

# 栃木県救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会 (第2回)

日時:令和6(2024)年11月20日(水)9時30分~11時30分

場所:栃木県庁9階会議室3

# 目次

1. 検討スケジュール等について
2. これまでの御意見の整理(課題と課題への対応)
3. これまでの御意見の整理(解決策)
4. 【参考】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. 検討スケジュール等について

## 検討スケジュール等について

### 検討の流れ(イメージ)

開催時期	会議	内容
7月10日	検討委員会(第1回)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急医療を取り巻く現状の共有</li> <li>● 課題の洗い出し 等</li> </ul>
7月26日	ワーキンググループA(第1回)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急医療を取り巻く現状の共有</li> <li>● 課題の洗い出し 等</li> </ul>
8月7日	ワーキンググループB(第1回)	
10月3日	ワーキンググループA(第2回)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 第1回ワーキンググループ等で御意見をいただいた課題の整理</li> <li>● 今後の方向性について(課題に対する解決策など) 等</li> </ul>
10月30日	ワーキンググループB(第2回)	
11月20日	検討委員会(第2回)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● これまでのワーキンググループ等で御意見をいただいた課題の整理</li> <li>● 今後の方向性について(課題に対する解決策など) 等</li> </ul>
適宜、会議を開催し、 <b>実現可能性も含めて検討</b>		
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"> <li>● 今後の方向性や必要な対策等を取りまとめ</li> </ul>

# 検討スケジュール等について

## 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

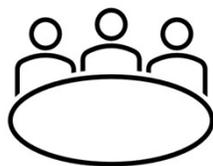
救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会  
ワーキンググループB



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	.....	...	...	

## 検討スケジュール等について

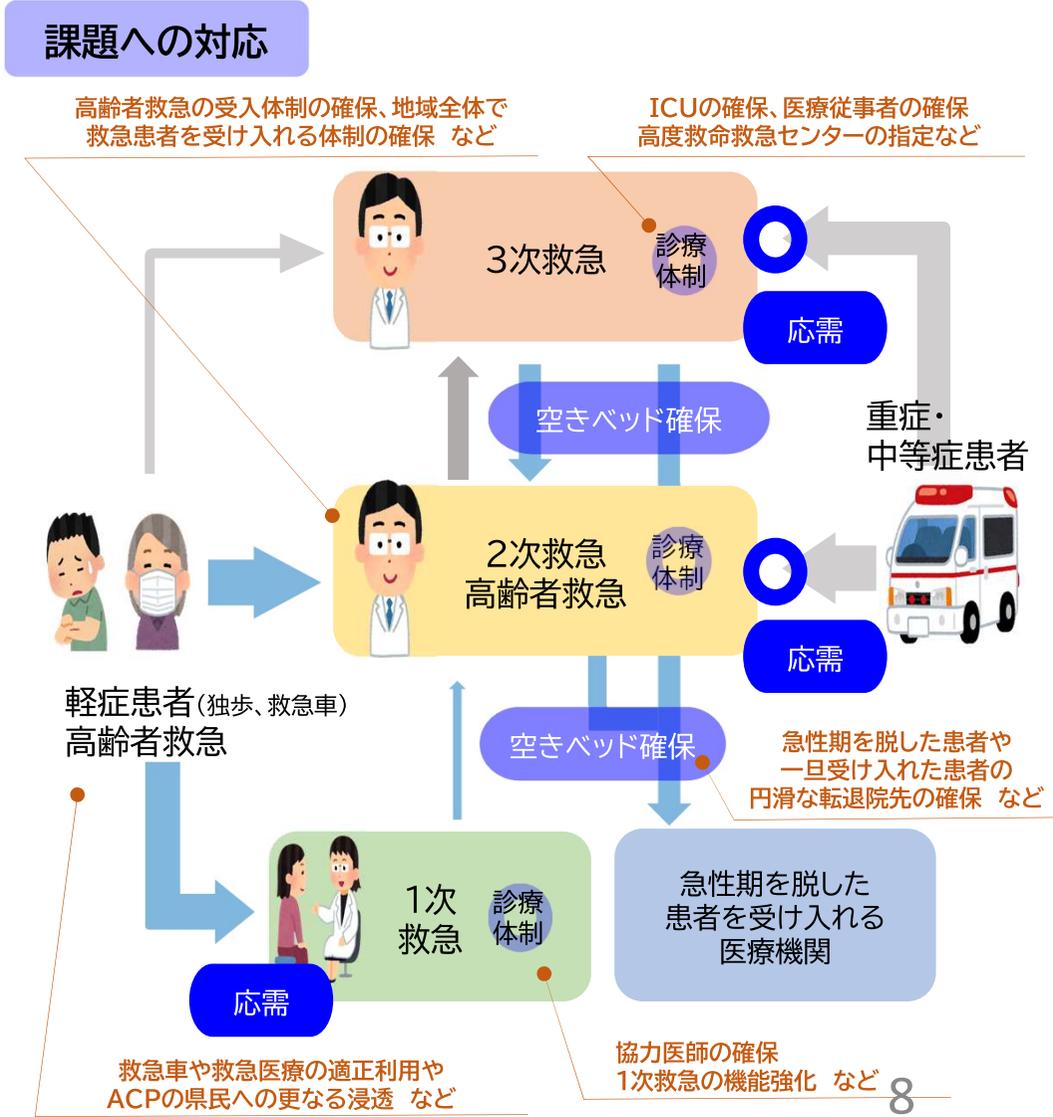
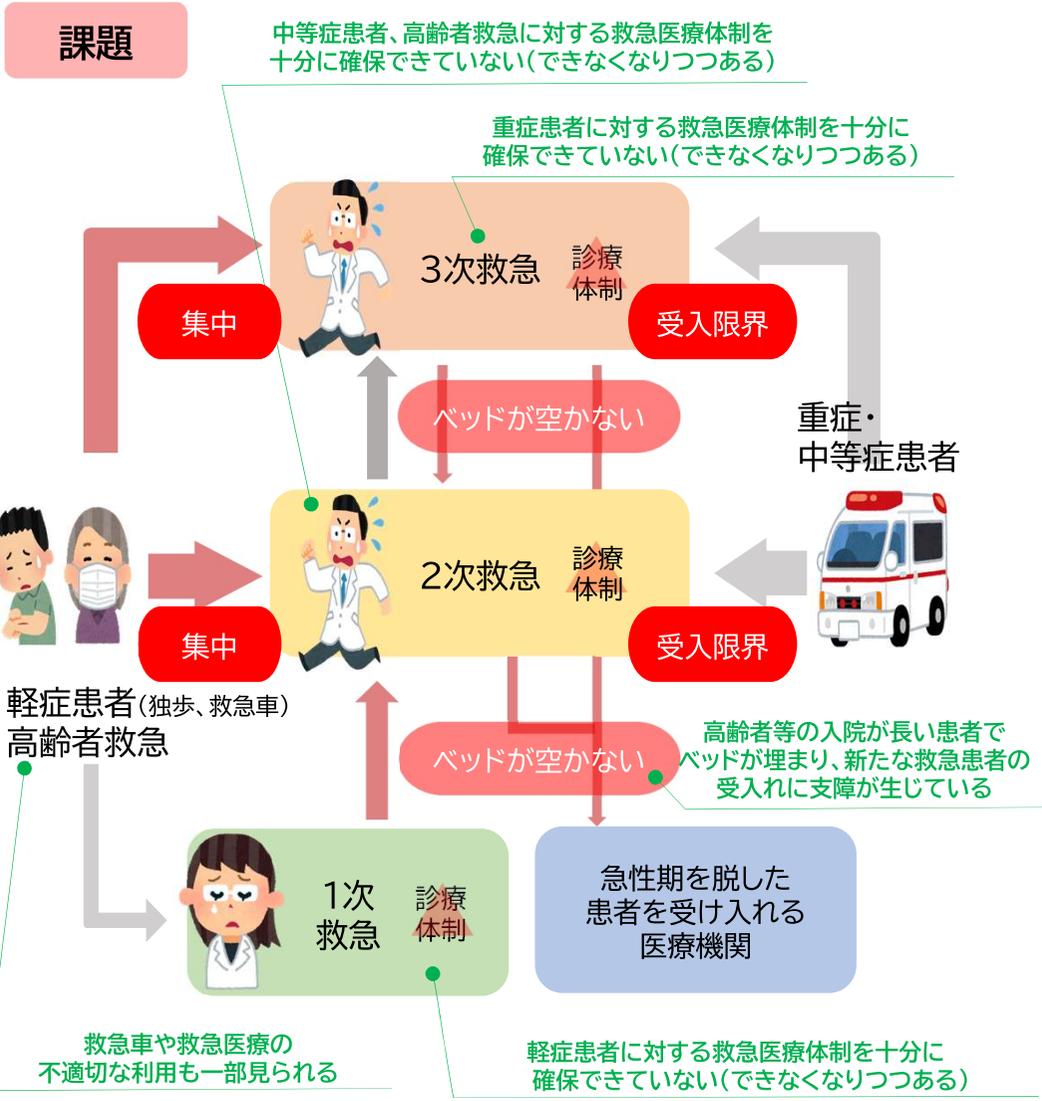
### 検討に当たっての留意点

