

救急体制・病診連携部会（第3回） 会議録

日 時：平成24年5月31日 午後3時00分開会

出席委員：石田委員、稲坂副部会長、林部会長、松下委員、吉田委員（50音順）

<会議の概要>

○議事

林部会長 こんにちは。お忙しい中、先生方にお集まりいただきまして、ありがとうございます。基本的に今までハードのお話をしてきましたので、今回はその中間報告の取りまとめということになります。救急体制・病診連携部会の検討状況について、中間報告を親部会のほうに報告すると、その取りまとめになります。我々に与えられたテーマのうち、統合新病院建設基本計画に反映する必要があるので、新病院の初期救急医療センターの併設について、今まで検討していただきました。前回までの議論で、ハードについて、新病院本体の中のほうに救急の診察する場所を併設するという形で、大まかな方針が決まったところになります。今回はその内容を具体的な文章とイメージ図にしまして、報告案として取りまとめていきたいと思います。6月7日に開催される医療提供体制推進委員会というところで報告いたします。

では、議題1の「救急体制・病診連携部会の検討状況について(中間報告)」について説明をお願いします。

議題1 救急体制・病診連携部会の検討状況について（中間報告）

事務局説明 **参考資料1** 休日当番医（在宅当番医）施設別平均診療者数

稲坂副部会長 ちょっと補足します。ずっと、在宅当番で順番に平成21年以前もやってたんですが、ほとんどのところが開いてても1人来るか来ないかぐらいの数で、ある医院だけがずば抜けて多かったんです。少ないのでは自分のところでやっても仕方ないということで、みんなで相談して市民病院で休日に順番にやろうということになったんです。このB医院がなんでこれだけずば抜けて多いのかというと、よく分からないんです。昔から多かったみたいです。

事務局 ありがとうございます。

林部会長 はい。ありがとうございます。では、事務局、続きを。

事務局説明 **資料1** 加賀市医療提供体制推進委員会 救急体制・病診連携部会の検討状況について（中間報告）（案）

林部会長 どうもありがとうございました。では、ただいまの説明については何かご質問

はございますでしょうか。今まで話してきたことを非常に分かりやすくポンチ図にさせていただいたと思うんですが、よろしいですか。

吉田委員

医師会の先生方の休日当番医と、今、市民病院でやられている初期診療の2本立て、あるいは小松のほうも含めると3つになるんですが、前回の会議で、松下先生からは、小児科のほうはうまくいってるんで、あまりそこはいじらなくてもいいよという提言があったと思います。今、こちらの参考資料1にある、これは小児科以外のところの資料だと思うんですが、この休日当番医という形になってますけども、内科、外科、整形外科に関して、これを存続させていくのか。もちろん病院の当直医がいるところでは、休日診療は使えてはいると思うんですが、開業医の先生方がするかどうかは、それは、ご自分で日曜日に開かれる人もいるだろうし、そこは市が関与するところではないんでしょうけども、休日当番医という形で、例えば、市の広報にも載ってますけども、その制度というか、それを残していくのかどうか。こういう形で休日当番医を開かれている先生に市のほうでなんらかの、例えばコスト的な応援があるのかどうかもちょっと分からないんですけども、この機会にこここのところを整理されてもいいんじゃないかと思えます。

稲坂副部長

よろしいですか。

林部長

はい。どうぞ。

稲坂副部長

在宅当番医というのは、ずっと前から国からの補助をもらう制度があって、それで、市から加賀市医師会に補助が来てるんです。現在は主に小児科の在宅当番医の人たちに分けて、内科系のほうは少し割合を少なくしているということなんです。ですから、今のまま維持していけばいいんじゃないかと僕は思うんです。小児科の場合には、休日に開きますとかなり患者さんがいらっしゃいますので、診療所の場合は、看護師さんにも出勤してもらわないといけないので、かなり負担になるんです。それがないとやっていけないというような意見が、小児科の先生方からは出ています。

