

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3回）

会 議 結 果

令和7（2025）年5月8日（木）

栃木県保健福祉部医療政策課

1 日時

令和7(2025)年5月8日(木) 15時00分から17時00分まで

2 場所

栃木県庁 本館6階大会議室1

3 出席者

【委員】間藤卓委員、小倉崇以委員、根本真人委員、菊池広子委員

横堀将司委員

※根本真人委員、菊池広子委員、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)、大橋副主幹(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3回目の会議となる。
- 本日は、事務局において作成した提言(骨子案)をお示しした上で、今後の目指すべき方向性や短期的に取り組む施策、中長期的に検討することなどについて、実現可能性なども踏まえながら、さらに議論を深めて参りたい。
- 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) 検討スケジュール等
- (2) 検討委員会(第2回)までの主な意見
- (3) 提言(骨子案) <現状と課題、今後の目指すべき方向性>
- (4) 意見をいただきたいこと

<(1)から(4)について、事務局から資料に基づき説明>

<以下、各委員の発言要旨>

- 現状は3次救急においても軽症の救急患者を受け入れており、逆ピラミッドのような形となっているが、これについて、適正化などを通じてピラミッドの形にしていくという方向性と、2次あるいは3次の医療資源(ソフト面、ハード面)をもう少し手厚く確保するという2つの方向性を同時に進めていくことが重要だと思う。
- ACPについては、県としても動画等を作成し、普及啓発を進めていくことが必要ではないか。
- 軽症の救急搬送患者からの選定療養費の徴収については、各病院で独自に徴収できるため、まずはそれぞれの病院で考えていただくことも必要ではないか。病院経営が厳しい中においては、救急患者を受け入れるということは経営に資する部分もあり、あまり救急患者を受け入れないというのは、それはそれで病院の経営的には問題であるため、そのあたりのバランスの問題だと思う。
- 1次から3次救急の役割分担について、1次救急を担う夜間・休日診療所は医師会の先生方に頑張ってもらっているが、地域によっては十分に機能していない、あるいは、小児科などの診療科によっても違いがあるところもある。また、医師会の先生方も高齢化しており、なかなか対応が難しい現状もある。参考となるのは、山梨県では、大学病院が夜間・救急診療所を兼ね、そこに医師会の先生方が参加しながら、夜間・休日診療所を運営している事例である。大学病院とは言わないまでも、2次救急医療

機関との連携を含め、医師会あるいは行政の方で、地域において必要な取組を議論する場を設け、そうした今までとは違うスキームについても考えていく必要があるのではないか。

