

自治体病院全国大会2021 「地域医療再生フォーラム」

日 程

令和3年11月25日（木）

10：00～12：20

- ・開会挨拶
- ・来賓挨拶
- ・座長挨拶 須田 善明 氏
- ・講演Ⅰ 城守 国斗 氏
- ・講演Ⅱ 大曲 貴夫 氏
- ・閉会挨拶

開催形式

ハイブリッド形式（集合またはオンラインでのライブ配信）

会 場

東京「ベルサール半蔵門」

主 催

全国自治体病院開設者協議会
公益社団法人 全国自治体病院協議会
全国自治体病院経営都市議会協議会
全国知事会
全国都道府県議会議長会
全国市長会
全国市議会議長会
全国町村会
全国町村議会議長会
公益社団法人 国民健康保険中央会

テーマ

第8次医療計画（5疾病6事業）
の策定に向けて

参加者

214名（集合58名、オンライン（ライブ配信）156名）

開会挨拶



■全国自治体病院開設者協議会

会長 杉本 達治 福井県知事
皆さん、おはようございます。

御紹介いただきました、先般、平井前会長から会長職を引き継がせていただきました全国自治体病院開設者協議会の会長となりました、福井県知事の杉本でございます。

自治体病院全国大会2021「地域医療再生フォーラム」の開催に当たりまして、主催者を代表して一言、御挨拶を申し上げます。

本日は御多忙にもかかわらず、全国各地から御参加を賜りまして、またオンラインでもライブ配信の御視聴をいただいておりますことを、心から感謝申し上げます。

自治体病院の皆様方には日夜、新型コロナウイルス感染症への対応も含めまして、それぞれの地域

において医療を支え、自治体病院の運営に御尽力をいただいております、深く感謝を申し上げますとともに、心から御礼を申し上げます次第でございます。

また、自治体病院議員連盟の、細田議長でございますが、会長、また森英介新会長におかれましては、公務でお忙しい中、御来賓として御出席を賜りました。厚く御礼を申し上げます。ありがとうございます。

このフォーラムに先立ちまして、今朝ですけれども、自民党の有志の議員の先生方によります自治体病院議員連盟の総会が開かれまして、全国自治体病院協議会の小熊会長をはじめ、関係者の皆様方と出席いたしました。自治体病院の厳しい現状と様々な課題などについて御説明を申し上げ、要望をさせていただいたところでございます。関係省庁からは、取組状況、また考え方について回答をいただきましたほか、細田会長、森新会長におかれましては、熱心に御要望をお聞きいただいたところでございます。この後、さらに小熊会長ほか、関係者の皆様とともに総務省の田畑裕明副大臣、厚生労働省の吉田学事務次官を訪ね

まして、コロナ対策や自治体病院への財政支援などについて要望を実施する予定としているところでございます。

自治体病院は、救急や小児、周産期、さらに災害医療などの政策医療のほか、コロナ患者受入れをはじめとしまして、感染症への対応など、地域の中核病院として住民にとって必要な医療を継続的に提供することが求められているところでございます。その一方で、医師、看護師などの医療人材や運営財源の確保といった様々な課題に直面しているところでございまして、その解決を図っていく必要があるわけでございます。

国内のコロナの状況に目を向けますと、ワクチン接種については、欧米などに接種のスタートは後れたところですが、夏以降、急速に進みまして、2回接種済みの割合が7割を超えて、先進国でもトップレベルという状況になっているところでございます。ワクチン接種が進んだことに加えまして、例えば福井県では、県内の感染場面を一つ一つつぶさに見てまいりますと、94%がマスクなしの会話で感染が起きている。両方マスクをしていたのに感染したのは6%に満たない。こういう結果も出ておりまして、そういうことを福井県では「おはなしはマスク」、会話時にはマスクをとというふうに言わせていただいています。そういったことを全国各地の都道府県で行われていることが功を奏しまして、国内の感染者は大幅に減っている状況にあるわけでございます。

しかしながら、これから年末年始を迎えますと、人の移動はたくさん増えてまいりますし、また宴会など、アルコールが入る場面もかなり増えてくるということで、第6波が到来するのではないかとされているわけでございまして、これに対して対策に万全を期していく必要があるわけでございます。検査・医療体制のさらなる強化のほか、対象となる全ての国民が接種できる十分な量のワクチンを安定的に供給する体制の確立、接種を担う医療従事者の確保などが不可欠となってくるわけでございまして、コロナ対策以外にも地域医療構想の推進、医師の確保、地域偏在・診療科偏在の是正、医師等の働き方改革の推進などの課題もあるわけでございます。

人口減少、高齢化の進展、コロナなどの新興感染症の流行など、自治体病院を取り巻く環境が大きく変化する中、こうした様々な課題について個々の自治体病院やその開設者の努力だけで解決することは困難でございまして、国レベルでの対策が必要となっているところでございます。皆様におかれましては、全国の自治体病院が抱える課題の解決に向けて、それぞれのお立場から関係機関への要望、働きかけをお願い申し上げます。

さて、本日の「地域医療再生フォーラム」のテーマは「第8次医療計画（5疾病6事業）の策定に向けて」でございまして、2024年度以降を経過期間といたします第8次の医療計画については、新興感染症などの感染拡大時における

医療が新たに記載事項として位置づけられておりまして、感染拡大時のみならず感染拡大時を見据えた平時における医療体制について、コロナ対応で得られた知見を踏まえた十分な議論が必要なところでございます。日本医師会常務理事の城守国斗先生から「今後の医療提供体制に向けて」を演題に、また国立国際医療研究センター理事長特任補佐の大曲貴夫先生から「新型コロナウイルス感染症の現状と感染拡大時（非常時）を考えた平時の医療」を演題に御講演いただくこととなっているところでございます。活発な意見交換が行われまして、今回のフォーラムが地域医療における課題の理解と解決に資する有意義なものとなることを期待いたしているところでございます。

結びに、自治体病院が住民の医療や健康を支える地域医療の最後のとりでとしての役割を果たしていけるよう、これからも皆様と一丸となって要望活動などに取り組んでまいりたいと考えておりますので、引き続き御協力を賜りますようお願い申し上げます。冒頭の御挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしく願いいたします。

来賓挨拶



■自治体病院議員連盟

細田 博之 会長

皆さん、おはようございます。本日は自治体病院全国大会2021「地域医療再生フォーラム」の御盛会、おめでとうございます。コロナの関係で各代表が限定されておられることと思えますけれども。

この度、まず申しますと、私は衆議院議長を拝命いたしましたので、党内のいろいろな役職をとりあえず休止するといえますか、会長などは退くことになっておまして、自治体病院の議連は当面、私は顧問として今後とも関与はしていきますが、新たに次の会長に森英介議員、私と当選同期でずっと長い間、友人でございますし、千葉県房総半島の北のほうの選出で、自治体病院とも大変関係が深く、これまでも議連で長く一緒に活動してきた森英介さんを次期会長として、先ほど議連で承認を受けましたので、御紹介だけしたいと思います。

森英介先生です。

我々は一致協力して今後とも自治体病院の問題について解決策を探していきたいと思えます。

まず一つは、コロナ対策でございます。これまで自治体病院はい

ろいろな形で不利な条件がございましたけれども、このコロナの感染拡大は全体で今まで172万人の感染者が出ました。死亡者は1万8000人。そして、先々月の8月には毎日2万5000人以上の患者が出る。東京や大阪など大都市圏では感染が判明しても入院ができず自宅待機を命じられて、そこで命を落とした人もあるという大変な事態でございました。そのために東京オリンピック・パラリンピックも全て無観客ということになりましたし、まだまだ日本から海外への旅行や海外からの日本への旅行はできないような鎖国状態になっているわけです。しかしながら、昨日の感染者数は全国で109人になって、東京では5人、大阪では9人というふうによりやく1桁になりました。岸田内閣はこれを何とかして最後まで抑え込まなければいけないけれども、その間は、しかし、旅行や飲食は開放していかなければならない。したがって、第6次の緊急事態ということにならないように、万全の体制でやらなければならない。その中で自治体病院の役割は極めて大きく、そして住民の方々にとって大変頼りになる病院として活動されたものと承知しております。

しかしながら、いろいろな財政的な問題も、交付金や助成金が出たところは何とかしのいではおられますけれども、これからのポストコロナを考えたときにはいろいろな問題点が生じております。医療全体についてもそうでございますが、例えばがん検診や普通の健康診断などはどんどん遅れており

ますから、手遅れになりがちになっていくという問題もございませう。

そして、また私が思うのは、これからの課題の一つは、まず地域医療で個別に再編成等が必要なものについては、厚生労働省も総務省も力を入れておりますので、自治体主導ベースで有効な医療活動が連携してできるように、赤字体質から脱却するようないろいろな政策利用、予算活用といったことをやっていただきたいと思えます。ただ厚労省の考えを待ってやっているということではなくて、各自治体において自主的に、こういうふう地域医療を改善しようという知恵を出していただくことが筋であって、全体計画などを定めていたら何年かかるか分からないし、改革しようという自治体がその関係する自治体病院や民間病院と共に協力をすること、これからも推進していただきたいと思えます。

それから、先進医療がどんどん拡大して、陽子線治療や重粒子線治療、あるいは免疫の強化のための新薬の利用など、非常に高額で、だんだん保険適応も広がっておりますが、そういうことが必要な分野が広がっているわけです。そういったことについては、これはまだ私の個人的提案ですが、自治体病院も1つの病院だけで対応するのではなくて、相互に連携してお互いに紹介して、必要な治療を地域の患者さんが受けられる、先進の治療その他も含めまして受けられるようなネットワークをAIの時代には構築しなければなら

いているんです。そういった認識がまだいささか足りない。東京都に小児科医療の先端医療センターができたり、そういうことは今までもあるわけですが、がん治療を中心として地域医療と先端医療を結びつけてネットワークでお互いに協力して、手遅れにならないようにもっと高度な診療体制を構築していくことも大変大事なことだと思っております。そういった知恵をどうやって出していくのか。一つ一つの病院だけでは、幾ら採算を取ろうと思っても、そういうことは投資が不可能でございます。しかし、絶対に必要になってくるわけでございますから、そういう意味では、地域医療の変革は先端医療に対する取組も大事である。もちろんコロナ体制も必要であるけれども、そういうことをやって初めて住民の期待する医療が実現できると確信しておりますので、そういったことも皆さんのお立場でお考えいただきたい、それを自治体病院議連もみんなまで応援していきたいと思っております。

いろいろ申し上げたいことはたくさんありますが、最近私はHPVワクチン再開の議連の会長もやっています、いよいよ小学校から高校までの若い女の子にHPVワクチンは勧奨的に打つ、打たないと日本だけが子宮頸がんが大変増えておまして、死者も増えて、奨励対策も厚労省を動かしてやることになっております。そういったことについても、自治体病院はぜひ御協力もいただきたい。どんどん打たないと、日本だけが

感染者というか、子宮頸がん患者が増えておりますから、そういった役割も自治体病院には担っていただきたい。あれこれ私の考えはありますけれども、皆さんがこれからもさらにいろいろなことを検討されまして、ますます住民の皆さんに信頼される地域医療を充実させていただきたい、そのことをお願い申し上げたいと思います。

今日は御盛会、誠にありがとうございます。

座長挨拶



■全国自治体病院開設者協議会

副会長 須田 善明 女川町長
皆様、おはようございます。ただいま御紹介いただきました宮城県女川町長を務めております須田善明と申します。これから講演の部の座長を務めさせていただきます。どうぞよろしく願い申し上げます。

1年前を振り返りますと、今日はオンラインもちろんあるわけですが、このように現地で対面でフォーラムを開催できるということもなかなか考えにくかったというか、難しい状況でございました。ここまで約2年間、ここにいらっしゃる先生方、また関係者の皆さん、オンラインで御参加いただいている皆さんもそうです

が、本当に大変な御苦勞があったかと存じます。この事態への対応ということで、官民それぞれ隔てなく連携体制をとということで、それぞれが頑張ってきたとは思いますが、地域によってはなかなかそれが難しかったし、今も難しい、苦しんでいるという地区も当然あるだろうと思っております。その辺は正直、全国を見てみればまだらな部分もあるかと思うんですが、自治体病院、また公的な性格を帯びている公的病院は、ここは逃げられないわけです。開設者も、運営者も、あるいは主催で入っていただいておりますが議会の皆さんも、逃げられないわけです。その中でどうやっていくかということ、それぞれに本当に苦心しながら、ドクター、コメディカルの皆さんの意思も一つにまとめることも大変だったと思っております。いろいろリスクや恐怖から逃げたくても、逃れられない、向き合わなければいけないということで、本当に現場でまとめていただいて、今日まで戦ってきていただいたと思います。改めて皆さんの努力に敬意を表させていただくものであります。

そういう中で、先ほど会長、並びに細田先生のお話にもございましたが、先ほど議連の勉強会でも話題にもなりましたが、これまでの議論は地域医療構想の推進、医師の地域偏在対策、医師の働き方改革の推進等でしたが、これにCOVID-19、新型コロナウイルスの問題が大きく、今までの議論をある意味で土台から崩すような状況も投げかけました。そういう

ものを踏まえて、第8次医療計画には新興感染症等の感染拡大時における医療を計画の記載事項として新たに位置づけることにもなったということでございます。

今現在、民間ですと、例えば原油高、あるいはコロナ等の影響での半導体の供給不足等で、今、起きているのが、今までのジャスト・イン・タイムといったものに代表されるような経営、運営の在り方に対して、今までは在庫を持っているほうがリスクだということがあったんですが、最近では在庫を持たないことのリスクがあります。これはこれからの医療を考えると、全くそのまま当てはまるものだろうと理解いたしております。ですので、この新型コロナウイルスのこの2年間の経験というのは、これからの在り方をどう考えるかというときに非常に重要な観点になってこようかと存じます。

本日、この講演の部でございますけれども、日本医師会常任理事の城守国斗先生、そして国立研究開発法人国立国際医療研究センター理事長特任補佐の大曲貴夫先生のお二人から、それぞれのテーマで御講演をいただきます。会場の皆様からの質問を受け付ける時間も取っておりますので、この後の時間が有意義なものになりますよう、皆様方の御協力をいただきながら進めてまいりたいと思っております。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

講演 I



■日本医師会

常任理事 城守 国斗 氏

須田町長様、過分な御紹介、ありがとうございます。

改めまして、日本医師会常任理事の城守国斗と申します。本日は自治体病院の全国大会にお招きいただきまして、誠にありがとうございます。私は日本医師会で現在、様々な会務を授かっておりますが、その中で厚生労働省の第8次医療計画等に関する検討会、また診療報酬の調整の場である中医協の委員等もしている関係上、全国自治体病院協議会会長の小熊先生からのご依頼を受けて、本日参加させていただいております。

本日お話をさせていただく内容でございますが、今後の医療提供

体制に向けてということございまして、時間もございませんので、早速、講演に移らせていただきたいと思っております。講演に入ります前に、今般のコロナ禍において自治体病院の先生方、また関係者の皆様方には大変御尽力を賜りまして、ありがとうございます。さらには、日本医師会の様々な会務にも御協力いただきまして、重ねて御礼を申し上げる次第でございます。

それでは、講演に入らせていただきます。

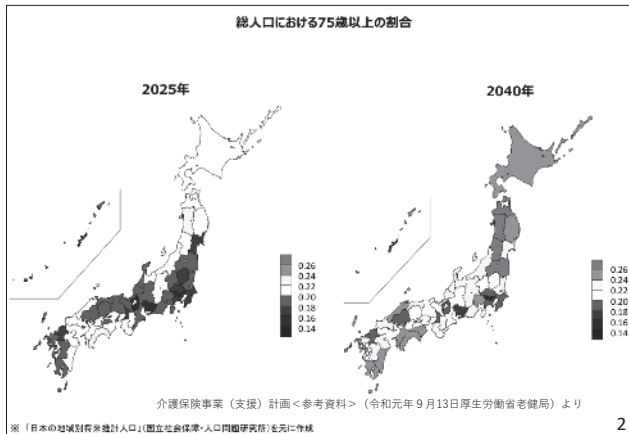
(スライド1) 本日お話しするのは、現在、2024年から始まる第8次医療計画に関する検討が執り行われておりますので、その内容に関しまして概略の御説明。2番目に、従来の医療計画において検討される様々な課題にオンされて、この外来医療機能がそのテーマに取り上げられているということがございます。その内容が非常に分かりにくい、また複雑になっているということもございまして、そこを本日は少し詳しく御説明をさせていただきます。3つ目の、先ほどお話がございました

今後の医療提供体制に向けて

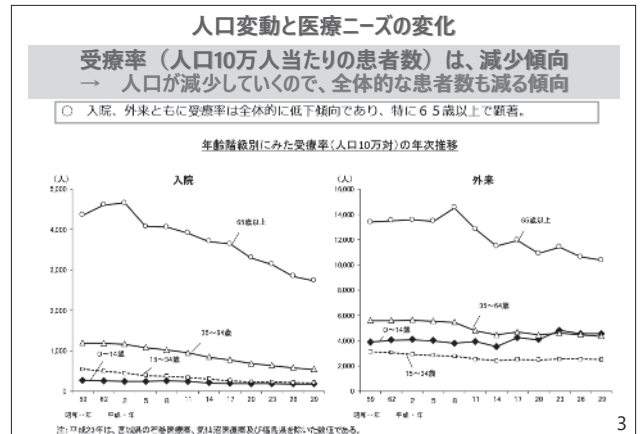
1. 第8次医療計画の検討課題(コロナ以外)
2. 外来医療機能の分化
3. 「6番目の事業」としての新興感染症等への対策

1

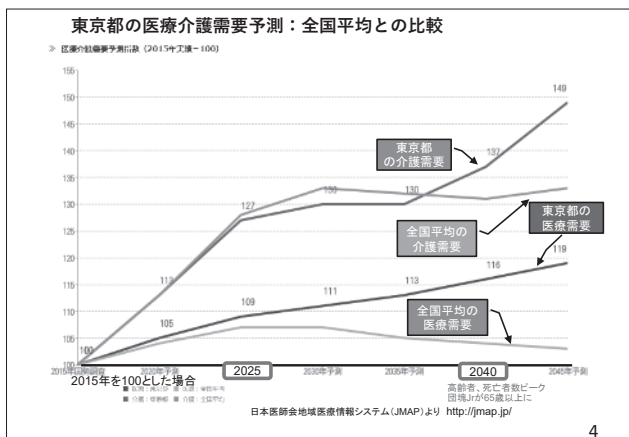
(スライド1)



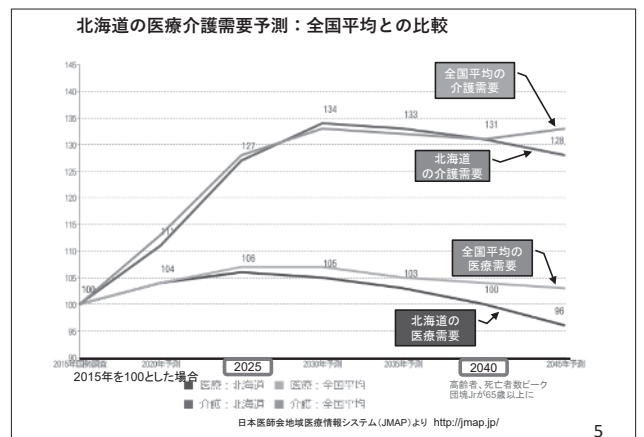
(スライド2)



(スライド3)



(スライド4)



(スライド5)

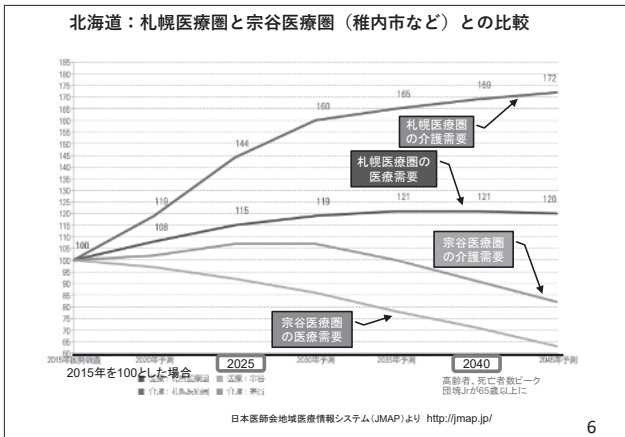
5疾病5事業に6番目として追加された新興感染症等の感染拡大時の医療提供体制に関してでございますが、これに関しては、私の後に専門家の大曲先生がスペシャリストとしてお話をされると思いますので、お時間があればこの3番目をお話しさせていただくことにしたいと思います。

