

救急体制・病診連携部会（第6回） 会議録

日 時：平成25年3月27日 午後7時00分開会

出席委員：石田委員、稲坂委員、林部会長、吉田委員（50音順）

欠席委員：松下委員

<会議の概要>

○開会

林部会長 はい、皆さまお疲れさまです。どうもありがとうございます。それでは議事に入りますが、早速ですが議題1「医師会休日診療について」事務局より説明をお願いいたします。

○議事

議題1 医師会休日診療について

事務局説明 **資料1** 医師会休日診療について

林部会長 はい、どうも有難うございました。稲坂先生、どうも有難うございます。素晴らしいですね。

この件に関して、ご質問・ご意見はございますでしょうか。宜しいですか。はい。医師会もお手伝いしていただいて、とても良いことだと思います。

それでは次、議事次第2の「救急に関するトレーニングについて」、事務局から説明をお願いいたします。

議題2 救急に関するトレーニングについて

事務局説明 **資料2** 救急に関するトレーニングについて

林部会長 はい、どうも有難うございました。前回もお話ししましたように加賀市民病院も、山中温泉医療センターもどんどん救急車が今増えてきて、皆さん、お医者さんたち、医療者たちが骨を折って頑張ってきているという現状は見えるんですけども、気合と根性だけではなかなかつらいところがあるので、それを、自己研鑽だけではなくて、体系的にきちんとバックアップするシステムが出来ないと、新しい医者もどんどん入れ替わってきますし、質の担保という意味では、そういうトレーニングコースをやることは、すごく大事なことだと思います。それから、そういう教育の活動が活

発などころであればあるほど、実は研修医を呼び込みやすいということが言えますので、ぜひこういうところをうまくやっていけたらなと思っています。

では、事務局に作っていただいた、この検討の視点に沿って自由に意見交換をしていただきたいと思います。

最初に、「今いる医師になるべく幅広く受け入れてもらえるようにするためには」ということで、少なくとも当直に入る医師が、ある程度のレベルアップをするためにはどうしたらいいのだろうかという話になるのですが、いかがでしょうか。

先ほどの、まとめてもらったこのトレーニングコースというのがいっぱいあるんですね。ACLSとかPALSとかICLS、BLS、これは全部、目の前で心肺停止になっている人（が対象）なんですよ。これは医療の質の担保という意味ではすごく大事なんですけども、蘇生出来る率というのは残念ながら高くない。多分、受け入れを断る場合というのは、専門性がない、でも、患者さんがまだ生きている状態であるというときが多いと思うんですね。ですから、生きていて、例えば、頭痛があるとか、外傷であって骨折がありそうだとか、嘔吐が強いとか、そういうものに対してどうかと。生きている段階での処置というトレーニングコースは、実はこの表にはないので、そういうのが本当は必要になってくると思います。実は、うちの方ではそういうコースをやっているんで、そういうのを1回導入していただいて、本来は、この加賀市民病院さんと山中温泉医療センターさん、それから医師会の先生も含めて、インストラクターになってくれて、将来的には2回3回やったら僕らは来なくて良いという姿勢でシステムをぜひ作ってもらえたらなと思います。

1つだけやったら良いなと僕が思うのは、7番のJATECコースですね。JATECコースというのは、外科系に入る先生は全員受けておいたほうが良いです。これは本当に初期治療だけなので、多発外傷で、もし転がり込んだ時に、ここまでやったら福井大学へ送れば良いよということもやっていますので、これは内科の先生でもやっていくと、とても便利なものです。これは生きている患者さん相手ですから、ちょっとやっておくと便利かなと思います。

先生方、自由に意見を述べてほしいんですが、吉田先生どうですか。

吉田委員

トレーニングが有効かどうかという観点で言いますと、当然、研修医の先生は、初期、後期、今、ちょっと、どうなっているのか分かりませんが、必ず救急を回る機会がありますよね。そういうのを経験しているのを指導医のもとで見て、それから専門のところに入っていくという形で、これから若い先生方はかなりそういうところは抵抗なく診てくれるのではないかと思います。ただ、山中温泉医療センターは特にそうですけども、もう40代後半、50になっている人たちに今からこのトレーニ

ングをとると相当難しい。「気合と根性だけでやれ」と言われているから、診てるというようなところはあるんですけども、今、先生が7番のコースを言われましたけど、外科系は割りとやっているんですよね。通常の自分の診療の中で、心臓に針を刺したり、肺に管を入れたりはやれているので、それから麻酔も回っていますし、少し呼吸状態のおかしい人に気道確保からというのは割りと出来るんですけども、やっぱりそのところは、麻酔科に回ってない科とかの先生になると相当きついと思います。ですから、トレーニングに関して言えば、今もう既に、ある程度熟練、ベテランになった人たちに、このトレーニングというと、なかなか結果が出るまでには時間がかかる。だけど、こういうことを病院の中できちっと体系的にやっていくことで、若い先生に対しては、良いかなと思います。

