

栃木県救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会
ワーキンググループA(第2回)

日時:令和6(2024)年10月3日(木)13時~15時
場所:栃木県庁北別館 会議室403

目次

1. 本日の会議について
2. これまでの検討委員会・ワーキンググループにおける御意見
3. 本日御意見をいただきたいこと

1. 本日の会議について

本日の会議について

検討の流れ(イメージ)

開催時期	会議	内容
7月10日	第1回検討委員会	<ul style="list-style-type: none">● 救急医療を取り巻く現状の共有● 課題の洗い出し 等
7月26日	第1回ワーキンググループA	<ul style="list-style-type: none">● 3次救急医療の現状の共有(データ、現場の医師からの御意見)● 今後の方向性の議論<ul style="list-style-type: none">✓ どのような方向性の対策が必要か✓ 対策を講じるために必要と考えられること 等
10月3日	第2回ワーキンググループA	<ul style="list-style-type: none">● 今後の方向性の議論<ul style="list-style-type: none">✓ これまでいただいた御意見の整理と深掘り
適宜、WG開催		
11月下旬	第2回検討委員会	<ul style="list-style-type: none">● 今後の方向性を議論
適宜、検討委員会やWG開催		
令和7年度中 (来年夏を目途)	検討委員会(回数は未定)	<ul style="list-style-type: none">● 今後の方向性や必要な対策等を取りまとめ

方向性のとりまとめイメージ

次スライドに記載の留意点を踏まえながら、それぞれのワーキンググループで検討した「今後の方向性」を検討委員会でとりまとめ

質

救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会
ワーキンググループA



観点	今後の方向性	短期／中長期	実現可能性 (費用や人的資源等を考慮)	優先度
3次救急	短期	○	
3次救急	中長期	△	
3次救急	

量

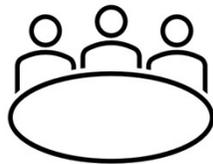
救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会
ワーキンググループB



観点	今後の方向性	短期／中長期	実現可能性 (費用や人的資源等を考慮)	優先度
1次救急	中長期	△	
2次救急	短期	○	
2次救急	

全体

救急医療提供体制のあり方に関する
検討委員会



観点	今後の方向性	短期／中長期	実現可能性 (費用や人的資源等を考慮)	優先度
3次救急	中長期	△	
2次救急	短期	○	
1次救急	

検討に当たっての留意点

- 救急搬送の実態などについて、医療データや現場の声を参考にしながら、本県の救急医療の現状や問題点を把握し、課題を設定する。
- 課題解決のための対策として、短期的対策と中長期的対策のそれぞれを検討する。
- 対策の検討に当たっては、将来の人口動態や限られた医療資源の有効活用等を考慮する。

2. これまでの検討委員会・ワーキンググループにおける御意見

これまでの検討委員会・ワーキンググループにおける主な御意見

1次救急

いただいた御意見

- ウォークインの患者が非常に多い中、1次救急の診療完結性が低いために、こうした患者が2次・3次救急に流入することで高次の医療機関を圧迫しているのではないか。
- 施設の老朽化、大型医療機器が使えない、診療完結性が低いという点で、市民や県民のニーズと違うのではないか。県民は1次救急施設での応急手当ではなく、自分が入院しなくても大丈夫なのかをはっきりさせてほしいのではないか。
- 地域における1次・2次救急に対応する施設を充実していく必要があるのではないか。
- マンパワーが少なく、対応できないということがあれば、集約化ということも大事ではないか。
- 栃木市の休日夜間急患センターはかなり老朽化しているほか、医師会の協力医師も高齢化が進んでいることから、1次救急と2次救急を集約することも、こうした地域では重要となるのではないか。
- 軽症の患者が2次・3次救急を圧迫しているが、そうした軽症の患者を、2次救急医療機関が全体的に減っている中で受け入れきれていない。休日夜間急患センターの受入体制を上手く機能させる必要があり、これまで意見として出ている「2次救急医療機関への1次救急機能の併設」は手段の一つだと思う。

