

**第4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10月17日（火）午後2時から午後4時15分まで

2 場 所 長野県庁3階特別会議室

3 出席者

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

長野県 医療推進課長 尾島信久、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 会議録（要旨）

（1）分野別計画素案について

（尾島医療推進課長、資料1-1「第3回救急・災害医療WG会議における主な議論について」、資料1-2「救急医療」、資料1-3「救急医療における圏域の設定及び連携体制（案）」、資料1-4「救急医療に関する機能別医療機関」説明）

（吉岡座長）

今までのディスカッションを資料1-1に事務局のほうで組み入れていただいているということですが。

それでは、資料1-2に沿って確認をしてみたいと思います。

まず、「現状と課題」の項目、記載内容、文言等についてご意見がありましたらご討議いただきたいと思います。よくまとめられているのではないかとは思いましたが。

1ページの表2の「傷病程度別搬送人数」について、「その他」というのは何を指しているのですか。

（下條課長補佐）

消防庁による調査で「その他」とは、「医師の診断がないもの」ですとか、「傷病の程度が判明しないもの」などが挙げられています。

（吉岡座長）

よくはっきりしないものが0.2%ぐらいあるということですね。

3ページの表9のドクターカーも、以前は多数の病院間のばらつきがありましたけれども、救急現場への出動ということで整理をしていただいたということです。

ご意見ございませんか。よろしいですか。

では、現状と課題はこの内容で概ね適切であると、今までの議論も反映されているということで、よろしいでしょうか。

4ページの表10を見ますと、「初期救急医療を担う医療機関数」はみんな減ってきているということがわかって、これは診療所の先生の高齢化等によるものですかね、飯塚先生。

（飯塚委員）

そこはちょっとわかりませんが。

(吉岡座長)

なかなか大変なことだなということでもありますけれども。

それから5ページの(4)急性期を脱した後の医療体制についてもよろしいでしょうか。先ほど52%という数値が挙がっていましたが、「三次救急医療機関からの受け入れが可能な体制を整備している病院は65か所であり、県内の三次救急医療機関を除く病院の52%に留まっている」というのは、三次救急医療機関を除いた病院全体の52%という意味なんですか。この52%の分母がどうかという議論が以前にもありましたが、いかがですか。

(下條課長補佐)

2行目、3行目は同じ文言でして、「三次救急医療機関からの受け入れが可能な体制を整備している病院は65か所」ということは、全病院から、三次救急医療機関を除いているもののうちの65か所ということになり、三行目もその同じ意味ということになります。

(尾島医療推進課長)

基本的には、急性期を脱した後に、三次救急の病院の中でも病棟が変わるようなことも考えられますので、そういうものをはっきりと除いているということで、三次医療機関からの受け入れを可能にしている病院、三次医療機関ではない病院が65か所で、県内の三次医療機関を除く病院全体の52%、だから「65か所」と「52%」は同じことで、「数」で言っているのか「割合」で言っているのかということになります。

(吉岡座長)

「現状と課題」の全体についていいですか。込山委員、何かご意見ありますか。

(込山委員)

うまくまとめていただいています。

(吉岡座長)

それでは「現状と課題」はまとめていただいた内容で、特に異論はないということでありますので、お認めいただいたということです。

それでは次の「第2 目指すべき方向と医療連携体制」について、これも、これまでの議論が組み込まれていると思いましたが、これについてどうでしょうか、ご意見ございますでしょうか。高山先生、どうですか。

(高山委員)

6ページの図ですが、言おうとしていることはよくわかるんですが、救急車とドクターヘリの絵が初期救急医療機関から二次医療機関のところに置いてあるんですね。これはここだけに使うものではないというのはもちろんご承知の上でつくられていると思うんですが、メッセージとして、初期医療機関から二次救急医療機関に搬送するためのツールだというふうに伝わってしまわないだろうかということが気になった点でございます。

(吉岡座長)

では上に持ってくればいいですか。必ずしもそうとも言えないですね。現場に出動して、そこから三次ということもあるわけだから。では両方に書いておけばいいのかということですが。

(高山委員)

レイアウトの問題ですね。ごちゃごちゃし過ぎるということと、総合的な判断になると思います。

(吉岡座長)

ドクヘリは基本的には三次へ行きますか。そうでもないですか。

(高山委員)

通常はそうです。

(吉岡座長)

救命救急センターですね。

今の指摘は、6ページの救急医療体制の図の初期救急医療機関から二次医療機関への搬送のところにドクターカーとドクヘリの絵が描いてあるが、これでいいのかということですが、初期か二次救急にドクヘリを使うということはあまりなくて、現場から救命救急センターへ行くということのほうが一般的ですかね。

(尾島医療推進課長)

この図を見ますとドクターヘリが、「家族、一般県民」から「消防」というところにもありますが、この点についても、消防から二次救急機関又は三次救急機関に搬送するところに、救急車とドクターヘリを置いたらどうかと思いますが、いかがでしょうか。

したがって、ドクターヘリが2機あって救急車も2台ありますけれども、1機1台ずつにして、消防から二次救急医療機関、三次救急医療機関に持っていくということでいかがですか。

(吉岡座長)

右のほうの初期救急医療機関から二次救急医療機関の間にあるドクヘリとドクターカーの図はどこに置くのがいいんでしょうか。

(尾島医療推進課長)

そこは、ご意見があるところだと思います。右側の部分については、「初期救急から二次に行く」という話もあると思いますし、「そこは紛らわしい」というご意見もあると思いますので、皆さんにご意見をいただければありがたいと思います。

(吉岡座長)

