

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1回)

日時:令和6(2024)年7月26日(金)9時30分~11時30分

場所:栃木県庁北別館 会議室201

目次

1. 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の設置について
2. 救急医療を取り巻く現状について
3. 第1回検討委員会における御意見等について
4. まとめ(御意見をいただきたいことを含む)

1. 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の設置について

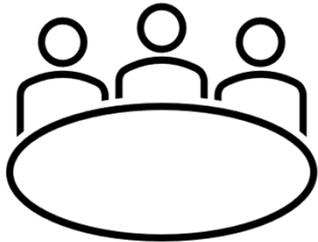
ワーキンググループの設置について

設置の目的

- 救急医療の課題(質・量)について、より専門的な事項についての検討を行うため、検討委員会に2つの「ワーキンググループ」を設置

組織体制

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(構成委員:7名)



➤ 主に「**質の課題**」について議論

- ・ 県内のICU病床の不足に関すること
- ・ 高度救命救急センター未設置に関すること 等

ワーキンググループB(構成委員:11名)



➤ 主に「**量の課題**」について議論

- ・ 増加する中等症患者の受入体制に関すること 等

※必要に応じて、ワーキンググループA・Bを合同で開催

【参考】（高度）救命救急センターについて

第三次救急医療体制(救命救急センター)

<運営方針>

(1)救命救急センターは、重篤患者に対する高度な専門的医療を総合的に実施することを基本とし、原則として、重症及び複数の診療科領域にわたるすべての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れるものとする。

(2)救命救急センターは、初期救急医療施設及び第二次救急医療施設の後方病院として複数診療科の介入を要する症例や診断が難しい症例等、他の医療機関では治療の継続が困難な救急患者の診療を担うものとし、原則として、これらの医療施設及び救急搬送機関からの救急患者を24時間体制で必ず受け入れるものとする。

など

第三次救急医療体制(高度救命救急センター)

<運営方針>

高度救命救急センターは、特に高度な診療機能を有し、通常の救命救急センターでは対応困難な外傷や疾患等の診療を担うものとする。

<整備基準>

(1)高度救命救急センターは、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対する救命医療を行うために必要な相当高度な診療機能を有するものである。

など

ワーキンググループの設置について

構成委員（ワーキンググループA）

No	氏名(敬称略)	役職	備考
1	福田 宏嗣	獨協医科大学病院 副院長	3次救急
2	間藤 卓	自治医科大学附属病院 救命救急センター長	3次救急
3	小倉 崇以	済生会宇都宮病院 栃木県救命救急センター長	3次救急
4	林 堅二	那須赤十字病院 救命救急センター長	3次救急
5	菊池 広子	足利赤十字病院 救命救急センター長	3次救急
6	小橋 元	獨協医科大学 教授(公衆衛生学)	学識経験者(公衆衛生学)
7	◎横堀 将司	日本医科大学付属病院 高度救命救急センター長	県外、高度救命救急センター

構成委員（ワーキンググループB）

No	氏名(敬称略)	役職	備考
1	◎長島 徹	栃木県医師会 副会長	関係団体
2	和氣 晃司	獨協医科大学病院 救命救急センター長	3次救急
3	米川 力	自治医科大学附属病院 救命救急センター 副センター長	3次救急
4	石原 雅行	国立病院機構栃木医療センター 病院長	2次救急、公的医療機関
5	島田 和幸	地方独立行政法人新小山市民病院 病院長	2次救急、公的医療機関
6	北澤 正文	とちぎメディカルセンターしもつが 病院長	2次救急、民間医療機関
7	安食 孝士	石橋総合病院 副院長兼整形外科部長	2次救急、民間医療機関
8	小野 一之	御殿山病院 院長	2次救急、民間医療機関
9	菅間 博	社会医療法人博愛会 理事長(菅間記念病院)	2次救急、民間医療機関
10	一瀬 雅典	国際医療福祉大学塩谷病院 副院長兼救急部部长	2次救急、民間医療機関
11	村田 宣夫	佐野市民病院 病院長	2次救急、民間医療機関

- ※ 必要に応じて、関係者がオブザーバーとして出席
- ※ ◎印はWG長

ワーキンググループの設置について

今後の検討の流れ(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) ● 対策の方向性の議論 <ul style="list-style-type: none"> ✓ どのような方向性の対策が必要か(短期的・中長期的) ✓ その対策を講じるために必要と考えられること 等
(未 定)	第2回ワーキンググループA	<ul style="list-style-type: none"> ● 対策の方向性の議論 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 対策の実現可能性や優先度 等

適宜、WG開催

(未 定)	第2回検討委員会	<ul style="list-style-type: none"> ● 対策の方向性を議論 <ul style="list-style-type: none"> ✓ WGの議論を踏まえながら、対策の方向性を検討 等
-------	----------	---

適宜、検討委員会
及びWG開催

ワーキンググループの設置について

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「対策の方向性」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	対策の方向性	短期／中長期	実現可能性 (費用や人的資源等を考慮)	優先度 (高・中・低)
3次救急	短期	○	
3次救急	中長期	△	
3次救急	

量

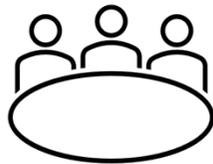
救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会
ワーキンググループB



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

ワーキンググループの設置について

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. 救急医療を取り巻く現状について

2-1. 第1回検討委員会での御意見を踏まえたデータ整理

第1回検討委員会における御意見等について

分類	第1回検討委員会でいただいた御意見	分析の結果等
データ分析	<ul style="list-style-type: none"> 救急搬送の要請覚知から病院等収容までの平均時間について、他の都道府県等の状況を把握し、増えていない都道府県等があれば、その都道府県等の救急医療体制を参考にしてみても良いのではないかと。 	<ul style="list-style-type: none"> 資料2のとおり
	<ul style="list-style-type: none"> 休日夜間急患センターの受診者数と、そのうち2次救急、3次救急に流出した割合を把握できると良いのではないかと。 	<ul style="list-style-type: none"> 13スライド目のとおり
	<ul style="list-style-type: none"> 救急患者に多い疾患や、それが栃木県内の地域によって違いがあるものかなどについて、把握できると良いのではないかと。 	<ul style="list-style-type: none"> 14～33スライド目のとおり ※理由別の搬送困難事例の数や、搬送困難となった患者の最終的な転帰については、現時点でデータなし
	<ul style="list-style-type: none"> 救急搬送困難事例の地域ごと、理由ごと、疾患ごとなどの分析や、救急搬送困難となった患者が最終的にどうなったのか(転帰)について、把握できると良いのではないかと。 	
	<ul style="list-style-type: none"> 県外に流出している重症患者、又は、受入困難となる患者について、どんな患者が、どういうタイミングで発生しているのか分析する必要があるのではないかと。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ICU(集中治療室)を必要とする患者の地域間の流出入状況などについて、把握できると良いのではないかと。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ICU(集中治療室)を必要とする患者の地域間の流出入状況などについて、把握できると良いのではないかと。 	<ul style="list-style-type: none"> 今後、「国保・後期高齢者医療に係るレセプト関連データ」をもとに分析予定(第2～第3四半期) ※分析例:特定集中治療室管理料を算定した県内在住患者の受入状況 等
<ul style="list-style-type: none"> 救急で受け入れた後、院内の別の部門や施設、在宅医療等に移行した患者のその後の経過に関するデータについて、特に地域ごとに把握できると良いのではないかと。 	<ul style="list-style-type: none"> データを取得可能かどうかを含め、要検討 	

各休日夜間急患センターの患者数と高次医療機関への紹介患者数(2023年度)

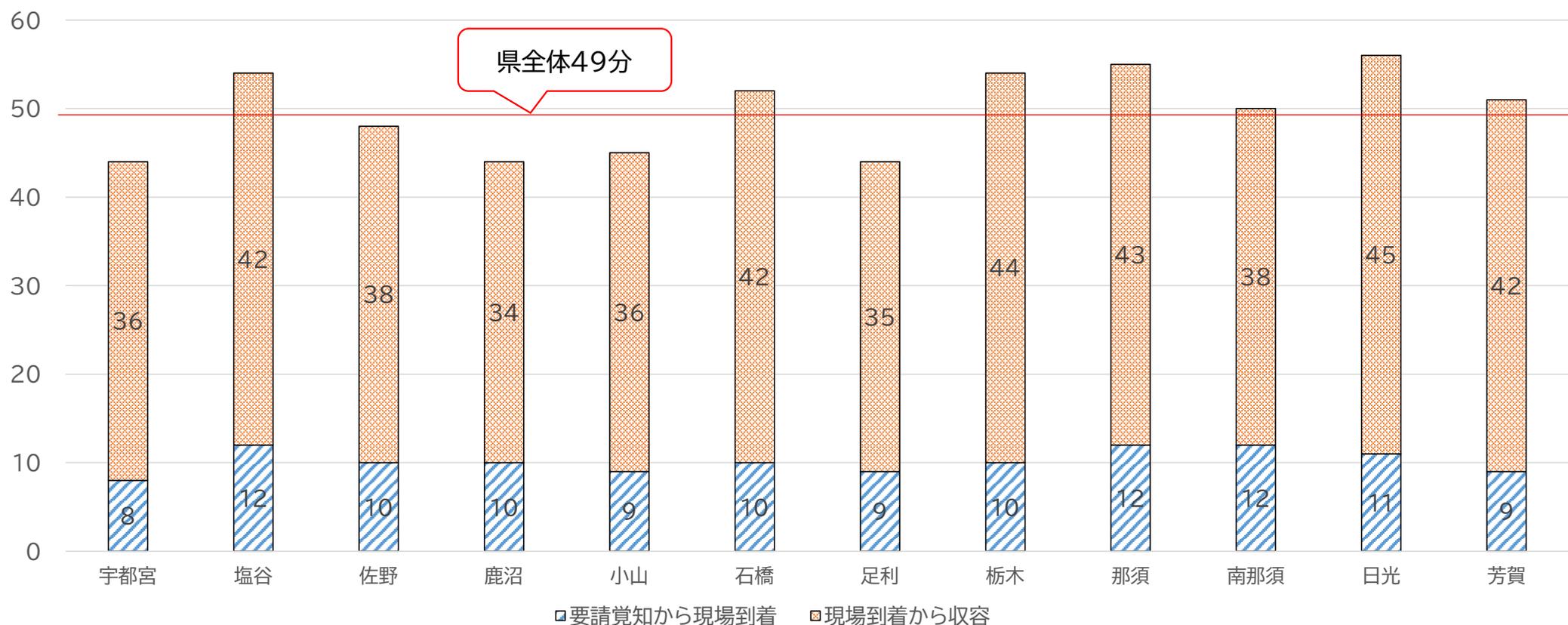
- 高次医療機関への紹介割合は県全体の平均で2.2%程度であり、割合が大きい地区では5.8%程度である。
 ※高次医療機関を紹介した理由については確認できていない。

地区	患者数 (1次救急対応)	割合 (高次/1次救急対応)	
		うち、高次への紹介患者数	
A	21,611人	545人	2.5%
B	2,180人	44人	2.0%
C	1,182人	15人	1.3%
D	5,122人	298人	5.8%
E	5,457人	110人	2.0%
F	7,085人	10人	0.1%
G	1,825人	42人	2.3%
H	55人	0人	0.0%
I	361人	3人	0.8%
J	11,826人	168人	1.4%
K	1,856人	84人	4.5%

(出典)県医療政策課調べ

消防本部別の「要請覚知から収容まで」の平均時間(2022年)

- 要請覚知から現場到着までの平均時間はどの消防も大きく変わらないが、要請覚知から収容までの平均時間は塩谷、石橋、栃木、那須、日光、芳賀で県全体を上回っており、医療機関の選定に時間を要していると思われる。



