

第4回～第6回救急・災害医療提供体制等
に関するワーキンググループで
これまでに頂いた主なご意見

1. 救急医療

- ・ 救急医療機関の役割
- ・ 新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療
- ・ 搬送手段の多様化
- ・ 救急救命士

救急医療機関の役割

【第二次医療機関・第三次医療機関の役割】

- 2040年に向け、どのような疾患の救急患者が増えるかという予測データを地域毎に提供し、この予測データに即して、どのような医療機関が必要なのかについて地域医療構想や医療計画で考える必要があるのではないかと。
- 初期・第二次・第三次救急医療機関が、それぞれどのような役割を担っていくのかを地域の実情に応じて考えるために、いくつかのモデル・パターンを示すのがよいのではないかと。
- 新型コロナウイルス感染症対応の中でできた、医療機関の役割についての会議体や仕組みが、今後の初期・第二次・第三次医療機関の役割等を考えていく上で活用できるのではないかと。
- 二次と三次の役割分担をしていくためには、二次病院の充実度を評価し、体制の整っている医療機関に何らかの財政的な支援をすることが必要ではないかと。
- 高齢者医療をどうするかというのが今後の救急のポイントであり、高齢者をどこで診ていくのかを検討すべきではないかと。
- 地域包括ケア病床などを持っているようなところは救急をやるのが義務づけられており、亜急性期をみるような救急という概念も今後は必要ではないかと。
- 第二次救急医療機関が対応することが多い高齢者救急が増加していく中で、第三次救急医療機関がどのような役割をするのか再検討することが必要ではないかと。
- 高齢者の救急患者・救急搬送、特に軽症・中等症の患者が増加する中で、軽症・中等症だけではなく、症状・症候・診断名不明確が増加している。重症だけではなく、多様化する複数疾患合併例または診断困難事例について、第二次救急医療機関での受け入れが難しい場合は第三次救急医療機関でバックアップすることが必要ではないかと。
- 第三次救急医療機関に搬送される患者の中には、第二次救急医療機関で対応可能と思われる患者が多く含まれていることから、第三次救急医療機関の負担を軽減するためには、救急搬送のルールについて検討することが必要ではないかと。
- 高次の救急医療機関からの下り搬送を促進するため、病院間の搬送システムの構築と、病院間の日常の連携が必要ではないかと。

救急医療機関の役割

【人材の確保】

- どこにどれくらい医師がいるのかということをはっきり出していただかないと、医師のバランスが取れているといつても、全然バランスが取れていないという状況は続くのではないか。
- 働き方改革が地域格差を考えないで強行されると、医師不足の地域では救急の確保・維持ということが非常に難しくなるのではないか。
- 総労働時間を減らすと、生産性をあげた医療をしていかなければならず、集約を考えることが必要ではないか。
- 第三次救急医療機関から第二次救急医療機関等に非常勤医師として派遣されている医師は、派遣元の病院の時間外勤務という形で働いていることから、働き方改革の結果、第二次救急医療機関等からの医師の引き上げが発生し、救急の医師が不足しがちな地域については、救急医療体制が維持できなくなってしまうのではないか。
- 医師偏在指標で判断すると開業医数も含まれるため、働き方改革等に影響する勤務医の不足が隠れてしまうといった問題点があるのではないか。
- 感染症対策をしての経験からすると、外国との比較をしてみると、急性期病院の医師の数が少ないという印象を持つので、この偏在に関しては、早急に急性期医療のほうに医師が集まるような対策を取ることが大事ではないか。
- 日本救急医学会がアンケート調査を実施したところ、地域的に不利な病院でも、救急科専門医を増やすと医師獲得がうまくいくというデータが得られた。このようなデータを活用していくべきではないか。
- 外傷外科医等養成研修事業を活用して、重症外傷に対応ができる外科医を増やすというのも非常に重要ではないか。
- 「救急外来における医師・看護師配置に関する実態調査」の結果を踏まえて、専門性の高い看護師を含めた看護師の配置に関する基準等の議論をしていただきたい。
- 救急体制を維持するためには医師と看護師だけではなく、薬剤師、レントゲン技師、検査技師といった職種が必要であり、これらの職種に関しても、宿日直基準をしっかりと取らないことには、二次救急を地方で守っていけない。この点に関しても検討すべきではないか。
- 第三次救急医療機関に人材を集めるよりも、第二次救急、初期救急等を集めていく必要があるのではないか。

