

平成24年度

# 圏域地对協研修会

～地域の救急医療体制の構築について～

日 時：平成24年10月21日(日)13時～

会 場：グランラセーレ三次

備北地域保健対策協議会（星田昌吾三次地区医師会会長）の担当により、「地域の救急医療体制の構築について」をテーマに掲げ開催した。「広島県の救急医療の現状と課題」と題した基調講演後、県内の休日・夜間救急診療所から5名の先生方にシンポジストとしてご登壇いただき、発表とディスカッションを行った。以下、当日の概要を簡略に記す。

## 開会挨拶（要旨）



広島県地域保健対策協議会会長  
平松 恵一

圏域地对協研修会は平成7年度の開催以来、本年度で第18回を重ねる。これまで各圏域が抱えるその時々課題をテーマに開催してきたが、本年度のテーマは「地域の救急医療体制の構築について」である。

日本中で生じている医師不足や救急医療体制の問題であるが、本年6月東広島市で二次救急制度に空白が生じたメディアなどに大きく取り上げられた。

本来、救急医療は地域住民の救急医療への理解、財政支援などを含め、市町など行政の仕事であり、社会インフラの一つのとして責任を持って整備すべきものである。当然、開業医・病院勤務医を問わず、市郡地区医師会が協力す



ることが必要だ。現在、各圏域で地区医師会を中心にした夜間休日救急センター、輪番を引き受けている救急病院、地域の基幹病院などで救急医療体制が維持されている。

しかし、現実には問題を抱えた地域も多く、東広島市のケースは決して特殊なケースでない。

こうしたことを背景に、担当の備北地域保健対策協議会との調整を図り、本日は各地域で夜間休日救急センターの皆様方をお招きし、こうした企画とした。

繰り返しになるが、医師の絶対数の不足、地域偏在、さらには勤務医の過酷な勤務環境など、喫緊に解決を図らなければならない多くの課題を抱えているが、参会の皆様方には本日の研修内容をそれぞれの地域に持ち帰られ、今後の事業推進に役立てていただきたい。



備北地域保健対策協議会会長  
星田 昌吾

備北二次医療圏は、東京都の面積に匹敵する非常に広い圏域である。また無医地区が多く、広島県の3分2を備北圏域が抱えている。

先日、広島県地域医療再生計画の施策の中で移動診療車を整備いただいた。この移動診療車は、早速庄原その近郊、また神石高原町などで活躍している。普段、医療に恵まれない人たちにとって非常に喜んでいただいている。

備北地域の救急医療の現状であるが、医師不足や開業医の先生方の高齢化も目立ち、いわゆる輪番制を維持することが難しくなってきた。

三次市は、外科・内科を1カ所に集め、救急医療体制の施設として休日夜間医療センターを、庄原市には休日急患センターを今から整備していく構想だと聞いている。

備北圏域も、地区医師会と行政が一丸となり、救急医療体制を堅持する心構えである。

圏域地对協研修会は、その地域の特性や課題をテーマに掲げ開催されてきたが、今年は「救急医療」である。基調講演やシンポジウムを通じ、また新しい提案や提言ができるのではないかと期待する。

最後になるが、少し備北圏域の紹介をする。お薦めは、広島三次ワイナリーや奥田元宋美術館である。庄原に行けば備北丘陵公園がある。三次・庄原には長い歴史と文化に育まれたいろいろな植物、食べもの、人間関係、そういった空間もある。四季折々の山紫水明もいいが、交通の便もよくなったので、備北へお越しいただければと思う。

蛇足になるが、10月13日の週刊東洋経済で「日本のいい街」テーマランキングが掲載された。このランキングでは、それぞれのテーマごとに評価されているが、ここ三次市は高齢者にとって住みよい町では全国2位、安心・安全な町では全国8位、出産・子育てにいい町では全国14位であった。もう1つ付け加えると、三次市は昨年近代的な大火葬場を作った。先ほどのランキングの「出産・子育てにいい町」が全国14位であることから、ゆりかごから墓場まで非常に良い地域であることを強調する。



三次市長 増田和俊

本研修会のテーマが「地域の救急医療体制の構築について」で、本市においても初期救急医療の確保などは喫緊の

課題である。

このたび広島県の多大なるご支援のもと、広島県地域医療再生計画の事業の活用で備北地域の庄原・三次市それぞれに急患センターの整備を行っていただいた。大変うれしく、行政としても喜んでいただいているところである。

少し三次市のことを紹介するが、来年の3月末には尾道松江線が開通する。これまでは、県庁所在地から離れ、利便性の悪い市として象徴の一つのように言われてきたが、中国道、尾道松江道が開通することで、わが市を中心に150キロの半径で450万人の定住者がおり、そういう意味では将来これを観光交流などいろいろな面で活用していきたいと思っている。

また、夏には440年の歴史を持つ鞆鯛、白い鵜は日本では三次にしかない。そういう夏の風物詩や、秋には雲海（霧の海）がある。幻想的

で神秘的な風景を見て、自然の素晴らしさを痛感している。

また、星田会長からもご紹介があったが広島三次ワイナリーは、年間40万人程度の来場があるが、ぜひ何かの機会に奥田元宋美術館あるいは君田温泉森の泉を含めて三次市にお越しいただき、三次はいいところだなとの思いを持ってお帰りいただければ幸いである。

## 基調講演

### 「広島県の救急医療の現状と課題」

座長：備北地域保健対策協議会副会長

庄原市医師会長 毛利昭生



広島大学大学院医歯薬保健学  
研究院  
救急医学教授

谷川 攻一

わが国の医療を巡る共通の課題としては、医師数が少ないということ、勤務体制として常勤医の約1割が非常勤であるということ、病床数は1床当たりの医療従事者数が少ないということ、高齢者人口が先進国で最も多いこと、毎年救急医療機関が減少しているということが挙げられる。

#### 我が国の医療を巡る共通の課題

- ▶ 医師数はOECD国の中で27位の少なさである
- ▶ 医療機関の常勤医の約1割は非常勤医師である
- ▶ 我が国の100床当たりの医療従事者数は英国の7分の1である
- ▶ 高齢者人口(医療必要度の高い人口)は先進国No1である
- ▶ 毎年医療機関(特に救急医療機関)数が減少している

本講演では、広島県の救急医療を巡る課題と、その課題への取り組み、東日本大震災を踏まえた災害医療救護体制の課題といった3つのパートに分け、お話す。

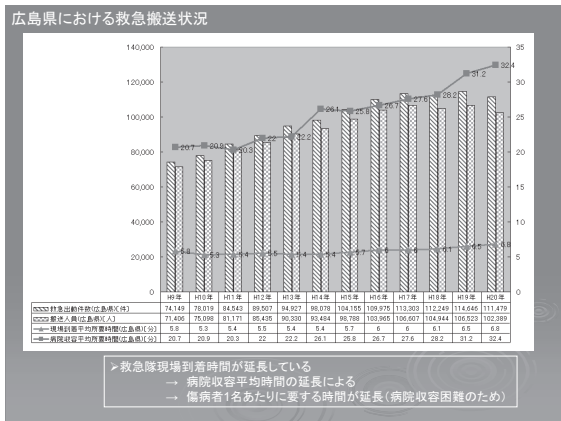
#### 広島県の救急医療を巡る課題

広島県は7つの医療圏域に分けられている。人口は約283万人で、県としては中規模の県といえる。年間の救急搬送は10万2,000件ほどあり、特徴として西部と東部の海岸線沿いに人口が集中する一方、高齢化率の高い島しょ部、中山間地

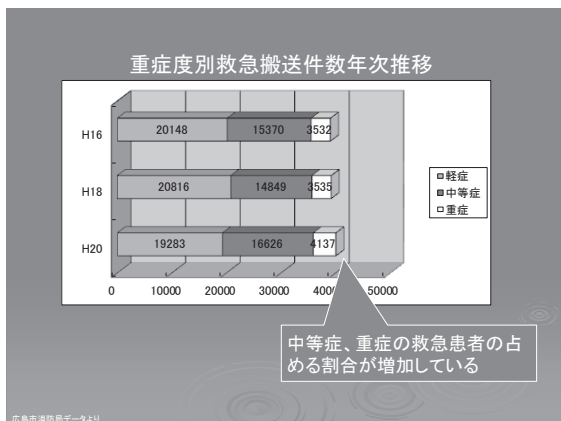


を抱えている。従って、それぞれの地域が抱える救急医療の課題も多岐にわたる。

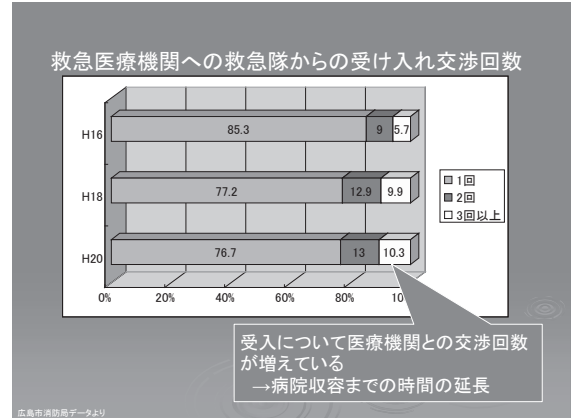
広島県における救急搬送状況は、グラフの通り増加傾向があるが、最近では搬送件数が約10万件程度で止まっている。しかし、後述するが、搬送内容は変化してきている。救急隊が現場に到着するまでの時間は、16年程前に比較し、約1分延びている。さらに、病院収容までの平均所要時間は、平成9年と比較すると12分、すなわち1.5倍に延びており、非常に由々しき課題としてとらえる必要がある。この背景についてはさまざまな理由があるが、病院収容の交渉時間が延びている可能性が最も指摘されている。



