

第 1 回～第 5 回検討会における主な意見

第 1 回（平成 30 年 4 月 6 日）における主な意見

1. 全体

- 焦点をぼやかさずに、プライオリティを付けて検討すべきではないか。
- 議論の内容によっては、該当領域のステークホルダーに追加で参加していただいた方が良いのではないか。
- テロ等対策について検討するのであれば、項目を設けるべきではないか。

2. 救急医療

- 救急医療に従事する人材はマネジメント能力が必要であり、そのような救急分野の人材育成・研修を考えてほしい。
- 病院前や病院内の救急医療の担い手は、救急科専門医を想定したとすると、不足している。救急科専門医を増やす取組をしつつ、不足している部分は、他科の協力を得る必要がある。
- 都道府県では医師・看護師の確保が最大の懸案事項であり、救急医療の特徴や効率化と合わせた議論が必要ではないか。
- 救急医療・災害医療共にニーズが増えているため、人材育成・効率的な人材活用が必要ではないか。
- 働き方改革などの視点より、救急救命士が病院内でも働けるように検討をすべきである。
- 都市部での高齢者の増加を考慮した救急医療提供体制を検討すべきではないか。
- 高齢者の救急患者を主に担っている二次救急医療機関（多くは民間）の数が

減っている。一方で三次救急医療機関は増えているが、役割の整理やあり方の検討が必要ではないか。

- かかりつけ医を持つことで初期救急医療機関を受診する人は少なくなるはずであるが、診療時間外には患者を受けない診療所が多く、救急病院が担っている。この現状は問題ではないか。
- 救急医療情報センターが地域によっては形骸化しており、改善が必要である。
- 紙の救急情報キットは、今後ICTの活用を進めるべきではないか。これらは救急の搬送時及び退院時の支援となるのではないか。
- 救急の視点での統計は、消防庁の救急車のデータしかないので不十分ではないか。病院前のデータと院内のデータを結びつけた全国網羅的なデータが必要ではないか。
- 初期と二次との違いを独歩・救急車の来院方法で区別をする視点や、診断の結果帰宅する外来患者と入院患者で区別する視点などがある。
- 救急の議論をする際、提供側の視点ではなく、住民の視点も必要ではないか。
- 病院前のデータと病院（内）のデータを連結し、質の向上と改善を行うべきではないか。
- プレホスピタル及びインホスピタルの質の評価に資する尺度を設定し、取り組みを進めるべきではないか。
- 消防・行政・医療者を巻き込んで、一般の人や患者が救急受診の必要性にかかる判断が可能となるように啓発が必要ではないか。

3. 災害医療

- DMATは当初広域搬送の観点から整備されたが、いまやその活動は災害時対応において必須のものとなっている。DMAT事務局が一医療機関の下部

組織という整理は不十分ではないか。

- 災害が起きたら最寄りの二次救急医療機関が対応しなければならない。災害拠点病院だけではなく、地域により災害拠点病院を支援する病院を指定する方法もある。
- 災害時の対応は、支援者の視点と受援者の視点が必要。
- 災害対応においては、災害規模毎による体制を整理すべきではないか。
- 現有の支援チーム等を有効に活用し、DMATだけに依存しない、組織作りを目指すべきではないか。
- 日本赤十字社・DMATはそれぞれいいところがあり、災害時に互いにどれくらい連携しているのか示してほしい。
- DMAT事務局の新たな役割を考えると、超急性期のDMAT活動以外に、長期間対応が求められる際の医療調整機能もあるのではないか。
- 日本赤十字社では、資機材等のハード面のリソースや救護班等の人的リソースの分析をしっかりとやっている。DMATがどうなっているのか示した上で、議論すべきではないか。
- DMAT事務局は、日本赤十字社の体制に比べると人数、雇用形態、支援体制や身分保障等は脆弱ではないか。
- DMAT事務局の体制強化の議論では、事務局及び事務局員を増やす、雇用形態、事務局を含めた人材育成という議論や、組織の位置付けについても議論すべきではないか。
- 現場の意見を反映させられるよう、DMAT事務局に様々な立場の人員を流動的に配置してはどうか。
- DMAT事務局で災害医療を勉強し、災害時中心的な役割が果たせる教育体制もあるのではないか。

- D M A T事務局が担う「教育」と「発災時の調整」は分割し、負担軽減を図るべきではないか。教育はモジュール化でき、分担もできるのではないか。
- 少数精鋭チームの育成や隊員の層別化をするという考え方もあるのではないか。その上で災害超急性期に現地に入るためには、相当に強化した安全な搬送手段の確保が必要ではないか。
- 日本赤十字社の救護班の育成は、社内で研修を行いその指導者が各所属支部等における育成の中心となったりしているが、指導者の多くはD M A T隊員資格を持っている。これらのD M A T養成プログラムは非常に参考になる。
- 発災時の超急性期に、多くの支援チームが入るので、どのような役割があるか、どうコーディネートするか、よく議論してほしい。
- A M A Tも含めた、災害時の医療提供体制の在り方を議論いただきたい。
- E M I S等の情報ネットワークは普段から使ってないと使えない。救急医療情報システムとE M I Sを統合すると、オールジャパンで共有することがで、ユーザーフレンドリーにもなるのではないか。

