

これまでの検討における主な意見

1. 病院統合までの救急体制について

(1) 初期救急医療体制について

① 休日当番医に関するもの

- 加賀市民病院で実施している「医師会休日診療」と診療所で行っている「休日当番医」の2本立てになっている。休日当番医の内科、外科、整形外科については、この機に整理してもよいのではないか。
- 現在、小児科は、休日に輪番制でそれぞれの診療所で実施しており、うまく機能している。一方で、新病院の初期救急医療センターに集約できれば、市民にとっては、休日の午前中は、市民病院の急病センターへ行けば小児科医がいるということでもわかりやすくなるのではないか。
- 小児科の輪番制は、慣れたスタッフとともに自身の診療所で行うことで協力していただいている先生もいる。
- 小児科の先生は、小松の南加賀急病センターにも応援に行っている。

② 医師会休日診療に関するもの

(一部、新病院の初期救急医療センターに関するものを含む)

- 二次救急に関しては、病院の当直医でしっかり診る。他方、初期救急医療センターについては、医師会の先生方が主体的に関わっていただきたい。
- 毎日夜間をやるというのは理想だが、開業している医師会の先生方だけでは、かなり困難。新病院の勤務医にお願いするしかないのではないか。
- 医師会の先生方には、できるならば休日の午後までやっていただくのが現実的。
- 医師会が休日診療を始める際は、当直の応援という受け止め方をしていたが、実際には初期救急であり、二次は病院の当直医に任せている。当初考えていたよりも、医師会医師の負担は比較的軽い。今のようなシステムで初期患者を診るのであれば、もっと増やしてもできるのではないか。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。医師会の先生方の気持ちを変えていけるかどうか。
- 市内の診療所の多くが土曜の午後まで診療しているのであれば、初期救急医療センターは土曜の昼間に開く必要はないだろう。

(2) 統合新病院開院までの救急体制に関するもの

- 月曜から木曜の4日間にしたのは、一遍に7日まで決められず、まずは両病院で2日ずつの4日間を決めた。最終的な受入の責任を持つ、どちらも断ることがないように責任を持つということから始まった。
- 担当を決めた曜日については効果は出ているし、それ以外の曜日にもなるべく診ようという意識が出ているようにも思われる。
- 担当曜日を決めたことに対し、消防の救急隊が上手く対応して搬送しているように思われる。
- 加賀市民病院の場合、担当曜日（月・水）の当直当番のあて方に特別なことをしてない。結果が出たのは、「意識の問題」と捉えている。金曜日や土日も決めれば、市民病院の当直の医師はまた頑張れる可能性はあると思う。
- 加賀市民病院の医局で専門外が来た際の他科の呼び出し（オンコール）についてアンケートをしたところ、比較的呼び出すことは可能で、呼ばれることに対しても大きな不満はないという状況であった。
- 一番大事なのは、「意識付け」で、曜日を決めてやっていくことは非常に有効と思われる。
- 加賀市の医療レベルで診られるような軽い患者が市外へ行くと、加賀市の先生は何をしているんだということになる。加賀市では診られないような病気で市外へ行くなれば理解してもらえる。
- 加賀市からの市外搬送が大きく減少したことは、小松市民病院の救急外来でも実感している。南加賀救急医療センターが出来たことで、加賀市からの救急搬送が増えるかもしれないが、特に心筋梗塞や脳外科の疾患はできるだけ引き受ける。一極集中では難しいので、加賀市で頑張れるものは頑張ってもらいたい。
- 医師会の先生方も、休日は午後まで延ばそうということで頑張っておられる。二次救急のほうも、金・土・日の残り3日間について、もう一歩なんとか出来ないか検討したい。
- 金曜日の時間外に受け入れてしまうと土日が潰れてしまうため断られやすい。内科系に入院したら、土日は内科の当番が診るというような交代のチーム制を敷くなどシステム化が必要。受け入れた当直医が一人で抱える形にならないければ良い。

2. 病院統合後の救急体制について

① 統合新病院への初期救急医療センターの併設に関するもの

(中間報告から)

- 限られた医療資源のなかで、初期救急体制を強化し、かつ病院勤務医の負担を軽減しながら二次救急体制の強化をはかるためには、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。
- 「医師会休日診療」を継続することを前提に、統合新病院内の救急部門に近接して初期救急医療センターを設置することが望ましい。

