

令和5年度第2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～資料2-5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。
木村委員	資料2-4 14ページ数値目標の注釈について、「心因性」ではなく「心原性」ではないでしょうか。
松林課長 （地域医療課）	確認いたします。
登坂委員	資料2-4 9ページ「(ア) 救急搬送の状況」の二つ目で、「中等症の割合は50%を超えています」とあるが、これは何を言いたいのでしょうか。
松林課長 （地域医療課）	本来救命救急センターに運ぶような重症ではない患者が半数を占めているという趣旨で記載しております。ただ、そのような方を高度救命救急センター等へ運ぶことを止めるということではなく、必要な医療を施していただいた上で、退院コーディネーター等を活用しながら、後方病院への転院・転床を進めるという趣旨でございます。
登坂委員	中等症以上の方も基礎疾患等を持っていて、救命救急医療で治療しているような場面がしばしばあるので、文章の意図がわからなかったので、質問しました。
海野委員	本計画は非常に網羅的にカバーされており、必要なことは書いてあると思いましたが、資料の中で一番ショックだったのは、21ページの「指標による現状把握」のデータの中で、「日本救急医学会指導医数」が全国0.7に対して静岡県0.2と、全国の3分の1以下です。「日本救急医学会専門医数」も全国4.6に対して2.9と極端に低く、静岡県における救急を専門とした人たちが離れている、静岡県全般に医師不足ということ以上に、救急科に対する科の偏在、偏在に伴う救急医が少ないということではないでしょうか。ドクターヘリやドクターカー等これから活躍の場を増やそうという意図はもちろん賛成ですが、人材がいないという状況です。 今、若手を見ても、専攻医で救急のプログラムを取っている人はほとんどいないのではないのでしょうか。5年後も増えてこないと思います。そういう中で、救急を活用する人たちが必要だということは賛成ですが、果たしているのでしょうか。そのことに対する対策がほとんど書いておらず、15ページの救急医療を担う人材の確保のところで、浜松医科大学を始めとする云々とありますけども、それだけで具体的に何をしようか。人材の育成を図りますとありますが、どう図るのでしょうか。極めて心許ないところがあって、救急医療を担う人材の大本のところが極端に弱いので、これに対する何か施策が具体的にあってしかるべきと思いましたが、どうでしょうか。
加陽会長	こういうことは国や県の施策で養成をかけていくのでしょうか。自然発生的に増えるのでしょうか。

海野委員	<p>そこは工夫が必要だと思えます。5年後10年後を見据えるのであれば、専攻医を救急科に誘導する何か施策が必要です。5年後の育成をどうするのか、現在の状況を即効的にどうするのかという二つの問題があります。即効性にやるのであれば、今いる医師たち、要するに救急を専門としない医師たちが、ドクターオールで頑張るしかないと思えます。5年後10年後であれば、育成に向けての何らかの策を今のうちに打たないと、全国との差はますます広がっていくだろうと思えます。</p>
松林課長 (地域医療課)	<p>静岡県はどの診療科もかなり医師が不足しています。初期研修については、各病院が非常に努力していただき、修学資金の効果も若干あり、やっと人口規模に見合った初期研修医の方がここ数年入ってきて、県内で勤務していただくようになりました。一方、専門研修を開始される方、県内プログラムで開始される方がまだまだ非常に少なく、150人から170人ぐらゐの状況になっております。専門研修医の全体数を増やしていく中で、救急科についても増やしていかないといけないと考えております。</p> <p>若い医師を育てていただく側の先生の方からこういうことをやるべきではないか等の御意見があれば、ぜひお聞きしたいと思えます。</p>
海野委員	<p>今、専攻医が150人から170人しか残らないって話がありましたが、150人から170人の中に救急科の専攻医を目指す人はおそらくゼロに近いんじゃないですか。科による偏在っておっしゃいますが、極端に少ないのは救急科じゃないですか。いろんな科が少ないですよとおっしゃいますけども、程度の問題だと思えます。</p>
松林課長 (地域医療課)	<p>救急科も少ないですが、外科も含めて色々な診療科が少なく、それは人口から考えると毎年専門医研修を始めていただきたい方が本来270人のところ、150人から170人というところがございます。そのうち、救急科は一桁台でございます。</p>
