

第3回 仙台市における医療のあり方に関する検討会議 発言要旨

令和4年9月6日(火)18時00分～

市役所本庁舎2階 第1委員会室

1 開会

佐藤係長 只今より第3回 仙台市における医療のあり方に関する検討会議を開会いたします。

はじめに、事務局から確認とご説明をさせていただきます。まず、本日お配りしております資料は、次第に記載のとおりでございます。また、前回出席の委員の皆様には、第1回および第2回の検討会議の資料及び議事録をフラットファイルでお手元にお配りしております。資料に過不足がございませんか、確認をお願いいたします。

また、本日ご発言頂いた内容につきましては、事務局にて記録の上、発言要旨として整理をいたします。まとめ次第、委員の皆様にご確認いただき、その後、本市のホームページ等で公表させていただきますので、よろしく願います。

次に、本日の出席者につきましては、資料1の委員名簿にて紹介に代えさせていただきますが、7名の委員全員にご出席をいただいております。また、前回の検討会議では、地域医療・介護連携、医療機関等の現況調査に係る調査項目などに関し、ご意見を頂戴いたしました。

本日は、宮城県保健福祉部医療政策課の遠藤課長にお越しいただいておりますので、後ほど仙台医療圏の状況についてご説明いただきます。また、個別テーマとして「救急医療（災害時医療含む）」について、皆様にご意見を伺ってまいりたいと考えております。

本日は、そのテーマに合わせて、2名の方々にゲストスピーカーとしてお越しいただいておりますのでご紹介いたします。

医療法人松田会 松田病院の地域医療連携室 室長の伊藤 貴枝（いとう たかえ）様でございます。

仙台市立病院 救命救急センター長 兼 救急科部長の山内 聡（やまのうち さとし）様でございます。

皆様には、後ほど議事の際にそれぞれご発言をいただく予定でございます。

すので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、事務局からは以上となりますので、以降は安藤座長に進行をお渡しいたします。安藤座長、よろしくお願いいたします。

安藤座長　　ここから進行を務めます。本日もよろしくお願いいたします。まず、会議の公開についてですが、本日の会議では、特に個人情報や法人情報等を扱う予定はありませんので、公開とすることよろしいでしょうか。

安藤座長　　ありがとうございます。では、公開で進めさせていただきます。

2 報告

安藤座長　　それでは、次第の2「報告」の「(1) 第2回検討会議におけるご意見の概要について」、事務局から報告願います。

佐々木医療政策課長　　健康福祉局医療政策課長の佐々木と申します。資料2をご覧ください。

第2回の検討会議におきましては、地域医療・介護連携の、現状や課題認識などについて、意見交換いただきました。資料2はその中でいただいたご意見を項目ごとに並べたものです。

まず、(1) 在宅医療のすそ野の拡大、理解促進につきましては、外来を普通に行っているクリニックにも在宅医療をやってもらうなどの「すそ野を広げる」取り組みが必要であることの見解がありました。人材確保については、医学部において医者には往診医などの道を示すなどの医師側の理解促進や、在宅医療を含めた地域包括ケアシステムの推進にあたって、市民の理解の推進も大事であるとのお話もいただきました。

(2) の訪問看護につきましては、訪問看護ステーションの質の均一化を図ることの重要性や、看護学校において、訪問看護師の実習や情報発信が必要な旨のご意見をいただきました。

(3) 患者情報等の共有につきましては、病院の医師から在宅医、看護師、介護まで、情報交換などによる連携が重要であり、医療から介護の現

場までの共通の情報シート、データシート、チェックシートなどの必要性についてお話がありました。

(4) 多職種連携につきましては、その連携の深化には、症例を積み上げることが重要であるとのことがありました。また、歯科の分野におきましては、在宅医療に関わっている訪問看護師等に向けた口腔ケアの講習会などの実施により、よりスムーズに連携ができるといったお話がありました。本市に対しては、市内に自発的にできた職種間連携の会をリードし、もっと大きな会や分科会などの場を提供することを求めるご意見がありました。

(5) 医師同士のグループによる連携につきましては、医師の高齢化もある中で、1人の医師では対応しきれないことがあるため、医師のチームやグループを組むことが必要であるとの意見がございました。また、訪問歯科診療についても、グループや地域で高価な機材を共有できて、患者に開放できる仕組みがあればよい、とのこと意見をいただきました。

(6) 患者との関係については、在宅に移行する際の不安への対処も、在宅医や看護師、ケアマネジャーの役割であるといったご指摘や、老健施設に入る場合に医師との関係が切れないよう、嘱託医制度そのものも考えていく必要があることなどのご意見をいただきました。また、訪問看護の場合、大きな病気になったときにどうするか、今後の人生においてどういう選択をするかというのを最初の段階から意識付けしているとお話をいただきました。

その他、医療機関等の現況調査に係る調査項目についてもご意見をいただきました。

資料の説明は以上でございます。

安藤座長 ただいまの報告について、委員の皆様から何か意見はあるでしょうか。

安藤座長 それでは、特になしということで、本日の議事に入りたいと思います。

3 議事

< (1) 仙台医療圏における地域医療について >

安藤座長　　ここから議事に入ります。はじめに「(1) 仙台医療圏における地域医療について」です。第1回の検討会議におきましては、地域医療構想や地域医療計画は宮城県が決定しており、医療圏内の他市町村との関係もある中で、仙台市の施策の中で決めきれない部分もある、といった指摘もありました。本検討会議では、仙台市における現状や課題、対応の方向性などを検討することとしておりますが、当然、仙台市を含む14市町村からなる「仙台医療圏」の状況を勘案しながら進めるべきであり、その検討結果は、地域医療計画策定のプロセスに反映させるなどの対応が必要となってまいります。そうしたことから、本日は、仙台医療圏の諸課題についてお話を伺うべく、地域医療構想、地域医療計画を策定している、宮城県から、保健福祉部医療政策課の遠藤課長にお越しいただいた次第です。それでは、説明のほどよろしくお願いいたします。

遠藤課長　　宮城県医療政策課の遠藤と申します。本日ご説明させていただく内容は、一つ目は地域医療構想から見た現状と課題についてです。二つ目は医療現場における諸課題として、救急医療、在宅医療、病院間の連携というテーマに絞ってご説明いたします。最後にまとめとして、今後の対応について触れたいと思います。

資料3の3ページは地域医療構想から見た、今後の医療需要をもとに必要となる病床数についてですが、一番左側の棒グラフは各病院から報告された2020年度の病床数の実績になります。地域医療構想において目標値としている2025年の数字が真ん中の棒グラフですが、実績を若干上回る合計数となっております。2040年はさらに数字が上積みされております。これまでもお話ししている通り、急性期の病床数がニーズを上回っている一方、回復期がかなり少ない状況について、地域医療調整会議などでも課題とされているところです。

4ページは、病床の使われ方について整理したものです。病床機能は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期という4つの区分がございますが、