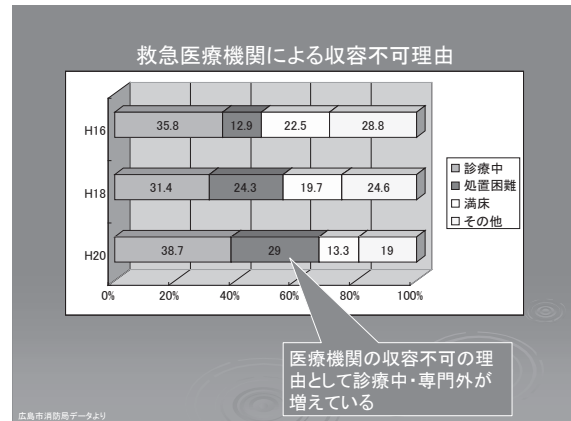
平成20年までの重症度別の救急搬送件数の年次推移とその内訳を見ると、少しずつ増えている。内訳としては、中等症と重症事例が増えている。



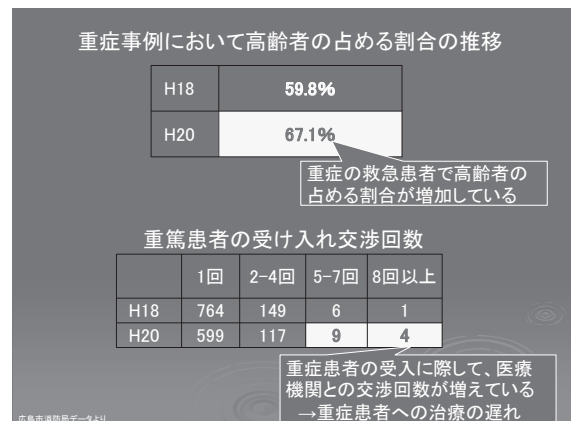
救急医療機関への救急隊からの受け入れ交渉回数を見ると、受け入れが決まるまで2回、3回以上の交渉が必要なケースが増えてきており、病院収容までの時間の延長の1つの大きなファクターになっている可能性があると考えられる。



救急医療機関の収容不可理由を見ると、診療中という理由が増えてきている。これは例えば当直の先生が1人しかいないときに、すでに患者さんを受け入れていて今受け入れができないという意味で、これは仕方がないことである。一方で処置困難といって、処置診療中ではない、あるいは満床ではないが、対応できないというケースも増えている。



重症事例で高齢者の占める割合は増加しており、人口の高齢化に伴って内因性の疾患が増えてきているということがうかがえる。重篤患者



の受け入れ交渉回数も増えており、すなわち、特に高齢の方かつ重症の事例の救急搬送で交渉回数が増えて、しかるべき医療を受けるまでの時間が伸びている可能性があることを示唆している。

救急医療機関数の広島県内の年次推移を見ると、近年減少傾向がある。結果、輪番を組む際に1当番当たりの病院数が減り、1医療機関に患者あるいは救急隊からの受け入れ要請が集中し、処置中による受け入れ不可が増えてくる可能性が出てくるといった影響が考えられる。

広島県内の救急医療機関数の年次推移

区分	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21
初期救急医療機関							
休日夜間急患センター	11	11	11	11	10	10	11
休日歯科等診療所	4	4	4	4	4	4	4
在宅当番医制	医科:全県22地区医師会で実施(医療機関数は未把握) 歯科:尾道市歯科医師会で実施(医療機関数は43(H20実績))						
二次救急医療機関							
病院群輪番制病院	64	64	64	64	61	63	62
小児救急医療拠点病院	1	2	3	3	3	3	3
小児救急医療支援事業病院	6(3地区) 6(3地区) 6(3地区) 6(3地区) 7(4地区) 6(3地区)						
救急医療サブセンター	2	2	2	2	2	2	2
三次救急医療機関							
救命救急センター	3	3	5	5	5	5	5

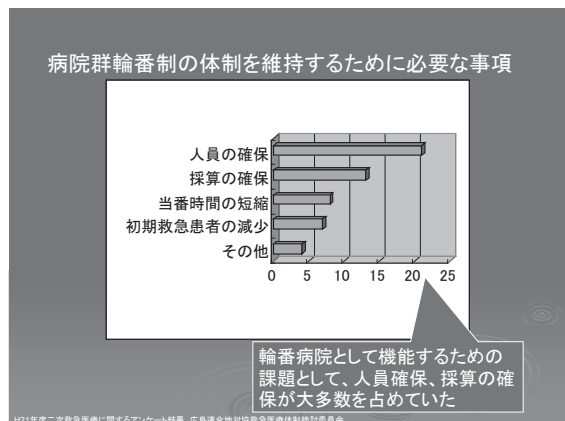
輪番病院数が減少している

広島地区病院群輪番制病院の参加・当番状況

	H18	H21
参加病院数	28	26
1当番当たりの平均当番病院数	9.59	8.21

輪番病院数が減少し、一当番日当たりの当番病院数が減少している  
→ 少ない輪番病院に患者が集中

こうした中で、病院群輪番制の体制維持に必要な事項のアンケートを平成21年に広島市連合地対協で行ったところ、医師・看護師といった人員の確保、採算の確保を挙げる施設が多かった。



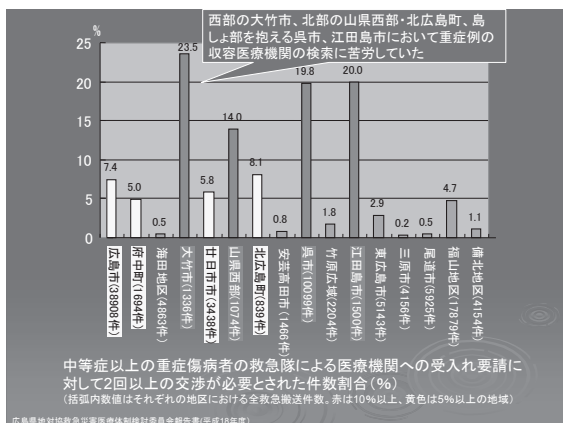
アンケートの自由記載欄では、救急搬送患者の9割を受け入れている輪番病院から、輪番当番日はリスクの高い救急患者の当直業務の緊張感が高いという意見が寄せられた。これは先ほど受け入れ困難理由の1つとして挙げた専門外という要素に呼応する内容であり、当直している医師に、自分の専門外の患者が来院したときに十分な検査、サポートもない中で大きなストレスがかかるためである。他、下図のような意見が寄せられている。これらはあくまでも広島市連合地対協のアンケート結果だが、恐らく輪番病院の多い地域で課題として共有できると思われる。

- 救急搬送患者の9割を受け入れる輪番病院へのアンケートより
- > 輪番当番日ではリスクの高い救急対応の当直業務の緊張感が高く、大きな負担がある
  - > どのような疾患・重症度の患者が来院するのか分からない救急対応には高い(訴訟の)リスクが伴う
  - > 当直明けにも関わらず24時間以上(32時間)の連続勤務せざるを得ない状況にある
  - > 医師や医療スタッフの確保がますます困難になりつつある
  - > 外科系輪番病院では軽症・重症のすべてが集中する
  - > 迷惑患者への対応にとても困っている
  - > コンビニ受診、軽症患者が輪番病院を受診し、診療を圧迫する
  - > 専門科目以外の疾患や重症を受け入れた場合に、受け入れてもらえる医療機関を探すのに非常に時間を要する

