

## 第2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7月11日(月)18時00分～

第1委員会室

### 1 開会

佐藤係長 ただいまより、第2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。こちらに加えまして、訪問看護ステーション連絡協議会様よりお預かりしたパンフレットを配付しております。また、前回出席の委員の皆様には、第1回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。まとも次第、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、よろしく申し上げます。

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、本市における医療の現状や今後の協議の進め方、医療機関等の現況調査などに関し、ご意見を頂戴いただきましたが、本日は前回の会議でも多くのご発言があり、市民の皆様にも身近なテーマであります「地域医療・介護連携等」について、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、3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。

はじめに、宮城県ケアマネジャー協会仙台支部の理事を務められている、社会福祉法人国見会くにもケアプランセンター所長の庵原真里様でございます。

次に、仙台市医師会の理事を務められ、市内でクリニックを営んでおられます、清治邦章様でございます。

最後に、宮城県訪問看護ステーション連絡協議会の会長を務められている、ないとうクリニック管理者の松浦千春様でございます。

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、よろしくお願い申し上げます。

安藤座長　　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、公開とすることによろしいでしょうか。

安藤座長　　ありがとうございます。異議なしということで、公開で進めさせていただきます。

安藤座長　　それでは、次第に沿って始めていきたいと思いますが、その前に、現在、宮城県が進めようとしております、4病院再編の問題につきまして、5月27日に、名取市・富谷市から新病院の整備候補地が示されました。また、先般の県議会における村井知事の答弁の中で、富谷市の新病院では「脳卒中センターの開設」でありますとか、「高度な循環器内科を強みとする質の高い救急医療体制を備えたい」といったような内容が示されました。このことについて、事務局から何かご説明いただけることはあるでしょうか。

小椋保健衛生部長　　前回の本検討会議以降の主な動きとして、ただいま安藤座長からお示しがありましたとおり、候補地の提案、県議会での答弁などがあったところでございます。

現在、県におきましては、基本合意を目指して新しい病院の規模や機能についての検討を、コンサルを使って進めているものと思われませんが、これまで示された情報のみをもって、本市を含む仙台医療圏の医療提供体制にどのような影響を与えるのかについては、いまだ分析・判断するのは困難であると考えております。

なお、候補地ということではございますが、立地場所という1つ重要な要

素が明らかになったことを受けての救急医療にかかる認識につきましては、引き続き消防局からお話申し上げます。

佐々木救急課長 救急搬送に関しましても、診療科目等の情報がごく限られておりますので、シミュレーションを行うのは難しい状況です。なお、現在、現場での救急搬送の実態や救急車の効果的な運用という点を考慮しますと、両候補地とも本市内からの搬送はかなり限定的になるものと予測しているところがございます。

安藤座長 現在の状況、市の考え方などについてご説明を頂きました。この問題につきましては、今後の状況の変化を踏まえ、本検討会議でも必要に応じ意見交換してまいりたいと思います。

本日は時間も限られておりますので、先に進めてまいりたいと存じますが、委員の皆様からこの場で確認しておきたいことなどはございませんでしょうか。

## 2 報告

### < (1) 第1回検討会議におけるご意見の概要について >

安藤座長 それでは、「(1) 第1回検討会議におけるご意見の概要について」事務局からご報告をお願いします。

佐々木医療政策課長 資料2をご覧ください。

第1回の検討会議におきましては、本市医療の情報に関する基礎データをご覧いただきながら、現状や課題認識などについて意見交換をいただきました。資料2は、その中でいただいたご意見を項目ごとを一覧にしたものがございます。

左上の救急医療につきましては、急性期病院と後方支援病院との連携としまして、救急患者の出口対策として、退院・転院調整をスムーズに進めることが必要であり、そのシステムがうまく機能しないと満床になって受け入れを断ることになってしまう、といったご意見がございました。救急患者受入

れに係る課題としましては、それぞれの患者の病気の程度によって、一次、二次、三次救急に差配できるシステムなどの入口の改革の必要とか、働き方改革の中での当直医の確保といった課題が挙げられます。

その下の囲みの災害時医療・新興感染症対策につきましては、災害時医療として、基幹災害拠点病院にアクセスできない場合の対応の検討や、災害発生直後の病院間の連携システムの必要性などについてご指摘いただきました。感染症対策につきましては、平時の感染予防にかかる啓発や避難所における衛生に関するご意見などをいただきました。

その下の囲みの検討会議の進め方につきましては、ゲストとして必要な方々とか、医療機関等の現況調査についてご意見をいただきました。

資料の右側に移りまして、地域医療、在宅医療等に関してですが、まず、地域医療連携につきましては、地域包括ケアシステムの整理などは市町村の役目であることなどについてご意見をいただきました。その下の(2)、

(3)の在宅医療や在宅歯科診療につきましては、診療所数や診療件数についてのご見解をいただきました。次の医療と介護・福祉の連携につきましては、介護・福祉の人材不足の状況とか、介護・福祉施設内の医療や歯科医療等の重要性、在宅や介護等のデータ把握の必要性などについてご意見をいただきました。また、認知症や精神医療にも着目して議論・検討する必要性についてもご指摘いただきました。資料2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ございますでしょうか。

### **3 議事**

#### < (1) 本市における地域医療・介護連携等について >

安藤座長 それでは、ここから議事に入ります。はじめに「(1)本市における地域医療・介護連携等について」事務局から説明をお願いします。

佐々木医療政策課長 はじめに、資料3-1をご覧ください。

こちらは、地域医療と介護等の連携について、図で表したものでございます。地域におきましては、健康を損なわれたり、要介護状態となりまして

も、住みなれた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、住まい、医療、介護、生活支援などが提供されておりますが、本日は、点線で囲んだ部分、医療と介護等の連携について、現状や、課題認識、今後の方向性について、ご議論いただきたいと考えております。左上の急性期病院と回復期、慢性期病院への転院調整などにつきましては、次回以降でテーマとして取り上げる予定の救急医療の部分でご議論いただきたいと考えております。

次に、資料 3-2 をご覧ください。こちらは、本市における在宅医療や介護等の現状について、基礎的なデータをまとめたものです。はじめに、本市の高齢者を取り巻く現状についてです。

まず、本市の高齢者人口の推移と将来推計ですが、本市の 65 歳以上の高齢者人口は、当面の間上昇が続き、2045 年ごろにピークを迎える見込みです。高齢化率は、高齢者人口がピークを迎えた後も引き続き上昇する見込みです。

2 ページをご覧ください。本市の在宅高齢者の世帯状況についてです。本市の高齢者のいる世帯数は、平成 30 年から令和 2 年の 3 年間で 3.8%の増となっており、このうち、ひとり暮らし世帯や 65 歳以上のみの世帯が増加している状況です。下段の 3 ですが、本市の要介護・要支援認定者数の現状と推計についてです。本市の要介護・要支援認定者数は、今後も認定者数の 9 割弱を占める後期高齢者数の増加等により、増加することが見込まれております。

3 ページをご覧ください。4 は本市の認知症高齢者数の推計ですが、高齢化の進展などにより、認知症高齢者数の増加が続くことが予想されております。下の 5 高齢者一般調査・要介護者等調査の実施結果についてです。本調査は令和元年 11 月から 12 月にかけて実施されたもので、本資料には、医療・介護連携に関する主な項目について記載しております。