新たに報告された機能ごとの病棟への患者数、病棟ごとの病床稼働率、平均在院日数の傾向を見てとれます。入棟患者の状況は、急性期、回復期については増加傾向、高度急性期、慢性期については減少傾向となっております。病床稼働率は回復期が上昇しており、平均在院日数は慢性期が上昇傾向となっております。こうした中、急性期病床については稼働率が下がってきております。各病院において、在院日数の短縮や稼働率の上昇にかかる様々な取り組みがなされている状況を考えますと、今後必要となる病床数が若干下振れしてくる可能性はありますが、調整会議でも様々ご意見をいただきながら進めているところです

そうした部分を踏まえまして、次の5ページは調整会議での委員の先生方から発言いただいた部分を抜き出したものになります。赤字が主要な趣旨かと思いますが、「機能によっては必要な病床数に達していない所もある」「今までと同じ病院の構成で成り立たせることは難しい」「今の病床規模を維持することができるか」というと病院経営の視点から厳しい」「地域の実状に合った医療を考えていくべき」といったご意見をいただいております。

続いて6ページは、地域医療構想の推進にあたって、地域の課題についてコンサルの委託業務の中でこれまで整理・分析したものになります。今後は、役割分担と連携がキーワードで、各病院で稼働率や経営を視野にいれながら、様々な工夫をすることが大きな流れになります。今後必要とされる在宅医療については、どう普及していくのか、受け皿や取り組みについては地域ごとの検討になろうかと思っております。下段の仙台医療圏の機能別病床数については、回復期・慢性期への機能転換が課題です。回復期、在宅医療の受け皿が拡充されることで、患者さんの流れがスムーズになるということが指摘されております。スムーズな流れの構築にあたり、連携と役割分担が課題と認識しております。

続きまして、救急医療についてですが、8ページの救急搬送件数は上昇傾向が続いており、この10年間で出動件数は9千件増、搬送人員は8千人増ということでどちらも約1割の増加となっております。

この背景について9ページで、各年次における搬送内訳を年齢区分ごと

に示しておりますが、緑色の高齢者の割合が増加傾向となっており、今後増加が見込まれることへの対応について、救急医療協議会でも課題としてご意見をいただいているところです。

10 ページは、仙台医療圏における各消防本部のデータを整理したものです。上段は本部からの搬送患者数をグラフの大きさを示しております。色の濃い方が重症度の高い患者さんとなっております。表を見ると、患者数は仙台市立病院が一番多くなっております。下段は割合による病院間の比較となっております。重症の他にも診療分野別に搬送基準が定められており、各病院で細かく役割分担がなされているものと思います。

11 ページは昨年の地域医療構想会議でも示したものです。グラフに右肩上がりの太い黒線が入っておりますが、医師数と患者数のバランスのとれた平均値を表しております。黒い線より上に位置する病院は医師の体制から見ると多くの患者さんを取っている状況にあり、このポジショニングだけでよし悪しは測れませんが、こういった役割分担が見られます。一方、右のグラフは数字の小さい部分を拡大したものになりますが、医師数が少なくなると多くの患者は診られないということで、医師の働き方改革を見据えて病院ごとに今後どう役割分担を考えていくかが課題となっております。

12 ページは、国の第8次地域医療計画の検討の中で使われた資料です。高齢者の救急搬送が増える中で、どう受け皿を整理していくのか、機能ごとの役割分担をし直す必要があるのかなど、地域の実情に応じた課題があるかと思えます。いずれにしても、在宅医療や介護施設などの出口への流れがスムーズにいくような病院間の連携や地域で支える体制整備が今後の救急医療の課題であろうと考えております。

13 ページは在宅医療について医療機関ごとの患者数を表しております。患者数が多い医療機関上位3割で約8割の患者さんを診てもらっております。訪問看護ステーションについては、約6割の施設で約8割の患者さんを診てもらっておりますので、医療機関よりなだらかなグラフとなっております。

14 ページはそれを仙台医療圏に絞ったもので、3割の医療施設で約85%

の患者さんをカバーしております。ある程度大きな病院で在宅医療を支えているという状況なのだと思います。訪問看護は県内と比べてあまり差はないかと思えます。

続いて、医療機関向けに在宅医療の推進にあたり必要な取り組みについて、アンケート調査した結果をまとめたものです。医療圏ごとに集計しておりますが、どの医療圏においても一番多かったのが「緊急時の入院先医療機関の確保」です。あとは、訪問看護ステーションとの連携や主治医、副主治医性の導入などが課題という声が多かったものと思えます。

16 ページはそれぞれの課題に対する県で予算化している取り組みの一覧になります。

17 ページからは3つ目の課題である、病院間の連携についてです。平成30年度のものになりますが、病院に回復期機能の不足についてアンケート調査を行った結果でございます。県全体も仙台市も約半数が「はい」と回答し、その他の選択肢の割合もほとんど同じような数字となっております。地域医療支援病院などの急性期がメインの大病院は、ほとんどが「はい」と回答している一方、回復期メインもしくは回復期病棟を持つ病院は「いいえ」「よく分からない」という回答が多くありました。

仙台医療圏において、平成30年度病床機能報告で回復期病床を有すると回答した病院は25病院で、28病棟で1284床となっております。1か月の新規入院患者数は9361人で行いました。内訳は、院内の他病棟からが約5割、他病院からの転院が約26%、家庭からが2割程度となっております。稼働率を病院ごとの分布で見ますと、回復期リハ病床は押しなべて稼働率が高く、地域包括ケア病床は低い傾向となっており、これも課題となっております。

19 ページは病院間の連携に係る課題について記載しております。地域包括ケアに対する患者さんの理解がまだ十分でないため、転院時のトラブルや調整の難しさがあることや、ACPの普及、看取りや終末期への対応など様々課題があげられております。また、多職種連携や患者さんの情報共有のほか、住民への周知・啓発も必要だのご意見をいただきました。

以上を踏まえ、課題への対応としては、高齢化への対応はもちろんのこ

と、先を見据えた変化や病院完結型から地域完結型へ連携していくことも必要だろうと思います。

最後に国の救急・災害医療部会で使用された図になりますが、連携の部分や救急搬送時の高齢者への対応が従来より具体的に書き込まれておりまして、ここが今後の課題となってくるところだろうと思います。以上です。

安藤座長 ありがとうございます。ただいまの宮城県からの説明にご質問等ございましたら挙手にてご発言いただきたいのですが、いかがでしょうか。

亀山委員 遠藤課長からの説明資料について、2つ伺いたいと思います。まず1つ目は資料3の10ページの救急医療の下のグラフについて、軽症、中等症、重症の病院ごとの重症度別受け入れ割合が示されていますが、上のグラフとは別に割合のグラフを出す意味はどのようなところにあるのでしょうか。

遠藤課長 10ページ上段のグラフだけでも傾向はご覧いただけるかと思いますが、軽症の割合が多い病院（仙台徳洲会病院：46%、イムス明理会仙台総合病院：47%）もあれば、中等症以上が多くを占める病院（仙台市立病院：64%）もあるという傾向をわかりやすくするため、下段のグラフを提示しております。医療機関の役割分担の一つの切り口と考えております。

亀山委員 たとえ重症患者の受入件数が異なっても、救急車を受け入れていることが地域で何らかの貢献、役割を果たしていると考えられます。そこが重症度の割合のグラフからはストレートに伝わってこないと感じます。

