

令和5年度 第3回  
千葉市地域保健医療協議会  
議 事 録

## 1 会議の名称

令和5年度第3回千葉市地域保健医療協議会

## 2 開催日時

令和6年3月18日（月）午後8時45分から午後9時25分

## 3 開催方法

オンライン開催

## 4 出席者

### (1) 委員

斎藤博明会長、斉藤浩司副会長、中村真人委員、柴田康司委員、日向章太郎委員、中村達也委員、寺口恵子委員、杉崎幸子委員、飯島睦子委員、中田孝明委員、森嶋友一委員、宮田昭宏委員

※欠席委員

大濱洋一委員、玉井和人委員、分枝一枝委員、片倉朗委員、秋元稔委員

### (2) オブザーバー

篠崎啓千葉市医師会理事、斉藤俊弘千葉県民間病院協会理事長代理、福田和正千葉メディカルセンター病院長、鈴木孝雄最成病院長、中島弘道千葉県こども病院長、横田朗千葉市立青葉病院副院長、吉岡茂千葉市立海浜病院長、佐藤信行全国健康保険協会千葉支部長、萱野靖浩千葉銀行健康保険組合常務理事、竹内公一千葉大学患者支援部長

その他千葉市内医療機関関係者

### (3) 事務局

今泉雅子保健福祉局長、饒波正平医療政策課長、赤岩威俊医療政策課課長補佐

## 5 議題

### (1) 千葉市の救急医療について

### (2) その他

## 6 議事の概要

冒頭、事務局が、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を説明した。

また、本会議前に同日開催した『令和5年度第3回千葉地域医療構想調整会議』（以下、『調整会議』という）を終了後、午後8時45分より会議を開始した。

### (1) 千葉市の救急医療について

千葉市の救急医療について説明した。

### (2) その他

## 7 会議経過

本会議開催前に同日開催した『調整会議』の終了後、午後 8 時 45 分より会議を開始した。

## (1) 千葉市の救急医療について

事務局が、資料「千葉市の救急医療について」について、以下のとおり説明した。

### ア 資料 1 ページから 2 ページまで

救急医療については、千葉市地域保健医療協議会に救急医療対策部会もあるが、部会の委員については全て協議会の委員として含まれており、また、救急医療だけの視点ではなく、医療全体としてのご意見をいただきたいので、本協議会でご説明させていただきたい。

千葉市の救急医療に関することについて、全体として説明後、外科系・内科系の救急医療体制の現状のご報告、その後に各論も含め全体についてご意見をいただきたい。

### イ 千葉市の救急医療体制（休日昼間）（3 ページ）

千葉市の救急医療体制の概要として、千葉市では、どうしても人手が不足する休日・夜間について救急医療の輪番体制などを組んでいる。まず休日の昼間は初期救急として休日救急診療所があり、診療科目として 7 科目の診療科について、千葉市医師会・歯科医師会・薬剤師会など関係団体の皆様にご協力をいただきながら、診療を行っている。また初期の在宅当番として産婦人科を 1 か所、二次救急についても病院輪番群制で対応している。

### ウ 千葉市の救急医療体制（夜間）（4 ページ）

夜間の初期救急として内科・小児科は夜間応急診療所、外科・整形外科については輪番制病院・診療所で診療をいただいている。また、夜間内科二次・外科系の後方支援として体制も整備している。

### エ 搬送困難事例受入医療機関支援事業（5 ページ）

千葉県の事業で、搬送困難事例受入医療機関支援事業として、長時間搬送先が決まらない等一定条件下の患者について、受け入れを行う 7 医療機関に支援を行っていただいている。

### オ 救急出動件数等の推移（6 ページ）

救急車の出動件数等として、令和元年に 6 万件だった救急出動件数は、令和 5 年には 7 万件に迫る伸びとなっており、搬送困難事案についても令和元年の 2,800 件程度から令和 5 年が 8,600 件程度というような形で増えている。

### カ 夜間外科系の現状（患者数の推移）（8 ページ）

ここから夜間外科系救急の医療体制について説明する。

夜間外科系の患者数の推移では、初期医療機関にご対応いただく患者数としては令和元年からの実績で一日あたり 13.1 人から 16.4 人となっている。

また、後方支援としてご対応いただいている数が 2.4 人から 2.6 人、非当番で 7 人から 8.5 人、三次医療機関に 1.4 人から 2.0 人程度ご対応いただいているような状況。

### キ 夜間外科系の現状（時間帯別患者数）（9 ページ）

令和 4 年度の時間帯別の患者数は、初期医療機関に対応いただいたのは先ほどのページにあるが一日あたり 13.8 人だが、22 時以降の患者は 3.9 人、0 時以降とした場合は 1.7 人とほとんどの患者が夕方から夜の早い時間に受診しているという傾向が見て取れる。

