

福島医発第737号(地)
平成20年 6月20日

各医師会長 殿



福島県医師会
会長 横倉 義武
(公印省略)

自民党「救急医療と搬送に関するプロジェクトチーム」提言について

今般、自由民主政策調査会社会保障制度調査会「救急医療と搬送に関するプロジェクトチーム」(主査:石崎岳衆議院議員、副主査:西島英利参議院議員、北川知克衆議院議員)により、提言「救急医療と搬送に関する課題と対策について」が取りまとめられた旨、日本医師会より別紙のとおり通知がありました。

本プロジェクトチームにつきましては、本年4月8日、日本医師会常任理事の石井先生が「『救急医療と搬送』問題について ～日本医師会「救急災害医療対策委員会」を基に」と題してヒアリングに出席された経緯があります。

その際、日本型「ER」の導入、コーディネイター機能の導入、メディカルコントロールの充実、国による医療費の抑制や三位一体改革等による影響、救急医療に関する予算・財源の確保、救急患者の後方病床の確保、初期・二次・三次救急医療の充実等をはじめとする様々な意見を主張いたしました。それらは本提言にも盛り込まれております。

また提言では、「救急医療基本法(仮称)」による法的整備が挙げられておりますが、今後も、日本医師会「救急災害医療対策委員会」における検討を基に、救急医療・搬送に関する諸問題に対処していただける予定です。

つきましては、貴会におかれましても、本提言についてご了解いただきますようよろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

救急医療担当理事 島田昇二郎
会長 丸山 泉



(地I47)

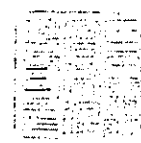
平成20年6月12日

都道府県医師会

担 当 理 事 殿

日本医師会常任理事

石 井 正



自民党「救急医療と搬送に関するプロジェクトチーム」提言について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて今般、自由民主政策調査会社会保障制度調査会「救急医療と搬送に関するプロジェクトチーム」(主査：石崎岳衆議院議員、副主査：西島英利参議院議員、北川知克衆議院議員)により、提言「救急医療と搬送に関する課題と対策について」が取りまとめられました。

本プロジェクトチームにつきましては、本年4月8日、小職が『「救急医療と搬送」問題について ～日本医師会「救急災害医療対策委員会」を基に』と題してヒアリングに出席した経緯があります。

その際、日本型「ER」の導入、コーディネイター機能の導入、メディカルコントロールの充実、国による医療費の抑制や三位一体改革等による影響、救急医療に関する予算・財源の確保、救急患者の後方病床の確保、初期・二次・三次救急医療の充実等をはじめとする様々な意見を主張いたしましたが、それらは本提言にも盛り込まれております。

また提言では、「救急医療基本法(仮称)」による法的整備が挙げておりますが、今後も、本会「救急災害医療対策委員会」における検討を基に、救急医療・搬送に関する諸問題に対処してまいりたいと存じます。

つきましては、貴会におかれましても、本提言についてご丁知いただきますようよろしくお願い申し上げます。



平成20年6月4日

日本医師会
会長 唐澤祥人 殿

自由民主党政務調査会
社会保障制度調査会
救急医療と搬送に関するプロジェクトチーム
主 査 石 崎 岳

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃よりご支援いただきありがとうございます。

先日は、当PTIに常務理事の石井先生にご出席いただき貴重なご意見頂戴しありがとうございました。

このたび、ご意見を参考に「救急医療と搬送に関するプロジェクトチーム」で提言をまとめましたのでご送付いたします。

今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

救急医療と搬送に関する課題と対策について（提言）

～信頼と協力に基づく救急医療の再構築を目指して～

昨年8月に奈良県において発生した妊婦救急搬送の事案をはじめ、救急搬送の受け入れに時間を要した事案の報道が相次ぎ、大きな社会不安となっている。党としても、このような事態を深刻に受け止め、本年2月、大阪府に調査団を派遣し、現場関係者の声を聞くとともに、本P Tにおいても、関係団体等からのヒアリングを行い、課題の抽出と対策の検討を行ってきた。

