

第1回栃木県救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会

会 議 結 果

令和6(2024)年7月10日(水)

栃木県保健福祉部医療政策課

1 日時

令和6(2024)年7月10日(水)10時00分から12時00分まで

2 場所

栃木県公館 中会議室

3 出席者

【委員】長島徹委員、本多正徳委員、篠崎浩治委員、小池創一委員、福田宏嗣委員、石原雅行委員、小野一之委員、横堀将司委員

※横堀将司委員はWEB参加

【県】岩佐保健福祉部長、谷田部保健福祉部次長、原戸医療政策課長 外

※岩佐保健福祉部長はWEB参加

4 議事

1 開会

2 部長挨拶

- 本県の救急医療については、コロナ禍において救急搬送困難事案が増加するなどして、元々の救急医療提供体制の脆弱性がさらに露わになったものと認識している。
- 加えて、本年4月からは医師の働き方改革も進む中、医療現場における厳しい状況についても御意見をいただいているところであり、そうした厳しい救急医療の状況を改善していく上で、いくつか取るべき方策があると考えている。
- まずは、救急医療の受診の適正化を図ることにより、救急医療のニーズ自体を適正化していくということ、さらに、マンパワーをできる限り確保し、救急医療をより充実させていくこと、これらは非常に重要なことだと考える。
- 一方で、既存の医療資源を効果的・効率的に活用し、救急医療提供体制の本当に重要なところをしっかりと押さえていくということを、県内の当事者みんながよく考え対応していく必要があるとも感じており、そうした関係者が集まり議論をする場を、今回設けさせていただいたところ。
- 議論の内容も踏まえながら、県としてどのような支援ができるかということを考えて参りたい。

3 委員長選出

互選により長島委員が委員長に決定

4 委員長挨拶

【委員長】

- 本県の課題をこの検討委員会で洗い出していただき、今後の本県の救急医療の方向性や必要な対策について、委員の皆様の御意見も踏まえながら検討を進めていきたい。

5 議題

- (1) 救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会の設置について
- (2) 本県の救急医療を取り巻く現状等について
- (3) 本県の救急医療提供体制の課題等について
- (4) ワーキンググループの設置について(案)

＜(1)から(4)について、事務局から資料1に基づき説明＞

＜以下、各委員やオブザーバー等の発言要旨＞

- 3次救急としては、施設間のネットワーク、輪番制を構築すべきではないか。例えば、県内で収容不能であった大動脈解離患者に関して、県外への搬送を余儀なくされるということもある。そうした場合に、県外の病院へ連絡をとると、その病院から東京都

