

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B（第1回）

会 議 結 果

令和6（2024）年8月7日（水）

栃木県保健福祉部医療政策課

## 1 日時

令和6(2024)年8月7日(水)14時00分から16時00分まで

## 2 場所

栃木県庁 北別館 403 会議室

## 3 出席者

【委員】長島徹委員、和氣晃司委員、米川力委員、石原雅行委員、島田和幸委員、北澤正文委員、安食孝士委員、小野一之委員、菅間博委員、一瀬雅典委員、村田宣夫委員

【オブザーバー】篠崎浩治 済生会宇都宮病院 副院長兼統括診療部長

【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「量」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。
- 各医療機関や地域における1次・2次救急医療の現状や課題、高齢者の救急搬送の増加なども見据えた本県の救急医療提供体制の今後の方向性等について、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条により長島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回検討委員会及びワーキンググループA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及び資料2に基づき説明>

### <以下、各委員やオブザーバー等の発言要旨>

- 栃木地区に関しては、2次輪番病院が2か所しかないため、救急搬送患者の受け入れが円滑に進まないケースが見られる。
- 栃木市の休日夜間急患センター自体がかなり老朽化しているほか、医師会の先生も高齢化が進んでいることから、前回の検討委員会でも意見のあった1次救急と2次救急を集約させるということも、こうした地域では重要になってくるのではないかと。
- また、転院先の医療施設の人的資源の確保を含め、入院の必要がある患者の受入体制を構築できると良いのではないかと。
- 患者収容までに多少時間がかかっても、どこかで受け入れができていくということは、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と。そうした患者の適切な搬送先を決めることができるツールとして、医療情報を活用していくべきではないかと。
- 2次輪番病院では、同時に受入要請が重なるとどうしても受け入れられないという事態が発生してしまう。同時に受け入れられる体制となると、例えば、2次輪番病院に大学や救命救急センターから医師を派遣し、複数の救急車が重なっても受け入れられ

るようにする、あるいは受け入れができない患者を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と思う。ただし、これは地域によっても事情が異なるため、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、細かく決めていくことが必要ではないか。

- 1次救急に関しては、施設の老朽化や、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と思う。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ということをはっきりさせてほしいのではないか。1次救急と2次救急を併設する形で、診療完結性を高めた1次救急であれば医師会も手伝いやすい。医師会の先生が慣れてない大型医療機器の読影等については2次救急施設で協力する、ということもできるのではないか。
- 入院する必要がある患者は、併設された2次救急施設への入院や、場合によっては、ワンナイトユニットのような一時待機の入院施設で受け入れ、平日日勤帯に、適切なところへ転院させるという方法もあるのではないか。
- 小山地区では1次救急が割としっかりしており、1次を1次で支える、2次は1次と協力しながらやり、3次がバックアップしてくれるといったような体制が整っている
- 「なぜ患者をとらなかったのか」というような話もある中で、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・どこまでできないということ、腹を割って話し合う必要があるのではないか。
- 救急車が輸送手段として用いられることがあると思うが、茨城県では救急車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そういうシステムについて、今後考えていく必要もあるのではないか。
- 病院によって対応できる疾患が変わってくるということも考慮する必要があるのではないか。
- 看護師が足りず、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のが実態である。
- 病院の中で難しければ、地域で内科系・外科系という感じで救急患者の受け入れを役割分担し、うちの病院では受け入れられないが、他の病院では受け入れられる、という体制を構築できると良いのではないか。
- 可能であれば、あらゆる病院で、どの診療科の先生が当直しているのかということが把握できれば、救急隊もそれを見て、患者さんを振り分けることができるのではないか。
- 量の問題に関して議論について、県や地域による特異性はそれほど多くないのではないか。1つは軽症の患者が、2次救急や3次救急を圧迫していること。そうした軽症患者をどこで診るかということであるが、2次輪番病院が全体的に減っている中で受け入れきれない。休日夜間の軽症者の受け入れ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きている2次輪番病院への1次救急の併設というのは、1つの手だと思ふ。
- もう1つは、救命救急センターや2次の急性期病院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、この患者をどうするかという筋道を早く作るということが必要ではないか。
- 後日で結構であるが、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なさい」ということを言っているが、これが実際に機能してるかどうかということは今後どうやって、県とし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。
- データ分析について、高齢者は65歳以上ではなく、75歳以上でカウントしていく必要があるのではないか。さらに85歳以上となると、一般的には病院にも来ることができなくなる人が増えると言われており、そうした観点を踏まえながら再整理する必要があるのではないか。
- 高齢者を、ICU(集中治療室)を使いながら受けるべきなのか、という点は考えていけないといけないと思う。高齢者救急を受ける主体は、どう考えても2次救急である。3次救急が85歳を過ぎた高齢者を受け入れて、マッサージに始まり、チューブをつな

