

令和4年度第1回愛知県地域医療構想推進委員会

令和4年10月26日（水）

【愛知県医師会理事（浦田）】 皆様、お待たせをいたしました。

ただいまより、愛知県地域医療構想推進委員会を開催いたします。

まず開会に当たりまして、愛知県保健医療局、吉田局長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）】 皆様、こんにちは。本日は大変お忙しい中、令和4年度の愛知県地域医療構想推進委員会に御出席賜りまして、厚く御礼申し上げます。

また、委員の皆様方におかれましては、平素から、コロナ対策をはじめ、本県の保健医療行政の推進に格別の御尽力、御協力をいただいております。厚く御礼を申し上げる次第でございます。

さて、地域医療構想につきましては、2025年度を目途に、愛知県における地域の医療機能の分化・連携促進を一層進めるために、各地域で大変御熱心に御検討いただいております。厚く御礼申し上げます。

この県レベルの地域医療構想推進委員会につきましては、私ども愛知県が愛知県医師会様に委託して実施しているものでございますが、様々な地域での地域医療構想推進を検討していただく中で、様々な難しい課題もあろうかと思っておりますので、そういったものを一度この県レベルの会議で情報共有して、また、課題解決の方策を見つけて、地域で一層地域医療構想推進に寄与していただく趣旨でございます。

本日は、そういった観点で、議題、報告を3点ほど用意させていただいておりますが、行政からの説明に加えまして、藤田医科大学の副院長の岩田先生に、地域医療構想についての大学病院の役割につきまして、大変重要な課題でございますが、御講演いただきます。

また、限られた時間ではございますが、先ほど申し上げました、各構想区域における難しい現状につきまして、コロナ対策も含めまして、時間の許す限りで共有を深めていただきたいと思います。

限られた時間ではございますが、どうぞよろしく願いいたします。本日は誠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。

本委員会は、愛知県からの委託事業として、公益社団法人愛知県医師会が開催しております。

それでは、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、地域医療構想推進委員会、御出席賜り、誠にありがとうございました。大体年に2回、この会議をやっております。

先ほど吉田局長が申し上げたとおり、各構想区域でのいろいろな問題をここに持ち寄って、それを検討して、また今後の地域医療構想の推進に役に立てるとというのがこの会議の目的でございます。この会議はあくまでそういった意味では情報交換の場であり、何らかのみんなで意思決定をしていこうという場ではございません。このことは御理解いただきたいというふうに思います。

さて、この地域医療構想というものですけれども、先ほど局長が言いましたように、2025年、団塊の世代が全て後期高齢者に入るといふときまであと2年半ということになったわけでありまして。いつかは医療界にも嵐を巻き起こして、病床整備の在り方に大きな変革をもたらすのではないかと、こういうふうに見る向きもあったわけでございますけれども、新型コロナの対応に追われたということもあって、結果的には424病院に公的・公立病院の再編、統合というものに終始していくかなというふうに思われておるわけですが、この地域医療構想自体は目標年がもう2025なんてことはみんな口にせずに、2040年というふうに知らないうちにすり替えられてきました。今後も、地域医療構想が発起したときの問題提起が、地域における病床の再編というのが今後も続いていくのかどうかということを皆さん考えておみえだろうというふうに思います。

そこで改めて、地域医療構想とは何ぞやと。何ぞや、これを考えてみたいと思います。

地域医療構想というのは、地域医療計画の一部というふうに言われております。地域医療計画というのは、何なのと。これは、県が6年に1回ずつ、愛知県の地域保健医療計画、各医療圏の中にはもっとこれの3倍ぐらい分厚い冊子があって、これが愛知県の地域医療計画なんですね。

この中身を見ると、5疾病・5事業、最初は4疾病・5事業と言いましたけれども、今は5疾病・5事業、そのうちに5疾病・6事業になるのかもしれませんが、それ以外に、在宅医療、医療安全、それから医療連携、それから医薬分業、こういったものがこの中に

盛り込まれておるわけでございます。

地域医療計画の本来の目的は今言ったようなことですが、その中の地域医療構想がこの中の一部であるということは何を意味するかということでありますが、つまり、ここからが大事ですよ、地域医療構想というのは、地域医療計画の中から、病床の数と病床の数のコントロールですね、それと病床の機能、その部分をここから抜き出して計画するというのが地域医療構想ですね。だから、地域医療構想というと、何かえらいネーミングがおどろおどろしくて、地域医療計画とどういう関係、対等なんじゃないかとか、どういう関係にあるのかよく分からない。実態は、名は体を表していないと、これは。

地域医療構想というのは何ぞやというと、要するに、病床とその機能の配備計画と、これが正しい姿であろうというふうに私はずっとこれを考えておりました、考えた末にたどり着いた結論がそうです。医療計画の中の、もう一回繰り返すと、医療計画の中の病床数とその機能の配備計画、こうすると、それとそれ以外、例えば5疾病・5事業とか医療安全とかそういうものを統合したものが愛知県の医療計画だと、こういうふうに言えるのではないかと。

したがって、地域の圏域の中に、やはり地域医療構想推進委員会と、それから圏域保健医療福祉推進会議だったかな、2種類ある。その区分けというのはどこにあるかということ、取りも直さず、病床配備とその機能に関することは地域医療構想推進委員会、それ以外のところは圏域保健医療福祉推進会議に所属するということを先生方はしっかりと頭の中に入れておいてほしい。多分、私のこの考え方というのは決して間違っておるとは思いませんので、今後、そういうことであるならば、この地域医療構想というのは、2040年だけではなくて、厚生労働省が病床の配備計画を持っておる限り、今後も永遠に続いていくだろうと、こういうふうに結論づけざるを得ないだろうというふうに思っておりますので、そのつもりで今後御議論等いただきたいと、このようにお願いを申し上げて開会の御挨拶とさせていただきます。よろしく申し上げます。

【愛知県医師会理事（浦田）】 柵木会長、ありがとうございました。

それでは、本日の出席者の御紹介でございますが、時間の都合もございまして、お配りしております出席者名簿及び配席図をもって御紹介に代えさせていただきます。

次に、資料を御確認いただきたいと存じます。次第の一番下にも載っております、資料1、地域医療構想推進委員会の取組について、資料2、地域医療構想において大学病院は「最後の砦」たりうるかと、これでございます。もし不足がございましたら係の者にお申

しつげください。

本委員会は、先ほど来御紹介でございますように、国が各都道府県に求めました全県単位の地域医療構想調整会議に相当するものでございまして、愛知県におきましては、情報共有を主として、地域医療構想の活性化に資するための委員会と定義づけられております。今日、この場には、各構想区域の地域医療構想推進委員会の議長を務めていただいております地区代表医師会長の先生方及び愛知県病院団体協議会の各構想区域別幹事団の代表幹事の先生方に御出席いただいております。非常に重要な会だと存じます。活発な議論をお願い申し上げます。

もう一点、御紹介、御案内がございます。当委員会は、開催要領第6条第1項によりまして、原則公開となっております。本日は傍聴の方が1名いらっしゃるというふうになっております。

本日の議事録につきましては、後日、愛知県のウェブページに掲載いたしますので、あらかじめ御承知おきください。

それでは、協議事項、報告事項等に入りますが、これからの進行は、愛知県地域医療構想アドバイザーである伊藤健一先生を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）】 愛知県の地域医療構想アドバイザーをしています伊藤健一でございます。また引き続きよろしくどうぞお願いいたします。

それでは、時間もありますので、早速着座にて失礼いたしたいと思います。

では、報告事項の1で、事務局から一括して説明をお願いいたします。

【愛知県保健医療局医療計画課課長補佐（福島）】 愛知県保健医療局医療計画課の福島と申します。

報告事項（1）行政からの説明といたしまして、地域医療構想推進委員会の取組につきまして御説明させていただきます。

お手元の資料1、地域医療構想推進委員会の取組についてを御覧ください。

失礼ですが、着座にて説明をさせていただきます。

1、各構想区域の地域医療構想推進委員会での協議事項の1つ目といたしまして、（1）非稼働病棟を有する医療機関への取組でございます。

非稼働病棟を有する医療機関への取組につきましては、非稼働病棟を有する医療機関の方針により、各構想区域の地域医療構想推進委員会で、非稼働病床を有する医療機関に対しヒアリングを実施しているところでございます。

資料に記載はございませんが、非稼働病棟を有する医療機関への方針につきまして少し御説明させていただきますと、病床の開設許可後1年経過後においても稼働していない病床を有する病院または5年以上稼働していない病棟を有する病院につきまして、病床の削減意向がない医療機関に対しまして、地域医療構想推進委員会におきまして、病床を稼働していない理由や運用の見直しに関する計画の説明など、ヒアリングを実施するものでございます。

