

**第2回 長野県保健医療計画策定ワーキンググループ（救急・災害医療WG）会議  
会議録（要旨）**

1 日 時 平成29年6月23日（金）午後2時から午後4時30分まで

2 場 所 長野県庁西庁舎1階112号会議室

3 出席者

委 員 飯塚康彦委員、今村浩委員、岩下具美委員、高山浩史委員、土屋恭子委員、  
原澄委員、吉岡二郎委員（欠席 込山忠憲委員）

長野県 医療推進課長 尾島信久、医療推進課企画幹兼課長補佐兼管理係長 柳沢由里、  
医療推進課課長補佐兼医療計画係長 下條伸彦、佐久保健福祉事務所長 小林  
良清 他

4 議事録（要旨）

（1）第1回ワーキンググループ会議の開催状況について

（2）第2回保健医療計画策定委員会における主な意見について

（下條課長補佐、資料1「第1回保健医療計画策定ワーキンググループの開催状況につ  
いて」及び資料2「第2回保健医療計画策定委員会における主な意見」説明）

（3）医療計画作成指針等の概要について

（下條課長補佐、資料3「医療計画作成指針等の概要」説明）

（吉岡座長）

これは厚生労働省が、第7次保健医療計画を策定するための概要として、指し示したものであ  
りますけれども、これについて何かご質問、ご意見ございますでしょうか。

とりわけ6ページの上部が、今回、このワーキンググループで関連するところでもありますけれ  
ども、救命救急センターの充実段階評価を見直すということになると思います。

（今村委員）

質問よろしいですか。在宅医療との位置づけというのは、5疾病5事業にもう一つ加えた6事  
業みたいな関係、位置づけですか。

（下條課長補佐）

はい。指針では、5疾病5事業と在宅医療の位置づけになっていますので、同列の扱いになり  
ます。

（今村委員）

同列ですね。わかりました。あと、救命救急センターの充実段階評価の見直しというのは国で  
見直しを考えましょうということですか、県ごとに考えるということではないのですか。

（下條課長補佐）

いえ、そういうことではなくて、これはあくまでも国で充実段階評価を実施しますので、医療  
計画期間中に見直しをするということだと理解をしております。

(今村委員)  
わかりました。

(吉岡座長)  
これは、今回は6年間ということですね。

(下條課長補佐)  
はい。

(吉岡座長)  
国のこれは5年ということでしょうか。それとも、6年で同じなのですか。

(下條課長補佐)  
国の作成指針で示されている計画期間は6年間ということになっております。今までは5年間だったものを6年間にするということですが、地域医療構想を踏まえて在宅医療、あるいは地域包括ケアの推進ということも取り上げられているわけですが、市町村が定める介護保険事業計画は3年単位ですので、2期続けると6年になります。それとあわせるということです。要するに医療計画と介護計画の整合性をとって定めるといったことが必要になりますので、今回、5年から6年になるといったことになります。

ですので、医療計画も6年にはなっていますが、介護計画が3年ごとに変わりますので、特に在宅医療等については、3年ごとに見直しをなさいたいということもこの作成指針に書かれているということでございます。

(吉岡座長)  
ああ、そうですか。そうすると、35年までか、2023年までか。

(下條課長補佐)  
はい、2023年です。

(吉岡座長)  
偶数にしたというのは診療報酬改定とサイクルを同じようにしたということですか。

(下條課長補佐)  
それもあと思います。診療報酬は2年ごとですけれども、介護報酬の改定も3年に一回ですので、それと計画も全てあわせるという形になっています。

(吉岡座長)  
2年ごとに偶数3回、例えば2025年に向けて報酬の改定もやっていくということですかね。そういう意味もあるのかな。充実段階評価を見直し、そこに地域連携の観点を取り入れるというのは、かなり、医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築をリンクさせるという意味合いが入っているのでしょうかね。薬局も同じに挙げてありますし、精神科救急と一般救急も挙げてありますのでね。

災害のほうで何かありませんか、6ページの下のほうで。災害医療コーディネイト体制の整備を進めるとか、BCPをかなり整備していくという意図があるということでしょうかね。

5番のところで、議論いたしますので、またそのときにお話をいただければいいかと思

ます。

#### (4) 分野別・項目別の検討体制について

(吉岡座長)

それでは(4) 分野別・項目別の検討体制について、事務局からお願いいたします。

(下條課長補佐、資料4「分野別・項目別の検討体制」説明)

(吉岡座長)

これが第7次、厚い冊子になる構成がここに書いてあるということですよ。

(下條課長補佐)

構成の案ですので、書き上げただけでこれだけのボリュームになります。

5疾病5事業のほかにも、健康づくり、それから、昨年ご議論いただいた地域医療構想も盛り込むということになりますし、医療費の適正化の関係、それからその他の疾病ということで、ロコモですとかフレイルといった高齢社会に出てくるような疾患、それから難病ですとか、そういったその他の疾患についても入れ込んでいくということですので、かなりのボリュームになるということが予想されるというところでございます。

(吉岡座長)

当ワーキンググループは第7次の、今、ご説明があった疾病・事業対策の1行目の救急医療、災害医療を策定するグループという位置づけになるということですね。

ただいまのご説明にご意見ございますか。よろしいですか。

それでは(5)で活発なご意見をいただきたいと思っております。

#### (5) 疾病・事業ごとの現状と課題を踏まえた今後の方向性の検討について

(吉岡座長)

次の会議事項(5) 疾病・事業ごとの現状と課題を踏まえた今後の方向性の検討について、救急医療と災害医療をここで議論いただきたいと思っております。

それでは、まず事務局から資料のご説明をよろしくお願いいたします。

(尾島医療推進課長、資料5-1①「救急医療の現状と課題」、資料5-1②「救急医療に関する論点」説明)

(吉岡座長)

それでは、ここで少し時間をとってご意見をお聞きして討議をしたいと思っております。

今、資料5-1の①で現状と課題をご説明いただいて、その上で資料5-1の②のように、救急医療に関する論点のご説明をいただいたということでもあります。

各論点について、意見交換を行いたいと思っておりますが、まず資料5-1の①の現状と課題のまとめについて何かご意見、あるいはご質問ございますでしょうか。

これ見ますと第1の現状と課題の1、救急搬送(1)で、年々救急車の搬送数は増えていると。ただし、高齢者が増えていると。救急車の搬送数は12%増えたけれども高齢者は21%増えているということ。今後も高齢化の進展とともに、救急搬送に占める高齢者の割合が増加するという現状があって、(2)で、搬送されるのは中等症が約50%、軽症が39%ということですので、全国平均より中等症は搬送の割合が多くて、軽症の割合は少ないということですね。そういう実態があ

ると。

それから（3）では、照会回数4回以上、あるいは現場滞在時間30分以上は全国に比べて割と少ない。したがって、長野県では救急搬送が円滑に行われているということですね。

次のページの救急医療提供体制の（1）病院前救護活動については、救急救命士が全国並みに改善はしてきていると、割合としては全国並みだと。救急救命士が救急車に同乗する割合も改善してきているけれども全国並みというようなことで、あとは表8を見ると、ドクターカーの出動件数は、諏訪赤十字病院が267、信州大学が173、相澤病院が81と。それから、ドクターヘリが、他に比べて多いのは、これはどういう意味があるのでしょうか。

（高山委員）

一つ質問してよろしいですか。ドクターカーの前方型、後方型とあると思うのです。要するに現場に出動するタイプのドクターカーと施設間搬送等に使うドクターカー。

信州大学に関していうと、27年度で173とありますけれども、松本広域のドクターカーとして現場に向かっているのは年間90件弱のはずです。だから、おそらくこの中には80件ほど施設間搬送で使っているドクターカーがあると思うのです。ということは、ほかの施設にもそれが含まれているということなのですね。

だから、後の各地域における転院搬送のルール化の促進に関係すると思うのですが、これはどちらに出動しているかというのは、表として分けておいたほうが資料として使いやすいと思います。

（吉岡座長）

なるほど。前方へ出て行っているのが90件で、救急急性期治療が終わって施設へ搬送するのに80件ぐらい使っているのではないかということですから、わかるようにしておいたほうがいいですね。

（今村委員）

おそらく。

（今村委員）

松本広域で運用しているドクターカーの件数はこの中には入っていないですね。

（高山委員）

では全部、後方搬送用と同じということですね。

（今村委員）

おそらく、機械的にアンケートを出しても病院では前方後方混ぜて運用しているので合わせて報告するでしょうし、ピックアップ方式といって消防で運用しているドクターカーはおそらく松本広域だけで病院運用ではない。

（高山委員）

篠ノ井総合病院がこの中には入っていないですけども、ピックアップ方式ですか。

（今村委員）

ピックアップでしょう。ピックアップは全然ここに入っていない。病院へのアンケートだからですね。病院で持っている車の分だけですので。病院によって前方に出す場合と後方と両方、ア

ンケートに答えていると思うのですが。

(吉岡座長)