林部会長 はい、有難うございます。その通りですね。医者ってプライド高いので、難しいですね。頭が固くなった人を変えるのは難しいです。とても現実的で良いです。

石田委員 今の吉田先生のおっしゃるとおりだと思います。ちょうど今10年少し過ぎたくらいの新臨床研修の少し前の先生方、この辺りの先生方に、できたらこういうようなコースに参加していただきたいと思うんですけども、その場合も、その人が参加出来る環境というのを病院がバックアップして作っていく必要があると思います。その辺のことも今すぐじゃないですけども、考えていかなきゃいけないなとは思っています。

林部会長 有難うございます。すごく大事ですね。費用や勤務面でのサポートを病院がしないと、やっぱりそのあたりはうまくいかないということで宜しいでしょうか。

石田委員 はい。

林部会長 はい、有難うございます。稲坂先生、いかがですか。

稲坂委員 2ページの「救急受入が困難とされる理由について」、その母体数はどれくらいですか、救急搬送の全体の中で。加賀市民病院の方が多いということですが。

石田委員 宜しいですか。山中温泉医療センターで、これだけの数で要請からの困難率というのは10%弱、1桁。加賀市民病院の場合は19%から20%です。

稲坂委員 もう1つ質問ですけれども、3ページ、病院と救急隊との症例検討会。

これ加賀市に関連したものだけをピックアップしているんですか。県内で他にもいろいろされているんですか。加賀市は特にやられているんですか。

石田委員 この①は寺澤先生のご厚意があって、加賀市だけでやっています。

稲坂委員 石川EMS研究会というのが、石川県全体のもので、それ以外は全部加賀市だけでやっているんですか。加賀市だけが特別にやっているんですか。

石田委員 ①は寺澤先生がされていることですし、②はMCですから県単位でやっています。これは稲葉先生が中心になっている県の消防との勉強会。

稲坂委員 ②番は加賀市以外の病院も出てくるということですか。

石田委員 そうです。

稲坂委員 加賀市の世話人がこれをやっているということですか。

石田委員 加賀市というか、病院単位で参加しているものです。

稲坂委員 加賀市以外もということですか。

事務局 加賀市関係の世話人、会員の方をここに挙げているということで、これ自体は石川県全体での取り組みです。

稲坂委員 医師会に加入している先生方でも、若い先生方には、こういうトレーニングとか、救急隊の考え方とか、病院の考え方とか、いろいろ検討会に入られるところを、門戸を開いてもらえたら良いなと思います。強制的には出来ないと思いますけれども、おそらく若い先生には必要であると思います。お互いの理解のためにも、良い影響があると思います。今まではあまり、医師会ではそういう状況ではなかったです。

事務局 ぜひとも医師会の先生方が参加出来るようにするといいですね。

吉田委員 いろいろお断りする症例がいるのに、どういう対策・方策を取ったらいいかということでトレーニングというふうになっています。もちろん、1ページ目のところに意識付けだけで、「とにかく診なさい」というようなやり方は、医師の負担がとても大きいというふうに書いてありますし、なんとかそれを解決しないといけないのですが、山中の現状を言いますと、本当にまさにこの意識付けだけ。「とにかく診るんだ、診なさい、診て下さい」と。「断らないでくれ」ということでやっています。山中はオンコ

ール、応援体制は敷いてないんです。ですから、1人で頑張るなさいと。これは大変つらい。統合新病院では医師の数も当然増えますし、今の市民病院の方では応援体制ももちろん出来ていると思うので、そこは応援体制がしっかりしているということは大事だと思います。

ただ、応援体制を敷いて、トレーニングをして、では救急が診れるかという、やっぱり一番大事なのは、これが良いかどうか分からないんですけど、トップダウンで「救急をとにかく診るんだ」という、そういう意識付けをきちっとしていかないと、そこはやっぱり難しい。

