

平成30年度 第1回
千葉市地域保健医療協議会
「救急医療対策検討部会」

議 事 録

平成30年度第1回千葉市地域保健医療協議会「救急医療対策検討部会」議事録

1 会議名称

平成30年度第1回千葉市地域保健医療協議会「救急医療対策検討部会」

2 開催日時

平成30年12月22日（水） 午後7時30分から午後8時45分

3 開催場所

千葉市美浜区幸町1-3-9

千葉市総合保健医療センター 5階 大会議室

4 出席者（敬称略）

（1）部会委員

ア 出席者

大濱洋一部会長、村山秀雄副部長、中村達也委員、寺口恵子委員、
安部隆三講師（織田成人委員代理）、杉浦信之委員、石橋 巖委員、
袴田和宏委員※、海賀照夫委員※、山本恭平委員※、寺井 勝委員※、
西堀知行委員※、谷嶋隆之委員※、樋上 健委員※、河野行儀委員※、
斉藤俊弘委員※、寺林秀隆委員※、福島達臣委員※、平山登志夫委員※、
入江智文委員※、山初晋也委員※ （※は臨時委員）

イ 欠席者

中村真人委員、三浦 昇委員、秋元 稔委員、福田和正委員※、中村博敏委員※
（※は臨時委員）

（2）オブザーバー

中村昭夫消防局警防部救急課長

（3）事務局

今泉雅子保健福祉局健康部長、西村正樹保健所次長兼健康部技監、
鈴木雅一健康企画課長、平野大貴健康企画課長補佐

5 議題

（1）部会長及び副部会長の選出について

（2）救急医療体制の見直しの方向性について

（3）その他

6 議事概要

冒頭、事務局から、千葉市地域保健医療協議会設置条例第5条第2項の規定により、委員の半数以上の出席があるため、会議が成立している旨の説明があった。

(1) 部会長及び副部会長の選出について

委員の互選により、大濱委員を部会長に、村山委員を副部会長に選任した。

(2) 救急医療体制の見直しの方向性について

資料1を使用し、事務局から千葉市の救急医療体制の「現状と課題」及び「見直しの方向性」について説明があった。その後、各委員から説明に対する質問や救急医療体制に関する意見等について発言があった。

(3) その他

杉浦委員から、次回会議にて、夜急診のアンケートを提示して欲しい旨の発言があった。

7 会議経過

19時30分より会議を開始した。

(1) 部会長及び副部会長の選出について

千葉市地域保健医療協議会設置条例第4条第2項の規定に基づき、委員の互選により、部会長及び副部会長を選任した。

選任に当たっては、寺口委員から、部会長に千葉市医師会副会長である大濱委員を、副部会長に千葉市歯科医師会副会長である村山委員をそれぞれ推薦する旨の提案があり、当該提案のとおり承認された。

(2) 救急医療体制の見直しの方向性について（資料1）

ア 事務局からの説明 <鈴木健康企画課長>

(ア) 千葉市の救急医療体制の現状

高齢化による救急患者数の増加など、現行の二次輪番制度に多くの課題を抱えており、「体制の見直し」が必要な状況となっている。本市の休日・祝日の救急医療体制は、基本的に、初期医療機関である休日救急診療所（以下、「休日診」という。）や夜間応急診療（以下、「夜急診」という。）で診療し、入院治療が必要な患者を病院群輪番制により待機する二次医療機関に搬送する制度になっている。

夜間の体制については、内科、小児科の初期は夜急診で診療を行い、入院治療等が必要な患者については、休日・祝日と同様に、病院群輪番制により待機する二次医療機関に搬送するという仕組みになっている。

これらの仕組みにおける二次医療機関は、基本的には、休日診や夜急診では対応できない患者の収容依頼に応じる医療機関として確保している。なお、救急車により搬送される患者については、状況に応じて、一部夜急診や休日診に搬送されるほかは、二次輪番病院や救急告示医療機関に搬送されている状況である。

平成10年から救急出動件数は右肩上がりに増加し、平成29年には約5万6千件であり、平成10年と比較して約1.7倍まで増加しており、今後も、増加し続けることが想定されている。

