

地域医療構想、 新興感染症への対応も視野に

厚生労働省は11月5日、「地域医療構想に関するワーキンググループ（WG）」（座長＝尾形裕也・九州大学名誉教授）の会合を開き、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を踏まえた地域医療構想の考え方について議論した。この日厚労省は、感染拡大時における個々の医療機関の取り組みについて、以下の3つが必要としたうえで、論点を整理した。

■感染拡大時における個々の医療機関の取り組み

- ▼患者が入院する場所の確保（病床、病床以外の部屋・スペース等の活用）
- ▼感染症患者に対応するマンパワー（医師、看護師等）の確保
- ▼感染防護具、医療資機材等の確保

■感染拡大時における個々の医療機関の論点

- ▼新興感染症等の感染拡大時に一般の医療提供体制への影響を最小限にとどめる観点から、地域の医療機関の間で役割分担等を機動的に進めるために必要な取り組みや、医療機関の間での連携・支援の取り組み等について整理しておく必要がある
- ▼新興感染症等の感染拡大時において、感染症患者の受け入れ体制の確保に向けて個々の医療機関ごと、また、地域の医療機関の間で必要な取り組みを進めることができるよう行政・医療関係者が平時から認識を共有しつつ、有事の際に機動的に対応するための枠組みを設定（医療計画への位置付けなど）する必要がある
- ▼枠組みの構築に当たっては、地域の行政・医療関係者の中で、医療資源の状況など地域の実情を踏まえた取り組みが進められるよう必要な情報・データ（今般の新型コロナウイルス感染症における対応状況など）を共有しつつ、議論・取り組みを進めていく必要がある

また、地域医療構想との関係については、「地域医療構想調整会議において新興感染症等への対応の観点も踏まえて協議を行いながら引き続き着実に進める必要がある」「2025年まで残すところ5年を切ったなか、25年以降を見据えた具体的な工程についても議論を進めていく必要がある」との考え方を示した。またこの日は、以下の4参考人と岡留健一郎構成員（日本病院会副会長）が、自院でのCOVID-19への対応状況を報告した。

- ▼松岡伸一・苫小牧市立病院院長
- ▼大谷順・雲南市立病院事業管理者
- ▼若林健二・東京医科歯科大学学生体集中管理学講座講師／医学部附属病院病院長補佐
- ▼大澤秀一・平成立石病院院長

このなかで、以下などの具体的な課題が示された。

- ▼病棟をはじめとしたCOVID-19患者を受け入れた施設内の清掃業務を業者に任せられずに院内のマンパワーが割かれる
- ▼自院がCOVID-19患者を受け入れた際、従来の重症患者や救急患者を他施設で受け入れるなどの地域連携（役割分担）が重要である

■非COVID-19患者の引き受け先も記載を

意見交換では、報告された事例に対して、伊藤伸一構成員（日本医療法人協会会長代行）は、「都市部と地方は患者数も違うが対応も違う。地域医療構想においてすべての医療圏で感染症対応の体制構築をしたのでは非効率ではないか」と指摘。小熊豊構成員（全国自治体病院協議会会長）は、「今回発表された病院は、そもそもゾーニング、場所分けなどが可能で感染対応ができています。一般の病院は、それをどうやって対応できる状態まで持っていくか」とし、「医療スタッフ、特に看護師をどうやって集めるか、医療従事者の負担をどうやって減らすかが問題」と地方でのマンパワー不足を訴えた。

今村知明構成員（奈良県立医科大学教授）は、「感染拡大時の取り組みに関して良いイメージを出してもらった」と事務局案を評価。「COVID-19患者を地域の高機能病院で受け取った際に高機能病院の患者をどこで受けるのか、それを書き込むべき」と提起した。

織田正道構成員（全日本病院協会副会長）は、「参考人の話は貴重、こうした（好事例を）どう落とし込むか。ダウンサイジングをうまく活用しゾーニングなどへも対応できるのではないかと発言。真摯に話し合っ調整会議を進めるしかないとの考えを示した。

