

令和2年12月

関西広域連合議会第18回

防災医療常任委員会会議録

令和2年12月関西広域連合議会第18回防災医療常任委員会会議録 目次

令和2年12月12日

|   |                |   |
|---|----------------|---|
| 1 | 開催日時・場所        | 1 |
| 2 | 議 題            | 1 |
| 3 | 出席委員           | 1 |
| 4 | 欠席委員           | 1 |
| 5 | 事務局出席職員職氏名     | 1 |
| 6 | 説明のため出席した者の職氏名 | 2 |
| 7 | 会 議 概 要        | 3 |

1 開催日時・場所

開会日時 令和2年12月12日  
開催場所 徳島県議会 議会大会議室  
開会時間 午後1時30分  
閉会時間 午後4時29分

---

2 議 題

調査事件

(1) 広域職員研修

・広域職員研修の推進について

(2) 広域医療

・広域医療の推進について

・関西広域救急医療連携計画（中間案）について

(3) 徳島県ドクターヘリの運航について

---

3 出席委員 (18名)

|           |            |
|-----------|------------|
| 1番 海東 英和  | 22番 楠本 文郎  |
| 3番 富波 義明  | 24番 藤本 眞利子 |
| 5番 平井 斉己  | 27番 興治 英夫  |
| 6番 成宮 真理子 | 29番 岩丸 正史  |
| 9番 松浪 ケンタ | 30番 庄野 昌彦  |
| 12番 三田 勝久 | 32番 中村 三之助 |
| 13番 大橋 一功 | 34番 山田 正和  |
| 14番 徳安 淳子 | 36番 水ノ上 成彰 |
| 20番 尾崎 充典 | 38番 北川 道夫  |

---

4 欠席委員 (1名)

16番 黒川 治

---

5 事務局出席職員職氏名

|                |        |
|----------------|--------|
| 議会事務局長         | 古川 勉   |
| 議会事務局次長兼議事調査課長 | 高宮 正博  |
| 議会事務局総務課長      | 井野 健三郎 |

---

6 説明のため出席した者の職氏名

(1) 広域職員研修

|                |         |
|----------------|---------|
| 本部事務局長         | 村 上 元 伸 |
| 広域職員研修局長       | 田 村 一 郎 |
| 広域職員研修局次長      | 大 松 憲 司 |
| 広域職員研修局研修課長    | 山 本 佳 之 |
| 広域職員研修局参与（滋賀県） | 高 木 浩 文 |
| 広域職員研修局参与（京都府） | 高 橋 和 男 |
| 広域職員研修局参与（徳島県） | 黄 田 隆 史 |
| 広域職員研修局参与（京都市） | 藤 田 洋 史 |
| 広域職員研修局参与（大阪市） | 上 岡 忠 人 |
| 広域職員研修局参与（神戸市） | 三和田 智 子 |

(2) 広域医療

|                                  |         |
|----------------------------------|---------|
| 広域連合委員（広域医療担当）                   | 飯 泉 嘉 門 |
| 本部事務局長                           | 村 上 元 伸 |
| 広域医療局長                           | 仁井谷 興 史 |
| 広域医療局次長                          | 鎌 村 好 孝 |
| 広域医療局医療政策課長                      | 廣 瀬 和 久 |
| 広域医療局広域医療課長兼広域医療局課長（徳島県ドクターヘリ担当） |         |
|                                  | 美 原 隆 寛 |
| 広域医療局健康づくり課長                     | 蛭 原 淑 文 |
| 広域医療局感染症・疾病対策課長                  | 梅 田 弥 生 |
| 広域医療局薬務課長                        | 佐々木 啓 司 |
| 広域医療局課長（京滋ドクターヘリ担当）              | 切 手 俊 弘 |
| 広域医療局課長（3府県・兵庫県ドクターヘリ担当）         | 元 佐 龍   |
| 広域医療局課長（大阪府ドクターヘリ担当）             | 里 村 征 紀 |
| 広域医療局課長（鳥取県ドクターヘリ担当）             | 谷 俊 輔   |
| 広域医療局参与（京都府）                     | 井 尻 訓 生 |
| 徳島県立中央病院救命救急副センター長               | 川 下 陽一郎 |

## 7 会議概要

---

午後 1 時30分開会

○委員長（平井斉己） それでは、定刻となりましたので始めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

これより、関西広域連合議会防災医療常任委員会を開催いたします。

黒川委員が本日欠席となっております。

理事者側の出席者につきましては、お手元に名簿を配付しておりますので、ご覧おき願います。

それでは、議事に入ります。

本日の調査事件は、広域職員研修の推進、広域医療の推進及び関西広域救急医療連携計画（中間案）の3件でございます。

まず、広域職員研修の推進について議題とし、広域職員研修局から説明聴取の後、質疑を行います。

次に、休憩及び理事者の交代の後、広域医療の推進等について議題とし、広域医療局から説明聴取の後、質疑を行います。

調査事件終了後、徳島県立中央病院の川下医師から、徳島県ドクターヘリの運航に関する状況について、ご説明をいただくこととなっております。

本日の委員会全体の終了時刻は、16時をめぐとしておりますので、よろしくお願いいたします。

なお、議員の皆様のマイクのスイッチが入った状態でありますので、マイクに向かってそのまま発言することができます。

理事者におかれましては、その都度マイクのスイッチを入れて発言を願います。

それでは初めに、広域職員研修の推進を議題といたします。広域職員研修局の事業概要について、広域職員研修局より説明を願います。

田村局長。

○広域職員研修局長（田村一郎） 広域職員研修局長の田村でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

お手元にご覧いただけます広域職員研修局事業概要に基づきまして、ご説明させていただきます。

まず、1ページ目をご覧ください。

事業実施の方針でございますが、広域計画には3つの重点方針を掲げております。1つ目は幅広い視野を有する職員の養成及び業務執行能力の向上。2つ目は構成団体間の相互理解及び人的ネットワークの形成。3つ目は研修の効率化でございます。これらの重点方針に基づいて具体的取組としては2泊3日の合宿形式及び2日間の集中講義形式による政策、立案、演習を行う政策形成能力研修。各団体が主催する研修に、他の団体の職員が受講できる団体連携型研修。インターネットを活用した遠隔地でも研修が受講できるWEB型研修の3つを実施しているところでございます。

なお、今年度は新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、政策形成能力研修及び団

体連携型研修につきましては実施を見合わせたところでございます。

2 ページ目をご覧ください。

次に、それぞれの具体的な取り組みの概要をご説明いたします。

まず、政策形成能力研修の概要です。これは2種類ございまして、2泊3日の合宿研修と2日間の通いによる集中講義がございます。当初は合宿形式のみだったところですが、合宿形式では参加しにくいという声がありましたことを受けまして、平成29年度から集中講義型研修も実施しているところでございます。毎年テーマを設定しておりまして、合宿形式では関西における共通の政策課題等をテーマとし、実績は表のとおりでございます。集中講義形式では、統計的思考・エビデンスに基づく政策立案をテーマとしております。

3 ページ目をご覧ください。

このページに、昨年度の合宿形式による研修の詳細を記載してございます。昨年度は京都府のご協力のもと、実施させていただいております。

続きまして、4 ページ目をご覧ください。

こちらは昨年度の集中講義形式の詳細を記載させていただいております。大阪市において開催し、統計的思考・エビデンスに基づく政策立案をテーマに講義や政策立案演習を行いました。また、自治体におけるデータ利活用の実例につきまして静岡県からご紹介をいただきました。この2つにつきまして、受講者のアンケート結果を5 ページ目にまとめさせていただいているところでございます。

左上のグラフでございますが、ここでは「理解できた」「よかった」という声が多くを占めていたところでございます。また、右上の感想のところでございますが、新しい知識や手法を学べたことはもちろん、他団体の職員と横のつながりができた。他団体の職員と一つの成果を上げる大変さや達成感を経験できたなどの感想をいただいたところでございます。引き続き感染状況を見極めつつ、感染症対策を徹底し、来年度以降研修を再開できればと考えているところでございます。

6 ページ目をご覧ください。

次に、団体連携型研修でございますが、各団体で主催している研修につきまして、受講人数等に余剰がある場合に広域連合の受講枠を設けていただき、ほかの団体の職員を相互に受講されているというものでございます。ほかの団体にないような独自性のある研修など、幅広い研修メニューを各団体から提供いただき、構成団体職員の受講機会を増やそうというものでございます。

実績は下の表のとおりございまして、平成24年度から開始して、提供研修数、受講者数を徐々に増やしているところでございます。昨年度は35の研修を、延べ323名の職員が受講いたしました。

7 ページ目は、昨年度の研修の一覧を掲載させていただきましたので、ご参考にご覧ください。

団体連携型研修につきましても、受講者や各団体のご意見を参考にしながら、さらなる充実に努めてまいりたいと考えているところでございます。

最後に、8 ページ及び9 ページ目をご覧ください。

WEB型研修でございますが、インターネットを活用して、1会場で行われている研修をほかの会場に同時配信して、遠隔地の職員が同時に受講できる体制を構築しようというものでございます。今年度からはサテライト会場を設けず、受講者が職場や在宅で受講する形態での実施も進めており、より一層効率的で受講しやすい環境づくりに努めてまいります。今後とも提供いただく各府県市のご協力をいただきながら、提供運営の拡大に努めていきたいと考えているところでございます。

広域研修局で実施している取組は以上でございます。

引き続き、研修内容を精査しまして、広域連合が実施するにふさわしい研修を計画、実施してまいりたいと考えております。どうぞよろしく願いいたします。

○委員長（平井斉己） ありがとうございます。

それでは、質疑に移ります。ご発言があれば挙手を願います。

中村委員。

○中村委員 京都市の中村三之助でございます。

これまで、研修がここ10年の中でいろいろ多岐にわたって行われているという経緯については承知しておるのですが、ここでお尋ねしたいのは、こういった広域連合で研修をするという意義ですね。以前からも指摘を受けたのが、それぞれの自治体で同じような研修を網羅すると。屋上架屋をするような、そういった研修であっては駄目ではないかというような中でお取り組みいただいてきていると思うんですけども、まずそういったところでの、今後のこと、今年は特にコロナでありましたので、具体的には、集まるということがありますけども、そういう研修テーマの決定については、どのようなお考えなのか、これ1点と。

それと、研修があっても行けるのは各自治体で二、三名の程度の人数です。10年そこそこの職員が行っているということですけども、その研修を受けた本人は、それなりに成果はあったと思うんですけども、その研修成果なり、また研修内容が、ほかの多くいる職員に対して、何か発信できるようなお取り組みというのはされているのかどうか、また考えられているのかどうか。要は参加者から、それぞれの自治体の公務員に対して発信して受け継げるのかですね。こういったところでの取り組み内容のお考えはどうか、まずその2点についてお伺いします。

○委員長（平井斉己） 田村局長。

○広域職員研修局長（田村一郎） まず、テーマ設定についてでございますが、この合宿型の研修につきましては、地域を持ち回りしまして、その地域のところ、構成団体のところ、そのところと協力をいただきながら、その場所でやるときにふさわしい課題とか、そういったものを出してもらって、関西という広域的な視点の中での検討ができるようなテーマというのを上げるという形で、それをテーマ設定させていただいております。例えば昨年度ありました京都市で開催させていただいたときには、この2ページ目でございますように、文化資源を活用した地域振興というのを掲げていたんですけども、私も研修を見てもみると、各団体ごとに、その文化の背景がもろもろ違ったりするわけでございます。そういった中でありますけれども、ともすると自分の県のところだけの視点だけで考えがちなところがある。ほかの団体のところでの背景を持った視点のところへの

議論というところが加わって、新たな視点として振り返って自分のところの文化というものを考えていく、文化振興ですね。考え直してみるということを皆さんがされているように感じたところでございます。

いずれにしても、テーマ設定につきましては、広い視点で共通的にできるようなものをテーマ設定していただいていると考えたところでございます。

それから2点目にご質問がございました、この成果は各団体に帰ってどう広げていっているのかと、こういったご質問ございました。もちろん各構成団体は、まず自分たちで独自に研修をしておると、そこに加えまして、この広域連合の研修というものがあるわけですが、委員ご指摘のように、確かに出ていらっしゃる方というのは、構成団体の全職員からすると一部の方でございまして、その方々が帰ってきて、その後こんなだったよとかって広げるとか、そういった広げられることを、この広域職員研修局のほうが、あえてするという事は、今までできてないところではございます。各団体の中でそこをどう活かすのかということについては、そこの各団体に考えていただいているというのが実情でございます。この研修で得られた方々それぞれが、知識等を身につけたことと、もちろん団体の中で発揮されるのもございますし、あと、実際に大きいなと思っておりますのが、そこで人のつながりができたというところでございます。と申しますのは、やはり我々仕事をしてまいりますと、似たようなことを他団体ではどういうふうなことをやっているのだろうか、そういったこともいろいろ参考にしながらやっていくということがございます。そのときに、やはりどうしても全国どこでやっているのかというよりは、まず関西の近隣の他府県である府県市のところで、どういうところをしているのかなというところが上がってくるわけではございまして、そういったときに、こういったつながりのところからどんどん話をつないでいってもらって、実際に通り一遍でない、もう少し深いところでの、それぞれの取り組みの真意なんかも教えてもらいながら、自分のところに活かすと、こういったことをしているという状況でございます。

以上でございます。

○委員長（平井齊己） 中村委員。

○中村委員 大体おっしゃっているところはよく分かります。ただ、研修といっても、それぞれ2泊3日なり、それなりにお金をかけてやっているわけです。個々にレベルアップを図る。これは結構なことですが、やっぱりそれらが持って帰って、それぞれの構成団体に還元できる内容でやっていくというのが大事だと思うんです。そうやって、懇親を深めて、個々がそれなりにレベルアップして、それで終わりというところだけじゃなくね。それは何も否定しませんが、もう一歩進んだ形ということで考えてほしいなということ。

それと、還元を今後していくときのツールとしては、これからWEBを使っていくということで、リモートによることが最近多くなっているので、そういったWEB型の研修をもっと充実させて、それらの内容を、それぞれの団体が活用できるというか、この広域連合でやった研修内容がそれぞれの県市でも、担当の部署において活用できるというようなものに作り上げて発信していく、というようなこともあってもいいんと違うかなと、周りからもより認めてもらえる。そういった形として発信できるなど、そんなお思いを持つん

です。ご見解をいただきたいと思います。

○委員長（平井斉己） 田村局長。

○広域職員研修局長（田村一郎） 今、委員からご指摘ございましたように還元するといったことは、非常に重要なことだと私も思います。そのところが今、各団体任せに若干なっていたところもあって、そういった視点も、これからやっていく研修の中では、視点も入れながら設定なり、仕掛けなりとかも考えていくということをやっていきたいと思います。