② 統合後の救急体制に関するもの

- 統合後に、当直が2人体制になれば頑張れるのではないかと。医局でアンケートを採ったことがあるが、出てきたのは「複数の当直体制」。マンパワーを充実させることが最も多い意見であった。
- 現在は、二つあるために、もう一方があるからと、少し安易に断ってしまうこともあるが、統合したらそうは言っていない。まず、病院の方針として、必ず診るようにすること。
- 加賀市民病院の状況では、呼び出されても対応できるという先生が多いようである。オンコール体制がしっかりしていくことで、もう少し市内で解決できるかたちになるのではないかと。
- 経験上、楽な思いをすると、そのあとは辛いことはしたがない。新病院の最初の意識付けが大事で、しっかりと当直をしなければいけないという覚悟で来てもらえれば続けられるだろうと思う。
- 救急患者の来院数は時間的にバラつきがある。救急車が3台、4台続けて来たときに、少しでも手の空いている人が力を寄せると意識をもたないと、たくさん断られてしまう。病院全体として受け入れるんだという気持ちが必要。
- 上級医師と若い医師がペアになったときに、若い先生にだけ押し付けられるようでは問題がある。医局内でルール作りが必要。
- 大学からの救急医の応援もどんどん出せるものでもないが、認定医・専門医の資格をとれる認定施設になれば、救急医の常駐は可能になる。認定施設でなければ、当直の応援ということになる。

③ 夜間の新病院の当直と初期救急医療センターの体制について

医師の体制に関するもの

ア:2人当直体制の中で初期救急に対応する方法

- 新病院の当直体制は、内科系と外科系の2人体制を基本としているが、それにとられず、救急車で来るような二次救急患者に対応する医師とウォークインのような初期救急患者に対応する医師の2人体制とすれば、当直に入る人員も増えて、

夜間の初期救急医療センターの運用がやりやすくなるのではないかな。

- 夜間において、専門科の医師を呼べるオンコール体制（後方支援）をしっかりと組んでおくことで、二次救急をやってもよいという医師が出てくるだろう。二次が苦手という人は一次（初期）に回ることで2人を確保することができるが、人員的に夜間に3人確保するのは難しいのではないかな。
- 一次が好きな人と二次が好きな人で分けるとするのは、興味深い意見。内科系・外科系で分けると、内科系の患者が多く不公平感が出る。
- 当直医2人のうち1人を初期、1人を救急車の係とすると、救急車を診られなくなる。現在、加賀市民病院では1人当直で、救急車を2、3割断っている。救急車を診る医師が2人必要なのではないかな。
- （現在の加賀市民病院と山中温泉医療センターでの夜間の平均）救急車3台を2人で診て、軽症患者は基本的に待ってもらいと割り切れば、2人でも出来る。「軽症は、救急車の後なら診る」、「あくまでも救急車優先になります」というかたちにしないといけない。

イ:当直医2人に加え、初期救急担当の医師を配置する方法

- 現在、加賀市民病院の当直では、ウォークインの患者を断ることもある。たとえば初期救急医療センターの診療時間が22時までとすれば、2人当直+初期担当の3人体制としても、初期担当は22時に帰ることができ、負担はそれほど大きくはないのではないかな。
- 病院の中に初期救急医療センターをつくるのであり、初期救急担当医の診療時間を越えるような患者は、当直医に引き継ぎしやすい。
- 病院の当直と初期救急医療センターの当番を切り分けて考え、初期救急医療センターは独立した機関のようにとらえ、そこを医師会の先生、市の病院勤務医、場合によって大学その他の機関の応援で回せないかな。そうすることで、ウォークイン患者を断らない体制ができないかな。
- オンコールの当番がきちんと決まっても、救急搬送を断ることがある。二次救急を診る医師が2人いたほうがうまくいくのではないかな。
- 当直2人+初期担当の3人体制は非常に良いが、マンパワーが一番問題になる。夜中でも元気に働ける研修医の確保が大きな課題になってくる。元気な医師が喜んで働ける環境を作ることが大事。
- 救急車が続いて入ってくることもあるが、それを断らないために、二次救急を診る当直医が2人いたほうが良いのではないかな。
- 可能であれば、（当直医2人+初期担当医1人の）3人体制をとれると一つの看板になる。
- 当直に加え初期救急にあたるとなると拘束される回数が多くなり、確保する医師の数によってはかえって負担増になることも考慮すべき。当直医2人のうち1人が初期救急を担当、もう1人が救急車を担当する形、内科系・外科系の2人当直で、来院患者を看護師が問診して振り分ける形、当直医2人に加え初期担当1人を確保する形の3つを議論する必要がある。

- 日によって患者数は変わる。現段階では3人体制を目標にし、新病院で何人医師を確保できるかによって、出来るかどうかを検討してはどうか。
- 当直をしない先生方に初期救急をやってもらえばよい。院長がすれば他の先生もされるのではないか。
- 初期救急だけの応援であれば、平日の準夜22時くらいまでは、多くなければ、将来的には医師会から応援できる可能性はあるのではないか。
- 3人目の初期救急担当については、医師会の先生方に大きな期待をかけるというよりも、新病院の医師に加え、大学等からの応援があれば良い。
- 2人当直体制をとるために必要な医師数が40人程度として、当直は月に2回、22時頃までの初期の診察を月1回することは、それほど大きな負担ではないように思う。
- 初期担当医は、時間厳守であとは当直の医師に任せる。22時までとすれば、22時30分には帰れるのではないか。
- 当直の際にすべてを診るといって、翌日は大変。当直に入ったときの負担を減らすことが大事。

