

令和7年度 第1回
千葉市地域保健医療協議会
議 事 録

令和7年度第1回千葉市地域保健医療協議会 議事録

1 会議の名称

令和7年度第1回千葉市地域保健医療協議会

2 開催日時

令和8年3月19日（木）午後8時55分から午後9時26分まで

3 開催方法

オンライン開催

4 出席者

(1) 委員

大濱洋一会長、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、井上修士委員、増渕美恵子委員、飯島睦子委員、鶴崎美優希委員、中田孝明委員、古川勝規委員、宮田昭宏委員、久永竜一委員、秋元稔委員

※欠席委員

太田文夫委員、玉井和人委員、杉崎幸子委員

(2) オブザーバー

津田克彦千葉市医師会理事、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、六角智之千葉市立青葉病院長、梶原崇弘千葉県老人保健施設協会会長
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、藤原淳一医療衛生部長、串間琢郎医療政策課長、塩原浩太郎医療政策課課長補佐

5 議題

(1) 夜間内科二次（病院群輪番制）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7年度第2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55分より会議を開始した。

(1) 夜間内科二次（病院群輪番制）について

事務局から夜間内科二次（病院群輪番制）について説明し、委員から意見をいただいた。

(2) その他

中田委員から開催時間についての意見があった。

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55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。

資料1 ページから2 ページまで

今回は、夜間内科2次病院群輪番制について初めに制度の概要と課題、今年度実施したアンケートの説明をし、最後に制度見直しの方向性について説明する。

資料4 ページ

千葉市の救急医療体制の概要であるが、本市では、休日や夜間といった多くの医療機関が診療時間外となる時間帯に救急医療の体制を確保している。

このスライドは夜間であるが、初期救急医療として、海浜病院内にある夜間応急診療（夜急診）で内科と小児科の診療を行っている。

夜急診を受診した患者のうち、診察の結果、精査加療や入院等が必要と判断された方については、病院群輪番制により二次救急医療機関である市内医療機関において受け入れを行っていただいている。

外科や整形外科についても、内科と同様に、初期と後方支援という役割分担をした上で、輪番制により体制を確保している。

資料5 ページ

このスライドは休日日中の体制をお示ししているが、夜間帯と同様の体制を確保しており、初期救急医療は休日救急診療所等で実施し、二次救急として入院等が必要な患者を受け入れる病院群輪番制の体制を構築している。

資料6 ページ

市内には、救急隊から急病者を受け入れる救急告示医療機関が27施設ある。

これらの医療機関は、救急医療の経験を有する医師が常時診療に従事している等の基準を満たしているとして、千葉県知事の認定を受けており、当市の輪番制にも、このうちの多くの医療機関にご協力いただいている。

資料7 ページ

こちらは県の事業であり、救急搬送患者のうち、長時間搬送先が決まらない場合に、救急患者を受け入れる医療機関を予め指定している事業である。

資料8 ページ

こちらは千葉市消防の救急出動件数等の推移を示したグラフである。

青色の出動件数は、令和2年から3年にかけて減少したものの、令和4年に急増し、その後は年間約7万件弱で推移している。

オレンジ色の救急搬送困難事案件数は、令和4年から5年に9,000件を超え、その後徐々に減少傾向となっている。

資料9 ページ

次に夜間内科二次制度について詳しく説明する。

資料10 ページ

こちらは冒頭で紹介した夜間の救急医療体制の図を一部改編したものである。

いわゆる夜間内科二次の制度は、赤枠で囲んだ部分であるが、主に夜間応急診療の内科を受診した患者のうち、入院が必要な患者を受け入れるために、毎日2病院を輪番制で運用している。

資料1 1 ページ

この夜間内科二次病院については、夜間応急診療のバックアップの機能を果たしていることから、病院にお支払いする待機料の予算を確保してきたところである。

令和元年11月に制度を一部改正し、この待機料に加えて、待機料と同額分の予算を確保し、夜間応急診療からの転搬送以外も含めた救急搬送の受け入れ実績に応じて、予算を案分して、病院にお支払いするインセンティブ方式を導入している。