それから2点目でございますけども、WEB研修、こういったものが、これまでもやってきたわけでございますけども、ご指摘のとおりこのコロナになって、実は県庁の中の研修でも、やっぱりWEBを使っていくとかも普通になってきたりというところでございます。なお、この関西という広域の中でやるにおいては、このWEBが非常に有効であると考えているところでございます。

今年度は徳島県さんが新たに、この9ページ目でございますけども、WEB型研修の主催で参加、協力いただけるという形になったところでございます。各構成団体の、ほかの団体にもご協力をお願いしながら、こういったものを広げていって、なお、この広がりがある、多様な研修を、WEBでできるといったものを充実させるように努力してまいりたいと思います。

○中村委員 ありがとうございます。以上です。

○委員長（平井斉己） 他にご発言はございませんか。

よろしいですか。

それでは、ご発言も尽きたようでありますので、本件につきましては、これで終わらせていただきます。

ここで、理事者の交代のため一旦休憩を挟み、理事者の皆さんはご退席いただいて結構でございます。

なお、再開でありますけども、午後1時55分に再開させていただきますので、よろしくお願いいたします。

午後1時48分休憩

午後2時05分再開

○委員長（平井斉己） それでは、休憩前に引き続き、防災医療常任委員会を再開いたします。

次に、広域医療の推進を議題といたします。

理事者側におかれましては、発言の際はマイクのスイッチを入れてからご発言願います。

それでは、広域医療担当の飯泉委員からご挨拶をお願いいたします。

○広域連合委員（広域医療担当）（飯泉嘉門） 平井委員長さんをはじめ、防災医療常任委員会の皆様方におかれましては、日頃からそれぞれの府縣市、それぞれの行政のことはもとよりのこと、関西2,000万府民・県民・市民の皆様方の安全・安心のために日々ご尽力をいただいておりますこと、この場をお借りしまして厚く御礼申し上げたいと存じます。本当にどうもありがとうございます。

さて、私が担当させていただいております広域医療の分野におきましては、それぞれの

府県が持っております3次医療圏、これを越える日本初の概念であります関西を一つとする「4次医療圏“関西”」、この皆様方の安全・安心、少しでも向上できるようにと所管をさせていただいているところであります。

特にこの中で特筆すべきものにつきましては、何と言ってもそれぞれの府県が持つドクターヘリ、これを共同運航する7機体制ということで、これによって救命救急効果最大に発揮することのできる30分以内、こちらを達成することができるとともに、平時はもとよりのこと、いざ発災となった場合には、ここに奈良県のドクターヘリ、こちらを加え8機体制によって一気に助かる命を助けていく、こうした体制をつくり上げるとともに、これまではドクターヘリの空白区と呼ばれていた香川県、あるいは福井県といった関西広域連合の隣接エリアにドクターヘリを導入する。そうした機運も作り上げてきたところであり、これからも、それぞれの府県に対しての二重・三重のセーフティーネットはもとよりのこと、隣接をするエリアに対しての平時、そして災害時に対しての支援、これをより強化をしまいる所存であります。

また、今一番大きな課題となっておりますのは、人口減少、災害列島に加える3つ目の国難という新型コロナウイルス感染症への対応であります。この点につきましても関西広域連合、広域医療、こちらの部分につきましては、それぞれの府県市が持っております、さまざまな医療資機材の相互融通、あるいは検査体制におきましても、足りない場合には隣接をするところが応援をする。そして、何よりも看護師、保健師など医療人材、こうした点についてもお互いで相互融通をし合う、今では喫緊の課題として大阪府、その医療崩壊を何としても防がなければならないということで、看護師、あるいは保健師、こちらの派遣を、まずは関西広域連合構成府県で、そして、それでもなかなか足りない分につきましては、全国知事会にも要請をさせていただきまして、その隣接のエリアから看護師、保健師の皆さん方を派遣する。このような体制をとっているところであります。

今日は特にこの中で、次の新たないわゆる関西広域救急医療推進連携計画についての中案、こちらについてご提示をさせていただきまして、また各委員の皆様方から大所高所からご意見を賜り、最終の成案にさせていただければと、このように考えております。

どうか皆様方には関西広域連合、この全体2,000万府民・県民の皆様方の安全・安心がより進みますよう、ご示唆賜りますようよろしくお願いを申し上げまして、まずは冒頭のご挨拶とさせていただきます。本日は、どうぞよろしくお願いいたします。

○委員長（平井斉己）　　ありがとうございました。

それでは、広域医療の取組について、広域医療局長より説明を願います。

仁井谷広域医療局長。

○広域医療局長（仁井谷興史）　　失礼いたします。広域医療局長の仁井谷でございます。

私からお手元の横置き資料の2に基づきまして、広域医療の取組のご説明をさせていただきます。

○委員長（平井斉己）　　どうぞお座りください。

○広域医療局長（仁井谷興史）　　失礼します。

資料をおめくりいただきまして、まず1ページでございます。関西広域救急医療連携計画の全体像でございますが、3年に一度の改定をして進めているこの連携計画でございます。

す。現行の計画が平成30年度から令和2年度までということでございまして第3期の計画を推進してございます。

基本理念は、「安全・安心の4次医療圏“関西”」を掲げまして、府県域を越えた広域救急医療体制の充実・強化を図っているところでございます。

中身は、大きく3本柱でございまして、1つ目の広域救急医療体制の充実といたしましては、府県域を越えたドクターヘリの一体的な運航などを推進しております。2本目の柱でございまして、災害時における広域医療体制の強化といたしましては、災害医療コーディネーターの要請、あるいは訓練の実施などを進めております。3本目でございまして、その他様々な課題解決に向けた広域医療連携体制の構築といたしましては、依存症対策、あるいは薬物、危険ドラッグ防止対策など、様々な新たな課題に対する連携を深めているところでございます。これらの取組につきまして、第三者機関であります関西広域救急医療連携計画推進委員会を構成してございまして、専門家の先生方から専門的な見地からの客観的な評価をいただきながら計画の円滑な推進を図っているところでございます。

おめくりいただき、2ページをご覧ください。

今年度の主な取り組みをご紹介します。まずは、何といたしましては新型コロナウイルス感染症への対策・対応でございまして、関西広域連合におきましては関西で初めて感染者が確認されました1月28日、これは、奈良県での感染確認でございましたけれども、その日に直ちに新型コロナウイルス感染症対策準備室を設置いたしました。

また2月25日に政府のコロナ対策の基本方針が定められ、全国知事会におきましても緊急対策本部が設置されたことを受けて、関西広域連合におきましてもその週末でございましたけれども、3月1日の連合委員会におきまして、関西の圏域における対応状況を共有し、翌日づけで関西の対策本部の設置をしたところでございます。それ以降11回にわたり対策本部会議を開きまして、管内での発生状況、あるいは構成府県市における検査医療体制などについての情報共有、そして相互支援の枠組みづくりを行って対応を進めてきたところでございます。

おめくりいただきまして3ページをご覧ください。

実際に構築しました相互支援の仕組みでございまして、3月15日の第1回の対策本部会議におきまして、3つの連携を進めるということをおし合わせたところでございます。一つは医薬品・医療資機材、そして医療専門人材の広域融通調整、そして検査の広域連携また広域的な患者受入体制の連携、この3つでございまして、それぞれの実績といたしましては、やはり資機材の相互連携というものが最も多うございまして、京都市さんからの要請に伴いまして、鳥取県からサージカルマスクの支援をいただいた。あるいは滋賀県、兵庫県さんに対しまして、鳥取県さんからフェイスシールドの支援を行った。

また、重症者対応のためにはECMOという高度な医療機器を操作する必要がございますが、その専門人材というのを、学会が構成しております「ECMOネット」というところで、いわば人材派遣、あるいは助言を行うという仕組みが構築されております。そちらとの連携、連絡体制の構築も行ったところでございます。

また、直近でございまして、大阪府さんからの要請に伴いまして、連合管内から看護師、保健師または薬剤師、その他専門人材につきましても派遣を予定しております。看護師に

つきましては連合管内から15名、奈良県さん含めると17名の派遣を予定しております。また保健師さん、薬剤師さんなどにつきましては7名の派遣を予定しており、一部は既に派遣済みとなっております。

検査の広域連携につきましては、かなり初期の段階ではございましたけれども、和歌山県さんからの要請に伴い、大阪府さんにおきまして150検体の検査を受け入れたところでございます。

また、広域的な患者受入体制でございます。こちらは実際に発動したわけではございませんけれども、いざという場合ということで申し合わせをしてございまして、無症状・軽症の方へ対応、中等症の方への対応、重症、重篤者の方への対応という、それぞれの症状の重さに応じてどういった対応をするかという申し合わせをしているところでございます。今回、大阪府さんに対する人材の派遣というのは、まさにこの一環という位置づけもできようかと思っております。

おめくりいただきまして4ページをご覧ください。

その他の対応といたしまして、まず第1波における経験の共有を夏の段階でいたしております。第1波のときにはなかなか検査、あるいは医療の提供体制など各県市におきまして整っていない段階で、難しい対応を迫られたところでございます。その課題の洗い出しと共有を行っておりまして、例えば検査体制につきましては、当時、濃厚接触者の方でどこまで検査をするのかということが、対応にそれぞれ悩んでいるということございましたけれども、やはり症状の有無に関わらず幅広く検査をすべきであるという知見を共有し、今やこれがナショナルスタンダードになっているというところでございます。

また、医療提供体制につきましても、病床確保でありますとか、入退院の基準の弾力化といったこと、また空床確保料の上乗せが必要ではないかといったことにつきましても、ノウハウを共有しまして、国にも提案し、まさにこれが受け入れられたということもございます。

また、関西圏におきましてもICU拠点の整備の必要性というものを早い段階から、大阪府さんなどから声を挙げていただいております。実際にその整備がまさに進んでいるということになってございます。

(4)でございますが、経済団体との連携といたしましては、関西圏の経済団体に、これも春先、非常に物資が逼迫していた頃でございますが、物資の増産、流通の拡大、あるいは物資の寄附などを頂いたところでございます。

また、基金からの寄附を関経連さんからも頂いております。総額は5億4,100万円の寄附を、それぞれ構成団体におきまして有効活用させていただいております。

(5)でございますが、国への提案といたしましては、折に触れ、緊急提言をいたしております。先ほども少し触れました空床確保料の拡充でありますとか、医療機関における設備整備の支援、医療従事者への慰労金の支給、また指定感染症の位置づけについての検討といったものに反映していただいているところでございます。

管内におきまして、専用施設の整備も進んでございまして、神戸市立医療センターにおきましては11月9日から、臨時の病棟におきまして専用施設の運用が始まってございます。また大阪府さんにおきましても12月の中旬以降、大阪コロナ重症センターの運営が始まる

こととなってございます。

おめくりいただきまして5ページをご覧ください。

以下、コロナ対応以外の広域医療の取り組みでございます。

まず、最初に広域救急医療体制の充実でございまして、何よりも中心的な取り組みでありますドクターヘリの運航実績でございます。これまで第1次、第2次、第3次という計画期間に応じまして、順次ドクターヘリの体制の充実を図っておりまして、最も初期の平成24年度から26年度までの第1次の計画期間におきましては、3府県ヘリ、大阪府ヘリ、徳島県ヘリ、和歌山県ヘリ、兵庫県ヘリという5機体制からスタートしております。その次の第2次の計画期間におきまして京滋ヘリが加わりまして、これによって30分以内での救急医療提供体制が確立されたところでございます。また、第3次の計画期間におきましては、鳥取県のドクターヘリが加わりまして、これにより7機体制となったところでございます。

平成28年の熊本地震の際には徳島、兵庫、3府県への、いわゆる西側3機が熊本に支援に行くと、そして残った東側3機で管内全域をカバーするという体制でございましたけれども、7機体制となったことによりまして、今後類似の事象が起きても連合管内で戦力を半減させない体制が確立できたところでございます。

さらに周辺地域との連携も進めておりまして、関西広域連合での取り組みが周辺の福井県、香川県、また東京都などでのドクヘリ導入の「呼び水」になっているところでございます。

おめくりいただきまして、6ページをご覧ください。

近隣県との連携でございます。管内での連携はもとより近隣県との連携も進めることで、二重・三重のセーフティーネットの拡大を進めてございます。近いところでは平成30年度でございますが、徳島県と高知県の協定に愛媛県が加わって、改めて相互応援を開始しました。また、福井県につきましては、京滋ヘリが福井県嶺南地域への運航を開始しました。また和歌山県と三重県の協定に奈良県さんも加わっていただいて、相互応援が強化できているというところでございます。今後ともこの連携強化を進めてまいります。

おめくりいただきまして7ページが、これを図に落とししたものでございます。二重、三重のセーフティーネットが確立できているというものでございます。

おめくりいただきまして、8ページをご覧ください。

ドクヘリに実際に乗る方の育成というのにも力を入れております。フライトドクター、フライトナースの養成者数でございますが、令和2年4月時点で231名を養成できたところでございまして、推進計画で目標として掲げておりました174名を大幅にクリアしているところでございます。

また、これらの人材がしっかりと顔の見える関係をつくって、いざというときの連携が進むようにということで、基地病院の間での交流・連絡会にも力を入れてございます。フライトドクター、フライトナースのスキルアップ、情報共有、平時及び災害時の連携強化を図ることを目的としておりまして、いわゆる「陸の連携」と我々呼び名で表しておりますが、その連携の強化に努めているところでございます。

おめくりいただきまして、9ページをご覧ください。

ドクヘリのランデブーポイント、臨時着陸場につきましても、市町村あるいは消防機関をはじめとする関係機関と連携を図りながら順次拡大を進めてございます。令和2年4月時点で3,192か所の設定ができてございまして、こちらにも計画目標を大きくクリアしているところでございます。

また、ドクヘリ以外の消防防災ヘリ、あるいは自衛隊ヘリなどとの連携も進めてございます。出動要請が重複した場合や大規模事故が発生した場合などに備えた連携でございまして、例えば消防防災ヘリにつきましても、フライトドクターも乗っていた形での、いわゆるドクヘリ的運用も進めていただいているところでございます。また自衛隊ヘリにつきましても、ドクヘリではできない夜間における運航性能が確保されている。また輸送能力が非常に高いということがございますので、これらの特性を活かした形での連携を進めているところでございます。

おめくりいただきまして、10ページでございます。

こうしたドクヘリにつきましても、様々な方に知っていただきたいということで、各基地病院におきましてドクヘリの見学会を実施してございます。今年度は、なかなかコロナの関係で難しゅうございましたけれども、ドクヘリの動画も作りまして、現行のホームページに掲載をし、皆様にご覧いただける状態にしてございます。

その他の医療連携といたしましては、周産期医療の広域連携というものも進めてございます。周産期への緊急医療に対応可能な医療機関が確保できない場合に、他府県での受け入れを行うという調整を行っているところでございまして、こちらにつきましても近畿ブロック、いわゆる福井と三重も加えられた形での広域連携の検討会を行っているところでございます。