これまでの検討委員会・ワーキンググループにおける主な御意見

2次救急

いただいた御意見

- 2次救急医療機関では、どうしても受入要請が重なり受け入れられないという事態が生じてしまう。
- 従来ある2次救急医療の体制を再度構築し、患者の整理、機能分化をした上での受入体制を整えていくことが必要ではないか。
- 限られた機能や曜日を限定してでも、「このような患者なら受け入れられます」という2次救急医療機関があっても良いのではないか。各病院ができる範囲で少しずつ受け入れていくことができると良いのではないか。
- 救急搬送患者を同時に受け入れるには、例えば、2次救急医療機関に大学病院等から医師を派遣する、あるいは受入困難となった患者は一時的に救命救急センターがバックアップという形で受け入れる、そのどちらかの体制が必要ではないか。ただし、地域によって事情が異なるため、最終的にはその医療圏やメディカルコントロール単位の中で決めていくことが必要ではないか。
- 救命救急センターや2次救急医療機関のベッドを圧迫しているのは、「高齢者の中等症の内因性疾患」であるので、この患者にどのように対応するかという筋道を作るということが必要ではないか。
- 高齢者をICUで受け入れるべきなのか、という点は考えていく必要がある。高齢者救急を受ける主体は2次救急医療機関ではないか。

これまでの検討委員会・ワーキンググループにおける主な御意見

3次救急①

いただいた御意見

- 救命救急センターのICUも含め、時期によっては、ICUのベッドコントロールに苦慮することがこれまでもあった。
- ICUの病床数は、栃木県の人口10万人当たり4.3床に対し、全国平均は5.6床であり全体として足りない。また、宇都宮は人口10万人当たり2.8床、足利は0床であり、特に足りない。
- 既存のベッド数に対しての患者の増え方という観点で見ると、中等症患者ではなく、重症患者への対応に苦慮するのではないかと。
- ICUに関しては単純にハードを増やせば良いという問題ではなく、マンパワーが1番の問題である。医師を派遣する大学病院を中心に、協力を仰ぐ必要があるのではないかと。
- ICUは面積や看護師等の施設要件のほか、お金がかかるという面もある。HCUを増やすのは、病院にとっても相対的にハードルは低いのではないかと。ICUを増やすことは病院にとって大きな負担となる中、ICUを増やさない方法も考えられるのではないかと。
- ICUとHCUで治療した患者を比較すると、ICUの方が生命予後が良いことが分かっている。患者への治療の結果を求めるといふことであれば、HCUでは不十分であり、ICUを整備する必要がある。
- ICUや救急病棟を何とかやりくりして患者を受け入れているが、特に外科治療が必要になるような疾患は、「手術室の不足」という問題があり対応できない。
- 急性大動脈解離などについては、今後の人口や医療資源を考えたときに、ドクターヘリなどの搬送手段も充実してきているので、群馬県などの広域で空いている病院に運ぶこと自体が悪というわけではないのではないかと。
- 3次救急医療機関のネットワーク・輪番制を構築すべきではないかと。
- 短期的対策として、輪番制やコーディネーター配置、遠隔での診療サポートは必要性があるのではないかと。
- まずは5つの救命救急センターが連携を取り、「必ずこの時期には受ける」というような形で体制整備をしていくことが現実的ではないかと。
- ドクターヘリで県外へ搬送された症例のほとんどが急性大動脈疾患であり、どのように対応するか検討していく必要があるのではないかと。

これまでの検討委員会・ワーキンググループにおける主な御意見

3次救急②

いただいた御意見

- 高度救命救急センターの設置については、県民に必要性和課題に関する正しい情報を提供した上で、判断を仰ぐべきではないか。限られた経済資源や人的医療資源を考えると課題は大きいのではないかと。
- 高度救命救急センターに関しては、象徴的な意味において「ない」というのはイメージが良くない。
- 重症熱傷、指肢切断、急性中毒について、県内の救命救急センターで受け入れているのは事実であるが、その後他院へ紹介しているケースもある。一酸化炭素中毒の患者は、県内で高気圧酸素療法を提供できる施設がないため、県外の高度救命救急センターに紹介している。
- 重症熱傷や急性中毒のような特殊疾患に関する人材育成という観点でも、高度救命救急センターという冠がつくことで十分機能すると思われる。その上で、県内に人材を派遣することもできると思われるので、高度救命救急センターの必要性はなくはない。
- 高度救命救急センターについては、本県にS評価の救命救急センターが3つあるため、そのとき空いている救命救急センターでうまく負担を分担するという方法も考えられるのではないかと。
- 高度救命救急センターのメリットとしては、「高度」という冠がついていると若い医師が来やすいということが挙げられる。そういう意味では、高度救命救急センターを指定すること自体に意味がないわけではない。
- 第8次医療計画の国の作成指針では、高度救命救急センター等の体制整備という点で、テロ対策や人材育成が新たに盛り込まれており、そうした最新の国の方針も加味する必要はあるのではないかと。
- 高度救命救急センターは、どのような形であれ象徴として作らなくてはならないと思う。救急医を育てる医育機関としても、人材を確保、育成、活用ということを考えるのであれば必要な冠だと思う。
- 高度救命救急センターの設置については、県内に指定を目指す病院があるかどうか、その希望を募った上で、複数の病院が名乗り出るのであれば調整することが必要ではないか。一方で、そうした調整には時間がかかるため、それまでの間は、高度救命救急センターでないといけない治療のできる病院のリストを作った上で、輪番制での対応等が必要ではないか。

