令和７年度第２回神奈川県救急医療問題調査会
プレホスピタルケア・二次・三次救急部会（12 月８日開催）議事録

○　開会

○　協議事項（１）高度救命救急センターの指定について

資料１「高度救命救急センターの指定について」事務局より説明

（吉田部会長）

協議事項（１）高度救命救急センターの指定について、ご意見等ございますでしょうか。

（異議なし）

続きまして、協議事項（２）、救命救急センターの指定につきまして、事務局より説明をお願いいたします。

○　協議事項（２）救命救急センターの指定について

資料２「救命救急センターの指定について」事務局より説明

（吉田部会長）

ありがとうございました。前回会議の後、新百合ヶ丘総合病院からの指定申請を受けて、救命救急センターとしての機能の評価などについて、委員の皆様方の意見をいただきたいという説明でした。この件につきまして委員の皆様、ご意見等ございますでしょうか。

（竹内委員）

先ほどの高度救命センターと同様なのですが、我々委員が今回の協議事項について、個人の意見を述べるのか、それとも粛々と条件に対して合っているかどうかを、専門分野から指摘するのかで大分変わってくるかと思います。

先ほどの協議事項（１）の高度救命センターについては、今回指定を行う予定の２大学のところもやはり数字的にしっかり満たしているのは明らかだと思います。

また、新百合ヶ丘総合病院の救命救急センター指定に関しても、同じ考え方でいくと、救急の医師数や、重症患者もしっかり取っている。しかも充実評価に関しては 90 点近く取れているってことは、ある意味数字だけ見たら、指定を行うことは普通のことなのかなと思いました。

私個人の意見というよりも、申請書を見たときに、これを否定する理由はないのではないのかなというのが、印象ではあります。

（医療整備・人材課長）

竹内委員ありがとうございます。前回の会議では、申請書が出てくる前のご相談で、様々ご意見をいただいたところですが、今回につきましては、改めて新百合ヶ丘総合病院より、申請が出て参りましたので、県として形式的な審査はさせていただいた上で、指定するのが妥当かどうかというところを、委員の皆様方から専門的な観点からご意見、或いはご助言などがございましたらいただければと思っているところでございます。

（竹内委員）

県の方針もよくわかりました。ありがとうございます。

（吉田部会長）

やはり地元でやっていくには周りの病院との連携が必要なため、こういったディスカッションでお互い役割分担していこうという考え方が非常に大事かと思います。

続いて田村委員お願いします。

（田村委員）

県の方にお伺いします。説明の中で様々な要件に対して満たしているということをおっしゃったと思うのですが、例えば医療的なこと以外に、事務職員の配置数などのロジの点に関しての確認事項についてはいかがでしょうか。

また、ホットラインがあるというふうにおっしゃっていたのですが、実際、機能しているということを確認されているのかどうでしょうか。

（医療整備・人材課長）

田村委員ありがとうございます。まず、事務職員の体制につきましては、医師のように人員基準があるわけではございませんので、新百合ヶ丘総合病院の方できちんと体制整えていただくということになってくるかと思っております。

もう１点、ホットラインにつきまして、現在、新百合ヶ丘総合病院はホットラインを設置しているということは確認をしております。また、消防の方でも特に繋がらないということはなく、受けていただいているということは承知をしております。

県の指定基準では、ホットラインの設置有無を基準とさせていただいており、こちらは満たしているというふうに県としては考えております。

一方で、今回資料で出させていただいている充実段階評価の項目ですが、こちらでは所謂ホットラインについて、医師、看護師が常時受ける体制にあるかどうかというところまで採点をしています。

こちらにつきましては、現時点で常に医師、看護師が受けるという体制までは整っていないということも確認をしておりますので、充実段階評価の方では、得点を入れないという評価を今回はさせていただいております。

今後、新百合ヶ丘総合病院の方では３次救急になるにあたって、各体制を確立していく予定であるということを伺っているところです。

（田村委員）
　とにかく書面上で要件を満たしているからＯＫということではなく、実態が非常に問題になると思いますので、ぜひ今後出てくる改善点へのご努力と、県のご指導についてもしっかりやっていただきたいと思っております。