夜間の二次輪番に参加する医療機関別に市内で発生した救急患者の受入数を表した表（6ページ）を見ると、網掛け部分の病院だけで、全日の57.1%、夜間の64.8%、全体の6割程度を受入れている状況であり、一部の医療機関に負担が集中している。

また、千葉市は千葉保健医療圏として、二次医療圏を単独で形成しているが、県内でも救急搬送に要する時間が長いことが課題になっている。そのため、平成29年度から「搬送困難事例受入医療機関支援事業」を開始した。これは、一定の回数病院への照会を行っても搬送先が見つからない救急患者が発生した場合に、その患者を受入れる医療機関を確保するものである。しかし、参加医療機関の負担が大きく、平成29年度末でいったん休止となった。

その後、参加医療機関を増やし今年8月から再開となったが、そもそも搬送困難事例が多く出ること自体が問題であり、二次輪番体制そのものの見直しが必要ではないかという意見があったことが、今回の見直しの理由の一つである。

当該支援事業の本年度8月の1ヶ月間の実績は、全救急搬送数3,867件のうち、当事業の搬送困難事例に該当（受入確保基準適用）が193件（全体の約5%）であり、市内6医療機関が、そのうちの175件を受入れている。

また、約13%が市外に搬送されており、手を打たねば増え続ける救急患者は、そのまま市外搬送されることになってしまうか危惧している。

更に、地域医療構想における機能別病床数及び必要病床数について、「急性期病床」は過剰とされていることから、今後急性期の病床が増えることは難しく、医療資源として既存の医療機関を超える新たなものは期待できない状況である。

（イ）千葉市の救急医療体制の課題

①患者数に関する課題（13ページ）

患者数に関する課題として、一部の医療機関に救急患者が集中し、負担が大きくなっており、患者処置中や満床を理由として受入れ出来ない場合も生じている。これらの医療機関からは、「地域の医療機関で負担を分担して欲しい」、「1日当たり2床では足りない」といった意見も頂いている。

②受入体制による課題（14ページ）

受入体制による課題として、夜間内科二次輪番参加医療機関の人員体制としては、「日によっては検査自体を実施できない場合がある」、「専門外として受けられない場合がある」等の課題がある。医療機関からは、「当直医師1人体制でリスクのある患者は受入れ難い」、「自院で対応不可であった場合に、他の専門性のある医療機関で受入れる体制があると良い」等の意見を頂いている。

③医療機関の課題（１５ページ）

医療機関の課題として、病院が受入体制を強化すること自体が困難であり、医師やコメディカルなど人員の強化が容易にはできないほか、医師の高齢化が進み、当直体制の維持も難しくなっている。医療機関からは、「行政の助成があっても人員体制の強化は難しい」、「医師の高齢化により、当直医師も外部非常勤に依頼することが多い」、「働き方改革でも示されている課題もある」、「搬送後に急変した患者のバックアップ体制が必要」などの意見を頂いている。

④夜間応急診療の課題（１６ページ）

夜急診の課題として、医師会会員も高齢化により参加医師の確保が難しくなっている。夜間の１５％近くの救急車を受入れているなど、初期診療の機能を超えている。市民が求めるサービス水準が高くなり、初期応急診療では納得してもらえない場合がある等、事業の継続にも課題が生じている。

また、２１時頃まで診療する医療機関が増えてきている他、高齢化により合併症など治療の難易度が高くなってきている等、夜急診を取り巻く周辺環境も変化している。

（ウ）見直しの方向性

①二次輪番体制の見直し（１８ページ）

見直しの方向性として、「夜急診からの二次収容依頼には確実に応じられる医療機関を確保すること」、「搬送困難事例の対象となる患者を減らすこと」、「地理的要件などを除き、原則として、重篤以外の患者は千葉医療圏で完結させること」という体制を目指し、関係医療機関と調整を進めたいと考えている。

②検討の経緯（１９ページ）

「二次救急医療体制整備検討会」とあるが、これは搬送困難事例受入医療機関支援事業の再開について救急を多く受入れている医療機関との協議の場を継続したもので、二次輪番体制の見直しについて意見を伺った。また、それ以外の医療機関からは個別にヒアリングを実施し検討を行ってきた。これらの意見等をもとに、見直しについての検討を行っている。