各構想区域の意見聴取の結果でございますが、資料にありますとおり、非稼働病棟を有する医療機関への方針に該当いたします6構想区域、13の非稼働病棟を有する医療機関に確認いたしましたところ、5医療機関が病床を削減または削減予定、5医療機関がヒアリング内容より病床の必要性を認め、再稼働を承認、3医療機関が病床の必要性等を継続して協議するという結果になっております。

地域医療構想推進委員会での協議事項の2つ目といたしまして、(2) 具体的対応方針の決定状況でございます。

令和4年3月に国から新たな通知が発出され、本年度及び来年度におきまして、民間医療機関につきましても具体的対応方針の策定が改めて求められて、その検討状況について、本年度9月末及び3月末に国に報告するとともに、県において公表することとされました。

公表事項につきましては、資料に記載がございまして、公立・公的及び民間医療機関につきまして、具体的対応方針の策定・検証状況を病床数及び医療機関数ごとに記載することとされており、公立・公的医療機関につきましては、県内にございます63全ての医療機関におきまして、具体的対応方針は合意・検証済となっております。民間医療機関の具体的対応方針の策定・検証状況につきましては、県内480医療機関中、こちら、病院及び有床診療所の数となりますが、合意・検証済が65医療機関、協議・検証未開始が415医療機関となっております。今後、民間医療機関の各構想区域の地域医療構想推進委員会での具体的対応方針の合意を進めてまいります。

続きまして、2、公立病院経営強化プランでございます。

令和4年3月に総務省から、全ての公立病院に対しまして、持続可能な地域医療提供体制を確保するため、令和4年度または令和5年度中に公立病院経営強化プランを策定することとされました。また、今回のプランの期間につきましては、策定年度またはその次年度から令和9年度までのおおむね5年間を標準期間とし、プランを策定することとなっております。

なお、総務省が作成した持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドラインにおきまして、都道府県は、公立病院が公立病院経営強化プランを策定するに当たり、提示可能な策定段階から地域医療構想推進委員会の意見を聴く機会を設けることなどを通じて地域医療構想や医師確保計画等との整合性を確保することを求めています。

資料右側上段に、各構想区域の公立病院経営強化プランの協議予定を記載しております。今後、各構想区域の地域医療構想推進委員会において、構想区域内の公立病院が作成した公立病院経営強化プランを協議する予定としております。

最後に、3、紹介受診重点医療機関でございます。

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、外来機能報告等が医療法に位置づけられ、本年4月1日から施行となりました。

この法律の具体的な内容といたしましては、①といたしまして、対象医療機関が都道府県に対しまして、外来医療の実施状況報告、外来機能報告をいたします。

②といたしまして、外来機能報告を踏まえ、地域医療構想推進委員会におきまして、外来機能の明確化、連携に向けて必要な協議を行います。

③といたしまして、地域医療構想推進委員会の協議の中で、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として、紹介受診重点医療機関を明確化、いわゆる公表いたします。これは、患者が医療機関を選択するに当たり、外来機能の情報が十分に得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中で、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ことから、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目し、紹介受診重点医療機関を明確化することとしたものでございます。

紹介受診重点医療機関の基準ですが、国が作成した外来機能報告等に関するガイドラインによりますと、医療機関の意向が第一であることが原則であり、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準、重点外来基準といたしまして、初診のうち医療資源を重点的に活用する外来が40%以上、かつ、再診のうち医療資源を重点的に活用する外来が25%以上となります。

また、紹介率及び逆紹介率の基準でございますが、紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上となります。

紹介受診重点医療機関選定に関する主なスケジュールでございますが、今月10月から

外来機能報告が実施され、12月頃、国から県に集計取りまとめが提供され、1月から3月頃に地域医療構想推進委員会で協議を行い、その後、紹介受診重点医療機関を県において公表いたします。

説明につきましては以上でございます。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

この報告の件については特によろしいでしょうか。

では、時間もあれですので、早速、岩田先生の御講演を賜りたいと思いますので、先生、よろしくをお願いします。

御準備の間、先生の御紹介をさせていただきます。

先生は、名古屋市立大学を御卒業になってから麻酔科に行かれて、それから名大の老年科で一時おられて、あとは、掖済会のほうで救急をやられてから藤田のほうに行かれたという御高名な先生ですので、先生、よろしくどうぞお願いいたします。

【藤田医科大学病院救急総合内科教授（岩田）】 よろしくをお願いいたします。伊藤先生、ありがとうございます。藤田医科大学の岩田といいます。今日は貴重な機会をいただきまして、ありがとうございます。というか、ほぼ処刑台ですよ、これ。こんな偉い先生のところで。

私は、2009年でしたか、新型インフルエンザで先生方の医療機関も一度、1日何百名もの患者さんが押しかけて大変なことになったことがあったのではないかと思います。その頃、私が医師12年目ぐらいで、ちょうど毎週水曜日の夜に東京大学で医療政策の勉強をするという勉強会がありまして、ちょうど大体医師の12年目ぐらいって、何か1個、壁にぶち当たって、新しい視点を身につけてみたいと思ってそれに行っていたんですが、実はその1期上に、今は衆議院議員として大活躍されている今枝宗一郎先生がいらっちゃって、その御縁で彼と話していたときに、いや、こんなときに何か新しいことができない医療政策なんてくそだろみたいな話をしていたら、先生、その話、当時副会長であられた柵木先生を御紹介しますので話してみませんかといって、分かった分かったといって、柵木先生と3人でお会いする機会をいただいて。その頃は今枝先生も話すんですよ。その場に、今は東海国立大学機構の機構長であられる松尾先生もいらっちゃって、やっぱり彼は、政治家になる先生って偉いですね、やっぱり偉い先生の前では暴言は慎むと。僕はその頃すっかり酔っぱらって、むちゃくちゃ暴言を吐いて。というところから柵木先生にも御指導いただくようになりました。同じときに、今枝君を通じて伊藤先生との御縁もで

きまして、それからいろいろ御指導いただいでいて、まさかそんな自分が、一勤務医で、勤務医の乗りで大学病院に移ってしまい、今もちょっと、こんな変なやつがいるのも、学生に見せるのはいいんじゃないかなという気持ちで大学病院に来て10年になってしまいました。

正直、今日の私の救いは、大学病院の現役の勤務医が誰もいないということで、これは私の一私見も言いたい放題述べて、先生方にこてんぱんにされる覚悟で来ました。

正直、今日のタイトルは、地域医療構想において大学病院は「最後の砦」たりうるかという偉そうなタイトルにしましたが、先生方も大学病院になんか期待していないですよ、正直。という危機感をひしひしと大学病院にいて感じておりまして。

そんな中でコロナ禍を迎えまして、恐らく、平時の地域医療構想において、大学病院はもう期待されていない。むしろ、地域の基幹病院から見捨てられつつ、期待されない存在であることに気づかない大学はまずいいんじゃないかと思っていたところにコロナ禍を迎えて、コロナを迎えた後に、果たして、もう一度、地域の医療を支えておられる先生方から大学病院は期待されているのかというところで、私のコロナの話等々もさせていただきたいと思います。

先ほど柵木会長からも伊藤先生からも御説明がありましたように、地域医療計画というのは、このようにいろいろ外来診療、地域医療、在宅医療、それから災害救急に対して計画を立てなさいということで行われております。

必ず地域医療構想というところが、私たち現場で働く医師、あるいは医学教育のレベルに落とし込まれると、地域医療構想の話題になると、必ず総合診療医について話題に上がることが非常に多い気がします。

この総合診療医というのが私の悩みのさらに1つなんですけれども、確かに総合診療医というのは世の中から期待される存在である気はいたしますが、地域の医療を支えておられる、あるいはその管理者であられる先生方にとって、地域医療構想において、今の総合診療医というのは社会のニーズに答えているのでしょうか。ここは、私は大学で、私が働いているのは救急医療、それから総合内科という分野で、総合診療とはちょっと違うんですけれども、正直に申し上げて、私、医師になって25年です。25年前というのは、各大学に総合診療部が物すごくたくさん、タケノコのようにできていった時代なんですね。じゃ、今、大学に総合診療の講座がどれだけあるかという、もう悲惨なものですよ。がんの生存率よりも悪いじゃねえかというぐらいなんですね。



じゃ、果たして、大学病院は、地域医療構想において、そのニーズに応じている総合診療を育ててきたのかという反省をしなければいけないと私自身は思っているんですが、そういう声は恐らく大学の中には全くない。じゃ、学会の中で反省があったかということ——これは完全に愚痴です——これは某学会ですね、総合診療医を育てていこうと主体的になっている学会で出たスライドで、そのまま引用します。総合診療による医療連携体制ということで、各専門医は集約化して高度医療を行いましょ、診療所と地域病院は連携して幅広く一般的な一般診療、救急を行いましょということ、それを担うのが、診療所と地域病院で担うのが総合診療医ですよと、この某学会は打ち出しているわけなんです。