これまでの検討委員会・ワーキンググループにおける主な御意見

役割分担・連携

いただいた御意見

- 救急搬送患者をトリアージをした上で、入院が必要な患者の受入可能施設を割り出すシステムを全県的に構築できると良いのではないかと。
- 救命救急センターに搬送されている軽症・中等症の患者を、適正に1次・2次救急の病院に搬送することが、救命救急センターのキャパシティの確保という点でも重要ではないかと。
- 病院内で難しければ、地域の複数の病院で内科系・外科系というように役割分担することが必要ではないかと。
- 救急外来を医師1人で対応しており、「専門外」で受け入れを断ることも多い。患者を一旦受け入れた後に、専門外で転院が必要となった場合に、転院先を探すことに苦慮している。このため、どこの病院に、どのような医師がいるのかが分かるような仕組みが必要ではないかと。
- 各病院で、どの診療科の医師が当直しているのかということが分かれば、救急隊も患者を振り分けることができるのではないかと。
- 鼻出血等の救急患者は、これまで対応できていたが、働き方改革の影響もあり、現在はなかなか対応することができない。こうした疾患の患者を受け入れていくためにも、1次・2次救急の体制整備、役割分担がますます重要になってくるのではないかと。
- 患者の転院について、夜間に受け入れて、夜間に転院先を見つけるのは非常にハードルが高い一方、平日昼間はどこの病院も地域医療連携室があり、MSW(医療ソーシャルワーカー)が常駐していることから、オーバーナイトさえできれば、翌日は患者の転院を比較的円滑に行えるのではないかと。
- 関連施設の間で、急性期と慢性期等の役割分担や連携ができているケースもあることから、そうした連携等を地域に広げることができると良いのではないかと。
- 各々の地区で、関係者がお互いに話し合いながら、どこまでできる・どこからできないということを、腹を割って話し合う必要があるのではないかと。
- これまで医療機関間の連携が進んでこなかった理由としては、顔の見える関係ができていないということが一番大きいと思う。顔の見える関係を早く地域で作っていくしかないのだろうと思う。
- 県内で受け入れが難しいのであれば、もう少し広域な救急体制の構築も重要ではないかと。
- 県内の病院を強化できるのであれば良いが、どこの病院も急には無理なので、県内に拘らず隣県との連携も考えていく必要があるのではないかと。

これまでの検討委員会・ワーキンググループにおける主な御意見

下り転院等

いただいた御意見

- 高齢者の場合、救急で入院し、原因疾患の治療を行っても、**入院期間中にADLが下がってしまい、なかなか転院先が見つからない。**
- 下り転院の患者を受け入れる2次救急医療機関にも**インセンティブがあると良い**のではないかと。
- 救命救急センターで受け入れた重症患者のリハビリが進まずに退院できないケースもあるため、**リハビリを担う医療機関との連携体制の構築**など、下り転院の充実化を行う必要があるのではないかと。
- 患者の出口の1つとして、**高齢者施設も考慮に入れる必要がある**のではないかと。

医師確保等

いただいた御意見

- **看護師が不足**しており、7対1を維持しようとする、病床をフル稼働することができない。
- 都内の大学に頼るのではなく、**県内で医師を確保していくことができるシステムづくり**が大切ではないかと。
- 地域枠として医学部を卒業した医師が、40～50歳になっても**県内で活躍できるようなシステム**を作っていくことが必要ではないかと。
- 医師を、**2次救急医療機関や医師の確保に苦慮している救命救急センターに派遣する**というスキームについては、中長期的な対応として考える余地があるのではないかと。
- **救命救急センターで医師を確保し、近隣の2次救急医療機関に派遣**して、若い医師がしっかりと救急車を取ることができるような体制を地域全体で作ることが必要ではないかと。
- 大学病院が1次救急を担う必要はない。本県には、複数の医科大学があるため、**若い医師を1次・2次救急を担う県内の病院に、系列関係なしに派遣**してもらうことが重要ではないかと。
- **県が大学病院と1次・2次救急を担う医療機関との間に入りながら、若い医師を夜間の当直の非常勤医師として派遣**してもらえるようなシステムができると良いのではないかと。

