

## 救急体制・病診連携部会（第2回） 会議録

日 時：平成24年4月26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

#### 議題1 第1回の検討事項の整理

#### 事務局説明 **資料1** 第1回会議の検討事項の整理

林部会長 　　ただ今の説明について何かご質問ございますでしょうか。前回、先生方に言っていたことがちゃんと反映されておりますでしょうか。

　　それでは、議題の2番目、マンパワーの集約について、事務局から説明をお願いします。

#### 議題2 マンパワーの集約について

#### 事務局説明 **資料2** 検討課題① マンパワーの集約 時間外診療の現状

林部会長 　　どうもありがとうございました。午前中にやっぱり集中していますよね。医師会の先生方が手伝いをされるというのがとても大きいんだと思います。あとは新しく開設したところで、戻ってくる患者さんが劇的に増えるわけではどうもなさそうだと、ということだと思いますが。何かご意見ありますか。

松下委員 　　質問よろしいですか。5ページの「加賀市休日当番医」の表ですが、医師会の方から報告された数を集計されたんだと思うんですけども、この中に久藤病院の数は入っているんでしょうか。

事務局 　　それも含めた形でございます。

松下委員 　　分かりました。それを除いたものというのは、分からないですよ。

事務局 　　医師会から総数での報告をいただいておりますので。申し訳ございませんが、内訳の数字は出ていない状況です。

林部会長 　　質問ないですか。こういう状況だということですね。

　　では次、議題の3、今回のメインテーマですね。初期救急医療体制の形態、これに関しまして、「医療提供体制基本構想」では、「初期救急医療センターの併設について検討する」ということで、今回それを検討するわけですけども、施設の建設となると新病院建設の基本計画に関わってくるので、この方向性を今日決めていきたいと思っております。では事務局からご説明をお願いいたします。

### 議題3 初期救急医療体制の形態について

- 事務局説明 **資料3** 初期救急医療体制の形態について  
**資料4** 北陸3県における初期救急医療センター等設置状況  
**資料5** 初期救急医療センター等の事例（南加賀急病センター）

- 林部会長 どうもありがとうございました。
- 稲坂副部会長 少しよろしいでしょうか。この南加賀急病センターの場合は、内科だけの勤務状態ですか。小児科は入ってないのでしょうか。
- 事務局 はい、そうです。
- 稲坂副部会長 分かりました。小児科はまた別に、加賀市の開業の小児科の先生が交代で出勤していただいている。日曜日に、各人に月1回ぐらいということで。
- 林部会長 松下先生、いかがですか。
- 松下委員 感想としては、加賀市の内科の医者は、診療所の医者は働いてないかな、というのが1つと思いました。それと、市民病院の休日診療の話ですが、今19人で回してるのですが、内科の医者は14人しかいないんですね。耳鼻科の先生が2人と、あと脳外科の先生と、整形の先生が2人、その5人の先生で、加賀市の純粋な内科というのを標榜してる人は14人しかいないんです。脳外科の先生とか整形の先生、耳鼻科の先生は、回数は減らして、でも負担が多いからということで入ってもらっている。
- 林部会長 入っておられる。凄いですね。
- 松下委員 今の現状では、内科の先生は、やりたくないとか在宅医療しかやってないって人がいて、14名しか内科の先生はいらっしゃらない。70歳以上の人全部含めて。だけれども、他のところを見てると、皆良く働いてる。休日に関しては良く働いているというのが僕の素直な印象です。
- 林部会長 この小松の表は面白いのですが、登録医師数だと金沢大学が53人で圧倒的な数なのですが、実際働いている数というのは休み3日だけですから、やはり病院の先生と開業医の先生が非常に沢山頑張ってカバーされているな、というように思います。
- 吉田委員 まず、資料3の裏のところに5つのプランが書いてあります。これ見ると、今、加賀市民病院に医師会の先生方が日曜・祝日の午前中に行かれていますのは3番に近いかなと思って見てたのですが、5つのうちの一番上の1番というのは別のものをつくってということなので、ちょっとこれはありえないだろうし、5番についても今よりも後退するということなので、これもちょっと現実味がない。2、3、4はどこにつくるかという様なことで若干違いますが、今の形態に近いところが2、3、4ではないかと思います。それで、これには建物をどこにつくるかとかいうことしかプランにないんですが、実際に何曜日までするかというようなことになると、資料4の中で10万人とか40万人とか人口の多い所は少し比較にならないので、割と近いところで、9番の敦賀市やその上の大野市あたりの人口のところを見ますと、やはり土曜あるいは日曜というふうに限定されてますので、