また、2つ目の質問として、18ページに「回復期リハ病床の稼働率が高く、地域包括ケア病床の稼働率が低い傾向」という記載があります。この春の診療報酬改定で、地域包括ケア病床への院内転入制限が拡大されているはずですが、その結果は反映されているのかということと、回復期リハ病床の稼働率が高い理由はなぜなのかについて伺いたいと思います。

遠藤課長 具体的な理由までを細かく各病院から聞いたことは無いのですが、回復

期リハはニーズにすべて対応できていない可能性があります。というのも、地域包括ケア病床は、亀山委員からのお話の通り、診療報酬改定で外から患者を受け入れるような形に変更がなされておりますが、従来、一定規模の病院では後方ベッドや院内の調整として使っていたところもあり、様々使いにくさもあったと想定しております。

また、郡部など病院が少ない地域では、地域包括ケア病床が自宅に戻るまでの居場所としてうまく使われている一方、市内など一定の医療リソースがある地域で、どう地域包括ケア病床がポジショニングをとっていくのかについて、今回の報酬改定を受けて、各病院で検討が進んでいるように感じております。

亀山委員 藤森委員はどうお考えでしょうか。

藤森委員 回復期リハ病床も、地域包括ケア病床も、配置基準は両方 13 対 1 になっております。多くの回りハは目的（脳外科など）を持って設置されているので、患者が見込める形で作られているため、稼働率が高くて当然です。一方、地域包括ケア病床は目的を持ってではなく、やむを得ず設置されたケースが多いので、結果稼働率が低くなります。また、誰が担当するのかという医師側の問題等もあり、持つ気合いが違うとも言えます。

安藤座長 我々が抱える仙台市の将来の課題とほぼ同様ではないかと感じます。

< (2) 救急医療（災害時医療含む）について >

安藤座長 次に、「(2) 救急医療（災害時医療含む）について」、事務局から説明をお願いします。

佐々木医療政策課長 資料 4-1 と 4-2 をご覧ください。

資料 4-1 は、本市における救急医療の現況について、データ等をまとめたものです。資料 4-2 は、本日、論点となると想定されるものを示しており、ローマ数字の項目は、資料 4-1 とリンクしています。

はじめに、資料 4-1 を説明いたしますが、4-2 の論点も念頭に置きながら、4-1 をご覧いただければと思います。

まず、ローマ数字 I の「救急医療の機能分担」についてです。

1 ページは、本市の救急搬送の概要を示しており、上の表は救急出場件数についてです。人口 1 万人あたりの救急出場件数は、本市が県内で最も高い状況です。

下のグラフは、仙台市の救急出場件数と救急搬送人員の推計です。本市の高齢化率の上昇に伴い、本市の救急需要は当面増加する見通しです。

2 ページからは、初期救急医療についてです。初期救急医療とは、主に外来診療により比較的軽症な患者に対応する救急医療で、平日夜間、土日祝日の初期救急医療の確保を目的として、①で示している仙台市急患センター、北部急患診療所、仙台市夜間休日こども急病診療所の 3 つの診療所を仙台市が設置しています。表の一番下の歯科診療所は仙台歯科医師会が設置し、仙台市は補助金を支出しています。各診療科目等は表のとおりです。なお、内科・小児科・整形外科については、日曜・祝日の昼間における初期救急医療の確保を目的とし、開業医等の各診療所の当番医制度も設けています。②は、歯科診療所を除く診療所の時間帯別の患者数です。令和 2, 3 年は新型コロナウイルス流行の影響で、患者数は減っています。③は歯科診療所の患者数です。こちらも令和 2, 3 年は新型コロナウイルスの影響で患者が減っていますが、令和 2, 3 年を除いて見ても、減少傾向にあります。

3 ページの (2) の救急電話相談は、宮城県と共同で実施しているものです。休日・夜間の急な病気等の電話相談に対し、受診の必要性や対処方法等について必要な助言を行っています。利用件数は横ばいです。(3) は他の政令市や県内市町における急患診療所の体制・概要です。先ほどご紹介した本市の急患診療所では、内科・小児科を全日・深夜帯翌朝 7 時まで行っていますが、例えば、横浜市は、初期救急は深夜 24 時までとし、以降は二次救急病院で対応となっているなど、各都市それぞれの対応となっています。なお、23 時までの診療時間としている本市の北部急患診療所におきましては、ストレッチャーでの救急搬送や感染症に対応するには十分では

ない設備であるほか、駐車場も少ないなど、休日夜間診療所としての立地や施設にも課題を抱えている状況です。

7 ページをご覧ください。二次救急とは、入院や手術を必要とする重症救急患者に対応する病院のことですが、初期救急である休日夜間診療所に、重症患者が来た場合には、二次救急へ転送します。表は、転送の患者数等を示しています。初期から二次へのスムーズな医療連携の観点から、県内においては、仙南地域や石巻地域において、二次救急医療施設の中に初期救急医療施設が設置されている例があります。

8 ページは、本市の二次救急医療施設における患者の経路です。黒いグラフに白い文字で示されているのが直接来院の患者数で、灰色の部分の救急隊からの搬送を大きく上回る状況です。直接来院した患者のうち、入院等の割合は緑で示していますが、その割合は 10%程度で、残りの 90%近くの患者は帰宅しており、休日・夜間の二次救急に、初期救急相当の患者の直接来院が多い状況となっています。

9 ページは、政令市を含む二次医療圏における初期・二次救急関連の診療報酬点数の算定回数です。時間外や夜間、休日の診療報酬の加算等について、政令市を比較していますが、本市は、初期救急の提供量がやや少なく、二次救急の提供量は平均並みです。

10 ページからは、「二次・三次救急医療における救急搬送・受入等の状況、地域分布」です。(1) は、主な救急医療機関と災害拠点病院の分布で、人口密度の図に重ねたものです。赤い部分が人口密度の高い地域ですが、そういった地域に、主な病院も分布しています。

11 ページは仙台市の中心部における救急搬送件数、搬送時間です。上の図は、各消防署等の管轄区域を示しています。下の図は、背景の色が搬送時間を示しており、薄い色が、搬送時間が短い地域です。青い棒グラフが搬送件数を示しています。搬送件数が多い地域においても、病院が多くあるなど、仙台市の中心部においては、どの地域も同程度の搬送時間となっています。

12 ページは地域別の搬送先病院です。グラフ中、赤が同一管轄区域内、黄色が同一区内、緑が市内への搬送を表しています。200 床以上の病院のな

い若林区以外は、同一区内までの搬送が大半を占め、近隣の病院に搬送しているケースが多い状況です。また、市外への搬送はわずかであることも分かります。

13 ページは、本市の病院群当番制事業の概要です。休日・夜間において救急患者受入に対応する二次救急の病院を、当番制により確保し、救急医療体制の充実を図る事業で、当番病院と協力病院で構成されています。当番病院へは、②（イ）のとおり、日数に応じた補助金を交付しています。

14 ページをご覧ください。上の表は、当番の 9 病院の応需率の分布を示しています。応需率とは、救急隊からの照会に対しての医療機関の受入可能な回答の割合のことを言います。下の表は、当番病院の当番日における救急搬送受入件数を示しています。平日、土日休日いずれも、病院ごとに件数はばらつきがあります。青い列は平日の当番日における受入件数ですが、毎日当番を担当している病院の平均件数は 1 日あたり 4.5 件で、一部の曜日が当番の病院の平均件数 2.1 件よりも多くなっています。