③検討イメージ（２０ページ）

イメージ図の左側は、初期から入院治療等が必要な患者を２つの二次輪番病院で受入れるという現行の仕組みに対し、右側は、網掛け部分の「１．５次輪番」及び「翌日患者受入」、「当日患者受入」という体制を新たに加えるものとして検討を行ってきた。

④検討の現状（２１～２４ページ）

二次輪番体制の再整備について、受入れが多い医療機関からは、「救急車も含めた受入れを行う体制の場合、現状の１日２病院のみの体制では救急車が集中するため、夜間内科

二次輪番病院数を2病院から4病院にしてはどうか」、「輪番体制はとらず、受入れの多い医療機関だけで、毎日受入体制をとる」、「これに対応する医療機関以外にはサポートに回ってもらう」といった意見をいただいた。

しかし、問題点にもあるように、現在の2病院体制でも医療機関の負担が多い中、更に、当番日数が増え、医療機関側の負担が増加するものと考えられる。

そのため、「病院の輪番体制が組めるか難しいのではないか」、「毎日受入では参加できない医療機関が多いのではないか」、「初期からの受入先が担保されていないため、初期診療体制の維持ができなくなるのではないか」といった問題も思慮される。

また、ヒアリングを行った医療機関からは、「現状程度であれば受入が可能である」という意見が多かった。更に、「検査結果や診断が分かった状態であればスムーズな受入が可能」、「搬送後の急変した患者のバックアップ体制が必要」、「自院で対応不可であった場合に他の専門性のある医療機関で受入れられる体制があると良い」といった意見も併せて伺った。

翌日患者受入については、夜間の受入体制強化が難しい場合には、受入の多い医療機関で処置済みの患者を翌日以降に引き取り、救急用の病床を確保するものである。これについては、協力可能とする医療機関が多く実現の可能性はある。

ただし、受入が多い医療機関側からは、「翌日ではなく当日に協力医療機関に転院できないか」という意見の一方、逆に「夜間に転院させると事務的な負担が大きくなるため、翌朝までにFAX等で連絡して調整を終えておくのが良いのではないか」といった意見もあり、医療機関ごとに状況が異なり、ルール化は簡単にはいかないものと考えられる。

これらの問題がある中で、「見直しの方向性」に沿った検討を進めていくには、どのように地域の実態に即した体制の強化が出来るのかについて、より密に協議を重ねていく必要があると考えている。

⑤今後の検討（25ページ）

これらの問題がある中で「見直しの目標」を達成するため、どのように地域の実態に即した体制の強化が出来るのかについては、より密に協議を重ねていく必要があると考える。

今後の対応については、委員の皆様の意見に基づいた具体案を検討し、各医療機関と協議を進め、ある程度の案が見えてきた段階で、再度、当部会でお諮りしたい。

イ 質疑応答・意見等

＜山本委員＞

現在の二次輪番は夜急診からの転院を受ける医療機関ということでよろしいか。

＜鈴木健康企画課長＞

現状の体制では、夜急診からの転院患者のための医療機関となる。

<山本委員>

今後の二次輪番は、夜急診からの転院以外の救急車も受入るという考えなのか。

<鈴木健康企画課長>

現在の二次輪番病院への救急患者の搬送状況を考えると、夜急診からの転院を受けるだけでなく、その他の救急患者を含めて検討する必要があると考える。

<山本委員>

今までの二次輪番病院の中には「夜急診からの患者は受けるが、夜急診以外の患者は受けなくても良い」という考えの所もあると思われるが、それについてはどう考えているか。

<鈴木健康企画課長>

現在の体制では夜急診からの患者のみを受ける所もあると思うが、救急車による患者搬送を含めた救急医療体制全体を考える場合、夜急診のための二次という現状の体制とは、かなり違う体制になると思われる。ただし、どのような体制になるかは今後の検討による。

<山本委員>

今後の二次輪番は、夜急診に限らず、一連の救急車を受ける輪番制という定義に変えるということか。二次輪番とは「夜急診からの患者だけを受ければ良く、2ベッドを用意すれば良い」と我々は当初聞いていた。そのため、二次輪番日については、「夜急診からの患者は受けるが、その他の救急患者は受けない」という考えの病院もあると思う。