### ク 夜間外科系の現状（程度別患者数）（10 ページ）

令和 4 年度の救急車の受け入れについて、初期は 1900 件程度の救急搬送を受け入れている。また、初期医療機関が対応している患者については軽症が大多数ではあるが、一定数重症、中等症の患者もいる。

#### ケ 夜間外科系の現状（11ページ）

これまで夜間外科系に関するデータをご覧いただいたが、夜間外科系についても、多くの医療機関・関係者のご協力をいただきながら、千葉市の救急医療体制に寄与してきたと考えている。だが、制度開始以来初めて、初期医療機関が不在となる日が出現している。また、後方支援いただいている医療機関からも医師の確保等の理由から当番日を減らしたいという申し出がある。

制度開始から20年経過しており、関係者のご尽力によって、深夜であっても軽症者が受診できる体制というものを維持してきたが、医師についても偏在や高齢化というものが進む中、社会状況が変化しているというようなところ、皆様により安心できる医療提供体制を構築するため、再検討を行っている。

#### コ 夜間外科系（現状への対応）（12ページ）

こういった現状への対応として、初期輪番の医療機関にアンケートを行い、初期輪番の診療時間についてご意見をいただいている。アンケート結果としては表のとおり、従前どおり深夜帯についてもご協力いただけるという医療機関もあるものの、深夜の診療は難しいというご意見もいただいている。引き続き、時間帯については調整を図っていきたい。

また、不要な救急搬送を抑制するために、コールセンター業務を導入したいと検討を行っているところであり、事業者の公募等の手続を踏みながら、導入に向けて調整を行っていききたい。

#### サ 夜間外科系（中長期的な対応）（13ページ）

以上が初期輪番病院など一次救急への対応である。一方で、後方支援医療機関においても、輪番への協力が難しいという声をいただいている。これについては、千葉市だけの傾向ではないが、外科医師の減少傾向も関係していると考えている。また、来年度からは医師の働き方改革に伴い、影響について注視しながら、制度の在り方について検討する必要があると考えている。一方で、夜間外科系救急の個別の政策として、例えば医師の減少であったり働き方改革であったりの諸問題を解決することは困難と考えており、千葉市の救急医療の方向性、または救急医療含め医療全体の方向性としてお考えのことがあればご意見をいただきたい。

#### シ 夜間内科二次（制度改正）（15ページ）

夜間内科の二次救急医療体制について、令和元年度に、この千葉市保健医療協議会の部会である救急医療対策部会において先ほどの夜間外科と同様にご報告と見直しを行っている。

また夜間応急診療所のバックアップのため、待機料により二次救急医療体制を整備していた。令和元年の見直しで、上記に加え、待機料2床と同等の予算を用意し、救急搬送用に受け入れ実績に応じたインセンティブ方式を導入した。

#### ス 夜間内科二次（制度改正の効果検証）（16ページ）

夜間内科二次の制度改正にあたっては次のページの通り、改正後の効果検証についても、部会でご報告している。

効果検証については、期間中にコロナウイルスの発生があったため、単純比較はできないが、来年度から様々動きもあるので、いったん現時点での効果について検証しておきたいと考えている。

#### セ 夜間内科二次（令和元年度効果検証資料）（17ページ）

資料は当時の部会での発表資料を抜粋、赤字加工したものである。効果検証にあたっては患者の受け入れ数や救急搬送困難事案の解消、待機料按分の公平性について検証したいと考えて

おり、また、中長期的な見直しについても引き続き、検討する必要があるとしていた。

ソ 夜間内科二次（制度改正の効果検証）（18ページ）

出動件数等のグラフの令和元年から2年にかけては、救急出動件数は減少、搬送困難事案は増加というような動きをしている。搬送困難統計においては令和元年4月開始といった統計上の限界もあるが、コロナにおける屋外での活動自粛などによる出動件数の減少、コロナの疾患による搬送困難の事案増などが考えられる。また、令和4年から令和5年は、出動件数は増加、搬送困難事案は減少というような動きである。出動件数の増加は医療需要の増加、まあ高齢化等によるものと考えられるが、搬送困難事案の減については、もちろん夜間内科の制度改正の効果の可能性も否定できないが、コロナの5類移行や、医療機関の感染症対策が進んだため、搬送困難となっていた発熱患者等の受け入れが進んだことなども考えられるため、今後も推移を注視していく必要がある。

タ 夜間内科二次（制度改正の効果検証）（19ページ）

令和元年に新しく新設したインセンティブ方式に関して、表において、2床相当の予算で、1当番日当たりの受入件数が平均3.7から5.2程度受入があり、二床の待機料を支払いするよりも、救急の受入を進めることができたと考えている。