でも、私のように大学病院であまり臓器に関係なく診療している立場から言うと、じゃ、地域の拠点病院には、いわゆる地域で最終拠点となっている病院にはジェネラリストは不要なのかと。高度医療というのは果たして各科専門医だけで担うものなのかということ、学会には石を投げたい気分になるのでありますが、石を投げて、私のような者が言っても相手にもされません。

これからの医師のキャリアパス、つまり学生や若い医師へのメッセージは、この学会というのはこういうことを言っているんですよ。診療所で働く医師は家庭医療専門医、中小病院で働く医師は病院総合診療専門医というのを、総合診療専門研修を受けていまいしょと。基本、領域別研修、内科、外科、産婦人科、小児科からさらに高度・専門分化したところでいって、こういう方たちは総合病院、大学病院、専門クリニックで働いましょということ、これを言っているんです。

ジェネラリストというのは、じゃ、診療所とか中小病院で勤務する医師なのかと。よく、これ、もう10年前に伊藤先生と一緒に、愛知県医師会が出資をしていただいて、若い人にジェネラルな広い視野を持った医師になってもらおうという勉強会を企画したときに、伊藤先生は私たちの後ろ盾になってくださったんですけど、おまえは開業医を育てる気なのかというような、若い人をいきなり開業に誘い込む気なのかという、すごいぼこられたそうなんです、その盾になってくださったんですけど、学会すらそういう発想なんですよ。総合病院とか大学病院というのはジェネラリスト不要なのかというところが、これは学会もこういう状況なんです。

私は完全に自分の居場所は学会にはねえなというところで、今、大学病院で勤務医をしているんですけど、私自身が、絵空事なんです、目指した仕事はこんな仕事です。ヒマワリなんです、私自身は、大学病院だってジェネラリストは必要だと。隠れた重症を適

切に判断して、初期治療して、専門医と連携する。それから、生命の危機に瀕する病態でのCritical Careというのは、これはジェネラリストとして絶対必要な素養であろうと。

さらに、大学病院や大きな病院というのは専門医がたくさんいらっしゃいます。その専門医にはどんどん専門の仕事をしていただいて、Common diseaseに関して、あるいは複合疾患・診断困難例に関しては入院治療を完結できるような、そういう集団だって必要じゃないかと。もしもそういう人が地域の拠点病院に、あるいは大学病院に一定数いるのであれば、専門を志した医師はさらに専門に特化することができる。ただし、その専門で生き残っていくのはすごい厳しい道だけど、そこにチャレンジすることだってできるし、僕たち、そういうコモンな問題を、旧制のコモンな問題を解決する医師がいれば専門医だってそれに特化できるじゃないかと。

つまり、専門医とジェネラリストというのはいつも対立軸で語られるんですけど、共存だってできるはずなんだと。それを、せっかく大学にいるのなら、そういうモデルを示してみたいということで、専門医との握手というのを目指して、この10年間、大学病院で働いてきました。

ということで、私たちの講座の核は、救急、Emergency Medicineというのは、ERで一次から三次まで、けがも病気も、大人も子供も妊婦さんも、初期治療できるようになろうと。そこから生命の危機に瀕するような治療が必要な人たちのCritical Careを担えるようにしましょう。そして、その中で、特にこういうコースで行けばこの患者さんは治っていくよね、あるいは、こういう人ってこういう診断でこれは逃しちゃいけないよねという診断が難しいもの、あるいは、一定の流れに乗れば治療ができる人たちを診れる、そういう総合内科のチーム、そして外傷のチーム、そういうところがそろえば、ジェネラリストとして大学の診療にも貢献できるんじゃないかという仮説を持ってやってきました。

こんな変わり者でもいろいろな仲間が加わってくれて、何とか今できているというところ。正直、私は、来年も何人か仲間が加わってくれるんですけども、いろいろ、昼しか働けないというライフサイクルの女性医師がいてもオーケーですし、何なら夜のほうが専門医がいなくて自分たちが活躍できるから夜しか働きたくないという医師もオーケーですし、働き方のdiversityというのは許容するんですけど、この信念に賛同できない人はちょっと一緒に働けないということを明確にするようにしています。

高齢者医療に関与しないジェネラリストはあり得ないと。

内科診断学がない救急、集中治療はあり得ないと。どうしてもCritical Careばかりやっていると、高いから下げてくださいとか、低いから上げておきましたとか、体外循環をやるのがすごいことをやっているみたいに勘違いしてしまいそうになる瞬間があるので。そもそも私たちは、この病気に対してこのフェーズで循環のサポートが必要だからこういうことをしているんだ、こういうことを考えられないのはちょっとあり得ないと。さらに、総合診療医が、僕たちは救急をやるのが仕事ではありませんということを公然と言う若者がいますが、おまえら、救急に関与しなくて何が総合診療なんだと。もっと言うと、今だったらコロナに関与しないで総合診療を語るなどと言って、さらに私は嫌われ者になっているんですけれども。というふうなことは明確にしています。

重症内科診療に関与しない総合内科はあり得ない。

さらに、これ、もう完全に愚痴の世界に入ってきましたが、最近多いのは、美しい教科書を書いたり、美しいスライドを作るジェネラリストの若手ってすごく多いんです。これはもう嫉妬するぐらいです。嫉妬を通り越して、もうその人のスライドを見れば僕も勉強できるぐらい。だけど、時々遭遇するのは、こんなにたくさん患者を診させられたら勉強する時間がないと。おまえ、逆だろうと、目の前の患者さんのために勉強するのであって、だから臨床するよりも勉強を優先するジェネラリストも絶対僕は自分の医局には認めないと。自分の仕事に垣根をつくらないということですね。これだけは最初に明言をしております。ただ、藤田医科大学も含め、多くの民間の病院、あるいは自治体立ではないような施設というのは健全経営というのも大変重要でありまして、これも管理者として意識しなければならないと思ってやってきました。

大体、ジェネラリストが今まで失敗して、地域医療構想も含めて、総合、ジェネラリストが失敗してきたパターンというのは、イデオロギーを語り過ぎて、医療機関の経営に対する認識が甘過ぎるといふところは、私は何となくいろんな方から学びました。

私が最初にやったのは、全入院に占めるER経由の推移というのを意識的に上げるようにまず大学病院で行ったということです。

2012年の10月に私は藤田医科大学に行っただけなんですけれども、とにかく1,400床あるベッドのうちの稼働率が80%で20%は空床ならば、心配だったら取りあえず一晩でも入院させておこうという、これが医療経済的に正しい方策とは決して思いませんが、研修医の教育のためには、心配だったら一晩、家族も心配、本人も心配、研修医も心配だ

ったら、取りあえず一晩入院して、その後元気だったら翌日帰すでもいいじゃないかという  
ような作戦を取ったんですね。

そうすると、今、藤田医科大学病院の入院患者における26%が大体ER経由で入院し  
ているんですね。これは、私は最初、研修医教育と医療安全のために行っていたんですけ  
ど、副次的なものとして、大体、大学病院の入院患者の4人に1人がER経由になると、  
もう救急を軽視するわけにいかなくなるんですよ。だから、私はしょっちゅう、学長、理  
事長に、昨日もちょっとけんかしたんですが、いや、いいですよ、そんな救急をいじめる  
んだったら別に僕らも撤退しますから、また僕、掖済会に戻ればいいしと。でも、  
僕らをいじめて救急がなくなったら、先生、患者が4分の3になるんですよ、経営は大丈  
夫ですかねとかいうすごいイキったことを言って、いつもけんかしています。

今までの医療の、これから先は分からないですし、これは医療機関によるんですけど  
も、恐らく地域の拠点たる病院の先生方というのは、かなりの割合が救急経由で入院され  
ているんじゃないでしょうか。その中で、救急を大切にせざるを得ない状況なんだという  
ことをジェネラリストも意識して働くことはとても大切なんだと思います。

さらに、そこで専門医に負担をかけるというのは専門医のモチベーション低下というこ  
とにつながるので、私たちはできるだけそういう患者さんの大半がコモンな問題で、もう  
治療コースが見えているのであれば専門医と相談しながら自分たちで受け持つ、こうい  
うことで、専門の先生たちは専門に特化でき、私たちは多くの患者さんの治療に関わる喜  
びを持つということで、お互いがウィン・ウィンであるというのが社会からも組織からも  
必要とされる集団なんじゃないかな、僕はこれが自分の総合診療医像だったんですけども、  
どうも世の中で言われている今の体制、あるいは学会が言っているジェネラリスト像  
というのは——多分私がちょっと勘が鈍いんですかね——相当違うということで、私たち  
の集団は今50人の仲間がいるんですけども、結局、救急医学会によると、おまえらが  
やっていることは救急じゃねえと言われ、内科学会というのはサブスペシャリティがあっ  
てこそだと言われ、集中治療医学会は——まずいですね、自分の同じ仲間に理事長がいる  
のであれですけども——集中治療医学会から見ると私たちはかなり異端ですし、プライ  
マリ・ケア連合学会から見ると相当変わり者ということで、もう完全に半グレ集団なん  
ですけども、そういう半グレ集団が少しでも地域の医療に貢献できる若者をもし育てるこ  
とができたのであればいいのではないかと、あるいは、そういう人たちを育てる大学が増え  
てほしいなというのが私が勝手に大学の勤務医として思っているところでございま