吉田委員

ちょっと関連して、小児科の先生方が非常にうまく輪番制を運用されているのは分かってるんですけども、市民病院のほうへ、小児科の先生がおいでになって、新しい急病センターのほうでされる場合と、今までどおりご自分のクリニックで従業員に来てもらってやるのと、いろんなコスト的な問題があるかとは思いますが、このうまくいってる小児科の先生方を新しい急病センターというところへ来てもらって、同じような形で午前中やるというのが、それがコスト的なことで、やっぱり自分のところでやられたほうがいいということになりますでしょうか。せっかく、そういう急病センターみたいなものが病院に併設してできるわけですから、そこへ来ていただいて、同じような輪番制をやっていただくということもあるかと思うんですけども。

稲坂副部長

それはどうですかね。小児科の輪番制というのは、小児科の先生が加賀市内でやってるのが。

松下委員

四つと、病院二つ。

稲坂副部長 6ヶ所でやってるんですね。さっきの在宅当番医の補助というのは、開業してる先生のところへ行っていて、病院の先生のほうにはそれは関係なしです。午前中だけで、かつ、祝休日全てではないです。できない日もあります。そのほか、加賀市の小児科の先生は、小松の南加賀急病センターのほうにも応援に行ってます。ですから、小児科の先生の意見を聞かないとあれなんですけど、市民病院で集まって輪番にやっていくっていうのは、どうですかね、今よりかえって難しい面もあるのかと思いますけど。

吉田委員 これはまた医師会のほうで小児科の先生を含めてお話しされればいいと思うんですけども、在宅当番医制度がこのままうまくいったとして、例えば新しい新病院に小児科の医師が2人いれば、何回かのうちの2回は新しい急病センターで小児科の午前中の診療をします。残りの開業医の先生方がされるときは、開業医の先生のクリニックでされるという形になるので、そういう補助みたいなのところもあるんで、ちょっとそこのお金のことは分からないんですけども、そこを市民病院のほうへ来てされても同じような形で出せるようにやれば、利用する市民としては、休日の午前中、市民病院の急病センターへ行けば、小児科の先生がいるんだというようなことで、利用する側としては分かりやすいかなと思います。

松下委員 医師会で一応これから検討したいと思うんですけど、小児科の先生でもいろんなタイプの先生がおいでです。市民病院でこれからやるといったら、やらないと言われる先生もいて、強制的にやれという力はないんだと思うんで、やらないと言われたら、残った5人の先生方にはかなり負担がかかって、日数をもっと減らすということになる可能性が高い要素もあります。全然人付き合いがないような、でも、休日当番だけはやってもらってる小児科の先生もおいでです。その先生は、やっぱり自分のところで使い慣れたスタッフとやるというので長い間来ているんで、「これをやりなさい」と言ったら、「やめます」というふうに言われたら、というところもあるので。またこれから検討したいと思うんですけど、もし、そういう構想を持つのなら、この建物の中に小児科のところのスペースもちょっと必要なという感じになってくると思います。

吉田委員 建物の中には、病院の小児科が当番に当たっているところはそこでやるわけですし、それとは別に内科系の先生の診察するスペースもあるので、建物に関してはそれはクリアできてるんじゃないかなと思います。

林部長 一つだけまとめさせてください。小児科の先生が今、入らないでずっと議論が進んでしまうと、今までの話し合いでは出てきてなかったもので、今日急に出てきて、これで取りまとめの報告というのはちょっと難しいかなと思います。ただ、今、松下先生がおっしゃられましたけども、検討する余地は十分あるみたいなので、小児科の先生方がどういうふうに関わることができるかというのを1回話してもらってから、また次の報告の形でいけるようにされたらいかがですか。とてもいいアイデアだと思いますけど。ありがとうございます。

事務局 中間報告の中では、今おっしゃっていただいた部分に関しては、先ほど申し上げました「(5) その他運営・運用について」(資料1のp3)の4番目の「内科系

以外の診療」ということで、具体的に小児科という表現はうたっておりませんが、この中に一応包括して表現を入れておりますので、今後の協議の中に混在できればと思っております。

