

栃木県救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会(第2回)

会 議 結 果

令和6(2024)年11月20日(水)

栃木県保健福祉部医療政策課

1 日時

令和6(2024)年11月20日(水)9時30分から11時40分まで

2 場所

栃木県庁本館9階会議室3

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

【オブザーバー】間藤センター長、和氣センター長、小倉センター長、根本センター長、菊池センター長

【県】岩佐保健福祉部長、原戸医療政策課長 外

4 議事

1 開会

2 部長挨拶

- 本委員会は、救急医療提供体制の方向性や必要な対策等を検討することを目的に設置しており、ワーキンググループを含め、これまで5回に渡る会議において御意見をいただいたところ。
- 今回はこれまでいただいた御意見を取りまとめた資料を御用意させていただいたところであるが、より効果的なものとしていくためには、まだまだ手を入れる必要があると考えている。本委員会を含め、形だけに終わらせるつもりはないため、より実効性のある策について、皆様と一緒に考えて作っていききたい。
- ぜひとも御自身のお立場を踏まえた上で、より実現可能であり、より効果的な策となるような具体的な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) 検討スケジュール等について
- (2) これまでの御意見の整理（課題と課題への対応）
- (3) これまでの御意見の整理（解決策）

＜（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＞

＜各ワーキンググループ長からワーキンググループにおける検討状況について説明＞

【横堀委員（ワーキンググループA）】

- これまで2回に渡りワーキンググループを開催し、主にICUの確保や高度救命センターが未設置であることなど、救急医療の質の課題について検討してきた。
- 現状として、栃木県の人口10万人あたりのICU病床数は全国平均を下回っている。また、医師の確保に苦慮している救命救急センターもある。そうした状況の中で、急性大動脈解離などの疾患について、栃木県外に搬送されるケースもあるという点を、問題点として共有した。
- 今後の方向性としては、短期的に高度救命救急センターを構築することは難しいところがあるため、まずは特殊疾患等に対応するための輪番制を構築し、それぞれの救命救急センターが共同して対応するのはどうかという議論となった。
- 中長期的には、ICUの確保や、県の地域枠で救急医療を担う医師を育てるということについて共有しながら、どうやって育てていくのかという議論もあった。その中で、やはり教育機能や、災害対応を含めた救急医療のハブとなるような救命救急センターがあると良い、そういった意味での高度救命センターの構築が大切なのではないか、と

いう御意見もあった。

- その中で、どのように高度救命救急センターを構築していくかについては、まず1つはS評価の救命救急センターを高度救命救急センターに指定するという御意見や、千葉県や山梨県のようなモデルを参考にしながら、栃木県の中で県立病院を再構築することによって作っていくのはどうかなどの議論があった。
- また、栃木県外に搬送されるケースもある一方で、特に県境の救命救急センターでは、逆に隣接県からも患者を受け入れているため、そうしたデータも出してほしいという御意見もあった。

【長島委員長（ワーキンググループB）】

- ワーキンググループBもこれまで2回の会議を開催し、主に量の課題について検討してきた。いただいている御意見として、1次救急から3次救急までのピラミッドが、1次救急の部分で十分には機能していないのではないかとということが問題点として挙げられている。これは、医師会の医師の高齢化や、医師会員の減少などが原因として考えられる。そうした状況の中で、例えば1次救急の広域化や、外部の医師の招聘なども考えられるが、地域によっても人口や面積、医療資源等の状況が異なる中で、地域によっては対応が難しいという御意見もあった。
- また、高齢者施設を含め、高齢者救急が1次救急を通さずに2次救急、3次救急を受診・搬送されるケースが多く、2次救急、3次救急医療機関において、そうした対応に苦慮しているという問題もある。こうした点については、ACPを含め、高齢者施設の職員に対する周知や教育等を行うことが必要と考えられる。また、栃木県では#7119や#8000を運用しているため、そうした救急電話相談の普及啓発が必要という御意見もあった。
- 加えて、2回目のワーキンググループでは、選定療養費についても議論を行った。12月2日から茨城県で統一的に運用を開始するが、先行して行っている三重県松坂市を含め、状況を注視しながら検討していく必要があるという御意見があった。