【高齢者と救急医療】

- 救急医療機関側の対応だけではなくて、救急を受診しないで済むような日頃からの医療やプライマリケアの充実について検討すべきではないか。
- 在宅の段階で、救急搬送が必要か否かについて、選別できるようにすべきではないか。
- 在宅看取りについて、今後に向けて更なる体制の整備を目指していくべきではないか。
- 救急医療の関係者と地域包括ケアの関係者、特に介護保険施設や有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などをも含めた高齢者施設の関係者の連携が必要であり、救急医療の会議体と、地域包括ケアの会議体で、関係者がお互いの会議体に参加するなど、歩み寄りが必要である。
- 帰宅する高齢者に対して看護師が療養指導等を行い、さらに必要な患者については社会的リソースにつなぐ体制を構築していくことが、生活上または社会的な問題を解決し、地域における療養生活の継続を支援し、ひいては度重なる救急搬送を防ぐことにもつながるのではないか。

【本人の意思に沿った救急医療】

- ACPは現場では判断できないため、医師や医療・介護スタッフのもとでご家族と一緒に考え、事前に共有しておくことが重要である。その中で、ICTを情報共有などに活用しているところもあり、そういった好事例を展開すべきである。
- 施設入所者、特に施設の管理者等、かかりつけ医、救急隊、受け入れ側の医療機関が一緒になってACPについて対応ができる体制をつくっていくことが必要ではないか。
- かかりつけ医が出したDNARの指示書がいつまで有効なものなのかといったことを議論しないとイケない。一定のルールやモデルを作る必要がある。
- ACPについて、肺炎になったら人工呼吸器をつけるかどうか、腎臓の機能が悪くなったら透析までするのかどうかなどを日頃から考え、いざ、その様な状況になったときに救急医療をどこまでするかは、単に心停止時に心肺蘇生をするかしないかということ以上に大きな問題である。

【その他】

- 消防庁の集計における軽症・中等症・重症の分類は、入院期間だけで分類したものであり、実際の救急患者の重症度を検討する上でそぐわないので、緊急度、重症度に合わせて分類できるよう見直しをするべきではないか。
- 患者の緊急度・重症度に関わらず、救急隊が早く医療機関に搬送できるように、どこの病院が空いているということを救急隊で見られるようなシステムを構築するべきではないか。

新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療

【体制整備】

- 基本的にコロナ患者は、救急の診療科だけが診ればよいというものではなく、コロナの重症者に対応しつつも、日常の救急医療体制をどのように維持していくべきかを考えないといけない。
- 地域によって感染症が災害レベルになるかどうかで、救急の対象になるかどうかという考え方になるのではないか。
- コロナの場合は、感染者などの数の変化と、変異株による質の変化が急激であったため災害的な側面をもたらすため、通常の救急医療への負担を考慮するとあくまで災害的なものとして、通常の仕組みに災害対応的な仕組みを上乗せするという考えが必要ではないか。
- 全ての医療機関が感染症に備えることが重要だが、急激に感染者数が増加するときには、大規模な感染症専門病院があることは地域にとって負担が減って、患者にとってもいいのではないか。感染症専門病院である程度急激に多くの患者が発生したときに吸収できるようなシステムがつかれないかどうか。そこで働く医師や看護師を普段から育ててキープしておくのはどうか。
- 今後のコロナや新興感染症の対応施設に関して、規模ばかり大きなものを造る必要があるという議論にはならないのではないか。実際のところは、中小の二次救急病院でもしっかりと診て活躍した。そういうことを含めて今後の新興感染症対策を考えていただきたい。
- 今回のコロナ禍において、精神科病院に入院しているコロナ患者を他の病院に転院させることは難しい問題であった。精神疾患を背景とする患者の転院が円滑に進むような体制整備を進めて頂きたい。
- 千葉市のデータによると、コロナの搬送は全体の1割以下であり、コロナ以外の救急患者を日本はしっかり診られていたことを示すものであり、欧米と比較して日本がうまくいっていたことを示しているのではないか。