4 ページをご覧ください。こちらは地域包括ケアシステムのために必要なことを聞いたものでございますが、医療との連携にかかるものとしましては、グラフの中ほど、「かかりつけ医等による在宅医療のさらなる充実」などが挙げられております。下の (2) 地域包括支援センターに今後期待することですが、2 番目に「地域の医療機関や福祉機関などとのネットワークの充

実」が挙げられております。

5 ページをご覧ください。こちらは、今後介護を受けたい場所を聞いておりますが、「自宅」が最も高い状況となっております。

6 ページをご覧ください。障害者手帳所持者の現状です。1 の障害者手帳所持者数の推移ですが、この 10 年においては上昇傾向にございます。2 は身体障害者手帳所持者数の年齢構成比ですが、65 歳以上の所持者比率が高く、増加している状況にあります。3 は精神保健福祉手帳所持者数の年齢構成比ですが、40 歳から 49 歳の占める割合が最も大きいものの、近年は減少に転じております。

7 ページをご覧ください。ここからは、在宅医療にかかる政令市データ比較を示したものです。グラフが政令市間の 10 万人あたりの比較を示しております。なお、右上には実数を示してありまして、左上には実数について仙台医療圏でのシェアを示しております。左上のシェアにつきましては、参考として、医療圏における本市の人口シェア 71.3%と比較しながら見ていただければと思います。まず、病院における往診についてですが、人口 10 万人あたりの施設数、実施件数ともに、政令市平均を若干下回る状況となっております。

8 ページをご覧ください。病院における訪問診療の比較です。施設数、実施件数ともに政令市平均を下回っております。

9 ページをご覧ください。こちらは診療所における往診についてですが、こちらにも、施設数、実施件数ともに低い状況となっております。

10 ページをご覧ください。10 ページは、診療所における訪問診療についてです。こちらにも、往診と同様に低い状況になってございます。

11 ページをご覧ください。こちらは訪問看護ステーションの状況です。上のステーション数、下の看護職員数ともに、政令市平均よりは下回っております。

12 ページをご覧ください。上の介護老人保健施設定員は政令市平均を上回っておりますが、下の介護老人福祉施設定員は政令市平均を下回っております。

13 ページをご覧ください。上の小規模多機能型居宅介護事業所は政令市平

均を下回っておりますが、下のグラフの訪問看護と小規模多機能型居宅介護を組み合わせた複合型サービスは高い水準となっております。

14 ページですが、こちらは自宅死と老人ホーム死の割合ですが、いずれも政令市平均を上回っている状況です。

15 ページをご覧ください。上のグラフは仙台医療圏における在宅医療の需要ですが、今後も増加していく見込みとなっております。下のグラフは、仙台歯科医師会が運営する在宅訪問歯科診療所の実績です。ほぼ横ばいとなっておりますが、令和2年度、3年度は、新型コロナウイルスの影響で数値が下がっている状況です。

次の16 ページ、17 ページは、平成28年度に本市で行ったアンケートの調査結果でございます。上の円グラフでございますが、在宅医療を「実施する予定はない」と答えた診療所は76%を占めております。また、その下に表で理由を示しておりますが、「時間の確保が難しい」こととか、「スタッフ、ノウハウの不足」が挙げられております。

17 ページは、訪問診療を行った患者の主傷病です。こちらは「認知症」が最も多くなっております。

18 ページからは、医療提供状況の比較でございます。こちらは、今日もご出席されている藤森委員の研究室と内閣府とで行っている分析のデータを用いております。100が全国平均の医療提供状況を示し、100を上回ると当該医療提供が多いことを意味します。グラフは、政令市平均を横の線でお示しております。なお、このデータには、紙レセプトの患者分は含まれておりませんが、紙レセプトは件数において1%未満でございますので、大勢に影響はないと考えております。

18 ページのグラフ、往診と訪問診療、19 ページの在宅看取りにつきましては、前述の在宅医療にかかる政令市データ比較と同様の傾向を示しております。

19 ページ中段の末期がん患者に対する在宅医療ですが、こちらは政令市中で最も多い状況となっております。また、下の訪問看護・指導も、高い水準となっております。

20 ページをご覧ください。上の訪問リハビリテーション指導管理は低い状

況ですが、下の2つのグラフのように、より専門的な医療提供を必要とするものは高い水準となっております。資料3-2の説明は以上です。

最後に、資料3-3をご覧ください。本日のテーマである地域医療と介護等の連携において、論点となる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。今日はゲストの方が3名来ておりますので、まず3名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、庵原眞里様にお話をいただきます。よろしくお願いいたします。

庵原眞里様 資料4をご覧ください。

私の事業所は、社会福祉法人国見会になります。1966年設立で、仙台市内では最も古い社会福祉法人かと思えます。法人施設としては、救護施設 東山荘、特別養護老人ホーム国見苑、こちらには長期入所が58名とショートステイが20名おります。それと、仙台市から委託された国見地域包括支援センターがございまして、こちらは第一中学校区を担当しています。そして、私が所属する、くにみケアプランセンターになります。職員は主任介護支援専門員の資格を持った女性3名です。介護保険の算定加算としては、居宅介護支援Ⅱというものを算定しておりまして、ケアマネジャー1人当たりの取り扱い件数が45件未満となっております。もう1つ、特定事業所加算Ⅲというものを算定させていただいております。この特定事業所加算Ⅲは、通常の居宅介護支援費のほかに追加されて、報酬としていただける加算になります。

先ほど申し上げた第一中学校区担当の国見地域包括支援センターは、東北大学病院や仙台厚生病院が近く、圏域内には精神科病院2か所、認知症専門病棟2か所があり、開業医も多い地域になります。

次に、くにみケアプランセンターの令和3年度の実績状況です。新規の受け入れが72名、終了された方が51名になります。終了された方の内訳は、亡くなられた方が14名、そのほかは、それぞれの施設へ入所という形で在宅サービスを終了されています。



参考までに過去4年間分の新規と終了の件数を記載させていただきました。昨年度、非常に新規が多かったのは、加算としてケアマネジャー1人当たりの取り扱い件数が40件から45件未満に増加したことで、新規の受け入れも多くなったためです。ただし、終了者もそれにとまって増えているという現状です。

2枚目で、今年度の実際に給付管理数を示させていただきました。年間で1234件、月平均で102.8件ということで、内訳としては、要介護1、2の方は799名、要介護3、4、5が435名、地域包括支援センターからの受託という形で出ている要支援1、2の方が249名ということで、内訳をグラフに出しましたが、軽度者と言われている要支援1、2、要介護1、2の方が多くを占めているというのが現状です。

次に、平成30年からの年度別の加算算定の状況です。通院時連携加算というのは、令和3年度より新しく新設されたものになります。先ほども申し上げたように、令和3年度より居宅介護支援Ⅱを算定して、担当件数が増えています。その要件として、ICTの活用がありますが、当事業所ではタブレットを導入して、訪問時に支援経過記録を記入したり、担当者会議の記録をその場で記録することで、業務の軽減を図っております。

先ほども申し上げた通院時連携加算は、令和3年度に新設されました。これは月に1回まで50単位の算定が可能ということになっています。金額にすると500円ほどになります。コロナ禍になって入院者との面会が難しくなり、退院退所加算の算定が難しくなったということで、退院時の連携加算が、年々減っているのがわかると思います。

