

福県医発第2349号(地)

平成20年 3月28日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉 義 武
(公 印 省 略)

医師会と救急医療に関する調査について

早春の候、貴職ますますご盛栄のこととお喜び申し上げます。

さて、平成19年4月27日付け福県医発第190号(地)にて、貴会
にお願いいたしました「医師会と救急医療に関する調査」につきましては、
会務ご多忙の中ご協力を賜り、ありがとうございました。

今般、日本医師会より別添のとおり調査結果がとりまとめられた旨通知
がありましたのでお知らせいたします。

なお、貴会よりいただきました回答は、各地域の実態や対策をよく知る
ことができる有意義な資料として、今後、各地域における様々な問題や医
師会活動を調査、検討する際の貴重なデータとして有効活用されるとのこ
とですので、ご承知置きの程お願い申し上げます。

小郡三井医師会より

担当理事 島田昇二郎
会長 丸山 泉



(地 I 205)

平成 20 年 3 月 13 日

都道府県医師会

担 当 理 事 殿

日本医師会常任理事

石 井 正



医師会と救急医療に関する調査について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、平成19年4月19日付（地 I 19）の文書をもって、貴会にお願いいたしました「医師会と救急医療に関する調査」につきましては、会務ご多忙の中ご協力を賜り、ありがとうございました。お蔭様で、別添のとおり調査結果のとりまとめを行うことができました。厚く御礼申し上げます。

貴会及び貴会管下郡市区医師会よりいただいた回答は、各地域の実態や対策をよく知ることができる有意義な資料として、今後、各地域における様々な問題や医師会活動等を調査、検討する際の貴重なデータになります。有効に活用させていただきますので、ご承知置きの程お願いいたします。

つきましては、調査結果まとめを貴会にお送り申し上げますので、ご査収いただきますようよろしくお願い申し上げます。また、誠に恐縮ではありますが、各郡市区医師会への配布方につきましても、ご高配賜りたくお願い申し上げます。



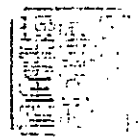
(地 I 206)

平成 20 年 3 月 13 日

郡市区医師会長 殿

日本医師会常任理事

石 井 正



医師会と救急医療に関する調査について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、平成19年4月に貴会にお願いいたしました「医師会と救急医療に関する調査」につきましては、会務ご多忙の中ご協力を賜り、ありがとうございました。お蔭様で、別添のとおり調査結果のとりまとめを行うことができました。厚く御礼申し上げます。

貴会よりいただいた回答は、各地域の実態や対策をよく知ることができる有意義な資料として、今後、各地域における様々な問題や医師会活動等を調査、検討する際の貴重なデータになります。有効に活用させていただきますので、ご承知置きの程お願いいたします。

つきましては、調査結果まとめを貴会にお送り申し上げますので、ご査収いただきますようよろしくお願い申し上げます。

医師会と救急医療に関する調査

【A】都道府県医師会に対する調査

【B】郡市区医師会に対する調査

平成20年3月

日 本 医 師 会

< 目 次 >

I. 調査の概要	1
II. 調査結果のまとめ	
【A】都道府県医師会に対する調査	3
【B】郡市区医師会に対する調査	7
III. 自由記入回答の要約	
【A】都道府県医師会に対する調査	15
IV. 調査票	
【A】都道府県医師会に対する調査	36
【B】郡市区医師会に対する調査	39

I. 調査の概要

1. 調査の目的・趣旨

かかりつけ医機能を推進し、地域医療の機能分化と連携を図る上で、救急医療、特に初期救急医療の充実是不可欠の課題である。殊に、地域や診療分野等における医師不足問題の解消策として、重要な地位を占める。

地域の医師会が救急医療に果たす役割は極めて大きい。本調査は、地域医師会による救急医療への関わりに着眼してその実態を把握し、さらなる充実を図るための貴重な資料とすることを目的とする。

2. 調査の時期、対象、内容・設問

(1) 時期：平成19年4月

(2) 対象

【A】都道府県医師会：有効回答数44／47（93.6%）

【B】郡市区医師会：有効回答数762／819（93.0%）

(3) 内容・設問

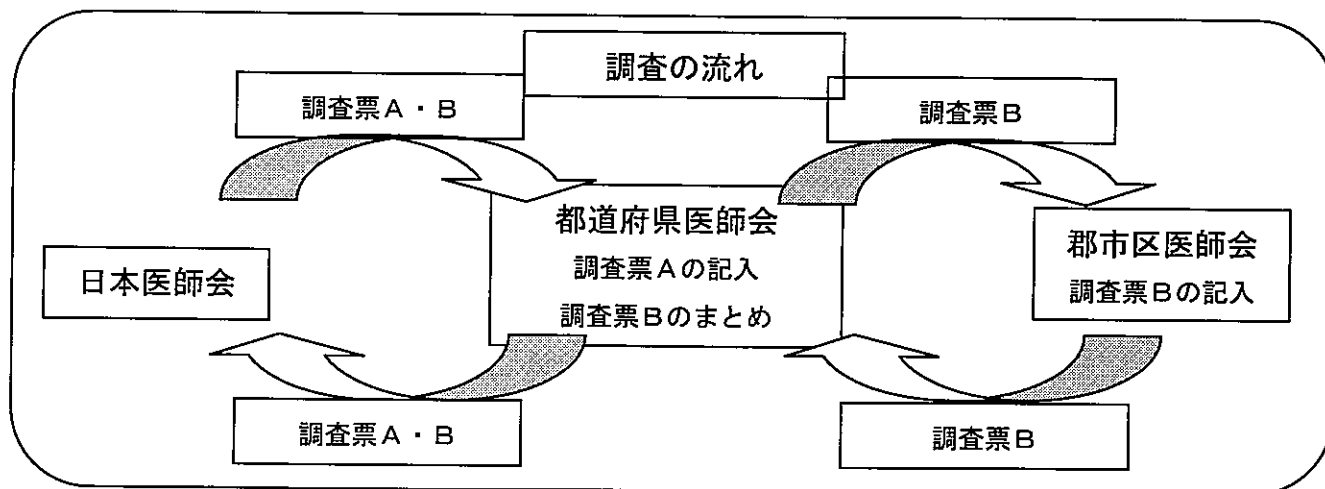
【A】都道府県医師会

- ① 都道府県医師会による救急医療体制の実施・関与の状況
- ② 集約化、医師・看護師等の確保
- ③ 初期救急医療、小児救急に対する問題意識
- ④ 行政との関わり
- ⑤ 日本医師会に対する要望事項

【B】郡市区医師会

- ① 郡市区医師会による初期救急医療体制の実施・関与の状況
・休日夜間急患センター、在宅当番医制、医療連携、新規会員への対応
- ② 集約化、医師・看護師等の確保
- ③ 住民・患者に対する啓発活動
- ④ 日本医師会に対する要望事項

3. 調査の方法



Ⅱ. 調査結果のまとめ

【A】都道府県医師会に対する調査

都道府県医師会に対しては、具体的な問題点や取り組み等を教えてもらうため、自由記入による設問とした。都道府県医師会からの回答内容の要約は後掲するが、その概要は以下の通りである。

1. 都道府県医師会による救急医療体制の実施・関与の状況

① 2次救急医療体制に関して

入院加療が必要な患者を受け入れる二次救急医療の整備・充実は、三次救急の現場の負担軽減につながるものであり、地域の救急医療体制全体にとって必要である。

輪番制等の二次救急医療体制の運営は、概ね郡市区医師会が関与しているが、各都道府県医師会では、県救急医療対策協議会等に座長等の主要構成員として参画し、体制整備の推進に貢献している。また、輪番制の集束、実態調査あるいは「休日・全夜間診療事業」など、地域の二次救急医療体制の再編成にも重要な役割を果たしている。

都道府県医師会独自の取り組みとしては、会内委員会における各地区の実態把握、関係協議会の開催などが挙げられた。さらに、都道府県医師会事業ではない場合が多いが、医師会病院による共同利用型の二次救急医療の提供も挙げられた。

② 3次救急医療体制に関して

三次救急医療機関は、重篤な救急患者にとって、「最後の砦」である。

三次救急医療体制の運営は、おおむね県下の各地域で行われているが、各都道府県医師会では、県救急医療対策協議会や県MC協議会等に座長等の主要構成員として参画し、体制整備の推進に貢献している。また、県と協力して県下の病院による体制確保、救命救急センターの機能評価への参加、救急専用病床の再分配・施設の再配置等の積極的な取り組みがなされている。

また、医療連携の構築については、「三次救急医療機関（救命救急センター）への連絡、照会、搬送の手引き」の会員医療機関及び消防機関への配布、あるいは二ヶ所の救命救急センター間の連携を取り持つなどの取り組み例もある。

都道府県医師会独自の取り組みとしては、会内委員会における各地区の実態把握、関係協議会の開催などが挙げられた。さらに、都道府県医師会事業ではないが、郡市区医師会病院による救命救急センターの運営の例もある。

③ 遠隔診療、画像診断などに関して

都道府県医師会は、診療・診断支援システムの構築、県の遠隔医療ネットワークの積極推進等に取り組んでいる。県のネットワーク事業を主体的に推進している他、県や大学等と協力している例もみられた。

また、会員の生涯教育の目的で、医師会員専用HPに診断支援システムを構築している例もあった。

郡市区医師会においても、医師会病院などを利用した取り組みが行われている。

④ ドクターヘリ、ドクターカー事業に関して

患者の救命、社会復帰には、医師による病院前救護体制の推進が重要である。

都道府県医師会は、ドクターヘリ（あるいは消防防災ヘリ）事業の実施主体ではないが、フライトナース事業も含め、その導入、事業の充実に、関係委員会・協議会（事後検証会含む）への参画等により関わっている。

また、郡市区医師会立病院にドクターカーを導入している例もあった。

⑤ メディカル・コントロール体制に関して

都道府県医師会は、県救急業務高度化推進協議会や県MC協議会への主要構成員としての参画に加え、講師派遣など救急救命士の養成研修・追加講習にも、よく関わっている。

また郡市区医師会も、地域MC協議会への参加などを通して関わっている。

⑥ 小児救急などの電話相談事業に関して

多くの都道府県において、小児救急電話相談事業が実施されているが、都道府県医師会が事業を受託している例も多く、事例検討会の開催など研鑽も図っている。

事業受託がない場合であっても、運営協議会への参加、受託団体への協力、行政・関係団体・医療機関・相談員による小児救急相談連絡会の開催・カンファレンスの実施、県と共同での県小児科医会への協力要請をするなど、積極的に関与している。

⑦ ACLS（二次救命処置）、AED等の普及啓発に関して

各都道府県医師会によっては、ACLS研修会等を自ら開催している。中には、BLS+AED研修会とACLS研修会に分けて段階的な仕組みであったり、標準カリキュラムを超える高次の内容を含む研修のケースもあった。また、看護職員や救急救命士等医師以外の医療関係職種の参加を推進している例もある。

さらに、研修会を主催していない場合でも、費用負担等の財政措置を講じるなど積極的な取り組みを行っている。また、郡市区医師会等による研修会の開催を支援するため、補助の実施や器材の貸し出しなどを行っている。

AEDの普及啓発については、県民向けの啓発活動（リーフレット、ポスター等）・心肺蘇生法教育とともに、医師に対するAED研修の実施や医療機関への配備の推進といった活動がある。こうした活動は、PAD（市民による早期の除細動：Public Access Defibrillation）の推進にも繋がる。都道府県医師会の取り組みにより、県域全体へのAEDの配備、学校教育への取り入れ、心肺蘇生法講習会のインストラクターとなる医師の確保などが進むことが期待される。

2. 集約化、医師・看護師等の確保

小児・産科に限らず、およそ救急医療においては、医療機能の集約化・重点化と医師・看護師等の確保は、重要課題である。都道府県医師会に対し、これらの問題点とその対

策を尋ね、具体的な回答を得た。

集約化・重点化全般に関しては、医療対策協議会等の主要構成員として、集約化の要否、集約化を行う場合の方法等に関する検討や、モデル事業の実施に参画している。

集約化の問題点としては、集約先をどこにするか、都市部と地方の格差助長、「医療過疎」の進行、集約先の病院・医療圏のオーバーワーク、地域住民の反対、費用の応分負担・職員の身分・運営形態等が挙げられた。

医師の確保全般については、医療対策協議会等への参画とともに、医学部定員や地元枠の増加要請、地元高校生への働きかけによる医学部入学の推進、ドクターバンク事業、医師不足地域へ赴く医師への支援などの取組みが挙げられた。また、勤務医と開業医の協力体制構築、かかりつけ医機能の推進等の必要性が示された。