海野委員	<p>他は内科や外科はそれなりにいるのでしょうか。</p>
松林課長 (地域医療課)	<p>外科等も非常に少ない状況になっております。その中で、救急科の医師を増やしていくためには、救急科の魅力を高めて、救急のプログラムに入っていく人を増やしていくことしかないと思えます。そのために、例えばこういうことを県と医療機関あるいは行政機関でやっていったらいいんじゃないか等、もしご意見があればぜひ頂戴したいと思えます。</p>
吉野委員	<p>私の力不足があるかと思えますが、今、確かに県内で救急専門医を目指す者の数は、それほど多くありません。例えば浜松地区だと、聖隷浜松病院等が頑張っていております。私達はできるだけ大学学部生の方に救急医療の魅力を伝える努力をしておりますが、大学病院では、救急医療にも制限が少しございますので、十分に救急の魅力を伝えられないでいるかもしれません。そのあたりは、県の方にも特定診療科というような形で要望を出させていただいて、救急診療を学ぶときに、制限を少なくしていただきたいということをお願いしております。</p> <p>また、病院と連携してプログラムを作っていきたいと思っておりますし、救急科のプログラムは非常に柔軟性が高く、ある程度、こんな研修をしたいという方とおりに作るようにしております。よって、入ってから県外で研修したりということもしておりますので、今後とも継続してまいりたいと思えます。御協力よろしくお願ひします。</p>

加陽会長	<p>人材確保の部分はもう少し厚みをつけましょうか。即効性ですぐにというのはちょっと無理なので、幅を持たせていただいて、6年間の目標を作っていきますので、人材を確保する方法を広く意見を集めたいとか、他県と比べてみたいとか、ちょっと文章を厚くさせていただくということではないでしょうか。</p>
海野委員	<p>はい。もし、その目標値を設定するのであれば、先ほど心肺蘇生率や社会復帰率は何%の数値が出て、かなり意欲的な数字だと思いましたが、それを行う救急医がいないので果たして目標達成できるかと思いました。それと同じように救急医の確保もシミュレーションして、何年後に何人、何年後に何人新しい救急専門家を誕生させるぐらいの努力値がないと、あの数字は達成できないと思いました。</p> <p>それから、「魅力」や「やりがい」という言葉は、今の若者には全く伝わりません。同じように外科や心臓血管外科、脳神経外科、皆同じです。私も外科医なので、新しい研修医たちにその魅力を語る機会がありますが、彼らの心を打たないのが現状です。それに代わる何かがないと、今、3Kで訴訟も多いそういう分野には、新たな人材は入って来ないと思います。</p>
伊藤委員	<p>先ほど言われたように救急センターの現場ってのはかなり厳しくて、初期研修医から全く魅力がない職場だと思います。今後はいくら現場が頑張っても、勧誘しても来ないと思います。よって、ある程度県が奨学金を出して強制的に科を選択できるような形も少し考えていただいた方がいいのではないかと思います。待っていても、いくら頑張っても増えないのではないかと思いますというのが私の意見です。</p>
佐藤委員	<p>それに関連して、心肺停止の患者の生存率や社会復帰率の数値を高く上げるということですが、医師の確保ということも大事ですが、そのためには市民の教育とか、あるいは救急車の台数を増やすとか、救急隊が行くまでの時間を減らすとか、もう少し具体的な施策を付け加えた方がいいのではと感じたので意見させていただきました。</p>
吉野委員	<p>伊藤委員から、救急の魅力はなくて、そういったことでは増えていかないというようなお話もありました。浜松医科大学医学部附属病院は現在、救命救急センターではないですが、浜松地区には救命救急センターが4ヶ所ありますので数から見たらこれ以上はいらないのですが、教育面という意味で、救命救急センターの設置ということもお考えいただいても良いのかなと思っております。以前、県にも御相談しましたが、提供できる医療を高度化して魅力を伝えていきたいということも考えております。一度ご相談に伺いたいと思います。またよろしく願いいたします。</p>
加陽会長	<p>ありがとうございます。救急医療について、本日頂いた御意見を事務局にて計画素案に反映し、医療審議会等に諮っていただくということによろしいか。(異議なし)</p>
<p>【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）</p>	
