

救急・災害医療提供体制等の在り方に関する意見

令和2年12月4日（金）

資料	構成員	ご意見
資料1：DMATの活動 報告について	阿真 京子	房総半島台風において、医療機関の対応は万全で、何も問題がなかったという声が多かった一方で、その他の生活支援などでは非常に遅かった、という声が届いていました。本検討会では、医療の体制を整えることが必要なものであるけれど、医療の素早い初動体制のとり方を他に応用できるようにすることができないか、広げていくことも必要であると考えます。
	猪口 正孝	様々な災害対応されたことに敬意を表します。
	大友 康裕	令和元年房総半島台風では、被災地の完全停電が長期化した。そのため、被災住民の安否・健康状態の確認が、大幅に遅れた（今回は、幸いにも死者数の急増には至らなかったが、そうなるリスクは十分に高かった）。また停電復旧のアナウンスが2転3転し、地域住民の混乱を助長した。今後、対策策定が望まれる。
	野口 宏	1-1:課題 EMISの入力項目の拡充の具体的項目は？1-2事務局本部の応援体制の整備？
	森村 尚登	P4：課題のバラグラフにおいて「EMISの入力項目が補給を行うのに不十分」とありますが、具体的に何の項目が必要という意見であったのかを明示願います。課題の最終センテンスにおける「リスト」とは「EMISとは別のリスト」という意味であるならば、このようなリストは「復電が早ければ不要であった」ということが言いたいのでしょうか。文章の意味が通りにくく思います。
	猪口 正孝	日本DMATの今後の活動範囲に、新型コロナウイルス感染症のように新興・復活感染症が加わることは確実にしようが、もっと広く国家的危機対応全てとするのか、考えはあるのでしょうか？
	井本 寛子	感染症への対応がDMATの活動となるのかどうか、明確にしたほうがいいのではないかと。
	大友 康裕	ダイヤモンドプリンセス号対応において、DMATが迅速に参集・組織化して、迅速な患者の層別化・患者搬送調整・搬送業務・定期処方薬剤供給などが実施され、危機的状況に陥ることが回避されたことは高く評価される。一方DMATは、これまで「NBC等の特殊災害へは派遣しない」としていた訳であるが、今回の全国DMAT召集は、誰による判断で、どのような根拠の基に実施されたのか、整理しておく必要がある。
	長島 公之	DMATの指揮命令系統等の明確化された組織作りの特性が、ダイヤモンド・プリンセス号の対応などでも非常に役に立ったと各方面よりお伺いしております。DMATの組織特性と感染症対応とで重なりのある部分を抽出し、今後の新興・再発感染症対策に役立てていく必要があると考えます。
	野口 宏	2-1邦人退避チャーター便 における活動：派遣要請隊員の選定の基準は？DMATが適任か？地元地域DMATの活動体制に影響を与えないか？
森村 尚登	P8～：クルーズ船対応に関し、隊員・スタッフの皆様の尽力に敬意を表します。なお、11ページで記載されている成果についてより理解を深めるためにも、9-10ページにもう少し数的データがあるといいと思います。ご勘案ください。	
資料2：DPATの活動 報告について	大友 康裕	台風被害に対して、被災地内精神科医療機関スクリーニング以外に、多くの（延べ71隊）DPATが、心のケア活動に従事したとのことである。合計何名の被災者に対応し、具体的にどのようなケアが実施されたのか報告が必要である。また、派遣されたDPATの数が、ニーズに対して適切であったのか（過不足の）評価をすることにより、今後の派遣必要数を決定するための参考となる。
	井本 寛子	感染症への対応がDPATの活動となるのかどうか、明確にしたほうがいいのではないかと。
	大友 康裕	全チャーター便帰国者、ダイヤモンドプリンセス号対応では、リスクのある中、早期に精神的介入が実施されたことは、評価される。
	野口 宏	感染症の事前訓練の不備は不可解？
森村 尚登	P8：対応した主な症候については、DPATの実績を示す非常に重要なデータであると思います。この文脈において、データ内に「DPAT以外の活動報告」が含まれているため、せっかくの成果の評価にバイアスを与えています。このデータはDPATの有用性を示すためのものであり、医療班の関与の有用性を示すものでないならば、かなうならばDPAT単独のデータを付記するほうがいいと思います。混乱期において診療に対応したチームの類型記録がないならば放棄ください。	

