

各構想区域における救急医療に係る 意見交換の結果について

栃木県 保健福祉部 医療政策課

医療介護提供体制の課題整理／今後の対応方針の検討等

(案)

医療・介護の課題に係る地域の現状について

医療圏名

項目	課題・現状
救急	
在宅医療	
働き方改革	
その他(〇〇〇〇)	

地域医療構想調整会議等における今後の協議の流れ

令和6(2024)年度

- ・ **必要病床数との差異の議論**については、定量的基準の導入等により**一旦区切り**を付ける。
- ・ 今後は、各構想区域における医療介護提供体制に関する課題について、毎回、**テーマを絞って協議**を進める。
- ※ 前半の会議では、救急医療提供体制などの構想区域においても課題となっているものを取りあげるが、今後は各構想区域の実情に応じて優先度が高いものを中心に協議していく。

→ 左例のような一覧表により課題を取りまとめ、見える化する。

令和7(2025)年度

- ・ 上記課題に対して、**今後の対応方針(案)**に係る**協議**を進める。
- ※ より具体的な内容を詰めるため、**必要に応じて部会を設置**して、協議を行う。



令和8(2026)年度

- ・ **次期地域医療構想**の策定
- ・ **課題の解決**に向けた取組の検討、実施

推進区域以外の構想区域における取組事項

推進区域以外の構想区域においても区域対応方針に相当する計画を策定し、取組を推進

意見照会

令和6(2024)年10月18日～11月6日 意見照会

- ・ グランドデザイン(県全体の医療構想)、地域で生じている課題等に係る意見照会
対象: 県・各地域の地域医療構想調整会議・病院及び有床診療所会議構成員
方法: WEB(Microsoft Forms)※利用できない場合は紙媒体のメール・FAX等による回答も可



協議

(課題整理)

令和6(2024)年11～12月 宇都宮以外の地域の地域医療構想調整会議

- ・ 照会結果の共有、意見交換
- ・ 現状と課題の整理
- ・ テーマを絞った協議(例: 救急医療)



協議

(課題整理)

令和7(2025)年2～3月 宇都宮以外の地域の地域医療構想調整会議

- ・ 現状と課題の整理
- ・ テーマを絞った協議(例: 在宅医療)



協議

(対応方針)

