資　料　1

1　二次病院救急受入体制見直し案

Ⅰ　二次救急医療体制見直しの経緯

①消防法第３５条の５第２項第６号にある搬送困難事例を解消させるための取組みとして、千葉県が平成２９年８月から「千葉県搬送困難事例受入医療機関支援事業」を以下の３医療機関で事業を開始するも、受入医療機関の負担が非常に大きく、事業継続が困難となってしまい、平成３０年３月をもって一旦休止となった。

【平成 29 年開始時の受入医療機関】

最終受入医療機関	一時受入医療機関	
千葉大学医学部附属病院	千葉中央メディカルセンター	みつわ台総合病院

②その後、救急を多く受け入れている市内医療機関と共に計３回の「救急搬送困難事例の解消に向けた連絡会（以下、連絡会という。）」を行った結果、平成３０年度に以下の６医療機関を救急搬送困難事例解消協力医療機関（最終受入医療機関）として、「千葉県搬送困難事例受入医療機関支援事業」を再開することとなった。

協力医療機関（最終受入医療機関）		
千葉大学医学部附属病院※	千葉市立青葉病院	千葉メディカルセンター
千葉中央メディカルセンター	みつわ台総合病院	千葉市立海浜病院

※　平成３１年４月より、千葉大学医学部附属病院は救命救急センターに指定されたため、救急搬送困難事例解消協力医療機関は千葉大学医学部附属病院を除く５医療機関となる。

③連絡会においては、「千葉市の救急医療体制自体が現状に即しておらず、数十年前にできた体制がそのまま運用されているため、これらの救急医療体制（主に内科二次輪番医療体制）の見直しを行わなければ、千葉市の救急は今後続けられない。」といった意見が多くあったため、内科二次救急医療体制に関する見直しを図ることとなった。

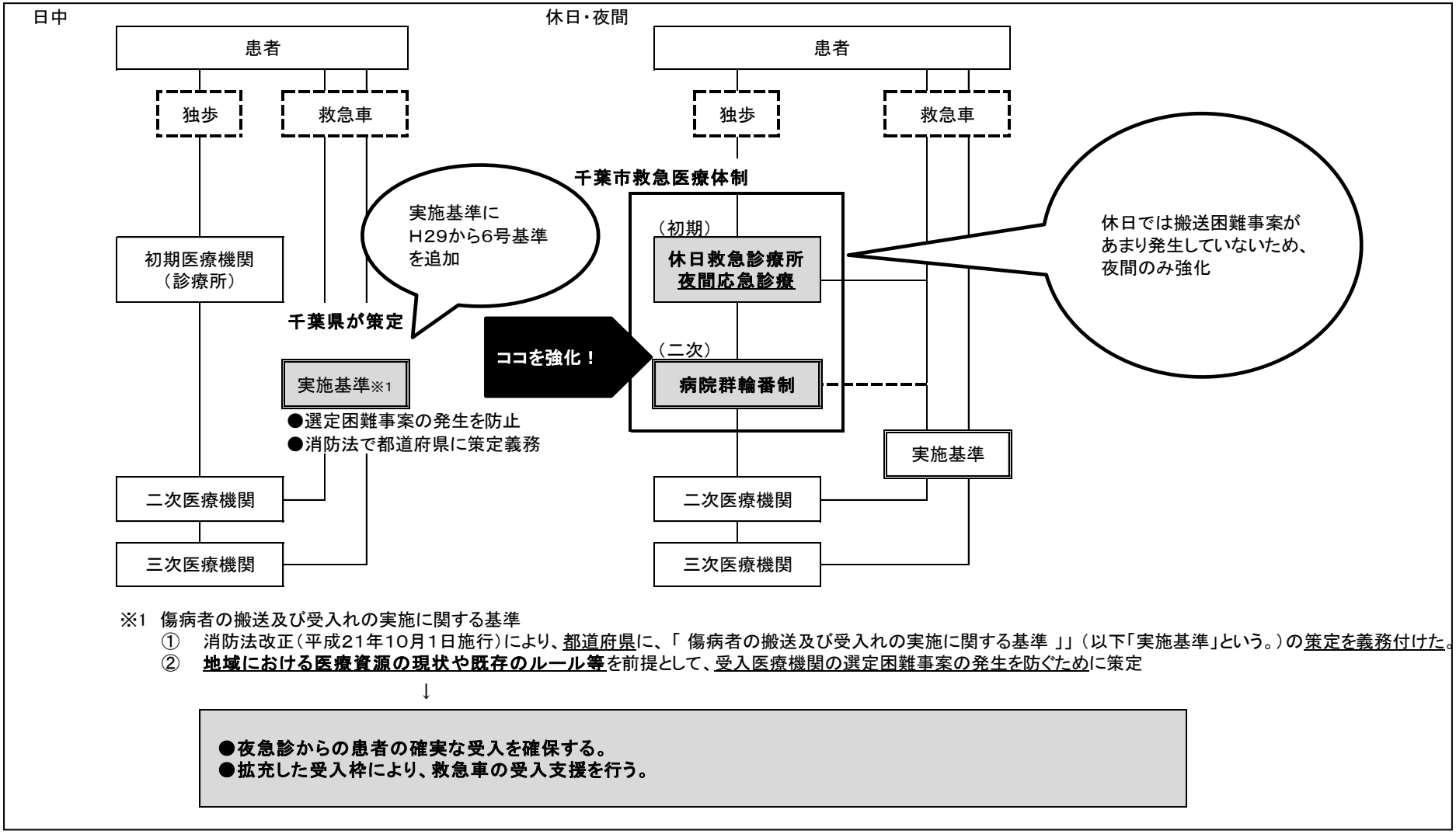
④救急を多く受け入れている市内医療機関との協議の場を継続した「二次救急医療整備検討会（以下、検討会という。）」を実施し、二次輪番体制の見直しについて意見を伺った。

