

## 救急体制・病診連携部会（第4回） 会議録

日 時：平成24年7月30日 午後7時00分開会

出席委員：石田委員、稲坂副部長、林部長、松下委員、吉田委員（50音順）

### <会議の概要>

#### ○報告

事務局 統合新病院建設基本計画策定の状況について、ご報告いたします。この部会をはじめいろんな部会でいろいろとご討議いただきまして、加賀市統合新病院建設基本計画の原案をまとめることができました。7月17日の建設部会、ここで基本計画の原案がまとめられました。その後、7月20日から8月6日、約18日間ございますが、加賀市民に対して広く、この基本計画に対する意見募集というものを現在実施させていただいております。単にそれだけだと、意外と周知できないかということで、今回は「広報かが」という毎月、市で発行している広報誌があるのですが、その中に折り込みをさせていただいて、全戸、すべてのお宅に配布をさせていただきました。8月10日には、この親部会であります推進委員会におきまして、計画案の取りまとめをさせていただきたいと思っております。その計画案ができあがれば、その後の議会において建設の予算を含めて、議会のご承認をいただいた後に建設業者の募集、それから決定というものを今年度中に出していきたいと考えております。

#### ○議事

林部長 皆様、お忙しい中お集まりいただきありがとうございます。前回までの3回の会議で新病院の建物内に初期救急医療センターを併設するという部会報告をまとめ、委員会で認められたということで、基本計画の中にハード面まで盛り込まれ、おおそ意思決定ができたと思います。これからは、大事な、運用面、ソフト面について話を進めていくかたちになっていくと思います。

では、議題1 今後の検討課題について、事務局より説明願います。

#### 議題1 今後の検討課題について

事務局説明 **資料1** 救急体制・病診連携部会の今後の検討課題

**資料2** 医療提供体制推進関係スケジュール（案）

林部長 よろしいですか。ただ今の説明について何か、ご質問、ご意見ありますでしょうか。よろしいですか。課題はいっぱいあると思いますけど、4年ありますので、なんとか、いかにうまくほかの人たちを巻き込んでいけるか、たぶん説得するというよりも納得してもらうための時間かと思えます。

では、次に行きます。議題 2 の夜間休日の救急医療体制について、この検討課題のうちの初期救急医療センターの運用ノウハウに関係してくるものですが、事務局から説明をお願いします。

## 議題 2 夜間、休日の救急医療体制について

事務局説明 **資料 3** 夜間、休日の救急医療体制について

**参考資料 1** 時間外診療の状況

林部会長 はい、ありがとうございました。では、この新しい構想ですね。これで救急に関しては1次も2次もカバーしましょうという話ですか。この初期救急に関して、病院の中、当直もそうですけど、どうやって回すかというのがこれからの大きな課題になってくると思います。まず1点目としては、医師会の先生方と病院の先生方がどう折り合って、うまく運営していけるか。お互いに潰れない程度にカバーし合えるかというのが、一つの大事な目標になると思いますし、もう一つは病院の中での先生方の負担を考えつつ、いかにうまくカバーできるかというところを考えなきゃいけない。これは今年度で全部決めるかということ、まず不可能ですし、一緒に働く先生方がどう納得して働くかということ。いかに時間をかけて決めていくかということがこれからの課題になると思います。せっかくこの部会では、医師会の先生方と病院の両方の先生方もいらっしゃいますので、それぞれからの意見、立場というのをいっぱい出していただいて、「とにかく決めるんだ」と言ったらあれですけど、そうじゃないので、いろんな側面が見えて、お互いの意見が見えないと良いシステムができないと思いますので、そういう意味ではどんな意見でもウェルカムというかたちで、意見を出していただけたらと思います。委員の先生方、何かご意見、質問ありませんでしょうか。

松下委員 だいたい良くまとまっていると思うんですが、理想としては、5ページの④が一番いいと思うんですけど、応援を頼むというのがどこに来るか。病院の先生の当直のところに応援が行くのか、それとも小松の急病センターだったら、1次救急のところから大学から日直みたいにして、先生が来られるので、それをどちらに重点的にするか。来てもらえればその分は振り分けることは可能だと思うんですが。今のうちからそういうこと言ってもまだ早いんですけども。病院の先生方は当直に来てもらったほうがいいんじゃないかなと思いますが、もし日曜とかに来てもらうんだったら、いわゆる1次救急に入るところに、午前から午後まで来てもらえると、医師会がそこに当たっている分は他に振り分けることは可能かなと。どれだけ来てもらえるかによりますけど、月に1回では全然話にならないような感じですけど。これを見て一番思った感想はそういうことです。

