

会 議 結 果

次の審議会等を下記のとおり開催した。

審議会等名称	神奈川県救急医療問題調査会		
開催日時	令和2年2月3日(月)15:00から16:45		
開催場所	神奈川県庁新庁舎9階 議会第5会議室		
(役職名) 出席者 ※氏名の50音順	浅利 靖 (北里大学医学部教授) 新江 良一 (神奈川県病院協会会長) 岡野 敏明 (川崎市医師会会長) 川島 伸一 (川崎市保健医療政策室室長) 【代理出席】 (副会長) 菊岡 正和 (神奈川県医師会会長) 小林 和明 (相模原市健康福祉局長) 小林 米幸 (相模医師会連合会会長) (会長) 首藤 健治 (神奈川県副知事) 竹内 一郎 (横浜市立大学医学部教授) 田村 哲郎 (神奈川県医師会理事) 中川 儀英 (東海大学医学部教授) 原 悟志 (神奈川県消防長会) 松井 克之 (神奈川県歯科医師会会長) 水野 恭一 (横浜市医師会会長) 森澤 健一郎 (聖マリアンナ医科大学大学病院救命救急センター副センター長) 【代理出席】		
次回開催予定日	未定		
問い合わせ先	所属名 健康医療局保健医療部医療課医療整備グループ 担当者名 小澤 電話番号 045-210-4874 ファクシミリ番号 045-210-8856		
下欄に掲載するもの	議事録	議事概要とした理由	
審議(会議)経過	開会(医療課 課長) 1 報告事項 (1) 神奈川県の救急医療体制の概況について(資料1、2) (2) 令和年度神奈川県救急医療問題調査会各部会等の開催状況(資料3) (3) 救急医療「出口問題」調査会報告(資料4) ○ 事務局から資料1～2に基づき、報告事項1について説明を行った。		

【以下、意見交換の詳細】

(委員)

去年も同じ話をさせていただいたが、データが整理されていて詳細な次第がわかったのですが、課長にお聞きしたいのは、このデータをもって県としてなにが問題で、なにをしなくてはいけないのか。あるいは、ここでどういう話をしなければいけないか。このデータをどう解釈しているかということを示し提示していただくことでこの会議の有用性を高めるのではないのでしょうか。非常に詳細なことをやっていただいて非常に感心していますが、それをどう分析して生かしてゆくか。同じような話を毎年しているの、そこをお聞きしたい。

(事務局)

本日の救急問題調査会では様々な議題を設定させていただきましたが、昨年の調査会でも話題に挙げていただいたことが、大きく3つありました。それがいただいた宿題でもあり、ここでご議論いただきたいところであり、これからの議題の中で事務局から説明させていただくことですが、ひとつは高齢者救急。高齢者の中等症患者をどう効果的、効率的に救急に振り分けて行くか。それがひとつめの問題です。

ふたつめが初期、二次、三次。特に二次、三次の役割分担。あるいは救急救命センターをどうするか。後ほど議題に挙げていきますが、二次、三次の分担をどうしていけばいいのか。こういったところをご意見いただきたいというのが2点目。

3点目は、確か1年目に先生がおっしゃっていただいたことですが、出口問題。二次でも三次でも、行った患者をどう出すか。どう下に降ろすか。病床機能が違う中で、役割分担を地域で行う中でやっていますが、中受けというか、中段、下段をどう受け持って出口を確保していけばいいのか。このあたりも後ほど、ご意見をいただきたいと考えています。

(委員)

資料8頁、9頁、10頁のあたりに、救急救命センター充実段階評価に出ている数字が記されています。10万人あたりの重篤患者数は全国平均が259ということで、その数字と比較しての話なのですが、例えば東海大学は362という非常に大きな数字となっています。北里大学は210。全国平均より下回っています。先生のところは86という数字で、この数字だけを見て行くと、けっこう暇なんだなあとか忙しいのかなあとか勝手な憶測が出てきます。本来、充実度段階評価ではピアレビューして、しっかり確認しようという話があると思うのですが、各施設ごとに厳密にきちんとルールどおりやっているところと、多少、若い先生の感覚でぼんとしてしまっているところとかというののもあって、多少数字にばらつきが出るのですが、そういうピアレビューについて県としてどうお考えなのかお聞

きしたい。

(事務局)