資料3：新型コロナウイルス感染症に関連する救急医療提供体制について	阿真 京子	予算などは、必要なところへ割かれているのだと思う。まだ引き続き感染者なども多く出ており、難しい面もあるかとは思いますが、それぞれ対応してきたものに対して検証はなされているのか。各病院などでは行われていると想像するが、よかったことを共有し、うまくいかなかったところは改善できるような情報の共有がなされているのか。
	井本 寛子	都道府県の医療提供体制について、「新型コロナウイルス疑い救急患者をまず受け入れる医療機関」を設定していない県がある。医療機関を設定していない県に関して、どのような背景があるのか情報を提供していただき、体制を整えられるような議論が必要ではないか。
	大友 康裕	新型コロナウイルス感染症患者以外の救急患者への医療を確保することは、非常に重要である。既に様々な弊害が報告されているが、その対策として、コロナ対応重点医療機関の整備を進めていることは、評価される。
	加納 繁照	新型コロナウイルス陽性患者、疑い患者受け入れ医療機関についての検討、対応は行われているが、PPEのない、または不足していた多くの民間救急医療機関はコロナ受け入れをせず、コロナ以外の、実際にはコロナ患者の10倍近くあったと思われる一般救急搬送患者を院内感染を防ぎながら受け入れ、地域の救急医療を守り、日本での医療崩壊を防いだことが記載されていない。
	本多 麻夫	P8の『新型コロナ疑い患者受け入れのための救急・周産期・小児医療機関の院内感染防止対策』について 地域において急性期患者を受け入れ可能な中核病院が限られている都道府県は少なくない。 こうした場合、救急・周産期・小児医療について新型コロナウイルス感染症患者受入れと一般救急患者の受入れを両立せざるをえない中核病院や大規模医療機関も少なくない。 こうした医療機関では救急医療等の一般医療との両立を図るため、院内感染防止のための区画分け工事を行う例が多く、この費用に関する補助を切望する医療機関の声が多い状況である。このため、こうした工事費についても国の補助対象に加え、こうした医療機関が積極的にコロナ患者や疑い患者を受入れるとともに、一般の救急・周産期・小児患者の受入れを担える環境づくりを、国の枠組みとして積極的にやっていくべきである。
資料4：DMAT事務局の新体制について	井本 寛子	独立行政法人国立病院機構本部DMAT事務局組織図について、以下の点について回答いただきたい。 ・災害医療課長について 東京都立川市では事務職だが大阪府では医師となっている。どのような役割を担っているのか。またその役割は医師、事務職のどちらの職種でも果たせるものなのか。 ・災害医療専門職について どのような役割を担っているのか。医師と事務だけがその役割を担う理由は何か。 ・災害医療看護研修係長（看護）について DMATの看護師は被災地に派遣され活動を行っているが、災害医療看護研修係長（看護）として研修の担当を配置するだけで良いのか。
	大友 康裕	望ましい体制となった。
	野口 宏	DMAT事務局の体制：概要内容に満足
	井本 寛子	継続調査がすべての災害拠点病院のBCP策定に繋がったことから、今後も調査を継続し、すべての医療機関のBCP策定を目指すべきである。
資料5：病院のBCP策定状況等調査の結果について（追加報告）	大友 康裕	災害拠点病院における「非常用自家発電設備」「受水槽」「BCP」の整備が、ほぼ全てで完了していることは、大変好ましい。但し、近年の災害時に「全病院避難」に陥る病院は、全て災害拠点病院以外であるので、今後は一般病院の災害対応に係る整備に取り組む必要がある。
	長島 公之	災害拠点病院などの中には、長きに渡り現在の場所で地域医療を支えてきたことで、ハザードマップ上に位置してしまうケース、または自治体によるハザードマップが無い場合でも、一定の危険性がある場所に存在しているケースがあると聞いています。 そういった医療機関では、すぐに移転するというのは難しいので、災害時非常食の備蓄をしっかりと行ったり、垂直避難がしっかりとできるようにする必要があると考えます。
	野口 宏	病院における災害対応について：⑩～⑬に問題点今後の対応は理解できる。
	本多 麻夫	特になし。