小児科、産科における集約化・重点化と医師等の確保についても、後掲の通り、様々な問題点と対策が示された。

3. 初期救急医療、小児救急に対する問題意識

二次、三次の救急医療体制が機能するためには、小児救急を含め、休日・夜間の患者に対応する初期救急医療体制が重要であることから、このような設問を設けた。

アンケート結果から、専門医不足、医師の高齢化、女性医師の増加といった医師の不足・偏在の影響は、初期救急医療にとっても深刻で課題となっていることが判明した。

他方で、患者の大病院志向が依然としてみられるとともに、患者・保護者に対する適切な受療行動の啓発を求める意見が出された。患者等の時間外受診の行動は、医師会が運営に関与する休日夜間急患センターなど初期救急医療においても、医師の疲弊を招いている。

都道府県医師会による取組みとしては、開業医を対象とした小児の初期救急医療研修事業を実施している例があった。

郡市区医師会による取組みとして、休日夜間急患センターの運営に関与し、開業医の会員が参加しているケースが挙げられた。

4. 行政との関わり

地域の救急医療体制の整備・充実には、地域の医療提供者の代表である医師会が積極的に参画し、行政と連携して取り組むことが重要である。この設問では、都道府県医師会の行政との関わりについて尋ねた結果、コミュニケーションのあり方やその問題点が示された。

都道府県医師会による行政への関わりは、医師会の関係協議会・委員会、MC協議会、防災会議、国民保護法協議会等への参画にとどまらない。知事に政策提言ができるように、医師会代表が医療政策参与として県に出向している医師会もあった。また、都道府県医師会が行政より事業委託を受けているケースもある。

また、医師会内委員会に行政担当者が参加するケースや、医師会内部に「救急・災害医療部」を設置して行政機関代表や消防機関代表が構成員として参画しているケースなど、双方向のコミュニケーションがとられていることもわかった。

災害医療対策についても、都道府県防災計画や県民保護計画の策定参加、行政による総合防災訓練や県営空港での航空機事故救難訓練への参加が挙げられた。

他方で、救急医療の問題に対する行政の関心度に地域差があり、行政の関わりの深い地域とそうでない地域があること、行政担当者が医療現場を分かりかけてきたときには異動してしまうことなど、問題点が挙げられた。

5. 日本医師会に対する要望事項

日本医師会に対する要望事項について尋ねた結果、医師等の不足・偏在や医療財源確保等の医療政策全般に関して、国に対し、強く主張していくべきであるとの意見が多く出された。

また、救急災害医療についても、患者・保護者への啓発、財政措置の確保、A C L S研修等、日本医師会の活動に対する要望事項が示された。

後掲の要約では、(1) 国に対する日本医師会の主張、(2) 医療政策に関する意見、問題意識、(3) 救急医療体制、(4) 災害医療、(5) その他に分けて記載した。

医師会と救急医療に関する調査

【B】郡市区医師会に対する調査

調査結果のまとめ

郡市区医師会の自由記入回答分は、客体数が膨大なため掲載していないが、各地域の実態や対策をよく知ることができる有意義な資料となった。
今後、各地域における様々な問題や医師会活動等を調査、検討する際の貴重な基礎データとなる。

1.休日夜間救急センター実施状況

I.休日夜間急患センター対応状況

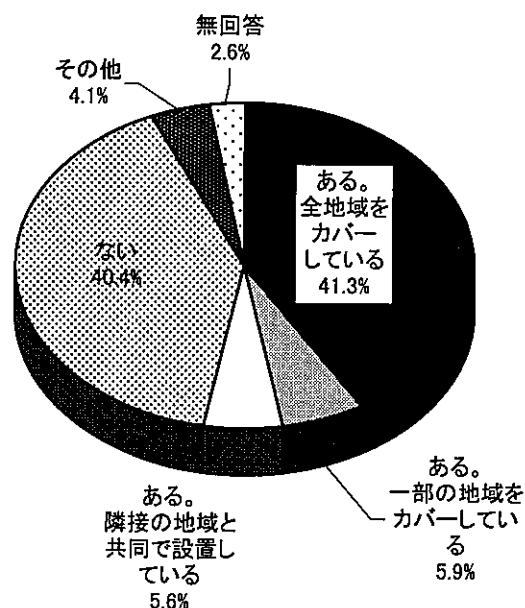
全地域をカバーする形で休日夜間急患センターがある医師会は、全体の41.3%。一部の地域をカバー、もしくは隣接地域との共同設置の割合も含めると52.9%が実施をしている。

ブロック別に見ると、関東甲信越、東京ブロックにおいて全地域をカバーしての実施率が5割超と高く、隣接地域との共同設置率(16.7%)が高い近畿ブロックも含めると、大都市圏での対応が進んでいることがわかる。

1. 郡市区医師会による初期救急医療体制の実施・関与の状況(1)休日夜間急患センター

① 貴会管下地域には、休日夜間急患センターがありますか。該当する選択肢を選び、ご記入ください。(SA)

(n=762) 医師会数ベースで集計



		回答者数	ある。 全地域を カバー している	ある。 一部の 地域をカ バーして いる	ある。 隣接の 地域と 共同 で設置 している	ない	その他	ある 合計	(%)
全体		(n=762)	41.3	5.9	5.6	40.4	4.1	52.9	
ブロック①	北海道ブロック	(n=44)	<u>29.5</u>	2.3	<u>0.0</u>	65.9	2.3	<u>31.8</u>	
	東北ブロック	(n=75)	37.3	5.3	1.3	50.7	1.3	<u>44.0</u>	
	関東甲信越ブロック	(n=147)	54.4	6.8	3.4	<u>26.5</u>	6.1	64.6	
	東京ブロック	(n=42)	66.7	16.7	2.4	<u>14.3</u>	0.0	85.7	
	中部ブロック	(n=116)	42.2	6.9	7.8	36.2	3.4	56.9	
	近畿ブロック	(n=138)	43.5	3.6	16.7	<u>29.7</u>	3.6	63.8	
	中国四国ブロック	(n=96)	<u>25.0</u>	4.2	3.1	59.4	6.3	<u>32.3</u>	
	九州ブロック	(n=104)	<u>31.7</u>	5.8	1.0	53.8	4.8	<u>38.5</u>	
ブロック②	大都市圏 (首都圏、中京、近畿)	(n=308)	53.6	7.5	8.4	<u>25.3</u>	2.9	69.5	
	大都市圏以外	(n=454)	<u>33.0</u>	4.8	3.7	50.7	4.8	<u>41.6</u>	

※全体値より5ポイント以上のスコアは網かけ、5ポイント以下のスコアは斜体下線

2.休日夜間急患センター設置形態

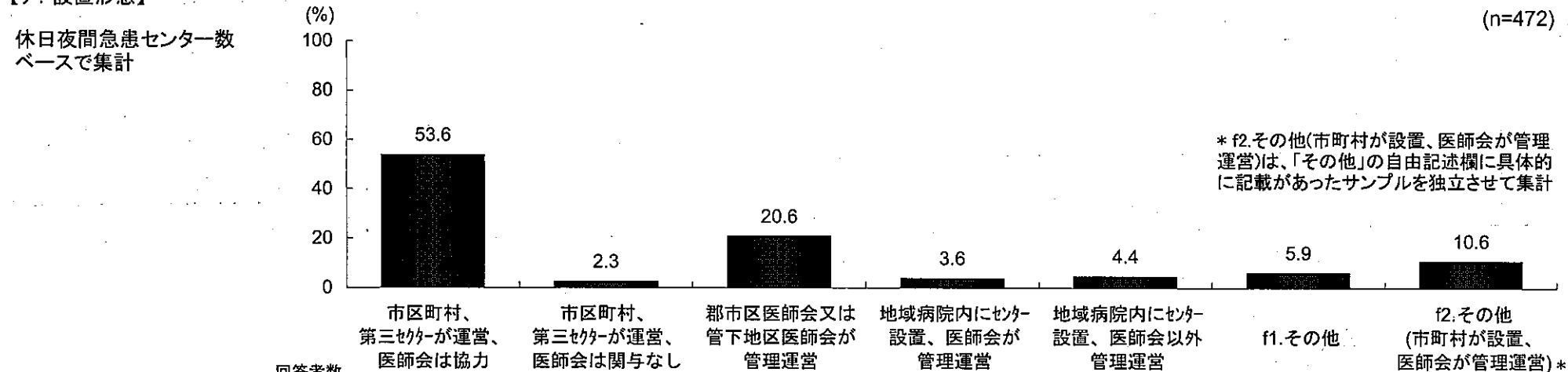
I.休日夜間急患センター対応状況

休日夜間急患センターの設置形態は、「市区町村、または第三セクターが運営、医師会は何らかの形で協力」している割合が53.6%と半数を超える。「郡市区医師会又は管下地区医師会が設置、管理運営」をしているのが20.6%と続き、何らかの形で医師会が関与している割合が高い。

近畿ブロックや東北ブロックで「市区町村、または第三セクターが運営、医師会は何らかの形で協力」している割合が高く、東京ブロックで「郡市区医師会又は管下地区医師会が設置、管理運営」している割合が他ブロックに比べて高い。

② 休日夜間急患センターについて、該当するものに、それぞれ○印をしてください。(MA)

【ア. 設置形態】



回答者数		市区町村、 第三セクターが運営、 医師会が協力	市区町村、 第三セクターが運営、 医師会が関与なし	郡市区医師会又は 管下地区医師会が 管理運営	地域病院内にセンター 設置、医師会が 管理運営	地域病院内にセンター 設置、医師会以外 管理運営	f1.その他	f2.その他 (市町村が設置、 医師会が管理運営)*	(%)
全体 (n=472)		53.6	2.3	20.6	3.6	4.4	5.9	10.6	
ブロック①	北海道ブロック (n=14)	57.1	0.0	0.0	14.3	7.1	0.0	28.6	
	東北ブロック (n=39)	64.1	2.6	5.1	0.0	7.7	15.4	5.1	
	関東甲信越ブロック (n=113)	45.1	0.9	23.9	3.5	4.4	3.5	16.8	
	東京ブロック (n=51)	27.5	2.0	43.1	9.8	0.0	2.0	19.6	
	中部ブロック (n=85)	55.3	1.2	23.5	0.0	7.1	4.7	7.1	
	近畿ブロック (n=96)	82.3	2.1	8.3	0.0	3.1	5.2	1.0	
	中国四国ブロック (n=33)	48.5	6.1	24.2	3.0	6.1	9.1	6.1	
	九州ブロック (n=41)	31.7	7.3	24.4	12.2	2.4	12.2	14.6	
ブロック②	大都市圏 (首都圏、中京、近畿) (n=268)	56.7	1.1	25.7	2.6	2.2	3.4	10.1	
	大都市圏以外 (n=204)	49.5	3.9	13.7	4.9	7.4	9.3	11.3	

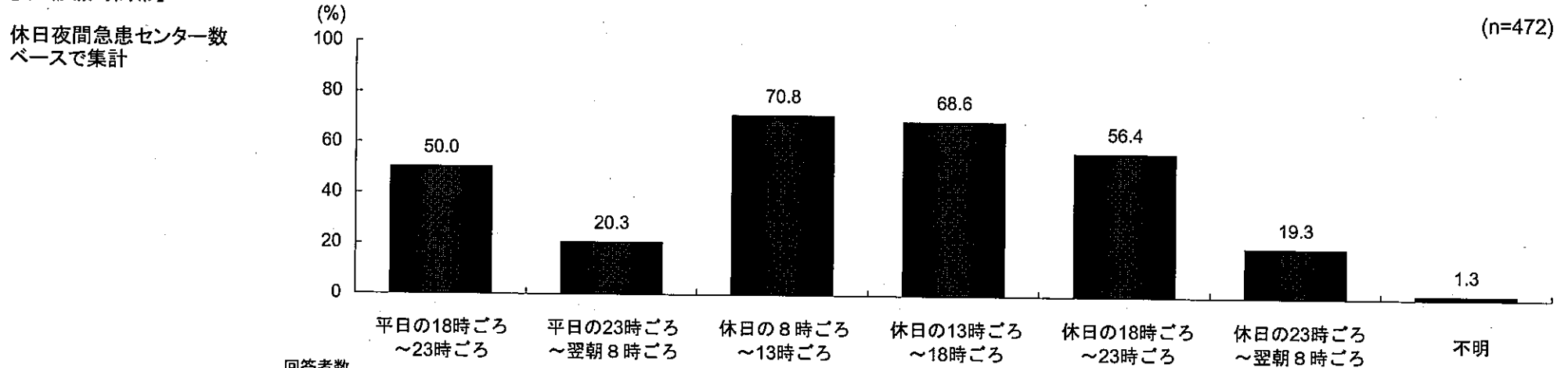
※全体値より5ポイント以上のスコアは網かけ、5ポイント以下のスコアは斜体下線

3.休日夜間急患センター診療時間帯

I.休日夜間急患センター対応状況

休日夜間急患センターの対応診療時間帯は、「平日の18時ごろ～23時ごろ」が50.0%と半数。「平日の23時ごろ～翌朝8時ごろ」は2割程度。休日の対応は、「8時ごろ～13時ごろ」、「13時ごろ～18時ごろ」が7割前後、「18時ごろ～23時ごろ」は56%、「23時ごろ～翌朝8時ごろ」では2割程度が対応している。ブロック別に見ると、関東甲信越ブロックでは、平日休日ともに「18時ごろ～23時ごろ」の対応率が高く、九州ブロックでは平日休日の「18時ごろ～翌朝8時ごろ」の夜間対応が進んでいる。一方、中部、近畿ブロックでは休日の「8時ごろ～18時ごろ」の日中時間帯の対応が進んでいる。