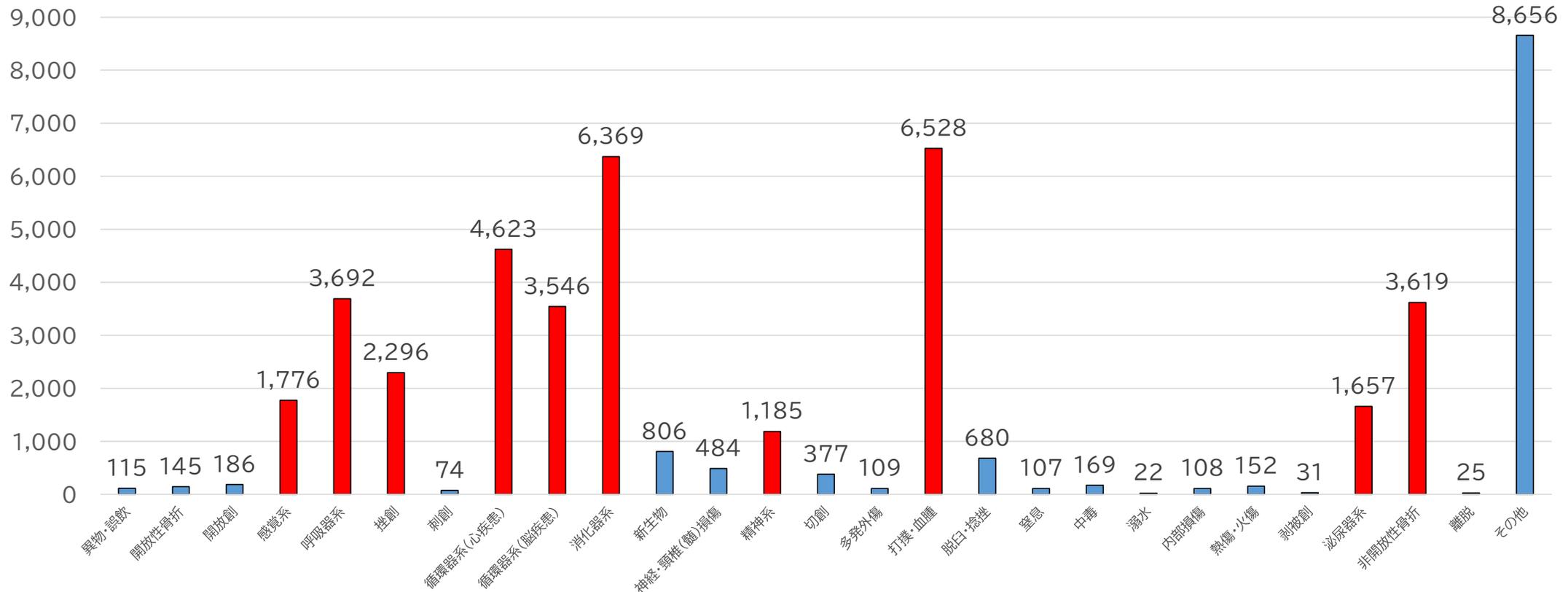
【単位:分】

※不搬送及び転院搬送を除く69,710人の救急搬送における平均時間

(出典)救急搬送データから作成

疾患別の救急搬送人員数(2022年)

- 救急搬送で多い疾患は、消化器系、打撲・血腫、循環器系(心疾患)、呼吸器系、非開放性骨折、循環器系(脳疾患)、挫創、感覚系(神経・目・耳など)、泌尿器系、精神系などである。



【単位:人】

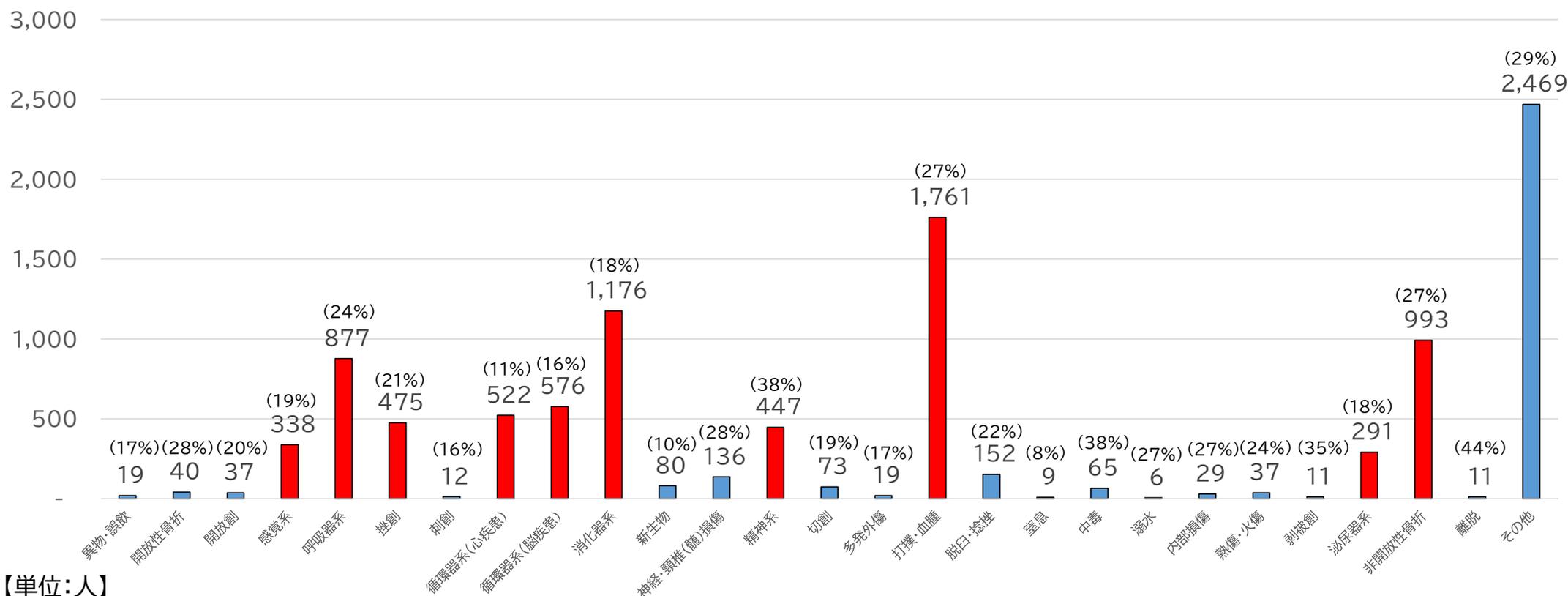
※不搬送及び転院搬送以外を対象とし、診断不明等を除く(N=47,537)

※救急搬送の多い疾患上位10位を赤で着色

(出典)救急搬送データから作成

疾患別の現場滞在30分以上の救急搬送人員数(2022年)

- ▶ 全体の約23%は、現場滞在30分以上の救急搬送患者である。
- ▶ 現場滞在30分以上の救急搬送困難となる症例が多い疾患は、打撲・血腫、消化器系、非開放性骨折、呼吸器系、循環器系(脳疾患)、循環器系(心疾患)などである。



【単位:人】

※不搬送及び転院搬送以外を対象とし、診断不明等を除く(N=10,661)

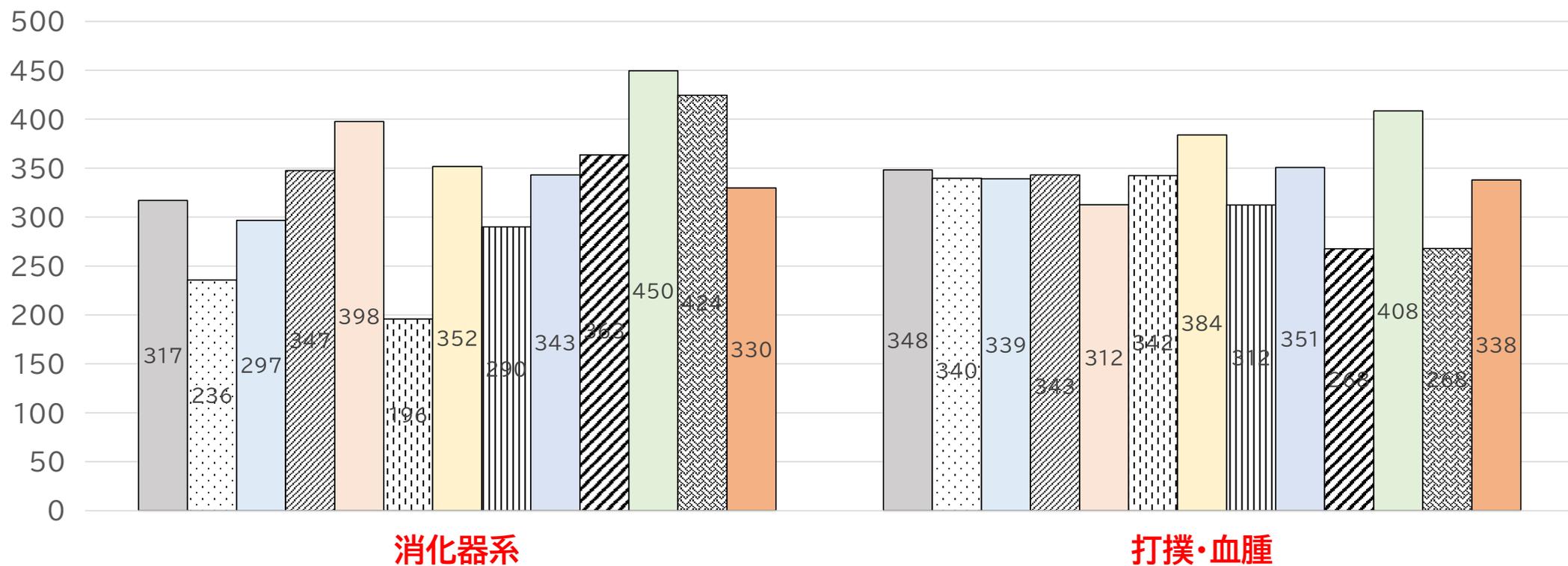
※救急搬送の多い疾患上位10位を赤で着色

※()内の%は、現場滞在30分以上の救急搬送患者数の割合

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の救急搬送人員数の比較(2022年、人口10万人当たり)

- 【消化器系】地域によって差があり、日光や芳賀などで多い一方、石橋や塩谷は少ない。
- 【打撲・血腫】地域によって、そこまで大きな差は見られない。



【単位:人】

□宇都宮 □塩谷 □佐野 ▨鹿沼 □小山 □石橋 □足利 ▨栃木 □那須 ▨南那須 □日光 ▨芳賀 ■県全体

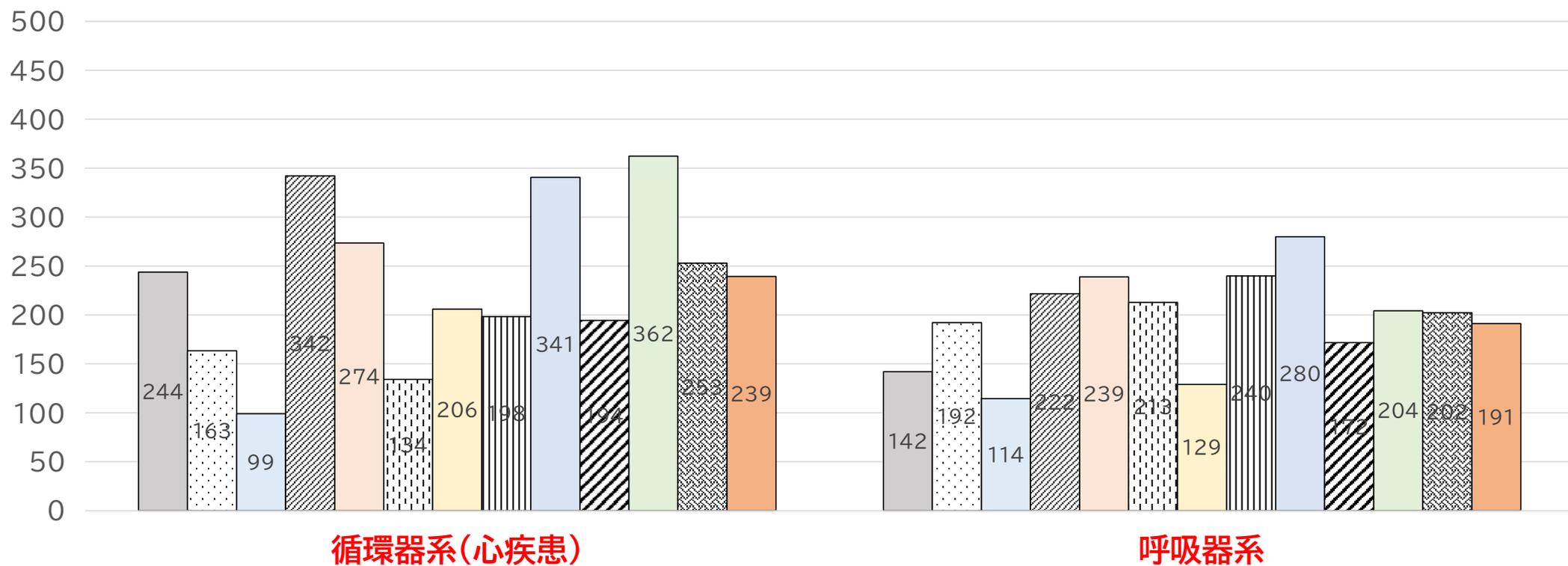
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の救急搬送人員数の比較(2022年、人口10万人当たり)

- 【循環器系(心疾患)】日光、鹿沼、那須などの地域で多い一方で、佐野や石橋などの地域は少ない。
- 【呼吸器系】那須、栃木、小山などの地域で多い一方で、佐野や足利などの地域は少ない。



