

平成30年度第2回千葉市救急業務検討委員会

議 事 録

1 日 時 平成31年2月19日（火）19時00分から20時30分まで

2 場 所 千葉市中央区長洲1丁目2番1号
千葉市消防局（セーフティーちば）7階 作戦室

3 出席者

(1) 委 員（10人）

織田 成人委員長、中田 孝明委員、杉浦 信之委員、石橋 巖委員、
中村 真人委員、福田 和正委員、湧井 健治委員、谷嶋 隆之委員、
山本 恭平委員、寺井 勝委員

(2) 事務局

石塚局長、深井警防部長、中村救急課長、梅澤救急課長補佐、深山救急管理係長、
新濱高度化推進係長、松江司令補、鈴木司令補、川畑司令補

(3) オブザーバー

千葉メディカルセンター：高石 聡副院長
千葉県：林副課長（防災危機管理部消防課）
高澤主事（防災危機管理部消防課）
大野室長（健康福祉部医療整備課）
牧野主事（健康福祉部医療整備課）
千葉市：堀主査（保健福祉局健康部健康企画課）
安藤主任主事（保健福祉局健康部健康企画課）
福田主事（保健福祉局健康部健康企画課）
笠井主査（病院局経営企画課）

4 会議内容

(1) 議事概要報告

「平成30年度第1回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

(2) 議題

千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」について

(3) 報告

平成30年主要業務（指示・指導及び助言、事後検証、教育）の実施状況につい
て

5 議事概要

(1) 「平成30年度第1回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

平成30年6月7日（木）に開催された平成30年度第1回千葉市救急業務検討委員会の議事概要は、平成30年度第2回千葉市救急業務検討委員会の会議資料として、事務局から各委員宛てに事前配布されていたことから、議事概要に関する疑義、意見等なく了承された。

(2) 議題 千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」について

事務局から事業の運用状況、協力医療機関（受入確保基準対象医療機関）から聴取した運用に関する意見について及び来年度からの運用に関する提案について説明、平成31年度受入医療機関確保基準救急隊活動フロー（案）のとおり来年度からの運用については、千葉大学医学部附属病院が今年4月から救命救急センターの稼働が開始されることから、同病院を削除し、5病院にて継続して運用することについて承認された。

なお、搬送困難事例をより詳細に分析するため、消防局は千葉県内の他市消防（局）本部から千葉市内の医療機関に收容されている人員を、健康企画課は介護老人福祉施設等のバックアップとなっている医療機関の実態を、それぞれ確認することとなった。

(3) 報告 平成30年主要業務（指示・指導及び助言、事後検証、教育）の実施状況について

事務局から平成30年主要業務（指示・指導及び助言、事後検証、教育）の実施状況について報告があった。

6 審議概要

梅澤補佐	<p>ただいまより、平成30年度第2回千葉市救急業務検討委員会を開催させていただきます。はじめに、委員の改選について事務局より御報告いたします。平成30年6月に千葉市医師会会長及び役員の改選が行われ、本委員会に御出席いただいております齋藤委員が医師会長に就任されたことから、本委員会の後任として千葉市医師会総務担当理事の浅井隆二様を新たに委嘱しております。また、本日御出席いただいております委員及びオブザーバーの皆様の御紹介につきましては、時間の都合上、既に机上にお配りしております席次表をもって代えさせていただきます。なお、千葉メディカルセンターの景山委員におかれましては、本日欠席となっておりますが、同院の副院長であります高石聡様にオブザーバーとして御出席いただいております。それでは開会に当たりまして千葉市消防局長の石塚から御挨拶を申し上げます。</p>
石塚局長	<p>改めまして皆様こんばんは。本日は平成30年度第2回千葉市救急業務検討委員会開催に当たり、織田委員長を始め委員の皆様、また、オブザーバーの皆様、年度末の大変お忙しいところ御出席を賜りまして誠にありがとうございます。皆様御承知のとおり本市の救急行政は色々な課題を抱えておりまして、昨年は救急出動件数が過去最高の58,000件を突破しました。特に夏季においては、一つの災害とも表現された酷暑の影響により、1日における出動件数では過去最高の234件となった日があり、また、1日の出動件数が200件超となった日が4日もありました。昨今の社会状況、少子高齢化といった現象も当然ながら影響されていると思いますが、千葉市の救急出動件数は、昨年と、一昨年とを比べまして2,400件の増加となっております。そういった中で今年も昨日現在で、救急出動件数は昨年比300件超というような状況でございます。このままいくと、千葉市の救急出動はどうなってしまうのかなと危惧をしているところでございます。救急出動件数もしかり、そしてまた救命率の向上もしかり、そういった課題に対しまして本日御出席の委員長を始め皆様方の御意見、また、お知恵を拝借しながら、千葉市の救急行政、そしてまた千葉市民を始め、県民、国民の生命をどのようにしたら一人でも多く救えるかということに対しまして、我々も全力で取り組んでまいりたいと考えておりますので、本日の委員会の議題であります搬送困難事例受入医療機関支援事業は、本市といたしましても注目している事業でございます。私も先般市長と対話する機会がございまして、この事業について説明をさせていただきましたところ、市長も大変関心を持っております。また、この事業について頑張ってくださいというよ</p>

梅澤補佐	<p>うなエールも頂いておりますので、どうぞ皆様方本日の議題、また救急行政につきまして忌憚のない意見、そして今後とも御支援賜りますことをお願い申し上げます。よろしくお願ひいたします。</p>
織田委員長	<p>ありがとうございます。それでは本委員会に使用いたします資料につきまして確認をさせていただきます。皆様の机の上に現在、次第、続きまして席次表がございます。続きましてA4縦版でございますが前回の検討委員会の議事概要、そして本委員会の会議で使用いたしますA4横版の3つに分けて綴ってございます議題のための資料と報告、そしてもう1部、平成30年度第1回千葉県地域保健医療協議会の資料がございます。過不足等がございましたら事務局までお申しつけください。それでは以後の進行につきまして本委員会設置条例第5条第1項に基づき、織田委員長にお願いしたいと存じます。織田委員長、よろしくお願ひいたします。</p>
梅澤補佐	<p>皆様こんばんは。今日もよろしくお願ひいたします。それでは次第に基づき議事を進めたいと思います。次第2、平成30年度千葉県消防局救急業務検討委員会の議事概要について事務局から報告をお願いします。</p>
織田委員長	<p>事務局の梅澤でございます。平成30年度第1回千葉県救急業務検討委員会の議事概要を御覧ください。第1回の本委員会につきましては平成30年6月7日木曜日に、委員11人に御出席いただき議題3件と報告事項3件を取り扱いさせていただきました。なお、内容につきましては本委員会の開催に先立ちまして、事前に御確認いただいておりますので省略させていただきます。以上で平成30年第1回千葉県救急業務検討委員会の議事概要について説明を終わります。</p>
新濱係長	<p>ありがとうございます。今、御説明がありましたけれども前回は今年で2年目になります受入医療機関支援事業について主に検討しまして、その枠組みを決めて8月から実行するということを決めたということです。報告内容や記載事項について御指摘等ございますでしょうか。もし、ないようでしたらこれで確定させていただければと思います。よろしいでしょうか。それでは次第に基づき、議事を進めたいと思います。次に次第の3「千葉県『搬送困難事例受入医療機関支援事業』について」事務局から説明をお願いいたします。</p>
新濱係長	<p>事務局の新濱です。よろしくお願ひいたします。議題、千葉県搬送困難事例受入医療機関支援事業について、御説明させていただきます。まず、議案要旨ですが、資料にありますとおり、平成30年8月から運用を再開しました本事業につきまして、運用状況及び協力医療機関から聴取いたしました運用に関する意見について御説明し、平成</p>