どうでしょう。左側のほうは「家族、一般県民」と「消防」の間にある図をその上に持ってくると、それはそれでいいかもしれません。右のほうのドクヘリの図とドクターカーの図をどこに置いたほうがより現実に合った形になるかという議論だと思いますけれども、どうでしょう。今村先生いかがですか。

(今村委員)

前回の計画を見ると、この案と同じ場所にヘリと救急車があって、その上の二次から三次のところにもヘリがあって、全部でヘリが3つあります。

初期から二次の間は救急車だけでいいかと思うんですけども、もしスペースがあれば、二次から三次の間は救急車とヘリの両方を描くのがいいかなと思います。あとはスペースがあるかどうかなので、お任せしたいと思います。

(吉岡座長)

込山委員はどうですか。

(込山委員)

左側のほうは、事務局案でいいと思いますし、右側は、あえて入れるのであれば二次から三次のところへ入れていただくということで、初期から二次は救急車だけでもいいのかなと思います。

(吉岡座長)

では、そういうことにしますか、よろしいですか。でも、救急車は初期から二次、二次から三次の両方に入れておいたらいかがですか。

(尾島医療推進課長)

消防の左側のところも両方入れ、初期から二次救急のところも両方入れ、二次救急から三次救急のところも両方入れるということでいいですか。

(今村委員)

それだったら、二次は救急車だけでどうですか。

(吉岡座長)

初期から二次は救急車だけにしますか。

(尾島医療推進課長)

それでは二次救急医療機関から三次救急というのは両方ということで、わかりました。

(今村委員)

あと、図の矢印ですけども、初期から三次の矢印が、二次の裏側を通過して直接、三次に

行っているんですよね。初期から二次に一本と、初期から三次に一本というのがよくある図だとは思うんですけども。

(吉岡座長)

初期から二次には、右の矢印で示されていて、それで、初期から直接三次まで行く場合もあるということで下をくぐっているわけですよね。

(今村委員)

そうですね。初期から三次もあるんだということが、一般の人にもわかるようになっていたほうが正しいと思うんですけども。

(吉岡座長)

それでは、もう一個、二次から三次の矢印が必要だということになりませんか。

(今村委員)

そうですね。初期から三次のところは、できたら二次の横を通って三次に直接行くのが本当は正しいと思います。

(尾島医療推進課長)

わかりました。では、二次救急医療機関の枠をちょっと縮めて、直接行くものと、二次から三次に行くものと、矢印を二本加えます。

(小林佐久保健福祉事務所長)

この図の中で、「患者」のところから二つ、「日常的な疾患」というのと「救急疾患」と出ているんですけども、「日常的な疾患」で救急にかかるというのは、絵としてはよくないと思いますので、ここは「軽症の救急疾患」ということを右に書いて、左のほうは救急車を呼ぶので「中等度以上の救急疾患」と書いたほうがいいんじゃないかなと思います。

本文にはそういう記載がされていて、「軽症患者に対しては、初期救急医療機関の受診を促すとともに」とありますので、この文章と整合をとるためには、6ページの絵も、右側を「軽症の救急疾患」、左側を「中等度以上の救急疾患」と書いたほうがよろしいかと思えますけれども、いかがでしょうか。

(吉岡座長)

今のお話は、下のほうの「患者」という枠があって、そこから右側のほうの「日常的な疾患」というのを「軽症の救急疾患」にするわけですね。そして、左側の「救急疾患」を「中等症以上の救急疾患」とするんですか。

(小林佐久保健福祉事務所長)

そうですね。

(吉岡座長)

それはそれでいいかもしれないですね。

では、そう変えていただくということで、まとめていただきたいと思います。

7ページの「3 二次医療圏相互の連携体制」はこれでよろしいですかね。

(岩下委員)

1回目のワーキンググループ会議のときに二次医療圏の再構築等は考えないと、その分、連携体制を調整していくという話を伺いました。この辺はこの数字のとおりだと思います。

それで、各二次医療圏相互の連携というのは、数字ではこのように見えますので、例えば上小の100人のうち19人は佐久のほうへ行っていると。だから、佐久の医療機関では上小の方の5分の1ぐらいは来ているんだというような認識だということかと思うんです。それは、一般の方も上小の方は佐久に行くこともあるんだということになるし、救急隊もそういうことであれば、上小の救急隊は佐久へ、遠くへ搬送することもあるという、そういう意識づけになると思うんですけれども。

医療機関同士の連携というのは、これは具体的にはない中でやっていますよね。要は、近隣のところで受けてくれないから受けてもらえる医療機関に搬送しているというのが現状だと思うんです。その結果がこの数字だと思うんですけれども。連携というのであれば、今後の展開の話になるんですけれども、何か、ある二次医療圏のこういう疾患に関しては、隣のこの医療圏で対応してくださいというような、そういうのは連携という形で構築される予定があるんでしょうか。

(吉岡座長)

それは難しいでしょうね。

(岩下委員)

現場の人間からしますと、約束があつて隣の医療圏で対応しているのであれば、気持ちよく「はい、受けます」という話になりますが。それが緊急度、重症度の高いものであれば「うちでやるしかないね」と、こうなるわけですが、案外、軽症のものも越えてこられる方が、多分、消防の人たちもそれを感じられていると思うんですけれども。

なので、この資料とは違う話かもしれないんですけれども、連携の強化ということであれば、その点も・・・。

(吉岡座長)

もっと踏み込んで書けないのかということですよ。ただ、ちょっと難しいと思います。

(岩下委員)

これをもとに今後、それぞれディスカッションするということであれば。

(吉岡座長)

表13のことをおっしゃっていると思いますけれども、これは2013年度の国保と後期高齢レ

セプトによる分析のうち二次救急の症例がこうなって、流出入しているという数値を並べてあるだけですよ。

(岩下委員)

結果です。

(吉岡座長)

