

令和3年度第1回愛知県地域医療構想推進委員会

令和3年10月13日（水）

【愛知県医師会理事（浦田）】 皆さん、こんにちは。

時間になりましたので、ただいまより令和3年度第1回の愛知県地域医療構想推進委員会を開催いたします。

既に御案内のように、この委員会は愛知県の委託を受けまして公益社団法人愛知県医師会が主催するものでございます。

そこで、まず開会に当たりまして、愛知県保健医療局の吉田局長さんから御挨拶をお願い申し上げます。

【愛知県保健医療局長（吉田）】 皆さん、こんにちは。愛知県庁保健医療局、吉田でございます。

本日は、大変お忙しい中、令和3年度第1回の愛知県地域医療構想推進委員会に御出席を賜りまして、本当にありがとうございます。

また、御出席の先生方におかれましては、平素より愛知県の保健医療行政の推進につきまして格別の御理解、御協力をいただいております。重ねて厚く感謝申し上げる次第でございます。

まず初めに、現在喫緊の課題でございますコロナ対策につきましては、本当に先生方の御尽力をいただきまして、また県民の皆様の貴重な御努力をいただきまして、第5波もノックアウト寸前まで私どもも追い込まれた状況ではございますが、何とか収束のめどがついてきたというところでございます。

先生方におかれましては、コロナ対策につきまして一般の健康相談から、それから外来での診療や検査、何より大変御尽力いただいております入院医療、それから今回の収束の一助になったと思っておりますが、ワクチン接種につきましても本当に多大な御努力、御貢献をいただいております。感謝もし切れないうところでございます。

引き続きワクチン接種は終盤にまで来ておると思いますが、2回目も進めたいと思えますし、なおかつ明るい兆しとしましては抗体カクテル療法をはじめ、経口のウイルス薬、これはゲームチェンジャーになると言われておりますが、この開発につきましてもいろいろな方法で進んでいるというふうに聞いております。何とか季節性のインフルエンザ並み

の対応が可能になるまで、今しばらく引き続き皆様方の御努力を重ねてお願い申し上げます。

さて、そういった中で、2025年度に向けまして救急医療から在宅医療まで切れ目ない医療を提供するために、現在の医療機能をより一層分化、連携するための一助となります。地域医療構想の推進、これは私どもにとっても引き続き重要な課題でございますが、地域医療構想の推進につきましても現在の課題でございます。国において再検証が求められている医療機関につきましても、各地域に御尽力いただきまして大分検討も進んでおります。引き続き御検討を賜りたいというふうに思っております。

本日は限られた時間ではございますが、行政からの報告事項のほかに、今日は大変お忙しい中、神戸大学の小林先生から、先生の研究分野でもございますが、DPCのデータ分析、これを活用した貴重な御報告をいただけるというふうに賜っております。

また、せっかくの機会でございますので、各地域における地域医療構想の関係ですとか、また併せて現在のコロナ対応等、ワクチン接種につきましても情報共有や意見交換ができればと、このように考えてございます。限られた時間ではございますが、どうか忌憚のない意見を賜りますよう切にお願い申し上げまして、開会に当たっての挨拶とさせていただきます。本日は本当にありがとうございます。

【愛知県医師会理事（浦田）】 吉田局長、ありがとうございました。

では、続きまして、公益社団法人愛知県医師会、柵木会長より御挨拶を申し上げます。

【愛知県医師会会長（柵木）】 皆さん、こんにちは。愛知県医師会の柵木でございます。

今日はお忙しい中、この委員会に御出席賜り、誠にありがとうございました。

先ほど吉田局長からお話がございましたように、この県レベルの地域医療構想推進委員会、これは従来は愛知県医師会が医療圏協議会という名前で、特に愛知県は11の医療圏になっておりますけれども、そのキーパーソン、特に医師ですね。医師を集めて横断的に開催する会というのが県では立ち上がっておりませんでしたので、医師会が医療圏協議会ということでもうずっと開催してまいったわけでございます。

しかし、この地域医療構想というのが法制化されてから、この医療圏協議会を県レベルの地域医療構想推進委員会に改組いたしましたわけでありまして。改組と言ってもほとんどのメンバーは構想区域の中の医師会長さんと、それから構想区域の中の主な病院の院長さんということで、従来の医療圏協議会とほとんどメンバーは変わらないと、こういうことで開

催をいたしております。

目的と申しますと、一番はやはり地域の地域医療構想推進委員会がコアになるわけですが、こうして横断的に開催することでその地域の問題点を洗い出したり、あるいは県としてどういう方向が望ましいかということを議論するための会でございます、これは意思決定する会ではないと。情報交換、あるいは地域医療構想に関する意見をいろいろ述べ合う会だと、こういうふうに御理解賜ればいいかと思います。

そして、今の地域医療構想、国が436の医療機関の再検証ということを出してまいったわけでございます。今日も資料に載っておりますけれども、愛知県といたしましては12の病院がその対象になりましたけれども、ここに記載されましたとおり、それぞれ順調に進んでおるようでありまして、愛知県といたしましてはこの地域医療構想については着実に進んでいると、こういう認識でおるわけでございます。

そして、構想がどうなるかということも議論しておる最中に、まさしくこのコロナという問題がございました。これが医療計画の中に今度は感染症対応というのが記載されることが決まっておるということで、この感染症対応を医療計画の中にどう位置づけるかということも今後話し合っていかなければならないと思っております。

その位置づけに当たっては、まず第一義として、この感染症対応を医療圏という単位が果たしてなじむのかどうか。これはなじむという意見もあると思えますし、やはりこれはちょっと医療圏では狭過ぎるんじゃないかというような意見もあるのかもしれませんが、その辺のところを御議論いただければよろしいかなと考えております。

それから、もう一点は、今度のコロナは第5波まで我々は経験いたしましたけれども、やはり一番の問題が病床確保と、これは全国的にそうですね。皆さんなかなか病床が確保しづらい。その根本は何があるかということ、やはり通常医療を回しながらコロナ対応しなければいけないと。病床を空けるのは簡単だけれども、そうしたら救急だとかがんの手術をみんな断らなければならない。これをどうしたらいいのかというのが各病院の共通した問題なんですね。

これを何とか対応、どのぐらいの医療需要が要るかということ、コロナについて、あるいは通常医療について、これを何とか定量化できないかと。ふだん10の通常医療をやっておるところにコロナが入ってきたら、どこまで通常医療とコロナの医療資源を分配できるのかと。これをただ感覚だけでやっておったというのが今までの現状でありまして、これを何とか定量化できるといいなということで、愛知県医師会には愛知県医師会地域医

療政策研究委員会という委員会がございます。ここで何とかこれを、ここまでのコロナに割ける医療、これ以上割いたら通常医療をこれだけ割かなければいけない。決まったパイの中でどういうふうに配分するかという問題ですので、その要が病棟における看護師配置であると考えております。

取りあえず今日も愛医研と言いますけれども、愛知県医師会地域医療政策研究委員会委員の小林先生からその辺のさわりを今日お話しいただけると思っております。今の医療需要における定量化、特に看護資源という観点から今後愛医研でしっかりと進めてまいりたいと思っております。

今日は限られた時間でありましてけれども、こうした医療圏のキーパーソンが一堂にがん首をそろえて議論するという機会はあるものではないかと考えておりますので、ぜひいろいろ御意見を賜って、今後の愛知県の地域医療構想、あるいはコロナ対策、これがしっかりと進むよう心より祈念して開会の御挨拶とさせていただきます。本日はよろしく願い申し上げます。

【愛知県医師会理事（浦田）】 それでは、本日の御出席者の御紹介でございますが、お配りしております出席者名簿、そして配席図をもって御紹介に代えさせていただきます。

次に、配付資料の御確認をお願い申し上げます。

委員名簿、配席図のほかには資料1-1、地域医療構想の推進に向けた公立・公的病院の役割の再検証について、資料1-2、地域医療構想の進め方に関する考え方の整理について、そして、資料2がDPCデータから見えるCOVID-19患者の特性や医療機関での対応状況でございます。もし不足等がございましたら事務局のほうにお伝えくださいませ。

本委員会は、各構想区域の代表医師会長の先生方とあいち五病協の代表監事の先生方が一堂に会する愛知県内では唯一の機会でございます。先ほど柵木会長の話にもございましたが、今後の地域医療構想区域、各医療圏における課題の共有、今後の情報共有に向けて大いに議論を活性化していただきたいと思っておりますし、そのための委員会であると承知しております。

つきましては、今後の会の取り回し、進行につきましては、恒例に従いまして愛知県地域医療構想アドバイザーである伊藤健一先生にお願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

(異議なしの声あり)