【単位:人】

□宇都宮 □塩谷 □佐野 ▨鹿沼 □小山 □石橋 □足利 ▨栃木 □那須 ▨南那須 □日光 ▨芳賀 ■県全体

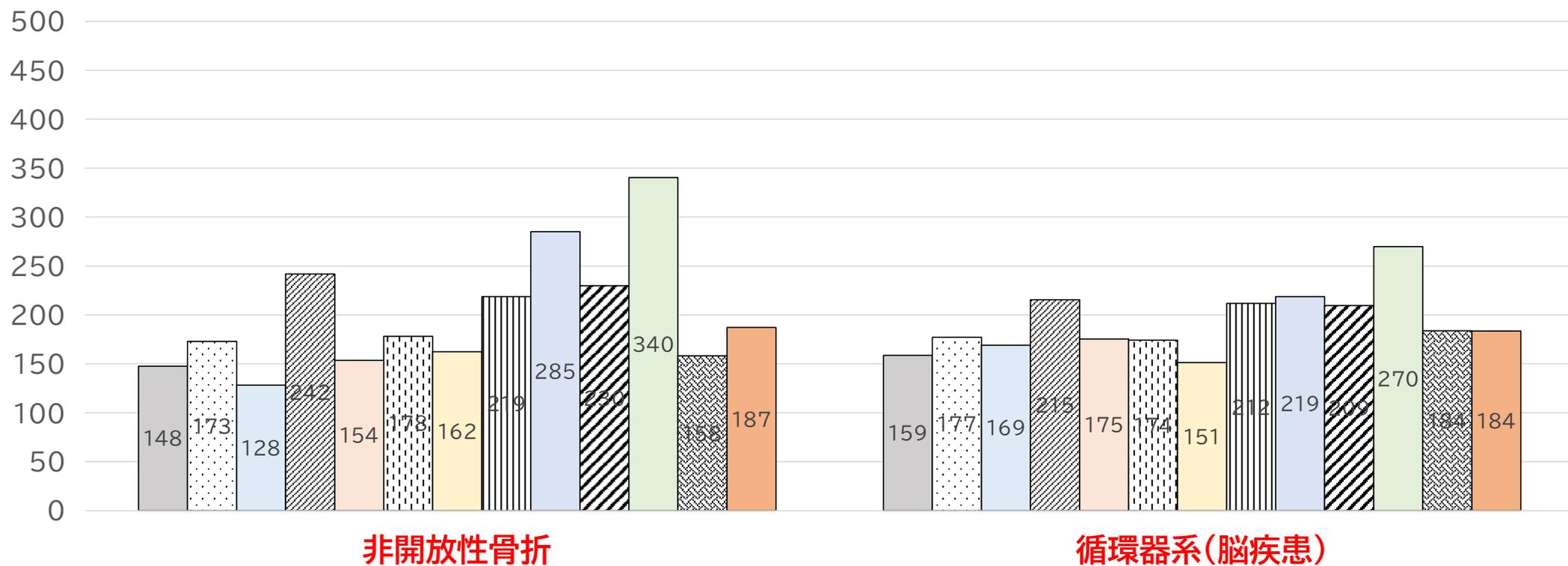
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の救急搬送人員数の比較(2022年、人口10万人当たり)

- 【非開放性骨折】日光、那須、鹿沼などの地域で多い。
- 【循環器系(脳疾患)】地域によって、そこまで大きな差は見られない。



【単位:人】

□宇都宮 □塩谷 □佐野 ▨鹿沼 □小山 □石橋 □足利 ▨栃木 □那須 ▨南那須 □日光 ▨芳賀 □県全体

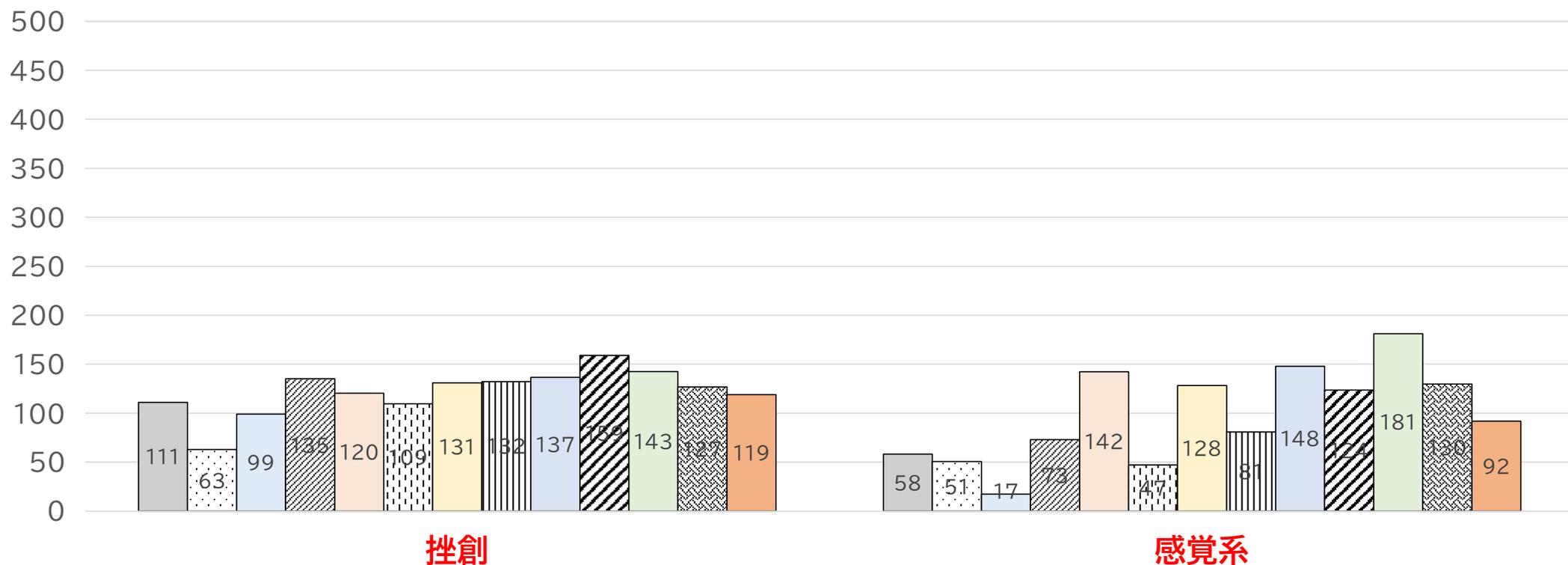
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の救急搬送人員数の比較(2022年、人口10万人当たり)

- 【挫創】地域によって、そこまで大きな差は見られない。
- 【感覚系】日光、那須、小山などの地域で多い一方で、佐野、石橋などの地域は少ない。



【単位:人】

□宇都宮 □塩谷 □佐野 ▨鹿沼 □小山 □石橋 □足利 ▨栃木 □那須 ▨南那須 □日光 ▨芳賀 ■県全体

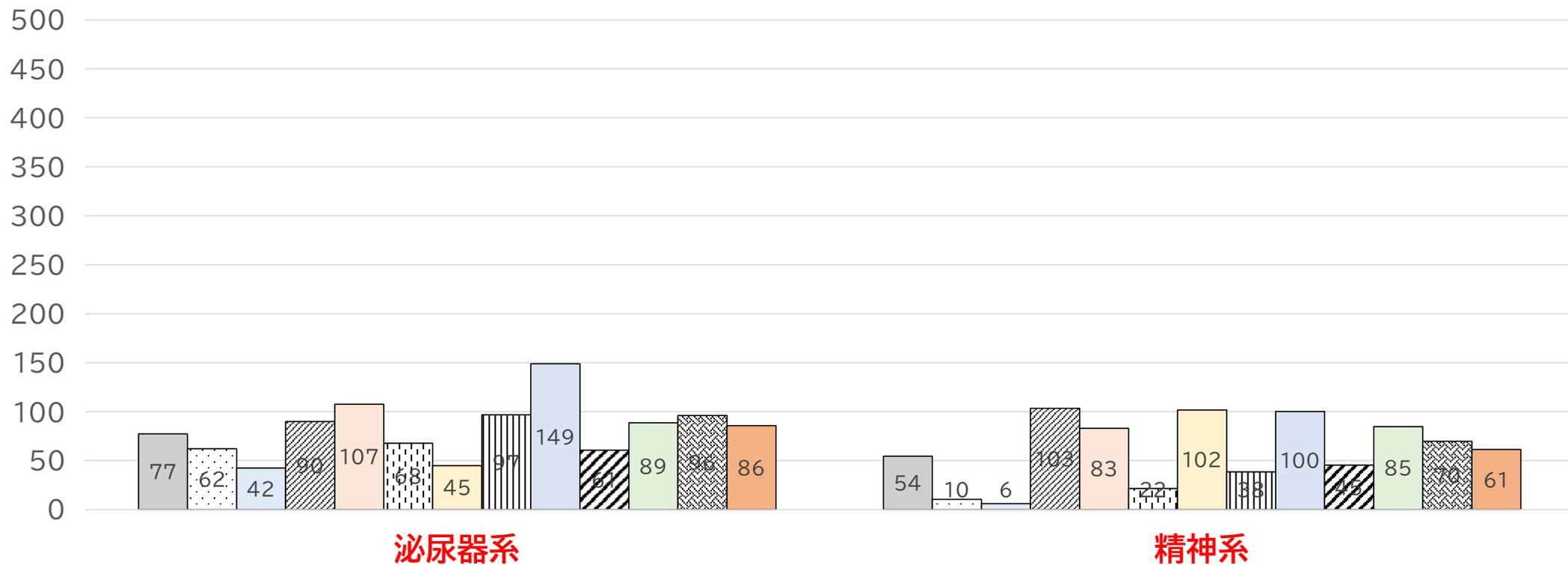
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の救急搬送人員数の比較(2022年、人口10万人当たり)

- 【泌尿器系】那須で多い一方で、佐野や足利などの地域では少ない。
- 【精神系】鹿沼、足利、那須などの地域で多い一方で、佐野、塩谷、石橋などの地域では少ない。



【単位:人】

□宇都宮 □塩谷 □佐野 ▨鹿沼 □小山 □石橋 □足利 ▨栃木 □那須 ▨南那須 □日光 ▨芳賀 ■県全体

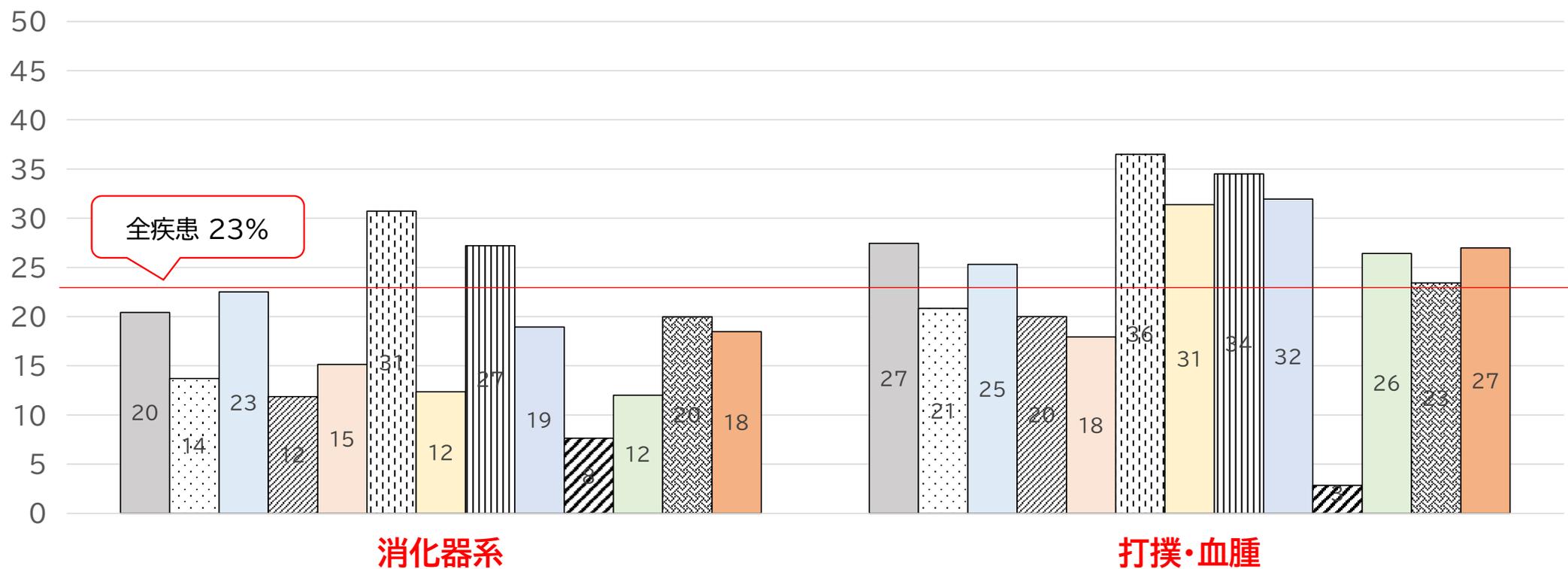
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の現場滞在30分以上の搬送人員割合(2022年)