林部会長
吉田委員

では、その中で今後検討していくというふうをお願いいたします。

もう一つよろしいですか。この部会は救急体制と病診連携部会ということですが、病院と診療所、病院と病院の連携をどうしていくかということで、前の会議でも主に新病院の先生は入院のほうを頑張ってもらってやってくれと。外来のほうは主に診療所の先生がやるよというようなことで来てると思うんです。この資料1の5ページ目の上の方ですけども、赤い色で囲ってある当直救急外来、二次救急、主に救急車でみえる患者さんの対応ですけど、これはやっぱり病院の当直医がしっかりと診ていこうと。もう1つ、左側のこのオレンジで囲んである初期救急医療センターというのは、加賀市の医師会の数からすると、小松と同じことはもちろんできないんですけども、医師会の先生方が主に関わってもらってというふうには、僕は思うんです。今月の医師会の理事会の中でも、確か河村先生を中心にこの初期救急医療センターのことを少し考えていこうというような話が出てたと思うんですけども、そういう医師会の先生方に主体的に関わっていただいて、なおかつ、病院の中でもどういう形で、医師会の先生がいないときにどういうふうにするかという、これからの運用になろうかと思うんですけど、大きく右側の二次救急に関しては病院のほうの先生がしっかりとやる、それから、このオレンジのところに関しては、やっぱり医師会の先生にしっかりと主体的に関わっていただきたいというのが私の考えです。

林部会長
松下委員

稲坂先生、松下先生、いかがですか。

今、検討するのは、委員会を設けようという段階なんで、まだそれも、話を戻すようですけども、資料1の2ページの「2. 部会としての意見」の統合新病院の前までにまず何ができるかということをもっと検討したいと思うんです。まだ4年ありますから。それで、部会としての意見の中で今はどこまでできるかと。そこに「加賀市(市立病院)と加賀市医師会が全面的に協力し、取り組む必要がある」というのは、今はこれは現状の話をしてるんで、現状をまず、検討したいというのは第1です。それで、統合したときにどうなるかというのを、小松の南加賀の実績は、これは前の資料にも載っていたけど、病院の内科系の先生が急患センターに入って回してるというので、悪いんですけど、医師会だけでは。小松の現状でも医師会の先生は、16人か19人ですね。小松市民病院の内科の先生と一緒に入って、365日、夜間は7時から10時半まで診てるというのが現状なんです。毎日夜間をやるというのが理想的ですけども、そういうふうにしたいというのは希望ですけども、そのためには、今の話は統合新病院ができたときの話ですけども、もし、やるとしたら、そのときは、やっぱり市民病院の内科の先生が平日に7時から10時半ぐらいまで救急初期患者のセンターに入ってもらって、ということをしていない限りは、維持はできないと思っております。

林部会長

石田先生、お願いします。

石田委員 今の松下先生のお言葉どおりかなと思います。看板はどういうふうにするかは別としまして、医師会の開業されている先生方が平日の夜間というのは、かなりこれ、いくら頑張っていたとしても厳しいかなと思います。ですから、この急病センターといいますか、ここの夜間に関しては、これは新しい病院の勤務医の人に基本的にお願ひするしかないかなと。ただ、医師会の先生方には、できることならば休日の午後までやっていただければ、そこで病院の勤務医と交代するという格好が現実的かなというふうに思います。

林部会長 はい。ありがとうございました。これは前回もお話が出た形で、初期救急医療センターそのものが、吉田先生のご意見だと、医師会を主体にいろいろ回すような形ができないか、という話なんですけど、これはもう実際の数の問題もいろいろあるので、お互いに歩み寄るといっていいかなかなかないかなと思いますけども、この中に、確か2ページのほうの一番下のほうですよ。医師会休日診療を午後まで拡大するとか、夜の拡大も一応検討するというふうにはなっていて、この形で報告するので、将来、この初期救急医療センターの運営委員会のほうにも、医師会の先生で非常に積極的にこういう形に関わってくれる方の意見を大々的に吸収できるような組織を作るといっていいかなかなかないかなと思います。できること、できないことをうまく整理して、お互いに潰れないように是非していただきたいと思うんです。とてもいいと思います。お互いに違うことを言ってるわけじゃなくて、お互いにやりたいんだけど、体力の問題があるというのは確かにあるんだと思うんです。