15 ページは、主要診断群別の救急搬送による患者の入院先病院の構成です。三次救急の病院とは、高度な救急処置を必要とする重篤な患者に対して、医療を総合的に提供する病院で、東北大学病院、仙台医療センター、仙台市立病院の 3 つの病院をいいます。グラフにおいては、その三次救急の病院が赤、二次救急の本市病院群当番制事業の当番病院が黄色、それ以外が青と白の色になっておりますが、三次救急の病院と当番病院とで占める割合は、診断群別でばらつきがあります。

16 ページからは「救急患者を受け入れる病院・病床の状況および後方病床への転退棟の状況」です。1. は救急搬送における応需不能の背景です。応需とは、先ほども申し上げたとおり、救急隊からの照会に対して医療機関が受入可能とすることを言い、応需率とはその割合を言いますが、昨年度の「仙台市の医療提供体制に関する懇話会」におきましても、本市の応需率は 70%程度と、全国平均の約 78%に比べ低い状況にあることが議論となったところです。上の表は救急搬送における応需不能の理由を病院の種類別に示したものです。三次救急の病院や、毎日が当番日である当番病院では、黄色の「手術中・患者対応中」が多く、それ以外の病院において

は、水色の「処置困難・専門外」が多くなっています。

同じく 16 ページの下段は、宮城県が行ったアンケート調査の回答内容です。各病院からは、転院先選定の際の留意点や困りごととして、転院目的や、急性期病院と転院先の病院では医療行為のレベルが異なることについての患者・家族の理解が必要なことや、在宅医療等の強化が必要な旨などの回答をいただいております。

17 ページは病床利用率・平均在院日数です。病床利用率、平均在院日数ともに、政令市の平均並みとなっています。

18 ページは、予定外の救急医療入院患者の割合が 20%以上である急性期系病棟からの退棟後の行き先です。全体として、家庭への退院が一番多く、院内の他病棟への転棟が次に多くなっています。福岡市のみは、その順番が逆になっています。

19 ページは、曜日・時間帯別の救急搬送患者の搬送先病院の構成を示しています。時間帯によって、多少のシェアの変動はありますが、特定の時間に、特定の病院に患者が集中するなどの傾向は見られず、多数の病院で救急搬送を受け入れる体制となっています。資料 4-1 の説明は以上です。

資料 4-2 をご覧ください。本日の論点と想定されるものを示しております。ご議論の際の参考としてご覧いただければと思います。資料の説明は以上です。

安藤座長 ありがとうございます。本日はゲストの方が 2 名来ておりますので、まず 2 名の方々にお話しいただいた後に議論に移りたいと思います。まずは、伊藤様にお話をいただきます。よろしく申し上げます。

伊藤氏 松田病院の伊藤と申します。資料に沿って、当院の状況についてお伝えさせていただければと思います。

まず松田病院について、所在地は仙台市泉区で、松田病院のほかに介護保険部門の松田会グループということで運営をしながら、主に仙台市内で事業を行わせていただいている状況です。

早速ですが、当院の入院病棟についてです。当院の病床数は総数 125

床、3病棟に分かれておりまして、今回議題にあげさせていただく、回復期リハビリテーション病棟は48床で運営しております。それ以外は急性期、一般病棟、それから地域包括ケア病棟ということで設けております。

続きまして、現在の回復期リハビリ病棟の状況ということで、コロナ関連もあるのですが、ここ数年のリハビリ疾患別の患者さんの割合です。まずは、脳血管疾患リハビリで、こちらの割合が大体46%から47%程度の方々です。運動器リハが50%を若干超える程度、この2つが約半々で運営しているような状況です。また、整形の方は、院内での整形の手術も持っておりますので、整形に関わる運動器リハの患者さんが50%を少し超える程度という現状です。

それから、廃用症候群・その他ということで、今年の4月からですが、心臓リハビリが回復期リハビリ病棟の対象となりまして、現時点では廃用症候群の方と心臓リハビリ対応の方、概ね1%程度で運用しております。こちらの患者さんはリハに乗りにくいというところもあり、人数としては若干少なめになっております。

平均年齢としては79.6歳、昔は80代だったと思うのですが、ここ数年は50代、60代の若年世代の回復期リハビリへのご紹介という数も増えている傾向にあります。

続きまして、在院日数です。当院の在院日数が疾患別にみると脳血管リハが72日、運動器リハが50日、廃用症候群・その他が36日、概ね1か月程度となっております。ただ、これもここ数年、コロナ禍の影響を受けており、去年ぐらいからはもう少し在院日数も伸びている印象があります。

続いて、紹介元医療機関の状況については、当院へご紹介いただくところで、大体年間で250件から300件ほど、ご紹介をいただいておりますが、その9割以上が仙台市内の医療機関からのご紹介という形になりまして、その多くは脳血管疾患の患者さんのご紹介の割合が高いです。仙台市以外としては、県外からも何ヶ所か、お申し込みいただく場合もありますし、仙台市外ですと大崎市、それから石巻の方なども、声がかかります。県北の方だとなかなか回復期病棟の数が足りていないということもあり、コロナ禍の時は問い合わせの数が増えていたような気がします。

また、急性期病院から当院への転院までの待機期間ですが、まずは各急性期病院の相談室・連携室から紹介の連絡があります。その後、患者さん本人の状態が分かる資料を、FAX等の書面でご提示いただいております。その後、当院の回復期病棟の入院に関しての判定会議ということで、コメディカルスタッフ、回復期病棟の専従ドクターなどが入りまして、判定会議を行っており、前に紹介いただいた先の病院には、その判定会議の結果をもって、伝えさせていただくような流れでおります。通常だと、1週間のうちに判定会議を数回設けてお答えを返す、というような流れになりますが、コロナ禍で病棟運営がストップしてしまう状況が今年に入ってからには特に続いており、若干この期間にも影響が出ていると感じます。基本的にはご紹介の連絡をいただいてから、15.5日、だいたい2週間ちょっとで結びつける流れをとっておりますが、資料にもある通り、夏・冬の期間に関してはかなりお申し込みが殺到するのと、退院調整に時間を要することがあり、長いと20日程度待機してもらっている状況です。

続いて、退院先の状況についてです。回復期リハビリ病棟の診療報酬のうち、当院は、回復期リハビリテーション病棟入院料1という区分での算定を行っております。施設基準として求められる在宅復帰率は、基本70%以上を確保するということがあります。当院からの退院の方々は概ね80%近い方々が在宅復帰となっております。内訳として、まずはご自宅、あるいは自宅ではなくとも居宅系の介護施設、さらには、ある程度医療の関わりも備えている有料老人ホームなども割合が上がってきております。

それ以外としては、松田会の中でも持ち合わせている介護老人保健施設、当会以外の介護老人保健施設へ退院されるご希望がある方もいらっしゃいまして、回復期リハビリ病棟を経てなお、在宅に戻るために、もう少しサービス調整が必要である方などは、状況によっては、特別養護老人ホームへの入所待ちをするために介護老人保健施設に行かれる方もいる状況です。

