

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B（第3回）

会 議 結 果

令和7（2025）年5月14日（水）

栃木県保健福祉部医療政策課

1 日時

令和7(2025)年5月14日(水) 15時00分から17時00分まで

2 場所

栃木県庁 本館9階会議室2

3 出席者

【委員】長島徹委員、和氣晃司委員、米川力委員、石原雅行委員、佐田尚宏委員
北澤正文委員、安食孝士委員、小野一之委員、菅間博委員、一瀬雅典委員
村田宣夫委員

【オブザーバー】篠崎浩治 済生会宇都宮病院院長

【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「量」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>

- 今後の目指すべき方向性のイメージ図について、3次救急医療機関の負担が大きく、2次救急医療機関は負担が少ないように見えるが、実際には逆ではないか。2次救急医療機関においても重症患者を受け入れているほか、軽症患者も結局は2次救急医療機関が受け入れているのが実態ではないだろうか。
- 医師の高齢化により、夜間休日診療所で診ることができないところも出てくる中で、面積が広い地域においては、2次救急医療機関が1次救急を兼ねることも想定しながら、量的な対応をしていくことが大切である。
- 日本の救急医療体制は1次から3次までの「ピラミッド型」をモデルとして始めたところであるが、このモデルが良いのかということを改めて考える必要があるのではないか。2次・3次救急医療機関が、ある程度、1次救急を担うなどの柔軟な対応をしていく必要も出てくると思われる。具体的には、従来のように2次救急医療機関の先生に頑張ってもらったり、これまでの会議で意見のあったように、休日夜間診療所を2次救急医療機関に併設し、医師会の先生に参加していただくことなどが考えられる。
- 3次救急の患者、2次救急の患者、1次救急の患者は、その日に帰宅できる患者、入院が必要な患者、手術が必要な患者という3つに分類できる。それらの患者が地域において何人ずついるから、どの病院でどのくらい受け入れていくことが必要である、

という議論ができる。ただし、これは宇都宮では状況が異なってくる。地域によって様々な状況がある中で、一律に同じ対応をすることはできないので、地域ごとに具体的な数字を出しながら、計画を立てていくことが重要ではないか。

- 病院群輪番制という考え方についても成り立っていない地域もあるのではないか。今後どのような形でやっていくのかということを検討していくことが必要ではないか。
- 資料 14 ページに「医師の高齢化や生産人口の減少により医療資源が限られる」と記載されているが、県民には伝わりにくいのではないか。医師の数が減ることに加え、看護師の数も減るため、そうしたことが分かるように記載をするべきではないか。
- 取組に関しては、どのようなニーズがあるので、どのくらいまでに結論を出す、というような目標を立てる必要があるのではないか。
- ACPについては、高齢者人口が増加する中で、高齢者に向けた理解促進に県が取り組んでいく必要があるのではないか。
- 医療機関間の連携について議論するための公の場が必要ではないか。
- 救急患者の受入後、自院で対応することができないと判明した場合には、転院先の医療機関を医師や看護師が調整する必要がある、医師や看護師の負担も大きいことから、円滑な転院調整に向けて情報ネットワークを活用できるようにするべきではないか。
- 夜間の対応について、臨床検査技師や放射線技師を割り当てることができず、救急搬送の受入れを断らざるを得ないケースも生じている。現行の診療報酬の制度上、緊急の検査に関しては加算がないのが現状であることから、医師会や県から国に対して要望していただきたい。
- 救急医療を提供する医療側から、ACPの取組を推進した場合、高齢者から「亡くなりそうな高齢者は救急車を呼ぶな」ということだと勘違いされてしまう可能性があるため、介護等の別の立場から周知啓発していくことが望ましいのではないか。
- 地域によっては交通網が十分でない地域もあり、そうした地域においては医療機関を受診するためにタクシーを使う必要があるが、往復で1～2万円程度かかってしまう。取組の1つとして軽症の救急搬送患者からの選定療養費の徴収も挙げられているが、特に高齢者の立場も考慮しながら対応することが必要である。
- 救急患者受入コーディネーターは重症患者の受入調整を目的としているが、軽症患者やウォークインの患者が効率的に医療にかかることができるよう、そうした患者がどうすれば良いのかが分かるような仕組みを構築することが必要ではないか。
- 医師の中でもACPに関する理解が不足している者もいるため、各医療機関における医療従事者に対する教育について検討していく必要があるのではないか。
- 救急医療を頑張っている医療機関を、県が公表したり、表彰したりする仕組みを考えても良いのではないか。
- 看護師の不足によりベッドを稼働できず、入院が必要な患者を受け入れられないことから受入困難が生じてしまっている。また、関連病院の中に慢性期の患者を受け入れる病院があるが、同様に医師や看護師が不足しており、円滑な転院受入ができない事態が生じている。
- 救急隊が搬送先を選定する際に根拠とする「搬送実施基準」について、単純にバイタルサインで縛るのではなく、もう少し柔軟に運用することで、救急搬送困難事案が減るのではないか。
- 救急搬送患者が増えていく一方で、受け入れる病院の数には限りがあることから、救急車の受入を病院全体でシェアしていく必要がある。3次救急医療機関だから2次救急は受け入れないということではなく、柔軟に対応していくことが必要である。
- 救急車の利用に関して、軽症患者による救急車の利用が多いと感じており、茨城県のように県内の対象医療機関において、統一的に選定療養費を徴収するべきと感じる。
- 内科系・外科系など、複数の診療科を揃えて救急対応をしている病院は少なく、ほとんどの病院は単科で対応しているため、どうしても受け入れできない患者が発生してしまう。地域の病院が連携を取りながら対応していく必要があり、どの病院に、どの診療科の医師がいるのかを、救急隊だけではなく病院間でも把握しておくことが必要ではないか。

- 救急医療体制を確保するためには、比較的マンパワーのある病院から、医師を2次救急医療機関に派遣してもらう方が、医師を育てるより早いのではないかと。
- 軽症の救急搬送患者からの選定療養費の徴収について、軽症患者の定義が難しい。仮に県内で統一的に取り組んでいく場合には、明確に定義をする必要がある。
- 軽症患者は本当に救急車に乗りたくて乗っているのかというと、決してそうではないと思われる。高齢者救急が増えているが、他に移動手段がなく、救急車を要請してしまうということもあると考えられるため、民間救急や民間交通機関等を公費で使えるようにしていく必要もあるのではないかと。
- 軽症の救急搬送患者からの選定療養費の徴収する場合には、医療機関までの移動手段の確保が必須である。例えば、救急受診用のチケットを用意するなどの対応が必要ではないかと。
- 今後増加していく高齢者救急に関して、119番要請をするのではなく、救急車を要請すべきかの振り分けを行うコールセンター的な役割を、各地域において2次救急医療機関に担ってもらうことで、救急車の要請件数を減らせるのではないかと。
- 各地域において、救急車を呼ぶかどうかを判断するコールセンターを設けるということはハードルが高いと思われるため、オンライン診療などを活用しながら、集約化をしていく方が効率的・効果的ではないかと。
- 医師の確保に関して、今後、高齢者救急が増加していく中においては、救急医だけでなく、ジェネラルに対応ができる内科医や総合診療医を確保していくことが効果的ではないかと。

以 上