



平成22年度 第2回 横浜市救急医療検討委員会 次第

平成22年9月30日(木) 19:00~  
横浜市救急医療センター3階・研修室

---

1 開 会

2 第1回議事録要旨の確認

3 議事

(1) 検証の中間報告について

- ① 横浜市の新たな二次救急医療体制の検証について 【資料1】
- ② 統計資料による検証 【資料2】
- ③ アンケート調査による検証 【資料3】
- ④ ヒアリング調査による検証 【資料4】

(2) 中間評価について

【資料5】

(3) 追加検証項目について

(4) 搬送困難事案の解決方策について(消防局長からの検討依頼)

【資料6】

4 その他

5 閉 会

---

## 横浜市救急医療検討委員会委員名簿

(21年度～22年度)

		氏名	選出区分	現職・履歴等
1	◎	今井 三男 いまい みつお	医療関係者	横浜市医師会長
2	○	吉井 宏 よしい ひろし	医療関係者	横浜市病院協会会長
3		奥山 千鶴子 おくやま ちづこ	市民	NPO法人びーのびーの理事長
4		恩田 清美 おんだ きよみ	有識者	東京海上日動メディカル サービス(株) 上席研究員
5		郡 建男 こおり たけお	医療関係者	横浜労災病院副院長
6		嶋田 充郎 しまだ みつお	有識者	ジャーナリスト (株) テレビ神奈川報道部長
7		鈴木 範行 すずき のりゆき	医療関係者	横浜市立大学附属市民総合医療センター 高度救命救急センター長
8		高井 佳江子 たかい かえこ	有識者	弁護士
9		田口 進 たぐち すすむ	医療関係者	昭和大学横浜市北部病院長
10		遠山 愼一 とおやま しんいち	医療関係者	横浜市病院協会副会長
11		古谷 正博 ふるや まさひろ	医療関係者	横浜市医師会常任理事
12		吉原 克則 よしはら かつのり	有識者	東邦大学大森病院 救命救急センター部長
13		渡邊 まゆみ わたなべ まゆみ	有識者	ジャーナリスト (株) プラネット代表取締役

五十音順(委員長、副委員長以外)；敬称略

◎委員長、○副委員長

# 横浜市救急医療検討委員会設置要綱

制定 平成 17 年 7 月 13 日（市長決裁）

## （設置目的）

第 1 条 横浜市の救急医療体制のより一層の充実を図るため、救急医療体制の現状を把握するとともに、救急医療体制の課題や解決策等を話し合い、その意見や提案を横浜市の救急医療行政に反映していくため、横浜市救急医療検討委員会（以下「本会」という。）を設置する。

## （協議事項）

第 2 条 本会は、次の内容を協議し、協議結果を市長に報告する。

- (1) 横浜市の救急医療の充実に関すること
- (2) その他、本会において調査・検討が必要とされる事項

## （構成）

第 3 条 本会は、次の各号に掲げる者の中から市長が委嘱した者（以下「委員」という。）20 人以内をもって構成する。

- (1) 市民
- (2) 医療関係者
- (3) 有識者
- (4) 前各号に掲げる者のほか、市長が必要と認める者

## （委員の任期）

第 4 条 委員の任期は、2 年とする。ただし、再任は妨げない。

2 委員が欠けた場合は、補欠の委員を委嘱することができる。ただし、その任期は、前任者の残任期間とする。

## （委員長及び副委員長）

第 5 条 本会に、委員長及び副委員長をそれぞれ 1 人置く。

- 2 委員長は、委員の互選により定め、副委員長は、委員長が指名する。
- 3 委員長は、本会を主宰し、会議を統括する。
- 4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるとき又は委員長が欠けたときは、その職務を代理する。

## （会議）

第 6 条 本会は、必要に応じ委員長が招集する。

2 委員長は、第 1 条の目的を達成するため、必要と認めるときは、会議に関係者の出席を求め、その意見を聴くことができる。

## （部会）

第 7 条 本会に特定の分野の救急医療体制について専門的に検討を行うため、専門部会（以下「部会」という。）を設置することができる。

2 部会に関し必要な事項は、委員長が定める。

(会議の公開)

第8条 本会の会議は、原則として公開とする。

- 2 会議の傍聴を希望する者（以下「傍聴者」という。）は、会場の受付で氏名及び住所を記入し、係員の指示により、傍聴席に入らなければならない。
- 3 傍聴者の定員は、委員長が定めることとし、申込み先着順とする。
- 4 傍聴者は、委員長の指示に従い、委員長はこれに違反する者に、会場からの退去等必要な命令を行うことができる。

(会議の非公開)

第9条 横浜市の保有する情報の公開に関する条例（平成12年2月横浜市条例第1号）第31条ただし書きの規定により会議を非公開とするときは、委員長はその旨を宣告するものとする。

- 2 委員長は、委員の発議により会議を非公開とするときは、各委員の意見を求めるものとする。
- 3 会議を非公開とする場合において、会場に傍聴者がいるときは、委員長は、その指定する者以外の者及び傍聴者を会場から退去させるものとする。

(庶務)

第10条 本会の庶務は、健康福祉局企画部医療政策課において処理する。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、本会に関し必要な事項は、市長が定める。

附則（制定 平成17年7月13日 衛医政第121号 市長決裁）

（施行期日）

この要綱は、平成17年7月13日から施行する。

附則（平成18年3月29日衛医政第10549号 局長決裁）

（施行期日）

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附則（平成20年5月16日健医政第188号 局長決裁）

（施行期日）

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。



平成 22 年度 第 1 回 横浜市救急医療検討委員会 議事録要旨

議 題	<p>1 報告事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 横浜市の新たな二次救急医療体制の概要</li> <li>・ 22 年度予算概要</li> <li>・ 22 年度の検討項目及びスケジュール</li> </ul> <p>2 横浜市の新たな二次救急医療体制の検証について</p> <p>3 搬送困難事案の解決方策について（消防局長からの検討依頼）</p>
日 時	平成 22 年 6 月 15 日（火） 19 時から 21 時まで
場 所	横浜市救急医療センター3 階研修室
決定事項	<p>1 今年度は横浜市の新たな二次救急医療体制の検証を中心に協議を行う。</p> <p>2 提言のとりまとめは行わず、二次救急専門部会は開催しない。</p>
議 事	<p>1 報告事項</p> <p>○ <u>横浜市の新たな二次救急医療体制の概要について</u></p> <p>（委員）新たな二次救急医療体制の運用が始まったが、実態等について教えてほしい。</p> <p>（事務局）今後検証をしっかりと行うが、大きな患者数の増加や混乱はなかった。一部周知期間が短かった事に伴う混乱があったが、大きな混乱ではない。</p> <p>（委員）救急隊側のインプレッションはどうか？</p> <p>（事務局）救急隊へアンケート調査を行ったところ、3 医療圏それぞれで傾向が異なっている。全体的には疾患別も含め、様々な情報が救急隊に流れ、助かっているという印象である。</p> <p>（委員）もう少し行政から現場の医師へ新しい体制の周知をして欲しい。</p> <p>（委員）三次救急への影響も考えてほしい。また、ウォークイン患者の分析をしっかりと行って欲しい。</p> <p>（事務局）三次救急への影響については、各病院へ状況を確認する。今後の検証でウォークイン患者の動向についても検証する。</p> <p>（委員）A 病院に関しては、一番心配していた消化器系患者の増加の傾向がみられる。特に 4 月が多かった。5 月は安定しているが、A 病院に重症な患者が増えていると感じている。</p> <p>（委員）疾患別体制については、うまく運用されているか。</p> <p>（事務局）整形については、確実に病院の情報が分かるので、大変助かっているという現場の声がある。</p>

○ 22年度予算概要について

(委員) 新規事業以外の予算について、前年度比ではどうなのか。

(事務局) 救急については、基本的に前年同額以上である。

2 横浜市の新たな二次救急医療体制の検証について

(委員) ウォークイン患者について、夜間急病センターや情報センターとの関係が重要で、検証にあたり初期救急患者の受診状況を含めた方がよい。

(委員) 時間帯による検証も含めてほしい。

(委員) 検証は一度だけでなく、継続して実施し変化をみる必要がある。

(委員) 初期救急について市民への啓発も重要であり、今後、啓発活動後のウォークイン患者の動向などについても調査して欲しい。

(委員) 軽症、中等症、重症の判断基準について、病院と救急隊が同じスケールになるようにするべきである。また現場の医師に対しても徹底すべきである。

(事務局) 今回は搬送先病院の方で判断し、消防局が収集したデータを検証に使用する。

(委員) B病院になるにあたり内科医の2人体制の条件が非常にネックになっていて、一般輪番病院で、たくさん患者を受けていてもB病院になることは難しいと聞いている。現実的に内科医2人は難しいと思うので検証してほしい。

3 搬送困難事案の解決方策について

(委員) 重症・重篤の10%について、早急な分析と対策が必要。基準の策定については、基準がない現状においても、産科・周産期以外は、基準がある東京よりも、良い成績なので、わざわざ東京ルールのようなものを作る必要はない。また、東京よりやや悪い救命救急センターへの搬送実績については、新たに市民病院が加わることで良くなると考えているようだが、更に、他に手を挙げる病院があれば、より一層充実させるために、市としてバックアップすべきである。

(委員) 産科・周産期の搬送困難事案について、出産予定の病院を希望しているのに、病院の事情によって受け入れられず、別の病院に行く場合があるが、そのケースについて分析をして欲しい。

(委員) 搬送困難事案の原因について、病院側と消防側で見解が違う場合もあ

る。消防側の見解だけでなく、各病院に調査する必要があるのではないかと。また、消防局側だけでは解決しきれない問題について、健康福祉局側の視点で洗い出して検討して欲しい。

(委員) 搬送困難事案の半数が軽症ということだが、これを減らす事で重篤患者の搬送がもう少し楽になるのではないかと。東京ルールにて、都民の理解と参画ということがあるが、同様に、もう少し広報して軽症の方の救急車の利用を減らすなどが必要ではないかと。

(委員) 患者・住民参画が大変大事な視点であり、ヒアリングについて、医療従事者だけでなく、対象に市民を盛り込むことも必要ではないかと。情報センターについても、対応後に病院へ行ったか、その後になんかまでは検証ができないという限界がある。

(委員) 医療機関に受け入れを照会した件数が、19年と20年で減っているのはなぜか。

(事務局) 19年には、奈良県や東京都で、いわゆるたらい回し報道がされた関係で、20年から医療機関のハザードが働いたのではないかと。

(委員) 現在の情報センターは、電話が増えていると言うが、ほとんど病院案内になっている。病院案内については、東京都のようにインターネットを活用して情報を公開すれば十分、例えば、夜間受診可能な医療機関をホームページで公開しておけば、情報センターへの電話が減るのではないかと。例えば、小児救急の受診案内のように、受診のための広報はパンフレット作成ではなく、ホームページで公開した方がよい。情報センターについては、むしろ、小児救急電話相談のように、もっと踏み込んだ相談を行ってもよいのではないかと。

(委員) 困難事案の具体例がないので、どこまで市民がこの問題のサポートに入れるか分からないが、年配の方々は一入暮らしの方が多く、周囲のサポートがない中で困っている。また、若い世代ではリストカットのような例があり、医療だけではなく、福祉的なサポートもなければ解決できないこともあるので、今後は、そのあたりもあわせて検討してもらえれば、市民もサポートしやすくなると思う。

#### ○ その他

(事務局) 次回は検証の中間報告を議題とし、9月頃に開催予定。

## 横浜市の新たな二次救急医療体制の検証について

今年度の横浜市救急医療検討委員会は、昨年度に第4次提言として取りまとめた  
だき、本年4月から運用を開始した「横浜市の新たな二次救急医療体制」の検証活動  
を中心に、更なる充実に向けて必要な協議を行っていただいております。

### 1 22年度の検討項目

---

横浜市の新たな二次救急医療体制の充実強化について

- ① 運用実績の検証に基づく評価と新たな課題の抽出
- ② 搬送困難事案の解決策（横浜市救急業務委員会からの依頼を受けて）

### 2 検討スケジュール

---

22年6月15日 第1回救急医療検討委員会

- ① 横浜市の新たな二次救急医療体制の概要報告
- ② 新たな二次救急医療体制の検証項目の検討
- ③ 搬送困難事案の解決方策の検討

22年9月30日 第2回救急医療検討委員会

- ① 検証の中間報告
- ② 中間評価及び追加検証項目の検討
- ③ 搬送困難事案の解決方策の検討

23年1月頃 第3回救急医療検討委員会

- ① 検証結果の最終報告
- ② 評価及び改善すべき課題の整理等
- ③ 搬送困難事案の解決方策（案）の取りまとめ

# 新たな二次救急医療体制の検証について

22年度に運用を開始した「横浜市の新たな二次救急医療体制」について検証し、症状に応じた適切な医療機関に、迅速に搬送される体制への整備を進めることを目的とします。

- 1 医療機関及び救急隊に新たな二次救急医療体制が周知され、新制度が円滑に運用されている。
- 2 救急隊による搬送先医療機関確定までの時間が短縮されている。
- 3 医療機関にあっては、診療機能に応じた機能分担が図られている。

検証

## 1 統計資料による検証

- (1) 救急隊の現場到着から搬送開始までの時間の推移を確認
- (2) 救急隊による病院照会回数の推移を確認
- (3) 重症度別に救急車搬送件数をまとめ、救急搬送件数の推移を確認
- (4) 一般輪番病院における輪番日・非輪番日の受入れ状況を確認

以上を月ごとのデータで検証

- 表1 救急平均活動時間【指令～病院到着まで】  
 表2 病院への照会回数  
 表3 重症度別 夜間・休日の救急車搬送件数比較  
 表4 重症度別割合別 夜間・休日の救急車搬送件数比較

## 2 アンケート・ヒアリング調査による検証

	実施対象	実施時期	内容
アンケート	体制参加全医療機関	7月16日～8月20日	健康福祉局医療政策課において実施
	救急隊員	5月、8月、11月	消防局救急課において実施
ヒアリング	医療従事者	7月28日～9月2日	健康福祉局医療政策課において実施 主なヒアリング項目 (1) 重症度別における患者数の変化 (2) ウォークイン患者数の変化 (3) 深夜帯における内科患者数の変化 (4) 一般輪番病院数減少による影響 など

表1 救急平均活動時間 【指令～病院到着まで】

(消防局統計データにもとづき健康福祉局医療政策課が作成)

年(平成)	①指令～ ②現場到着	③現場到着～④搬送開始	⑤搬送開始～ ⑥病院到着	①指令～ ⑥病院到着
20年【平均】	6.0分	16.2分		31.2分
1月	5.9分	16.4分		31.3分
2月	6.2分	16.6分		32.3分
3月	6.0分	16.3分		31.6分
4月	5.9分	16.1分		31.0分
5月	5.9分	16.1分		31.0分
6月	5.8分	15.7分		30.4分
7月	6.0分	15.8分		30.6分
8月	6.0分	15.8分		30.6分
9月	6.0分	15.9分		30.9分
10月	6.1分	16.1分		31.2分
11月	6.2分	16.4分		31.7分
12月	6.3分	16.4分		31.8分

21年【平均】	6.1分	16.8分		32.1分
1月	6.2分	16.9分		32.3分
2月	6.1分	16.7分		31.8分
3月	6.1分	16.7分		32.0分
4月	6.1分	16.6分		31.7分
5月	6.1分	16.6分		31.7分
6月	6.0分	16.4分		31.4分
7月	6.2分	16.5分		31.8分
8月	6.2分	16.7分		31.9分
9月	6.2分	16.6分		31.8分
10月	6.3分	16.9分		32.3分
11月	6.3分	17.1分		32.8分
12月	6.4分	17.6分		33.5分

		20年比較	21年比較			
22年【平均】	6.4分	18.1分	1.9分	1.3分	9.5分	34.0分
1月	6.4分	18.1分	1.7分	1.2分	9.5分	34.0分
2月	6.3分	18.3分	1.7分	1.6分	9.6分	34.1分
3月	6.3分	18.1分	1.8分	1.4分	9.5分	33.9分
4月	6.4分	18.1分	2.0分	1.5分	9.5分	34.0分
5月	6.3分	18.0分	1.9分	1.4分	9.5分	33.8分
6月	6.4分	17.9分	2.2分	1.5分	9.4分	33.7分
7月	6.6分	17.9分	2.1分	1.4分	9.5分	34.0分

表2 病院照会回数

(消防局統計データにもとづき健康福祉局医療政策課が作成)

年(平成)	搬送件数	搬送受入までの照会回数					
		1回	2回	3回	4回	5回以上	5回以上割合
20年【月平均】	10,940件	8,571件	1,392件	525件	231件	223件	2.0%
1月	11,404件	8,541件	1,521件	613件	319件	410件	3.6%
2月	10,935件	8,187件	1,398件	610件	346件	394件	3.6%
3月	11,199件	8,289件	1,566件	663件	351件	330件	2.9%
4月	10,580件	8,206件	1,432件	501件	224件	217件	2.1%
5月	10,570件	8,109件	1,431件	574件	233件	223件	2.1%
6月	10,002件	8,048件	1,218件	440件	173件	123件	1.2%
7月	11,481件	9,180件	1,403件	539件	186件	173件	1.5%
8月	10,744件	8,545件	1,352件	490件	199件	158件	1.5%
9月	10,482件	8,561件	1,207件	411件	158件	145件	1.4%
10月	10,947件	8,855件	1,343件	450件	171件	128件	1.2%
11月	10,902件	8,720件	1,331件	474件	189件	188件	1.7%
12月	12,036件	9,606件	1,498件	530件	217件	185件	1.5%
20年【計】	131,282件	102,847件	16,700件	6,295件	2,766件	2,674件	2.0%