林部会長 はい、ありがとうございます。

石田委員 今回の松下先生のご意見はごもっともだと思います。応援に来ていただけることになった場合にどこに入るかというのは問題だと思います。

あと、現実のこの数字を挙げていただいていますけど、実際はこれは診察した数

ですので、実際に病院に来られている患者さんの数というのは、さらに今は多いわけです。うちの病院でも毎日何人かの方をお断りしております。そのお断りした方が、実際に例えば山中に行かれたり、南加賀の急病センターに行かれてるんであれば、この数字の中に入ってきますけれども、恐らくそういうところに入っていない患者さんがおられると思うので、実際の休日の日中30.8人とか、夜間の10.7人というのは、この数字ではないと思います。

林部会長           ありがとうございます。一つだけ補足よろしいでしょうか。参考資料1の3ページ目、右下のほうに、今、石田先生がおっしゃった、自力で歩いていける、自分の車でいけるといふ人は取ってませんが、救急車で加賀市外のほうに搬送されている数字はこの3ページの下側に出ています。ここで市外搬送が全体救急車の20.3%になりまして、この中等症・軽症、これを合わせると416人、このあたりが新病院ではこちらのほうでカバーできるようになれば、非常に、加賀市民が、「新しい病院ができてよかったな」と言える体制になるのかなと思います。この数字をどうカバーできるかというのが、念頭に置かれればいいかなと思います。稲坂先生、お願いします。

稲坂副部会長      日数割り、人数割りの平均が出てますけども、日によって変わるんです。多い時は非常に多くなるし、少ない時は全然来ないので、平均で見ると見えないでしょうけども。どれだけ当直、救急の診療の医者を増やしても、忙しい時はてんてこまいになるだろうし、患者が来ない時は暇だと思います。予測がつかないので、大変忙しい時を覚悟しておかないといけないだろうと思います。

それから、先ほど松下先生が、当直の応援に行くかどうか話されましたけど、加賀市の医師会が休日診療を始める時に、最初僕たちは当直の応援の感じで受け取っていたわけです。休日診療をしてみたら、実際には1次救急で、2次救急の患者さんは当直の先生にまかす。最初考えてたよりも、休日診療の僕らの負担というのは比較的楽だというか、難しい患者は診なくていい。それで、僕感じでは今みたいなシステムで初期患者だけ診ていたんだとしたら、もっと増やしても出来るんじゃないか。開業している医師会の先生がどれだけ奉仕するかによって、病院の先生の負担が変わるわけで、要は医師会の先生方の気持ちを変えていけるかどうかだと思います。思ったよりも今の休日診療は、医師会の僕らにとって、そんな難しい問題じゃない、時間的な問題ということだけだと感じてます。

林部会長           はい、武闘派の意見ありがとうございます。とても心強いと思います。

石田委員           あと、もう一つ。医師会の開業されている先生方は土曜日の診療というのは、ここも大概やられているんですか。

稲坂副部会長      資料持って来なかったけど、加賀市の場合はほとんどのところが土曜日でも、遅くまでじゃないですけど、3時とか5時とか普段より短いんですけど、してます。

松下委員           僕のところが4時までしてます。それから、ながたクリニックという耳鼻科の先生は6時までしてるし、渋谷先生のところなどは午後には割とやってらっしゃるんじゃないかなと。ただ、一般の人はそんなふうには思っていないでしょうね。普通、開業医は土曜日は午前中までかな、という意識がある。午前中だけの人も結

構いますけど、皆が土曜日午前中だけ、ということはないです。

石田委員 土曜の午後、開業医の先生らが開いているということであれば、救急医療センターの土曜日の昼間というのは、開ける必要がないということですね。

稲坂副部長 現状ではないと思います。

余談ですけど、土曜日の午後に何か講演会すると全然人が集まらない、医師会は。それで病院の先生補充してくださいと。

林部長 はい、ありがとうございます。

稲坂先生、質問よろしいでしょうか。初期のところだけだと、ちょっと軽すぎると。稲坂先生の腕がまだまだ鳴るのに、軽すぎるからもう少し時間延ばすことはできるんじゃないかというふうなご意見と受け取ったんですけども、そうなる資料3の②番のパターンですね。