【人材育成】

- 重症例のための人材育成という面もあるが、むしろ救急患者を受け入れるときの感染対策をきちんとやれるために必要な人材を育成するということも述べておくべきではないか。
- 人材の育成は重要だが、感染症対策の医療人材育成であり、救急と分けて考えるべきではないか。
- 平時から重症患者対応が可能な看護師の育成は必要な議論ではないか。

搬送手段の多様化

【ドクターカーとドクターヘリ】

- ドクターヘリについては、有効活用のために広域連携を一層進めていくということで、好事例等を横展開していくということが重要ではないか。また、同様に、ドクターカー・ドクターヘリも地域特性がかなり影響してくると思うので、これも全国の状況を把握して、好事例を集めて横展開していくことが重要ではないか。
- 全国の災害拠点病院や第三次救急医療機関のヘリポートが、どのぐらいの重さのヘリコプターまで対応できるかということに関して、実態を把握すべきではないか。
- ドクターカーとドクターヘリについてどのように活用するか、ニーズのある患者を迅速に医療につなげるといった観点で、全体の連携をどのように構築していくべきか検討が必要ではないか。
- ドクターカーというのは救命センターに所属して、ドクターが行って救命処置をするというのが主な役割と考えているが、今後、在宅医療を救急で支えていくに当たり、地域の二次救急病院が在宅の医師を支援するという形でのドクターカーの活用の仕方もあるのではないか。
- ドクターカーは地域医療においては、在宅医療だけではなくて、転院搬送などでも使っているところはかなり有効に使っている。ドクターカー、三次救急にしか補助が出ていないので、二次救急が地域医療という点ではかなり有効に使っているので、ぜひ二次救急も補助対象とすることを検討して頂きたい。
- 病院前診療医学会が全国の消防本部に管轄地域におけるドクターカーの運用状況のアンケート調査を行ったところ、397か所の病院でドクターカーを運用していることが分かったが、そのうちの67%にあたる274病院では、3か月間、1回もドクターカーを出動させていないという結果が得られた。このようなドクターカーの実態を把握した上で補助金を支給すべきではないか。

救急救命士

- 救急救命士について、多職種の配置、連携と一体的にしっかりと検討していくほうがいいのではないかな。
- 各医療機関において、救急救命士ごとに実施可能な救急救命処置を認可しなければいけないが、気管挿管等の高度な救急救命処置に関しては、地域のメディカルコントロール協議会の認定を得ないと、その実施を認可できない。救急救命処置の中の重要な特定行為の実施に関して、なかなか認定されないという実態があることから、地域のメディカルコントロール協議会に対して、厚生労働省からも働きかけが必要ではないかな。

2. 災害医療

- ・ 災害派遣医療チーム(DMAT)・ 災害派遣精神医療チーム(DPAT)
- ・ 災害時に拠点となる病院(災害拠点病院・ 災害拠点精神科病院)
- ・ 止水対策を含めた浸水対策
- ・ 医療コンテナの災害時等における活用

【DMAT・DPAT等】

- どういう新興感染症かにより活動内容が変更される可能性があるため、DMAT活動要領を柔軟に見直しをしていく必要があるのではないか。例えば、新型コロナ都道府県調整本部での入院調整の場合では、どのような新興感染症の入院需要があるかよって、必要となる専門の先生の助言は違うのではないか。また、クラスター対策を目的とした医療チームを派遣する場合は、従来のDMATチームに感染管理認定の看護師または感染管理専門の医師を入れてはどうか。
- 都道府県とDMAT指定医療機関との協定に関して、DMAT隊員を派遣時に災害医療コーディネーターのように一時的に地方公務員とされるのがよいのではないか。その結果、補償に関しては公務災害として対応できることになり、指揮系統に関しては現在のように派遣元病院の業務として派遣先病院の指揮下に入るといった仕組みではなくなるため、DMAT隊員の身分が明確化されわかりやすくなるのではないか。
- DMAT等の位置付けを明確化するためにDMAT等の法制化について検討してはどうか。
- DPAT先遣隊の関係者の先生方の意見では、活動要領改訂だけで新興感染症時にDPATが機能するのかを心配されている。どのようなフェーズのどのような場面でDPATが特に必要なのかは整理すべきではないか。
- DPATについては、派遣元の病院に保障がなく、研修会の開催もボランティアになっている。DMATは診療報酬上の補償があるが、DPATも診療報酬上の補償があってよいのではないか。
- 災害時もダイヤモンド・プリンセス号の時も、DPATの身分保障をしていなかった。ダイヤモンド・プリンセス号派遣のDPAT医師が現場で感染し、休んだ分の補償がなかった。今後、DPAT隊員を増員をしていくのであれば派遣元の病院に補填をすべきではないか。
- 災害支援ナースについて、派遣する病院の補償をすべきではないか。