21年【月平均】	11,098件	8,832件	1,411件	492件	198件	164件	1.5%
1月	11,990件	9,325件	1,474件	628件	259件	304件	2.5%
2月	9,836件	7,736件	1,267件	442件	203件	188件	1.9%
3月	10,782件	8,494件	1,393件	466件	224件	205件	1.9%
4月	10,277件	8,287件	1,243件	434件	166件	147件	1.4%
5月	10,625件	8,565件	1,358件	410件	161件	131件	1.2%
6月	10,270件	8,381件	1,261件	389件	146件	93件	0.9%
7月	11,449件	9,288件	1,419件	470件	165件	107件	0.9%
8月	11,222件	8,989件	1,460件	474件	193件	106件	0.9%
9月	10,990件	8,695件	1,462件	529件	172件	132件	1.2%
10月	11,673件	9,383件	1,463件	494件	197件	136件	1.2%
11月	11,334件	8,940件	1,471件	519件	197件	207件	1.8%
12月	12,727件	9,903件	1,659件	654件	297件	214件	1.7%
21年【計】	133,175件	105,986件	16,930件	5,909件	2,380件	1,970件	1.5%

							20年比較	21年比較	
22年【月平均】	11,514件	8,879件	1,530件	608件	253件	245件	2.1%	0.1%	0.6%
1月	12,243件	9,295件	1,606件	675件	322件	345件	2.8%	▲0.8%	0.3%
2月	10,513件	8,077件	1,317件	609件	234件	276件	2.6%	▲1.0%	0.7%
3月	11,518件	8,795件	1,545件	650件	265件	263件	2.3%	▲0.7%	0.4%
4月	11,224件	8,688件	1,534件	548件	237件	217件	1.9%	▲0.1%	0.5%
5月	11,332件	8,774件	1,526件	592件	236件	204件	1.8%	▲0.3%	0.6%
6月	11,234件	8,846件	1,461件	528件	208件	191件	1.7%	0.5%	0.8%
7月	12,535件	9,681件	1,718件	652件	268件	216件	1.7%	0.2%	0.8%
22年【計】	80,599件	62,156件	10,707件	4,254件	1,770件	1,712件	2.1%	0.1%	0.6%

資料2

表3 重症度別 夜間・休日の救急車搬送件数比較

【平成20年、21年、22年の各年4月～7月】

- ① 「増減(22年対20年比)」の、上段は増減比、下段(%)は増減の重症度別構成比を表す
- ② 重症度の判定は、各医療機関の医師による初見時の判定(救急隊収容書)による
- ③ この表の夜間、休日の定義(=救急患者受入実績加算の積算根拠となる時間)
  - ・夜間：午後5時から翌日午前9時まで
  - ・休日：午前9時から午後5時まで

医療機関	合計				重症度別内訳															
					軽症				中等症				重症以上				その他			
	20年	21年	22年	増減(22年対20年比)	20年	21年	22年	増減(22年対20年比)	20年	21年	22年	増減(22年対20年比)	20年	21年	22年	増減(22年対20年比)	20年	21年	22年	増減(22年対20年比)
全体	28,111	28,172	29,618	1,507 5.4% (100.0%)	16,841	17,021	17,408	567 3.4% (37.6%)	8,614	8,679	9,430	816 9.5% (54.1%)	2,650	2,565	2,774	124 4.7% (9.4%)	6	7	6	0 0.0% (0.0%)
二次救急拠点病院 合計	16,207	16,860	17,170	963 5.9% (100.0%)	10,176	10,669	10,469	-293 2.9% (30.4%)	4,730	4,889	5,431	701 14.8% (72.8%)	1,295	1,298	1,267	-28 2.2% (7.4%)	6	4	3	▲3 ▲50.0% (0.0%)
二次救急拠点病院 A	11,438	11,577	11,548	-29 1.0% (100.0%)	6,884	7,047	6,652	-395 ▲3.4% (▲210.9%)	3,461	3,498	3,885	424 12.3% (385.5%)	1,088	1,028	1,010	-18 ▲7.2% (▲70.9%)	5	4	1	▲4 ▲80.0% (▲3.6%)
A病院平均	1,040	1,052	1,050	-10 1.0%	626	641	605	-36 ▲3.4%	315	318	353	39 12.3%	99	93	92	-7 -7.7%	0	0	0	▲0 -
二次救急拠点病院 B	4,769	5,283	5,622	853 17.9% (100.0%)	3,292	3,622	3,817	525 15.9% (61.5%)	1,269	1,391	1,546	277 21.8% (32.6%)	207	270	257	-13 24.2% (5.9%)	1	0	2	1 100.0% (0.0%)
B病院平均	681	755	803	122 17.9%	470	517	545	75 15.9%	181	199	221	40 17.9%	30	39	37	-2 7.7%	0	0	0	0 -
輪番病院(A・B病院以外)	5,022	4,818	5,285	263 5.2% (100.0%)	3,365	3,168	3,610	245 7.3% (93.2%)	1,443	1,449	1,459	16 1.1% (6.1%)	214	200	214	14 0.0% (0.0%)	0	1	2	2 -
輪番病院平均	193	185	203	10 5.2%	129	122	139	9 7.3%	56	56	56	1 1.1%	8	8	8	0 0.0%	0	0	0	0 -
その他の病院等(A・B・輪番病院以外) *3次救急、市外の医療機関など	6,882	6,494	7,163	281 4.1% (100.0%)	3,300	3,184	3,329	29 0.9% (10.3%)	2,441	2,241	2,540	99 4.1% (35.2%)	1,141	1,067	1,293	152 13.3% (54.1%)	0	2	1	1 -

\* 輪番病院は、小児科二次輪番のみの参加医療機関を除く

(消防局統計データにもとづき健康福祉局医療政策課が作成)

【再掲】 (単位：件)

輪番当番日			輪番当番日以外		
総数	当番日、当番日以外の割合	1当番日あたり患者数	総数	当番日、当番日以外の割合	1当番日あたり患者数
871	16%	16.4	4,414	84%	16.8
34	-	4.4	170	-	17.0

表4 重症度別割合別 夜間・休日の救急車搬送件数比較

【平成20年、21年、22年の各年4月～7月】

医療機関	合計				重症度別内訳															
					軽症				中等症				重症以上				その他			
	20年	21年	22年	増減(22年対20年比)	20年	21年	22年	増減(22年対20年比)	20年	21年	22年	増減(22年対20年比)	20年	21年	22年	増減(22年対20年比)	20年	21年	22年	増減(22年対20年比)
全体	100%	100%	100%	0.0%	100%	100%	100%	0.0%	100%	100%	100%	0.0%	100%	100%	100%	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%
二次救急拠点病院 合計	58%	60%	58%	-0.3%	60%	63%	60%	▲0.3%	55%	57%	58%	2.7%	49%	51%	46%	▲3.2%	100.0%	57.1%	50.0%	▲50.0%
二次救急拠点病院 A	41%	41%	39%	▲1.7%	41%	41%	38%	▲2.7%	40%	41%	41%	1.0%	41%	40%	36%	▲4.6%	83.3%	57.1%	16.7%	▲66.7%
二次救急拠点病院 B	17%	19%	19%	2.0%	20%	21%	22%	2.4%	15%	16%	16%	1.7%	8%	11%	9%	1.5%	16.7%	0.0%	33%	16.7%
輪番病院(A・B病院以外)	15%	17%	18%	0.0%	20%	19%	21%	0.8%	17%	17%	15%	▲1.3%	8%	8%	8%	▲0.4%	0.0%	14.3%	33%	33.3%
その他の病院等(A・B・輪番病院以外)	24%	23%	24%	▲0.3%	20%	19%	19%	▲0.5%	28%	26%	27%	▲1.4%	43%	42%	47%	3.6%	0.0%	28.6%	17%	16.7%

\* 輪番病院は、小児科二次輪番のみの参加医療機関を除く

(消防局統計データにもとづき健康福祉局医療政策課が作成)

横浜市の新たな二次救急医療体制に関する  
アンケート調査結果

<実施期間> 平成22年7月16日～平成22年8月20日

<対象病院> 二次救急医療体制参加病院 44病院

(内訳) ・二次救急拠点病院 18病院  
(拠点病院 A 11病院)  
(拠点病院 B 7病院)

・二次救急輪番病院 26病院

<回答率> 100% (44病院回答/44病院配付)

横浜市健康福祉局医療政策課



## アンケート調査結果要旨

### 1 救急隊搬送患者の受入状況

- (1) 問 1、問 2 の結果を頭に入れた上で、問 3 の救急隊搬送患者の受入れに関する意識の変化については、患者数は増加しているが、意識の変化はないという病院が多く、状況を見極めて印象を受ける。

### 2 横浜市の新たな二次救急医療体制について

- (1) 問 4 の二次救急医療体制の見直しによる、改善効果があったかどうかといった設問については、どちらとも言えないとする病院が多く、状況を見極めていような印象を受ける。
- (2) 問 5 の二次救急医療体制の見直しにより生じた課題として、次のような意見があった。
- ① 二次救急拠点病院 B の数が少ないので、参加医療機関を増やす必要がある。
  - ② 一部の A 病院では、重症度の高い患者が増え、受け入れた患者の入院が長期化しているため、転院先の後方支援病院確保など、病病連携が必要となっている。
- (3) 問 6 の参加基準については、B 病院の人員体制緩和の必要性や、各医療機関が示す体制が実態を反映しているかどうか確認する必要があるという意見がある。
- (4) 問 7 の補助金の体系に、救急搬送受入実績加算を導入したことについては、導入効果があったと思う、やや思うとする医療機関数が、効果があったと思わない、あまり思わないとする医療機関数を上回っている。特に、A 病院及び輪番病院では効果ありと思っている医療機関の割合が高い。

### 3 ウォークイン患者の受入状況について

- (1) 問 15 のウォークイン患者数及び傷病程度の変化については、変化はないという意見が大半を占めている。
- (2) B 病院の深夜帯の患者数についても、変化はないという意見が大半を占めている。

### 4 救急隊患者搬送のうち受入が困難な事案について

- (1) 受入困難事案の解消については、問 17 の結果から、主に精神合併症やアルコール中毒症が受入困難と考えられており、問 18 で、こうした事案解決の有効な取組として、事案受入に対するインセンティブの設定、転院先の後方支援病院を確保、福祉担当の 24 時間対応などがあげられている。
- (2) 東京ルールのような受入医療機関確保基準の策定については、特にコアとなる A 病院は有効とは考えておらず、出口となる病病連携推進のための後方支援が有効とする意見が半数以上を占めた。

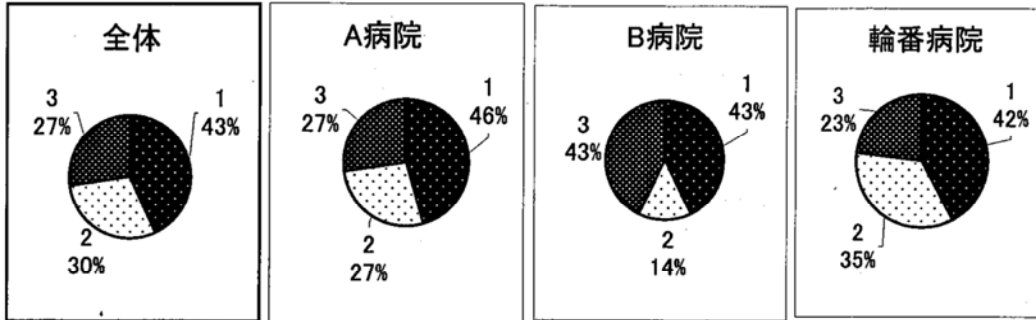
#### (事務局所見)

- ・ 体制見直し後、救急隊搬送件数は増えているものの、大きな意識変化は感じていない。
- ・ 補助金の体系に救急搬送受入実績加算を導入したことに関しては一定の効果があった。
- ・ 今後の課題として、二次救急拠点病院 B の数を増加すること、転院先の後方支援病院との連携を強化すること。また、受入困難事案の解消として、インセンティブの設定や、転院先後方支援病院を確保するスキーム作り等があげられている。

# 1 救急隊搬送患者の受入状況

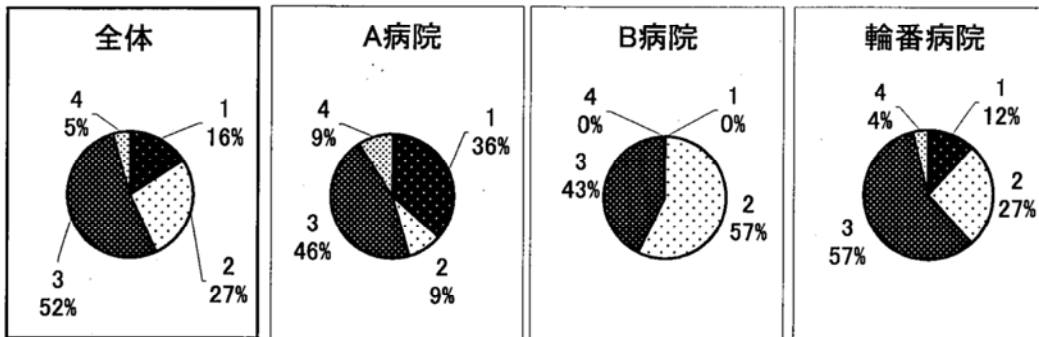
問1 二次救急医療体制見直し前と後では、救急隊の搬送患者数の変化がありましたか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 搬送患者数（総数）が増えた	19	5	3	11
2 搬送患者数（総数）が減少した	13	3	1	9
3 搬送患者数（総数）に変化はない	12	3	3	6



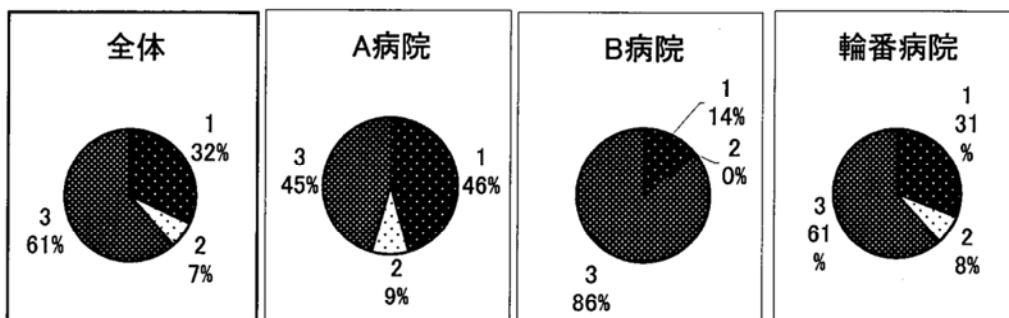
問2 二次救急医療体制見直し前と後では、救急隊の搬送患者の傷病程度に変化がありましたか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 重症患者が増えた	7	4	0	3
2 軽症患者が増えた	12	1	4	7
3 変化はない	23	5	3	15
4 その他	2	1	0	1



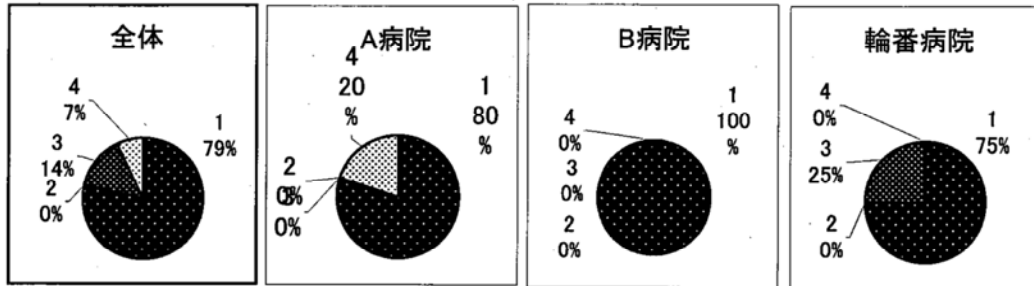
問3 新たな体制になったことにより、救急隊搬送患者の受入れに関して意識の変化はありましたか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 意識が向上した	14	5	1	8
2 意識が低下した	3	1	0	2
3 意識の変化はない	27	5	6	16



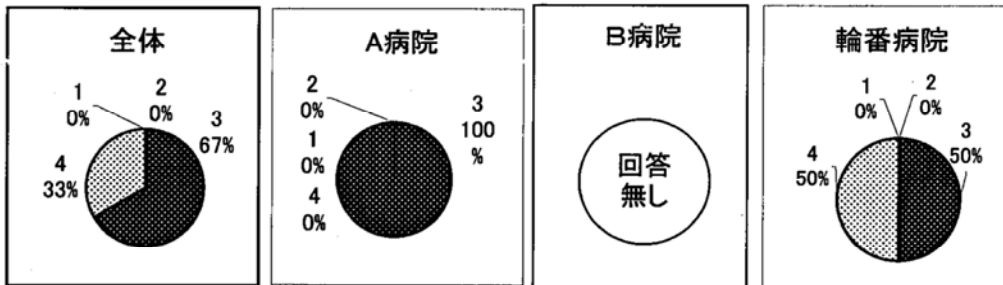
問3-1 意識向上の主な要因についてお答えください。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 新たな体制に位置づけられたことにより、医療スタッフの意識が向上した	11	4	1	6
2 補助金の仕組みが改善された（インセンティブになっている）	2	0	0	2
3 その他	1	1	0	0



