

## 令和6(2024)年度第3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7(2025)年3月12日(水) 午後1時30分から午後2時30分
- 2 場所 栃木県庁芳賀庁舎4階 大会議室
- 3 目的 令和6(2024)年度第3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14名、病院・有床診療所管理者4名、事務局11名計29名
- 5 結果概要

議事進行：趙達来議長（真岡西部クリニック院長）が議事を進行した。

<議題>

- (1) 福田記念病院の移転について【資料1】
- (2) 芳賀中央病院の病床変更について【資料2】
- (3) 県東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3】
- (4) 外来医療機能の明確化・連携について【資料4】
- (5) 在宅医療・介護の現状について（県東医療圏）【資料5】
- (6) かかりつけ医機能報告制度について【資料6】
- (7) その他

【その他資料】

- ・参考資料1 令和6(2024)年度病床機能報告 集計結果の概要（速報版）
- ・参考資料2 栃木県地域医療構想推進セミナー

<議題に係る説明、質疑・協議結果>

- ・議題(1)について福田記念病院福田病院長から説明があり、異議なく承認された。
- ・議題(2)について芳賀中央病院菊島事務長から説明があり、異議なく承認された。
- ・議題(3)(4)について事務局から説明した。

<議題(3)(4)についての質疑応答・意見>

（芳賀赤十字病院 本多委員）

資料の確認と質問。外来機能報告制度を活用して紹介受診重点医療機関の指定に向かう協議の進め方で資料の6ページの紹介受診重点医療機関の基準ということで、満たす病院と「基準を満たさない病院」があるが、どういう理由なのか教えて欲しい。新小山市民病院、自治医科大学、獨協医科大などについて。

（医療政策課 早川主幹）

紹介受診重点医療機関の指定、決定に当たってはガイドライン上、ルール上で基準を満たしていることを確認している。その地域の状況とか医療機関が提供しているものは基準だけでは判断できないこともある、これらを目安に地域で協議するとなっている。まずは基準を確認した上で水準もみながら。絶対的な基準ではない。

（芳賀赤十字病院 本多委員）

水準は一応満たしているけれども、どこかひっかかるところがあるという認識でよろしいか。

（医療政策課 早川主幹）

紹介は初回を含めたものの水準と言っているが、一定程度、重点外来に代わる基準になると、特定の診療が医療行為を中心にカウントしている。病院が全体で行う外来の中で、特性をちょっと反映してしまうので、そこだけで決めるものではないと考えている。

（芳賀赤十字病院 本多委員）

承知した。

（趙議長）

救急医療のところ、資料に「病床が満床の場合、行政によるベッドコントロールが必要」とあるが、12月、1月のインフルエンザ流行の際は、本多先生、ベッドの満床はいつから続いたか。

(芳賀赤十字病院 本多委員)

ベッドと言っても、機能的に分かれている。小児は空いているが、一般急性期が埋まっていたり。あとは男女の関係で、男のベッドは空いているが、女が埋まってということで、その満床という基準が、一概に、すべての物理空間に患者がいるというだけではない。年末はほぼ収容できている。ER、救急外来の収容ベッドが満床のため受け入れきれなく年末は12名ほど断りせざるを得なかった。

年が明けて2日から、今度は入院ベッドの方がきつくなり120名近い入院患者を年末年始入れて入院させていたので、その影響で今度はベッドはかなり逼迫してきた。理由としては、男を入りたいが、男のベッドがないとか、女を入りたいが、女のベッドがないとか。様々なものプラス、救急の方が多忙でどうにも受けきれないというような状況。何日間満床かということ年始の2日から5日までの間、その満床による断りが非常に増えた。

(趙議長)

福田先生、福田記念病院の状況は。

(福田記念病院 福田委員)

当院でも特に個室。感染症がすごく多かったので、どうしても複数患者さんがいる部屋に入れにくく、個室がもうほとんど満床。多分1ヶ月近く年末年始を通して続いた。やはり男性部屋、女性部屋の問題もあり。うちの病院の場合は年明けてからでした。

芳賀赤十字さんもそうなんですけど、自治医大も救急センターのベッドがオーバーベッドで。芳賀の患者さんで。かかりつけなので受けて欲しいという問い合わせが多く、年明けから1月中が結構タイトな感じでした。

救急車もやはり問い合わせが多くて。受け入れ、検査で回ってる間にもう1台。2台までは誰かしか受けてくれるんですけど、もうそこに3台目でかかりつけの患者さんの組み合わせとかがあって、かかりつけを断ったこともありました。

