

中央防災会議 防災対策実行会議
南海トラフ巨大地震対策検討ワーキンググループ
第9回議事録

南海トラフ巨大地震対策検討ワーキンググループ（第9回） 議事次第

日 時：令和5年10月2日（月）15:00～17:12

場 所：中央合同庁舎8号館 災害本部会議室

1. 開 会

2. 議 事

- ・ 前回ワーキンググループにおける意見等について
- ・ 南海トラフ巨大地震における医療対策について
- ・ 南海トラフ地震防災対策基本計画に関わる進捗状況等

3. 閉 会

開 会

○藤本（事務局） それでは、定刻となりましたので、ただいまより「南海トラフ巨大地震対策検討ワーキンググループ」の第9回会合を開催いたします。

委員の皆様には、御多忙の中御出席いただき、誠にありがとうございます。

私、内閣府（防災担当）の藤本でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

本日も今までと同様に、対面とオンラインによるハイブリッドでの会議形式を取らせていただいております。ハウリング防止のため、御発言する場合以外はマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。また、対面で御参加の皆様におかれましては、御発言時にはなるべくマイクを近づけて御発言いただきますようよろしくお願いいたします。

本日の出欠状況につきまして事務局から御報告いたします。

越塚委員、田嶋委員、渡邊委員は、所用により御欠席となっております。

また、末松委員は遅れての参加となっております。

また、奥村委員、末松委員は、所用により途中での御退席となります。

濱田委員は、所用により欠席のため、代理として中岡誠二様に御出席いただいております。

会議に入ります前に、先月の内閣改造におきまして防災担当大臣、副大臣、大臣政務官が新たに就任いたしましたので御紹介いたします。

松村祥史大臣でございます。

○松村大臣 どうぞよろしくお願いいたします。

○藤本（事務局） 堀井学副大臣でございます。

○堀井副大臣 どうぞよろしくお願いいたします。

○藤本（事務局） 平沼正二郎大臣政務官でございます。

○平沼大臣政務官 どうぞよろしくお願い申し上げます。

○藤本（事務局） それでは、松村大臣から御挨拶申し上げます。

大臣、よろしくお願いいたします。

松村大臣挨拶

○松村大臣 皆さん、こんにちは。ただいま御紹介いただきました、このたび防災担当大臣を拝命いたしました松村祥史でございます。熊本県選出の参議院議員でございまして、熊本地震を経験している一人でもございます。また、私をサポートいただく堀井副大臣、そして平沼政務官、この3人と担当部局でしっかりと防災を進めてまいりたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

まずは、南海トラフ巨大地震対策検討ワーキンググループの第9回の開催にあたりまして、一言御礼と御挨拶を申し上げます。

委員の皆様におかれましては、日頃から防災政策の推進に御協力をいただき、この場所を借り

まして、私から心から御礼を申し上げます。ありがとうございます。また、大変御多忙な中に貴重なお時間を割いて御意見を賜っておりますことにも併せて御礼を申し上げます。午前中も国土強靱化の会議がございましたけれども、こうやって拝見しますと何名か掛け持ちでいろいろな御提言をいただいているなど、本当にありがたいと思っておるところでございます。ありがとうございます。

冒頭申し上げましたが、私も7年前に熊本で地震を経験いたしました。あのときの反省は、熊本には地震はないというある意味伝説的なものがございまして、思考停止をして何の備えもしておりませんでした。改めて、地震というのはなかなか予見性がない災害でもございます。こういった地震に対してしっかりと備えをしていくというのがあのときの反省でございます。そういう意味でもこの会議は極めて重要であると認識をいたしております。

また、今年は関東大震災から100年目の節目でもあります。過去に学び、そして、その教訓を生かし、災害への備えにつなげていく必要があると思っている一人でもございます。

その上で、南海トラフ巨大地震は今後30年以内に70%から80%の確率で発生することが予測されていると報告を受けております。今後、対策の取りまとめまでには多くの検討課題がございますが、地方公共団体や国民の大きな関心、そして懸念に応えるためにも、委員の皆様の豊富な御経験と深い見識をもとに、ぜひ活発な御議論をしていただきますようお願いを申し上げますと思います。

結びに、委員の皆様方のますますの御健勝を御祈念申し上げますとともに、今後とも防災政策の推進にますます御協力を賜りますように心からお願いを申し上げます。私の冒頭の御挨拶に代えさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○藤本（事務局） ありがとうございます。

松村大臣、堀井副大臣、平沼大臣政務官につきましては、公務のため、ここで退席いたします。

○松村大臣 どうぞよろしくお願いいたします。

（松村大臣、堀井副大臣、平沼大臣政務官退室）

○藤本（事務局） それでは、マスコミの方はここで御退席をお願いいたします。

（報道関係者退室）

○藤本（事務局） 議事に入ります前に連絡事項でございます。

まず、会議、議事要旨、議事録及び会議資料の公開につきましては、前回会議と同様の取扱いとさせていただきます。

次に、事前に配付しております本日の資料を確認させていただきます。

議事次第、委員名簿、配席表、資料1－1から1－3及び資料2から4、参考資料1がございました。資料はよろしいでしょうか。

不足等ありましたら、その都度、事務局までお知らせいただけますと幸いです。

それでは、以下の進行は福和主査にお願いしたいと思います。福和主査、よろしくお願いいたします。

○福和主査 福和でございます。本日もお忙しい中をお集まりいただきましてありがとうございます。

今日のテーマは議事次第にございますように3つございます。1つ目は前回までのワーキンググループでの意見について事務局のほうから御報告いただきたいと思います。2つ目は今日の本題であります南海トラフ巨大地震における医療対策についてでございます。本日はゲストとして日本医師会の細川常任理事にもおいでいただいております。事務局と細川理事から御報告をいただく予定です。3番目が南海トラフ地震防災対策基本計画に関わる進捗状況等ということで、そろそろ新しい基本計画をつくっていく方向で現状について御報告をいただくということになります。

それでは、まず最初に1つ目の議題、前回までのワーキンググループにおける意見などについて、事務局から資料1－1から1－3を使って説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

資料説明

○朝田（事務局） 事務局の朝田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

お手元の資料1－1につきましては前回のワーキングの議事要旨要の案となっておりますので、メールでの照会を含めて御確認をお願いいたします。この場で指摘いただいても結構でございます。

資料1－2は前回いただきました議事概要の内容をピックアップしているものですが、次回以降の予定と併せて記載しておりますので、あわせて参考としてください。

9ページに第6回における意見等を踏まえた今後報告書に反映すべき事項といったことで書かせていただいております。前回と同様でございますので、御覧いただければと思います。こちらについても御意見をいただければと思います。

さらに、16ページには広域連携に関連する事項、20ページにはデジタルに関連する事項ということで、前回がほぼ連続的に2回連続あったものですから、3つのテーマについて書かせていただいております。

それでは、次に、資料1－3について説明をさせていただきます。前回までにいただいた意見についてお返しできるものについて資料を用意させていただいております。

まず、2ページ、3ページは電力量につきましてのデータについて提示しております。御確認いただければと思います。

4ページを御覧ください。電気自動車が普及している最近の状況を踏まえたこれの活用可能性についても考える必要があるのではないかという御意見につきまして、関係省庁の取組の紹介でございます。

まず、エネルギーを所管しております経済産業省のほうでは、EVの開発に関しまして、様々な補助金等を用意してこれを促しているという事例。さらには、実際に運用していく上で充電等の

環境づくりをしていく必要がありますが、これに関しまして、道路管理者でもあります国土交通省のほうで高速道路のSA・PA、さらには一般道における道の駅、こういった施設において充電事業者等呼び込むような施策も打ちながら環境づくりに取り組んでいるという事例でございます。

次に6ページです。道路啓開に関しまして、いわゆる建築事業者の不足だけではなく、重機を所有する業者や資機材の提供事業者について、きちんと課題整理をしていく必要があるのではないかと話。こういったまさに御指摘のようなことを問題意識として受け止めた上で、各ブロックごとに道路啓開計画を策定するための会議体などを設けて、そのメンバーの中には様々な業種等も巻き込みながら、かつ1つの県だけではなくて複数の関係都県間で重複等が生じないようなきめ細やかな体制づくりが行われているということを御報告いたします。

主なものを飛ばしながら行かせていただきます。8ページを御覧ください。鉄道あるいは道路において、沿道沿線にあります民地において様々な危険物、斜面等々があるものを考えていく必要があるのではないかと御指摘に対しまして、道路、鉄道それぞれ法律に基づいて一定の手続を行った上で危ないと考えられるようなものについてはあらかじめ措置をするという制度があります。こういった制度の活用も念頭に置きながら、通常の道路管理、鉄道路線管理等が行われているというような報告がございました。

9ページです。港湾の機能を維持するために必要なことを整理するにあたって、主要港湾における被災リスクのある物量を分析していただきたいという御意見について調べてみました。表にありますように、総貿易額に占める南海トラフ地震防災対策推進地域にある港湾が占める割合が一番右の数字、約75%という大きな数字になっていることを御報告いたします。

次に、11ページのほう、こちらは前回の資料の一部修正がございます。12ページを御覧いただくと、東日本大震災で自衛隊の派遣人数に誤りがありました。正しくは延べ約1,064万人でございましたので、ここで修正をさせていただきます。

13ページです。広域連携の前提となる迅速かつリアルタイムでの被害状況把握について、様々な機関がどのような取組を行っているのかといったこと、主な省庁について確認をいたしました。防衛省、警察庁、消防庁、国交省、海保の5機関について確認をしましたが、例えば防衛省でいきますと、航空機、ドローン、さらには地上要員、こういったものの情報収集を行っている。さらには撮った映像等を伝送するための機材などを整えている話。基本はこういったものが多いです。

一方で、警察庁などは現場警察官における目視、110番通報を集約化するといったことも取り組んでいるという話。ヘリコプターによる撮影などもあるそうです。

消防庁、国交省は職員を現地に派遣する仕組みを設けているという話になりますが、国土交通省においては、道路、河川、様々なインフラをふだんからお預かりしている立場で、CCTVを使った管理も行っております。こういったシステムを災害時にもフルに生かして情報収集、あるいはその情報を各機関に使っていただくといった仕組みが行われているということになります。

次に14ページです。広域的な連携の一環として、前回のワーキンググループの報告書に盛り込

まれた対策協議会の取組状況を提示してほしいという御意見についてです。状況を申し上げますと、平成24年度に協議会が開催され、その場において地域ごとにきちんと緊密かつ迅速な連携を図ることが大事だということで、ブロック協議会といったものが中部、四国、九州の各ブロックにおいて設けられて、毎年情報提供、意見交換等が行われております。

21ページまで飛ばさせてください。廃棄物の関連になります。東日本大震災で広域処理なされたのだが、仮設の焼却場が現地に整備されたということにもしっかりと触れておく必要があるのではないかと。この事例の紹介でございますが、岩手及び宮城県では計31基、福島県では15基の仮設焼却炉が設けられて、それぞれ廃棄物の処理が行われたという事例でございます。

次に22ページです。東日本大震災の際にいわゆる町医者と言われる方々も死亡診断書の作成に協力した事例とあるが、ふだんそういったことを専門に常時業務を行っていない方々が対応する際、そういったものがしっかりと実効性のある形になっているかを確認する必要があるのではないかと御指摘でございました。警察、厚労省に聞き取ったところ、先に厚労省のほうにいきますと、検案する医師の能力向上を図ることを目的として、公益社団法人日本医師会に委託して一般臨床医等を対象とした研修会などを行っているという話。この研修会につきましては、ウェブサイト上で動画視聴する方法とか様々な手法を用いることによって、令和4年度までの基礎研修会の累計修了者数は2,800人余り、上級に至っては900人余りといった数字になっているということ。