おめくりいただきまして、11ページご覧ください。

2本目の柱でございます、災害時における広域医療体制の強化でございます。

まずは、人材の養成ということで、東日本大震災、あるいは熊本地震の際の支援活動での課題を踏まえ、被災地での医療を統括調整する災害医療コーディネーターが重要であるということでこの養成に努めております。現在、災害医療コーディネーター501名がおりまして、顔の見える関係を築くための合同研修会を実施しております。今年度におきましては、特に集まっての研修が難しいということで、オンラインで開催する予定といたしております。

12ページをご覧ください。

医療機関のBCPにつきましても、各医療機関におきまして策定が必要であるというところでございますが、策定に当たっての様々なノウハウ、知見というものを共有するためのセミナー、研修会などを開催いたしまして、現在は連合管内全ての災害拠点病院でBCPの策定が完了いたしております。

また、府県域を越えた災害医療訓練の実施も行っておりまして、災害対応力の強化に努めてございます。例年は内閣府が実施しております大規模地震時の医療活動訓練でありますとか、あるいは近畿地方DMATブロック訓練などに参加しているところでございますが、今年度はコロナの関係もございましたので図上訓練という形で実施をしてございます。

一方で図上訓練ではございますが、災害時の医療情報システムでありますEMISにつ

きましては、入力訓練を行うという形で訓練の充実を図っているところでございます。

13ページをご覧ください。

広域的な被災地支援の実績といたしましては、先ほども少し触れましたけれども、28年度の熊本地震の際には、DMAT事務局からの要請により西側3機を被災地に派遣し、残る東側3機による管内全域のカバーということを行ってございます。また、平成30年度の大阪府北部地震におきましては、発災3時間後にはドクヘリ5機の出動待機を要請しまして、そのうちの2機が実際に出動し、3名の患者を搬送したところでございます。この大阪府北部地震の際には、奈良県ヘリさんにも出動の待機に応じていただきまして、このことが契機となりまして、災害時には奈良県ヘリも含めた近畿ブロック8機での運航体制を構築しようということで、現在検討を進めているところでございます。

14ページをご覧ください。

ヘリ以外の災害医療でございますが、薬剤、医療資機材の確保のために業界団体との連携、また薬剤師さんにも訓練に参加いただくということでの体制強化に努めております。

それからDPATでございます災害派遣精神医療チームでございますが、災害の発生時には被災地におきまして、精神保健医療機関の機能が一時的に低下をするということになりがちであるとか、被災者の方も災害のストレスを要因として、新たな精神的な問題を抱えがちであるという問題が明らかになってございます。この問題に直ちに対処するためにDPAT、特に先遣隊の設置を進めまして、発災後、おおむね48時間後以内には活動を開始できるようにという体制を強化いたしております。平成28年の熊本地震の際には大阪府、兵庫県、徳島県の3府県で、この先遣隊が設置されておまして、熊本において実際に対応を行ったところでございますが、その後、各府県におきましても設置が進んでございます。令和2年度中には、全ての構成府県で設置ができる見込みとなってございます。

15ページをご覧ください。

最後の3本目の柱でございます。その他の医療課題への対応でございます。まずは依存症対策といたしましては、ギャンブル依存症対策につきまして、平成28年のIR推進法の成立後、関西統合型リゾート研究会から国に対しまして体制整備の支援などの提言を行いました。これが反映される形で、平成30年にギャンブル等依存症対策基本法が制定をされまして、現在、各都道府県におきまして対策の推進計画の策定が進められているところでございます。その他のアルコール・薬物などを含めました依存症対策全般につきましても、管内における取り組みの情報共有などを行っているところでございます。

また、ジェネリック医薬品の普及促進でございます。実は、今年の9月が国における目標の設定、使用割合80%ということで行ってございましたけれども、先頃、国のほうから公表された実績によりますと78.3%ということで、もう少しというところになってございます。都道府県別のデータ公表がまだでございますので、関西においてどこまでいっているかというのは、今後確認をしたいと思っておりますが、いずれにいたしましても構成団体が連携した形での普及促進を今後とも進めてまいりたいと考えております。

16ページをご覧ください。

薬物乱用防止対策でございます。こちらにつきましては平成26年に大きな動きがございまして、まず、危険ドラッグの撲滅に向けた緊急アピールの発出、そして国への緊急提言

を実施いたしましたところ、衆議院厚生労働委員会の参考人質疑に関西広域連合で広域医療を担当しております飯泉知事が出席をさせていただきまして、危険ドラッグ撲滅対策の必要性というのをご説明させていただいたところでございます。

このことが反映される形で旧薬事法の改正、そして全ての構成府県での条例制定というものが行われまして、現在では危険ドラッグの街頭店舗は根絶ができたということになってございます。ただ、店舗型のもは根絶できましたけども、インターネット、あるいはSNSを通じました密売でありますとか、特にそういった形でのSNSなどで若者が使う事案、そして大麻を使うという事案が、まだまだなくなっていないところでございます。これらの撲滅に向けまして、引き続き取締り機関を含む合同研修会を実施しまして、県域を越えた連携体制の取組を進めております。

最後に17ページをご覧ください。

(5) でございますが、子どもの事故防止対策というのも進めてございます。現在、全国で大体年間に約300人のお子様が窒息、水の事故、その他日常生活上の不慮の事故で亡くなれるというようなことになってございます。これを何とか減らしていこうということで、消費者庁が取組を強化しておりまして、実は徳島を実証フィールドとした取り組みの強化が図られているところでございます。これをさらに関西全体にも広げていきたいということで、昨年10月に合同の研修会をさせていただきました。今年度も年明け1月にWEB配信の形での研修会の開催を予定しているところでございます。

また、その他の広域医療の調査、広報といたしまして、先進医療が受けられる医療機関の情報の発信でありますとか、あるいは遠隔医療などICTを活用した次世代医療についての先進事例の情報共有などを行ってございます。来年度からの次期計画におきましても、5Gを活用した遠隔医療のさらなる推進、医療ビッグデータの利活用の促進、コロナ後のインバウンドの増加を見据えた外国人環境対応の強化なども盛り込んでまいりたいと考えております。

資料2の説明は以上でございます。どうぞよろしく願いいたします。

○委員長（平井斉己） それでは、質疑に移ります。ご発言がございましたら挙手願います。

三田委員。

○三田委員 大阪府の三田です。本日は大阪から大橋議長、そしてまた松浪委員、山田委員が参加させていただいておりますけれども、大阪を代表いたしまして一言御礼のご挨拶させていただきます。

このたびのコロナウイルス感染症におきまして大阪府では赤信号が灯りまして、重症者の患者数が、患者率が70%を超えるような事態が起きました。そして看護師の不足が叫ばれる中、吉村知事から関西広域連合にお願いをさせていただきました。

先ほど飯泉委員からもお話がありまして、このたび大阪府のほうに派遣が決まりました。本当にありがとうございました。

大阪府では、何とかこの第3波を抑えるために全力を尽くしておりますけれども、どうぞまた今後とも皆様方よろしくお願い申し上げまして、一言御礼のご挨拶とさせていただきます。本当にありがとうございました。

委員長、ありがとうございました。

○委員長（平井斉己） それでは、他に質疑ございませんか、ご発言あれば挙手願います。

成宮委員。

○成宮委員 広域医療局から詳しいご説明ありがとうございます。

ドクターヘリについて伺いたいと思います。今日のご説明で順次7機体制でしてきたことや、人材の育成も含めて、すごくカバーをし、有効に人命救助につながったというお話ございました。同時に伺いたいのは、ドクヘリでは限界があったりとか、要請に答えられなかったりとか、これは、あとの第4次医療計画にも少し資料が出ておったところですけども、そういう場面は具体的にどのようなにあるのかとか、キャンセルになったりとか、そもそも、その運航時間が日没までということですし、あと京都の北部で言いますと、冬場は悪天候、強風なんかなかなか大変だと現場から伺っております。京都では、これ特別な例で米軍のレーダー基地がありますけれども、レーダーが停波されずに、ドクターヘリが要請されたにも関わらず行けなくて、救急車でランデブーポイントに運んだということも一昨年ありました。そういうドクヘリではいろんな条件で限界があり難しいというようなことは、実情がどのようなになっているのかをまずお聞きしたいなと思います。

○委員長（平井斉己） 飯泉委員。

○広域連合委員（広域医療担当）（飯泉嘉門） 今、成宮委員のほうから、お話いただいたところがほとんど駄目なところ。とにかくまず夜間、悪天候、ここが難しい。京都の場合にはお話があったように米軍のレーダーサイト、ここも申入れを直ちにさせていただいたわけではありますが、特異な事例としてございます。

また、もう一つは、今の新型コロナウイルス感染症の中で、実は、これ日本航空医療学会から、既に4月の段階で申合せ、これがなされておまして、例えば、陽性患者であることが明らかな場合、あるいは、それが疑われる場合には、ドクターヘリでは搬送しないこと、このようになっております。ですから、先ほどお話をいただいた点に加えて新型コロナウイルス感染症の陽性患者、または、それが疑われる患者さんについては、搬送ができないという形となります。

ただ、例えばキャンセルになったというお話もあったところではありますが、関西広域連合の管内では、実は平成23年度からフルセットで1年間飛んでいるわけではありますが、このときには1,792件出動がございました。その後、どんどん運航のヘリの数が増えまして、令和元年度では4,470回飛んでいるんです。ということでこの間、何と2.5倍、もちろん空振りもございます。というのは3府県ヘリの行う方式、キーワード方式というのがあります。現場の救急のほうから、ある一定のキーワードが発せられた場合は直ちに飛ぶと、もちろん空振りを恐れないという形がありまして、これはこの7機体制のほうにも引き継がれてきているところでありました。

そうした意味では、今おっしゃるキャンセルというよりも、我々としてはとにかくキーワード方式で飛ぶと、そして万が一、「しまった」ということがないように、空振りを恐れないと、これは積極的な意味でキャンセルがあり得ることになります。以上です。

○委員長（平井斉己） 成宮委員。

○成宮委員 ありがとうございます。

具体的に、この夜間で飛べなかった、または要請があったけれども悪天候で、そしてコロナで残念ながら搬送を断念したというのは数としては上がってきてるわけでしょうか。

○委員長（平井斉己） 仁井谷局長。

○広域医療局長（仁井谷興史） 数として個別に把握しているわけではございませんが、仮にドクターヘリが出動できない場合でも、いわゆるドクターカーを派遣しまして、必ずドクターが現地に駆けつけができるような体制というのは、各基地病院において工夫をして構築されていると聞いております。

○成宮委員 分かりました。

○委員長（平井斉己） 他にご発言はございませんか。

楠本委員。

○楠本委員 和歌山県の楠本でございます。

幾つか確認を含めてお尋ねさせていただきたいと思います。

とにかく広域行政ということで、このスケールメリットが最大限活かされるというテーマで考えれば、災害、それから救急、そして委員おっしゃられている感染症対策というのは府県境がありませんから、まさに広域でもって対応していくということが本当に必要なものだと理解をしているところです。

その意味で飯泉委員は知事会の長もされておりますから、かなり網羅、網がかかるわけですね。そういう面から見て、やはり関西圏も含めて、国に対して意見を言い続けてきたことが成果として反映しているという部分も、私どもから見ても多々はっきりあるわけです。それはこの場ですから、関西広域連合としてこういうことを申し上げて、今こまできていますよというような点のご説明をいただければ、ありがたいなと思います。

○委員長（平井斉己） 飯泉委員。

○広域連合委員（広域医療担当）（飯泉嘉門） 特に広域医療を所管させていただいておりますので、広域医療の面からの点を申し上げたいと思います。

例えば、今ドクターヘリが話題となりました。実は国のドクターヘリの補助金というのは統合補助金の中に入っております、実際には3府県ヘリをはじめとして多くのヘリコプターを運用しているこの関西広域連合では、いつも予算が欠落をするということになっておりました。そこで、これは構成府県市がばらばらにやるのではなくて、関西広域連合として厚生労働省に申入れをした結果、実はこの統合補助金の中で別枠方式になりまして、そしてドクターヘリの予算についてはその後、満額がつくようになりました。

ただし、別枠でも統合補助金の中には入っているものですから、ほかの項目が実は要請をした分の、例えば半分とか、こういった形で大変厳しい結果になり、ここは特に和歌山の仁坂知事さんが「それ以外の点がきついではないかと、ここの部分を」ということで言われましたので、もともとはドクターヘリ、これだけ全国に普及してまいりましたので、そもそも統合補助金の外へということは今言い続けているところでありました。これがもし実りましたらドクターヘリは10分の10がきっちりつくようになりますし、またドクターヘリが増えることによってほかの医療資機材などの補助金が落ちることが無い様になりますので、今ではそちらに重点を移しているところでもあります。

○委員長（平井齊己） 楠本委員。

○楠本委員 楠本です。めったに聞ける話じゃないんですね、今のは。財政的なものでも説明はなかったかと思います。非常に参考になったんですけども、とにかかくにも今、大阪からお話がありましたように感染を止めないかん。検査体制を飛躍的に増やして、早く発見をして、早く入院もしくは治療的な処置をしていくということが一刻も猶予もならないということで、かなりこの関西広域連合としても意見を申し上げてきたかと思うんです。この点の一つの問題、エピセンターと言いますか、無症状の若者のPCR検査をどのように実施していくのかというのが、和歌山にとっても大きな課題になって、ご承知のように仁坂知事を先頭とにかかく徹底してPCRをたくさんやっていると、私ども把握をしているところなんです、これが全体として、関西全体に広がっているのかどうかというのは心配をしています。これが1点。

もう一点は、医療危機、崩壊が近いというような報道もありまして、皆さんがこれについてはどうなるのかという戦々恐々というところもあります。その運営に対しても呼びかけられているわけなんですけれども、やっぱり医療機関が、この年を越えられるようにと、それから看護師さんで辞めていく人が出てきましてね。とても苦しくて続けていられないというようなところも、まあまあ見られてきています。そういうことを防ぐためにも、ただ頑張れ、頑張れ、おおきに、おおきにだけではいけない、体制的な補償というのが要ると思うんです。病院の経営上でも補償すると、その分と言えば空床補償で5万2,000円が7万1,000円に引き上げられると国の補正で何とかすると答えられていますから、飯泉委員であればご承知だと思うので、そんなことを含めての成果と課題ということでお示しいただけたら、ありがたいです。

○委員長（平井齊己） 飯泉委員。

○広域連合委員（広域医療担当）（飯泉嘉門） 2点いただきました。

まずは検査体制ということでありまして、これは特に、和歌山の仁坂知事さんが徹底的にこの検査をやっていくと、こうしたことが一つの引き金となり、全国知事会のほうからも、これは厚生労働省、WEBでよく、会議を歴代大臣とやってきているわけですが、これを求めたところ、まずはPCR検査というだけではなくて抗原検査、こちらをやることによって、実は早く結果が出ると。こうした体制も増えてきたところであり、今では国においては1日当たり20万件、この検査体制を目指していく、この方向になっております。