その過程で、救急医療に対する需要の増大や多様化といった患者側の要因とともに、需要に見合う受入体制の確保の難しさなど医療提供側の課題も浮かび上がった。この間、政府においても、様々な措置を講じており、特にこの4月以降は予算や診療報酬の面で充実を図っているところであるが、医療にとっての原点とも言える救急医療の確保に向けて、なお一層の取組が必要である。

本P Tにおいては、これまでの政府の措置、取組を踏まえつつ、今後早急に取り組むべき諸対策を提言するものである。

I. 課題

1. 救急搬送の受け入れを巡る直接的な課題

（1）救急医療を巡る状況の変化

救急利用の増大・多様化

少子高齢化の進展、住民の意識の変化及び核家族化等の社会情勢の変化に伴い、救急利用が増大・多様化している。救急搬送人員は、この10年間で50%以上増加しており、特に、高齢者を中心とした軽症・中等症患者の増加が著しい。また、救急車の不適切な利用と見られるケースもある。このため、真に緊急性のある傷病者への対応に支障が生じている。

なお、患者にとって真に必要な救急医療と、「モンスターペイシェンツ」という言葉に象徴されるように患者の要求によって増大している部分とを区別すべきである。

（2）搬送その他

①多数の搬送先候補の存在とその選択の困難さ

救急搬送において、受入先医療機関の決定までに時間を要する事案が増加しており、119番通報から病院収容に至るまでの時間の

遅延に影響している。

さらに、都市部を中心に受入先候補となる医療機関が多数存在する中で、救急隊と複数の医療機関の間で詳細な情報のやりとりを通じ、患者の病状に応じた適切な医療をマッチングさせていく過程で、必然的に時間・手間を要する。しかも、このような過程を表層的に捉え、いわゆる「たらい回し」や「受入拒否」といった表現で医療機関が批判される傾向にある。

② 医療体制と救急搬送体制との連携

地域の実情により、長距離の救急搬送をやむを得ず行わなければならない場合がある。また、県境を越えて救急搬送を行わなければならない場合がある。

(3) 医療機関側の受入れ

受入能力の限界等

総務省消防庁の調査によると、救急搬送患者の受入れに至らなかった主な理由として、「処置困難」、「ベッド満床」、「手術中・患者対応中」、「専門外」が挙げられている。また、前述の救急車の不適切利用のような患者の受療行動もある。

その他、病院勤務医を中心とする過酷な勤務環境、勤務状況に見合った報酬となっていないことへの不満、患者（泥酔、薬物、精神科的症状の合併等）とのトラブル等といった問題も挙げられる。

2. 救急医療を取り巻く背景

① 救急医療のコスト

救急医療自体は、基本的に採算のとりづらい分野であるが、公的な救急搬送が無料である等の事情から、サービスと負担（コスト）の関係が認識されづらい。

軽度を中心に救急利用は増大しており、それを受け入れる提供側もそうした救急医療自体では経営が成り立ちづらいという根本的なジレンマを抱えている。

② 国による医療費の抑制等

我が国の医療費の対GDP比率は、OECD諸国の中でも低い方であるものの、高い医療水準を維持している。しかしながら、救急利用の増大・多様化、医学部定員の削減、診療報酬の引き下げ等もあって、地域の医療体制の確保に支障が生じている。

③三位一体改革等による影響

現在、初期救急医療や二次救急医療に要する財源については、体制整備に対する国からの補助金が一般財源化又は税源移譲され、地方の自主財源として地方自治体の裁量に委ねられている。このため、地域によっては医療への配分額が小さい場合もある。

II. 対策

1. 救急医療体制の再構築

(1) 救急医療に対するニーズの変化への対応 ～患者の不安解消と救急医療への理解の促進～

①啓発活動

救急医療体制が効果的に機能していくためには、医療側と搬送側はもとより、国民・患者を巻き込んで、信頼・協力関係を築くことが重要である。

そのためにも、国民世論に対し、広報活動やシンポジウム等の機会を通じ、救急車の適正利用、独り暮らしの高齢者等を地域ぐるみでサポートすることの重要性、妊婦健診も含めた健康管理の必要性、そもそも救急医療には相当のコストがかかること、最も適切な医療機関で受け入れてもらうためには相当の時間と手間を要する場合があること等について訴える。