幸野庄司構成員（健康保険組合連合会理事）は、「赤字で受け入れた場合、あらかじめ連携する体制をどう確保するか」とし、財政的な支援も必要としたうえで、「感染症対策を5疾病5事業に加える議論もあるが、都道府県が医療計画、予防計画で想定すべき」と前回同様、医療計画へ位置付けることに対しては異を唱えた。

同WGでは、年内に一定の方向性を示すよう検討を続ける。

医療情報②
社会保障審議会
医療部会

COVID-19 影響で 地域医療構想の先送りを求める声

厚生労働省は11月5日、社会保障審議会医療部会（部会長＝永井良三・自治医科大学学長）の会合を開き、「医療計画の見直し等に関する検討会における地域医療構想の議論の進捗状況および外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等の議論」について検討した。

新型コロナウイルス感染症（C O V D -19）を踏まえた医療提供体制構築に関して、国は論点を3つに整理。医療連携体制の構築（医療計画）と外来機能の分化・連携の論点については「医療計画の見直し等に関する検討会」で、将来の医療需要を見据えた病床機能の分化・連携（地域医療構想）については、「地域医療構想に関するワーキンググループ（WG）」において、それぞれ集中的に審議を行っている。この日の会合では、10月21日の地域医療構想WGで、以下の3つを事務局が論点として提示したと報告。

- ▼感染拡大時の受け入れ体制確保についてどのように考えるか
- ▼公立・公的医療機関等に対する「具体的対応方針の再検証」などの取り組みにどのような影響があるか
- ▼今後の人口構造の変化を踏まえ、どのような工程で議論・取り組みを進めていくか

同WGで示された、以下などの意見を紹介した。

- ▼新興・再興感染症には余裕がないと対応できない（一般病棟を休ませて人員・スペースを確保した）
- ▼ICUを止めると救急対応と手術ができなくなり重症例をどのように受け入れるかが最大の問題
- ▼地域医療構想の病床必要量は平時での医療資源の適正配置であり感染症等を対象としていない
- ▼再検証が必要な公立・公的医療機関にコロナ対応を行っている医療機関が多く含まれている
- ▼2025年まであと5年を切ったなか、今後の具体的な工程の議論を進めておく必要がある

一方、10月29日の「地域医療確保に関する国と地方の協議の場」では、「そもそも病院経営ができるのかというところまで話が及んでいる」「現在の非常事態において公立・公的病院の再検証のスケジュールを見直すべき」などの声が上がったとした。

こうした報告に対し、平井伸治委員（全国知事会／鳥取県知事）は、「北海道では新規感染者が1日100人を超えており、大都市のみならず地方でも広がりを見せており注意すべき段階」と指摘。「優先すべきはC O V D -19から命を守ること。医師確保、働き方改革にも関連することではあるが、今は地域医療構想を議論ができる状況ではない」とし、先送りを提言した。

相澤孝夫委員（日本病院会会長）も、「今はインフルエンザ流行にも対応しなければならず、まだ先が見えない。そうした対策をしっかりと行い、それを検証・反省した後に地域医療構想を議論すべき」と同調した。神野正博委員（全日本病院協会副会長）も、今後、起こりうる新たな感染症への対応も見据え、知事会の提言を「英断」と評価し、「国が地域医療構想とは別枠の（医療）需要を決めて財政的に手当てすべき」と提案した。

一方、河本滋史委員（健康保険組合連合会常務理事）は、「人口構造が変わらないなか、地域医療構想は粛々と進めるべき」と主張。井上隆委員（日本経済団体連合会常務理事）も、「人口動態の変化は変わらない流れ。そのなかで医療資源をどう配分するかが重要」と、COVID-19対応とは別に地域医療構想は進めるべきとの考えを示した。