や千葉県などの収容可能病院の提案があることから、そのようなネットワークを他県では構築しているのではないかと。本県もそうした取組みを参考にしようか。

- 救急搬送患者の入院率が50%程度という状況の中、ベッド満床となると、「ホットライン来た段階でお断り」というような状況になってしまう。しかしながら、初療をしてみると、半分は帰宅可能な患者であるため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。
- 救急医療は赤字部門であり、やればやるほど赤字になっているという点について、初めに県にはご理解いただきたい。
- 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と考える。また、従来ある2次の救急体制、輪番病院の体制を再度構築し直し、患者の整理、機能分化した上での受入体制を整えていくことを提案したい。
- 現在の問題と将来の課題を、できる限り根拠・データに基づいて議論をしていく必要がある。人口減少が進むこと、高齢化率が上がってくること、交通や医療技術の進歩・変化を踏まえる必要がある。また、医師の働き方改革を踏まえた医師確保に向けた課題も非常に大きいということ認識した上で検討が必要。
- 疾患のバランスや医療の需給のバランスを見ながら、そのアクセスと、集約化を含めた質の向上、それからそのトータルのコストをどのようにメリハリをつけて考えていくのかということが重要。そういう意味では、1次・2次救急に関してアクセス重視で広く対応していくところと、2次・3次救急でどうやって質を高めていくのかというところが、極めて重要ではないか。
- 高齢者が増えてくると、救急で入院し、原因疾患の治療がある程度うまくいっても、その入院期間中にADLが下がってしまい、なかなか転院先が見つからないということがある。転院をした後もリハビリテーションあるいは介護など、地域に戻るという点で弊害もあるため、今回は「救急医療提供体制」のあり方の検討と言いつつも、その先を見据えた検討も重要になってくるのではないかと。
- 医療需要のピークへの対応という点に関して、よくサージキャパシティという話が出るが、やはりそれはそれで非常に重要でありながら、最大需要のときに対応できるような体制を作った上で、平時のときにどうしていくのか、ということを考えていかないと絵に書いた餅になってしまう。
- 救急医療が診療報酬の世界だけではなかなか成り立たないところがあるため、公の立場によるシステムの構築、情報の共有、あるいは調整機能、そして財政支援も含めて、そういったことに今後期待をしたい。
- ICUや救急病棟を何とかやりくりして、患者の受け入れをしているが、その後の治療、特に外科治療が必要になるような疾患については「手術室の不足」という問題があり、対応できないことがある。大動脈解離のような超緊急疾患や、他の腹部外科や脳神経外科など、そのような超緊急疾患に対応できない、受け入れたくても受け入れられないというような救急医療体制の、その後ろにある診療体制自体の問題もある。そうした病院のリソースの問題、あるいは疾患の構造的な需要と供給の問題もあるのではないかと。
- 例えば鼻出血などの疾患は、今までは院内に医師がいたので診ることができていたが、現在はなかなか診ることができない。こうした1次救急・2次救急の体制整備、役割分担は今後ますます重要になってくると考えている。
- 病院選定や消防と病院の情報共有に、もう少しDX技術を利用しても良いのではないかと。
- 実際には隣県からの患者さんもたくさん来られているので、県内で受入が難しければ、もう少し広域な救急体制の構築も重要ではないか。
- まず第1の目標は、現存の2次救急と3次救急の医療資源を最大限に効率的に使用することではないか。今後、高齢者の救急患者が増えることが想定されるが、質的に言えば、ほとんどが現存の2次救急と3次救急で対応可能である一方、量の対応について1番に優先すべきは、1次救急の充実ではないか。ウォークインの患者が非常に多く、1次救急の診療完結性が低いために、こうした患者が2次救急3次救急に流

入して、それぞれの高次の医療機関を圧迫してしまうのではないかと考えている。1次救急で大型医療機器を共同利用でき、普段慣れていない読影などもサポートできるよう、1次と2次救急を一体化した施設を構築する方が良いのではないかと。また、そうした施設は、3次救急を圧迫しないよう、3次救急とは切り離れた形で考えたほうが良いのではないかと。