(スライド2) これは、御存じのとおりで、日本において総人口における高齢者、75歳以上の方の割合は、左の2025年の段階でも、太平洋のベルト地帯と言われるところ以外は、かなり高齢化が進んでいるという絵図でございます。そして、右は2040年の想定ですが、ここになりますと太平洋ベルト地

帯においても高齢化が進み、その他の地域ではさらに高齢化が加速しているという図でございます。

(スライド3) これは、御存じのように、人口が減少する、特にその中において患者さんの数も減ってくるというのは当然のことでございます。左が入院、右が外来の患者さんの数という推計でございます。上の折れ線グラフは、どちらも65歳以上でございますが、それが急速に減少してくるということでございます。生産年齢人口がその下に1本のラインとして入っておりますが、この生産年齢人口の方の受療はさほど大きな変化がなく、緩やかな減少になってございます。

(スライド4) そういう状況においても、日本全国の都道府県の差が非常に大きいということはおよく御存じのことであると思えます。これは東京のシミュレーションの折れ線グラフでございますが、濃いブルーのラインを御覧ください。これは東京における医療需要の予測でございますが、どんどん右肩上がりです。そして、濃いオレンジのラインは介護の需要の予測ですが、介護も需要が非常に増えていくという状況でございます。一方、薄いブルーは全国の医療の需要のラインですが、2025年をピークとして徐々に減少していくという形です。これは皆さんよく御存じだろうと思いま



(スライド6)

す。

(スライド5) 一方、これは北海道の医療・介護の需要予測になりますが、一番下の濃いブルーですが、北海道では医療の需要は全国平均よりも下げ幅が大きい。一方、介護のほうは全国平均並みであるということです。

(スライド6) 北海道の中においても、札幌の医療圏、そして宗谷の医療圏を比べてみますと、宗谷医療圏では、一番下の薄いブルーのラインですが、全国平均から比べても非常に大きな下げ幅で落ち込んでいく。これは患者さんの数です。それに比べて、札幌医療圏を御覧ください。これは濃いブルーですが、どちらかというとなんか緩やかに増加していく。同じ北海道の中においてもこれだけの差があるということで、全国一律の医療の提供体制を構築するのはなかなか無理が生じることは、この図を見ても明らかでございます。

こういう状況において、スライド7以降でございますが、2024年に向けて第8次医療計画の検討が現在、行われております。その内容についてこれから御説明しま

1. 第8次医療計画の検討課題

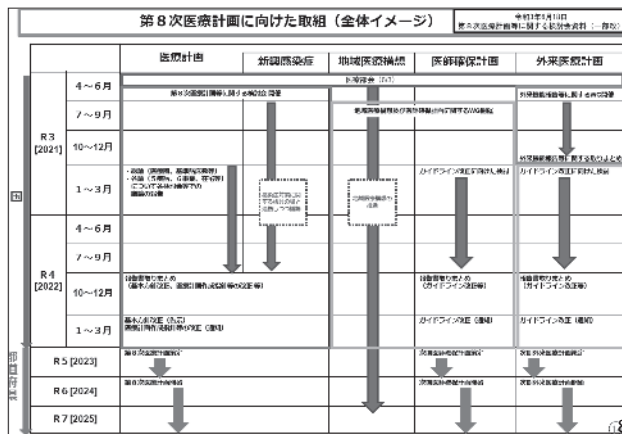
(感染症対策は後掲)

(スライド7)

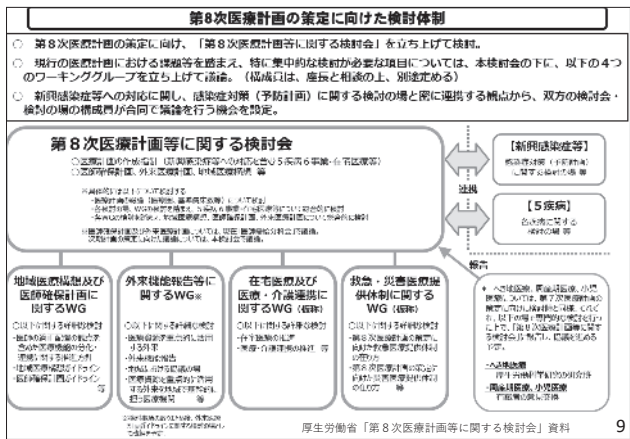
す。

(スライド8) これは第8次の医療計画に向けたタイムスケジュールのイメージ図でございます。御存じのように、この医療計画には医療圏の設定や基準病床数、また医療従事者の確保・養成の計画など、様々なものが入っているわけですが、大まかに重要なポイントとして、ここにごさいますように、新たな類型として6事業目に位置づけられた新興感染症、現在もその取組が行われております地域医療構想、そして医師確保計画と外来医療計画、この部分は特に重要な部分として特出しされておるわけでございます。

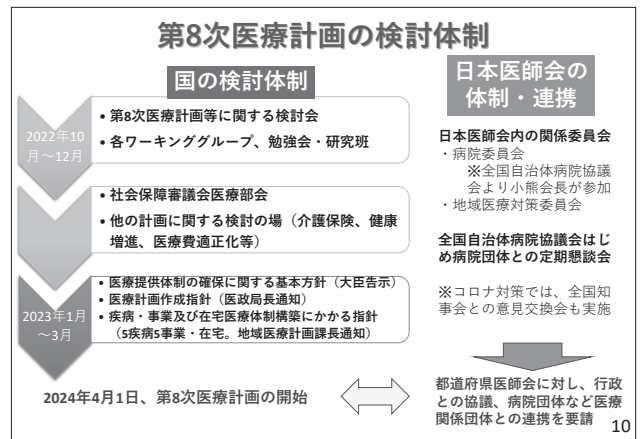
大まかに申しますと、全てのスケジュール——これは非常に見にくそうなスケジュールですが、令和3年度現在、これに向けての実態の把握や検討という作業が、各パーツにおいて行われておりまして、来年1月から本格的にガイドライン等の具体的な議論が各検討会において始まることとなります。そして、来年12月いっぱいをもって取りまとめが行われ、1月から3月にかけて政省令・告示が制定・改正され、通知・通達が出されます。最終的には再来年の4月以降にそれらを基準にして、各自治体で医療計画を策定していただくことになるというのがこの表



(スライド8)



(スライド9)



(スライド10)

でございます。

この中において、特に一番右のカラムの外來医療計画がございしますが、この外來医療計画は、先ほどお話ししましたように、これも1月以降、ガイドラインの改定作業が行われるのですが、その一番上にある「外來機能報告等に関するWG」というのが現在、稼働しております。ここで議論されているという話を後ほどします。

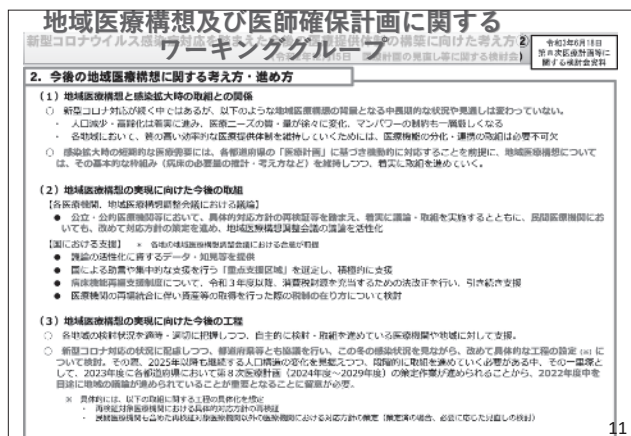
(スライド9) この第8次医療計画の検討会の構成を表したスライドでございます。真ん中に親の検討会である第8次医療計画等に関する検討会がございします。ここで大まかな議論、そして取りまとめを行うわけですが、その下に、特に検討の中でも重要な項目でございます、一番左から地域医療構想と医師確保を1つのセットとしたワーキング、その右が新たにこの医療計画に組み込まれることとなります外來機能報告に関するワーキング、そして右2つは在宅、そして救急・災害という従来のテーマでございます。それぞれのワーキンググループでの検討が現在、行われているという状況で

ございます。

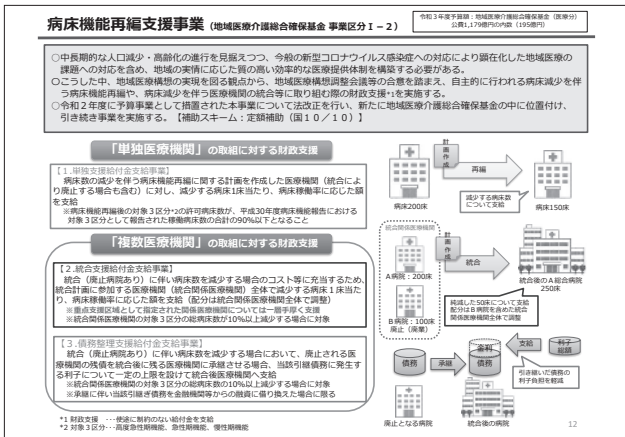
そして、感染症に関してですが、この親会の右横に、「新興感染症等」という枠組みがございします。従来は、御存じのように、予防計画として感染症部会でその議論がなされていたわけですが、基本的には感染症が拡大したときの医療提供体制は医療計画に記載される。しかし、予防計画との整合性が取られる必要がございますので、そういう意味においては、この2つが合同で会議をしつつ、基本、感染症に関する議論はこの親会の第8次の検討会で行うということになってございます。

(スライド10) この第8次医療

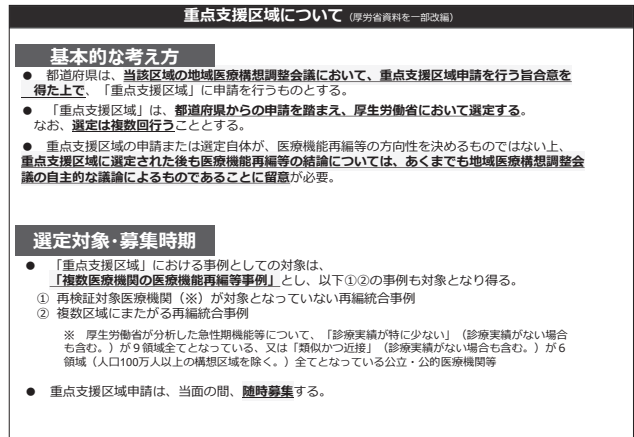
計画の工程表は先ほどお話ししたとおりですが、その対応として、日本医師会においても様々な会務で検討を重ねております。右にございますように、日本医師会内において、小倉会長にも御参加いただいております病院委員会、また地域医療対策委員会等、こういうところで各地域の問題点を抽出しているというところで、その対応、国への提言という作業を進めるわけがございますが、その真ん中にごございますように、自治体病院の先生方、また四病院団体協議会等の先生方と実際に意見交換をして、現状の把握をさらに深めるという作業をしているというスラ



(スライド11)



(スライド12)



(スライド13)

イドでございます。

(スライド11) このスライド11以降、それぞれのワーキングにおいて行われております議論の、本当にかいつまみではございますが、要点を少しお知らせさせていただきます。

まずスライド11の地域医療構想のワーキングでございますが、ここは地域医療構想というのがそもそも将来の医療需要と供給のバランスを取ることが基本になってございますので、人口構成等が急激に変化をしているわけではございません。ですので、基本は従来の議論を積み重ね、そして検証、検討を繰り返すということになろうと思っております、特に(2)にございますように、実現に向けた取組として、「国における支援」の2つ目の黒丸で、御存じのように、まず「重点支援区域」を設定する新たな取組が行われているということと、病床機能を再編するための支援制度、いわゆる病床を削減することによっての財政支援を行うという制度、この2つが新たに組み込まれているということは、御案内のとおりです。そして、(3)

の下の赤字でございますように、この地域医療構想の議論というのは、2022年度中に一定のめどはつけるということでない、23年度以降の各自治体における検討会、ないしは、そういう議論の場において、タイムスケジュール的になかなかその計画に落とし込んでいけないということで、この記載があるわけでございます。

(スライド12) これは、今お話ししました病床機能再編支援事業でございます。上の囲みの3つ目の枠にございますように、これは令和2年度の予算措置で行われた事業でございますが、法改正がございまして、これは地域医療介護総合確保基金の位置づけになって、継続される事業になりました。さらに、その下の「複数医療機関」の取組に対する財政支援」という枠囲みがありますが、その1つ目のブルーの囲みの赤いところでございますが、重点支援区域に選定されたところは、この支援事業の補助の額が倍になるところでございます。

(スライド13) これは御存じの

重点支援区域でございます。この重点支援区域は、地域医療調整会議において、進めるためにその地域において技術的な支援、または財政支援が必要であろうという案件がある場合に、調整会議において合意を得て、その申請を都道府県にし、都道府県は厚労省にするという形になるわけですが、あくまでこれは地域医療構想を進める一つの手立てだけであって、これによって機能再編の方向性を定めるということではございません。そこにも記載のとおりでございます。そして、この選定対象としては、特にそれを規定するものではなく、全ての医療機関と御理解されているとおりでございます。

(スライド14) これはこれまでに選定された区域で、今年1月の第3回目までの段階で、14区域の重点支援区域が選定されております。これは、内容に関しては非公開になっておりますので、その進捗状況に関しての詳細な報告データはございませんが、それぞれ進んでいるところ、取りやめるところという形になろうと思っております。

(スライド15) これは、地域医

重点支援区域について (厚労省資料を一部改編)	
選定区域	
これまでに以下の11道県14区域の重点支援区域を選定。	
【1回目(令和2年1月31日)に選定した重点支援区域】	
・宮城県(仙南区域:公立刈田総合病院・みやぎ県南中核病院、石巻・登米・気仙沼区域:いずれも登米市立・登米市民病院・豊里病院・米谷病院)	
・滋賀県(湖北区域:市立長浜病院、長浜市立湖北病院、長浜赤十字病院・セフィロト病院)	
・山口県(柳井区域:いずれも周防大島町立:大島病院・東和病院・橋病院、秋区域:萩市立秋市民病院・医療法人医誠会都志見病院)	
【2回目(令和2年8月26日)に選定した重点支援区域】	
・北海道(南空知区域:岩見沢市立総合病院、北海道中央労災病院、南樺山区域:厚沢部国保病院ほか2病院・2診療所)	
・岡山県(県南東部区域:玉野市民病院・玉野三井病院)	
・新潟県(県央区域:県立燕労災病院ほか4病院)	
・佐賀県(中部区域:多久市立病院、小城市民病院)	
・兵庫県(阪神区域:市立伊丹病院、近畿中央病院、市立川西病院・医療法人協和会協立病院)	
・熊本県(天草区域:天草市立牛深市民病院・橋本病院・新和病院・河浦病院)	
【3回目(令和3年1月22日)に選定した重点支援区域】	
・山形県(置賜区域:米沢市立病院、三友堂病院、三友堂リハビリテーションセンター)	
・岐阜県(東濃区域:土岐市立総合病院、J A岐阜厚生連東濃中部医療センター東濃厚生病院)	

(スライド14)

今後の検討事項(案)	
1. 地域医療構想	
(1) 各地域における検討・取組状況に関するさらなる把握	<ul style="list-style-type: none"> ○ 再検証対象医療機関における具体的対応方針の再検証 ○ 民間医療機関も含めた再検証対象医療機関以外の医療機関における対応方針の策定(策定済の場合、必要に応じた見直しを検討)
(2) 地域における協議・取組の促進策に関する検討	<ul style="list-style-type: none"> ○ 新型コロナ対応の経験も踏まえた、地域医療構想調整会議など都道府県による取組の在り方 ○ 積極的に検討・取組を進めている医療機関・地域に対する支援の在り方 等
(3) 2025年以降を見据えた枠組みの在り方に関する検討	
一体的に取り組むための 具体的な方策	
2. 医師偏在対策(医師確保計画)	
(1) 各都道府県における計画の策定状況や取組状況に関するさらなる把握	
(2) 次期医師確保計画の策定(ガイドライン改定)に向けた検討	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師偏在指標や医師多数区域・医師少数区域の在り方 ○ 医師の確保の方針や目標医師数の在り方 ○ 医師確保に向けた効果的な施策の在り方 等

(スライド15)

今後の検討スケジュール(現時点のイメージ)			
		地域医療構想	医師確保計画
令和3年度	4月~6月	6/3 地医調整会 6/18 第8次医師確保計画に関する検討会	
	7月~9月	7/29 地域医療構想、医師確保計画に関するワーキンググループの開催	
	10月~12月	・各地域における検討・取組状況に関するさらなる把握 ・地域における協議・取組の促進策に関する検討 ※特に、検証対象の方針について詳細に検討	各都道府県における計画の策定状況や取組状況に関するさらなる把握
令和4年度	1月~3月		
	4月~6月		1段階の協議
	7月~9月	・2025年以降を見据えた枠組みの在り方に関する検討	
	10月~12月		2段階、取りまとめの協議
1月~3月			

*第8次医師確保計画に関する検討会や医師確保に報告しながら検討を進める

(スライド16)

在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ	
今後の検討事項(案)	
(1) 在宅医療の基盤整備	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導等、在宅医療提供に係る基盤の整備について ○ 訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導のほか、リハビリテーション、栄養指導を含む多職種連携、在宅医療・介護の連携の推進について ○ 情報通信機器等の活用を含む、効率的な在宅医療提供体制の在り方について
(2) 患者の状況に応じた、質の高い在宅医療提供体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> ○ 複数の診療科の医師間の連携や、他業種対応等入院患者との連携を含めた、住み慣れた地域における、看取りを含む患者の状況に応じた在宅医療提供体制の整備について ○ 近年増加傾向にある医療的ケア児をはじめとする小児に対する、小児医療や訪問看護等との連携を踏まえた在宅医療の体制整備について
(3) 災害時や新興感染症拡大時における在宅医療の提供体制	<ul style="list-style-type: none"> ○ 新興感染症拡大時及び災害時における患者提供体制の確保や事業継続に係る体制構築について ○ 災害時における在宅人工呼吸器・在宅酸素患者の安否確認体制の構築や緊急時の医療機器の確保について ○ 新型コロナウイルス感染症の自宅療養患者への医療提供の状況を踏まえた、今後の新興感染症拡大時における在宅医療提供の在り方や整備について※

※第8次医師確保計画に関する検討会での議論を踏まえ、検討を進める予定。

(スライド17)

療構想のワーキンググループにおいて提出されております検討事項になります。特に変わりなく、(1)から(3)が地域医療構想の検討事項となるわけですが、ここにいらっしゃる自治体の方々にとって、再検証対象医療機関がどうなるのかということに関して御懸念を常に抱いておられると思いますが、地域医療構想は、先ほどは医療の需要と供給のバランスを取るという意味においては従来から大きく変更するものではないというお話を少ししましたが、一方、今般の新型コロナウイルスの感染症の対応を各都道府県においてされたと思いますが、この対応は各都道府県において様々で、外来診療の部分か

ら入院、そして回復してまた自宅に戻られる。さらには、宿泊療養等、様々な手立てが必要であったということがございます。その中において、都道府県によって、うまくいかなかった、ボトルネックになった部分が全く違うはずでございます。ですので、今般のコロナの対応のボトルネックを各都道府県で正確に分析していただくことによって、それを基にして地域医療構想においての、例えば急性期の病床の必要量なども若干の変更が出てくる可能性はあると私は思いますので、まずその分析が非常に重要であろうと思うということを申したいと思います。

その下の「2. 医師偏在対策」

に関しては、これは従来と大きな方向性、計算式等も変わってはおりませんが、(2)にございます次期医師確保計画の策定のガイドラインの改定作業が、これも来年1月からスタートします。先生方、そして皆様方、御案内のとおりだと思いますが、医師確保のための地域枠という枠がございます。この地域枠は2023年度から、基本的には法定の入学定員数以外の中において調整するというようになっていたわけですが、なかなかそれでは地域がうまく回らないということで、2023年度からも現在と同じ形でやるという流れで議論が進んでいるようでございますので、その辺りも加味した上での計画策

令和3年度	4月～6月	5月3日 医療学会 5月18日 第8次医療計画等に関する検討会
	7月～9月	
	10月～12月	10月13日 在宅医療および医療・介護連携に関するワーキンググループの開始 冬季運轉料に対する計画の策定状況や、市町村を含む 他の取組状況に関するさらなる把握
	1月～3月	
令和4年度	4月～6月	1回目の議論
	7月～9月	
	10月～12月	※ 2回目・とりまとめの議論
	1月～3月	とりまとめ
令和5年度		経過措置における医療計画の策定

18

(スライド18)

