

第4回 長野県保健医療計画策定ワーキンググループ会議
(救急・災害医療WG) 議事録

1 日 時 令和5年10月16日(月) 13時00分～

2 場 所 長野県庁 西庁舎2階 202号会議室(Web会議併用)

3 出席者

構成員：石井絹子構成員、今村浩構成員、岩下具美構成員、藤牧泉構成員、高山浩史構成員、
田中昌彦構成員、山本明広構成員、和田秀一構成員

事務局：久保田敏広医療政策課長、社本雅人医療政策課企画幹兼課長補佐、
赤羽和也医療政策課医療係長、鈴木三千穂上田保健福祉事務所長、
小林良清長野市保健所長、塚田昌大松本市保健所長

4 会議録(要旨)

(1) グランドデザイン(案)について

(和田座長)

座長を務めさせていただきます和田でございます。今日は十分議論のための時間を取ってあると思いますが、できるだけスピーディーに進めて、時間内にしっかりと終わりたいと思いますので、御協力をよろしくお願いいたします。

それでは、会議事項の1番、グランドデザインについて、事務局から説明をお願いいたします。

(久保田医療政策課長、資料1により説明)

(和田座長)

このグランドデザインは理念のようなものということで、大まかな枠組みと申しますか、大きく捉えたほうがいいのかとも思いますけれども、どうでしょうか、これは大切なところでございますので、御意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

基本的な考え方ということで、例えば「地域型」とか「広域型」の役割については、細かいところに踏み込むとどのようになるかというのはこれから考えていくところもあろうかと思っておりますけれども、そんなことでよろしいでしょうか。

(久保田医療政策課長)

はい、あくまでこの病院が地域型だと認定をするといったものではございません。当然、疾病・事業ごとに役割は異なりますし、地域ごとでもその病院の役割というのはそれぞれ違ってくると思っております。これまでこうした概念と申しますか、考え方を県が医療提供体制についてしっかりと打ち出していることがなかったということが現状でございました。ただやはりそうも言われてられない状況だというようなことが策定委員会の中でも議論されているところで、こうした考え方を提示したということで御理解をいただければと思います。

(和田座長)

今村構成員いかがでしょうか。

(今村構成員)

信州大学の今村です。

このグランドデザインの背景についていくつか教えていただきたいのですが、まず前提としてこの内容は至極もったもな考え方でありまして非常に大切なことだと思います。お伺いしたいのは、今この時期になって、もう既にワーキングを3回やってという時期に、最も基本的な理念に関するところが出てきたというのはどういった背景、経緯があるのでしょうか。

(久保田医療政策課長)

医療政策課長、久保田でございます。

構成員のおっしゃっていることというのは、もっともございまして、本来ですともっと早くお示しができればよかったですけれども、実はこれについて議論をスタートさせたのが若干遅れたところがございます。今回初めて9月の末に策定委員会に素案として提出をさせていただいたところがございます。ただこうしたこの考え方自体は、これまでワーキンググループでも再三再四構成員方からおっしゃっていただいたところございまして、それぞれのワーキングの中でもやはり必要性だとかそうしたものが、議論の中で1回目、2回目とやっていく中で積み上がってきた部分もございまして、そうしたところも踏まえて県としてもこれはしっかりと策定したほうがいいのではないかとということもあり、若干遅れましたけれどもこのタイミングでお示しをさせていただいたところでございますので、御理解をいただければと思います。ただ考え方については、これまで構成員方がおっしゃってきたところをしっかりと文章にして、図式化したというところで考えてございますので、御理解をいただければというところでございます。

以上でございます。

(和田座長)

今村構成員、よろしいでしょうか。

(今村構成員)

了解しました。これは正しいことですので、遅れたとはいえ、これはぜひこういった考えをほかの5疾病6事業に関してもやったほうが良いと思います。

そうするとこれは例えば、国からこういう指示が来た、といったことではないですね。

(久保田医療政策課長)

はい、国から特にこのように分けろと出たものはございません。どちらかというと今、地域医療構想調整会議等の地域医療構想の中で病床のいわゆる機能分化みたいな形での議論がなされていますけれども、こういった考え方をアプローチの仕方を変えていくことで地域医療構想についてもしっかりと進めていきたい、そういうようなことも考えているところでございます。

(今村構成員)

分かりました。

もう一ついいですか。資料1の6ページに地域型病院と広域型病院の役割の図があり、右側の想定する診療機能のところに、5疾病6事業に似たような区分けがありますけれども、これはこの疾病や事業ごと、例えば救急だとか周産期だとか、これを基に地域型病院の機能とか、広域型病院の機能を分けるという考え方でよろしいですか。例えばこの病院は、がんに関しては広域型病院だけれども、救急に関しては地域型病院だとかそういった考え方ということなののでしょうか。

(久保田医療政策課長)

おっしゃるとおりでございます。当然がんの中でもがんの診療拠点病院を持っていながら、そのほかの機能においてはそれを有していない、拠点的な機能を有していないということもございますので、それはそれぞれの病院によって異なるものだと考えております。それぞれのワーキングですとか、こうした5疾病6事業みたいなところの中でもこれを念頭にしたいいわゆる機能分化みたいなものをしっかりと議論していただくと、このような形で進められております。

(今村構成員)

よく分かりました。

(和田座長)

ほかに御意見はどうでしょうか。

例えば「地域型」、「広域型」ということについても、どういうことが地域型病院かという定義なんかもまだ十分決まっていないところもありますよね。これからいろいろと施策を考えていきながらそういう役割が決まってくるというように考えてよろしいでしょうか。

(久保田医療政策課長)

はい、確かにこれがというようにはっきりと決めるのがいいのかという部分も当然ございますし、構成員方がおっしゃるように、それぞれの疾病・事業ごとでそうした役割というのが微妙に変わってくるということもございますので、そのあたりの事例を積み重ねながら、どちらかというところからは概念的な話ですので、こうした概念を持つということがまずは重要ではないかということから、まずしっかりと啓発等を行っていきたいと考えています。

(和田座長)

以上のような内容ですけれども、よろしいでしょうか。

それでは、このグランドデザインについては以上にしたいと思います。

(2) 分野別計画素案について

① 救急医療について

(和田座長)

続いて、会議事項の2です。分野別計画素案についてです。次第に記載されている順番で、各分野の計画本文との内容について、検討していきたいと思っております。

初めに、①番の救急医療です。事務局から説明をお願いいたします。

(赤羽医療係長、資料2により説明)