山中の現状をもう少し見ますと、今、当直に入る常勤医師が10人です。春から2人いなくなりますので8人になります。そうすると当直回数は当然増える。福井の先生の応援もありますけど、土日はないですから。今月私は4回当直していて、そのうちの3回は土日です。だから4週あるうちの土日のうち3回は日直か当直をしている。4月は当直が5回あります。それでも、私だけではなくて他の常勤医師も5回程度。今はもう限界だと思うんですけど、結局、病院の方針として、「では受け入れなかったらその患者どこへ行くんですか。全部福井に行って良いのですか。全部小松へ行くのですか。」という、そのところの教育というか、そこも大事だと思っていて、そういうことも一緒に考えていかないといけないんだと思います。

林部会長

はい、有難うございます。

(プロジェクターで、「トリアージコース」のマニュアルを表示)

実はあんまりそう堅く考えることはないと思っているのですけれども、今、当直している医者が診ないといけないという意識付けがすごく大事で、では、目の前に来たときに、その患者さんが、自分が診ることが出来るのか、それとも簡単なことで、実は診られるんだけれども、今まで習ってなかったことっていうのが実はすごく多いので、「絶対見逃してはいけない疾患」というのさえ知っていれば上手くいくんです。

実はうちの方で実施しているトリアージのトレーニングコースというのがありまして、この前は大学で行ったんですけども、福井県立病院でも3、4年間実施しています。ステーションを6に分けて午前と午後とでやるんですけども、結局、内容としては、この12個なんですよ。マニュアルを出しますと、これ、私が作ったやつですが、こういうふうに、頭部外傷、高エネルギー外傷、骨折、呼吸困難、胸痛、背部痛、頭痛、発熱、腹痛、蕁麻疹、嘔吐、失神。これで死ぬ病気はどのような形で来るのかというのだけを見分ければ、専門外であっても「これに引っ掛かったら、ちょっと応援呼ぶよ」または「送るよ」と。そうでなければ、「ある程度薬出して次の日でいいよ」というパターンでやるという。これ、実は看護師のトレー

ニングも一緒にやっているんですよ。看護師は重症度を分ければ良いという形だけにしています。

これは外傷ですね、外傷はどういうときに送ったらいいかというものですし、呼吸困難にしても、怖い病気とよくある病気ですね。これだけが頭に少し入っていれば、心不全、呼吸不全、急性喉頭蓋炎とか。こういうのをやっていくわけですね。胸痛だったら、心筋梗塞、大動脈解離、肺栓塞、この3つだけをサッと覚えて。

これ実はインストラクターのマニュアルもちゃんとありまして、これで教えるときにシナリオを、どういう症例が来て、どういうふうに対処していきましょう、というのを5症例なり、4症例なり作っているんですね。こういう形でインストラクターのこういう症例のシミュレーションをしましょう。「こういう形のときはこの骨折はこうですよ、この骨折は慌てなくてもいいですよ。肘内障はこうやって治しましょう」みたいな感じですね。これをタイムテーブルにすると、こういう形になって1日コースでやりますという形になっているけど、実はこれが本当に、内科系へ行っても、消化器の先生が、頭痛で来た人はどうかとか、嘔吐で来た場合、心筋梗塞は一番最初に除外して、あとは頭なのか、内耳なのか、それか消化器なのか、または全身疾患で、妊娠なのか、中毒なのか、DKAなのか、そういうものが頭にある程度入っていれば、実はそれで引っ掛かるかどうかで、カンニング出来るんですよ。カンニングする練習をしておけば、実は当直のとき、あんまり怖くないですよ。ちょっと本当に分からないというときは送る、という形で、全部完全に、パーフェクトにやろうというのではなくて、怖いやつだけをちょっとピックアップする練習というのでやっていく。トレーニングコースしたから、なんでも救急出来るっていうことではないんですね。あくまでも怖いやつだけ追体験が出来るトレーニングをしたらどうでしょうか。

実はこれ、看護師さんにすごく役に立って、看護師さんが疾患を考えながら、問診出来るようになるんですよ、研修医もそうなんですけども。これをぜひ、各科の先生がインストラクターでやっていただければ良いと思います。同じ病院の先生が、同じ病院の医者に話をして、「自分を呼ぶときは、ここまでは最低限やっついてくれると嬉しいよ」という形の伝え方が出来るというのは、多分ストレスが少ないと思うんです。ですから、外から大人数ドドドッと来て、指導者と受講生という上下関係にはしたくない。もう皆さん臨床経験いっぱいあるので、お互いの臨床経験をお互いに出し合いながらディスカッションするという形で。基本的に僕らはこういうコースというのは、講義形式は嫌いで、実習形式で、全部、臨場感を持って楽しく笑いながら、ストレスフリーでやる。これをぜひ、年に1回なり、2回なり、やってもらおうとどうかなあと、実は思っていたんです。これを実は去年のとき、ちょっとお話したんですね。これ以外にトレーニングコースというのをおこがましいんですけど、例えば、脳外の先生を