1. 救急医療について	<ul style="list-style-type: none"> (1) 第7次医療計画の中間見直しを踏まえた体制構築 (2) 救命救急センターの充実段階評価 <ul style="list-style-type: none"> ○令和3年の取組について ○令和4年以降の充実段階評価について (3) 2次救急医療機関の在り方 (4) ドクターヘリ・ドクターカー (5) 新興感染症等と救急医療提供体制の関わり方
2. 災害医療について	<ul style="list-style-type: none"> (1) 第7次医療計画の中間見直しを踏まえた体制構築 (2) 病院の耐震化 (3) 医療機関の浸水対策 (4) 災害拠点病院以外の病院に対する災害医療提供体制 (5) 新興感染症等と災害医療提供体制の関わり方

19

(スライド19)

<h2>2. 外来医療機能の分化</h2>	20
-----------------------	----

(スライド20)

<p>「全世代型社会保障検討会議 中間報告」 (令和元年12月19日)【抜粋】</p> <p>外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。</p>	21
--	----

(スライド21)

定ということになると思います。

スライド16はこのワーキングのスケジュールですので、飛ばさせていただきます。

(スライド17) これは在宅医療で、基本的には診療所、または調剤薬局、訪問看護ステーション等の役割になるわけですが、ここも(2)の一番下の丸で、医療的ケア児、小児在宅の部分でございます。また、(3)の災害、また新興感染症等における在宅におきまして、特に自治体病院の皆様方の診療所や訪問看護ステーション等、それぞれをどのように支援していくのが、ここにおいての肝になろうと思います。

スライド18は、在宅の工程表で

ございますので、飛ばさせていただきます。

もう一つのワーキングでございます救急災害は、スライド19にございますように、救急も災害も、(1)から(4)までは従来と大きく変わるものではございませんが、(5)の新興感染症との関わり方に関して、地域医療構想も含めて、ここが大きく影響してくるところで、検討がこれから進むのであろうと思います。

スライド20から、もう一つ、この医療計画に今回、新たに載せられた外来医療機能のお話をさせていただきます。

このお話は、さきに申しましたように、大変分かりにくいという

御意見があり、そのとおりだろうと思います。そもそもどうしてこういう話が出てきたのかということでございますが、スライド21を御覧ください。

(スライド21) 令和元年度に安倍政権のときに設置されていた全世代型社会保障検討会議——「全世」とよく呼んでおりますが、その中間報告において、要は、本来は、外来の受診時の定額負担を推進したいということで、そのために、赤字にありますように、「病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め」とございます。そして、一番下のところをずっと御覧ください。「文

「全世代型社会保障検討会議 全世代型社会保障改革の方針」
(令和2年12月15日)【抜粋】

現在、特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院について、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担（初診5,000円）を求めているが、医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「**紹介患者への外来を基本とする医療機関**」のうち**一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する**。

また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額（例：初診の場合、2,000円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する。

22

(スライド22)

「全世代型社会保障検討会議 全世代型社会保障改革の方針」
(令和2年12月15日)【抜粋】

外来医療においては、大病院における患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の問題に鑑み、**かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を図る**。このため、まずは、医療資源を多く活用する外来に着目して、医療機関が都道府県に**外来機能を報告する制度を創設し、地域の実情に応じて、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化する**。

医療資源を重点的に活用する外来を、地域で基幹的に担う医療機関

23

(スライド23)

書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する」。要は、受診時定額負担の対象医療機関を広げていって、患者さんを病院の外来からかかりつけ医の先生に返そうという流れでございます。

その目的が、受診時定額負担の対象医療機関を増やすというところからスタートしたものですから、それをするためには、そもそもが外来機能の明確化や分化・連携が必要だ、またかかりつけ医の機能、かかりつけ医の役割も重要になるということで、議論が逆に流れたわけです。ですので、なぜ急にこういう外来機能という話が出たのかという先生方からの御意見に関しては、そのとおりであろうと思いますが、流れとしてはこういうところからスタートしたというのが分かりにくい理由の一つでございます。

ちなみに、厚生労働省の分科会、検討会におきまして、外来機能、または外来そのものの役割を本格的に議論されたことは、これまで一度もございません。ですので、データも何もない状態でござい

した。

(スライド22) それで、全世の令和2年度のまとめにおいて、赤字にございますように、「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大すると、今さらに記載内容が先鋭化されて、そしてその下にもございまして、「より外来機能の分化の実効性が上がるよう」という文言をつけて、「保険給付の範囲から一定額を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求める」という非常にややこしい制度です。これは、本来の5,000円の定額負担に、例えば初診料2,000円を乗せ

る。この2,000円は保険者を助けるための2,000円であって、全て保険者に行くという2,000円です。そういうことでございます。

(スライド23) これは外来の議論が全くされていないというお話を先ほどしましたが、この赤字を御覧ください。この議論の中で流れたかかかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を図っていく議論をしましょうということで、「このために、まずは」と書いてございますが、都道府県に外来機能を報告する制度を創設する。先ほど言いましたように、データが全くございませんので、そういう意味におい

定額負担の対象病院拡大について

○ 大病院と中小病院：診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充が必要である。

○ 現在、外来機能報告（報告）を創設することで、新たに「**医療資源を重点的に活用する外来**」（**仮称**）を地域で基幹的に担う医療機関（**紹介患者への外来を基本とする医療機関**）を、地域の実情を踏まえて、明確化すること検討されている。

○ 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に送り役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互の機能の分担が進むようになると、**当該医療機関のうち、現在定額負担の対象となっている一般病床200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加えることとする。**

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

出典：特定機能病院・仮称を基に作成（一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計）
※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

24

(スライド24)

令和3年2月8日
医療部会資料

外来医療の機能の明確化・連携

1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性(案)

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。
 - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
 → ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)を明確化
- 医療機関が外来機能報告の中で報告し、県の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与

25

(スライド25)

令和3年2月8日
医療部会資料

外来機能報告等の施行に向けた検討スケジュール(現時点のイメージ)

令和3年	6月	6月3日 医療部会 6月18日 第8次医療計画等に関する検討会
	7月	7月7日 外来機能報告等に関するワーキンググループ 1 巡目の議論 ※第8次医療計画等に関する検討会や医療部会に報告しながら検討を進める
	8月	①外来機能報告を重点的に活用する外来 ○紹介先・逆紹介率等の調査・分析等 紹介先・逆紹介率等の調査・分析
	9月	④地域における協議の場 ⑤紹介・逆紹介の促進、診療料こととの外来 分析その他の検討事項 ○国民への周知方法等
	10月	③医療資源を重点的に活用する外来を地域 で基幹的に担う医療機関等
	11月	2 巡目の議論 ※1 巡目の議論と並行して行う調査・分析を踏まえて議論
	12月	取りまとめの議論
		取りまとめ
令和4年	1~3月	省令制定・通知発出
	4月	外来機能報告等の施行 (施行状況等を踏まえ、随時、改善検討)

26

(スライド26)

てこの外来機能の報告制度というのは、意味は十分にあるとは思いますが、そのスタートの目的が明確でないところからスタートしたものですから、皆様方には非常に伝わりにくいということであろうと思います。

(スライド24) これは、受診時定額負担の対象拡大について表した表でございます。一番左のコラムが病床数で、200床未満、200~399床、400床以上。そして右に行くと、医療法に規定されております病院の類型として、特定機能病院、地域医療支援病院、その他、この3つの類型しか現在ございません。この特定機能病院、一般病床が200床以上の地域医療支援病院は、既に受診時定額負担の対象となっております。その対象枠を右のほうに広げていきたい、その他の部分に広げて、「拡大」と書いてございますが、小さな字で申し訳ございませんが、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関」という非常に長いネーミングで、このネーミングも今後検討されますが、これを特定して、対象を広げ

ることを狙っているという表でございます。

(スライド25) これは、このワーキングで出された資料でございますが、「1. 外来医療の課題」を御覧ください。どう書いてあるかというと、患者さんが医療機関を選定するに当たって、外来機能の情報が十分に得られていないから困っている。そういう話はないわけですが、そういう理屈をつけて、大病院志向がある。これは事実でございます。そして、病院の外来に患者さんが集中して、患者さんの待ち時間が長くなり、また勤務医の外来の負担が非常に生じている。これを改善する必要もあるし、そのためにはかかりつけ医機能を強化する必要があります。

一番下の矢羽を御覧ください。患者さんの流れが良くなって円滑になることで、病院の外来患者さんの待ち時間が短くなり、また勤務医の負担軽減、働き方改革に資するという非常に上手な論理づけをしてございます。でも、そのとおりでもございます。基本的な

シエーマ図が一番下で、左がかかりつけ医の医療機関、右が重点の医療機関ということで、通常はかかりつけ医で診療し、そして専門的な入院治療、検査が必要な場合は、そういう医療機関に紹介して、そこで検査または入院治療をして、またかかりつけ医の先生に戻る。この紹介、逆紹介というのは従来から行われているわけですが、要するに、このサイクルを非常に加速させるということでございます。

(スライド26) これは、外来機能報告がどういうふうになるかという検討スケジュールでございます。現在まで、現在11月後半、12月の手前ではありますが、一番左のラインで、①から⑤、そして白丸2つ、この内容に関しての議論が7月7日から、このワーキンググループが設置されてそこで議論がスタートしています。そして、紹介や逆紹介の調査が行われておりまして、今月末、正確には来週月曜日から2巡目の議論が始まります。2巡目と言いつつ、12月いっぱい取りまとめを行う予定になってございます。非常にタイト

病院・診療所における外来機能の明確化

論点

1. 「医療資源を重点的に活用する外来」の類型・範囲
2. 地域ごとに各医療機関で実施されている「医療資源を重点的に活用する外来」の明確化の方法(外来機能を報告する仕組み)
3. 地域における外来医療の機能分化・連携のための方策(地域において協議する仕組み)

厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」における議論より

27

(スライド27)

外来機能報告

厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」(2020年12月3日)

外来機能報告

- ・ 一般病床又は療養病床を有する医療機関を基本
(※入院医療と一体的に議論する観点等から、病床機能報告を行っている有床診療所も報告対象。)
- ・ 無床診療所:任意
一部に、他の医療機関からの紹介患者も含め、高額な医療機器等による検査を集中的に実施する無床診療所もあることを踏まえて。

国の示す地域ごとの将来の需要の「基準」

- ①医療資源を重点的に活用する入院前後の外来、
 - ②高額等の医療機器・設備を必要とする外来、
 - ③特定の領域に特化した機能を有する外来の割合等
- 「基準」はあくまで参考値、各地域で地域の実情に応じて活用

28

(スライド28)

外来機能報告のスケジュール(案)

○ 医療機関からの外来機能報告について、病床機能報告と一体的に報告を行い、年度内に地域の協議の場における協議が行えるよう、以下のようなスケジュールを検討してはどうか。

<外来機能報告のスケジュール(案)>

4月～	・ 対象医療機関の抽出 ・ NDBデータ(前年度4月～3月)を対象医療機関別に集計
9月	・ 対象医療機関に外来機能報告の依頼 ・ 報告用ウェブサイトの開設 ・ 対象医療機関にNDBデータの提供
10月	・ 対象医療機関からの報告(10/31報告期限)
12月	・ 10/31までに報告され、データ不備のないものについて、集計とりまとめ ・ 都道府県に集計とりまとめを提供
1～3月	・ 地域の協議の場における協議 ・ 都道府県による「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の公表 ・ 都道府県に集計結果の提供

(参考)病床機能報告のスケジュール(令和3年度の予定)

4月～	・ 対象医療機関の抽出 ・ NDBデータ(令和2年4月～令和3年3月)を対象医療機関別に集計
9月	・ 対象医療機関に病床機能報告の依頼 ・ 報告用ウェブサイトの開設 ・ 対象医療機関にNDBデータの提供
10月	・ 対象医療機関からの報告(10/31報告期限)
12月	・ 10/31までに報告され、データ不備のないものについて、集計とりまとめ
3月	・ 都道府県に集計結果の提供

29

(スライド29)

「医療資源を重点的に活用する外来」の基本的な考え方(案)

○ 「医療資源を重点的に活用する外来」については、医療機関が外来機能報告でその実施状況等を報告し、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)」を明確化するとともに、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携に向けた協議を進めることにより、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携を推進し、患者の流れのさらなる円滑化を図るもの。

○ すなわち、「医療資源を重点的に活用する外来」は、患者の流れのさらなる円滑化を図る観点から、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携を推進するためのものであり、様々な外来機能のうち、かかりつけ医療機能を担う医療機関等から紹介を受けた患者に提供することが基本となるものを明確化するもの。

○ 「医療資源を重点的に活用する外来」としては、基本的に次の機能が考えられるものとして、昨年12月11日に医療計画検討会報告書が取りまとめられており、基本的にこれに沿って、具体的な内容を検討してはどうか。

- ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)
- 基本的には医療機器・設備や人材等の医療資源の大きな活用を要するもの
- 基本的な特定の領域に特化した知見等を要するもの
- ➡ かかりつけ機能を担う医療機関等から紹介を受けた患者に提供することが基本となると考えられる外来機能の明確化
- ➡ 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)」を明確化

○ 「医療資源を重点的に活用する外来」の具体的な内容については、診療報酬の点数は基本的に医療資源の活用を概ね反映していると考えられること、また、NDBにより分析を行うことができるようになることから、基本的に診療報酬の外来の項目により検討してはどうか。

30

(スライド30)

なスケジュールです。そして、1月から3月にかけて省令の制定と通知。来年4月から外来機能報告制度がスタートします。

(スライド27) 病院・診療所における外来機能の明確化に関しては、論点としてこの3つがワーキングでは挙げられております。1つ目が、ここにございますように、「医療資源を重点的に活用する外来」の類型・範囲の設定。2つ目が、外来機能の報告制度の仕組みづくり。3つ目が、地域において協議をする仕組みという形になってございます。

(スライド28) 結果、どうなっているかといいますと、今現在まで、まず外来機能報告の対象と

しては、1ポツにありますように、一般病床または療養病床を有する医療機関ということで、病院、有床診療所が対象になります。2ポツにありますように、無床診療所は任意でございます。手挙げでございます。しかし、病院も最終的には重点医療機関として手を挙げるかどうかという意味においてはここも手挙げですが、ただ、外来機能報告の報告に関しては義務化されることになります。

区の示す地域ごとの「基準」に関しては、ここにある①から③の基準がありますが、後ほど御説明をさせていただきます。一番下の赤にありますように、国の言っている「基準」というのは、「医療

資源を重点的に活用する外来」は①から③の考え方でいくということで、その国の基準はあくまで参考値だということでございます。各地域には、国の基準は参考値という意識を強く持って、この協議の場で議論していただきたいと思っております。

(スライド29) これは、外来機能報告の来年4月からのスケジュールでございます。この4月に基本的に対象の医療機関を抽出する。抽出と言いましても、病院と有床診療所は確定です。9月にこの対象医療機関にNDBデータが国から提供されます。国から、外来機能報告をしてくださいという依頼も同時に来ます。10月31日

「医療資源を重点的に活用する外来」に該当する外来の項目(案)	
○「医療資源を重点的に活用する外来」の具体的な内容について、「医療資源を重点的に活用する外来」の実施状況のデータ分析で仮に設定した、以下の診療報酬の外来の項目(案)を検討してはどうか。	
① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来 次のいずれかに該当した入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後30日間の外来の受診を、類型①に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとす。(例:がんの手術のために入院する患者が術前の説明・検査や術後のフォローアップを外来で行う等)	
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Kコード(手術)を算定 ➢ Jコード(処置)のうちDPC入院で出来高算定できるもの(※1)を算定 ➢ Lコード(麻酔)を算定 ➢ DPC算定病床の入院料区分 ➢ 短期滞在手術等基本料2、3を算定 	
② 高額の医療機器・設備を必要とする外来 次のいずれかに該当した外来の受診を、類型②に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとす。	
<ul style="list-style-type: none"> ➢ 外来化学療法加算を算定 ➢ 外来放射線治療加算を算定 ➢ 短期滞在手術等基本料1を算定 ➢ Dコード(検査)、Eコード(画像診断)、Jコード(処置)のうち地域包括診療科において包括範囲外とされているもの(※2)を算定 ➢ ※2: 脳脊髄造影検査、CT撮影等、550以上のもの ➢ Kコード(手術)を算定 ➢ Nコード(病理)を算定 	
③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来) 次のいずれかに該当した外来の受診を、類型③に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとす。	
<ul style="list-style-type: none"> ➢ ウイルス感染症外来を算定 ➢ 肺病外来指導診療科を算定 ➢ 診療情報提供料Iを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来 	

(スライド31)

「医療資源を重点的に活用する外来」に関する検討事項への考え方(案)	
○ 救急医療 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の明確化については、紹介患者への外来を基本とする。当該医療機関の機能を地域の住民や医療関係者等が認識しやすくすることにより、患者がまずは地域の「かかりつけ医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて当該医療機関を受診するとともに、状態が落ち着いたら逆紹介を受けて地域に戻るなど、患者の流れのさらなる円滑化を図るもの。	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 他方、救急医療は、基本的に患者自身も受診可能性を予測できず、医療関係者も限られた情報しか得られない中で、緊急性の高い傷病に対して医療提供を行うものであり、地域において、救急搬送も含め、初期・二次・三次の救急医療体制を整備している。脳卒中、急性心筋梗塞等の患者は、基本的に、地域の「かかりつけ医療機関」からの紹介を経ずに、二次・三次救急医療機関へ搬送される。 ・ 救急医療の実施状況については、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携に向けた協議を進める観点から、外来機能報告の報告項目とすることを検討してはどうか。(16ページ参照) 	
○ 診療情報提供料Iを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来 紹介患者の外来の受診には、専門的な医療機関への紹介のほか、紹介元医療機関の専門外の診療科の一般的な医療機関への紹介も含まれるが、NDBIによるさらなる抽出の基準の設定が困難である中で、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」(紹介患者への外来を基本とする医療機関)を明確化する観点から、まずは、紹介患者の外来の受診は、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものと、引き続き改善を検討することが適当ではないか。	
○ 透析 人工腎臓を算定した外来の受診については、基本的に医療機器・設備や人材等の医療資源の大きな活用を要するものであり、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとすることが適当ではないか。	
○ 高額医薬品 「医療資源を重点的に活用する外来」については、現在分析対象となっていない院外処方薬の取扱いをどうするかや高額な医薬品の算定件数は少ないと考えられることなども踏まえ、まずは、基本的に医療機器・設備や人材等の医療資源の大きな活用を要するものとして、高額医薬品は含めずに検討してはどうか。	

(スライド32)

は病床機能報告のタイムリミットと同じ時期ですが、そこで提出をお願いする。そのデータを国が集計して都道府県に、医療資源を重点的に活用する外来の項目も取りまとめたものを提供します。そのデータをもって、地域医療調整会議等の協議の場で再来年の1月から3月に協議をして、4月以降、重点の医療機関を選定していくことになります。

(スライド30) この重点医療機関に関する基本的な考え方ですが、3つ目の白丸を御覧ください。「医療資源を重点的に活用する外来」としては、基本的に次の機能が考えられる。先ほどお話した、

医療資源を重点的に活用する入院前後の外来、高い医療機器や設備を必要とする外来、紹介患者を基本とする外来、このどれかに当たれば、それは「医療資源を重点的に活用する外来」の重点項目外来として1カウントされるということになります。① or ② or ③ということになります。

(スライド31)ここにその①、②、③のもう少し詳細な項目設定が参考として記載されております。この項目に関しては、この検討会の始まる前から参考としてずっと出されているもので、基本的にはこの形でこの項目が設定され、とりあえずスタートするというこに

なろうと現状では考えられているところがございます。それぞれの項目はまた後ほど御覧ください。

(スライド32) さらに、検討項目として救急医療、さらには透析や高額な医薬品をどうするのかという議論もございましたが、今回は、救急医療は基本的には基準としては入れず、ただし、報告項目に入れさせてくださいということになります。あとは、透析は非常にコストがかかりますので、ここは重点的な外来の項目に入りますが、透析をされていても、そこが地域のかかりつけ医機能を担っている医療機関も多くあるので、そういう医療機関に関しては、協議の場において「あなたのところはかかりつけ医機能だから重点医療機関にならない」という結論となってもよいし、そもそもが手挙げをされなければよいと思います。高額医薬品も、今回は基準には入れない、ただし、報告項目としては今後検討することになって