また、新規利用者でも、本人に会うことなく在宅の準備をする事が多くなりました。その分、電話での病院や家族とのやりとりが多くなっています。特に、サービス事業所や福祉用具の選定に、本人の状態がわからなかったり、自宅に訪問できなかつたりすることで、手間が増えました。在宅生活の準備期間が短く、家族の心の準備が不十分なまま在宅生活が始まるということがありました。これは、家族がコロナで面会ができないということで退院を希望されて、予期せぬ退院をするということにありました。

また、看取り加算を算定しないのですが、在宅での看取りは年々増加傾向

で、担当する期間は短くなっています。

さらに、介護認定の主治医意見書に実際の生活状況が反映されないため、通院に同行して説明しなければならない場合が増えています。先ほども申し上げた通院時連携加算はこのようなところから新設されたこともあると思います。どうしても高齢者は、医師の前だと頑張ってしまうので、なかなか生活状況が伝わらないということが多いです。入退院時のように、医師と共有できるツール、情報シートのようなものがあれば、もう少し効率がよくなると考えています。

次に、令和4年6月現在の当事業所のケアプランに位置づけている医療系のサービス状況をお伝えいたします。先ほども出ていましたが、訪問診療、訪問歯科、訪問看護、訪問リハビリ、薬剤師、栄養士を、144件担当している中で位置づけている状況になります。当施設は3名のケアマネジャーがいるので分けましたが、訪問診療としては21件、訪問歯科14件、訪問看護26件、訪問リハビリ8件、薬剤師15、栄養士が0ということになっています。また、この数字のうちの括弧数は医療保険で行われている訪問になりまして、内容としては、末期がんや難病、あとは精神疾患で自立支援医療という形で訪問をお願いしている方もいます。

この医療系サービスで感じている事として事業所では、退院時などに病院より紹介された医師と利用者、家族が連携を図れない場合に、ケアマネとしてどう対処していいか悩むことがある、サービス担当者会議に利用者に関わる関係者が一度に参加することが難しい、との意見が出ました。また、利用者家族から、訪問診療の大体の時間は設定されているが、時として訪問時間が不規則で待つ時間が長い事もあり、一報いただけると家族も安心につながるのではないかという話も出ました。

訪問診療医や作業療法士、看護師をケアマネ側で探すときがあるのですが、どこにすればいいのかわかることがありません。医師の専門分野や看護師の専門分野などの情報を事前に知っておかないと、スムーズな在宅の対応に結びつかないので、その情報をどう得るかに苦労することがあります。利用者が入院中であれば、病院から提案してもらった方がいいのではないかという意見が所内で出ました。

簡単ですが、今のくにみケアプランセンターの状況をお伝えいたしました。

安藤座長 ありがとうございます。ケアプランセンターの所長という立場で、様々な連携の仕方等を含めてですが、日々の仕事の中で何が一番大変ですか。

庵原眞里様 利用者家族、関係事業所などとの調整をするのがケアマネジャーの一番の仕事だと思います。現状を見るとわかることがたくさんあるのですが、それがコロナ禍でできなくなったのは非常に大きかったと思います。

安藤座長 ありがとうございます。では、続いて、仙台市医師会の理事でもありません、清治邦章先生に在宅医療についてご説明いただきたいと思います。

清治邦章様 まず、先ほど仙台市からお話いただきました、全国のデータから推定されることとしまして、少ない医療機関の中で、多くの在宅看取りが行われているという結果だと思います。これは、専門の医療機関で質の高い在宅医療が行われている結果とっております。

ただ今後は、外来を普通にやっている専門医療機関ではないクリニックに在宅医療をやってもらうことが、仙台市医師会として取り組みたいことの1つでもあります。いわゆる「すそ野を広げる」ということですが、例えば最期に在宅専門の医療機関に紹介されるよりは、長年診て頂いた先生に最期まで診てもらいたいというのが、患者さんの当たり前の気持ちだと思います。そういったところに関して、できることではないかということ考えています。

事務局の資料を見て一番気になったのは、こんなに一生懸命訪問診療をやっているのに、訪問診療の回数が少ないことですが、この部分に関しては、ネットニュースの中で、年間143万人死亡の多死社会で、なぜ在宅医療が普及しないのかということについて、東京の「しろひげ在宅診療所」の山中先生が「ちゃんとした在宅医療があまりにも少ない」というお話をしておりました。2段落目には、在宅診療をうたいながら看取りをせず、急な発熱や体

調不良といった軽い症状でも救急車を呼んでしまう「なんちゃって在宅医療」が多いからということだと書いております。これは、フランチャイズのような在宅医療機関が仙台ではあまりないということだと思います。

その下のスライドですが、先ほどの市からの説明にも出ておりましたアンケートから見える課題に関しては、診療所の76%が在宅医療を実施する予定がなく、主な理由としては「時間がない」、「人がいない」、そして「ノウハウがわからない」ということがあげられております。在宅医療を行っている場合でも、24時間対応しているのは3分の1程度ですが、多くの在宅・訪問診療をまじめにやっている先生は、それなりにいるのではないかと考えております。

また、訪問診療をやっていると、ミックスの先生方は、在宅療養支援診療所の届出をしないということもあるようです。主な理由としては、24時間対応困難であるとか、多業種連携困難ということですが、後で訪問看護ステーションの方からお話があるかと思いますが、多職種連携はかなり進んでいると思いますので、このアンケートを取った時よりは状況が変わっていると考えております。

ここからは、私が経営している、ひかりクリニックについて紹介させていただきます。訪問診療クリニックとして開業しました。目標は「その人らしい最期を支えること」です。私は、訪問診療をやっている先生に、人が亡くなるときに、いい死に方と悪い死に方があると思いますか、と聞くことがあります。訪問診療を専門にやっている先生でも、亡くなるというのは、結局残念な結果だから、どちらにしても死は悪いものだと言う先生もいれば、その人らしい最期があると言う先生もおります。私は、どちらかというと後者と思いつつやっています。2011年の8月に開院しまして、宮城野区、泉区を中心に訪問診療をやっております。現在、約170名の患者がおり、看取りは昨年度で大体69名、臨時の往診は500回なので、昼間に1回、夜に1回ぐらいの頻度です。

ここからは、3つのケースを具体例として示させていただきます。

まず、病院からの説明と異なるケースです。病院から退院する時に、在宅医療になる方が多いわけですが、診療情報提供書には、病院の主治医から病

状を説明し老衰あるいはがん末期ということで、今後は緩和ケアの方針となりました。本人、家族の希望で、自宅での療養になると手紙には書いてあるのですが、初診に行ってみると「緩和ケアの説明など受けていない」とか、「退院を迫られて退院したので、自宅での療養なんか希望していない」とか、というケースが時々あります。一定数、病院の先生には諦めて欲しくないと思う患者もいますし、先生もなかなかそういう説明をするのは少しハードルの高いところもあるかもしれません。

訪問診療医が、信頼関係構築の前に看取りの話をする事で問題が起こるケースもあります。これは、有名なのは大橋巨泉さんの話などを例に出させていただいておりますが、こういうケースに関しては「最後の救急搬送」を行って、救急の先生から「もう難しいということ」を説明してもらうこともあります。こういったところは、病院との連携が大事かと思えますし、もしかすると在宅医療の現場を病院の救急担当の先生などに見ていただくと、少しハードルが下がることがあるかもしれません。