（中川委員）
　一応確認なんですけども、新百合ヶ丘総合病院が３次救急としての実力を兼ね備えているのはわかるんですが、それ以上に２次救急の患者さんが、３次救急が増えることによって、行き場がなくなったりする問題は、解決済みということでよろしいでしょうか。

（医療整備・人材課長）
　中川委員ありがとうございます。新百合ヶ丘総合病院が所在する川崎北部地域が、今後いわゆる２次に相当する高齢者救急などの患者が増えていく地域であるということは、前回の会議でもかなりご意見いただいたところです。
　新百合ヶ丘総合病院からの申請書の中では、３次２次にかかわらずＥＲ型で受けるということを、記載いただいているところです。
　中川委員がおっしゃったことは、川崎北部地域の４救急病院で行う会議の中で、役割分担についても協議をしていっていただけるよう、県としても一緒にやっていきたいと思っております。

（中川委員）
　わかりました。ありがとうございます。

（吉田部会長）
　我々も引き続きしっかりとした注視をしていきたいというふうに思いますんでよろしくお願いいたします。事務局は今いただいた御意見を踏まえ、進めてください。
　続いて、協議事項の（３）、感染症の発生動向を踏まえた救急医療提供体制の検討等につきまして事務局より説明いたします。

○　協議事項（３）「感染症の発生動向を踏まえた救急医療提供体制の検討について
　資料３「感染症の発生動向を踏まえた救急医療提供体制の検討について」事務局より説明

（吉田部会長）
　この件につきまして、特に現段階で他に評価すべきデータの方向性など、ご意見ございましたらお願いいたします。

（田村委員）

ご説明ありがとうございました。
お伺いしたいのは、下水サーベイランスのデータは公衆衛生学上どの程度のエビデンスがあって出しているのでしょうか。
また、相模川を用いた理由や、公衆衛生学的な評価を教えていただきたいと思います。

（健康危機・感染症対策課）
ご質問ありがとうございます。下水サーベイランスに関しては県立保健福祉大学の研究室で研究を行っており、そちらで今研究をまさに進めているところであり、文献化し、近いうちに発表する予定であると伺っております。

（田村委員）
今のお話ではちょっと納得できないですね。研究室が出してきたものをまだ論文も出てないのに、どうして信頼できるとわかるのですか。
北里大学の片岡先生いかがですか。相模川の近くだと思うのですが、このような研究の話を聞いたことありますか。

（片岡委員）
相模川での臨床研究に関しては聞いたことはないです。

（感染症対策担当課長）
事務局から補足をさせていただきます。下水サーベイランスの結果については、通常行っている入院の定点のサーベイランスと相関関係が高いことを確認しております。
下水サーベイランスの特徴は、検査や受療行動に左右されないということで、流域のお住まいの方の排出する下水がすべて反映されているということです。
なぜ相模川なのかですが、相模川では広域的な下水の処理を本県では行っており、非常にカバーしているエリアが広いという特徴がございます。そのため、神奈川県の定点で観測しているデータと比較検証がしやすいということで、県と大学の研究室で検討を進めているところでございます。
今後の可能性として、医療の受療動向が変わったとしても、下水サーベイランスで出てくる結果というものは基本的に影響を受けないというふうに考えられるものであり、国立感染研の方でも重層的なサーベイランスを推奨しているということもあり、活用しているというところになります。

（田村委員）
もちろん何かしら役に立つのかもしれませんが、やはり公の会議で出すデータの話なので、論文の１つでも見せていただいたうえでこの話を進めていただかないと、結構な予算もかかることが予想されますので、その辺ちょっと納得できるような方向にしていただければと思います。

（吉田部会長）
田村先生ありがとうございます。この場だけでは説明しきれない部分もあると思いますので、引き続き収集したデータを教えていただければというふうに思います。もしこれで感染症のことを神奈川県がリードして、予防的な対応ができるところまで繋がってくれば一番ありがたいと思います。
続いて山口委員お願いします。