(趙議長)

下野新聞の方にも不搬送が40件だか30件だか、新聞報道にあったが、やはりこのベッドコントロールが喫緊の課題。

あのようなインフルエンザの大流行が起こると困ってしまう。私も自分のかかりつけの患者さん、酸素飽和度88ぐらいでインフルエンザAで、入院かなと思ったが、ベッドが空いてなく、酸素濃縮器を持たせ家に返して、毎日訪問看護してもらって、綱渡りですけど看ました。

(芳賀赤十字病院 本多委員)

もう一点だけ。誤解がないようにということで、一番最後のところで、先ほど張先生から、満床時の行政の配慮が必要ということ。これは新型コロナの時をイメージした意見でした。

新型コロナの時は、特別措置法発動下のことで、行政の方々にお手伝いだけだったのですが、一般の場合はそれができない。法律改正しないとイケない。満床時には、振り分けをする機関なり、システムなり、そういうものが必要というような意識をしていただいた方がよろしいかも。

※芳賀赤十字病院の紹介受診重点医療機関の指定については、異議なく承認された。

・議題(5)について事務局から説明した。

<議題(5)についての質疑応答・意見>

(芳賀赤十字病院 本多委員)

連携に関して、動き出していて、ICPを活用し見える化を2つのデバイス、アプリケーションを利用して行われている。1つはワンコネという無料のアプリケーション。あとはケアブック。当院を中心にして、芳賀地区4病院の間で今、連携している。

これらを病床の見える化等に利用して、医療と介護との連携が見える化して、スムーズな転院につなげることが今後必要と思っている。芳賀郡の行政の方からも、その辺のアドバイスをいただきながら広めていければよい。

芳賀郡は、在宅医療拠点整備促進事業、連携拠点促進整備促進事業を医師会の旗振りで、平成27年ぐらいから、2年間させていただいて、かなり強力なスキームができて、今も芳賀赤十字病院を主体に勉強会を定期的に行って、入会員連携とか質が上がってきている。

(趙議長)

資料の7、8ページでは、在宅療養支援診療所数は下野市が突出している。在宅医療は、かかりつけ医の患者さんとか、病院様の方から退院調整をしていただいて帰ってこられる方と、施設(サ高住)に入っていてやってると、今の在宅医療のカテゴリーの中で一緒にされているが、全く別。

8ページで下野市で在宅療養支援診療所が突出して県内で多いが、これとてもいい指標で、

患者支援診療所の数が増えれば、1施設あたりの訪問診療料が増えてくる。これ当然ですが、結局、施設のないところは算定してこれないし。

在宅医療専門のところは、患者さん200人とか300人とか持てる。当然、開業医で外来をやっているところと、それから在宅医療だけ往診やっていると、スキーム関わり方が全く違う。施設に患者さんを200人持ってます、150人持ってます。ですから1日に40人ぐらいずつ。例えば外来をしながら月に20件ぐらい往診しているのと、全く次元が違う。本当は同じ土俵に乗せてはいけないけど、今は制度上乘っている。ここを外して、外来もやりながら往診している医療機関と、施設がメインだが病院からも患者さんを受けているところと、まず在宅医療専門と分けなくてはならない。そうしないと、おかしいことになってくる。

私が期待しているのは、福田先生が、横田先生が教えていただいているんですけど、福田先生のところも在宅を伸ばしていきたいと。

私は古い時代の在宅医療院なので、このスタイルは合わない。私1人24時間365日やるのが合わない。やはり在宅療養支援病院（在支病）が2040年以降まで伸びていかないと、良い在宅医療は確保できないと、個人的には危惧している。

・議題(6)について事務局から説明した。

<議題(6)についての質疑応答・意見>  
無し。

・議題(7)について事務局から説明した。

<議題(7)についての質疑応答・意見>

(芳賀赤十字病院 本多委員)

参考資料1の機能別の病床数について。ここで言う回復期病床数は回復期リハビリテーション病床だけで、地域包括ケア病床に関しては急性期、回復期両方の機能を持っているのでほとんどの施設が急性期に入れてしまっているが、地域包括ケア病床を回復期に入れたデータを県の方では確認しているのか確認したい。

(医療政策課 早川主幹)

これは病院が確認して回答しているので、このデータはこのままでしか使えない。

(以上)