

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）

会 議 結 果

令和6（2024）年7月26日（金）

栃木県保健福祉部医療政策課

1 日時

令和6(2024)年7月26日(金)9時30分から11時30分まで

2 場所

栃木県庁 北別館 201 会議室

3 出席者

【委員】福田宏嗣委員、間藤卓委員、小倉崇以委員、林堅二委員、菊池広子委員、横堀将司委員

※横堀将司委員はWEB参加

【県】原戸医療政策課長、早川主幹、松本課長補佐(総括)、中川課長補佐(GL) 外

4 議事

1 開会

2 課長挨拶

- 本ワーキンググループは、主に本県の救急医療提供体制の「質」の課題について、今後の方向性や必要な対策等を検討することを目的として設置したものである。
- 本日の会議ではICU病床の不足や高度救命救急センター未設置などによる影響等について把握するとともに、今後の方向性についても御意見をいただきたい。
- ついては、委員の皆様それぞれの専門的見地から、忌憚のない御意見を賜りますようお願い申し上げます、開会の挨拶とさせていただきます。

3 ワーキンググループ長選出

運営規定第5条により横堀委員がワーキンググループ長に決定

4 議題

- (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)から(4)について、事務局から資料1から資料4に基づき説明>

<以下、各委員やオブザーバー等の発言要旨>

- 質の課題ということであるが、その質を担保するための量への対応という観点も必要である。救命救急センターに搬送された軽症、中等症の患者を、適正に1次救急、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を確保するという点でも重要ではないか。
- ICUに関しては地域差があり、宇都宮や那須、両毛が少ないということであるが、単純にハードを増やせば良いという問題ではなく、やはりマンパワーが1番の問題である。特に、人口の多い両毛地区で、足利赤十字病院はICUが0床という点については様々な事情があると思われるため、県だけで対応できる問題ではないだろう。医師等を派遣する大学を中心に協力を仰ぐ必要が出てくるのではないか。
- 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。また、重症熱傷や中毒のような特殊疾患に関しての人材育成という点でも、高度救命救急センターという冠がつけば十分機能すると思うし、県内に人材を派遣ということもできると思うので、必要性はなくはない。
- 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、これは以前から問題になってる部分でもあることから、どのように対応するか検討していく必要がある。

- 疾患別の現場滞在 30 分以上の救急搬送人員数のデータに関して、そもそもこの現場滞在 30 分以上となったものの重症度の内訳を見る必要がある。その上で、本来 2 次救急が受け入れるべき患者だったのか、3 次救急が受け入れるべき患者だったのか、はっきりさせることも大切ではないか。
- 県外への搬送について、急性大動脈解離などの非常に重症な疾患と、生活圏が一体化しているために県外へ搬送されているものは別に扱うべきではないか。
- 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、群馬などの広域で空いている病院に運ぶこと自体がそもそも悪というわけではないのではないか。
- 高度救命救急センターに関して、本県には 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あり方、3 つまとめて高度救命救急センターのような考え方もあるのではないか。
- 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というようなことが新たに盛り込まれている。そうした最新の国の方針も加味する必要があるのではないか。
- 高度救命救急センターが栃木県にないというのは、正直いうと私としては恥ずかしい。どんな形であれ、象徴として作らなきゃいけないと思う。救急医を育てるといような医育機関としても、人材を確保し、育成して、活用していくということを考えるのであれば必要な冠だと思う。
- 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。例えば、指肢切断であれば再接着術ができない。一酸化炭素中毒である患者も、県内では高気圧酸素療法を提供できる施設がないため、一酸化炭素中毒で重症熱傷であれば、迷わずに前橋赤十字病院の高度救命救急センターに紹介している。患者ベースで考えた場合、結果が全てであるため、現在の体制は必要条件を満たしているかもしれないが、必要十分条件までは満たせていないと思う。
- ICU と HCU のそれぞれで管理した患者を比較すると、患者の生命予後に明らかに差が出ているという論文がある。例えば、人工呼吸器を使った肺炎の患者であれば、ICU と HCU で比較すると、ICU の方が 30 日の生命予後が 7.9% も良い。患者の治療の結果を求めて、質を高めていくということであれば、HCU では不十分であり、ICU を整備する必要がある。
- 救命救急センターの応需率が低下しているということについて、応需している数は増えているが、その率が下がっているというのは、結構限界が見えているということだと思う。断るべきものは断って、受けるべきものは受けているが、救急車の受け入れ要請の数が多すぎるので割合が下がっている。これは救命救急センターの限界を示している指標の 1 つではないか。
- 1 次救急や 2 次救急を整備し患者を適正に流すことで、救命救急センターの負担を減らすことができるというのは理論的にはその通りであるが、2 次救急を担う医療機関を見ると、医者数が減っているほか、医師の高齢化も進んでいる状況である。そうした 2 次救急を担う医療機関の状況を考えると、2 次救急側で救急車を受ければ救命救急センターは機能するという議論は、机上の空論で終わってしまうのではないか。救命救急センターでマンパワーを確保し、近隣の 2 次救急病院に医師を派遣して、若い医者がしっかりと救急車を取れるような体制を地域全体で作ることが必要ではないか。
- 公立病院ガイドラインも確認しながら、県立病院の役割をしっかりと検討し、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だけでなく、県立病院の整備等や医師確保という点は地域医療構想も関係してくることであるため、そうした各委員会等での意見を、県で総合的にキャッチアップして検