- 【消化器系】石橋や栃木において高い一方で、日光では低い。
- 【打撲・血腫】石橋、栃木、那須、足利などの地域で高い。



全疾患 23%

消化器系

打撲・血腫

□宇都宮 □塩谷 □佐野 □鹿沼 □小山 □石橋 □足利 □栃木 □那須 □南那須 □日光 □芳賀 □県全体

【単位:%】

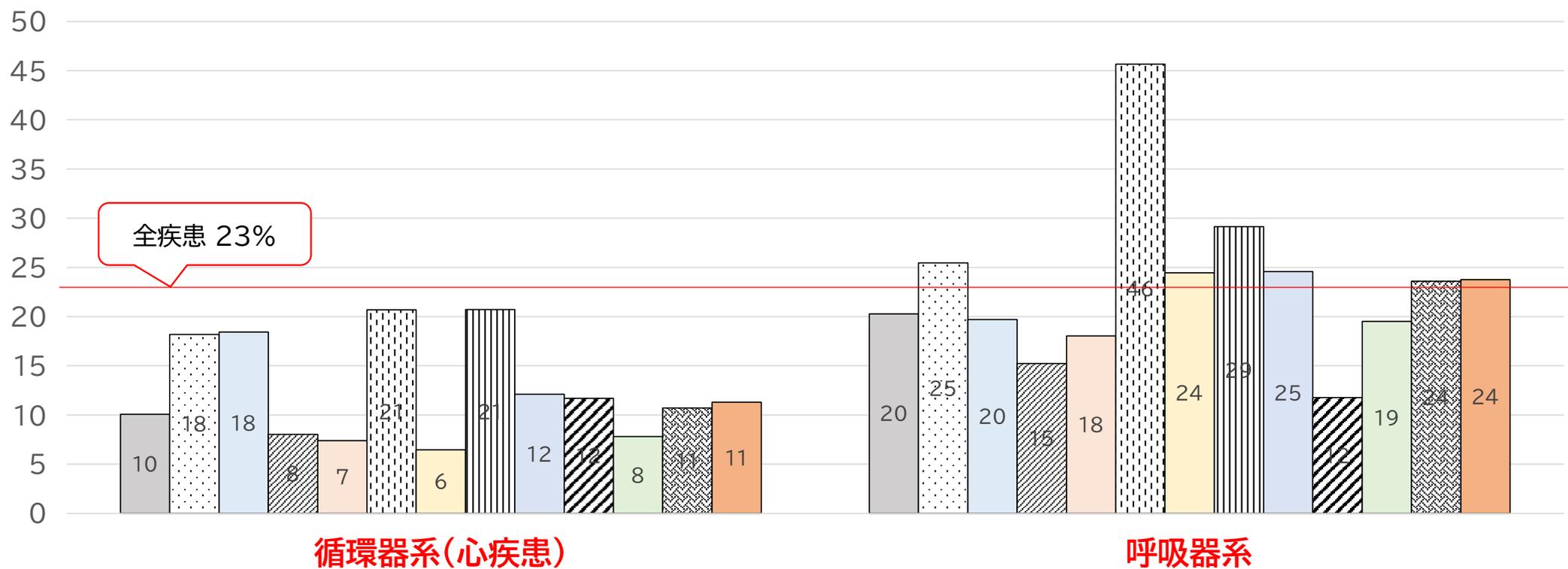
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の現場滞在30分以上の搬送人員割合(2022年)

- 【循環器系(心疾患)】石橋、栃木、塩谷、佐野において多い一方、足利、小山、日光などでは少ない。
- 【呼吸器系】石橋、栃木、塩谷などの地域で多い一方、南那須、鹿沼などは少ない。



□宇都宮 □塩谷 □佐野 □鹿沼 □小山 □石橋 □足利 □栃木 □那須 □南那須 □日光 □芳賀 □県全体

【単位:%】

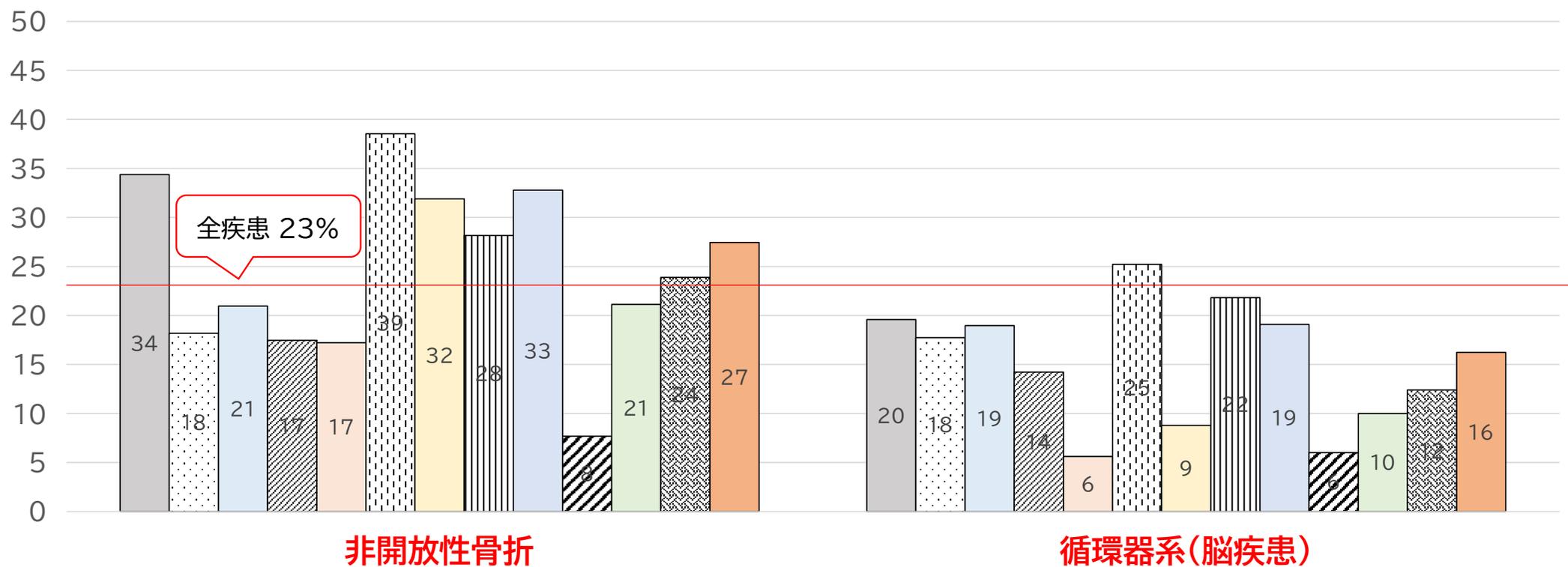
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の現場滞在30分以上の搬送人員割合(2022年)

- 【非開放性骨折】石橋、宇都宮、那須、足利などの地域で多く、南那須、小山、鹿沼などの地域で少ない。
- 【循環器系(脳疾患)】石橋、栃木、宇都宮、那須、佐野などの地域で多く、小山、南那須、足利などの地域で少ない。



全疾患 23%

非開放性骨折

循環器系(脳疾患)

□宇都宮 □塩谷 □佐野 □鹿沼 □小山 □石橋 □足利 □栃木 □那須 □南那須 □日光 □芳賀 □県全体

【単位:%】

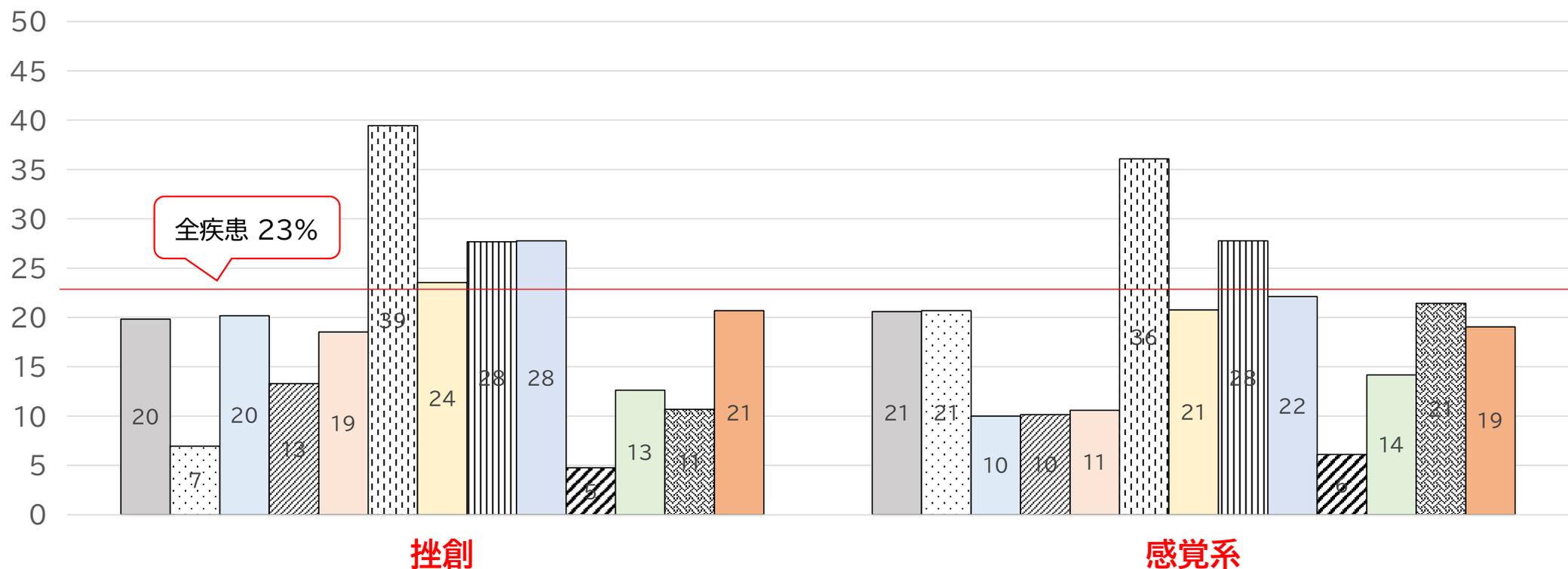
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の現場滞在30分以上の搬送人員割合(2022年)

- 【挫創】石橋、那須、栃木などの地域で多く、南那須、塩谷などの地域で少ない。
- 【感覚系】石橋、栃木などの地域で多く、南那須、佐野、鹿沼、小山などの地域で少ない。



全疾患 23%

挫創

感覚系

□宇都宮 □塩谷 □佐野 ▨鹿沼 □小山 □石橋 □足利 ▨栃木 □那須 ▨南那須 □日光 ▨芳賀 ■県全体

【単位:%】

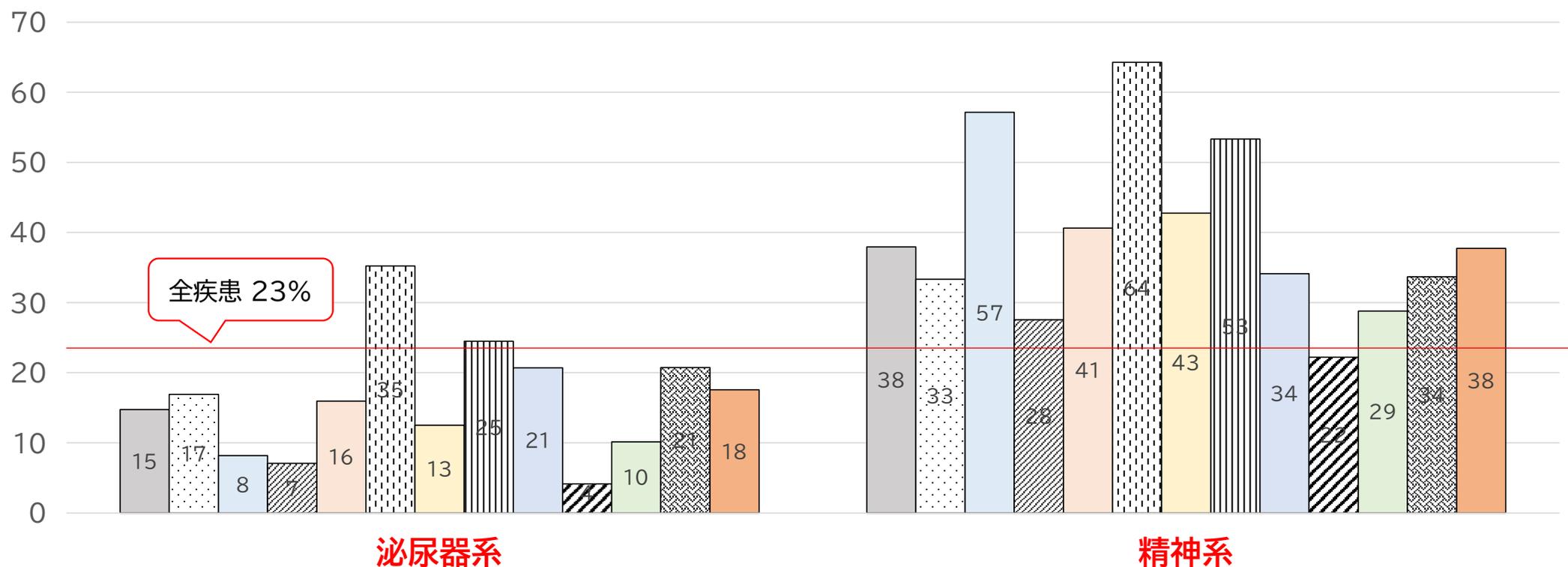
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の現場滞在30分以上の搬送人員割合(2022年)

- 【泌尿器系】石橋、栃木などの地域で多く、南那須、鹿沼、佐野などの地域で少ない。
- 【精神系】石橋、佐野、栃木などの地域で多く、南那須、鹿沼などの地域で少ない。