だから、これをもってどうしていくかということにはちょっと書けないでしょうね。

医療機関のこの診療の内容も年々変わっていくので、「こういう疾患はここに」、「この疾患は他の医療圏に」というような書き方はなかなか難しいでしょうから。

(岩下委員)

「連携」というのは何をもって「連携」というのかということなんですけれども。できない地域のサポートをするのはもちろんすごく大事なことだと思うんですけれども。

(吉岡座長)

それが「連携」でしょうけれども。もっと政策的な、どの医療圏とどこの医療圏でこういう疾患分野はこの病院で、こういう疾患はこの病院でというようなことはここには、書けるわけじゃないですからね。

(岩下委員)

そうですね。

(高山委員)

方針の問題ですよ、岩下先生が言われているのは。かつての医療計画では「二次医療圏の中で完結するようにする」という方針だったんですよ。それが「連携」というふうな方針が変わるんだとしたら具体的にどういう連携をするんだと。だから、それに合わせて施策を進めていくということになると思うんですけれども、その方針を明確にしたほうがいいのではないかといいことですね。

(吉岡座長)

それをここに盛り込むというのは、難しいのではないですか。

(岩下委員)

入れ込むのは難しいと思うんですけれども、現場の医療スタッフや住民の方が、何でこんな遠くまで患者さんが来たのかなと、もしくは病院に行かなければいけないのかなと。救急隊の人が、地元の救急車がいなくなるのに遠くまで行かなければいけないのかなというように、この文章としてはこれでいいと思うんですけど、そういうことがスムーズに行くためには、この後、どういう展開がされるのかなということですね。

(吉岡座長)

それは率直な疑問ですよ。この文章でいくと、「二次医療圏内での対応に加え、必要に応じて他の医療圏と連携することとします」と書いてあるけれども、では具体的にどのようなことなんだというご質問だけでも。

(岩下委員)

気持ちよく仕事をしたほうがいいと思うんですね。救急隊から電話がかかってきて、「うちは隣の医療圏と連携していますから喜んで」という形をとればいいかなと思うんですけども。

(尾島医療推進課長)

現実的に、上小であれば、佐久に救急搬送いただいて、そこで対応していただいているということがありますので、これからもなかなかすべてを圏域でというのも難しいので、ここには「必要に応じて他の医療圏と連携」という形では書かせてもらったということになります。

では、今後どうだという話になれば、地域の中で受けられないという形になってくると、今、例えば調整会議を圏域で開いていますけれども、そういう中で議論をしながらという話にはなると思います。

ただ、現実的にそれが大きく変わるかというのと、多分、今の医療体制はそれほど変わるということのものなかなか考えづらいと思いますので、今のこの上小とか佐久、また木曾、大北のような形での連携、こういうものがこれからも図られていくということだとは思っています。

(吉岡座長)

今の岩下先生の話の内容というのは、県のメディカルコントロール協議会の中でそういう話をすることはあるんですか、今村先生。

(今村委員)

今まではそういう議論は出たことはないです。

(吉岡座長)

どの場でそういう話を具体的にしていくのかということになれば、地域医療構想調整会議だとか、あるいはメディカルコントロール協議会とか、あるいは救命救急センターのワーキンググループみたいなものをつくってやっていくとか、そういう形で実務的な話をしていくということにならざるを得ないのではないかと思いますけどね。

それを、この文章の中に入れるということはちょっと無理だと思います。率直な疑問だとは思いますが。

(小林佐久保健福祉事務所長)

佐久の状況をお話しますと、佐久の医療機関で患者を受けの際に、上小からの119番というか、救急車がよく来るのはこの数字のとおりなんですけれども、佐久では、病院と救急隊で

の話し合いというのを定期的に行っていて、ある程度、こういうやり方でやりましょうという申し合わせもいくつかつくっています。できれば上小のほうもそういう佐久の動きをある程度、キャッチアップしていただいて、ぴったり合わせることは難しいにしても、そういう状況を踏まえながら、救急車はどうしても佐久に搬送せざるを得ないのであれば、そういう形でトラブルないようにしていただくということが必要ではないでしょうか。

この出入りがちょっと目立つところについては、定期的に医療機関と救急隊の集まりを持って、お互いに、今、どんな状況かということをよく情報共有しながら、また円滑に進めていくということぐらいはやってもいいんじゃないかなと思っています。

(吉岡座長)

これはそういう質問があったということで、3番の「二次医療圏相互の連携体制」はこの文面で収めていただくということでよろしいでしょうか、岩下先生。

(岩下委員)

はい、いいです。

(吉岡座長)

それでは、「第3 施策の展開」ということで、これは「目指すべき方向」にあわせて整合性をとるように整理されています。これについてどうでしょうか。

(今村委員)

追加していただきたい文言があるんですが、1番の「適切な病院前救護活動の促進」というところの2つ目の○のメディカルコントロール体制の強化のことなんですが、「指導救命士制度の活用」の次のところに「救急医療に精通した医師の参加」という言葉を入れていただきたいんです。

これは厚生労働省のメディカルコントロール強化事業のあり方委員会に出てくる言葉ですし、特に地方においてはメディカルコントロールの委員会に、コア業務とあって、救急救命士に指示などをするには、救急医療に精通している医師が当然必要になると思うんですけれども、それがまだ確立していない地域もあるということもありますので。ここで救急科専門医と言ってしまうと、かなりハードルが高くなってしまいますので、「救急医療に精通した医師」という言葉を厚生労働省でも使っていると思うんです。そういうことを入れていただければと思います。

(吉岡座長)

「精通した医師」、これは救急医学会でもそういうことを打ち出しているということですね。

(今村委員)

そうですね。

(吉岡座長)