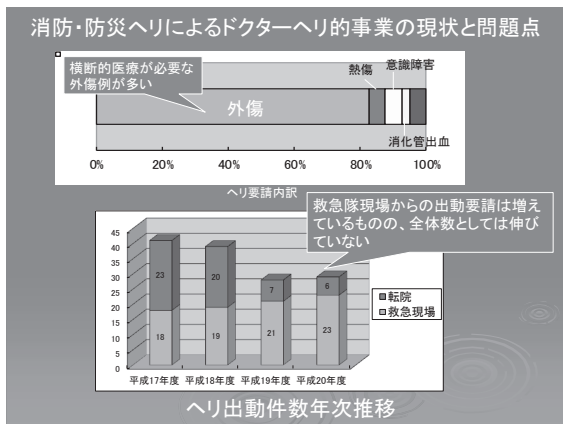
広島県の特徴として、救急医療機関が偏していることが挙げられる。多くの救急医療機関は西部と東部に集中する一方、無医地区は56カ所あり、全国第2位である。



平成18年度に県地対協の委員会で調査したところ、県全体を見た場合に中等症(入院が必要な症状)以上の重症傷病者が、救急隊による医療機関受け入れ要請に対して2回以上の交渉が必要とされた割合を地域別に見たとき、大竹地区が非常に多いという結果が出た。他にも県北や島しょ部で重症例の収容先検索に苦労していることが見受けられた。広島市も件数は多く、幾つもの輪番制病院があった場合には、かかりつけ以外の患者については交渉回数が増える傾向が見られた。



広島県では重症患者の速やかな搬送を行うため、消防・防災ヘリによるドクターヘリの事業を行ってきた。これは広島大学、県立広島病院、呉医療センターが、県内で重症傷病者が発生したときに消防・防災ヘリに便乗して現地へ医師・看護師を派遣し、医療を開始できる時間をできるだけ短縮する試みである。出動した事例は、地域の医療機関で対応が難しい横断的な医療が必要な外傷のケースが多い。しかし、本事業の現場出動数は毎年30~40件に留まっている。もっと需要はあると思われるが、これはなぜか。

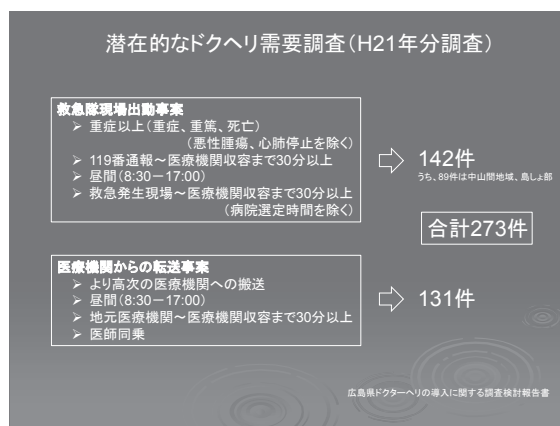


この理由としては、消防・防災ヘリが消防用多目的機であるため、どうしても要請から到着まで時間がかかることが挙げられる。また、救急隊によるヘリ出動要請の敷居が高いことも一因として考えられる。

平成21年に、救急隊出動事案の中でドクターヘリを呼ぶべきであったケースを算出する方法で、潜在的なドクターヘリの需要調査を行った。基準は、重症以上(生命に危機を及ぼし得る可能性がある場合、ただし悪性腫瘍、心肺停止を除く)のケース、119番通報から医療機関収容まで30分以上、あるいは発生現場から医療機関収容まで病院選定時間を除いて30分以上かかるケースで、昼間であること(ドクターヘリは基本的に有視界飛行しかできないため)とした。

もう1つは転院搬送で、高次医療機関へ搬送したケースで、昼間かつ地元医療機関から受け入れ先医療機関収容まで30分以上かかり、かつ医師が搭乗する(重症である)ケースを算出した。

結果、現場出動でドクターヘリが必要である件数は142件あり、うち89件が中山間地・島しょ部であった。転院搬送は131件あり、併せて300件近くの潜在的なドクターヘリの需要が見込まれる結果となった。この数字は全国のドクターヘリを導入している地域とほぼ同じ数字である。



広島県における救急医療を巡る課題をまとめると、次の通りである。

1. 救急搬送件数は増加し、中でも中等症、重症例が増加傾向にあり、その背景としては高齢化人口の増加との関連性が推測される。
2. 救急医療機関での受け入れ困難事例が増加しており、その理由としては処置中や処置困難が過半数を占めている。背景として、ハイリスク患者対応への懸念、医師の長時間労働や医療スタッフの人員不足、軽症患者の受診増加による過度の負荷、バックアップ医療機関との連携不備が推測される。
3. 重篤例にもかかわらず、受け入れ困難な事例が増加傾向にある。背景としては三次救急医療機関が満床状態にあることが推測される。
4. 救急医療体制に地域格差が存在する。山間部、島しょ部でその傾向が著しい。診療科によっては地域の中核救急医療機関でも対応できない状況が発生している。
5. ドクターヘリの事業による消防防災ヘリコプターの出動件数が伸び悩んでいる。背景としては、現場出動までの時間が長いこと、(救急搬送が)消防防災ヘリコプターの本来の目的ではないためと考えられる。

課題への取り組み

わが国は初期、二次、三次という救急医療体

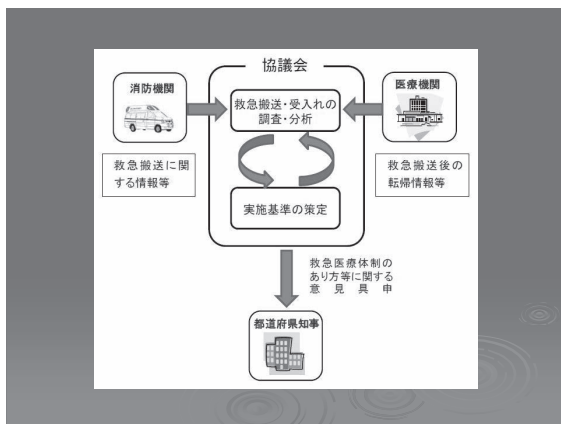


療機関に関しては「傷病者の受け入れに当たっては、実施基準を尊重するよう努めるものとする」と定められている。法律で決められていることは、非常に重要な内容であると考えている。

また、「協議会は、都道府県知事に対し、実施基準並びに傷病者の搬送及び傷病者の受け入れの実施に関し、必要な事項について意見を述べるができる」とあり、MC協議会が解決の方法等について県知事に具申できることを消防法の改正の中でうたっている。そういう意味では、これまでの病院前救護、医療機関との連携を図る上でこの消防法改正は極めて重いウエートを占めているものと理解いただきたい。

今回の消防法の改正は、あくまで現状の医療資源を前提に消防機関と医療機関の連携体制を強化して、受け入れ医療機関の選定困難事案の発生をなくすことを図るものである。同時に、医学的観点から質の高い、傷病者の状況に応じた適切な搬送及び受け入れ体制を構築するものである。こうした中で実施基準とは、傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われるように分類された医療機関のリストであり、救急隊による観察基準であり、搬送先医療機関が速やかに決定しない場合に受け入れ医療機関を確保するためのルールである。

広島県でも受け入れ体制実施基準、受け入れ



「傷病者の搬送及び受け入れ実施に関する基準について」策定の経緯

- 広島県における医療資源(特に医師、看護師など医療スタッフ)の不足という厳然たる制約の中で、既存の医療資源の効果的な活用を図ることを目的として作成。
- これまでの医療体制の枠組みを基盤として(医療機関機能の整理)、それを補強できる体制を模索。
- 策定過程にあつては、広島県内7つの医療圏域において救急医療を担う関係者からの幅広い意見を集約。

体制検討部会を広島県メディカルコントロール協議会の下に作っており、この中で実施基準を策定し、昨年、湯崎知事に協議会長の私から提出した。

実施基準としては、広島県の場合は基本的に症候別で、例えば意識障害やまひ、腹痛、呼吸困難といったものを加えている。同時に重症度、緊急度に分けて重篤なもの、特に迅速な救命処置が必要な場合や、一見大丈夫そうに見えても診落としたら後で重篤な状態になる「キラ-疾患」、指肢切断など専門的対応が必要な疾患、精神疾患やアルコール飲酒疾患といったソーシャルな対応が必要な場合を基準として定めている。

実施基準の対象となる傷病者の分類基準

重篤(バイタルサイン等による)	⇒ 迅速な救命処置
① 意識障害、けいれん	
② 麻痺	
③ 頭痛、めまい	
④ 呼吸困難	
⑤ 胸痛	
緊急性	⇒ キラ-疾患
⑥ 腹痛	
⑦ 外傷	
⑧ 熱傷	
⑨ 中毒	
⑩ 熱中症	
⑪ 吐血	
⑫ 指肢切断	
⑬ 妊産婦救急	
⑭ 小児救急	⇒ 専門的対応疾患
⑮ 耳鼻科・眼科	
⑯ 複数診療科の対応を必要とする傷病	
特殊性	⇒ ソーシャルな対応
⑰ 精神科疾患を有する傷病	
⑱ アルコール飲酒傷病	