またさらには、今エピセンターの話も出たところではありますが、先般、こちらは菅総理のほうから、例えば高齢者施設においてはクラスターが、徳島をはじめ関西広域連合一円でも多く発生をし、今、全国では大きな課題となっている。しかも高齢者の皆さん方はリスクを抱えておりますので、その意味では重篤化しやすいということがあり、施設の中で、その入所者の方、あるいは介護をする方どちらでも、一人でも、もし陽性患者が出た場合は施設全員に対してPCR検査を行うと、今こうした方向が取られ、とにかかく今の段階、ここではいわゆる重症化を防いでいく、そして一人でも死者を少なくすると、こうした状況に日本の最前線は移ってきているところでありまして、今では、それぞれ、例えば従来は帰国者接触者外来、こうしたところで対応していたものを、11月からはそれぞれ日にち

に差はありますが、かかりつけ医が対応をする診療検査医療機関、こうしたところに対応することができ、診療とそして検査を行うことができました。多くのところでは、ここは抗原検査を行って、そして直ちに結果を出していくと、こうした体制が取られているところでもあります。

次に、2番目として医療危機をどのようにして防いでいくのか、この点であります。ちなみに医療危機状況といったものについては、今、国においては、この新型コロナウイルス感染症の状況を4つの段階に分けております。

そして、まず最初に危機が訪れてくるのがステージ3、今これがよく話題となっているところではありますが、例えば今持っている病床数どのぐらい埋まったのかと、ここについて25%以上、こうなるとステージ3、ここに差しかかったのではないかと、このように言われるところであり、さらに緊急事態宣言が視野に入ってくるステージ4、この場合には50%、このように言われております。

では、今関西広域連合の構成府県の状況がどのようになっていくのか、最新のデータで、まず現状をお話したいと思います。

12月9日、現在のものが最新のデータとなっておりますが、大阪府、こちらは55.6%、うち重症は57.9%となっております。そして兵庫県については68.9%、重症については37.5%、そして奈良県、こちらがまず使用率のところは40.0%となっております。25%を超えた状況というのは、この3つの府県という状況になっております。

そこで先ほど大阪府からは、吉村知事さんから井戸連合長へ、そして私全国知事会へ12月1日に、まずは看護師の、そしてその後に保健師の派遣要請がありました。特に保健師につきましては大阪市保健所が積極的疫学調査がほぼできなくなるということで、こちらについても関西広域連合をはじめ全国知事会、各構成府県のほうから派遣をさせていただき、関西広域連合からは3府県7名、そして全国からは9府県21名を送らせていただく準備が整っているところでもあります。

そこで、こうした皆さん方が積極的に対応できるようにするためには、今空床確保のお話、これは医療機関の経営を守る。そして空床を確保する。そのためにありましたが、確かに金額が安過ぎるんですね。ということで、ここは関西広域連合並びに全国知事会から、事あるごとに厚生労働省、あるいは国、地方協議の場では、私が地方を代表して総理に対して直接申し上げてきたところでありまして、今もご紹介のとおり、順次これは上がってきているところでもあります。

あとは人に対する補償といったもの重要でありました。やはりこうした看護師、あるいは保健師、さらには介護の現場で、第一線で働く皆さん方に対しては危険手当を支給する。あるいは万が一、かかって休業をせざるを得なくなった場合の休業補償をする。これらの財源について緊急包括支援交付金、実は国の第1次補正が作られたときには1,490億でありましたが、このときには2分の1だったんですね。しかし第2次補正予算で、さらに2.2兆円の加算を、我々の提言を受けてすることになりまして、その結果、最初に遡って10分の10を国が負担をするという形に制度改正もなされたところでありました。

我々としてはこうした点について、今申し上げたエッセンシャルワーカーの皆さん方だけではなく、薬剤師の皆さん、あるいは鍼灸マッサージなど、いわゆる診療控え、あるい

は処方箋控えを受けている。こうしたところにまで広げるべきであると、今はここが提言の中心となっているところでもあります。こうした形で各病院に対しての支援、さらには第一線でご活躍をいただくエッセンシャルワーカーの皆様方への支援、こうしたものを国10分の10の緊急包括支援交付金でしっかりと補えるように、これからも提言を繰り返してまいりたいと考えております。以上です。

○委員長（平井斉己） 楠本委員。

○楠本委員 とっても丁寧な説明をいただきまして、ありがとうございます。

飯泉委員でなければ言えないような発言もございましたから、めったにない機会をいただきましてありがとうございます。

とってもうれしい前進がありました。もう一点だけ聞かせてほしいですが、医療の分野と同時に介護の分野での、この包括支援事業ですね。これは施設の負担であったり、市町の負担であったり、それから府の負担であったり、県の負担であったりですね。そのことなくして、やっぱり言われた10分の10で包括支援の事業というのをやるべきではないかなと思っておるんですが、そうならないでいいのでしょうか。

○委員長（平井斉己） 飯泉委員。

○広域連合委員（広域医療担当）（飯泉嘉門） もちろん、このコロナの対応ということで、しかも先ほど介護がほかの、例えば薬剤師の皆さん方と違って、既にその対象となってきたところについては、やはり施設の入所者の皆様方、高齢者の皆様方が、今回の新型コロナウイルス感染症では大変重篤化しやすいと、こうした点があるところでありました。そうした意味では看護師さん、あるいは保健師さんと並んで介護士の皆様方も、こうした対象に加えられてきているということではありますが、しかし、各構成府県市で全て同じ対応をしているわけではございませんので、例えば危険手当、こちらを措置するところ、いや、危険手当ではなくて万が一かかった場合の休業補償を厚くするところ、それぞれの実は感染者の数の状況に応じても構成府県市で違いが出ている。いわばそれぞれの状況に応じた形で対応している。このようにご理解をいただければよいのではないかと考えております。

○楠本委員 ありがとうございます。

○委員長（平井斉己） 他に。

三田委員、どうぞ。

○三田委員 せっかくの機会ですから本当に私も一言、本当にありがとうございます。いろいろと大阪も、今PCRもいろいろと多或少うということ知事を筆頭に頑張っているのですが。

先ほど飯泉さんからありました抗原検査のことなんですけれども、PCR検査と抗原検査、2つのやり方があるんですけども、この抗原検査、この値段をもう少し安くすることができたら、今1回、大体抗原検査を受けると6,000円から8,000円ぐらいかかるということなんですけれども、これが本当にもっと量産化されて、それから後、精度が上がるといっても必要なんでしょうけれども、例えば1回100円、200円みたいな単価になれば、我々も今府庁に行くときに、入るときにピッと頭に、おでこにやられるんですけど、あじゃなくて、本当にピッとこうやってやったら、今日、自分は反応ないなとかいうよう

なことが分かれば、そのようなことがまたなくなってくると思うんですよね。ここの値段を何とかもっと安いものにして、全体的に行き渡るような形なれば、それぞれ毎日毎日でも、例えば100円でしたら、月に直せば3,000円ぐらいの話になりますから、そうすると今日は大丈夫なんだとか、そういうような社会的な中でも安全とか、そういうような気持ちというのは出てくると思うんですけれども、いかがでしょうか。

○委員長（平井斉己） 飯泉委員。

○広域連合委員（広域医療担当）（飯泉嘉門） おっしゃるとおりでありまして、我々としてもなるべく早く、そして安くというものが一番ポイントだという形で、これは関西広域連合、あるいは全国知事会として国にも提言をし、当初はPCR検査1本だったものが抗原検査、しかも抗原検査は今大きく2つに分かれておりまして、いわゆる定量検査と定性検査、定量の場合にはほぼ一発で陽性の場合にはオーケーとなるわけではありますが、定性の場合については偽陽性という扱いをして、もう一度これはPCR検査をやる。その代わり早い、安いということになります。

実はもっともっとこれを安くすべきじゃないかということで、民間の方々に、例えば1回当たり1,980円でやるという話も日本では出てきているところですが、今おっしゃるように100円というところまではかなりまだ差があると、ただ今日、実は世界中でもこのことは対応しておりまして、香港においては、いわゆる日本でいうところの地下鉄、ここに乗る場合に、いわゆるPASMO（パスモ）みたいなこうしたもの、これを持っている人は直ちにその場でもらえるそうので、ただで1回検査を受けることができると、そうすることによって地下鉄の安全性を担保すると、こうしたことが実はニュースで流れていたところでありました。

恐らく厚生労働省においても世界中のそうした状況、これについては当然察知をしているところでありまして、我々関西広域連合、あるいは全国知事会としてもこうした点については当然のことながら、例えば地下鉄というだけではなくて大規模に、例えばプロ野球であったり、Jリーグであったり、今は定数の半分であるとかという形をとっております。横浜スタジアムでは、これをなるべく8割ぐらいを入れてみて、そうしてどうなるかというのを既に実証をし、ロッカールームの二酸化炭素の濃度などについては富岳でもってこれを検証すると。これはよく西村大臣、あるいは黒岩知事が言われるところなんです。そうした大規模イベントをやるときにも、今のような形で全員に、例えば3万人一遍にということになりますと、やはり100円とか、そうしたことが重要になりますし、そうすると実際に大規模イベントが可能になるということになりますので、こうした点についてはイベントの在り方も含め、あるいは公共交通機関、これに乗らないという高齢者の皆さんが増えてきておりますので、こうした皆様方の安心といった点についても我々としてもしっかりと、国ともに対応していきたいと考えております。

○委員長（平井斉己） 三田委員。

○三田委員 ぜひともよろしく申し上げます。公共交通機関でなくても家で朝起きてピットやって今日は大丈夫だなど思うだけでも、大分これ変わってくると思います。

それから、また大阪のほうでは、これから2回目ですけども抗体検査、これをやろうかという形で今入ってきています。大体1回目のときから比べると半年ぐらいたってますの

で、どのぐらいの方がとか今無症状のままそういう抗体を持っているのかということが、また分かってくると思います。

何とかしてまとめたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。ありがとうございました。

○委員長（平井斉己） 次に、興治委員、どうぞ。

○興治委員 鳥取県の興治でございます。

飯泉委員にいろいろ聞いてみたいなと思っっているんですけども、一つは大阪府の医療の現状についてです。コロナ重症センターを専用施設として開設するというので、それで、さっきもお話が出ているんですけども、看護師が120名だったのでしょうか、80名は府内で対応をし、40名については外にお願いをすると、今、関西構成府県から15名という話なんですけれども、それ以外、自衛隊の看護官とか、あるいは全国知事会に要請をして、既に充足するようなことになったのでしょうか。

それと後、先ほど飯泉委員が重症者の病床使用率57.9%という話だったんですけど、私たちがマスコミの報道で聞いているのは、もう7割近くに至っていると聞いているので、その辺りの実態はどうなんでしょうか。

それとあと、この兵庫県と一緒に専用施設が整備されるということなんですけれども、これは非常に重要なことではないかなと思うんです。武漢で最初発生したときに、中国政府が1,000床だったのでしょうか。専用病院を作って、そこで感染者の治療を行って封じ込めてしまったという、武漢の封鎖もあったということも併せてだと思えますけれど、重症者の治療を100%の力で行えるような形を作ることによって、一般の、それ以外の患者さんの治療が全力で行える体制が作れるということがあると思いますので、やっぱりそこは分離して両方の治療をやっていくというのは、感染が拡大しているところでは非常に重要なことではないかなと思うんですね。

これに対して国は10分の10で、私も補助すべきだと思うんですけども、その辺の実態はどうなっているのでしょうか。包括支援交付金の対象と書いてはあるんですけど、それで果たして足りるものなのか、もし足りないものであれば国に要望していただく必要があるのではないかなと思います。

もう一点は、先ほど飯泉委員が高齢者施設について、一人でも陽性者が出たら、全員をPCR検査するという方向になったというお話でしたけれども、先月だったか、厚生労働大臣が医療機関であるとか介護施設なんかについて、無症状感染者が施設内で感染を広げるといことを防ぐために、感染拡大しているところについては、陽性患者さんがいなくても検査を実施しているような、あるいは実施する方向で検討しているようなことというのは、どこかであるのでしょうか。このことについては評価というか、本当にそれが必要なかどうかということも含めてお話をいただけたらと思います。

○委員長（平井斉己） 飯泉委員。

○広域連合委員（広域医療担当）（飯泉嘉門） 4点いただきました。

まずは派遣のことについてであります。大阪府からは看護師、そして保健師、医師と、この3種類の人を送ってほしいというお話がありましたが、特に今看護師というお話がありました。要請を受けた数は40名であります。これに対して関西広域連合を初め、全国知

事会を含め都道府県から充足をする部分が26名、自衛隊から入る部分が7名ということで、現在確保できているのが33名という形で、充足できているかという7名まだ足りない状況となっております。

次に、先ほど、私が12月9日段階の数を申し上げたところでありますので、こうした点について、もっともっと厳しいんじゃないかというお話がありました。実は、これは各都道府県を押し述べた数となっておりますので、例えば大阪市、あるいは名古屋市、札幌市、こうしたところの数を数えると、名古屋は86を超えているのではないかと、これは私がちょうど「日曜討論」に出たときに、名古屋を代表して出ているドクターからの話がありました。そこで私のほうから、その後、菅総理に対して申し上げたのが全国知事会の場でG o t o トラベル、これと、それからあとは感染拡大を抑えると、これをどう行っていくかといった点について、各都道府県をべたでやるのではなくて、そのエリアを限定して、強力かつ効果的な対策を打つべきであると、このように申し上げ、この結果がまずは北海道鈴木知事が札幌市だけを外したいと、そして大阪府においては大阪市のみを外すと、このようになったその後の形ということになります。

次に重症施設、こうして点に重点化を図るべきではないか、実はこの点については、既に神奈川県、そして大阪府、兵庫県で行われております。最初にこの発案をしたのは神奈川の黒岩知事でありました。ダイヤモンドプリンセス、あの陽性患者を神奈川は全て受け入れていただいたところでありました。やはりいろいろなエビデンス、これに基づく結果、中等症の皆さん方が一番危ないということがありまして、この中等症の皆さん方だけを收容する。そうした臨時の医療機関をある病院の隣に、これは緊急事態宣言の発動もありましたので、建築基準法の特例を用いる形で、そして全体の経費についても緊急包括支援交付金でハード・ソフト両面から支援を受ける形となりました。

そして、その後大阪府、吉村知事から全国知事会の場でI C Uの拠点病院を、やはり国に対してつくるよう要請をすべきだと、この点につきましても国への提言の中に盛り込ませていただきまして、緊急包括支援交付金で、それぞれの都道府県が、そうしたものを作る場合に対象となるという形になりました。

ただし、大阪府も、あるいは兵庫県も、こちらは中心となるのは重症患者、これを対象とする形と、もう一つは緊急事態宣言が解除された後ということがありますので、建築基準法の全面的な適応除外、これにはならない、一部だけということでありました。