それはよろしいですよ。ほかに何かございますでしょうか。

(尾島医療推進課長)

今の文言を確認させていただきますけれども、「標準化を図るため、救急医療に精通した医師の参加・指導救命士制度の活用や各種研修会・講習会の充実等を図ります」ということでよろしいですか。

(今村委員)

それで結構です。

(吉岡座長)

ほかに何かございますか。

よろしいですか、では「施策の展開」については、その文言を入れるということでは了承されたということでもあります。

それでは、「第4 数値目標」のところでもありますけれども、これについてはどうでしょうか。

(今村委員)

1の2番目の「一般市民の心肺停止の社会復帰率」なんですけれども、「心原性心肺機能停止」としてしまえば、いろいろな症例が入ってくるのでこれはもう上限があって、いくら頑張っても一定以上は上がらないんですよ。ちょっと専門的な言葉になってしまうんですけど、「初期波形心室細動」とすると、頑張っただけある程度だんだん上がっていくと思うんです。かつ、おそらくこういった数値目標を立てると、各医療圏ごとに目標達成というふうになると思うんですけども、心原性心肺停止で助かる可能性のある人は何割ぐらいあるかというのは地域によって結構違ってきてしまうので、もう最初から勝負にならないということになってしまうと思うんです。なので、ちょっと専門的な言葉になってしまうんですけども、「初期波形心室細動の心肺機能停止」にしたほうが良いと思います。

(吉岡座長)

「心原性」という言葉を使うと、心室細動以外のいろいろなものが入ってくるからという意味ですね。心室細動による心肺停止機能患者の社会復帰率ということになると、バイスタンダーCPR（心肺機能蘇生法）効果がはっきり出てくるということですね。

(今村委員)

そうですね。

(吉岡座長)

心室細動による心肺停止の患者はなるべく早く除細動をすれば、社会復帰できるわけですから。そうすると、数値目標はこれでいいですか。

(今村委員)

いや、今すぐ数字が出てきませんが、2008年から2012年の5年間だと、全国で社会復帰したのは22.2%ですね。

(吉岡座長)

もしこういう形で項目を変えることをこの場で認めてもらえれば、その数値を入れかえればいいわけですね。

(尾島医療推進課長)

データの的にはあるようですので、ただ目標値については、ここに書いてあります考え方の方法で算出させてもらった上で目標値を設定させていただきたいと思います。

(吉岡座長)

よろしいですか、ではこれはそういう形で少し専門的な医学用語が入るけれども、実質的な社会復帰率に寄与する病態について記載するというにすることにするということですね。2番、3番、よろしいでしょうか。

それからコラムについて、3ページの「救命講習」、「ドクターヘリ」、それから5ページ目の「救急医療と“人生の最終段階における心肺蘇生等”」の3つですね。どうでしょうか。飯塚先生。

(飯塚委員)

3ページのドクターヘリというところの上から3行目に、41道府県と書いてあるんですが、都は入らないんですね。

(尾島医療推進課長)

東京都にはドクターヘリが導入されておられませんので、道府県ということで。

(飯塚委員)

これでよろしいんですね。はい、ありがとうございます。

(吉岡座長)

よろしいですか。特に5ページのコラムは、日本医師会でも非常に重要なテーマにしている、もちろん超高齢社会でこれは非常に重要なことだと思います。

7行目ですか、今年の3月に日本臨床救急医学会で、人生の最終段階による傷病者の意思に添った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言が出たんですね。

よろしいでしょうか。

次に二次医療圏相互の連携体制について、先ほどご説明いただいた資料1-3について、何かご意見がありますでしょうか。これは、格別な表ではないということだろうと思いますけれども。よろしいですか。

それでは、資料1-3は、このようにして掲載をさせていただこうということになるのか

と思います。

それでは、資料1-4、機能別医療機関一覧の様式について、先般、確かご説明あったように、救急告示医療機関のことが話題になりましたが、救急告示医療機関には二次も三次もあるということですので、こうしたということでもありますけれども、これについて何かご意見ございますか。

「今後、医療機能調査を行い医療機関名を更新」ということは、この後、リストの再確認を行うということでしょうか。

(下條課長補佐)

これから毎年度、秋ごろに医療機関の皆様にご調査をお願いしましてこの表を更新し、それを医療審議会に諮った上で、県民の皆様にご公表していくという形で考えております。

(吉岡座長)

よろしいでしょうか。それでは、救急医療について、全体を通して、土屋委員、何かご意見ありますか、よろしいですか。

(土屋委員)

8ページの3番目の、三次救急の医療機関から人工呼吸器の必要な患者さんの搬送数を増やす目標を52%以上とあるんですが、この増やす方策というのは何か具体的にあるのでしょうか。

何でこういう質問をするかということ、市井の病院というのはドクターも高齢化をしており、呼吸器の管理というのは本当に難しいというのが、私は現場にいてすごく感じてきたものですから、二次の病院はそれくらいのことはもちろんしなくてはならないんでしょうけれども、呼吸器の管理できる先生方というのは、かなり数が限られてきていて、その点は何か方策があつての52%以上なのかなと。現実には結構厳しいものがあるのかと思っております。

(吉岡座長)

それはちょっと答えられないよね。そういうご意見をいただいたということで。

(高山委員)

関連してよろしいですか。資料1-4の裏側の表がそれに該当する資料だと思うんですが、これはその病院の機能別の印が書かれているんですけども、これを毎年更新して県の資料として公開されるということなんですよ。

ちなみに、この受け入れ数などの具体的な数値は公開されるものなんでしょうか。こういう受入体制をとっていますよという自己申告がそれに反映されるんですか、それとも実績が加味されるのかということなんです。

(尾島医療推進課長)