ありがとうございます。それでは、修正点があれば、今のこの報告案に加えていただいて、親部会のほうには報告する形にさせていただきたいと思います。

では、次の議題の2、「統合新病院建設基本計画、部門別計画」についてお話しさせていただきます。病院建設の基本計画については、統合新病院建設部会と病院統合協議会によって検討が進んでいますけども、基本計画の中の部門別計画のうち、今までの部会報告を踏まえて、救急に関連する部分を確認したいということです。事務局のほうからここに関して説明をお願いいたします。

議題2 統合新病院建設基本計画 部門別計画について

事務局説明 **資料2** 加賀市統合新病院建設基本計画 部門別計画等（抜粋）

参考資料2 救急における観察用ベッドでの入院の取扱いについて

林部会長 はい。ありがとうございました。基本的にはこれは建設基本計画なので、一応運用面も入ってるんですけども、ハードのことにまつてまとめたということなんです。この部門計画に関しては、5月18日の統合協議会、それから5月22日の建設部会でも、審議されたということなので、稲坂先生、石田先生、吉田先生はご覧になっているかなと思います。これを踏まえまして、部門計画もこの部会として

どういふふうに報告するかという形で、先生方にまたご議論いただきたいと思ひます。何かご質問やご意見はありませんか。

吉田委員 最後説明のあった入院の取れる病床にするかどうかということですが、今の説明で前、聞いてたんですけども、それはあくまでも一般病床、例えば 300 という病床数があつたとして、ICU10 床、それから回復期リハビリ 50 床、それから救急、例えば 5 床とか、その 300 に入るものとしては、今のよふな要件を満たさない駄目ですけども、それとは別の病床として、例えば 5 床を救急外来に持つておいて、そこにしばらくいたときには、1 日あるいは 1 泊 2 日の入院基本料は取れる。ただし、在院日数の算定にはカウントしないというよふな形で運用しているところがあるというふうに聞いたんですけども、例えば福井大学附属病院、これも今朝確認させてもらったんですけども、違ひませんか。

林部会長 うちは取つてないですね。県立は取ると聞いております。

吉田委員 救急の中の ER 病床というものの位置付けが大きく 2 つあつて、先ほど説明されたのが一般的なんですけども、そうじゃなくて、5 床あると。だけど、そこは入院基本料は取れるよという形で運用しているところがあると思うので、もう 1 回その辺だけ確認して、そういう運用をするかどうかはまた別ですけども、もし、そういうこともできるのであれば、例えばハード的に何かそれを満たせばいいということであれば、それもちょっと検討してください。

林部会長 先生、よろしいですか。沖縄県立中部病院はちゃんと取つてますし、ほかの病院でも、一応救急で診た場合には一晩取つてるところはあります、現実。だから、たぶん、やり方はいっぱいあるんだと思ひますね。

この今の吉田先生からのご意見に関して、一つ僕自身が思つてるんですが、HCU とか、そういうところを、できれば救急室と同じフロアのその近くに取つてもらえと、実は、そこで看護単位もできてるし、一晩寝るといふ感じでも、そこに入れてしまうというベッドが 2~3 個あるだけでもだいぶ違つてきます。そうすると、何がいいのかといつたら、当直医がその指示を書いて一晩入れておくだけという形で、ほかの科の先生が夜中に呼ばれないというメリットがあるんですね。これはフロアが変わつてしまうと、例えば救急車が来てるのを診ながら、パツと行つたりといふのができないんですね。この空間的、物理的な制約つてすごく大きいので、同じフロアに HCU あたりを造つていただければ、たぶん、多くの医者が夜中に呼ばれなくなると思ひます。そういう意味ではすごくメリットがあります。もちろん HCU の加算といふのは重症じゃないといけないので、いろいろあるんですけども、意識障害といふのが一つあります。ということは、エタノールの意識障害でも、実は一晩で HCU 加算 OK なんです、そのあたりの造り方は、経営の上で非常に大事になってくると思うんです。