ございます。(スライド33) これも特に自治体の方々をよく御存じかもしれませんが、特定機能病院、そして地

特定機能病院等における紹介率・逆紹介率について			中医療 協-8 3.7.7
特定機能病院	地域医療支援施設 (一部医療200床未満を案)	許可病床400床以上	
【基準】要件 紹介率50%以上・逆紹介率40%以上となるよう努めること。(※1)	次のいずれかに該当すること。(※2) ア 紹介率80%以上 イ 紹介率60%以上かつ逆紹介率30%以上 ウ 紹介率40%以上かつ逆紹介率60%以上		
【報酬】新診療の減算規定 (逆紹介率50%未満を除外)	紹介率50%未満 (逆紹介率50%以上を除外)	紹介率40%未満 (逆紹介率40%以上を除外)	
紹介率=	(紹介患者数+救急搬送患者数) / 初診患者数	【基準】 紹介患者数 / 初診患者数 【報酬】 (紹介患者数+救急搬送患者数) / 初診患者数	(紹介患者数+救急搬送患者数) / 初診患者数
逆紹介率=	逆紹介患者数 / 初診患者数		
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介により紹介された者の数(初診に限る)。以下を含む。 ・ 紹介元からの電話情報により、特定機能病院の医師が紹介状に転記する場合 ・ 他の医療機関における他診の結果により精密検査のための受診で紹介状又は検査結果等についての記載がされている		
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。以下を除外。 ・ 電話情報により他の病院等に紹介し、その旨を診療録に記載した患者 ・ 紹介元医療機関により紹介した患者 医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。 以下を除外。 ・ 検査結果 ・ 休日又は夜間に受診した患者 ・ 自院の健康診断で疾患が発見された患者		
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。 以下を除外。 ・ 検査結果 ・ 休日又は夜間に受診した患者 ・ 自院の健康診断で疾患が発見された患者		
救急搬送患者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬入された初診の患者の数。		

(スライド33)

「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関
(紹介外来を基本とする医療機関)

日本医師会作成

医療法上、外来機能報告の際に、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う意向の有無を報告

地域の協議の場（地域医療構想調整会議など）にて、外来機能報告データ等をもとに、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関について協議

都道府県は、協議の場における協議の結果を取りまとめて公表

「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介外来を基本とする医療機関）

34

(スライド34)

地域における協議の場（地域医療構想調整会議など）

- ▶ 外来機能報告データ等の共有、外来医療提供体制の現状と課題の認識共有
- ・ 外来機能報告データや既存の統計調査等で明らかとなる地域の外来医療提供体制の現状と課題について、参加する関係者で認識を共有する。
- ▶ 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の協議
- ・ 外来機能報告から整理された、医療機関ごとの「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の意向の有無、国の基準の適合状況、外来医療の実施状況等を踏まえて議論する。
- ・ その際、特に、国の基準と医療機関の意向が合致しない医療機関について、当該地域の地域性や当該医療機関の特性等を考慮して議論する。
- ・ 地域の協議の場（一回目）で医療機関の意向と異なる結論となった場合は、当該医療機関において、地域の協議の場での議論を踏まえて再度検討を行っていただき、当該医療機関の再度検討した意向を踏まえ、地域の協議の場（二回目）での協議を再度実施する。
- ・ 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」について、医療機関の意向と地域の協議の場での結論が最終的に一致したものに限り、協議が整ったものとして、協議結果を取りまとめて公表する。

国が示す基準を参考にして、当該医療機関の意向に基づき、地域の協議の場で確認、地域の実情を踏まえる仕組み。
当該医療機関の意向に反して、強制的に「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となることはない。

35

(スライド35)

域医療支援病院に関して、紹介率・逆紹介率の計算式が載っております。御覧になってお分かりかと思いますが、それぞれ計算式の方法が少し違うのですね。さらには、「初診患者の数」というので下から2つ目のカラムですが、ここも左と右を見ていただきますと、救急患者さんを除くとか、除かないとか、それぞれの要件が違いますので、これは非常に分かりにくいということです。これは何を言っているかといいますと、先ほど紹介率・逆紹介率も項目の中に入れてという少ししたかと思いますが、そのときにどの計算式を使うのかということになりますので、その議論もこれからするわけですが、その大本となるこの2つは、基本的には変えていこうということで、来年から特定機能病院の見直しに関する検討会も始まるとお聞きしております。

(スライド34) これは、今ずっとお話をしてきました「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関ということで、全世代型社会保障検討会議の取りまとめでは「紹介患者への

外来を基本とする医療機関」という名称が用いられたと思います。が、まず一番上段でございますように、基本的には外来機能報告のデータを基にして、医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関について協議することになるわけですが、その前の白樫のところにありますように、「意向の有無を報告」する。ですから、外来機能の報告もしますが、重点的な外来をしている病院として手を挙げるという意向があるか、ないかということをもとに報告するわけです。それとデータを基にして協議をして、そして協議が調った医療機関に関しては、この医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関として指定されるという図です。

(スライド35) 協議の場について、最初の矢羽でございますように、ここは外来機能報告のデータや地域の現状・課題等を共有するとともに、この基幹的に担う医療機関を協議の場で確認することになります。そこでございますように、2つ目の矢羽の黒ポツですけ

れども、意向の有無があつて、国の基準に合致しているかどうか、またその病院の外来医療がかかりつけ医機能を有しているのかなど、いろいろな状況等を踏まえて最終的に重点医療機関とするのかどうかという調整を、この協議の場でしていただくということです。その下のポツにあります。協議が1回で調わなければ、2回目もしてくださいということで、協議が調った場合のみ、一番下の赤字でございますが、公表する形になります。

(スライド36) これは、協議の場の参加者でございますが、基本的には学識経験者、代表性を有する病院・診療所の管理者、保険者、また市区町村等が基本でありまして、そこに先ほどからお話ししていますように、手挙げをして、なりたいたけれども国の基準に合致していない、あるいは、国の基準には合致しているけれども手挙げをしないという人に対して、出てきていただいて協議をする形になります。

(スライド37) これは、今お話ししたとおりでございますが、そ

地域における協議の場
「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」
に関する協議の参加者(案)

<参加者(案)>

- ・ 郡市区医師会等の地域における学識経験者、代表性を考慮した病院・診療所の管理者、医療保険者、市区町村等とすることが望ましい。
- ・ 次の医療機関については、当該地域の地域性や当該医療機関の特性等を考慮した議論が必要であり、当該医療機関の出席を求める。ただし、協議の簡素化のため、地域の実情に応じて、当該医療機関から、国の基準と意向が合致しない理由等の文書の提出を求める等の柔軟な対応を可能とする。

(1) 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の国の基準に該当するもの、外来機能報告において「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向のない医療機関

(2) 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の国の基準に該当しないもの、外来機能報告において「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向のある医療機関

※ 患者の流れのさらなる円滑化は住民の理解が必要であり、協議プロセスの透明性の確保の観点からも、地域の協議場に提出する資料のうち、患者情報や医療機関の経営に関する情報(一般的に閲覧可能なものは除く)は非公開とし、その他の資料、協議結果は住民に公表することを検討してはどうか。

厚生労働省検討会資料の抜粋・改変 36

(スライド36)

れぞれの上の囲みにありますのは、要するに国の「医療資源を重点的に活用する外来」のそれぞれの項目で、さきに言いましたように、この1つにでも該当すれば1つの重点項目外来としてカウントする。この矢印のところにありますように、国の「基準(案)」というものがこれから示されてくるわけですが、外来の件数のうち、上のカウントが幾つあるのか。初診に占める割合が何%以上あると、重点の外来としてカウントするのか。また一番下は、再診においても同じように外来件数においてこういうものに合致する件数がどれくらいあるのか。この2つを掛け合わせて、たすき掛けしたのに関して、そのパーセンテージを基準として国が設定し、その基準に合ったものが、先ほど12月に国から都道府県にデータとして提出されると言いましたが、そのときに、これらの医療機関がこの重点外来としての医療機関ですということが、国からデータとして自治体に提供されることとなります。そのデータを基にして協議の場で議論していただくということ

① 「医療資源を重点的に活用する外来」の具体的な内容については、「医療資源を重点的に活用する外来」の実状のデータ分析等に照らし、以下の診療報酬の項目(案)を採択してはどうか。

② 医療資源を重点的に活用する外来の採択の要件
次のいずれかに該当し、人口比・医療資源を重点的に活用する人口とし、その前提の目標の達成を確保し、特に「1. 患者の医療ニーズを適切に対応する」「2. 地域の実情に合わせた診療提供」等の観点から、国の基準に合致するものと認められることとする。

③ 協議の場の協議の場での協議
協議の場での協議は、協議の場での協議が必要とする外来

<基準(案)>

「医療資源を重点的に活用する外来」の採択について、次ページのものと同一場合(2. 高度な医療機器・設備を必要とする外来について、ロープ・設備)、ロープ(医療機器)、ロープ(設備)のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合が：初診●%以上かつ

・ 再診の外条件のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合：再診●%以上

厚生労働省検討会資料の抜粋・改変

(スライド37)

です。

(スライド38) 簡単にまとめたもので、一番左が医療機関の意向です。例えば、ある医療機関に、基幹的に担う医療機関となる意向ありとします。そして、真ん中ですが、協議の場において、その協議が調う。そうしますと、これは医療機関となるものとして都道府県が公表します。こういう結果です。しかし、この2つ目、医療機関には意向があるけれども、協議が調わない場合はどうするのか。このスライドでは、それは公表しないということになっているわけですが、さきに申しましたように、この制度では、その要件として強

いは、医療機関の意向です。そして、2つ目に、国の基準と協議の結果があります。一番下の、意向もない、協議も調わないのは、公表しない。こういう形になります。いずれにしても、医療機関の意向を無視して強制的に重点の医療機関として設定するということはないということだけ御理解いただければと思います。

(スライド39) 重点医療機関に設定されますと、どうしても外来患者さんの数が減ります。それは紹介を持ってこなければ、従来の5,000円に2,000円がプラスされて7,000円のお金が要ることになりますので、患者さんが減るとい

「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関
協議の場における
医療機関の意向、地域の協議の場での協議、協議結果の関係

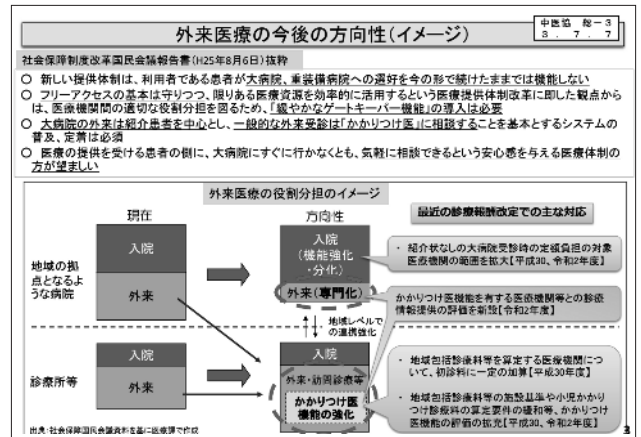
医療機関の意向	地域の協議の場での協議	協議結果
※ 国の基準を踏まえ、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無を報告	※ 医療機関ごとの意向の有無、国の基準の適合状況、外来医療の実施状況等を踏まえて協議 ※ その際、特に、国の基準と医療機関の意向が合致しない医療機関について、当該地域の地域性や当該医療機関の特性等を考慮して議論	
「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向あり	当該医療機関が「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となることの協議が整う	当該医療機関が「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となるものとして公表
意向あり	協議が整わない	-
意向なし ※ 当該医療機関において、地域の協議の場での議論を踏まえて再度検討を行い、意向が変わる場合もある	協議が整わない	-

厚生労働省検討会資料の一部改変 38

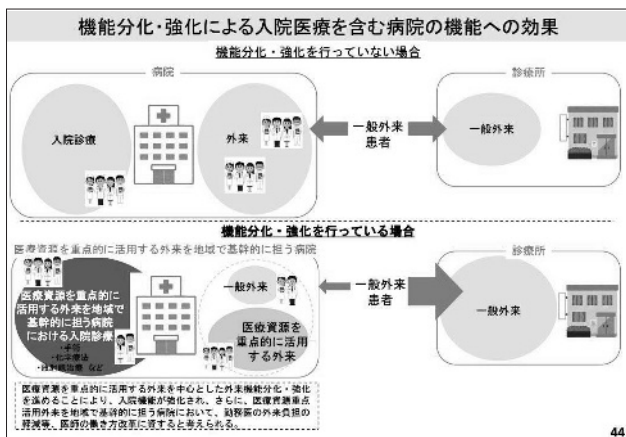
(スライド38)



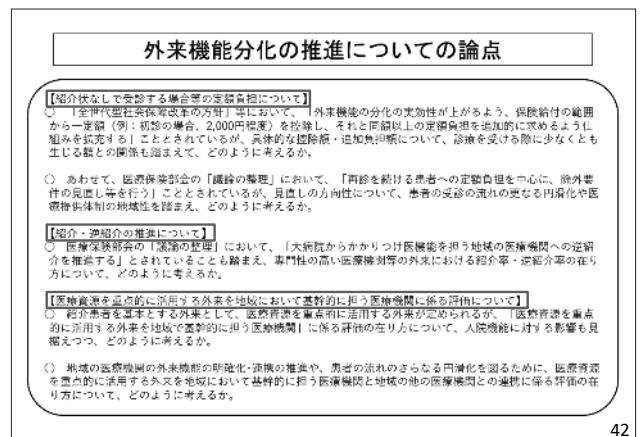
(スライド39)



(スライド40)



(スライド41)



(スライド42)

ことになると、医療機関の運営的に非常に厳しくなるということになりますので、そこを補うためには何らかの診療報酬における補填が必要であろうということもあり、中医協において議論されております。

(スライド40) このスライドは、平成25年の社会保障制度改革国民会議における報告書の中の絵で、皆様方もよく御覧になられたと思いますが、この上の囲みの丸の文章、そしてシェーマ、さらには右の吹き出しの文字を見てください。今、私がお話ししていたシステムも含めてですが、考え方の流れが全くこのとおりに動いています。何一つ、変わっていないの

ではないかと思えます。ですから、平成25年から今8年近くたっているのではないかと思いますけれども、国としては着実にこの報告書に基づいて、外来医療の方向性を進めているということは、見事としか言いようがないかなと思うスライドですので、あえてつけさせていただきました。

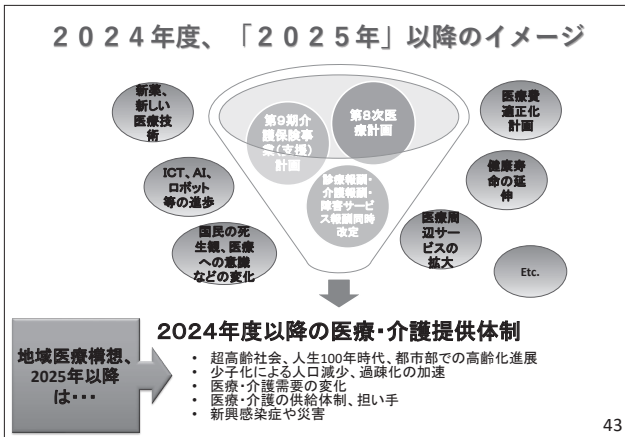
(スライド42) これは中医協における論点として、この論点の赤い囲みの3つ目を御覧ください。「医療資源を重点的に活用する外来を地域において基幹的に担う医療機関に係る評価について」ということが論点になっていまして。この評価というのは、どういふふう報酬上、評価できるかと

いうこととございます。どういふ評価をするかというのは、一定、議論はしていますが、まだ決まっておきませんので、お話はこまめとします。

以上が外来機能報告についてです。

最後に、6番目の事業としての新興感染症等への対応ということで、スライド44になりますが、基本的には、大曲先生が詳細をお話しされると思っています。

(スライド45) 全国知事会と日本医師会では定期的な協議を以前からしておりましたが、1年ほど途切れ、この10月から再開しております。そのときに、医療計画の策定などにおいて、都道府県と医



(スライド43)

3. 「6番目の事業」としての新興感染症等への対策

44

(スライド44)

全国知事会との連携(10月5日意見交換会より)

- 日本医師会からは、次のような発言
 - 全国知事会や経団連と連携し、新型コロナウイルス感染症対策は無論、わが国の医療提供体制の充実に努めていく。
 - 「リバウンドを生じさせない強いメッセージの発信」等を求める全国知事会とは、基本的に同じ方向を向いていると認識している。
 - 日本の医療は、医療計画の策定などを都道府県が担っており、各地域で都道府県医師会と行政の連携が不可欠。
- 平井全国知事会長/全国知事会新型コロナウイルス緊急対策本部長(鳥取県知事)からは、「第6波に備え、地域医師会等と地域の医療提供体制の構築を進めていきたい」と述べ、日本医師会をはじめ都道府県、都市区医師会に更なる協力を求めた。

※今後も意見交換会を開催していく予定

45

(スライド45)

10月1日：今夏の感染拡大を踏まえた今後の新型コロナウイルス感染症に対応する保健・医療提供体制の整備

- 国として、各都道府県・保健所設置市・特別区に対し、コロナ医療と一般医療の両立を図りつつ、陽性確認前から回復・療養解除後まで切れ目ない体制を整備するため、従前の「病床・宿泊療養施設確保計画」を新たに「保健・医療提供体制確保計画」にバージョンアップすることを求めるもの
 - ✓ 少なくとも今夏の最大感染拡大時と同程度の感染拡大が生じることを前提
 - ✓ 本年10月29日までに今後の保健・医療提供体制の構築方針の作成
 - ✓ 11月30日までに保健・医療提供体制確保計画として取りまとめ
- 都道府県等には、地域の医療関係者等に対しても事前に十分な協議を行うことが要請されています。各都道府県医師会・各都市区医師会におかれては、医療関係団体との連携強化、行政等との協議をお願いいたします。
- 病床の確保
 - 都道府県と医療機関との間で、病床確保計画のフェーズ切替えが行われてから確保病床を即応化するまでの期間や、患者を受け入れることができない正当事由について明確化し、書面で締結することを求める。
 - 医療機関が万一適切に患者を受け入れていなかった場合には、補助金(病床確保料)の返還や申請中の補助金の執行停止を含めた対応を行う。

46

(スライド46)

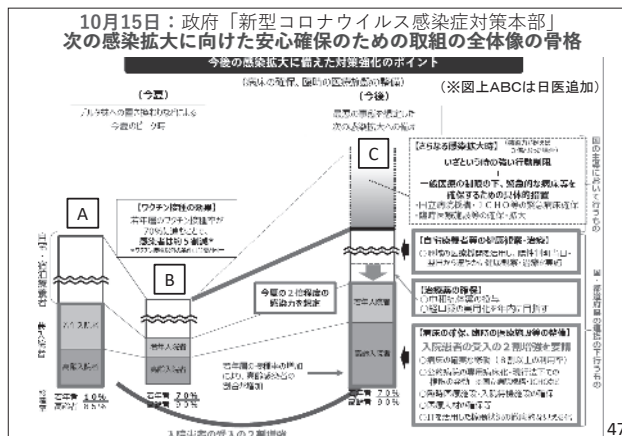
師会等がしっかり連携する必要があるということ、まずは最初の段階で平井全国知事会長からも共有としての意見をいただいたということでございます。今後も定期的に開催していきます。

(スライド46) これもよく御存じのように、10月1日に事務連絡として出された保健・医療提供体制の整備の要請です。10月いっぱいの方針、そして11月で計画をつくれという日程上厳しい要請と思っておりました。

(スライド47) 10月1日には今年の夏程度を想定してということだった話が、10月15日には感染力という変わった言葉も使われながら、今回の2倍程度になった場合

を想定して病床の確保やそれぞれの対応を都道府県で計画しなさいということでございます。このスライド47は、御案内のとおり、Aというカラムが今年の夏の状態で、Bはワクチン接種の率が、今

年の夏には若者は10%ぐらいでしたけれども、これが70%であったと想定すると、これぐらいの患者さんの数になるのではないかと。それが、感染力が2倍になった場合にはこうなりますというのがCの



(スライド47)

「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」

(11月12日政府「新型コロナウイルス感染症対策本部」(本部長:岸田総理))

※10月15日の「骨格」では、「ピーク時に即応病床と申告されながらも使用されなかった病床」を、いわゆる「幽霊病床」という言葉を用いて表現。

日本医師会では、10月27日、全国自治体病院協議会や四病院団体協議会と開催した「新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議」において、厚生労働省医政局長に対し、コロナ患者を受け入れてきた医療機関も含め、風評被害や感染リスクを乗り越え、がんばっている医療現場のため、このような表現を用いがないよう、強く求めた。

そして、去る11月12日に取りまとめられた本体では、「幽霊病床」という表現は使われなかった。

48

(スライド48)

「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」

(11月12日政府「新型コロナウイルス感染症対策本部」(本部長:岸田総理))

以下の構成

基本的考え方

1. 医療提供体制の強化
2. ワクチン接種の促進
3. 治療薬の確保
4. 国民の仕事や生活の安定・安心を支える日常生活の回復

基本的考え方(抜粋)

- 「最悪の事態を想定して、次の感染拡大に備える」
- 「今夏のピーク時における急速な感染拡大に学び、今後、感染力が2倍となった場合にも対応できるよう、医療提供体制の強化」
- 「こうした取組により、重症化する患者数が抑制され、病床逼迫がこれまでより生じにくくなり、感染拡大が生じても、国民の命と健康を損なう事態を回避することが可能となる」
- 「例えば感染力が3倍となり、医療が逼迫するなど、それ以上の感染拡大が生じた場合には、強い行動制限を機動的に国民に求めるとともに、国の責任において、コロナ以外の通常医療の制限の下、緊急的な病床等を確保するための具体的措置を講ずる」