- 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. これまでの御意見の整理(課題と課題への対応)

# これまでの御意見の整理

実現可能性は別途検討



# これまでの御意見の整理

実現可能性は別途検討

項目	これまでの御意見をいただいた「課題」	これまでの御意見をいただいた「課題への対応」	
救急医療の利用	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急車や救急医療の不適切な利用も一部見られる。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 救急搬送の約半数は軽症患者である</li> <li>✓ 救急車がタクシー代わりに利用されることがある</li> <li>✓ 仕事の都合で夜間の受診を希望する人もいる</li> <li>✓ 高齢者施設の入所者が急変等した際にとりあえず救急要請する施設もあるなど</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急車や救急医療の適正利用、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の県民等への更なる浸透</li> <li>● 施設職員が入所者の急変時の対応について相談できる体制の確保(高齢者施設と協力医療機関等との連携を含む)</li> </ul>	全県的な課題
軽症患者に対する救急医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 軽症患者に対する救急医療体制を十分に確保できていない(できなくなりつつある)。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 郡市医師会の協力医師の高齢化</li> <li>✓ 施設・設備の老朽化</li> <li>✓ 県民等のニーズとの不一致(診療完結性が低い) など</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 軽症救急患者の受入体制の確保                     <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1次救急医療への協力医師の確保</li> <li>✓ 1次救急医療の機能強化(大型医療機器の使用等)</li> </ul> </li> </ul>	地域単位で検討を要する課題
中等症患者に対する救急医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 中等症患者に対する救急医療体制を十分に確保できていない(できなくなりつつある)。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 同時に複数台の救急車を受け入れることができない</li> <li>✓ 病院によって、対応できる科目等が異なる</li> <li>✓ 鼻出血等の救急患者への対応ができない など</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 中等症救急患者の受入体制の確保                     <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 地域全体で救急患者を受け入れる体制の確保</li> <li>✓ 2次救急医療機関における医師や看護師等の医療従事者の確保 など</li> </ul> </li> </ul>	地域単位で検討を要する課題
重症患者に対する救急医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 重症患者に対する救急医療体制を十分に確保できていない(できなくなりつつある)。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 重症患者をICUで受け入れることができないことがある</li> <li>✓ 急性大動脈疾患等の患者が、県外の病院へ搬送されることがある</li> <li>✓ 高度救命救急センターの設置を求める意見も多い など</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 重症救急患者の受入体制の確保                     <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ICUの確保</li> <li>✓ 3次救急医療機関における医師や看護師等の医療従事者の確保 など</li> </ul> </li> <li>● 高度救命救急センターの指定</li> </ul>	全県的な課題
高齢者に対する救急医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 今後増加が見込まれる高齢者救急を受け入れる体制を十分に確保できていない(できなくなりつつある)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者救急の受入体制の確保                     <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 医療機関へのアクセスも考慮しながら、地域ごとに高齢者救急を受け入れる体制を確保する など</li> </ul> </li> <li>● 施設職員が入所者の急変時の対応について相談できる体制の確保(高齢者施設と協力医療機関等との連携を含む)</li> </ul>	全県的な課題 ・ 地域単位で検討を要する課題
転退院の体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者等の入院期間が長い患者でベッドが埋まり、新たな救急患者の受け入れに支障が生じている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 急性期を脱した患者や一旦受け入れた患者の円滑な転退院先の確保</li> </ul>	全県的な課題 ・ 地域単位で検討を要する課題

# 地域単位で検討を要する課題について

## 検討の進め方(イメージ)

地域の救急医療の現状の共有や課題の洗い出し

各地域における医療資源等も含めた1次・2次救急医療の提供に関する現状の共有や課題の洗い出し

地域における課題への対応の検討

医療資源や人口動態等を踏まえた、各地域における課題への対応の検討

区分	想定される関係者(案)
医療機関	救急医療を担う医療機関
	急性期を脱した患者を受け入れる医療機関
行政機関	県
	市町、事務組合
	消防本部
関係団体	医師会
	看護協会
	介護福祉関係団体

## これまでの御意見の整理

### 御意見をいただきたいこと①

1. 「課題」や「課題への対応」の記載に漏れはないか（経営的な観点も含めて、他に考えられる課題等はあるか。）【9スライド目】
2. 「地域単位での検討」に関して、どのような単位で、どのような関係者等が検討していくべきか。【10スライド目】

### 3. これまでの御意見の整理(解決策)

## これまでの御意見の整理(救急医療の利用)

項目	これまでの御意見をいただいた「課題」	これまでの御意見をいただいた「課題への対応」	
救急医療の利用	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急車や救急医療の不適切な利用も一部見られる。                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 救急搬送の約半数は軽症患者である</li> <li>✓ 救急車がタクシー代わりに利用されることがある</li> <li>✓ 仕事の都合で夜間の受診を希望する人もいる</li> <li>✓ 高齢者施設の入所者が急変等した際にとりあえず救急要請する施設もある など</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急車や救急医療の適正利用、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の県民等への更なる浸透</li> <li>● 施設職員が入所者の急変時の対応について相談できる体制の確保(高齢者施設と協力医療機関等との連携を含む)</li> </ul>	全県的な課題

### これまでの御意見をいただいた具体的な「解決策」の案

実現可能性は別途検討

課題への対応	短期的	中長期的
救急車や救急医療の適正利用の県民等への更なる浸透	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急車や救急医療の適正利用の啓発</li> <li>● 救急医療電話相談(#7119、#8000)の普及啓発</li> <li>● 選定療養費の徴収</li> </ul>	左記の取組を継続
施設職員が入所者の急変時の対応について相談できる体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急医療電話相談(#7119)の普及啓発</li> <li>● 介護保険施設と協力医療機関の連携体制の構築 (R6介護報酬改定に伴い、3年以内の構築が義務化)</li> </ul>	
ACPの県民等への更なる浸透	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ACPの普及啓発</li> </ul>	

## これまでの御意見の整理(軽症患者に対する救急医療)

項目	これまでの御意見をいただいた「課題」	これまでの御意見をいただいた「課題への対応」	
軽症患者に対する救急医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 軽症患者に対する救急医療体制を十分に確保できていない(できなくなりつつある)。</li> <li>✓ 休日夜間急患センター等で診療を担う郡市医師会の協力医師の高齢化</li> <li>✓ 休日夜間急患センター等の施設・設備の老朽化</li> <li>✓ 県民等のニーズとの不一致(診療完結性が低い) など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 軽症救急患者の受入体制の確保</li> <li>✓ 1次救急医療への協力医師の確保</li> <li>✓ 1次救急医療の機能強化(大型医療機器の使用等)</li> </ul>	地域単位で検討を要する課題

### これまでの御意見をいただいた具体的な「解決策」の案

実現可能性は別途検討

課題への対応	短期的	中長期的
軽症救急患者の受入体制の確保 ✓ 1次救急医療への協力医師の確保 ✓ 1次救急医療の機能強化(大型医療機器の使用等)	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 各地域において軽症患者に対する救急医療の確保について議論</li> <li>【議論する内容の例】</li> <li>・ 1次救急医療施設の集約化</li> <li>・ 2次救急医療機関への1次救急機能の併設 等</li> </ul>