呼ぶときには、「ここまではやって呼んでくれるとうれしいですよ。あとは、外れてもいいから呼んでくれ」と。整形だったら「この疾患だったら、このくらいやってくれればいい。こいつは呼んでくれ」というのがあるので、そういう簡単なやつだけ、本当に箇条書きで5行だけで教えて、あと細かいところは、実習の中で楽しくやっていく。というのを、毎月1回ぐらいずつ各先生にやってもらって、救急医が出てくるのは、年に2、3回くらいで良いと思いますね。それを、休日急病診療で働く医師会の先生方もそういうところに顔を出して。実際のシミュレーションをやるとプレッシャー多いから、後ろで見ているというのでも良いのです。こういうようなことが出来れば、多分、研修医が来たときも良い関係が出来るでしょう。

(資料のような) こういうトレーニングコースは、やっぱりうるさいんですよ。インストラクターはどうでなければいけないとか、お金をたくさん払っているからこうしないといけないとか、非常に四角四面のことしか言わないんですけど。「うちの病院ではこうだぞ」ということが言えるような、そういうような勉強会の延長みたいなものがきちんと毎月開かれて、お互いに情報共有出来る。「いつ呼んでもいいよ」というのが、それで、「この段階だったら呼んでも許される。この段階はもうちょっとここまでやろうよ」と、お互いにいつも顔を合わせている人に教えてもらおうと、非常にストレスが少ないと思うので、ぜひ、そういうふうなトレーニングのシステムを作ってもらおう。例えば、吉田先生が講義をして、みんなでシミュレーションしてみようとか。自分の得意なところをやるわけですから。そういう形にしたらどうかなと実は僕は思っていました。

結構、マニュアルとかしっかり作ってあるんですね。腹痛とか頭痛。頭痛も、くも膜下出血、髄膜炎だけ考えてくれ。あとはいろんな頭痛ありますよ、という形で、質問していくやり方ですね。発熱のときはこれとこれを考えましょうとか。こういうふうなマニュアルもできていますので、もし良かったら使っていただいて。これ、実はうちの研修医たちにはすごく人気がありまして、診断学の、臨床推論の診方というのを、名前は難しいですけども、鑑別診断を怖い病気を3つ、上から病気を3つ考えながら診ていく。外れたら次を考えるという形のコースです。

吉田委員

もう中堅・ベテランの医師が「どこかの研修に2日間缶詰になって、暗いところでスライドを見て習って来い」と言っても、多分、ほとんど頭に入らないと思います。

去年でしたか、先生の教室の研修医の方が発表するという会を山中でもらって、我々スタッフが聴きに行ったことがあるんですけど、あれはお酒を飲みながらのような席でしたが、そこで研修医の人たちが自分の経験した症例を、いろんな、今、先生がスライドで出されたような系統的にどう考えていくかというような形で、それもあまり堅苦しくなくて、少し笑いを取るような形で発表しているのがありました。それは、我々聴いた

ときに、「ああいう形なら頭に入ってくるな」というようなことを思ったので、「きちっと講義受けてきなさい」では、多分駄目なんで、実際にあった症例をああいう形で見せていただくというのも、すごく良いのではないかと思います。

それから外科の医者は、多分いろんなことに慣れているんで、そう怖くはないんです。先生がさっき出されたスライド、自分の頭の中ではそんなに整理されていないんですけども、でも、きちっと現場ではそれなりのことを多分やっているかなあというふうに思いましたので、経験するとか、また実際の症例を見せてもらうようなトレーニングを、またしていただけるといいかなと思うんです。

林部会長 有難うございます。もしするなら今年じゃなくて、来年にして下さい。土日空いてないので。

稲坂委員 これ、開業医の僕らでも非常に参考になるとと思います。

林部会長 良いと思います。実は、福井県では医師会交えてやっています。年に何回か。自分のところの看護師さんを出してトレーニングさせて、危ないかどうか、看護師にトリアージをさせて、「外来に来た患者さんが危ないと思ったら、俺に伝えろ」みたいな感じでやっているわけです。

稲坂委員 ただ、医者にとってもトリアージの方法というのを伝えたいので、資料だけでもいただけますか。

林部会長 実は今、本になってまた出ますので。今年中にはなんとか本で出したいと。本当は僕の本の原稿だったんですけど、本になる前にトレーニングコースを開始したんで、そのままずっと今やっています。

