

令和2年度高知県救急医療協議会議事録

1 日時令和2年12月23日18時30分～20時20分

2 場所高知県庁2階第二応接室

3 出席委員 岡林委員 野並委員 田中委員 白井委員 先山委員 矢部委員 浜口委員
西田委員 近森委員 吉川委員 本山委員 小松委員 八木委員 本山委員 前田委員
加志崎委員 西山委員 鎌倉委員

4 欠席委員 田村委員 松田委員 堀田委員（中平消防政策課長が代理出席）

〈事務局〉 消防政策課

医療政策課

（事務局）では、ただいまより令和2年度高知県救急医療協議会を開催させていただきます。本日、進行を務めさせていただきます医療政策課の細木と申します。よろしく申し上げます。

まず、新たな委員の皆様をご紹介します。高幡消防組合消防本部消防長、八木委員です。八木様、よろしくお願いいたします。

（委員）どうぞ、初めてです。よろしくお願いいたします。

（事務局）もう1名。安芸市消防本部、消防長、松田委員が新たに委員になられておりますが、本日は急な用務により欠席されております。

また、県の堀田委員に代わりまして高知県消防政策課長、中平様にご出席をいただいております。よろしくお願いいたします。

では、本日、高知県救急医療協議会の組織及び運営に関する規則第7条第3項に定める議事及び議決に必要な過半数を満たしております。本日の会が有効に成立しておりますことをご報告します。

ここで、開会にあたりまして、高知県健康政策部医監兼医療政策課長の川内よりご挨拶申し上げます。

（川内課長）皆さん、こんばんは。県の医療政策課長をしております川内と申します。

日頃は高知県の救急医療に多大なるご協力をいただきましてありがとうございます。そして、現在、新型コロナウイルス感染症が県内でも急増しているところでございます。詳細は、また後ほどご報告させていただきたいと思っておりますけれども、本日時点で入院患者数が105名ということで、県内の13の医療機関に入院をされておりました、高知県内の主な救急医療機関に、大体、お願いをしているというところです。

今後、患者さんの増加だけでなく高齢患者が増えていますので、中等症、重症の患者が増加してきますと、本県の救急医療だけでなく医療体制全体が逼迫してきかねない、既になっているかもしれません、という状況になってきますので、患者さんを減らすという対策が重要になってくるかと思っております。

本日は、この救急医療協議会の議題として、保健医療計画の評価、また、見直し、そし

て、MC専門委員会からの協議事項、報告事項などを用意しております。

本日は、この新型コロナ禍の状況にあって、WEB会議、オンライン会議と並行で実施させていただいております。何かと進行で不十分な点があるかもしれませんが、何卒ご容赦、お願いしたいと思います。それでは、本日はよろしく申し上げます。

(事務局)では、これよりの進行は、会長の岡林先生にお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

(会長) それでは、早速、議題に入らせていただきます。

議題(1)は、第7期高知県保健医療計画の評価についてですが、この計画は、平成30年4月に施行され、毎年、進捗管理を行い、目標の達成状況や取組と今後の対策について評価をすることとなっているものです。

それでは、事務局から説明をお願いします。

(事務局) 医療政策課の松村と申します。座って説明させていただきます。

第7期高知県保健医療計画の評価調書についてご説明をさせていただきます。この計画は、平成30年度から平成35年度までの6ヶ年計画となっており、第6期高知県保健医療計画と同様に、毎年、前年度の取り組みを報告し、目標の達成状況について評価を行っていくものです。

まず、1ページ目は、計画に沿って左から順に、計画策定時の高知県の救急医療の現状、課題、対策、目標を記載しております。2ページ目には、1ページ目の課題の項目にあげている適正受診、救急搬送、医療提供体制、情報提供体制の4つに対して、平成30年度に取り組んできたことを記載し、それぞれPDCAサイクルで確認できるようになっております。

先に2ページ目をご覧くださいまして、課題ごとに令和元年度に取り組んだことと、その評価、改善の項目を中心にご説明します。

まず、一段目から、救急医療の適正利用の啓発については、テレビ・ラジオCMの放送や啓発用ポスターの配布などを行いました。取り組みの評価としましては、新聞広告・テレビ・ラジオ等、様々な媒体を使って啓発した結果、救命センターへのウォークインの患者数は減少傾向にあります。しかし、一方で、救急出場件数及び搬送人員は増加しており、また、救急搬送した患者のうち軽症者の割合は高止まりをしている状況でございます。改善の項目にいきまして、救急搬送患者が増え続け、かつ、救急搬送されたもののうち軽症者の割合が高止まりしていることから、啓発ポスターなどによる救急医療の適正利用の啓発が引き続き必要でございます。

2段目にいきまして、救急搬送体制の充実に向けて、救急救命士養成研修への参加、合同検証会や各種研修会を実施しました。また、MC専門委員会を開催し、救命処置実施基準の改正などについて承認をされました。評価としましては、救急救命士の増員が図られており、また、各種会議での検証を通して、消防本部間で情報の共有ができ、研修の受講によって救急隊員の資質向上が図ることができました。さらに、合同検証会の開催によっ

て救急活動における課題等を消防本部間で共有することができました。

次に、改善の項目にいきまして、救急救命士数及び救急隊への常時配備割合は増えておりますが、今後も引き続いて確保していくこと、県内救急隊員の資質向上に向けた指導救命士の活用と指導救命士自体の質の確保を検討する必要があります。また、さらなる資質向上の機会を増やすために、救急隊員等に対して救急関係の研修の情報提供が必要です。

次に、3段目にいきまして、救急医療体制の充実に向け、県外から赴任した医師への研修奨学金の貸与や高知大学に設置した災害救急医療学講座において若手医師の育成が行われました。評価としましては、10名が助成金を活用して救急科専門医の資格を取得でき、高いスキルを持った若手救急医の増加を図ることができました。一方で、三次救急医療機関への患者搬送割合は依然として高い状況であり、約4割の患者が三次救急医療機関へ搬送されております。改善の項目にいきまして、救急医の不足は依然として解消できておらず、引き続き医師の確保に向けた取り組みが必要であることから、若手医師の育成とともに県外医師の招聘に向けた取り組みを継続します。ドクターカーについては、各救命救急センターのドクターカーの状況について引き続き情報共有を行うことが必要です。

一番下の段にいきまして、救急医療情報提供の充実については、救急病院で応需情報の更新率が90%以下である医療機関に応需情報更新について依頼を行いました。情報の更新率は上昇し、三次救急医療機関では100%、二次救急医療機関でも98.6%と高くなっております。令和元年度の取り組みと評価等の説明は、以上になります。

次に、3ページ目をご覧ください。こちらには、令和2年度計画と、これから実行することがら、既に実行したことについて記載させていただいております。まず、1段目、救急医療の適正利用の啓発については、救急対応ガイドブックの配布を行っております。2段目、救急搬送体制の充実については、ブロック単位での合同検証会の実施を行いました。3段目、救急医療体制の充実については、県外から赴任した医師に研修奨学金を貸与したり、高知大学の設置した災害・救急医療学講座において若手医師を育成しております。4段目、救急医療情報提供の充実については、救急告示病院の更新の際に、応需更新率が90%未満であった医療機関に対して応需情報の更新に対して依頼することとしております。

資料3には、救急医療にかかる現状を示した指標を載せております。資料1と内容が重なる部分が多いですので、ここで数値の紹介は省略させていただきます。私からの説明は、以上となります。

(会長) ご意見等ございましたらお願いいたします。

特にございませんか。

無いようでしたら、次、議題(2)でございます。第7期高知県保健医療計画の見直しについて、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局) はい。では次に、第7期保健医療計画の見直しについてご説明させていただきます。座ってご説明させていただきます。