- 高度救命救急センターは、これから人口減少の時代を迎える中、本当に今から新たな拡張路線を選択することが正しいのかどうかという点については、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と。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。
- 県外に流出している重症患者あるいは受入困難の症例について、どんな患者さんがどのようなタイミングで発生しているのかということ进行分析しないと進まないし、分析すると対策も立てやすいと思う。
- ICUは面積や看護師の縛りもあり、お金もかかるという面がある。HCUを増やすのはもう少し何かなるのではないかと。ICUを増やすというのは相当病院の負担となるので、無理矢理にICUを増やさない方法も考えられるのではないかと。
- 限られた機能で、曜日限定で「こういう患者さんなら受けられます」という病院があっても良いのではないかと。各病院ができる範囲で少しずつやっていただくと良いのではないかと。
- 最もニーズの高い高齢者がへき地に残されているという状況にある中、現在、へき地の開業医も高齢化し閉院するなどして、高齢者が行き場を失っている。日常の医療に不安があり、救急車を呼んでしまい、これが救急搬送時間の延長の1つの要因となっていると思うので、救急の問題として捉えるべきか難しいが、そうしたことも少し頭に置きながら考えなければならぬのではないかと。
- 軽症者は絶対ゼロにはならないので、そういった軽症者が3次や2次救急に紛れ込むことはある程度は仕方ないと思うが、役割分担の中で、それをいかに減らすことができるのかということだと思う。
- 高齢者施設も患者の出口の1つとして考えて、開拓をしていく必要があるのではないかと。
- 施設では入所するときにACPを確認するが、それ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」というような施設もある。そういう施設に対して如何に啓蒙していくかを考えていかないとならない。
- 3次救急医療機関から3次救急医療機関への転院や、2次救急医療機関で受け入れた重症患者の上り転院などに関しては、特に大きな問題なく対応できている。
- 高齢者については、例えば今の時期であれば、熱中症の重症患者が来て良くなったとしても、入院期間中のADLの低下などがあり、なかなか自宅退院が難しい場合があり、そうした高齢者の転院先探しに苦慮することがある。
- ICUについては、救命救急センターのICUも含め、かなり混み合っている時期になると、ベッドコントロール自体が非常に難しくなってくるのが今までもあった。
- 働き方改革に関連した課題としては、典型的な症例が耳鼻科の鼻出血であるが、これまでの全科当直でやっていた頃には、耳鼻科の先生たちで受け入れていたが、今はそれができない状況である。
- 栃木県の人口10万当たりICU4.3床に対し、全国平均5.6床であり、全体としても足りない。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、やはり足りない状況である。ICUはなくてはならない医療リソースであるため、ICUの確保は真剣にやらなければならないと思う。
- 救急告示医療機関が減少している現状であるため、救急の負担の分散先は限られる。また、栃木県に限ったことではないが、医師の高齢化や、働き方改革で救急をやる医師が減ってきているということは、全国的にそうした傾向がある。
- 中等症の患者が最も増えるという予測であるが、設置されているベッド数に対しての患者の増え方という比率で見ると、重症患者の対応が非常に苦戦すると思う。現在も大動脈解離や熱傷が県外に搬送されているほか、外傷も緊急手術で日曜や夜は県外に

搬送されている。もちろんオペ室の問題もあるが、数として比較すると、重症患者は小さく見えてしまうが、用意されてるベッド数からすると、対応に苦慮するのは圧倒的に重症である。