ピアレビューについては、今回の議題の「令和2年度の検討事項」のところであらためて御説明させていただきたいと思っております。これまでいただいている充実段階評価のデータを基にばらつき等の分析をするというのは今後の課題として受け止めております。のちほどご説明いたしますが令和2年度からの大きな宿題として検討したいと考えております。

(委員)

数年前、厚労省の研究班でピアレビューをトライアルでやりました。私は、帝京大学の救命センターのデータを見に行きました。根拠となる数字を全部出してもらいました。当直回数とか患者さんのリストとか。全部確認しながらやっている、けっこう冷や汗ものでした。こういうデータの精度を上げてゆくためにはピアレビューが必要だと思います。そのためには、あまり大きくやると大変なので、例えばここにいる救命センターのスタッフが4名いるのですか。その4名の中で相互にやりあうとかいうことを、簡単でもいいのでちょっとやってみて、それでどうなるのかを出してみるのもいいのかなと思っています。ぜひトライアルでもやっていただきたいと思っています。

(委員)

資料1の裏側の備考というところに、対前年度比で微減とか微増とか書いてありますけど、増と微増、つまり、増えたよというのと、少し増えたよというのはなにか定義があるのでしょうか。どこからどこまでが微増で、どこからどこまでが「微」がなくて増なのか。こういうデータなので、備考のところだけ文章に載ると、よくわからない、どういうことなのだろうと、実際の数字がわからないとか。私も専門家ではないのでわからないのですが、増と言い切ってしまうと、統計学的に明らかに差があるときに増えるとか減るとかいう言葉を使うのであって、こういうふうには微減とか微増とかなんの定義もなく数を遊ばれると、遊ぶというのは失礼かもしれませんが、結果がまったく違ってきてしまうということで、どのような判断されているのかお聞きしたいです。

(事務局)

5%を基にそれ以上は増あるいは減、それ以下だと微増あるいは微減という形で資料を作成しました。いま、お話いただいたとおり99.7%などは微減とつけていますが、そのあたりはほとんど変わらないので、改めさせていただきます。

(委員)

これは正式な資料となるものなので、統計学上の処理はきちんとしていただけたほうが良いと思います。

(事務局)

先生のご意見ですが、これは公表公開会議なので資料も公表されます。公表のときに、この数字は5%を境にこのような処理をしていますなどと、増減の表現については事務局で再考させていただき、そのあと公開させていただきます。

○ 事務局から資料3に基づき、報告事項2について説明を行った。

【以下、意見交換の詳細】

(委員)

3頁の11月5日の眼科救急部会のことです。主な議題と内容についてはこれでよろしいかと思いますが、「検討結果及び主な意見」の中に「三浦半島ブロックと東湘・鎌倉ブロックの完全統合について、令和3年度補助事業から反映させる方向で事業の見直しを検討する。」とあります。私の理解では、「三浦半島ブロックにおける輪番医の減少に伴い、輪番体制の維持が難しい現状」はわかりますが、それがイコール完全統合というところまでは、まだ意見統一はされていないという認識ですので、その点を確認させていただきますでしょうか。

(事務局)

ここでは完全統合という書き方をしていましたが、その後、各ブロックの医師会等の意見がありましたので、これは令和3年度から完全統合ではなく、今のブロックの体制を維持しながら、この期間は閑散期だから一部のブロックに移しましょう、この時期は非常に忙しいので両ブロックでやりましょうという形で整理したということで事務局としては認識しております。

(委員)

今の認識でとても結構なのですが、公になるので、「完全」という文字はデリートしていただきたいと思います。

(事務局)

了解いたしました。

○ 事務局から資料4に基づき、報告事項3について説明を行った。

【以下、意見交換の詳細】

(委員)

最後の19頁のまとめのところですが、40才以上の特定疾病患者、65才以上の患者と基本的方向性のイメージが書かれていますが、漠然としてい

ます。慢性期機能の充実とか、どういうふうに充実させるのか。県の考え方はあるのですか。これはどういうところで測っていかうと思っているのですか。

(事務局)

今回はあくまで方向性のイメージだけをまとめたので、具体的な施策等については記載はしておりません。ただ、今後、各地域で上がってくるであろう要望なども含めて、出口問題の解消につながるような施策が期待できるようなものは、優先的に基金の配分を行ってゆくなど、出口問題に対する施策検討は重要な課題と認識しております。先ほど統計でまとめたとおり、結果としては病床規模が大きい病院ほど、自院病床を持たないという制約があります。その結果として対象患者 90 日越えの患者が多いという状況がございます。そういった観点からバックアップに対する支援、これは単純に医療機関の連携に期待するだけでなく、なにかしら行政としての支援も必要かと考えております。