31年度の運用について御審議いただくものとなっております。資料を1枚おめくりください。本事業の運用状況となります。最初に左上1の事業概要ですが、消防法第35条の5第2項第6号の規定により、傷病者の搬送困難事例を解消させるため、千葉県が一昨年の8月から開始。昨年3月で終了となりましたが、運用方法を見直して昨年8月から再開したものとなっております。次に2の運用方法ですが、上段が昨年度、下段が今年度の内容となっております。主な変更点は赤字で示しております。具体的に御説明いたしますと、医療機関数につきましては、昨年度が2つの一時受入医療機関と1つの最終受入医療機関、計3つの医療機関で実施いたしましたが、今年度は6つの最終受入医療機関で開始となりました。適用症例につきましては、緊急度又は重症度が高（こう）ではない症例において、昨年度は照会6回目から適用だったものを今年度は照会5回目から適用としております。そして、詳細な運用方法については、昨年度は2つの一時受入医療機関において当番日制を引いておりましたが、今年度は標榜科や当直医師情報を考慮した上で6つの医療機関を直近順に照会することとしております。なお、本事業の運用方法としては記述がありませんが、千葉県救急医療センターと千葉大学医学部附属病院の2医療機関につきましては、本事業を活用しても受入れに至らなかった場合に、受入れについて御協力を頂いているところでございます。続いて3の運用経過ですが、昨年7月に参画6医療機関と本委員会とにおいて確保基準について合意形成を図り、その後は毎月2回、運用状況を協力医療機関に情報提供を行い、データの見える化を図っております。また、確保基準に基づいて今月初旬には6医療機関へ本事業の運用に関する意見を聴取したところで、その結果につきましては、資料を3枚おめくりいただいたインデックス1-2のとおりでございます。1枚当たりで2医療機関、計3枚となっております。元の資料に戻りまして説明を続けさせていただきます。4の運用状況ですが、本事業は未実施でした平成28年度を含め8月から翌年1月までにおける過去3年度分のデータとなっております。左から2列目が全対象数、ここでは、救急隊が医療機関を照会して選定したもののみ対象としておりますが、年々400から500程度の増加が見られています。3列目が本事業の適用数となっており、昨年度が667、今年度が1190と1.8倍となっております。4列目が前2つの数値を割った適用率、5列目が本事業による受入数で、6列目が受入数を適用数で割ったものを受入率としており、今年度は87.7%となっております。その右は、本事業で受入不可も運用全体で受入れとなったものとなっておりますが、昨年度においては2つの一時受入医医療機関が受入不可だ

織田委員長
新濱係長

った場合で最終受入医療機関が受け入れたものを、今年度においては6つの最終受入医療機関が受入不能だった場合に先ほど御説明させていただいた、本事業を活用しても受入れに至らなかった場合に御協力を頂いている千葉県救急医療センターを含む7つの医療機関が受け入れたものをそれぞれ計上しており、一番右の欄にこれを含む実質的な受入率を記載、これによると今年度は約90%となっております。引き続き資料中段以下のデータについて御説明をさせていただきたいと考えておりますが、ここまでで御質問等はございますでしょうか。委員長、続けさせてもらってよろしいでしょうか。

お願いします。

はい、わかりました。まずは、データについて図表の構成から御説明させていただきますが、その前に資料を2枚おめくりいただきますと、細かい数値なのですがデータの見える化として御説明させていただいた、月2回6医療機関に送付させていただいております本運用に関する詳細データを添付しております。中身の混み合った資料となっておりますが、必要に応じて御覧いただければと思います。それではまた2枚戻りまして、元の資料を御覧ください。資料なかほどの上段の表となります。今年度の月別データとなっており、白い部分が本事業運用前、黄色い部分と赤い部分が運用後となっております。左から月数、全対象数、傷病程度別として軽症、中等症、重症以上の3区分と全対象との割合、その右が照会状況として平均照会数とその逆数を求めて受入率として記載、その右が本事業の適用数と全対象数との割合、次いで受入数と適用数との割合、つまり受入率となっております。表が切れてその右が全対象数に対する6医療機関と6医療機関以外の受入率、その右が市内外の搬送先ごとの受入数と市内の割合を示しております。さらにその表の右側にあります円グラフにつきましては、内側が平成28年、間が29年、外側が30年における照会回数の分布を示しております。下段の表ですが、上段の表と同様に今年度の月別データとなっておりますが、6つの最終受入医療機関の合計とそれぞれの医療機関において、左から全対象に対する受入数、この内数として本事業における受入数、全対象に対する受入数の割合の順となっております。次にデータの中身を御説明させていただきます。上段の表の左側、全対象数を縦方向に見ると、7、8、12、1月において3500人越えとなっており、他の月より多くなっています。これを本事業の適用数と見比べると、本事業を開始した8月と12月が同程度の190台、9、10、11月はやや少なめの140から150と全対象数と比例した数値になっておりますが、赤く表示しております1月は348と急増しております。そのまま右にあります全体の受

入率を見ていただいてもお分かりになると思いますが、6医療機関合計の受入率は11月までが56～58%で推移したものの12月が53%台、1月が45%台と低下しております。これは、需要過多による供給不足として昨年度の本事業で懸案となっておりますが、数値上では今年度も同様の状況が伺えます。ですが、参画医療機関数が2倍の6つになったこともあり、本事業の受入率は83.6%と高値を維持することができたものと考えております。他方、照会する先が6医療機関に増えたことや、6医療機関以外の受入率の低下、そして、過去最多を記録した一昨年12月よりも昨年の12月の方が、対象者数が約200人多くなったこともあり、平均照会数は2.11と、こちらは昨年度同月の2.05よりも悪化となりました。ですが、上段の表の全対象数の7月、8月とこの状況の1月を見ると、8月よりは実は1月の方が多くなっていますが、これ以上に7月が多くなっています。左側の表の7月が4153、8月が3866、1月が3979となっておりますが、一番多いのは過去最高の7月となっております。この7月は過去最多の中、この数値から考えると、どうして7月、8月は、8月から運用しておりますが順調に運用できたかという点になってくるのですが、上段の表の緑枠部分を御覧ください。入院を要する中等症及び重症以上の状況となっておりますが、7月、8月よりも1月の方が150人程度多くなっていることが分かります。ここに着目して、過去のデータを調べたものが資料を1枚おめくりいただきましたグラフとなっております。平成26年1月から今年の1月までにおける搬送状況となっており、横軸は各月となっております。縦軸のうち棒グラフは、青が全対象数、赤が中等症以上の搬送数、となっており、折れ線グラフは、青が受入率、赤が全対象数に対する中等症以上の割合となっております。全対象数を示す青い棒グラフを見ると、全体としては右肩上がりの傾向で、概ね6か月に1度の山が確認でき、その山は1月と7月又はその周囲となっております。これを赤い棒グラフと見比べると、前者と同様、全体としては右肩上がりとなっておりますが、概ね12か月に1度の山が確認でき、その山は1月とその周囲となっていることがわかります。この割合を赤い折れ線グラフで示しております。左上の凡例にありますとおり、グラフ中の数値は白抜きが各年1月を、色文字が各年7月を示しております。平成26年から見比べますと、1月を示す白抜きは、32.3%と漸増傾向で今年1月は36.7%となっております。また、受入率を示す青い折れ線グラフについても、同様に御覧いただきますと、赤い折れ線グラフとは対称的に1月は50%以下、7月は対象数が多いにも関わらず50%以上となっております。なお、各年の2月を御覧いただきますと、1

	<p>月と同様の傾向にありまして、さらに3月まで続く年も見られることがあることから、救急患者が入院することで、空床数が減少して、受入率が悪化しているのではないかと推測されます。長くなりましたが、まとめさせていただきますと、1枚目の資料に戻りまして右下の黄色い部分にありますとおり、12月末までの受入状況は概ね順調だったものの、1月は平均照会2.11回に悪化、適用348人で受入291人と増加しており、前年度の本事業と同様、厳しい状況が伺えます。この要因として12月以降における中等症以上の増加が空床数を減少させて受入困難に至っているのではないかと考えられます。本事業により、搬送困難事例の解消に一定の効果は出現しておりますが、1月はこの効果を打ち消してしまう状況で、次年度以降も同様の状況が伺えると推測されます。資料1-1と1-2につきましては、以上で説明を終わるのですが、残る資料1の3につきましては、資料1の2のとおり、各医療機関からの意見聴取の結果から、現時点における平成31年度の本事業継続に関する事務局の案となっております。ここで一旦データの説明を終了させていただきます。</p>
<p>織田委員長</p>	<p>それではこれまでの運用状況について御質問や御意見があればお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。僕が1つ分からないのは、この1枚目の右側の分かっている表のところで、受入率が6医療機関と左記以外と書いてあって、これは6医療機関以外の受入率ですよね。</p>
<p>新濱係長 織田委員長</p>	<p>そのとおりです。</p>
<p>織田委員長</p>	<p>これって何病院くらいあって、件数的にはどれくらいか、件数はちょうど半分くらいということですか。</p>
<p>新濱係長</p>	<p>6医療機関で48%ですので、52%、対象数が4月から1月ですと3万4000程度ですので半分とみて1万7000くらいということです。医療機関数は、1件でも搬送した方があるものは300程度になりますが、主力は40くらいです。</p>
<p>織田委員長</p>	<p>それは千葉市内の医療機関だけですか。</p>
<p>新濱係長</p>	<p>ではなく、市内外問わずです。</p>
<p>織田委員長</p>	<p>分かりました。いかがでしょうか、このデータについて御意見は。</p>
<p>中村委員</p>	<p>はい。中村委員。</p>
	<p>各病院、本当に一生懸命搬送困難例を受けていただいて本当に感謝いたします。質問したいことは対象患者さんの年齢層です。結局非常にこういった困難例が増えているのですが、恐らく、高齢化が主たる原因になっているんだろうと思うんですけど、高齢化率が重症度などの程度反映しているのかちょっと知りたいなと思いました。大都市なんかの実際の高齢化率を見ても大体昭和60年で5、6%、今は大体</p>