それでは、資料は資料3をご覧ください。先程、評価のところでもご説明しましたけれ

ども、現在の第7期高知県保健医療計画の計画期間は平成30年度から平成35年度、令和5年度までの6年間の計画となっております。本年度はその中間の年になることから、国が開催しております保健医療計画の見直し等に関する検討会や厚生労働省などが中間見直しの方向性を示しております、指標の追加や第8期に向けた検討の考え方などが示されております。

この資料の1. では、医療計画の見直し等に関する検討会が示しております「第7次医療計画の見直し等に関する意見のとりまとめ」の中から救急医療に係る部分を抜粋して記載しております。

まず、(1) では、救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細かな取り組みを行うことができる体制を評価できるよう、現状把握に必要な指標例を追加する、とされており、この指標例として下に記載しております指標例の見直しの5つが挙げられております。

次に、(2) としまして、災害に対応したインフラ設備等について、救命救急センターに求められている医療機能をふまえ、災害時においても高度な救急医療を提供できる体制を構築するために、災害拠点病院と同様に非常用自家発電設備や給水設備の保有を求める、とされており、具体的には、災害時に備え、災害拠点病院と同様に自家発電機、受水槽の保有が望ましいとなっております。

これらをふまえまして、2. で見直しの案をお示ししております。まず、①の国の方向性に沿った見直しの(1)の指標例の追加につきまして、別紙でそれぞれの追加の分を整理しております。資料のほう、2枚おめくりいただきまして別紙をご覧ください。

まず、ひとつ目の救命救急センター充実段階評価にS評価を追加ということにつきまして、評価自体は、既に現在の医療計画の指標として掲載しておりますことから対応済みとしたいと思っております。なお、現在、S評価に該当する医療機関はございませんけども、今後、S評価に該当する医療機関が出てくれば順次更新していくこととしたいと思っております。

次に、2つ目の地域で行われている他職種連携会議の開催回数の追加につきましては、現在、救急医療機関のほか、かかりつけ医や介護施設等の3機関が参加した他職種連携会議は行われていないことから、今回の追加は見送りまして、次期保健医療計画に向けて、今後、追加の可否を検討していきたいと考えております。

次に、3つ目の中核・高次の救急医療機関とその周辺の救急医療機関との間の病院間搬送件数の追加につきましては、現状では、転院搬送における救急医療機関ごとの役割が明確となっていないことから、今回の指標例での追加は見送りたいと考えております。

次に、4つ目の救急車の受入件数の追加につきましては、現在の指標で県全体の受入件数と救命救急センターでの受入件数を月に1回記載しております。個別の医療機関ごとの受入件数についても、この救急医療協議会の場でこのあと報告させていただいておりますことから、指標としての記載は見送りたいと考えております。

次、5つ目の救急要請から救急医療機関への搬送までに要した平均時間の追加については、現在の指標において消防本部ごとの収容時間を記載しておりますので、こちらのほうを対応済みとさせていただきたいと存じます。

なお、現在の指標につきましては、先程、保健医療計画の評価のほうでありましたA3の資料、資料2が現在の指標例となっておりますので、こちらをあわせてご覧いただけたらと思います。

それでは、資料3のほうに戻っていただきまして、国の方向性に沿った見直しの(2)の災害に対応した救命救急センターのインフラ整備について。これにつきましては、県内3つの救命救急センターにつきましては、既に災害拠点病院となっておりますことから、災害時に必要な施設、設備は既に整っていると考えております。

次のページへお進みください。②については、今回の中間見直しに際しまして、県が独自に見直しを行おうとするところになります。現在、第7期高知県保健医療計画において目標のひとつとして掲げておりますのが、応需入力率の集計についての見直しを行いたいと考えております。

応需入力とは、県が救急医療情報センターに委託しております、こうち医療ネットにおいて、医療機関が救急の受け入れが可能かどうかをシステム上で入力してもらうものですが、これの入力率向上を目標として掲げております。現在の目標では50%強となっておりますものを計画期間中に100%達成として設定しております。この点につきまして、今年度、この目標について、国の補助事業の事後評価を行う医療提供体制推進事業評価委員会におきまして、その率の低さと集計方法の見直しについてご意見をいただきました。

現在は、一次救急を含む医療機関を対象に応需入力率をはかっておりますが、見直し案では、この母数となります医療機関を見直しまして、搬送先情報として需要が高いと考えられます救急告示病院を対象にしたいと考えております。見直し後は、その下の新としてお示ししているとおおりとなりまして、現時点では97.6%の医療機関に入力していただいております。

応需入力は、救急告示病院の更新時における要件とさせていただいておりますので、今後も救急告示病院の皆様にご協力いただき、応需入力率の向上によりスムーズな救急搬送体制を整えていきたいと考えております。

保健医療計画に関する事務局からの説明は、以上です。よろしく申し上げます。

(会長)ただ今の説明に対しまして、質問、ご意見等ございますでしょうか。

はい、どうぞ。

(委員)この入力のことですけど、一次の機関が入力しないことによるデメリットとか、率はわかるんですけど、そういうのはどういうのが、何か起こるんでしょうか。

これは、数字は関係ない、一次の方が入れるか入れないかは、それぞれの医療機関がやるのであって、数字で評価はしないということなんですね。

(事務局)はい。今後も入力自体を止めていただくということではなくて、集計をするう

えでの数をこういったかたちで見直しをするということですので、情報としては今後も変わりなく同じものが見られるということです。

(委員) そのことに関して、一次の医療機関が入力しているとか、医療機関と入力していない医療機関があったと。それは、入力している医療機関は一次の救急医療をやっていて、そうでない機関はそうじゃないとかいうことはあるわけですか。そのへんの評価はどうなんでしょうか、入力機関の。

(事務局) 現状、この入力する、しないというものが、病院側のほうでの設定というふうになっておりまして、実際、全ての病院が一次救急といいますか救急を受け入れするというような意識をもって入れていただいているかというのは、ちょっと疑問なところがあります。

中には、眼科ですとか皮膚科ですとか、救急搬送とは馴染まないような部分がありますので、そういったところに関しましては、入れていただくことは引き続いて入れていただくとしておりますけど、情報としては、もう少し、二次、三次の病院の情報が重要かと考えております。

(委員) わかりました。

(委員) よろしいですか。

(会長) はい、どうぞ。

(委員) 高知大学の西山です。

今の入力のことについては、本当は、一次医療機関も全て入力していただきたい。というのは、これがEMISの、災害が起こったときのEMISの入力もこうち医療ネットにありますから、それに慣れていただきたいというのが、やはり一番の目標としてあるんですけど、それがなかなか、今のところも、一次医療機関はそれがうまいことっていないということです。

ただ、救急医療の評価というよりも、災害が起こった時に、すぐに皆さんが、入れてくださいと言ったときに、え？どうやって入れるの？どこどこ？ということにならないように普段からしておっていただきたいなという希望はあります。

だから、これを評価しないということになることによって、この率が下がってくるかどうかちょっと心配なところですよ。

(会長) 一次の入力をしない医療機関というのは、どうしてしないのかというアンケートはとっているんですか。

(事務局) 申し訳ありません。そのあたりの背景というところまで、まだ情報の把握が及んでいないというのは正直なところですよ。

(会長) 端末を設置しているだけで更新を全然していないという医療機関は、もう辞退するという、そういう意向は聞こえては来ないんですか。

(事務局) 辞退するというふうなものではありませんで、どちらかと言いますと、手挙げ式といいますか、近いものがありますので、そういったことで減っていくというような要