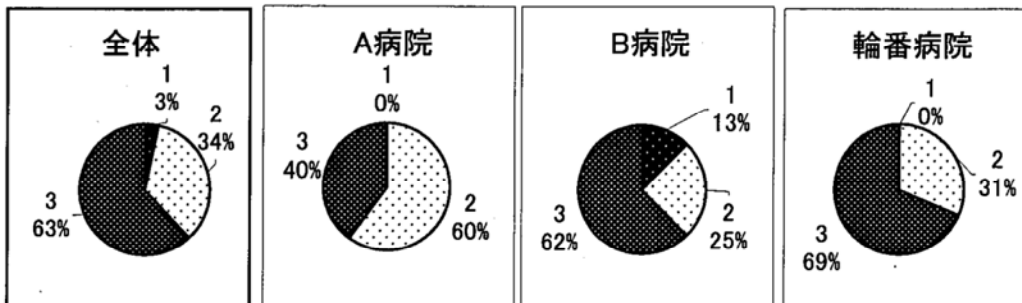
問3-2 意識低下の主な要因についてお答えください。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 受入について負担感が増した	0	0	0	0
2 ウォークイン患者が増えて、救急隊搬送の受入が困難になった	0	0	0	0
3 新しい補助金の体系に魅力を感じない	2	1	0	1
4 その他	1	0	0	1



問3-3 意識の変化がないと思う理由についてお答えください

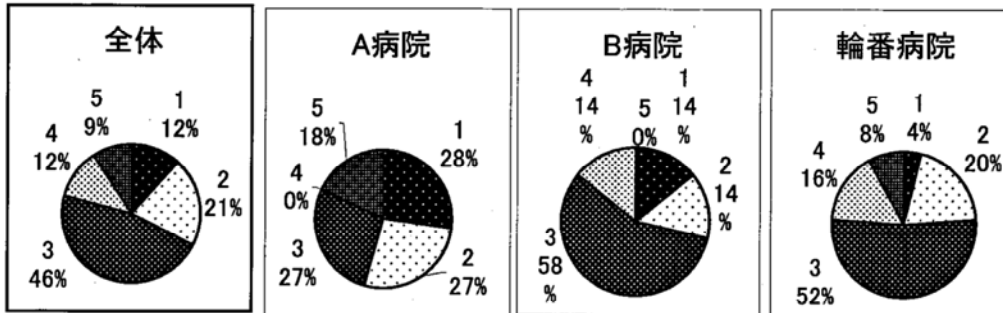
	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 補助金の仕組みが改善されたことを知らなかった	1	0	1	0
2 補助金の支出先が医療機関になっているため、現場の医療スタッフの待遇の変化が感じられない	10	3	2	5
3 その他	18	2	5	11



## 2 横浜市の新たな二次救急医療体制について

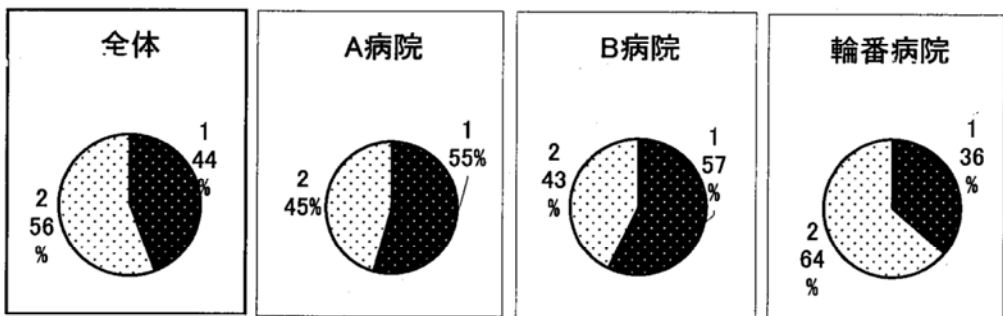
問4 二次救急医療体制の見直しによる、改善効果はあったと思いますか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 思う	5	3	1	1
2 やや思う	9	3	1	5
3 どちらとも言えない	20	3	4	13
4 あまり思わない	5	0	1	4
5 思わない	4	2	0	2



問5 二次救急医療体制の見直しにより、生じた課題がありますか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 ある	19	6	4	9
2 ない	24	5	3	16

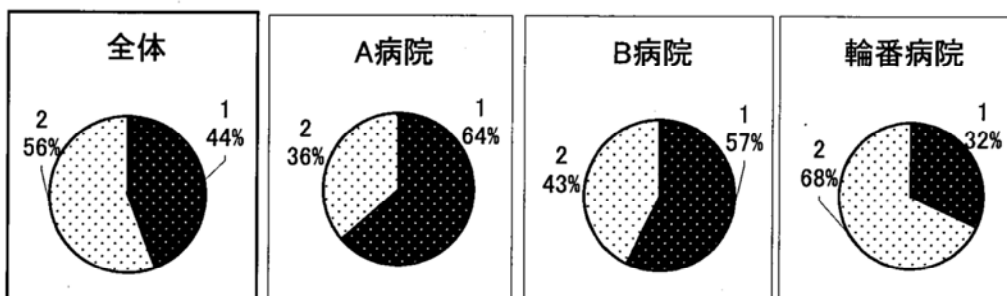


問5-1 どのような課題がありますか。

別紙のとおり

問6 参加基準について見直した方が良いと思う事はありますか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 ある	19	7	4	8
2 ない	24	4	3	17

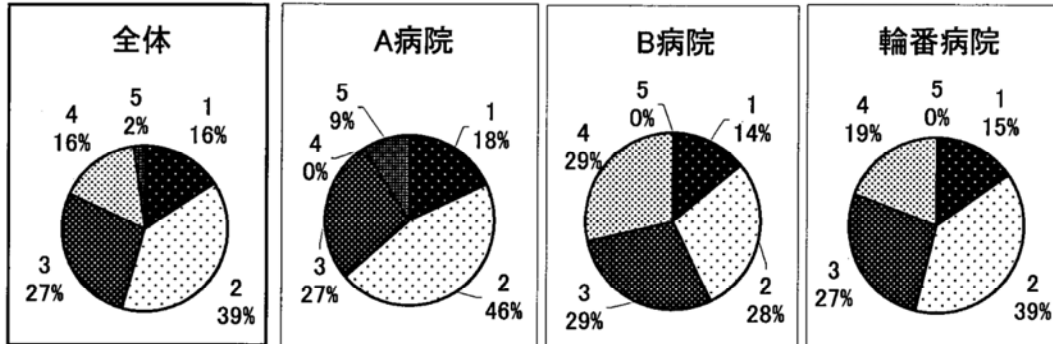


問6-1 見直した方が良いと思う事項を記載してください。

別紙のとおり

問7 補助金の体系について、救急搬送受入実績加算の導入効果はあったと思いますか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 思う	7	2	1	4
2 やや思う	17	5	2	10
3 どちらとも言えない	12	3	2	7
4 あまり思わない	7	0	2	5
5 思わない	1	1	0	0

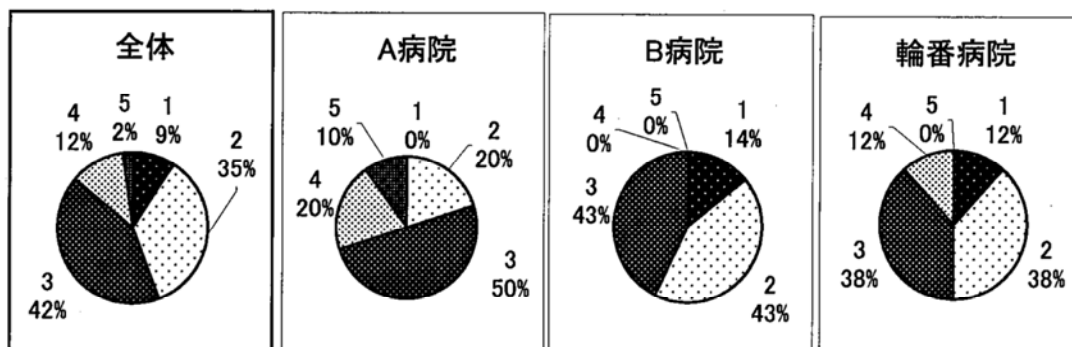


問8 更に有効と考えられる補助金の体系がありましたら、記載してください。

別紙のとおり

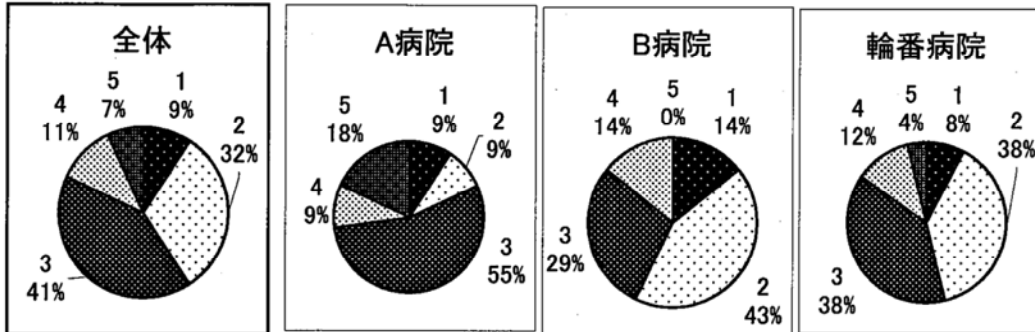
問9 二次救急と三次救急の機能分担はできていると思いますか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 思う	4	0	1	3
2 やや思う	15	2	3	10
3 どちらとも言えない	18	5	3	10
4 あまり思わない	5	2	0	3
5 思わない	1	1	0	0



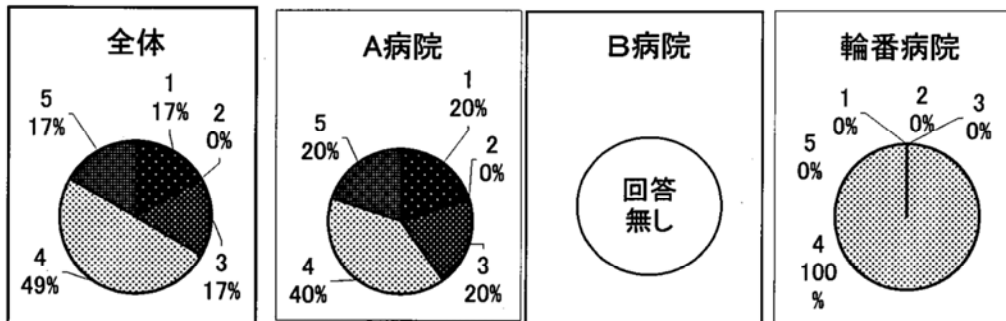
問10 初期救急の夜間急病センターや救急医療センターとの連携がとれていると思いますか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 思う	4	1	1	2
2 やや思う	14	1	3	10
3 どちらとも言えない	18	6	2	10
4 あまり思わない	5	1	1	3
5 思わない	3	2	0	1



問11 二次救急を実施することで、三次救急に影響があると思いますか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 思う	1	1	0	0
2 やや思う	0	0	0	0
3 どちらとも言えない	1	1	0	0
4 あまり思わない	3	2	0	1
5 思わない	1	1	0	0

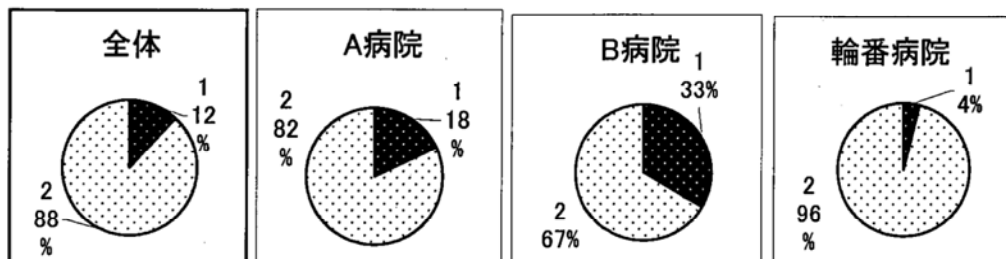


問11-1 どのような影響がありますか、記載をお願いします。

別紙のとおり

問12 体制参加にあたって、新たに医師の増員を行いましたか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 増員した	5	2	2	1
2 増員しない	37	9	4	24



問12-1 増員した医師の診療科と人数をお答えください。

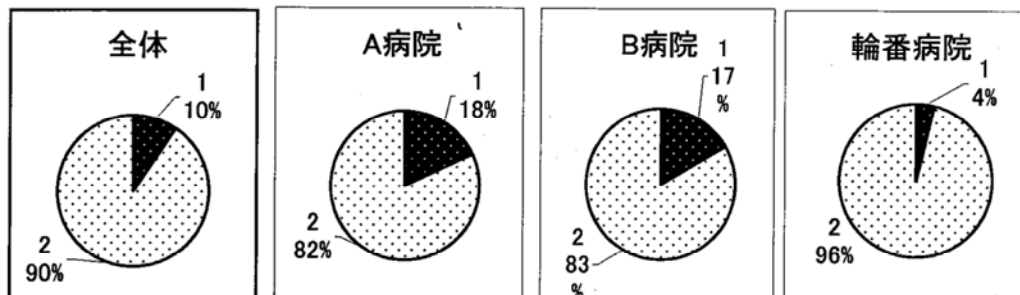
別紙のとおり

問13 体制参加にあたって、医師が不足していると感じる診療科がありましたら記載してください。

別紙のとおり

問14 体制参加にあたって、新たに看護師の増員を行いましたか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 増員した	4	2	1	1
2 増員しない	38	9	5	24



問14-1 増員した看護師の人数をお答えください。

別紙のとおり

### 3 ウォークイン患者の受入状況について

問15 二次救急医療体制見直し前と後では、ウォークイン患者数及び傷病程度の変化はありましたか。準夜帯、深夜帯別に回答をお願いします。

①内科・外科・救急科等

		全体	A	B	輪番			全体	A	B	輪番			全体	A	B	輪番
準夜帯	1 増加した	9	2	0	7	2 減少した	6	1	1	4	3 変化はない	26	8	6	12		
	2 減少した	6	1	1	4	3 変化はない	26	8	6	12							
	3 変化はない	26	8	6	12												
深夜帯	1 増加した	9	0	2	7	2 減少した	8	3	0	5	3 変化はない	24	8	5	11		
	2 減少した	8	3	0	5	3 変化はない	24	8	5	11							
	3 変化はない	24	8	5	11												
傷病程度	1 重症化した	4	2	0	2	2 軽症化した	7	1	2	4	3 変化はない	29	8	5	16		
	2 軽症化した	7	1	2	4	3 変化はない	29	8	5	16							
	3 変化はない	29	8	5	16												

②小児科

		全体	A	B	輪番			全体	A	B	輪番			全体	A	B	輪番
準夜帯	1 増加した	2	0	0	2	2 減少した	3	0	0	3	3 変化はない	14	10	1	3		
	2 減少した	3	0	0	3	3 変化はない	14	10	1	3							
	3 変化はない	14	10	1	3												
深夜帯	1 増加した	3	1	0	3	2 減少した	2	0	0	3 変化はない	13	9	1	3			
	2 減少した	2	0	0	3 変化はない	13	9	1	3								
	3 変化はない	13	9	1	3												
傷病程度	1 重症化した	1	1	0	1	2 軽症化した	3	0	0	3 変化はない	14	9	1	4			
	2 軽症化した	3	0	0	3 変化はない	14	9	1	4								
	3 変化はない	14	9	1	4												

※診療科の区分けが分かる医療機関の回答 (31医療機関の再掲)

内科系

		全体	A	B	輪番			全体	A	B	輪番			全体	A	B	輪番
準夜帯	1 増加した	5	0	0	5	2 減少した	5	1	1	3	3 変化はない	21	7	5	9		
	2 減少した	5	1	1	3	3 変化はない	21	7	5	9							
	3 変化はない	21	7	5	9												
深夜帯	1 増加した	4	0	1	3	2 減少した	5	2	0	3	3 変化はない	22	6	5	11		
	2 減少した	5	2	0	3	3 変化はない	22	6	5	11							
	3 変化はない	22	6	5	11												
傷病程度	1 重症化した	4	1	0	3	2 軽症化した	7	1	1	5	3 変化はない	20	6	5	9		
	2 軽症化した	7	1	1	5	3 変化はない	20	6	5	9							
	3 変化はない	20	6	5	9												