市民への周知に関するもの

- たとえば22時間まで初期救急をするということ、自分の都合の良い遅い時間に来る人が増えるので、問題があるのではないか。
- 22時まで初期救急医療センターを開くとした場合、「この時間以後はウォークイン患者は診られない」というくらいのメッセージを出さないと、医師の負担は増える。薬も最低限しか出さず、翌日かかりつけ医に診て貰うよう指導する。“本来はかかりつけの診療所等に行けばよいが、閉まっている時間帯だから、ここで代わりに診療している”ということをはっきりさせたほうがよい。通常の診療とは違うということをも市民にも理解してもらわないといけなない。
- 一般的に、当直は入院患者のためにいるものであって、時間外を診るためのものではないが、現実にはそれでは病院は回らない。入院患者に主軸を置きながら救急外来を診る必要があり、だからコンビニ受診はやめてくれということになる。
- 新病院効果により、最初の3年は患者が急増すると考えたほうがよい。
- 経験上、周知をしないことが最も上手くいく方法。周知をすると、患者が急増し医師が疲弊して、パワーバランスが崩れるというパターンになりかねない。先生方が耐えられるようにするためには、宣伝しすぎないということを考えてらどうか。
- 新病院の基本方針では、救急車を断らないということが1番の目的。救急者を断らないためには、当直体制がしっかりしていること。急な発熱や腹痛だけの人には、ある時間帯だけ診るなど、受診抑制が掛かってもしかたがない。
- 熱があつて病院まで来たのに断られたということは、新病院では避けたい。
- 急病で来てしまった患者は、当然、診ないといけなない。ただし、問い合わせがあった時には、なるべく軽症の人は朝まで様子を見てくださという周知をして対応する。

その他

- たとえば22時ころまで診察した先生は、翌日昼過ぎに出勤する、フレックス制ができないか。
- 病院の先生が当直した場合に、次の日は休めることにできたらよい。「当直」を「夜間勤務」として捉えることができないか。
- 現在は小児科医の数が少なく、小児科の夜間救急がすべて小松へ行くことになっているが、将来的には加賀市でも診られるとよい。

(3) 救急に関するトレーニングについて

トレーニングの実施に関するもの

- 元気で歩いて来ても、救急車で来ても、帰れるか帰れないか非常に判断が難しいところがあり、二次救急は難しい。医師全体と看護師に対するトレーニングも必要。
- 「意識付け」は非常に大事だが、専門外のトレーニングを受けずにやってきているところもある。基本的なトレーニングコースを実施するとよい。
- 教育の活動が活発なところほど、研修医を呼び込みやすい。
- 40代後半から50代になっているベテランの先生方にトレーニングをするというと相当難しい。若い先生に対しては、病院内で体系的にやっていくことは良いことだと思う。
- 医師になって10年少々経過した頃の、新臨床研修制度になる前の研修を受けた先生方にこのようなコースに参加していただきたい。
- 参加できる環境を、病院がバックアップして作っていくことが必要。
- 費用や勤務面でのサポートを病院がしないとうまくいかない。若い先生は参加したいと思うので、病院が費用を負担したり、行ける機会を作ると良い。
- トレーニングや検討の場には、医師会の先生方にも、門戸を開いてもらえたら良い。

トレーニングの方法に関するもの

- JATECコースは、内科の先生でも受けておくと便利なもの。
- 福井大学で実施しているトリアージのトレーニングコースがある。病院の各科の先生がインストラクターになってやってもらえると良い。同じ病院の先生が院内で「自分を呼ぶときは、ここまでしてくれると嬉しい、あとは呼んでくれ」という伝え方をすればストレスも少ない。
- 実は診られるけれども、今まで習ってこなかったということが多い。絶対見逃してはいけない疾患さえ知っていれば上手くいく。
- トレーニングをしたら救急は何でも出来るということではない。パーフェクトにやろうということではなくて、恐い病気をピックアップする練習、恐いものだけ追体験ができるトレーニングをしてはどうか。
- 休日診療に出ている医師会の先生方が参加してもよい。
- 林先生のトリアージマニュアルは、開業医でも非常に参考になる。
- 看護師のトリアージのトレーニングにもなる。疾患を考えながら問診できるようになる。

救急隊員も交えたトレーニングに関するもの

- 病院と救急隊員との勉強会を継続的に出来ないかと考えたが、医師にも負担になる。医師以外の者が計画を立ててやっていただけると長続きするのではないかと。
- 消防としても、病院の先生方との勉強会は継続的にやりたい。先生方に来てくださいとお願ひしても、先生方の負担になることもあり、なかなか前進できない。

- 病院の先生と救急隊の“顔の見える関係”が大事。顔が見えると受入要請を断れない。
- 自分のところの身近な症例で話をすることが良い。
- 新病院の勉強会、トレーニングコースは、どのようなコースでもよいので月に1回程度行い、そのうち何回かは、救急隊と顔を見せてやると良い。