(事務局)

回復期病床への転換への補助など、様々施策は打っているつもりですが、例えば 3 次救急から下に降ろすときに箱が足りないのか、足りてはいるのが回っていないのか。そのあたりを含めてのことかと思えます。箱が足りないのであれば転換を補助する制度を作っていくたいですし、回し方で回らないのであれば退院支援をうまくできないかなど、さらに検討していきます。

(委員)

両方だと思います。私は、横浜の鶴見に去年から行ってますが、鶴見地区はそういう話ができる地区です。地域医療構想調整会議だけではなく鶴見とか港北の一部の病院が集まって、救急病院、東部病院ですが、ここの患者さんをどうやって受け入れていかうとか。それに関して病院だけでなく開業医とか薬局とかみんなでがんばってやっていかうという話し合いができる地区なのです。私が前にいた地区はあまり話し合っていない。場所によって全然違います。受け入れるのは簡単なようですが、大変なのです。医療区分 2 と 3、特に 2 は、1 なのか 2 なのかと悩みます。2 と 3 は悩みません。療養の 1 をとるときは 8 割でないとかだめだとか、栄養士を置かないとかだめだとか、厄介なしばりがあって、一生懸命やってもリハビリの人間とか周りのスタッフが絡んでしまうと、受け入れてあげたいという気持ちとそれができないというジレンマもあります。私の意見としてはそうなので、もう少しいい方法で地区で話し合いをしないと、これは無理だと思います。鶴見は一生懸命やっているのに驚いたという一例です。いろいろな勉強会、いろいろな会があります。

(委員)

11 頁と 12 頁の長期在院患者さんについて、患者さんの立場からの理由と医療機関からの理由がいろいろと簡単に書いてあるので、中身がよくみえませんが、同じ状況でも患者さんの理由から OK が出ない、同じ状況でも医療機関から OK が出ないということがけっこうあるのではないかと思います。それがいまの制度矛盾になっているのか、あるいは増床が足りないのかとか、いろいろな問題の解決の糸口になるのかと思うので。このあたりを突き合せるといい方向が見えてくるのかと思います。そういった統計の出し方は難しいですか。行政としては両方を突き合せて、これはこういうことだという解釈はできるのですか。

(事務局)

今回、病院にお願いした調査はかなり負担をかけてしまった調査です。おそらく転院調整をしている方がとりまとめて、病棟単位で、急性期病棟、高度急性期病棟に該当するところの、調査実施日時点のデータを集めていただいています。細かいデータとなると各病院に照会していただく負担をお願いする調査となります。細かい情報がほしい反面、機械的にとれないところもごさいます。医療機関にできるだけ負担をかけないような形で詳細なデータがとれるよう注意しながら、いまいただいたご意見を踏まえて今後検討していきたいと考えています。

(委員)

移せない理由というのはたくさん出てきてしまう。その中のどれが大きい理由か、その人の生活環境においてどこがネックか、あとは我慢できるかということは見えてきます。そこをつかんで解決していかないとこの問題は解決できないと思います。そのへんの評価のしかたというか、理由をいっぱいあげればいいというのではなく、なにが根幹となっているのかということが見えるような資料だといいなと思いました。

(委員)

ある程度、病院と病院で話はつきますが、ご家族がいやだとキャンセルされる。一生懸命がんばってやっても患者さんがいやだと言えばそれで終わります。それともうひとつ。例えば、大きい病院から私共のようなところにくるときに、大きい病院のほうが入院料が高いのです。同じ値段だといやだという人がいます。まして高いと絶対いやだと。いろいろなしがらみが絡んできます。一生懸命、医療相談の人間同士で話しても、こういうのでだめになるというのがあります。

(会長)

今ご指摘いただいた問題をどう引き取ってどういう形で委員にフィードバックさせるかだと思いますが、事務局の意見を。

(事務局)

先生方のご指摘もとてもだと思えます。個別に退院調整の施策を組んでいますので、その中で、先生がおっしゃったように、どういう理由でなにを導入すべきで、どういう個別のケースが回せるかということをもう少し分析させていただいて、返し方は相談させていただきます。こういう形で調整し、こういう施策を打っていくという形で委員の方々に、こういうところで検討進めてまいりますということで後日お返すということですのでよろしいでしょうか。