平日まで全部というのはやはり加賀市では難しいかなと。ですから、平日の夜間については病院の方の2次（救急）を主にするとところが頑張っただけでやらなければならないのかなというふうに思います。

それともう1つ、資料5の小松の円グラフを見ると、少し驚いたんですが、金沢大学から53人という、かなりの数が来てて、小松や加賀、能美から医師会の先生が行かれてる分が思ったより少ないかなというふうに思う。こういう大学からの応援、主に日曜日の応援のようですけども、これをまた同じように期待しても難しいと思うので、加賀市でやるとしたらやはり日曜日だけ、あるいは土曜をどうするかという、平日は除いて考えた方が良くないかなと思いました。

石田委員 確かに、今、吉田先生が言われたように、現実的にはこの資料の2番から4番の形かなと思うんですけども、体制そのものを根本的に見直すということも可能かなと思います。新しい病院では当直医を複数置くというのが構想に入ってますけれども、そのうちの1人をこの急病センターに回す。つまり病院の当直医2人のうち1人を急病センターの方に置いてしまうと。それで、急病センターは日曜日から土曜日まで毎日行い、その中に医師会の先生方が今の形のように日曜日に参加して頂けるなら、それは非常にありがたい話かなと。病院の方の当直は、現実的には時間帯によっては1人で行うというようなことを考えれば、こういうセンターをつくったところに日曜日から土曜日まで仕事出来るかなと思います。

林部会長 そうなると少しソフトの話になってくるんですが、これも確かに面白いですね。先生の頭の中で何かありますか。内科系、外科系が1人ずつ行くとしたら、どちら側を1次（救急）の方に配置させるとか、そういうふうなことは考えておられますか。

石田委員 患者さんが風邪とか熱とか腹痛とかということであれば、内科系の先生が急病センターの方に回って頂いた方が簡単かなと思いますけれども、医者の数が何人確保して始まるか分かりませんので、場合によっては手挙げ方式でそちらの人数がどのくらい確保出来るかということ把握しても良いかなと。その時には科を決めずに、今、医師会の先生方も整形の先生や耳鼻科の先生が休日診療をして頂いているように、出来るかもしれないと思います。

林部会長 ありがとうございます。非常に面白いと思います。

吉田委員 今の話、実は前に石田先生から少しこの提案を聞いたことがありまして、具体的なイメージがあまりわかかなかったんですけども、新しい病院においては当直医が内科系、外科系、1人ずつ置いて2人体制になるのか1人でやるのかは別として、必ず後方支援という形で各科のオンコールというのは作らなければならないと思います。ですから、オンコールがしっかりしてれば、2次救急、主に救急搬送の患者さんで当初からある程度入院が必要だとか、重症度のあるような人たちに対応できる人たちが病院の当直に入る。それで、ウォークインの患者さんで、どちらかという軽症の人を診るというのに分けるという、そんな話だと思うんですが、限られた人で上手くやりくりするとしては非常に面白い考え方かなと思っています。

稲坂副部長 僕はなるべくルーズな形にしといた方が良くないかなと思います。1次（救急）、2次

(救急) で分けるのは嫌いだと、先日、林先生がおっしゃいましたけども、患者さんの来方というのは日によって随分違うんです。連休などのおしまいは非常に多くなりますし、冬のインフルエンザの時も非常に多くなりますし、日によっては全然来ないこともあります。ですので、1次(救急)、2次(救急)に分けて、1次(救急)は全部しろというふうになってると、非常に増えた時、分け方がつかない。どんな対応でもできるように、いっぱい来たら、風邪でも外科の先生も当然診るといふふうにして対応していかなければならないのだろうと思います。だから、なるべくルーズな、どちらでもお互いに協力し合うという形の2人当直をした方が良いのではないかと思います。