すが、なかなか、これが先生方が本当に必要としている医師なのかどうかも分かりませんが、もしも、今後、先生方をお願いしたいのは、大学にもっと、こういう医師を育てるよ、こういう医者を送れよというのが、どんどん声を上げていただきたいというのが正直なところですよ。

ある地域ですね、これは、大学病院から医者を赴任させて、送ってやるという認識の地域が今でもあります。そのときにその大学が言うのは、専門外のことを医局員にさせるんだったら医局員は送らないと。逆だろうと。そもそも地域に必要な医者を育てるのが大学病院であって、おまえのところ、これしか診れない医者なんかつくるなという声をもっともっていただかなければいけないんじゃないかというのが、ぜひこういう会議から大学にもっともってそういう声を上げていただければ、少し大学の認識も変わっていくのではないかというのが私の願いです。

私の認識としては、やっぱり——ここまでは完全に平時の愚痴ですが——これまでの地域医療構想というのは平時を想定したものです。大学病院というのは地域医療構想に関心があったのかと。地域枠が必死に定員を増やすために定員を増やした時期がありましたが、じゃ、そのときに本当に地域の基幹病院で必要とされている医師の教育ということに熱心であったのか。これはすごく検証し、大学病院に厳しい意見をいただきたいところだと思います。

じゃ、地域で、先ほど柵木会長が言われたように、病床再編というのは一時期世間をざわつかせたことがありましたが、あれもいつの間にかコロナで立ち消えになりました。確かに病院というのは、自治体立病院も含め、健全経営というのはとても大切な目標だと思うんですけど、コロナ禍の補助金、あれは私は毒まんじゅうの一面もあったと思うんですけど、完全にあれで収支がよく分からない、経営指標は、鎧というか贅肉をまもってしまっていて、果たしてこの病院がこのやり方で、次の10年、次の20年、継続していけるのかということを考える材料がかなりぼかされてしまったというのは本当のところではないかというふうに思っています。

そんな中で、第8次医療計画のときには、こういうことを考えなさいよということで、二次医療圏と三次医療圏が担うべき医療というのが示されています。

三次医療圏というのは、基本的に愛知県全域で考えろということなんですけれども、県全域で考えなきゃいけないものというのは基本的にはこういうことだと言っているんですね。よく、こういう二次医療圏、三次医療圏というのは、二次救急医療、三次救急医療

とかと混在してしまう傾向があるんですけども、そうではなくて、三次医療圏、県全体で考えなきゃいけないことというのは、臓器移植とか高圧酸素療法とか特殊な疾患、それから特殊な救急疾患と。ここに広範囲熱傷とか切断肢とか急性中毒というのを挙げているのは救急医としてはかなり違和感がありますが。

つまり、厚労省としては、かなり特殊なものは県で担わなければならないが、大半の医療は二次医療圏のみで完結して、ごく限られた症例のみで集約化しなさい、そのための第8次地域医療構想ということで医療計画を立てなさいということが国のメッセージだというふうに感じております。

では、その中で、果たして、各二次医療圏が、医師が従属しているのか、あるいは地域の医療のニーズに応えるための医師が——頭数ではなくて——いるのかと言われると、なかなかそうとも言い切れないし、やはり医療圏で補い切れないものがほかの医療圏に、あるいは、三次医療圏として対応しなければならないものも多いであろうというところなんです。

じゃ、そこに大学がどのように関わるべきか。当然、10年というスパンで考えれば、本当に地域で必要とされている医師を育成し、医学部の6年間で育成し、そのマインドを持った医師が各医療圏に配属されるというのが、10年単位が必要なんですけれども、そうとばかりも言っていないところがあります。中には、専門医だって足りない、ジェネラリストだって足りないという医療圏があるのも事実だと思います。

そんなところで、これは正直出すかかなり最後まで迷ったんですけども、藤田医科大学はぶっちゃけあれです、ドクターヘリの運用について愛知県に御相談を申し上げ、もしも認可されれば愛知県で2機目のドクターヘリの整備ということを考えておりますが、災害時にも、平時にも、ドクターヘリでさらに地域医療に貢献できるような、こういう今までどこもやっていないシステムというのが活用できないか。

例えば、地域で数少ない専門医が循環器疾患を支えているところに2人目の重症患者があったときに、ドクターヘリで専門医ごとそこに運搬してしまうと、4大学のどこかから。そこで治療が完結できて、入院なら診れるようだったら、もうその地域で診切ったほうが患者様にとっては幸せに決まっていますが、いやいや、そのまま、やはり体外循環が、IABPとかPCPSが必要になって、やはりこれは自分の病院では診切れないというときに、例えば、同時に高規格救急車ですね、藤田医科大学はエクモカーというのをコロナ禍に整備しましたが、ドクターヘリで例えばどこかの大学病院から地域の拠点病院に専門医

団が行き、そこでその先生方と一緒に評価をし、場合によっては専門医の先生がほかの手術中だったら、そこで必要最小限の処置をしつつ、同時にエクモカーも出発してしまい、そこで患者の治療を始めたところで高度な医療が必要で転院が必要だったらそのままエクモカーで連れて帰ってくる、こういうようなことを平時から動かしておけば、愛知県のどこに住んでいても、重症疾患になったときに県民は安心できる。災害時には、恐らくこういうモデルというのは物すごくたくさん必要になってくるでしょうから、こういうことができないかということをお考えしています。

なかなか今、ドクターヘリというのは時間の壁というのがあります、夜は飛ばないとかそういうことがあります、防災ヘリであれば今飛んでいるんですね。だから、もしそういうことができるようになり、これが夜間もしそういうことができるようになれば、愛知県のどこに住んでいても安心、そして、その地域の先生方、少ない専門医でその地域の医療を担っていて、そのキャパを超える患者さんがそこで発生したときにも、大学病院が愛知県には4つあって、そこから専門医がいつでも助けてくれるという後ろ盾を感じることができれば、少し地域の医療を担う医師たちの心配、負担というのが軽減できるのではないかと。これはあまり、教育に時間がかかるというよりは発想の転換だけなので、うまく軌道に乗れば数年間ということで、地域の頑張っている先生方の支えになるシステムなのではないかということ、このコロナという災害下でちょっと夢想したりしています。

そんなところで、厚生労働省というのは、救急医療機関の役割ということでこんなことを挙げています。高齢者の救急搬送が増加しているから、それに対して対応を練りなさいよ、具体的には下り搬送ができるような地域医療の構想を練りなさいということが言われていて、これは別に今回新しいことではないと思うんですけども、そのとおりです。ただし、これってなかなか難しく、私たちも総論には賛成しているんですが、藤田医科大学で、じゃ、うまくいっているかということ、うまくいっていないところもあります。

最近、私たちがやっている取組というのは、地域医療連携推進法人尾三会というものを藤田医科大学は始めたんですけども、ここで私たちのERも藤田医科大学病院のER、つまり4人に1人は藤田にER経由で入院しているんだから、ERをいじめないでくださいみたいな小さなことじゃなくて、僕たちは尾張東部医療圏のERなんだというつもりで、とにかく夜とか救急をいきなり、救急車を受けるにはちょっと人員的に心配があるという医療機関の、かかっている患者さんたちの救急の問題もとにかく一旦ERで全部受けよう

そこで、2018年はそういうふうにERを受けて、一旦心配だったら藤田に入院させ、3日以内にそういう尾三会とか同じ医療圏のところに入院をお願いした、転院をお願いしたというのは99件ありました。

そこから、さらに、私たちの見立てが間違っていて、これなら先生方に、こういうコースで治療していただければ、恐らく患者さんは治療され、あとは最適な療養環境あるいは生活環境を御検討いただいて、生活に戻っていただけるのではないかと思いますという見立てをし、お願いした99件で、それが何と間違っていて、1週間以内にさらに高次医療機関にもう一回転院になったという人はゼロ件でした。

ということは、私たちは、何も夜ずーっとどの病院も救急車を受けなさいということはしなくていいし、じゃ、そういう病院が全員慢性期の病床に変えなきゃいけないかというところではなく、私たちのERが地域のERとして一応若い研修医と共に救急車を受けると。そこでこの人はこういうふうに治療していけばよくなるのではないかという見立てがはっきりし、それが先方の病院と共有できた場合には転院をお願いすれば皆がハッピーになるんじゃないかということで、2021年は、実はこういうことで少し自信をつけていただいたというか、こういう趣旨に賛同していただいた病院から、いや、もう先生のところの見立てだったら先生のところで入院させなくていいから、そのまま送ってくださいと、24時間と。恐らくこれは、先方の病院の健全経営という点からも、初日に送ってもらったほうがありがたいということもあったんだと思います。