■無床診は手上げ方式の提案も

外来機能の明確化・連携について厚労省は、外来医療の高度化等が進むなか、入院医療とともに外来医療についても議論を進めていく必要があるとし、「入院の前後の外来」「高額等の医療機器・設備を必要とする外来」「紹介患者に対する外来」の3つを、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、今後さらに専門的に検討を進める場において検討するよう提案した。

さらに、地域において外来機能の明確化・連携を進めていくに当たり、データに基づく議論を進めるため、病床機能報告を参考に外来機能全体のうち「医療資源を重点的に活用する外来」について、「外来機能報告」(仮称)を行うこととし、地域ごとに、どの医療機関で、どの程度、「医療資源を重点的に活用する外来」が実施されているか、明確化を図るよう提議した。

これに対し田中滋部会長代理(埼玉県立大学理事長)は、「医療資源を重点的に活用する外来」として分ける目的は、患者が専門(高機能)施設に殺到しないことと確認したうえで、「多くの高齢者は本来、かかりつけ医などで診てもらう必要があるが、名称を見て良い医療機関だと誤解し、かかりつけ医ではなく『医療資源を重点的に活用する外来』を選んでしまう可能性がある」と指摘、山口育子委員(ささえあい医療人権センターCOML理事長)も、「分かりやすく国民が理解できる名称にすべき」と注文した。

神野委員は、「国民目線からみて一部の機能の外来だけを機能報告とするのはいかなものか。すべての医療機関を対象として外来機能を明確にすべき」と求めた。これに対し今村聡委員(日本医師会副会長)は、現場の負担軽減の意味からも、「現行の都道府県による医療機能情報提供制度も、かなり詳細な内容を記載しており、それを活用してもらうことも一案」とし、「専門的な外来機能と入院医療は一体的に進める観点からも、まずは有床診と病院から始めてもらい、専門診療を行っている無床診療所には手上げ方式としてもいいのではないかと訴えた。

医療情報③
厚生労働省
WG

レセプトの傷病名、 患者告知を前提とした仕組みに

厚生労働省は11月6日、「健康・医療・介護情報利活用検討会」(座長＝森田朗・津田塾大学総合政策学部教授)と、下部組織の「医療等情報利活用ワーキンググループ(WG)」の合同会議をオンライン形式で開催し、以下について議論した。

- ▼全国で医療情報を確認できる仕組みの拡大及び電子カルテ情報等の標準化
- ▼電子処方箋の仕組みの構築
- ▼自身の保健医療情報を活用できる仕組みの拡大

前回の会合で意見が集中した傷病名の取り扱いについては、「患者への告知を前提とし、レセプト上で告知状況を確認できる方法を十分に議論したうえで、あらためて提供の仕組みを検討・実装する」とする厚労省案の方針を確認した。

また、全国の医療機関等が通常時に確認できる医科レセプトの情報について、薬剤情報と併せて提供予定の情報として「氏名・性別・生年月日・調剤年月日・医療機関名・薬剤名」を、過去の受診医療機関への照会が可能となる情報として「医療機関名・診療年月日」を挙げた。

さらに、過去や現在の具体的な診療歴を把握することで今後の適切な診断や検査や治療方針の検討に有用と考えられる情報として、以下とする事務局案も示した。

- ▼傷病名については「医学管理等のすべて＋在宅医療のうち在宅療養指導管理料のすべて」
- ▼手術（移植・輸血含む）については「手術のすべて＋入院料等のうち短期滞在手術等基本料」
- ▼放射線治療・画像診断・病理診断については「放射線治療・画像診断・病理診断のすべて」
- ▼それ以外の情報として「保険者情報・被保険者情報・初・再診料・入院料等・医学管理等・在宅医療・検査・投薬・注射・リハビリテーション・精神科専門療法・処置（人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流など）・麻酔」

長島公之構成員（日本医師会常任理事）は、傷病名の取り扱いについて「レセプトの病名（傷病名）は請求するためのものであり、一定の決まりがあり臨床の現場（の病名）とは異なる。