## これまでの御意見の整理(中等症患者に対する救急医療)

項目	これまでの御意見をいただいた「課題」	これまでの御意見をいただいた「課題への対応」	
中等症患者に対する救急医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 中等症患者に対する救急医療体制を十分に確保できていない(できなくなりつつある)。</li> <li>✓ 医師が足りず、同時に複数台の救急車を受け入れることができない</li> <li>✓ 病院によって、対応できる科目等が異なる</li> <li>✓ 鼻出血等の救急患者への対応ができない など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 中等症救急患者の受入体制の確保</li> <li>✓ 地域全体で救急患者を受け入れる体制の確保</li> <li>✓ 2次救急医療機関における医師や看護師等の医療従事者の確保 など</li> </ul>	地域単位で検討を要する課題

### これまでの御意見をいただいた具体的な「解決策」の案

実現可能性は別途検討

課題への対応	短期的	中長期的
中等症救急患者の受入体制の確保 <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 地域全体で救急患者を受け入れる体制の確保</li> <li>✓ 2次救急医療機関における医師や看護師等の医療従事者の確保 など</li> </ul>	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 各地域において中等症患者に対する救急医療の確保について議論 【議論する内容の例】</li> <li>・ 地域の医療機関の役割分担と連携 等</li> <li>● 県による救急医療を担う医師の確保</li> <li>● 3次救急医療機関から2次救急医療機関への医師派遣</li> </ul>

## これまでの御意見の整理(重症患者に対する救急医療)

項目	これまでの御意見をいただいた「課題」	これまでの御意見をいただいた「課題への対応」
重症患者に対する救急医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 重症患者に対する救急医療体制を十分に確保できていない(できなくなりつつある)。 <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 重症患者をICUで受け入れることができないことがある</li> <li>✓ 急性大動脈疾患等の患者が、県外の病院へ搬送されることもある</li> <li>✓ 高度救命救急センターの設置を求める意見も多い など</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 重症救急患者の受入体制の確保 <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ICUの確保</li> <li>✓ 3次救急医療機関における医師や看護師等の医療従事者の確保 など</li> </ul> </li> <li>● 高度救命救急センターの指定</li> </ul>

### これまでの御意見をいただいた具体的な「解決策」の案

実現可能性は別途検討

課題への対応	短期的	中長期的
重症患者の受入体制の確保 → 次スライド参照	<ul style="list-style-type: none"> <li>● HCUの確保</li> <li>● 輪番制の構築による重症救急患者の受入れ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ICUの確保</li> <li>● 県による救急医療を担う医師の確保</li> <li>● 医師が不足している3次救急医療機関への医師派遣</li> </ul>
高度救命救急センターの指定	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 既存の救命救急センターの中から、高度救命救急センターの指定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 教育研修機能や地域の統括的機能を担う高度救命救急センターの設置</li> </ul>

# これまでの御意見の整理(重症患者の受入体制の確保)

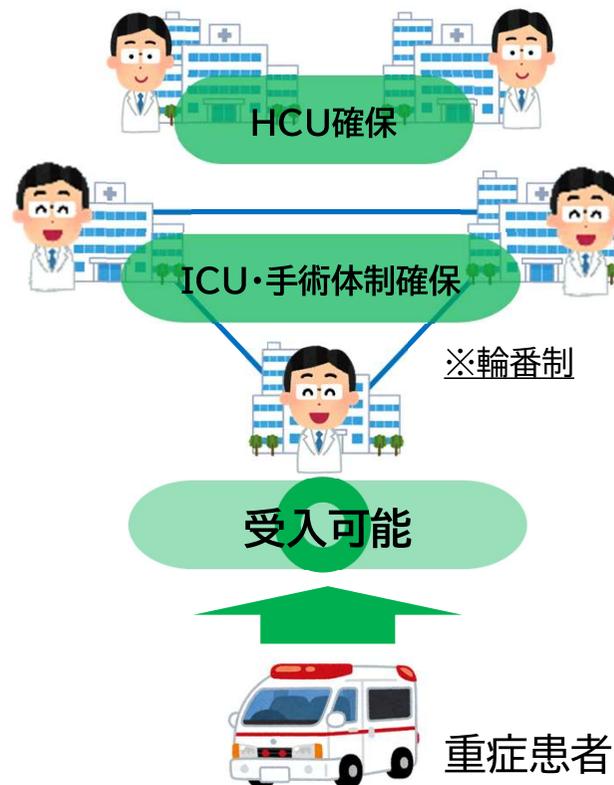
## 課題

- ICUが満床、手術対応不可、などの理由により、重症患者の受入ができないことがある(各救命救急センターが、最後の砦としての役割を果たせないことがある)。



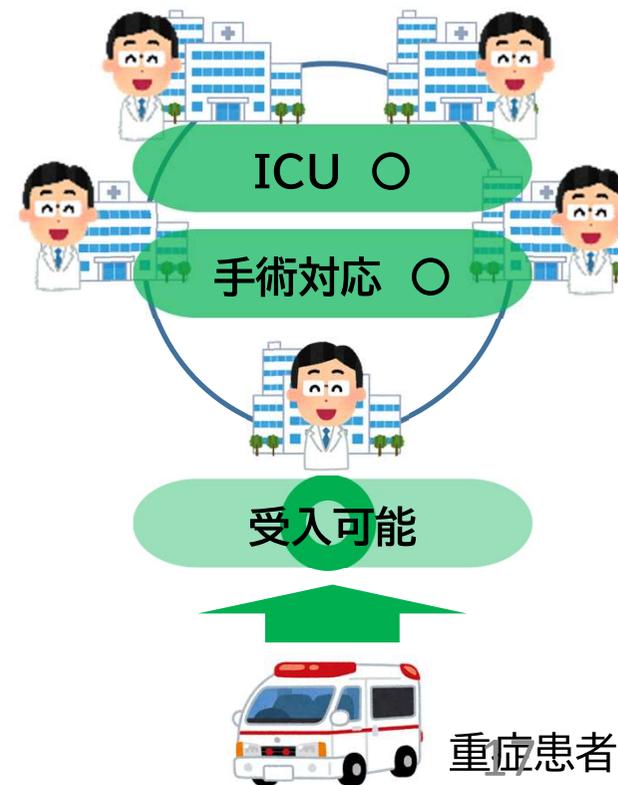
## 将来(短期)