いで積極的に医療を行う体制が適正なのか、それは日本全体で見て少しおかしいよね、というのが、今後の考え方だろうと思うし、今回の診療報酬改定で、高齢者救急を受ける病棟として地域包括医療病棟を打ち出したことを考えても、3次救急医療機関が高齢者救急をメインで受けることを国は想定してないし、それを想定したら栃木県もできないのではないかな。

- 医療資源については、常勤医がいないと入院率は上がらない。内科1列、外科1列の2列そろえられると、入院応需率は70%を超えるぐらいになる。ただし、揃えた医師が常勤医でないと、入院させていいのかどうか、という点でストップがかかり、入院が必要そうな患者の受け入れを断るといような話も出てくる。塩谷地区の2次救急病院の体力状況を見るに、大学や人的資源の潤沢にあるところから医師が来ない限り、もしくは何とかして医師を雇わない限りは、状況は改善しない。
- 救急医療の需要については、救急車のタクシー代わりの利用や、昼間は仕事があるから夜に受診したい等の問い合わせの電話が非常に多い。救急車をタクシー代わりに使うことをそのままにして良いのかというのは、現場の看護師たちからも声が上がっているのは事実である。
- (自分の病院では)救急外来を1人体制でやっているため、お断りの件数も多い。断る理由はベッド満床や専門外が多い。現場の医師に話を聞くと、患者を一旦受け入れて手に負えないときに、どこに転院させるかということ、医師と看護師が一生懸命探さなくてはならず、そうした対応に多くの時間を割かれてしまうことがネックとなっている。このため、どこの病院にどのような医師がいるかが分かるような仕組みが必要ではないか。
- 今年の4月からスタートした医師の働き方改革により、(自分の病院では)内科が合同当直になったことを皮切りに、段階的に外科も合同当直になり、診療科によっては宅直制になったところもある。そんな中、鼻出血の患者の受け入れはしないという方針となった。
- 特定機能病院である大学病院が、1次救急をやる必要はないと思う。本県には、自治医大と獨協医大、さらには国際医療福祉大学があるため、若い医師、初期研修の医師も含めて、1次救急、2次救急を担う県内の病院に、特に系列関係なしに、派遣してもらうことが重要ではないか
- 例えば、県が大学とそうした1次救急、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アルバイトに送ってくれるようなシステムができると良いのではないかな。
- 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というのは、非常にハードルが高い。一方で、平日昼間については、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)が常駐しており、それぞれの医療圏内でのネットワークが非常に充実してきている。このため、それぞれの病院の得意分野、不得意分野が分かっているため、オーバーナイトさせることができれば、翌日については患者の転院を比較的円滑に行えるのではないかな。
- 軽症の患者が非常に多く、また今後も増加する見込みである中で、そうした患者が少なくだけでも、結構助かるのではないかな。県では#8000や#7119を導入しているため、県民に対するPRも積極的に行う必要があるのではないかな。
- 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きているケースがあることから、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な。
- 介護施設などの入所者の救急搬送について、嘱託医や系列病院が診てくれないというケースがある。そうした場合には、1つ1つの施設や系列病院と話し合っていく、互いの得意分野、不得意分野を把握することで下り搬送がスムーズにいく場合もある。それぞれの病院が抱える事情が異なるため、それを理解し合いながら、ウィンウィンの関係をどのように構築できるかを探りながら対応している。
- 施設も様々あるが、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ため、それぞれの病院が、自院と契約している施設があるということを知るだけでも違うのではないかな。

- 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ことだと思う。顔の見える環境を早く地域で作ってくしかないのだろうと思う。

以 上