重篤な場合、例えば切迫するABCDEといわれる項目の評価が悪く、死の危機に迫っている場合は、何にも優先させて受け入れ医療機関を探す基準としている。

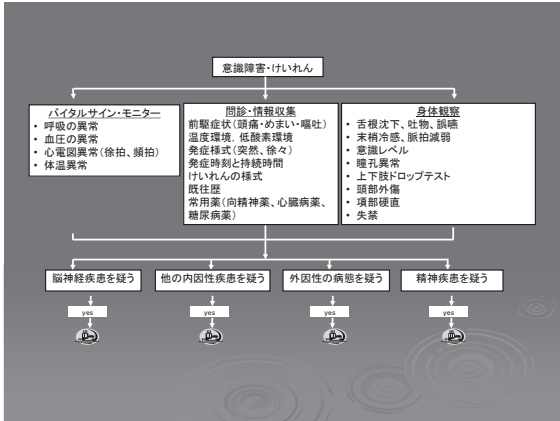
重篤とは・・・  
切迫するABCDE  
(切迫した生命危機の状況)

	切迫した生命危機の兆候	切迫した生命危機の状態	救命処置
A	気道評価 ・上気道の吸気雑音 ・呼吸音の途絶	窒息或いは気道狭窄による低酸素状態	・用手気道確保 ・吸引、異物除去
B	呼吸評価 ・下咽呼吸 ・徐呼吸	呼吸不全状態	・人工呼吸/補助換気
C	循環評価 ・動脈拍動触知不確実 ・著しい徐脈	非代償性ショック	・下肢挙上 ・胸骨圧迫準備
D	神経評価 ・陰脳硬直/陰皮質硬直 ・瞳孔不同	脳ヘルニア	
E	顔色/顔貌	死期に迫った顔色や表情	心停止に迫った全身虚脱状態

また、キラ-疾患の1つとしては意識障害がある。救急隊が実施するバイタル、問診、情報、身体観察等から、例えば脳疾患や他の内因性疾患等を疑う段階で医療機関を地域で割り振る基準とした。

実施基準が策定されて1年ほど経過し、実施上の課題が浮上してきた。

まず、現在の救急医療体制の維持を基本としていることが最大の制約となる。すなわち、あ



る疾患に対応できる医療機関が病院群輪番制に  
なければ、もう選択肢がないことになる。

もう1つは、広島に限らないが、医師・看護  
師の不足による救急医療機関の減少が挙げられ  
る。

最後に、病院前救護のデータと患者予後の  
データが連結されていないことがある。

平成22年に広島県における地域医療再生計画  
が策定され、その中のAプラン、Bプランに基  
づき、救急体制の再整備が図られてきている。  
幾つかの地域で休日夜間救急センターができて  
いるが、その1つとして初期救急患者への対応  
のため、安佐地区で休日夜間救急センターが整  
備されるといった努力がなされている。

県の施策

広島県における地域医療再生計画(平成22年)

**Aプラン**

- (1) 広島都市圏の救急医療体制の充実強化
- (2) 広島都市部の4基幹病院の再編
- (3) 総合的な人材確保対策の基盤作り

**Bプラン**

- (1) 中山間地域における医療機関の再編・連携強化
- (2) 福山市域の救急医療体制の充実強化
- (3) 中山間地域における医療の確保

広島都市圏の救急医療体制の充実強化

初期救急医療体制整備

安佐地区休日夜間休日急患センター

広島都市圏の二次救急医療体制整備について  
紹介する。

広島市の場合は救急医療コントロール機能の  
運営体制整備という形で、コントロール機能病  
院を1つ整備し、二次救急医療体制を中心に現  
在の課題の解決に向けた試みを行っている。コ  
ントロール機能病院が果たす役割としては、受  
け入れ困難事例を一旦受け入れて、次の日ある  
いは後日にまた転院搬送を行うことがある。す  
なわち、受け入れ先のない患者を一旦受け入れ  
ると同時に、他の医療機関との受け入れ調整、  
あるいは救急医療輪番制病院群の救急体制、救  
急医療の受け入れ情報等も確認して搬送先を  
コーディネートする。こういった機能を持つ医  
療機関をコントロール機能病院といい、広島市  
の場合は広島市民病院を救急医療コントロール  
機能病院として位置付けている。

コントロール機能病院から受け入れる医療機  
関を支援病院というが、この多くは二次救急医  
療機関である。ほとんどは輪番制病院で、転院  
を受け入れる体制である。

ただし、コントロール機能病院が十分に機能  
できない場合に備え、バックアップ病院を決め  
ている。これは広島大学病院と、地域医療支援  
病院で、こうした病院が一コントロール機能病  
院をフォローする仕組みとなっている。

救急医療コントロール機能体制の構築

- 受入困難事例の解消を図り、広島都市圏の救急医療体制を再構築することを目的とする。
- 広島市民病院を、救急医療コントロール機能を担う施設として位置付け、受入困難事例の救急患者を一旦受け入れて初期診療を行った上で、必要に応じて、支援医療機関へ転院を行う。

【救急医療コントロール機能病院(コントロール病院)】

- ① 対象医療機関  
広島市民病院
- ② 役割  
受入困難事例の救急患者を一旦受け入れて初期診療を行った上で、必要に応じて救急医療コントロール機能支援病院へ転院を行う。

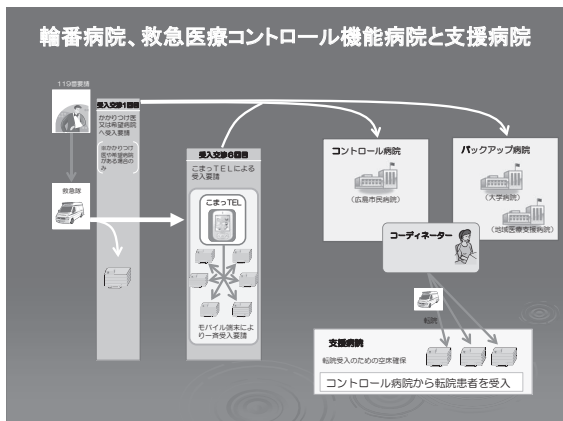
【救急医療コントロール機能支援病院(支援病院)】

- ① 対象医療機関  
病院群輪番制病院及びその他の一般病院のうち、参加申請のあった病院
- ② 役割  
コントロール病院等からの転院患者を受け入れる

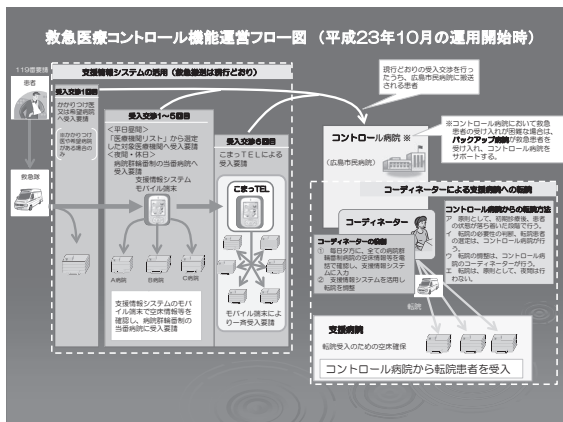
【救急医療コントロール機能バックアップ病院(バックアップ病院)】

- ① 対象医療機関  
広島大学病院  
地域医療支援病院(県立広島病院、広島赤十字・原爆病院、広島記念病院、安佐市民病院)
- ② 役割  
コントロール病院において、救急患者の受け入れが困難な場合、又は、受入困難事例の救急患者を一旦受け入れて初期診療を行ったが満床等の理由で入院不可能な場合、コントロール病院からの要請により当該救急患者を受け入れる。

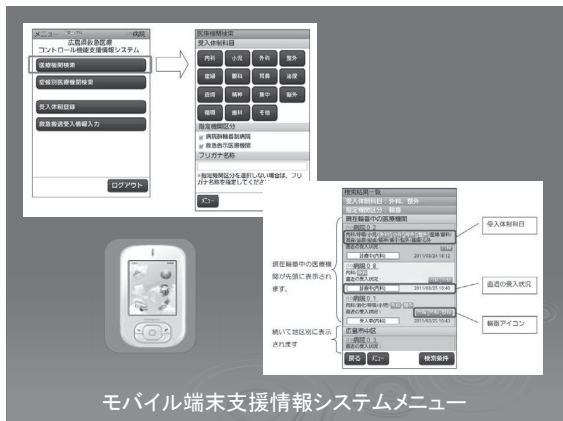




実際のスキームとしては、119番通報があり、救急隊は1回目は恐らくかかりつけ、あるいは一番近隣の救急医療機関に交渉する形になるが、受け入れ機関がないことで交渉回数が増えた場合には、「こまっTEL」を稼働する。それでも医療機関が見つからない場合に、取りあえずはコントロール病院で受け入れて、コーディネーターが後日に支援病院と調整して、そちらへ転院搬送させる。コントロール病院で受け入れが難しい場合にはバックアップ病院でいったん受け入れて、コントロール病院と同様の対応を行っていく形である。