あとは、ここに転院ということで、治療目的による方々をあげさせていただきましたが、やはり、回復期リハビリ病棟で、順調にリハビリがこなせる方ばかりではなく、急変で治療を余儀なくされ、一旦、回復期病棟を

離れる患者さんも一定数出てきております。近年、高齢の方で、リハビリを目的にお越しいただく、例えば整形病名でお越しただいて、回復期リハに取り組んでいる中、内科疾患を併発されて、そちらの治療で転院される方も増えてきていると感じます。それ以外としては、医療依存度が高い方々が、療養型病院、あとは認知症の症状が強い方になりますと、当院から精神科病院にご紹介をするというケースも若干ございます。

基本的には施設基準の中で、在宅復帰率だけではなく、重症者をある程度受けることで、その方々の回復率というところも問われるようになりまして、できるだけ重症度の高い方もしっかり受け入れて、回復期リハの中で改善をして、在宅復帰できるように回転をさせるという方針のもとで対応させていただいておりますが、現状としてはやはり、ご自宅だけではなく、こういった様々な退院先に調整をさせていただきます。

先ほど申し上げた転院、退院までの待機期間ですとか、そこに影響が出てくるのがやはりこの退院調整の部分になっておりまして、コロナ禍で在宅サービスを調整していたのだけれども、そちらの方がなかなか通常のサービスが使えないですとか、様々な影響が出ている中ではありますが、現状このような形で運営をさせていただいております。以上です。

安藤座長 ありがとうございます。回復期リハビリテーション病棟の現状や課題、稼働状況を大変わかりやすく伺うことができました。続いて、山内様、お願いいたします。

山内氏 仙台市立病院救急科の山内と申します。資料6に沿っていきたいと思いますが、事務局が説明していただいた部分と関わる部分は適宜飛ばしていきたいと思います。

まず2ページでは、仙台市の救急医療体制の紹介ということで、次に3ページでは急患センター等当番事業を担当いただいている医療機関を掲載しております。

4ページでは救急医療の流れを掲載しております。患者さんに症状が出現した時、本人は一次救急なのか三次救急なのか多分わからないと思いま

す。具合が悪いただけでは、自分はひどい症状だ、どうしたらよいかわからないという方が多いと思います。その場合、病院にもかなり問い合わせが来るのですが、看護師が電話対応に追われてしまって、患者対応につけないということにもつながっております。

それに関して、図の下部にある受診相談ということで、宮城県、仙台市では、#7119 や#8000 がありますということを記載しております。

また、図の症状出現から右に進んで、症状がある場合でも救急車を呼ぶほどではなく、病院を受診できるという方は、仙台市の場合、急患センターを受診していただくということもあります。ここである程度、薬をもらって帰宅できる、というフローになります。

そこで急患センターで診ていただいて、急患センターでは検査もできないし、高度な治療が必要になると病院にご紹介いただく、もしくは直接救急車なりウォークインで病院を受診することになります。

病院を受診した場合、そこで治療を終え、薬をもらえば帰宅ということになりますが、ある程度の割合の方は入院されることになります。

入院治療で体調が回復し、自宅に帰る人もいますが、高齢の方は転院とか施設に入るような人もおります。

今回、お話しさせていただくのは、病院受診から入院加療にあたる部分になりますが、入口のところも大事ですし、後で説明させていただきます出口のところもかなり重要だと考えております。

次に5 ページですが、日本全体の救急医療の問題点としては、どこでも高齢化が進んでおりまして、救急件数は増加していることや、不適切な救急受診もあるのではないかとこのところでは、救急車の不適切利用や、日中は働いているので夜に受診するといった、安易な時間外受診があります。

また、救急医やゼネラリストがいないというのも挙げられます。今、医療全体が高度専門化していますので、自分の専門以外は見られないという医師も増えて、病名で既往として、統合失調症とかうつ病があると、それだけで今回はその症状はないのだけれども、診てもらえないというケースも存在します。再来年以降、医師の働き方改革が適用され、今のような時

間外労働もできなくなりますので、これも解決していかなければなりません。

6 ページの受診までについて、どこを受診したらいいかわからないという人がかなりおります。#8000、#7119 というものをせっかく作っていただいています。果たしてこれはどのぐらいの人が知っているのかという思いはあります。病院で聞いても知らないという人がいるし、医療関係者以外の友人に聞くとほぼ知らないと言って、これをできれば110番や119番並みの認知度にして欲しいと思っております。

病院に問い合わせただくがゆえに、看護師の手が電話対応に取られてしまって、患者さんを診ることができない状況にありますので、対応策としては、広報していただくしかないと思うところです。問い合わせは、実は昼間も来ているので、#8000、#7119を24時間化するか、あるいは今現在もAI化がかなり進んでいて、#8000や#7119は消防庁が作成したアルゴリズムがあり実現はできるはずなので、そういうことを進めていけばいいのではないかと考えております。

あとは、昨今話題になっているオンライン診療も積極的に活用すればいいと思いますし、病院で救急救命士さんを雇用して電話対応等タスクシフトをしていくという取り組みを進めている病院もあります。

7 ページ以降は搬送件数で、年々増えておりましたが、コロナ禍で2020年は搬送件数が減りました。

8 ページの搬送患者の内訳は、急病が3分の2を占めております。

9 ページの年齢別患者数では、高齢者の割合がかなり多いです。急性期病院で一般の先生方が診たいと思われる疾患は、おそらく高齢者救急ではないと思います。しかし、実態として高齢者の数が多いので、高齢者の方々の救急を考えていく必要があります。

10 ページは時間帯別でございますが、昼間が多いですが夜間も多く要請されております。

11 ページにまいりまして、時間外に救急を受けることはやはり難しいと思うのですが、何の疾患かわからない、お腹が痛いと言われても、それが外科なのか内科なのか産婦人科なのかかわからない状況があります。日中で

あれば専門医に相談できますが、自分しかいない状況で、場合によっては検査ができない、患者の背景が十分わからないまま来てしまう。一人暮らしの方や家族がいない方が来た場合は「救急車を受けたら帰宅できそうにない」と感じることもありますので、なかなか受けづらいこともあるかと考えております。

先ほど申し上げましたが、高齢者が増えていることは事実であり、施設や在宅の患者さんから、夜間に限らず救命センターにも結構な数の依頼がございます。本当に三次救急が必要なのかというとそうではないこともございまして、誤嚥して熱が出ているケースや、酸素が必要というケースも多くございます。

それに関して、12 ページですが、県のホームページを見ると、在宅患者入院受入体制事業というものがございます。受け入れに関して補助金が出ているはずなのですが、救急隊の方に聞いてみると知らないことが多いです。輪番で割り当てが決まっているはずですので、制度もあり、せっかくお金を出しているのであれば、使っていただきたいという思いです。

あと、先ほどの資料にもACPの推進がございましたが、もしかするとACPとはDNARを取っているか、という誤解があるのかと感じます。決してそういうことではなく、ACPは人生会議とも言われますが、高齢の方がどう生きたいかを話していただくことで、別に蘇生してほしくないという方まで救急車を呼ばれて人工呼吸器をつけられ、心臓マッサージをされて肋骨も折れて、というのは人生の最後としてどうなのかと感ずるところもあります。