※ここでいう「感染力が2倍、3倍」とは、実効再生産数等の意味ではなく、「若年者のワクチン接種が70%まで進展し、それ以外の条件が今夏と同一である場合と比較し、新たな変異株の流行や、生活行動の変化などによる、「今夏の実績」(3)倍程度の感染拡大が起こるような状況」のこと。言い換えると、ワクチン接種が若年層の70%に進むことで感染者数が今夏の約5割減となったと仮定した時比べて2倍、3倍という意味。つまり、実際には、今年の夏の1倍から1.5倍程度。

49

(スライド49)

「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」

(11月12日政府「新型コロナウイルス感染症対策本部」(本部長:岸田総理))

- 休床病床の運用の効率化を図りつつ、病床利用率を勘案した病床確保料に見直しを行うこと等により、感染ピーク時において確保病床の使用率が8割以上となることを確保

- 緊急包括支援交付金の病床確保料は、来年(2022年)1月以降も当面継続

➢ 感染ピーク時に、確保した病床が確実に稼働できるよう、都道府県と医療機関の間において、要請が行われてから確保病床を即応化するまでの期間や患者を受け入れることができない正当事由等について明確化した書面を締結
→10月1日の厚労省事務連絡(保健・医療提供体制確保計画関係)にも記載(当該病院の役割(例:中等症対応)など)

➢ 病床確保料については、G-MISへの入力徹底の他、一定の条件が付けられると思われる。政府には、それぞれの地域や医療機関の実情、役割分担に応じた、柔軟性のある対応が求められる。

50

(スライド50)

「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」

(11月12日政府「新型コロナウイルス感染症対策本部」(本部長:岸田総理))

- ITを活用した稼働状況の徹底的な「見える化」

- 個々の医療機関におけるG-MISへの病床の使用状況等の入力徹底

➢ 補助金の執行要件化

➢ 12月から医療機関別の病床の確保・使用率を毎月公表

→ 公表に当たっては、各地域や各医療機関の実情や役割分担などに基づいて、メディアや住民の皆様が無用の誤解を生じさせない、また、風評被害を起こさないよう、十分な配慮が必要。

51

(スライド51)

コラムになるわけです。

ここで10月15日の段階では、一番下の右のグリーンの枠囲みでは、ベッドの確保は2割増しと書いてありましたが、これが11月12日に政府が出した全体像においては3割増しになっているのも御案内のとおりで、ここは今もう2割増しでございませぬ。問題はその下の1つ目の丸の、病床の利用率が8割ということで、これは非常に非現実的だなと私も思いますし、現場の先生方は絶対にそう思われると思います。常に厳しい状態以上であろうと思いますし、この辺りは今後また変更になるのではないかとと思いますが、現在はこういう形になっております。

(スライド50) 昨日、医療経済実態調査の結果も出ましたが、緊急包括支援交付金の病床確保料の補助がなければ到底、各医療機関の経営は成り立たないという結果が出ております。そこで、来年からも継続されるわけですが、その下の矢羽にありますように、この要請が行われた場合には、即応化に達する期間や、患者さんが受け入れられない場合の正当な事由などを明確にして、書面締結をして、なおかつ、もう一つの矢羽にありますG-MISへの入力徹底ということ等を要件化して、それをしっかりしなければ、補助金は出さない、ないしは出したものを返還させるという大変厳しい内容に

なっております。この補助金の交付要件の見直しに関しましては、近日中に示されます。

(スライド51) そして、2つ目の黒丸の矢羽のところですが、12月からは医療機関別の病床の確保・使用率の公表が始まります。ここも、その公表の仕方によっては、医療機関に対しての、例えば誹謗や中傷が起こる可能性もありますので、その公表の在り方に関してはしっかりとした配慮が必要だということの要請はしっかりとしております。

(スライド52) 一番下の丸ですが、都道府県庁の医療統括責任者と都道府県医師会等の医療関係者の責任者が常に連携しているところ

「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」
 (11月12日政府「新型コロナウイルス感染症対策本部」(本部長:岸田総理))

日本医師会の考え方 (会長会見より)

- 強調したいのは、都道府県医療計画における「5疾病5事業の6事業目」の前倒し策定という意味合いを、各関係者に認識してほしいということです。
- そして、全体像を具現化するにあたっては、都道府県医師会と行政の医療総括責任者との緊密な連携があって初めて、地域の総力を挙げて感染拡大に対応できるということも忘れてはなりません。
- 平時から、都道府県庁、病院協会や搬送コーディネーターを務める統括DMATなど関係者との間で、顔の見える連携が取られていることが重要だと考えます。
- 都道府県庁の医療統括責任者と都道府県医師会等の責任者が普段から密接に連携し、タッグを組むことが必要になります。

52

(スライド52)

コロナ対応の要点
行政、医師会、病院等の関係者の連携

新型コロナウイルス感染症
対応について

神奈川モデル
進化の秘訣は

神奈川県医師会理事 小松 幹一郎
 令和3年11月11日(木)
 第8次医療計画等に関する検討会

4 公益社団法人 神奈川医師会
 Nippon Association of Physicians Kanagawa Prefecture

(スライド53)

コロナ対応の要点
行政、医師会、病院等の関係者の連携

神奈川モデル 進化の秘訣

- ①県がトップに災害医療専門の現役医師を据えた点
- ②医師が臨床症状から入院が必要と判断した患者に治療対象を絞り、病床を有効活用した点(隔離の観点で全員入院させていたら第3波で破綻)
- ③県の動きに医師会、病院協会が協調した点 (知事との合同記者会見、何十回と意見交換会、何十回とWEB会議を実施)
- ④地域医療構想調整会議のプラットフォームを活用した点

従来、少ない医療従事者で効率的に病床運用する土壌があった
 →多くの医療関係者が協力する体制が構築された

4 公益社団法人 神奈川医師会
 Nippon Association of Physicians Kanagawa Prefecture

(スライド54)

コロナ対応の要点
行政、医師会、病院等の関係者の連携

神奈川モデルは一日にしてならず

- ①県と県医師会の協議 36回 1990分 月2-3回
 検査体制、発熱診療機関、ワクチン、ステロイド処方 etc.
- ②コロナ対策地域医療構想調整会議(2回×8横越地域) 16回 延べ335人参加
- ③都市会長会 毎月1回 60-90分
- ④神奈川無感染症対策協議会 R2年度10回 R3年度7回(～現在)開催
- ⑤神奈川モデル協力医療機関連絡会議 毎月1回前後
- ⑥神奈川無病院協会 新型コロナウイルス対策会議 現在まで20回開催
- ⑦神奈川県 COVID-19臨床懇談会 現在まで18回開催

→多くの医療関係者が情報を迅速に共有でき、総力戦のムードが醸成された

4 公益社団法人 神奈川医師会
 Nippon Association of Physicians Kanagawa Prefecture

(スライド55)

コロナ対応の要点
行政、医師会、病院等の関係者の連携

さいごに

多くの医療従事者が
 コロナ禍を自分事と考えて
 最前線で戦う医療従事者の困難な状況を共有し、
 行動自粛してくださる国民に感謝し、
 総力戦・ワンチーム・全員野球の一員と自覚して
 自分に出来る事を少しでもやっつけていく、増やしていく

⇒ コロナをコントロールした日常が取り戻せるはず

4 公益社団法人 神奈川医師会
 Nippon Association of Physicians Kanagawa Prefecture

(スライド56)

医療計画への感染症対策の位置づけ

日本医師会として、2020年4月以降、以下を主張

地域の医療提供体制を整備する医療計画のうち、
 疾病や救急医療、災害医療等ごとに医療連携を個別に
 定める計画(「5疾病5事業」)に、新興感染症等への
 対策を追加すること。

そして、PPE等の備蓄や病床の整備・確保を図ること、
 公立・公的医療機関等と民間医療機関の役割の明確化、
 行政と医師会との連携を推進すること。

国は、広く一般の医療連携体制にも大きな影響が及ぶ
 「新興感染症等の感染拡大時における医療」について、
 医療計画の記載事項として位置付けることが適当とし
 て、2021年通常国会にて「医療法」を改正した。

57

(スライド57)

**新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に
 関する事項の医療計画への位置づけ 検討スケジュール**

令和3年度	4月~6月	6/3 医師会 6/16 第1回第8次医療計画等に関する検討会
	7月~9月	8/6 第2回第8次医療計画等に関する検討会
	10月~12月	新型コロナウイルスの取り扱いを定める 今後の議論に向けたアラインメント 等
令和4年度	4月~6月	省庁間で 協定を締結
	7月~9月	取りまとめに向けた議論
	10月~12月	

新型コロナウイルス感染症の保健・医療提供体制確保計画(18 病床・宿泊療養施設確保計画)の策定と相まって、施策の前倒し実施を要請

58

(スライド58)

医療提供体制づくりと財源確保

新型コロナウイルス感染症への当面の医療対応は、
 厚生労働省事務連絡が示す体制づくりと、それを支える
 国の予算措置によって進められている。
 持続的なコロナ対応には、財政支援が不可欠。

発熱外来診療体制
 2020年9月4日、15日付の厚生労働省事務連絡などによって、発熱外来を担う「診療・検査医療機関」の要件、役割、指定手続きなどを示す

病床確保
 2020年6月19日付厚生労働省事務連絡などによって、「即応病床」等の病床確保計画策定を都道府県に求める。その後も、次の波に備えた体制づくりを要請

(例) (仮設)診療所の開設、病床確保(増床)のため、従来の法規制の弾力的な運用も実施

国庫補助(診療報酬) PPE等の現物での支給
 通常予算、補正予算を財源

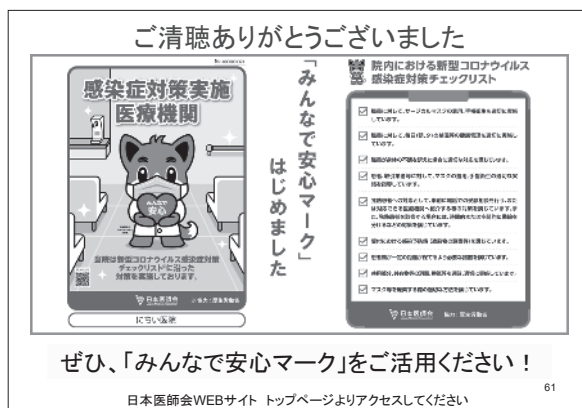
国庫補助(増額、新規) 医療保険(診療報酬) PPE等の現物での支給

59

(スライド59)



(スライド60)



(スライド61)

ろは比較的うまくいっているということ、日本医師会長がコメントとして発したものでございます。その具体例として神奈川県モデル等がありますので、また後ほど御覧いただければと思います。

もう時間になってまいりましたので、私の話としては以上とさせていただきます。

本日お話をさせていただいた中で、外来医療の在り方は、かかりつけ医機能の議論もしなければならないということ、このかかりつけ医の議論も来年1月から恐らくスタートになるということで、相当難しい問題をはらんだ議論になろうと思います。

御清聴ありがとうございました。

質疑応答

■全国自治体病院開設者協議会

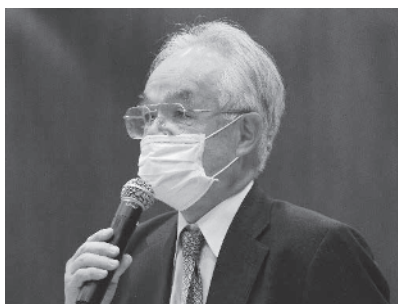
副会長 須田 善明 女川町長
城守先生、誠にありがとうございました。

それでは、会場の皆様から、若干ではございますが、御質問等がございましたら受け付けたく存じ

ます。御質問がある方は挙手にて発言を求めていただければと思います。

特によろしいでしょうか。

では、よろしく願いいたします。



■公益社団法人 全国自治体病院協議会

副会長 望月 泉 八幡平市病院事業管理者兼八幡平市立病院統括院長

城守先生、どうもありがとうございました。自治体病院協議会の副会長をしています望月です。

今議論されている医療資源を重点的に活用する外来、外来機能報告制度は、平成25年にいわゆる大病院は紹介型の外来にするという話は分かりやすかったんですが、一般病床 200 床以上の病院は紹介状がない患者の外来受診時の定額負担の対象となることとされま

すと、地域に唯一しかない病院も入ってくると思うんですね。その場合は、紹介状持参が困難になる病院もあると思いますので、あくまでも病院の手挙で定額負担の対象となる病院を選択していくことになり、その手挙げした病院には診療報酬上のインセンティブを与えようというような話になるわけですね。紹介状がない患者の外来受診時の定額負担が5,000円プラス2,000円で7,000円になりますと、外来を受診する患者さんは減少すると思いますので、その地域にとっても医療を受けづらくなり、大変なことになるのではないかと思います。あくまで手上げであり、強制ではないことを強調していただければいいなと思っております。よろしく願いいたします。

■日本医師会

常任理事 城守 国斗 氏

ありがとうございます。望月先生、常日頃から大変お世話になっております。ありがとうございます。

今、先生がおっしゃられたように、この200床以上であったとしても、地域によってはそれがわか

りつけ機能を有している病院というのは、地方によっては大変多うございます。ですので、それらの病院も紹介状がないと行けないのかとか、ないしは、そもそもが診療所があまりなくて、その医療機関しかない、病院しかないという場合に、紹介状どころか、そこしかないのはどうするんだとか、いろいろなパターンが出てきますので、先生が仰せのとおりでございます。まず医療機関として、我々はかかりつけ医機能もしっかり担っているのかどうかということを確認されて手挙げをするというのが、まず1番目です。この制度を決めるにおいて、手挙げが一番重要です。そして、さらにその手挙げをした上で、地域においても地域の関係者が、その病院の役割をどう認識しているのかということをごさまでもう一度、共有していただくことが、最終的にその地域の病院の役割を壊さずに、そして医療提供体制も壊さずに、この制度を利用できるかなと思います。

(外来機能報告等に関するワーキンググループの報告書(令和3年12月)では、地域の協議の場においては、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など、患者がまずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて当該医療機関を受診するという受診の流れとならない場合について、医療機関の特性も含めて配慮することが重要であり、この点についてもガイドラインに明記する」とされています)

そして、先生の2点目の御質問

の診療報酬に関しては、確かに病院の外来の患者さんの数が減りますので、診療報酬で手当てをするということで、来年4月から改定において一定程度、何らかの評価がされます。しかし、地域で基幹的に担う医療機関が指定されるのは、再来年の1月から3月の間になります。ですので、1年間、お考えになる期間がありますので、まず自らの病院の外来の数が、例えば紹介患者さんしか診ないということになった場合にどれくらい減るのか、それによって収入がどれくらい減少するのか、一方、診療報酬において来年4月から設定された加算ないしは項目の点数がカウントもしくはシミュレーションできるとすれば、どれくらいプラスになって、その値がどうなるのかということも、この1年間、お考え、シミュレーションしていただきながら、来年1月からの協議の場においての資料にしていたければ良いかなと思います。

以上です。

■全国自治体病院開設者協議会

副会長 須田 善明 女川町長
ありがとうございました。

では、お時間ですが、これで最後にさせていただきますと思います。よろしくお祈いします。



■公益社団法人 全国自治体病院協議会

副会長 竹中 賢治 天草市病院事業管理者

副会長の竹中でございます。

今の関連質問といたしまして、再確認でございますけれども、かかりつけ医機能と重点医療機能を持つ医療機関とを対峙させて、それにマッチしたところは診療報酬上の加算をするというイメージが見えてきます。一方で、先ほどおっしゃいましたように、かかりつけ医機能が周りに全然いらっしやらないところがあります。私は天草でございますが、周りにかかりつけ医の先生はあまりいらっしやしません。病院自体がかかりつけ医機能を持っているんですね。紹介率も1桁です。そういうところで、診療報酬上、今度は減算ということが出てきますと、全自病協の病院は大体半数ぐらいがそのような状況の病院でございますので、それを危惧いたしております。減算だけはともかくやっていたきたい、今までの分は担保していただきたい、その部分の要望をお願いし、日医のほうにもお願いしたいと思います。

■日本医師会

常任理事 城守 国斗 氏

先生、常日頃、ありがとうございます。

先生の御意見、御要望は承知いたしております。全力を挙げて減算規定が設けられることがないように、中医協においても、またそれぞれの検討会においても、しっかりとした対応、発言をさせてい

ただきたいと思います。ありがとうございます。

■全国自治体病院開設者協議会

副会長 須田 善明 女川町長

それでは、お時間が参りました。講演の第1部は城守先生の分についてはここまでとさせていただきます。ただいま要望というんでしょうか、我々の声もございましたが、ぜひ受け止めていただきながら、これからの議論にまたつなげていただければと思います。

城守先生、本当にありがとうございます。

講演Ⅱ



■国立国際医療研究センター

理事長特任補佐 大曲 貴夫氏

須田町長、過分な御紹介を賜りまして、ありがとうございます。国際医療研究センターの大曲と申します。よろしく願いいたします。

私からは、コロナに関連した事実的なところ、それと感染が拡大したときにどうするのか、そのためには今からどう準備をしておくのかということ、これまでに分かってきているところを御紹介したいと思います。それでは、よろしく願いいたします。

(スライド1) コロナに対する医療体制を考えると、コロナの臨床像そのものは切っても切れないと思います。この病気が非常に特徴的な臨床像を持っているがゆえに、これまでなかったような体制をつくらなければいけないというのが、今、我々の対面している一番大きな課題ではないかと思えます。

コロナですけれども、よく言われているように、大多数の方は無症状、もしくは軽症で終わります。ここではその比率を8割と書いておりますが、これは実はもう1年以上前の中国のデータに基づくものでありまして、実際にはこの比率はどんどん上がってきていると思います。端的にはそれはワクチンの影響であります。

ただ、軽症とは言うんですけれども、実際には患者さんの症状が出てから消えるまでの期間は、いわゆる軽症と言われる方でも2週間以上かかりますし、高い熱一つ取っても1週間近く続く方はざらにいらっしゃいますし、若い方では消化器症状が非常に強かったりするということがあります。ですので、例えば自宅療養を受けていらっしゃる方々も、軽症だからといって家で比較的元気で動いているのかといいますと、必ずしもそうではないこともありまして、熱で全然動けなくて、身の回りのこともできない、ゴミも捨てられない、御飯も食べられない、水も飲めないような状況で御自宅にいらっしゃる方がかなりいらっしゃることが分かってきています。

東京でそういう実態があるとい

うことは、私は新宿区で医者をしておりますが、新宿区で在宅医療をやられている先生方が実際に訪問されて御経験になられた、見てこられた事実を聞かせていただいて、そういうことを知るようになりました。そういう意味では軽症という言葉は簡単に使ってはいけないなというのは、私自身の反省でありますし、自宅で療養されている方々にどう対応するのかということ、改めてしっかりと考えなければと思わせられた、そういう事実でありました。

この病気の嫌なところは、急変するところでもあります。ここには20%と書きましたが、酸素が必要な程度に状態が悪くなるということでもあります。この比率はもう少し下がってきています。後で和歌山のデータでそれをお示ししたいと思います。問題は、発症してから7~10日でそれが起こり始めるということです。多くの方は自宅にいらっしゃるような時期です。これは非常にスピードが速いです。数日で呼吸不全が完成していくというのが一般的であります。人によっては数時間で悪くなる、朝は歩いて病院に来たけれども、夜には人工呼吸が必要な程度に悪くなっているということは、ざらにある話です。

ですので、このような急変が起こる病気である、そしてそれが自宅で起こり得るということが問題でありまして、感染の極期にはそのリスクのある方が御自宅に物すごく大きな数でいらっしゃるということが大きな問題で、そこに行政として、あるいは医療として、

新型コロナウイルス感染症の経過



(スライド1)

どう対応するかということが、重症者の対応だけではなくて、もう一つの大きな課題であると思います。むしろ今後この問題はもっと大きくなっていくと思います。

そして、人工呼吸が必要になる方もいらっしゃると思います。その比率は、恐らくワクチンの影響で変わっていくとは思いますが、現状の東京のデータでいきますと、いわゆる第5波の7～9月のデータで、陽性と診断がついた方のうち、おおむね1%です。ただ、若い方が中心の流行のときには、これは下がります。そして、高齢者が新規の感染者の大多数を占める状況になると上がっていきます。東京でも最終的には1.5%ぐらいまで5波では上がっていききました。これがまさに新型コロナウイルス感染症の臨床経過であります。