第2回（平成30年4月20日）における主な意見

1. DMAT事務局の在り方について

<組織>

- DMAT事務局は、個別の病院組織の下に位置付けるべきではない。
- 個別の病院組織から独立することにより、指揮命令系統の点では迅速で効率的な活動ができる可能性がある。
- 災害時は業務量が増大するため、外部支援による相当な強化が必要である。
- 個別の病院組織に属する形態は、迅速に病院から人数を集めて活動できる。
- 事務局の運用については、期限を定める等、PDCAサイクルを回して見直すことが必要ではないか。

<災害時の支援範囲について>

- DMAT事務局が、急性期における医療関係の全ての指揮系統を持つことを検討しても良いのではないか。
- DMAT事務局が、急性期から慢性期における保健医療を調整できる役割をもつことは、話を広げすぎではないか。

<教育>

- 平時の教育・研修については、モジュール化して支援団体等が代替して行うてはどうか。
- 実災害での経験を教育にフィードバックすることが重要であり、平時の教育及び災害時の活動を一体運用することは重要と思われる。
- 常勤者を配置し、全国のキーパーソンとネットワークを作る等、幅を広げる事が重要である。

- 標準化された研修体制の構築には平時から多くの作業量が求められ、そのためには常勤者の配置は妥当である。
- 災害医療に従事する人材育成における中長期的な視野に立った方向性を示すべきではないか。

2. 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）

<システムの在り方について（救急医療情報システムと EMIS）>

- EMIS の議論をするに当たり、従来通り救急医療情報システムと連携するのか、災害時に特化したシステムにしていくべきか、といったシステムの根本的な設計思想について、議論が必要である。
- セキュリティーに留意し、オリンピックやサミット等で利用してはどうか。
- EMIS についても PDCA サイクルを回して見直すことが必要ではないか。
- 各都道府県が整備する既存の救急医療情報システムも活用すべきではないか。
- 使用者によりアクセス権を変え、各アクセス権に応じたプラットフォームの構築が必要である。
- 災害時に使うために、診療所や介護施設等の情報も含めるべきではないか。
- 省庁関係のシステムとの連携（データ提供等）が重要ではないか。

<入力方法の教育>

- 病院における入力担当者の異動、勤務時間の問題及び問題認識自体の欠如等に対応するため、訓練や日常使いが必要である。
- 全ての医療機関で EMIS を入力する訓練を行うべきであり、その際には EMIS の使い方を教える者の派遣まで併せて行うべきではないか。

- 地域の2次救急医療機関に対して EMIS 入力研修会等を行うことを、災害拠点病院の機能として位置付けてはどうか。
- 最終的に BCP を全病院に求めるのであれば、BCP に EMIS を関連づけ、重点的に意識させ、定着させるべきではないか。

<機能について>

- EMIS の緊急時入力の項目に病院幹部の判断が必要な項目が含まれており、容易に入力できないことがある。
- 非常時に EMIS の入力を促す、プッシュ型（アラート及び催促）システム等が必要ではないか。
- 日常使いのために、局地災害で使用可能としてはどうか。
- 広域医療搬送患者情報管理システム(MATTS)を、後方搬送の適応患者全体に使えるようにしてはどうか。
- EMIS の項目が多いほど、判断、運営及び事後検証に役立つが、必要な入力項目及びその優先順位等を再度検討すべきではないか。
- 普段使い、ユーザーフレンドリーの両者を兼ね備えたシステムが必要である。