稲坂副部長 それ、今どれぐらいできるかアンケートしたんでしょ。

松下委員 はい、そうです。

稲坂副部長 今日、その答えはまだ出ていない。

松下委員 そうです。今日締め切りだったので間に合わないし、今度の（医師会の）理事会までには、一応できるだけたくさんの人に参加してもらいたいというので、その委員会を作って、まだ1回しか会をしてないんですけど、婦人科とかそういう先生方を除いて、高齢の人から医師会に入っていらっしゃる勤務医の先生にも、病院の枠を超えてアンケートは出してあります。今日が締め切りなんですけど、まだ、全然見てません。来週の7日に委員会をする予定なんですけど、それでどれぐらい分かるし、参加できないというのは、どういう理由かを書いてもらうようにしてます。一応どうなるか分からないですけど、今よりは増えるとは思っておりますけど、まだ、それもちょっと先の話です。できるだけ増やして、やりたいとは思っております。

林部長 ありがとうございます。吉田先生。

吉田委員 今のお話ですけど、私もその委員会に入れてもらって第1回の会合も行ってきたんです。現状は①番のかたちなんですけど、②番のかたちにまず出来ないかということで、医師会のほうで、午後でも医師会の先生が出られないかと、私のほうへもアンケートが来てたんで、私は勤務医の立場で、「私も出る用意がありますよ」と、「月に1回ぐらいは出れますよ」ということで、最低②番のかたちぐらいは医師会と勤務医が協力して、日曜日の日中は、午前午後、急病センターで診療するというかたちが望ましいと思います。

夜に関して、③番、④番になると夜もセンターを開くのか開かないのか。④番になると、もしかしたら病院から3人出るのかなとかたちなんですけど、当初、外科系・内科系1人ずつが当直しますというのが決まってるんですけども、本当に内科系・外科系1人ずついるのか。例えば、救急車みたいなのを得意とする人たちがそこです。それから、どちらかというと、軽症でウォークインの人を診る。それが内科系・外科系でなくても、2人がそういうかたちになれば、その辺の夜間の運用はちょっとしやすくなるんじゃないかと思います。医師会の先生に夜も、というのは、まずその話にならないと思うんで、医師会の先生と勤務医

が協力してやるのが、休日の昼間が限界かなと思います。夜については、病院の方でセンターを開くのか。小松は完ペきに10時半になったら締めてしまってますよね。で、それ以降のウォークインの患者さんは小松市民病院の場合は、通常の救急外来のところへ行かれていますので、加賀市のほうが③番、④番になると（初期救急医療センターを）一応開くことになってるんですけども、開かなくても来た人は誰かが診ることにもちろんなるんでしょうし。ということで、医師会の先生方に協力してもらおう部分と、それから病院の勤務医の中での割り振りというのを、そっちのほうが難しいと思うんです。

林部会長 はい、ありがとうございます。

稲坂副部会長 さっきも言いましたように、休日診療というのは、初期救急の患者さんだけを診ていれば良いので、精神的な負担が少ないんだということが、もっとみんなが分かれば参加できるようになるのではないかと。今、3~4ヶ月に1回（の休日診療の担当）ということで、パソコンを使って入力するのを忘れてしまうんです。1月に1回位は可能と思うんですけども。ただ、他の市では、金沢市などは70歳以上免除にしてるんですけど、加賀市は70歳を過ぎても免除してもらえない。雰囲気としては、なるだけ少ない、今より多くなるのは嫌だという人も、若い先生ではいらっしゃるみたいです。ですから、医師会として、皆さんのご意見に従って動くということではなくて、吉田先生とか松下先生がみんなを引っ張って出れる気持ちにしていってもらうくらいが良いと思います。

林部会長 すいません、ちょっと理解を整理させていただきたいんですけど、医師会のほうとしては、初期救急をやる分には、それほど大きな負担はない。

稲坂副部会長 いや、個人的にはです。

林部会長 ああ、稲坂先生が。今は3月に1回ぐらいのペースなので、もう少し増やすのはできるんじゃないかなというのが稲坂先生のご意見なんですよね。ちょっと僕思ったんですけど、医師会の先生でも、昔腕に覚えがあつて、2次のほうも実は診てみたいという先生というのはいらっしゃるんですか。

