

第1回初期救急医療のあり方検討懇談会 議事録

1 日 時：令和8年7月7日(火) 19 時 00 分から 20 時 20 分

2 場 所：宇都宮市保健所3階大会議室

3 出席者：初期救急医療のあり方検討懇談会委員

事務局（保健福祉部保健所総務課）

4 議 事：

(1) 初期救急医療のあり方検討懇談会について

(2) 救急医療体制に関する現状・課題について

（事務局：保健福祉部保健所総務課） 資料に基づき説明。

《質問、意見等》

○ 篠崎委員

- ・ 当院では、1次から3次まで幅広く救急患者を受け入れているが、特に問題となっているのは、入院が必要な患者を受け入れられないケースが発生していることである。

年間約4,000～4,500人の救急外来経由の入院患者を、この10年間ほぼ同程度受け入れてきた。病床数は現在640床で、この規模では年間4,500人前後が受入れ能力の上限と考えている。院内では救急患者をできるだけ受け入れられるよう体制整備を進めているが、それでも受入れ能力を超える患者が来院する状況があり、資料で指摘されている内容は現状を的確に表していると感じている。

- ・ 小児救急について、小児科の責任者にも確認したが、宇都宮市の小児救急体制は現時点では破綻していないとの見解であった。当院には小児病床が46床あり、年末年始やゴールデンウィーク、感染症流行期でも満床となることは近年ない状況である。

また、夜間休日救急診療所から入院依頼があった場合は、原則として断らず受け入れ、1次救急から3次救急まで円滑な連携ができていると考えている。

人材面についても、小児科医は現在9名在籍しており、県内でも充実した体制であり、大学医局との連携も良好で、現状では人材確保について大きな懸念はない。

- ・ 夜間休日救急診療所が初期救急を担い、必要に応じて当院や栃木医療センターへ紹介する現在の振り分け機能は、有効に機能していると考えている。

○ 石原委員

- ・ 課題と目指す方向について、5つの視点がある。
- ・ 1つ目は診療完結性の向上である。

現在、軽症患者の約半数は夜間休日救急診療所を利用しているものの、一方で多くの患者が2次・3次救急医療機関を直接受診している。市民アンケートでは「CTなどの検査が受けられない」といった意見もあり、現在の夜間休日診療所では市民ニーズに十

分応えられていない面があることから、これらを解決するために、必要な大型医療機器を活用できる形にしなければいけないと思う。

- ・ 2つ目は初期救急の広域化である。

夜間休日救急診療所では約2割が市外からの受診者となっている。

今後、周辺市町でも人口減少や医療資源不足が進むことを考えると、宇都宮市だけで初期救急を考えるのではなく、県や近隣市町と連携した広域的な初期救急体制を検討する必要があるため、オンライン診療なども組み合わせながら、アクセスポイントとして、広域的な体制整備を進めるべきである。

- ・ 3つ目はシームレスな医療提供体制である。

夜間休日救急診療所を受診しても、翌日に別の医療機関を受診しなければならないというイメージが市民にはある。2次救急病院に併設する形で夜間休日救急診療所を設置できれば、CTなど大型医療機器の共同利用が可能であり、入院が必要な患者のシームレスな引継ぎが可能となり、患者にとっても利便性が高まる。

- ・ 4つ目は感染症対応の強化である。

新型コロナ以降、ドライブスルー診療などを実施してきたが、非常に労力を使ってこれ続けていくのは難しい。オンライン診療やICTの活用などにより、感染対策と効率化を図る必要がある。

- ・ 5つ目は運営赤字の改善である。

夜間休日救急診療所の運営コスト増加の大きな要因は医師の人件費であり、首都圏から医師を確保しているため費用が増えているため、一部をオンライン診療で補完するなど、新たな運営方法も検討すべきである。

○ 堀江委員

- ・ 当院は毎週金曜日と月1回の日曜日に当番を担当している。

令和6年度と令和7年度を比較すると、当番日のウォークイン患者は590人から412人へ減少し、当番日以外も1,646人から1,384人へ減少しており、市民の受診行動は徐々に適正化している印象がある。一方で、ウォークイン患者の約2割は2次救急相当の患者であり、必ずしも軽症患者ばかりではない。

- ・ 最大の課題は感染症流行期である。年末年始から3月頃までは患者が集中し、本来受け入れるべき救急患者への対応が難しくなることがある。平常時は問題ないが、繁忙期にどう患者を適切に振り分けるかが重要な課題と考えている。

