

令和 6（2024）年度第 3 回県南地域医療構想調整会議

令和 6（2024）年度第 3 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 3 月 10 日（月）19 時 00 分から 20 時 45 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 25 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 26 機関、
小沼地域医療構想アドバイザー、事務局
傍聴者：なし

4 議 事

議題

（1）各構想区域における救急医療に係る意見交換の結果について【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）

前回のまとめ。本日の議題 3「在宅医療について」と関連し、高齢者の救急対応の課題がある。追加等ご意見があればお願いしたい。

《意見等なし》

（2）外来医療機能の明確化・連携について【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）

現在、紹介受診重点医療機関となっている獨協医科大学病院、自治医科大学附属病院、とちぎメディカルセンターしもつが、新小山市市民病院の 4 病院が、紹介受診重点医療機関となる意向を示している。

いずれの医療機関も、紹介受診重点外来の基準のうち「再診の 25%以上」を満たしていないものの、「紹介率 50%以上かつ逆紹介率 40%以上」の水準を満たす場合に該当する。この会議で決をとる必要があるが、何かご質問があればお伺いしたい。

《質問等なし》

（川島議長）

それでは、4 病院を、紹介受診重点外来医療機関とすることとしてよろしいか。

《異議なし。承認》

（川島議長）

議決とは別の話だが、資料 3 ページの小山整形外科内科の再診外来患者延べ数について事務局に確認をしていただきたい。年間 87 人とあり、他と桁が違うようだ。

（小山整形外科内科 石橋事務長）

当院は、入院施設をメインとしている。入院前後の外来は隣接の小山整形外科内科クリニックで受けているものが多く、小山整形外科内科での再診は、この数字になる。

（川島議長）

了解した。

外来は、クリニックで受けているということだが、2 つの医療機関で一体として機能し

ていると考えると、外来指数としては正確には反映されないとも考えられる。全国の統計資料になるものであり、取扱いに疑問だが、いかがか。

(事務局 医療政策課)

記載につき事務局で確認する。

※ 後日、病床・外来機能報告事務局に確認したところ「医療機関単体の実績を回答することを求めている、連携している他医療機関との一体的な実態を把握することを想定しているものではない」との回答あり。このため、今回報告のとおりで問題ない。

(3) 在宅医療について（意見交換） 【資料3-1、3-2、3-3】

(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)

資料3の1では在宅医療に関する現状やリソースの分布、ニーズについて、資料3の2では医療・介護の現場で連携している人たちが感じている課題について説明があった。

これまでの調整会議では、中央主導での情報提供が多かったが、現在行っているのは、新たな地域医療構想に向けて、現場の意見を反映させるための意見交換である。特に、資料3の1には現れない現場の声を聞きたい。

資料3の2の7ページにある「在宅医療・介護連携の4つの場面の連携推進」が中心になると考えられるが、まずは診療所と入院医療機関の連携について、今後取り入れるべきことについて関係者からご意見を聞きたい。

(小山地区医師会 浅井委員)

小児科として関わるのは主に医療的ケア児の対応。患児数は少なく、限られた医師で対応しているが、近年医療的ケア児は増加傾向にある。最近では医療的ケア児も学校に通い、人工呼吸器を使って生活しているため、学校との連携が重要と考えている。

(川島議長)

診療所が在宅医療で最も困るのは、急変時に入院先を確保できるかどうか。栃木市では、例えばとちぎメディカルセンターとちのきと契約を結び、急変時に必ず受け入れてもらえる仕組みを整えている。ただし、満床で受け入れ不可になることもあり、今後は入院医療機関同士の連携や空床確保なども含め診療所と入院医療機関との連携の課題と考える。

また、退院時に在宅や施設へ移行する際については、入院医療機関と在宅支援診療所や訪問看護、ケアマネジャーとの連携が重要であり、退院前カンファレンスが必要になる。特に自宅に戻る場合、訪問看護師が中心となって調整を行っている。そこで看護協会のご意見も伺いたい。

(看護協会栃木地区支部 福田委員)