重症化リスクは恐らくはワクチンの接種とともに下がっていく、つまり、酸素が必要になる方の比率、あるいは人工呼吸が必要になる方の比率は下がっていくことを予想はしておりますが、とはいっ

ても急変が起こるのは事実ですので、そこに備えなければいけないのは変わりはないと思います。

(スライド2) ワクチンを打った後の世界を見通すという意味で、ワクチンが普及した後の新型コロナウイルス感染症の自然史を知ることが重要だと思っています。それを本当に知ろうと思えば、全数調査をしてデータを取る必要があります。残念ながら東京でそれをやるのは、今、努力はしておりますが、極めて難しいです。その中で和歌山のデータが共有されたので、紹介したいと思います。

【第五波】当初症状と経過中の症状 (n = 2,464)

- 第五波（令和3年7月11日～9月24日）において、陽性判明時に無症状であった者552名のうち無症状で経過するのは約23%で、肺炎を併発するのは約21%で、酸素投与が必要になるのは約5%であった。
- 陽性判明時に有症状であった者1,912名のうち肺炎を併発するのは約29%で、酸素投与が必要になるのは約6%であった。

経過中の症状	合計	乳児	幼児	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代	100代
無症状	129	1	22	14	19	23	17	14	8	6	6	3	1
軽症	206	6	38	23	40	44	41	40	24	14	15	14	7
中等症	117				4	18	13	21	20	8	7	12	13
重症	28							4	5	1	4	3	10
死亡	2							1	1				
合計	552	7	60	37	63	85	66	75	52	28	29	21	1
軽症	1354	5	45	46	268	382	208	180	130	34	41	9	2
中等症	558				17	88	105	147	115	42	22	15	7
重症	109						7	0	26	31	11	0	5
死亡	8								3	4	1		
合計	1912	5	45	46	285	470	313	327	245	76	63	24	9
合計	2464	16	105	83	316	553	379	402	297	104	91	53	30

2021.10.13厚生労働省アドバイザーボード説明資料（和歌山県）
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/00843179.pdf

(スライド2)

これは、今年10月のコロナのアドバイザーボード、厚労省の会議の資料です。第5波の7月11日から9月24日までに全数調査をした。陽性だったと分かったときに無症状であった方が552名のうち、実際に酸素投与が必要になるのは約5%だった。これが、症状があった方に限っていうと6%だったということが出ています。先ほどの20%という数値よりは大幅下がってきていることがお分かりいただけると思います。

(スライド3) 比較のために、同じ県の3月14日から5月31日の

【第四波】当初症状と経過中の症状 (n = 1,293)

- 第四波（令和3年3月14日～5月31日）において、陽性判明時に無症状であった者383名のうち無症状で経過するのは約18%で、肺炎を併発するのは約40%で、酸素投与が必要になるのは約8%であった。
- 陽性判明時に有症状であった者910名のうち肺炎を併発するのは約51%で、酸素投与が必要になるのは約18%であった。

経過中の症状	合計	乳児	幼児	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代	100代
無症状	70	1	4	5	12	9	5	11	7	5	8	3	
軽症	161	6	8	39	21	18	21	13	15	16	3	1	
中等症	152				2	8	11	30	27	26	27	8	
重症	31							1	1	5	8	11	5
死亡	5								1	2	2		
合計	383	1	10	13	53	38	34	62	42	46	46	20	9
軽症	450	3	5	7	67	107	47	72	60	45	22	10	5
中等症	460				8	34	34	74	87	87	76	45	13
重症	165					1	5	16	24	28	52	26	11
死亡	17							1	2	3	8	3	
合計	910	3	5	7	75	141	82	146	147	132	99	55	18
合計	1293	4	15	20	128	179	115	208	189	179	144	84	27

2021.10.13厚生労働省アドバイザーボード説明資料（和歌山県）
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/00843179.pdf

(スライド3)

ブレイクスルー感染では発熱期間や症状持続期間は短くRNA検出期間も短い
Prevention and Attenuation of Covid-19 with the BNT162b2 and mRNA-1273

Table 3. Viral RNA Load, Duration of Viral RNA Detection, Frequency of Febrile Symptoms, and Duration of Illness in Vaccinated and Unvaccinated Participants with SARS-CoV-2 Infection.*

Variable	Unvaccinated	Partially or Fully Vaccinated	Difference (95% CI)†
Viral RNA load			
No. assessed	155	16	—
Mean — log ₁₀ copies/ml‡	3.8±1.7	2.3±1.7	40.2 [16.3–57.3]‡
Duration of viral RNA detection			
No. assessed	155	16	—
Mean — days	8.9 [10.2]	2.7 [3.0]	6.2 [4.0–8.4]
Detection of viral RNA for >1 week — no./total no. (%)§	113/156 (72.4)	4/16 (25.0)	0.34 [0.15–0.81]‡
Febrile symptoms — no./total no. (%)¶	94/149 (63.1)	4/16 (25.0)	0.42 [0.18–0.98]
Total days of symptoms			
No. assessed	148	16	—
Mean — days	16.7±5.7	10.3±10.3	6.4 [0.4–12.3]
Days spent sick in bed			
No. assessed	147	15	—
Mean — days	3.8±5.0	1.5±2.1	2.3 [0.8–3.7]

(スライド4)

データも持ってきました。まだワクチンの接種率がそれほど高くなる前のデータではありますが、陽性判明時に無症状であった方で酸素が必要になった方は約8%、陽性と分かったときに有症状であった方で最終的に酸素が必要であった方が18%でありますので、酸素が必要になった方の比率が下がってきていることはお分かりいただけると思います。

(スライド4) ワクチンを打つということで、とはいっても、特にワクチンを打ってからの時間がたてばたつほど、いわゆるブレイクスルー感染が起こることも分かってきました。半ば予想されていたことではありますけれども、メディアはこのニュースを大きく取り上げて、国民としては非常に残念なニュースだったわけであり、ただ、ブレイクスルー感染がどういうものかということは、我々対応する医療者としては知っておくことがあると思いますので、一部、海外のデータもありますが、借りてきましたので、御紹介したいと思います。

これは比較的軽症の方のデータであります。米国のアリゾナのデータです。対象としたのは、医療従事者を中心としたエッセンシャルワーカーのデータです。つまり、ワクチンを打っていない場合と、1回でも打っている場合で、症状の持続期間等がどれぐらい違うのかということと比較したものであります。

ここで見ていきますと、症状の持続期間をこちらに書いてありますけれども、ワクチンを打っていない方の場合は、平均で16.7日です。通常感冒が10日といえますので、かなり長いのがお分かりいただけます。これがワクチンを打つと、隣の10.3日という数値になります。ですので、ワクチンを1回でも打った方の症状の持続期間は、通常感冒と同じ程度まで短くなるのが分かります。

一方で、この感染したがために寝込まなければいけない時間のデータまで取られています。ワクチンを打っていない方の場合、平均が3.8日でありました。この研究の対象となった方はいわゆる生

ブレイクスルー感染者の症状 (65歳以上)

CGVIREGI-JP
COVID-19 RESEARCH JAPAN

	ワクチン非接種者 N=184	ワクチン1回完了者 N=29	ワクチン2回完了者 N=44
男性*	85 (46.2)	16 (55.2)	18 (40.9)
年齢**	74 [69, 82]	73 [70, 78]	78.5 [70.75, 85]
発症から入院までの期間**	4 [2, 7.75]	3.5 [1.25, 5.75]	3 [2, 4]
BMI**	23.2 [20.5, 25.5]	23.3 [21.8, 25.8]	23.2 [19.5, 25.5]
基礎疾患あり*	144 (78.3)	26 (89.7)	38 (86.4)
症状			
発熱(>=37.5)	103 (56)	13 (44.8)	14 (31.8)
咳嗽	118 (64.1)	22 (75.9)	18 (40.9)
息切れ	48 (26.1)	6 (13.6)	6 (13.6)
頭痛	15 (8.2)	3 (10.3)	0 (0)
倦怠感	68 (37)	10 (34.5)	8 (18.2)

* 割合 (%)、** Median [1st Qu., 3rd Qu.]
・2回完了者は非接種者に比して、年齢および基礎疾患割合も高いが、症状出現頻度は、息切れ・倦怠感約5割、発熱・咳嗽は6割程度である。

(スライド5)

産年齢の人口の方であります。動けて働ける方です。そういう方々が4日も寝込む病気というのはなかなかないわけでありまして、軽症とはいっても新型コロナウイルス感染症というのは、個人レベルではかなりつらい病気だということが分かります。これが、ワクチンを1回でも打った方だと1.5日にまで縮まります。

要するにブレイクスルー感染症が起こるという事実は残念なことではありますけれども、ただ、とはいっても、ワクチンを打った後は個人レベルでは、かかった場合でもかなり楽になるということが分かります。そういう意味でもワクチンを打つことの価値はあるのではなかろうかと思えますし、特に重症化リスクの低いグループ、世代の方々に対してのワクチン訴求という観点では、こうした情報も重要ではないかと思っています。

(スライド5) 一方で、重症化リスクの高い方々でどうなのかということに関しては、私たち国際医療研究センターで取りまとめさ

ブレイクスルー感染者の治療・予後（65歳以上）

CCVIREGI-JP
COVID-19 REGISTRY JAPAN

	ワクチン非接種者 N=184	ワクチン1回完了者 N=29	ワクチン2回完了者 N=44
ICU入室あり*	30 (16.3)	6 (20.7)	1 (2.3)
ARDS*	14 (7.6)	1 (3.4)	1 (2.3)
酸素使用*	119 (64.7)	13 (44.8)	14 (31.8)
人工呼吸器*	11 (6)	3 (10.3)	0 (0)
ECMO*	1 (0.5)	0 (0)	0 (0)
死亡*	27 (14.7)	2 (6.9)	2 (4.5)
治療薬			
ステロイド*	69 (100)	14 (100)	35 (100)
レムデシビル*	101 (71.6)	11 (61.1)	5 (22.7)
トシリズマブ*	9 (6.4)	1 (5.6)	0 (0)
パリスチニブ*	28 (19.9)	3 (16.7)	0 (0)

*割合 (%)

- ・2回目完了者は非接種者に比べて、ICU入室割合は1/8、ARDS割合は1/3、酸素使用割合は1/2、致死割合は1/3であった。
- ・2回目完了者は、抗ウイルス薬使用割合が少なく、生物製剤使用はなかった。

(スライド6)

せていただいて、全国のコロナの医療機関の先生方がデータを登録していただいています。いわゆるレジストリと言われるものがあります。こちらは定期的に様々な切り口で情報を還元させていただいておりますが、今回はいわゆるブレイクスルー感染の状況ということで、重症化リスクの高い65歳以上の方々に関する記述統計の結果を持ってきました。解析は素朴でして、要はワクチンを打っていない方、ワクチンの1回接種、2回接種の方で、臨床像がどうであったかというものを素朴に比較したものであります。ブレイクスルー感染の事例です。

そうしますと、見えてきたのは、ワクチンを打っていらっしゃらない方と2回接種者の、しかも陽性者を比べると、平均年齢はむしろ2回接種の方のほうが高いんですね。78.5歳ありました。そして、基礎疾患を持っていらっしゃる比率も、実は2回接種の方のほうが高かったわけです。ただ、実際に症状が出た比率を見ていきますと、未接種の方よりも2回接種

の方がはるかに低い。例えば発熱を例に取りますと、56%と31%というところで差がありますので、高齢のハイリスクの方でもワクチンを打つことで、多くの方がかなり軽く済むということが見て取れます。

(スライド6) もう一つ大事なものは、結果はどうなのか。かかるのかどうかという話ではありますが、そこに関しても見てみました。そうしますと、いわゆる重症呼吸不全を起こしてARDSになる方の比率は、非接種者で7.6%、これが2回接種者ですと2.3%でありました。亡くなるのはどれくらいかということに関していきますと、非接種者は14.7%、そして2回接種者は4.5%でありました。

大要素素朴な記述統計で、ワクチンの接種状況での簡単な層別化しかしていませんけれども、それでもワクチンを2回打つことがいかに重症化リスクを下げるのかということはいかがい知れる、現実の世界でのデータではないかと思っております。

年齢区分別の新型コロナウイルス感染陽性者数と死亡者数 -年齢区分別のワクチン接種についても検証- (2021年7月)

調査概要

資料 2-6

新型コロナウイルスに対するワクチン接種が高齢者を中心に進んでおり、高齢者の感染陽性者数は減少しているが、若年者を中心とした感染陽性者数の増加が懸念されている。HER-SYSデータを用いて、各年齢区分における新型コロナウイルス感染陽性者数、死亡者数、致死率を調査し、また各年齢区分でのワクチン接種の有無による致死率を比較した。

2021年7月1日～2021年7月31日までのHER-SYSデータを集計した。

1. 新型コロナウイルス感染陽性者、死亡者数、致死率を年齢区分別に検討

2. 全体に占める、各年齢における感染陽性者、死亡者の割合を検討

3. 各年齢における、コロナ感染陽性者の致死率を、ワクチン接種の有無で比較

結果・考察

○コロナ感染陽性者数と死亡者数

7月のコロナ感染陽性者数は全141,303人中、65歳未満が135,350人と96%を占めた。

7月の感染陽性者数は、6月と比較して70歳以上で減少し、65歳未満で増加していた。

○コロナ感染陽性者の致死率 (※) ※7月の死亡は8月31日まで、6月の死亡は7月23日までで集計
7月の致死率は6月と比較して、全年齢で0.60%から0.15%に減少し、高齢者(65歳以上)で4.1%から2.4%に、65歳未満で0.076%から0.047%に減少していた。

○ワクチン接種による新型コロナウイルス感染陽性者の致死率

高齢者における死亡者は、未接種者は3,269人中93人(2.83%)、

1回の接種で1,148人中27人(2.35%)、2回の接種で982人中12人(1.22%)であった。

(注) 感染の重症化を考慮した期間を設けた調査結果であり、死亡者数が少ないことに留意が必要である。

引き続き、感染状況や死亡者数などの経過を見ていく必要がある。

2021年9月1日 厚生労働省アドバイザーボード資料

1

(スライド7)

(スライド7) もう一つ、ワクチンをなぜ打つか。いろいろな理由があるわけですから、亡くなるリスクを下げるためということは非常に大事な目的の一つであります。こちらに関しても、今年9月1日に厚生労働省のアドバイザーボードでデータが出ておりましたので、御紹介したいと思っております。

赤でくくった部分がポイントであります。これは今年7月と6月で、全年齢での致死率を出したものでありますけれども、7月の致死率は6月と比較すると全年齢で0.60%から0.15%に下がってまいりました。65歳以上で層別化してみますと、4.1%から2.4%に下がっていたというのが今回の結果です。7月と6月の大きな違いは何かというと、要はワクチンの接種率が違うということでもあります。

もう一つは、ワクチンの接種状況で層別化した致死率が出してありますけれども、これも65歳以上の方に限って見ますと、未接種の方の致死率が2.83%、2回接種の方が1.22%であったということ

妊婦例の特徴

- ・国内外の臨床統計から、妊婦が特に COVID-19 に感染しやすいということはない、妊娠中に感染しても重症化率や死亡率は同年齢の女性と変わらない。
 - ・妊娠初期・中期の感染で胎児に先天異常を起こすという報告もない。
 - ・妊娠後期に感染すると早産率が高まり、患者本人も一部は重症化することが報告されている。
 - ・日本産科婦人科学会と日本産婦人科感染症学会に2021年4月19日までに登録されたCOVID-19と確定診断された妊婦61例中、重症2例(3.2%) (人工呼吸器、ECMO各1例)、酸素投与を受けた患者6例(9.8%)、軽症53(87%)であった。
 - ・重症化した患者は気管支喘息、妊娠性糖尿病などの合併がみられた。
 - ・欧米ではこれに加えて、人種や喫煙歴、妊娠高血圧症候群、肥満、血栓傾向などがリスク因子として報告されている。
- 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療の手引き・第5.3版より抜粋
- ・日本産科婦人科学会、日本産婦人科感染症学会では妊婦に積極的なワクチン接種を推奨している。

9

(スライド8)

ありました。

ということで、ちゃんとワクチンの効果は見て取れるところがあります。ただ、重症化のリスクがどこまでどの程度の期間、下げられているのかということに関しては、今のところよく分かっていないところはあります。つまり、ワクチンの接種をしてから時間がたてばたつほど、特に顕著になるのは6か月以降でありますけれども、発症の予防効果が落ちてきているという事は言われています。これは変異株云々の影響も全くないわけではないようですが、一番は接種してから実際に曝露するまでの時間の要素が大きいとは言われています。ただ、重症化リスクの低下という効果がどれくらい長い間、保たれるかということに関しては、6か月程度はまだ保たれているということは分かっていますけれども、それ以上、長く見た場合にどうかというのは、またこれから事実を積み重ねていく中で見ていく必要があるかと思っております。

(スライド8) 第5波の中で

ごく感じたのは、第5波というのは本当に社会の様々な場、いろいろな地域、そして様々な患者層にコロナが広まった、あるいはそれを市民目線で言えば、本当にコロナにかかるということが自分の身の回りで起こるようになったということではないかと思えます。私も多くの非医療者の方々から、今回の流行ほど身の危険を感じたことはなかったという声を何回も耳にしました。そういう意味では、多くの国民にとって我が事になったのかなという印象を私は持っております。

ただ、そうしますと、様々な特性を持った患者さんが課題となるようになってきました。その一つは妊婦さんであります。妊婦の方々が、例えばコロナになるということになると、多くの方々はその対応に慣れていないわけであり、その結果として、その対応が後手に出たり、悲しいことが起こったりということがあったのも現実です。ただ、これだけこの病気が広がった中で、そこは対応できるようにしていく必要があるわ

けです。ですので、我々としては、妊婦さんのコロナはそもそもどうなのかということ、まずは我々自身が勉強していく必要があると思っております。

これは厚労省の「診療の手引き」の5.3版になりますが、その記載を借りてきました。技術的なところは変わらないと思っております。国内外の臨床統計を見ますと、端的には妊婦さんが特に感染・発症しやすいということはない。そして、妊娠中に感染しても、重症化率や死亡率は全体として比較した場合に、同年齢の女性と変わらないということが分かっていますし、罹患することによって胎児に先天異常を起こすという事実もないということなのです。

ただ、妊娠の後期に感染すると、早産率が高まる、あるいは本人さんの一部が重症化するということは事実としては出ています。ただ、これは呼吸器感染症という観点では一般的な話であります。つまり、コロナに限った話ではありません。インフルエンザでも同じようなことはあります。

こちらに、学会に報告された重症例の事例が載せられています。誰がリスクが高いのかといいますと、喘息、妊娠糖尿病がある方といった形で挙げられています。

ですので、これらを踏まえてどうするのかということになりますが、やはり予防が大事なわけでありまして、日本産科婦人科学会、そして日本産婦人科感染症学会では、あらゆるステージの、1期も含めた全てのステージの妊婦さんに積極的なワクチンの接種を推奨

日本の医療機関に入院したCOVID-19の小児例の臨床的特徴 - COVID-19レジストリの報告 -

- 2020年1月から2021年2月までの間に登録された18歳未満の小児新型コロナウイルス感染症入院例1,038人を対象に実施した。
- 無症状の患者は308人(30%)、症状があった患者は730人(70%)であった。
- 38度以上の熱が出た患者は、症状があった患者(730人)のうち10.3%(75人)であった。
- 酸素投与を必要とした患者は15人と、症状があった患者全体の2.1%であった。
- 2歳未満や13歳以上の患者、基礎疾患のある患者は症状が出やすい傾向にあった。
- 13歳~17歳の患者(300人)の約20%に、味覚・嗅覚異常が見られた。

<https://doi.org/10.1093/jpids/piab085>

(スライド9)

しておられます。まだ事実が集積していない頃は、いきなりは踏み込んだことは言えなかったわけですが、ワクチンを打ったことに起因する先天異常やそういう報告はない、そうした事実が世界のデータから分かってきた、あるいは妊娠のごく早期にワクチンを打つというのは、確かに非常に慎重になる面があります。なぜならば流産が起こりやすい時期ですので、そのときにたまたまワクチンを打っていたとなると、人によってはワクチンを打ったからそうなったと考えがちだからです。ただ、これに関しては、妊娠の早期にワクチンを打った場合と打たない場合で流産の率は変わらないというデータも出てきて、こちらも引いて、学会ではこのように積極的なワクチン接種を勧める声明を出されています。

(スライド9) もう一つ、問題となるのは、子供ではないかと思えます。現在の少なくとも日本の中では12歳以上の人々がワクチン接種の対象です。そうすると、諸外国でも何が起こったかといま