それから、病院での説明は十分されていて、終末期ということも理解しており、本人には、自宅で最期を迎えたいという気持ちもあるというケースでも、主に家族や居住環境によりギブアップして、療養型の病院や施設に行く場合もあります。在宅医療はやってみないとわからない部分もあり、多業種連携で関わっても、なかなかうまくいかないことはありますし、多業種連携で関わるからこそ、うまくいかないこともあると考えています。

最後ですが、グループホームに入所している90代の寝たきり全介助の方で、食事も自分では食べられないという方が、突然、心肺停止状態になったケースですが、家族とは施設での看取りの話はしていましたが、急変についての明確な取り決めはしておりませんでした。主治医が家族に電話したところ、家族は救急搬送を選択しました。主治医は、救急搬送の前に施設に到着しましたが、患者は心臓マッサージなどの蘇生処置をしながらドクターカーで搬送され、その後、警察署に運ばれて検死が行われました。この場合、あとでグループホームに警察が来て事件性がないかの検証が行われます。そういうことが全く無駄だとか、無駄じゃないとかという議論の前に、この患者さんの状況と「死の尊厳」について考えた時に、最期の最期にバタバタして

しまったことについて、主治医としては忸怩たる思いでした。もう少ししっかりとした説明も必要だと思う一方、不搬送という選択肢も消防との調整をしたうえで検討できるかと考えました。

こういったことは、国で行っている、全国在宅医療会議でも課題として挙がっていますので、参考に考えていきたいと思っております。

最後に、解決すべきと思う課題について5つ挙げました。まず、専門ではない医療機関の参入についてですが、すそ野を広げる障壁となる「24時間体制」についての対策です。2番目は、ACPなどの普及、市民への啓発です。3番目は、病院との連携、病院の医師と在宅医との情報交換です。4番目は、多業種連携の深化、症例を積み上げることも重要かと思えます。最後に、救急との関係で、不搬送についての検討を挙げさせていただきました。以上です。

安藤座長     ありがとうございます。在宅医療を専門にやっていらっしゃる立場からのお話でした。今まで市から示された結果などを見ますと、将来、在宅医療のニーズが高まっていくということで、清治先生のご説明にもありましたが、在宅医療のすそ野を広げなければいけないというところがございます。在宅医療専門の先生がどんどん増えることはない聞いておりますので、すそ野を広げるためには、一般のかかりつけ医が、在宅医療も手がけるということが、ぜひ必要なのだらうと思えます。

一般のかかりつけの先生がそこに乗り出す、在宅医療の魅力があれば、清治先生にお伺いしたいと思えます。

清治邦章様   長年診ていた患者から、先生に最期まで診てもらいたいと言ってもらえることでないかと思っています。

安藤座長     ぜひそれは、仙台市の説明会においても、清治先生が言うような、すそ野を広げていく活動をしていくべきだらうと思えます。ありがとうございました。後でまた議論をしていきたいと思えます。

最後に、訪問看護ステーションの訪問看護師の立場からということで、松

浦さんにお話しいただきます。お願いします。

松浦千春様 私からは、仙台市における訪問看護の現状について、お話しさせていただきます。

はじめに、私が所属しております、宮城県訪問看護ステーション連絡協議会の紹介をさせていただきます。平成9年に設立しまして、訪問看護ステーションが機能を十分に発揮できるよう、連携と相互研鑽を図り、在宅ケア・サービスの向上に寄与し、会員の働く環境条件の改善を図ることを目的として、活動しております。

訪問看護ステーションのサービスは、病気や障害を持った人が住み慣れた地域やご家庭で、その人らしく療養生活を送れるように、看護師などが生活の場へ訪問して、看護ケアを提供し、自立への援助を促し、療養生活を支援します。

また、医師や関係機関と連携をとり、さまざまな在宅サービスの提案をしています。訪問看護ステーションでは、訪問看護師、理学療法士などが自宅にお伺いして、医師の指示のもと在宅サービスを提供しております。現在、在宅医療で行うことができないのは、大きな手術だけとされています。それだけ訪問看護師などの役割は多岐にわたっております。

小児から高齢者まで、訪問看護が必要な全ての方が利用できます。訪問看護師が施設に伺えないのは、老人保健施設と病院だけとなっております。それ以外の施設は、条件に応じて伺うことができます。

こちらは訪問看護ステーションの現状です。令和2年度の情報で、全国の訪問看護ステーション数は12393か所になっておりますが、本年度、全国訪問看護事業協会の令和4年4月1日現在で稼動しているステーションは13003か所になっております。

少し前の情報になりますが、平成29年度の厚労省からの情報によると、1事業所当たりの利用者数は約65人、利用者の約80%が介護保険、約20%が医療保険の利用となります。

県内で稼動している訪問看護ステーションのうち仙台市内は109か所、仙台市以外は75か所と、仙台市に集中しております。昨年度の新設ステーシ

ョン数が17か所になります。約半数近くが施設に併設されている訪問看護ステーションになります。その訪問先は、主にサービス付き高齢者住宅や有料老人ホームになりますが、居宅扱いになります。

訪問看護ステーションの課題として大きく、人材確保と人材育成があります。まず、人材確保では、在宅医療の需要の高まりがある中、訪問看護師の確保は必須ですが、訪問看護師は自宅に1人で訪問しケアを行うため、個人の判断による責任が大きく、求人を出してもなかなか採用までいかないのが現状です。そのような中で、訪問看護師の高齢化も深刻な問題で、どこのステーションも若い看護師の雇用を希望していますが、母体によって訪問看護師の育成カリキュラムが違うため、新卒看護師は、若い看護師などの入職も大変困難になっております。

次に、人材育成です。訪問看護ステーションの母体によって、規模、体制に大きな差が見られます。訪問看護師育成の体制においても、しっかり体制を整えているステーションもあれば、訪問看護の経験がない看護師が管理者となる場合もあります。全国の訪問看護ステーションの半分以上が営利団体であることから、なかなか育成体制がとれないステーションも多くなっております。そのため、特にステーションが集中している仙台市では、質の均一を図ることが重要になってきております。

最後に、皆様も経験されたかと思いますが、コロナ禍で苦勞したことをお話しさせていただきます。まず、感染拡大当初は、PPEなどの個人用防護具が不足し、ラミネートシートでフェイスガード、ゴミ袋でガウンやエプロンを作ってケアを行いました。

次に、風評被害です。利用者家族が、新型コロナウイルス感染症の不安から、訪問看護サービスを断られたケースも多くありました。

また、介護職におけるスタンダードプリコーションの徹底です。こちらは、神経難病の方で24時間訪問看護などを多く利用している方がいらっしゃいますが、濃厚接触者となった場合、自宅をゾーニングし、PPE着用で対応するのですが、訪問看護師、スタッフのゾーニングやPPE着脱後の周知が難しく、ほとんどボランティアにはなるのですが、感染予防対策の指導を行っていません。



最後に、訪問看護の継続です。ステーションスタッフで新型コロナウイルス感染や濃厚接触が発生し、ステーション継続が困難な場合でも利用者の支援が途切れることのないよう、近隣のステーション同士で協力ができる体制をとりました。以上です。