そうすると、これは中身を分けて書かないとわからない。どうしてこんなに違うのだろうと違和感がある。

(尾島医療推進課長)

病院に確認をさせていただいて、わかるような形で検討させていただきます。

(高山委員)

諏訪赤十字病院は両方やっているはずだと思います。

(吉岡座長)

では、これは宿題ということで。

(岩下委員)

ドクターヘリは県の事業で2つのヘリコプターとも同じ基準でやっているから、長野県の要請であるならどこでも行くということでいいと思うのですが、ドクターカーに関しては、運用をその病院でやっているところもあれば、消防と連携しているところもあれば、あと消防と連携しているところは範囲が決まっているのですよ。なので、多くの長野県のエリアはドクターカーを要請できないエリアというか、利用できないエリアですよ。

例えば、長野市消防局のドクターカーは長野市消防局の管轄だけで、例えば、同じメディカルコントロールの須坂とか千曲・坂城の事案で、要請いただいても行けない。

ということなので、このWGは県の医療計画ということですがけれども、そんなことも含めて、病院前救急医療というのも、今、ドクターヘリ・ドクターカーで救急部門ではいろいろ、先進というか、されてきていますので、これから6年の中でどう進めていくのかを考えるのであれば、そのデータを整備したほうがいいと思います。

(吉岡座長)

論点のほうに入れたほうがいいと。

(岩下委員)

そうされたいと思います。なおかつ、ドクターカーは運用の適用からまったくさまざまです。それを整えるのかどうかとか、そういう話からするかと思うのですが、ドクターヘリとは全然違うかなと思うのですが。

(吉岡座長)

そうすると、この資料5-1の②の救急医療に関する論点の1のところにもう1個、ドクターカーの運用についても入れるというほうがいいですか。

(今村委員)

ドクターカーということで各論の話になっていますけれども、その前によろしいですか。

総論的な話として、この5-1の①のこの区分に入る話と入らない話ができるのですけれども。

総論的なこととしては、前回も話が出たかもしれないですが、まず、実は二次救急の高

年齢が増えてきていて、そこが手薄になってきているので、充実させるということが必要かと思えます。

もう一つ、ドクターカー対応といわれる三次救急に関しましては、かなり充実はしてきているのですけれども、まだ地域によって、ドクターカーがカバーしている地域としてない地域があるということがあって、三次救急のレベルが地域によって均一化されていないというか、大分よくなつたのですけれども、まだ地域によってレベルのばらつきがあるということは問題点だと。充実させていくという観点は必要かと思えます。その中でドクターカーがカバーしている地域があったり、なかったりということも関係してくるかと思うのですが。

(吉岡座長)

今の今村先生のお話は論点の2番の中に盛り込むべきですか。救急医療機関の役割分担をもう少し、私も二次、2.5次がこれから非常に重要になってくると思えますね、それは高齢者が増えてくるわけですから。そうすると三次救急とはちょっと違うニュアンスの救急のニーズが高まっていくので、救急医療機関の役割分担ということが入ってくるのではないかと思えます。そして、それに絡んでドクターカーが関係してくるということですか。

(今村委員)

ドクターカーということになってくると三次救急の話ですね。あるいは現場まで出ていかなければいけないときにはかなり、緊急度も重症度も高い症例ということになりますので、ドクターカーでいっぱい出ていますけれども、全部が三次救急患者ということは限らないわけですが、必要なのは三次救急医療を県内どこでも、同じようなレベルで供給するという観点が必要だと思えます。

(吉岡座長)

もう論点に入ってしまったのですが、後でもう一回やりましょう。

3ページ目、(3) 救急医療を担う医療機関数というところの2つ目の丸、「今後は高齢化に伴う中等症、軽症患者の増加に」と、書いてあります。「対応するため、初期・二次救急医療体制の一層の整備を行うとともに、初期・二次・三次医療機関それぞれの役割分担を明確にする必要があります」と書いてありますので、これは今まさに話していた議論ですよ。

あとは4ページ目の(4)の救命後の医療体制、救命期後人工呼吸器が必要な患者や気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備している病院は71カ所あり、県内の全ての病院の55%に留まっています。これは将来的にはこういう患者さんは減っていくのだと思えますけれども。

以上、資料5-1の①について、何かほかにご意見、ご質問は。

(飯塚委員)

例えば2ページの表4、現場滞在時間区分ごとの件数を、消防庁の調査結果から出しているわけですが、ここには長時間になった理由というのは載っていないのですよね。あくまでも時間の割り振りだけで。

(尾島医療推進課長)

時間だけです。

(飯塚委員)

例えば脳卒中の人がいると、今、救急隊は、あまりいろいろ現場でやらないでどんどん運んでしまうことが多いのだと思えますので、その症状を見るとこれは変わってくる可能性も、もちろ

んその受け入れ病院が見つからないから長時間滞在しているという、誤解なんかもあるのかもしれませんが。

長野県の場合はそういうことはあまりないような気がするし、それからあともう一つ、病院前救護活動で救急救命士が救急車に乗って行くのでしょうかけれども、その人たちが実際に、気管内挿管だとか薬剤投与というのをどのくらいやっているかというのは、これだとわかりませんよね。ただ乗っているけれども何もしていないということが多いと思うのですが、そういうこともわかると、その人たちの役割がはっきりしてくるのではないかと。

(吉岡座長)

2の(1)の病院前救護活動の中身をもっとはっきりさせた方が良いということですよ。

(飯塚委員)

そうです。実際には、そんなにたくさんやっていないのだと思います。

(吉岡座長)

治療行為はメディカルコントロールを受けてやっているわけですよ。だからメディカルコントロールの中身そのものもどうかという話です。

(尾島医療推進課長)

数については、次回、お示しをさせていただきます。

(吉岡座長)

30分以上の滞在理由と、病院前救護活動の中身はどういうことなのかをわかるようにしてほしいということと、先ほどの3ページのドクターカーの出動件数の内容をもう少しわかる範囲で連絡していただきたいのですが。

(岩下委員)

2ページの表3、表4ですけれども、長野県は非常に優秀だと思うのですが、現場滞在時間30分とか4回以上照会することがあるのだろうかという話だと思うのですが。

自分の中でそんなイメージもないというか、医療圏に4つも病院があるようなところがあるのかなとか、受け入れるために30分も現場にいるなんていうこと、想像つかないですけども。

次のときでいいので、地域性とか疾患によるかかわりとかがあるのではないかなと思うので提示していただいたらいいなと思いますけれども。

(下條課長補佐)

消防にそのようなデータがあるか、確認をした上で。

(今村委員)

データについては、地域ごとのものはあります。ただ、現場はないと思います。

(下條課長補佐)

地域ごとを積み上げてここに出ています。

ただ、地域医療構想策定時にも消防の関係の皆さんから、先ほど飯塚先生もおっしゃった、現場滞在30分以上というのが多いというのも病院前救護活動をきちんとやっている関係で延びている部分もあるので、そういう旨は地域医療構想の救急搬送の実態には書いてほしいというご意見

がございました。ただ、その細かい理由までは把握していないということです。

(岩下委員)

特定行為をやったから30分というのは、通常は検証会の際に引かかる内容ですけれども。

(下條課長補佐)

近年、救命士の処置拡大によって、現場滞在時間は延びている傾向があります。

(岩下委員)

でも通常、現場に30分以上いるということはないと。

(下條課長補佐)

そうですね。

(吉岡座長)

実際の勤務している感じでは4回以上、30分以上はあまりないのではないかとこのことを言いたいわけですね。もしあるとすれば、どこの医療圏で起きているのかということを知りたいと。そうすれば、そこを充実させなければいけないということになるのですかね。

(高山委員)

できれば理由ですね。0.8%ですけれども不思議な感じがします。4回交渉しているという、特殊な何か原因があるはずですね。

(今村委員)

毎年、出ていますけれども、大体こんなものです。一定の数というのはあります。一つは精神科、ほかにも必ずちょっとあるんですね。

(吉岡座長)

そうすると、その内容が見えれば特殊性がわかるわけですね。

それでは、資料5-1の②の論点についてご意見をお聞きしていきたいと思います。先ほど言いましたように、資料5-1の②、③以外の論点があれば後で挙げていただきたいと思います。

それでは、論点①の高齢化の進展に伴う適切な病院前救護活動が可能な体制をどのように構築すべきか、ということで、丸が2つ、救急車の適正利用の促進とメディカルコントロール体制の強化・標準化ということが挙げられています。どうでしょうか、これについて。

(高山委員)

県民医療意識調査結果の中に終末期をどのようにしたいのかという意味決定を行っているかというのがございました。

(下條課長補佐)

32ページです。

(高山委員)

32ページですね。人生の最終段階における医療について、に関係する話ですが。要するに、最後のお看取りをどこですのかという問題は、ひょっとしたらここで扱ったほうが良い問題かも