素はあまりないのかなということです。

(会長) せっかく端末を提供しているわけですので、先程、西山教授が指摘されましたように、それを活かさなきゃいけないわけで、そういう点は、働きかけはしないといけないですね。

(事務局) 引き続きまして、一次救急の方にもおりをみて、また声掛けをして、慣れていただくという観点での啓発はしていきたいというふうに考えています。

(会長) ほかにご発言ございませんか。

どうぞ。

(委員) 高知大学、西山ですけど。

救急医療で我々、実際現場で困っているのは、脳外科の救急で困っているというのはあまりなくて、心臓血管外科で困っているというものも、皆必死になってやっていますので大丈夫なんですけども。やはり、一番困っているのは精神科救急です。この精神科救急というのが、どこが掌管するのかというのは、障害福祉課のほうになるのか、それが、いつもグレーなところがありまして。

この会のほうにも、おそらく救急医療体制専門委員会ですかね、そちらのほうにはオブザーバーとして障害福祉課の方、出てくださってお願いして出ているんですよね。

やはり、今でも本当に困っているのは精神科救急で、おそらく消防の方々は、精神科救急の現場滞在時間が大体、平均して1時間半くらいなんです。そして、それを搬送するのに非常に困っているというのがあるんですけれども、やはり救急医療協議会として精神科救急をどうしていくのかというのは、ここの指標のほうに入れたいんでしょうか。

(事務局) ここはですね、こちらから言うと、どちらでもいいのかなというのがあります。というのは、医療計画の中で、いわゆる5疾病5事業の中で精神医療体制が別枠であります。精神疾患。その中に精神科救急の評価指標なり、精神科救急の医療体制を規定をして、その枠組みの中で評価をしていっているんですね。ですので、入ってはいるんですけど、この医療計画の中の救急医療のところには出てきていないという整理なんです。

ただ、精神科救急を再掲のかたちで、この救急医療の中にも入れて、この枠組みの中でもしっかり評価していくということであるならば、それはそれでひとつのやり方ではあるうかと思えます。

その際は障害保健支援課にも毎回、出て来ていただく必要はある。

(委員) どこかで議論していただきたいんですけども、

消防機関のほうとして一番困っているのは、僕は精神科救急じゃないかと思っているんですけども、そのへんはいかがですか、消防のほう。

(会長) 消防のほうで何かご発言ございませんか。

ただ今の…。

(委員) いいですか。近森ですけど。

(会長) どうぞ。

(委員) 精神科救急といいましても、純粹に精神科の救急と精神障害者の身体疾患、それは問題だと思うんですね。精神科の救急は、土佐病院なんか、頑張っていてくれますし、輪番制で各病院が頑張ってくれています。精神障害者の身体疾患なのか、うち、総合診療センターがありますので、リエゾンナースとか精神科の先生がコンサルテーションして精神障害者の身体疾患やっていますので、そんなに困っているかなという感じはしているんですけど。

(委員) よろしいですか。

(会長) はい。

(委員) 先生、困っていますよ。

実際に、ここにおられる先生方もちょっと、意見を聞いていただきたいんですけども、身体疾患をもっている精神科の患者さん、これについては、おそらく県のほうでは、高知医療センターのほうでやっていただくということになっていたんじゃないでしょうか。

それができずで、実際、この前も高知大学はほとんどとらないんですけども、私がとったのは、もう10件ぐらい断られているのでとったというようなかたちで。消防のほうで7件、8件断られているというのは、精神科救急っていうの、結構あると思うんですね。それと現場滞在時間が非常に長くなる。これも精神科救急の特徴で非常に困っていると思うんですけど。

高知医療センターの心のセンターですか、身体疾患で精神科の患者さんの身体疾患はとっていただけるんですか。それだったら、それと、近森病院でとっていただけるんだったら、我々もそこをすすめるようにしますので。

(委員) いいですか。

(会長) どうぞ。

(委員) 近森病院は、精神障害があっても、精神障害の障害者で身体疾患のある方はとっていますけど。

(会長) 高知医療センターは、委員の方はどなたですか。今日、ご出席でしょうか。

(委員) 高知医療センター救命救急センター長、西田でございます。

(会長) はい、よろしく申し上げます。

(委員) 精神科救急の単純な精神科は、当然、輪番制で当院も対応していますけど、身体障害があれば、それは身体科になりますので、受けるのは可能ですけど、精神科が同時に、時間外は特に対応できるかということ、ちょっと困難ですね。

(会長) 芸西病院を閉じて、その代わりに医療センターに精神科をおく、その条件は、精神科の患者さんの身体的急変時の対応ということをやったわけですので、その整備が遅れているということなんですか。

これは、県は、病院をなくしたうえでの対応ということですが、そのあたりは、責任をもって県が対応できるのか。

(事務局) 医療センターの精神科も一時期、医師数が減少して、44床フル稼働できなかつた時があります。現在は、医師5人体制で身体合併症の対応をしているんですけど、救急患者の、身体疾患を有する救急患者の対応に24時間体制でできる体制にまでなっているかというところ、そこはまだ十分じゃないところがありますので、また引き続き、医療センターと協議したいと思います。

(会長) 精神科病棟については困るようなことがあってはいけませんので、是非よろしくをお願いします。

ほかに、ご発言はございませんか。

それでは、議題(3)でございます。高知県消防防災航空隊のメディカルコントロール体制構築に伴う救急救命実施基準の改正についてです。事務局から説明をお願いします。

(事務局) 消防政策課の野本と申します。座って説明させていただきます。

説明の前に資料の訂正を案内させていただきます。次第のほうには、本議題の資料としまして資料4、4-2を案内しておりますが、申し訳ございません。正しくは資料7が本議題の資料となります。また、資料4と4-2については、3. 報告事項等の(2)の資料となっておりますので、また後ほどご説明をさせていただきます。

それでは、本議題について説明をさせていただきます。令和2年度に2名の救急救命士の資格を有する消防隊員が、高知県消防防災航空隊に派遣されました。これに伴いまして、消防防災ヘリによる救急活動中における救急現場での救命処置など、傷病者に有益な救急活動の機会もあり得ることから、救急救命処置実施基準や心肺停止プロトコールなどの規定のプロトコールとの関係性を検討することといたしました。

そこで、高知県救急医療協議会MC専門委員会運営要領第4条に基づき、検討ワーキングを設置し検討をこれまで進めてまいりました。その検討結果をふまえて、12月10日開催いたしましたMC専門委員会で救命救急処置実施基準の改正を審議し承認を得ました。今回、その改正案を議題としてあげさせていただいたものです。

具体的な内容については、資料7のとおりですが、主に内容として赤字で示しているものが、今回の改正した内容となっております。現行の救急救命処置実施基準の中に航空隊に関する記載を盛り込むものとなっております。

1ページから順に簡単に説明させていただきます。まず、1ページの中程、第2の用語の表記として、高知県消防防災航空隊の表記を追加させていただいております。

3ページにいきまして、第7のほうに、消防隊員となっていたのに対し、「または高知県」、この高知県消防防災航空隊は高知県の組織となっておりますので、高知県といった表記を追加させていただいております。

続きまして4ページ、3なんですけども、救急救命処置の実施場所について、救急現場及び救急自動車内となっていたのに対し、「等」というのを追加させていただきました。これを追加させていただいたことによりヘリコプターでの処置も可能にするというものです。

続きまして、同じく4ページの4のアからオまで、先程と同じような理由で、「または航

空隊」といった文言を追加させていただいております。

続きまして、6ページになるんですが、6ページの第13の2(1)のところについて、下から2行目、帰署(所)であるのに対し、「隊」、消防防災航空隊の隊を追加させていただきました。また、その次の、検証票を作成し、消防本部の消防長のあとに続きまして、「(航空隊にあつては知事)」といった文言を追加させていただいております。