安藤座長 ありがとうございます。訪問看護師は、在宅医療における大きな主役として、1人で在宅訪問されて、その判断を自分でして、様々な責任を負っていて大変だろうと感じました。仙台市医師会の看護学校では、最近卒業生から1人か2人は、最初から訪問看護を受けたいという人がいて、そういう人たちをより育てていく必要があるという考えになっております。訪問看護師を育てる教育を看護学校からやるべきだと思われませんか。

松浦千春様 どうしても訪問看護師は、臨床経験を持った看護師がなるべきものだという、看護学校、大学の考えもありますし、母体によって、訪問看護ステーションの研修プログラムが整っていないところもございますので、看護学校でも訪問看護師の実習の時間を設けることで、訪問看護に興味を抱く学生も多いので、そういうところをもう少し発信していただければありがたいと思います。

安藤座長 ありがとうございます。ここまで3人のゲストの皆様は、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います。資料3-3「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します。

藤森委員 いきなり専門的な各論に入る前に、全体像をつかむ必要があると思うので、どういう方が在宅医療を利用されているのかが見えてくると少し議論も進むと思うので、ご専門の皆様から伺いたいと思います。

安藤座長 ではまず、清治先生から、どういう方が在宅医療を受ける対象なのかご説明いただけますでしょうか。

清治邦章様 在宅医療の対象は、一般的には、通院困難な方としか言われておりません。本来であれば、介護度であるとか、車椅子に乗っているとか、客観的な基準があればわかりやすいと思いますが、逆にあいまいなところが、いいところかもしれません。つまり、1人で通院ができない方は、認知症で行くところがわからないとか、あるいは車椅子に乗っていて自分では行けないという方もおります。それも通院困難ということで、在宅医療、訪問診療の対象になりますが、一方で、車椅子に乗っていても自分で行ける方もいるので、高齢者住宅で全員を在宅医療の対象にするような、不適切な在宅医療が行われる1つの理由なのかもしれません。

安藤座長 病院から退院を迫られてという事情はあるのでしょうか。

清治邦章様 急性期の病院では、当然、転院先は問題となることもありますし、先ほどケアマネジャーの方からもありましたが、準備がうまくいなくて在宅医療に入らざるを得ないというケースもあつたりしますので、家で過ごしたいと思っけていても、点滴してて本当にいい介護ができるのかどうかという不安もあると思っけています。そういった不安については、全くなくなって帰つてくるということは、ないのだからと思っけています。ですから、そういった不安の対処も、在宅医や看護師、ケアマネジャーの役割なのかと思っけています。

安藤座長 介護施設でお住まいの方々に対する医療は、在宅医療に入るのでしょうか。

清治邦章様 特別養護老人ホームは別ですが、高齢者住宅、有料老人ホーム、グループホームにお住まいの方々も、通院困難ということになれば、在宅、訪問診療を選ぶこともできます。そして、終の住処としてそこで最後まで過ごして、病院には行かずに亡くなることも、当然出てくると思っけています。

特に、仙台市の資料にもありましたが、独居の方々も、私が在宅医療をやっている鶴ヶ谷には団地もたくさんあつて、もうずっとそこで住みたいとい

う方は、自宅で亡くなる方もいますが、孤独死の問題もあります。

個人的には、本人の望みであれば、それも1つの選択肢と思うところではありますが、不安を感じるような方々もいますから、そういう方々は入所施設に入所されて過ごすということもあり得ると思います。

安藤座長 介護施設に入っている方の健康を守るという在宅医療もあるということですね。一方、特別養護老人ホームは嘱託医という、その施設の医師がいますし、介護老人保健施設も常勤医がいるので、その先生が管理するというわけです。

松浦さんにお伺いしたいのは、訪問看護が、医療で入ったり、介護で入ったりということについて、簡単に説明していただけますか。

松浦千春様 まず、介護保険に認定されている方でも、厚労省が定める疾患がございます。がん末期の方だったり、神経難病でもALSだったり、パーキンソン病、あと頸椎損傷、そういった疾患の方々は、医療保険でお伺いさせていただくことができます。また、小児の方や精神病の方など、介護保険適用外の方は、医療保険でお伺いさせていただくことになります。それ以外の方は介護保険での訪問看護になります。

安藤座長 ありがとうございます。これは、訪問しているお宅のご家族にご説明をするということになるわけですが、理解は得られるものなのでしょうか。

松浦千春様 ご理解いただくように、1つ1つ確認をしながら、医療保険と介護保険の振り分けについてはご説明させていただいております。

安藤座長 庵原さんは、患者の家族に説明するときに、最初にどんな話をするか、何かわかりやすい資料があるのですか。一般の方はなかなか理解が難しいだろうなと思うのですが。

庵原眞里様 各区役所の介護保険課に「よくわかる介護保険」という冊子があります

が、私たちもそれを使わせていただいて説明をしています。

安藤座長 藤森先生、どうぞ。

藤森委員 では、ケアマネジャーに相談する場合について説明していただけますか。

庵原眞里様 今、地域包括支援センターが当法人にもあるのですが、平成18年に設置された地域包括支援センターは、地域の方にはだいぶ周知されていて、気軽に相談できる場所になっています。介護状態になったり、少し生活が大変になってきたりという方は、そこに相談をされて、介護保険の申請と進んでいきます。

あと、民生委員が地域の高齢者の場合には見ていると思いますが、不安になっている方の話を吸い上げてくださっている方がいて、地域包括支援センターにつなげてくださっていると思っています。

藤森委員 そこから、各ケアマネジャーに連絡がいったって、実際にどういう対応をされているのですか。

庵原眞里様 実際、介護認定は要支援認定という軽度の部分と要介護状態の介護の1から5となるのですが、基本は、要支援認定の方は地域包括支援センターが担当し、要介護状態の方は、私ども居宅介護支援事業所が担います。居宅介護支援事業所は自由に選べるので、地域包括支援センターから何か所か地域のケアマネジャーがいる事業所を紹介する事が多く、施設に併設されている事業所が非常に多いので、その方に合った事業所やケアマネジャーを紹介してくださっているという流れになっております。

藤森委員 全体的なご説明を、どうもありがとうございます。

安藤座長 高田委員からは、介護施設と在宅の連携といった部分について、3人の先生方にご質問をいただければと思います。

高田委員 特別養護老人ホームの管理者をして特に思うのが、当事者がどういった支援を望んで、どういった療養生活を送っているのかだと思います。どうしても家族の意向が強くなってしまふことによつて、本当は自宅でもう少し頑張りたいたが、子供たちが施設へ入れと言ふからしかたなくという場合もあります。

施設に入る場合、どうしても先生との関係が切れてしまひますが、同じ先生に特養に来てもらうことを選択できるような、嘱託医制度そのものも考えてゆく必要があると思ひます。実は、我々の上位団体でも、特養の医療実態について課題意識を持っており、厚労省調査に入るそうですが、嘱託医と地域の先生の関係性について伺えればと思ひております。

清治邦章様 主治医にこだわりがある患者もいるとは思ひますが、住む場所が変われば主治医も変わるのしょうがないと思ひている方が多いのではないかと思ひます。

ある程度の高齢者にとっては、医療がどれくらい提供されるかと本人の幸福度は、比例しないと思ひています。例えば、今ひかりクリニックで勤務して頂いている先生の中には薬を多く出さないタイプの先生がいらっしやいます。ある程度高齢になると5種類以上は飲ませないほうがいいと言われるのですが、大事なものは、本人の話を聞きながらニーズを探っていくことだと思ひます。中には、主治医を選択したいということもあるかもしれませんが、そういう患者の声に耳を傾けていくことが大事なことと考えています。