＜各委員からの御意見＞

- 1次救急の機能強化、診療完結性を高めるために、2次救急医療機関への1次救急機能の併設や、1次救急医療施設の集約化などの案が出ていたが、ワーキンググループBでは、医師の少ない地域では難しいという御意見をいただいていた。これについて、オンライン診療の整備をすることで対応することも検討して良いのではないかと。ただし、高齢の患者がオンライン診療を利用することができるのかという問題もあるため、1次救急の遠隔診療のアクセスポイントの整備ということも考えても良いのではないかと。
- 1次救急で問題と感ずるのは、準夜帯は各休日夜間診療所が多かれ少なかれ動いているため、数に問題はあるかもしれないが対応できている。一方で、深夜帯となると、ほとんど2次救急医療機関がそれを代替しているのが現状である。こうした現状に対して、新たな1次救急施設を作るとするのは医療資源を考えると、恐らく不可能ではないか。そうした場合に、今のように2次救急医療機関が深夜帯においては、1次救急をカバーしていくことになるため、そうした体制構築に対する補助などを検討していくという方がより現実的なのではないか。
- 1次救急について、当然立て付けとしては各地域で整備するものということになっているため、各地域で検討する課題ということで資料には記載されるが、経済的にも人的にも余裕のない地域が、これから先、何かを整備することができるのだろうか。放っておいてもなかなか議論も進まないため、ある程度県から積極的なアプローチがあっても良いのではないかと。
- ACPは本来であれば各個人やその家族が主体的に行うものであるが、県民等への浸透といっても十分には進まないと思われる。このため、高齢者施設やケアマネージャー、

社会福祉士など、そうした身近に接する人たちが、ある程度誘導をしてあげないと進まないのではないか。そのような方たちに対する研修会を企画するなど、積極的に進めていかない限り、ACPの県民への浸透は進まないと思う。

- 高齢者施設と協力医療機関の連携について、当院では、当直医の派遣を大学病院にお願いしているが、当直医は看取りや、患者の急変に対応するつもりで派遣されていて、決して救急患者を診ようと思って来ていない。現在は、救急患者を1人受け入れたら、いくら当直手当を上増しするというをしながら、夜間の救急患者を受けてもらっている。こうしたお金の問題で解決していく必要があることに対して、行政による支援も考えていただきたい。
- 救急医療を担う病院としては、お金と人材という点が非常に気になる点である。民間がやるべきことと、公がやるべきことの整理をした上で、特に民間がやることについての、いわゆる不採算な部分に対して、どのように行政が支援を行っていくのか、あるいは、県が現在持っているリソースの再構築や再編成についても、しっかり議論していくことが必要ではないか。県による支援が必要な分野としては、システムの構築や情報の共有、統一的な基準の作成などが挙げられる。
- また、医療人材の派遣に関しては、派遣元の医療機関も手一杯なところがあるため、そこをどうしていくのか。併せて、派遣された医師が派遣先で活躍できるような環境の整備や、最終的な人材育成に向けてどのようなことができるかということについても議論を進めていけると良いのではないか。
- 救急医療の問題を含め、日本の医療全般として、今までのような皆保険制度の下で、身近なところで軽症から重症まで診てもらおうという体制は、そもそももう無理な状況であるため、そのことを前提としながら、患者の利便性という観点からは反するが、1次救急の集約化などを考えていかななくてはならない。その点については県民の皆さんにも御理解いただいた上で、例えばICTを活用した遠隔診療や、救急車ではなく福祉タクシーなどの夜間でも使えるような、利便性を損なわないような医療体制の構築が必要ではないか。
- ICUの数や救急患者に対する手術対応が十分ではない、というような状況については、箱物がさらに必要なのか、既存の施設でさらにICUなどを充実することができるかどうか、ということも考える必要がある。また、人材育成が非常に重要であるため、県全体で考えれば、各施設に地域枠の医師がたくさんいるため、そのような医師を救急医療やICUに誘導できるような方策を考えることが必要ではないか。
- さらにDXの活用という観点において、救急医療の領域では迅速性が大切となる。現在の「とちまるネット」では、救急医療の分野で利用するには不十分なところがあるため、DXを利用しながら、重症患者を受け入れられる体制の構築が必要である。
- どの病院も相当厳しい経営状況の中で、特に救急医療に関しては、それぞれの病院が身を削って地域の医療に貢献しているというのが現状である。
- また、医師に限らず、医療スタッフ全員が有限である中で、例えばICUについては、基準を満たす看護配置ができず、フルで稼働させることはできない状況である。人口動態を踏まえると、患者側の高齢化だけでなく、今後医療を担う若者も減ることになるため、医師や看護師などの医療スタッフの確保に今後も苦慮することが見込まれる。
- 心大血管の緊急疾患に関しては、心臓血管外科のほかにも、手術室、麻酔科などが整わないと受け入れられないため、県外に搬送せざるを得ないケースもある。3次救急医療を含めた救急医療自体は、救急科の先生方や救命センターのみで解決できる問題ではない。救急車の数を増やしたり、救急隊員を増やしたりということではなく、病院が持っている総合的な力、これが患者を受け入れる力となる。救急を担う一部の部門だけが突出していたとしても、病院の総合力がなければ受け入れることができない。そのため、今後、限られた医療資源を有効に活用していくためには、今まで以上に垣根を超えた病病連携が必要ではないか。併せて、開業の先生方が診療できるような対応、救急医療にもかかりつけ医の先生方に入っていただくことで、例えば、まずはかかりつけ医に相談をしていただくということで、すごく初歩的なところであるが、トリアージをされた上で病院を受診していただくことができるのではないか。