このコントロール機能体制の整備に当たって、救急隊からの受け入れ情報、あるいは医療機関の病床状況等をもっとICTを使って共有するため、モバイル端末を使用した支援情報システム



を設けている。これは、それぞれの医療機関情報を救急隊が取りあえず入力でき、また、医療機関側でもそれを修正できる試みである。これまでは救急隊と医療機関の1対1のやりとりで使われるだけだった情報をほかの救急隊、医療機関に、可能な限り新しい内容で共有することによって、より効率的に病院検索を行うことができる。

三次救急医療体制については、地域救命救急センターが新設されており、このたび、JA広島総合病院の救命救急センターが整備された。西部地区の重症救急についてはここで対応することで、受入問題が改善されている。



また、県内全体を見渡した場合の重症救急への対応として、患者を病院に運ぶのではなく、専門のトレーニングを受けた医師・看護師を患者のもとに速く運ぶドクターヘリの運用が平成25年4月から開始される予定である。広島県のドクターヘリは他県のものとは異なる。他の多くの地域は基地病院のヘリポートにヘリを駐機し、緊急時に医師や看護師が乗りこむ体制だが、広島県の場合は広島西飛行場に医師と看護師が詰めて、緊急時にヘリに乗り込んで出動する体制である。広島県の基地病院は広島大学病院となっており、協力病院として県立広島病院があり、重症患者はこの2病院で受け入れることとなっている。

将来的には県内のほかの医療機関のスタッフの研修の場、人材育成のツールとしても、このドクターヘリ事業を発展させていきたいと考えている。

もう1つの特徴として、消防ヘリとの連携を重視している。西飛行場に作ることによって、格納庫あるいはヘリの運行事務所が消防ヘリと隣り合わせになる。ドクターヘリが出動中に、別のヘリ要請があった場合、消防ヘリを有効に活用するといったメリットも広島県の場合は持つことができる。

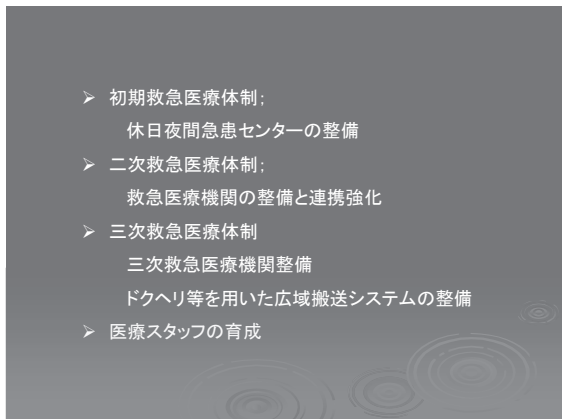


初期救急医療体制、二次救急医療体制、三次救急医療体制それぞれの課題への取り組みを紹介してきたが、最後に医療スタッフの育成について紹介する。

現在、広島救急医療教育カンファレンスという、ケース・症例、事例を中心に若手を含めて研修を行う試みを行っている。

また、各種講習会も行なっている。その一つとして市民向けの救命処置講習会等も行っており、講習会スタッフとして医系学生・看護学生に参加いただき、心肺蘇生について若手を育てることも行っている。

次のステップとして県全体で考えないといけないことだが、後期研修医の育成がある。平成27年には第三者機関に専門医認定の権限がつくが、その際に広島県でどれぐらいの専門医が必

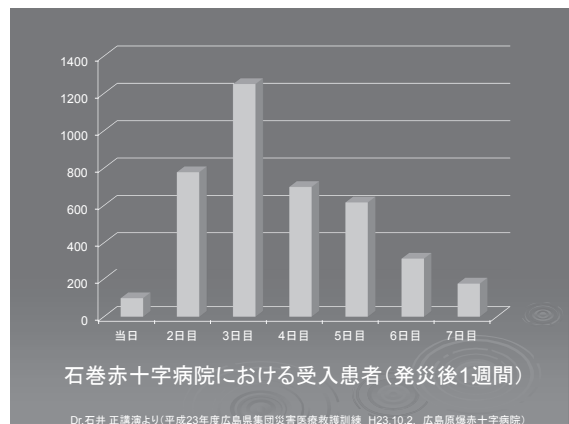


要となるか、後期研修のシステムが変わるときに、広島県としてどんなビジョンを作っておくのか、早めにディスカッションしておく必要があると考えている。

### 災害医療救護体制の課題

最後に、東日本大震災の経験から明らかになった災害医療救護体制の課題を紹介する。

宮城県の石巻赤十字病院には非常に多くの傷病者が運ばれてきたが、石井正先生は、受け入れ患者は阪神淡路大震災の時とは異なるパターンであったと指摘している。受け入れ患者は、阪神淡路大震災では初日に多く、日を追って少なくなっていったが、石巻赤十字病院では初日に少なく、3日目に多かった。また、傷病者は阪神淡路大震災では外傷がほとんどであったが、東日本大震災では内因性疾患が過半数を占めていたという特徴がある。この背景には、医療機関も含めて損壊を受けたため、取り残された医療機関の中にいた入院患者に対する医療が求められたためと考えている。



東日本大震災では多くのDMATが現地へ集結したが、情報網の通信の途絶により医療を最も必要としていた現地で活動できなかったケースもあった。また、JMAT(日本医師会災害医療チーム)をはじめ、多くの医療チームが現地で活動した。災害発生後に、医療チームの活動の



るほど、避難所で生活される方への対応は重要なポイントになってくる。地震、津波、原発という複合型災害には、わが国は準備をしておこななかった。大型複合災害に対する対応は、国を挙げて今後検討していくべき大きな課題である。

東日本大震災における医療活動で学んだこと

- 通信、情報共有の困難性
- 災害弱者(入院患者や介護施設入所者)への対応
- 主要医療機関の損壊と機能停止
- 活動の長期化とニーズの多様性
- 地震・津波・原発事故という複合型災害

## シンポジウム

### 「地域の救急医療体制の構築について」

座長：備北地域保健対策協議会理事

市立三次中央病院 中西 敏 夫

広島県医師会常任理事

山田 博 康

### 「尾道地区における救急医療体制」



尾道市立夜間救急診療所  
尾道市立市民病院 副院長兼  
統括診療部長

突 沖 満 則

尾道市立市民病院と尾道市立夜間救急診療所と合わせて年間約3,000件の救急車の受入を行っている。この数は、尾道市内の救急搬送患者の約4割を受け入れていることになる。救急患者は断わらず全て受け入れる病院の方針の下、対応を行っているが、1. 内科系当直医の不足、2. 小児科医の不足、3. 指導医不足による臨床研修医の教育などの課題により現場の医師の負担は年々増加している。

こうした現状を受け、尾道地区では2008年から救急システム検討委員会を設置し近隣医師会、中核病院および尾道市を交えて救急医療体制を模索している。内科系当直医の不足に対しては、近隣医師会からの日・当直の応援として2008年5月から尾道市医師会だけでなく、因島医師会、松永沼隈地区医師会からも応援医師の派遣をいただいた。また、小児科医の不足については、

岡山医療センター・川崎医大からの応援を要請するとともに、JA尾道総合病院への集約を行った。臨床研修医の教育については、後期研修医のタスキがけを行い、その解決を図った。

### 尾道市立市民病院 救急医療体制の模索

- 1.内科系当直医の不足  
近隣医師会からの日・当直の応援  
2008年5月から  
尾道市医師会 10名  
因島医師会 5名  
松永沼隈地区医師会 5名  
発熱外来  
2009年10月29日から12月27日まで 延べ74名出務
- 2.小児科医の不足  
岡山医療センター・川崎医大からの応援  
JA尾道総合病院への集約
- 3.臨床研修医の教育  
後期研修医のタスキがけ

(スライド1)

それらに加え、尾三圏域メディカルコントロール協議会と連携して、軽症外傷患者については、尾道臨床整形外科医会の協力を得て、救急告示病院以外でも診療時間内での受入を可能とし、開業医による受入を行った。搬送実績は2010年で146件、2011年で164件にのぼる。