13 ページの仙台市病院群当番制事業についてでございます。これは日数に応じてお金が支払われていると思うのですが、先ほどの事務局の説明の中で、多数受けていただいているところ、そうではないところもあるということで、インセンティブの出し方として本当に担当している日数で出すべきか、救急車を当番日に受けている数に応じて出すべきなのか等、インセンティブの使い方を少し効率的にした方がいいと考えております。

14 ページについて、私自身が救急医ですが、救急医がいないと救急医療ができないかということ決してそうではなく、救急医がいない病院の方が多

く、救急医療が決して救急医だけのものではないというのは事実だと思います。そうすると、救急医は要るのかという問題になりますが、救急医学会はその点に危機感があり、学会のホームページには、救急医とは「病
気、けが、やけどや中毒などによる急病の方を診療科に関係なく診療し、
特に重症な場合には救命救急処置、集中治療を行うことを専門とします。
病気やけがの種類、治療の経過に応じて、適切な診療科と連携して診療に
当たります。さらに救急医療の技能を生かし、救急医療制度、メディカ
ル・コントロール体制や災害医療に指導的立場を発揮します。」と記載さ
れております。救急科があれば全部できます、ということを行うつもりも
ございませんし、各科の専門の先生とも連携する必要がありますが、初期
診療をするにあたって、何科という専門性に限らず診られる能力は十分生
かせると思いますし、他の科との連携ができるところは強みかと思いま
す。

あとは、救急医療制度、メディカル・コントロール体制と書いておりま
すが、例えば、コロナの対応にあたり県庁で調整本部を担当している方が
12人で当番制を敷いており、半分以上が救急医です。コロナに対応すべき
は救急なのかと言われると違うかもしれませんが、こうした調整も担って
いるところをご認識いただければと思います。

15 ページでは、仙台市の現役の救急医がどのぐらいいるかを、ホームペ
ージや救急科専門医のリストから集計した結果でございます。大学病院は
もちろん配置が厚く、16人のスタッフで、うち14人が専門医です。当院は
6人で、うち救急科専門医が4人です。合計すると市内に34人、おそらく
救急医として働いている方がいらっしゃいます。救急科専門医ではあるも
のの今現在救急医として働いていない方もいらっしゃいますが、そういう
方は入っていない数字でございます。ホームページ上、81人の救急科専門
医がいらっしゃいますが、半分近くは現在救急医療をされていない、救急
科として働いてない状況と思われます。

もちろん救急医を増やすのは、我々救急医がやらなくてはいけないこと
ですし、大学病院の救急科がそれを率先してやらなくてはいけないことは
前提で置いた上で、16ページの救急医を増やしていく必要があるのではな

いかという話に繋がります。行政の方からも救急医が必要であるということ、広報というのが正しいかわかりませんが、サポートしていただきたいと考えております。例えば、育成の資金として、Off-the-Job-Training(OJT)の中で、JATECやACLSがございます。OJTは、救急科がおそらく他の科と比較しても進んでいるため、それなりに費用もかかっております。そこを一部サポートいただくと負担感が減り、実際にトレーニングができ、研修医の方にも興味を持っていただけるかと思っております。また、自治医大の卒業生が毎年2、3名おりますが、現在は内科医か整形外科医になる方が多い状況です。無理にというわけではないですが、希望する自治医大の学生がいれば、救急医になれる道を作る必要があると思っております。他には東北医科薬科大学の学生が病院見学で市立病院に来てくれるのですが、救急医療や総合診療に興味があると言ってくれることも少なくないと感じます。しかし、彼らも奨学金の返済があるケースが多く、それに伴い進路が他の方たちと比べて自由でないことがあるので、奨学金返済の優遇措置を設けることで救急医へ誘導することが可能になるのではないかと感じるところです。

17 ページにまいりまして、最後の課題として出口対策についてですが、先ほど夜間に救急病院が診ている対象者の話をいたしました。高齢者救急の患者が非常に増えております。急性期医療機関として、各科の先生たちがこれをすごくやりたいわけではないというところに、かなりジレンマがあると感じます。高齢者救急の患者をどんどん院内に入れることで、そのような患者さんが大半を占める状況はかなり厳しい状況ですので、救急車を受けた後に速やかに地域の医療機関で受け入れていただける仕組み・体制が必要だと感じます。高度な治療が必要なわけではなく、点滴・酸素・抗生剤ぐらいの対応をしていただければ十分なため、そういった処置を、翌日以降速やかにしていただける仕組みが必要と考えております。

私自身が市立病院に来る前に大崎市民病院で勤務しておりましたが、その時は、救急科で前述のような患者さんを受け入れても、平均在院日数は4~5日程度で、速やかに地域の医療機関に転院していただくことができておりました。市立病院に来てからは、そういう方は結局、15日から1ヶ月、

院内にいて転院ができない状況となっております。その場合、救急科で抱えることはできず、各診療科にお願いしております。ここを短縮することは当院だけの問題では決してないと思っております。急性期をやられている各救急病院が、こうした患者さんを多く受け入れるためには、初期診療が終わった後に速やかに転院する仕組みができない限りは改善が見込めないのではないかと思っております。

18 ページになります。市立病院としてはここが大事かと考えておりまして、昨年から「仙台南地域の医療連携を考える会」を行っております。市立病院から提携をお願いしている病院、10 医療機関と年に 2、3 回ほど、本当は対面で集まりたい中、コロナ禍で毎回オンラインとなっておりますが、会議をしたり、あと年 2 回ほど病院、医療機関を直接訪問してご意見を伺ったりしております。速やかな連携をするというのは、こちらからお願いするだけではなく、もし悪くなったときにまたこちらで受け入れることも含めて連携だと思つたため、その辺をきちんとできる体制を作っていたかなくてはいけないと痛感しております。以上です。

安藤座長 ありがとうございます。ここまで 2 名のゲストの方々にそれぞれの立場でご発言いただきました。ここからは委員の皆様とフリーにディスカッションをしたいと思つます。資料 4-2「論点について」に挙げられていることを中心に、皆様からご発言がございましたらお願いいたします。

まず、救急医療の機能分担について、一次から三次救急までどうやって役割を分担して連携していくかということですが、藤森先生にお伺いしますが、仙台市の救急医療体制について全般的な課題についてお話しいただければと思つます。

藤森委員 仙台医療圏は医療的に充実しており、全国の政令市と比較しても遜色ないと言えます。急性期に関して心配がない中で、応需率が上がってこないのはなぜなのかというところに課題があります。専門性が違う、処置中で受けられないという理由が出ていますが、ここから見えるのは、救急をやっているが体制が薄いということです。市立病院のような体制ではなか

なかできないということだと思いますが、今後、受入体制を少数精鋭で厚くするべきか、それとも薄く広くするべきか、あるいは日数ではなく受入件数によるインセンティブのつけ方にするかなども含め、考えていく必要があると思います。

また、救急部門での在院日数が長く、回転率が上がっていないことも課題だと思います。回復期や慢性期の病床数が少ない中で、後方支援の体制を今後どう手厚くしていくかが課題と考えています。もちろん、政令市との比較での課題ではありますので、政令市以外と比べれば十分な体制があると思います。