（山口委員）
今回、救急医療需要の季節変動に対する医療提供体制のシフトチェンジという言葉なのですが、コロナのときは、補助金とかが出て、予定手術を延期することによって、病床確保するようなことをやっていたかと思います。今回説明いただいたシフトチェンジもそういう意味なのでしょうか。

（健康危機・感染症対策課）
今回は、具体的なことは書かなかったのですが、先ほども後方搬送のお話が出ておりましたように、例えばインフルエンザや、コロナの患者の後方搬送が進むような方法を、イメージとしては考えているところではありますが、本日改めて広くご意見を伺えればと思っております。

（感染症対策担当課長）
私から補足させていただきます。今回、抽象的な表現で書かせていただきましたシフトチェンジですが、以前のデルタ株の時は、一般医療と両立できるのかどうなのかというときに、ベッドコントロールを重症・中等症・軽症の患者さんそれぞれ役割を分けて、柔軟に対応を切り換えていくということやってきたのかなというふうに思っています。
しかしながら、患者の移動や部屋の管理を切り替えようと思ったら、２週間ぐらいかかるというようなことが、コロナのときにもあったかと思います。
それを平時にも運用していこうというふうに考えたら、あらかじめ時期を予測できるのか、どれぐらい前に予測できるのかというところがポイントになろうかと思います。
今回、統計的なラグを見てみますと２週間ぐらいのラグが見えてきましたので、２週間ぐらい前だったら、流行の患者さんが増えていくことがわかるアラートに近いようなものを、出せるのではないかというようなイメージでお示しさせていただきました。
そうしたものが使えるとなったら、どのようなことをもう少し確度を高めて分析をしていったらよいか。分析をするときの仮説の設定についてもご指摘をいただければ、さらに精度の高いデータを次回お示しできるというふうに思っています。

（山口委員）
ありがとうございます。まず感染症が流行ってきそうかどうかっていうのはいろんな視点

があると思います。
私は自分の診療所の動き、あとは鎌倉市の休日夜間診療所の感染症の動向を一番参考になるので見るようにしています。
それから、さっきそのベッドを空けるというのは、後方病院又は予定手術を延期することにつながるため、病院側にしても相当負担が必要になってくると思うので、その辺のところを上手くカバーできるような形で、その辺のところを思い切ってやるかどうかっていう感じだと思います。
それから、全県でやることの意味があんまりないのかなというふうに感じていますので、医療圏ないし市町村単位ぐらいで、やっていくのもありじゃないかなっていうふうに僕は感じています。

（吉田部会長）
ありがとうございました。他に特にご意見ございませんでしょうか。
（意見なし）
事務局はいただいた意見を十分踏まえて検討していただき、情報提供していただければというふうに思います。
続きまして報告事項の（１）救命救急センター運営費、補助事業の見直しにつきまして事務局よりお願いいたします。

○　報告事項（１）救命救急センター運営費補助事業の見直しについて
資料４「救命救急センター運営費補助事業の見直しについて」事務局より報告

（吉田部会長）
ありがとうございました。今の報告に関しましてご質問等ございますでしょうか。
（意見なし）
続きまして報告事項（２）、かながわ救急相談センター＃7119 について事務局より説明お願いいたします。

○　報告事項（２）かながわ救急相談センター（＃7119）について
資料５「かながわ救急相談センター（＃7119）について」事務局より報告

（吉田部会長）
はい、ありがとうございました。これに関しましてご質問等ございますでしょうか。
それでは、片岡先生お願いいたします。

（片岡委員）
ご報告ありがとうございます。このプロトコールの判定結果を見ますと、受診が必要ない白とか軽症の緑の割合がかなり少ない結果になっておりますが、実際、病院に診療を受けた

最終的な診断結果との照らし合わせの検証をしていく予定があるのでしょうか。

（医療整備・人材課長）

片岡委員ありがとうございます。今現在、＃7119 のコールセンターの方では、その後どうだったかっていうのを追えない仕組みになってしまっているため、そこをいかに追っていくかというところで、ある市町村の消防と連携させていただいて、確認させていただいているという状況です。