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、見直しについての検討を行った。

⑤その後、「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、市内の二次輪番病院 17 病院と千葉大学医学部附属病院及び千葉県救急医療センターと協議を行った。

委員会では、各参加医療機関の現状や見直しの方向性について話し合い、千葉市の救急医療体制における様々な課題が浮き彫りとなった。

Ⅱ　救急医療体制における見直しイメージ



※1　傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準

①　消防法改正（平成21年10月1日施行）により、都道府県に、「 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準 」」（以下「実施基準」という。）の策定を義務付けた。

②　**地域における医療資源の現状や既存のルール等**を前提として、受入医療機関の選定困難事案の発生を防ぐために策定

↓

●夜急診からの患者の確実な受入を確保する。
●拡充した受入枠により、救急車の受入支援を行う。

Ⅲ　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

関係医療機関の意見	検討策
①　根本的な問題として、救急車の件数を減らす取組が必要。	消防局との協議が必要。
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良い。	病院間調整機能の強化を検討。
③　「まずは自院で診療を行い、緊急度及び重症度が高く、対応が難しい場合には高次病院に送れる。」という担保があれば安心して患者の受け入れが可能になると思われる。	
④　搬送後に急変した患者のバックアップ体制が必要。	
⑤　救急の受け入れについて、病院間で偏りが見られるため、地域の医療機関で負担を分担して欲しい。	当日夜間や、翌日の受入協力体制を検討
⑥　翌日、患者の自宅近隣の病院で受け入れる仕組みは必要。日中の転院であればスタッフ等がいるため、受入体制を取り易い。	
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。	２床→４床を目途に強化を検討。
⑧　二次輪番病院の役割について、病院によって考えが異なるため、定義付けをした方が良い。	二次医療機関の類型について、定義付けを検討。

Ⅳ　千葉医療圏の二次医療体制に関する課題整理

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　輪番日当日にもかかわらず、専門外、満床、救急車の直接受け入れによる患者対応中などを理由に千葉市夜間応急診療（以下、夜急診という。）からの患者受け入れが行われない事例がある。
③　輪番日以外の救急患者受入について、医療スタッフの配置上、受け入れが難しい病院が一部ある。
④　病院間で輪番実施回数や受入患者数の差異が大きい。
⑤　病院間の診療機能に差異がある。
⑥　参加病院の患者受入実績にかかわらず、各病院への支払額は日数に応じて一律で支払われている。

２　新規二次医療体制について

Ⅰ　新規二次医療体制の概要

今後の千葉医療圏における二次救急医療体制の役割について以下のとおり検討する。

（１）受入可能な救急患者に応じて受入区分を新設（役割分担を整理）

二次輪番病院体制を新たに 2 区分で整備し直すほか、輪番外の日に夜急診患者を受け入れる病院を新たに整備する。

①「緊急度の高い夜急診からの患者」＋「救急車搬送患者」⇒　**二次輪番病院 A**

※受入実績:
年間救急患者受入数 200 件以上
かつ
1 輪番日あたり 5 件以上の受入

②「緊急度の低い夜急診からの患者」＋「処置後の患者」　⇒　**二次輪番病院 B**

ただし、本来、夜急診を経由して入院となるような軽度の患者を救急隊の判断により、直接二次医療機関に収容依頼があった場合には、夜急診からの搬送と同様に取り扱うことを可能とする。（収容後、救急隊から夜急診に市の要請による受入を行った旨を連絡することが条件）