	森村 尚登	BCM（マネジメント）の必要性も今後明記すべきと思います。BCPができれば今度はそれを活用できるようにしなければならず、そのためには不可欠なプロセスであると思います。

その他	井本 寛子	<p>参考資料3 前回検討会（第20回 令和2年3月4日）における主な意見について、以下の意見が含まれていなかったため、追記をお願いしたい。</p> <p>【追記をしていただきたい内容】</p> <p>現在、看護師配置を促す基準や評価がないため看護師が十分配置されていない。看護師配置を促す方策の検討をせずに、救急救命士の業の場を拡大するというのは順番が逆だ。</p> <p>本検討会で、看護師の配置に関する基準や評価について検討すべき。</p>
	加納 繁照	<p>AMATに関して、令和元年度の自然災害でも活動し、また今回のコロナに関して、ダイヤモンドプリンセス号等に出動要請があり出務しているが、これらについての活動報告が一切ないのは如何なものか。</p>
	島崎 謙治	<p>医療計画の5疾病・5事業に感染症対策を加えるべきであるという見解があるが、感染症対策の検討を行うに当たっては救急医療との関係について考慮する必要がある。また、感染症対策と災害医療は緊急時対応という点では共通する面もある。したがって、医療計画における感染症対策の位置づけを検討するに当たっては、当検討会にも適宜情報や検討状況をフィードバックしていただきたい。</p>
	長島 公之	<p>救急救命士法の改正は働き方改革関連法案の中に入ってくるということになると思いますが、どこを目指すか明確にする必要があることと、その前に教育体制とメディカルコントロール体制をしっかりと作っておく必要があると考えます。</p>

新型コロナウイルス感染症に関する意見

資料	構成員	ご意見
資料1：DMATの活動 報告について	阿真 京子	これまでに経験したことのないものに、行政・医療機関ともめいっばい対応してもらったのだということを見て感じる。
	長島 公之	今回の対応で実感しているのは、新興・再発感染症に対する組織建てが非常に難しいということだと思えます。武漢で発生した当初など、まだ対応方法が分からない時点では、災害として扱うことが適当だと思いますが、感染症と分かった時点で、災害から感染症としての対応に切り替えていく必要があると考えます。外傷等の対応を中心に想定して研修や訓練が行われているDMATには、非常にご負担になると考えております。
	本多 麻夫	非常事態における様々な緊急なDMAT対応については、高く評価されるべきと考える。 一方、『都道府県搬送調整本部』等の活動については呼吸器をはじめとするウイルス感染症の治療や感染予防に関する経験や専門知識がある程度必要である。たとえば、埼玉県ではDMAT資格のある医師というだけではなく、ある程度、感染症の診療に知見を有する医師に搬送調整本部に従事していただいている。この際、本部の責任者は常勤の呼吸器（外科）の常勤の専門医に担っていただいている。DMAT資格を有する医師のいい面を積極的に活用すべきであるが、DMAT資格があれば感染症に詳しいわけではないので、単に『DMAT資格の医師が担うべき』という位置づけに偏らないよう、今後に向けては、呼吸器を専門とする臨床医等との連携や役割分担についても検討が必要と考える。 DMAT隊員に対する感染症の専門研修を行い、資格要件的なものを検討することもひとつの方法として考えられる。 埼玉県では、新型コロナウイルス感染症の病院や福祉施設等におけるクラスター事例への対処のため、感染症に詳しい医師、ICN、現地調整・記録等を行う事務職員からなる現地派遣チーム（『COVMAT（Corona Virus Mobile Assist Team）』）を複数編成し、感染原因の究明や感染拡大防止を専門的に支援している。国レベルにおいても、クラスター班が都道府県横断的にこうした対応をある程度担っていたと考えるが、こうした活動をさらに充実させるよう検討が必要と考える。 沖縄県の事例では、全国知事会を通じて保健師の派遣要請があったが、医療従事者の都道府県をまたぐ派遣スキームについても、検討が必要である可能性が考えられる。これは、都道府県DMAT隊員を県内に派遣する場合、派遣元の災害拠点病院自体がコロナ患者を多く受け入れているためにDMATを県内から派遣することが困難である場合が流行期には少なくないと考えられるためである。