また、このような啓発活動も含めた救急医療体制の整備に対する地方自治体による積極的な取組を促す。

②電話相談事業の推進

緊急時における患者等の不安を解消するため、現行の「小児救急電話相談事業（＃８０００）」について現状を評価し、全国的な質の向上を図るとともに、その対象を、高齢者を含む成人に広げることについても検討する。

(2) 救急医療と搬送の連携 ～搬送から受入までの円滑な流れの構築～

①救急医療情報システムの充実・改善

現行の救急医療情報システムは、特に、搬送先の候補となる医療機関が多数存在する都市部において有用であり、こうした地域を中心に、関係者間の連携を進めるとともに、受入可否に係る情報等の随時更新に必要なシステム改修を進めていく。

②救急患者受入コーディネーターの配置

救急隊による受入先医療機関の選定に相当の時間を要する事例について、地域の実情に精通した救急医を医療機関に配置するなどして、関係医療機関との調整等を行う。

③医療と搬送の連携

医療側と搬送側の双方が定期的に意見交換を行う等によって緊密な信頼・協力関係を築くことが重要である。

また、長距離の救急搬送をできる限り少なくするため、医療計画に基づき、救急医療圏を適正に設定した上で、圏域内で搬送が完結できるよう連携を図る。

さらに、県境を越える患者の救急搬送についても円滑に対応できるよう、都道府県間の連携を進めるとともに、救急医療情報システムの拡充及び活用の推進を図る。

④メディカルコントロール（MC）体制の全国的な質の向上

医療圏ごとにおける搬送と医療の連携の充実に加え、県境を越える搬送に関する課題等について、全国の関係者による意見交換等により、連携の強化を図る。

（注）メディカルコントロール（MC）体制・・・救急救命士による特定行為を中心とする活動等について医師が指示・指導・助言及び検証することにより病院前救護の質を保障する体制

（３）医療機関側の受入体制の確保

～スムーズな患者受入に向けての救急医療体制の再構築～

①院内トリアージの検討

来院する多数の救急患者に対し、専門的な訓練を受けた医療従事者が、病状に応じた適切な医療を効率よく提供するシステムについて検討する。

（注）トリアージ・・・患者に最も適した診療を行うため、その重症度、緊急性等によって患者を区分すること。

②日本型ERの検討

我が国では、一次から三次まで、提供できる医療内容に応じて救

急医療機関が機能分化している。これらの機能を一つの医療機関で併せ持つ形態として、米国のER方式がある。我が国においても、救急以外の部門を含む医療機関全体の理解・協力を得て、このER方式を導入することが可能かどうかについて検討する。

(注) ER・・・Emergency Room の略。本邦では明確な定義は無いが、症状の内容、重症度によらず全ての救急患者を受け入れ、初期診療の上、患者の状態に応じて専門の各診療科に引き継ぐといった医療機関全体の理解・協力に基づく体制。

③救急医療機関の拠点化（集約化・重点化）

地域において、第二次救急医療機関を中心に個々の医療機関の役割分担を見直した上で、拠点となる医療機関を定め、必要に応じて救急医療の専門家を幅広く集め、救急医療に対する様々なニーズに対応できるようにするとともに、拠点医療機関への患者の過度な集中を防ぐよう、同じ地域における他の医療機関とのネットワークを構築することにより、地域全体で救急患者を受け入れる体制を確保する。

(注) ネットワーク・・・ここでは、急性期を脱した患者を当該拠点医療機関から地域の他の医療機関に転送することや、診療科ごとに輪番体制を敷くこと等によって地域全体において受入体制を確保することを指す。

④救急患者の転床等の推進

救急医療機関における「ベッド満床」という事態を解消するため、施設内の病床の融通や地域連携によって、急性期を脱した患者を、地域全体において「後方病床」で受け入れる体制を確保できるよう検討する。

(注) 後方病床・・・急性期を脱した患者を受け入れ、継続して医療を提供する院内又は院外の病床。

⑤救急医療を担う人材の育成

救急医療に対する国民の要求水準の高まりを踏まえ、様々な分野に精通した高度な救急医療を提供できる医師を育成するため、例えば、「救急医療トレーニングセンター（仮称）」の指定等により、高度かつ最先端の救急医療について研鑽を積めるような仕組みづくりを検討する。