③非輪番日における夜急診患者の受け入れ　⇒　**輪番外協力病院**

①二次輪番病院 A	●夜急診からの患者受け入れについては、比較的緊急度の高い中等症患者の受け入れを行う。 ●B 病院で対応不可とされた患者の受け入れを行う。
②二次輪番病院 B	●夜急診からの患者受け入れについては、比較的緊急度の低い中等症患者の受け入れを行う。（救急隊からの要請による二次収容を含む。） ●「夜急診から A 病院へ転送された患者のうち処置が終了した患者」や、「A 病院での診断の結果、B 病院で対応可能とした患者」を受け入れる体制を整備する。 ●B 病院へ搬送後、患者の容体が急変した際は、A 病院及び三次救急医療機関へ搬送可能な体制を整備する。
③輪番外協力病院	●①及び②の輪番日以外で救急患者及び夜急診からの患者受け入れが可能な場合は、あらかじめ夜急診に対して患者受入が可能な旨を通知し、患者の受け入れを行う。

（２）救急車受入用に追加で 2 床分を確保

既に夜間応急診療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して、追加となる救急車の受入枠については、それ以外の新規の枠で受入するものとする。

夜間内科二次輪番体制に救急車の受入制度を新設※

●二次輪番病院 A 及び B の 1 輪番日あたりの受入病床数を 1 床⇒2 床に増床する。
●追加病床分の待機料については、病院群輪番制参加医療機関に対して追加で 2 床分を支給する。
なお、病院ごとに役割分担などにより、医療機関相互に独自ルール（以下の例を参照）を定めることは妨げない。