猪口 正孝	疑い患者受け入れは、個室管理が必要など、感染確定の患者よりも労力を要する。 なるべく早く診断を確定する必要があるが、二次救急病院にPCR分析装置の配備をすることは今後の新興感染症にも有効である。そのような抜本的な計画はありますか？	
島崎 謙治	新型コロナウイルス感染症への対応については、重症者と軽症者・無症状者を分け、医療機関の適切な役割分担や患者受け入れに関する調整ルールを定めることが重要である。また、当然のことながら、新型コロナウイルス感染症以外の疾病に対する医療提供の確保との両立も求められる。しかし、都道府県や地域によっては必ずしも適切な対応が採られず混乱を招くなど反省すべき点もあったと思われる。都道府県をはじめ現場がコロナ対応で汲々としており過度な負荷をかけるべきではないことは承知しているが、今後の感染拡大リスク等を考えると、記憶の新しいうちに実際に採られた対応や反省点の検証および改善すべき点の検討を行うことが望まれる。	
長島 公之	まず、救急搬送が本来であれば必要なのに、感染を恐れて呼ばないで症状が悪化しているというケースが増えているか注意するとともに、状況の把握が必要だと思われる。 また、新型コロナウイルス感染症に感染しているかどうかは、搬送されてきた患者さんが病院に入る前に判断をしたいところです。しかし、抗原定性検査のキット自体は供給が行き渡ってきているようではありますが、精度が高いPCRや抗原定量検査については、高額な分析機械が無い医療機関では即座に実施できないので、救急医療を担っているところに検査機器が導入されるように手当てしていく必要があるのではないかと考えます。	
野口 宏	新型コロナ感染症の医療供給他調整について：全くの無策（地方に対して統一の指示が必要であった）	
本多 麻夫	また、国内での実際の感染動向や公衆衛生的介入効果を見込んだ患者推計の考え方が示され、第2次補正予算により、病床確保計画に基づく病床確保への支援が拡充されたことは評価できる。 一方、当所、都道府県では病床確保のインセンティブの具体的な裏付けがない状態で医療機関に対して協力依頼を行わざるを得ず、確保すべき病床の数も武漢等の疫学情報を基に公衆衛生上の対策が何もとられないことを前提とした患者推計数によったため、きわめて大きい病床数を想定する必要がある、きわめて困難な調整を行わなければならなかった。医療機関の使命感や協力姿勢のみを頼りに調整することには、実際に無理があるため、スキームが早い段階から実施可能となるよう、検討が必要と考える。 さらなる支援の在り方についても、今後、検討が必要となる可能性が考えられる。	

資料3：新型コロナウイルス感染症に関連する救急医療提供体制について	森村 尚登	<p>全般：まずはチャーター便に始まり、クルーズ船、以降全国蔓延に対応した貴省担当部局のご尽力に敬意を表します。東京都新型コロナウイルス感染症医療アドバイザーならびに自院救急部門長の立場における経験から下記に課題のまとめを記載します。</p> <p>●指揮命令系統：</p> <p>①対策本部体制（構成、組織体）について：当然ながら組織図に基づく戦略策定が不可欠です。今回の事象は明らかに災害ですが、多くの自治体はそのモードに切り替わっていません。その要因のひとつには、各自治体において、感染対策部局と医療政策部局が分かれている点があると思います。両者が1つの本部を構成していれば、感染の急速な蔓延に対する早期発見、クラスター追跡、予防広報などの前者の部局対応とともに、患者と医療の需給不均衡を示す一連の事象を災害ととらえて、災害時医療計画を所管する後者の部局が早期から機能したはずで、貴省の初動がそうであったように感染症対策部門が主導して本部体制を構築しています。保健所、感染症医療のみならず、救急医療（初期から三次まで網羅的に）、集中治療といった関連部署が横並びで一同に集結した会議体と組織図の下での活動が必要でした。救急・災害時医療の専門家を行政職につけて本部体制を構築した結果の「神奈川県モデル」の普及は、多くの自治体で救急・災害時医療の専門家が「アドバイザー」として助言に留まる体制では到底むずかしいものであったと思います。またおそらくはP4で示されているように多くの自治体の「アドバイザー」は「医療提供体制」の一環としての「医療調整本部」内の活動に限定していたと類推されます。医療調整業務の点から当該地域のDMATの参画は理にかなっていると思います。