⑥画像診断等に関する後方支援の推進

地域に専門医がいない場合でも、緊急時には、可能な限り最先端の知見に基づく診療が受けられるよう、ITネットワークを活用することにより、CT・MRIの画像診断や心電図の評価等について、遠隔地の専門医による助言を受けつつ、地域の医師が診断・治療を迅速に実施できる体制づくりを推進する。併せて、画像診断等に係る責任の所在や財源の確保に関しても検討する。

⑦救急医療情報の迅速性・正確性の確保と知見の集積

救急医療においては、適切な診療により、「避けられる死」や「避けられる後遺障害」を防ぐことが重要である。そのためにも、傷病者の搬送照会を迅速かつ適切に行うことが必要であり、救急現場の画像情報、患者の健康情報、救急医療機関における医師の従事状況等を関係者間で共有できるよう、情報の一元化の技術開発について研究する。

また、今後の対策に活かせるよう、救急搬送の実態（具体的な傷病名、医療機関が受け入れられないとする具体的な理由、医療機関における診療内容、予後等）を把握するための詳細な調査・分析を行う。

⑧医療機関における様々な背景の患者への対応

様々な背景の患者に対応し、トラブルの緩和等を含めて診療の円滑化を図るため、例えば「患者相談員（仮称）」の配置を検討する。

2. その他救急医療を取り巻く環境の整備 ～救急医療体制の底上げ～

①法整備

以上の諸対策について、必要に応じ、法的整備（「救急医療基本法（仮称）」）を行う。

②救急医療に関する予算の確保

救急医療自体では基本的に採算のとりづらい分野である。こうしたことを踏まえ、道路特定財源の一般財源化による活用も含めて、引き続き、救急医療体制の確保に必要な予算を十分に確保するとともに、診療報酬の面でも救急医療について、一層の充実を図る。

(注) 3月27日の福田首相による道路特定財源の見直しに関する緊急記者会見の中で、一般財源化の活用先の一つとして「救急医療体制の整備」が挙げられている。

③地域における財源の確保

地方自治体において、第二次救急医療機関をはじめ救急医療に対して、適切に財源配分を行うよう求める。また、国においても必要な財政支援を行う。

④医師等の確保

昨年5月に政府・与党においてとりまとめられた「緊急医師確保対策」を踏まえ、引き続き、その推進を図る。また、看護師についても、養成力の確保、離職の防止、再就業の支援等の確保対策を総合的に進める。

併せて、救急医療に従事する勤務医の労働実態を分析し、その結果を踏まえて、交替制勤務の導入や医師に対する適正な報酬等勤務環境の改善策を検討する。検討された改善策は、まず公的な病院において率先して進める。

⑤医師臨床研修の充実

救急医療に関する研修の実施状況等を踏まえて、その充実を図る。

⑥ドクターヘリの配備促進

昨年6月に成立した「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」に基づき、引き続き、ドクターヘリの全国的な配備を進めるとともに、その利活用の促進を図る。



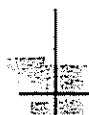
「救急医療と搬送」問題について

日本医師会「救急災害医療対策委員会」を基に

日本医師会常任理事
石井正三

於 自由民主党政務調査会社会保障制度調査会
救急医療と搬送に関するプロジェクトチーム
(平成20年4月8日)

1



日本医師会の提言

- 日本型「ER」の導入
- コーディネイター機能の導入
- メディカルコントロールの充実

2

日本型「ER」の導入検討

～日本医師会「グランドデザイン2007各論」より

- ER(Emergency Room, 救急救命室)
 - 特定の施設でいったん全ての患者を受け入れ、患者の振り分け機能を果たしつつ、適切な医療を提供していくというシステムの導入を日本においても、検討する時期
- 日本型「ER」導入に当たっての課題
 - 受入れる救急患者に対し、責任を持って診療できる体制
 - 医師・看護師等の確保
 - 診療領域ごとに体系化されたバックアップ体制
 - 緊急検査やCT・MRIへの対応能力
 - 災害医療の中核となることを念頭に置いた体制整備
 - 救命救急センター併設のみではなく、初期・二次での機能分担も検討