② 休日夜間急患センターについて、該当するものに、それぞれ○印をしてください。(MA)
【イ. 診療時間帯】



回答者数		平日の18時ごろ～23時ごろ	平日の23時ごろ～翌朝8時ごろ	休日の8時ごろ～13時ごろ	休日の13時ごろ～18時ごろ	休日の18時ごろ～23時ごろ	休日の23時ごろ～翌朝8時ごろ	不明	(%)
全体 (n=472)		50.0	20.3	70.8	68.6	56.4	19.3	1.3	
ブロック①	北海道ブロック (n=14)	64.3	64.3	35.7	28.6	64.3	64.3	0.0	
	東北ブロック (n=39)	53.8	20.5	71.8	76.9	53.8	20.5	2.6	
	関東甲信越ブロック (n=113)	67.3	14.2	63.7	63.7	66.4	14.2	2.7	
	東京ブロック (n=51)	41.2	3.9	70.6	66.7	74.5	5.9	2.0	
	中部ブロック (n=85)	47.1	15.3	80.0	74.1	43.5	15.3	0.0	
	近畿ブロック (n=96)	18.8	24.0	82.3	80.2	39.6	18.8	0.0	
	中国四国ブロック (n=33)	72.7	18.2	72.7	66.7	60.6	15.2	0.0	
	九州ブロック (n=41)	65.9	46.3	53.7	53.7	68.3	46.3	2.4	
ブロック②	大都市圏 (首都圏、中京、近畿) (n=268)	36.2	13.4	76.9	75.0	51.9	11.9	1.1	
	大都市圏以外 (n=204)	68.1	29.4	62.7	60.3	62.3	28.9	1.5	

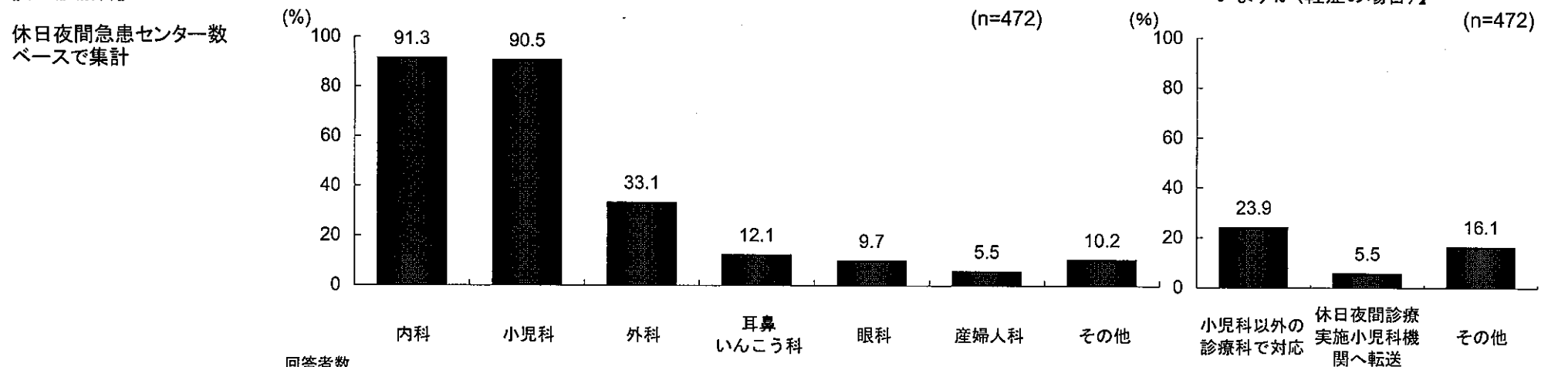
※全体値より5ポイント以上のスコアは網かけ、5ポイント以下のスコアは斜体下線

4.休日夜間急患センター診療科

I.休日夜間急患センター対応状況

休日夜間急患センターで対応している診療科は、「内科」(91.3%)、「小児科」(90.5%)が9割と高く、外科は33.1%の対応率。
小児科がない場合の小児患者への対応は、「小児科以外の診療科で対応」している割合が23.9%となっている。

② 休日夜間急患センターについて、該当するものに、それぞれ○印をしてください。(MA)
【ウ. 診療科】



回答者数		内科	小児科	外科	耳鼻 いんこう科	眼科	産婦人科	その他	小児科以外の 診療科で対応			休日夜間診療 実施小児科機 関へ転送	その他
全体 (n=472)		91.3	90.5	33.1	12.1	9.7	5.5	10.2	23.9	5.5	16.1		
ブロック①	北海道ブロック (n=14)	100.0	92.9	35.7	28.6	28.6	14.3	7.1	35.7	7.1	0.0		
	東北ブロック (n=39)	92.3	92.3	48.7	12.8	12.8	5.1	17.9	25.6	5.1	7.7		
	関東甲信越ブロック (n=113)	92.0	91.2	36.3	10.6	7.1	5.3	8.8	30.1	2.7	23.9		
	東京ブロック (n=51)	84.3	94.1	13.7	5.9	2.0	2.0	2.0	17.6	5.9	9.8		
	中部ブロック (n=85)	94.1	89.4	32.9	12.9	9.4	7.1	10.6	29.4	5.9	8.2		
	近畿ブロック (n=96)	91.7	91.7	15.6	13.5	12.5	2.1	12.5	17.7	5.2	24.0		
	中国四国ブロック (n=33)	90.9	84.8	36.4	9.1	6.1	3.0	9.1	12.1	6.1	9.1		
	九州ブロック (n=41)	87.8	85.4	70.7	14.6	14.6	14.6	12.2	22.0	12.2	19.5		
ブロック②	大都市圏 (首都圏、中京、近畿) (n=268)	91.0	92.5	22.4	13.1	9.3	3.7	9.0	23.5	4.9	17.2		
	大都市圏以外 (n=204)	91.7	87.7	47.1	10.8	10.3	7.8	11.8	24.5	6.4	14.7		

※全体値より5ポイント以上のスコアは網かけ、5ポイント以下のスコアは斜体下線

1.在宅当番医制実施有無

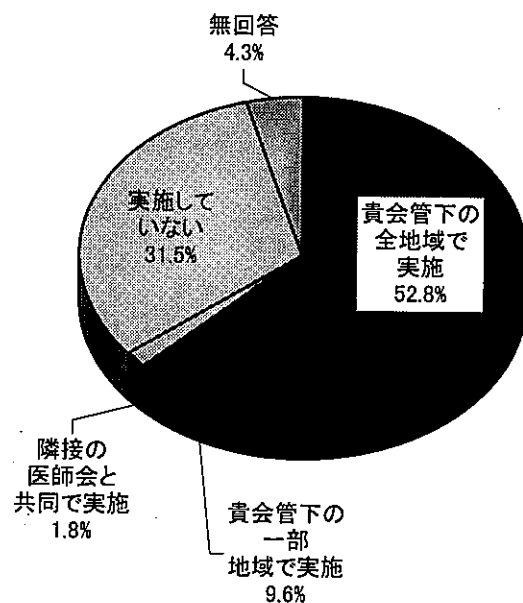
Ⅱ.在宅当番医制実施状況

在宅当番医制の実施状況を見ると、「貴会管下の全地域で実施」が52.8%と半数を超える。一方、「実施していない」医師会も31.5%で全体の3分の1程度存在するが、その場合であっても約77%は、休日夜間急患センターが設置されている。
ブロック別で見ると、中国四国、九州ブロックの8割前後が全地域で実施しているが、一方で、近畿ブロックは74.6%が「実施していない」。大都市圏では半数強が実施していない。

1. 郡市区医師会による初期救急医療体制の実施・関与の状況(2)在宅当番医制

① 貴会では、在宅当番医制を実施していますか。該当する選択肢を選び、回答票にご記入ください。(SA)

(n=762) 医師会数ベースで集計



		回答者数	貴会管下の 全地域で 実施	貴会管下の 一部 地域で実施	隣接の 医師会と 共同で実施	実施して いない	実施合 計	(%)
全体		(n=762)	52.8	9.6	1.8	31.5	64.2	
ブロック①	北海道ブロック	(n=44)	<u>43.2</u>	27.3	2.3	<u>22.7</u>	72.7	
	東北ブロック	(n=75)	<u>46.7</u>	20.0	1.3	26.7	68.0	
	関東甲信越ブロック	(n=147)	56.5	14.3	0.7	<u>23.1</u>	71.4	
	東京ブロック	(n=42)	<u>33.3</u>	7.1	7.1	42.9	<u>47.6</u>	
	中部ブロック	(n=116)	57.8	6.0	3.4	28.4	67.2	
	近畿ブロック	(n=138)	<u>19.6</u>	<u>1.4</u>	1.4	74.6	<u>22.5</u>	
	中国四国ブロック	(n=96)	76.0	6.3	2.1	<u>12.5</u>	84.4	
	九州ブロック	(n=104)	80.8	6.7	0.0	<u>9.6</u>	87.5	
ブロック②	大都市圏 (首都圏、中京、近畿)	(n=308)	<u>36.4</u>	5.2	2.3	51.3	<u>43.8</u>	
	大都市圏以外	(n=454)	63.9	12.6	1.5	<u>18.1</u>	78.0	