□宇都宮 □塩谷 □佐野 □鹿沼 □小山 □石橋 □足利 □栃木 □那須 □南那須 □日光 □芳賀 □県全体

【単位:%】

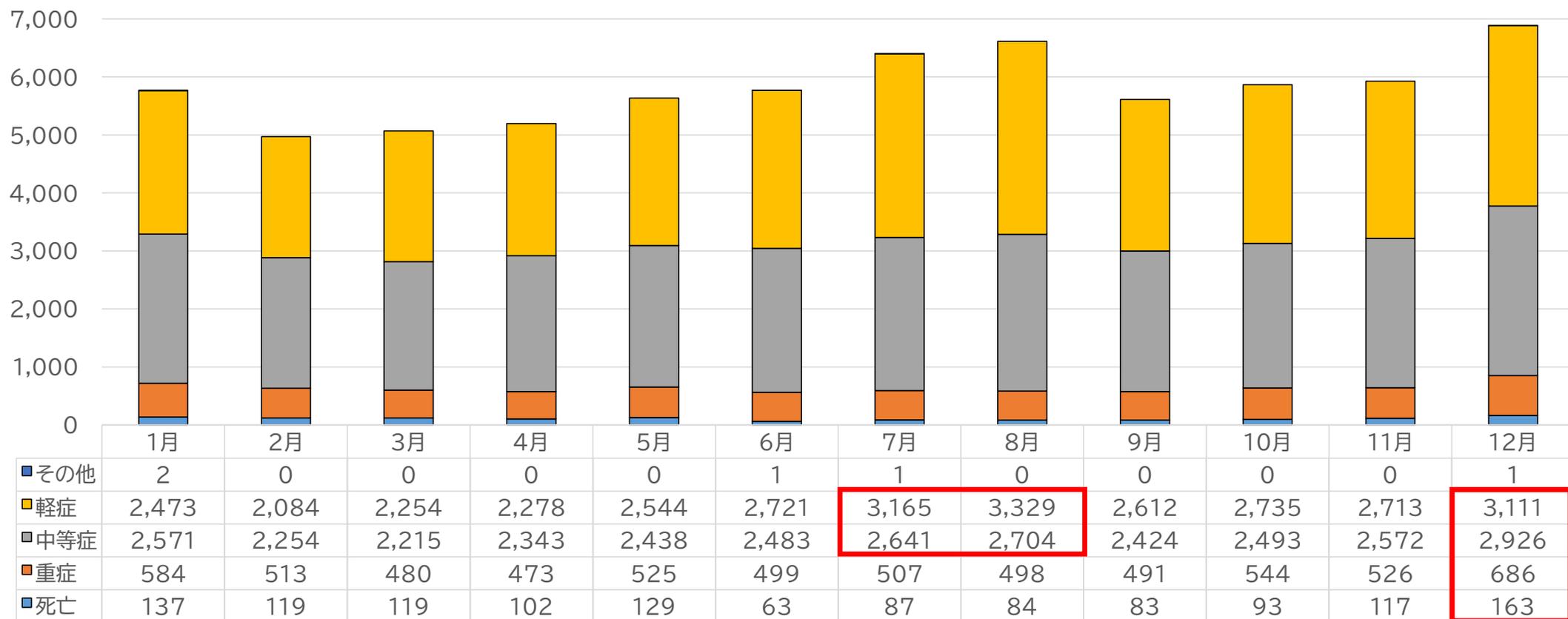
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各月の重症度別の救急搬送人員数(2022年)

- ▶ 時期別では7~8月、12月に救急搬送人員数が増加している。
- ▶ 7~8月は軽症や中等症の患者が増加し、12月は軽症・中等症に加え、重症や死亡の患者も増加している。

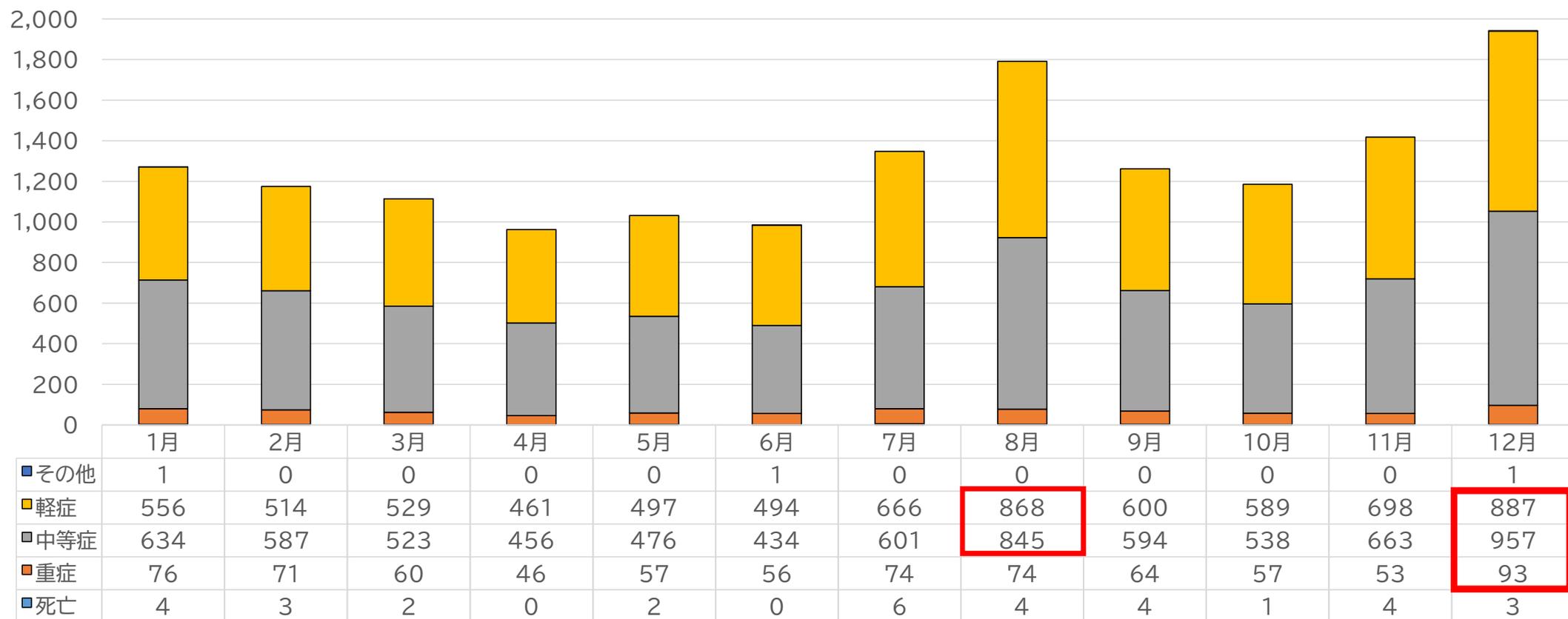


【単位:人】

(出典)救急搬送データから作成

各月の重症度別の救急搬送人員数(現場滞在30分以上)(2022年)

- 救急搬送人員数が増加する7~8月、12月については、現場滞在30分以上の搬送人員数も増加する。
- 8月は軽症や中等症患者の搬送困難が増加し、12月は軽症・中等症に加え、重症患者の搬送困難も増加。

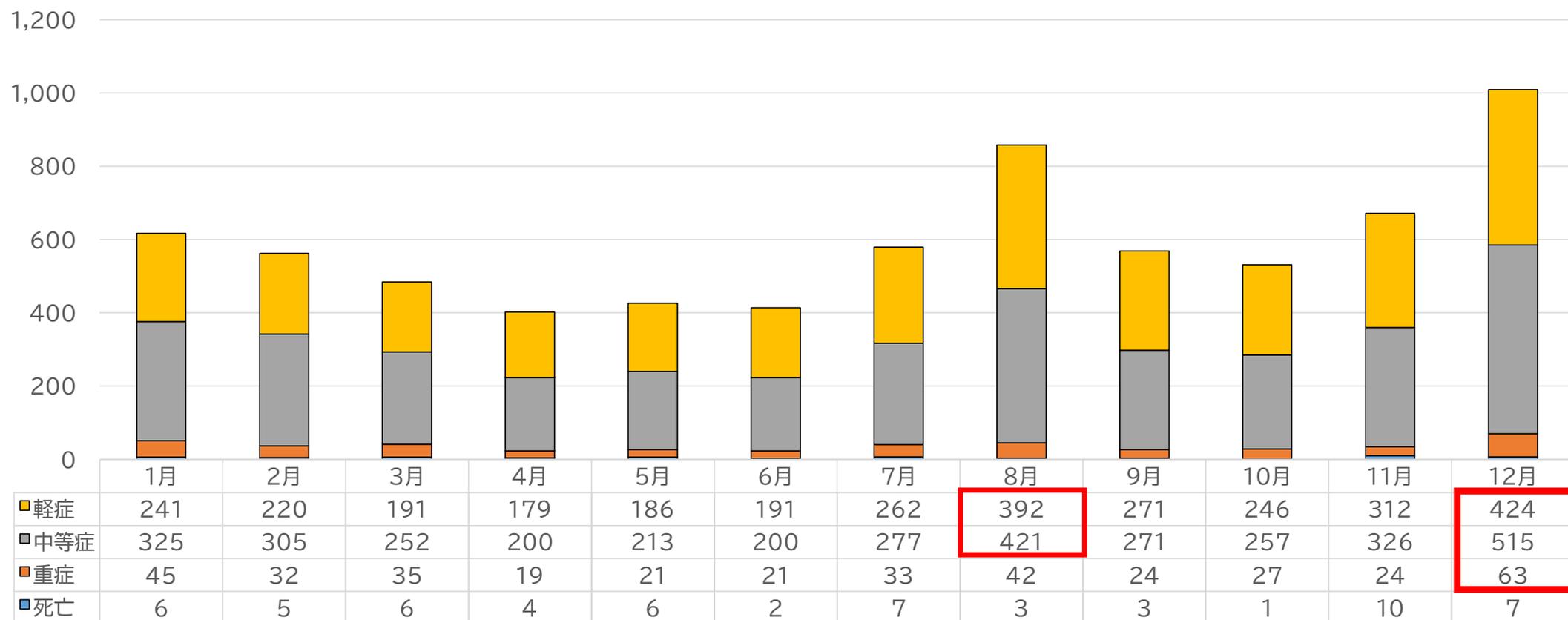


【単位:人】

(出典)救急搬送データから作成

各月の重症度別の救急搬送人員数(連絡回数4回以上)(2022年)

- 救急搬送人員数が増加する8月、12月については、連絡回数4回以上の搬送人員数が増加する。
- 8月は軽症や中等症患者の搬送困難が増加し、12月は軽症・中等症に加え、重症患者の搬送困難も増加。

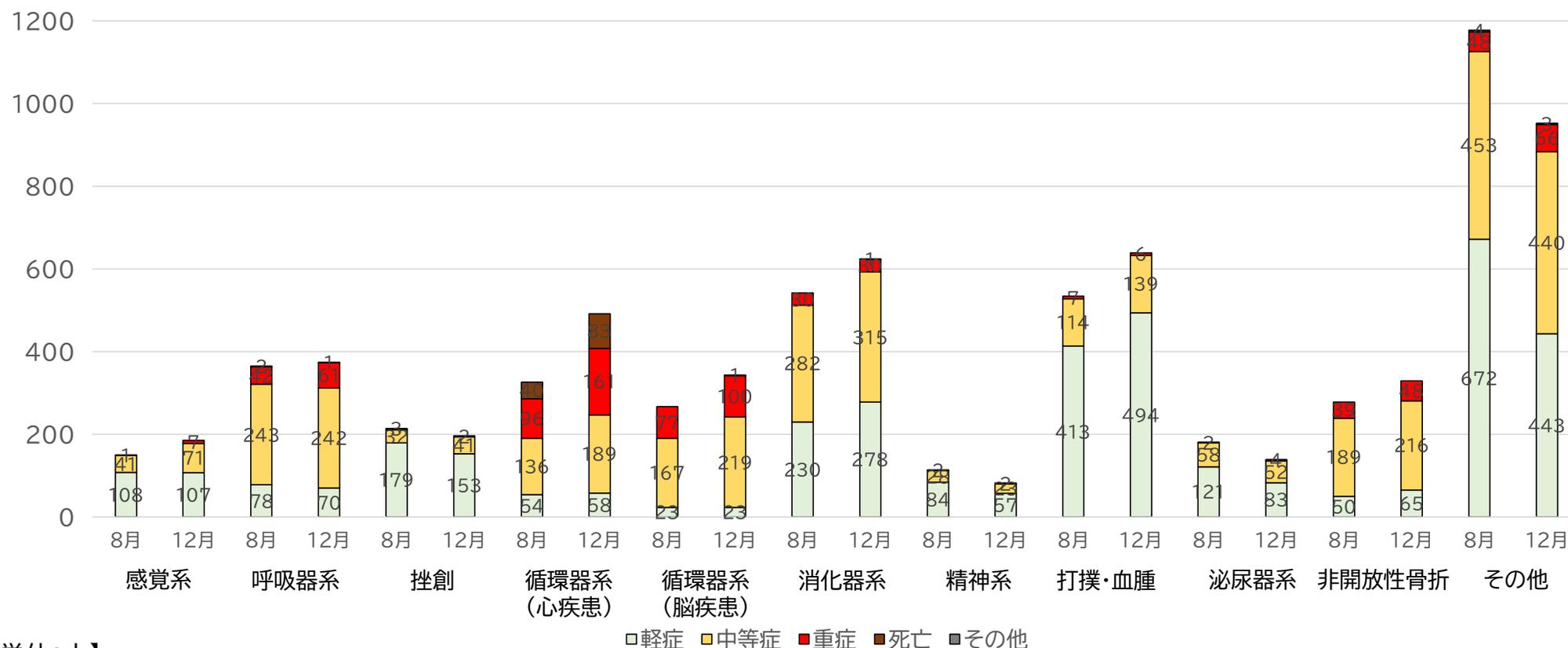


【単位:人】

(出典)救急搬送データから作成

8月及び12月における疾患別の救急搬送人員数(2022年)