また、市民に対しては広報紙やテレビ・ラジオ、救急講習会の開催などを通じて、救急車の適正利用に関して広報を行っている。2010年4月に制定された「尾道市の地域医療を守る条例」では、医療機関が相互に機能の分担や業務の連携を図るように努めること、市民が主治医を持ち、診療時間内に主治医を受診し、安易な夜間・休日の受診を控えることなどを盛り込むなど、医療機関のみならず、市民に対しての呼び掛けも行っている。

### 市民に対する広報

救急車の適正利用に関する広報

- 広報おのみち (2009年6月 第1報を掲載)
- ケーブルテレビ
- FMおのみち
- 救命講習会
- その他

尾道市の地域医療を守る条例(2010年4月1日施行)  
市の責務  
広島県保健医療計画(広島県(昭和22年度厚生200号)第20条の4の規定に基づき広島県が策定する医療計画をいう。)を基本として、地帯医療を守るための施策を推進する。

医療機関の責務  
市と共に地帯医療体制の充実を図り、並びに医療機関相互の機能の分担及び業務の連携を図るよう努める。

市民の責務  
1.主治医を持つこと。  
2.診療時間内に主治医を受診し、主治医の指示を受け、安易な夜間及び休日の受診を控えること。  
3.医師等医療従事者が限られた体制の中で、市民の命と健康を守る役割を担っていることを理解し、適正な受診をすること。

(スライド2)

## 「安芸高田市救急医療体制の現況」



高田地区休日夜間救急診療所  
JA 吉田総合病院長  
住元 一夫

JA 吉田総合病院は、広島市立安佐市民病院が担う輪番病院の機能を補完する救急医療機関である。平成22年4月からは、高田地区休日夜間救急診療所を設置し、JA 吉田総合病院を始めとした1病院16医院の医師が輪番で勤務し、休日診療にあたっている。

しかし、診療報酬の大幅な削減や中山間地域の医師不足、医療制度改革、それに追い打ちをかける労働基準監督署の指導など、休日夜間救急診療所の運営は大幅に赤字額が増大した。それに伴いJA 吉田総合病院の経営を圧迫し始めたため、閉鎖についても検討を行う事態となった。

地域医療を確保するため、平成22年7月20日には広島県知事に対して安芸高田市浜田一義市長らとともに、危機的状況にある安芸高田市の救急医療体制に対して早急な財政支援を含めた地域医療再生取組の支援を求める要望書の提出、マスコミや新聞などで医師不足についてアピールを行った。

それと同時に、安芸高田市医師会の協力の下、平成22年4月以降、開業医の在宅輪番制を変更し、日曜・祝日は地元の開業医が当病院に待機して一次救急に対応することとした。これにより、年間80日の日直病院医師の負担が軽減された。また、安芸高田市から休日夜間救急診療所の赤字補填のため、年間5,200万円の補助金が支出されることとなり、閉鎖の危機は免れた。

休日夜間救急診療所の存続は決まったが、地域医療を取り巻く環境はますます厳しさを増している。過疎地の医療を守るには診療現場の努力だけでなく、地域の実情に応じた行政・医師会との連携、またマスコミによる広報やJAとの関わりも重要な要素である。

各関係機関と良好な関係を保っていくことがこれからの地域医療を守っていく方法であると考えている。

## 「東広島市における救急の現況と課題」



東広島市休日診療所  
東広島地区医師会初期救急担  
当理事 川口 稔

当地区は、平成24年6月、二次救急に計4日の空白日が生じたと新聞報道で報じられた。

二次救急破綻に至った経過として、まず、4月に、二次救急を支える地域4病院のうちの1つで内科常勤医数名の退職があり、その補完ができなかったことが挙げられる。6月には、それ以外の3病院の1つでオーナーが交代し、医師およびスタッフの不足が顕在化したことにより、二次救急を控えたいとの申し出から、残り2病院での対応が困難となり、空白日が生じるに至った。この10月に、新たに1つの病院から二次救急への参加申出をいただいたが、やはり大きな原因は、初めの段階で常勤医が補完できなかったことだと考える。

当地域の救急体制について、平日は在宅初期救急担当診療所と二次救急病院、日曜・祝日・年末年始は休日診療所と二次救急病院で救急体制を構築している。二次救急病院は初期救急も同時に担っているため、時々問題も生じている。

初期救急の1つの柱である在宅初期救急は、平日の診療終了後、引き続き当番に入る形態である。平日の18時から22時まで、手上げ方式により23診療所が交替で行っている。

もう1つの柱である休日診療所は、冬期は9時から20時まで、冬期以外は大体が9時から16時まで、空白日には9時から22時まで診療している。現在42名の内科医、小児科医が休日診療所にて輪番制で対応している。

二次救急病院は、現在4病院ないし5病院の輪番制で、平日は18時から翌朝の8時半まで、休日は8時から翌朝の8時半まで診療している。二次救急の空白日には、休日診療所が4人体制で22時まで診療を行っている現状である。

在宅初期救急の来院患者数について、ここ10年で1万人程度の人口増に対し、患者数は10年前の約3倍となっている。うち7割程度が小児科患者である。休日診療所も同様に増加傾向で、この10年で年間2,000名程度であったのが、現在3,500名程度に増えている。うち6割5分程度が小児科患者である。

二次救急病院の患者数はここ10年ほぼ変わっておらず、うち入院されるのが8%でこれも変

化はない。初期救急への受診患者数が増加していることから、初期救急の認知度が高まっていると推察する。

課題として、1番の問題は医師およびスタッフの不足であり、それにより一部病院が二次救急を十分に担うことができず、空白日の発生につながる。また、二次救急病院への初期救急患者の殺到により、本来の二次救急役割を果たすことを困難にしている。

在宅初期救急には現在23施設の協力を得ているが、以前の33施設と比較すると医師の高齢化などの原因により徐々に減少している。スタッフの問題から新たに参加する施設は非常に少なく、将来不安である。また、潜在的問題としては、救急医療機関の人手不足による疲弊化が挙げられる。

現状では、スムーズに医師、スタッフを補う体制が構築されておらず、一刻も早い体制の構築が求められる。また、患者側も、コンビニ受診をやめ、不急不要の受診を控えることにより、救急医療機関の負担は軽減される。

### 「廿日市市休日夜間急患診療10年の歩み」



廿日市市休日・夜間急患診療所  
佐伯地区医師会副会長  
山根 基

廿日市市休日・夜間急患診療所は今年で設立10年目を迎えた。

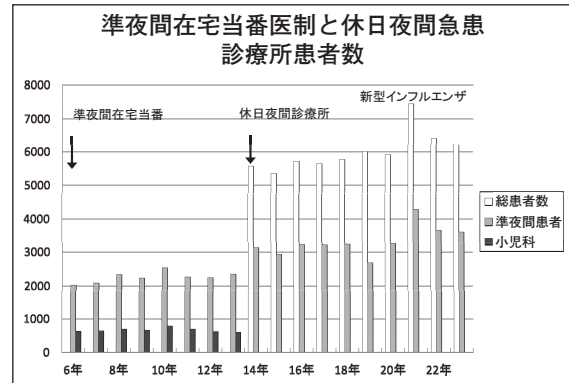
廿日市市では、平成6年4月1日、廿日市市準夜間在宅当番医制事業を発足し、佐伯地区医師会廿日市支部が委託を受け、40医療機関が輪番で参加した。1年365日、18時から22時までの診療であった。

その後、患者の利便性の問題で定点での急患診療所が望まれ、平成14年4月1日、廿日市市が廿日市市総合健康福祉センター内に廿日市市休日夜間診療所を開設した。開始当初は33医療機関の参加であったが、現在は40医療機関の協力を得て診察を行っている。

本診療所の対象は15歳以上の内科の初期救急患者としており、診療は1年365日、平日(月～土)は19時から22時まで、日曜・祝日(年末年始、盆休み、5月連休)は9時から22時まで行っている。

準夜間在宅当番医制(平成6年～)と休日夜

間急患診療所(平成14年～)の患者数の推移をスライド1に示す。平成6年からの在宅当番医制では、年平均2,200名程度、うち小児の救急患者は年平均603名程度である。平成14年の本診療所開設により休日日直での診療が増え、直ちに患者数が2倍以上に増えている。