<p>新濱係長</p>	<p>24、25%になっていますので、多分こういったものが影響しているのかなと。このほか外国人なんかの影響も、こういった方は救急車を結構使うことが多いんじゃないかと思って、こういったものの影響ももしあれば教えていただきたいと思います。</p> <p>平成29年のデータによりますと高齢者以外が2万3000程度、高齢者が2万5900ということで、53%程度くらいになっているのかなと思われます。</p>
<p>織田委員長 新濱係長</p>	<p>この収容困難事例でのパーセントは。</p> <p>そちらになりますと小児を除外しておりますので、全体的にこれよりも上回った年齢になるかとは思いますが、現在数字は持っていない状況です。</p>
<p>織田委員長 新濱係長</p>	<p>小児は大丈夫なんですかね。受入支援にまわる症例というのは。</p> <p>小児に関しましては元々この事業から除外しているというのもございます。なお、小児に関しましては海浜病院さんと夜急診さんで大体受入れ9割程度確保できているという状況です。</p>
<p>織田委員長</p>	<p>そうですね、はい。ほかはいかがでしょうか。一定の効果は出ているということだと思えるんですけども、やっぱり知りたいのは結局市内で、千葉医療圏で受入れができずにほかの医療圏に運ばれたパーセントというか、件数はどのくらいあったかというのはわかりますか。</p>
<p>新濱係長</p>	<p>この表の中ですとちょうど中段、円グラフの左側にあります。これは全消防署になりますと搬送先の割合として計上してございまして、大体88%ぐらいが市内で収まっております。これはここ数年では一番いい数字だと思っております。本事業に関しましては先ほど説明したとおり90.4%が実質受入率となっておりますので、大体10%が他院へとなりますが、この中には市内の医療機関に搬送しているものもございますので、市内へは2%程度かと思われます。なお、先ほど中村委員の御説明にありました外国人の状況に関しましては大体年々横ばい傾向でございます。</p>
<p>織田委員長</p>	<p>ただですね、パーセントでいうと10%ということなんだけど数でいうと、たとえば1月は520件でしょう。1日あたり何件くらいになりますか。</p>
<p>新濱係長 織田委員長</p>	<p>16、17人というところですね。</p> <p>そういう数を受け入れられていないということなんですよ。それはやっぱりもうキャパシティ的に無理なんですよ、やっぱり。だからそれをもうある程度これを100%にすることは不可能と考えると、要するに救急車を受け入れる病院をもっと増やして、こういう患者さんを拾わない限りは、これ以上は多分上がらないですよ。ということを示しているんだと思うんですけども。いかがでしょうか、</p>

<p>杉浦委員</p>	<p>御意見や御質問、ほかはよろしいですか。はい、杉浦委員。</p> <p>今の質問、市外と市内というのですけれども、千葉市の隣の四街道の近くに住んでいる人は千葉市のところに運ばないんですよ。四街道に運んじゃうと思うんですよ。ですから一概に千葉市で全部受けなくちゃいけないというのはないとは思うのでその辺のところの検討は全くしてないわけじゃないですか、実際の話は。だからこのデータをもっとその辺も含めて恐らくコンピュータを色んなところに入れればもう少し細かい検討ができるんじゃないかとは思うんですけれども。</p>
<p>織田委員長</p>	<p>四街道徳洲会病院とかですね、それから八千代医療センターとか済生会習志野ですよ。もちろん二次対応していただいているので、直近ということになるとその辺に連れていく。純粹にだから受入支援の対象にならない症例もかなりあるかと思うんですけど。特に今は広域化して、消防指令センターが広域化してできるだけ隣の救急をサポートするという体制ができつつあります。だけどその辺のこともちょっと詳細に、さっき言ったような3病院に行かなければならなかった以外で、時々あるのがやっぱりほかの医療圏の三次の救命センターに、かなり遠いところまで連れていかざるを得ないことがあるということが一番問題かなと思うんですよ。だからそこら辺の詳細な数字をですね、もう少し出していただけると、本当にこの受入医療機関支援事業で拾わないといけないものがどういうものかというのが分かってくると思います。検討の余地があるかなと思います。ほかに御意見はいかがでしょうか。そうしたら、なければ折角この事業に協力していただいている病院からの意見聴取の結果が出ていますけれども、それぞれの病院の委員から御説明いただきたいと思いますがよろしいでしょうか。青葉病院の山本委員お願いします。</p>
<p>山本委員</p>	<p>青葉病院の山本です。ここに書いてある現場の意見なのですけれども、今までちょっと議題に出ていなかったんですけど、これは県の事業で、確か始めるときに補助金が出るというお話で、ただ補助金の金額は年度末にならないと分からないというお話で始まったと思うんですけども、もし分かったら教えていただきたいんですけど。</p>
<p>織田委員長 大野室長</p>	<p>県の方から御説明をお願いしてよろしいですか。</p> <p>県の医療整備課です。補助金につきましては確かに年度末ということでお話していたかと思うんですけども、昨日、国の方から内示がありまして、一応申請していただいたとおりの金額、1病院当たり約2500万になるかと思うんですが、満額お支払いできると話がありましたので、この額で申請していただければそのとおりにお支払いできるかなと思います。</p>

<p>織田委員長 山本委員</p>	<p>はい、ありがとうございます。 事業を始める時にもちょっとお願いしたんですけれども、受け入れた割合によって補助金を分けていただけるとありがたいということで、大体うちの病院が4割弱ぐらい受けていますよね。ですからトータルで4割くらいいただけて千葉市の会計に入れていただけると、病院としては非常にありがたい。今もあり方委員会とかですね、大分赤字赤字と言われて病院としては非常に苦しいところですので、是非病院会計の中に入れていただけるとこのまま頑張れるのではないかと思います。</p>
<p>織田委員長</p>	<p>県の方に伺いますが、確かインセンティブという形ではなかなか難しいという話でしたよね。</p>
<p>大野室長</p>	<p>そうですね。実は全額国庫補助事業でして一応県を通してお支払いしているんですが、基本的には国の補助要綱に沿った形になりますので、お気持ちは分かるんですけどインセンティブについては難しいかなと思っています。</p>
<p>山本委員</p>	<p>その場合ですね、やはり直近から照会していくっていうことをもう少し徹底していただかないと。やはりうちの病院への要請数が一番多く、受入数も一番多いわけですから、その辺もちょっと公平にさせていただきたいかなと。院長としては入院患者が増えるのは非常によろしいわけなんですけども。やはり現場では数字を見るとどうしても不公平感が出てしまうということなのでよろしくお願いします。</p>
<p>織田委員長</p>	<p>ただ病院のベッド状況とかそういうのにもよりますし、あとは対応できる人数というのにも限られますので、どうしても差が出ちゃうのはしょうがないと思うんですけど。インセンティブは私も必要かなと思っているんですけども、この事業の予算からは出せないということになっているようですので、別のところから実は持ってきてインセンティブをつけたらどうかと思っています。後でまたそういう御意見も出るかもしれません。次は海浜病院、寺井委員お願いします。</p>
<p>寺井委員</p>	<p>特に意見があるわけではないんですけども、うちの病院の状況としては成人、高齢者に関しては内科が窓口になっておりまして、ダイレクトPHSを持っていない状況でして、それが4月から少し運用方法を変えて、昼間に関してはなるべく受けられる方向でやっていきたいというふうに思っています。また夜間に関してはまだまだマンパワーの問題で難しいんですけども、二次輪番の日に関してはできる限り受け入れていくという方針であります。小児の方の応需率というのは大体91、92%くらいだと思ってしまうんですけども、小児に関してはダイレクトPHSで対応しているということも、比較的応需率がいい結果につながっているかなと思っていますので、高齢者、成人に関しても同じ</p>