(和田座長)

ありがとうございました。

資料2の17ページにロジックモデルが出ています。これも含めて計画本文案について御意見を伺いたいと思います。現状と課題、目指すべき方向と医療連携体制、施策の展開、今回は特に数値目標を設定したところなので、数値目標、それからロジックモデルの内容などがありますけれども、最初に数値目標のところ、これは決めなきゃいけないのですよね。先ほどの資料2の1のところの数値のところですけれども、目指す姿でこのパーセントのことですけれども、昨年、前回は27.8%ということですが、

今度は 22.8%という案になっているのですけれども、全国平均は 23.6%ということなので、この 22.8%でいいのか、あるいは全国平均の 23.6%というところを目指すべきなのかというところあたりが課題だと思いますけれども、いかがでしょうか。

岩下構成員、いかがでしょうか。

(岩下構成員)

岩下です。

数値目標は構成員の皆さんの御意見を調整する形でよいと思いますが、6年前の数値目標を達成できなかったことを振り返らないと、また6年後も同じ結果になると思われま。単純に全国平均に達している・達していないという評価は地域性等があるので、それでよし・悪しは言えないと思います。ボトムアップというか、一般市民の方、消防の方、そして受け入れる医療機関、全てにおいてブラッシュアップが必要だと思います。目標数値は全国平均より下の値にするか、もしくは全国平均を目指す値にするかについては構成員の皆さんで相談する形でいいと思います。いずれの目標についてもその方向に向かうように、方策を立てていくことが大切だと思います。

以上でございます。

(和田座長)

その他、高山構成員、いかがでしょうか。

(高山構成員)

信州大学の高山です。

岩下構成員の話は確かにそのとおりで、目標を上げることは大切なのですが、どうやったら現在の数値を向上させることができるのかという目算がないと目標を設定しにくいと思います。実は長野県独自の理由で頭打ちである可能性もあるわけ。患者さんが点在していて、心肺蘇生に蘇生法の対応ができる施設に限られているとか、工夫できる余地がなければ高い目標を掲げても達成できない、その辺がどうなのかということをお岩下構成員の話をお聞いてお思いました。

(和田座長)

ほかにも意見を伺いたいのですけれども、消防長会長の藤牧構成員、いかがでしょうか。

(藤牧構成員)

全体的にというようなことの中で、救命率という指標なのですけれども、分母が非常に少ない中ではっきりと何パーセントということはなかなか難しいです。例えば 10 症例あったならば 2.5 ぐらいが現状だというようなことで、何しろ分母が多くないものですから、実際に具体的に決めるというのは非常に困難だと思いますけれども、両者比較をしてどっちがいいというようなことになれば、大きめに取っていただくのがよろしいだろうと思います。

以上です。

(和田座長)

ほかの構成員の方、いかがでしょうか。御意見はありませんでしょうか。

お話は今までの現実的な増加率で行くと、この 22.8%になりますけれども、これは全国平均に達していないということで、私は素朴に全国平均に行くぐらいに目標があったほうがいいかと思ったのですけれども、何かの理由で達成が困難だということになると無理だということになってしまいますが、いかがでしょうか。全国平均を目標値にするということにしましょうか。

(今村構成員)

よろしいでしょうか。

私の意見も全国平均を目標とするのがいいのかなと思っております。もちろん相当人口が点在しているとかがあって、それは努力で何ともしがたいところですし、もともとの住民の高齢化がほかの都府県より高いので、そういうところはいくら頑張ってもやはり高齢者のほうが社会復帰率は低いですから仕方がないのですけれども、やはり今まで 10 年間こういうペースで上がってきたから今後も同じペースで上がる予想をしてそれを目標とするというのはちょっと寂しいので、全国平均を目指すというのがいいのかと思います。

それから、前回は 27.8%で達成できなかったというのですが、分析としては前回というのは 2006 年から 2010 年までの増加のペースをそのまま保ったら 27.8%になったであろうという数字だと思います。救急救命士法ができてようやく定着して、AED がちゃんと使えるようになったのが確か 2002 年とか 2003 年ぐらいですので、2006 年から 2010 年の間というのはすごくひどかったのがようやくまともになりつつあった 5 年間ぐらいなのです。なので非常に伸びしろが大きかった時期で、それをそのまま今後も続くというのはちょっと無理なので、27.8%が達成できなかったというのは分析としては仕方がないかと思っております。

以上です。

(和田座長)

ありがとうございました。

そうしましたら、皆さんの御意見だと全国平均を目標にして、それに近づくように具体的なことを考えていくということで、23.6%ということではよろしいでしょうか。

では、そこはそうのようにさせていただくことにいたします。

(岩下構成員)

コメントというか提案です。事前の意見出しでも上げていますが、先ほどのコメントの中でも一般市民の方のブラッシュアップが大事との話が出ています。そういう意味で 2 の 1 で私が 4 の項目で上げていますが、心原性の目撃がある心肺停止の方に胸骨圧迫をした数についてです。なぜこの数値が出ているかということ、心拍再開率や社会復帰率が高い病態だからです。一方で一般市民の方の多くはその様なことは知りません。一般市民の方に頑張ってもらいたいことは、目の前に心肺停止と思われる方がいたときに（心原性や目撃の有無に関係なく）、胸骨圧迫をやる行為が大事だと思います。そういう意味では、純粹に目の前に心肺停止の方がいたときの胸骨圧迫実施数（率）が、現状よりも 6 年後は増えているという数値目標を上げたらよいことを、4 で提案させて頂きました。

あともう一つ、5 の確認になりますが、この統計の取り方で、普通救命講習と上級救命講習の開催母体は消防署と赤十字社の 2 つでよろしいでしょうか。もしくはこの 2 つの講習会は、総務省あたりに報告を上げる流れがあるのでしょうか。様々な団体が講習会を開催していますので、この統計の取り方についての確認です。この 2 点を教えていただければと思います。

(和田座長)

後のほうは蘇生法の話ですね。

(岩下構成員)

そうです。

(和田座長)

最初のところでお話があったのは、一般市民が心肺蘇生を実施した件数というのを指標としてつくる

ことができるかどうかということですね。それは事務局、いかがでしょうか。

(赤羽医療係長)