- 輪番制によりICU及び手術体制を確保しながら、重症患者を受け入れる。
- 併せて、HCUを確保するほか、下り転院も促進する。



## 将来(中長期)

- ICUが不足する地域において、ICUを確保する。



## これまでの御意見の整理(高齢者に対する救急医療)

項目	これまでの御意見をいただいた「課題」	これまでの御意見をいただいた「課題への対応」	
高齢者に対する救急医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 今後増加が見込まれる高齢者救急を受け入れる体制を十分に確保できていない(できなくなりつつある)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者救急の受入体制の確保                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 医療機関へのアクセスも考慮しながら、地域ごとに高齢者救急を受け入れる体制を確保する</li> </ul> </li> <li>● 施設職員が入所者の急変時の対応について相談できる体制の確保(高齢者施設と協力医療機関との連携を含む)</li> <li>● ACPの県民等への更なる浸透</li> </ul>	全県的な課題 ・ 地域単位で検討を要する課題

### これまでの御意見をいただいた具体的な「解決策」の案

実現可能性は別途検討

課題への対応	短期的	中長期的
高齢者救急の受入体制の確保 ✓ 医療機関へのアクセスも考慮しながら、地域ごとに高齢者救急を受け入れる体制を確保する など	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 各地域において高齢者救急の受入体制の確保について議論 【議論する内容の例】</li> <li>・ 地域の医療機関の役割分担と連携 等</li> </ul>
施設職員が入所者の急変時の対応について相談できる体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急医療電話相談( # 7119)の普及啓発</li> <li>● 介護保険施設と協力医療機関の連携体制の構築 (R6介護報酬改定に伴い、3年以内の構築が義務化)</li> </ul>	左記の取組を継続
ACPの県民等への更なる浸透	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ACPの普及啓発</li> </ul>	

## これまでの御意見の整理(転退院の体制)

項目	これまでの御意見をいただいた「課題」	これまでの御意見をいただいた「課題への対応」
転退院の体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者等の入院期間が長い患者でベッドが埋まり、新たな救急患者の受け入れに支障が生じている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期を脱した患者や一旦受け入れた患者の円滑な転退院先の確保</li> </ul> <p>全県的な課題 ・ 地域単位で検討を要する課題</p>

### これまでの御意見をいただいた具体的な「解決策」の案

実現可能性は別途検討

課題への対応	短期的	中長期的
急性期を脱した患者や一旦受け入れた患者の円滑な転退院先の確保 → 次スライド参照	<ul style="list-style-type: none"> <li>転院を受け入れる医療機関への支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>円滑な転退院を行うための仕組みの構築</li> <li>各地域において急性期を脱した患者等の円滑な転退院先の確保について議論</li> </ul> 【議論する内容の例】 <ul style="list-style-type: none"> <li>地域の医療機関等の役割分担と連携 等</li> </ul>

# これまでの御意見の整理(急性期を脱した患者や一旦受け入れた患者の円滑な転退院先の確保)

## 課題

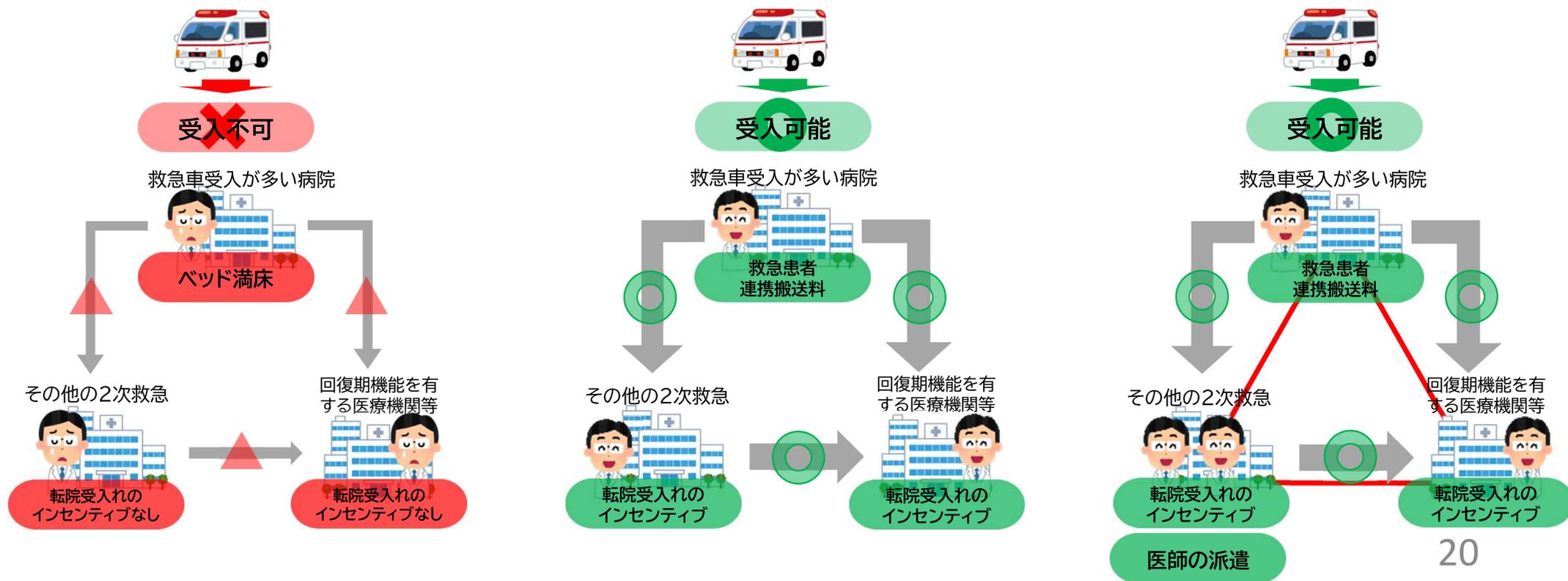
- 特定の病院に救急車の受入が集中している。
- 転院が円滑に進まないため、空床を確保できず、新たな救急患者の受入に支障が生じている。