- 医療資源というと、大病院や1次、2次救急医療を担う病院が初めに出てくるかもしれないが、一番大きなパイを持っているのは医師会、開業医の先生方であるため、かかりつけ医制度を中心としながら、必要に応じて病院を受診していただくということができるのではないかと。その点では、そうした開業の先生方と病院の勤務医がもっと連携していくことも必要だと思う。病病連携、病診連携を深めていくことで、最終的には救急医療を含めた医療が回り出し、少ない医療資源であっても有効に活用できるのではないかと。
- 救急医療の機能を考える上では、救急だけではなく、地域の医療資源や医療機能、各病院の医療機能を一緒に考えていく必要があるのではないかと。そのため、救急は市町の単位、地域の医療機能は二次保健医療圏（地域医療構想）でそれぞれ考えていくと、別々の議論になってしまうため、最終的には地域医療構想の単位に統合できるような形で話し合えるよう、二次保健医療圏の単位に、市町や県、郡市医師会などの機関が加わることが望ましいのではないかと。
- 地域単位で検討を要する課題について、特に次期地域医療構想に向けては、広域的な診療機能や高齢者救急が大きなテーマとなっている。県境では隣接県との患者の流入・流出もあることを踏まえると、隣接県の方にも参加を呼びかけることも必要ではないかと。また、広域的な診療をしている医療機関は、その医療機関が所属する地域医療構想区域外の会議にも参加が必要ではないかと。
- #7119やACP、選定療養費など、そうしたいくつかの対策を組み合わせることで、少なくとも1次救急、2次救急に関しては、ある程度の負担は軽減できるようになるのではないかと。
- 1次救急や2次救急に関して、3次救急や大学病院からの医師の派遣という話がよく出るが、救急の部門だけで完遂することは難しい。病院全体としてマンパワーの投入について、その地域ごとに特性や施設の配置の特徴などもあるため、地域ごとに考えていく必要があるのではないかと。
- 今後、高齢者救急や重症患者の受入体制等の課題がある中で、県立病院の役割を含め、県として何をやっていくべきかを考える必要があるのではないかと。
- 輪番制の構築について、重症患者を受け入れる病床を確保し、コーディネーターを配置し、情報連携が迅速にできるようなシステムを再構築することで、県内に収めていくことができれば、何人もの命を救うことができるのではないかと。
- 一方で、中長期的な視点では、高度救命救急センターの新規の設置も含めて、やはり重症患者に対応する病床を確保していかなければ、次の新興感染症が来たときも、重症患者を受け入れることができないのではないかと。逆に、高度救命救急センターについて、既存の救命救急センターでS評価のところを指定するというようなことは、看板を付け替えにすぎないので、何の意味もないことである。安易な指定ではなく、救急医を確保、育成し、県内でどのように活用していくのかということ、時間をかけて検討していくべきではないかと。
- 地域の救急医療体制を整えるということで、先月に地域で医師会や保健所も含めた懇談会を行った中で、かかりつけ医の先生方にも協力をお願いした上で、かかりつけ医の先生方が困ったら絶対に病院が受け入れるというような体制を整えることができたところ、ということをお話したところ。
- 大学病院の医局から医師の派遣をしてもらっている病院では、大学病院も人手不足の中で派遣医師の数が減ったり、年齢が若くなったりする中で、以前は行うことができていた処置が、今はできないということも発生している。これは急には改善できないため、ある程度は現在のスタッフでできる範囲の対応をした上で、それでも対応できない患者に関してはS評価の救命救急センターにお願いするというように、重症患者は集約化させていくことしか、今できる手段はないと考えている。
- ACPに関連して、高齢者施設からの搬送で、急変時には蘇生処置を希望しないとあらかじめ施設に意思を表明していた方が搬送され、結果として蘇生に成功したものの、御家族にも喜んでもらえないということが発生している。実際にそのような問題が発生してしまう高齢者施設への対応をどうしていくか、ということも検討する必要がある