- 8月・12月ともに、消化器系、打撲・血腫、循環器系(心疾患・脳疾患)、呼吸器系などの疾患が多い。
- 呼吸器系、循環器系は重症・中等症が多い一方、挫創や打撲・血腫などは軽症が多い。
- 8月と12月を比較すると、8月はその他(熱中症を含む)、12月は循環器系などの疾患が多くなる。



【単位:人】

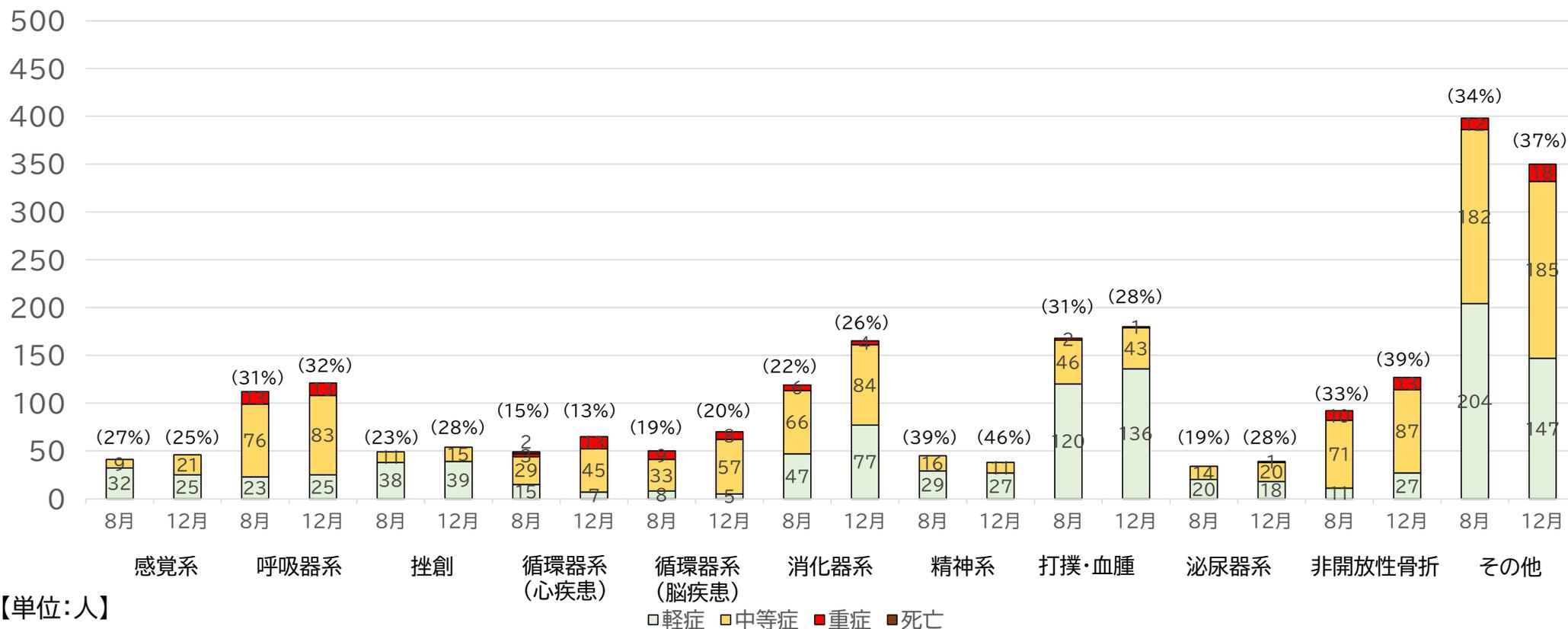
※救急搬送の多い疾患上位10位及びその他を比較

※不搬送及び転院搬送以外を対象とし、診断不明等を除く(N=2,971(8月)、N=3,402(12月))

(出典)救急搬送データから作成

8月及び12月における疾患別の現場滞在30分以上の救急搬送人員数(2022年)

- 呼吸器系、消化器系、打撲・血腫、非開放性骨折などで現場滞在30分以上の救急搬送人員数が多い。
- 呼吸器系、精神系、打撲・血腫、非開放性骨折などで、現場滞在30分以上となる割合が高い。



【単位:人】

※救急搬送の多い疾患上位10位及びその他を比較

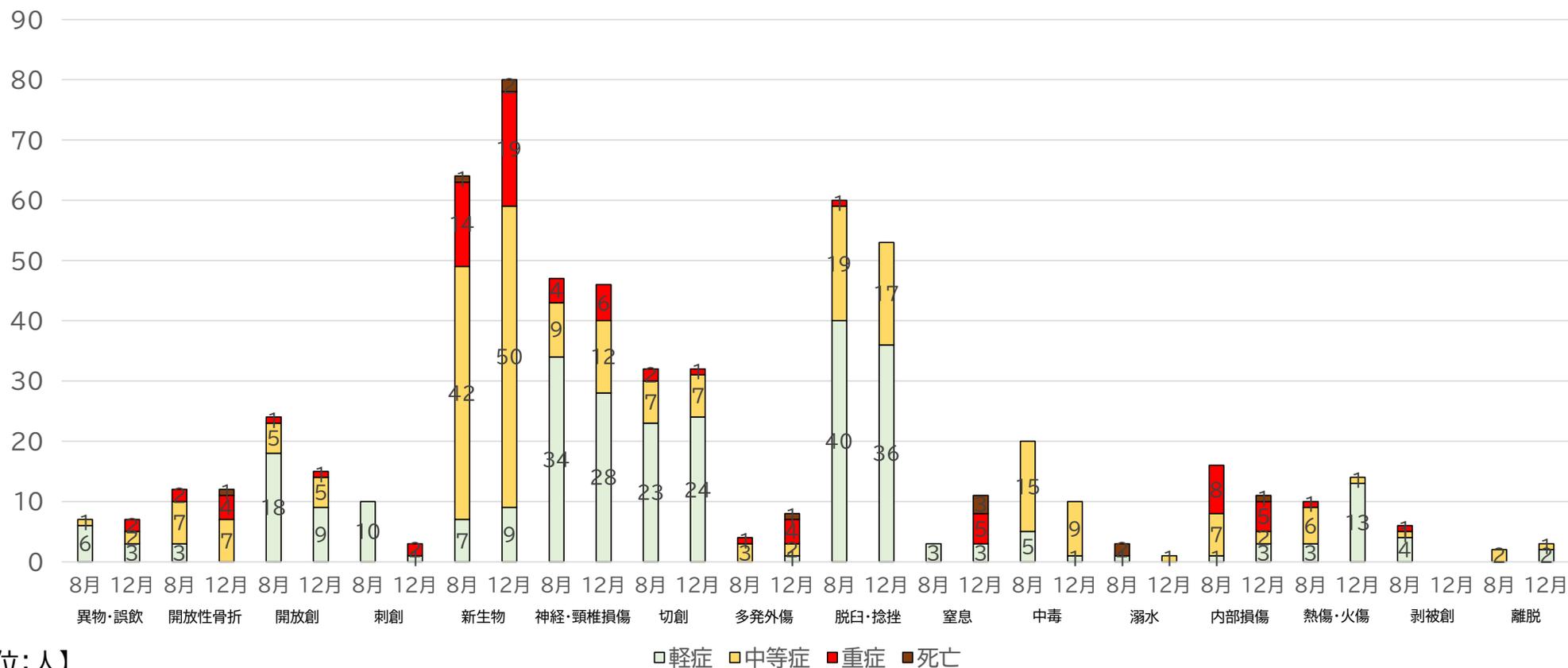
※不搬送及び転院搬送以外を対象とし、診断不明等を除く(N=759(8月)、N=905(12月))

※()内の%は、現場滞在30分以上の救急搬送患者数の割合

(出典)救急搬送データから作成

8月及び12月における疾患別の救急搬送人員数(2022年)

➤ 救急搬送が比較的少ない疾患の中でも、開放性骨折、新生物、多発外傷、窒息、中毒、内部損傷などは重症や中等症の割合も高い。



【単位:人】

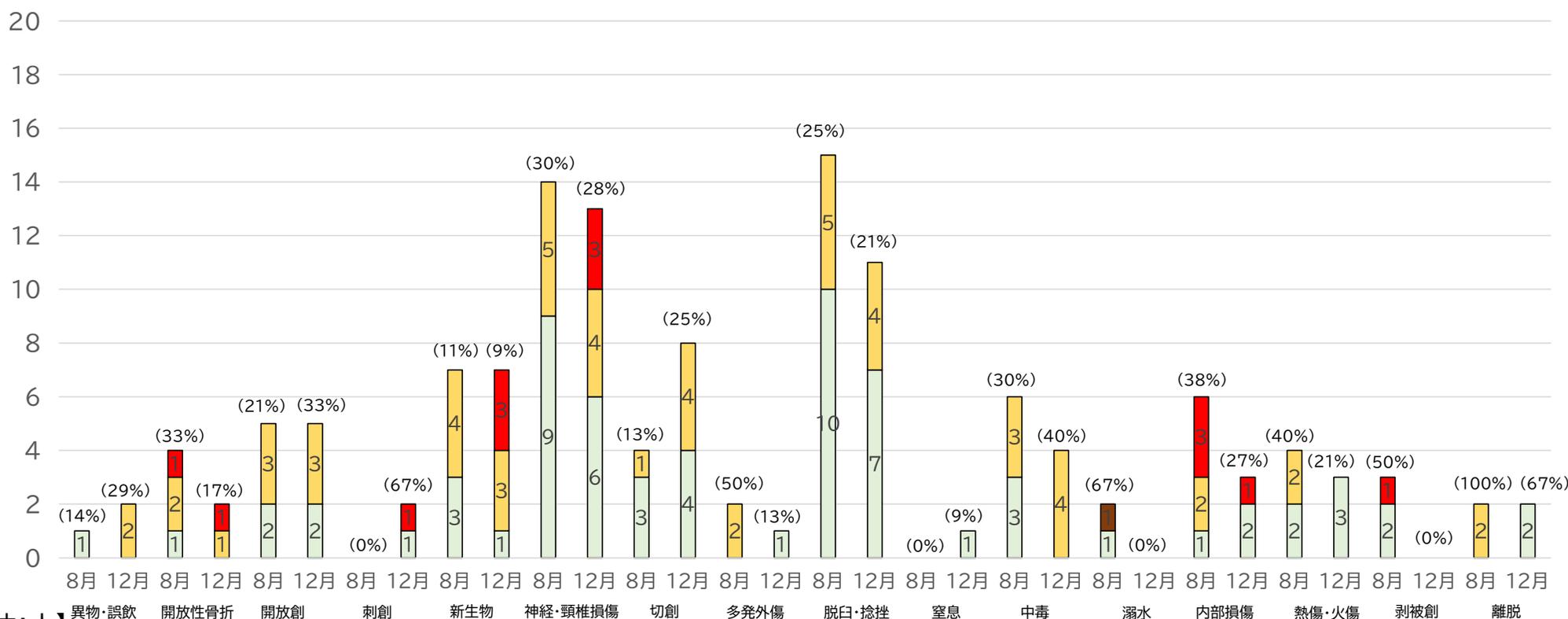
※救急搬送の多い疾患上位10位及びその他以外を比較

※不搬送及び転院搬送以外を対象とし、診断不明等を除く(N=320(8月)、N=306(12月))

(出典)救急搬送データから作成

8月及び12月における疾患別の現場滞在30分以上の救急搬送人員数(2022年)

➤ 中毒、溺水、内部損傷、熱傷・火傷、離脱などの疾患は、救急搬送人員数は少ないものの、現場滞在30分以上となる割合は高い。



【単位:人】

※救急搬送の多い疾患上位10位及びその他以外を比較

※不搬送及び転院搬送以外を対象とし、診断不明等を除く(N=759(8月)、N=905(12月))

※()内の%は、現場滞在30分以上の救急搬送患者数の割合

□軽症 □中等症 ■重症 ■死亡

(出典)救急搬送データから作成

2-2. 3次救急医療提供体制

他県の三次救急医療提供体制との比較

● 救命救急センター及びICU病床数の比較(※1)

<隣接県及び全国との比較>

	人口(千人) ※R4.10.1時点	救命救急センター (※2)	救命救急センターの評価				ICU病床数 (※3)
			S評価	A評価	B評価	C評価	
栃木県	1,909	5 (2.61)	3 (1.57)	2 (1.04)	0 (0.00)	0 (0.00)	91(4.76)
群馬県	1,913	4 (2.09)	1 (0.52)	3 (1.56)	0 (0.00)	0 (0.00)	77(4.02)
茨城県	2,840	7 (2.46)	2 (0.70)	5 (1.76)	0 (0.00)	0 (0.00)	130(4.57)
埼玉県	7,337	11 (1.49)	4 (0.54)	7 (0.95)	0 (0.00)	0 (0.00)	352(4.79)
福島県	1,790	4 (2.23)	1 (0.55)	3 (1.67)	0 (0.00)	0 (0.00)	95(5.30)
全国	124,947	304 (2.43)	98 (0.78)	200 (1.60)	6 (0.04)	0 (0.00)	7,000(5.60)