県としても最終的に医療機関でどう判断されたかまでの検証は、今後の改善に必要だと思っております。何らかの形で、モデル的に、或いはご協力いただける市町村や病院などと連携して、最終的な医療機関での判断まで追ったうえで改善に向けて動いていく必要があると思っており、今後の課題と認識しているところです。

（片岡委員）

相模原市でも先日同じような結果が出ていたんですが、やはり病院の方も協力して検証していこうって話も出ていましたので、県としてもその辺データがあればと思いました。ありがとうございます。

（吉田部会長）

実際検証をやっていく中で、救急車が何台減りましたとか、或いは救急車を使う必要がないケースがどれだけ減りましたというようなデータなんかも欲しいと思います。

また、心配であれば救急車を呼びましょうと最後にコメントするばっかりに、逆に救急車の需要数が増えたぐらいのことを言う人もいたりするので、その辺をきちんとデータで分析をしていただければというふうに思います。

続いて、山口委員お願いします。

（山口委員）

情報提供ですが、昨日 12 月 7 日に、県医師会の鈴木会長が座長をやっておられた日本医師会開催の小児救急のシンポジウムがあり、その中で、沖縄県の小児救急で、救急車を呼んでしまう母親が多くて困っているという事例がありました。

最初パンフレットみたいなものを作って、こういうときは行かなくていいですよっていうような普及啓発を行ったみたいですが、なかなか広がらないということで、LINE で判断ができるようなシステムを市で作ってもらい、それを学校とか様々なチャンネルを使って広げているそうです。

先ほど片岡先生がおっしゃったような、先々どうなったかっていうこともLINE だったらですね、追跡が行える可能性があるのではないかと思うので、そういうようなツールというか、仕組みを作られたらいいのかなっていうふうに思いました。

（吉田部会長）

情報提供ありがとうございました。続いて、竹内先生。

（竹内委員）

横浜市大の竹内です。この問題、実は先週田村先生ともお話させていただいたんですけど、やはり先ほど吉田部会長がおっしゃったみたいに根本的には、県民とかの権利意識の問題が関わっていくのではないかと思います。

今横浜でも昨年 25 万件を超えて、何とか救急車の出動を抑制しなくてはならない状況なのですけれど、例えば 10 万件あったうち、万が一呼ばなくていいってオペレーターの方が言って、後から悪化した場合の責任問題を考えたときに、よほど強い仕組みを作っておかないと、最前線のオペレーターや看護師は、やっぱり心配なら救急車呼んでくださいねって言わざるを得ないのではないかと思います。

やはりこれを実効性を持って、本来の目的である救急車の適正利用の必要な重症者の人に早く行かせるっていう点では、国民の権利意識をいかに高くしていくかっていうのは難しい問題だと思います。

県庁としても 0.01％のミスもやらないのか、或いはそれぐらいは仕方ないといえるのかどうかによっても、最前線の人たちの苦悩というのは、大きいのではないかということを田村先生とも先週相談させていただき、すべてが 100％でやるのは無理だというふうになってきているのではないかというふうに思いました。

（吉田部会長）

竹内委員ありがとうございました。続いて、中川委員お願いします。

（中川委員）

ちょっと話しが逸れるのですが、同時進行で例えば、お金かかるかもしれないですけど、ＡＩを使って検証する可能性はありますでしょうか。

（医療整備・人材課長）

そういったＡＩの活用というのも話題にはもちろん上がっているところではあるんですけれども、現時点ではそこまで具体的な話までは行ってないというのが正直なところです。

（吉田部会長）

今後そういったようなことも念頭に置いて進めて欲しいというふうに思います。

茨城県は選定療養費として救急車を実際利用する必要がなかったらお金は取るんだというような制度も少しあるように聞いていますが、神奈川県ではそういったようなことを考えていらっしゃるのでしょうか。