これで私たちはERでとにかく受けて、そのまま120件を地域の病院にERから転院させたんですけども、そこで転院させたら、実は高次医療機関での治療が必要だったという方がやはり4件、3%あって、これを低くしていくことが本当に地域での救急での連携を進めるときの大切なデータだと思います。この4件のうち、ほとんどは圧迫骨折と思われていた人が実は破裂骨折で手術が必要だったというもので、これについては、私たちのERは、じゃ、どこまで評価して、転倒後腰痛という人をどこまで評価したら、安心して地域の病院に御紹介でき、どういう場合にはうちの整形外科をお願いしなきゃいけないかという線引きをするすごく大切なデータになっていますが、現場で働いている者にとっては、結局、こういうシステムというよりは、休日、夜間は基幹病院とか大学病院が頑張っただけで患者さんを受けられるけど、その人たちが平日の連携でウィン・ウィンの関係が構築できるようになる、こういうことを現場レベルでどんどん増やしていかなければならないというのが正直なところなんです。



こういうふうにして、ふだんからERから直接入院を受けてくださっている病院が、やはりコロナ禍では院内での感染者が増えて、なかなか緊急の受入れが難しくなったことがございました。その後、一旦そういうふうになると、その後、入院患者さんを増やしてなかなか大変なことなんです、私たちはその病院がもう一度入院が受けられるようになりましたと言われたら、自分たちの病院のベッドがもしも空いていても、その病院で入院を診てくださる患者さんを積極的に受入れをお願いするようにして、その病院の入院患者さんが立ち上がるスピードをできるだけ早くしようという連携をしたことがあります。これは正直、うちの看護部長とか病院長にはくそ怒られました、何でうちは空いているのと言われたんですけど、いや、こういうふうにして、ずっと地域として、地域のERとして地域の救急を考えていくことがとても大切なんだというのが、最近、現場で働いていてもひしひしと感ずります。恐らく、こういうことを厚生労働省はもっとやりなさいということなんだと、勝手に都合よく理解しております。

厚生労働省は、さらに救急医療機関の役割ということでこんなことを言っていますね。高度救命センターや地域の基幹となる病院は重症外傷に対応できるように、特に外傷外科医の育成に努めなさいと言っているんですが、これに関しては、あまり、ちょっと意見を差し挟むと、外傷を専門とする救急の先生方のいろんな意見があって、学会も混沌としているので、なかなか、完全に私の私見ですが、学会、もうアメリカですら言われていることです。

昭和50年代、60年代は、アメリカでも、Trauma is surgical diseaseと言われていました。ガンショットがむちゃくちゃ多かった時代ですね。だから、もう外傷というのは外科医が活躍する、ERでそのまま胸を開けて、腹まで開けて、アオルタをクランプしてと、そういうものなんだと言っているんですけども、現在、果たしてそうかという、正直、IVRがこれだけ発達し、開胸、開腹が必要な外傷例が、しかも交通事故が20年前から比べても激減している現在に本当にそういう外傷が多いのかということで、実はデータを調べてみると、何とデータがないんですよ。さらに、私が医師になった25年前、これを調べていたのは千葉県船橋市と長崎県だけでした。どちらも見事に一致したのが、人口100万人当たり、開胸、開腹が必要な手術例、外傷例というのは20人程度。これは20年前ですらそうで、今増えているとはとても思えないですよ。さらに、今、これを外傷学会にも問い合わせしてみたんですけど、今そういう疫学データを取っていますかと聞いたら、取っていないんですよ。

だから、でも、明らかに医師として分かっているのは、こうですね。Trauma is now、今は外傷疾患になることのほうが非常に少ないところ。じゃ、そういう外傷に対して、全ての施設に外傷外科医を育成するのかどうかというのはなかなか難しいところがあるのではないかと。じゃ、そのときに集約化という発想で外傷センター構想というのも1つですが、このときに夜間のほうが多い重症外傷に対してヘリが飛ばないところで時間の壁を越えてそこに集約化するって、アメリカのように24時間ヘリを飛ばすのでない場合にどうやってやっていくんだらうかという問題があります。

さらに、重症外傷、重症外傷と言うんですけども、重症外傷の様相がかなり変わってきました。昔のように、バイクでかなり過激な運転をして、車とぶつかって5メートル飛ばされてという事故は非常に少なく、最近の多い重症外傷というのは、高齢者が自転車に乗っていた、歩くのに歩行障害があっても自転車って意外に乗れますよね、高齢者って。そういうふうな方が自転車に乗っていて、車とすれ違ったさまに、接触はしていないけど、風であおられて転倒、骨盤骨折。でも、恥坐骨の骨折だったら整形外科的には手術適応はありません。しかし、その高齢者が恥坐骨骨折で、本来なら止血するはずのものが出血により凝固障害を来し、さらに出血をし、ということで失ったりする。要は、外科的な手術適応じゃないものが凝固障害で出血を来して、予備能がもともと低下しているので亡くなる。こういうパターンに多く変わってきたんですね。

だから、外傷の最初になる、ワドルの三徴と言われている、ボンネットで胸、腹を打ち、飛ばされて頭を打って、そういうふうには多発外傷ができるというような、そういう重症外傷ではなく、高齢者のもともと持っている凝固障害とか予備能の低下から、今までは軽いものとみなされていた肋骨骨折、恥坐骨骨折が重症化して命に関わる、こういう外傷が圧倒的に増えている。さらに、開胸、開腹が必要な手術例というのは非常に少なくなっている。この中で、厚労省が求めている地域の基幹病院は外傷外科医を育てなさいというのが果たして本当に理にかなったものなのかどうなのか。もちろん、そういう外科医は必要ですが、じゃ、その人たちが人口100万人当たり20件しか手術できなかつたら外科医としての機能は維持できるのか。私は手術をする医師ではありませんが、非常に疑問が残ります。

じゃ、そういう愛知県の外傷の患者さんたちを救うためには、集約化という方向が1つ今から試みられるということで、これに関しては、結果は厳密に検証が必要ですし、もう一つは、今までその施設で頑張っている外科医が外傷の特性を理解して対応できると。つ

まり、整形外科医が、骨盤の手術は要らないけど、この人、凝固障害で出血が止まらないかもしれないから、早めにフィブリノゲン製剤を入れておくのが必要とか、そういうこと。あるいは、本来手術適応じゃないけど出血量を減らすために手術というタイミングを考える、そういうようなことが今後求められていくのではないかと勝手に外科については思っています。

しかし、外科領域というのは、私も外科の教授ともとても仲よくさせていただいているんですけども、大きな課題を抱えていると思います、大学は。大学病院というのは、どこの大学も低侵襲手術が急速に発達しております。恐らく、これは地域の基幹病院の先生方もそうだと思います。地域の二次医療圏で基幹となっている病院ではどんどん低侵襲手術が進んでいるんだと思います。そういうことに長けた医師が増えていくというのはとてもがんの治療にとっては素晴らしいことなんですけれども、こういう外傷特有のDamage control surgeryということですね。もう既に腹が出血している人の腹を開けるというのは、それだけで、丸腰でいいわけがないし、一時的に手術をするのではなくて、オープンアブドメンって、腹を開けたまま帰ってこないといけないときだってあるし、肝臓の周りにガーゼを敷き詰めて帰ってこないといけないときもあるしという、外傷の外科の手術が専門ではない私でも習わなきゃいけないそういうDamage control surgeryというのと低侵襲手術というのは物すごく乖離があると。これを同時に学べというのは、若い外科医にとっては相当酷だろうなというところがあります。あるいは、これを同時に教育しろというのは、外科の先生たちには物すごく大変な課題なんだろうなと。

さらに、大学病院というのは、どこも、今までは消化器外科と何となく思っていたのが、上部の専門家、下部の専門家、肝胆膵の専門家、さらにどんどんどんどん細分化していくので、これに対して、恐らくアメリカでもそうなんですけれども、外傷外科医だけではもう手術が足りないから、急性腹症の手術も一気に行えるような外科医を育てようということで、Acute Care surgeonという発想が出てきて、大腸穿孔とか絞扼性イレウス、こういうものに対して、ジェネラルに緊急の急性腹症と外傷の手術ができる外科医を育てようという発想がAcute Care surgeonというのの育成なんですけれども、これだけ高度・細分化してしまうと、Acute Care surgeonというのの育成というのは非常に難しいのではないかとということで、外科の領域は、私のような門外漢から見ても、オーソリティーの方向性はこっちに行っています。だから、

