病状説明や今後のプランに関しても、一緒に先を考えることができると思う
- ・ このため、ケアマネジャーという1つの枠ではなく、ケアマネジャーの元の職種に着目して、以前医療関係者であった方を中心にどのように医師とコミュニケーションを取っていけばよいかを、例えばワーキンググループのようなところで検討していったほうがいいのではないか
- ・ ケアマネジャーの方にも、少し医療の勉強もしていただかないと、トラブルが発生すると思うので、このようなところの枠組みを別途考えていかないといけない
- ・ 在宅医療を提供する医療機関や訪問看護ステーションについては、県全体で見ると、充足しているように見えがちなので、例えば、宇都宮市を除くとこれくらいしか在宅医療が提供されていないなど、一般の方に対して、地域によっては在宅医療が足りていないということを示す必要があり、その辺りの見せ方も県のほうで検討して欲しい

(大山委員)

- ・ まず特養の現状についてだが、医療法上の位置づけは「居宅」であり、終の棲家として在宅に近い環境で常時介護が必要な方を支援する生活施設であるが、その稼働率は低下傾向にある
- ・ 稼働率が9割を下回ると赤字経営となり、医療機関と同様、特養も6割が赤字経営となっていることは御認識いただきたい
- ・ 課題としては、特養は生活施設であるが、病歴のある高齢者もいることから、医療ニーズが増大してきていることや看取りケアに関して、医療との連携、嘱託配置医師の関係、入所者家族の心境の変化などで最後まで看取りに持っていくことが難しい施設であることが挙げられる

- ・ 福祉施設の医療体制については、例として、50 床の特養の人員体制を挙げると、配置医師 1 名が週 1 回 2 時間程度勤務し、緊急時は配置医師の診療所で対応、看護師は日中勤務で、介護福祉士が夜勤で入り、協力医療機関 1 カ所と契約をしているという体制である
- ・ 医療機関との連携・情報共有については、緊急時の対応の適切な実施、過剰な措置を行わない看取りケア、認知症のある人への適切な支援や行動・心理症状の予防及び早期対応、オンライン診療・相談の推進が必要
- ・ 課題への対応に当たっては、地域格差と時間軸として早急に対応しなければならないこと、時間をかけなくてはいけないことに分けて考え、その対策は、地域性や社会資源に応じた効率的なものにどう再編していくかを求めているといかないといけない
- ・ 介護の視点から 3 つお伝えしたいことがある。1 つ目は、特養は緊急を要する場合や医療的措置が必要となった場合に速やかに対応できる機能を備えているため、地域医療構想の中で、居宅等とは異なる位置づけを検討すべきであること
- ・ 2 つ目は、配置医師のあり方、機能・役割について地域医療構想に位置づける必要があること
- ・ 3 つ目は、緊急時や夜間を含めたオンライン診療などを含めた、特養等利用者の医療アクセスの向上が必要であるということ

(小松原委員)

- ・ 老健施設は、入院するほどではないが、家庭では十分なケアのできない要介護者に対して、医学的管理等を中心としたサービスを提供し、在宅復帰のためのリハビリを提供する施設であり、特養との大きな違いは、常勤医がいるということ
- ・ 老健施設も一枚岩ではなく、介護報酬上 5 つの類型に分かれ、在宅復帰率に力を入れている回転率の高い施設や、回転率が低く特養に準ずるような施設まで様々ある
- ・ そのような中で、栃木県内において、超強化型の老健施設がかなり少ないということが問題と感じており、在宅復帰にかなり力を入れている施設でも、超強化型に位置していない施設がある
- ・ 栃木県における地域包括ケアシステムにおいて、老健施設が存在感を示せていないのは、老健側の問題もあると思うが、医療機関の先生方から老健に期待するものをメッセージとしていただければ、理事会に持ち帰らせていただき、私のほうから発信したいと思う
- ・ また、病院から老健施設の空床状況が分かればというお話をいただいております、老健協会のホームページから空床状況を確認できる機能が追加されたが、老健施設側からの情報のアップデートの方法が周知されておらず、事実上機能していない
- ・ 個人としては、ホームページではなく、他のフォーマットを提案したが、予算の関係や各理事の認識の違いもあり、現状はそのような運用になっている

(小沼議長)

- ・ 医師会でも相談して、後ほど、依田先生から老健はどうあるべきかという話が行くと思うので、よろしく願いたい

(青木委員)

- ・ 親の介護などが現実的になり、周囲の話も聞くと、家で最期を迎えられることは理想的であっても、実現するハードルの高さを身に染みて感じている
- ・ おそらく、在宅ケアで看取りまでできる人は、ごく限られた方なのではないかと思っており、頼りにできる家族がいる、家族関係が良い方に限定されると思う
- ・ 70 代の腰の曲がった方で、100 歳近い母親を在宅で介護している方とお話をしたが、何とか施設に入れてもらうことができたという話を聞き、現実的には、老老介護というものを見ると、最後は施設にお世話になることを望む人が増えてくるのではないかと思った
- ・ 在宅医療、在宅ケアのハードルが高くなっていく中で、特に心配していることが2つあり、1つは、人口減少地域での在宅医療の提供体制をどうするのかということで、移動距離が長いとどうしても在宅医療の提供が難しく、訪問看護、訪問介護も苦勞すると聞く
- ・ もう1つは、単身世帯へのアプローチも考えなければならないということで、そのような方は、どこかの施設にお世話になる方が多いと思うので、そこでの医療と介護の連携ができるかどうかということが課題になると思う