令和7(2025)年度

- ・ グランドデザイン
- ・ 課題に対する今後の対応方針



区域対応方針に相当する計画の策定



令和8(2026)年度
次期地域医療構想の策定

救急医療に係る現状と課題

構想区域	現状・課題
<p>県北</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・1次救急を担う医師が高齢化・減少している、また、個々に担うエリアが広い ・隣接する宇都宮地域への救急搬送が多い(平均搬送時間の延長にも影響) ・迅速な対応が必要となる虚血性心疾患、脳卒中に対する2次救急提供体制が不十分 ・南那須地区では、単独の病院で2次救急を担っており、キャパシティに限界がある、また、地域内で役割分担がしづらい ・県北圏域内では、エリアごとに救急受入をする医療機関がほぼ固定されているため、そこを中心とした役割分担と連携体制の充実が必要 ・2次救急での急性期対応後(ポスト急性期)に速やかに転院できる医療機関が少ない ・高度救急医療の提供体制が乏しく、必要時には圏域外の遠隔地へ搬送されている(ドクターヘリなどは活用されている) ・高齢者救急に関して、入院前のADLや介護状況、退院後の生活や介護を考慮した救急医療の提供・連携が不十分
<p>県西</p>	<p>【1次救急関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・協力医師の高齢化や小児科専門医の不足。薬剤師等も不足。 ・小児救急に対応可能な医療機関がない。 ・救急告示医療機関の減少により、2次救急輪番病院への負担が増えている。 ・撮影など何かしてほしい患者のニーズと合わないため結局2次に流れている。 ・有床診療所ではそもそも対応可能な人数が少なく、休日や夜間の対応が難しい。 <p>【2次救急関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・救急患者のうち入院は3割未満、軽傷や受診不要の患者も多い。特に、夜間受診の必要のない患者が多い。 ・2次救急輪番の当番病院に結局集中するため、風邪症状や切り傷のような患者も来てしまう。 ・1次と2次のすみわけは大きな問題。 ・2次医療機関においても、医師の高齢化により救急を担当できる医師が減少している。 ・常勤医だけで救急や当直を確保することは困難。さらに大学等からの非常勤医師は働き方改革の影響で確保が難しくなってきている。 ・2次は高齢者の中等症が圧迫している。 ・高齢者救急については、高齢者施設等との情報共有があらかじめ必要。
<p>宇都宮</p>	<p>【1次救急】</p> <p><u>県民ニーズへの対応(ニーズを満たせないため、2次・3次救急に患者が流れる)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜間休日診療所などの施設の充実、診療完結性の向上が必要 ・2次救急に診療完結性を高めた1次救急施設を併設し、2次救急の医師が適宜サポートに入る体制も検討すべき <p>【2次救急】</p> <p><u>ウォークイン患者が2次救急医療を圧迫</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・1次救急の診療完結性を高めることが重要 <p><u>特定の病院に救急車の受け入れが集中</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・一旦患者を受けてもらい、その後、専門的な機能を持つ病院へ紹介するなど、病院間の役割分担・連携による負担軽減が必要 <p><u>軽症患者が2次、3次救急に流れている</u></p> <p><u>患者のニーズではなく、デマンドが高い</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関の適切な利用に関して、患者に対する啓発が必要

救急医療に係る現状と課題

構想区域	現状・課題
<p>県東</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科救急が大きなウエイトを占めるのでは。宇都宮区域だけでは完結できず、医療圏をまたいでの対応が必要。 ・1次、2次は医療圏の中で完結するが、3次は医療圏をまたぐ連携が必要。 ・耳鼻科や眼科の救急が課題。 ・深夜帯の1次救急は負担になってくる。 ・病床が満床の場合、行政のベッドコントロールが必要。
<p>県南</p>	<p>【緊急を要する対応】</p> <p>働き方改革の進行に伴い、脳血管治療医の数が不足しているという問題がある。特に栃木県内ではこの問題が顕著である。時間との勝負であるため、特に緊急治療のできる専門医をいかに確保するかが問題となっている。</p> <p>tPA療法や心臓カテーテル治療も、予定治療は可能だが、緊急治療はマンパワー不足で難しく、大学病院の支援を受けることが多い。大動脈解離の緊急手術は県外に依頼することも多い。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急手術や血栓溶解など、時間が治療の結果に直接影響する医療は地域で完結することが重要。 ・全国平均と比較して不足している分野に対する人材確保のための基金や経済的支援が必要。 ・3次施設ではなく2次施設での振り分けやワンタッチの重要性も指摘されている。 ・各2次医療圏での地域差も課題であり、隣接地域との協力が必要になる。 ・大学病院としては緊急治療ができる医師の育成が重要である。 ・以前は循環器科医を複数の病院に少人数ずつ派遣していたが、(今は)集約する方が効率的だと分かった。疾患ごとの医療提供体制は専門領域ごとに異なり、大学病院を中心に医師を配置することが重要。働き方改革の中で無理なく24時間365日の体制を整える必要がある。 ・手術室と心臓外科の人員を充足させて対応したいが、領域によっては十分ではない。 <p>【高齢者への対応】</p> <p>現在、病院の患者は70歳以上が主体であり、急性期医療も高齢者対応が中心となっている。</p> <p>高齢者の救急患者が増えており、入院中にADLが低下して自宅に帰れないケースが多い。</p> <p>患者本人の医療ニーズが分からないと過剰な対応が発生する。家族が救急車を呼んだ以上、医療機関は対応せざるを得ない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想の最大の課題は高齢者医療である。 ・医療提供者は、医療と介護の役割について議論すべき。今後は、医療機関が医療と介護の役割を整理し、各機関が担当する部分を明確にすることが重要。 ・医療機関が役割を明確にし考えた上で調整していくのが、今後の地域医療構想ではないか。 ・急変時の救急搬送についても住民への啓発や説明が必要であり、意思確認も重要である。 ・現状のままで医療の提供体制を構築していこうとすると、際限がなくなる。 ・介護と医療の連携が重要であり、患者の流れを効率的に進める必要がある。DXツールは今後必須となる。 <p>【1次～3次の役割分担と連携】</p> <p>大学病院は3次救急が主だが、ケースバイケースで2次救急も受けている。</p> <p>1次、2次、3次の区分けが必要な状況になっている。</p> <p>1次、2次、3次の救急医療の流れが、従来の枠組みではうまくいかないことが分かってきている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重要なのは、1次～3次の役割分担と連携の方法であり、医療圏や自治体、圏域での役割を明確にする必要がある。 ・従来の考え方では1次で対応し、足りなければ2次、さらに足りなければ3次に行くという流れだったが、今後は医療と介護の連携が必要。 ・DXツールを使って(3次救急の)後方支援を充実させていただけると助かる。 ・1次と2次の境目が難しく、マンパワーに恵まれていないため、2次救急を担いながら、1～3次が一緒にやっていく方向を検討している。 ・夜間休日診療所のコンビニ利用やモラルハザード、患者の過剰なニーズについては市民啓発が必要。

