

**神奈川県救急医療問題調査会 本会**  
**(令和4年3月30日開催) 議事録**

○ 開会

○ 部会長の選任

○ 報告事項 令和3年度神奈川県救急医療問題調査会各部会からの報告事項について  
(進行：会長)

[事務局から資料1の説明(省略)]

(会長)

ただいまの事務局の説明につきましてご質問ご意見があればよろしくお願いたします。

(委員)

川崎北部で救命救急センターが必要ではないかという議論がなされて、必要だというご意見は、聖マリアンナ医科大学と新百合ヶ丘病院との距離が離れおり、三次救急の搬送をされる時間が9分、10分ということで、少しレスポンスが他の地域と比べて遅くなること、高齢化が進んでいるということで、今後三次救急の患者さんが増える可能性があることが理由で救命救急センターの設立を提案されたという経緯がございました。

川崎のMC協議会や地域医療調整会議等でも議論をして、今必要なのは二次救急の受入れ先の強化が喫緊の課題だろうということで、地域医療調整会議で議論がなされ、それで県に、川崎市の方から答申をしたという経緯となりました。

以上が、議論のポイントになります。

(会長)

はい、ありがとうございます。他に委員の方、ご意見等ありますでしょうか。

(委員)

先ほど委員からこれまでの検討経過をご説明していただいたとおりです。一方で、資料中にもございましたが、今後10年間は、人口増加が続く、或いは都市部特有の急激な高齢化が見込まれているのが当該地域でございます。

そういった意味で三次救急を含め、救急医療のニーズが高まるだろうということは、地域医療構想のデータ上でも示されていることから、地元の市民の方からも多数早期開設を望むという声をいただいていることも事実でございます。

したがいまして、確かに先生方のご懸念されていることもございますし、将来需要、或いは市民の声も踏まえながら、地域全体の医療提供体制のさらなる充実に取り組んでまいりたいというところもございます。また今後、この件についての議論の進展を期待しているところでございます。以上です。

(会長)

ありがとうございます。

(委員)

やはり北部、特に新百合ヶ丘総合病院がある麻生区は、結構広く、特に岡上地区が飛び地になっていることから、町田市の中にあるような立地となっています。そうしますと、既存の救命救急センターに搬送する場合に、さらに時間がかかるということもございますので、近くに救命救急センターがあるとありがたいというのが意見でございます。以上でございます。

(会長)

ありがとうございます。

(委員)

川崎地区で、地域医療構想調整会議を開催させていただきました。4回にわたって議論をさせていただいて、いろいろな立場からご意見をいただきました。市民からの声、そして消防の方からも、いろいろな意味での、地域上、立地上、それから利便性こういったお話もありました。ただ、我々、医療の立場で調整会議に臨むということで、いわゆる市民の声だけを聞く立場ではないということで、あくまでも医療のバランス、それから我々の持っているそういった医療のいわゆるニーズについて具体的にいろいろディスカッションした結果、今現在の川崎北部においては、今すぐ必要という声では確かにございませんでした。

ただ、これは今現在必要ないということであって、今後未来永劫にわたって必要ないというわけではありません。人口動態など状況が変わってくることによって、また今後、こういう課題は必ずどこかで検討しなければいけない可能性が有ることから、あくまでも、現状においては必要性が十分ではないであろうということで、確かに結論を出させていただいた次第です。以上です。

(会長)

はい、ありがとうございました。

いずれにせよ、救命救急センターの指定申請については、再検討するというところで取り下げておりますので、本協議会では協議を行わないということになっております。

事務局としては、皆様からいただきましたご意見を踏まえて、引き続き検討、調整を行っ

てください。

次に進ませていただきます。協議事項につきまして、事務局から説明をお願いします。

○ [事務局から資料2の説明(省略)]

(会長)

ただいまの事務局の説明につきまして、ご質問・ご意見はございますでしょうか。

(委員)