討することも必要ではないか。

- 救命救急センターの非入院患者数の応需数の減少は、他の救急告示病院への分散搬送ができていないという評価となるのではないか。
- ICUの確保に関しては、2対1看護となることから、医師のマンパワーだけの問題ではなく看護師のマンパワー、特に特殊技術を持った看護師の育成を進めないと、ICUは増えていかない。
- 救命救急センターで受け入れた重症の患者が中等症や軽症となってもリハビリが進まず退院できないケースもあるため、そうしたリハビリを担ってくれるような医療機関との連携体制の構築、下り搬送の充実化を行う必要がある。
- 県境に関しては、福島県や茨城県、群馬県からの流入もあり、県内だけの問題ではない部分もある。
- ドクターヘリによる県外への搬送について、もう少し個別の事情を細かく見ていくと、何でこれを県外に搬送したんだろうと思われるような症例も、実は適切な搬送に繋がることができていた症例だった、ということもあるのではないか。
- 高度救命救急センターに関しては、指定を目指す病院があるのかどうか、その希望を募り、複数の病院が名乗り出るのであれば、そこを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ことが予想されることから、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。
- 両毛地域に関しては、足利赤十字病院から一番近い救命救急センターが群馬県の太田記念病院となるため、県内搬送にこだわるよりも、隣県の救命救急センターに搬送する方が患者のためになる。
- 自治医大さいたま医療センターへの搬送は、ほぼすべてが大動脈疾患であるが、夜中であっても患者を受け入れていただいている。診療技術だけでなく、余力という面でも、県内でこうした最後の砦となるような病院があると良い。
- 医師の確保という点では、大学からの派遣医師で診療体制を確保しており、都内の大学にも頼っているが、医師の働き方改革や医局の方針で、徐々に派遣医師が減ってきてしまっている。県内の大学から、医師の欠員を補っていただけるよう少しずつ協力いただけてるような状態ではあるが、都内の大学に頼るのではなく、県内で医師を確保していきけるシステムづくりが大切ではないか。
- 高度救命救急センターにせよ、ICUにせよ、やはり先立つものは人材であり、どうしても救急医あるいは集中治療医は少ない領域だと思うので、かなり長期的にはなると思うが、計画的に育成していかなければならないのではないか。
- 搬送困難症例の受け入れに関して、コロナ禍で4回断られたときには救命救急センターが軽症や中等症の患者であっても受けましょう、という依頼があったところだが、実際に搬送困難症例として、救命救急センターに収容依頼があった患者がどのくらいいたのか、実際にそれを本当に救命救急センターが受けたのか、というデータを見たことがないため、そうしたデータも必要ではないか。
- 地域枠の医師について、義務年限を終え「これから1人前の医師として活躍しよう」ということで県内残って働いてくれている医師がどのくらいいるのかということ、肌感覚ではあるがほとんどいないのではないか。地域枠として医学部を卒業し、医師になった人が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。
- 新公立病院改革ガイドラインには「④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能」として自治体病院が果たすべき役割が明記されているが、現状ではそうした状況にはない。県として地域枠の確保も大事ではあるが、自治体病院として、医師を育成し、各地域に指導医クラスとして派遣できるような仕組みを考えていかないと、2次救急、3次救急医療も立ち行かなくなる。そうした意味では、医師や看護師を育てるといふことに関して、今まで以上にもっと踏み込んだ施策を考えていかないと、マンパワーの確保ができずに、駄目になってしまうのではないかとという危惧がある。
- 2次救急が受けられない病院は、医師も高齢化し、マンパワーが足りず、救急車を受け