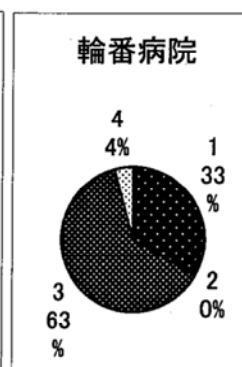
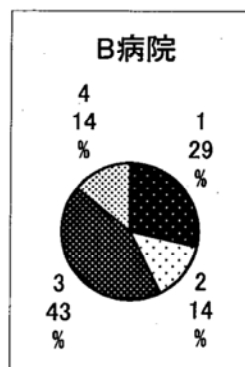
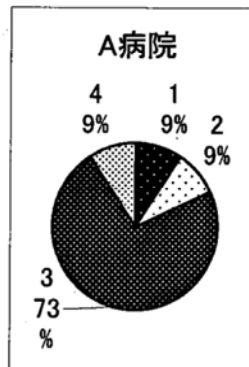
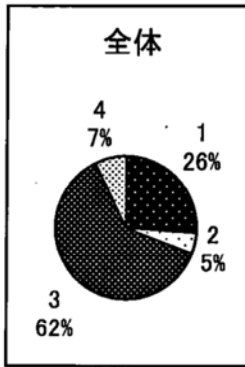
外科系

		全体	A	B	輪番			全体	A	B	輪番			全体	A	B	輪番
準夜帯	1 増加した	4	0	0	4	2 減少した	5	1	2	2	3 変化はない	22	7	4	11		
	2 減少した	5	1	2	2	3 変化はない	22	7	4	11							
	3 変化はない	22	7	4	11												
深夜帯	1 増加した	3	0	0	3	2 減少した	6	2	1	3	3 変化はない	22	6	5	11		
	2 減少した	6	2	1	3	3 変化はない	22	6	5	11							
	3 変化はない	22	6	5	11												
傷病程度	1 重症化した	1	2	0	1	2 軽症化した	7	1	2	4	3 変化はない	21	5	4	12		
	2 軽症化した	7	1	2	4	3 変化はない	21	5	4	12							
	3 変化はない	21	5	4	12												

問16 深夜帯、準夜帯のウォークイン患者の受入に対しては、医療機関としてはどのように考えますか。

別紙のとおり

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 積極的に受け入れたい	11	1	2	8
2 積極的には受け入れたくない	2	1	1	0
3 救急隊搬送に支障がない範囲で受け入れたい	26	8	3	15
4 その他	3	1	1	1

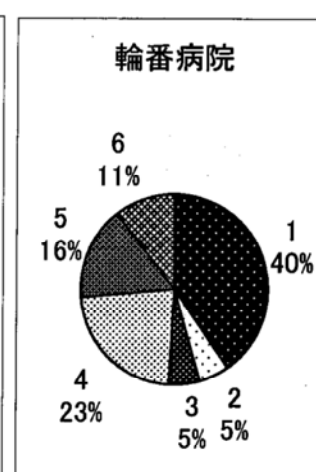
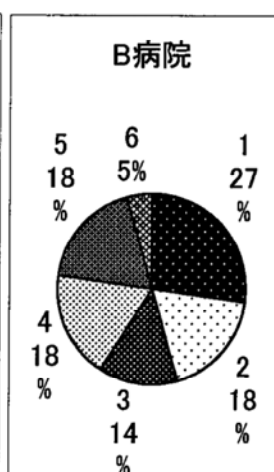
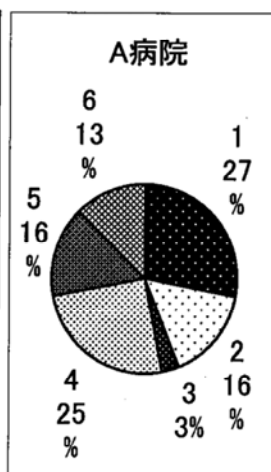
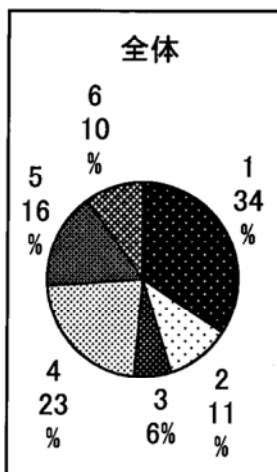


#### 4 救急隊搬送患者のうち受入が困難な事案について

問17 医療機関としては、どのような場合が、受入困難な事案と考えますか

別紙のとおり

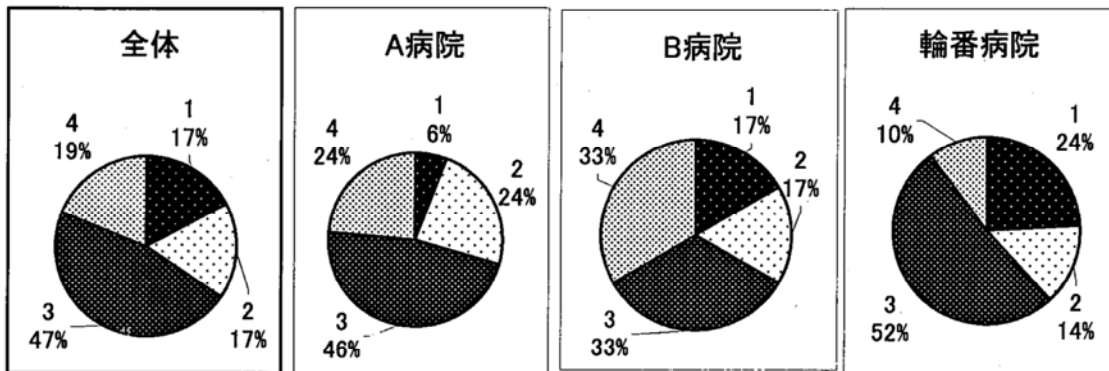
	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 精神合併症	38	9	6	23
2 独居の高齢者	12	5	4	3
3 オーバーステイ	7	1	3	3
4 アルコール中毒症	25	8	4	13
5 未受診の妊産婦	18	5	4	9
6 その他	11	4	1	6





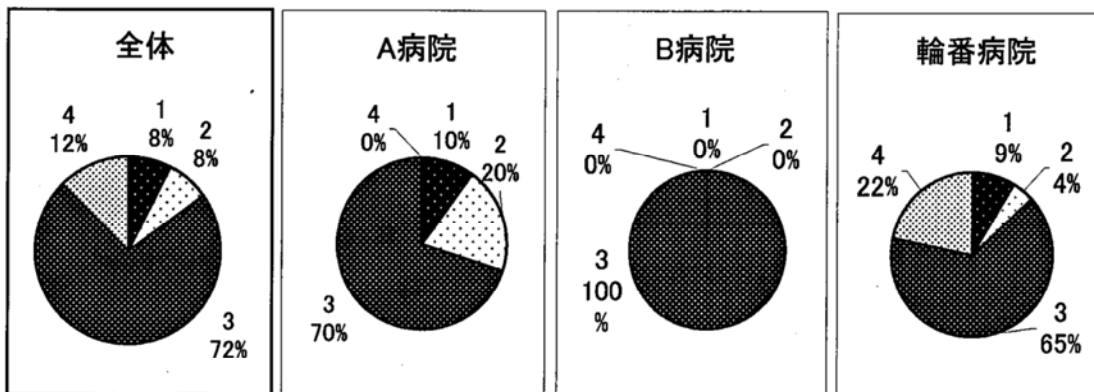
問18 受入困難な事案を解決するために、行政がどのような取組をすれば有効と考えますか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 国がイメージする受入医療機関確保基準（例えば東京ルール）を策定し、受入医療機関に助成する	10	1	2	7
2 受入困難事案そのものを発生させないための、二次救急医療体制全体の充実強化に努める	10	4	2	4
3 受け入れた患者を適切な医療機関に転院できるよう、病病連携推進のための後方支援を充実させる	27	8	4	15
4 その他	11	4	4	3



問19 困難事案を受け入れても、短期間で適正な医療機関に転院させられるように、受入困難事案解消に向け、例えば、近隣の医療機関と病病連携を進めていく方が考えられます。こうした病病連携に向け、貴院が中心となってネットワークを構築することについて、関心はありますか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 すでに実施	3	1	0	2
2 今後予定あり	3	2	0	1
3 関心がある	29	7	7	15
4 関心はない	5	0	0	5



◆ 新たな二次救急医療体制についての意見・要望等

別紙のとおり

問2 二次救急医療体制見直し前と後では、救急隊の搬送患者の傷病程度に変化がありましたか。

4. その他(1)

A 軽症患者が減少した。

問3-1 意識向上の主な要因についてお答えください。

3. その他(1)

A 新たに救急部を創設し、スタッフを増員した。

問3-2 意識低下の主な要因についてお答えください。

4. その他(1)

輪 医師が輪番病院への受診を勧める回数が増えた。

問3-3 意識の変化がないと思う理由についてお答えください

3. その他(18)

A 仕事は同じだから。

A 一次から三次までを受ける院内体制に変化がないため。

B 実際の患者重症度に変化がないため。

B 元々の体制と殆ど変化がないため。

B 従来の救急受け入れの姿勢と変化しないため。

B 当院においては、新たな体制による業務の変化がないため。

B 新体制以前より受け入れ意識は変わらないため。

輪 新しい補助金の体系に魅力を感じない。

輪 待遇の変化はしていないが、意識変化には影響を与えないと思われる。

輪 以前と同様の受入意識。

輪 何も変わっていない。

輪 そもそも補助金の多少によって、担当者の意識に変化はない。

輪 受入意識を補助金が左右することは悪い。

輪 従来と受入の姿勢は変化なし。

輪 受け入れについては以前より可能な限り対応している。

問5-1 二次救急医療体制の見直しにより、生じた課題

A 拠点病院Bの数が不足している。

A 重症患者の高齢化に伴う長期入院患者の増加。

A かかりつけ医療機関が当直時間帯に対応しなくなった。

A 精神救急、老健施設などの患者取扱が困難。受け皿不足(上記など救急搬送困難な患者の)。

A 各病院が示す応需情報と、実際の受入実績が必ずしも一致しない(特に内視鏡輪番制)。

B 軽症症例が増加した。

B 当院はB病院だが、当院の機能はA病院と同等と考えており、軽症のみの受け入れ先ではない。

B 重症(重傷)症例が減少し、軽症(軽傷)症例が増加してきている。循環器症例が激減し、入院必要患者が大幅に減少してきている。

B 人件費増大

輪 診療圏の拡大(市全域)により遠方からの搬送が増加した。

輪 輪番日は消化器外科医が担当しているため、整形系の疾患が対応しづらい。

輪 専門外による救急受入困難が生じている。

輪 金沢区では、軽傷患者の受入先が少ない。

輪 初診精神科患者受入要請が多くなっている。

輪 医師確保に関わる経済的な事。

輪 輪番の参加病院がない日には拠点病院の負担が大きくなる。

問6-1 参加基準について見直した方が良くと思う事項

A	二次救急拠点病院Bが少ないため、参加施設が増やせるよう見直しを図っていただきたい。
A	消化管出血に対する対応など、全く実効性がない。
A	横浜市として病院を逆指名すべきでは。また、市民に対してもっと参加病院を知らせるべき。
A	B病院を増やしてほしい。
A	B病院、一般当番病院の見直し(増加)。
A	B病院の人員配置基準が厳しすぎる。
B	各医療機関の実態を反映しているか否かの追跡調査が必要ではないかと思う。
B	拠点病院数Bを増やすためには、内科医師、外科系医師、各1名の体制にするなど要件を緩和した方が良く。
B	A病院が軽症を拒否できるのであれば、当院もA病院へ手をあげるか、Bをやめるかという思いあり。
B	重症(重傷)症例の割合だけではなく、救急車の搬送件数(重・軽問わず)も評価していただきたい。
輪	新しい補助金の体系により減収になった病院もあり。補助金体系。
輪	人員体制(B病院は、毎日内科2名当直でなくてもよいのではないか)
輪	参加を希望する病院を対象に基準を見直す。
輪	B病院の医師体制の緩和
輪	拠点Aの検査・処置の基準②は厳しい。
輪	医師の確保について、特定の診療科を定める理由はない。医師確保に支障を生じる。
輪	元々、経営的に採算は無視して参加していたが、基準を考えることも必要となる補助体制となった。
輪	常勤医師を非常勤もしくはオンコール体制への緩和。

問8 更に有効と考えられる補助金の体系

A	救急搬送困難患者を受け入れた際の経済的援助。
A	補助金の問題ではなく、行政の姿勢が問題。
A	断られた症例についてのインセンティブの新設。
A	脳卒中、心疾患、外傷救急等の拠点病院についても、補助金の対象として欲しい(体制確保のための人員を増員し、人件費として)。
A	受け入れ問題症例では、割増手当をつける(精神救急、老健施設患者など)。
A	受入実績による出来高制を徹底してほしい。
B	夜間だけでなく日中も同様の体系をとると有効かと思われます。
B	救急車、救急患者の半期ごとの実績に応じたある程度の幅を持った補助金が必要(細かすぎると数にこだわった医療となる)
B	救急搬送断り事例を検証し、正当な理由ではない場合は補助金の額を減らすなどのペナルティーを科してもよいと思う。
B	4,000件以上、5,000件以上の体系を設定する。
輪	受入加算を限度なしにすべき。

問11-1 二次救急を実施することで、三次救急にどのような影響があるか

A	軽傷二次が多くなればベッドは埋まり、救急外来は救急車であふれ、三次救急を受け入れることに支障が生ずる。
---	---

問12-1 体制参加にあたって増員した医師の診療科と人数

A	消化器内科 2名 神経内科 1名
A	循環器内科 2名 救急部専門医 1名
B	救急科 1名
B	消化器科 2名 脳神経外科 3名 皮膚科 1名 救急科 2名
輪	小児科 1名

問13 体制参加にあたって、医師が不足していると感じる診療科

A	外科、内科、救急専門医
A	救命救急センター(救急総合診療科)
A	外科
A	神経内科
A	救急部
A	麻酔科、産婦人科
B	内科系
B	救急科
B	消化器、救急
輪	整形外科、外科の外傷関連
輪	小児科
輪	脳神経外科、小児科、耳鼻咽喉科、皮膚科
輪	脳外科
輪	内科

問14-1 体制参加にあたって増員した看護師の人数

A	1名
A	2名
B	3名
B	増員したいがなかなか集まらない。

問16 深夜帯、準夜帯のウォークイン患者の受入に対しては、医療機関としてはどのように考えますか。

4. その他

A	地域連携病院としてこの地区の患者を診る責任があるので、来院した患者は診る(必要あり)。
B	当直医の専門分野であれば、近隣の患者さんであれば可能な限り受け入れたいと考えています。
輪	救急とは言えない患者は受け入れたくない。(例)3日前から熱があるが、日中は仕事に行っている等。

問17 医療機関としては、どのような場合が、受入困難な事例と考えますか。

6. その他

A	老人施設からの依頼
A	結核患者(診断されていない)、成人DV患者
A	老健施設の患者、DNRの取り扱い
A	外国人、ホームレス、無保険者、簡易宿泊所生活者
輪	無保険者証、又は保険証不携帯
輪	小児
輪	浮浪者、身元不明者
輪	ベッド満床時

問18 受入困難な事案を解決するために、行政がどのような取組をすれば有効と考えますか。

4. その他

A	精神科医師を救急医療の検討に関わらせる。
A	どの病院も医師数、看護師数に変化なく不足しているのに、病院の組み合わせだけ変えて解決するものではない。
A	医療保険制度自体の見直し。
A	救急後方病院に転院のインセンティブの設定など。
A	二次救急病院は入院のみの診療とする。つまり、一次救急患者を夜間急病センターに集約する。
A	未収金が発生した場合に病院の損失を補填する制度の創設。
A	福祉担当が24時間体制で対応する。
B	行政による医療費支払のサポートetc(特に生活保護の弾力運用etc)
B	二次救急病院では受け入れても治療困難な症例がある。現在の精神科救急、救急医療システムは形骸化しており、いったん受入困難な精神科患者が搬送されるとそれで病院機能が停止する。そこで、精神科救急の体制強化を望む。
B	公的病院が精神科、小児科、産婦人科、独居高齢者などを受け入れる体制を作り、私立の中小病院におしつけない体制が必要。
B	正当な理由がない救急搬送断りに対して、もう少し行政が入り込んでいくべきである。「A⇒B⇒輪番」といった降格制度の導入など。
輪	医師の増員と診療報酬の改善
輪	公立の病院が責任を持って受け入れるべき。
輪	独居の高齢者は受入から退院、入院等に膨大な事務量となっている。何らかの対策を望む。

◆新たな二次救急医療体制についての意見・要望等

A	救急医療の現場のスタッフを検討に参加させてほしい。そうでないと、決めても実効性がない。少なくとも横浜市は健康福祉局、消防局は一体となってこの問題に取り組んでいただきたい。
A	新たな二次救急医療体制の基本的考え方は評価できるが、病院整備が不十分であり見切り発車の感じがする。早急に改善しなければ、新たな体制が形だけのものになってしまう。
A	二次救急患者を積極的に受け入れるためにも、入院期間の長期化対策として、療養・介護病床等の確保が最優先課題となる。病院もなお一層の努力が必要ではあるが、急性期病院の病床を有効活用するためにも、行政の支援をお願いしたい。
A	地域連携病院として搬送される患者は、すべて診ているが、遠くから他の病院を断られてくる受入困難事案が増加している。
A	人的資源等、各病院の能力に限りがある中で、それぞれ最も効率良くその力を発揮できるように調整機能を持った制度が必要。
A	救急隊が所属する医療圏の中で適正に搬送ができるようにすること。
A	各病院全体の搬送数の情報提供をしてほしい。
B	当院はB病院であるがA病院の機能を十分もっている。4月以降、重症患者が減少し、スタッフのモチベーションの低下につながると心配している。救急隊は、B病院でも病院のレベルに応じた重症者の搬送を行ってほしい。
輪	受入実績加算は見直していただきたい。
輪	医師不足の改善(夜間帯の救急医療に理解を示す医師が少なくなってきた)。
輪	搬送困難な患者の場合、拠点病院が受け入れ不可の場合が多く、拠点病院を断られた疑わしい患者は断らざるを得ない。(転院先の病院がないため)。
輪	病院の役割分担を明確にするのであれば、救急医療情報センターか病院を紹介する際に、各病院の機能を考慮して紹介していただきたい。
輪	拠点病院参加基準の緩和。