3

コーディネーター機能の導入

- 救急患者の振り分け
 - 患者の重症度や脳卒中等の専門特化した疾病に対応して振り分け
 - 地域内のネットワーク
 - 地域全体の救急医療機関、多様な診療科間(産科や精神科含む)をつなぐ
 - 地域間のネットワーク
 - その地域だけでは対応できないケースへの対応
- ※ 厚生労働省において予算化



専門医が担うコーディネーター機能を、地域のシステムとするためには、医療提供者を代表し、近隣地域とのネットワークを持つ都道府県・郡市区医師会の役割が重要

4

メディカルコントロール(MC)

1. 医師によるプレホスピタルケア

- ドクターヘリ・消防防災ヘリ・自衛隊ヘリ
- ドクターカー(都市型システム:船橋市など)

2. 救急救命士に対するMC

- オンライン:医師の指示
- オフライン:プロトコル、事後検証

3. MCの全国的な質の向上

- 全国MC協議会連絡会:消防庁主催、日医・厚労省共催

5

「たらい回し」、「診療拒否」という表現について

- 「たらい回し」、「診療拒否」という表現は、改めるべき。
- 救急患者を受け入れたくとも、医師不足などにより、受け入れられない現状。
- 個々の医療機関や医師に、必ずしも非があるわけではない。
- 消防庁調査報告では「受入れに至らなかった」と表現。

- 搬送照会の回数が少ないことは必ずしも良いとは限らない。照会回数のみで判断することは、かえって患者に不利益を与えかねない。
- 現在の救急患者の疾病は多様で、救急業務も高度化、複雑化。適正なマッチングの観点からも詳細な検証を加えていく必要がある。
- メディアは、結果的に死亡した事例(既に心肺停止のものを含む。)をあげづらい、医療機関が悪いかのようなセンセーショナルな報道を行っている。
- 現在の搬送問題は、医療費抑制策を根本要因としたシステム上の問題。

6

救急医療

～日本医師会の主な取り組み

1. 今回の診療報酬のアップ分を、救急医をはじめとする勤務医のために使うよう要請
2. 医師に対する生涯教育の推進
3. 一般市民に対する心肺蘇生法の普及活動
4. 管轄外・広域搬送を含め、病院前救護体制の全国的な質の向上のため、「全国メディカルコントロール協議会連絡会」に共催者として開催
5. 国の補助金の増強を目指し、要望活動を実施
6. 国の医療財源確保のため、政府・与党に主張、国民に働きかけ

7

地域医師会（都道府県・郡市区） の取り組み

- 都道府県医師会
 - 地域の救急医療体制、搬送体制への参画
 - 行政、医療関係団体等との連携
 - 救命処置(ACLS)に関する研修、非小児科医に対する小児の初期救急医療研修の実施
 - 電話相談など、様々な事業の実施
- 郡市区医師会
 - 在宅当番医制の運営
 - 休日夜間急患センターの運営
 - 地域の拠点病院に医師会急患センターを設置し、会員が出務など

8

救急医療と搬送の課題

日本医師会「救急災害医療対策委員会」より

- 医療現場の負担拡大
 - 医師の偏在・不足による「救急医療対応能力」の低下
 - 医師の偏在・不足や自治体財政の悪化は、救急医療・搬送体制の整備やドクターヘリ導入などにも影響
- 医療機能の集約化
 - 「分散」の考え方が同時に必要
 - 救命処置を終えた患者を、身近なところで受け入れるため、地域全体に後方医療機関を整備することが必要
 - 国公立病院等の再編統合も、搬送距離の長大化、搬送時間の延長に影響
 - 医師・看護職員等の偏在・不足を助長するおそれも

9

救急医療現場の負担拡大

- 根本原因は、国の医療費抑制策
 1. 必要な医療財源が確保されない一方、在院日数の短縮策などが進められ、急性期の医療現場が疲弊
 2. 医療職の需給悪化も進行
 3. 救急医療からの医療機関の撤退、医師・看護職員の立ち去りが発生
 4. 医師・看護職員の偏在・不足の悪化
- その他の原因としては、新医師臨床研修の導入、事務作業の増大、医療事故の警察介入と刑事訴追 等

