

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2回）

会 議 結 果

令和6（2024）年10月3日（木）

栃木県保健福祉部医療政策課

1 日時

令和6(2024)年10月3日(木)13時00分から15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】間藤卓委員、小倉崇以委員、林堅二委員、菊池広子委員、小橋元委員

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り、本日が2回目の会議となる。
- 本日は、これまでいただいた御意見を整理するとともに、現実的で具体的な解決策などについて、さらに御意見をいただきながら、救急医療提供体制の今後の方向性の検討を進めて参りたい。
- 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 議題

- (1) 本日の会議について
- (2) これまでの検討委員会・ワーキンググループにおける御意見
- (3) 本日御意見をいただきたいこと

<(1)から(3)について、事務局から資料1から資料5に基づき説明>

<以下、各委員やオブザーバー等の発言要旨>

- ICUについては確保できると良いと思う一方で、HCUだから全然ダメなのかという点については慎重に考えるべきだと思う。今、ICUが不足して困っているという状況に対して、HCUで事足りるということに行政が甘えるのではなく、まずはHCUの確保など、できることから始めながら、将来的に目指すところもしっかりと目指すということが現実的だと思う。
- 高度救命救急センターの整備にはある程度の時間を要すると予想される中、現状では栃木県では輪番制を敷かざるを得ないと思う。そのときに、どこの病院に余裕があるのかということについて見える化をした上で、ある救命救急センターが大変な状況であるときには、他の余力がある救命救急センターが助けるというのは大事なことだと思う。
- 中長期的には、ICUを増やすのであれば、明確に需要がある地域で増やしていく。また、高度救命救急センターに関しては、とりあえず手挙げしたところ、それが例えば3ヶ所であれば3ヶ所全てを高度救命救急センターに指定し、さらに4ヶ所目を指定するかというのは、4ヶ所目を指定するときに議論をすればいいのではないかと。
- 高度救命救急センターがないという状況の中で短期的にどうしていくかということに関しては、患者の受皿をしっかりと県で確保した上で、輪番制を構築することが良いと思う。これは、コロナ重症患者のコーディネーションと同じあり、ベッドを用意すること、そしてコーディネーターを配置すること、その上で、コーディネーターに情

報を集めて、適切ということになればそのベッド使わせてもらうことである。一方で、例えば、県で確保している最後の1床を使うべきではないという判断をした際には、コーディネーターが熱傷や切断肢、心臓血管等の患者に対する処置の具体的なアドバイスをし、その地域で収容してもらうということが必要ではないか。

- 高度救命救急センターについて、中長期的には、30年前に要件とされた「広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒への対応」だけでなく、現代型の高度救命センターを設置するという方針をもって議論していくべきだと思う。現代型の高度救命救急センターとは、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の3つの機能を持つ高度救命救急センターのことである。県外に患者が搬送され、その患者が亡くなるということがないよう、最後の最後に高度救命救急センターが必ず受け入れるということをやっていくべきではないかと思う。
- ICUはHCUよりも救命率が高いので、県民の命を守っていくということを考えるのであれば、やはりICUを確保した方が良く思う。このため、短期的にはHCUを確保した上で、中長期的にそれをICUに育てていくという取組が必要であり、5年～10年くらいかけて、県内のICUの更なる拡充することが必要だと思う。
- ICUの運営には医師だけでなく看護師の確保も必要であることから、ICUの病床を制限しながらの稼働となっている。HCU（4対1看護）において、本来であればICUで管理することが望ましい患者を診ており、やはりICUは足りていない。
- ICUを整備するということは、経験のある医師や看護師を配置するということであり、患者の治療成績が上がるのはもちろんその通りだろう。一方で、現実的には病院の経営を考えると、必要性は分かるけれど、すぐには難しいという意見もあるだろう。短期的にできることとしては、ICUの基準を満たして治療の質の改善するために、県から病院に声をかけていただくということがあると思う。
- 各地域にも同じようなレベルのICU管理ができるスタッフを配置するということを目指していくのであれば、病院だけの単独の取組では難しいのが現状であるため、県からの支援が必要ではないか
- 高度救命救急センターについて、統括できるような施設を作るというのは相当の時間的には要すると思われるため、当面の対応としては輪番制を敷くしかないと思うが、輪番制と言っても「今日は〇〇病院」というような対応ではとても回らないことが予想される。例えば、大動脈疾患だとすると、手術が1件始まってしまうと、その病院は何時間もその患者以外の対応は難しくなるため、順番を付けて「この病院で1件受け入れたから、次はこの病院で受け入れる準備をしなければいけない」というようなリアルタイムでの情報共有が必要ではないか。
- 下り転院に関する診療報酬の改定があったが、近隣の2次救急病院と話してみると、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てくれた病院がほとんどないのが現状である。実際に救急車による搬送は、就寝するまでの22時頃までが多く、それすぎるとかなり落ち着くため、1次救急、2次救急病院には、早番や遅番を作るなどしながら、もう少し3次救急に軽症患者が集まり過ぎないようにするための対応をお願いしたいと考えている。
- 短期的にできることとして、輪番制やコーディネーターに加え、見える化やリアルタイムの情報共有という話は、全体として大きなお金をかけずにできる、とりあえず方向としては良いのではないかと思う。ただし、リアルタイムで見える化をしていく場合、現場の努力だけでは難しいこともあると思われるため、システムのようなものが構築できると良いのではないか。
- 長期的には、地震などの様々な災害が起こりうる現状があるということを考えると、それに対してある程度足腰の強い体制を作っていくということは、有効な考え方ではないかと思う。その上で、そうしたことを実現しようとなると、どうしても輪番制などの対応以上のリソースや、お金も含めた投資ということが必要となってくる。県では医療以外の様々な施策も行っているほか、医療行政だけを見ても急性期医療以外のこともやっている中で、いろんなバランスをとらなければならないと思う。