のではないかと。望まれない処置を行うことで、限られた資源が無駄に消費されるということが減らせると良いと思う。

- 栃木県として、高度救命救急センターにどのような役割を期待するのかという点が大切であり、定義のような熱傷や四肢切断などではなく、どこまでの重症疾患を中心的に受入れ、その他の救命救急センターと連携していくのか、ということの中長期的に議論していくことが必要ではないか。
- 開業の先生方も CT や MRI などの大型医療機器を使っている先生もいれば、そうではない先生もいる。そういう様々な先生方に御協力いただくことがマンパワー確保という点では大切であるため、そうした慣れない部分のサポートをしていくことで、開業の先生方の活躍できる場を増やすことができるのではないかと。
- 2次救急医療機関に1次救急機能を併設するという点に関しては、新たな施設を作り大型の医療機器を導入し、そのためにお金を投入するよりも、非常に有効な方法だと思う。既存の医療施設で医療機器を使うことができ、マンパワーは医師会から出させていただきながら、そこの医療スタッフにも活躍してもらえば、効率的な診療体制をある程度の地域ごとに構築していくことができるのではないかと。
- 診療報酬改定の中で新たに設けられた救急患者連携搬送料については、3次救急から2次救急への下り搬送だけではなく、その延長で各医療圏の中で2次救急からさらに回復期や療養施設への転院に活用していただくことも必要ではないか。2次救急で診ると滞ってしまうような高齢者の嚥下性肺炎や尿路疾患など、回復期の病院でも診ることができる疾患に関しては率先して転院させるというような体制を構築することが必要ではないか。
- 今回の診療報酬改定では、高齢者救急の受け皿としての地域包括医療病棟の類型ができたので、こうした新たな類型の病床をどのように県内で確保していくか、こうしたことも議論が必要ではないか。
- 県立岡本台病院のような精神科病院に関して、身体合併の精神科救急だからという理由で転院受入ができないなど、精神科救急が苦戦している現状がある。後方の連携を強化して、転院受入を円滑にすることを考える中で、医療政策課だけでなく、障害福祉課も入りながら検討を進める必要があるのではないかと。

以 上