一方で受け入れた医療機関には偏りがあり、下の表のとおり1当番日当たりの受入件数が1件未満の医療機関も一定数見られた。

チ 夜間内科二次（制度改正の効果検証）（20ページ）

按分の公平性に関して、初期診療を行う夜間応急診療所から受入を行っている、従前からの待機料部分についても夜急診からの受入応需率が50%未満の医療機関があるなどこちらも偏りが生じていると考えている。偏りの理由は様々であるが、一つとして内科と言っても様々な疾患があり、医師の専門性によって受入が困難となる場合があるという声もいただいている。

ツ 夜間内科二次（制度改正の効果検証）（21ページ）

以上の通り、制度改正については、インセンティブ制度の効果はあったものと考えている。

一方で、指標となる搬送困難事案などへの影響も判然としないため、引き続き状況の効果の検証は続けていく必要がある。

また、待機医療機関についてはかなりの偏りが生じていると考えており、患者の受入件数については、例えば全ての医療機関が公平に受け入れている状況とは言い難いと考えられるため、どのような方向性で対応していくべきか、検討が必要である。

テ 千葉県救急医療体制まとめ（22ページ）

夜間外科・夜間内科二次救急ともに様々な問題があり、各論として制度の改善を図っていく必要があると考えている。

一方で医療需要の増加や人手の不足といった課題に対して、救急医療の施策のみで対応しきるのは困難と考えており、千葉の医療をどうして行くべきかという考え方が必要であると考えている。

千葉市の救急医療施策が実質的に一部の医療機関に偏ってしまっていることは事実であると考えている。一方で機能分化については、医療機関の皆様が納得できるような分担を考えていく必要があると思ひ、議論を重ねていく必要があると考えている。

その際に案としては様々考えられるが、各医療機関が得意な診療科目等を更にメリハリをつけ、現状では夜間の救急受入が少ない急性期病床をもつ医療機関には得意な診療科目において

積極的な受入をお願いするほか、診断がついた時点で早期に受け入れをいただくなどの対応、また、現状の体制を維持しながら千葉医療圏の特徴である大病院が三次救急を担う千葉大であり、二次救急医療機関はどちらかという中規模の病院となっている点などを考慮し、病床の規模などについて検討する必要がある。必ずしもこちらが出した案にとらわれずに皆様の状況が反映された対応方針をご議論いただきたい。

ト 本日ご意見いただきたいこと（23ページ）

夜間内科、夜間外科の状況等の過不足感とともに、日々の救急医療や単に救急医療の入口からの視点ではなく、急性期病院同士の転搬送や、急性期治療終了後の回復期、慢性期への転院の状況、回復期、慢性期で急変が起こった際の急性期へのこぼれの搬送、受け入れ状況など、幅広い視点でご意見をいただきたい。

また、救急車を受け入れる医療機関が偏る状況に対して、満遍なく受け入れることを目指すのか、それとも救急医療機能を一部の病院に集約化すべきなのか、また救急の出口の問題として急性期、回復期、慢性期の地域連携を強化すべきのかなど、千葉市の救急医療の今後の方向性についてお考えのことについてもご意見をいただきたい。

**【質疑応答等発言要旨】**

事務局の説明について、斎藤会長から質疑及び意見の時間が設けられた。

<横田オブザーバー（青葉病院）>

千葉市の救急のうち、特に整形外科ではなく外科に関しては、かなり危機的な状況にあると私たちは認識している。一番大きな問題は、二次救急を担う外科のドクターの数が決定的に少ないという問題がある。二次救急の病院を増やすということは現実的には難しいと思うが、なんとか医師を増やすような方向性を考えていかないと、二次救急をやっているところは疲弊する一方になってしまうと思う。私自身に良い案があるわけではないが、やはり大学病院をある程度巻き込んでいただいて、そこから二次救急をやっている病院にある程度医師を派遣していただくとか、それはパートでも構わないと思うが、二次救急を担っていただく外科医師の数を増やしていかないと消耗戦になってしまうと感じている。

<医療政策課事務局>

外科系の医師を増やしていくというような論点とともに、また二次救急を担っていただく外科医系の医師を増やしていくというという案も考え方も示していただいた。その点で医師全体として外科医師を増やしていくのか、それとも例えば医療機関ごとに調整していただいて、二次救急を三次救急である千葉大病院からというところなのか、どのような形で進めていくべきかということは今後議論が必要だと考えている。

<中村委員（医師会副会長）>

これは海浜病院、青葉病院、国立千葉医療センターの院長先生方にお伺いしたい。今の外科の先生の増加案と関係があるが、私が担当理事の時に、各病院の先生方が救急を見ていただいたときにインセンティブを付けたいということで色々ご相談したことがあったが、病院として考えるとインセンティブを病院に付けても各担当の先生に回っていかないということで、別の場所に出動する形であればそういうインセンティブをその先生に回すことが可能ということを以前聞いたことがある。医師の働き方改革との絡みもあるので難しいかもしれないが、例えば海浜病院の先生がある別の場所で救急の外科あるいは整形外科を見るような形ということは今後考えられるのか。各病院