※全体値より5ポイント以上のスコアは網かけ、5ポイント以下のスコアは斜体下線

2.在宅当番医制参加診療所数

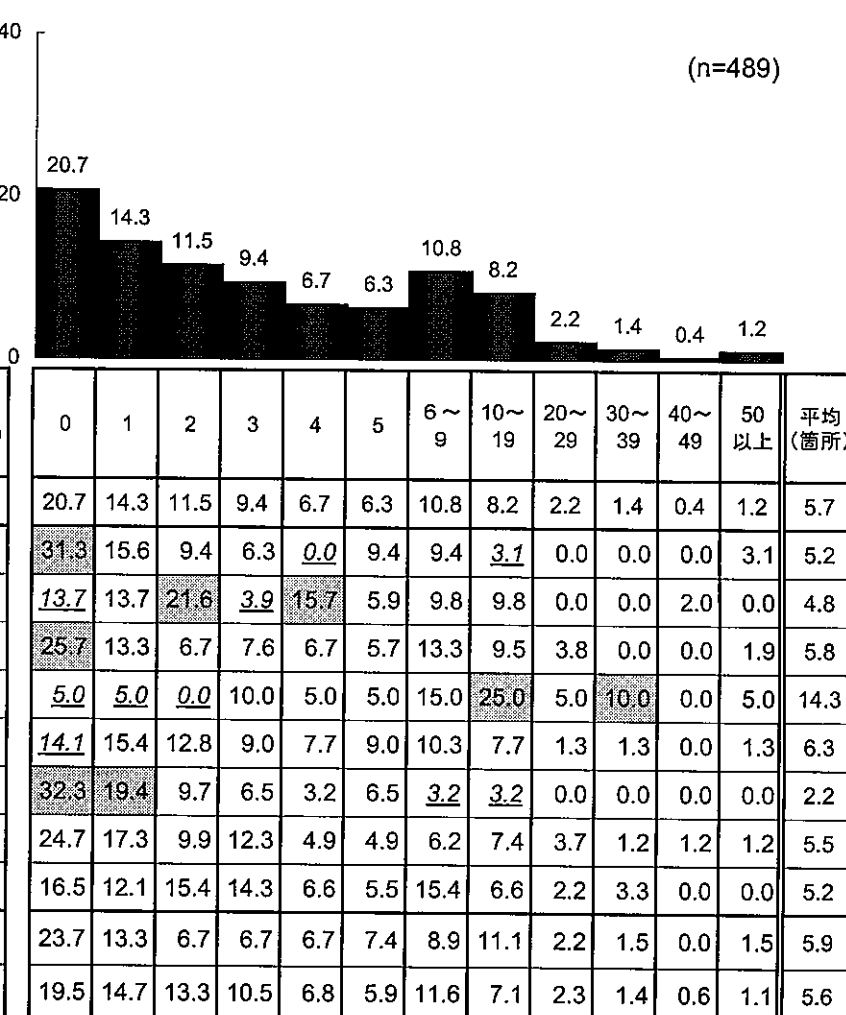
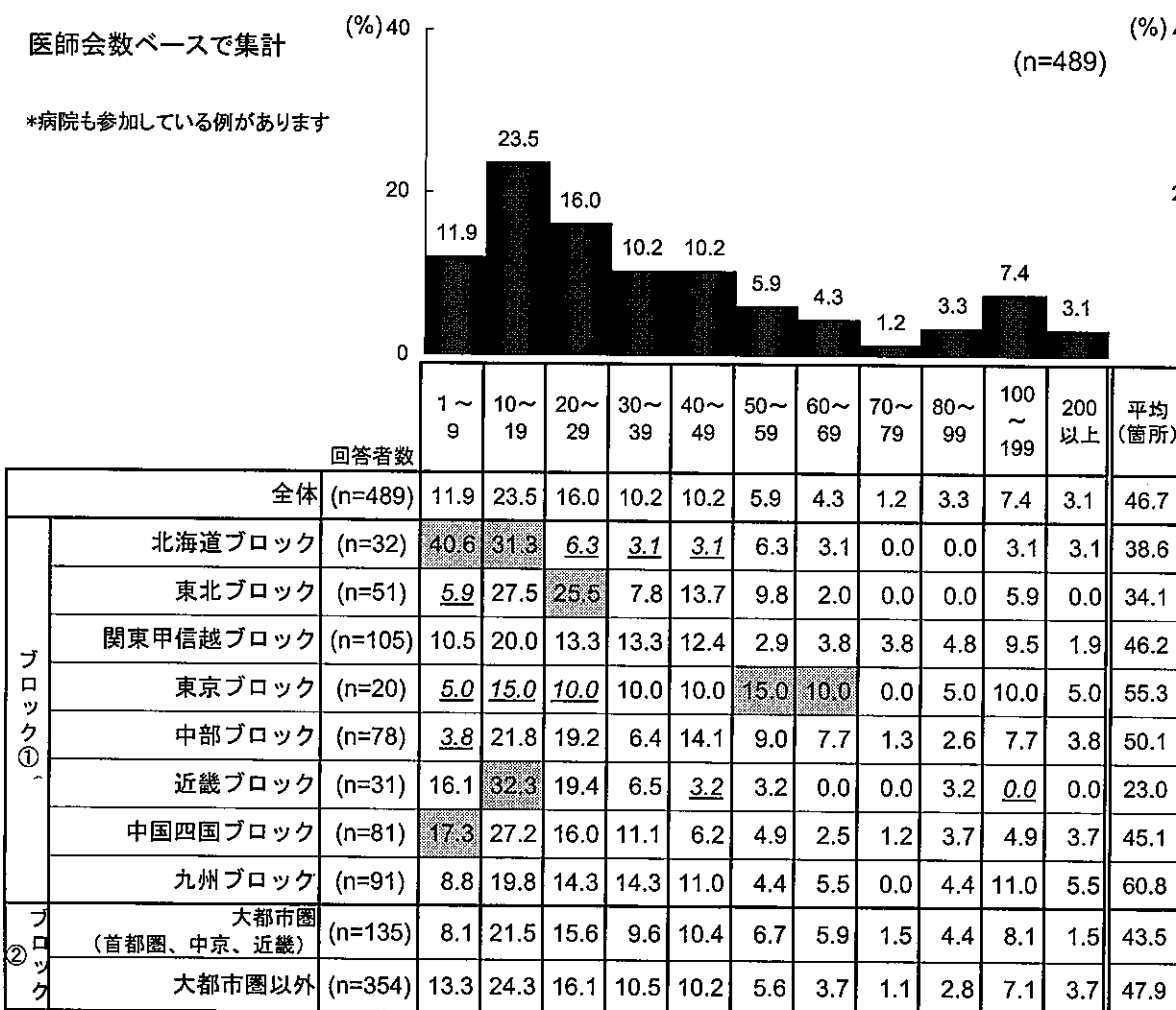
Ⅱ.在宅当番医制実施状況

在宅当番医制に参加している診療所数は、平均46.7箇所。特に、九州ブロックは平均60.8箇所と多さが目立つ。
また、そのうちの小児科診療所数は平均5.7箇所。参加診療所数が「0」箇所である医師会が、2割を占める。

② 在宅当番医制に参加している全ての診療所の数とその内の小児科診療所の数を、回答票にご記入ください。

【ア. 参加している診療所全体】

【イ. 参加診療所の内、小児科単科、または小児科を主たる診療科としている診療所】



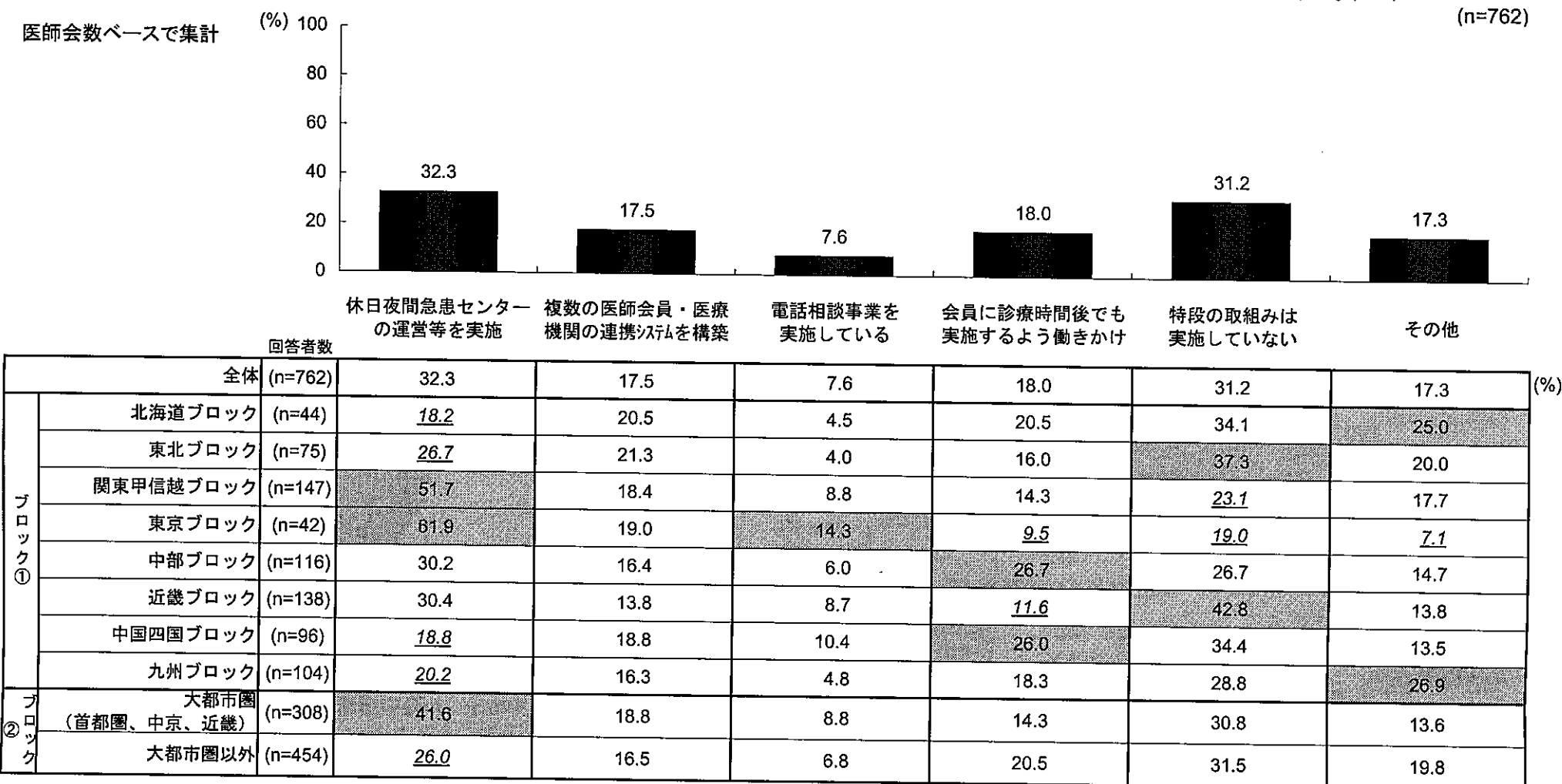
※全体値より5ポイント以上のスコアは網かけ、5ポイント以下のスコアは斜体下線

1.医療連携取り組み内容

Ⅲ.医療連携実施状況

医療連携の取り組みについては、「休日夜間急患センターの運営等を実施」している割合は32.3%。
関東甲信越ブロックや東京ブロックでは、「休日夜間急患センターの運営等を実施」が半数を超え、他のブロックに比べ圧倒的に実施率が高い。また、中部ブロックや中国四国ブロックでは「会員に診療時間後でも急病等への処置や相談を実施するよう働きかけている」割合が他のブロックと比べても高く、ブロックごとに取り組みの違いが表れている。

1. 郡市区医師会による初期救急医療体制の実施・関与の状況(3)医療連携
主に診療所について、通常の診療時間後、患者の急病発症、急性増悪や緊急の相談等に対応するため、貴会では、どのような取り組みを実施していますか。(MA)



※全体値より5ポイント以上のスコアは網かけ、5ポイント以下のスコアは斜体下線

Ⅲ. 自由記入回答の要約

本章では、都道府県医師会に対する調査の回答内容（要約）を掲載している。

郡市区医師会の自由記入回答分は、客体数が膨大なため掲載していないが、各地域の実態や対策をよく知ることができる有意義な資料となった。今後、各地域における様々な問題や医師会活動等を調査、検討する際の貴重な基礎データとなる。

また、個々の医師会や都道府県が特定されるような表記は、なるべくしていない。

【A】都道府県医師会に対する調査

1. 都道府県医師会による救急医療体制の実施・関与の状況

都道府県医師会が、県下の救急医療体制の整備・充実に向け、具体的にどのような役割を果たしているかを尋ね、以下の回答を得た。

また、県医師会としては直接関与していなくとも有用な取組みを紹介されるとともに、建設的な意見もいただいた。

① 二次救急医療体制に関して

入院加療が必要な患者を受け入れる二次救急医療の整備・充実は、三次救急の現場の負担軽減につながるものであり、地域の救急医療体制全体にとって必要である。

輪番制等の二次救急医療体制の運営は、概ね郡市区医師会が関与しているが、各都道府県医師会では、県救急医療対策協議会等に座長等の主要構成員として参画し、体制整備の推進に貢献している。また、輪番制の集束、実態調査あるいは「休日・全夜間診療事業」など、地域の二次救急医療体制の再編成にも重要な役割を果たしている。

都道府県医師会独自の取組みとしては、会内委員会における各地区の実態把握、関係協議会の開催などが挙げられた。さらに、都道府県医師会事業ではない場合が多いが、医師会病院による共同利用型の二次救急医療の提供も挙げられた。

主な実施・関与の状況（要約）
地域住民に対する啓発活動 救急医療機関の役割を説明するポスターの作成。
地域の二次救急医療体制の維持 - 医療圏全てで病院群輪番制を確立している。あるいは、ある医療圏では病院群輪番制を確立し、他の医療圏では地域基幹病院が二次救急を担っている。 - 各医療圏に基幹となる拠点病院を設け、県と医師会とで取り決めた病院群輪番制の集束を図っている。 - 休日・全夜間診療事業を受託し、365日、24時間体制で病床を確保。 - 各地区医師会が輪番体制を整備し、県医師会が救急患者実態調査を実施。 - 県医師会としては関与していないが、地区医師会レベルで輪番制の維持。医師会病院による共同利用型の二次救急医療の実施。 - 眼科・耳鼻咽喉科を全域で輪番制にて実施、精神科を除く外科その他の領域では医師会が受託した救急医療情報センターより情報提供。

救急病院について、認定（更新）の決定過程での主導的役割。
救急医療情報システムの推進 県医師会や、県医師会出資による情報センターがシステムの受託をし、医療機関や消防本部に必要な情報を提供。
都道府県の行政への関与 - 都道府県医療審議会、救急医療対策協議会、MC協議会等への参画。 - 県救急医療対策協議会等の（部）会長や委員に、医師会代表が就任。医師会の意見の反映。 - 医師会・医療行政当局・消防当局と合同で、四半期ごとに、上記の休日・全夜間診療事業の搬送状況の検証、意見交換。
都道府県医師会における組織、協議会等での取り組み - 救急災害医療対策委員会等への郡市区医師会の参画。 - 定期的に各地区の実態調査を行い、委員会にて検討。 - 脳卒中救急医療に関する協議会の開催。