<人口が同程度の県との比較>

岐阜県	1,946	6 (3.08)	1 (0.51)	4 (2.05)	1 (0.51)	0 (0.00)	74(3.80)
岡山県	1,862	5 (2.68)	3 (1.61)	2 (1.07)	0 (0.00)	0 (0.00)	211(11.33)

(※1) 救命救急センターの評価結果(令和5年)について(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188907_00008.html)

(※2) ()内は、人口100万人当たりの値を記載。

(※3) 令和4年度病床機能報告を参照(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open_data_00011.html)

ICUは特定集中治療室管理料1~4、救命救急入院料2・4、小児特定集中治療室管理料を算定している治療室とし、()内は人口10万人当たりの値を記載。

本県の三次救急医療提供体制

救急センター設置病院	一般病床数		ICU病床数	HCU病床数	【参考】 地域MCの人口 (千人)	【参考】 地域MCの人口10万 人当たりの救命救急 センター病床数	【参考】 地域MCの人口10万 人当たりのICU病床 数
	一般病床数	救命救急セン ター病床数					
済生会宇都宮病院	644	100	18	16	625	16.00	2.88
自治医科大学附属病院	1,099	30	38	40	415	7.22	9.15
獨協医科大学病院	1,153	30	19	32	354	8.47	5.36
那須赤十字病院	454	30	8	30	244	12.29	3.27
足利赤十字病院	500	30	0	37	252	11.90	0.00
県全体(3次救急のみ)	3,850	220	83	155	1,890	11.64	4.39

(留意事項)

○ ICUやHCUの病床数は、令和4年度病床機能報告を参照

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open_data_00011.html)

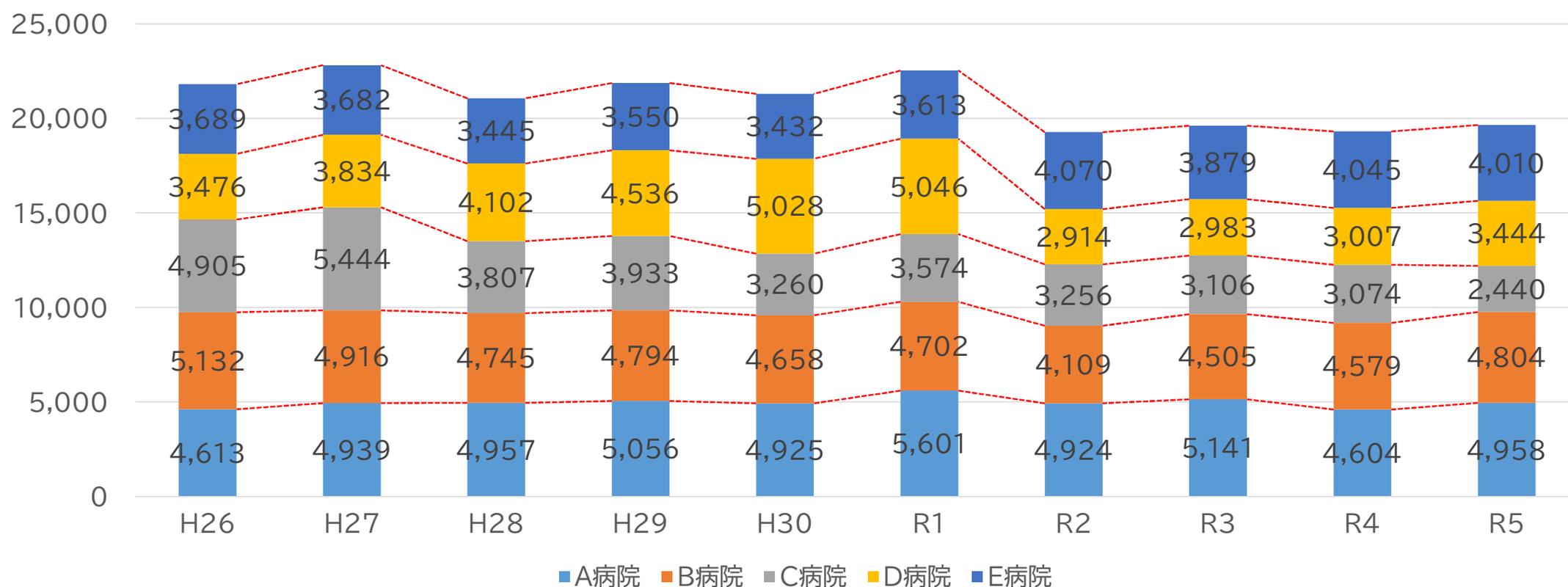
- ・ ICU: 特定集中治療室管理料1~4、救命救急入院料2・4、小児特定集中治療室管理料を算定している治療室
- ・ HCU: 救命救急入院料1・3、ハイケアユニット管理料1・2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定している治療室
- ・ ICUやHCUの病床数は、病院全体の一般病床の内数であり、救命救急センター病床の内数ではない。
- ・ 県全体のICU病床数は、上記83床に国際医療福祉大学病院(2次救急)の8床を加えた91床である。

○ 地域MC(メディカルコントロール)の人口は、宇都宮・塩谷、小山・芳賀、上都賀・下都賀、那須・南那須、足利・佐野の5つの地域MCに属する市町の人口の合計(令和6年3月1日現在)

- ・ 各救命救急センターに関係の深い市町の人口として、参考に記載

3次救急医療機関における救急患者数の推移(入院)

➤ 県内の3次救急医療機関で受け入れた入院患者は2万人前後で推移しており、概ね横ばいである。



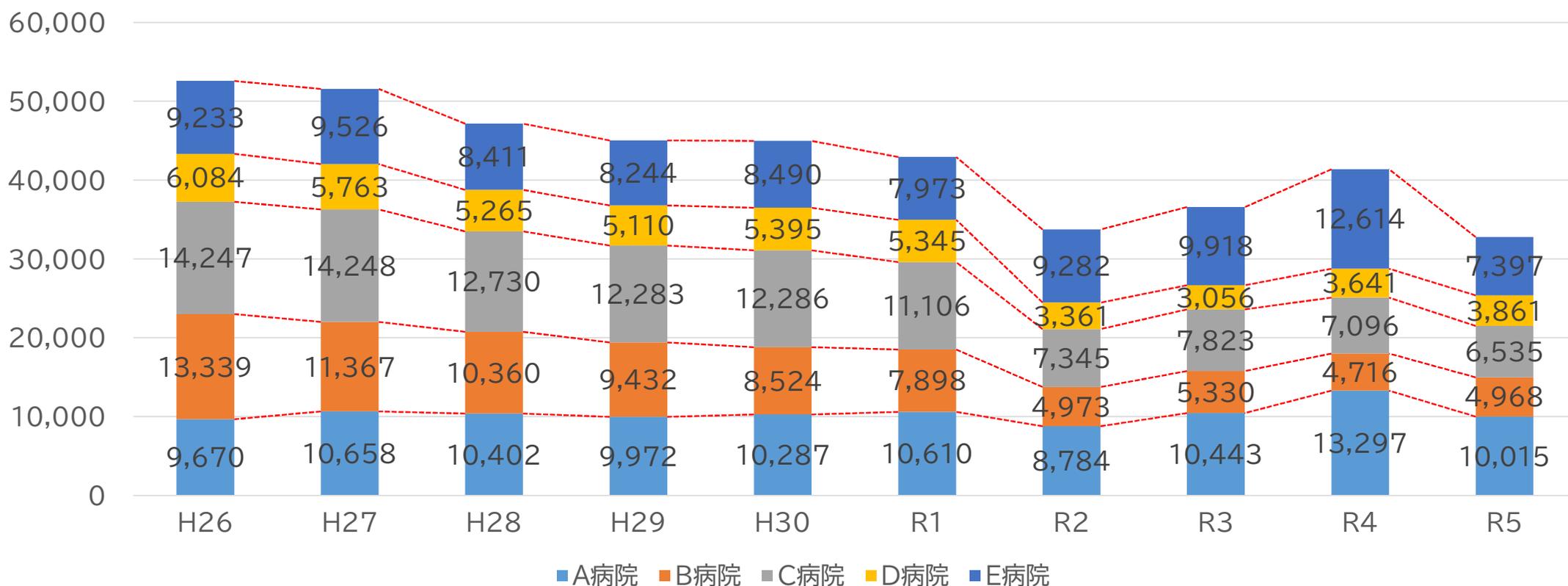
【単位:人(左軸:救急患者数)、人(右軸:救急車による受入患者数)】

※救急患者数は、原則として「救急車による搬送患者+時間外の外来患者」を集計

(出典)県医療政策課調べ

3次救急医療機関における救急患者数の推移(非入院)

➤ B病院、C病院、D病院における患者が減少している一方で、A病院、E病院における患者は概ね横ばいである。



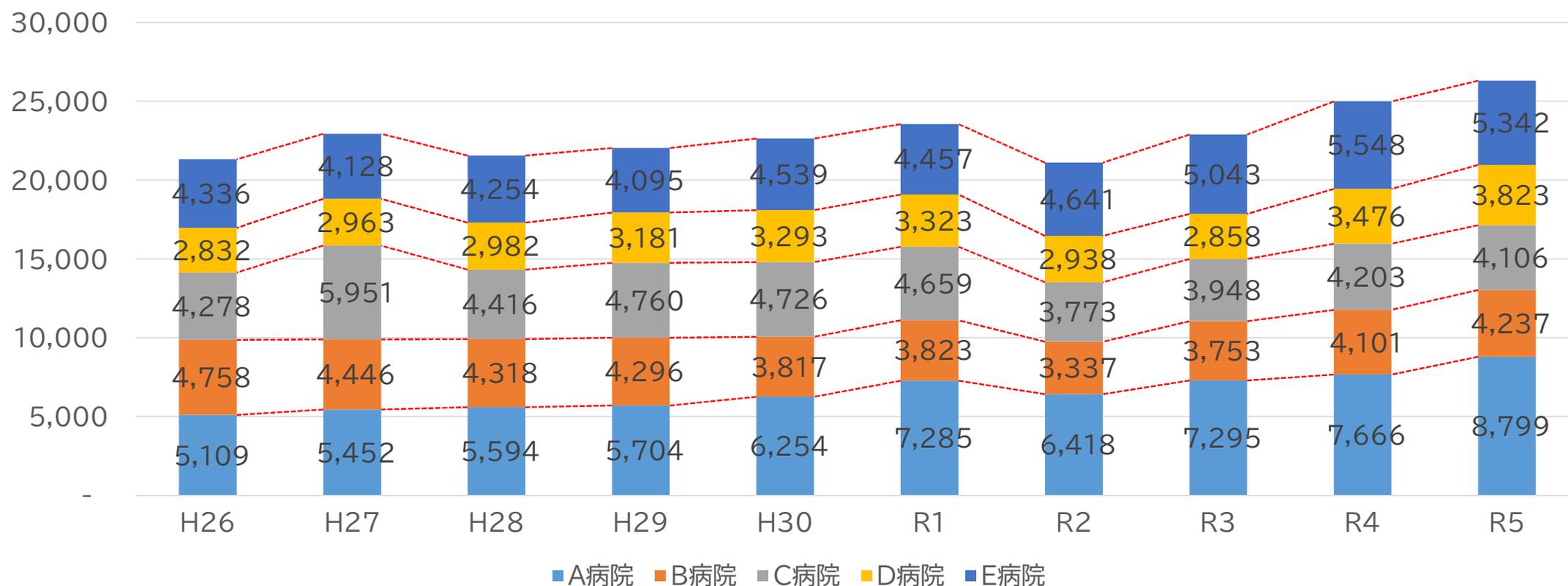
【単位:人(左軸:救急患者数)、人(右軸:救急車による受入患者数)】

※救急患者数は、原則として「救急車による搬送患者+時間外の外来患者」を集計

(出典)県医療政策課調べ

3次救急医療機関における救急患者数の推移(救急車による受入)

- 救急車による患者受入はコロナ禍を除いて、A病院、D病院、E病院において増加している一方で、B病院、C病院では概ね横ばいとなっている。



【単位:人(左軸:救急患者数)、人(右軸:救急車による受入患者数)】

※救急患者数は、原則として「救急車による搬送患者+時間外の外来患者」を集計

(出典)県医療政策課調べ

救命救急センターにおける重篤患者の受入れ状況①（2023年）

- 指肢切断や重傷熱傷、急性中毒などの高度救命救急センター適用の疾患について、県内の救命救急センターにおいて一定数受け入れることができている。

No	疾病名	A病院			B病院			C病院			D病院			E病院		
		患者数	転退院	死亡												
1	病院外心停止	484	33	451	120	5	115	171	28	143	128	2	126	243	1	242
2	重症急性冠症候群	296	280	16	81	80	1	178	177	1	97	96	1	199	172	27
3	重症大動脈疾患	70	60	10	116	110	6	45	44	1	21	17	4	53	38	15
4	重症脳血管障害	156	110	46	133	107	26	152	117	35	130	124	6	99	91	8
5	重症外傷	258	246	12	209	195	14	173	162	11	131	124	7	116	103	13
6	指肢切断	8	8	0	4	4	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
7	重症熱傷	4	3	1	10	8	2	3	1	2	2	2	0	0	0	0
8	重症急性中毒	67	66	1	31	27	4	23	23	0	11	11	0	2	2	0
9	重症消化管出血	110	105	5	95	95	0	14	13	1	29	29	0	91	86	5
10	敗血症	111	77	34	12	8	4	56	42	14	57	52	5	92	50	42