【愛知県医師会理事（浦田）】 それでは、伊藤先生に進行をお願いする前に、1つ、この委員会の公開、非公開の取扱い等について説明させていただきます。

当委員会は、開催要綱第6条第1項によりまして原則公開となっておりますので、全て公開とさせていただきます。なお、本日の委員会の議事録につきましては愛知県のウェブページに掲載することになっておりますので、あらかじめ御了承ください。

それでは、伊藤先生、お願い申し上げます。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 地域医療構想アドバイザーの伊藤でございます。本日はどうぞよろしくお願いいいたします。

時間もありますので、進めさせていただきたいと思います。あとは着座でよろしくお願いいいたします。

それでは、報告事項に入りたいと思いますので、報告事項の1について、事務局より一括して御説明いただきたいと思います。よろしくお願いいいたします。

【愛知県保健医療局医療計画課課長補佐（丹羽）】 愛知県保健医療局医療計画課の丹羽と申します。よろしくお願いいいたします。

私からは、行政からの説明として2点説明させていただきます。失礼ですが、着座にて報告をさせていただきます。

まず、アの地域医療構想の推進に向けた公立・公的病院の役割の再検証について、状況を御報告させていただきます。

お手元の資料1—1を御覧ください。

1、これまでの経緯でございます。1つ目の丸でございますが、昨年令和2年1月に厚生労働省より急性期の病床を有する公立・公的医療機関のうちから、再編・統合について再検証の要請対象となる医療機関が選定され、再検証の要請通知が発出されました。下の箱に要請通知の概要を記載しております。

再検証の対象となった公立・公的医療機関は、1、診療実績が特に少ない、これは9領域、がん、心疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害、僻地、研修・派遣機能の9領域になりますが、これら全てについて診療実績が特に少ないに該当するか、または2、類似かつ近接する医療機関が存在の要件に6領域、がん、心疾患、脳卒中、救急、小児、周産期の6領域になりますが、全て該当するところについて選定されたもので、再編統合について再検証するよう要請があったものでございます。

また、この時点では再検証の期限として、当初医療機関の再編統合を伴う場合は遅くて

も2020年秋、それ以外の場合は2019年度中とされていました。

なお、アスタリスクのところでございますが、国において診療実績データの確認を行うため、データが確定するまでは非公開とされ、また本県では名古屋尾張中部構想区域が該当しますが、人口100万人以上の構想区域においては類似かつ近接に関する検討は追って整備するとされました。

次に、2つ目の丸のところでございます。令和2年3月、8月と国から事務連絡が出され、再検証の期限等につきまして、こちらは新型コロナウイルス感染症の対応などもあることから当分の間猶予がされており、国からは改めて通知をするとされております。この再検証の期限につきましては、現時点では新たな連絡等は来ていないという状況でございます。

それから、3つ目の丸のところでございます。令和2年12月に国から再検証の対象医療機関の追加や民間医療機関の分析を含め、内容の確定をした旨の通知があり、本県では当初9医療機関とされた再検証要請対象医療機関が3か所、稲沢厚生病院と稲沢市民病院、常滑市民病院が追加され、12医療機関となりました。

4つ目の丸のところでございます。今年度に入ってから動きになりますが、令和3年7月に国から通知が出され、人口100万人以上の構想区域、本県では名古屋尾張中部構想区域が該当しますが、人口100万人以上の構想区域においては類似かつ近接な基準を用いた要請は行わないこととされたところでございます。

資料の右のほうへ行っていただきまして、2、再検証要請対象医療機関一覧と協議状況というところがございます。

表の真ん中の協議状況というところが各構想区域の推進委員会での協議状況でございます。今年度常滑市民病院と碧南市民病院について各推進委員会で合意済みとなりましたので、現在稲沢市民病院と稲沢厚生病院の2病院が継続協議という状況になっております。

なお、現在稲沢市民病院については休棟中の46床の活用方法について検討予定、また稲沢厚生病院についてはダウンサイジングする方向性について協議予定とのことでございます。今後の一定の方向性が取りまとまった時点で地域の推進委員会で御協議をいただくということにしております。

アの地域医療構想の推進に向けた公立・公的病院の役割の再検証についての説明は以上でございます。

次に、イの地域医療構想の進め方に関する考え方の整理についてでございます。

資料1—2を御覧ください。

今年の5月11日付で、地域医療構想の進め方に関する考え方の整理についてとして通知を発出しておりますので、その主な内容を説明させていただきます。

地域医療構想の進め方につきましては、平成30年2月に厚生労働省から通知が発出されておりました、この資料の後ろのほうにもつけさせていただきますが、この通知を参考にこれまでも各構想区域で地域医療構想の達成に向けた検討を進めていただいております。

この国通知に記載はあるのですが、医療機関が担っている役割や領域の病床数を変更する場合や開設者を変更する場合について、県の方針としても必要な場合、推進委員会で説明いただくことなどを明確にし、関係者間の認識を共有するため、各構想区域の地域医療構想推進委員会における取組に関する留意事項として、今回改めて整理をして通知をしたものでございます。

通知のうち特にポイントとなるところに下線を引かせていただいております。

まず、下線の2つ目でございますが、個別の医療機関が構想区域において現在担っている役割が医療機能ごとの病床数を変更する予定を把握した場合には、必要に応じて新公立病院改革プラン、公的医療機関等2025プラン、その他の医療機関の事業計画等の策定や改定について依頼し、推進委員会に提示の上協議することとしております。

また、通知の裏面になりますが、病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関への対応については、さらに次のページに添付しておりますが、令和3年3月に別途通知をさせていただいており、1として、開設許可後1年経過後においても稼働していない病棟を有する病院及び2、5年以上稼働していない病棟を有する病院に対して、国通知に基づく対応として、さらに裏面に記載のとおり、各構想区域の推進委員会での意見聴取等の対応を進めることとしております。

令和3年5月11日付の通知の裏面にお戻りいただきまして、新たな医療機関の開設や増床の許可への対応についてですが、開設者を変更する医療機関、これは個人間の継承を含みますが、を把握した場合には開設許可等を行う前に、愛知県病院開設等許可事務取扱要領第7の適用除外に該当する場合においても、その内容を推進委員会で共有するとともに、必要に応じて当該医療機関に対して説明を求めることとしております。

病院等開設許可事務取扱要領は、医療法第7条の規定に基づく許可のうち、病院の開設等に関わる申請等の取扱いについて定めているもので、許可に当たっては推進委員会の意見を聞くこととしておりますが、第7の適用除外として、1、病院または診療所の開設者

に変更があった場合でも、その前後の病床の種別ごとの病床数が増加されないとき。

2、病院または診療所が移転する場合、これは開設者が同じである病院相互において病床が移動する場合も含むものとする、であってもその前後でその病院が存在する2次医療圏内の療養病床及び一般病床の総数並びに県内の精神病床、感染症病床及び結核病床の数が増加されないとき。

3、病院を開設している者がその病院を廃止し、その病院を開設していた場所において診療所の病床を設置する場合であっても、その診療所が存在する2次医療圏内の療養病床及び一般病床の総数が増加されないときに該当するときは病院開設等許可事務取扱要領の対象としないものとするとしております。

この適用除外に該当する場合であっても、計画を把握した場合、推進委員会でその内容を共有するとともに、必要に応じて当該医療機関に説明を求めることとしておりますので、よろしくお願いいたします。

私からの説明は以上となります。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

今は事務局からの御説明がありましたけれども、どなたか御質問等々、御意見はございませんでしょうか。

地域医療構想は国もこの構想そのものは遅滞なく進めたいということをはっきり明言しておられますので、それに沿ってということも含めてですけれども、愛知県の場合は変更に伴って事務的な手続きだけで済んでいたところも一応報告を受けて議論をすると。議論にはならないかもしれませんが、一応みんな情報共有をするということにはなっておりますので、よろしくお願いいたしますと思います。よろしいでしょうか。

それでは、次に今日は小林大介先生に来ていただいております。、ずっと愛知県医師会地域医療政策研究委員会のメンバーとして一緒に議論をさせていただいております。現在名大のメディカルセンターとそれから神戸大学の准教授ということで御活躍いただいておりますので、先生から御自身の案内も含めてよろしくお願いいたします。

【神戸大学（小林）】 神戸大学の小林でございます。皆さん、よろしくお願いいたします。

一応年に1回はこの会に何年か連続で出させていただいておりますので、御存じの方も多いかと思っております。資料にありますとおり、神戸大学が本部ですけれども、名古屋大学のほうにもクロスアポイントメントで入っております、今日も勤務してきたところでは

れども、週1回来ております。愛知県で皆様方の病院のほうからも御協力をいただいておりますDPCデータを収集させていただいておりますので、こちらのほうの分析の結果と、冒頭会長のほうからもありましたけれども、今後のコロナの対応について、どういうところを考えていかなければいけないのかを、少し分析を始めたという部分がございますので、そちらについて、さわりにはなりますけれども、御報告をさせていただきたいと思います。よろしく願いいたします。座らせていただきます。