事務局でございます。

今この場ですぐに正確なことが言えないですけれども、この消防庁の救急救助の現況の調べの中で心肺蘇生一般についてもおそらく数字があるかと思しますので、そちらを確認させていただいて、また指標として追加をするというところ、最後のワーキングで申し訳ないですけれども、検討させていただければと思います。

2つ目にお話しいただきました救急の統計の関係ですけれども、確認をさせていただきますので、分かったところでお答えさせていただければと思います。

(岩下構成員)

ありがとうございます。

(和田座長)

救急蘇生法については、この2つ目なのですが、8,969人はコロナのところで、この今の年間2万4,000人ということでそっちの数値にするということでもよろしいですね。

あとは、救命救急センターのことですけれども、A評価の維持という目標なのですが、一方でS評価というのはありますけど、確かにS評価を取るというのはなかなか大変で、医療施設でそれぞれ努力をするというのはいいのですが、目標としておくとなかなか厳しいのではないかと考えたところですが、皆さん御意見はいかがでしょう。

岩下構成員どうぞ。

(岩下構成員)

県内の7施設が全てSを取る必要はないと思います。とって既に全ての7施設がA以上の評価をいただいているのに、本医療計画の目標をAとすることもおかしいと感じました。グランドデザインで要は医師が診療に専念できる環境整備が大事であることが見えます。救命救急センターの充実度評価は毎年実施され、たくさんの項目があります。その中に先ほどの退院支援という項目も入っています。充実度評価の中で当県において加点が少ない項目を目標値とするとか、医師が救急の診療に専念できるようにコメディカルの方等々の協力が大切であるという立場から、(充実度評価の項目にある)医師事務の整備に関する項目の加点を目標とすることもよいと思います。SとかAとかの大きな目標値よりも、充実度評価にある項目の方が具体的な目標値としてよいと思います。

以上です。

(和田座長)

事務局、いかがですかね。なかなか難しいところですが。

(赤羽医療係長)

令和4年度の実際の評価の結果を拝見しますと、やはりどの病院も一番苦慮されていらっしゃるの、先ほども申し上げた救命救急センターの専従の医師の数と、そのうちの救急科の専門医の数というところ、ここはやはりどうしても点数が伸び悩んでいる一番大きなところになっているかと考えております。岩下構成員がおっしゃった医師の事務作業補助者の数ですとか、そういったところも伸び悩んでいる部分はございます。このようなところを目標とできるかどうかというのは、なかなか難しいところではありますけれども、おっしゃるとおり分析をしていくと、どこが長野県内で伸び悩んでいるのかというところが出てくるかと思うので、そこを目標値としてプラスするかどうかは確かに考えなきゃいけないと

ころかと思しますので、今後検討させていただくということで引き取らせていただければと思います。

(和田座長)

一応現案ではA評価の維持ということになっていまして、これは基本的にやっていかないといけないことだと思うのですが、それ以上をどういう形でするかということですね。個人的には、ここで指標を出すのは難しいような気もしますが、何か御意見はありますでしょうか。

取りあえずそれは意見として聞いたということで、次に行きたいと思います。

(赤羽医療係長)

もう一点、この先6年間の次期計画期間の中で下り搬送の部分、なかなか進んでいないというところ、どういった施策が考えられるのか、どういったことができるのかというところで御意見等があれば伺いして今後の参考とさせていただきたいと思います。

(和田座長)

今説明があったとおり、これはとても難しいところなのですが、これについて指標や施策といった点で何か御意見はあるでしょうか。なかなか、本当に大切な問題なのですが、それを具体的にどのようにやったらいいかというのは、簡単に誰かが答えを出せるというわけではないので難しい点だと思いますけれども、何か御意見があれば伺いたいと思います。

今村構成員、お願いします。

(今村構成員)

まず、いろいろところで私が出した意見を反映していただいて本当にありがとうございます。この医療体制の図の修正だとか、あとは重点というか強調すべきところをいくつかやっていただいております。

施策で具体的にあるのですが、まず1つは2の14ページにあります3番の重症度に応じた適切な医療を受けられる体制整備で、ICTの文章がありますけれども、このところはぜひ県がある程度介入していただきたい。ICTの導入を今までは病院単位というか、病院の自己努力みたいなところでやっていたところもあると思います。やはりお金もかかるし、複数の病院をまとめ上げなければならないというのありまして、やはり県が主導的にまとめ上げたり、予算的な措置をしてもらったりしていただきたいと思います。ICTの導入は医師の働き方改革に役立つ部分があり、ある程度県の方が関与してもらえるところもあると思いますので、これは県でぜひ介入してもらいたいというところが1つです。

それからもう一つ、この同じページの4の急性期を脱した患者がというところで、出口問題のことで、これは保険点数でどうのこうのというのは考えられるのですが、それは県が関与できるところではありませんのでなかなか難しいですが、例えば、御存知かもしれませんが今回信州大学病院と、松本市立病院で救急医療の出口問題を解決するための協定を結びました。こういうところは病院の自己努力をやっているところなのですが、できたら行政の指導というか、いろいろと病院も設立母体が違いますのでなかなか難しいですが、行政で何かコミットしていただいて、出口問題を進めるような病病連携を行政がやってもらえるとよいと思います。どこまで強制力というか、母体の違う病院同士の連携が進められるのかは分かりませんが、もう一つ、やはり病病連携ではなくて、出口問題に該当するような患者さんというのは、やはり長期入院が必要になるとか高齢者が多いので、これはケアマネジャーさんが必ず関与しているはずで、そこところはやはり行政がかなり関わられる、社協とかが関わるところなので、そういうところからアプローチして、そういった転院のときにスムーズにできるようにケアマネさんが協力するだとか、関与できるかと思っております。

あともう一つは、救命救急センターの評価の問題ですが、確かにS評価というのはなかなか大変で、おそらくAを維持するのもいっぱいいっぱいというところもあるのかと思いますので、最低限A100%

維持というのが妥当と思っています。その一方で、あまり皆さん認識されていないかもしれませんが、長野県は救急医療機能評価委員会というのがあって、要するに救命救急センター同士のピアレビューですね。これはどの県でもやっていなくて、ほかの県の人から見るとすごいことをやっていますねと言われます。S、A、Bの点数だけでは分からないところも、プロの目から見て救急をちゃんとやっているか、地域に則した救急をちゃんと救命救急センターがやっているかというところを判断するにはすごく役立っていると思います。今コロナで休みはしていましたが、あれはぜひ継続した方がよい非常に立派な事業だと思います。内輪同士だけでやってしまうとお手盛りになってしまいますので、他県から救急のプロの人も呼んで、辛口の意見も入れてピアレビューをするというのは非常に役立っていると思います。これはまた再開すべきだと思いますし、ここに他県にはないこんなことをやっているよと書いてもよいと思ったりしています。