これによるメリットというのは非常に大きいんですけども、どんどん頻度が減っている外傷救急特有の手術が得意な医師というのはとても少なくなっているのではないかということが非常に大きな課題だというふうに思っています。

最後は、私のコロナにおける愚痴ですね。新興感染症が蔓延するときの救急医療も備えなさいということが第8次医療計画でも言われています。厚生労働省からも、第5波までは重症者対応が、第6波からは救急搬送の受入れが課題になったということをおっしゃいます。そのとおり、新興感染症の流行というのは、災害医療計画の弱点を露呈したというところでございます。

そもそも私たちは、1961年の災害対策基本法に基づいて災害というのを考えていて、感染症の流行というのは災害の範疇に含まれていなかったというところが大きく、私は想定外で、反省しなければならなかったところだと思います。

これは先生方もとても大変な思いをされたように、通常の医療というのは、医療を求める人口と提供できる医療というのが何となくバランスが取れるために医療圏が設定されているのに対して、災害時には、医療と、需要と供給のバランスは大きく崩れてしまっているということで、これはもう完全に新型コロナウイルス感染症でも露呈したところですよ。

私は、ダイヤモンド・プリンセス号の中で、そういうふうに日に日に感染者が増えていって、横浜市内の、神奈川県内の、首都圏の病床がいっぱいになっているときに、何となく、ああ、新興感染症の流行というのは災害なんだなというふうに思っていたところなんですけれども、こういうふうに何か急なことが起こったときに何かをするというのはかなり大変なんですけれども、私たちが幸いだったのは、当時、病院長が「国難に貢献する責務が大学病院にある。」という発言をなされて、そこから職員は新型コロナウイルス感染症に立ち向かうことができました。

ただ、このクルーズ船の受入れというのは、私たちも未知のウイルスでよく分からなかったんですけども、とにかく病院長が明確なメッセージを発することで災害時というのはスイッチが入るところで、実は今回、10年前に発刊された本で『Disaster Rules』というのが、私たち、災害医療を勉強する人はよく読む本なんですけれども、「高い士気は誠実なリーダーシップから。」ということで、トップが明確な方針を示すというのはとても大切なんだということを知りました。

岡崎医療センターでコロナの陽性の方を受け入れたところから私たちはこの新興感染症の経験が始まったんですけども、ここで、現場としてとても大切なことが、感染症のプ

ロが言ってくれたんですね、「感染しているとわかっているのであれば何も怖いことはないんです。」と。僕たちはよく分からない感染症だと言うけど、結局、接触感染と飛沫感染なんだから、その経路を絶てば絶対もらわないんだから大丈夫ですよということを感染症医が言ってくれたんですね。これを、怖い中、見事に実践してくれたのが看護師さんたちで、これで一人も二次感染者が出なくて、あっ、感染していると分かっている人を受け入れるってそんな怖くないんだということを職員全員が体感できた。こういうふうに適切な感染防御を取れば、感染していると分かっている人に対して、こんな近い距離で今までどおり接することができるじゃんというのが、職員一人一人が体感覚として分かったというのは非常に大きいところです。

ただ、このときには、本当に愛知県内のいろんな病院の先生に御迷惑、いや、御支援をいただきました。当日、プリンセス号から来た中で、SpO<sub>2</sub>が低くて、4名の方を病院に転院搬送したんですけれども、まだ愛知県内に全然感染が広がっていなかったときに、何と4名のうち2名は初日に岡崎市民病院の方に受けていただいて、1人は刈谷豊田総合病院だったんですが、全然受入れ体制も整っていないところで急に決まったところで、こんなふうに大学病院が支えられておっちはいかなのですが、支えてくださって、御恩はずっと忘れないというか、そういうところから私たちは始まりました。

こういうコロナを取り巻く感染症というのは、非常に変わったものと変わっていないものがあります。

特に変わったものとしては、遭遇する病状の変化というのはあります。感染のところで、第5波までと第6波、第7波までというのは大きく変わりました。第5波までというのは、感染したら1週間後ぐらいに約2割が悪化し、1割がICU治療が必要になるという病状で、ワクチンも何もなかったものですね。こういうときというのは、もう病院全体がしゃにむに感染者に対して治療を行うと。エクモまでやって、とにかくウイルス感染症で患者さんを死なせないということがメインになっていたところだったんですけれども、明らかに第6波、第7波になって全体の死亡率というのは下がってきました。これは、ワクチンの普及、それから重症化を予防する治療が確立したというところがあります。ただし、それでも高齢者というのは一部命を失う方たちもいます。ただし、その方たちって、今までのようにエクモが必要な肺炎で亡くなるのではなくて、コロナに感染しました、それで現病が悪化して心不全が悪化してしまいました、あるいは、コロナに感染して熱が出て食事が摂れなくなって脱水になってしまいました、あるいは、コロナに感染してすごい

たんが出るようになって、それで誤嚥性肺炎になって重症化しました、こういう方たちで、今まで診ていたような、エクモをしなければという私たちが経験してきた症例と大きな乖離、違いがある気がいたします。これについては、でも、私たち、急患をやっている立場としては、これって今までも経験していたよね、毎年冬になると、老人保健施設から、インフルエンザで心不全が悪化した、あるいは脱水になった患者さんってERにいっぱい来ていたよね、でも、実は私たちがそういう患者さんに遭遇しているのって、実はそういう患者さんの氷山の一角で、ほとんどは老人保健施設内で何とかできる範囲の点滴をしたりして乗り切ってくださっていたうち、何ともならなくなった一部を私たちERで診ていたんです。これが今、コロナになったから一気に全員無条件で病院という発想になるから医療崩壊というのが叫ばれるようになったというのが、実は第6波、第7波の現実ではないかと思います。

それに対して、私たち、コロナに対して、この2年近くで治療に精通させてもらったということは、治療を一般化していくというデューティーも大学病院は負っている、あるいは地域の基幹病院は負っていると思います。

感染症科を中心に当院はこんなマニュアルを整備して、皮膚科にかかっている患者さんがコロナで入院が必要と思ったら皮膚科で診る、あるいは外科にかかっている患者さんがそうだったら外科で診る、臓器移植科にかかっている患者さんがコロナになったら臓器移植科で診るということで、これで困ったらコンサルタントとして感染症医あるいは私たちが相談という方針に切り換えたんですけれども、文句は一個も出なかったですね。それぐらいCommon diseaseになったと。

コロナについては、予後は医療機関の医療技術者の力量じゃなくて、患者側の因子が大きくなったというのが言えるんじゃないかということで、今は実は近隣の医療機関なんかで、あるいは非急性期の病棟でコロナの患者さんがたくさん出ても、先生、治療法はどんどんアドバイスしますし、毎日往診にも行きますし、こんなふうに乗切ってみてくださいというような試みをしました。今はそういう第8波に備えて、経口摂取ができないような方が感染してしまったときに、老人保健施設、あるいは、場合によっては往診でもレムデシビルが使えるような動画を今作っています。

ということで、今まではコロナというと三次医療圏で考えていたことが、もう可能な限り二次医療圏で診療が完結できるように、これは地域の拠点病院だけじゃなくて、今まで、もう大丈夫と分かったら受け入れてくださっているような病院で治療が完結できるように

大学病院は貢献すべきであろう、つまり、私たちがこの2年間で培ったノウハウをどんどん提供していくべきフェーズなんじゃないかというふうに思っています。

感染に対する考え方も、最初というのは、入院前に陽性者をブロックということで、全例PCRということをやっていましたが、もう入院のPCRをすり抜けて院内で陽性者が発生するなんて当たり前のことになってきたので、もうすり抜けはしようがないと、感染を拡大させないというフェーズに変えなければいけないというふうに思っています。

ですので、私たちは実は10月1日から入院時のPCRをやめました。入院後に陽性者が発覚するのを早期に防ぐために、入院後に体調がおかしかったら早く検査してくださいと。感染制御としては、その同室者が、4人部屋で1人陽性者が出たときの3人はしようがないけど、それ以上広げないための感染対策をしっかりしようねというような作戦に変えたという発想の転換も必要なんじゃないかと思います。

すみません、ちょっと時間があれですのでどんどん飛ばしますが、そんなふうにして、第8波は、もう職員の誰が感染してもおかしくない状況になってしまったので、私たちも8月に職員の10%が出勤できない状況になりました。このときに初めて災害時にはやりのBCPというのを物すごく切実に感じて、院長室で、何が大学病院が死守すべきもので、何は一旦制限するべきかというのを真剣に議論しました。このときに、BCPをするにはこういうことが必要なんだというのをすごく感じたところなんですけれども、私たちはとにかく緊急手術が必要な救急症例と、それから予定手術は絶対止めない、大学病院で予定手術を止めちゃいけないという方針で行ったんですが、影響を検証するということで、なかなか経営指標には大変な打撃があったんですけれども、何とか、緊急手術はむしろ多く受け入れたということは、近隣の病院もとても大変なところで、やっぱり手術が必要な患者さんをそうそう簡単に地域の拠点病院が止めちゃいけないんだということはとても強く感じたところです。