- 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、他の県がどうだということよりも、栃木県としての高度救命救急センターのあり方について、行政は行政で考えがあると思うため、「高度」という名前の話と、その高度医療について ICU 確保を含めてどうするか、という議論は分けて考えた方が良いのではないかと。
- 下り搬送について、2次救急病院には患者を紹介してもらえるとというメリットを感じていただきたいが、あまり積極的ではないのは、救急車で来て数日しか経ってない急性期の患者を受け入れるのは難しいというのが現状だと思う。その中でも、そうした2次救急病院の意見も少しずつ聞きながら、3次救急だけではベッドの確保が難しいことや、2次救急病院としてこういう役割をお願いしたいということ、病院間だけではなく、行政にも入っていただきながら、場合によっては指導というようなことも必要ではないかと考えている。役割分担は、今後患者が増えてくる状況を考えても明確にしていく必要があると思うが、それは病院だけではできないため、県にも入っていただきながら、話し合いをしていく必要があるのではないかと。
- 2次救急病院は、救急車を多く受け入れるという意味では、救急車で搬送される比較的軽症の患者に関しては積極的に受け入れているが、入院が必要もしくは3次救急での対応の必要性が疑われるような患者については受け入れずに、すぐに救命救急センターで受け入れているのが現状である。この点については、とにかく1度受けてもらい、その患者が自分の病院で診ることができない場合には3次救急に転送してもらうようお願いをしている。また、2次救急病院で患者を重複で受け入れたことが原因でお断りが生じた際には3次救急で受け入れるが、下り搬送の場合には速やかに受け入れていただきたいということをお願いしている。
- きちんと受け入れてくれている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、もう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とと思われるため、そこをどのように動機づけさせるかということが大事ではないかと。
- 県には地域枠で救急医の育成をお願いしたいと考えている。救急専門医にはならなくても、救急を担当できるように育ててもらい、その医師を地域の2次救急病院に派遣し、そこで救急車や転院を受けるといったような体制を構築してほしい。また、救急医が周りの医師を巻き込んで救急車を受けるのは大変であるため、そこでインセンティブがあると効いてくると思う。「県の医師を派遣するので、周りの先生と一緒に頑張って救急車や転院を受け入れてください。受けてくれたら、実績に応じてお金を出します。」ということを行うとうまく回るのではないかと。
- 輪番制での対応について、例えば大血管であれば、救命科が診る病気ではないため、その対応についてはもっと深掘りしてかないといけないのではないかと。例えば、心臓血管外科がある病院にも周知した上で協力を仰いでいかないとならないのではないかと。
- 輪番制については、救急だけではなく、例えば心臓血管外科の先生にもご協力をいただく必要があることから、CCUのようなそうした大動脈疾患ネットワークや、対応に困っている疾患、例えば脊椎外傷の緊急手術が必要な患者さんのネットワークを、救急だけではなく、該当科の先生方も含めて作っていくということが、今後輪番制で対応していくに当たっては必要なことではないかと。

以 上