これまでの検討委員会・ワーキンググループにおける主な御意見

患者やその家族等

いただいた御意見

- 高齢者施設では入所するときにACPを確認するが、そうした取組を行うことができている施設ばかりではなく「何かあったらとにかく救急車を要請する」という対応をとっている施設もある。そういう施設に対して、救急車や救急医療の適正利用を如何に啓発していくか考える必要がある。
- 救急車のタクシー代わりの利用や、仕事の関係で夜に受診したい等の問い合わせが非常に多い。
- 軽症患者について、県では#8000と今年4月から#7119を始めたので、そのアピールが必要ではないか。
- 茨城県内の一部病院では、救急車による搬送も選定療養費の徴収対象とすることを決めたところである。フリーアクセス、ノーチャージというようなシステムについて、今後考えていく必要があるのではないか。
- 老健や特養は後方の病院を持つことが義務付けられており、それぞれの病院と契約を結んでいるはずであるから、それぞれの病院が、自院と契約してる施設があるということを知ってもらうだけでも連携が進むのではないか。
- 高齢者に限らず、県民にACPIについて周知し、考えていただくことが大事ではないか。

これまでの検討委員会・ワーキンググループにおける主な御意見

その他

いただいた御意見

- 救急医療を担う病院が減少する中、増えていく救急搬送患者を受け止めていくためには、他県の事例から見て地域医療構想の実現が必要ではないか。
- 2次救急病院の機能強化も踏まえ、地域医療構想を実現していくべきではないか。そこに対して、県立病院が医師や看護師を育て、各医療機関へ派遣することができれば、さらに救急医療提供体制を強化できるのではないか。
- 危機対応として、自治体病院が果たすべき役割を見直しても良いのではないか。
- 公立病院ガイドラインも確認しながら、県立病院の役割を検討し、県全体として救急医療がしっかりと回っていくように、本検討委員会やワーキンググループのほか、各委員会等での意見を総合的にキャッチアップしながら検討することが必要ではないか。
- 消防の病院選定や、病院の情報共有に関して、もう少しDX技術を活用しても良いのではないか。
- 消防と病院の間で患者情報がうまくやりとりできれば、もう少し円滑な患者収容が可能となるのではないか。
- 国は「高齢者施設はすべて病院と連携して、入院ベッドを確保しなさい、感染症の拡大時にはサポートしてもらいなさい。」という旨の方針を出しているが、これが実際に機能しているかどうかについて、県として今後どうやってフォローしていくのか、事務局に今後の展望を伺いたい。

3. 本日御意見をいただきたいこと

本日御意見をいただきたいこと

<観点>

- ◆ 現実的に解決が可能と考えられる本質的な課題は何か。
- ◆ そうした課題に対して、現実的で具体的な解決策は何か。
- ◆ 各医療機関が取り組むことができること、医療機関同士の連携で取り組むことができること、県などが取り組むことができること、はそれぞれ何か。