稲坂委員 分かりました。

林部会長 この資料そのものは、いくらでもまた出しますので。これにまた色を付けたものにしますから。

では、今、医師と看護師の話をしたんですけども、他の医療スタッフや救急隊員のスキルアップということに関して、何かご意見はありませんか。

石田委員 救急隊員との勉強会というのを申し込んでいただいて、それを継続的に出来ないかというところを考えたこともあるのですが、そのときにもうちの病院の脳外科の白崎先生に消防署まで行ってとか、いろいろお願いしたこともあるんですけど、なかなかそれを続けようと思うと、医師

の方にも結構負担になっている。医者以外の方が負担を分担するのはいいか、というのもおかしいんですけども、やっぱり継続的にするには、そういう中心になるのを医者以外の方が計画してやっていただくと長く続きそうな気がします。

林部会長 有難うございます。加賀市消防、何かありませんか。

事務局 加賀市消防署の花澤です。この病院の先生方との勉強会というのは、消防側も出来れば継続的にやりたいということは常々思っております。ただ、今石田先生がおっしゃったように、これを継続、定期的に行っていくというのは、私どもの方は「いついつか来てください、勉強会しましょう」というのであれば、休みの者が、本務以外の者が行って、参加することは出来るんですけども、それを半ば強制的に先生方をお願いすると、今、石田先生が言われたように、非常に先生方の負担になるということがあって、なかなか前進は出来ないのんですけども、少しずつでも続けているのは、年に1回ですけども、救急の日、医療週間のときに、例えば、石田先生とか山中温泉医療センターの先生方、あるいは看護師さんに、実際に消防まで来ていただいて、119番通報が入ってくるころから、一緒に救急の現場に行っていて、いろいろご指導を願う。また、先生方には救急の現場を知っていただくというようなことは、今後も出来れば継続していきたいというふうに考えております。

林部会長 今、MCはどうなっているんですか。メディカル勉強会というのは毎月とか、やってないんですか。

事務局 MC協議会自体は、毎月の勉強会とかいうのはなかなかないですね。先生もご承知のとおり、去年、救命士の新三処置が入ってきましたので、そちらの方の研修教育というのが手間取ってございましたので、今年もまたそれがおそらく早ければ4月頃に法が改正になるということで、去年、今年くらいはおそらくそういった定期的な勉強会というのはありません。ただ、会長を務めていらっしゃる稲葉教授が、先ほどこの資料に出ていました、県の救命救急研究会の代表もされておりますので、こちらの方は年2回、必ず定期的開催していて、そこで症例検討、あるいは、他の医療機関の先生方から講演していただくというようなことは、定期的に行っております。

林部会長 有難うございます。病院の先生と救急隊の顔が見えるというのが一番大事で、「あいつが電話してきた。これは駄目だ。とにかく連れて来い」というふうな形でも良いので、顔が見えると断われないというのが出てくるんですよ。そういう意味では、実は偉い人とか偉い講演なんていらな

くて、自分のところの身近な症例で話をしたほうが本当はいいと思っています。福井では、実は月1回、それはやっているんです。石田先生おっしゃるように、僕は忙しいので、これだけはうちの小淵が月1回必ずやっているんですけれども、その人の負担をどうするかということを考えると、今後課題かなと思います。実は月1回くらい勉強会をやって、そのうち何回かを救急隊との顔見せにしても良いのかなとは思っています。

石田委員

そのとおりで、石川県はあんまりMCの症例検討会を、各病院に振ってきてないんですね。福井もそうですけれども、他の県は結構、加賀市の消防隊と加賀市の病院で症例検討会をすとか、小松なら小松の消防隊と小松市民病院ですとかいうようなのをよく聞くんですけれども、石川県はあんまり。全体でやっておしまいみたいな。

林部会長

そのあたりは改善したほうが良さそうですね。

新病院の勉強会のトレーニングコースというのは、どんなコースでも良いので、月1回くらいそのような行事をして、うち何回かは救急隊と顔を見せて、飲みニケーションでもなんでも良いので、やるといいかなと思います。

勉強会は常に、“さらし首”にしたり、“獄門打ち首”にしたりしないっていうのは、大きなルールにしないでいいので。とにかく悪い症例に関しては「なんで=WHY」というような質問は全部なしにしているんです。「次あったらどうできるか=HOW」という質問しかしちや駄目だと。失敗した症例を出しやすいんですよ。「何でこうした=WHY」というような質問は個人攻撃になりやすいので絶対するなと。そして「必ず3分に1回は必ず笑いを取れ」というのが、うちの方針です。