小児多系統炎症性症候群MIS-C

- 20歳以下の患者の中に、複数臓器に炎症を認める小児多系統炎症性症候群(MIS-C)が発生
- SARS-CoV-2感染の数週後に発症し、発熱に加え、腹痛・下痢・嘔吐などの消化器症状がみられ、ショックや心筋炎を併発し、経過中に発疹や眼球結膜充血、口唇口腔と四肢末端の変化、頸部リンパ節腫脹などがおこる
- 川崎病とは異なる病態とされる
- 2020年12月以降の第3波以降には、濃厚接触や感染から数週後、あるいは抗体陽性者の中に腹痛、嘔吐、下痢などの消化器症状と心機能低下やショックを伴い、MIS-Cと診断しうる経過をとった10歳前後の例が少なくとも4名日本川崎病学会に報告されている。
- 循環機能の維持に注意しつつ免疫グロブリン大量静注や副腎皮質ステロイドなどが有効とされる。
- 今後、小児感染者の増加に伴い数週間遅れて、日本でもMIS-Cが併発する可能性があり、小児の重症合併症として注意が必要である。

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き・第5.3版より抜粋

11

(スライド10)

すと、新規の陽性者の中に占める12歳未満の方々の比率が高まっていたということになります。つまり、だんだん子供の病気にシフトしていったということでもあります。実際に子供の患者さんがたくさん出るのか否かというのは、最終的には流行の程度に左右されるわけでもありますけれども、ただ、万が一のことを考えれば、今後、子供の事例が増えることも想定しておく必要はあります。つまり、子供のコロナはどういうものかということを知っておくことが重要です。

こちら先ほどのレジストリのデータを使って、これは成育医療センターの先生方がおまとめたものです。対象としたのは今年2月までに登録された18歳未満のコロナの事例、1,038例であります。ですので、注意点があるとすれば、今年2月までですので、変異株の問題が大きくなる前の話です。いわゆるアルファ株の事例は少ししか入っていないですし、デルタ株の事例は入っていないデータであります。

この中で無症状の方が3割だった。そして38℃以上の熱が出たのは症状があった730人のうち10.3%だったというところであり、酸素が必要だった方は全体の1,038人のうちの15人で、これは2.1%です。症状が出やすい方には特性があって、一つは小さい子、2歳未満、それと13歳以上、そして基礎疾患がある方でありました。特に13歳以上の方ですと、20代、30代の方と同じで、味覚・嗅覚の障害が約20%で見られたところでありました。

これがいわゆる子供のコロナであります。今までよく海外からのデータで伝えられてきたところと大きな差はないのかなと思って見ております。

(スライド10) ただ、課題といたしますか、関心としては、デルタ株の大流行が起こった5波以降の小児の臨床像はどうかということに関心の高いところでもあります。こちらに関しては、今また同じく成育医療センターの先生方が取りまとめをされていますので、なるべく早く御紹介ができればと

思っています。

仮説としては、大きな違いはないのではないかと思います。ただ、新規の陽性者の子供さんが仮に増えたとしたら、見えてきて、問題が大きくなって見えるものとしては、小児の多系統炎症性症候群MIS-Cではないかと思えます。要は川崎病のような症候を来すものです。厄介なのは、呼吸器感染症としてのコロナの急性期から数週間後に発症するんですね。多いのは消化器症状です。腹痛や下痢、そして粘膜症状。心臓にも来ます。ショックや心筋炎を起こすことがあります。ただ、川崎病とは違う病態と考えられています。このスライドを作った段階で、日本川崎病学会に4例の報告がなされているところではありますが、実際には症例報告等もその後、積み重なって、10例以上は報告されていると聞いております。治療としては川崎病の治療で良くなるというところでは

日本でこのMIS-Cの発症リスクがどうなのかということに関しては、米国のデータと比較した

場合に、人口ベースでの発症の率から比較したデータのようなのですが、日本は米国の20分の1程度ではないかと言われています。ただ、これは恐らく流行の程度に左右されるデータだと思います。もう一つは、医療へのアクセス等の観点で日本とほかの国々との違いがありますので、このリスクが低いまままでいくのかどうかはまた見ていく必要がありますが、ただ、少なくとも言えるのは、新規の陽性の子供さんが増える中では、こうした状態になるお子さんの数は必ずや増えてくると思いますので、対応できるように準備はしておく必要はあろうかと思えます。

(スライド11) 当院でもありました。簡単に御紹介したいと思います。9歳の日本人の女児です。MIS-C。この子はコロナにかかって軽く済んだんですが、診断後31日後に右の頸部が腫れて痛い。そしておなかの症状があるということで当院に来まして、2回目の発症後5日目に小児科でMIS-Cと診断されたということで、いわゆる免疫グロブリン、ア

スピリン、プレドニゾロンの治療を受けたわけですが、その次の日に心筋炎になったんですね。軽かったですけれども、心不全を起こしたという事例でありました。こちらに関しては、もともとの先ほど挙げた治療に加えて心不全の治療をして、数日以内に改善して事なきを得たわけですが、やはりこういうことは起こるんだということで、我々としても非常に緊張感が走った事例でありました。

これだけではなくて、私が見聞きした範囲ではもう少し上の世代のお子さんですけれども、実際に心筋炎によると思われるショックになってICUに入ったといった事例のことも聞き及んでおりますので、やはり注意は必要かと思っております。

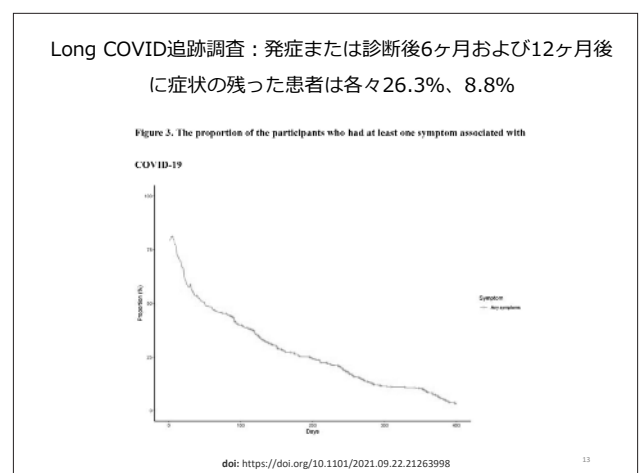
(スライド12) もう一つ、コロナに罹患する方が増えていく中で問題となってきたことはいろいろあるわけですが、一つは、症状の遷延、Long COVIDであります。私たちは我々の病院に入院された方、あるいは外来を受診され

9歳日本人女児, 小児多系統炎症性症候群

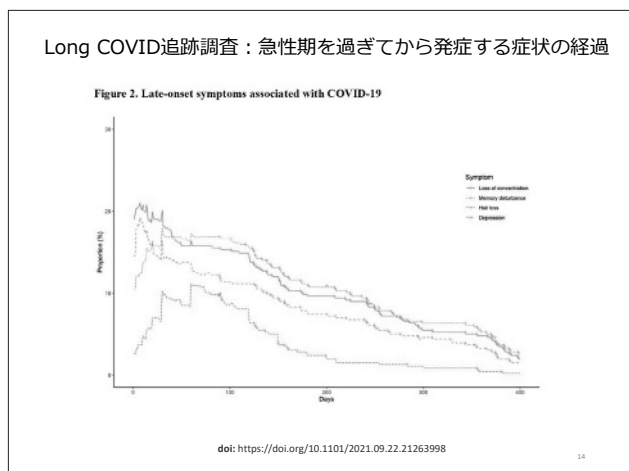
- COVID-19に罹患
- 診断後31日後に右頸部主張・疼痛、腹痛、嘔吐、唇の発赤にて発症
- 発症後5日目にMIS-Cの診断、免疫グロブリン、アスピリン、プレドニゾロンで治療開始
- 発症後6日目に急性心筋炎を発症し利尿薬と血管拡張薬で治療、心筋炎は数日以内に改善

<https://doi.org/10.3389/fped.2021.702318>

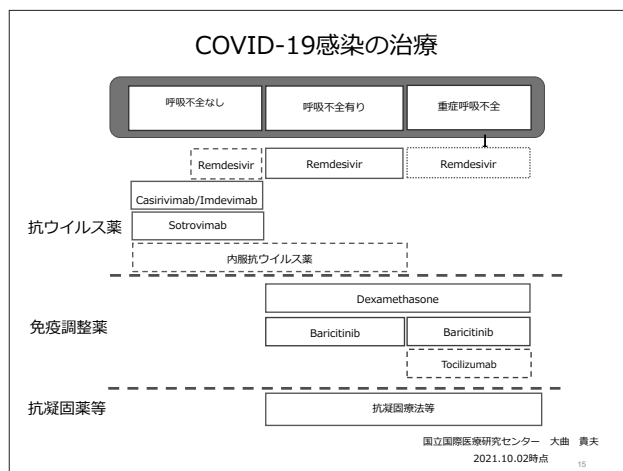
(スライド11)



(スライド12)



(スライド13)



(スライド14)

た方々に、定期的に調査をさせていただいて、そうした遷延する症状がどれぐらい続くのかということを見させていただいています。2回目の調査が終わりまして、診断後12か月後の症状の遷延の比率も分かるようになってきました。そうすると、発症または診断の6か月後に症状が残っていた方が26.3%、これが1年後では8.8%でありました。ただ、この8.8%という数字は解釈に少し注意が必要でありまして、実際にはこの患者さん全体の観察期間の平均は12か月にはとてもいかない、6か月強でありますので、実際にももう少しデータを取り続けていけば、この12か月後のデータはもう少し上がってくるのではないかと考えています。

(スライド13) もう一つ、見えてきたのは、症状の出方には2種類あるということでありました。特に呼吸器の症状は急性期に一番頻度が高くて、その後は経時的に有病率は下がっていきます。ただ、それ以外のもの、特に精神の症状、神経の症状、あるいは脱毛、うつ

といったものは、発症してからしばらくたって出始めて、そしてその後ピークが来て、長い時間をかけて治っていくということも分かってきました。なかなか厄介な病態だと思っています。

問題は、実際にこの調査を我々が行ったのは、私たちの医療の場に来られて、私たちが関わったという患者さんだけなわけです。ですので、実際にコロナの患者さん全体でこれがどうなのかということに関しては、日本ではまだよく分かってはおりません。そちらに関しては見ていく必要があるかと思えます。レセプトを使ったものや大規模調査など、いろいろと計画が出ているということは私自身も伺っておりますし、その結果を待ちたいと思っております。

(スライド14) もう一つ、治療であります。私はこの病気に2020年1月から付き合っておりますけれども、特に重症例に接したときには本当に困ったことを思い出します。医者となって大体の病気には治療がある中で対応してやってきたわけですが、そもそも治療が

ない病気を、あるいは自然経過がよく分からない病気を、どう治療するのかということは非常に苦しかったことを覚えております。ただ、今では治療に関して一定の筋道が立ってきたところです。

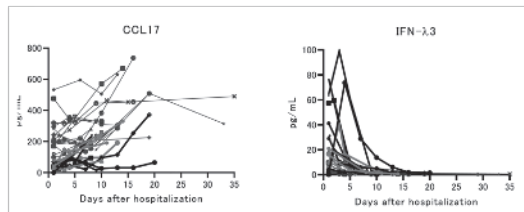
状況を整理するために、呼吸不全がない事例、酸素が必要な呼吸不全がある事例、重症例でステージを分けて、それぞれごとの治療をこちらにお示しました。

呼吸不全がある例ですと、一つは、ウイルスの増殖を抑えることが非常に重要ですので、レムデシビルというお薬——これはもともとC型肝炎のお薬として開発されたもので、エボラの治療の候補薬だったそうですが、それが症状の回復までの期間をプラセボと比較して有意に縮めるということで、標準薬として日本でも承認されて、認可されて使われています。

もう一つは、ウイルスが増え過ぎて、体の多くの細胞がダメージを受けることで、免疫が過度に活発化して、強い炎症が起こるのが重症化の機序でありますので、免疫を抑える、調節するお薬が重要

血液検査を用いた、COVID-19の重症化予測

- COVID-19の重症・重篤化へ至る患者は、新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）に感染した初期から、血液中のCCL17濃度が基準値以下になる。
- 重症・重篤化する患者は、その重症化の数日前に、インターフェロンラムダ3（IFN-λ3）が高値を示す。



<https://doi.org/10.1016/j.gene.2020.145145>

16

(スライド15)

であるということで、デキサメタゾンが使われています。これは、死亡するリスクを下げることで世界中で多く使われているお薬です。

もう一つ、リウマチのお薬で自然免疫を様々なルートから抑えるバリシチニブというお薬がありますけれども、これもステロイドと同じような効果があるということで使われております。

このような形で、酸素が必要になる程度まで悪化した方、あるいはもう少し広く取って肺炎の方に関していいますと、治療薬はかなり確立してきたところであります。

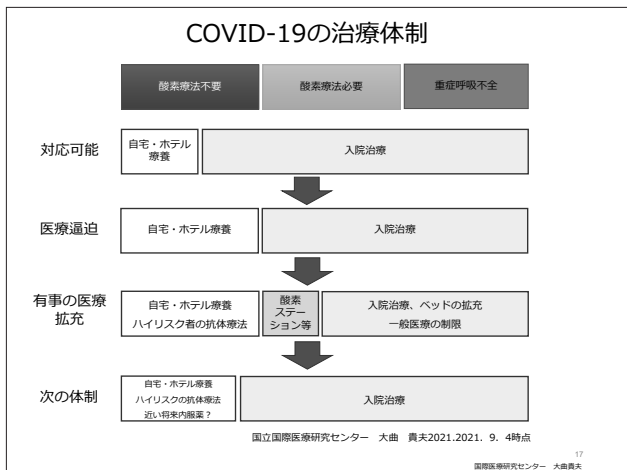
そうしますと、ワクチンも普及する中で課題としては、重症化させないということが大きな課題となってきます。そこで使えるお薬が何かということで、今出てきているのが、いわゆる抗体製剤です。日本では今のところ2種類、認可されています。カシリビマブ／イムデビマブ、そしてソトロビマブという2つ薬剤です。2つの薬剤はおおむね重症化のリスク——入

院が必要なほどに状態が悪くなる、もしくは亡くなるというリスクを、70%前後、下げることが分かっております、また特に第5波では、これらをどう医療体制の中で使うのかということで、様々な整備がなされました。

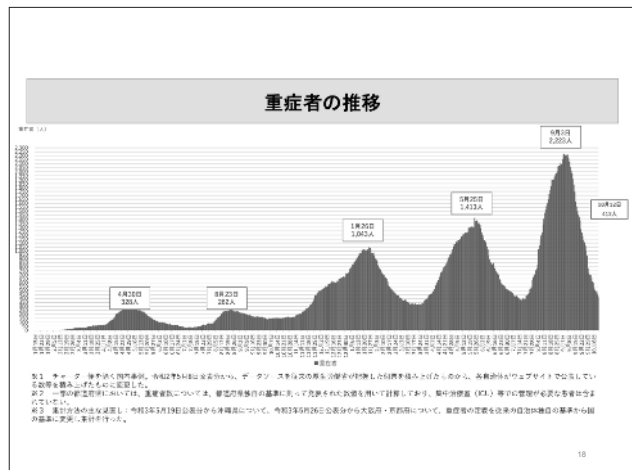
内服の抗ウイルス薬に関しては、やっとといいますか、本当にこれは幸いと言うべきだと思いますが、実際に重症化のリスクを下げるのがフェーズⅢで示された薬が2つは出てきています。メルクのお薬とファイザーのお薬です。あとは、このお薬がなるだけ早く日本の中でも特例承認をされればということをおもって望んでいるわけでありまして、ただ、それは実は我々にとってはまた作業が残っているわけでありまして、そうやって使えるようになる内服薬が出てきたとなりますと、対象となる方をどう選び出すのか、そして対象となる方に対してどういう形でお薬をなるべく早く届けるのかということが大事です、そのための体制、ロジスティックスをどう組んでいくかということが大

きな課題となるかと思えます。できれば大きな波が来る前にそうした準備ができればなど、私は現場の人間としては非常に期待といたしますか、願っているところであります。

(スライド15) もう一つ、少し議論が出てきているのは、ワクチンの接種率が上がってくる中で、ハイリスクの方をどう選び出すのかということです。つまり、本当に重症化リスクが高い方をどう選び出すのかということが課題となってきています。これまでは、例えば抗体製剤の対象となる方を選ぶときには、年齢、あるいは持っている持病を聞き出すことによって、この方はハイリスクだからということで、その方々に対して治療を行うことがなされてきたわけですし、それは非常にシンプルでいい方法だったと思います。ただ、ワクチンが普及する中で、それが通用しなくなるとまでは言いませんけれども、そういった重症者の選び出しの精度がやや低くなる可能性はあると思います。つまり、従来のハイリスク者であるけれども、ワクチンは打っているのだから、現実には重症化しない方々がかなり出てこられるわけです。では、逆に言えば、本当に重症化するリスクの高い方々をどう選び出して薬を投与するかということも決めていかなければいけないと思います。それは、端的には、供給量が決して無尽蔵ではないこうした抗体製剤、内服製剤をどう的確に使うか、そして結果的に重症者を減らすのかということに関係してくるからです。



(スライド16)



(スライド17)

そういう意味ではいろいろなことが考えられておりますが、私としては、手前みそで申し訳ありませんが、当センターのデータを紹介はしたいと思っております。私たちのセンターの研究所の杉山先生と溝上先生方のデータですけれども、サイトカインの網羅的な解析をしたところ、CCL17というケモカインは、発症した早期に測定して、低かった方は重症化のリスクが低いことが分かっています。また、IFN-λ3というのは、発症してからの経過の中で上がってくる人がいらっしゃいます、そういう方々は呼吸不全になるリスクが高いことが分かっています。

こうしたものも使って今後、診療あるいは医療体制、ケアフローをどう合理化していくのか、的確化していくのかということが、今後は重要になってこようかと思っております。課題としては、多くのこの検査は外注です。ですので、実際に採血を出しても2~3日かかってしまうというのが今、大きな課題で、何とかならないかと思っております。

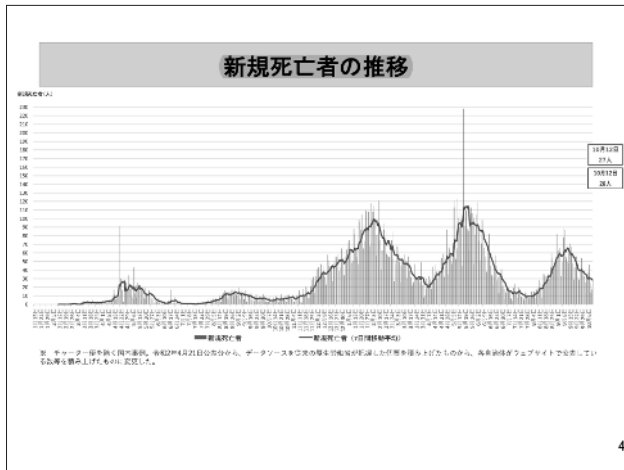
(スライド16) 医療体制を——「治療体制」と書きましたけれども、少し整理しておきたいと思っております。第1波から第5波に来るまでに状況が毎回、違う中で、いろいろな体制整備が行われてきた。これを振り返ることは、私たちの頭の整理という意味では重要だと思っておりますので、持ってきました。

先ほどの治療の話と同じで、酸素療法が不要な方、酸素療法が必要な方、そして重症呼吸不全の方、それぞれをどこのどういう場で治療するのか、ケアをするのかという観点で整理しています。

特に第1波の頃はどうかだったかといいますと、東京でも私たちが、議論のことを覚えておりますが、最初は家族内感染等も防ぐという意味で、全員入院という方針が出ておったわけですけれども、じきにそれはできなくなりました。なぜならばベッドの確保がなかなか難しかったからです。ですので、現実には重症化リスクの高い方々は自宅やホテルで療養していただくことになりました。ただ、実際に患者さんの数が増えてくると、

以前は重症化リスクの高いような、でも軽症の方は入院をさせるといった対応ができたわけですが、新規の陽性者の数が増えてくると、なかなかそういう対応も難しくなってきました。言い方を変えれば、入院するための基準が、敷居が高まっていったことがあります。

そして、それが極まるとどうなったかといいますと、例えば東京では、第5波ではピークで1日に同時に2万5000人以上の方々が自宅療養を受けていらっしゃるという状況がありました。そして、プラスして1万人近い方が、療養場所がまだ決まらないまま自宅にいらっしゃるという状況がありました。3万5000~4万人の方々が御自宅にいらっしゃるわけですが、その方々は今は軽症かもしれませんが、一部の方は重症化します。仮にその日に1%の方が悪くなったとしても、例えば400の方が入院が必要な状況に1日であるわけです。何が起こったかといいますと、自宅にいらっしゃる方の中で入院が必要な程度まで悪く



(スライド18)

入院時の重症度が高いほど回復も不良

調査結果: 有効性 (調査票回収症例【解析対象】)