しかし、こうした点もクリアする中で、この2つについては、既にオープンとなるということとなりました。そしてこちらについても、今ではハード・ソフト両面を支援を受けられるような形に厚生労働省との幾度かの交渉を経て、対象となることとなりました。万が一対象とならない部分があった場合でも、もう一つの交付金であります地方創生臨時交付金、これを活用することによって対応は可能となるものでもありますので、この点は申し添えさせていただきます。

さらに、今度、各施設の中のその無症状者のお話がありました。ということで各施設はそうなんです、今もお話がありましたように感染拡大エリア、こうしたものが定まった場合に、そこに対して全体で、まさに先ほどのエピセンターではありませんが、こうした形をとるべきではないか、これについては今、私の知り得る範囲では、またこれを発動し

た都道府県は現在のところはないと、このように認識をいたしております。以上です。

○委員長（平井斉己） 興治委員。

○興治委員 ありがとうございます。

大阪府に対する支援について今33人ということで、あと7人、これ何とかならないものでしょうか。全国知事会、知事会長としてどうかお願いできたらと思いますけど。

○委員長（平井斉己） 飯泉委員。

○広域連合委員（広域医療担当）（飯泉嘉門） 実は今、全国知事会も2方面作戦をとらせていただいております、今、同時に来ているのが大阪府と北海道なんですね。実は北海道からは54名の看護師の要請がきておりまして、ここについて今20名、そして自衛隊から10名、合わせて30名という状況になっているんですね。ということで当初は、これらも含めて全部、大阪府に回す部分を北海道へ送って充足をする予定だったんです。

しかし急きょ、吉村知事から12月1日にお話をいただきましたので、ここは私が指示をさせていただきます、まず大阪には関西広域連合が、そしてその近隣から出していくという形をとりました。そしてそれ以外の部分を北海道へ投入をすると、こうした2方面作戦を今とっておりまして、それでも足りない分については、ともに両知事から自衛隊に直接要請をしてくれと、つまり自衛隊から看護官を派遣する場合につきましては、これは災害派遣類似ということで、知事が要請をしなければいけないということになっておりますので、北海道の鈴木知事、また大阪府の吉村知事にも全国知事会長としてはその点をアドバイスし、それぞれの都道府県からの応援、その足りない分について、それを見計らってそれぞれが自衛隊に派遣要請をされたらと、こうした形となっております。

この足りない分、実は沖縄にも派遣をしております、沖縄には34名派遣をしておりますので、各都道府県も今非常に急拡大しているところでありまして、当初、出せると言っていた知事さんのほうから「申し訳ないが自分のところで対応する」という話もありまして、少しその充足率が足りてないところがありますが、感染状況、これが少しでも落ち着いた段階になりましたら、極力お出しをいただくように、ここは度重ねてお願いしたいと考えております。

○委員長（平井斉己） よろしいですか。時間の関係がございまして。あと2名でよろしいですか。では、あと2名で。

まず、尾崎委員。

○尾崎委員 奈良県の尾崎でございます。

飯泉委員、ご存知だったら教えてほしいですが。人材の確保に非常に苦労されている看護師さんの件なんですけども、報道によりますと清掃とか雑務、そんなものに忙殺をされているという報道があるんですけども、これは看護師の補助の方は有効に使えないのかなと思うんです。今、報道を見ていると、それは感染症の法律なのか、あるいはただ怖いというようなことなのか、あるいはリスクの割に給料が安いということなのか、私にはちょっと分からないので教えていただけたらなと思います。補助者をうまく使えば、医療現場は随分楽になるのかなと思っているもので、お願いします。

○委員長（平井斉己） 飯泉委員。

○広域連合委員（広域医療担当）（飯泉嘉門） 各病院におきましても、例えばその汚

染ゾーンと、それからクリアのゾーンと、これをきっちり動線を分けて対応するということがありまして、この汚染エリアにつきましては、やはり看護師さんをはじめとする、あるいはドクター、それぞれの専門的な知識を持った人間が対応をすると、当然のことながら着ている防護服、サージカルマスク、あるいはN95マスク、手袋などなど、こうした防御する資機材につきましても、全てそれは汚染物質となるわけでありますので、一つ取扱いを間違えますと、そこから感染してしまうと、現にそうしたことは全国で多々出ているところでありますので、なかなかこのところを補助者がやるというのは難しく、例えば看護師さんも自分でなかなか脱げませんので2人1組になって、お互いでやりあうとか、こうした形が取られているのが今の現状ということになります。

○尾崎委員 ありがとうございます。

○委員長（平井斉己） では、富波委員。

○富波委員 私のほうも端的にお願いします。ちょっと簡単に聞き過ぎて申し訳ございませんが、いわゆるGotoトラベルの中止あるいは延期ということについては、コロナ感染防止に対してアクセルとブレーキを一緒に踏むようなものだというところで、国民に戸惑いがあります。国の方針、そして専門部会の方針、ご意見、そして各都道府県の思い、知事さんの思い、全国知事会の思い、様々な温度差がありまして国民に非常に分かりにくくて戸惑いがあるように思います。Gotoトラベルとコロナ感染についての因果関係ですとか、エビデンスについてはないということなんですけど、逆を言えばエビデンスが今堆積されているとも言えるわけですね。これは分かりませんので。ただ、分からなくとも、やっぱりコロナ感染防止に対する国民へのメッセージとしては、私、これはあってはならないような現状だと思うんですけども、せつかくの機会でございますので、ぜひ飯泉委員のご意見をお願いいたしたいと思っております。

○委員長（平井斉己） 飯泉委員。

○広域連合委員（広域医療担当）（飯泉嘉門） 実は、このGotoトラベルはじめとするGotoキャンペーン、こちらについてはもともとの発案といいますから、これは全国知事会から当時の安倍総理にさせていただいたものであります。というのは3月10日、これは国、地方協議の場、官邸で行われたところでありまして、この場で、まず私のほうから、今回のこの新型コロナウイルス感染症、こちらについて国はリーマン・ブラザーズショック越えということで潤沢に融資を整えればよいと、こうした方針だったんです。

しかし、徳島だけを見ても、その前に出前で相談をしたところ対前年売上50%以上なんていうのは当たり前で、ましてや観光、あるいは運輸関係では9割以上減ということになっておりまして、まさに東日本大震災が全国で起きたと同じ大災害である、何としても国が業を守るという強いメッセージを出していただきたいと、このように申し上げ、徳島では徳島県議会の皆様方のご理解をいただいて、ちょうどこの3月10日が2月の定例県議会の最終日ということがありまして、融資連動型の給付金制度、例えば1,000万円の融資を受けた場合に、対前年売上が50%以上減となっていた場合には10%、例えば100万円を県が給付金をすると、こういう制度を作り、この給付制度を全国最初にスタートさせたんですね。この事例を安倍総理に申し上げたところ、4月30日の中小企業200万、個人事業主100万、持続化給付金につながる形となりました。

そして、まず当座は給付を、そして当面はしのぐために融資を、そして感染拡大を抑えることができた場合には希望の持てる、そうした対策をぜひ打っていただきたいと、このように申し上げたんです。この結果、出てきたのが第1次補正のときにG o t oキャンペーン事業でありました。

ということで、我々全国知事会としてはG o t oキャンペーンについては、まずはやるべきと、こうした方向、これは47知事一致しているところであります。しかし難しいのは緊急事態宣言が5月25日に全面解除となった後、我々は感染拡大を抑えながらも、新しい生活様式を身につけて、そして社会経済活動を上げていく、W i t hコロナ時代となったんです。先ほどもお話がありましたように、このアクセルとブレーキをどのように踏んでいくのか、そしてこれらを全て、まずは知事がトリガーを引くということになりました。ちょうど新型コロナウイルス感染症の分科会、こちらのほうがステージを4つに分けた今ステージ3、こここのところが課題となっているわけですが、ここはG o t oトラベルにしてみてもあらゆる事業、まずは知事がトリガーを引いて、そしてこれらは国の制度でありますので、最終的には国がそれを受け入れ、どう判断をするのか、こうした形になるというスキームになっているところでありますので、我々としては、まず今は第3波ということ、間もなく1日の新規感染者数が3,000名に達しようとしているところでありますので、何とかアクセルの部分から足を外す。そうした段階ではないのかと、果たしてブレーキを踏む、あるいは踏まない、こうした点については、これからの専門家の皆さん方との連携ということにはなりますが、ここブレーキを踏むべきだと、これは各それぞれの知事の、またさらなる判断ということになるかと思っております。

○委員長（平井斉己） 本来ですと、もう少し議論したいところですけど、時間の関係上、これにて閉じさせていただきたいと思います。

それでは、ご発言も尽きたようでありますので、本件につきましては、これで終わらせていただきます。

次に、関西広域救急医療連携計画（中間案）を議題といたします。

本件につきましては、2月定例会において提案が予定されておりますので、本日は中間案の内容をお聞きするものです。それでは次期「関西広域救急医療連携計画（中間案）」及び関西広域救急医療連携計画の中間案について、広域医療局長より説明願います。

仁井谷広域医療局長。

○広域医療局長（仁井谷興史） それではお手元の横向きの資料3-1に基づきましてご説明をさせていただきます。着座にて失礼いたします。

おめくりいただきまして1ページでございます。

次期連携計画でございますが、令和3年度から令和5年度までの3カ年を出したいと思っております。第4期の計画でございます。基本理念といたしましては安全・安心の「4次医療圏・関西」の実現というものを継続させていただきたいと考えてございますが、今回の計画におきましては副題といたしまして、コロナを克服する社会における医療連携というものを掲げさせていただきたいと考えております。この副題に対応する形で、それぞれの分野におきまして感染症への対応というものを書き込んでまいりたいと考えておまして、例えば広域救急医療体制の充実の中では、ドクヘリの関係で感染症下における安定的な運

航の確保でありますとか、災害時における広域医療体制の強化の中では、感染症対策に係る広域連携の推進、また課題解決に向けた広域医療体制の構築の中では、ソサエティー5.0など、先進技術を活用しましたリモートでの感染症対応などにつきまして書き込んでまいりたいと考えております。

それぞれの中身でございます。2ページをご覧ください。

まず、広域救急医療体制の充実でございますが、ドクヘリに関しましては空の連携といたしまして、現在行っております二重・三重のセーフティーネットをさらに拡大するため、近隣地域との連携体制をより一層強化してまいりたいと考えております。また、陸の連携と読んでおりますが、基地病院のフライトドクター、フライトナースの交流連絡会を引き続き強化してまいりたいと考えております。

また、感染症下における安定的な運航といたしましては、スタッフの感染予防対策、徹底をいたしまして、ドクヘリの安定的な運航を継続してまいりたいと考えておりますし、万が一、感染症患者の発生によりドクヘリを運休せざるを得なくなった場合におきましても、二重・三重のセーフティーネットを活かして管内全域での救急医療提供体制を確保してまいりたいと考えてございます。

また、PRの強化といたしましては、関西のドクヘリ7機一体運航というのは、全国にない関西モデルでございます。これを全国に発信することによりまして全国的なドクヘリの導入の呼び水にしてまいりたいと考えております。

おめくりいただきまして3ページをご覧ください。

災害時における広域医療体制の強化でございます。まずは、当面のコロナ感染症にしっかりと対応するために関係機関との連携による水際対策でありますとか、広域医療連携による検査医療体制の強化、情報共有をしっかりと図ってまいりたいと考えております。また今回のコロナへの対応のために申し合わせた3つの観点、医薬品・医療資器材、また人材の広域融通調整でありますとか、検査の広域連携、あるいは広域的な患者受入体制の連携、これが今回のピンチによって新たに構築できたフレームでございます。これを次の新たな感染症が発生する際にも活かしていくという形で充実、発展させてまいりたいと考えております。

また、(4)でございますが、CBRNE災害と読んでおります。Chemical、Bio、Radiological、Nuclear、Explosive、こういったテロのようなものでございますが、今後コロナ感染症が治まりまして、国際的なイベントの開催も復活できるというようなこととなりますと、様々、国内外との交流の拡大によります災害リスクが増加してくることが懸念されております。こういったものに対しまして、なかなか国内を見渡しましても、治験の集積というのが進んではいけませんけれども、例えば総務省、消防庁でありますとか、あるいはNBCR対策推進機構、これ自衛隊の化学部隊の方がやっておられるNPO法人のようですが、こういったところに治験がございまして、研修会の開催などを通じまして管内における、CBRNE災害に対する対応力の向上といったものも図ってまいりたいと考えております。

4ページをご覧ください。

その他の、課題解決に向けた広域医療体制の構築といたしまして、特に(3)でござい

ますが、医療分野におけるソサエティー5.0の推進といたしまして、5Gを活用した遠隔医療、あるいは感染症予防にも有効なオンライン診療などについての先進事例の共有、先進地視察を行ってまいりたいと考えております。また、外国人患者への対応といたしまして、コロナ後に外国との行き来が拡大する中での、外国人患者への対応も強化をしてまいりたいと考えております。

子どもの事故防止研修会につきましても、今回、新たに計画の中に位置づけをしまして、連合管内での取り組みをさらに促進してまいりたいと考えております。

これらにつきまして、今後パブリックコメントを経まして、2月議会に最終案を上程させていただきたいと考えてございます。

私からの説明は以上でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○委員長（平井斉己） それでは、質疑に移ります。ご発言がございました方、挙手を願います。

中村委員。

○中村委員 京都市の中村三之助でございます。

資料の3-2の詳細の記載がされているところの、1ページのところなんですけども、指摘をさせていただきたいと思います。

これの(2)の基本的な考え方の①、中の文章は、関西広域連合による広域医療連携の取組を府県民に分かりやすく伝えるとともにと書いてあるでしょ。府県民という言葉ですけども、ここで我々前もご説明、井戸連合長に対して答弁を見たりしますけども、住民、府県市である関西広域連合、だから府県と言えば市が入ってない。ここやったら、正しくやったら府県市民と書くべきでしょう。正直言いまして京都の場合、京都府と京都市とある中で、京都と言うたら京都市なんですよ。それでは京都市以外の京都府が京都府なんですよ。そういう意識が、これ実際、京都市民には根づいている中で現実そうなんです。

だから、そういう中で2ページを見ていただいて、(2)のこれ、府県民のニーズと書いてあるでしょ。それと3ページの(2)の真ん中、何々を掲げ、各府県の3次医療圏、それを各府県という、こういう文言は4政令市を省いているやないかなという意味での、はっきり言うてちょっと区別されているところ、ここはよくないと、この関西広域連合が今後発展するためには、やっぱり府県市が同格で同等にやっていくというような意識の下に、当然事務方は当然やし、全体がそういう意識でないと、発展してないと、私は確信していますので、4つの政令市なくして関西がなり立つ訳がないわけがないわけで、大都市政策を分かっているのは4つの政令指定ですから、そういう意味で、しっかりその辺の意識を持って行ってほしいと。

以前に申し上げたんですけども、実際にこうやって活字になったら、今なおこういうことになっているということは、意識の部分でまだ認識が足りてないというか、甘いんちゃうかなと、こういうことご指摘させていただきます。