稲坂副部会長 若い人はどうですかね。

松下委員 若い先生、循環器の先生とかは、「してもいいかな」と思っただけの人もチラッとはいるみたいですけど、ただ今の病院では受け入れる体制はまったくないです。入れてもらってカテーテルに入ったりとか、そういうふうなシステムは両方の病院には全然ない、そういう受け入れるようなシステムはないですから。でも、若い人がもっと来れば、専門的なことはしたいという人はゼロではないと思います。ただ、全体的には50代が多くなってきてますから、活力はちょっと落ちてるけど、僕もこの初期の医師会の休日診療に入ってますけど、ものすごく負担かというとなんかそうじゃないです。ただ、正月の2日とか、5月の連休のときとかは、20人以上は診ることもあつて。でも、なんとかできると思います。

全然話はまた違うけど、この間の意見であったのは、今のこの会とは関係ないんですけど、やっぱりそのとき重症な人を診て、市民病院の当直の外科の大学からの派遣の先生だったら、当直の先生に話をしても全然埒が明かなかつたと、結構悪い心臓の人が。そうすると看護師さんらがいいのにしてくれましたけども、

もし、こういうのをやりたいときはやっぱり病院の先生と、休日診療をやっている先生の連携というのがすごく大事で、病院で当直している先生が全然そんな話聞いてないというふうな話で、聞く耳を持たなかったというふうに言われたんで、そういうことは絶対にならないようにしてもらいたいなと思うんです。だいたいの話ですけど。

吉田委員

2次救急を診る医師が、どんな人がそれを担当するかというのは難しいんですけども、その後方支援の仕組みさえしっかり作ってあげれば、例えば、きょうは外科なら誰かが必ず呼ばれば来てくれますよ、それから整形外科も誰か来てくれますという、それがきちつとなっていれば、2次救急する負担というのは、割と少ないんです。ただ、救急車ですから、もう心肺停止の人も来るかもしれないし、そこでやっぱり初期の気管内挿管をすとか、いろんなことができる者が2次救急やればいいと思うんですけど、そこで完結はなかなかできない。山中は（医師が）10人ほどしかいなくて、小児科も産婦人科も麻酔科も全部入っていて、上から「とにかくやりなさい」と、「あとはちゃんと診るから入れときなさい」と言っても、そんなにフォロー十分できてないんですけど、がんばってやっている。今、市民病院の状況はよく分からないんですけど、これを全部引き受けて2次救急やろうと思ったら、2次救急する医者だけじゃ朝まで診れるはずがないので、そのオンコール体制をしっかりしていくことで、じゃあ、2次救急やってもいいという人が出てくるだろうし、それから、救急の怖いのはちょっと苦手だという人が1次救急に回って、それで2人を確保することはなんとかできるけど、3人になるとちょっと人数的にはきついかと思います。

林部会長

はい、石田先生、お願いします。

石田委員

今の話なんですけれども、3人になるときつという事なんですけれども、これ、夜10時までと限定する救急医療センターであれば、その3人目は10時になったら家に帰れるわけですね。で、実際今は、僕自身10時前になかなか帰ってません。ですから、負担としてはそんなに大きいものではないと思うんです。で、なぜ、こういうことを言うかということ、病院の当直ということと、初期救急医療センターというのは、ある程度すみ分けをしたいと。すみ分けをすることによって、初期救急医療センターというのは、ちょっと言えば、独立した加賀市の初期救急を担うところだと。そこを医師会の先生らと市職員の病院の勤務医と、場合によっては大学やほかのところからの応援の先生方たちでそこを回していきたい。ですから、当初はおそらく病院の医師が夜間をせざるを得ないだろうと思うんですけれども、そこを病院の当直の一環だということと、頭を切り替えて、そこをがんばりたいと。そうすることで、ウォークインの患者さんを断らない診療ができるんじゃないかと。今現在、加賀市民病院の当直では、結構ウォークインの方も断っています。これが何らかのシステムを変えないと、意識的に新しくなっても結局断るようなことがだんだん起こってくるんじゃないかと。それとももちろんオンコールで外科の当番、整形外科の当番という、うちの病院、今きちんとそれが決まっているんですけれども、それでも救急車はお断りするのが結構あるわけです。ということはやはり、救急車を診る人間そのものが2人いたほうがうまくいくんじ