7ページにつきましても、同じような理由から(4)に「(航空隊にあつては知事)」を追加し、3の保存についても、「または航空隊」、第14についても同じような考え方で文言の修正をさせていただいております。

なお、本協議会で承認をいただきましたら、県内の3救命救急センターと幡多けんみん病院、県立あき総合病院との指示要請の協定締結であったり、救命救急センターへの病院実習の受入依頼等、本格的な運用について作業を進めさせていただきたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

事務局からの説明は、以上となります。よろしく願いします。

(会長) ご質問はございませんか。

よろしゅうございますか。

れでは、議題(4)でございます。傷病者観察票の変更について、事務局から説明をお願いします。

(事務局) 観察票の変更について説明をさせていただきます。

資料5をご覧ください。1枚目が現状の観察票になっておりまして、2枚目に変更後の観察票になっております。少し、小さくてわかりづらいんですけど。まず、1枚目のほうをご覧ください。真ん中より少し下の左側のところに脳卒中の疑いというのがあるかと思うんですけども、下の自由記載の備考欄のひとつ上のところなんですけど、脳卒中の疑いとあって、顔のゆがみから構音障害まで3つある中の構音障害という項目を言語障害に変更させていただきたいと思っております。

これは、メディカルコントロール専門委員会のほうで、現状の構音障害の項目の場合ですと、失語症などを見落としてしまう可能性があるために、より大きな分類である言語障害に変更すべきであるという意見をいただきましたので、このようなかたちで変更をさせていただく予定としております。

予定としましては、令和3年の4月1日より変更後の観察票の運用開始とさせていただきますと思っております。私からの説明は、以上となります。

(会長) ご意見、ございますか。

よろしゅうございますね。

それでは、以上で議題を終わります。次に報告事項に移ります。

報告事項(1) 救急搬送の状況について、事務局から説明をお願いします。

(事務局) 救急搬送の状況について説明をさせていただきます。

資料6をご覧ください。まず、1ページ目が、県内の救急搬送による実績を各消防本部

ごとに記載しております。例年と比較すると、今年度は搬送件数が少ない傾向にあります。

次に、2 ページ目には、医療機関ごとの搬送件数を記載しております。保健医療圏ごとに搬送患者が多いところを見ていきますと、安芸保健医療圏ではあき総合病院、中央圏域の3次救急医療機関以外では、高知市内でいいますと、愛宕病院、国立高知病院、高知市以外でいいますと、高知大学医学部附属病院、高幡地域では須崎くろしお病院、幡多地域では、幡多けんみん病院が搬送件数が多くなっております。救急医療機関以外への医療機関への搬送件数については、一番下に、その他医療機関として記載させていただいております。

3 ページ目には、年齢区分別の搬送件数を記載しております。例年と同様に高齢者の搬送件数が多い状況です。

4 ページ目には、消防本部ごとの医療機関への収容時間を記載しております。

次に、5 ページ目には、消防本部別の管外搬送率を記載しております。高知市消防局及び幡多西部消防本部については、極端に管外搬送率が低いことから、この2つの消防本部を除いた管外搬送率も記載をさせていただいております。

次に、6 ページ目には、傷病程度別搬送件数及び構成割合について記載しております。軽症者の割合が高く、軽症者が約半数近く、また中等症患者についても、約37%であり、軽症・中等症の患者を合計すると約80%となっております。

次に、7 ページ目には、傷病分類及び傷病原因別搬送件数について記載しております。こちらについては、昨年度の救急医療体制専門委員会のほうで過去の数値も出していただきたいという意見がございましたので、現行のシステムが開始された平成27年度以降の数値についても2枚目に記載をしております。

8 ページ目には、医療機関機能別患者受入お断り理由別件数及び構成割合について記載をしております。

最後に9 ページ目には、救急車搬送における転院搬送割合について記載をさせていただいております。簡単でございますが、私からの説明は、以上となります。

(会長) ご質問、ございますでしょうか。

ご発言、無いようでございますから、報告事項の(2)でございます。心肺停止プロトコルの改正について事務局から説明をお願いします。

(事務局) 心肺停止プロトコルの改正について、ご報告をさせていただきます。

資料のほうは資料4と4-2となっております。これまでの救急救命実施基準のほうでは、緊急時に対する観察処置については、心肺停止プロトコル内の小児・乳児の一次救命処置に準じたものとなっていました。これについては、小児・乳幼児の特性についてはくみされておりますが、新生児、特に、出生直後の新生児に関しては考慮されておませんでした。そこで、今回、新生児に対しての観察処置を標準化するため、当該プロトコルの改正を12月10日のMC専門委員会で審議し承認されたため改正することとしました。

内容としましては、資料4の新旧対照表のとおりで、日本版救急蘇生ガイドライン20

15に基づく新生児蘇生法に準拠しております。CPRの胸骨圧迫と人工呼吸の1サイクルを3:1、出生後の新生児に対しては3:1とする内容に改正しております。

なお、資料4-2については、改正案の新生児蘇生法1の但し書きに示す別図となっております。

以上、事務局からの報告となります。よろしく申し上げます。

(会長) ご質問、ございませんか。どうぞ。

(委員) 資料4-2のアルゴリズムですけれども、左側の線をずっと下がっていきますと、人工呼吸と胸骨圧迫1:3と書いていますよね。さっきは3:1と言いましたよね。これ、同じ並びにしたほうが、わかりやすいことはないのでしょうか。

(事務局) 説明上、3:1と申しましたが、プロトコールのほうでも1:3というふうに表記しておりますので、説明が悪かったです。

プロトコールの6のほうもおっしゃるとおり3:1ということになっておりますので、こちらのアルゴリズムと合わせたかたちで修正をして施行したいと思います。

(会長) それでは、どうぞ。

(委員) よろしいですか。

(会長) はい、どうぞ。

(委員) 救急搬送の状況についてということで、前回の議題ですけれども、今年は、コロナの発生で救急搬送件数はものすごく大きな変化が起こっているんですよね。緊急と緊急じゃない件数と比べると、非常に緊急でない患者さんが激減しています。だけど、やはり、入院を必要とするような救急患者はそんなに減っていないんですよ。こんな大事なことを全然指摘せずに報告するって、おかしいですよ、はっきり言って。

これ、もうコロナの時代で大変な時代を迎えていて、緊急にもものすごい大きい変化が起こっていて、どんな変化が起こってどのように対応しているかとか、そういうのをきちんと別の資料で出すべきじゃないですか？そのための救急協議会でしょう。

(会長) 事務局、いかがでしょう。

(事務局) 近森先生、ありがとうございます。ご指摘のとおりです。

傷病程度で言うと、重症、中等症、少なくとも重症については、それほど件数は大きくは減っておりません。軽症の患者さんが大きく減っているというのが実情です。

このことが何を意味しているかということの解釈については、諸説あると思いますので言いませんけれども、救急搬送が全体に減少する中で、特に3月、4月、救急搬送の患者が減少するという状況が起きました。

夏以降、一定、その搬送件数は戻ってきつつありますけれども、大体、前年比7%から10%減くらの感じで推移をしていると思います。その中でも、重症・中等症の患者の減少幅はそれほど大きくありませんので、真に救急搬送が必要な患者さんの搬送は行われているのかなと思います。