また、上のほうになりますが、警察においても都道府県医師会と警察、この協力関係の強化等を平時からやっているのに併せて、先ほど申し上げました日本医師会が開催する死体検案研修会に検視官などを派遣することによって、研修会の充実に取り組んでいるという報告をいただいております。

最後、23ページでございます。発災直後に様々な情報、こういった情報がどのタイミングで必要になってくるのかという表を提示しておりましたが、そちらを充実させたような形で改めて提示させていただいております。こういったものもベースに置きながら、様々御意見、御議論をいただければと考えております。

以上になります。

○福和主査 どうもありがとうございました。

ただいまの事務局からの説明に関しまして、御意見、御質問等がございましたら御発言いただければと思います。よろしいでしょうか。

それぞれ3回分の大きな課題は1枚ずつにまとめていただいております、それが最終報告書の中での大事な記述項目になると思います。よろしければ、本日の本題、医療の問題に移っていききたいと思います。

南海トラフ巨大地震における医療対策について、事務局からの説明に加えまして、本テーマと関連の深い公益社団法人日本医師会の常任理事である細川秀一様から話題提供をいただきたいと思っております。

2つの報告を先にいただいた後で、まとめて質疑と議論の時間を設けたいと思っております。

まず先に、事務局のほうでまとめた資料について御説明いただければと思います。よろしくお願いします。

○朝田（事務局） 改めまして、事務局のほうから資料2に沿って説明をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

主査のほうからお話がありましたように、この後、細川様より御説明いただくというふうに聞いております。そこでの重複を意識しながら、一部割愛しながら説明することを御容赦ください。

それでは、まず2ページを御覧ください。こちらが今日の議論内容となります。医療・福祉サービスをとりまく現況、医療施設等の地震対策、医療・福祉の事業継続、さらには医療関係の広域救援体制、大きく分けて4つの柱について御意見をいただきたいと思います。

3ページを御覧ください。こちらが前回、10年前の被害想定における負傷者及び災害時要援護者の被害想定といったことで数字がございます。東海地方が大きく被災するケースにおきまして、合計で負傷者数は約62万3,000人という数字が出ております。また、下のほうには災害時要援護者、いわゆる災害時要配慮者の被害想定として、様々な区分に分けて数字を記載しているところでございます。

次に4ページです。併せて被害様相でございます。地震発生直後に重症者、軽症者等の膨大な数の医療需要が発生するということ。具体的には被災地内で対応が難しくなる患者数が赤字、入院が約8万人から15万人、外来が約9万人から14万人という大きな数字が不足するという話になってくること。それは病院・医療の不足という話に起因してくることになってまいります。被災地内の相当数の医療機関でトリアージを実施する必要がある出てくるという話、さらには広域医療搬送する体制が求められている、こういったことがいろいろ書かれていました。

また、下のほう、主な防災・減災対策としていただいた提案が、医療機関の施設の耐震化、地震で機能をできるだけ失わないようにしっかり備えをしておくということ。また、備蓄という観点で医薬品の備蓄の充実という話。さらに、応急・復旧対策、それでも損傷を食らったときのために様々な体制を構築していくということ、その前提としてのBCPを作成しておくこと、こういったことが言われておりました。

5ページを御覧ください。医療対策における施策の進捗状況となります。これは既に御報告しているものになりますが、病院の耐震化率につきましては、令和2年度末に8割という目標に対して約79%、そのうちの災害拠点病院あるいは救命救急センターの耐震化率について、特に重要な施設につきましては約95%という令和5年度末の目標に対して、令和3年度で94.6%ということで進捗が見られているという話です。

また、体制づくりという話でDMAT、これはまた後ほど出てきますが、こういったものの体制の充実が進捗しているということでございます。

6ページです。ご議論いただきたい論点、施設機能維持・事業継続の観点からは、病院や福祉施設の機能維持の推進方策を御議論いただきたいという話。改めて焦点をあてるのですが、東海地域は海拔ゼロメートル地帯なんかも多うございます。そういったところで特にどのような対策

を行っていくべきなのか。さらには広域救援という話で、医療・福祉従事者をどう確保していくのかということについて御議論いただければと思います。

それでは、とりまく現況について御説明します。

8ページはちょうど細川様からお話があると思います。医療関連と一口に言っても様々な専門性を持った方々がおられて、また、医療以外にも健康関連、さらには福祉介護関連ということで多岐にわたるサービスが行われているという話。

9ページを御覧ください。そういった担い手の現状という話なのですが、医師につきまして、医師不足に対応する地域偏在。どうしても都会と田舎、過疎といった現状の中で、地域偏在といったものが生じている。あるいは診療科別の偏在についての対応について取り組みがなされているということです。

看護職員も地域別と併せて領域別、具体的に言うと訪問介護の需要増への対応がニーズとして出ていっているという話になります。さらには介護職員、保育人材の離職率のところ。様々な処遇改善等の取組によって、いわゆる平均的な数字と比べると離職率が下がっている傾向にあるという話が報告されておりますが、いずれにしろ確保が課題となっているということになります。

10ページです。災害時に特に医療拠点となる災害拠点病院の概要という話です。阪神・淡路大震災の際、多くの大病院が倒壊した代わりに、中小規模の病院、診療所が医療活動を行った。こういったものを教訓として災害拠点病院の整備が開始されました。法律に基づいて病床の整備を図るべき地域的単位等が定められて、そういったブロックの中で確保が図られているといった話になります。

11ページです。その災害拠点病院に指定するにあたって、熊本地震、あるいは北海道胆振東部地震などの教訓を踏まえまして、きちんと業務継続計画を策定しておくことが要件に加えられているということ。さらには3日分程度の自家発電機の燃料備蓄、水の確保といったものも新たに要件として加わっているという話です。

12ページです。そういった拠点病院の整備に関しまして、政府としましても耐震、備蓄、自家発電整備、さらには医療機器等の整備、訓練、研修、様々な分野にあたって財政支援制度が設けられているという話です。

13ページを御覧ください。先ほど海拔ゼロメートル地帯が多いという話をしました。特に大阪湾、伊勢湾周辺ということになります。注目すべきところは、このピンクで示された海拔ゼロメートル地帯に拠点となるような施設が存在しているということ。大きな病床数が示されているということになります。これがファクトになります。

14ページになります。入院病床数のボリュームという話です。全国で約97万、約100万床が存在するという話になっていますが、震度6強以上、推進地域に該当するところが約50万床といった数字も出ております。

このような病床なのですが、下のほうの青の矢印の下の中にあるのですが、おおむね4分の3程度は平常時から入院患者が使用しているということ。災害のときに全部が使えるわけではないという話となってまいります。

15ページを御覧ください。先ほど医療にも様々な分野があると申し上げましたが、社会福祉という分野の中にも様々な種類がございます。老人、障害者、身体障害者、さらには児童、婦人、母子・父子、こういった様々な分野にまたがっているということ。それは平時からきめ細やかに行われているということなのですが、これを災害時においてどう機能させていくのかということ。きめ細やかであるがゆえにこのようなことを考えておく必要があるのではないかとということになります。

16ページ、社会福祉施設につきまして、先ほど同様、大阪湾、伊勢湾について、ゼロメートル地帯内の分布を示したものになります。様々な施設があるというふうな中で、たくさんの施設が存在しているということを御覧いただけるかと思います。

17ページです。医薬品等の供給の流れという話になります。真ん中にあります都道府県を中心としますと、厚労省、薬剤師会、さらには卸協同組合等々、様々な機関に被災状況等の情報提供を行う。あるいは協力要請を行う中で流通が行われていくネットワークの模式図ということになっております。

18ページです。血液事業の流れになります。まず皆様と共有したいのは、採血に関しましては、血液法に基づいて、現在、日本では日本赤十字社が唯一の事業者となっているということ。それがゆえに赤十字社がしっかりと対策を取る、あるいは取れる体制を取っていくことが求められるということです。

フロー図の中にごございます、日本赤十字社で採血を行ったものをブロックごとにありますブロック血液センター、BBCというそうです。こちらのほうに集めて様々な供給がなされているというフロー図になります。

19ページです。そのブロックセンターの位置、あるいは本社機能、こういったものの図になっております。全国を7つに分けてブロックセンターを開所しているという話です。各ブロック、個別のブロックで血液量が不足する場合には、ブロック内、または全国的な調整が行われて補う仕組みが設けられているということになります。

20ページを御覧ください。輸血用製剤・血液製剤等の流通の話になります。先ほど申し上げましたようにブロックをまたいだ血液製剤の需給調整を行っているという話になります。発災時にはどうしても被災地域のところでの血液製剤の需要が高まる。そうなった場合には、被災地域以外のエリアからの血液の搬送が行われて、そういった流通がなされるということ。

数字の紹介をいたします。赤十字社の1日当たりの各ブロックセンターの製造可能本数、全国でいろいろ調整すると申し上げましたが、一番下に1万8,500本とあります。これが平時における製造可能本数となっておりますが、一方、右側のところ、全国の消費本数が1日あたり大体1万3,700本という数字になっているということ、これがニーズになります。そういう意味では、平時においては供給をカバーできている状況なのですが、災害が発生したときには、センターがもし機能しなければ、製造可能本数が下がってくる可能性、逆に、災害が起こった際には消費本数が大幅に上がってくるという話。災害時において需要と供給の関係がどう維持されるのかを見えておく必要があるのではないかとという話になります。

21ページは東日本大震災のときの実績ということになります。安定供給を行うための前提となる連絡体制等、あるいは搬送するための燃料、あるいは運ぶための道路が使える、使えない、様々な支障があったということで、右上の表、献血の受入再開日が1か月後の4月以降になったとか、こういった実績がございます。

22ページを御覧ください。そのときの様相です。宮城県のセンターが止まったと。こうすると宮城県を含めた福島県、山形県の3県への供給が止まる状況だったという話。この際には、既にある血液の保存を予備電源でしのいで、新たな血液の供給は他県からの支援に頼った。具体的には東北を支援するために関東から輸送して、その関東の必要分は全国から血液を送ってきたという命のリレーが行われたという事例でございます。

23ページです。血液センター、赤十字社が唯一であるがゆえに、揺れの対策、平時の対策も重点的に行われているということです。建築基準法改正前に設けられた昭和56年基準前のセンターにつきましては、耐震診断を実施の上、補強工事が既に行われてきているという話。老朽化に対しては随時対応をしているという話。揺れだけではなく、津波対策としても浸水想定区域外に立地することを確認しているといった話になってまいります。

次に24ページになります。今度は人工透析に焦点をあてます。人工透析はもう説明するまでもないと思いますが、透析治療に際しての水の使用量目安は1人1回、4時間あたり120リットルの水がいるということ。このためには水の確保が必要になってまいります。1つの研究成果ではありますが、南海トラフ地震において透析医療に関する被害想定の実例がございました。数字だけ先に紹介しますと、南海トラフ地震の際、5.5万人から7.8万人という膨大な患者が一時的に透析を受けられなくなる可能性がある。こういったことをどう考えるかということになります。

25ページ、そのために厚労省のほうでは、防災業務計画の中で透析の実施体制についても定められております。大きく分けて2つだけ申し上げますと、窓口を設けて、さらには情報収集のために日本透析医会との協力・連携を図って、被災都道府県での情報収集・提供が行われているという話。さらには水及び医薬品の確保に取り組まれているということでございます。