救急医療に係る現状と課題

構想区域	現状・課題
両毛	<p>【1次救急】 <u>患者数の増加に対し担い手が不足</u> ・対応する医師の高齢化や医師会会員の減少 ・特に深夜帯は開業医のみで対応が不可能 ・医師の派遣等協力医師の確保が必要 ・業務効率化のため、2次救急施設に1次救急施設を併設し、2次救急の医師が適宜サポートに入る体制を検討</p> <p>【2次救急】 <u>患者数の増加に対し担い手が不足</u> ・休日夜間の医師・看護師不足 ・医師少数区域への医師の派遣や助成が必要 <u>受け入れ体制のひっ迫</u> ・救急搬送先が決まるまでに時間がかかる(救急搬送困難事案が多い) ・両毛圏域で救急患者を受け入れられない場合に、館林や太田に搬送せざるを得ない状況が散見される ・1次から2次への紹介が困難 ・受け入れ体制がひっ迫し、特定の病院に集中 ・佐野市内に回復期病床が無く、佐野市外への転院をせざるを得ない ・急性期病床の平均在院日数が伸びており、病床が詰まり救急車の受け入れが回らない ・市ごとに医師が協力し、1次、2次、3次の集約化が必要 ・介護施設は数が多く機能が分化しているため、行政によるデータベース化を望む</p> <p>【3次救急】 <u>1次、2次、3次の棲み分けの明確化</u> ・棲み分けが困難であり、患者が全て3次救急に来るためキャパシティが足りない。 ・開業医師や医師会、圏域内の人口が減少しているため、広域化を考える時期に来ている。</p> <p>【その他】 <u>救急医療の不適切な利用</u> ・施設については、連携機関を作り、どこまで延命治療をするか等、的確な医療をし、救急患者を減らすことが必要</p>

【参考】「救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会」 における委員からの意見(抜粋)

軽症・中等症患者、高齢者に対する救急医療

- 軽症患者や中等症患者、高齢者に対する救急医療の提供に関しては、主に各地域の1次救急医療施設や輪番病院を中心とした2次救急医療機関がその役割を担うことが期待される。
- 各地域によって、人口構成や面積、交通網、医療機関や医療従事者等の医療資源などが異なる中で、地域の実情に応じた1次・2次救急医療提供体制を構築するためには、各地域の関係者が、その地域の救急医療の現状と課題について、整理し共有する必要がある。
- その上で、具体的な対策等については、関係市町等とも緊密に連携しながら対応する必要がある。

地域ごとの検討を今後どのように進めていくべきか、考える必要がある