(会長)

ではいったん引き取って、出し方を含めて1年後ということではならないということ。

2 協議事項

(1) 救急救命センターの整備指針の見直しについて（資料5）

- 事務局から資料5に基づき説明を行ったのち、意見交換を行った。

【以下、意見交換の詳細】

(委員)

私も、子の会、孫の会議に2～3度出席させていただいています。結局、地域医療構想調整会議でおおまかな話をするということですが、地域医療構想調整会議ではさらに判断するうえでのより細かい資料が必要だと思えます。例えばある地域で過不足があるかどうかということで、総論の数だけ見るのではなく、診療科別にこういった患者さんが多いとか少ないとか、そこまで踏み込んでデータを出していただかないと正しい判断はできないと思えます。地域医療構想調整会議に出すたびにさらに詳しいデータを出していただきたいと思っています。

(事務局)

地域医療構想調整会議で話し合うようなことがあれば可能な限り、診療科ごとのデータも出して検討させていただきたいと思えます。また、例えば、3次救急と2次医療圏で少し矛盾があると申しますか、ある2次医療圏のケースであっても、隣の2次医療圏が深くかかわるというケースがあれば、隣の2次医療圏にも少し話題にさせていただくとか、個別のケースに合わせて柔軟に詳細に検討するお手伝いをさせていただきたいと思えます。

(委員)

救急救命センターはこれ以上増やさないと決まっていたのを、増やす可能

性が出てきたということで大きな方針転換だろうと思います。救急救命センターを増やすのは利点もありますが欠点もあります。付帯意見もついているように、いちばんの問題は救急医がそれほど多くない中でここで救急救命センターを増やすと共倒れになるのではないかということ。それをいちばん危惧します。例えば、救急救命センターの充実段階評価の中で、小さい正規の救急救命センターについても、一番低い点数の1点では救急医が3人以上、2点だと5人以上、3点だと7人以上配置することが求められています。いまないところで新たに配置するときには救急医をどうやって配置するのか。今日聞きたいのは、この付帯意見というのは、救急医を確保することを条件とするということなのか、はっきりと3人、4人確保できることを確認するのか。あるいは、方向性があればそれでよしとするのか。それを含めてすべて地域医療構想調整会議に任せるのか。そこが共倒れにならないように考えなくてはならないことだと思います。

(事務局)

改定通知をだすときに、付帯意見の2つは入れようと思っています。救急医の確保はしっかりやってくださいと。地域で取り合うのではなく外からもってきてくださいということ、そこまで書かないにしてもですが、その点も地域での検討材料になると思います。改定通知の中に盛り込み、地域の協議の中に条件づけとして入れていこうと思っています。

(会長)

ほかにございますか。

(委員)

ひとつ提案なのですが。先生が冒頭でもお話ししたとおり、いまの質問に対しても、救急医が充実段階評価で3人だとしても3人で回るのかどうかというところと回らないと思います。現場との乖離というのは統計上あるようなので、どうしたら仮説を証明するのにいいのか。現場の意見を聞きながら、大学と連携を取りながら、こういうことを議論するならこういうデータを集めたらいいのではないかとか、そういうことで連携をとって、新たな詳細なデータを作って、それを基に議論していただければと思います。

(事務局)

個別の案件が上がってきたとき、あるいは上がる前に、3人では回るわけがないという話に象徴されるように、どういう数字をとってどういうところを見たら回るのかとか、回っているのか。そのあたりを含めたデータのとり方についてもご相談にあがりたいと思います。

(委員)

いまのデータをとるという話に付随するのですが、消防や各病院の主

観の入ったデータをまとめているのかと思いますけど、日本の中にはそういった枠を飛び越えて地域全体、県全体でひとつのシステムを、消防も皆さんも、病院も医師会も、全部が取り入れてお互いに付度しあわないそのままのデータを見るということをやっているところもいくつもあると思います。相当お金もかかるのですが、データをとる方法をブラッシュアップというか変えてゆく考えはありますか。

(事務局)