次に26ページです。これが日本透析医会のホームページですが、収集した情報を見ることができるよう、このようなネットワークが設けられているということだそうです。

次に27ページ、地震対策についての話に行きます。これは既に揺れ対策の回などで説明した内容と重複している部分があると思いますので、少しダッシュしながら行かせていただきます。

28ページは医療機関の耐震化ということで、病院等の耐震化の状況を紹介した話。先ほども数字で説明しました。

29ページ、これは南海トラフ地震防災対策推進地域における病院の耐震化の状況、都道府県別で濃淡もありますよといった話をさしあげたところです。

31ページを御覧ください。地震において様々な医療サービスができないといったことが想定される中、特に重症難病患者の拠点につきましては、継続的に医療サービスがなされるように、例えば人工呼吸器なんかを使っている難病患者に対して非常用電源装置等を貸せるように整備をしてふだんから備えをしておく。こういったものの補助事業なんか設けられているという事例に

なります。

この次が介護・福祉施設に関する耐震化の状況、あるいはその支援策等々についての話。

34ページにつきましては、紀宝町における、いわゆる住民全員が死を意識して支え合う。死んでしまうかもしれないということを、やはり災害のときにはそういう状況になり得ると、こういったことを積極的にポジティブに捉えて、ふだんから地域の中での連携を誘導していく、促していく、こういったコンパッション都市と銘打った取組の事例についても紹介させていただいたところでございます。

36ページを御覧ください。東日本大震災における実績の話です。この際、被災3県の災害拠点病院全33のうち、一部損壊31、全壊はゼロであったという話、こういった事例についてです。

37ページ、東日本大震災の際にも全国から医療、あるいは医薬品、物資に関する支援が発災直後から行われてきたという実績を紹介しております。厚生労働省のほうで様々な機関との調整、また、各機関の中での自主的な取組等々が行われて、現地での調整等の課題を生みながらもそれを克服してきたという話になってまいります。

38ページ、医療関係者におかれましては、DMATが現地で直ちに活動を実施したということ。日本医師会、薬剤師会、病院団体、様々な団体が厚労省からの依頼を受けて動いてくださったという話。また、精神科医、看護師、精神保健福祉士等、心のケアチームといったことで、生き残った方々のケアにつきましてもきめ細やかに対応いただいたという実績でございます。

また、避難所等々の環境につきまして、やはり生き残った方々の生活の再生のためにも大事になってまいります。保険機関等も様々な制度の緩和等で協力をいただいたという話。

39ページ、薬剤師、保健師、あるいは管理栄養士といった方々、今申し上げたような観点で様々な努力、頑張っていたいただいたという話でございます。

40ページにつきましても、介護支援、障害者支援、子供支援といったことで、震災で親が不幸にもお亡くなりになった子供たちを、まず実態を把握して、できる限り親族による引き受けを調整し、その上で親族里親の制度等も活用していったといった事例を紹介しております。

41ページでございます。これは参考でございますが、被災者見守り・相談支援等事業ということで、やはり孤立してしまうといったことがいろいろある中で、なかなか親族だけ、あるいは地域だけでは限界がある中で、専門家によるケアが持続的に行われるような仕組みづくりがされているという事例でございます。

それでは、3つ目、医療・福祉の事業継続という話の説明をさせていただきます。

43ページです。こちらにつきましては、病院のBCP策定状況ということになります。先ほど申し上げましたように、全ての医療機関においてBCP策定が求められているという話。調査時点、平成30年12月1日時点では、右上にあるように、未回答を含めて245の災害拠点病院において、まだという話もありましたが、現段階においてはBCP策定が進められたという話です。

44ページを御覧ください。これは行政評価局の報告書において、BCPの策定事例が紹介されておりました。1つはグッドプラクティスとして、地震だけではなく、津波や洪水のこともちゃんと考えていたよという話。下の段は、実際に災害があった際に、1時間以内に本当に参集可能な

職員数が大体どれぐらいなのかということ把握するために、アンケートだけではなく、コミュニケーションを図りながら把握したというような事例が紹介されておりました。

一番下のところ、引用元を引っ張ってきているのですが、括弧内、「差が五」と書いてあるのですが、これは「災害」の間違いでございました。大変申し訳ございません。

45ページです。社会福祉施設等のBCP策定状況。この施設につきましても、運営基準においてBCPの策定、さらには研修訓練の実施が義務づけされております。猶予期間を経て令和6年度から義務化という話になりますが、こちらのほうの策定状況について紹介しております。

46ページを御覧いただくと、いわゆる災害時の業務継続計画だけではなく、コロナ感染症において我々の教訓として、感染症が発生した際のBCPにつきましても策定が検討されているという事例でございます。

47ページを御覧ください。様々な情報集約を行うために、広域災害・救急医療情報システム、こういったものも設けられております。阪神・淡路大震災の翌年、平成8年から運用しております。医療機関がどのような被災を受けたかということをしてできるだけ速やかに、直ちに収集してみんなで共有する。当然のことながら、そういった情報を見ながら、どこに集中的に応援を送り込むか等々の検討がなされるためのデータということになってまいります。

48ページは、前回、前々回までに医療DXの話について紹介した事例になります。

49ページ、電子カルテも一緒になります。

50ページを御覧ください。災害時における薬剤情報・特定健診等情報の閲覧とあります。災害時には薬を家に置いてきてしまった、あるいは飲み切ってしまった、さらにはかかりつけ以外のところにかかる可能性が出てくる。こういったときにマイナンバーカードに紐づけされた医療情報があれば、そういったものを有効に活用していくということになってまいります。

一方で、マイナンバーカードがなくなったという話にも備えまして、本人確認ができなくても生年月日等々を申告することによって閲覧可能といったこともいろいろ考えられている事例になります。

最後に51ページ、4番目の柱です。広域救援体制の話になります。52ページ、既に御紹介させていただいております南海トラフ地震に関しまして、発災直後から様々な支援部隊を送り込むための応急対策活動に関する計画、いわゆる具体計画といったものが定められております。医療に関しまして、DMAT登録数1,754チームの派遣要請、そういった手続的なものも定められております。さらには広域医療搬送、地域医療搬送等々の拠点に関する話も定められているという話になります。

53ページを御覧ください。これがいわゆるタイムラインになります。72時間想定ということになります。DMATが直ちに出勤した後、並行して拠点への参集といったこと。この後述べますが、広域搬送等が必要になってくる場合にも、2つの話、いわゆる搬送するための拠点に移送するという話と並行して、患者の方々の症状に対する処置等を行うという2つの体制確保が必要となってまいります。こういったことが行われているということになります。

54ページを御覧ください。南海トラフ地震における医療活動における計画も定められておりま

す。できるだけ被災地内において安定化処置などの最低限の対応が可能な体制を図るけれども、それでもなお不足する部分、被災地内で対応困難な場合、重症患者を域外に搬送するような体制づくりといったもの、広域医療搬送が必要となった場合の体制づくりが検討されているということになります。

55ページはドクターヘリの話。

56ページは今申し上げました広域医療搬送の概要について説明した紙となります。

57ページは東日本大震災の自衛隊の実績になります。

58ページを御覧いただきます。災害医療コーディネーター活動要領といったものがあります。大規模な被災があった際に、これは東日本大震災での課題ということになります。現地において被災地で保険医療はどういったニーズがあるのかということ、それをきちんと把握して、供給元、支援する側にしっかり伝えていくといったことが円滑に行われることが効率的、もっと言う時間軸の中で有利になってくるという話、いろいろなこういった仕組みが設けられているということになります。

59ページを御覧ください。広域医療体制の現状ということで、この後また出てきますが、DMAT、DPAT、DHEAT等、それぞれ一般的な医療に加えて精神医療、健康危機管理支援、様々な分野につきましのチームが組まれている。

こちらのほうは政府主導ということになるのですが、60ページを御覧ください。JMAT、DMORT等いろいろございます。こちらのほうは今申し上げました政府以外の様々な各種団体のほうで医療チームが設けられているという事例でございます。

61ページ、DMATの紹介になります。これは後ほど細川理事のほうから御説明いただけたと思います。こういったいろいろなチームが設けられているという話。

次に65ページを御覧ください。支援策の一つとして注目されておりますのが、災害時において船舶を活用した医療提供の話になります。政府内での議論を経まして、2年前の令和3年6月に議員立法として法律が公布されて3年以内、来年6月18日までに施行するという前提で、現在、内閣官房内に準備室が新設されて、検討がなされているということになります。具体的に何をやるかという話、想定される役割は大きく分けて2つあります。被災地にいらっしゃる患者を域外に移送するための脱出という観点での機能。さらには被災地内に医療あるいは物資等々の応援物資、応援人員を送り込む意味での救護という機能が期待されているということになります。

66ページを御覧ください。今度は被災地への支援の手段として、いわゆる医療コンテナ、コンテナ機能みたいなものを設けてはどうかという話になります。医療資機材等を搭載しておくことによって、これを運んで組み立てる、あるいは移動型、トレーラー型、様々なものが用意されております。右下のほうではMC-Cubeというレンタルにおけるコンテナが既に活用されておまして、67ページを御覧ください。熊本地震においてこの医療コンテナが熊本市民病院の前に設けられて、活躍したという事例でございます。

最後、68ページになります。訓練の話になります。平成27年度から南海トラフ地震も一つになりますが、政府も主導となったようないろいろなDMATの派遣等々の訓練が行われているという御

紹介になります。

説明が長くなりました。以上となります。

○福和主査 どうもありがとうございました。

相当なボリュームがあります。後ほど細川常任理事の御説明をいただいた後で一緒に質疑応答をしたいと思います。

それでは、本日おいでいただいています日本医師会の細川様から話題提供をお願いしたいと思います。

○細川常任理事 ありがとうございます。日本医師会常任理事の細川でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

本日は、このような機会をいただきまして誠にありがとうございます。南海トラフ地震対策ということで、それに資するお話ということで15分ほどいただいております。どうぞよろしくお願いいたします。医療の視点からお話をさせていただきます。

次のページ。まずは災害医療コーディネート機能の重要性についてでございます。

次をお願いします。

御承知のとおり、医療は医師だけで行うものではございません。病院だけでなく、診療所でもこれだけの多くの職種によるチーム医療が成り立っております。

次をお願いします。

今度は災害医療でございます。災害医療は災害発生時点から急性期、それ以降は様々なフェーズがあります。その各フェーズに対応する特性を持った関係者、医療チームが存在しております。

次をお願いします。

医師会の役割というのは行政とのカウンターパート。そして、多職種との連携・協働の要ということでございます。

次をお願いします。

具体的には、日本医師会では東日本大震災のときに被災者健康支援連絡協議会を創設いたしました。日本の主要な団体で構成し、熊本地震のときにも大きく役割を果たしました。

次をお願いします。

参加団体としては、日本医師会のほか、日本歯科医師会など関係団体、関係省庁が参加し、情報共有をしながら被災地の医療支援ニーズの対応を調整しております。この連絡網は平時から訓練などの連絡に活用され、担当者の変更を反映するなどの機能維持をされております。

次をお願いします。

災害時にはこういった各医療チームが被災地に集まってくるわけですが、各々が好き勝手な動きをすると逆に被災地を混乱させてしまいます。そこで、被災地の都道府県に保健医療福祉調整本部を設け、災害医療コーディネーターのもと、各チームの役割分担を調整することとなります。さらに、保健所では被災地の拠点として市町村と連携して、保健医療福祉活動に関わる指揮または連絡を行うとともに、避難所への各保健医療福祉チームの派遣の調整を行うこととなって