<鈴木健康企画課長>

現状で二次輪番に参加する医療機関において、一連の救急車を受ける体制にすぐ移行できるかという、それは各医療機関の状況にもよる所がある。ただし、夜急診からの患者受入を念頭に置きつつ、一連の救急車の受入をどうするかについて、考え方を改めて検討する。

<山本委員>

夜急診からの患者だけでなく、市全体の救急搬送をどうするかを考えるということか。

<鈴木健康企画課長>

搬送困難事例の問題を考えるにあたり、そこを検討せざるを得ない。

<大濱部会長>

私も二次輪番病院とは夜急診からの搬送を受けるものと認識していたが、そうではないと

なれば、考え方も変えなければならない。消防局では二次輪番病院を把握しているのか。また、救急搬送は当番病院に積極的に搬送するのか、もしくは逆に当番病院を避けて搬送するのか、どのような考え方か。

<中村救急課長>

以前は、ベッドを空けている当番病院に搬送し、医師会から夜急診のためのベッドであると指摘を受けたこともあるが、救急件数及び搬送人数が増加してきた現状では当番病院であっても収容を依頼していかないと、収容先が無くなってきている。ただし、救急隊も救急救命士によりある程度のトリアージができるようになり、軽症は夜急診、それ以上は症例にあった医療機関を選定して搬送している。二次輪番体制も把握しているが、あえて当番病院に集中して搬送している訳ではない。

<大濱部会長>

それでは、消防局では二次輪番体制を承知しており、当番病院へはなるべく搬送しないような行為はしているのか。

<中村救急課長>

なるべく搬送しないよう努力はしているが、救急件数の多さから、当番医療機関に依頼せざるを得ないことがほとんどである。

<大濱部会長>

先ほどの話では、二次輪番体制は全ての救急患者を受けようになっていくようだが、この辺りが医療機関の先生方との温度差を感じる部分でもある。

<山本委員>

この先、「二次輪番という言葉を変更する」、「夜急診だけでなく、救急車も受けるための二次輪番であることを各医療機関に説明する」という事が必要になると思われる。

また、市外搬送について、緑区は東千葉メディカルセンターや千葉労災病院の方が近く、美浜区は津田沼中央病院や習志野病院などに患者の病態によっては運ばざるを得ない。実際に救急ワークステーションに来る救急救命士も、そのように搬送すると話している。このことから、ある程度の市外搬送は致し方ないのではないか。

<鈴木健康企画課長>

地理的条件等から市外搬送も当然あるということは認識している。ただ、今後救急患者が増え続ける中で、地理的条件ではない所で、市外に頼るのはできるだけ避けたいと考える。

<寺井委員>

海浜病院では、夜急診を医師会の先生、県内外の勤務医に手伝ってもらっている状況がまずある。また、病院は市の西側にあるため、東側からわざわざ来た患者の入院先がまた東側になるということもある。小児に関しては、夜急診からの入院が必要な患者は全て海浜病院で受けているが、遠方からの患者等、次の日に近くの病院に移りたいと申し出る者もいる。このことから、翌日、近隣の病院で受入る仕組みは必要である。そのため、今回の提案があったことは一つ前進だと思う。

しかし、ここでの議論ではないが、夜急診をどうしていくかは考えなければならない。応急診を海浜病院内で実施するという考えは時代遅れである。患者の中には応急診療以上のことを求める者もおりクレームも多い。今後、医師会主導の応急診を総合保健医療センターや各区役所で実施するという検討も必要である。

二次輪番については、救急車を受入可能な医療機関が中心となり、そこに翌日受入れられる医療機関を増やすことが一つの方法であると思う。

もう一つは、深夜帯をどうするかという事である。深夜をやって良いという者は非常に少なく、何らかの見直しは必要と思う。

<杉浦委員>

千葉市の夜急診、二次輪番体制は平成10年から始まったが、夜急診の問題として、救急件数増加により当時のままの体制では難しくなったことに加え、先生方の高齢化により、仕組み自体に問題が生じている。また、二次輪番は夜急診からの2床ということで始まったが、救急件数が増加する中でも、救急隊は患者を搬送しなければならず、当然ながら、受けてくれる医療機関に運ぶことになる。夜急診からの2床とは別に二次の見直しが必要になっている。