② 三次救急医療体制に関して

三次救急医療機関は、重篤な救急患者にとって、「最後の砦」である。

三次救急医療体制の運営は、おおむね県下の各地域で行われているが、各都道府県医師会では、県救急医療対策協議会等に座長等の主要構成員として参画し、体制整備の推進に貢献している。また、県と協力して県下の病院による体制確保、救命救急センターの機能評価への参加、救急専用病床の再分配・施設の再配置等の積極的な取り組みがなされている。

また、医療連携の構築については、「三次救急医療機関（救命救急センター）への連絡、照会、搬送の手引き」の会員医療機関及び消防機関への配布、あるいは二ヶ所の救命救急センター間の連携を取り持つなどの取り組み例もある。

都道府県医師会独自の取り組みとしては、会内委員会における各地区の実態把握、関係協議会の開催などが挙げられた。さらに、都道府県医師会事業ではないが、郡市区医師会病院による救命救急センターの運営の例もある。

主な実施・関与の状況（要約）
三次救急医療機関の整備、地域の医療機関との連携確保 - 県救急医療機能評価委員会に参加し、救命救急センターの機能評価を実施した上で、三次医療圏内の救急専用病床の分配、施設の再配置について提言。 - 重篤救急患者の救命医療に対応するため、県と協力し県下4病院で体制確保。 「三次救急医療機関（救命救急センター）への連絡、照会、搬送の手引き」の作成、改訂を行い、会員医療機関及び消防機関へ配布。
都道府県の行政への関与 都道府県医療審議会、救急医療対策協議会、MC協議会等への参画。

- 県救急医療対策協議会・関係委員会等の（部）会長・委員長や委員に、医師会代表が就任。医師会の意見の反映。
- 年数回開催している県当局との意見交換の場にて、救命救急センター等の設置に関しても協議のテーマとして取り上げ。
- 県当局と災害拠点病院との協議会に参加し、平素より連携体制のあり方について協議。災害訓練にも参加。
- 救命救急センター運営協議会を通して関与。2ヶ所のセンターの連携、情報交換の場として連絡協議会をつくる予定。

都道府県医師会における組織、協議会等での取り組み

- 救急医療部会小委員会で検討を行って県行政に働きかけ。
- 脳卒中救急医療に関する協議会の開催。
- 定期的に各地区の実態調査を行い、委員会にて検討。
- 地区医師会、医師会病院が対応。

③ 遠隔診療、画像診断などに関して

都道府県医師会は、診療・診断支援システムの構築、県の遠隔医療ネットワークの積極推進等に取り組んでいる。県のネットワーク事業を主体的に推進している他、県や大学等と協力している例もみられた。

また、会員の生涯教育の目的で、医師会員専用HPに診断支援システムを構築している例もあった。

郡市区医師会においても、医師会病院などを利用した取り組みが行われている。

主な実施・関与の状況（要約）

都道府県医師会が主体的、重要な役割を果たしている取り組み。

- ブロードバンドネットワークを利用して、県医師会主体で計画。
- 救急医療の目的ではないが、会員の生涯教育の目的で、県医師会HP会員専用ページに「診療・診断支援システム」を開設し、画像診断の依頼等ができるようにしている。また、診断支援医療機関として、赤十字病院の協力を得ている。
- 県医師会が推進する県の遠隔医療ネットワーク事業において、利用者間で、画像を含む患者データを送受信でき、読影依頼だけでなく、患者紹介やその経過の共有、高度検査機器の共同利用等、日常診療において利用されている。
- 過去に実験等を実施。
- 診断ではないが、郡市区医師会医療センターにおいて、離島診療所からのE-Mailを利用した相談対応、助言。

都道府県、市町村、大学医学部等との協力

- 県、大学医学部との協力の下、へき地医療の推進に役立て。
- 県の関係委員会に委員として参画し、放射線学的画像や病理標本を電送し専門医の診断を求める遠隔診療の計画実現に向けて活動。

- 郡市区医師会、市立病院、医科大学及びその関連病院との間で、画像診断による遠隔診断の実施。

④ ドクターヘリ、ドクターカー事業に関して

患者の救命、社会復帰には、医師による病院前救護体制の推進が重要である。

都道府県医師会は、ドクターヘリ（あるいは消防防災ヘリ）事業の実施主体ではないが、フライトナース事業も含め、その導入、事業の充実には、関係委員会・協議会（事後検証会含む）への参画等により関わっている。

また、郡市区医師会立病院にドクターカーを導入している例もあった。

主な実施・関与の状況（要約）
都道府県医師会が主体的、重要な役割を果たしている取組み。 • ドクターヘリ事業を実施している隣県に対して、協力要請。 • ドクターカーの導入に向け、検討中。 • ドクターヘリの導入・普及を、医師会員にPR。 • ドクターカーに関する実態調査を、県下二、三次病院を対象として実施。
ドクターヘリ事業への関与 • ドクターヘリ運航調整委員会や協議会、事後検証会・症例検討会、その他関係会議等に、医師会代表が参加。会長・座長に就任。 • 県ドクターヘリ運航検討委員会への参画、意見具申。 • ドクターヘリ事業は導入されていないが、発足したフライトナース事業の育成とともに、ヘリの導入を図る。 • 消防防災ヘリの「ドクターヘリ的な」医療従事者同乗体制について、ドクターヘリ法の動きも踏まえた拡充整備に協力していく。
ドクターカー事業への関与 • 郡市区医師会立病院に、ドクターカーを導入。

⑤ メディカル・コントロール体制に関して

都道府県医師会は、県救急業務高度化推進協議会や県MC協議会への主要構成員としての参画に加え、講師派遣など救急救命士の養成研修・追加講習にも、よく関わっている。

また郡市区医師会も、地域MC協議会への参加などを通して関わっている。

主な実施・関与の状況（要約）
救急救命士の養成・研修への関与 • 救急救命士の養成研修のため、医師会より講師の派遣を実施。 • 救急救命士の追加講習の講師に、医師会代表者が就任。

- 地区医師会が、気管挿管講習、薬剤投与講習に積極的に関与。
- 複数の二次医療圏レベルの地域MC協議会に所属する消防本部より、救急業務の医学的検証ならびに追加資格に必要な病院実習を含む救急救命士教育等、MC体制整備事業を受託している。

MC協議会等への参画

- 都道府県救急業務高度化推進協議会、都道府県MC協議会、専門部会・委員会等に、医師会代表者が委員として参画。会長・委員長等に就任。郡市区医師会も、地域MC協議会において同様の取組み。
- MC体制作り、プロトコル作り、教育、研修、事後検証等の実施。

⑥ 小児救急などの電話相談事業に関して

多くの都道府県において、小児救急電話相談事業が実施されているが、都道府県医師会が事業を受託している例も多く、事例検討会の開催など研鑽も図っている。

事業受託がない場合であっても、運営協議会への参加、受託団体への協力、行政・関係団体・医療機関・相談員による小児救急相談連絡会の開催・カンファレンスの実施、県と共同での県小児科医会への協力要請をするなど、積極的に関与している。

主な実施・関与の状況（要約）

都道府県医師会による主体的な取組み、電話相談事業の受託

- 医師や看護師による小児救急電話相談事業（#8000）の受託。
- 「看護師によるこども救急相談電話」事業を開始、毎日午後7時から午後11時までベテラン看護師による電話相談を実施。また月に一回、相談事例を持ち寄って、医師を交えた事例検討会を開催し、研鑽を図っている。
- 各種の電話相談を受けており、その一環として、専門の相談員を配置して対応。
- 郡市区医師会立の休日夜間急患センターにおいて、相談対応、指導。

都道府県等への協力、連携

- 行政と医師会による協議のもと、小児医療センター内での小児救急電話相談事業の実施。
- 小児救急電話相談事業運営協議会等に、医師会代表者が委員として参加。
- 小児救急電話相談事業を受託実施する県の外郭団体に対し、協力。
- 行政、関係団体、医療機関、相談員による「母と子の健康相談室」（小児救急相談）連絡会を開催し、カンファレンスを実施。
- 県と共同で、小児科医会に小児救急電話相談事業への協力を要請。

⑦ A C L S（二次救命処置）、A E D等の普及啓発に関して

A C L S研修について、日本医師会では、平成15年度末にA C L S研修事業を開始するとともに、翌16年度は各都道府県医師会への補助及びA C L S訓練用人形・

AED共同購入支援事業を実施した。

各都道府県医師会によっては、ACLS研修会等を自ら開催している。BLS+AED研修会とACLS研修会に分けて段階的な仕組みをとったり、標準カリキュラムを超えるより高次の内容を含む研修であったりするなど、様々な形態をとっている。また、看護職員や救急救命士等医師以外の医療関係職種の研修会参加を推進している例もある。

さらに、研修会を主催していない場合でも、費用負担等の財政措置を講じるなど積極的な取り組みを行っている。また、郡市区医師会等による研修会の開催を支援するため、補助の実施や器材の貸し出しなどを行っている。

AEDの普及啓発については、県民向けの啓発活動（リーフレット、ポスター等）・心肺蘇生法教育とともに、医師に対するAED研修の実施や医療機関への配備の推進といった活動がある。

こうした活動は、PAD（市民による早期の除細動：Public Access Defibrillation）の推進にも繋がる。都道府県医師会の取組みにより、県域全体へのAEDの配備、学校教育への取り入れ、心肺蘇生法講習会のインストラクターとなる医師の確保などが進むことが期待される。

主な実施・関与の状況（要約）

都道府県医師会によるACLS研修等への主体的な取組み

- ・日本医師会ACLS研修会を実施。JPTEC等の研修会を実施。
- ・地元のACLS研修会の運営団体（「ACLS**」等）の協力の下に、医師会ACLS研修会、ICLS研修会を開催。※「**」は県名。
- ・「ACLS**」事務局を医師会内に設置。
- ・医師・医療従事者を対象とした二次救命処置研修会を本会他各救急病院等施設において開催。
- ・指導者の養成を目的としたインストラクターコースを開催。
- ・県内の医師を対象に、BLS、ACLS、PTLS等を主催・共催（運営費又は参加費助成）。
- ・ACLS、AED講習会を行う地区医師会に補助金事業を実施。
- ・医師会AED講習会を修了した会員を対象に「医師会ACLS高度スキル講習会」を開催。
- ・ACLS訓練用人形、AEDトレーニングシステム、AEDの貸し出し。
- ・県からの委託事業として、救急医療医師研修の実施。
- ・救急医療研修会を開催。各消防署より多くの救急救命士・救急隊員等も参加。
- ・日本医師会への修了申請の他、県担当部署との連名にて独自の修了証を発行。
- ・ACLS研修だけでなく外傷初期治療の研修を含む県ALS研修会を実施。県、県病院協会、県看護協会、県消防長会の後援により、看護師、救急救命士の受講枠を設定し、地域での救急医療、MC活動に貢献。

● 県A L S研修要綱に基づき、県の各地域・病院・組織で開催されるA L S研修会を日本医師会の指定基準に準じて指定、研修修了者には職種に関係なく、共通の修了証を交付。 ● 県医師会がA C L S研修を開催し、地域で中心となる医師を大学でトレーニング研修。現在、その医師が地域で県民向けのA E D心肺蘇生法講習会を開催。
行政、関係団体・病院等とのA C L S研修等に関する連携・協力 ● 地域での研修会開催にはインストラクターの養成が必要であるため、A E D普及促進協議会を設置し、県や消防、大学など関係機関と連携。 ● 消防等各団体と共に救急医療フォーラム等の研修・啓発機会を別途頻回に開催
医師に対するA E D教育、医療機関へのA E Dの配備推進 ● すべての医師がA E Dを用いた心肺蘇生法を実行できる速やかな状況の実現と、診療所や一般病院の外来・病棟へのA E Dの普及を図ることを目的として、「医師会A E D講習会」を開催。 ● C D－R O Mを作成、全会員に配布。 ● 会員及び医療従事者を対象にA E D講習会を開催、修了証を発行。 ● 各郡市医師会及び各医療機関への設置促進のため、現在共同購入を計画。 ● 診療所の医師、医療従事者を対象にしたB L S＋A E D研修会半日コースの開催を計画、医療機関におけるA E Dの設置を推奨。
県民に対するA E D教育の推進、P A Dの推進 ● 「救急の日」に合わせた広報・啓発活動。救急蘇生法に関するパンフレットの作成・販売、「救急の日」事業等での活用A E Dの普及啓発を随時発信。 ● N P O法人と協力し、市民向け講習会を開催。 ● 県内科医会の医師を中心に、講演で使用するパワーポイントを作成、講師として登録した医師にすべて配布し、統一した内容で講義ができるよう配慮。県内の公立学校や公共施設にはほぼA E Dが設置され、対人口比では日本一と自負。今後はA E D設置場所の問題、学校教育の中にA E D使用も含めた心肺蘇生法を盛り込み、命の大切さを訴えていくことが必要。 ● 県からの委託事業として、一般県民向けに心肺蘇生法講習会の実施。 ● 国事業であるA E D普及啓発事業に関し、県から講習会・協議会の運営を受託。 ● A E D設置医療機関マップ（ホームページ）の作成。 ● 「A E D等普及促進検討委員会」への医師会代表者の委員としての参画。 ● 健康スポーツ委員会が研修会等を企画指導、国体では、全競技会場にA E Dをという目標を実現。 ● 救急小冊子「家庭で知っておきたいA E D」の作成・配布。 ● 県医師会がA C L S研修を開催し、地域で中心となる医師を大学でトレーニング研修。現在、その医師が地域で県民向けのA E D心肺蘇生法講習会を開催。