安藤座長 訪問看護師の立場からもいろいろな思ひがあるかと思ひますが、いかがでしょう。

松浦千春様 私たちも、在宅で全員を看取るわけではございませぬが、お伺ひしているうちに、自宅で看取りをすると幸せだなというケースと、施設に行かれたほうが幸せだなというケースがだんだん見えてきます。そうすると、早め早めに、先生やケアマネジャーと連携をとりながら、ケア会議で方向性を何回も

練りながら決めていくという形になります。

安藤座長 医療、介護、看護、それぞれの段階で、その人の幸せを追求していくことは共通していると思いますが、その連携がとても難しいということだと思います。1回目でもご意見が出ましたが、病院から在宅、病院から次の病院への情報共有が難しいし、時間もなかなかないということですが、亀山先生、ご意見いただけますでしょうか。

亀山委員 高度急性期、急性期の重症のところから、次の回復期、慢性期医療、在宅、居宅サービス、さまざまな段階に行く中で、医療あるいは介護の提供を受ける段階で、それぞれが知りたいと思っている情報が少しずつずれているのではないかと思います。急性期病院は、今の診療報酬制度の中で非常に短い在院期間を強いられています。コロナ禍は特にそうですが、家族と話をしようにも面会禁止という中で、どうしても情報をうまく伝えられず、納得が得られないという感じです。

そういうことを考えると、1人の患者あるいは家族中心で考えた場合に、その患者に付属するさまざまな情報は、医療から介護の現場まで共通のものが必ずあるだろうと思います。そこを全項目書き出して、共通のデータシートで受け渡していくことによって、情報共有のための、あるいは理解を求めるためのプロセスを得ることができるのではないかと考えております。それは、個人情報の固まりですから、なかなかクラウド化するのも難しいでしょうし、データ共有にはすぐはなじまないと思うのですが、そういう仕組みが紙ベースでもできれば、ためになるのではないかと考えているので、ぜひ行政に音頭をとってやっていただきたいと思います。これは1つの提案です。

あと、私から2つほどお聞きしたいのですが、施設あるいは在宅の現場で、ACPを広げていくという試みが、それぞれあると思うのですが、現状はどうなのかが1つです。

2つ目は、清治先生にお聞きしたいのですが、在宅で、家族が介護で疲弊しがちな場面で、レスパイト先はもう決められているのでしょうか。

清治邦章様 レスパイトは患者によって、もうほぼ決まっています、病院でお願いするということは今後の課題です。

ACPについては、私のところに来る時には、人生最後の時をとという段階は通り越してしまっていることが多くて、紙に残すということをも自分の患者に対してはやらないことが多いです。ただ、市民の入口として、形になったものは必要だと思いますので、啓発はこれからも必要になると思っています。

藤森委員 ACPとは何かご説明いただけますか。

安藤座長 Advance Care Planningとって、将来の人生をどのように生活して、どのような最期を迎えたいかということ、自らの意思あるいは自らの意思が発せないときは、家族や医療にあたっている全員でよく考えて、どうするのが一番幸せなのかということ、を推定するなどの1つの決め事です。それによって、医療や介護に関する計画を立てていくということです。1回決めたらそれで終わりではなくて、その都度確認して話し合いを行うプロセスでもあります。訪問看護ステーションの立場からは、ACPの考えは、在宅医療の医師と共有できているのでしょうか。

松浦千春様 訪問看護の場合は、1人の利用者をケアする時間が、30分から1時間、多くて1時間半ありますので、関わった当初から、どう過ごすか、大きな病気になったときどうするか確認して信頼関係を作りながら、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づけさせております。

ただ、コロナ禍において、余命1週間、2週間という状態で、家族の気持ちはまだ追いついていない方が多いです。その際は、医師と相談しながら、人生会議をさせていただくこともあります。

安藤座長 私は、訪問診療専門ではなくて訪問診療をたまにやるぐらいですが、余命間もなくという人がいるので診てくれと、病院から頼まれて行くこともあり、在宅に戻ってすぐの急変だと我々も患者の情報を把握できていないし、

家族はこんなはずじゃなかったと言って、トラブルになりかけることがあります。今、退院前からの情報共有も、時間がなかなか取れなくて、どうやって情報共有するかといつも悩むところです。

宮城県はMMWIN（みやぎ医療福祉情報ネットワーク）というものがあって、そういう感じで使えないかなと思うのですが、その辺は、藤森先生、何かみんなで使えるようなものというのはないのでしょうか。

藤森委員 皆さん既に独自でお使いなので、その中で統一するのは難しいです。電子カルテの共有もなかなか進まない中、ましてや多職種では本当に難しいだろうなと思います。

安藤座長 島村先生は、病院の立場から、患者を退院させたい時、退院先が見つからないことがあると思いますが、ソーシャルワーカーが一生懸命動くということでしょうか。

島村委員 病院には、メディカル・ソーシャルワーカーがおりますので、入退院支援で入院時から患者の家族の背景とか、自宅で看取るのか、在宅は難しいのかとか、そういうところから調査しております。コミュニケーション不足で病院を追い出されたとか、そういうことがないように、努力はしております。

事務局からの資料を見ていたのですが、仙台市の在宅医療は、最近、往診をやるクリニックの先生が増えてきています。それでも、ほかの大都市に比べるとまだ数は少ないというところだと思います。ただ、がんの患者も在宅で看取れないかということで、そういうクリニックが出始めて、特に、私は膵臓がんなどを専門に診ていますので、残念ながら亡くなる人が多かったので、昔からやっている先生にお願いして在宅で看取ってもらっております。往診するクリニックの数は少ないが、在宅での看取りの数が非常に多いという特徴があるかと思います。

ただ、在宅医療は、緩和ケアでしっかり診てもらえるというのが、がんを診る者としては一番ありがたいことですが、全体としてはそれだけではありません。要介護度の高い人をどう自宅で診るかが、地域包括ケアにつながっ



ていくのではないかと思います。

在宅ケア、訪問看護の担い手がなかなか出てこないというのは、問題があるのではないかと思います。これは、開業の先生の中には往診をやりたい人もいるのですが、なかなか数が少ないのは、1つは高齢化の問題で、患者の急変時に往診してくれる先生も、ご自身が高齢化してくると、夜中に呼ばれて訪問するのはつらいところがあると思います。そういう意味では、チームを組むことも必要で、1人の医師で全部往診をやらなければならないのは難しいと思います。

先ほどの人材確保の話に戻りますと、例えば医学部で、医者には往診医や地域の開業医などいろいろな道があることを示したほうが良いと思います。看護師も早めに様々な選択肢があるということを示していったほうが良いと思います。

最後に、情報の共有についてですが、すぐにはできないのですが、何かツールを開発するように行政にはお願いしたいと思っております。

安藤座長 普通、開業の先生は、コロナ対応やワクチンの検査などを1人でやっているところが圧倒的に多いです。私のところは2人でやっているのですが、手分けができますが、1人の開業の先生が全部やるのは本当に大変です。1人で開業するのはこれからもあると思いますが、グループでというのも医療の情勢を考えると出てくるのではないかと思います。訪問歯科についても複数でやっていくことなどはいかがでしょうか。