おります。

次をお願いします。

こういった調整を円滑に行うため、毎年、都道府県災害医療コーディネーター研修というのを
行っております。急性期の災害医療を担う方々で統括的な役割を担う方、地域の医療を担う医師
会、行政職員などが集まり、こういった指揮・調整を実施するための訓練を行っております。医
師会のJMATというチームの研修も、派遣の際には被災地のコーディネート機能に従うことを研修
で繰り返しお伝えしております。

次をお願いします。

日本医師会では、日本災害医学会と災害医療に関する相互協定を結んでおり、JMATとDMAT、災
害医療コーディネートサポートチームとの連携の強化を行っているところでございます。

次をお願いします。

こちらは日本医師会と日本歯科医師会との連携でございます。主催するシンポジウムに日本歯
科医師会をお呼びしたり、また、逆に講師としてお話をさせていただいたりしております。

次をお願いします。

新型コロナ感染症以降、災害時の感染対策、避難先の感染防御等は、これまで以上に重要性を
増してきております。日本医師会は先日、日本環境感染学会と災害時の協定を結び、災害時の相
互支援、研修における協力をしております。各医療チームのこのようなつながりから機能の向上
を図っております。

次をお願いします。

ここからは、災害時における診療所・中小病院の役割についてお話しさせていただきます。災
害拠点病院のような大病院については役割が明確化されており、設備や備蓄の目安なども細かく
決められております。ここでは診療所・中小病院にフォーカスをあてていきたいと思います。

次をお願いします。

日本医師会の考え方として、被災地の診療所・中小病院は、災害が発生した瞬間から収束～復
旧段階でも、被災者や住民・患者さんに寄り添って生命を守る責務を担っていると考えておりま
す。そのためには、安全の確保を大前提に、まずは自院での診療を早期に復旧していただけるよ
うに支援していきたいと考えております。その上で、被災地での医師会活動として支援する側に
回っていただきたいと考えております。

次をお願いします。

日本医師会では、JMATという災害医療チームを組織しております。これは東日本大震災の1年
前に検討されていたものを、発災を契機に実際に結成、派遣へと動かしたというものとなってお
ります。

次をお願いします。

被災地の都道府県内で結成される被災地JMAT、被災地外の都道府県で形成される支援JMAT、こ
のように整理した上で、これらの協働で活動を進めていくということになります。

次をお願いします。

具体的にはこういった活動を掲げておりますが、主には災害急性期以降における避難所・救護所などでの医療や健康管理などになります。ほかにも広範囲に及びますが、被災地のニーズに合わせた支援を行う必要があると考えております。

次をお願いします。

この図はJMATの基本的な活動を表した図となります。発災直後から緑の点線の医療需要量は一時的に上昇し、戻りますが、大きくは変わりません。一方、被災地の医療提供量はがくと落ちます。被災地JMATとDMATがそれを支えて、72時間をめどにDMATが撤退していくあたりから一気に全国の支援JMATが入ってきて、急性期以降の医療を支えます。段々と被災地の地域医療が戻っていく間、全国から支援JMATをずっと続けまして、必要に応じて、専門的なニーズに応じて、JMAT IIというのが長期的な支援を行うこととなっております。

次をお願いします。

前ページの概念図に記載している（１）から（５）の段階的な説明となります。

次をお願いします。

災害において、直接的な死亡に加えて、災害関連死も留意する必要があります。東日本大震災や平成28年の熊本地震においても、振り返るとその多くは高齢者でございます。

次をお願いします。

災害関連死の背景として避難所等における生活、あるいは移動中の肉体・精神的疲労、次いで病院の機能停止による既往症の憎悪が多いという結果が出てきております。ふだんはかかりつけ医として患者さんの生活に密着している先生で組織されていることがJMATの強みで、被災者の健康管理を維持するJMATの活動は大変重要な役割を担っていると認識しているところでございます。

次をお願いします。

JMATの能力を向上させるため、医師会ではJMAT研修という研修を行っております。こういった研修はDMAT、また、全日本病院協会のAMATなど各チームで行われております。繰り返してございますが、コーディネート機能に従うことを研修でも強調しております。

次をお願いします。

災害時の医療活動において情報共有は大変に大切でございます。東日本大震災以降、その経験を生かしながら、情報通信機器については非常に進歩してきているところでございます。

次をお願いします。

被災地の関係者との情報共有に使う災害診療記録、避難所アセスメントシートなど、各種様式は共通化されてきております。

次をお願いします。

どのような患者さんを診療したのか、J-SPEEDというアプリに入力していただきますと、それを即時に解析ができます。どのような疾患が多くて、どんな支援や対策が必要なのか把握することも可能でございます。事後の分析による次の災害対策にも活用が可能かと考えております。このシステムは海外の災害にも使用され、非常に高く評価されているところです。

次は、先ほど説明がありましたEMISということで、災害時の医療機関の稼働状況などを全国に共有し、被災地域での情報を集約・提供するということを目的としており、病院の被災状況や搬送状況、医療従事者の出勤状況、医療の機能を入力することによって避難所、救護所の状況を把握することができます。

次をお願いします。

日本医師会は、災害対策基本法上の指定公共機関となっており、毎年、情報通信にフォーカスした防災訓練を実施しております。本年度は11月16日に千島海溝地震を想定して実施予定でございます。

これらは具体的に使用する通信手段、通信システムなどを示したもので、衛星電話、衛星通信、メーリングリスト、ホームページ等、様々な通信システムを使用し、都道府県医師会と双方向にて訓練を行います。

これらには、先ほどの被災者健康支援連絡協議会にもお声がけして参加をお願いし、連携の強化を図っております。

次をお願いします。

こちらが東日本震災と熊本震災からの教訓で、これまで話してきたような内容となっております。

次をお願いします。

これは日本医師会で行ってきた対応です。後ほど御覧いただければいいかと思っております。最後に南海トラフ地震への対策や課題でございます。

まずは大規模停電への備えでございますが、2018年の胆振東部地震において北海道全域の停電、2019年の台風15号による千葉県内での大規模停電、災害のたびに停電が発生しますので、この対策は必須となります。南海トラフ地震については内閣府もこのような想定をされていると思っております。

次をお願いします。

電力供給のストップは生命の危機に直結する可能性もたくさんあります。停電が長期化しますと、透析や在宅患者さん、人工呼吸の患者さん、継続的な治療が必要な方も生命の危機にすぐに直結することとなります。ほかにも、冷蔵されている医薬品やワクチン等が使用不能となることも想定されております。

医療機器が使えない、医療情報へのアクセスができない、こういったことが起こります。

医療機器等の規模に関わらず、BCPの策定や非常用電源の整備は必須でございます。この支援がまた必要と考えております。

次をお願いします。

先日の豪雨災害の折に秋田県で被災された地域に日本医師会の松本会長と私とで視察に行かせていただきました。被災された複数の医療機関から状況を聞かせていただきながら、報道だけでは分からなかったこと、建物、機器、システムがかなり被災しておりまして、医療提供体制にダメージがかなり出ておりました。

このエリアで医療機関が被災してしまうと、地域の医療という生活インフラがなくなってしまう。早期の復旧が必要であると考えております。建物の修繕、医療機器の調達には高額な設備投資が必要となりますので、国からの支援をお願いしたいということで7月末に要望書も出させていただきました。

次をお願いします。

日本医師会として喫緊の課題として考えているところでございますが、被災地では多くの死亡者が発生する可能性があります。東日本大震災のときのような津波の被害、阪神・淡路大震災のときのような大都市の地震火災でも検死・検案というのは多くの労力、関係者の連携、メンタルを要する重要な活動でした。これから想定される南海トラフ地震、首都直下地震でも同様な活動が求められることになります。東日本大震災と阪神・淡路大震災のときは真冬であったということで、随分よかったことがありまして、このときは土中に一時的に御遺体を埋めて保管して、その後、身元等が分かってからまたもう一度火葬し直す。日本は御存じのように火葬というのがほとんどですので、ここらへんのことは大変考えていかなければいけないのではないかとということで、火葬・埋葬に至るまでの御遺体の安置場所の整備ということが絶対に必要かと考えているところでございます。

次をお願いします。

これはそういったところからですけれども、日本全国の火葬場の施設数です。太字に関しては、現在稼働中の火葬場の数でございます。当然、火葬場も被災します。広域火葬計画というのが新型コロナウイルス感染症のときにもあったのですが、他県に搬送したとしても、特に暑い時期に南海トラフ地震等の災害が発生した場合、御遺体は3日でかなり腐敗が進みます。そういったことから、火葬するまでの時間に対しても、ここらへんのことを考えていかなければならないのではないかと考えております。

東京都で今、最低でも7日から10日ぐらいまで御遺体を火葬・埋葬するのに時間がかかっているというのが、平時でこれぐらいですので、特に災害時となった場合、御遺体の安置ということは本当に考えていかなければいけないのではないかと考えているところでございます。

次をお願いします。

新型コロナウイルス感染症の感染拡大については、災害的な側面もございました。医療現場も情報不足で不安や混乱が生じて機能が低下する一方、感染拡大により患者さんが殺到して、医療の需要と供給のバランスが壊れてしまう。それによって局地的な災害のような状況が発生しておりました。

新型コロナウイルス感染症や今後の新興感染症においても、通常医療を守る、両立させるということが非常に大切と考えております。DMAT、DPATなどの専門家や行政と役割分担を連携しながら、通常医療を守っていくということが大変必要かと考えております。

日本医師会でも、今後、診療所での対応力を向上させていくための研修の実施を予定しております。

説明は以上となります。

審議

○どうもありがとうございました。

それでは、ここから意見交換を始めたいと思います。35分ぐらいをめどに意見交換ができればと思います。お尻の時間は40分ぐらい目安にしたいと思っていますが、最悪45分ぐらいまでにさせていただければと思います。

まずは現状の課題のようなところについて、皆様のほうから御意見とかを賜れればと思います。前半の事務局からの説明で言うと、1番と2番の現状の課題、地震対策の現状みたいなどころぐらいまでで、まずは議論ができればと思います。いかがでしょうか。

非常にいろいろな対策がされているけれども、ぱっと見て南海トラフ地震ではリソースが全然足りないので、どうすればいいのだろうかということが主題になると思いますが、一方で、耐震化とかBCP策定というところは残念ながらまだ十分ではないということも今日の御説明で浮かび上がってきていると思います。いかがでしょうか。

●●委員、よろしくお願いします。

○ありがとうございます。●●です。

質問が3点あるのと、細川先生にも1点質問があります。

まず1点目なのですが、災害拠点病院について耐震化がなされているという報告はあったのですが、津波浸水対策はどうなっているのか。津波浸水想定区域にどれぐらい災害拠点病院があって、対策がなされているのかというのを教えていただければと思います。

それから、2点目は、都道府県の災害医療コーディネーターについてです。大変重要な役割を担っていると思うのですが、南海トラフ地震の被害が想定されている全ての府県に配置されているのか。県レベルで一人なのか、それとも地域ブロック別に配置されているものなのか、どれぐらいいらっしゃるものなのかを教えてください。

そして、3点目なのですが、医師不足、医療従事者不足への対策は大変重要だと思うのですが、公的機関に属していないボランティアに来てくださる医療従事者というののもいらっしゃるのではないかと思います。そういう方々の受入れ体制、あるいは海外からの受入れ体制はどうなっているのかを教えていただければ。