また、病気としては同じであっても表現が違う場合もある。丁寧に慎重に取り扱うべき」と、慎重論を繰り返した。

三原直樹構成員（国立がん研究センター情報統括センター長）は、情報の開示の範囲、公開自体に異論はないとしながら、「公開するタイミング、特に公開する情報には配慮が必要」と主張。「いずれ電子カルテ情報や、その他の医療情報についても検討されることを想定しアクセスコントロールができる仕組みにしておくことが必要だ」と訴え、レセプト情報の公開のみが先行し、ゼロか100かの議論になっていると指摘した。

一方、印南一路構成員（慶應義塾大学総合政策学部教授）は、傷病名に対する患者の不安や誤解の議論は正しいとしたうえで、「実際の病名とレセプト上の傷病名が異なることは一般の患者はほとんど知らないが、なぜそうした違いが起きるかについても教えていくことも必要。

但し書きをつけて認める方法もある」とし、賢い患者を育てる視点もあると訴えた。

「求められる5つのアクション」 を提言

政府の新型インフルエンザ等対策有識者会議・新型コロナウイルス感染症対策分科会（分科会長二尾身茂・地域医療機能推進機構理事長）は11月9日に会合を開き、緊急提言「最近の感染状況を踏まえた、より一層の対策強化について」を取りまとめた。

提言ではまず、現状について「社会経済活動が徐々に戻るなか、適切な感染防止策が講じられなければ、感染の『増加要因』が強まり、その力が人々の基本的な感染防止策や自治体によるクラスター対策などの感染の『減少要因』を上回ることになる。

最近になって、クラスターの数も増え、しかも、多様化しつつある」と指摘。「減少要因」を早急に強めなければ、急速な感染拡大に至る可能性が高いとした。

そのうえで、以下の「求められる5つのアクション」を提示した。

- ① 今までもよりも踏み込んだクラスター対応
- ② 対話のある情報発信
- ③ 店舗や職場などでの感染防止策の確実な実践
- ④ 国際的な人の往来の再開に伴う取り組みの強化
- ⑤ 感染対策検証のための遺伝子解析の推進

COVID-19、季節要因か どうか「しっかり分析」

田村憲久厚生労働相は11月10日の閣議後の記者会見で、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者が全国的に増加傾向を示していることに対する受け止め方と対策について、記者からの質問に答え、「全国の新規感染者が1000人を超える日が結構あり、間違いなく増えている。これが季節的なものなのか、季節による生活様式の変化が原因なのか、これからしっかり分析したい」などと述べた。

また、米製薬大手ファイザー社とドイツのビオンテック社と開発中の新型コロナウイルスワクチンについて、治験での有効率が90%を超えたとする報道については、「中間解析の結果なので、どうコメントしていいかわからない。仮に承認申請が提出されれば、安全性、有効性等をしっかりと確認のうえ、最終的に承認するという形になると思う」などとした。

医療情報⑥
厚生労働省
事務連絡

新型コロナウイルス 抗原検査1件を保険適用

厚生労働省は11月10日付で、「疑義解釈資料の送付について（その41）」を、地方厚生（支）局や都道府県等に宛てて事務連絡した。11月10日付で薬事承認された「HISCL SARS-CoV-2 Ag 試薬」（シスメックス株式会社）について、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出を実施する際に用いるものとして、同日付で保険適用とした。

医療情報⑦
11月11日
現在

感染者数10万人超え、 56カ国に拡大

厚生労働省のまとめによると、日本国内の新型コロナウイルスへの感染状況は、11月11日零時時点で、前日より1282人増えて、合わせて11万156人となった。このうち、チャーター便による帰国者が15人、空港検疫が1276人、国内事例が10万8865人。国内の死者は、前日から12人増えて1841人となった。すでに退院している人は、前日より834人増えて9万9108人となった。入院治療を要する9162人のうち、人工呼吸器を使用または集中治療室に入室している重症者は、204人だった。