しかし本来は「調整本部」のみならず、感染予防、モニタリング、指導、相談窓口、陽性確認後から受診、自宅・宿泊療養、入院、社会復帰にいたるまでの患者動線上のそれぞれの課題を抽出して総合的に対策の優先度を判断して実施する必要があります。受け入れの調整ルールや医療機関体制は地域の体制を俯瞰したうえで初めて画策可能です。これらだけを取り出した議論は難しく思います。</p> <p>②アドバイザーボードの在り方について：上記で抽出した課題について戦略を練る際には、感染症ならびに救急・災害時医療の専門家などが同じ情報を共有してそれぞれの立場から解析、考察し、行政組織にフィードバックする必要があります。いわゆる「アドバイザーボード」です。国のそれが固有名詞ようになっておりますが、元来使われてきた用語としての「アドバイザーボード」の在り方についての意見です。例えば東京都のアドバイザーは7名であり、各人が「アドバイザーボード」という組織的対応をしている意識を以て対応しておりますが、行政側との間では未だ「ボード」ではなく一個人のアドバイザーの意味合いが残っています。今後は行政判断を支援する専門家の組織（アドバイザーボードあるいは諮問委員会など呼称されるもの）の在り方を早急に検討する必要があります。</p> <p>●安全・情報伝達</p> <p>市民のみならず、医療従事者間リスクコミュニケーションについて今後も継続する必要があります。医師や看護師など医療提供者間の知識の「ずれ」は多くの混乱を招くことは、原発対応で経験済みと思います。新知見や概念の変更などあるたびに情報共有を繰り返す必要があることを改めて強調します。</p> <p>●評価</p> <p>①データベースについて：GMISならびにHER-SYSの有用性は明らかですが、一部導入が遅れている要因の解析が必要に思います。未実施の地域における情報共有の方策を検討したほうが良いと思います。前述のアドバイザーに相当する専門家を含めた共有が重要と考えます。</p> <p>②感染モニタリング指標等について：東京都では雑誌掲載内容からRtを計算しアドバイザーがモニタリング資料を作成している現況にあります。国の担当班からの計算方法や予測などの円滑な情報提供は今後おそらく繰り返される大小の波の対策に必須と思います。加えて、多数あるITを活用したモニタリングシステムの統合という概念の提示は極めて重要です。自治体によっては既に導入済みのシステムもありますので、いかにサマリーデータを集めてくるかというポンチ絵も必要になると思います。すでにご検討されていれば放念ください。</p> <p>●トリアージ</p> <p>緊急度・重症度基準に基づく入院・療養判断（保健所、調整本部、宿泊施設、病院）が最優先課題の一つと考えます。すでに日本臨床救急医学会・日本救急医学会から合同で基準（Version 1）がHP上で提言されていますので、普及活用すべきと考えます。また繰り返しになりますが、神奈川県モデルをひとつの成功例に置けば、その普及のためにはこのような基準や指標の作成・検証にあたる専門家集団（アドバイザーボード）の設置が必須と謳うべきだと思います。</p> <p>●搬送・受け入れ</p> <p>サージキャパシティ準備とシフトする際の手順が重要であることを今後も強調していただきたいと思います。また病床確保の具体的な方略として、公立・公的病院によるScalable bed（平時休眠、感染拡大時拡張可能な病床）を有する病院設置を提案します。公立とすることで病床運用に係る経費の問題が運用上軽減すると考えます。</p>
その他	阿真 京子	<p>新型コロナウイルスに関して、初めて対応することも多くあったと推察し、どれほどの時間やエネルギーを注いでくださったかということを感じた。一方で上手く回らなかったことに関しては次を見越して対策を立ててくださっているとは思うものの、意味があったことなかったことよく検証して次への対策を立てていくことが、感染を広げないことに対して必要であると思う。厚生労働省・医療機関・DMAT・消防、ここには出てこないけれど保健所と、どこも本当に大変過酷な日々だったことと改めて思います。それぞれの努力で、感染者数も死者数も抑えられてきたと思います。ありがとうございました。</p>
	野口 宏	<p>新型コロナウイルス感染症に特化した医療施設の指定（旧感染症指定病院）を再整備を！</p>