基本的には病院にお聞きしてここに記載しておりますので、自己申告にはなりません。また、通常は公表してないです。

(高山委員)

そういう体制になっているけれども、受け入れ実績がどうであるかというのは反映されていないということなんですか。正直な話、こんなに受け入れてくれる病院があったのかという思いなんですけれどもね。だから実態をどれだけ反映しているんだろうというのがあります。

病院の数が52%という以上に、その実質がどうであるのかというのを、これからもう少し詰める余地があるのではないのでしょうか。

(吉岡座長)

それであれば、そのときに患者さんの数はどのぐらい受け入れましたかというのを付け加えればわかってきますよね。

(高山委員)

そうですね、できることであればですが。

(土屋委員)

なかなか、難しい。

(吉岡座長)

それは参考にしていただいて、ではどういう施策があるんだといわれると、ちょっと詰まってしまうと言うしかない。

では、今までの議論を通して何かさらにご意見があれば、1週間以内に事務局までご連絡をいただきたいと思います。

また、そのご意見等につきまして、今いただいたご意見も含めて座長一任ということでさせていただきたいと思いますので、よろしくご理解をお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。

(出席者一同)

異議なしの声あり

(吉岡座長)

では異議なしというご発言がありましたので、救急のほうはただいまの議論でまとめるということにいたします。ここでちょっと休憩といたします。

(休憩)

(吉岡座長)

それでは会議を再開させていただいて、災害医療について議論したいと思います。

それでは事務局のほうから、災害医療についてご説明をいただきます。お願いします。

(尾島医療推進課長、資料2-1「第3回救急・災害医療WG会議における主な議論について」、資料2-2「災害時における医療」、資料2-3「災害時における医療の圏域の設定(案)」、追加資料「長野県DMA T隊員数」に係る目標数値(案)説明)

(吉岡座長)

それでは、救急と同じように順を追って議論を進めたいと思います。まず資料2-2の「災害時における医療」の「第1 現状と課題」について、先ほどと同じような形でご議論いただきたいと思います。

まず、「1 災害の状況」の記載について何かご討議はあるでしょうか、よろしいですか。

現状と課題の2番の「災害医療提供体制」について、私は、先ほどと同じようによく書き込まれているなと思って拝見いたしました。何かご意見はございますでしょうか。

(岩下委員)

コラムと関係する内容なのかもしれませんが、3ページの表4に「災害拠点病院の整備状況(平成29年3月現在)」という表があって、BCPの整備状況ということで、当院が基幹災害拠点病院であるんですが、「未整備」というのはどうなっているのかという質問を受けたことが何度かありました。この「整備」「未整備」の定義自体があいまいであること、その一方で、そういう定義を知らない人に見れば、確かに基幹災害拠点病院が「未整備」だということはいかなるものかという疑問を持たれるのも当然のことかと思うんですけれども。

ということで、この表はあまりよろしくないと思うんですが、いかがでしょうか。

(尾島医療推進課長)

どんなふうにしておけばよろしいですか。

(岩下委員)

表が要るのかという話なんですけれども。

(尾島医療推進課長)

表をとってしまうということですか。

(吉岡座長)

BCPのところをなくすわけにいかないから「整備中」とすればいいんですよ。

(尾島医療推進課長)

災害拠点病院の皆さんにお伺いしますと、今年度中にはBCPを整備するというお話も実は聞いております。もし、「整備中」でよろしければ、「整備中」とさせていただいて、欄外に「平成29年度中には全ての病院が整備予定」と記載をさせていただくという方法もあると思いますけれども、いかがでしょうか。

(今村委員)

BCPについては、当院でも去年にかけて何とか作成しました。

BCPというのは決して医療情報データの確保だけではなくて、BCM、マネジメントをやるためのプランであるということで、もちろん、病院によってクオリティに違いはあると思いますが、一応、定義はあると思うんですね。

災害対策マニュアルとはまた違った、病院の場合は普通の事業所と違って、災害時にはむしろ業務が増えて、多数の傷病者対応なんかをやらなければいけないわけです。BCPというのはそういうことをやるためのインフラだとか、医療資器材をどうやって確保するだとか、あと職員の安否確認をどうするだとか、どれぐらい集められるかということのプランを立てると。もちろん現状全部の病院がそういった災害時の活動をしっかりできるわけではないですから。そのために何年後にここまで整備しましょうとか、そういったマネジメント、BCMもしなさいということですので、一応、BCPの定義としてはあるんですね。

なので、その病院の災害対策マニュアルとはまたちょっと違ったものですので、厚生労働省からも災害拠点病院は30年度中にBCPをつくりなさいというものが来ていますよね。ですので、もちろんクオリティの差はありますけれども、曲がりなりにもつくったか、つくっていないかというのは必要だと考えたほうが良いと思うんですね。もちろん整備中なら整備中でいいと思いますが。

(吉岡座長)

そういうことで「整備中」にして、「29年度中に整備の予定」と書き加えていただければ。BCPの項目をなくすというわけにはいかないのです。これはそういうことにさせていただきたいと思います。

それでは次の「第2 目指すべき方向と医療連携体制」については、3つに大きく分けて記載がされています。

目指すべき方向の中にも大きく3つの項目で記載されています。何かご意見ありますか。

また10ページ、11ページは、前回、前々回、かなり議論をして、結果的には県内で災害が発生した場合と県外で発生した場合に分けて図をつくったということですので、努力のあとは見られると思います。これについてご意見、何かありましたら。

(飯塚委員)

一つ、教えていただければ。10ページの図の(2)の県内で災害が発生した場合というところで、真ん中の地域災害医療本部から3つのところに同時に行く矢印がありますよね。これは単独で行っている線と何か違いがあるんですか。

(吉岡座長)