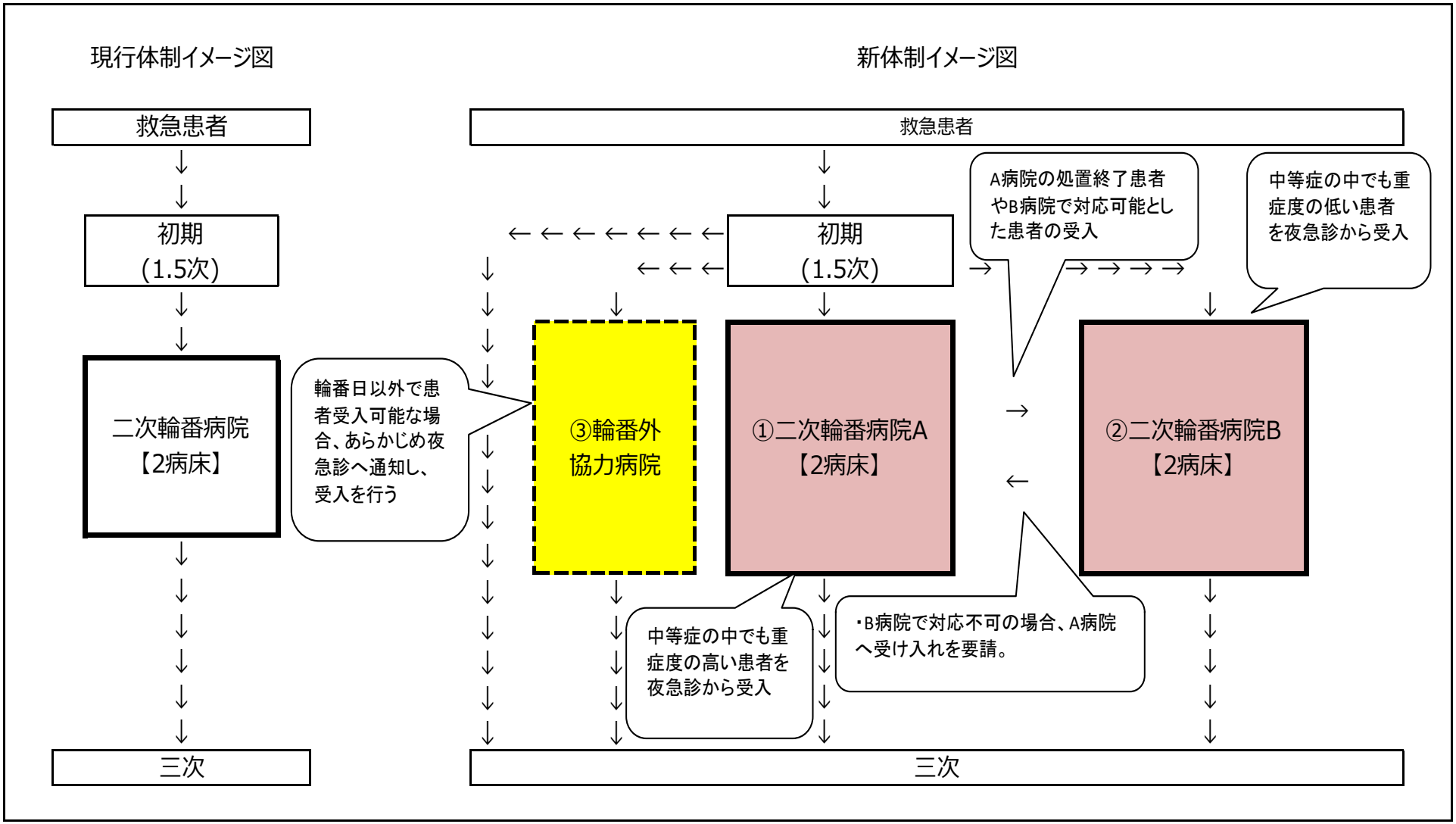
【役割に応じた配分ルールの例】

・輪番日の救急受入件数（夜急診患者含む）
・輪番日の処置後患者受入件数
・非輪番日における夜急診患者の受入数

} これらの件数に応じて待機料を按分

※「二次輪番基本待機料（既存）」については変更しない。

図①　初期医療機関からの搬送イメージ



これらの2区分の役割を現在の二次輪番病院17病院（平成31年4月1日時点）の平成29年度救急受入実績にあてはめると以下のとおりとなる。

医療機関名	病院区分（仮）	輪番日の救急受入患者数（人）	輪番日数（日）	1輪番日あたりの救急患者受入数※1（人／日）	輪番日の夜急診患者年間受入数（人）
医療機関　①	A病院	**1,598**	198	**8.1**	119
医療機関　②		**387**	48	**8.1**	14
医療機関　③		**375**	48	**7.8**	27
医療機関　④		**303**	52	**5.8**	56
医療機関　⑤		**295**	48	**6.1**	16
医療機関　⑥		**287**	24	**12.0**	15
医療機関　⑦	B病院	90	48	1.9	17
医療機関　⑧		86	36	2.4	9
医療機関　⑨		72	24	3.0	3
医療機関　⑩		63	48	1.3	12
医療機関　⑪		48	36	1.3	6
医療機関　⑫		41	36	1.1	10
医療機関　⑬		30	24	1.3	2
医療機関　⑭		18	12	1.5	3
医療機関　⑮		14	12	1.2	2
医療機関　⑯		9	24	0.4	4
医療機関　⑰		8	12	0.7	1
計		3,724	730	5.1	316

※1　夜急診からの転搬送受入患者を含む。

Ⅱ　役割分担に応じた待機料を按分した場合の支払いのイメージ

待機料の仕組みについては、現行の二次輪番病院基本待機料（2 床分）のほかに、追加病床分（1 日あたり 2 床分）の待機料を各病院の救急受入件数に応じて按分し、支払うこととする。