⑥ 治療法の実施状況

調査票回収対象(解析対象)について、治療開始の遅延は回復不良のリスクを高めます。ペーシイオンは、回復不良のリスクを軽減する効果があることが示されています。ペーシイオンの効果は、入院時の重症度の影響を受け、重症度の高い患者ほど回復不良のリスクが高くなる傾向が認められました。ペーシイオンの効果は、入院時の重症度の影響を受け、重症度の高い患者ほど回復不良のリスクが高くなる傾向が認められました。

第13 開示治療の実施状況のシフトテーブル

病名	治療法の実施状況	DPO		入院時の重症度		回復不良率		全例	
		例数 (人)	割合 (%)	例数 (人)	割合 (%)	例数 (人)	割合 (%)	例数 (人)	割合 (%)
合計		11,177 (60)	3 (0.27)	1,029 (9)	9 (0.83)	2,272 (20)	20 (1.91)	3,255 (29)	29 (0.89)
COVID-19	重症化を伴った	4,136 (36)	1 (0.02)	3,031 (7)	0 (0)	6,167 (15)	1 (0.02)	7,150 (11)	1 (0.01)
	重症化を伴わず	1,343	0 (0)	1,029 (8)	0 (0)	2,372 (19)	0 (0)	3,255 (29)	0 (0)
	治療開始が遅延した	0 (0)	0 (0)	1,029 (8)	0 (0)	2,372 (19)	0 (0)	3,255 (29)	0 (0)
	治療開始が遅延しなかった	3 (0.03)	1 (33.3)	2,050 (20)	0 (0)	4,795 (43)	1 (0.02)	5,805 (52)	1 (0.02)
肺炎	重症化を伴った	3,122 (28)	0 (0)	2,011 (5)	0 (0)	5,133 (13)	0 (0)	6,167 (15)	0 (0)
	重症化を伴わず	1,435	0 (0)	1,029 (8)	0 (0)	2,464 (20)	0 (0)	3,255 (29)	0 (0)
	治療開始が遅延した	0 (0)	0 (0)	1,029 (8)	0 (0)	2,372 (19)	0 (0)	3,255 (29)	0 (0)
	治療開始が遅延しなかった	3 (0.03)	1 (33.3)	2,050 (20)	0 (0)	4,795 (43)	1 (0.02)	5,805 (52)	1 (0.02)
COVID-19以外の呼吸器感染症	重症化を伴った	1,152 (10)	0 (0)	1,029 (8)	0 (0)	2,181 (19)	0 (0)	3,255 (29)	0 (0)
	重症化を伴わず	1,152	0 (0)	1,029 (8)	0 (0)	2,181 (19)	0 (0)	3,255 (29)	0 (0)
	治療開始が遅延した	0 (0)	0 (0)	1,029 (8)	0 (0)	2,372 (19)	0 (0)	3,255 (29)	0 (0)
	治療開始が遅延しなかった	3 (0.03)	1 (33.3)	2,050 (20)	0 (0)	4,795 (43)	1 (0.02)	5,805 (52)	1 (0.02)
COVID-19以外の感染症	重症化を伴った	1,152 (10)	0 (0)	1,029 (8)	0 (0)	2,181 (19)	0 (0)	3,255 (29)	0 (0)
	重症化を伴わず	1,152	0 (0)	1,029 (8)	0 (0)	2,181 (19)	0 (0)	3,255 (29)	0 (0)
	治療開始が遅延した	0 (0)	0 (0)	1,029 (8)	0 (0)	2,372 (19)	0 (0)	3,255 (29)	0 (0)
	治療開始が遅延しなかった	3 (0.03)	1 (33.3)	2,050 (20)	0 (0)	4,795 (43)	1 (0.02)	5,805 (52)	1 (0.02)

ベクルー 一般使用成績調査 中間報告書 第2回安全性定期報告

(スライド19)

なるという方がたくさん出たわけです。しかし、なかなか入院ができない。ベッドの回転が悪くなってしまって入院ができないという状況が起きました。

ということで、そうした自宅にいらっしゃって医療が必要な患者さん方に、まずは医療を届けることが最優先だということになりましたので、臨時的医療施設の設置が一気に進んだというのが、少なくとも関東での第5波であります。関西では第4波からそれに取り組みされたということを聞いております。まずは、その中でも比較的軽症の方は、救急車等で来られた場合に、来ていただいて酸素の投与、あるいは点滴をして、状態がすぐ落ち着いた方は帰っていただくというようなことができるようになりましたし、これはどう考えても入院が必要という方が来られた場合には、入院待機専用のステーションに患者さん方を収容して、コロナの専門の医療機関のベッドが空くのを待つということを行ったわけでありまして。こういう形で医療の傘を広げていって、

何とか対応しようとしたというのが第5波だと思います。

今後の未来の望むべき姿としては、自宅にいらっしゃる軽症の段階で、もちろんまずはワクチンの接種率をとことん上げていくことが大前提なわけですが、それはそれで踏まえた上で、自宅にいらっしゃる患者さんの重症化のリスクをいかに鋭敏に探知して、それに対していかに早く対策を打っていくかということが重要だと思います。端的には、ハイリスクの方々に対して抗体療法をいかに行うのか。そして、恐らく内服薬は今年のうち、あるいは年明けには使えるようになると思いますので、それをどう使うようにしていくのか。これは地域でロジをまた組んでいく必要がありますけれども、そこが非常に重要な課題となってきます。そして、それがうまく動いて、なおかつ、度外れに大きな感染の波が来なければ、恐らくは医療が過度に逼迫することはない、安定して回っていく。例えばイメージでいきますと、関東でいえば第4波のような状況にま

では持っていける可能性はあると思っています。

ただ、一方で、現在の韓国やドイツの状況を見てみますと、ワクチンの接種率が高くても、どういう状況の違いがあるのか、緻密な解析が必要ですが、事実として大きな波が来て、医療が逼迫することが起こるのも事実です。ですので、それに備えた対応、ここでいきますと「有事の医療拡充」と書いておりましたが、そうした体制も常にいつでも繰り出せるような準備も必要だと思っています。

(スライド17) 今後どうするかという話ですが、その意味では第5波までどうだったかということの数値的な振り返りをおきたいと思っています。これは全国データですけれども、第1波から第5波までの重症者の数です。実は第5波はどうだったかといえますと、これぐらい多くの重症者が出た、そういう大きな波だったということが分かっていきます。最初の頃は65歳以上の年齢の方々の要望接種の接種率が非常に高かったことで、

RESEARCH ARTICLE

Japan's voluntary lockdown

Tatsuya Watanabe^{1*}, Tomoyoshi Yabu²¹ Graduate School of Economics, University of Tokyo, Bunkyo, Tokyo, Japan, ² Faculty of Business and Commerce, Keio University, Minami, Tokyo, Japan* watanabe@e.u-tokyo.ac.jp

1. 緊急事態宣言により外出者数が8.5%減少した。これは米国のロックダウンで得られた推計値と同程度のものである。
2. ある県で新規感染者が1%増加すると、その県での人々の外出が0.027%減少。
3. 東京での外出が減少する原因の約4分の1は、政府からの要請によるもの。残りの4分の3は、政府の発表や毎日の感染者数の発表によって市民が新しい情報を得ることによるもの。

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252468>

21

(スライド20)

重症者はそれほど出ないのではないかとという観測もございましたが、現実にはまだワクチンの接種率が十分に高まっていなかった40~60代で驚くほどの数の重症者が出て、結果的にはこうなったというところではあります。

(スライド18) 亡くなった方の数はどうなのかといいますと、現実的なところはこちらであります。第5波は一番右にあります。この数字はもう少しこれから積み上がってくると思います。重症者はたくさん出ても助かるようになったからとは言いましたけれども、でも、結果的に日本の今の与えられたワクチンの接種率の状況でも、これぐらいの死者が出るのが現実です。そして、今後も何らかの条件がそろえば、恐らく現状の韓国、ドイツと同じような状況が日本でも起き得るのだからと考えておくことのほうが、現場にいる人間としては、私個人としては慎重な態度なのかなと思っております。

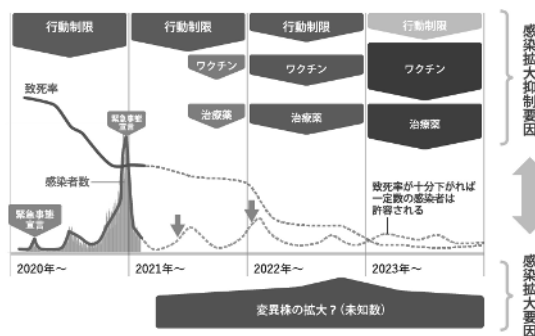
(スライド19) 大きな波が来ないような努力は非常に重要だと

思っています。経験で特に7月、8月に現場で患者さん方を診ていて、我々のチーム、スタッフ、みんなが思ったことですが、医療の状況が悪くなると患者さんの重症度が上がるということです。

よく言われることですが、6月、7月の医療者の声を聞くと、ある程度コロナの方は来られるけれども、それほど重症ではないので、適切な治療をすると、あっという間に良くなっていく。人工呼吸がつながっている方も1週間弱で人工呼吸が取れて助かる。コロナは本当に助かる病気になりましたねということを、初夏の頃は話しておりました。ただ、同じデルタ株中心の流行であるのに、これが8月に入ると全く状況が変わってしまっていて、とにかくベッドが空かなくなる。そして、入院してくる患者さんの重症度が上がるということが起こりました。結果的には在院期間が延び、亡くなる方も増えたということを経験しています。

これは何かといいますと、レムデシビルの市販後調査の結果です。細かい字で申し訳ありません。

COVID-19収束のイメージ



↓ 感染者の増えとともに行動制限(サーキットブレーカー)

※ 感染者数および死亡率の今後の見通し(点線)は、イメージであり何らかの予測に基づくものではない

<https://www.mri.co.jp/knowledge/column/20210322.html>

22

(スライド21)

ただ、とにかくこれを見てぞっとしたのは、当たり前のことではありますが、入院時の重症度が高い方は回復が悪いんですね。言い方を変えれば、入院時に重症度が低い方は、多くの方が回復していきます。ですので、医療を常にちゃんと回転できるようにしておかないといけないということを、私はこの表を見て思いました。医療がちゃんと回っておれば助けられます。ただ、あまりにも度外れに多くの患者さんが発生すると、医療がだんだん回らなくなっていったら、結果的には患者さん方の重症化率は高くなり、亡くなる方は増えるということにつながっていきます。

そういう医療の状況は、新規の陽性者の数で実は生き物のように変わってくるということは、医療者はよく分かっていることではあります。一般の方々にももっと知っておいていただく必要があるのではなからうかと思っております。それが回り回って患者さんの数が増えてきたときに、行動を変えていただく。その結果、大きな波が来

ないようになる。そのような形につながっていけばいいと思っています。

(スライド20) あと2枚だけお付き合いください。これは何かと申しますと、では、その大きな波が来ないようにどうするかという話ですが、いろいろな論文が出ておりますが、私はこれを見てすごくびっくりしたので持ってきました。日本の先生方、東大の先生方のシミュレーションの論文でありますけれども、海外のロックダウンと日本の対策を比較したものであったんですね。そうすると、これは米国が主な比較対象だと思っておりますが、米国のロックダウンと日本の対策を比べた場合に、いわゆる緊急事態宣言で外出者が減ったのは8.5%だったんだけれども、これは米国の対策で得られた推定値とほぼ同程度だったということです。ある県で新規の感染者が1%増えると、その県での人々の外出が0.027%減るということです。つまり、日本の方々には情報に対して非常にさとくて、それを聞いて行動をちゃんと変えていってほしいところなんです。天気予報のようなものだという意見も聞いたことがあります。そして、東京での外出が減少する原因の約4分の1は、政府からの要請によるものである。残りの4分の3は、政府の発表や毎日の感染者数の発表によって市民が新しい情報を得ることによるものだということが書かれておりました。

ある意味、日本特有の状況があるのかなと思って見えています。ただ、少なくとも言えるのは、日本

の方々にとっては情報は非常に重要でありまして、その情報をもって行動を変えていってほしいことが如実に分かる論文だなと思えました。

現在、今回、新しくステージ分類が出ましたし、よく言われるのは、医療の状況を見ながら判断をしていく。判断をしていくというのは、経済的な、いわゆる社会活動の程度をどうしていくかという話だと思うんですが、それはもちろん理解はするのですが、ただ、それだけ見ていると、感染の勢いを見誤りがちではないかと思っております。ですので、本当に感染者数がどうなのか、どれぐらいの勢いで増えてきているのかという情報も、人々には提供を続けていって、適切に御判断いただく、個人の行動をその上で変えていただくというアプローチも、改めて重要ではないかと思っております。

(スライド21) 最後に今後どうなるのかという話ですが、私は未来は見通せません。ただ、今後のことを当然、考える必要があります。その上で対策を打つ必要はあります。その中で考えなければいけない要素をまとめていただいているものがありますので、それをお借りして、今日は御紹介したいと思います。

これは御覧になった方がたくさんいらっしゃると思いますが、三菱総研が作った絵です。これは感染者の専門家何人か、というか、かなり多くの方に意見を聞いて、そしてその方々の頭の中の共通項を抜き出したものです。未来像です。見ていきますと、今後の対策

にまず影響を及ぼすのはワクチンの普及だろうというところでありました。それは接種率もそうですし、あとはブースターの頻度、速度といったところも関係してくると思います。もう一つは、治療薬です。治療薬の位置づけは、これまであまり重視されてこなかったのですが、ワクチンでブレークスルーが出るということが分かってくる中で、重症化リスクを下げるお薬の重要性が改めて注目されるようになっていきました。このペースでうまく開発が進んでいけば、治療薬の果たす役割はさらに大きくなっていくだろうと思っております。端的には重症化リスクを下げる、助けるという話です。

その結果、どうなるかとい申すと、罹患した方々の個人レベルでの致死率は下がっていくだろうと思っております。ただ、問題として重症の方、亡くなる方がどれぐらい出てくるかという話ですが、そこにはどうしてもその時々での新規の陽性者の数が、つまり分母が、山の裾野が関係してきます。ワクチンを接種して接種率を上げたからといって、大きな波が来なくなるようになるのかというのは、どうもそうではないというのは、海外のデータを見ても分かることです。ただ、ある程度、波を抑えていって、なおかつ、ワクチンや治療薬を使うことで、恐らくは重症になる方、あるいは亡くなる方の数がどこかで一定の数以下に収まっていくだろうと思っております。それを見て、人々が怖がらなくなるというのが、恐らくは社会の正常化の一步目なのかなと個

人的には思っております。そこに影響があるとすれば、一つは、変異株の影響ではないかと思っておりますし、もう一つは、ここには書いていないですが、強いて言えば、この行動制限のところに関わるのかもしれませんが、人々の心といたしまして、その状況をどう判断されて個人レベルでの感染対策をしていただけるのかということが非常に大きな影響を持っているのではなからうかと思っております。

ということで、今後また一波、二波、いろいろなことが起こるのだらうとは思っておりますが、こうした要素のことを考えながら、今後どういう対策を打って、社会を少しずつ一步一步でも正常に戻していけるかというところで頑張っていければと思っております。

ということで、私の用意した内容は以上でございます。今日はお時間をいただきまして、本当にありがとうございました。

質疑応答

■全国自治体病院開設者協議会

副会長 須田 善明 女川町長

大曲先生、ありがとうございます。お聞きいただいた皆さんも、ここ2年ぐらいの御自身の経験をいろいろ思い起こしながらお聞きになられたのではないかなと存じます。

それでは、時間はあと5分ほど、予定までございますので、皆様から御質問がありましたらお受けいたしたいと思っております。御質問がある場合は、挙手にてお求めいただ

ければと思っております。いかがでしょうか。

では、よろしくどうぞ、お願いします。

■公益社団法人 全国自治体病院協議会

副会長 望月 泉 八幡平市病院

院事業管理者兼八幡平市立病院

統括院長

大曲先生、ありがとうございます。副会長をしています望月と申します。

■国立国際医療研究センター

理事長特任補佐 大曲 貴夫氏

ありがとうございます。

■公益社団法人 全国自治体病院協議会

副会長 望月 泉 八幡平市病院

院事業管理者兼八幡平市立病院

統括院長

現在、厚生労働省は3回目のワクチン接種に際して、医療従事者も含めて市町村の事業で施行すると決めました。3回目の接種時期は、2回目のワクチン終了後8か月以上を基準にしていますが、世界的に発表された論文を見ますと、2回目のワクチン接種後6か月を経過すると抗体価がかなり低下するという結果で、世界的には6か月が標準とされていると思います。今回3回目のワクチン接種時期が、2回目のワクチン終了後8か月以上と示されたわけですが、その根拠がもしお分かりになれば教えてください。また実際はどのぐらいの間隔で打つのがよろしいのか、もしお分かりでしたら

教えてくださいと思っております。

■国立国際医療研究センター

理事長特任補佐 大曲 貴夫氏

ありがとうございます。

主に今まで言われているのは、発症予防効果ですけれども、その低下が見られ始めるのが、論文によっては早くも4か月目、そして多くの論文はやはり6か月というところでやっています。ですので、サイエンスの観点からはそこなのかなと思います。8か月という数字が、正直、どういう合理的な判断で出てきたのか、正確なところは存じ上げないんですけれども、海外の先行する国々の判断はかなり影響が大きかったのだらうと思っております。本当はなぜ彼らが8と決めたのかというのを知りたいところですが、私の調べた範囲ではそれが出来ませんでした。また調べてみたいと思っております。

結果的に6か8か、どちらなのかという話ですが、これはすごく難しく、私自身は数理的には答えは出せなかったんですが、内閣官房でシミュレーションされている先生方のお話を聞いたことがありますし、一部は公開されていますけれども、感染の波を一定以下のところに抑えていくということを考えた場合には、やはり6か月ではないかという御意見をおっしゃっていました。それは複数の方々そうおっしゃっていると聞いていますし、私はその考えは非常に合理的だと思いました。ただ一方で、6か月ごとにワクチンを打っていくことの社会としての負担もあると思っておりますし、また実際

のワクチンの数がどれくらい出てくるかということもあって、そういう意味で、今回どういう経緯で8か月になったのか、分からないですけれども、そうしたことも考慮された上で8という数字が出てきたのかなと、現場では勝手に想像はしております。

ありがとうございます。

■全国自治体病院開設者協議会

副会長 須田 善明 女川町長
ありがとうございました。

ほかに、皆様、いかがでしょうか。あとお一人、お二人、いけるかなと思います。大丈夫ですか。特によろしいでしょうか。

それでは、ほぼお時間になりましたので、この辺で大曲先生の御講演と質疑応答を終わらせていただきます。

先生、誠にありがとうございます。これからもよろしく願い申し上げます。

■国立国際医療研究センター

理事長特任補佐 大曲 貴夫氏
ありがとうございました。

■全国自治体病院開設者協議会

副会長 須田 善明 女川町長
それでは、以上で講演の部を終了させていただきます。講師の先生、お二人、そして御聴講いただきました皆様、大変ありがとうございます。

ございます。以上で終わらせていただきます。

閉会挨拶



■公益社団法人 全国自治体病院協議会

会長 小熊 豊 砂川市立病院
名誉院長

皆様、1年半ぶり、2年ぶりですか、本日の「地域医療再生フォーラム」、御苦労さまでございました。

私どもは厚労省の事務次官に要請に行っておりまして、大曲先生のお話も途中からしか聞けなくて申し訳ございませんでした。

一応、我々自治体病院をめぐっては、今後の第8次医療計画をどうやって達成していくか、コロナで明らかになった我が国の医療の脆弱性をどう克服していくかという問題が投げかけられているところでもあります。日本全国、地域ごとの医療の違いが歴然としておりますので、一定の基準でそれを全国に広めることは極めて困難ということでございます。1つの国の

方針に従いながら、地域ごとに本当にこの圏域の未来に必要な医療体制をどう構築するか、それをこの場にいる我々は全て考えていかなければいけないだろうと思っております。

そういった意味で、城守先生と大曲先生に医療の提供体制のお話とコロナウイルスの現状、今後の考え方というお話をお願いさせていただいたところであります。本日のお話をもちまして、皆様方は地元にお戻りになられまして、今、申しました今後に向けた地域医療の在り方、それに対する自治体病院の対応を、真剣に公民挙げて、一体となって御協議をいただいて、行政とも力を合わせて御対応いただければと思っております。

今後のますますの御発展、御活躍を祈念しておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。本日はこの2年ぶりの会に御参加を賜りまして、誠にありがとうございました。これにて本日の2021年の「地域医療再生フォーラム」を終了させていただきます。

須田町長には座長の労を執っていただきまして、ありがとうございました。

それでは、これで終わりとさせていただきます。ありがとうございます。