やないかなと思います。

林部会長 はい、ありがとうございます。

稲坂副部会長 ちょっとよろしいですか。現在の状況ですね、病院の当直医というのは、入院患者の急変した時に診なければならないというのが、まず最初にあるんだろうと思います。ウォークインだとか救急車というのは、本当の任務じゃないというような認識があるかと思うんです。これは、当直医がどれだけ入院患者診るかというのは、病院によってシステムが全然違うんだろうと思いますけど、そのあたりどうなんですか。当直医が入院患者に何か起こった場合に最初に診る場合もあるし、そうじゃない場合も恐らくあるだろうと思います。

石田委員 おそらく科によって違うと思うんですけども、まず、入院患者が急変した場合は主治医に連絡が入ります。で、主治医が自分が病院に駆けつけるのに間に合わないと判断したときには、当直の医師に、何らかの処置をまずしてくれ、というふうに頼む。

稲坂副部会長 アメリカなどは当直の医者は全部診なければいけないですね。

石田委員 おそらく外科の術後の患者さんが何かおかしくなったときに内科の先生が当直されてても、専門性がやっぱり。

稲坂副部会長 現状では病院内の患者さんに何かあった時に、まず最初に当直医のところに行くんじゃないんですね。

石田委員 加賀市民病院ではそうです。

吉田委員 病院によって違うでしょうし、科によって違いますし、山中の場合、やっぱり外科は自分の手術した患者さんとか診てる患者さんがちょっと変わったところがあったときには、必ず主治医に来るようになってるんですけど、やっぱり間に合わないような緊急の場合だと当直医が来て助けてくれる。ただ、整形外科に入院している人がちょっとお腹痛がってるとかいう話だと、整形外科にいつているのか、私が当直しているときはこっちへ来たり、あるいは内科の患者さんも結構そういうことがあって、うちはフリーのときはなるべく休ませてあげよう、当直の者が頑張って診ようという感じです。市民病院と比べると、どちらかという当直医に結構任せているところが多いんです。だけど、やっぱり手術した患者とかは、いろんな形で自分のほうが深く関わっている人については、なるべく主治医にちゃんと教えてくれることにはなっています。そこは同じだと思います。

稲坂副部会長 そのあたり、しっかりと決めとかないかんのではないかと。一般ではどうなんですか。

林部会長 一般には、当直は病院の入院患者さんのためにいるものであって、時間外を診るというものではないというのは、法的な解釈ではあるのですが、それをやっていると病院は回らないので、やっぱりそれにプラスして、救急外来を診る人を作るというのは、まず不可能ですね。ほとんどの病院で。ですから当直医が入院患者さんを主に軸足を置きながら、やはり時間外に来た人は診ますよ。だから、コンビニ受診はやめてくれという話になる。

稲坂副部会長 そういうバランスって、病院によって全然違うの？

林部会長 いや、ほとんどやっぱり急変、入院患者の急変するっていったら、まずないで

すし、予想されている結果のときが多いので、やはり主治医が呼ばれることが多い病院が多いと思います。当直医が時間外の夜中に来た患者さんの対応をしているのが多いです。

いろんな意見が出てとてもいいと思ったんですけど、③番、④番というのは、基本的には22時までには初期救急医療センターを開けるといふ、これは非常に市民目線のプランですよ。新しい病院ができたおかげでは非常に大きな目玉にもなりますし、ただ、石田先生が非常にいいことを指摘されたのは、これはシステムをきちんと作らないと断ってしまうんじゃないかということで、医師会さん、それから勤務医、それから大学も含めて、団体戦で戦おうじゃないかというのが吉田先生の意見ですよ。これも、当直のほうも含めまして、内科・外科じゃなくて1次、2次を診れる人をきちんと分けるといふのは、面白いんですけど、これ、1次が好きだといふ人が多すぎるとなかなか難しいかなと思うんですけど、とても面白いと思います。先生何か。