以上3点が質問です。

細川先生への質問もよろしいですか。細川先生の地域医療継続のための支援の取組は非常に重要なものだと思います。それを動かすのに、どういう仕組みか私は存じ上げないので教えていただきたいのですが、例えば派遣する人を誰がどうやってマッチングされているだとか、派遣に伴う費用は公的に負担されているものなのか、そのあたりの実態を教えていただければと思います。

以上です。

○ありがとうございます。

では、先に細川先生のほうからお答えいただいてよいでしょうか。

○ありがとうございます。このJMATの組織というのは、もともと日本医師会が組織しておるものでございまして、あと、都道府県医師会がそれをまとめております。最終的にどこの地域、どの場所にどのチームを送るかというのは日本医師会が全部決めております。それで、大体チームとしては医師1名、看護師1名、もしくはロジスティックを3日から4日ぐらいを1チームとして、たゆまなくずっと続けていくということでございます。

金銭的なものに関しては、原則、派遣元の都道府県医師会の手弁当ですが、東日本大震災や熊本地震、西日本豪雨災害では事務連絡が出され、災害救助法による災害救助費から支弁がなされております。

あと、保険等も、やはり安全に行っていただかなければいけませんから、日本医師会としては平時からもJMAT保険というものをかけているところでございます。

以上です。

○どうもありがとうございます。

●●委員、細川先生からのよろしいですか。

○ありがとうございます。

○では、今度は事務局のほうで、まずは津波浸水対策はどうなっているのということですが、名古屋ばかりなので僕が代わりに答えてもいいのですが、病院によっては籠城を覚悟した対策をしている病院もあります。ですが、必ずしも全ての災害拠点病院で籠城の対策ができていないわけではありませんという答え方でいいのでしょうか。いざというときに籠城したとしても、医療材料とか医薬品とか血液とかを運ぶすべをどうするか、医療従事者の人たちがどうやって行き来するかということについては、まだ名古屋市当局とも課題のままになっていて、やり取りが進んでいる状況だと理解しています。特に名古屋はめちゃくちゃたくさん水没する場所にありますから、課題は大きいと思っています。

次はコーディネーターについて、どのぐらいの人数で、1県1人ずついるのかどうかというのは、厚労省さんのほうがいいでしょうか。

○すみません。今、内閣府のほうでは数字を持ち合わせておらないのですが、厚労省さんは県別の数字とかをお持ちですか。

○災害医療コーディネーターが大体どのぐらい全体でいて、各県でいざというときにもうあてがわれているのかどうかとか、多分そんな感じのことだと思いますけれども、後日答えるでもいいです。

○今日、オンラインで担当者も出席していますので、災害医療コーディネーターの御担当の方。

○医政局でございます。

こちらについては数字のほうを確認等させていただいて、また御連絡、御回答させていただければと考えております。

○分かりました。では、次回にでもお答えするようにしたいと思います。

それから、もう一点が、ボランティアでの医療サポーターというか、そういったような仕組み

はあるのかどうかですけれども、そこはやはり厚労省さんでしょうか。これも細川先生のほうがよく御存じでしょうか。

○災害のほうに特化してかなり僕は行かせていただいておりますけれども、やはりボランティアでも、安全の確保のために、今のところどこかの所属じゃないと、ぼんち行ってボランティア的な医療をということは多分していないと思いますし、また、医師の資格が本当にあるのかないのかも担保できないということで、ボランティアで来ましたというだけでは入れないのが現状だと思っております。

○ありがとうございます。よく理解できました。

●●委員、よろしいでしょうか。

○ありがとうございます。海外からの受入れも都道府県のコーディネーターの方がされるのですか。

○海外に関しては、医療としてはまだないのではないかというお答えでした。前回確かここでの議論で、海外から受け入れたときに、その方の通訳をするのに同じ人数の日本人のお医者さんが必要になってしまうので、その受入れ方についてちゃんと考えないといけないのではないかという議論は一度出ていました。よろしいでしょうか。

○ありがとうございます。

○そのほかいかがでしょうか。

それでは、●●委員、お願いいたします。

○●●でございます。よろしくお願いいたします。

2点ございまして、1つは災害時の医療救護体制の充実という意味で、医療救護活動を行う中核の医療機関におきましては、自家発電機とか手術、透析などを行うための給水設備の整備、それから通信手段の確保というのは非常に重要になりますので、そういったものをしっかり計画に数値目標を定めていただきたいというところでございます。

加えて、自家発電機でありますとか給水設備の整備にあたりましては、災害拠点病院だけではなくて、一般の病院にも拡充するなど、補助制度を拡充していただきたい。それから、有線系の情報通信網は途絶というのが当然考えられますので、応急救助機関との連絡とか、お話がありましたEMISでの通信を確立するために衛星携帯電話でありますとか、衛星インターネット環境の整備への支援が必要ではないかという考えでございます。

2点目が、高知県も含めまして県外からの医療従事者の支援というのが非常に重要になりますが、その際に医療救護活動を行うために医療資機材を搭載している医療コンテナをあらかじめ地域で用意していくことが非常に有効ではないかと考えております。そのため、医療コンテナの早期導入というものを計画にも位置づけていただきたいですし、仮に地方のほうで整備という場合には財政支援をお願いしたいということ。それから、お話にもありましたけれども、DMATなどの医療支援チームが非常に不足することを懸念しておりますので、引き続き目標を定めて定期的に養成をお願いしたいと、その2点でございます。よろしくお願いいたします。

○どうもありがとうございました。

いずれも要望事項になるかと思います。1点目の特に災害拠点病院以外の一般の診療施設の事業継続というところについては、これまであまり議論されていませんでしたが、南海トラフ地震のような災害では災害拠点病院での急性期の対応だけでは無理なので、ここについてはこのワーキンググループとしての大事な事項ではないかと思います。いずれもこういうことを取り組むべきだという御意見を賜ったということによろしいでしょうか。

それでは、●●委員、お願いいたします。

○●●です。

細川先生に1点と、あと事務局にコメントを1点伝えたいと思います。

細川先生、非常にすばらしくて分かりやすい貴重な資料を提供いただきありがとうございます。非常に勉強になったのですが、特に課題として、停電時の備蓄と御遺体の問題と、あとコロナ感染症の教訓と3つ挙げられていたのですが、一般企業や私たち国民ができること、あるいは注意しなければならないことはどんなことがあるのだろうかと非常に感じました。特に、いただいた資料の36ページで感染症のときに真偽不明の情報が氾濫したり、風評被害とか一部の機関への殺到という御懸念をされていたのですが、こういったことを交通整理するためにどのような事前の教育や仕組みが必要とお考えなのかというのを1つ伺いできればと思います。

あと、次が事務局なのですが、先ほどの医療のBCPの中でも停電3日間という、3日間というキーワードがかなり出てきたと思います。実際に東日本大震災なんかのときですと、やはり3日たっても復旧できない地域が何割か残るわけですね。そうしますといろいろ既にシミュレーションされているので、どこの地域で3日じゃ足りないというのは既にかなり明らかになってきているので、それを医療のBCPにも3日では駄目で7日間要るよとか、そういった地域ごとの特性を生かしたBCPの充実というのも必要ではないかと思っていますので、その点、お考えを教えてくださいたいと思います。

以上です。

○どうもありがとうございます。

まず1点目の現状の医療の力の中で国民はどうあればいいかということについて、細川先生のほうから何か。

○ありがとうございます。大変難しい問題になろうかと思っております。今回、新型コロナウイルス感染症で随分日本自身も勉強したと思います。他国と比べて疲弊したなどということもよく言われておりますけれども、死者数などから見ても、日本は医療機関自身もかなりうまく機能したのではないかというふうに日本医師会としては考えているところでございます。

では、国民の方々が今後このようなことにどんなことを注意すべきかということについて、これは本当に難しいかなと思いますけれども、今回の新型コロナウイルス感染症、やがてウィズコロナ、アフターコロナという形になろうかと思っておりますが、その時点でかなり皆様いろいろなことを考えているのではないかなと。この時期になっても医療体制的に逼迫はしておりますけれども、国民の方々から、困ってはいるのかもしれませんが、そんなに医師会のほうにも要望だとか、今のところはあまり来ていないのが現状ですので、冷静に皆様考えているのではな

いかなと考えているところでございます。

あまり答えにはなっておりませんが、皆様かなり自分自身が経験されて、乗り越えてきているのかなというふうに思っているところでございます。

○次いで、南海トラフ地震では医療が不足しそうなのですが、そういう状況の中で、医療の立場から国民の人たちに、けがするとか、何とかしてあげるのかとか、そんなメッセージがいただけると多分皆さんはいいのかなと思うのです。

○そうですね。まず、外傷に関しては、ふだんから防災・減災の教育を皆様受けていただいて、防災・減災に努めるということ。地震対策にしてもそうですけれども、それから、豪雨に関してもそうですね。そのようなことでやはり減災というか、被災されない状態に自分を置いていくということが大事かなと思っております。

あと、病気に関して、これはやはり感染症等とか、劣悪な環境になれば当然起こることでございます。そういった場合に、いち早く行政と都道府県の医師会とが協議しながら、被災されていないところの医薬品を供給するというのは話し合われてきておりますが、全国となりますと、これはお手上げ状態が今、日本の状態ではないでしょうか。

○ありがとうございます。

もう一点が電力の問題で、事業継続上、3日間での復電はなかなか難しいのではないだろうかというのはここでの議論でも出てきているのですが、医療にかかわらず、BCPなどを皆さんが策定するときのライフラインの途絶に対する対応力をどの程度にすべきかということについての御意見かなと思いましたが、なかなか今の時点で答えづらいといえは答えづらい。

○今のお話については、ちょっとお答えしづらいと思いました。

一方、●●委員からの、いわゆる3日間ということを前提に物事がいろいろ進んでいるようなものけれども、一方で、いろいろな地域での事情とかを踏まえれば、必ずしも3日によらずという御指摘に対して、これについては、確かに3日間ということで、みんな3日間耐えられればあとは何とかなるというふうに誤解を招いているという実態は、具体的にデータがあるわけではないのですが、私自身も肌感覚があります。委員がおっしゃったような、ある程度もう3日ではもたないところが明らかになっているのではないかとといったところ、こういったデータはいろいろな研究の成果としてあるのかなとも思いました。おそらく、やはり地域ごとに特性も全然違いますから、それぞれが自分たちの地域の中でどうあるべきなのかということ。また、病院だってそれぞれの特性に応じてどういう機能を確保しておかないといけないのか。自ら考えながら、もっと言うと社会の中でどうしていくかということはいろいろプラスアルファで考えていく必要があるのではないかなと思いました。

○ありがとうございます。

ちょうど前回出てきた国としてのタイムラインを今は3日までしか書いていないので、もう少し長いタイムスケールで書いていきたいと思いますということも合意されていると思いますから、そういった作業の中で必ずしも3日だけではなくて、もっと長い途絶というものも十分あり得ることを前提に、それぞれの人たちが考えていくような方向性でまずはこのワーキンググループとしては

議論していくということかと思いますが、●●委員、そういう方向性でよろしいでしょうか。

○ありがとうございます。細川先生のお話は本当によく分かるのですが、やはりそのためには適切な情報と日頃からの私たち国民の理解というのが非常に大切だと思っていて、医療の現場だけでできることではないので、情報に関しても今回、資料1－3の23ページに国民が必要な主な情報とありましたけれども、そこにも医療提供体制みたいなこととかが入ってきたほうがいいのかと思いました。ありがとうございます。