<p>織田委員長</p>	<p>仕組みでやっていけたらと思っています。</p> <p>基本的に海浜病院は小児をほとんど引き受けていただいているということですね。なかなか大変だとは思いますが、大人の方も、もう少し受入体制を強化するということですので、よろしくお願ひしたいと思います。では千葉大学医学部附属病院、中田委員。</p>
<p>中田委員</p>	<p>千葉大の中田です。結構いっぱい書いてあるのですが、要点としては可能な限り受けていてトータル150人くらいは受け入れているということです。特任助教の財源として使っているのですが、基本的にはベッドが空いていれば支援と聞いた瞬間にそのまま受けているという状況です。現場としては、ただ完全に空いていないと朝であれば救急外来で対応できるので、そこでもそこに朝置いてしまえという感じで受けることもありますし、逆に受けると次のところで重症患者が来てしまって、それを受けられないという、まどろっこしさがあるのが悩みであります。ただ可能な限り何か貢献できればと思っています。あと、もうひとつの問題は、受けた後に軽症患者さんをすぐに、次の日にでも出せばですね、また次も受けられるのですよ。その方が数日ベッドを埋めてしまうというのが現状で、その結果どうしてもそこが一番の問題点であるということです。後方にどこか送れるというような仕組みを作ることが一番大事な、それがしっかり回っていくようであれば数を一定量受け入れるというのが私たちの感覚ではあります。あと補足ですが中村委員、さきほど高齢者が多いのかという意見があったのですが、1月に関しては無作為だった感じが僕のなかではあります。ほとんど、この人も受けられないんだというような感じで波があつてですね、各病院のベッドが非常にタイトであった時には、本当にこれが受けられないとどうなっちゃうんだろうというようなことが多々起こるような状況であります。毎年1月はそうなっているんです。以上です。</p>
<p>織田委員長</p>	<p>はい、今ありましたように最後に書いてありますけれども後方支援というか翌日まで受けてくれる病院がないと、先ほど言ったように1日100人以上が、100人ではなく十何人かですか。あふれちゃうということですから、それを受け入れるためにはやっぱりほかの病院で速やかに引き取っていただいて、それで次の救急患者の受け入れができるような体制を作るといのが、やっぱり一つのキーになるかというふうに思いますので、後ほど市の方から多分、二次救急医療体制のお話も出るかと思うのですが、その辺も今後解決していかないといけない課題だと思っています。それでは中央メディカル、福田委員お願いします。</p>
<p>福田委員</p>	<p>意見のところは現場の人がほぼ大まかに書いて、現場は大変な中で</p>

	<p>色んなストレスを感じているのでこういう文章になっているのかなという気がしています。管理する立場からだと、やっぱり一生懸命受けているのですけれども、我々の病院ですと実際、急性期病床って200床ちょっとしかないので、この12月、1月はやっぱり空床がなくなると完全に受けられなくなってしまいますので。その辺市内全体の必要病床数というのはどこを基準に決めているのかというのは、こういうのを見ると問題なのかなと思っております。それと、先ほど市外搬送の話もちょっとありましたけれども、うちの場合、場所的に市外からの搬送が逆に多いので、大体月に80から100件くらい市外からの救急車も受けます。ですからこの数字は逆のパターンもあるのだと。もう一つは、今この事業を始めてから毎日受入れ、特に受け入れられなかったケースを個々にチェックして、どういう対応をするかというのを議論しているのですけれども、やはり軽症な人が多かったりとかですね、慢性的なケアをしていた超高齢者の人がちょっと具合が悪くなると深夜に救急搬送されてしまう。ちょっとどうしていいのか分からないようなケースが結構あってですね、大変な中でこの患者を現場に絶対受けろというふうになかなか言うのは辛いなというケースが非常にあったんですね。ですからやっぱりこれは受入事業に一生懸命受けるということと、やはり不要不急の救急要請をいかに減らすかというのを両輪で議論していただかないと、ストレスはどんどん増えてしまうのではないかと考えています。以上です。</p>
<p>織田委員長</p>	<p>そうですね。うちも結構市外からの搬送を受けてしまって、こっちの受入支援のベッドがなくなってしまったということがありました。特に最近市原の医療圏が、受入れがすごく困難になっているようで、結構市原から受けるようになっていきますね。それとよくあるのは高齢者医療施設、介護施設から患者さんが急変し、救急車が呼ばれ、本来であれば後方病院があるはずで、そこで対応すべきところを、やっぱり対応できないということで送られてくるんですよ。それで受けて入院させてもですね、翌日になってもそこが受け取れないということが結構ありまして。だからこの事業のことももう少し近隣の病院、少なくとも市内のそういった後方支援になっている病院に周知して、そういった患者をきちんと受け取っていただくというような広報活動もしないといけないかなというふうに、思いました。それでは千葉メディカルセンター、高石先生お願いします。</p>
<p>高石副院長</p>	<p>うちは景山院長が特に意見を出した、もう少し受入支援に協力できるよう努めて参ります、というのを伝えてくれとおっしゃっていましたが、個人的にはですね、やっぱりうちの病院は内科のマンパワーが圧倒的に不足しているというのがあって、それでちょっと受けき</p>

<p>織田委員長</p>	<p>れないというのも、ベッドの数もそうなんですけど、後方のベッドもなかなか受けていただけないというのは間違いない。外科系についてもですね、オペ室が慢性的に飽和状態で朝受けた急性腹症の手術が始まるのが夜の8時とかですね、そんな状況になっちゃうんですね。整形外科の先生たちも外傷を受けたはいいけれど、結局その週の間どこにオペを組んだらいいんだか分からない状況が発生してしまってますね、なかなか動くに動けないというような状況だと思います。</p> <p>みつわ台は今日、中田委員いらっしゃらないんですよ。ここに書いてありますけれども、みつわ台にも大変頑張っていたいて、かなり厳しい状況のなかでも42.9%ですか。結構ベッドもいっぱいということがあるみたいですけども、もっと現場に周知徹底いたしますということが書いてありますので、よろしいかと思います。それ以外に石橋委員、何かこの結果について御意見ございましたらお願いします。</p>
<p>石橋委員</p>	<p>うちは救命救急三次ということなんですけども、状況は皆さんおっしゃっているのによく似て、要するに施設から、うちの場合は心臓が止まっちゃったということで、よくよく聞いてみるとそういうリビングウィルと言いますか、元々そういうのはないと、聞かれてもやっちゃうとか。あと1月は特に満床が続いておりまして、朝に何とか3つ4つICUを空けても埋まっていたり大体深夜帯になると満床で受け入れられませんというのが続いていて、本当に大変申し訳ないと思っております。要するに多分そういうのは市外にも行っているんですけど、先ほどもお話しが出てきましたが、市外からも市原とか山武からもあって、全県的に何とかやりくりしているんだらうなというのがあります。特に1月は本当に連日それで満床でお断りしている状況で申し訳ありません。</p>
<p>織田委員長</p>	<p>ありがとうございました。それでは杉浦委員御意見を。データとかこの制度に期待している御意見でも結構ですのでお願いします。</p>
<p>杉浦委員</p>	<p>特にはですね、この事業には参加していないわけなんですけども、先ほど青葉の山本委員がインセンティブを、ということでしたけども、国がたまたまお金を付けてもらっているだけで、国の事業ってずっと続くことはあり得なくて、上手くいっちゃうとすぐ切れちゃったりするじゃないですか。ですからいまこの2500万円出せますよね、というのを始まる時にこの6病院のために発言したわけなんですけど。今回言って良かったと思っていますけど、この事業をこのままこういうような補助金出すともっと恒常的な仕組みを考えていただかないと、この救急に関してはいけないのと、救急車の出勤数がどんどん増えてきちゃっているのは、高齢者とか色々な問題があるわけなんですけれど</p>

	<p>も、やはり救急車をいわゆるタクシー代わりに使う患者さんも、夜はどうしてもなかなかタクシーも来なかったりすることもありますから、やむを得ないこともあるかと思うんですけども、そこで前から言っているように私は少量でもいいから有料化していただいでですね、もう少し救急車の適正利用を市民の方にはお願いしたいなというふうに僕は思っているところであります。難しいとは思いますが、適正利用をもう少ししていただかないと。恐らく今、施設の問題もありましたけども、施設もやっぱり今回の6病院のような、しっかりと検査とか整った病院に連れて行けば、やはりそれなりに診ていただけるといふ家族の思いもあるわけですね、実際の話は、施設に入院したとしても。ですからその辺のところも含めて今後どうすべきかということだと思ふのと、あとやはりこの時期はですね、先ほど入院患者さんがどうしても誤嚥性肺炎とか肺炎をこじらせた場合、必ず入院しなくちゃいけない。ところが夏の場合は脱水とかそういう点滴したら良くなっちゃったということで意外と入院しなくても済むような患者さんもいるわけですから、その差が出てくるわけです。だから冬の対策はやっぱりどうしたらいいか考えなきゃいけないですし、その辺のところをこの委員会だけではなくて、もう少し検討しなくてはならないことだということのは、恐らく参加されている委員の皆様方の一つの答えだと思ふんですけども。あともう1点はですね、ちょっと話し過ぎちゃうんですけど、働き方改革というのがですね、今全面に出されちゃってまして、救急の特に夜間はですね、患者さんを診た場合、今は管理当直の形で診ているわけですね。もしこういう各病院のところでそんな扱いは大変だということで、労働、労基の方にですね、駆け込まれたりしますと、これはおかしいよということで。そうすると人の問題とかで、人の多いところはいいんですけど、通常一般の急性期の病院はですね、働き方改革の時間であつという間に働けなくなっちゃう、救急ができなくなっちゃうということも今後ありえるので、我々医師だけではなくてですね、働き方改革に関してはやっぱり全体で救急医療を考えていかなきゃいけないんじゃないかと。これは県とか市もそういうことを理解して進めていただきたいと思ふます。</p>
織田委員長	<p>御意見ありがとうございます。救急車の有料化の話は昔からあって、やっているところはあるんですか、消防の方で何か分かりますか。</p>
梅澤補佐	<p>事務局の梅澤でございます。全都道府県で有料化をして救急業務を行っているところはございません。ただ各自治体のところでは、過去に色々なところでは有料化を検討してはいるのですが、結局至らなかったというところでございます。</p>
織田委員長	<p>なかなか難しいんですよ、これが。救急医学会でも議論されてい</p>