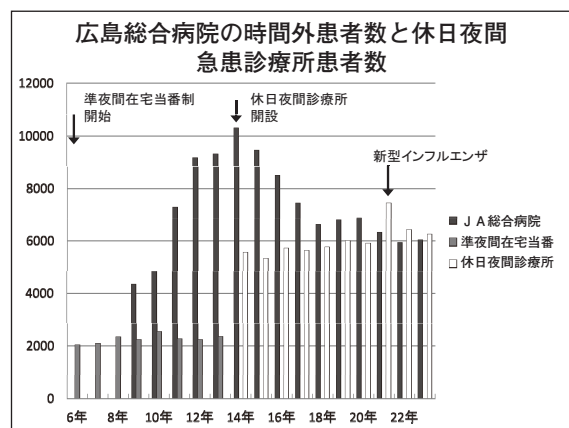


(スライド1)

平成23年度では、本診療所の患者の約3%が二次救急に紹介され、そのうち83%はJA広島総合病院への紹介であった。

本診療所の年間の収支について、設立当初の平成14～15年は1,000万円以上の赤字だが、平成22～23年にはマイナス70万円程度で、収支の差は縮まっている。

JA広島総合病院の時間外患者数と本診療所の患者数は、スライド2の通りである。本診療所開設以来、JA広島総合病院での時間外患者数は減少している。患者の来院は、救急車ではなくウォークインでの患者が減少している。



(スライド2)

本診療所の特色としては、廿日市市唯一の後方基幹病院であるJA広島総合病院の全面的なバックアップの下での診療であること、協力医の身分は廿日市市非常勤職員として保護されていること、内科のみでなく、外科や神経科など他科の医師にも協力を得ていること、年末年始

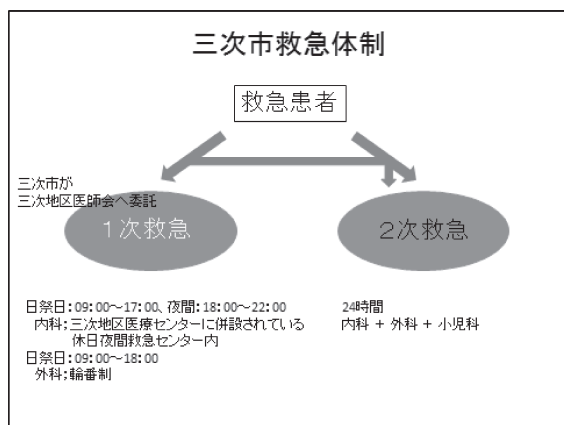
以外の医師1人体制が経営安定に寄与していることが挙げられる。また、問題点と課題として、小児科と外科診療を現在行っていないこと、夜間診療は22時までであること、コンビニ受診・リピーター受診が増えていること、経済的に、協力医が希望する薬剤をすべては採用できないこと、協力医が高齢化していること、原則は医師1人体制で相談相手がなく、診断や処置に困ることなどが挙げられる。

「地域の救急医療体制の構築について  
—三次市の現状と課題—」



三次地区医師会休日夜間救急センター  
三次地区医療センター病院長  
安 信 祐 治

本市の初期救急医療体制は三次地区医師会が三次市より委託を受けて行っている。内科の初期救急は三次地区医師会医療センター内に併設している休日夜間救急センターにて、開業医が9時から17時までを担当し、18時から22時までを休日夜間救急センターの医師が担当している。外科は10名の外科系開業医が、日曜・祝日の9時から18時まで輪番制で行っており、内科と外科が分かれて救急医療を担っている状況である。二次救急は基幹病院である市立三次中央病院の内科、外科、小児科が24時間体制にて対応している。(スライド1)



(スライド1)

平成18年から平成23年までの施設別の1日当たりの急患患者数を見ると、休日夜間救急センターは減少傾向であるが、市立三次中央病院は平均して約20名が受診している。しかし、その多くが軽症患者であり、本来、初期救急で対応できる患者が基幹病院を受診している状況であ

る。(スライド2)

	休日	準夜	深夜	合計(人)
平成17年	1,339	860	394	2,653
平成18年度	1,416	932	403	2,751
平成19年度	1,669	949	445	3,036
平成20年度	1,702	1,039	437	3,178
平成21年度	1,378	1,091	330	2,799
平成22年度	1,092	1,008	18	2,118
平成23年度	1,170	1,005	2	2,177

※ 休日の患者は減少傾向。平成22年4月から診療時間を22時までに変更。

(スライド2)

このような状況を踏まえ、平成26年4月の開業を予定し新たな休日救急センターの建設を計画している。同センターは三次市を開設者として行政が果たすべき地域医療・救急医療の責任を明確にすることで、応援勤務体制の調整や市民への啓発を図り初期救急と二次救急の明確な分離を確保するとともに、限られた医療資源を有効活用できるよう、当医療センターに併設した施設整備を基軸としている。

設置について検討する中で、開業医の高齢化や救急スタッフの確保と維持について、また、基幹病院への軽症者の集中などが問題点として挙げられているが、医師会と行政が連携して、救急医療に対する住民への理解と啓発を行いながら解決していきたい。

ディスカッション

質問

【座長：山田 博康】

①夜間診療所の設置場所と開設者について②ウィークデーの診療時間について③運営状況と重症患者を依頼する際の契約の有無について伺いたい。

【突沖 満則】尾道市が開設している。365日夜間は20時から翌朝の7時まで行っているが、恐らく年間約7,500万円の赤字である。市民病院の中に夜間救急診療所があるので入院が必要になった場合は、すぐに尾道市立市民病院の患者になる。

【住元 一夫】吉田総合病院内に併設している。市から財政支援があるが、年間3,000万円程度の赤字になっている。内科、外科、整形が待機しているため、すぐに入院並びに前場の手術

などの対応が行えるが、脳外科の手術を要する場合は市立三次中央病院か安佐市民病院にお願いしている。

【川口 稔】休日診療所は黒字であるが、夜間は各個人の先生が受けていただいているので収支は不明である。二次救急は4病院の輪番制であるが、すべてに対応できるのは東広島医療センターである。しかし、契約は結んでおらず、紳士協定となっている。

【山根 基】廿日市市が開設している。365日、19時から22時まで行っている。当初約1,000万円の赤字であったが、現在は収支が見合う状態だと思う。

【安信 祐治】三次市の委託を受けて三次地区医師会が開設し、365日夜間は22時まで行っている。年間2,500~3,000万円の赤字であるが三次市から補てんがある。対応できる患者はそのまま入院しているが、対応できない場合は市立三次中央病院にお願いしている。契約は結んでいない。

【コメンテーター 谷川 攻一】地域の現状について、どのように工夫し対処されているのか、非常に勉強になった。私は日本救急医学会の救急に携わる医師の労務管理に関する検討委員会を担当しており、その中で幾つか調査をしたことがある。医師の必要人数について、例えば人口100万人であれば救急搬送件数は大体4万件で、ウォークインは20万人ぐらいと言われている。それに対して必要な医師数は、救急車に関して、1出務24時間で大体6~7名ぐらいの医師が必要であるとすれば、交替制勤務で少なくとも35名ぐらいが必要となる。人口14万人の東広島市の場合、救急搬送件数が6,000~7,000件ぐらいであれば、交替制勤務を含めて6~7名の医師が必要になる。

また、運営について赤字の話があったが、どれぐらいの時間で患者を何人診たかということが関わってくると思う。たくさんの方が受診すれば収支は見合うが、非人口密集地で患者の



数が少なければ赤字になるかもしれない。これは仕方がないと思う。

その中で適正な診療単価を決めるのは、私が試算した中での例をあげると、大体が救急車の搬送であり交替制勤務で医師の平均給与が1,100万円とした場合、医師が1日16台の救急車を診ると、大体1人の入院患者、救急車1台当たり1.6万円の診療単価になる。ウォークインも同じように計算すると1人あたり大体7,000~8,000円になるが、あくまで一定の患者が集約できる環境での診療単価である。

初期救急と二次救急は市民の受療行動をどのようにコントロールしていくかという問題がある。救急外来に対して特別料金を設けている病院もあるが、お金だけではなく行政や医師会などを通じたコントロールが必要である。広島市の二次救急医療体制は輪番制であるが輪番病院が受け入れている患者数は50%を切っており、輪番制以外の医療機関がかなり努力をしている。都市型の救急医療機関においては恐らく救急患者数が多い。広島市だと年間4万~5万件的救急車が来るので、一つの医療機関で受けることは不可能であり輪番制にしてもなかなかうまく機能しない。行政が救急医療体制の整備を行い、重点的な医療機関を育てていく必要がある。

一方で非都市型の救急搬送件数は6,000件とか7,000件である。このような地域は恐らく中核的な医療機関があれば、かなりの患者について対応が可能であるが、やはり赤字の問題があるため行政の補てん対応などの役割は大切である。