【保健医療チームの連携】

- 保健医療調整本部の訓練の中に様々な保健医療チームが入ることを要望する。様々な保健医療チームを地域の防災計画に記載して、地域の災害訓練にも積極的に様々な保健医療チームを参加させていくべきではないか。
- 都道府県は、看護職に限らず、医師会、歯科医師会、日本赤十字、助産師会、薬剤師会等のそれぞれの団体と協定を結んでいる状況にある。各団体ごとの協定と医療機関ごとの協定のすみ分けをどうするかが課題ではないか。
- 大阪の防災計画にはAMATや災害支援ナース等の様々な保健医療チームは記載されていない。地域の防災計画にどのような保健医療チームを記載することが妥当かを国で選別し整理する必要があるのではないか。
- 災害支援ナースだけでなく、各種職能団体から派遣されている保健医療チームも、明確なはっきりとした教育システムがあり災害時の経験があるのであれば、より派遣しやすい状況になるために都道府県と医療機関との協定に改めていく必要があるのではないか。
- 保健医療チームを派遣している民間病院には負担がかかっており、国から認定されれば、それらのチームを保有している医療機関にもDPCの点数をつける議論をしてもよいのではないか。

【災害拠点精神科病院】

- 災害拠点精神科病院に対しての財政支援だけでなく、災害拠点精神科病院の指定を受けるための財政支援もお願いしたい。
- 災害拠点精神科病院を増やすため、社会医療法人の認定要件の中にDPATの保有を入れるようなことを考えていくべきではないか。
- 災害拠点精神科病院の各都道府県への整備に関して、施設の老朽化対策などの経済的な問題があると聞いており、特に公立病院・地方公共団体の病院・地方独立行政法人の病院については厚労省の交付金の対象にならないが、検討が必要ではないか。

【災害時に拠点となる病院以外の病院】

- 災害時、特に都会では、点ではなく面で対応をすべきである。大阪のように、拠点となる病院の体制構築だけでなく拠点となる病院を支える病院の体制構築も第8次医療計画に盛り込むことを検討していくべきではないか。また、このような拠点となる病院を支える病院の財政支援をお願いしたい。
- 東京では、すべての病院を防災計画に組み入れている。国の方でも全ての医療資源が活用できるような発想になっていくべきではないか

止水対策を含めた浸水対策

- 災害拠点病院の浸水対策を講じる必要はあるが、病院の経済的な負担が大きいのではないか。
- 浸水想定区域に所在する災害拠点病院の浸水対策率を現状の75%から100%にさせ、講じられている対策の妥当性の評価が必要である。また、災害拠点病院以外の病院においても浸水対策が必要ではないか。
- 東京においては電線が地下に埋め込まれているため、水害により地域単位で送電ができなくなることが想定され、病院単位ではなく地域単位で対策を立てる必要があり、病院担当者だけで対策を講じるのは困難であるため、専門家の支援が必要である。
- 水害に対して広域避難の計画を立てる必要がある病院がいつまで籠城をするのかやどこに病院避難をするのか等を決定するには、地域の災害計画の内容を考慮する必要があり、広域避難を含めて病院単位で進めていくことは難しいため、BCP策定を支援するチームを立ち上げてはどうか。

医療コンテナの災害時等における活用

- 今後行われる大阪万博等のイベント等において、例えば外傷外科研修を受講した外科医がコンテナ手術室を展開し、外傷患者の治療に活用することが考えられる。