以上です。

(和田座長)

ありがとうございました。救命救急センターの評価のことについては、救命救急センターの機能評価を実施していることをうまい形で文言に入れたりして、そういったことの評価の向上につながるように文言を考えていただければと思います。

もう二点、ICTの導入については、県の補助等そういう援助の仕方もまた考えていただきたいということと、それから病病連携とかいろいろと協定を結ぶとか連携を取っていくことに対して、行政としてこれも援助いただきたいということなので、そういったことがまた文言になるといいと思います。あとケアマネジャーについても今お話がありましたので、そういうことも入れていただければというように思います。御意見ありがとうございました。

ほかに何か意見はあるでしょうか。

(小林長野市保健所長)

長野市保健所の小林です。事務局の立場ではありますけど、発言をお願いしたいと思います。

今村構成員からお話があった医療介護連携については、実は介護保険で地域支援事業というのがあって、今多分どの圏域も医療介護連携のルールがそれぞれ決まっております、在宅の人が入院をしたときにどういう情報交換をするか、入院をしている人が在宅や施設に戻るときにどのように情報を交換するかというのはありますので、それは多分この医療計画の中の在宅医療でも出てくる項目ではないかなと思いますので、そういったところをこの救急にも入れることはできるのではないかなと思います。また私自身の経験ではありますけれども、病病連携についても地域によっては医療機関に集まっていたりして、急性期病院の大変さを次期以降の病院にも理解してもらって、具体的にどのように連携をしたり、あるいは連携の窓口同士のネットワークもつくったりということもありますので、そのあたりは取組なり、あるいは指標としても入れていけるのではないかなと思いますので、その点も含めて課で検討していただければと思います。

あと、先ほどの目指すべき姿で、パーセントの議論がありましたけども、私もできるだけ高いほうにさせていただくのがよいとは思いますが、これはぜひ構成員の皆様方に御確認いただきたいのですが、資料の2-15から2-16が数値目標として目標値が掲げられているのですが、その目標の考え方のところを読むと、これまでの実績の最大とかこれまでの平均値とかといった形で、ほぼ現状維持の目標になっているところがありまして、先ほど目指す姿の実際にこれを進めていく方策が重要ではないかというお話がありましたけども、まさにこの2-15の2番から2-16の5番までがそれを推進する方策としてロジックモデルで取り上げられていましたので、少なくともこの2から5の目標のもう少し何というか増やしていく方向に努力をしないと、この1番のアウトカムも増えていかないので、そのあたりがもちろん現実的な問題もあるかもしれませんが、もうちょっとだけ踏み込んだ目標

設定というのがあるといいのではないかなと思います。ちなみにこのアウトカムも20.9%ということで、先ほど藤牧構成員さんからもありましたけども、確かにこれは何人中何人かという基礎的な情報もないので、できればこのデータを救急の最初のところに社会復帰率はこのように推移していますということで、パーセントと実数をデータとしてちゃんと示していただくと、もしかしたらこれはどれぐらいの人数なのかというのは分かりやすいので、そのあたりも検討していただくといいかなと思います。

あと最後に、これは2-14の一番下の5番で、新興感染症発生時でも救急が守れるということを書いて、これは前回私からも新興感染症のほうでも取り上げているのではないのでしょうかということをお願いしましたけども、2-16にはこの新興感染症絡みの数値目標が全然書いていないので、もし新興感染症で取り上げるならそちらで取り上げていますよといった記載をするか、もし取り上げていないようであればここに2-14の5番の相当する数値目標についても何らかの設定をすべき必要があるのではないかなと思いました。

(和田座長)

事務局で打合せをするということが出てきましたので、そういうことでよろしいですか。

本当にこれは目標値を達成するとか、やはりそれを超えるということのための方策が重要なのでありまして、これを今後ずっと考えていくということだと思いますのでよろしくお願いします。

どうぞ。

(岩下構成員)

すみません、今日が最後のワーキングですので確認をさせていただきます。資料2-1、いくつか私がコメントをしている項目の確認をお願いします。

項目で番号の8番と16番に相当することが1つあります。これは人生会議(ACP)のことです。運用する消防本部の数は目標値として適切でしょうか。医療が関与しないACPはないし、それを考慮した運用等が大事です。最終的には消防本部の運用数が数値目標になるのかもと思いますが、そのために地域MC単位か/県MC単位、もしくは医師会単位等、ACPを取り組む手順を具体的にしたほうがよいと思います。

あと文言的には8は、「MC協議会で協議をしながら」を入れるとか、16では2の14の2行目のところ、県内統一の標準的な対応方針を検討するなど、「心肺蘇生を望まない傷病者の消防本部の対応方針の整備を推進します」の消防本部というのは削除したほうがよいと思います。前回のワーキングでもお話ししましたが県MC単位で運用している県もあります。多分地域MCとか医師会の単位だとばらつきが生じいろいろと対応が違い混乱を生じるからだと思います。消防本部ごとで決めるのも変だと思います。この表現は「MCと協議をしながら」を入れたらよいと思います。

(赤羽医療係長)

指標についてはこちらも国の資料例を参考にしておりまして、国の調査で、消防本部単位で、消防本部に対して調査をかけているものになっています。長野県の実情を確認してみますと、今策定しているとはいっても、一括に心肺蘇生を続けますというだけの対応方針だったりするところもございまして、実際に消防本部のみで方針を策定しているところもあるように承知しています。ただこのところで我々事務局としては、計画の2-14ページを御確認いただければと思いますけれども、一番上の丸のところには県内統一の標準的な対応方針を検討するという文言を前回加えさせていただきました。この心肺蘇生を望まない傷病者への対応方針というものは当然MCも絡んだ中で、県でできる限り統一した標準的な対応となっていくべきだと考えておりますので、このところは県MCでも検討しながら考えていくということでこのような記載にさせていただいておりますので、そのように御理解いただければと考えております。

(和田座長)

ありがとうございます。それでよろしいですか。
では続いて。

(岩下構成員)