杉浦委員	<p>るんですけども。</p> <p>議論をすることによって、やっぱり皆さんの理解が深まってくるんじゃないかと思うんですよ。議論まで、もう無理だからということで議論しないことはどうなのかなと。</p>
織田委員長	<p>ただ救急でいったけども、要するにウォークインの救急患者で、来る必要がなかったような人から高く取るというようですね、そういうようなことをやっている病院は既に私立大学の救命センターとかではやっているんですよ。そういうことももしかしたら考えているのかもしれないと思うんですけども。いずれにしても消防局としてもまた不要不急の救急車を呼ばない、タクシー代わりに使うなというキャンペーンをやっていただかないといけないかなという気はしますね。はい、中村委員。</p>
中村委員	<p>杉浦委員の話の継続ですけど、確かに救急車を有料化して500円でも1000円でも取るというのは、なかなか色々抵抗があるんですけど、少なくとも市民にこういう現状で、こういう状況で、これが例えば6万件、7万件、8万件までは対応できるんですかこれ。いずれどこかで破綻しますよね。だからそういう状況であるということをも市民に、現状をお知らせして、これを解決するためにはそういったことも考えとしてあり得るということで。ただ不要不急の利用をしないようにというだけの啓発じゃなくて、もっと具体的な数字を示して、こういう選択肢しかなくなっていますと、いずれこれでは破綻しますということをやっぴり知らせた方がいいんじゃないですか。</p>
織田委員長	<p>はい、ありがとうございます。それでは湧井委員、何か御意見等をお願いします。</p>
湧井委員	<p>当院は搬送困難事例受入医療機関としての参加は、もちろん単科なものですからしていないんですけども、救急って繁忙期もあれば閑散期もありまして、今地域医療構想で急性期病院が2025年までの間に試算では1300いくつでしたっけ。多いということで減らしていこうということになっているんですけども、実際救急医療というのは平均を取って、恐らくこれくらいあればいいだろうということになるんですけども、実際に救急で繁忙期になりますと本当にベッドが足りない状態であるということなんですね。ですから救急という本質が、空いているベッドがあるのが駄目だっていうことではなくて、空いているベッドがないと救命できないといことになるんですけども、その辺がどうも十分に理解できていないと。こういう繁忙期になって全然搬送しても受け入れてくれないじゃないかという話になっても、ベッドがないんで。そのベッドをさらに今後減らしていこうということになりますと、ますます受入困難という事態がでてくると</p>

	<p>思うんですけどね。だから一つは搬送困難事例に関しては救急病院というのは、やっぱりベッドを空けておく部分がないといけないというのは十分理解していただかないと。単に減らせばいいということでは対応できないということの一つだと思います。それから今、統計をずっと見てたんですが、市外から市内に搬送する患者数の把握は多分、市内での行政としての把握はできていないのではないかというふうに思うんですね。結構やっぱり当院もですね、市外からの搬送も多いんですよ。例えば銚子の方から来るというのもありまして、そういうのも全部受け入れているとあつという間にベッドがなくなってしまって市内の患者さんを受け入れようとしても、とても受け入れられなくなってしまいますので、やっぱり市内からではなく市外から、例えば市内から市外へ出るという統計は取れるんでしょうけども、市外から市内に入ってくるというのはどのくらいあるのかということは、行政というのは縦割り行政でそこしか分からないというのではなくて、横断的に、救急に関して例えば広域救急ということで、千葉市の救急も全部集まってやっていますよね。そういう形でなにかうまく取れる方法がないのかなというふうに思っております。</p>
<p>織田委員長 深井部長</p>	<p>そこは是非我々としてもお願いしたいなと思っています。 統計的には県内に31消防本部がありますので当局を除いた30本部に照会すれば統計は取れますので、是非実施したいと思っています。</p>
<p>織田委員長 谷嶋委員</p>	<p>是非お願いしたいと思います。谷嶋委員、二次輪番病院として御意見をいただければと。 当院はこの搬送困難事例の受入医療機関には参加していないんですけれども、実際私も当直をやっていると、うちも介護施設があってそこからの夜間の入院も毎晩のようにあるんですね。まあ当然関連施設なのでその辺はスムーズなんですけども、そこは救急車を使わずに運んでもらうんですね。やっぱりこうみていると、介護施設も提携の病院が一応あるはずなので、その辺をもうちょっとしっかり夜間、日中も急変時対応もやっていただけると、その場合夜間救急車を使わずに施設で搬送するような形にさせていただくと、大分量は減るのではないかと考えています。</p>
<p>織田委員長 福田委員</p>	<p>一度あれですね、やはり消防局としてこういう事業をやっているから、介護施設とかからの入院はできるだけバックアップ病院に受けていただけるようにということも、もし消防局が難しかったらこの救急業務検討委員会から出す、という形でもいいのかもしれないですね。 介護施設を開設するときバックアップ、後方支援する病院を一応書類上は出さないといけないんですよ。ですから名前だけ貸してい</p>

中村委員	<p>るケースが結構ある。それがないと介護施設ができないので、できないと困っちゃうので。だけどそれで全面的にバックアップするわけじゃないよっていう話をして、1年ぐらい前の申請の時に名前を貸すケースが結構あるので、実際には実質的にバックアップしている病院、医療機関がない介護施設はたくさんあると思うんですよね。</p> <p>やはりそういうところを徹底して実際にちゃんとやっていただくようなそういう規約の見直しとか、やっていただくように、消防局はそういうの把握できていないんですか。</p>
織田委員長	<p>消防局は多分把握していないですよ、そういうのは。これはやっぱり行政指導ですよ。</p>
梅澤補佐	<p>事務局の梅澤でございます。高齢者施設からの、今は手元に数字はございませんが、救急搬送の情報は統計的に持っています。あと高齢者施設、いわゆる介護施設等からのですね、適正利用のお願いは毎年施設管理者が集まる会がございまして、そちらの方で現状の説明をして、御理解と御協力を頂いているところでございますけれども、また新たに別な方法で積極的に広報できたらなというふうに考えています。</p>
織田委員長	<p>先も言ったように夜間とか休日は仕方がないけども、翌日とか月曜日にそういうところで引き受けてくれるだけでも随分違うと思うんですよ。だからその辺を文書にして、この救急業務検討委員会の名前で、そういうバックアップ病院のやっているところをお願いするというのはどうでしょうか。通知するというのは。もしここで御賛同いただければ、私と消防局の方でそういう文書を作って出してもいいかと思えます。市の方はどうですか、御意見は何かありますか。</p>
堀主査	<p>健康企画課の堀と申します。介護施設になりますと、先ほどお話しいったように所管している部署の方で許認可を持っていますので、そちらの方だとどこの病院にバックアップがついているのか分かるかと思うんです。ただ、私どもが管轄している部署ではないものですから、この場ですぐにどのような手が打てるかということをお話できない状況です。</p>
織田委員長	<p>調べていただいて行政指導という形にはできないということであれば、こちらから意見書みたいな形でお願いという形でもいいかと思うんですけど。現状とできるだけ救急車を受け入れていただきたいということと、夜間とか休日で受け入れられない場合には翌日、平日日勤帯にそういった患者さんを是非救急病院から引き受けていただきたいというお願いという形で、この救急業務検討委員会からお願いするというのはどうでしょうか。はい、杉浦委員。</p>
杉浦委員	<p>あの質問というか疑問なんですけど、介護施設っていっぱい施設が</p>