松林課長 (地域医療課)	<p>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3-1～資料3-5により説明</p>
加陽会長	<p>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。</p>
早川委員	<p>BCPは非常に重要であって、数値目標でも記載されているとおり、BCP策定の完了を目指すということではありますが、各医療機関で策定して</p>

	<p>いるBCPの実効性の検証がなされておりません。被災規模によって対応が変わるため、一概に実行の有無を議論するのは難しい話とは思いますが、BCPは「あればいい」というものではありません。そちらの検証作業について、何らかの取組が必要ではないでしょうか。</p>
松林課長 (地域医療課)	<p>今回の国指針の中で、BCPをより実効性のあるものにしていくということが掲げられています。各医療機関が既に策定しているBCPを、より実効性あるものにしていくかについて、現状では具体の案を持っているわけではありませんが、委員の皆様にもご意見をいただきながら、病院に御理解いただけるような取組を進めてまいりたいと思います。</p>
登坂委員	<p>資料3-4 39ページの「(ケ) 原子力災害への対応」について、医療機関連携や災害拠点病院の記載に併せて、ロジックモデルにある原子力災害拠点病院や原子力災害医療協力機関といった名称を具体的に書いていただきたいと思います。救急部門などの職員が原子力災害の対応をしている中、個別の名称を出せばモチベーションが上がるのではないかと考えております。</p>
松林課長 (地域医療課)	<p>承知しました。ありがとうございます。</p>
松本委員	<p>原子力災害への対応の2番目の丸について、「関係市、医師会及び薬剤師会等の関係機関と連携」と記載されてますが、看護協会についても、安定ヨウ素剤の配布等で連携しております。</p>
松林課長 (地域医療課)	<p>看護協会についても、大変お世話になっており、追記をさせていただきます。</p>
海野委員	<p>資料3-4 38ページの「(カ) 医薬品等の確保・供給」に、災害時の人工透析を円滑に行えるようにという記載があります。災害時や、今般のコロナでも一番の問題となったのは、透析患者と妊婦でした。災害拠点病院そして救護病院というスキームで作られてると思いますが、災害拠点病院ですら、人工透析と周産期医療に対応できる場所は限られています。このことについて、さっと1行2行の記載では不十分な感があり、人工透析、周産期医療、出産分娩をどのようにやっていくかが見えていません。</p>
杉井委員	<p>保健医療計画は色々な部門に分かれて記載されています。多分、周産期医療の中にも災害対応が入っていると思われれます。小児医療、在宅医療にも災害対策が散りばめられていると思いますが、各部門を探すのが大変です。</p> <p>それぞれの部門で検討されている内容を再掲でいいので、災害に関係する事項を集約して記載したらどうでしょうか。</p>
松林課長 (地域医療課)	<p>「(カ) 医薬品等の確保・供給」の中で人工透析を記載しており、小児周産期の災害対応については、「(エ) 広域受援」に、小児周産期リエゾンの養成等を記載しております。分かりにくい記載で申し訳ありませんが、非常に重要な事項だと認識しておりますので、記載が充実できる部分については追記をさせていただきます。</p>
海野委員	<p>杉井委員の発言の中に、「各部門で検討されている」との発言がありましたが、その検討内容が、総合病院の院長間に共有されておられません。既に決まった事項を初めて聞くことがあります。検討の内容が統合、共有されていないことも課題だと思っております。</p>
奈良参事	<p>清水地区の断水の際は、透析患者の取扱いについて、苦慮した経緯があります。透析の場合は、各圏域ごとにキーパーソン決めてあって動くこと</p>

	になっておりますが、そのキーパーソンが病院の中で共有されていない場合もあるようです。
海野委員	そのキーパーソンが、各病院長を差し置いて全部やれるわけではないので、関係者間で共有することが重要だと思います。
木村委員	富士山火山噴火に関する新たな被害想定と避難計画が公表されました。画期的な内容でしたが、被災想定など、本計画案に記載がないのは残念です。また、法制化されたDHEATについても記述がないというのはいかがなものかと思いました。