2. 集約化、医師・看護師等の確保

小児・産科に限らず、およそ救急医療においては、医療機能の集約化・重点化と医師・看護師等の確保は、重要課題である。都道府県医師会に対し、これらの問題点とその対策を尋ね、具体的な回答を得た。

集約化・重点化全般に関しては、医療対策協議会等の主要構成員として、集約化の要否、集約化を行う場合の方法等に関する検討や、モデル事業の実施に参画している。

集約化の問題点としては、集約先をどこにするか、都市部と地方の格差助長、「医療過疎」の進行、集約先の病院・医療圏のオーバーワーク、地域住民の反対、費用の応分負担・職員の身分・運営形態等が挙げられた。

医師の確保全般については、医療対策協議会等への参画とともに、医学部定員や地元枠の増加要請、地元高校生への働きかけによる医学部入学の推進、ドクターバンク事業、医師不足地域へ赴く医師への支援などの取組みが挙げられた。また、勤務医と開業医の協力体制構築、かかりつけ医機能の推進等の必要性が示された。

小児科、産科における集約化・重点化と医師等の確保についても、後掲の通り、様々な問題点と対策が示された。

集約化、医師・看護師等の確保（要約）

集約化・重点化全般

（1）医療対策協議会等での検討など

- 総合保健医療協議会及び医療対策協議会が中心となり検討を行い、特定の地域で、地域センター病院を中核病院とした広域化をモデル事業として実施している。
- 医療対策協議会を設置し周産期医療の集約化・重点化について協議（会長に本会副会長が就任）。会内にも「周産期医療システム再構築検討委員会」を設置し、小児科・産科の集約化・重点化について検討。
- 集約化に向けて県衛生部、県医師会、大学による検討会を設置し、各二次医療圏に連携強化病院を設置した。
- 県医療対策協議会では、緊急避難的な処置ではあるが、集約化・重点化は必要との結論に達した。平成20年度の医療計画に盛り込むべく検討を重ねる。
- 県の医療対策協議会並びに集約化の検討会へ本会役員が出席し、医師会としての意見を述べており、今後も行政主導で集約化・重点化が進まないようにしていきたい。
- 県の地理的特性により一極集約化は難しく、5～7地区に分割して、それぞれの地域に沿ったやり方で行っている。
- 県行政が大学等関係機関の意見を参考に集約化を検討している。県医として地元医師会にも説明するよう申し入れを行っているところ。
- 小児科、産科について集約化、重点化がなされてきている。それぞれに地域に拠点病院を作り、救急入院等に対応している。又、地区医師会の小児科医が公的施設にて準夜の救急診療体制を組み対応しようとしている。又、産科については、助産不足のため市医師会看護学校で養成コースを立ち上げる予定となっている。
- 小児人口1万人当り小児科医師数の県内医療圏間格差が3.4倍、出生1000人当り産科

医師数の県内医療圏間格差が3.8倍の中、県地域保健医療対策協議会において、小児科は集約化・重点化が必要、産科は引き続き必要性を検討とされた。

(2) 集約化の問題点

- 小児科、産科勤務医をどの病院に集約するかという各論が現医療体制とマッチしない。都市部、山間部の医療格差の助長も危惧されている。
- 集約化・重点化が必要としても、夫々の病院の意向や思惑などもあり、絶対数が不足している現状で圏域ごとに実情も異なるため、簡単に解決することではない。また圏域ごとに集約化・重点化するとしても、一つの圏域が広域で、どこに集約等を行うかも問題となる。
- 集約化が進められると、同じ県内でありながら、人口の多い地域は一応体制が整うことになるが、人口の少ない地域では益々医療過疎が進行する危険性をはらんでいる。
- 山間へき地の住民等、強化病院に遠隔の住民にとってはさらに治療を受けにくくなる。
- 小児科・産婦人科の集約化・重点化は自然集約の形となりつつあり、集約化した医療圏がオーバーワークから崩壊の危機にある。
- 集約化に向けては費用の応分負担、職員の身分、運営形態等解決すべき問題がある。
- 県過疎地域に対して、行政より大幅な病院縮小・集約化の提案があり、地元住民・病院医師も含めた反対で一部撤回され、また、地区医師会員が病院外来に交代で出るなどの工夫で、地域病院を支えようとしている。
- これ以上集約化を行なうと、地域医療が崩壊する。

医師の確保全般

- 全国に先駆けて設置した医療対策協議会に参画して、実効性のある医師派遣（紹介）システムの構築や地域医療を担う医師の養成、自治体病院等の広域化促進等について協議検討。
- 県行政、医師会、小児医会、産婦人科医会などの構成メンバーで小児科医療体制検討会、産科医療体制検討委員会が昨年より開催され、各地区の現状を分析し、検討が行われたが、医師不足の下では結論は得られていない。
- 医師会、大学、地域の中核病院、市町村など関係機関で構成される協議会を設け、小児科・産科の集約化・重点化のあり方、搬送体制等について課題分析や検討等を行う。
- 県当局、大学との連携の下、医学部定員や地元卒の増加要請、地元高校生への働きかけによる医学部入学の推進を行っている。
- 県ドクターバンク制度が発足、県医師会でも医師会医師無料紹介事業を運営している。
- 県医師会では、医師不足と勤務医対策のため県委託「ドクターバンク」事業をスタートし多数の登録を得る中で、県独自の育成派遣施策と連携して、対応している段階。
- 勤務医の負担を分配しあう形で開業医が積極的に関与している地域もある。今後は、各地域の実情に合わせた勤務医と開業医の協力体制の構築と共に、全県の視野での適正配置、医師確保に関する取り組みが必要である。
- 県において、公的機関への医師派遣を実施しており、医師派遣調整会議において医大からの派遣先を決めているが、小児科・産婦人科の増員は見送られている。
- 医療対策協議会（本会も参加）が具体策を検討してきたが、北部の医師不足に対し、北部に赴く医師を「医師バンク」に登録し研究費を支援し、一定期間勤務後に大学へ戻る際のポスト

トを保障する施策が実現したが、へき地の医療再生の抜本的解決にはほど遠く、へき地で働く医師を疲弊させないための本格的な体制づくりが必要である。

- 二次救急医療施設の負担軽減の為、在宅当番医制やかかりつけ医機能推進がポイント。

産科医師の確保、産科医療の集約化

- 総合保健医療協議会地域医療専門委員会に設置の周産期医療小委員会の中で、効率的な医療機能に基づく医療機関間の連携および助産師との連携の検討を行っている。
- 県小児科・産科地域医療確保方策検討会では、周産期医療を県内5つの地域に分けて集約化・重点化を図ること、地域周産期母子医療センターがない地域に設置が必要であるとの考え方が了承されている。
- 産科は、県立病院や大学附属病院に周産期センターが設置され、県全域をカバーして活動している。県医師会が県当局に働きかけ実現したものである。
- 県庁所在地を中心とした産婦人科施設（診療所・病院）において、病病・病診連携により妊娠分娩管理を円滑に行うことを目的に、産科セミオープンシステム（妊娠健診を基本的に診療所で行い、分娩を病院で行うシステム）がスタートしている。
- 周産期として小児科と連動した問題を抱えており、公立病院での産科停止など看護師の研修先にも事欠く事態になりつつあり、併せての対策が早急に求められている。
- 当面の対策としては、①周産期医療機関の連携（セミオープンシステム等）、②助産師の育成及び助産師による院内助産院の活用、③地域事情に即した周辺環境整備である。
- 中長期的な対策としては、①女性医師確保対策（院内保育所・代診医処遇改善・再就業支援）、②産科医師の処遇改善（給料・手当・住居など）、③指導者の余裕ある配置など教育環境整備、④産科医の養成を見据えた医学生や高校生の医療現場体験の実施、⑤無過失補償制度や医師不足の診療科の診療報酬改定等制度上の抜本的改善である。
- 地域特性を踏まえ、限られた医療資源を効率的に活用できるよう高度・専門的な医療機関と機能を再検討、医療機関の役割を明確に区別し、連携協力をはかる。
- 市産婦人科専門医会では休日在宅当番制を敷いている。また赤十字病院では、小児科開業医10名位が交代で出向いて、夜間の小児救急外来の診療に当たっている。
- 産科は地域分配拠点型システムで取り組んでおり、周産期死亡率は全国トップクラス。
- 現状では関係機関の役割分担と連携により特に支障なく機能しているが、近い将来には環境が厳しさを増すことが予想され、地域中核医療機関のマンパワーの拡充が必要である。
- 産科医師数が少なく面積が広い中で病院産科医が中核的な公的病院に集約化され、各地域の産科医療に適切に対応しているため、現状では、緊急に産科における集約化・重点化計画を策定する必要性には至らないが、将来まで安定的な産科医療体制を維持するためには、今後の各病院の連携及び役割分担を考えていく必要がある。
- 少ない産科医を二人以上体制の集約化で、お産ができない医療圏もある。県土が広く、交通手段としては車が中心となるので、隣の医療圏の基幹病院へ行くのに住民に苦痛を強いている。助産師外来、遠隔医療をすすめているが、昨今の産科医不足により集約化さえも構築がむずかしくなっている。訴訟の多さ、拘束時間が長く過重労働となっている病院産科医を志望する医学生の減少があり、抜本的な対策が待たれる。
- 一部の地域で医師不足による医療事故防止の観点から産婦人科医の集約化が行われた。集約

をされた地域住民の反対が激しく、病院が独自に産婦人科医を確保した。

- 50才台以上の医師が第一線を退いた後を担う体制づくりが急務。
- 産婦人科の医療はぎりぎりの医師数で医療をやっと維持している状況である。県立病院が中心になって、集約化はこれまで行われている。しかしながら地方においては産婦人科医の絶対数の確保が困難を極め、早急な産婦人科医師の養成が必要である。

小児科医師の確保、小児医療の集約化

- 小児科医師数が少なく面積が広い中で、4二次医療圏ともに、限られた数の病院小児科医が中核的な公的病院に実質的にほぼ集約化され、各地域の小児医療に適切に対応しており、現状では小児科における医療資源の集約化・重点化計画の策定は必要ないと考えられる。
- 小児科学会地方会を中心にプランを作成しているが、実施主体がないので進んでいない。行政の指導不足。
- 近年の小児科医不足により、徐々に休日・全夜間診療事業に参加する小児科病床を確保する医療機関が減少してきている。
- 広域基幹病院及び小児総合医療センターの整備構想があるが、医師会も関与して意見を反映させるよう努めている。
- 県医療審議会救急医療部会小児救急医療分科会（本会役員が委員として参加）による二次救急医療体制の集約化の提言を受けて、複数の地域において小児救急を含めた救急医療体制の整備に関する検討会が設置された。一部の地域で、小児二次救急医療体制の強化のため、各地域における拠点病院に小児科医師の集約化が図られている。
- 他の地域において、小児拠点病院や二次救急病院に隣接して小児夜間・休日応急診療所が移転、設置され、初期・二次機能の機能分化が図られている。
- 小児科は学会含めて集約化からER化を提起されているが、既に集約化されたところでは過剰集中・搬送通院長時間化・待ち時間拡大・担当医疲弊等の問題が起っており、適切なバランスと連携が問われている。県医師会も今期の重点諮問事項として、検討を続けている。
- 小児科は県地域医療協ギ会の中で医療機能の集約化、重点化について議論するワーキンググループをつくり検討を進めている。
- これまで県立病院が中心になり、救急などの地域医療を担ってきており、患者のたらい回しもなく充実している。その上、民間病院も救急に参入するようになり、益々救急医療の充実が図られるようになっており、小児医療の集約化は必要がないと判断している。
- 人口が少なく小児科医も少ない県で集約化を行えば、無医地区を増やす結果になる。道路の整備が遅れ東西に長い地形のため集約化を行えば過疎に歯止めがかからなくなる。実質的なマンパワーの衰退になる。

看護職員の確保全般

- 行政および看護協会と定例的に懇談会を開催して協議を行っており、地域医療専門委員会の看護対策小委員会においても議論している。

3. 初期救急医療、小児救急に対する問題意識

二次、三次の救急医療体制が機能するためには、小児救急を含め、休日・夜間の患者に対応する初期救急医療体制が重要である。アンケート結果から、専門医不足、医師の高齢化、女性医師の増加や不採算等に起因する医師の不足・偏在の影響は、初期救急医療にとっても深刻で課題となっていることが判明した。

