

前回検討会（第22回 令和2年12月4日）における主な意見

※各発言の趣旨を損ねない範囲で、事務局で要約した。

【新型コロナウイルス感染症対策について】

<「医療計画の見直しに関する検討会」における議論について>

- 今迄、地域医療計画の中で、4つの病院類型を作っていたが、新型感染症がたびたび入ってくるという話になってくると、医療計画自体を根本的に考え直す必要があるのではないか。
- 一般（の診療科）と別に精神科について、軽症、中等度、重症の場合はどうするという、振るい分けの役割を、これから作っていかなければいけないのではないかと。
- 今後、感染ということで、6事業目に立ち上げるときに、救急とのリンクをしっかりと考えることによって、コロナ感染症を受け入れる病院と（コロナ以外の患者を受け入れる病院を）、地域医療において役割分担して受ける病院群との認識をしっかりとしながら決めていただきたい。

<救急医療提供体制について>

- 令和元年度の充実段階評価の評価結果を用いてもらえないかという声を、（行政側に）多数いただいている。
- 救命救急センターは、現在、頑張っている中で、今年度の状況が影響するものは除外するという事は、基本ではないかと考える。
- （日本救急医学会の）要望の趣旨に沿った形で、令和2年度以降についても、もし、コロナの影響がなかったとすればという評価を的確にさせていただくのがよい。
- 今後、救命救急センターの機能が低下してしまうとか、働く人のモチベーションが下がるということは絶対に避けなければならない。
- 令和2年度のもは、評価が極めて難しいので、令和元年の評価を基準とすべきではないか。もしも令和2年をやるのであれば、どうしても、これは重要であるというものに限って、極めて限局的に評価してはどうか。

- 仮に低い評価が出たとしても、個別の聞き取りをして、コロナによる特殊な事情があるということを含めて、きめ細かい救済を行うということが重要ではないか。
- 全体の救急車の数は減っている中で、その減った救急車の適用症例を、救命救急センターが群としてちゃんと受けとめられたかどうかというのが、地域の救急医療体制の質を保持できたかという点で重要だと思う。
- コロナの感染状況の相違のほか、地域の医療資源の分布状況等々によって、かなり対応が違うのは事実であり、そうした面も含めて、具体的には、例えば救急医学会関係者とか、あるいは救命救急センターの関係者等ともよく協議して、評価に関して何か不公平感があるとか、モチベーションが下がるようなことは、絶対避けるべき。
- 今回の新型コロナウイルス感染症については、救命救急センターに非常に負担がかかっている。疑い患者の救急医療、特に重症救急というのは、感染防御をしっかりとしながら診療するというのを、非常に苦労してやっている。
- 全国の救命救急センターに勤める看護職からは、一般に搬送されてくる患者の対応も含めて、非常に慎重な対応が求められるということが報告されており、救急医療を維持するために、今回影響される要因、項目を十分に配慮した評価が必要。
- ベッドを増やしても、看護師が確保できないことを考えると、今後、(新型コロナ患者用の) ベッドを増やしていくと、さらに通常の三次救急の受入れ数が減ってしまうので、そういったことも含めて、機能評価については配慮いただきたい。
- 研修の評価のポイントが大きいので、救命士などの研修を十分受け入れられない状況であるということも配慮いただきたい。
- (現場の医療スタッフの) 身体的な援助だけではなくて、精神的なアドバイスも医療現場に入るような体制を作っていかなければいけないのではないかと。
- 単に精神科に入院というひとくくりではなくて、状況的に患者が感染症法に基づく措置入院を行った場合、どうなっていくかという現実的なシミュレーションも踏まえた検討をしないと、結果的に蔓延防止の効果の実行上、ベターの方向に行くかどうかかわからない。

<DMATの活動状況及び今後のあり方について>

- 新型コロナ対策と災害対応には、共通点はあるが、相違点もかなり大きい。医療計画の中で新興感染症に対する体制確保がうたわれていることを考えると、今後は各地域において、新興感染症に対応する仕組み、組織というのを構築していく必要があるのではないか。そのような組織にはDMATのコーディネーター的な要素というのは極めて役に立つので、しっかり連携を行うというのが望ましいのではないかと。
- 施設や療養系の病院などでクラスターが起こった場合には、一度にたくさんの入院調整をする上で、誰を重症化防止の観点から先に入院させたらいいのかとか、そういった観点で、DMATは1つ大きな力になる。
- 地域で、医師だけではなく、看護職も含めた専門職の育成、ネットワークの醸成などを、日頃から行いつつ、それでも足りない場合については、DMATも含めた支援体制というような重層的なもの、あるいは役割分担を考えたものを考えていく必要があるのではないかと。
- (DMATが) 早いうちに介入できれば、正しく原因を推定して、対策を講じることができると、その後の死亡される方以外も含めての広がりが防げるのではないかと。
- DMATのように非常に機動力があり、いろいろなことに対応できるところに、基本的な技術は持ってもらい、感染症対応をするところと、両方の関係をうまく利用して、今後の対応していくシステムを作っていくのがいいのではないかと。

【令和2年7月豪雨の振り返りについて】

- この災害のときに、DPATチームも現地に入って、相当活動をしているため、DPATの活動報告もかならずして欲しい。

【病院船について】

- 平時の利用などを含めて、費用対効果をしっかりと考えるべきではないかと。
- 内陸で災害があったら、(病院船は) 全く役に立たないものであり、国際貢献という面で見たら、いろいろ使い方があるのかもしれない。

- 被災地であるならば、災害拠点病院に患者が既に入院している状況の中で、サージキャパシティが最初から確保されているわけではないので、(病院船は) そういうスペースを有していること (に利点があるのではないか)。
- サージキャパシティを確保しようとするならば、廃院となる病院をうまく利用する方法、それぞれの地域に、それ用の病院を用意しておくことのほうが、はるかに即効性があるのではないか。
- 津波災害の場合、海側から近寄ることができる利点はあるが、一方で、1隻あったとして、日本のような全部海で囲まれているようなところは、どこに置いておくと、一番効率的なのか。
- (日本は) 海洋国なので、地震・津波が来たときに逃げる場所というのは、海と空。空の中継基地という観点で、病院船は重要ではないか。