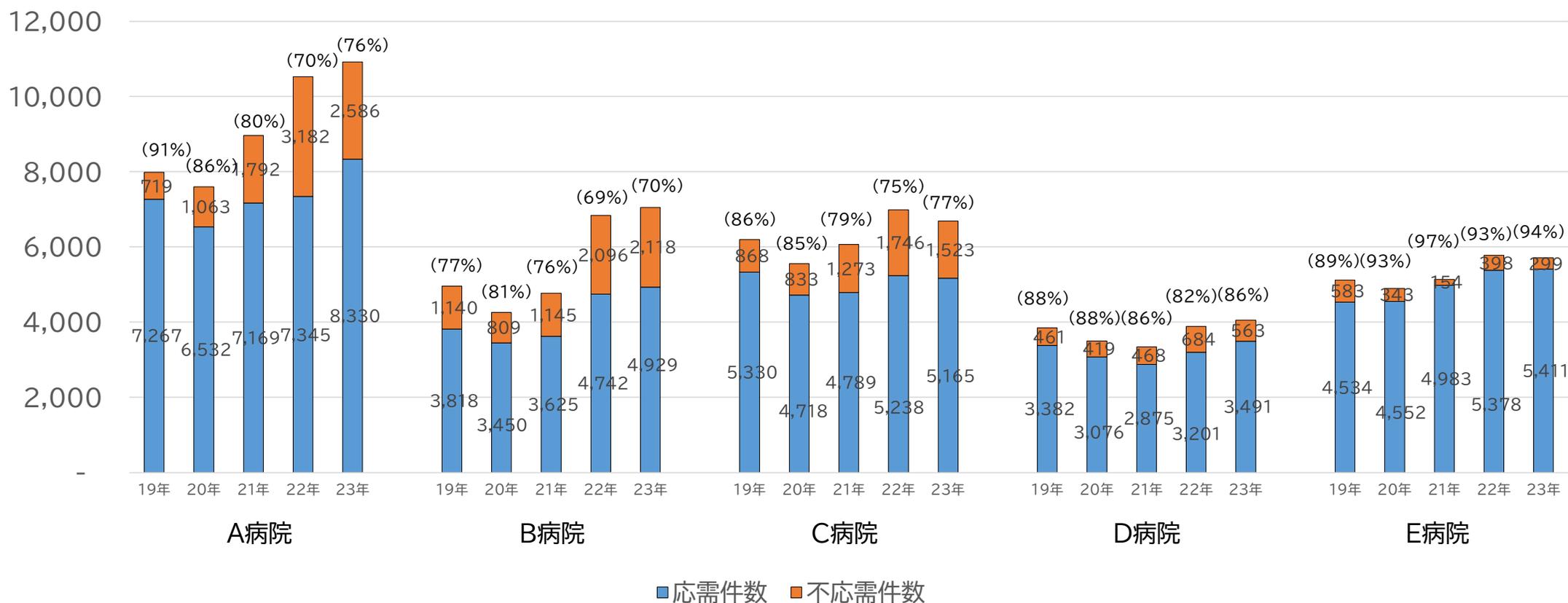
救命救急センターにおける重篤患者の受入れ状況②（2023年）

No	疾病名	A病院			B病院			C病院			D病院			E病院		
		患者数	転退院	死亡												
11	重症体温異常	35	30	5	15	13	2	43	33	10	4	4	0	13	12	1
12	特殊感染症	55	50	5	0	0	0	1	0	1	7	7	0	4	4	0
13	重症呼吸不全	97	68	29	39	32	7	101	84	17	78	75	3	38	17	21
14	重症急性心不全	87	81	6	54	51	3	104	101	3	16	15	1	95	85	10
15	重症出血性ショック	35	30	5	2	2	0	13	13	0	2	2	0	0	0	0
16	重症意識障害	45	36	9	8	7	1	63	60	3	29	28	1	3	0	3
17	重篤な肝不全	2	2	0	3	0	3	1	1	0	1	1	0	0	0	0
18	重篤な急性腎不全	19	16	3	20	18	2	16	14	2	6	6	0	3	2	1
19	その他の重症病態	1	1	0	4	4	0	9	7	2	7	5	2	0	0	0

(出典)救命救急センター充実段階評価資料が11作成

救命救急センターの応需状況の推移(直近5年間)

- A病院、B病院、C病院の救命救急センターの応需率は低下傾向にある一方、D病院、E病院の救命救急センターの応需率は概ね横ばいである。
- 要請件数の増加に伴い、不応需件数が増加していることも、応需率が低下している要因の1つと思われる。



※ ()内は応需率

(出典)救命救急センター充実段階評価資料が12作成

3. 第1回検討委員会における御意見について

第1回検討委員会における御意見について

分類	第1回検討委員会でいただいた御意見
1次・2次救急	<ul style="list-style-type: none">• <u>地域における1次・2次救急に対応できる医療施設を充実</u>させることが必要ではないか。
	<ul style="list-style-type: none">• <u>1次救急の診療完結性が低く、2次・3次救急に流入して、それぞれの高次の医療機関を圧迫</u>してしまっているのではないか。大型医療機器の共同利用などの観点から、<u>1次と2次を一体化した施設を構築</u>する方が良いのではないか。
	<ul style="list-style-type: none">• 休日夜間急患センターについて、マンパワーが不足しているのであれば、<u>集約化が大事</u>ではないか。
	<ul style="list-style-type: none">• 疾患や曜日を限定してでも、<u>できる範囲で少しずつでも各病院で救急搬送患者を受け入れていく</u>ことができるのではないか。

第1回検討委員会における御意見について

分類	第1回検討委員会でいただいた御意見
ICU(集中治療室)	<ul style="list-style-type: none"> 県全体の人口10万当たり4.3床は全国平均5.6床と比較しても足りない。地域ごとにみても、宇都宮地域が2.8床、足利地域が0床であり、<u>ICUはなくてはならない医療資源であることから、ICUの確保は真剣に取り組むべき。</u>
	<ul style="list-style-type: none"> 将来的な重症患者の増加数は中等症などの患者数と比較して少ないものの、現時点でも重症患者が県外へ流出するなど、重症対応できるベッドが少ないことから、<u>将来的に対応に苦慮するのは重症患者への対応ではないか。</u>
	<ul style="list-style-type: none"> 時期にもよるが、<u>ICUのベッドコントロールが非常に難しくなる</u>ことがある。
	<ul style="list-style-type: none"> 現場では、ICUも不足していたが、手術室やHCUの不足も感じていた。ICUは面積や人的配置などの施設基準の縛りが多いので、<u>病院の負担も考えるとHCUや手術室の確保の方が取り組みやすいのではない</u>か。
	<ul style="list-style-type: none"> ICUなどについて何とかやりくりをして患者を受け入れることはできても、特に外科治療が必要となるような疾患では<u>手術室の不足など、救急医療の体制のその後ろにある診療体制自体の問題もある。</u>
高度救命救急センター	<ul style="list-style-type: none"> 高度救命救急センターについては、人口減少の社会において本当に必要なのかどうか、県民に正しい必要性と課題の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、人的医療資源ということ考えると、なかなか課題は大きい</u>のではないか。
	<ul style="list-style-type: none"> 第8次保健医療計画の救急医療の体制構築に係る国の指針では、「テロ災害発生時における銃創や爆傷等にも対応ができる体制を構築する」というような記載が追加されており、<u>時代とともに高度救命救急センターのその役割が変わってきている。</u>

第1回検討委員会における御意見について

分類	第1回検討委員会でいただいた御意見
医療機関の連携等	<ul style="list-style-type: none"> 県内の3次救急医療機関で重症患者を受け止めるために、<u>輪番制の構築も検討</u>してはどうか。
	<ul style="list-style-type: none"> <u>地域における各病院で受け入れることができる疾患のネットワーク</u>を作り、地域の中で医療が提供できるよう考える必要があるのではないか。
	<ul style="list-style-type: none"> 東京都では、重症熱傷、再接着、心臓疾患の重症例など、特に救急搬送困難が想定されるような疾患に関しては輪番制をとっており、栃木県においても<u>5つの救命センターが連携を取り、必ずこの時期は受け入れるというような形で体制整備を図ることがまずは現実的</u>ではないか。
	<ul style="list-style-type: none"> DXの活用も含め、県内の病院だけでなく、<u>隣県との連携も考える必要があるのではないか。</u>
	<ul style="list-style-type: none"> コロナ対応において、限りある資源を有効活用するために、<u>輪番制でのベッドの確保やコーディネーターの配置</u>を行ったことは実績のあることなので、平時においてもやっても良いのではないか。また、<u>遠隔の診療サポート</u>についても短期的な対策としては必要性があるのではないか。
	<ul style="list-style-type: none"> <u>輪番病院などでトリアージを行った上で、入院が必要な患者の受入可能病院を探すシステムを構築</u>できると良いのではないか。

第1回検討委員会における御意見について

分類	第1回検討委員会でいただいた御意見
出口の問題	<ul style="list-style-type: none"> 今年の診療報酬改定で新設された「救急患者連携搬送料」について、<u>患者を受け入れる側の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。
	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者に関しては、<u>入院期間中のADLの低下等により、自宅への退院や、他の医療機関への転院に苦慮するケースが散見</u>される。
	<ul style="list-style-type: none"> <u>救急患者の出口の1つとして「施設」も考慮に入れて対策を講じる必要がある</u>のではないかと。
その他	<ul style="list-style-type: none"> 医師の働き方改革が始まり、鼻出血などの<u>マイナー救急疾患に対応することができなくなっている</u>。
	<ul style="list-style-type: none"> 開業医も高齢化して閉院などしている中、最もニーズの高い高齢者がへき地に残されており、行き場を失っている。こうした<u>高齢者が日常の医療の不安により救急車を要請することにより、救急搬送平均時間の延伸の1つの原因となっている</u>のではないかと。
	<ul style="list-style-type: none"> 望まない救急搬送を減らすためにも、<u>ACPの普及啓発</u>を行う必要があるのではないかと。
	<ul style="list-style-type: none"> 救急医療は不採算だからやらないというような医療機関がもしあるのであれば、そういった医療機関にしっかりともう1度アナウンスをして、救急医療を継続して行っていく意思があるかを含め、改めて確認する必要があるのではないかと。
	<ul style="list-style-type: none"> コロナ対応においては、県立病院に感染症病棟や救急部門もなく、県がトップダウンで何かをやるということは正直できなかったと思われるので、<u>自治体立の病院が果たすべき役割を見直しても良い</u>のではないかと。

4. まとめ

(御意見をいただきたいことを含む)

まとめ(御意見をいただきたいことを含む)

ICU病床

- 本県の人口10万人当たりのICU病床数は全国平均を下回っているものの、隣県や人口が同程度の県と比較した場合には、福島県と岡山県を除けばそれほど大きな差はない。
- 一方で、県内の地域ごとで比較した場合、宇都宮や両毛、那須においては、県全体の平均と比べて少ない。
- 時期によっては、ICUのベッドコントロールが難しくなることがある、という意見のほか、手術室の空きがないことがある、という意見もある。



- 県内の3次救急医療機関におけるICU病床の充足状況
- ICU病床の不足による影響(患者の受入れ等にどのような支障が出ているのか、など)
- ICU病床の不足に対する対策として考えられること 等

高度救命救急センター

- 本県には関東地方で唯一、高度救命救急センターが設置されていない。
- 一方で、県内5つの救命救急センターにおいては、高度救命救急センターの適用となるような指肢切断や重症熱傷、急性中毒の患者を一定数受け入れている。
- 限られた経済資源、人的医療資源を考えると課題は大きい、という意見もある。



- 県内の救命救急センターが高度救命救急センターに指定されていないことによる影響(特殊疾患患者の受入れ等にどのような支障が出ているのか) 等

まとめ(御意見をいただきたいことを含む)

個別の疾患への対応

- 急性大動脈解離などの一部の疾患について、県内の3次救急医療機関での収容ができず、県外への搬送されているケースがある。
 - 救急搬送困難となりやすい疾患(重症熱傷、再接着、心臓疾患など)を必ず受け入れるために輪番制をとっている自治体もある。
 - 医師の働き方改革の影響等により、鼻出血などのマイナー救急疾患への対応が難しくなっている。
- ➡
- 3次救急医療機関における患者の受入状況(どのような疾患の患者を受け入れられず、県外に搬送されてしまっているのか、など)
 - 県外への救急患者の流出に対する対策として考えられること
 - マイナー救急疾患への対応策として考えられること 等

救命救急センターの応需率

- 直近5年間において、救命救急センターの応需率は低下傾向にあり、全国と比較しても低位である。
 - 応需率の低下の要因の1つとして、救急隊からの受入要請が増加する中で、受け入れられる患者数が変わらないことが考えられる。
- ➡
- 応需率が低い、あるいは、低下傾向にある要因として考えられること
 - 応需率を上昇させる(維持する)ための対策として考えられること 等