まず、地域医療構想の推進委員会ですので、一応地域医療構想の件について少しお話をさせていただきます。

資料のほうを見ていただいても、スクリーンのほうを見ていただいても結構です。4ページになります。スライドの4と書いてあるほうですね。

こちらのほうが地域医療構想といいますか、その上にありますいわゆる医療計画、こちらのほうに、第8次の医療計画からですけれども、今まで5疾病5事業と呼ばれていた部分が5疾病6事業ということで、6事業目に今回のコロナも含んだような新興感染症の感染拡大時における医療、これを追加して事前に計画を立てておくようにということが決まっております。法律が改正されたということになります。

その中で5スライド目ですけれども、地域医療構想はどうするのかというお話ですけれども、赤の点線で囲っている右上のほうにあるとおりですけれども、地域医療構想の背景となります中長期的な状況とか見通しは変わっていないという認識ですよということになります。

すなわち少子高齢化、特に団塊の世代が後期高齢者になっていきますよという2025年、そしてさらに団塊ジュニアも含めて後期高齢者になってしまうような2040年に向けて、どんどん医療の需要の体制が変わっていきますので、その部分が大きくは変わらないということになります。

しかも2025年はもう既にあと4年と迫っておりますし、2040年にしても何だかんだ言いながらあと20年しかないという状況でございます。なかなかこの政策の中で1つ変えるよと言っても2、3年ですぐ変わるものではないという状況でございますので、やはり今からこの考え方というのは維持しながら検討は進めていかなければいけないですよということが認識として持たれている中でございます。

その中で6スライド目ですけれども、先ほど会長がお話しされたところにまさに当たると思います。平時のときはいいですけど、感染が拡大したときに、どこまで一般医療を

担っていた部分を減らすことが可能なのかというか、妥当なのかという、そのラインというのをある程度見極めないと、それこそ計画というものにはなかなか反映できないでしょうというところがあります。

これも単純に資料では病床と書いてあります。病床を減らすのではなくて、減らすのはもちろん減らすことになるんですけども、実際にマンパワー的なところ、いくらベッドがあっても働いてくださるドクター、ナースがいなければその対応はできないわけですので、その辺りをどれぐらい見積もるべきなのか。どういうふうな計算をしながら段階を追っていくのかみたいな部分を少しデータからしっかりと見て、それを計画に反映させていくというような流れが必要ではないのかというふうに、この図だけだとそこまでみんな深読みをしてくれないんですけども、愛知県では考えていこうということになっているという認識でございます。

その前にですけども、このDPCデータを集めさせていただいておりますということで、8スライド目に現状の愛知県内の御協力いただいている状況というのを載せております。病院数ベースでは8割強、一般病床数ベースでは9割ぐらいの病院の方々からデータをお預かりしているという状況ですので、ほぼほぼ愛知県内の医療の提供状況というのはカバーできるのではないかなというデータが基になっているという認識でお話を聞いていただければと思います。

一応9スライド目は、これはコロナではないですけども、一般診療になります。18の分類がMDCはありますけれども、この3か月分、今データが2021年6月までを最新のデータでお預かりしておりますので、この毎年の第1四半期の動きだけを見たものになります。

2018年から19年、下から1個目、2個目の横のグラフはトータルでは伸びているわけですね。すなわち患者数は、もちろん診療科というか、疾病によって増減はあるんですけども、トータルでは少し増えたというようなトレンドがあったわけですね。それが2020年4月から6月、まさに1回目の緊急事態宣言が出たときにどんと患者さんが減ったというか、むしろ病院側も診療制限をかけたとか、手術の制限をかけたとかした関係で実際入院する患者さんが減った状態になりました。

ここの減った中でも特に目立ったのが耳鼻科だったり呼吸器だったり小児だったり、このあたりが3割、4割と前年比で減少したという状況がございました。そこからこの1年たって、第4波ぐらいのときですけども、どうなったかというのが2021年の一番

上のグラフになります。

こちらを見ていただくと、2020年に比べれば戻ってきています。しかしながら、2018年、19年の水準には戻っていないという状況でございます。特に減っていた耳鼻科系とか呼吸器系、小児もですけれども、戻ってはきているのですが、もともとの数までは戻り切っていないという状況があるんですよということを少し前提に思っておいていただければと思います。

すなわち、何がやりたいかと言うと、この2020年の一番へこんだとき、このへこんだときの状況がどうだったのか。そして、今まさにデータを集めているところ、今月になって集めさせていただいていますけれども、この9月までのデータを今度は集めておりますので、この第5波のときにどういう状況になったかというのを踏まえて、次にお話しするコロナの患者さんの状況というのと併せて考えていく必要があるというふうに思っておりますのでございます。

では、今日の本題のところになります。こちらはスライド11ページ目ですけれども、一応分析をした条件というのを先に書かせていただいております。

まず、データ自体はDPC様式1、退院患者さんのデータです。2020年4月から2021年6月に退院した患者さんになります。ですので、一部2020年3月時点でコロナの患者さんで退院された方はこちらには含まれていないということは御理解ください。

最も資源を投入した病名、または入院契機がCOVID-19の患者というふうについている患者さんだけをピックアップしています。すなわち、疑い症名は除いております。

症状の区分、重症区分ですけれども、こちらはいろいろとこれまでもふらふらとICUを入れるとか入れないとか議論があったんですけれども、あくまで今回分析したのはどういう処置、どういう治療をしたかというので分けております。

重症はエクモの使用、そして人工呼吸器を使った患者さんになります。中等症は1と2に分けております。2がネーザルハイフローを行った患者さん、1が酸素吸入を行った患者さん、軽症はそれ以外というふうに分けております。

基本的には、入院されている期間中に1回でもこの使用があった場合にその区分に振り分けているということになります。10日間入院していて3日間人工呼吸器をつけました。あとの7日間は酸素でしたという方も重症になっていると御理解ください。今、別では入院期間中の症状によって区分を分けるみたいなこともやっておりますので、ただ今回は頭数を数えなければいけないということで、この区分で今のルールで数えさせていただいて

おります。

あと分析条件の2、12スライド目ですけれども、こちらはまず基礎疾患がある方かない方かで分けております。基礎疾患については糖尿病、腎臓病、高血圧、このいずれかが先ほどお示した病名ではない病名項目、主病名だったり、医療資源を2番目に投入した病名だったり、入院時の併存症、このどこかに今の病名が登録されている場合を基礎疾患ありと判定しております。

もう一つ、この重症化の1つの要因と世間では言われておりました肥満度ですね。これも入院の患者さんの身長と体重がデータとして入っておりますので、こちらからBMIを計算しまして、低体重、普通、肥満度1、2、3、4という形でこちらに書いてある範囲内で分けているということになります。

この条件で分析をした記述統計的なものがこの13スライド目になります。各症状区分、重症区分ごとに生存退院された方か、死亡退院をされた方か、その割合というのを出してあります。全体と性別を分けたもの、そして年代を10歳区分で分けたもの、あとはちょっとこれも賛否はあるかもしれませんが、入院されていた病院の規模によって分けております。

この赤のほうで四角で囲んでいる部分、年齢区分で見ただけであれば、60歳以上の方の中等症2以上の割合というのが大体14%ちょっとあります。60歳以上の方の死亡の割合というのが大体12.3%ぐらいあるということになります。逆に60歳未満の中等症2以上になる割合というのが6.2%と半分弱です。死亡の割合に至っては0.6%ということで、かなり死亡の割合自体はやはり60歳未満は低いということが見てとれるということになります。

また、この中等症2以上、これを全体で見ただけであればと思いますけれども、やはり高い年代の方が多いということになりますので、死亡、生存問わずですけれども、やはり重症化しやすい1つのリスクとして、この年齢というものがあるというのがこちらからも裏づけ的に見えているという状況でございます。こちら辺は世間一般的にも言われていて、データとしてもざっくりとしたものではあったわけですが、ここまで年代とか詳しく見ているものはなかなかありません。

あと下のほう、ちょっとこの数字だけになっておりますけれども、病床の区分で見ると、例えば重症の患者さんであまり規模の大きくない病院に入っている方々、例えば200床未満、200から400床未満とか、この辺りの重症の死亡率がほかに比べると高めにな

っているというところが少し気になるところです。

実際に人工呼吸器をつけているとは思いますが、その後どういう処置がされたかとか、この辺は少し追わないと分からないところなんです、こういう違いという部分は今後深掘りをしていきたいなと思っております。ちなみに、性別によって差というのはほとんどないということになっております。

ちょっと中等症だけが違うわけですが、これも正直ネーザルハイフローをやっているかやっていないかなので、どこまで本当に1と2で分けていいのかというのが分からないところなんです、そういう状況が見えております。