その前に一番僕が大事だろうと思うのは、病院の先生が当直した場合に次の日の勤務をどうするか。今だと、普通、当直というのは夜間勤務ではないですね。当直してまた次の日も診療するというのが前提になっていると思います。これは恐らく労働基準監督署からも言われてるだろうと思うんですけども、次の日を休むという形にしっかり出来たら一番良いのだろうと。今現在は、夜間も「勤務」ではなくて「当直」で、次の日も普通の勤務であるといった形ですね。

石田委員 基本的には次の日の午後は休みます。もちろん検査、手術、いろんなことで休めないことが多いんですけども、科によっては休めるように対応して、休んでる先生もおられる。

稲坂副部長 それで、週の全体の労働時間をオーバーにならない、当直してもですね。要するに当直を普通の夜間勤務であるというふうに捉えることが出来れば非常に良いだろうと僕は思います。

林部会長 ありがとうございます。まさしく僕も言いたかったことなのですが、このシフト制を導入するというのは、体力面とか、今マンパワーが足りないということで、とても大事なんですけど、実はこれソフト面の話なので、今日はハード面の話に集中して、稲坂先生の意見に僕は全面的に賛成なのですが、それは次回にまた回させてもらっても宜しいでしょうか。今日は色々な意味で非常に建設的な意見が生まれて、良いなと思ったのですが、システムですね、確かに今の稲坂先生のご意見もそうですし、少ないマンパワーを有効利用するという事になると、やはりこの案でいうと2、3、4ではなくて、3または4という形になるかなと思うんです。2だと棟が違ってしまいますので、片方が忙しくしているのを知らないという環境が出来るのですね。やはり片方が忙しくて、片方が応援しに行くよという状況を作るとなると、2は少しあり得ないかなというふうに思ったのですが、いかがでしょうか。この2、3、4というと、よく似ているようで、実は2は大分違っているの、3または4という形に集約されるのかなと思うんですが、これに関して何かご意見頂きたいと思います。

稲坂副部長 現在やっているようなものを時間を増やすとか増強するという形でやれば良いのではないかと。現在、日曜日の午前中は特にやりにくいところはありませんし、トリアージに関しても一応現在は看護師さんが受け取ってきて、基本的には医師会の先生が診ると言ったら診てもらい、大変だということなら診ないというかたちになっています。これも患者が増えてきたら、インフルエンザの最流行期にな

ったら必要になってくると思いますし、今までの形が僕は良いのではないかと  
思っています。

事務局 素晴らしい。少し医師会の先生が時間を延ばして手伝ってくれるという、とて  
も良い気概で。

稲坂副部長 いや、それは松下先生に。

石田委員 今回の稲坂先生のご意見であれば、同じ敷地内というか、同じ建物の中で一応分  
けて対応すると。もちろん患者さんを本当にしっかり分けられるわけでもありま  
せんし、分けたところでこれが重症であれば、2次（救急）を診る当直医の方に回  
るといのは、それでいいんですけども、一応分けて診ると。それを日曜日だ  
けということですか。

稲坂副部長 医師会の先生が出れるのは、今の段階では恐らく日曜日だけで、他の日にな  
ると困難になると思います。そういう場合に現在は2つの別の部屋でやってます。  
僕は同じ部屋でベッドを横に置いて診ても構わないかなと思ってるんですけど  
ね。

林部会長 となると、4番という形ですか。

稲坂副部長 ただし今の場合、医師会の先生はずっとその部屋におられるんです。で、病院  
の先生は何もなかったら部屋に戻ったりしていらっしゃる。そういう形です。そ  
れでも良いと思います。今の形でも良いですけど、場合によっては医師が同じよ  
うに、看護師さんも一緒に良いかと僕は思います。