プレホスピタルケア・二次・三次救急部会の2つ目の高齢者救急についてちょっと意見という形になるかもしれませんが、十分に今まで高齢者救急検討ワーキンググループでも検討されているとは思いますが、いわゆる一括りに高齢者救急、つまり65歳以上でしょうか、6割に今達しているということになっていますけれども、心肺蘇生の難しさ、DNARだとか、ACPだとか、それからもう一方では救急車の不適正な利用ということがあって非常に難しいと。

それから、逆に搬送される方の患者さんも、非定型的な形だったり、中等症が多かったりとか、いろいろ伺っております。

そういう中で、この第8次医療計画に向けた課題を抽出するにあたって、単に括りとして65歳、高齢者ではなくて、もちろん75から84歳とか85歳以上とかいう括りでやる場合もあるんでしょうけれども、在宅医療からの搬送例はどうだとか、それから、訪問看護を受けている方がどうだとか、高齢者施設からの搬送がどうだとか、もう少し詳しいデータの整理をしていただけるといいかなと思っております。

その中でACPがある方なんか1ヶ月ぐらいはデータを取ってもらえると嬉しいかなと思いますけれども、なかなかその辺のデータの取り方が難しいのはよくわかっておりますけれども、ぜひ、第8次医療計画に向けた課題の抽出の中で、その辺にも配慮していただけると良いかなという意見です。よろしく願いいたします。

(会長)

ありがとうございます。何か事務局からありますか、どういう形でデータをフィードバックするなど。

(事務局)

はい。なかなか今ご指摘いただいたことについて、どうやっていくのかというところはいろいろとご意見もあるかと思えますし、やり方もいろいろとあるかと思えますので、少し検討させていただければと思っております。以上です。

(会長)

はい。検討を指示いたしますのでよろしく申し上げます。  
他にございますでしょうか。

(委員)

県の救急搬送受入協議会の立場から報告させていただきます。この背景としてはこの救急搬送受入検討委員会、もともとは奈良県の、平成19年なんですけれども、妊婦のたらいまわしということがあったところから、全国でその基準を決めなさいということで、神奈川県としては、平成23年に、そのことを決めておりました。そこから時間が経ってなかなかアップグレードできていないということで、今年度の県救急搬送受入検討委員会では審議をしてきたということになります。その中の内容としましては、一つは、方向性としては、コロナに関してはあくまでも災害ですので、コロナはメインの議題にはしないと。あくまでも通常時のところのことを考える会議であると。

あともう一つは6号基準、先程から出てきますけれども、これはあくまでも重症の外傷であったり、心筋梗塞であったり、ショックであったり、重症の人の搬送をスムーズにするものですので、むしろ、救急の現場で問題になっている中等症とかに関しては扱っているものではないと。

あともう一つは6号基準をアップグレードしていく上で、地域の実情をしっかりと考慮していきましようということで、そのことで1年半が経って作業部会でやってきました。明日最後の会がありますので、正式承認は明日なんですけれども、各地域でアップグレードした6号基準が完成するという感じになっています。

その会議の中で議題として上がってきたのが、まずこの6号基準はあくまでも重症がメインなので、中等症とか、或いは精神科合併の問題の搬送困難を、どうしていくかというのが一つの課題だと。あともう一つは今あげていただいたように、受け入れられないというのも、それなりに問題が深いので、何とか地域連携とか上り下りをしっかりとっていく必要がある。

入口出口の問題の体制整備でやはり精神科合併のことをどうしていくかということが課題に挙がってきました。その点を、事務局、県の消防課を通じて報告させていただくということになります。

(会長)

ありがとうございます。他にご意見ございますでしょうか。

(委員)

先ほどの委員からのご指摘ですが、この高齢者救急検討ワーキンググループの中で、そのうちの一つの柱として、スライドの9ページにあります、病院救急車を活用した在宅高齢者等救急搬送システムの検討状況のことで、細かい状況について説明して欲しい、調べて欲しいというお話があったと理解しております。