これは見方ですね。この矢印は地域災害医療本部から3つに途中で分かれていっているのではなくて、「救急医療機関」に1本行って、「一般医療機関」と「救護所・避難所等」がまた1本つながっているという図ではないんですかね、違いますか。

(飯塚委員)

真ん中の矢印は「一般医療機関」から「救護所・避難所等」につながっているということなんです、この3本に分かれているような矢印は。

(尾島医療推進課長)

ここの線は、クロスしている意味で書きましたが、わかりづらいので、そこは工夫をします。

(飯塚委員)

またいであるように書いていただければ。

(小林佐久保健福祉事務所長)

10ページの図で、上の右のところに「救護所・避難所等」というのがありまして、その説明文が「感染症等のまん延防止」等々ということで、本文にも48時間以降の急性期を脱したところでやると書いてあるんですけども。

医師会の先生方に特にお願いをしている救護班というのはもっと急性期から、被災状況によりますけれども、場合によっては人がとかがたくさんいる場所に救護班を組織して、そこに医療スタッフが行って、ある程度トリアージしながら運んでいくという形で想定されていると思います。

この計画ですと、どちらかというと慢性期に救護所で先生方にお世話になるような形になっているんですけども、本当にそれでいいのかどうかという疑問がありまして、多分、救護所はかなり急性期からの対応になるんじゃないかなと思っております。

ちなみに、4ページの一番下に④というのがあって、ここに医療救護班の解説が書いてあるんですけども、「災害が沈静化した後に」ということで、大分、後の話でここに救護班が出て来るので、そうではなくて、やっぱり急性期から、場合によっては救護所、それから救護班というのが活動すると思いますので、その確認だけは必要かなと思います。

(吉岡座長)

4ページの④の医療救護班・保健師班の書き方を変えるということですね。

(小林佐久保健福祉事務所長)

そうですね。できれば、保健師班というのはまた違う意味合いがあるので、医療救護班ということで、この「沈静化した後に」という言葉を削除して、現地で医療救護を行うために救護所を市町村が設置して、そこに医療救護班、あるいは歯科医師会の先生方、薬剤師会の方も含めて派遣されるというふうに書いてあると思いますので、そういう書き方にしたほうがいいのではないかなと思います。

(吉岡座長)

そうすると、この「災害が沈静化した」を除いて、さらに保健師班も別にするんですか。

(小林佐久保健福祉事務所長)

そのほうがわかりやすいと思うんですね。

(吉岡座長)

④以外に保健師班を別につくって、さらに文言も変えなければいけなくなりますけれども、事務局はよろしいですか。

(小林佐久保健福祉事務所長)

地域の市町村と地域の医師会の間で結ばれている協定書を見ると、いずれも災害が起きてすぐに、市町村が救護所を設置した場合には、そこに医師等を派遣するというようになっておりますので、そういう形にしたほうが現実的じゃないかなとは思いますが。

(尾島医療推進課長)

今の点につきまして、4ページのところは、災害が起こったすぐから継続してということですので「災害が沈静化した後においても」というのを削除させていただくということでもよろしいですか。

(小林佐久保健福祉事務所長)

あと、その右側に「健康管理を中心とした」と書いてありますので、ここを「救護及び健康管理を」とか、あるいはもう「住民等に対する医療を提供するため」ぐらいでいいと思うんですね。健康管理というと、大分、慢性期の話になるので。

(吉岡座長)

それでは④は、この医療救護班・保健師班をそのままにしておいて、最初の○の「災害が沈静化した後においても」を削除するということですね。

あと、1行目のところに「住民等に対する医療が必要となるため」ということで、健康管理のところを削除するということですね。

(小林佐久保健福祉事務所長)

加えて、10ページの図の「救護所・避難所等」のところで、「感染症等のまん延防止」と始まっていますので、その1つ前に「医療の提供、感染症等の・・・」とつながればよろしいのではないかなと思います。

(吉岡座長)

そういう形の修正でよろしいですか。

(尾島医療推進課長)

はい、わかりました。そのように直させていただきます。

(吉岡座長)

そうしますと、今度は「3 施策の展開」ですね。第2の目指すべき方向と医療連携体制は、今、お話があったような修正をします。そして「3 施策の展開」について、これは目指すべき方向の1～3と整合性をとって、記載がされていますけれども、これについてはいかがでしょうか。先ほどの訂正をしたことで何か影響を受けてくることはありますか、ないですね。

これは、見ていて思ったのは、12ページの3個目の○で「県及び地域における災害医療コーディネーターの業務・役割等についての研修や、各種訓練への参加を促進することにより、その養成や能力向上を図ります」ということが書いてありました。人を出すということは施設にとって大変なことなので、ここに「促進し、支援をする」などといった言葉を入れていただけるといいかなと思いましたが。

同じようなことが、6個目の○の「災害拠点病院を中心とした災害医療従事者を対象に、定期的に研修会を開催するなど、災害医療にかかわる人材育成に努めます」とありますが、ここにも「支援をする」というようなことを入れていただくと、人を出す側としては助かるかなと思いましたが。

それでは4番の数値目標に入りたいと思いますけれども、先ほどの課題になっている2番の「災害急性期において必要な医療が確保される体制」の真ん中のSの「長野県DMAT隊員数」の目標をどうするかという議論でありますけれども。

追加資料の、案1、2、3、とありますが、案1はちょっとないと思いますけれども。確かにDMATのなり手が頭打ちになっているので案1はないと思いますけれども、ご意見はございませんか。

(岩下委員)