訪問看護の現場では、利用者が減少している。家族の事情などで、終末期を医療機関で迎えるケースが増え、在宅看取りの選択が難しくなっている。本人や家族の意思が十分汲み取られているか注意して聞いてはいるが、家族構成などの問題から、療養型施設が優先される場面も多い。

(看護協会小山地区支部 青木委員)

栃木支部と同様に、家族の介護力不足が退院後の行き先を左右するケースが多い。また、

訪問看護ステーションのサービス内容が十分に伝わっておらず、利用を見送られることがあるのが課題。

(川島議長)

資料3の1の6ページ「終末期における医療・ケアに関する意識調査・死亡場所」では、自宅での死亡率がわずかに増加しているが、依然として病院死が多数を占めている。退院時に「自宅は無理」と判断される背景には、医師の意識や家族の介護力不足、老老・独居世帯などの事情がある。資料には表れないこうした実情も踏まえ、改善策も今後議論していけるとよい。

(とちぎケアマネジャー協会 久保田委員)

入院によってADL（日常生活動作）が低下し、在宅復帰が難しくなるケースが増えている。在宅看取りには家族や環境の条件の影響も大きい。独居での看取りも一部あるが少数。介護側には医療的ケアへの不安もあり、自宅での対応に消極的な傾向がある。サ高住などの施設を活用した在宅療養も一定数見られる。

(川島議長)

自宅への退院は家族の負担が大きく、介護・訪問看護のサービスすべてを十分に使えるわけではない。そのため、施設への移行を希望するケースが増えており、入院医療機関と施設との連携も重要になっている。老人保健施設協会の意見も聞きたい。

(栃木県老人保健施設協会 小松原委員)

医療的な問題を抱え、自宅に戻るのが難しい高齢者が多く老健施設に入所しているが、施設によっては在宅復帰率が50%と高いところもある。在宅看取りに関しては、医療面よりも介護面の課題が大きいと感じており、特にゴールの見えない期間を支えるのは主に介護の力というのが現場の実感である。

(川島議長)

急性期病院から直接在宅に戻れない、かつ医療的ケアが必要な患者の受け皿として、療養病棟や老健施設が重要になっている。老健側としてその受け入れをどのように考えているか。

(栃木県老人保健施設協会 小松原委員)

個々の事情で、退院先は変わる。ACP（人生会議）は、外来や急性期病院では時間的に実施が難しく、現実的には主治医の裁量で退院先が決まることが多いと思う。老健では実施しているが、時間と労力がかかるため、医療機関での実施には診療報酬上のインセンティブが必要だと考えられる。

(川島議長)

入退院調整やバックカンファレンスについても意見を伺いたい。在宅支援病院を担っている西方病院はいかがか。

(西方病院 細野看護部長)

西方病院では、介護施設と定期的に情報交換を行っており、地域連携室のMSW（医療ソーシャルワーカー）や看護師が在宅支援に関わっている。現在、訪問看護は休止中で在宅支援に制限があるが、ある程度時間を確保し、ACPは比較的实施できている。ただし、家族の介護力や救急対応の限界など課題は多く、2040年に向けて今後の方向性を明確に

する必要があると感じている。

(川島議長)

次に、入院、医療機関同士が連携していく上での課題について伺う。

入院医療機関同士の連携課題として、後方支援体制や在宅患者の受け入れ先病院の空きベッドの確保が挙げられる。たとえば、誤嚥などでの救急搬送患者が、安定後別の病院に移ることでベッドが空き、再び救急受け入れが可能になるといった連携もある。とちぎメディカルセンターとちのきにおける、他病院との連携やベッド調整の考えを伺いたい。

(とちぎメディカルセンターとちのき 成田院長)

看取り中心の入院を希望する家族が多い一方で、急性期治療を希望するケースもあり、後方支援病院としては対応可能な医療機関を探す必要がある。しかし、紹介先の確保には30分～1時間半かかることもあり、手間が大きい。月に2～5人程度の対応で業務に支障はないが、負担は感じている。

(とちぎメディカルセンター 森田委員)

しもつがも在宅医療支援の後方支援病院として機能しており、とちのきで対応できない場合はしもつがもが受け入れることもある。柔軟に対応している。

(川島議長)