- 県立病院には感染症病棟や救急部門がなかったため、コロナ対応では県がトップダウンで何かをやるということはできなかったと思う。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な。これは精神科救急についても同じだと思う。
- 短期的には、輪番制やコーディネーター配置をやっても良いのではないかな。また、遠隔で診療をサポートすることも、短期的な対策としては必要性があると思う。
- 中長期的には、救急を担う病院が疲弊し少なくなっている中で、どうやってこの増えていく救急車を受け止めるかという、他県の事例から見ると地域医療構想の実現が必要だと思う。そこに医師の確保や教育など、そうしたものを入れ込んで整備していくことが必要になってくると思う。
- 地域における複数の病院で、診ることのできる疾患のネットワークを作っている。例えば当院は心臓血管外科の先生がいないため、近隣の病院にそうした患者の受入はお願いしている。一方で、外傷は当院で受入をする。虚血性の脳卒中などは近隣の脳卒中専門医がいる病院にお願いする、というような形で、複数の病院が1つの病院として機能することで、大学病院と同じくらいの病床数を確保できている。
- 県内の病院を強化できるのであれば、その方が良いと思うが、どこの病院も急には無理だと思うので、逆に県内に拘らず、隣県との連携も考えていく必要があるのではないかな。
- ACPの促進について、高齢者施設でも入所者の意向確認は徐々に浸透してきているが、誤った理解をされたり、確認用紙があるのにそれを無視して職員の判断で救急要請をし、望まれない治療をされてしてしまう、ということが発生しているのも残念な事実である。そのため、高齢者に限らず、県民の皆さんにACPについて考えていただくこと、周知していくことも大事と感じている。
- 質と量という観点で2つに分けること、それから短期と中長期という観点で2つに分けること、これで4つのマトリックスができると思うが、そのように分けて考えるというのは非常にリーズナブルで考えやすいと思う。
- 3次救急について、すぐさま3次の救命救急センターを立ち上げるということはなかなか現実的には難しいと思う。東京都では、重症熱傷あるいは再接着、心疾患、特にこうした搬送困難が想定されるような疾患に関しては輪番制をひいている。高度救命救急センターがありながらも、現実的には24時間365日対応できるわけではない。まずは、栃木県においては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なのではないかな。
- 初期救急に関しては、マンパワーが少ないから対応もしづらい、ということがあると思うので、集約化するということが大事ではないかと思っている。宇都宮と他の2ヶ所程度に24時間365日対応できるようなセンター化をしていくことが大事だと思う。
- 2次救急と3次救急の連携も非常に重要である。この6月の診療報酬改定で新設された「救急患者連携搬送料」については、3次救急にとっては大きなメリットであるが、一方で患者を受け入れる側の2次救急に対してあまりインセンティブがないので、患者を受けてくれる2次救急施設にも何かしらのインセンティブがあると良いと思う。また、それが実際に受け入れた医者にダイレクトにインセンティブがつくようだとさらに効果的かと思う。なお、東京ルールは、いわゆる搬送困難事案20分以上、選定回数4回以上の場合に、その2次医療圏の中で搬送が完結できるように、必ず受け入れる医療機関が決まっており、そこで必ず受けたときには、その受け入れた医者への給料が増えることになっている。
- 救急搬送時間について、もし延伸していない県があるのであれば、その県の救急医療体制がどうなっているのかを参考にするのも良いのではないかな。
- 人口当たりの夜間休日の1次救急の受診者数や、どれだけが公的な夜間休日診療所を受診し、何%ぐらいが2次救急3次救急に流れているかということは、今の問題点の

- 評価にもなると思うし、今後改善していくためのPDCA評価の基準にもなると思う。
- ICU病床に関して、どこから患者が来ているかや、どうして流出してしまっているのかということについては、地域差があると思うので、その実情を表すようなデータがあると良い。
 - 高度救命救急センターについては、例えば、第8次医療計画の国の作成指針では「テロ災害発生時に対する銃創や爆創に対応ができる体制を整備する」というような記載が追加されており、時代とともに、高度救命救急センターもその役割が変わってきている。
 - 救急搬送人員数の将来推計を出していただいたが、地域別にも出していただきたい。搬送困難事案についても、地域別や理由別、また、搬送困難となった方が最終的にどうなったのか、救急でその患者を受け入れた後、院内や別の部門、又は最終的に福祉施設や在宅に戻られる方で、そういった方の経過がどうなったのか、という点についても、なかなか難しいとは思いますが、可能な限りのデータを調べていただくと良いのではないかと。
 - 救急患者といっても、外傷なのか、内因性も様々な疾患がある中で、他県との比較や、栃木県の中の地域別の何か違いがあるのだろうか。最終的に救急患者が増えていくこと自体は、高齢化もあり致し方ないところではあるが、それを少しでも減らすという観点では「予防」も大事になってくるかと思うので、疾患構造に関するデータがあると良いのではないかと。
 - 特に軽症患者について、県では#8000と今年の春から#7119を始めたので、そのアピールが必要ではないか。
 - 本検討委員会の最終的なゴールをどういうところに置いているのか。また、例えば知事に提言として渡すのか、あるいは、どこかで発表をされるのか。
 - （事務局）どういう形で県政に反映をしていくのかは、今後、事務局として考えたいが、期間は、来年度中ぐらいには形になるものをまとめて参りたいと考えている。また、例えば救急医療電話相談の実質24時間化など、取り組めるところから既に取り組んでいるものもあるため、この場でいただいた意見なども踏まえ、もし来年度から対応が可能であるものがあれば、取り組んで参りたい。

以上