10

救急医療現場の負担拡大

■ 主な対策として

- 診療行為に関連した死因究明制度の創設
- 無過失補償制度の確立
- 医師の交代勤務制の導入・確立
- ドクターバンク、女性医師バンクの充実・拡大
- ドクターヘリの充実・拡大
- 就労環境の改善(託児所、フレキシブル勤務など)
- 現行法の下でのコメディカルや医療秘書等との役割分担
- 医学部の定員増、地域枠・奨学金拡大
- 医療職の需給推計の見直し
- 臨床研修の年限・マッチング方式等の見直し
- 必要な医療財源の確保

11

救急医療現場の負担拡大

■ 財政優先の医療政策によって

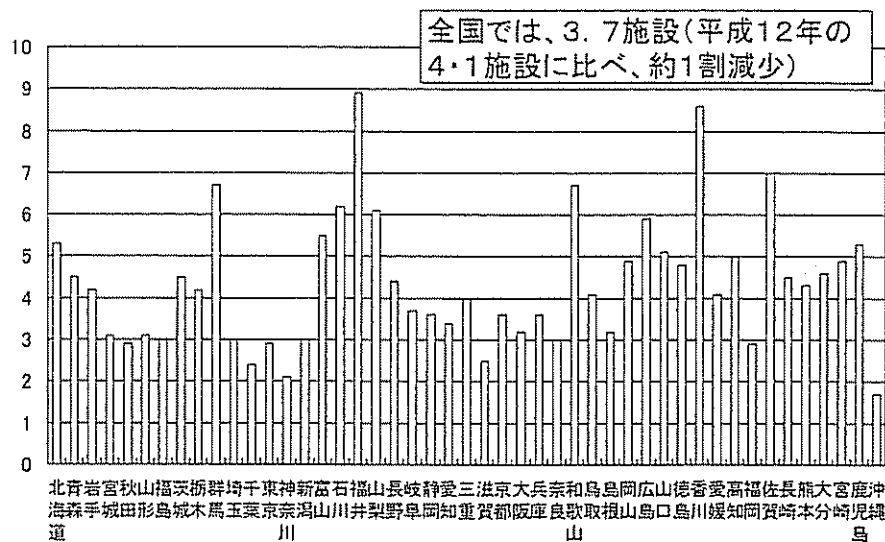
- 医業経営の圧迫、医師・看護職員等の確保困難
- 診療報酬による政策誘導(看護配置7:1など)により、看護職員の確保困難が拡大
- 平均在院日数の短縮も、急性期医療の現場で負担増

■ 救急医療における国庫補助金改革

- 救急医療体制は、政策医療として国庫補助で整備されてきた
- 初期、二次、三次(公的)の国庫補助金の一般財源化や、いわゆる「三位一体の改革」(国庫補助金廃止、税源移譲、地方交付税交付金改革)は、自治体間の財政力格差を生み、結果として救急医療サービスに影響するおそれ

12

人口10万当りの救急医療機関数(病院・診療所)



総務省消防庁「平成18年版救急・救助の現況」

13

救急医療体制の課題

- **初期:** 軽症患者対応
 - 休日や夜間の外来患者の受け入れ
- **二次:** 入院治療が必要な救急患者に対応
 - 地域の一般病院が担ってきたが、医療費抑制策や医師・看護職員不足が影響し、二次救急医療から撤退
 - 宿日直勤務に関する規制の見直し・強化
- **三次:** 救急医療の「最後の砦」
 - 勤務医の疲弊、看護職員の確保困難
 - 救命処置後の患者を受け入れる後方ベッドの確保困難
 - 患者・保護者と医師の「大病院志向」、「専門医志向」
 - 救急医療のコンビニ化

14

救急医療体制の今後

■ 初期

- かかりつけ医機能の充実
- 休日夜間急患センター等の充実
- (小児)電話相談の充実

■ 二次

- 三次救急への患者集中に対し、二次救急の充実は不可欠
- 脳卒中等の専門医療での分担

■ 三次

- 救命救急センターの評価の見直し

-
- 日本型「ER」の導入検討
 - コーディネイター機能の確立
 - 地域ネットワークの整備

15

救急医療の集約化

- 医療機能の集約化は、選択肢の一つ。

救急医療機能の集約化は、

- 患者の医療の選択肢を狭め、一極集中が起こるので、医療連携が重要
- 搬送距離の広域化など搬送体制にも大きく影響
- 患者の救命処置後の患者を受け入れる後方医療機関が、地域全体に「分散」していることが重要