しれないと思います。救急車は蘇生行為をするために通常呼ばれますので、救急車が呼ばれたら必ず胸骨圧迫とかを行うのが原則ですよね。

ただ、家族が亡くなったときにどうしていいのかわからずに救急車を呼ぶ事案を必ず目にします。要するに、もはやそれは救命医療の分野ではないのですが、ほかに手段がないためにそうせざるを得なくなっているという状態であって、これは何らかの介入をして最後のお看取りの方法ということをしぐい上げない限りは解決しない問題だと思います。

ここで扱うべき問題かどうかというのは、私も判断しかねますが、必ず一定割合でお亡くなりになるわけであって、いずれは問題になってくることでして、どこかで介入したほうが良いと思います。

(吉岡座長)

これは非常に重い問題ですけれども。

(岩下委員)

臨床救急医学会でも、今年の4月に発表されていますし、多分、厚生労働省も一緒にやられている仕事かと思いますが。

事前意思表示というのを作成しておいて、それがあれば、救急車で搬送しないというわけではないのですけれども、主治医の先生に連絡をして、主治医の先生の判断で、場合によってはお家で最期を送るという場合もあれば、特定行為をしないで病院まで連れていくという場合もあるというような指針はもう発表されています。

そのためには、病院の医者もちゃんとしなければいけないですけれども、普段見ているかかりつけの先生が、本人、家族とそこまでのことを話して事前に書類をつくってもらわなければいけないので、私がお願いしたいのは、メディカルコントロールの医師会の先生方に、その点の意識を持っていただく時期なんじゃないかなと思います。

(吉岡座長)

救急車で搬送されている患者さんの中で、三次救急を必要とするのかしないのかという判断を、どこかでトリアージをするようなシステムがないといけないということですよ。

(高山委員)

プロセスをたどっていけば、この県民医療意識調査のように、いざというときにどうするのかというのをあらかじめ決めておいて、その次の段階として、お亡くなりになったときにどこに連絡をして相談すればいいのかというフローチャートができていないと救急車を呼ぶ。救急車が呼ばれると、本人の意図がどうであったかにもかかわらず、必ず蘇生行為を行うという流れになってしまうということです。これをどこかで断ち切れたらという気持ちですね。

(吉岡座長)

これは、1番の論点に組み入れればいいですか。高齢化の進展に伴う適切な病院前救護活動が可能な体制をどのように構築すべきか、という中に入れていいですか。ちょっと考えていただいて。

(今村委員)

今後の6年間、第7次の間に、国としても、もちろん県としても指針をつくらなければいけないと思います。それはおそらく救急と在宅、あと介護施設と一緒にやらないといけないので、この医療総合計画の中のどこかには入れる必要はあると思うのですが、どこかには絶対必要だと。

(尾島医療推進課長)

5疾病5事業プラス在宅医療ということで、在宅医療のほうでも議論が出てくると思っていますので、どのように書いていくかも含めて、事務局で検討させていただいて、またこのワーキンググループ会議でご相談させていただきたいと思えます。

(今村委員)

救急医療の現場では、搬送の半分は在宅ですが、もう半分は介護施設からですね。それも含めて必要かということです。

(吉岡座長)

これは、論点の中に次回入れていただくということで、ではよろしくをお願いします。

(土屋委員)

資料3の6ページの救急医療の体制のところ、八王子市の高齢者救急医療体制広域連合会というのが、例としてあるのですけれども。ここは、もう既に、今、話したような方たちが集まった連合会ができていのかと思って見たのですけれども。

何か、そういうお手本になるようなものがあると、またいいだろうなと思って。

(今村委員)

八王子はもうやっていて、先進的な取組としていつも紹介されています。

(土屋委員)

そうなんですね。

(今村委員)

三次救急医療機関と二次救急医療機関、あと、おそらく医師会や介護施設などが入った組織があつて、施設入所中や在宅患者の容態悪化時は何でもかんでも高度医療ではなくて、119番ではなくてどこかに電話すると救急車ではなくて、二次よりももうちょっと低めの医療機関から車が迎えに行つて、そこに連れて行くとか、あと場合によってはかかりつけ医が往診するのもあるのかどうか、そんなようなことを、最近よく発表していますね。毎月、そういう集まりをやっているみたいです。

(吉岡座長)

これは非常に時代を把握した検討事例だと思いますので、長野県においても、どこをどう取り入れていくというか、考えていくという視点が必要ですね。

(小林佐久保健福祉事務所長)

佐久の例をご紹介しますけれども、実は佐久医師会が、もう2年ほど前になりますが、ガイドラインをつくりました。それは有料老人ホームのように、介護の施設ですけれども、老健みたいに医師が基本的にはあまりかかわっていない施設で、いざ急変したときにそこにいる、メディカルでないスタッフがどうしたらいいか対応に困つて、結局、救急車を呼ぶわけですね。

呼んだ後に救命措置をやりますが、家族に聞いたら実はそんなつもりはもともとなかったと言われて、そういう行き違いが結構あったものですから、佐久医師会が有料老人ホームに入る場合に、できれば事前に本人、家族、それからかかっている医師がいれば、その医師と施設で、マトリックスを4つに分けて何か救命処置を希望する・しない、それからちょっと具合が悪くなった

ときに病院に運んでほしいのか、そこでもう看取っていいのかという、そういったところを事前に意思表示をしてもらって、それを施設なり医療機関と確認をした上で、いざというときにそれに基づいて対応するというようなガイドラインをつくりました。

つくった基盤は、今、市町村が医療・介護連携というのに非常に取り組んでいて、医療の人たちと介護をする人たちの話し合いというのは、県内でもいろいろやられているんですけども、佐久市ではその場でそういう問題が出て、医師会がそのガイドラインをつくろうとやってつくって、それで有料老人ホームの人たちに声かけて、説明会を開いて、こういうふうにやってほしいんですけどもということで、全然、義務でも何でもないんですけども、できればそういうふうにしてほしいと。その一番の目的は、救急搬送を減らすためという観点だったんですね。

医療・介護連携の場で話し合いをしたんですけども、目的は、できるだけ救急搬送を減らしましょうということで動いておりますので、それは結構参考になるんじゃないかなと思います。

まだ、それをしっかり利用者に周知するというのはこれからだと思うんですけども、動きとしては始まっているということと、あと八王子の例があって、そこまですごい仕組みではないんですけども、我々も医療と介護の話し合いをしていく中で、救急対応をどうするかというのはいつも悩ましくて、先生とすぐ連絡がとれれば割と判断しやすいんですけども、結局、ケアマネさんとかが対応せざるを得なくなって救急車を呼ぶということなので、そういった意味では、話し合いの場というのは、長野県内にもあるんじゃないかなと思うので、そういったところで考えていく必要があるかなと思います。

(吉岡座長)

では、今回は佐久の状況をもう少し調べて盛り込んでいただくということですかね。

この論点の丸の救急車の適正利用の促進、各地域における転院搬送のルール化の促進については、いわゆる救急安心センター導入の可否について、これについて何かご意見ありますか。

(今村委員)

転院搬送のルール化に関しては今年の4月初めに、メディカルコントロール協議会から各地域に、書面として出しています。転院搬送というのは大体、全国的に、全救急出動の1割ですけども、長野県でもそうです。それは不要なものは減らすようにと、書類は出しましたけれども、いつも言っていることなので、そんなにそれで減るかというとなかなか難しいかと思います。

実際、もうちょっと民間救急車を使うとかというようなことで、さらに進めていくということになると思います。

(吉岡座長)

県のメディカルコントロール協議会で、各地区のメディカルコントロールに、こうしてくださいと出したということですか。

ではそれが出されていれば、うまく実践されるかどうかという話ですよ。

(尾島医療推進課長)

そうですね。次期計画の期間中で、少しずつでも進めていければということで、方向性とすればそういう形のルール化ということによろしいかと。

(吉岡座長)

そういうものを盛り込んでもらえばいいですよ。では救急安心センターというのはどういうものですか。

(尾島医療推進課長)

これは24時間、救急を呼んだほうがいいかというものも含めて住民の方、家族の方が相談できるような電話です。これが#7119です。

(吉岡座長)

それはかける人がいるのですか。

(今村委員)

今、長野県ではないです。

(尾島医療推進課長)

長野県にはありません。国では各県ごとに進めたらどうだということを言っていますが、費用対効果もありますので、そこをどう考えるかというところだと思いますが。

(高山委員)

実際、どうでしょうか。やっているところは効果があるとか。

(今村委員)

東京都はそれで救急出動が1割減ったと。

(吉岡座長)

1割減った。

(今村委員)

あと大阪。

(下條課長補佐)

東京、首都圏と大阪、それから奈良県ですか。奈良県は昔よく、救急の現状が全国紙でも出たという状況があります。

(吉岡座長)

資料5-1の①の(2)の軽症の人が、例えばこういうところに電話をして救急要請しなくなる可能性があるということですね。

(今村委員)