（医療整備・人材課長）

選定療養費については、茨城県の方で救急車の抑制に繋がっているというような結果の報

告も出ておりますが、県ではそこの部分について、現場からもご意見を聞く必要もあると思いますし、まだ具体化しているわけではありませんけれども、＃7119 の話も、選定療養費の話も、今後どういうふうにしていくのが良いかというのは、ご意見を聞きながら県としても引き続き検討していきたいと思っております。

現在の状態が問題ないとは思っておりませんので、引き続きご意見を伺いながら少しずつ改善していきたいと思っているところです。

（田村委員）

県医師会の田村です。選定療養費の話が出たのでコメントしたいと思います。

まず茨城県は確かに選定療養費をとっていて、少し救急搬送が減ったというのは、あるようなのですが、＃7119 との絡みでお話をしますと、茨城県では＃7119 経由で、救急車を利用した軽症の方へは選定療養費をとってないようです。

そのため、＃7119 と、選定療養費の制度のどちらが救急車の減少に寄与したかというのはまだよくわかってないみたいです。

したがって、最終的に選定療養費を取られる可能性があるというふうに、もし、市民の方が知ったときに、＃7119 かけましたよって言えば選定療養費をとられないということになりかねないです。

実際問題、相模原市内ではですね、２病院が選定療養費を＃7119 経由だろうがとっています。

今後、どうするのかわかりませんが、県内全域に選定療養費が広がることは止められない流れだと思うので、この会でもきちんとした議論をすべきかというふうに思います。

（吉田部会長）

田村先生ありがとうございました。

菅先生、お願いします。

（菅委員）

やはり＃7119 の本来の目的は、救急車の要請を減らすということが第一位にあります。

そのため最前線でいるトリアージの看護師たちの身分保障の話は大事で、やはりプロトコールに従って、きちんと判定をし、その結果、アンダートリアージで不幸にも、大きな障害が残ってしまったとかそういった結果に繋がった場合、その看護師の責任をカバーするような保険や、仕組みをやはり構築してやることが大切で、そういった最前線の方が思い切った判定ができないと、どうしてもそのオーバートリアージ気味に進んでしまい、このプロトコールの判定結果のパーセンテージもなかなか改善しないってことになります。

田村先生も、東京都の実情とかご存じで、実は外郭団体としての位置付けにすれば、保険が効くみたいな話もありますので、そのあたりも東京都から情報もらいながら、最前線の人を守れるような、そんな仕組みの構築が今後必要かなと思っています。

（吉田部会長）

菅先生ありがとうございました。他は特にご質問ございませんか。

（意見なし）

本日用意した議題は以上ですが、皆様全体として何かございますか。

山崎先生どうぞ。

（山崎医務担当部長）

＃7119 のお話ですが、先月から Web 版をローンチしました。これは LINE の救急パーソナルサポートというサービスと紐づけをしていて、普通のウェブページからも入りますけれども、LINE で友達になっていただき、そこから利用もできるようなサービスになっています。

電話の＃7119 との違いは、自分でスマホをいじりながら判定を出すことができますので、普段からスマホをいじって、症状における判定がわかるようになれば、救急医療に関するリテラシーが県民全体も少し上がっていくってこともあると思います。

先ほど山口先生がおっしゃった通り、確かに LINE のところから入っていければ、何かしらデータの紐づけとか、そういったことも今後できていく可能性もあるかもしれないので、参考にさせていただけたらと思います。よろしくお願いいたします。

（吉田部会長）

全体を通じて、神奈川県は皆さまご承知の通り、対人口当たりのナースが一番少ない、病床数が一番少ない、医者の数だって全国 41 位というぐらいですので、チームワークが必要なことだというふうに思います。

引き続き県と医師会、或いは病院協会等々で連携をとってきたいと思っています。

本日の議題は、以上となります。進行を事務局にお返しします。

○　閉会

吉田部会長ありがとうございました。また、皆様におかれましても本日は活発なご議論いただき、誠にありがとうございました。

いただいたご意見等につきましては、県の方で検討させていただければと思います。これをもちまして本日の会議を終了いたします。ありがとうございました。