以上です。

○どうもありがとうございます。23ページですね。1－3の23ページに医療に関わる情報提供も国民に対して示してみてもどうかと。これは事務局のほうで、はいはいと言っていますから、多分加わると思います。

○事務局の●●です。

●●委員からの御指摘を踏まえまして、医療に関する情報というものもぜひ含めたいと思っております。

○医療・福祉もですね。

○福祉もですね。ほかにも過不足あるかと思っておりますので、今日のワーキンググループが終わった後にでもメールで、こういう要素も必要だよという御意見があれば、事務局までお寄せいただければと思います。よろしくお願いします。

○そのほかいかがでしょうか。

●●委員、よろしくお願いします。

○ありがとうございます。今回、医療関係の体系的な御説明をいただきまして、大変理解できました。

1つ質問とコメントがあります。

最初の質問は、細川常任理事の御説明の中で、最後、御遺体の対応まで資料として紹介いただきまして参考になりました。35ページに火葬場の施設数というのがありまして、これは私は初めて見て参考になったのですけれども、いくつかの県でなかなか理解しづらい数値の実態がございまして、例えば福井県ですと、従来865施設あって過去1年間で稼働があるのが14という形で、かなり数のギャップがあります。施設の規模の違いはあるかと思いますが、これをどう理解したらいいかというのを教えていただきたいと思います。

もう一つはコメントで、資料2になりますけれども、広域な災害で陸路が厳しい中、船舶を活用した医療提供等の検討というのは非常に重要だと思います。ありがとうございます。この際に、おそらく検討重要項目としては船舶（停泊）の位置というのがあるかと思います。津波というのかなり長時間影響したり、また、余震による津波等もありますので、船舶をどこに停泊していただくのか重要です。また、ここに指摘があるような陸とのアクセスですね。港の啓開等々も必要になるかと思いますが、大変有効な中でありましたが、今後の検討事項もいくつかあるかなと思いました。

以上です。

○どうもありがとうございます。

まずは細川先生のほうから。

○ありがとうございます。この火葬場の施設数に関してでございますけれども、令和2年、令和3年とか近いところはきちんと分かっております。ただ、厚生労働省の火葬場の数に関しては、多分でございますけれども、三重県とかは昔の野焼きしていたようなものも残っているのではないかと。県によっては、報告をするわけでございまして、三重県とか福井県に600も700もあるわけがないものですから、昔の数字が残っている。ただ、ここの近年に関しては、現在稼働している火葬場というふうに聞いております。こちらの左側の数字に関しては、ちょっと信頼できない数字と考えております。実際に先日も視察で鉏路市のほうに行かせていただいたのですが、炉の数を聞きましたら、やはり4つ、5つとかかなり少ない状態でございます。

以上です。

○どうもありがとうございます。

もう一つは、今日、船舶活用医療推進本部の設立準備室からお二方来ていただいておりますので。

○コメントいただきましてありがとうございます。今まさに来年の施行に向けていろいろ検討しているところではございますけれども、船舶としての強みというところがある一方で、港が使えないといけない、航路啓開ができてからじゃないと活動できないといった限界、制約もございしますので、そういった中でどういう活用ができるかということをしっかり詰めていきたいと考えている、今そういった状況でございます。

以上でございます。

○●●委員、よろしいでしょうか。

○ありがとうございます。

○船舶については、多分、南海トラフ地震での使い方と一般的な内陸の災害での使い方には差があると思いますから、多面的に考えられた中で、南海トラフ地震対策にはどう使えるのかというようなことがこれからまとめられていくのではないかと思います。ありがとうございます。

それでは、●●委員、お願いします。

○●●です。

1つ質問と2つコメントをさせていただきます。

1つは、病院をはじめとした医療機関、福祉施設のBCPのことなのですが、やはりなかなか人手も足りない日々の忙しい業務の中で、BCPの策定というのはおいそれといかないものかと思えます。これに対して厚生労働省のほう、あるいは自治体のほうから何か支援策が今あるのかどうかというのを一つお聞かせください。

あと、コメントもまとめて言ってしまっているのかな。

○どうぞ。

○コメントは、私は長く災害報道のほうにいた経験からいいますと、やはり被災者にとっては、

どこに行けば医療サービスを受けられるのか、子供が熱を出した、あるいはおばあちゃんがちょっと調子が悪いというときに、被災地でどこに行けば診てもらえるのかという情報は非常に必要とされます。実際に熊本地震のときにも多くの医療機関が機能を失っている中で、NHKの放送の中でそういった情報を集中的に流したという経験がございます。

実際に今日御紹介いただいた広域災害救急医療情報システムですとか医療DXのシステムのある意味一番下流のところにそういった、どこかの医療機関が機能しているのか、していないのか、どこに行けばどういう医療サービスを受けられるのかといった情報を一般被災者、あるいは被災地のメディアに提供できるような仕組みもかませていただけるといいなと思った次第です。

あともう一つは、本当に緊急の域外搬送だけでなく、被災地の外に行けばこういったサービスを受けられるという情報も必要になってこようかと思います。これも熊本地震のときの経験ですが、例えば人工透析、あるいはおなかに赤ちゃんのいる妊娠中の女性、福岡など被災していない地域で、この施設で受入れをしていますよといったような情報も必要になってこようかと思います。そういったことも視野に入れつつ検討する必要があるかと思います。

以上です。

○どうもありがとうございます。

まずはBCPの策定支援に関して、何らか国のほうで支援策があるのかどうか、これは厚労省さんでいいでしょうか。

○医政と障害と老健、いかがでしょうか。

○医政局でございます。

今御質問いただきましたBCPの策定につきましては、確かに各病院のほうでスキルとかノウハウとかそういったものがなかなか不足しているという御意見をいただいております。それを踏まえまして、我々としましては平成29年度から、そういったBCP策定に必要なスキルとかノウハウを習得していただくことを目的といたしまして、策定研修というものを毎年実施させていただいているところでございます。

以上でございます。

○福祉施設についてはいかがでしょうか。

○厚生労働省老健局でございます。

今、医政局のほうから御説明いただきましたけれども、こちらは介護施設に関するBCPに関しても同じような形で、委託事業という形でございますが、BCP策定に係る研修事業を実施させていただいております。

また、厚生労働省のホームページにおきまして、BCPのガイドラインですとかひな型を御用意させていただきまして、それを参照していただければ、比較的簡単に作成できるのではないかなというふうに考えてございます。

以上でございます。

○ありがとうございます。やはり南海トラフ地震の被災地においては、自分たちの施設がどういうふうになるのかというイメージを持っていただくことが非常に大事だと思いますので、ぜひよ

ろしくお願いいたします。

以上です。

○ありがとうございます。

先ほどの事務局の資料で、社会福祉施設などについては令和6年度から義務化と書いてあるのですが、これは全ての社会福祉施設はBCPを必ず策定しなさいということになるということでしょうか。研修の話はされたけれども。

○引き続き、老健局高齢者支援課でございます。

今、御指摘いただきましたとおり、前回の令和3年度の介護報酬改定におきまして、BCPの策定につきましては、令和6年度から義務という形で、それまで3か年の経過措置期間を設けさせていただいておりました。今のところ努力義務という形ではございますが。

○努力義務なのですね。

○今、現状はです。なので、令和6年4月からは完全な義務という形になるということでございます。

○分かりました。これは非常に重要だと思うのですが、同じようなことは、診療所とか一般病院に対しては、こういう義務化の見込みはあるのでしょうか。現状は。

○医政局でございます。

今、老健局のほうで御回答いただいた件なのですが、実は病院、あるいは診療所については、まだそういった段階には至っていないというのが現状でございます。今後考えていく必要はあるのかなと認識しております。

○日本医師会としても、このことは中小の病院、それから診療所も大変大事なことでございまして、現在、日本医師会として検討会等でも厚生労働省の方にある程度のひな型を御提示いただいて、診療所が策定しやすいような状態を要望しているところでございます。

○ありがとうございます。なかなか立派なBCPをつくるのは、中小企業とか診療所では難しいと思いますから、簡単なチェックリストでもいいので、必ずそれを全ての病院がやるような方向に持っていくことが大切なのではないかと思ってお聞きしていました。

一方で、私は複数の拠点病院のBCPとかをチェックさせていただいているのですが、実態はまだそんなに立派なものではなくて、とりあえずBCPがつくれているという段階のものも多いので、中身も含めてもう少し、それぞれの病院が事業継続できるようにしていかなければいけないかなという気がして聞いておりました。

●●委員、よろしくお願いします。

○御説明ありがとうございます。今日も大変重要なトピックで、なかなか考えるところが多くて難しいなと思っていました。

私のほうからは、まず医療福祉施設の耐震対策のことについてです。これは揺れ対策のときにも少し申し上げたのですが、建物の構造そのものの耐震性が確保されていたとしても、部材だとか、特に屋根の状況がきちんと維持管理、または耐震性が確保されていないとその後の使用継続性に非常に大きな影響があります。特に医療施設、福祉施設については、BCPで言うところのい

いわゆる代替生産というものが非常にしにくくて、代替拠点での活用がしにくいので、その場所でいかに事業を継続することができるかということのための事前対策を非常にしっかりやっていく必要があると思っています。

そういった上では、大きな病院は鉄筋鉄骨だと思うので、特によろしいかと思うのですが、診療所だとか社会福祉施設については、瓦屋根だとか、屋根が脆弱なところが非常に多いです。そういったところで、例えば医療・社会福祉施設の屋根の状況がきちんとなっているのかどうか把握できるのか、もしくは調べる手段があるのかどうかについて、ぜひ教えていただきたいです。

というのは、建物全般に言えることなのですけれども、全ての住宅についてそういったものを調べるのは難しいにしても、まずその場で必ず事業を継続しなければいけない、こういった施設に対しては最低でもその部分は把握しておくべきかなと思いましたので、そういった手段があるのかどうかについてお聞きしたいなと思いました。

もう一つ、医療・福祉事業者のBCPについて、特に中身の点です。●●委員のコメントでも、なかなかこのBCPを作成して実効性が難しいというようなコメントが先ほどチャットのほうで書き込まれていて、私も確かにそうだなと思っています。

今、平成30年西日本豪雨で被害を受けた倉敷市真備町の医療・福祉関係の事業者の皆さんとBCPの勉強会を月1回継続して進めてきております。その中で、これは医療施設もあれば、介護施設もあれば、また障害児のケア施設もあれば、いろいろな施設の方が参加してくださっているのですが、その中で、それぞれの施設がどんな取組をしているのかを共有しつつ、また、それぞれの利用者さんがどこに住んでいらっしゃるのかということも共有することで、この医療とか福祉関係の皆さんの人的また物的リソースは少し似ているところがありますし、逆に施設単体では事業継続できないので、いかに周辺地域の施設と連携するかということが非常に大事になってきますので、そういったある一定の圏域、エリアで連携できるような形の検討のBCPを進めていけば、少なくともひな型を埋めただけのBCPではなくなってくるので、そういったような支援も国のほうでサポートしていただくことが必要かなと感じました。

以上です。

○ありがとうございます。2点ありました。1つは耐震安全性のことについてで、もう一つは連携の話ですが、連携の話は●●委員もいっぱいチャットを入れているので、一回●●委員に連携のことをしゃべってもらって、併せて答えていただくのがいいかなと思います。まず最初の介護施設なんかの比較的小規模な住宅に近いような建物の使用継続性のことについてですが、これを多分調べてはいないと思うのですが、厚労省さんとして、そういった仕組みは特にはないですね、きっと。