	さらに御意見をいただきたいこと	関連するこれまでの主な御意見
ICU	<ul style="list-style-type: none"> ● 人口10万人当たりのICU病床数が全国平均より少ないという現状がある中で、<u>各3次救急医療機関では具体的にどのようなことに困っており、どのような対応策が考えられるか。</u> ● <u>県内全ての3次救急医療機関が、基準を満たしたICUを確保し、運用することは現実的なのか。どのような対応を取ることがベターなのか。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ● 獨協では、時期によっては<u>ICUのベッドコントロールに苦慮</u>することがあった。 ● 全国平均と比較すると、<u>本県のICU病床数は少ない状況であり、ICUを確保すべき</u>である。 ● 那須日赤では、<u>ICUの稼働数を減らさざるを得ない状況</u>で運営している。再接着、脊椎、脳外科などの外傷患者を無理をして診ている。 ● 足利日赤では、救急ICUのベッドの条件を満たしておらず、数字上のICU病床数はゼロであるが、ICUに準じた部屋で重症の救急患者を受け入れている。<u>ICUのベッドがないことよりも、複数の診療科に跨る患者を管理する医師の連携体制が課題</u>。 ● 県内の病院を強化できるのであれば良いが、どこの病院もすぐには無理なので、<u>県内にこだわらずに近隣県との連携も考えていく必要があるのではないか。</u>
高度救命救急センター	<ul style="list-style-type: none"> ● 県内の各3次救急医療機関において、広範囲熱傷や指肢切断、急性中毒等の患者を受入れているが、<u>高度救命救急センターに求める役割は何か。</u> ● 本県はそうした役割を担う高度救命救急センターが未設置であるが、<u>各3次救急医療機関では具体的にどのようなことに困っており、どのような対応策が考えられるか。</u> ● (指定が必要な場合)<u>どのような方向で指定していくのが良いか。</u>また、指定に当たり、医療人材の確保、施設設備の整備など<u>具体的にどのようなことが必要となってくるのか。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ● 本県にはS評価の救命救急センターが3つあるため、それらの救命救急センターで<u>うまく負担を分散するという方法も考えられる</u>のではないかと。 ● <u>重症熱傷、指肢切断、急性中毒等の患者を受け入れても他院へ紹介している</u>ケースがある。 ● 熱傷で一酸化炭素中毒の患者については、<u>県内で高気圧酸素療法を提供できる施設がない</u>ため、県外の高度救命救急センターに転送している。 ● 第8次医療計画に関する国の指針において、高度救命救急センター等の体制整備という点で、テロ対策や人材育成が新たに盛り込まれており、そうした<u>最新の方針も考慮する必要がある</u>。 ● 高度救命救急センターの設置については、<u>県内に指定を目指す病院があるのか</u>どうか、その希望を募った上で、複数の病院が名乗り出るのであれば調整することが必要ではないかと。

本日御意見をいただきたいこと

<観点>

- ◆ 現実的に解決が可能と考えられる本質的な課題は何か。
- ◆ そうした課題に対して、現実的で具体的な解決策は何か。
- ◆ 各医療機関が取り組むことができること、医療機関同士の連携で取り組むことができること、県などが取り組むことができること、はそれぞれ何か。

	さらに御意見をいただきたいこと	関連するこれまでの主な御意見
輪番制	<ul style="list-style-type: none"> ● 各3次救急医療機関において、<u>患者の受け入れができていないケースにはどのようなものがあるのか</u>。また、<u>受入ができていない原因は何か</u>。 ● 患者を受け入れるために、県内の3次救急医療機関における<u>輪番制の構築は有効か</u>。また、<u>どのような患者に対して輪番制を構築して対応すべきか</u>。 	<ul style="list-style-type: none"> ● ドクターヘリで県外へ搬送された症例のほとんどが<u>急性大動脈疾患</u>であり、<u>どのように対応するか検討していく必要がある</u>のではないかと。 ● まずは5つの救命救急センターが連携を取り、<u>「必ずこの時期には受ける」というような形で体制整備をしていくことが現実的</u>ではないかと。 ● 高度救命救急センターを指定するまでの間は、<u>高度救命救急センターでなければできない治療が可能な病院のリストを作った上で、輪番制での対応等が必要</u>ではないかと。 ● 今後の人口や医療資源を考えると、<u>隣県などの空いている病院に搬送すること自体が悪</u>というわけではないかと。
役割分担	<ul style="list-style-type: none"> ● 3次救急医療機関に搬送される患者の約3割が軽症患者、約5割が中等症患者であるが、各3次救急医療機関では、こうした<u>軽症・中等症患者への対応がどの程度負担となっているのか</u>。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 救命救急センターに搬送されている<u>軽症・中等症の患者を、適正に1次・2次救急の病院に搬送することが、救命救急センターのキャパシティの確保という点でも重要</u>ではないかと。 ● 救命救急センターや2次救急医療機関のベッドを圧迫しているのは、<u>「高齢者の中等症の内因性疾患」</u>であるので、この患者にどのように対応するかという筋道を作ることが必要ではないかと。
下り転院	<ul style="list-style-type: none"> ● 下りの転院や退院が滞ることで、<u>各3次救急医療機関では具体的にどのようなことに困っており、どのような対応策が考えられるか</u>。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者の場合、救急で入院し、原因疾患の治療を行っても、<u>入院期間中にADLが下がってしまい、なかなか転院先が見つからない</u>。 ● 救命救急センターで受け入れた重症患者のリハビリが進まずに退院できないケースもあるため、<u>リハビリを担う医療機関との連携体制の構築</u>など、下り転院の充実化を行う必要があるのではないかと。 ● 下り転院の患者を受け入れる<u>2次救急医療機関にもインセンティブがあると良い</u>のではないかと。