他方で、患者の大病院志向が依然としてみられるとともに、患者・保護者に対する適切な受療行動の啓発を求める意見が出された。患者等の時間外受診の行動は、医師会が運営に関与する休日夜間急患センターなど初期救急医療においても、医師の疲弊を招いているとのことであった。

都道府県医師会による取組みとしては、開業医を対象とした小児の初期救急医療研修事業を実施している例があった。

初期救急医療、小児救急に対する問題意識（要約）

初期救急医療に対する問題意識

(1) 問題点

- 救急科専門医がほとんど居ず、救命救急センターも1ヶ所しか設置出来ない。各科の医師が各病院、診療所で初期救急医療を行っているが、現状の不備は明らかである。
- 救急医師の不足から救急外来閉鎖の方向に進むことを危惧する。
- 各医療圏に急病センターが設置され各地域医師会により運営されているが、昨今の医療制度改革により医師の疲へいが強くなり、数年の内に閉鎖される可能性が濃厚である。
- 医師不足が最大のネックであり、開業医の積極的参加が望まれるものの、開業医の高齢化、ビル診療など問題がある。
- 体制構築にあたり、人材の確保が困難、不採算部門ゆえの公的支援が不十分など最初のステップで大きな問題にはばまれている。
- 新臨床研修制度による医師の偏在、勤務医不足により、二次病院の救急医療体制は危機的状況にある。救急搬送件数が増加する中、二次救急の受け入れ先が見つからず、三次救急に送られる事例が増えており、二次救急の崩壊が危ぶまれている状況にある。
- 地区医師会に定点で週末の救急医療に取り組むように働きかけているが反応は弱い。時間外診療については、開業医が主体となって取り組むべきと考える。
- 患者、保護者の時間外受診に対する考え方を改革しなければならない。
- 大学附属病院をはじめ地域の中核病院に初期救急患者が集中している傾向があるが、患者の要望によるものであり、問題解決ができない状況にある。
- 住民が病状の軽重に関係なく二次救急病院に殺到し、勤務医が疲弊しているのが現状。休日・夜間急患診療所は、コンビニ化現象で困惑している。行政・メディアなどによる一般住民に対する啓発活動を望む。

(2) 主な対策

- 全県的な統一した体制整備は早急には難しく、各地域の実情に合せた体制作りに県医師会として積極的に関わっていくことになる。

- 各郡市医師会と密に連絡を取り合い、体制整備に努めるよう啓蒙している。
- 開業医・かかりつけ医の初期救急医療への関与(これまで以上の夜間・休日診療所への参画、夜間・休日及び往診等による在宅診療)が必要である。病院勤務医が開業するケースでも、開業医として一次救急にも参加してもらうことが必要。
- 郡市医師会協力の下、できるだけ地元の開業医が対応するようお願いしている。
- 拠点病院の休日の日勤帯を開業医が協力している。
- 勤務医の過重労働の大きな原因の一つと認識しており、各郡市地区医師会とも歩調をあわせ問題解決のため、一般開業医による救急診療所の立ち上げなどを検討している。
- 患者を診ることによって、どのような医療が必要かを判断するのが初期救急医療である。必要に応じて専門医療機関に紹介すれば、基幹病院への救急患者の集中を防ぐことができる。その為にも、三次救急医療機関は紹介患者を常に受け入れられる体制が必要である。
- 小児救急電話相談は、もっと広域で対応できるのではないか。
- 「開業医24時間制」や「総合医・人頭制」などの導入は、これまで形成されてきた歴史的経緯を無視し、逆回しにする暴論であり、「患者教育」も含めた対応こそ先決である。救急医療体制は平時の医療連携と切り離しては考えられない。
- 休日、夜間の救急医療への各医療機関の協力の徹底化を図り、医療情報システムのオンライン化によって消防機関が各医療機関の受け入れ態勢を把握しやすいようにしている。
- 県庁所在地では、医師会員、医師会立病院、大学病院の勤務医が連携して24時間応需体制が出来、うまく稼働している。しかし、郡部においては深刻な問題になりつつある。
- 県境の郡市区医師会では隣県の医師会との連携も模索中である。
- 県民に対して正しい初期救急・小児救急に対するガイドを準備して県下各市配布を予定。
- 適正な受診を促すため県民へのPRが必要。また、深夜(23時以降)は、自己負担を増加するなど、夜間の適正受診を図るべきではないか。

小児救急に対する問題意識

(1)問題点

- 小児輪番病院を病院群当番制で行っているが、病院医師の減少、高齢化などにより輪番制から脱落せざるを得ない病院が出てきており、残された他の病院の負担が増している。
- 小児急性疾患の多くは小児救急の対象として適切に対応されるべきだが、県庁所在地以外の専門医の偏在が著しく、地域格差故に医療へのアクセスし難い郡部が存在する。病院への集中・集約化では解決する問題ではない。
- 二次救急病院の小児科勤務医の減少が目立っている。山間部のマンパワー不足は小児科専門医への受診希望を叶えられないジレンマがある。
- 小児救急がかろうじて維持できているのは大学・県立病院のある圏域のみである。そこでも今後マンパワーは年々衰退していくことは年齢構成からしても明白。医療の崩壊は国の医療費抑制政策の当然の結果であり、なおその責任を現場に押しつけようとしている。
- 小児科二次救急医療機関への初期救急患者の集中によって、小児科医師をはじめとする現場に過重な負担が生じる。
- 地域病院の医師数の減少から特定の病院に患者が集中し、それらの病院に勤務する小児科医の疲弊を強めていると思われ、集約化が早急に必要である。

等に積極的に関与している。災害時医療救護協定を締結している。

- 県防災計画に関する医療救護体制づくり、並びに行政(県及び各市町村・地域)による総合防災訓練、県営空港での航空機事故救難訓練への参加など積極的な参画に務めている。
- 医師会に、本会役員、地区医師会代表、病院団体代表、保健医療協議会救急部会代表、救命救急センター代表、行政機関代表(府・市)、消防機関代表等で構成する「救急・災害医療部」を設置し、救急医療・災害医療対策の充実、強化に向けた協議、検討を行っている。
- 感染症・広域災害等への対応は、日常の行政との連携強化が鍵である。県当局との緊密な連携をもって、各種対応や研修・啓発機会の設定等を行ってきており、今後ともそれら拡充を図っていく方針である。

都道府県からの事業委託

- 県より継続受託している各種事業を通じて、救急医療体制の充実・強化を図る。
- 休日診療所運営(運営主体は郡市医師会)、(2)眼科・耳鼻咽喉科救急医療事業(在宅当番医制、または固定制)、(3)中毒情報提供事業(県救急医療中央情報センターにおいて実施)、(4)心肺蘇生法等講習会、救急医療医師研修の事業の受託、実施
- 県より補助金をもらってACLS、JPTEC研修会を開催している。最近では地域連携に関する協議会が開催され具体的計画の段階にきている。

問題点

- 「診療報酬引き下げ」「医療費適正化」など、医療制度改革の影響は救急医療の崩壊をもたらした。行政に積極的に働きかけても、具体策が出てこないのが現状である。
- 集約化・重点化について、医師確保のルートも予算もなく、またそれぞれの病院の経営母体が異なるので、一箇所の病院への小児科医の集約化に抵抗がある。地域の住民の抵抗も考えられ、それぞれの病院へ派遣している大学も異なる。行政の強権発揮しかない。
- 救急医療問題に対する行政側の関心度に地域差があり、行政との関わりの深い地域とそうでない地域がある。
- 小児救急については、行政はドラスティックな変革は痛みが大きいので望まないとしている。国の通達には従っていければ、あまり積極的な様子はみられず。
- 行政は医療現場をあまり知らず、分かりかけた頃には人事異動で白紙に戻ってしまう。やはり、医師会が専門団体として行政をリードしていく姿勢で臨まねば、現在の窮状の改善には結びつかない。
- 県医務国保課と危機管理課の担当部間と密接な連絡をはかっているが、救急救命士の教育・事後検証が十分とはいえない現状である。
- 行政に働きかけても、対応が来ているのは中央の医療圏のみ。他地域では、マンパワー不足、財源不足で全く対応出来ない。
- 急病センターの維持が危機的状況にあるが、危機意識の感じられない行政地区が多い。
- 療養病床の大幅な削減は、バックベッドを必要とする救急医療体制の崩壊も促進するものである。このような拙速・無謀な施策の押し付けに終始する政府・厚労省に対して、県当局の立場も踏まえつつ、県内・地域レベルで可能な方策について、定期・不定期の折衝を通して実現可能なものを積み上げていく必要がある。

5. 日本医師会に対する要望事項

日本医師会に対する要望事項について尋ねた結果、医師等の不足・偏在や医療財源確保等の医療政策全般に関して、国に対し、強く主張していくべきであるとの意見が多く出された。

また、救急災害医療についても、患者・保護者への啓発、財政措置の確保、ACLS研修等、日本医師会の活動に対する要望事項が示された。

後掲の要約では、(1) 国に対する日本医師会の主張、(2) 医療政策に関する意見、問題意識、(3) 救急医療体制、(4) 災害医療、(5) その他に分けて記載した。

日本医師会に対する要望事項（要約）

国に対する日本医師会の主張(医師等の不足・偏在、医療財源確保等)に関して

- 医師不足、診療所の偏在等の問題が深刻である当地域では、特に地方の医療機関の医師が日常診療で疲弊し、時間外の救急患者への対応に苦慮している。救急医療は不採算部門であり医療機関の経営を圧迫しているのが現状である。しかし、地域住民にとって重要な問題であり、その体制を確保・充実させるためにも診療報酬上の手厚い体系を要望する。
- 国に対して意見を述べ、政策誘導できる医師の代表である日本医師会には抜本的な問題に対し国に意見を具申して欲しい。医師数の絶対的な不足、低医療費、医療費抑制政策のため、地方の医療(都会でも)は崩壊しかかっている。安全で質の高い医療、どこでも誰でも医療を受けられる制度、これに低医療費の3点を同時に実現することはできない。日医総研のデータ分析を広く国民に知らしめ、マスコミを巻き込み医療制度を改革していかなければならない。
- 厚労省に対し、医師絶対数の大いなる不足に関する主張、救急医療に関する診療報酬の大巾な値上げ、全国的な視野での医師適正配置の検討を強く要求し、国民に対して救急医療の不備と共に従事する医師の自己犠牲的な働きの現状を具体的に大々的にアピール出来る方法を考えていただきたい。
- 我々は十分働いている。もっと働けと厚労省にいわせないでほしい。“開業医はもうけすぎ”を厚労省にいわせないでほしい。
- 日本医師会は国民の生命を守るための団体であり、決して自己保全の為ではなく、医療が聖域であるということを、声を大にして政府に訴える圧力団体であって欲しい。世界に類のない少子高齢化が進行している日本では、老人医療費は当然増大し、従って医療費全体が増大するのは当たり前で、この事実(医療費の自然増)と逆行するがごとき政府の医療費削減とそれに基づいた小手先の医療制度改革は、今や日本の医療を衰退させ、特に救急医療を含めた全ての地域医療が今や崩壊寸前の所にきているのは周知の事実である。
- 日本の国家予算 80 兆円(一般会計)の内 30 兆が医療費であり約 40%を占める。この考え方であれば世界の中でも高いパーセンテージを占めていると思われるが、日本には他の国にない特別会計(約 220 兆円)がある。日本の国家予算(原資)を一般会計プラス特別会計と考えれば、国家予算に占める医療費は10%である。この程度の医療費でも、世界的に最先端の医療を国民に提供できているのは、我々医療従事者の国民の生命を守るという使命感・倫理観に他ならない。しかし、我々の情熱や努力も限界にきている。国民の生命に直接関係する医療は聖域であると日医は全会員を束ねて強力に訴えてもらいたい。日本の医療(救急医療)が崩壊する前に。