○老健局、いかがでしょうか。

○老健局でございます。

今、御指摘いただきましたとおり、基本的には現状としては把握できるものはございません。

○分かりました。おそらく今、●●委員が病院は鉄筋コンクリートだから大丈夫ですよとおつ

しゃったところも、そうではなくて、病院のビルも基本的には建築基準法的に考えれば、一度のそんなに強くない地震に対して、空間を守って命を守るということを規定しているだけです。から、病院の使用継続という意味でのチェックは全くされていませんから、どの病院がずっと使えるかということは一般には把握されていないと思います。

それに加えて、例えば、トルコの病院は今は免震じゃないと駄目なのです。そういったところまで踏み込むかどうか、これはなかなか難しいのですけれども、機能維持を病院がしようとしたら、揺れたら無理なのですね。医療機器のことも考えれば。だから、ここはなかなか難しいので、どのあたりで国として合意形成していくかなのではないかなと思って今聞いておりました。結構ハードルが高いは高いと思います。

それでは、●●委員から一度御意見を伺った上で連携について議論したいと思います。いかがでしょうか。いっぱいチャットで書かれていることも要約しながらしゃべっていただけると。
○一番最初に前回の振り返りがあったのですけれども、その件で1件あるのですが、これも医療の関係なので一緒に言うと、検死について、町のお医者さんが関わるというところで検死をやっていますというお話だったのですが、2,813人とか934人というのが十分な数なのかどうかとか、十分でないとしたら今後どういうふうを考えているのかというところはどうかというのが1点。

あと、調整ということと言うと、南海トラフのような広域災害の場合だと、県単位でいろいろ調整をやるというのだと、かなり難しいのではないかなと。やはり全国的な調整が必要になりますし、JMATならJMATだけとかではなくて、それこそDMATとかDPATとかのあれこれも全部含めた形の調整が必要になると思うのですけれども、それは一体どこが行うのでしょうかというところ。あと、先ほどシステムとしてJ-SPEEDとEMISの話があったのですけれども、これらの運営はどこがやっているのかというところと、入力内容は何が違うのかと。共通部分は自動で反映されるのかということがあるのかとか、あと、入力者は一体誰なのかと、誰に共有されるのか。このあたりは一体どうなっているのでしょうかというところが調整も含めた質問です。

あと、BCPについては先ほど●●委員がお話しいただいたとおりなのですが、やはり実効性について、ちょっと踏み込んだ話が必要なのではないかなと思います。

以上です。

○ありがとうございます。

まずは資料1－3の22ページにある受講者数というのが全体に対してどのぐらいの割合なのかとか、このぐらいの人数で十分なのかどうかということについてのコメントですが、厚労省さん、答えることはできるでしょうか。

○医政局、いかがでしょうか。

○難しいようでしたら次回の宿題でも構いません。

○DMATの研修の関係。

○資料1－3の22ページです。

○検死の関係です。町のお医者さんに対する検死の研修。

○こちらなのですけれども、申し訳ありません、今、担当の者が出席していないので、ちょっと確認をさせていただければと思います。

○では、次回でも構いません。いいですか、●●委員。

○はい。お手数をおかけします。

○かしこまりました。

○それから、2つ目の御指摘は、県レベルの調整でうまくいくのだろうかという話で、これはおっしゃるとおりだと思うのですけれども、あらゆる組織が県レベルで今つくられているのが多分、医療の組織体系なので、それを広域のブロックでやるとかというようなことは、なかなか今の時点ではできていなさそうなのですが、このあたりの御指摘に対してはどう答えればいいでしょうか。コメントとして承るしかないですかね。調整の仕方として、本来、現地対策本部みたいなところが広域ブロックで調整すべきことなのだと思うのですが、今の医療のいろいろな仕組みはブロックではなくて都道府県単位でつくられているので、ちょっと今、できていない気がしますから、今の●●委員の御意見は御意見として承っておくということでもいいでしょうか、●●委員。

○分かりました。よろしくお願いします。

○それから、3つ目は、EMISをはじめとするいろいろな情報システムは一体誰が入力するのということですが、それは全体を誰が統括、調整しているのということですが、これは。

○医政局でございます。

EMISシステムにつきましては、災害が起きた際に各病院あるいは診療所のほうで個別に登録していただいて、各都道府県で確認、あるいは我々厚生労働省のほうでも確認がリアルタイムでできるようになっているという仕組みでございます。

○多分、入力みんなで入れるのだというのは理解しているのですけれども、そのシステム全体をお守りしている組織はどこなのでしょう。

○基本的にはその管理は厚生労働省のほうで行っているのかなというふうに認識しております。

○分かりました。

それから、もう一つがBCPの実効性を含む組織からの連携、そのあたりはどなたに聞けばいいかというか、答えにくそうなのですけれども、そういったことをするべきであるという御意見を賜ったということしかなさそうですね。

○一般論として、先ほどの意見もありましたように、大規模な施設と中小の施設では、いわゆるかけれるマンパワー、財政的なもの、いろいろな事情もあろうかと思います。今大事なことは、まずは着手していただいて、問題意識を持っていただくこと。もっと言うと、つくった計画を一回作って終わりではなくて、訓練とかそういったものに活用することで掘り下げていくとか、そういったことはやはり我々としては、これは医療に限った話ではありませんが、背中を押していくべくやっていくことかなと考えております。

○よろしいでしょうか。なかなか南海トラフ地震だけの問題ではないところもあるので、今日はせっかく国土強靱化推進室さんも来てくださっていますから、むしろもう少しオールハザードに

対して災害医療のあるべき姿というのを議論しないといけないということでもいいですか。

では、●●委員、お願いします。

○細川先生の資料でも大規模停電への備えが必要であるということを強調されました。全くそのとおりだと思います。それで、電力がない、電気がないと生きていけない人が実際にいるということも理解していますが、もう少しこれは定量的にどこかが調べているのかというのは気になりました。つまり、世の中には電力が瞬断しても非常に困ることがあって、その場合には特別な仕組みがあります。例えば、金融システムのコンピューターなんかは瞬断しただけでも大変なことになるから絶対に切れないようになっているし、我々の地震の観測などでも電力は絶対切れないように、そういう仕組みをつくることはできるのですね。停電になっても自家発電を持っていって、かつそれに切り替えるのも自動的になっていて、バッテリーでちゃんとバックアップしていると。

だから、医療機器ももちろん蓄電池がついていて、瞬断しないような仕組みにはなっているけれども、電池が切れると困るというお話だと思うのですけれども、そうすると、例えば在宅の方も含めて、ある種の医療機器に対してどれだけの電力が、たとえ広域に停電しても絶対に供給しなければいけないものがどのくらいあるかということは、例えば厚労省とかがきちんと把握しているのかというのがまず質問で、把握していないと思うのだけれども、私は絶対に把握すべきだと思いますが、それは例えば医療機器を売る、納品するメーカーの人は、この機器はどれだけの電力を使うかと知っているわけですから、やろうと思えば納品するときに、この機器の電力は何ワットと全部分かっているわけですから、原理的にはできます。

このときに、例えば電子カルテが停電になったときに使えなくなると非常に困るといときは、電子カルテを代替する仕組みというのがあるけれども、酸素の装置が停電してしまったら死んじゃいますから、絶対に切れないようにしなければいけないから、やはりここはきちんとグレードを分けて、絶対に途切れてはいけない電力は病院ごとにどれだけ必要かというぐらいの細かいことをやらないと、それができないのであれば、その患者さんを県外に、被災地外に転院させる以外にないと思いますけれども、漠然と病院は電力がないと困るというのではなくて、そういうことをもう少しやったほうがいいのではないかなと思いました。だから、それを国としてきちんとやっていただきたいなと思って、現状でもやっていれば、お役所のどこがやっているかを教えてください。

以上です。

○ありがとうございます。

まずはやっているかどうかですが、おそらくなかなか難しいことだと思いますから、厚労省さん、何かお答えになりますか。

○人工透析と在宅酸素とか人工呼吸器とかについて、医政とか健康とかはいかがでしょうか。

○医政局でございます。

確におっしゃるとおり、特にそのあたりの具体的な調査、把握は現状できていないというのが実態でございます。

○今の課題も、やはり今後の医療の在り方ということで取り組むべきことではあると思いますので、おそらく今後の課題のようなところで、こういった方向を目指さないと、特に南海トラフ地震のように非常に多くの方々が被災するものでは、個々のところでもちゃんと電気を確保するようにしないと駄目でしょうという話を書き込むしかないですね。

○例えばBCPには必ずそれがあるべきで、エレベーターを何台必ず動かすとか、どの透析装置は絶対に止めないとかいうのがきつと病院ごとにあると思いますけれども、ないかな。そういうことをぜひBCPでやっていただきたいと思います。

○では、細川先生、お願いします。

○ありがとうございます。人工呼吸器等はメーカーが6時間のバッテリーは必ずつけて御自宅のほうにやっております。6時間で全然足りなかったのは、胆振東部地震のブラックアウトのときにもう大変で、小児在宅の学会とかが奔走して把握していますのでバッテリーを揃えたという、北海道の場合はそうみたいです。

あと、透析患者に関しては、2日間ぐらいいは透析しなくてもと言ったら悪いのですけれども、ドクターヘリ等で運んでいるというのが現状だったと思います。ただ、それではとても患者さんの数は進みませんのでということです。

○ありがとうございます。

さて、大分時間を延長してしまっているのです。

●●委員、いきますか。

○短く3点だけです。

南海トラフは被害規模が東日本大震災の10倍以上の規模で、今まで経験したことのない桁外れのリソース不足になるのは明らかなのですね。そういう状況に対して、今までどおりのやり方の延長で果たしてうまくいくのかどうか。別の相転移的な全く違うやり方を多分発想しないといけない。例えば遠隔医療で全国の医師を使うとか、看護師だけ国家資格を持っているけれども働いていない人を高い給料で集めるとか、今までとはちょっと違うやり方でやらなければいけない可能性があるのです、いかほど今までの経験と違うのかということのをいま一度確認したほうがいいというのが1点目です。

それから、2点目なのですけれども、傷病者の搬送。大体救急車は人口3万から5万に1台ぐらいなのですね。東京消防庁の場合は250台ぐらいなのです。1人あたり仮に2時間かかったとすると12時間で1台6人しか運べないのですね。そうすると、掛ける250すると先着1,500名様限り救急車に乗れるということなのですね。東京でもこの程度なのです。

実際に出るけが人を考えると、救急車に乗れない人が山ほどいるわけですね。これは阪神・淡路大震災のときにも直接行ったり、住民を運んだりしていましたがけれども、搬送手段をきちんとオーソライズした形で別途確保しておくということは非常にクリティカルな問題だと思います。

それから、3点目が、血液とか薬の話は出てくるのですけれども、医療機器の消耗品的医療機器、医療材料というのですか、それも当然足りなくなるわけで、これは東日本大震災のときに終わった後に医療機器メーカーの人としゃべっている中で出てきたのですけれども、あれは一個一

個厚労省の認可を受けていて、原材料まで遡って認可がセットになっているのですね。そうすると、原材料が足りないと製造もできない。でも、似たような原材料であれば製造できるといったときに、これが認められないわけですね。だから、あらかじめ津波被害とか揺れによる被害によって、どういう医療材料が必要なのかというのはある程度想定がつくので、そのへんを緩めに運用するなどのことが必要だと。