次の14スライド目ですけども、これが先ほど申し上げました基礎疾患があるかないか、これで分けたものになります。上が数字なので、下のパーセントを見ていただければと思います。赤のほうで囲ったところ、重症区分と基礎疾患の有無、こちらで見ていただければ、基礎疾患があるほうが軽症以外の割合というのが高くなる傾向というのはやはり見られております。

さらにその中で生存、死亡を分けたのが15スライド目になります。こちらのほうは縦軸を今度は重症区分にして横軸を基礎疾患の有無、そして死亡が入っています。下のほうは死亡割合で載せております。当然ながら、重症度が高いほうが死亡割合は高くなる。これは基礎疾患があろうがなかろうが同じ傾向でございます。

基礎疾患があるかないかで見ると、あるほうが少し死亡の割合というのは高い傾向があります。ただ統計学的な有意差があると言われると、一応出してはいますけれども、統計学的には有意とは言えない部分がありました。全体で見ると患者数が多いので、少しの違いでも有意差が出るということで、軽症と全体は有意差が出てしまうのですが、重症、中等症に関しては有意差はございません。ただ、実際の状況としてはやはり基礎疾患があるほうが死亡の割合が高めだというのが見えております。

次に、16スライド目のほうです。今度は肥満度の話でございます。肥満度と重症区分、これに関連性があるかというところを少し見ております。これは見ていただければもうお分かりのとおりですけども、肥満度が上がれば重症の割合、これが大きくなるということになります。

例えば肥満度が4の方のうちの16%が重症化していると。それが普通体重の方は6%ぐらいしか重症化しないと見てとれますので、やはり肥満度が高いほうが重症化しやすい。ただ、逆に低体重の方はあまり重症化しないというようなところも見えておりますので、

普通が一番いいわけではないようではございます。

次はちょっと医療機関の受入れ状況というところも含めてお話をさせていただきます。

18スライド目になります。これは重症の患者さんの入院経過日、一番左が入院1日目というふうに御理解ください。入院経過日におけるエクモや人工呼吸器の実施の患者数、これは転帰が生存の方です。これを見ていただければピークになっているのが入院後大体5日目ぐらいですね。これぐらいまでに人工呼吸器もしくはエクモというのを装着するというパターンが重症の場合はあるということです。ここからだんだん外れていくというふうになっています。

割合的にも患者数がどんどん減っているのは生存退院しているということになりますので、普通に退院された方のうちどれぐらいつけているかという割合を見てもこの5日目をピークに減少傾向になっているというのが分かります。

これに対しまして19スライド目、これは残念ながら死亡退院となってしまった方のグラフになります。こちらは今度はピークが来るのが少し遅いのですね。大体1週間後ぐらいに装着数のピークが来ます。ここで頭打ちをしているのが、もうそういう意味では器機的にそれだけしかないという意味なのか、そこはまだ分からないんですけども、頭打ちをまず一旦します。

でも、死亡退院ですので、どんどん亡くなっていっているわけですね。亡くなっていて、装着している割合は高いまま行く。そして、この、2週間を過ぎた辺りからはずっと装着したまま、そのままお亡くなりになるという方がどんどん多くなるというふうにこちらのグラフからは見てとれます。その違いで言うとやはり1週間目を過ぎた辺りぐらいで外れた方は結構生存退院される方が多いのかなというのが見てとれました。

次に、これは中等症という形でやっておりますけれども、酸素ですね。20スライド目ですけれども、これは入院してすぐ、もしくは2日目ぐらいまでに酸素吸入を始めているのですけれども、生存退院される方はすぐに外れていくというパターンが多いようです。最終的にこの辺がピークになって、しかも薄いほうの棒グラフがぐぐぐと下がるのが入院10日後ぐらいからということですので、10日前後で退院できる傾向というのが見てとれるものでございました。

ただ、21スライド目のように、中等症でも残念ながらお亡くなりになってしまったパターンにつきましては、もう最初から結構酸素吸入はしているという状況でどんどん亡くなっていくというものがございました。これがやはり先ほどのスライドと見比べれば、1

0日前後でまだ酸素吸入が続いている状態というのは転帰がよくない傾向があるかもしれません。

ただ、このまま亡くなったということはどういうことかということ、入院された病院で本来であれば重症対応しなければいけなかったかもしれないというところが、残念ながらその病院でその対応ができなかったとか、そういうことももしかしたら可能性としてはあるかもしれない。この辺りはまたちょっと少し深く掘っていきたいなというふうに思っているところです。

22スライド目はどこにお住まいの患者さんがどこにある医療機関に入院されたかというものになります。これはほとんどの場合はその圏域、大体保健所に連絡してとなるとその圏域の市民病院等に入るというパターンが多いですので、ほとんどその市に入院されてはいますけれども、もともと医療機関としてあまり大きいところがないような圏域については隣接の圏域に入院されているというパターンがあったりします。

次の23スライド目、24スライド目がまさに今後検討を進めていこうとしているところです。これはコロナの患者さんがどういう入院料を取っている病棟に入院をされたかを出しております。

一番左、入院基本料看護配置7対1と書いていますけれども、基本的に7対1を取っている病院に入院された。その中でも例えばICUに入った方は、この一番上のほうですけど、2対1ということで、救命救急入院料4、EMICUに入ったパターン、普通にICU、SICU等に入ったパターンみたいな感じで延べの患者数、すなわち入院の日数を入れております。

こうして見ると一番左のところはいいとして、真ん中の特定入院料の看護配置みたいな感じで書いていますけれども、例えば7対1の病院で7対1のままの特定機能病院、一般病棟7対1入院基本料みたいなことが書いてあるところは大学病院のいわゆる一般病棟をコロナ病棟にしてそこに入院されていたと考えることができます。ただ、これは7対1でふだんは配置をしているわけですけども、このコロナ対応のために実際には例えば4対1程度の看護師数を配置している可能性があったりします。

こういったところを、1日当たりどれぐらい患者さんを1病棟で受け入れたら、ふだん配置している看護師さんよりもどれぐらい増やさなければいけないと。それが何日ぐらい続くよ、1か月続くよ、2か月続くよ、みたいな体制になったときに、ほかの病棟からどうしてもやっぱり回さなきゃいけないということになってしまっ、それがまさに一般診

療を制限するところにかかってくると思います。

ちょっと名古屋ではなくて恐縮ですけど、神戸大学の場合も1病棟を完全にコロナ対応、そしてICUのほうも実際には半分弱を受け入れ、でも、ゾーニング等の関係で半分以下に実際の一般診療用には充当できないとなったときに、2対1の配置の看護師さんでは到底足りませんので、一般病棟から看護師さんを回すということをしました。結果、一般病棟の稼働率制限ということで、2割ほど落として何とかやったということがありました。

それはまさに一般診療に影響した部分と考えられますので、今回この23スライド目、24スライド目のほうで見ていただいたような看護配置と患者数の受入れ、これは後で平均在院日数とかも出せますので、その辺りから1病棟でどれぐらい追加で看護師さんが要るのだと。それがどれだけ一般病棟に影響するのだということを見ていけたらなと思っています。

ちなみに25スライド目に関しましては、それを重症化区分で見たときにどういう病棟で診られているかというものをしております。例えばやっぱり重症患者さんに関しましては2対1、4対1ということでICU、HCU、こういったところで診られている割合がほかの中等症、軽症に比べてやはり高くなっているということがあります。

ただ、これを先ほどみたいに生存退院と死亡退院で分けたときに、もしかしたらこの中等症というところで死亡退院の方が残念ながら10対1とかで見られている、7対1で見られているということがあった場合に、やはりICU等に移せなかったというのが1つの要因になる可能性とか、そういうところも含めて分析をしたいなと思います。26スライド目がまさにその割合の部分でしっかりと出ているところかと思っています。

ということで、最後まとめになりますけれども、地域医療構想の背景となる長期的なこの背景は変わりませんということで、地域医療構想自体は基本的な枠組みは維持して、これはある意味感染症等の拡大がない平時の状況として検討を進めていきます。第8次の医療計画にはこの新興感染症等の感染拡大の医療について記載を追加するというので、これが有事の際の対応ということになると思います。

COVID-19による一般診療への影響というのは、去年の状況、今年の状況を見てもやはり大きく響いているなということは分かります。ただそれがどれだけ響いたか、どうして響いたかというところまでは、まだ細かく日本全体としても分析できていないところだと思います。ただ、この状況というデータが取れるのが今しかないので、このデータをうまく活用して今後の医療計画策定の参考にできればなと思っています。