吉田委員

③番、④番は、仮に22時までといふのは、これ、小松の（南加賀急病センター）に倣って時間書いたんだと思いますけど、22時まで、初期救急医療センターをやるといふふうに市民にアナウンスした場合には、たぶん、病院の医者がこれに当たるんだと思うんだけど、じゃあ、「22時過ぎたら歩いてくるような人は我慢なさいよ」といふぐらいの市民に対する強いメッセージを出して、とにかく22時までには診ますよと、だけど、その後は、こんなんで来たんだといふかたちでやっぱりそんな人はお断りだといふぐらいにしないと、結局それ以後でも、「何でも診てくれる」といふかたちになったら当直医の負担が増えてしまうし、逆に「22時までやってるんだ」といふメッセージを強く出すことで、「夜の10時までに行かないと診てもらえないや」といふぐらいのことを市民に理解してもらって、それで病院のほうはしっかりやるというふうにしないと、本当にズルズル、ズルズル、結局今やっているような深夜帯のウォークインの患者の診療が残るのは、ちょっと望ましくない。

林部会長

はい、ありがとうございます。いろいろ大変ですよ、ほかには。

稲坂副部会長

今の吉田先生の意見に対して、22時まで初期救急やりますといふと、6時過ぎ受診を始めから予定して、遅い時間に行くといふのが増える。小児科なんかそういう傾向があるんです。夜間までやるとなったら、自分の都合のいい夜にわざわざ行くと。だから、「22時まで初期救急やります」と出すのもまた、ちょっと問題があるんじゃないかと思ひます。

吉田委員

小松の（南加賀急病センターの）やり方ですけど、来た人は必ず明るる日に開業医のいつもかかっているところへ行くように、そこへ紹介状を渡すんですよ、薬も1日分だけ。「きょうの急患のためだけに来たんだから、あなたには1日分だけ薬出します」と紹介状を持たせて、必ず開業医、いつも行っている先生、どなたですかといふことで、そうすればあんまり安易な、「あそこ行っても、薬1日分しかくれない」といふふうになるから、そのあたりの市民への教育、「10時を過ぎたらもう閉まってしまうや。それまでなら、なんとかなる。あそこ行ったら、本当のその日のことしかしてくれないよ」と。そうしないと「1週間分の薬



出して」とか、いろんな患者が今も来てますけど。だから、病院のほうは今度新しくなることで、医師会も協力して病院の医師も協力して、1次救急、2次救急しっかりやるんだというメッセージを出せばいいんですけど、まだこのあたり議論されてないですけど、市民のほうへもきちっとした教育をして、そうでない人に関してちゃんとペナルティーというか、来ても思ったような診療は受けられなかったというのは、あってもいいと思います。

稲坂副部長 じゃあ、小松の場合は治療のために来るといふ人は、あまりない？うまくいつているんですか。

吉田委員 そこはちょっとあまり聞いてないですけど、ただ、そこへ来て、(患者は)何日分も薬を出してほしいんです。例えば風邪でも、1日分ではあれなんで、何日分か欲しいんだけど、「ここは普段かかっている先生がお休みだから代わりに医師会の人たちが来てやっているんであって、今の分だけです」と。きちっと紹介状を出して、「必ずいつもの先生のところへ行きなさい」と。それも一つの病診連携になると思うんですけど。割とそういう運用をしているように聞いたので、もし、加賀市のほうで、昼間も、それから夜間にかかわらず、本来はかかりつけ医の先生のところに行けばいいんだけど、やってない時間帯だから、ここで代わりに診てるよという、そこをはっきりさせたほうがいいと思うんです。

稲坂副部長 現在の加賀市の医師会休日診療も一応休みの間だけ出すと、連休の3日だったり、2日間休みだったら3日分は出すけども、明日が診療日だったら1日分ですよということに、原則している。

吉田委員 1日分というのはちょっと極端なんですけど、本当に何日も欲しがったり、「眠剤を1月分出して」とか、いろんなことを言う人がいるんだけども、あくまでも休日診療というのが、通常の診療とは違うよということを市民にも理解してもらわないといけないですね。

稲坂副部長 加賀市の休日診療の場合には、1月分睡眠薬くれという人は来ません。

吉田委員 病院にいるとそんな人がいっぱいいます。2次救急でなくて、ウォークインの患者で、(薬を)出さないからって暴れたり、結局処方せんを出すわけだから、昼間だったら調剤薬局へ行ってもらうんですけど、それも原則、「長いのは出せませんよ」という態度をはっきりさせないと、何でも来るといふことになってしまいます。