これは、やる、やらないは別として、やるかどうかを検討することは少なくとも次の6年間ではやるべきだと思います。結構大変なことですが、そういった事業を始めたほうがいいのかなと思います。

(吉岡座長)

電話には救急のドクターが出るのですか。

(今村委員)

今、小児科では#8000番というのがありますが、あれと同じですね。

(吉岡座長)

あれは当院でも小児科医が動いている。

(今村委員)

確か、最初は、看護師が出ます。困ったのをドクターに回すという指示みたいですが。

いずれにしても、看護師とドクターの当番を決めて電話に出るとなっていて、小児科は夜中の熱発などがすごく多いものですから、結構効果はあるらしいです。大人の場合は軽症の救急要請が減るという効果に加えて、逆に、さっきからちょっと胸の圧迫感があつて冷や汗もあるんだけどもというような人が119番を呼ぶかどうか迷っていて、気楽に電話すると、本来だったら救急車を呼ばない人が、ではすぐ救急車を呼んでくださいと言ったりとかそういう面も考えられます。

(吉岡座長)

メリットとデメリットが両方ある。

(今村委員)

お金がかかることはありますが、メリットは大きいと思いますね。

(吉岡座長)

東京では1割は減っているのではないかと。

(今村委員)

都会の話なので、長野県では軽症はもともと少ないですから、1割までは減らないかもしれませんけれども。

(吉岡座長)

そうですね。軽症はうんと少ないですね。

(今村委員)

ただ逆に、長野県の場合は、救急車を呼ぶとすごく遠くまで行かないといけないというのがありますよね。田舎だと、そういう面もあるかなと思います。

(吉岡座長)

では、これは次期計画中に検討するというのでいいですか。

(異議なしの声あり)

(吉岡座長)

次に行きましょう。メディカルコントロール体制の強化、標準化、指導救命士制度の活用についてです。今村先生、指導救命士制度というのを紹介してくれませんか。

(今村委員)

救急救命士が県内にもたくさんいますけれども、3年前ぐらいでしたか、そのうちで指導救命士というのを一定の数つくりましょうというのがありまして、実際、長野県でも今年の4月から指導救命士の認定が始まりました。おそらく各医療圏に何人ぐらいでしたか・・・

(下條課長補佐)

2～3人が目標になります。

(今村委員)

認定された2～3人がどういう仕事をするかという、消防とメディカルコントロール協議会とのつなぎだとか、ほかの救命士の教育に当たっていくと思います。

認定はされ、役割は決まっていますが、まだまだ活用されていない、これからなので。

メディカルコントロール体制というのは、医者が、いろいろ業務があったりだとか、救命士がメディカルコントロール協議会と一緒に実務をやったりだとか、仕事を有効にやっていくようにどんどん活用していこうということですね。

(吉岡座長)

今のお話だとこれは、こういう方向で盛り込むようにしていけばよろしいということですね。メディカルコントロールが強化されるというお話ですね。

各種研修会、講習会の充実、これはどういう意味で、こういうものを挙げられたのですか。救急救命士の研修ということですか。

(下條課長補佐)

一般的にメディカルコントロールは、地域ごとに熱心に検討会ですとか研修会をしています、地域差があるという話もお聞きしたことがありますので、そういったことも踏まえて、先ほど今村先生からお話のあった指導救命士制度も活用しながら、研修会、講習会の充実ということにも努められないかということで、論点として挙げさせていただいたということです。

(吉岡座長)

いいですね。論点の1番については、人生の最終段階の対応の仕方、あるいは八王子市の例、佐久医師会の取り組み等々、議論してきましたけれども、今、言ったような議論の内容を、次回までにまとめていただくということによろしいですか。

(岩下委員)

この言葉のとおり、メディカルコントロールの標準化ということでいいんですけども、県内に10か所ある地域メディカルコントロールの、ばらつきというのは大きいと思います。地域性という言葉で片づけるにはばらつきが大きすぎるようなところもあります。

具体的に検討していただきたいのは、先ほども言いましたけれども構成員というか医師会の先生のかかわりとか、あと、メディカルコントロールが1消防で、医師会の数と消防の数が一致するところは、あまり問題ありませんけれども、3消防で1MCとかは、結局、消防単位で活動されているようなことがありますので、メディカルコントロールで活動しているという感じがしないようなところもあります。

あとは、事後検証会のあり方とか病院実習のあり方とか、オンラインメディカルコントロール、その指示を出す医者の標準化とか、そういうのを具体的に、この6年で目標値をつくっていただいてもいいのではないかなと思います。標準化、その言葉のとおりですけども、具体的にはそんなところをお願いしたいと思います。以上です。

(今村委員)

僕も同じ意見で、強化、標準化もそのとおりで、構成員から多少具体的に踏み込んだほうがいいと思います。

メディカルコントロールは厚生労働省もすごく重視していて、これから期待されている役割は在宅との関係や救急車受け入れなど、地域の救急医療の適正化ですが、もともとはコア業務というのがあって、病院前で救命士が行う医療行為の質を担保するというのがもともとの一番の仕事なので、そこを強化、標準化することが大切です。ここに救急専門医が入ることも必要なので、そういったことを是非盛り込むということをお願いしたいと思います。

(吉岡座長)

それでは、論点2番の救急医療機関の役割分担を明確化するため、「傷病者の搬送及び傷病者の受け入れの実施に関する基準」の見直しを行うなど重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制をどのように構築すべきかについて、これは非常に重要な問題かと思えますけれども。

ここに丸で実施基準の見直しと書いてありますけれども、実施基準とはどういうことですか。ちょっと説明してくれますか。

(下條課長補佐)

論点2関連資料で添付した実施基準でございますけれども、救急搬送の問題が、10年前にあったわけですが、それを受けて消防庁から通知がありまして、各都道府県で「傷病者の搬送及び傷病者の受け入れの実施に関する基準」というものを、審議会の意見を聞いて定めたというところでございます。

1番には実施基準策定の意義ですとか、受け入れの状況、基本的な考え方を書いているものでございます。

3ページ以下の医療機関の分類基準というところで、1番に緊急性、2番に専門性、それから3番に特殊性と、精神疾患ということで分類があります。3ページから4ページに重篤なものはどういったものがあるか書いてあるということでございます。

それから4ページの(2)にありますけれども、症状、病態等によって重症度・緊急度が「高」と判断されるものということで、救命救急センター、三次救急、又は対応できる二次救急医療機関ということですから、2.5次救急といったところに搬送する必要があるといったものが、4ページ、5ページに列記されているといったところであります。

2番の専門性の高いものということで妊産婦、小児、四肢切断、開放骨折、多発外傷というものが、こういったものにはどの救急医療機関が対応する、どの医療機関に搬送していくかといったことを基準ということで定めたものでございます。

7ページ以降については医療機関のリストの関係ですとか、それぞれの傷病・疾病に応じた観察基準も、9ページから12ページまで定めているというような形です。

それから13ページは、消防機関が搬送を行おうとする場合の医療機関を選定するための基準ということで、基本的な考え方ですとか二次医療圏との関係や病院の輪番制の中でどのような医療機関に優先して搬送すべきかということを書いているといったところでございます。

あとは、18ページ以下は資料編ということで、こういったことを平成23年に定めて運用していただいているところでございます。

(吉岡座長)

それでは、2番についてご意見をいただきましょう。

(飯塚委員)

医療計画でこれを見直すことを提言するという意味ですか。

(下條課長補佐)

これを見直していったらどうかという提言を計画に盛り込んで、第7次の6年の期間中にこれをしていくかどうかという方向性を定めるということです。

(飯塚委員)

これを変えるというのはどのようにするのですか。

(下條課長補佐)

もしこれを見直すということになれば、先生方のご意見をいろいろお聞きしながら検討しますが、そのときに会議体を改めて設置させていただくということになるかと思います。

(飯塚委員)

わかりました。どうもありがとうございます。

(吉岡座長)

これは、先ほど来、話が出ているように、高齢化に伴って、三次救急が必要かどうかという話が非常に重要になってまいりますけれども、二次から2.5次が非常に大きな役割を担うということは間違いのないことですので、時代に合った救急体制を考えるという意味で実施基準を見直すということですよ。

(高山委員)

例えば高齢者に対してということで判断基準をもう一つ設けるかどうかという、そういう感じでしょうか。

(吉岡座長)

高齢者ということはなかなか出せないかな。増えるとかそういう総合的な話でしょうね。

(尾島医療推進課長)

時代に合わせて、というところで、高齢者も入ってくるかもしれません。

(吉岡座長)

65歳以上が高齢者といわれると、納得できない人も周りに増えてきますよね。

(今村委員)

平成23年に作成したときはどういう作業をされたのですか。国のものとかかなり似たところがあるかと思いますが。

(小林主事)

23年に作成した際は県のメディカルコントロール協議会で検討しております。もともと消防庁から全県で定めなさいという形で消防法が改正されまして、それに伴ってメディカルコントロールで編集しているということです。

(今村委員)

