

令和元年度 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

令和元年度第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

令和元年度第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

令和元年10月10日（木） 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、斎藤幸雄委員、石橋 巖委員、
袴田和宏委員※、福田和正委員※、海賀照夫委員※、森田泰正救急課統括部長（山本恭平
委員代理※）、寺井 勝委員※、織田成人委員※、阿部隆三委員※、鈴木孝雄委員※、
谷嶋隆之委員※、樋上 健委員※、河野行儀委員※、中村博敏委員※、斎藤俊弘委員※、
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、寺口恵子委員、三浦 昇委員、秋元 稔委員

（2）オブザーバー

篠崎 啓千葉市医師会担当理事

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、鈴木雅一健康企画課長

5 議題

（1）部会長及び副部会長の選出について

（2）二次病院救急受入体制見直し案について

（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) 二次病院救急受入体制見直し案について

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。

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、中村（達）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) 二次病院救急受入体制見直し案について（資料1）

ア 事務局からの説明 <鈴木健康企画課長>

(ア) 二次救急医療体制見直しの経緯

搬送困難事例を解消させるための取り組みとして、平成29年8月から搬送困難事例受入医療機関支援事業が開始され、当初3医療機関で開始されたが、負担が大きく、事業の継続が困難であるとして、平成30年3月をもっていったん休止となった。

この事業の再開にあたり、参加医療機関を6医療機関に増やして再開するとともに、千葉市の救急医療体制そのものについても、見直しが必要との意見をいただいた。

このような背景から、昨年度には、関係医療機関の皆様から、千葉市地域保健医療協議会「救急医療対策検討部会」を開催し、見直しに関する多くのご意見をいただき、様々な課題が浮き彫りになった。

この見直しを考えたときに、本市が実施している救急医療体制を確認するため、イメージを作成した。（2ページ）

左図の日中については、各医療機関が診療を行っているため、特段の体制を組んでおらず、救急搬送については、千葉県が定める「傷病者の搬送及び受け入れの実施に関する基準」に基づき、搬送が行われている。

本市の救急医療体制としては、右図のように夜間又は休日の医療機関が診療していない時間帯において、初期救急とそのバックアップとしての二次病院を輪番体制で組んでいるという仕組みになっている。

今回の見直しについては、短期的な取り組みとして、現在の体制を維持しながら、この機能を拡張して、ある程度の救急搬送の受入にも対応することで、初期救急からの円滑な受け入れや、搬送困難事例受入医療機関支援事業の対象となる件数を抑制することを目指したものである。

(イ) 関係医療機関との連絡会やヒアリング、地域保健医療協議会などで出た意見（３ページ）

- ① 救急搬送件数そのものを削減する取り組みが必要だとの意見が多くでた。

このことについて、短期的な取り組みでは対応できないことから、消防局とも連携、協議しながら引き続き対応策を検討していきたいと考えている。

- ② 他の専門性のある医療機関で受け入れる体制があるといい。

- ③④ 自院で対応ができなくなった場合のバックアップ機能を期待。

このことについては、２病院体制であることから、その２病院間での調整機能を中心に検討してきた。

- ⑤⑥ 病院間での負担の分担や、翌日の転院の仕組みについて、医療機関間での調整について、検討してきた。

- ⑦ 二次輪番病院については、１日あたり２床では足りないとの意見について、２床から４床を目途に強化を検討した。

- ⑧ 二次輪番の定義について、病院ごとに考えが異なるため、定義づけをした方が良いとの意見について、二次医療機関ごとの類型について、定義づけを検討した。

(ウ) 千葉医療圏の二次医療体制に関する課題整理（３ページ）

- ① 高齢者の増加に伴い、救急搬送件数が増加しており、今後も増加が見込まれる。

- ② 輪番日でも専門外、満床、患者対応中などを理由として患者が受け入れられない事例がある。

- ③ 輪番日以外では、スタッフの配置上、救急患者の受入が難しい病院もある。

- ④⑤ 診療機能に差があるが、支払額は同じである。

(エ) 新規二次医療体制について（４ページ）

検討した結果や課題をもとに、市としての新規二次医療体制の案を作成した。

- ① 受入可能な救急患者に応じて受け入れ区分を新設

「緊急度の高い夜急診からの患者」や「救急車で搬送患者」に対応可能な病院として二次輪番病院Ａを、「緊急度の低い夜急診からの患者」や「処置後の患者」に対応可能な病院として、二次輪番病院Ｂと定義する。