<p>織田委員長</p>	<p>あるんですけども、その施設全部が入院設備を持った、そういう夜間の患者さんを受け入れるような後方病院を持っているとは思えないんですよ。持っていればそこでやりとりしているはずなので、けど、大体送られてくるのは先生はいるんだけども東京にいるとか、駆け付けることができない。そういうところは夜間なんか無理じゃないですか。そういう方ですからやっぱり病院にこうやって運ぶしか救急車はないと思いますよね。そこはここの病院に行きなさいよなんて、なかなか救急車の方は言えないと、僕は思います。</p> <p>それはよく分かるんですけど、だから僕らもそれを受けないと言っているんじゃないかと、受けるんだけどようするに結局それ以上やることはないの、翌日受け取っていただかないと、その方がベッドを埋めて、ほかの救急車を受けられないんですよ。本当の救急をね。</p>
<p>杉浦委員</p>	<p>それはその後方施設だけではなくて、そこにいない離れている東京とかに住んでいる家族の方とか、そういう方が呼ばれてくるわけじゃないですか、病院に。そこで、えっと言ってそんなところに行くんですかとか、なかなかすぐに送れないというか、実際入院しちゃった後の現状ではないかと思うんです。そんなスムーズに皆さん、そうはいかないなというところですよ。</p>
<p>織田委員長</p>	<p>それを是非やっていただきたいというお願いをしたいということなんですよ。なかなか現実的には難しいと思うんですけど、少なくともそういう現状を分かっただけないと、そういう方でうちも本当に困っているものですから、実際。</p>
<p>中村委員</p>	<p>堀さんにちょっとお願いしたいんですけど、その関係部署の後方支援病院をちゃんと持っているところと、多分僕みたいな個人のクリニックでいいよと言ってやっている先生も結構いると思うので、多分そうすると後方支援どころじゃないですよ。多分そういう先生結構いると思うんですよ。だからそういう施設がどれくらいあるのか、ちゃんと1回お知らせした方がいいんじゃないですか。</p>
<p>堀主査</p>	<p>そのような内容については、うちの方の救急の状況というのがこうなっていて、それに少しでも資するようなことをできるかどうかという目線で検討していただければ。全て先ほど言われたように、全部が一気に解決するようなことというのは、ほぼ無理だと思うんです。ただ今回これだけ救急の件数が増えている中で、1日当たり1件でも2件でも、ここから何かしらクリアになるようなやり方がもしかしたらあるかもしれないので、そういった目線で検討ができないかということちょっとお話ししていきたいなとは思っています。</p>
<p>織田委員長 福田委員</p>	<p>福田委員どうぞ。</p> <p>うちも若葉区でたくさん施設があるので、開設の時に結構名前は貸</p>

	<p>しているのですが、後方支援とか言われてもできない。何の契約もしていないので。確かに多くの施設で訪問診療の先生はいますよね。ただその先生方も夜間は大体いないし。その訪問の先生に連絡すると救急車を呼べていうし。名前を貸しただけでホームページにうちの病院がバックアップ病院って載せられちゃっているケースが。これはやめてくれよって言っているケースがあるので、なかなか一筋縄ではいかない問題なんです。</p>
織田委員長	<p>はい、なかなか難しいみたいですが、よろしいでしょうか。そうしたら御意見は大体出していただいたようですので、資料1の3の説明をお願いします。</p>
新濱係長	<p>新濱でございます。続きまして資料1の3について御説明させていただきます。こちらの資料に関しましては各医療機関の意見聴取の結果から現時点における平成31年度の本事業継続に関する事務局案となっております。今年度の事業との変更箇所といたしましては、資料1の3の上段にありますとおり、千葉大学医学部附属病院様におかれましては、今年4月から救命救急センターの稼働が開始されると伺っておりますことから、本事業に直接参画できるのは二次医療機関となっているために、同病院を削除させていただき、4月からは5病院にて継続して実施いただく案となっております。他の点につきましては特に変更はございません。以上で説明を終わります。</p>
織田委員長	<p>一応4月1日からうちが救命センターに指定されるということになりまして、この事業の補助金は頂けないということになるんですけども、ただ基本的には今の枠組みで我々としてはやらないと、多分うちが抜けるともうこれは破綻するのは目に見えていますから。救命センターになったとしても、この事業については継続するよということ、今言っているところです。むしろ病院全体としては救命センターに指定されるということで、全体の協力は得やすくなるというふうに私は思っていますので、救急を受ける件数自体は増やせるんじゃないかと。ただ先ほども言ったようにベッドには限りがあるものですから。実は体制としては今までと全然変わらない体制でして、救命センターになったからといって救急のベッドが急に増えるということではありません。あくまで今の診療体制のままで指定していただくということになりましたので。けどもこの事業、これについては継続するという形で今は予定しておりますので、私としましては是非昨年はもうこの段階、大体2月の段階で破綻を来たして、もうやりたくないとおっしゃって3月で一旦ストップしたようですけども、是非私としては昨年みたいなことのないように、今この2月さえ乗り切ればなんとかうまくいけるのではないかと考えていますので、3月で</p>

<p>杉浦委員</p>	<p>終わりっていうことではなくてですね、ここで継続を決めていただいて途切れなくこの事業は続く、来年度に向かって続いていくようにというふうに思っているんですが、いかがでしょうか。それについても御意見を頂きたいと思います。みつわ台総合病院の中田委員がいらっしゃるのではありませんけど、委員の皆様方はよろしいでしょうか、はい、杉浦委員。</p> <p>あの、この親会議の方でも僕ちょっと意見を言わせていただいたんですけど、二次、内科の二次輪番がメインの話なんですけども、これって夜急診のあれが絡んでいるはずなので、医師会の先生の夜急診のアンケートの結果はどうなっているのかとか、そういうのを含めてできれば。結局夜急診のところに結構救急車が行っているわけじゃないですか実際は。この夜の救急車、夜急診の方に結構増えていますよ。ですから夜急診の体制も含めた、実際は内科の二次に関しては検討が必要だと思うんですけど。今は受入困難事例なんですけども。</p>
<p>織田委員長</p>	<p>それではまず二次救急医療体制の整備検討会についての現状がどうなっているかっていうことをまず御説明いただければと思います。</p>
<p>堀主査</p>	<p>それではお手元に今回お配りさせていただいております、平成30年度第1回千葉県地域保健医療協議会救急医療対策検討部会というものの資料の抜粋の方から。御説明させていただきます。まず1枚おめくりいただきますと、これまでの私どもの方で今年度の6号基準の再開に当たりまして、その6号にいく手前のところですね。そもそも6号にいくこと自体がおかしいんじゃないかというような御意見があったので、そこをいかにして抑えていくのかということをお私どもの方でも検討が必要だろうということで、こちらの6号基準の検討をされている先生方を中心として、一緒に検討していただいたということでございます。実際に開催をさせていただいたのが10月に1回、12月に1回、二次救急医療体制整備検討会というところで検討いたしました。大きな内容といたしましては二次輪番体制、こういったものの見直しをどうしていくのか、またそもそも今までなかった1.5次というような役割を新たに考えたらどうだということ、またそもそも夜急診という状況が今どうなっているのかというところを、一旦御説明等させていただいて、その中で実際の二次輪番をどのように考えていこうかというような検討をさせていただきました。当然夜急診からの二次輪番という体制につきましては、ほかの参加の病院さんがいらっしゃいますので、そちらの方の意見も聞いてみないことには、そもそも何ができて何ができないのか、これが分からないだろうということで、その他の11の病院、結局夜間の病院さんは17の病院で輪番を組ませていただいているので、残りの11の病院に対しましては直</p>

接ヒアリングをさせていただきました。こちらに書いてあるとおり1から4、そもそも1次から1.5次ができるのかとか、そもそも最低限今と同じ程度までしかちょっと無理じゃないかとか、又は3番の翌日の患者の受入れ、先ほどもちょっとお話にあったように当日の夜間は難しくても翌日であれば受入れは可能じゃないか、できるんじゃないかとか。又はそうではなくて他の6病院並みに頑張っ一緒に参加するような体力を付けたら、できるんじゃないかとか、そのような御意見がでないかということで、お話を聞きに行ったところでございます。その結果につきましては結局、この中で一番できるよというのは2番の現状維持が一番多かったのと、3番の翌日の患者の受入れ、こちらであれば協力できるという医療機関が非常に多かったというような状況でございました。また、1.5次という言葉在先ほど使わせてもらったんですが、1.5次というのは通常夜急診で診ている患者さんは基本初期、1次に当たるんですが、当然夜急診にあまり救急車でどんどん運ばれてしまうということになると、通常、市中の診療所でやっている先生が、お一人又は二人でいきなり、今までかかりつけでもないような患者をずっと診ていらっしゃるような状況の中で救急車の処置、本来であれば入院かどうかぎりぎりの患者さんを一人で診るといのはなかなかやっぱり厳しいだろうということで、二次当直をしていただいている病院さんに、その辺の救急車をもう少し受けていただくことで、軽症の患者さんが他の二次病院に行くのをある程度抑制できるのではないかとことを考えて、1.5次というような制度ができないかということを考えていたところでした。ただイメージとしては次のページを御覧いただきますと、この当時私どもの方で案として考えていたのが、イメージとしては現状というところと新規のところでございますが、先ほどちょっと申し上げたように初期から2次に直接行くところの1.5次輪番というものを現行の制度に上乘せするような形ができないかということ。また、二次輪番から翌日、又は当日にその患者の引取りができないのかというような制度はどうでしょうかということ、当初は考えていたところでございます。ただいろいろとこれをやるにしてもなかなかハードルが高いところが多々ございまして、次のページをめくっていただきますと検討の現状は③になりますが、1次から1.5次というところに関してはなかなか実施は、もともと二次輪番だったからといって救急車、どんな患者でも受入れできるのかということ、ほかの診療・検査体制もなかなか整わないような病院というのもやはり非常に多くございますので、その中でどういう症状になるのかも分からない患者がいきなり来ても受けられない、というような答えを頂くところが非常に多かったとい