国で基本を出して、県ごとに定めなさいということですか。



(小林主事)

そういうことです。

(今村委員)

全部の都道府県でやったんですね。

(小林主事)

全ての都道府県で策定しています。

(岩下委員)

これを考えてくれるのは現場の救急隊の方々だと思いますが、実際にはその基準は、消防隊によっても違うのかもしれないけれども、案外、個々に任されているところがあって、ある地域に一つしか大きな病院がないようなところであれば、あまり問題にならないかもしれないけれども、松本、長野みたいなどころになりますと、救急隊の隊長の判断のばらつきが大きいんですよ。

ばらついてしまうのは、医療機関がそういうことをオープンにしていないからなのか、それとも、オープンにしているけれどもそれをあまり、事前に見ていなくて近隣に搬送するような、消防法の改正まではそういう体制だったんですよね。新たな消防法の改正で出たことは、適切な医療機関に運べという文言が入ってそういうことが始まったと思いますが、それがまだ周知されていないところがあると思います。

何が原因でそういうことができていないのかというのを、確認というか調査されたいと思います。

(小林佐久保健福祉事務所長)

この基準が23年にできましたが、私が現場の人たちの意見を聞くと、7ページに、こういった人はどこに運ぶかというのは一応リスト化されていますが、お手元に、信州保健医療総合計画の間に挟まっている別冊があると思うんですけども、この中に医療機関のリストが入っています。

救急医療に関する機能別医療機関の表とこの7ページを照らし合わせながら、例えば一番上という、重篤という医療計画別冊の救命救急医療及び入院救急医療機関ということで、病院の名前がずっと並んでいます。そうすると、実際、救急隊がこれ使おうと思っても、この中で自由に選んでくださいとなっているだけなので、ではどこの病院を選ぶかというのは、実際、現場ではなかなか使いにくいというのはよく聞く話です。

それともう1点、7ページに病名が載っていて、脳卒中の疑いというのは、ろれつが回らないとか例示がありますが、救急隊からすると、病名を推測するというのはものすごくプレッシャーがあり、実際そういうトレーニングを受けているわけでもないのに、こういった左側のような区分をされてもなかなかそれを使って病院を選ぶことは難しいという、そういう2点を現場ではよく聞きます。

実は平成25年に総務省消防庁が、この実施基準ではなくて、重篤度を判定するプロトコールというのを改めてつくっています。そのプロトコールが症状別に、例えば呼吸困難な人とか、けいれんを起こしている人という、消防隊が見てもわかるような区分になっていて、それを踏まえた搬送基準をつくるのが、これからの流れとしてはいいと思っていて、国の動きが一つはポイントになるということ。あと、佐久では実は25年のプロトコールを使った搬送基準で、こういう患者さんは何病院では受けられませんというリストをつくって関係者と共有をして、ちょうど1年経ちますが、それで不応需が大体2割ぐらい減ったんですね。ですので、そういった国の動きを見据えながらなんですけれども、この実施基準は、何か使えるようなものが必要だというのはもう

明らかだと思っています。

(吉岡座長)

はい、ありがとうございます。実施基準の見直しを行う方向で考えていると。今、お話のあった総務省の平成25年のものを参考に入れていくということですかね。これについてはよろしいでしょうか。

それでは論点の3点目、いわゆる「出口の問題」に対応するため、救急医療機関等からの転院、救急医療機関内における転床を円滑に行う体制をどのように構築すべきか、ということについてご意見をお伺いしたいと思いますけれども、どういう体制をつくるかということが具体的な問題になってきます。

これは地域医療構想の進捗状況と関係してきますか、どうでしょう。

(尾島医療推進課長)

地域医療構想自体は、その地域の中でどうやって機能分化できるのかということですので、その議論はその議論として、救急の出口問題はまた救急の問題という形で、このようなワーキンググループ会議で議論をしていただくという形になると思います。

(吉岡座長)

きっと、後方施設等がもっと整備されてくると流れがよくなりますよね。それは地域医療構想と関係してくるんですよね。急性期から回復期に病床が転換していくと受け皿ができてくるので流れやすくなっていくということです。

(尾島医療推進課長)

地域医療構想の調整会議でそのような議論が進むとスムーズにはなるかと思います。

(吉岡座長)

何かご意見いただけませんか。

(土屋委員)

今、各病院からの報告で、病院の様子が手にとるように皆さんわかっているから、そういうものから、もう明らかにこの病院はこの役割だろうというのが見えてきますよね。

何かそういうのをある程度、示唆していただくのも一つの手かなと、常々思っていたのですが、それでも。

(尾島医療推進課長)

地域医療構想の中で、いろいろなデータを示させていただいて、地域の中でどのような形がよろしいかというのを、地域の中の実質的な取り組みの中で考えていただきたいというのが地域医療構想ですので、そのようなデータをいかに用意できるかというのが私たちの使命かと思っています。

今、実際にそのデータを私どもでいろいろ考えておきまして、調整会議の中でそういうものを示して、それが一つの皆さんの指針となって、進んでいけばいいかなと思っています。

(吉岡座長)

まあ30年度の診療報酬と介護報酬の改定できっと誘導されますので、30年の秋にはかなり、急性期から回復期に転換しないと7対1は維持できなくなりますので。

最近の厚生労働省の会議でしたか、7対1を高度急性期と急性期に位置づけて、10対1を急性期と回復期にするというのでしたか、何かそういう話が出てきているようで。

(尾島医療推進課長)

今、病床機能報告を病院からいただいていますけれども、それと実態がなかなか・・・

(吉岡座長)

合っていない。

(尾島医療推進課長)

定性的なもので合わないものですから、なかなかそこが難しいところで、私たちが気をつけるところではあります。

(吉岡座長)

出口問題についていかがでしょうか。

(今村委員)

一番難しい問題ですね。診療報酬改定などでいろいろ誘導されるのですけれども、施策は施策なので、こういう位置づけをつくるということはどういう必要があるかと思います。

(吉岡座長)

どういう体制が良いでしょうか。方向はもちろんこれでいいんですけども。

今日のところは、こういう論点でワーキンググループを進めていくという話ですかね。

そうしますと、救急医療に関する問題がかなり出ましたけれども、以上の議論をもとに次回までに論点整理をしていただくということで、救急についてはよろしいでしょうか。何か追加はありますか。

(今村委員)

すでに出た話ですけども、救急車の適正利用と同じで、救急医療も適正利用するということを、きっちりうたっていただきたいと思います。

(吉岡座長)

それは最初の議論になるわけですね。

(今村委員)

そうですね、老人がどうこうとかそういう話です。

(吉岡座長)

そういうことですね。救急車の適正利用ではなくて救急医療の適正利用ということを中心に前面上げていくということですか。

あと追加は。

(岩下委員)

さらなるということになると思いますが、認定救命士の数は全国よりも平均を上回っているということですが、その一方で、同じ消防隊でも、1台の救急車に2名いる隊もあれば、日によっ

ては救急車に救命士が乗っていないという隊もあります。

なので、ぜひこの6年間の中で、必ず救急車には救命士が乗るというのを目標にされたらどうかということと、さらに言うと、今、認定の中でも拡大2行為という、心肺停止になる前の行為も幾つか入ってきているんですけれども、どこの救急車にもそういうことができる救命士が乗っているということになると、オンラインで指示を出すにしても、救急車から電話が来たら全部同じようにできますし、それが強いて言えば、地域の皆さんたちに平等の病院前救護が提供できるということにつながると思いますので、それを目標にされたらどうかと思います。

(吉岡座長)

救急救命士の同乗率をもっと上げるべきだということですよ。

(岩下委員)

そうですね、ゼロのところをなくすといったほうがいいでしょうか。

(吉岡座長)

それも1に盛り込んでいただければ。

(尾島医療推進課長)

検討させていただきます。

(吉岡座長)

ほかにございますか。

(今村委員)

あと、精神科救急と一般救急の連携ということも、精神医療のほうかわかりませんが、地域によってはかなり問題になっていますので、お願いします。

(吉岡座長)

よろしいですか。

では、ここで救急医療に関する論点をディスカッションしたということで、これは大分長い時間、論議をいただきました。

あとは災害のほうに移りたいと思いますが、ここで少し休憩時間をとりたいと思います。40分からでもいいですか、7分ぐらいしかないですが、休憩を入れたいと思います。

(休憩)

(吉岡座長)

ではよろしいですか。おおむね40分になりましたので、会議を再開したいと思います。

それでは後段は災害医療について活発なご討議をお願いします。

では、資料5-2①ですか、災害時における医療について、事務局から説明をお願いいたします。

(尾島医療推進課長、資料5-2①「災害医療の現状と課題」、資料5-2②「災害医療に関する論点」説明)

(吉岡座長)

ありがとうございました。それでは5-2の①、現状と課題について何かご質問、ご指摘がございますか。よろしいでしょうか。

(高山委員)