(会長) どうぞ。

(委員) 高知大学の西山です。

実は、僕のほうで県の医療政策のほうにお願いしまして、分析を今、始めているところです。公衆衛生の者と、それから、川内さんと私も入りまして分析しておりまして、例えば、交通事故にして考えればですね、先生、交通事故は、事故死は増えています。ところが、ですから、骨盤骨折とか大きな事故については横這いかやや増えているくらいです。けれども、軽微な事故というものは本当に減りました。これは、おそらく出歩くのが少なくなっただけじゃないかなと思っただけけれども、けれども、事故死については増えておりますので、事故死というものは自粛とは関係ないんじゃないかなというふうに思っております。

それから、あとを見ていきますと、この外傷のところですね。中毒とかいうのが無茶苦茶減っています。

中毒に関しては、実は、アルコール中毒なんですね。これが減った。というのは、自粛を皆さんにお願いしたからなんですね。ではないかというふうに推測しております。この中毒が減ったのも、ちょっと特異なところがありまして、高知市ではすごく減っています。その次が南国市かと思ったら、実は香南市のほうが減っているんですね。だから、このへんも、なぜ減ったのかなということについては、今、検討しているところです。

それから、ストレスによるものということを見ると、おそらく、皆さん、自粛ということでストレスがものすごくあると思うんですね。それについては、脳のほうの疾患、脳内出血、くも膜下出血、脳梗塞、それと心筋梗塞、狭心症といった循環器疾患、これについては、やはりちょっと増えております。

というようなことが、今、わかって、ストレスが加わると、こういった循環器系の疾患が増えるんだなというのは、東日本大震災、阪神淡路大震災で言われていますので、実はコロナの自粛も同じようなことが加わっているんだというのがわかってきております。

あとは、その他の外因性疾患はちょっと減っております。意外だったのが、意外じゃないですけど、大腿骨頸部骨折はやはり増えるんですね。これは、外に出て頸部骨折を起こすんじゃなくて室内で頸部骨折を起こしますので、だから、自粛になっていても、家族が皆、見ているから減るかなと思ったんですけども、やはり、これ、増えております。

というようなことが少しずつわかりつつありますので、これは、また私のほうで統計処理しまして、救急医療協議会のほうで発表をさせていただいて、また一部、学会のほうでもこれ、発表しようと思っておりますので、一部ちょっとご披露しました。

(委員) 1件、よろしいでしょうか。

(会長) はい、どうぞ。

(委員) やはり、コロナ禍の最初の頃に県行政の方の英断で、医療センターでコロナを対応してくださって、近森と日赤の救命救急センターで救命救急医療をしようというように機能を分けていただきましたので、非常に救急患者さんのお断りもなく、本当にうまく高知県の救急医療が回っていくと思うんですよ。それも偏に、医療センターさんのコロナ対

応の努力のおかげだと、私達、本当に感謝しております。

そういうように、コロナ対応に専念されておられますので、やはり、患者さんも来辛いということで、従来300台ぐらいあった1ヶ月の救急搬入件数が200台に減りましたよね。そういうように、大きな犠牲を払って医療センターさんがやっただいていてということについては、やはり、この救急医療協議会の中で感謝のお言葉を出すべきじゃないかと僕は思います。

かなりパンデミックの状態になりましたので、近森病院も重症患者さんの最終的な受け入れはしたいということで、コロナユニットをオープンにしていますけども、できるだけ救急医療を保ちながら何とか頑張っていきたいなというような、そんな感じがしております。以上です。

(会長)今の救急医療現場での応需体制への影響というのは、今はまだ、あまり出ていないということでしょうか。

(事務局)また、あとの議題のところでは話をしようかと思っておりますけど、ギリギリ踏み止まっているかなというところです。

特に医療センターについては、今日現在で患者さんが25名おります。そのうち中等症が7名、重症が2名おられて、共に人工呼吸管理をされています。そのうちの1名については、今後、いわゆるECMOですね、人工肺による管理が必要となる可能性がありますので、基本、新型コロナは10階の病棟で対応しているんですけども、重症の方のうちの1人は、3階の救命救急センターの中のICUに移動しています。現時点で救命救急センター12床のうち8床を新型コロナ対応にして、その中にデッドスペースとして使っていない部分もありますので、実質20床のうち実際に稼働しているのは12床という状況になっています。

現時点では、救急患者の受け入れを抑制するという状況には至っていないというふうに聞いています。ただ、今後、重症患者が増えてきますと、他の病棟からの応援が必要となってきますので、そうしますと病院全体の運営が窮屈になってきますので、救急患者の受け入れを一定制限すると。現在でもかなり減っていますけども、さらに制限をするという状況が出てくると思いますので、そういう状況であることを本日の救急医療協議会の時に関係の先生方とも情報共有をしておいていただきたいと医療センターのほうから聞いておりますので、情報提供させていただきます。

また、実際の現場の大変な状況は、また西田先生からもご報告があるんじゃないかと思えます。

(会長)ほかにご発言ございませんか。

それでは、次に報告(3)でございます。医師の働き方改革について、事務局から説明をお願いします。

(事務局)それでは、医師の働き方改革について事務局から説明させていただきます。医療政策課の藤田と申します。座って説明させていただきます。

それでは、資料8の上の部分のスライドをご覧ください。これは、2024年4月から適用になります医師の、勤務医の時間外労働規制の概略を表したものになります。こちらのA：診療従事勤務医に2024年以降適用される水準の上の部分に記載させていただいていますとおり、2024年4月から医師は、年間960時間、月100時間未満の上限が設定されます。なお、月100時間については例外規定を設けており、この時間を超えて勤務することはできますが、年の960時間の上限については、この上限を超えて勤務させることはできないというふうになっております。

ただ、その働き方では、地域医療提供体制に影響が大きいと考えられますので、一定の医療機関については、地域医療確保暫定特例水準、いわゆるB水準として医療機関ごとに業務を特定し、その対象となる医師については、先生方については、年1860時間、月100時間未満という上限で勤務するということができます。ただ、この水準については2035年度末には解消されるということになっております。

また、一定期間、集中的に技能を向上する医師、こちらはC水準と申します。これについても時間外規制の上限が緩和されており、年1860時間、月100時間未満の上限が設定されています。

このB、C水準については、適用される医師に、月の上限を超える場合に行う面接指導に加えて、追加的な健康確保のために措置をとることが義務付けられております。内容としては、連続勤務時間の28時間制限。また、勤務間インターバル、こちらは通常の日勤後は9時間、宿日直制がとれていない場合の当直明けの日は18時間とるということが必要となっております。また、連続勤務時間の制限や勤務間インターバルがやむを得ず守れない場合については、代償休息を与えることが必要となっております。

続いて、資料、下のスライドをご覧ください。

こちらは、地域医療確保暫定特例水準B水準の医療機関の要件を記載しております。B水準の対象となる医療機関については、こちら、医療機能というところに記載しておりますとおり、三次救急医療機関、二次救急医療機関、かつ年間救急の受入台数1000台以上、または年間での夜間・休日時間外入院件数500件以上、かつ医療計画において位置付けられた医療機関等となります。

また、国の医師の働き方改革の推進に関する検討会において、この下、B水準対象医療機関の下に記載をさせていただいております新たな水準、B水準の中の連携B水準という概念が提示されております。こちらは、医師の派遣を通じて地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関について、こちらは、派遣先での勤務と通算して、医師の時間外労働の上限を年1860時間、月100時間未満とすることができるようになるというものです。

なお、連携B水準が適用される場合については、個々の医療機関での労働時間の上限は960時間となります。

続きまして、次のページをご覧ください。

こちらは、各水準の指定と適用を受ける医師について示した資料となります。こちらの上の方に記載をさせていただいておりますが、前提として、B水準、C水準、連携B水準については医療機関に所属している全ての医師に適用されるものではなく業務ごとに指定されるため、医療機関については、それぞれの水準についての指定を受けるということが必要になります。