○残り1分のところをゆっくりしゃべっていただきました。ありがとうございます。3つでしたね。1つ目は、リソースが圧倒的に足りないのだから、ちょっとモードを変えないといけないんじゃないかと、これはおっしゃるとおりですね。2つ目は、救急車に頼ったって、大体平時のための台数だから無理でしょうと。これも当然そうなので、それはどうするのと。3つ目は、医療に関わるサプライチェーンの問題をちゃんと考えなくちゃ駄目で、薬品商社と医療材料商社とそのあたりの物流と、それから実は輸入品が多いので、限られた港湾でしか荷揚げしていないので、それってどうするんだろうと。卸とかの倉庫が水没するようなところにあるところもあるので、災害が起きたときの全体像について見なさいよというのが3つ目の御指摘じゃないかなという気がしています。

ここは踏み込み始めるとすごく大きな話になるので、やらなくちゃいけないということをまずは問題提起するということで、あまり踏み込めないかもしれないですね。先ほどの電気の問題も含めて、命を守るために必要なものは何だろうかということを徐々に考えていかないといけないということではないかと思います。

報告書にはしっかり書かないといけないけれども、報告書の段階で解決策までいけるものは、必ずしも多くはなさそうという気がしました。

もう予定時間まで来てしまっているんで、ここの課題については一回ここまでにして、皆さん多分まだ言いたいことがいっぱいありそうなので、それはメールで事務局に送っていただくということにさせていただきます。

もう一個、話題が残ってまして、最後は南海トラフ地震防災対策基本計画に関わる進捗状況等という話題が3つ目になります。これは、今後この問題がこのワーキンググループでの主たる話題になっていくということで、まずは今日はその第1回目ということで、事務局のほうから御説明いただきます。

資料説明

○山口（事務局） 防災計画担当の山口でございます。

資料4に沿って説明をさせていただきます。

1ページおめくりいただきまして、2ページ目です。第1回のワーキンググループで令和4年4月から行った基本計画のフォローアップを一旦御報告いたしました。今回は、令和5年4月から行ったフォローアップについて御報告をいたします。目的といたしましては、来月予定されております被害想定議論に向けて施策の進捗と課題を確認するというところで、いま一度のおさら

いという意味でございます。

次の3ページです。基本計画の章立てについて御説明します。基本計画全体で6章立てになっておりますけれども、フォローアップの対象は真ん中にあります第3章で、ここに基本的な施策という形で各省が、それぞれ責任省庁がどこにあるかということを明示した上で記載されておりますので、この3章をフォローアップしているというものでございます。

次の4ページ、例えばですけれども、地震対策の建築物の耐震化等についてはこういった構成になっております。まず1つ目、一番上の段が施策内容ということで、建築物の被害は云々という形で5行書かれている、これが施策内容であります。

それから、その下に目標という記載がございます。これについては住宅等の耐震化で国土交通省がやるのですよということで記載をされております。ここについては基本的には数値目標がないということで、定性目標というふうに呼んでおります。

その下に具体目標という形で、例えば住宅の耐震化率をどうするのだということを記載しているものがあつたりなかったりするものがあります。この具体目標までであるのがフルセットで定量目標があるというものでして、定性目標までしかないもの、あるいは施策内容しかないものがございます。

それを整理したのが次の5ページからでありまして、例えば5ページでいいますと、真ん中より下、火災対策のところに電気に起因する出火の防止が黒丸になっております。定性目標のみということで、4ページでいう青と緑のところ、真ん中のところまでしか記載がないというものが黒丸になっております。

さらに進んでいただいて8ページ目を御覧いただきますと、8ページ目の上から4つ目、ボランティアとの連携というところに定量目標の設定がバーになっているものがございます。これについては定量目標も定性目標もないということでありますけれども、左のほうに※印で社会福祉協議会及びNPO等との連携を図る、中間支援組織を含めた連携体制の構築等ということで、施策内容だけが書かれているというものがこのバーになっているものでありまして、続いて、9ページや10ページに行きますと、こういった形で定量目標、定性目標がなく、施策内容だけの記載もかなり出てくるというものになります。

そういったものを整理したのが12ページまででありまして、次に13ページを御覧いただきますと、特別強化地域と推進地域の図面の整理をしております。

これをつけた理由は、次の14ページの右半分です。計画の作成・変更等の完了状況をフォローアップした結果でございます。南海トラフ地震防災対策推進計画は707市町村で定めていただく必要がございますけれども、令和元年の基本計画の変更を受けてどれだけの行政機関や公共機関が修正をしてくれたかというものを整理したのになります。

ちなみに、15ページが平成30年度、令和元年度にフォローアップとして公表したのになりまして、今回はそのリバイス版ということで14ページにおつけしております。

それから、16ページ、17ページ、18ページは参考としておりますので省略させていただきます、21ページを御覧ください。こちらは第1回のワーキンググループでもこういった形で施策の

進捗状況を報告させていただきました。

次の22ページに、この4月に御報告をした、右肩に書いております令和4年度調査時点のものを付けておりますけれども、今回は令和5年度調査時点ということで1年更新をした形になっております。こうして見ていただきますと、具体目標の数、定量目標48個のうち達成見込みが25個から27個に2個増えているということになります。どこが増えたかといいますと、地震対策の下のほうの災害拠点病院、及び救命救急センターの耐震化率、これが進捗の思わしくないものから達成が見込まれるものに移管されてきて1個増えました。

それから、その他、一番下のところですが、湛水等が防止される農地等の面積（推進地域）で令和5年度までに3.4万ヘクタール目標というものが、進捗が思わしくないものから達成が見込まれるものに移管されてきたということで、48分の27が達成見込みということに2個増えたという状況になります。

23ページ以降はそれを裏づける資料という形でつけさせていただいておりますので、後で御参照ください。

それから、29ページ以降、各定量目標です。地震対策に係る定量目標を2つずつ取り出して記載しております。これも第1回のワーキンググループでお示ししたもののリバイス版となりますけれども、引き続き、例えば29ページの右側の家具の固定率、これは人々の意識を調査するというで少し下がってきてしまっているというものですとか、あるいは30ページの危険な密集市街地の解消割合、これは少し進捗が遅れておりますけれども、住生活基本計画において令和12年までにおおむね解消するという目標に向けて着実に進めているということであります。

31ページ、32ページも同様、今年の4月以降に判明した数字を記載しております。

それから、33ページ目以降はいわゆる定性目標しかないものについてのフォローアップ状況です。例えば電気につきましては、4月の時点では一番上の一定の耐震性を確保することを技術基準に規定したという記載しかなかったのですが、今回はその下に送配電設備の支持物ですとか、発電システムや送電システムについての記載を付加しているという状況になります。

それから、ガスの復旧体制の充実についても記述を充実しているということになります。

また、水道の欄の下水道施設の耐震化についても記載を充実しております。

次の34ページにつきましては、インフラ施設であります。これは基本的に国交省の担当になりますけれども、基本的に復旧体制の充実という欄を盛り込むなど、4月に報告したものからはより踏み込んで、書ける内容を書いている。例えば一番上の緊急輸送道路上の橋梁の耐震補強、令和7年度の84%の目標に対して現状は81%、こういった記述を追加しているということになります。

次は35ページであります。救助・救急対策等でありますけれども、例えばここも上から2つ目の救助体制の充実というところで、2つ目のボツですが、震災時の救助活動に特に有効な重機・重機搬送車について、全国へ計画的に計50台を配備ということで少し数字を入れた形でフォローアップをしております。

それから、次の36ページであります。物資調達対策についても少し記述を追加してありまし

て、一番上については、災害時に備えた食品ストックガイド等を公表し、家庭での食料の備蓄について普及啓発している。

あるいは2つ目の箱ですけれども、生活必需品等について、先ほど話が出ました具体計画という中でいろいろ役割分担と手順を具体的に明記。それから、2つ目の緊急通行車両の確認事務手続等を示しているということで記載を追加しております。

37ページであります。一番上のところ、不特定多数の者が利用する施設の火災対策・浸水対策等の推進ということで、ここも消防庁さんに御協力をいただいて、これまでの取組を丸々追加して記載しているところであります。

こういった形で定量目標、それから定性目標について、今年4月の時点で各省に調査を行った結果を現時点で御報告させていただきました。

以上でございます。

審 議

○どうもありがとうございました。

4月に一度御報告していただいたものが充実強化されたというような位置づけだと思います。これが毎年やれているとすごくいいのですけれども、久しぶりにこういった作業をしたということもあって、ここまで充実するのに半年ぐらいかかったという状況ではないかと思います。でも、大分中身が見えてきましたから、何かこれについて。

●●委員、お願いします。

○●●です。

内容というより、その立てつけについて教えていただきたいのですけれども、このワーキンググループでは、今の基本計画に対してフォローアップのところも御報告いただいていますけれども、それを超えた課題とか提言というのがたくさん出てきています。そうした部分はこの基本計画とは別のもので何か発信していくということになるのでしょうか。せっかくいっぱい御議論してその後どうなるのかが気になります。

○これは今までの基本計画に書いてあったものについて点検をしたということであって、おそらくここで議論したことで追記が必要なものについては、新しい基本計画の中に加えられていくという判断でよろしいでしょうか。

○このワーキンググループで御議論いただいたことは、ワーキンググループとしての報告書としてこういう方向でやっていくべきだ。その議論をいただくにあたって、●●委員からもいつも御指摘いただいている、この10年間でどう進んだのか、そういった観点でまずやります。政府としては、その報告書も踏まえた上で新たな政府の計画を検討していくという流れとなります。これは内閣府だけではなくて、各省庁と一緒にやります。

○よく分かりました。ありがとうございます。

○ですから、ここでは基本計画はつくらなくて、基本計画を政府でおつくりになるときに参考と

なる記述を報告書の中に書いておくということです。だから、全部取り入れられるかどうかは分かりませんが、そこに書いておくことは極めて重要であるということだと思います。

○書かれないということではないということを知りたかったのです。

○そのほかいかがでしょう。よろしいですか。

10分延長してしまいましたけれども、そのより詳細版がこの参考資料なのでしょうか。

○そうですね。それぞれの定性目標、定量目標の詳細版が参考資料1ということで、A3版でおつけしております。ここには各省からもらった回答、あるいは定義ですね。分母をどの数値で取っているのかといったものまで含めて、ちょっと細かいですが、記載がございます。

○そうしましたら、本日の議論はこのぐらいで終えたいと思います。おそらく今日の医療の問題については、ちょっとまだ皆様御意見がたくさんありそうな印象もありますので、適宜事務局に御連絡いただければと思います。

次回がこの種の議論の最後になります。経済、社会の問題になって、それを含んで半割れの問題について議論をすることになります。

ということで、事務局のほうにお返しすればよろしいでしょうか。

○今御指摘のあった、次回、社会、経済という話になります。それと併せて、これまでの話にまた横断的に関わってくるであろう普及啓発につきましても個別テーマとして取り上げたいと考えております。

閉 会

○藤本（事務局） 福和主査、各委員の皆様、熱心な御議論をありがとうございました。

今、主査からお話がありましたとおり、次回、第10回の会合につきましては、10月24日、10時から12時と13時から15時の2部構成を予定してございます。御参加のほどよろしくお願いいたします。

それでは、以上をもちまして、本日のワーキンググループを終了させていただきます。どうもありがとうございました。

— 了 —