約2年前の本協議会において効果検証の報告を行っているが、その後2年間分のデータも含めて改めてお示しする。

資料1 2 ページ

こちらは先ほど示した救急出動件数等の推移のグラフであるが、新型コロナウイルスをはじめとする感染症の流行等による影響が大きいことから、インセンティブ制度の導入による効果検証については難しいと認識をしている。

資料1 3 ページ

上の表は、インセンティブ制度を用いた受入件数の推移であるが、待機料2床分と同額の予算を確保する中で、令和6年度は1日当たり6.6件を受け入れていただいた。

一方で、下の表は、受入実績が比較的少ない医療機関数をまとめたものであるが、1当番日あたりの受入件数が1件未満だったり、年間受入件数がゼロ件の医療機関もあった。

資料1 4 ページ

また、こちらは夜急診からの受入実績が比較的少ない医療機関数をまとめたものであるが、夜急診からの受け入れ、受入率が50%未満や、年間0件の医療機関もあった。

資料1 5 ページ

まとめると、インセンティブ制度の導入について、2床分の待機料と同額の予算で、2床以上の受け入れがあることから、一定の効果があると認識している。

搬送困難事案件数への影響効果については、考察が難しいが、引き続き注視する。

一部の医療機関については、待機医療分、インセンティブ分いずれも受入件数が少ないため、受入実績のある医療機関との公平性という観点では、検討が必要と考えている。

このような現状を踏まえ、当課では今年度に市内医療機関を対象としたアンケート調査を実施した。

資料1 7 ページ

市内医療機関を対象として、令和7年4月までに調査を実施した。

夜間内科二次の協力医療機関、17病院中11病院から回答をいただいた。

資料18ページ

まず、救急医療体制について認識されている課題について尋ねたところ、多くの医療機関が、①輪番制の負担感の増加を挙げており、夜間内科2次医療機関11病院のうち10病院から回答があった。

資料19ページ

また、現在の待機料制度の見直しについて尋ねたところ、夜間内科二次医療機関11病院のうち5病院が①の廃止、1病院が⑤の自由記載であるが、待機料減額と、計6病院から待機料を縮小する方向で回答いただいた。

資料20ページ

その理由について尋ねたところ、受け入れ実績が少ない医療機関に対し、待機料が支払えることに関し、不平等感が生じる、ある程度の待機料が必要と考えているものの、受け入れ実績のない病院があるのであれば、実績評価になるのも仕方ないなどの回答があった。

資料21ページ

待機料制度が廃止された場合に懸念される課題等についても尋ねました。

それによると、制度改正によって参画医療機関が減少し、搬送困難事案が多く生じるや、待機に対する評価がないと、医療従事者を確保できないため、受け入れ困難が発生してしまうといった意見があった。

資料22ページ

以上まとめると、ほぼ全ての輪番医療機関で、負担感の増加を感じていた。

また、待機料を廃止という方向性について見直すことについては、半数以上の医療機関から賛成の意見をいただいた。

待機を廃止した場合に、参画医療機関が減少し、救急搬送の受け入れが困難になることへの懸念も示された。

資料23ページ

そこで今回は、夜間内科二次の見直しの方向性について2点、考え方をお示しする。

資料24ページ

1点目に、二次病院の役割の明確化である。

アンケート結果のとおり、夜急診からの患者受け入れについて、受入実績が少ない医療機関に対し、待機料を支払いしていることで、不平等感を感じる医療機関も見られる。

当番医療機関の中には、救急搬送を受け入れた結果、満床となり、夜急診からの受け入れを断る状況も生じている。

夜間帯の市内の救急搬送人員は、およそ2万7,000人と、当番2病院だけの受け入れは困難であり、救急告示医療機関を中心とする幅広い医療機関の協力が不可欠と考えている。

そこで、夜間内科二次では、夜急診の後方病院として、患者の受け入れが十分に可能な医療機関と夜急診以外の救急搬送を受け入れる医療機関の役割分担を明確化したいと考えている。