## 将来(短期)

- 転院を受け入れる医療機関に対する支援(インセンティブ)を行い、円滑な転院を促進する。

## 将来(中長期)

- 転院を受け入れる医療機関に対する医師の派遣等により、円滑な転院を更に促進する。

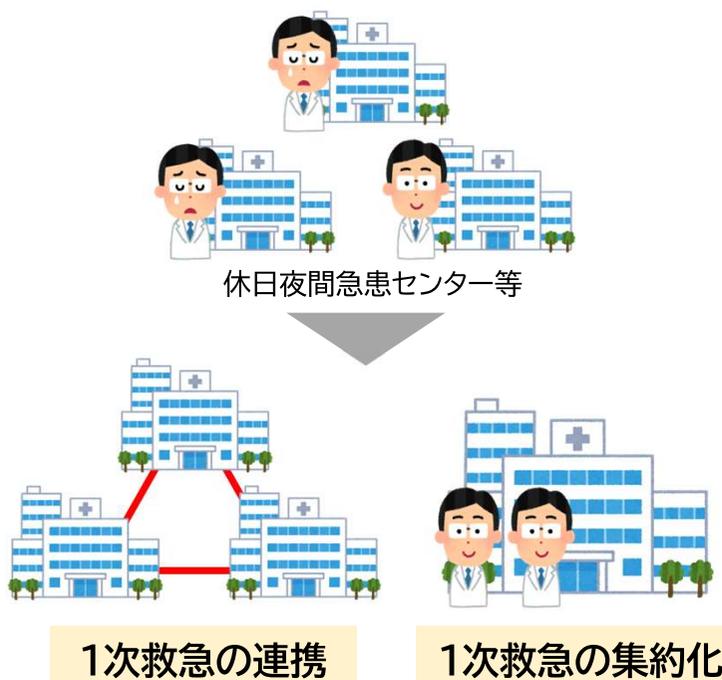


# これまでの御意見の整理(1次・2次救急のあり方)

## 1次・2次救急のあり方

- 地域によって、軽症・中等症患者、高齢者救急を受け入れる役割を担う1次・2次救急の医療提供体制が異なる中で、地域の中でどのように軽症・中等症患者、高齢者救急を受け入れていくかを考える必要がある。

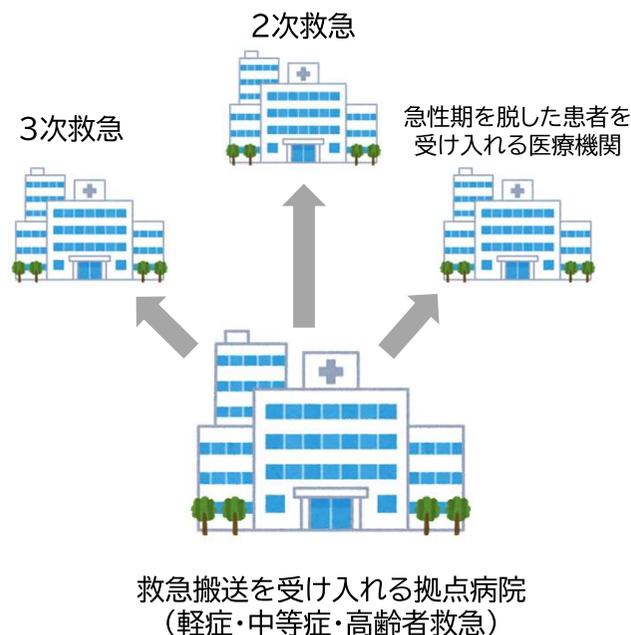
### 1次救急



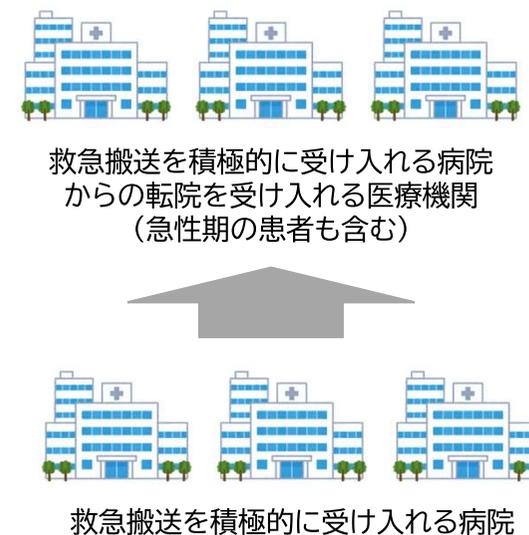
1次救急の連携

1次救急の集約化

### 2次救急



2次救急の拠点化



救急告示医療機関の  
役割分担・連携 21

### 御意見をいただきたいこと②

1. 課題を踏まえ、追加すべき「解決策」はあるか。【12～20スライド目】
2. 1次・2次救急のあり方として、他に考えられるものはあるか。  
【21スライド目】