ここで議論する話ではございませんけれども、いずれ理事会で、その辺については話していけたらいいなと思っていますけれども。

○委員長（平井斉己） 飯泉委員。

○広域連合委員（広域医療担当）（飯泉嘉門） 今、中村委員のおっしゃるとおりで、

私も先ほどご挨拶で必ず府県市民の皆様方と、このように申し上げるところでありますので、例えば今ご指摘のありました2ページのところの進行管理と見直し、府県民、これは当然府県市民という形に置き換えさせていただきます。同様のところも同じにさせていただきます。

ただし、もう一つご指摘のありました医療圏、ここのところについては市町村単位での医療圏という形にはありませんので、この場合については都道府県単位と、そうしたものについては府県という形、その中身に依じて、ここは見直しを全面的にさせていただきますと思います。

○委員長（平井斉己） よろしいですか。

引き続き、海東委員、どうぞ。

○海東委員 滋賀県から参りました海東と申します。

飯泉委員のリーダーシップと広域医療圏医療従事者に感謝と敬意を表したいと思います。

その上で、今回のコロナで大分、加速をしてきたと思うんですけど、この医療分野におけるソサエティー5.0とか、新しい医療体制を広域で考えていくという場合に、例えば滋賀県でさえ、京都大学系列と京都府立医大系列で手術の仕方から医療器材の並べ方から違うんですよね。府県ごとの行政の機関のコンピューターのシステムもやっぱり違いがあるし、だからこれからいろいろ、ダビンチであるとか、いろいろなことも進んでいく中で、ぜひともやっぱり飯泉委員のリーダーシップによって、この関西が全国のモデルとなるような、共通で医療が進んでいくような、そしてそのコストが早い段階で、共通確認していくことで、無駄な投資が起こらないよう映像の技術も大変な進化をしていますし、ぜひともそういうことをこれから進めていただきたいと思いますと思うんですが、飯泉委員のお考えを承りたいと存じます。

○委員長（平井斉己） 飯泉委員。

○広域連合委員（広域医療担当）（飯泉嘉門） ありがとうございます。

まさにこの医療におけるソサエティー5.0の実現ということと、今、菅内閣になりまして、急速に日本全体の行政をはじめ、社会全体のDX、デジタルトランスフォーメーション化、これが進んでいるところでありました。そして令和4年度中に、こうした体制をまずは築き上げていくと、そして基本方針については、今年度中に国のほうで定めると、こうした流れとなっているところでもあります。

そこで一番重要になってまいりますのは、今、ダビンチのお話も出ましたが、今のダビンチはまだ3Dなんです、画像が。ただ、やはり人間の目と同様である4K、その動画を使えるようにということで今急速にその機械、これも発展をしようとしているところでもありますし、また5G、4Gではなかなかできなかったんですが、5Gになることによって、遠隔医療、それも4Kを動画で転送することができ、日本最初でのその診断といったものを徳島県が、NTTドコモとともに県立中央病院と県立海部病院間、これによって行ったところなんです。そしてダビンチについても、これを5Gを用いることによって遠隔の手術、これを行うことがゆくゆくはできるようになるところでもありますので、まずは、そうした各都道府県のシステムの統一化、これが大変重要になってまいります。

そこでここは平井大臣と我々全国知事会も連携をする中で、クラウド化を一気に進めて

いこう、また地方のシステムの標準化、当然この標準化の中には今コストのお話も出ました。なぜコストがかかるのか、これは各都道府県、各市区町村、それぞれにばらばらのシステムを入れているからなんですね。ということで、ここにそれぞれの事業者の皆様方のベンダーロック、これがかかっていると、このベンダーロックを外すことによって非常に価格を安くすることができるということがありまして、今、国、地方を上げてクラウド化を進め、そしてシステムの統一、標準化を進めていこうと、その意味でデジタル化法案が、今、急ピッチで作られようとしているところであります。我々全国、ここ関西広域連合はもとよりであります、全国知事会として、国、地方協議の場を申し入れているところであります。先般も平井大臣と私との間で協議をさせていただいたところでもあります。という形で、医療分野においては千年カルテをはじめとして、今、関西においては日本のモデルとなる各大学がともに力を合わせ、そしてそれぞれの患者さんたちのデータをビッグデータ化し、一つのカルテにこれを仕上げていく、そして例えば新たな創薬を作っていく、そうした場合のエビデンスとして活用していく、日本初のプロジェクトが関西から行われているところでありますので、それぞれの大学間、こうしたものの垣根というものを取っ払って関西から新たなシステム、そして先ほどのデジタル化、これをしっかりと進めていきたいと考えております。

○海東委員　　よろしくお願ひします。

○委員長（平井齊己）　　よろしいですか。

成宮委員、どうぞ。

○成宮委員　　京都府議会、成宮です。

第4期の計画で資料3-2で、先ほどご説明いただいた中身をより詳しく文書で述べられていると思います。それで質問とともに意見ですけれども、基本的な考え方というところで、最後の(1)の5行のところ、新型コロナの感染拡大があったことで、感染症対策のために「広域医療連携」の必要性が再認識されたとあります。それはそのとおりだとは思いますが、先ほど来の議論もありますとおり、やはり感染症のときに、この国民の命を守るために、まず医療資器材が足りない、病床が足りないし、ECMO等の機材も足りないし、それから病院も足りない、それから人材が足りない、看護師を融通しようと思っても、そもそも余裕がないもとの2方面、3方面ということ無理があるわけで、人材の確保、育成ということが本当に遅れているという実情に、多くの皆さんが気づかれたのではないかと思うんですね。そこで私は、その全てが別に関西広域連合の仕事ではございませんけれども、広域医療連携をしていく上での、その基本となる人材の確保や医療資源の確保ということをやはり一つ据えて、これは府県市が連携して取り組んでいくことが必要ではないかなと思うわけです。

それと合わせて、国のほうはコロナ以前にですけれども、公的な病院の再編統合424問題と言われてきましたけれども、ありました。こういうことをもし進めていけば、このコロナの状況は一層大変になっていたわけで、併せて、保健所や保健師などの公的な感染症対策の拠点となる体制も削られてきたということも国民の目にあらわになったわけで、そうしたことを、やはり改めて位置づけていく、その必要性についても基本的な考え方だとか、それから今後の主な取り組みの中に位置づけていくということが、必要になっている

んではないかなと思いますと、意見とともに認識をお伺いできればと思います。

○委員長（平井斉己） 飯泉委員。

○広域連合委員（広域医療担当）（飯泉嘉門） おっしゃるとおりだと思います。特にこの人材の育成、養成。我々は医療崩壊という言葉の中で、特に診療科偏在であるとか、地域偏在、医師の確保ということで、例えば各国立大学における地域枠、こうしたものの創設、充実を求めてきたところではありますが、実際には医療スタッフとして看護師さん、また感染症においては、今お話がありましたように保健師さんの積極的な疫学調査、これがなくてはならないものだというのを、我々はまざまざと、これを体験させられた。もっと言うと日本の奇跡ということで、実は今、非常に重症患者、死者も増えてきてはいるんですが、死者の数が本当に世界に比べると少ない、日本の奇跡と言われている。これも実は、保健所が各世界にはあまりないと、この制度が、そうした意味でこの積極的疫学調査また保健所の位置づけ、在り方、今大変見直されているところでもありますので、やはりそうしたものについての今後の充足、人材育成が、大変重要なものと考えております。

さらにもう一つお話のありました、厚生労働省が昨年9月に突然打ち出してきた、公的・公立病院の再編統合、今では440の公的・公立病院を再編統合するんだ、地域医療計画の中でとこのようになりまして、この点につきましてはちょうど、関西広域連合、鳥取県の平井知事さんが社会保障常任委員長に全国知事会で就任いただいておりますので、平井知事さんを中心として、国、地方協議の場、これを申入れ、そして一旦この話を止めるという形にしているところであります。もちろん地域医療計画は国の仕事ということではなく、国と我々、都道府県がともに築き上げていく、そういう役割となっておりますので、この点につきましては、例えばダウンサイズ化をしていきたいと、こうした公的・公立病院がある場合には、しっかりとそれをするための財源を確保するように国には提言をし、その形というものは今作られているところでありますが、お話がありましたように、今回もし仮にこれを強引に国が進めていたら、我々はこの感染症との戦いには必ず敗れていた。この公的・公立病院が残ってくれているからこそ、この戦いが可能となっていると、このようにも考えておりますので、今お話をいただいた点につきましても、もう一度そしゃくをさせていただき、コロナ禍のほうにしっかりと位置づけをさせていただければと思います。以上です。

○委員長（平井斉己） 他に。

興治委員。

○興治委員 鳥取県の興治です。

ドクターヘリの感染症下における安定的な運航についてです。資料3-2の13ページにそのことが書かれておりまして、飯泉委員は冒頭の挨拶で、コロナの感染者、もしくはその疑いのある方についてはドクターヘリで搬送を行わないということをおっしゃいまして、ここにもやはり同じように航空医療学会の見解として、そのことを書いてあるんですね。

それで関西広域連合としては、そのドクターヘリでの搬送の可否を判断するために、消防機関、医療機関等の情報共有に努めるとともに、その搬送手段について検討を行うとなっているんですけども、検討をまだこれから先行うのでは遅すぎるのではないかなと、今、現に感染の疑いのある方が、ドクヘリで搬送しないといけないというような事態もあ

るのではないかなと思うんです。実際、ここの航空医療学会の見解のところ、現場到着後の診察、だから現場まで行って患者さんを診ているのに疑いがあるから運びませんよというような運用が本当にされているんでしょうか。実際の運用ってどうなっているんでしょうかと思うんですね。もちろん分かれば教えていただけたらということと、あと、この感染症を疑われるということの判断というのが適切に行われるのかどうなのか、この判断基準というのはどうなっているものなんでしょうか。

せっかくヘリが来て運んでもらえると思ったのに、疑われるから帰りますって、ちょっとせつないですよ。だからその辺のところどうなんでしょうか。

その最初に言いました、その検討を行うにはまだ、大分遅いんじゃないかなと思いますので、何とか、こういう方向でやるというのを打ち出していただけたらなと思うんですけど、いかがでしょうか。

○委員長（平井斉己） 飯泉委員。

○広域連合委員（広域医療担当）（飯泉嘉門） 先ほど広域医療局長のほうからも申し上げましたように、ドクターヘリが難しいといった場合については、当然ドクターカーであるとか、あるいは救急車の対応と、ただし、感染が疑われる場合については当然救急車においても、あるいはドクターカーにおいても、きっちりと感染防御、これをしなければいけないということになりますし、万が一その方が完全に陽性患者の症状が出ているということになった場合には、本来でしたらアイソレーター陰圧のタンカー、これを用意しないとだめだと、ドクターヘリに、例えばアイソレーターを乗せることができるということになれば、当然のことながらこれは搬送が可能となりますが、例えば中等症以上の場合、つまり人工呼吸器をつけなければならぬとなるといいところ、もって1時間以内ということがありますので、そうした様々な課題、こうした点について、今は日本航空医療学会においても、当然のことながら様々な最前線でのデータといったもの、これを集めて、我々としては決してドクターヘリを使いたくないと言ってるのでなくて、ドクターヘリに乗せたことによって患者さんの負担、あるいはそのスタッフが感染してしまうと、丸々そのドクターヘリが運航できなくなるということがありますので、こうした点については、しっかりと我々としても日本航空医療学会の皆様方と連携する中で今後の方向、まだこれは、中間の段階でありますので、恐らくこれを最終取りまとめるときにはもう少し、今おっしゃるこの検討といった点については書き込みができるのではないかと、このように考えております。

また現場の状況につきましては、もちろんそこは行った救急隊員であるとか、あるいはコードブルーのドクターたちの判断ということになりますので、また、そうした点についてのエビデンス、データといったものも今後、しっかりと集めてまいりたいと考えております。

○興治委員 よろしくお願ひします。

○委員長（平井斉己） 時間の関係がございすが、続けさせていただいてよろしいか。

徳安委員、最後1名でよろしいですか。では、どうぞ。

○徳安委員 簡潔に。兵庫県の徳安と申します。

課題解決に向けた広域医療体制の構築の中で、2番目に薬物乱用防止対策というのがあ

るんです。資料3-2の中の、この対策の連携強化を読んでみてもやっぱり、既に都道府県、警察と連携をとってしっかりと取組を強化していく部分でもあり、そして広域医療という観点からいっても、あまり対策というのはそぐわないような、今の段階で私はすごく感じているのですが、もしこれを外して、例えばそこについている予算を、もっとさらに緊急時ですからコロナのほうに充てるとか、今後どのような見直しというか、そういうことも必要なんじゃないのかなということも感じてるんです。

例えば、次の4番目の外国人患者への対応というところも、訪日外国人の方々が適切な医療を受けられるようであるんですけども、今この時期、訪日外国人がどれだけいるのかという、実態と合ってるのかどうかということもご確認いただいたほうがいいのかなと思うんですが、それについてご見解を教えてくださいませんか。

○委員長（平井齊己） 飯泉委員。

○広域連合委員（広域医療担当）（飯泉嘉門） まず薬物乱用の広域な対応の点についてであります。ここについては逆に、先ほどの中村委員のお話でいきますと、府県市しっかりと連携をして、やはり進めていく必要がある。なぜかという、今、関西広域連合が先ほど国会の厚生労働委員会、こちらのほうに呼ばれて私が答弁をして、その後、旧薬事法が改正となって、いわゆるたちごっこ、これを終えることができるようになったんですね。それもなぜできたかという、例えば徳島で厳しい条例をもって制度化をすると、徳島からそういった店舗がなくなって、お隣の兵庫県の淡路島にできる形になりまして、結局、関西広域連合全体で条例をつくり、そして対応をすることができたので、店舗を撲滅することができた。もちろん今、ネット上はあるわけなんです、ということできれば日本全体でこれを行うことによって、日本から駆逐することができる。ただ、今は状況としてこの薬物乱用は増えているんです。

特に若い皆さん方がどんどん増えていて、危険ドラッグという分野からまた大麻に戻ってきているのが今の状況。そしてこの点については、このコロナ禍によりまして様々な抑圧をされる。特に若い皆さん方、大学生などは、大学に入ったものの一度もキャンパスに行ったことがない、授業が再開になったらオンラインだ。大学に行ってもしょうがない、実はネットアンケートで20.3%が大学を辞めたいと言っているんです。当然、こうした皆さん方が、友達から、これやるととっても気持ちがいいぞと、非常にファッション的にもいいと、体にも悪くないんだ。なんてことがネット上では今、氾濫しているんですね。ということで、今こそ我々としてはしっかりと、この薬物乱用について広域的に、できれば日本全体で取り組むべき課題、そのモデルを関西広域連合が作ればという意味で書き込みをさせていただいております。