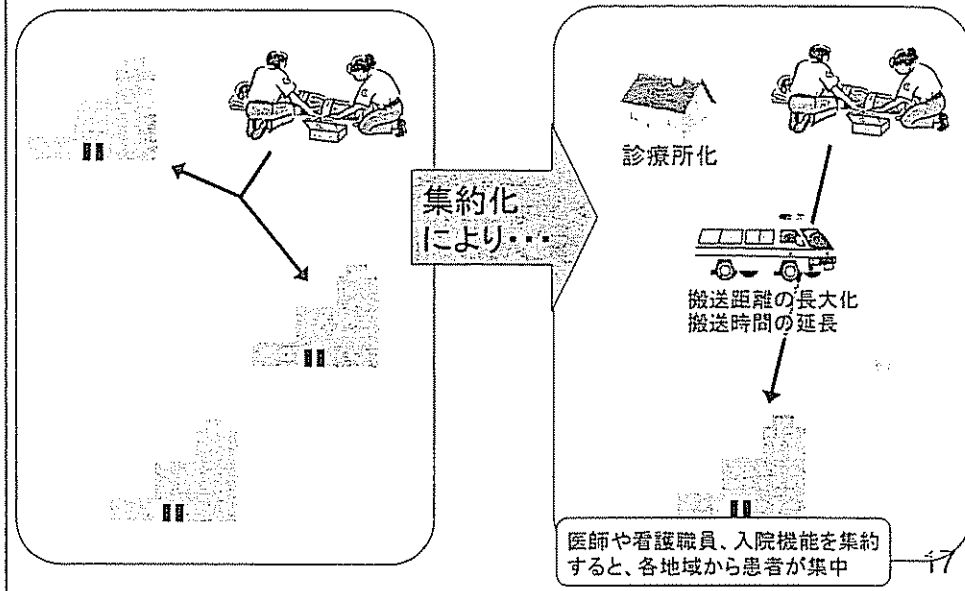
- 4疾病5事業の医療連携構築、7:1看護導入、DPC推進は、医療資源の集約化・重点化を促す

→ 各地域で検討し、あり方を決定するべき

16

救急医療機能の集約化・重点化は、

- 患者の医療の選択肢を狭め、一極集中
- 搬送の広域化など搬送体制にも影響



三次救急医療における「後方医療機関」の整備・充実

- 三次救急医療機関の「満床状態」の解消策
- 救命処置を終えた患者を受け入れる「後方医療機関」は、患者に身近な地域にあるべき
→ 「集約化」と同時に、「分散」の考え方
- 救命処置後の患者を受け入れ、診療やリハビリテーション、介護を提供する体制が不十分な状態では安易な集約化をするべきではない

二次救急医療体制の今後

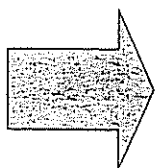
- 二次救急の再生：地域医療の再構築
 - 各地域において、二次救急医療機関の役割・機能等のスタンダードを明示し、ネットワークを構築
 - 専門診療分野の重点配備（小児、周産期、脳卒中、心臓病、精神科など）

→ 三次救急医療の再生に直結

19

救急医療と災害医療

- 災害医療は、
 - (1)トリアージ、(2)ロジスティックス(Logistics, 兵站線)で構成
 - 時間軸(発災～急性期～終息～平常化)に従って対応
- 行き過ぎた病床削減・病院削減は、平時の医療を衰退させ、大規模災害発生時への対応能力の低下も招く
- 被災地等での医療、消防、警察、自衛隊等との役割分担、連携、コマンドシステムの確立が重要



国・地方の防災行政において、医療の重要性を主張する必要がある。
日本医師会は、「指定公共機関」として、中央防災会議に参画する用意がある。

20

まとめ

- 救急医療は、国民が安心して生活を送ることができる「平時の国家安全保障」。保険診療に加え、政策医療としてのコンセンサスが必要。
- 救急医療と救急搬送は、患者の救命、社会復帰のため、車の両輪となって機能すべき。
- 医師の偏在・不足問題、医業経営、在宅療養の推進などの多様な観点から、救急医療と搬送に関わる問題の解決に当たるべき。