林部会長 多くの休日診療所はやはり1日分という形になっています。これは原則です。あくまでも。休みが続いたら、その分は一応出しますよというかたちになっているところが全国的にも多いと思います。

稲坂副部長 もう一つよろしいですか

林部会長 はい。

稲坂副部長 2人当直する場合に、外科系と内科系が当直するかたちになっているわけなんですけど、どちらが先に診るかどうするかという問題があったと思うんです。以前、山中では、内科系と外科系が一緒に当直していたときは、内科系の病気の患者が来たときは内科の医者が診ると。そうすると当然、内科の患者のほうがいっぱいいる。それで当たり前だと思っていたんですけど、いつかの石田先生の話では文

句が出るんだと、そういうことですか、今。

石田委員　　そうですね、今はこの統合の話の以前に、2人当直制をうちの病院でも、ちょっと考えたことがありまして、内科の先生に非公式に聞いてみたところ、2人当直制は内科だけ忙しくなるから、当直の回数が倍になるようなもんだから反対だ、という意見をいただきました。

林部会長　　今回の想定では、内科系1人、外科系1人というのではなくて、2人体制というのが原則で、吉田先生が先ほど言われた「1次が好きな人、2次が好きな人」で分けるというのは、非常に面白いかなと思います。どうしてもこれ、内科系・外科系に分けて2人入ると絶対に不公平感が出ますね。内科系はたくさん働いて、外科系はよく眠ってて、同じ当直になると、文句出ますね。「それが嫌だったら、おまえ外科系になれよ」って言われても、「いや、血見るの嫌いだから」って、そのあたりで専門性と働き方というので、問題が出たりすることももちろんあります。もちろん、あともう一つは、自分のスキルと自信というのが、やはり2次救急って難しいですよ。3次救急のほうは、むしろ死にかけてるのでやることはダーッとやっていけばいいんですけど、元気で歩いてきても、救急車で来ても、意外に帰れるか帰れないかというのは、実は非常に難しいところがあるので、このあたりは、事務局が先ほど言いましたけども、トレーニングというのは医師全体に対して必要であったり、なおかつ、看護師さんのトレーニングもすごく必要だと思います。④番はこれは、すごくいいんですけども、マンパワーが一番問題になってきますので、これはいかに若い力で夜中に元気に働くという研修医とか、たすき掛けの研修とかは、大きな今後の課題になってくると思いますし、独身で元気な医者が喜んで働ける環境を作るとというのが、すごく大きいところだと思います。はい、先生方がいいがです。できれば①番は現状ですから、せめて②番以上の何かできたらいいなと思います。

僕から質問していいですか。石田先生や吉田先生なんですけど、例えばこれ、「22時までやります」となったときに、内科系は比較的ほかの科と比べて人数が多いかなと思うんですが、22時まで残る人は8時間労働した場合は、昼過ぎ1時か2時に来てもらって、午前中はフリーにするということは可能なのでしょうか。つまりフレックス制というかたちなんです。

石田委員　　おそらくそれは医師の数の問題で難しいんじゃないかと思います。

林部会長　　そうですか。分かりました。

稲坂副部長　　現在想定されている新しい病院の医師数では難しいと？  
科によって違うんですか。

石田委員　　すべて内科の先生が22時までの部分を担当するというのであれば、その人数が何人かによって、分かりませんが、ここを例えば全科的に1次を診ますという医者で回そうとした場合には、今のお昼から出勤というかたちは難しいんじゃないかと思います。

林部会長　　分かりました。あと、これ宿題として聞いていただきたいんですが、22時までの宿直担当の先生が21時半に受け取った患者さんの血液検査までは見ない、CTがここから必要になるかもしれない。この段階で22時になりましたというときに、

当直医師にうまく引き継げる体制が作れるかどうかです。これができなければ、21時50分に来た患者さんを診て22時を過ぎることはあると思うんですが、これは今後の宿題になるかなと思うんです。

石田委員 そのために、同じ建物の中に初期救急センターをつくるというのが、いい意見だと思うんです。小松の急病センターと同じ敷地内ですけれども、結局延び延びになって、時間延長ということになってると思うので、同じ建物の中に造るということで、それを無理やりにでも引き継いでいけばいいと思う。