環境整備、「トレーニングを受けやすい環境整備も必要ではないか」というところですけども、それに関してはいかがでしょうか。

先ほど石田先生がおっしゃられたんですけど、若い先生は多分行きたいから、病院が負担したり行かせる機会を作ったら良いなと。ある程度、熟練の先生は、それほど行きたくないだろうから無理強いをするなと、そういう発想で僕は良いと思っています。

それ以外にいかがですか。有難うございます。特にならなければ、次の議題に移って宜しいでしょうか。ぜひとも、このトレーニングに関しては、医師会の先生も、どんどん日常の知識や技術をブラッシュアップするためには大いに利用できて、どんどん口出すという形にできたら良いと思います。

次に議題の3になります。「統合新病院建設事業 技術提案書について」というところです。先ほど統合新病院の設計・施工事業者の最終審査が終わって決定しましたし、提案図面が出ましたので、それに関して事務局からご説明をお願いいたします。

議題3 統合新病院建設事業・技術提案について

事務局説明 **資料3** 統合新病院建設事業 技術提案書について

設計者より、提案図面のうち救急部門の計画についてポイントを説明

林部会長 有難うございました。では、この設計に関しまして、何かありませんか。

石田委員 これ、今までも見せていただいているんですけども、ちょっと気になったのは、この赤い救急用のエレベーターですけども、すぐ近くに青いスタッフ専用のエレベーターがあって、この赤いエレベーターの必要度というのがどうかなというのが、ちょっと思いました。

それと、この当直室のところですけども、確か、基本計画のときに、病院に救命士の人が参加出来る場所があったら良いなど。場合によっては、毎日、救命士が来るということも考えられるというようなことを聞いていたんですけども、そうすると少し部屋数が少ないかなと思います。

林部会長 有難うございます。

吉田委員 同じようなことになりますけども、今、各班からいろんな意見が出て、今それをまた調整することになるかと思えますけれども、救急の方か手術、HCUの班からいろんな要望が出ています。それで、これは手術室と水色のところがHCUですけども、どうもやっぱりHCUが奥まったところにあるのが良くないというような要望が出ていますので、HCUをずっと一番左側に持って行って、手術部門を右にずらすと、それは可能じゃないかと思うので。そのときに、やっぱり赤いエレベーターはいるのかな、というような話がいろんなところで出ていました。赤いエレベーターは確かに2階とか3階の分娩のところにつながって良いんですけど。赤いエレベーターがなくても、この青いエレベーターのその通路はスタッフ専用、ここはスタッフしか入らないので、ここにも扉がありますから、このエレベーターがすごく近いところにあるので、これで代用出来るのではないかという。やっぱり2階、3階へのアクセスを救急専用ということで要望にもあったので入っているんですけど、それよりはここなんかもう少し、今、石田先生が言われたような形で何か使えるような部屋を、とか、そういう要望が多分出ると思うので。

基本的には僕は、この救急車が入ってきて、北側ですから風をよけることが出来るとか、なかなかレイアウトとしては良いなと思います。

林部会長 有難うございます。実は僕もこれ少し邪魔だと思ったんですけど。

あとですね。これ、物品を結構置かなくてはいけなくて。もう1つ、吸入する患者さん、そういう場所は、どこに設置したら良いのかな。壁を、

結構、物を置くようにした場合、こういうところを使えるのかどうかなど。吸入の場所をどう考えているのかなど。

水回りは傷口を洗うのを風除室で洗おうというのではなくて、やっぱり水回りが欲しいなと思ったのと。実はカンファルームが小さすぎて、これは多分使えないなと。というのは、将来、救急医が来るなり、研修医が来るなり、あとは当直の先生、それから医師会の先生が休む部屋というのは、冷蔵庫がないといけないし、みんなでこう、当直のときに仮眠取ったり、話したり、テレビ見たりとか、そういう時間が開いたときにいる部屋としては少し狭すぎる。もう少し大きく取れないだろうか。カンファルームというので贅沢に取るのではなくて、他の職員さん、当直の看護師さんであったり、当直の医師であったり、お話ししたり、座ったり、開業医の先生が座って一緒に談笑したりするという場所がやっぱりないなと、これを見たときに思いました。

備蓄倉庫は、外に置けたら外に置いて、実はこの入り口の近くでペーパーワークをする救急隊員の部屋は、本当はこの辺りに欲しいんですよね。そうするともっと使えるかなと思います。