コロナの患者さんの状況も徐々に分かってきております。まだ次のデータがあれば第5波の状況も分かってくると思います。ですので、今後の対応として、例えば多くの病院で少人数ずつ受け入れるというのが効率的なのか、効果的なのか。逆にある程度の規模で対応できる病院でなるべくまとめて受け入れるということがいいのか悪いのか。あとどういった患者さんをどういった病院で受け入れるように優先するということがいいのか。

またその際には人的資源、主に看護師さんになると思いますけれども、そういうところがどれぐらい必要になるのかということを考えていこうということで、データに基づいた分析を進めていきたいと思っておりますので、今後もこのDPCデータの収集について御協力いただきたいと思います。

では、これで私からの報告は終了させていただきます。御清聴ありがとうございました。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 小林先生、どうもありがとうございました。

皆様からいただいたDPCデータでコロナがたまたまこういう形であったので、対象をコロナに限って分析を進めていますが、愛知県医師会の中に先ほど会長から御紹介がありました愛知県医師会地域医療政策研究委員会というのがありまして、私がおこの委員長を仰せつかっておりますが、そこと名大のここにありますようにメディカルITセンターという協働作業で今この分析を進めております。多分ですけれども、愛知県が今この分野での分析に関してはトップを走っているというふうに承っておりますので、皆様のデータは貴重なデータですので、活用させていただきたいと思っておりますし、また引き続きの御協力をお願いしたいと思います。

ただ、このデータはまだちょっとオープンにはしていませんので、皆様は少し取扱い御注意ということで、身内で共有していただくのは結構ですけれども、オープンに外へ出るのは差し控えさせていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

会長から何とか看護師の数をということですが、この程度に進めておりますので、引き続き頑張ります。よろしく願いします。

ということで、今、小林先生に講演いただきましたけど、何か御質問はありませんか。

【新生会第一病院理事長（太田）】 名古屋・尾張中部医療圏、新生会第一病院、名古屋記念病院をやっております太田と申します。

小林先生、本当に非常に素晴らしいデータの御開示をありがとうございます。私、コロナの会議、アドバイザリーボード、分科会へ出ておりますけれども、レセデータでの分析

した資料は初めて拝見させていただきました。

ジームスですとかハーシスやなんかのデータというのは出てくるし、またほかのデータが出てくるんですけど、NDBから何か取れないかという話はしているんですけども、出てきたことがない中で愛知県がここまでの分析をしていらっしゃるということに関しては非常にありがたく思いますし、今後の体制の構築のために利用していくということではありますけれども、いろいろと日本の医療の状況に関して発信をいただきたいというふうに思います。

特にこれは柵木会長ですけれども、スタッフの数が非常に重要なんだということ、あと一般医療との両立というのが非常に重要なんだということを強調していただいたことにごく感謝いたします。

この間コロナ禍をやってきました、かなり当初と違って今医療界に向けられる国民の視線というのが厳しいところがございます。その理由は何かといいますと、諸外国がこれぐらい診ていたのに、診られるのに何で日本の医療は診られないんだというような批判でしたりとか、あとこれだけの病床しかなぜ確保できないんだというような批判になります。

日本全体ですと今3万5,000床強コロナ病床を確保したという形になっているんですが、それが一般紙でいいますと90万床のうちのたかだか何%だというような形の書かれ方をします。ただ、今、小林先生からお話しいただいたように、3万5,000床を確保するのに、人的に配置するために一体どれだけの一般病床を潰さなきゃいけなかったかというのが出てこないわけでありまして。

日本全体で言いますと、例えば3万5,000床を確保するのに2倍ぐらいの休止病床が必要だったとすると10万床潰している。急性期の病床というのはDPCで48万床、あとほかを入れても多分60万床だとするともう既に我が国は20%弱の病床、人的資源をコロナに突っ込んで何とかここまで耐えてきたということになるわけでありまして。

だから、そういう意味では本当に人的資源がどのような形で動いて、コロナと一般医療の両立を我々が果たしてきたかというのはぜひ今後も発信いただきたいと思います。

1つだけ御指摘なんですけど、重症と中等症1、中等症2の定義に関してです。研究所はこういうような形でレセプトから取られるのはいいんですけども、厚労省の中等症1、中等症2の定義とは少し違います。何を言いたいかといいますと、結構今道中いまだに軽症の患者さんを入院させているというような言われ方をマスコミからされます。

特に第3波までは結構そういうようなところがあったんですけども、もう第4波、特

に第5波に関してはかなり重症化リスクの高い人、または酸素投与が必要な人を我々は入院させていたと思うんですが、大学病院ですら軽症がたくさん入っていたというような言われ方をしますので、今後この分類に関して発表していくときにはしっかりと御定義いただかないと、軽症の患者さんをまだこんなに入院させているのかというような形でいらぬ批判を浴びる可能性があると思っておりますので、ぜひ御配慮いただきたいなと思います。

以上になります。よろしくお願いいたします。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。小林先生は何かコメントがありますか。よろしいですか。

【神戸大学（小林）】 まさに今の定義の仕方と言うと、本当に最初にお話ししたとおり、例えば少し酸素を入れたというだけでも中等症に分類してしまっている形になります。でも、逆に言えばそれですぐに戻って、変な話、入院を大学病院でさせなくても全然大丈夫だったのではないかみたいなことがあるような方も入院している状態にはなっていますので、今少しそういう意味では最初に申し上げたとおり、分類に関してはなるべく全国統一というか、その形態に合わせる。

ちょっと今までそれこそICUに入っているだけで重症に区分されることがこれまでであったりして、さすがにそれをやるとどう見ても重症じゃないよねという患者さんもいたりしたので、今こういう形でやっておりますけれども、ちょっとそこは合わせる方向で伊藤先生とも毎月今話し合いながら進めているということになります。伊藤先生、追加で。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 これはあくまでもDPCというレセプト上のデータですので、今、彼らと話をしているのはその行為として酸素は簡便けれども、例えば投与薬はまさかさすがに要らない人には出さないだろうとか、そこら辺をコンバインドした形も含めて検討を進めるつもりでいます。

それから、先ほど小林先生からは話をされなかったですけども、実は呼吸器を外しているのは、コロナは呼吸器なので、重症化率として高いのは分かっているけれども、その分析ができないんですね。

なので、あえて重症の基礎疾患の中に入れていないということも、ちょっとこれも本当は書くときにはちゃんと書かなきゃいけないですけども、今回は省きましたが、そういうことも含めて少し検討しながらやっております。また新たなものが分かりましたら、もしくは第5波が分かりましたら、またお話をさせていただきたいと思っておりますので、御期待に添えるかどうか分かりませんが、御協力いただければありがたいと思いま

す。

ほかになれば、せっかくの機会ですので、皆様のほうから。

【トヨタ記念病院病院長（岩瀬）】 トヨタ記念病院の岩瀬です。どうもありがとうございました。

26番のスライドなんですけれども、ちょっと驚いたのが重症の患者さんの半数以上が7対1病棟という結果になるんですけれども、これは重症の患者さんがずっとICU、HCUに滞在するわけじゃなくて、その後よくなったときに一般病棟に移りそれで退院というパターンが含まれているので、こういう結果になるのでしょうか。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 そうです。あくまでも1回でも重症と判定されたものを検討に加えております。だから、先ほど小林先生から言われたように、経時的に変化したところを今後追いたいと思いますが、まずちょっと出したいということでこういう形で出させていただきました。ただ、なかなか細かい分析をしていると件数が少なくなるので、おっしゃることは分かっております。

【トヨタ記念病院病院長（岩瀬）】 確かに難しいと思うんですけれども、理解が深まりました。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 よろしいでしょうか。

それでは、せっかくお集まりで、特に地域医療構想推進会議という銘を打っておりますので、地域医療のことについても、国のほうは進めると言っていますし、実は今度外来機能の報告をいただくことになっています。結局地域の会議で外来機能まで話し合いをしていたかなければいけなくなるということも含めて、皆さん、地域医療構想と今回のコロナも結構ですけれども、何か御議論いただける話題がありましたら御提供、質問、もしくは御意見を賜ればと思いますが、いかがでしょうか。

それでは、勝手ですけれども、御指名させていただいてよろしいでしょうかね。まず一番大きいと言うと申し訳ないですけれども、服部先生、名古屋のほうの状況、地域医療構想も含めて結構ですけれども、いかがでしょうか。

【名古屋市医師会会長（服部）】 地域医療構想に関しましては、令和2年度は結局書面開催で2回でした。今年はさすがに対面で開こうということにして、1回目を9月の初めに予定したんですけれども、緊急事態宣言が発令されたということで、実際には1回目を10月18日、嚴重警戒措置が17日までですから、解除された次の日に構想委員会を今回は対面で開こうと考えています。

主な議題は非稼働病床を有する医療機関への対応ということで、まだ会議前ですので、名前までは出しませんが、削減するという病院が4つ、それから再稼働を予定しているところが2か所あってそれを検討する予定であります。