石田委員 今の林先生のご意見ごもつともなんですけれども、それにプラスして、やはり、救急室にも点滴して休んでるスペースといふのは必要だと思ひます。

林部会長 はい。先生に賛成です。

稲坂副部会長 よろしいですか。

林部会長 はい。稲坂先生。

稲坂副部会長 細かいことなんですけども、付け加えて、「iv) 初期救急担当医の控え室を設置」(資料2の2ページ目)、これ、医師会の先生を念頭に置いているという話でしたけど、どんなものか。イメージわからないんですけども、必要ですか。診察室にいればそれでいいんだろうと思うんですが。

石田委員 無くてよろしければあれですけども、これ、例えば夜間を病院の医者が担当するということになりますと、患者さんが来てない時間帯は控え室があると、控え室でちょっと休めるかなと。診察室にずっと座ってるのはちょっと苦痛かなと思うんですけども。

稲坂腹部会長 休日当番の時は、本を持って来て、患者さん来ないとき、診察室で読んでますけどね。若い先生は勉強してるんだろうと思いますが、どうですか。

松下委員 先生は午後までを予定してるけど、将来、7時から10時半とか、夜間もするかもしれません。そういうときに、やっぱりあったほうが。休日、日曜日の夜間、もし、将来的にやるとか、そんなとき、暇と言ったら言い方悪いですけど。将来、どうなるか分からないんですけど、日中は診療して疲れていたりして、夜7時からまた来てやるというようなことになると、あったほうが、その人には休めるんじゃないかなと思います。ずっと診察室に座って本か何か読んでいるよりは、ちょっとはいいんじゃないかなと思うので、あったほうが大事にされてるという意識が出るんじゃないかなと思います。

林部会長 はい。私もあった方がいいと思うんです。それもちょっと大きめの部屋で、将来的にいろんな部屋にある程度できるようにするといいかなと思うんです。部屋を後で造るのはすごく大変なんで、造っておいたほうが絶対いい。

稲坂副部会長 分かりました。もう1点。

林部会長 はい。

稲坂副部会長 受付から待合室が見えるデザインというのは僕、初めて見たんですけど、これ、どういうイメージなんですか。こうなったらなぜいいんですか。

林部会長 普通に受付のカウンターがあって、待合室に座ってる患者さんが見えると。ここでトリアージナースにも見えるし、事務員さんも見えると。これは、よく見えないところで待ってる病院があるんですけども、そうすると、待合室で急変する患者さんがいらっしやるんですね。

稲坂副部会長 そういう人が分からないと。

林部会長 それを避けるためですね。

稲坂副部会長 分かりました。

林部会長 そうすると、逆に言うと、医療者もさばれないんです。一石二鳥で。やっぱり控え室があったほうがいいですよ。

ほかにありませんか。私は幾つかあるんですけど、一つはアンビュランス、救急車のところですけど、これは車両が擦れ違いというのは、実は1台、2台ならいいんですけども、もっと多くの車が来た場合には、必ずワンウェイのほうが良いと思います。一方通行のロータリーにしたほうが、何台も救急車が来ててもどんど

ん受け入れられますし、患者さんの数が多くても受け入れられるので、インとアウトをはっきりさせる。それである程度の幅があるという、非常に運用面として良くなると思います。災害時なんかも特に思います。