観察ベッドがここの位置。また石田先生や吉田先生の意見も欲しいんですけども、ここで寝かせて経過観察する。看護師さんが見るとというのは、僕はすごく良いと思うのですよ。ナースステーションはどのあたりが良いのかなとちょっと思ったんですけどね。多分、温泉街ですから酔っぱらいの人がいたりして、ワーッとやっている人がこの辺りにいて、ここにいると結構つらいものがあるなと。モニターとか、目の前で見えるというのはいいことなのですが、そのあたりも少し考えても良いのかなと、ちょっと思いました。あと、スタッフの部屋がないなと思います。

SPDは、こういう形でないといけないですかね。

福井大学は、女性が多くて、女性でも救急やりたいという人がいると、子育てしながら、でも力いっぱい当直もしたいとなると、幼児保育や24時間保育が出来るというのは、病院の売りだと思いうんですよね、女性にやさしい病院ということで。そうすると、ここにあるのは少し遠いんですよね。もし看護師さんが24時間働いたりして預けますよと、そういうふうな職員向けのものであって何かあったときに、パッと行く。導線としては、救急は遠すぎるなと。これ全体をもう少しこっちに持ってきて、これをここに置いて、ストレートに抜けるか何か、もう少し近い導線はないのかなというふうに思いました。これは保育室ですよ。

設計者 そうです。

林部会長 多分、とても良い宣伝にはなるとは思います。

備品室のこの一角は何か、備品をもっとどこかに置けないですかね。このシャッターのこの辺りに置けませんか。

設計者 今、検討中です。

林部会長 有難うございます。

稲坂委員 今現在やっている医師会の休日診療はおそらく、新しい病院になっても続けていくことになると思うんですけど、どんなのが良いかよく分からないのですけれども、これだと、病院の当直の先生はここでしょうし、どういう形が良いかよく分かりませんが、別に入り口を付けるという話が出てなかったですか。

吉田委員 そういう、先生がおっしゃるような話もあったんですが、医師会の先生方が、休日診療をこの新病院で続けていただくと思うんですけども、ウォークインの患者さんはここから入ってきますし、ここで診察することになるので、多分、今の図面で言うと全く別の入り口というのは難しいと思います。

それから、この部屋なんかは多分、医師会の先生方の控え室みたいな形で使えるようなもので。面談室というのは、あまりいらなかなと思って。いつもここにいるわけでもないんで、少し引っ込んだ部屋も必要でしょうし、その辺はこの中でまた考えていかなければいけないんじゃないかと思えます。

事務局 以前のお話の中で、いわゆる二次救急と別に、入り口は兼用するものの、医師会の休日診療所であるということアピールと言いますか、明確に表すということが必要という話があったと思います。その中でここであるのか、あるいはこの辺のところであるのかに、ここに医師会の休日診療所の入り口、あるいは受付であるよという表示であったりとか、そういう形で、「初期はこちらの方に」ということが必要なのかなというふうに思います。

林部会長 基本的には、休日急病診療はここになると思いますし、重症度が上がれば、自然にこちらで診る形になると思いますけども。

これ、致命的な欠点があるのに気がついてしまいました。看護師さんが座ってカルテを書いたりであるとかをやる場所は、待合室が見渡せないというのは、致命的な欠点になってしまいます。待ってる人が顔色が悪いとか、そういうのがここから見えないとまずいですね。逆に言うと、待合室からも中の様子が見えるというのが大事なんですよね。そうすると救急車が入ってどこで治療するんだとか、観察室の場所とか、そういうのはこの中でももう少し考えないといけないのかなと思います。むしろ、汚物、リネンなんて、もうこっち、洗浄がこの近くにあるので、この辺りに

作ってしまって、もう少しナースステーションのこの辺りにできませんかね。観察室はここから見える場所にしてとか。カンファルームはこの辺りですよとか。カンファルームで、笑っても待合室に聞こえない。コーヒーの匂いがあまり届かない。目の前で、ここで外来患者さんがいて、観察ベッドの人たちはこの辺りで、みたいな感じの方が良いと思うんですが。ここだと、待合室で急変しても見えませんよね。

設計者 大変参考になりました。今おっしゃっていただいたようなお話は、おそらくこのスペースの中でいろいろと工夫が出来るというふうに思いますし、今日、推進室とお話しした中では、備蓄倉庫のスペースなんかの話題も出ておりました。参考にさせていただいて改善していきたいと思います。

林部会長 当直の先生は、帰りがけにシャワー浴びたりとかないですか。それはないですか。分かりました。

看護師さんから待合室が見える、観察ベッドが見えるというのは、ぜひちょっと考えていただきたいなと思います。

この廊下はCT室へ、ですよ。これは大事ですよ。

稲坂委員 このSPDというのは、なんですか。

設計者 物品ですね。中央倉庫ということです。そこで院内の物品を、中央的に、集約的に管理して。倉庫ということです。そのスペースは別にこの形である必要な全くないものでございます。

