

第 3 回検討会議におけるご意見の概要について

◇ 回復期病床と地域包括ケア病床の現状

- 多くの回復期リハ病床は目的を持って設置されており、患者が見込める形で作られているため、稼働率が高く、当然な一方、地域包括ケア病床は、やむを得ず設置されたケースが多いため稼働率が低くなる。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る。【藤森委員】
- 回復期病床の入院に関しては、週に数回の判定会議を行って決定するが、基本的には紹介の連絡を受けてから 2 週間程度の期間を要し、長いと 20 日程度待機してもらっている状況である。【伊藤氏】
- 地域包括ケア病床への入院についても、回復期病床と似たような動きにはなるが、医療ケアを必要とする人も多く、転院先の調整が介護保険施設だけでは難しいため、地域包括ケア病床の待機日数の方が長いケースが多く、なかなかスムーズに流せていない現状がある。【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たが、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、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を受け入れる流れになると想定している。【伊藤氏】

◇ 救急医療の機能分担

(1) 初期救急と二次救急の連携強化

- 二次転送を考えれば、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る。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、単一の病院ですべて後方をカバーするのは困難だが、親病院の近くにあれば融通が利くのは事実であろう。【亀山委員】

(2) 市民への救急医療に関する情報提供、普及啓発

- #8000、#7119 について、できれば 110 番や 119 番並みの認知度にして欲しい。【山内氏】
- 救急に関する問い合わせは昼間も来ているので、#8000、#7119 の 24 時間化も検討すべき。【山内氏】
- #8000 や #7119 は、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いるので、三師会でも各医療機関に周知していきたい。実際、病院への問い合わせは多く、周知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ため、救急電話相談の周知はぜひやっていきたい。【北村委員】
- 三師会でこれまでも様々連携をしてきたが、#8000 や #7119 の広報に関する座談会を検討してもいいかと思う。【安藤座長】
- 介護施設でも #7119 を活用していくことで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う。【高田委員】

(3) DX を活用した救急医療の体制作り

- 消防庁が作成したアルゴリズムなどを用いて、救急電話相談の AI 化を進めていければいい。【山内氏】
- オンライン診療も積極的に活用できればいいと思う。【山内氏】

(4) 休日夜間救急歯科診療事業

- 休日夜間歯科診療所は、夜間対応可能な歯科が少なかったため設立されたが、夜遅くまでやっている歯科も増え、患者が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ない。【小菅委員】

◇ 病院群当番制事業

- 病院群当番制事業について、インセンティブの出し方として担当日数で出すべきか、救急車の受入件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効率的にした方がいい。【山内氏】
- 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。【島村委員】
- 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、各当番病院は一般市民にアピールして患者を受け入れる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。その中で救急車の受入件数に着目するなら、実績に応じたインセンティブはあり得ると思う。【亀山委員】

◇ 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

(1) 応需不能の主な要因

- 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中で応需率が上がってこないことに課題があり、これは救急をやっているが体制が薄いということなので、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。【藤森委員】
- 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て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、調べる必要がある。【島村委員】
- 救急の応需率が他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。【島村委員】

(2) 後方病床の確保の重要性、対応策

- 救急車を受け初期診療を終えた後に、速やかに地域の医療機関で受け入れてもらい、抗生剤等の処置を翌日以降速やかにしてもらえる仕組み・体制ができない限り、平均在院日数の改善は見込めない。そういった連携体制を作るため、昨年「仙台南地域の医療連携を考える会」を行っている。【山内氏】
- 他政令市と比較すると、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であり、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重要。【藤森委員】
- 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。【山内氏】
- 仙台市内に、三次救急で受け入れた患者を予約して早期に引き受けられる、回復期に特化したハブのような病院が必要ではないかと思う。【安藤座長】

(3) 在宅患者入院受入体制事業

- 在宅患者入院受入体制事業では、輪番で割り当てが決まっていますが、補助金も出ているはずだが、救急隊も知らないことが多いので、もっと活用していただきたい。【山内氏】
- 年間約 2 億の予算で県が宮城県医師会への委託でやっている事業だが、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、参加する協力病院が少ないため、制度の有効活用を改めて見直す必要がある。【亀山委員】
- 在宅患者入院受入体制事業が認知されておらず、施設の嘱託医が登録医になっている医療機関を紹介してしまうというケースもあり、うまく役割分担できていないのが課題。【高田委員】

(4) 今後の救急搬送件数の増加、救急医療に携わる人材不足も踏まえた対応

- 急性期病院で一般の先生が診たいと思っている疾患は高齢者救急ではないと思うが、実態として高齢者の数が多いので、高齢者救急を考えていく必要がある。【山内氏】
- 救急医は、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すことができ、他の科との連携ができる場所は強みである。【山内氏】
- 働き方改革が進む中で、昔は若い医師だけでまわっていたところにマンパワーを増やす必要があり、まず研修医に外科医・救急医を目指してもらう必要がある。【島村委員】
- 東北医科薬科大学が卒業生を出していて、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いるので、その一部分を救急医になってもらえるような仕組み、選択肢に入れていただくことも期待したい。【安藤座長】
- 救急科の OJT (Off-the-Job-Training) 関連の育成資金は、おそらく他の診療科に比べて進んでいる分、支出も大きいので、一部サポートがあると負担感が減り、実際のトレーニングを通じて研修医からも興味を持ってもらえるのではないかと。【山内氏】
- 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。【山内氏】
- 病院で救急救命士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る。【山内氏】
- 救急救命士は、ほとんどが消防署の方だが、一部病院に採用される方も出てきたため、救急医の採用も増やしつつ、救急救命士の採用を増やしていくなど、将来の選択肢を増やす必要がある。【北村委員】