

令和5年度第1回静岡県救急・災害医療対策協議会 議事録

内 容	
【議事】 第9次静岡県保健医療計画について（救急医療）	
松林課長 （地域医療課）	計画策定に係る全般的事項、第9次静岡県保健医療計画（救急医療）について、資料1～3により説明
加陽会長	それでは皆様から御質問、御意見をお願いしたいと思います。
早川委員	救急医療機関の役割を明確にするということで、「高齢者救急」という文字を入れるということですが、現行の救急医療の実践においても、高齢者に対応していない施設はないと思います。「高齢者救急」という言葉を入れることによって、県は何か具体的な施策を想定されているのでしょうか。
松林課長 （地域医療課）	<p>今回国が示した指針では、高齢者救急を主に2次救急に位置づけております。3次救急については、救命救急センターでの処置によって早期の回復が見込まれる若い方を中心に受け入れるといった役割分担を想定しています。コロナ禍でも高齢の方は、救命救急センターに搬送されても、なかなか退院ができないといったことがあり、このような形でポイントとして入れたらどうかと私どもは理解しております。</p> <p>県でも、高齢の方が救命救急センターに搬送されないといったことは想定をしておらず、これからはACP等で最初から積極的な治療を望まない方も出てくるかもしれませんが、搬送された場合については、救命救急センターで必要な治療が終わった後は、できるだけ早く、それ以外の医療機関への搬送・転院によって、救命救急センターの機能を確保する必要があると考えております。</p> <p>そういう意味では、退院コーディネーターの資質向上等が事業として考えられるかなと思っているところでございます。</p>
早川委員	ありがとうございます。ということは、つまり、資料2の8ページの文言はそのまま9ページに繋がり、転院を円滑化するための事業を想定していると考えてよろしいのでしょうか。
松林課長 （地域医療課）	はい。私どもとしては、そういったものを考えておりますが、他にこういった事業が必要だということがありましたら、ぜひ御提案いただければと思います。
早川委員	なかなか具体的には難しく、医療機関の能力を飛躍的に向上させる具体的な知恵というのはなかなか無いと思いますので、現行の能力でどう対応するのかといったところで、救急医療機関から後方支援病院への搬送・転院をいかに迅速にできるかということを考えていくことは、大いに賛成するところです。
岡本委員	資料3の現計画の数値目標に対する進捗状況について、現状値が悪化しており、その理由としてはコロナ禍の人との接触を避けたいという特殊状況により2021年の現状値が下がっていると思われます。2021年の全国平均値を2029年の目標値に設定していますが、2021年全国平均値もコロナという特殊状況の下での値であり、6年後の目標値とするには少し低いような印象を受けましたが、どうでしょうか。

松林課長 (地域医療課)	おっしゃるとおり、全国的にもコロナの影響を受けて、平均値が下がっている可能性もあると思います。前回の計画では、直近の計画を踏まえながら目標値を見直しましたが、この点については、全国の目標値がどのような状況かをお示ししながら、次回御相談させていただければと考えております。
木村委員	今の目標値に関連して、例えば参考値でもいいですが、直近値として2019年の目標値を入れておいてもよいのではと思っております。また、先ほどの在宅高齢者等の救急医療に関連して、中東遠圏域ではDNARを前に出していこうかという議論も進んでいるため、ACPやDNARという、皆さんに馴染みのない言葉がもう少し親しまれるように、計画に盛り込んでいただけるとありがたいと思っております。
松林課長 (地域医療課)	ACPやDNARは一般の方になかなかわかりにくいと思いますので、注釈で適切に入れたいと思います。また計画全体の中でも、ACP等について触れる部分もあるかと思いますが、その点についても今いただいた御意見を参考にしていきたいと思っています。
加陽会長	数値目標はある程度、県独自で変えても大丈夫なんですか。
松林課長 (地域医療課)	国からは数値の指定はされておられません。数値目標については、何年かのトレンドを見ながら、どのあたりがコロナの影響を受けてないか、今後6年間でコロナ前に戻るとするとこのぐらいになるんじゃないかといったことも含めて検討させていただきます。
伊藤委員	骨子案の内容には特に異存はないですが、先ほど早川委員が言われたように高齢者医療に関して、特にこの東部地域は2次救急以上が崩壊しかかかっていて、来年の医師の働き方改革もあり、逆に3次救急に高齢者が集中するという可能性を危惧しています。国の方はおそらく3次救急は若い人で、2次で高齢者を診るといった形にしたいと思われそうですが、県内は実はその通りにはいかないかと私は考えております。1次救急から3次救急まで医師の働き方改革が始まると、3次救急に高齢者が集中してしまうのではと個人的に懸念しております。
吉野委員	高齢者救急の問題はずっと考えていますが、解決策がなくずっときております。ただ、人口や死亡者数のことを考えますと、年限が2035年ぐらいまでだと思われそうですので、2035年までどう耐えるか。それから、救急医療の世界でも緩和医療の考え方を持って来ないと回っていかないんじゃないのかと考えております。
柳川委員	静岡県のドクターカー運用の現状はどうなっているのでしょうか。当院ではドクターヘリスタッフが天候不良で飛べない時に、必要に応じてドクターカー運用するか、多数傷病者対応の時に使用することもあります。スタッフがいないと運用できないという問題が前提にあると思います。
登坂委員	運用に関して、当院も車のメンテナンスやドライバーというところで出動の機会が限られ、夜は出られないというような状況もあります。また、症例が立て込んでる時もなかなか出られないという状況ではあります。 一方で、静岡市と結んでいる協定の適用条件として、多数傷病者や挟まれ事案、現場で隊員が必要とした時というような形で条件をかなり絞っておりますので、数は少ないけれども、行った時には必ず行ってよかったという結果になる可能性が高いので、適用を絞っていくとか工夫の仕方はあるのだと思います。しかし、国のマニュアルに沿ってというとなんかマ