## 4.【参考】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

# 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

- 2次輪番病院や3次救急で受け入れた救急患者のうち、救急車以外で受診した数は52%であり、ウォークインの患者が77,000人いる。ウォークインの患者が非常に多い中で、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と。
- 1次救急は、施設の老朽化、大型医療機器が使えずに診療完結性が低いなどの点で、県民のニーズと異なるのではないかと。県民は1次救急で応急手当ではなく、自分が入院しなくても大丈夫なのか、はっきりさせてほしいのではないかと。こうしたニーズに応えるためには、2次救急医療機関に1次救急を併設して、1次救急の機能を強化することが必要ではないかと。その際に、普段MRIやCTなどの大型医療機器を使用しない医師会の先生方をサポートすることも必要と考えられる。
- 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、「2次救急医療機関への1次救急の併設」は1つの手段として有効ではないかと。
- 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と。
- マンパワーが少なく対応できない場合には、1次救急の集約化も考える必要があるのではないかと。
- 人口密集地(宇都宮や小山)や、新規開業があり医師会の人数が多い地域など、比較的余裕がある地域に1次救急を集約することも考える必要があるのではないかと。
- 集約化については、地域によって、集約ができるところとできないところを、よく整理しながら対応することが重要ではないかと。
- 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次救急を集約するということも、こうした地域では重要となるのではないかと。

# 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

## 2次救急

	いただいた御意見
受入体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>2次救急医療機関では、医師が不足する中で、救急搬送の<u>受入要請が重なり受け入れられない</u>。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>従来ある2次救急医療の体制を再度構築し、<u>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</u>ではないか。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の病態や曜日等を限定しながらでも、<u>各病院が可能な範囲で少しずつ受け入れていく</u>ことが必要ではないか。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急搬送患者を同時に受け入れるには、例えば、<u>大学病院等から2次救急医療機関に医師を派遣する</u>、あるいは、受入困難となった患者を<u>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</u>、そのような体制の構築が必要ではないか。ただし、各地域によって医療資源等の状況が異なることから、<u>最終的にはその地域の中で議論し、決めていくことが必要</u>ではないか。</li> </ul>
高齢者救急	<ul style="list-style-type: none"> <li>救命救急センターや2次救急医療機関の病床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、こうした患者への対応の筋道を作ることが必要ではないか。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>増加していく高齢者の救急患者をICUを使って受け入れるべきなのか。<u>高齢者救急を受け入れる主体は2次救急医療機関</u>ではないか。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者救急に関しては、最終的な人生の終わり方も考えた上で、<u>地域の2次救急医療機関で受け入れる体制を、いかに量的に充実させるか</u>が大切ではないか。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>2次救急病院の機能強化も踏まえ、<u>地域医療構想を実現</u>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。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>きちんと受け入れている2次救急病院に対する正当な評価がないと、2次救急病院としても「3次救急に任せてしまえば良い」というような話になってしまうのではないか。どのように動機づけするかということが大切ではないか。</li> </ul>

# 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
ICU	<ul style="list-style-type: none"> <li>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ていない。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、特に足りていない。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>時期によっては、<u>ICUのベッドコントロールに苦慮する</u>ことがこれまでもあった。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>既存の病床数に対する患者の増え方という観点で見ると、中等症患者ではなく、<u>重症患者への対応に苦慮する</u>のではないかと。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ICUの確保については、単純にハードを増やすということではなく、<u>マンパワーの確保が1番の問題</u>である。<u>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</u>のではないかと。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ICUは施設要件が厳しいほか、お金もかかるため、病院にとっては大きな負担となる。一方で、<u>HCUを増やすのは、病院にとっては相対的にハードルが低い</u>のではないかと。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>まずは<u>HCUの確保などのできることから始め、将来的にICUの確保を目指すことが現実的</u>ではないかと。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ICUとHCUで治療した患者を比較すると、<u>ICUの方が生命予後が良い</u>ことが判明している。患者への治療の結果を求めるとすれば、<u>HCUではなく、ICUを整備する必要がある</u>のではないかと。</li> </ul>
役割分担・連携	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>3次救急医療機関の輪番制を構築することが必要</u>ではないかと。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>輪番制やコーディネーターの配置、遠隔での診療サポートが必要</u>はないかと。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>5つの救命救急センターが連携</u>した上で、「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。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>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、<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。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>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<u>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</u>のではないかと。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ICUや救急病棟のベッド満床だけでなく、<u>手術室の不足</u>という問題もあり対応できないことがある。</li> </ul>