最初に説明したように、連携Bについては、個々の医療機関では36協定の上限としては960時間以下で定めることとなりますが、派遣先の医療機関と通算して1860時間以下の上限が適用となります。

続いて、資料、下のスライドをご覧ください。こちらは、兼業・副業を行う場合の労働時間規制についてのパターンを記載させていただいております。労働基準法では、労働時間は事業場が異なる場合においても通算しますので、もし、B水準が適用されている医師が、A水準が適用される医療機関で兼業・副業した場合は、通算して年1860時間まで勤務することができます。

労働時間規制の適用がなされる前に、各医療機関において兼業・副業している医師の労働時間の把握が必要となりますが、国の検討会では、兼業・副業を主たる勤務先からの派遣と医師個人の希望によるものと場合分けしたうえで、主たる勤務先からの派遣の場合は、労働時間規制を前提としたシフトを組むこと。医師個人の希望によるものは、医師個人の自己申告により把握することと整理をしているようです。

次のページをご覧ください。こちらは、A水準、B水準の上限水準に近い働き方のイメージを記載しております。こちら、左の図がA水準のイメージで、右側がB水準の上限水準のイメージです。それぞれのイメージの前提としまして、週休1日、宿日直許可をとっていない医療機関、かつ追加的健康確保措置を履行しているというものになります。

こちら、日勤時間帯については、資料左側のA水準については、約1時間程度の時間外労働を行っており、当直明けは昼までの勤務というようなイメージになっております。一方、資料右側のB水準のイメージは、日勤時間帯に4時間半程度の時間外をしているようなイメージとなっております。

続いて、資料、下のスライドをご覧ください。こちらは、医師の働き方改革の2024年に向けてのスケジュールを記載しております。まず、各医療機関において医師の時間外労働の把握を進めていただくということが必要となります。

その中で960時間を超える水準で働いている先生方がいらっしゃる場合は、医師の労働時間短縮計画を作成し県に提出していただくということになります。この労働時間短縮計画については、令和3年度中に作成し、都道府県に提出していただくような計画になっておりましたが、計画策定期間については変更になる可能性がどうもありそうです。その後、BC水準を、BC指定を目指す医療機関については、2022年度に評価機能の評価を受けて、その結果を受けた都道府県が各審議会等の意見を聞いたうえでBC指定を行うというような流れになっております。

次のページをご覧ください。先ほど説明した内容と重複する部分がありますが、こちら、下の部分ですね。C-1の指定を受ける医療機関については、臨床研修・専門研修プログラムにおける時間外労働時間数の明示ということが、これから必要になってくるという点にご留意いただければと思います。

続きまして、資料、下のスライドをご覧ください。こちら、説明内容が若干重複する部分がありますが、医師労働時間短縮計画については、年1回提出する必要があること。都道府県はB指定については、地域医療構想調整会議、また、医療審議会の意見を聞くこと、C-1水準については地対協の意見を聞くことが必要となります。

次のページをご覧ください。医療機関の評価受審のスケジュールとなります。こちら、2022年度に書面評価を受け、その評価が低かった医療機関については訪問による評価を受けBC水準の指定を受けるというようなこととなります。このBC水準の指定については、指定の有効期間は3年間ということになります。

資料、下のスライドをご覧ください。これからは医師の働き方改革に対する国、都道府県の支援の内容についてご説明させていただきます。

まず、こちらは、都道府県における医療機関に対する支援の説明となります。資料の右上に、国と都道府県による支援の整備を記載しております。こちら、対応と書いてある部分に記載をしております。こちら、基本的な考え方としては、B水準相当の医療機関で、年間で救急の受入件数が2000件以上の医療機関は、後述する国の支援、診療報酬による加算を行うということになっております。一方で、1000件以上2000件未満、または夜間休日受入件数が500件以上等の医療機関、かつ月80時間を超えるような時間外労働を行っている先生が勤務する医療機関については、都道府県による支援を行うということになります。都道府県による支援の内容としましては、医師の労働時間短縮に向けた勤務環境改善のための体制整備に要する費用について補助するということとなっております。

続いて、次のページをご覧ください。こちらは、国による診療報酬加算の概要を説明した資料になります。2020年度から年間救急車受入件数2000件以上の医療機関については、入院初日に限り520点を加算する地域医療体制確保加算を取得することができるようになっております。この診療報酬の加算については、県による補助金の取扱と同様に病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定する必要がある、医療機関が労働時間短縮への取り組みを進めるというような必要があります。

また、これらの金銭的な補助以外に、高知医療再生機構に医療勤務環境改善支援センター事業を委託し、専門のアドバイザーにより医師の労働時間短縮に関するアドバイスを行っております。

以上、若干駆け足となりましたが、医師の働き方改革についての事務局からの説明を終わります。

(会長) ご質問ございませんか。

(委員) いいですか。

(会長) はい、どうぞ。

(委員) 本来、救急医療協議会に、この医師の働き方改革を議題にあげてくれとお願いしたのは、私なんですけども、こういう説明を受けても、高知県の救急医療にどのような影響があるかというのが全く分かりません。

今から私がお話しさせていただきますけど、2024年4月から医師の働き方改革が始まります。これは、9時5時の落ち着いた病院は全く関係ないです。それから、大都市のスタッフの、ドクターの多い病院もあまり関係ないです。一番影響するのは田舎の救命救急センターと救急病院です。特に高知県は、医師の、本当に当直してくれるような先生方、専門医が少ないです。私は、もっと大きな影響を医師の働き方改革で、特に高知県の救急医療に大きな影響が出ると思っていますので議題にあげさせていただきました。

それで、2024年から救急外来は全て当直体制になります。当直体制になるということは、ひとつの方法として交代制でやるということです。交代制でやると、必ずウイークデーの昼間で代休が発生しますので病院が回りません。うちもやってみましたけど、とてもじゃないけど回りません。

そして、例えば、今、幡多けんみん病院でやっておられるように時間外対応をする。これは、幡多けんみんでも、本当に若い先生方、年俸2000万ぐらいというお話も聞いておりますけど、本当に超過勤務がものすごい金額なんです。経営的にやっていけない。そして、時間外が非常に増えますので、月80時間、年間960時間がクリアできない。交代制でやってもいけないし時間外でやっても、もう病院の経営、できなくなるんですよ。これ、大変なことなんです。

そうすると、どうしても宿日直と時間外の組み合わせとか、例えば、こういうのは非常に問題になっておりまして、医師の働き方改革検討委員会でも、いわゆる寝当直の宿日直の基準がかなり見直されています。それで、宿日直の許可は、診療科、職種、時間帯、業務種類を限って取ることも可能となったということで、深夜の時間帯のみ寝当直に認められて、宿日直、これは交代も要らないし時間外も要りません。宿日直手当だけでいいです。そして、病棟宿日直業務のみも可ということで、例えば、うちのICU病棟なんか、寝当直ですので宿日直にできるんじゃないかなと考えています。こういうように色々なことを組み合わせしながら、各病院それぞれの現状に合わせてやらないといけないということが起こってきます。

だから、例えば、救急車が搬入される件数が月100件程度の病院であれば、一晩に1件があるかないかです。こういうような救急車の搬入が少ないけども地域で頑張ってくださいている救急告示病院は、県が一律、労働基準局と相談して、これは当直じゃなしに宿日直にしてくれよと、高知県の救急医療を守るためだと、そういうようなことをちょっと考えていただきたいということで、私はこれを提案させていただきました。

これ、地域の救急告示病院が崩壊したら、地区の基幹病院、9病院ありますけど、これ

が、患者数が1.4倍になります。それで、地域の基幹病院が崩壊したら、3つの救命救急センターの患者数は2.3倍になります。もうこれ、崩壊しますよ、本当に。高知県の救急医療は。