平成22年 ウォークイン患者（来院方法が救急車以外の患者）実績  
患者総数（4月から7月）※診療科別内訳入り

平成22年4月から7月		診療科別内訳					単位：人
時間帯別	患者総数	診療科別内訳					
		内科	外科	小児科	救急科等	その他診療科	
夜間【準夜帯】	33,328	11,216	5,045	7,179	2,656	7,232	
死亡	3	2	0	0	0	1	
重篤	34	20	2	3	1	8	
重症	248	136	60	26	1	25	
中等症	3,339	1,254	473	624	88	900	
軽症	26,412	8,560	4,341	6,419	2,507	4,585	
不明	3,292	1,244	169	107	59	1,713	
夜間【深夜帯】	12,523	4,127	1,164	3,415	1,045	2,772	
死亡	1	1	0	0	0	0	
重篤	28	16	1	0	0	11	
重症	107	54	21	11	6	15	
中等症	1,600	404	135	267	22	772	
軽症	9,704	3,232	963	3,119	1,013	1,377	
不明	1,083	420	44	18	4	597	
休日昼間	18,581	5,874	3,149	3,376	1,540	4,642	
死亡	1	1	0	0	0	0	
重篤	15	9	4	1	0	1	
重症	115	61	31	10	3	10	
中等症	1,796	711	258	325	46	456	
軽症	15,970	4,773	2,812	3,027	1,488	3,870	
不明	684	319	44	13	3	305	
夜間・休日昼間合計	64,432	21,217	9,358	13,970	5,241	14,646	
死亡	5	4	0	0	0	1	
重篤	77	45	7	4	1	20	
重症	470	251	112	47	10	50	
中等症	6,735	2,369	866	1,216	156	2,128	
軽症	52,086	16,565	8,116	12,565	5,008	9,832	
不明	5,059	1,983	257	138	66	2,615	

平成22年 ウォークイン患者（来院方法が救急車以外の患者）実績  
患者総数（4月から7月）※月別内訳入り

平成22年4月から7月		単位：人			
時間帯別	合計	月別			
		4月	5月	6月	7月
夜間【準夜帯】	33,328	7,800	8,817	8,057	8,654
死亡	3	1	0	2	0
重篤	34	9	5	6	14
重症	248	62	65	56	65
中等症	3,339	928	773	821	817
軽症	26,412	6,031	7,096	6,396	6,889
不明	3,292	769	878	776	869
夜間【深夜帯】	12,523	2,692	3,301	3,405	3,125
死亡	1	0	1	0	0
重篤	28	3	1	20	4
重症	107	14	32	42	19
中等症	1,600	347	409	431	413
軽症	9,704	2,076	2,572	2,654	2,402
不明	1,083	252	286	258	287
休日昼間	18,581	3,530	7,187	3,381	4,483
死亡	1	0	0	0	1
重篤	15	8	4	0	3
重症	115	16	47	16	36
中等症	1,796	358	609	337	492
軽症	15,970	3,021	6,263	2,912	3,774
不明	684	127	264	116	177
夜間・休日昼間合計	64,432	14,022	19,305	14,843	16,262
死亡	5	1	1	2	1
重篤	77	20	10	26	21
重症	470	92	144	114	120
中等症	6,735	1,633	1,791	1,589	1,722
軽症	52,086	11,128	15,931	11,962	13,065
不明	5,059	1,148	1,428	1,150	1,333

平成22年 ウォークイン患者（来院方法が救急車以外の患者）実績  
内科（4月から7月）

平成22年4月から7月		単位：人			
時間帯別	内科合計	月別			
		4月	5月	6月	7月
夜間【準夜帯】	11,216	2,684	3,009	2,637	2,886
死亡	2	1	0	1	0
重篤	20	5	3	4	8
重症	136	29	32	40	35
中等症	1,254	352	291	303	308
軽症	8,560	2,005	2,341	2,017	2,197
不明	1,244	292	342	272	338
夜間【深夜帯】	4,127	915	1,087	1,087	1,038
死亡	1	0	1	0	0
重篤	16	2	1	10	3
重症	54	3	22	20	9
中等症	404	86	95	98	125
軽症	3,232	718	860	861	793
不明	420	106	108	98	108
休日昼間	5,874	1,097	2,376	1,015	1,386
死亡	1	0	0	0	1
重篤	9	4	2	0	3
重症	61	12	29	8	12
中等症	711	127	248	129	207
軽症	4,773	899	1,975	832	1,067
不明	319	55	122	46	96
夜間・休日昼間合計	21,217	4,696	6,472	4,739	5,310
死亡	4	1	1	1	1
重篤	45	11	6	14	14
重症	251	44	83	68	56
中等症	2,369	565	634	530	640
軽症	16,565	3,622	5,176	3,710	4,057
不明	1,983	453	572	416	542



平成22年 ウォークイン患者（来院方法が救急車以外の患者）実績  
外科（4月から7月）

平成22年4月から7月		単位：人			
時間帯別	外科合計	月別			
		4月	5月	6月	7月
夜間【準夜帯】	5,045	1,136	1,297	1,230	1,382
死亡	0	0	0	0	0
重篤	2	0	1	0	1
重症	60	14	21	9	16
中等症	473	125	92	122	134
軽症	4,341	964	1,144	1,065	1,168
不明	169	33	39	34	63
夜間【深夜帯】	1,164	227	295	374	268
死亡	0	0	0	0	0
重篤	1	0	0	0	1
重症	21	2	6	10	3
中等症	135	33	39	38	25
軽症	963	184	236	314	229
不明	44	8	14	12	10
休日昼間	3,149	609	1,249	523	768
死亡	0	0	0	0	0
重篤	4	2	2	0	0
重症	31	0	13	6	12
中等症	258	55	89	50	64
軽症	2,812	547	1,132	457	676
不明	44	5	13	10	16
夜間・休日昼間合計	9,358	1,972	2,841	2,127	2,418
死亡	0	0	0	0	0
重篤	7	2	3	0	2
重症	112	16	40	25	31
中等症	866	213	220	210	223
軽症	8,116	1,695	2,512	1,836	2,073
不明	257	46	66	56	89

平成22年 ウォークイン患者（来院方法が救急車以外の患者）実績  
小児科（4月から7月）

平成22年4月から7月		単位：人			
時間帯別	小児科合計	月別			
		4月	5月	6月	7月
夜間【準夜帯】	7,179	1,699	1,941	1,759	1,780
死亡	0	0	0	0	0
重篤	3	2	1	0	0
重症	26	8	9	2	7
中等症	624	196	165	146	117
軽症	6,419	1,473	1,732	1,587	1,627
不明	107	20	34	24	29
夜間【深夜帯】	3,415	703	915	975	822
死亡	0	0	0	0	0
重篤	0	0	0	0	0
重症	11	2	2	7	0
中等症	267	56	64	84	63
軽症	3,119	640	846	882	751
不明	18	5	3	2	8
休日昼間	3,376	631	1,342	607	796
死亡	0	0	0	0	0
重篤	1	1	0	0	0
重症	10	2	2	0	6
中等症	325	69	104	66	86
軽症	3,027	554	1,233	539	701
不明	13	5	3	2	3
夜間・休日昼間合計	13,970	3,033	4,198	3,341	3,398
死亡	0	0	0	0	0
重篤	4	3	1	0	0
重症	47	12	13	9	13
中等症	1,216	321	333	296	266
軽症	12,565	2,667	3,811	3,008	3,079
不明	138	30	40	28	40

平成22年 ウォークイン患者（来院方法が救急車以外の患者）実績  
救急科等（4月から7月）

平成22年4月から7月		単位：人			
時間帯別	救急科等合計	月別			
		4月	5月	6月	7月
夜間【準夜帯】	2,656	584	721	667	684
死亡	0	0	0	0	0
重篤	1	1	0	0	0
重症	1	0	0	1	0
中等症	88	24	23	21	20
軽症	2,507	532	687	636	652
不明	59	27	11	9	12
夜間【深夜帯】	1,045	207	294	282	262
死亡	0	0	0	0	0
重篤	0	0	0	0	0
重症	6	0	2	3	1
中等症	22	7	4	6	5
軽症	1,013	199	288	273	253
不明	4	1	0	0	3
休日昼間	1,540	303	524	313	400
死亡	0	0	0	0	0
重篤	0	0	0	0	0
重症	3	1	1	0	1
中等症	46	8	20	6	12
軽症	1,488	294	501	307	386
不明	3	0	2	0	1
夜間・休日昼間合計	5,241	1,094	1,539	1,262	1,346
死亡	0	0	0	0	0
重篤	1	1	0	0	0
重症	10	1	3	4	2
中等症	156	39	47	33	37
軽症	5,008	1,025	1,476	1,216	1,291
不明	66	28	13	9	16

平成22年 ウォークイン患者（来院方法が救急車以外の患者）実績  
 その他診療科等（4月から7月）

平成22年4月から7月		単位：人			
時間帯別	その他診療科等合計	月別			
		4月	5月	6月	7月
夜間【準夜帯】	7,232	1,697	1,849	1,764	1,922
死亡	1	0	0	1	0
重篤	8	1	0	2	5
重症	25	11	3	4	7
中等症	900	231	202	229	238
軽症	4,585	1,057	1,192	1,091	1,245
不明	1,713	397	452	437	427
夜間【深夜帯】	2,772	640	710	687	735
死亡	0	0	0	0	0
重篤	11	1	0	10	0
重症	15	7	0	2	6
中等症	772	165	207	205	195
軽症	1,377	335	342	324	376
不明	597	132	161	146	158
休日昼間	4,642	890	1,696	923	1,133
死亡	0	0	0	0	0
重篤	1	1	0	0	0
重症	10	1	2	2	5
中等症	456	99	148	86	123
軽症	3,870	727	1,422	777	944
不明	305	62	124	58	61
夜間・休日昼間合計	14,646	3,227	4,255	3,374	3,790
死亡	1	0	0	1	0
重篤	20	3	0	12	5
重症	50	19	5	8	18
中等症	2,128	495	557	520	556
軽症	9,832	2,119	2,956	2,192	2,565
不明	2,615	591	737	641	646

## 参考

### 横浜市の新たな二次救急医療体制に関する アンケート調査

#### アンケート調査ご協力をお願い

平素から、本市の医療施策の推進にご理解、ご協力をいただきまして、誠にありがとうございます。

さて、本市では、昨年度の横浜市救急医療検討委員会での検討・提言を受け、新たな二次救急医療体制を構築し、本年4月1日から運用を開始いたしました。今年度は、この新たな体制の検証を行い、持続可能な体制となるよう、更なる充実を向けて、横浜市救急医療検討委員会が必要な協議をしているところでございます。

つきましては、検証活動のひとつとして、新たな体制に参加していただいている医療機関様にアンケート調査を実施いたしますので、ご多忙のところ大変恐縮でございますが、本アンケート（ウォークイン患者の実績を含む）にご協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、いただいたご回答につきましては、統計的に処理し、個々の病院名等を公表することはいたしません。

横浜市健康福祉局医療政策課

#### ◆アンケートに関するお願い、記入要領

○各問の該当する番号に、○印をつけてください。

○記載をお願いしている欄については、直接ご記載をお願いします。

○アンケート用紙の配付、回収及び一義的な問合せは、横浜市が（社）横浜市病院協会に委託していますので、ご記入後は、次の送付先に送付をお願いします。

◆「5 ウォークイン患者の実績（平成22年、平成21年）」については、各年の4月から7月までの実績を、記載要領を参照して記載をお願いします。

1 救急隊搬送患者の受入状況について、お伺いします。

問1 二次救急医療体制見直し前と後では、救急隊の搬送患者数の変化はありましたか。

- 1 搬送患者数（総数）が増えた 2 搬送患者数（総数）が減少した  
3 搬送患者数（総数）に変化はない

問2 二次救急医療体制見直し前と後では、救急隊の搬送患者の傷病程度に変化はありましたか。

- 1 重症患者が増えた 2 軽症患者が増えた 3 変化はない  
4 その他（ ）

問3 新たな体制になったことにより、救急隊搬送患者の受入れに関し意識の変化はありましたか。

- 1 意識が向上した 2 意識が低下した 3 意識の変化はない

→ 問3-1へ

→ 問3-2へ

→ 問3-3へ

問3-1 意識向上の主な要因についてお答えください。

- 1 新たな体制に位置づけられたことにより、医療スタッフの意識が向上した  
2 補助金の仕組みが改善された（インセンティブになっている）  
3 その他（ ）

問3-2 意識低下の主な要因についてお答えください。

- 1 受入について負担感が増した  
2 ウォークイン患者が増えて、救急隊搬送の受入が困難になった  
3 新しい補助金の体系に魅力を感じない  
4 その他（ ）

問3-3 意識の変化がないと思う理由についてお答えください。

- 1 補助金の仕組みが改善されたことを知らなかった  
2 補助金の支出先が医療機関になっているため、現場の医療スタッフの待遇の変化が感じられない  
3 その他（ ）

2 横浜市の新たな二次救急医療体制について、お伺いします。

問4 二次救急医療体制の見直しによる、改善効果はあったと思いますか。

1 思う 2 やや思う 3 どちらとも言えない 4 あまり思わない 5 思わない

問5 二次救急医療体制の見直しにより、生じた課題がありますか。

1 ある 2 ない

問5-1 どのような課題がありますか。

問6 参加基準について見直した方が良いと思う事がありますか。

1 ある 2 ない

問6-1 見直した方が良いと思う事項を記載してください。

問7 補助金の体系について、救急搬送受入実績加算の導入効果はあったと思いますか。

1 思う 2 やや思う 3 どちらとも言えない 4 あまり思わない 5 思わない

問8 更に有効と考えられる補助金の体系がありましたら、記載してください。

問9 二次救急と三次救急の機能分担はできていると思いますか。

1 思う 2 やや思う 3 どちらとも言えない 4 あまり思わない 5 思わない

問10 初期救急の夜間急病センターや救急医療センターとの連携がとれていると思いますか。

1 思う 2 やや思う 3 どちらとも言えない 4 あまり思わない 5 思わない

※ 問11は、救命救急センター設置医療機関におたずねします。

問11 二次救急を実施することで、三次救急に影響があると思いますか。

1 思う 2 やや思う 3 どちらとも言えない 4 あまり思わない 5 思わない

問11-1 どのような影響がありますか、記載をお願いします。

--

問12 体制参加にあたって、新たに医師の増員を行いましたか。

1 増員した 2 増員しない

問12-1 増員した医師の診療科と人数をお答えください。

	科		名
--	---	--	---

問13 体制参加にあたって、医師が不足していると感じる診療科がありましたら記載してください。

--

問14 体制参加にあたって、新たに看護師の増員を行いましたか。

1 増員した 2 増員しない

問14-1 増員した看護師の人数をお答えください。

	名
--	---



3 ウォークイン患者の受入状況について、お伺いします。

問15 二次救急医療体制見直し前と後では、ウォークイン患者数及び傷病程度の変化はありましたか。準夜帯、深夜帯別に回答をお願いします。

① 内科・外科・救急科等

準夜帯 1 増加した 2 減少した 3 変化はない

深夜帯 1 増加した 2 減少した 3 変化はない

傷病程度 1 重症化した 2 軽症化した 3 変化はない

② 小児科

準夜帯 1 増加した 2 減少した 3 変化はない

深夜帯 1 増加した 2 減少した 3 変化はない

傷病程度 1 重症化した 2 軽症化した 3 変化はない

※ 診療科の区分けが分かる場合は、枠内の回答をお願いします。

内科系

準夜帯 1 増加した 2 減少した 3 変化はない

深夜帯 1 増加した 2 減少した 3 変化はない

傷病程度 1 重症化した 2 軽症化した 3 変化はない

外科系

準夜帯 1 増加した 2 減少した 3 変化はない

深夜帯 1 増加した 2 減少した 3 変化はない

傷病程度 1 重症化した 2 軽症化した 3 変化はない

問16 深夜帯、準夜帯のウォークイン患者の受入に対しては、医療機関としてはどのように考えられますか。

- 1 積極的に受け入れたい 2 積極的には受け入れたくない  
 3 救急隊搬送に支障がない範囲で受け入れたい  
 4 その他 ( )

4 救急隊搬送患者のうち受入が困難な事案について、お伺いします。

問17 医療機関としては、どのような場合が、受入困難な事案と考えますか。

- |            |           |           |
|------------|-----------|-----------|
| 1 精神合併症    | 2 独居の高齢者  | 3 オーバーステイ |
| 4 アルコール中毒症 | 5 未受診の妊産婦 |           |
| 6 その他（     |           | ）         |