それから、あとは緑市民病院と厚生院の改革プランが出てきています。これに関しては名古屋・尾張中部圏域の会議のその下という形になります。今日は太田先生が東部、南部の後藤先生もいらっしゃっていますので、そちらのほうの圏域の協議会も、これは今回の会議の後になるみたいですが、11月にも南部地域で開かれるということになっています。その経過を見守りながらまた議論をしっかりとしていこうと考えております。

それから、もう一つは外来医療計画ですね。名古屋は唯一の外来医師多数区域ということになりまして、現在のところ18日に出てくる予定では外来機能の分担の申出書が32件、それから共同利用計画が7件、この圏域は5つのブロック、名古屋市内4ブロックと尾張中部医療圏から報告される予定であります。一応今回は不足する医療機能を担えないという届出があったのは5件なんですが、その5件はいずれも自由診療のみなど、理由がやむを得ないと考えられることから、今回は出席は求めず報告ということに取り扱う予定で名古屋はおります。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。特に先生、コロナのことはよろしいでしょうか。

【名古屋市医師会会長（服部）】 コロナに関してですか。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ついでと言っては申し訳ないですけど、コロナもあればということですけど。

【名古屋市医師会会長（服部）】 今回の医療圏会議ではコロナは特に扱う予定はありませんけれども、ただ第8次の医療計画、国の計画だと5疾病6事業になって中長期的には変わらないという話にはなっていますが、今のお話を聞くと本当にそれでいいのかなというのは、特に名古屋圏域は今回はうちの圏域だけでは患者さんを受け入れ切れずかなり尾張東部とかにもお願いしたケースがありますので、そこら辺の議論は進めていきたいというふうには思っております。太田先生、後藤先生、御追加はありますか。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 太田先生、よろしいですか。

【新生会第一病院理事長（太田）】 はい。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。今度の第8次の医療計画には感染症の話をするんですけども、病床をどうするかという議論と今回の

対策等は必ずしもドッキングしていないんですね。

なので、だから病床が空いているものをコロナ対応で持つんだというふうに言われても、コロナ病床そのものはコロナを診るための病床ですので、それ以外の使用ということは当然特例ですので、できないということですから、今後のコロナのために病床を持ちたいと言われたとしても、それはなかなか難しいと僕は承っています。いかがでしょうか。

【愛知県医師会会長（柵木）】 冒頭申し上げましたように、この医療圏単位で急性感染症、コロナを代表とするような、そういうのは、現状ではそういうことをやっていて、さっきの小林先生の資料でも大体医療圏のところに入っているという形にはなっているんですが、今後医療計画をつくるときに、感染症もこういう医療圏単位で考えることの妥当性ですね。いいのか悪いのかということを一度ちょっと先生方の御意見も御披露いただきたいなと思いますので、司会のほうよろしくお願いします。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 会長が今言われたのは、今後医療圏単位の議論で済むのか。もしくは、実はこれは保健所の問題も絡んできますので、そこら辺の端的な、このまま進めるに当たっての若干の御意見があればということで、多分会長のほうからお聞きされたいということだと思いますがいかがでしょうか。豊橋の山本先生から御意見をいただいてもいいですか。勝手ですみません。

【豊橋市医師会会長（山本）】 確かに医療圏の問題は非常に難しいんですけども、例えば豊橋、つまり東三河東部の南部になるわけですけども、豊橋市は中核市なので、豊橋市の保健所を持っています。東三河としては豊川保健所が県の保健所の出先機関としてありまして、豊橋を除く東三河の管轄で、一応豊橋は保健所が自前であるとは言っても、豊川保健所の下に組織図的に言うと入る形になるんですけども、そういうわけで豊橋の動きと豊川保健所の動きが必ずしも包含関係とは限らないような動きをしています。

そして、豊橋の地区の感染症の最大のとりでとしては隣の豊橋市民病院、こちらが今戻していますけど、3病床を閉じてコロナ病床をつかって頑張っていたという状況になっています。

ですので、実は明日またワクチンの3回目をどうするかを豊川保健所の指導の基に会議をするわけですけども、豊橋は豊橋の都合である程度動けるんですけど、そのほかは豊川保健所の指示を受けないと動けないというところがあるので、医療圏とか保健所の担当分野ごとの区切りのほうがいいのかもしれないと思います。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 今、先生の御指摘の中核都市とか政令

都市の保健所機能と、それから県単位の保健所機能とはちょっと違っていて、結局今先生からの豊川の下に豊橋というそういう順序性はないんですね。

【豊橋市医師会会長（山本）】 一応組織図的にはそういう形にもちろんなっていますし、豊橋はある程度豊橋の都合でいろんなことを、例えばPCR検査をやろうと言えば豊橋市の議会を通して予算がつけばそれで動けるけれども、エリア全体としては豊川保健所の指導の基に動くということで、一応立場的には豊川保健所の下に組織図的に言えばもちろんあるわけですから、管轄課題はありますけれども、みんなが足並みをそろえて動いているのはちょっと違うなという感じです。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 分かりました。では、ちょっと勝手な御指名をさせていただきます。刈谷の丸上先生、どうですか。

【刈谷医師会会長（丸上）】 刈谷医師会の丸上です。

地域医療構想推進委員会では、ここに上がっているように、類似かつ近接する医療機関が存在するというので碧南市民が64床ダウンサイジングしたところですよ。その分のうちの記載にあるように、22床を安城更生病院の高度急性期のほうへ移譲するというのでやっています。

それから、非稼働病棟で大きいところが2か所あるんですけど、1か所は公的病院で産婦人科なんですけど、医者が全く来てくれないそうなんです。何回会議をやっても。それで、そこをやめてしまうとそこの市民が産婦人科が一つもないので、お産はほかの市でやるということになってしまうので、何とかその方法を努力してずっと続けていこうということで非稼働のままですけど、やっています。

それから、もう一個大きいのが慢性期の病院なんですけど、そこは非稼働があるんですけども、裏が墓場なんですよね。それで、墓場があつてみんな入りたがらないからという理由で、そこに目隠しの壁をつくる予定にしていますので、それをつくってからにしてくださいということでやっています。

その3つぐらいですかね。秋は地域医療構想がまた書面開催ということで、来年1月から2月には新たにやる予定にはなっています。

ウイルス対応についてですけども、コロナについて、先生、何かございますか。

【安城更生病院病院長（度会）】 安城更生病院の度会でございます。

コロナに関しましては先ほどのデータを見せていただいて、私どもの圏域では他圏域にお願いするケースが非常に多いということで本当に反省をしておるところです。

遅まきながらと申しましょうか、私どもの医療圏では救急を主に受ける5病院の協定というのを結んでおりまして、その5病院にもう1施設コロナを受けていただく病院があるものですから、その6病院でコロナ担当者の協議会を定例ということで発足をいたしました。

それに保健所にも加わっていただいて、神奈川モデルを参考にして、病床が規定の数で逼迫してきた段階では少しずつ病床をみんなで増やしていく方針です。それに伴って、先ほどから議論が出ておりますけれども、一般のコロナ以外の不要不急の入院を各施設で努力して抑えていくことも検討に入っています。6波がどうなるか分かりませんが、6波に対しては私どもの西三河南部西医療圏の中でできるだけ圏域の患者さんを診ていく体制を取るといって今協議に入っておるところです。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。先ほど小林先生が出された資料の9枚目のスライドの表を見ていただくと、結局患者さんが一番減った2020年4月から6月という段階もこれは季節的には同じですから、ひょっとするとこれが最低の標準医療需要というふうに考える必要があるのかもしれないということもちょっと頭に置いていただいて、戻ってきても戻り方が表を見ていただくと同じパターンじゃないんですね。分類が。

なので、そこを考えると各医療圏の医療需要が今後どうなるかということがベースで、また今のコロナ対応を考えていただく必要があるのではないかと考えていますので、またそういう意味で御参考にしていただければ結構です。場合によってはこら辺の現在のデータは残念ながら国から支給されている、もしくは日医が出しているような、もしくは松田先生がやられているようなデータでは現在のデータはないんですね。なので、もし必要があればまた言っていただければ各医療圏の現在の病院のDPC別のものは出すことは可能ですので、また私のほうに御下命いただければありがたいと思っています。

それでは、本当に勝手ですけれども、一宮の櫻井先生、いかがでしょうか。

【一宮市医師会会長（櫻井）】 地域医療構想のほうに関しましては、今までのところこの資料にある以上のことは新しく聞いておりません。今後ちょっと検討を早く進めようというお話を隣の伊藤先生とちょっとお話をしていたところでございます。

コロナに関しまして、先ほどのスライドで初めて見せていただいたんですけども、一宮市というか、尾張西部医療圏も他からの流入が二十何%と名古屋に次いで多かったようです。実際稲沢市民とか稲沢厚生、一宮市民、大雄会西病院という先生からのお話、海部