	マニュアルができるのかよくわかりませんし、一律に運用というのは決められないんじゃないかなとも思いました。
奈良参事	3次救急病院にあるドクターカーと、一般の病院にあるドクターカーでは運用の仕方が違うと思われま。一般の病院にある物は病院救急車の扱いにされてると思われまが、例えば下り搬送に使うとか、あるいは老人保健施設等の介護施設から、特定の病院に対して搬送ということはあると思うので、登坂先生が言われるように、特定の方法やマニュアルによる運用がうまくできないのかなと静岡県の状況を見てると思いま。その点で国がどういう指示を出すか、また本計画にどう反映するかを考えたいと思いま。
木村委員	ちょうど昨日中東遠総合医療センターの話聞いてきて、ドクターカー運用がちょうど1年ぐらい経つと思うのですが、1日2回弱出動というぐらゐの運用ということで、動いてるところは動いておりまので、県内の全体の実態を把握した上での提案になると思いま。
加陽会長	救急医療の骨子案について、本協議会として承認するというこゝでよろしいですか。
各委員	異議なし
加陽会長	ありがとうございます。では、災害医療における医療について、事務局から説明してください。
<b>【議事】 第9次静岡県保健医療計画について（災害時における医療）</b>	
松林課長 (地域医療課)	第9次静岡県保健医療計画（災害時における医療）について、資料4、5により説明
加陽会長	ありがとうございます。では、災害時における医療について御質問・御意見がございましたらお願いします。
吉野委員	災害時における保健・医療・福祉の連携に関してですが、2018年の浜松で発生した大規模停電時に、当県の西部方面本部には福祉を担当する部門が無く、市町か県庁でやるため、福祉部門に関しては方面本部レベルでやりにくいというようなことを聞いたが、いかがでしょうか。
奈良参事	吉野委員も入ってもらった2年前の熱海の風水害の時は、現地で保健衛生福祉合同会議を10回以上やっており、DWA Tなどに入ってもらってまので、直近の熱海の風水害では福祉対応部門があったと思いま。
吉野委員	静岡は3層構造で色々対応するとのことですが、3層構造の中間層に福祉に関する対応部門が脆弱ではないかということをし懸念したので、ご質問させていただきました。