(菅間委員)

- ・ 特養も老健も入所者が減り、施設が増えてない中で、国交省管轄のサ高住で亡くなる高齢者が増えている
- ・ このような現実も踏まえて、2040 年までに医療と介護の連携の体制をスムーズに構築していくことが、極めて重要だと思う
- ・ 私どもは、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、ショートステイ、通所リハビリステーション、訪問看護、在宅支援診療所、居宅介護支援事業を持っており、都会であれば、きちんと機能分化すべきという話になるが、医療圏が広いので、ある程度病院や介護施設を中心としたコンパクトシティ的な考えも必要だと思っている
- ・ 特養とも連携しているが、一部の施設では、医師も看護師もいるが、いくら患者を帰しても、次の日にまた問題があって、救急車を回すようなところもあり、そこに関しては、特養の体制の問題として、対応を考えていただきたい
- ・ 今後考えないといけないことは、高齢者住宅について、国交省と厚労省がきちんと連携しながら、常に医療とつなぐ仕組みを構築すること
- ・ 医療と介護をつなぐ役割は、ケアマネジャーが担うべきだと考えている
- ・ 県全体として、ケアマネジャーの医療と介護をつなぐ連携プログラムなどを広げて、医療機関と介護施設の連携だけでなく、サ高住など様々な高齢者住宅ともつなぐことも含めて、システムとして構築できるといい

(本多委員)

- ・ 平成の頃から医師会と各市町で取り組む在宅医療介護連携推進事業において、入退院支援マニュアルの作成や介護連携施設から医療機関への連携シートの活用をしている医療圏がある

- ・ 大半の医療圏は残念なことに、この事業が中断してしまっていて、やられていないということだが、非常に真面目にやっているところもあり、県東医療圏はずっと続けている
- ・ 年数回、病院をはじめとした関係者が集まって協議をした上で、マニュアルを作成しており、病院から在宅に行くときはどこに連絡をして、逆の場合はどこに連絡をするなど細かな決まりまで作っているの、ぜひ県で吸い上げていただき、今後の地域医療構想に生かしていただきたい

(事務局)

- ・ 2040 年を見据えた地域医療構想を考えていく上で、在宅医療や医療と介護の連携にスポットライトが当てられているが、地域ごとの課題や目指すべき方向性の違い、現状として上手くいっている取組などもあるので、今後の地域医療構想を取りまとめるに当たっては、まずはそれらを整理していきたいと思う
- ・ 医療と介護との連携については、県としても、ケアマネジャーとの連携に向けた研修をやっているところではあるが、今後、各地域で整理していく目指すべき方向性、県全体の方向性に沿って、どのように事業を展開していくかは、高齢対策課とも一緒に考えていきたい

議題（４）栃木県救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会における検討結果について

(事務局：医療政策課) 資料４に基づき説明。

《質問、意見等》

(依田委員)

- ・ 資料４の 22 ページ目の表の一番下に「(11) 救急医療に関わる医師及び看護師の確保・育成・定着の取組強化」が具体的な取組として記載されているが、取組主体に看護協会が入っていないのは、どうかと思う。是非、入れていただかないと、提言書としては不十分かなと思うので、検討いただきたい
- ・ ACP については、医師が中心にならないといけないということについてだが、医師は症状を聞かれたら説明はするが、ACP は医師が中心となる集まりではないにも関わらず、ACP を決めるに当たり、医師も参加しなければならないという風潮になりがちではないか
- ・ ACP の策定は、30 分や 1 時間で終わるものではないし、何ヶ月もかかる人もいる中で、あくまで医師は何か聞かれたときに説明するというような表現を変えないと、特に救急の先生方に多大なご迷惑をおかけするのではないか
- ・ まるで、救急指定病院に行ったら、ACP はその救急担当医がやらないといけないかのような捉え方をされるのは、そもそも違うのかなと思う
- ・ ACP は生き方を決めるものであるが、死に方を決めるものになっている感じがしており、そもそも残りの人生をどう楽しく生きていくかという中の 1 つとして、医療や介護はどうしたいかというものがあるだけだと思うので、それらを踏まえて、取組の方法を変えていかないといけないし、死ぬための ACP を作りましょうというやり方は、発想自体が間違っているのではないかといつも思う

- ・ このため、これは医師会が取り組むべきではなくて、一般の方々が日常的に人生の中において、家族などと相談するものであり、その辺の取組の方向性はもう少し考えていただきたい

議題（５）病床数適正化支援事業について

（事務局：医療政策課） 資料５に基づき説明。

《質問、意見等》

（菅間委員）

- ・ 民間病院ではかなり悲鳴を上げているところもあり、病院を閉鎖する前提ではこの給付金は使えないと思うが、可能な限り、民間病院にもアナウンスをきちんとしていただきながら事業を進めて欲しい
- ・ 大学病院などでは、ある意味では社会的な必要性もあって、税金を投入して増えてきた病床もあり、その税金で作った病床を、更に税金を使って減らすということに違和感があるが、この事業に関しての何か制限はあるのか

（事務局）

- ・ 病床を削減した後に、10 年間は増床できないという要件はある

（菅間委員）

- ・ 例えば、50 床、100 床削減して、2 億円、4 億円が特定の医療機関に流れるのはどうなのかなと民間病院としては感じた。

議題（６）その他

《質問、意見等 特になし》

議事終了

以上