- 本アンケート回答に掲げた諸問題について、対応や解決策についての情報を提供して欲しい。
- 当県では、現在のところは医師、看護師等の奉仕の精神により何とか対応してきているが、国の医療費抑制政策がこのまま続くようであれば、早晚、救急医療体制が崩壊することは明白であり、日医から国に対して状況をしっかりと説明し、国として必要な対策を取るよう要望されたい。
- 結局は、産科、小児科の医師数が足りない、若い医師に希望者があっても現場の過酷な労働をみるとなりたがらない。根本的に産科、小児科医師数を増やさなければ、集約化、拠点化は緊急避難的対策であり続かない。財源も含めて大きな視野で見直されたい。
- 臨床研修制度の再検討、医師の過重労働の改善、不要不急の救急外来受診をなくすための患者教育、国にも強く働きかけを。
- 各種のパブリックコメントが求められる以前の段階において、より迅速的確な対応を求める。記者会見で足りるものではなく、全国からの声を反映し具体化する中央での交渉力の一層の強化なくして、全国会員の信頼は得られない。いま一層の奮起を願うものである。
- 中央の情報を逐次地方にも提供願いたい。
- 医療費抑制政策の継続の為、先進国中イギリスにも抜かれ、最低の医療費となってしまった現状をもっとアピールすべきではないか。そうしなければ、いくら医学部入学生の定員を増やしても解決にはならない。
- 産婦人科や小児科や脳外科など地域で不足している医療の状況に応じた政策に対して、国の補助金の拡大などを図るとよい。たとえば地方における公設民営の産婦人科医院の設立や小児のかかりつけ医推進、園医の拡充による準夜帯の小児医療の集中を避ける政策など。
- 医師不足、看護師不足は、まさに国による誤った制度改革によるものである。地域の大学も、協力したくても協力できない状況である。国は医療費適正化の名のもとに意識的に地域医療を崩壊させている。日医はもっと国と対決してほしい。都道府県医師会の上の組織でなく、一般会員からなる組織に変貌して一般会員の声を吸い上げてもらいたい。
- 最近マスコミも中立的な立場で医療問題を取り上げた記事が見られるようになったが、一般国民の医療への不満度は大きい。その原因を分析し、満足度が高まる様、PR活動をして欲しい。

医療政策に関する意見、問題意識

- 医療費が安く医療機関が経営上常勤医を十分に雇えない為、常勤医が疲弊し、アルバイトの医師は医療事故の問題もあり、自身の専門分野以外の患者を診ない傾向が続き、救急医療を含めて日本の医療が危機に陥っている。医療費を引き上げる以外、現状を解決する道はない。
- 新臨床研修制度による大学の医師派遣体制の崩壊、また、現在の高度化した、複雑化した医療にあわせた医師養成、医師配置体制を根本的に構築しなければならない。
- 新医師研修制度の見直し。医師の都会指向は強く、地方大学、病院勤務医師不足は地域医療荒廃を惹起している。この救済策を考えるときである。
- 医師の養成増にもっと積極的にならなければならない。2. 勤務医部会の委員の認識が甘い。
- 医療機能の集約化・重点化は、あくまで緊急避難的処置である。病院勤務医の疲弊を解消し、地域医療が崩壊しない為には、医療費を増やして、病院勤務医の人数を増やすことで、一人一人の勤務時間を減らすことである。

救急医療体制に関して

- 昨今、救急当番医療機関にコンビニ感覚(時間帯を問わず自己都合等)で受診する軽症患者が

増加し、かつ専門的な治療を希望するなど、本来の目的である救急当番医療体制に支障を来していることが問題となっている。当会では普及啓発ポスターを作成し、住民への正しい理解を求めているが、日医としても、テレビCM等を通じて普及啓発活動を展開していただきたい。

- ドクターヘリに関し日医の態度が見えない。積極的に支援するならそれなりの具体的方針を出すべきであり、各県任せとか行政任せではいけないと考える。
- 救急医療体制の整備には多額の費用がかかる。少しでも多くの予算を組んで、財政支援していただきたい。
- 診療所や私的病院における1次及び2次救急は不採算部門になっている。助成金または診療報酬面での配慮をお願いしたい。
- 開業医を中核病院に集約して準夜帯などの救急医療を行うことは小児の1次救急の様に90%以上の方が緊急性のない場合はともかく、一般救急蘇生を行うのは非常に問題がある。
- メディカルコントロール協議会等においては消防庁との十分な連携が必要であると考え、綿密な協議等をお願いしたい。
- 平成20年より始まる地域における救急医療連携体制の計画作成が県主導となる傾向にあり、問題があると感じている。中核病院へすべて一局集中して、あとはそれに協力するようという意図が感じられる。日医は厚労省に地域の医療機関が主体性を持って参画できるよう、注意を喚起していただきたい。
- 各県の実情を把握し、周知されたい。それにより種々の問題点の分析、解決の一助としたい。また、救急医療研修会の講師リストを作成し、推薦に便宜を図っていただきたい。
- 小児電話相談事業は中央で、国に行なってもらいたい。地域の医療機関の紹介はそれぞれの県・救急医療情報センターで紹介出来る。
- メディカルコントロール体制の維持に関する経費は多くの県で無料である。交付金があっても他に使われて、県市は財源がないとの事。国に対して補助金(使用目的が決まった)として出す様に要望してもらいたい。
- 救急医療が医療の原点であることを踏まえて、診療報酬が十分となるように交渉して頂きたい。
- 日本医師会では、日本医師会ACLS(二次救命処置)研修要綱を定め、研修会の指定、修了証発行等を実施しているが、最前線医師のためのBLS等一次救命処置についての要綱を策定する予定はないのか。ガイドライン2005への対応、各種研修会の指定・修了証の発行等についての指針が必要なのでは。

災害医療体制に関して

- 災害医療に対する取り組みとリーダーシップを期待する。

その他の要望事項

- 日医の委員会に地方から出席するのは大変なので、TV会議での運営を検討願いたい。

IV. 調查票

(地Ⅰ 19)

平成 19 年 4 月 19 日

都道府県医師会

担 当 理 事 殿

日本医師会常任理事

石 井 正 三

医師会と救急医療に関する調査について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、地域の救急医療体制の充実、かかりつけ医機能を推進し、地域医療の機能分化と連携を図る上で、不可欠の課題であります。また、それは、地域や診療分野等における医師不足問題の解消策として、重要な地位を占めております。

とりわけ、地域の医師会が救急医療に果たす役割は極めて大きいことは言うまでもありません。

今般、本会では、地域医師会による救急医療への関わりに着眼し、その実態を把握し、さらなる充実を図るための貴重な資料とすることを目的として、都道府県医師会および郡市区医師会を対象として、別添の調査を実施することといたしました。

つきましては、ご多忙の折たいへん申し訳ありませんが、本調査にご協力を賜りますようお願い申し上げます。

なお、誠に恐縮ですが、貴会及び貴会管下郡市区医師会でご回答いただいた調査票は、貴会で一括して5月18日（金）までにご回答いただきますようよろしくお願いいたします。

【A】都道府県医師会

医師会

(ご担当者: _____)

書ききれない場合は、別の用紙を使用してもかまいません。

1. 都道府県医師会による救急医療体制の実施・関与の状況

貴会が取り組んでおられる、救急医療体制の実施・関与の状況についてお教えください。

① 2次救急医療体制に関して

--

② 3次救急医療体制に関して

--

③ 遠隔診療、画像診断などに関して

--

④ ドクターヘリ、ドクターカー事業に関して

--

⑤ メディカル・コントロール体制に関して

--

⑥ 小児救急などの電話相談事業に関して

⑦ ACLS (二次救命処置)、AED等の普及啓発に関して

2. 集約化、医師・看護師等の確保

平成17年12月に、小児科・産科の医療機能の集約化・重点化が打ち出され、現在、各都道府県においてその検討・実施が行われているところです。

貴地域でのこれらの集約化・重点化の動きや影響などについて、ご意見をお書きください。

3. 初期救急医療、小児救急に対する問題意識

4. 行政との関わり

5. 日本医師会に対する要望事項

郡市区医師会長 殿

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

貴会におかれましては、平素より、本会の活動につきご理解とご協力をいただき、ありがとうございます。

さて、かかりつけ医機能を推進し、地域医療の機能分化と連携を図る上で、救急医療、特に初期救急医療の充実は不可欠の課題です。

とりわけ、地域の医師会が救急医療に果たす役割は極めて大きく、今般、本会では地域医師会による救急医療への関わりに着眼してその実態を把握し、さらなる充実を図るため、「医師会と救急医療に関する調査」を実施させていただくことといたしました。調査方法といたしましては、都道府県医師会より調査票が送付され、郡市区医師会において回答をご記入の上、都道府県医師会に返送するというものです。

つきましては、会務ご多忙の折誠に恐縮ではございますが、ご協力のほどを賜りますようお願い申し上げます。

敬具

平成 19 年 4 月

日本医師会常任理事

石 井 正 三

【B】郡市区医師会

_____ 医師会 (ご担当者: _____)

1. 郡市区医師会による初期救急医療体制の実施・関与の状況

(1) 休日夜間急患センター

① 貴会管下地域には、休日夜間急患センターがありますか。該当する選択肢を選び、ご記入ください。

また、センターがある場合には、そのセンターがカバーしている地域も教えてください。

※「休日夜間急患センター」とは、休日や夜間の初期救急医療を担う施設の総称で、「〇〇急病診療所」、「□□急患センター」というような名称の場合もあります。

- a. ある。全地域をカバーしている。 → 質問②へ
- b. ある。一部の地域をカバーしている → 質問②へ
(地域: _____)
- c. ある。隣接の地域と共同で設置している → 質問②へ
- d. ない
- e. その他 (_____)

② 休日夜間急患センターについて、該当するものに、それぞれ〇印をしてください。

※ 休日夜間急患センターが複数ある場合は、たいへん申し訳ありませんが、本票をコピーしてご記入ください。

休日夜間急患センター名	質 問	該当するものに〇印
ア 設置形態	a. 市区町村、又は、第三セクターが管理運営、医師会は何らかの形で協力	
	b. 市区町村、又は、第三セクターが管理運営、医師会は特に関与していない	
	c. 郡市区医師会又は管下地区医師会が設置、管理運営	
	d. 地域の病院内にセンターを設置、医師会が管理運営	
	e. 地域の病院内にセンターを設置、その病院や医師会以外の団体が管理運営	
	f. その他 (_____)	
イ 診療時間帯 (複数回答可)	a. 平日の18時ごろ～23時ごろ	
	b. 平日の23時ごろ～翌朝8時ごろ	
	c. 休日の8時ごろ～13時ごろ	
	d. 休日の13時ごろ～18時ごろ	
	e. 休日の18時ごろ～23時ごろ	
	f. 休日の23時ごろ～翌朝8時ごろ	
	g. 不明	
ウ 診療科 (複数回答可) ※小児科がない場合、下の間にもお答えください↓	a. 内科	
	b. 小児科	
	c. 外科	
	d. 眼科	
	e. 耳鼻いんこう科	
	f. 産婦人科	
	g. その他 (_____)	
エ 小児の患者には、どのように対応していますか(軽症の場合)	a. 小児科以外の診療科で対応	
	b. 休日夜間診療を実施している小児科医療機関へ転送	
	c. その他 (_____)	

※ 書ききれない場合は、別の用紙を使用してもかまいません。

(2) 在宅当番医制

① 貴会では、在宅当番医制を実施していますか。該当する選択肢を選び、回答票にご記入ください。

- a. 貴会管下の全地域で実施 → 質問②へ
- b. 貴会管下の一部地域で実施 → 質問②へ
- c. 隣接の医師会と共同で実施 → 質問②へ
- d. 実施していない

② 在宅当番医制に参加している全ての診療所の数とその内の小児科診療所の数を、回答票にご記入ください。

	診療所数
ア 参加している診療所全体	
イ 参加診療所の内、小児科単科、または小児科を主たる診療科としている診療所	

(3) 医療連携

主に診療所について、通常の診療時間後、患者の急病発症、急性増悪や緊急の相談等に対応するため、貴会では、どのような取組みを実施していますか。(複数回答可)

また、よろしければ、その取組みの資料(パンフレット等)をお送りいただければ幸いです。

- a. 休日夜間急患センターの運営等を実施している。
- b. 複数の医師会員・医療機関による連携システムを構築している。
- c. 電話相談事業を実施している。
- d. 会員に、通常の診療時間後においても急病等への処置や相談を実施するよう働きかけている。
- e. 特段の取組みは実施していない。
- f. その他 ()

(4) 新規会員への対応

貴会では、新規会員(特に開業医)に対し、初期救急医療事業への参加要請など、どのような取組みをされていますか。

--

2. 集約化、医師・看護師等の確保

平成17年12月に、小児科・産科の医療機能の集約化・重点化が打ち出され、現在、各都道府県においてその検討・実施が行われているところです。

貴地域でのこれらの集約化・重点化の動きや影響などについて、ご意見をお書きください。

--

3. 住民・患者に対する啓発活動

貴会で取り組まれている、住民・患者に対する救急医療関係の啓発活動について、ご教示ください。

(1) 救急蘇生法の普及など

(2) かかりつけ医機能の啓発、医療連携の啓発など

(3) その他

4. 問題意識、日本医師会に対する要望事項

(1) 初期救急医療、小児救急医療等において、問題と認識していることを、下の空欄にご記入ください。

(2) 救急医療体制のあり方について、国又は日医に対するご意見・ご要望がありましたら、下の空欄にご記入ください。

ご協力いただき、ありがとうございました。