【座長：中西 敏夫】尾道では、基幹病院の地域救急を担っている医師は不満を持っているか伺いたい。

【突沖 満則】不満はたくさん持っているが、医師としての使命感や犠牲的な精神によって支えられているのが大きな問題である。尾道市は全国で3番目に条例を定めた。先行の2市は、救急体制が崩れて崩壊したのちに出来ているが、尾道市は崩れる前に食い止めたいという思いで市長、副市長の理解により条例ができた。しかし、現状は知らない市民が多数である。システムとして未完成なところが問題と思っている。

【座長：中西 敏夫】東広島市は基幹病院が国立であるため、市町との接触がないと思うが、取り組みがあれば伺いたい。

【川口 稔】市との会議は行っている。しかし、協力体制のやり方が分からないのが現実。今の体制を大きく変える方策が全くないので積



極的な介入がない。

【座長：中西 敏夫】廿日市市と三次市における基幹病院との連携について伺いたい。

【山根 基】医師会と基幹病院が廿日市市唯一の基幹病院であるため、病診連携で会を持っており諮問委員会もある。日ごろの付き合いが一番大事だと思っている。

【安信 祐治】先に言われたように、日ごろの付き合いが大事である。緊張感がある中で、良い関係が築かれていると思う。

## 指定発言



【広島県健康福祉局長：  
佐々木 昌弘】

今後の方向性であるが、救急医療を含めこれからは医療資源の配置をリアレンジメントしていかなければならないことを痛感した。いままでの延長線上で将来の絵を描くことは残念ながらできない。今後の社会保障政策の目標を設定した上で医療資源のリアレンジメントを図っていく必要がある。

県民はいつでも近い距離での医療提供を求めるが、医療提供側は善意と誇りを支えに身を粉にして働いている。将来にわたり持続可能にするためには、医療人の善意に頼らないが、一方で医療人が持っている善意やプライドを維持できるような仕組みが必要である。

しかし、現状は医療側の持ち出しが増えて医療人の労働条件の改善はなく、全国どこでも同じような状況であるため、行政がちゃんとコーディネート、アレンジメント機能を果たさなければならぬ。行政を基本として地対協を活用し、県庁、市役所、町役場も絡め医療資源のリアレンジメントを図る施策をこの10年で解決しなければいけない。

また、在宅の重視という言葉に象徴される地域包括ケアは、介護保険法上出てきた概念であるが、医療と介護をつなぐというところで初めて地域包括ケアシステムが完結する。この地域包括ケアシステムを考えれば、広島県は23の市町に125の日常生活圏域がある。この125の日常生活圏域でまず地域そのものの医療のみならず、介護や予防、健康づくりに今後力を入れていかなければと考えている。来年度にかけて125の日常生活圏域にある地域包括ケアシステムとリーダー的立場になる人材の養成を進めていく。

阪神大震災によりDMATの想定は災害後48時間であった。新潟県中越地震によって、もう少し日常生活まで配慮した形での災害医療が必要だと言われ、今回の東日本大震災でも多くの教訓を得ることになった。広島県として作っていきたいのは災害医療から避難所の生活である。谷川先生のプレゼンにあったとおり、公衆衛生上の口腔ケア、栄養、服薬管理、リハビリテーションがある。1つのチームとして行える体制作りができないか考えている。

## 追加発言

【東広島地区医師会会長：山崎 正数】川口理事が発表したとおり、八本松病院は初期救急であったが二次救急病院になっていただいた。東広島記念病院も初期救急の病院であるが、1.5次程度の救急として対応すると申し出があった。県立リハビリテーションセンターからは、月一回休みの日に対応いただいている。東広島医療センターのバックアップや竹原地区の先生方、特に竹原地区の二次救急病院の先生方、県立安芸津病院にも積極的に手伝っていただいている。市役所も協力的で前向きな提案がある。消防局の救急隊の振り分けも非常に良く、空白日は確かに多かったが、上手くいっている。以上を追加発言とさせていただきたい。

【司会：土手 慶五】医療資源のリアレンジメントを考える上で、やはりケアを含めた総合力を持った救急医を育成することが必要であるという印象を受けた。

## 次期開催圏域地対協会長挨拶 (要旨)



広島圏域地域保健対策協議会長  
(広島市医師会長)

長 崎 孝太郎

来年度の圏域地対協研修会を担当させていただく。現在のところ、テーマや研修日程などはまったく決まっていないが、今後、各圏域地対協へアンケートを取り検討していきたい。ぜひ、アンケートで率直な要望などをお聞かせいただきたい。

広島市の協力を得ながら、また広島県医師会と連携を取り開催に向け鋭意諸準備に当たる。開催日時などもまったく決まっていないが、おそらく例年の開催日時になるだろうと思っている。

## 閉会挨拶 (要旨)



広島県地域保健対策協議会副  
会長

糸 山 隆

本日のテーマは「救急医療」であったが、私自身にとっても非常に内容の濃い研修会になった。

谷川教授には、基調講演で私どもの広島市の事例もいろいろと交えていただき、広島県全体の救急医療の現状と課題、そして今後の方向など、非常に多岐にわたり分かりやすく、また、ときには鋭い指摘も含めてご講演いただいた。

また、シンポジウムでは県内の各地域で休日、夜間救急などを担っていらっしゃる先生方から、本当に貴重なお話をお聞きすることができた。

いろいろな課題や制約がある中、本当に熱心に地域医療を守るために取り組んでおられることがよく伝わってきた。課題を整理し、行政としていろいろな課題について、また地対協の皆さまとともに一緒になって、ぜひ取り組んでいきたい。

来年は、わが広島市が開催地となっている。ぜひ今日ここにお集まりの皆さま方にもご支援ご協力をお願いする。この研修会を機に、また広島県内の医療がますます充実することを祈念する。

### (参考) 圏域地対協研修会 開催状況一覧

	年 度	開 催 日	開 催 地	担当圏域	テ ー マ
第1回	1995(H7)	1月20日(土), 21日(日)	安芸グランドホテル	広島県西部	これからの地域保健・医療・福祉と地区地対協の役割
第2回	1996(H8)	1月25日(土), 26日(日)	県立ふれあいの里老人福祉センター	尾三	これからの地域包括ケアと地区地対協の役割
第3回	1997(H9)	1月24日(土), 25日(日)	呉市国民宿舎音戸ロッジ	呉	地域における保健・医療・福祉の連携と圏域地対協の役割
第4回	1998(H10)	10月31日(土), 11月1日(日)	県立大学 県立七塚原青年の家	備北	保健・医療・福祉の一層の連携推進と圏域地対協の役割 地域での情報活用と開かれた保健・医療・福祉
第5回	1999(H11)	11月6日(土), 7日(日)	広島プリンスホテル	広島 (広島市連合・海田・芸北)	介護保険サービスの利用者と提供者の対等な関係の確立に向けて
第6回	2000(H12)	10月14日(土), 15日(日)	ホテル賀茂川荘	広島中央	圏域地対協の今後のあり方を探る
第7回	2001(H13)	2月9日(土), 10日(日)	福山ニューキャッスルホテル	福山・府中	県民の健康と安心を支える連携—在宅から救急まで—
第8回	2002(H14)	2月8日(土), 9日(日)	安芸グランドホテル	広島県西部	「地域における健康づくり」～その方向と課題～
第9回	2003(H15)	2月14日(土), 15日(日)	テアトロシエルネ(しまなみ交流館)	尾三	新・地域ケアにおける高齢者介護とケアマネジメント
第10回	2004(H16)	2月6日(日)	クレイトンベイホテル	呉	子育て支援～子どもを産み育てやすい社会を目指して
第11回	2005(H17)	10月16日(日)	三次・ハートピア平安閣	備北	地域医療の確保—医師不足等による基幹病院の危機—
第12回	2006(H18)	2月18日(日)	広島国際会議場フェニックスホール	広島 (広島市連合・海田・芸北)	初期から三次までの救急医療を考える
第13回	2007(H19)	2月3日(日)	広島大学サタケメモリアルホール	広島中央	良い生活習慣は気持ちがいい! ～1に運動 2に食事 しっかり禁煙 みんなで実践!!～
第14回	2008(H20)	2月1日(日)	福山労働会館みやび	福山・府中	うつ・自殺対策～大切な命守ろう地域の輪～
第15回	2009(H21)	1月31日(日)	安芸グランドホテル	広島県西部	これからの地域ケア
第16回	2010(H22)	2月6日(日)	三原リージョンプラザ	尾三	希望を叶える安楽な在宅緩和ケアに向けて
第17回	2011(H23)	2月12日(日)	呉市文化ホール	呉	認知症早期発見・早期ケア～安心して暮らせるまちに～
第18回	2012(H24)	10月21日(日)	ハートピア平安閣	備北圏域	地域の救急医療体制の構築について
第19回	2013(H25)	調整中	調整中	広島 (広島市連合・海田・芸北)	調整中