林部会長 要するに部屋の問題ですよ。良いと思います。

吉田委員 今、3番か4番かというような話になってきたと思うんですが、4番にしてしま  
うと、トリアージが難しく、ごちゃごちゃになってしまうというのがあって、例  
えば、あくまでも時間外診療所という意味にすると、なんでも来てしまうので良  
くないんですが、ウォークインで、日曜の午前中は応援もあってやっていますよ  
というような形で、普通に来られる人の入口と、隣でもいいんですが、こっちの方  
は救急車を対応すると。それから、非常に重症の人とか、そういう形で入って  
くるときに、先ほど石田先生が言われたような病院の2人の当直をそういう方に分  
けたときにも、分けた方が使い易いんじゃないかなと思います。

林部会長 基本的には、救急車の入口とウォークインの入口は別になっているのが普通でし  
て、でも中に入ったら、普通、ウォークインの待合、診療する場所と救急車方と  
は中でくっつく形になってますよね。だから、入口が違うのは僕は賛成だと思  
うんですけど、その中でいる医者側がどこにいるかというハードの、要するに建  
設上の問題。今日はハードの話をしたいので、違う別々の部屋で待機してるのか、  
出来れば同じ部屋である程度待機できた方が良いのかということに関しては、何  
か意見はどうでしょうか。

松下委員 僕は、やはり3番というか、センターじゃなくて、急患、急病診療室というよ  
うな感じで、別の方が良いのではないかと。救急車が入ってきた横で1次（救急）  
というか、いわゆる風邪の人を診るのは少し大変ではないかと思う。横の並びで  
ある程度仕切りがあったような、3番の案が、風邪とか発熱とか腹痛を診る上では、  
悪ければすぐ横に回してもらえればいいし、実際診る時は、重症であれば、急病

センターでもレントゲンとかどうしても撮る必要があると思うので、やはり同じ建物内で別な部屋というのが一番理想的ではないかなと思っております。

石田委員 今の松下先生の意見と本当に同感だと思います。4番の形になると、これは単に新しい病院の当直医が全部診なければならないということを謳ってるような格好に見えますし、3番の形にして、しかもそこに「急病センター」かな、名前は何でも良いのですけれども、病院の当直と違う看板の方を掲げてほしいと思います。

林部会長 例えば平日の夜に来た場合はどこへ行けば良いですか、患者さんは。

石田委員 先ほど僕が言った意見でいけば、その急病センターというか、急病室でも良いですが、そちらに行って頂ければ良いかなと。

林部会長 日曜日の午前中は。

石田委員 午前中もそこです。

林部会長 同じですね。分かりました。入口の看板とか、その立ち位置とか、そういう問題ですよ。ハードはそういうふうにして頂いて、あとは中の方で顔が見えるかどうかはいかがですか。

吉田委員 僕も松下先生のお考えが良いと思うんですけども、ある程度分けておいて、でも中の点滴するスペースとかそういうものは共有できるように。

もう1つだけ。今日、ここで話している内容かどうか分からないですが、今日の夜に病棟グループのグループ会議があるので、そちらでも出るかとも思うんですけども、救急のところに入院のベッドを持つのかどうか。その辺のところを、これはハードになるので、どこかで決めとかないといけないと思います。もし持たなければ、そういう方は一般病棟へ入るのか、ICUへ入るのかということになるんですけども、結構、500ml以上の点滴をすると3時間ほどかかる方がいて、経営的な面でその人を入院扱いにできたらと思う。今は、山中ではそういうところがないので、病棟へ入ってもらって朝までいてもらおうと、1日入院ですよ。それが日をまたげば1泊2日入院ということになるのですが、救急の所にも、確か窓があって、一定の要件を満たす部屋であれば入院扱いに出来るということですので、救急のところそういう病床として持つのかどうかということも少し一緒に考えたら良いのではないかと思います。

林部会長 はい、ありがとうございます。

事務局 今週の月曜日だったと思うんですが、あの時の話の中で、救急においてはそこでベッドを持つということで確か話が出てたと思いますので、今先生が言われたことについては十分可能だというふうに思います。

石田委員 今の意見に賛成なのですけども、今の同じような使い方をしてれば良いのですが、そこに入院できるベッドだということであれば、そこに安易に、それこそ夕方来て明日の朝までそこにいらっしゃるといような患者さんを置いた場合に、それを誰が観察するかということで、今の当直の看護師の体制がそのままであれば、それは看護師が疲弊してしまうと思います。ですから、そこにベッドを持つということは、その看護体制をどうするかということも考えて頂かないと、少し難しいところがあると思います。