これに関しましては、行政の方から説明あるかもしれませんが、8病院に手上げをいただきまして、そのうち、ここにあります3つの病院の方で、実際に運用が始まったところなんですけど、まずやっぱりコロナの影響を受けたということ。

それから実際、運用している病院がこの病院救急車の活用の意義といいますか意味といいますか、そこの理解が今ひとつ深まってないということが現状だと思います。

実際問題、地元の病院では、このような搬送事案はゼロということになっております。やはり、病院救急車を活用したモデル事業が今後発展していくために、この制度の趣旨といいますか、いくつか問題点がございまして。

例えば、囲い込みの問題であるとか、その他の問題がございまして、ぜひ、行政の方には、本来の目的といいますか意味といいますか、それをちゃんと周知していただけるようお願いを、先日県にはさせていただいたところでございまして、もうちょっと待っていただければと思っております。私からは以上です。

(会長)

ありがとうございます。

(委員)

ありがとうございます。そのこともありますが、もう一つは高齢者救急っていう言い方がまあまあ漫然ともうできてしまっています。そこで括って、今後いいのかなっていうことがちょっとあるという、そこも言いたかったんです。よろしくお願いします。

(委員)

はい。ありがとうございます。

これはもう本当に難しい問題でいろんな要素を含んでおりまして、ただ一つ一つ解決していく、そのマイルストーンとしてこの事業を始めさせていただいたということで、言葉の定義を含めて、なかなか難しい問題なので、ある程度じっくりと時間をかけて検討していかないと、一つ一つやっつけていかなきゃいけない課題ではないかと認識させていただいております。

以上です。

(委員)

実施基準の見直しで提起された課題ですが、一つは高齢者救急というものを考えるにあたって、その意義として、2025年以降、団塊の世代が後期高齢者になっていく。そうすると、治すこと、救うこと、救命することから、だんだんと病気を抱えながら生きていくんだと、いわゆる癒すとか支えるとか、やがて看取るというようなことを考えなければいけない。そしてゆくゆくは地域包括ケアシステム、ほぼ在宅時々入院、そういうことを考えていく時代になるんじゃないかなと。そういう考え方からも救急を少し考えていって欲しいというふ

うに思っていることが一つ。

それと、もう一つ、精神科の領域に関してですけど、確かに今回コロナっていうのがあって非常にいろいろな意味において複雑な形をとったかと思います。もうコロナというだけで精神科の病院としてお断り、精神科病院としても絶対診られないというような流れから、精神科の病院においても、何とか軽症であったり、あるいは感染性が無くなった下りの部分に対して、精神科単科病院でもゾーニングの勉強をしたり感染症の勉強をしたり、いろいろな形で、何とか受け入れて、完璧とは言わないですけど、精神科単科病院でも幾つか、後方搬送というものを受けてくれた病院があったりもするので、その辺のことはこれからも評価して、何とか頑張っていかなければいけないんじゃないかと思うこと。

それともう一つ、確かに合併症があって精神科救急で取って、そちらで後方移送としての病院というのは、今一生懸命、精神科病院協会の中でも、仕組みづくりをしっかりとやっています。

ですから、何とかこういったような形で、後々受けていく、そういったことがこれからももっともっとやっぱり必要になっていくんだらうなと思っております。いろんな形で、急性期で受けた患者さんが、長くそのまま、場合によっては、本当にそこで寝たきりの状態に近い状態になっていく可能性がある。それを急性期の病院ですっと置いとくとすると、そこもまた詰まってしまう。これから先はそういった患者さんをいかに、後方病院として取っていくかということを考えていかなければならないと思っています。