問18 受入困難な事案を解決するために、行政がどのような取組をすれば有効と考えますか。

- |  |
|--|
| 1 国がイメージする受入医療機関確保基準（例えば東京ルール）を策定し、受入医療機関に助成する |
| 2 受入困難事案そのものを発生させないための、二次救急医療体制全体の充実強化に努める     |
| 3 受け入れた患者を適切な医療機関に転院できるよう、病病連携推進のための後方支援を充実させる |
| 4 その他（下記に記載ください）                               |

問19 困難事案を受け入れても、短期間で適正な医療機関に転院させられるように、受入困難事案解消に向け例えば、近隣の医療機関と病病連携を進めていく方策が考えられます。こうした病病連携に向け、貴院が中心となってネットワークを構築することについて、関心はありますか。

- |         |          |         |         |
|---------|----------|---------|---------|
| 1 すでに実施 | 2 今度予定あり | 3 関心がある | 4 関心はない |
|---------|----------|---------|---------|

最後に、新たな二次救急医療体制について、ご意見、ご要望等ございましたら、ご自由にお書きください。

--

～ ご協力ありがとうございました ～

引き続き、「5 ウォークイン患者実績（平成22年、平成21年）」についても、ご協力をお願いします

## 5 ウォークイン患者実績（平成22年、平成21年）

- ・ウォークイン患者とは、来院方法が救急車以外の患者をいいます。
  - ・記載要領に沿って、平成22年及び21年の、4月～7月のウォークイン患者の実績の記載をお願いします。
  - ・21年のデータが不明な場合は、22年だけの協力をお願いします。
  - ・できるだけ、データでの回答をお願いいたします。
- データ入力用エクセルシートが必要な場合は、病院協会にご連絡ください。

### 【記載要領】

※ 手書き用で回答される場合は、お手数ですが、すべてご記入をお願いします。

#### 1 データの入力等について（データ入力用で回答の場合）

色づけされているセルに数値を入力いただくと自動計算されるように設定しています

- ・平成22年4月
  - ・平成22年5月
  - ・平成22年6月
  - ・平成22年7月
- 白色のセルに数値を入力してください  
→黄色のセルは自動計算されます

- ・平成22年4月から7月 入力は不要です→ 自動計算されます

- ・平成21年4月
  - ・平成21年5月
  - ・平成21年6月
  - ・平成21年7月
- 白色のセルに数値を入力してください  
→ピンク色のセルは自動計算されます

- ・平成21年4月から7月 入力は不要です→ 自動計算されます

- ・平成21年と平成22年の比較 入力は不要です→ 自動計算されます

#### 2 用語の定義（特に定義が必要と思われるもののみ）

##### (1) 時間帯

- ・夜間【準夜帯】：当該病院の診療時間終了後から午後0時までの時間帯
- ・夜間【深夜帯】：午後0時から当該病院の診療開始までの時間
- ・休日昼間：当該病院の急診日で、夜間（準夜帯及び深夜帯）を除いた時間帯

- ・内科：消化器内科、呼吸器内科、循環器内科等は内科に含めてください
- ・外科：消化器外科、呼吸器外科、心臓外科等は外科に含めてください
- ・その他診療科：内科、外科、救急科等をのぞいた診療科

##### (2) 初診時傷病程度

- ・死亡：初診時死亡
- ・重篤：生命の危険が切迫しているもの
- ・重症：生命の危険の可能性のあるもの
- ・中等症：生命の危険はないが入院を要する
- ・軽症：入院を要せず
- ・不明：初診時傷病程度が分からないもの

5-1 平成22年 ウォークイン患者（来院方法が救急車以外の患者）実績

平成22年4月		診療科別内訳				
	患者総数	内科	外科	小児科	救急科等	その他診療科
夜間【準夜帯】						
死亡						
重篤						
重症						
中等症						
軽症						
不明						
夜間【深夜帯】						
死亡						
重篤						
重症						
中等症						
軽症						
不明						
休日昼間						
死亡						
重篤						
重症						
中等症						
軽症						
不明						
夜間・休日昼間合計						
死亡						
重篤						
重症						
中等症						
軽症						
不明						

新たな二次救急医療体制に関する  
ヒアリング調査結果（要旨）

ヒアリング期間：平成22年7月28日～9月2日

訪問医療機関：22病院（内訳）

拠点病院A	11病院
拠点病院B	7病院
輪番病院	4病院

ヒアリング対応者：救急担当医師、救急担当看護師、事務

ヒアリング実施者：健康福祉局医療政策課

医療機関ヒアリング内容

- 1 現場の医療スタッフへの、新たな二次救急医療体制の周知について  
(1)院内での周知方法
- 2 診療機能（拠点A、B、輪番病院）に応じた機能分担について  
(1) 救急隊が搬送してくる患者の重症度の変化  
(2) ウォークイン患者数の変化  
(3) 深夜帯における、初期内科患者数の変化  
(4) 一般輪番病院の体制変更による影響
- 3 搬送困難事案を解消するための有効な仕組みについて
- 4 補助金の仕組みが変更されたことによる、患者受入についてのスタッフの意識変化について
- 5 今回の二次救急医療体制を充実かつ継続させていくために、改善すべき点等について
- 6 今後の二次救急医療体制の更なる充実に向けたアイデア等について
- 7 初期救急医療機関との連携について、今後取り組むべき課題について
- 8 その他意見・提案等

## ヒアリング調査結果要旨

### 1 現場の医療スタッフへの、新たな二次救急医療体制の周知について

- ・体制については、ほぼすべての病院で周知されている。

#### (1) 院内での周知方法

- ・院内会議で周知（診療部会、部長会、救急対策委員会、病院運営委員会、ER委員会、救急会議等）。

### 2 診療機能（拠点 A、B、輪番病院）に応じた機能分担について

#### (1) 救急隊が搬送してくる患者の重症度の変化

- ・大きな変化なし。
- ・B病院という理由で、一律に軽症患者ばかり搬送されるとスタッフのモチベーションが下がり、若手医師の育成に支障をきたす。という意見が一部のB病院からあり。

#### (2) ウォークイン患者数の変化

・変化なし

#### (3) 深夜帯における、初期内科患者数の変化

・変化なし

#### (4) 一般輪番病院の体制変更による影響

・影響なし

以上全て、アンケートの結果と同じ。

### 3 搬送困難事案を解消するための有効な仕組みについて

- ・搬送困難事案を受入れると、インセンティブを与えることが必要。又、その後患者の転院を受け入れたところにもインセンティブを与えるなど、出口を整備することが大事。
- ・補助金等見返りを求めるのは人道に劣るので良くない。
- ・夜間、休日行政が対応していない時間に、精神合併症の方や、福祉対象の方を受入れ、対応出来ず困るので、夜間、休日も行政が医療機関からの相談を受ける体制を整備することを望む。

### 4 補助金の仕組みが変更されたことによる、患者受入についてのスタッフの意識変化について

- ・補助金の仕組みが変更されたことに伴い、補助金の実績加算分を救急の現場の予算に反映しスタッフの意識の向上につなげた。
- ・助成の体系等については、管理職のみに周知し、現場のスタッフには周知していないため、スタッフの意識に変化はない。
- ・現場のスタッフからは、補助金が、救急の現場に還元された方が、モチベーションが上がるという意見が多く聞かれた。

5 今回の二次救急医療体制を充実かつ継続させていくために、改善すべき点等について

- ・ 二次救急拠点病院Bの数を増やすべき
- ・ 救急車が集中して来ないようにして欲しい

6 今後の二次救急医療体制の更なる充実に向けたアイデア等について

- ・ 二次救急拠点病院AとBの補助金の格差の是正
- ・ 救急の現場に届くような補助のシステムの構築
- ・ 転院先の病院を確保する等出口の整備

7 初期救急医療機関との連携について、今後取り組むべき課題について

- ・ 病診連携の強化
- ・ 社会的入院を適切な施設に転院できる仕組みづくり

8 その他意見・提案等

- ・ 現場の意見を反映するため、救急医療検討委員会の委員に現場の部長クラスの医師を入れるべき

ヒアリング項目	病院 カテ ゴリ	主な意見
1 現場の医療スタッフに、新たな二次救急医療体制が周知されていますか	A	①周知されている。 ②周知されているが、詳細については理解されていない部分もある。 ③補助金の体系については、幹部のみ周知し、現場スタッフには周知していない。
	B	①周知されている。 ②周知をしていない（拠点病院Bだが、2.5次救急までカバーする意気込みで救急に取り組んでいるため）。 ③補助金の体系については、周知していない。
	輪番	①周知されている。 ②周知をしていない（前年度と当院の体制が変わらないため）。 ③現場スタッフ（外来スタッフ）は理解しているが病棟スタッフはあまり理解していない。
(1) 院内での周知方法	A	①院内会議で周知（診療部会、部長会、救急対策委員会、病院運営委員会、ER委員会、救急会議等）。
	B	①院内会議で周知（救急委員会、医局会、師長会、当直会議、各種連絡会、朝礼、外来ミーティング、課長会、運営会議、幹部会等）。 ②医師には、資料を作って周知し、看護師には、受け入れがスムーズになるように声かけをした。
	輪番	①院内会議で周知（幹部連絡会、救急委員会、ミーティング等）。
2 診療機能（拠点A、B、輪番）に応じた機能分担が図られていると思いますか		
(1) 救急隊が搬送してくる患者の重症度の変化	A	①変化なし。 ・搬送件数自体が増加したため、搬送件数に比例して重症度の高い患者も増えたが、構成比は変化なし。 ②中等症患者と重症患者が増加した。 ・入院患者が増加した（＝重症化した）。 ・軽症患者が減少。 ③救急車で搬送されてきても軽症患者が多い。
	B	①変化なし。 ・搬送件数は増加しているが、二次救急のシステム変更が原因ではなく、院内に救急部が出来て救急医を1名増員したためだと思われる。以前は外傷を受けていなかったが今は受けている。 ・三次と思われるCPAの患者（多発性外傷、高所からの転落者等）が運ばれてくる場合がある。 ②軽症が増加 ・B病院だからといって一律に軽症患者や、他の医療機関で断られた患者ばかり運ばれては、モチベーションが下がる。 ・若い医師のためには、多くの症例が来る必要がある。例えば、高齢の脳卒中患者ばかりだと大学から医師派遣をしてもらえなくなる。 ・地域でしっかりと自分の患者を診るという体制が出来ていない。 ・軽症の救急搬送が増加した結果、救急搬送件数が増えた。 ・入院数は変わっていないので、入院率が下がったということになる。しかし、7月、8月は、救急搬送件数が異常に増えた。熱中症が影響している可能性がある。軽症患者が増えるのは、病院経営的には良くないが、地域貢献できるという意味では良いことだ。



ヒアリング項目	病院 カテ ゴリ	主な意見
2	輪番	<p>①重症度の高い搬送が減った。(再来の方は来るが。)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1ヶ月の救急搬送では、10%くらい重症度が下がっている。</li> <li>・外科系、特に整形外科がかなり減った印象。</li> <li>・全体的には、オペ患者も減っている印象。</li> </ul> <p>②変化なし。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・内科は変化なし。</li> </ul> <p>③独居老人(搬送困難)など転送例が多い。</p> <p>④昨年度より重症患者が増えている。40件くらい重症の患者が来ている。</p>
(2) ウォークイン患者数の変化	A	<p>①変化なし。</p> <p>②減少した。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・深夜帯の新規の方(再来は別)から病院に電話問合せがあった場合、救急医療情報センターに問い合わせるようにしたためウォークインが減った。</li> </ul> <p>③微増。</p>
	B	<p>①変化なし。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・電話してから来院する方が多い。</li> <li>・夜間はウォークインが多い。救急車は昼間が多いため、助成が少なくなるのが心配。</li> </ul> <p>②減少した。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・昨年度は、731人/1日→4月～6月の統計では、595人/1日</li> <li>・若干減っているという印象はあるが、季節柄もあるので、開始後数ヶ月では判断できない。</li> </ul> <p>③増加した。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・昨年度は、20名～30名/夜間→6月は30名越え/夜間となり、準夜帯(特に午後9時から0時)が増加している。</li> </ul>
	輪番	<p>①変化なし。以前から多い。</p> <p>②減少。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・21年は新型インフルエンザの影響があったので単純比較は出来ないが絶対数は減っている。(他の医療機関からの紹介以外の人数)。</li> </ul>
(3) 深夜帯における、初期内科患者数の変化	A	<p>①変化なし。</p> <p>②大人は微減。</p> <p>③準夜帯は増加、深夜帯は変化なし。</p>
	B	<p>①変化なし。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・もともと積極的に受けていたので不変。</li> </ul> <p>②増加した。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特に救急搬送の軽症が増加した。</li> <li>・ベッドの稼働率からいうと増加した。</li> <li>・0時から9時までは、260人から238人に増加している。特に内科の割合が増えている。</li> <li>・医師が手薄なので受け入れられない場合がある。</li> </ul> <p>③その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・深夜帯の内科といっても、今は、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科等細分化されているので、内科の対象とする疾患によっては複数科が当直しなければならなくなる。</li> </ul>

ヒアリング項目	病院 カテゴリー	主な意見
2		①変化なし。 ②減少した。 ・救急車の搬送について深夜帯は少なくなった。0時までは来るが、0時から5時までは来ない、5時から6時になると来る。 ・準夜帯は変化ないが、深夜帯は減った。ぱったりなくなった印象。 ・減っている。内科の医師が夜寝れないということがなくなった。

ヒアリング項目	病院 カテ ゴリ	主な意見
2 (4) 一般輪番病院の 体制変更による 影響	A	①影響なし。 ・影響ないが、数字上は救急搬送が増えている。
	B	①変化なし。 ・輪番病院が近くにある時は軽症が減ると予想していたが変化なく、当院をファーストコールにすると明言している救急隊もいる。 ②当番日は、救急隊からのコールが均一的に来るようになった。脳外科・整形外科の当直が影響しているのか、施設からの転院（転送）が増加している。
	輪番	①影響はない。 ・全体として変化ないが、夜中に患者さんが来なくなった分、負担は減っている。 ②拠点病院の影響で輪番の意味が薄れた。 ・救急搬送での輪番病院の位置づけをはっきりさせてもらいたい。輪番日はもちろん、輪番日以外の日の受入体制も情報提供している。 ・受入困難事案が回ってくるのがなくなった。 ・拠点病院が満床のため搬送できなかつたと言われ輪番病院に搬送されてくるケースが増えた。 ・今までは輪番病院が市内に2～3病院あったが、選択肢が減ったせいか、輪番日に搬送されてくる件数が増加している。 ・輪番日、輪番日以外も人員体制は変えずに受け入れている。輪番日にはベテランの看護師を配置している。
3 搬送困難事案を解消 するためにはどのよ うな仕組みが有効だ と思いますか	A	①搬送困難事案を受け入れた場合、インセンティブがあるというシステムを構築する。又、その後、患者の転院を受け入れた病院等にもインセンティブがあるようにするなど、出口を整備することが大事。 ②初期対応は出来るが受け皿を強化することが大切。在院日数を短縮したい。 ③高齢者や遠方（医療圏外）から搬送されてきた患者を受け入れた時はインセンティブをつけて欲しい。 ④コストのバックアップが欲しい。人数を増やしてワークシェアリングできる。 ⑤夜間・休日等、行政が対応していない時間に、精神合併症の方や、福祉対象の方を受け入れ、治療後の対応が出来ず困っている。夜間、休日も行政が医療機関からの相談を受ける体制を整備する必要がある。 ⑥搬送困難事案の発生理由の分析が大事。 ⑦補助金等見返りを求めるのは人道に劣るので良くない。 ⑧そもそも搬送困難事案を受けて困ったことは年に2、3回しかない。

ヒアリング項目	病院 カテ ゴリ	主な意見
3	B	<p>①横浜市のように病院数が多いと、自院が断っても他が受けるだろうという考え方が原因で、たらいまわしが発生する。</p> <p>②10%~20%くらいの事案受入のためには、開業医が救急体制に協力すべき。</p> <p>③受入を断らない、やる気のある病院をA病院にすれば、他のA病院の負担は軽減すると思う。当院は、救急車の搬送要請に対しては92%受けている。ベッド満床、救急対応中、専門医不在などの理由や酔っ払い、精神疾患患者を受け入れない病院にはペナルティーを科すべき。当院では、ソーシャルワーカーを増員し、時間外も搬送困難事案の患者に対応している。</p> <p>④搬送困難事案受入れについても評価の対象にして欲しい。インセンティブとなる。</p> <p>⑤夜間や連休時に、行政に連絡が取れない場合が困る。行政に夜間の連絡先があると良い。特に元旦などは生活保護の方への診療費請求ができず、病院持ち出しになってしまう。</p> <p>⑥市外の救急隊が越境してくるので、他市の救急受入でも評価されるように自治体間の連携が必要。</p> <p>⑦搬送困難事案患者の入院が長期化しており、ベッド満床の要因になっている。</p> <p>⑧施設から来た方の後方受入れ病院が必要。</p> <p>⑨基本的には地域で受入ができるように、しっかりした医療体制をとらないといけない。遠方から搬送されてきて、帰れなくて、病院に対して怒る人がいる。</p> <p>⑩外科当直と言っても、交通事故などの場合、整形外科の医師がいないと、対応できても、患者側からのクレームにつながる。</p> <p>⑪初期（休日診、夜間急病センター）でみて対応できなければ病院という、システムを整備出来ればよい。</p> <p>⑫初期治療だけはするので、その後適切な医療機関に搬送してもらえ体制があると良い。</p> <p>【精神合併症】</p> <p>⑬精神科がないので、精神科疾患の治療が有効に出来ない。薬のコントロールが出来ない。</p> <p>⑭精神疾患+内科・外科疾患の合併症の患者には総合的に対応できる病院が必要。治療とは無関係の対応にスタッフのモチベーションが下がってしまう。</p> <p>⑮精神合併症について連絡すれば転送できる病院を確保するなどバックアップ体制をとって欲しい。</p> <p>⑯精神科常勤医がいらないため、精神合併症を受け入れられない。受けてしまうと、治療後に受け入れてくれる病院が無い。横浜市主導で病病連携を進めてくれれば安心して患者を受け入れることが出来る。特に、夜間・休日の対応が困難。</p> <p>【独居の高齢者】</p> <p>⑰退院させることが難しい。地域に市の受入施設があればなんとかなる。出口を確保するシステムを作って欲しい。独居だから受けないということはない。</p> <p>【オーバーステイ】</p> <p>⑱無保険の場合が多く病院が受け入れた瞬間に負担をしいられる。</p> <p>⑲入国管理局など指導してくれれば柔軟な対応が出来る。</p> <p>【アルコール中毒症】</p> <p>⑳暴れてしまう人。警察も介入してくれない。若い男性だと力が強くて危険。</p>