救急車で来る患者の診療科が明確に分かれれば良いが、救急部（科）専属の医師がいない病院では大体を内科が担当することになる。二次輪番病院の当直医は外注が多いと思うが、救急患者を多く受入れている6病院で内科をメインに行っている所では、内科医だけが救急を回さなければならず非常に厳しい状況であり、この体制を変えるのは大変難しい問題である。また、今後、一次と二次の間の患者をER的に救急部で診るとしても医師が全くいない状況であり、他は総合診療部も考えられるが、結局のところ内科に回ってくるのではないか。内科医の負担が増えることは重大な問題である。

また、平成16・17年には既にこの問題は生じていたが、1つの課題として救急車の件数を減らすことが必要である。救急車利用の有料化も提言しているがなかなか難しい。今後、高齢化が進み高齢者の独居が増えると、自分で運転できず、仕方なく救急車を呼ぶ患者さんも増えるだろう。対策としては、小児科では電話相談の体制があるが、それ以外の救急の電話相談の対応はまだしっかりと作られておらず、電話は東京の方に繋がるようになっている。患者が病状や救急車の必要性を相談できる体制を整備して欲しい。また、

複数の病院に医師を集め対応するシステムが作れば本当は良い。若い医師は色々な患者を診たいという者が多く、そこで指導医と一緒に複数の医師で患者を診る体制を整えられれば、対応の誤りなどのリスクも減ると思う。

<海賀委員>

みつわ台総合病院では、当番日に夜急診からの転院患者を受けるという意識ではなく、常に基本的に救急車は断らないという考えで働く職員がほとんどである。ただ、実際にそのようにすることでかなり疲弊が進んでいる。また、救急車が並ぶことで救急隊に迷惑をかけたり、飛込みの患者をかなり待たせてしまう実状もある。

様々な症状の患者を断らないという立場としては、どのような患者が来るかわからないという状況で、常に千葉大学医学部附属病院、千葉県救急医療センターが後ろに控えていただき、困った際に電話すれば大体を快く引き受けてくれており、そのような体制が無ければ、現在の救急受入件数を維持する事は困難であり、非常に感謝している。

また、特に当番日を意識しないことについては、搬送困難事例受入医療機関支援事業が始まったことも影響しており、当番日かそうでないかわからない状況が長く続いている。ただ、実際に搬送困難事例で搬送される患者の多くは「全身症状的に見て、何故この患者が搬送困難事例なのか」という症例や社会的理由による症例が多い。この様な症例をどのように捌いて救急搬送していけるかで、もう少し働き方も良くなっていると思う。

<袴田委員>

千葉メディカルセンターでは、二次当番日は稼働率が高い状況であっても、夜急診からの患者は断らないように当直医に伝えている。基本的に救急車は受けられる者は全て受入れることとしている。ただ、稼働率が高く夜急診からの電話ということが伝わらない場合もあり、夜急診からの依頼とわかるようにして貰えると大変助かる。

また、内科の若い医師にとっては総合診療という意識が無く、専門外として断ってしまうことがある。昼間は問題ないが、夜間の場合は患者にとって不利益になる可能もあるため、そこを無理にでも受けてくれとは言えない状況でもある。

<大濱部会長>

海賀委員からも話があったが、最後の砦として三次救急の千葉大学医学部附属病院、千葉県救急医療センターが、二次からの要請に必ず受けられるのかどうかをお聞きしたい。

<安部講師>

千葉大学医学部附属病院では、基本的には三次救急患者を受け入れており、同時に三次以外でも救急隊から相談のあった患者の受け入れをしている。完全に救急のベッドが埋まっており、その他の病棟の確保も不能な場合や、重症患者対応で救急科当直医全員が電話にも出

られない状況の場合には、受け入れられない事態も発生し得る。しかし、ベッドが満床であっても一旦は収容し緊急に必要な診療をした後で、医師が転院先を探すことにしている。

当院も搬送困難事例受入医療機関支援事業に参加しているが、頻度が多い症例の例として、外傷の場合に「脳に何かあったらいけないので受けられない」、吐血の場合に「内視鏡が必要だった場合にできないので受けられない」という理由で搬送困難事例となったが、実際に診てみると軽症に過ぎないというものが多い。このように、「もしかしたら、こうだったら困る」という想像が広がってしまうと、受け入れられる患者が少なくなってしまう。その意味で、重症であった場合には三次医療機関が引き受けるということを明確に確立し、周知できれば、「もしかしたら」で断っている医療機関の状況が大分変わるのではないかと思う。