安藤座長　　うまく補強することができれば、十分に体制が取れるのではという希望のある話でございました。仙台市立病院と同様、三次救急を担う仙台医療センターの島村委員からの意見をお聞きしたいと思います。山内先生からは、県北の方は短い在院日数で患者さんを転院させられるが、仙台市内は長くかかってしまうという話もありましたが、仙台医療センターも同様の課題があるのでしょうか。

島村委員　　仙台医療センターも出口の課題は抱えています。山内先生のおっしゃった様に、受け入れ先をどう設定するかという課題が大きいです。ソーシャルワーカーの方が早々に動いて出口を探るわけですが、松田病院での話にあったように脳卒中後の方が多いと在院日数が長くなる場所もありますが、待機期間が2週間程度というのはもう少し短くならないかとは思っています。そうした受け入れ側の病院が回転を早くして、相談したらすぐに受けもらえるように連携をできるようにするのか、またはそういった病院の数がそもそも少ないのかはわかりませんが、調べる必要があると感じます。

また、救急の応需率がほかの政令市と比較して低いことについては、入口の数を増やすことが一つの解決策になると思います。ただ、患者側が一次から三次のどこを受診するべきかを判断するのは難しいです。救急隊がある程度判断してくれてはいますが、病院群当番制の中で応需してくれな

い病院もあるという現状は、改善が必要と考えます。仙台医療センターは三次救急も受けていますが、複数件重なってしまうと医師以外のスタッフ数の問題もあるため、例えば救急車で交通事故の問い合わせが重なる場合には、両方同時に受け入れることは難しいです。受入対象を仙台市内のみとすれば解決するかもしれませんが、黒川や松島といった地域から要請が来たら受けざるを得ない状況です。そこに新たに交通事故患者を診てくれるとなると対応が難しいところがあります。入口の数を絞る形をとるなら、頑張っている施設に補助金などでマンパワーの拡充をすることが大事だと思います。

また、山内先生のおっしゃるように、救急医が少ないという課題もあります。昔は若い医師だけで当直をまわしていた時代もありましたが、働き方改革が進む中ではそのようなことは難しくなってくるので、当直ができるマンパワーを増やす必要があります。まず、研修医に外科医・救急医を目指してもらう必要があります。仙台医療センターを希望してくる研修医は救急に興味のある方が多いのですが、ドクターヘリのユニフォームを着て満足してしまう、というような人もいるため、その先を見てくれる人を増やす努力をするのが第一歩ではと考えているところです。

安藤座長 ありがとうございます。伊藤様にお伺いします。回復期リハビリ病棟の入棟にあたっては、判定会議を行い、受け入れを決定しているとのことですが、地域包括ケア病床も同様の対応を取るのでしょうか。

伊藤氏 似たような動きにはなりますが、地域包括ケア病床の待機日数の方が長いケースが多いです。どうしても受け入れた方が自宅に戻ることが可能なケースが少なく、転院先を選ぶ必要が高いです。療養型の病院を選ぶ必要があるのですが、医療ケアを必要とする人も多く、介護保険施設だけでは難しい状況です。なかなかスムーズに流せていない現状があると感じています。

安藤座長 松田会さんの組織力をもってしても難しいというのが理解できました。

急性期の処置を終えた患者さんを次の病院で受け入れる際、今の仕組みだとすぐには受け入れるのが難しいとすると、そこをスムーズにするにはどのようにするとよろしいのでしょうか。

伊藤氏 診療報酬改定により、重症者の割合を増やす必要が出てきました。重症度の高い方は救急病院で在院日数が少ない方、一定の治療を終えた方になると思うのですが、重症度の高い方の状態を見極めたうえで受け入れる流れ作りを始めているところになります。判定会議の回数を増やして退院調整を行ったところで、優先順位をつけて患者さんを受け入れる流れになると想定しています。

山内氏 転院先では治療が終わった方を送って欲しいと考えている一方、救急病院は状態が落ち着いているのですぐに診られるだろうという認識を持っており、議論がかみ合わないと感じています。本当は急性期として受け入れた病院でその次の行き先（療養病院）を予約して、抗生剤などの治療を施しながら、数日以内に急性期を診ていない病院に移動する流れにすると、全員に利があると感じる場所です。

安藤座長 大崎市民病院ではどのような対応をされていたのでしょうか。

山内氏 大崎市民病院の周囲の医療機関では、夜間診療は難しいとのことでしたので、夜は大崎市民病院で診るから翌日以降はお願いします、という話を各病院としていました。そもそもの違いとして、大崎市民病院は地域で救急対応できる医療機関がそこしかないため、紹介患者の応需率がほぼ100%という背景があり、仙台市立病院は紹介患者も70、80%しか受けられない中で、関係性が違うため全く同じことはできないと思っています。

安藤座長 仙台市内に回復期に特化した病院が必要ではないかと思っております。三次救急で受け入れた患者を予約して引き受けるような、すぐ受け入れられるハブのような病院が必要ではないかと考えております。現行の診療報

酬の仕組みだとうまくまわるかという懸念はございますが、亀山委員はどうお考えでしょうか。

亀山委員 国もそういったことを想定して地域包括ケア病床を作ったと思うのですが、実態が理想にそぐわない中で、診療報酬改定で誘導是正しようとしている状況と認識しています。県の遠藤課長から話のあった通り、仙台医療圏で回復期病床が足りないのは事実なため、その解決が地域医療構想の課題でもありますし、行政の力の振るいどころではないかと考えています。

また、仙台市の病院群当番制事業について応需数に応じたインセンティブシステムになっていない点ですが、私自身が制度設計の段階で関係していた際には、当番日を公表することが、一番大きな転換点でした。公表するので、各当番病院は一般市民にアピールして、その分稼いでくださいという制度設計であったことから、ウォークインの患者数が多いのは当然の部分でもあると思います。その中で救急車に着目するなら、やはり実績に応じたインセンティブはあり得るとも思います。

もう一つ、山内先生が資料6の12ページで言及した、在宅患者入院受入体制事業についてです。年間2億ぐらいの予算で県が宮城県医師会への委託でやっている事業ですが、在宅患者の受け入れを多くの地域の病院でやっている中、本事業に参加する協力病院が少ないと感じています。制度の有効活用を改めて見直す必要があると感じます。

安藤座長 亀山委員にもう一つお伺いしたいと思います。一次救急を担当している急患センターや北部急患診療所は構造上の問題もあって、コロナにもうまく対応できていない現状がございます。市からの説明にもあったように、病院に併設している急患センターの方が、うまく対応できているのかと感じる部分もございますが、急患センターや北部急患診療所は今後どうすべきとお考えでしょうか。

亀山委員 当院が現在地に移転するにあたり、仙台市急患センターの小児部門を病

院敷地内に移設しました。15～20年前に構想がスタートし、子どもの救急は対応できるが、大人も引き受けるのは無理だという話をしました。当時から少子高齢化は進んでいたこともあり、市立病院で成人を含めてすべてを受け入れるのは難しいという判断でした。ただ、二次転送を考えれば、現在、夜間休日こども急病診療所からの転送の7～8割を当院で受けていることから、同一敷地内あるいは近隣に病院があることはメリットだと考えます。成人に関しては、今後さらに高齢患者が増加してくるため、単一の病院だけですべて後方をカバーするのは困難ですが、親病院の近くにあれば融通が利くのは事実であろうと感じます。