高倉委員	日本医師会の救急災害医療対策委員会では、病院の救命救急士の活用はどうなっているのかということが議題になっています。消防での救命救急士はかなり活躍されてるんですけども、各病院ではどのような状況で救命救急士の方を雇ってるのかが分からないという話が出ておまして、それを聞きたいです。
奈良参事	なかなか実態を把握しておりませんが、病院内で救命救急士がいる病院は公立病院でもごく限られております。その方が本当に救急等業務をやっているか否かは把握しておりません。よろしければ我々で調べて、また先生にお話することになるかと思いますがいかがでしょうか。
高倉委員	結構です。
柳川委員	緊急性はないのかもしれませんが、富士山噴火対応は、静岡県としては何か計画はあるでしょうか。
奈良参事	富士山の噴火対策は新しい被害想定ができていますかと思いますが、これは危機管理部が所管する事項であります。結局一般の通常の災害と同じように扱うという話を今聞いております。その次にどうなるかは今ははっきりとこちらも聞いておりませんので、それが固まりましたらお話することになると思います。
加陽会長	今日の話の中でBCPと、もう一つは自家発電のことを言われてたと思います。地域医療や地域の災害に対するレジデント、強さを出すために、医療機関、歯科診療所、調剤薬局等に、小型で構いませんが自家発電機の補助金を出すというのは、県は考えていますか。
松林課長 (地域医療課)	今、まだそういったところまではできておらず、先ほどの災害医療のポイントにありますように、まずは、超急性期・急性期をどういうふうにやっていくかということがスタートになっております。おそらくその後、通常の診療所や歯科診療所の機能が回復しないと、平時に戻っていかないというところになると思いますが、今そこまで手がついていないのが現状でございます。
加陽会長	BCPについて、無床診療所までは求められないんですけども、これからはBCPは有床診療所以上のところに求めるということになりつつあります。 また日本医師会は、国に対してこの自家発電機補助を要望しますが、今後、県レベルでもそのような話があったときは、他県に遅れずに静岡も、その時は自家発電機補助を検討いただければなと思ってます。
奈良参事	先生のお考えとして、どのくらいのレベルのところに置くか、何か目安はありますか。
加陽会長	ハザードマップを見て危ないところが想定されると思います。最近では小型で3日間くらい発電ができる機種が販売されています。これからそういった機種が紹介されていきますので、そういう流れを見ながら、県独自の施策としてやっていただければ非常にありがたいなと思っています。
吉野委員	自家発電機に関して、2018年に浜松で発生した大規模停電時にどこが困ったかということは記録として残ってるかと思いますが。浜松市で働いた時には、有床診療所の方々が困られたという印象を持っています。総合病院は自家発電機で復活しましたが、透析施設、産科施設、眼科の手術施設等を持った施設が停電の時に困っていたということを記憶しております。

芹澤委員	歯科医師会としましては、災害時の医療として独自で災害歯科保健医療体制を構築するように、日本歯科医師会でも取り組んでおり、それを受けて、静岡県歯科医師会としても、研修会等を行っているところではあります。それらについて、医科の先生たちとも協力できればと思っているところです。
加陽会長	ありがとうございます。多職種連携というのはこれから大事になりますので、なるべく県医師会としても、お声掛けさせていただきたいと思えます。
鈴木委員	先ほど医療コンテナのお話でしたが、薬剤師会は1台モバイルファーマシーという動く調剤室を持っておりますが、医療コンテナの中を調剤室のように活用できれば、災害時にお薬の提供ができるのではと思っておりますが、そういったことを県は考えているか、確認させてください。
奈良参事	実際、医療コンテナの中は何も入っていないのが正しいです。何に使えるかというのは色々あると思いますが、大きいことが欠点です。10メートル以上の長さがあり、それくらいのコンテナだとすると降ろすクレーンも必要になります。実際入れるのもなかなか難しいかなと思われまます。そういう大きさや重さもあり、実は国の方も有効な活用があまりはっきり見出してないという話があるので、先生方の思いで何かやってみることが一番大事かと思えます。電源車がないので電源を用意していけない等ありますが、何にでも使えると思えます。
加陽会長	ありがとうございます。災害時における医療の骨子案について、本協議会として承認するというところでよろしいですか。
各委員	異議なし
加陽会長	ありがとうございます。では、議事は以上です。続いて報告事項に入ります。事務局からまとめて報告をお願いいたします。
<b>【報告事項(1)】令和4年救命救急センターの評価結果について</b> <b>【報告事項(2)】医師の働き方改革に伴う医療機関への影響等について</b>	
松林課長 (地域医療課)	令和4年救命救急センターの評価結果について、医師の働き方改革に伴う医療機関への影響等について、資料6、7により説明
加陽会長	ありがとうございました。それではただいまの説明について、御質問、御意見がございましたら、お願いいたします。
各委員	意見なし
加陽会長	以上をもちまして、本日の議事は終了させていただきます。委員の皆様には、議事の進行に御協力いただき、改めてありがとうございました。