○ 杉山委員

- ・ 当院は370床を有しているが、ケアミックスのため救急車を受けるのは急性期130床であり、今年度は年間約1,500件程度の救急搬送の受け入れを見込んでいる（1床あたり年間10人以上）。平日の日勤帯、土曜日は日曜朝までの終日、救急専門医が待機

し、できる限り多くの救急患者を受け入れている。ウォークイン患者自体はそれほど多くない。第二種感染症指定医療機関（結核）であるため、感染症患者の依頼は多く、特に冬場の流行時期は満床が続くが、なるべく依頼を断らないように努力している。

- ・ 資料を見ると、軽症ウォークイン患者数は2次救急で横ばい、3次救急は減少しているが、夜間休日救急診療所の患者数も減少している。つまり、成人の患者数は減少していることになり、人口動態と合わない。可能性として、宇都宮市の在宅医療患者数は、数年で1.5倍に増えているため、在宅医療の充実が影響していると考えている。夜間休日救急診療所の患者数減の正確な分析が必要である。
- ・ 今の課題の一つが、2次救急病院の軽症ウォークイン患者数を減らすことである。改善策の一つが、アンケート結果にあるように、例えば感冒の場合、夜間休日救急診療所で数日分処方できれば大半の診療は完結できる。初期救急で診療を完結できる体制を整えることが重要である。
- ・ 市民への周知不足も課題である。夜間休日救急診療所の存在や適切な受診方法について、小学校など教育現場で学ぶ機会を設けることも有効ではないかと考えている。
- ・ 夜間休日救急診療所は年間約2万人の患者を診療しており、地域医療には欠かせない存在である。利用者が増えれば運営も安定し、公費負担の軽減にもつながるため、ぜひ存続・充実を図っていただきたいと思う。

○ 山本委員

- ・ 当院は193床の救急病院で、年間約4,000台の救急車を受け入れている。輪番日は水曜日と日曜日で、夜間10時まではウォークインは院内当直医が対応し、その後は救急当直医が診療しており、ウォークイン患者にも対応できる体制を整えているが、最近の状況として、ウォークイン患者はやや減少している印象がある。
また、救急車で搬送される患者については、重症度がやや下がり、軽症患者が増えているように感じている。そのため、救急搬送患者のうち入院に至る割合は、昨年よりも低下している印象がある。
- ・ 夜間休日救急診療所については、先ほどからご意見が出ているように、その場で診療が完結しにくいという課題がある。処方が原則1日分であるため、その後、2次救急や通常診療につながるケースもある。大切なことは、重症患者を適切に2次救急へつなぐことである。
- ・ 今回の資料では十分に触れられていないが、「1.5次救急」のような役割を担う医療機関の機能についても確認が必要だと思う。当院を含め、済生会宇都宮病院、東病院、第一病院、柴病院などがその役割を担っていると認識しているが、それが実際に十分機能しているのか、検証が必要である。
- ・ 救急担当の医師も入れ替わりがあり、こうした仕組みが十分共有されていない場合もある。初期救急を受診した患者のうち、より重症度の高い患者が迷わず次の医療機関に

つながる体制を、改めて整備する必要があると思う。

- ・ 初期救急の底辺を広げることも重要。夜間休日救急診療所だけに頼るのではなく、複数の拠点や、1.5 次救急のような機能を持つ医療機関を活用し、初期救急の患者が迷わず診療を受けられる体制を構築する必要がある。
- ・ そのうえで、重症患者を適切にトリアージし、必要な場合は確実に次の医療機関へつなげる体制を整えていただきたいと思う。

○ 松本委員

- ・ 特に、済生会宇都宮病院が小児について 1 次から 3 次まで受け入れる体制を整えているというお話は、大変ありがたい。

ただし、その体制に甘えて、1 次救急で対応できる患者まで済生会宇都宮病院に送ってしまったはいけないと考えている。まずは 1 次救急がしっかり受け止め、必要に応じて 2 次、3 次へつなぐ体制が重要である。

- ・ 現在、新県立病院の整備に関する検討も行われているが、その中でも、1 次救急と 2 次救急が近接し、連携できる体制が望ましいと考えている。

例えば、1 次救急では CT などの大型医療機器を持たないため、診療する側としても、「この状態で本当に帰してよいのか」と悩むケースがある。現在の夜間休日救急診療所は、隣に 3 次救急である済生会宇都宮病院があるが、簡単に「CT だけ撮ってください」とお願いできるものではない。そのため、将来的には、1 次救急と 2 次救急がより密接に連携し、必要な検査や診療につなげられる形が望ましいと考える。