次が、10番の項目です。休日・夜間の対応できる医療のことです。医師会でやられているのか行政でやられているのか、また対象としている患者さんがどの地域の住民なのかということが、非常に曖昧だと思います。地域によって空白の時間があります。深夜帯に空白があるのは致し方ないとしても、平日の夜間帯（準夜帯）であっても空白がある、対象とする診療分野も内科系、外科系がオーソドックスな診療体制だと思いますが、片方しかない地域があります。本医療計画で数値目標を立てることは難しいですが、6年をかけてこの実態を調査して欲しいです。市民の方には不要不急の病態は翌日（平日日勤帯）の診療を促すことが大事ですが、急を要する病態でも、重症でない病態は、夜間急病センターが受け皿になってほしいです。このシステムができないと結局救急車を対応している病院で軽症を受ける形になります。ランドデザインと対立するのではないかと思います。数値目標は難しいけれども、6年をかけて実態調査をして、空白の時間をどこがどう補っていくのかを検討することが大切だと思います。

(和田座長)

事務局からお答えをお願いします。

(赤羽医療係長)

初期救急につきましては、基本的に広域連合が中心になって、広域内の初期救急体制というものを検討していただいているところになりまして、広域ごとに様々な事情がある中で初期救急を受ける時間帯をどこまでとするのかですとか、それは当然地元の医師会等との調整にはなってくるかと思ひますし、各圏域にある診療所の先生方の様子等もおそらく影響してくる部分になろうかと思ひております。

岩下構成員がおっしゃったように、初期救急体制というところで、県としてほとんど関与していない部分がありますけれども、こういった形で県でも関与しながら各地域の初期救急体制というものを整備していくことができるかというところを、おっしゃったように二次救急医療機関、救命救急センターの負担軽減という観点からも重要な部分になってくるかと思ひますので、6年間の計画期間でしっかりと考えていかなければいけないところだと思ひています。

(岩下構成員)

ありがとうございます。

(和田座長)

これからの6年間の中に、その施策の中に盛り込んでいただくといいことですね。
ほかにありますか。

(岩下構成員)

あと2つあります。

(今村構成員)

今村ですけど、ちょっとよろしいでしょうか。

(和田座長)

では、今村構成員をお願いします。

(今村構成員)

岩下構成員がおっしゃったことで、私も2-16ページの目標のところ、4の下の2つ、夜間・休日に対応できる医療施設数と二次救急医療機関の数ですけど、この18というのはそんなに多くないのですが、数を増やすというのはグランドデザインからするとむしろ逆行していて、これから医師も減る、病院も集約化していかなきゃいけないという中で施設を増やすということは、当然医者が分散していくということにもなるので、これは考えてもいいのかなとも思いました。医者がいっぱいいれば病院の数は増えたほうが近くに行けますからいいのですけれど、救急で大事なことは長野県10の圏域全ての地域で24時間365日どんな時間帯であっても外科、内科の患者、子どもなどそれぞれの行き先がちゃんと決まっていればいいわけです。このグランドデザインで目指す集約化という姿から、この指標はちょっと逆行しているところがあるかと思いました。

(和田座長)

ありがとうございました。御指摘のとおりだと思いますけど、これは具体的な指標というのを考えるのはなかなか今の趣旨で難しいところもあるかと思いますが、事務局はいかがですか。

(赤羽医療係長)

今村構成員、岩下構成員がおっしゃっていただいたことは全くごもっともだと思っておりますけれども、指標という形で数値として追っていくものというところで、現時点でなかなか出せるものがない中で、この施設数を増やしていく、現状の水準維持を目指していくというところはこれからなかなか難しくなってくる部分もあるかと思えます。ただ、初期救急体制を維持していくという観点で、一旦、施設数を指標目標とさせていただきながら、実際にどのように各地域の中でのこの初期救急体制が充実されていくかということも今後達成度合い、進捗状況を確認していく中では見ていきながら、という形でやらせていただければと思います。この施設数の目標自体は、さすがに何もないわけにもいかない部分だろうと思えますので、そぐわないかもしれませんが、このままでいかかかと考えております。

(和田座長)

この問題は恐らく構成員の皆さんはある程度理解されていると思いますが、指標として出すのはなかなか難しいところもあって、現状、今こういうことなのですが、もし何かいい指標ができればいいですけど、それをいきなり出すのはなかなか大変ですよ。そういうことも理解できるような気はするので、こんなところでどうでしょうか。

岩下構成員、ほかにも意見が。

(岩下構成員)

あと2つあります。

次が資料2-1の14番です。三次救急医療機関から人工呼吸器が必要な患者の気管切開などのある患者を受け入れる体制を整えた医療機関数の数値目標についてです。施設数がたくさん増えていますが実際の臨床の場では、状態が落ち着いた状況で転院するまでに非常に苦慮しています。施設数が多いことはいいことなのかもしれませんが、現実には依頼してから転院（三次救急医療機関を退院）までの日数は非常に長い期間を要します。このデータの抽出は難しいと思いますが、1つの指標としてはいかがでしょうか。または、施設当たりの年間の受け入れ患者数というのはいかがでしょうか。施設の数がたくさんあっても受け入れていない施設もたくさんあると思えます。これについていかがでしょうか。

(和田座長)

事務局、お願いします。

(赤羽医療係長)

こちらの医療機関の割合につきましては、対応案のところにも記載させていただいておりますとおり、県内の病院数を分母といたしまして、分子としては機能別医療機関の一覧ということで、毎年1回医療機能調査ということですべての医療機関に対して調査をかけさせていただきまして、そこで自分の病院がここに該当しているとチェックをしてきたところの病院数を分子としているところになっております。岩下構成員がおっしゃったように患者数というところ、ここにチェックは入れているのだけど、実際に受け入れられているかどうかという実態の部分には確かにおっしゃるとおりあるかと思えます。患者数というところが数字に入れられるかどうかというところが、指標とするには一番大きな課題になってくるかと思えますので、その辺りを確認させていただければと思えますけれども、どうしてもその患者の数が拾えないということであれば、引き続き現行の計画と同じ指標を続けさせていただくということになるかと思えますので、御了承いただければと思えます。

(和田座長)

では、もう一点お願いします。

(岩下構成員)

最後です。15番の質問の項目です。ドクターカーのことです。具体的には表の9番の数です。たくさんドクターカーの運用台数と出動数があります。これは6年前のワーキングでも検討したのですが、下り搬送も入っているとか、名前はドクターカーだけでも医師が乗っていない車も含まれているのではないかとの話があって、精査をして数字を整えました。この点については確認をされているのでしょうか。