データのとり方とコストの話ですが、新たなデータをとる一方、新たな予算はとれないという状況は悩みとどこころではあります。逆に、今後、施策を進めていく中で、先生方のお知恵を含めて、こういうデータは絶対とらなければいけない、ただお金はかかる。コストがかかれば、それは新たなとりかたとしてやりますけど。そのあたりも含めて戦略を練っていきたいと思います。とりたいのだけお金がかかるということであれば、どのくらいかければいいのか。そのデータがどう活用できるのか。そのあたりを検討していきたいと思います。

(委員)

ある程度、佐賀でやっているメンフィスであったりとか、大阪でやっているオリオンであったりとか、行政とコンビネーションを組んで一つの研究になるから出せると思うので、定額で買うとなるとすぐにストップすると思いますが、データは必要なことだとは思いますが。

(会長)

救急医療の出すデータについては宿題と認識して対応していきますので、出口問題と同様にフィードバックを。

(事務局)

受け止めさせていただきます。

(会長)

それでは、案の変更と付帯意見という形でよろしいでしょうか。他にコメントは。

(委員)

最後の頁の指針の中の「アクセス等に考慮して」というのがありますが、これは事務局のほうで付け加えたのですよね。患者さん目線で医者配置とかそういったことだと思うのですが。例えば地域性というのはどうなのでしょう。空白のところを優先するとか、空間的な概念はどうなのでしょう。

(事務局)

先生も入っていただいたワーキング等の意見も踏まえて事務局のほうで付け加えました。5頁の改正案の1番の「アクセス」のところですが、その下の「地域アクセス等にも配慮した全県的な地域バランスや」というところで、空白地帯も読んだという文言にしております。

(委員)

意味はよくわかりますが、具体的に説明するときに、患者さん目線で行きにくいところとか行きやすいところとか、わかりやすく補足説明していただければと思います。そのつもりで提案したので、よろしくお願いいたします。

(事務局)

わかりました。ここは事務局で文言の表現を少しもませていただき、先生に後日報告という形でよろしいでしょうか

(会長)

それでは、文言の表現はあらためて事務局から先生に提示することとして、それ以外のところについては原案でよろしいでしょうか。

委員、了承。

(会長)

では、そのようにさせていただきます。

(2) 救急医療に関する令和2年度の検討事項について(資料6)

- 事務局から資料6に基づき説明を行ったのち、意見交換を行った。

【以下、意見交換の詳細】

(会長)

今日一貫して先生方から出たご意見は、救急医療のデータをちゃんと捕捉しないと対策、あるいはベンチワーク、あるいは評価できないという意見が一貫して出ていたと思うのですが、それについては書かれていません。その対応をどうするか。事務局、お願いします。

(事務局)

今日いただいたご意見は1年前の調査会でも、各部会でも統計データの整理はしっかりやるようにとご意見をいただいております。事務局としてはそれを受けて病床機能報告や公のデータ等からこの統計報告を整備したつもりですが、やはりまだ足りていないというご意見をいただいたと考

えております。具体的に統計そのものは部会でやって行くというスキームは用意していなかったのですが、各部会、たとえば高齢者ワーキングですとか救急ワーキングとかで、データのとり方を示しながら事前にご意見をいただいたうえで、あらためてそこでデータを示す等によりデータの整備力を強化していきたいと思っております。

(会長)

ということは指示事項、課題としてここには書いていないけれど、進めて行くうえで必須なものという形でやっているということですか。

(事務局)

全体としては強化してきたつもりですが、今日いただいた意見でさらに強化して行くべきポイントがわかりましたので、そこを底上げしてまいりたいと思っております。

(委員)

私は県央地区ですが、県央のデータを見ますと統計学的処理ができていないものが出ています。ですから各地域で出ているデータは多分統計学的処理がされていなくて、ただ言葉が使われています。それをまとめたものが県のほうに上がってくると、それをもとにデータ解析するとそういうデータになってしまいます。ここだけではなく、各地域の会のデータもそういうふうにしていただかないとまずいのではと思います。

(事務局)

先生がおっしゃったのは、統計学的に有意か有意でないか。この差は差とみていいのかどうかという話ですね。確かにおっしゃるとおりですので、気を付けて整理したいと思います。

(委員)

川崎でも問題になった病院の件もありますが、医療圏に対しての救急救命センターの在り方だけを考えていいのかということと、川崎の場合は多摩市とか稲城市とか、そういうところに隣接しています。アクセスにも配慮するというアクセスの中には、神奈川県内だけではなく県外隣接する地区も充分考慮していただければと思います。