林部会長 実は救急の病院では、もうほとんどオブザベーションベッドというのを作るの

が普通でして、入院させるほどでもないけども、帰すのも少し心もとない、点滴で少し診たいという時に、場所を取られてしまうんですね、普通の診察室だと。ですから、ベッドで点滴するような場所のつもりでこういう、実はそれが入院扱いもある程度できるよという形の構造にしておく、どちらも使えるので。あともう1つ良いのは、少し中途半端に重症でも夜中に病棟をバタバタして入院させるのは結構大変で、入院の看護師さんの負担が非常に増えてしまうという時には、朝まで待ってから移した方が看護師さんの負担が非常に少なくなるのです。そういう意味では使い勝手が良いベッドなのですが、構造上でフロアが変わると当直には見えなくなってしまうのです。同じフロアにしておくというのはとても大事なので、将来的にまた救急医が来て働く場合に、場所をいくつか確保して頂ければ、一晩様子を見ておきますからという若い先生が診る時に、フロアが変わってしまうと離れられないのです。ですから、そのベッドは是非確保して頂いて、必ずしもそれを入院扱いにする必要もないですし、オブザベーションだけのつもりでも良いですけども、経営的には、もしどうせ入院するのであれば、その日から入院という扱いというふうに柔軟に考えられたらいかがでしょうか。そうすると、そんなに看護師さんの負担は増えないはずですよ。

石田委員  
林部会長

利用の仕方だと思うんです。

そうですね。是非それをつくって頂きたいですね。そうすると、夜中に後方の医者呼び出さなくて良いので。自分が指示を書いて入れておくと。そうすると、皆さんが夜中に呼ばれる回数はかなり減ると思います。

ということは、皆さんの意見を考えると3番という形で、入口は別になって、一般の人が歩いてきた場合には普通のウォークインの方で、救急車はきちんと救急車側、中の方では余りバタバタしない形で、でもある程度顔の見えるような設計にして頂くという形で宜しいでしょうか。

石田委員

今で1つだけ。入口が2つというのは、救急車以外の、例えば急病センターという看板を掲げたところは主に内科系の人を診ると。じゃあ、骨折した、怪我をした人がウォークインで来られた場合に、救急車専門みたいな看板であるとそこは入りにくいんで、そこはまた1つ考えていく…。

林部会長

それはウォークインで良いんじゃないですか、骨折は。全然問題ないと思います。

石田委員

入口3つということ…。

林部会長

いや。

石田委員

救急車の入口というのはどういうふうか、少しあれなんですけれども、時間外の診察の入口というのが、病院の時間外の診察の入口と急病センターの時間外の診察の入口と2つあるという意味ですか。

林部会長

そうなんですか。

稲坂副部会長

違うと思いますよ。

林部会長

違いますよね。普通に時間外の入口が急病センターの入口で、救急車の入口と僕2つだと思っていたのですが。つまり、医師会の先生が入られるのは1週間のうちの日曜日の午前中だけのために別の入口をつくるというのではなくて。

石田委員 ですから、そこを毎日開けたいんです。病院の先生で。急病センターという入口を毎日開けます。それと、病院の当直時間外診療に来られた人の入口を別につくります。

林部会長 ごめんなさい、少し理解出来ないのですが。

吉田委員 石田先生の話だと 3 つ入口があるような感じになるのですが、急病センターという所に、救急車以外の通常骨折してて誰かが運んできた患者さんもそこに入ってもらって、その人も重傷になるわけですから、救急車の方を診るような医師が診るという形で。そうしないと事務的なこととか受付のこと、入口2つで、あとはどう運用するかですし、医師会の応援の先生は急病センターの方で専ら仕事をして頂く。病院の医者はそちらへ行ったり、あるいは救急車を診たりという形になるのではないかと。