それに関しては、サルビアネットとかを通じて、こういった患者さんをこういうふうにとっていきますよって、そういったネットワークも作りつつありますし、88 ぐらいの病院が稼働して、そういった下りの受入れをしていくというシステムができてきているので、これからはITを使った形で、入院があった、そしてやがてはそれが後方病院、そしてやがては在宅そして訪問看護訪問介護、やがては看取りなんだ、そういう流れを作っていく必要があるのではないか、そんなような気がしております。以上です。

(会長)

はい、ありがとうございます。今のご指摘は要するに医療全体、医療システム全体のスキームと救急の関係ということになります。

それをどういう形で検討していくのかということこちらで引き取らせていただいてまたご相談させていただければと思います。事務局から何かコメントありますか。

(事務局)

今、お話いただいたことについてはこちらとしても受けとめさせていただいた上で、検討サポートさせていただいて、進めていければと思っております。以上です。

(会長)

いずれ今後の医療全体のスキームと、救急の関係という形になってきますのでどういう形

で検討を進めればいいかちょっと改めて、県庁内でも議論させていただきましてまたご相談させていただければと思います。

よろしいでしょうか。他ございますか。

(委員)

別の議題でもよろしいでしょうか。

(会長)

全体の議題で結構です。

(委員)

救命救急センターの充実と評価のことについてですが、全国で4位ということで、東京や大阪など地理的なことを考えると、4位というのは、順当なところなのかなと。

地域等の立地的なことを考慮すると、そのように考えますが、救命センターの質を上げていくことで、取り組みとしてはいいのかなと思いますが、これは客観的な評価を取り入れてというようなことで、病院が記載をして提出をして、厚労省のほうで決定するというのですが、県のレベルで、ある程度、こういった取り決めとかがあったような客観的な評価を取り入れてっていくようなことは、できるものなんではないでしょうか。

具体的に客観的な評価っていうのは、どのように評価を実際されるのかっていう、そのあたりどうお考えなのかちょっと教えていただくと助かります。

(事務局)

ありがとうございます。先ほどいただいたご意見なんですけれども客観的な評価をどのようにしていくのかというところの案になるかと思いますが、厚労省から一部示されているものとしてはピアレビューというものがあります。

これは救命救急センター同士で評価をし合うというものになりますけれども、必ずしもそれだけではなく、なるべく第三者的な目線ということで、例えば県外からの医療関係者の方を招聘して評価するとか、そういった仕組みを含めて今検討させていただいているところですので、改めてワーキングの場でいくつか案をお示しできればと考えております。

(委員)

それでは全国的にピアレビューというような客観的な評価っていうことで、神奈川県だけでなく全国的な統一性を持ったものだというので、よろしいでしょうか。

(事務局)

基礎となるデータとしては充実段階評価の点数にはなりますが、実施するのは神奈川県内のものを対象にするということで今考えてはおります。

いくつか先県の事例もございまして、例えば長野県なんかではですね救急医療機能の評価を行っているところもございまして、こちらも改めてご紹介させていただきながら後日相談させていただければと思います。

(委員)

はい、わかりましたありがとうございます。

(会長)

他よろしいでしょうか。

はい、それでは委員にご指摘いただいた件につきましては、かなり県の医療体制全体に及ぶ話ですのでこの救急医療問題調査会の事項にするのかそれ以外の場で検討するのかを含めまして、一旦こちらで引き取らせていただきまして、それ以外の部分につきましては令和4年度以降の各部課に対する検討事項についてと。

これにつきましてはご了解をいただいたものという事で整理をさせていただければと思います。

他よろしいでしょうか。それではその他に移らせていただきます。事務局から何かありますか。

(事務局)

特にございません。

(会長)

それでは他にその他他の委員の皆様から何かご発言等ございましたらよろしくお願ひします。よろしいでしょうか。それではご意見ないようですので進行を事務局の方に戻します。

(事務局)

それでは、これもちまして、令和3年度神奈川県救急医療問題調査会を終了させていただきます。

本日は誠にありがとうございました。

○ 閉会