(富澤医療政策課主事)

事務局、医療政策課の富澤と申します。

ただいまの御質問、ドクターカーの数につきましては、15番の対応案のところに書いてありますとおり、出典は国の調査の救急医療提供体制現況調べになります。こちらの中で調査の定義といたしましては、ドクターカーを患者監視装置等の医療器械を搭載している、医師・看護師が同乗している、搬送途中へ出動する救急車というような形で定義されております。各救命救急センターはこれをどの程度承知されて書いているかどうかは不明なところではありますけれども、調査としてはこのような形で行っておりまして、それでもって回答されたものをまとめた数字という形になっております。

(岩下構成員)

医師でなくても看護師だけの運用も含まれているのでしょうか。

(富澤医療政策課主事)

定義的にはそのような形で調査を取っているところです。

(岩下構成員)

平成28年のデータは、今回の基準と同じ条件でデータを抽出していますか。整合性が気になります。高山構成員は覚えていらっしゃいますでしょうか。6年前にこの話で議論したことがあったと思えます。

(高山構成員)

そのときの会話の記憶だけで話すならば、前方型ドクターカー、要するに現場に出動するドクターカー、今回のほうにも説明書きのところにはそう書いてあるのですね。現場出動という括弧書きがあってそう書いてあるのですが、そういったものに前回は修正したという経緯を記憶しています。2-8のと

ころですね、表9番、ドクターカー（救急現場への出動）、これがかなりの数があったのが8台まで減らされていたという記憶があります。今回の17台が先ほどの説明であると、救急現場への出動する医師が同乗した救急車であるかどうかは分からないという説明で、そういうふうに聞こえたのですけどどうなのでしょう。

（和田座長）

事務局、お願いします。

（赤羽医療係長）

6年前の現行計画を策定したときのワーキングの中でもこのドクターカーの定義が確かに話題になっていたかと思ひまして、その際に最終的にどういう形でこの数字を集計したのかというところ、事務局でもしっかりと確認できていなかったものですから、これで確認をさせていただきまして、必要であれば今後の現状と課題のところの数字になりますので、数字を前回のときと考え方を合わせる形で直すことを検討させていただければと思います。

（和田座長）

ほかによろしいですか。では時間もありますので。

（赤羽医療係長）

すみません、事務局から1点、先ほど岩下構成員から御質問のありました救命講習の関係です。確認ができて、2-15ページの救急蘇生法の受講者数の人数ですけれども、こちらは消防庁の調査の中では、消防本部がやったもののみが集計されているデータになっているようでございまして、日赤ですとかほかのところはデータとして集計しているものがないということで、この数字を採用させていただいているというものになります。

（岩下構成員）

ありがとうございます。であれば、どこかコラムに書いてありましたよね、日本赤十字社の講習を受講すること自体はいいですかね、ただせっかくデータで数字を上げることを目標にするならできるだけ消防のほうで受けてくださいという話になるのかもしれないけれども。

（赤羽医療係長）

2-7ページのコラムのところ、救命講習については消防本部ですとか日本赤十字社等が講習を開催しているということを書かせていただいておりますので、今おっしゃっていただいたような趣旨は反映できているかと思ひます。

（和田座長）

よろしいでしょうか。

何かほかにも御意見はありませんか。

どうぞ、藤牧構成員。

（藤牧構成員）

消防長会長の藤牧ですけれども、先ほど目標とする指標についての議論がありましたけれども、2-16ページの4、救急患者が緊急度、重症度に応じた適切な医療を受けられる体制整備の中での指標で受入れ困難事例の件数という指標がありますけれども、受入れ困難事例の件数といいますと私どもで通例は、要請開始から30分ではなくて、この部分は現場滞在時間という表現をしておりますので、もしそれでよ

ろしければ御確認をいただいて修正いただければと思います。

以上、1点です。

(和田座長)

要請開始からじゃなくて、ですね。これはそのほうが適切ですか。

(赤羽医療係長)

ここのところは国の指標例の中では、要請開始から30分以上である件数ということで、データをまとめてあるのですけれども、おっしゃるとおりいわゆる救急搬送困難事例というものの定義を確認させていただいて、必要であれば修正をかけさせていただければと思います。

(和田座長)

ほかにはいかがでしょうか。

もう一度藤牧構成員、どうぞ。

(藤牧構成員)

国の指標ということでございましたけれども、そうしますと2-7ページの上から2番目の表4、ここでは現場滞在時間区分ごとの件数という表現がしてありますので、整合性が取れるようにどちらかに統一なりをしていただくのが必要かと思います。もう一度御確認いただけるようですので、それで結構です。よろしくお願いします。

(和田座長)

では事務局、よろしくお願いします。

ほかに御意見はありませんでしょうか。では、御議論をありがとうございました。

では、次の分野に進みたいと思います。

②災害医療

(和田座長)

続いて、②の災害医療であります。事務局から御説明をお願いいたします。

(赤羽医療係長、資料3により説明)

(和田座長)

それでは、以上の点について、御意見等を伺いたいのですけれどもいかがでしょうか。

岩下構成員、お願いします。

(岩下構成員)

事前の意見で上げたことについて検討していただきありがとうございます。資料3-1の事前意見の番号1番です。日本DMATと県DMATが東日本大震災の後に立ち上がって、現在は大きな組織になっています。長野県に限らず、始まった当初に活躍していた人たちがだんだん定年になり、もしくはいろいろな事情で活動ができなくなることがあります。新しい講習会に参加する人数を維持することも大事ですが、長野県内で災害が起こった時に、実際に活動できる隊員が、この6年で減ることはよろしくないと思います。長野県の災害医療の連絡会議の中でDMAT連絡会議があります。そちらではデータは把握されていると思います。いわゆる現役のDMAT隊員の数はある程度把握できると思います。それが以前よりも

減ることのないようにすることは非常に大事だと思います。データはあると思います。

(和田座長)

取りあえず、事務局から答えていただけますか。

(赤羽医療係長)

岩下構成員がおっしゃった DMAT 連絡会議の中でお示ししている DMAT 隊員数につきましては、今回この現状と課題の中でお示ししている隊員数と同じものになっておりまして、その中におそらく実際に今活動できるかどうか分からない方もいらっしゃると思います。県で把握している数字はここに記載させていただいているものと同じになりますので、冒頭に申し上げたとおり、そのところの確認というところ、今できていない部分があるので、そこはしっかりと検討させていただきたいと思います。