新小山市民病院も在宅医療支援病院だが、いかがか。

(新小山市民病院 島田委員)

当初は診療報酬も踏まえて、在宅療養後方支援病院に手を挙げたが、実際の運用は想定と異なると感じている。病院には「なりたい」「なれる」「なるべき」という3つの立場がある。自院は急性期拠点病院としての役割を意識しているが、現実には高齢者の誤嚥性肺炎や尿路感染など、介護力不足による入院が増加している。現在はコロナ禍と同様に病床が逼迫しており、地域間で患者の移動も発生している。今後さらに高齢者が増える中で、医療体制の見直しが急務であり、現場としては「何とかしてほしい」というのが率直な思いである。

(川島議長)

島田先生の「何とかしてほしい」という発言は、急性期病院として患者を受け入れる責任がある一方で、退院・転院先の確保が困難であるという現状を指している。これは多くの急性期病院に共通する課題であり、在宅支援のための後方支援だけでなく、後方支援病院自体も大きな問題を抱えていることが今日の議論から明らかになった。続いて、大学病院の立場からいかがか。

(自治医科大学附属病院 川合委員)

現在、病床の稼働率が高くなっている。さらに、国の方針として急性期病床は将来的に減らす方向。病院経営も厳しく、病床削減には補助金が出るなど政策誘導が進んでいる。

現場で緩和ケア後に在宅へ移行する際、今の病床の状況だと、かかりつけ以外の患者の受け入れは難しい状況。急変時に備えた後方支援病院の当番制度の必要性を感じる。

入院数を減らすには、ACPの導入や、ワンコネなどの情報ツールを利用した情報共有の強化が重要。入院後も、下り搬送やACPに係る診療報酬などの制度を活用し、地域の実情に合わせた対応が必要と考える。

(獨協医科大学病院 麻生委員)

とちのき病院からの入院紹介が多く、後方支援病院からの患者受け入れも行っている。現在、冬の影響もありベッド稼働率は高く、超急性期病院として在院日数の短縮に努めているが、慢性期病院への転院がスムーズに進まないことが課題。

そのため、「ダック（獨協アライアンスクリニックアンドホスピタル）」と名付け、超急性期・急性期・慢性期の医療機関同士で年1～2回の顔の見える連携を行い、紹介体制の強化を図っている。こうした連携は今後も重要と考えている。

(川島議長)

在宅医療を行っていても、急性期・慢性期を問わず病院との連携が不可欠である。病床数が減少する中で、安定的に後方支援病院を確保することが課題となっている。その中で、老健施設などが看取りまで対応されるケースもあり、今後はそうした対応を増やしていく必要があるかと思う。

医療職種間の連携に加え、多職種連携の重要性も高まっている。特に、訪問看護師や在宅医に加えて、薬剤師や歯科医師の関与も重要であり、意見を求めたい。

(小山薬剤師会 伊沢委員)

地域薬剤師会では、慢性期や終末期の患者を多く担当しており、訪問診療が盛んな地域では訪問薬剤管理指導も多い。緩和ケアでは、病院から薬局に直接連絡が入り、麻薬など入手困難な薬の調整を行うなど、連携が進んでいる。

また、下野市での多職種連携研修会では、施設の看護師が薬の管理や配薬・与薬の負担を抱える現状が共有され、薬剤師の介入も可能な部分もあることをお伝えした。

さらに、MC S（メディカルケアステーション。非公開型SNS型ツール）などの多職種連携のツールを活用することで、訪問診療医や看護師との連携強化が期待できるとも考えている。

(小山歯科医師会 大友委員)

介護者の多くが歯科治療を必要としているが、実際に受けているのは約3割にとどまり、訪問看護や介護職が口腔内の状態に気づくことが重要である。介護保険の改定により「口腔連携強化加算」が新設され、歯科との連携が評価される仕組みができたので、今後の動向に期待している。

(川島議長)

多職種連携のキーパーソンとしては、行政や特にケアマネジャーが多職種連携の中心になると思われる。ケアマネジャー協会の方から、ご意見をいただきたい。

(とちぎケアマネジャー協会 久保田委員)