小菅委員 歯科医師会も1人か2人の歯科医師が医院をやっておりますので、訪問歯科のニーズがあったとしても、なかなかすぐに行ける状況ではないと思います。1回目でも話させていただきましたが、五橋の歯科福祉プラザを利用して、歯科の一般開業医が、そういったニーズに応えられるように、マネジメントしていきたいというところです。

庵原さんの先ほどの話で、訪問歯科もどこにすればいいかという悩みがあるということでしたが、例えば、開業医もフル装備でできるかという、機材がかなり高額なので、それぞれで所有することは難しいです。訪問歯科

で、フルスペックでできる先生もいれば、口腔ケアだったら何とかできるという先生もいるので、歯科だったら何でもできるかというところではありません。そのマネジメントをするために、歯科福祉プラザの中に地域歯科連携室という窓口を設けております。そこにまずは相談していただきますと、コーディネートができますので、利用していただければと思います。

あと、病院から自宅へ戻る際、近くの歯医者はどこがいいのかという情報提供もできるようにしておりますので、病院の先生にも利用していただければと思います。

訪問歯科診療については、歯科福祉プラザを利用することのほか、グループで機材を共有するなどの方策も考えています。メンテナンスの問題などありますが、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いいと考えております。

また、在宅医療に関わっている訪問看護師、ケアマネジャーなどに向けて、口腔ケアに関する講習会などもやっていこうと、地域医療対策協議会の歯科部門で話がでていまして、講習を受けていただければ、よりスムーズに連携ができるのではと思って、数年前から考えてはいるのですが、コロナ禍で講習会も開催できず、足踏み状態が続いています。

それから、在宅における摂食嚥下障害の問題も、耳鼻科医会と歯科医師会で連携してやっていきませんかということで、東北大学の香取先生にお話させていただいています。耳鼻科の先生が少ないので、歯科医師と協力しながら、適正な入れ歯を作ってあげるなど歯科でできる範囲と、より高度な部分は病院の耳鼻科の先生に診てもらって、うまくやってみようという構想はありました。ただ、まだ先に進んでいない状況です。

安藤座長     ありがとうございます。耳鼻科と歯科など、あらゆるところで連携が必要とされている中で、仙台市内には自発的にできた職種間連携が10個ぐらいあります。それぞれ、コロナ禍でも活動しているので、そういった連携の会をもう一度市でリードして、大きな会や分科会などの場を提供していただければと思います。

北村先生には、訪問薬剤師の役割が年々重要になってきていることについ

て、お伺いしたいと思います。

北村委員 私の話の前に一つ、清治先生にお伺いしたいのですが、8ページのところで、多職種が関わるからこそうまくいかないケースもある、ということが書かれています。どういうところでうまくいかないのかという話があれば、教えてください。

清治邦章様 典型的なところで申しますと、これも結局は情報共有の話だとは思いますが、訪問した医師は自宅での療養が可能と判断していても、訪問看護師やケアマネジャーが「病院に行かなくていいのか？」と家族に聞いたり「病院に行ったほうがいい」と勧めてしまったりすることがあります。ただ、それは間違っているわけではないですし、医師の説明自体が浅めなので家族の心も揺らぐことがあるのだと思いますが、そういうことは時々ございます。

北村委員 ありがとうございます。先ほどのお話で、個人でやっておられる先生が多いということになれば、地域包括ケアの仕組みを機能させるためには、一人だけではなく、医師同士のグループも必要でしょうし、多職種の連携がないとうまくいかないものだろうと思います。

それと、患者の生活環境などのデータについては、知っておいたほうがいいことが多くあるかと思うので、簡単なチェックシートを作って、例えば、治療の内容、患者本人の希望、家族の希望などの内容であれば、共有できると思います。電子ツールだと難しい問題が出てくるでしょうが、介護側や看護側からも把握しておきたいことをお互いに出し合う作業チームを市で検討していただいて、作成していければいいと考えております。

また、訪問薬剤を利用する方の中には、末期の方以外にも難病の方や小児の方もおりまして、患者の情報がいろいろ必要になります。清治先生は難病の方の訪問もしているのでしょうか。

清治邦章様 何名かいらっしゃいます。

北村委員 ありがとうございます。ぜひ、共通のツールを使って情報共有できればと思います。

もう一つお聞きしたいのが、仙台市の資料 3-2 の 4 ページに、地域包括支援センターに期待することなどで、介護や福祉サービスの相談を受け付けてほしいという割合がすごく多いです。地域包括ケアセンターの本来の役割のはずですが、どういう理由があってこういう結果なのか教えていただきたいです。

加藤健康福祉局長 地域包括支援センターに期待することという、今やられていないから期待するという質問ではなく、何をしてほしいかという質問だろうと思っています。その中で、地域包括支援センターの主たる機能と言われている福祉のサービスに期待する声が大きいと我々は受けとめています。ただ、それが十分か十分でないかという質問をしたということではないので、課題認識としても、期待されているものが多いのだろうと受けとめております。月並みなお話ですが、地域包括支援センターの充実に関しては、次の計画に反映したという側面がございます。

北村委員 ありがとうございます。以上です。

安藤座長 ありがとうございます。今、北村委員から大変重要な、チェックシートでの情報共有、病院から施設に行っても一貫して使えるようなものというお話がございました。結局、患者や家族が望んでいることは多種多様ではなく、大事なものはいくつかしかないのだろうと思います。それを共有していくのは、とても有意義なことだと思います。どこの都市でも共通することだと思いますが、仙台市としてもチェックシートは共有のツールになり得ると思います。

藤森先生に、レセプトデータでご指摘をいただいた、仙台の在宅医療についての分析をお伺いできますでしょうか。

藤森委員 資料 3-2 の 18 ページ目以降が、我々の研究室が内閣府と一緒にやってい

る、様々な診療内容の提供数量の地域間比較を、年齢補正を行った上で示しており、全国と比べて仙台市において多いもの、少ないものを可視化しております。全国平均が100なのですが、往診や在宅患者訪問診療は少ない一方、看取りは平均を超えていますし、末期がんなど特化したものは、提供数量が多い項目もありますが、すそ野がまだ狭いと思います。数量は多ければいいというものでもありませんが、地域包括ケアシステムの推進にあたっては、在宅医療のすそ野を広げることと、市民の理解の推進の2点がとても大事だと思います。ぜひ、本日の3名のゲストに、それに対して、仙台市および我々を含めた多業種の連携に期待することがあれば、ぜひお話を伺えればと思います。

清治邦章様 亡くなることや病気をすることについて、潜在的に見たくないという気持ちがあるため、啓発するのが難しいと思いますが、仙台市および仙台市医師会で、市民もそうですし、仙台市医師会の先生にも啓発を続けていくことが重要だと考えております。

松浦千春様 仙台市は、他市町村に比べると、在宅医療、訪問看護、介護サービスどれにおいても、数的には潤っているように見えるのですが、多いからこそ、サービスの質の均一化が図れないという問題はあると思います。先ほどの清治先生のご発言にあったような、訪問看護師の判断で病院を勧めることはほとんどないと思いますが、中には、医療とは関係ない会社が訪問看護を立ち上げて、訪問看護の経験がない看護師を管理者に置いて訪問看護ステーションを開設する、というケースもありますので、そういった部分を周知していただければありがたいと思います。