11月9日までの国内（国立感染症研究所、検疫所、地方衛生研究所等）のPCR検査の実施件数は336万7401件だった。11月11日零時時点での都道府県別の感染者数は、東京都が3万3060人（死亡465人）で最も多く、次いで大阪府の1万4120人（死亡256人）、神奈川県9474人（死亡178人）、愛知県6869人（死亡98人）、埼玉県6363人（死亡113人）などとなっている。

■米国の感染者が1000万人超える

厚労省のまとめ(図表)によると、11月11日15時時点の世界の新型コロナウイルスへの感染状況について、米国ではついに感染者が1000万人を超えた。死者数は約24万人となっている。インドでも感染拡大は続いており、感染者は863万人あまりで、死者は約12万8000人となっている。ブラジルでは感染者の増加が落ち着きを見せ始めており、感染者数が約570万人、死者は約16万3000人。このほか感染者が100万人を超えているのは、フランス、ロシア、スペイン、アルゼンチン、英国、コロンビアの合わせて9カ国、10万人を超えているのは日本を含め、合わせて56カ国に拡大している。感染者が1万人を超えているのは112カ国。ヨーロッパでは、フランスで感染者が最多となり、181万7000人あまり

となった。ロシアも180万人あまりと続く。スペイン、英国、イタリアでも引き続き感染者が増加しており、それぞれ138万人あまり、約124万人、約100万人となっている。

中南米では、ブラジルのほか、感染者はアルゼンチンで126万人あまり、コロンビアで約116万人となっている。さらに、メキシコで97万8000人あまり、ペルーで約92万4000人の感染が確認されている。アジアでは、インドのほかインドネシアで感染者が44万4000人あまりとなっているほか、バングラデシュでは約42万4000万人、フィリピンで約40万人となっている。中東地域では、イランで感染者が70万3000人あまりに達しているほか、イラクでも50万人を超えた。

アフリカ諸国では、南アフリカでの感染者の拡大は落ち着きを見せているものの74万人あまりとなっている。また、モロッコで感染者が26万5000人あまりとなっているほか、エジプト（表外）で約11万人、エチオピア（表外）では10万人を超えた。

（図表）国別の感染者・死亡者の状況

国・地域	感染者	死亡者	国・地域	感染者	死亡者
米国	10,252,129	239,671	トルコ	399,360	11,059
インド	8,636,011	127,571	サウジアラビア	351,455	5,576
ブラジル	5,699,005	162,802	パキスタン	348,184	7,021
フランス	1,817,503	41,026	イスラエル	320,661	2,684
ロシア	1,802,762	30,899	ルーマニア	314,295	8,186
スペイン	1,381,218	39,345	カナダ	276,479	10,693
アルゼンチン	1,262,476	34,183	モロッコ	265,165	4,425
英国	1,237,198	49,861	スイス	228,405	2,573
コロンビア	1,155,356	33,128	ネパール	199,760	1,148
イタリア	995,463	42,330	ポルトガル	187,237	3,021
メキシコ	978,531	95,842	エクアドル	175,711	12,849
ペルー	923,527	34,943	オーストリア	164,866	1,499
南アフリカ	740,254	19,951	スウェーデン	162,240	6,057
ドイツ	715,693	11,781	アラブ首長国連邦	144,385	518
イラン	703,288	39,202	ポリビア	142,664	8,808
ポーランド	593,592	8,375	パナマ	141,302	2,817
チリ	523,907	14,611	カタール	134,663	233
ベルギー	507,475	13,561	クウェート	133,381	821
イラク	505,310	11,432	ドミニカ共和国	131,131	2,269
ウクライナ	493,544	9,018	ヨルダン	120,982	1,386
インドネシア	444,348	14,761	ハンガリー	118,918	2,596
チェコ	429,880	5,323	オマーン	118,884	1,316
オランダ	426,227	8,211	コスタリカ	118,566	1,502
バングラデシュ	423,620	6,108	カザフスタン	117,904	1,857
フィリピン	399,749	7,661	グアテマラ	112,129	3,832