- 大動脈疾患の救急対応について、何とか輪番制で対応できないか、ということを各病院との間で検討しているが、病院それぞれに事情もある中で、そうした議論の場に県にも入ってもらえると、もう少しスムーズに話し合いが進むかもしれない。外科だけであればすぐに話はつくが、病院としてどうするかについても考えていかなければならない。要するに、輪番制にしてベッドを1床空けようとする、手術室も空けなければならず、経営にも直結する話であるため、その点についても県から手当をしていただくことで、輪番制が成り立つものと考えている。
- 現場が一番困ってるのは、もちろん大動脈解離等の特殊な症例の受入場所がないというのものもあるが、圧倒的に多いのは高齢者の中等症・軽症の受入の問題である。それについては、救急安心センター事業（#7119）を拡充すべきではないかと思う。ただし、これの評判があまり良くないのは、何でもかんでも病院に行くように勧めるところもあるため、例えば#7119を運用しつつ、輪番で救命救急センターの医師がアドバイスをすることで需要を減らすことも重要ではないか。
- また、ACP もすごく重要なことで、普段から「そもそも ACP とは何なのか」という理解を、特に高齢者施設で深めていく必要があるのではないか。また、マイナ救急も活用しながら、効率的に搬送していくことも今後重要である。
- 高度救命救急センターについては、栃木県は特殊な事情で、3病院が十分に高度救命救急センターの看板を掲げるにふさわしい資質を持っている。その上で、最初の議論にもあったように、若手医師の確保などに対してプラスになるのであれば、それは県としての判断で、その3つを指定してもらえれば良いのではないかと思う。その上で、コロナ禍のような輪番制を敷いて、難しい症例に対応するというような「栃木県方式」を編み出していただくことを期待する。
- 高度救命救急センターを設置することが短期的に難しいため、中長期的な施策として取り組んでいく、短期的には輪番制度を敷きながら、目の前に重症患者を救っていく、ということがこれまで議論されてきたことではないか。
- 重症患者に対する具体的な救急医療提供体制の強化がなされない限りは、高度救命救急センターの設置は難しいのではないか。例えば、手術ができる体制も含めて、救急専用の集中治療室の整備など、具体的な強化があって初めて高度救命救急センターを設置する価値があるのではないか。
- 平成29年に厚生労働省の研究班で新しい3要件が報告されており、これを入れ込む形とし、最低でもコーディネーターの常時配置や重症患者の絶対応需（できなかった場合の応需症例の公開）などが必要ではないか。また、コーディネーションするに当たり、ICTの活用が当ワーキンググループでも議論されてきたが、そうした技術を活用して、「遠隔集中治療センター」を設置することも最低基準だと考える。集中治療室が整備されるというような十分な診療機能が確保でき、かつ、育成した人材を地域の2次救急医療機関等に派遣できるようになって初めて高度救命救急センターだと思っている。何も具体的な強化策がないままに高度救命救急センターを設置するというのは、なかなか厳しいものがあると思う。
- 3病院のどこに関しても、熱傷や外傷、中毒などの患者をすべて受け入れることは現実的に難しいところがあるため、コーディネーターを配置して、患者を振り分けていくことが現実的ではないかと思う。
- 高度救命救急センターの設置は大事であるものの、急に整えられるものではないため、栃木県で現実的にできることは、それぞれの病院ができる治療や患者の受入可否など、そうした情報を共有して、空いているところで患者を診てもらえるようにコーディネ

ートするということではないか。

- 2次救急に関しては、夜通しの当直が難しいのであれば、朝みんなが起きて活動する時間や、夜寝るまでの時間に救急患者が多く発生するため、例えば、日勤で活動してる病院に少し時間をずらして診療をしてもらうような工夫をすれば、比較的早めに改善に向かうことができるのではないか。
- 地域の救急医療に関しては医師会が主体で話し合いも行われているが、開催回数が少なく、年に1回程度しか行われていないため、県にも介入してもらうことで、具体的な改善に向けた議論が進むのではないか。
- 日本救急医学会でも ACP に関して提言が出ているため、高齢者施設の方々にも学んでいただけるように、県からも広報を行っていただくことが必要ではないか。
- 高齢者が数としては最も多いために問題となっているのは事実であるが、小児救急も手薄になっているため、この点も忘れずに並行して進めていく必要がある。
- 例えば大動脈解離であれば、A型の解離で緊急手術の適用というものもある一方で、そうでなければ明日の手術でも問題ないため、明日のベッド調整で受け入れをお願いするという事も発生する。そのため、患者の画像や血液データの確認などができるような形で、「遠隔集中治療システム」をコーディネーション業務とセットにすることにより、短期的な施策として、高度救命救急センターが設置されるまで持ちこたえられるのではないか。

(事務局)