表6の長野県内の広域災害・救急医療情報システムの導入状況という点で、病院・診療所が平成23年から28年にかけて、89件から110件に増えているということをお示しいただいていますが、未加入の医療機関はあとどのくらい残っていますか。

これが熊本地震のときに実は問題になって、DMATがEMISに加入しているところを全部しらみつぶしに調べて対応しましたが、実は熊本ではEMISに未加入の医療機関が相当数あって、そこが全部抜け落ちたということを知っています。

だから、増えるのはもちろんすばらしいことですが、未加入がどのくらいあるのかを把握してそれを加入させる、加入させないまでも、どのくらいが未加入なのか、未加入リストがあるかというのが非常に大切になってくると思います。

(下條課長補佐)

県内のEMIS未登録の病院ですけれども、5月現在で、23病院が未加入になっております。ただ、この23病院については、基礎情報はEMIS上に登録されていて代行入力が可能です。

(高山委員)

そうですか。では長野県においては、一覧表に載っていない医療機関はないということですね。

(下條課長補佐)

はい。EMISには載りますが、まだ、パスワード・IDが発行されていない病院が23病院ということになります。

(吉岡座長)

ほかにごありますか。土屋委員、災害支援ナースのことはここで伺いますか。

(土屋委員)

今の4ページの③の医療救護班・保健師班ですけれども、最後の丸に避難所及び地域の住民に対して、保健師による健康相談や生活指導等が行われますというところで、今、看護協会が災害支援ナースを、研修会だけですけれども、長野県の中で登録者が178名ぐらいいて、東信・南信・北信・中信、4つのブロックでおおよそ30人~40人くらいいると思います。避難所が長期化する場合にぜひ活用していただきたいです。

大災害の場合ですと、県の対策本部から日本看護協会との連絡がありますが、県内だけの場合でしたら、長野県看護協会へ連絡いただければ、調整ができると思うので、ぜひ活用していただけたらと思います。

(尾島医療推進課長)

その記載も検討させていただきます。

(吉岡座長)

ここに、災害支援ナースも記載したいということですね。

(土屋委員)

そうですね、ぜひ入れていただければ。

(吉岡座長)

あと薬剤師会の薬の常備等について、原委員のほうから何か。

(原委員)

5ページの7番のところで、長野県薬剤師会で医薬品の供給ということになっているんですが、熊本地震のときに、その病院、あるいは開業医の先生方のところもつぶれてしまったりして、今、院外処方箋が大体70%になっていますので、院内でというのもすぐにできないこともありますし、それから、被害を受けなかったところが少し離れていますので、今、日本では4県でモバイルファーマシーという車があります。キャンピングカーのちょっと大きいようなもので、調剤薬局の車になっていまして、幅を広げて、中にいろいろな機器が入っていて、そこで調剤ができます。そうすると、熊本地震のとき、4県のモバイルファーマシーが行って、活動したわけです。そのときにドクターのほうは、最初のときは、お薬手帳を見て手書きで書いてそこで調剤して渡すと。モバイルファーマシーは一覧表があって、このリストでお願いしますということで換算して、お薬手帳と違って、まあ同類のお薬ということでとりあえずやってということで活躍しました。

長野県薬剤師会もそういう車がほしいと思っても単独ではあれで、都道府県で補助してできているので、そういう備品として、検討をお願いしたいと思います。

(吉岡座長)

薬剤師会で買ってくれるということはないですか。

(原委員)

単独ではちょっと。

(吉岡座長)

検討していただければ。

(原委員)

いやいや、なかなかですね。

(吉岡座長)

ほかにどうですか。

(今村委員)

5ページの⑥の災害医療活動指針ですけれども、県の災害医療活動指針がありますね。それは、最後に「適宜見直していく必要があります」とありますけれども、県の指針を見直したほうがいいのではないかと考えています。大分ざっくりしていますよね。

実際、医師会が結構しっかりやったださって、それとの整合性とか、医師会のマニュアル、どちらかという開業の先生だとか地域のほうが主体になっていて、災害拠点病院は病院ごとにマニュアルありますけれども、県と、災害拠点病院間の連携とか県の全体を見据えての全体像というのが何かいま一つ、見えているものがこの活動指針しかないんですよ。

なので、その辺を考えて見直しというか、改定したほうがいいのではないかと考えています。それ

を活動に入れていただけるとありがたいですね。

(吉岡座長)

はい、よろしいですか。

では論点に移りたいと思います。資料5-2②は、県内被災地と県外被災地への支援と大きく2つに分けて書いてあって、それはそれでいいですけども。それでは論点1の県内被災地の医療等の確保、①災害急性期における医療提供体制の更なる整備のため、どのようなことに取り組むべきか、というようなことで、4つほど事務局で論点を挙げていただいていますけれども、これについてご意見をいただきたいと思いますが、どうでしょうか。

BCPは非常に大切でしょうけれども、先ほどの資料にはBCPの整備済みの施設と整備済みでない施設がありました。資料5-2①の3ページの表4で、佐久医療センターと諏訪赤十字病院と長野県立木曾病院と信州大学医学部附属病院が整備済になっていますけれども、これはどういうレベルのものが整備済みなのか、長野県赤十字病院は整備されていないけれども。

(岩下委員)

災害拠点病院連絡協議会で、調査したデータだと思います。このときも協議会で話をしましたが、先生おっしゃったとおり、何をもちて整備できたというのが明確でないと。だからこの表自体には、各病院の主観でできたとかできないとかというレベルです。

だから、検討していないというのは2医療機関ぐらいあったと思いますけれども、そこはやっていないということで頑張ってもらったらいいんですけども、検討しているところに関しては、どの程度の完成度かというのはそれこそ、どこまでできれば完成だという指針がないので、この表自体が曖昧な表かなと思います。

(吉岡座長)

例えば整備済のところはどのような内容を整備、どのような内容で手厚くされているかというのを、未整備のところ参考いただければ整備できますよね。

私のイメージではクラウド化して診療データを全部、別のところに持っているという形にならないと診療は継続できないからね。そうしているというわけではないんですよ。どういう状態で整備済なのか、中身を知らない。

(尾島医療推進課長)

いずれの災害拠点病院も29年、30年くらいに整備していく動きがあるようです。ただ、そのときは、今、お話のあったように、ひな形がないとなかなか難しいという話もありまして、検討しているということです。

(吉岡座長)

これは、ではそういう内容で盛り込んでいくということですね。ただ、本格的にやるとなると莫大な費用がかかりますよね。完全にデータをクラウド化してほかのところに持っていなければいけないわけだから、10億円ぐらいの費用がかかるという話ですよ。そういう体力が病院にあるかどうか、はなはだ疑問です。

(下條課長補佐)

BCPの関係で申し上げますと、平成25年3月に国から、BCPの考え方に基づいた病院災害対応計画作成の手引きというものが出ておりまして、どのようなことを目安にBCPを策定すべきか、ということが一応の目安として書かれています。

災害拠点病院連絡協議会でも、県外や佐久医療センターなどの既に策定済みのBCPについて、これから整備する病院に情報提供して、それを参考につくっていただくという形になりますので、既に策定されている病院のBCPと、この作成の手引きを参考に整備をしていただくということになるかと思います。

(吉岡座長)

ああ、そうですか。6年間ですから、結構進めなければいけないのだろうと思います。これはいいですか。

それから災害拠点病院の充実、二次医療圏における複数病院の指定及び人材育成。先ほど二次医療圏で複数ないと地域の人たちが被災するという話が事務局からあったと思いますが、そういう方向なのですか。

(尾島医療推進課長)

その方向をどうするかというのを、皆さんのご意見もお聞きしたいということです。長野県では、今、圏域で1か所ということで指定させていただいています。

熊本地震でも災害拠点病院が被災したということもありますので、その辺をどういう形にするかというところのご意見もいただければということです。

災害拠点病院ですので、地域の中心となる病院を指定しておくという考え方もあると思いますし、圏域で複数指定している県もあると聞いていますので、そういう方策もあるとは思いますが。

(吉岡座長)

これ何かご意見ありますか。

(岩下委員)

2つの考えがあると思います。ただその一方で、拠点病院になると、それに付随したいろいろな整備はしていかなければいけない、人も集めなければいけないということで、それができるかどうかというのが1点と。

あと2つあったときに、片方が災害でうまく機能しないというときにはわかりやすいですけども、両方とも機能しているようなときには、いかように指揮命令系統が進むのかということもちゃんとできていないといけないと思います。

まあ2か所できれば、その2か所の片方は生き残るかという、そういうわけでもない、そういう意味では、ある程度大きな病院どこでも、拠点病院でなくても、災害に対応できる体制をつくるということを考えるのも大事だと思います。

(高山委員)

論点という形で、ここで結論を出さなくてよろしいということですよ。

岩下先生のおっしゃるように、手を挙げる病院もあれば尻込みする病院もあるだろうという気はします。

(吉岡座長)

かなり今、病院は苦しいから、財政的支援がないと災害拠点病院の役割は果たせないんですよ。災害の際にDMATを出すと、まず日々の診療が回らなくなってしまうから。

(岩下委員)