とか津島とかあちらのほうから受け入れている方が結構あったように、具体的にはそういうふう聞いておりましたので。

ただ、その調整が、一宮市の場合は今年の4月から中核都市になって一宮市の保健所ということになりましたので、一宮市の保健所の方から聞くと職員が半分ぐらい替わったというような感じで、実質稼働できて経験のある者が半分ぐらいに減ってしまったということで相当苦労していたようでございますので、その辺のところを今市のほうには強化をお願いしているところでございます。

病棟に関しましてはかなりぎりぎりだったようで、一番頑張ってもらった市民病院がもういよいよというところまで追い込まれておりましたけれども、今後、今お示しいただいたデータを参考に人員の割り振りとかを考えればより効率的にお願いできるんじゃないかと思いました。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。病院としては伊藤伸一先生、いかがでしょうか。

【総合大雄会病院理事長（伊藤）】 尾張西部医療圏の大雄会の伊藤でございます。

今、櫻井先生がおっしゃったように、地域医療構想に関しましては指定をされた2施設がコロナの受入れ病棟を設置したことによって、なかなか病床の機能の方向性を考えるということができなかったという事態もでございます。したがって、少し落ち着いてきた中でこれをどういう形にしていくかという協議がこれから始まるんだろうと思っています。

それから、コロナ関連のお話ですけれども、これは第5波はほぼ収まりつつあると言っていると思うんですが、どうも風評では、風評という言い方も変ですが、第6波は間違いなく起こるだろうという中で、やはり地域の医療構想区域内でどういう形のものが起こったときにどの施設がどういう対応をするかということ、これは地域ごとにきちっと協議すべきだろうと思います。

それはなぜかという、地域の中で持てる資源は決まっているわけですから、決まっている資源を効率的かつ適正にコロナに対応するための資源配分をしていくという意味では地域での協議で方向性を確認して役割を決めるべきだと考えます。さらにもっと爆発的に感染が拡大したときにはどの医療機関と連携するかということも含めて、地域の中で話し合った方針を県に持ちよって、県の中である程度の構想をつくっていくというやり方がいいのではないかと考えています。むしろそれをやらなければ、第6波が爆発的な拡大をした場合には対応できないだろうということを心配しております。

ですから、これはあいち5病協というか、愛知県の病院団体協議会のほうで様々な各地域での話し合いをどうするかということも含めて近いうちに検討していきたいと思っています。

それから、地域医療構想に関しまして、これはちょっと太田先生と服部先生からお話がありましたけれども、どうも一部では地域医療構想の基本的な理念というものが十分に理解されていないような気がしているところでありまして、これは今さら皆さんの前で言うこともないんですが、2025年に間違いなく100%起こってくる人口の動態だとか疾病構造だとか医療のニーズ、この変化に合わせる形で効率的で良質な全国均一の医療提供体制をつくらうというものすごく壮大な理念の下に動いているはずなんですが、相変わらず協調ではなくて競合というようなお話が一部出てきたり、恐らく個別最適というような形でそれを目指しておいでになるところがあり地域全体の最適というところとは違うお考えがあるというケースが見受けられるように思います。

ぜひここは共通の理念を持って、その理念に向けて話し合いをしていただくということは非常に重要だし、それを大声で皆さんで言わないとなかなか本来の主旨を御理解いただけないのかなと心配しています。

それと、小林先生、大変すばらしい御発表をありがとうございました。そんな中で1点、自分なりに調べてみようと思っていたんですが、なかなかデータもないので教えていただきたいんですが、日本は確かに病床がコロナに対してそんなに利用できなかったという実態はあるにしても、諸外国と違う要因として、黄色人種に対するコロナの特性の問題もあるんでしょうけれども、諸外国に比べたら日本は圧倒的に上手に死亡をコントロールできたというふうに思うと同時に、コロナに非常に重点的に力を入れたにもかかわらず、それ以外の一般の急性疾患は諸外国に比べて死亡率がうんと少ないんじゃないかというふうに推測してしまっていて、これはちょっとデータがそろわないので何とも言えないですが、圧倒的に急性疾患で心筋梗塞、脳卒中、あるいはその他の重篤な急性期疾患を日本はほとんど死亡させないでコントロールできたんじゃないかと思っています。これは日本の医療の勝利だと思っているので、そういうデータがもしDPC等であれば、ぜひマスコミと国民に大々的に知らせていただきたいというふうに思っていますのでよろしく願いいたします。

以上です。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございました。伊藤先生が

おっしゃったように、通常医療がどれぐらい妨げられて逼迫して、通常の病気に対して何が問題で医療崩壊と言われたかという、結局医療崩壊の証拠を出せという話だと思うんですね。ところが、この前というか、以前日本で大々的に言われた医療崩壊という言葉のきっかけが全然検証されなくて、それで死亡率がこの疾患で増えたとか、そういう話はどのペーパーにもないんですよ。

愛知県の医療崩壊の状況を見ていたんですけれども、データ的にはどの疾病が増えたとか、例えば救急が崩壊して患者さんがどうなったかというのはなくて、あったのはアクセシビリティに対する不満だけは強調されたんですね。今回も結局どうかと言われると、実際例えばアクセシビリティという意味では亡くなるときに会えなかったというその不満は非常に大きいけれども、それで亡くなったのが医療が遅れた、もしくは手が抜けて亡くなったかという証拠を探し出すのはなかなか困難かもしれません。

ただ、取れるデータで比較ができるデータとしては、先ほど小林先生から言われたように2018年からデータを集めていますので、そのデータとの比較を今後させていただければありがたいと思いますし、できればこの事業が継続しないとデータの比較ができないものですから、ぜひそういう意味で御協力をいただければありがたいというふうに思っています。やっぱり継続したデータじゃないと、先ほどの通常医療に対する変化を出せと言われてもそれは根拠が全然なくて、レセプトデータの中でも特にNDBなんかは傷病名がくちやくちやなので、ほとんど役に立たないんですね。

なので、DPCしか今のところは確実に近いものは得られないと思います。

ほかにいかがでしょうか。勝手に指名してしまって申し訳ないんですけれども、春日井の齋藤先生、いかがですか。何かそこら辺のところでの、特に医師会のほうで御苦労されたことでも結構ですが。

【春日井市医師会会長（齋藤）】 春日井市医師会の齋藤でございます。

コロナの関係で8月は大変爆発的に感染者が増えたということで、その反省を生かしてコロナの在宅、あるいは外来診療の検査診療医療機関等でコロナを診察するんですけども、そうした医療機関をさらに増やして第6波に備えるという準備を現在進行しております。

パルスオキシメーターに関してですが、これも保健所から各医療機関に、保健所は500プールしているそうなので、それを必要な医療機関に現在だと5個から7個ぐらい希望があれば常に配置できるように、配れるようにというような、そうした体制を組んでおる

ところであります。

それと、隣に成瀬院長が控えておって申し訳ないんですけど、先月なんですけど、尾北医療機関では現在117床コロナの病床があると聞いております。第5波のときにはそれがあふれることなく、春日井市では24床コロナ病床があったんですが、最高は23床までで止まったということで、マスコミがいよいよ医療の崩壊とか逼迫とか、逼迫までは行っただしょうけれども、崩壊というところまでは行っていなかったというところで踏みとどまったということです。現在6波に備えて在宅で診られる患者さんの数を、あるいは在宅で診る診療所を増やすという対策を練っておるところです。

以上でございます。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 すみません。隣の成瀬先生、いかがですか。

【春日井市民病院院長（成瀬）】 今お話がありましたように、柵木先生がおっしゃったコロナの圏域の問題で言うと、うちの圏域は春日井保健所と江南保健所の管轄なんですけど、その圏域の中の6病院の院長が第4波のときからLINEグループをつくりまして、毎日患者状況を交換して、いっぱい病院に対してはこっちへ送ってくださいということで、連絡を取ったりするにはちょうどいい大きさだなということは感じていました。

地域医療構想に関しては少し悩みが今あるのは、先ほどの小林先生のお話を見ても、うちもコロナが収まってきて決して入院制限とか外来制限をしていないんですけど、なかなか入院患者数が回復しなくて、入院病床がどうでしょう、よくても75%から80%というような状況です。コロナが収まった後に自然にダウンサイジングせざるを得ないときが来たときに、本当に減らしてよいのか？5年後、10年後にこういった感染症が来たときに、公立病院がベッドをつくらなきゃいけないときにぎりぎりに減らしてしまうと困るのではないのか？返上というよりは休床ということがいいのか、そこら辺は非常に悩んでいて、ほかの地区の先生方の知恵も参考にしたいなというふうに思っています。