林部会長 吉田先生。

吉田委員 22時にもう1人いる先生が帰るのなら、そういう問題が起こると思うんですけど、例えば③番の案でいって、例えば1次が得意な人と2次が得意な人とに分けて、1次が得意な人は、22時までは急病センターをやってますから、そののほうに来た人はとにかくその人が診てください。それから、22時以降は急病センターは閉まりますよというかたちにしても、それでも必ず救急車以外の患者は来ます。その人はやっぱり22時以降も1次をする人が診るようなかたちにして、ただ帰らないでいることになるんじゃないかなと思います。2次をやるという人は、もう救急車だけ診ると。

3人を置くという、石田先生は22時ごろまで居るのが普通だからということですが、それはそうかなという、そこまで拘束するほどの医者の数、本当にいるのかなと思いますんで、やっぱり2人では難しいんじゃないかと思う。

林部会長 ごめんなさい。僕、言い方が悪かったです。④番の場合のことでした。③番だったら、やっぱりどうしても2人残りますので、一緒だと思います。救急車だけ診るとなると、これまたボリュームの関係があって、今までのデータからいうと、圧倒的にウォークインのほうが多いので、それもうまく分散したほうがいいかなと思った次第です。

稲坂副部長 よろしいですか。実際問題としては、たくさん（患者が）来るときと少ないときがあるでしょう。3人にしても4人にしても、救急車が3台も4台も来たという場合がある。そのときのマンパワーとみんなが少しでも空いている人が、力を寄せるという意識を持たないと、どうしてもたくさん断られてしまうということになるのではないかと思う。

石田委員 実際ばらつきがありますから、救急車が2台、3台続いて入るときもあります。そういうときは1人で、それを診ようと思うとやっぱりちょっと大変です。ですから、2台目3台目の救急車を断らないためには、(2次を診る当直医が)2人いたほうがいいんじゃないかなと思います。

稲坂副部長 場合によっては、当直以外の人、空いてるなら協力するんだと、「病院全体として受け入れるんだ」という気持ちを持たないと、「自分は当直じゃないから、知りません」と言うんじゃない、駄目なんじゃないかと思いますけど。

林部会長 その通りです。そういうバタバタ忙しい野戦病院的なところってそんなに何回もないので、ほとんどの人がやっぱり、義務感で残ってくれるのではないかなと思うんですけど、一番困るのは、上級医と若い先生がペアになったときの問題ですね。これはコンセンサスとして今後作っていったら、医局内である程度のルール

を作っていただくというのが一番いいのかなと思います。どうも、貴重なご意見、ありがとうございます。ほかにないでしょうか。

医師の負担について、7 ページの一番下なんですけど、「大学からの応援が継続されれば、若干、当番回数は減る可能性あり」となっています。大学からの応援というのは、今すぐ私が答える、マンパワーも大学病院もそんなに多くないので、ガンガン出せるわけではないのですが、認定施設になれば、実は救急医の常駐ができるのです。認定施設じゃない限りは、当直の応援というかたちでは出せるのですが、救急医の常駐するかたちになるには認定施設になっていることが必要になってきます。実は初年度の認定は、認定医が 1 人いれば応募できるんですけども、継続するとなると少なくとも救急専門医は 2 人必要になってきますので、そうするとかなり後方の先生たちの負担は軽くなると思います。

今回は本当にいろんな意見が出て、建設的な意見がたくさんあったと思います。また、医師会のほうにも戻っていただいて、または、病院のほうに戻っていただいて、みんなの意識をどうコンセンサスを持つかという課題も見えてきたと思います。4 年あるからと言っても、結局たぶん同じ問題がずっと繰り返されるので、今居る人たちにいかにうまく認識を一致してもらって、医局の方の先生、または医師会の先生方の意見をまた先生方のほうにどんどん出してもらって、その上でやっていかないと、トップダウンで命令形式、たぶん時間外って心が折れやすいところなので、みんなの意見を 1 回まず、大きく出させるというか、出してもらうというのがたぶん大事なんだろうなと考えます。これから、またすり合わせをしていただいて、救急と連携の専門部会という立場からこの会議でもよい方向を検討していければと思っています。では、事務局のほうお願いします。

#### 事務局連絡

- ・第 5 回会議は 10 月から 11 月頃に実施したい。日程調整票を送付するのでご都合をお知らせ願いたい。
- ・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 8 時 8 分閉会