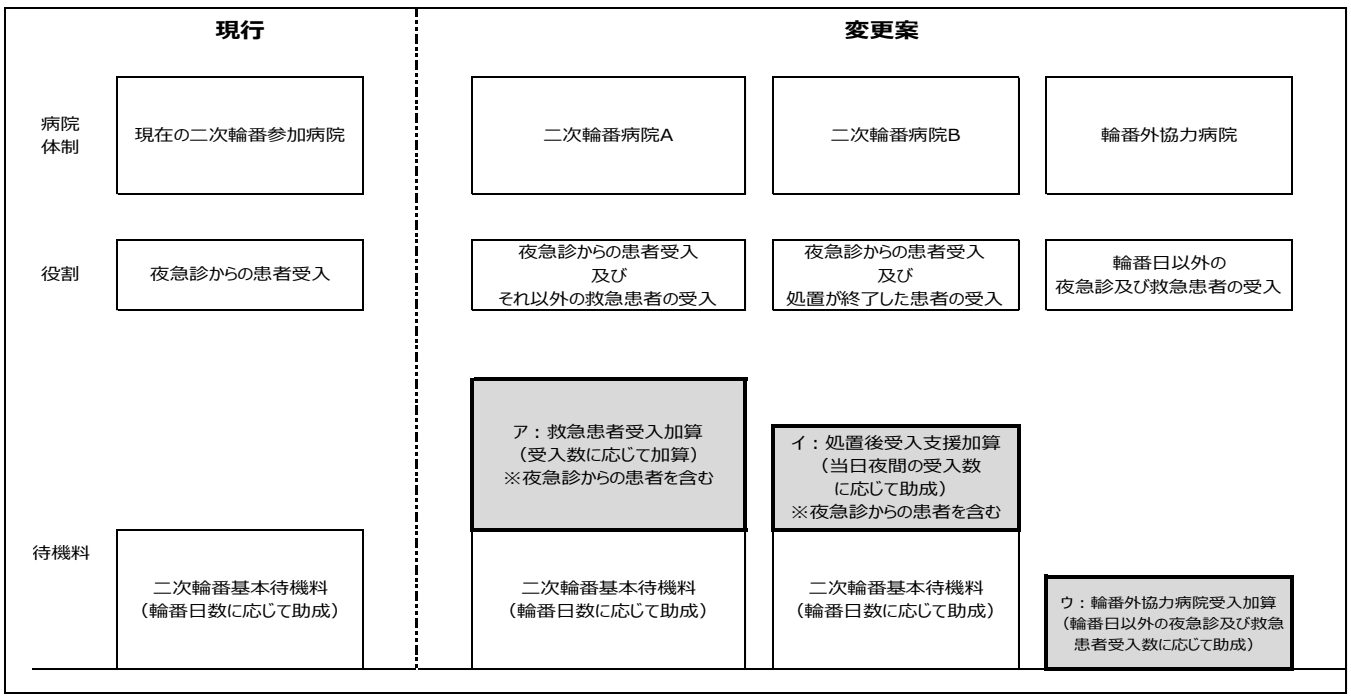
現行の二次輪番基本待機料

	平日	土日祝	年末年始
1 日単価【1 床分】	117,500 円	141,100 円	176,200 円

配分制度について

区分	二次輪番病院 A	二次輪番病院 B	輪番外協力病院
概要	① 各病院の「二次輪番病院 A としての受入件数」、「二次輪番病院 B としての受入件数」と「輪番外協力病院受入件数」それぞれに以下の調整率を乗じた数を算出する。（以下「調整数」という。） ② 全病院の調整数に対する、各病院の按分比率を算出する。 ③ 追加病床分（2 床分）の待機料に②の按分比率を乗じた額を各病院に配分する。 ④ 二次輪番基本待機料での対応となる夜急診からの 1 床目は、受入数からは除外する。		
調整率※	1.0	0.25	1.5 または 0.5
1 日 想定単価	二次輪番基本待機料に加え、 受け入れ 1 件あたり 20,000～30,000 円	二次輪番基本待機料に加え、 受け入れ 1 件あたり 6,000～7,000 円	受け入れ 1 件あたり 30,000～40,000 円 または 12,000～13,000 円

図②（配分イメージ）



３　新規制度の主な意見と効果検証について

Ⅰ　第３回二次救急医療体制整備検討会で出た主な意見

救急搬送困難事例解消協力医療機関（５医療機関）と３次医療機関及び市医師会に対し、新規二次医療体制と配分制度について説明したところ、以下のとおり意見をいただいた。

①	今までは、救急患者の受入実績にかかわらず、日数に応じた金額のみの支払制度であったため、増床分について金額を配分する制度自体は良いと思われる。
②	救急搬送困難事例解消協力医療機関（５医療機関）がより多くの患者を受け入れるという状況は変わらない。 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、二次輪番基本待機料についても、見直しが必要ではないか。
③	受入実績に応じた年間二次輪番日数の配分ルールを検討したほうが良いのではないか。

Ⅱ　二次救急医療体制整備意見交換会で出た主な意見

上記Ⅰ以外の夜間内科二次輪番病院との意見交換において、以下のとおり意見をいただいた。

④	現状では、夜間応急診療からの患者用に１床以上の確保をしている。 現実問題として、これを崩してしまえば、初期救急を維持していくことはできない。
⑤	救急車を受け入れるときは、④以外の枠を使うことになるが、 病院の規模から考えても、これ以上の受入枠を確保することは難しい。

Ⅲ　今回の制度改正を受けての効果検証

【効果検証のポイント】

新規二次医療体制及び二次輪番基本待機料配分制度による効果が出ているか、制度上の問題はないかなどを制度実施後に検証する。

（患者受入数、救急搬送困難事例の解消効果、待機料按分の公平性など）

【今後の制度見直し】

効果検証をもとに、再度制度を調整していく。

≪改正に向けた検討ポイント≫

（１）実績に応じた分の負担に対する按分を二次輪番基本待機料の一部にも当てはめて算出するべきか。
（２）実績に応じて、年間の輪番日数の割り当てを調整するべきか。
（３）実績按分に他の項目（重症度別の調整率、翌日患者受入数　等）も追加するべきか。

なお、中長期的な見直しについても検討していく必要がある。