3. その他

- 救急医療情報システムの必要性についても議論していただきたい。

第3回（平成30年5月30日）における主な意見

1. 病院前医療の提供手段について

- ドクターヘリの運航基準は、医療機関・人口がある程度ある地域と広大な医療過疎地域に分けても良いのではないか。
- 広大な医療過疎地域のドクターヘリは、オーバートリアージであっても高度な医療へのアクセスを容易にしているとの貢献はあるのではないか。
- 広大な医療過疎地域のドクターヘリに関しては、緊急を要さない搬送手段に係る補助体系を検討しても良いのではないか。
- ドクターカーは経費がかかり、都市部での必要性に疑問がある。
- ドクターカーは、東京都においても大阪府千里救命救急センターと同様に目撃のある心原性心室性細動症例の生存率改善が認められ、都市部でも一定の効果があるのではないか。
- ドクターヘリは導入当初は疑問視されていたが、搬送件数が増えることで有効性が認められてきている。ドクターヘリやドクターカーの有効性は早期医療介入と迅速搬送によると考えられる。
- ドクターカーは、都会とへき地で求められる役割が異なるが、その必要性和効率性を検証すべきではないか。
- 都市部におけるドクターカーは、現場で診察を行い、適切に搬送先を決めるだけではなく、対応困難な患者がいる医療機関への医師の派遣、病院間搬送に活用できるのではないか。これらの支援は人的資源に乏しい医療機関の負担軽減にもつながるのではないか。
- 病院前医療の議論において、DPCデータやGISデータを用いて救急医療の需給評価を行ってはどうか。
- ドクターカー、ドクターヘリ、消防防災ヘリ、メディカルジェット等のメリ

ット・デメリットに基づき、どのように活用するのかを考えるべきではないか。

- 救急に係る費用については診療報酬以外に病院前の費用も考慮する必要があり、救命医療における全体の費用構造が分かり難い。
- ドクターカーの費用対効果に関して、評価は困難であるが、地元のドクターカーに従事した際には、上気道閉塞の症例で医師が現場で処置をすることで有効であった。
- ドクターカーの役割には、現場における死亡確認もあるのではないか。
- ドクターヘリやドクターカーに求められる機能は、各地域の三次救急医療や二次救急医療と密接に関係しているので、一様に議論できないのではないか。
- ドクターヘリやドクターカーの運用において、救急救命士がどこまで医師等を代替できるか議論すべきではないか。
- ドクターカー、ドクターヘリ、メディカルジェットについて、医学的な検証を行うとともに、効率的な運用を目指すべきではないか。

2. ドクターヘリの安全管理について

- ドクターヘリの運航においては、地域MCや都道府県MC等を通じて、情報共有・連携することが必要ではないか。
- 年1回の運航調整委員会ではドクターヘリの運用・運航に関する議論が十分に行えないため、それらについて十分な議論を行うことを、「ドクターヘリ導入促進事業」の要件に加えてはどうか。

第4・5回（平成30年6月21日）における主な意見

1. 災害派遣精医療チーム（DPAT）及び災害拠点精神科病院について

- 災害時に医療チーム間で患者の情報が共有できるようなシステムが必要ではないか。
- DPATの所管を災害医療担当部署に統一すると、精神保健担当部署との連携が逆にうまくいかなくなるのではないか。
- DMAT、DPATは急性期の対応が必要なため、保健医療調整本部は発災直後から指揮命令系統を構築すべきである。
- 災害時に基幹となる病院と精神保健福祉センター等をどのように活用すれば良いか、整理が必要ではないか。
- 災害拠点病院と同様に、基幹病院として研修機能を強化した災害拠点精神科病院を整備してはどうか。
- 災害拠点精神科病院の役割は、主に被災した精神科からの転院患者を受け入れることを想定している。

<災害医療コーディネーター>

- 災害医療コーディネーターは災害医療コーディネーターとしての講習を受講した者を指定すべきではないか。
- 熊本地震では、災害医療コーディネーターとしての講習を受講した者がかなり早期からその役割を担っていた。
- 熊本地震では、建物の被害とライフラインの問題により病院避難が必要となった。災害時に病院避難の必要性が生じないよう、平時から耐震化等の取組をさらにすすめるべきではないか。

2. 災害時を想定した平時における燃料等の供給手段の確保について

- 災害時の食料、飲料水、医薬品、燃料の優先的な供給について行政が関与すべきではないか。
- 災害拠点病院については、改めてその要件の徹底をすべきである。

3. 救急医療体制の現状と課題について

- 地域における初期、2次、3次のシステムについて、関係学会等の議論を踏まえて検討すべきではないか。
- 働き方改革で影響をうけるのが、救急と産科。働き方について法律で義務づけられた場合、救急の現場は壊滅的になる。
- 第二次救急医療、第三次救急医療の役割分担のために、実態にあった指標を把握すべきではないか。
- 救急の指標として覚知から医療機関までの搬送時間を競うだけでなく、重症者を適切な医療機関に搬送することが重要ではないか。
- 地域における救急医療の指標として、断らずに傷病者を受け入れたという指標（応需率）を評価できるのではないか。
- 管区内搬送率も指標の一つとなりうるのではないか。
- 救急車の受入れ台数と応需率を合わせて総合的に評価すべきではないか。
- 高齢者救急の増加に応じ、患者の状態や意思を尊重した対応を検討すべきではないか。
- 救急医療機関の評価指標として、傷病者の緊急度、重症度及び生命予後に寄与したか等、客観的なデータを用いた質の評価があるのではないか。