(和田座長)

いいですか。

では、続いてお願いします。

(岩下構成員)

実際に活動ができるかどうかは非常に難しい点があります。登録があり更新がされていれば、活動できるとしてよいと思います。詳細に見ていくとデータ収集が大変になります。県外に異動されるとか、定年で活動をお辞めになった方以外の人数を把握できればそれでいいと思います。それであれば各病院で把握していると思います。また、県に報告されていると思います。データが取りやすいのではないかと思います。もちろんいざ災害のときにすぐに出でいける数が把握できれば、それが一番いいと思いますが、なかなかそれは難しいと思います。

もう一点は、2番目のところですが、透析患者のことです。透析患者というキーワードは3-3ページの下から3行目のところにありました。(4)の近時の災害における課題にあります。先ほどの説明で保健医療福祉活動チームの中に含まれるという説明だと思います。であればそこにも入れていただいたほうがいいと思います。並びとしては3-4ページの2の災害医療提供体制で(1)の県内災害被災地の医療などの確保ということで、ア、イ、ウ、エ、オと並びがありますが、その並びに並んでいてもいいと思います。並べない理由が何かあるのでしょうか。

(和田座長)

透析のことについて、この災害医療提供体制の中にそういう項目を別につくって入れたらどうかという、そういう意見ですが、事務局いかがでしょうか。

(赤羽医療係長)

透析医療の関係につきましては、先ほど御説明をさせていただいたとおり、保健医療福祉調整本部ですとか、災害医療活動指針というところの中で具体的な活動については記載していくものと考えておりまして、例えば計画本文といたしましては3-8ページのところに、保健医療福祉調整本部の記載などといった部分がありますので、そのような箇所に透析の関係を書き込めるかどうかというところを改めて検討させていただきますけれども、実際は県の透析医会が中心になって、災害発生時についてはどういった形で医療を提供できるのかというところを動いていただいております。県としては医療機関で例えば、透析をする機器を動かす電源がなくなったとか、水がなくなっただとか、そういったときには保健医療福祉調整本部というよりは、その上の県の災害対策本部の中で電気や水の供給というところは物資の調整を対応していく部分になるので、医療という観点でどこまでできるのかというところ、我々も難しいと考えているところもあります。非常に大切な部分であると思いますけれども、どこまで書き

込めるのかというところは難しい部分があるのかと考えているところですが、いただいた御意見を踏まえて検討させていただければと思います。

(岩下構成員)

ありがとうございます。前回のワーキングでもこのことに関してコメントしました。台風19号のときもそうでした。災害の訓練のときにも必ず透析患者をどうするのかという訓練項目が出てきます。その一方で9月1日の県の訓練のときには精神科のリエゾンの方とか小児のリエゾンの方は参加されていましたが、透析の方はいませんでした。どういう位置づけになるのか気になっていました。よろしくお願いします。

(和田座長)

本当に透析は現実の災害のときになると確かに問題ではあるところだと思いますけれども、いい形で文章に入れられるかと思います。

小林保健所長、お願いします。

(小林長野市保健所長)

長野市保健所、小林ですけども、透析の関係は私が承知している限りは、県の透析医会が既にこの災害に備えて体制をつくっていて、1つは透析医会の災害のコーディネーター的な役割をどこの病院がするかというのが毎年決まっていて、今もたしか特定の病院が担当していると思いますけども、それともう一つは、たしか県内は各4ブロックに分けて、透析の先生方の集まりがあって今回コロナの関係でも我々も透析医会の方々に大変お世話になりましたので、具体的などころまで書けないにしても透析の医療体制については、少なくとも長野県の透析医会の協力を得ながら実際に進めていくとか、何か最低でもそういったことは書けるように、ぜひこの計画をつくるに当たって透析医会さんに話をし、何かしら頭出しができるようにはしておくべきではないかと思います。そうでないと今度は保健医療福祉調整本部でやりますといっても、どういう人を呼んだらいいのか分からないとか、カウンターパートがどこなのかというのが分からないので、最低でもこの計画にはそういったことを書き込めるように、お聞きすれば快く対応していただけるのではないかなと思いますので、そのように検討していただければと思います。

(和田座長)

ありがとうございました。

ほかには御意見ないでしょうか。

田中構成員、お願いします。

(田中構成員)

先日、JRAT、日本災害リハビリテーション支援協会というのが長野県にも正式に発足しまして、それをぜひ保健医療福祉調整本部の活動の中に入れていただけないかという話になりまして、それを考えていただけるとありがたいと思います。JRATについてはパンフレットをいただいていますので、座長のほうでよろしければ、皆さんに後で配付していただけるとありがたいと思います。

以上です。

(和田座長)

事務局、お願いいたします。

(赤羽医療係長)

JRATにつきましては、先日長野県でも発足したということを承知しておりまして、これから保健医療福祉調整本部ということで、福祉の観点が入ってきますので、そういった団体の皆様にも例えば、本部に入っていただくとかそういったことを保健医療福祉調整本部の見直しの中で検討させていただく予定としております。

(田中構成員)

ありがとうございます。

(和田座長)

よろしいでしょうか。

ほかに御意見はありませんでしょうか。今まで御発言がなかった看護協会の石井構成員はいかがでしょうか、何か御意見はありませんでしょうか。

(石井構成員)

日本 DMAT と都道府県 DMAT の今の養成は、感染症も含めた養成に変わっていくということはないのでしょうか。

(和田座長)

事務局、お願いします。

(赤羽医療係長)

医療法の改正を受けまして、DMAT や DPAT につきましても、災害時だけでなく、新興感染症がまん延した場合についても活動をするというようなことになってきておりまして、養成の研修の中では、今のところそこまで踏み込めてはいないのですけれども、国で感染症対応の研修というものを実施しておりまして、そちらで DMAT 隊員の方、枠が非常に少ない研修ですけれども御参加いただいて、感染症対応に関する研修を受けていただいているという状況になっております。

(和田座長)

ありがとうございます。よろしいでしょうか。

山本構成員、いかがでしょうか。御意見何かありませんか。

(山本構成員)

薬剤師会では、災害時薬事コーディネーターの任命者数につきまして、目標1名以上となっておりますが、薬剤師会の災害対策特別委員会で時期がはっきりと確約できないのですが、地域ごとに1名以上受けるようにこれから検討していこうということで、今活動しております。あとはこちらに出していただいたので問題ないと思います。