安藤座長　　今日は、救急医療の話ですので、特定の委員に質問が集中してしまうのをご容赦いただきたいのですが、山内先生に救急医の増やし方について伺いしたいと思います。当院には東北公済病院からの研修医が来ているのですが、救急科を薦めるようにしております。救急医は何でもできる医師だと感じているのですが、宣伝文句などはあるのでしょうか。

山内氏　　そこについては自分が教えてほしいくらいです。歴史が浅いところもありますし、今後救急医がどうなっていくのか、ずっと当直をするのかという不安もあると思います。ただ、救急医にも様々な形があり、市内の救命センターでも、大学病院は重症患者に特化した治療・集中治療をメインでやっていますが、市立病院は比較的、総合診療が多くなってきています。本人が希望するニーズに応えられるよう示せるとよいのですが、なかなか難しいところもあります。ぜひ皆様や行政からのプッシュをお願いしたいところです。

安藤座長　　東北医科薬科大学が卒業生を出しており、その地域枠で1学年30名程度ずつ、地域の病院に勤めることになっております。その一部分を救急医になっていただけるような仕組み、選択肢に入れていただくことも期待したいと思います。そういった可能性について、県ではどのようにお考えでしょうか。

遠藤氏 いよいよ東北医科薬科大学の学生が現場に出るタイミングになってきたところで、地域医療や現場医療を支えることを意識している学生だと理解しています。こういった医療体制に繋がるかを整備しているところであるため、こういった形があり得るか検討していきたいと思います。

安藤座長 ぜひ育成を期待しております。次に、夜間の歯科救急の減少について、小菅委員からご意見はございますか。

小菅委員 事務局からの説明の通り、救急の患者数は年々減ってきています。コロナ禍で特に減っていますが、年々減少傾向です。設立当時は、夜間もやっている歯科が少ないために、休日夜間歯科診療所を設立した経緯があるのですが、今の歯科は夜遅くまでやっているところも多く、分散していく中で自然と役割分担できているのかもしれませんが、ただ、一般の歯科に流れているとはいっても、歯科福祉プラザの存在意義がないわけではないため、今後も考えていきたいと思います。

安藤座長 受診する年齢層はどのようなところになるのでしょうか。

小菅委員 子どもが転んで歯が折れたケースや、治療を放置していた痛みが増しての受診もあります。また、口腔外科で診るべきであろう骨折等の専門的治療を要する患者も一時的に受け入れるなど、休日夜間救急歯科で受ける患者の年齢・症状は様々なので、今度調べて年齢分布等お示ししたいと思います。例えばですが、入れ歯が壊れて食事ができないケースは間違いなく救急だと思っています。

安藤座長 北村委員にお伺いしたいと思います。全体、もしくは救急の薬剤に関してなど、ご意見はございますか。

北村委員 救急の範囲については病院における問題の方が多く、地域での問題は少

ないと認識しています。ただ、救急の入口と出口という話がありましたが、入口の中の本当の入口の課題として出ておりました、#8000 や#7119 の周知は徹底した方が良くと考えます。急患センターに行くべきか、救急車を呼ぶべきかという相談窓口になっておりますので、仙台市三師会でも各医療機関に周知していきたいと思います。実際、病院への問い合わせは多いため、周知をしていくことで開業の先生の負担を減らすことにもつながると思いますので、救急電話相談の周知はぜひやっていきたいと思ひます。

また、入口のところで話の出ている救急救命士は、ほとんどが消防署の方ですが、一部病院に採用される方も出てきたと認識しています。救急医の採用も増やしつつ、こちらの採用を増やしていくなど、救急救命士の将来の選択肢を増やす必要があると考えています。

出口については、地域包括ケアや地域医療のところで資料3の22ページの厚労省の資料がありますが、訪問リハビリや訪問看護ステーションをより組み入れたものを仙台市として考えていった方が良くと感じるところです。

安藤座長 仙台市医師会、仙台歯科医師会、仙台市薬剤師会の三師会でこれまでも様々連携をしてきましたが、今年は勉強会で成果を出そうという目標もありましたので、#8000 や#7119 の広報に関する座談会も検討してよいのではないかと感じました。

次に、高田委員にお伺いします。介護保険施設からの高齢者の搬送、救急につなげる際のご苦労などについての意見はございますか。

高田委員 普段、医療へ受け入れをお願いする立場と、医療からお引き受けする両方の立場ではありますが、救急につなげるという部分でコメント致します。施設であっても、急変時に入居者の状態を見てどう対応すべきか迷うケースがあります。嘱託医の先生が配置されていても、日中はご自身のクリニックでの診療があり、診療中はもとより夜間早朝に施設から連絡があっても対応が難しいケースがあります。看護師も医師の指示待ちとなってしま

う場合が多く、看護職員だけで判断に迷う、あるいは介護職員だけでは判断できないという場面が多く、そうした意味で配置していても、医療が薄いと感ずるところです。相談窓口として#7119は存じ上げなかったの、介護施設でも#7119は活用していくことができるのではないかと感じています。嘱託医師に繋がらない場合に、救急搬送すべきか、様子を見るべきか、相談できる場所があつてトリアージできれば送り出し側から医療側の負担を減らせるのではないかと思います。

繰り返しになりますが、大前提として市民にACPをより強く広報し、ACPについて相談できる対応もしていくべきと考えています。それによって高齢者の過剰な医療依存を減らし、良い終末を迎えることが可能になるのではないかと感ずます。

またもう一つ「在宅患者入院受入体制事業」を全く認知しておりませんでした。こういった機能があるにもかかわらず、嘱託医の先生が登録医になっている二次救急、三次救急医療機関を紹介してしまうケースもあると想定され、結果としてうまく役割分担できていないのが課題と感ずるところです。

安藤座長 地域包括ケア病棟で介護保険施設から患者を受け入れると点数が高いといった背景もあり、在宅の患者さんをより入院させやすくなるような方向・仕組みとなっておりますが、まだまだ足りない部分であると感じております。

本日はお時間となってしまいました。救急医療の役割分担や救急医の育成、救急医療に関する電話相談などの課題から、オンライン診療というお話も出ましたが、まださわりの部分しか議論できておりません。次回も同じテーマで、できれば同じメンバーで議論を深めて、仙台の将来の救急医療に関する具体的な議論を行いたいと思います。

それでは、本日の会議はここまでといたします。ありがとうございました。それでは、進行を事務局にお返しいたします。

4 閉会

佐藤係長 どうもありがとうございました。最後に、事務局より次回の日程についてご連絡でございます。

次回、第4回の検討会議は、11月上旬の開催予定としております。委員の皆様方にご連絡の上、日程を調整させていただきたく存じます。よろしくをお願いいたします。

それでは、以上をもちまして、「第3回 仙台市における医療のあり方に関する検討会議」を終了いたします。本日は誠にありがとうございました。