

平成30年11月27日

会員各位

鎌倉市医師会会長 井口 和幸  
救急医療担当理事 田邊 巖

「ドクターカー保有等状況」に係る調査の実施について

標記の件につきまして、神奈川県医師会より通知がございましたので、お知らせ致します。なお、該当されている医療機関は、回答期限が11月26日(月)から12月7日(金)までと延長されたとのことですので、ご協力のほどよろしくお願い致します。

神奈川県医師会  
理事 西山貴郁

「ドクターカー保有等状況」に係る調査の実施について

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、標記の件について、神奈川県健康医療局保健医療部医療課より別添のとおりの文書がまいりました。

本件は、神奈川県健康医療局保健医療部医療課より、対象医療機関に標記調査を依頼された旨、お知らせがあったものです。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご了知くださいますようお願いいたします。

なお、文書には、回答期限が11月26日(月)となっておりますが、12月7日(金)に変更したとのことですので(県ホームページにて、その旨お知らせされております)。

お問い合わせ先

地域保健課 担当：石渡

横浜市中区富士見町3-1

TEL：045(241)7000 FAX：045(241)1464

E-mail：r-ishiwata@kanagawa.med.or.jp

事務連絡

平成30年11月20日

公益社団法人神奈川県医師会様

神奈川県健康医療局保健医療部医療課

「ドクターカー保有等状況」に係る調査の実施について

日頃から、本県の保健医療政策の推進について御理解と御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

標記のことについて、平成27年度から実施をしているものですが、別添(写)のとおり、各医療機関あて依頼しましたので、お知らせいたします。

1 「ドクターカー保有等状況」に係る調査について

調査依頼先： 県内の病院

問合せ先

地域医療・医師確保対策グループ 宮崎

電話 (045)210-1111 内線 4878

ファクシミリ (045)210-8856

電子メール ouhuku-chiikiiryoushou@pref.kanagawa.jp



各医療機関の長 様

神奈川県健康医療局保健医療部医療課長  
( 公 印 省 略 )

「ドクターカー保有等状況」に係る調査の実施について (依頼)

日頃から、本県の保健医療政策の推進について御理解、御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、標記のことについて、現況を把握し、今後の救急医療施策を検討する際の基礎資料とするため、平成 27 年度から調査を実施しています。

については、お忙しいところ恐縮ですが、別添「調査票」に御記入のうえ、平成 30 年 11 月 26 日 (月) までに E メールにて御回答くださるようお願いいたします。

## 1. 回答方法

別添調査票(「ドクターカー保有等状況調査票」)を神奈川県のホームページからダウンロードしていただき、調査票にご記入のうえ下記アドレスあて E メールにてお送りください。

【URL(調査票のダウンロード)】

<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/t3u/doctorcar2018.html>

(神奈川県ホームページから「健康・福祉・子育て」→「医療」→「救急・災害医療」へと進み、「平成 30 年度ドクターカーの保有等の状況調査について」を開いてください。)

【メールアドレス(調査票の提出先)】

[ouhuku-chiikiiryou@pref.kanagawa.jp](mailto:ouhuku-chiikiiryou@pref.kanagawa.jp)

※ご提出のさいはメールおよび調査票のタイトルを「ドクターカー保有等状況調査票(医療機関名)」としてください。

E メールでのご提出が困難な場合は下記あて FAX 願います。

FAX : 045-210-8856

## 2. 回答期限

平成 30 年 11 月 26 日 (月)

問合せ先

地域医療・医師確保対策グループ 宮崎

電話 (045)210-1111 内線 4878

ファクシ (045)210-8856

電子メール ouhuku-chiikiiryou@pref.kanagawa.jp

Eメール:ouhuku-chiikiiryoud@pref.kanagawa.jp

担当:宮崎

電話 045-210-1111(内線)4878 FAX 045-210-8856

住所	
医療機関名	
医療機関区分 (該当するもの全てに丸をつける)	三次救急 ・ 二次救急 ・ 周産期(基幹) ・ 周産期(中核) ・ 周産期(協力)
担当部署・担当者氏名	
電話番号	
メールアドレス	

### 「ドクターカー保有等状況」に係る調査について

本調査においてドクターカーとは、患者監視装置等の医療機械を搭載し、医師、看護師等が同乗し、搬送途上へ出勤する救急車とします。なお、搬送途上とは病院間での搬送も含まれます。

1. 貴院では、平成30年10月1日現在、ドクターカーを保有していますか。どちらかに丸をつけてください。なお、「はい」の場合は、カッコにドクターカーの保有台数を御記入ください。