資料 2 5 ページ

2 点目に、受け入れ実績に基づく評価である。

インセンティブ制度を導入したことで、2 床分の待機料と同額の予算で、2 床分以上の患者受け入れが行われており、待機料として設定するより効果があると考えている。

待機料を見直すことについては、半数以上の医療機関から賛成の意見をいただいた。

待機料を廃止した場合に、参画医療機関が減少することで、患者搬送の受け入れが困難になるとの懸念もいただいた。

そこで、今後、インセンティブ制度を拡大する方向で、待機料制度の廃止または縮小を検討したいと考えている。

資料 2 6 ページ

以上 2 点の制度改正の方向についてお示しをさせていただいた。

本日は本制度や、その見直しについて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、大濱会長から質疑及び意見の時間が設けられた。

<中田孝明委員（千葉大学大学院医学研究院教授）>

先程の千葉県の千葉地域医療構想調整会議でもあったが、照会回数 3 回で収まらない、現場滞在時間 30 分以上の搬送困難事案という定義があるが、その患者の数について、千葉市は全国ワースト 1 である。これは非常に大きな課題である。

また、重症な方が収容できないわけではなく、中等症・軽症の方を収容できないというのが大きな課題である。

二次病院の役割というところが、非常にバランスが悪いと考えている。多くの患者が救急車で搬送されているが、一次、初期診療所から二次医療機関に連絡があるのは本当に僅かである。二次医療機関が受けている患者数は、とても多く、それが搬送困難事案を生んでいる。

一次、初期診療所から転搬送される患者に対して病床 2 床を空けるということに関して、現場の医師は誰も意識していない。そういう観点で医療をしている訳ではない。

救急隊から連絡を受けて、受けるかどうかということが主となるので、そこがしっかりと収容できるようなインセンティブ制度にすることが大変重要と思うので、ぜひそのことを考えていただきたい。

待機料や病床確保料は、コロナ禍において、全然収容できなかったのも、そこにお金を支払っては駄目だと思う。患者を受けたところに、お金を支払う方が、しっかりとインセンティブとして働くと考えているので、そのようにご検討いただきたい。

千葉大学医学部附属病院は、三次医療、三次救急の施設であるが、千葉市は二次が破綻しているのも、二次でも一生懸命患者を受けたり、もしくは我々の救急医を市内の各病院に出して、受けるようにしている。そのように取り組んでいるので、ぜひインセンティブ制度がしっかりと搬送困難事案が減っていく

ことに繋がるようにしていただきたい。

主要都市の平均的な救急車が照会回数は、大体 1.5 回以下である。千葉市は 2 回を超える。2 回に 1 回しか受けなければ応需率 50%となるので、50%以下の応需率となる。1.5 回というと、応需率が 6 割以上で受けていかなければいけない。今 6 割以上で受ける病院は市内にない。そういう意味では、できるだけ救急車をちゃんと受けた人たちにインセンティブが支払われるような制度にさせていただくと、実際、日本国内のワースト 1 から、抜け出ていくと思っていますので、ぜひご検討いただけたらと思っている。

<医療政策課長>

頂いたご意見も踏まえてまた詳細について検討していきたい。

<中村真人委員（千葉市医師会副会長）>

私は、確か平成 23 年から千葉市医師会の救急医療関係の副担当と担当理事、副会長を経てきているが、スライド 13 の 2 番目に受入件数が 0 件の医療機関があったとあるが、これも平成 22 年からずっと続いてきたわけだが、それがこのインセンティブ制度の導入で大分変わってきた。

スライド 22 のように、待機料を廃止した場合に参画医療機関が減少するというようなご意見もあるようですが、現時点で平成 22 年からこの状態が続いていたことを考えると、やはりインセンティブ制度により変えていかないと、何も解決しないと思うので、インセンティブ制度で変えていかないといけないということに賛成である。

<中田孝明委員（千葉大学大学院医学研究院教授）>

考え方としては、医療機関は医師を確保して、それを市からの委託料の額の幾らかを医師に支払うというのがシステムの流れかと思うが、直接、市から医師に何割かを支払ったらいいのではないかと思う。