稲坂副部会長 急病センターという名前にこだわらなくても良いと思うのですが。時間外診療で良いのではないのでしょうか。

吉田委員 意味あいたいには時間外診療が良いと思います。ただ、時間外診療って書いてしまうと、時間外でやってるとというイメージが。

稲坂副部会長 急病の方が良いのですか、急病センターの方が。

吉田委員 名称は少し分からないですが、あまり“時間外診療所”みたいになると、本当にもう夜中でもやっている所ということになり、コンビニ受診的な人はやはり避けたいので、あくまでも救急だと。先生の考えと少し違いますか。

石田委員 小松市民病院の横にある南加賀急病センター、あれを同じ建物の中で入口は別で中にくっつくような形で出来ないかなというふうに思うわけです。ですから、小松の人が怪我をして、包丁で指を切ったと。受診する時には急病センターへ行かないですね。小松市民病院の時間外を受けるんだと思うんです。ですから、急病センターというか、時間外診療の所というのは、あくまでも、いわゆる南加賀急病センターみたいな格好で診察をするというふうなイメージなんですけど。

林部会長 内科だけしか診ないというイメージですね。

石田委員 そうでないと、開業医の先生方に日曜日頑張って頂いた時に、怪我をして来た人も基本的にはそっちというふうなのが僕のイメージなんです。

林部会長 なるほど。分かりました。中に入って来て、ああ、怪我だからって、中で分けるというわけにはいかないんですかね。要するに、入口があまり多いと、一般の人とはとても分からないのではないかなと思うんですよ。

石田委員 それを分けないと、今の形とほとんど変わらないんですね。

林部会長 ああ、そうなんですか。

石田委員 ほとんど変わらないということは、新しい病院が、1人で当直した場合にまた今と同じ格好になると思うんです。

稲坂副部会長 新しい病院は2人当直が大原則だと僕は理解しているのですが。最低限2人当直になる。

石田委員 いや、うちの病院で医局にはそういう話は全く届いてないです。

稲坂副部会長 新しい病院の案では、2人当直というふうには聞いてますけど。

石田委員 でも、うちの医者は2人当直する何ていうことは一言もまだ言ってないと思う



んです。以前、医局で2人当直しようという会議を持ったこともあるんですけども、その時には主に内科系の先生方から反対されて、出来なかったという経緯があります。

稲坂副部長 いや、基本構想は2人当直です。これを知らないとしたら、どこかがサボっていたのだろう。

石田委員 でも、基本構想では初期救急医療センターを設置するということです。

稲坂副部長 検討ですね、それは。

石田委員 いや、違うと思います。

事務局 稲坂先生がおっしゃるとおりだと思うんですけども、まず、小林先生、小橋先生が入っておられて実際に基本構想を作成をされておられます。ですから、今稲坂先生が言われたとおり、当直は外科系、内科系、お1人ずつ2人でやるということは一応決まっております。ですから、もし先生が聞いていらっしやらなかったとすれば、小林先生、小橋先生からのレクチャーが足らなかったということで、これはすぐに明日にでも小林先生から医局の方にやはりそれはしっかりとお伝えをする必要があるというふうに思います。

稲坂副部長 それと、急病センターというのを併設というのは検討するで、これは決まってるかと理解してるんですけど。

林部会長 そのハードを今、話してるという形で良いでしょうか。

僕、一番最初に吉田先生が言われた案とても良いと思ったのですが、2人いるうちの1人が軽症を診る側に回って、1人が救急車担当というのは。何で良いかといったら、内科系と外科系というと、大体内科が忙しいんですよ。で、不公平感が非常に多くて、外科は滅多に起こされないということになると、むしろ軽症の人を外科系の人にも診てもらって、内科の人はその中で入院が必要な患者を、というふうになると、結構2人が効率的に働けるな、不公平感が非常に少なくなると思うんですけど。逆に言うと、内科系と外科系と入口を3つというのは非常に効率が悪くて、そういう救急というのを見たことがないので、私自身が。ちょっと患者さんの視点から見ると難しいかなという気がしたんですけども。