# 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>高度救命救急センターは、<u>どのような形であれ象徴として作らなくてはならない</u>。救急医を育てる医育機関としても、人材を確保、育成、活用ということに関して必要な冠である。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>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<u>他院へ紹介しているケースもある</u>。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。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>重症熱傷や急性中毒のような<u>特殊疾患に関する人材育成</u>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、<u>高度救命救急センターの必要性はなくはない</u>。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>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<u>若い医師が来やすい</u>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<u>意味がないわけではない</u>。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>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<u>最新の国の方針も加味する必要はある</u>のではないかと。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>①広範囲熱傷等の患者の受入機能、②救急医療に関する教育研修機能、③地域における救急医療・災害医療に関する統括機能</u>の3つの機能を持つ現代型の高度救命救急センターの設置について検討すべきではないか。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。<u>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</u>のではないかと。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>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<u>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</u>のではないかと。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>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どうか</u>、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、<u>輪番制での対応等が必要</u>ではないか。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>高度救命救急センターについては、<u>手挙げしたところ全てを高度救命救急センターに指定した上で、さらに将来的に追加で指定するかどうかは、そのときに議論すれば良い</u>のではないかと。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>輪番を担当する病院は高度救命救急センターに指定しても良いのではないかとということも含め、<u>「高度」という名前の話と、その高度医療についてICU確保を含めてどのように提供するか、という議論は分けて考えた方が良い</u>のではないかと。</li> </ul>	

# 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ような仕組み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、適切に1次・2次救急に搬送することが、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、地域の複数の病院において内科系・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。
- 患者を一旦受け入れ、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のが現状である。このため、どこの病院に、どの専門科の医師がいるのかが把握できる仕組みが必要ではないかと。
- どの病院に、どの診療科の医師が当直しているのかということが把握できれば、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、働き方改革の影響もあり、現在は十分に対応することができていないのが現状である。このような疾患の患者を受け入れていくためには、1次・2次救急の体制整備、役割分担が重要となってくるのではないかと。
- 患者の転院について、夜間は非常にハードルが高い一方で、オーバーナイトさえできれば、平日昼間は地域医療連携室に医療ソーシャルワーカーが常駐していることから、比較的円滑に患者の転院を行うことができるのではないかと。
- 関連病院の間で、急性期や慢性期等の役割分担や連携ができているケースがあることから、そのような役割分担等を地域の中で行うことができると良いのではないかと。
- 各地域において、各病院や施設が「どこまでできる・どこからはできない」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のではないかと。地域において、顔の見える関係を早く作っていくことが必要ではないかと。
- 県内で受入れが難しい場合には、もう少し広域な救急医療体制の構築も必要ではないかと。
- どの病院もすぐには体制強化が難しいので、県内にこだわ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

- 高齢者の場合は、救急で入院し、原因疾患の治療を行ったとしても、入院期間中にADLが低下してしまい、転院先を見つけるのに苦慮する。
- 下り転院に関しては、「救急患者連携搬送料」が新設されたが、近隣の2次救急病院と協議した際には、24時間体制で3次救急からの下り搬送を受け入れると回答した病院がほとんどないのが現状である。
- 下り転院を受け入れる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。
- 下り転院を受け入れる2次救急医療機関では、救急車で来院した急性期の患者を受け入れるのは難しいというのが現状ではないかと。そうした2次救急病院の意見も聞きながら、役割分担等について、病院間だけでなく、行政に入ってもらいながら、話し合いをしていく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

- 医師の確保について、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仕組みづくりが必要ではないかと。
- 地域枠として医学部を卒業した医師が、県内で活躍できるような仕組みを作っていくことが必要ではないかと。
- 県の地域枠で救急医を育成した上で、その医師を2次救急病院に派遣し、救急車や下り転院を受け入れる体制を構築すべきではないかと。
- 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ことについては、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体制を地域全体で作ることが必要ではないかと。
- 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必要ではないかと。
- 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と良いのではないかと。
- 看護師が不足しており、許可病床をフルに稼働することができていないのが現状である。

# 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
適正利用の普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>入所時にACPを確認している高齢者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。そうした施設に対して、救急車や救急医療の適正利用を啓発していく必要があるのではないかな。</li> <li>救急車のタクシー代わりの利用や、仕事の都合で夜間に受診をしたい等の問い合わせが非常に多い。</li> </ul>
救急医療電話相談の普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>軽症患者への対応として、救急医療電話相談(#7119・#8000)のアピールが必要ではないかな。</li> <li>高齢者施設からの相談に#7119を活用することは、すぐできるのではないかな。</li> </ul>
高齢者施設の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>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な。</li> </ul>
選定療養費の徴収	<ul style="list-style-type: none"> <li>茨城県内の一部の大病院では、救急搬送された軽症患者についても選定療養費の徴収対象とすることを決めた。救急車という資源を有効に使う、又は使われているのか、という観点も必要ではないかな。</li> <li>自力で病院に来ることができない高齢者(特に85歳以上)が増える中で、救急車の利用が増えている、あるいは増える方向にあるということは明らかなので、選定医療費を導入して救急車の利用を制限するということは、高齢者に対する救急医療を縮小する方向というように聞こえる。</li> <li>救急搬送患者の選定療養費に関して、茨城県との県境などでは問題が出てくる可能性があるのではないかな。起こり得る問題、又は、実際に起こった問題について検証していくことが必要ではないかな。</li> </ul>
ACPの普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者に限らず、県民に対してACPIについて周知し、考えていただくことが大切ではないかな。</li> </ul>

# 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

- 有事への対応に関して、**自治体病院が果たすべき役割を見直すことも必要**ではないか。
- 公立病院経営強化ガイドライン等を確認しながら、県立病院の役割を検討した上で、県全体で救急医療がしっかりと回っていくように、本委員会やワーキンググループのほか、各種会議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。
- 消防の円滑な搬送先選定や、病院間における情報共有に関して、**DX技術を活用**しても良いのではないか。