- ・ 処方日数については、1 次救急で数日分の薬を出し、そこで診療を完結させるという考え方は理解できる。一方で、すべてを夜間休日救急診療所で完結させることが本当に望ましいのかは慎重に考える必要がある。

例えば、風邪薬や湿布などを求めて、昼間の通常診療を受けず、夜間休日救急診療所を利用するような形が定着してしまうことは、好ましくない。夜間休日救急診療所は、あくまで救急対応の場であり、便利に薬をもらう場所ではない。

また、診療する医師にとっても、翌日以降にかかりつけ医などで改めて診てもらうことは、患者の安全確保につながる。ただし、インフルエンザなど、一定の診断がつき、その場で必要な治療が完結できるものについては、柔軟な対応が可能な場合もあると思う。

- ・ 広域的な受診については、宇都宮市の夜間休日救急診療所には、近隣市町からの受診者も一定数おり、実態としては宇都宮市民だけでなく、周辺地域の初期救急も担っている状況であるため、近隣の医師会とも協議し、人的なバックアップなどを含めた協力体制を検討する必要がある。金銭的な支援だけでなく、医師の派遣など人的な支援があるとありがたいと考えている。
- ・ 小児救急について、宇都宮市内では、若い小児科医の開業も増えてきており、年末年

始などにも積極的に協力いただいている。一方で、小児科医の確保には引き続き課題がある。昔は内科医が小児も診ることがあったが、現在は小児科専門医が対応する体制が整ってきている。これは、診療する側にとっても、患者にとっても望ましいことである。

また、近年は子どもの数が少なく、保護者が子どもの体調不良に不安を感じやすい状況もある。その意味でも、1次救急でまず相談・受診できる体制は重要であり、その後2次・3次救急が控えている体制が必要。

○ 北條委員

- ・ 歯科救急で対応する内容の多くは、応急処置で対応可能なもの。ただし、まれに顎の骨折、熱傷、出血が止まらないケースなどがあり、そのような場合には、栃木医療センターなどに転送し、対応いただいている。

現時点で歯科救急が逼迫している状況ではないが、現在の体制を維持していくことが重要だと考えている。

- ・ 医科の救急については、市民が急な体調不良時に迷った場合、事前に相談できる窓口をさらに周知することが重要である。とちぎ救急医療電話相談や、子ども救急電話相談などを日頃から周知し、患者が直接2次・3次救急に行く前に、相談できる体制を分かりやすく伝えることが必要だと思う。

○ 廣瀬委員

- ・ 現場で感じることとして、最終的に患者からのクレームが薬剤師のところに来ることも多くある。特に多いのは、「なぜ薬が1日分しか出ないのか」という意見である。

例えば带状疱疹のように、明らかに診断がつくようなケースで、1日分だけ処方して翌日に別の医療機関を受診するよう案内することが、本当に適切なのかとを感じる場面もある。感染症についても、「検査をしてくれないのか」という声がある。

- ・ 現場で見ていると、長時間待つよりも、自宅で安静にしていた方がよいのではないかと感じる軽症の方もいる。
- ・ キャッシュレス決済への対応も課題であり、若い方の中には現金を持っていない方もおり、支払いのために一度外へ出て、そのまま戻らないケースもある。今後、支払い方法についても検討が必要だと思う。
- ・ さらに、電話対応についても、受診を抑制するように聞こえる対応が一部に見られることがある。
- ・ 夜間休日救急診療所や一次救急の役割、患者対応のあり方について、改めて体制や心構えを見直す時期に来ているのではないかと感じている。

○ 石原委員

- ・ 先ほど私が申し上げた「診療完結性の向上」という言葉について、少し補足すると、

その日に薬をすべて出して終わりにするという意味ではなく、例えば、必要に応じてCTなどの検査を行い、自宅で様子を見てよい状態なのか、入院が必要なのか、2次救急へつなぐべきなのか、緊急対応が必要なのかを判断できることが重要だという意味である。いわば、「診療完結性」というよりも、「診断完結性」に近い考え方。

市民は、「自分は大丈夫なのか」「入院が必要なのか」を判断してほしいというニーズを持っているのではないかと思う。

○ 松本委員

- ・ 薬の件について補足すると、私も、診療完結性については同じように考えている。インフルエンザなど、その場で診断がつき、治療が完結できる疾患については、必要な薬を出すことも可能。一方で、本当にその場で終わりにしてよいのか慎重な判断が必要な病気もある。
- ・ また、軽症で、単に薬が欲しいという理由で夜間休日救急診療所を利用することが増えると、本来の救急医療の役割から外れてしまう。夜間休日救急診療所は、あくまで救急のための場であり、便利に薬をもらう場所ではない。
屋間に受診できる状態であれば、できる限り通常の診療時間内に受診していただくことも、市民に理解してもらう必要がある。