ケアマネジャーは多くの人とつながる必要があるから、地域ごとに多職種で集まって顔の見える関係づくりに取り組んでいる。ケアマネだと意見も言いやすく連携もしやすい。協会としても研修会や、医療職との意見交換、MC Sの活用も進めている。一方で、忙しい人も多く、研修会や事例検討会の頻繁な実施が難しい地域もあるのが現状。

(川島議長)

ケアマネジャーの中には、医療に強い人や介護制度に詳しい人など、それぞれ得意分野がある印象を受けている。在宅では、医療が必要なケースもあれば、例えば老老介護のよ

うな医療以外の支援が中心となるケースもある。在宅医療の観点から見て、ケアマネジャーの対応の違いについて、どのように捉えているかを伺いたい。

(とちぎケアマネジャー協会 久保田委員)

ケアマネジャーは基礎資格がそれぞれ異なり、看護師など医療系出身の人は在宅医療との連携を得意とする傾向がある。一方で、福祉職出身の人は医療ニーズの高い利用者への支援に苦手意識を持つことがある。現在は医療知識の研修を通じてスキルアップを図り、医療連携に取り組んでいる。

(川島議長)

現場では、ケアマネジャーが医療関係者に相談しづらい、怖くて相談に行けないと感じているという声もあるようだ。医療者側から対応を改善することで、よりよい連携が図れるかもしれない。

では、行政の対応はどうか。

(小山市 黒川委員)

小山市の課題は、市民に在宅医療が十分に知られていないこと、関係者間で顔の見える関係が築けていないことの2点。市民向けには広報や出前講座、在宅医療マップの作成・更新で周知を進める。関係者向けには、2月に開催し好評だった在宅医療介護連携セミナーの定例化や、アンケートで要望のあったACPをテーマに扱うことも考えている。

(川島議長)

ACPは、ぜひ積極的に取り組んでほしい。診療報酬の点数もつくが、実際の運用は大変との声もある。西方の先生も取り組んでいるとのことだが、他にACPを実施している医療機関があれば、事例を伺いたい。

《発言なし》

その他またツールの活用について、自治医大の川合先生から「ワンコネ」の紹介があったが、有力になってきている様子だ。使いやすく、安価で便利なツールが求められており、他に活用している事例があれば共有をお願いしたい。また、介護においては家族の介護力や連絡の取りづらさが課題となっており、携帯がつかない場合の対応策など、解決事例があれば伺いたい。

《発言なし》

追加の意見があれば後日事務局までご連絡いただきたい。

(4) 外来医療計画に係る医療機器の効率的な活用について【資料4】

(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)

CT等の医療機器を購入した際には、本会議に報告することが定められており、共同利用を不可とする場合は理由を説明する必要がある。今回は新小山市民病院で購入し、関係者で共有して使用するとの報告だった。

(5) その他

(事務局 医療政策課) 配布資料及び資料投影により説明。

①かかりつけ医機能報告制度【資料５】

②栃木県地域医療構想推進セミナー

③国の経済対策の紹介

(川島議長)

かかりつけ医報告制度が４月１日から開始され、G－m i s（医療機関等情報支援システム）での入力も可能となっている。現在は１号機能・２号機能の報告のみでよいとされているが、今後これが診療報酬改定の要件とならないことを願っている。制度に関して質問や意見があれば伺いたい。

《意見等なし》

全体を通してご質問やご意見があれば伺いたい。

(樹レディスクリニック 佐山院長)

この会議は病院および有床診療所を対象と理解していたが、今回は在宅医療が議題であり、在宅医療支援診療所の医師が参加しているのかを確認したい。公開であれば、発言権がなくても在宅医療に関わる医師が議論を傍聴したらよいのではと思う。

(川島議長)

今回の意見交換は、地域医療構想調整会議の、2040 年を見据えた新たな地域医療構想の策定の一環として行っており、病院及び有床診療所等会議も合同開催としている。在宅医療を担う医師もこの会議に含まれている前提で、会議として成立している。

本会議の公開とは、議事録の公開、傍聴可能の２点で、発言の場は設けられていない。議事録は県ホームページで公開されるということで、ご理解いただきたい。

他にご意見がなければ、本日の議題は終了となる。

4 閉 会

以上