医師に 1 件幾らという形で支払えば、医師は、より明確に受入件数が分かるので、よりインセンティブとして働くのではないかということも 1 つの考え方かと思っている。どのようにしたら受け入れてくれるのかというのを色々考えたが、受けても実際に医師の収入とならなければ、多分受けないだろうと思うので、しっかりそういったところも考えていただきたい。全額を医師に支払う必要はないと思うのですが、一部でも直接支払われれば、よりこのインセンティブの意味があるのではないかと思う。

別に医師でなくてもいいのかもしれないが、担当した人に渡っていかないとあまり意味がないというのが現状だと思う。

これは受けないという選択肢ができる以上、受けなくても特に給与が変わらないという状況があるということから、なかなか受けないってことも実際起きている。

しっかりと受けている医療機関では、そういった救急車を受けた台数に応じたインセンティブなどを独自で制度化して、受けるようにしたり、色々なところで調整しているのだから、そういった意味では大元のところで調整した方がより

進むのではないかと思うので、そういった発想も、候補の案としても考えていただければと思う。何かよく進むようにという意味で申し上げている。

<中村真人委員（千葉市医師会副会長）>

インセンティブを個人に支払うというのは確かにそう思うが、私が担当理事のときも随分色々な病院長には相談したのだが、結局それができるのは、私立の病院だけではないかと思う。

ただ、佐賀大学附属病院方式みたいなものができるのであれば、多分国公立の病院はなかなか難しいと思うが、ご検討いただければと思う。

<宮田昭宏委員（千葉県総合救急災害医療センター病院長）>

インセンティブ制度に関しては、やはり進めていかないといけない。なかなか受けていただけないというのが現状である。

参画医療機関が減少してしまうことについては、今ほとんど受けていない病院が手を下ろすことになり、あまり大きな影響はないと思う。

医師への直接のインセンティブというのは、実際当院では非常に難しいのですが、医師だけで受けている訳ではないので、コメディカルも含めて受けているので、そういうところの調整は、必要になるかと思う。

やはり受けても、受けなくても変わらないという現状から、受けないというのは確かにあると思うので、そこのところを何とかしていかないといけないとは思っている。ただ現状、公立病院としては、すぐには難しい。

<中田孝明委員（千葉大学大学院医学研究院教授）>

補足として何でこんな背景になるかということ、医師の働き方改革で、夜間に勤務として働くというスタイルではなかなか働けなくなっているのが、夜間に救急患者を受けるとなると、やはり非常勤の医師を雇わないと回らないというのが今の医療機関の現状で、時代とともに変化してきているということが明瞭となってきている。

その非常勤で雇う医師を、救急消防指令センターに常駐医師を配備しているように、医師を配置する恰好になるのではないかと個人的には思っている。

<大濱洋一会長（千葉市医師会会長）>

本日いただいたご意見等を踏まえて、見直しの検討を進めてください。

(2) その他

<中田孝明委員（千葉大学大学院医学研究院教授）>

この協議会は、夜分の開催でない駄目なのではないかというのを伺いたい。

普通の常識からしたら、外れてる時間帯に開催していると思うので、これは普通のビジネスアワーに何故開催しないのか、もちろん開業の先生がいたり等そういうことがあってのことかとは思いますが、健全ではないと思う。

千葉市救急業務検討委員会も昼間に移しましたので、必ずしも夜の開催でな

ければということはないのではないかと思いますので、ご検討いただきたい。

<医療政策課長>

元々千葉県の地域医療構想調整会議と市の当会議の委員の構成がほぼ同じというところもありまして、県の会議等を同日に実施しているというのが、実態であった。

19時からと遅い時間からの開始で、結果として長時間委員の皆様を拘束してしまっており、非常に心苦しく思っている。

次回以降の開催については、県の調整会議もあるので、県、あとは会長ともご相談をしながら今後検討させていただきたい。

<中田孝明委員（千葉大学大学院医学研究院教授）>

医師の働き方改革によりこんな時間に会議を開催したら、問題があると思うので、常識的な時間に移行した方がいいのではないかと思います。

<大濱洋一会長（千葉市医師会会長）>

開催時間については、また検討させていただきたいと思う。

以上のとおり議事を進め、午後9時26分に閉会した。

以上