吉田委員 2人当直するかどうかというのは、もう少し説明してもらわないといけないと思いますけど、軽症を診る人と救急車を中心とした重症を診る人と、2人いれば2人当直なので。ただ、誰が重症の方を診るのか、私だったらどちらでも良いですけども、やはり重症の方は診たくないよという先生もいるから、そこはうまく分けて、ただ、全部決め決めにしてしまうとやはり動かなくなるので。山中の方でも2人当直してたこともあったんですけども、やはり内科ばかり呼ばれるんです。外科の方は夜ぐっすり寝てるのに、内科は朝までずっと診てたと。だから、その辺のことがあるので、そこはまた当直する人の中で、誰がどちらの方を担当するかとか、これは看護師さんがトリアージして医者を呼んだりするんですけど、そののところが上手くやっっていけば、今の考えで上手くいくのではないかと思います。

稲坂副部長 僕は内科で、内科の方が患者が多く来るのは当たり前だと思ってましたからね。当然外科の先生は寝てるもんだと。それは当たり前だと思います。その代わり手

術はできないと。

石田委員 それを不公平感に感じる人もおられるわけです。加賀市民病院で2人当直制をしようという案を出した時には、内科の先生は、今言われたように忙しいし、外科系は暇だから、2人当直制にするということは、倍の当直しなければならないこととなりますから、そういう意味で忙しいから内科系の先生が反対されたのです。

稲坂副部長 反対しない内科の先生もいますよ。僕らはそのように思っていましたけどね、昔から。

林部長 武闘派と草食系の違いだと思います。それを言うのであれば、日曜日の時間を延ばしても良いという医師会の先生と嫌だという先生がいらっしゃいます。それと同じかなと思うので、そのあたりはある程度ファジーが良いと思いますし、石田先生の意見はとても建設的で良いと思っています。実際に軽症を診る人、それからやりたい人がある程度やるんだというふうな配分というのは現実的ですし、そういうのはとても良いと思います。ただ、入口3つというのは、僕あまり良いアイデアだとは少し思えない。石田先生のおっしゃるやり方というのは非常に良いと。ただ、これはソフト面の話になってしまうのですが、トリアージの権限をどこまで与えるか、その教育というのは今後の課題になると思いますので、そのあたりをまた次回の宿題にしていきたいと思いますが、いかがですか。

今日はハード面ということで、では3番という形で医師会の先生方もご協力頂けるということで、当直も少しファジーな面を残しつつ、現実的にちゃんと動ける人を配置できるようにという石田先生の意見をなるべく前向きに皆さんでサポート出来たらなと思っています。

長い時間、色々議論を、ソフトの面まで入ってくると終わらないと思いますので、今日のところはハード面、この3番のところなるべく整理して、入口は患者さんに分かりやすいように、そして中の方に入ってはある程度融合した形で、不公平感がない形の当直体制を取れるように、また石田先生に頭をひねって頂いて、とても良い意見だと思いますので、それを建設的に、皆さんでまたまとめていきたいと思っています。

今回の議論した内容は、当部会の検討状況として推進委員会の方に中間報告として事務局の方から報告して頂くという形にして頂きたいと思っています。最後にどうですか、事務局から何かありますか。

事務局 ありがとうございます。次回の会議についてですが、先にもご案内をさせて頂きましたが、5月31日木曜日午後3時からを予定しております。前回の会議録につきましてご確認頂きましてどうもありがとうございました。まだ確認がお済みでない方、お手数ですが宜しくお願い致します。今回の会議録の案につきましては、完成次第お送り致しますので、またご確認をお願い致します。以上でございます。

稲坂副部長 1つよろしいですか。

林部長 はい、もちろんです。

稲坂副部長 余分なことですけど、さっき松下先生が加賀市のお医者さんはあまり頑張っていないということをおっしゃいましたけど、日曜の休日診療をやる時に他のとこ

ろを調べたのですが、大体 70 歳以上は皆免除になっているのですよね。加賀市も 70 歳以上は免除にしようと言ったら断られて、70 歳以上も出てくださいと。そのとき 70 歳目前が僕だったのですが。70 歳以上も出てますよ。それから、加賀市で日曜・休日出てるのは 19 人、小松も 19 人いて、加賀市は非常に頑張ってると思うし、加賀市のお医者さんは頑張ってると言った方が、松下先生、皆動きますよ。

林部会長 頑張ってるということですね。

本日はどうもありがとうございました。終わりたいと思います。

## ○閉会

午後 4 時 5 分閉会