「救急車で搬送患者」は入れていないが、不用な手間を省くため、本来であれば、夜急診に搬送して、その後二次医療機関に収容される患者を、消防隊の判断で直接二次医療機関に収容依頼を行う場合については、収容後に消防隊からの要請であることを夜

急診に連絡することを条件に、「夜急診からの患者」と同等の扱いとすることを可能としてはどうかと考えている。

機能のありなしではなく、実際に救急搬送された患者を受入できているかどうかを判断基準として、前年度の救急車受入患者の実績として、年間200件かつ1輪番日あたりの平均5件以上を受入していることを要件としてA病院として、それ未満の病院については、B病院としてはどうかと考えている。

また、輪番日ではないものの、事前に夜急診と消防局に連絡を入れることを条件に、輪番病院と同等の業務を行う非輪番病院を追加することとしている。

しかし、B病院の点線部分については、市民の納得が得られるのか、制度化するために詳細なルールを設定する必要があるなど、難しい部分もあるため、制度を動かした後、必要性や制度化の可否、制度の運用状況をみながら後付けで拡張することを考えた方がよいのではないかと考えている。

② 救急車受入用に追加で2床分を確保

既に夜急診からの受入用に確保している病床については、これまでどおりの取り扱いとなるが、追加分となる救急車の受入枠については、これまでの夜急診からの患者用の受け入れ枠とは別に、新規に受入枠を設けてもらうこととしている。

その費用として、市が現在の2枠という費用に追加して、その2倍にあたる費用を追加で支払うこととする。

なお、医療機関の規模などによって救急車の受入が可能かどうか分かれてしまうため、実際には医療機関間の調整により、受入が可能な医療機関を中心として受入を行ってもらい、その実績に応じて市からの支払い額を再分配していく案となっている。

既に夜急診からの受入用に確保している病床については、これまでどおりの取り扱いとすることから、待機基本料として支払いしている既存の支払い分については、そのまま変更はない。

按分の基礎となる項目について、【役割に応じた配分ルール例】に記載のとおり、救急車受入件数や処置後の患者受入件数などを想定している。

③ 初期医療機関からの搬送イメージ（5ページ）

救急車の直接受入を想定した場合の現行制度と新体制の変更内容については、イメージ図を作成した。

④ 平成29年度の医療機関別の輪番回数や1輪番当たりの救急受入件数などの実績（6ページ）

平成29年度実績を使用した場合では、網掛け部分の病院がAとなり、白抜きの病院がBとなる。

⑤ 役割分担に応じた待機料を按分した場合の支払いイメージ（７ページ）

二次輪番病院A、Bについては、救急車の受入の有無に応じて、体制構築の費用が異なることなどから、その負担に応じた調整率を設定している。

また、非当番病院については、役割としてA、B病院と同等の機能を求めることとなるが、基本待機料は支払われないことから、その分調整率を高めを設定している。

図②配分イメージでは、これまでの基本待機料をベースとして、網掛け部分の費用を上乗せするというイメージになる。

⑥ 新規制度の主な意見と効果検証について（８ページ）

搬送困難事例受入医療機関支援事業に参加している病院を中心とした医療機関からは、次の意見をもらった。

- 1 金額の配分制度自体は良い。
- 2 これまで救急搬送を主に受け入れている医療機関がより多くの患者を受け入れるという状況に変わりがなく、また医療機関によって受け入れの多寡があるため、新たに制度を考える場合には、基本待機料についても見直しが必要ではないか。
- 3 待機料だけではなく、輪番日の割り振り数についても、実績に応じて配分するルールを検討したほうがよいのではないか。

一方、それ以外の医療機関からは次の意見をもらった。

- 1 既に夜急診からの患者用に確保している病床があり、これを崩してしまえば初期救急を維持できなくなる。
- 2 救急車を受け入れるには、夜急診からの患者用に１床確保しているが、その枠以外を使うこととなるが、病院の規模から考えても、これ以上の受け入れ枠の確保は難しい。

(オ) 今回の制度改正を受けての効果検証（８ページ）

今回の制度改正については、短期的な取り組みとして検討してきたものですが、これで終了ではなく、これまでに頂いたご意見を踏まえ、事業効果を検証し、より良い制度となるように見直していくほか、初期救急も含めた中長期的な見直しについても、同時に検討していくこととなる。

また、今回の制度についての効果検証については、制度開始前と後での患者受入件数の変動、救急搬送困難事例の解消効果、按分内容の公平性などについて検証していくことを想定している。

これ以外にも夜間の初期、二次救急の全体についても検証し、実績に応じた按分について、基本待機料や輪番日数にも当てはめていくべきか、ほかに実績按分に加えたほうが良い項目はないかなどについて、見直しを検討していったらどうかと考えている。