ヒアリング項目	病院 カテ ゴリ	主な意見
3	輪番	<p>①A、B病院は、搬送困難事案を必ず受け入れるという意識だった。補助金を減らされた輪番病院からすると、A、B病院がとってしかるべきだと思っていた。搬送困難事案の受入については、別途評価して欲しい。</p> <p>②救急のコールをとる対応が不十分なので、改善しようと思っている。</p> <p>③横浜市で、アルコール依存症、精神合併症等の対応困難事案についてルールを作って欲しい。精神科があるA、B病院で受けられないのか？</p> <p>④DPCで診療報酬請求をしているので、早く退院してほしい。</p> <p>⑤都内の救命センターにいた際、3次の要請は一切断れなかった。同様に、きちんと補助を出して、絶対断わらない病院を1つ作れば良いと思う。</p> <p>【精神合併症】</p> <p>⑥精神科救急の対象にはならない精神合併症の患者が受入困難になる。</p> <p>⑦精神疾患患者も暴れなければいいが、暴れると困る。</p> <p>【独居の高齢者】</p> <p>⑧独居高齢者はよく来る。しょうがないと思っている。</p> <p>【オーバーステイ】</p> <p>⑨福祉に頼めば良い。</p> <p>【アルコール中毒症】</p> <p>⑩スタッフ的にはきつい。</p>
4	A           B	<p>①救急医師としては、評価できる仕組みだ。</p> <p>②横浜市以外の自治体（川崎市等）からの搬送件数は補助の対象にならないので、他の自治体と連携して欲しい。</p> <p>③意識の変化なし。 ・スタッフには周知していない。研修教育機関なので、算術的なことをしたくない。 ・補助のことは皆あまり知らない。現場に還元されないと実感がない。 ・院長及び管理者は知っているが、大病院なので、現場全員に周知することは難しい。直接的な医療収入を見ている人は意識しているが、それ以外の人の意識に変化はない。 ・補助金は病院の会計に入っしまい、実際の救急担当部署に入ってくるとは限らないため、あまり現場のモチベーションはあがらない。 ・ホットラインに対応する事務職員が欲しいが、増員のための補助金はもらえていない。救急課に補助するよう条件をつけ、ひもつきの補助金にしてもらいたい。 ・補助金の額を知らされているのは部長級のみ。</p> <p>④意識の変化あり ・補助金の実績加算部分を救急の現場の予算に反映した。当直料金を改正し、基本給を下げ、働いただけ、アップするようにしている。入院ひとりあたりいくらというような加算方法。 ・医師は意識の変化はないが、できるだけ多くの救急車を受け入れようと、看護師のモチベーションは上がっている。しかし、一生懸命やっても補助金が増えていない。</p> <p>⑤一般救急と産科救急の（待遇の）格差が心情として良くない。</p> <p>①経営サイドは、補助金をありがたく思っている。</p> <p>②補助金が増えた分、救急外来の看護師を複数にした。負担が減りスタッフの意識も変わると思う。</p> <p>③医師には伝えたが、スタッフには詳しく伝えていない。救急車受入に関しては、年間2000台を目標にしている。</p> <p>④特に周知していない。 ・スタッフにお金の話はしていないので変化ない。</p>

ヒアリング項目	病院 カテ ゴリ	主な意見
4	B	<p>⑤市外に隣接しているので市外からの救急搬送が多い。          ・220～280/月(2～3割)は横浜市外の救急搬送を受けているが件数としカウントされないと思うと悔しい。自治体間の協力体制を強化して欲しい。          ・市外からの搬送受入が半分くらいある。ラフな差別化はいいが、搬送件数についてあまり細かい決めをしない方がよい。</p> <p>⑥800万という金額は、補助金を助成しているから、B病院としてちゃんとやれといえるような金額ではない。輪番病院でも上限800万までは助成してもらえる。B病院の参加要件緩和が必要ではないか。</p> <p>⑦補助金の支払いが四半期払いから年度終了後一括払いになったが、ランニング費用がかかるので苦しい。特に、輪番病院からB病院となり、体制を強化したので、医師で120万～150万、薬剤師で70万～80万は負担増となっている。</p>
	輪番	<p>①変化なし          ・補助金うんぬんという意識はないが、A、Bと輪番病院の位置づけの差から、ABがしっかりやって欲しいという意識がある。</p>

ヒアリング項目	病院 カテ ゴリ	主な意見
<p>5 今回の二次救急医療体制を充実かつ継続させていくために、改善すべき点等お気づきの点がありましたら教えてください</p>	A	<p>①拠点B及び輪番病院が少ないのは問題。AとBが逆ピラミッド体制になっている。Bを増やして欲しい。</p> <p>②B病院がない地域なのでB病院を増やして欲しい。A、Bで機能分担できればなお良い。</p> <p>③輪番病院が少ないために、初期救急患者を、A病院に搬送してくるので、A病院が本来診るべき重症患者を受けられないことがある。病院の数が逆ピラミッド型なので、Aを少なくしてB病院を増やして欲しい。</p> <p>④救命センターのある病院もA病院になっているが、重症で利益が上がる症例だけ受け入れたがっている。</p> <p>⑤新しい体制についての周知が徹底されていないため、A、B病院というだけで、初期救急患者を受け入れない病院が出てきている。</p> <p>⑥救急医療検討委員会の委員に現場の救急医師を入れるべき。</p> <p>⑦医療と福祉の連携を考えるべき。</p> <p>⑧初期、二次、三次と分けるのではなく、救急は一本化で良い。</p>
		<p>①市外の医療機関に搬送することを良しとするのはおかしい。市内で完結すべき。</p> <p>②参加基準を名目だけでなく、内容の伴ったものにすべき。行政のチェックが必要。</p> <p>③内視鏡でショックの案件に対応出来る医師は少ないので、消化器内科群の集まりを作って、勉強会をしたり、消化器内科医が病院に出張して月1回くらい当直する対応をして欲しい。</p> <p>④新たな二次救急医療体制は考え方は大変良いが、運営、導入の方法が良くない。B病院がA病院よりも少なく、短期間での実施のため受入病院の理解も深まっていない。フィールドトリアージ体制をつくるべき。</p> <p>⑤救急搬送を、疾患ごとに別枠として細分化してしまっていることが問題。例えば、心疾患は受け入れると利益が上がりやすい疾患、脳血管疾患もt-PAは良いが、不整脈、めまい、頭痛などは受け入れたがらない。その他、外傷（整形）などがあるが、疾患は等しく119番通報されるのに、利益のある疾患は、疾患別医療体制に参加している病院にとられ、A病院は、利益のある別枠疾患以外の疾患を受け入れるはめになっている。</p>
	B	<p>①内科系には、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科など専門領域があり、専門以外については一歩引いてしまう医師がいる。専門が分かる詳細な情報を救急隊にPRしたい。横浜市で他の病院の医師を紹介するシステムを作ってくれれば良い。</p> <p>②他の病院の状況が分からないので、市で病院間連携をすすめて欲しい。</p> <p>③拠点病院の救急医等が集まって協議会を開くべきだと思う。やる気がある病院を、A病院にすれば、もっと良くなるはず。</p> <p>④救急搬送の受け入れが重なることが多い。救急車が4台、5台続くといった偏った搬送がないように出来ないのか。同じ区の消防隊の搬送が重なる場合もある。受け入れが重ならなければ待たせることなく受けられる。</p> <p>⑤外来も混雑している。ウォークインの患者さんを優先的に治療しなければならない場合もある。</p> <p>⑥各医療圏ごとの受入体制を充実して欲しい。</p> <p>⑦三次救急で受入れてもらえないことがあるので三次救急の病院の受入強化を望む。</p>

ヒアリング項目	病院 カテ ゴリ	主な意見
5	B          輪番	<p>⑧ t-PA以外の脳血管疾患をどう受け入れるかが課題。</p> <p>⑨産科・小児科・精神科の最後の砦として受け入れる病院を、税金を投入して市立病院として整備すればよい。受け皿となる病院がひとつあれば対応できる。</p> <p>⑩リストカット、薬物使用者を受付スタッフが、すべて断っているので、そうした事例への対応に税金を使用してくれるとうれしい。</p> <p>⑪治療後、ひと晩対応をするのはよいが、次の日に転院する病院がない。出口の整備が必要。</p> <p>⑫救急車搬送実績を公表することが大切。張り合いになり、モチベーションにつながる。新聞等に掲載してもらうのも良い。</p> <p>⑬A、Bのすみわけが不明。CPAは12病院に搬送されているが、CPAに対応できる医師がいても搬送されていないのは残念。</p> <p>⑭消防局の救急医師の集まりももっと広い範囲で集まると良いと思う。</p> <p>①搬送の基準を明確にしてもらいたい。受入体制について日々の濃淡はある。</p> <p>②もう少し、搬送基準を分かりやすくして、受入れ体制を良く認識して、搬送して欲しい。</p> <p>③B病院になりたいと考えているが、内科の常勤医1人を当直というの（基準）が厳しい。なかなか内科医師の確保が難しい。</p>
6	A	<p>①出口問題に取り組んでもらいたい。救命に入った患者さんを受け入れてくれる医療機関に是非インセンティブを与えて欲しい。国が補助の体系を考えなおさないといけないと思う。</p> <p>②救急医療検討委員会の委員は、現状を把握している人をメンバーにし、現場の声を反映するべき。</p> <p>③福祉等の対応を変えるべき。健康福祉局だけでは解決出来ない問題。</p> <p>④一次・二次・三次と分けるのが間違っている。</p> <p>⑤市外の医療機関に搬送することをよしとしていることが問題。</p> <p>⑥B病院が少ないのを、なんとかして欲しい。</p>



ヒアリング項目	病院 カテコ リー	主な意見
6	B	<p>①拠点病院Aとタイアップしている。当院で治療して、手に負えないと拠点病院Aに転送している。当院としては、救急専従医を増やして、質をカバーしていきたい。</p> <p>②他の病院の情報が分かると良い。どういうシステムでやっているのか。二次救急は1つの病院ではできない。他の病院の情報が必要。病院同士で参考にしあってやっていければ良い。コミュニケーションがとれる場があっても良い気がする。</p> <p>③救急車が2台以上続けて来ないようにコントロールできるよう工夫して欲しい。</p> <p>④県の救急情報システムをもっと活用したらどうか。カレンダー、毎日の当直情報など重複しているので1本化した方が良い。</p> <p>⑤救急医療体制に参加している病院の医師で、協議会なり懇談会なりを行い、皆でアイデアを出し合うことが大切。</p> <p>⑥病院の救急スタッフが集まる会議を開催したり、補助金を充実させて欲しい。</p> <p>⑦地域で体制を考えないと改善しないと思っている。</p> <p>⑧消防、病院、施設の連携が大事。急性期病院はすぐにベッド満床になるので、受入後の後方病院と連携したい。</p> <p>⑨B病院は入院適応の患者とし、A病院は最終的な重症患者受入機関とするべき。</p> <p>⑩他の自治体からの救急搬送受入れに助成できないのならば、せめて横浜市消防の搬送件数及び市外の消防の搬送件数を公表して欲しい。(モチベーションがあがるため。)</p>
	輪番	<p>①日常生活困難な方々への対応は今後大きな問題になってくる。救急の時にうまく対応出来るような体制を福祉と連携して作って欲しい。</p> <p>②特定の病院に優先的に救急搬送しているのではないか。(搬送先医療機関選定にあたり)優先順位を決めて欲しい。日によってどの医師がいるかで受入れ体制に濃淡がある。</p> <p>③人とお金を集めて病院をもっと増やせば良い。スタッフが少ない病院としては、二次救急患者は、高機能の病院に直接搬送して欲すれば良いと思う。救急専門医と各科のバックアップがある病院が同じ医療圏にもう一つあると良い。</p>
7	A	<p>①夜間・休日急患診療所の検査体制を整えるべきではないか。</p> <p>②初期の受入の整備が課題。初期救急のベースを作った上に、二次を乗せないと二次の負担が大きくなる。</p> <p>③精神科と産科は救急とは別にクローズな世界で体制を作っているが、オープンにしていく必要がある。</p> <p>④院長や当直していない救命の医師は現場のことを知らない。ERをやっではじめて救急外来の大変さを知った。現場の医師の意見を取り入れてほしい。</p> <p>⑤病病連携をもっと強めなくてはならない。Aと近くの病院が組むことによってメリットが生まれる仕組みを行政から提案して欲しい。医療圏ベースでの仕組みなどを作れば良い。</p> <p>⑥社会的入院適用患者をいかに適切な施設に送れるかがポイント。診療報酬で評価されている脳卒中の連携パスのように、受け入れをした側も何らかの補助を受けられるとよい。脳卒中連携パスは割とうまくいっている。患者さんにとってもいい制度だと思う。受け入れる側にとってもメリットがないといけない。最終的な施設(介護施設、医療施設)といった出口との連携を整備して欲しい。</p> <p>⑦救急医療から退いてしまった病院等が新たに、この体制に参加してくれるとありがたい。</p>
7		<p>初期救急医療機関との連携について、今後取り組むべき課題について教えてください</p>

ヒアリング項目	病院 カテゴリー	主な意見
7	A	<p>⑧搬送困難といわれる患者を一度受け入れると、その患者のかかりつけ医となってしまふ。本来のかかりつけ医に戻れるようにして欲しい。</p> <p>⑨区医師会の診療施設と病診連携をしているが、かなりの患者数を診ていると聞いている。今後も医師会の先生方と状況の確認をしていきたい。</p> <p>⑩初期救急医療機関がないと、ダイレクトにA病院に搬送してきている。一般輪番で手に負えない患者を紹介でA病院にということなら引き受けるが、A病院という区分をはっきりした以上、搬送する患者の選択をしてもらいたい。診療機能分担をきちんとして欲しい。</p> <p>⑪特に問題はない。小児は夜間急病センターへ行っているのでウォークインの負担感はない。</p>
	B	<p>①救急隊もトリアージをしているのだから、初期を二次に運ぶ必要はない（大人の発熱、小児の熱性、軽い切傷等）。</p> <p>②どこの病院でも行っていると思うが、お互いに顔の見える関係になるのが一番良いと思う。</p> <p>③高齢者の場合、開業医から受けた後、戻すことができない。本来であれば、地域に戻すべき。開業医の往診等をうまく活用すべき。</p> <p>④救急車を利用すべき状況だったのか疑問に思う方がまだ救急搬送されてくる。初期医療機関とのすみわけができていない印象。</p> <p>⑤きちんとした紹介状を書いてくれるクリニックや診療所との関係は良いが、紹介状がいい加減なクリニックや診療所とは関係は悪い。</p> <p>⑥書面なりチェックシートなり、紹介するために統一された書式があると良い。</p> <p>⑦夜間急病センターの医師派遣に協力したことがある。コンビニ受診的な患者が多かった。</p> <p>⑧夜間急病センターに協力する開業医の先生はそれなりにモチベーションがあり、質は低くないと思った。</p> <p>⑨夜間急病センターは、点滴をするスペースがなかったり、処方できる薬が制限されていたりするので、病院と連携が図れると良いと思う</p> <p>⑩休日急患診療所と調整し連携を図っている。連携は、病院からどれだけのアプローチをするかによると思う。</p> <p>⑪今のような毎日の当直医師の情報があれば良い。区の休日急患診療所とは上手に連携をとっている。</p>
	輪番	<p>①外科では、初期救急医療施設を経由しながら、ほとんど診療されずに搬送されてくる症例があり、はじめから直接来ればよいのではと聞いている。</p> <p>②救急医療情報センター等で病院がやっていると伝えられると、必ず受けてくれると思いついで来院してくるので困る。</p> <p>③本来であれば24時間365日診療できれば良いが、内科医の数が少ないので対応できない。内科医の数が不足している。</p>