それから、患者さんが急変されたり亡くなってしまった、救急車で亡くなったという場合に、その家族が待ってる部屋というのが、ほかの患者さんと同じ部屋に待たされてるというのは、非常にかわいそうなところがあるので、そういうふうな面談室みたいな、家族の部屋みたいなものが一つあるといいと思います。それが、実は診察にもなんとなく使えるような感じで、僕のイメージでは、壁がウレタンで、薄いピンク色の部屋があるといいですね。怒りが治まる部屋ですね。ちょっと怒り気味の方は、そこに入ると怒りが治まる。淡いピンクです。ショッキングピンクは駄目です。淡いピンクのウレタンというのがいいですね。医療者が攻撃を、暴力を受けたときでも、壁にあたっても怪我しないという、そういう部屋があって、そこにビデオを置いておく。それからパニックボタンを置く。できれば、出入口を二つ造っておく。要するに、ちょっと危ないぞといったときに、医療者が入って、その患者さん家族が入ったときに、お互いが逃げることができて、なおかつ、異常がある時にはこのビデオに撮れて、パニックボタンが押せる。そういう部屋を一つ用意しておく、いろんな多機能な面で使えると思います。結構温泉が近いですから、酔っ払って危ない人が来たときには、そういう形でできるといいかなと思います。

もう既に書いてあると思うんですけども、CT室は救急室の思い切り近くにしていただきたい。これは日本外傷学会が今作ってるガイドラインの改訂第4版で、CTが近ければ、なるべく早く全身CTを撮るというふうなことになってます。MDCTですね。16列以上のCTを救急室のすぐ近くに置いていただければ、日本のスタンダードに沿う形の病院になると思います。

次、出入口の形ですが、救急車の出入口と一般の救急患者さんの出入口を分ける。それもすごくいいアイデアだと思いますし、この救急車の出入口はフットスイッチをメインにさせていただいて、手で押しったりなんかすると、みんないっぱい入ってきちゃうんですよね。一般の人が慣れないような出入口のスイッチの形状にすれば、患者の流れはコントロールできると思います。あと、ここには書いてないですが、救急室の近くにカンファレンスルーム、または研修の部屋というのを将来確保できるようなスペースを取っておいていただければありがたいと思います。若い先生は救急が混んできたときに手伝ってくれる一番の力になりますので、カンファもすぐ近くでやってる、そうすると、いざたくさん来たときに、そこで勉強してる医者がすぐ飛んできてくれるという体制は作れると思います。これは隔離部屋じゃなくて人質部屋というんです。若い人をそこに配置しておくんですね。そういう形にしてはいかがでしょうか。

ちょっと僕のほうから質問なんですけど、電子カルテとか、そのあたりはいかがなんでしょうか。考えていらっしゃるのでしょうか。

石田委員

どの会社のどういうシステムになるかは未定だと思うんですけども、今、両

方の病院、共に電子カルテです。

林部会長
石田委員

となると、医師会の先生が入ってきた時のトレーニングも。

今現在は医師会の先生方には紙カルテで対応していただいて、それをスキャナーで取り込む形と。

林部会長

分かりました。じゃあ、全く問題ないですね。

ハード面のことに関して、ほかにご意見やご質問ありませんか。

はい。ありがとうございます。それでは、今回で初期救急医療センターのハード面については一段落ですので、次回からは、部会報告でも引き続き検討というのが、特にソフト面が難しいかなと思いましたが、その運用面を、お互いに傷付けることなく、プラスになるようになんとか議論できたらと思います。この医者がどういうふうに配置されたらいいかということで、お互いに無理がない程度に頑張ると。やっぱり市民目線を忘れないで、なんとか24時間カバーできるような形に持っていければと思っています。まだこれから4年ありますから、その間にいろいろ状況が変わると思いますし、いいように変わるように努力していきたいと思っています。それでは、最後に事務局から事務連絡がありますので、お願いします。

事務局連絡

- ・第4回会議は7月頃に実施したいので、日程調整票でご都合をお知らせ願いたい。
- ・第2回の会議録案は近日中に送付する。今回の会議録案は完成次第送付するので、確認をお願いしたい。

○閉会

午後3時57分閉会