稲坂委員 備蓄倉庫というのは。

設計者 備蓄倉庫は災害時のための備蓄倉庫です。

林部会長 災害のためですか。DMAT用とか。それは地下では駄目なんですか。

設計者 地下階はこの建物はないものですから。

林部会長 そうですか。

設計者 どこかにスペースを見つけなければいけないということですが、ここで必要は全くないと思います。

吉田委員 各班から多分要望が出ると思うのですが、非常に細かいことですが、これがここにあるのか、少しこのナースステーションがここに来て、こっちに移るのかもしれませんが、ここでやっぱり点滴をしている人が

いるんですよね。例えば、下痢をしていて、脱水で点滴をしているような人は、点滴をしている間に、必ずトイレに行きます。では、この人たちはどこのトイレを使うのか。ここを1回出て、このトイレを使うのか。ここにもトイレがありますよね。これはスタッフ用だと思うんだけど、点滴している患者さんが使えるようなトイレの工夫。これ、いりますか。たくさんあるんだけど。スタッフが使うものと、患者さんが使うようなものがあれば良いと思うので、そこも多分、細かい注文が出てると思います。

林部会長 中の方に作るなら、車いすごと入れるスペースが必要ですね。それは1つ必要だと思います。スタッフのトイレはあまりこの近く、ここに面していると音が聞こえて、皆、気を使うんですよ。ちょっと奥まった方が安全ですね。

石田委員 同じことをもう1回繰り返して申し訳ないんですけども、基本的に2人当直して看護師は2人で、それで研修医がいる可能性があって、救命士の人がいる可能性があるとして、これだけの寝る部屋が必要であると思います。

設計者 そうですね。

林部会長 このレイアウトが好きです。ここにナースステーションがあって、ここにナースステーションを置くと、もう処置するためのスペースがないので、実はこの辺りで重症患者さんをあとで診れるようにして、ここにナースステーションがあると、どっちも診れて、ここで処置がある程度できて、そして、ここで観察ベッド、カンファルームがあれば、良いのかなという気はします。

設計者 最初に吉田先生がおっしゃっていただいた、この赤いエレベーターの位置が、やはり上下階の関係がありますので、ここに置かざるを得なかったというところで、こういった形が出てきているということがございます。この制約がもし外れるということになれば、かなりこの辺りも自由度が。例えば、救急ゾーンをこういうふうに持ってくるということは可能になると思います。

林部会長 重症の患者さんを診るベッドの配置が、ちょっと分かりにくい。ナースステーションを置くとしたら、やっぱりこの辺りの場所にしないと。

このスペースでは少し無理なので、カンファルームはここという形が良いのかなという気がします。

ぜひ、看護師さんのアメニティを良くしてあげてください。

他にないでしょうか。はい、有難うございました。

それでは、次に行きたいと思います。今後の部会開催の予定についてです。平成24年度の会は今日が最後となります。来年度の予定について、事務局の方から説明をお願いします。

議題4 平成25年度の部会開催予定について

事務局説明 **資料4** 平成25年度の部会開催予定

林部会長 はい、どうも有難うございました。では、この今後の部会の予定については、質問はありますか。

石田委員 この救急体制の金曜日に関しましては、前回、宿題みたいな形でいただいて、加賀市民病院で金曜日は引き受けようと。土曜・日曜までは、ちょっと困難だろうということになりました。このときに、試験的な2人当直を週1回出来ないかという検討もしたんですけども、ちょっとそれは難しいかなということでした。

林部会長 はい、有難うございます。
他に何か。では、全体に関して、まだ言い忘れたことがありましたら。僕、実は言い忘れていたんですが、新しい病院には、温泉付かないんですか。温泉駅のすぐ近くにあれば、温泉があると良いと思うんですが。

事務局 現在の提案の中では、温泉を掘るという提案ではいただいております。

林部会長 山中温泉医療センターはありますよね。あれが魅力で、うちのが後期研修に行っているというのもありますよ。また検討してみてください。
それでは、最後にまた事務局の方からお願いいたします。

事務局からの連絡

- ・次回は、5月から7月頃に開催する予定。追って日程調整票を送付するので、ご都合をお知らせ願いたい。
- ・会議録案は完成次第送付するので、確認をお願いしたい。

林部会長 はい、ありがとうございました。それでは本年度最後の会議を終了したいと思います。本日はお忙しいところ、どうもありがとうございました。
進行にご協力くださいますとありがとうございました。

○閉会

午後8時30分閉会