災害拠点病院になりましたといっても、例えばDMATのチームが1チームあっても、実際の



派遣にまで至らないと思います。

少なくとも3チームぐらいないと難しいのではないかと思います。

(吉岡座長)

これは論点としては入れておけばいいですね。

長野県DMA T 隊員及び日本DMA T インストラクターの計画的な養成、先ほど13ページに数が出ていたんですよ。県内の日本DMA T インストラクターの状況、これは明らかに少ないですか。

(岩下委員)

県レベルでまず1泊2日ぐらいのDMA T 養成研修を受けて、それを受けた人が日本DMA T へ行って2泊3日ぐらいの研修を受けて日本DMA T 隊員になれるという仕組みがあります。長野県は先進的で昔から県の養成研修をやっていましたが、都道府県レベルで研修をするに当たっての条件が今度作られまして、そのためには日本DMA T のインストラクターの資格を有する者が何人ぐらいいなければいけないという条件がつけました。

だから、県レベルでやるときには、日本DMA T の有資格者がいないといけないということがあります。日本DMA T の有資格者になるには、かなりの時間と費用をかけないとなれない。また更新というか維持も大変だということで、これは隊員のモチベーションだけで、もしくは各病院だけの判断でやるには大変じゃないかなと思います。

(吉岡座長)

県のDMA T 研修を受けるというと、中央に行かなくてもある程度、県で受け入れるというわけだけれども、そのためには、県内に日本DMA T インストラクターが何人いなければいけないんですか。

(高山委員)

受講生何人に対して何人という規定です。だから想定される受講生によって変わってきてしまいます。

(岩下委員)

通常は何人でしたか、長野県でやるときは。

(下條課長補佐)

通常、毎年受講者は30人です。

(高山委員)

5人に対してインストラクターが1人というような計算だったと思います。

(吉岡座長)

そうすると、今の話だと、今、6人はいないと、30名受けると・・・

(高山委員)

それですね、それ以外の参加者も数に入りますよ。インストラクター以外のスタッフもあわせて、それに対して何人ということなので、一人、二人ではだめだったという感じですね。

(下條課長補佐)

受講者に対して2割のインストラクターを配置しないといけないということになります。長野県のDMAT養成研修は毎年、概ね30人前後を対象に、養成講座を開いておりますので、30掛ける0.2ということで、6人は少なくともいなければいけないというのが、国のほうで基準を作られたということになっております。

(吉岡座長)

では、そういうことができるように養成するような計画にすると。だけど、それについては、先ほど岩下先生から出てきたように、かなりのバックアップがないと、とても人を出してやっていくというのはできなくなりますので、その辺のことも盛り込むような形でつくっていくということですかね。

(高山委員)

加えて、即席で増やすだけではなくて、インストラクターが高齢化しております。

(岩下委員)

高山先生、一番若いんですから。

(高山委員)

今、長野県のインストラクターが4人いるうちの2人が定年で私が一番若い。

だから、「計画的な養成」というのはそれを含んでのことで、毎年、そういうのに対応して計画的に作っていかないと対応できない。

(吉岡座長)

定年になってもインストラクターをやってもらうんですよ。そういう時代で定年はないと。そういう問題もあるということがあります。

それから災害用備蓄医薬品等の迅速かつ効率的な供給体制の整備、これは原委員から先ほど話がありましたけれども、追加して話しておくことはありますか。

(原委員)

いえ、また事務局へ資料をお送りしますので、よろしく申し上げます。

(高山委員)

災害拠点病院に災害時に衛生材料、医薬品を供給するという協定はありますか。

(原委員)

はい。

ただ、さっき申し上げたのは避難所の横に、モバイルファーマシーをつけて調剤をしたと。露店とか普通の部屋で調剤はしてはいけないということで、避難所の中では、許可がとれないわけですので、県で決まって。モバイルファーマシーというのは、そこでやっていいという許可をもらっていますので、すぐできるということを申し上げました。

(高山委員)

いろいろなフェーズがあって、亜急性期になって避難所における診療活動とかということで、今、おっしゃられたと思いますが、超急性期において、災害拠点病院に衛生材料とか医薬品を補

充する協定が確立されているのかどうか。

(原委員)

それはその各県の薬剤師会と県とでやっていると思います。

(高山委員)

医師会のほうには、今、言ったように救護所等に提供することは、確立していると思いますが、災害拠点病院としては聞いたことはありません、ないですね。

(下條課長補佐)

今のところはないです。

(高山委員)

ないですね。

(吉岡座長)

超急性期はアクセスもできないから、モバイルファーマシーも行けないですね。だから、超急性期のことはどうするのかということはやっぱり問題なのかな。

(原委員)

4県のモバイルファーマシーが行ってやっていたので、またその実績を次回にご提示できればと思います。

(今村委員)

①の件で、災害に対する人材の育成だとか、いろいろな整備に関する相談だとかを含めて、信州大学の私の教室が、県内の唯一の医学部としてもっと貢献していきたいと思っています。ドクヘリをうちが始めるときは、病院だけでなく、人材育成も兼ねて一定の成果は上げていると考えていますけれども。

災害のことにしてもぜひ信州大学に、これからもいろいろなことをやっていきたいと思うので、医療支援も含めて例えば教育だとか、研究もですけれども、人材育成ということで新しい講座とか、先を見据えてそういうものも考えていただければと思います。

(吉岡座長)

それも大切なことです。そういうようなことも少し盛り込んでもらうように。

では②、災害急性期を脱した後の避難所等の被災者に対する医療・健康管理に係るサービス提供体制について議論が必要ではないかということで、感染症まん延防止、衛生面のケア、メンタルヘルスケア、災害時要支援者へのサポート、医薬品、衛生材料等の救援物資の管理・配布等について論点にしていくとなっていますけれども、これについて何かご意見ございますか、まあそのとおりでと思います。

(高山委員)

よろしいですか。3番の災害医療コーディネーターの話とかかわってきてしまいますが、今、災害医療は、急性期から特に亜急性期のほうがそうですけれども、DMAT以外の医療機関が多数参画するようになってきています。具体的に言えば、ほかの領域になる、小児・周産期リエゾンだとかDPATとかはもう急性期のDMATと同じフェーズから動き出す必要があります。こ

れがDMATのメンバーとかぶらないものですから、現在、お互いの顔が見えないし、同じ会議のテーブルにつくこともありません。だから、この仕組みをつくらなければいけないということになります。

これが亜急性期になると、さらにICTとかJMATとか、NPOとか、さまざまなものが出てきて、これを主に調整するのが災害医療コーディネーターということになると思いますけれども。

今までは災害急性期のDMATに関して県で所管して、それをコントロールするというモデルが成り立ったと思いますが、それを変えて、DMAT以外も含めた、もうちょっと大きなくくりをつくって運用しなければいけないのではないかと。

(吉岡座長)

それは表現としては亜急性期の各種支援チームの連携とかそういう話ですか。

(高山委員)

そうですね。これを統合することになるのがおそらく災害医療コーディネーターになると。

(吉岡座長)

そういう観点を盛り込んでくださいということですね。各支援チームを統括するような組織が必要だと。

では③と一緒にやりますか。災害医療コーディネーターの養成と能力向上をどのように図るかということは、先ほどの17ページの表になると思います。

17ページの、県の災害医療コーディネーターが13人で、2の地域災害医療コーディネーター、先ほど事務局から説明あったときに聞いて、長野が13人と、どうして、これ多いんですか。不思議に思いましたが。

(飯塚委員)

これは長野地域だけでも、医師会でいうとたくさんあるんですよ。長野市医師会とか更級医師会、いっぱいあるのでここだけ増えてしまうんですよ。

(吉岡座長)

そういうことですか。

(下條課長補佐)

長野医療圏はそれぞれの医師会とそれぞれの歯科医師会と薬剤師会が3つ、それと長野赤十字病院長が地域災害医療コーディネーターということで設定されております。

(吉岡座長)

そういうことですか。

(下條課長補佐)

それで長野医療圏の人数が多いという事情があります。

(吉岡座長)

だからこれは間違いじゃないと。これはこういう論点で。

(高山委員)

多分、養成と能力向上というか、災害医療コーディネーターを通じた、もうちょっと幅広い災害対策の集まりを持たないといけないのではないかと思います。

(尾島医療推進課長)

先ほどの話ですよ。

(高山委員)

そうです。

(吉岡座長)

ほかに何かご意見ありますか。大分、煮詰まっていますけれども。

(小林佐久保健福祉事務所長)

今の23年に作られた県の指針は、コーディネーターが市町村に出向いて、そこで調整をするという絵になっています。

なので、先生おっしゃるように、そういう形で本当に活動できるのか、熊本の例を見ると、もうちょっと広域でやったほうがいいのではないかとということもあるので、そういう意味では、コーディネーターさんだけ何人と決めるだけじゃなくて、その人たちが活動する基盤といいますか、そういうのを含めて、議論していく必要があるのではないかと思います。