先週の金曜日に高山先生も委員で出てきている会議が県庁であったんですけども。案1、2、3で、確認・質問をお願いしたいんですけども。

まず案1については、毎年10何名、リタイヤされている方がいて、リタイヤする方を考慮して掛ける6倍の数字を計算されたということです。リタイヤされる方が定年という形であれば致し方ないと思うんですけども、中には人選が問題で、講習は受けたけれども維持できないという方もいらっしゃるの、そこは目標値としては消極的な目標値になる可能性があるのではないかなというのが1番目です。

2番目は6年後のチーム数を、各DMAT指定病院に聞いてそれで数値を決めるということですけども、各病院が県内全体の災害のことを考慮して、「当指定病院には何チームほしい」、あるいは「いいな」と、そういう観点で考えていただければいいんですけども、そういう観点は各病院で案外薄いというのがこの間の金曜日の会議で感じました。やはり、この基準で考慮するのはあまりよくないと思います。県レベルでの会議で、県内の地理的なこととか各指定病院の医療スタッフのマンパワーとか、もろもろのことを考慮した上で検討すべきであって、各指定病院で考える数字をそのまま目標値にするのはよくないのではないかと思います。

3番目はちょっと単純な話なんですけれども、これは掛ける6倍で345人ということなんですけれども、単年で57.6人で掛ける6倍なんです。であれば、現状値というものもそこに

足した場合が目標値になるのかなと思うんですが、これ、私の考え違いなんですか。

(尾島医療推進課長)

6年間の養成数という出し方で書かせていただいたんですけども。これまでの養成数が何人いてプラスアルファという目標の設定もあると思いますし、ここではこの期間中に345人を養成するんだという形での表現をさせていただきました。

(岩下委員)

では目標値がちょっと違うということですね。

(吉岡座長)

では、どうすればいいだろう。

(岩下委員)

いや、案がないんですよ。

(吉岡座長)

答えがないのか。

(吉岡座長)

高山先生はどうですか。

(高山委員)

岩下先生おっしゃったように、この間もこの話になったんですけども、結論が出ないと。要するにどのぐらいDMAT隊員がいたら充足するかなんて誰も決められないんですよ。多ければ多いに越したことはないんです。だから、機械的に「増える人数」を数値目標として入れるしかないと思うんですけども。

その上で、一つミスリードがあって、資料の4ページに「災害医療に興味のある医師はだんだん頭打ちになってきており」とあるんですが、全ての病院がこうではないんですよ。

(吉岡座長)

でも高齢化していくからね。

(高山委員)

そうなんですけれども、若い救急医が入ってきている当院は、まだたくさんDMAT隊員になる余地の人はいるんですよ。要するに病院によって格差が相当あるんです。だから、隊員を養成できるところもあれば、厳しいところもある。だから、岩下先生の言うように、病院ごとの枠というよりは、長野県全体で枠を考えたほうがいいのかも说不定というのがあるんですけども。

それから、案3のところにあるDMAT隊員養成数の計算は、これでやってもいいんです

が、この場合は、長野県DMATから日本DMATに研修を変えて、身分を移した方がダブルカウントされるので、これは計算の仕方としてその点の考慮が必要です。

いずれにしろ、僕はこういう機械的な算出方法が数値目標として出すには最も妥当ではないかと思います。案1か案3。案3の場合は、日本DMATと長野県DMATでダブルカウントされている分を調整しないとイケないですが。

(吉岡座長)

これは目標の定め方をどうするかという議論なわけで、あとは、なるべく現実に沿った数値を出すということでしょうから。今村先生、どうですか。

(今村委員)

養成数だけ決めておけばいいんじゃないですか。日本DMATで何人、県で何人と。ある程度やめられてしまう方はしょうがないので。

(吉岡座長)

そうすると、長野県DMAT隊員数という指標じゃなくて、養成数という指標にすることですか。

(今村委員)

毎年、何人養成していくとか。

(吉岡座長)

それも一つかもしれないな。

(今村委員)

もちろん、せっかくとられた方がやめないようにする努力は必要かと思うんですけども。

(吉岡座長)

どうしましょう。

(尾島医療推進課長)

「養成数」というときに、日本DMAT研修の部分と長野県DMAT研修の部分がありますけれども、先ほど高山先生がおっしゃったように日本DMATに行っても長野県のDMAT養成研修の人はこれだけ確保したいというような意味合いで案として出させていただいたということです。

(高山委員)

案3だと、長野県DMAT養成研修に行く人と、日本DMAT養成研修に行く人が別の人であれば、足してこの計算になるということですよ。

だから、長野県DMAT養成研修を受けていた上で日本DMAT養成研修に行った方もいると、この足し算ではいけないんじゃないのかと思ったんですけども。

(尾島医療推進課長)

基本的には長野県のDMA T研修を受けていただいて、その方が日本DMA Tに行くと思っておりますので、長野県DMA Tは毎年とっていただきたいと。

(高山委員)

長野県DMA Tを受けていなくて日本DMA T研修に行っている方もいらっしゃるんですよ。

(吉岡座長)

長野県DMA Tは受けなくて、日本DMA Tだけという人もいますか。

(高山委員)

いるんですよ。だから、単純に足し算だと数値がダブルカウントされるような気がするんですが、大丈夫でしょうか。

(吉岡座長)

議論が尽きないような感じですが、結論を出したいと思いますので、では「養成数」にしますか。年間で長野県DMA Tが何人、日本DMA Tは何人を養成することを目標にすると、一つの目標として、そういう形に変えれば今の議論は意味があるかな。

(飯塚委員)

そうすると、現状と平成35年の目標はほとんど同じということになるのですか。

(吉岡座長)

養成数は現状よりも多くを目標にするわけですよ。

(飯塚委員)

でも、闇雲に増やすというわけにもいかないのではないですか。

「現状維持」というのが目標であっていいのでは。

(吉岡座長)

そうですね。

(岩下委員)