以上です。

(和田座長)

ありがとうございました。

それでは、大体この災害医療のことについてよろしいでしょうか。

小林保健所長、お願いします。

(小林長野市保健所長)

長野市保健所、小林です。

2点追加でお願いしたいと思います。まず資料3—8の保健医療福祉調整本部のところ、これは台風19号のときのことを踏まえてこういう形で記載していただいて福祉が入りましたということで、これはこれでよろしいかと思うのですけれども、もう一つ大事なのが、県全体の本部をつくり出すという話なのですが、実際には災害が起きた地域、具体的には保健所単位でも同じように調整本部と言うかどうかは別として、保健所単位でこの保健医療福祉のチームの活動調整というのが行われるように国の通知では書いてあります。実際に台風19号でも県の保健所と長野市で協働してつくったわけなのですが、そのことがこの丸3つのどこにも書いていないので、県の本部のほかに災害の地域性とか規模とかに応じて地域ごと、具体的には保健所単位で保健医療福祉活動を調整する本部的なものも必要に応じて設置する、またそこは県と連携しながらやっていくみたいなことはぜひ書いていただかないと実際には動いていかないのではないかと思いますので、御検討いただければと思います。

あと医療のコーディネーターということで、医療と薬事のコーディネーターが書いてあります。これは前回も申し上げたので繰り返しのようになって恐縮ですが、やはり災害における歯科保健、歯科医療の部分も非常に重要です。今のところ医師会なりでそういった自衛何とかといったチームまでは確立されているわけではありませんけれども、実際には台風19号でも多くの歯科の先生方、歯科衛生士の方々に活動していただいているので、ぜひこの機会に災害歯科医療コーディネーターの設置についてできれば盛り込んでいただきたいのですが、それはまた関係者といろいろと調整が必要だと思いますので、例えば災害歯科医療コーディネーターの設置等についても検討していくといった形で書いていただくとよろしいのではないかと思いますし、ぜひそれをまた次期計画期間中に取り組んでいただければと思います。

以上、2点になります。

(和田座長)

では、これも事務局からお願いいたします。

(赤羽医療係長)

まず保健医療福祉調整本部の本部体制の関係で、県の本部と地域の本部ということでお話をいただきまして、そちらの部分について本部体制というところの中で県、地域がどこまで分けて書くのかというところ、どうすると県民の皆さんに分かりやすいかなという観点もあろうかと思いますので、そこはまた考えさせていただければと思います。

また災害時の歯科のコーディネートという部分ですが、国でもそういったところまでまだ踏み込んでいる状況がないものですから、なかなか計画の中にそれを明確に書き込むというところは現時点では難しいかと考えておるのですけれども、これまでの災害の経験の中で重要性は出てきているかと思えますので、施策の展開の中でそういったところを考えていって、また3年後の見直しですとか、6年後の次期計画というところの中でこういった形で出てくるのかというところになろうかと考えております。

(和田座長)

以上、2点について説明いただきました。

ほかに御意見はありますか、今のことでも結構です。

それでは、災害に関して以上でよろしいでしょうか、ほかに御意見はありませんでしょうか。

以上で各分野の検討を一通りさせていただいたわけでありまして、もしほかに御意見があるようでしたら、10月23日の月曜日までに事務局に御連絡をいただきたいということでありまして。

それから、今いろいろな御意見が出て、修正しなければいけないところもあるわけなのですけれども、また改めて会議を開くのはとても大変なものですから、この計画案の修正等は私、座長に一任させていただくということでよろしいでしょうか。

(異議なしの発言あり)

(和田座長)

そのような形で進めさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

(3) その他

(和田座長)

それでは、議題の4ですが、事務局から説明をお願いいたします。

(赤羽医療係長、資料4により説明)

(和田座長)

説明がありましたことについて、何か御質問はありませんでしょうか。

それでは、以上をもちまして本日の会議事項は終了とさせていただきたいと思えます。

お忙しいところ集まっていたいて、十分な議論ができたのではないかなと思えます。先ほど申し上げましたように、修正点等は事務局と私で直させていただきます、これでこの医療計画の救急・災害医療ワーキンググループの結果ということにしたいと思えます。ということで、本当に皆さん、4回ですけど御苦労さまでありました。

これからも引き続いてよろしくお願いいたします。

以上になります。

事務局、お願いいたします。

(社本企画幹兼課長補佐)

和田座長、議事の進行をどうもありがとうございました。

最後に、事務局を代表いたしまして、健康福祉部医療政策課長の久保田から構成員の皆様にお礼の御挨拶を申し上げます。

(久保田医療政策課長)

構成員の皆様、非常に熱心な御議論をいただきましてどうもありがとうございました。最初の挨拶でも申し上げたとおり、3月から4回にわたるワーキンググループの会議ということで、皆様におかれましては大変お忙しい中御参加をいただきまして、非常に熱心に御議論をいただくとともに、その危機感ですとか課題感ですとか、そうしたものについて強い思いをいただいたところでございます。私どももその責任にしっかりと応えてまいりたい強く感じるとともに、このようにこうした御議論を熱心にいただく先生方、それから関係者の皆様がいらっしゃるということに非常に心強く感じたところでございます。この救急・災害のワーキングで議論させていただいた素案につきましては、今後保健医療総合計画の中に取り込まれていくこととなりますけれども、またこの全体の計画については先生方、それから関係者の皆様方にいろいろ御指導等をいただきながら、御意見をいただく機会があろうかと思えます。またこのワーキングの中でも御議論がありましたとおり、これは計画をつくるだけではなくてしっかりと計画が達成されたかどうか、またはしっかりと反省をしていくと、そうしたことも必要だと、こうした御議論もいただいたところでございます。こうしたところもしっかりと胸に留めて、県といたしましてもしっかりと計画を立てて、それをしっかりと実行していくという形で努めてまいりたいと思えます。

最後になりますが、座長としてワーキンググループを取りまとめいただきました和田構成員、それから御出席をいただきましたその他構成員の皆様方、全ての方々に御礼と、それから感謝を申し上げて事務局からの挨拶とさせていただきます。

本日は本当にありがとうございました。

(社本企画幹兼課長補佐)

以上をもちまして、救急・災害医療ワーキンググループ会議を閉会させていただきます。

お疲れさまでした。