ヒアリング項目	病院 カテ ゴリ	主な意見
8 その他	A	<p>①輪番日の救急の看護体制は6人体制だったが、A病院となり、毎日4人体制となった。看護体制が薄い土日準夜帯に人手が足りなくて困っている。</p> <p>②救急部がなく、診療科の当番制で救急を行っているため、やや責任感に欠ける。</p> <p>③消防局と健康福祉局の交流を図るべき。</p> <p>④救急医療検討委員会のトップは、救急医療を行っている医師にすべきだと思う。また、実際現場で救急医療を行っている部長クラス医師を委員にいられた方がよい。</p> <p>⑤産科と精神科の医師が委員会に入っていないが、精神疾患は県が行うとして、産科は救急医療検討委員会で検討しなくて良いのか。</p> <p>⑥救急隊から、主治医にみてもらいたいと希望する患者がいると言われ、救急医しかいないと説明したら、救急を断ったといわれてしまった。</p> <p>⑦電話相談が多い。「1174」で病院で相談してくださいと言われて電話してくるようだが、医療機関に、行く行かないかくらいは説明して欲しい。</p> <p>⑧横浜市外と隣接地のため、市外（川崎市、町田市、横須賀市、逗子市、鎌倉市など）からの救急搬送が多いが、受け入れても横浜市の評価とならない。</p>
	B	<p>①指導医を派遣しているMC協議会に参加している病院が、結果としてA病院になっている。拠点病院参加基準があいまいだと感じた。透明性が確保されていない。申請方式でなく、はじめからA、B病院を指定した方が良かったのではないかと。</p> <p>②BよりA病院の方が重症患者を多く診るべき。その結果を、二次救急拠点病院に公表するべき。トータルではなく、個別の病院まで公表しないと実績が分からない。</p> <p>③A病院参加基準のハードルは高い。CPA受け入れ、司令センターへの指導医の派遣、内視鏡対応など。</p> <p>④県の情報システムと、横浜市の毎日の当直体制に関する情報提供の内容が重複している。情報量が過多なのではないかと感じている。他の病院に関しての当直体制の情報もあるといい。専門の先生がいるところに転送できるようなシステムにして欲しい。</p> <p>⑤病院同士の連携が出来ないかと思っている。夜間、専門外を受け入れるリスクが非常に高い。専門の医師をオンコールするにも、翌日勤務ある医師を呼ぶのは迷惑になる。</p> <p>⑥ベッド満床といって断ると、その後、救急隊からの連絡がパタッとこなくなる。一方で、バタバタと集中してくることもある。重症の患者を受けるとこなくなる。救急隊がどのように情報を共有化しているのか知りたい。</p> <p>⑦第5次医療法改正で都道府県ごとに診療報酬の点数を決められることになった。補助金よりも診療報酬をつけた方が効果的だと思う。</p> <p>⑧補助金なら救急現場へのひもつきの補助金の方がインセンティブになる。</p> <p>⑨救急で成功している地方（名古屋、静岡など）を参考にすべき。</p>

ヒアリング項目	病院 カテ ゴリ	主な意見
8	B	<p>⑩拠点病院化で、輪番時のメリハリがなくなった。</p> <p>⑪救急医療情報センターから紹介されてくる患者が減っている。</p> <p>⑫年度途中で北部病院がB病院からA病院になったが、当院もA病院になりたい。具体的にどうすればよいか教えて欲しい。</p> <p>⑬新たな体制は、制度自体は非常に良い。モチベーションが上がった。</p> <p>⑭実際に当院が市の中でどの程度救急搬送受入の役割を果たしているのか客観的な指標（搬送実績等のデータ）を示して欲しい。そうすれば、やる気も出てくる。</p> <p>⑮病院間の情報交換の機会もあれば良い。</p> <p>⑯DPCのようにベンチマークができれば良い。</p> <p>⑰医療関係者から評価されたいので、財源が少なく助成を厚くすることが困難なら、うちの病院は頑張っているという情報を発信することでモチベーションを上げて欲しい。例えば、救急車受入件数などを公開する等。</p>
	輪番	<p>①ドクターがサラリーマン化していて、必要以上にやりたがらない。</p> <p>②救急スタッフの大部分が管理職になってしまっていて、残業しても、手当が出ない点が問題。</p> <p>③看護師が不足気味。</p> <p>④神奈川県の画像転送システムの運用はどうなったか？（→県に報告）</p> <p>⑤モチベーションを上げるためにも、各病院が受け入れている救急搬送件数を教えて欲しい。</p>

## (案)

## 1 中間評価

## (1) 救急搬送全般に関して

救急搬送における救急車の現場到着から搬送開始までの時間は、平成 20 年以降も伸び続けています。しかしながら、新たな二次救急医療体制の運用を開始した 22 年 4 月以降は、僅かながら短縮傾向にあります。

病院照会回数については、救急搬送件数が増加傾向にあり、照会回数 5 回以上の割合の 20 年比較の値も、21 年比較の値も増加傾向にある中、4 月以降の照会回数 5 回以上の割合については減少傾向にあります。これは、新体制を実施して、一定の効果があったと思われます。なお、搬送受入までの照会回数が 5 回以上については、その詳細について、引き続き分析する必要があります。

## (2) A 病院に関して

体制変更後、大きな変化はないものの、救急車搬送受入患者数は増加しており、期待通りの状況となっていました。なお、地域中核病院以外で A 病院となった病院は、体制の拡充を図っております。その結果受入患者数も大幅に増加しています。

## (3) B 病院に関して

医療人材の確保や財政確保が厳しい中にもかかわらず、ほとんどの病院で体制を大幅に拡充しています。その結果、受入患者数も大幅に増加しています。

## (4) 輪番病院に関して

二次救急体制を整備したことにより、補助金の仕組みが変更され、モチベーションの低下が危惧されましたが、受入患者数が大幅に増加する医療機関もあり、全体としては、安定した運用がされています。

## (5) 補助金に関して

補助金の仕組みを変えたことによって、救急体制の整備や救急医療機器の更新など、救急医療現場に還元が図られた医療機関がありました。

また、救急医療現場から補助金が現場に還元されるようなスキーム作りを望む声が多くありました。

## 2 意見要望等

- ・ 二次救急拠点病院 B の増強
- ・ 二次救急拠点病院 B の参加基準の緩和
- ・ 救急受入件数の公表を求める声が多い（現場のモチベーションを上げるため）
- ・ 病病連携の推進を求める声が多い
- ・ 救急現場と行政との連絡協議会の設置など、情報交換の場を求める声が多い

## 搬送困難事案の解決方策案について

### 1 搬送・受入困難事案

精神疾患合併症、独居の高齢者、アルコール中毒など、救急隊から病院への受入照会回数が5回以上を要する事案。

### 2 搬送・受入困難となる要因（病院医療スタッフの意見）

#### (1) 治療後の対応が困難

- ・ 軽症で治療後に独りで帰宅できない場合、病院スタッフが対応するか、又は、社会的に入院させざるを得ない。→ベッドが埋まり、救急患者の受入ができなくなる。
- ・ 特に、時間外や休日は、福祉行政（ケースワーカー等）の対応がないので、翌朝又は、休日明けまで病院スタッフが対応せざるを得なくなる。
- ・ 搬送受入後、治療の必要がないケースもあるが、そのようなケースは医療ではなく、福祉体制の問題。
- ・ 治療後、急性期病院としては、長期の入院をさせられないが、自宅に帰せないため、受け入れ先施設等が見つからないことも多い。

#### (2) 治療中の対応が困難

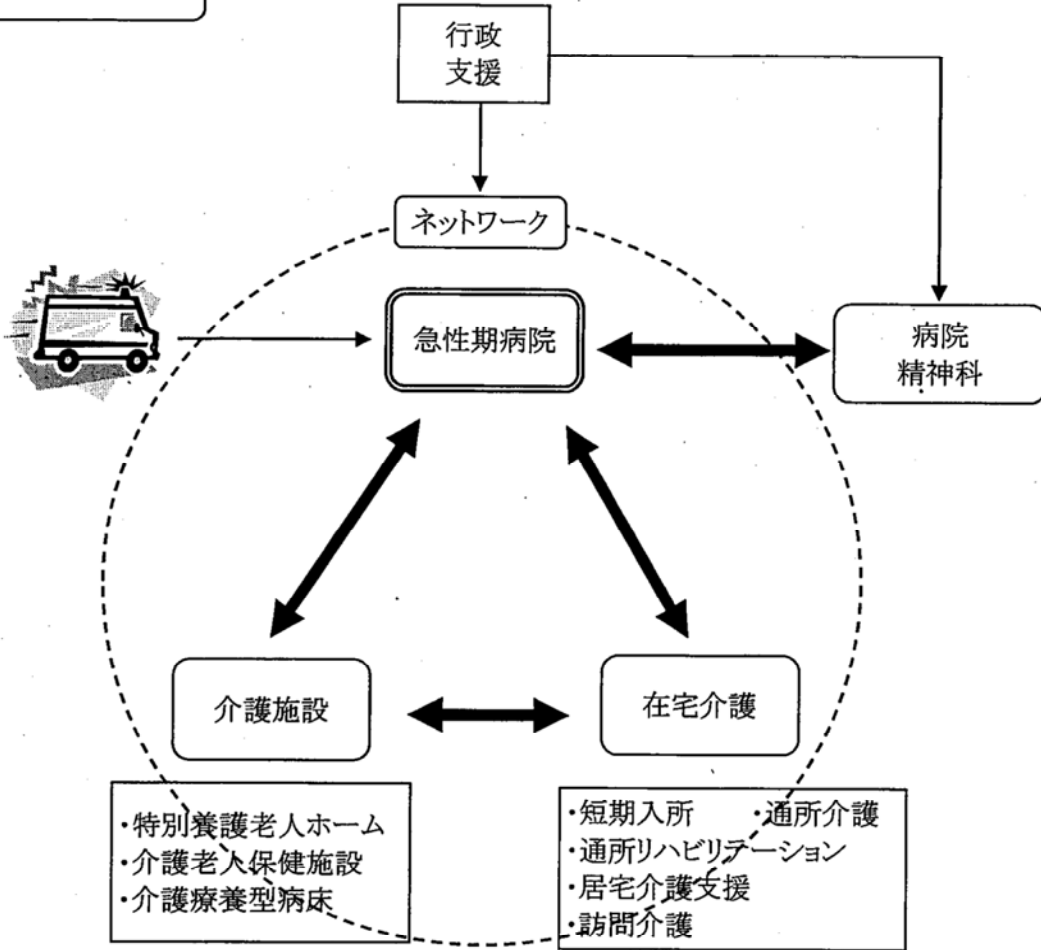
- ・ 暴れる、暴言を吐く、医療スタッフの指示に従わないなど、治療するために、患者を押さえるための人手がかかり、他の救急患者を受け入れられなくなる。

### 3 対応策（病院医療スタッフの意見）

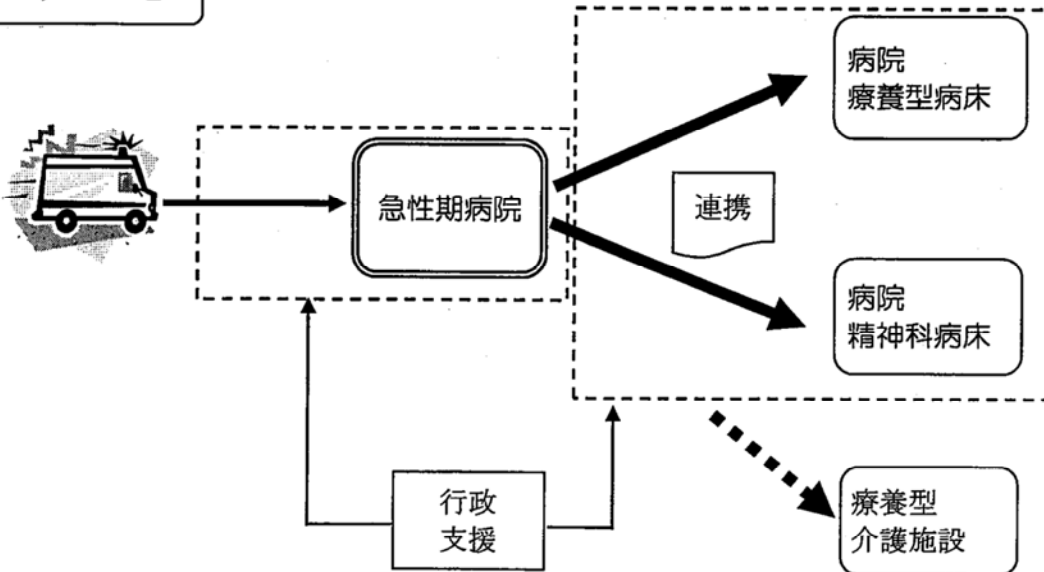
- (1) 病病連携（後方連携病院の確保）の推進
- (2) 福祉行政（保護、精神）の時間延長

4 病病連携体制を作り、積極的な搬送困難事案受入への支援案

パターン 1



パターン 2



## 「子育て支援」の情報提供を充実します！

～ 産科・小児医療、救急医療体制充実プロジェクト 検討事業 ～

- ◇ 「産科あんしん電話」の開設
- ◇ 「小児救急電話相談」の拡充

平成 22 年 10 月 1 日  
スタート！

昨年度に実施した、林市長直轄の「産科・小児医療、救急医療体制充実プロジェクト」の提案を受けて具体化した事業（①産科あんしん電話の開設、②小児救急電話相談の拡充）について、次のとおり 10 月 1 日からスタートします。

- 1 「産科あんしん電話」を開設します  
～ 出産を扱う施設の予約情報を提供します！～

「妊娠したけれど、出産する場所が見つからない！」という、妊婦さんの不安を解消するため、横浜市では、横浜市産婦人科医会等の協力を得て、市内のすべての出産取扱施設（医療機関〔病院・診療所〕及び助産所）の出産予約状況をご案内する、専用の電話窓口を新設します。

また、これらの情報については、本市のホームページにおいても提供します。

～ 出産を取り扱う施設及び出産予約状況の情報を提供します！～

いいおさん  
・産科あんしん電話 TEL045-228-1103

月曜日から金曜日（祝休日を除く）/ 9:00～17:00

・ホームページアドレス

<http://cgi.city.yokohama.jp/kenkou/sanka/>

10/1から  
リニューアルします

### 明石敏男 横浜市産婦人科医会長のコメント

現在、横浜市の分娩取扱医療機関は病院、診療所併せて 46 施設（H22.4.1 現在）だけです。年間分娩数は一病院あたり約 800 件、診療所は約 400 件と、各施設とも目一杯の状況です。市民の皆様には分娩予約に際しご迷惑をおかけしておりますが、今回分娩予約状況を全市的に情報提供できるようになりましたので、ご活用ください。

#### 参考：市内の分娩取扱施設の状況（平成21年度）

分娩取扱施設（病院・診療所）	47施設	H17年度 52施設に対し5施設減
分娩取扱数	約28,000件	H17年度 約25,000件に対し約3,000件増
市内出生届出数	約33,000件	



（裏面あり）



2 「小児救急電話相談」の体制を拡充します  
 ～小児救急電話相談がより便利になります！～

小児救急電話相談（201-1174）の拡充として、相談を受ける看護師の人数を増やすとともに、相談時間を延長することにより、大幅に電話が繋がりやすくなります。

- ① 現在午前 0 時で終了している受付時間について、医療機関への連絡が可能となる翌朝 9 時まで（日曜・祝日は 24 時間体制）延長します。
- ② 現在 2 名で受けている看護師の人数を最大 4 名まで増員します。
- ③ 横浜市内の医療機関情報を提供する「救急医療情報センター」についても、電話が多くかかってくる時間帯のオペレーターの人数を増員します。

～適切な対応方法など看護師がアドバイスします！～

いいナース

小児救急電話相談 TEL:045-201-1174

平日/18:00～翌朝 9:00 土曜/13:00～翌朝 9:00 日祝日・年末年始/9:00～翌朝 9:00

～急病時に受診可能な医療機関を案内します！～

いじゅうきゅう

救急医療情報センター TEL:045-201-1199 FAX:045-212-3808(聴覚障害者専用)  
 年中無休/24 時間

【広報用ポスター：市営地下鉄、バスに掲示予定！】

よこはま市 小児救急電話相談  
**045-201-1174**  
 いいナース

看護師が  
アドバイス  
します

夜間・休日  
対応します

こんなとき、まずはお電話を！

病気 ケガ

相談時間	平日	18時～	翌朝9時
	土曜	13時～	翌朝9時
	日曜・祝日・年末年始(12/29-1/3)	9時～	翌朝9時

翌朝9時までに  
なりました

横浜市子育ての不安を解消し、適切な対応を助めます 横浜市健康福祉局 医療政策課 TEL:045-671-2465



参考：「産科・小児医療、救急医療体制充実プロジェクト」

市民生活に直結し、喫緊の課題である「子育て支援」について横断的かつ機動的に課題解決に当たるため設定した市長直轄のプロジェクトです。検討結果については、平成 22 年度予算、横浜市中期 4 年計画（素案）に反映しています。

問い合わせ先

(産科あんしん電話関係) 健康福祉局医療政策課 地域医療担当課長 井上 弘毅 Tel 045-671-3609  
 (小児救急電話相談関係) 健康福祉局医療政策課 救急・災害医療担当課長 山田 裕之 Tel 045-671-3740