これは、BCP、BCPというのは、すごくコロナ禍でもいろんな病院が意識されていると思うんですけれども、これは地域で共有しなきゃいけないんですね。うちも感染者が出たから駄目って、白旗上げた者勝ちでは地域の医療というのは崩壊します。なので、これは、地域の各医療機関でのBCPというのは共有してこそ意味がある、それで初めて本当にその医療機関が守るべきものというのがはっきりするんじゃないかというのは常に思うところであります。

東日本大震災のときに、ある地域で、ある病院は手術室が使えなくなった、整形外科医

はいる、整形外科で手術が必要な患者さんがいる、隣の病院は手術室があるということで、そこの整形外科の部長先生は隣の病院に転院させて手術をしたんです。院長から激怒られて配置転換になったという事例があるんですけども、地域医療構想というからには、地域でBCPというのを共有するというのはとても大切なんじゃないかというのは、今回のコロナ禍を通じて強く思いました。

あとは本当に愚痴ばかりなのであれなんですけれども、これから国はどんどん濃厚接触者という概念を廃止していくでしょう。感染者の隔離期間を短縮していくでしょうというところで、私たちは濃厚接触者になった職員を毎日抗原検査をしてやってみると、何と4日目以降に、濃厚接触者になった141名中13%が陽性になった、10名は4日目以降に陽性になったということで、これは何を言うかということ、病院に来て、入院して、感染したって文句を言うなよということを患者さんたちに理解してもらわないといけないフェーズに入ったということですね。だから、濃厚接触期間を廃止する、あるいは陽性者の隔離期間を短縮して医療者を復帰させるということは、メリットもあるけれども、それだけそこで入院してくる方たちが感染するリスクだって増えるんだけど、そんなことは分かってやっているんですよということを私たちは発信していかなきゃいけないということで、大切なこととして、メディアへの私たちの接し方というのも考えていかなきゃいけないという。

CDCでは、CERCというプログラムがすごくそろっているみたいなんですけれども、トレーニングコースが。私はこの2年間、いろいろメディアの方とも接して、あるいは患者さんに、院内で陽性になったという患者さんに、同室者から恐らく感染したであろうという方に説明するとき、このプログラムというのはすごく大切だなと、現場レベルで思いました。恐らくは、地域医療構想の中でも、最前線で働く人間たちがこういうことを、こういうプログラムがあるんだというのを知っているというのすごく大切なんだということすごく思ったところです。

なかなか私たち医師ってメディア対応を習わずにこういう管理職に近いところまで来てしまうというのが私のあれなんですけれども、患者さん対応というのは患者安全学というところで習ってきましたが、習いつつありますが、メディア対応というのも私たちは教育を受けなければならないというところで、こんなような対応もあるんだよというのを習ったのも今回の大きな経験です。

今後の課題としては、いよいよコロナというのは通常の方が亡くなるというのは稀有な



病気になりましたが、もともとフレイルティーがある方たちがコロナに感染すると、やはりそれが人生の最期になる契機になり得る。でも、これって、私たちが毎年冬に経験していたインフルエンザ等で既に見ていた医療環境じゃないか。もう一度、コロナ期にAdvanced Care Planningというものは議論をしなければならない。それから、医療を利用していただく側にも感染のリスクを許容する文化というのは持っていたかないと、恐らく地域での医療というのは成り立っていないであろう。

そんな中で、大学病院は、ワクチンだけでは守れない患者群の治療ということはどんどん深めていかなければいけない。やはり移植を受けられた患者さんとか血液疾患の患者さんというのはワクチンでは全く免疫がつかなくて、じゃ、この方たちの死亡率が高いかというところではないんですけれども、やはりこれだけ大変な治療を乗り越えてこられた方を感染症で失うというのは、御家族も、本人も、主治医団も物すごくダメージが大きい。こういう方たちの治療というのは、やはり大学病院がもっともっとリーダーシップを発揮して発信していかなければならないのではないかと。こういうことを大学病院がリードして初めて愛知県としての出口戦略が見えるんじゃないかということ、どんどん大学病院にプレッシャーをかけていただければと思います。

すみません、ちょっとばたばたで時間も読めず、御迷惑をおかけしましたが、これが大学病院の、私たちの方針です。最後の砦となれということで、この2年半、不可能だろうと、impossibleと思うことは何度もありましたが、私がとても好きな言葉で、アポストロフィーが1個入っただけで希望が開けるからと、I'm possibleとなるからって、初めてコロナに接したときに、世界的に有名な指揮者である大植英次さんという方からメッセージをいただいて、とてもいい言葉だなと。指揮台の上でもう駄目だと思っても、必ず希望が開けるときがあるんだと。I'm possibleと思ってくださいと言われて、本当にそうだなと思って、この2年間やってきました。

すみません、言いたい放題言って時間まで超過しましたが、ぜひ忌憚なくぼこぼこにしていいただければと思います。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）】 岩田先生、どうもありがとうございました。

岩田先生への御質問はやりだしたらきりがないので、個別にまた岩田先生に。多分、ホームページのほうから入れますか、病院のホームページのほうから。

【藤田医科大学病院救急総合内科教授（岩田）】 はい。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】ぜひ個別にまたお話をいただければと思います。

時間がちょっと押し迫っていますので、せっかくの機会ですので、先ほどの話にありましたように、各医療圏のほうから、それぞれ、今現在の問題点という意味で挙げていただいた部分か現在進行の部分を少しお話しいただければいいと思います。大勢の方に全部お話を聞けないんですが、医師会の会長先生、代表で1人ずつお話しいただければありがたいと思います。

名古屋からお願いいたします。

【名古屋市医師会会長（服部）】令和3年度に関しましては、コロナ禍があつて、1回は対面でできたんですが、もう一回はオンラインとなりました。今年度は第1回、9月に何とか対面で開催できました。

名古屋医療圏におきましては、公立病院の中では、厚生院に関してが継続審議になっていましたけれども、地域医療構想会議では、地域にある3つの回復期の病院と機能を分担するというような形ですとするというようになっています。

今年度第1回の会議では、民間病院で急性期44床、回復期106床、計150床の病床が、隣の区にある民間病院と統合して250床の病院となることのプランが認められました。

地域医療構想会議の扱う範囲で、開設者の変更も扱うということにしたら、民間の1人の医師がやっている4床の病院が法人化したというのもこの会議に出るようになってしまって、さすがにここまで扱うというのはいかかなものかということで、どこまでを協議するかということは今検討しているところでございます。

あともう一点、名古屋市は外来医師多数区域になりましたので、外来医療機能分担申出書は、71件提出されましたが、21件は不足する医療機能を担えないと届け出がありました。おおむね自由診療のみということで、理由がやむを得ないということはあるんですが、中には首をかしげるようなケースもありました。実は、地域医療構想会議に出る前に、5地区（名古屋市内4つ、それから尾張中部医療圏で1つ）の調整部会を経ることになっているんですが、コロナ禍でみんな書面開催となっており、十分な審議がなされていない可能性があり、そこは1回集まってもらってしっかり審議してもらおうということを指摘したところです。

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。外来医療計画の問題はまだこれからの問題だと思いますので、情報を含めて御議論いただければありがたいと思いますし、確かに医療を担えないと言っておられる医院も、あれと思うのは確かに僕も拝見しましたので、またそこら辺の議論をしていただければいいと思います。ありがとうございます。

引き続いて、ちょっと飛ばさせていただいてよろしいでしょうか。順番、この名簿どおりにいって、海部のほうで羽賀先生、いかがですか。

【海部医師会会長（羽賀）】 私はまだ会長に就任したばかりで、実際に対面で地区の医療構想推進委員会が行われていないのですけれども、現在、津島市民病院の病院経営強化プランを検討しているところです。

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。総務省のほうで公立病院の経営強化プランの策定をするように言われていますので、多分その案が出ているだろうということだと思います。また情報を含めていただければありがたいと思います。よろしく願いいたします。

では、引き続きですけれども、尾張東部の金森先生、お願いします。

【瀬戸旭医師会会長（金森）】 瀬戸旭医師会の金森と申します。

今年の尾張東部の構想区域地域医療構想推進委員会は6月29日に開催されまして、対面で瀬戸の保健所で行われました。そこでいろんな議題が出たんですけれども、日進と東郷の某病院の経営移設という話が出まして、その件について着々と進行しているところがございます。

当地区は、隣にいらっしゃいます味岡先生の公立陶生病院や、愛知医大、そして、旭ろうさい病院との連携が非常にうまくいっている地域でございまして、とても恵まれているというふうに感じております。

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）】 ありがとうございます。今、病院の他地区への移設ですね。それに伴う医療の機能のうまくいくかどうかということをもた御議論を引き続きお願いしたいと思いますので、よろしく願いいたします。