奈良参事	富士山の新たな被害想定等については、この計画に書くべきかを含め、危機管理部に確認、調整させていただきます。
岡本委員	先ほども話のあったBCPの実行性について、各病院がそれぞれ策定しているが、その内容をチェックする機能はあるのでしょうか。
松林課長 (地域医療課)	各病院には、BCPの策定とその見直しを周知しておりますが、内容をチェックする仕組みは持っていません。
岡本委員	当院もBCPの改定をしましたが、地域の実情に合っているかなど、プロの目で見てもらえるような仕組みがあると助かるかなと思いました。
松林課長 (地域医療課)	今後、検討させていただきます。
加陽会長	今回、災害時の歯科支援について、「JDAT」という言葉を追加されました。歯科医師会から追加の発言等がありますか。
芹沢委員	「JDAT」という言葉を入れていただいたことはありがたいです。今後、JDATの広報や行政との連携等を進めてまいりたいと思います。
加陽会長	災害支援ナースについて、松本委員から追加の発言等がありますか。
松本会長	新たな制度として、災害支援ナースについて、厚生労働省から日本看護協会に話が来ています。これに関して、県看護協会と県との話し合いが済んでいないため、特段、申し上げることはありません。「災害支援ナース」の記載があれば結構です。
杉井委員	第4次地震被害想定「8割減」について、第4次被害想定をもとに防災訓練を行っているが、8割減した被害想定は出ているのでしょうか。
滝委員	第4次地震被害想定は、発災時に避難行動ができるか否かの意識調査も加味されております。発災時には、早期に避難する意識付けが重要であると考えております。
加陽会長	防潮堤や津波避難タワーを作っているが、発災時に津波避難タワーなどに逃げるのが重要であり、絶えず、訓練し続けることが必要です。静岡県は非常に海岸線が長いので、医療関係者を含め、避難行動ができるよう平時から心がけていただきたいと思います。
吉野委員	災害医療コーディネートについて、東日本大震災や熊本地震などの災害でも重要性が認識されました。本県においては、熱海の土石流災害、清水の断水の際は、災害医療コーディネートがうまく機能しませんでした。災害医療コーディネーターについても検討いただきたいと思います。
加陽会長	ありがとうございます。災害時における医療についても、本日頂いた御意見を事務局にて計画素案に反映し、医療審議会等に諮っていただくということによろしいか。(異議なし)
【報告事項(1)】静岡県総合防災訓練(医療救護訓練)について	
【報告事項(2)】「医療ネットしずおか」の全国統一システムへの移行	

松林課長 (地域医療課)	静岡県総合防災訓練（医療救護訓練）について、「医療ネットしずおか」の全国統一システムへの移行について、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。
吉野委員	浜松赤十字病院の病院前救護所の考え方は、市立湖西病院でも訓練を実施しましたし、他にも複数の市町で、同様の計画があると聞いています。非常に現実的な方法だと思っておりますので、今後広がっていくのではと思っております。
高倉委員	日赤の病院前救護所に関しては、私が浜北医師会長の時に移行したが、非常に良いシステムだと思っております。東京都でも、病院前救護所のシステムに救護所のシステムを変えていくという形になっているようなので、今後、全国的にも広がっていくんじゃないかなと思っております。
吉野委員	<p>私からお願いしたいことは、各病院で救急医が多くないと言われましたけど、少ない人数で働いており、負荷が大きくなっていると思います。ぜひ皆様のご理解をいただきたいと思います。各病院に救急医が行っても、疲弊して辞めてしまうとか、救急以外に移ってしまうという例がいくつか出ております。各病院の院長先生方には救急医への支援をお願いしたいと思います。救急医が疲れるのは肉体的な疲労よりも精神的な、他科とのいろいろな軋轢などで疲弊することが多いので、ぜひお願いいたします。</p> <p>また、浜松医大の救急部は、全国の国立大学の中でDPCの係数、救急医療の係数が1位です。6年間1位が続いておりますので、決して救急医療をやっていないわけではございません。魅力を伝えてない、宣伝できてないと言われるとそのとおりかと思えますけども、それだけご理解いただきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。</p>
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。