それから2点目の訪日外国人の話であります。確かに、インバウンドをほとんど止まりました。また世界的にもそうした状況ではないところではあります。今、国を定めて徐々に訪日の皆さん方入れていく、なぜかという来年の東京オリンピック、パラリンピックに向けてということがあるからであります。もちろんそれぞれについて様々な厳しいルール、例えば出国時にPCR検査を行って、陰性の人たちに入ってきていただく、あるいは日本に入った場合にも入管のところで必ず留め置く制度、これをどのようにしていくのか、これも国の制度として行っているところでもあります。徐々にその国、対象国を

広げていく方向になっておりますので、我々としては、その先立つ対応として、何と云ってもこのコロナ禍の前には成田空港と同数の離発着となった関西国際空港、これを持っている関西広域連合でありますので、こうした水際対策、こうしたものについては、やはり早い段階から行っていくことが必要であると、このように考えております。

○委員長（平井斉己） ありがとうございます。

それでは時間の関係で、これにて終了させていただきたいと思います。

理事者の皆さんは、ご退席をいただいて結構でございます。

この後、ドクターヘリの運航に関する状況について説明をお聞きしますので、議員の皆様はそのまま自席でお待ちください。

（理事者 退室）

午後 3 時 48 分 休憩

午後 3 時 54 分 再開

（川下副センター長 入室）

○委員長（平井斉己） それでは、おそろいになられましたので、再開をさせていただきます。

それでは、ドクターヘリの運航につきまして、本日は、徳島県立中央病院救命救急副センター長の川下先生に、ご多忙の中、お越しいただいております。ありがとうございます。

それでは、川下先生よりご説明いただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○川下副センター長 ご紹介ありがとうございます。徳島県立中央病院から参りました救命救急外科の川下と申します。

それでは早速、徳島県におけるこのドクターヘリの運航の現場、我々サイドからの現状なり数字を少し見ていただけたらと思います。着席したままで、失礼いたします。

本日、皆さんに聞いていただきたいアジェンダ、その議題としては4点ありまして、一つは昨年度までが一応数字は出ていますので、徳島県ドクターヘリ事業の集計ですね。これは日本航空医療学会の集計に基づいてしています。それと我々の、その施設並びに救命救急の部門ですね。スタッフやどういうことをしているかということをし少し聞いていただいて、実際にそのドクターヘリの効果、どれぐらい役に立ちますかということをし我々今、いわゆる外傷ですね。重症外傷に関して力を入れているつもりですので、そちらを聞いていただいて、そして今後のことについてのところを聞いていただけたらなと思っています。

まず、事業の集計についてですけれども、お手元にお配りのピックアップしたスライド、ピックアップしたものがありますので、ご覧ください。

まず、お伝えしたいのは日本航空医療学会において行っている集計が、2019年度からちょっと集計内容が変わったという、皆さんご存じの方も多と思うんですけども、そういうことを踏まえて見ていただけたらと思います。

2018年までは、この要請件数の内訳を、その出勤したか、出勤しなかったかというところで分けて集計していました。未出勤かということなんですけども、昨年度から受諾したか、不応需で受けられなかったかどうかという、この考え方の2つで分けるようになりまして。「はい、分かりました、出ます。」と言うたかどうかです。結果、キャンセルになったかどうかというのを含まれてくるわけなんですけども、受けたかどうかってことで分ける

ようになりました。件数で申しますと558件でございました。

この中で、実際に以前は出動、今回は受諾したという件数について見ていただきますと、受託並びに出動件数の推移を示しますと、このようになっておまして、これも2018年までは、出動件数の中に出動キャンセルが含まれていたような集計になっているんですけども、昨年度から、この数字はミッション中止となりました。なので、出たんですけど、出ただけでキャンセルになりましたよと、それは離陸前も、離陸後も、両方含めますという集計の仕方になりました。これは我々出たという、出るという意志を示したということです。そして要請件数の中でも未出動です、以前は。今回からは不応需、応じられなかったという件数についての内訳を見ていただきますと、未出動という中には、このような推移になっているんですけども、去年からは、この出動前キャンセルというのが、この出動前キャンセルは含まれない数字の計算になったので、そういう目線で見ただくと、2019年のほうがやや数字が多いんじゃないのかなと我々も気づくわけなんですけども、確かに一つ一つの不応需の中身の数字を見ていきますと、時間外要請ですね。準備が始まる前や終わった後の要請であったり、天候不良であったり、はたまた全件出動中の重複要請であったから出られなかったという、この一つ一つが割合が少しずつ多くて、全体数がやや多かった年なんだと思います。原因は天候もそうですけど、偶然のものかもしれません。

実際の診療人数は、これ昨年度も、これまでも変わらない、変わらずに大体、徳島県においては460件前後で診療人数を年間当たらせていただいている、この中の要因は内因性と外因性とあるんですけど、この内因性について見ていただきますと、その内訳で言いましたら、日本航空医療学会が昨年度までの統計で、ドクターヘリがお役に立てる症例というのが、全ての患者さんたちではないということが明らかになってきて、ここに示しますように心大血管です。いわゆる循環器関連と脳血管障害、特に脳梗塞、この2点に関しては内因性については意味があるだろうということが明らかになってまいりましたので、この2つとその他と分けるようになりました。それで集計しますと、こういった数字になりまして、診療人数は内因性でいうと、昨年度はやや全体に多かったんじゃないかなと思います。

次に外因です。いわゆるおけがとか、内科的なことでない数字ですけども、大体200名ほどをあまり増減なく、200名ほどを診療に当たらせていただいている、こちらも日本航空医療学会の統計の中でドクターヘリがお役に立てるのは、先ほど示した心大血管と脳血管障害に加えて外因ですね。外因性のものは非常に有用だろうということが明らかになってきましたので、統計の中でも数字が出てくるようになっている。その中でも交通事故なのか、その他の外傷なのか、はたまたその他の外因ですね。その他の外因というのが溺水、熱傷、薬物中毒といった環境因子です。そういったものによるものというものは、集計しているんですけども、数字上は、この数字の増減というのはあんまり大きくあるわけではないんですけど、なっています。今後、その交通事故がこれからのテクノロジーの発展によって、恐らく減少していくだろうとは言われておりますけれども、徳島県においてはまだ車社会でございますので、まだまだ減ってきているなという印象は、まだありません。こういった数字があります。

引き続きまして、我々の施設についてのこと聞いていただきたいと思うんですけども、

本日は、まず皆さん遠いところや近くの都道府県もございますけれども、ようこそおいでいただきましたと思っております、皆さんご存じのとおり、徳島県は山や海に囲まれた四国の県なんですけども、狭くて、人口も決してもちろん多くはないんですが、いろいろ見るところもあって、北は鳴門の渦潮や大塚国際美術館では米津玄師さんが歌ってくださったこともあって、非常に巡礼スポットみたいと言われることもありますし、こちら南のほう、こちらのほうは海部地区というのがありまして、世界的なサーフポイントになってですね。最近ではコロナのこともあって少ないんですけども、後は世界的アニメーションになりましたけれども、ご存じのとおり「鬼滅の刃」を作ってもらってるのがユーフォーテーブルという会社ですけども、これは、徳島市に会社があって、東京と徳島市に拠点を置いてやってもらってる。社長は徳島出身の方です。

これはご存じの方も多と思いますけど、現在、徳島、J2単独首位を独走中のごさいます、さて明日天王山でございましょうかと言われてますけども、非常に徳島県民が期待しておりますし、西のほうは日本三大秘境の一つで、かずら橋温泉郷というのがありまして、これ温泉総選挙2017におきましては外国人おもてなし部門第1位を獲得しまして、外国の方から非常に人気な名所でもあります。

このようにいろいろある当県でございまして、今年行われました地域ブランド調査2020で栄えあるブービー賞を頂きまして、自他ともに認めローカルな県でございまして。我々自覚しております。もちろんでございまして。ローカルな県であります。こういった我々がドクターヘリを用いてどんなことをしたらどう役に立つかということが非常に重要でして、ローカルなところだからこそ役に立つのがプレホスピタルの医療だろうとは感じています。

徳島県中央病院は460床ありまして、年間の手術件数が4,500件のうち3分の1弱ぐらいは緊急手術を行っているような病院です。これは救命救急の部門ですけども、我々のスローガンの、まさにこの中央病院ということもありまして「Be Central」であろうということと、我々こそTokushima E Rであることを目指して日々診療に当たらせていただいておりますが、実際は非常に脆弱な組織でございまして。見ていただいたら多いように見えるんですけど、実際救急の専属メンバーはスタッフが3人しかいません。そのうち外科、外科、救急科と救急科1人しかおらんやないかという話になっていて、これは事実でございまして。外の中でフライトドクター、フライトスタッフですね。ドクターとナースが6名と9名という体制でやっておりますけれども、フライトドクターに関しましては、救急科はやっぱり1名で、外科が3名で、集中治療科1名で消化器内科の先生まで乗っており、こういった施設というのは、恐らく全国の中でも当院だけではなかろうかと思っております。良い、悪いではないんですけど。そういった多岐にわたっていると。

そういったこのスタッフが少ない中、先月からドクターカー事業にも着手したという、君たち大丈夫かとすごく心配されながらも、我々としてはできることから少しずつ、一歩と言わず半歩でも前に出ていこうと思っておりますけれども、これらの体制を持ってして、単にそのこういうスタッフでドクターヘリを使えば、果たして医療を住民の皆さんに貢献できますかという、残念ながらノーなんです。ただドクターヘリを飛ばせばいいのかって、そういうことではないと、どうすればいいのかって、やっぱりチームワー

クが非常に重要でございます。ただ機動力の高いものを使えば役に立てるのではなくて、いわゆるC S C Aという言葉がありまして、指揮命令系統の確立と安全をしっかりと確保して、どんな情報であるかということをお互いのチームの中で共有して、自分たちが何をしなければならぬのかをアセスメントしていくと、このようなC S C Aということをも呪文のようにつなぎながら、チームの中でチームワークを形成していくということが非常に重要でございます。

これらのスタッフを用いて、現在、我々の徳島県中央病院において力を入れている外傷の診療について見ていただけたらと思います。大体、年間のヘリだけでも200例近くの方の診療に当たるわけですが、今回、重症外傷の方を救命するにはどうすればいいか、鉄則が3つあります。それは早くですね、外傷の場合の亡くなる原因の9割以上が出血です。早く出血源を突き止めて、早く輸血をしっかりと入れるんです。十分に早く入れる。そして早く根本的治療、手術です。止血をするって、この3つがなされないと救えません。これらをどうすればいいんだろうかと我々も考えまして、現在、当院での重症者外傷治療に対する取り組みとして3点をこの2016年度からみんなで相談して、ヘリのメンバーで同じ共有認識と文化を作っていこうということにしました。それは3つ、少し英語でも書いていますけども、Direct C Tという言葉がありまして、ヘリコプターから帰ってきて救命救急のほうの初療室に入って診察してからC T室に行くのではなくて、直接C T室に搬入するというような概念です。Direct C Tを使うということと、M T Pという言葉がありまして、Massive Transfusion Protocolという言葉で、急速大量輸血です。行うタイプのProtocolを決めていたという、それを整備して運用に取り組んだ、そしてTrauma Call、いわゆる当院のほうは外傷チームを今形成していて、外科を中心に作られているチームをいち早く起動して、どのような外傷であるかという情報を院内で共有すると、これらの病院として施設全体のルール、共通認識を我々現在コンセンサスと呼んでいるわけですが、今回、その院内においても、このようなパンフレットを作ってお手元にも配布しておりますけれども、こういうふうにするんだよということを見える化して、ドクターだけではなくて、チーム全体の中で共通認識を持っている。

今回、そのコンセンサス、外傷診察コンセンサスを使えば、果たして本当にドクターヘリで用いた重症外傷の方を救えるんですかということ、少し調べてみた研究がありますので、ちょっとお付き合いいただけたらと思いますけども、今回の研究デザインは我々のこの施設だけですね。単施設の過去起点コホート研究、昔の資料から情報を集めてきて調べました。患者さんの組入れ基準は2013年から2020年までの間のドクターヘリで搬送された外傷患者のうち、胸腹部、骨盤の手術をした方たち、その中でI S S 16以上というのが重症外傷の定義になりますけれども、重症の方だけをピックアップして考えたらどうだと、その中で蘇生的開胸術というのも時々ドクターヘリでも行います。しかし蘇生的開胸術をする方の救命率は非常にもともと低いので、こういうことをした人は除くと、またI C Uに入院した後に、時間を置いて手術した人は除外しています。

これらの人たちの中でコンセンサスを用いて、コンセンサスを用いた後と、その前です。それによって患者さんに何かお役に立てているかということ調べました。最初に大事な結果として用いるものは根本的治療の手術ができるまでもヘリが着陸してから手術に至る

までの時間が早くできていますかということをもまず調べて、はたまた輸血が始められるまでの時間や全入院期間、そしてICUでの滞在日数、入院30日までの生存率というのを調べました。

これ見てみますと、過去のその6年間調べた206例の外傷の患者さんで、重症です。重症者の人を運んできて手術になった人は55人を超えていました。その中でさらに重症外傷で、こういったものを除いてと振り分けますと、昔が17例でコンセンサスを導入して当たった診療の人が22と、決してそこまで多いわけではないです。これぐらいの重症で、さらに手術する人がいたということですね。

この2つの分で比較して、調べてみますと、患者さんの背景とか、現場での治療因子で考えますと、それぞれの昔と今、コンセンサスを使った今とでいうと、それぞれ差はないんですけども、このISSって外傷の重症度はより最近のほうが重症な方を扱っているということが分かりました。これはなぜか分かりません。

現場での血圧や脈拍、呼吸数、意識状態といったバイタルサインです。バイタルサイン差はありませんでした。現場での処置の内容にも差はなかった。しかしこの時間に関して少し差が出てきて、反応時間というのが、患者さんがけがを負ってから、我々が駆けつけるまでの時間でいうと、これ現場の滞在時間です。ここ変わりはありませんが、搬送時間がむしろ最近のほうがやや長い傾向にあるということが分かりまして、恐らくはより遠方のところですね。徳島県で言えば西部や南部の遠方に向かうことが多かったんじゃないかなと思います。

最も調べたかったそのPrimary outcomeとか、手術、介入始まるまでの時間というのを調べてみると、幸いと申しますか、コンセンサスを用いて診療に当たった郡のほうが、より統計的に優位さを持って、早く治療、手術が開始できていたということが分かりました。大体ヘリが降り立ってから手術が開始されるまでの平均の時間が、100分を下回る時間をおきまして、92分ぐらいだったと思いますけど、でありました。90分台というのが早いのか、遅いかということに関して申しますと、恐らく現在の世界的な数字を見ても決して悪い数字ではないかなと思っています。

さらに着目すべき数字としてはここですね。過去起点になっていますけど、一番早いところと言ったら、実は2分で手術が開始できているというのがあって、これはヘリから降りて直接手術室に入ってすぐ開けたという症例が、今までで3例ほどありまして、そういった情報の伝達の質が高ければそういうこともできるということを表している。