<石橋委員>

千葉県救急医療センターでは、三次救急を使命とするが、一番問題となるのは、病院としての規模が大きいことで、患者が三人程度重なってしまうと受けられなくなる。

常に受入られる状態にしておきたいが、繁忙期と閑散期のバランスが難しく、ご迷惑をおかけする時があり申し訳ない。

<大濱部会長>

医師会では一次医療を担っているが、後方に二次病院が控えてくれていると安心して診療ができる。困った時に必ず相談に乗ってくれる病院が無いとなかなか受入るのは難しくなってしまう。「まずは自分の所で診て、どうしても難しい場合には三次に送れる」という担保があれば、「もしかして」と断らずに、二次病院の先生方も安心して患者を受入れると思われる。

<樋上委員>

稲毛病院の場合、夜間の体制を整えようとした場合、事務職員1名、検査職員1名を新規に雇用するところから始める必要があり、すぐに受入の多い5病院と同じレベルでの二次病院として協力するのは難しい。ただ、日中の転院受入れであれば、比較的短期間で体制をとれると思う。そのような形で救急受入れ数の多い医療機関の負担を減らすことは実施したいと考えている。

<西堀委員>

医師の高齢化という問題が避けられないと思う。当直も翌日が休みとはならず、診察や手術がある場合もある。働き方改革と言われているが、医師をそれに当てはめるのは難しい。また、当直が回せなくなり、外部の医師にお願いをしなければならないが、常勤医と一晩限りの医師では意識の温度差がある。とはいえ、あまり強く言うと、当直を辞めてしまう場合もあるため、民間病院では苦勞するところでもある。

<平山委員>

平山病院には、夜間時間外に5～10件程度、毎晩電話がかかってくる。それは「夜急診は遠いから診て欲しい」といった内容や、「薬が切れたから処方して欲しい」という緊急性の無いものがほとんどである。市民に救急の教育をもっと行った方が良い。

医療機関で救急を行うということは、救急の体制を作らなければならない、非常に大変なことである。病床を空けるにも、4～5日程度前から計画が必要であり、2床と言っても男性・女性でベッドを分けることも必要である。

また、市民が電話等で救急かどうかを判断できるようにする必要がある。

<大濱委員>

市民には色々と啓蒙しているが、現状としては救急件数が右肩上がりである。高齢化により自分で運転できず、独居でどうすることもできない方は救急車を呼ぶしかない状況が増えてくるだろう。

<入江委員>

三愛記念病院では、当直の医師から、「二次医療機関としてどの程度の医療ができれば良いか」ということをよく聞かれる。スタッフの中では、経過観察や点滴治療等の保存的治療で一晩お預かりできれば良いと考えており、そのためのベッドと認識している。当番日には普段と違う体制を取ってはいるが、看護師が1名多い程度であり、医師の数は変わらないため、何人も受けることはできない。現状では、緊急性や重症度が高い患者には対応できないため、千葉市としては、二次医療機関では一次よりも高度の医療が必要と考えているのかを定義付けした方が良い。

<河野委員>

JCHO千葉病院では、夜間は夜急診からの患者のベッドは空けているが、それ以外の患者については基本的に受けていない。やはり、「夜間は患者を受けるのが怖い」という考えがあって受けられないということが多い。

また、現状として、大学を出た若い医師が東京に行ってしまう。とにかく若い医師を確保しなければ今後の救急医療は難しい。千葉県に若い医師を残すということが非常に重要と感じている。

<大濱部会長>

今回、救急医療体制の見直しの方向性について話をした。今回で解決するという問題ではないが、色々な方面から色々な御意見を頂いた。事務局は頂いた意見を反映させ、次の会議で話し合いができるようにしていただきたい。

(3) その他

＜杉浦委員＞

夜急診の体制について、医師会でアンケートを取られていると聞いているので、次回の会議ではそれについてもお聞かせいただき、救急医療体制の検討を行いたい。

＜大濱部会長＞

本日は二次輪番体制についての話であったが、休日診や夜急診についても、次回の機会に医師会から話をしてもらいたいと思う。

以上のとおり議事を進め、午後8時45分に閉会した。

以上