○ 山本委員

- ・ 資料を見た感想になるが、夜間休日救急診療所の患者数が大きく減少していること、医師の招聘が困難であること、現在の診療所が三次救急の隣にあることには、課題があると感じている。
- ・ さらに、施設の老朽化もあると聞いている。そのため、夜間休日救急診療所を今後どうするのかについて、根本的に議論する必要があると思う。単に現在の施設を維持するかどうかではなく、2次救急の近くに新たに設置するのか、複数の拠点を設けて分担するのかといった、より踏み込んだ検討が必要ではないだろうか。

○ 石原委員

- ・ 私も、1次救急センターは2次救急に併設する形が望ましいと考えているが、先ほど申し上げた「拠点」というのは、初期救急を広域化した場合、通院が難しい地域も出てくる。そのため、オンライン診療や薬剤の受け取りなどができるアクセスポイントを地域に設けることも、一つの拠点の考え方である。

○ 松本委員

- ・ オンライン診療について、将来的には、夜間休日救急診療所の運営にも取り入れる余地があると思う。資料にもあるように、深夜帯は患者1人当たりの人件費が高くなっ

ている。もちろん、完全な無人化はできないし、さまざまな制約もあるが、将来的には、オンライン診療を組み合わせることで、人件費の抑制や運営効率化につながる可能性がある。

○ 杉山委員

- ・ 夜間休日救急診療所の位置づけについては、慎重に考える必要がある。
 昼間であれば、通常はかかりつけ医を受診し、必要があれば紹介状を持って大きな病院を受診するが、夜間についても、同じように、限られた設備の中で診察し、必要があれば翌日の受診や2次救急への紹介につなげるという考え方でよいのではないかと思う。
- ・ ただし、夜間にどこまで検査や設備を充実させる必要があるのかについては、十分に検討する必要がある、CTを含めて充実させる必要が本当にあるのか疑問に思う。
- ・ 2次救急医療機関との併設はいいが、感染症流行時期には一気に患者が集まってきて、ひっ迫するとともに、隣の2次救急医療機関に行けない患者の苦情など、かなりリスクがあると危惧している。

○ 松本委員

- ・ 今ご指摘のあった2次救急との連携については、1次救急がすべての設備を持つということではなく、2次救急の検査機器等を必要に応じて利用するということがあり、1次救急側に高額な設備を新たに整備する必要はない。
- ・ また、現在の夜間休日救急診療所は築40年以上が経過しており、一部改修は行っているものの、新興感染症などが爆発的に流行した場合、建物の構造上、十分な対応が難しい。

○ 篠崎委員

- ・ 夜間休日救急診療所は40年以上ということで、本院が現在の場所に移転してきたのは約30年前であり、現在、夜間休日救急診療所の近くに3次救急病院があるのは、夜間休日救急診療所側の問題ではなく、当時、病院としてさまざまな事情があり、県とも協議した上で、現在の場所に移転してきた。
 移転当時は、夜間休日救急診療所から紹介があっても、本院の救急外来に大きな負担が生じる状況ではなく、紹介があれば基本的に受け入れられる体制であった。
 しかし、現在は状況が大きく変化しており、資料に示されているとおり、本院の救急医療体制も非常に厳しい状況にある。その点を今回資料で整理いただいたことは、大変ありがたいと感じている。
- ・ 今後の地域医療の方向性としては、医療機関の機能分化を進め、限られた医療資源を効率的に活用していくことが重要。その意味では、医師会長や各委員からご意見があっ

たように、1次救急と2次救急の連携を強化する方向性は、当院の機能を発揮する上でも望ましいと考えている。

- ・ また、感染症が流行した場合には、例えば小児は当院が担うなど、診療機能や対象患者を分ける考え方もあると思う。
- ・ 小児医療については、地域の中で当院が果たすべき役割があると考えている。軽症・重症にかかわらず、当院に紹介いただいた小児患者については、今後も原則として全例受け入れていく方針である。
- ・ 夜間休日救急診療所のあり方については、一つの拠点に集約するだけでなく、複数拠点に分けることも選択肢として検討してよいのではないかと思う。

議事終了