(吉岡座長)

その基盤というのはどういうことでしょうか。

(小林佐久保健福祉事務所長)

市町村の対策本部にコーディネーターが入って、そこで地域のいろいろな応援に来る医療関係者を調整するのか、実はこの資料5-2の②の論点①関連資料1の、国の通知ですけれども、6ページに保健所機能の強化ということで、後段というか3つ目ぐらいのところに、これは発災後概ね3日間と書いてありますけれども、保健所単位で少し医療関係者をコーディネートする形を組むのがいいのではないかと書いてあるので、そういう形にしていくのか市町村単位でやるのかということを含めて、コーディネーターにどういうところで活動してもらうのか、例えば拠点病院に行ってDMATとかいろいろな人と一緒にやるというのも一つの考え方でしょうし、そういう観点が必要かとは思いますが。

(吉岡座長)

今、小林さんからあったお話も、この3番に含めていくということですね。

(今村委員)

要するにコーディネーターの養成というのは、そういった素質というか知識と技術を持った人を養成するということ。指針のほうは今度、枠組みをつくってそういった人を災害のときに役割に当てはめるといふ、両方やる必要があるんですね。全然、知識のない人にこの役をやれといっても無理ですから、そのためにコーディネーターの養成と能力向上ということだと思います。

(吉岡座長)

それではよろしいですか、事務局のほうできれいにまとめていただければと思いますので、それ

では論点2の県外被災地への医療等の支援について。

発生することが懸念されている首都直下型地震や東海地震などに備え、県外被災地への医療等の支援体制の整備をどのように図るか。他都道府県との連携体制の構築、大規模災害を想定した訓練への参加、などが挙げられていますけれども、これについて何かご意見ございますか。

他都道府県との連携体制というのは、今はどういう形になっているのですか。

(下條課長補佐)

今は特にはないです。全国知事会で災害時の応援の関係の協定等は結ばれていますが、例えば具体的な長野県とどこの県とか、そのような連携体制について協定を結んだりとか、合同で訓練をしたりとか、そういうことはあまり行われていないという状況でございます。

(吉岡座長)

それはまずいんですね、きっとね。

(下條課長補佐)

DMA Tだと、ブロックごとの訓練は毎年、あるいは全国レベルの政府総合防災訓練の中でもDMA Tの訓練とかがありますけれども、さまざまな関係者が参加するという部分ですとか、あるいは特定の県同士の、例えば長野と群馬とか、そういった連携体制の構築とか、そういったものは今のところほとんど実施していません。

(吉岡座長)

この論点は構築していく方向で考えていくという意味ですよ。わかりました。

(高山委員)

知っていたら教えてほしいのですが、小児・周産期医療というのは、枠組みはでき上がっているのですか。南海トラフ地震とかが起こったときに、県内の周産期医療施設へ受け入れるフローチャートができていると聞いたことがあるのですけれども。

(下條課長補佐)

小児・周産期の関係はまだリエゾンの話で、県の災害医療本部に参画して情報共有したら、あとは周産期のシステムの中で対応していきましようという話は聞いていますが。

具体的な、受け入れのフローというのは具体的には整備されていないと聞いております。

(吉岡座長)

大規模災害を想定した訓練への参加というのは、これは県としての参画をどうやっていくかという意味ですか、各施設では参加していますよね。

(下條課長補佐)

今、まったくやっていないというわけではないので、先ほどご説明したとおりDMA Tですとか、さまざま連携した訓練というのをやっておりますので、それを充実していく方向ということかと思えます。引き続きということだと思います。

(吉岡座長)

災害医療に関しては、事務局で挙げていただいた論点について議論させていただきました。大筋、こういう論点でいいということだと思います。

(小林佐久保健福祉事務所長)

現状のところはぜひ軽井沢のバスの事故のことも入れていただけるとありがたいと思います。あの事故から出てくる教訓もいろいろあるので。

(吉岡座長)

バス、なるほどね。

(小林佐久保健福祉事務所長)

2ページに(3)で人為災害がありますけれども、そこで結構ですけれども。15人が一度に亡くなっているという意味ではどこかに入れて、そこから教訓をとすることは必要かと思えます。

(吉岡座長)

はい。

(岩下委員)

今後の話題かもしれないですけども。

災害医療に関するマニュアルというのでできているところとできていないところとあると思うんですが、ただその単位も、市町村レベルであったり、医師会レベルであったりして。でも、災害拠点病院の感覚からすると二次医療圏に一つあればいいんじゃないかなと思うんですけども、事実として、その辺のところは幾つかあります。

実際に発災したときにどのマニュアルを使えばいいのかという、混乱のもとになる指針ですね。正直、一つの二次医療圏の中で複数、市町村単位であり医師会レベルでつくっているのを見ると、ほとんど表紙だけ違ってあとは中身が同じなんですけれども。それなら、二次医療圏で一つつくってもらったほうが、災害拠点病院としては、またほかの人たちもわかりやすいのではないかなと思うのですが、そんなのをご検討いただいたらどうかなと。

(尾島医療推進課長)

5ページの⑥の丸の1つ目を見ていただきたいのですが、1行目の「県内すべての医療圏で、地域災害医療活動マニュアルが」と、このことでよろしいですか。

(岩下委員)

そういうことかと私は思いますが、実際にはいろいろなものがありますね。

(尾島医療推進課長)

医療圏の中に、例えば市でつくったものがその下にあるとか、そういうイメージでしょうか。

(岩下委員)

二次医療圏のマニュアルがちゃんとしたのがあればいいですけど。

(尾島医療推進課長)

二次医療圏のマニュアルを受けた形でそういうものがあればいいけれどもという、その確認をしておくということですね。

(高山委員)

各マニュアルに整合性がとれればいいと思うんですよ。市は市で本部があって、県とはまったく別の指揮命令系統で動き出す可能性が、今のところ結構高いという認識ですね。

(岩下委員)

なぜそんなことを思うかという、長野地域だと長野赤十字病院が地域の拠点病院になっていきますけれども、長野から離れた地域でマニュアルがつけられたというのですが、我々のところに何も連絡がありません。そこは心配になりますよね。

(吉岡座長)

災害マニュアルの整合性がとれるように、今後やっていくというようなことをつけ加えていただければいいかと。

(飯塚委員)

そういうことも含めて先ほど高山先生がおっしゃったように、要するに県の中に、災害医療にかかわるいろいろな団体が集まる組織というか、協議会みたいなものがないわけですよ、実際には。

だから、そういうものを設置するというのも、こういう県外の被災に関することとは別個に何かこの6年間で設置すべきだとかというような案も必要なんじゃないかなと思います。そうすると、今、言ったようなことも、そういうところでみんなが意見を出しますと、ではこうしようとか、ああしようとか普段からできる、着地点ができ上がると思いますけれども。

(吉岡座長)

そういうご提言がありました。

(岩下委員)

今、軽井沢の話が出たからというわけではありませんが、長野県内でも、好ましくないことでありますけれども災害があって、災害医療というのも活動して、御嶽山とかもありましたけれども。その後の振り返りというのが非常に大事だと思うのですが、出動して、そこで現場で何やるかというマニュアルはある程度でき上がっていてできていると思いますが、その後の振り返り、各隊員がどんなことを活用してどんなことを感じて、次、同じことがあったらこうしたほうがいいというような、そういう振り返りの報告書をつくるというのを、必須にするようなものをつくっていただきたいと思います。

軽井沢のように自主的につくられて、立派な資料ができ上がっているものは全国的にもないと思いますけれども、御嶽山は、今まだですよ。もう記憶のほうが薄れてきてしまって、かなり珍しい災害であるにもかかわらず、残念かと思しますので、災害があったときには半年以内にはつくるとか、そういうのを何かの形で挙げていただくと。

(吉岡座長)

それは、災害マニュアルの見直しの中に入れていけばいいですね。貴重なご意見です。

まだまだ意見があると思いますけれども、ワーキンググループ会議後の意見の提出についてというものがありますので、それでご意見を提出していただきたいと思います。

## (6) その他 (今後のスケジュールについて)

(吉岡座長)

たくさん活発なご議論をいただきまして。それでは5番、その他について、事務局からご説明をお願いします。

(下條課長補佐、資料6「第7次長野県保健医療計画策定スケジュール(予定)」説明)



(吉岡座長)

それでは次回の、8月1日に開催されるワーキンググループのときに今日のご意見を漏れなく、またそこでもめないようにということでつくっていただければ幸いです。

では、以上で予定していた事項を終わりとさせていただきたいと思いますが、事務局から最後に何かご発言ありますか。

(下條課長補佐)

特にございません。

(吉岡座長)

委員の先生方から何かご意見ありますか。

なければ、これで本日の第2回ワーキンググループ会議を終わりたいと思います。大変活発なご意見をいただきました。ありがとうございました。

## 5 閉 会