そのほかの時間的なことと言えば、輸血が開始されるまでの時間も、最近のほうが20分を切る平均の時間となっていて、これも明らかに早くなっていましたし、このICUの滞在日数ですがむしろ長くなったんです。これはなぜかという、最近のほうがICU診療の充実度が上がってきているんです。集中治療医が常駐したりするので、より濃厚に治療ができているということと、手術に臨んだ方がやや増えた可能性もあると言われてますが、などの傾向があります。

ただし、生存率はどうですかという、これは決して一緒ではないんですけど、20人、17人でいうと、両群とも生存率は差はなかったという、80%以上の皆さんが助かってらっしゃるということですけど差はなかったということがありまして、最近はその外傷診療の

コンセンサスを用いると、搬送時間は最近長い傾向というのかもしれませんがね。であったり、より重症度の高い方を診ていたということ、そして手術開始までの時間は短縮されていた。輸血開始までの時間も短縮されていました。ICU滞在日数が長かったということが分かりました。

さらに今後の我々にとってのネクストステージはどこにあるかということを考えていますけども、現在、既に導入していること少し聞いていただけたらと思うんですけど、そのPre Hospital（プレホスピタル）です。病院前診療、ドクターカーやドクターヘリにおいて今行っているのは、やはり両手を空けて仕事しなければならないので、現場でこの今使っているのはICTの利用ということに取り組んでいまして、徳島県ではですね。iPhoneを使って情報を取るんですけども、電話自体も片手が埋まっちゃうので、現場で手術をしたり処置をすることもありますから、やっぱり両手を空ける必要があるということ意識して、準備して取り組んでいますけども、現場プレーヤーがiPhoneを使ってER側がバックアップという存在を作っていますけども、この現場とERとの、この情報の交換ということを非常に重要視していまして、そのような、こういったICTを用いて情報を共有する。電話だけではなくて、いわゆるツール、アプリを使って実際に打ち込んで、ER側がこういう情報だよって、こういう患者さんらしいよということ、現場のプレーヤーと同じものをリアルタイムに共有して見ると、かつ、このハンズフリーという意味で、このiPhoneを、胸にチェストハーネスを使って胸に装着して、耳にはワイヤレスイヤホンであるエアポズプロをつけて、電話でなくて、フェイスタイムを用いて両者のコンタクトをとっているということを今やっています。プレーヤーたちはこういった形になっていって、ダサイちゃあ、ダサインですけども、その辺りはご容赦いただいて、現行C型と言っていますけども、何パターンか今までトライアルしてここに至っていますけど、耳にはイヤホンして、胸にはチェストハーネスにiPhoneをつけて、そして胸元にはアクションカメラをつけるシーンもあります。これは現場での情報を動画として納めるためです。こういうのを使うこともあります。

それらを実際にどう使うかということ、エアポズプロを使えば、HeySiri機能が使えますので、処置をしながら「HeySiri、フェイスタイム、カウンターアイパッド」ということを言えば自然に、10秒かからないうちにERとつながることができます。これ横でやっていますけども、現場でやっても同じぐらいの時間でつながりますし、胸元ですと、以外とこの中に書いたテキストデータも両手を放しながら見ることができたり、現場で患者さんの住所、必要な電話番号、そういった情報の紙媒体の物を撮ることができますし、こういった傷口も撮ることができるので、結構体幹で撮っていくのでぶれないと思います。ポケットから取り出したりすることがないのでいいんじゃないかなと思ってやっています。

こういういったことをさせていただいて、用いて、実際に現場出動や施設間でどうふうに使っているかと申しますと、これは一例を示してですが。

（動画放映）

○川下副センター長　これは、施設間搬送です。これはバックアップ側が今情報を入れています。出発時間とかもアイパッドでポチポチと押していくとその時間がリアルタイムで残っていくんです。この間にプレーヤーたちは出動に入っていて、これを打っている

のがもう既に開いてあるんです。同じものがある、アイフォンで見えるんです。見ていて、心電図で前胸部誘導のST上昇というのは、つまり心筋梗塞や狭心症といった心大血管の症例であろう可能性が高いという、なるほどと。これ比較的最近の症例でちょっと寒くなってきたときの方なので、サーフィン中あり得るねという話をしながら出発してるんですけど、これより見やすい角度だったんで、このプレーヤーの、この目線がアクションカメラで撮った動画を見せてるわけなんですけども、こういうふうに耳で聞くだけの伝言ゲームじゃなくて、実際に同じものを視覚的に共有するということが非常に重要。やはり現場においてはその情報が命ですし、その情報を基にどうするかというようなコントロールがなければ患者さんの救命率は決して上がらないだろうなど、僕たちは信じてやっています。乗り込むとここまでの情報は入っているので2テンポぐらい早くストラテジーを打ち出すことができるんじゃないかなと思っています。

この現場活動ではどう使うかと申しますと、これER側からの情報を見ていただこうと思うんですけど、ERでも4Kテレビを掲示板のように使っていて、そこに写ってるのが現場のアイフォンの画像です。僕たちはそれを見ながらアイパッドで情報を打ち込んでいく。こうだったら、こうしよう、こういう状況だったらここに搬送しようというブリーフィングを先にしちゃうんですね。プレーヤーたちがいつも熟達した人たちとは限らなくて、まだまだトレーニーたちも多いので、指導員のほうが、まるで側にいるような情報を伝達すると、これ救命士、我々救命士ですけど、こちらで得ている情報も伝えながら診療する。こうやって傷口も結構視覚的に見ると、なるほど、なるほど、とすぐ伝わるものですから、より威力を発揮するのは、重症な、バイタルサインが悪い方ですね。かつ中央病院に連れ帰るといふ人。いち早く輸血の準備とかができるようになるだろうと思って準備しています。

これは先ほどの、こちらが外傷診療コンセンサスを導入してから手術に至るまでの時間が早くなりましたというグラフでしたけども、こちらがそれ以前に行った研究のデータでして、以前はドクヘリが始まって5年目まででどうだったかを見たんですけど差がなかったんです。残念ながら。これがより、時を経て、我々のそのインフォメーションをいかに共有していくかということによって、時間が早くなってきたという経緯がありますが、このネクストステージ、今何を目指すかと、さらに早く準備をしていく、手術に持っていくということを目指して今当たっていますし、先ほど差がありませんでしたねと申しました生存率に関してなんですけども、これは過去にも生存率と差がなかったんです。過去のほうにもなかったんですが、これは、しかし、この重症外傷である方たちの中でも、予測生存率という計算方式がありまして、重症の中でも、けがは重症でもバイタルサインがそんなに悪くない人たちも含まれているんじゃないかと思うんです。なので、バイタルサインも悪くて、情報からこの方は、半分以上の方は亡くなりますねという方たちだけピックアップすると、ちょっと差が出てくるということが分かりまして、2012年、ここですね。2012年とか、ヘリが始まった当初というのは、50%未満の予測生存率の方というのは最終的に20%切っていたんです、この生存率が。むしろ非常に悪かった。当院の外傷診療は非常に悪かったということを表しますけども、それでも、そのときもこちら0.07と書いていますけども、統計学的には0.05を下回る数字であれば有意と言えるので傾向としか言えま

せんが、それでもヘリが始まってちょっとよくなったと僕たちは思っていたんですけど、さらにここは差が出てないんですけど、過去と、今と言え恐らくここは有意さが出るんだろうなどは考えていますので、あんまり、非常に昔のことというのは比べるに値しないと僕たちは思っていて、やっぱり戦うべきは今ですね。ここ5年ぐらいのところでよくなったかどうかというところを、せめぎ合う必要があると思っていますから、ここの救命率です。

既に、もちろん50%は上回っているわけですけども、さらにネクストステージは高い救命率を目指しているところを今攻めている状況で、それも、これも既に若い人たちが毎年、研修医は我々のところにも来ていますし、徳島県においては、先ほど見ていただいたように救命救急に携わる医師というのは非常に今少ないです。それはなぜかということ、やはり教育なんですね。教育や我々がどういうことをしているかということ、いかに伝えるかということが非常に重要だと思っています、彼ら研修医の教育にも、このネクストステージに、我々は立っているんだということを伝えていきますし、そういうことをしますと徐々にですが、やはり救急科に進みたいという子たちがちょっとずつ出てきました。

毎年1から2名ほど当院や、今これで申しますと、この先生は今、兵庫のほうで救命救急に当たっているし、彼は大阪のほうで今救急医を目指してやっています。これは栄えある我々の県立中央病院の第1号の救急医を目指す専攻医ができ上がったんです。そういった、僕の後輩なんですけど、彼は救急医じゃないけど、救急医のマインドを持った医大生ですね。そういったようにちょっとずつでも彼らの教育に役立っていると思っていますし、さらに言えば、もっと次のジェネレーションが控えています。彼ら、彼らというのは彼女もそうですけど、この子たちが住んでいくのに非常に安心できて、かつ楽しそう、やりがいがあるというような救命救急を目指して、今後も取り組みたいと思っています。以上です。

(拍手)

○委員長(平井齊己) ありがとうございます。

それでは、ただいまご説明をいただきました内容につきまして、お聞きになりたいことがありましたら、挙手をお願いします。よろしいですか。

松浪委員。

○松浪委員 先生、どうもありがとうございました。

先ほど専門の方が、外科は3名いらっしゃるけど、ほかの方1名なんていうことになるんですけど、これローテーションってどういうふうに回すことになるんですか。

○川下副センター長 ドクターヘリでですか。

○松浪委員 ドクターヘリで。

○川下副センター長 ドクターヘリは今メンバーで言えば6名のフライトドクターがやっていますが、毎日違う人が入っています。

○松浪委員 すると、外科の方は3名いらっしゃるって、内因性の病気で対応できないことというのは出てくるわけですか。

○川下副センター長 おっしゃっていただいたように、それをまさしくヘリを飛ばせばハッピーですかということと言いますと、同じご質問だと思うんですが、やはりトレーニ

ングが必要です。外科であるとか、消化器内科であるとかっていうこと、僕たちは全然重要視してなくて同じ主義ですね。同じような質が担保できるかどうかというところをヘリのフライトスタッフとして乗せるかどうかのラインにしています。なので、やりたいと言うと皆さんが乗れるわけではなくて、大体3か月か、4か月ほどのトレーニングを経て、みんなの中で審査をして、彼だったら、彼女だったら任せられるねという人だけに乗せると、ああいうことになったということになります。

質に関してはああやって見せるとちょっとご心配かもしれんけど、同じ質が担保できると思っています。逆にヘリの現場ですることってそんなに難しくないんですね。このシンプルに誰でもできるような内容をセッティングしているんですけど、問題は、やはり人なんです。ちゃんとコミュニケーションがとれる人材、人物かどうかということが非常に重要だと思っています。

○松浪委員 ありがとうございます。

○委員長（平井斉己） 他にございますか。

成宮委員。

○成宮委員 貴重なお話をありがとうございました。

コロナ禍で先生の目から見て、新たにこういうことが難しいなとか、こんなハードルが出てきたなとか、感じておれることがあったら教えていただければと思いました。

○川下副センター長 ありがとうございます。

おっしゃるとおりで、難しいなと思うところは2点あって、1点目はもちろん現場に行くと、この人が何だかの気道感染症ですね。コロナに限らず例えば結核とか、やはりスタッフ、クルーが曝露をしてしまうような危険性をはらんでいませんかということを決めるということですね。この患者さんは感染症の危険性があるから乗せませんと言えるかどうか。という判断能力、コマンドコントロール、指揮命令系統を現場のフライトドクターが決められますかというところが、非常に努力というか、難しかったんです。難しく、今までは乗せませんという症例というは、ほぼ結核一択だったんですね、頻度から申せばですね。あとはもちろん薬物中毒とか、密室内での曝露で健康被害が出る、そんなものはもちろん乗せないんですけど、コロナウイルスでしょうか、感染症でしょうか、ということをちゃんと意識して決めてくださいという、その文化ができ上がるまでにちょっとかかりましたね。それが難しかったのが一点と、じゃあ乗せませんと判断したときですね。コロナウイルス感染症の疑いがありますとなったときの判断が2点目で、そのときのいわゆる個人用防護具、PPEを何をどのレベルにセッティングするかということチームで統一しますが、それを決めるということですね。決めて診療に当たって、じゃあヘリで運ばないんだったら何しますかということを決めるということは、決めてしまえば簡単なんですけど、それを決めさせるということ伝えるのが難しかった。約10か月ほどコロナのことで携わって、診療に入ってきて10か月ほどなりますので、今はスタッフみんな慣れているんですけど、最初は4月、5月ぐらいは特に大変でした。

○成宮委員 ありがとうございました。

○委員長（平井斉己） 尾崎委員、どうぞ。

○尾崎委員 ありがとうございました。

先生、ドクターでいらっしゃるので、非常に的外れな質問になるんですけども、今この冬場になりますと夜間が長くて、飛べない時間が非常に長いじゃないですか。

○川下副センター長 おっしゃるとおり。

○尾崎委員 これは世界的に見て夜間に出動できているようなヘリというのは存在しないのでしょうか。

○川下副センター長 ありがとうございます。

夜間飛行ですね。夜間飛行しているのは、今アメリカだけです。

○尾崎委員 そうですか。

○川下副センター長 逆にアメリカが一番ヘリの事故が多い国でもあるんですけども、ヘリはやっぱり有視界飛行でございますので、見えないところは飛べないし、飛ばないというのが、やっぱり安全確保の、セーフティーの基本になっていて、ヨーロッパ、欧米のといっても、ヨーロッパのほうを日本は参考にすることが多いんですけど、アメリカはそれぞれの施設の自己判断でやっているみたいですね。

ただ、どうしても日没までと申しましても天候によってはすごく暗いんです。すごく暗いときがあって、パイロットに負担をかけるシーンもありますので、恐らくその運航会社、ヘリの運航会社が定期的に、いわゆるトライの夜間運航してくれているんです。それは僕たちは乗せないんですけど、いざというときのために暗くなったときの飛行にも耐えられるようにということはしてくれているみたいですが、セーフティー第一でやっているのが日本の現状だと思うんです。

○尾崎委員 ありがとうございます。

○委員長（平井斉己） 他にございますか。よろしいですか。

それでは、質問もこれで終わらせていただきます。

川下先生、本日はどうもありがとうございました。

（拍手）

○委員長（平井斉己） それでは先生がご退出をしますので、しばらくお待ちください。

（川下副センター長 退出）

○委員長（平井斉己） 以上で本日の議題は全て終了しましたが、この際、他にご発言はございますでしょうか。

それでは、ご発言もないようでありますので、本件につきましては、これで終わらせていただきます。

以上で、本日の防災医療常任委員会を閉会いたします。遅くまでご苦労さまでした。

午後4時29分閉会



関西広域連合議会委員会条例（平成23年関西広  
域連合条例第14号）第28条第1項の規定により、  
ここに署名する。

令和3年2月27日

防災医療常任委員会委員長 平井 齊己