もうひとつ教えていただきたいのですが、4年後に働き方改革が大きく変わります。働き方改革というものをもっと真剣に考えないと。いまのニーズに対してとか、どれだけの患者さんを受けているとか、そんなことだけでも、働き方改革によって救命センターの在り方が今後大きく変わるのであれば、そこをもっと配慮しなければいけないと思っております。現状どおりの働き方で、救急救命センターがいまの人材で回って行くのかどうか。このへんのめどがあるのであれば教えていただきたい。いまここで

教えていただけなくても、今後数字を出すうえで十分に考慮すべき要素だ
とっております。

(委員)

今日の問題点をお聞きして、高齢化というのがいろいろなところにつな
がっているのだと思います。消防救急としては、昨今、高齢者福祉施設
からの要請とか、出口問題とか、いろいろ問題がある中で、そこをついて
ゆくと、最近の消防統計に表れている転院搬送が伸びつつある、という違
うところに課題が出てくることもあります。関連する部局と横の連携をし
っかりとり、医療関係だけでなく福祉や、搬送業務、民間救急の活用など、
いろいろなところと調整をいただければありがたいと思います。

(会長)

協議事項、検討事項については委員の了解をいただかなければいけない
話なので、検討事項2について原案どおりでよろしいでしょうか。

委員、了承する。

(会長)

委員の先生にお認めをいただいたとさせていただきます。最後に、総括
的なご意見をいただければと思います。

(委員)

さきほど先生がご指摘された統計の話ですが、資料2の13頁をあけて
いただきたい。下の図なのですが、高齢者と救急車の数のグラフで、だい
たい正相関するはずが川崎南部地区ではB局面に入っています。前回の
会でも、統計を検討するうえで予想と違うものが出てくるときには必ずな
にか原因があるだろうということで、調査をしてはどうかという話をいた
しました。川崎市の行政の方には、こういう結果が出たけどどうなってい
ますかという問いかけをしたりとか、せっかく出たデータを確かめ、補強
する意味でも各方面と連携し検討することをお願いしたいと思います。い
かがでしょうか。川崎南部のB局面についてなにか感想を。各論でたいへ
ん恐縮ですが。

(委員)

いま委員からご質問をいたたきました点ですが、「高津区域からのアク
セスによる増と推察される」ということについては我々行政としても、
「そうなんだろうな」という感想をもったところです。先ほどの議論の中
のデータの精度を高めるという意味合いで言うのであれば、神奈川県と協
力しながら行政間で協力体制を組んでいきたいです。

	<p>(委員)</p> <p>若手の救急医をどうやって増やすかというのは非常に大きな問題。根本にかかわると思うのですが、去年までは初期臨床の研修が終わった後、救急に進むときに、神奈川県ではシーリングとあって、それ以上のリミット、リミッターをかけていました。希望者が多く入ったときでもだめだというのがかかっていたんですが、神奈川県がいろいろと動いてくれて、シーリングは今年度ははずれています。何人入っても大丈夫だと。それは非常に感謝しています。引き続き来年度以降も神奈川に関しては救急が外れるよう、ぜひ行政からのお力添えをお願いしたい。</p> <p>(会長)</p> <p>先ほど委員から話があったように、いろいろな国のデータとか、いままでは医療の受け手側はやっていますが提供者側とのマッチングは国はまだ脆弱ですので、働きかけたいと思います。強化充実は県としても認識していますので、引き続きご意見をいただきながら進めていきたいと思います。</p> <p style="text-align: right;">以上</p>
<p>会 議 資 料</p>	<p>資 料 1 神奈川県救急医療体制</p> <p>資 料 2 救急医療統計報告(平成 30 年度)【要約版】</p> <p>資 料 3 令和元年度神奈川県救急医療問題調査会各部会等の開催状況 (参考) 部会開催状況(詳細)</p> <p>(参考) 令和元年度の高齢者救急検討体制について</p> <p>(参考) 高齢者救急検討ワークショップ開催チラシ</p> <p>資 料 4 救急医療の「出口問題」の解消に向けた、二次・三次救急医療機関における長期在院患者の状況調査について</p> <p>資 料 5 救命救急センターの指定に係る今後の整備指針(案)について</p> <p>資 料 6 令和 2 年度神奈川県救急医療問題調査会検討指示事項について(案)</p>