るというその一時的なものすらできない状況にある。下りの転院に関しても、まだ状態が安定しない患者が転院してきても、マンパワーが不足し、機能が落ちているという現状があるため、やはり診ることができないと思われる。そこに対してインセンティブをつけて何とか下り搬送を受け入れてもらっても、患者がしっかりと良くなるかという点、あまり期待できないのではないかと。

- 例えば、新潟県では4つの病院を統合して、2次救急であるが県央基幹病院を作り、病院の機能をアップしかつマンパワーを確保しようということをやっている。また、兵庫県西宮市においても地域医療構想に基づく取組がなされている。本県でも、2次救急病院の機能強化も踏まえて、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、看護師を育て、派遣するようなことができれば、さらに救急医療体制が強化されていくのではないかと。
- 余力を持っておくこと、あるいはテロ対策など、危機管理という観点で県として何ができるかということも考えることも重要ではないかと。
- 地域枠として医師を育て、そういう先生をどうやって確保・キープするかということがポイントであるが、学生に聞き取りを行うと「栃木県が楽しかった。結構暮らしやすい」という感想を持つ学生は結構いる。一方で「栃木県に戻りたいけど戻る場所がない」という話も聞いている。
- 救急をやっていた医師を確保できるあたりは意外にあり、そうした医師を2次救急病院や、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。
- 以前勤めていた山梨県では、山梨県立中央病院にほとんど戻って来ており、強固なコミュニティが形成されていた。
- 民間病院は、特に経営の面で、救急患者をいかにたくさん取るかということが重要である。過去に勤務した病院では、当直は大学から派遣された医師が対応していたが、そこにインセンティブをつけてとにかく救急患者を取るというような個別の取り組みを行っていた。クオリティという点では別の問題があるかもしれないが、行政からも何かしらのインセンティブが医師の方へ回れば、救急患者を受け入れる動機づけにはなるのではないかと。
- 人材育成という点では、なかなか18、19歳のときに診療科を決めるというのは難しいと思うが、ただそういった点に対して何か優遇するなどといった施策をとることで救急医を目指す人も増えるのではないかと。長期的、計画的に医師を育成していくということも各大学任せではなくて、県の全体的な政策として考えていくということも重要ではないかと。
- 県外への搬送患者について、地域で完結できなければ、県外も含めた広域で、という意見もあるが、大動脈疾患等はより早ければ早いほど良いというのは間違いない。県外へ搬送されるということは、救命救急センターで受けることができないのではなく、その後ろの問題、例えば外科的疾患であれば手術室の問題がある。
- 最後の最後、手術室を空けて何とか救急患者を受け入れるというような最後の砦が必要だと思う。ベッドや手術室を空けて待っているというのは、不採算に繋がってしまう。それを民間病院で行うというのは、全く現実的ではない。不採算部門であるが、県民・市民の命を守るためには、ある程度税金を投入しても致し方ないということは、県民に説明すれば分かってもらえるのではないかと。

以上