

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2回）

会 議 結 果

令和6（2024）年10月30日（水）

栃木県保健福祉部医療政策課

1 日時

令和6(2024)年10月30日(水)9時30分から11時30分まで

2 場所

栃木県庁 北別館 401 会議室

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、島田和幸委員、
小野一之委員、菅間博委員、村田宣夫委員

【オブザーバー】篠崎浩治 済生会宇都宮病院 副院長兼統括診療部長

【県】原戸医療政策課長、早川主幹、松本課長補佐(総括)、中川課長補佐(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2回目の会議となる。
- 本日は、これまでいただいた御意見を整理するとともに、現実的で具体的な解決策などについて、さらに御意見をいただきながら、救急医療提供体制の今後の方向性の検討を進めて参りたい。
- 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) 本日の会議について
- (2) これまでの検討委員会・ワーキンググループにおける御意見
- (3) 御意見をいただきたいこと①②

<(1)から(3)について、事務局から資料1から資料3に基づき説明>

- 救急搬送に関して、75歳以上の高齢者、特に85歳以上がさらに増加することについては、今後の救急医療提供体制を考える際のポイントの1つだと思う。
- 選定医療費の徴収により救急医療の適正利用を促すという点について、実際にコンビニ受診のような不適切な救急医療の利用が増えているのかというとそうではなく、高齢者が増えるにしたがって、実際は、高齢者が自力で病院に来られないという現状がある。その中で、救急車の利用が増えている、あるいは増える方向にあるということは明らかなので、選定医療費を導入して救急車の利用を制限するという事は、高齢者に対する救急医療を縮小する方向というように聞こえる。
- 高齢者救急に関しては、最終的な人生の終わり方も考えた上で、やはり地域の中の2次救急でしっかりと受け入れる体制をいかに量的に充実させるかということが、大事なのではないかと。
- 2次輪番病院や3次救急で受け入れた救急患者のうち、救急車以外で受診した数が52%であり、ウォークインの患者が77,000人いる。この患者たちは2次救急と3次救急を圧迫していると言わざるを得ない。この点は地域単位で話す必要があることであり、どうやってこの77,000人を1次救急で受け入れることができるようにしていくか、という観点が必要だと思う。協力医師の確保なども意見として出ているが、どこも難しいと思う。医師会も高齢化し、新規開業の先生もいない中、2次救急と3次救急に併設したとしても、2次救急や3次救急の医師に「1次救急もやってください」と言えば、結局は2次救急や3次救急を圧迫してしまうことになる。それならば、ある程度の人口密集地(宇都宮や小山)や、ある程度医師会の人数が多く新規開業もあって、

比較的余裕があるところに集約することも考える必要があると思う。これまで1次救急は圏域ごとに考えられてきたが、県のレベルで考える必要も出てくるのではないかと。

- 看護師、特に夜勤に従事する看護師が非常に不足している中で、許可病床をフルで運用することができていない。
- 高齢者救急や精神科救急の関係の課題を議論する際に、実際の生の声を聞いてもらうべきであり、県庁の担当部署の方にもぜひ参加してもらいたい。
- 高齢者と言っても多様であり、積極的な治療を行う患者なのか、そうでない患者なのかなど、一概に「高齢者救急」という括りにせず、例えば介護施設で寝たきりの高齢者は1次救急で受け入れるという考えなどもあるのではないかと。
- 救急医療の集約化について、地域によって、例えば交通網が整備されている宇都宮は集約化できると思うが、県北は面積も広い中で2次救急は3つないし4つしかない中で、高齢者がタクシーで遠い2次救急に行くと、片道だけで1万円を超えてしまう。地域ごとに集約ができる場所とできないところをよく整理しながら対応することは重要である。
- 特に1次も含めて救急医療を担う場合に、人口密度が低い地域は経営的に成り立たない。公的病院は経済的支援が入るが、民間では、基本的には赤字覚悟でやっており、経済的支援については県の方で考えていただければありがたい。
- デジタル化が進んでいる中、どこの病院に、どのような専門の先生が当直しているのかということがすぐ分かるような体制を作る必要があるのではないかと。
- 全国的に、医学の教育が過剰に専門分化しており、専門分野以外は診ないという体制になっているので、当直をしたとしても自分の専門以外は診ない、診ると訴えられるというような考えもあるため、これを栃木県だけで解決しようとしても無理だろうと思うが、将来的には獨協や自治などでは、最初のプライマリーケアの振り分けはどのような科でもあっても対応できるような医師を教育して、出してもらえればと思う。
- 大学病院もマンパワー的に厳しい現状もあるため、地域全体で見て、1次救急や2次救急に対して、適材適所にどう医師を配置していくか、そういったことはこれからも議論していく必要があると思う。
- 地域によって、医師会の体力や2次救急の状況が異なるため、ある程度地域で話していく必要はあると思うが、単に2次救急に1次救急を併設するだけでは機能性が増すとは思えない。普段MRIやCT、その他の大型医療機器を使っていない医師会の先生方のマンパワーを活用したいときには、その点でのサポートが必要だと思う。例えば読影や2次救急病院の医師のコンサルトなどが考えられる。そういうことを行えば、初めて1次救急の機能をアップすることができ、診療完結性が増すのではないかと考えている。そうしたことを行うことで、今の軽症患者は1次、救急車や手術・入院の患者は2次、その上が3次というような体制でも問題ないのではないかと。
- かつて医療崩壊と言われた時期には、両大学病院が大体3万人ぐらいの救急患者受け入れていた中で、各地区に、夜間休日診療所を作っていた経過がある。現在、小山地域では、新小山市民病院のすぐ近くに休日夜間診療所があり、その他に大学病院もあるというような形に関しては非常にうまく機能していると思う。そのため、1次・2次・3次という考え方は必要であり、全部どこかでまとめて受け入れるというのは、非常にシステムのにも非効率だと思う。
- 救急搬送患者の選定療養費に関して、特に茨城県との県境などでは問題が出てくる可能性もあるのではないかと。実際にどういう問題が起こり得るのか、又は起こったのかということを検証していく方が良いのではないかと。
- 新小山市民病院では時間外選定療養費を2～3年前に徴収し始めた。そのときは「救急車を除く」ということにしたが、モラルハザードが起こり「救急車で行けば良いのか」という意見も見られた。そのため「救急車であっても、緊急かつその軽症の場合は取る場合があります。」というように試行しているところ。実際に徴収するかどうかは主観の判断であり「ちょっと取り過ぎではないか」というような事例も出てきたため調整が必要と考えているが、救急車という医療資源を有効に使う、又は使われているのか、という観点も必要だと思う。

- 茨城県内の病院が徴収する選定療養費について、緊急性というのは統一基準があるのか、事務局に伺いたい。
 - （事務局）茨城県では統一的なガイドラインを作成しており、この中で緊急性の目安についても定められている。また、併せて、明らかに緊急性が認められない症例についても例示されているところ。
- 救急車で来院し、「入院した人」と「入院しない人」で分けるということであれば明快だと思うが、医療機関の判断となると、やはり主観的なものが入り大変なのではないか。
- 施設等からの相談に関する他県の取組についても紹介があったが、栃木県では今年から#7119が運用開始となっている中で、そうした施設からの相談にも利用するというのは今すぐできそうではないか。
 - （事務局）岡山県の取組事例については、まだ#7119を導入していない県であり、そうした中で、施設関係者が救命救急センターの医師に相談できる体制を構築しているという現状がある。本県では#7119を導入しているため、施設関係者が困ったときに#7119を利用してもらえるよう、今年から高齢者施設も含めて周知を進めていきたいと考えている。

以 上