だから、地域の救急告示病院で頑張ってくださいっている病院は一律宿日直で、当直じゃないようにしてくれとか、ある程度、数を取っている病院も準夜帯は仕方ないけど、深夜帯は宿日直にしてくれとか、それから、病棟の当直はERがやるので寝当直にしてほしいとか、こういうことを県が中に立って、病院が一つ一つこうやって交渉するんじゃないしにやらないと、もう細かいことで労働基準局にやられちゃうと、本当に、今、矢部院長ももちろん御苦労されているように大変なことになると思うんですよ。

幡多けんみん病院は県立ですので補助金が入るからいいけど、民間の病院、やっていけなくなりますよ。必ず、救急告示病院が、夜間・祝日、患者さんをとらなくなります。そしたら、基幹病院に患者さん、バーッと集まって来ますよ。1.4倍になる。数が1.4倍なんて大変なんですよ。そうすると、基幹病院も夜間・日曜日・祝日に救急をとらなくなる。そしたら、また救命救急センターに2.4倍の患者さんが集まってきます。

これね、高知県の救急医療の危機を2024年には迎えるんですよ。そこをもうちょっと真剣に考えないといけないし、この救急協議会でも、やはり検討を重ねていただきたいという、あくまでも私の要望です。それで、今、コロナで、皆、忙しいですので、こういうのを問題意識としてもっていただいて、ちょっとコロナが落ち着いたら、対応を考えていくというようなことも必要になると思いますので、どうかよろしくお願いします。

(会長)事務局のほう、ただ今の要望に対しまして何かご発言ございますか。

(事務局)今後、この2024年に向けて、特にB水準、C水準の医療機関の指定の事務をやっていくことになります。

この間に、それぞれの医療機関で、まず時短計画を策定していただくということになりますので、その進捗状況などを県のほうで、一定、進行管理をさせていただくということになります。その際に、各医療機関で医師の勤務状況の現状などもプレビューしていただいて県とも情報共有させていただくということになると思います。今後、その時短計画を策定して、新たな体制に移行していくにはどのようにしてくいかということも勤改センターと一緒に考えさせていただこうと思います。

二次救急の医療機関において、宿日直の許可について、これは労働局と少し話をしておりますが、まず、一義的には各医療機関が各労基署としっかり協議していただきたいと思います。その際に県も労働局のほうと、いろんなところで一緒に協議していますので、各医療機関の状況などを聞かせていただきたいと思います。

ただ、高知県において特例的な対応の仕方ということについては、全国一律の基準なので、労働局としてもなかなか難しいなという話がありました。ただ、医療機関の実情というものもしっかり聞いていただく必要がありますので、またこの救急医療協議会でも各医療機関での取組状況など、また課題等ありましたら、議題としてさせていただければと思

います。

(会長) ほかにご発言ございますか。

それでは、以上で報告事項を終わります。あと、事務局のほう、何かございますか。

(事務局) すみません、資料配布のみとさせていただく予定でしたが、せっかくですので簡単にご説明したいと思います。

事前に資料をお配りしていたものと、本日、配付をする資料は、WEB参加の先生方のお手元には行っていませんので画面に映し出しています。

まず、事前にお配りしたのからご説明します。感染者数の推移です。どこからを第3波にするのかはあれですが、11月下旬から患者は散発的に出て、今月に入ってから、特に上旬に等比級数的に増加してきました。いろいろな要因があるかと思えます。大都市部からの人の流入という影響もあると思えます。現状では、最高で1日36人の患者の確認があったときもあります。

これを見ていただくと、緑の部分がリンクあり、赤いのがリンクなしでリンクを追えない症例ということです。今月上旬から半ば、特に半ばにかけては、このリンクなしの患者さんが1日2桁ぐらい出てくるときもありました。先週ぐらいからは、これまでに発見された患者さんの濃厚接触者からの感染のほうが多いという状況になっています。

大体の傾向を見ますと、いろんところで共通するところがあるのは、会食、特に夜の会食を契機とした感染が少し目立つのと、あと、3つの病院でクラスターが起きていますので、その影響があると。特に会食を起因とする患者さんが増えてきているのと、それらの方から家庭内への感染が最近目立ってきたということ。小さいお子さんから高齢者のいる家庭、三世同居のご家庭などでは、80代、90代の患者さんにも感染してきているという状況です。

この状況を1週間単位で見ますと、次の紙ですけれども、12月3日から1週間単位で見ます。この1週間は、その前の1週間よりも若干減ってはいますが、今後、今後と言いますか、高齢者の患者さんの増が少し目立ってきているということと、中等症、重症の患者さんが増加傾向であるということ。ここが今後の医療提供体制への負荷のかかりようの大きな分かれ目になるのではないかと思います。

次のグラフが、確保している病床数に対しての実際入院している患者数です。これには宿泊療養を含めています。療養中の患者さんの数自体は増加しているんですけども、実際、入院・入所している方の数というのが少し伸び悩んでいるようにも見えます。この要因のひとつとして、いわゆる入院調整中という方が50人から60人ぐらいで少し高止まりをしているということがあります。

これにはいろんな要因がありますけれども、家庭の要因、また、その各医療機関、医療センターはじめ、現在、10の入院協力医療機関に入院をさせていただいていますが、仮に医療センター、50床確保していたとしても50人フル稼働というのは現実としては困難であるのと、医療機関も県内東西に分布していますので、患者発生の地域的偏りもあると

いうことで、入退院が、必ずしも患者数の増に応じてスムーズにすぐ受けられるという状況ではないということ。それと、宿泊療養施設への入所を促していますが、先程申し上げた家庭の事情などによって、すぐ入所が難しいというような事例もあります。

そこで、新型コロナの現状をどう評価するかということですが、1枚とばしていただいて、この対応の目安という横の表です。現在、高知県は5段階のうちの赤の特別警戒のカテゴリで位置付けています。これは、全国標準でいうところの、いわゆるフェーズ3にあたります。患者さんが急増しているということです。

この中では、特に外出規制でいうと、ガイドラインが順守されていない酒類を提供する飲食店への外出の自粛。それと、飲食店などを対象にして営業時間の短縮を30日まで要請をしているということ。それと、会食については4人以下かつ2時間以内ということをお願いしています。一部、フェーズ2の対応をとっている部分もありますが、総じてこの特別警戒の中での対応であります。

今後、紫の非常事態というフェーズに移っていった場合、さらなる外出帰省など県民の生活へのより強い措置をとらざるを得なくなります。その目的は、ひとつは、県内の医療提供体制を維持するということが大きな目標になっています。

1枚戻っていただきまして、今後の対応を判断する材料として、①から⑥までで評価をしていることにしています。これは全国同じような条件です。医療提供体制への負荷という意味では①と②ですね。ですが、既に紫のカテゴリにも当てはまる状態であります。

ただ、この最大確保病床の占有率には、実際に入院している患者さんに入院調整中の方の数を加えています。ということで68.5%という状況になっていますので、実際に137人が医療機関に入院しているわけではなくて、65人が、現在、入院調整中ですが、これらの多くは、基本的にはホテルに入ってください予備軍の方々と認識していただいてかまいません。

直近の感染状況も先週1週間と比べると、少し減少しているということと、感染経路不明の割合が、一時期は50%前後だったものが、最近は新規よりも濃厚接触者から見つかるというケースが増えてきていますが、予断を許さない状況です。