の院長先生に教えていただきたい。

<医療政策課事務局>

医師に対する直接的なインセンティブについては、病院側の考えもあると考えている。一方で常勤の割合なども大切だとは思っている。外科医師のインセンティブについて各病院の先生方でご指摘いただきたい。

<斎藤会長>

ここではなかなか結論がつかないので、アンケートなりをとって、またこの場所で話していただきたい。

<吉岡オブザーバー（海浜病院）>

救急二次をやる病院が少なくなっているという中で、実際には救急一次から撤退している病院が増えている。一次を埋めきることが出来ない中で、二次救急病院が一次も一緒に行っているところが増えているが、実際に二次病院としてはこれだけ高齢化し、外科医が少ない中で、二次病院は入院が必要な患者の診療に専念すべきといったところで、いかにして一次に参加出来る病院もしくはクリニックを増やせるかが大事かと思う。

資料にあった通り、夕方から翌日の朝までというわけではなく時間を区切って、例えば夜間10時なり11時なりに時間を区切って一次に参加してもらって施設を増やす。それで現在二次救急を担っている病院に関しては出来るだけ長く二次として入院診療を行えるようなことを継続していくといった体制を作っていくのが重要だと思う。

<森嶋委員（千葉医療センター）>

今吉岡委員が言われたようなことが実現可能であればいいなと思った。現状では外科医がものすごく減っている。そして高齢化している。うちでも実は外科当直がもう回らない。4月からどうやって回そうかという状況なので正直申し上げて、外科の二次を増やすということは当院としては不可能かなと現状では思っている。外科医は圧倒的に少ない。ただし整形外科医は相当いる。たぶん大学病院には相当いるのではと思うが、そこをどのように外科の二次当番で考えていくのかというのは一つあるのかなと思う。

インセンティブを付ければと言う話があったが、インセンティブの効果は一時的だと思う。最初だけちょっと頑張ろうかと言う感じになるが、当院などでは直接当直医に現金で支給するという事は出来ない。したがって研究費と言うような形で間接的にお渡しするわけだが、その名目もある程度研究費という名前になるので、内容が絞られるということでたくさん二次当番をやる医者は研究費がどんどん積みあがって使いきれないという状況も出ているのが現状である。

<篠崎オブザーバー（医師会理事）>

医師会や保健医療事業団の方で外科系初期後方の当番表を組むが、なかなか初期の方が一つ欠けてしまうとあと埋まらない状態、それからいくつかの病院にこれまで声掛けはしてきてはいるが、なかなか初期の当番病院が増えないような状態が実際には続いている。整形外科の先生は比較的好り、外科系の先生については消化器外科や外科救急の先生は大幅に減少している状況の中で、初期をなんとか維持していくには、消化器外科とかそういった外科系と、外傷の救急、実際の夜間の外科系救急の件数が8割は外傷救急になっている。5%ほどが消化器救急、あと5%ほどがその他の外科系と言う形になっているので、外傷救急と言う形で出来るだけ参加していただくということはもしかしたら可能なのではと今後の見通しとしては思われる。それが定点化になるのか、輪番になるのかはまた色々ご意見をいただく必要はあると思うが、その辺が一つ鍵にはなるのかなと考えて

いる。

<中村委員（医師会副会長）>

千葉市にお願いがある。1つは一次救急で来る方は軽症者であることが多い。それが一晩で初期に20件ぐらいある。救急車で行くとなると救急搬送も増えるし疲弊する。これについて千葉市も他県でやっているような救急車の使い方の事例を検討して参考にしたらどうか。

2つ目は内科の夜急診が最初出てきたころは65歳以上の高齢者も大体5%以下だったが、最近では25%。そういったことで疾患も難しくなって、対応が難しくなっているという。この辺をどうするかと言う視点もご検討いただければと思う。

<吉岡オブザーバー（海浜病院）>

先ほどの篠崎委員の意見に賛成。やはり外科系の救急一次に来られる患者は8割が整形疾患なので一次としては整形外科医だけでもいいと思う。それで腹痛の患者に関しては内科の夜急診から必要であれば外科系の救急二次に送ってもらうといった形で、一次の医師を増やすのは整形単科のクリニックでも可能だと思う。

<斎藤会長>

外科系の一次は昔から色々困難なことがあり、なかなか医師会も介入は出来なかったが、このような時代になってきたので、出来れば医師会も全面的に協力をさせていただいて、外科系の一次をなんとか継続させたい。

## （2）その他

特になし。

以上のとおり議事を進め、午後9時25分に閉会した。

以上