うところでございます。なので本来であれば1次、2次、3次という通常の診療体制の中で夜急診という初期で、ある程度診察ができて、ある程度の診断がついた患者さんであって、検査もちゃんと終わっている患者であれば受けられるというような意見を頂くことが非常に多かったという印象でございます。続いて次のページをおめぐりいただきますと、二次輪番体制の再整備というところでございます。当然のことながら受入れの多い医療機関さん、今回御参加いただいているような医療機関さんを中心とした御意見が、よく頂いた御意見でございますが、1日2病院のみで体制を組むということになると救急車が集中してしまうということで、夜間二次輪番に関しては2病院から4病院にしてはどうかと。こちらに関しても今の体制に加えてやる場合と、そうではなくて今の夜急診から受けるのではなくて救急車を直接受けるところまで含めて、2から4にしたらどうかという意見だとか、それとも夜急診は夜急診の今の体制は残してそれに加える形でもう2床追加したらいいのかとか、ちょっとその辺はまだはっきり、ちょっとなかなか決めかねているところでございます。正直、夜急診からの二次輪番というものを無くしてしまうと夜急診側の方の初期診療体制自体が維持することが非常にやはり難しいというようなことがございますので、送り先が確定していないと先生が二次病院を探すだけで非常に時間がかかってしまい、通常の診療に支障が出てしまうというような問題があるかと思えます。輪番体制そのものをやめてしまっても今と同じ6号基準と同じような形で、皆さんが直近で受ければいいんじゃないかというような御意見も頂きました。ただ、こちらは先ほどちょっと申し上げたように、夜急診から送り先がなくなる、確定になる送り先がなくなるというような問題がございますので、夜急診側の存続というところに非常に影響が出てしまうため、なかなかちょっとこれをやるというのはかなりハードルは高いのではなかろうかというように思っております。続きまして5ページ右下に書いてあるページになりますが、ヒアリングした中の医療機関の意見ですが、ちょっと先ほど申し上げたとおり現状程度ということであれば問題ないだろうというところがやはり非常に多かったという印象と、その理由としては検査や診断が付いた患者であればスムーズに受けられるですとか、救急の搬送を受け入れた後に急変しちゃった場合、患者さんが急変しちゃった場合については、その後ろにやはりバックアップしていただける病院があった方が良いのではなかろうかと、又は自院で対応できなかった場合ほかの専門性がある医療機関で受けられるような体制があれば、より受け入れがスムーズに行くのではなかろうかという御意見がありました。3のその次のページになりますが翌

<p>織田委員長 中村委員</p>	<p>日の患者の受入れについてです。こちらに関してはできるという医療機関が非常に多かったため、ここを中心にできないかというように考えているところです。受入れの多い医療機関さんからは夜間に受入れを増やすためには、翌日じゃなくて当日がいいんじゃないかですとか、また夜間に転院させると当然通常の夜間当直しているうえに加えて事務的な、転院させるための事務的な負担がさらに増えるので、そちらはなかなかやっぱり厳しいので翌朝までにFAX等で受入れを確定させるような方法が良いのではなかろうかとか、このような御意見を頂いているところでございます。さらに次にもう1ページおめくりいただきますと、私どもが検討している中ではですね、まだ結論まで至っていないという状況でございます。今後いただいた御意見等を参考に各医療機関さんと調整させていただきまして、問題を洗い出し、最終的に体制の見直し案を作り、私どもの方の附属機関である地域保健医療協議会にもう一度諮るといようなことを考えてございます。ただ、今年度までと違いまして来年度、平成31年度には私どもの方としてもこの事業についてはある程度強化したいということがございまして、今議会に対しまして約6000万円程度の強化費用ということでお金を要求してございます。議会の議決が通れば、その費用を元に例えばインセンティブのお話ですとか、又は医師の確保のための拡充費用に使うとか、何かしらの形で現状よりは拡充するための施策の方にお金を使っていきたいとは思っております。先ほどちょっと杉浦委員からお話がありましたが、国の補助金とは違って私どもの費用になりますので、これに関してはある程度将来的にも付くような形で今後も継続、ある程度見通せるようなお金になってくるかと思っております。もちろん100%永続するというお約束はできませんが、通常の業務の中の拡充ということになりますので、ある程度ちゃんとした体制を組むための一助になろうかというようには考えているところでございます。説明は以上になります。</p> <p>ありがとうございました。中村委員、夜急診のアンケートと現状を。我々医師会が夜急診というのは実際把握しているのは準夜だけです。前準夜と深夜に関しては海浜病院の方でいろんな、その辺どのように考えているか知っておかないと。我々医師会としてもいまの体制って1.5次で本来僕らが担当する1次とは違うと思っておりますが、二次病院の先生方が今後継続するためには、やっぱりこのまましっかり続けていこうというふうな考えではあります。ただ小児科に関してはやっぱりマンパワーが少ないので、これはあの寺井先生の今後のお考えに合流していくような形になってしまうのではないかなと思っております。内科に関してはやっぱり今の堀さんのお話を聞いている</p>
-----------------------	---

<p>織田委員長</p>	<p>とですね、二次はできないけど1.5次ならというような病院に、という場合もあるしってことだと思うんですけど、あまり期待できないなと。でもそうなるとう結局今の二次病院のいろんなこの困難な状況を考えると、医師会の中で話し合ったわけではないですけど、今の救急、我々がやっている医師会の夜急診の部分がもう少し何らかの形で受けられるような、結局今一人でやっていますからなかなか厳しいですけど、人が増えるような形で受け入れられる形を考えないと、多分二次病院の先生はこれ以上無理ですよ、やっぱり。だから一次的には我々がもう少し人を増やして対応するような形かなと。これにその医師会の会員だけじゃなくていろんな病院の先生方の参加も含めて考えるのかなと。よく今の1.5次の病院候補ありましたよね、その先生方からは結局夜急診でCTなり、レントゲンなり血液検査をして紹介してくれと。だからやっぱり夜急診のレベルは高いんですよ。だからちょっと無理かなって今ちょっとあらためて。</p> <p>だからそれができているから結局救急車も来ちゃうっていうところもあるんですよ。それは海浜病院でやっているからそれが可能なんですよ。あれ別のところだったらできないので。</p>
<p>中村委員</p>	<p>寺井委員がいつも申し上げられているんですけど、あそこはやっぱり患者さんはみんな海浜病院の救急部だと思って来るんですよ。ですからそれで色々問題が起きているので、この辺も何かもうちょっと海浜病院も救急部ではないということ、ちゃんとはっきり明確にさせないと。月に1回くらいは問題が起きていますので、そんな状況です。</p>
<p>織田委員長</p>	<p>はい、ありがとうございました。けど医師会としては今の夜急診のいわゆる1次、1.5次の準夜帯は少なくとも継続していくということですよ。ありがたいことだと思います。いかがでしょうか、今の二次体制の見直しに関して。まだ途中ですけども今まで全然検討されてこなかったことを考えると、大分進んだかなと思います。アンケートまで市の方からずっと各二次病院の方に行っていたら、ある程度の道筋が立ってきたので、それをどう上手く作っていくかということまでできているということですから。いかがでしょうか、今の二次救急医療体制の計画について、進捗状況よろしいでしょうか。はい、杉浦委員。</p>
<p>杉浦委員</p>	<p>しつこいようなんですけど働き方改革なんですよ。救急部の先生は交代制だから、そんなにちゃんと勤務時間はしっかりしていると思うんだけど、我々内科は次の日もちゃんと休んでいるといけないから、出てきて働くわけですね、実際の話は。そういう状況を今後予想されるわけですから、やはり今言った夜急診のところでの活動っていうの</p>

