

## 前回検討会（第16回 令和元年8月21日）における主な意見（案）

### ① 平成30年度の一連の災害のふり返りについて

- 地方と都市部に分けて、災害拠点病院の機能を考える必要があるのではないか。
- 災害拠点病院以外でも、2次救急などで普段から地域の医療体制を支えている病院に関しては、非常用電源や水の確保等の、病院の強靱化に対する補助を行うべきではないか。
- DMAT 以外の保健医療活動チームも含めた医療提供体制を考えるべきではないか。
- 災害急性期だけでなく、中長期での医療支援対策を考え、災害関連死の予防の仕組みづくり等を考えていただきたい。
- 災害拠点病院、病院だけでなく、とくに産科などの診療所に対する支援を考えてほしい。
- 様々な保健医療活動チームがある中で、それを統合、連携して活用していくような研究や計画を立てていただきたい。
- DMAT 等、支援のエキスパートの育成のみでなく、全医療機関の災害受援、支援に対する認識の底上げを図って行くべきではないか。
- 災害活動の評価において、受援側の意見を反映させつつ、有識者も交えて、防ぎ得た災害死を減らすことを目標としつつ、それぞれのストラクチャー指標、プロセス指標等の評価を行うべきではないか。
- 一病院でのBCP策定は困難で有り、地域でのBCPを考える必要があり、結果としてそれが病院間連携の強化につながると考える。
- コーディネート体制の強化において、外部支援の強化、平時の地元の体制の強化重要である。
- 災害医療情報について、EMIS等の平時からの使用を盛り込んでほしい。
- 病院周辺の需給バランスに応じたリスク評価を具体化していく必要がある。
- 多数傷病者事故等を例として、平時の救急医療提供体制と連結させて災害時の医療提供体制を考える必要性がある。
- 災害拠点病院とそれ以外の病院のインフラ整備の求められるレベルは分けて考える必要性がある。
- 電源の確保に関して、在宅医療を行っている医療機関に対しても考えていく必要性が

ある。

- J-SPEED は災害の可視化に非常に有用であり、厚生労働省に進めてもらいたい。
- 病院災害時リスクに関してできる限り精度の高いリスク評価を行う必要がある。
- DMAT 研修を基礎として、多くの医療人に共通した災害教育を受けさせていく必要がある。
- EMIS に関して、DMAT 以外の医療チームも入力できるようなシステムとしてほしい。
- 医療チームの支援において、早く被災地域の日常診療を再開するために、医療チームを早く戻すことも考慮してほしい。
- 非常用電源において、本当に災害時に必要な設備につながっているか、その電力の災害時の再配分も含めてチェックする必要がある。
- 保健医療調整本部が、被災地の中長期的な医療支援等に関して、中心となって進めることが重要であり、それを明確にする必要がある。

## ② 医療計画の見直しにおける議論について

- 二次救急というのは、「救急車の受入件数」の指標が最も重要ではないか。「救護」のプロセス指標として「救急車の受入件数」が入っているが、他の時系列の項目にも入れるべきではないか。
- 上記と同じく、「救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間」についても、後の時系列まで伸ばすべきではないか。
- 救急医療のアウトカムとして、重症度と生存率や社会復帰率の関連性について、正確に把握できるようになってきている。そのような指標をもっと取り入れるべきではないか。
- 例えばアウトカム指標の心肺停止に関して、「目撃のある症例」、「初期波形がVF」等もう少し細分化して設定すべきではないか。
- アウトカム指標としての心肺停止に限らず、疾患ごとに KPI があるはずであり、その活用について今後検討を進めるべきではないか。
- 東京や大阪においては孤独死が増加傾向にあるが、そのような予後に影響を与える因子について、わかるような形で検討をするべきではないか。
- 患者の ADL や環境を加味した上で、社会復帰率を議論すべきではないか。
- アウトカムを設定する上で、地域の中で活用されている医療システムが本当に機能し

ているかどうか評価できる形を作るべきではないか。

- 臨床疫学的にどのような評価が有用であるのか、慎重に議論を重ねるべきではないか。
- 第 8 次医療計画の見直しに向けて、救急医療としての評価項目を検討するだけでなく、制度改革がしっかり検討されることが前提である