次の次をとばしていただいて、年齢の分布ですけれども、現在、第3波、429人確認されている中で、70歳代以上の患者さんの数が全部で92名、割合にすると21.4%ということで、第1波、第2波よりも高いということ。割合が高いということだけではなくて、92人という、実際に今、入院している方の数の中では、確か20人から30人ぐらいですけれども、実数の増え方というのが、やはり医療体制の負荷が大きくなるということで、重症患者さんもこの中で3名おられる、3名の方はいずれも70歳代ということです。

本日、23名の方々が確認されていますけれども、この中でも70歳代、80歳代の方々が、80代の方も3名おられるということで、今後の病態の変化が非常に気になるというところなんです。

あとは医療体制の説明ですので、詳細は割愛させていただきますけれども、年末年始の体制につきましては、基本的に在宅当番医制の中で、在宅当番をお願いできる医療機関は検査協力医療機関をお願いするという体制をとっているということと、さらに加わっていただける医療機関を現在、募っているところでございます。県からも協力金を支払いさせていただく予定です。

各医療機関、特に入院、または疑い例の対応をしていただいている救急医療機関をはじめとした医療機関の皆様方には、多大なるご苦勞をおかけしております、非常に感謝、感謝と言いますか敬意を表したいと思います。

県及び高知市も各保健所での対応で、特に濃厚接触者の積極的疫学調査に非常に労力を割いておりますけれども、何とか頑張っておりますので、引き続き連携をして、新型コロナウイルスの第3波の波を何とか乗り越えていきたいと思っております。以上です。

(会長) この医療センターの25名全員が人工呼吸器を装着している？

(事務局) 25名のうち人工呼吸管理をされているのは、現在は2名です。

(会長) そうすると、この指定病院というのは、入院基準というのはどんなものですか。

(事務局) 現在は、医療センターでは、最初から重症例という例はないですので、ひとつは、年齢が高くて基礎疾患をお持ちの方。それと、発症時から酸素が必要な中等症の方、それと、一部は、透析が必要な方とか、あと、妊娠されている方ですね。こういった方々は医療センターに入院していただいています。このところ、透析が必要な患者さんも複数出てきましたので、他の医療機関での対応が可能か、並行連携も必要になってくるかなというふうに思います。

全員が重症ですと、おそらく医療センターでの対応は、ほぼ不可能になってきますので、その他の医療機関も含めて一部の医療機関には重症例をお願いするということも念頭をお願いしていると。

(会長) 何かご発言ございませんか。

よろしゅうございますか。

はい、どうぞ。

(委員) ひとつですね、この救急医療協議会として、新型コロナの方の患者さんの移送だとか搬送に消防機関のほうに多大なる協力をいただいているんですね。本来は、指定感染症の移送というものは、都道府県知事、あるいは保健所設置市長、または特別区長が感染症指定医療機関へ移送することが可能となるということなんですけれども、なかなか県としては、その移送機関としての車がないということで、都道府県等と消防機関との間で協定等を締結して搬送をお願いしているということになったようです。

12月8日と12月9日ですけど、8日の時点で消防機関に対して、この患者さんの搬送の協力ですね。本来の救急車の患者さん搬送というものは、善意のドクターがついて、そして、搬送先のところまでついて行くのが基本なんですけども、今回は、患者さんの1分1秒というわけじゃなしに、患者さんの搬送を手伝っていただくということで消防機関

のほうにお願いしておりますので、ちょっと、そのへんのルールとして変わって、国のほうも出していますように、感染症が拡大している地域においては医師の同乗等が行えないことが想定される地域においては、予め連絡体制を確保のうえ医師の同乗を行わない対応も考えられるということが書かれておりますので、医者が乗らずに軽症患者さんの搬送は消防機関にお願いしますよ、すみませんけれども、そこはよろしくお願いします、というのを出示してもらっています。

そして、12月9日においては、医療機関向けに、患者さんの搬送において軽症であれば医師が乗らないということもあり得るということで、消防としっかり協議してやってくださいということを出していただいておりますので、今回に関しては、より暴露の機会が増えてしまって医者的人数が減ってしまっても困りますので、重症患者さんは別ですけれども、軽症患者さんにおいては、そういった文面を出していただいておりますということを消防機関、それから、医療機関のほうも、あれ、どうして医者は乗っていないんや、ドクター、どうしたんや？とならずに、今回は、緊急搬送をお願いはしているんですけども、そういったことで移送をお願いしているということで、すみませんけども、今現在は拡大地域と考えると、こういうこともあり得るということで、そういった文書を出しておりますので、皆さん、よろしくお願ひしたいと思ひます。

それでよろしいですか。

(事務局) はい。

すみません。私、先程、医療機関へのご苦勞のお礼を申し上げましたが、先程、西山先生からも紹介がありましたように、患者さんの移送を、特に、疑い例として診療して陽性が確認された患者さんや、また、病態が悪化して医療センターなどへの搬送において消防機関の皆様方に本当に多大なるご協力をいただいております、この場をお借りして感謝申し上げます。

感染症法上、第二類以上の感染症患者の移送は県知事の業務で、軽症例に関しては、保健所も車両を持っていますので、一部、現実には移送をしておりますが、やはり技術的な問題がありますので、消防機関のご協力を得て何とか業務をこなしているという状況です。

搬送にあたっては、ガイドラインを定めて、また、その資機材については、県・高知市のほうから提供させていただいたりもしております。今後もまだまだ対応は続きますので、消防機関とも連携を図り、連携といいますかご協力いただきながら対応を進めていきたいと思ひますので、今後共よろしくお願ひ申し上げます。

(委員) 消防機関のほうは、本来であったら3名乗務なんですけど、軽症患者さんの移送ということだったら、僕は2名乗務というのもあり得るんじゃないかなというふうに思っておりますけども、それは別に法律的にかまいませんかね。

(事務局) そこは、中平課長のほうで。

(委員) なるべく消防機関の方も暴露機会を減らしたいと、多分、思うと思ひますので、

軽症であれば、ただ乗っていただいているだけです。移送ですので、3名と捉えなくてもいいんじゃないかなというふうには思っておるんですけど、そのへんはいかがでしょう。

(事務局) ちょっと消防庁のほうに確認して、皆さんにお知らせできるように考えたいと思います。

(委員) それと、都道府県等においては、消防機関に必要な個人防護具を提供することや必要な費用負担等も含め適切に調整すること、と書かれておりますので、消防の方、防護具がなくなってきたら、どうぞ、県のほうに言っていただければ、おそらく県は、それはやっていただけるんですよ。

(事務局) 消防庁のほうからも、そういった資機材じゃないですけど、防護服とかテンプルであったりとかというのは、数を定期的に調査して不足する分を国のほうから配布していただいておりますので。

(委員) よろしくお願ひします。

(会長) 東京は、コロナ禍にある病院間の搬送に民間の救急車で搬送しているという、高知、普段から▲▲▲の問題があるので。

(事務局) 高知県内も消防機関の指定を受けた民間救急の業者が何社かあります。ただ、その業界のガイドライン、業界が定めた感染管理がしっかりできる民間救急の業者さんは、実は1社しかなくて、県としては、その1社の業者さんと契約を結んで、病院で治療が終わって宿泊療養施設への転院といいますか、入所が必要な方の移送をお願いしています。実際に、これまで何例か搬送をお願いしています。

その会社も、介護関係や、また、その転院のくんだり搬送などで通常業務がありますので、その予約の無い時期にお願いをしていますので、なかなか、お願いしたい時にすぐ反応できるわけでもないという制約状況がある中で、何とかご協力をいただいている実情です。

(会長) ほかにご発言ございませんか。

それでは、以上で本日の会議を終了させていただきます。長時間にわたりご議論いただきありがとうございました。

▲▲▲ (終了) ▲▲▲