<p>織田委員長</p>	<p>は、本来は働いたので働いたって評価されるんだけど。やっぱり夜急診の体制を僕としてはもう少し、患者さんを受け入れられないかなというのがあるわけですけど。ですが開業医の先生も高齢化してきておりますのでね、もっと密な議論をしていただきたいなと思っております。</p> <p>おそらくまた医師会の方でも先ほどの機能を強化するという方向も考えているということですので、是非御検討いただければと思います。それからこの働き方改革というのは労働時間の問題ではなくて、もっとうまく、例えば働く時間をずらすとかですね、そういうことである程度解決できるんじゃないかと思っていて、いわゆるシフト制ですよ。実際僕らは今、変形労働時間制という形で働いているんですけども、それをもっといろんな診療科で取り入れればいいんじゃないかと僕は思っているんですよ。</p>
<p>杉浦委員 織田委員長</p>	<p>主治医制とかそういうのがなくなれば非常に。</p> <p>僕らも主治医でやっていますけども、患者の説明とか主治医が責任を持ちます。それ以外のところはチーム医療で全部。そうしないとシフト制ができないですから。それをすべての科で実施すれば今の人数でもなんとかやっていけないことはないのではないかと思っているんですけど。まあ外科なんかは手術とかに人手がかかりますから、内科とかはそれが可能なんじゃないかと思っているんですよ。働き方改革も時間だけ言うんじゃなくて、働き方、時間のシフトとかですね、そういうことを考えてやればいいのではないかなと。土日働いて平日休むという、そういう働き方改革というのがいいんじゃないのかなと僕は思っています。大分まあこういった形で二次救急医療体制の見直しも進んでいますので、みつわ台の中田委員が一番これに関して、これをやらないことには収容困難支援事業ができないということでしたので。ただ、今お聞きいただいたように恐らく来年度に検討してできたものが、再来年度から多分適用されるくらいのところにいけばいいんじゃないかと私は思っているんですけど。こういう形が進みますので是非今年は、今年度は事業を途切れさせないで4月以降も今の枠組みでやるということを皆さんに認めていただきたいと思うんですが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。杉浦委員、うちも加わるよということにはいかないですか。はい、分かりました。では一応ですね、この救急業務検討委員会では4月以降もこの形で引き続きこの受入支援事業を。また問題があれば、そこで継続を話し合うということにしたいと思います。どうもありがとうございました。では、報告事項の方をお願いいたします。</p>
<p>川畑司令補</p>	<p>事務局の川畑です。平成30年中の指示、指導及び助言の実施状況</p>

	<p>について報告させていただきます。インデックスシート2の1と書かれた資料を御覧ください。指令センター常駐医師の業務実施状況です。上の表一番下の折れ線グラフで示しました指示が1025回で前年比31.9%の増加、その上の×印の折れ線グラフで示しました指導、助言が3041回で前年比30.5%の増加となっております。真ん中、右の表は、時間帯別の指示、指導・助言の状況です。表に示したとおりですが、指示、指導・助言ともに昼間帯の方が多い傾向で、一日平均では、指示が2.8回、指導、助言が8.3回となっております。まとめとして指示、指導、助言回数の増加は、特定行為の施行件数の増加等が要因であると考えられます。1ページおめくりください。次に平成30年中の救急活動事後検証の実施状況について報告させていただきます。上のグラフは検証対象区分別、下は二次検証医療機関別となっています。平成30年中は162件の事後検証対象事案があり、前年比23件の増加となりました。平成30年中の救急活動事後検証の実施状況については以上です。</p>
<p>松江司令補</p>	<p>続きまして、救急隊員教育の実施状況について、事務局の松江から説明させていただきます。インデックス2の3をお開きください。左上救命士就業前病院研修ですが、こちらは新たに救命士として運用を開始するために必要な研修となります。平成30年度は11人がこの研修を受け、救命士として運用を開始しております。続いて、その右側の再教育病院実習ですが、この実習は、救命士を含む全ての救急隊員が年に1回この実習を受けることとしており救命士125人、救命士以外の救急隊員200人が実習を受けております。次に中段に示しております、各認定取得のための病院実習については、気管挿管7人、AWSを用いた気管挿管が5人、アドレナリン投与が12人、それぞれ実習を受けております。下段左側の処置範囲拡大二行為に係る追加講習につきましては、平成29年度事業として20人、平成30年度事業として13人が受講しており、これにより、当局の救命士のうち、この講習が必要な救命士はほぼ全て受講したことになります。また、これらの研修等により、平成30年度中に各認定を取得した救命士、及び平成31年1月現在の認定状況を下段右側の二重囲みにお示ししております。以上で説明を終わります。</p>
<p>織田委員長</p>	<p>はい、ありがとうございました。指令センターの常駐医の実施状況、指導等の実施状況と、救急隊員教育の実施状況について御説明いただきました。何か御質問、コメントございますでしょうか。やっぱり指示、指導、助言は増えているんですね、かなりね。特定行為だけではなくて、今搬送しなくてすむ症例に対してですね、救急隊員が常駐医の助言を求めた上で、不搬送とするというケースも増えていますの</p>

梅澤補佐	<p>で、私も実際泊っていて指示を出すよりも、その相談の方がはるかに多くて、また、ただこれはトラブルも実際起きているんですよ。そういったものは事後検証をした上で、適正にできるように救急隊を教育していくという必要があるかと思います。あとは救急隊員の教育については処置範囲拡大二行為ですね。その受講がほぼ全て終わったということで、今後はもういらなくなるというか、救命士の学校で全て受けているということですよ。救命士は約200人ということで、全ての救急車に必ず救命士が乗っています。2人体制のところもあるんですよ。御質問等ございますか。よろしいでしょうか。では事務局の方にお返ししたいと思います。</p> <p>織田委員長ありがとうございました。事務局から平成31年度第1回千葉市救急業務検討委員会でございますが、6月を開催予定として現在考えております。なお、日程の調整につきましては従来どおり、FAXにて送信させていただきますので、皆様方におかれましては大変お忙しいところ恐縮でございますが、御回報のほど、よろしく願います。以上をもちまして平成30年度第2回千葉市救急業務検討委員会を終了いたしますが、ここで、今年度で定年により退任いたします石塚局長、深井警防部長、中村救急課長の3人を代表いたしまして、石塚局長より挨拶をさせていただきます。</p>
石塚局長	<p>それでは改めまして御挨拶をさせていただきます。本日は織田委員長を始め、委員の皆様、また各オブザーバーの皆様、お忙しいところ御出席いただき、また貴重な御意見賜りまして誠にありがとうございました。今年度をもって、私と右隣におります警防部長の深井、並びに左隣におります救急課長の中村が定年退職を迎えることとなります。特に私、一昨年に消防局長に就任して以来、この2年間は委員の皆さんには、格別なる御高配、また御支援、御協力を賜りましたことに深く感謝申し上げる次第でございます。誠にありがとうございました。今日も非常に有意義な御議論、そして貴重な御意見を賜ったわけですが、先ほども私、冒頭に申し上げましたけれども、千葉市の消防行政、取り分け救急行政は今課題が山積しておる状況でございます。こういった課題に対しまして、我々行政といたしましても、千葉県の方いらっしゃっています。そしてまた市の保健福祉局の方もいらっしゃっています。そして委員の皆様。行政また医療機関、そしてまた民間の救急関係者の方も含めまして、この今山積している課題をどのように一番良い方向に導いていけるか。それが一番大切かなというふうに思っています。今後とも皆様方のお知恵、また御意見を賜りながら千葉市の救急行政が、今日よりも明日、明日よりも明後日、少しずつでも市民のために救命率を上げられるような行政にしていきたいと思います。</p>

<p>織田委員長</p>	<p>考えておりますので、今後とも御支援賜りますようお願い申し上げます。簡単ではございますが私の御礼の御挨拶とさせていただきます。誠にありがとうございました。</p> <p>梅澤さん、僕も挨拶させてください。私もこの3月で大学を退職になります。定年退職になります。本来だったらこの検討委員会の委員長も辞めないといけないところかと思えますけれども、今、二次救急医療体制の見直しとかですね、この受入支援事業のこともありますので、もし皆様さえよろしければですね、私の後任が決まるまでは、委員長をやらせていただきたいというふうに思っております。</p> <p>【拍手】</p> <p>退職しても救急医療にはまだしばらく携わるつもりでおりますので、今後ともよろしく願いいたします。どうもありがとうございました。</p>
<p>梅澤補佐</p>	<p>【拍手】</p> <p>以上をもちまして平成30年度第2回千葉市救急業務検討委員会を終了させていただきます。長時間にわたり御審議頂きありがとうございました。</p>

平成31年2月19日（火）開催の平成30年度第2回千葉市救急業務検討委員会議事録として承認し署名する。

千葉市救急業務検討委員会 委員長 委員長承認済み・確定文書(写し)