あと、目標値をつくっても努力して達成できるかどうかということですね。長野県DMA Tに関しては、努力をすれば増える可能性はあるかもしれませんが、日本DMA Tはそういうものでもないかなと思うんですけれども。

(吉岡座長)

そうすると、目標を長野県DMA T隊員の養成数だけにするということですか。

(下條課長補佐)

確かに県DMATをとってから日本DMATに移行する人もいらっしゃいますので、年平均どのくらい移行して行くかというのも計算の中に入れてダブルカウントをはじくという形になろうかと思います。そうすると、日本DMATと県DMATで養成されて、登録された隊員数が、イコール新たな養成数という形になろうかと思うんですけども、いかがでしょうか。

(高山委員)

ダブルカウントをはじくようにすればいいと思うんですが。

(下條課長補佐)

6年間の養成数という目標になりますので、現状の数字のところは「－」を引くしかないということになると思います。

(吉岡座長)

現状については、現状の養成数を書いておけばいいんじゃないですか。

(下條課長補佐)

1年間に60人養成しているという文言になってしまうんですけども。その数字を現状に書いた上で、6年間はその6倍からダブルカウントの県DMATから日本DMATに移行した人の数を除いた数が目標値という形になろうかと思います。

(高山委員)

書き方としては、現状維持というような数値目標が並ぶということでもよろしいんですね。

(吉岡座長)

現在の養成数を6倍して書けば、それは現状維持だよ。

養成数にするということはいいですか。現在の養成数と目標とする養成数を書き込むと。それで県のDMATと日本DMATが重複しないようにしてくださいということですよ、高山先生。そうすると、概ね現状の数以上というような目標になるのかな。

(下條課長補佐)

はい。

(吉岡座長)

そういうことで皆さん、よろしいですか。

では、そういうことにさせていただきます。

次にコラムについて何かご意見ありますか。3ページ目の「業務継続計画（BCP）」、5ページ目の「御嶽山噴火災害におけるDMAT等の活動」、8ページ目の「災害医療支援チーム」について、よろしいでしょうか。

(高山委員)

一つよろしいでしょうか。「災害医療支援チーム」というのは用語として一般的ということによろしいかという確認です。だめだと言っているのではなくて。

「DMAT」は直訳すると、「災害医療支援チーム」になるんですね。「Disaster Medical Assistance Team」なので。日本語で表記すると「災害派遣医療チーム」ですけれども。

だから、この「災害医療支援チーム」という用語を使うことに問題はないのかというのを、確認して使っていただければと思います。

(下條課長補佐)

ご指摘のとおりですので、確認をさせていただきます。

また、何かいい用語がありましたら、ご相談もさせていただきます。

(吉岡座長)

ほかに何かございますか。

(高山委員)

4ページの表5の「長野県DMATの状況」とある表なんですけれども。これは先ほどの追加資料にある、長野県DMATと日本DMATをあわせた隊員数がここに書かれているのだと思います。「長野県内のDMATの状況」であればこれでいいんですが、「長野県DMAT」という用語を使うときは「日本DMAT」との対比で使っていることが多いと思うので、このタイトルとして誤解を生むというか、混乱をするタイトルで、見出しをもうちょっと何か考えたほうがいいのではないのでしょうか。

(下條課長補佐)

厳密にいうと、「長野県DMAT隊員として登録されている隊員数の状況」ということですよね。医療推進課で管理させていただいている隊員名簿に登録されていて、被災地に出動ができる方という方を、この意味で「長野県DMAT」として使っていますので、ちょっと回りくどい言い方になりますけれども、工夫をさせていただきます。

(吉岡座長)

この中に長野県DMATじゃないけれども日本DMATの人が入っているという意味ですか。

(高山委員)

日本DMATと長野県DMATという、入れ子構造になっているんですね。

(下條課長補佐)

今の高山先生のご指摘を細かく説明すると、「日本DMATの養成研修の受講者」と「県DMATの養成研修受講者」で「隊員として登録されている者」という形で、すごく長い表現になってしまいますので、事務局でもう一回検討させていただいてご相談させていただきます。

す。

(吉岡座長)

表5の表現の正確を期するということですね。ではそれは確認していただくと。

それから資料2-3はよろしいでしょうか、相互の連携体制ということですが、よろしいですか。

それでは、災害医療について議論いただきました。また何かほかにご意見がございましたら、救急と同じように事務局のほうにご連絡をいただきたいと思います。また最終的には、座長に一任させていただきたいと思います。

(2) その他 (今後のスケジュールについて)

(吉岡座長)

次に、4 その他、今後のスケジュールについて、事務局から説明をしてください。

(下條課長補佐、資料3「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)

ただいまのご説明に何かご意見、ご指摘はありますか、よろしいですね。

委員の皆様から何か追加のご発言がもしありましたら。

よろしいですか。それでは長時間にわたりましてご議論いただきましたけれども、本日の会議はこれで終了したいと思います。

非常に救急・災害医療のワーキンググループはご熱心にご討議をいただきました。これで素案ができたということになりますので、今、ご説明ありましたように、保健医療計画策定委員会のほうに上がりますけれども、本当にご熱心な討議をいただきました。6年間ということですので、高齢化は一層進むので、どういう社会になっているのかということはふと思います。そのときに救急医療や災害医療もどうなっているのかということは予想できないところがあるかとは思いますが、急激に物が変わるということじゃなくて、日々変わっていくわけで、その中でまた保健医療計画の修正が必要になる事態があるかもしれません。

今回はお忙しいところ、委員の先生方には活発なご討議をいただきまして感謝申し上げます。

では、今日の会議はこれで終わりますので、事務局のほうにお返しをいたします。ありがとうございました。

5 閉 会