イ 質疑応答・意見等

<織田委員>

現在の体制では2病院が内科二次病院となっているが、組み合わせとしてA病院とB病院が必ずペアになるのか。または、A病院とA病院・B病院とB病院となってもいいのか。

<事務局>

今年度は既に輪番体制が決まっている。来年度の組み合わせについて、すべての組み合わせがあり得と考えている。

<織田委員>

スタートは輪番が決まっているため、今年度についてはそのまま実施していく。今後については実績を見ながら考えていくということで理解した。

また、救急受入病院について地域差（中央区が多い）がある。今後、多く受け入れている医療機関の輪番日の数を見直していくことはあるのか。

<事務局>

すぐ変更ということは難しいと思われる。まずは、今回の見直し案を実施してみてから考えていきたい。

<大濱部会長>

来年度について基本的にはA病院B病院の組み合わせになるのか。

<事務局>

そのようにできればいいが、今年度の実績をみて考えていきたい。

<大濱部会長>

今年度はいつから始めるのか。

<事務局>

事務的な処理が終われば、11月から実施していきたい。

<大濱部会長>

今回の料金体系は今年度途中からでも支払われるのか。

<事務局>

今年度から実施したものについては、支払いを予定している。

<大濱部会長>

B病院とB病院で受け入れられない患者はどうするのか。

<事務局>

輪番外協力病院という枠があるため、そこで参加してもらいたい。

<大濱部会長>

今年度についてB病院B病院の組み合わせがあるのか。

<事務局>

今年度もB病院B病院の組み合わせがある。

B病院B病院の組み合わせの日については、輪番外協力病院に協力してもらうことを期

待している。今回の見直し案は、期間中の救急車の搬送件数や初期からの患者受入数が全体的に減ることを目標している。すべての日について輪番外協力病院として参加いただくのは難しいと考えている。中長期的に制度を見ていきながら将来的にはA病院B病院で組めるようにしたい。

<大濱部会長>

A病院の負担がこれまで以上に大きくなっていくと思われる。A病院としての意見はあるか。

<鈴木（孝）委員>

輪番外協力病院について、具体的なイメージは。手上げ方式か

<事務局>

予め手を挙げてもらうことになる。

<鈴木（孝）委員>

2、3か月前に病院から報告することになるのか。

<事務局>

事務的な話しはこれから詰めていくことになる。

<大濱部会長>

輪番外協力病院に協力していただける医療機関はあるのか。

<斎藤（幸）委員>

制度をみると輪番外協力病院の方がよく見えるが問題はないのか。

<事務局>

輪番外協力病院では基本待機料が設定されていない。ある程度の数を受け入れてもらわなければ基本待機料を超えないような制度設計をしている。

<斎藤（幸）委員>

輪番外協力病院はA B病院が輪番日以外に協力できる日に参加するということか。

<事務局>

そのとおり。病院によっては当番の先生や院内体制により協力できる日があると思われる。そのような日に輪番外として参加できるようにした制度である。しかし、その日は当番ではないため、基本待機料は支払えないが、受入件数に応じて支払いをする制度である。

<大濱部会長>

輪番外協力病院として申請しても、当日に空いている病床が埋まってしまう可能性はあるのではないか。

<事務局>

その可能性があるが、枠そのものが増えているため、体制としては広がっていると考えている。

<大濱部会長>

三次救急については変わらないか。

<事務局>

三次救急については千葉県の救急医療体制での話になってしまうため、この会議では決めることはできない。

<織田委員>

千葉市の救急医療体制について、二次病院体制がうまくいっていないことにより搬送困難事例が発生している。海浜病院が新しく建て替えることが決定したため、これを契機に大きく変えることができるかもしれないが、新病院ができるまでは、この体制で乗り切り、少しでも受け入れている医療機関の負担を減らすのが最善の策だと思う。

<寺井委員>

政令市の中で搬送待機時間が千葉市は長い。中央区に病院が集中している。行政区（6区）ごとに基幹医療機関があり、医師会が絡み1次から2次もしくは2．5次までの体制を作らなければいけないと思っている。夜急診が千葉市の西にあることも見直さなければいけない。患者目線での救急医療体制の構築が必要だろう。二次病院の強化が市立病院だけでなく、千葉市として必要。千葉市医師会の先生方にもよいアイデアを出していただけるようお願いしたい。

（3）その他

特になし

以上のとおり議事を進め、午後8時30分に閉会した。

以上