以上です。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。まさに今の余裕をどこに置くかということになって、先ほど小林先生が国が出している感染症病床の考え方の中に人的な余裕をどこに置いたらみんながハッピーかということにもなりますし、それから公立・公的が置くべきなのか、民間が置くべきなのかを含めての議論も各医療圏でやっていただく必要があるのかなと思っています。それぞれの特性がありますから、そ

れをまたこの次、多分3月にもう一回開かせていただくときには、皆さんが御披露いただけるような体制を取っていただかないと逆に第8次医療計画は書けませんので、ぜひその御議論を進めていただきたいと思います。

稼働病床という言葉はもうなくなるんですが、稼働率という概念の中で国が某医療課長のときに急性期が75%でしたっけ。稼働率が。高度急性期が72%とか、そういうのがあって、こんなのはまだ甘いと言って僕ははっきりその本人から聞いて、急性期は90%ぐらいだよと言われてたんですけど、本当にそれでいいかという議論をしていただかないと余裕というのは出てこないと思うんですね。

そうすると、そこのところは経営的には無駄なものを持つ。その無駄を逆に誰がどこでシェアして確保するかということを考えておかないと、みんな余裕がなくて、ある程度医院の利益率と、大体3%しかない利益率をどうするんだという話になりますけれども、そのところをどうやって考えていくかということも各医療圏でぜひ御議論いただければありがたいなと思っています。

いかがでしょうか。勝手に指名をさせていただいて、まだ全員お願いしなかったんですけども、絶対言い足りないという方はございませんか。

【公立陶生病院院長（代理）（近藤）】 公立陶生病院の近藤と申します。

絶対というわけではないのですが、コロナに関しては医療圏でなるべく完結するというのが大事なんですけど、かといって例えば超重症なECMOとか、いろいろなレスピレーター管理ということに関しては地域からはみ出すということは重々あると思います。そういった意味でやはり県全体でうまく連携を取っていく必要があると思います。

今、病院協会のほうでフレッシュ愛知という登録システムを用いて、少し見える化しているので、その辺りはうまくいくのではないかなと思っています。

もう一点は、当院の感染症内科の武藤のほうの立案で、保健所と連携しカクテル抗体製剤、ロナプリーブに関して、重症度を開業医の連携の先生方につけていただいて、そのスコアで重症度が高い方から陶生病院に紹介していただいて、1泊2日、あるいは最近では日帰りで既に100例以上施行していますが、重症化はほとんどありません。重症化しない手段として、今後内服薬も出るとは思いますが、抗体製剤はかなり重要だと思いますので、ぜひ県下全体で進めていただくと、今後の第6波は数は増えても重症がいないという状態に出来るのではないかと思います。

以上です。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。ただ、登録制でジミスに登録しないと国から下りてこないんですね。なので、それも1日、2日遅れでということですから、そうすると投与をする可能期間が限られているので、相当迅速にデータを把握しないと時期を逸してしまうということにもなりかねません。

先生がおっしゃったように、1つは地元の開業医の先生と、それから保健所と先生たちの病院との連携の部分と、全体のところからすると今フレッシュ愛知というのを病院協会のほうでやっていただいておりますから、あそこのデータがある程度の人たちが見に行ける状況で融通し合うということ。

ただ、距離的な問題がありますので、向こうに行ってあっちからこっちに行けるかというと、移動するときにもしコロナが陽性だと車がそれで使えなくなってしまうということもあって、そこら辺も逆に移動の手段はどこがどうやって持つかということも含めて考えないといけないなということで、御発言ありがとうございました。

カクテル療法に関してはそれぞれのところが少しずつやっておられるとは聞いておりますが、そこら辺の把握を含めて全体がどうかということもまた今後考えていきたいと思えますけれども、あれって保険適用はあったっけ。ないよね。まだ、カクテル療法は。

DPCで取れるデータというのはDPCで取れるものしか取れないということになって、先ほどのお話のようなものがすぐにデータに反映されるかというとなかなか難しいところもあるんですね。

ありがとうございました。いかがでしょうか。ほかの。ちょうど3時というお約束の時間が過ぎましたので。

【名古屋市医師会会長（服部）】 さっきコロナの話、最初のところでは触れなかったのは、今度尾張中部の同じ日に圏域の保健医療福祉推進会議があるんですが、実は5疾病5事業の1つの災害医療に関してはそちらのほうで扱って、名古屋中部医療圏に今度尾張西部医療圏を足して、災害医療時には尾張西部区域で医療計画を立てるという話は圏域の保健医療福祉推進会議のほうでやるという話になっていたんですね。

今回この新興感染症が8次の医療計画で入ったとすると、これも6事業目に入ればそちらの会議で扱われる範疇の話になるのかなと思ったので。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 すみません。災害医療圏とか、いろいろな形の医療圏を新たにつくるかどうかという議論は全体的に一度御議論いただかないといけないのかなと。こっちとくっついてこっちと話すという話でいいかどうかということ

です。今、西部の話は初めてお聞きしたので。

【名古屋市医師会会長（服部）】 取りあえず私どもの認識としてはコロナの新興感染症はまさに災害医療であろうということで、名古屋医療圏は重症者の数も増えてきていますので、どうしても尾張東部との医療圏にお願いするケースもあったわけですので、これは本当に災害医療に準じるような形でこの新興感染症のことを扱うとすると、その協議の場は圏域福祉推進会議のほうに移るものですから、本当にそれでいいのかどうか。今後の取扱いも含めてちょっと1回話しておきたいと思っています。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 そうですね。管轄も含めて少し議論を深めたいと思いますので。

【名古屋市医師会会長（服部）】 県のほうで考えていただけると、これは我々名古屋医療圏だけでは解決できないものですから、ぜひ県のほうでも。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 どころくつついたらいいかという話も逆に出てきてしまうかもしれませんし、ちょっと難しい問題を含んでいるかなと思いますので、今後の課題とさせていただいてよろしいでしょうか。

【名古屋市医師会会長（服部）】 ぜひよろしくお願ひいたします。

【公立陶生病院院長（代理）（近藤）】 1点蛇足になるかもしれませんが、先ほど伊藤先生のほうから、日本の医療は結構頑張っているということなんですが、愛知県の医師会の副理事長の野田先生が昨年度の超過死亡があるかどうかをチェックされて、超過死亡はないという結果を出されています。そういった意味では日本の医療は頑張ってきたということの傍証になるかと思っておりますので、一言付け加えさせていただきました。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

では、お開きにしますが、よろしいでしょうか。浦田先生のほうにマイクをお返しします。

【愛知県医師会理事（浦田）】 活発な御議論、感謝申し上げます。本日の会議の内容につきましては事務局が議事録を作成いたします。後日発言者の方々にその内容を御確認いただきます。事務局から連絡を差し上げました場合には御協力のほどよろしくお願い申し上げます。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 じゃ、医師会長、柵木先生、閉会の御挨拶をお願いいたします。

【愛知県医師会会長（柵木）】 今日はまだちょっと消化不足な感じもしますけれども、

一応お時間ですので、これで閉会とさせていただきます。

今日の本題の地域医療構想そのものに関してはこのまま粛々として進めるということで、県下の先生方、特に御異議はないと。この地域医療構想そのものは地域の医療資源を最適化して住民に提供すると、こういうのがその理念ということですが、これに感染症が入ってきた段階でも、今の構想区域、あるいはその医療圏を中心にして、こうした急性感染症に対して対応するという点に関して皆さんの御異議はないというふうにご考えております。

しかし、その中で結構大きな矛盾がございまして、1つはやはり感染症法と医療法との絡みですね。つまりもっと言えば、保健所とそれから医療の提供体制、この辺の齟齬がある地域も何か所かあると。ここを今後医療圏単位で考えていく場合にどういうふうにごこれを解消していくかという1つの問題があると。

それから、もう一つは先ほど病院協会の伊藤会長から御提言がありましたように、日本の医療のパフォーマンス、特に今まで世界最高水準の医療だと言われていたところが、コロナが来て何だ、これはという、これがあらぬ批判なのか、それとも日本の医療はしっかりと頑張っているんだということなのか。これを今後、もうこれは10年前からある組織なんですけれども、愛知県医師会地域医療政策研究委員会を十分に活用して、小林先生を中心にしてデータを基に検証してまいりたいと思っております。

そして、最後ですけれども、今度第5波、第6波はどうなるか分かりませんが、次のこの会議が来年の2月か3月に開催されると。そこで先生方に宿題をちょっと出させていただきますと思いますが、自分たちの医療圏では今後感染症とこの医療計画との問題をどうやっていくかと。ちょっと総論に過ぎるかもしれませんが、もうちょっと各論的に御質問をさせていただきたいと思っておりますので、その回答をもって次回の会議に御出席賜るようお願いを申し上げて、今日の閉会の御挨拶とさせていただきます。今日はどうもありがとうございました。

— 了 —