安藤座長 なかなか難しいところで、一方では、今後、競争によって質が保たれたり、向上していく方向に持っていかなければいけないのかと思いますが。庵原さん、いかがでしょうか。

庵原眞里様 質という部分では、ケアマネジャーも事業者や人によって差があるので、

人材の質を上げていかななくてはいけないと思います。事業所内では、個人が受けた仕事は事業所として受けたという意識をもって、担当者が変わっても同じサービスを提供できるように、と常に言っております。そういう、個々ではなく事業所であれば、同じサービスを提供するという体制がまず必要で、もし、急性期病院で大きな病気にかかって手術をしても、在宅復帰に向けた流れや、利用できる介護サービスについて知ってもらうことが大切だと思います。

安藤座長     ありがとうございます。今日は、ゲスト3名の皆様から貴重な意見を頂戴しました。病院については、急性期の治療を終えて、回復期、慢性期の病院にいかにもスムーズに移行し、在宅、介護施設にも一貫して同じ流れで移行していけるかを、市民目線で確立していかなければならない中、今後ニーズが増える、在宅医療、介護・看護については、さらにすそ野を広げていかなければいけませんし、質も確保しなければなりません。本日の議論を受けて様々な課題が見えてきましたので、分野を絞った分科会的なものが必要かもしれないと思いました。今後、仙台市民が安心できる医療提供体制の構築が重要なのだと改めて感じました。

加藤健康福祉局長     本日ご議論いただきました内容について、情報共有につきましては、委員の皆様からありましたように、今もある程度までは情報提供、情報共有がなされているが、できていない部分、不足している部分があるのではないかという問題提起がされたと受けとめております。

一方で、簡素な様式でというお話をいただいたところであります。これにつきましては、我々も、医療と介護という視点でこれまで考えていた部分がありますので、それを発展させていくような形で、事務的にもやりとりをしながら、どういうものかいいのかということを考えていかなければならないと思って、受けとめておりました。

それから、少し長い目を見たときに、すそ野を広げる、周知をしていくということにつきまして、政令市比較のデータも見ていただきましたが、在宅医療の資源が市民ニーズを満たしているのかどうかは、なかなか調査が難し

い部分があるのだらうと思います。これから、市民の皆様をはじめ、委員の皆様、ゲストの皆様からいただいたお話も含めまして、少し長い目でどう取り組んでいくべきかということは、考えていかなければならないと思います。

その中で、人材確保や人材育成ということも当然絡んでくることだろうと思っておりますので、本日いただいた視点を我々の検討の中で活かしていきたいと思っております。

本日の「(1)本市における地域医療・介護連携等」につきましての事務局からのお話は、以上にさせていただきたいと思えます。

安藤座長     ありがとうございます。

#### < (2) 医療機関等の現況調査に係る調査項目等について >

安藤座長     続いて、議事の「(2) 医療機関等の現況調査に係る調査項目等について」事務局から、ご説明をお願いします。

佐々木医療政策課長   資料7をご覧ください。今年度におきましては、病床機能報告や診療報酬明細書データなどを用いて、医療分野ごとの提供体制の分析を行う予定としておりますが、これらのデータでは得られない情報を、資料7のように、医療機関等へのアンケートにより、把握したいと考えているところで、こちらの調査項目につきまして、本日ご意見をいただきまして、それらを踏まえて、今後、調査を実施していく予定としております。

はじめに、1の救急医療についてですが、こちらは仙台市内等の二次・三次救急医療機関を対象としまして、人員体制等の基礎的な情報から、応需率や救急搬送後の患者の急性期病床への対応等の理由などについて、調査したいと考えております。

次のページの災害時医療・新興感染症対策ですが、こちらは、救急医療機関に災害拠点病院を加えた医療機関を対象としまして、事業継続計画（BCP）や訓練の状況について、聞く予定としております。

次の周産期・小児医療についてですが、少子化などに伴いまして、施設の

機能分担や集約化が図られている状況にあります。これらの課題を把握するため、分娩取扱機関を対象に、分娩対応体制や今後の見通しについて調査する予定としております。

次に、本日のテーマでもありました、地域医療連携、在宅医療・介護連携等についてですが、こちらは仙台市内の病院、診療所に加えまして、訪問看護ステーションや介護事業所も対象に、現場での対応状況等について調査したいと考えております。

4 ページ目をご覧ください。まず、5 の市民向けアンケート調査ですが、こちらは、1000 世帯を対象とした郵便による調査と、それに加えまして電子申請サービスによるアンケート調査を予定しております。本市の医療提供体制に対する認識やニーズについて調査したいと考えております。

最後に、他政令市向けアンケート調査ですが、こちらは救急医療を中心として、詳細な取組状況等について確認する予定です。

なお、1 から 4 の医療機関等への調査につきましては、急性期後の転院調整の実態など、宮城県においても、今年度、同様の調査を行っておりますので、医療機関の二重の負担とならないよう、重複している調査項目などについて、宮城県と調整しながら実施していきたいと考えています。

資料の説明は以上です。

安藤座長      ありがとうございます。かなり詳しい分析と細かい項目で調査されるということですが、委員の皆様から、何かご質問や追加すべき項目など、ご意見があれば、お願いします。高田委員、どうぞ。

高田委員      2 点ほど気づいた点ですが、4 番目の調査項目が紙によるアンケート調査票になっているので、電子メールでエクセルの形式にさせていただけるといいと思います。事業所に紙ベースで来られると、逆に手間取ることがございますので、こちらは、できれば調査方法のご検討をお願いしたいと思います。

あと、5 番の市民向けのアンケート調査ですが、市民の方にご意見をいただくのであれば、ACPIについて市民はどれぐらい意識をされておられるのか、死というものに対して、どれだけ意識を持って家族で話をされ、自分事



として考えておられるのかが、もし盛り込むことができるようであれば、お伺いできればいいのではないかと考えております。

安藤座長 短時間に見ていただきまして、ありがとうございます。藤森先生、お願いします。

藤森委員 6の政令市のアンケートで、救急、周産期は結構データがそろっているの  
で、むしろ地域包括ケアシステムの推進に関して、他市でどういう取り組み  
をしているのか、どれぐらいの進捗なのかというところがデータがないところ  
なので、ご質問を加えていただければと思います。

安藤座長 事務局、よろしいでしょうか。

佐々木医療政策課長 本日いただいたものも含めまして、実施する際にも、またお伺い  
しまして、始めたいと思います。もし後から何かありましたら、今週中ぐら  
いに事務局までご連絡いただければと思います。

安藤座長 では、今週中ぐらいまでに見ていただいて、加えるべき調査項目がありま  
したら、事務局にお知らせ願います。よろしく願いいたします。

本日は大変重要なテーマで、地域医療連携、それから在宅医療・介護連携  
についての回でした。今回の会議のまとめを作ってくださいまして、委員の  
皆様に見ていただくことになっております。

次回以降の議題等につきましては、本日皆様から頂いたご意見も踏まえな  
がら、座長である私と事務局とで調整させて頂きまして、よろしく願い  
いたします。それでは、進行を事務局にお返しします。

## 6 閉会

佐藤係長 ありがとうございます。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3回の検討会議につきましては、9月上旬の開  
催を予定しております。委員の皆様にも別途連絡し、日程を調整させていた

きますので、よろしくお願いいたします。

それでは、以上をもちまして、第2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。