はい (          台)          ・          いいえ

※「いいえ」の場合は、4に進んでください。

2. 貴院が保有する全てのドクターカーについて、ドクターカー1台ごとに御記入ください。

	A(※1)	B(※2)	C(※3)	D(※4)	E(※5)	F(※6)	G(※7)	H(※8)	I(※9)	J(※10)	K(※11)	L(※12)
	車両	緊急自動車の指定	全運行件数	Cのうち、救急現場	Cのうち、病院間搬送	救急現場への運行時の標準的な乗車スタッフ	病院間搬送時の標準的な乗車スタッフ	出動の基準	稼働時間	出動範囲(救急現場)	出動範囲(病院間搬送)	導入年月日
1台目	救急車型	指定あり	( )件	( )件	成人( )件 うち、医師( )件	医師( )人 看護師( )人 運転員( )人	医師( )人 看護師( )人 運転員( )人	基準あり				年月
	乗用車型	指定なし	うち、医師 ( )件	うち、医師 ( )件	小児( )件 うち、医師( )件 周産期( )件 うち、医師( )件	(その他)	(その他)	基準なし				
2台目	救急車型	指定あり	( )件	( )件	成人( )件 うち、医師( )件	医師( )人 看護師( )人 運転員( )人	医師( )人 看護師( )人 運転員( )人	基準あり				年月
	乗用車型	指定なし	うち、医師 ( )件	うち、医師 ( )件	小児( )件 うち、医師( )件 周産期( )件 うち、医師( )件	(その他)	(その他)	基準なし				

	A(※1)	B(※2)	C(※3)	D(※4)	E(※5)	F(※6)	G(※7)	H(※8)	I(※9)	J(※10)	K(※11)	L(※12)
	車両	緊急 自動車 の 指定	全運行件数	Cのうち、 救急現場	Cのうち、 病院間搬送	救急現場への運 行時の標準的な 乗車スタッフ	病院間搬送時 の標準的な乗 車スタッフ	出動の 基準	稼働時間	出動範囲 (救急現 場)	出動範囲 (病院間 搬送)	導入 年月
3 台 目	救急 車型	指定 あり	( ) 件	( ) 件	成人( )件 うち、医師( )件	医 師( 人) 看護師( 人) 運転員( 人)	医 師( 人) 看護師( 人) 運転員( 人)	基準 あり				年 月
	乗用 車型	指定 なし	うち、医師 ( ) 件	うち、医師 ( ) 件	小児( )件 うち、医師( )件  周産期( )件 うち、医師( )件	〔その他〕	〔その他〕	基準 なし				

(※1)… どちらかに丸をつけてください。

(※2)… どちらかに丸をつけてください。なお、緊急自動車とは、道路交通法第39条の「緊急自動車」として公安委員会に指定された車。

(※3)… 平成29年度(平成29年4月1日から平成30年3月31日まで)の全運行件数。なお、「うち、医師( )件」のカッコの中には、医師が出動した件数を内数で記載。

(※4)… C全運行件数のうち、救急現場のために出動した件数。なお、「うち、医師( )件」のカッコの中には、医師が出動した件数を内数で記載。

(※5)… C全運行件数のうち、病院間搬送のために出動した件数。なお、「うち、医師( )件」のカッコの中には、医師が出動した件数を内数で記載。また、成人は15歳以上、小児は15歳未満とする。

(※6)と(※7)… 標準的な乗車スタッフの場合の人数を記載。

(※8)… 貴院でのドクターカーの出動についての基準を記載。(差支えなければ、基準の写しを御恵与ください。)

(※9)… 規則等で定められている稼働時間を記載。規則等がなければ、標準的な稼働時間帯を記載。「24時間365日」、「平日8:00～18:00、土日休日8:00～12:00」等。

(※10)と(※11)… 規則等で定められている出動範囲を記載。規則等がなければ、標準的な出動範囲を記載。

(※12) …ドクターカーの導入年月を記入してください。

3. 貴院でドクターカーを運営するにあたり、どのような課題がありますか。

[ ]

4. 貴院ではドクターカーを導入する予定がありますか。どちらかに○をつけてください。

はい

いいえ

※「いいえ」の場合は、5に進んでください。

5 4が「いいえ」の場合、その理由は何ですか。該当するものに○をつけてください(複数回答可能)。なお、その他を選択した場合は、( )に具体的な内容を御記入ください。

①乗車するスタッフの体制が整えられない。 ②ドクターカーの導入経費が高額。

③維持費を工面できない。 ④病院として必要性がない。

⑤その他

[ ]

～ご協力ありがとうございました。～