引き続き、一宮のほうで、高御堂先生でよろしいですか。それとも伊藤先生のほうに。伊藤先生、お願いします。

【総合大雄会病院理事長（伊藤）】

五病協、尾張西部の伊藤でございますが、基本的に五病協では地域医療構想、調整会議の事前協議等をやっております。現在は保健所等と相談をしている事案があれば協議会、あるいは地区医師会、五病協への通知を頂き、調整会議の事前協議を行うことになっております。これについては、新たな病床、設備、施設の開設等についても通知をいただきながら地域をまとめていきたいというように思っております。

それから、既にご報告がございましたが、稲沢市民病院さんに関しては整備計画の対応は済んでおりますので、これについてはそのままの体制で進めていきたいと思っております【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。

では、引き続きで恐縮です、春日井のほうは前田先生、お願いいたします。

【春日井市医師会会長（前田）】 僕も就任したばかりで詳しい事情は把握していませんけれども、今のところ、あまり話は進んでいないというふうに伺っております。

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。

成瀬先生、補足は何かないですかね。

【春日井市民病院病院長（成瀬）】 そうですね。

【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。

それでは、半田は竹内先生、お願いいたします。

【半田市医師会会長（竹内）】 知多半島医療圏のほうは、たしか今日の資料1にもありましたように、公立西知多総合病院と国立長寿医療研究センターの非稼働の病床のほうを再稼働のほうへ持っていくということを、第1回の会議、書面という形で行いましたけど、そういう形で行いました。まだちょっと日にちは決まっていますが、来年1月か2月には一応2回目を、今度は対面で行いたいという形でやっているところでございます。

【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。

それでは、西三河の北部は平吹先生、よろしいですか。平吹先生、お願いします。

【豊田加茂医師会会長（代理）（平吹）】 豊田加茂医師会、加藤会長が今日所用でおりませんので、代理で来ました平吹と申します。

まず、豊田地区、非稼働病棟ということで、名豊病院というのがありますが、これ、当初、若竹病院ということで始まったんですが、経営母体が二度変わりがして、今、健全化

されてきておりまして、恐らく来年の4月からはフル稼働するという予定になっております。

また、豊田加茂地区では、今まで休日診療所1か所だけだったんですが、かなり広大な面積があるということで、一昨年から南部休日診療所というのを増設しまして、今、2か所で休日診療所をやるようにしております。

また、基幹病院としまして、トヨタ記念病院、豊田厚生病院、豊田地域医療センター等がありまして、そちらとの連携もうまくいっているのではないかなというふうに思います。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。それは夜間もですか。平日？ 休日だけですか。

【豊田加茂医師会会長（代理）（平吹）】 休日の昼間だけですね。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 分かりました。ありがとうございます。それでは、引き続きで恐縮ですが、岡崎の小原先生、お願いいたします。

【岡崎市医師会会長（小原）】 岡崎市医師会の小原です。

西三河南部東医療圏では、今、発表を終わられた藤田医科大学のほうからの岡崎医療センター、それから、愛知医科大学からのメディカルセンターというところが、来年度、令和5年度から本格的にメディカルセンターのほうも、1年365日救急対応するというような形で、やはり救急を中心にして、病床、医療構想を大きく変えていくということで、会員の先生の病院だとか診療所のほうも含めた医療体制を構築していこうというふうで今検討し始めているところになります。

ただ、いわゆる地域医療構想としての病床数とか病床機能ということでいくと、中核市の中でほぼほぼ最下位の病床数のこの圏域ですので、実際に必要病床とか基準病床に準じていろいろと医療構想を考えていったらいいかどうかというところもまた当圏域での構想委員会の中では検討していくという形で今考えております。

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。なかなか基準の規模、人口規模の部分の捉え方によってはその数字が動くものですから、そこら辺、もし問題があればまた教えていただいて、検討、僕らも参加したいと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

刈谷のほうは世古口先生、お願いします。

【刈谷医師会会長（世古口）】 よろしくお願いいたします。

9月の月上旬に第1回の地区の会が執行されました。ここに記載の2病院ですけれども、鋭意努力、再稼働に向けて今準備中ということで、継続審議ということにさせていただきました。今のところ、このような状況でございます。

【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。

それでは、東三河の北部の米田先生、よろしいでしょうか。

【新城市医師会会長（米田）】 新城市医師会の米田です。

今日は、ベッド、病院中心という形でお話を伺っておりました。先日、東三河の北部圏域保健医療福祉推進会議がありまして、そこで当地で唯一の二次医療機関であります市民病院の役割、あるいはこれに依存している当地域であるというお話が、各分野の委員の方からありました。

その場で、下江市長のほうから、今度、現在の市民病院が大分古い、つまり40年から50年を経過していて、新しい病院を造る、あるいは改築をする必要が出てきているというお話があり、現在、それについて新城市と病院の職員の中で検討が始まったということでした。まだ医師会のほうへは、そういうことを始めたというお話の段階でございますが、そのうち、医師会としても我々の意見も反映させていただきながら、新しい次の時代を担う市民病院をつくっていただきたい。その中で、ベッドあるいは機能というところについても十分検討していくことになるのだろうと思っております。

【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。

東三河の南部の山本先生、お願いいたします。

【豊橋市医師会会長（山本）】 豊橋、山本です。

東三河南部としては、大きなベッドの移動等は特にありませんが、このお手元表の豊橋ハートセンターの再稼働予定、これは実は移転を考えていまして、移転、拡充ということでベッドの再稼働ができる形になるというふうに聞いております。

そのほか、ずっと書面開催でしたが、先月、久しぶりに対面での会議を行いまして、皆さんと意思疎通をしっかりとできたと思っております。特別大きな問題は出ておりませんでした。

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。

一通り、医師会長の先生方からお話があったですけれども、病院の協議会の先生方、何

かここで御発言ということであれば承りたいと思いますけど、いかがでしょうか。特にございませんか。

太田先生、いいですか。

特にないようですが、先ほどもちょっと時間が押してしまって、僕も岩田先生の話若干中断したようなことがあって申し訳なかったですが、ここで陳謝申し上げます。

岩田先生のお話、最初の部分は大学の意味づけというのを少し強調していただいてお話をしてくださいというふうに僕のほうからもお願いをして、ある意味、彼の本音を言ってくれたのかなと思って、僕は非常にためになったというふうに思います。

後半のコロナに関しては、ある意味、過ぎたことかもしれませんが、今回の医療計画の中で書き込みが義務づけられているものですので、各医療圏でもまた引き続きお話し合いをしていただければありがたいと思います。

それから、今現在、研修会を各医療圏で行っていますが、各医療圏で出していただいたテーマについて、また御議論を深めていただいて、それを医療計画に織り込みたいということですし、実は、来年度にかかるとすると、そんなにめちゃくちゃ時間があるわけではなくて、今回の研修会、ある意味、選んでいただいた題目ではありますが、それを中心として、それ以外の項目についてもできれば各医療圏の中で御議論いただければありがたいと思います。

それでは、僕のほうの時間がちょっと超過したかもしれませんが、役を終わらせていただいて、浦田先生、よろしいでしょうか。

【愛知県医師会理事（浦田）】 皆様、御協議、感謝申し上げます。本日の議事の内容につきましては、事務局が議事録を作成いたしまして、後日、発言の方々にそれぞれ御確認をいただきますので、事務局から御連絡さしあげた場合には、御協力を何とぞよろしくお願い申し上げます。

それでは、閉会に当たりまして、柵木会長から一言お願い申し上げます。

【愛知県医師会会長（柵木）】 今日は定刻まで御議論いただきまして、誠にありがとうございました。

また、岩田先生には、非常に熱い、今の総合医に関するいろんな考え方、今日改めて総合医とはということを考えられた先生方も多いのではないかというふうに思います。

今日、私は冒頭、地域医療構想とは、病床数の配置と、病床数とその機能の配置計画だと申し上げましたけれども、地域医療構想という名前がやっぱりいかにもおどろおどろし

過ぎて、どこまでがその構想の範囲なのかが分からないというところがありますので、本当は名前を変えてほしいなと私は思っておりますけれども、今後とも、今言ったように、病床数とその機能の配置計画というのはもうずっと続いていこうというふうに思いますので、この会も情報交換の場としてしっかりと機能していきたいというふうに思っております。

それから、もう一つ、年末に向けて、どうも第8波は必ず来ると、こういうような予想が多いようであります。来なければそれにこしたことはないと思いますけれども、また6波、7波と同じような混乱をするわけにはいかない。やはり第8波はしっかりと受け止めて、今までのことのないように、国民の命と健康というのをしっかりと、特に今日御出席の先生方、各医療圏の中においての本当のキーパーソンですので、今後とも奮闘を御期待申し上げて、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 —