- 高度救命救急センターに関して、これまでの議論の中で、当ワーキンググループの方向性として「中長期的なものとして整理をされたはずだ」という意見があった。これまでの議論がそうした方向で進んできたということは、事務局としても承知をしているところであり、それを否定するものではない。
- 救急医療の現状を考えたときに、医療従事者の確保が重要であるが、これまでの当ワーキンググループや検討委員会での議論の中で、高度救命救急センターが1つの象徴としてあることによって、若い救急医の確保や育成に資するという御意見を複数の委員からいただいていたところ。
- そうした御意見を踏まえれば、医療資源に限られる中で対応していかなければならないとすると、救急医の確保等に資する高度救命救急センターの設置については進めていくべきではないかと思う。
- 先ほど委員から、厚生労働省の研究班の報告書も踏まえた栃木県で設置する高度救命救急センターの基準(案)を御提示いただいたことは、十分に価値のあることである一方で、ある意味で、現状の厚生労働省の基準を超え、さらにハードルの高い高度救命救急センターとなっており、県の取り組みとしては、そうした中長期的な課題に対する取組を、主体がまだ決められないというような状況の中で、具体的に進めていくことは難しい部分もあると考えている。
- したがって、取り組めるところから取り組んでいくべきではないかと考え、まずは現在S評価を得ている救命救急センターの中で、現行の厚生労働省の基準に基づく対応が可能であれば、先ほどの人材確保機能等も考慮すると、設置を検討することは決して後ろ向きな話ではないと考えている。ただし、高度救命救急センターを設置する場合には、救命救急センターの機能強化を図った上で、高度救命センターを指定する必要があると考えており、コーディネーターの配置はそうしたものの第一歩にもなり得ると考えている。
- 看板だけを書き換えて高度救命救急センターを名乗ったら、3病院の救命救急センターの人材が潤うかという、そういうことはない。求められる医療を提供し、県民の命に向き合いながら1つ1つ実績を残していくことで、そういった姿勢に医師も共感して集まってくると考えており、大事な施策として中長期的に取り組むことが必要であると考える。

(事務局)

- 現在、全国で指定されている高度救命救急センターは、現行の厚生労働省の基準に基づいて、各救命救急センターの中から指定されているものと理解している。重要なのは、高度救命救急センターがないということだとすれば、現在の基準に基づき受け入れが可能である救命救急センターを高度救命救急センターに指定していくことを否定する必要はないのではないか。
- ただし、栃木県版ということで、それを「高度救命救急センター」と呼ぶのかどうかはいずれにせよ、別な定義のものとして、さらに高い機能をもった救命救急センターについて、中長期的な課題として10年、15年かけて検討していくということは考えられる。
- 他県には高度救命救急センターがあるのに、栃木県には高度救命救急センターがないという状況の中、「高度救命救急センターがない」ということが県内の救急医療体制に対する不安につながっており、そうしたことへの対応を含めて、高度救命救急センターの設置という話が3～4年前から出てきたものと認識している。
- 高度救命救急センターが各県にある中で、救命救急センターの評価は基本的には充実段階評価により行われおり、その充実段階評価の点数の中で、高度救命救急センターに○を付けていくと、はっきり言って県内の3病院よりも低い点数のところも高度救命救急センターに指定されている。
- 県民の不安や不満を勘案すれば、「十分に今の評価で高度救命救急センターに匹敵する病院が県内にあるので安心してください」というのも1つの考え方だと思う。現行の厚生労働省の基準を上回るような高度救命救急センターを目指すことについての議論を続けることは賛成であるが、もともとの発端を考えると、それに対して何らかの答えを出すというのも、我々や県の立場としての義務ではないか。3病院とも高度救命救急センターを名乗る資格が十分にある中で、ますます県民に安心・安全な医療を提供するという観点から、高度救命救急センターの設置を捉えるというのも1つの考え方と思う。
- 現行の厚生労働省の基準を上回る高度救命救急センターを理想とし、これを追い求めるのは正論だと思うが、時間がかかるため、現在の厚生労働省の基準をクリアしているということであれば、そういった機能を3病院でシェアしながらやっているのも、高度救命救急センターに指定するというのも1つの選択肢ではないか。
- 本県には大学病院が2つあり、加えて済生会も救命救急センターとしての機能を果たしている中で、それぞれが高度救命救急センターを目指しながら、より良い医療が提供できるようにしていくという意味では目標としても良いと思うが、高度救命救急センターにこだわらなくても、コーディネーター制度を運用し、栃木県全体で、それぞれの病院が協力しながら補っていければ、十分に同等な機能を果たしていけるのではないか。

以 上